中医協　総－１－５－１
５　．　１　１　．　１　０

中医協　検－５－１
５　．　１　１　．　１　０

後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査報告書（案）＜概要＞

調査の概要①

1　調査の目的

○　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・検証を行った。

2　調査の対象及び調査方法

(1)施設調査

全国の施設の中から抽出した保険薬局1,500施設、一般診療所1,500施設、歯科診療所1,500施設、病院1,000施設に対し、令和5年7月に調査票を配布。(※保険薬局票以外は抽出条件あり)

(2)医師調査

調査対象となった病院で外来診療を担当する診療科の異なる2名の医師を調査対象とし、病院を通じて調査票を配布。

(3)患者調査

①郵送調査

調査対象となった保険薬局において、調査期間中に来局した患者(1施設につき最大2名)を調査対象とし、令和5年7月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

②インターネット調査

直近3か月間に、保険薬局に処方せんを持って来局した患者3,000人程度を調査対象とし、インターネットを用いた調査を実施。

調査の概要②

3 回収の状況

○ 保険薬局調査の有効回答数は792件、有効回答率は52.8%であった。
○ 一般診療所調査の有効回答数（施設数）は562件、有効回答率は37.5%であった。
○ 歯科診療所調査の有効回答数（施設数）は748件、有効回答率は49.9%であった。
○ 病院調査の有効回答数（施設数）は296件、有効回答率は29.6%であった。また、医師調査の有効回答数は397人であった。
○ 患者調査の有効回答数は、郵送調査は924人、WEB調査が3,000人であった。

調査対象	発送数	有効回答数	有効回答率	令和4年度調査 回答率（参考）
保険薬局	1,500	792（施設）	52.8%	32.1%
一般診療所	1,500	562（施設）	37.5%	26.6%
歯科診療所	1,500	748（施設）	49.9%	―
病院	1,000	296（施設）	29.6%	20.4%
医師	―	397（人）	―	―
患者 （郵送調査）	―	924（人）	―	―
患者 （WEB調査）	―	3,000（人）	―	―

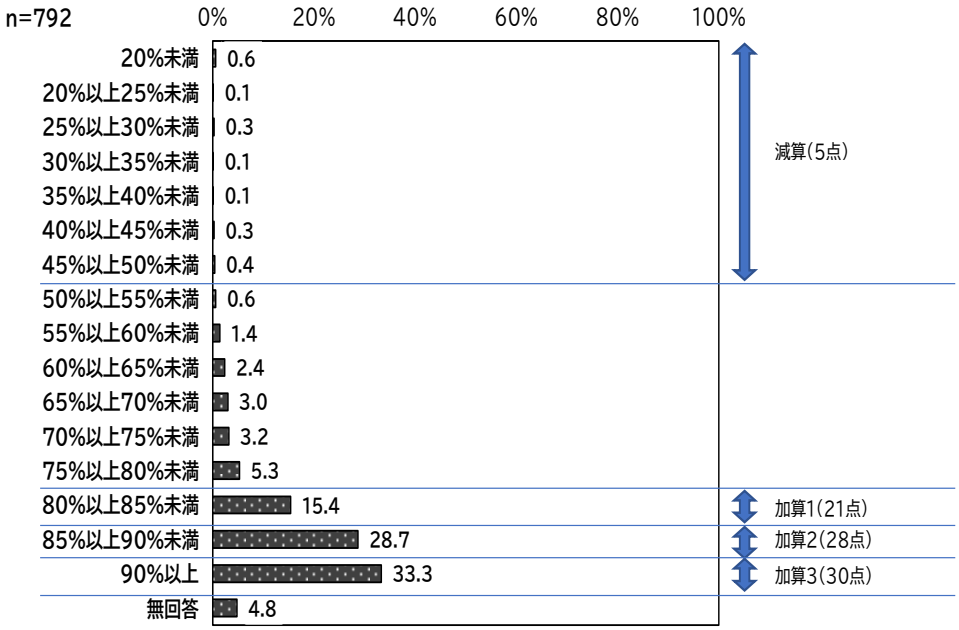
施設調査（保険薬局）の結果①

＜後発医薬品調剤割合＞（報告書p24,25）

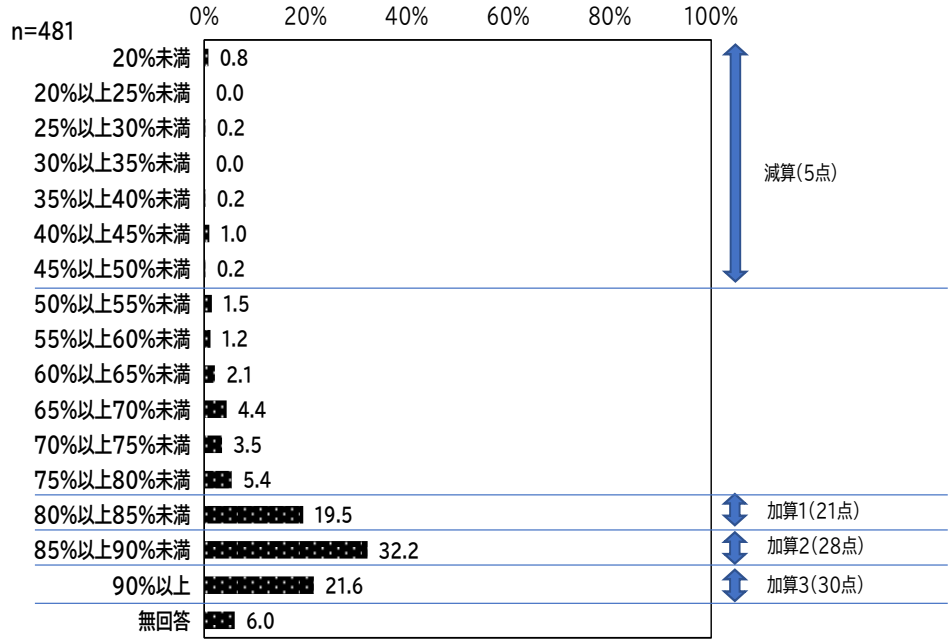
○　令和5年6月の後発医薬品調剤割合の分布をみると、「90%以上」が最も多く、33.3%であった。
○　後発医薬品調剤割合の平均値をみると、令和4年8月～10月は平均82.5%で、令和5年6月が平均83.9%となり、1.4ポイント増加した。

図表 2-26　後発医薬品調剤割合と後発医薬品調剤体制加算の算定基準との関係

【令和5年6月の値】



【令和4年8月～10月の月平均値】



図表 2-24　後発医薬品調剤割合

	回答施設数	平均値（%）	標準偏差	中央値
令和５年６月	754	83.9	12.3	87.0

図表 2-25　（参考 令和4年度調査）後発医薬品調剤割合

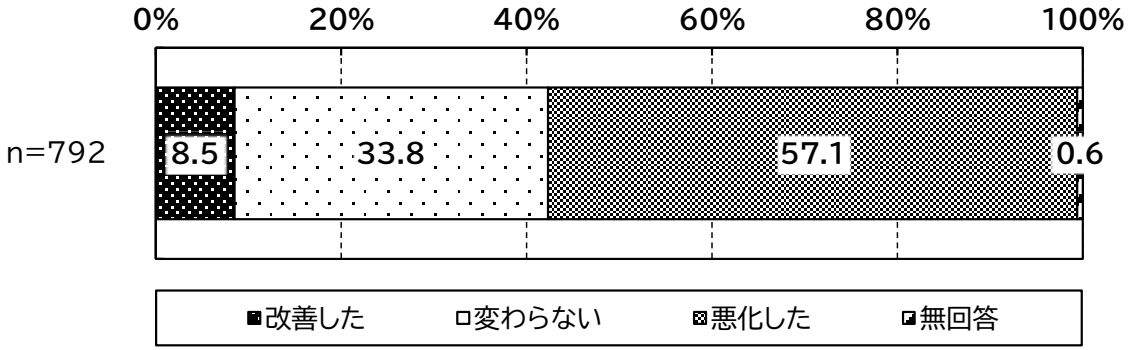
	回答施設数	平均値（%）	標準偏差	中央値
令和３年８月～10月	440	80.2	16.0	85.0
令和４年８月～10月	440	82.5	12.6	85.6

施設調査（保険薬局）の結果②

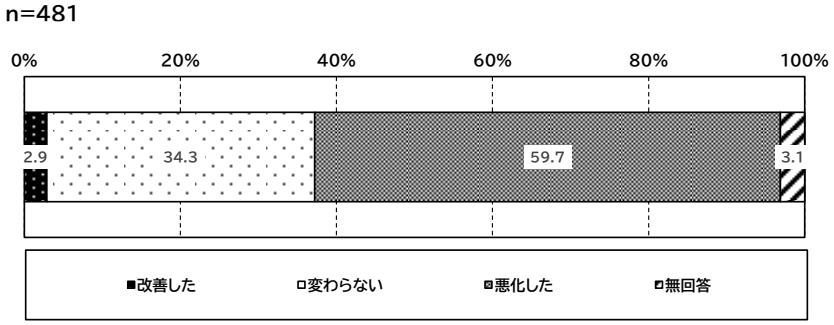
＜後発医薬品の供給体制の変化＞（報告書p30）

○　後発医薬品の供給体制は、１年前と比較して悪化した薬局は57.1%であり、R4年度調査と同程度の割合であった。

図表 2-34　１年前（令和4年6月末日）と比較した後発医薬品の供給体制の変化



（参考 令和4年度調査）
１年前（令和3年11月１日）と比較した状況の変化

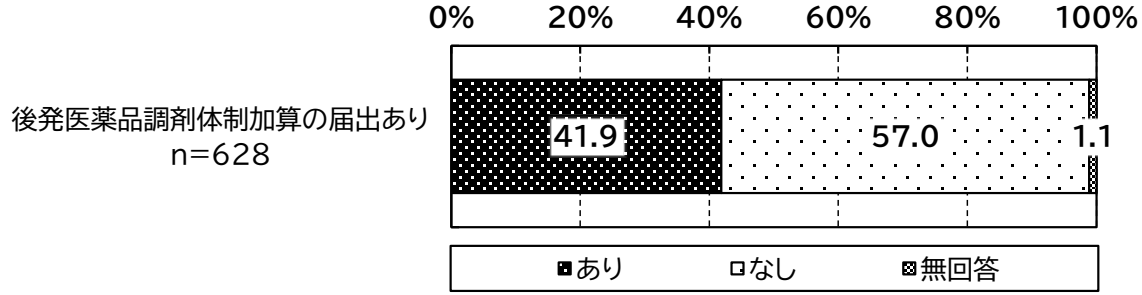


施設調査（保険薬局）の結果③

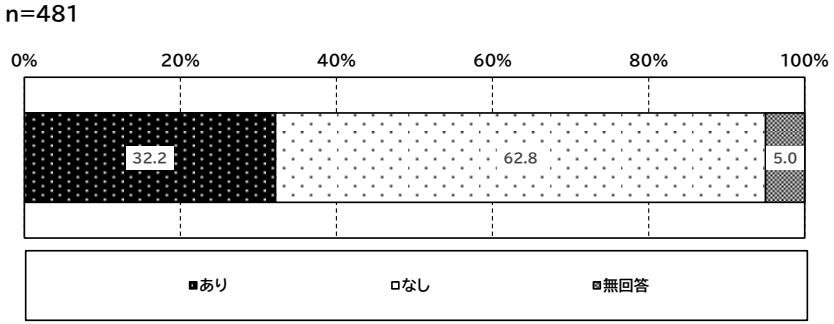
＜新指標の算出における供給停止医薬品の除外に関する臨時的な取扱い＞（報告書p40）

○　臨時的な取扱いを適応した薬局は令和4年11月は32.2%であったのに対して、令和5年7月では41.9%と増加した。

図表 2-49　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7月1日）
（後発医薬品調剤体制加算の算定ありの施設）



（参考 令和4年度調査）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4年11月1日）



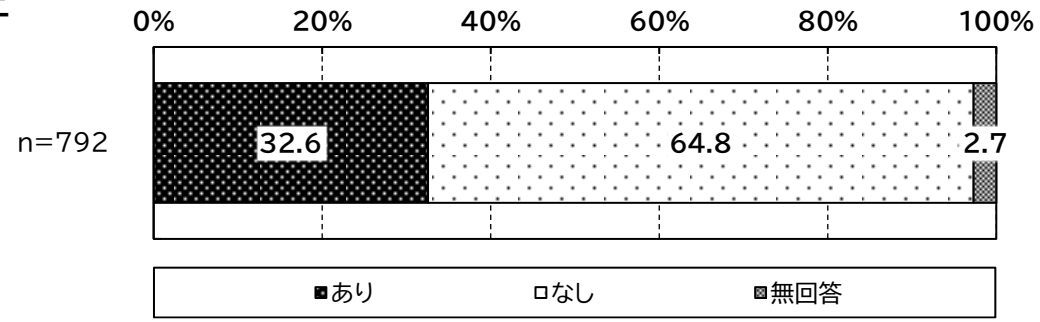
注：供給が停止されていると報告された医薬品のうち、別に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品調剤体制加算」等において後発医薬品の使用（調剤）割合（以下、「新指標の割合」）を算出する際に算出対象から除外しても差し支えないこととするもの。

施設調査（保険薬局）の結果④

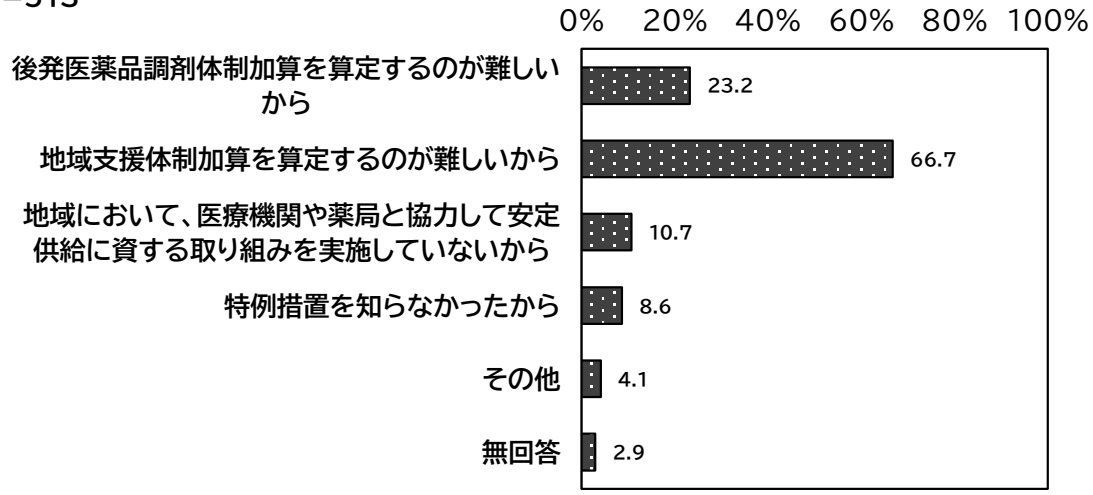
＜医薬品の安定供給への取組を評価する地域支援体制加算の特例措置＞（報告書p44,45）

○ 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薬局は32.6%であった。
○ 特例措置を適用していない理由としては、「地域支援体制加算を算定するのが難しいから」が最も多かった。

図表 2-57 「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7月1日）



図表 2-58 「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」を適用していない理由（複数回答） n=513



注：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。）

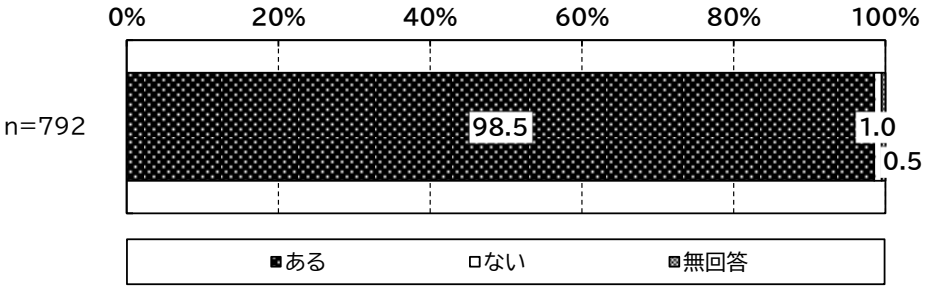
施設調査（保険薬局）の結果⑤

＜患者が後発医薬品を希望しないことの有無等＞（報告書p47,48）

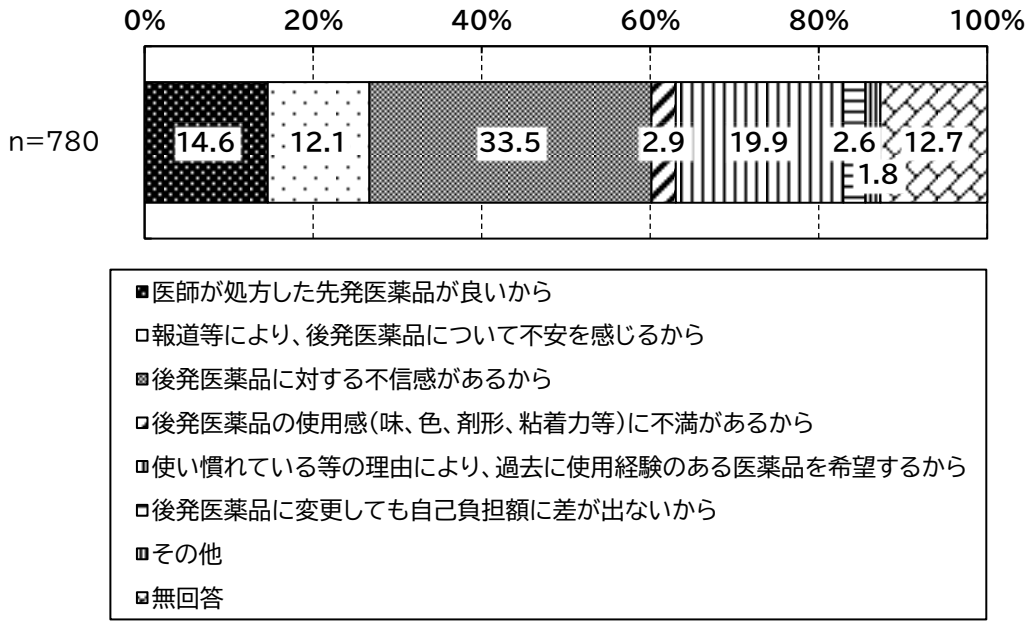
○　患者が後発医薬品を希望しないことがあるかを尋ねたところ、「ある」が98.5%、「ない」が1.0%であった。

○　患者が後発医薬品を希望しないことがあると回答した施設（780施設）に対して、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を尋ねたところ、「後発医薬品に対する不信感があるから」が33.5%であった。

図表 2-60 患者が後発医薬品を希望しないことの有無



図表 2-61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



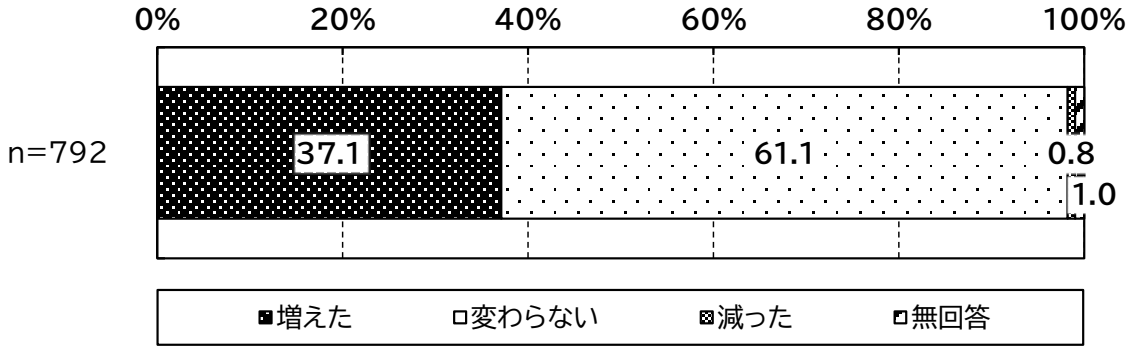
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・副作用があった。
・自己負担0円のため(子供など)。

施設調査（保険薬局）の結果⑥

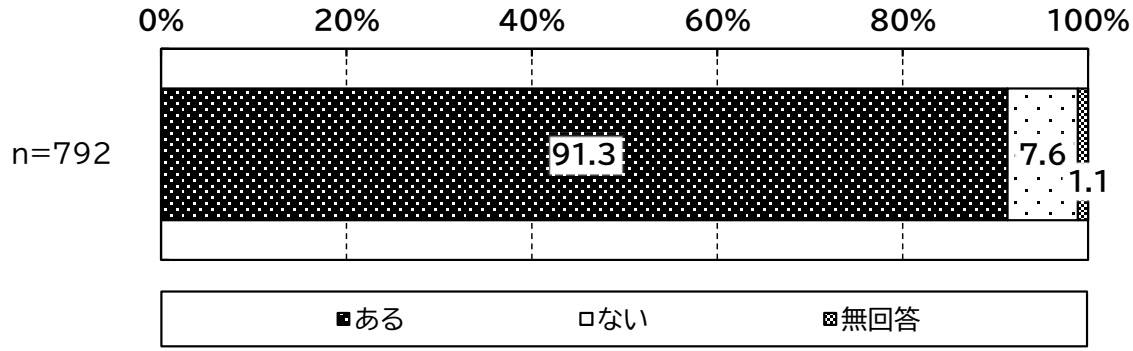
＜一般名で処方された医薬品における後発医薬品の調剤状況＞（報告書p53）

○　１年前と比較して一般名処方を応需した割合が増えた薬局は37.1%であった。
○　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る薬局は91.3%であった。

図表 2-66　１年前と比較した一般名処方の件数の変化



図表 2-67　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の有無

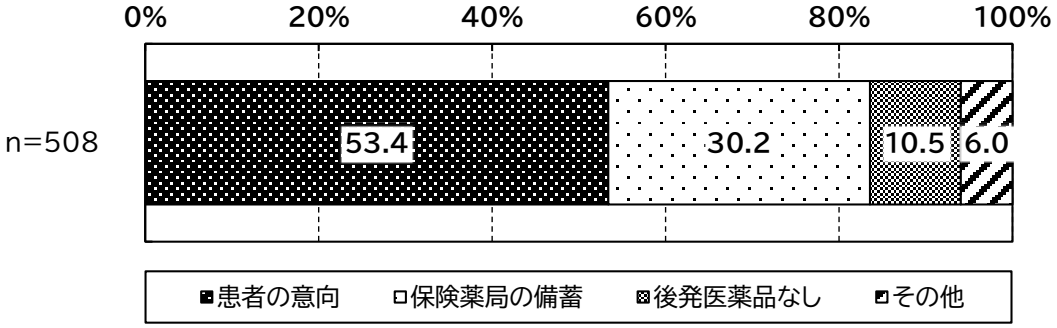


施設調査（保険薬局）の結果⑦

＜一般名で処方された医薬品における後発医薬品の調剤状況＞（報告書p54～56）

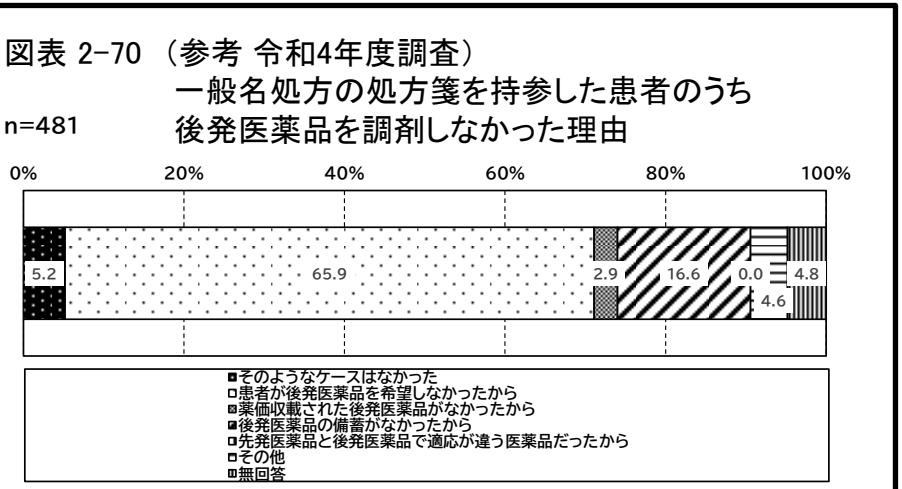
○ 一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかった場合の理由は患者の意向が減少し、保険薬局の備蓄の割合が増加した。
○ 後発医薬品を調剤しなかった理由として「保険薬局の備蓄」が増えた薬局は47.4%。

図表 2-69 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ごとの件数の割合

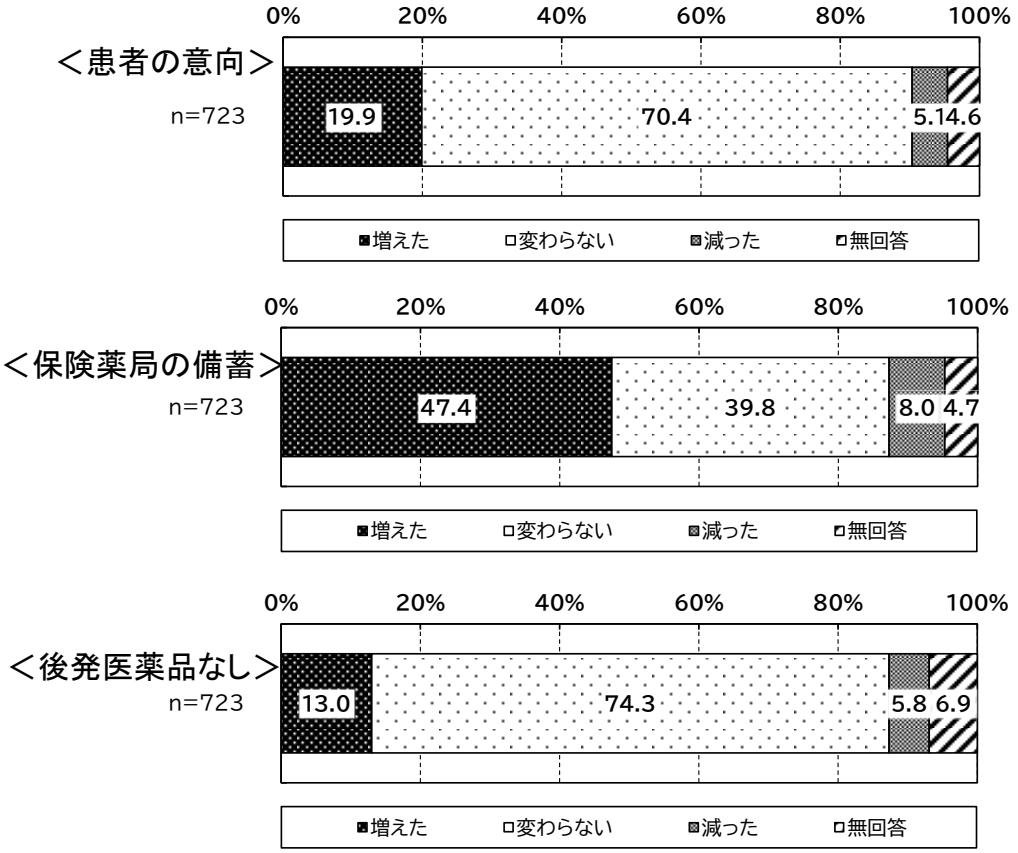


「患者の意向」「保険薬局の備蓄」「後発医薬品なし」「その他」のすべての設問に回答のあった施設を集計対象とした。

図表 2-70 （参考 令和4年度調査）
一般名処方の処方箋を持参した患者のうち
後発医薬品を調剤しなかった理由



図表 2-71 1年前と比較した、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変化



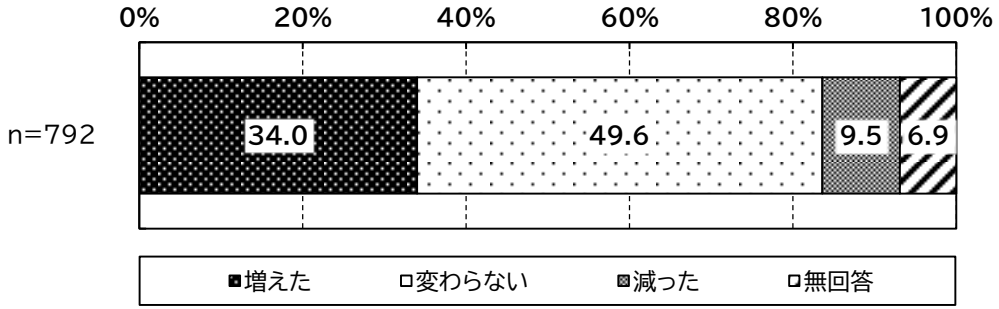
施設調査（保険薬局）の結果⑧

＜1年前と比較した調剤医薬品の備蓄品目数の変化＞（報告書p61）

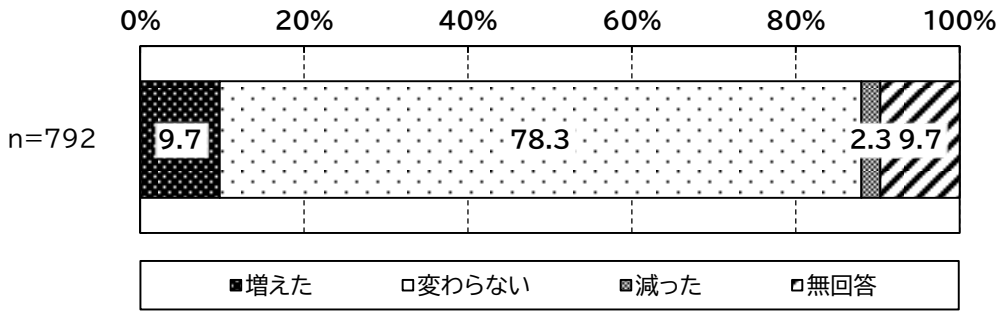
○　1年前と比較した調剤医薬品の備蓄品目数の変化について尋ねたところ、先発医薬品の備蓄品目数が増加した薬局が34%、後発医薬品の備蓄品目数が増加した薬局が44.6%であった。

図表 2-75　1年前と比較した備蓄品目数の変化

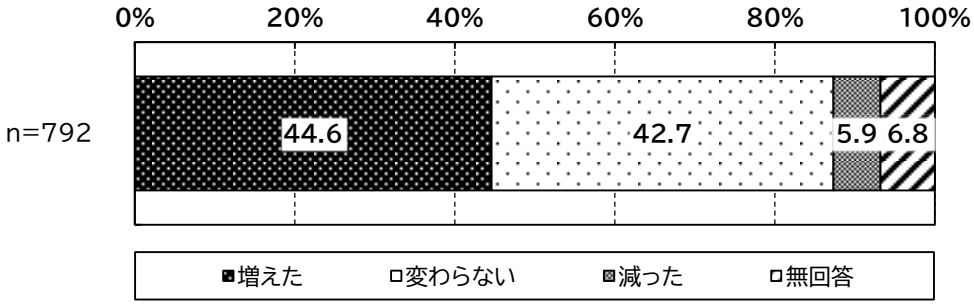
＜先発医薬品＞



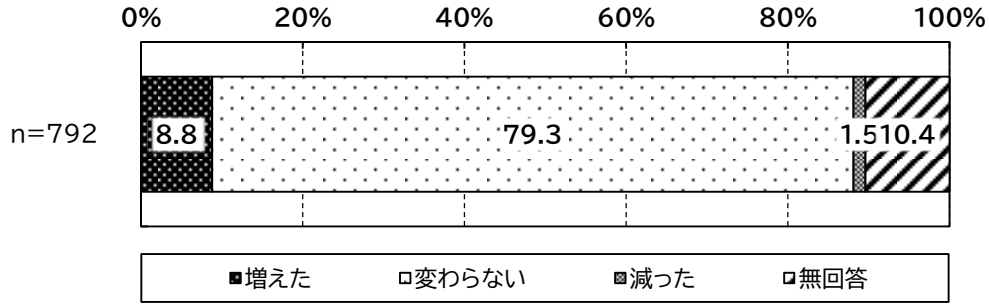
＜先行バイオ医薬品＞



＜後発医薬品＞



＜バイオ後続品＞

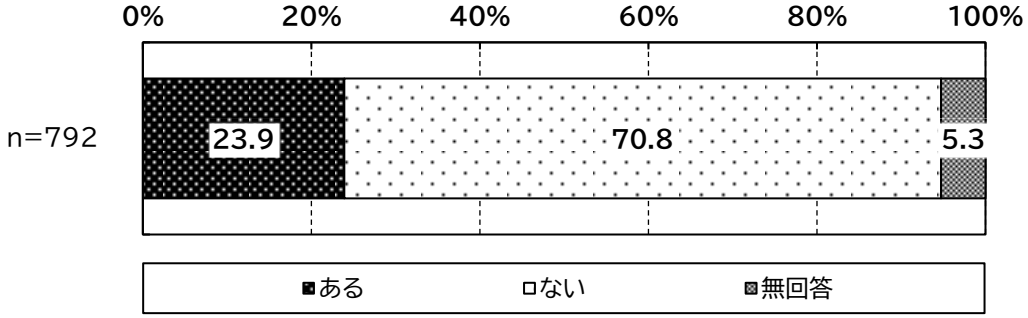


施設調査（保険薬局）の結果⑨

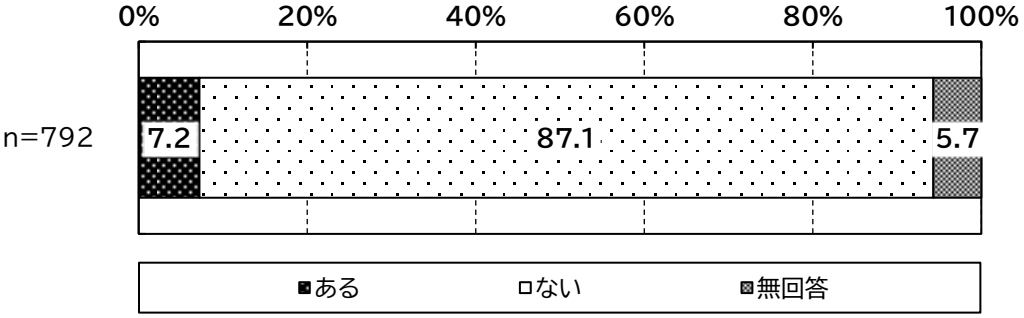
＜バイオ後続品に関する取組＞（報告書p69,74）

○ バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことのある薬局は23.9%であり、既に先行バイオ医薬品を使用している患者に対する場合より多い。

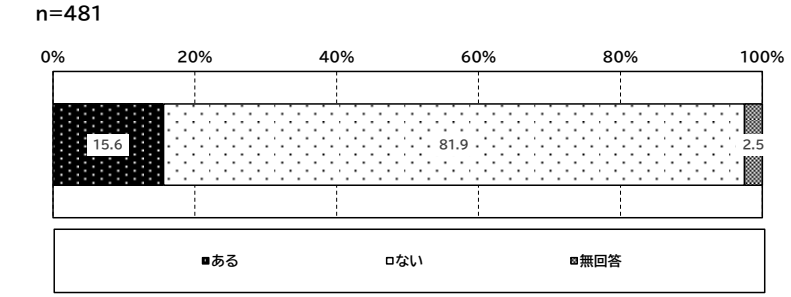
図表 2-84 バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことの有無



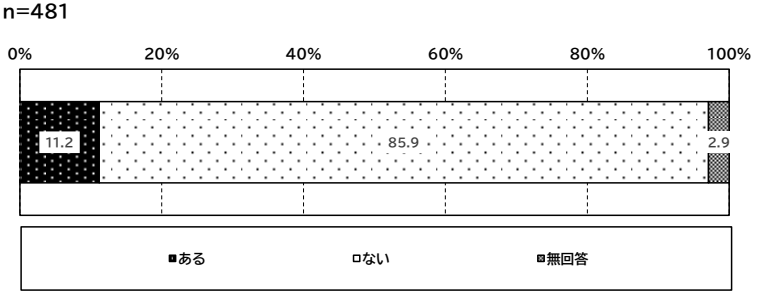
図表 2-90 既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更調剤したことの有無



（参考 令和4年度調査）バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことの有無



（参考 令和4年度調査）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の有無

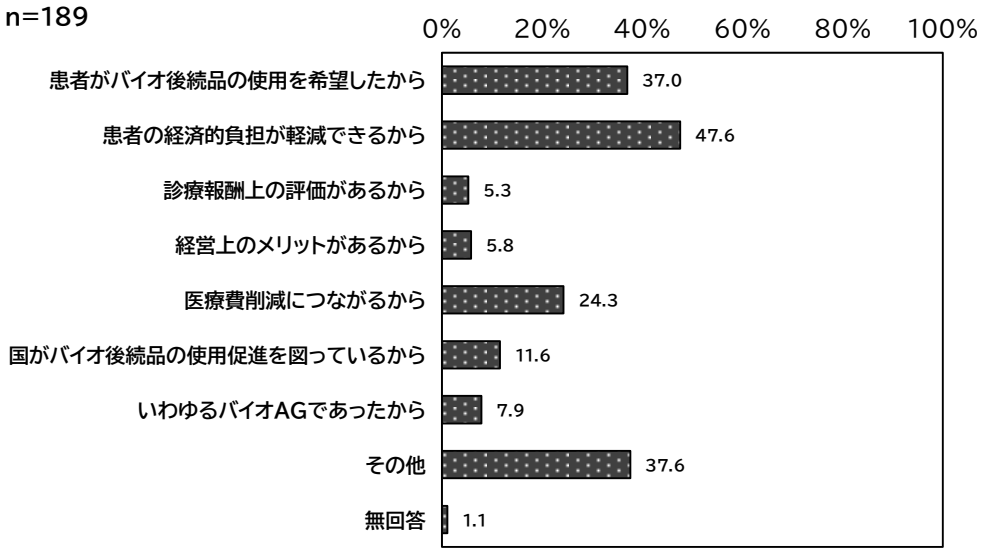


施設調査（保険薬局）の結果⑩

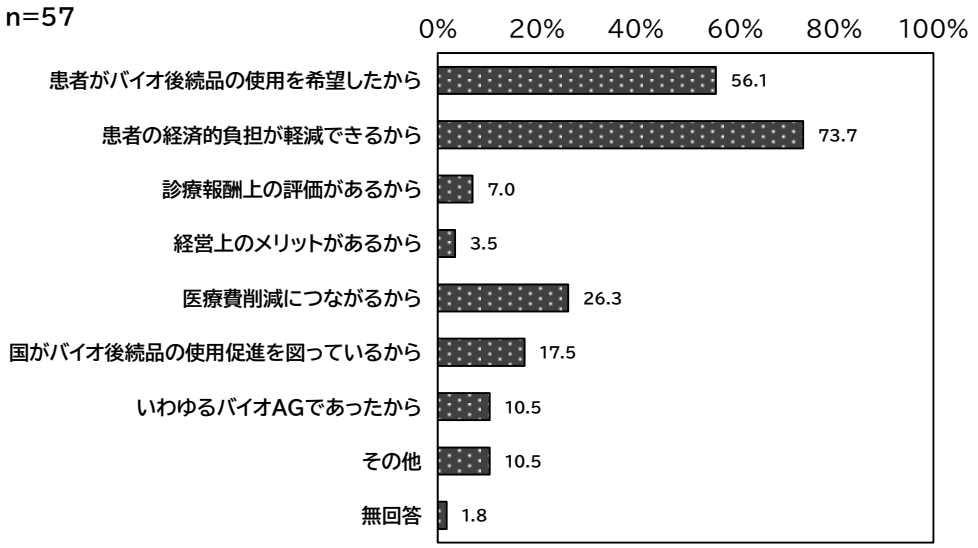
＜バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を調剤した理由等＞（報告書p71,76）

○　バイオ後続品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を調剤した理由を尋ねたところ、「患者の経済的負担が軽減できるから」が47.6%で最も多かった。
○　既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を変更調剤した理由を尋ねたところ、「患者の経済的負担が軽減できるから」が73.7%で最も多かった。

図表 2-86　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理由
（「ある」と回答した薬局に限定、複数回答）



図表 2-93　既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を変更調剤した理由
（「ある」と回答した薬局に限定、複数回答）

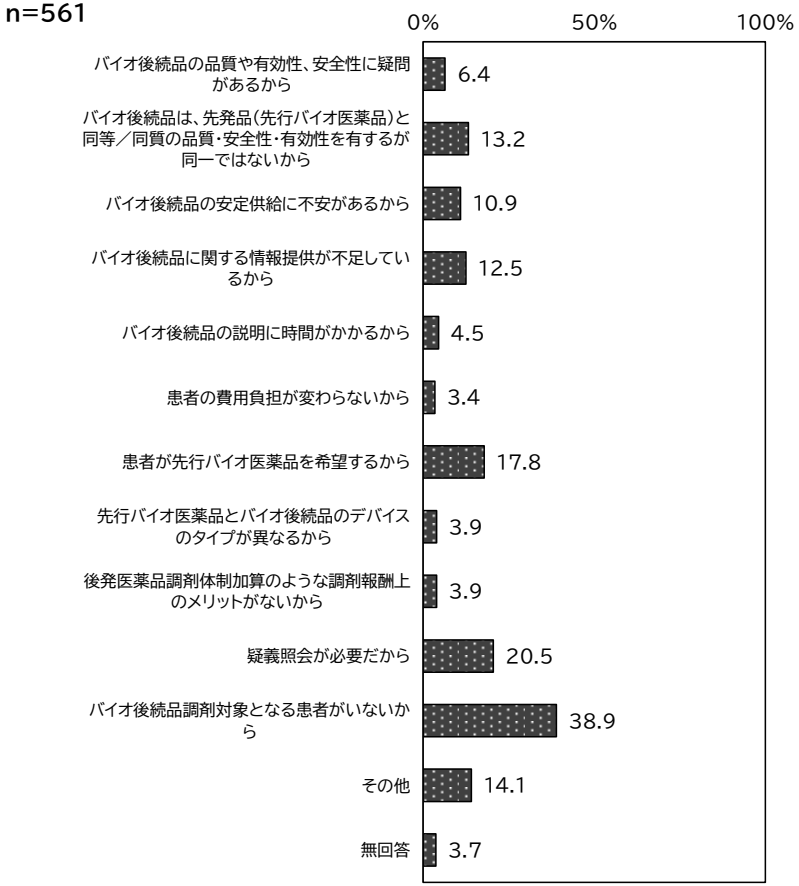


施設調査（保険薬局）の結果⑪

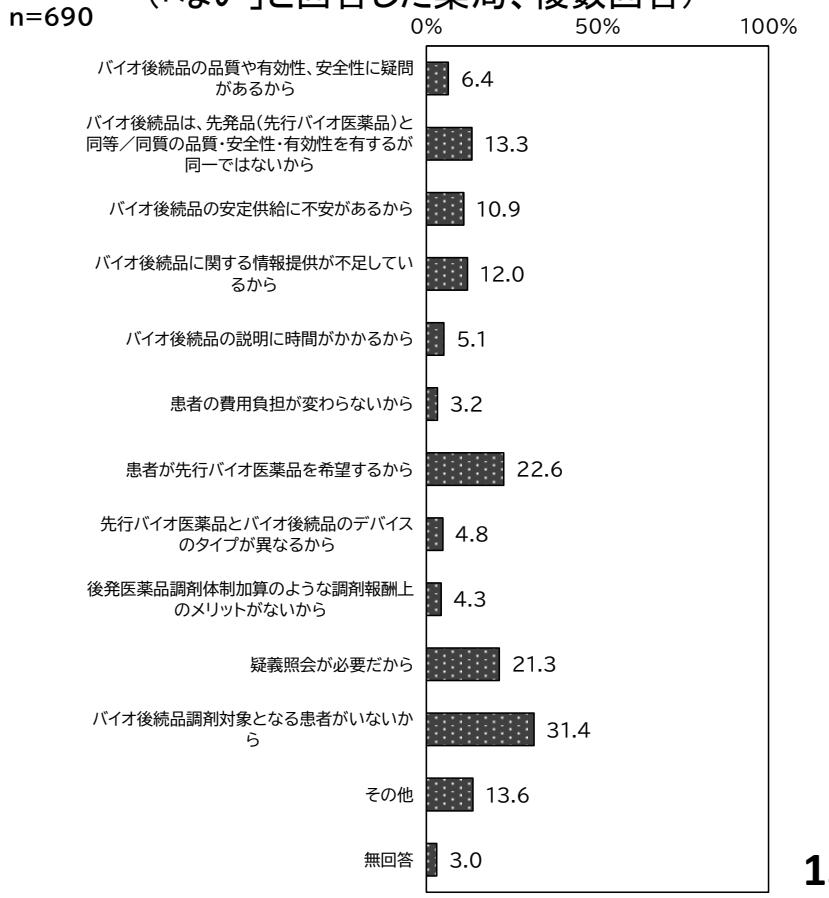
＜バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を調剤しない理由等＞（報告書p72,77）

○ バイオ後続品を調剤しない理由を尋ねたところ、バイオ医薬品が新規で処方された患者、既に先行バイオ医薬品を使用している患者いずれも「バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから」が最も多かった。
○ 既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を調剤しない理由を尋ねたところ、「患者が先行バイオ医薬品を希望するから」が22.6%と多かった。

図表 2-88 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ない理由
（「ない」と回答した薬局に限定、複数回答）



図表 2-95 既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を調剤しない理由
（「ない」と回答した薬局、複数回答）

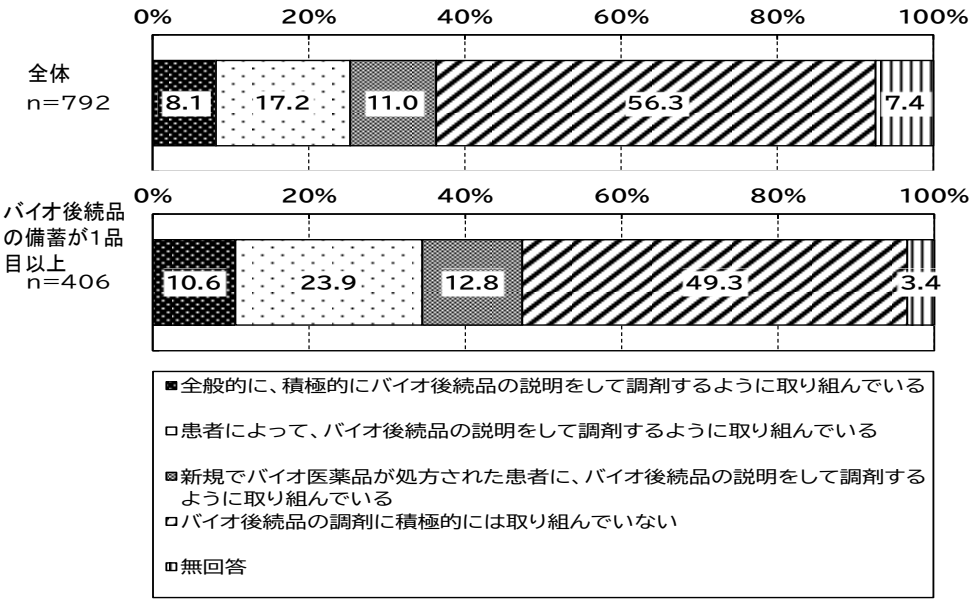


施設調査（保険薬局）の結果⑫

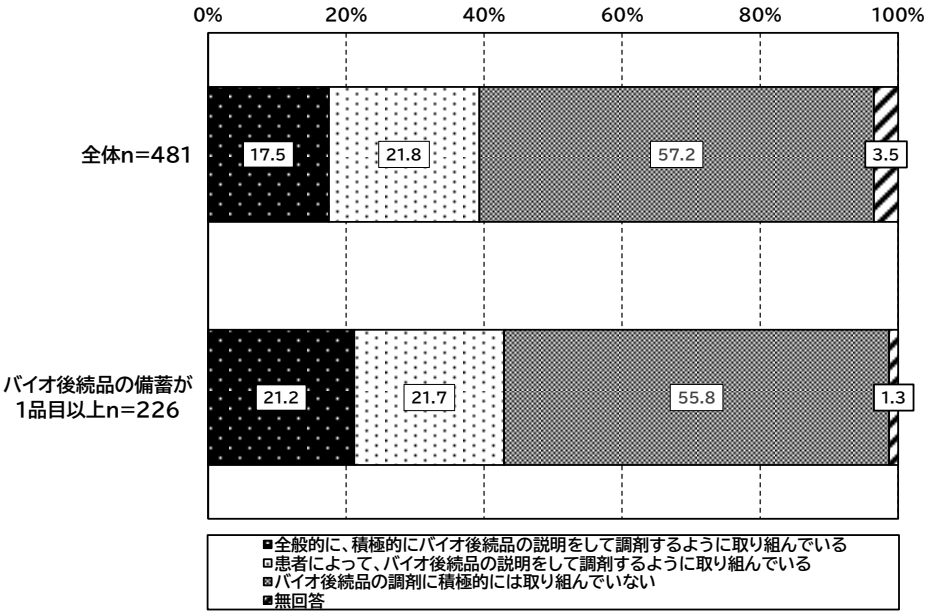
＜バイオ後続品に関する取組＞（報告書p79,80）

○ 「バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」薬局の割合は、全体では大きな変化はないが、バイオ後続品の備蓄が1品目以上ある薬局では、令和4年度調査が55.8%であったのに対して令和5年度調査では49.3%と減少した。

図表 2-97、98　バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことの有無



図表 2-99 （参考 令和4年度調査）
バイオ後続品に関する取り組み

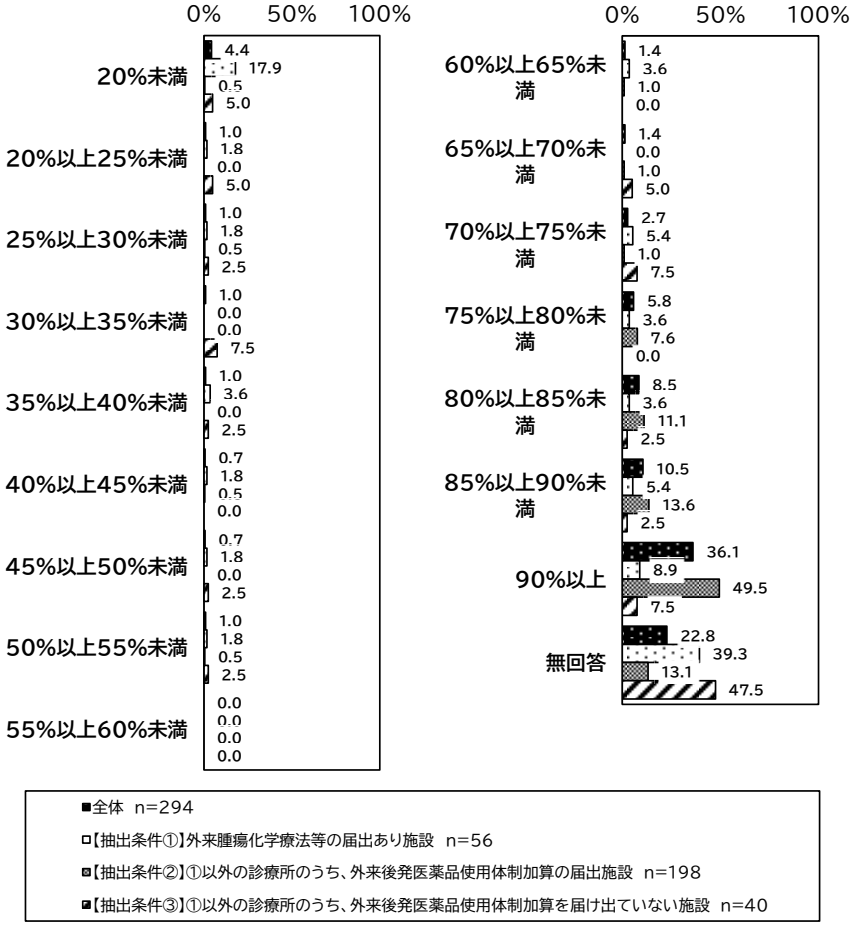


施設調査（一般診療所・病院）の結果①

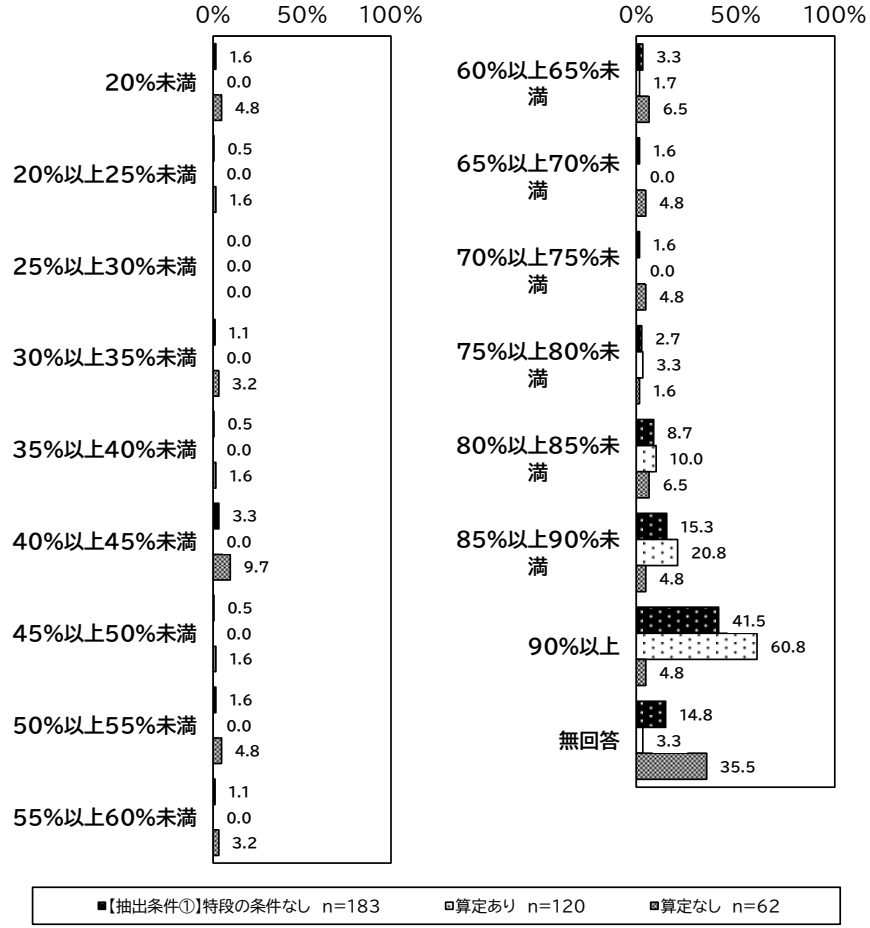
＜後発医薬品使用割合＞（報告書p148,151）

○　後発医薬品使用割合について、「90%以上」が一般診療所調査全体（有床診療所、または無床診療所で院内処方を行っている施設）では36.1%、病院調査全体では51.0%であった。

図表 3-28　一般診療所における後発医薬品使用割合の分布
（有床診療所、または無床診療所で院内処方を行っている施設）
（令和5年6月）



図表 3-32　病院における後発医薬品使用割合の分布
（令和5年6月）



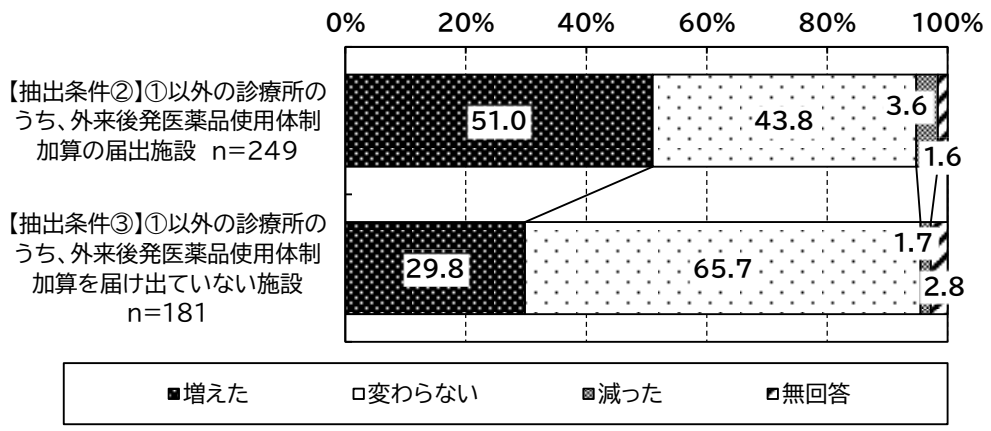
施設調査（一般診療所・病院）の結果②

＜1年前と比較した後発医薬品に係る対応における業務量＞（報告書p160）

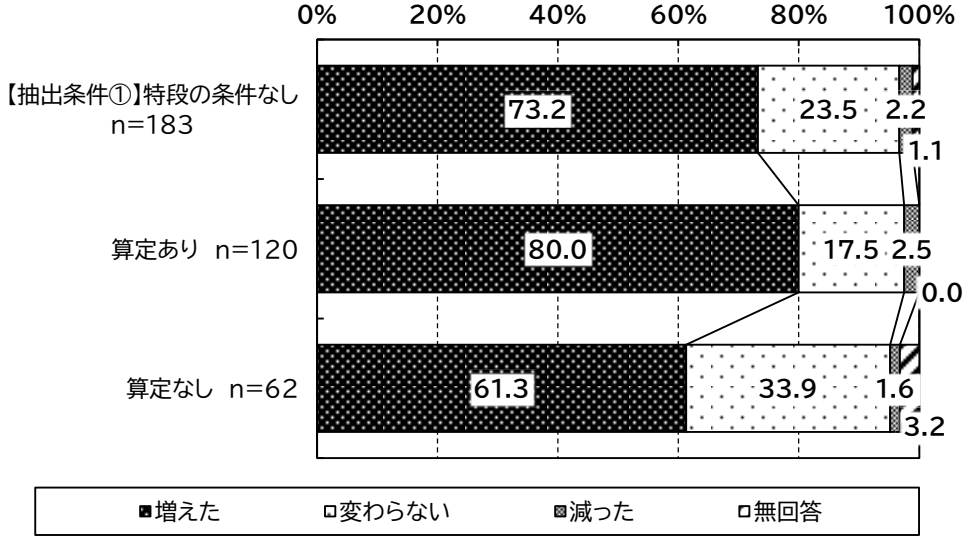
○　一般診療所調査、病院調査における、1年前と比較した後発医薬品に係る対応における業務量について、一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「増えた」が51.0%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では「増えた」が29.8%であった。病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「増えた」が73.2%であった。

図表 3-47　1年前と比較した後発医薬品に係る対応における業務量

＜一般診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



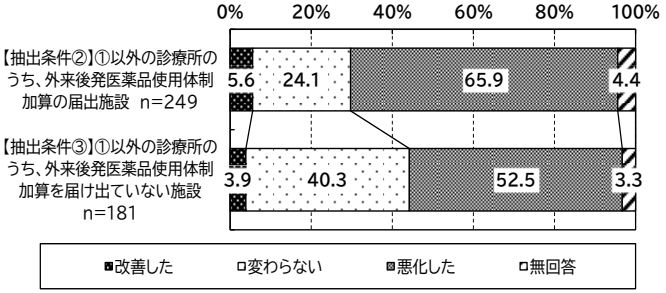
施設調査（一般診療所・病院）の結果③

＜1年前（令和4年7月1日）と比較した、後発医薬品の供給体制の変化＞（報告書p161～163）

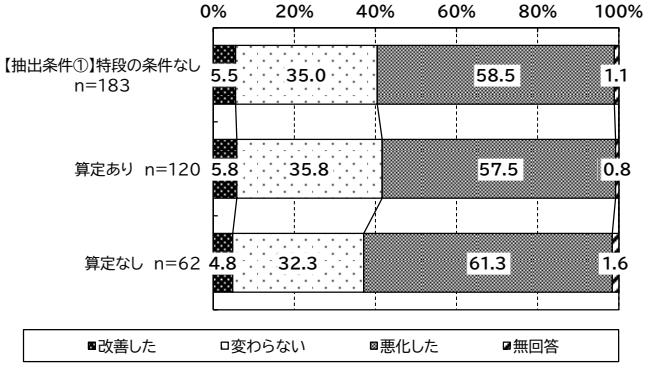
○ 1年前（令和4年7月1日）と比較した、後発医薬品の供給体制の変化について尋ねたところ、一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「悪化した」が65.9%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では「悪化した」が52.5%であった。病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「悪化した」が58.5%であった。医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師では、「悪化した」が42.5%であった。

図表 3-48　1年前（令和4年7月1日）と比較した、後発医薬品の供給体制の変化

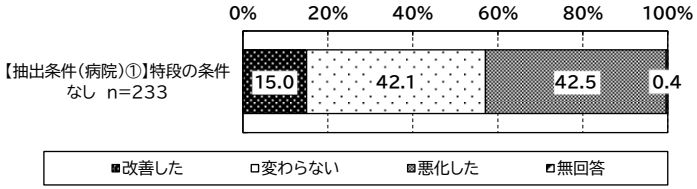
＜一般診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

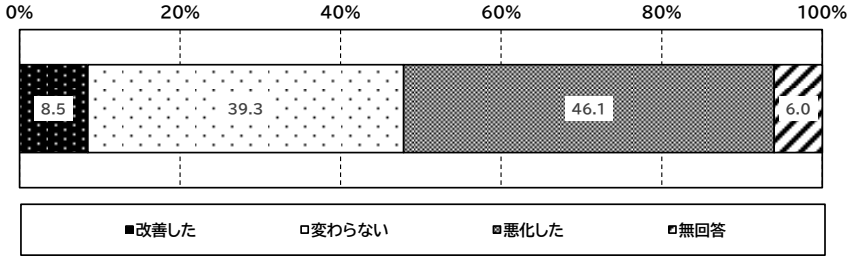


＜医師＞

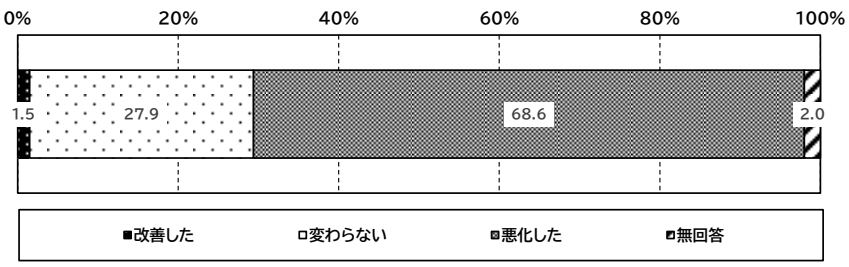


図表 3-49　（参考 令和4年度調査）1年前（令和3年11月1日）と比較した後発医薬品の供給体制

診療所n=399



病院n=204



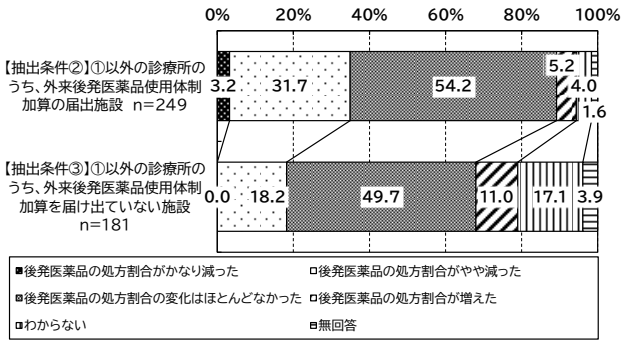
施設調査（一般診療所・病院）の結果④

＜後発医薬品の処方割合の変化＞（報告書p170～172）

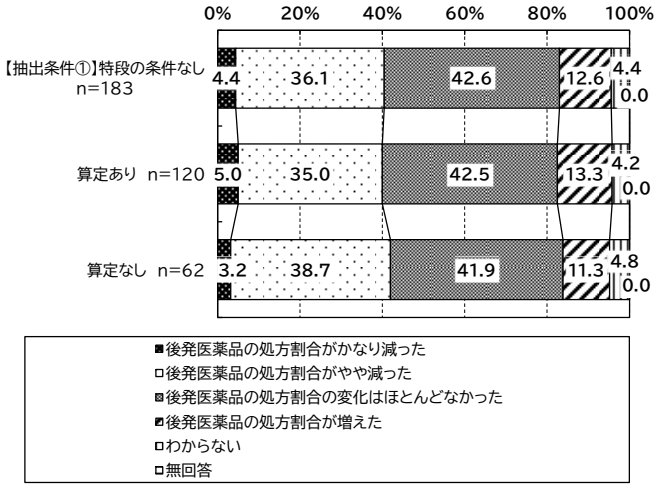
○　後発医薬品の処方割合の変化について尋ねたところ、
一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では、「後発医薬品の処方割合がかなり減った」と「後発医薬品の処方割合がやや減った」の合計割合が34.9%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では18.2%であった。
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では、「後発医薬品の処方割合がかなり減った」と「後発医薬品の処方割合がやや減った」の合計割合が40.5%であった。
医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師では、「後発医薬品の処方割合がかなり減った」と「後発医薬品の処方割合がやや減った」の合計割合が13.7%であった。

図表 3-52　後発医薬品の処方割合の変化

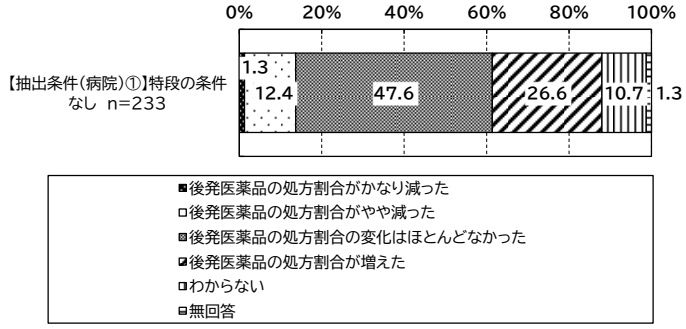
＜一般診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞



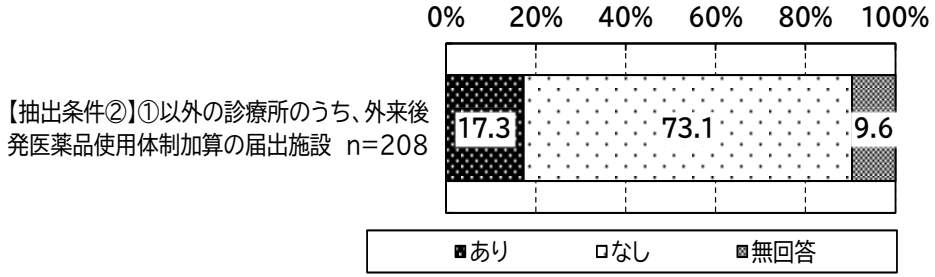
施設調査（一般診療所・病院）の結果⑤

＜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 ＞（報告書p181,182）

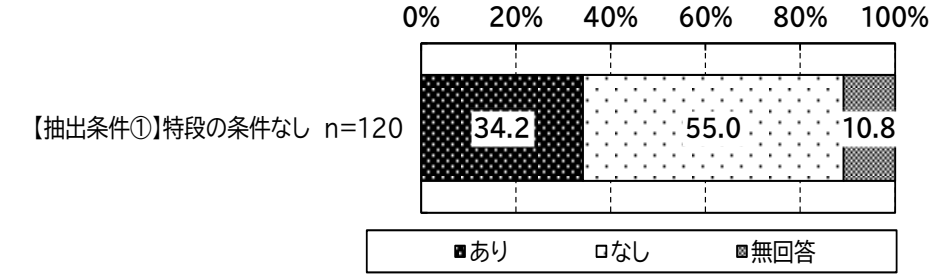
〇供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用※について、尋ねたところ、以下のとおりであった。
一般診療所のうち、抽出条件として外来後発医薬品使用体制加算の届出ありに該当し、外来後発医薬品使用体制加算または後発医薬品使用体制加算のいずれかの算定ありと回答した施設では、適用「あり」が17.3であった。
病院のうち「特段の条件なし」で抽出し、後発医薬品使用体制加算の算定ありと回答した施設では、適用「あり」が34.2%であった。

図表 3-55　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

＜一般診療所（外来後発医薬品使用体制加算または後発医薬品使用体制加算の算定施設）＞

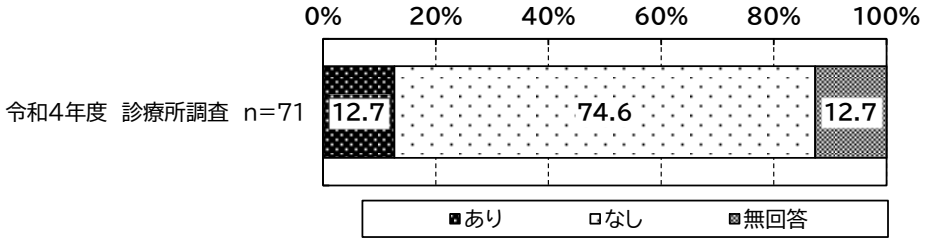


＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定施設）＞

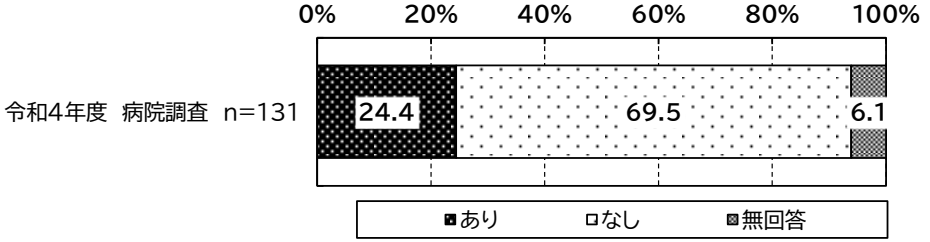


図表 3-56　（参考 令和4年度調査）
供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用

＜診療所（外来後発医薬品使用体制加算または後発医薬品使用体制加算の算定施設）＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定施設）＞



施設調査（一般診療所・病院）の結果⑥

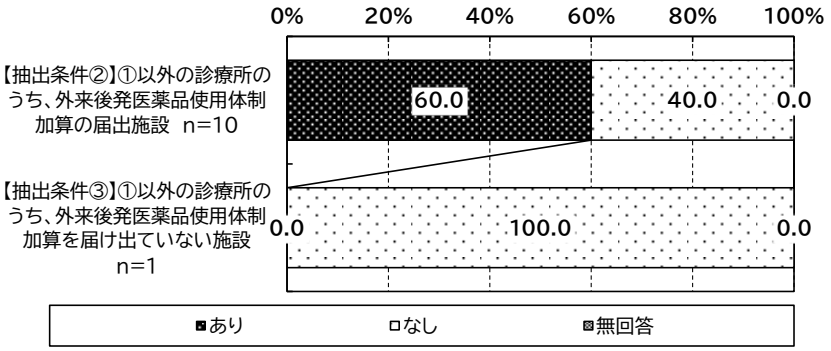
＜「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無＞（報告書p188～190）

○ 「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」の適用有無について、後発医薬品使用体制加算の算定ありと回答した施設に尋ねたところ、一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（10施設）では適用「あり」が60.0%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設（1施設）では適用「あり」が0.0%であった。病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（120施設）では適用「あり」が68.3%であった。

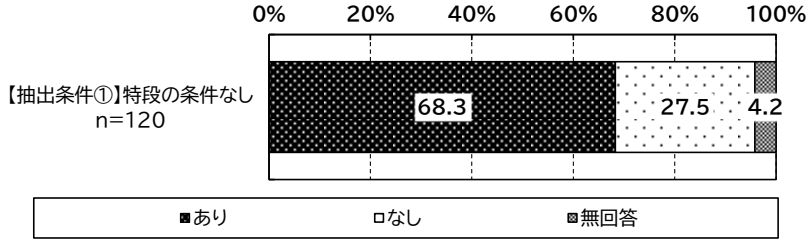
○「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用をしていない理由を、適用「なし」と回答した施設に尋ねたところ、一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（4施設）、届出なし施設（1施設）ともに「特例措置を知らなかったから」と回答していた。病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（33施設）では「特例措置を知らなかったから」が24.2%であった。

図表 3-62 「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（後発医薬品使用体制加算の算定ありの施設）

＜一般診療所＞

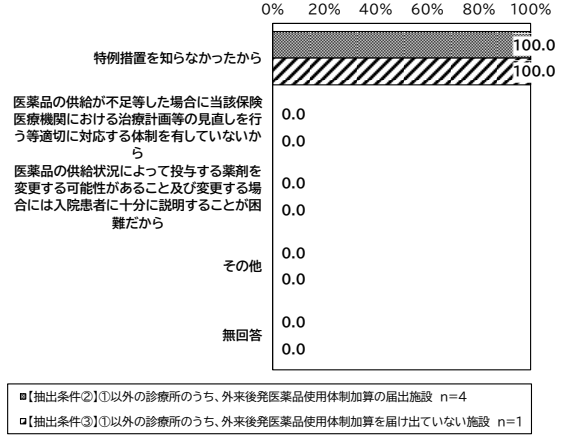


＜病院＞

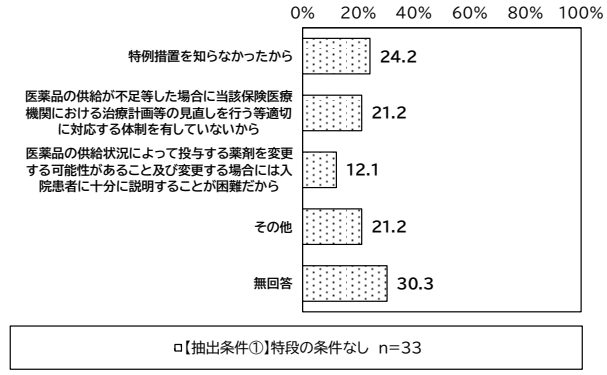


図表 3-63 「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」を適用していない理由（特例の適用「なし」の施設）

＜一般診療所＞



＜病院＞



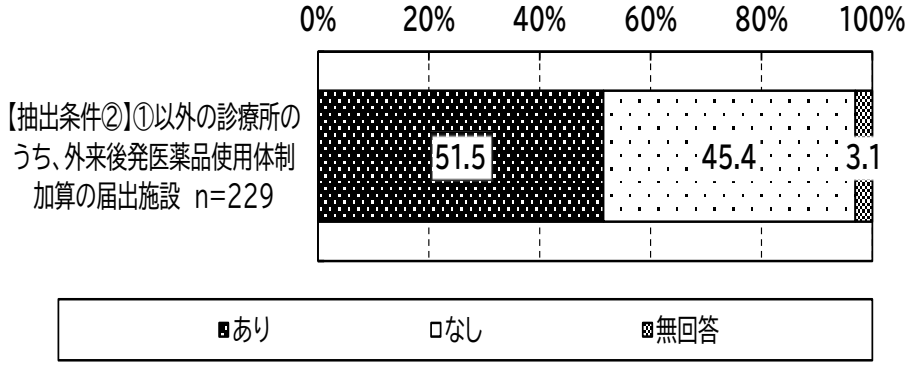
施設調査（一般診療所・病院）の結果⑦

＜「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＞（報告書p193,194）

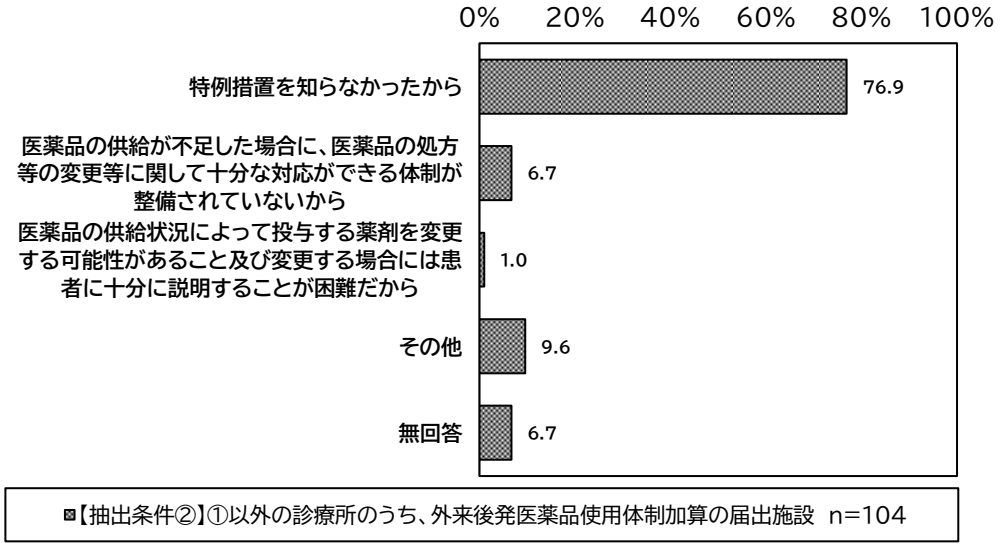
○ 「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無について、外来後発医薬品使用体制加算の算定ありと回答した施設に尋ねたところ、一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（229施設）では適用「あり」が51.5%であった。

○「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」の適用をしていない理由を、適用「なし」と回答した施設に尋ねたところ、一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（104施設）では「特例措置を知らなかったから」が76.9%であった。

図表 3-65 「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（外来後発医薬品使用体制加算の算定ありの施設）



図表 3-66 「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」を適用していない理由（特例の適用「なし」の施設）



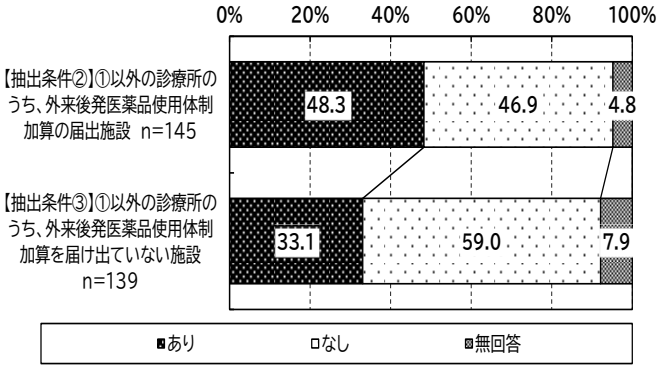
施設調査（一般診療所・病院）の結果⑧

＜「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＞（報告書p201～206）

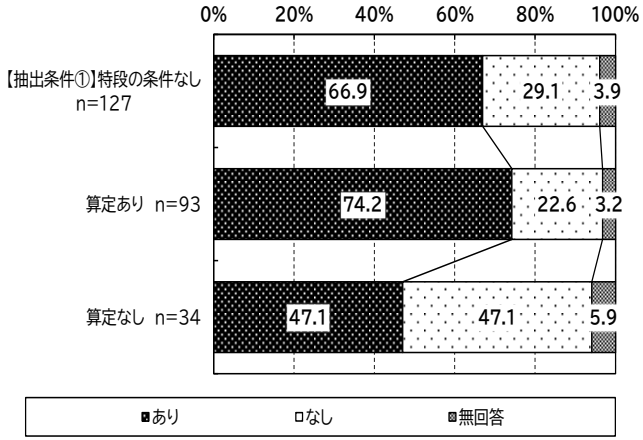
○　一般名処方による処方箋の発行があると回答した施設での「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無を尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 3-71　「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

＜一般診療所＞

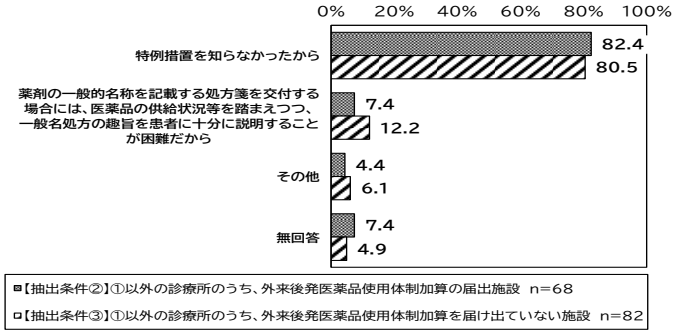


＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

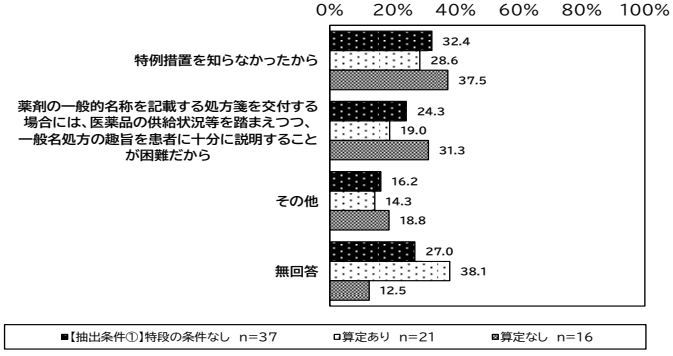


図表 3-72　「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」を適用していない理由（複数回答）（特例の適用「なし」の施設）

＜一般診療所＞



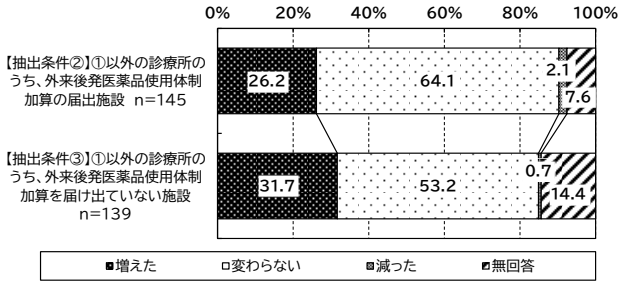
＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



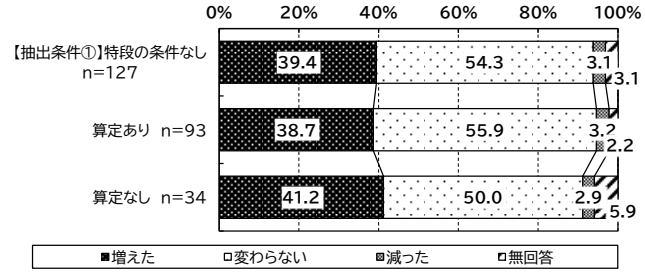
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
一般診療所調査：
・院内処方が中心のため。
病院調査：
・システム整備されていない。

図表 3-73　1年前と比較した一般名処方の件数の変化（一般名処方による処方箋の発行あり）

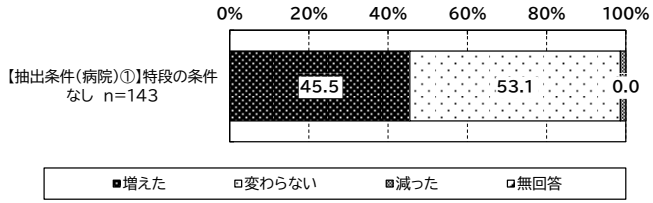
＜一般診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞



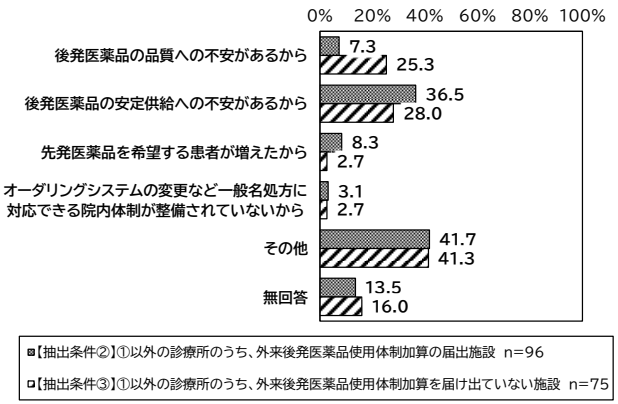
施設調査（一般診療所・病院）の結果⑨

＜一般名処方が増えない理由＞（報告書p212～214）

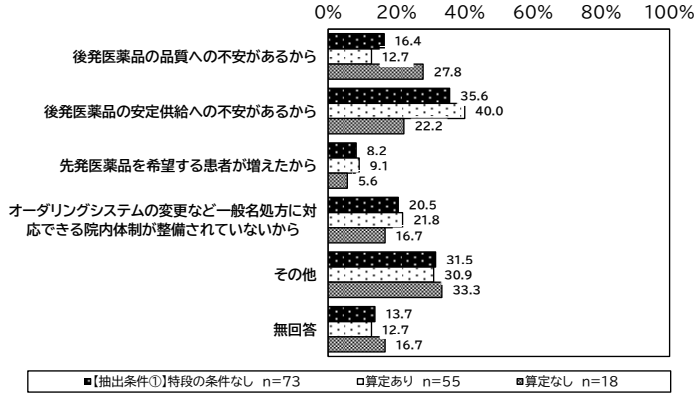
○　1年前と比較して一般名処方の件数が「変わらない」「減った」と回答した場合、一般名処方が増えない理由を尋ねたところ、以下のとおりであった。
一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設(96施設)では「後発医薬品の安定供給への不安があるから」が36.5%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設（75施設）では28.0%であった。
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（73施設）では「後発医薬品の安定供給への不安があるから」が35.6%であった。
医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師（78人）では「後発医薬品の安定供給への不安があるから」が34.6%であった。

図表 3-75　一般名処方が増えない理由（複数回答）
（1年前と比較して一般名処方の件数が「変わらない」「減った」場合）

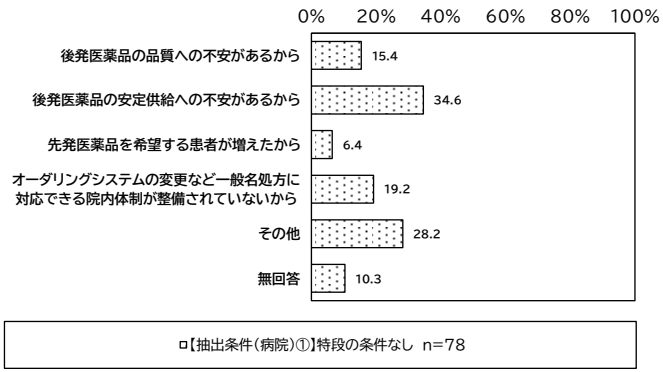
＜一般診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
一般診療所調査：　元々一般名処方が中心だから。　病院調査：一般名処方のマスタメンテナンスが多忙のためできない。院内調剤が多いため。
医師調査：以前から一般名処方だから。オーダリングシステムではない紙カルテ。すでに電子カルテで一般名処方になっており、自身で意識して処方を変えていない。

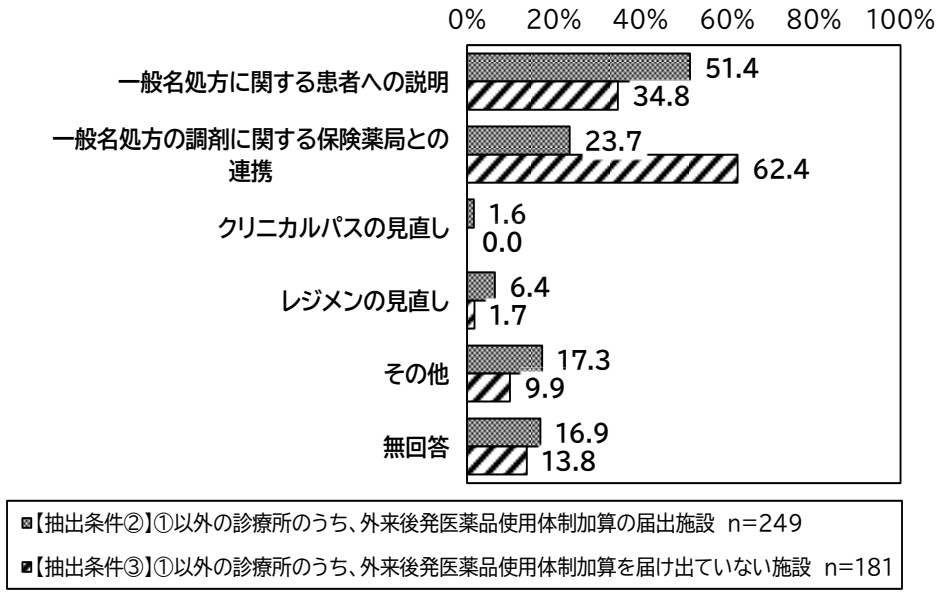
施設調査（一般診療所・病院）の結果⑩

＜施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組＞（報告書p218,219）

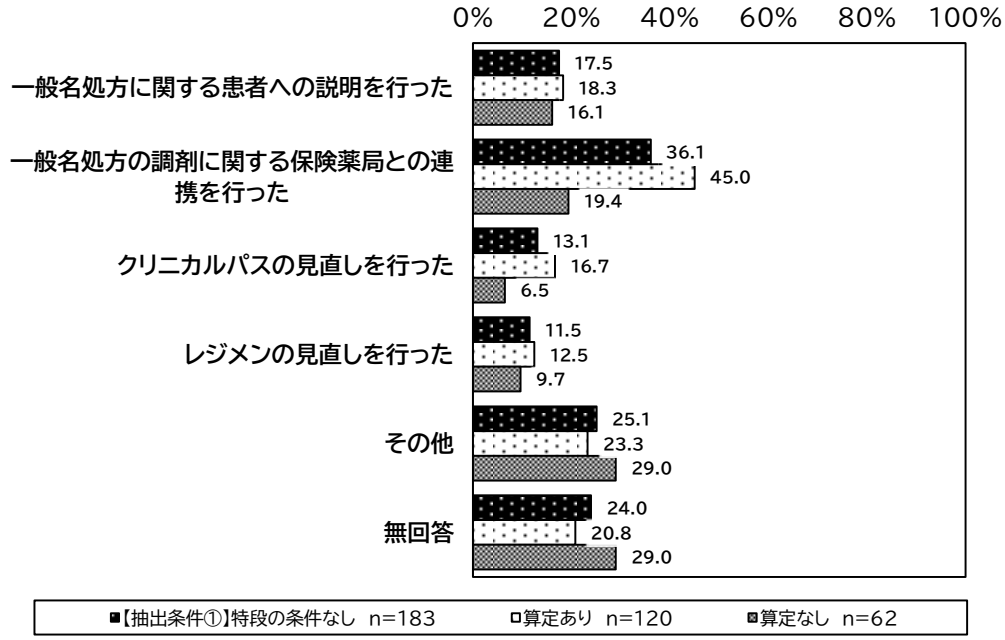
○　施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組を尋ねたところ、以下のとおりであった。
一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「一般名処方の調剤に関する保険薬局との連携」が23.7%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では62.4%であった。
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「一般名処方の調剤に関する保険薬局との連携」が36.1%であった。

図表 3-77　施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組（複数回答）

＜一般診療所＞



＜病院＞



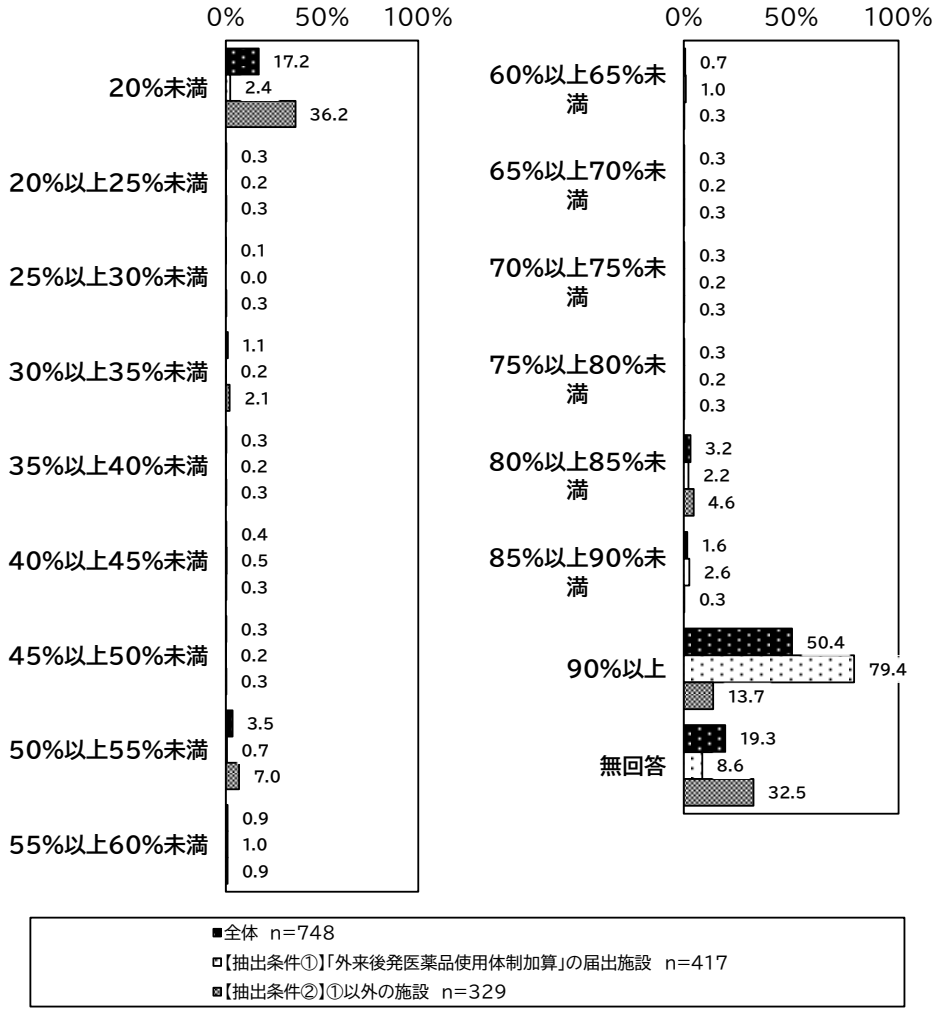
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 一般名称に対応できるオーダリングシステムにしている。
- 後発医薬品への変更はAGにしている。
- 在庫の確保、調剤薬局の在庫の確認と医師への報告。
- 医薬品卸担当者との情報交換。

施設調査（歯科診療所）の結果①

＜後発医薬品使用割合の分布＞（報告書p150）

○　後発医薬品使用割合について、「90%以上」が、歯科診療所調査全体では50.4%であった。

図表 3-30　歯科診療所における後発医薬品使用割合の分布（令和5年6月）

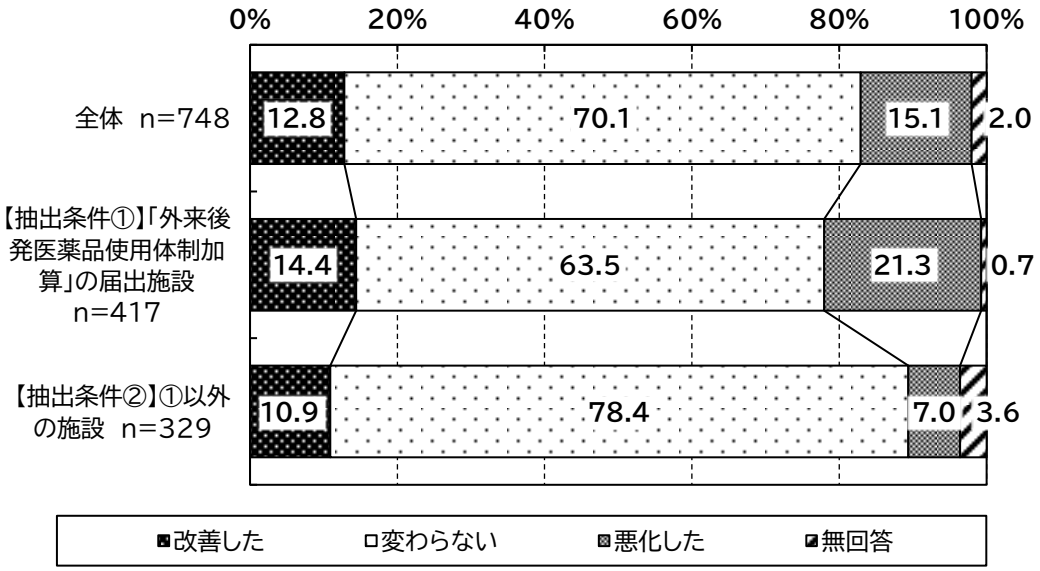


施設調査（歯科診療所）の結果②

＜1年前（令和4年7月1日）と比較した、後発医薬品の供給体制の変化＞（報告書p162）

○　後発医薬品の供給体制の変化について尋ねたところ、「変わらない」が70.1%であった。

図表 3-48　１年前（令和4年7月1日）と比較した、
後発医薬品の供給体制の変化

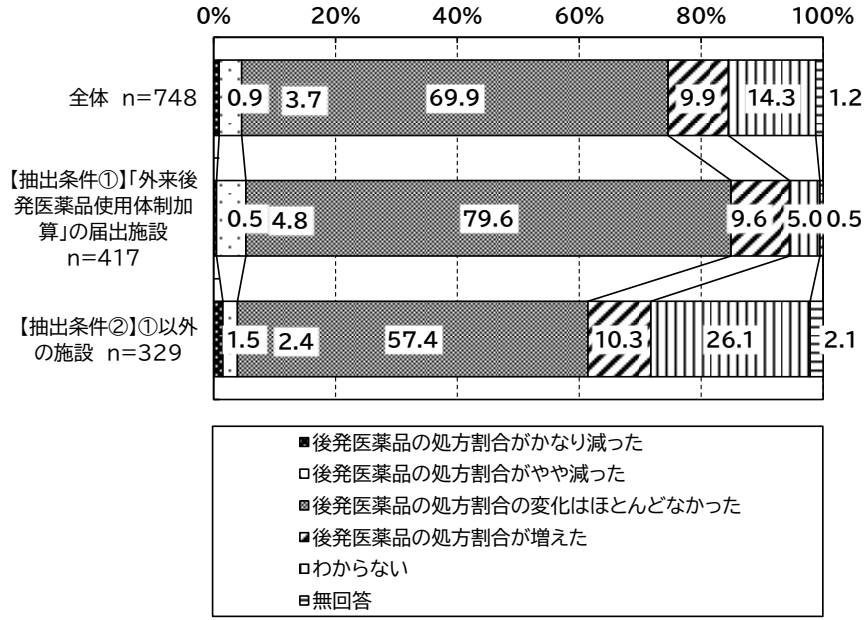


施設調査（歯科診療所）の結果③

＜後発医薬品の処方割合の変化＞（報告書p171）

○後発医薬品の処方割合の変化について尋ねたところ、「後発医薬品の処方割合がかなり減った」と「後発医薬品の処方割合がやや減った」の合計割合は4.6%であった。

図表 3-52　後発医薬品の処方割合の変化



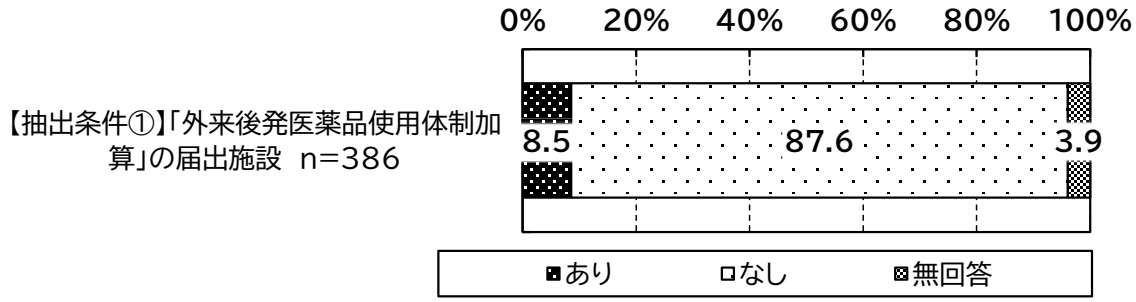
施設調査（歯科診療所）の結果④

＜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＞（報告書p181）

○　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※について、尋ねたところ、歯科診療所のうち、抽出条件として外来後発医薬品使用体制加算の届出ありに該当し、外来後発医薬品使用体制加算の算定ありと回答した施設では適用「あり」が8.5%であった。

図表 3-55　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

＜歯科診療所（外来後発医薬品使用体制加算の算定施設）＞



※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。

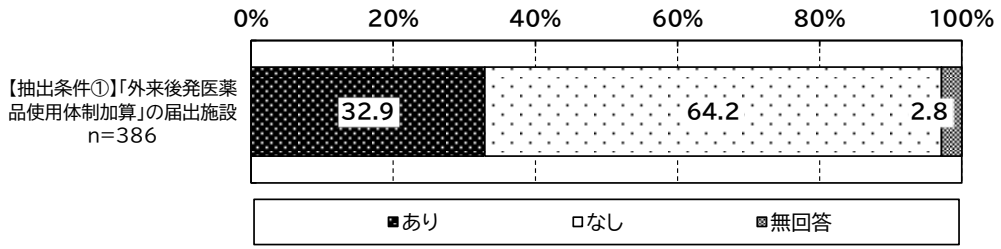
施設調査（歯科診療所）の結果⑤

＜「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」の適用有無、特例を適用していない理由＞（報告書p193,194 ）

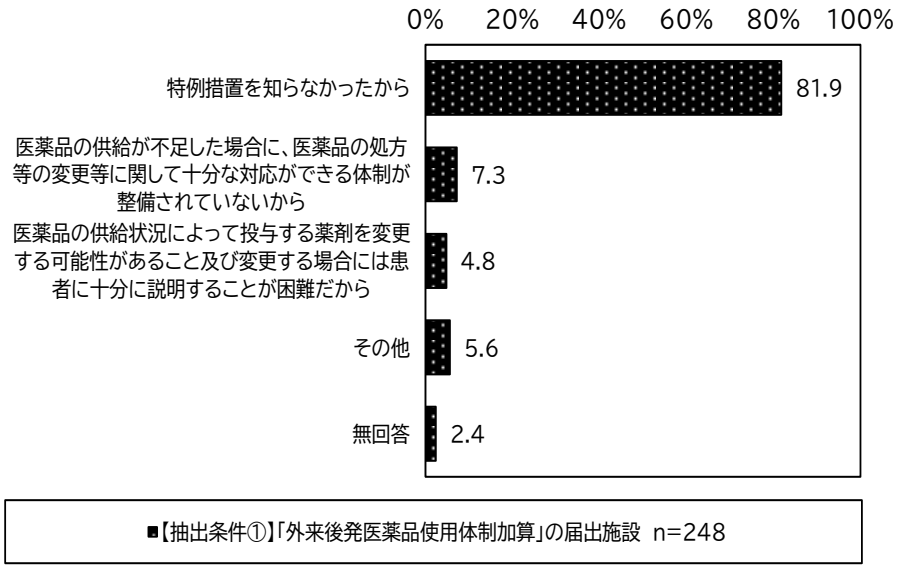
○　歯科診療所調査における「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無について、外来後発医薬品使用体制加算の算定ありと回答した施設に尋ねたところ、歯科診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（386施設）では適用「あり」が32.9%であった。

○　歯科診療所調査における「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」の適用をしていない理由を、適用「なし」と回答した施設に尋ねたところ、歯科診療所調査のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（248施設）では「特例措置を知らなかったから」81.9%であった。

図表 3-65　「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
（外来後発医薬品使用体制加算の算定ありの施設）



図表 3-66　「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」を適用していない理由
（特例の適用「なし」の施設）



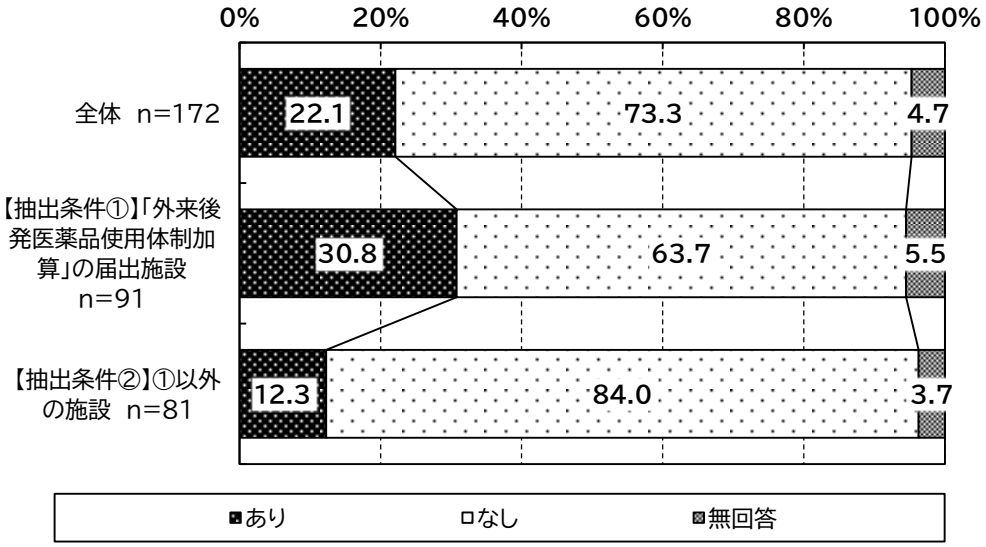
施設調査（歯科診療所）の結果⑥

＜「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、特例を適用していない理由＞（報告書p202,204）

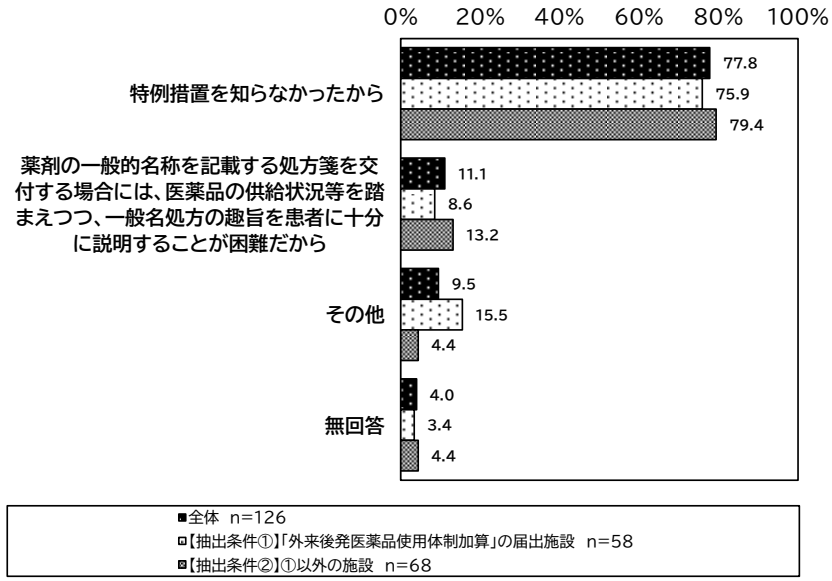
○　一般名処方による処方箋の発行があると回答した施設での「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無を尋ねたところ、歯科診療所調査全体（172施設）では適用「あり」が22.1%であった。

○　「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」の適用をしていない理由を、適用「なし」と回答した施設に尋ねたところ、歯科診療所調査全体（126施設）では「特例措置を知らなかったから」が77.8%であった。

図表 3-71　「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



図表 3-72　「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」を適用していない理由（複数回答）（特例の適用「なし」の施設）

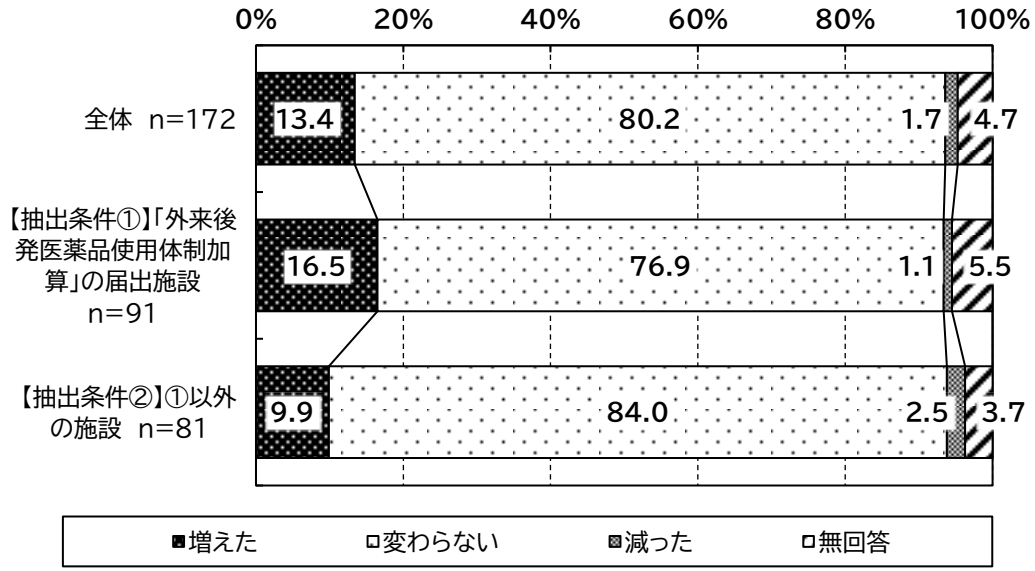


施設調査（歯科診療所）の結果⑦

＜1年前と比較した一般名処方の件数の変化＞（報告書p206）

○　一般名処方による処方箋の発行があると回答した場合、1年前と比較した一般名処方の件数の変化での一般名処方加算の算定回数を尋ねたところ、歯科診療所調査全体（172施設）では「増えた」が13.4%であった。

図表 3-73　1年前と比較した一般名処方の件数の変化
（一般名処方による処方箋の発行あり）



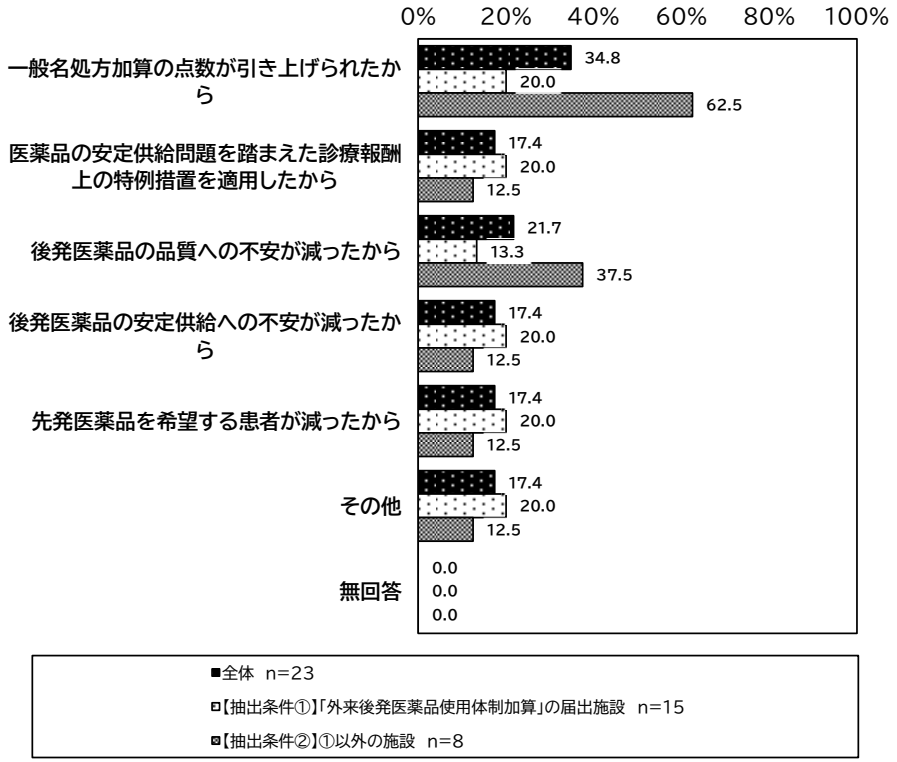
施設調査（歯科診療所）の結果⑧

＜一般名処方が増えた理由、一般名処方が増えない理由＞（報告書p209,213）

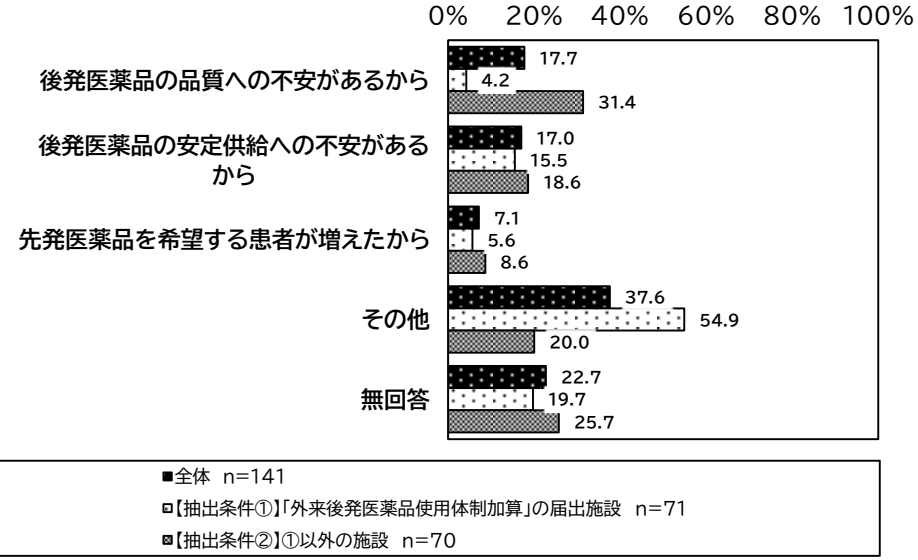
○　1年前と比較して一般名処方の件数が「増えた」と回答した場合、一般名処方が増えた理由を尋ねたところ、歯科診療所調査全体（23施設）では「一般名処方加算の点数が引き上げられたから」が34.8%であった。

○　1年前と比較して一般名処方の件数が「変わらない」「減った」と回答した場合、一般名処方が増えない理由を尋ねたところ、歯科診療所調査全体（141施設）では「後発医薬品の品質への不安があるから」が17.7%であった。

図表 3-74　一般名処方が増えた理由（複数回答）
（1年前と比較して一般名処方の件数が「増えた」場合）



図表 3-75　一般名処方が増えない理由（複数回答）
（1年前と比較して一般名処方の件数が「変わらない」「減った」場合）



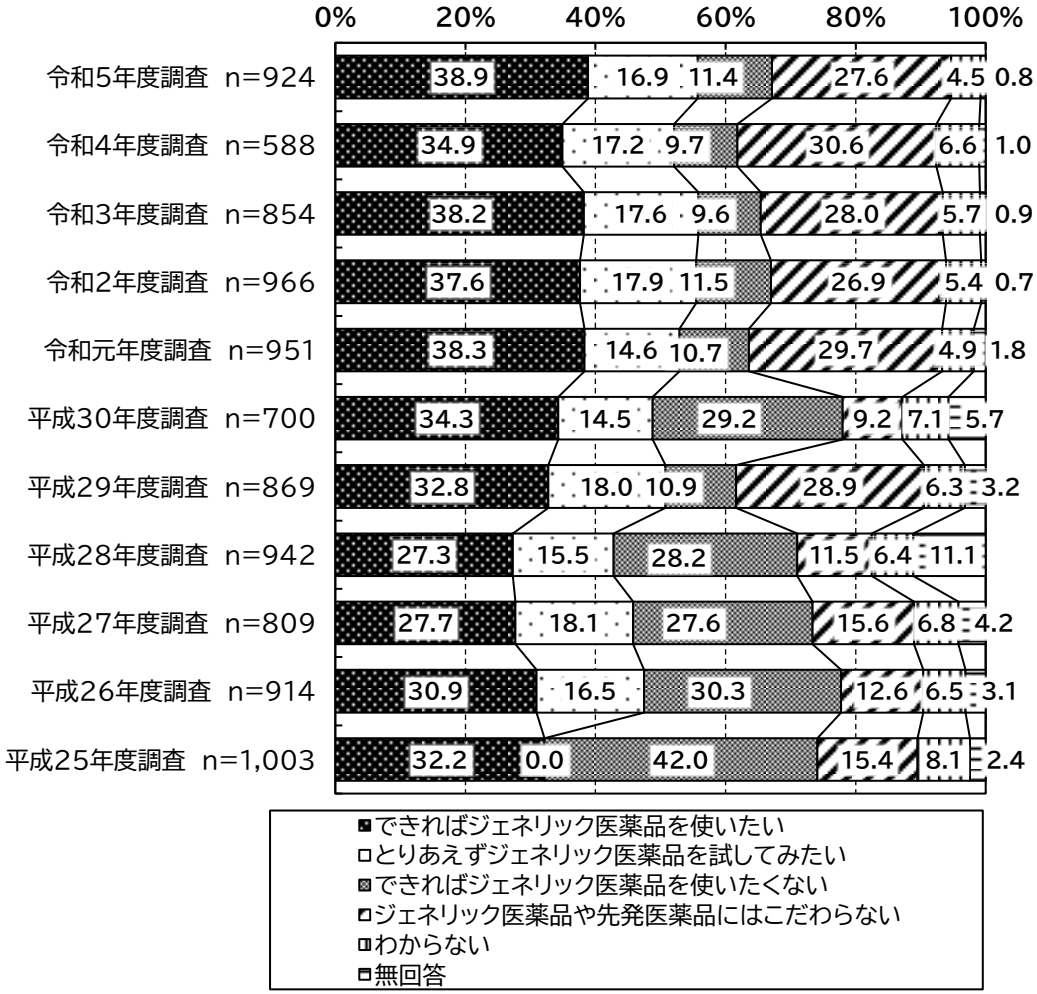
患者調査の結果①

＜ジェネリック医薬品の使用に関する考え＞（報告書p379,425,426）

○ 「できればジェネリック医薬品を使いたい」は38.9%であり、医薬品供給不安定の中、患者のジェネリック医薬品の使用に関する考えはR4年度調査と同程度であった。

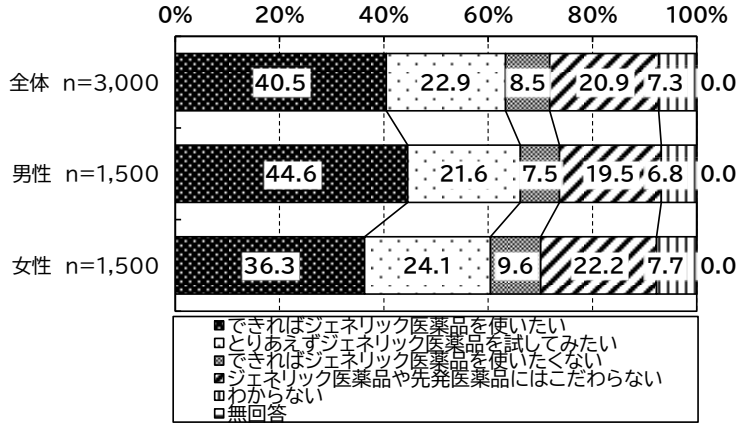
郵送調査

図表 4-61 ジェネリック医薬品の使用に関する考え



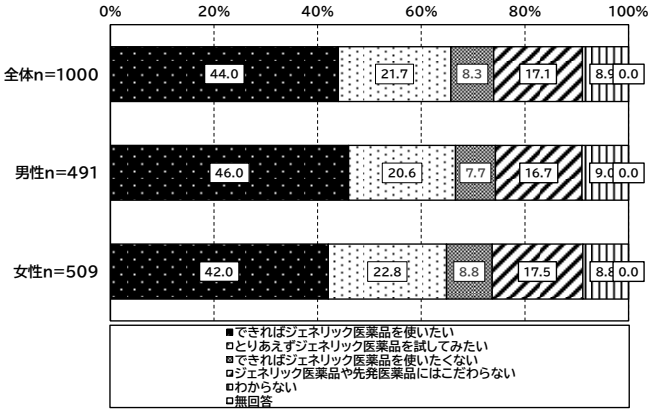
インターネット調査

図表5-65 ジェネリック医薬品の使用に関する考え



図表 5-67 （参考 令和4年度）

ジェネリック医薬品の使用に関する考え（性別）

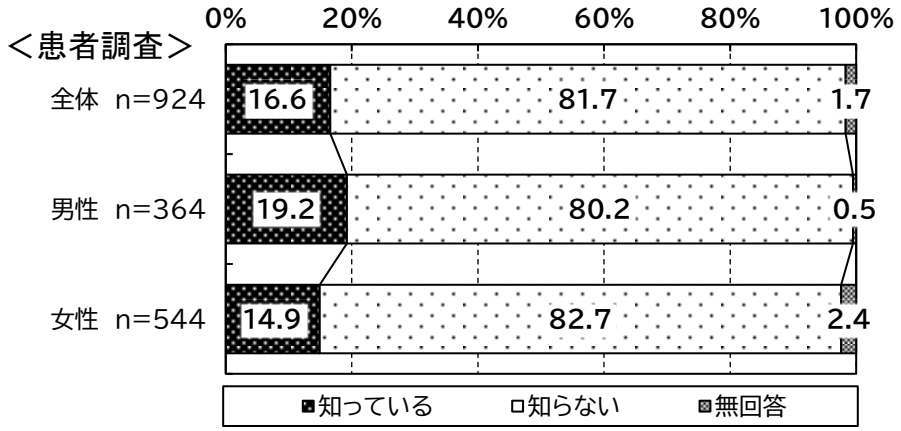


患者調査の結果②

＜バイオ後続品　（バイオシミラー）の認知度（性別）＞（報告書p366,367,412,413）

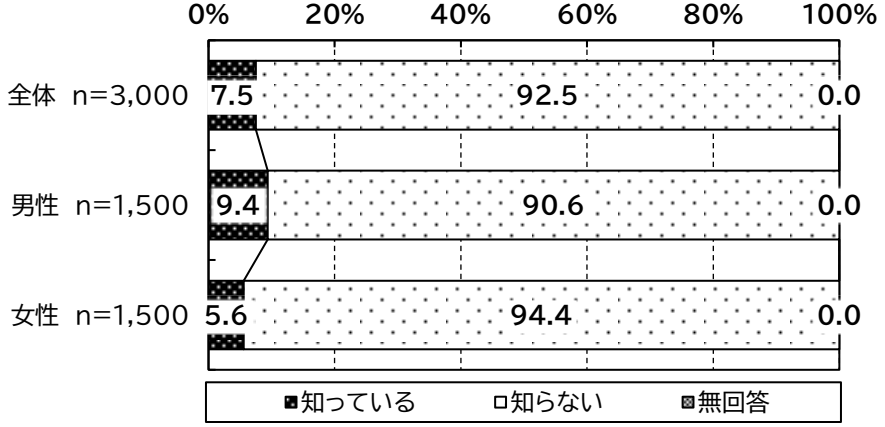
○バイオ後続品（バイオシミラー）という名称を知っているか尋ねたところ、「知っている」が16.6%。「知らない」が81.7%であった。

図表 4-42　バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（性別）

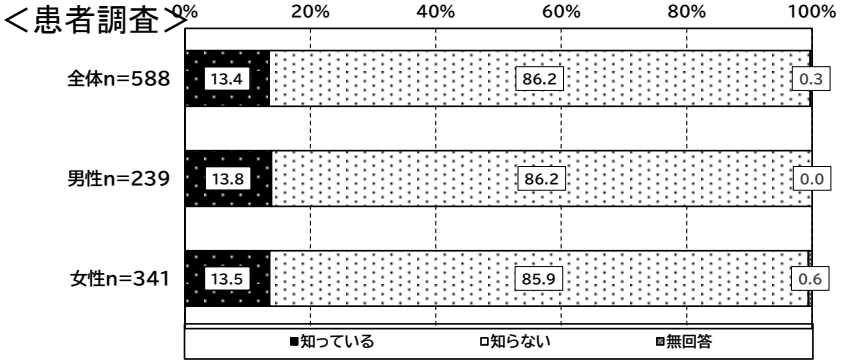


図表 5-45　バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（性別）

＜患者インターネット調査＞

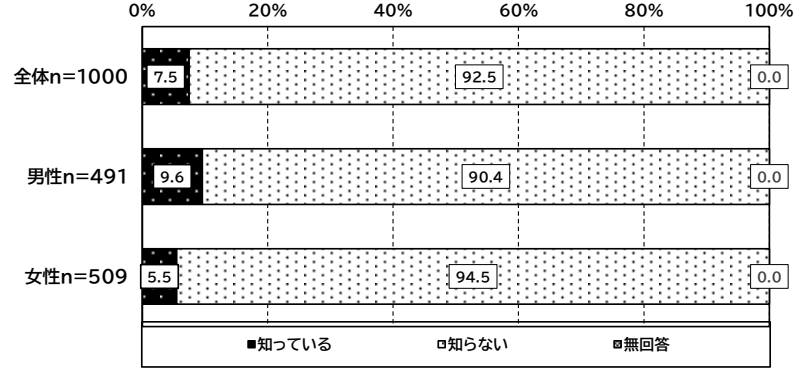


図表 4-45　（参考 令和4年度調査）
バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（性別）



図表 5-48　（参考 令和4年度インターネット調査）
バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（性別）

＜患者インターネット調査＞



中医協　総－１－５－２ ５　．　１１　．　１０	中医協　検－５－２ ５　．　１１　．　１０

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）の報告案について

○ 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査　（右下頁）

・報告書（案）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１頁
・ＮＤＢデータ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４３４頁
・調査票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４３６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）

後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

報告書（案）

◇◆目次◇◆

I. 調査の概要 1

1. 目的 1
2. 調査対象 2
3. 調査方法 3
4. 調査項目 4
5. 調査検討委員会 8

II. 調査の結果 9

1. 回収結果 9
2. 保険薬局調査 11
   1) 回答者について 12
   2) 薬局の概要（令和５年７月１日現在） 13
   3) 後発医薬品に係る最近の対応状況 30
   4) 後発医薬品の使用促進に関して 47
   5) 一般名処方の状況等 53
   6) 薬局での後発医薬品の備蓄状況等 57
   7) バイオ後続品への対応状況 63
3. 一般診療所・歯科診療所・病院・医師調査 92
   1) 回答者について 93
   2) 施設状況 103
   3) 後発医薬品に係る最近の対応状況等 160
   4) 一般名処方に係る最近の対応状況等 195
   5) バイオ後続品の使用に関する考え 230
4. 患者調査（郵送調査） 339
   1) 記入者の属性 340
   2) 患者の属性等 341
   3) 調査日における受診・調剤状況等 349
   4) ジェネリック医薬品使用に関する経験等 355
   5) ジェネリック医薬品使用に関する経験・意向等 378
   6) ジェネリック医薬品を使用する上での意見・要望 384
5. 患者調査（インターネット調査） 385
   1) 記入者の属性 386
   2) 患者の属性等 387
   3) 調査日における受診・調剤状況等 395
   4) ジェネリック医薬品使用に関する経験等 401
   5) ジェネリック医薬品使用に関する経験・意向等 425
   6) ジェネリック医薬品を使用する上での意見・要望 431

I. 調査の概要

1. 目的

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・検証を行った。

2. 調査対象

本調査では、「(1)保険薬局調査」「(2)一般診療所調査」「(3)歯科診療所調査」「(4)病院調査」「(5)医師調査」および「(6)患者調査（郵送調査）」「(7)患者調査（インターネット調査）」の 7 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

(1) 保険薬局調査

全国の保険薬局の中から無作為抽出した保険薬局を調査対象とした。調査客体は 1,500 施設とした。

(2) 一般診療所調査

保険医療機関の中から、①「外来腫瘍化学療法診療料」または「外来化学療法加算」の届出施設を悉皆で 350 件、前記①以外の施設から、②「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設を無作為で 575 件、③「外来後発医薬品使用体制加算」を届け出ていない施設を無作為で 575 件抽出し、計 1,500 施設を対象とした。

(3) 歯科診療所調査

保険医療機関の中から、①「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から無作為で 750 件、 ②「外来後発医薬品使用体制加算」を届け出ていない施設を無作為で 750 件抽出し、計 1,500 施設を対象とした。

(4) 病院調査

保険医療機関の中から、①無作為で病院 700 件、②前記①以外の施設から、「外来腫瘍化学療法診療料」または「外来化学療法加算」の届出施設を無作為で 300 件抽出し、計 1,000 施設を対象とした。

(5) 医師調査

前記(4)「病院調査」の対象施設で外来診療を担当する医師を本調査の対象とした。1 施設につき診療科の異なる医師２名を調査対象とした。調査客体数は最大で 2,000 人（2×1,000=2,000 人）とした。

(6) 患者調査（郵送調査）

前記(1)「保険薬局調査」の対象施設の調査日に来局した患者を調査対象とした。1 施設につき２名を本調査の対象とし、調査客体数は最大で 3,000 人（2×1,500=3,000 人）とした。

(7) 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を調査対象とした。調査客体数は 3,000 人とした。

3. 調査方法

本調査の「(1)保険薬局調査」「(2)一般診療所調査」「(3)歯科診療所調査」「(4)病院調査」は、郵送発送による自記式アンケート調査方式により実施した。回答は、紙媒体（IDを印字した調査票）に記入後、郵送返送する方法と、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から選択できるようにした。

「(5)医師調査」については、自記式調査票（医師票）の配布は上記(4)の対象施設（病院）を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により医師から直接郵送で行った。

「(6)患者調査（郵送調査）」については、上記(1)の対象施設（保険薬局）を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で行った。

「(7)患者調査（インターネット調査）」については、インターネット上での回答・回収とした。

調査実施時期は、令和５年７月３１日から令和５年９月８日であった。

4. 調査項目

各調査の調査票（「(1)保険薬局調査」「(2)一般診療所調査」「(3)歯科診療所調査」「(4)病院調査」「(5)医師調査」「(6)患者調査（郵送調査）」「(7)患者調査（インターネット調査）」）の調査項目は以下のとおりである。

(1)保険薬局調査

設問種類	設問項目
0.回答者	性別、年代、開設者・管理者の別
1.施設概要	所在地、開設者、開設年、
	チェーン薬局か否か、同一グループ店舗数
	処方箋の応需状況、応需医療機関数、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、全処方箋の受付回数
	売上高に占める保険調剤売上の割合
	調剤基本料
	後発医薬品調剤割合、カットオフ値の割合
	職員数（薬剤師・その他）（常勤・非常勤）
	薬局の認定等の状況
2.後発医薬品に係る最近の対応状況	後発医薬品の供給体制、医薬品の調達状況
	医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響、後発医薬品の調剤割合の変化、施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組
	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有無
	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の該当有無
	後発医薬品調剤体制加算、地域支援体制加算
3. 後発医薬品の使用促進	患者が後発医薬品を希望しないことの有無、理由
	後発医薬品調剤の促進に向けた対応方法
	後発医薬品の使用を進める上での医師への要望
4.一般名処方等	１年前と比較した一般名処方件数の変化
	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の有無、その理由と件数
	備蓄品目数（調剤用医薬品、先発医薬品、後発医薬品、先行バイオ医薬品、バイオ後続品）、備蓄品目数の変化
	効果的な後発医薬品の使用促進方法（自由回答）
5.バイオ後続品への対応状況	備蓄及び調剤したバイオ医薬品
	１か月間に受け付けたバイオ後続品の処方箋枚数
	患者に、バイオ後続品を調剤したことの有無、調剤したバイオ後続品、調剤した理由
	バイオ後続品の調剤の考え方
	バイオ後続品の処方箋表記の希望
	バイオ後続品の使用促進に向けた対応方法
	患者からのバイオ後続品に関する相談の有無、相談内容
	バイオ後続品の患者説明に際し、薬剤師の立場で特に必要と考える情報

(2)一般診療所調査

設問種類	設問項目
0.回答者	性別、年代、開設者、主たる担当診療科
1.施設概要	所在地、開設者、開設年、施設種別
	種別、許可病床数、標榜診療科
	外来の院内・院外処方の割合
	医師数、薬剤師数（常勤のみ、常勤換算）
	外来患者延数、在院患者延数
	医薬品の備蓄品目数
	後発医薬品使用割合、カットオフ値の割合
2.後発医薬品に係る最近の対応状況	後発医薬品に係る対応における業務量、供給体制、医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響、安定供給に関連する取組
	出荷調整等で入手が難しくなっている品目数
	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有無
	「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
	後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算の算定状況
	特例措置の適用有無
	処方箋料の算定回数
	一般名処方による処方箋の発行有無、一般名処方加算の算定回数、一般名処方の件数の変化
	後発医薬品の使用促進に向けた対応方法
	効果的な後発医薬品の使用促進施策
3.バイオ後続品への対応状況	バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の院内・院外処方の有無
	バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の在庫状況
	バイオ後続品の使用に関する考え方、理由
	バイオ後続品の院内・院外処方の有無
	対象医薬品ごとのバイオ後続品の処方件数
	バイオ後続品導入初期加算の算定有無・件数
	バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品とその理由
	バイオ後続品の処方箋の表記と薬局・薬剤師に望むこと
	外来腫瘍化学療法診療料の算定実績の有無、算定回数、対象患者の平均受診回数、受診目的の内訳
	外来化学療法加算の算定実績の有無
	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

(3)歯科診療所調査

設問種類	設問項目
0.回答者	性別、年代、開設者
1.施設概要	所在地、開設者、開設年、標榜診療科、医科の医療機関の併設状況
	外来の院内・院外処方の割合
	歯科医師数、薬剤師数（常勤のみ・常勤換算）、外来患者延べ数
2.後発医薬品に係る最近の対応状況	1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化、処方割合の変化
	出荷調整等で入手困難な品目数（先発・後発、院内・院外）
	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有無
	「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
	外来後発医薬品使用体制加算の算定状況
	「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
	後発医薬品の使用割合、カットオフ値の割合
	処方料の算定回数、処方箋料の算定回数
	一般名処方による処方箋の発行有無、件数、一般名処方加算の算定回数
	効果的な後発医薬品の使用促進施策

(4)病院調査

設問種類	設問項目
0.回答者	性別、年代、開設者
1.施設概要	所在地、開設者、開設年、標榜診療科
	外来の院内・院外処方の割合
	特定入院料の状況、許可病床数
	医師数、薬剤師数、外来患者延数、在院患者延数
	医薬品の備蓄品目数
2.後発医薬品に係る最近の対応状況	後発医薬品に係る対応における業務量、供給体制、不安定な供給状況によって生じている影響、効果的な後発医薬品の使用促進施策
	出荷調整等で入手が難しくなっている品目数
	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有無
	後発医薬品使用体制加算の算定状況、特例措置の適用有無
	後発医薬品の使用割合、カットオフ値の割合、処方箋料の算定回数
	一般名処方による処方箋の発行有無、件数、一般名処方加算の算定回数
3.バイオ後続品への対応状況	バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の院内・院外処方の有無
	バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の在庫状況
	バイオ後続品の使用に関する考え方、理由
	バイオ後続品の院内・院外処方の有無
	対象医薬品ごとのバイオ後続品の処方件数
	バイオ後続品導入初期加算の算定有無・件数
	バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品とその理由
	バイオ後続品の処方箋の表記と薬局・薬剤師に望むこと
	外来腫瘍化学療法診療料の算定実績の有無、算定回数、対象患者の平均受診回数、受診目的の内訳
	外来化学療法加算の算定実績の有無
	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

(5)医師調査

設問種類	設問項目
0.回答者	性別、年代、主たる担当診療科
1.後発医薬品に係る最近の対応状況	後発医薬品の供給体制、処方割合の変化
	「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
	クリニカルパスの変更有無
	一般名処方による処方箋の発行有無、件数の変化
	後発医薬品の使用促進に向けた対応方法
2.バイオ後続品への対応状況	バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の院内・院外処方の有無
	バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の在庫状況
	バイオ後続品の使用に関する考え方
	バイオ後続品の院内・院外処方の有無
	⑫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の認知度、新設によるバイオ後続品の使用件数の変化
	バイオ後続品の処方箋の表記、薬局・薬剤師に望むこと

(6)患者調査（郵送患者）および(7) 患者調査（インターネット患者）

設問種類	設問項目
0.回答者	調査票の記入者、性別、年代、居住地、健康保険証の種類
	医療費の自己負担額
	かかりつけ医の有無、かかりつけ薬剤師の有無、自己注射の有無
1.本日の状況等	本日薬局に支払った自己負担額
	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うか
2.ジェネリック医薬品等に係る経験	ジェネリック医薬品の認知度、使用経験、説明を受けた経験、ジェネリック医薬品への変更経験
	バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度、使用経験、使用してもよい理由
	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）を使用したいと思うか
	ジェネリック医薬品使用に関する考え、重要なこと
	ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等

5. 調査検討委員会

本調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計・分析、報告書案等の検討を行うため、以下のとおり、調査検討委員会を設置・計 2 回開催した。

【委員】（○は委員長、五十音順、敬称略）

秋山　美紀	慶應義塾大学　環境情報学部　教授（第 1 回まで委員長）
上田　真三	公益社団法人日本歯科医師会　社会保険委員会　副委員長
長津　雅則	公益社団法人日本薬剤師会　常務理事
羽鳥　裕	はとりクリニック　理事長
○本田　文子	一橋大学大学院経済学研究科・社会科学高等研究院 教授
渡邊　伸一	帝京平成大学薬学部　教授

【オブザーバー】（敬称略）

永瀬　伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系 教授

※所属は報告書取りまとめ時のもの

II.調査の結果

1.回収結果

保険薬局調査の有効回答数（施設数）は792件、有効回答率は52.8%、一般診療所調査の有効回答数（施設数）は562件、有効回答率は37.5%、歯科診療所調査の有効回答数（施設数）は748件、有効回答率は49.9%、病院調査の有効回答数（施設数）は296件、有効回答率は29.6%であった。また、医師調査の有効回答数は397件であった。

患者調査の有効回答数は、郵送調査が924件、インターネット調査が3,000件であった。

図表 1-1　今年度の回収の状況

	発送数	有効回答数	有効回答率
保険薬局調査	1,500件	792件	52.8%
一般診療所調査	1,500件	562件	37.5%
A.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	350件	132件	37.7%
B.上記A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	575件	249件	43.3%
C.上記A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	575件	181件	31.5%
歯科診療所調査	1,500件	748件	49.9%
D.外来後発医薬品使用体制加算の届出施設	750件	417件	55.6%
E.上記D以外の歯科医療機関	750件	329件	43.9%
病院調査	1,000件	296件	29.6%
F.特段の条件なし	700件	183件	26.1%
G. 上記F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件	113件	37.7%
医師調査	−	397件	−
患者調査（郵送調査）	−	924件	−
患者調査（ネット調査）	−	3,000件	−

※医師調査、患者調査（郵送調査）については、病院や薬局から何部配布されたかが把握できない方法で調査を行っていることから、発送数と有効回答率の表記を行っていない。また、患者調査（インターネット調査）については、回答数が3,000件になるまで回収を続けるという他との調査とは異なる方式で調査を行っていることから、発送数、有効回答率の表記を行っていない。

※各調査内のA～G調査区分が不明な調査票が含まれるため、各調査の回収数と、内数の合計が合致しない場合がある。

＜参考＞令和４年度調査（昨年度調査）での回収状況

昨年度調査の回収状況は以下のとおりであった。

図表 1-2　令和４年度調査（昨年度調査）での回収状況

	発送数	有効回答数	有効回答率
保険薬局調査（様式１）	1,500 件	481 件	32.1%
保険薬局調査（様式２）	－	373 件	－
診療所調査	1,500 件	399 件	26.6%
病院調査	1,000 件	204 件	20.4%
医師調査	－	301 件	－
患者調査（郵送調査）	－	588 件	－
患者調査（インターネット調査）	－	1,000 件	－

※診療所調査、病院調査について、令和 4 年度調査では特段の条件を設けず、無作為抽出としている。

2. 保険薬局調査

【調査対象等】

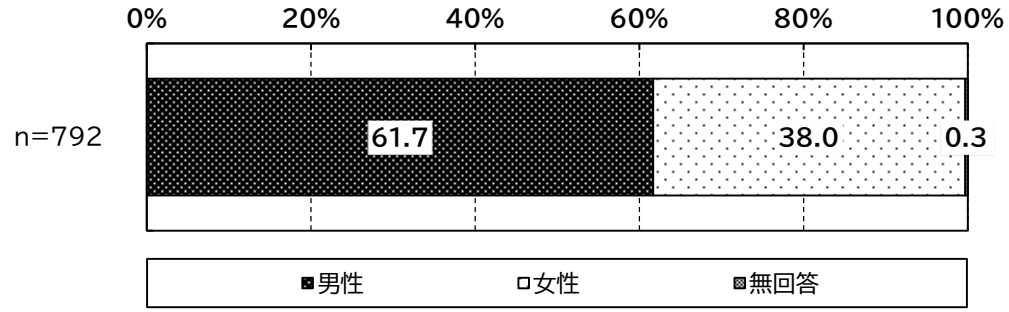
○保険薬局調査
調査対象：全国の保険薬局の中から無作為抽出した保険薬局 1,500 施設
回 答 数：792 施設
回 答 者：開設者・管理者

1) 回答者について

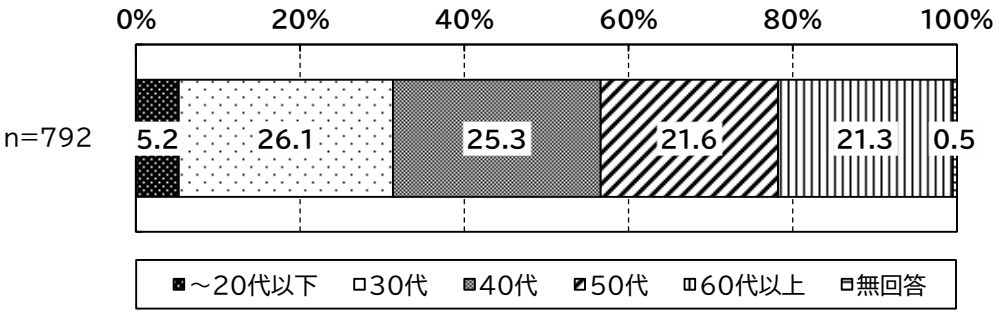
(1) 回答者の属性

回答者の属性は以下のとおりであった。

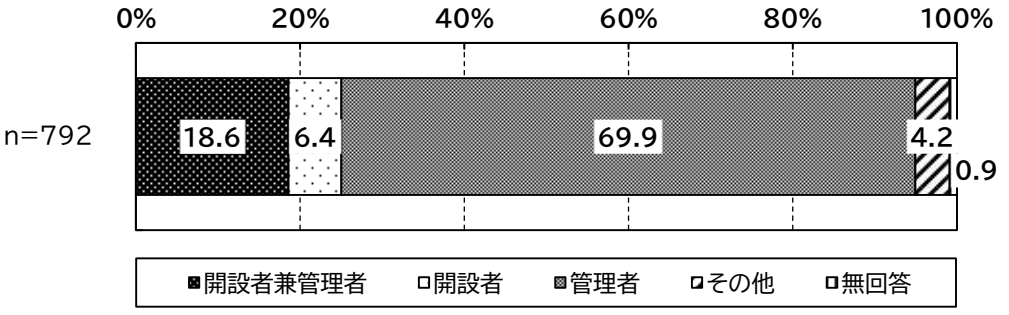
図表 2-1 回答者の性別



図表 2-2 回答者の年代



図表 2-3 開設者・管理者の別



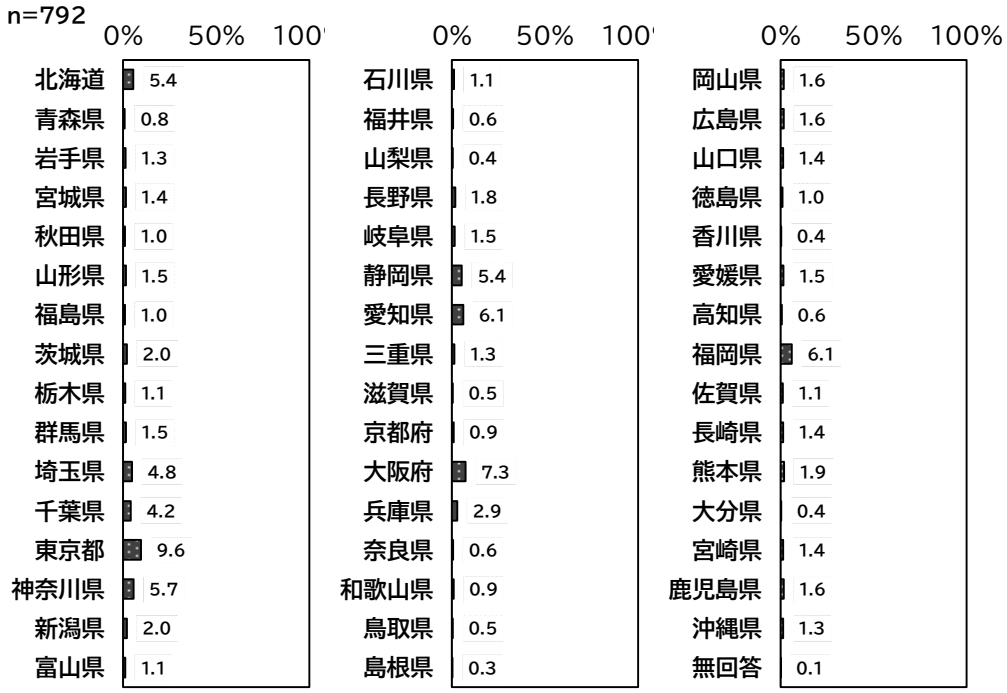
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・事務長、エリアマネージャー、店長、管理薬剤師　等

2) 薬局の概要（令和５年７月１日現在）

(1) 所在地（都道府県）

回答施設の所在地（都道府県）は以下のとおりであった。

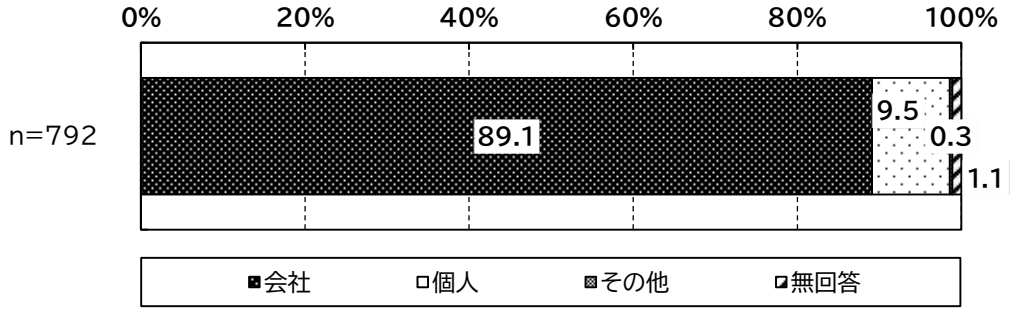
図表 2-4 所在地（都道府県）



(2) 開設者

組織形態については、「会社」が 89.1%と最も多かった。

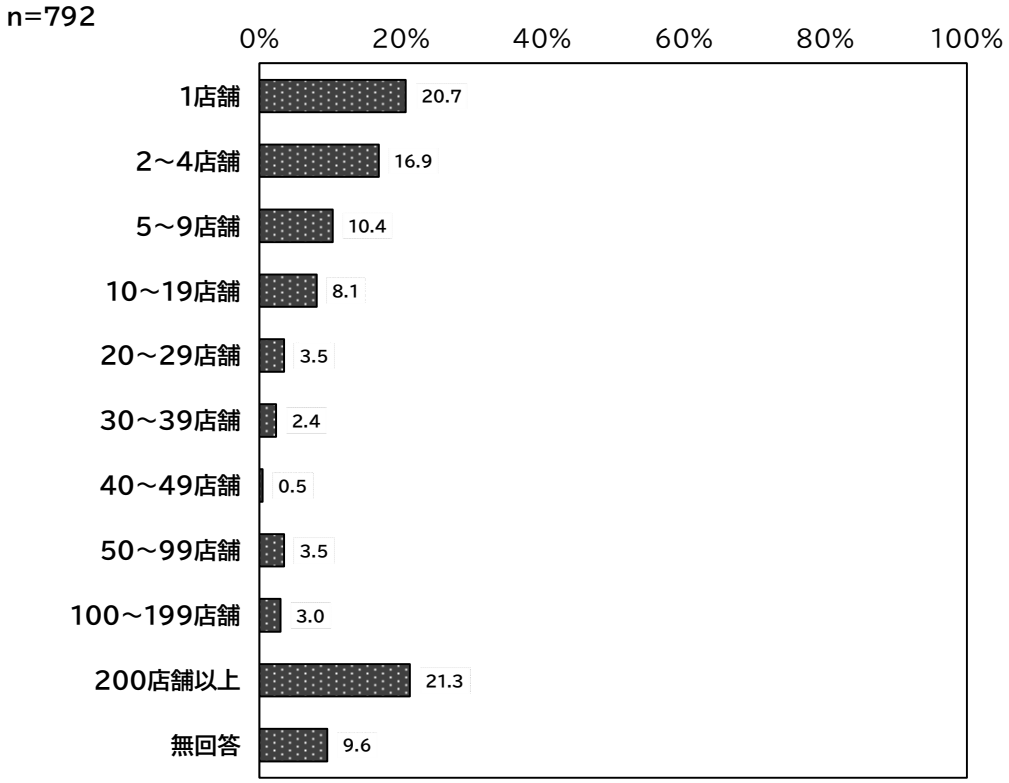
図表 2-5 開設者



(3) 同一グループ等による薬局店舗数

同一グループ等による薬局店舗数の分布は、「１店舗」が 20.7%、「２～４店舗」が 16.9%、「200 店舗以上」が 21.3%であった。

図表 2-6　同一グループ等による薬局店舗数の分布



※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）

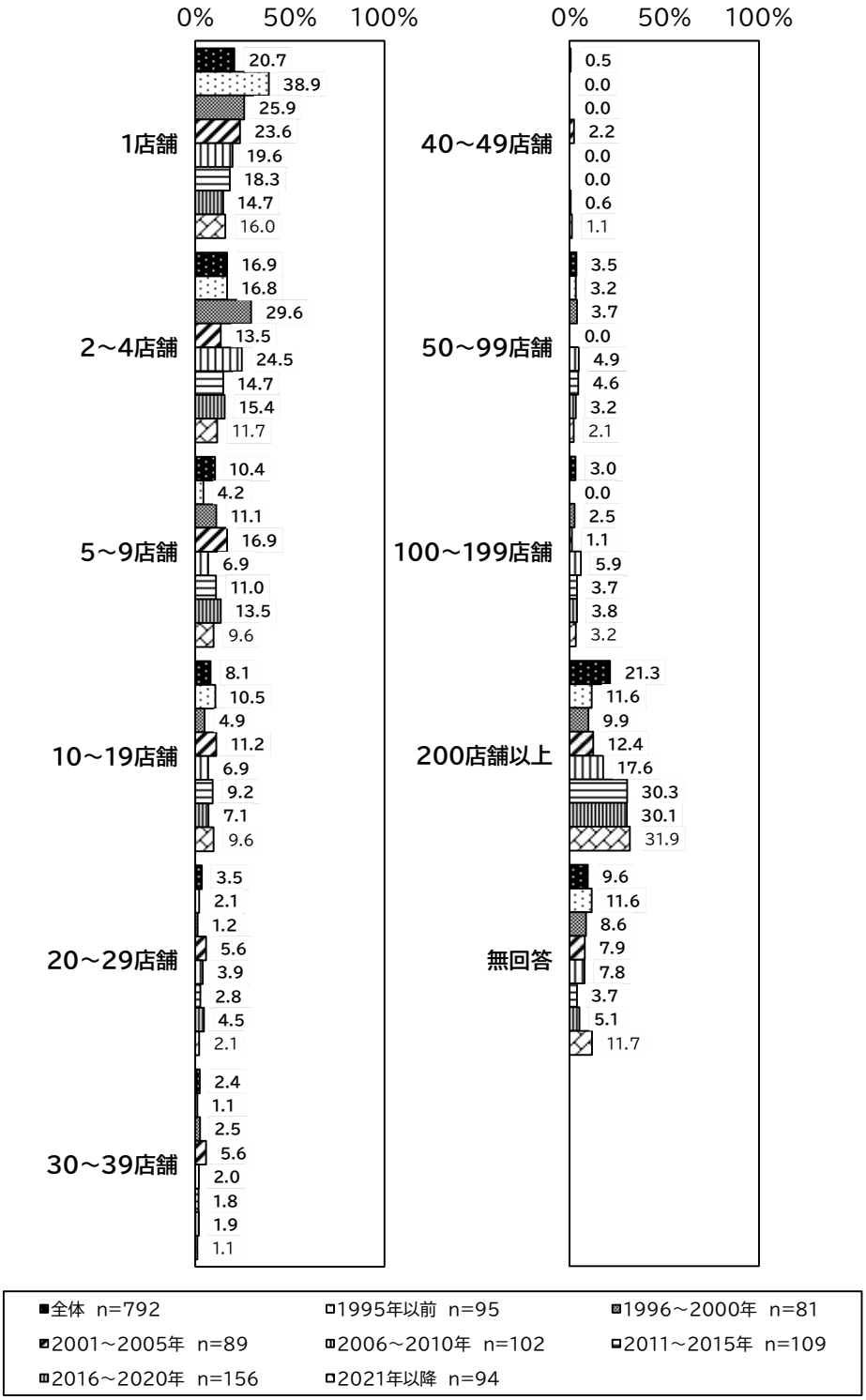
１．保険薬局の事業者の最終親会社
２．保険薬局の事業者の最終親会社の子会社
３．保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社
４．１から３までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

図表 2-7　同一グループ等による薬局店舗数

	回答施設数	平均値（店）	標準偏差	中央値
同一グループ等による薬局店舗数	716	264.4	560.6	8.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

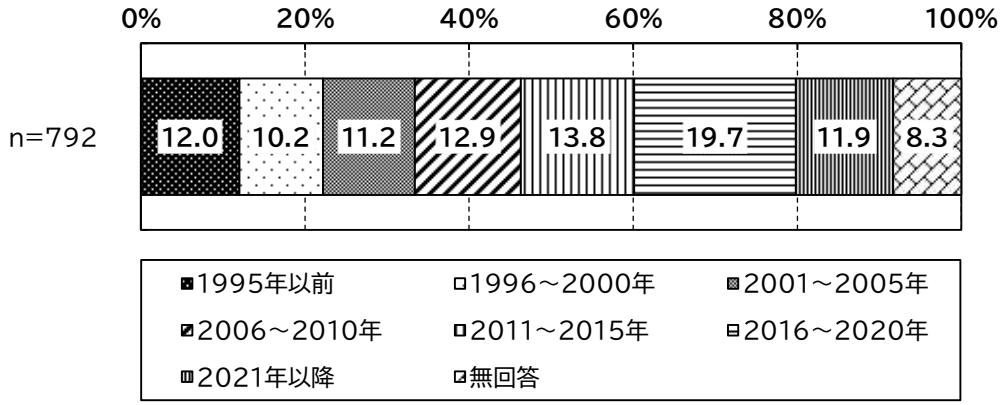
図表 2-8　同一グループ等による薬局店舗数（開設年別）



(4) 開設年

開設年については、「2016～2020 年」が 19.7%と最も多かった。

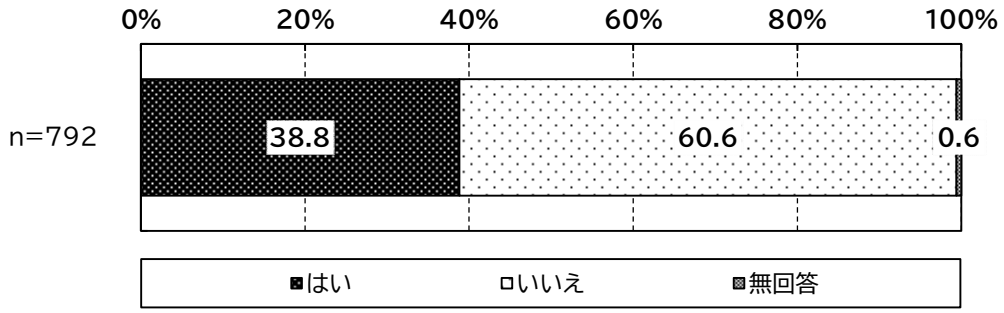
図表 2-9　開設年の分布



(5) チェーン薬局の状況

チェーン薬局の状況をみると、「チェーン薬局である」の割合は、38.8%であった。

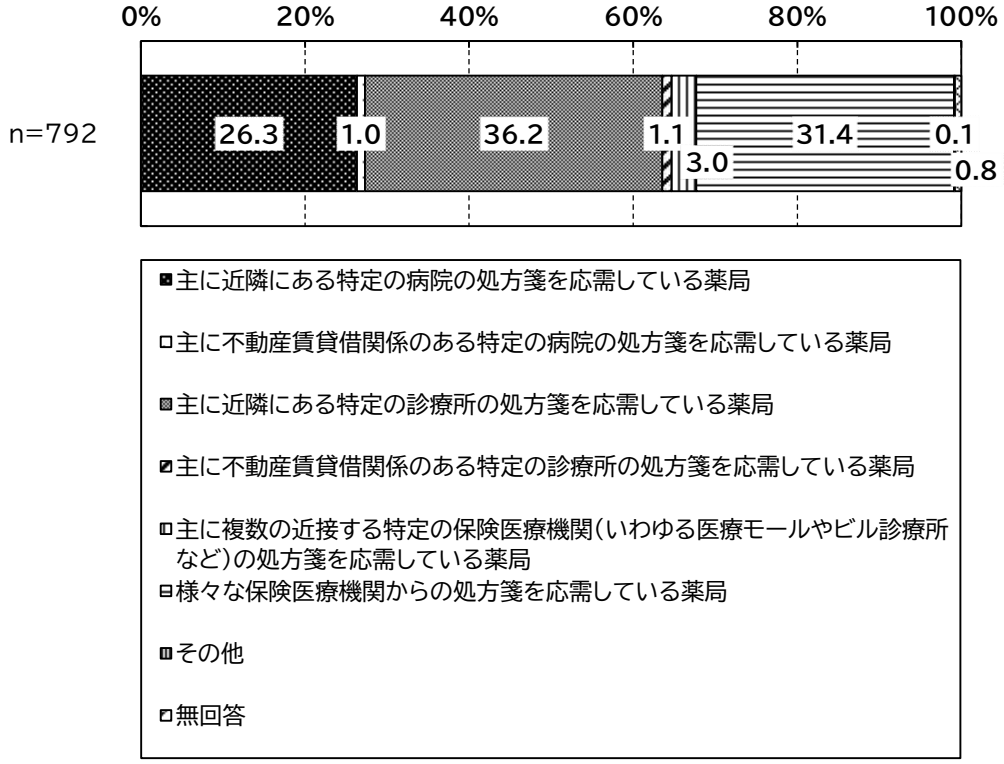
図表 2-10　チェーン薬局の分布



(6) 処方箋の応需状況

処方箋の応需状況をみると、「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」が最も多く、36.2%であった。

図表 2-11　処方箋の応需状況

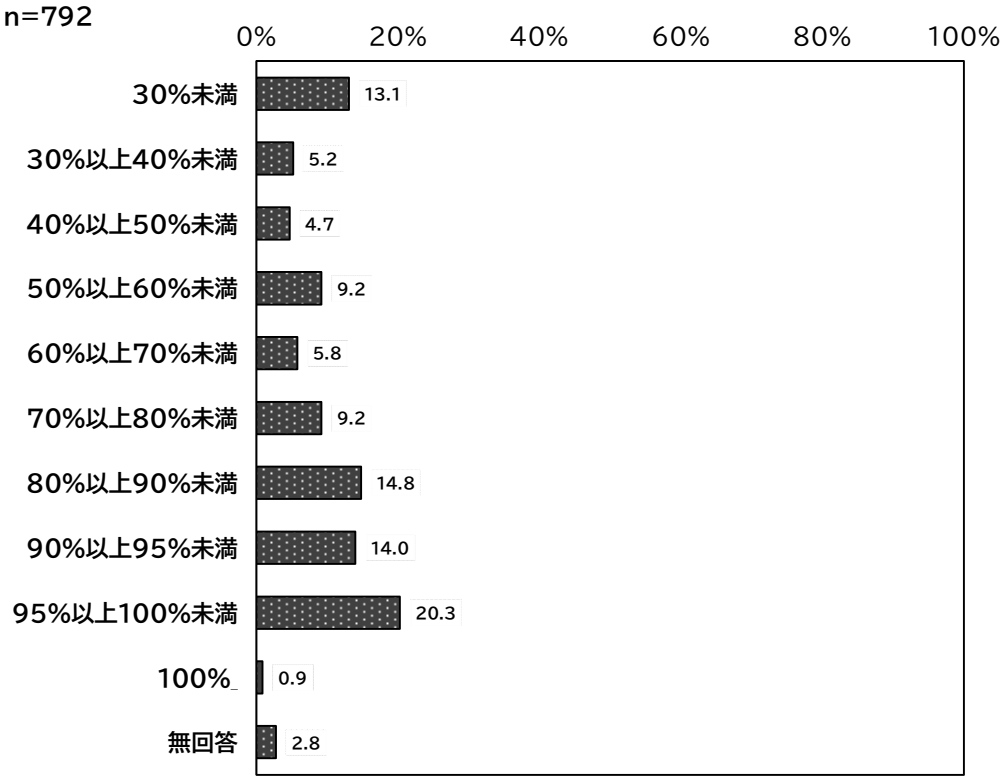


※「近隣」には同一敷地内も含まれる。

(7) 集中率が最も高い医療機関の処方箋枚数割合

集中率が最も高い医療機関の処方箋枚数割合（令和５年６月）の分布をみると、「95%以上100%未満」が最も多く、20.3%であった。

図表 2-12 集中率が最も高い医療機関の処方箋枚数割合の分布（令和５年６月）



図表 2-13 集中率が最も高い医療機関の処方箋枚数割合
（令和４年８月～10月の月平均値）

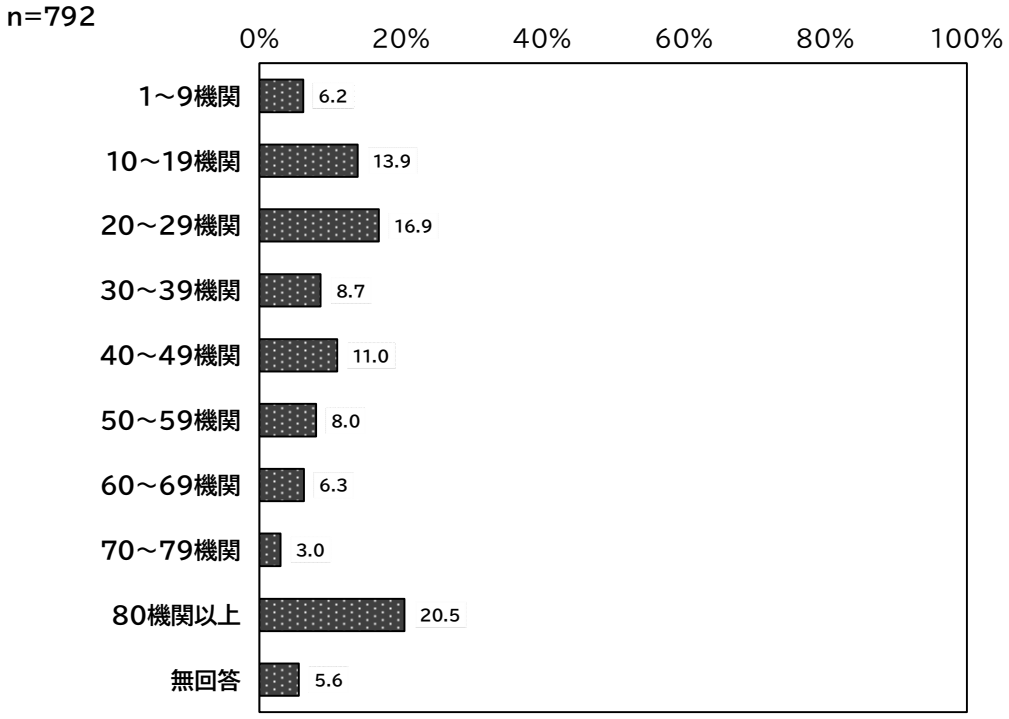
	回答施設数	平均値（%）	標準偏差	中央値
集中率が最も高い医療機関の処方箋枚数割合	770	69.6	28.2	80.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

(8) 応需医療機関数

応需医療機関数（令和５年６月）をみると、「80 機関以上」が最も多く、20.5%であった。

図表 2-14　応需医療機関数（令和５年６月）



図表 2-15　応需医療機関数の割合（令和５年６月）

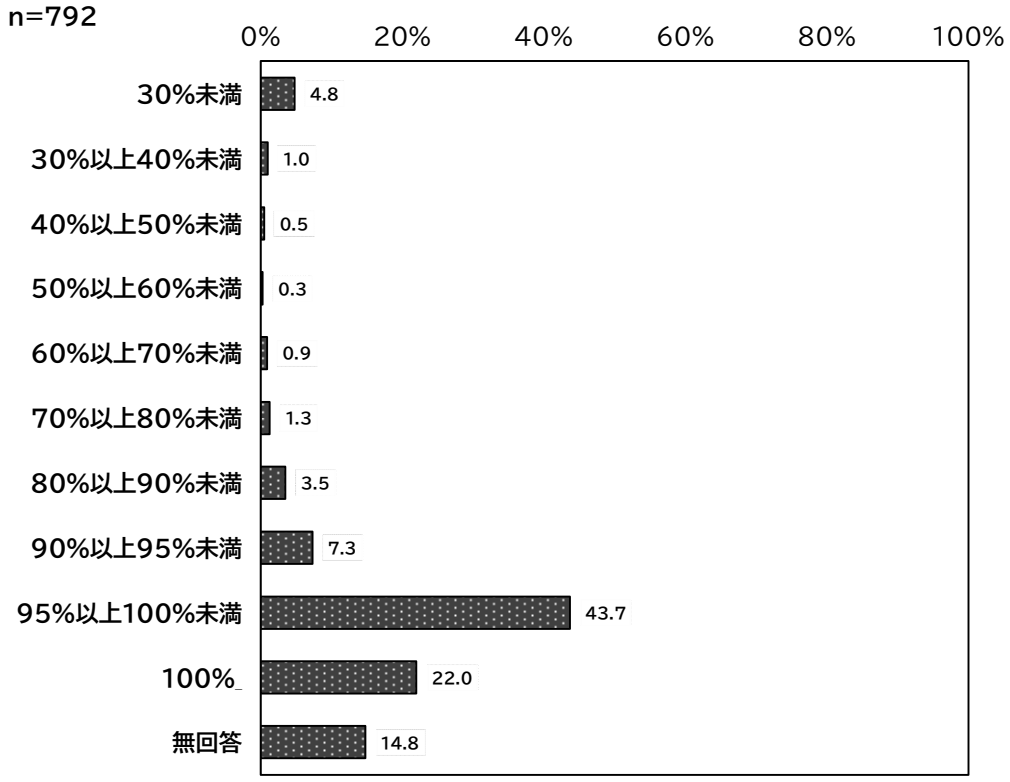
	回答施設数	平均値（機関）	標準偏差	中央値
応需医療機関数	750	57.4	62.3	41.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

(9) 売上高に占める保険調剤売上の割合

売上高に占める保険調剤売上の割合（令和４年度決算）の分布は、以下のとおりであった。

図表 2-16　売上高に占める保険調剤売上の割合分布（令和４年度決算）



※「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）も含まれる。

図表 2-17　売上高に占める保険調剤売上の割合（令和４年度決算）

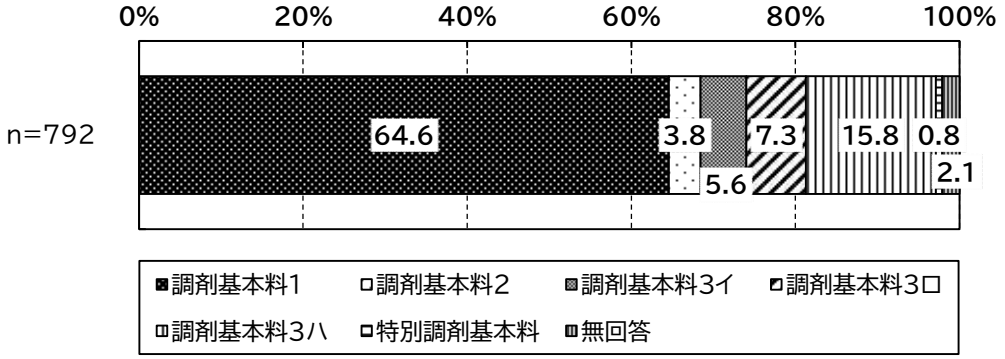
	回答施設数	平均値(%)	標準偏差	中央値
売上高に占める保険調剤売上の割合	675	90.1	22.8	99.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

(10) 調剤基本料

調剤基本料についてみると、「調剤基本料 1」が 64.6%、「調剤基本料 2」が 3.8%、「調剤基本料 3 イ」が 5.6%、「調剤基本料 3 ロ」が 7.3%、「調剤基本料 3 ハ」が 15.8%、「特別調剤基本料」が 0.8%であった。

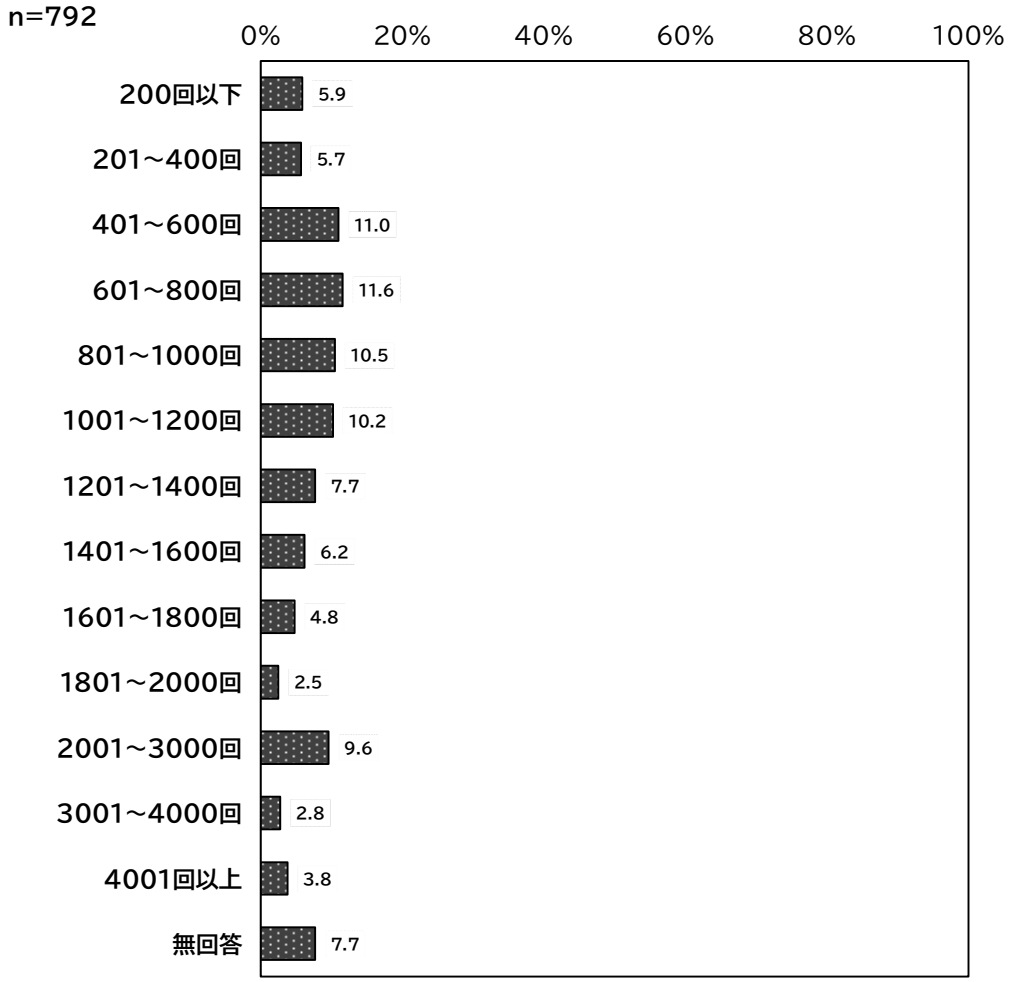
図表 2-18　調剤基本料



① 全処方箋の受付回数（調剤基本料の根拠となる数字）

調剤基本料の根拠となる、１か月あたりの処方箋の受付回数の分布は以下のとおりであった。また、１か月あたりの処方箋の受付回数は平均 1,894.3 回であった。

図表 2-19　処方箋の受付回数の分布
（調剤基本料の根拠となる数字、１か月あたり）



※同一グループの保険薬局の場合、調査対象単独の受付回数。

図表 2-20　処方箋の受付回数
（調剤基本料の根拠となる数字、１か月あたり）

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
処方箋の受付回数	731	1,894.3	7,641.2	1,027.0

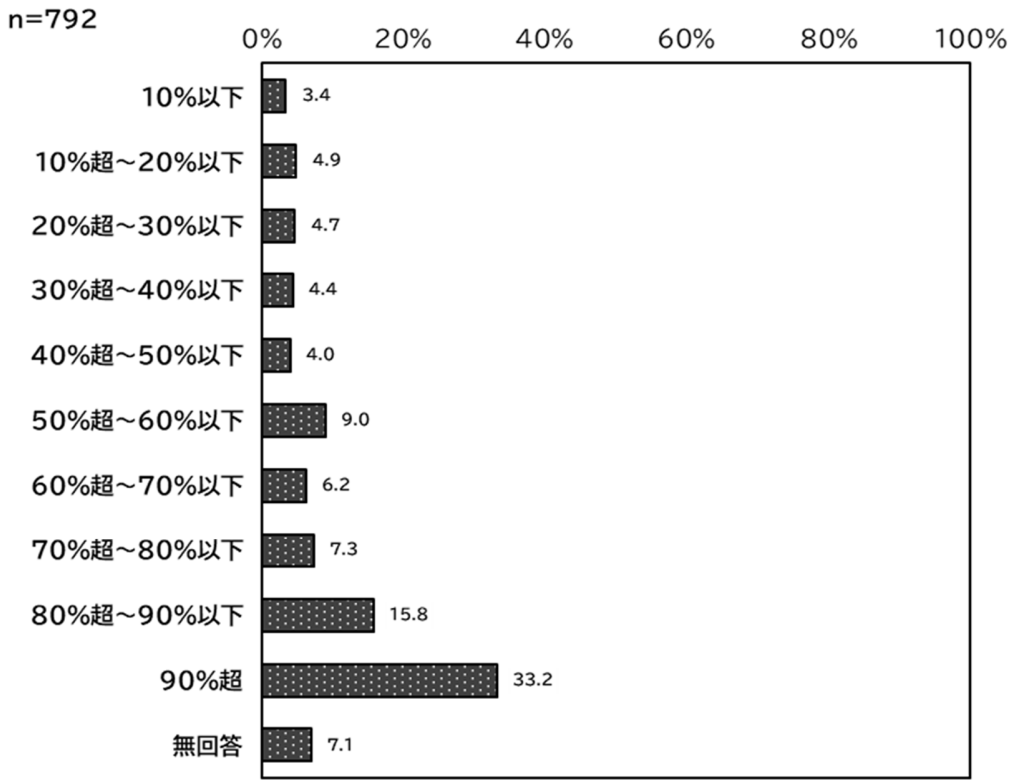
※無回答を除く施設を集計対象とした

② 主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合

同様に、調剤基本料の根拠となる、主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合の分布についてみると、「90%超」が最も多く 33.2%であった。

また、主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合は、平均 70.3%であった。

図表 2-21 保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合の分布
（調剤基本料の根拠となる数字）



図表 2-22 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）

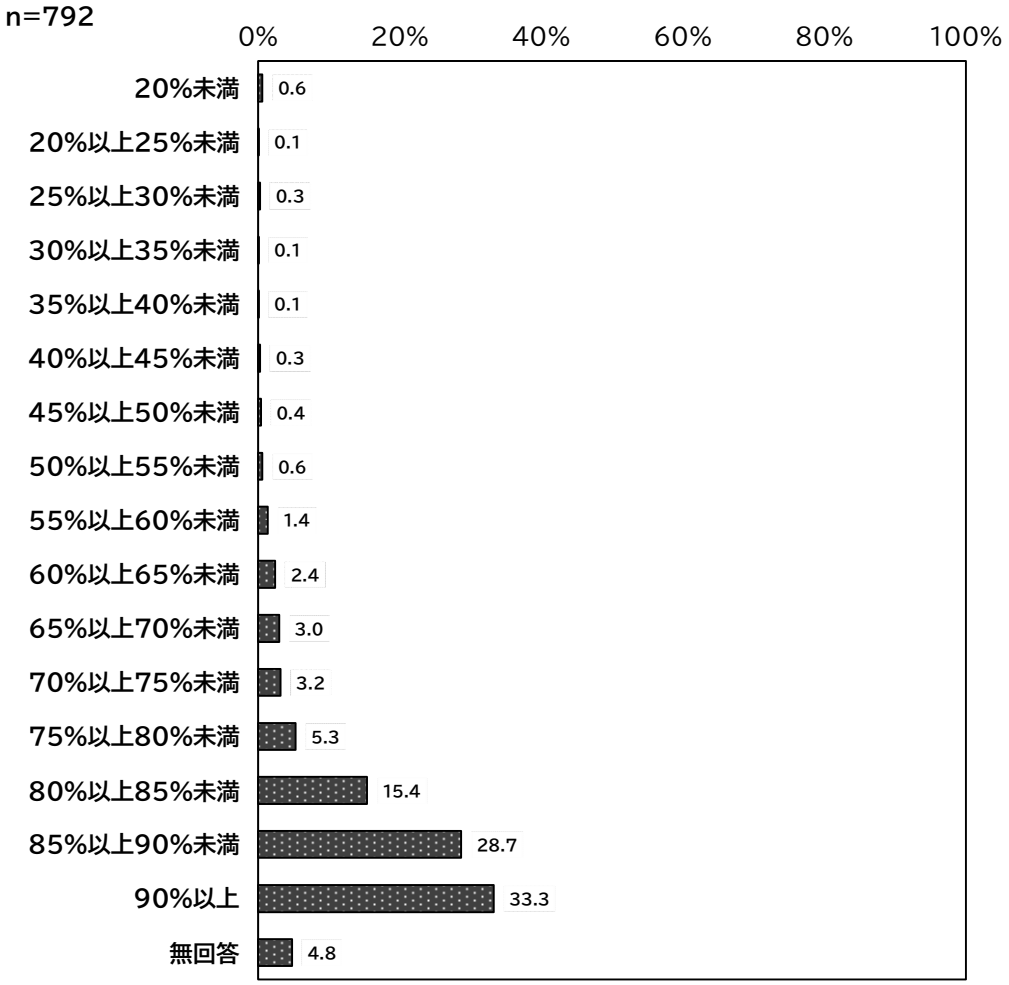
	回答施設数	平均値(%)	標準偏差	中央値
主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合	736	70.3	28.2	82.3

※無回答を除く施設を集計対象とした

(11) 後発医薬品調剤割合

令和５年６月の後発医薬品調剤割合の分布をみると、「90%以上」が最も多く、33.3%であった。

図表 2-23　後発医薬品調剤割合



図表 2-24　後発医薬品調剤割合

	回答施設数	平均値(%)	標準偏差	中央値
令和５年６月	754	83.9	12.3	87.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

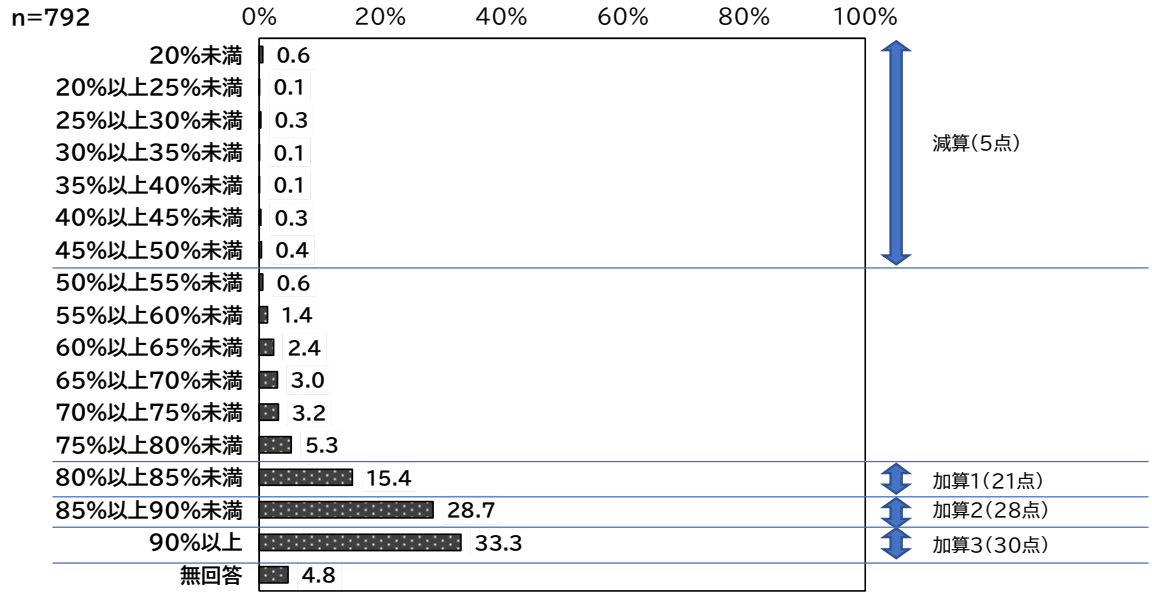
図表 2-25　（参考 令和 4 年度調査）後発医薬品調剤割合

	回答施設数	平均値（%）	標準偏差	中央値
令和３年８月～10 月	440	80.2	16.0	85.0
令和４年８月～10 月	440	82.5	12.6	85.6

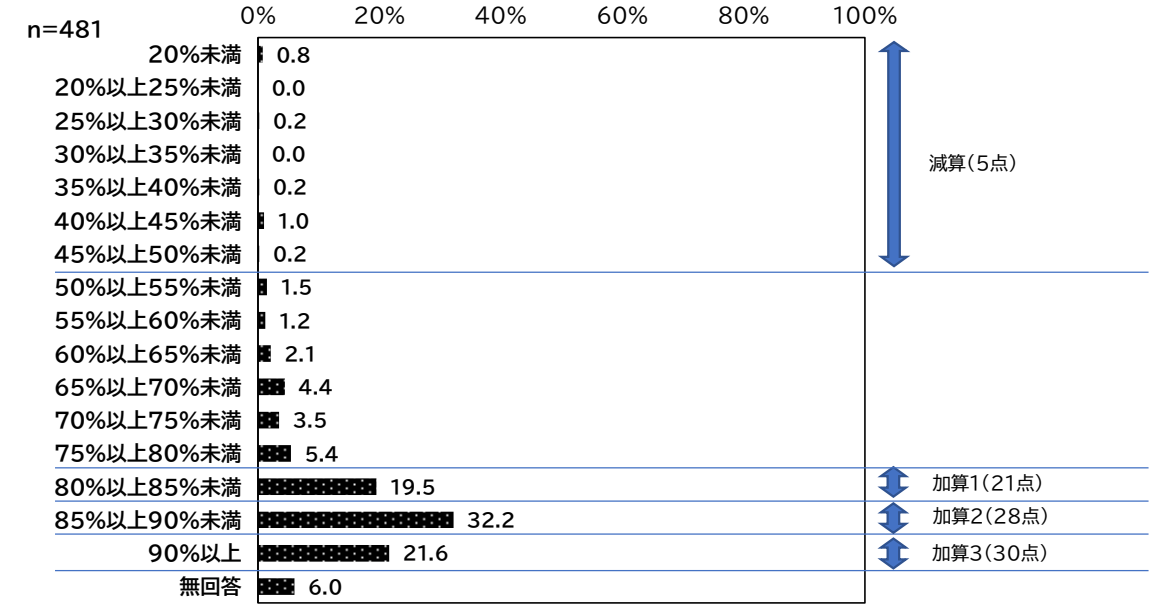
※令和３年８月～10 月、令和４年８月～10 月のいずれにも回答のあった施設を集計対象とした

図表 2-26　後発医薬品調剤割合と後発医薬品調剤体制加算の算定基準との関係

＜令和 5 年度調査（令和 5 年 6 月）＞



＜令和 4 年度調査（令和 4 年 8 月～10 月の月平均値）＞

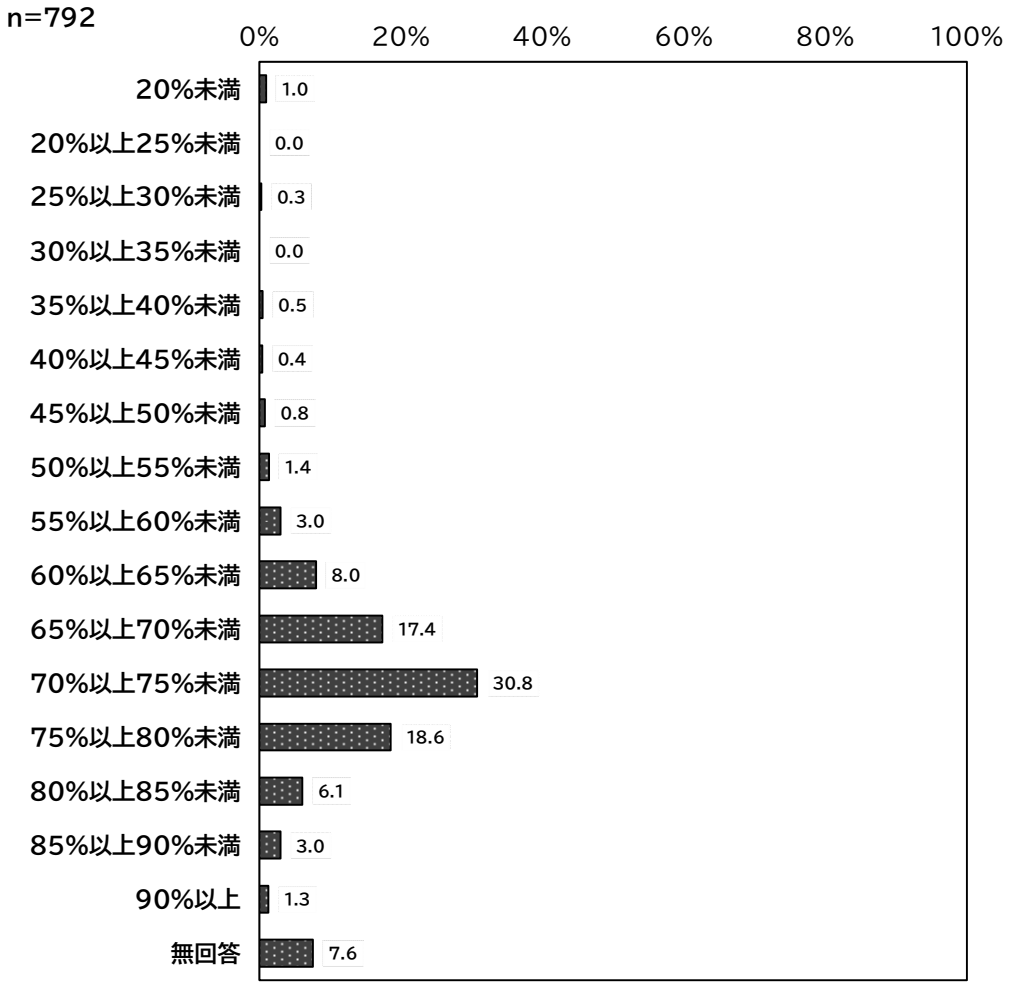


※令和 5 年度調査は令和 5 年度 6 月 1 か月間に関する回答、令和 4 年度調査は令和 4 年 8 月～10 月の 3 か月間での平均値に関する回答。

(12) カットオフ値の割合（調剤報酬算定上の数値）

令和５年６月のカットオフ値の割合の分布をみると、以下のとおりであった。

図表 2-27　カットオフ値の割合の分布



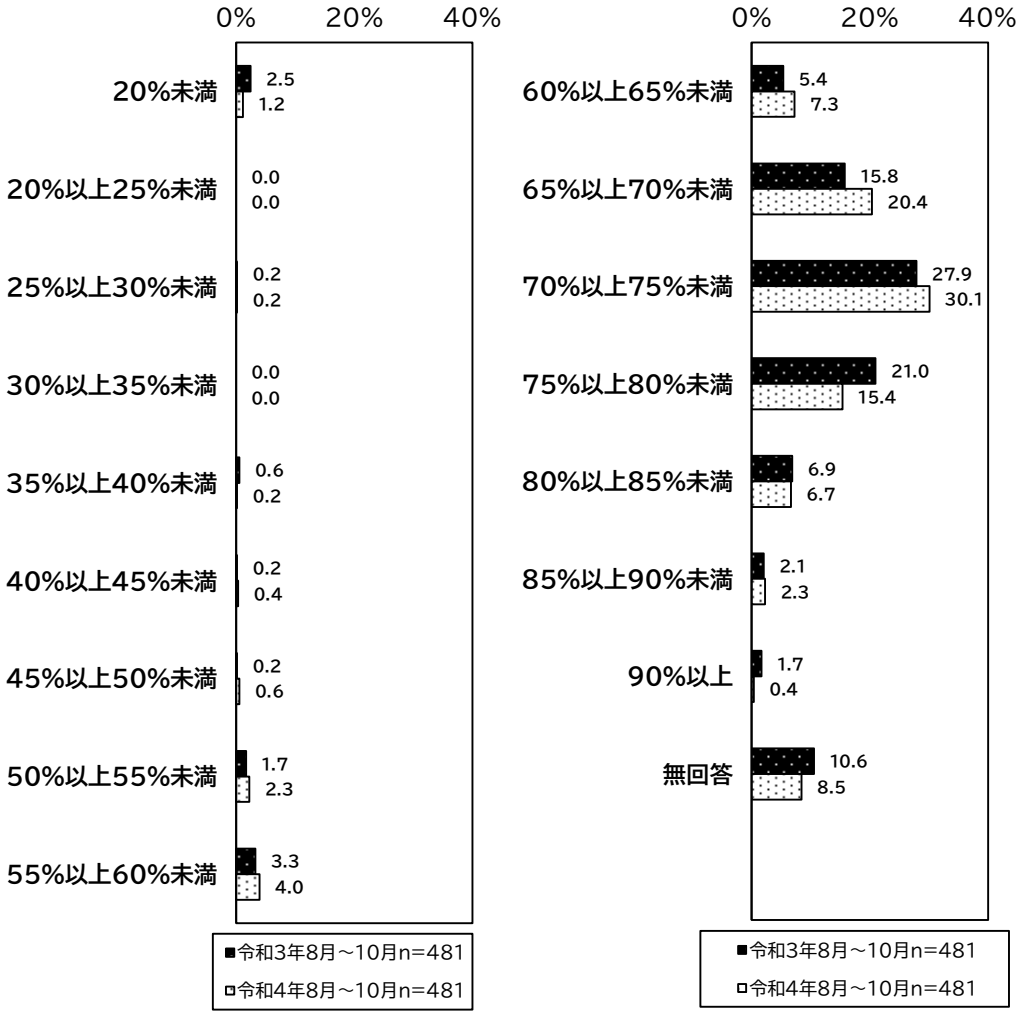
※カットオフ値(%)の算出式 = （後発医薬品ありの先発医薬品 + 後発医薬品） ÷ 全医薬品。

図表 2-28　カットオフ値の割合

	回答施設数	平均値（%）	標準偏差	中央値
令和５年６月	732	70.4	11.2	72.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 2-29　（参考 令和 4 年度調査）カットオフ値の割合の分布



※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。

図表 2-30　（参考 令和 4 年度調査）カットオフ値の割合

	回答施設数	平均値（%）	標準偏差	中央値
令和３年８月～10 月	429	70.1	14.5	72.9
令和４年８月～10 月	429	70.1	11.2	71.2

※令和３年８月～10 月、令和４年８月～10 月のいずれにも回答のあった施設を集計対象とした。

(13) 職員数

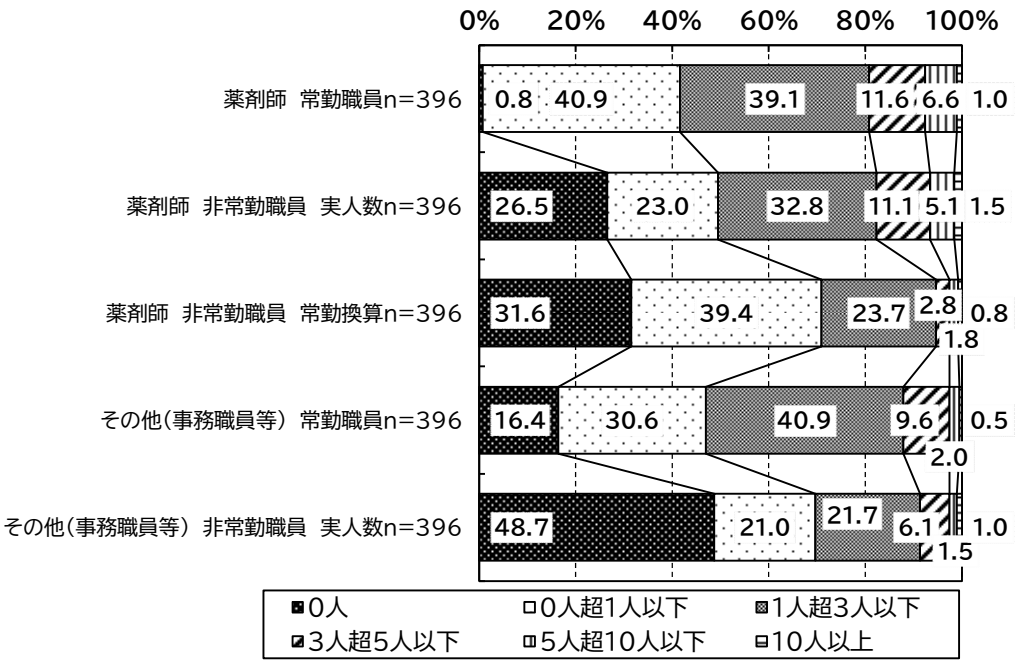
1施設あたりの職員数についてみると、常勤の薬剤師は平均2.4人、その他（事務職員）は平均1.9人であった。

図表 2-31　1施設あたりの職員数

		回答施設数	平均（人）	標準偏差	中央値
常勤職員	薬剤師	396	2.4	2.1	2.0
	その他（事務職員等）	396	1.9	1.7	2.0
	全職員	396	4.3	3.6	3.0
非常勤職員（実人数）	薬剤師	396	2.3	4.2	2.0
	その他（事務職員等）	396	1.2	2.1	1.0
	全職員	396	3.5	5.6	2.5
非常勤職員（常勤換算）	薬剤師	396	1.0	1.8	0.6
	その他（事務職員等）	396	0.7	1.4	0.0
	全職員	396	1.8	2.8	1.0

※職員数に関する各設問すべてに回答し集計対象とした。
※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）の実人数を計上する。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する。

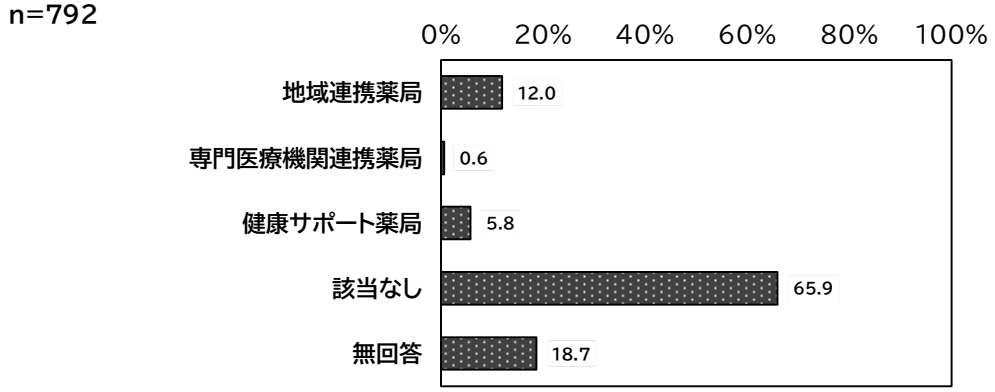
図表 2-32　1施設あたりの職員数の分布



(14) 薬局の認定等の状況

薬局の認定等の状況は、「地域連携薬局」12.0%、「該当なし」が 65.9%であった。

図表 2-33　薬局の認定等の状況（複数回答）

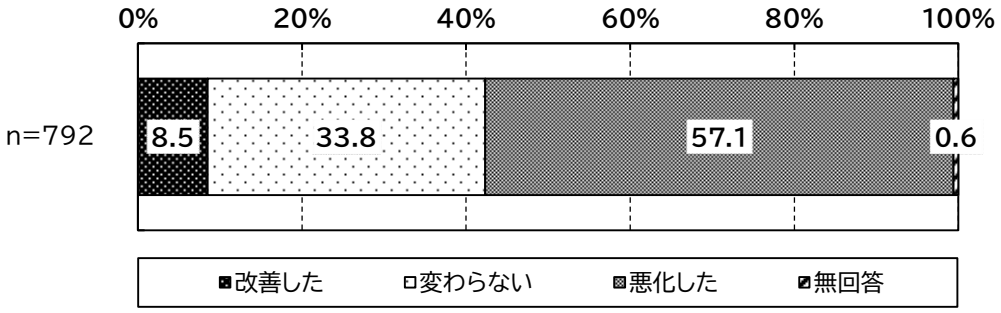


3) 後発医薬品に係る最近の対応状況

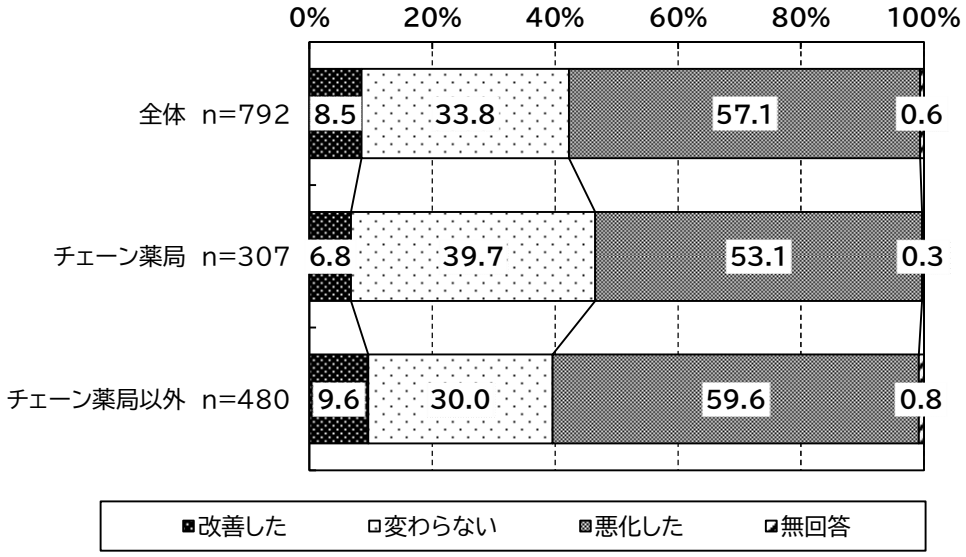
(1) 最新の後発医薬品の供給体制

１年前（令和４年６月末日）と比較して、後発医薬品の供給体制について尋ねたところ、「改善した」が 8.5%、「変わらない」が 33.8%、「悪化した」が 57.1%であった。

図表 2-34　１年前（令和４年６月末日）と比較した後発医薬品の供給体制の変化

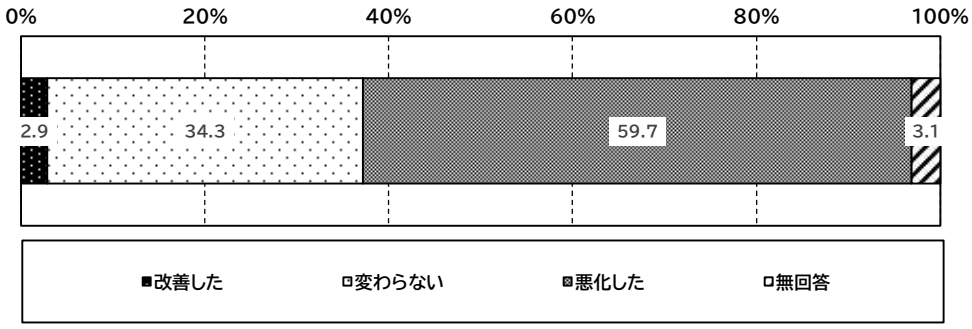


図表 2-35　１年前（令和４年６月末日）と比較した後発医薬品の供給体制の変化
（チェーン薬局の該当有無別）



図表 2-36　（参考 令和４年度調査）１年前（令和３年 11 月１日）と比較した状況の変化

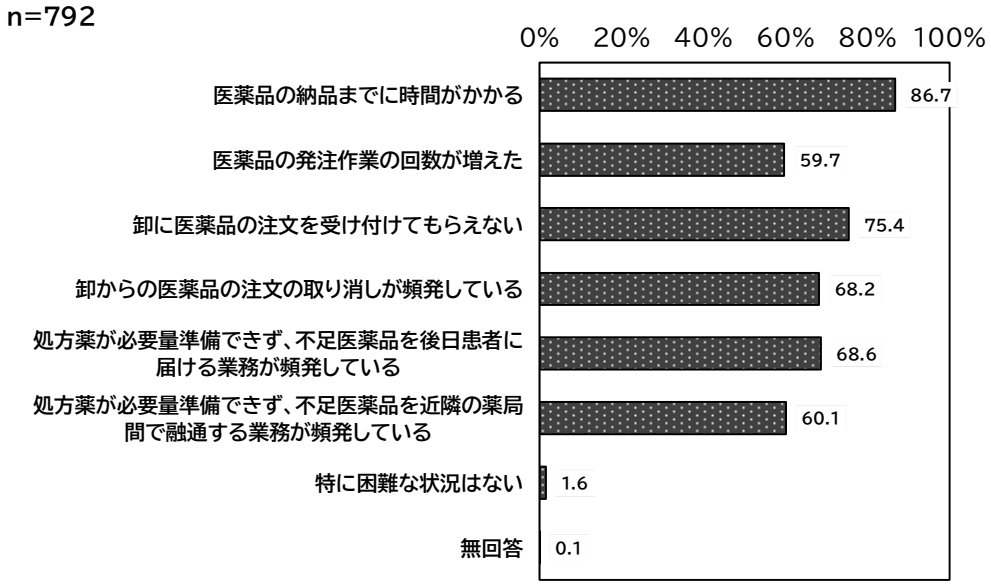
n=481



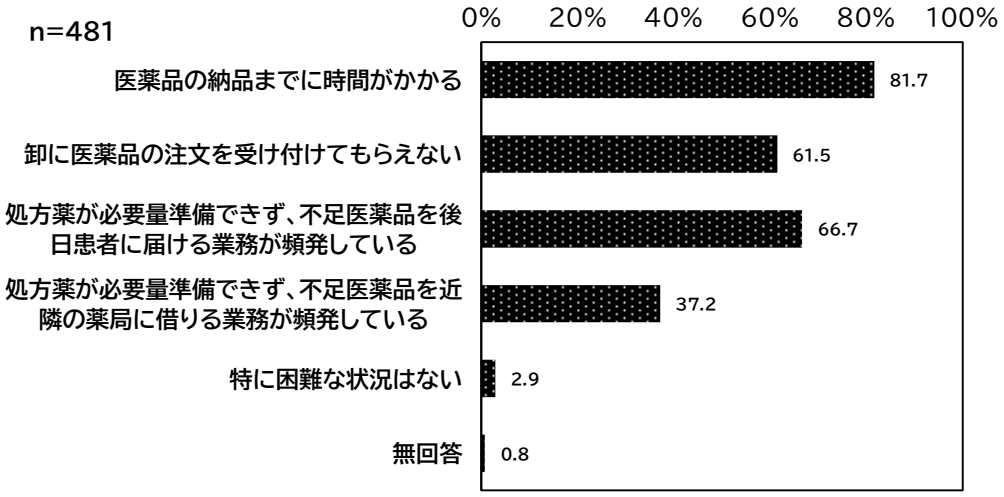
(2) 現在（令和 5 年 7 月 1 日）の医薬品の調達状況

現在（令和 5 年 7 月 1 日）の医薬品の調達状況について尋ねたところ、「医薬品の納品までに時間がかかる」が 86.7%で最も多かった。

図表 2-37　最近の医薬品の納入状況（複数回答）



図表 2-38　（参考 令和４年度調査）最近の医薬品の納入状況（複数回答）

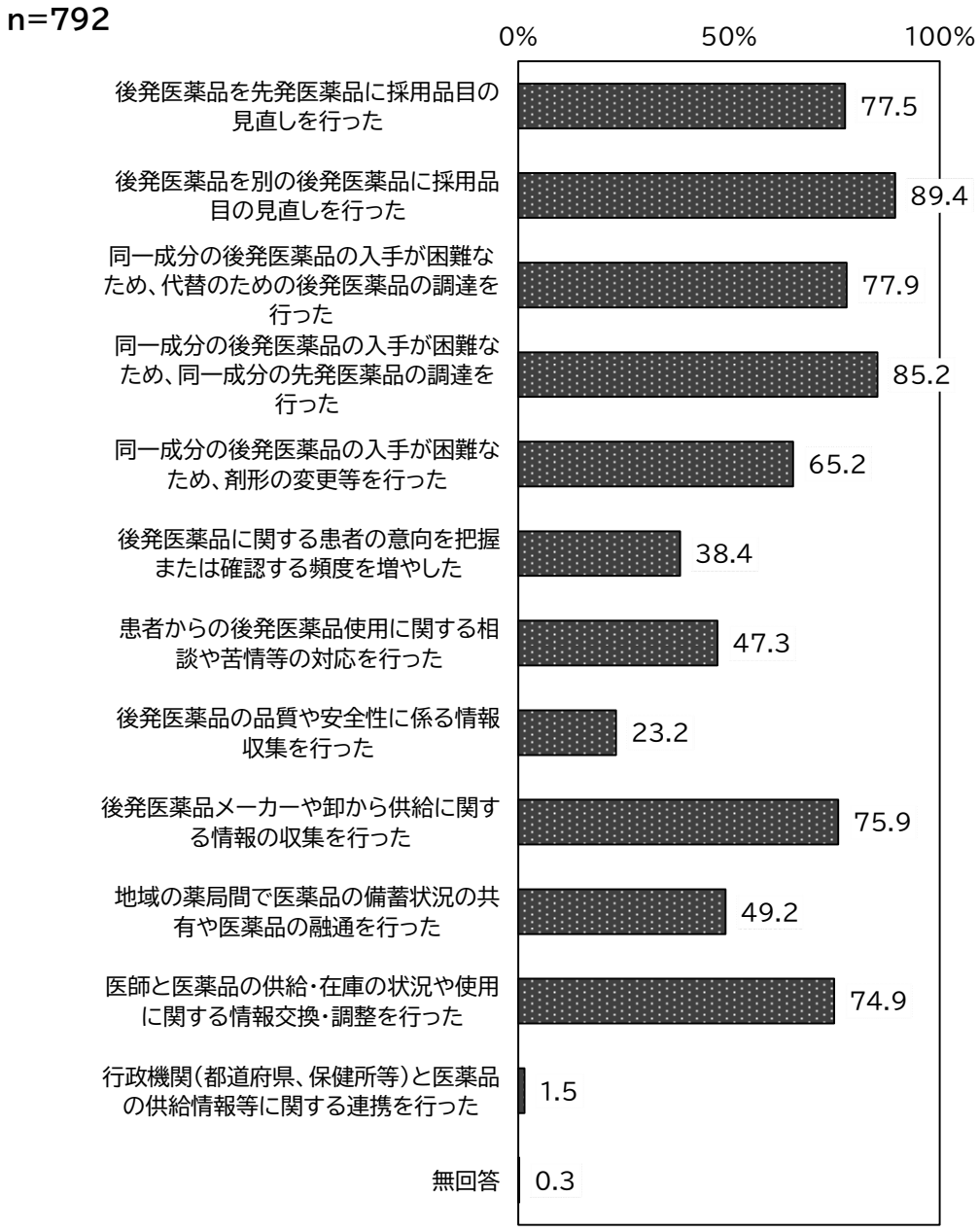


(3) 医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響

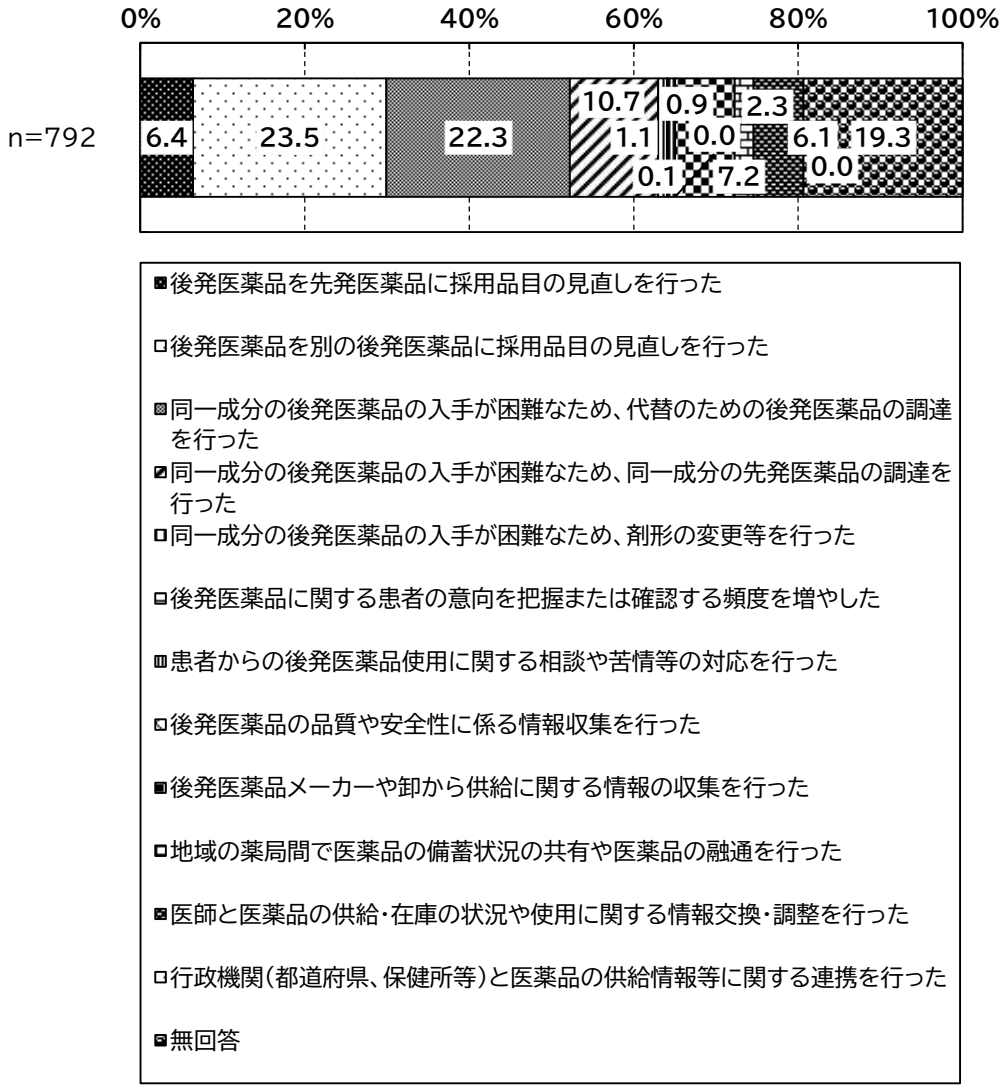
医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響について尋ねたところ、「後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行った」が 89.4%で最も多かった。

最もあてはまるものを尋ねたところ、「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」が 23.5%であった。

図表 2-39　医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響（複数回答）

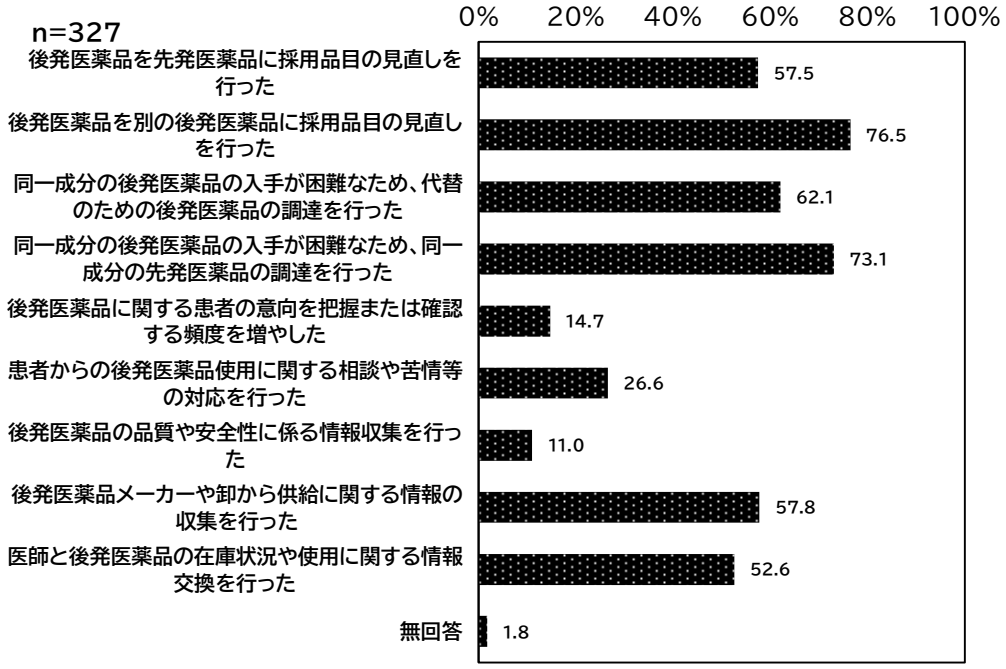


図表 2-40　医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響について、
最もあてはまるもの



図表 2-41　（参考 令和 4 年度調査）
薬局業務等の関連において行ったこと（複数回答）

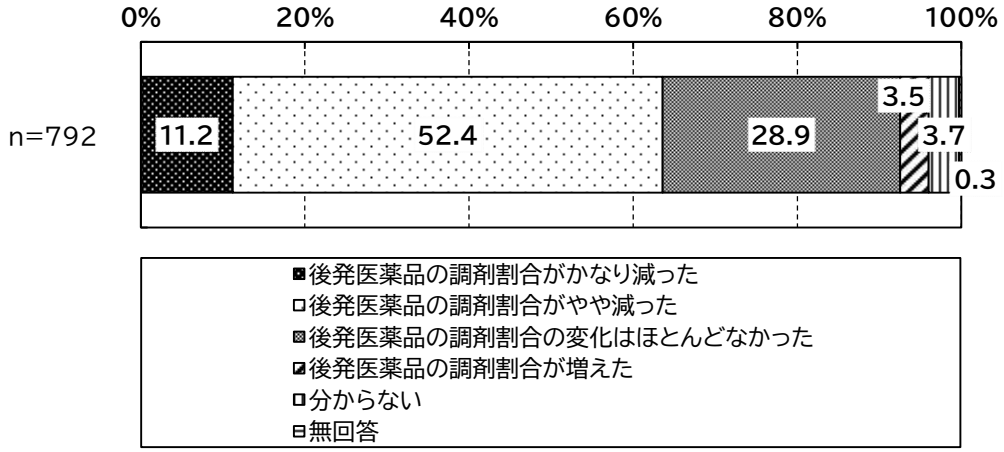
※令和 4 年度調査は、医薬品の供給不足の影響を受けた後発医薬品の調剤割合について、「後発医薬品の調剤割合がかなり減った」、「後発医薬品の調剤割合がやや減った」と回答した場合に限定した設問。



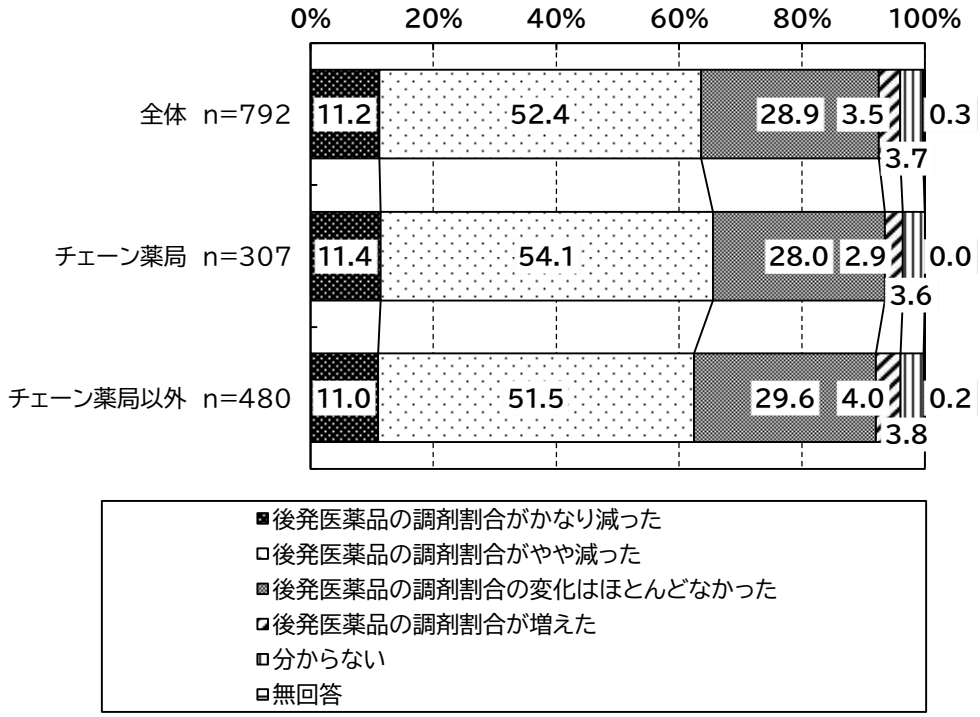
(4) 医薬品の不安定な供給状況の影響を受けて、後発医薬品の調剤割合に変化があったか

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があったかを尋ねたところ、「後発医薬品の調剤割合がかなり減った」が 11.2%、「後発医薬品の調剤割合がやや減った」が 52.4%となり、調剤割合が減ったと回答した施設の割合が合わせて 63.6%となった。

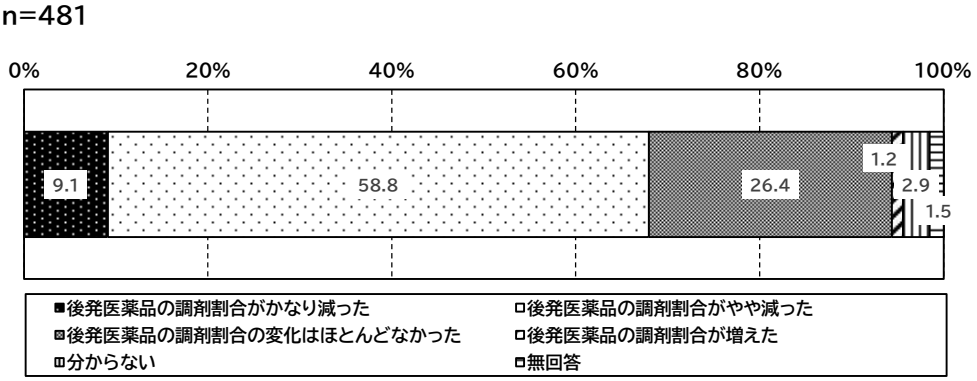
図表 2-42　医薬品の供給不足の影響を受けて、後発医薬品の調剤割合に変化があったか



図表 2-43　医薬品の供給不足の影響を受けて、後発医薬品の調剤割合に変化があったか
（チェーン薬局の該当有無別）



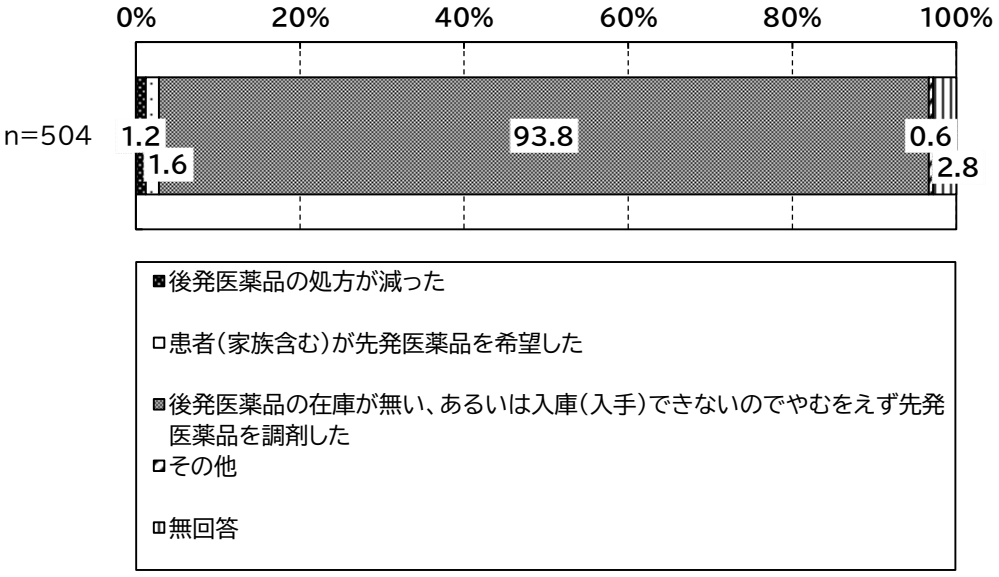
図表 2-44　（参考 令和４年度調査）医薬品の供給不足の影響を受けて、後発医薬品の調剤割合に変化があったか



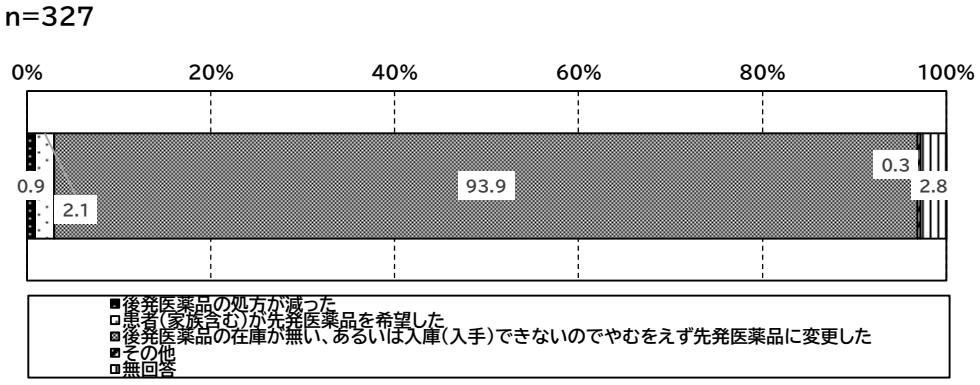
(5) 後発医薬品の調剤割合が減った理由

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がかなり減った」または「後発医薬品の調剤割合がやや減った」と回答した薬局（504 施設）において、後発医薬品の調剤割合が減った理由を尋ねたところ、「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」が 93.8%で最も多かった。

図表 2-45　後発医薬品の調剤割合が減った理由
（「後発医薬品の調剤割合がかなり減った」または「後発医薬品の調剤割合がやや減った」と回答した薬局）



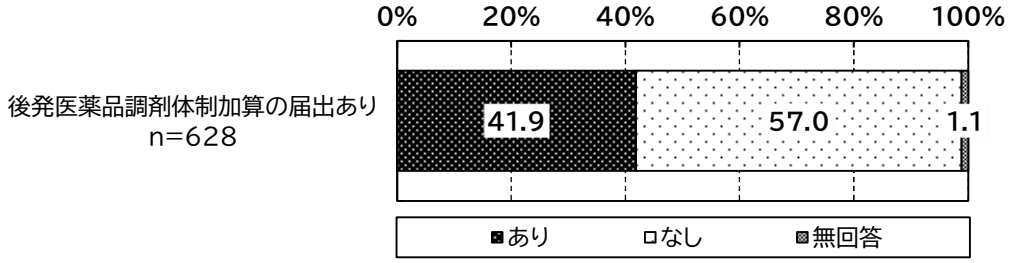
図表 2-46　（参考 令和４年度調査）後発医薬品の調剤割合が減った理由
（「後発医薬品の調剤割合がかなり減った」または「後発医薬品の調剤割合がやや減った」と回答した薬局）



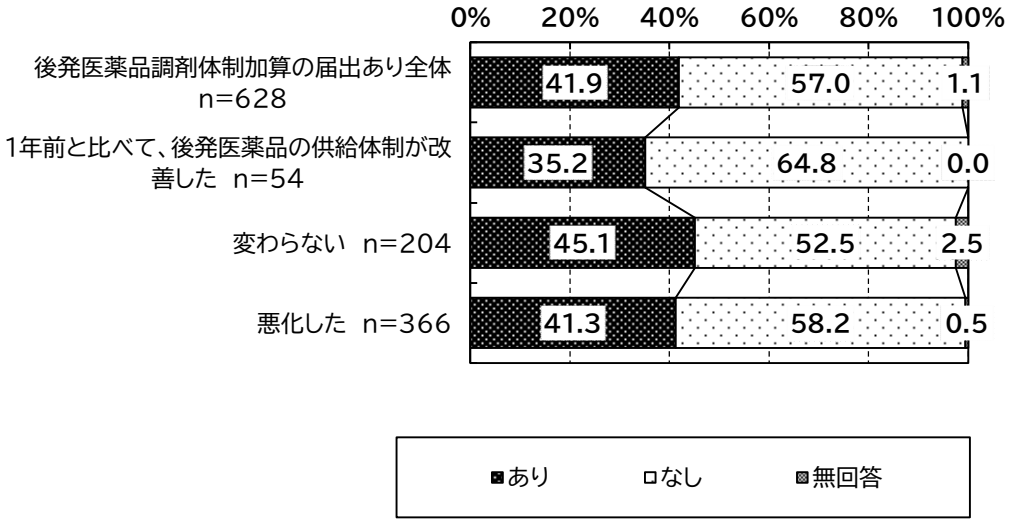
(6) 供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用

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の有無を見ると、後発医薬品使用体制加算の算定ありの施設の場合、適用「あり」が 41.9%、「なし」が 57.0%であった。

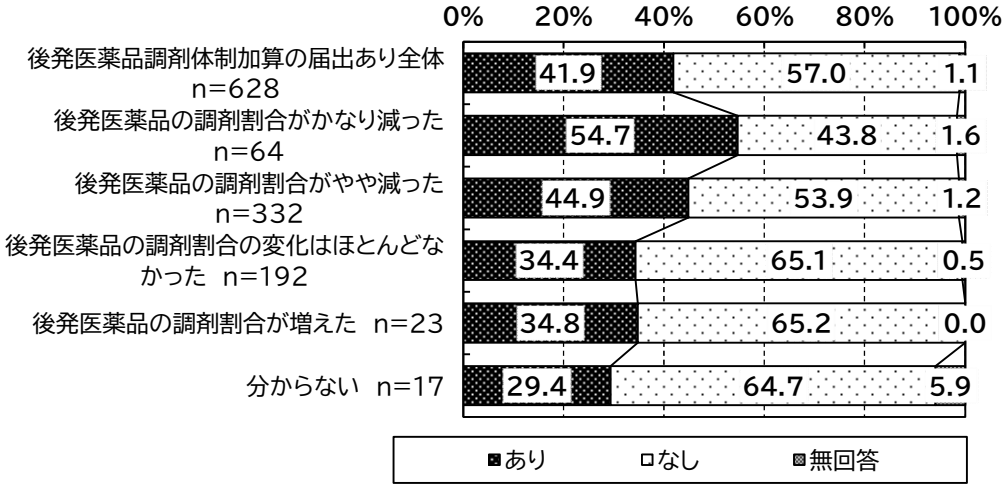
図表 2-47　供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用
（令和５年７月１日）
（後発医薬品調剤体制加算の算定ありの施設）



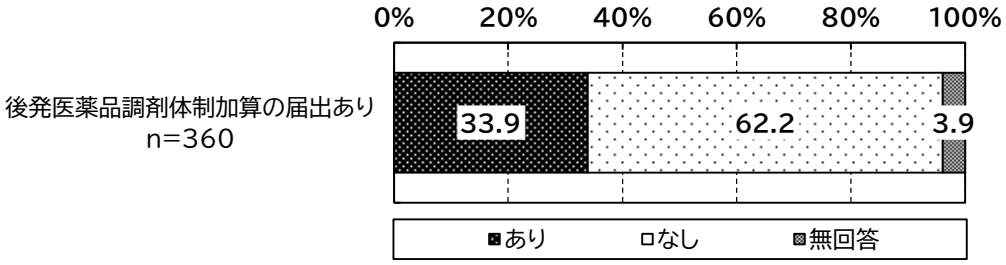
図表 2-48　供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用
（令和５年７月１日）（後発医薬品の供給体制別）
（後発医薬品調剤体制加算の算定ありの施設）



図表 2-49　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７月１日）
（医薬品の不安定な供給状況の影響を受けた、後発医薬品の調剤割合の変化別）
（後発医薬品調剤体制加算の算定ありの施設）



図表 2-50　（参考 令和４年度調査）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４年 11 月１日）
（後発医薬品調剤体制加算の算定ありの施設）

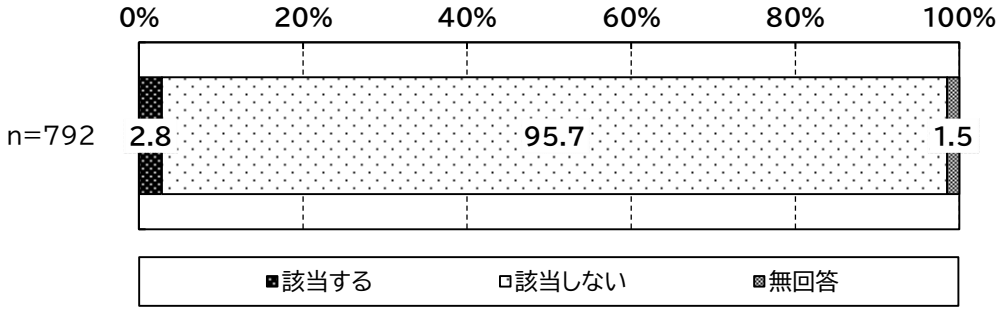


(7) 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算該当有無

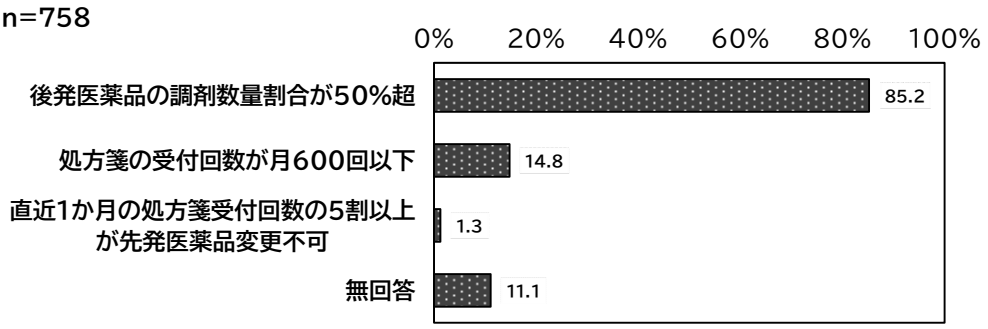
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算該当の有無をみると、「該当する」が 2.8%、「該当しない」が 95.7%であった。

「該当しない」理由では、「後発医薬品の調剤数量割合が 50%超」が最も多く、85.2%であった。

図表 2-51　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該当の有無（令和５年７月１日時点）



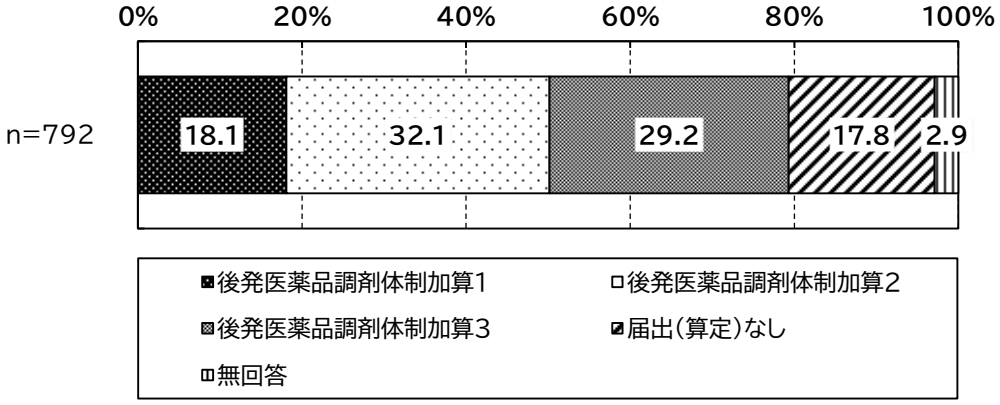
図表 2-52　後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算に該当しない理由（「該当しない」回答した薬局、複数回答）



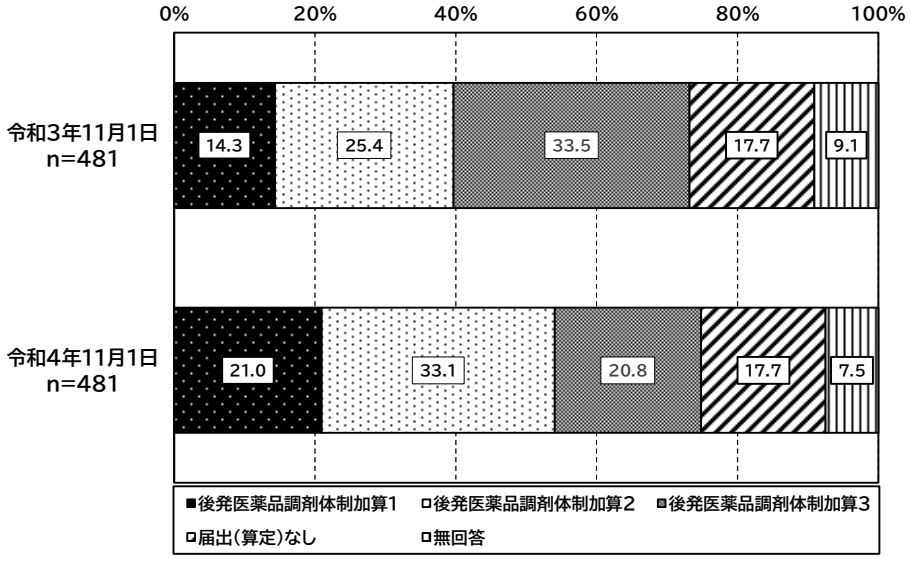
(8) 後発医薬品調剤体制加算の届出状況

後発医薬品調剤体制加算の届出状況についてみると、「後発医薬品調剤体制加算 1」が 18.1%、「後発医薬品調剤体制加算 2」が 32.1%、「後発医薬品調剤体制加算 3」が 29.2%、「届出（算定）なし」が 17.8%であった。

図表 2-53　後発医薬品調剤体制加算の届出状況（令和５年７月１日）



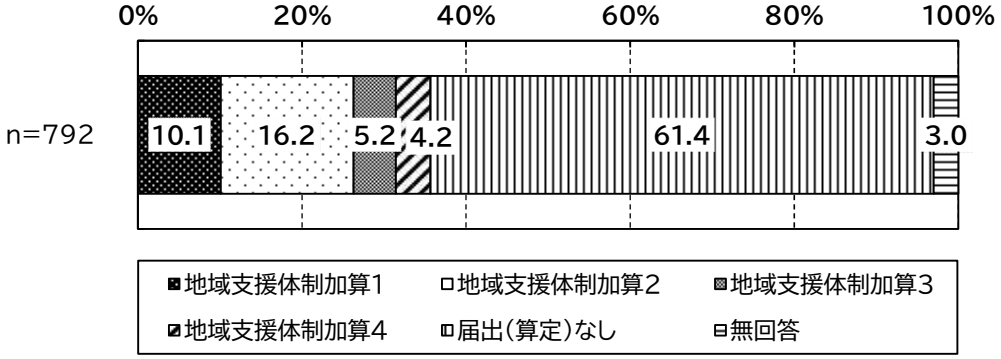
図表 2-54　（参考 令和４年度調査）後発医薬品調剤体制加算の届出状況



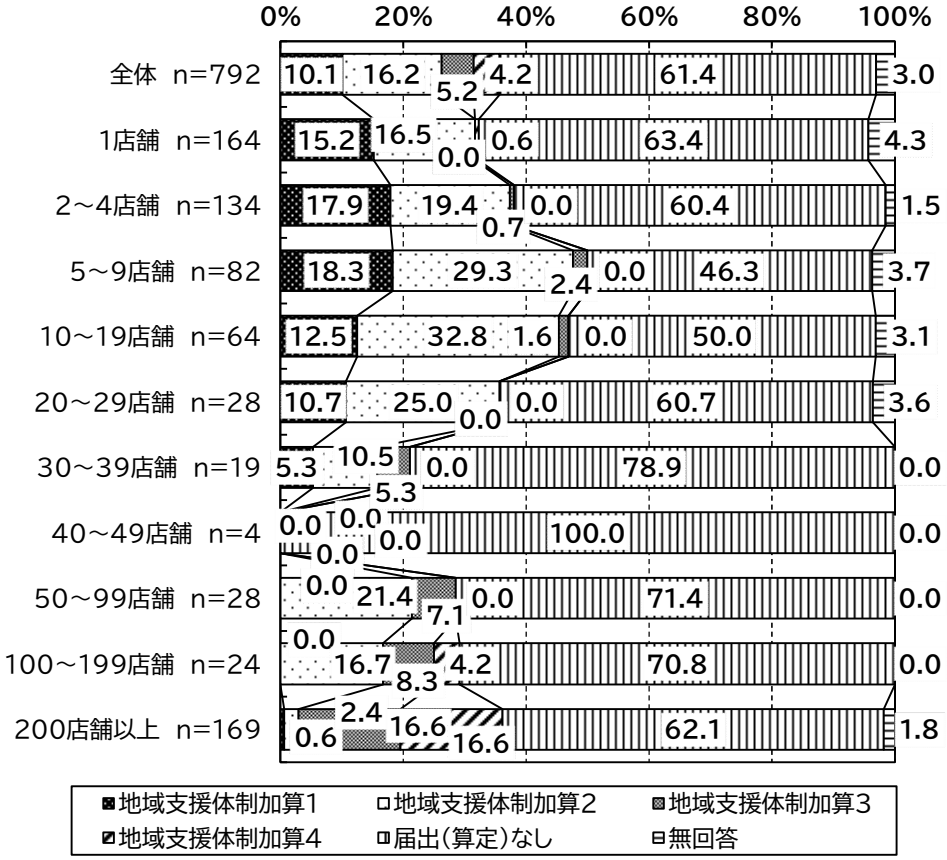
(9) 地域支援体制加算の届出状況

地域支援体制加算の届出状況についてみると、地域支援体制加算１から４のいずれかを届出している割合は 35.7%、「届出（算定）なし」が 61.4%であった。

図表 2-55　地域支援体制加算の届出状況（令和５年７月１日）



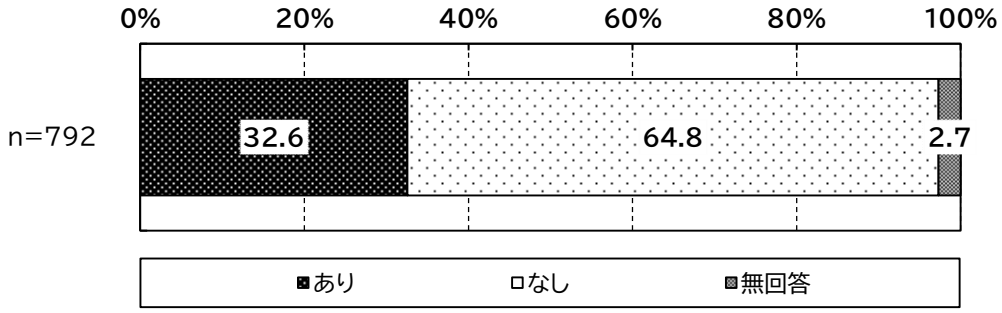
図表 2-56　地域支援体制加算の届出状況（令和５年７月１日）
（同一グループ店舗数別）



(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７月１日時点）

「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７月１日時点）について尋ねたところ、適用「あり」が 32.6%、「なし」が 64.8%であった。

図表 2-57　「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７月１日）

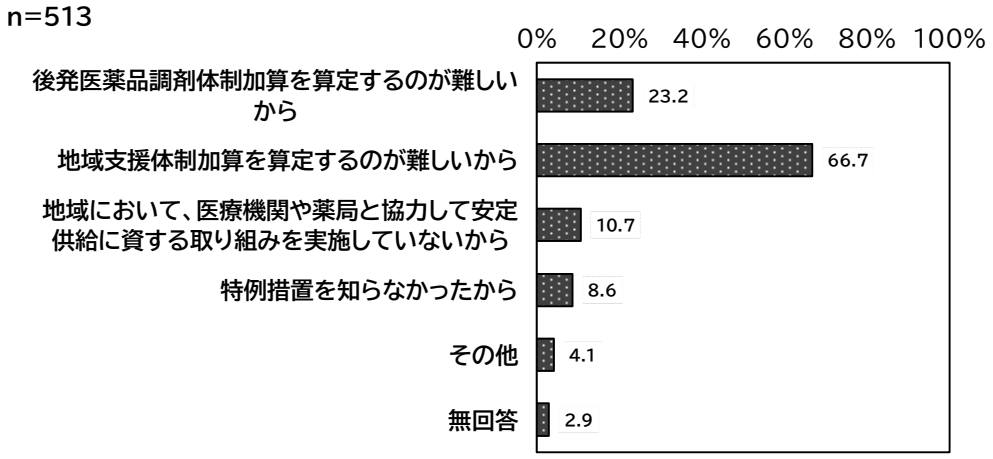


注：医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、地域医療への貢献の観点から、地域支援体制加算について、後発医薬品の使用促進を図りながら、保険薬局が地域において協力しつつ医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の要件及び評価を見直したもの。（後発医薬品調剤体制加算１又は２を算定する場合であって、追加の施設基準を満たす場合、算定している当該地域支援体制加算に＋１点。後発医薬品調剤体制加算３を算定する場合であって、追加の施設基準を満たす場合、算定している当該地域支援体制加算に＋３点。）

(11) 「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」を適用していない理由

「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」を適用していない施設（513 施設）に対して、適用していない理由を尋ねたところ、「地域支援体制加算を算定するのが難しいから」が 66.7%であった。

図表 2-58 「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」を適用していない理由（複数回答）

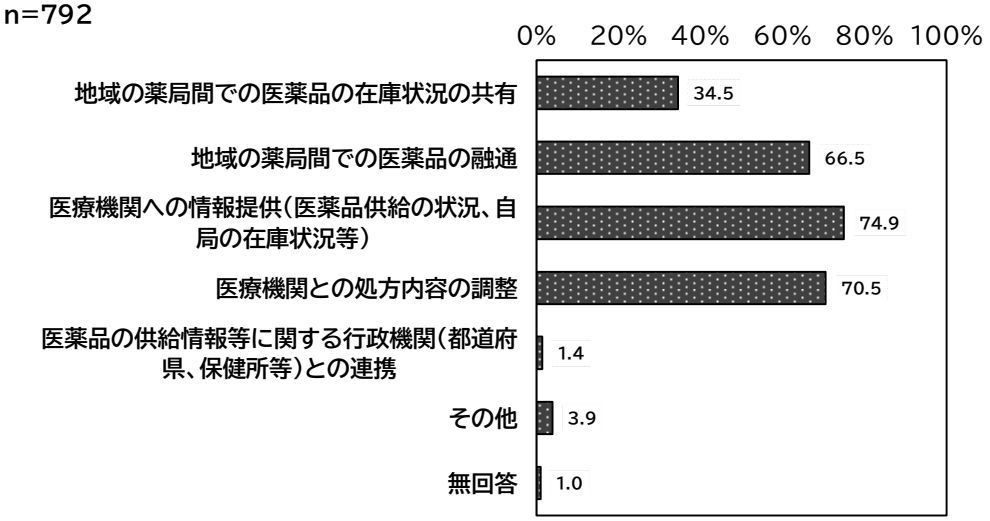


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・届け出などに時間、手間をかけることができないほどの業務が多い。
・開局して 1 年経っていない。

(12) 特例措置の算定の有無にかかわらず、施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組

特例措置の算定の有無にかかわらず、施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組を尋ねたところ、「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）」が 74.9%であった。

図表 2-59　特例措置の算定の有無にかかわらず、施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組（複数回答）



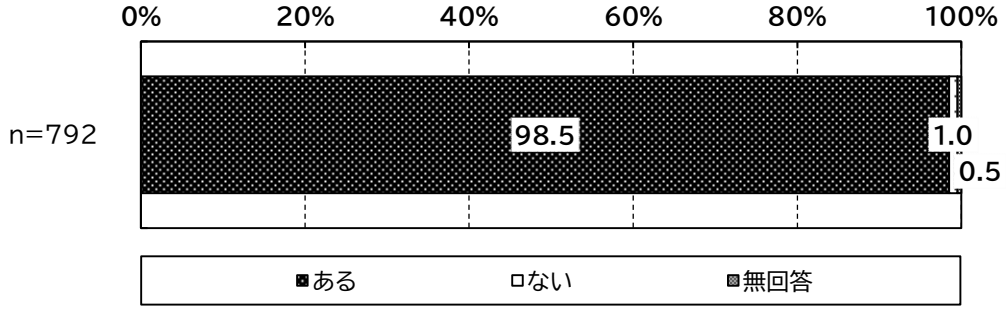
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・チェーン薬局間での医薬品の融通。
・卸やメーカーとの連携。

4) 後発医薬品の使用促進に関して

(1) 患者が後発医薬品を希望しないことの有無

患者が後発医薬品を希望しないことがあるかを尋ねたところ、「ある」が 98.5%、「ない」が 1.0%であった。

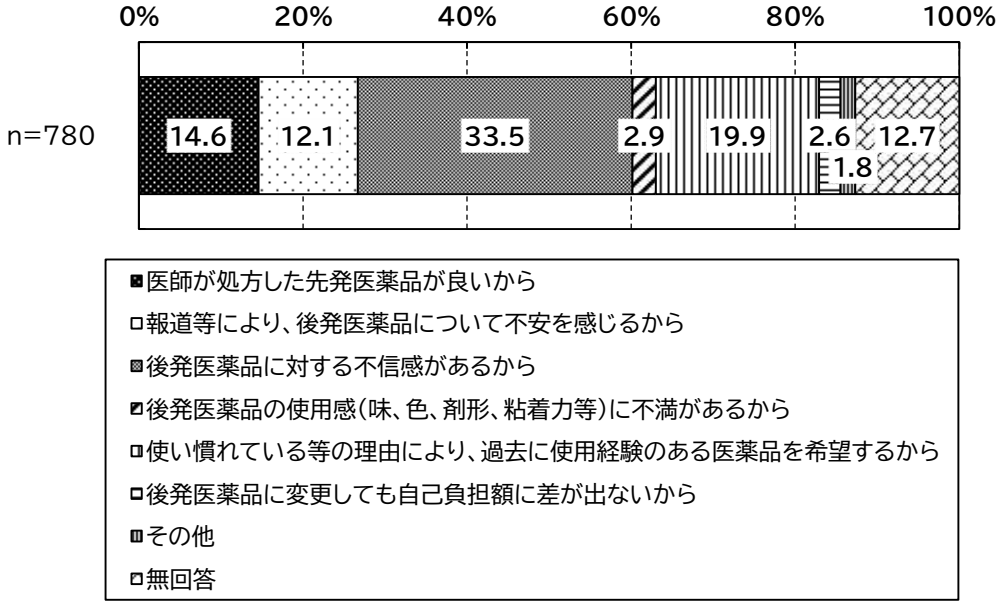
図表 2-60 患者が後発医薬品を希望しないことの有無



(2) 患者が後発医薬品を希望しない理由

患者が後発医薬品を希望しないことがあると回答した施設（780 施設）に対して、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を尋ねたところ、「後発医薬品に対する不信感があるから」が 33.5%であった。

図表 2-61　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



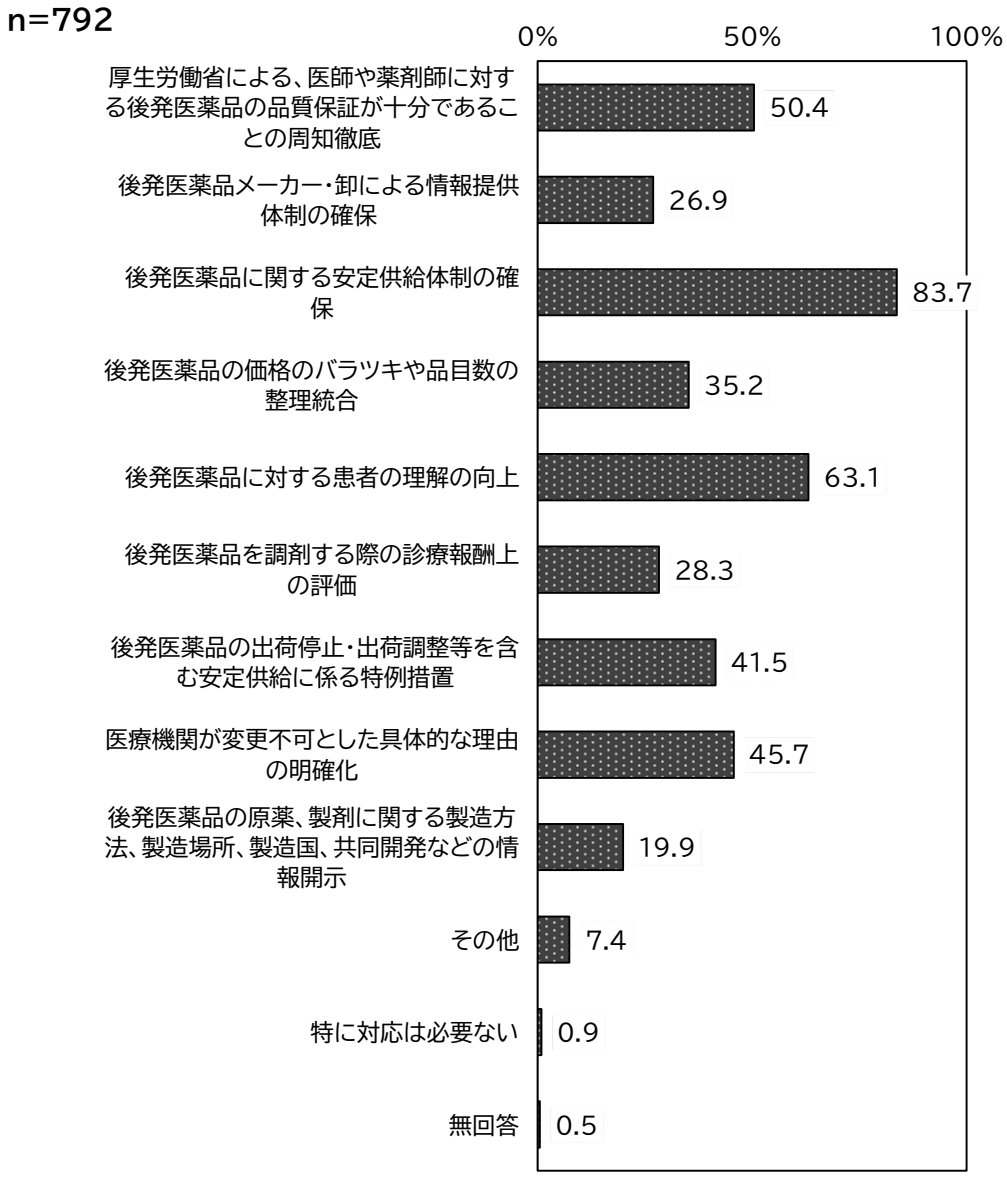
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・副作用があった。
・自己負担０円のため(子供など)。

(3) 薬局の開設者・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上で必要な対応

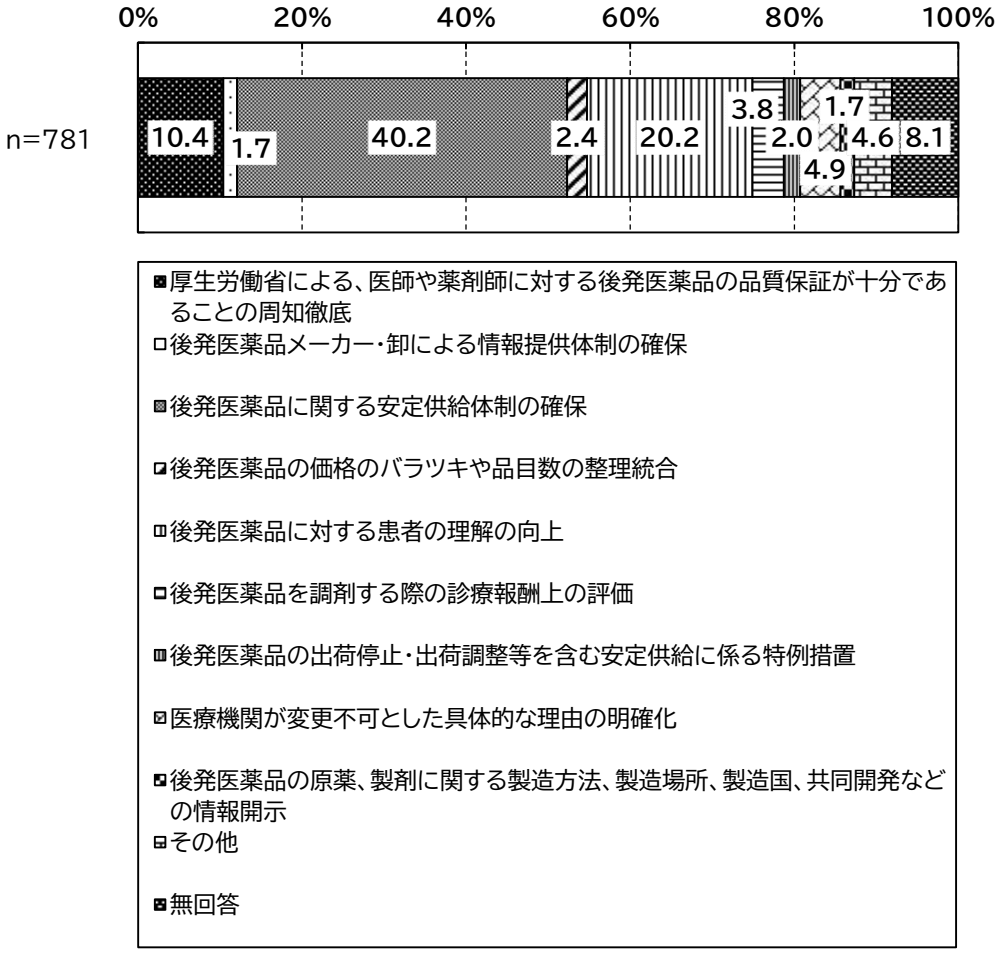
薬局の開設者・管理者の立場として後発医薬品の調剤を積極的に進める上で必要な対応としてあてはまるもの（複数回答）を尋ねたところ、「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」が 83.7%で最も多かった。

最もあてはまるもの（単数回答）を尋ねたところ、「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」が 40.2%で最も多かった。

図表 2-62　薬局の開設者・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上で必要な対応（複数回答）



図表 2-63　薬局の開設者・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上で必要な対応として最もあてはまるもの



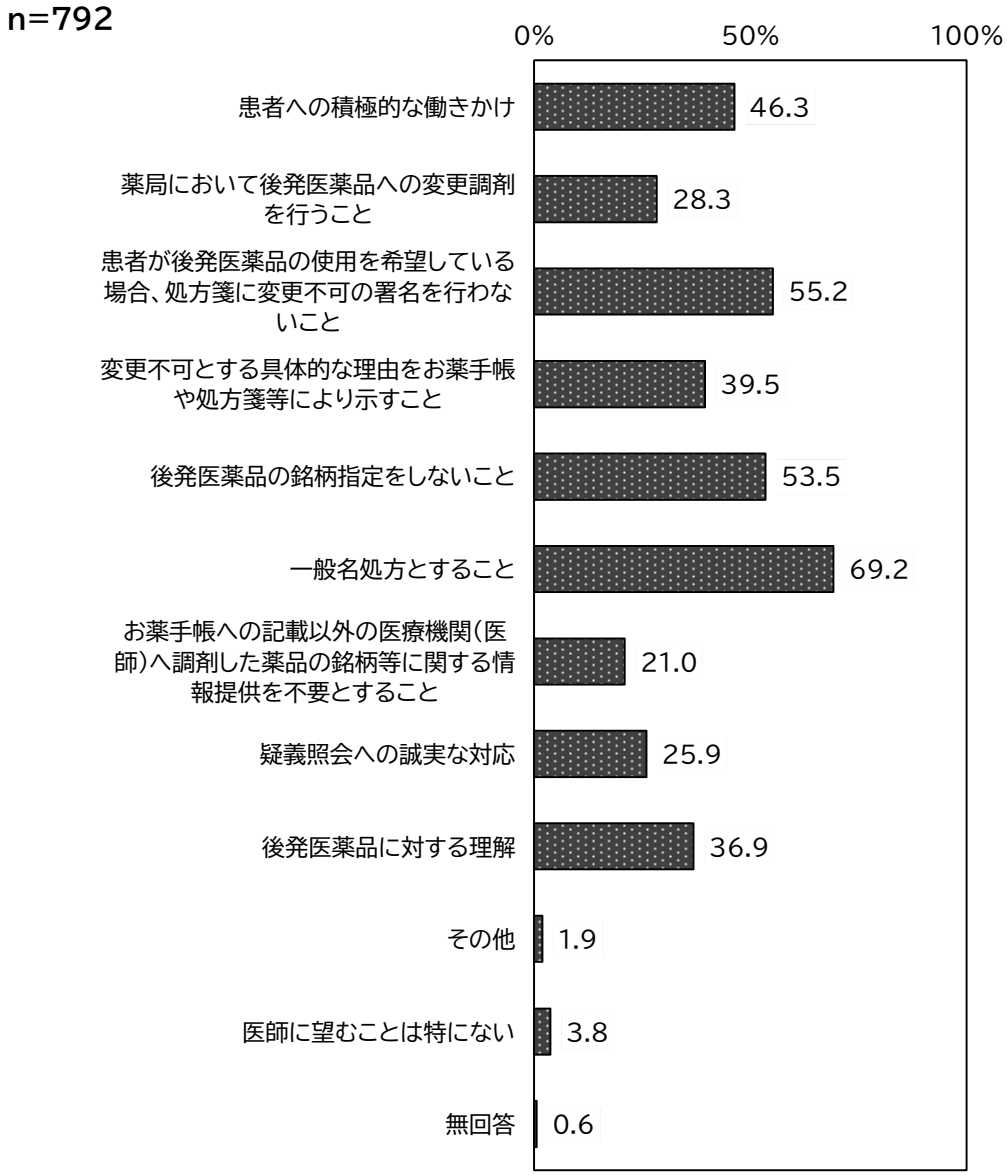
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 後発医薬品への信頼。
- AG に関する周知。
- 医師、病院がジェネリック医薬品を処方すること。
- 一般名による処方。
- 薬価をあげること。
- 先発医薬品を希望した場合は自己負担分とすること。

(4) 後発医薬品の使用を進める上で医師に望むこと

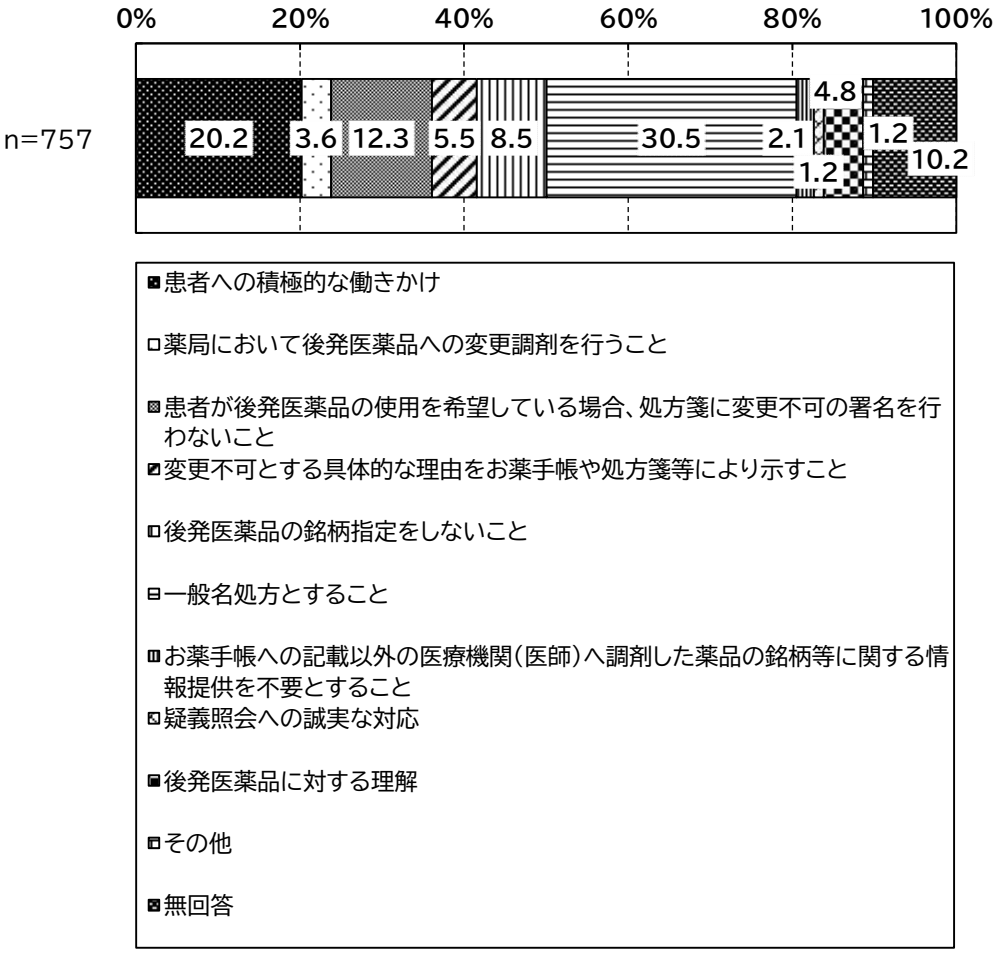
後発医薬品の使用を進める上で医師に望むこと（複数回答）を尋ねたところ、「一般名処方とすること」が 69.2%であった。

また、医師に最も望むこと（単数回答）を尋ねたところ、「一般名処方とすること」が 30.5%で最も多かった。

図表 2-64　後発医薬品の使用を進める上で医師に望むこと（複数回答）



図表 2-65　後発医薬品の使用を進める上で医師に望むことで最もあてはまるもの



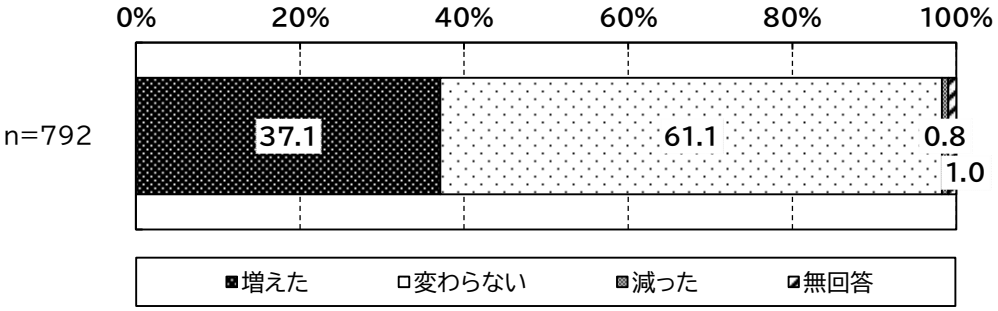
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 医師が GE へ変更可能であることを患者に伝えると患者も変更可能と希望されることが多いため、医師から伝えてほしい。
- 出荷調整品の処方をすること。
- オーソライズドジェネリックの積極的な処方。
- 患者へ先発医薬品名での説明、指導を行わない。

5) 一般名処方の状況等

(1) １年前と比較した一般名処方の件数の変化

１年前と比較した一般名処方の件数の変化を尋ねたところ、「増えた」が 37.1%、「変わらない」が 61.1%、「減った」が 0.8%であった。

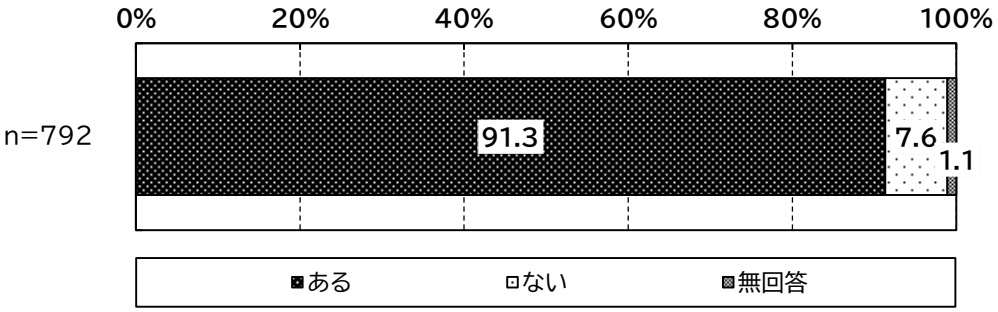
図表 2-66　１年前と比較した一般名処方の件数の変化



(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の有無

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の有無を尋ねたところ、「ある」が 91.3%、「ない」が 7.6%であった。

図表 2-67　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の有無



(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ごとの件数

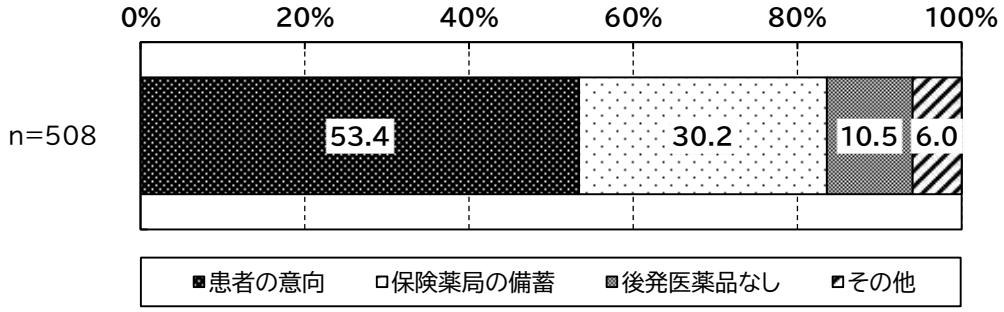
一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかったことがあると回答した施設（723 施設）に対して、後発医薬品を調剤しなかった場合の理由ごとの件数を尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 2-68　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ごとの件数

	回答施設数	回答件数（合計）	平均（件）	標準偏差	中央値
患者の意向	508	45,683	89.9	199.8	27.0
保険薬局の備蓄	508	25,808	50.8	138.1	10.0
後発医薬品なし	508	8,943	17.6	60.9	1.0
その他	508	5,106	10.1	46.1	0.0

「患者の意向」「保険薬局の備蓄」「後発医薬品なし」「その他」のすべての設問に回答のあった施設を集計対象とした。

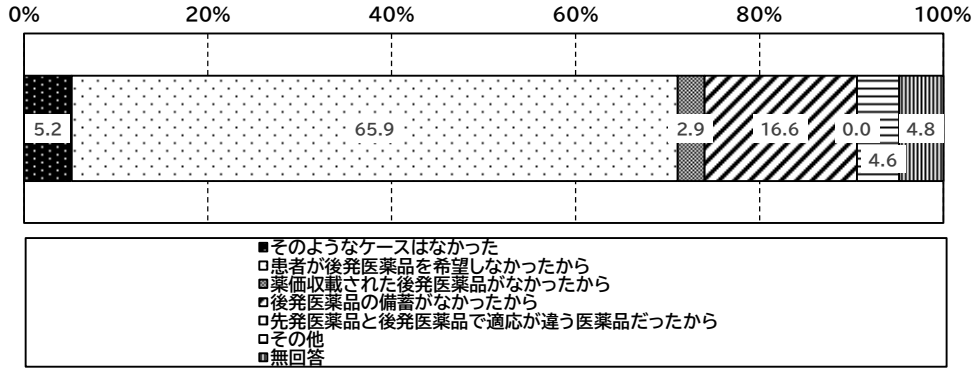
図表 2-69　一般名処方が行われた医薬品について、
後発医薬品を調剤しなかった場合の理由ごとの件数の割合



「患者の意向」「保険薬局の備蓄」「後発医薬品なし」「その他」のすべての設問に回答のあった施設を集計対象とした。

図表 2-70　（参考 令和 4 年度調査）
一般名処方の処方箋を持参した患者のうち後発医薬品を調剤しなかった理由

n=481



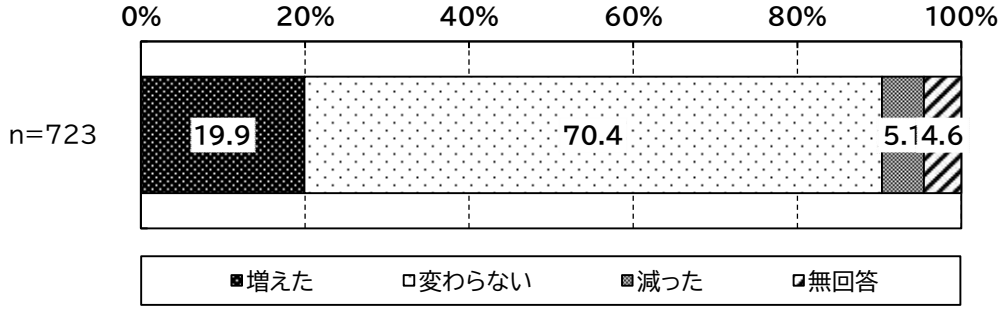
※「その他」の内容のうち、主に以下のものが挙げられた。
・出荷調整で後発品が入荷できなかったため。
・使い慣れている医薬品が一番安心される。
・小児は自己負担なしだから。

(4) １年前と比較した、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変化

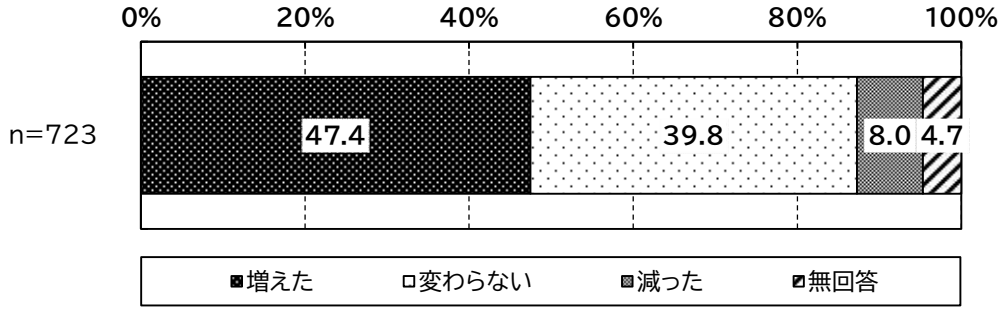
一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかったことがあると回答した施設（723 施設）に対して、１年前と比較して、一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかった場合の理由に変化があったかどうか尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 2-71　１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があったか

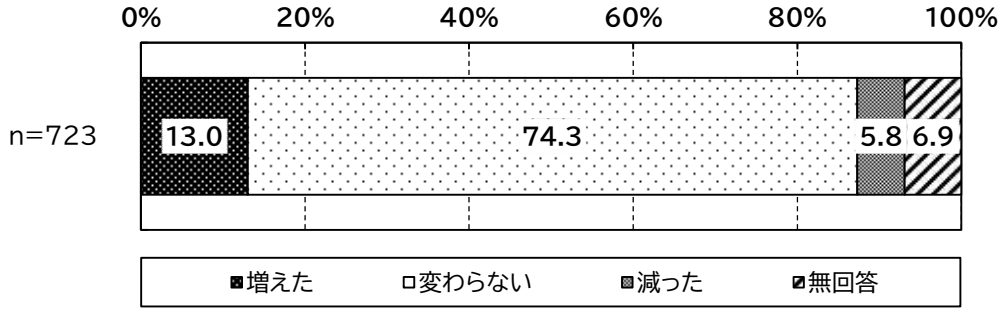
＜患者の意向＞



＜保険薬局の備蓄＞



＜後発医薬品なし＞



6) 薬局での後発医薬品の備蓄状況等

(1) 調剤医薬品の備蓄品目数

全調剤用医薬品の備蓄品目数の合計についてみると平均 1158.8 品目であった。また、後発医薬品の備蓄品目数の合計についてみると平均 479.0 品目であった。

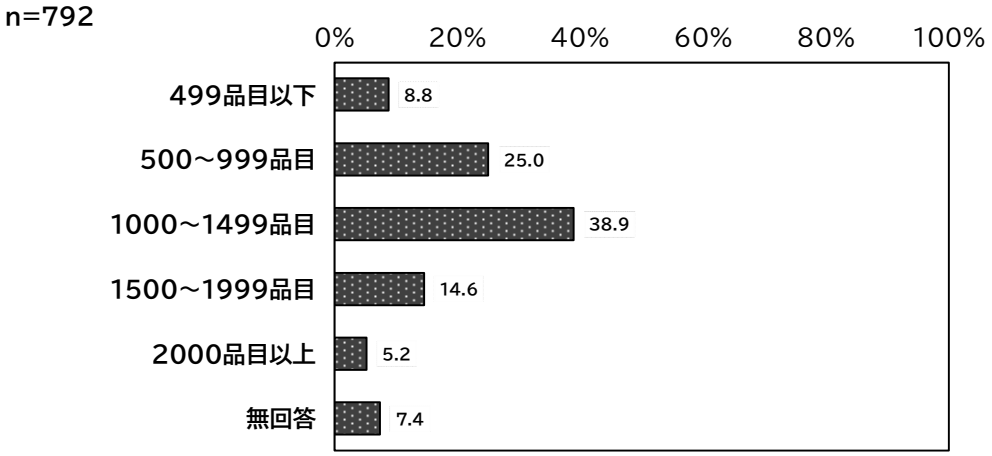
図表 2-72 調剤医薬品の備蓄品目数（令和５年７月１日時点）

	回答施設数	平均（品目）	標準偏差	中央値
1)調剤用医薬品	733	1,158.8	532.3	1,210.0
1)のうち、先発医薬品（バイオ医薬品は除く）	278	518.8	346.3	407.0
1)のうち、後発医薬品（バイオ医薬品は除く）	278	479.0	309.2	439.5
1)のうち、先行バイオ医薬品	278	3.3	7.8	0.0
1)のうち、バイオ後続品	278	0.8	3.3	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

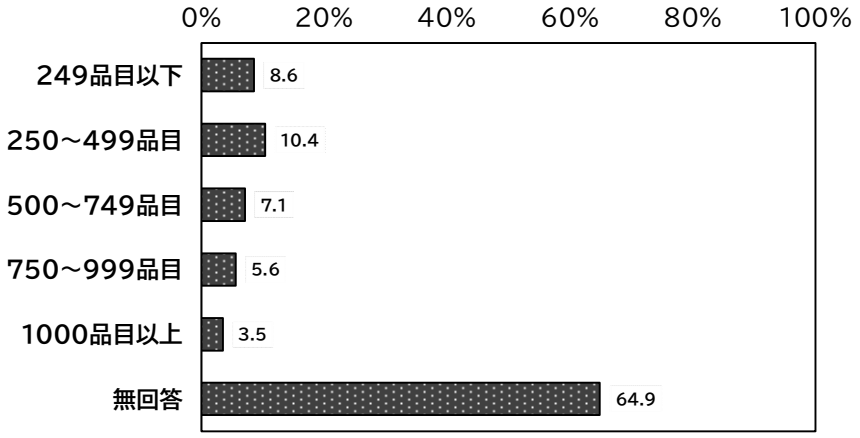
図表 2-73 備蓄品目数の分布

＜医薬品＞



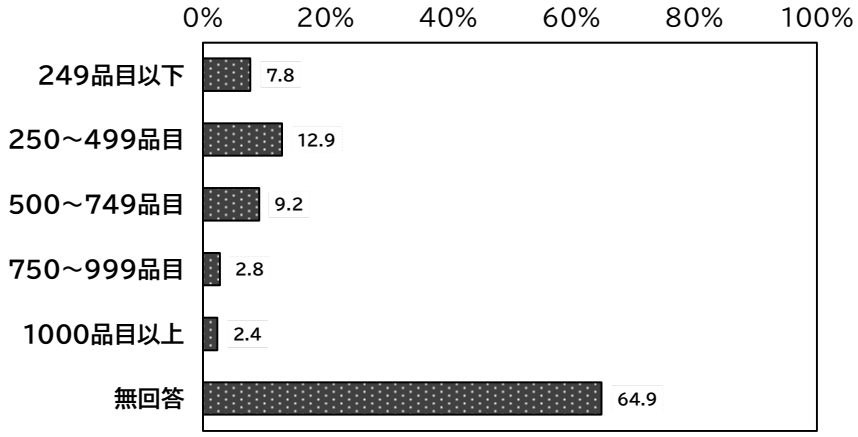
＜先発医薬品（バイオ医薬品は除く）＞

n=792



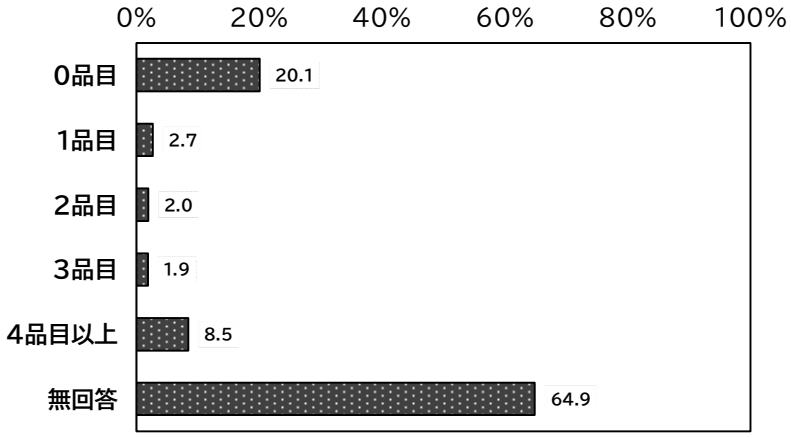
＜後発医薬品（バイオ医薬品は除く）＞

n=792



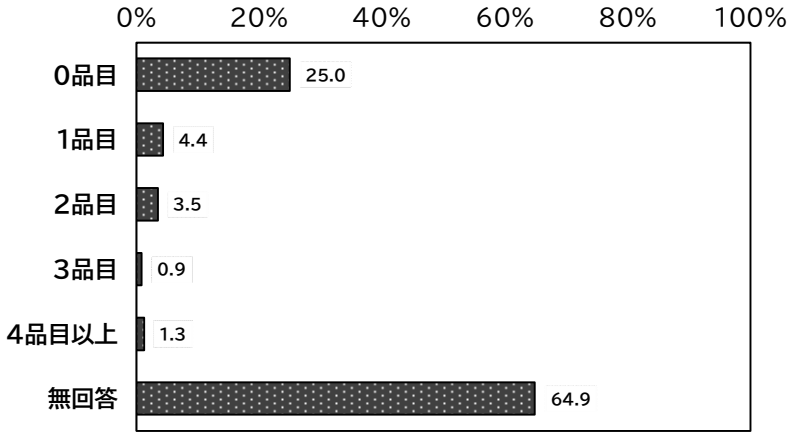
＜先行バイオ医薬品＞

n=792



＜バイオ後続品＞

n=792



図表 2-74　調剤医薬品の備蓄品目数（令和５年７月１日時点）（チェーン薬局の該当有無別）

＜チェーン薬局＞

	回答施設数	平均（品目）	標準偏差	中央値
1)調剤用医薬品	288	1,272.8	536.9	1,246.5
1)のうち、先発医薬品（バイオ医薬品は除く）	104	624.0	366.8	619.0
1)のうち、後発医薬品（バイオ医薬品は除く）	104	524.1	307.5	500.0
1)のうち、先行バイオ医薬品	104	4.5	10.1	0.0
1)のうち、バイオ後続品	104	1.5	5.3	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

＜チェーン薬局以外＞

	回答施設数	平均（品目）	標準偏差	中央値
1)調剤用医薬品	443	1,084.3	517.2	1,200.0
1)のうち、先発医薬品（バイオ医薬品は除く）	173	456.2	318.1	370.0
1)のうち、後発医薬品（バイオ医薬品は除く）	173	450.0	306.7	410.0
1)のうち、先行バイオ医薬品	173	2.6	6.0	0.0
1)のうち、バイオ後続品	173	0.4	0.8	0.0

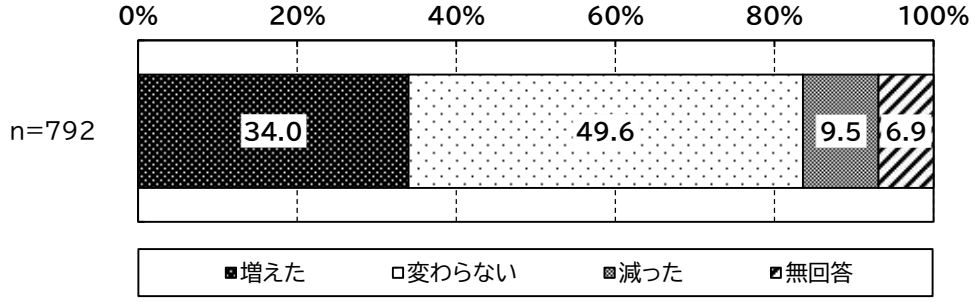
※無回答を除く施設を集計対象とした

(2) １年前と比較した調剤医薬品の備蓄品目数の変化

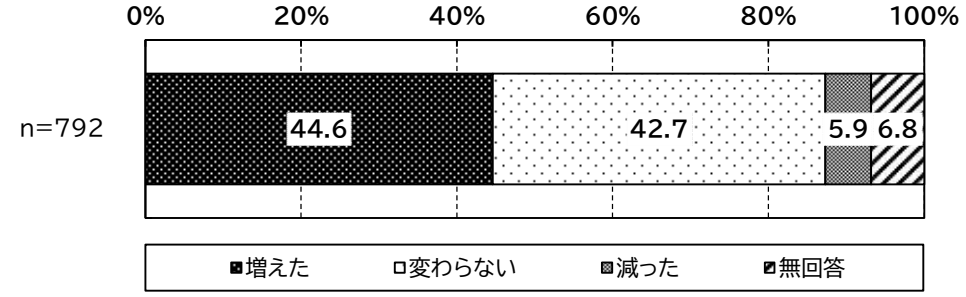
１年前と比較した調剤医薬品の備蓄品目数の変化について尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 2-75　１年前と比較した備蓄品目数の変化

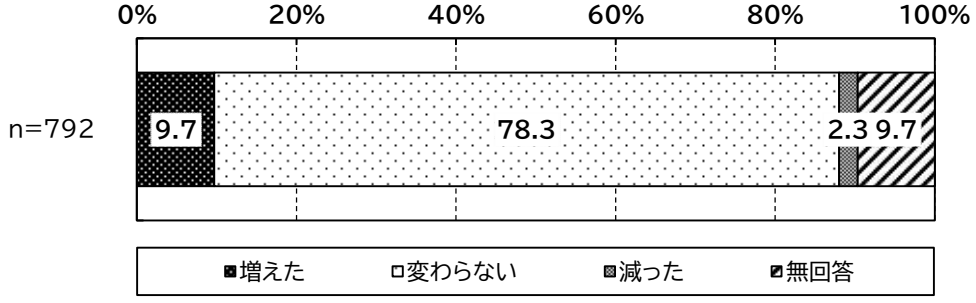
＜先発医薬品＞



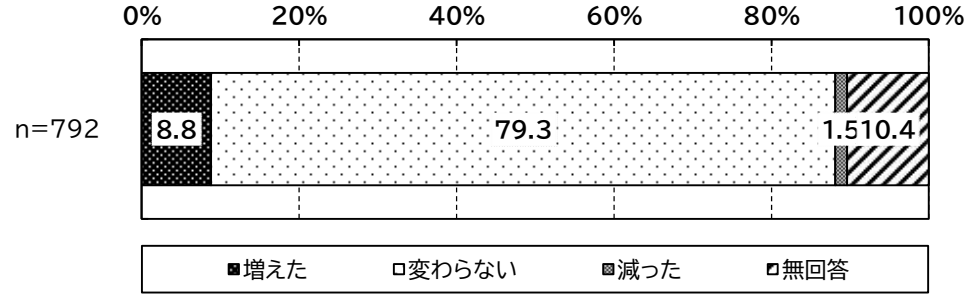
＜後発医薬品＞



＜先行バイオ医薬品＞



＜バイオ後続品＞



(3) 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か（自由記述）

○後発医薬品の品質向上 ・先発医薬品と同じ効果であること。 ・一部の後発医薬品で先発医薬品と大きく異なるものがあり、医師や患者への後発医薬品イメージが悪くなっているので、市販後も定期的な品質チェックが必要。
○安定供給 ・医薬品の安定供給。 ・出荷調整医薬品の減少。 ・AG 医薬品の増加。 ・同じ後発品でもメーカーが増えており在庫の確保が厳しい。
○普及啓発 ・広告等で後発医薬品の安全性を宣伝する。 ・医師、患者、薬剤師へ安全性を周知。 ・医療費削減への意識付け。 ・オーソライズドジェネリックへの理解を深める。
○薬価や診療報酬制度等 ・薬価を下げ過ぎないこと。 ・先発品希望者は自己負担割合を増やす。
○医師の対応 ・医者から患者に後発医薬品の使用を勧めてもらう。 ・処方箋上は一般名になっていても、病院との取り決めで先発医薬品を調剤しないといけない場合がある。
○変更調剤等のルール ・変更不可等する具体的な理由を処方箋やお薬手帳に示してほしい。 ・一般名処方ではなく、後発医薬品の銘柄指定の処方がよい。病院の処方が後発医薬品であると説明すると患者も納得しやすい。

7) バイオ後続品への対応状況

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。

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）を含む。

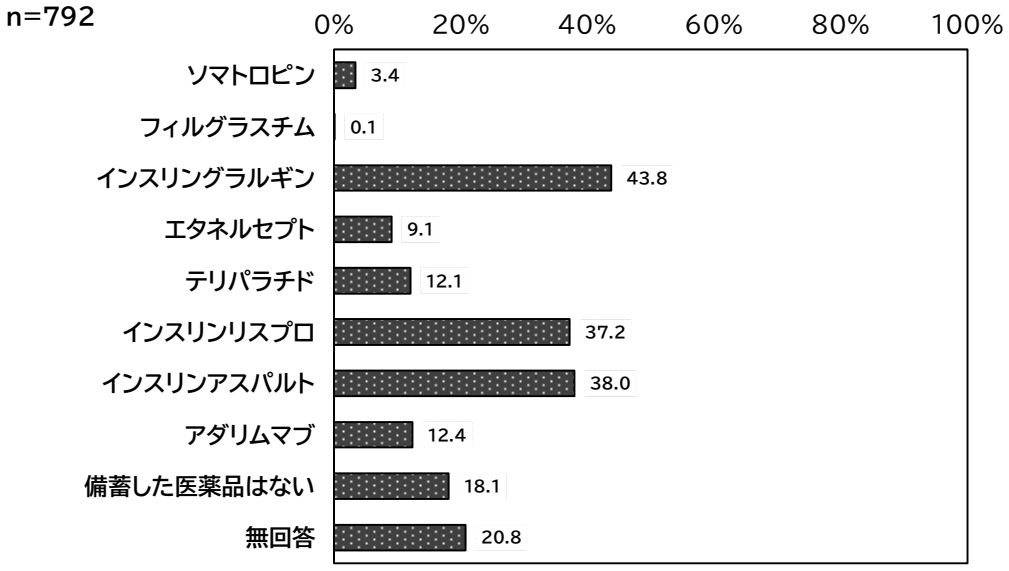
図表 2-76　国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品のうち在宅自己注射可能なもの

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

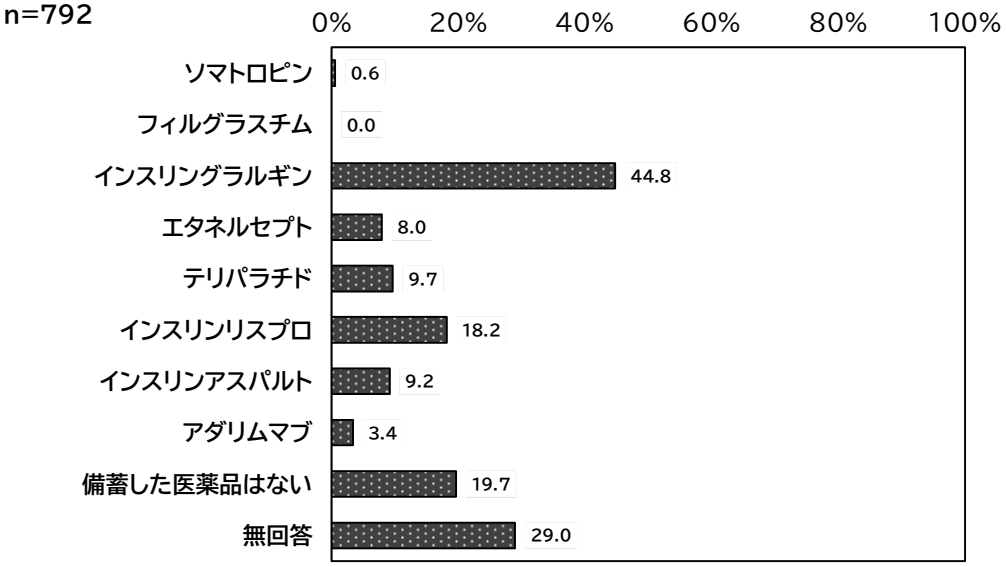
(1) 薬局が備蓄及び調剤したバイオ医薬品（令和５年６月）

薬局が備蓄している医薬品、調剤した医薬品（令和５年６月）は以下のとおりであった。

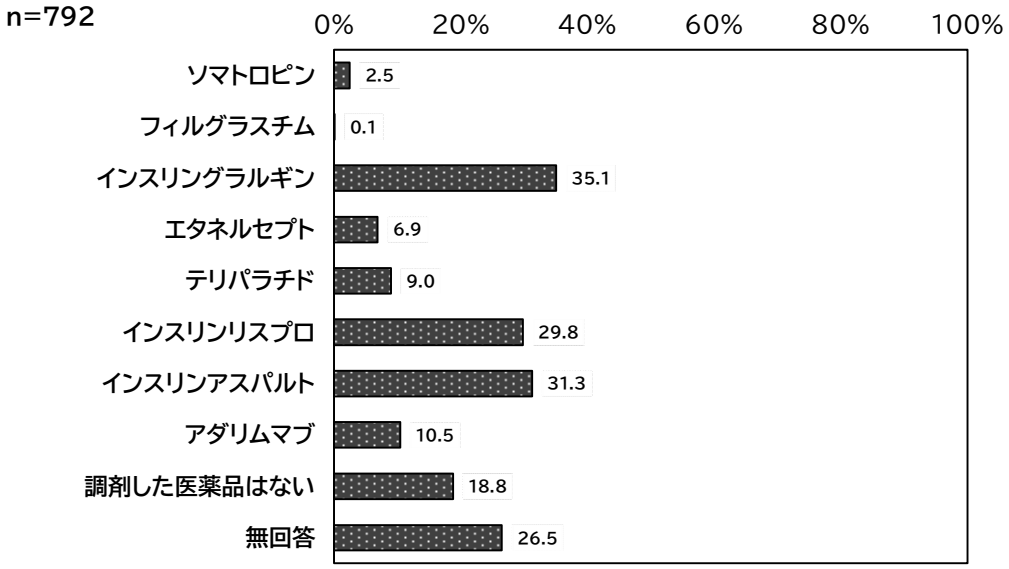
図表 2-77　備蓄している先行バイオ医薬品



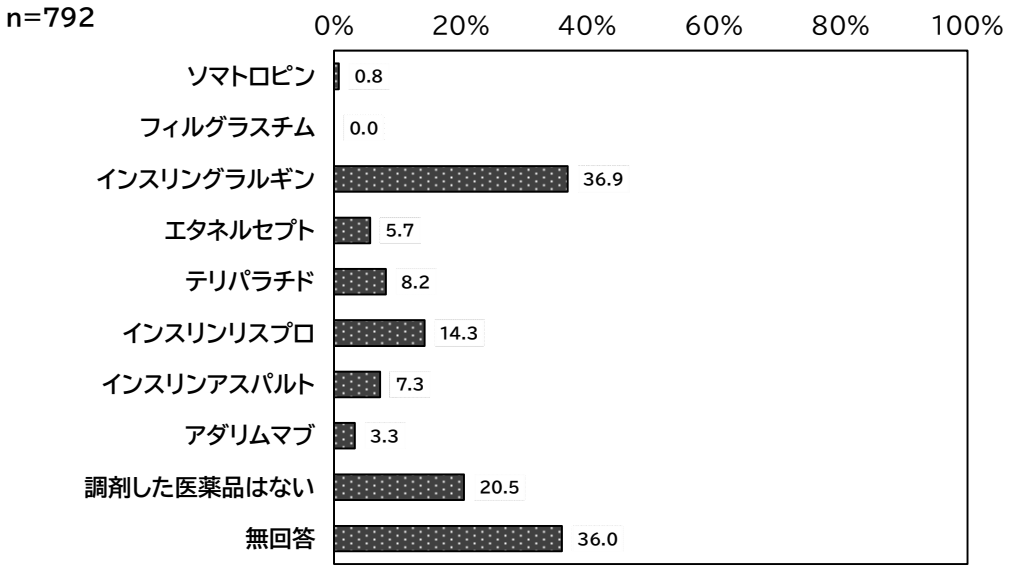
図表 2-78　備蓄しているバイオ後続品



図表 2-79　調剤している先行バイオ医薬品



図表 2-80　調剤しているバイオ後続品



(2) １か月間の取り扱い処方箋枚数（バイオ後続品に係る状況）

令和５年６月１日（木）～６月 30 日（金）の１か月間の取り扱い処方箋のうち、バイオ後続品を調剤した処方箋枚数は平均 4.0 枚であった。

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」となっていない医薬品が１品目でもある処方箋の枚数は平均 2.0 枚であった。

前記①のうち、バイオ後続品の販売名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は平均 2.7 枚であった。

バイオ後続品の一般的名称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は平均 0.5 枚であった。

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の処方箋が１品目でもある処方箋の枚数は平均 0.4 枚であった。

図表 2-81　１か月間の取り扱い処方箋枚数（バイオ後続品に係る状況）

	回答施設数	平均値（枚）	標準偏差	中央値
(1) １か月間にバイオ後続品を調剤した処方箋枚数	538	4.0	10.4	1.0
前記(1)のうち、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」となっていない医薬品が１品目でもある処方箋の枚数	538	2.0	6.9	0.0
前記(1)のうち、バイオ後続品の販売名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	538	2.7	8.1	0.0
前記(1)のうち、バイオ後続品の一般的名称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	538	0.5	4.6	0.0
前記(1)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の処方箋が１品目でもある処方箋の枚数	538	0.4	3.0	0.0

※令和５年６月１日（木）～６月 30 日（金）の １か月間の取り扱い処方箋枚数について、表内の５問すべてについて回答のあった施設を集計対象とした。

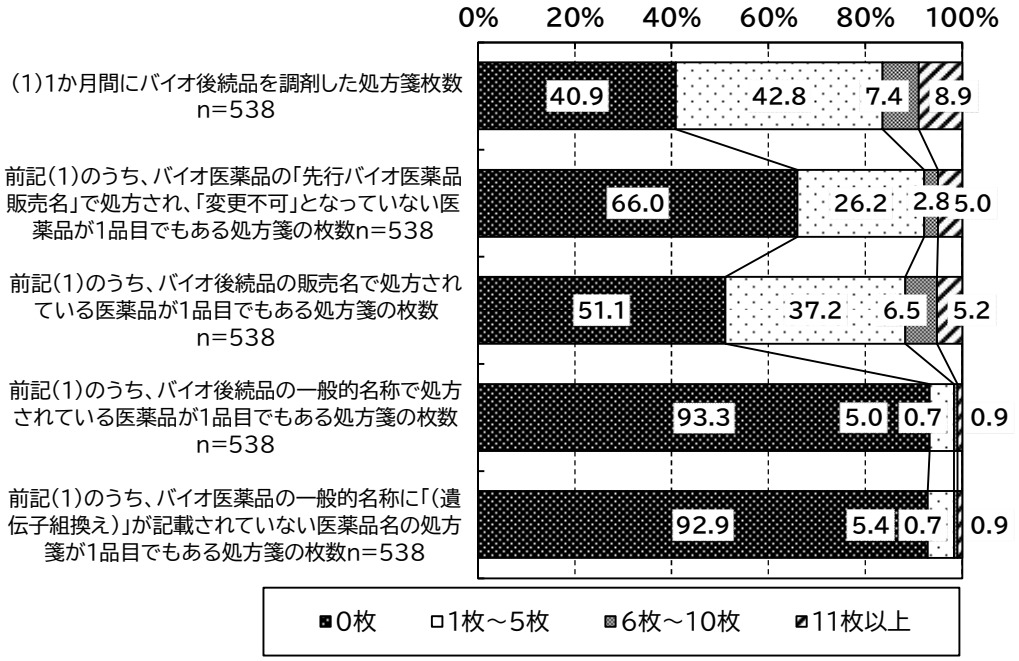
※処方医が「個々の処方箋について、 後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること」となっている。

※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。

※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。

※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。

図表 2-82　１か月間の取り扱い処方箋枚数の分布（バイオ後続品に係る状況）



※令和５年６月１日（木）～６月 30 日（金）の １か月間の取り扱い処方箋枚数について、表内の５問すべてについて回答のあった施設を集計対象とした。

当該医薬品が１品目でもある処方箋を１枚以上取り扱った薬局に限定した場合、令和５年６月１日（木）～６月３０日（金）の１か月間でバイオ後続品を調剤した処方箋を取り扱った施設数は 318 施設であり、平均枚数は 6.7 枚であった。

図表 2-83　１か月間の取り扱い処方箋枚数（バイオ後続品に係る状況）
（当該医薬品が１品目でもある処方箋を１枚以上取り扱った薬局）

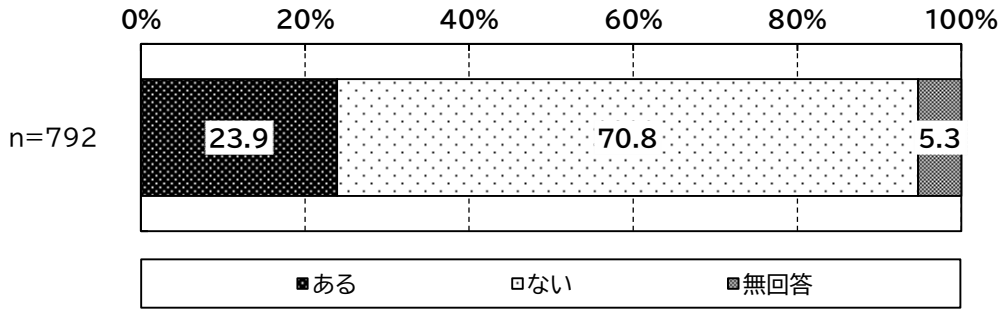
	回答施設数	平均値（枚）	標準偏差	中央値
(1) １か月間にバイオ後続品を調剤した処方箋枚数	318	6.7	12.8	2.0
前記(1)のうち、バイオ医薬品の「先行バイオ医薬品 販売名」で処方され、「変更不可」となっていない医薬品が１品目でもある処方箋の枚数	183	6.0	10.8	3.0
前記(1)のうち、バイオ後続品の販売名で処方されている医薬品が１品目でもある処方箋の枚数	263	5.5	11.0	2.0
前記(1)のうち、バイオ後続品の一般的名称で処方されている医薬品が１品目でもある処方箋の枚数	36	7.1	16.8	2.5
前記(1)のうち、バイオ医薬品の一般的名称に「（遺伝子組換え）」が記載されていない医薬品名の処方箋が１品目でもある処方箋の枚数	38	6.0	9.8	2.5

※無回答を除く施設のうち、当該医薬品が１品目でもある処方箋を１枚以上取り扱った薬局を集計対象とした

(3) バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことの有無

バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことの有無についてみると、「ある」が 23.9%、「ない」が 70.8%であった。

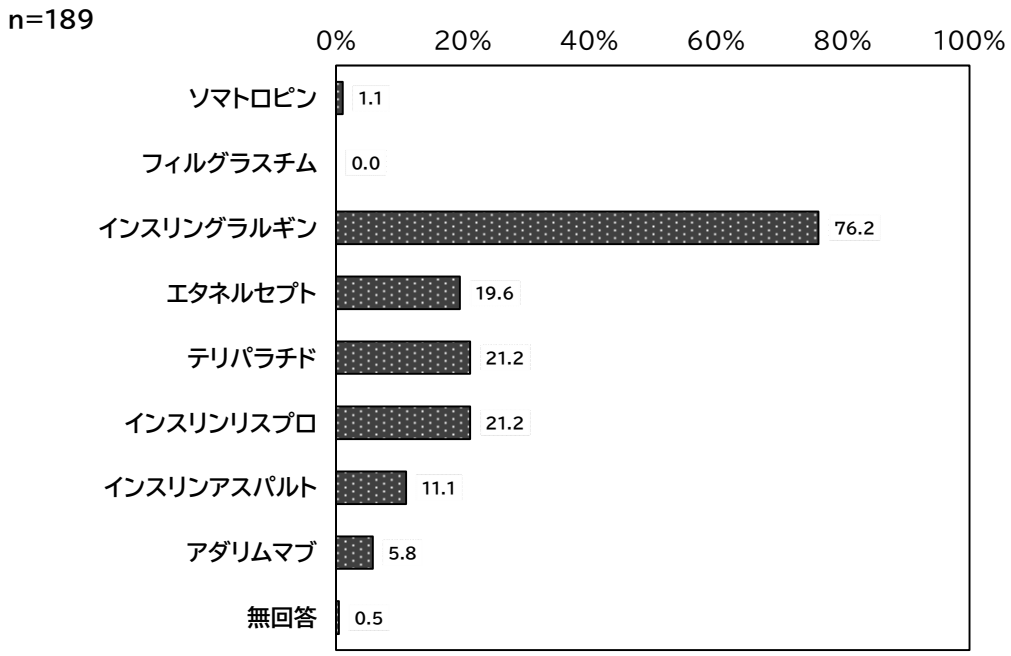
図表 2-84　バイオ医薬品が新規で処方された患者に、
バイオ後続品を変更調剤したことの有無



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

バイオ後続品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことが「ある」と回答した施設（189 施設）に対して、バイオ後続品を変更調剤したことがある医薬品を尋ねたところ、「インスリングラルギン」が 76.2%で最も多かった。

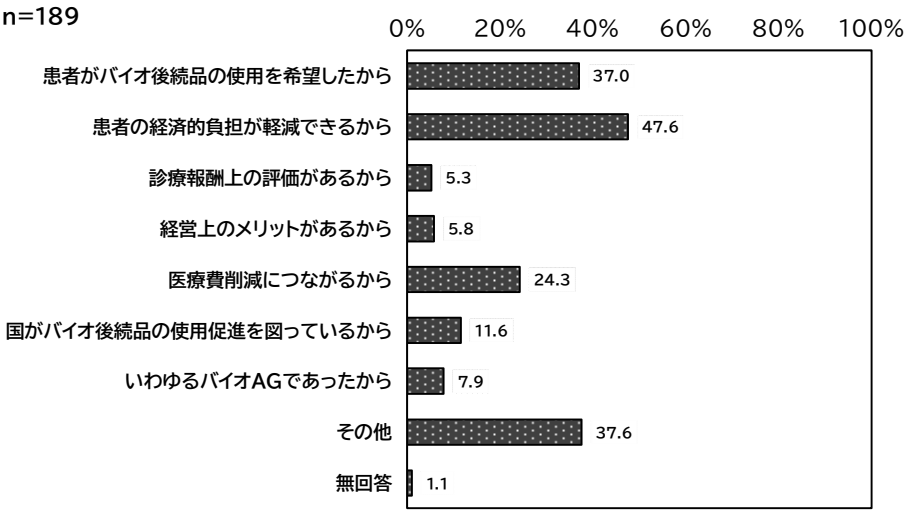
図表 2-85　バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことがある医薬品（「ある」と回答した薬局に限定）（複数回答）



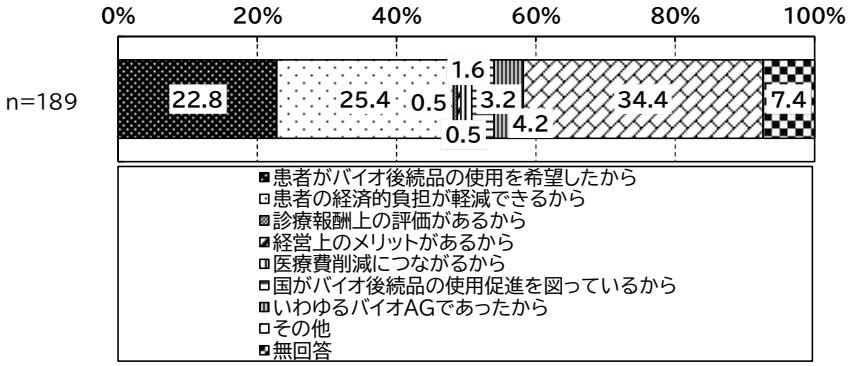
② バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を調剤した理由

バイオ後続品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことが「ある」と回答した施設（189 施設）に対して、バイオ後続品を調剤した理由を尋ねたところ、「患者の経済的負担が軽減できるから」が 47.6%で最も多かった（複数回答）。最もあてはまるものについては、「患者の経済的負担が軽減できるから」が 25.4%であった。

図表 2-86　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理由（複数回答）（「ある」と回答した薬局に限定）



図表 2-87　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理由として最もあてはまるもの（「ある」と回答した薬局に限定）



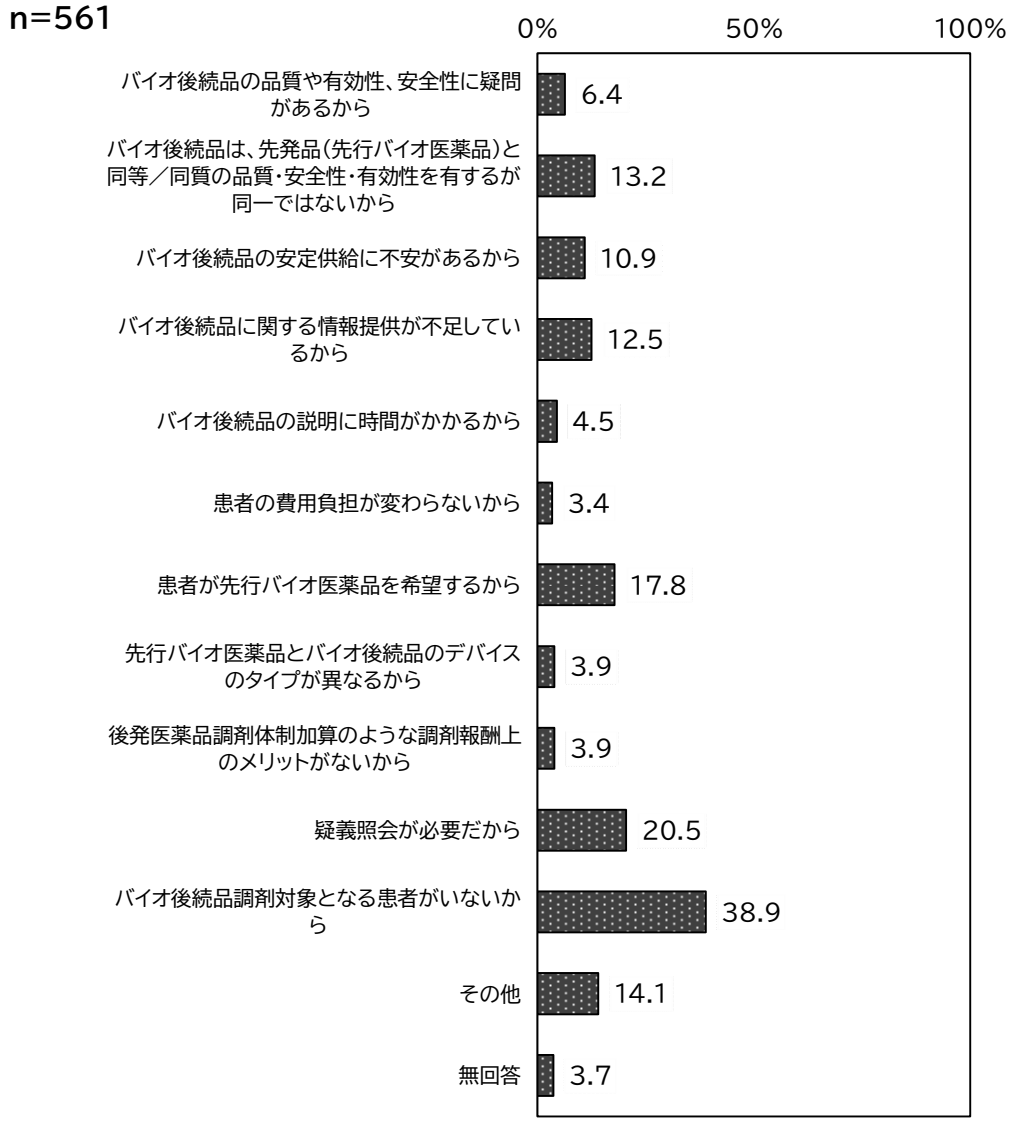
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 処方箋がバイオ後続品だったため。
- 欠品のための変更。

③ 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ない理由

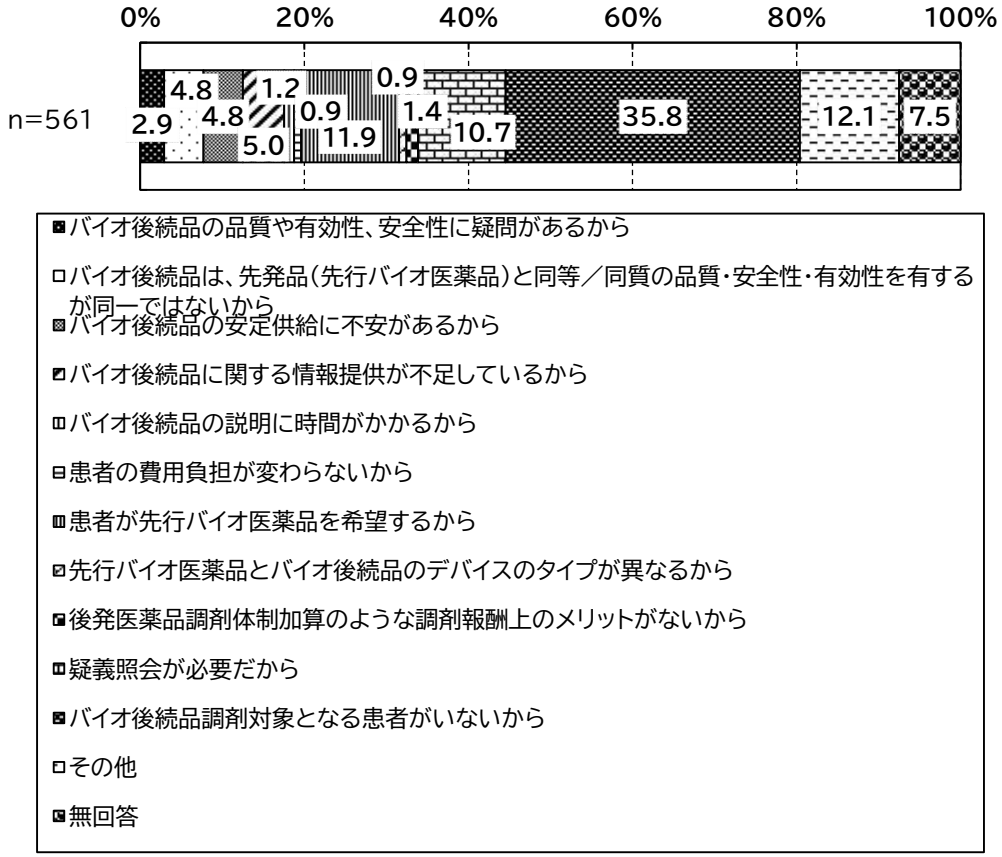
バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことが「ない」と回答した施設（561 施設）に対して、バイオ後続品を調剤しない理由を尋ねたところ、「バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから」が 38.9%で最も多かった（複数回答）。

最もあてはまるものについては、「バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから」が 35.8%であった。

図表 2-88 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ない理由（「ない」と回答した薬局に限定）（複数回答）



図表 2-89　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ない理由として最もあてはまるもの（「ない」と回答した薬局に限定）

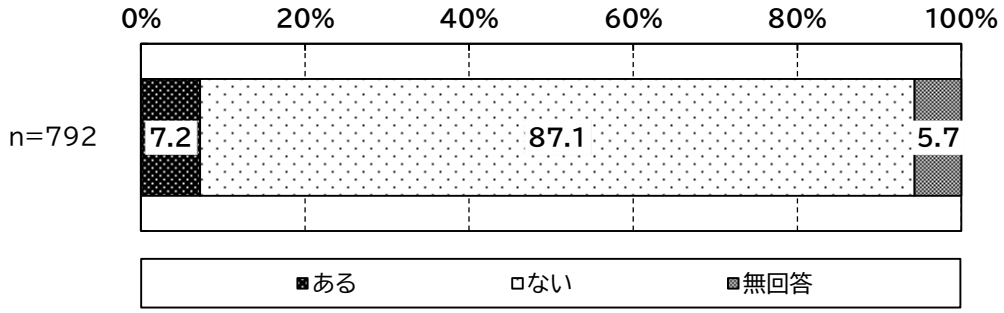


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・在庫していないため。

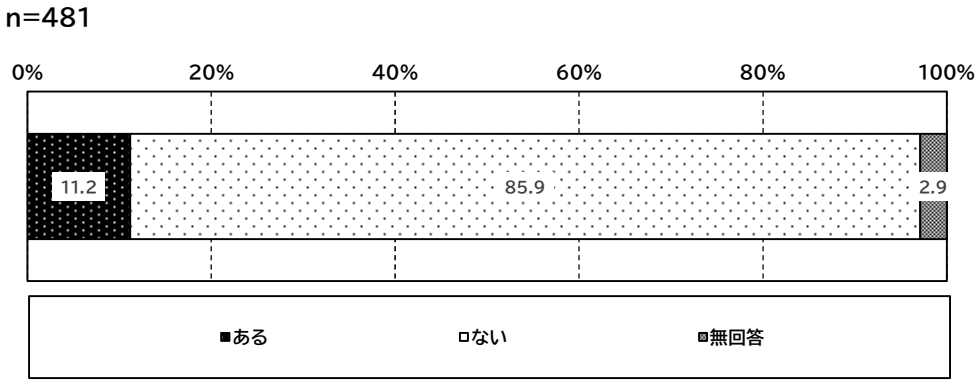
(4) 既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更調剤したことの有無

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の有無についてみると、「ある」が 7.2%、「ない」が 87.1%であった。

図表 2-90　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の有無



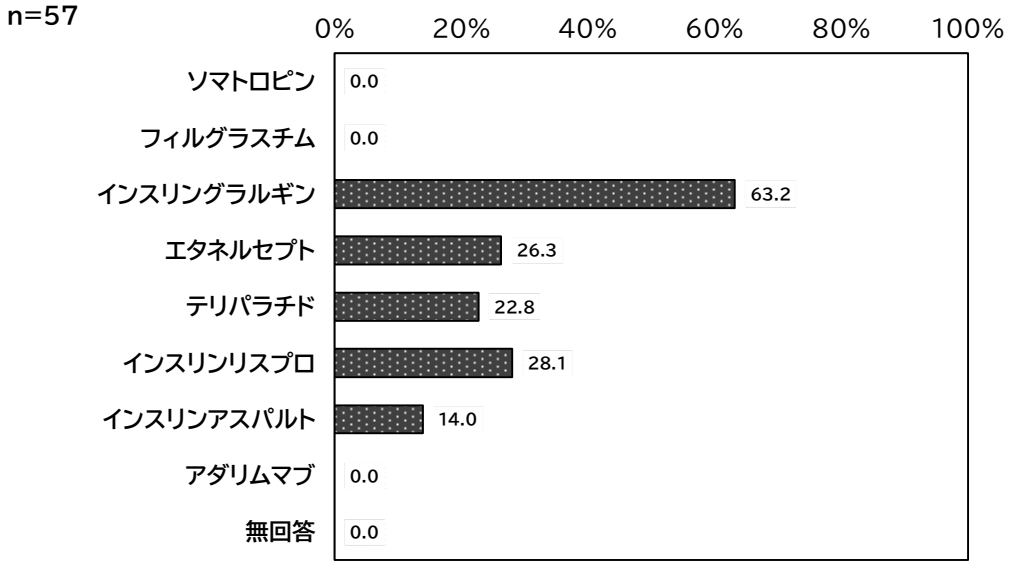
図表 2-91　（参考 令和 4 年度調査）既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更調剤したことの有無



① 既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品へ変更調剤したことがある医薬品

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」と回答した施設（57 施設）に対して、バイオ後続品へ変更調剤したことがある医薬品を尋ねたところ、「インスリングラルギン」が 63.2%で最も多かった。

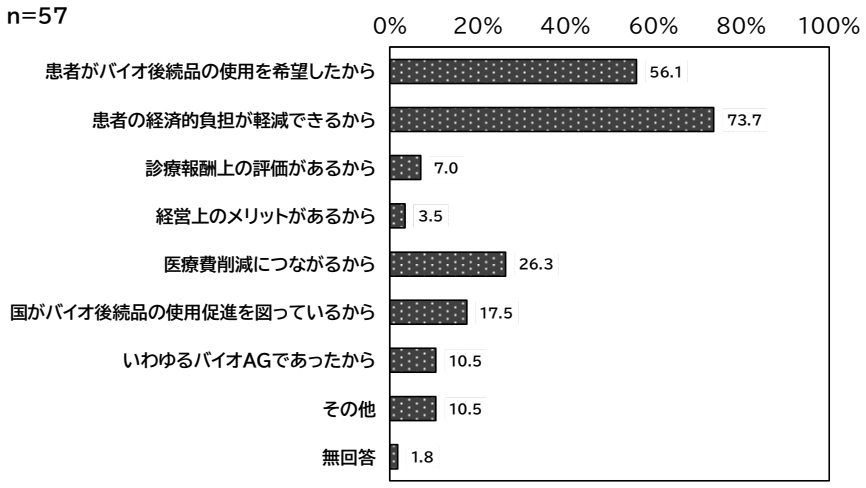
図表 2-92　既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品へ変更調剤したことがある医薬品（「ある」と回答した薬局に限定）（複数回答）



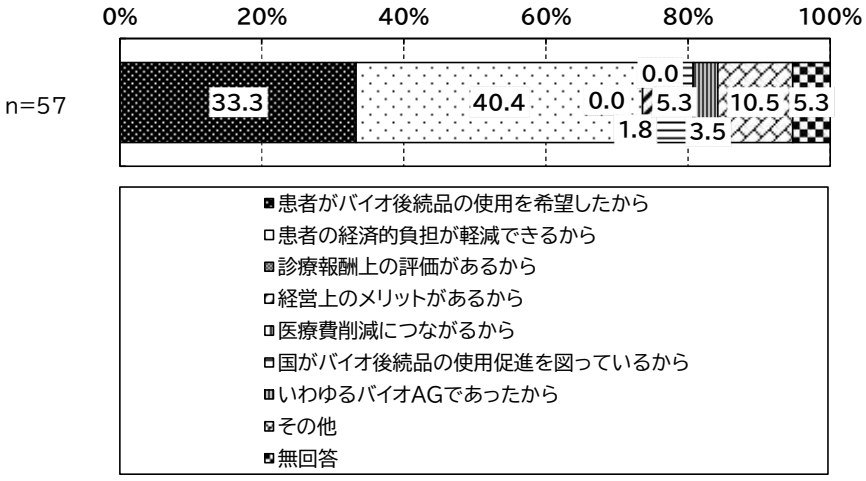
② 既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を変更調剤した理由

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」と回答した施設（57 施設）に対して、バイオ後続品を変更調剤した理由を尋ねたところ、「患者の経済的負担が軽減できるから」が 73.7%で最も多かった（複数回答）。最もあてはまるものについては、「患者の経済的負担が軽減できるから」が 40.4%であった。

図表 2-93　既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を変更調剤した理由（「ある」と回答した薬局に限定）（複数回答）



図表 2-94　既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を変更調剤した理由として最もあてはまるもの（「ある」と回答した薬局に限定）



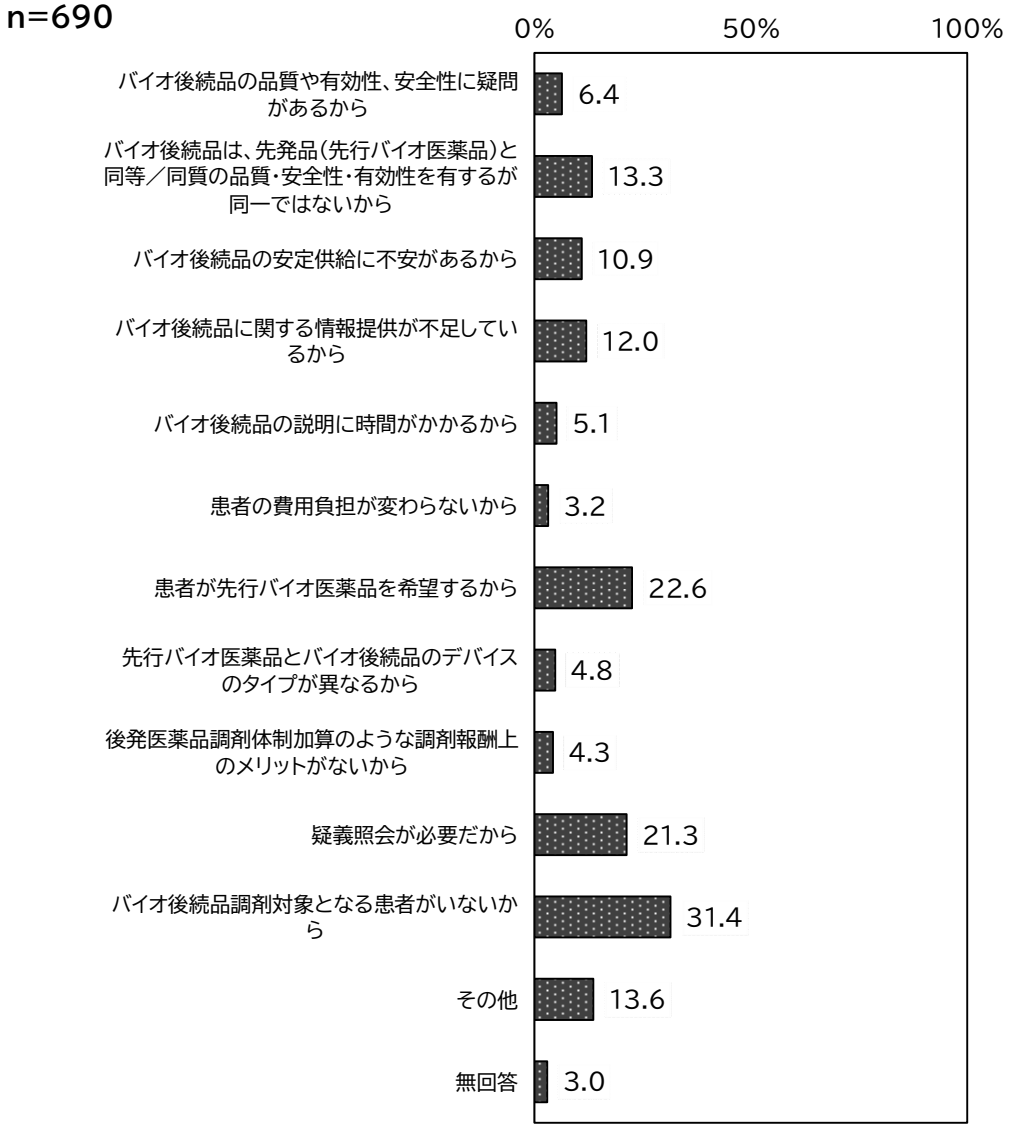
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・医師の指定。

③ 既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を調剤しない理由

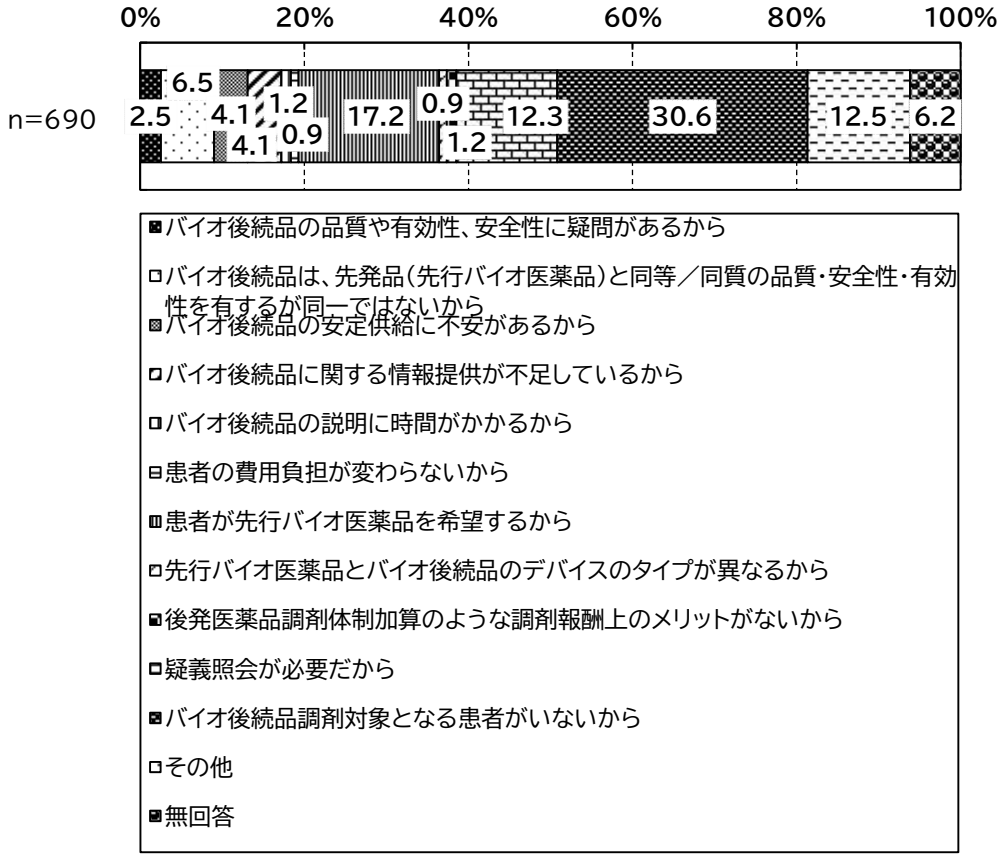
既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を変更調剤したことが「ない」と回答した施設（690 施設）に対して、バイオ後続品を調剤しない理由を尋ねたところ、「バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから」が 31.4%で最も多かった（複数回答）。

最もあてはまるものについては、「バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから」が 30.6%であった。

図表 2-95　既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を調剤しない理由（「ない」と回答した薬局）（複数回答）



図表 2-96　既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、バイオ後続品を調剤しない理由として最もあてはまるもの（「ない」と回答した薬局）

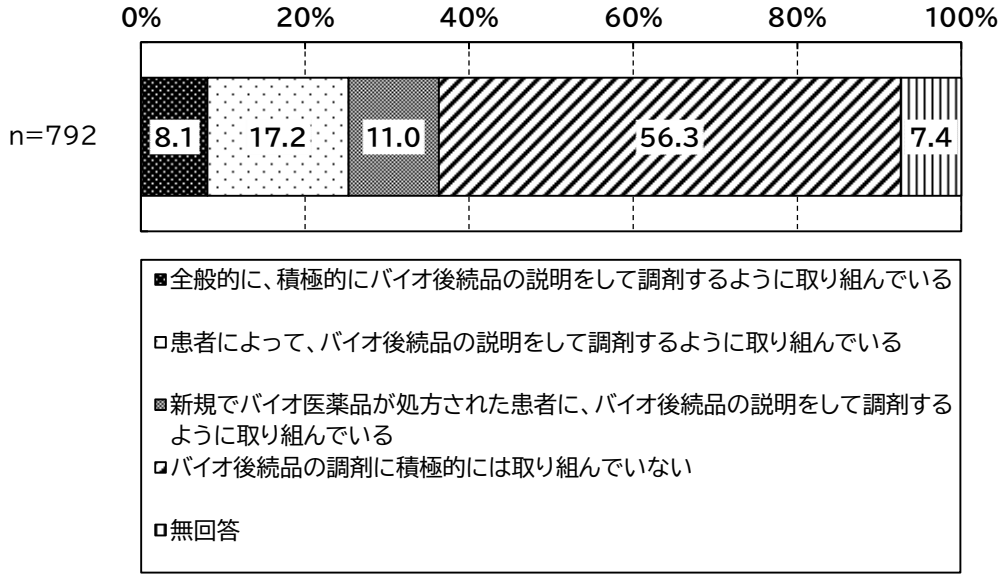


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 処方医の指示。
- 処方医に疑義照会が必要だから。
- 病院でそのデバイスを用いて指導を受けている。
- 薬局に在庫がない。
- 特にインスリン製剤はインシデント発生率が多いため、処方通りに調剤することにしている。

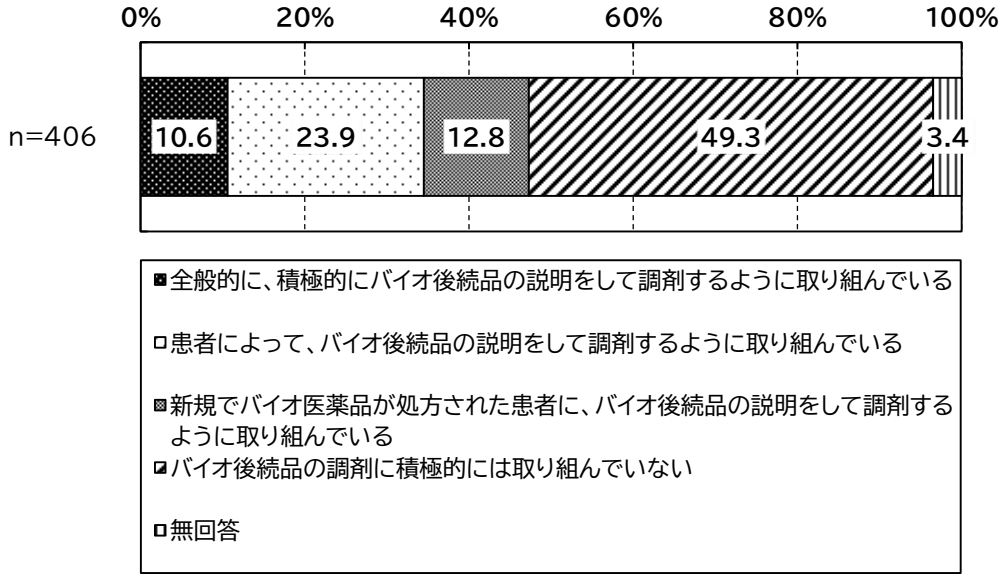
(5) バイオ後続品に関する取組

バイオ後続品に関する取組についてみると、「バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」が 56.3%で最も多かった。

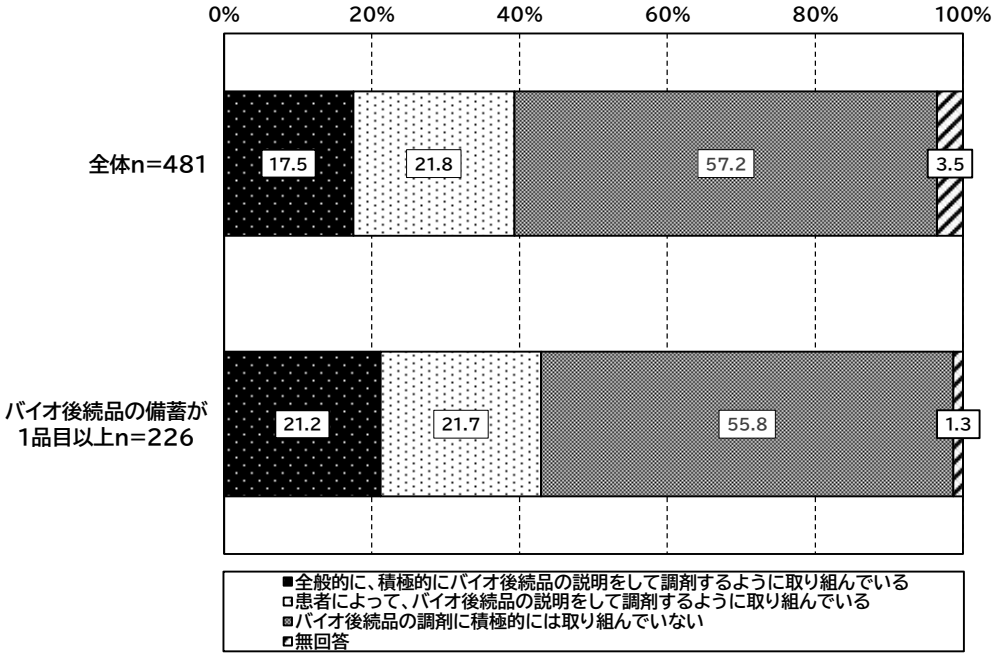
図表 2-97　バイオ後続品に関する取り組み



図表 2-98　バイオ後続品に関する取り組み（バイオ後続品の備蓄が 1 品目以上の施設）



図表 2-99　（参考 令和 4 年度調査）バイオ後続品に関する取り組み

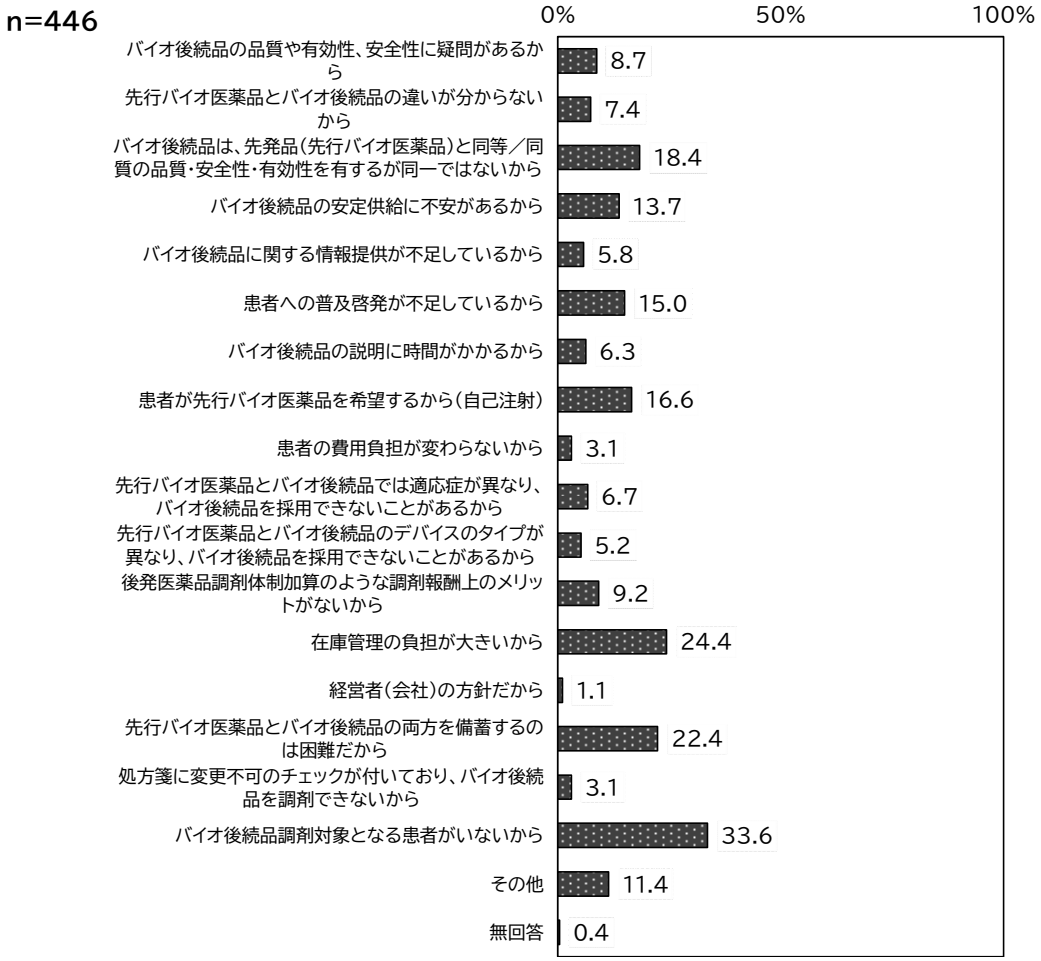


① バイオ後続品を積極的には調剤しない理由

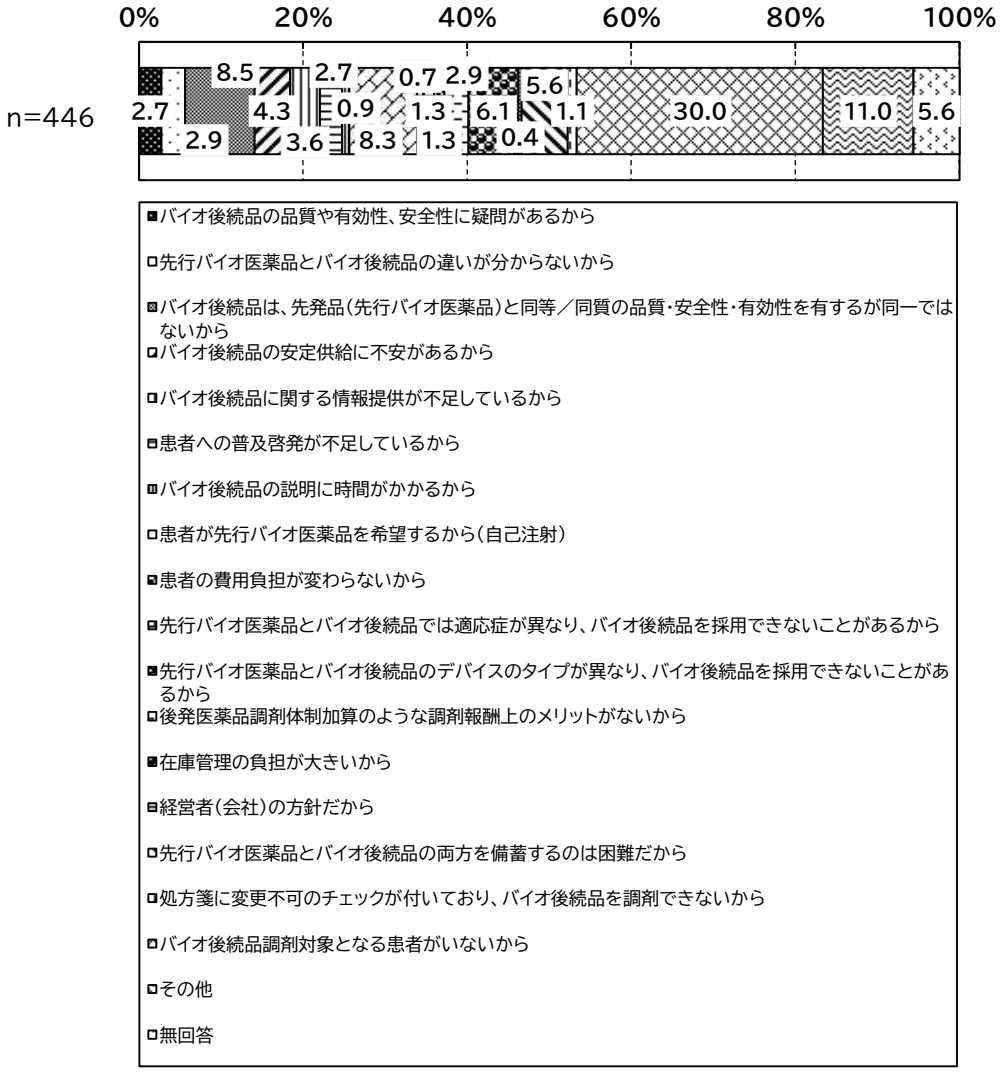
「バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」と回答した施設（446 施設）に対して、バイオ後続品を積極的には調剤しない理由を尋ねたところ、「バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから」が 33.6%で最も多かった（複数回答）。

最もあてはまるものを尋ねたところ、「バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから」が 30.0%であった。

図表 2-100　バイオ後続品を積極的には調剤しない理由（複数回答）
（「バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」と回答した施設）



図表 2-101　バイオ後続品を積極的には調剤しない理由として最もあてはまるもの
（「バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」と回答した施設）



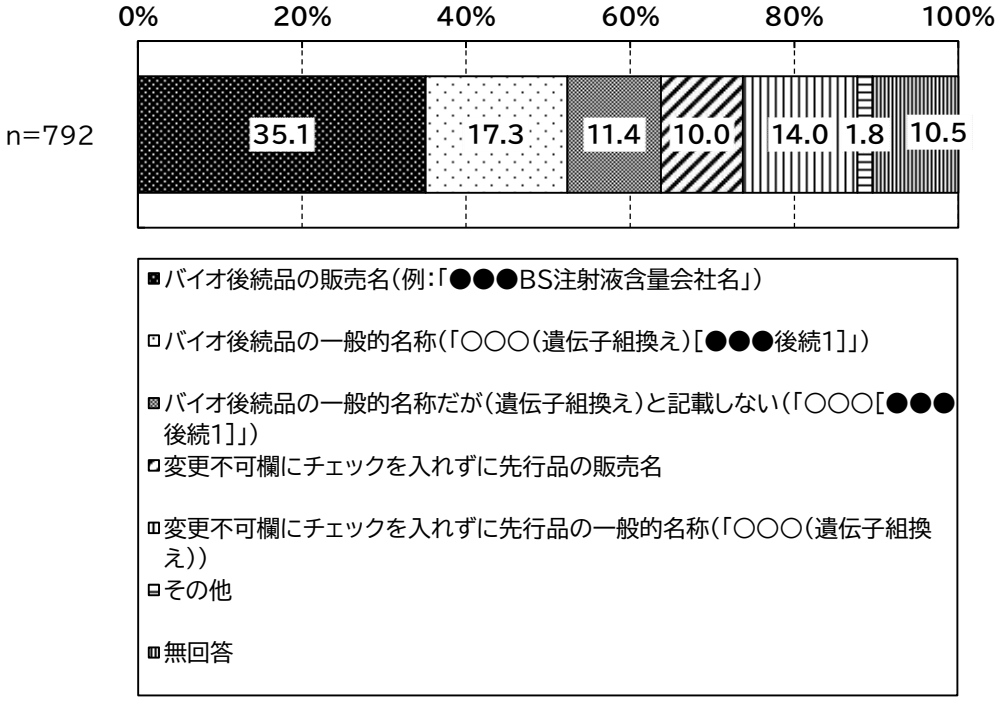
※「バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから」の不足している情報の回答は以下のとおり。
- 有効性。
- 先行品から後続品へ切り替えたときの試験データ。
- そもそものルールや違いについて十分な理解が不足しているため、患者説明もできない。
- 医薬品情報が届いていないのでその製品についてまったくわからない。
- 患者も医師も知らない方が多い。

※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- バイオ医薬品が処方されていない。
- 変更時、疑義照会で時間を要するため。
- 処方医から指示があるため。

(6) バイオ後続品の処方箋表記

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むかを尋ねたところ、「バイオ後続品の販売名（例：「●●●ＢＳ注射液含量会社名」）」が 35.1%であった。

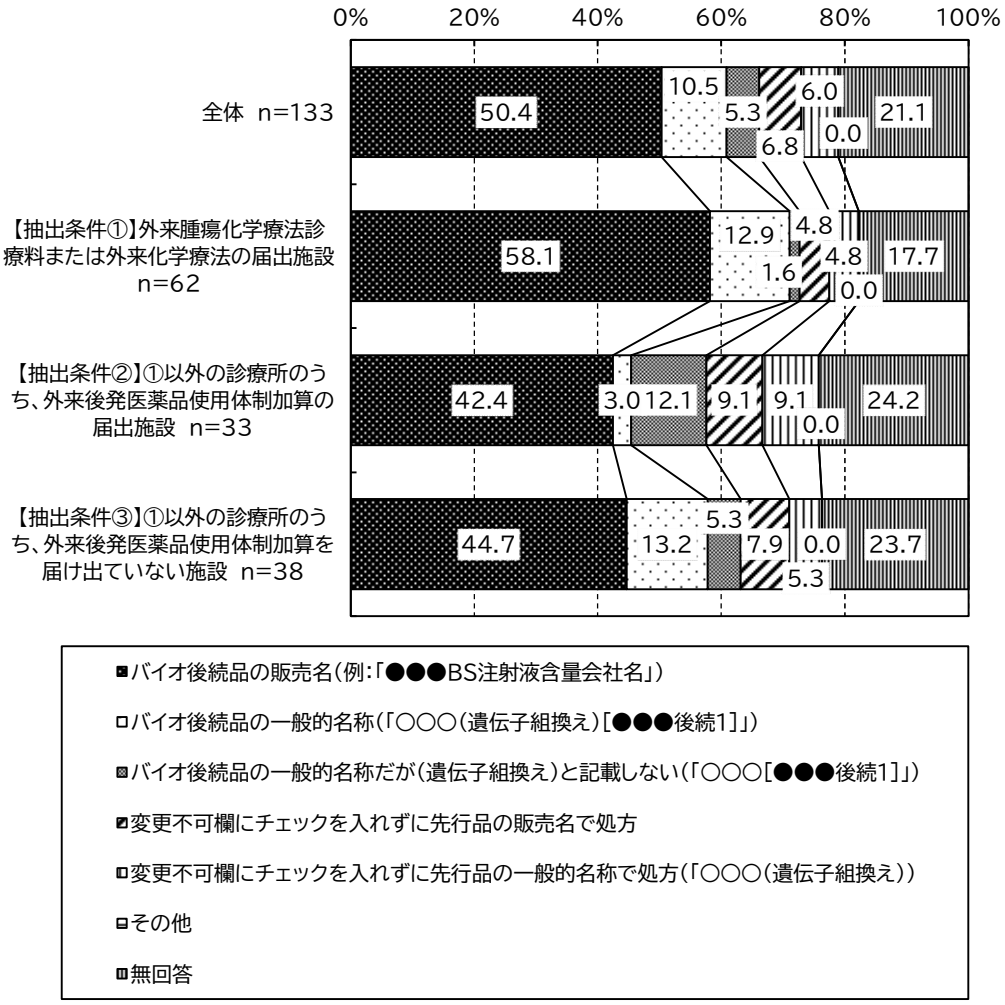
図表 2-102　バイオ後続品の処方箋表記



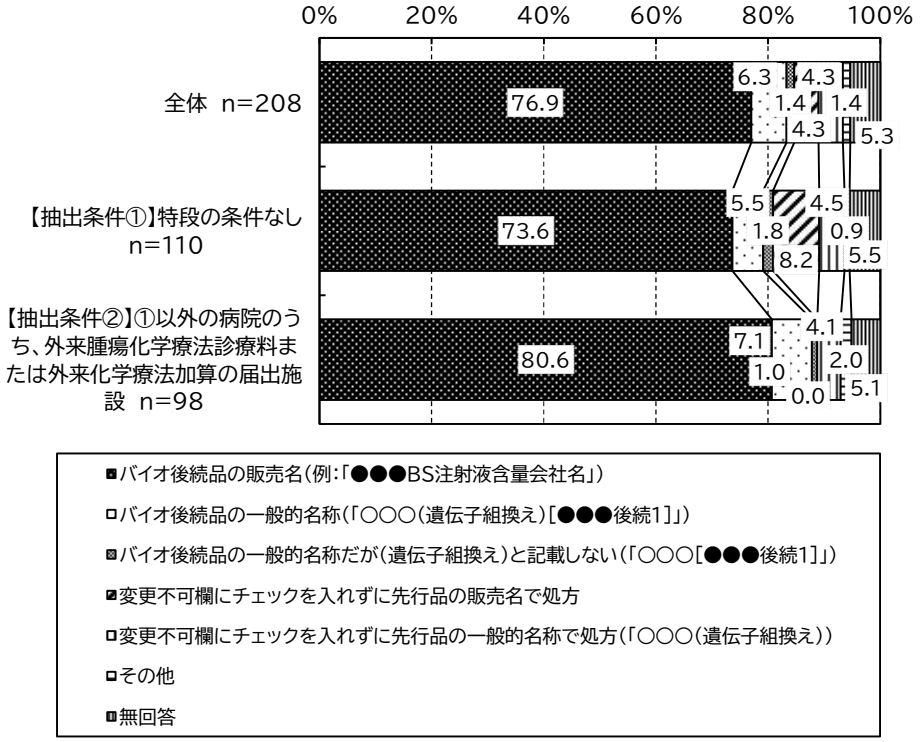
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・先行品+バイオ後続品へ変更可と記載。

図表 2-103　バイオ後続品の処方箋表記
（一般診療調査、病院調査、医師調査との比較）

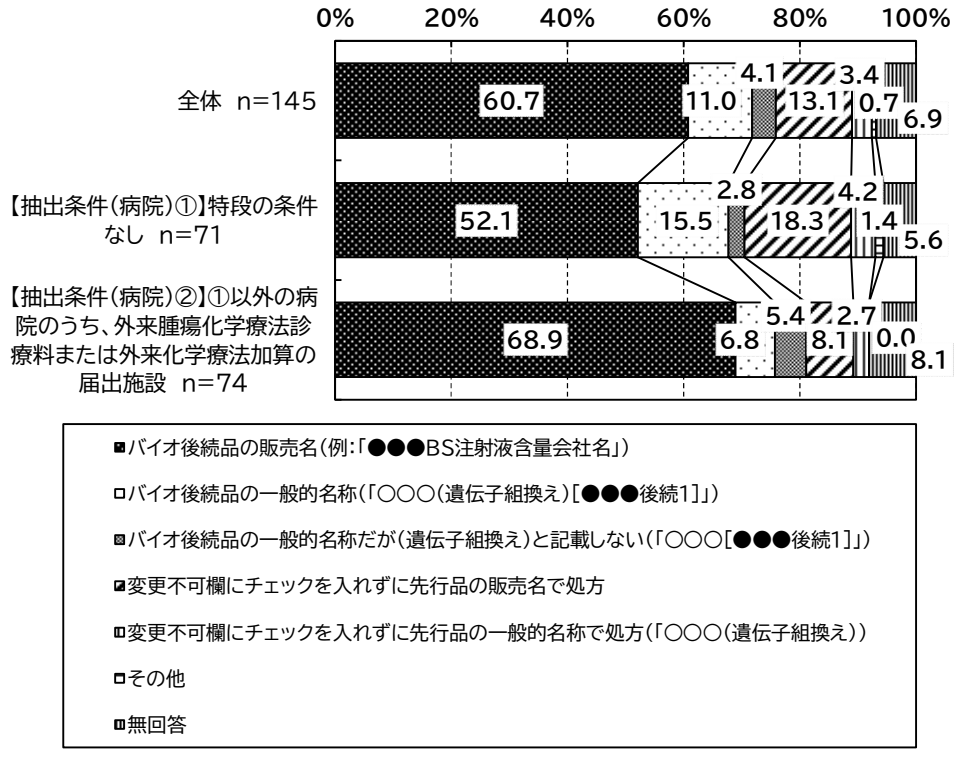
＜一般診療所＞



＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=208
76.9
6.3
4.3
1.4
1.4
4.3
5.3
【抽出条件①】特段の条件なし n=110
73.6
5.5
4.5
1.8
0.9
8.2
5.5
【抽出条件②】①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 n=98
80.6
7.1
4.1
1.0
2.0
0.0
5.1
■バイオ後続品の販売名(例:「●●●BS注射液含量会社名」)
□バイオ後続品の一般的名称(「○○○(遺伝子組換え)[●●●後続1]」)
▨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]」)
◪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
▫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))
▫その他
▫無回答

＜医師＞

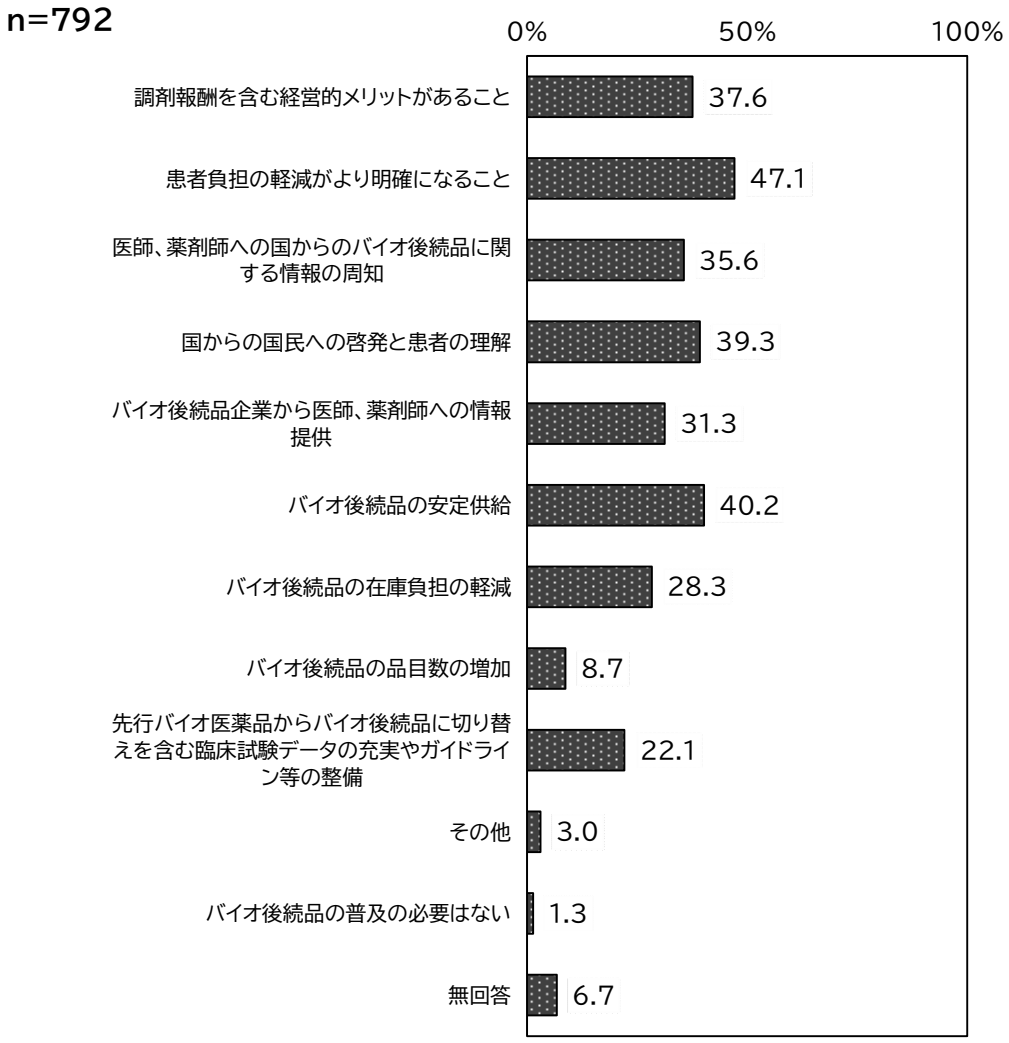

0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=145
60.7
4.1
11.0
3.4
13.1
0.7
6.9
【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=71
52.1
2.8
15.5
4.2
18.3
1.4
5.6
【抽出条件(病院)②】①以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設 n=74
68.9
5.4
6.8
2.7
8.1
0.0
8.1
■バイオ後続品の販売名(例:「●●●BS注射液含量会社名」)
□バイオ後続品の一般的名称(「○○○(遺伝子組換え)[●●●後続1]」)
▨バイオ後続品の一般的名称だが(遺伝子組換え)と記載しない(「○○○[●●●後続1]」)
◪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
▫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))
▫その他
▫無回答

(7) バイオ後続品の使用を進めていく上で必要な対応

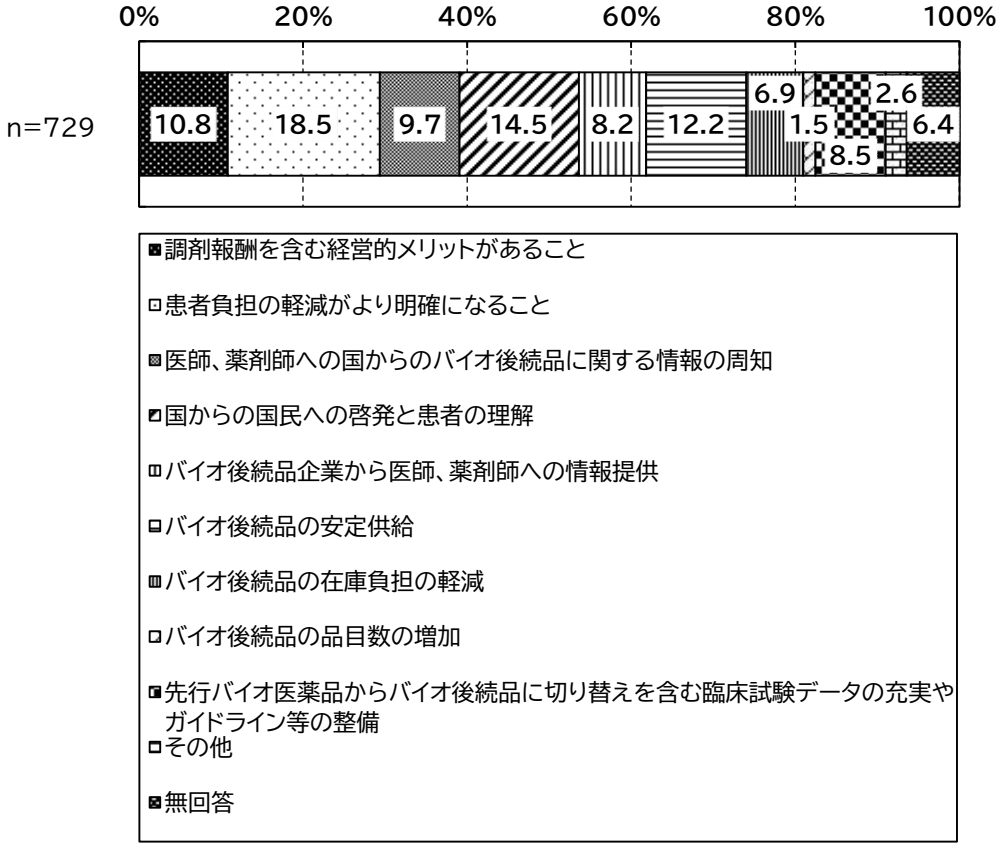
バイオ後続品の使用を進めていく上で必要な対応を尋ねたところ、「患者負担の軽減がより明確になること」が最も多く、47.1%であった（複数回答）。

最もあてはまるものを尋ねたところ、「患者負担の軽減がより明確になること」が18.5%であった。

図表 2-104　バイオ後続品の使用を進めていく上で必要な対応（複数回答）



図表 2-105　バイオ後続品の使用を進めていく上で必要な対応として最もあてはまるもの

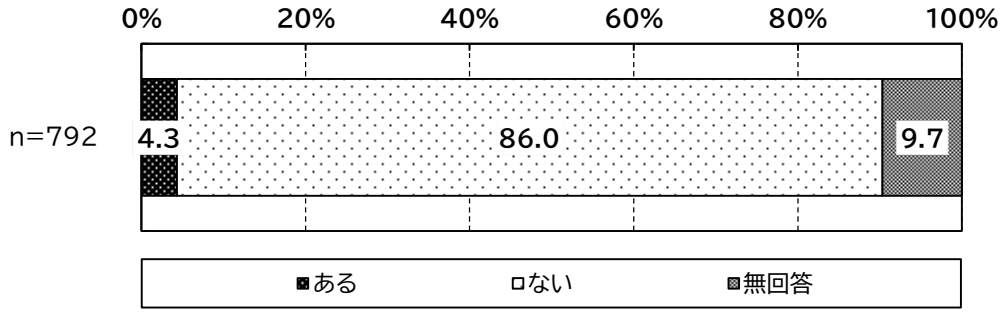


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 類似したデバイスで使用感が変わらないこと。
- 冷所品は返品対象にならないため、あらかじめ在庫しておくことが困難。
- 変更の際、疑義照会を不要とする。

(8) 患者からバイオ後続品に関する相談を受けたことの有無

患者からバイオ後続品に関する相談を受けたことの有無を尋ねたところ、「ある」が4.3%、「ない」が86.0%であった。

図表 2-106　患者からバイオ後続品に関する相談を受けたことの有無

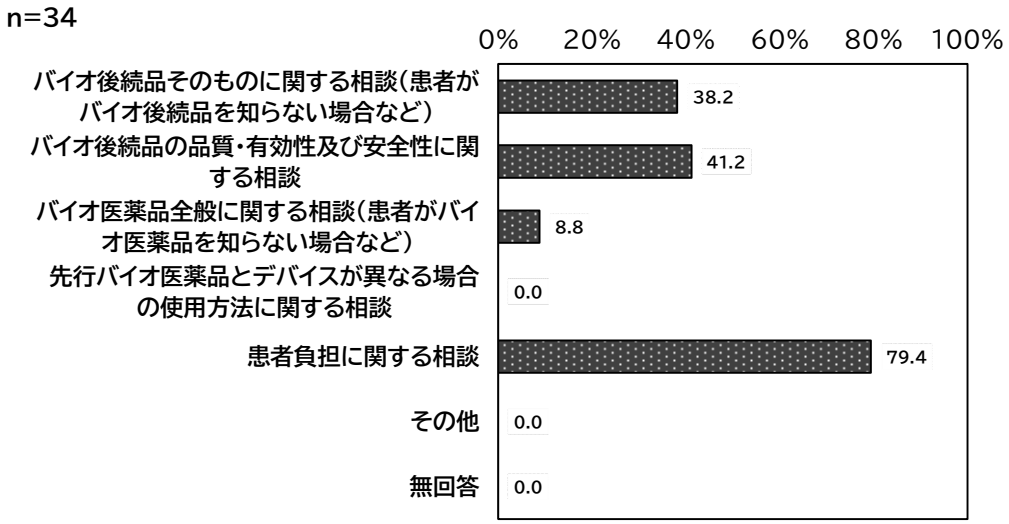


(9) 患者からのバイオ後続品に関する相談内容

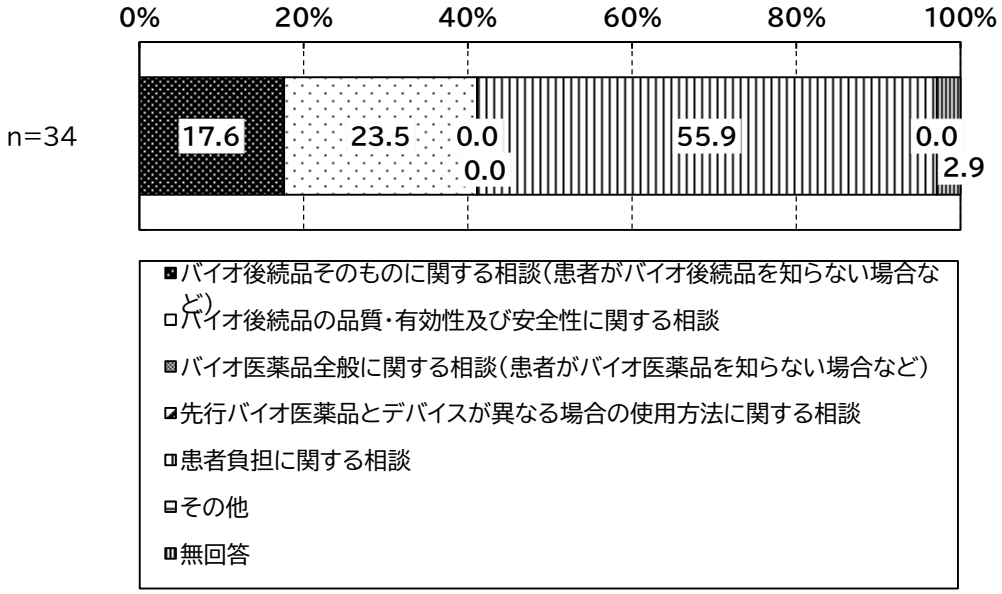
患者からバイオ後続品に関する相談を受けたことが「あり」と回答した施設（34 施設）に対して、相談内容を尋ねたところ、「患者負担に関する相談」が 79.4%であった（複数回答）。

最もあてはまるものを尋ねたところ、「患者負担に関する相談」が 55.9%であった。

図表 2-107　患者からのバイオ後続品に関する相談内容（複数回答）



図表 2-108　患者からのバイオ後続品に関する相談内容について最もあてはまるもの

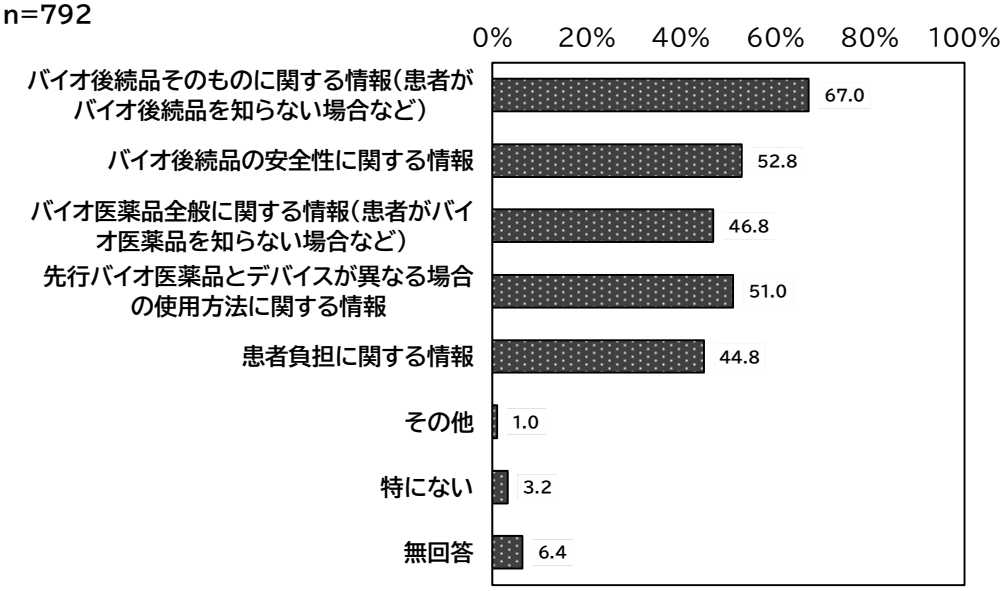


(10) バイオ後続品について患者へ説明するにあたり薬剤師の立場で特に必要と考える情報

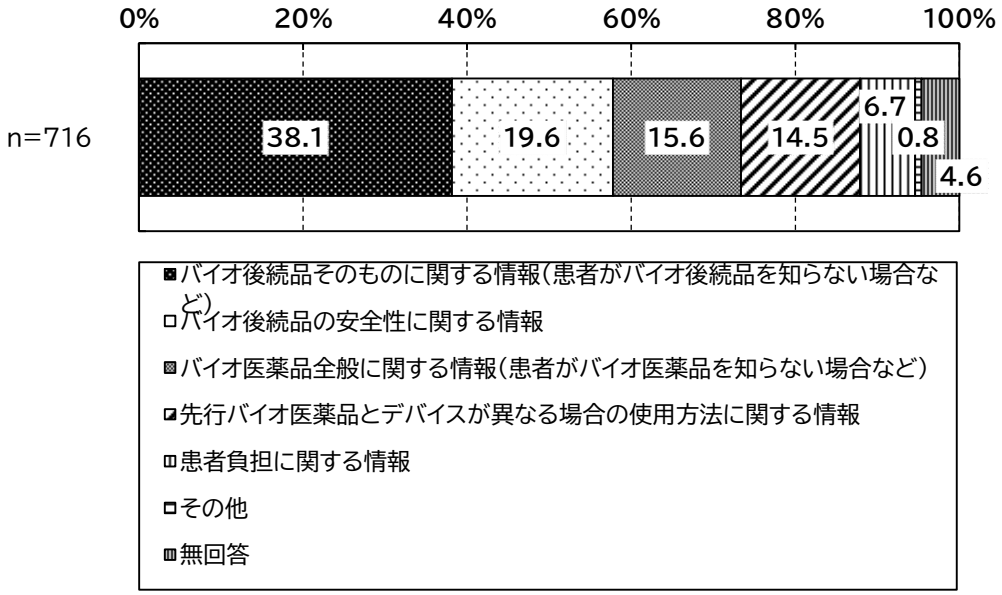
バイオ後続品について患者へ説明するにあたり、薬剤師の立場で特に必要と考える情報（複数回答）を尋ねたところ、「バイオ後続品そのものに関する情報（患者がバイオ後続品を知らない場合など）」が 67.0%であった（複数回答）。

最もあてはまるものを尋ねたところ、「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）」が 38.1%であった。

図表 2-109　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（複数回答）



図表 2-110　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として最もあてはまるもの



3. 一般診療所・歯科診療所・病院・医師調査

【調査対象等】

○一般診療所調査

調査対象：(1) 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 350 件
(2)前記(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 575 件
(3) 前記(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 575 件（計 1,500 施設）

回 答 数：562 施設

回 答 者：開設者・管理者

○歯科診療所調査

調査対象：(1) 外来後発医薬品使用体制加算の届出施設 750 件
(2)前記(1)以外の歯科医療機関 750 件（計 1,500 施設）

回 答 数：748 施設

回 答 者：開設者・管理者

○病院調査

調査対象：(1) 無作為に抽出した施設 700 件、(2)前記(1)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 件（計 1,000 施設）

回 答 数：296 施設

回 答 者：開設者・管理者

○医師調査

調査対象：「病院調査」の対象施設で外来診療を担当する医師で、1 施設につき診療科の異なる医師 2 名を調査対象

回 答 数：397 人

1) 回答者について

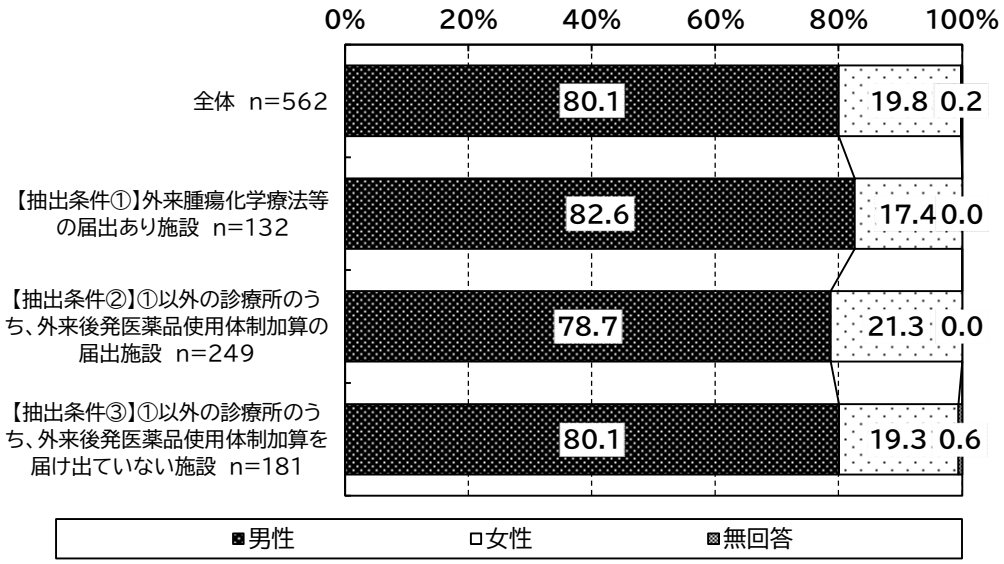
(1) 性別

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査、医師調査の回答者の性別は以下のとおりであった。

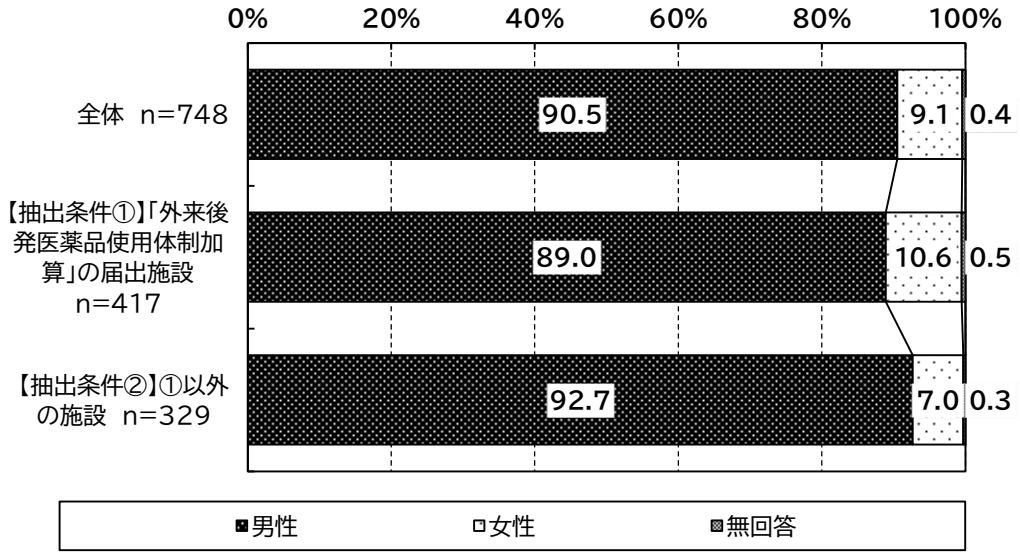
「男性」の割合が、一般診療所調査全体で 80.1%、歯科診療所調査全体で 90.5%、「病院調査全体で 63.5%、医師調査全体で 87.9%であった。

図表 3-1 回答者の性別

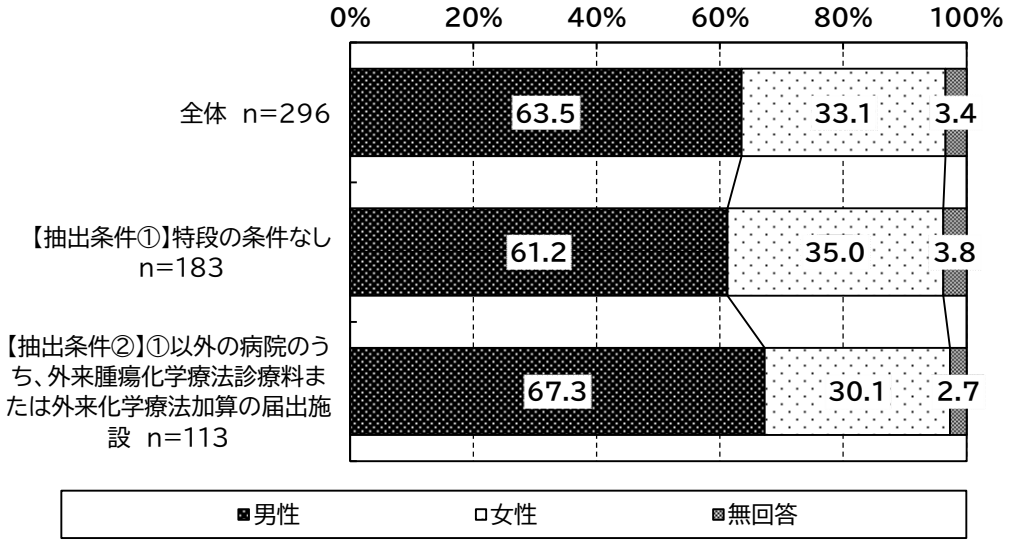
＜一般診療所＞



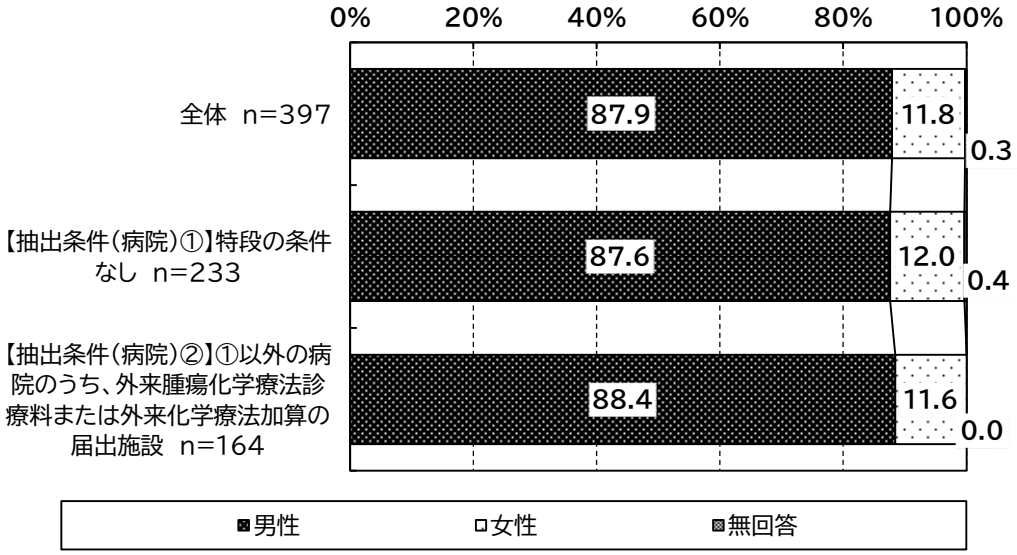
＜歯科診療所＞



＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=296
63.5
33.1
3.4
【抽出条件①】特段の条件なし n=183
61.2
35.0
3.8
【抽出条件②】①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 n=113
67.3
30.1
2.7
男性
女性
無回答

＜医師＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=397
87.9
11.8
0.3
【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=233
87.6
12.0
0.4
【抽出条件(病院)②】①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 n=164
88.4
11.6
0.0
男性
女性
無回答

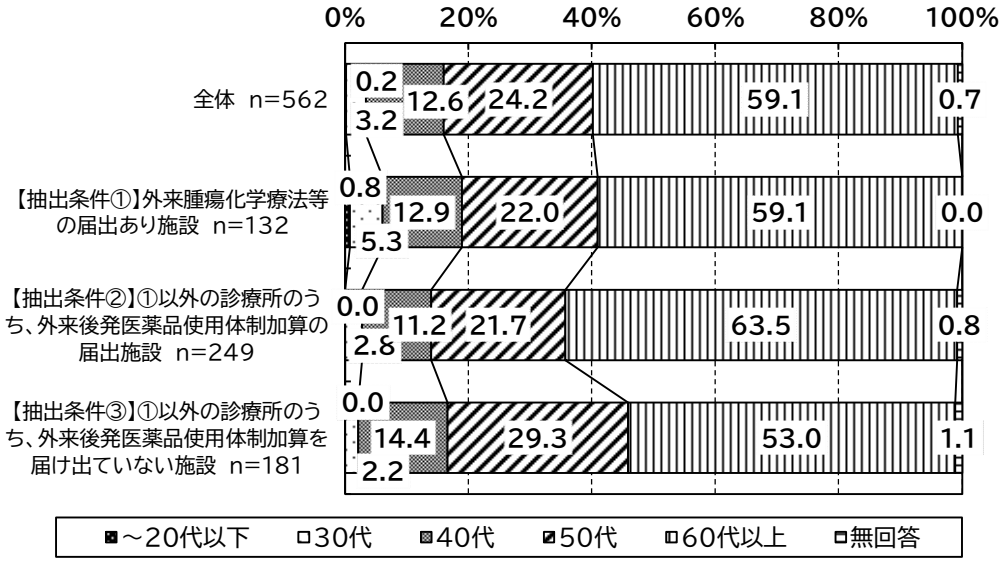
(2) 年代

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査、医師調査の回答者の年代は以下のとおりであった。

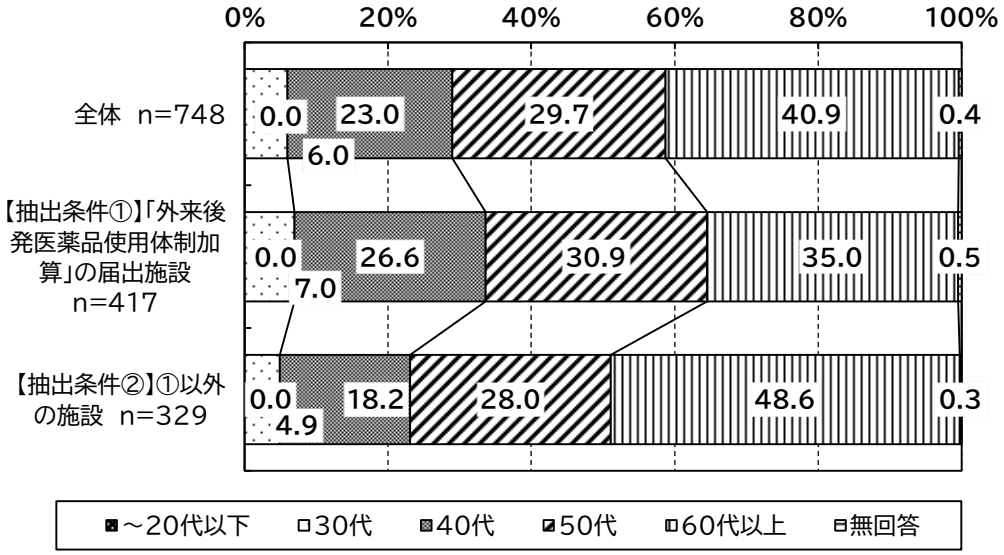
「60 代以上」の割合が、一般診療所調査全体で 59.1%、歯科診療所調査全体で 40.9%、「50 代」の割合が、病院調査全体で 41.6%、医師調査全体で 38.0%であった。

図表 3-2　回答者の年代

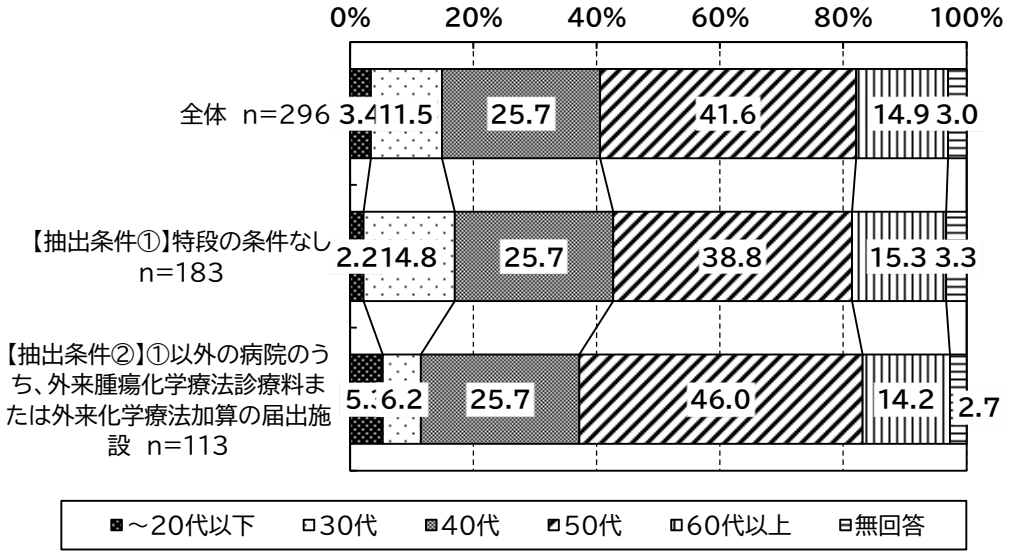
＜一般診療所＞



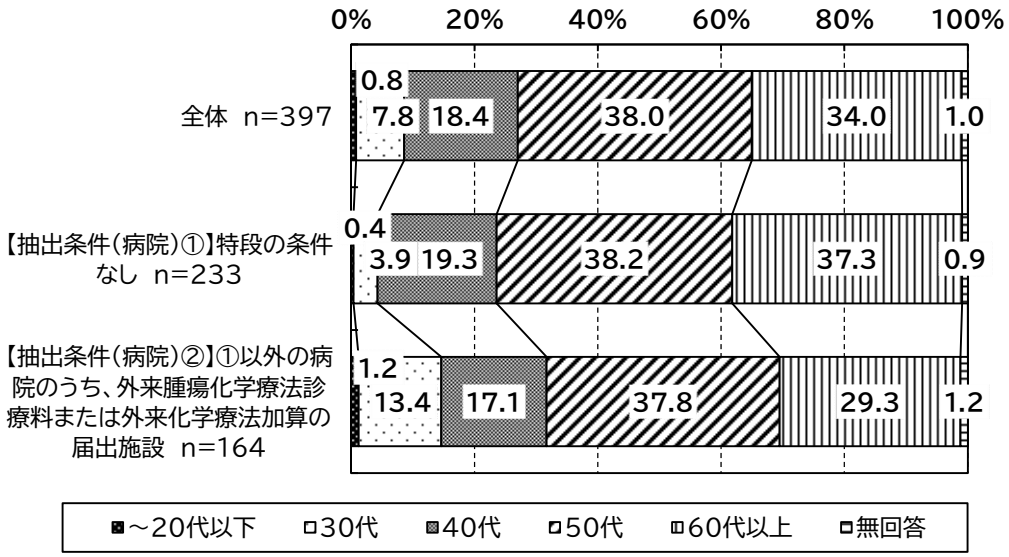
＜歯科診療所＞



＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=296
3.4
11.5
25.7
41.6
14.9
3.0
【抽出条件①】特段の条件なし n=183
2.2
14.8
25.7
38.8
15.3
3.3
【抽出条件②】①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 n=113
5.3
6.2
25.7
46.0
14.2
2.7
～20代以下
30代
40代
50代
60代以上
無回答

＜医師＞

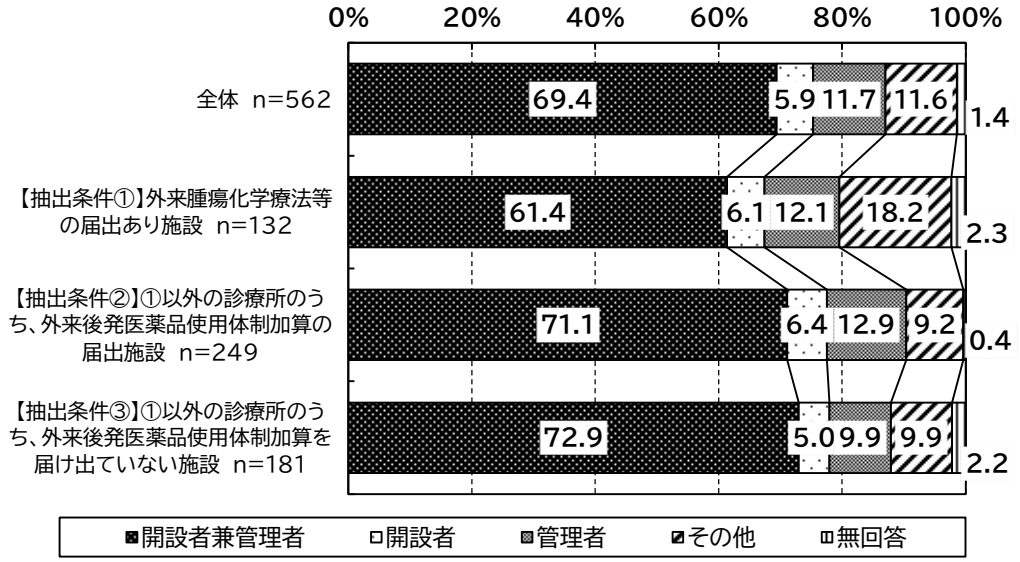

0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=397
0.8
7.8
18.4
38.0
34.0
1.0
【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=233
0.4
3.9
19.3
38.2
37.3
0.9
【抽出条件(病院)②】①以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設 n=164
1.2
13.4
17.1
37.8
29.3
1.2
～20代以下
30代
40代
50代
60代以上
無回答

(3) 開設者・管理者の別

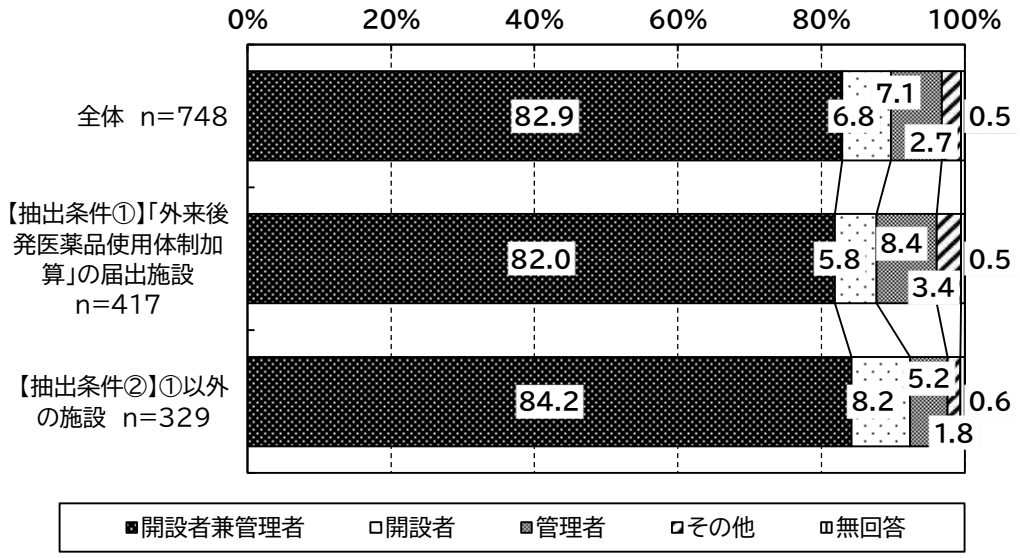
一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査の回答者の開設者・管理者の別は以下のとおりであった。

図表 3-3 回答者の、開設者・管理者の別

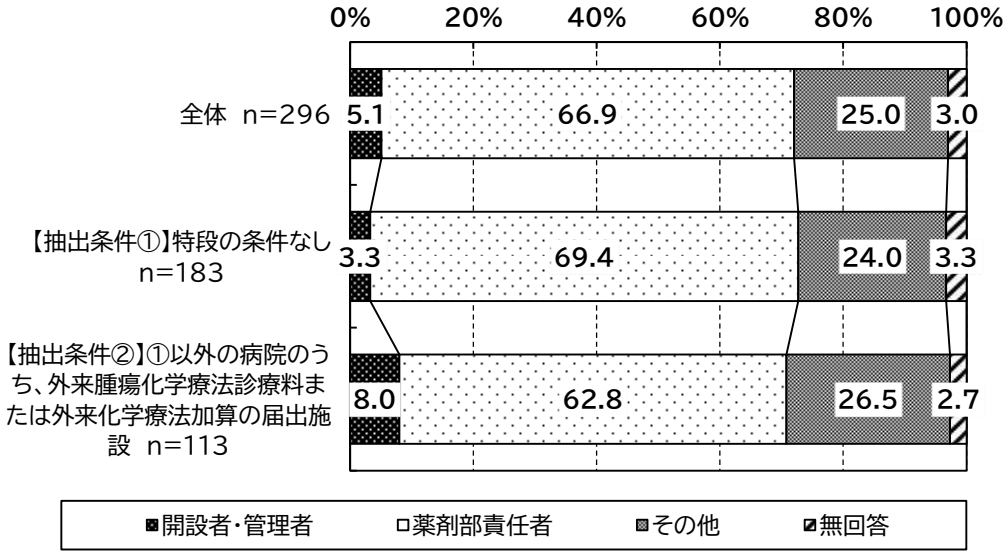
＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞



＜病院＞



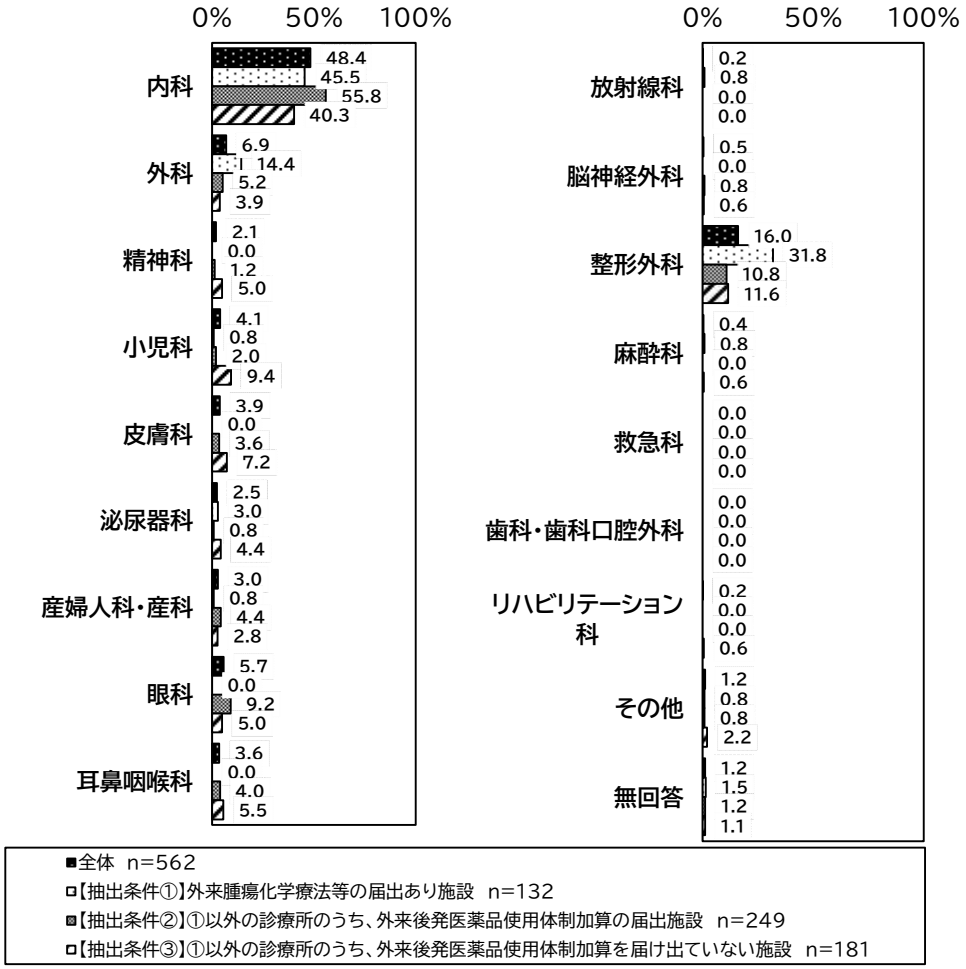
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
一般診療所調査：事務長、医事課主任　等
病院調査：事務長、医事課長、薬剤部長、看護師長　等
歯科診療所調査：事務長、勤務医　等

(4) 主たる担当診療科

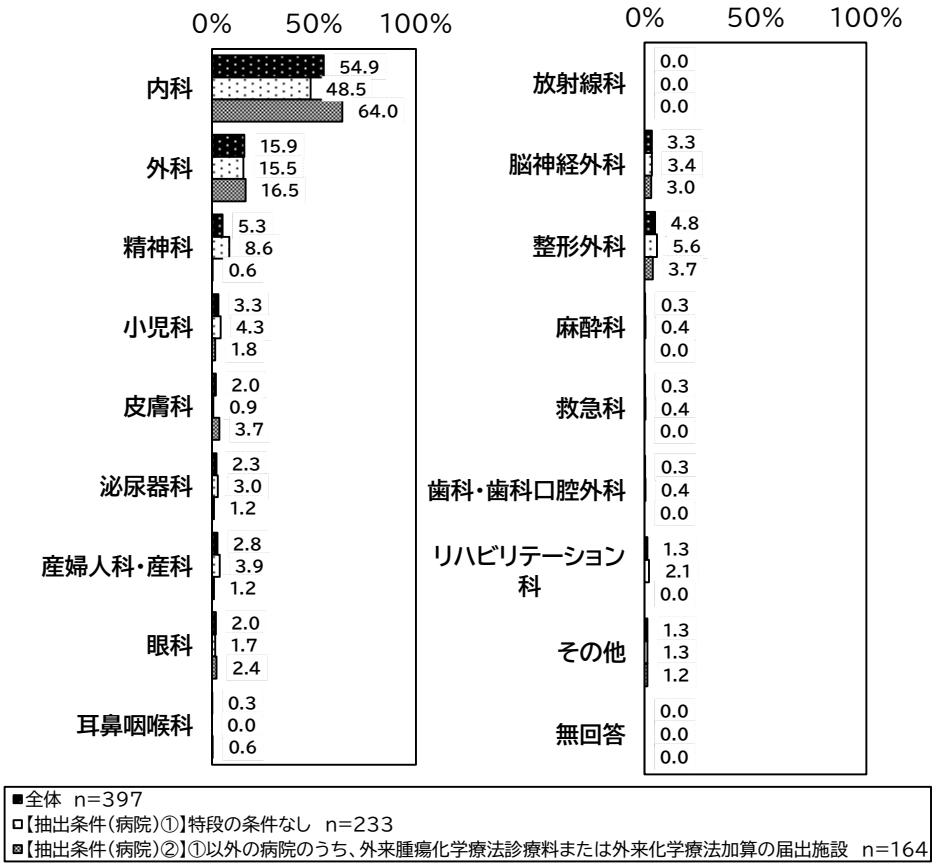
一般診療所調査、医師調査の回答者の主たる診療科は以下のとおりであった。

図表 3-4　回答者の主たる診療科

＜一般診療所＞



＜医師＞

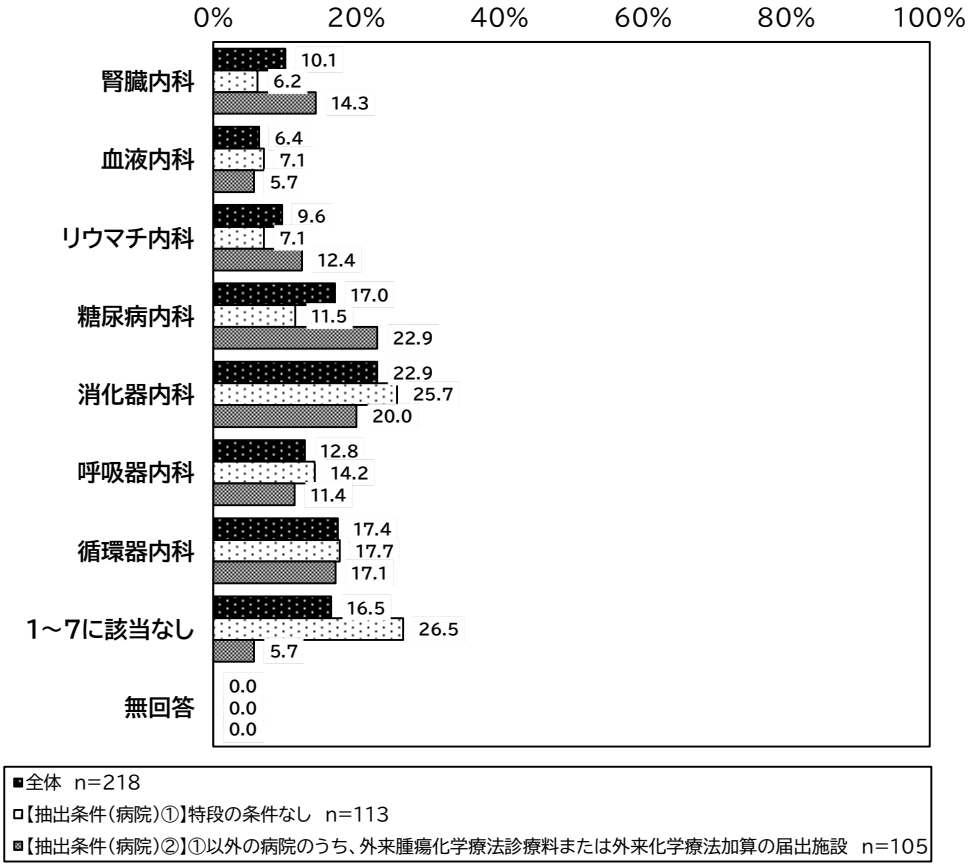

0%
50%
100%
内科
54.9
48.5
64.0
外科
15.9
15.5
16.5
精神科
5.3
8.6
0.6
小児科
3.3
4.3
1.8
皮膚科
2.0
0.9
3.7
泌尿器科
2.3
3.0
1.2
産婦人科・産科
2.8
3.9
1.2
眼科
2.0
1.7
2.4
耳鼻咽喉科
0.3
0.0
0.6
放射線科
0.0
0.0
0.0
脳神経外科
3.3
3.4
3.0
整形外科
4.8
5.6
3.7
麻酔科
0.3
0.4
0.0
救急科
0.3
0.4
0.0
歯科・歯科口腔外科
0.3
0.4
0.0
リハビリテーション科
1.3
2.1
0.0
その他
1.3
1.3
1.2
無回答
0.0
0.0
0.0
■全体 n=397
□【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=233
▨【抽出条件(病院)②】①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 n=164

① 主たる担当診療科の詳細

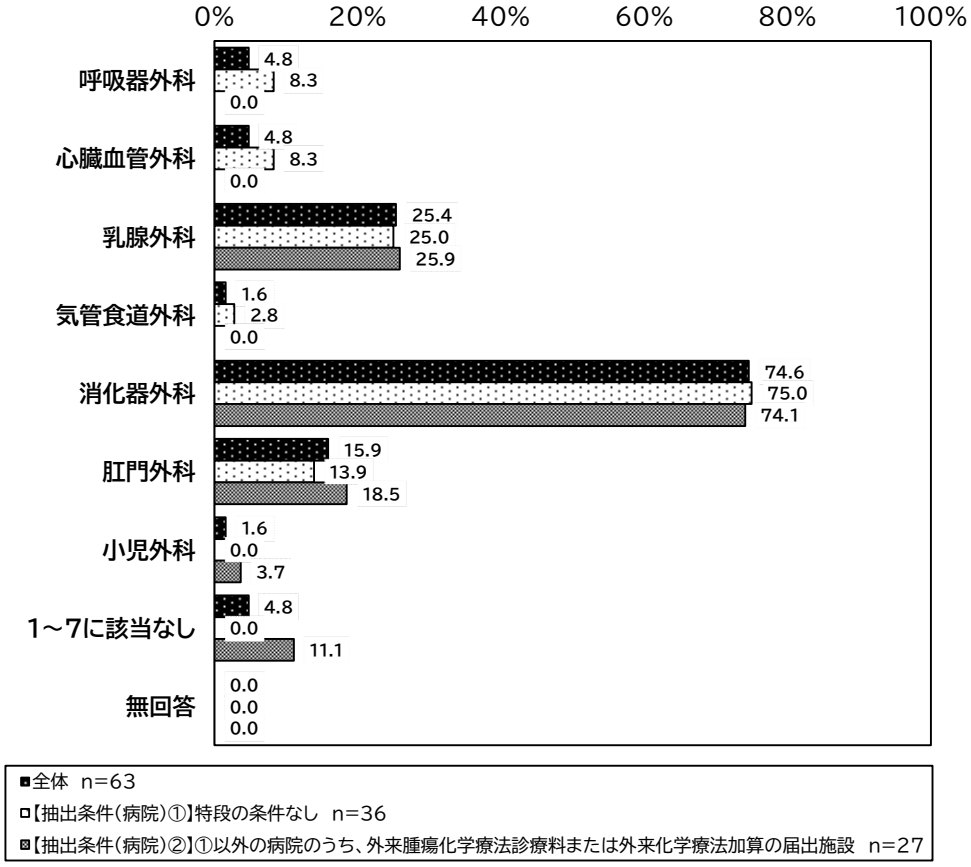
医師調査の回答者の職種の「内科の詳細」「外科の詳細」職種は以下のとおりであった。

図表 3-5 回答者の主たる担当診療科の詳細（内科・外科）（複数回答）

＜医師 内科の詳細＞



＜医師　外科の詳細＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
呼吸器外科
4.8
8.3
0.0
心臓血管外科
4.8
8.3
0.0
乳腺外科
25.4
25.0
25.9
気管食道外科
1.6
2.8
0.0
消化器外科
74.6
75.0
74.1
肛門外科
15.9
13.9
18.5
小児外科
1.6
0.0
3.7
1～7に該当なし
4.8
0.0
11.1
無回答
0.0
0.0
0.0
■全体 n=63
□【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=36
▨【抽出条件(病院)②】①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 n=27

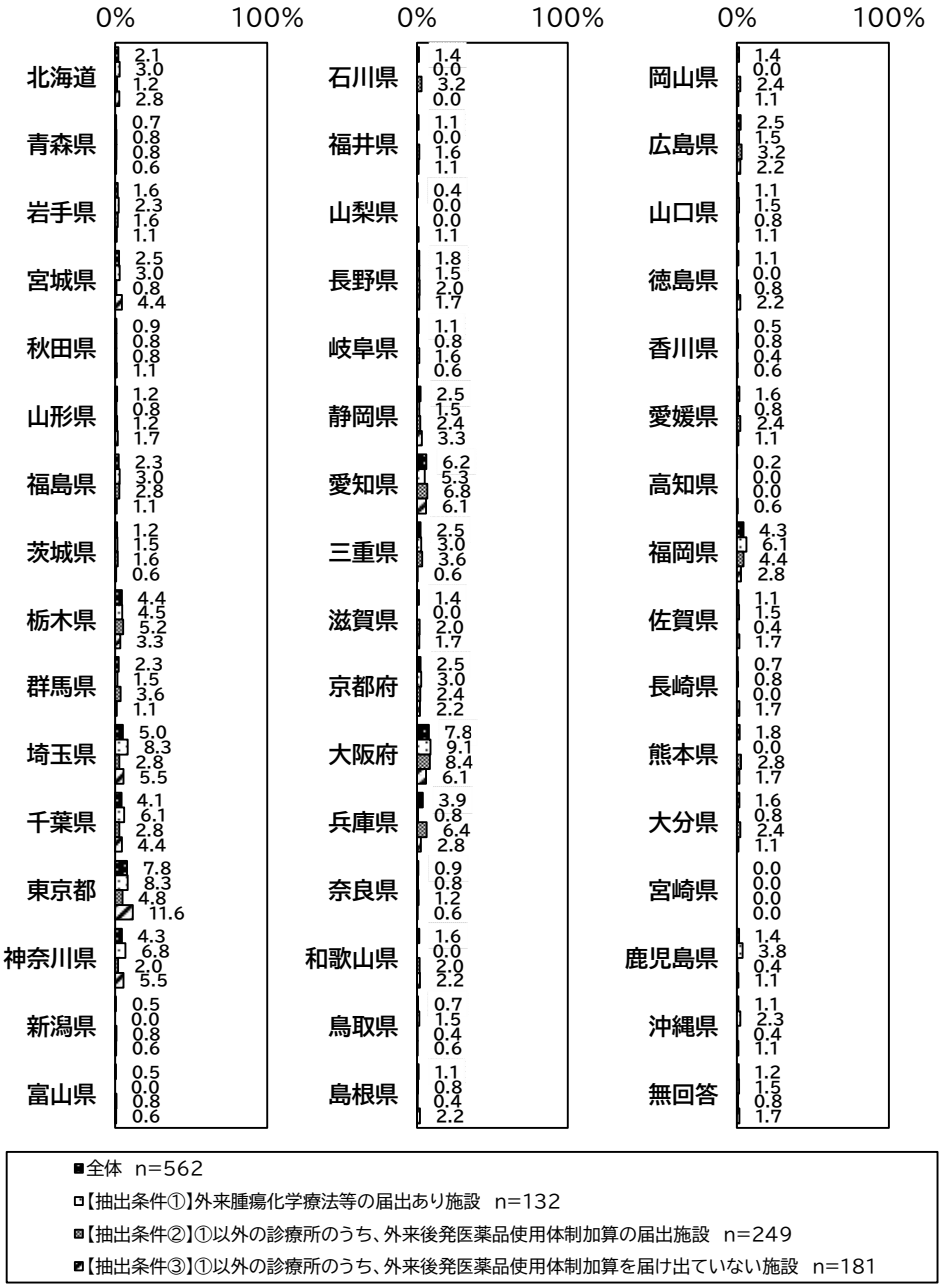
2) 施設状況

(1) 所在地

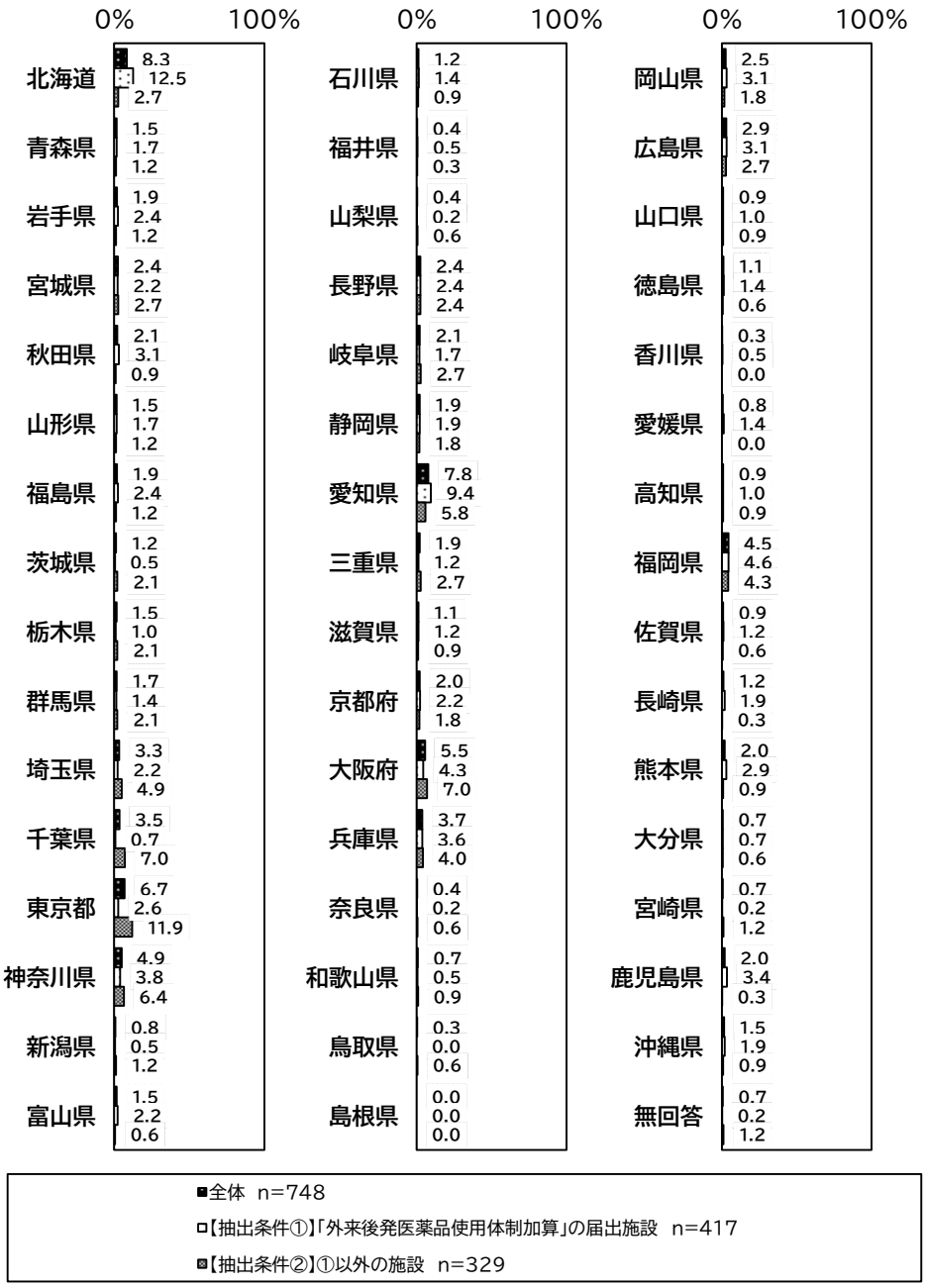
一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査の施設の所在地は以下のとおりであった。

図表 3-6 所在地

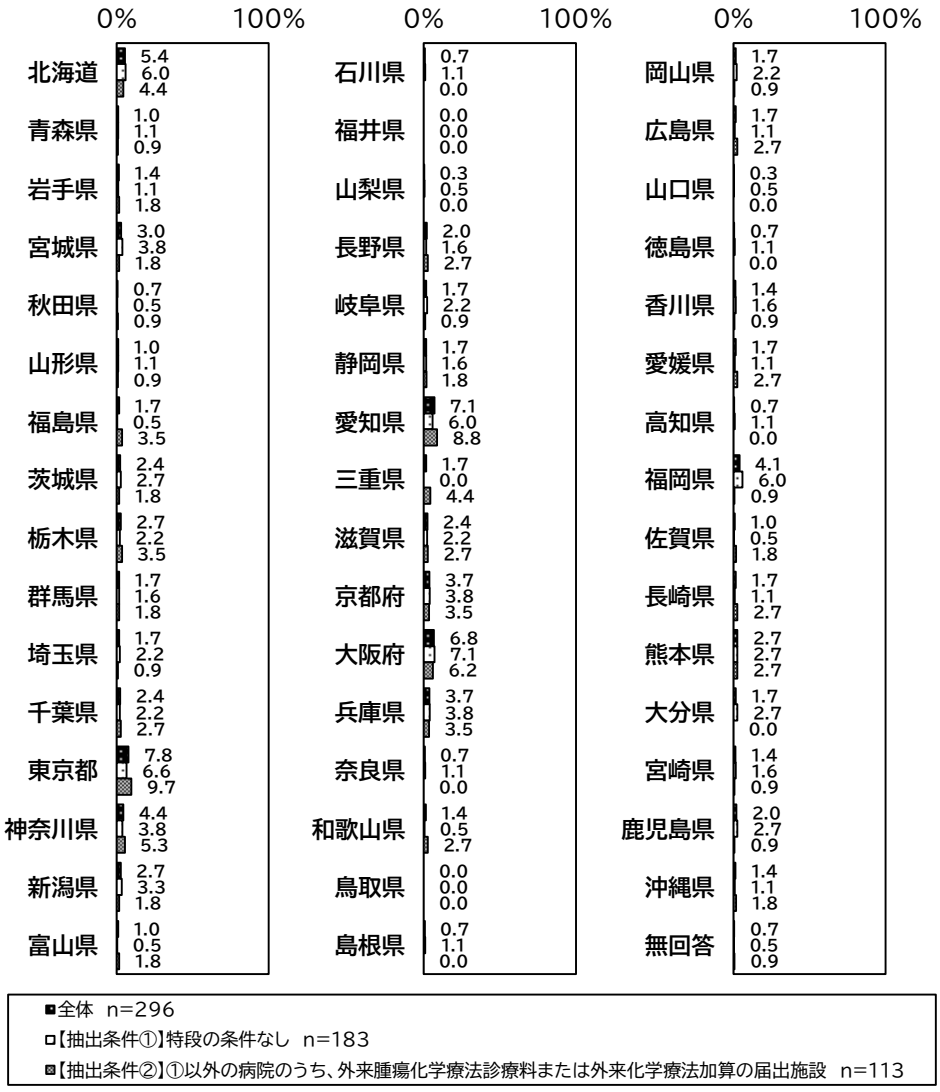
＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞


0%
100%
北海道 8.3 12.5 2.7
青森県 1.5 1.7 1.2
岩手県 1.9 2.4 1.2
宮城県 2.4 2.2 2.7
秋田県 2.1 3.1 0.9
山形県 1.5 1.7 1.2
福島県 1.9 2.4 1.2
茨城県 1.2 0.5 2.1
栃木県 1.5 1.0 2.1
群馬県 1.7 1.4 2.1
埼玉県 3.3 2.2 4.9
千葉県 3.5 0.7 7.0
東京都 6.7 2.6 11.9
神奈川県 4.9 3.8 6.4
新潟県 0.8 0.5 1.2
富山県 1.5 2.2 0.6
石川県 1.2 1.4 0.9
福井県 0.4 0.5 0.3
山梨県 0.4 0.2 0.6
長野県 2.4 2.4 2.4
岐阜県 2.1 1.7 2.7
静岡県 1.9 1.9 1.8
愛知県 7.8 9.4 5.8
三重県 1.9 1.2 2.7
滋賀県 1.1 1.2 0.9
京都府 2.0 2.2 1.8
大阪府 5.5 4.3 7.0
兵庫県 3.7 3.6 4.0
奈良県 0.4 0.2 0.6
和歌山県 0.7 0.5 0.9
鳥取県 0.3 0.0 0.6
島根県 0.0 0.0 0.0
岡山県 2.5 3.1 1.8
広島県 2.9 3.1 2.7
山口県 0.9 1.0 0.9
徳島県 1.1 1.4 0.6
香川県 0.3 0.5 0.0
愛媛県 0.8 1.4 0.0
高知県 0.9 1.0 0.9
福岡県 4.5 4.6 4.3
佐賀県 0.9 1.2 0.6
長崎県 1.2 1.9 0.3
熊本県 2.0 2.9 0.9
大分県 0.7 0.7 0.6
宮崎県 0.7 0.2 1.2
鹿児島県 2.0 3.4 0.3
沖縄県 1.5 1.9 0.9
無回答 0.7 0.2 1.2
■全体 n=748
□【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設 n=417
▨【抽出条件②】①以外の施設 n=329

＜病院＞


0%
100%
北海道 5.4 6.0 4.4
青森県 1.0 1.1 0.9
岩手県 1.4 1.1 1.8
宮城県 3.0 3.8 1.8
秋田県 0.7 0.5 0.9
山形県 1.0 1.1 0.9
福島県 1.7 0.5 3.5
茨城県 2.4 2.7 1.8
栃木県 2.7 2.2 3.5
群馬県 1.7 1.6 1.8
埼玉県 1.7 2.2 0.9
千葉県 2.4 2.2 2.7
東京都 7.8 6.6 9.7
神奈川県 4.4 3.8 5.3
新潟県 2.7 3.3 1.8
富山県 1.0 0.5 1.8
石川県 0.7 1.1 0.0
福井県 0.0 0.0 0.0
山梨県 0.3 0.5 0.0
長野県 2.0 1.6 2.7
岐阜県 1.7 2.2 0.9
静岡県 1.7 1.6 1.8
愛知県 7.1 6.0 8.8
三重県 1.7 0.0 4.4
滋賀県 2.4 2.2 2.7
京都府 3.7 3.8 3.5
大阪府 6.8 7.1 6.2
兵庫県 3.7 3.8 3.5
奈良県 0.7 1.1 0.0
和歌山県 1.4 0.5 2.7
鳥取県 0.0 0.0 0.0
島根県 0.7 1.1 0.0
岡山県 1.7 2.2 0.9
広島県 1.7 1.1 2.7
山口県 0.3 0.5 0.0
徳島県 0.7 1.1 0.0
香川県 1.4 1.6 0.9
愛媛県 1.7 1.1 2.7
高知県 0.7 1.1 0.0
福岡県 4.1 6.0 0.9
佐賀県 1.0 0.5 1.8
長崎県 1.7 1.1 2.7
熊本県 2.7 2.7 2.7
大分県 1.7 2.7 0.0
宮崎県 1.4 1.6 0.9
鹿児島県 2.0 2.7 0.9
沖縄県 1.4 1.1 1.8
無回答 0.7 0.5 0.9
全体 n=296
【抽出条件①】特段の条件なし n=183
【抽出条件②】①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 n=113

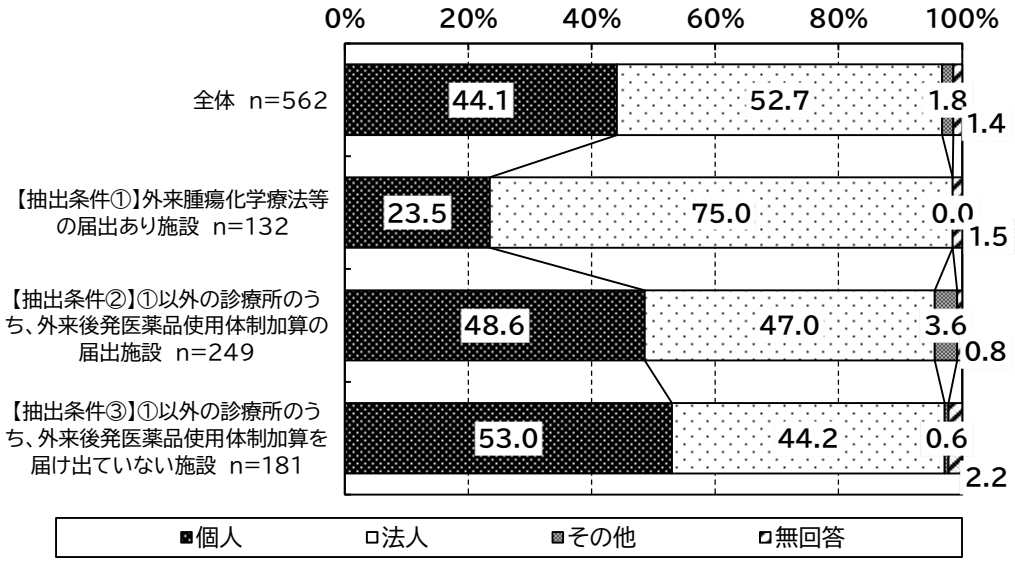
(2) 開設者

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における、開設者は以下のとおりであった。

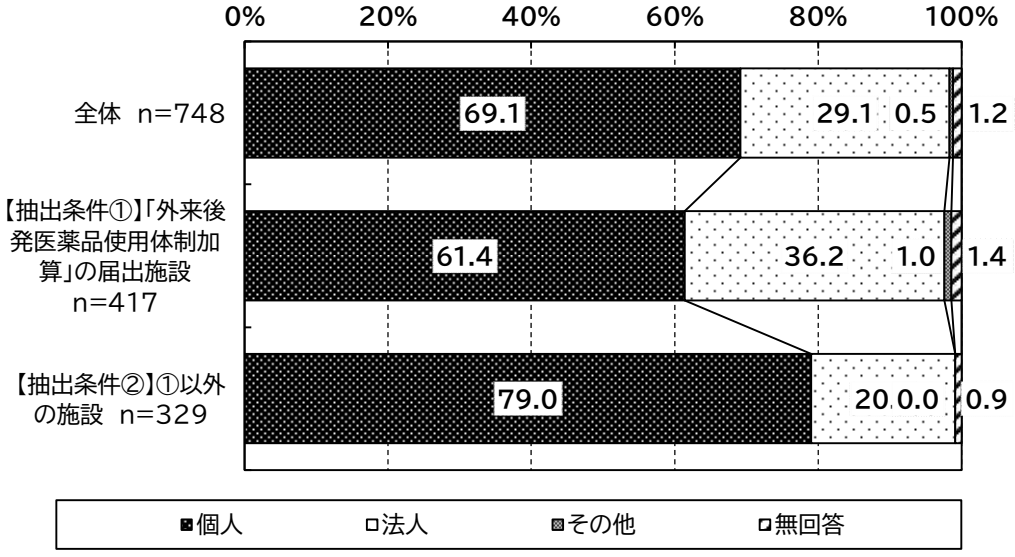
「個人」の割合が、一般診療所調査全体で 44.1%、歯科診療所調査全体で 69.1%であった。病院調査全体では「医療法人」の割合が、32.4%であった。

図表 3-7　開設者

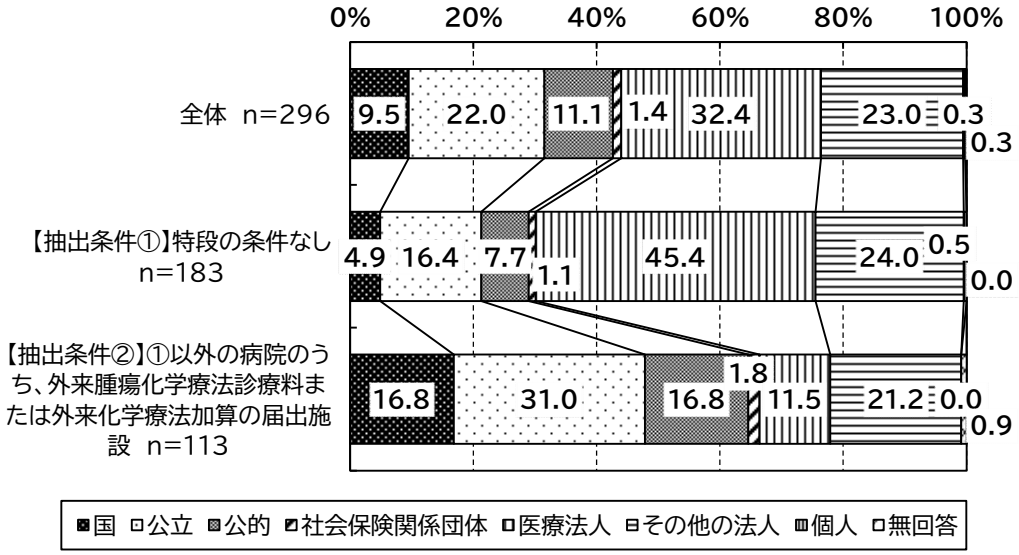
＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞



＜病院＞

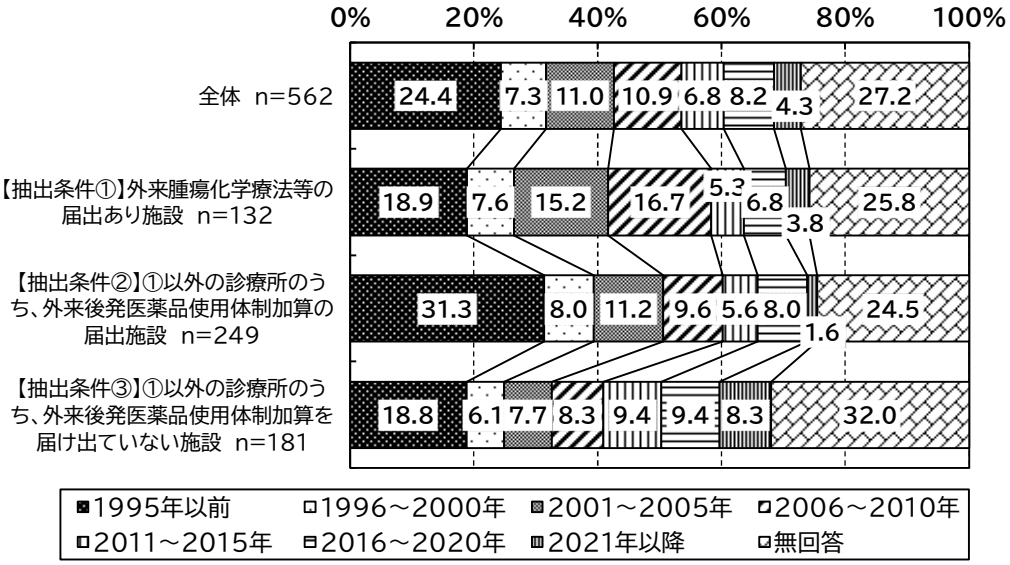

0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=296
9.5
22.0
11.1
1.4
32.4
23.0
0.3
0.3
【抽出条件①】特段の条件なし n=183
4.9
16.4
7.7
1.1
45.4
24.0
0.5
0.0
【抽出条件②】①以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設 n=113
16.8
31.0
16.8
1.8
11.5
21.2
0.0
0.9
国
公立
公的
社会保険関係団体
医療法人
その他の法人
個人
無回答

(3) 開設年

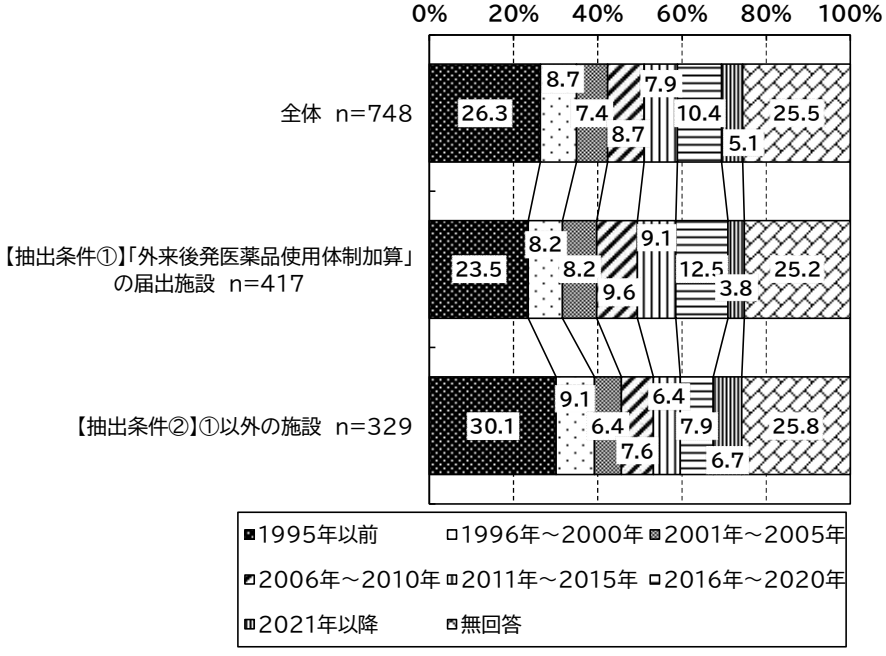
一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における、開設年は以下のとおりであった。

図表 3-8 開設年

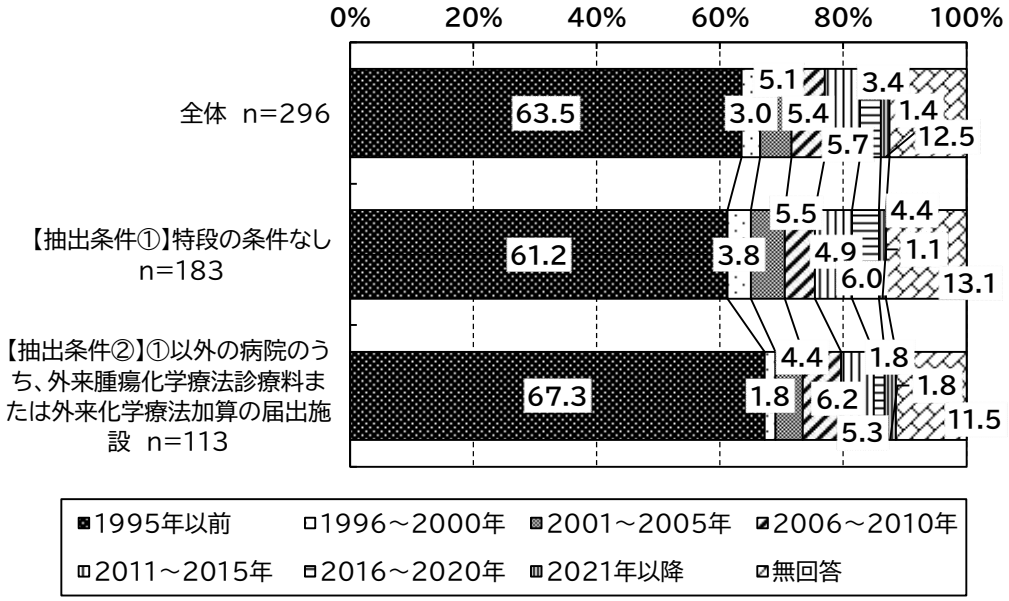
＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞



＜病院＞

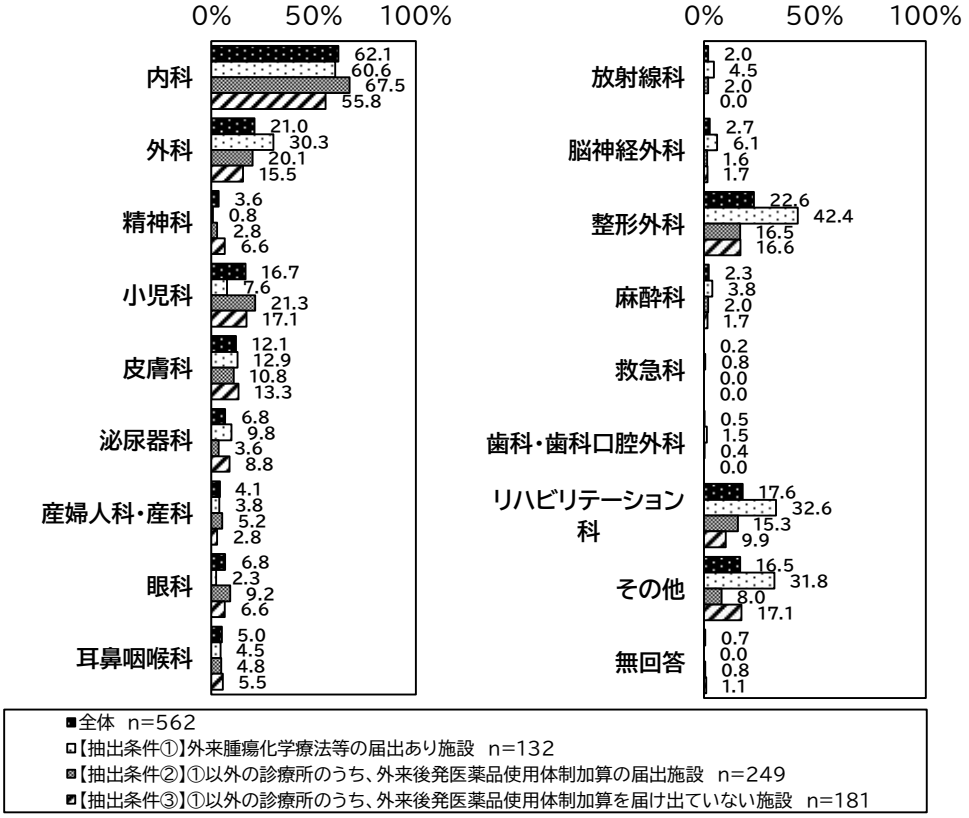

0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=296
63.5
5.1
3.0
5.4
5.7
3.4
1.4
12.5
【抽出条件①】特段の条件なし n=183
61.2
3.8
5.5
4.9
6.0
4.4
1.1
13.1
【抽出条件②】①以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設 n=113
67.3
1.8
4.4
6.2
5.3
1.8
1.8
11.5
1995年以前
1996～2000年
2001～2005年
2006～2010年
2011～2015年
2016～2020年
2021年以降
無回答

(4) 標榜診療科

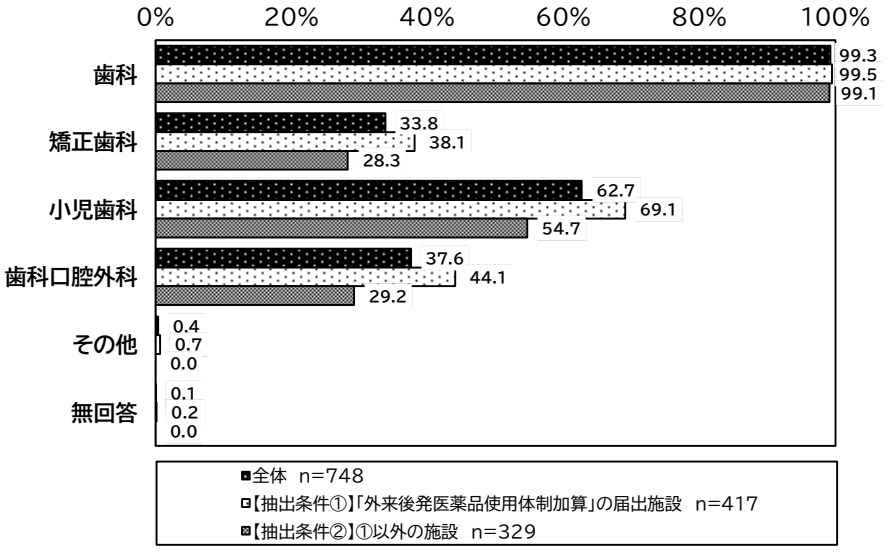
一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における、標榜診療科は以下のとおりであった。

図表 3-9 標榜診療科（複数回答）

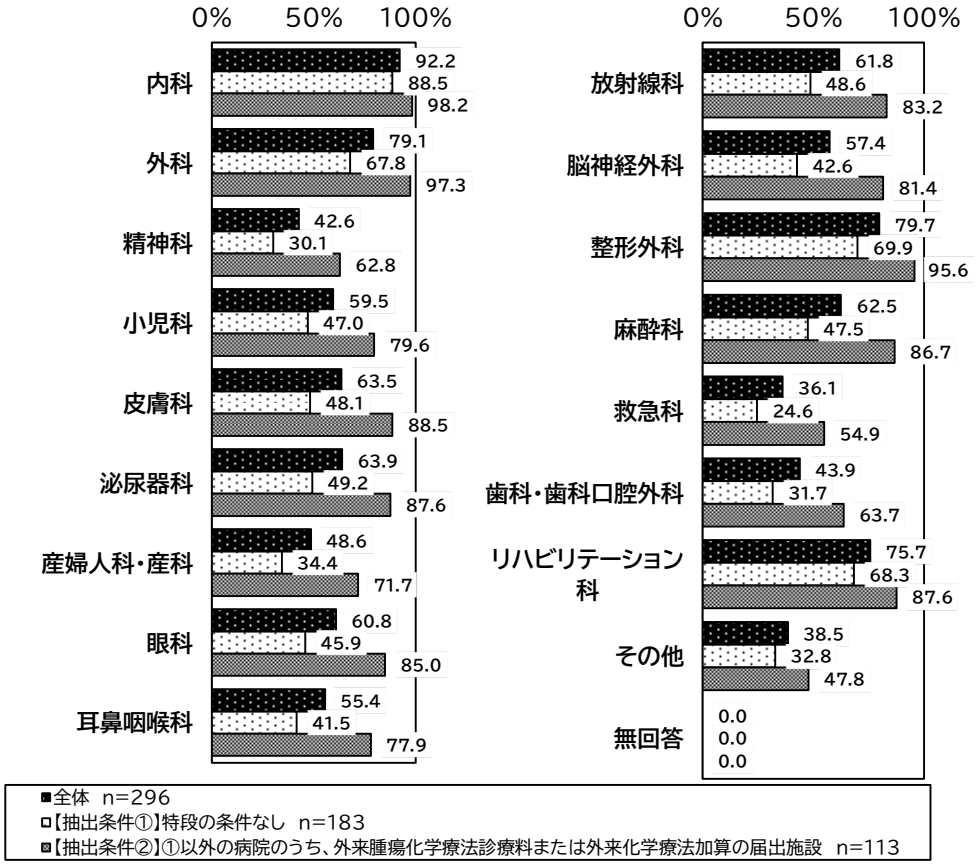
＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞



＜病院＞



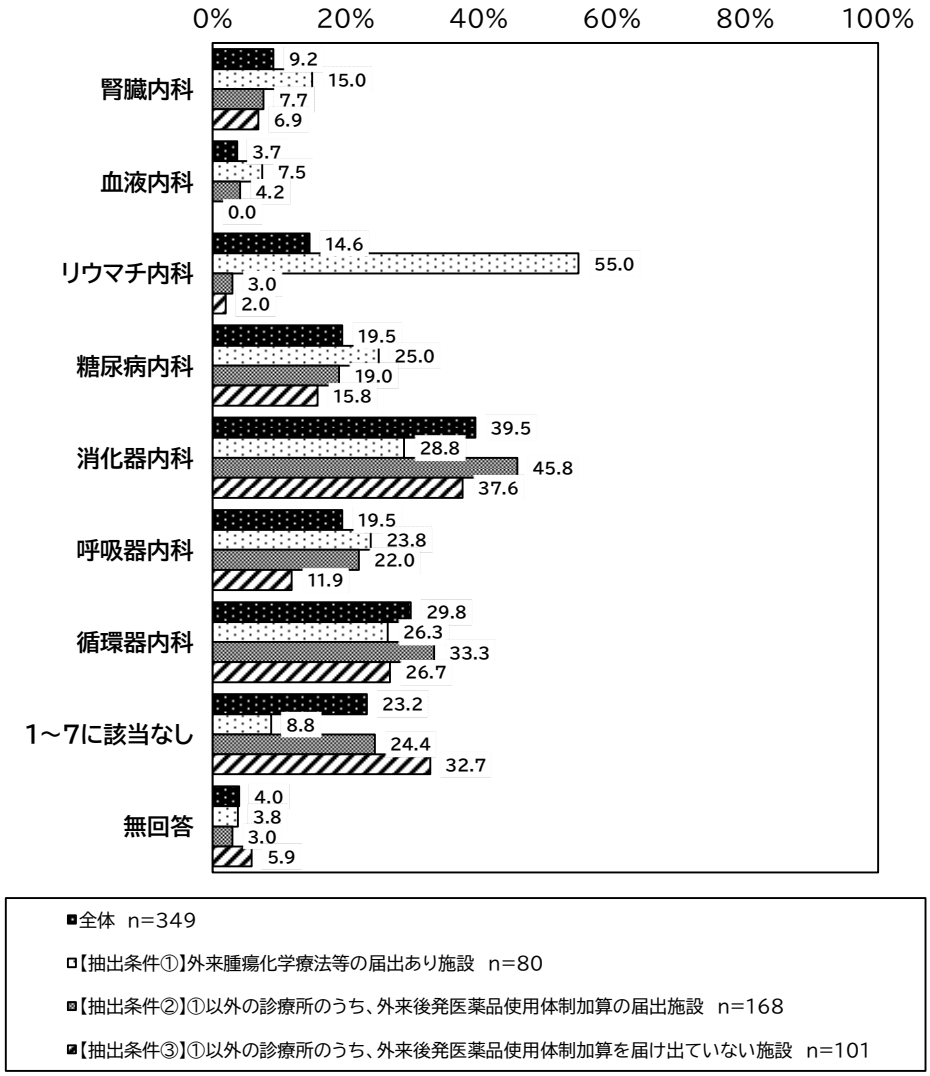
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
一般診療所：アレルギー科、胃腸内科、形成外科　等
病院：アレルギー科、緩和ケア、形成外科、感染症内科、神経内科　等

① 診療科の詳細

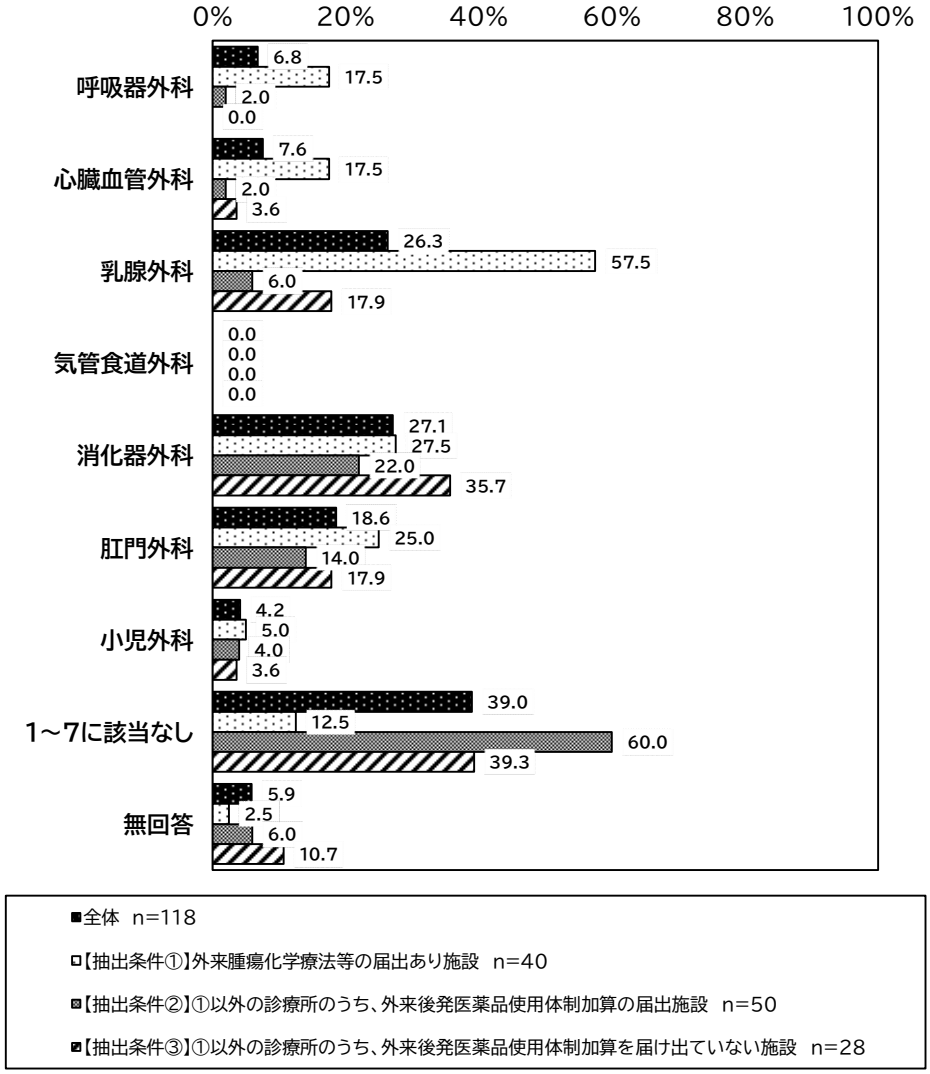
一般診療所調査、病院調査における、内科の詳細、外科の詳細は以下のとおりであった。

図表 3-10 内科、外科の詳細（複数回答）

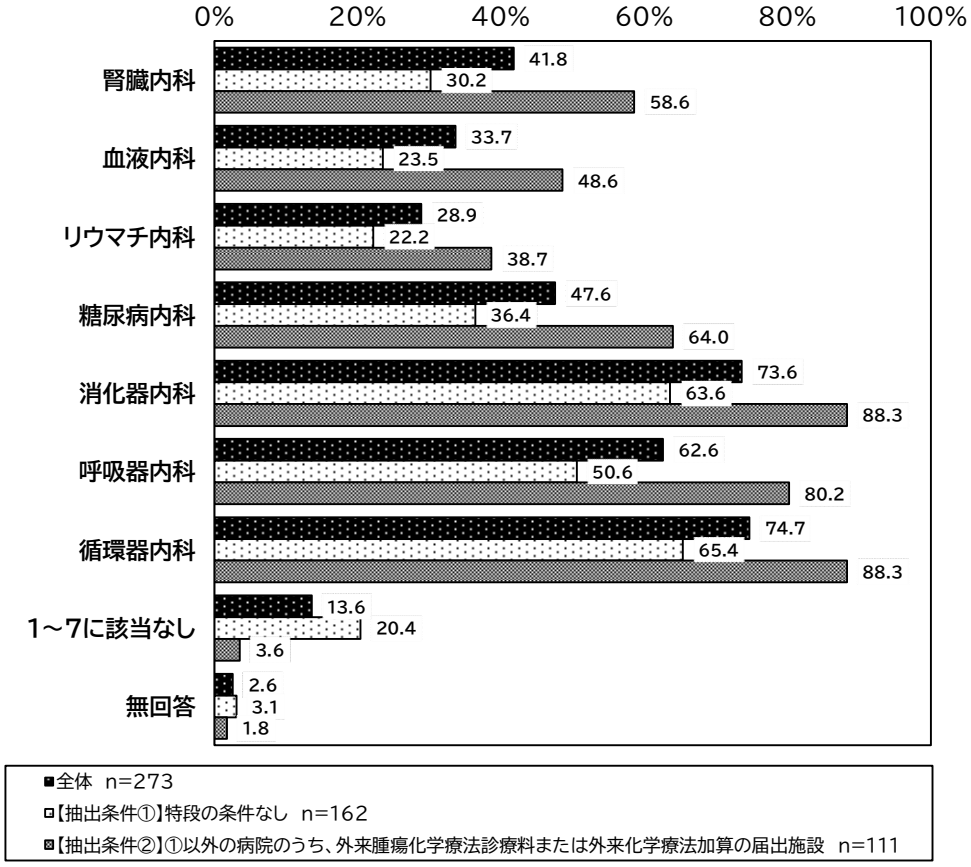
＜一般診療所 内科の詳細＞



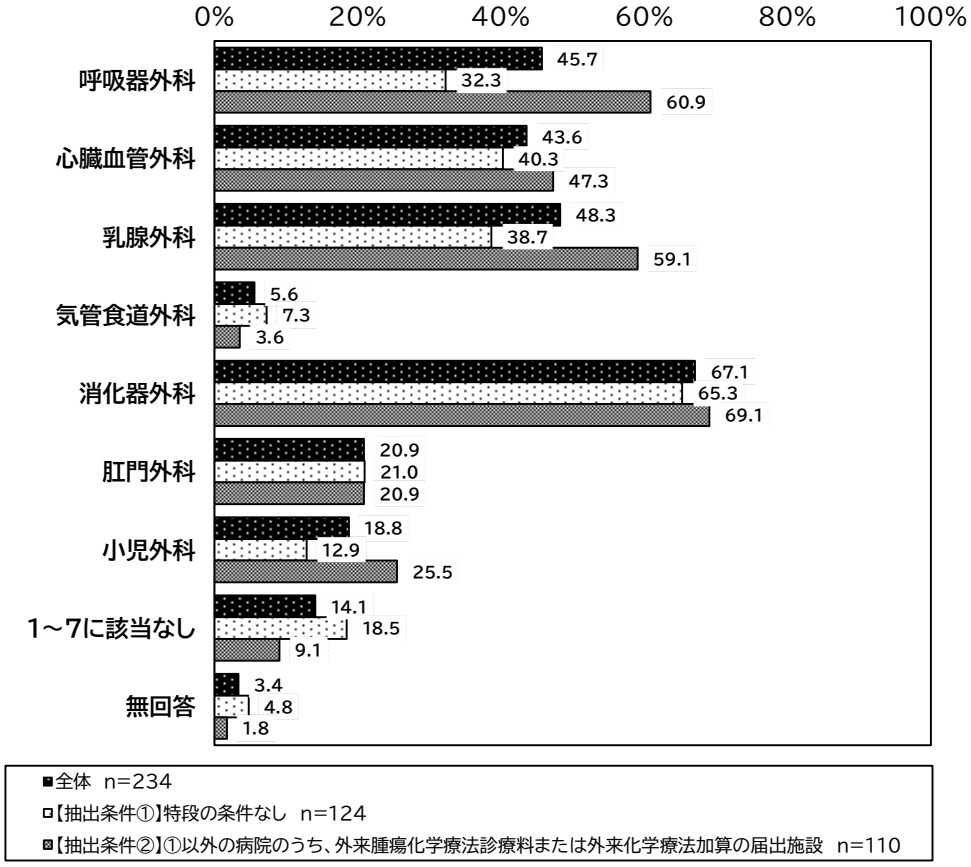
＜一般診療所　外科の詳細＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
呼吸器外科
6.8
17.5
2.0
0.0
心臓血管外科
7.6
17.5
2.0
3.6
乳腺外科
26.3
57.5
6.0
17.9
気管食道外科
0.0
0.0
0.0
0.0
消化器外科
27.1
27.5
22.0
35.7
肛門外科
18.6
25.0
14.0
17.9
小児外科
4.2
5.0
4.0
3.6
1～7に該当なし
39.0
12.5
60.0
39.3
無回答
5.9
2.5
6.0
10.7
■全体　n=118
□【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設　n=40
▨【抽出条件②】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　n=50
▩【抽出条件③】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　n=28

＜病院　内科の詳細＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
腎臓内科
41.8
30.2
58.6
血液内科
33.7
23.5
48.6
リウマチ内科
28.9
22.2
38.7
糖尿病内科
47.6
36.4
64.0
消化器内科
73.6
63.6
88.3
呼吸器内科
62.6
50.6
80.2
循環器内科
74.7
65.4
88.3
1～7に該当なし
13.6
20.4
3.6
無回答
2.6
3.1
1.8
■全体　n=273
□【抽出条件①】特段の条件なし　n=162
▨【抽出条件②】①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　n=111

＜病院　外科の詳細＞

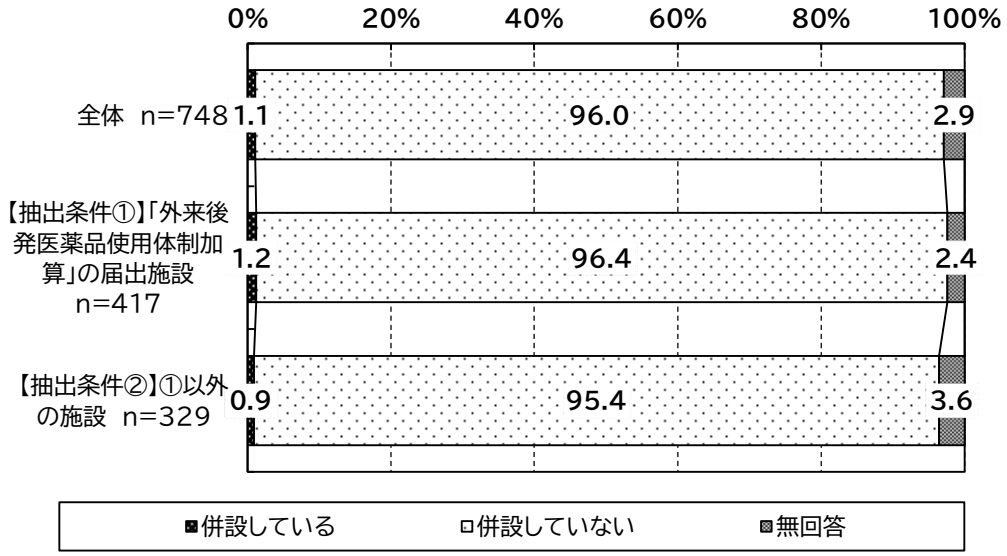

0%
20%
40%
60%
80%
100%
呼吸器外科
45.7
32.3
60.9
心臓血管外科
43.6
40.3
47.3
乳腺外科
48.3
38.7
59.1
気管食道外科
5.6
7.3
3.6
消化器外科
67.1
65.3
69.1
肛門外科
20.9
21.0
20.9
小児外科
18.8
12.9
25.5
1～7に該当なし
14.1
18.5
9.1
無回答
3.4
4.8
1.8
■全体　n=234
□【抽出条件①】特段の条件なし　n=124
▨【抽出条件②】①以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設　n=110

(5) 医科の医療機関の併設状況

歯科診療所調査における、医科の医療機関の併設状況の別は、全体で「併設していない」が 96.0%であった。

図表 3-11　医科の医療機関の併設状況

＜歯科診療所＞

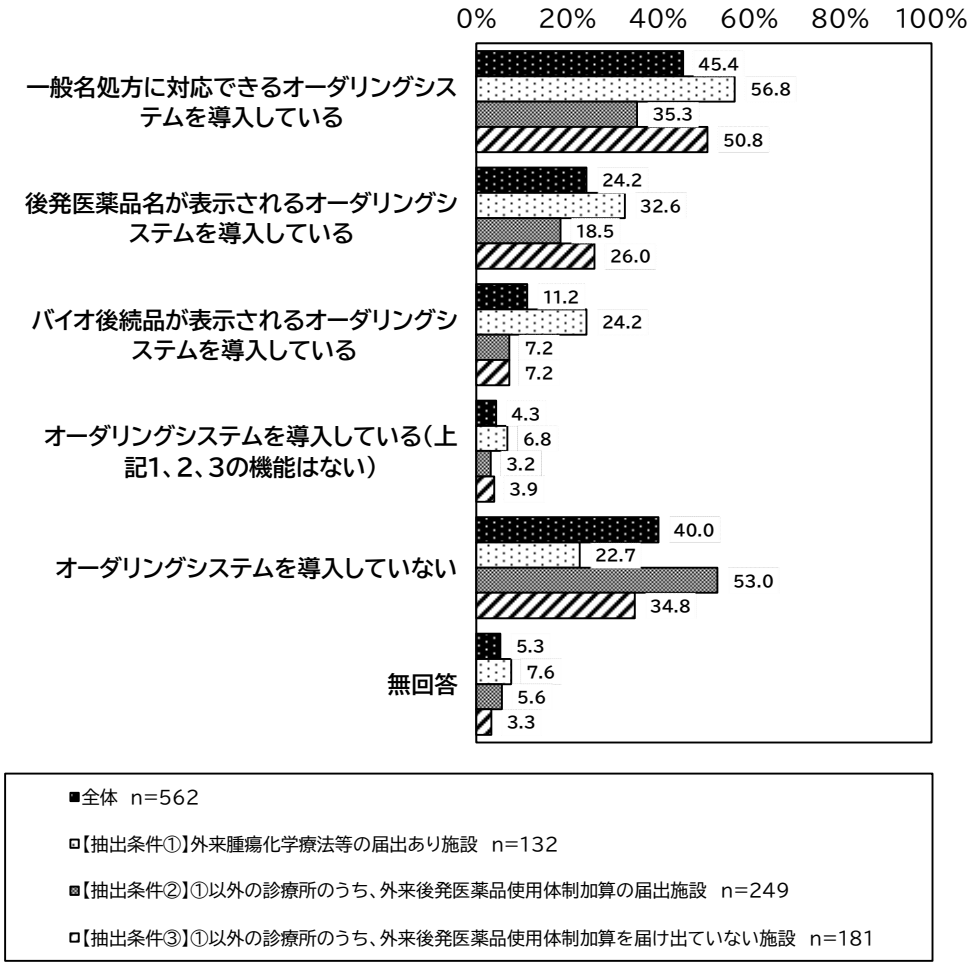


(6) オーダリングシステムの導入状況

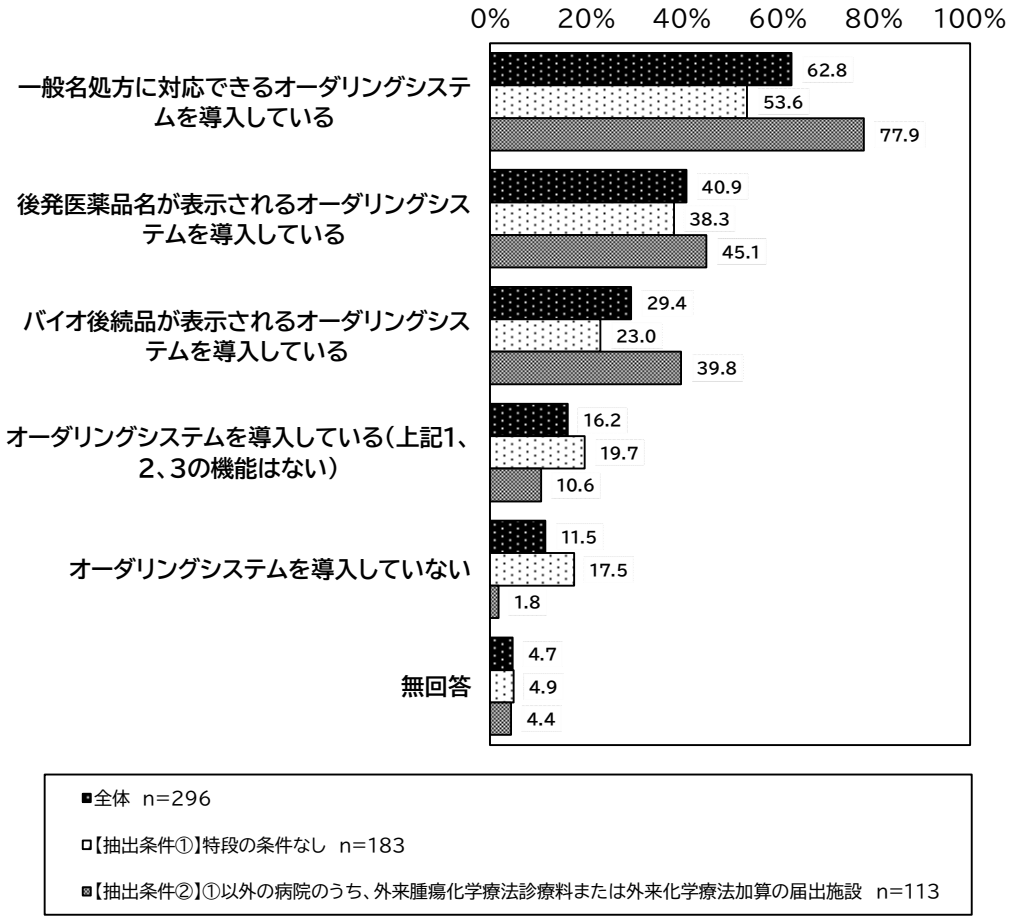
一般診療所調査、病院調査における、オーダリングシステムの導入状況は「一般名処方に対応できるオーダリングシステムを導入している」が一般診療所調査全体で 45.4%、病院調査全体で 62.8%であった。「オーダリングシステムを導入していない」は一般診療所調査全体で 40.0%、病院調査全体で 11.5%であった。

図表 3-12　オーダリングシステムの導入状況（複数回答）

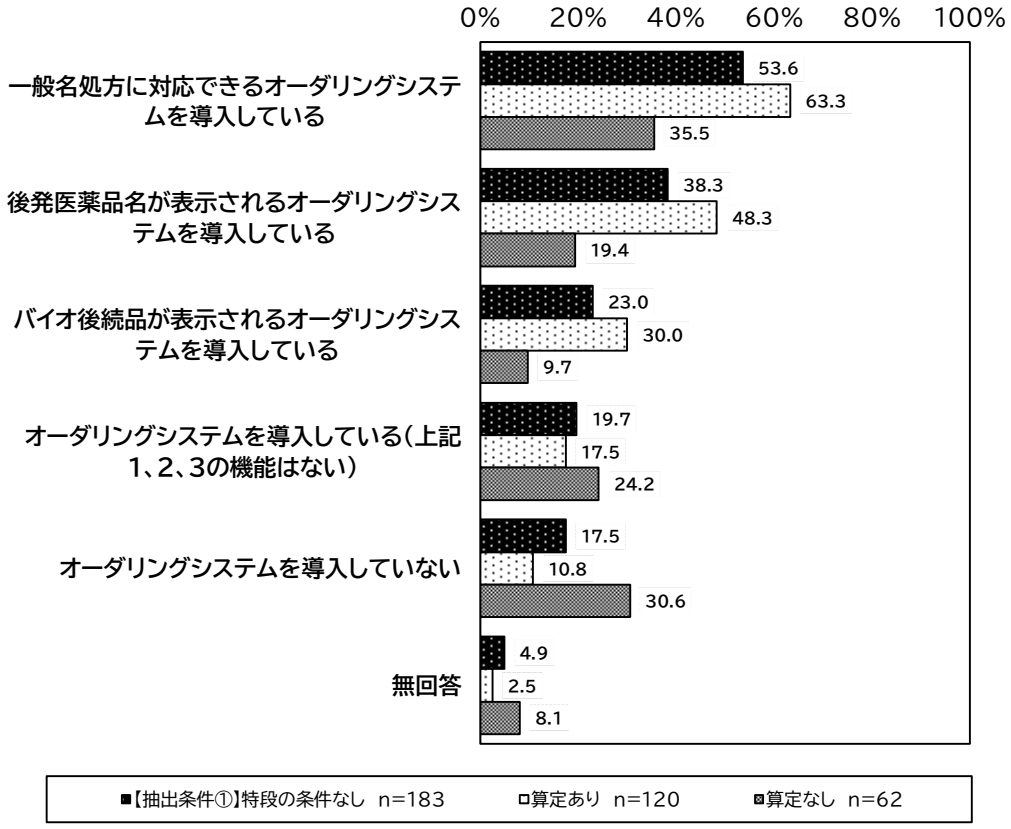
＜一般診療所＞



＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
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
62.8
53.6
77.9
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
40.9
38.3
45.1
バイオ後続品が表示されるオーダリングシステムを導入している
29.4
23.0
39.8
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）
16.2
19.7
10.6
オーダリングシステムを導入していない
11.5
17.5
1.8
無回答
4.7
4.9
4.4
■全体 n=296
□【抽出条件①】特段の条件なし n=183
▨【抽出条件②】①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 n=113

＜病院　（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

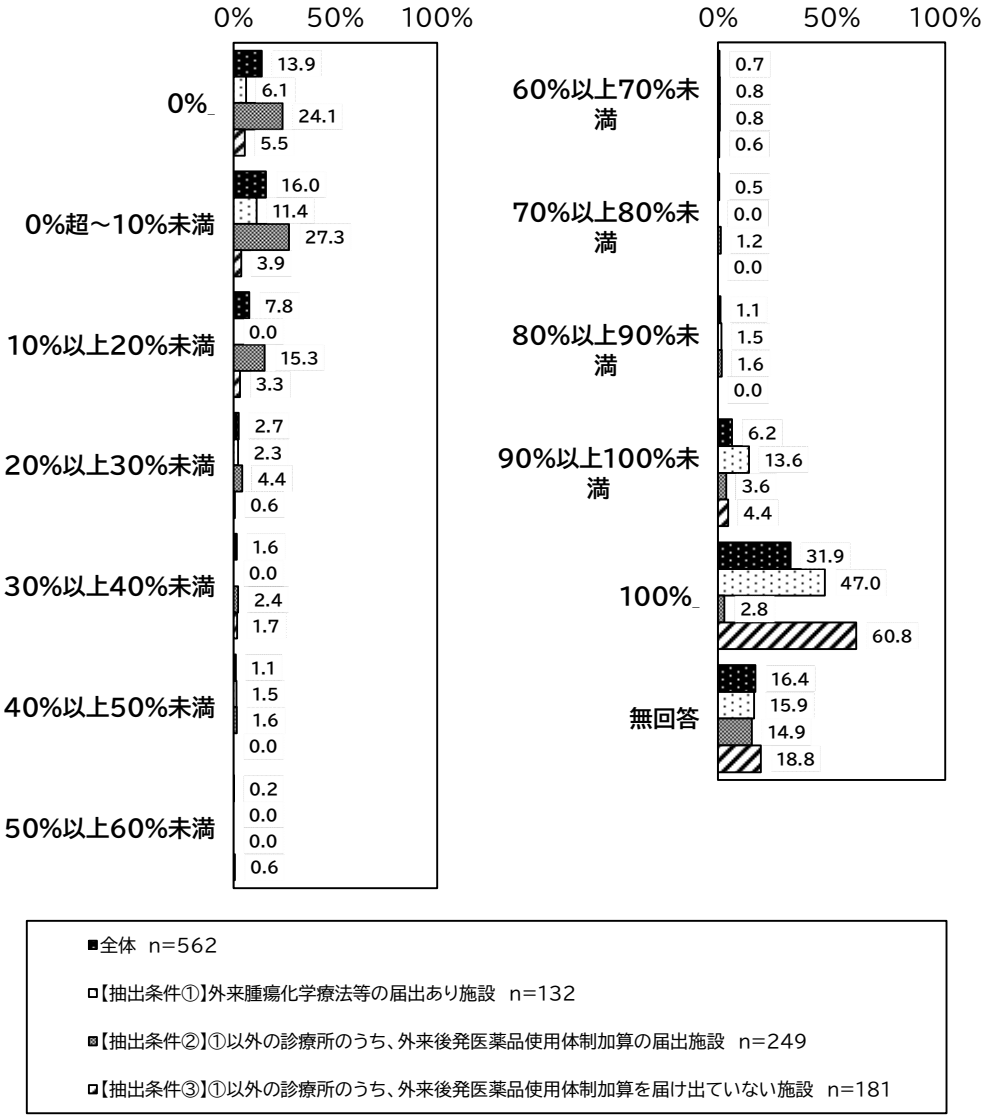


(7) 外来の院外処方の割合

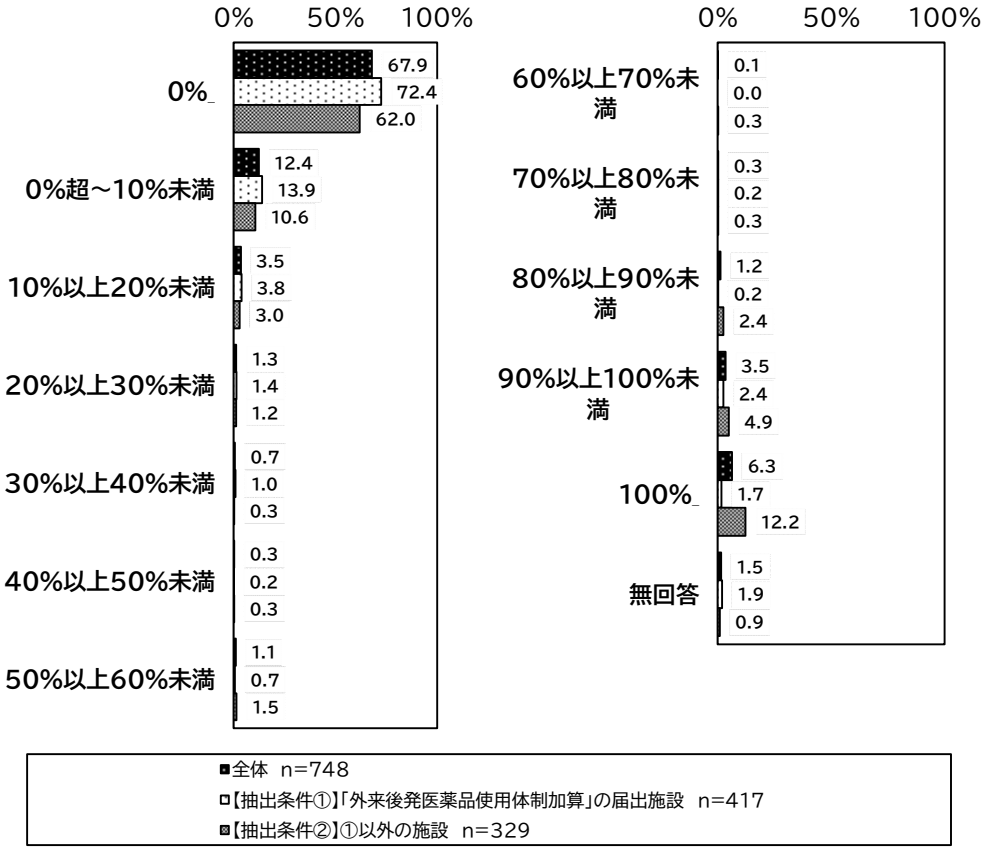
一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における、外来の院外処方の割合についてみると、一般診療所調査全体では「100%」が 31.9%、歯科診療所調査全体では「0%」が 67.9%、病院調査全体では「90%以上 100%未満」が 45.9%であった。

図表 3-13　外来の院外処方の割合

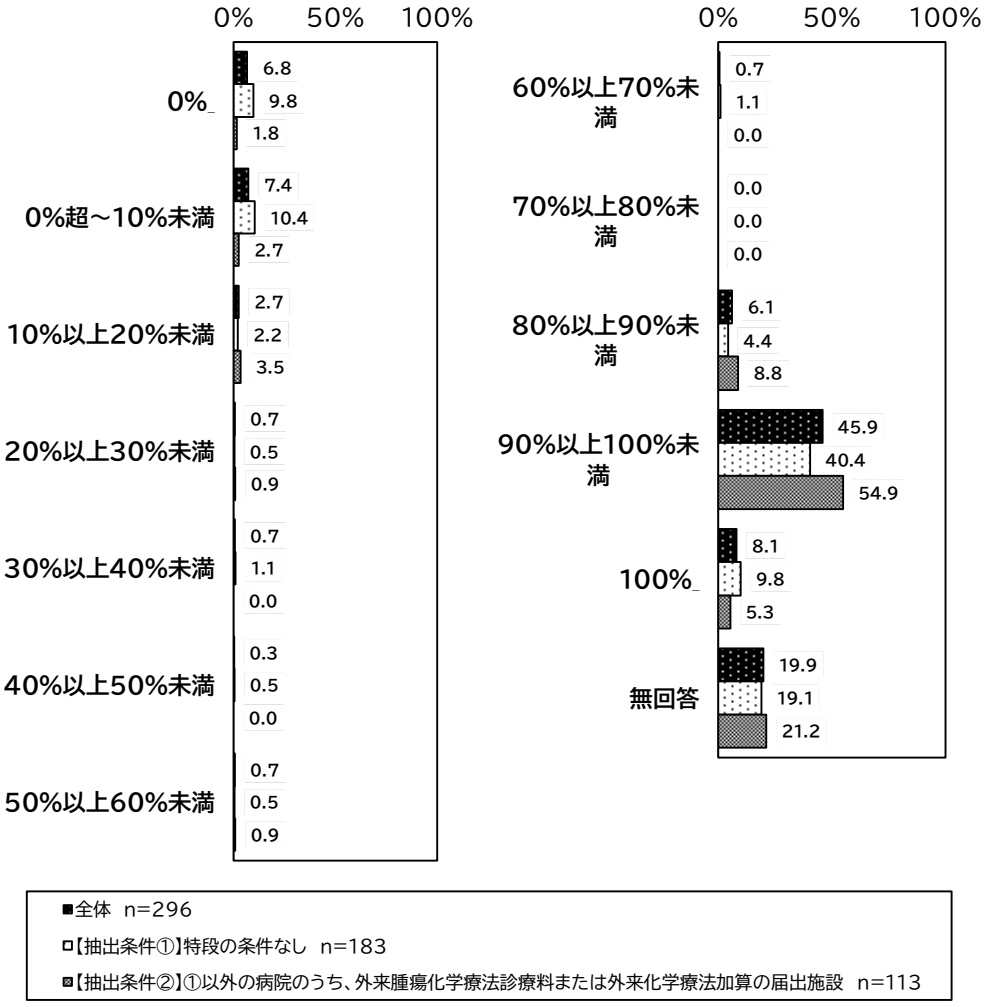
＜一般診療所＞



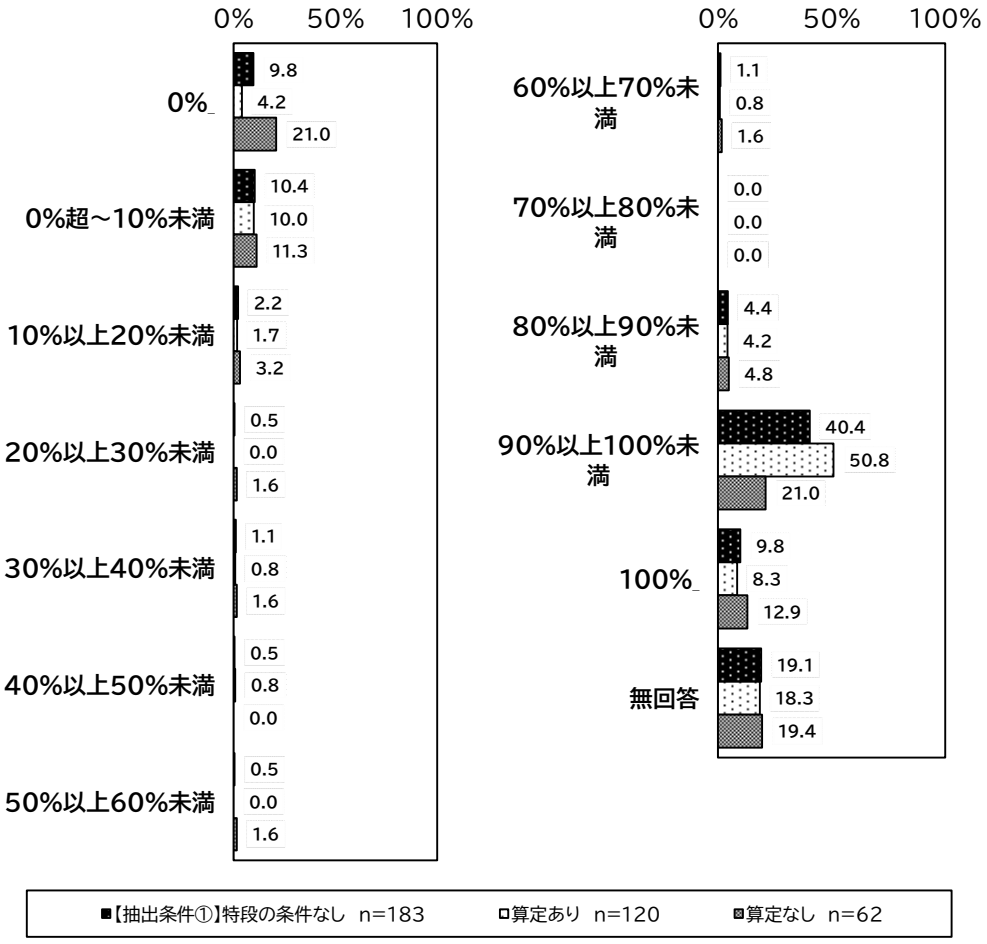
＜歯科診療所＞


0%
50%
100%
0%
67.9
72.4
62.0
0%超～10%未満
12.4
13.9
10.6
10%以上20%未満
3.5
3.8
3.0
20%以上30%未満
1.3
1.4
1.2
30%以上40%未満
0.7
1.0
0.3
40%以上50%未満
0.3
0.2
0.3
50%以上60%未満
1.1
0.7
1.5
60%以上70%未満
0.1
0.0
0.3
70%以上80%未満
0.3
0.2
0.3
80%以上90%未満
1.2
0.2
2.4
90%以上100%未満
3.5
2.4
4.9
100%
6.3
1.7
12.2
無回答
1.5
1.9
0.9
■全体 n=748
□【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設 n=417
▨【抽出条件②】①以外の施設 n=329

＜病院＞


0%
50%
100%
0%
0%超～10%未満
10%以上20%未満
20%以上30%未満
30%以上40%未満
40%以上50%未満
50%以上60%未満
60%以上70%未満
70%以上80%未満
80%以上90%未満
90%以上100%未満
100%
無回答
6.8
9.8
1.8
7.4
10.4
2.7
2.7
2.2
3.5
0.7
0.5
0.9
0.7
1.1
0.0
0.3
0.5
0.0
0.7
0.5
0.9
0.7
1.1
0.0
0.0
0.0
0.0
6.1
4.4
8.8
45.9
40.4
54.9
8.1
9.8
5.3
19.9
19.1
21.2
■全体 n=296
□【抽出条件①】特段の条件なし n=183
▨【抽出条件②】①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 n=113

＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

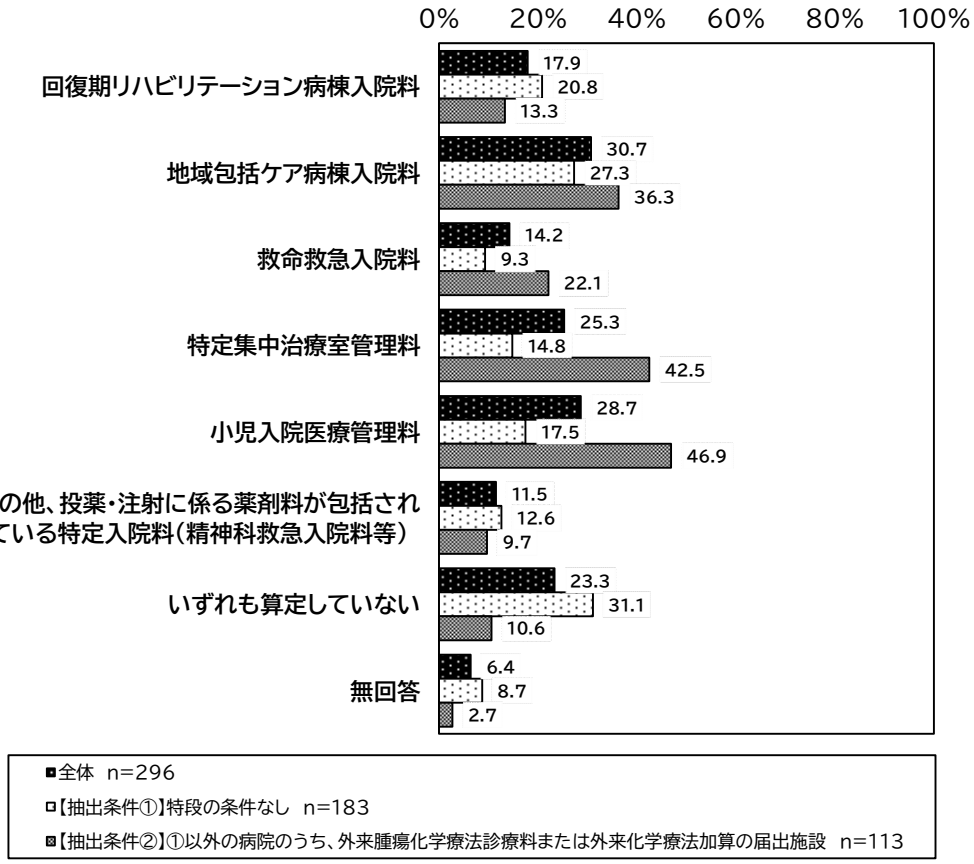


(8) 特定入院料の状況

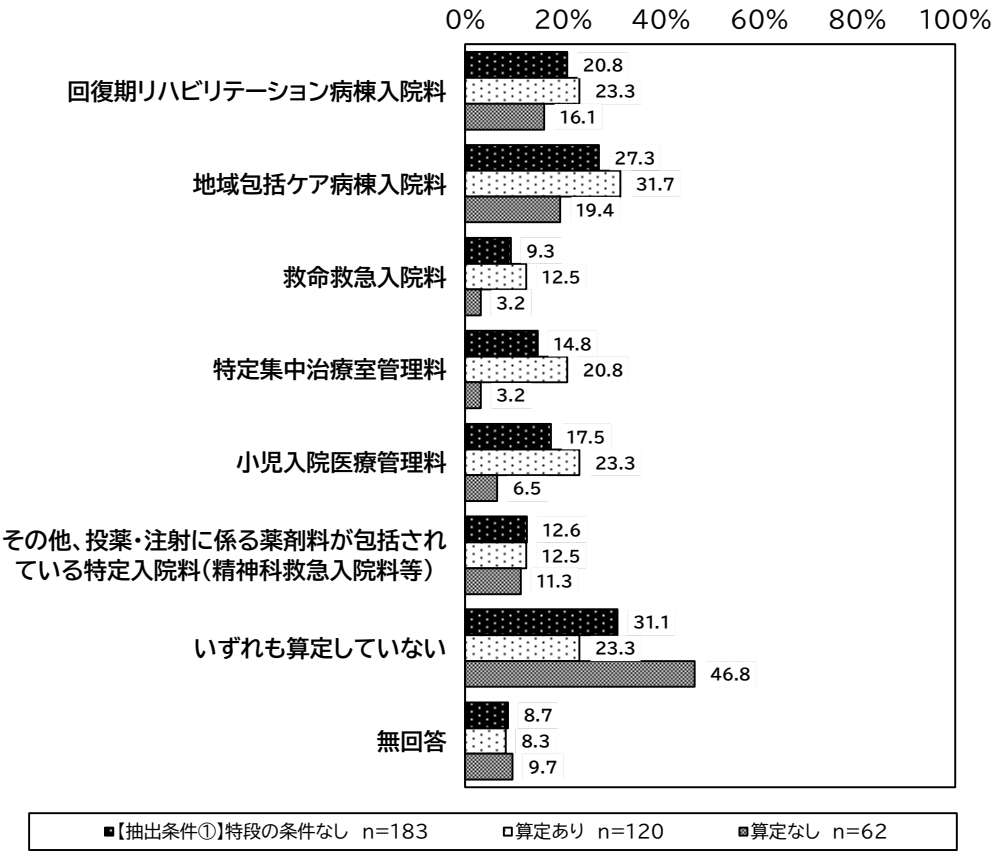
病院調査における、特定入院料の状況は、全体で「地域包括ケア病棟入院料」が 30.7%であった。

図表 3-14　特定入院料の状況（複数回答）

＜病院＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



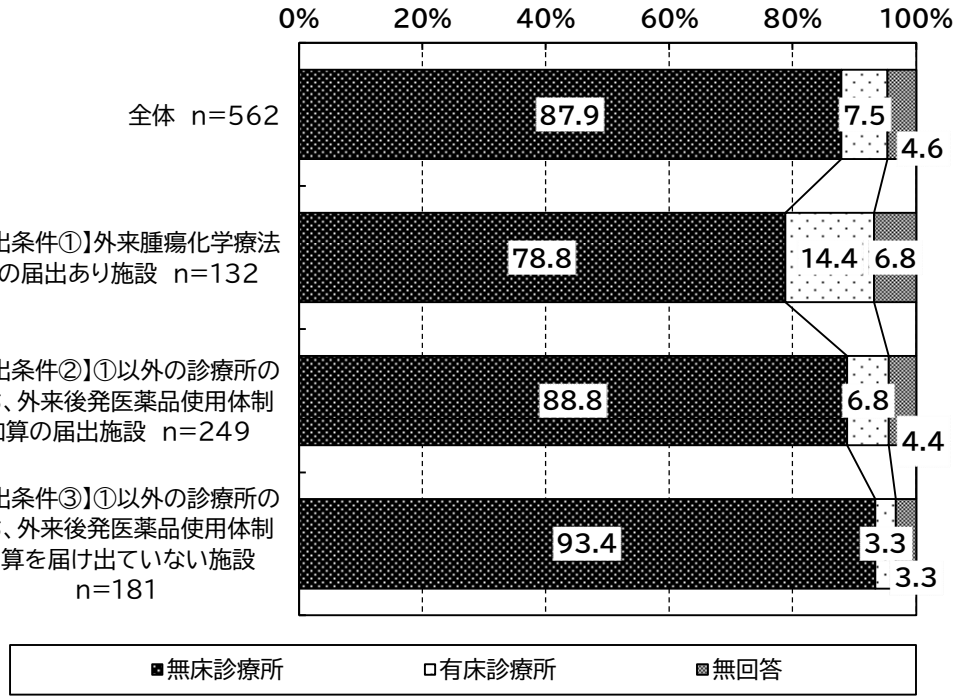
(9) 種別、許可病床数

一般診療所調査において、無床診療所は 87.9%、有床診療所は 7.5%であった。

一般診療所調査、病院調査における許可病床数について、有床診療所全体「15 床以上」が 71.4%、病院調査全体では「500 床以上」が 14.9%であった。

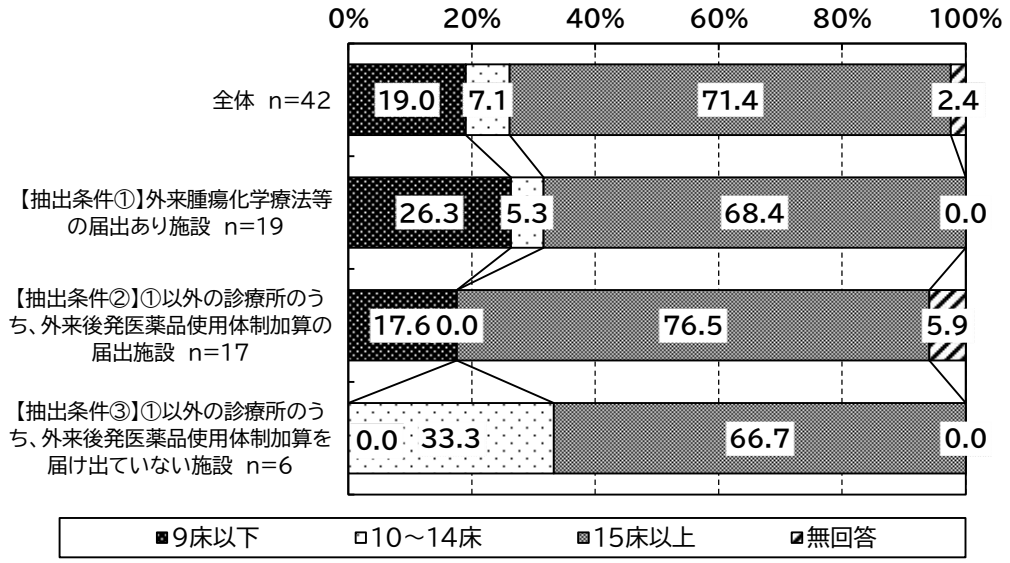
図表 3-15　有床診療所・無床診療所の区分

＜一般診療所＞

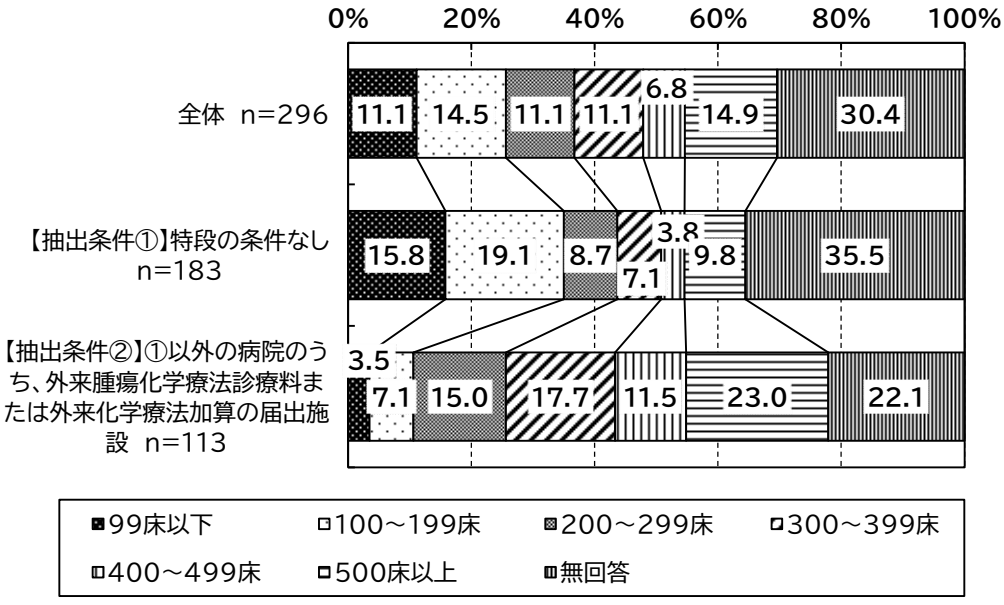


図表 3-16　許可病床数（合計病床数）

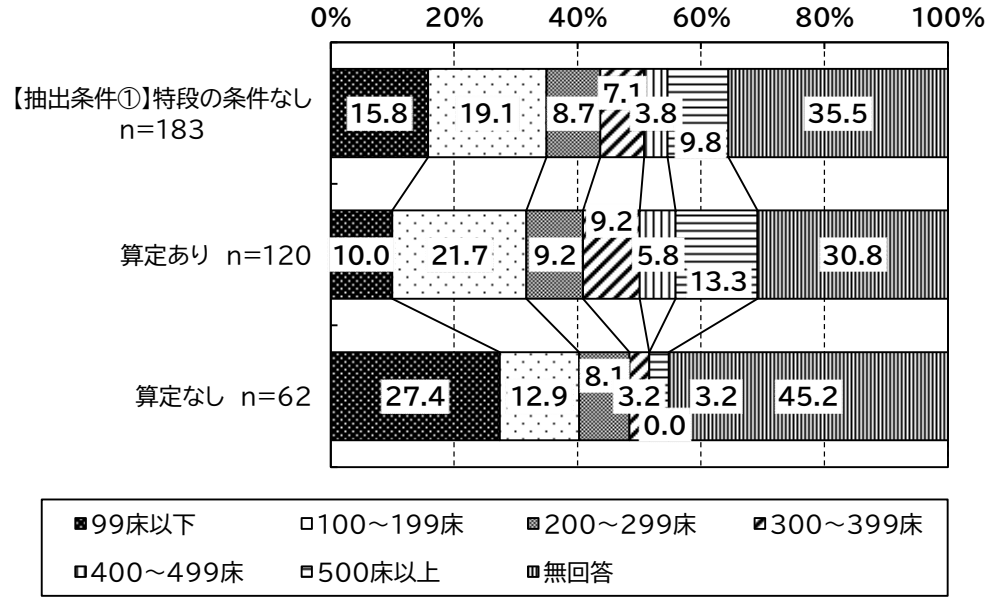
＜一般診療所＞



＜病院＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



図表 3-17　許可病床数（病院、病床種別）

		回答施設数	平均値（床）	標準偏差	中央値
一般病床	全体	278	269.7	236.3	208.5
	【抽出条件①】特段の条件なし	167	198.7	218.0	119.0
	【抽出条件②】①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	111	376.6	222.1	331.0
療養病床	全体	230	26.1	47.9	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	140	34.7	53.5	0.0
	【抽出条件②】①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	90	12.8	33.3	0.0
精神病床	全体	211	20.9	57.8	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	125	29.0	72.4	0.0
	【抽出条件②】①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	86	9.1	18.4	0.0
結核病床	全体	206	1.9	7.4	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	119	1.2	5.7	0.0
	【抽出条件②】①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	87	2.7	9.2	0.0
感染症病床	全体	207	1.1	2.6	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	116	0.7	1.9	0.0
	【抽出条件②】①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	91	1.7	3.2	0.0
全体	全体	206	330.2	238.3	280.5
	【抽出条件①】特段の条件なし	118	265.0	223.6	196.0
	【抽出条件②】①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	88	417.6	229.1	370.5

※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回答。
※療養病床には介護療養病床も含む。

図表 3-18　許可病床数（病院）
（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	118	265.0	223.6	196.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	83	304.1	219.3	228.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	34	172.2	208.8	101.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

(10) 医師数、歯科医師数、薬剤師数

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における医師数、歯科医師数、薬剤師数について、以下のとおりであった。

医師数（常勤のみ）は一般診療所調査全体では平均 1.3 人、歯科診療所調査全体では平均 1.4 人、病院調査全体では平均 73.0 人であった。

図表 3-19　１施設あたりの医師数・薬剤師数（常勤のみ）

＜一般診療所　医師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	554	1.3	1.6	1.0
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	130	1.9	3.1	1.0
【抽出条件②】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	245	1.2	0.6	1.0
【抽出条件③】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	179	1.1	0.3	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜一般診療所　薬剤師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	513	0.2	0.5	0.0
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	122	0.5	0.8	0.0
【抽出条件②】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	232	0.1	0.4	0.0
【抽出条件③】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	159	0.0	0.2	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜歯科診療所　歯科医師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	739	1.4	1.1	1.0
【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	411	1.5	0.9	1.0
【抽出条件②】①以外の施設	326	1.3	1.2	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜歯科診療所　薬剤師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	635	0.0	0.1	0.0
【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	363	0.0	0.2	0.0
【抽出条件②】①以外の施設	271	0.0	0.1	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　医師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	290	73.0	119.1	21.5
【抽出条件①】特段の条件なし	179	47.3	93.0	9.0
【抽出条件②】①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	111	114.3	142.6	61.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　薬剤師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	253	58.7	130.1	11.2
【抽出条件①】特段の条件なし	153	45.2	119.9	8.6
【抽出条件②】①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	100	79.4	142.0	22.6

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　医師数（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	179	47.3	93.0	9.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	118	62.2	102.3	16.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	60	18.7	62.9	5.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　薬剤師数（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	183	10.8	15.3	4.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	120	14.0	16.8	6.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	62	4.7	9.5	2.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

図表 3-20　１施設あたりの医師数・薬剤師数（常勤換算）

＜一般診療所　医師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	307	1.5	3.9	1.0
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	76	3.2	7.5	1.0
【抽出条件②】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	127	0.9	0.9	1.0
【抽出条件③】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	104	0.8	0.7	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜一般診療所　薬剤師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	296	0.2	0.5	0.0
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	74	0.5	0.8	0.0
【抽出条件②】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	126	0.1	0.3	0.0
【抽出条件③】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	96	0.0	0.1	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜歯科診療所　歯科医師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	453	0.7	0.9	0.0
【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	274	0.7	0.9	0.0
【抽出条件②】①以外の施設	178	0.6	0.8	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜歯科診療所　薬剤師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	446	0.0	0.1	0
【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	268	0.0	0.1	0
【抽出条件②】①以外の施設	177	0.0	0.0	0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　医師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	294	15.2	18.5	7.5
【抽出条件①】特段の条件なし	183	10.8	15.3	4.0
【抽出条件②】①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	111	22.5	20.8	17.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　薬剤師数＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	239	10.6	19.0	3.0
【抽出条件①】特段の条件なし	146	8.4	15.7	2.6
【抽出条件②】①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	93	14.0	22.8	4.4

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　医師数（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	153	45.2	119.9	8.6
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	99	64.7	144.8	11.5
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	53	9.7	16.7	4.8

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　薬剤師数（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	146	8.4	15.7	2.6
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	95	11.3	18.3	4.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	50	3.2	6.2	1.9

※無回答を除く施設を集計対象とした。

(11) 外来患者延数

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における外来患者延数（令和５年６月）について、一般診療所調査全体では平均 1,418.9 人、歯科診療所調査全体では平均 576.5 人、病院調査全体では平均 11,032.4 人であった。

図表 3-21　外来患者延数 令和５年６月

＜一般診療所＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	479	1,418.9	2,065.8	926.0
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	112	2,786.9	3,719.6	1,295.0
【抽出条件②】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	218	977.8	818.1	839.5
【抽出条件③】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	149	1,035.9	709.1	900.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜歯科診療所＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	600	576.5	722.5	414.0
【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	343	667.1	782.3	508.0
【抽出条件②】①以外の施設	256	457.0	614.2	350.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	270	11,032.4	11,268.0	7,471.0
【抽出条件①】特段の条件なし	166	8,111.4	9,873.8	4,021.0
【抽出条件②】①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	104	15,694.9	11,775.2	13,017.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	166	8,111.4	9,873.8	4,021.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	112	9,884.1	10,567.8	5,814.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	53	4,500.7	6,979.1	1,662.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

(12) 在院患者延数

一般診療所調査、病院調査における在院患者延数（令和５年６月）について、一般診療所調査全体では平均 57.4 人、病院調査全体では平均 6,431.9 人であった。

図表 3-22　在院患者延数 令和 5 年 6 月

＜一般診療所＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	356	57.4	189.5	0.0
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	81	67.9	182.8	0.0
【抽出条件②】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	160	53.3	177.6	0.0
【抽出条件③】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	115	55.9	208.8	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	273	6,431.9	5,235.9	5,090.0
【抽出条件①】特段の条件なし	168	5,294.8	4,732.5	3,850.5
【抽出条件②】①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	105	8,251.4	5,483.0	7,322.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

	回答施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	168	5,294.8	4,732.5	3,850.5
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	113	6,440.4	4,984.2	4,790.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	54	2,900.2	3,035.2	1,831.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

(13) 医薬品の備蓄品目数

① 一般診療所における備蓄品目数

一般診療所調査における医薬品の備蓄品目数（令和５年７月１日時点）については、一般診療所調査全体（有床診療所、または無床診療所で院内処方を行っている施設）では平均 165.0 品目であった。うち後発医薬品は平均 95.0 品目であった。

図表 3-23　一般診療所における医薬品の備蓄品目数（令和５年７月１日）
（有床診療所、または無床診療所で院内処方を行っている施設）

＜一般診療所　調剤用医薬品＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
全体	250	165.0	131.8	148.5
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	44	186.3	189.4	155.0
【抽出条件②】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	176	169.5	114.9	158.0
【抽出条件③】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	30	107.3	103.1	83.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜一般診療所　後発医薬品＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
全体	242	95.0	92.8	70.5
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	43	71.3	103.2	40.0
【抽出条件②】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	169	111.5	91.4	90.0
【抽出条件③】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	30	36.4	38.0	23.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜一般診療所　先行バイオ医薬品＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
全体	216	1.6	4.1	0.0
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	39	5.2	6.8	3.0
【抽出条件②】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	150	0.9	2.6	0.0
【抽出条件③】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	27	0.6	2.0	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

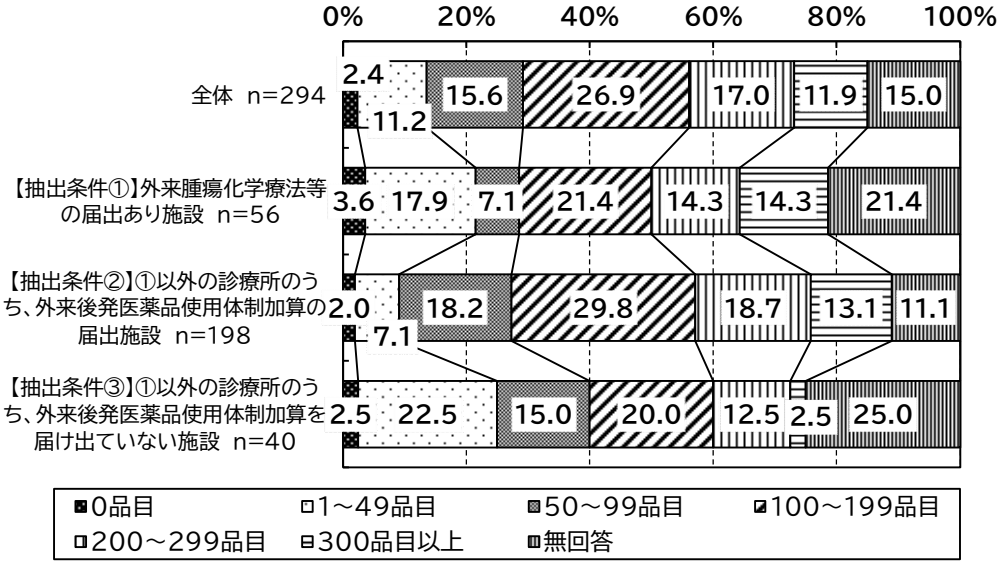
＜一般診療所　バイオ後続品＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
全体	218	0.6	1.7	0.0
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	39	1.8	2.5	1.0
【抽出条件②】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	153	0.4	1.4	0.0
【抽出条件③】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	26	0.2	0.7	0.0

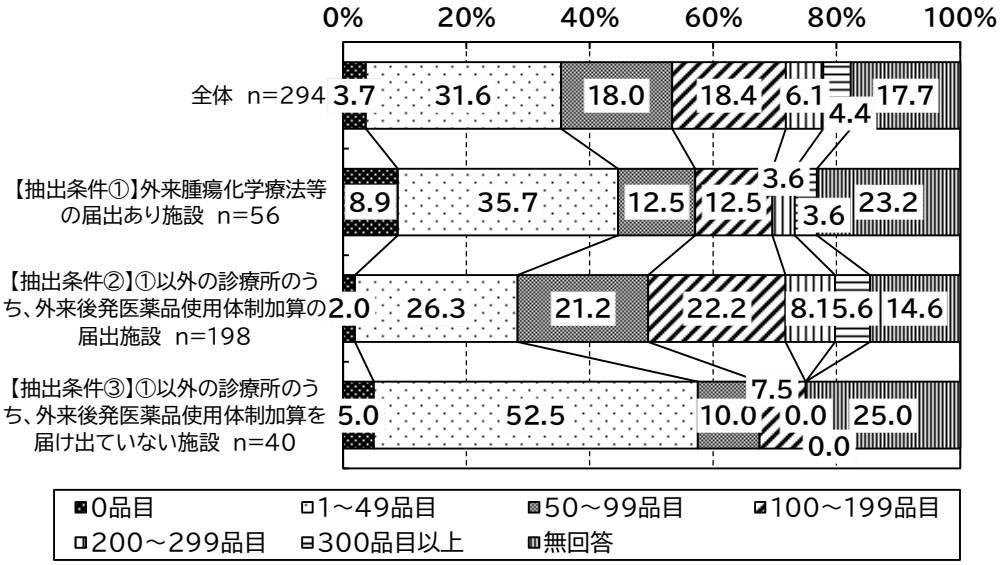
※無回答を除く施設を集計対象とした。

図表 3-24　一般診療所における医薬品の備蓄品目数の分布（令和 5 年 7 月 1 日）

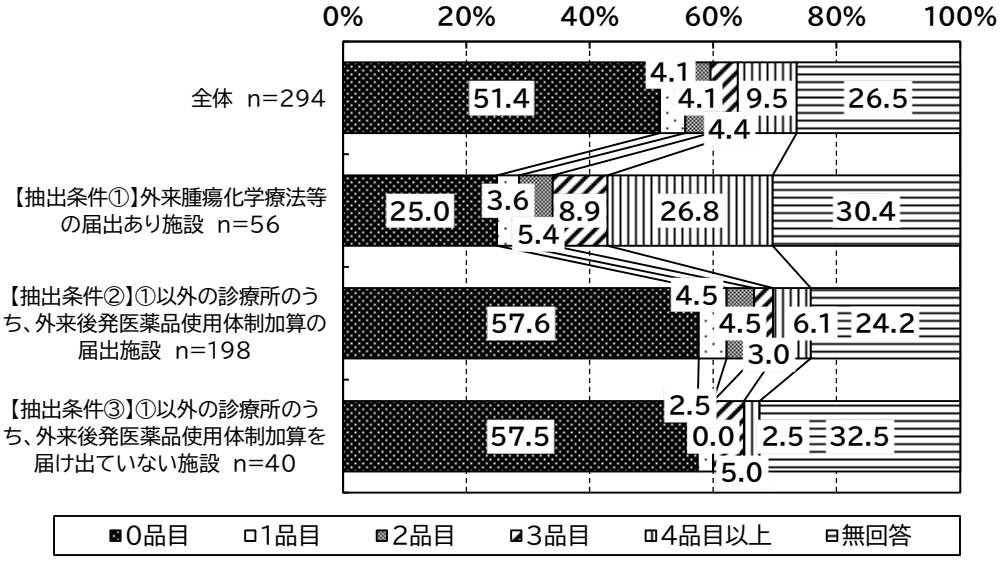
＜一般診療所　調剤用医薬品＞



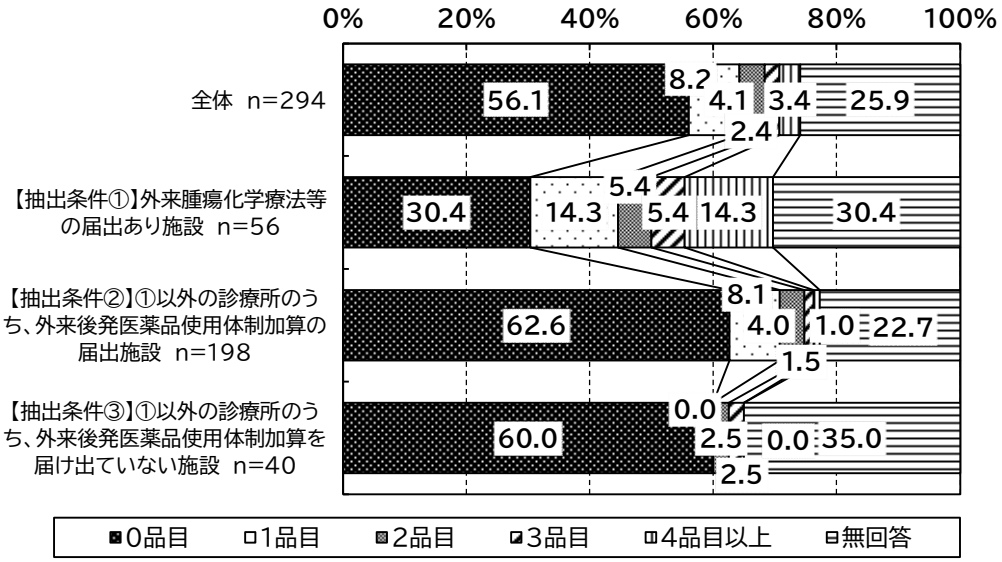
＜一般診療所　後発医薬品＞



＜一般診療所　先行バイオ医薬品＞



＜一般診療所　バイオ後続品＞



② 病院における備蓄品目数

病院調査における医薬品の備蓄品目数（令和５年７月１日時点）について、特段の条件なしの施設の場合、調剤用医薬品全体では平均 867.3 品目であった。うち後発医薬品は平均 309.9 品目であった。

図表 3-25　病院における調剤用医薬品の備蓄品目数の内訳（令和５年７月１日）

＜病院　調剤用医薬品　内服薬＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	139	462.6	236.5	424.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	93	510.6	236.6	483.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	45	370.2	204.3	314.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　調剤用医薬品　外用薬＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	139	159.8	96.8	137.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	93	177.2	98.2	172.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	45	126.2	83.6	100.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　調剤用医薬品　注射薬＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	139	290.9	212.0	203.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	93	344.2	208.7	331.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	45	186.2	174.9	130.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　調剤用医薬品　合計＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	172	867.3	513.8	758.5
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	113	996.7	513.9	990.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	58	625.9	413.7	500.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

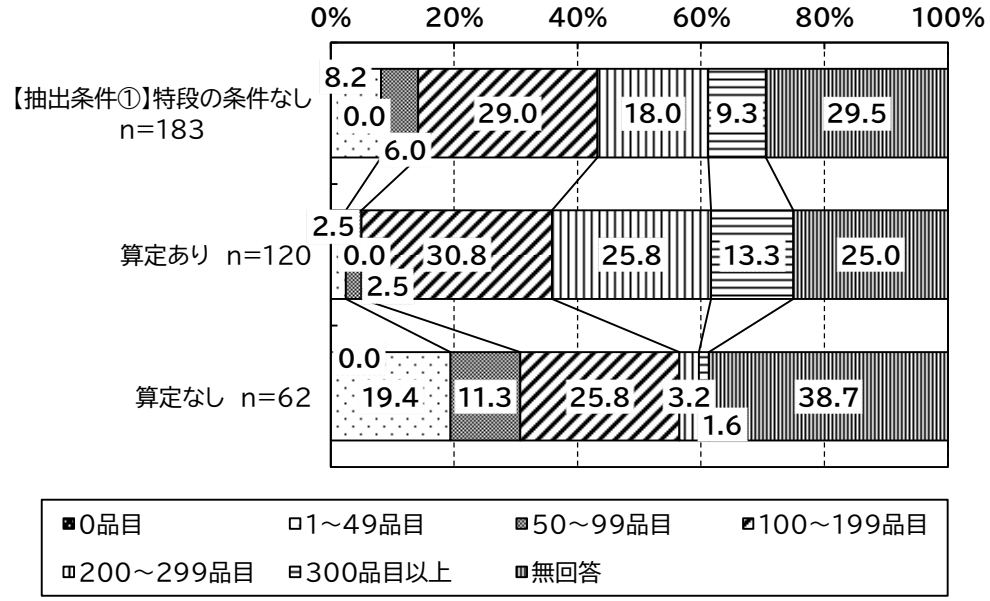
図表 3-26　病院における後発医薬品の備蓄品目数の内訳（令和 5 年 7 月 1 日）

＜病院　後発医薬品　内服薬＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	129	183.4	113.3	168.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	90	216.8	103.9	200.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	38	107.2	96.0	95.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　調剤用医薬品　内服薬（分布）＞

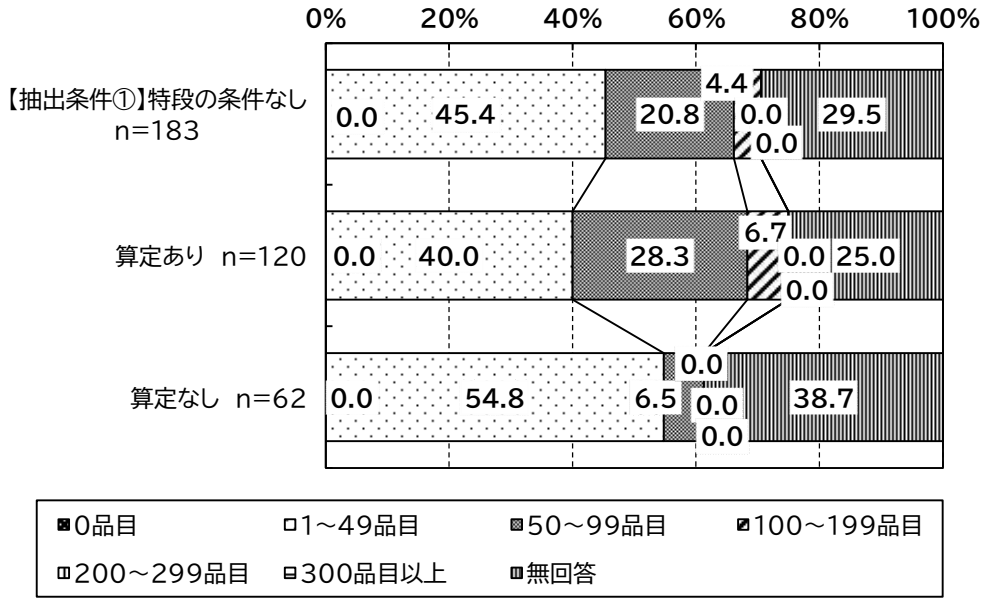


＜病院　後発医薬品　外用薬＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	129	43.9	28.9	40.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	90	51.8	29.4	48.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	38	25.6	16.8	24.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　後発医薬品　外用薬（分布）＞

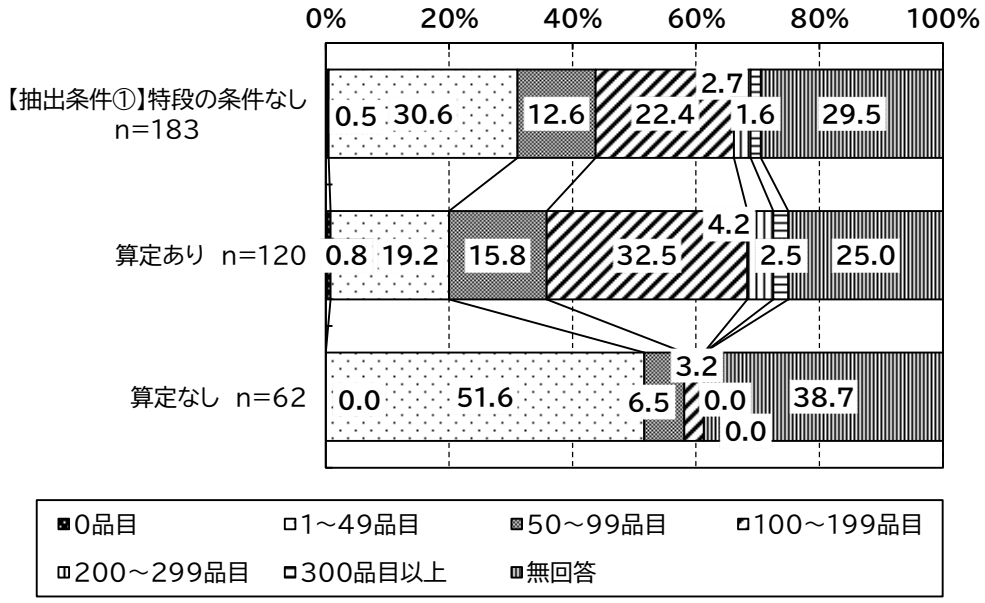


＜病院　後発医薬品　注射薬＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	129	82.1	67.9	67.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	90	103.0	69.1	100.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	38	34.5	30.2	27.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　後発医薬品　注射薬（分布）＞

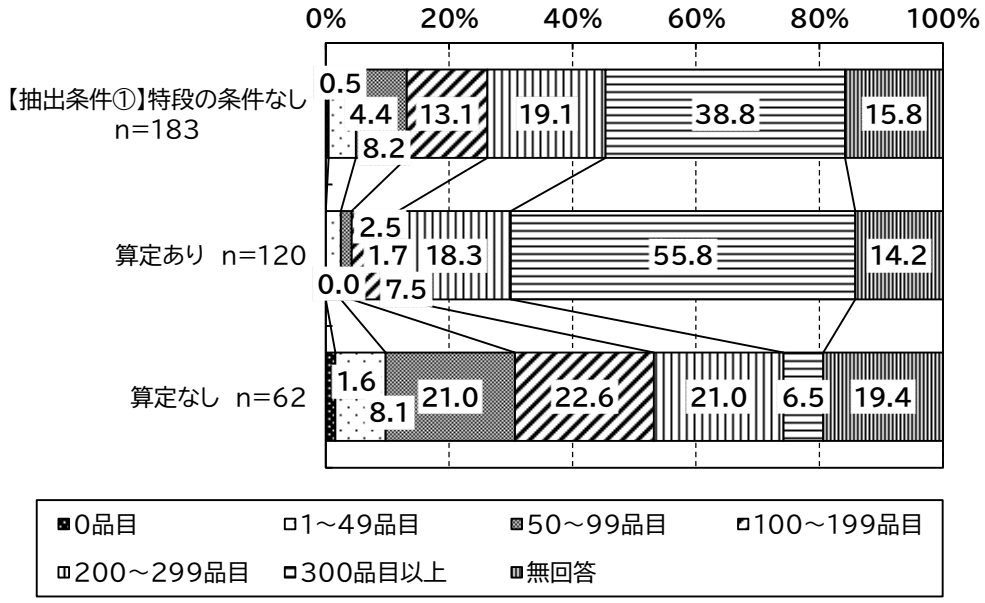


＜病院　後発医薬品　合計＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	154	309.9	213.0	264.5
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	103	383.6	211.5	357.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	50	161.9	116.9	143.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　後発医薬品　（分布）＞



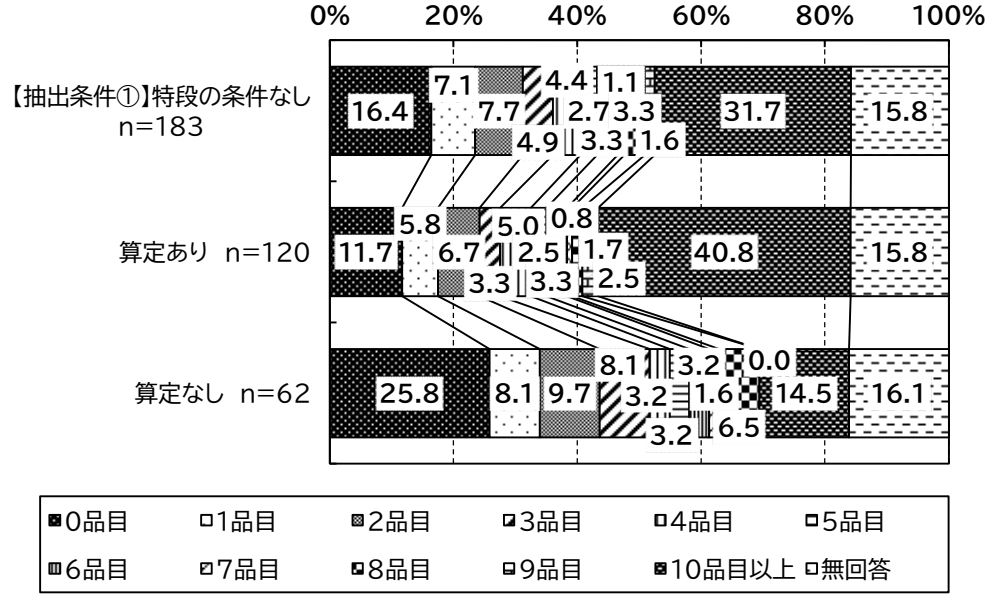
図表 3-27　病院における先行バイオ医薬品の備蓄品目数（令和 5 年 7 月 1 日）

＜病院　先行バイオ医薬品＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	154	17.4	39.4	5.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	101	23.4	46.9	9.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	52	6	11.2	2.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　先行バイオ医薬品（分布）＞

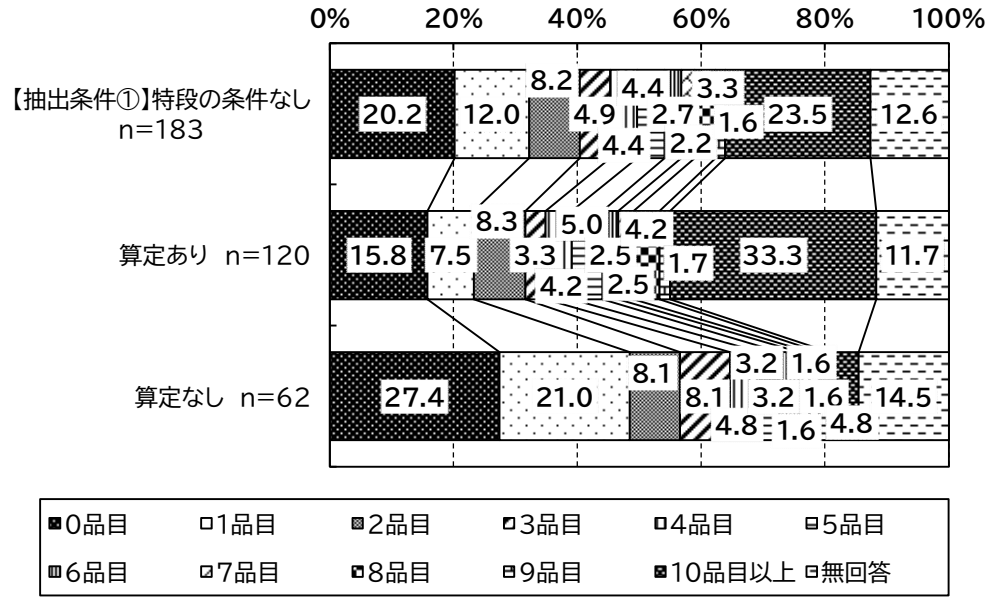


＜病院　バイオ後続品＞

	回答施設数	平均値(品目)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	160	6.1	7.1	3.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	106	7.9	7.7	5.5
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	53	2.6	3.5	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

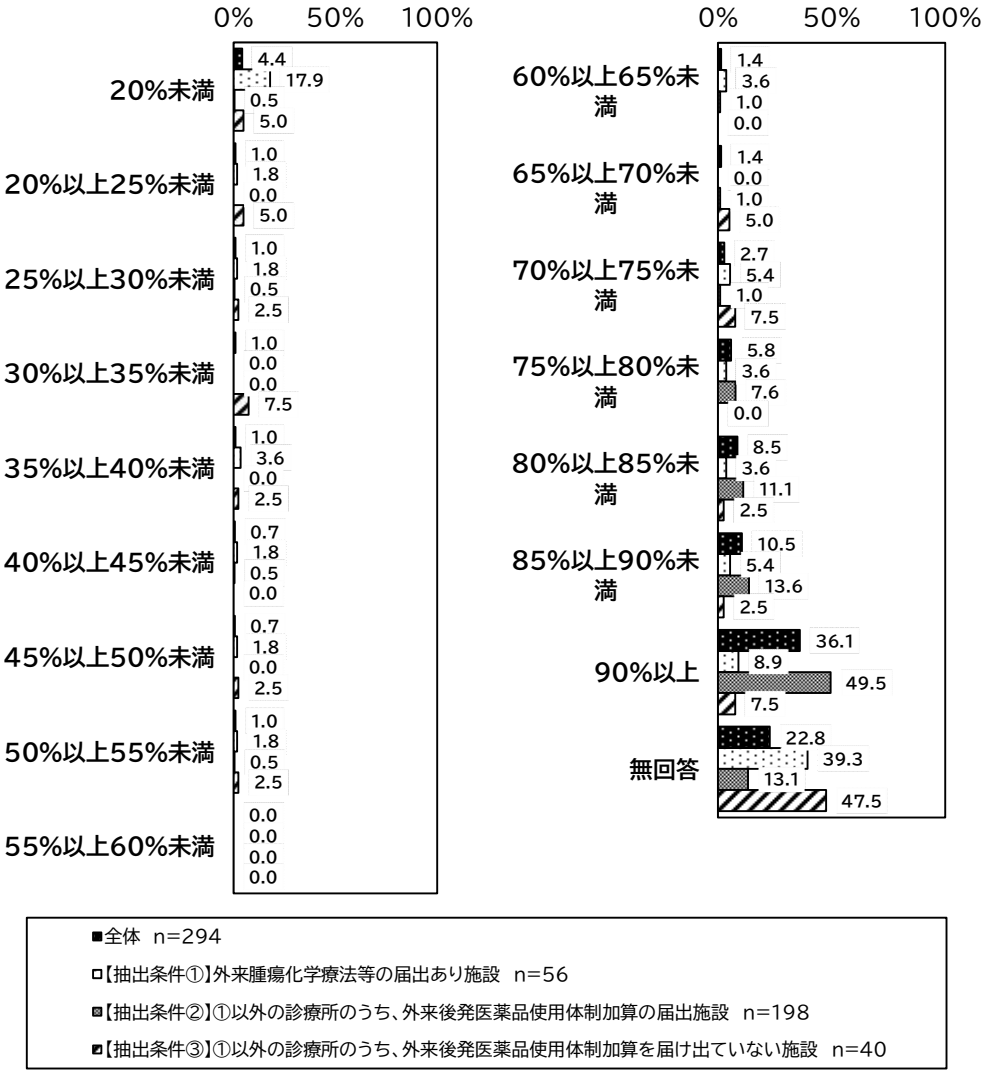
＜病院　バイオ後続品（分布）＞



(14) 後発医薬品使用割合

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における、後発医薬品使用割合について、「90%以上」が一般診療所調査全体（有床診療所、または無床診療所で院内処方を行っている施設）では 36.1%、歯科診療所調査全体では 50.4%、病院調査の場合、特段の条件なしの施設では 41.5%であった。

図表 3-28　一般診療所における後発医薬品使用割合の分布
（有床診療所、または無床診療所で院内処方を行っている施設）（令和 5 年 6 月）



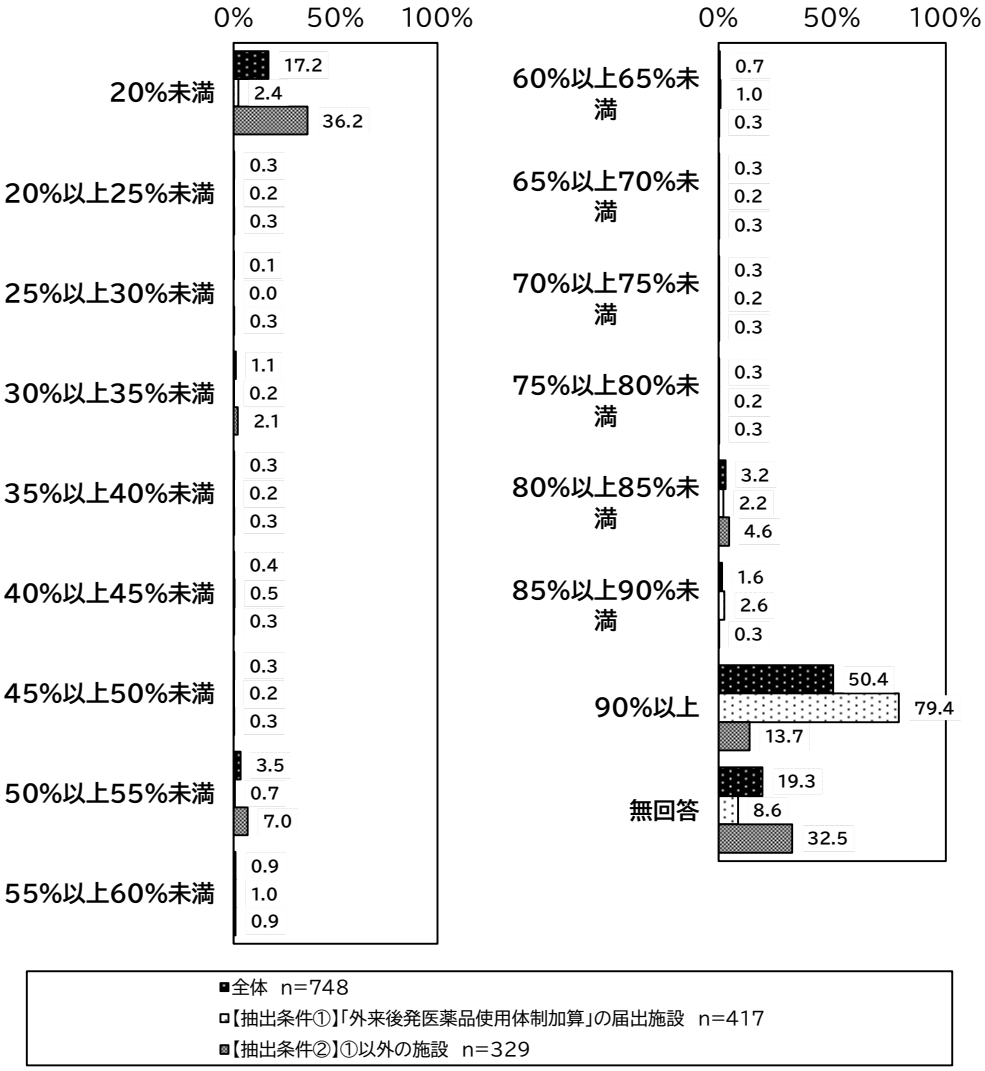
図表 3-29　一般診療所における後発医薬品使用割合
（有床診療所、または無床診療所で院内処方を行っている施設）（令和 5 年 6 月）

＜一般診療所＞

	回答施設数	平均値(%)	標準偏差	中央値
全体	227	79.0	24.9	88.8
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	34	50.4	34.9	55.0
【抽出条件②】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	172	87.8	12.2	90.9
【抽出条件③】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	21	52.8	29.5	50.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

図表 3-30　歯科診療所における後発医薬品使用割合の分布（令和 5 年 6 月）

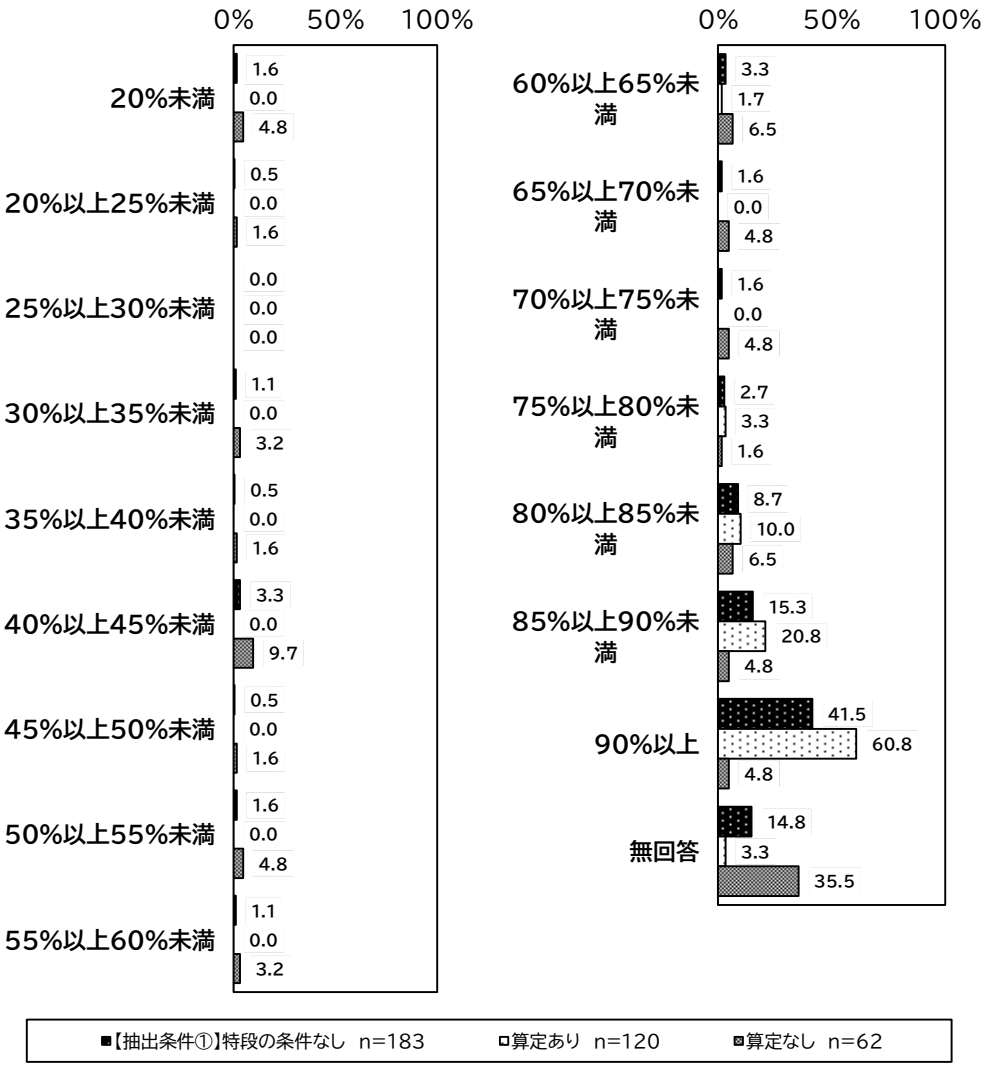


図表 3-31　歯科診療所における後発医薬品使用割合（令和 5 年 6 月）

	回答施設数	平均値（%）	標準偏差	中央値
全体	604	71.4	39.9	95.2
【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	381	92.5	18.7	100.0
【抽出条件②】①以外の施設	222	35.0	40.5	2.9

※無回答を除く施設を集計対象とした。

図表 3-32　病院における後発医薬品使用割合の分布（令和 5 年 6 月）

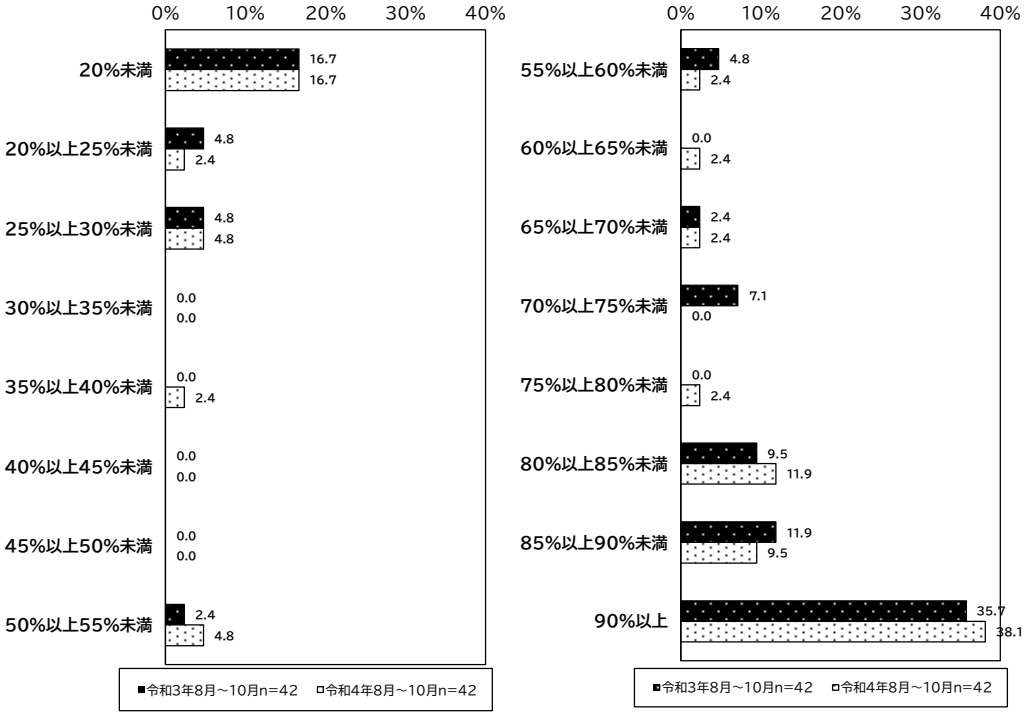


図表 3-33　病院における後発医薬品使用割合（令和 5 年 6 月）

	回答施設数	平均値(%)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	156	82.1	18.4	89.5
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	116	90.0	6.2	91.4
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	40	59.1	22.5	60.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

図表 3-34　（参考 令和 4 年度調査）診療所における後発医薬品使用割合の分布
（新指標、数量ベース）（有床診療所及び院外処方 5%未満の無床診診療所）
（令和３年８月～10 月、令和４年８月～10 月）



図表 3-35　（参考 令和 4 年度調査）診療所における後発医薬品使用割合
（新指標、数量ベース）（有床診療所及び院外処方 5%未満の無床診診療所）
（令和３年８月～10 月、令和４年８月～10 月）

	回答施設数	平均値（%）	標準偏差	中央値
令和３年８月～10 月の月平均値（%）	42	66.2	35.5	84.0
令和４年８月～10 月の月平均値（%）	42	66.4	35.4	83.5

※令和３年８月～10 月及び令和４年８月～10 月の後発医薬品使用割合すべてについて記入のあった施設を集計対象とした。

図表 3-36　（参考 令和４年度調査）病院における後発医薬品使用割合
（数量ベース、病院全体）

	回答施設数	令和３年８月		令和３年９月		令和３年 10 月	
		外来	入院	外来	入院	外来	入院
平均値（%）	109	63.4	82.1	64.5	82.0	63.7	81.9
標準偏差	109	37.2	19.8	37.2	19.8	37.4	19.7
中央値（%）	109	81.0	89.3	83.7	88.7	82.6	88.6

※令和３年８月～10 月及び令和４年８月～10 月の後発医薬品使用割合すべてについて記入のあった施設を集計対象とした。

	回答施設数	令和４年８月		令和４年９月		令和４年 10 月	
		外来	入院	外来	入院	外来	入院
平均値（%）	109	64.5	82.2	63.5	82.0	63.9	82.0
標準偏差	109	37.5	20.1	37.8	20.1	37.7	20.3
中央値（%）	109	83.3	89.8	81.8	89.8	82.9	19.6

※令和３年８月～10 月及び令和４年８月～10 月の後発医薬品使用割合すべてについて記入のあった施設を集計対象とした。

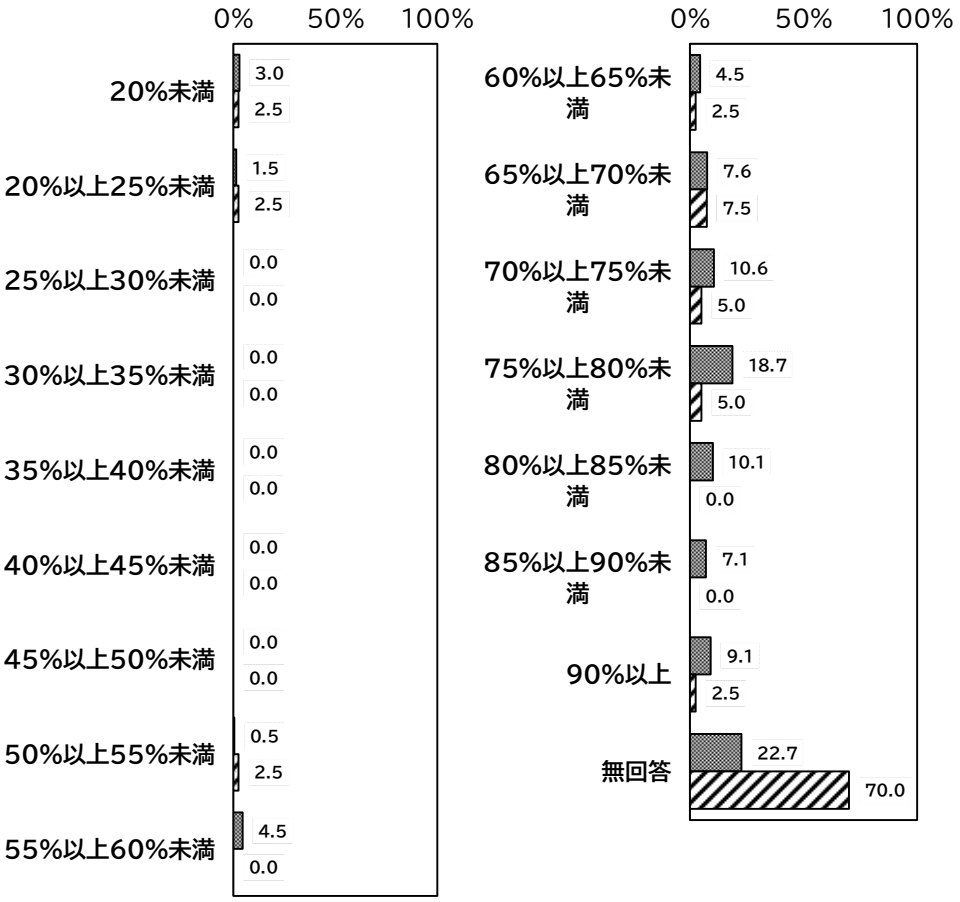
(15) カットオフ値の割合

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における、カットオフ値の割合について、一般診療所調査（有床診療所、または無床診療所で院内処方を行っている施設）では、外来後発医薬品使用体制加算の届出施設の場合、「75%以上 80%未満」が 18.7%であった。

歯科診療所調査全体では「90%以上」が 35.0%、病院調査のうち特段の条件なしで抽出した施設では「55%以上 60%未満」が 17.5%であった。

＜一般診療所＞

図表 3-37　一般診療所におけるカットオフ値の分布
（有床診療所、または無床診療所で院内処方を行っている施設）（令和 5 年 6 月）



図表 3-38　一般診療所におけるカットオフ値
（有床診療所、または無床診療所で院内処方を行っている施設）（令和 5 年 6 月）

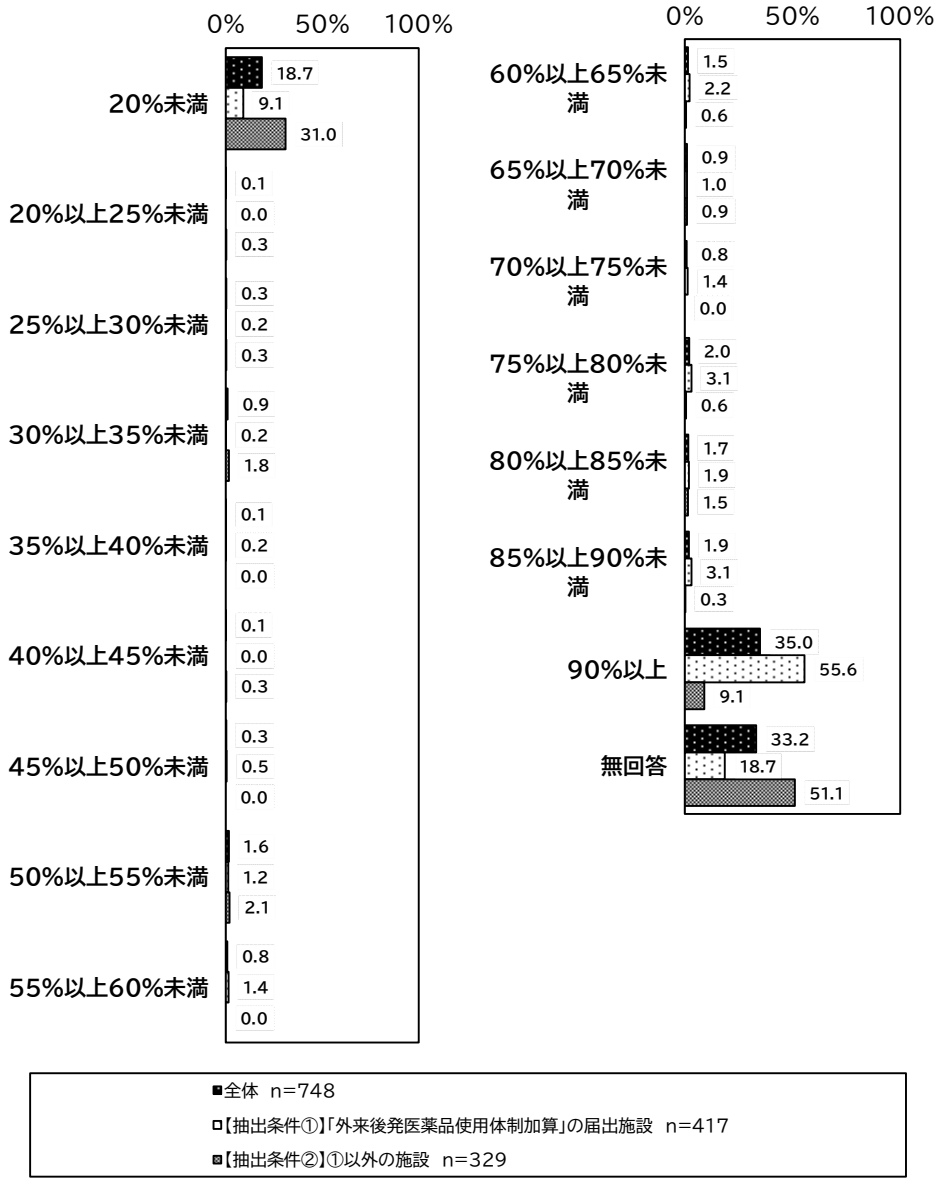
＜一般診療所＞

	回答施設数	平均値(%)	標準偏差	中央値
【抽出条件②】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	153	73.1	18.6	76.9
【抽出条件③】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	12	61.0	23.3	67.4

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜歯科診療所＞

図表 3-39　歯科診療所におけるカットオフ値の分布（令和 5 年 6 月）



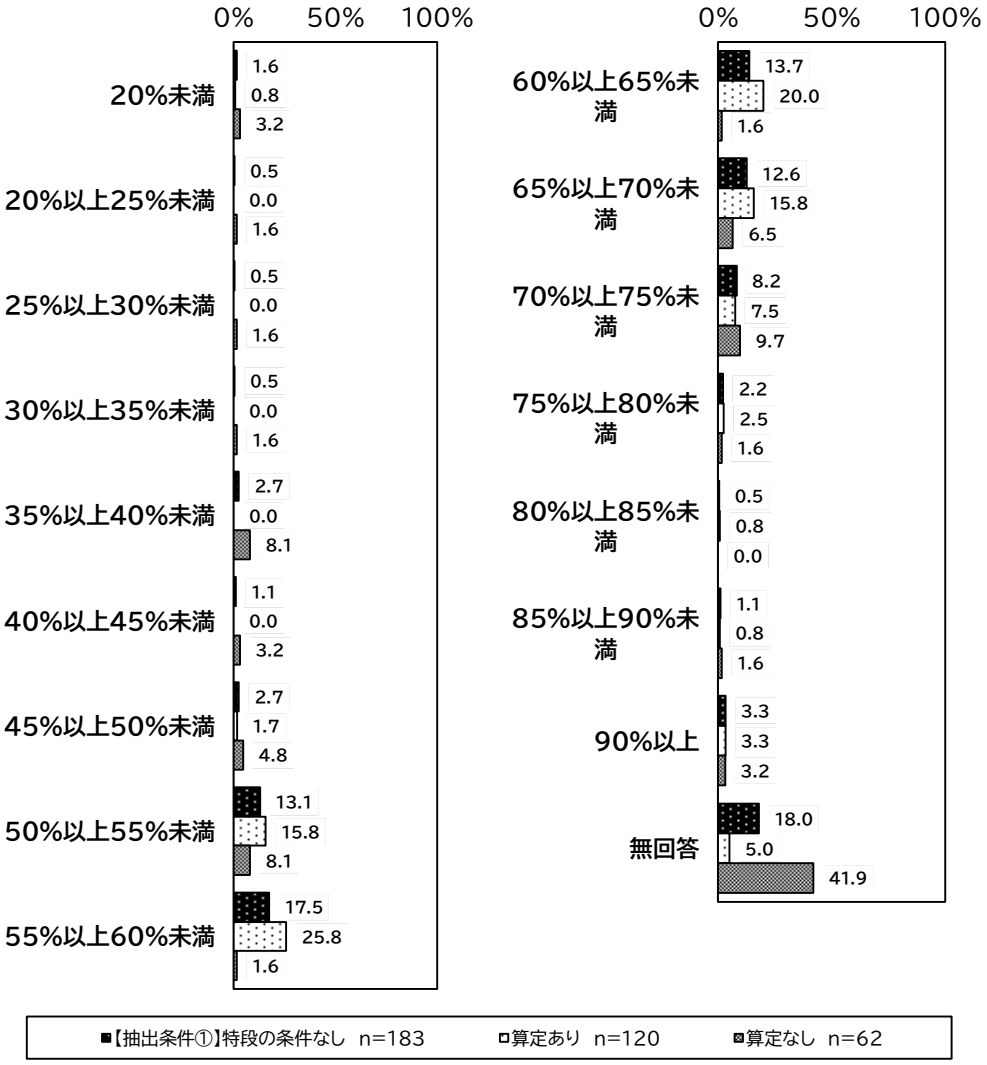
図表 3-40　歯科診療所におけるカットオフ値（令和 5 年 6 月）

	回答施設数	平均値（%）	標準偏差	中央値
全体	500	64.5	42.4	90.2
【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	339	81.7	31.4	98.0
【抽出条件②】①以外の施設	161	28.3	39.8	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院＞

図表 3-41　病院におけるカットオフ値の分布（令和 5 年 6 月）

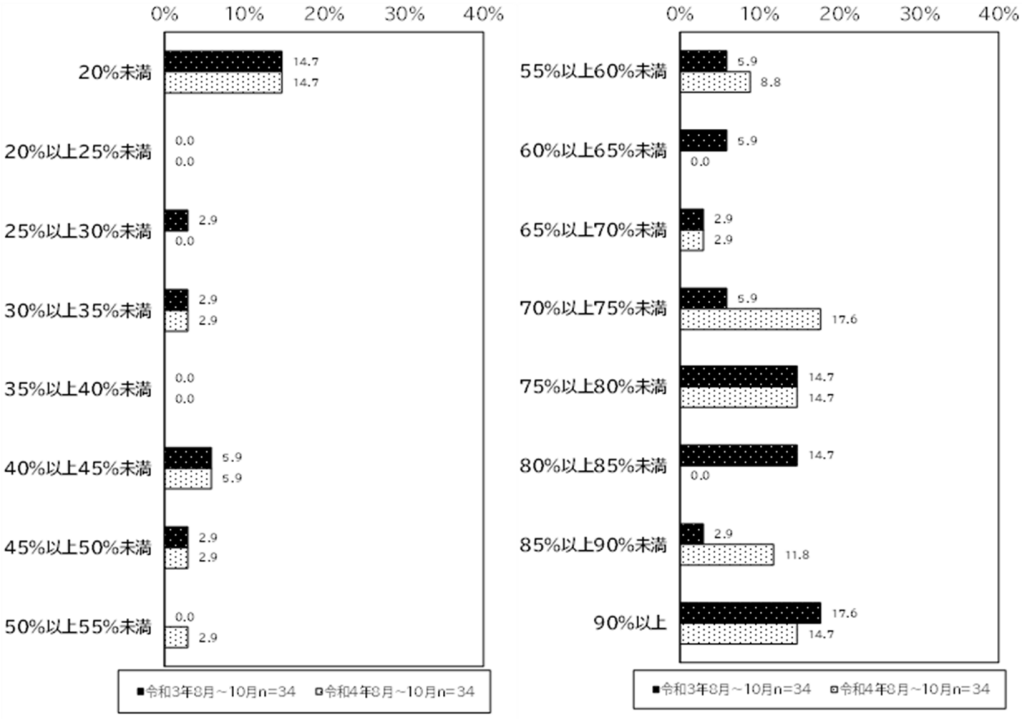


図表 3-42　病院におけるカットオフ値（令和 5 年 6 月）

	回答施設数	平均値(%)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	150	60.2	14.0	60.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	114	62.0	10.8	60.9
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	36	54.3	19.9	54.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

図表 3-43　（参考 令和４年度調査）診療所におけるカットオフ値の割合の分布
（調剤報酬算定上の数値）
（令和３年８月～10 月、令和４年８月～10 月）

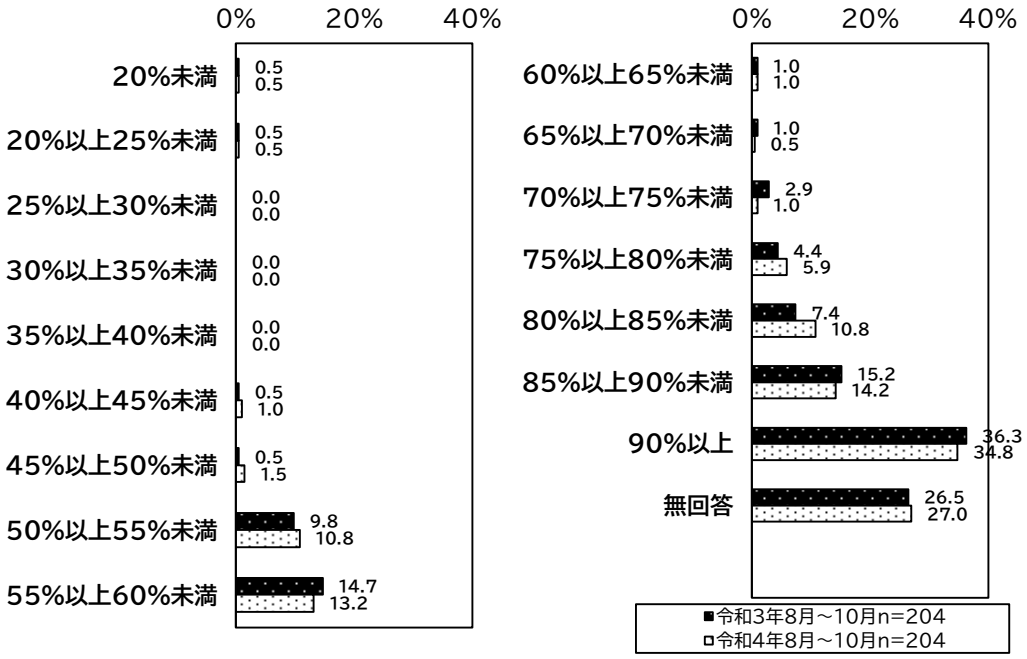


図表 3-44　（参考 令和４年度調査）診療所におけるカットオフ値の割合
（調剤報酬算定上の数値）
（令和３年８月～10 月、令和４年８月～10 月）

	回答施設数	平均値(%)	標準偏差	中央値
令和３年８月～10 月の月平均値（%）	34	61.8	29.5	73.5
令和４年８月～10 月の月平均値（%）	34	63.0	29.4	73.2

※令和３年８月～10 月及び令和４年８月～10 月のカットオフ値の割合すべてについて記入のあった施設を集計対象とした。

図表 3-45　（参考 令和４年度調査）病院におけるカットオフ値の割合の分布
（調剤報酬算定上の数値）
（令和３年８月～10 月、令和４年８月～10 月）



図表 3-46　（参考 令和４年度調査）
病院におけるカットオフ値の割合（調剤報酬算定上の数値）
（令和３年８月～10 月、令和４年８月～10 月）

	回答施設数	平均値(%)	標準偏差	中央値
令和３年８月～10 月の月平均値（%）	145	63.6	10.4	65.0
令和４年８月～10 月の月平均値（%）	145	62.3	10.3	62.9

※令和３年８月～10 月及び令和４年８月～10 月のカットオフ値の割合すべてについて記入のあった施設を集計対象とした。

3) 後発医薬品に係る最近の対応状況等

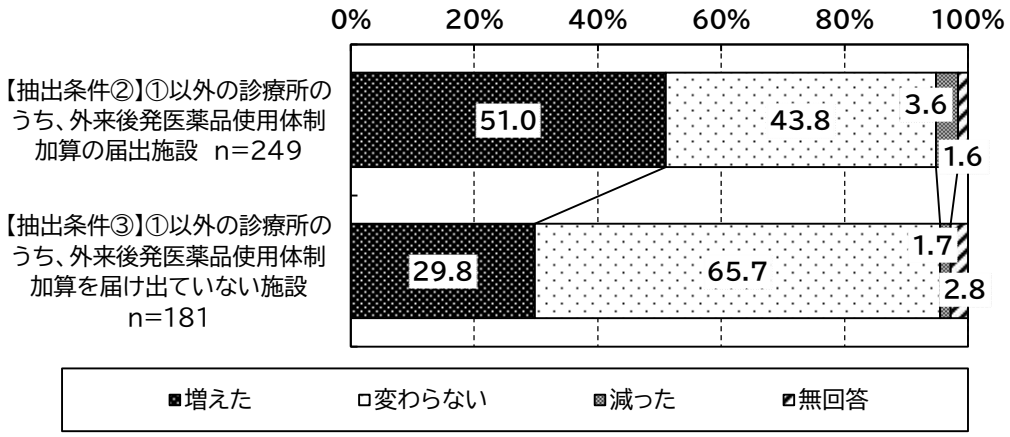
(1) １年前と比較した後発医薬品に係る対応における業務量

一般診療所調査、病院調査における、１年前と比較した後発医薬品に係る対応における業務量について、一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「増えた」が 51.0%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では「増えた」が 29.8%であった。

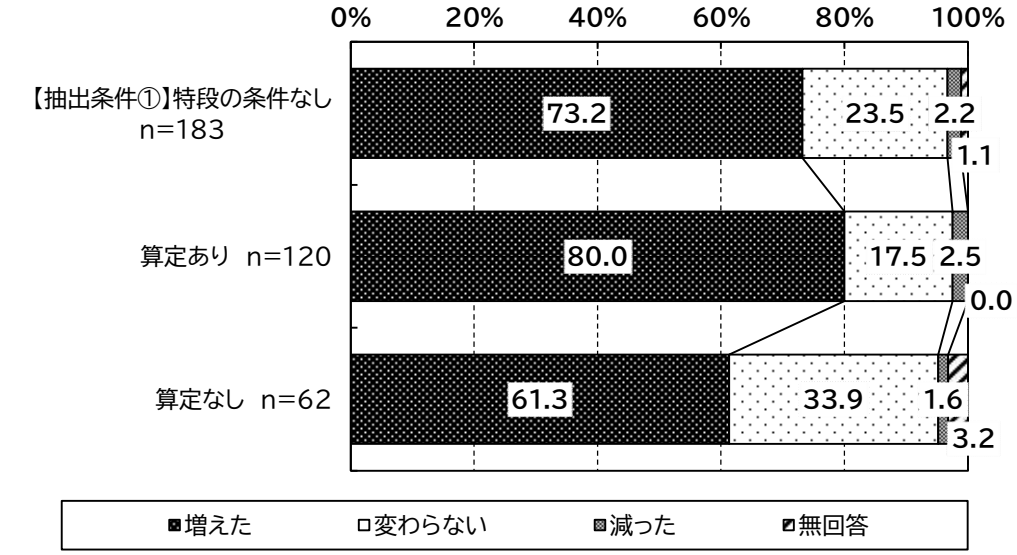
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「増えた」が 73.2%であった。

図表 3-47　１年前と比較した後発医薬品に係る対応における業務量

＜一般診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



(2) １年前（令和４年７月１日）と比較した、後発医薬品の供給体制の変化

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査、医師調査における、１年前（令和４年７月１日）と比較した、後発医薬品の供給体制の変化について尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「悪化した」が65.9%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では「悪化した」が52.5%であった。

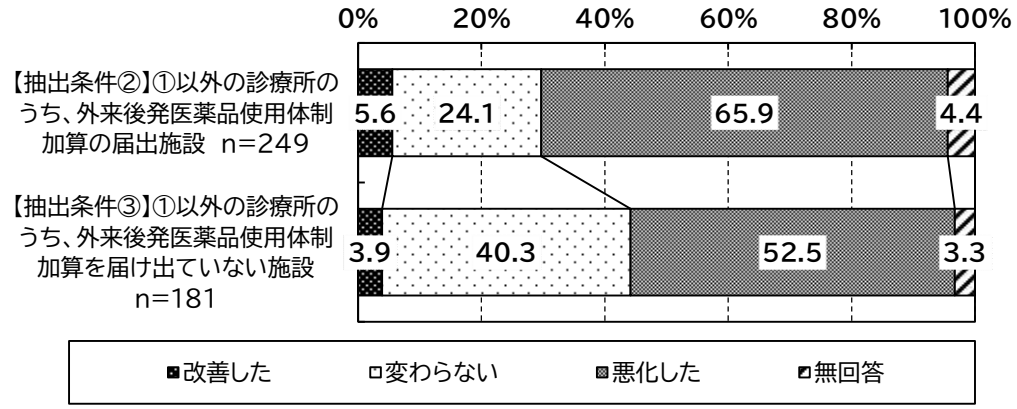
歯科診療所調査全体では「変わらない」が70.1%であった。

病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「悪化した」が58.5%であった。

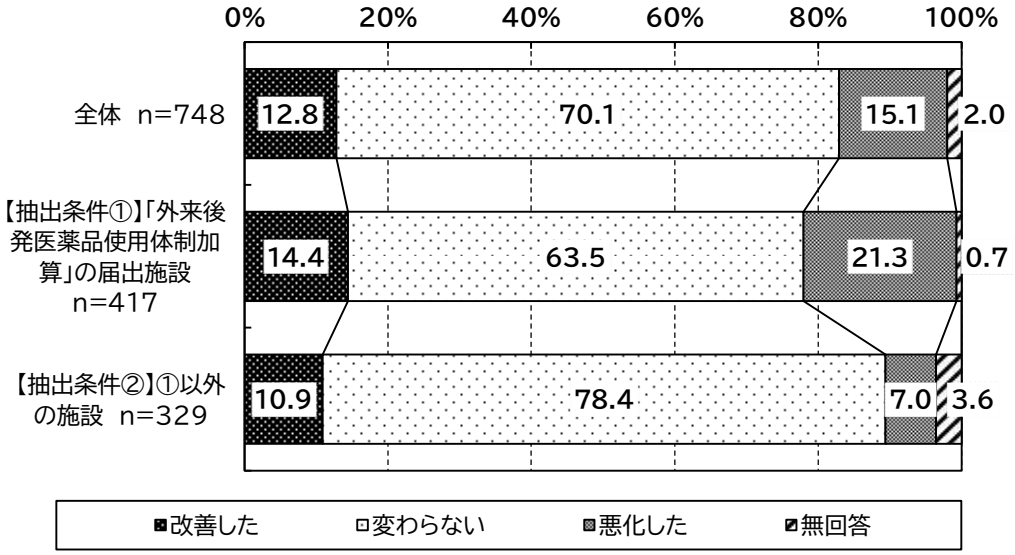
医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師では、「悪化した」が42.5%であった。

図表 3-48　１年前（令和４年７月１日）と比較した、後発医薬品の供給体制の変化

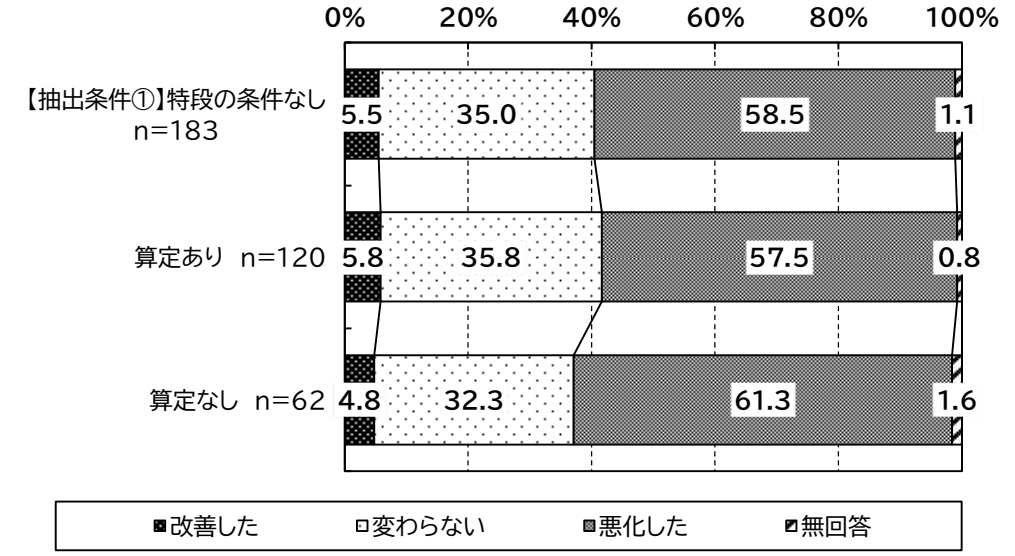
＜一般診療所＞



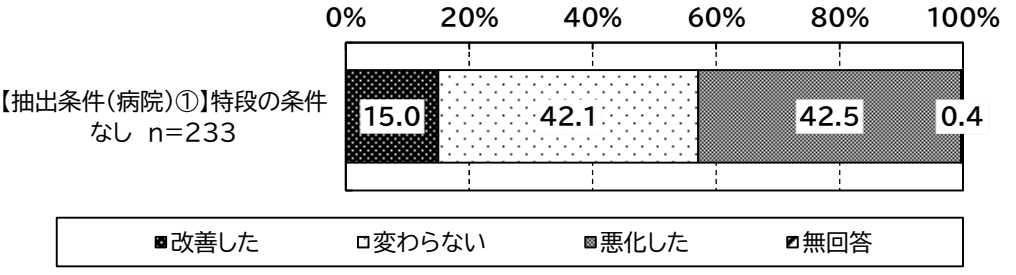
＜歯科診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

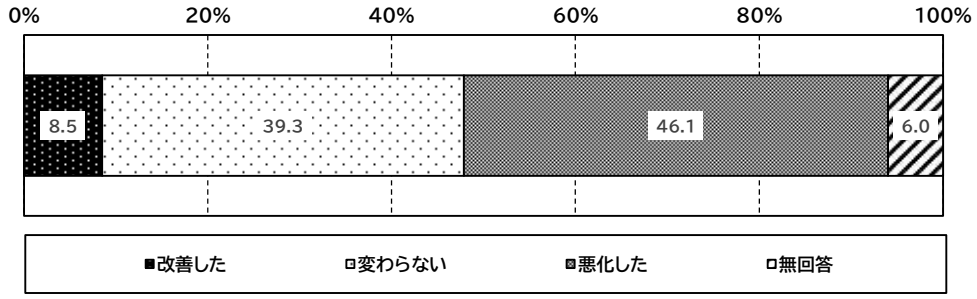


＜医師＞

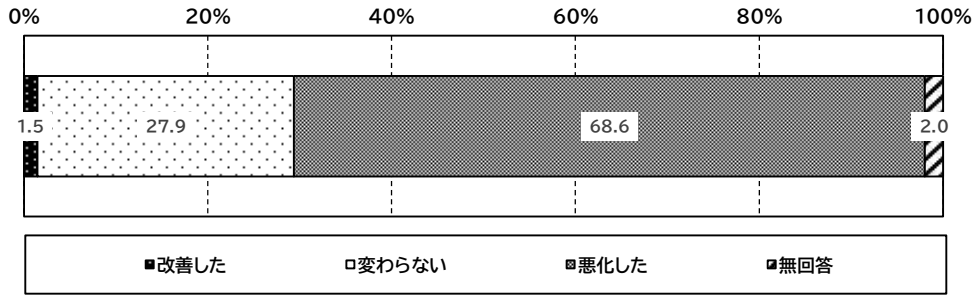


図表 3-49　（参考 令和 4 年度調査）１年前（令和 3 年 11 月 1 日）と
比較した後発医薬品の供給体制

診療所n=399



病院n=204



(3) 現在の医薬品の調達状況

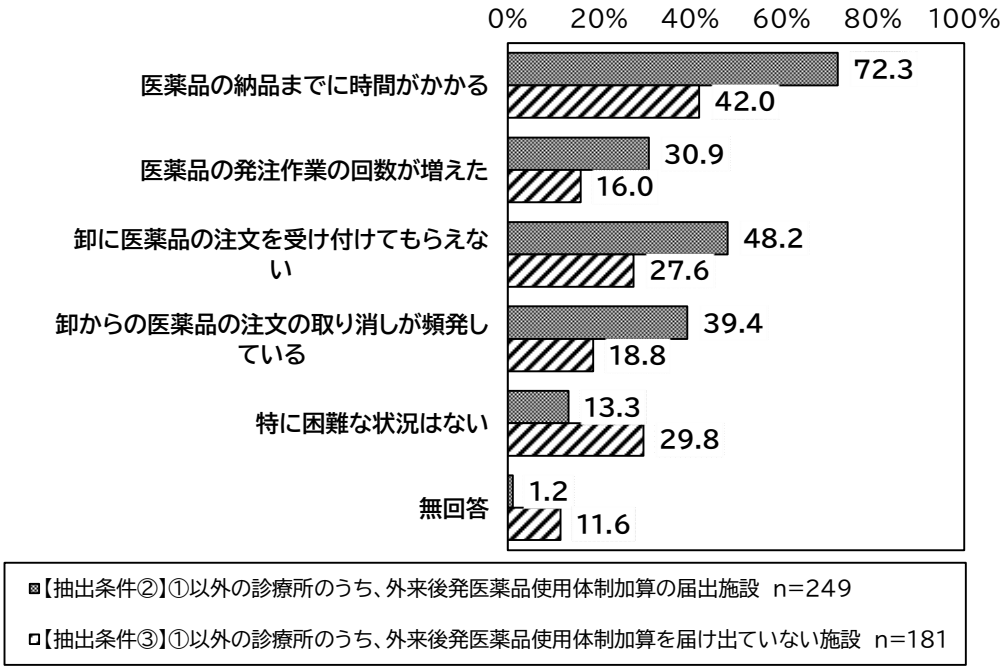
一般診療所調査、病院調査における、令和 5 年 7 月 現在の医薬品の調達状況について尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「医薬品の納入まで時間がかかる」が 72.3%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では 42.0%であった。

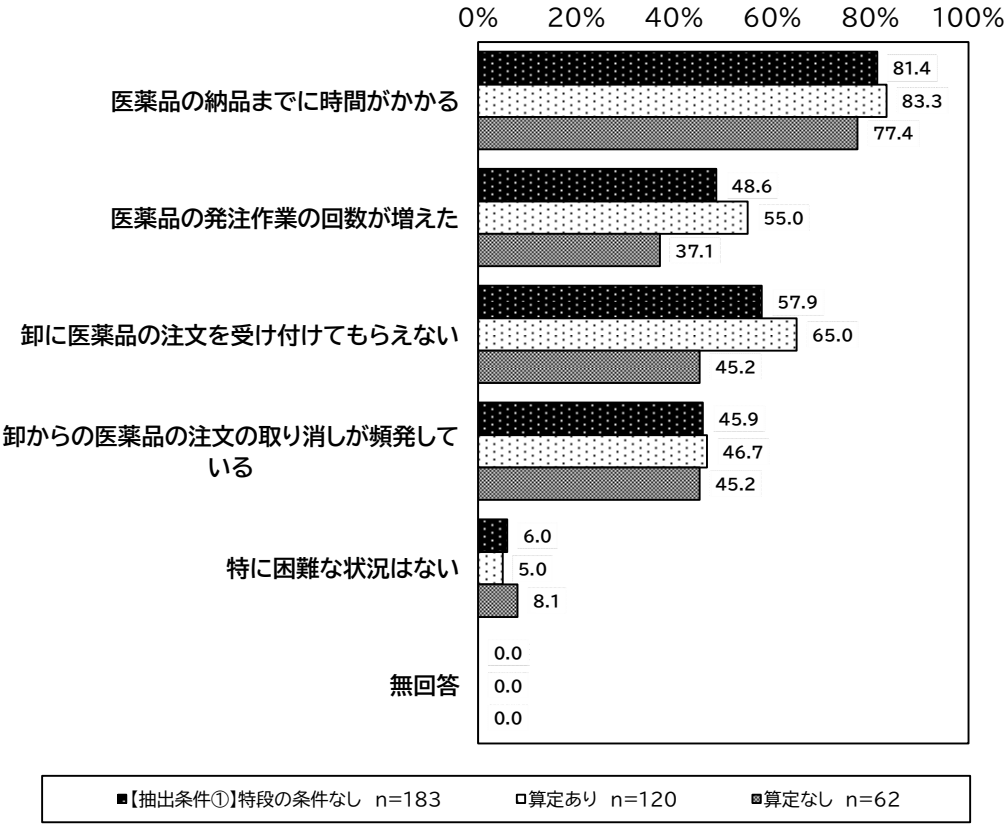
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「医薬品の納入まで時間がかかる」が 81.4%であった。

図表 3-50　令和 5 年 7 月 現在の医薬品の調達状況（複数回答）

＜一般診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



(4) 医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響

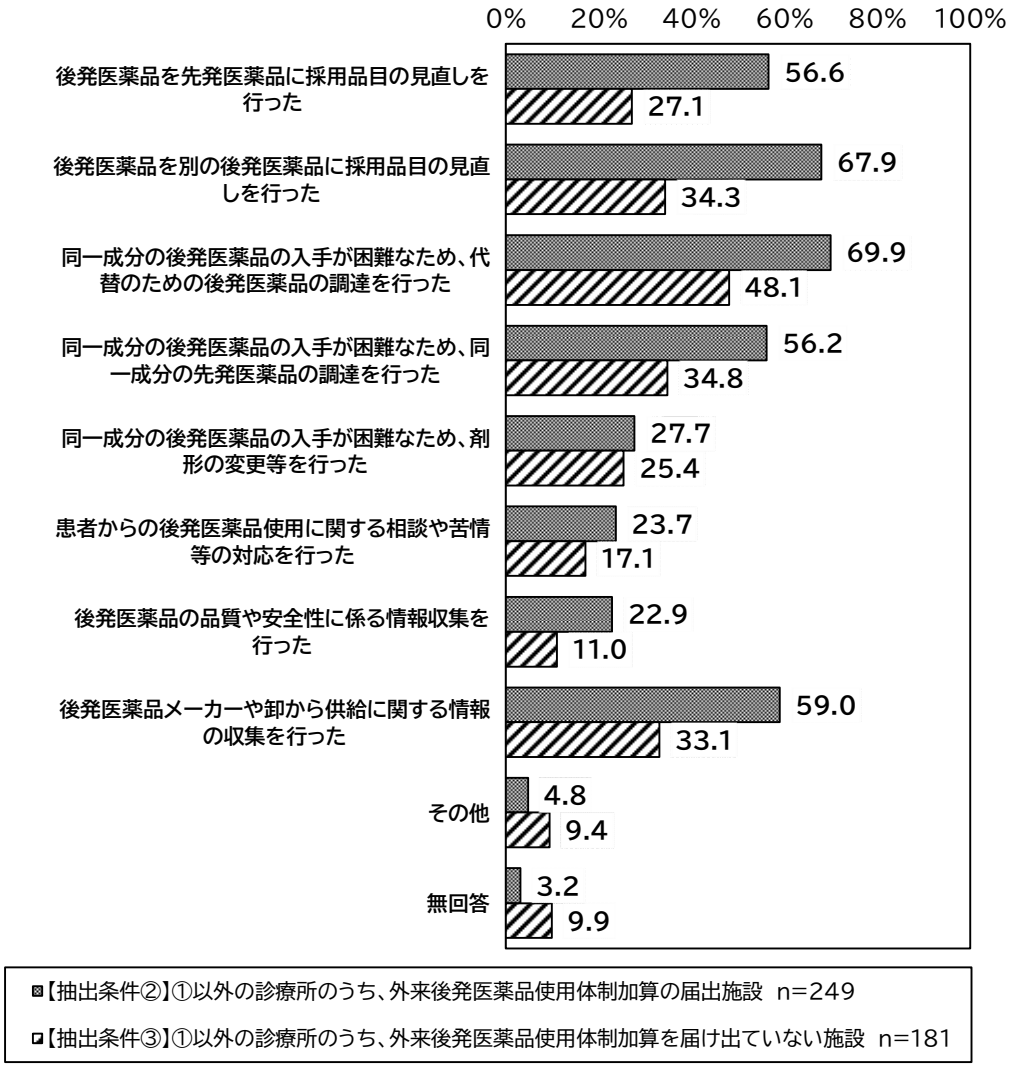
一般診療所調査、病院調査における、医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響（複数回答）について尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「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」が 69.9%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では 48.1%であった。

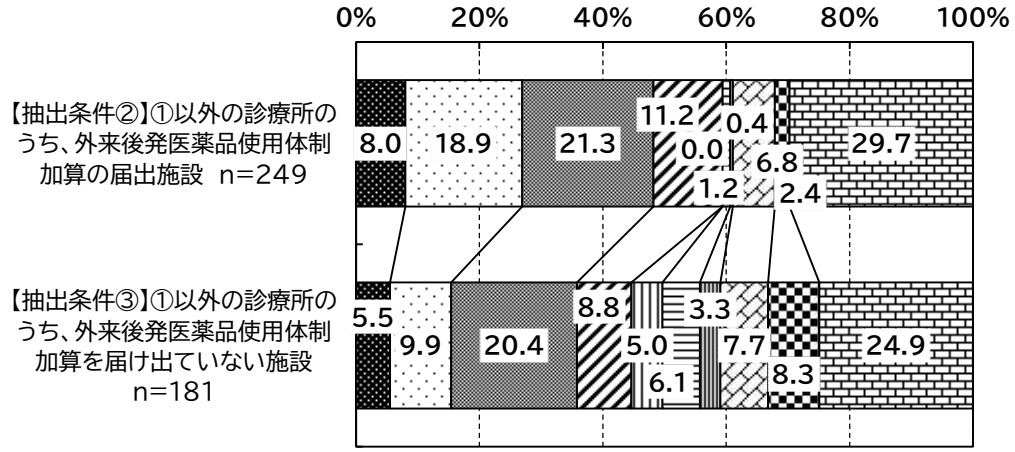
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行った」が 88.0%であった。

図表 3-51　医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響

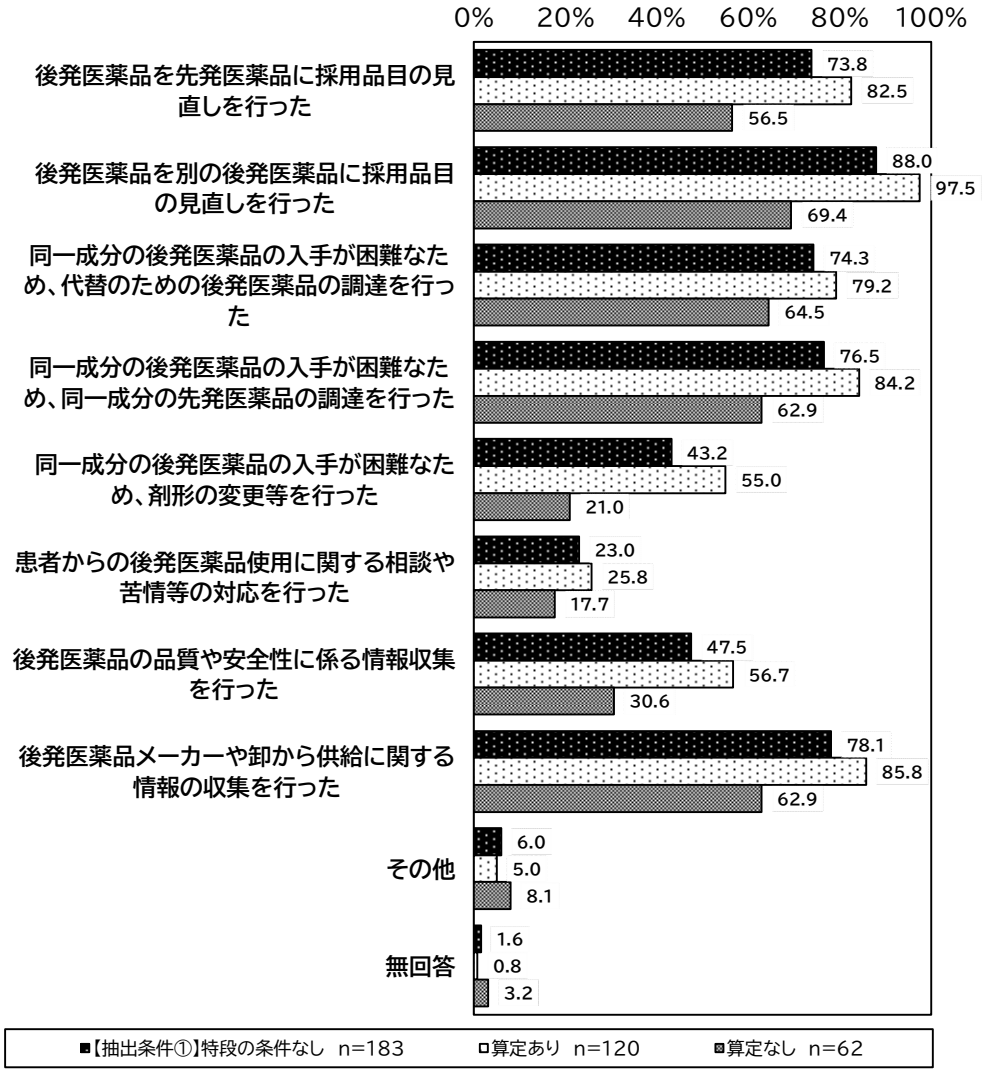
＜一般診療所　複数回答＞



＜一般診療所　最もあてはまるもの＞

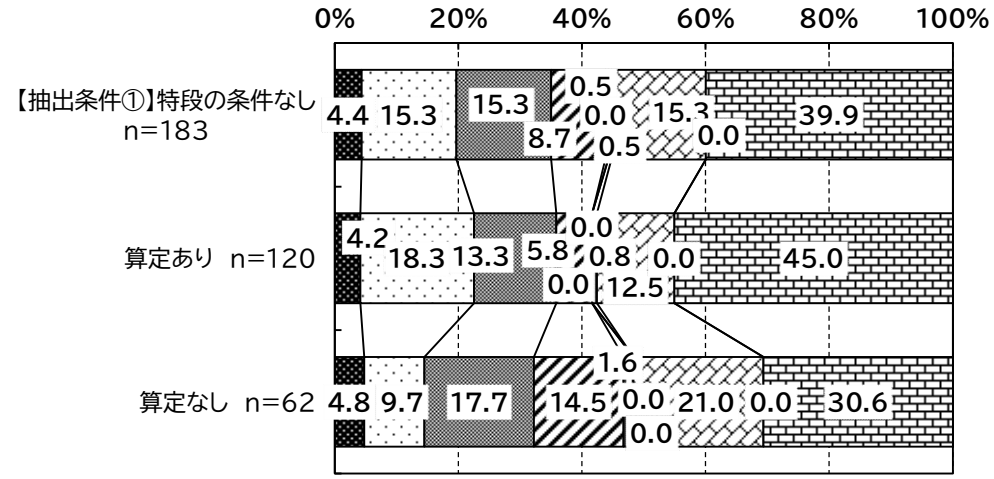


＜病院　複数回答（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



※病院調査における「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 後発品が入手困難なため先発品への切り替えを図るも、その入手も困難。
- 調剤薬局からの疑義照会で出荷調整品が入らない対応を行った。
- 処方の中止、変更、調剤薬局の在庫調整など。

＜病院　最もあてはまるもの＞



- 後発医薬品を先発医薬品に採用品目の見直しを行った
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 後発医薬品の品質や安全性に係る情報収集を行った
- 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
- その他
- 無回答

(5) 後発医薬品の処方割合の変化

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査、医師調査における、後発医薬品の処方割合の変化について尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では、「後発医薬品の処方割合がかなり減った」と「後発医薬品の処方割合がやや減った」の合計割合が 34.9%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では 18.2%であった。

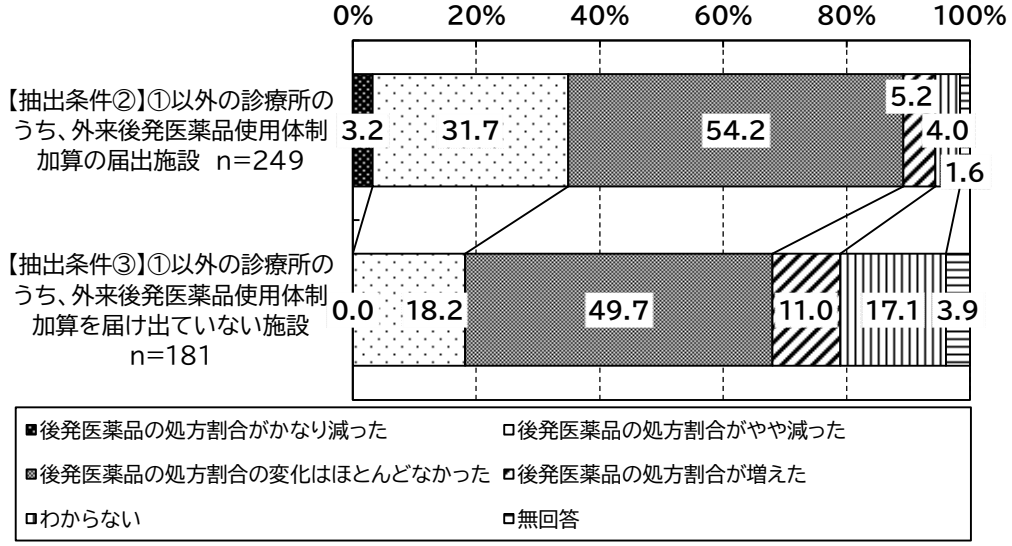
歯科診療所調査全体で「後発医薬品の処方割合がかなり減った」と「後発医薬品の処方割合がやや減った」の合計割合は 4.6%であった。

病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では、「後発医薬品の処方割合がかなり減った」と「後発医薬品の処方割合がやや減った」の合計割合が 40.5%であった。

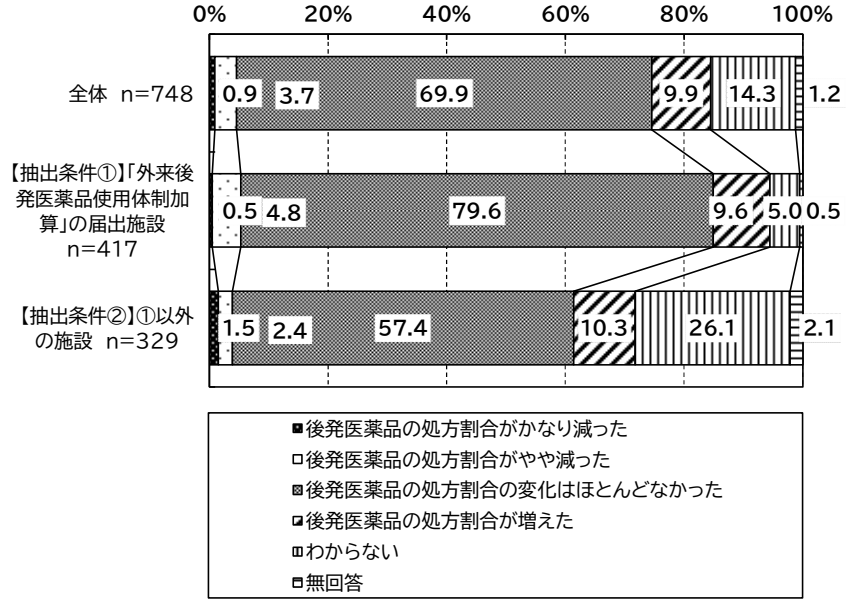
医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師では、「後発医薬品の処方割合がかなり減った」と「後発医薬品の処方割合がやや減った」の合計割合が 13.7%であった。

図表 3-52　後発医薬品の処方割合の変化

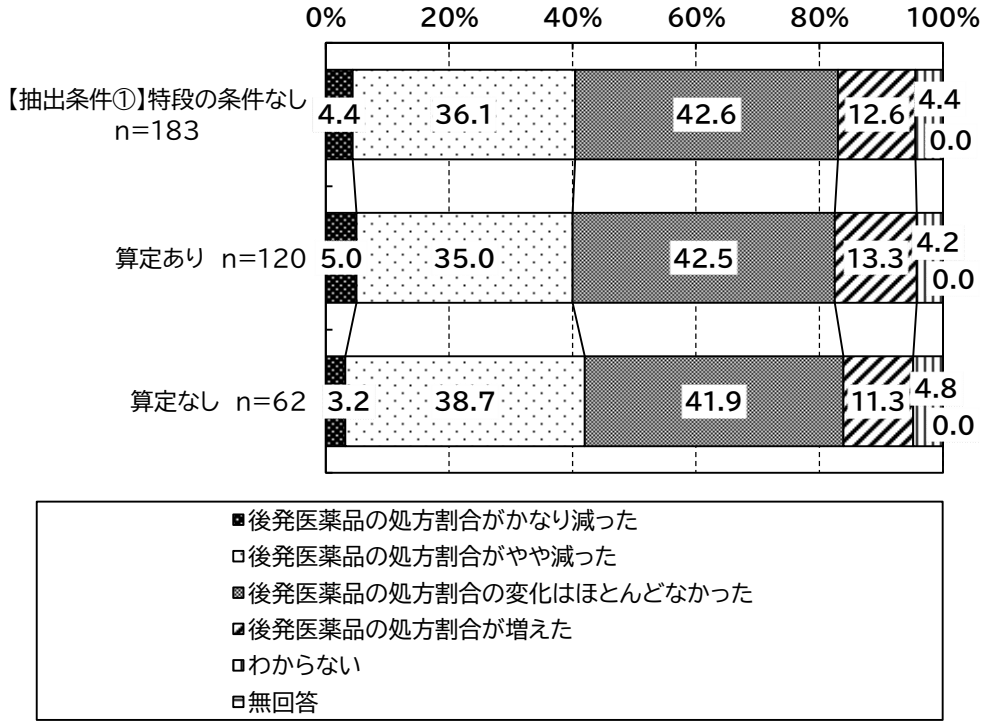
＜一般診療所＞



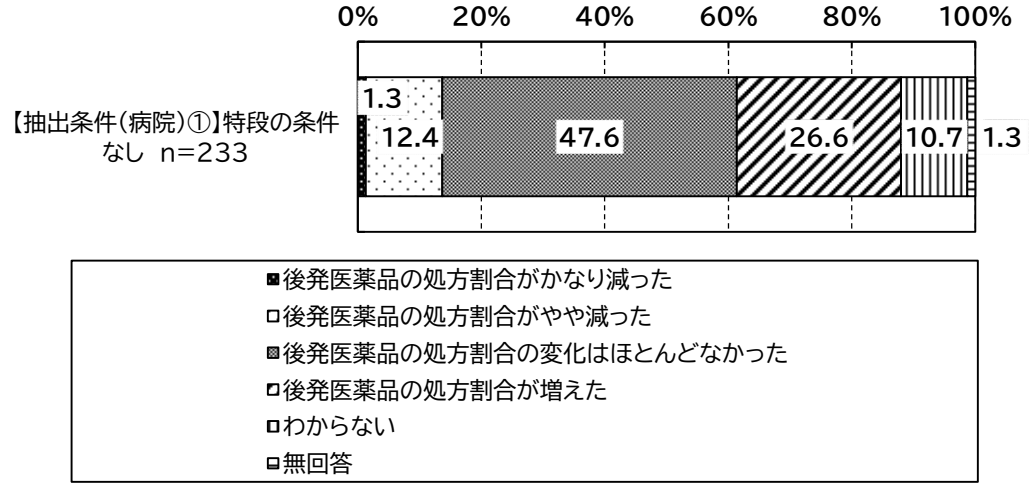
＜歯科診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

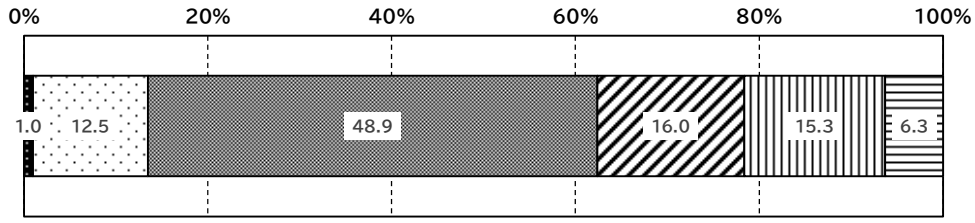


＜医師＞

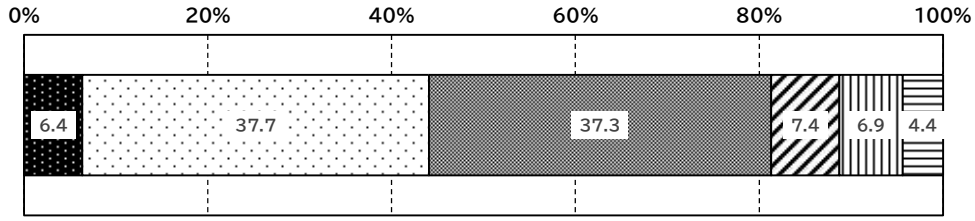


図表 3-53 （参考 令和 4 年度調査）後発医薬品の処方割合の変化

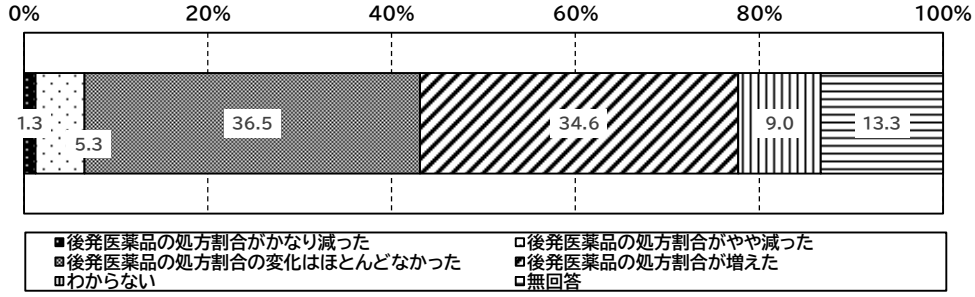
診療所n=399



病院n=204



病院医師n=301



(6) 出荷調整等で入手が難しくなっている品目数

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における、出荷調整等で入手が難しくなっている品目数について尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「先発医薬品　院外」が平均 1.3 品目、「後発医薬品　院外」が平均 2.4 品目、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では「先発医薬品　院外」が平均 36.8 品目、「後発医薬品　院外」が平均 39.8 品目であった。

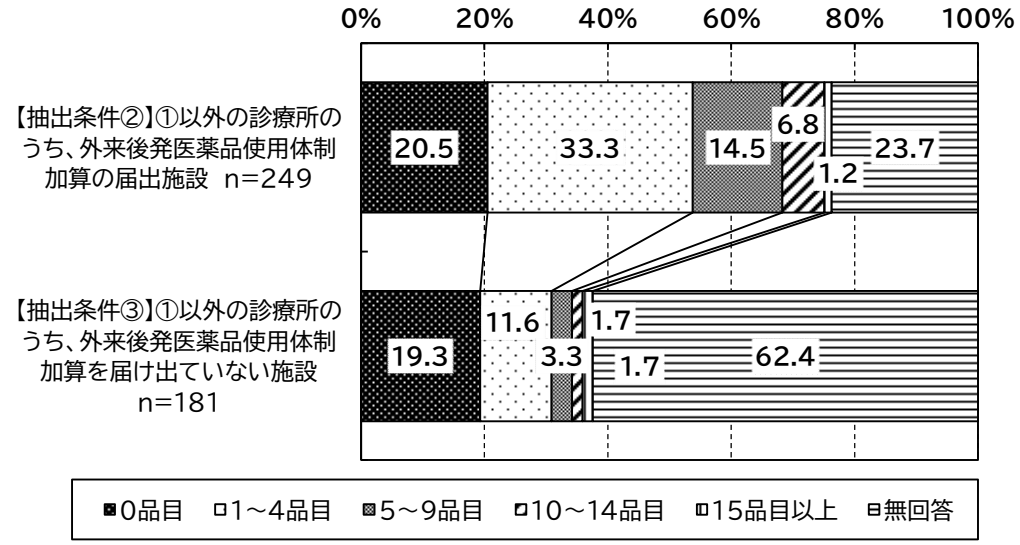
図表 3-54　出荷調整等で入手が難しくなっている品目数（令和５年 6 月）

＜一般診療所＞

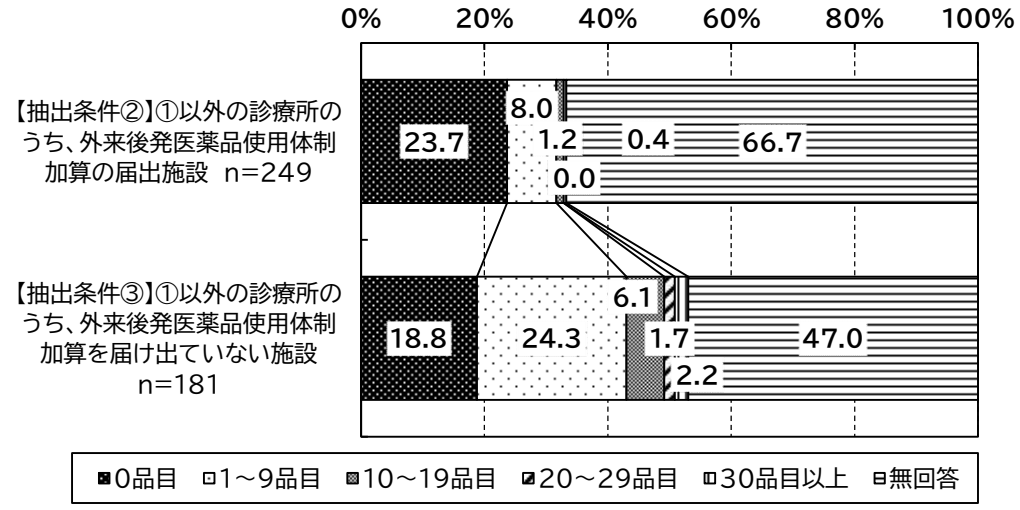
		回答施設数	平均値（品目）	標準偏差	中央値
先発医薬品院内	【抽出条件②】①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出施設	190	3.2	3.6	2.0
	【抽出条件③】①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算を届け出ていない施設	68	2.5	4.6	0.0
先発医薬品院外	【抽出条件②】①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出施設	83	1.3	3.8	0.0
	【抽出条件③】①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算を届け出ていない施設	96	36.8	314.8	2.0
後発医薬品院内	【抽出条件②】①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出施設	203	7.4	8.7	5.0
	【抽出条件③】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	70	2.8	5.4	0.5
後発医薬品院外	【抽出条件②】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	88	2.4	4.9	0.0
	【抽出条件③】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	94	39.8	318.1	3.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

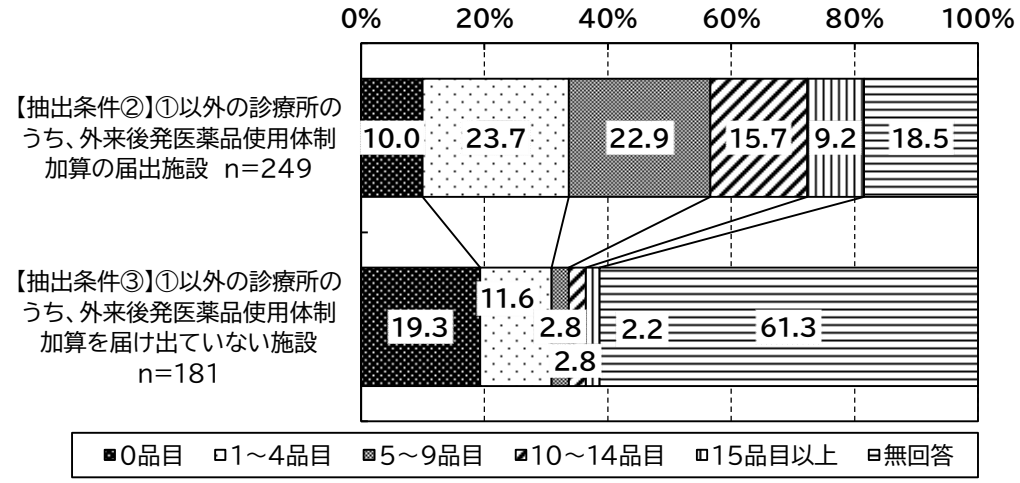
【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（一般診療所　先発医薬品　院内）】



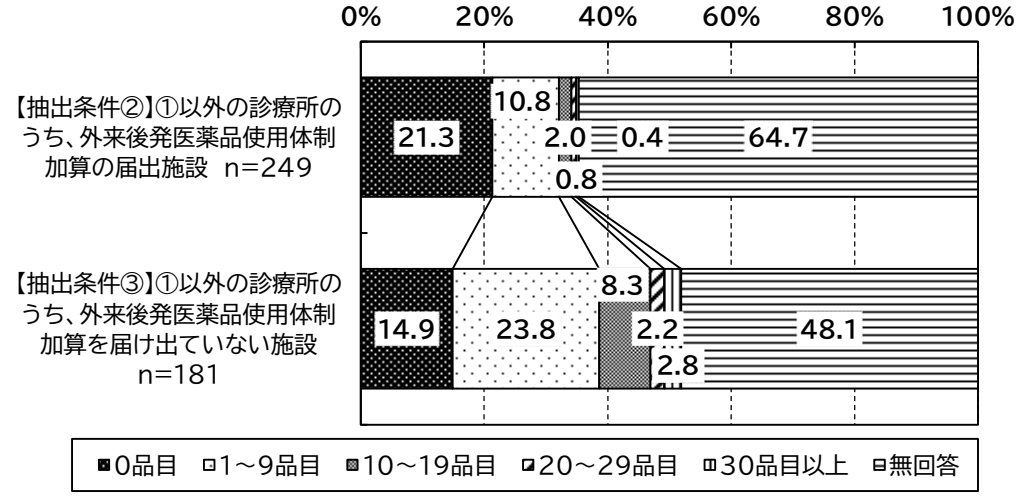
【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（一般診療所　先発医薬品　院外）】



【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（一般診療所　後発医薬品　院内）】



【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（一般診療所　後発医薬品　院外）】



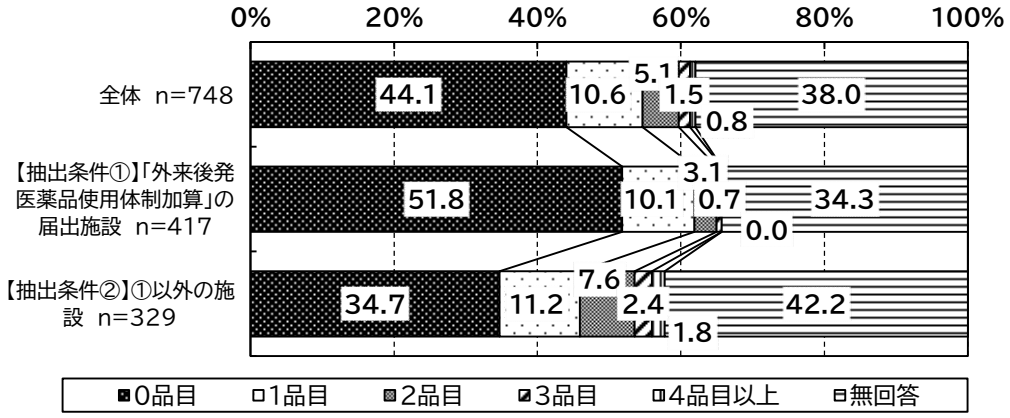
出荷調整等で入手が難しくなっている品目数について、歯科診療所調査全体では、「先発医薬品　院内」が平均 0.5 品目、「後発医薬品　院内」が 0.9 品目であった。

＜歯科診療所＞

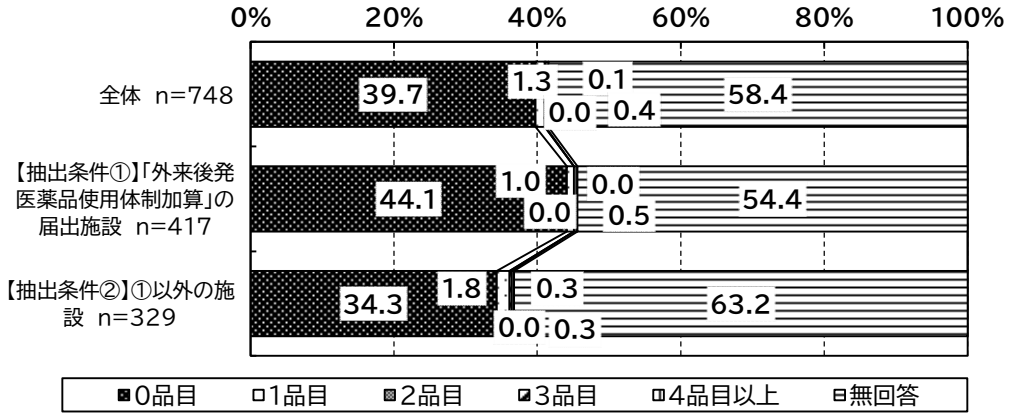
		回答施設数	平均値（品目）	標準偏差	中央値
先発医薬品院内	全体	464	0.5	1.0	0.0
	【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	274	0.3	0.6	0.0
	【抽出条件②】①以外の施設	190	0.8	1.3	0.0
先発医薬品院外	全体	311	0.1	0.5	0.0
	【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	190	0.1	0.4	0.0
	【抽出条件②】①以外の施設	121	0.1	0.6	0.0
後発医薬品院内	全体	506	0.9	1.4	0.0
	【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	330	1.2	1.5	1.0
	【抽出条件②】①以外の施設	175	0.5	1.0	0.0
後発医薬品院外	全体	308	0.1	0.3	0.0
	【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	190	0.1	0.4	0.0
	【抽出条件②】①以外の施設	118	0.0	0.2	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

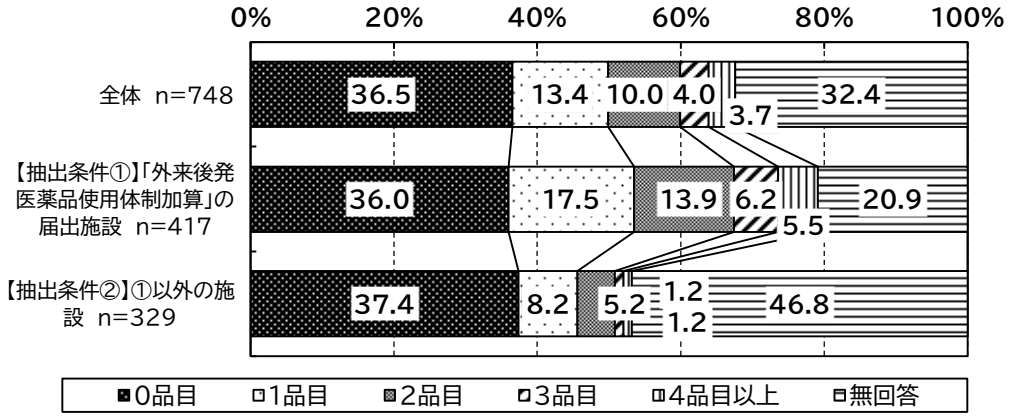
【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（歯科診療所　先発医薬品　院内）】



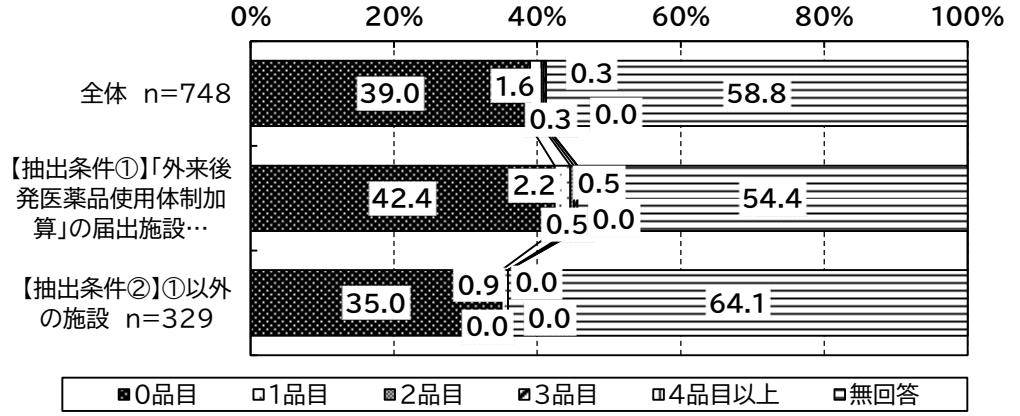
【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（歯科診療所　先発医薬品　院外）】



【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（歯科診療所　後発医薬品　院内）】



【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（歯科診療所　後発医薬品　院外）】



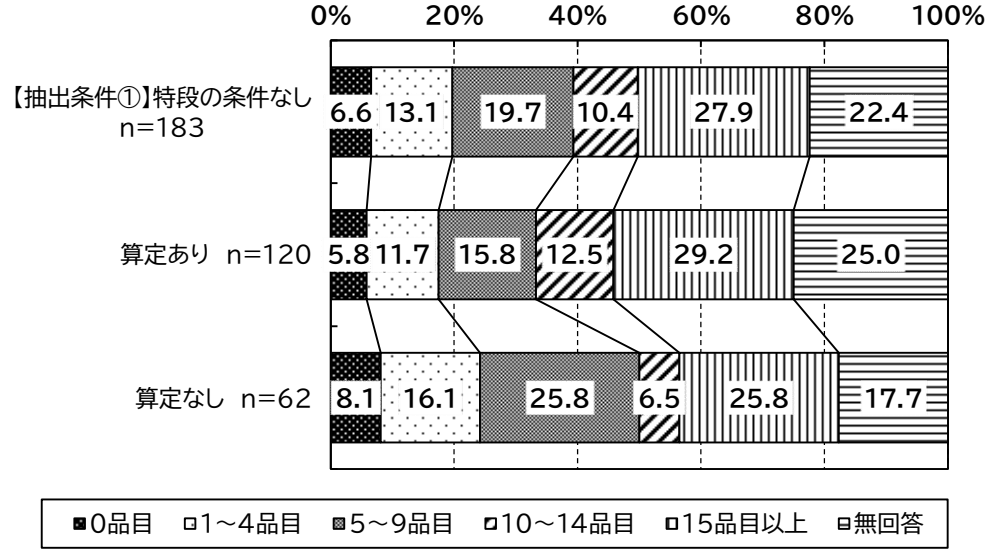
出荷調整等で入手が難しくなっている品目について、病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「先発医薬品　院外」が平均 11.6 品目、「後発医薬品　院外」が平均 15.8 品目であった。

＜病院＞

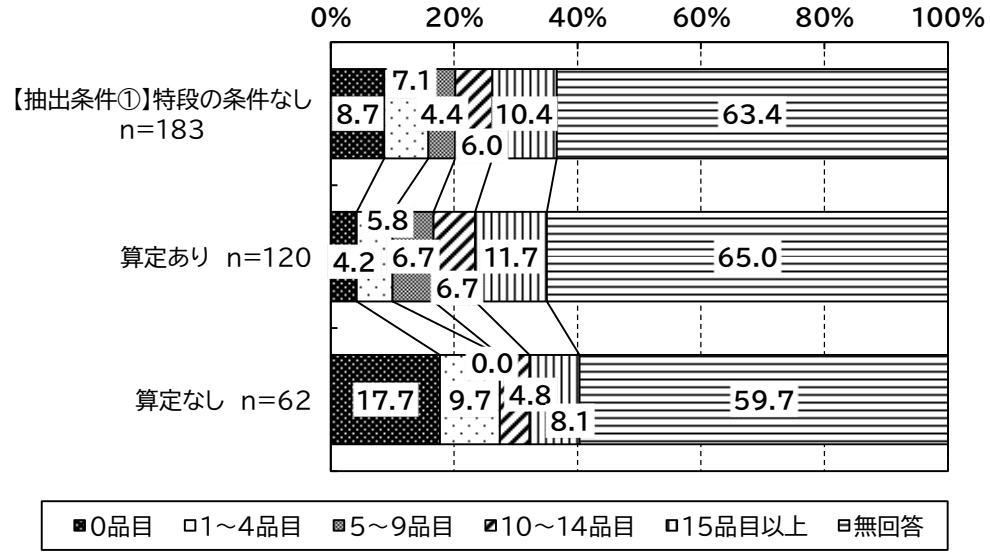
		回答施設数	平均値（品目）	標準偏差	中央値
先発医薬品院内	【抽出条件①】特段の条件なし	142	14.7	16.6	8.5
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	90	16.2	18.1	10.0
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	51	12.3	13.4	6.0
先発医薬品院外	【抽出条件①】特段の条件なし	67	11.6	14.2	8.0
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	42	13.5	13.7	10.0
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	25	8.4	14.3	1.0
後発医薬品院内	【抽出条件①】特段の条件なし	146	21.8	29.2	10.0
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	94	27.0	33.0	15.0
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	51	12.6	17.4	8.0
後発医薬品院外	【抽出条件①】特段の条件なし	68	15.8	31.5	5.0
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	42	20.4	37.6	10.0
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	26	8.4	14.7	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

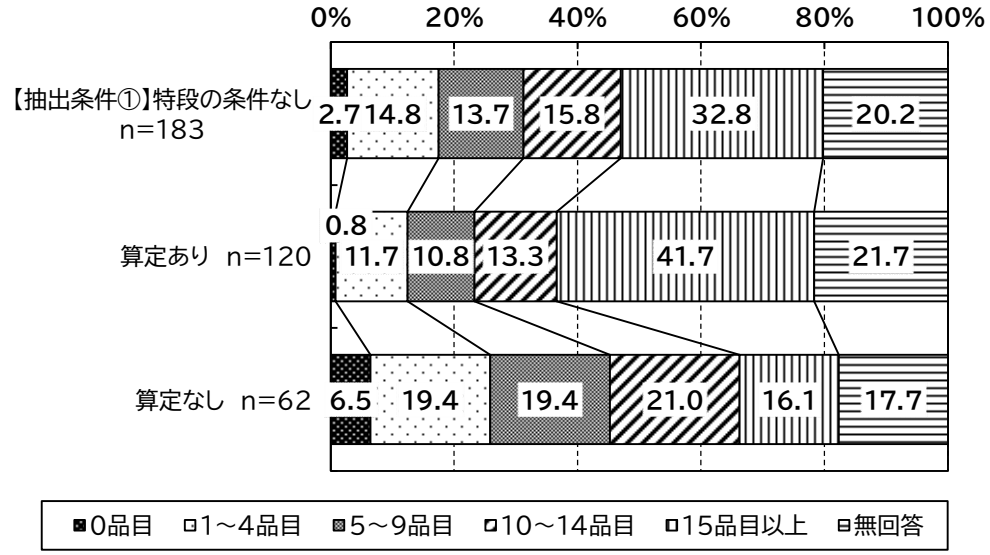
【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（病院　先発医薬品　院内）（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）】



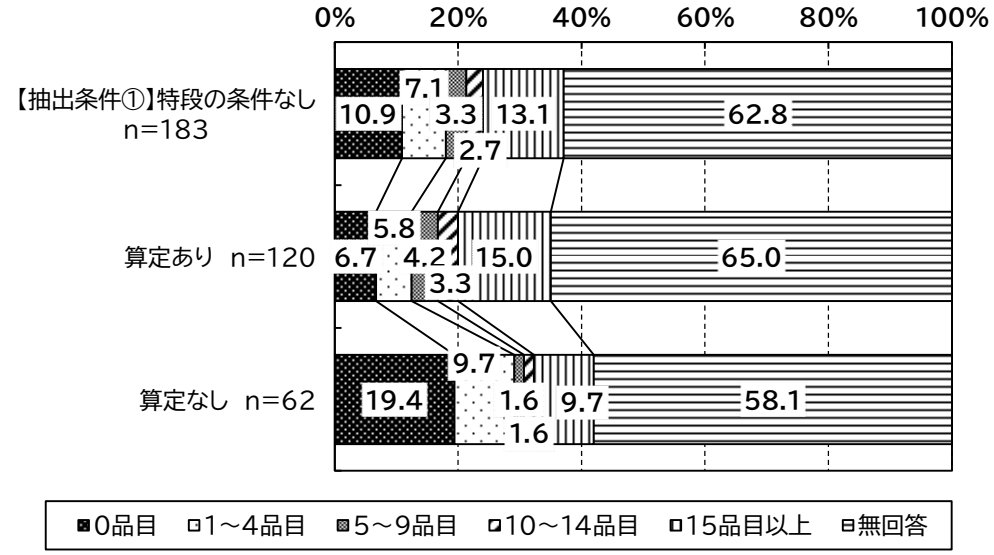
【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（病院　先発医薬品　院外）
（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）】



【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（病院　後発医薬品　院内）】



【出荷調整等で入手が難しくなっている品目数の分布（病院　後発医薬品　院外）】



(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

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における、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※について、尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち、抽出条件として外来後発医薬品使用体制加算の届出ありに該当し、外来後発医薬品使用体制加算または後発医薬品使用体制加算のいずれかの算定ありと回答した施設では、適用「あり」が 17.3 であった。

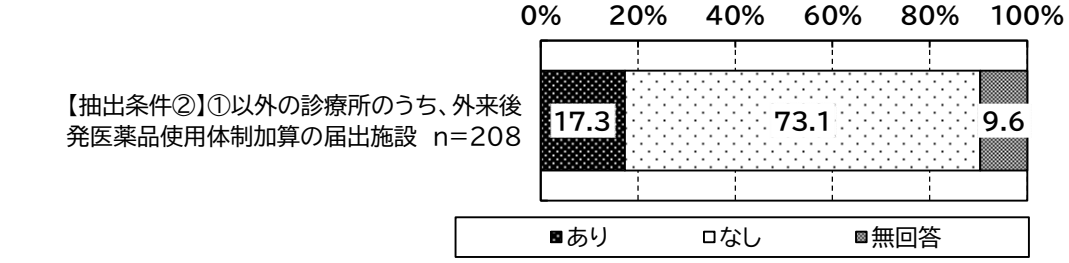
歯科診療所のうち、抽出条件として外来後発医薬品使用体制加算の届出ありに該当し、外来後発医薬品使用体制加算の算定ありと回答した施設では適用「あり」が 8.5%であった。

病院のうち「特段の条件なし」で抽出し、後発医薬品使用体制加算の算定ありと回答した施設では、適用「あり」が 34.2%であった。

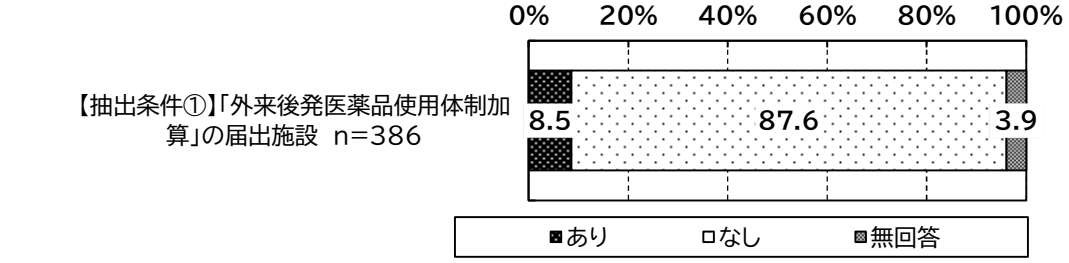
※供給が停止されていると報告された医薬品のうち、別に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品調剤体制加算」等において後発医薬品の使用（調剤）割合（以下、「新指標の割合」）を算出する際に算出対象から除外しても差し支えないこととするもの。

図表 3-55　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

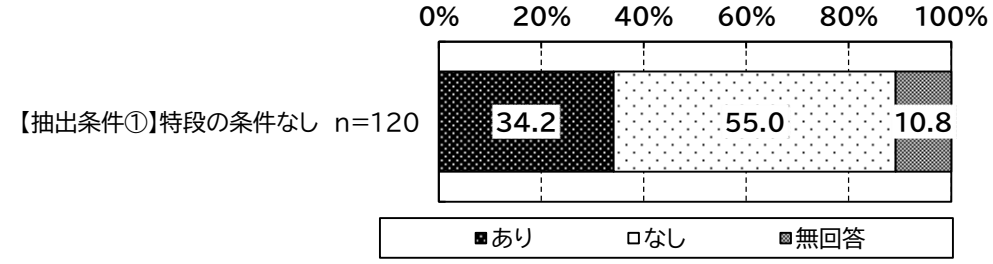
＜一般診療所（外来後発医薬品使用体制加算または後発医薬品使用体制加算の算定施設）＞



＜歯科診療所（外来後発医薬品使用体制加算の算定施設）＞

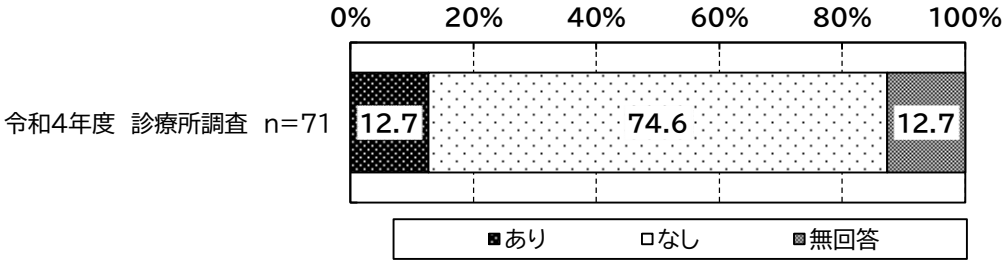


＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定施設）＞

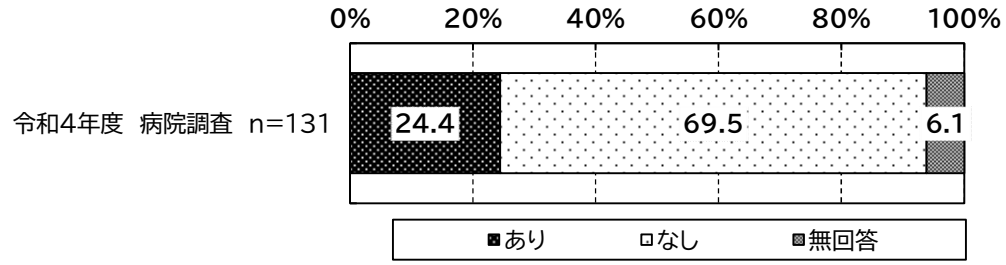


図表 3-56 （参考 令和 4 年度調査）
供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用

＜診療所（外来後発医薬品使用体制加算または後発医薬品使用体制加算の算定施設）＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定施設）＞



(8) 「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

一般診療所調査、歯科診療所調査、医師調査における、「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」※の認知度について、「知っている」の割合を尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「知っている」が47.0%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では「知っている」が20.4%であった。

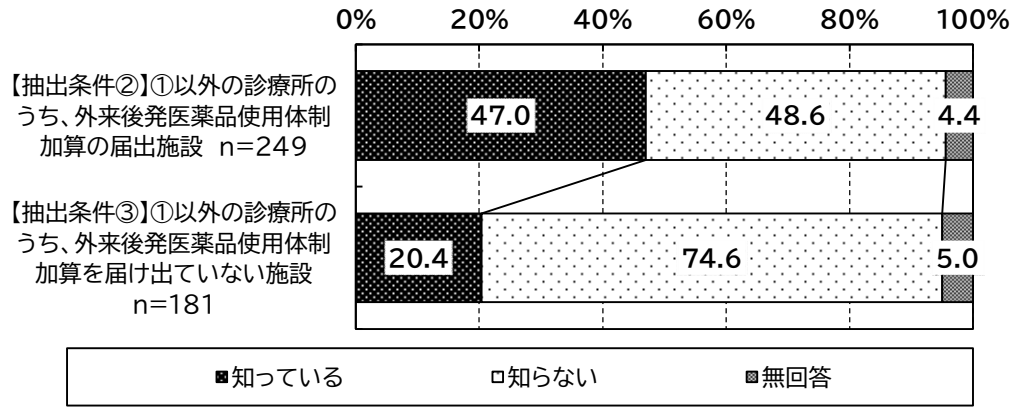
歯科診療所調査全体では「知っている」が29.0%であった。

医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師では「知っている」が40.3%であった。

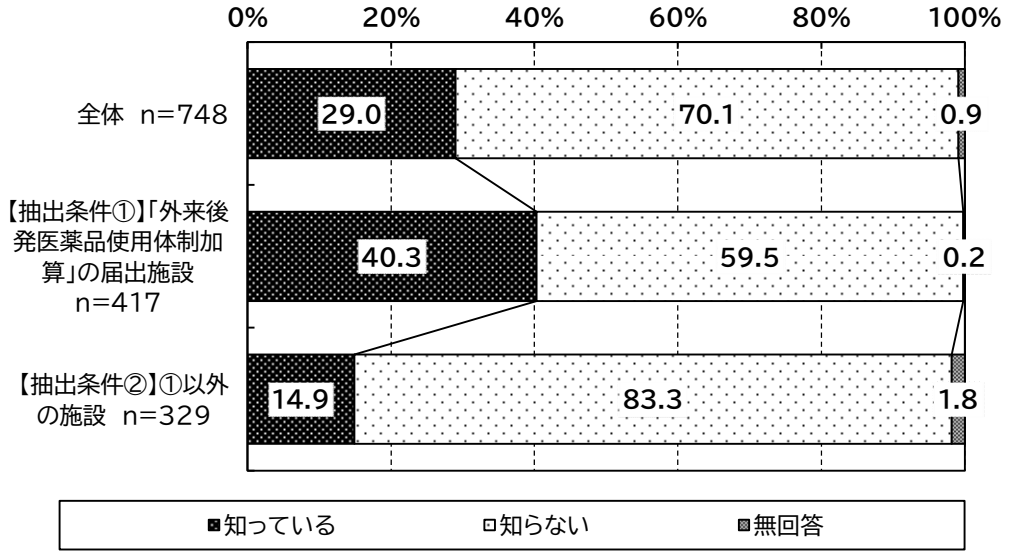
※医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずるもの。

図表 3-57 「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

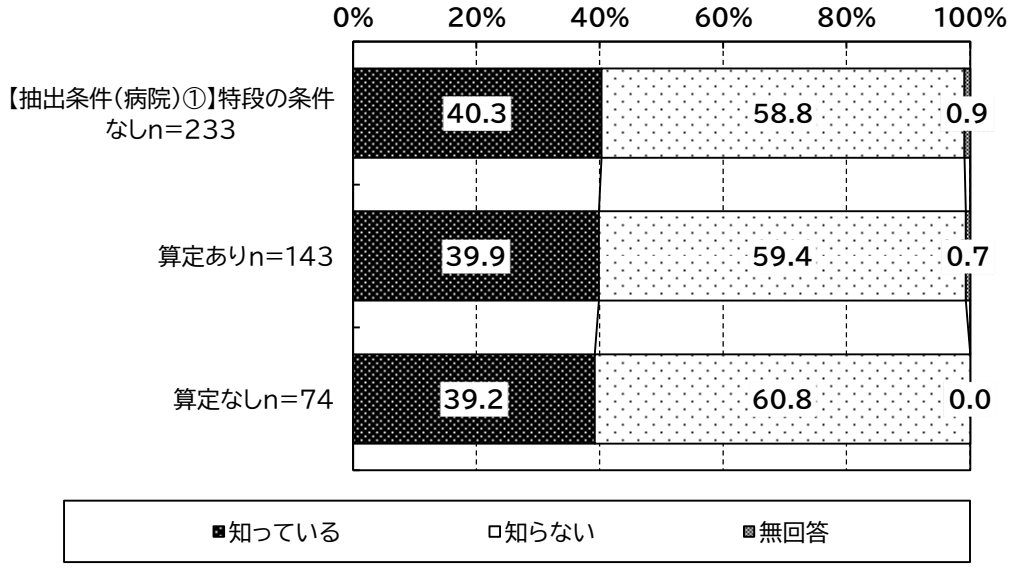
＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞



＜医師（配布元の病院の後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

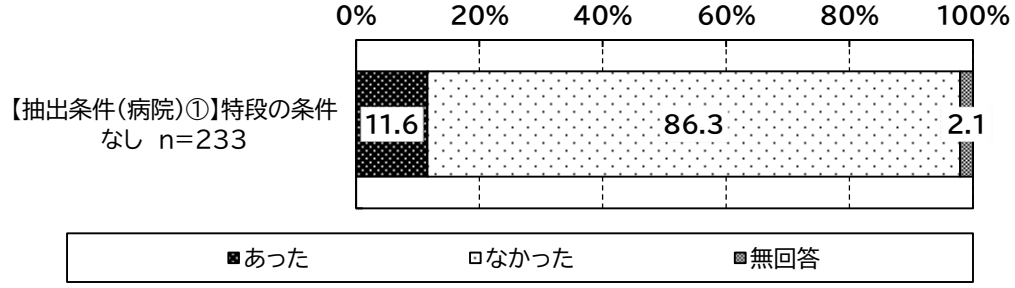


(9) クリニカルパスの変更有無

「クリニカルパスの変更有無」については、「特段の条件なし」で抽出した施設の医師では「あった」が 11.6%、「なかった」が 86.3%であった。

図表 3-58　クリニカルパスの変更有無

＜医師＞



(10) 後発医薬品使用体制加算の算定状況

一般診療所調査、病院調査における後発医薬品使用体制加算の算定状況について尋ねたところ、以下のとおりであった。

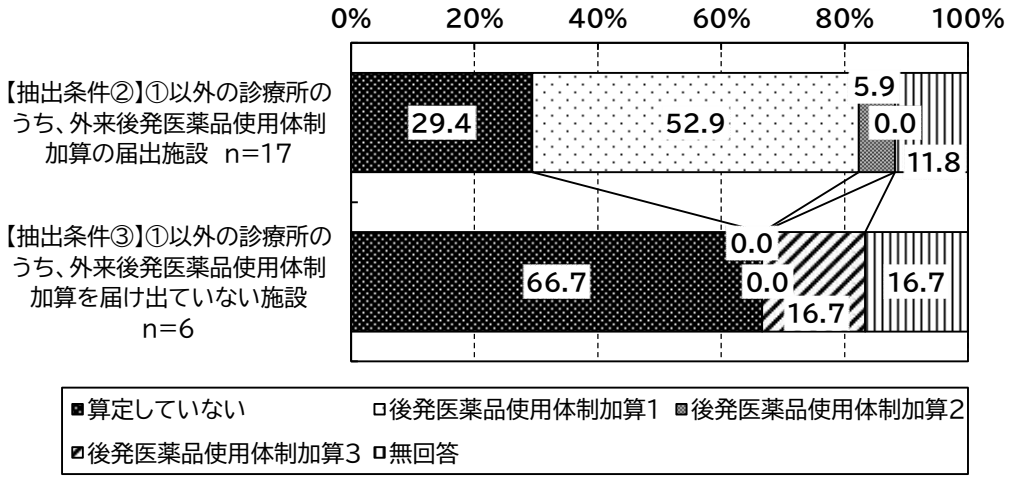
一般診療所（有床診療所に限定）のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（17 施設）では「算定していない」が 29.4%、「後発医薬品使用体制加算１」が 52.9%であった。

外来後発医薬品使用体制加算の届出なしの一般診療所（6 施設）では「算定していない」が 66.7%、「後発医薬品使用体制加算１」が 0.0%であった。

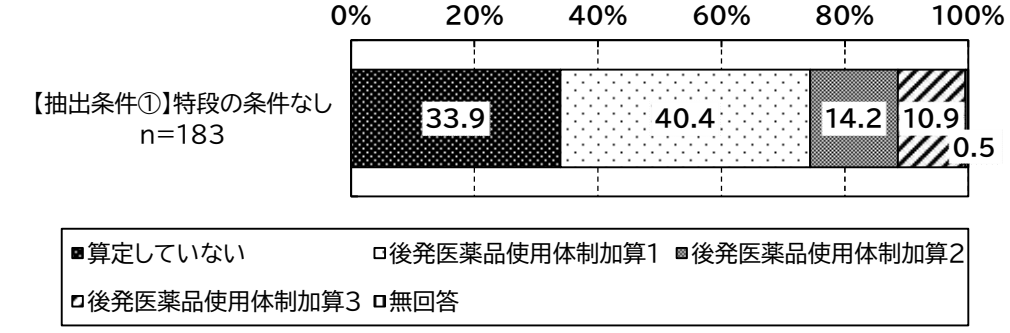
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（183 施設）では「算定していない」が 33.9%、「後発医薬品使用体制加算１」が 40.4%であった。

図表 3-59　後発医薬品使用体制加算の算定状況

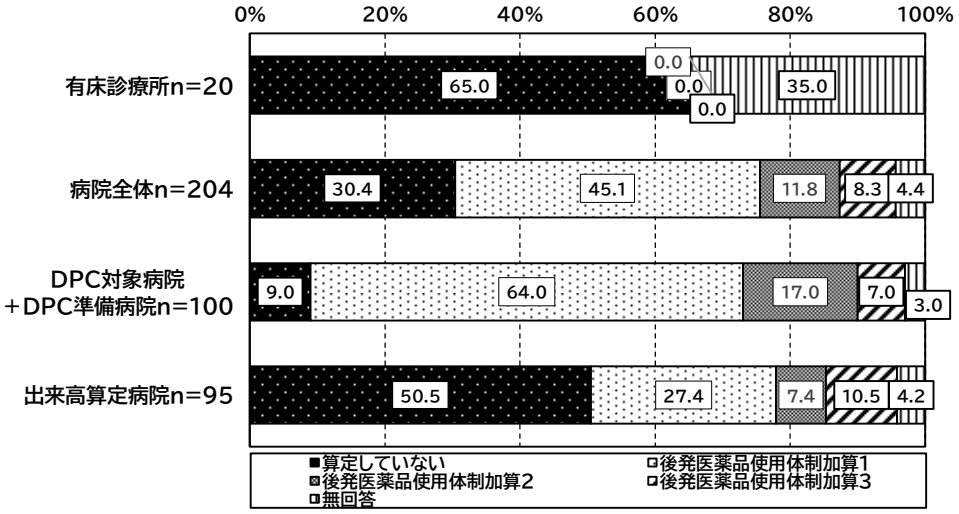
＜一般診療所　※有床診療所＞



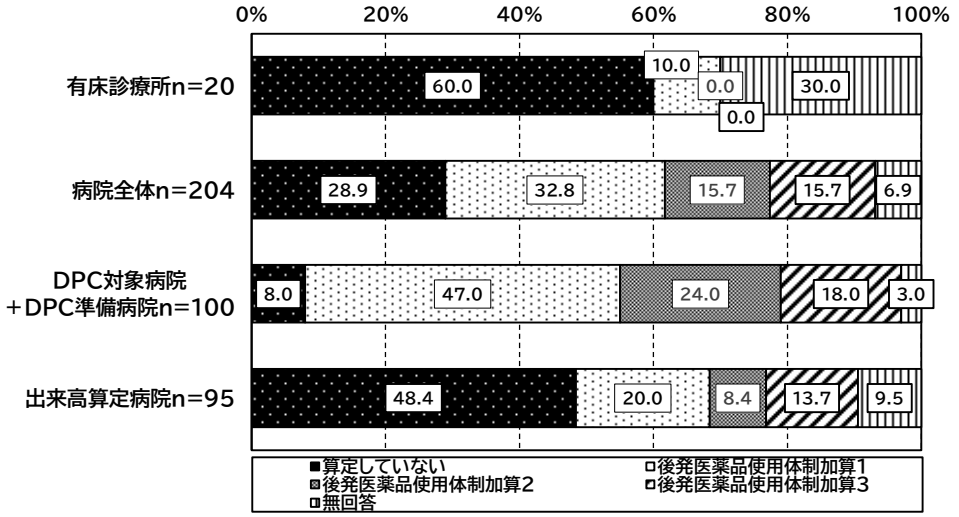
＜病院＞



図表 3-60　（参考 令和 4 年度調査）
後発医薬品使用体制加算の算定状況（令和３年 11 月１日）



図表 3-61　（参考 令和 4 年度調査）
後発医薬品使用体制加算の算定状況（令和４年 11 月１日）



①　「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

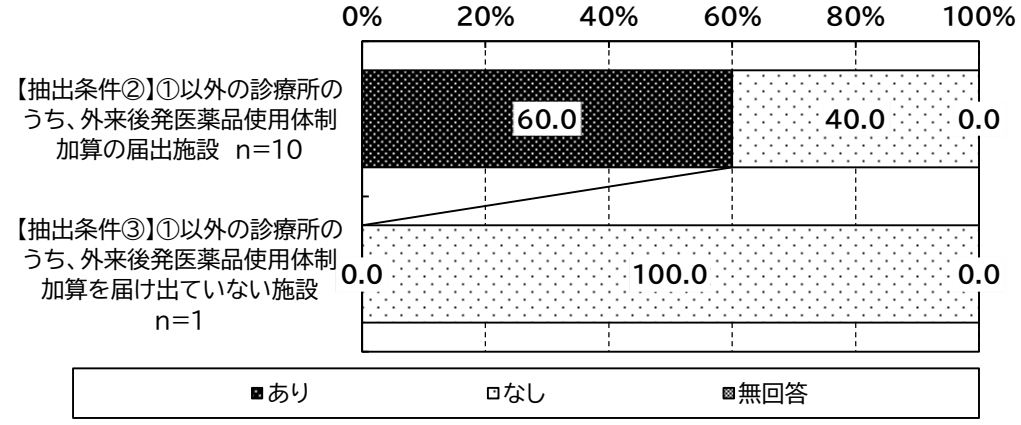
一般診療所調査、病院調査における「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無について、後発医薬品使用体制加算の算定ありと回答した施設に尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（10 施設）では適用「あり」が 60.0%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設（1 施設）では適用「あり」が 0.0%であった。

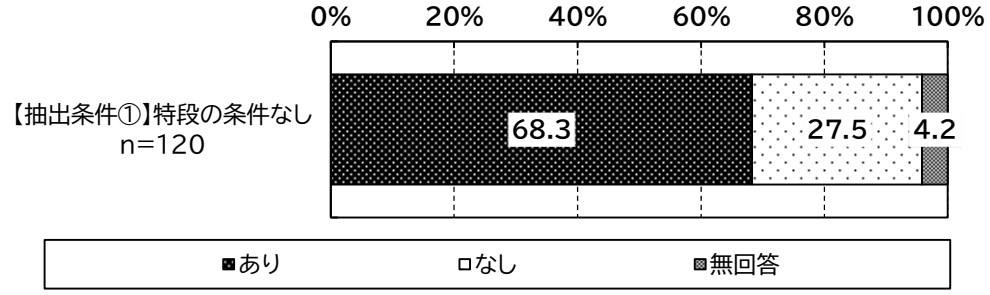
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（120 施設）では適用「あり」が 68.3%であった。

図表 3-62　「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
（後発医薬品使用体制加算の算定ありの施設）

＜一般診療所＞



＜病院＞



② 特例を適用していない理由

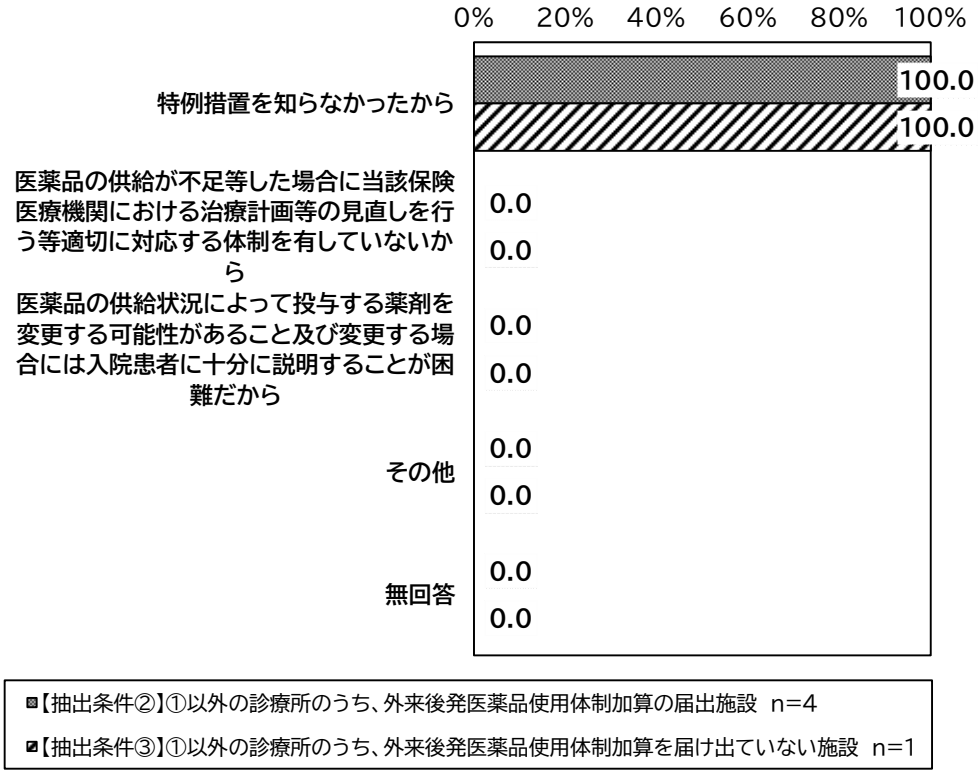
一般診療所調査、病院調査における「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用をしていない理由を、適用「なし」と回答した施設に尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（4 施設）、届出なし施設（1 施設）ともに「特例措置を知らなかったから」と回答していた。

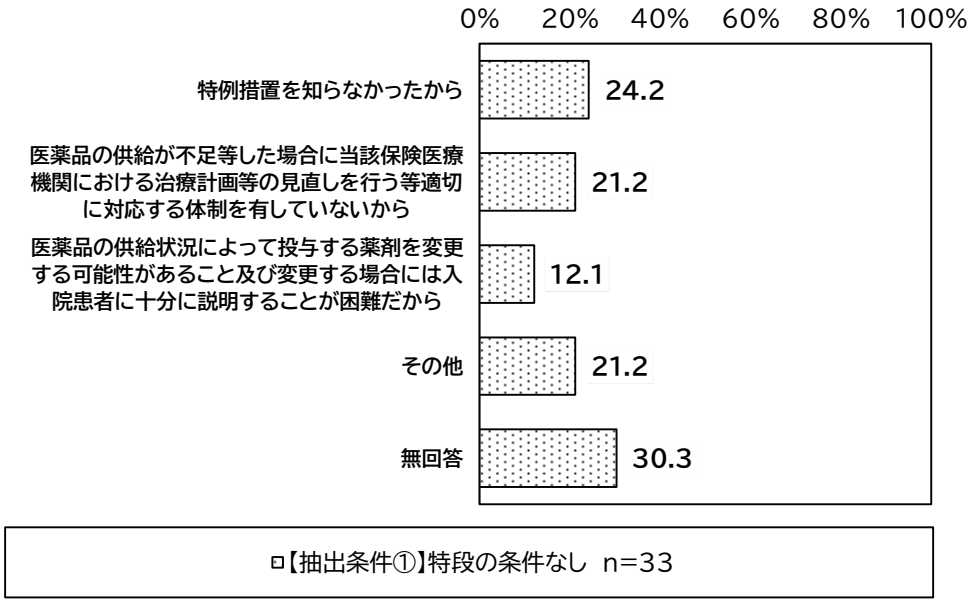
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（33 施設）では「特例措置を知らなかったから」が 24.2%であった。

図表 3-63 「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」を適用していない理由（複数回答）（特例の適用「なし」の施設）

＜一般診療所＞



＜病院＞



ロ【抽出条件①】特段の条件なし n=33

(11) 外来後発医薬品使用体制加算

一般診療所調査、歯科診療所調査における、外来後発医薬品使用体制加算の算定状況について尋ねたところ、以下のとおりであった。

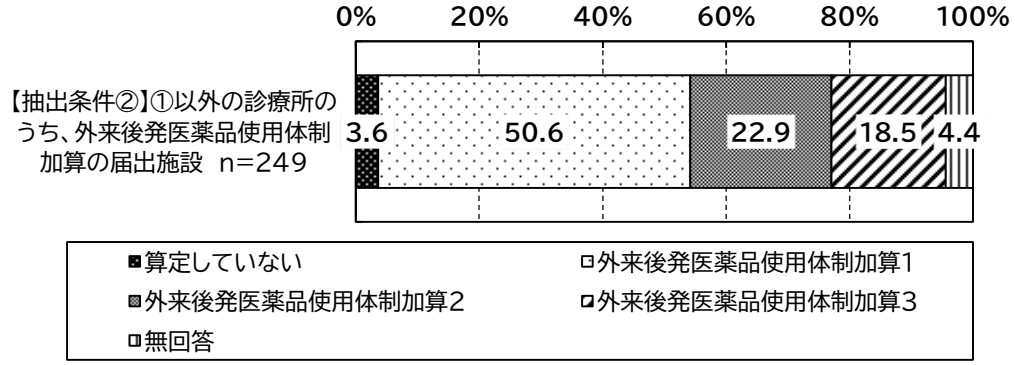
一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「算定していない」が 3.6%、「外来後発医薬品使用体制加算１」が 50.6%であった。

歯科診療所調査全体では「算定していない」が 44.8%、「外来後発医薬品使用体制加算１」が 47.9%であった。

図表 3-64　外来後発医薬品使用体制加算の算定状況

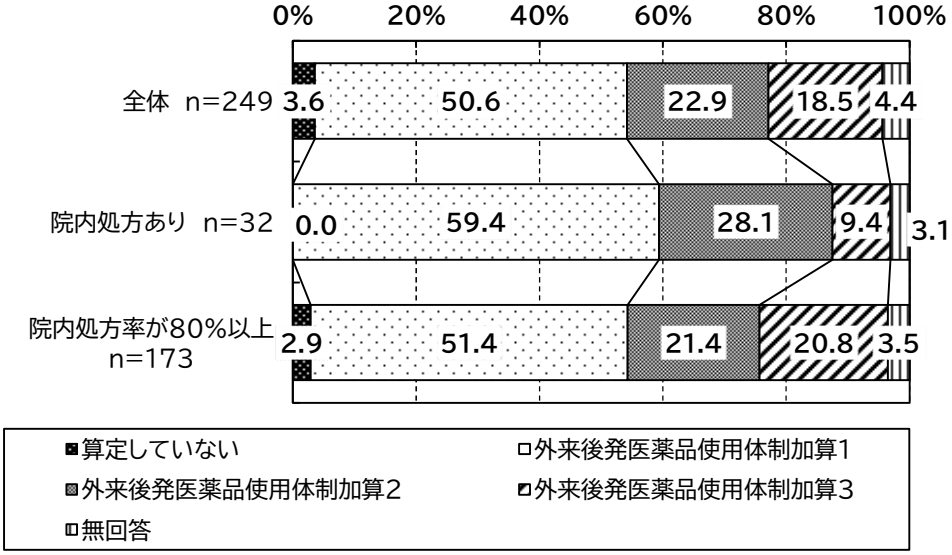
＜一般診療所

【抽出条件②】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＞

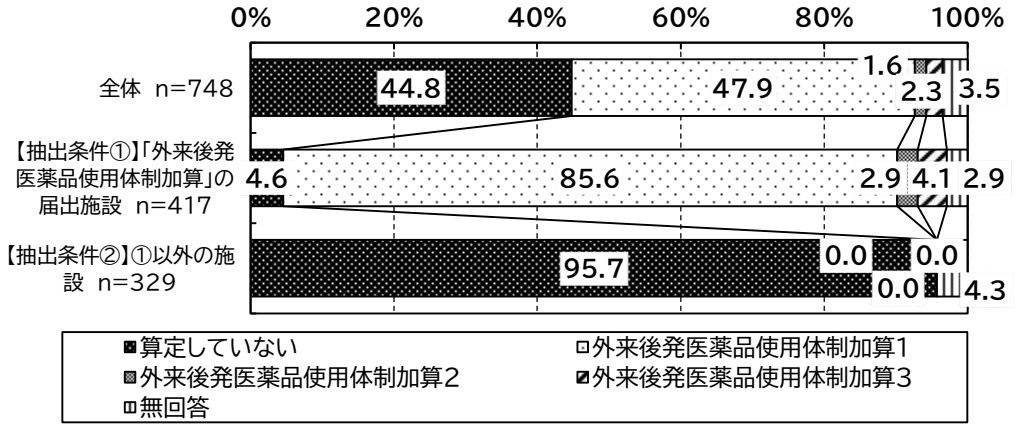


＜一般診療所　院内処方率別

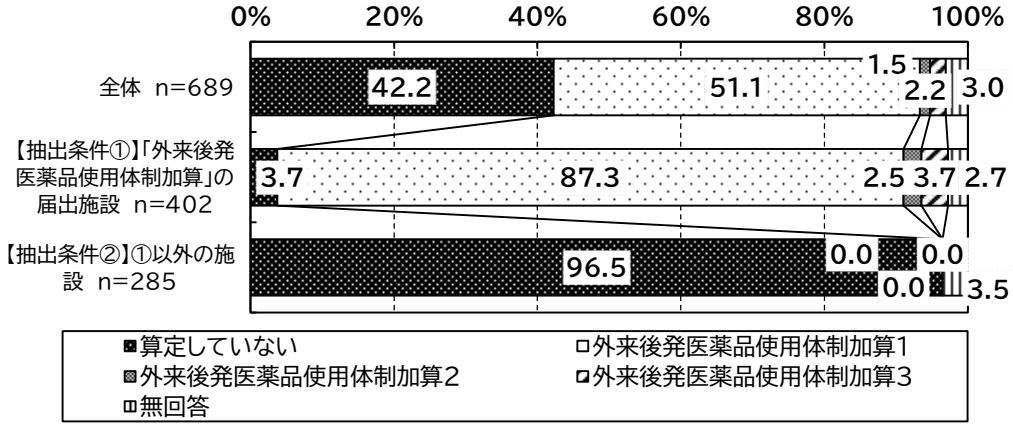
【抽出条件②】①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出施設＞



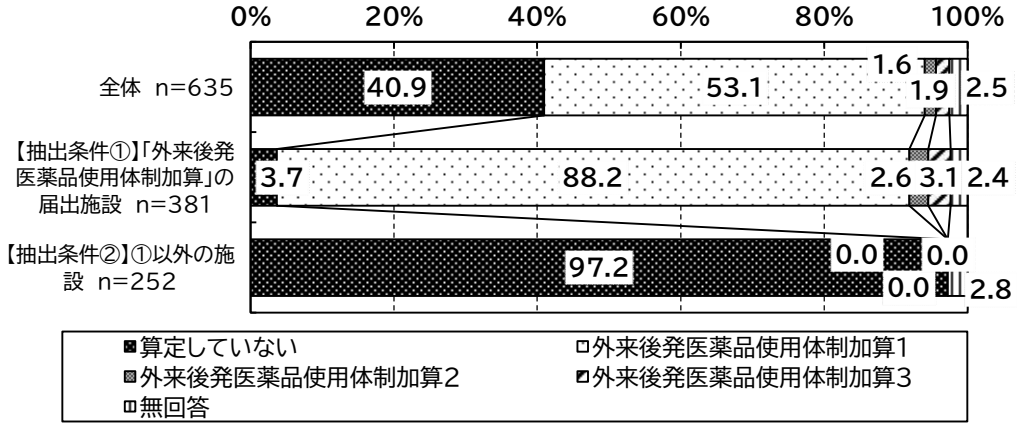
＜歯科診療所＞



【院内処方を実施している場合（歯科診療所）】



【院内処方率が 80%以上（歯科診療所）】



①　「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

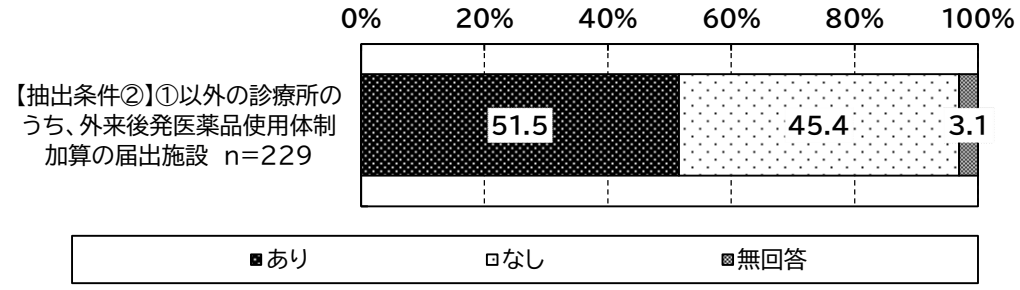
一般診療所調査、歯科診療所調査における「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無について、外来後発医薬品使用体制加算の算定ありと回答した施設に尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（229 施設）では適用「あり」が 51.5%であった。

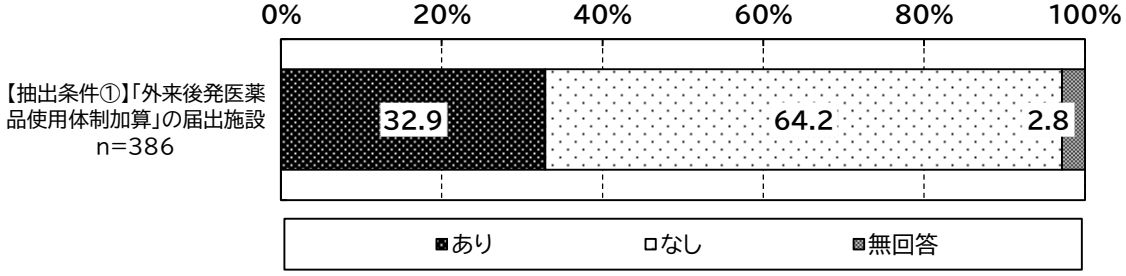
歯科診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（386 施設）では適用「あり」が 32.9%であった。

図表 3-65　「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（外来後発医薬品使用体制加算の算定ありの施設）

＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞



② 特例を適用していない理由

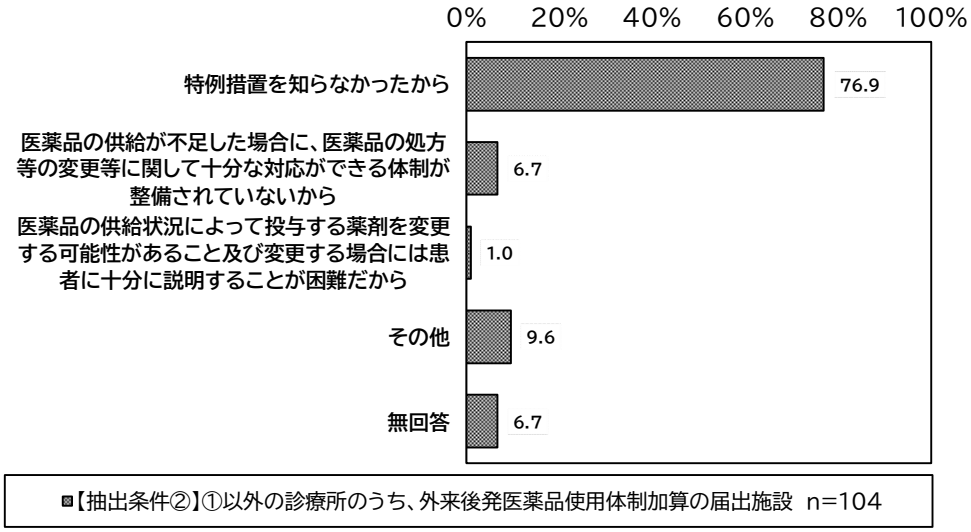
一般診療所調査、歯科診療所調査における「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用をしていない理由を、適用「なし」と回答した施設に尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（104 施設）では「特例措置を知らなかったから」が 76.9%であった。

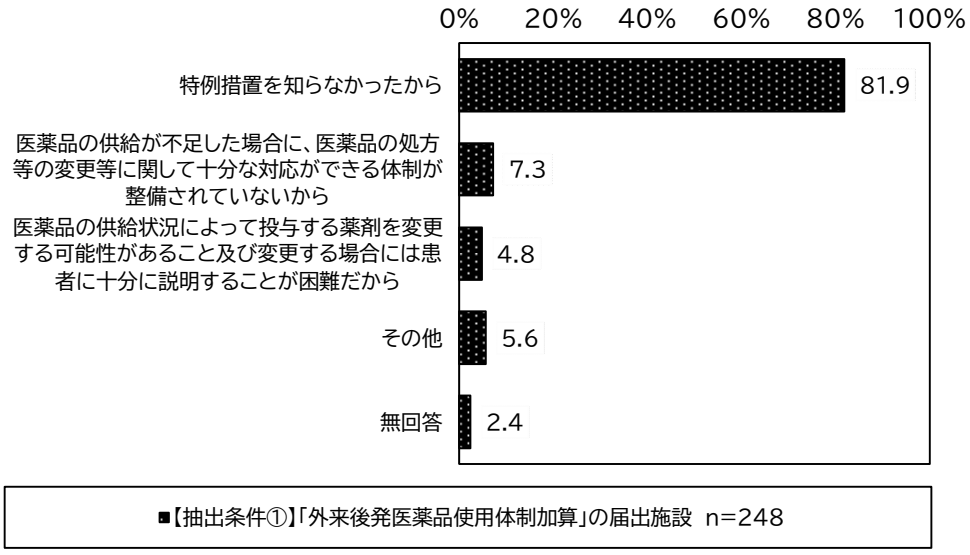
歯科診療所調査のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（248 施設）では「特例措置を知らなかったから」81.9%であった。

図表 3-66 「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」を適用していない理由（複数回答）（特例の適用「なし」の施設）

＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞



4) 一般名処方に係る最近の対応状況等

(1) 処方料の算定回数

歯科診療所調査における処方料の算定回数については、「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設では平均 92.3 回、届出無しの施設では平均 36.8 回であった。

＜歯科診療所＞

図表 3-67 処方料の算定回数（令和５年 6 月）

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
全体	603	70.3	170.7	40.0
【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	364	92.3	213.9	47.0
【抽出条件②】①以外の施設	239	36.8	45.1	24.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

(2) 処方箋料の算定回数

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査における処方箋料の算定回数について尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では平均 175.5 回、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では平均 713.0 回であった。

病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では平均 3,653.0 回であった。

図表 3-68 処方箋料の算定回数（令和５年６月）

＜一般診療所＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
【抽出条件②】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	211	175.5	304.9	30.0
【抽出条件③】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	145	713.0	634.3	620.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜歯科診療所＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
全体	616	7.2	29.2	0.0
【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	364	6.0	32.9	0.0
【抽出条件②】①以外の施設	251	9.0	22.8	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
【抽出条件①】特段の条件なし	155	3,653.0	4,984.4	1,648.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	107	4,710.3	5,562.9	2,679.0
うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	48	1,296.0	1,787.5	794.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

(3) 一般名処方による処方箋の発行有無

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査、医師調査における一般名処方による処方箋の発行有無について尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「あり」が 58.2%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では「あり」が 76.8%であった。

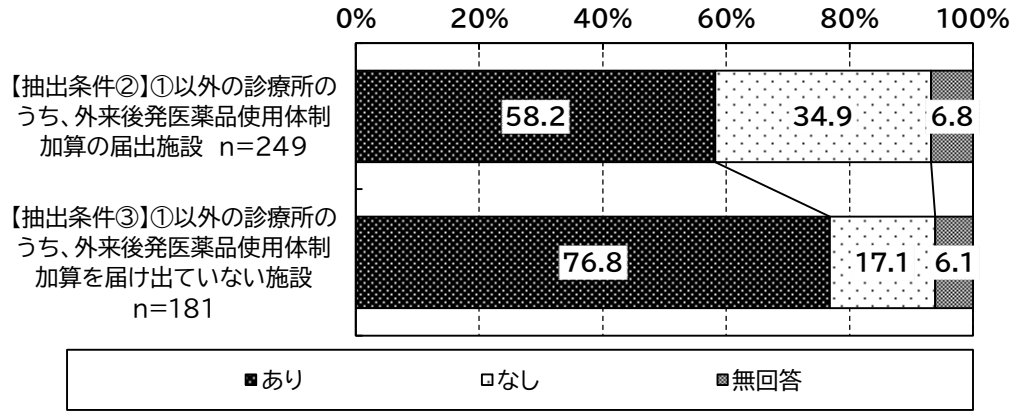
歯科診療所調査全体では「あり」が 23.0%であった。

病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「あり」が 69.4%であった。

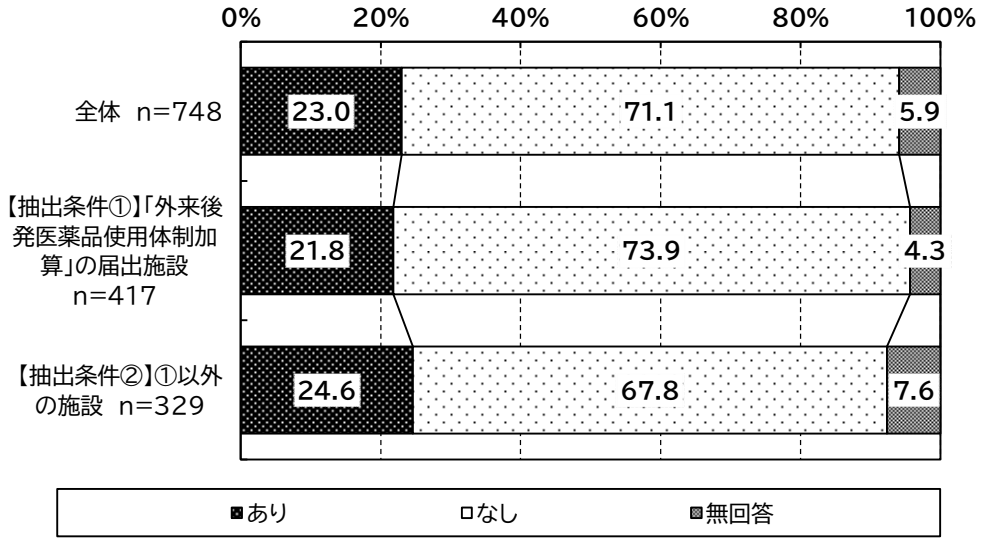
医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師では「あり」が 61.4%であった。

図表 3-69　一般名処方による処方箋の発行有無

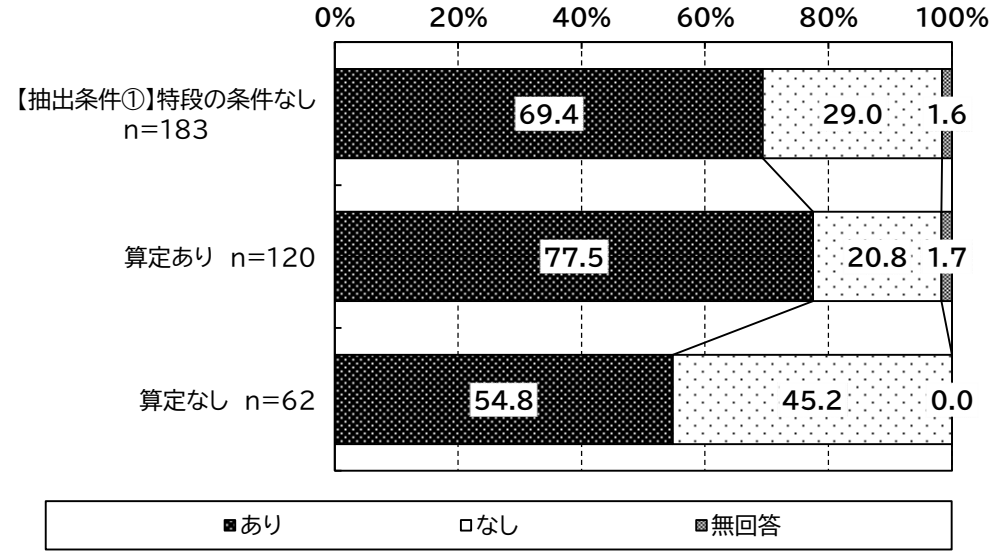
＜一般診療所＞



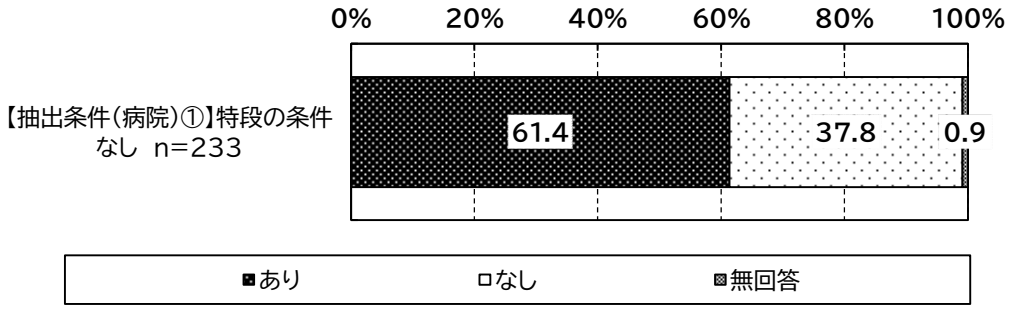
＜歯科診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞



(4) 一般名処方加算の算定回数

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査において一般名処方による処方箋の発行があると回答した施設での一般名処方加算の算定回数を尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「一般名処方加算１」の算定回数が平均 105.3 回、「一般名処方加算２」の算定回数が平均 56.3 回であった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では「一般名処方加算１」の算定回数が平均 372.3 回、「一般名処方加算２」の算定回数が平均 270.4 回であった。

歯科診療所調査全体では「一般名処方加算１」の算定回数が平均 15.1 回、「一般名処方加算２」の算定回数が平均 6.4 回であった。

病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「一般名処方加算１」の算定回数が平均 899.6 回、「一般名処方加算２」の算定回数が平均 1,188.0 回であった。

図表 3-70　一般名処方加算の算定回数

＜一般診療所＞

		回答施設数	平均値（回）	標準偏差	中央値
一般名処方加算１	【抽出条件②】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	113	105.3	176.2	31.0
	【抽出条件③】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	102	372.3	459.8	235.5
一般名処方加算２	【抽出条件②】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	113	56.3	111.6	14.0
	【抽出条件③】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	102	270.4	385.8	195.0

※一般名処方加算１と一般名処方加算２の両方に回答した施設を集計対象とした。

＜歯科診療所＞

		回答施設数	平均値（回）	標準偏差	中央値
一般名処方加算１	全体	120	15.1	53.4	1.0
	【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	69	15.3	68.2	0.0
	【抽出条件②】①以外の施設	51	14.8	20.4	7.0
一般名処方加算２	全体	120	6.4	12.0	0.0
	【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設	69	4.6	10.4	0.0
	【抽出条件②】①以外の施設	51	8.8	13.4	3.0

※一般名処方加算１と一般名処方加算２の両方に回答した施設を集計対象とした。

＜病院＞

		回答施設数	平均値（回）	標準偏差	中央値
一般名処方加算１	【抽出条件①】特段の条件なし	112	899.6	1,356.5	386,0
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	84	1047.1	1502.5	505.5
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	28	457.2	571.9	174.0
一般名処方加算２	【抽出条件①】特段の条件なし	112	1,188.0	1,310.6	715,0
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定あり	84	1413.1	1,416.3	1040.5
	うち、後発医薬品使用体制加算の算定なし	28	512.4	494.4	391.5

※一般名処方加算１と一般名処方加算２の両方に回答した施設を集計対象とした。

①　「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

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査において一般名処方による処方箋の発行があると回答した施設での「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」の適用有無を尋ねたところ、以下のとおりであった。

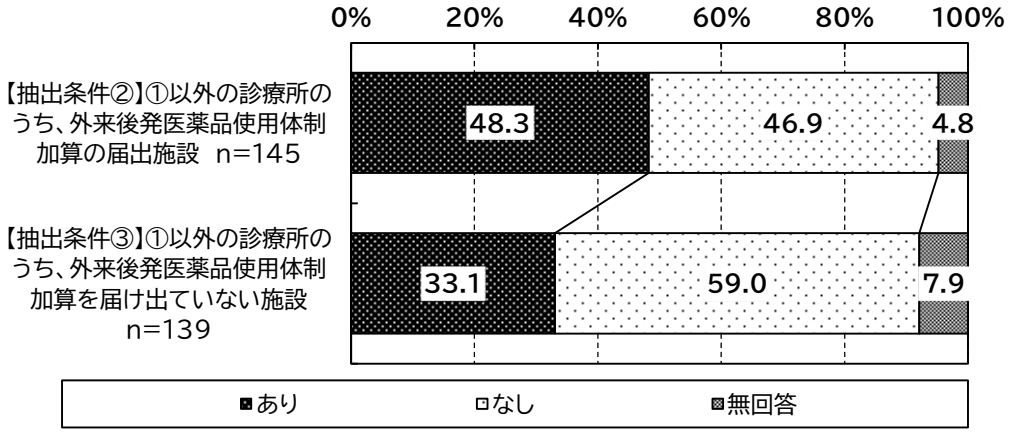
一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（145 施設）では適用「あり」が 48.3%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設（139 施設）では 33.1%であった。

歯科診療所調査全体（172 施設）では適用「あり」が 22.1%であった。

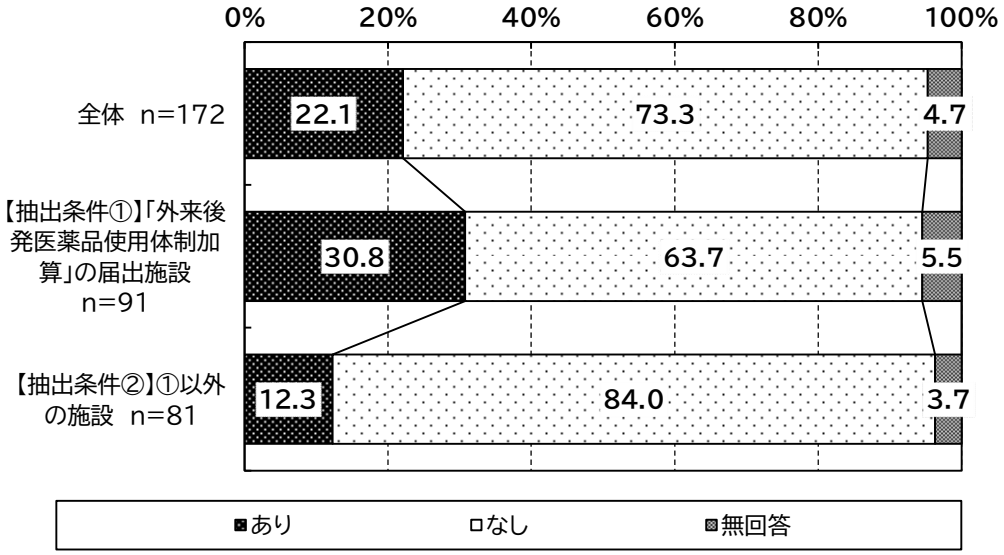
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（127 施設）では適用「あり」が 66.9%であった。

図表 3-71　「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

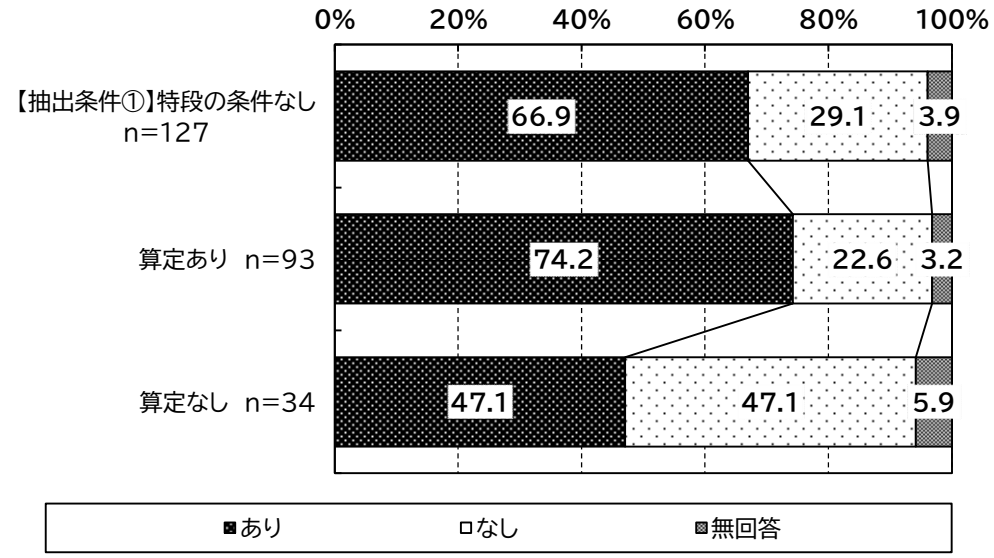
＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



② 特例を適用していない理由

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査において、「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」の適用をしていない理由を、適用「なし」と回答した施設に尋ねたところ、以下のとおりであった。

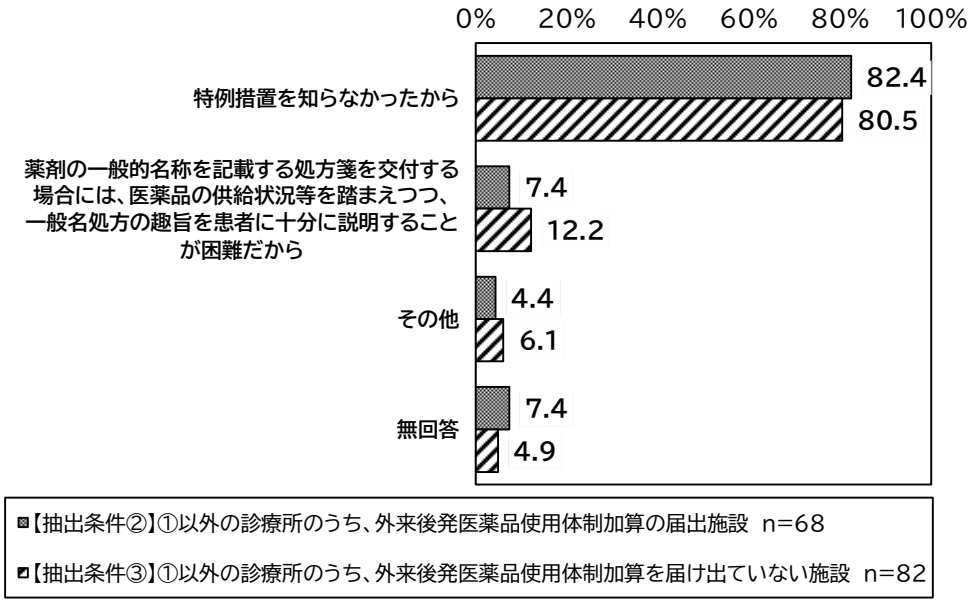
一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（68 施設）では「特例措置を知らなかったから」が 82.4%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設（82 施設）では「特例措置を知らなかったから」が 80.5%であった。

歯科診療所調査全体（126 施設）では「特例措置を知らなかったから」が 77.8%であった。

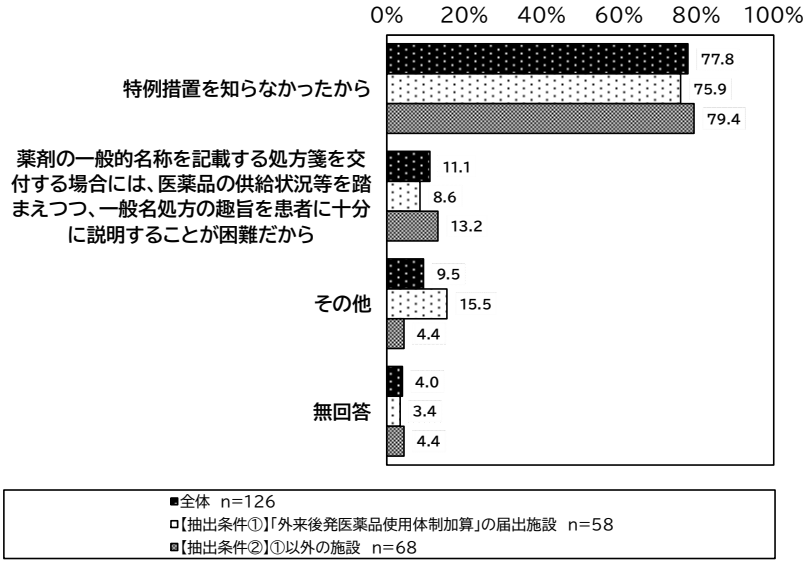
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（37 施設）では「特例措置を知らなかったから」32.4%であった。

図表 3-72 「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」を適用していない理由（複数回答）（特例の適用「なし」の施設）

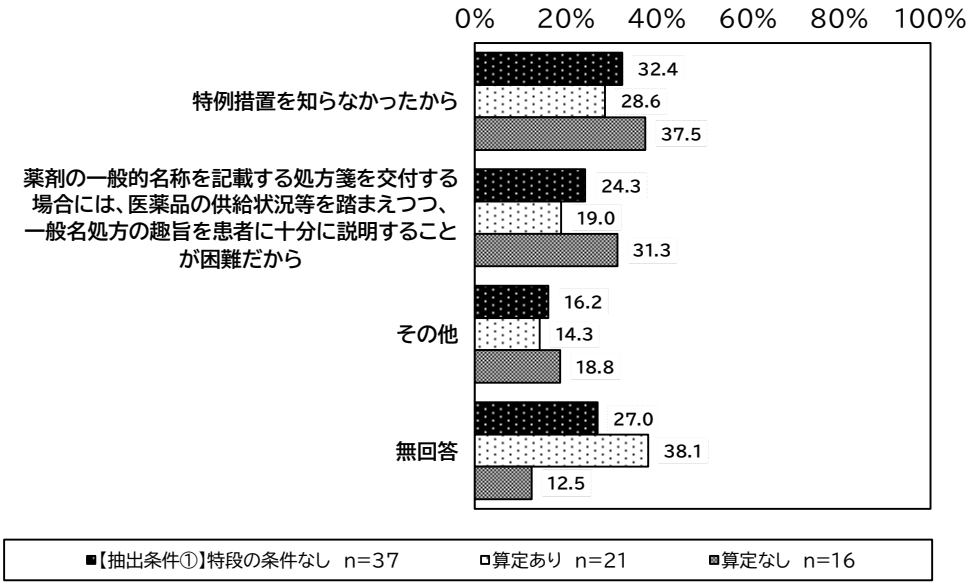
＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

一般診療所調査：

・院内処方が中心のため。

歯科診療所調査：

・現在の供給状況で支障がないため。

病院調査：

・システム整備されていない。

(5) 1 年前と比較した一般名処方の件数の変化

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査、医師調査において一般名処方による処方箋の発行があると回答した場合、1 年前と比較した一般名処方の件数の変化での一般名処方加算の算定回数を尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「増えた」が 26.2%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では 31.7%であった。

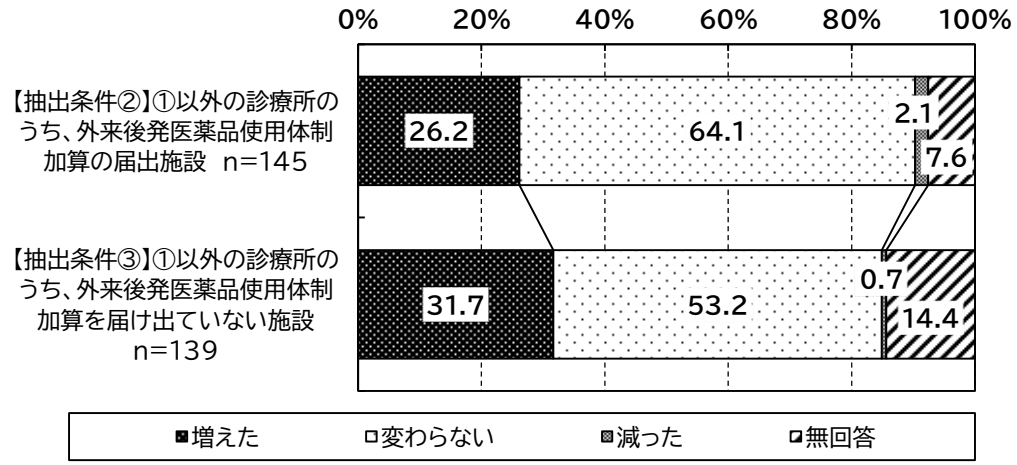
歯科診療所調査全体（172 施設）では「増えた」が 13.4%であった。

病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「増えた」が 39.4%であった。

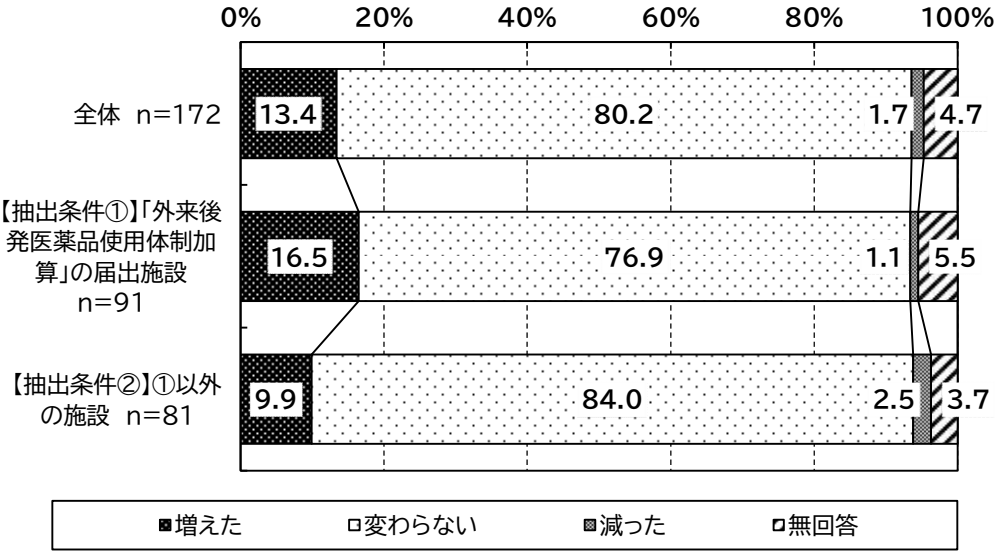
医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師では「増えた」が 45.5%であった。

図表 3-73　1 年前と比較した一般名処方の件数の変化
（一般名処方による処方箋の発行あり）

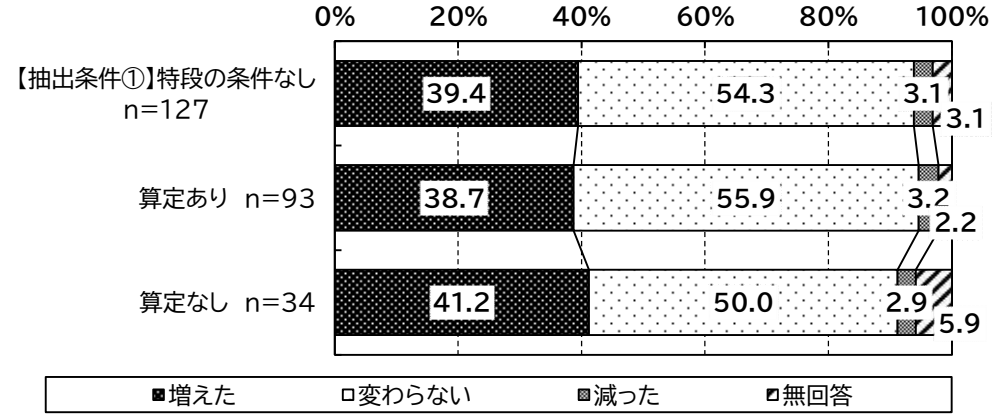
＜一般診療所＞



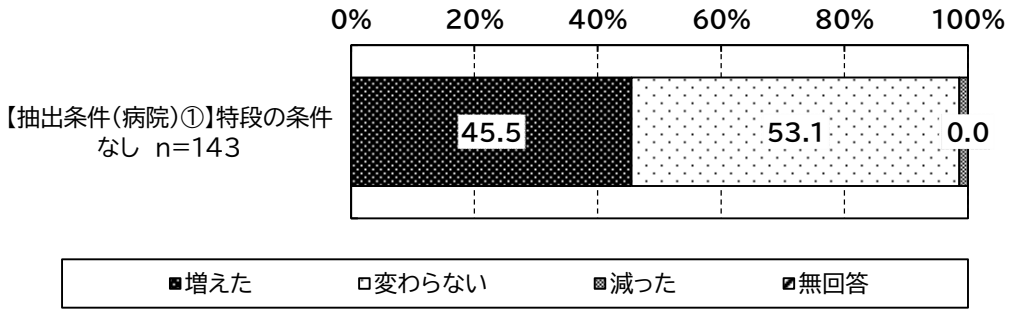
＜歯科診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞



① 一般名処方が増えた理由

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査、医師調査において、1年前と比較して一般名処方の件数が「増えた」と回答した場合、一般名処方が増えた理由を尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設(38施設)では「一般名処方加算の点数が引き上げられたから」が36.8%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設（44施設）が36.4%であった。

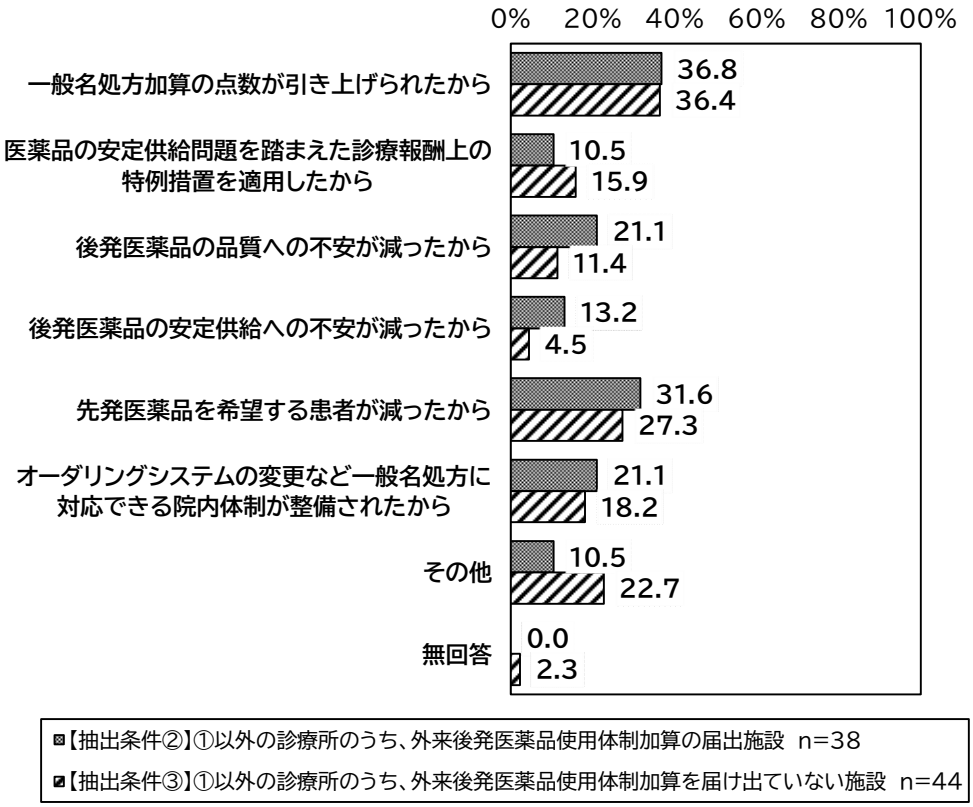
歯科診療所調査全体（23施設）では「一般名処方加算の点数が引き上げられたから」が34.8%であった。

病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（50施設）では「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」が52.0%であった。

医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師（65人）では「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」が60.0%であった。

図表 3-74　一般名処方が増えた理由（複数回答）
（1 年前と比較して一般名処方の件数が「増えた」場合）

＜一般診療所＞

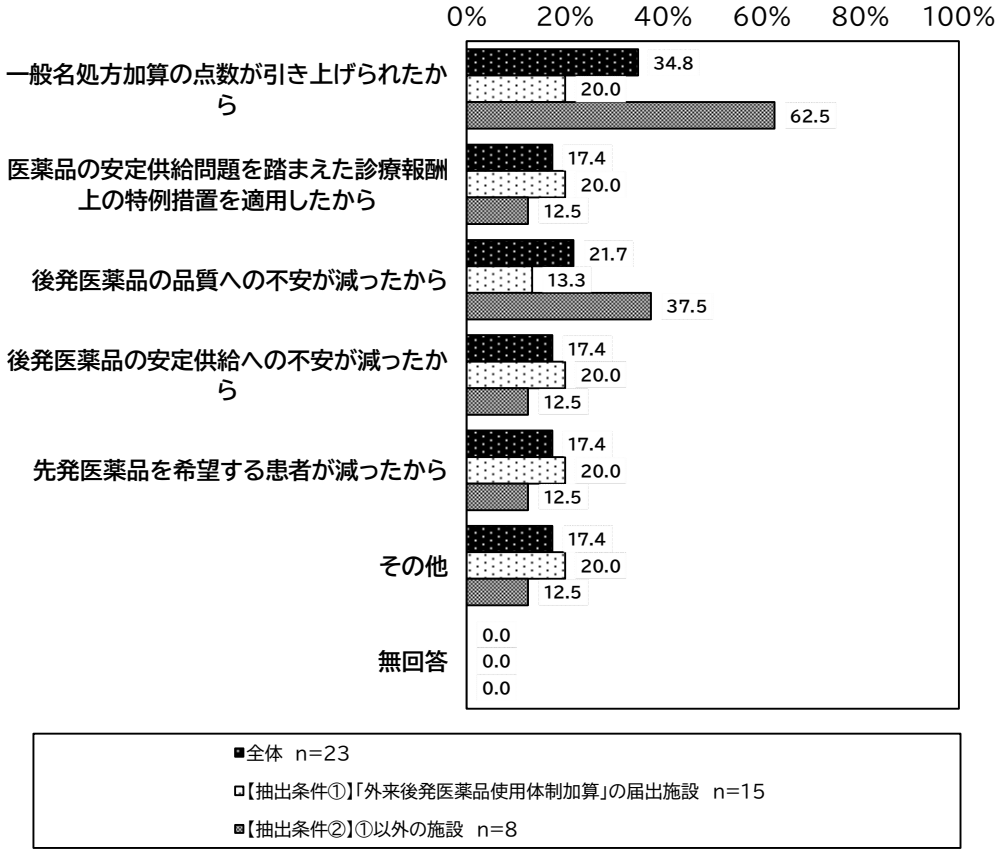


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

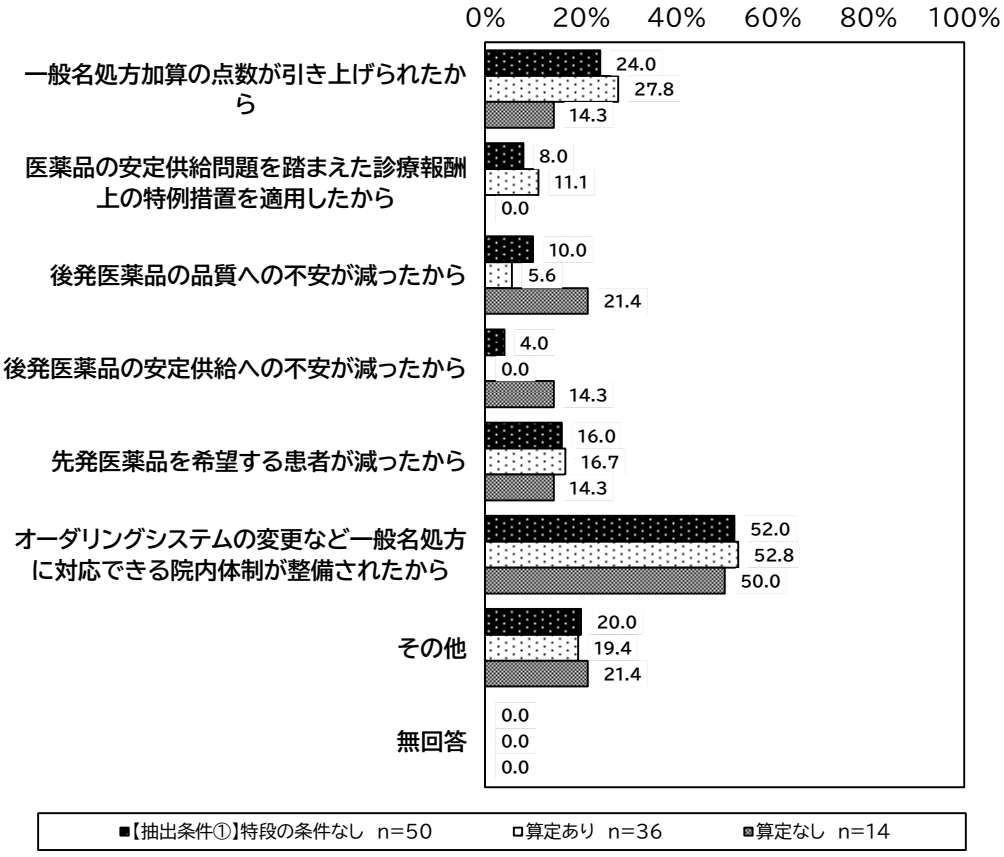
一般診療所調査：

・外来患者が増えたから。

＜歯科診療所＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
一般名処方加算の点数が引き上げられたから
34.8
20.0
62.5
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を適用したから
17.4
20.0
12.5
後発医薬品の品質への不安が減ったから
21.7
13.3
37.5
後発医薬品の安定供給への不安が減ったから
17.4
20.0
12.5
先発医薬品を希望する患者が減ったから
17.4
20.0
12.5
その他
17.4
20.0
12.5
無回答
0.0
0.0
0.0
■全体 n=23
□【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設 n=15
▨【抽出条件②】①以外の施設 n=8

＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞

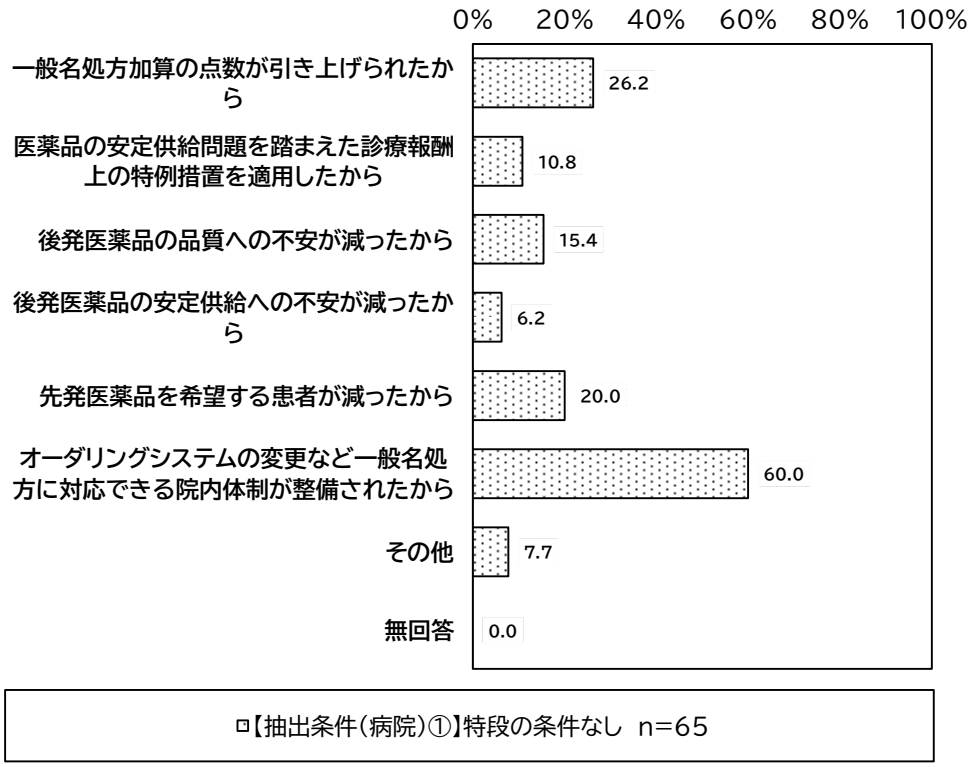


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

病院調査：

・後発医薬品の供給が不安定なため、一般名処方にした方が臨機応変に対応できる（特定のメーカーが入らないなど）。
・一般名処方マスタを増やしているから。
・疑義照会件数を減らすため、供給不足の薬品の一部を一般名処方にしたから。

＜医師＞



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

医師調査：

・疑義照会件数を減らすため、供給不足の薬品の一部を一般名処方にした。

・後発医薬品が供給不安定となり、選択を薬剤師に委ねたため。

② 一般名処方が増えない理由

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査、医師調査において、1 年前と比較して一般名処方の件数が「変わらない」「減った」と回答した場合、 一般名処方が増えない理由を尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設(96 施設)では「後発医薬品の安定供給への不安があるから」が 36.5%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設（75 施設）では 28.0%であった。

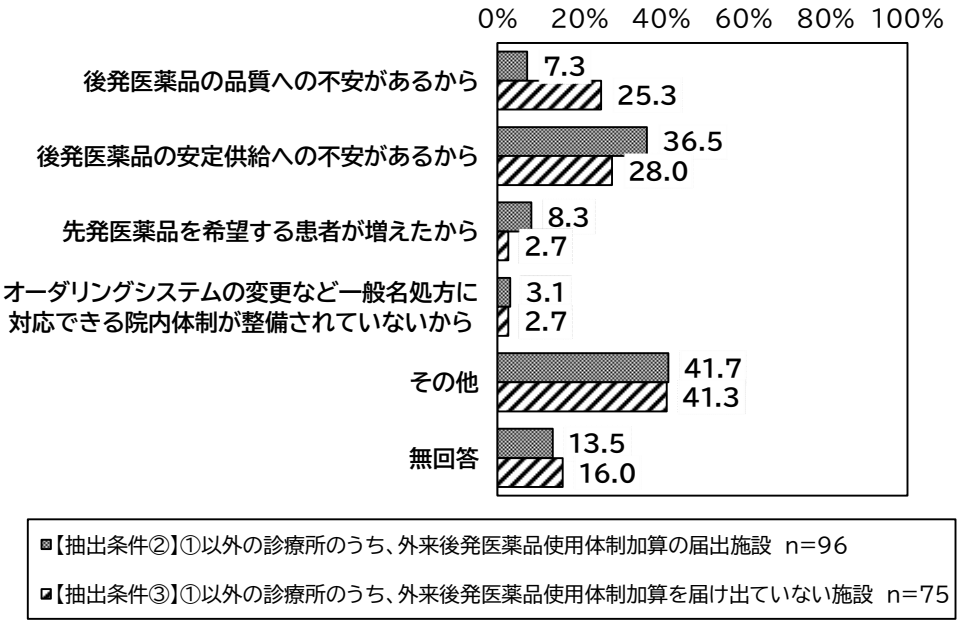
歯科診療所調査全体（141 施設）では「後発医薬品の品質への不安があるから」が 17.7%であった。

病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（73 施設）では「後発医薬品の安定供給への不安があるから」が 35.6%であった。

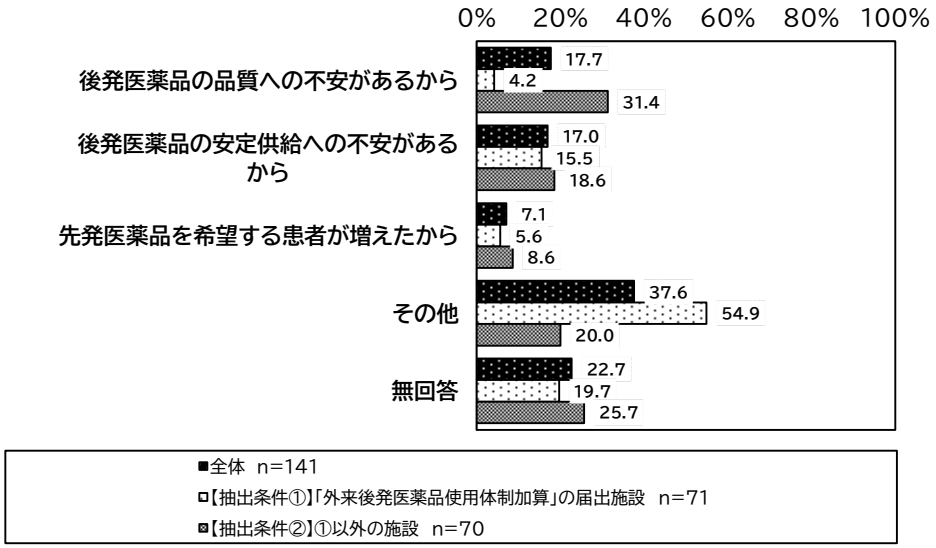
医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師（78 人）では「後発医薬品の安定供給への不安があるから」が 34.6%であった。

図表 3-75 一般名処方が増えない理由（複数回答）
（1 年前と比較して一般名処方の件数が「変わらない」「減った」場合）

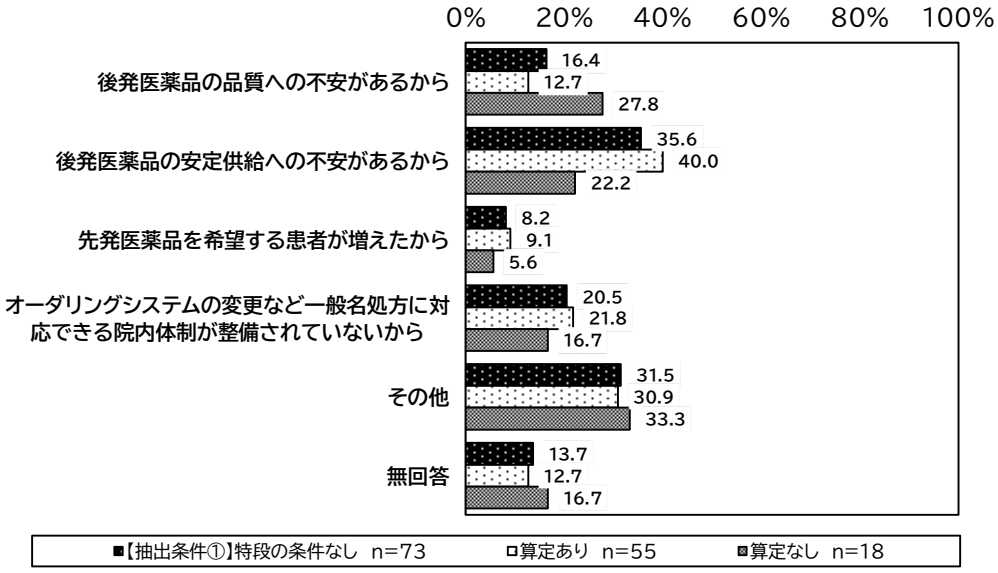
＜一般診療所＞



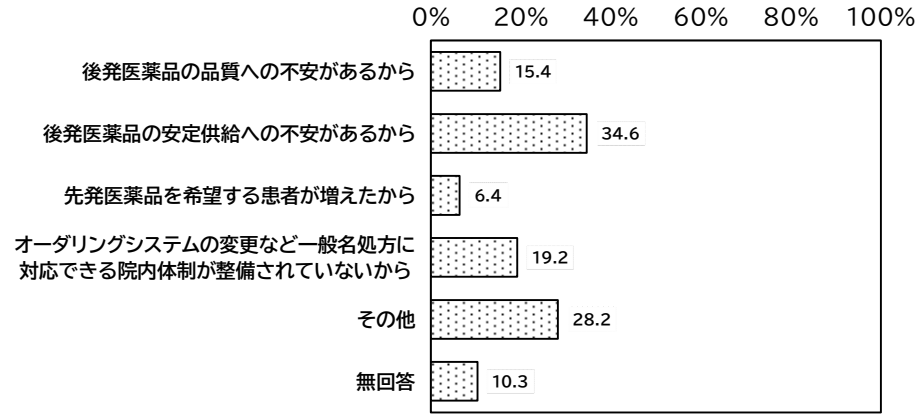
＜歯科診療所＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞



ロ【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=78

※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

一般診療所調査：

・元々一般名処方が中心だから。

歯科診療所調査：

・以前から一般名処方だから。
・処方箋を出していない。

病院調査：

・一般名処方のマスタメンテナンスが多忙のためできない。
・院内調剤が多いため。

医師調査：

・以前から一般名処方だから。
・オーダリングシステムではない紙カルテ。
・すでに電子カルテで一般名処方になっており、自身で意識して処方を変えていない。

(6) 一般名処方による処方箋を発行していない理由

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査、医師調査において、一般名処方による処方箋の発行がないと回答した場合、発行していない理由を尋ねたところ、以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設（87 施設）では「一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため」が 16.1%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設（31 施設）では 45.2%であった。

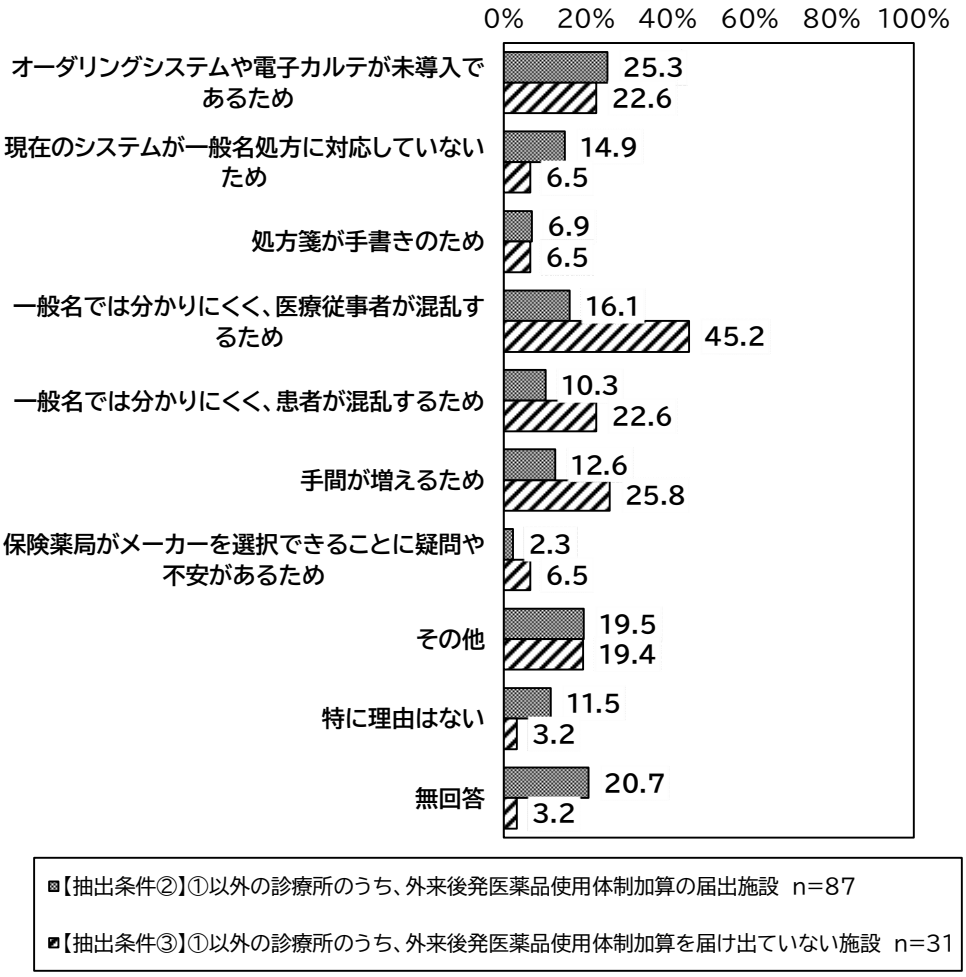
歯科診療所調査全体（532 施設）では「特に理由はない」が 28.0%であった。

病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設（53 施設）では「現在のシステムが一般名処方に対応していないため」が 62.3%であった。

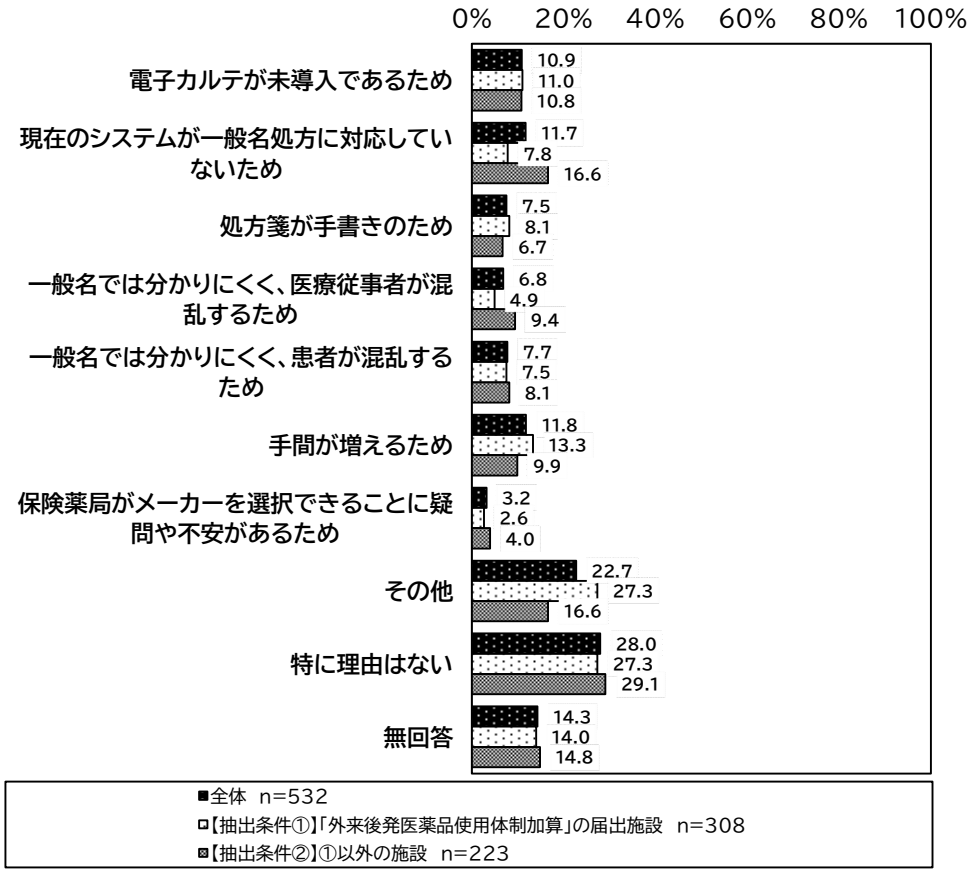
医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師（88 人）では「現在のシステムが一般名処方に対応していないため」が 46.6%であった。

図表 3-76　一般名処方による処方箋を発行していない理由（複数回答）
（一般名処方による処方箋の発行なし）

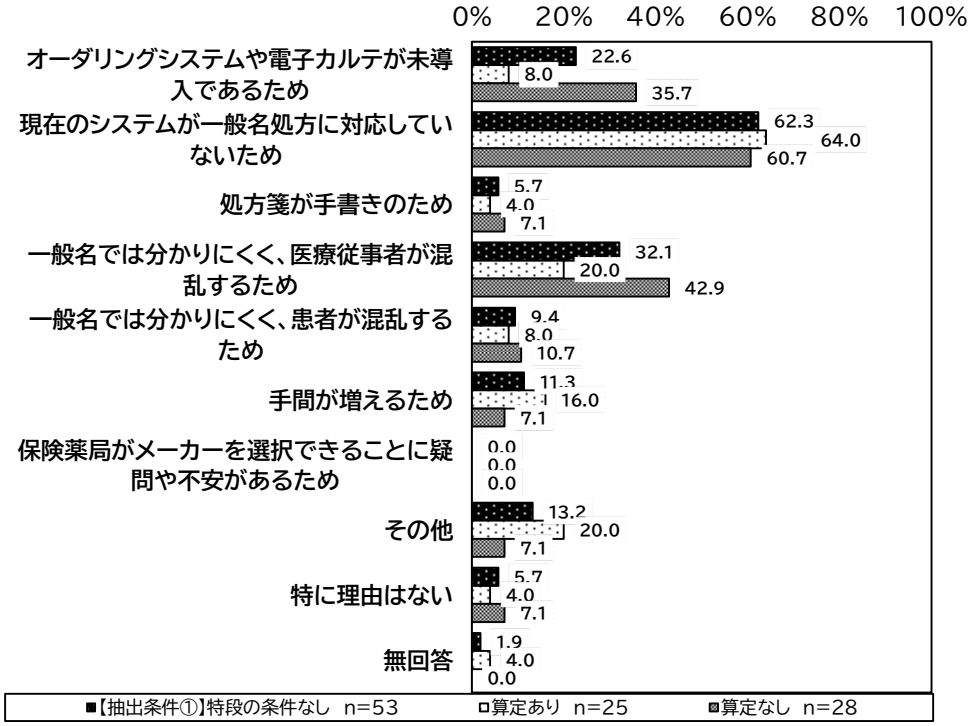
＜一般診療所＞



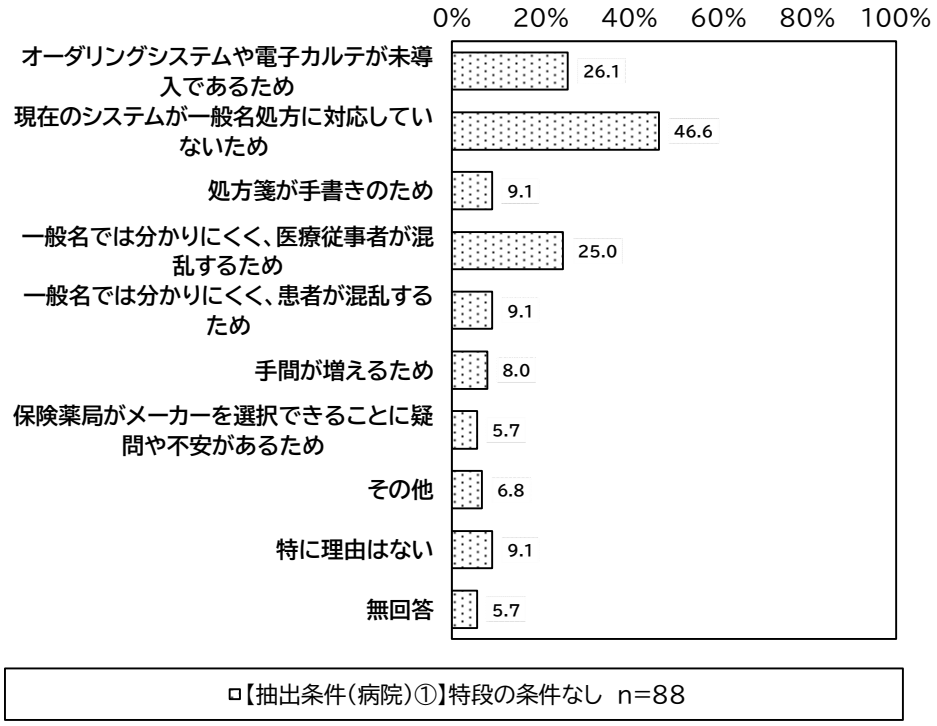
＜歯科診療所＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
電子カルテが未導入であるため
10.9
11.0
10.8
現在のシステムが一般名処方に対応していないため
11.7
7.8
16.6
処方箋が手書きのため
7.5
8.1
6.7
一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため
6.8
4.9
9.4
一般名では分かりにくく、患者が混乱するため
7.7
7.5
8.1
手間が増えるため
11.8
13.3
9.9
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
3.2
2.6
4.0
その他
22.7
27.3
16.6
特に理由はない
28.0
27.3
29.1
無回答
14.3
14.0
14.8
■全体 n=532
□【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設 n=308
▨【抽出条件②】①以外の施設 n=223

＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞



(7) 施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査において、施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組を尋ねたところ、以下のとおりであった。

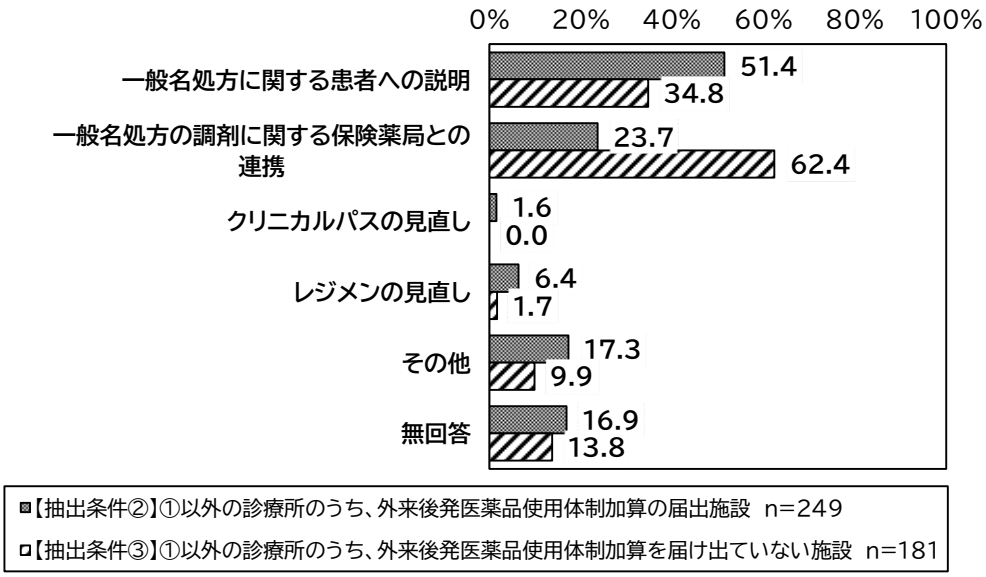
一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「一般名処方の調剤に関する保険薬局との連携」が 23.7%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では 62.4%であった。

歯科診療所調査全体では、「安定供給問題に備えた処方薬の見直しの検討」が 45.1%であった。

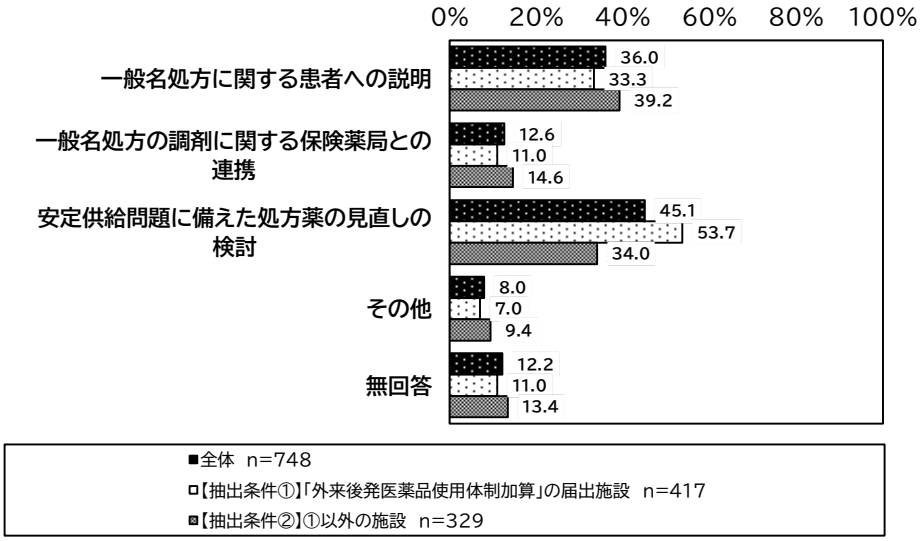
病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「一般名処方の調剤に関する保険薬局との連携」が 36.1%であった。

図表 3-77　施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組（複数回答）

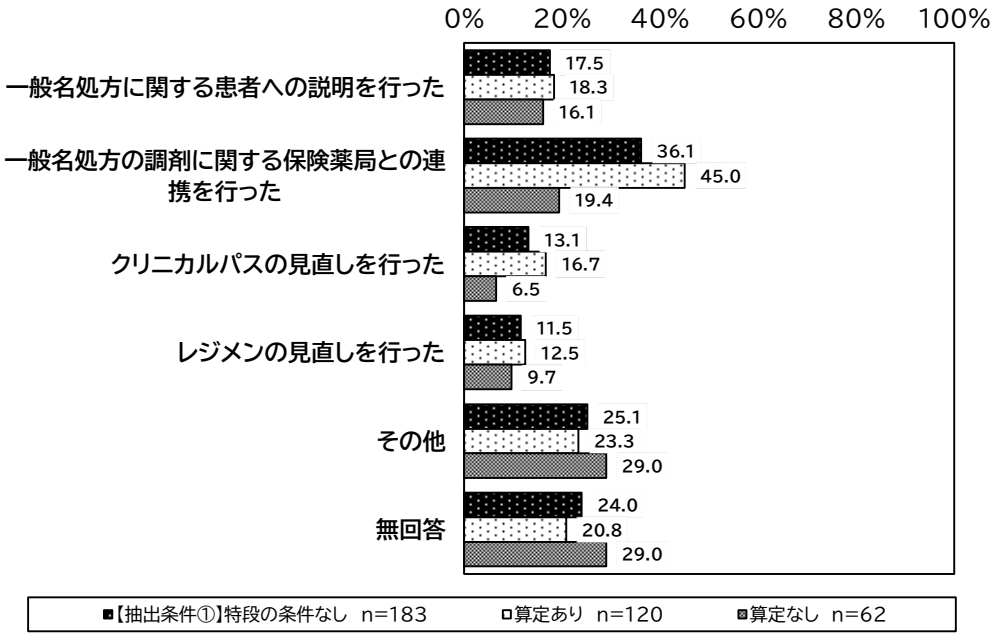
＜一般診療所＞



＜歯科診療所＞



＜病院＞



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

病院調査：

・一般名称に対応できるオーダリングシステムにしている。
・後発医薬品への変更は AG にしている。
・在庫の確保、調剤薬局の在庫の確認と医師への報告。
・医薬品卸担当者との情報交換。

(8) 後発医薬品の使用促進に向けた対応方法

一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査、医師調査において、後発医薬品の使用促進に向けた対応方法を尋ねたところ、あてはまるもの（複数回答）については以下のとおりであった。

一般診療所のうち外来後発医薬品使用体制加算の届出あり施設では「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」が 82.3%、外来後発医薬品使用体制加算の届出なし施設では 63.0%であった。

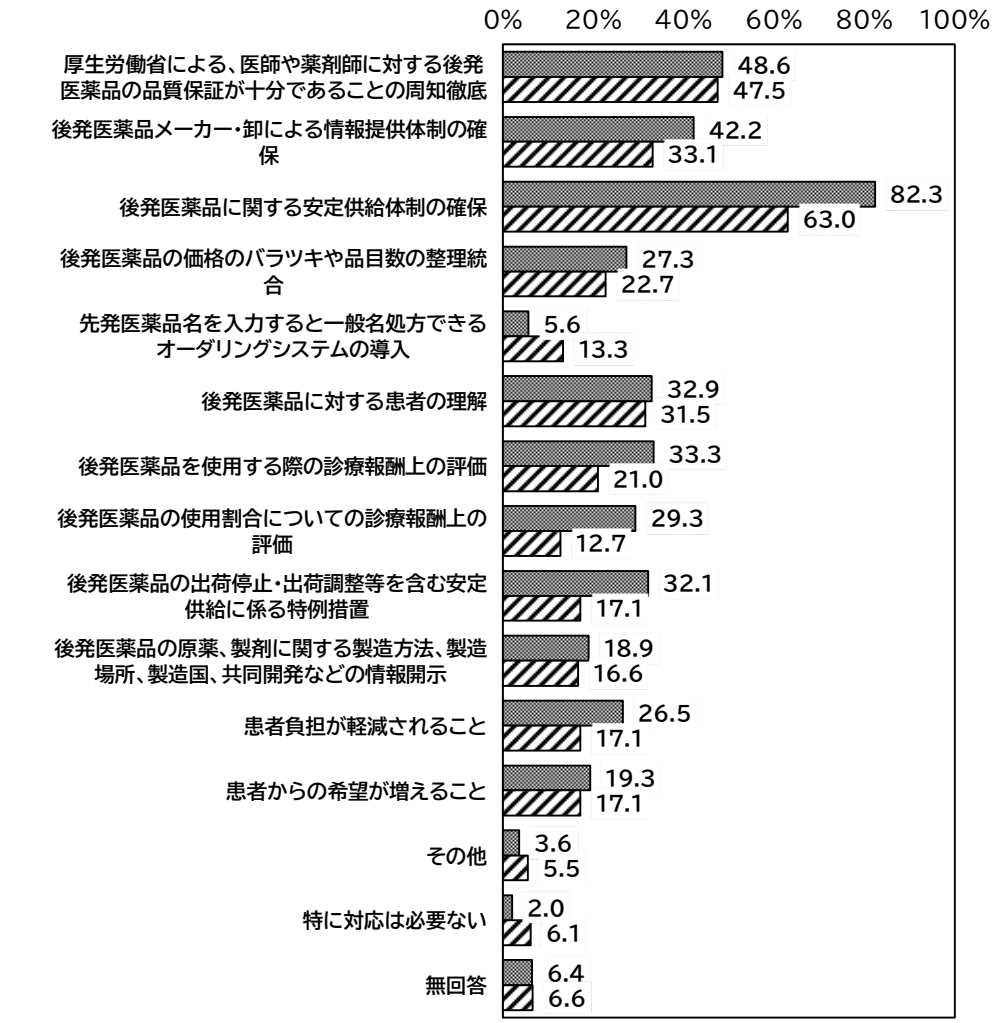
歯科診療所調査全体では「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」が 53.5%であった。

病院調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設では「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」が 93.4%であった。

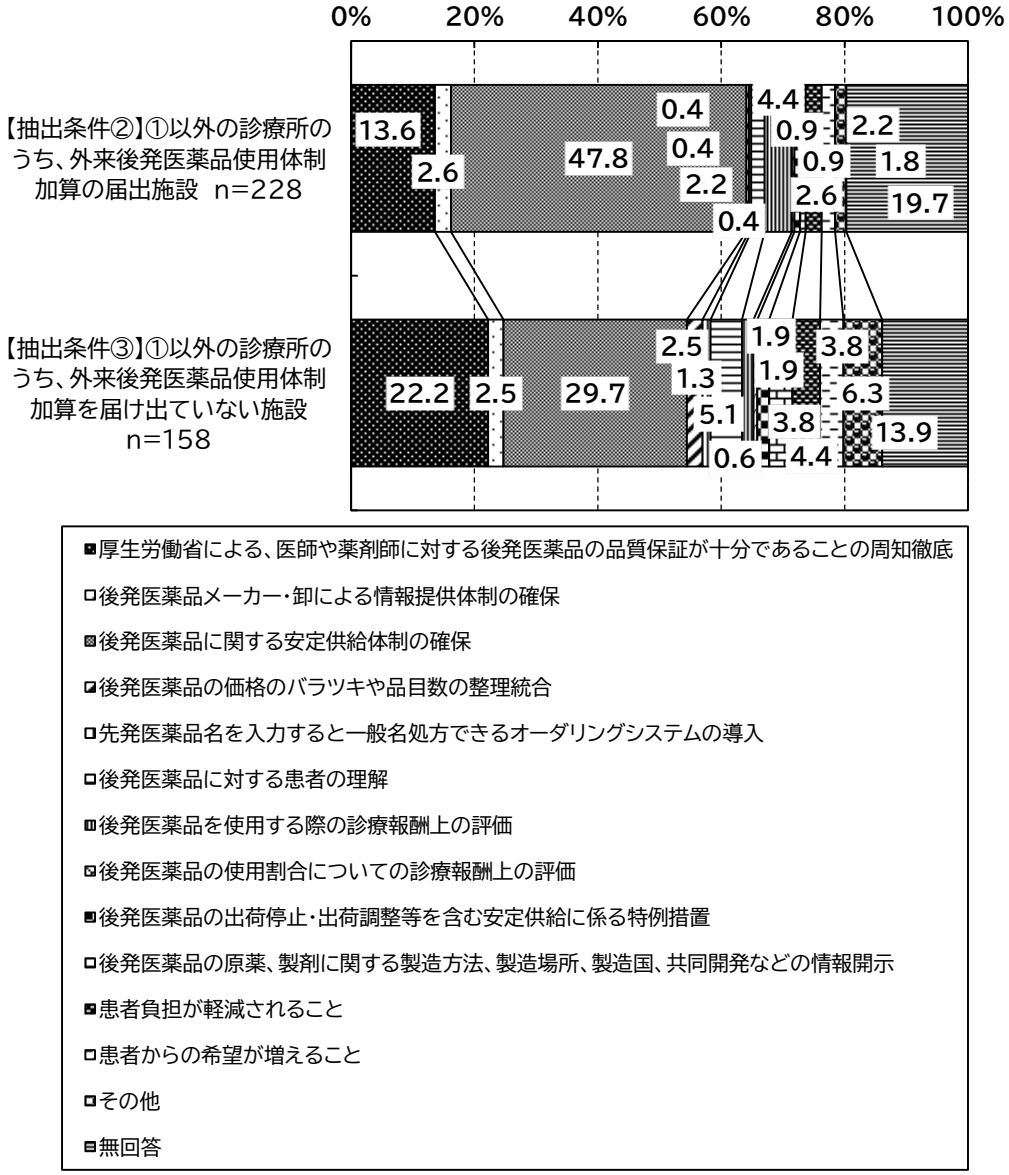
医師調査のうち「特段の条件なし」で抽出した施設の医師では「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」が 70.8%であった。

図表 3-78　後発医薬品の使用促進に向けた対応方法

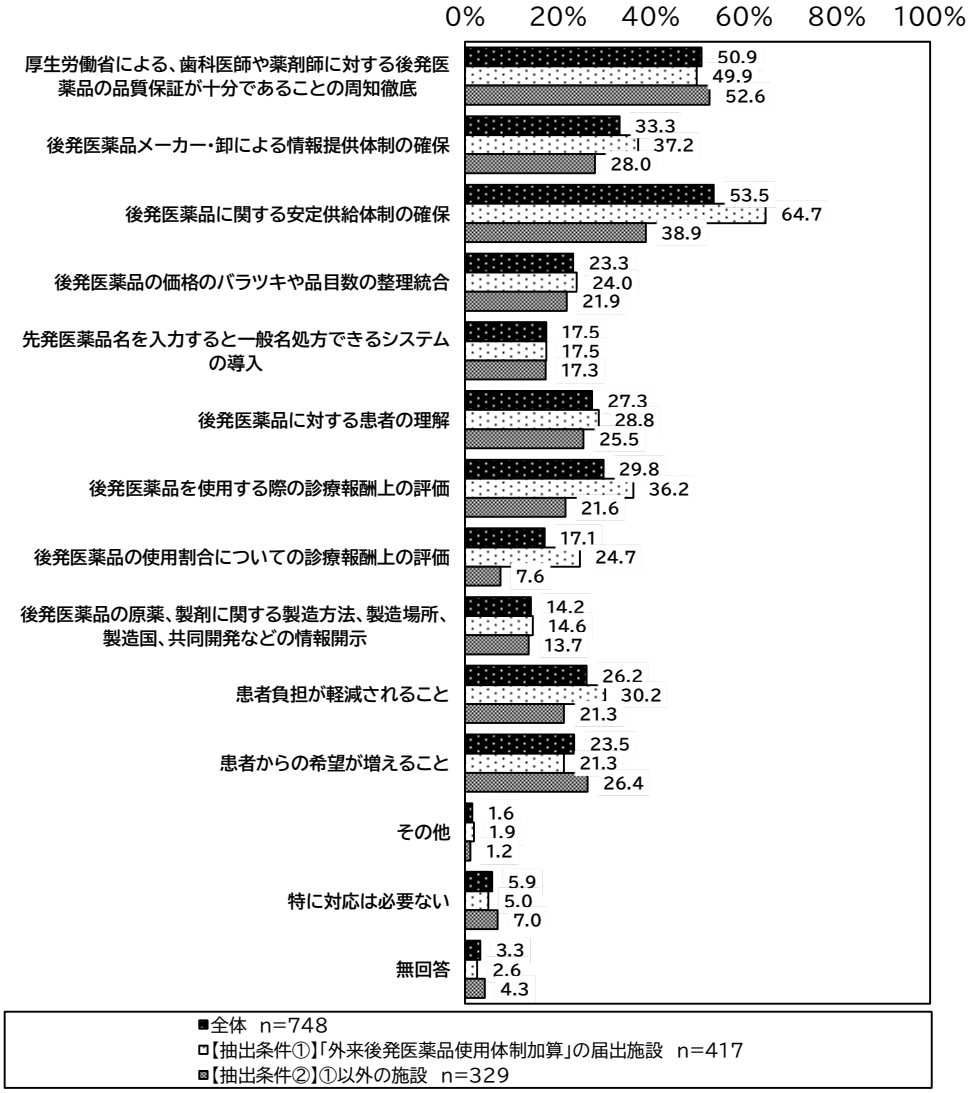
＜一般診療所　複数回答＞



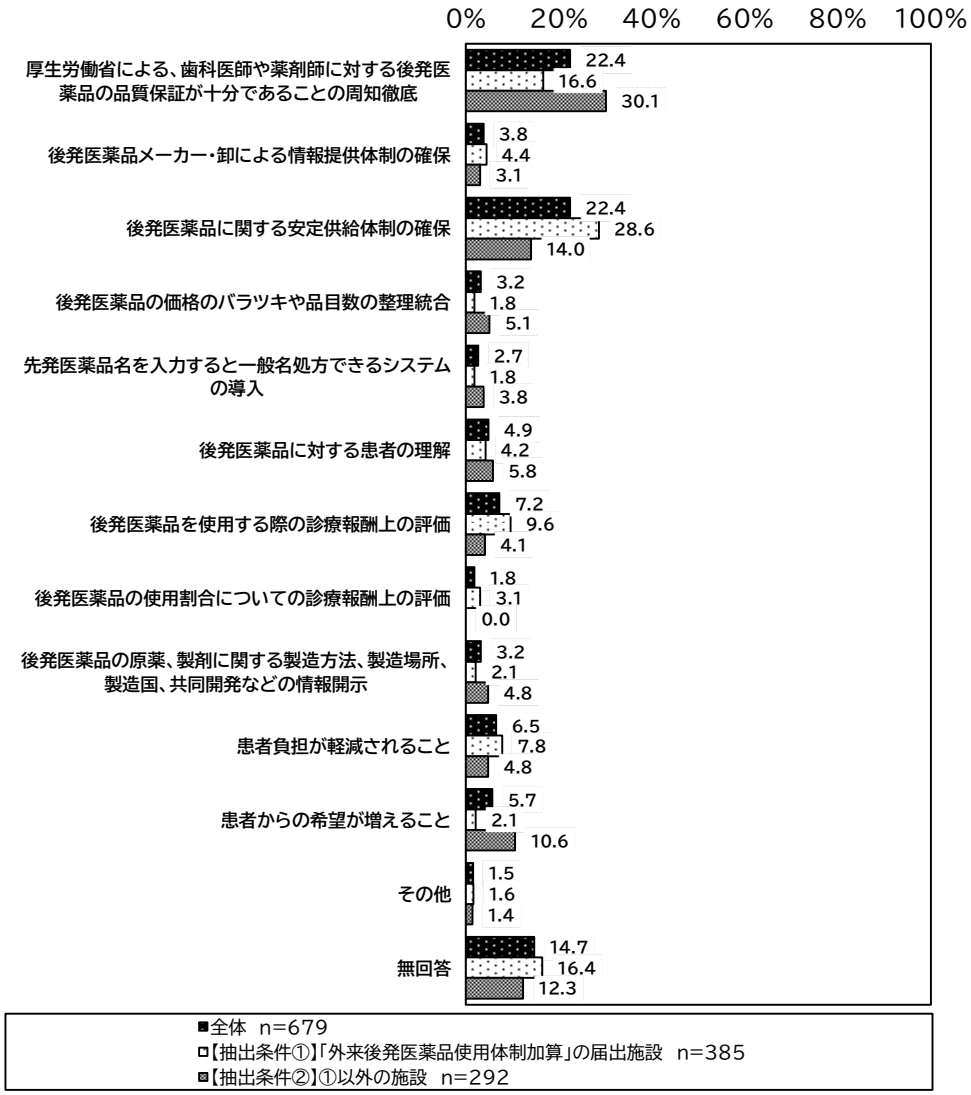
＜一般診療所　最もあてはまるもの＞



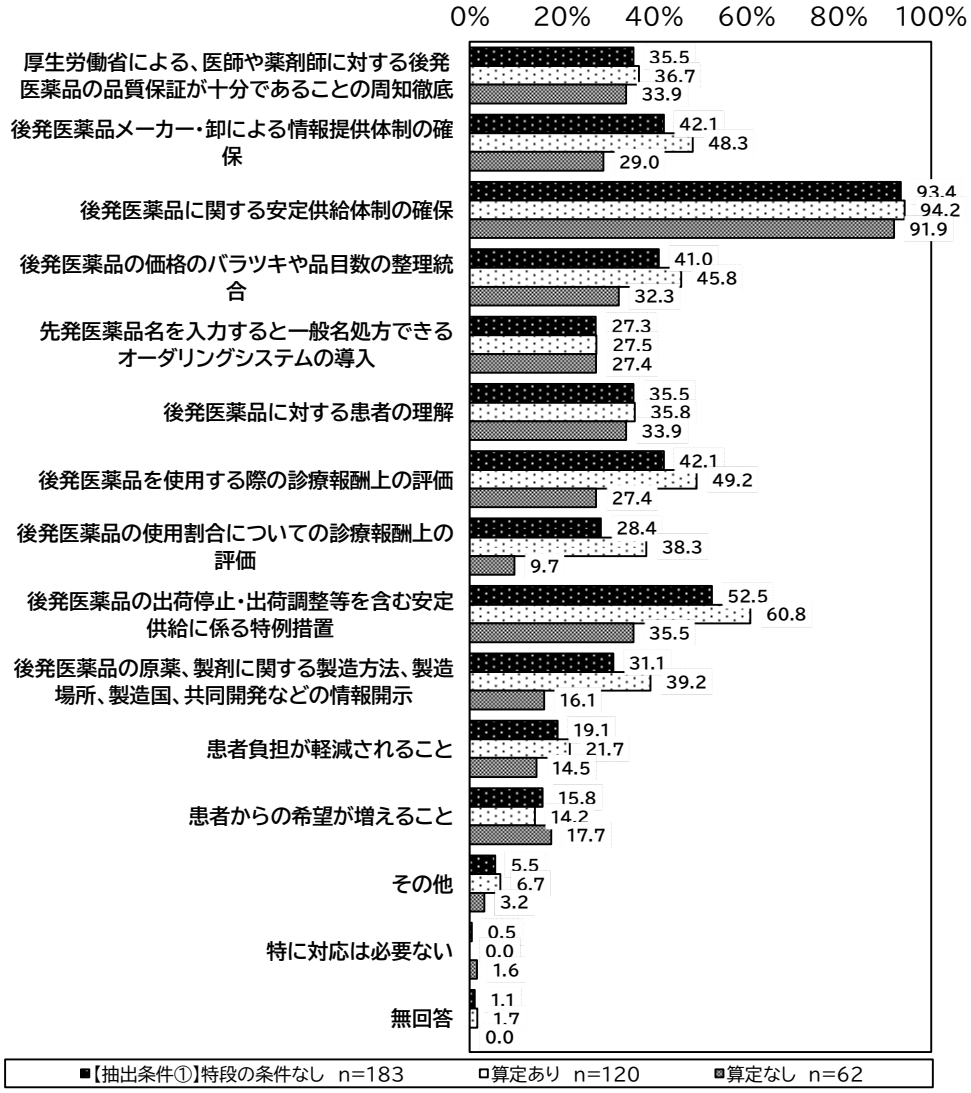
＜歯科診療所　（複数回答）＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
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
50.9
49.9
52.6
後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保
33.3
37.2
28.0
後発医薬品に関する安定供給体制の確保
53.5
64.7
38.9
後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
23.3
24.0
21.9
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
17.5
17.5
17.3
後発医薬品に対する患者の理解
27.3
28.8
25.5
後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価
29.8
36.2
21.6
後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価
17.1
24.7
7.6
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
14.2
14.6
13.7
患者負担が軽減されること
26.2
30.2
21.3
患者からの希望が増えること
23.5
21.3
26.4
その他
1.6
1.9
1.2
特に対応は必要ない
5.9
5.0
7.0
無回答
3.3
2.6
4.3
■全体　n=748
□【抽出条件①】「外来後発医薬品使用体制加算」の届出施設　n=417
▩【抽出条件②】①以外の施設　n=329

＜歯科診療所　（最もあてはまるもの）＞



＜病院　複数回答（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



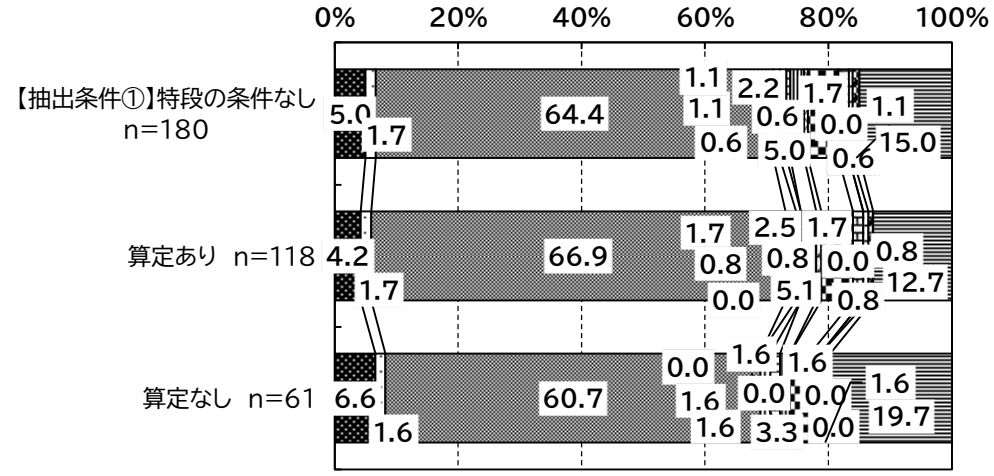
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

病院調査：

・後発医薬品同士で適応症が異なると変更できない場合が多い。

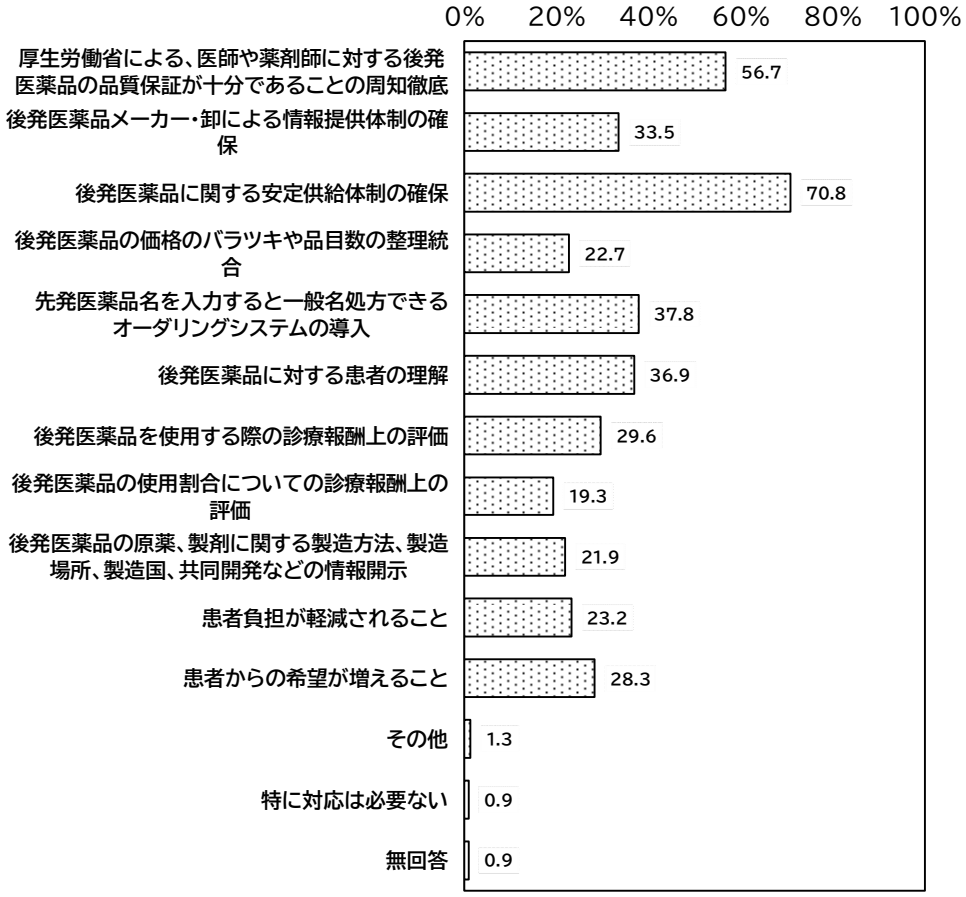
・外用薬の、いわゆる添加物や基剤による効果の違いを整理。

＜病院　最もあてはまるもの＞



- 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
- 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保
- 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
- 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
- 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
- 後発医薬品に対する患者の理解
- 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価
- 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価
- 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
- 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
- 患者負担が軽減されること
- 患者からの希望が増えること
- その他
- 無回答

＜医師　（複数回答）＞



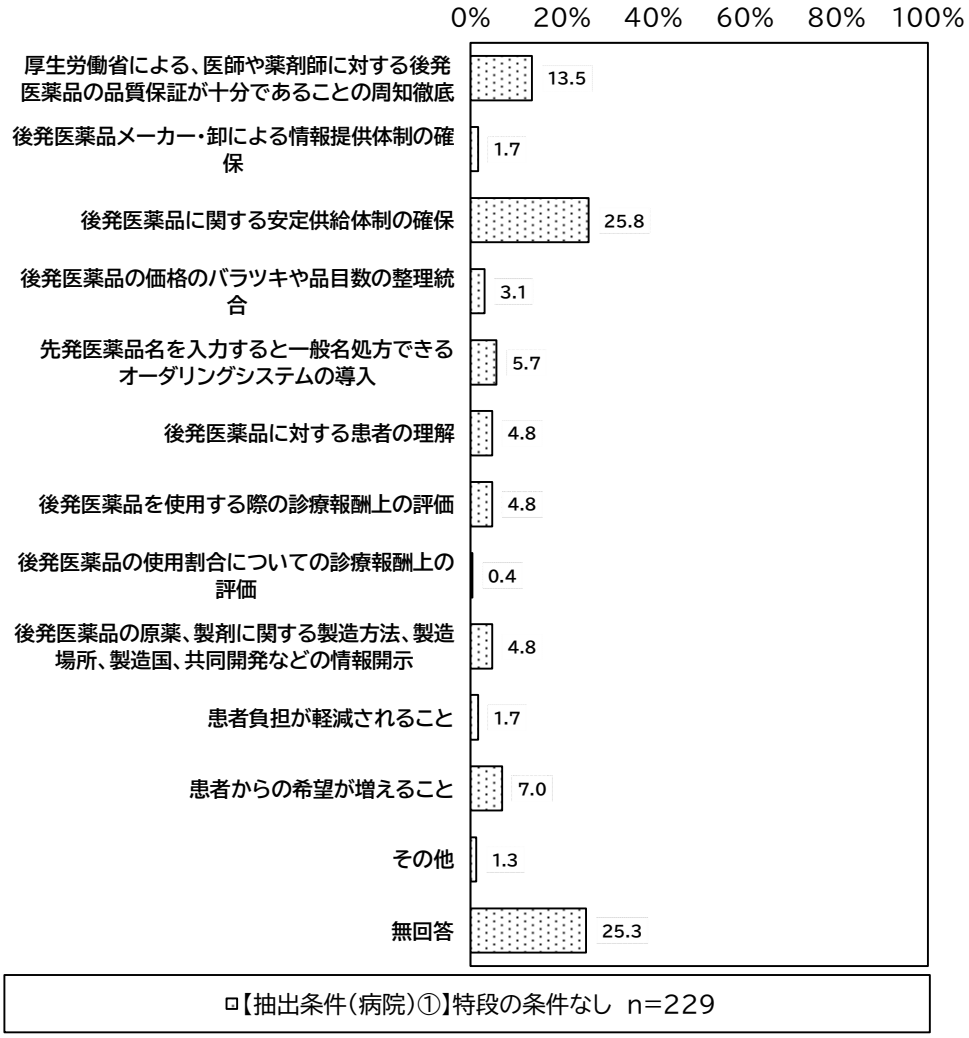
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

医師調査：

・後発品の効果、安全性が担保されること。

・後発医薬品メーカー指定での処方箋発行について、メーカー変更の際の問い合わせをなくしてほしい。

＜医師　（最もあてはまるもの）＞



(9) 効果的な後発医薬品の使用促進策

＜一般診療所＞

○後発医薬品の品質向上、安定供給
- コーティング剤、有効成分含有量などが先発品と同じであるようにすること。
- 後発医薬品メーカーの信頼回復と国の管理体制強化。
- 後発医薬品メーカーの品質維持と安定供給が担保されること

○普及啓発
- 後発医薬品に対する患者の理解および患者負担の軽減。

○薬価や診療報酬制度等
- 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価。
- 薬価の確保による後発医薬品メーカーの収益の確保。

＜歯科診療所＞

○後発医薬品の品質向上
- 先発医薬品に対してどのメーカーがどの名称の後発医薬品を出しているかの一覧。
- 製造中止になったメーカーと薬、代替するメーカーと薬の紹介。
- 安定供給が難しくなる場合、迅速に正確な情報提供を末端の医療機関に伝わるようにしてほしい。

○普及啓発
- 患者への安全性の説明、国からの周知。

○薬価や診療報酬制度等
- 外来後発医薬品使用体制加算の計算をわかりやすくしてほしい。
- 薬価の上昇。
- 簡略な一般名としてほしい。

＜病院＞

○後発医薬品の品質向上、安定供給
- 後発医薬品メーカーの不祥事による供給制限がないような体制の構築。
- 原薬の国産生産化。

○普及啓発
- 後発品に対する理解、知識を深まるよう患者へ情報提供する。
- 先発品との違いを明確にし(形状、味、成分など)、そのうえで使用するか決めてもらうのがよいと思う。

○薬価や診療報酬制度等
- 後発医薬品の薬価を下げすぎないようにする。
- 地域フォーミュラリーの推進。
- 先発品と関連付けがわかりやすい命名規則にしてほしい。
- 後発品を使用するうえでの診療報酬上の評価の向上。

＜医師＞

○後発医薬品の品質向上、安定供給
- 先発医薬品と同等に効果、安全性について問題がないことを周知徹底。
- ラベル、パッケージなどの統一。
- オーソライズドジェネリックの拡大。
- 後発医薬品メーカーの十分な管理による安全性の確保。

○普及啓発
- 国民に対して後発医薬品についての利点を情報提供

5) バイオ後続品の使用に関する考え

※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。
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）を含む。

図表 3-79　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※	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※	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

※先行バイオ医薬品の一般的名称は、（遺伝子組換え）を省略して記載

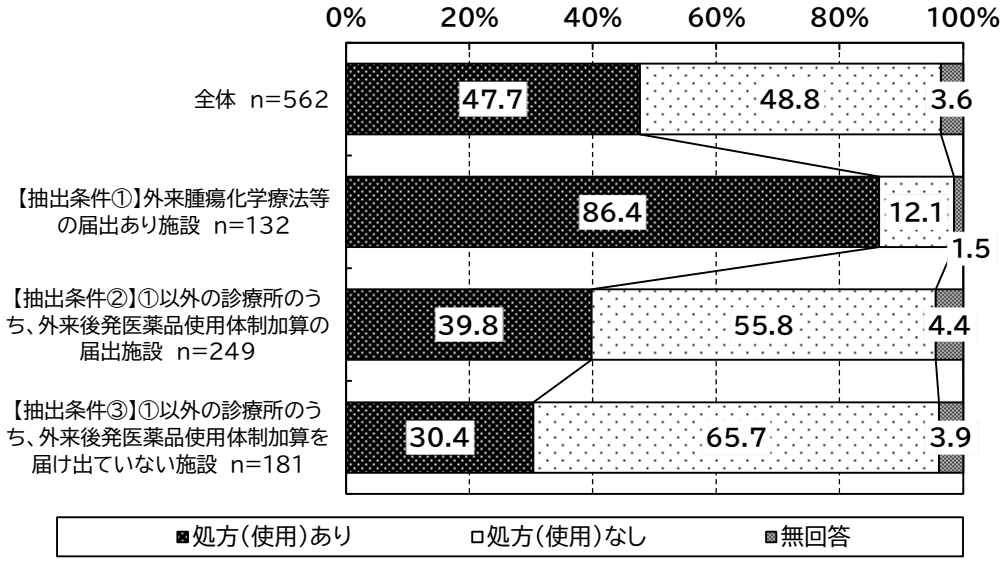
※ダルベポエチン アルファはバイオ後続品と、いわゆるバイオ AG のそれぞれが承認されている。

(1) バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の処方の有無

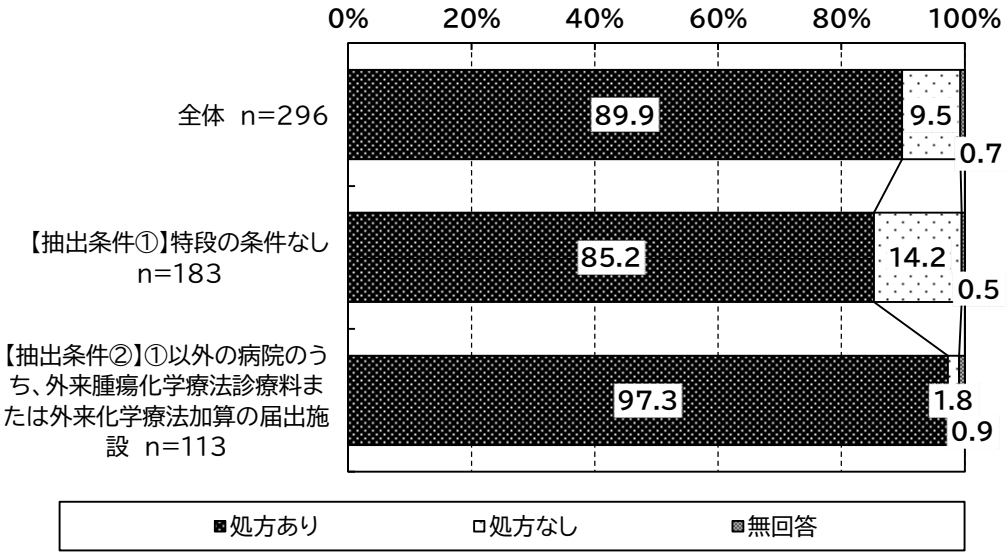
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の処方の有無を尋ねたところ、「処方（使用）あり」「処方あり」の割合は、一般診療所全体では 47.7%、病院調査全体では 89.9%、医師調査全体では 65.5%であった。

図表 3-80　バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の処方の有無

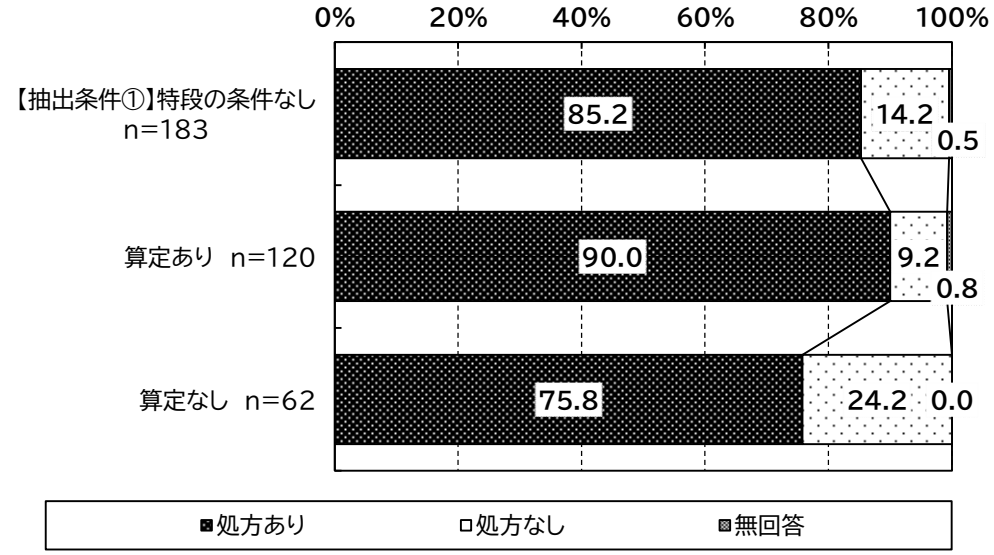
＜一般診療所＞



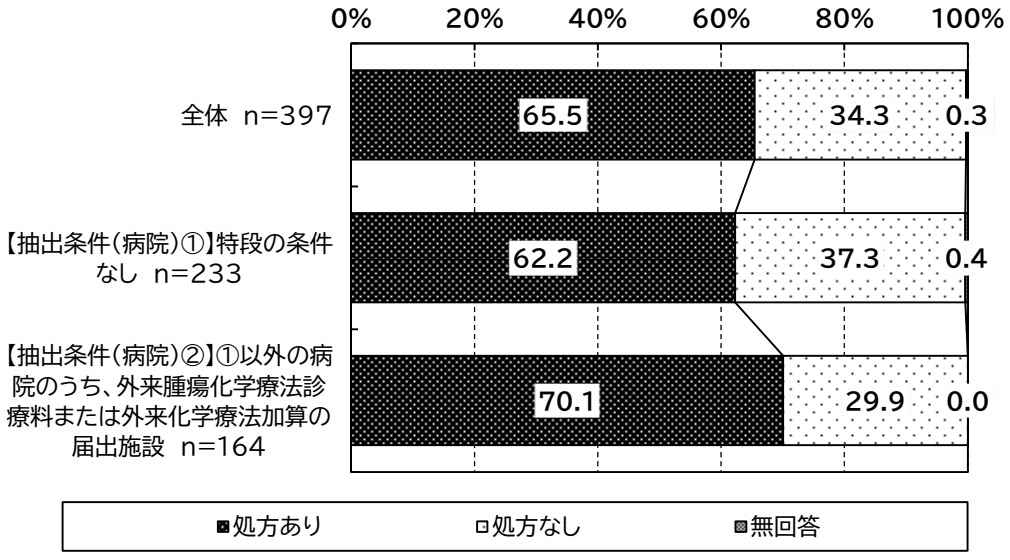
＜病院＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞

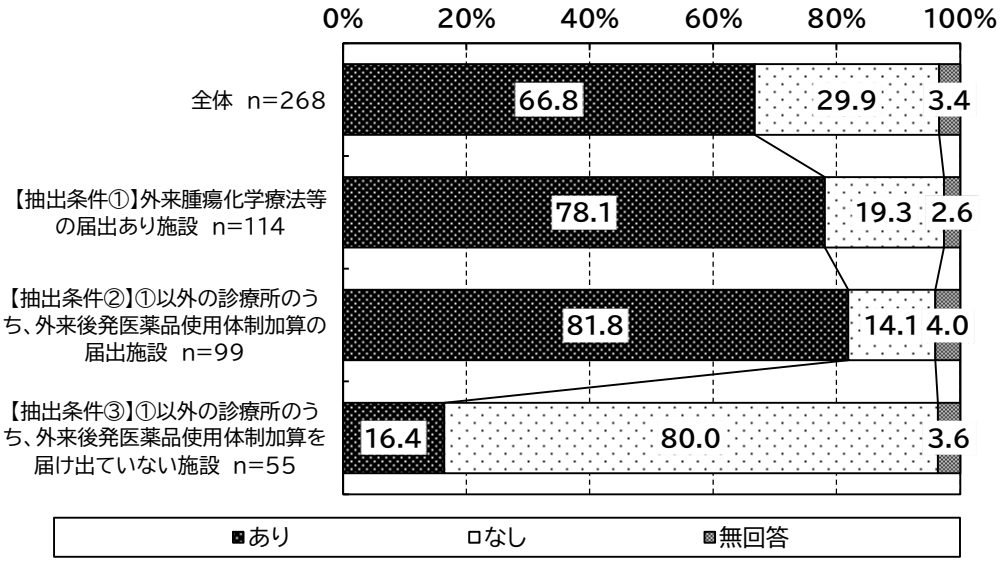


① 院内処方（入院または院内の外来）の有無

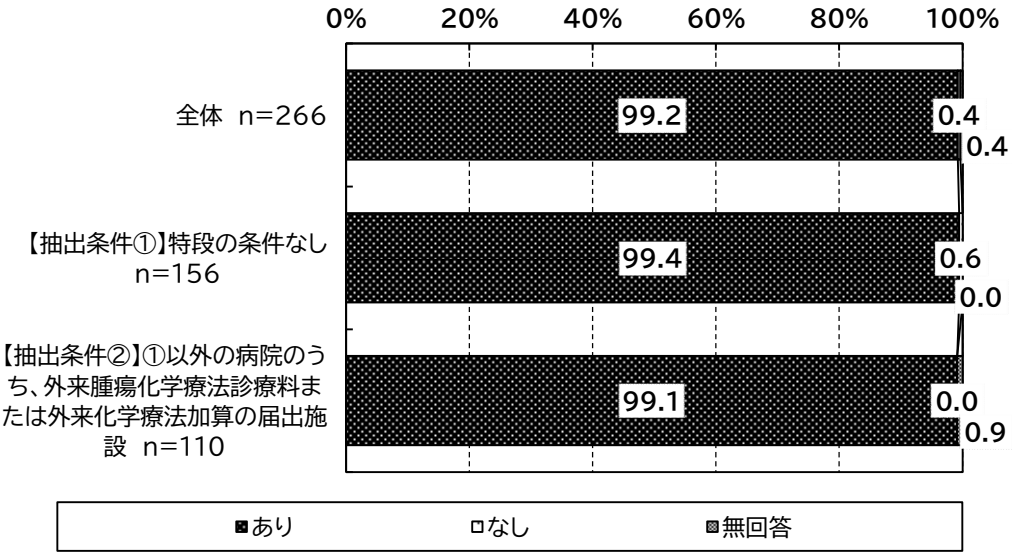
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ医薬品の「処方あり」と回答した場合、院内処方（入院または院内の外来）の有無を尋ねたところ、院内処方「あり」は一般診療所調査全体（268 施設）では 66.8%、病院調査全体（266 施設）では 99.2%、医師調査全体（260 人）では 91.2%であった。

図表 3-81 院内処方（入院または院内の外来）の有無
（バイオ医薬品の「処方あり」）

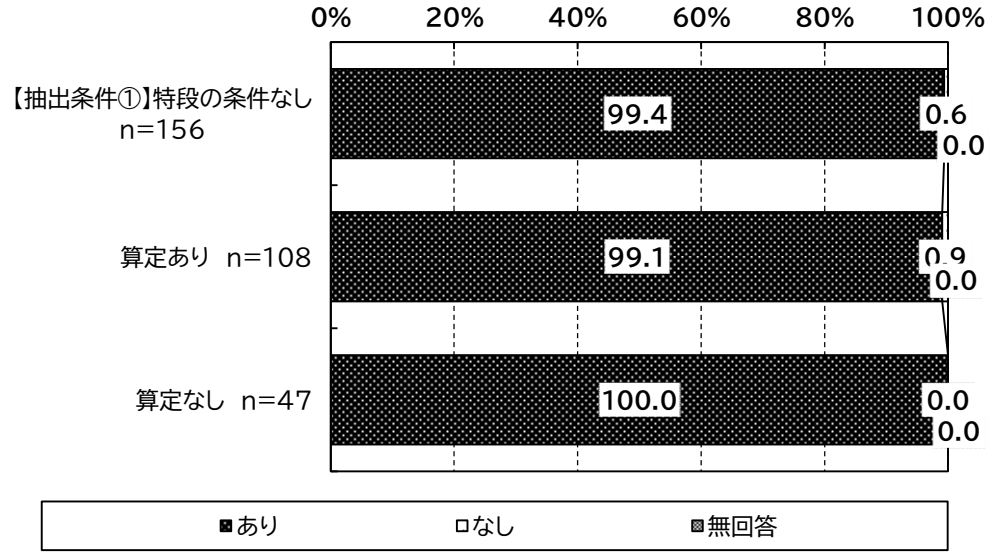
＜一般診療所＞



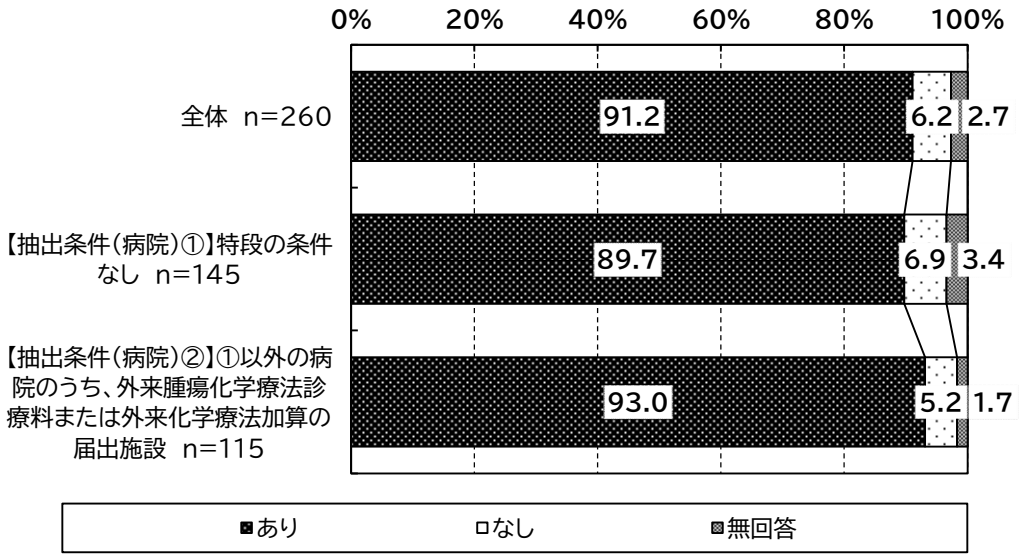
＜病院＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞

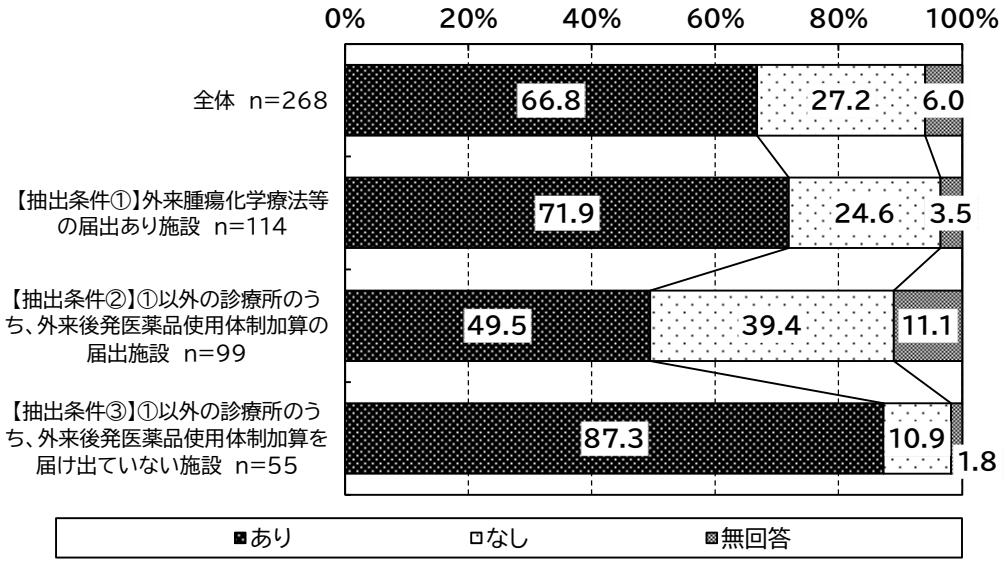


② 院外処方の有無

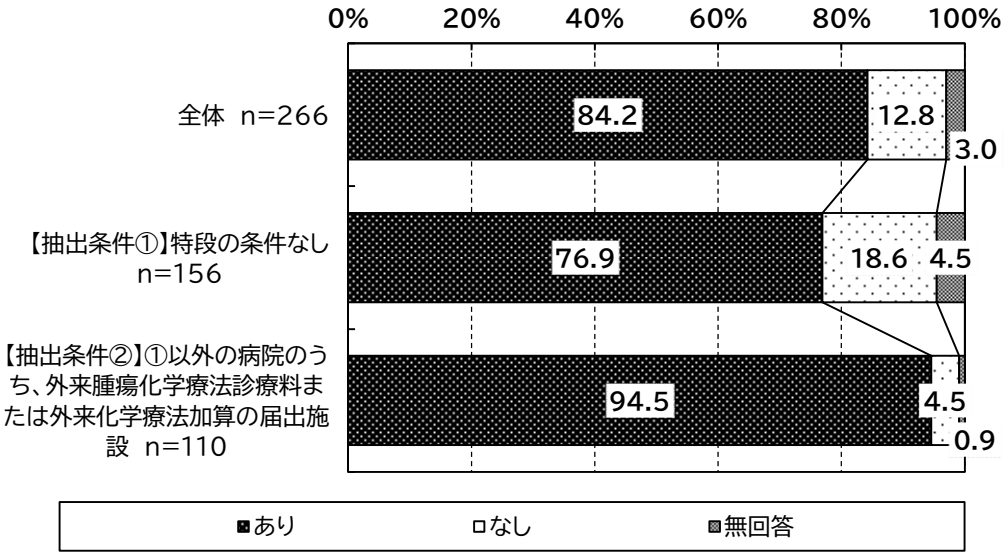
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ医薬品の「処方あり」と回答した場合、院外処方の有無を尋ねたところ、院外処方「あり」の割合は一般診療所調査全体（268 施設）では 66.8%、病院調査全体（266 施設）では 84.2%、医師調査全体（260 人）では 64.6%であった。

図表 3-82 院外処方の有無（バイオ医薬品の「処方あり」）

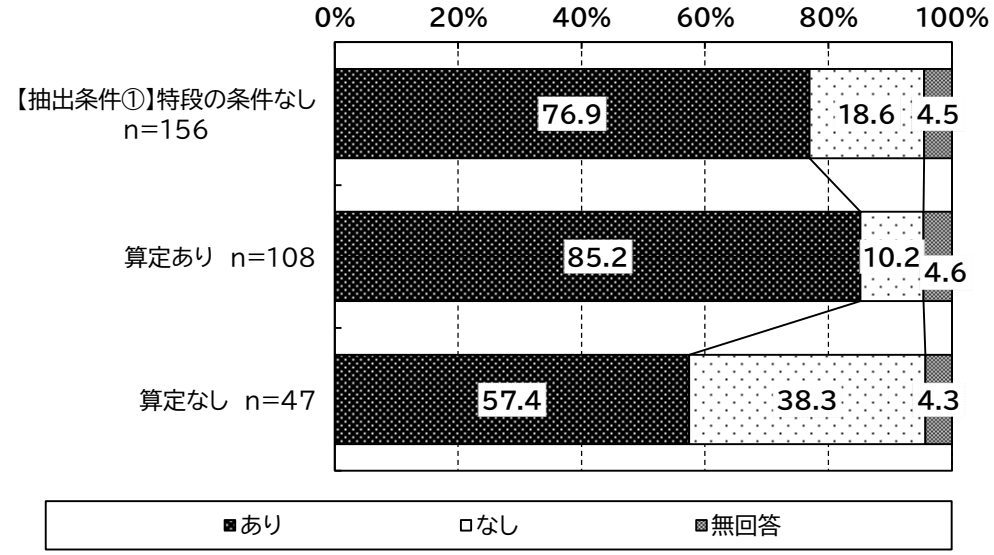
＜一般診療所＞



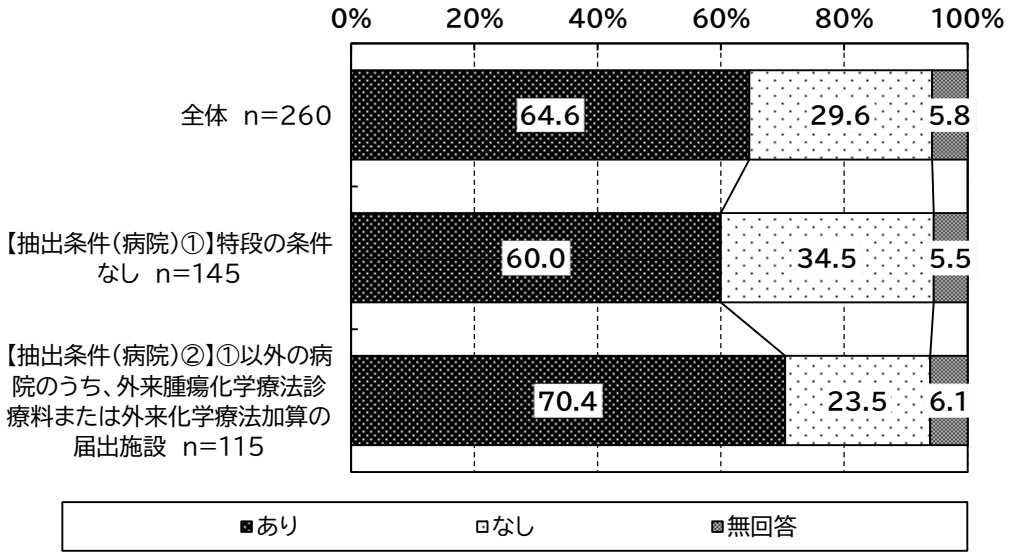
＜病院＞



＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞

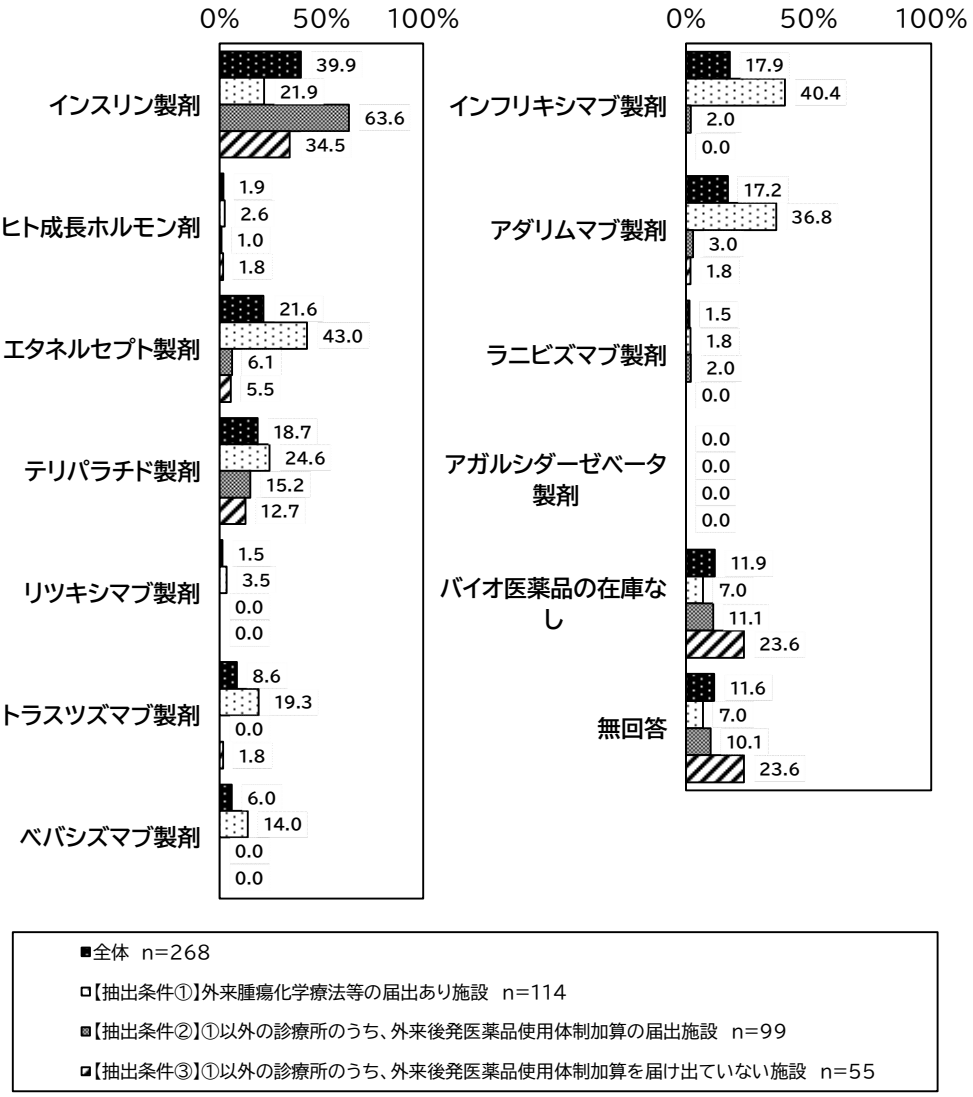


③ 在庫のあるバイオ医薬品

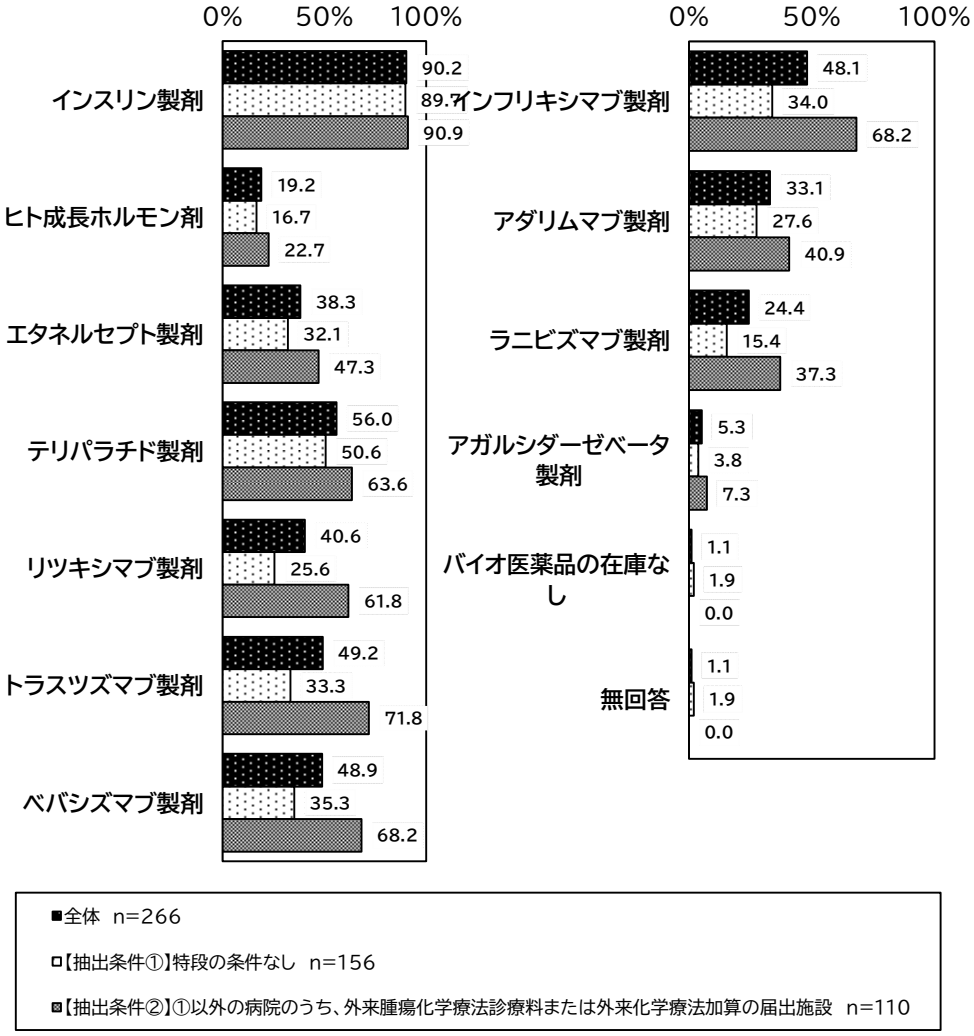
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ医薬品の「処方あり」と回答した場合、在庫のあるバイオ医薬品を尋ねたところ「インスリン製剤」が、一般診療所全体（268 施設）では 39.9%、病院調査全体（266 施設）では 90.2%、医師調査全体（260 人）では 66.5%であった。

図表 3-83 在庫のあるバイオ医薬品（バイオ医薬品の「処方あり」）（複数回答）

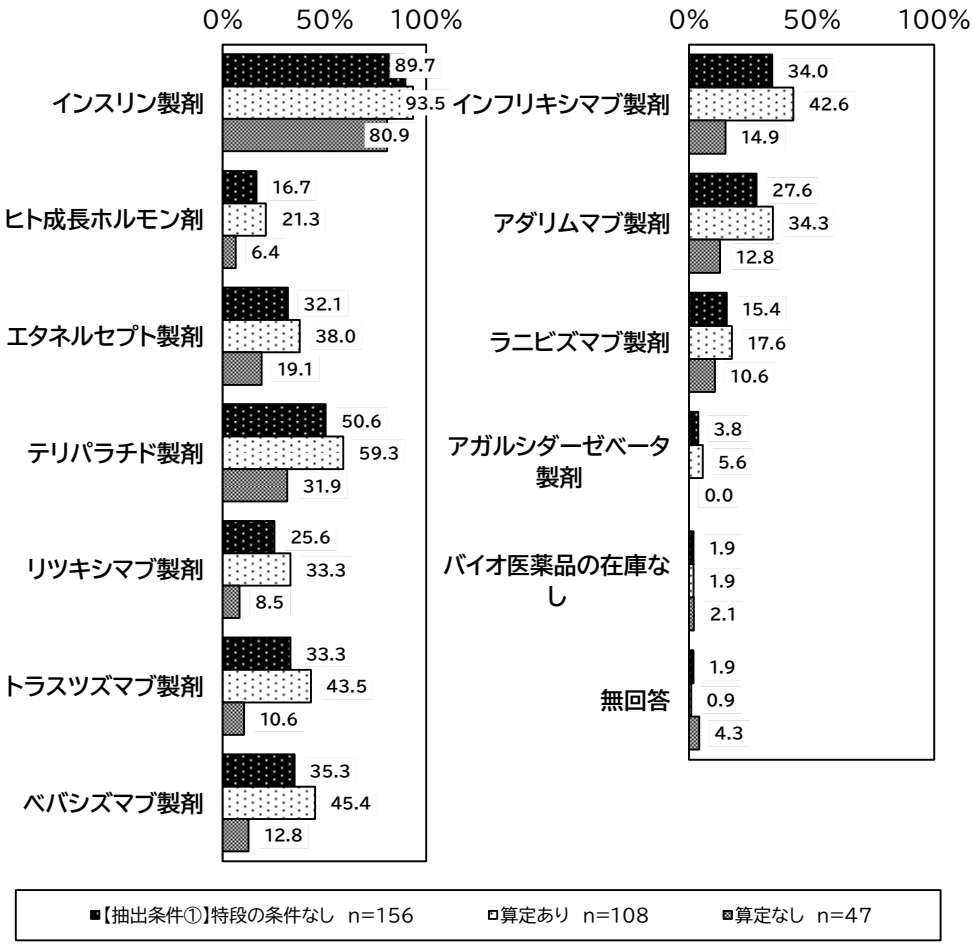
＜一般診療所＞



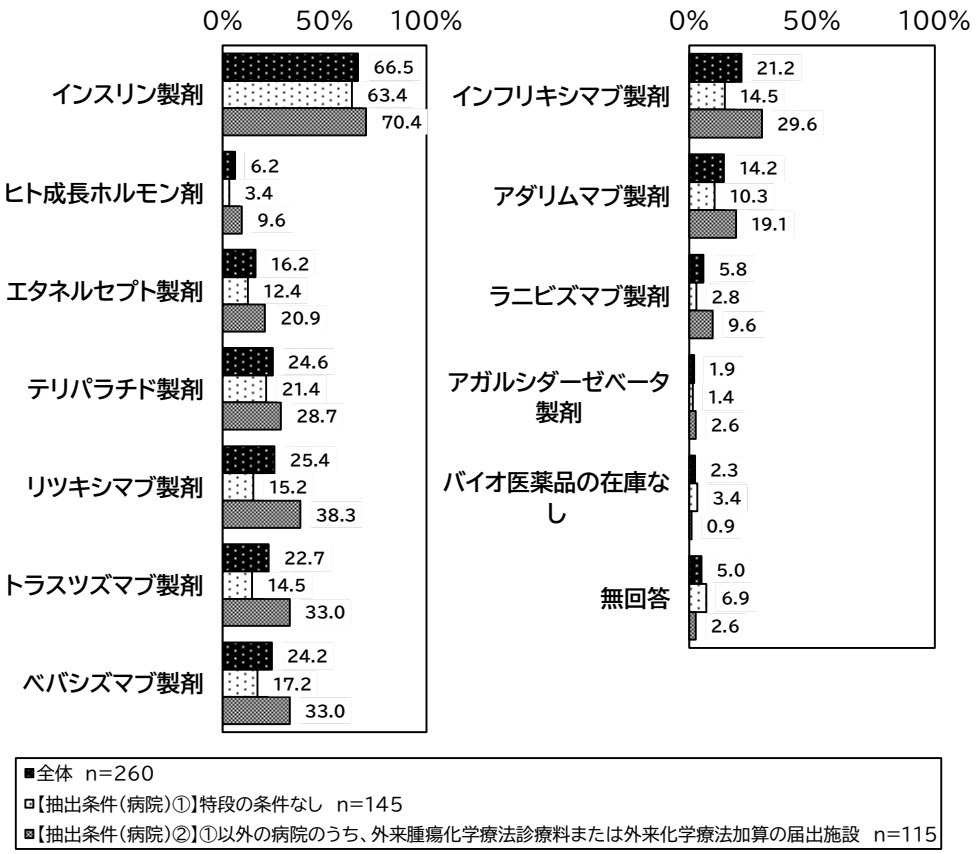
＜病院＞


0%
50%
100%
インスリン製剤
90.2
89.7
90.9
ヒト成長ホルモン剤
19.2
16.7
22.7
エタネルセプト製剤
38.3
32.1
47.3
テリパラチド製剤
56.0
50.6
63.6
リツキシマブ製剤
40.6
25.6
61.8
トラスツズマブ製剤
49.2
33.3
71.8
ベバシズマブ製剤
48.9
35.3
68.2
インフリキシマブ製剤
48.1
34.0
68.2
アダリムマブ製剤
33.1
27.6
40.9
ラニビズマブ製剤
24.4
15.4
37.3
アガルシダーゼベータ製剤
5.3
3.8
7.3
バイオ医薬品の在庫なし
1.1
1.9
0.0
無回答
1.1
1.9
0.0
■全体 n=266
□【抽出条件①】特段の条件なし n=156
▨【抽出条件②】①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 n=110

＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞

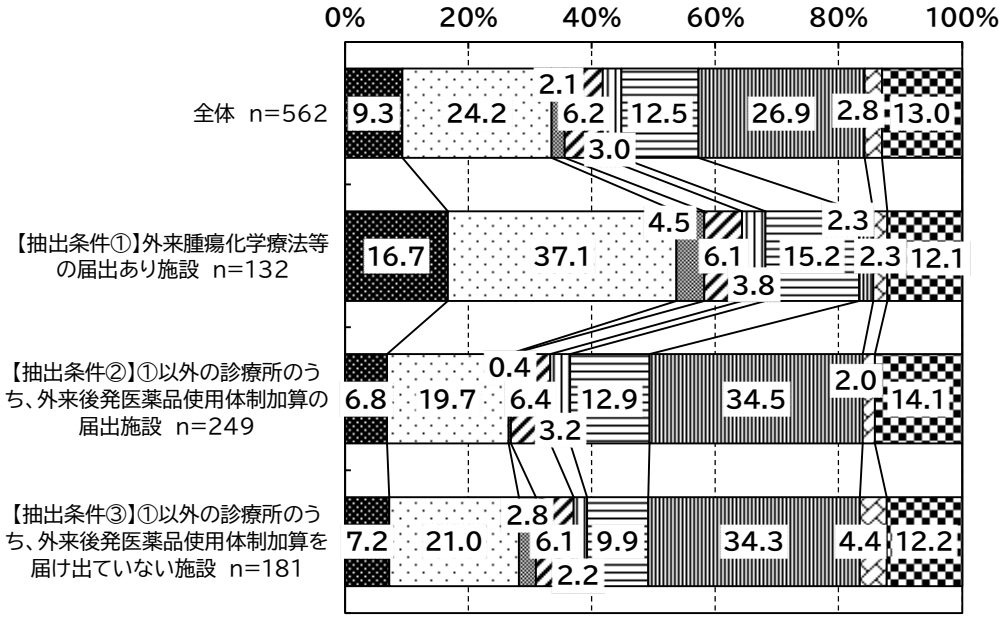

0%
50%
100%
インスリン製剤
66.5
63.4
70.4
ヒト成長ホルモン剤
6.2
3.4
9.6
エタネルセプト製剤
16.2
12.4
20.9
テリパラチド製剤
24.6
21.4
28.7
リツキシマブ製剤
25.4
15.2
38.3
トラスツズマブ製剤
22.7
14.5
33.0
ベバシズマブ製剤
24.2
17.2
33.0
インフリキシマブ製剤
21.2
14.5
29.6
アダリムマブ製剤
14.2
10.3
19.1
ラニビズマブ製剤
5.8
2.8
9.6
アガルシダーゼベータ製剤
1.9
1.4
2.6
バイオ医薬品の在庫なし
2.3
3.4
0.9
無回答
5.0
6.9
2.6
■全体 n=260
▫【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=145
▨【抽出条件(病院)②】①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 n=115

(2) バイオ後続品の使用に関する考え方

一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ後続品の使用に関する考え方を尋ねたところ、「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」が一般診療所調査全体では 24.2%、病院調査全体では 22.6%、医師調査全体では 39.8%であった。積極的に処方（使用する）のいずれかの選択肢を回答した割合は、一般診療所全体では 44.8%、病院調査全体では 71.2%、医師調査全体では 76.3%であった。

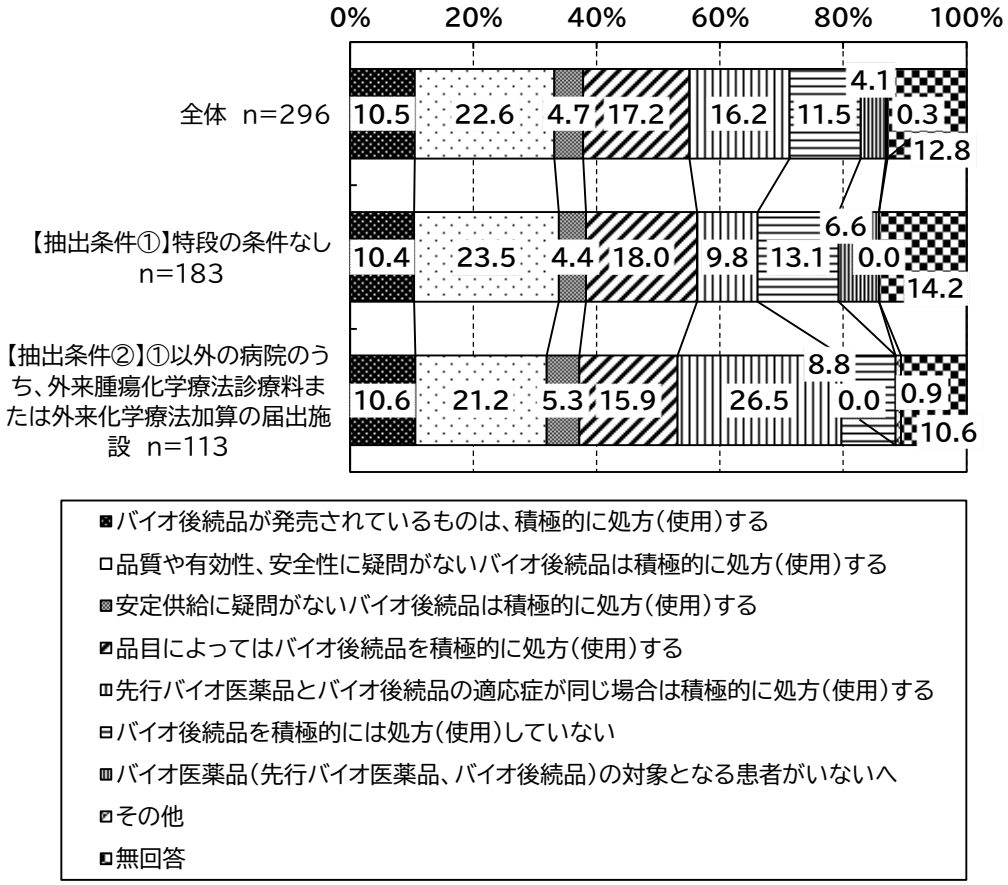
図表 3-84　バイオ後続品の使用に関する考え方

＜一般診療所＞

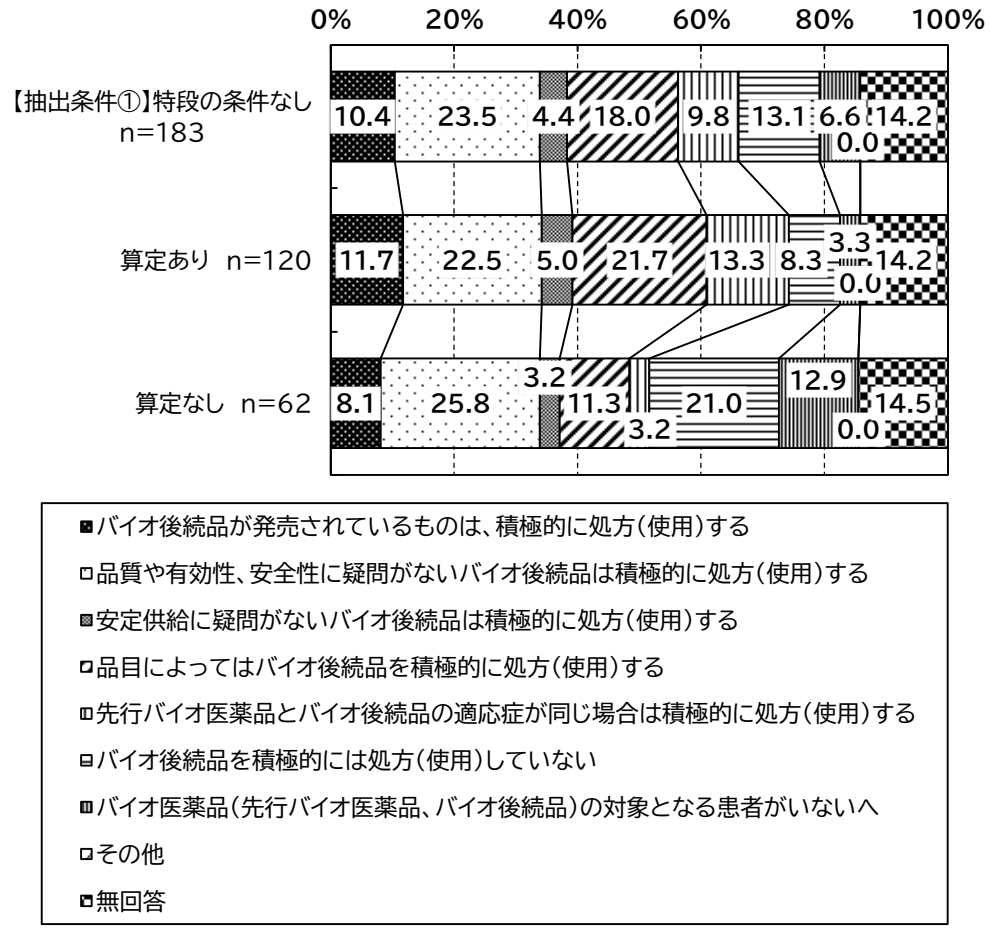


- バイオ後続品が発売されているものは、積極的に処方(使用)する
- 品質や有効性、安全性に疑問がないバイオ後続品は積極的に処方(使用)する
- 安定供給に疑問がないバイオ後続品は積極的に処方(使用)する
- 品目によってはバイオ後続品を積極的に処方(使用)する
- 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が同じ場合は積極的に処方(使用)する
- バイオ後続品を積極的には処方(使用)していない
- バイオ医薬品(先行バイオ医薬品、バイオ後続品)の対象となる患者がいない
- その他
- 無回答

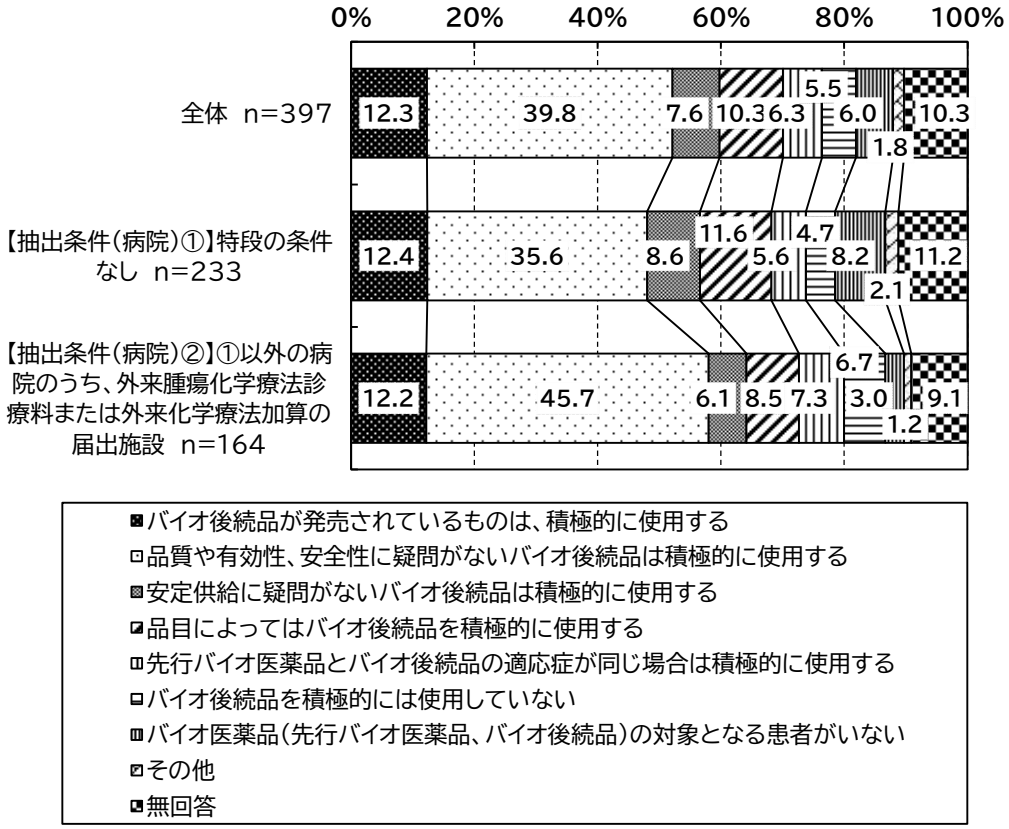
＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=296
10.5
22.6
4.7
17.2
16.2
11.5
4.1
0.3
12.8
【抽出条件①】特段の条件なし n=183
10.4
23.5
4.4
18.0
9.8
13.1
6.6
0.0
14.2
【抽出条件②】①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 n=113
10.6
21.2
5.3
15.9
26.5
8.8
0.0
0.9
10.6
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
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
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
品目によってはバイオ後続品を積極的に処方(使用)する
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
バイオ後続品を積極的には処方(使用)していない
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へ
その他
無回答

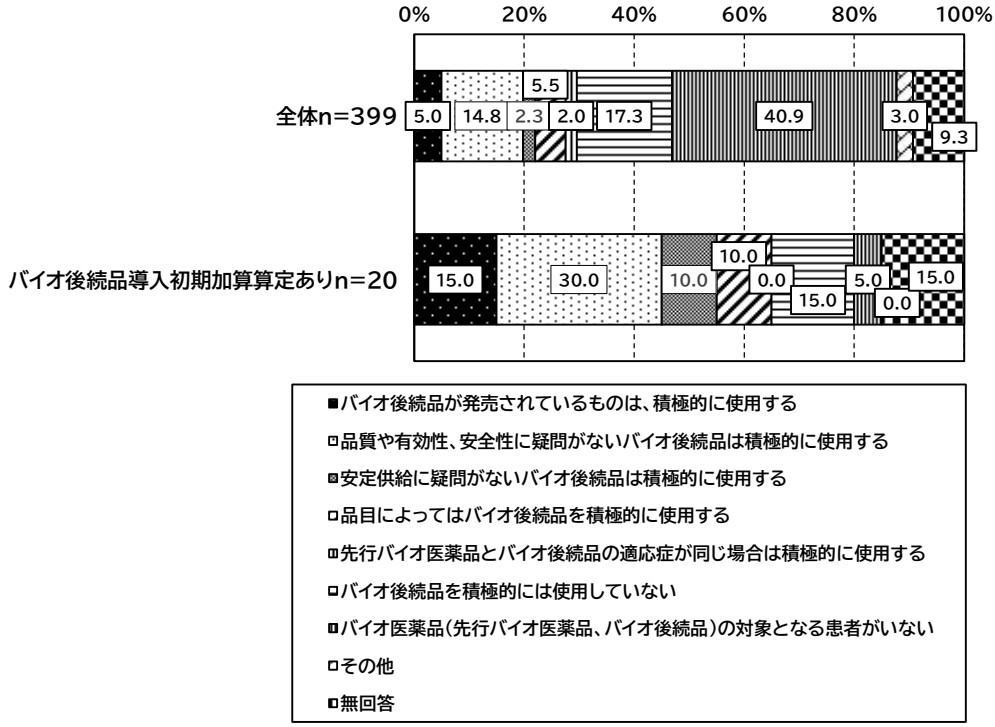
＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



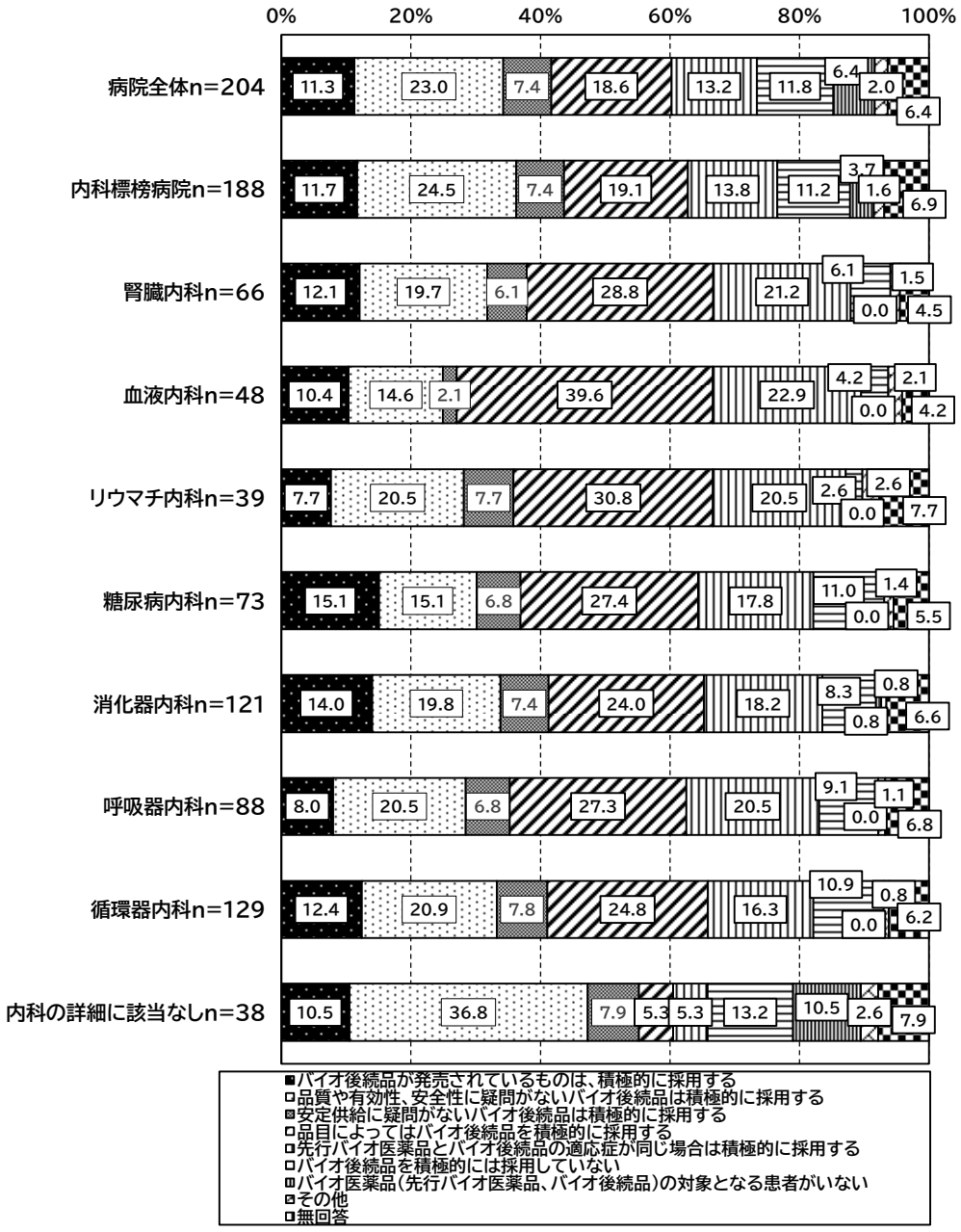
＜医師＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=397
12.3
39.8
7.6
10.3
6.3
5.5
6.0
1.8
10.3
【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=233
12.4
35.6
8.6
11.6
5.6
4.7
8.2
2.1
11.2
【抽出条件(病院)②】①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 n=164
12.2
45.7
6.1
8.5
7.3
6.7
3.0
1.2
9.1
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
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
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
品目によってはバイオ後続品を積極的に使用する
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
バイオ後続品を積極的には使用していない
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
その他
無回答

図表 3-85　（参考 令和 4 年度調査）診療所におけるバイオ後続品の使用に関する考え方
（バイオ後続品導入初期加算算定の有無別）

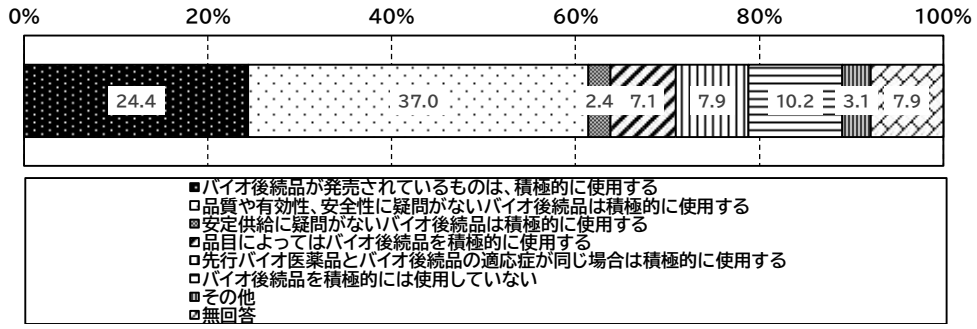


図表 3-86　（参考 令和 4 年度調査）病院におけるバイオ後続品の採用に関する考え方



図表 3-87　（参考 令和 4 年度調査）
医師調査における院内でのバイオ後続品・先行バイオ医薬品の使用方針
（院内でバイオ後続品・先行バイオ医薬品の使用対象となる患者がいる場合）

病院医師n=127

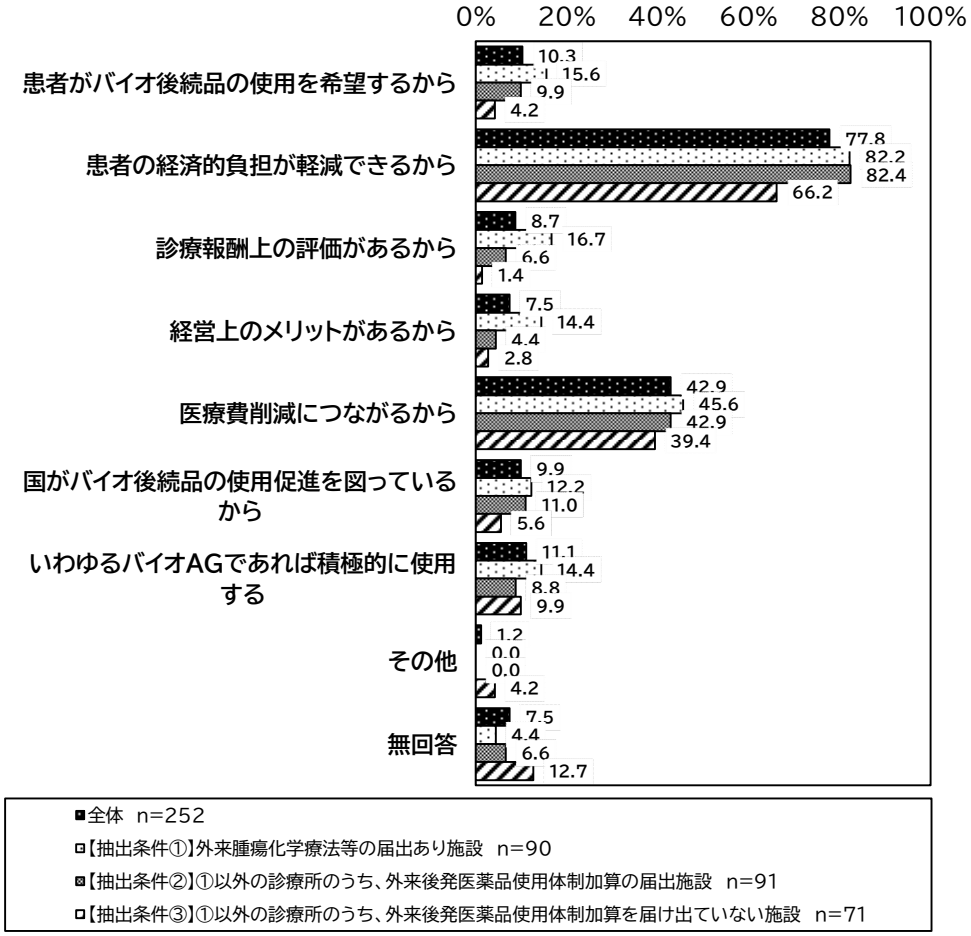


① バイオ後続品を積極的に処方（使用）する理由

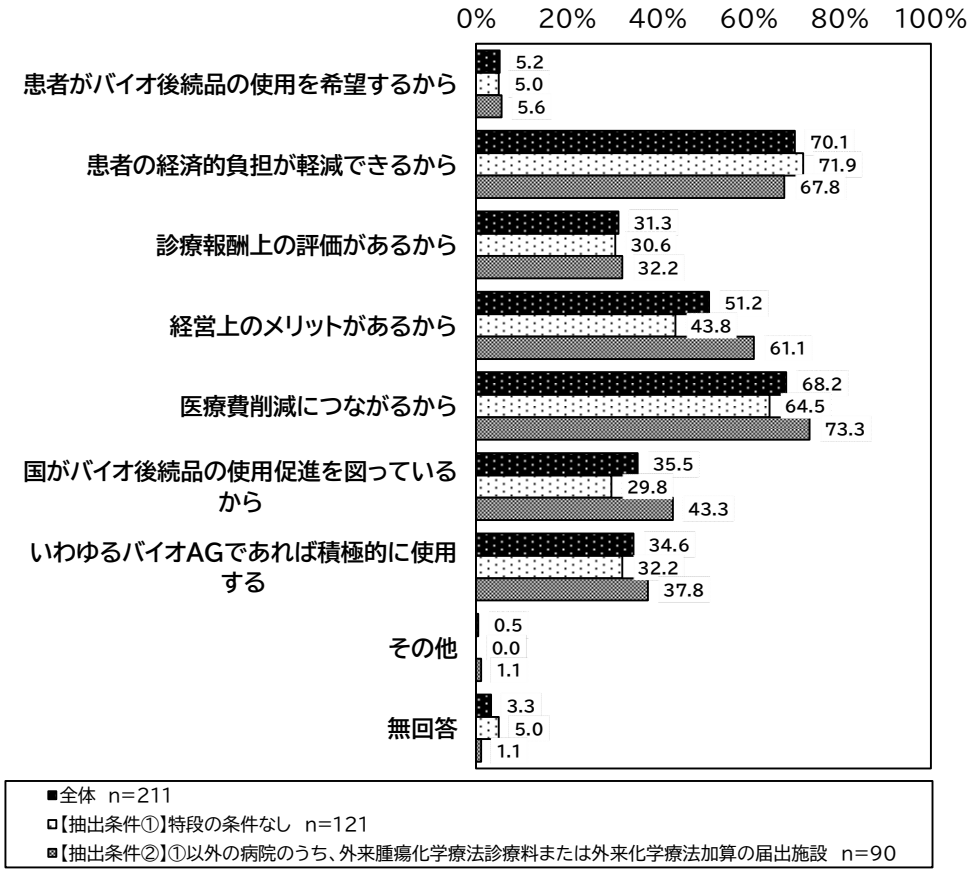
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ後続品を積極的に処方（使用）すると回答した場合、その理由を尋ねたところ「患者の経済的負担が軽減できるから」が一般診療所調査全体（252 施設）では 77.8%、病院調査全体（211 施設）では 70.1%、医師調査全体（303 人）では 58.1%であった。

図表 3-88　バイオ後続品を積極的に処方（使用）する理由
（バイオ後続品を積極的に処方（使用）する場合）（複数回答）

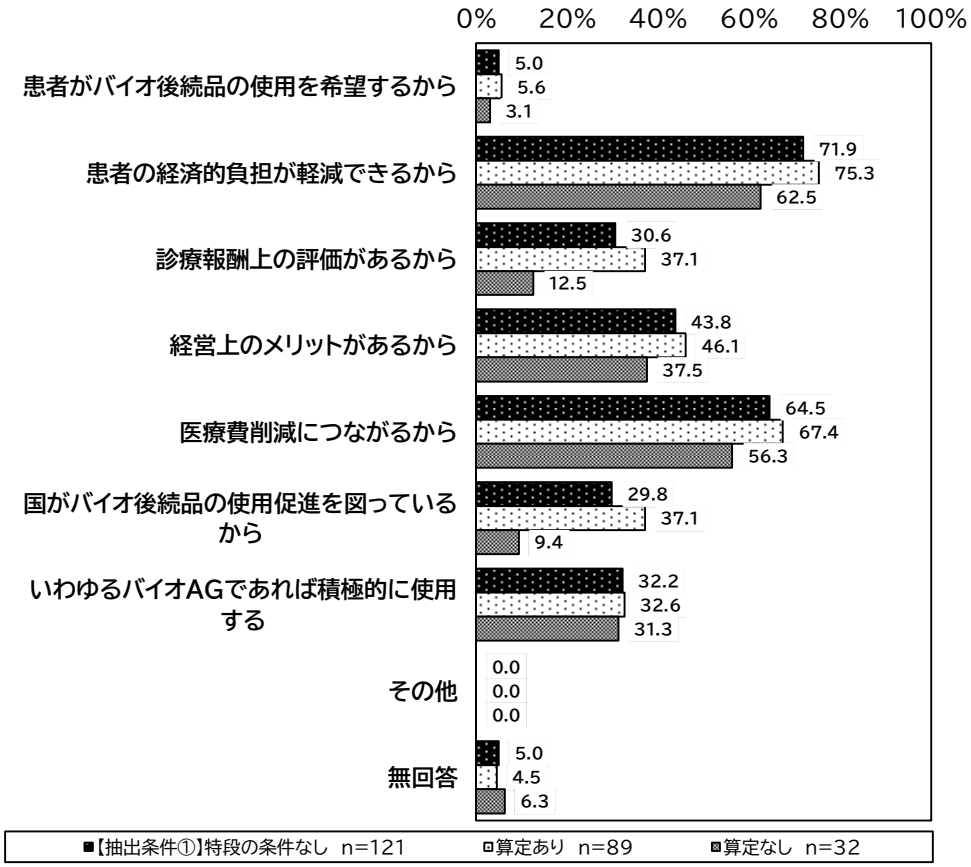
＜一般診療所＞



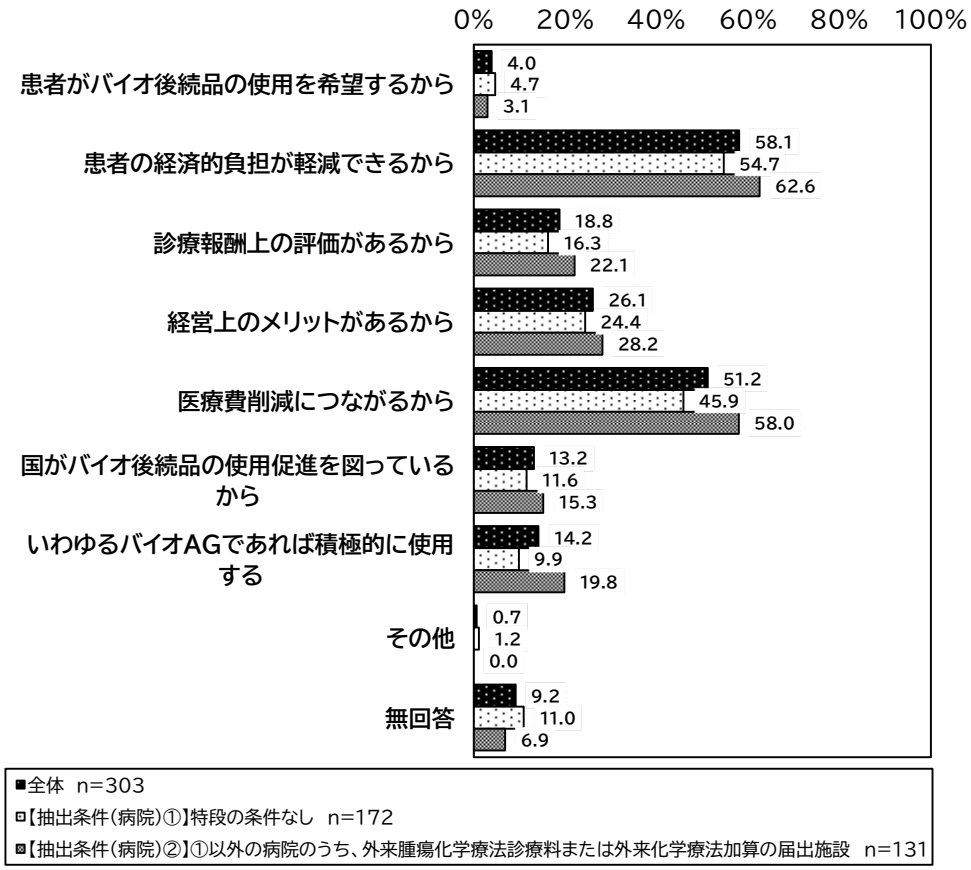
＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
患者がバイオ後続品の使用を希望するから
5.2
5.0
5.6
患者の経済的負担が軽減できるから
70.1
71.9
67.8
診療報酬上の評価があるから
31.3
30.6
32.2
経営上のメリットがあるから
51.2
43.8
61.1
医療費削減につながるから
68.2
64.5
73.3
国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
35.5
29.8
43.3
いわゆるバイオAGであれば積極的に使用する
34.6
32.2
37.8
その他
0.5
0.0
1.1
無回答
3.3
5.0
1.1
■全体 n=211
□【抽出条件①】特段の条件なし n=121
▨【抽出条件②】①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 n=90

＜病院（後発医薬品使用体制加算の算定有無別）＞



＜医師＞

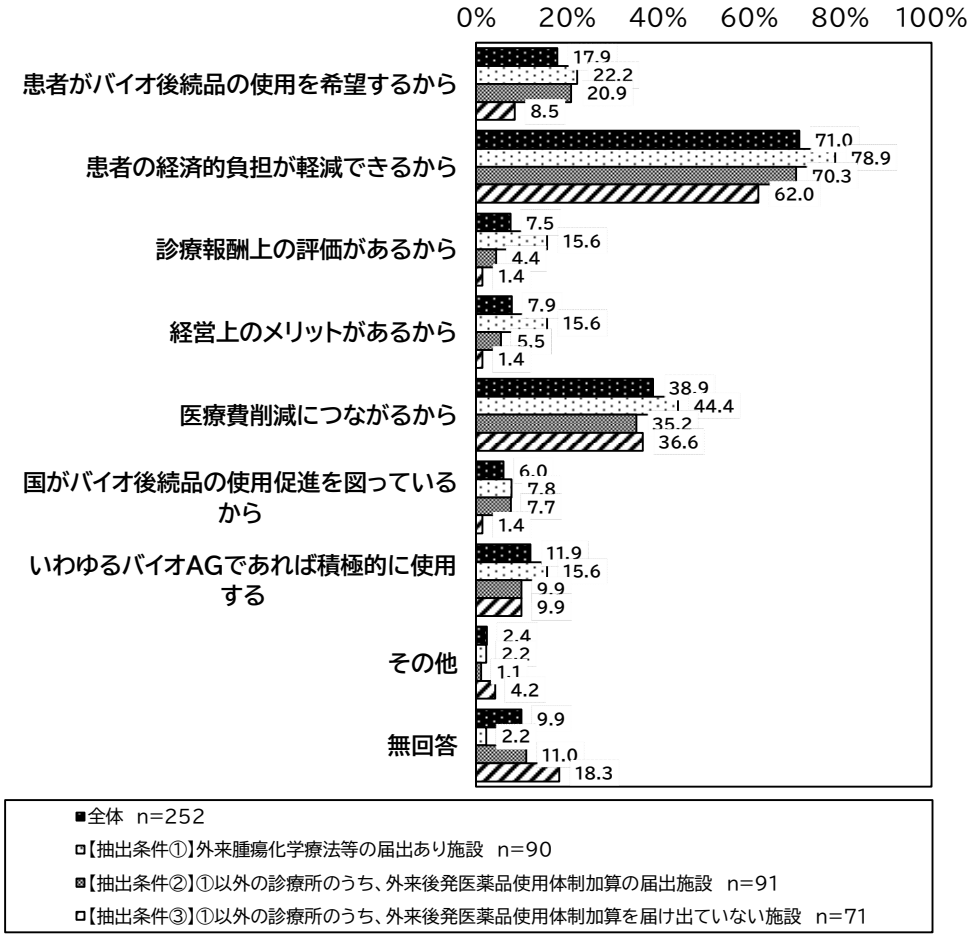

0%
20%
40%
60%
80%
100%
患者がバイオ後続品の使用を希望するから
4.0
4.7
3.1
患者の経済的負担が軽減できるから
58.1
54.7
62.6
診療報酬上の評価があるから
18.8
16.3
22.1
経営上のメリットがあるから
26.1
24.4
28.2
医療費削減につながるから
51.2
45.9
58.0
国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
13.2
11.6
15.3
いわゆるバイオAGであれば積極的に使用する
14.2
9.9
19.8
その他
0.7
1.2
0.0
無回答
9.2
11.0
6.9
■全体 n=303
▫【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=172
▨【抽出条件(病院)②】①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 n=131

② 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の理由

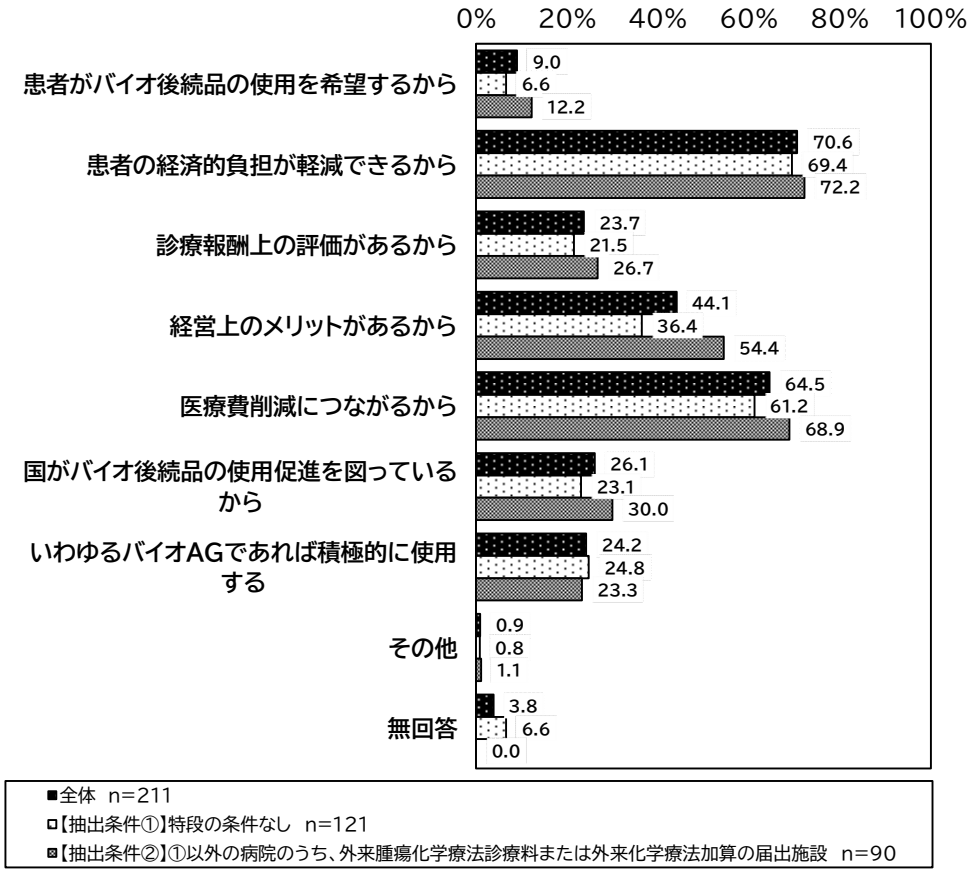
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ後続品を積極的に処方（使用）すると回答した場合、既に先行バイオ医薬品を処方（使用）している患者に先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更を考慮する場合の理由を尋ねたところ、「患者の経済的負担が軽減できるから」が一般診療所全体（252 人）では 71.0%、病院調査全体（211 人）では 70.6%、医師調査全体（303 人）では 57.8%であった。

図表 3-89　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の理由
（バイオ後続品を積極的に処方（使用）する場合）（複数回答）

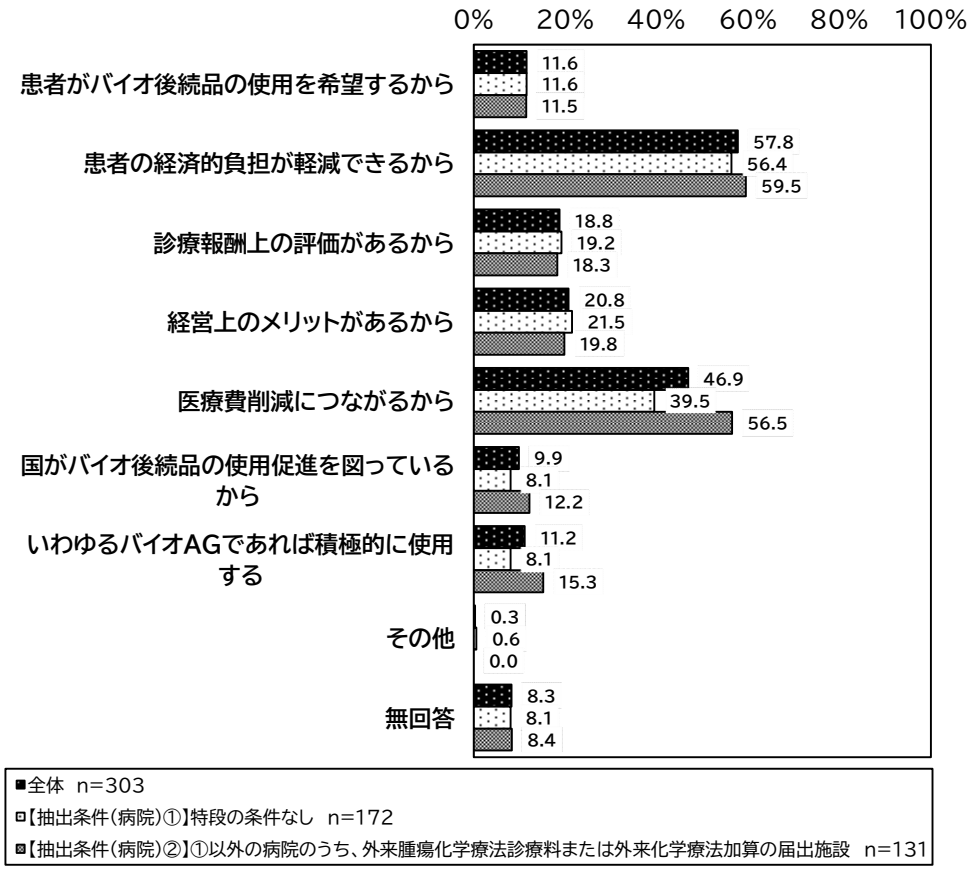
＜一般診療所＞



＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
患者がバイオ後続品の使用を希望するから
9.0
6.6
12.2
患者の経済的負担が軽減できるから
70.6
69.4
72.2
診療報酬上の評価があるから
23.7
21.5
26.7
経営上のメリットがあるから
44.1
36.4
54.4
医療費削減につながるから
64.5
61.2
68.9
国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
26.1
23.1
30.0
いわゆるバイオAGであれば積極的に使用する
24.2
24.8
23.3
その他
0.9
0.8
1.1
無回答
3.8
6.6
0.0
■全体 n=211
□【抽出条件①】特段の条件なし n=121
▨【抽出条件②】①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 n=90

＜医師＞

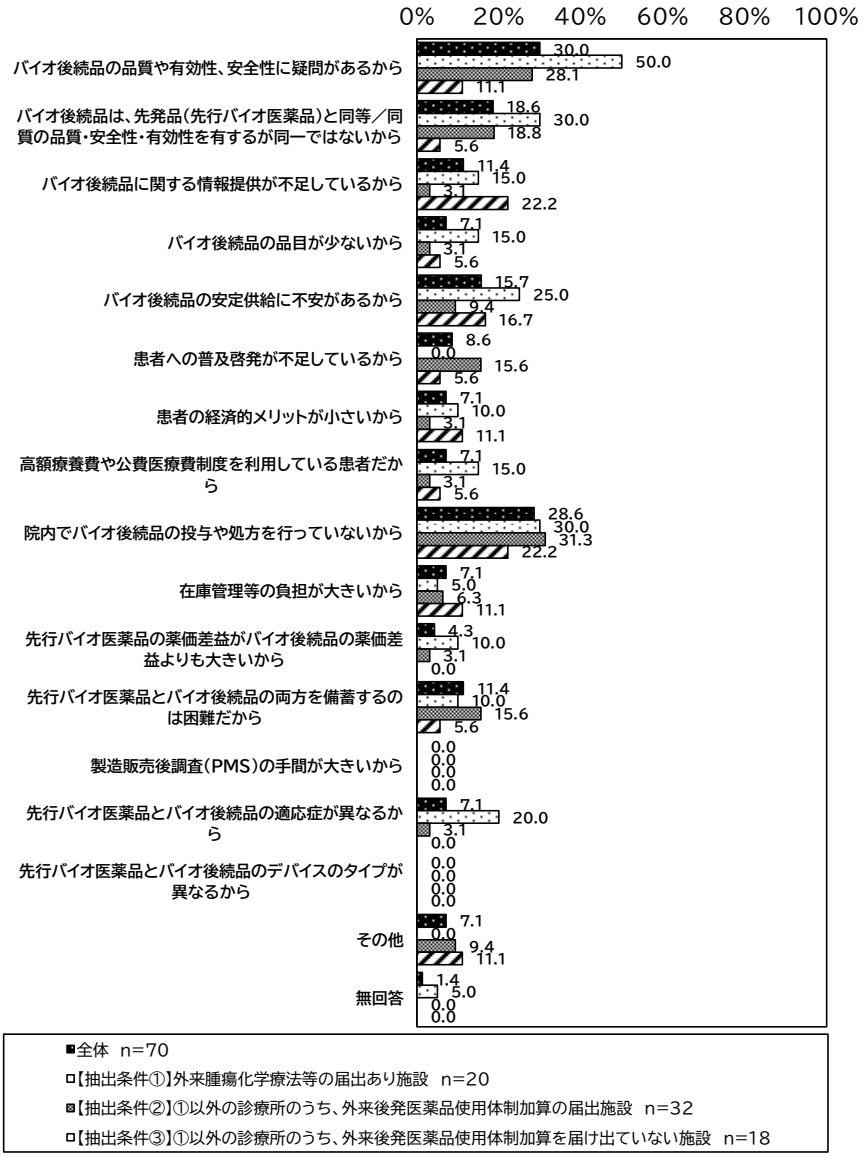

0%
20%
40%
60%
80%
100%
患者がバイオ後続品の使用を希望するから
11.6
11.6
11.5
患者の経済的負担が軽減できるから
57.8
56.4
59.5
診療報酬上の評価があるから
18.8
19.2
18.3
経営上のメリットがあるから
20.8
21.5
19.8
医療費削減につながるから
46.9
39.5
56.5
国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
9.9
8.1
12.2
いわゆるバイオAGであれば積極的に使用する
11.2
8.1
15.3
その他
0.3
0.6
0.0
無回答
8.3
8.1
8.4
■全体 n=303
▫【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=172
▨【抽出条件(病院)②】①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 n=131

③ バイオ後続品を積極的に処方（使用）しない理由

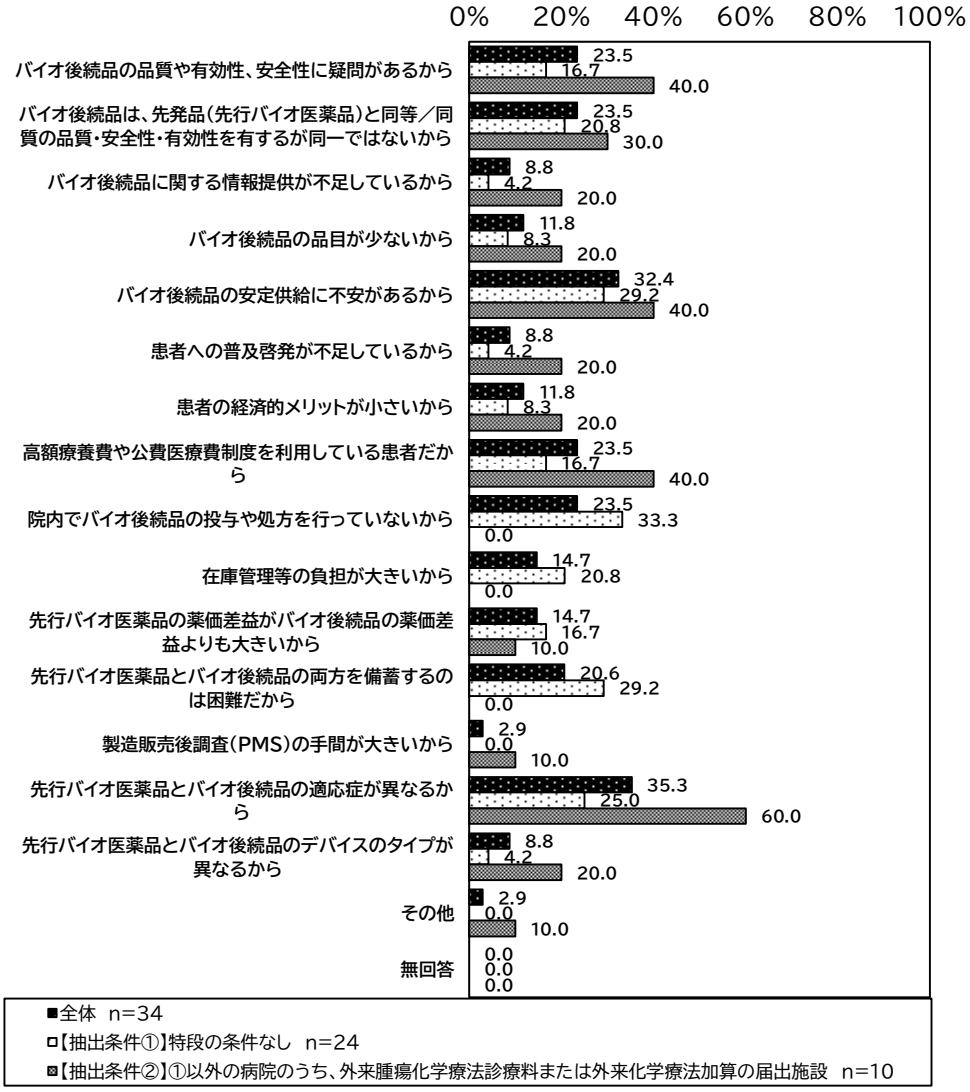
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ後続品を積極的に処方（使用）しないと回答した場合、その理由を尋ねたところ「バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから」が一般診療所調査全体（70 施設）では「バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから」が 30.0%、病院調査全体（34 施設）では「先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が異なるから」が 35.3%、医師調査全体（22 人）では「バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから」が 36.4%であった。

図表 3-90　バイオ後続品を積極的に処方（使用）しない理由
（バイオ後続品を積極的に処方（使用）しない場合）（複数回答）

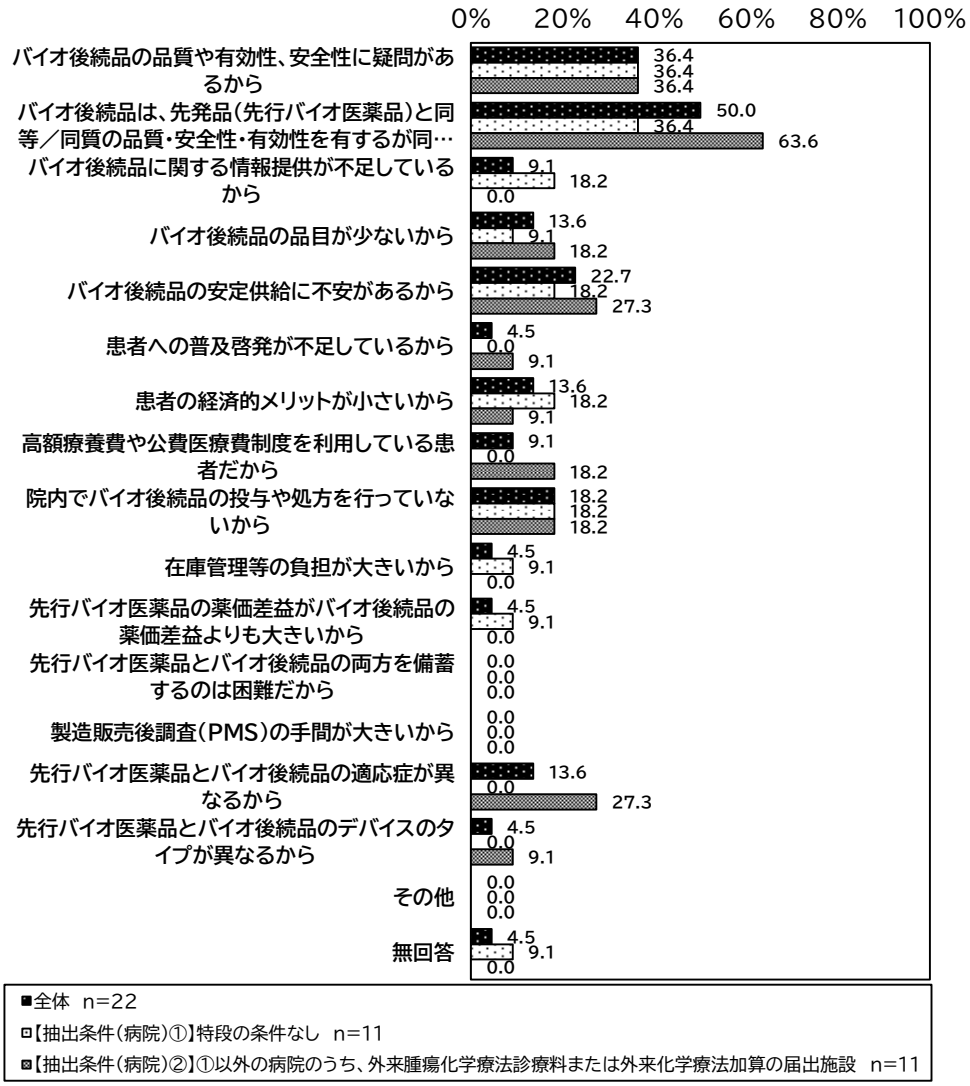
＜一般診療所＞



＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
23.5
16.7
40.0
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
23.5
20.8
30.0
バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから
8.8
4.2
20.0
バイオ後続品の品目が少ないから
11.8
8.3
20.0
バイオ後続品の安定供給に不安があるから
32.4
29.2
40.0
患者への普及啓発が不足しているから
8.8
4.2
20.0
患者の経済的メリットが小さいから
11.8
8.3
20.0
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
23.5
16.7
40.0
院内でバイオ後続品の投与や処方を行っていないから
23.5
33.3
0.0
在庫管理等の負担が大きいから
14.7
20.8
0.0
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
14.7
16.7
10.0
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
20.6
29.2
0.0
製造販売後調査（PMS）の手間が大きいから
2.9
0.0
10.0
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
35.3
25.0
60.0
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
8.8
4.2
20.0
その他
2.9
0.0
10.0
無回答
0.0
0.0
0.0
■全体 n=34
□【抽出条件①】特段の条件なし n=24
▨【抽出条件②】①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 n=10

＜医師＞

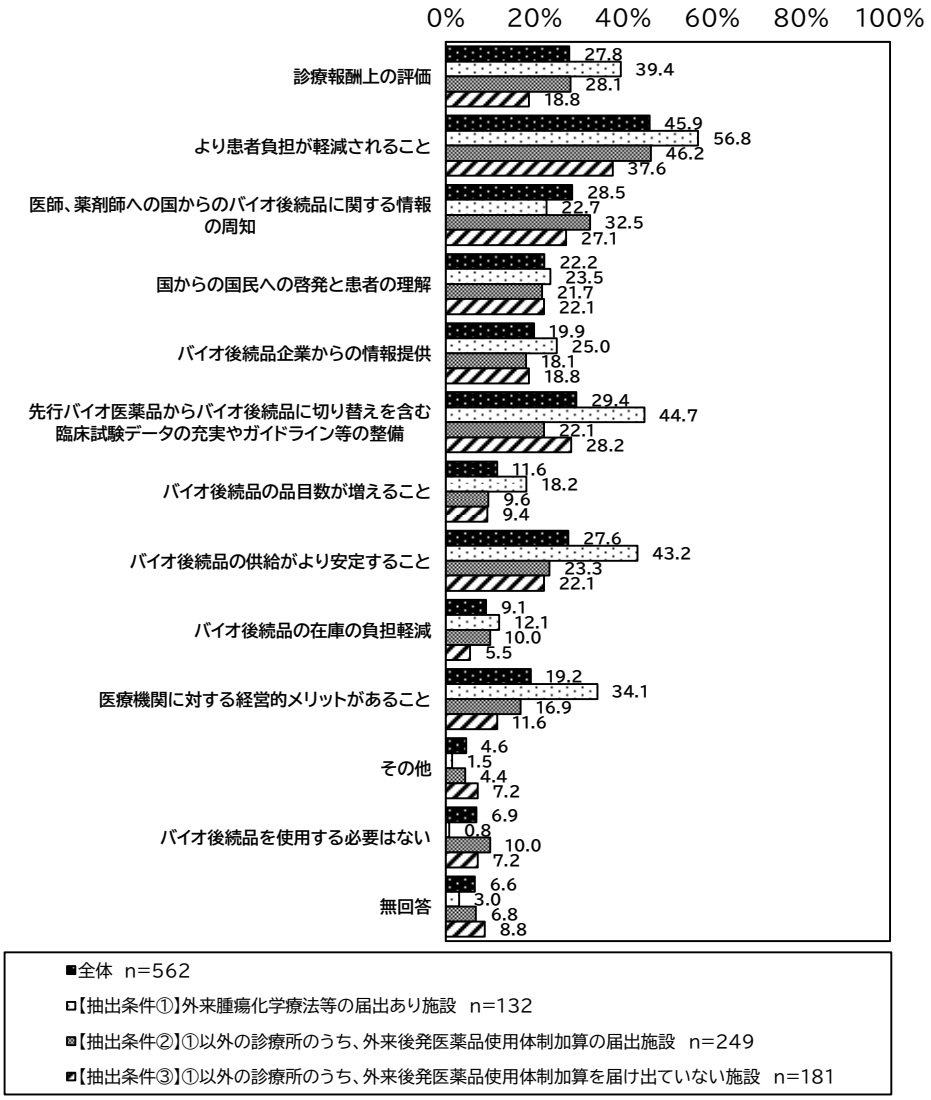

0%
20%
40%
60%
80%
100%
バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
36.4
36.4
36.4
バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等／同質の品質・安全性・有効性を有するが同…
50.0
36.4
63.6
バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから
9.1
18.2
0.0
バイオ後続品の品目が少ないから
13.6
9.1
18.2
バイオ後続品の安定供給に不安があるから
22.7
18.2
27.3
患者への普及啓発が不足しているから
4.5
0.0
9.1
患者の経済的メリットが小さいから
13.6
18.2
9.1
高額療養費や公費医療費制度を利用している患者だから
9.1
0.0
18.2
院内でバイオ後続品の投与や処方を行っていないから
18.2
18.2
18.2
在庫管理等の負担が大きいから
4.5
9.1
0.0
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
4.5
9.1
0.0
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
0.0
0.0
0.0
製造販売後調査（PMS）の手間が大きいから
0.0
0.0
0.0
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
13.6
0.0
27.3
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
4.5
0.0
9.1
その他
0.0
0.0
0.0
無回答
4.5
9.1
0.0
■全体 n=22
▫【抽出条件（病院）①】特段の条件なし n=11
▩【抽出条件（病院）②】①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 n=11

(3) 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るか

一般診療所調査、病院調査、医師調査において、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るかを尋ねたところ、一般診療所調査全体では「より患者負担が軽減されること」が 45.9%、病院調査全体では「医療機関に対する経営的メリットがあること」が 56.4%、医師調査全体では「より患者負担が軽減されること」が 49.1%であった。

図表 3-91　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るか（複数回答）

＜一般診療所＞

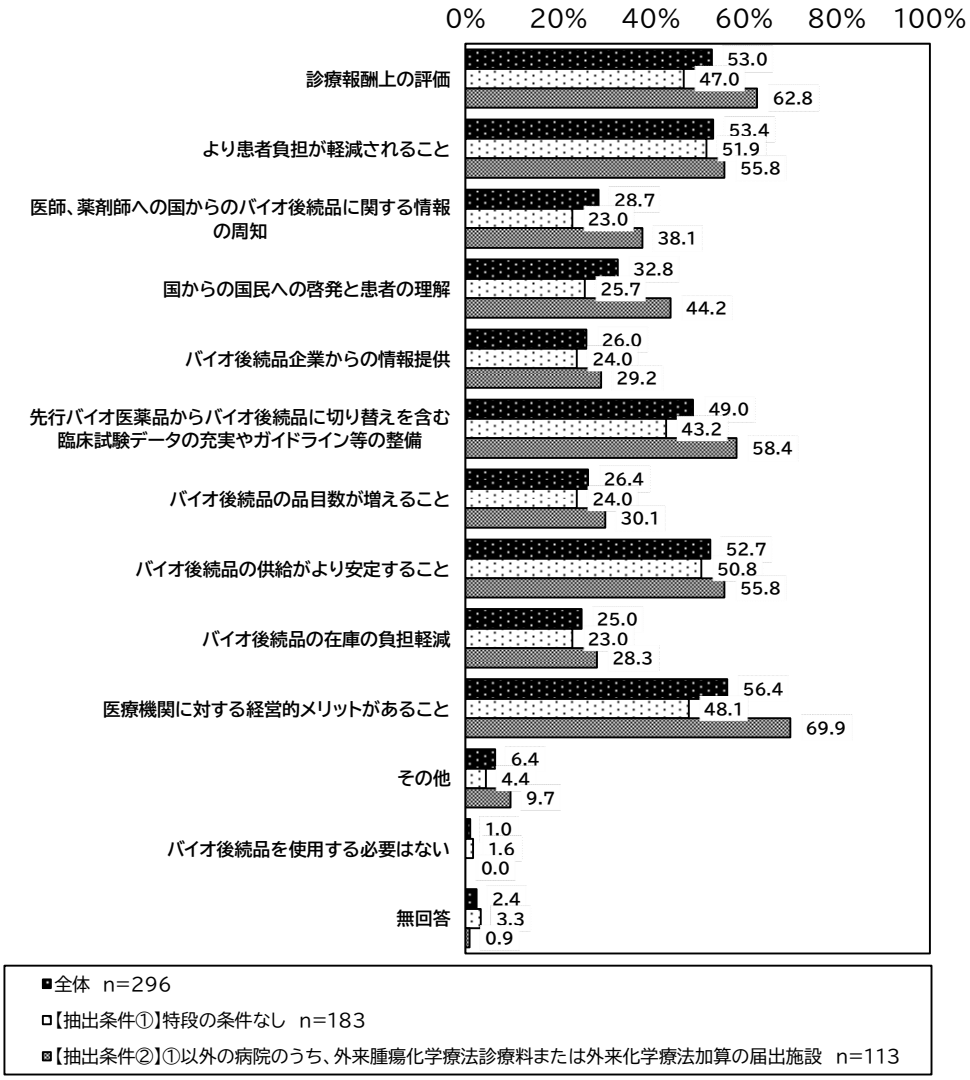


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

一般診療所調査：

・デバイスの使いやすさ。

＜病院＞



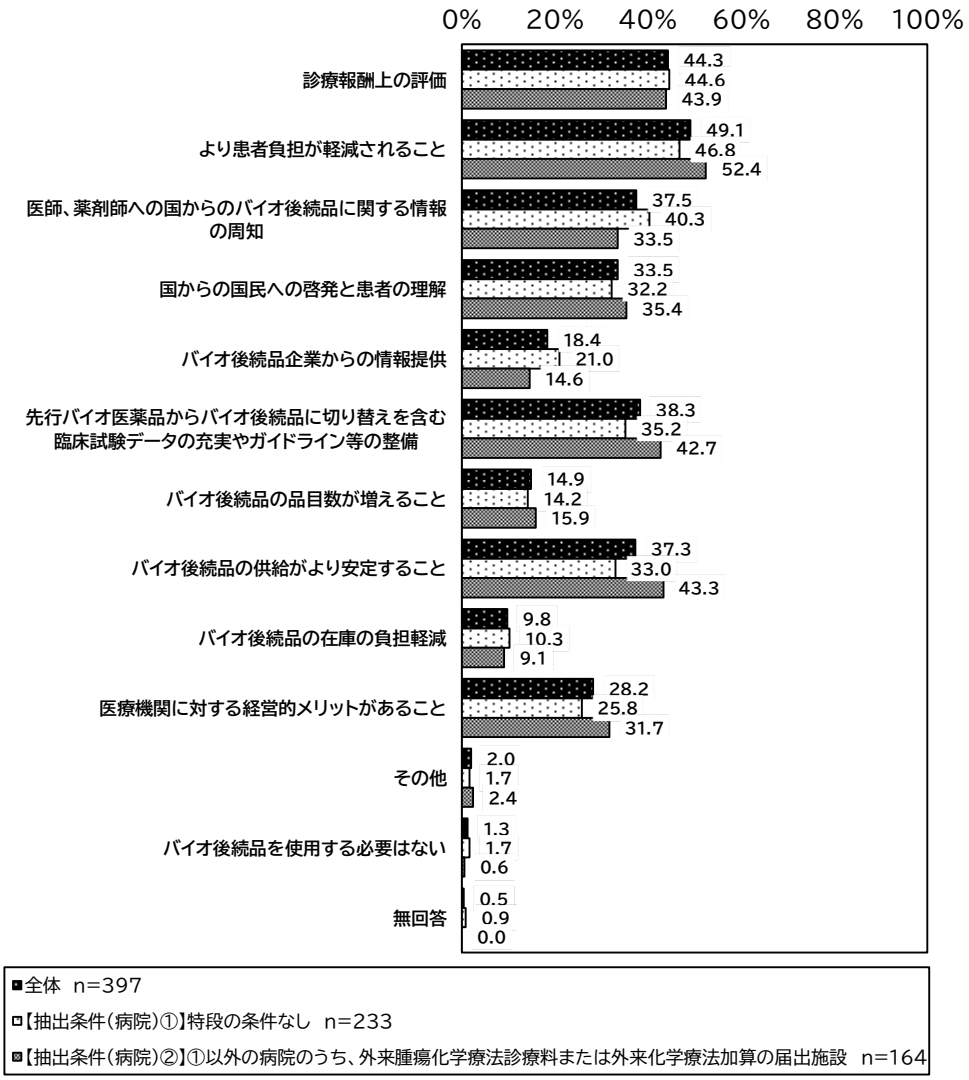
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

病院調査：

・適応が先行バイオ医薬品と同じになること。

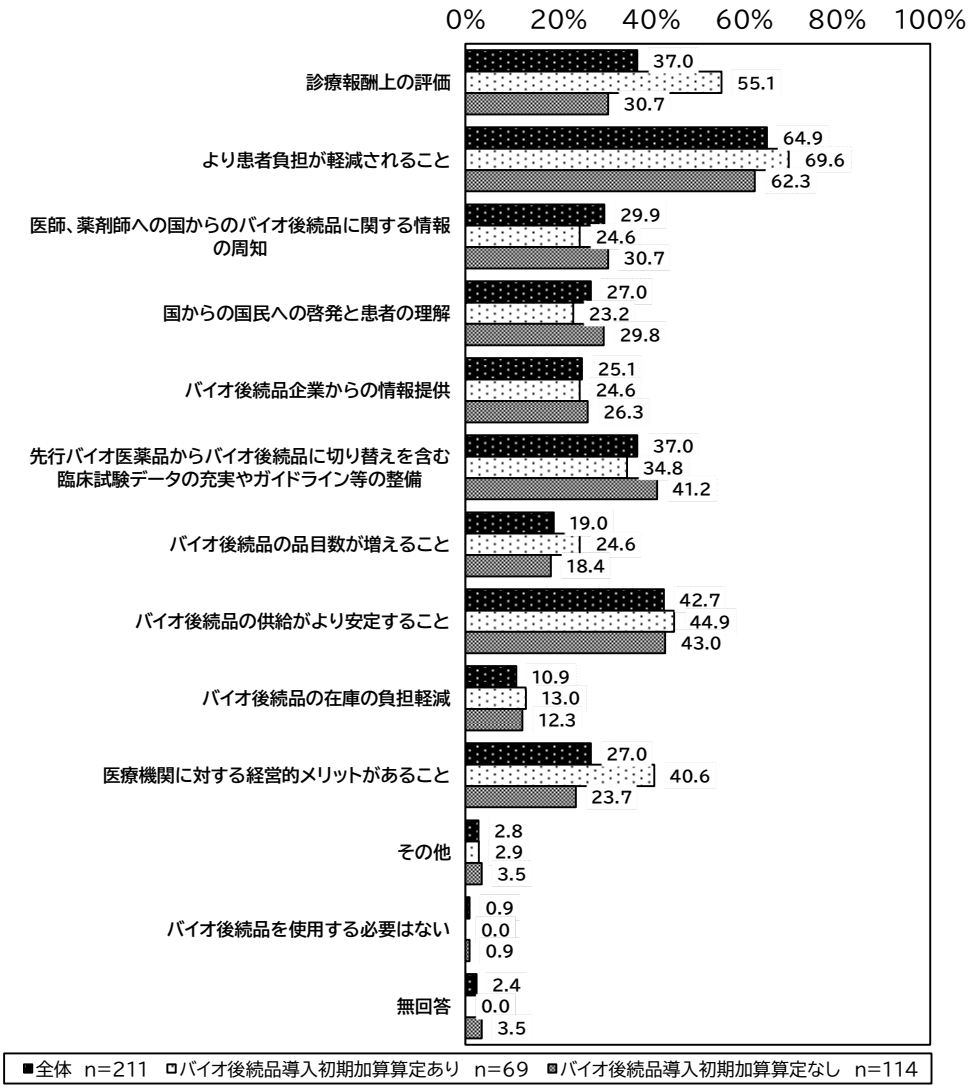
・医師、看護師のバイオ後続品に対する理解度の向上。

＜医師＞

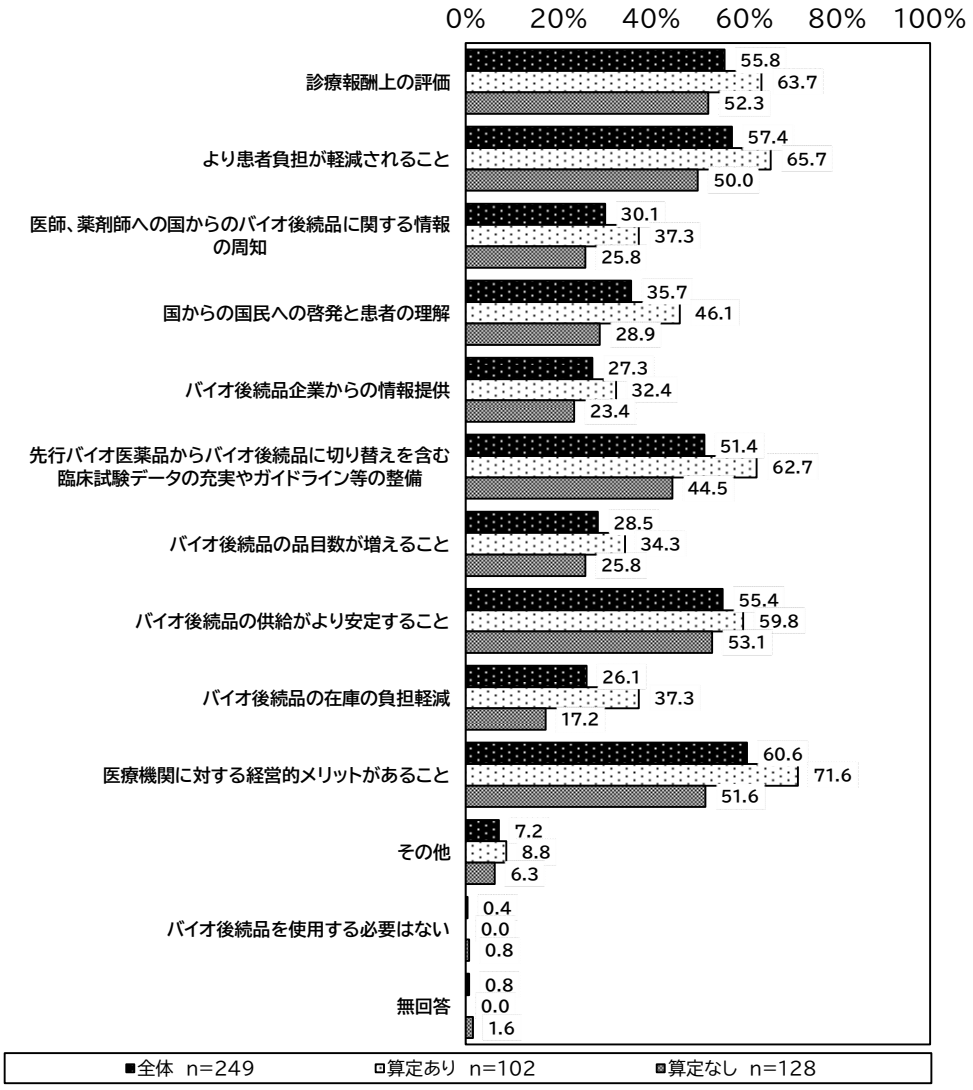

0%
20%
40%
60%
80%
100%
診療報酬上の評価
44.3
44.6
43.9
より患者負担が軽減されること
49.1
46.8
52.4
医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
37.5
40.3
33.5
国からの国民への啓発と患者の理解
33.5
32.2
35.4
バイオ後続品企業からの情報提供
18.4
21.0
14.6
先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備
38.3
35.2
42.7
バイオ後続品の品目数が増えること
14.9
14.2
15.9
バイオ後続品の供給がより安定すること
37.3
33.0
43.3
バイオ後続品の在庫の負担軽減
9.8
10.3
9.1
医療機関に対する経営的メリットがあること
28.2
25.8
31.7
その他
2.0
1.7
2.4
バイオ後続品を使用する必要はない
1.3
1.7
0.6
無回答
0.5
0.9
0.0
■全体 n=397
□【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=233
▨【抽出条件(病院)②】①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 n=164

図表 3-92　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るか（複数回答）
（一般診療所・病院調査　バイオ後続品導入初期加算の算定有無別）

＜一般診療所　バイオ後続品導入初期加算の算定有無別＞



＜病院　バイオ後続品導入初期加算の算定有無別＞

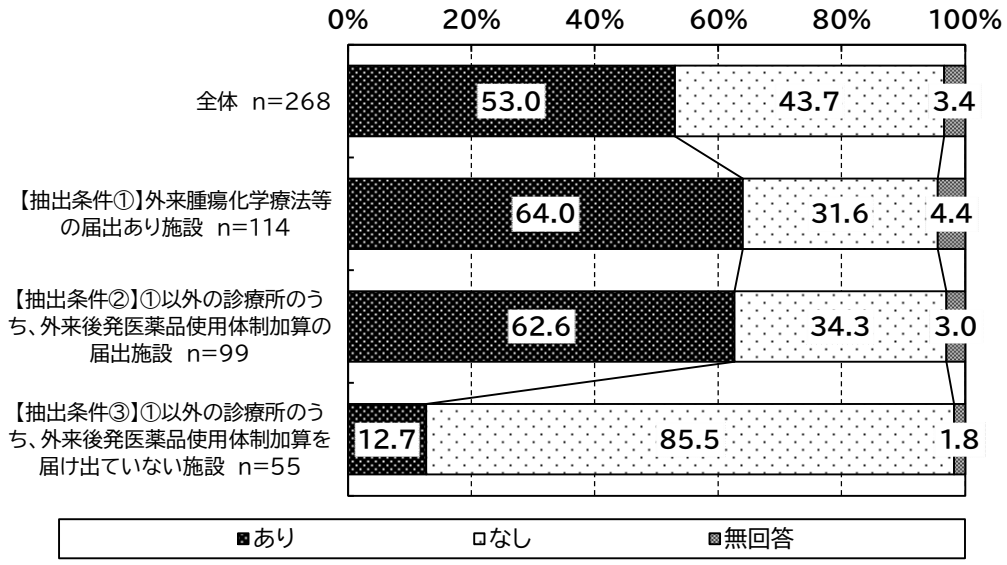


(4) バイオ後続品の院内処方の有無

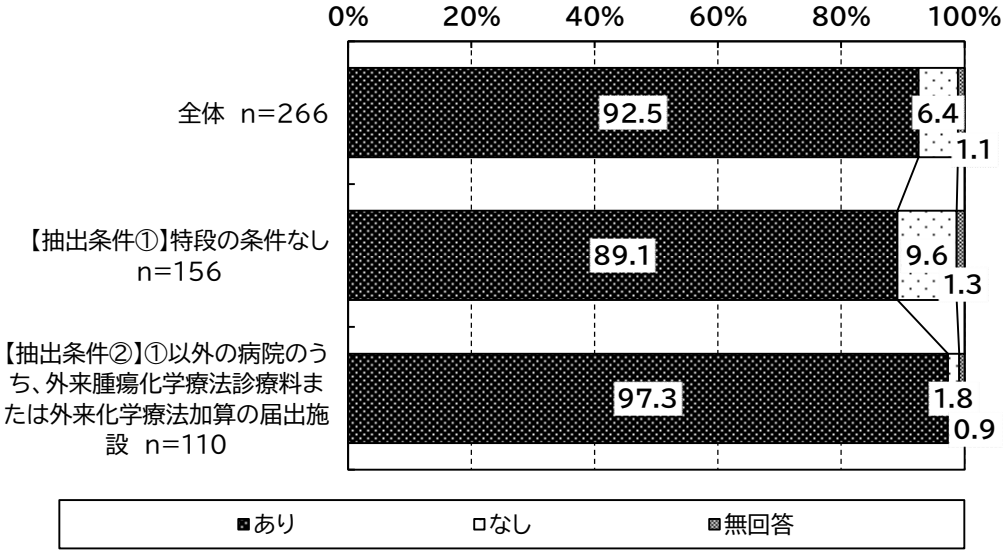
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の処方（使用）ありと回答した場合、バイオ後続品の院内処方（入院または院内の外来）の有無を尋ねたところ、バイオ後続品の院内処方「あり」の割合は、一般診療所調査全体（268 施設）では 53.0%、病院調査全体（266 施設）では 92.5%、医師調査全体（260 人）では 78.8%であった。

図表 3-93　バイオ後続品の院内処方の有無
（バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の処方（使用）あり）

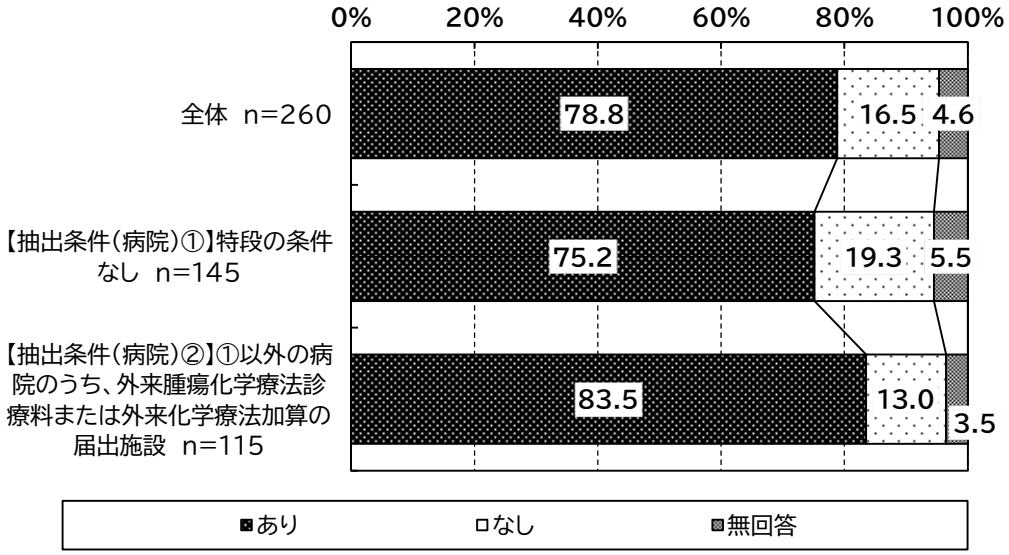
＜一般診療所＞



＜病院＞



＜医師＞

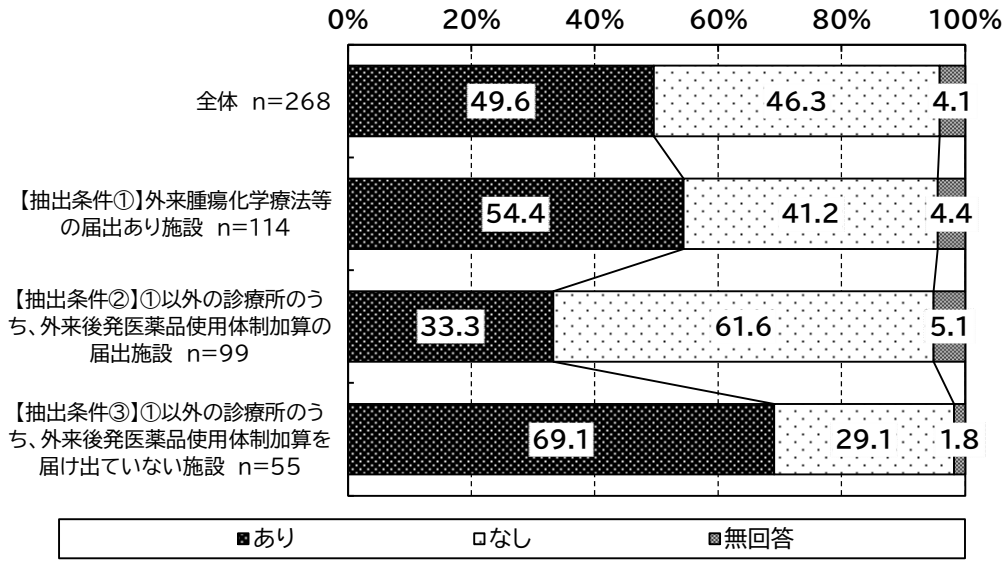

0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=260
78.8
16.5
4.6
【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=145
75.2
19.3
5.5
【抽出条件(病院)②】①以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設 n=115
83.5
13.0
3.5
あり
なし
無回答

(5) バイオ後続品の院外処方の有無

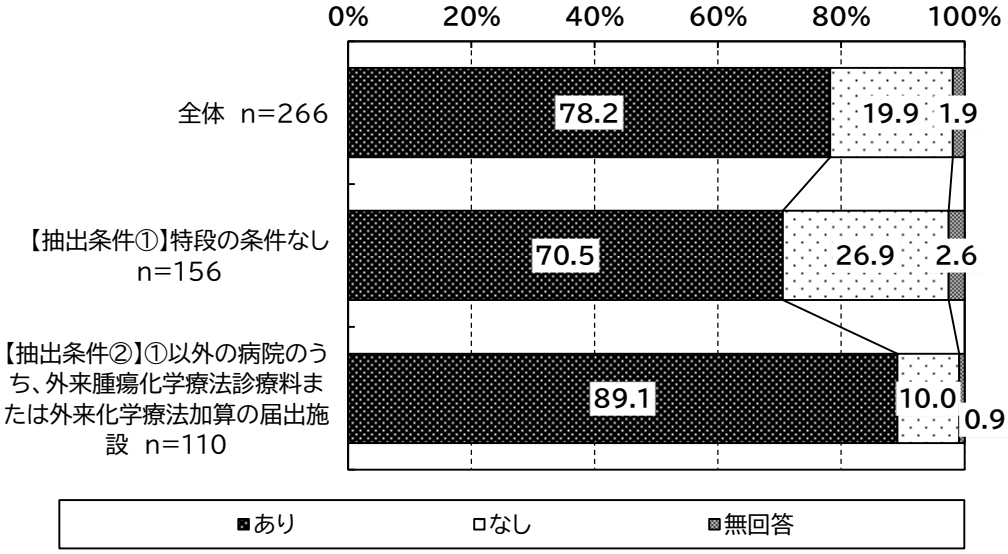
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の処方（使用）ありと回答した場合、バイオ後続品の院外処方の有無を尋ねたところ、バイオ後続品の院外処方「あり」の割合は、一般診療所調査全体（268 施設）では 49.6%、病院調査全体（266 施設）では 78.2%、医師調査全体（260 人）では 55.8%であった。

図表 3-94　バイオ後続品の院外処方の有無
（バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）の処方（使用）あり）

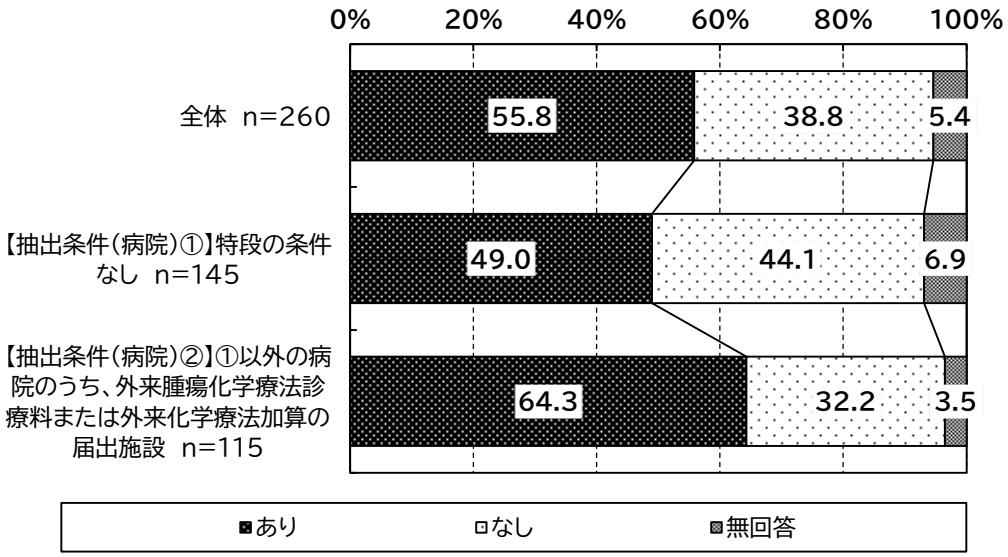
＜一般診療所＞



＜病院＞



＜医師＞

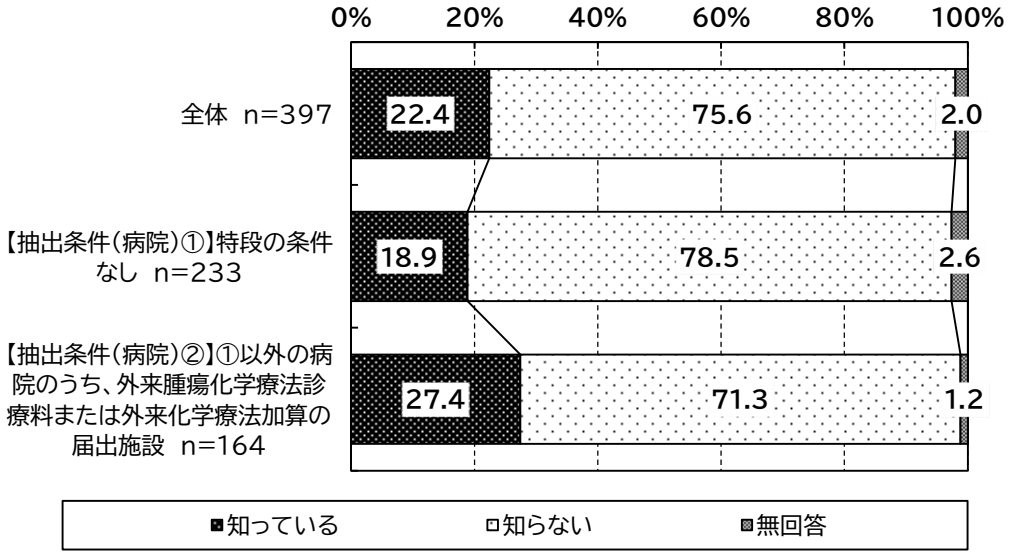

0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=260
55.8
38.8
5.4
【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=145
49.0
44.1
6.9
【抽出条件(病院)②】①以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設 n=115
64.3
32.2
3.5
あり
なし
無回答

(6) 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の認知度

医師調査において、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るか尋ねたところ、全体では「知っている」が 22.4%、「知らない」が 75.6%であった。

図表 3-95　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の認知度

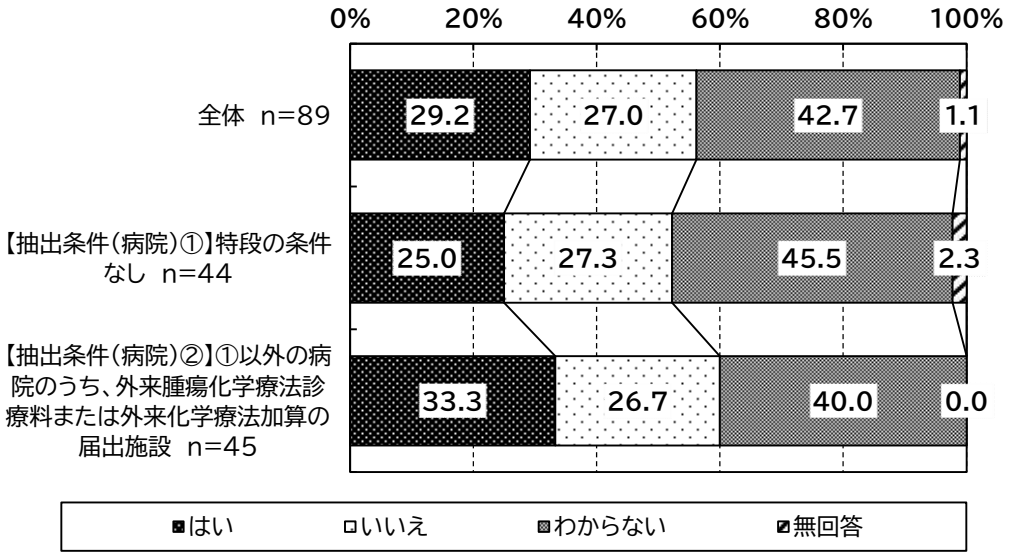
＜医師＞



① バイオ後続品導入初期加算が新設されたことによるバイオ後続品の使用件数の変化

医師調査において、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ると回答した場合（89 人）、バイオ後続品の使用件数が増えたかを尋ねたところ、全体では「はい」（増加した）が 29.2%、「いいえ」が 27.0%であった。

図表 3-96　バイオ後続品導入初期加算が新設されたことによるバイオ後続品の使用件数の増加
（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る場合）

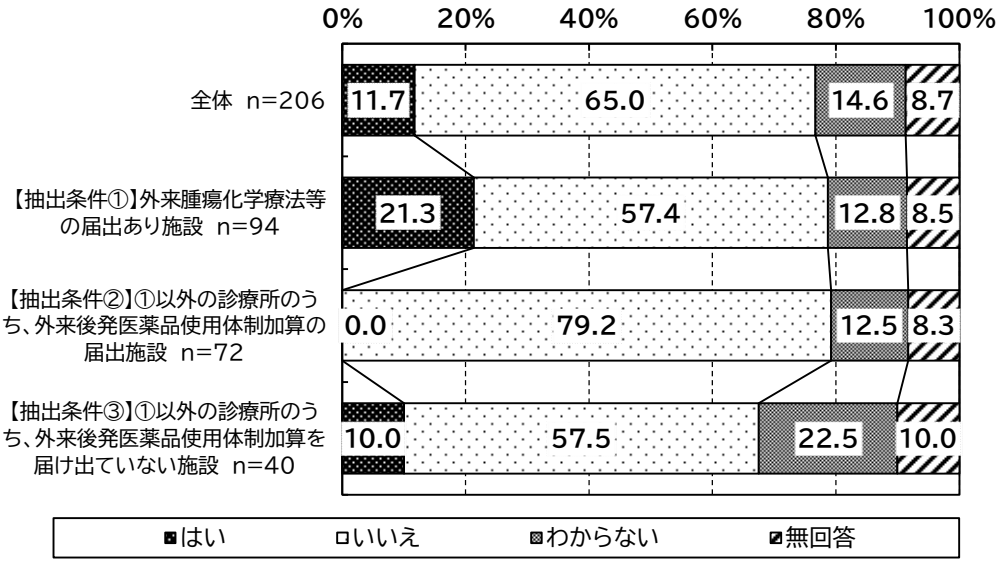


(7) バイオ後続品導入初期加算が新設されたことによるバイオ後続品の使用件数の変化

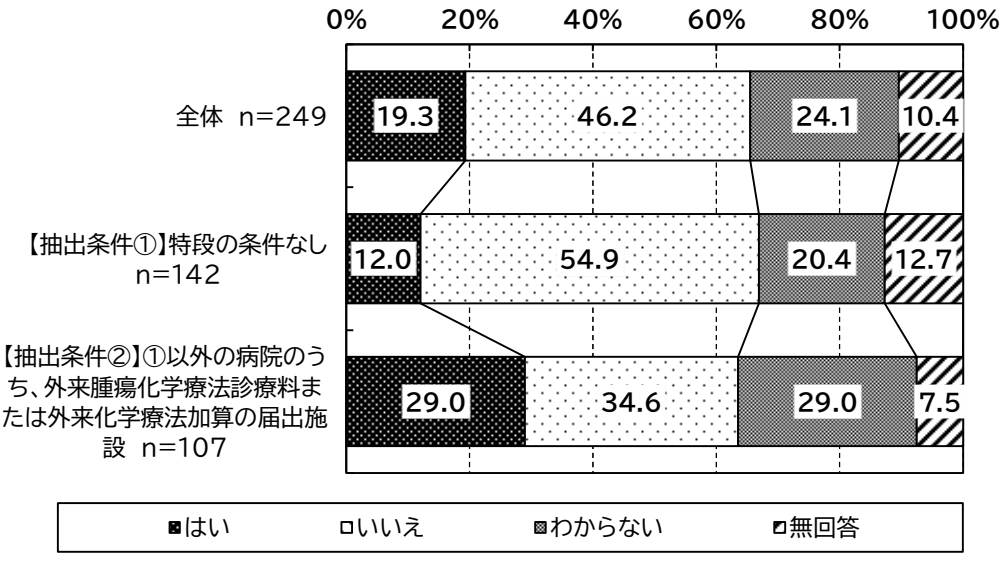
一般診療所調査、病院調査において、院内・院外いずれかでバイオ後続品処方ありと回答した場合、バイオ後続品導入初期加算が新設されたことによるバイオ後続品の使用件数が増えたかを尋ねたところ、一般診療所調査全体では「はい」が 11.7%、「病院調査全体では「はい」が 19.3%であった。

図表 3-97　バイオ後続品導入初期加算が新設されたことによるバイオ後続品の使用件数の変化（院内・院外いずれかでバイオ後続品処方あり）

＜一般診療所＞



＜病院＞



(8) 対象医薬品ごとのバイオ後続品の処方件数

一般診療所調査、病院調査において、院内・院外いずれかでバイオ後続品処方ありと回答した場合、対象医薬品ごとのバイオ後続品の処方件数を尋ねたところ、一般診療所全体では「インスリン製剤」が平均 7.7 件、病院調査全体では「インスリン製剤」が 105.2 件であった。

① 一般診療所でのバイオ後続品の処方件数

図表 3-98 対象医薬品ごとのバイオ後続品の処方件数（令和５年６月）
（院内・院外いずれかでバイオ後続品処方あり）

＜一般診療所 0 件を含む集計＞

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
A. インスリン製剤	全体	119	7.7	26.5	2.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	39	15.2	44.4	0.0
	【抽出条件②】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	50	3.6	4.0	2.0
	【抽出条件③】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	30	4.7	9.4	2.0
B. ヒト成長ホルモン剤	全体	55	12.8	93.5	0.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	29	24.2	127.7	0.0
	【抽出条件②】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	15	0.0	0.0	0.0
	【抽出条件③】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	11	0.1	0.3	0.0
C. エタネルセプト製剤	全体	98	17.3	55.2	2.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	66	17.3	34.7	5.0
	【抽出条件②】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	20	25.2	103.5	0.0
	【抽出条件③】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	12	4.0	11.1	0.0

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
D. テリパラチド製剤	全体	82	4.1	14.1	0.0
	【抽出条件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	42	4.4	12.0	0.0
	【抽出条件②】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	24	5.3	20.5	0.0
	【抽出条件③】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	16	1.8	3.2	0.0
E. リツキシマブ製剤	全体	55	0.7	3.4	0.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	29	1.3	4.6	0.0
	【抽出条件②】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	15	0.0	0.0	0.0
	【抽出条件③】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	11	0.0	0.0	0.0
F. トラスツズマブ製剤	全体	65	6.6	25.7	0.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	39	11.0	32.4	0.0
	【抽出条件②】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	15	0.0	0.0	0.0
	【抽出条件③】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	11	0.0	0.0	0.0
G. ベバシズマブ製剤	全体	57	2.7	13.5	0.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	31	4.9	18.0	0.0
	【抽出条件②】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	15	0.0	0.0	0.0
	【抽出条件③】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	11	0.0	0.0	0.0
H. インフリキシマブ製剤	全体	78	3.1	10.9	0.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	51	4.6	13.2	0.0
	【抽出条件②】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	16	0.2	0.7	0.0
	【抽出条件③】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	11	0.0	0.0	0.0

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
I. アダリムマブ製剤	全体	81	4.2	12.4	0.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	53	6.0	14.9	2.0
	【抽出条件②】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	17	1.0	4.0	0.0
	【抽出条件③】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	11	0.5	1.0	0.0
J. ラニビズマブ製剤	全体	57	0.1	0.5	0.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	28	0.0	0.0	0.0
	【抽出条件②】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	18	0.3	0.9	0.0
	【抽出条件③】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	11	0.0	0.0	0.0
K. アガルシダーゼベータ製剤	全体	53	0.0	0.0	0.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	27	0.0	0.0	0.0
	【抽出条件②】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	15	0.0	0.0	0.0
	【抽出条件③】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	11	0.0	0.0	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜一般診療所　0件を含まない集計＞

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
A. インスリン製剤	全体	89	10.2	30.2	3.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	19	31.2	59.6	4.0
	【抽出条件②】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	44	4.0	4.0	2.0
	【抽出条件③】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	26	5.4	9.9	3.0
B. ヒト成長ホルモン剤	全体	3	234.3	329.3	2.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	2	351.0	349.0	351.0
	【抽出条件②】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	-	-	-	-
	【抽出条件③】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	1	1.0	0.0	1.0
C. エタネルセプト製剤	全体	60	28.2	68.3	10.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	53	21.5	37.6	11.0
	【抽出条件②】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	5	100.6	187.7	10.0
	【抽出条件③】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	2	24.0	16.0	24.0
D. テリパラチド製剤	全体	34	10.0	20.6	3.5
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	18	10.3	16.6	4.0
	【抽出条件②】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	11	11.5	29.0	1.0
	【抽出条件③】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	5	5.6	3.3	5.0

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
E. リツキシマブ製剤	全体	4	9.5	8.6	8.5
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	4	9.5	8.6	8.5
	【抽出条件②】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	-	-	-	-
	【抽出条件③】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	-	-	-	-
F. トラスツズマブ製剤	全体	17	25.2	45.3	11.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	17	25.2	45.3	11.0
	【抽出条件②】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	-	-	-	-
	【抽出条件③】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	-	-	-	-
G. ベバシズマブ製剤	全体	9	17.0	30.1	7.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	9	17.0	30.1	7.0
	【抽出条件②】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	-	-	-	-
	【抽出条件③】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	-	-	-	-
H. インフリキシマブ製剤	全体	26	9.2	17.3	3.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	25	9.5	17.6	3.0
	【抽出条件②】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	1	3.0	0.0	3.0
	【抽出条件③】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	-	-	-	-
I. アダリムマブ製剤	全体	34	10.1	17.6	3.5
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	31	10.3	18.3	4.0
	【抽出条件②】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	1	17.0	0.0	17.0
	【抽出条件③】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	2	2.5	0.5	2.5

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
J. ラニビズマブ製剤	全体	2	2.5	1.5	2.5
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	－	－	－	－
	【抽出条件②】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	2	2.5	1.5	2.5
	【抽出条件③】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	－	－	－	－
K. アガルシダーゼベータ製剤	全体	－	－	－	－
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	－	－	－	－
	【抽出条件②】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	－	－	－	－
	【抽出条件③】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	－	－	－	－

※無回答を除く施設を集計対象とした。

② 病院調査でのバイオ後続品の処方件数

＜病院＞ 0件を含む集計＞

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
A. インスリン製剤	全体	188	105.2	432.4	25.5
	【抽出条件①】特段の条件なし	103	76.5	282.3	13.0
	【抽出条件②】①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	85	140.0	561.0	38.0
B. ヒト成長ホルモン剤	全体	126	0.7	3.1	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	65	1.2	4.2	0.0
	【抽出条件②】①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	61	0.1	0.7	0.0
C. エタネルセプト製剤	全体	140	4.2	10.5	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	74	3.3	8.3	0.0
	【抽出条件②】①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	66	5.2	12.5	0.0
D. テリパラチド製剤	全体	158	6.2	15.1	1.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	83	6.6	14.9	1.0
	【抽出条件②】①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	75	5.8	15.3	1.0
E. リツキシマブ製剤	全体	142	15.7	25.1	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	70	12.9	26.3	0.0
	【抽出条件②】①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	72	18.5	23.6	6.5
F. トラスツズマブ製剤	全体	149	18.4	29.7	4.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	72	14.8	30.0	0.0
	【抽出条件②】①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	77	21.8	29.1	10.0
G. ベバシズマブ製剤	全体	153	17.5	32.0	3.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	75	11.7	22.3	0.0
	【抽出条件②】①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	78	23.1	38.3	12.5
H. インフリキシマブ製剤	全体	143	4.9	9.8	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	73	2.8	5.9	0.0
	【抽出条件②】①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	70	7.0	12.4	2.0

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
I. アダリムマブ製剤	全体	134	2.2	5.6	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	70	2.5	6.3	0.0
	【抽出条件②】①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	64	1.9	4.8	0.0
J. ラニビズマブ製剤	全体	131	1.2	3.6	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	68	1.0	4.1	0.0
	【抽出条件②】①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	63	1.3	2.9	0.0
K. アガルシダーゼベータ製剤	全体	123	0.2	1.0	0.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	63	0.1	0.6	0.0
	【抽出条件②】①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	60	0.3	1.3	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院＞　0件を含まない集計＞

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
A．インスリン製剤	全体	161	122.9	464.9	34.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	86	91.7	306.7	22.0
	【抽出条件②】①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	75	158.7	594.7	47.0
B．ヒト成長ホルモン剤	全体	14	5.9	7.3	3.5
	【抽出条件①】特段の条件なし	12	6.3	7.9	3.5
	【抽出条件②】①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	2	4.0	1.0	4.0
C．エタネルセプト製剤	全体	51	11.6	14.8	5.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	28	8.8	11.5	4.0
	【抽出条件②】①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	23	15.0	17.5	7.0
D．テリパラチド製剤	全体	84	11.7	19.1	5.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	45	12.2	18.4	5.0
	【抽出条件②】①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	39	11.1	19.8	4.0
E．リツキシマブ製剤	全体	69	32.3	27.5	27.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	25	36.0	33.1	27.0
	【抽出条件②】①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	44	30.3	23.5	27.5
F．トラスツズマブ製剤	全体	87	31.6	33.1	22.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	31	34.4	37.6	22.0
	【抽出条件②】①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	56	30.0	30.3	22.5
G．ベバシズマブ製剤	全体	90	29.8	37.1	19.5
	【抽出条件①】特段の条件なし	37	23.8	26.9	13.0
	【抽出条件②】①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	53	34.0	42.3	21.0
H．インフリキシマブ製剤	全体	71	9.8	12.1	6.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	27	7.7	7.6	6.0
	【抽出条件②】①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	44	11.1	14.0	6.0

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
I. アダリムマブ製剤	全体	41	7.1	8.2	4.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	20	8.7	9.2	5.5
	【抽出条件②】①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	21	5.7	6.9	4.0
J. ラニビズマブ製剤	全体	25	6.1	6.1	4.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	8	8.5	9.0	5.0
	【抽出条件②】①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	17	4.9	3.6	4.0
K. アガルシダーゼベータ製剤	全体	6	4.2	1.7	4.5
	【抽出条件①】特段の条件なし	2	3.0	1.0	3.0
	【抽出条件②】①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	4	4.8	1.6	5.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

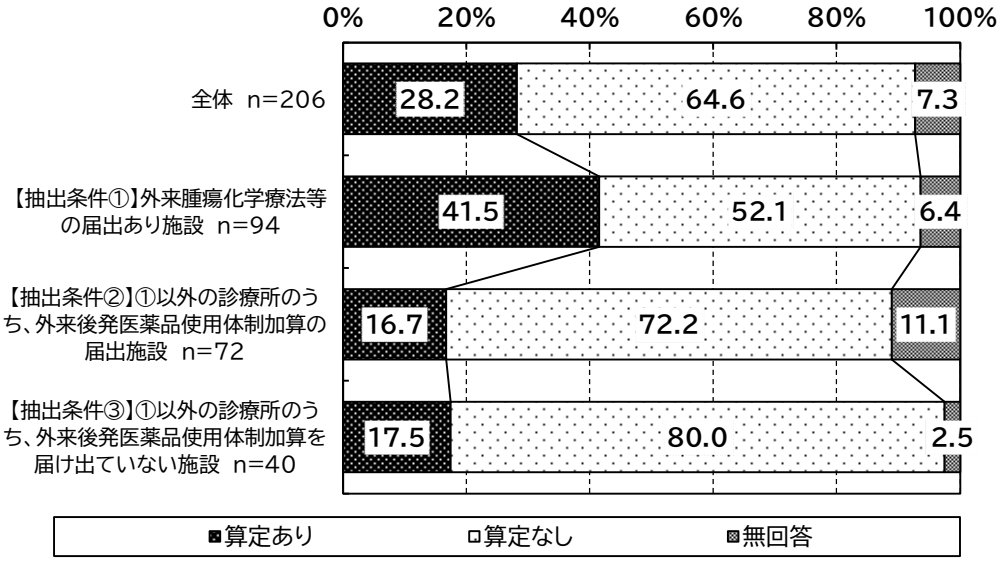
(9) バイオ後続品導入初期加算の算定有無・算定件数

一般診療所調査、病院調査において、院内・院外いずれかでバイオ後続品処方ありと回答した場合、バイオ後続品導入初期加算の算定有無・算定件数を尋ねたところ、「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」の算定ありが、一般診療所調査全体（206 施設）では 28.2%、病院調査全体（249 施設）では 41.0%であった。

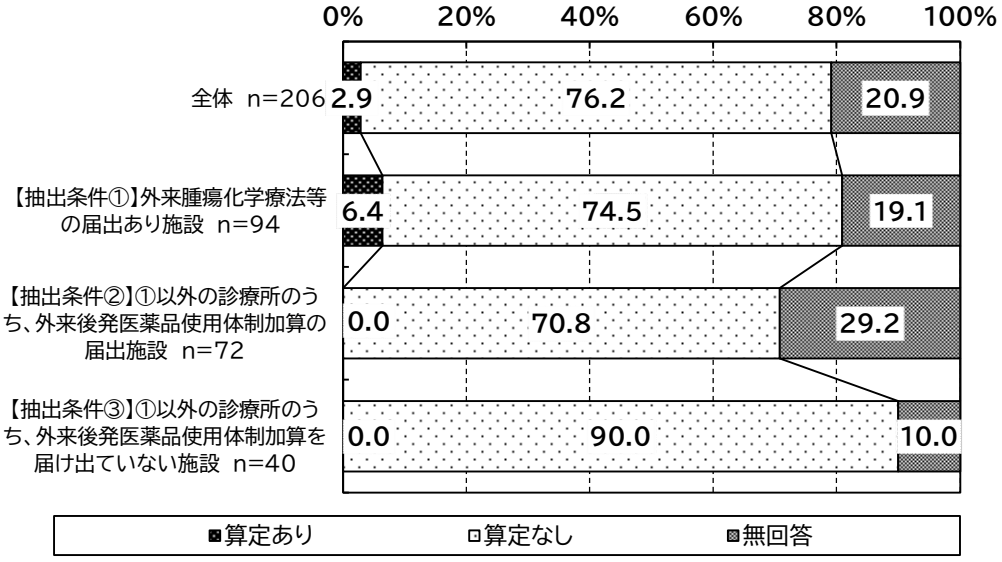
図表 3-99　バイオ後続品導入初期加算の算定有無（令和５年 6 月）
（院内・院外いずれかでバイオ後続品処方あり）

＜一般診療所＞

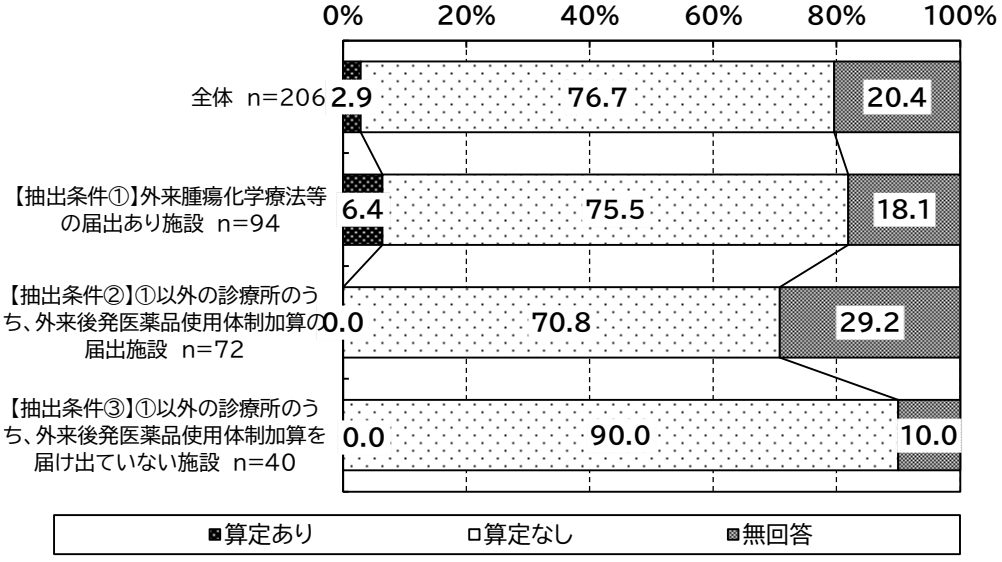
【A．在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品導入初期加算】



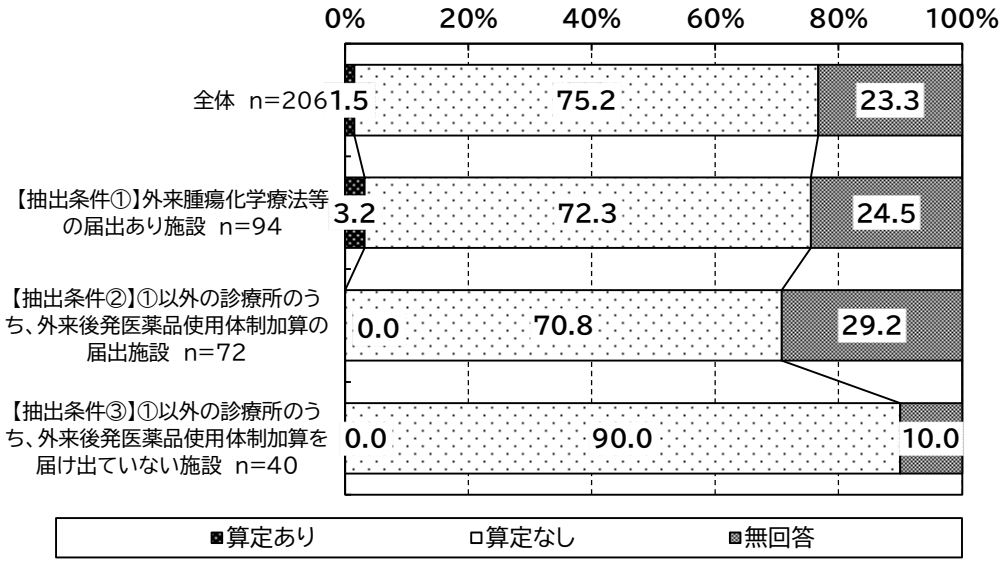
【B．外来化学療法加算１におけるバイオ後続品導入初期加算】



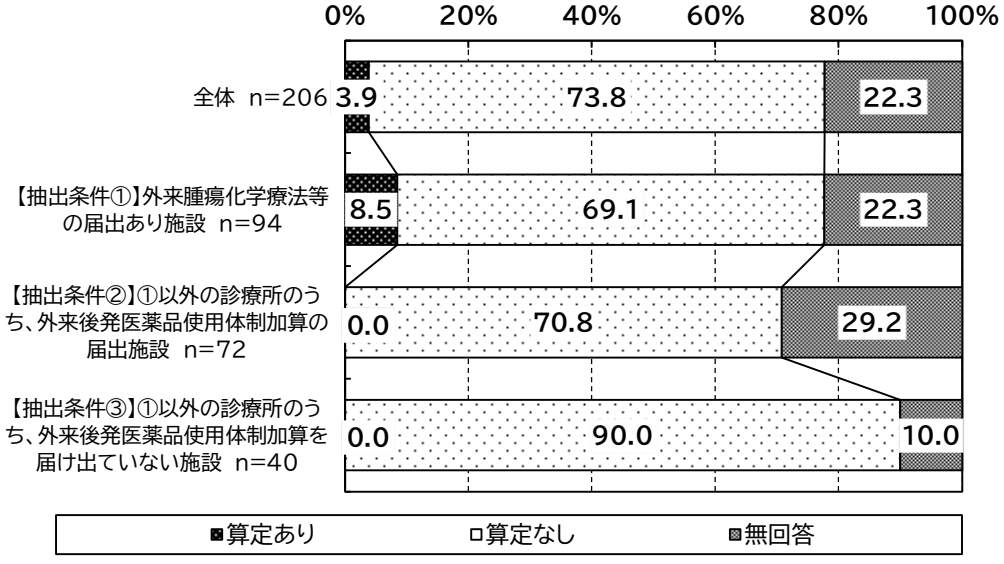
【C．外来化学療法加算２におけるバイオ後続品導入初期加算】



【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】



【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】



図表 3-100　バイオ後続品導入初期加算の算定件数（令和５年６月）
（院内・院外いずれかでバイオ後続品処方あり）

＜一般診療所＞

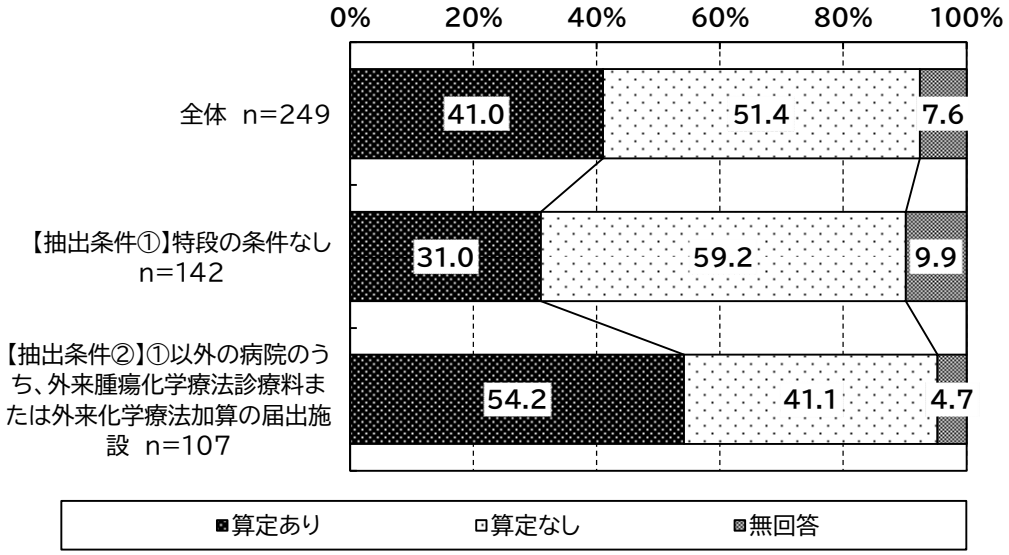
		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
A．在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品導入初期加算	全体	38	4.1	8.2	2.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	27	4.4	9.3	2.0
	【抽出条件②】①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出施設	7	4.0	5.5	1.0
	【抽出条件③】①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算を届け出ていない施設	4	2.3	2.2	1.0
B．外来化学療法加算１におけるバイオ後続品導入初期加算	全体	3	2.3	1.9	1.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	3	2.3	1.9	1.0
	【抽出条件②】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	－	－	－	－
	【抽出条件③】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	－	－	－	－
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	全体	3	17.3	23.1	1.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	3	17.3	23.1	1.0
	【抽出条件②】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	－	－	－	－
	【抽出条件③】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	－	－	－	－
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	全体	1	3.0	0.0	3.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	1	3.0	0.0	3.0
	【抽出条件②】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	－	－	－	－
	【抽出条件③】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	－	－	－	－

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
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	全体	7	6.3	9.8	2.0
	【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	7	6.3	9.8	2.0
	【抽出条件②】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	－	－	－	－
	【抽出条件③】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	－	－	－	－

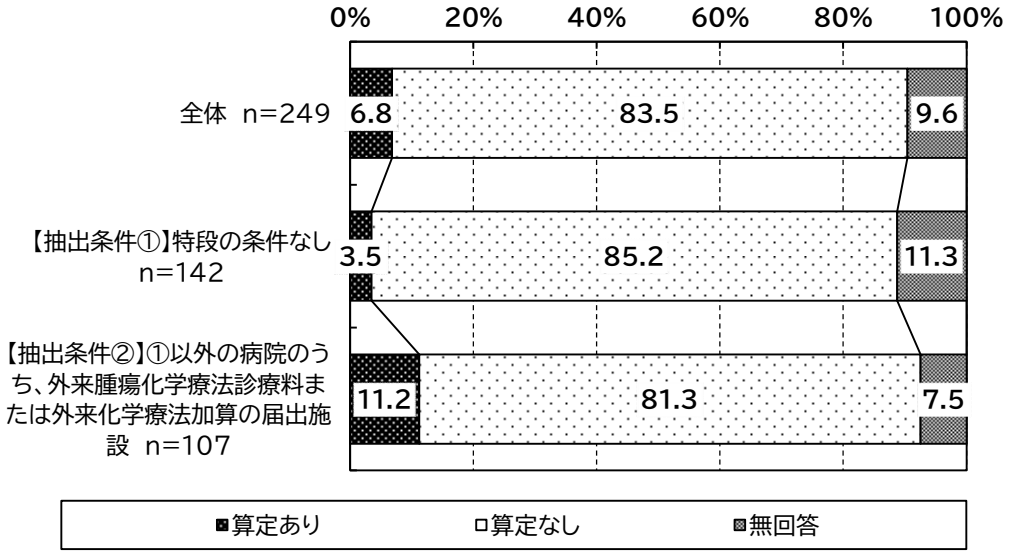
※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院＞

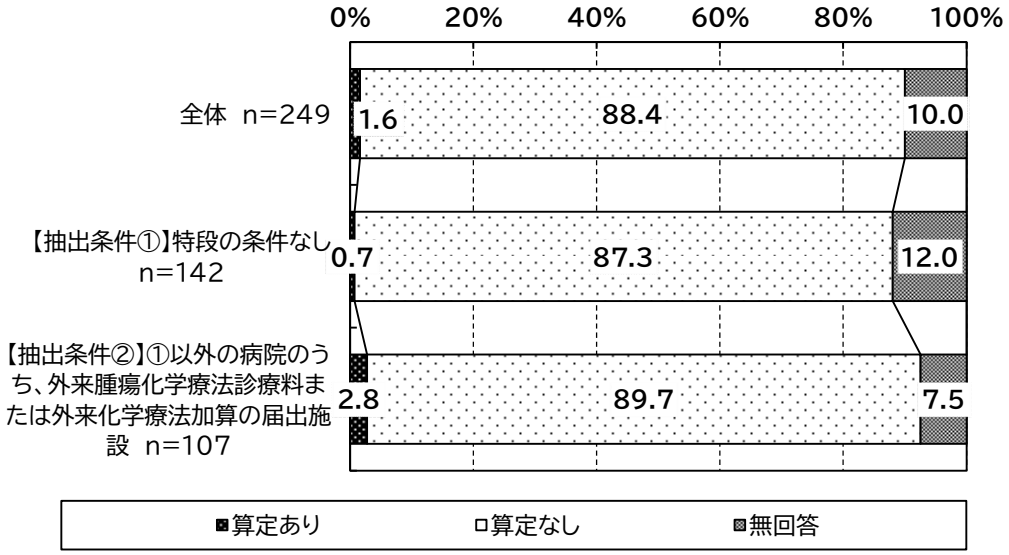
【A．在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品導入初期加算】



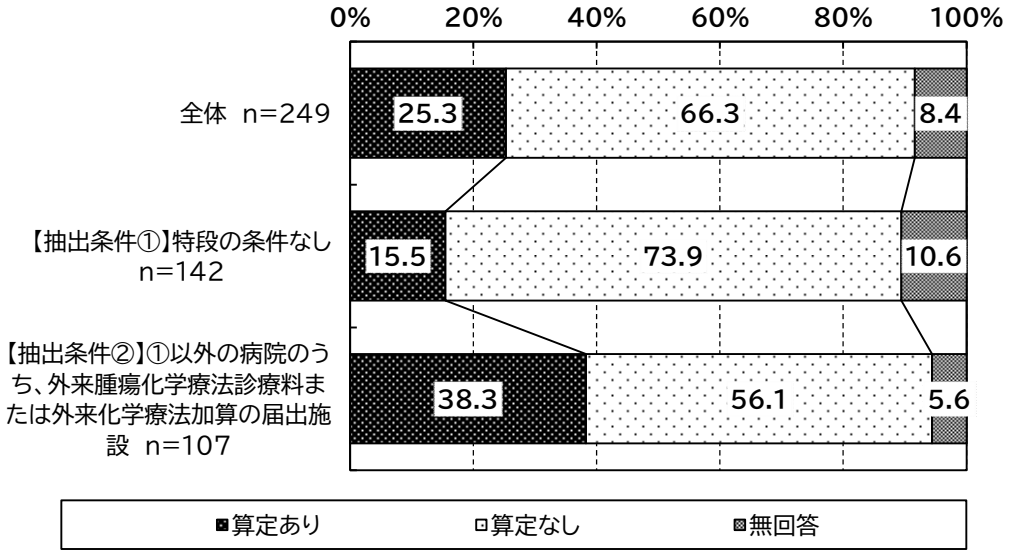
【B．外来化学療法加算１におけるバイオ後続品導入初期加算】



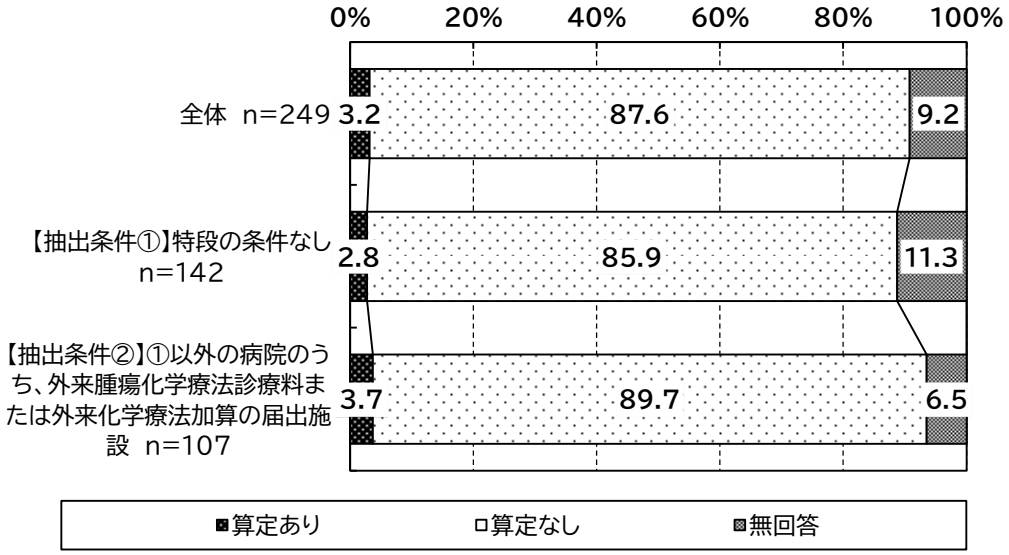
【C．外来化学療法加算２におけるバイオ後続品導入初期加算】



【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】



【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】



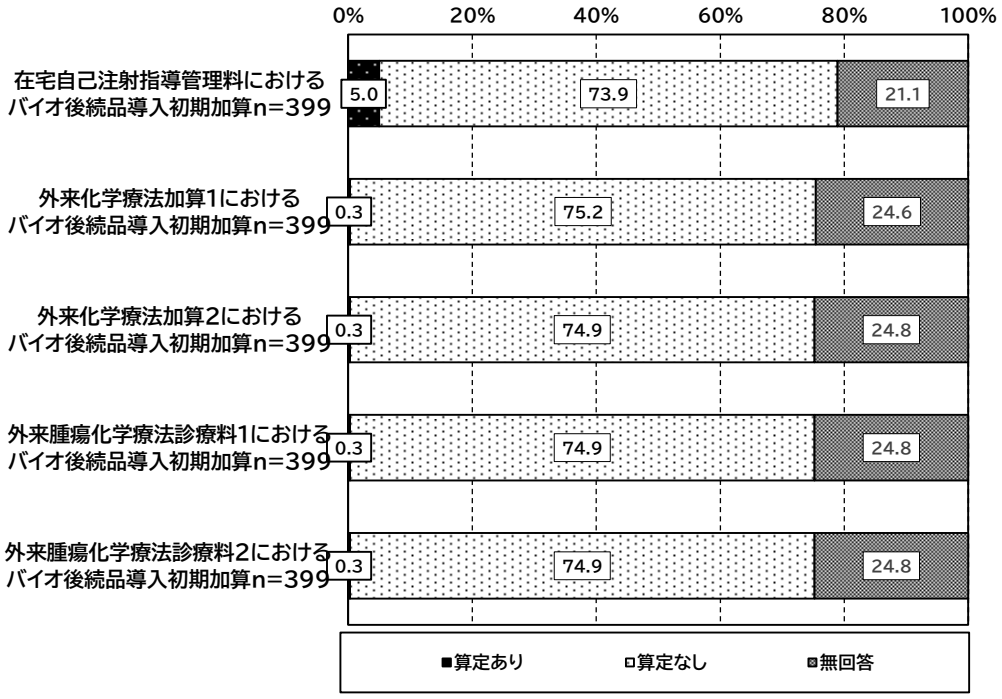
図表 3-101　バイオ後続品導入初期加算の算定件数（令和５年６月）
（院内・院外いずれかでバイオ後続品処方あり）

＜病院＞

		回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
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	全体	89	7.9	7.6	5.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	39	7.4	7.2	4.0
	【抽出条件②】①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	50	8.3	7.9	5.5
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	全体	12	7.0	8.3	3.5
	【抽出条件①】特段の条件なし	4	5.3	5.8	2.5
	【抽出条件②】①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	8	7.9	9.2	4.5
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	全体	1	1.0	0.0	1.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	－	－	－	－
	【抽出条件②】①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	1	1.0	0.0	1.0
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	全体	55	9.8	11.7	5.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	20	13.3	14.1	10.5
	【抽出条件②】①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	35	7.9	9.6	4.0
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	全体	6	7.3	4.3	6.0
	【抽出条件①】特段の条件なし	4	7.0	3.0	6.0
	【抽出条件②】①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	2	8.0	6.0	8.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

図表 3-102　（令和 4 年度調査）診療所における
バイオ医薬品に関する診療報酬の算定有無（診療所、令和４年８月～10 月）

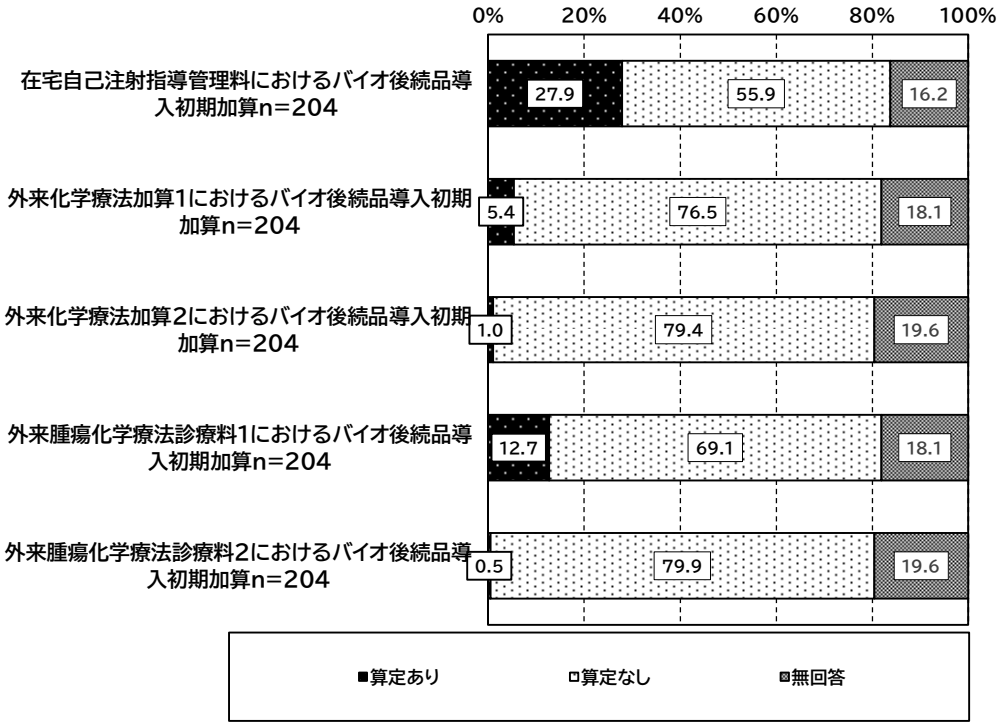


図表 3-103　（令和 4 年度調査）診療所における
バイオ医薬品に関する診療報酬の算定件数（診療所、令和４年８月～10 月）

	算定あり	算定「あり」の場合の算定件数			
	回答施設数	回答施設数※	平均（件）	標準偏差	中央値
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	20	14	2.1	1.2	2.0
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	0	－	－	－
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	0	－	－	－
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	0	－	－	－
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	0	－	－	－

※数値回答があった件数。

図表 3-104　（令和 4 年度調査）病院における
バイオ医薬品に関する診療報酬の算定有無（病院、令和４年８月～10 月）



図表 3-105　（令和 4 年度調査）病院における
バイオ医薬品に関する診療報酬の算定件数（病院、令和４年８月～10 月）

	算定あり	算定「あり」の場合の算定件数			
	回答施設数	回答施設数※	平均（件）	標準偏差	中央値
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	57	51	14.9	14.7	11.0
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	11	9	8.9	11.6	3.0
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	2	1	3.0	0.0	3.0
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	26	24	26.5	30.7	16.5
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	－	－	－	－

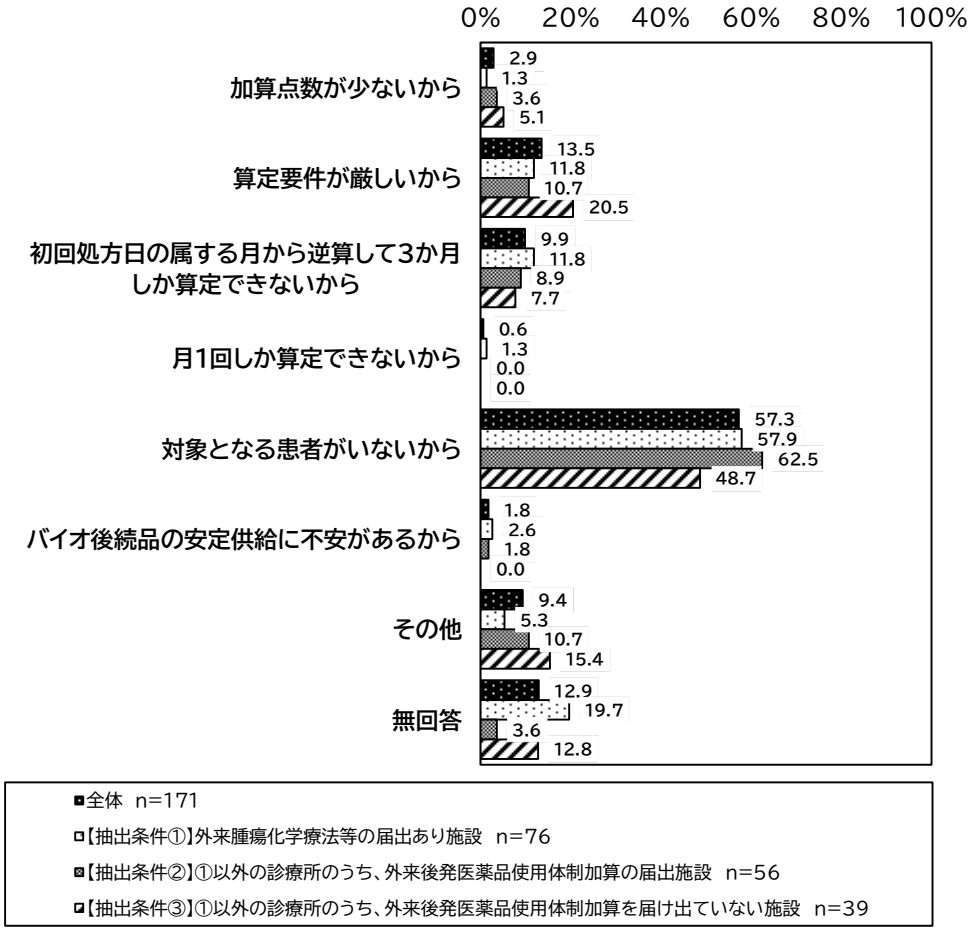
※数値回答があった件数。

① 導入初期加算を算定していない理由

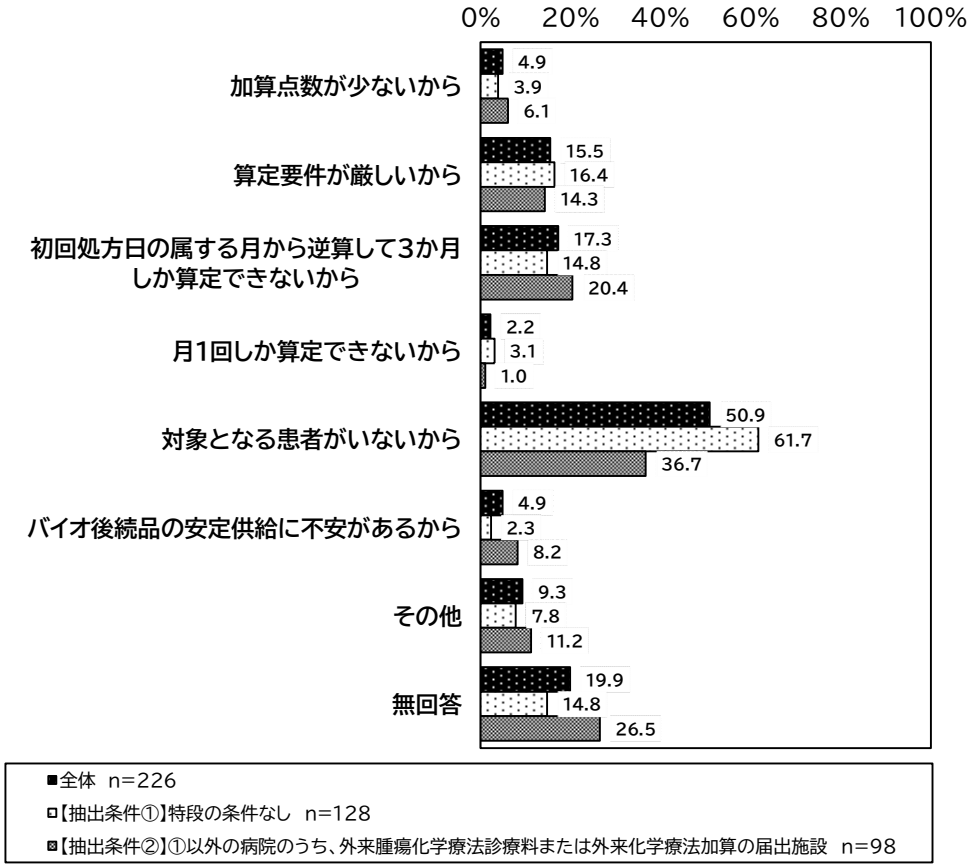
一般診療所調査、病院調査において、いずれかのバイオ後続品導入初期加算について算定無しと回答した場合、その理由を尋ねたところ、「対象となる患者がいないから」が一般診療所調査全体（171 施設）では、57.3%、病院調査全体（226 施設）では 50.9%であった。

図表 3-106　導入初期加算を算定していない理由（複数回答）
（いずれかのバイオ後続品導入初期加算で算定無しの場合）

＜一般診療所＞



＜病院＞

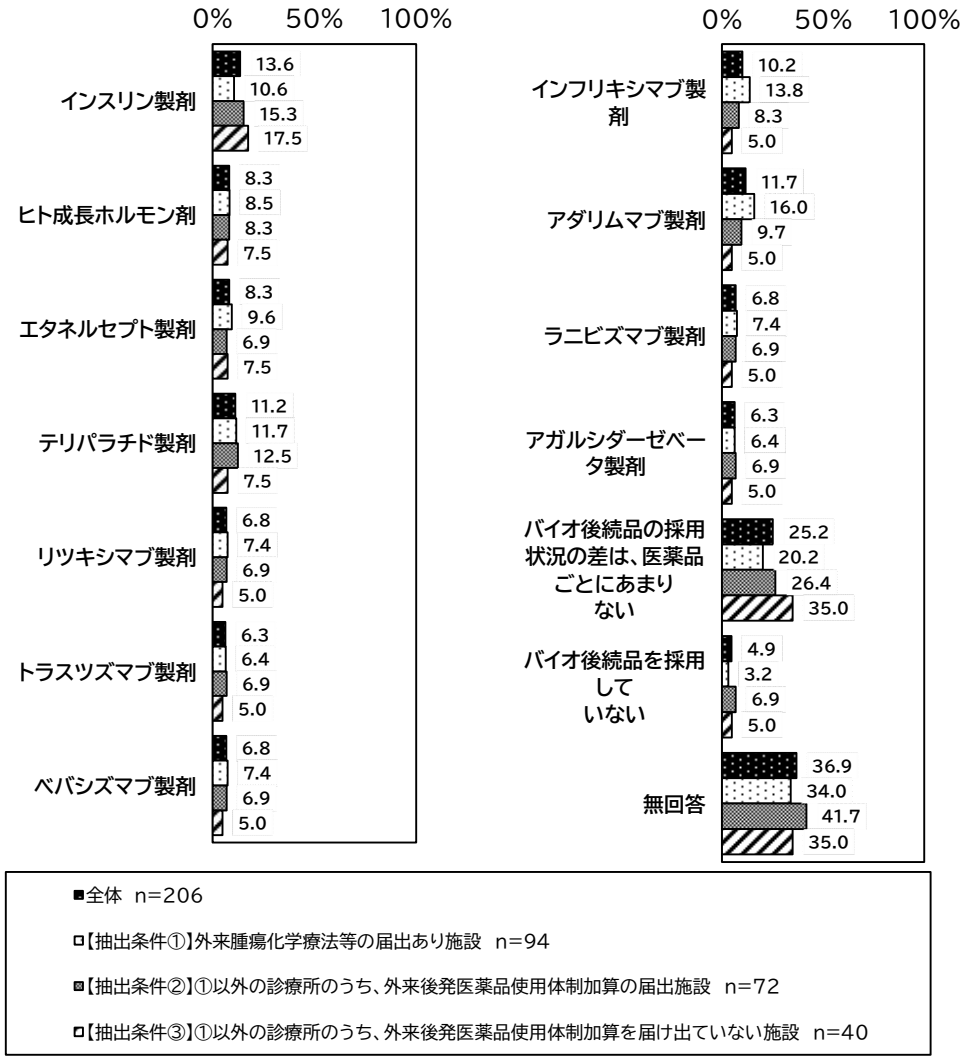

0%
20%
40%
60%
80%
100%
加算点数が少ないから
4.9
3.9
6.1
算定要件が厳しいから
15.5
16.4
14.3
初回処方日の属する月から逆算して3か月しか算定できないから
17.3
14.8
20.4
月1回しか算定できないから
2.2
3.1
1.0
対象となる患者がいないから
50.9
61.7
36.7
バイオ後続品の安定供給に不安があるから
4.9
2.3
8.2
その他
9.3
7.8
11.2
無回答
19.9
14.8
26.5
■全体 n=226
【抽出条件①】特段の条件なし n=128
【抽出条件②】①以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設 n=98

② バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品

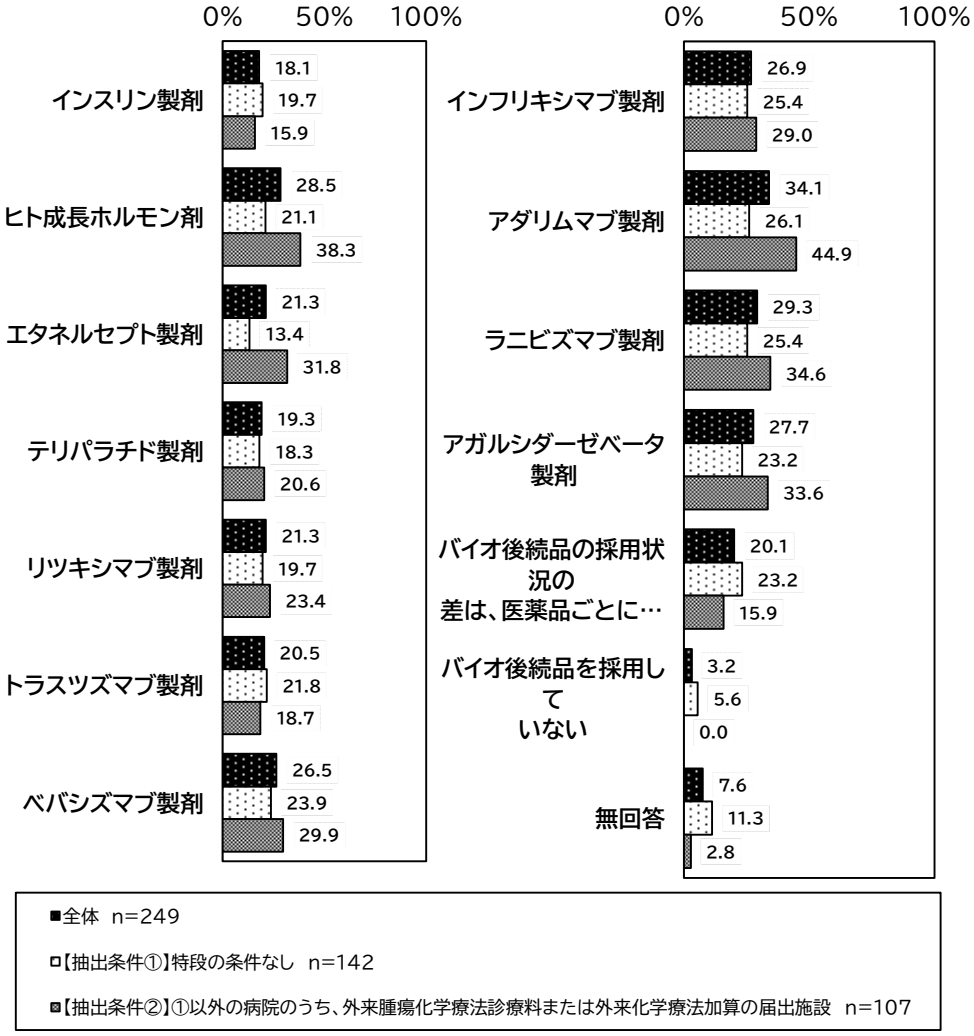
一般診療所調査、病院調査において、バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品があると回答した場合、特に置換が進んでいない医薬品を最大３つ尋ねたところ、一般診療所調査全体（206 施設）では「インスリン製剤」が 13.6%、病院調査全体（249 施設）では「アダリムマブ製剤」が 34.1%であった。

図表 3-107　バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品
（バイオ後続品への置換 が進んでいない医薬品があると回答した場合）
（最大 3 医薬品を選択）

＜一般診療所＞



＜病院＞


0%
50%
100%
インスリン製剤
18.1
19.7
15.9
ヒト成長ホルモン剤
28.5
21.1
38.3
エタネルセプト製剤
21.3
13.4
31.8
テリパラチド製剤
19.3
18.3
20.6
リツキシマブ製剤
21.3
19.7
23.4
トラスツズマブ製剤
20.5
21.8
18.7
ベバシズマブ製剤
26.5
23.9
29.9
インフリキシマブ製剤
26.9
25.4
29.0
アダリムマブ製剤
34.1
26.1
44.9
ラニビズマブ製剤
29.3
25.4
34.6
アガルシダーゼベータ製剤
27.7
23.2
33.6
バイオ後続品の採用状況の差は、医薬品ごとに…
20.1
23.2
15.9
バイオ後続品を採用していない
3.2
5.6
0.0
無回答
7.6
11.3
2.8
■全体 n=249
□【抽出条件①】特段の条件なし n=142
▨【抽出条件②】①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 n=107

③ バイオ後続品への置換が進んでいない理由

一般診療所調査、病院調査において、バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品最大3つについてその理由を尋ねたところ、「対象の注射薬が対象となる患者がいないから」が一般診療所調査全体（204施設）では26.0%、病院調査全体（施設）では26.6%であった。

図表 3-108　バイオ後続品への置換が進んでいない理由
（バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品を選択した場合）

＜一般診療所　全体＞

（単位：%）

	回答数	診療報酬上の評価が十分ではないから	対象の注射薬が対象となる患者がいないから	患者負担があまり軽減されないから	バイオ後続品の品目数が少ないから	バイオ後続品の安定供給に不安があるから	バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから	先行バイオ医薬品との適応症の差があるから	その他	無回答
全体	204	3.9	26.0	8.8	3.9	7.4	0.5	1.5	14.2	42.6
インスリン製剤	18	11.1	27.8	11.1	11.1	27.8	5.6	－	33.3	－
ヒト成長ホルモン剤	9	－	77.8	－	－	－	－	－	22.2	－
エタネルセプト製剤	12	16.7	50.0	25.0	－	25.0	－	－	8.3	－
テリパラチド製剤	17	－	41.2	5.9	23.5	11.8	－	5.9	23.5	－
リツキシマブ製剤	4	－	75.0	－	－	－	－	－	25.0	－
トラスツズマブ製剤	5	－	40.0	20.0	－	－	－	－	40.0	－
ベバシズマブ製剤	5	－	40.0	－	－	－	－	20.0	40.0	－
インフリキシマブ製剤	13	7.7	46.2	30.8	－	－	－	－	30.8	－
アダリムマブ製剤	14	14.3	50.0	28.6	7.1	7.1	－	7.1	28.6	－
ラニビズマブ製剤	1	－	100.0	－	－	－	－	－	－	－
アガルシダーゼベータ製剤	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－

※各調査対象施設が最大3つの医薬品について回答するため、回答数と調査対象の施設数は一致しない。

＜一般診療所　【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設＞

（単位：%）

	回答数	診療報酬上の評価が十分ではないから	対象の注射薬が対象となる患者がいないから	患者負担があまり軽減されないから	バイオ後続品の品目数が少ないから	バイオ後続品の安定供給に不安があるから	バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから	先行バイオ医薬品との適応症の差があるから	その他	無回答
全体	120	5.8	25.8	11.7	1.7	7.5	－	2.5	18.3	40.0
インスリン製剤	7	14.3	28.6	－	14.3	28.6	－	－	57.1	－
ヒト成長ホルモン剤	5	－	60.0	－	－	－	－	－	40.0	－
エタネルセプト製剤	8	25.0	25.0	37.5	－	37.5	－	－	12.5	－
テリパラチド製剤	8	－	25.0	12.5	12.5	25.0	－	12.5	37.5	－
リツキシマブ製剤	4	－	75.0	－	－	－	－	－	25.0	－
トラスツズマブ製剤	5	－	40.0	20.0	－	－	－	－	40.0	－
ベバシズマブ製剤	5	－	40.0	－	－	－	－	20.0	40.0	－
インフリキシマブ製剤	12	8.3	50.0	33.3	－	－	－	－	25.0	－
アダリムマブ製剤	12	16.7	58.3	33.3	－	8.3	－	8.3	25.0	－
ラニビズマブ製剤	1	－	100.0	－	－	－	－	－	－	－
アガルシダーゼベータ製剤	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－

※各調査対象施設が最大 3 つの医薬品について回答するため、回答数と調査対象の施設数は一致しない。

＜一般診療所
【抽出条件②】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＞

（単位：%）

	回答数	診療報酬上の評価が十分ではないから	対象の注射薬が対象となる患者がいないから	患者負担があまり軽減されないから	バイオ後続品の品目数が少ないから	バイオ後続品の安定供給に不安があるから	バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから	先行バイオ医薬品との適応症の差があるから	その他	無回答
全体	54	1.9	20.4	3.7	9.3	7.4	－	－	7.4	51.9
インスリン製剤	7	14.3	28.6	14.3	14.3	28.6	－	－	14.3	－
ヒト成長ホルモン剤	2	－	100.0	－	－	－	－	－	－	－
エタネルセプト製剤	2	－	100.0	－	－	－	－	－	－	－
テリパラチド製剤	6	－	33.3	－	50.0	－	－	－	16.7	－
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	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
インフリキシマブ製剤	1	－	－	－	－	－	－	－	100.0	－
アダリムマブ製剤	2	－	－	－	50.0	－	－	－	50.0	－
ラニビズマブ製剤	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
アガルシダーゼベータ製剤	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－

※各調査対象施設が最大 3 つの医薬品について回答するため、回答数と調査対象の施設数は一致しない。

＜一般診療所

【抽出条件③】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＞

（単位：%）

	回答数	診療報酬上の評価が十分ではないから	対象の注射薬が対象となる患者がいないから	患者負担があまり軽減されないから	バイオ後続品の品目数が少ないから	バイオ後続品の安定供給に不安があるから	バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから	先行バイオ医薬品との適応症の差があるから	その他	無回答
全体	30	－	36.7	6.7	3.3	6.7	3.3	－	10.0	36.7
インスリン製剤	4	－	25.0	25.0	－	25.0	25.0	－	25.0	－
ヒト成長ホルモン剤	2	－	100.0	－	－	－	－	－	－	－
エタネルセプト製剤	2	－	100.0	－	－	－	－	－	－	－
テリパラチド製剤	3	－	100.0	－	－	－	－	－	－	－
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	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
インフリキシマブ製剤	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
アダリムマブ製剤	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
ラニビズマブ製剤	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
アガルシダーゼベータ製剤	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－

※各調査対象施設が最大 3 つの医薬品について回答するため、回答数と調査対象の施設数は一致しない。

＜病院　全体＞

（単位：%）

	回答数	診療報酬上の評価が十分ではないから	対象の注射薬が対象となる患者がいないから	患者負担があまり軽減されないから	バイオ後続品の品目数が少ないから	バイオ後続品の安定供給に不安があるから	バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから	先行バイオ医薬品との適応症の差があるから	その他	無回答
全体	516	10.7	26.6	10.3	4.8	15.7	0.8	17.2	20.9	19.4
インスリン製剤	31	22.6	9.7	9.7	12.9	41.9	9.7	3.2	32.3	－
ヒト成長ホルモン剤	41	9.8	51.2	14.6	9.8	22.0	－	9.8	12.2	－
エタネルセプト製剤	26	3.8	53.8	－	3.8	19.2	－	7.7	26.9	－
テリパラチド製剤	27	25.9	25.9	3.7	18.5	33.3	3.7	－	29.6	－
リツキシマブ製剤	25	12.0	52.0	8.0	－	16.0	－	20.0	16.0	－
トラスツズマブ製剤	25	16.0	36.0	16.0	－	36.0	－	24.0	20.0	－
ベバシズマブ製剤	45	20.0	11.1	13.3	－	24.4	－	62.2	22.2	－
インフリキシマブ製剤	46	10.9	17.4	34.8	2.2	8.7	－	34.8	37.0	－
アダリムマブ製剤	43	16.3	18.6	18.6	11.6	16.3	－	30.2	39.5	－
ラニビズマブ製剤	30	10.0	43.3	3.3	3.3	13.3	－	23.3	20.0	－
アガルシダーゼベータ製剤	33	－	81.8	9.1	－	－	－	6.1	12.1	－

※各調査対象施設が最大3つの医薬品について回答するため、回答数と調査対象の施設数は一致しない。

※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

病院調査：

・医師の意向
・患者の希望
・薬価差益が大きいため
・臨床上のデータが少ない
・デバイスが患者から不評であった
・名称によるインシデントのリスクを考慮
・レジメンのマスター変更が困難

＜病院　【抽出条件①】特段の条件なし＞

（単位：%）

	回答数	診療報酬上の評価が十分ではないから	対象の注射薬が対象となる患者がいないから	患者負担があまり軽減されないから	バイオ後続品の品目数が少ないから	バイオ後続品の安定供給に不安があるから	バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから	先行バイオ医薬品との適応症の差があるから	その他	無回答
全体	255	11.4	28.6	8.6	5.9	17.6	1.6	13.3	18.0	20.8
インスリン製剤	21	23.8	14.3	4.8	19.0	47.6	14.3	4.8	23.8	－
ヒト成長ホルモン剤	17	5.9	52.9	11.8	11.8	29.4	－	－	5.9	－
エタネルセプト製剤	6	－	83.3	－	－	－	－	－	16.7	－
テリパラチド製剤	14	28.6	28.6	－	21.4	42.9	7.1	－	21.4	－
リツキシマブ製剤	16	18.8	50.0	12.5	－	18.8	－	18.8	18.8	－
トラスツズマブ製剤	17	23.5	41.2	17.6	－	29.4	－	11.8	23.5	－
ベバシズマブ製剤	20	25.0	20.0	10.0	－	30.0	－	45.0	20.0	－
インフリキシマブ製剤	25	8.0	24.0	32.0	－	16.0	－	40.0	28.0	－
アダリムマブ製剤	17	17.6	11.8	5.9	11.8	17.6	－	23.5	47.1	－
ラニビズマブ製剤	13	7.7	38.5	－	7.7	7.7	－	23.1	23.1	－
アガルシダーゼベータ製剤	14	－	92.9	14.3	－	－	－	7.1	－	－

※各調査対象施設が最大3つの医薬品について回答するため、回答数と調査対象の施設数は一致しない。

＜病院　【抽出条件②】①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＞

（単位：%）

	回答数	診療報酬上の評価が十分ではないから	対象の注射薬が対象となる患者がいないから	患者負担があまり軽減されないから	バイオ後続品の品目数が少ないから	バイオ後続品の安定供給に不安があるから	バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから	先行バイオ医薬品との適応症の差があるから	その他	無回答
全体	261	10.0	24.5	11.9	3.8	13.8	－	21.1	23.8	18.0
インスリン製剤	10	20.0	－	20.0	－	30.0	－	－	50.0	－
ヒト成長ホルモン剤	24	12.5	50.0	16.7	8.3	16.7	－	16.7	16.7	－
エタネルセプト製剤	20	5.0	45.0	－	5.0	25.0	－	10.0	30.0	－
テリパラチド製剤	13	23.1	23.1	7.7	15.4	23.1	－	－	38.5	－
リツキシマブ製剤	9	－	55.6	－	－	11.1	－	22.2	11.1	－
トラスツズマブ製剤	8	－	25.0	12.5	－	50.0	－	50.0	12.5	－
ベバシズマブ製剤	25	16.0	4.0	16.0	－	20.0	－	76.0	24.0	－
インフリキシマブ製剤	21	14.3	9.5	38.1	4.8	－	－	28.6	47.6	－
アダリムマブ製剤	26	15.4	23.1	26.9	11.5	15.4	－	34.6	34.6	－
ラニビズマブ製剤	17	11.8	47.1	5.9	－	17.6	－	23.5	17.6	－
アガルシダーゼベータ製剤	19	－	73.7	5.3	－	－	－	5.3	21.1	－

※各調査対象施設が最大 3 つの医薬品について回答するため、回答数と調査対象の施設数は一致しない。

④ バイオ後続品への置換が進んでいない理由として、「診療報酬上の評価が十分ではないから」を選択した理由

一般診療所調査、病院調査において、バイオ後続品への置換が進んでいない理由として、「診療報酬上の評価が十分ではないから」を選択した場合、あてはまる理由を尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 3-109　バイオ後続品への置換が進んでいない理由として、「診療報酬上の評価が十分ではないから」を選択した理由

＜一般診療所　全体＞

（単位：%）

	調査数	加算点数が少ないから	算定要件がわからないから	算定要件が厳しいから	初回処方日の属する月から逆算して3か月しか算定できないから	月1回しか算定できないから	無回答
全体	15	33.3	－	－	33.3	－	46.7
インスリン製剤	1	－	－	－	100.0	－	－
テリパラチド製剤	2	100.0	－	－	50.0	－	－
アダリムマブ製剤	1	100.0	－	－	－	－	－
ラニビズマブ製剤	2	100.0	－	－	50.0	－	－

※バイオ後続品への置換が進んでいない理由として、「診療報酬上の評価が十分ではないから」の選択があった医薬品のみを集計

＜一般診療所　【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設＞

（単位：%）

	調査数	加算点数が少ないから	算定要件がわからないから	算定要件が厳しいから	初回処方日の属する月から逆算して3か月しか算定できないから	月1回しか算定できないから	無回答
全体	12	41.7	－	－	33.3	－	41.7
テリパラチド製剤	2	100.0	－	－	50.0	－	－
アダリムマブ製剤	1	100.0	－	－	－	－	－
ラニビズマブ製剤	2	100.0	－	－	50.0	－	－

※バイオ後続品への置換が進んでいない理由として、「診療報酬上の評価が十分ではないから」の選択があった医薬品のみを集計

＜一般診療所
【抽出条件②】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＞

（単位：%）

	調査数	加算点数が少ないから	算定要件がわからないから	算定要件が厳しいから	初回処方日の属する月から逆算して3か月しか算定できないから	月1回しか算定できないから	無回答
全体	3	－	－	－	33.3	－	66.7
インスリン製剤	1	－	－	－	100.0	－	－

※バイオ後続品への置換が進んでいない理由として、「診療報酬上の評価が十分ではないから」の選択があった医薬品のみを集計

※「【抽出条件③】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」での本設問への対象施設は０件だった。

＜病院　全体＞

（単位：%）

	調査数	加算点数が少ないから	算定要件がわからないから	算定要件が厳しいから	初回処方日の属する月から逆算して3か月しか算定できないから	月1回しか算定できないから	無回答
全体	69	47.8	4.3	14.5	58.0	20.3	14.5
インスリン製剤	6	33.3	16.7	16.7	50.0	16.7	－
ヒト成長ホルモン剤	4	75.0	－	－	100.0	25.0	－
エタネルセプト製剤	1	100.0	－	100.0	－	－	－
テリパラチド製剤	6	50.0	33.3	－	66.7	33.3	－
リツキシマブ製剤	3	66.7	－	－	33.3	33.3	－
トラスツズマブ製剤	3	66.7	－	－	66.7	33.3	－
ベバシズマブ製剤	7	71.4	－	14.3	71.4	57.1	－
インフリキシマブ製剤	4	50.0	－	25.0	100.0	50.0	－
アダリムマブ製剤	6	66.7	－	－	83.3	16.7	－
ラニビズマブ製剤	2	50.0	－	－	50.0	－	－
アガルシダーゼベータ製剤	－	－	－	－	－	－	－

※バイオ後続品への置換が進んでいない理由として、「診療報酬上の評価が十分ではないから」の選択があった医薬品のみを集計

＜病院　【抽出条件①】特段の条件なし＞

（単位：%）

	調査数	加算点数が少ないから	算定要件がわからないから	算定要件が厳しいから	初回処方日の属する月から逆算して3か月しか算定できないから	月1回しか算定できないから	無回答
全体	36	41.7	8.3	－	50.0	16.7	16.7
インスリン製剤	4	25.0	25.0	－	50.0	25.0	－
ヒト成長ホルモン剤	1	100.0	－	－	100.0	－	－
エタネルセプト製剤	－	－	－	－	－	－	－
テリパラチド製剤	4	25.0	50.0	－	50.0	25.0	－
リツキシマブ製剤	3	66.7	－	－	33.3	33.3	－
トラスツズマブ製剤	3	66.7	－	－	66.7	33.3	－
ベバシズマブ製剤	4	75.0	－	－	50.0	25.0	－
インフリキシマブ製剤	2	50.0	－	－	100.0	50.0	－
アダリムマブ製剤	3	66.7	－	－	66.7	－	－
ラニビズマブ製剤	1	100.0	－	－	－	－	－
アガルシダーゼベータ製剤	－	－	－	－	－	－	－

※バイオ後続品への置換が進んでいない理由として、「診療報酬上の評価が十分ではないから」の選択があった医薬品のみを集計

＜病院　【抽出条件②】①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＞

（単位：%）

	調査数	加算点数が少ないから	算定要件がわからないから	算定要件が厳しいから	初回処方日の属する月から逆算して3か月しか算定できないから	月1回しか算定できないから	無回答
全体	33	54.5	－	30.3	66.7	24.2	12.1
インスリン製剤	2	50.0	－	50.0	50.0	－	－
ヒト成長ホルモン剤	3	66.7	－	－	100.0	33.3	－
エタネルセプト製剤	1	100.0	－	100.0	－	－	－
テリパラチド製剤	2	100.0	－	－	100.0	50.0	－
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	3	66.7	－	33.3	100.0	100.0	－
インフリキシマブ製剤	2	50.0	－	50.0	100.0	50.0	－
アダリムマブ製剤	3	66.7	－	－	100.0	33.3	－
ラニビズマブ製剤	1	－	－	－	100.0	－	－
アガルシダーゼベータ製剤	－	－	－	－	－	－	－

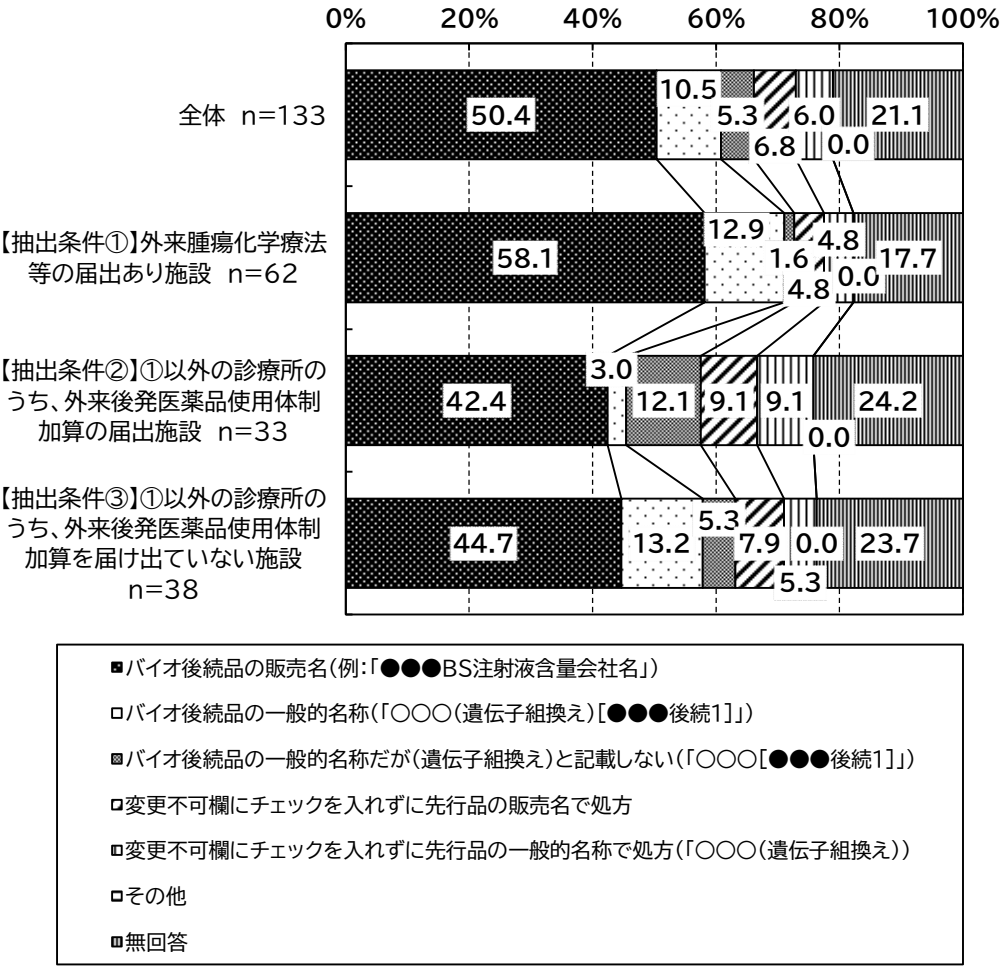
※バイオ後続品への置換が進んでいない理由として、「診療報酬上の評価が十分ではないから」の選択があった医薬品のみを集計

(10) バイオ後続品の院外処方箋の表記

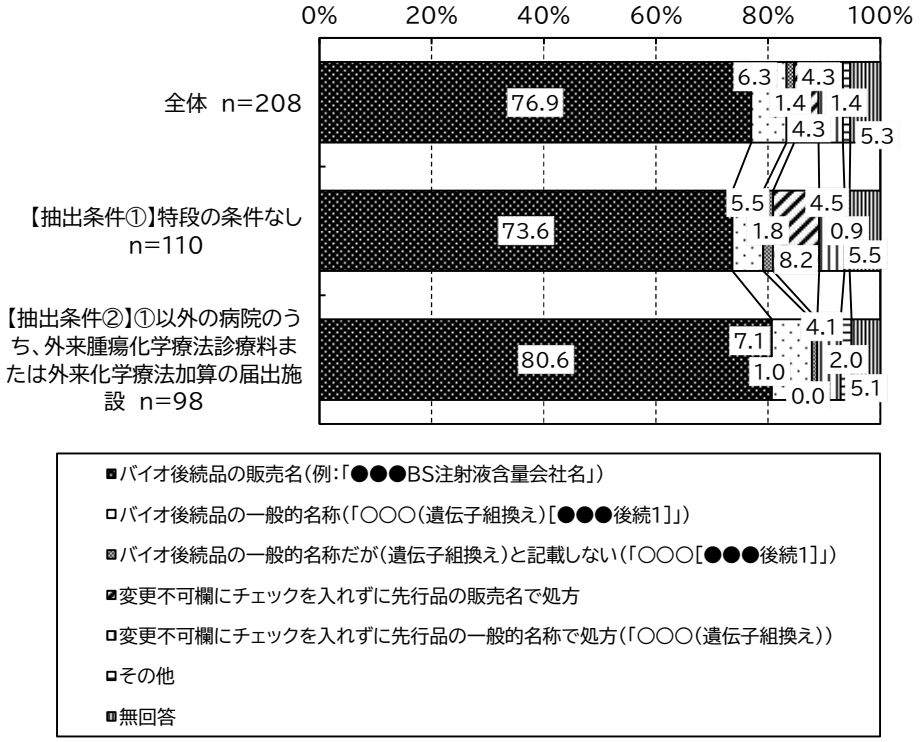
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ後続品の院外処方ありと回答した場合、バイオ後続品の院外処方箋の表記を尋ねたところ、「バイオ後続品の販売名（例：「●●● ＢＳ注射液 含量 会社名」）」が一般診療所調査全体（133 施設）では 50.4%、病院調査全体（208 施設）では 76.9%、医師調査全体（145 人）では 60.7%であった。

図表 3-110 バイオ後続品の院外処方箋の表記（バイオ後続品の院外処方ありと回答した場合）

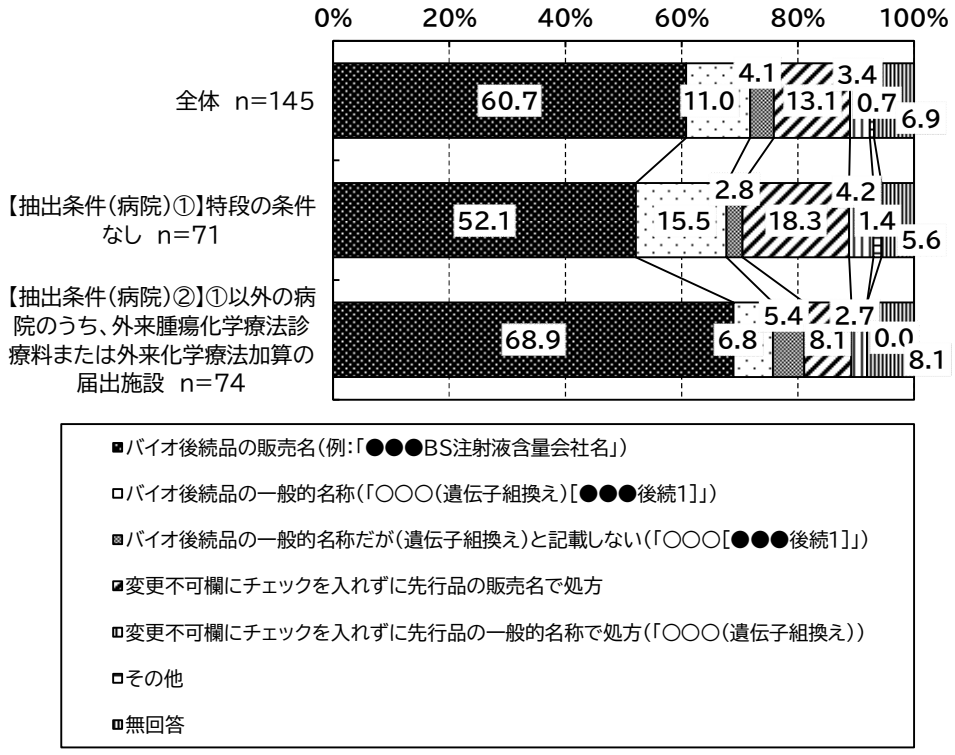
＜一般診療所＞



＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=208
76.9
6.3
4.3
1.4
1.4
4.3
5.3
【抽出条件①】特段の条件なし n=110
73.6
5.5
4.5
1.8
0.9
8.2
5.5
【抽出条件②】①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 n=98
80.6
7.1
4.1
1.0
2.0
0.0
5.1
■バイオ後続品の販売名(例:「●●●BS注射液含量会社名」)
□バイオ後続品の一般的名称(「○○○(遺伝子組換え)[●●●後続1]」)
▨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]」)
◪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
▫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))
▫その他
▫無回答

＜医師＞

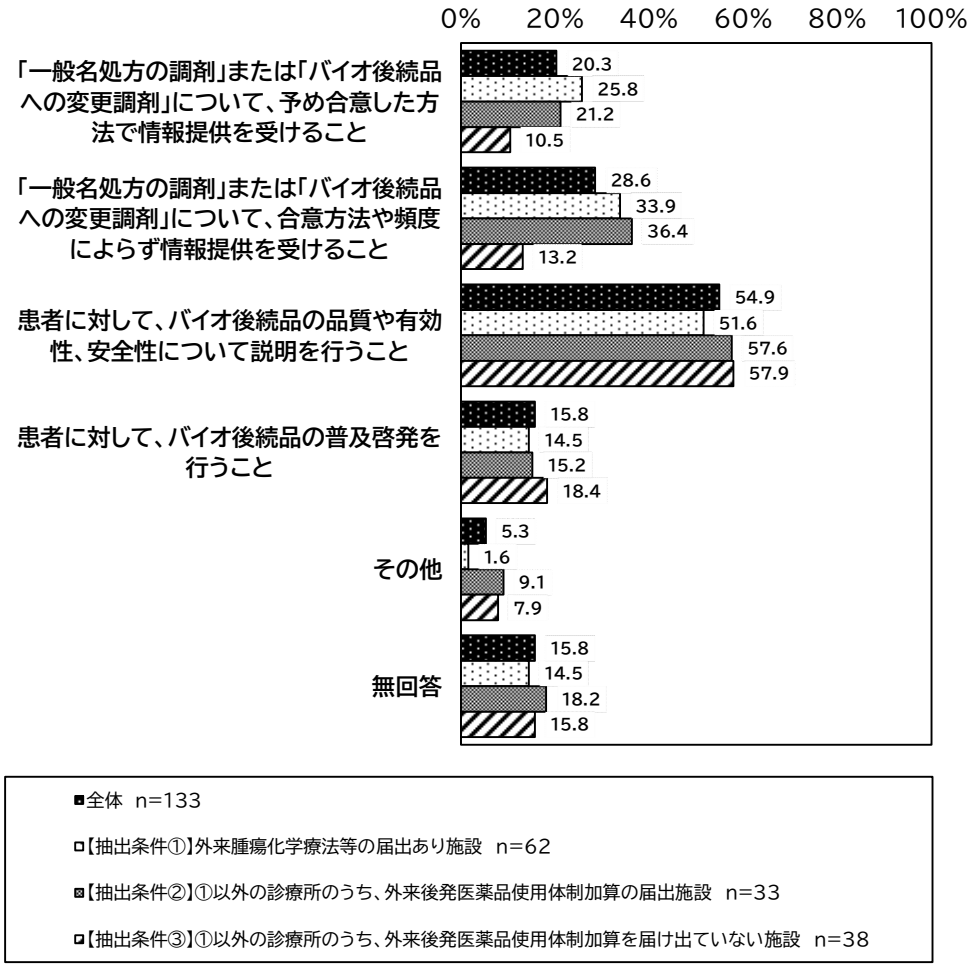

0%
20%
40%
60%
80%
100%
全体 n=145
60.7
4.1
11.0
3.4
13.1
0.7
6.9
【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=71
52.1
2.8
15.5
4.2
18.3
1.4
5.6
【抽出条件(病院)②】①以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設 n=74
68.9
5.4
6.8
2.7
8.1
0.0
8.1
■バイオ後続品の販売名(例:「●●●BS注射液含量会社名」)
□バイオ後続品の一般的名称(「○○○(遺伝子組換え)[●●●後続1]」)
▨バイオ後続品の一般的名称だが(遺伝子組換え)と記載しない(「○○○[●●●後続1]」)
◪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
▫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))
▫その他
▫無回答

(11) 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

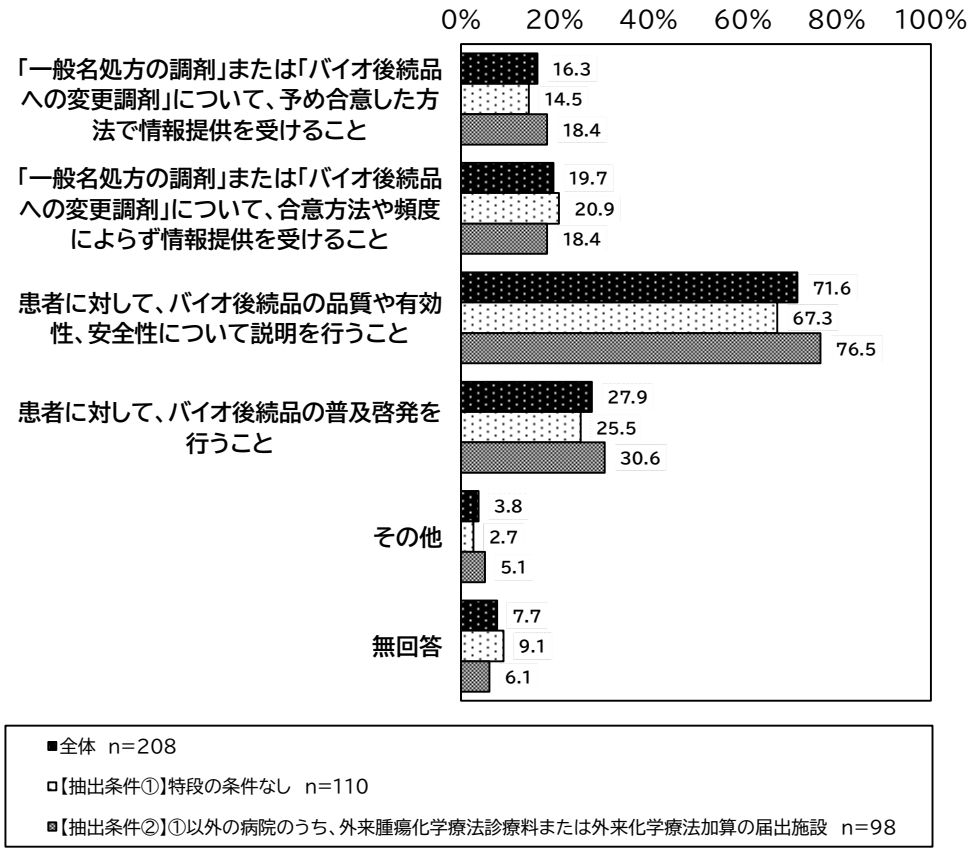
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ後続品の院外処方ありと回答した場合、バイオ後続品を院外処方するにあたって薬局・薬剤師に望むことを尋ねたところ、「患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うこと」が一般診療所調査全体（133 施設）では 54.9%、病院調査全体（208 施設）では 71.6%、医師調査全体（145 人）では 62.8%であった。

図表 3-111　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
（バイオ後続品の院外処方ありと回答した場合）（複数回答）

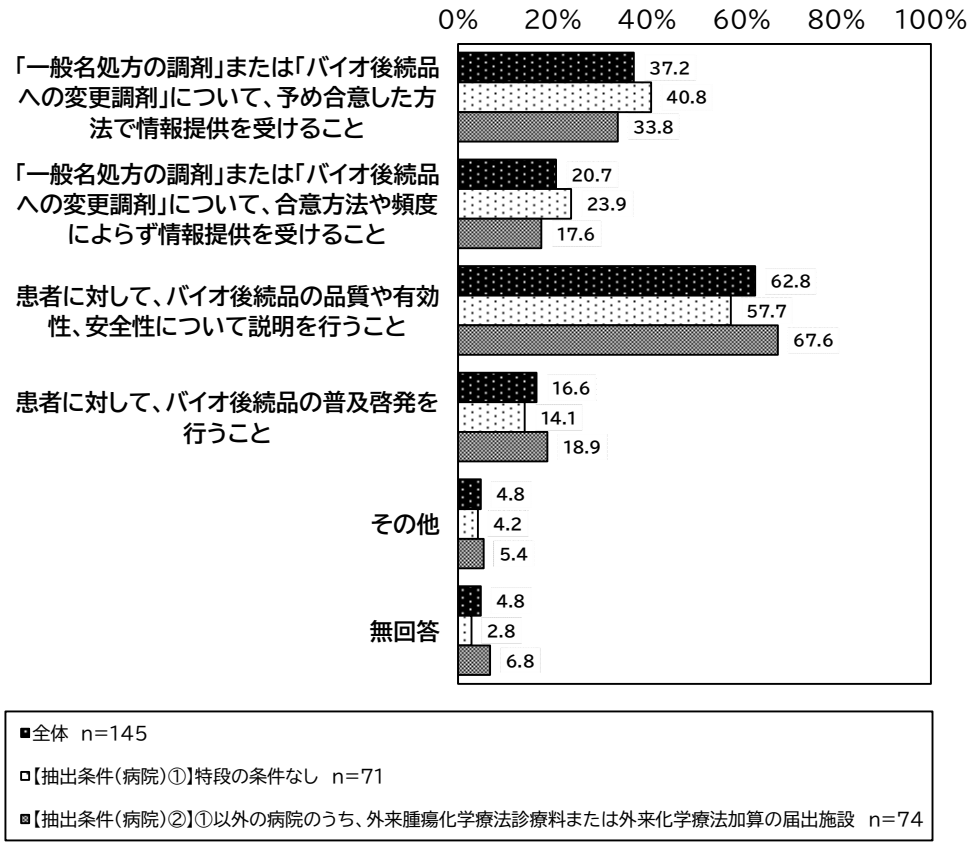
＜一般診療所＞



＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
「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
16.3
14.5
18.4
「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
19.7
20.9
18.4
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
71.6
67.3
76.5
患者に対して、バイオ後続品の普及啓発を行うこと
27.9
25.5
30.6
その他
3.8
2.7
5.1
無回答
7.7
9.1
6.1
■全体 n=208
□【抽出条件①】特段の条件なし n=110
▨【抽出条件②】①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 n=98

＜医師＞

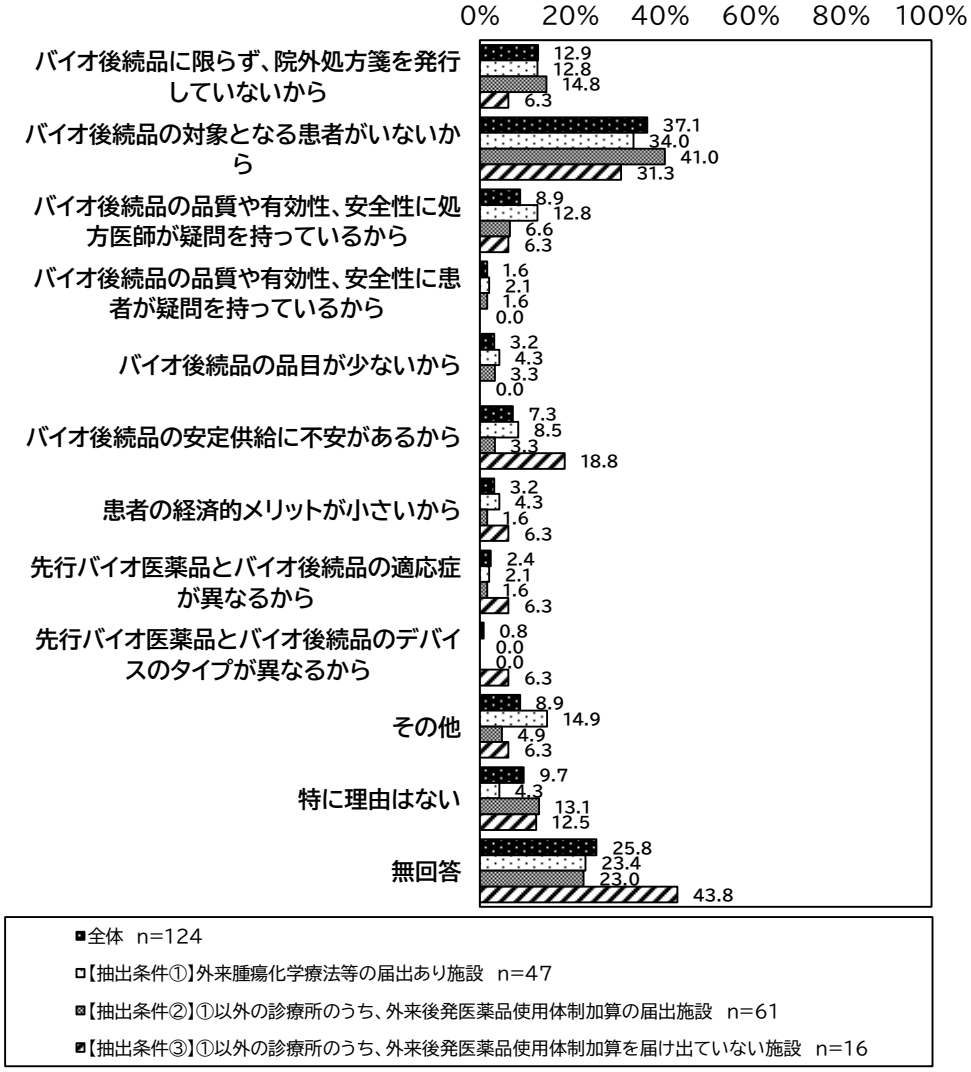

0%
20%
40%
60%
80%
100%
「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、予め合意した方法で情報提供を受けること
37.2
40.8
33.8
「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、合意方法や頻度によらず情報提供を受けること
20.7
23.9
17.6
患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うこと
62.8
57.7
67.6
患者に対して、バイオ後続品の普及啓発を行うこと
16.6
14.1
18.9
その他
4.8
4.2
5.4
無回答
4.8
2.8
6.8
■全体 n=145
□【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=71
▨【抽出条件(病院)②】①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 n=74

(12) バイオ後続品の院外処方をしていない理由

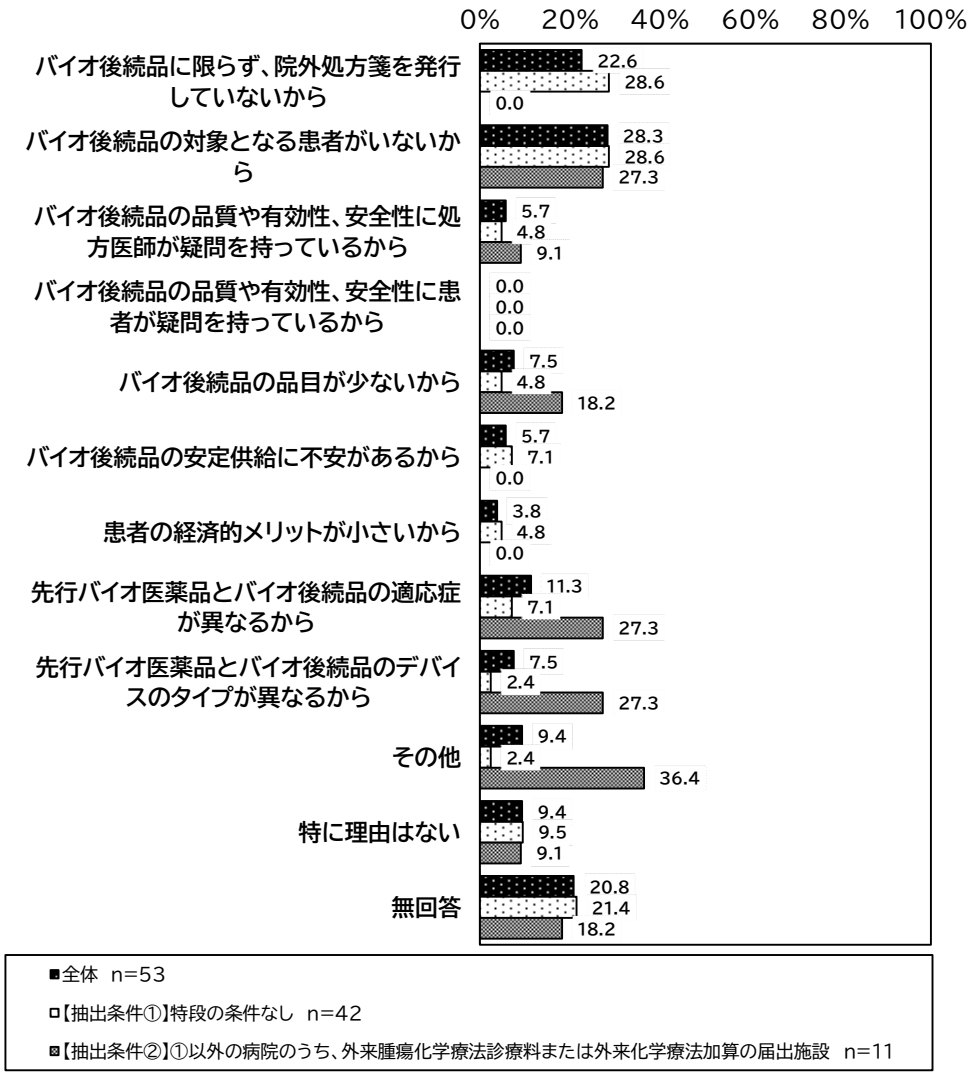
一般診療所調査、病院調査、医師調査において、バイオ後続品の院外処方なしと回答した場合、バイオ後続品の院外処方をしていない理由を尋ねたところ、「バイオ後続品の対象となる患者がいないから」が一般診療所調査全体（124 施設）では 37.1%、病院調査全体（53 施設）では 28.3%、医師調査全体（101 人）では 46.5%であった。

図表 3-112　バイオ後続品の院外処方をしていない理由
（バイオ後続品の院外処方なしと回答した場合）（複数回答）

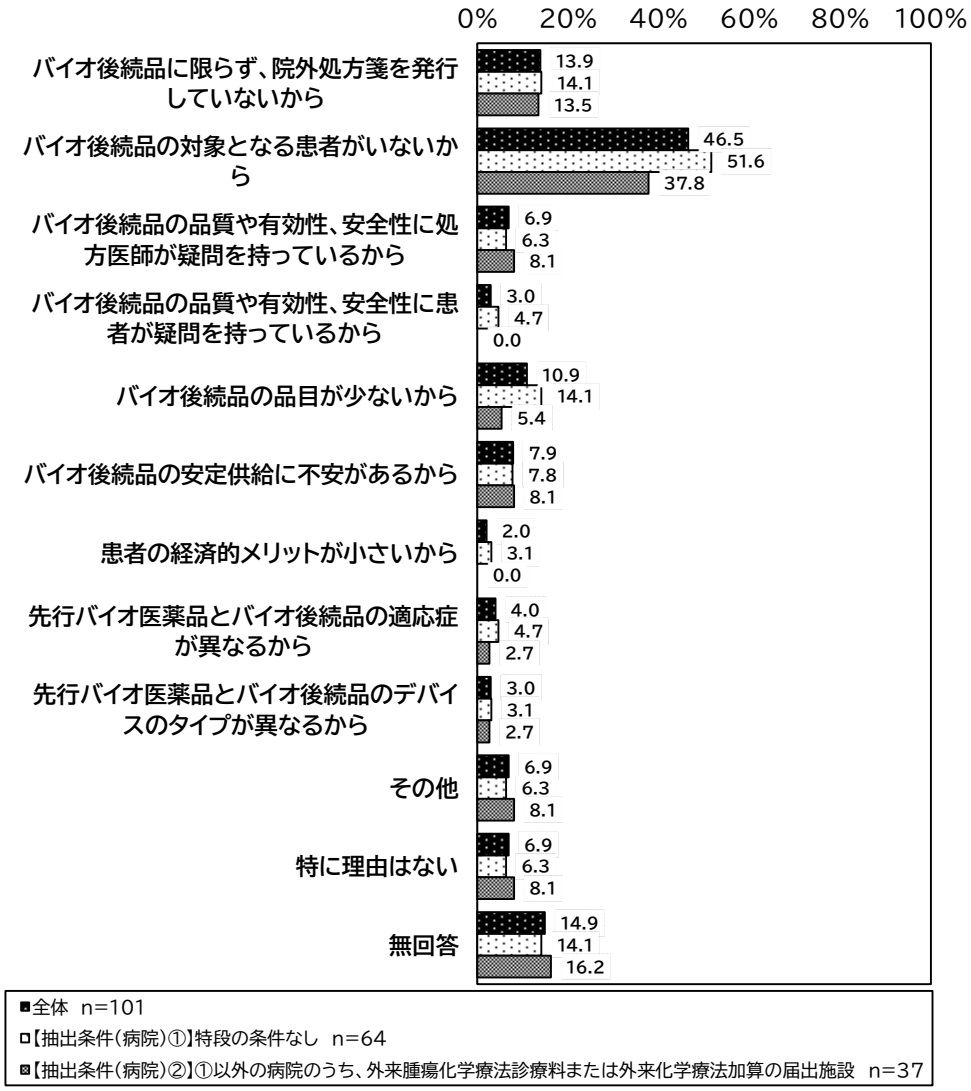
＜一般診療所＞



＜病院＞


0%
20%
40%
60%
80%
100%
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
22.6
28.6
0.0
バイオ後続品の対象となる患者がいないから
28.3
28.6
27.3
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
5.7
4.8
9.1
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
0.0
0.0
0.0
バイオ後続品の品目が少ないから
7.5
4.8
18.2
バイオ後続品の安定供給に不安があるから
5.7
7.1
0.0
患者の経済的メリットが小さいから
3.8
4.8
0.0
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
11.3
7.1
27.3
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
7.5
2.4
27.3
その他
9.4
2.4
36.4
特に理由はない
9.4
9.5
9.1
無回答
20.8
21.4
18.2
■全体 n=53
□【抽出条件①】特段の条件なし n=42
▨【抽出条件②】①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 n=11

＜医師＞

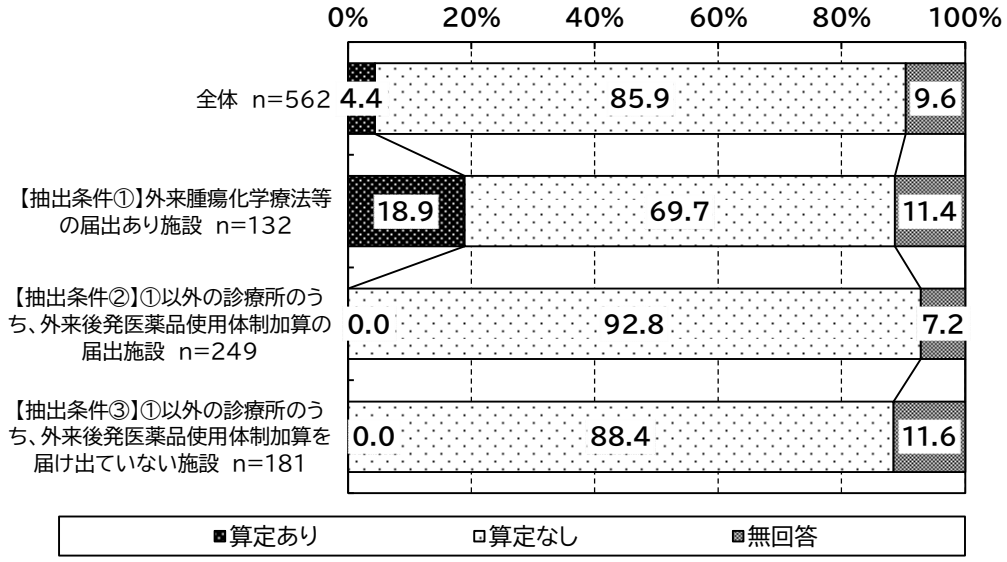

0%
20%
40%
60%
80%
100%
バイオ後続品に限らず、院外処方箋を発行していないから
13.9
14.1
13.5
バイオ後続品の対象となる患者がいないから
46.5
51.6
37.8
バイオ後続品の品質や有効性、安全性に処方医師が疑問を持っているから
6.9
6.3
8.1
バイオ後続品の品質や有効性、安全性に患者が疑問を持っているから
3.0
4.7
0.0
バイオ後続品の品目が少ないから
10.9
14.1
5.4
バイオ後続品の安定供給に不安があるから
7.9
7.8
8.1
患者の経済的メリットが小さいから
2.0
3.1
0.0
先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が異なるから
4.0
4.7
2.7
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
3.0
3.1
2.7
その他
6.9
6.3
8.1
特に理由はない
6.9
6.3
8.1
無回答
14.9
14.1
16.2
■全体 n=101
□【抽出条件(病院)①】特段の条件なし n=64
▨【抽出条件(病院)②】①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 n=37

(13) 外来腫瘍化学療法診療料の算定有無

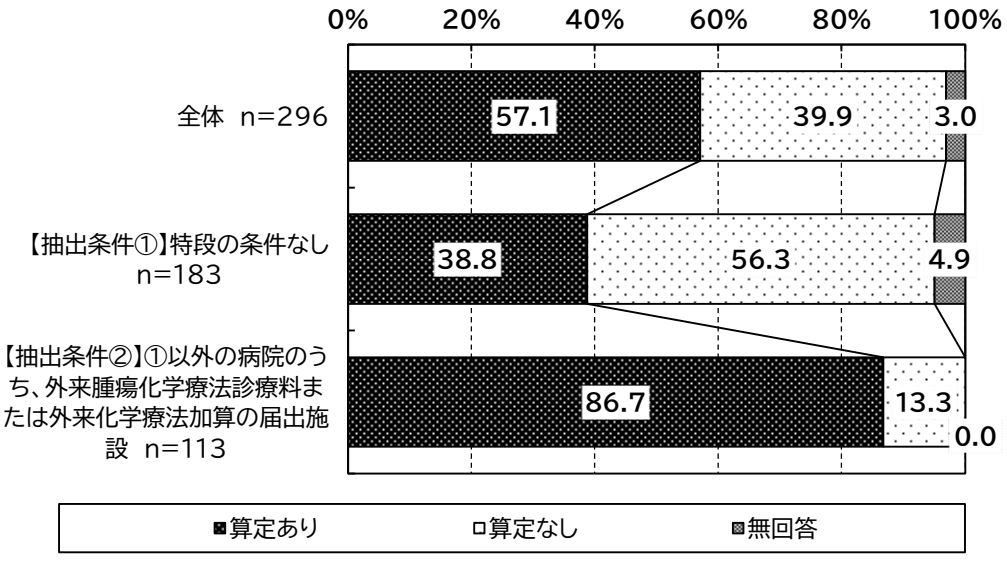
一般診療所調査、病院調査において、外来腫瘍化学療法診療料の算定有無を尋ねたところ「算定あり」が一般診療所調査全体では 4.4%、病院調査全体では 57.1%であった。

図表 3-113　外来腫瘍化学療法診療料の算定有無

＜一般診療所＞



＜病院＞

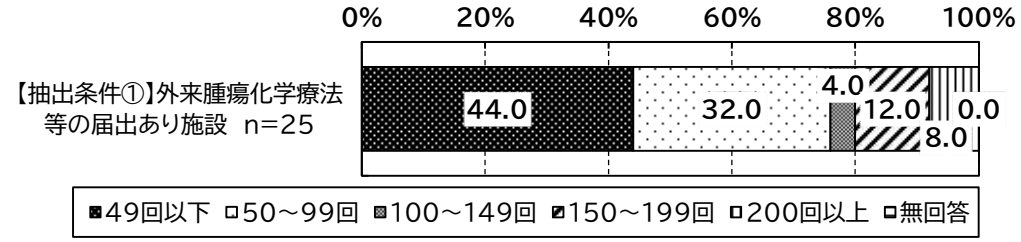


① 外来腫瘍化学療法診療料の算定回数

一般診療所調査、病院調査において、外来腫瘍化学療法診療料の算定ありと回答した場合、令和５年６月での算定回数を尋ねたところ、一般診療所調査（25 施設）では平均 86.1 回、病院調査全体（169 施設）では平均 289.6 回であった。

図表 3-114　外来腫瘍化学療法診療料の算定回数（令和５年 6 月）
（算定ありと回答した施設）

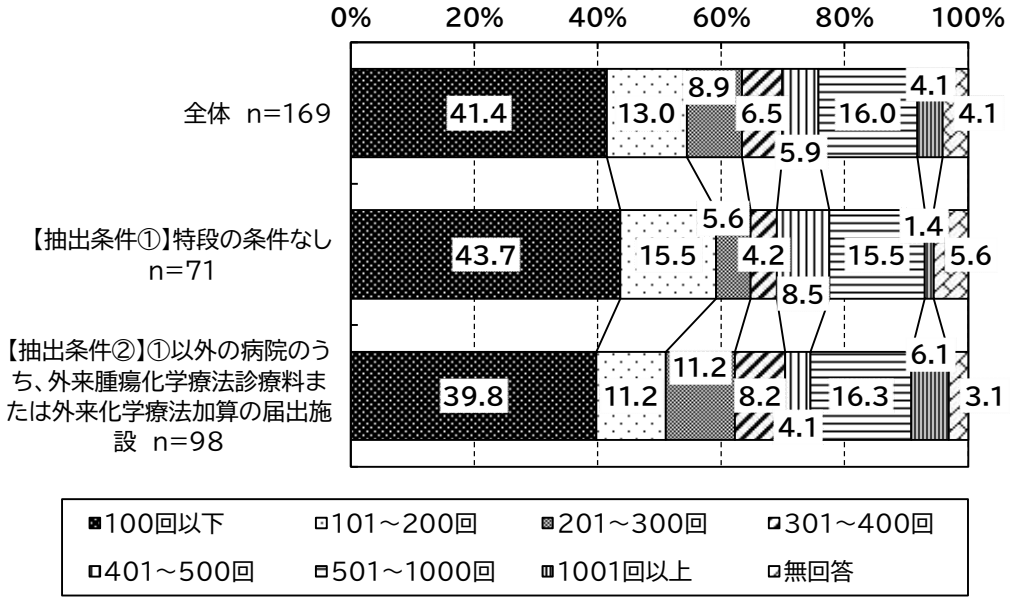
＜一般診療所＞



	回答施設数	平均値（回）	標準偏差	中央値
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	25	86.1	94.0	54.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院＞



	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
全体	162	289.6	360.3	143.0
【抽出条件①】特段の条件なし	67	248.3	290.7	117.0
【抽出条件②】①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	95	318.8	399.6	156.0

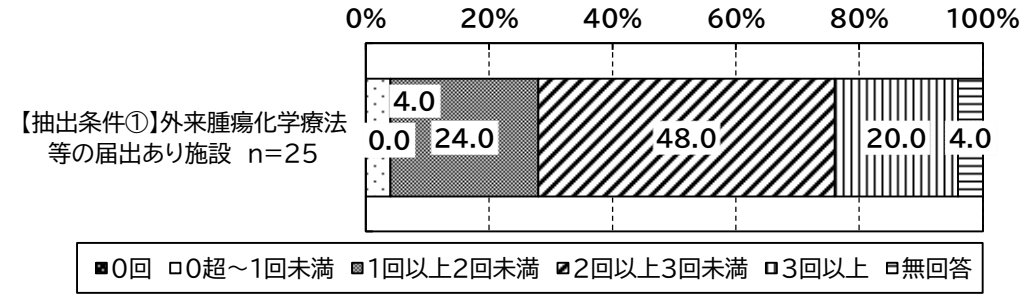
※無回答を除く施設を集計対象とした。

② 外来腫瘍化学療法診療料の対象患者の平均受診回数

一般診療所調査、病院調査において、外来腫瘍化学療法診療料の算定ありと回答した場合、令和５年６月での外来腫瘍化学療法診療料の対象患者の平均受診回数を尋ねたところ、一般診療所調査（24 施設）では平均 2.7 回、病院調査全体（139 施設）では平均 2.1 回であった。

図表 3-115　外来腫瘍化学療法診療料の対象患者の平均受診回数（令和５年 6 月）
（算定ありと回答した施設）

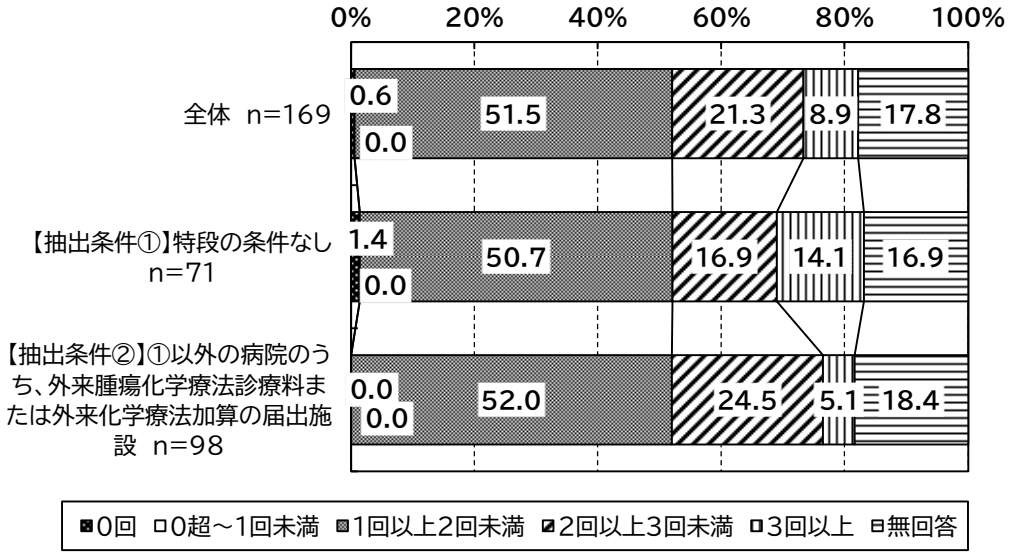
＜一般診療所＞



	回答施設数	平均値（回）	標準偏差	中央値
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設	24	2.7	2.3	2.3

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院＞



	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
全体	139	2.1	1.7	1.8
【抽出条件①】特段の条件なし	59	2.1	0.8	1.8
【抽出条件②】①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	80	2.1	2.2	1.8

※無回答を除く施設を集計対象とした。

③ 受診回数ごとの患者数及びその受診目的の内訳

一般診療所調査、病院調査において、外来腫瘍化学療法診療料の算定ありと回答した場合、令和５年６月での受診回数ごとの患者数及びその受診目的の内訳を尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 3-116　受診回数ごとの患者数及びその受診目的の内訳（令和５年６月）
（算定ありと回答した施設）

＜一般診療所　受診回数ごとの患者数　【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設＞

	回答施設数	平均値(人)	標準偏差	中央値
１回	22	15.4	22.6	5.0
２回	23	14.6	18.1	8.0
３回	19	7.3	6.0	6.0
４回	16	8.6	17.1	2.5
５回	12	2.4	2.1	2.0
６回	11	1.9	2.2	1.0
７回	7	0.7	1.0	0.0
８回	5	0.6	0.8	0.0
９回	6	0.5	0.5	0.5
10 回以上	7	0.7	0.9	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜一般診療所　受診回数ごとの抗悪性腫瘍剤投与が目的の受診回数の合計
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
１回	21	14.3	18.9	5.0
２回	22	16.0	13.1	12.5
３回	18	10.8	8.8	9.5
４回	15	13.8	33.9	4.0
５回	11	3.5	2.7	3.0
６回	10	3.4	4.6	1.5
７回	6	1.7	2.5	0.5
８回	4	3.0	4.1	1.0
９回	5	1.6	2.7	0.0
10 回以上	6	1.2	1.7	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜一般診療所　受診回数ごとの副作用による診察が目的の受診回数の合計
【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
1回	15	5.0	10.9	0.0
2回	16	4.3	6.6	2.0
3回	16	2.7	2.6	2.0
4回	11	16.7	41.7	2.0
5回	8	3.3	4.1	1.5
6回	8	7.0	14.1	1.5
7回	5	4.2	5.7	1.0
8回	4	2.8	2.8	2.5
9回	5	2.0	3.1	0.0
10回以上	6	5.5	6.3	3.5

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　受診回数ごとの患者数　全体＞

	回答施設数	平均値(人)	標準偏差	中央値
1回	133	73.7	89.6	33.0
2回	133	70.0	84.6	35.0
3回	126	27.4	33.2	16.0
4回	102	16.3	22.1	8.0
5回	86	5.5	7.4	2.5
6回	66	3.1	5.2	1.0
7回	51	1.7	3.4	0.0
8回	50	1.1	2.0	0.0
9回	47	0.5	1.1	0.0
10回以上	50	1.3	2.7	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　受診回数ごとの患者数
【抽出条件①】特段の条件なし＞

	回答施設数	平均値(人)	標準偏差	中央値
1回	54	67.7	75.1	28.5
2回	52	66.4	73.6	34.0
3回	53	25.4	30.2	16.0
4回	43	15.2	17.8	10.0
5回	36	5.4	7.5	2.0
6回	33	2.5	3.5	1.0
7回	22	1.7	2.9	0.0
8回	23	0.8	1.1	0.0
9回	22	0.7	1.3	0.0
10回以上	23	1.4	2.6	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　受診回数ごとの患者数　【抽出条件②】①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＞

	回答施設数	平均値(人)	標準偏差	中央値
1回	79	77.9	98.0	37.0
2回	81	72.3	90.9	37.0
3回	73	28.8	35.1	15.0
4回	59	17.0	24.7	6.0
5回	50	5.5	7.3	3.0
6回	33	3.7	6.5	1.0
7回	29	1.7	3.8	0.0
8回	27	1.4	2.5	0.0
9回	25	0.4	0.9	0.0
10回以上	27	1.1	2.9	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　受診回数ごとの抗悪性腫瘍剤投与が目的の受診回数の合計　全体＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
1回	127	66.4	82.4	31.0
2回	127	106.4	142.8	54.0
3回	119	54.0	71.5	26.0
4回	93	37.5	55.8	16.0
5回	76	13.8	18.2	6.5
6回	55	9.1	16.4	3.0
7回	45	4.0	8.2	0.0
8回	43	3.6	7.1	0.0
9回	40	1.2	2.7	0.0
10回以上	44	2.8	6.1	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　受診回数ごとの抗悪性腫瘍剤投与が目的の受診回数の合計
【抽出条件①】　特段の条件なし＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
1回	52	64.2	72.1	28.0
2回	50	97.6	116.2	50.5
3回	50	46.1	58.5	24.5
4回	38	29.1	35.2	16.5
5回	30	11.1	15.3	4.5
6回	27	5.1	8.1	3.0
7回	20	2.7	5.9	0.0
8回	20	1.6	2.4	0.0
9回	19	1.7	3.3	0.0
10回以上	21	1.7	3.1	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　受診回数ごとの抗悪性腫瘍剤投与が目的の受診回数の合計　【抽出条件②】
①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＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
1回	75	67.9	88.8	31.0
2回	77	112.2	157.4	54.0
3回	69	59.8	79.1	26.0
4回	55	43.3	65.7	16.0
5回	46	15.5	19.7	8.5
6回	28	12.9	20.9	3.0
7回	25	5.0	9.5	0.0
8回	23	5.3	9.2	0.0
9回	21	0.8	2.1	0.0
10回以上	23	3.8	7.8	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　受診回数ごとの副作用による診察が目的の受診回数の合計　全体＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
1回	111	11.5	21.1	3.0
2回	109	17.0	26.3	10.0
3回	105	15.3	27.1	7.0
4回	85	19.4	35.2	8.0
5回	71	8.4	15.6	4.0
6回	52	5.7	12.4	1.5
7回	42	3.0	8.1	0.0
8回	42	3.1	7.6	0.0
9回	38	1.3	3.3	0.0
10回以上	41	4.3	18.2	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

＜病院　受診回数ごとの副作用による診察が目的の受診回数の合計
【抽出条件①】 特段の条件なし＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
1回	41	11.3	18.0	4.0
2回	40	17.2	20.2	11.0
3回	42	15.6	29.4	8.5
4回	34	17.4	31.1	11.0
5回	28	9.9	21.5	3.0
6回	26	4.8	11.0	2.5
7回	18	2.5	5.1	0.0
8回	20	2.4	4.5	0.0
9回	18	1.6	3.0	0.0
10回以上	19	2.1	5.6	0.0

＜病院　受診回数ごとの副作用による診察が目的の受診回数の合計
【抽出条件②】 ①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＞

	回答施設数	平均値(回)	標準偏差	中央値
1回	70	11.7	22.8	3.0
2回	69	17.0	29.3	8.0
3回	63	15.1	25.5	6.0
4回	51	20.7	37.6	6.0
5回	43	7.5	9.9	4.0
6回	26	6.6	13.5	0.0
7回	24	3.3	9.7	0.0
8回	22	3.9	9.5	0.0
9回	20	1.1	3.4	0.0
10回以上	22	6.1	24.2	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした。

④ 外来化学療法における後発品の使用状況

一般診療所調査、病院調査において、外来腫瘍化学療法診療料の算定ありと回答した場合、令和５年６月での外来化学療法における後発品の使用状況を尋ねたところ、以下のとおりであった。

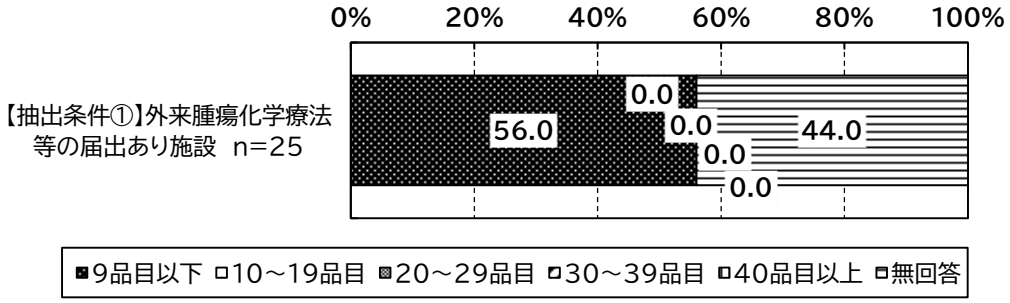
図表 3-117 外来化学療法における後発品の使用状況（令和５年６月）
（算定ありと回答した施設）

＜一般診療所 【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設＞

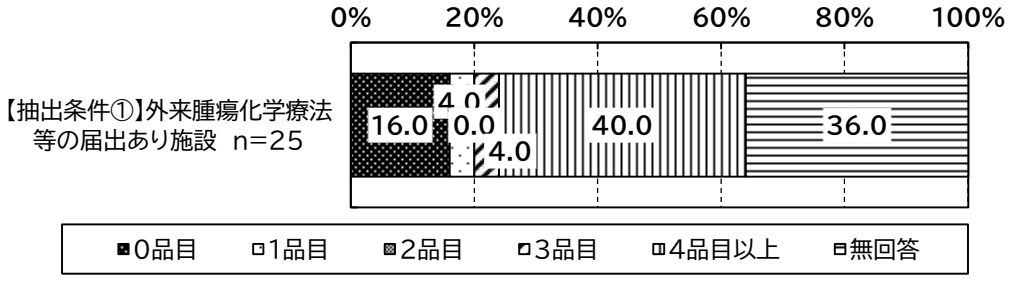
		回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	１．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）	14	2.0	2.0	1.5
	２．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）	16	8.0	7.7	7.0
	３．支持療法に用いる医薬品（抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む）	13	2.3	1.9	2.0
B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）	１．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）	16	2.7	3.8	1.0
	２．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）	14	7.9	7.2	6.5
	３．支持療法に用いる医薬品（抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む）	14	3.4	3.1	2.5

※単位は規格単位の単位で算出した数値

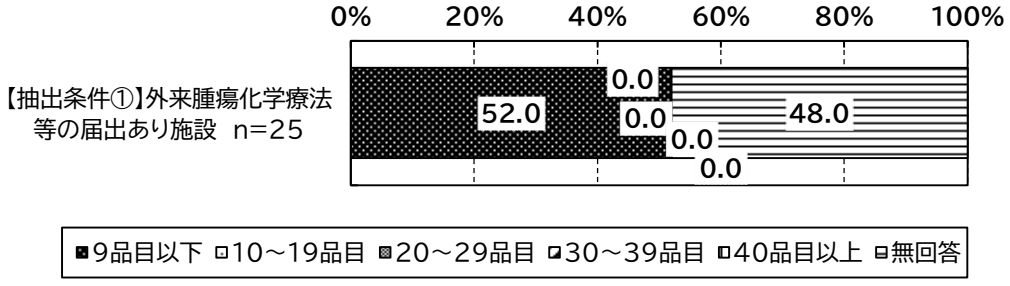
【A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品
1．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）】



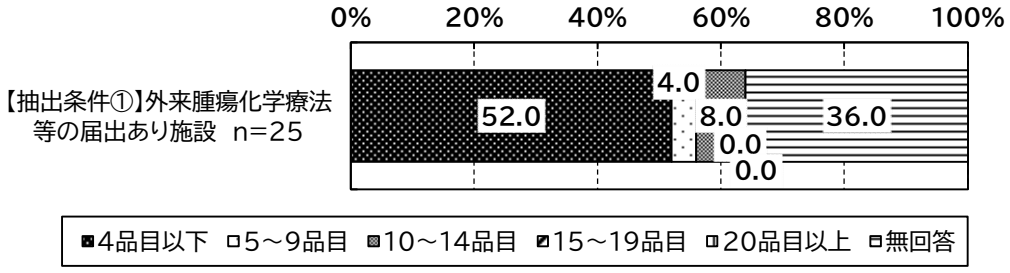
【A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品
2．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）】



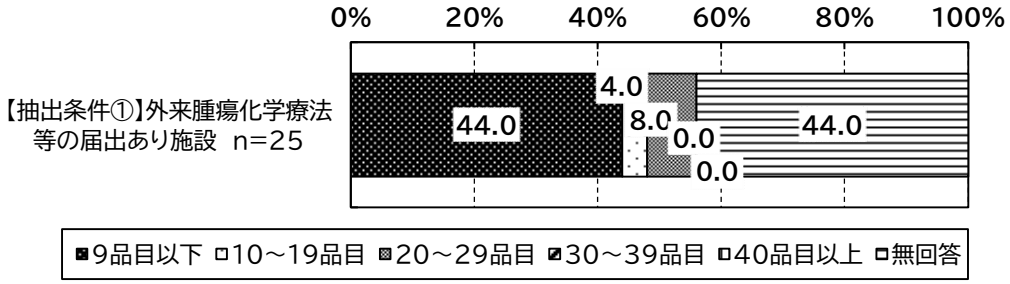
【A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品
3．支持療法に用いる医薬品（抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む）】



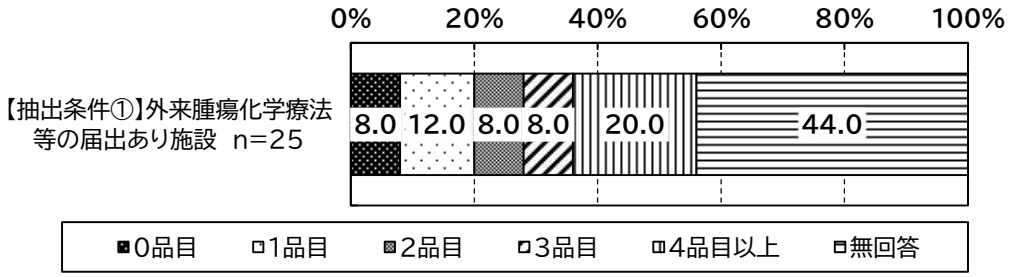
【B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）
1．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）】



【B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）
2．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）】



【B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）
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）】



＜病院　全体＞

		回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	1．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）	122	45.7	97.6	5.0
	2．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）	119	107.6	300.5	14.0
	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）	107	50.5	170.1	1.0
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）	119	90.7	264.3	6.0
	2．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）	118	516.6	1817.8	42.5
	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）	110	1,158.0	6792.4	18.0

※単位は規格単位の単位で算出した数値

＜病院　【抽出条件①】 特段の条件なし＞

		回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	1．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）	51	40.4	80.9	4.0
	2．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）	51	115.0	367.3	15.0
	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）	46	42.6	167.7	1.0
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）	50	63.4	109.5	5.5
	2．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）	49	354.8	871.9	27.0
	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）	47	300.0	953.0	12.0

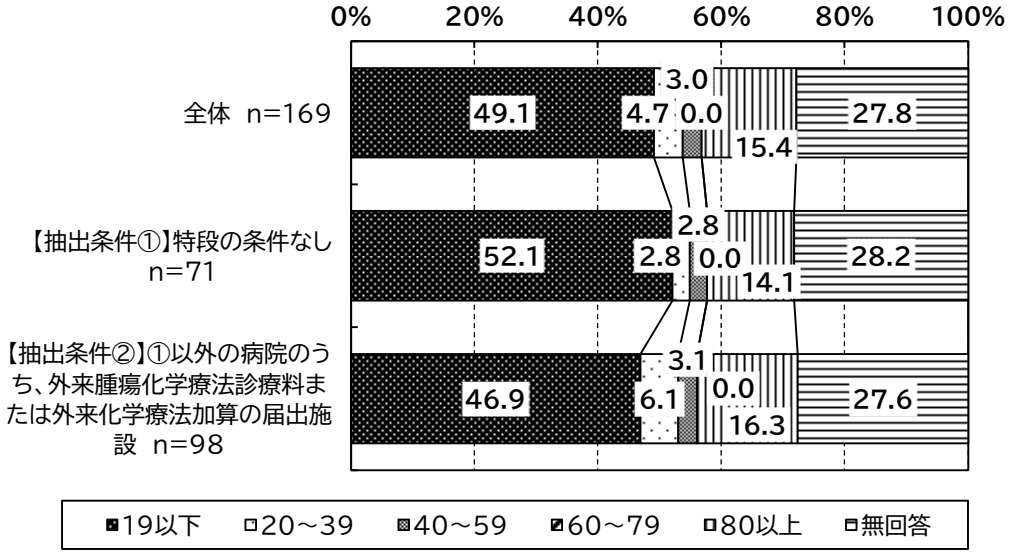
※単位は規格単位の単位で算出した数値

＜病院　【抽出条件②】①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＞

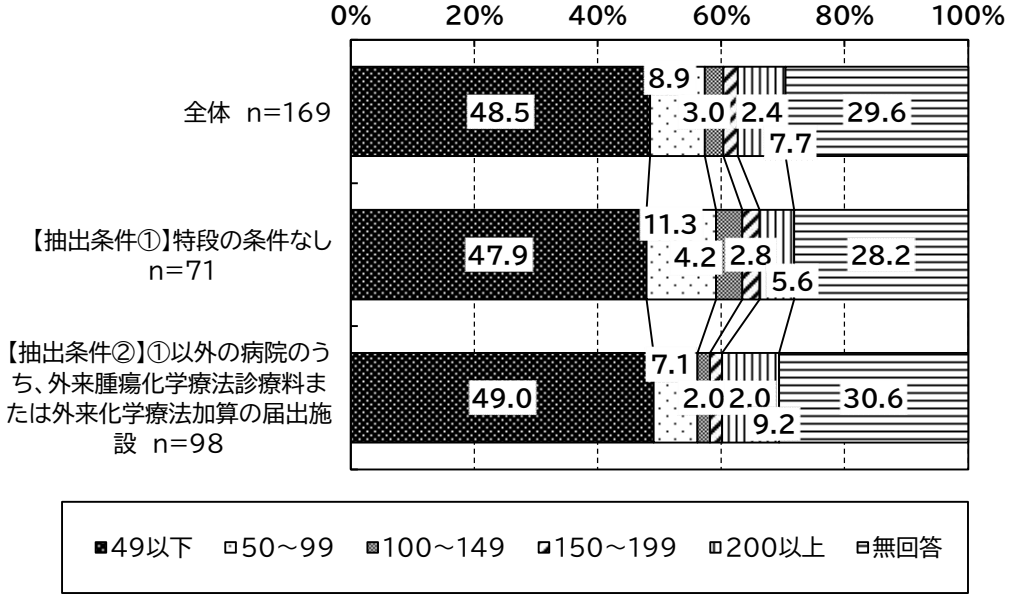
		回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	1．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）	71	49.6	107.9	6.0
	2．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）	68	102.1	238.2	12.5
	3．支持療法に用いる医薬品（抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む）	61	56.5	171.6	1.0
B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）	1．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）	69	110.5	332.9	10.0
	2．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）	69	631.5	2,253.8	79.0
	3．支持療法に用いる医薬品（抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む）	63	1,798.0	8,883.7	33.0

※単位は規格単位の単位で算出した数値

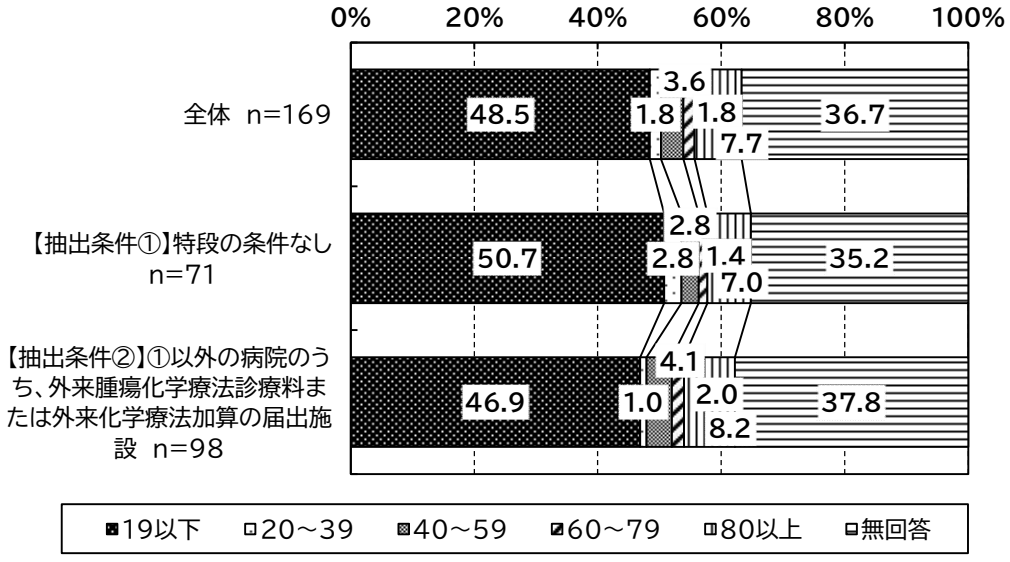
【A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品
1．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）】



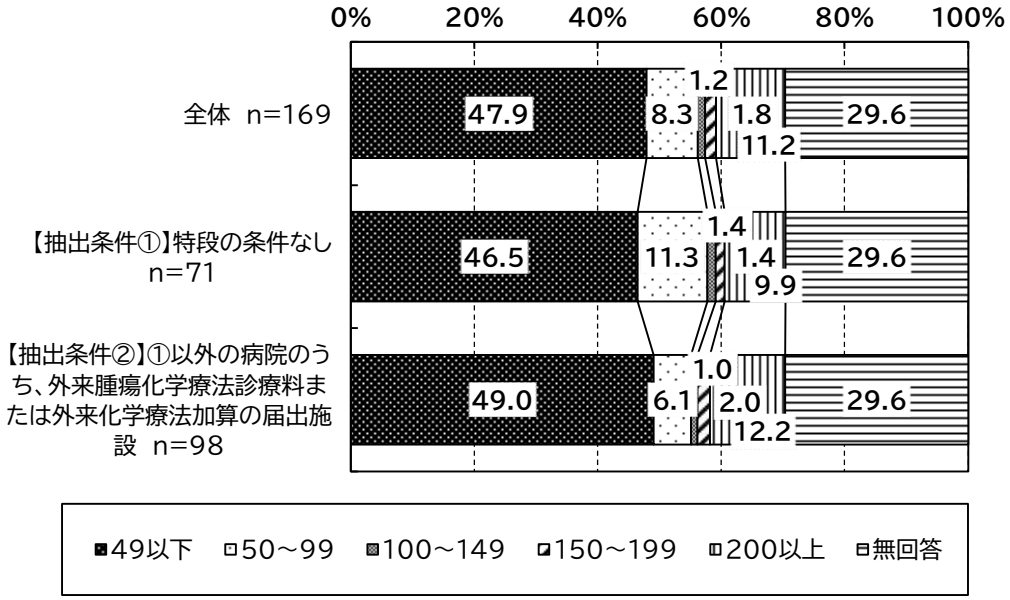
【A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品
2．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）】



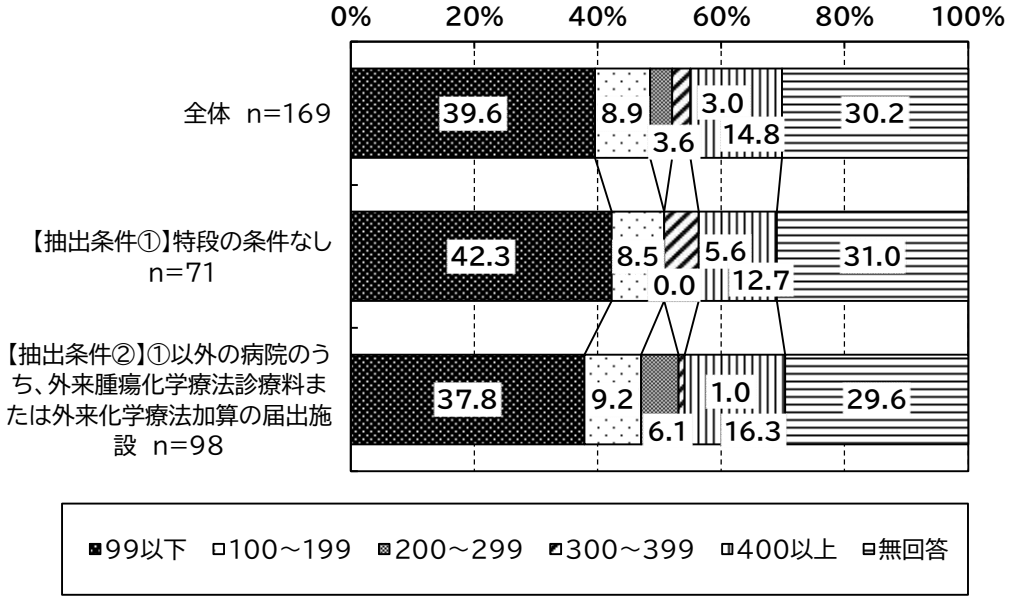
【A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品
3．支持療法に用いる医薬品（抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む）】



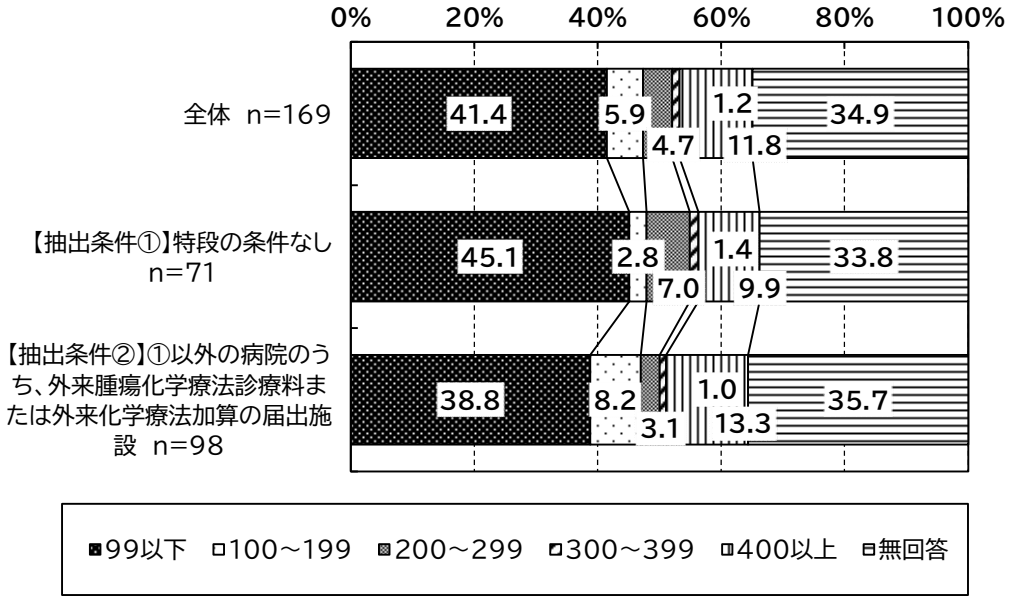
【B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）
1．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）】



【B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）
2．抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）】



【B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）
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）】

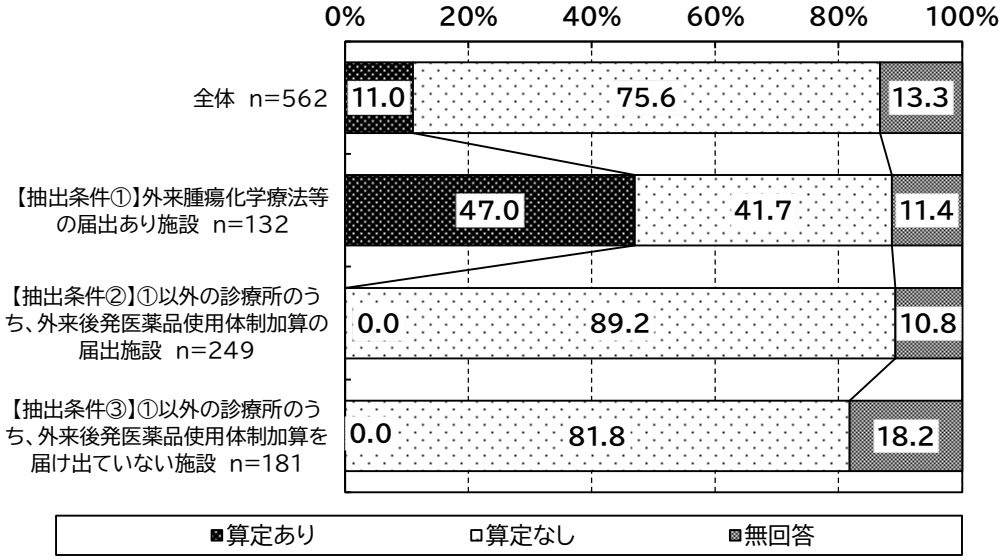


(14) 外来化学療法加算の算定有無

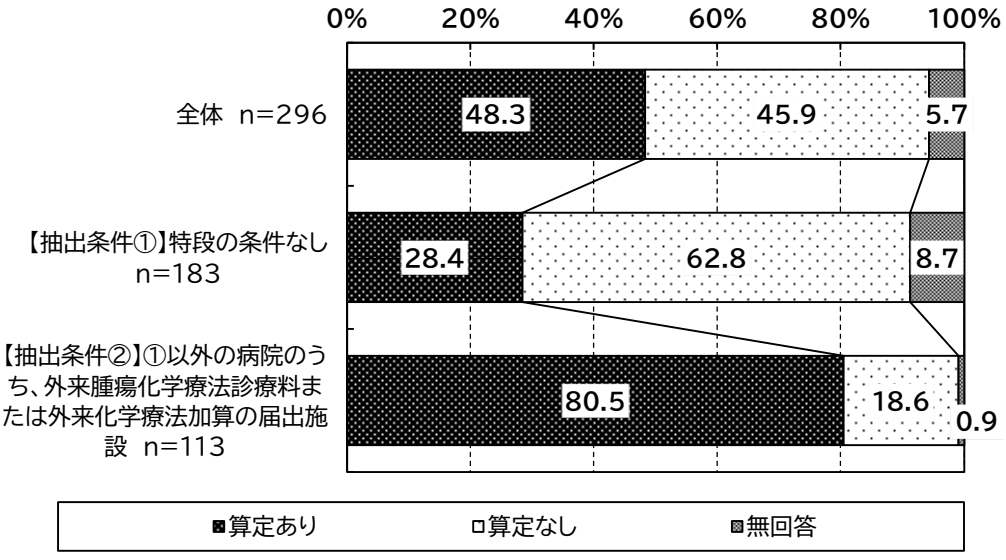
一般診療所調査、病院調査において、外来化学療法加算の算定有無を尋ねたところ、一般診療所調査全体では 11.0%、病院調査全体では 48.3%であった。

図表 3-118　外来化学療法加算の算定有無

＜一般診療所＞



＜病院＞



① 外来化学療法における後発品の使用状況

一般診療所調査、病院調査において、外来化学療法加算の算定ありと回答した場合、令和５年６月での外来化学療法における後発品の使用状況を尋ねたところ、以下のとおりであった。

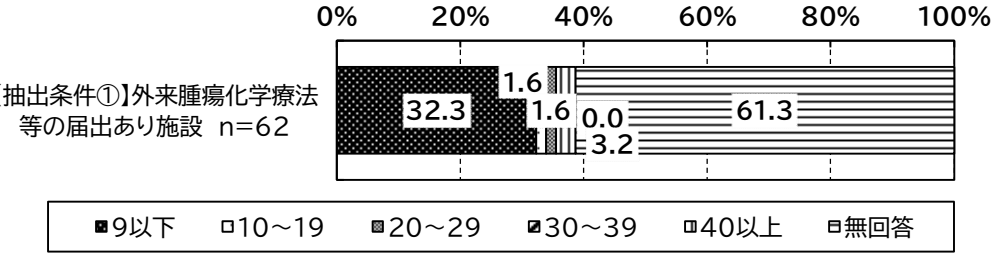
図表 3-119 外来化学療法における後発品の使用状況（令和５年６月）
（算定ありと回答した施設）

＜一般診療所 【抽出条件①】外来腫瘍化学療法等の届出あり施設＞

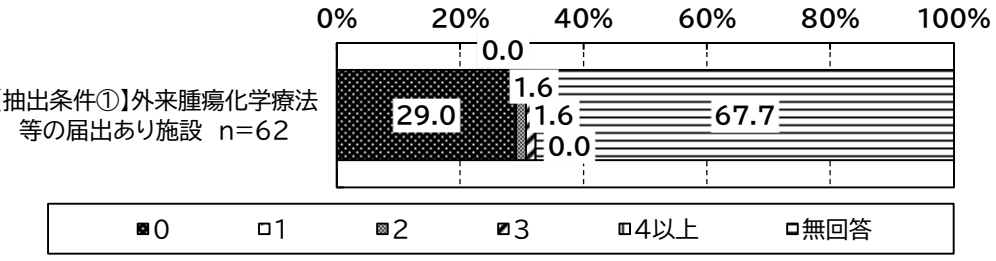
		回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	１．バイオ医薬品	24	8.1	14.6	2.0
	２．支持療法に用いる医薬品	20	0.3	0.8	0.0
B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）	１．バイオ医薬品	26	2.7	4.6	1.0
	２．支持療法に用いる医薬品	17	0.6	2.4	0.0

※単位は規格単位の単位で算出した数値

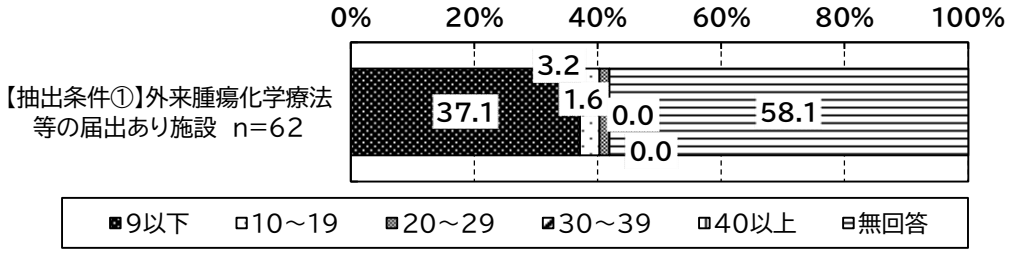
【A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品 １．バイオ医薬品】



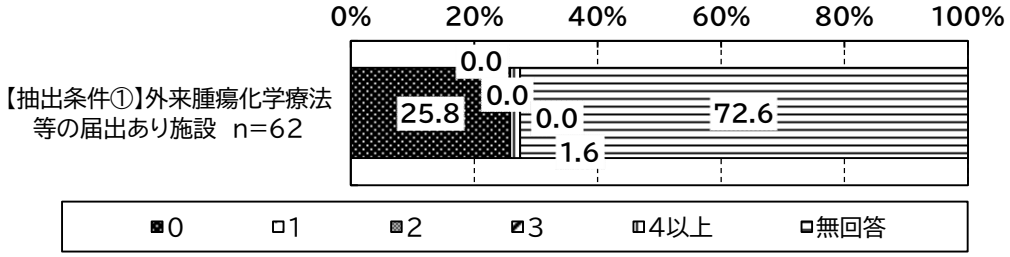
【A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品 ２．支持療法に用いる医薬品】



【B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）　1．バイオ医薬品】



【B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）2．支持療法に用いる医薬品】



＜病院　全体＞

		回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	1．バイオ医薬品	106	28.0	74.8	3.0
	2．支持療法に用いる医薬品	95	22.6	127.2	0.0
B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）	1．バイオ医薬品	104	53.1	289.9	2.0
	2．支持療法に用いる医薬品	94	33.4	115.2	1.5

※単位は規格単位の単位で算出した数値

＜病院　【抽出条件①】 特段の条件なし＞

		回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	1．バイオ医薬品	39	33.4	85.2	3.0
	2．支持療法に用いる医薬品	35	7.1	26.0	0.0
B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）	1．バイオ医薬品	37	8.6	16.6	2.0
	2．支持療法に用いる医薬品	35	28.5	112.6	0.0

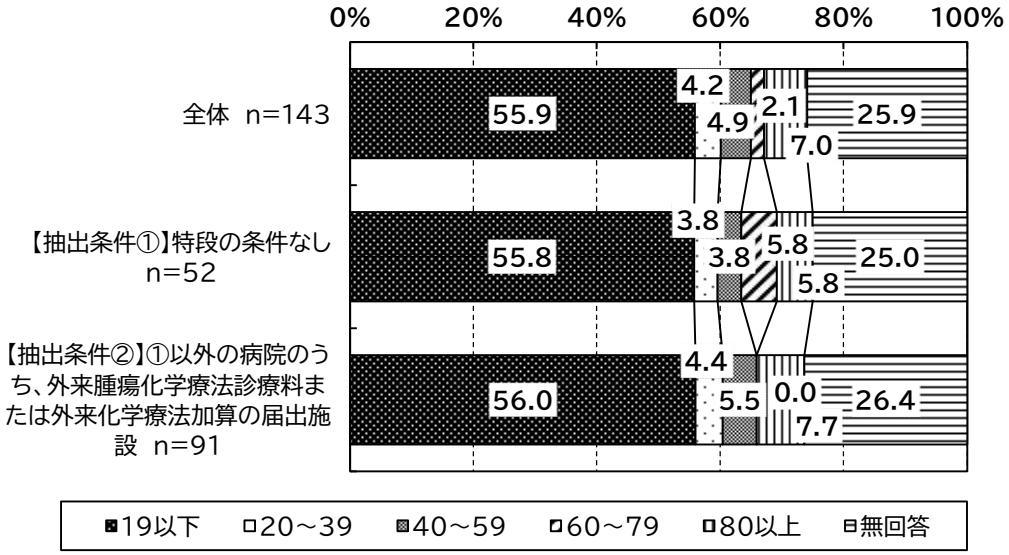
※単位は規格単位の単位で算出した数値

＜病院　【抽出条件②】 ①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＞

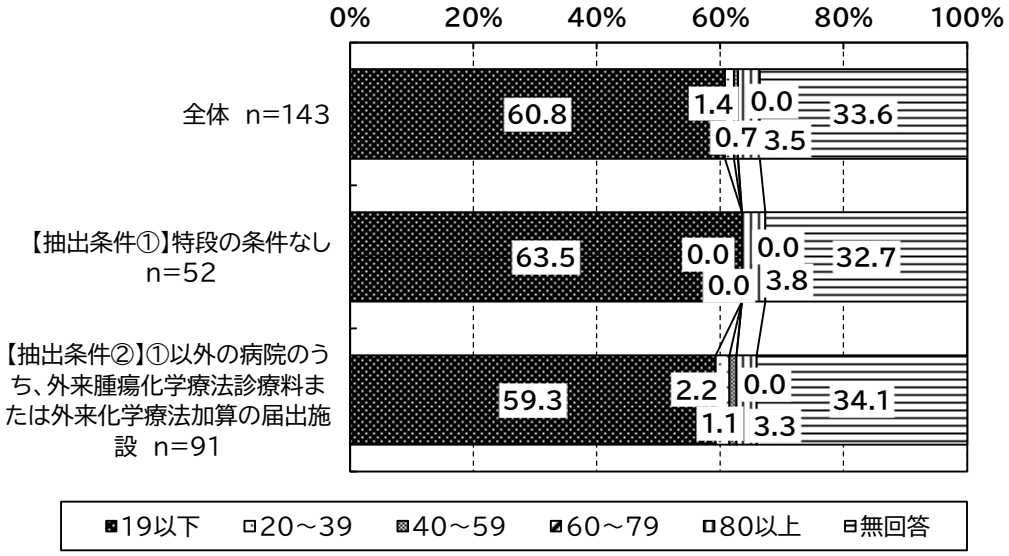
		回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	1．バイオ医薬品	67	24.8	67.8	2.0
	2．支持療法に用いる医薬品	60	31.7	158.2	0.0
B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）	1．バイオ医薬品	67	77.6	358.6	3.0
	2．支持療法に用いる医薬品	59	36.4	116.6	2.0

※単位は規格単位の単位で算出した数値

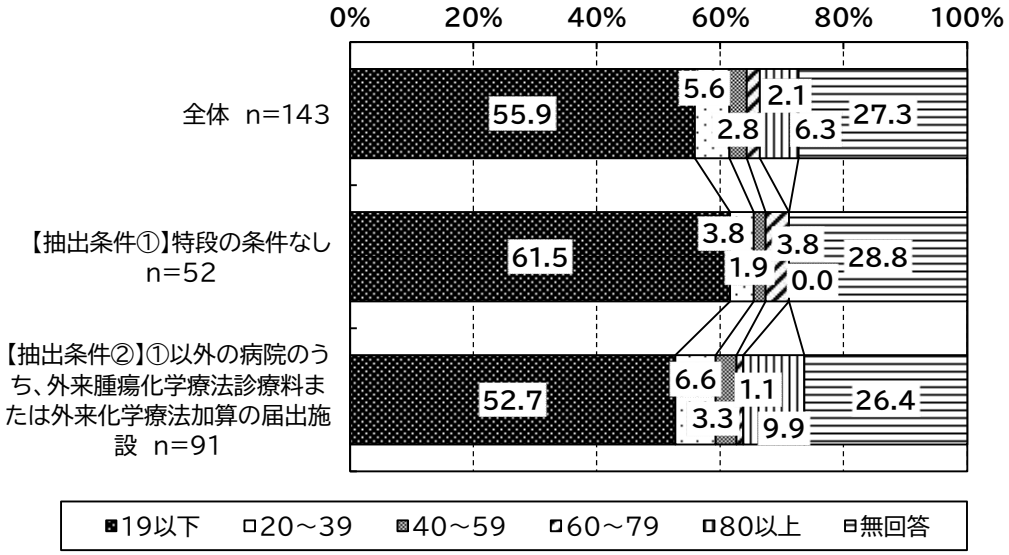
【A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品　1．バイオ医薬品】



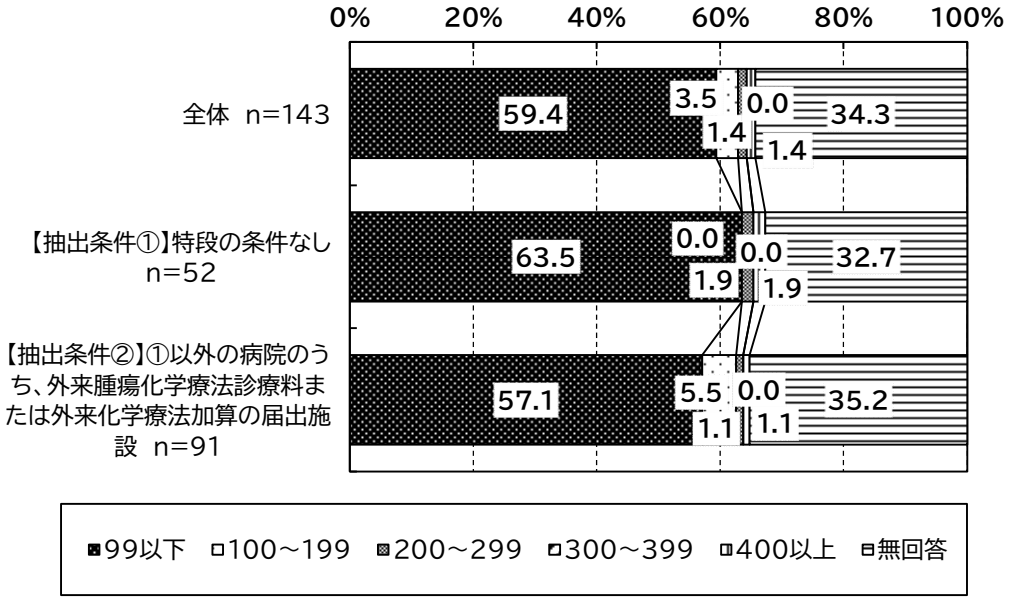
【A．後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品　2．支持療法に用いる医薬品】



【B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）　1．バイオ医薬品】



【B．後発医薬品（バイオ後続品を含む）2．支持療法に用いる医薬品】



4. 患者調査（郵送調査）

【調査対象等】

調査対象：「保険薬局調査」の対象施設の調査日に処方箋を持って来局した患者で、1施設につき２名の患者

回 答 数：924 人

回 答 者：患者本人もしくは家族

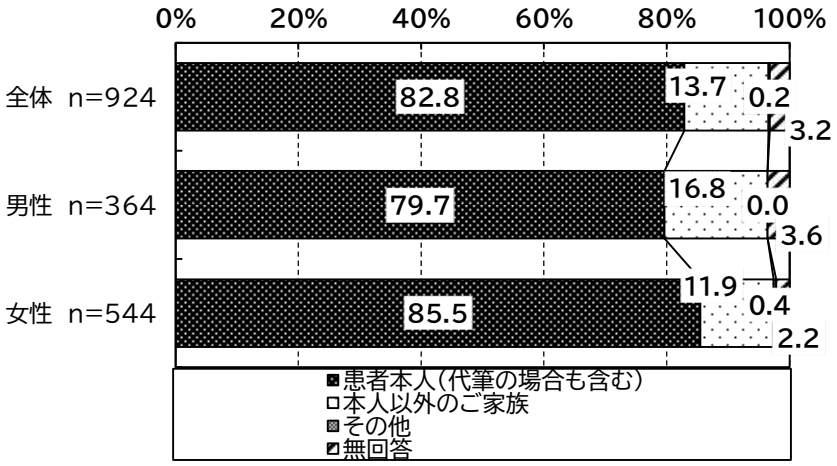
調査方法：調査対象薬局を通じて調査票を配布。回答した調査票の回収は各患者から調査事務局宛の返信封筒にて直接回収。

1) 記入者の属性

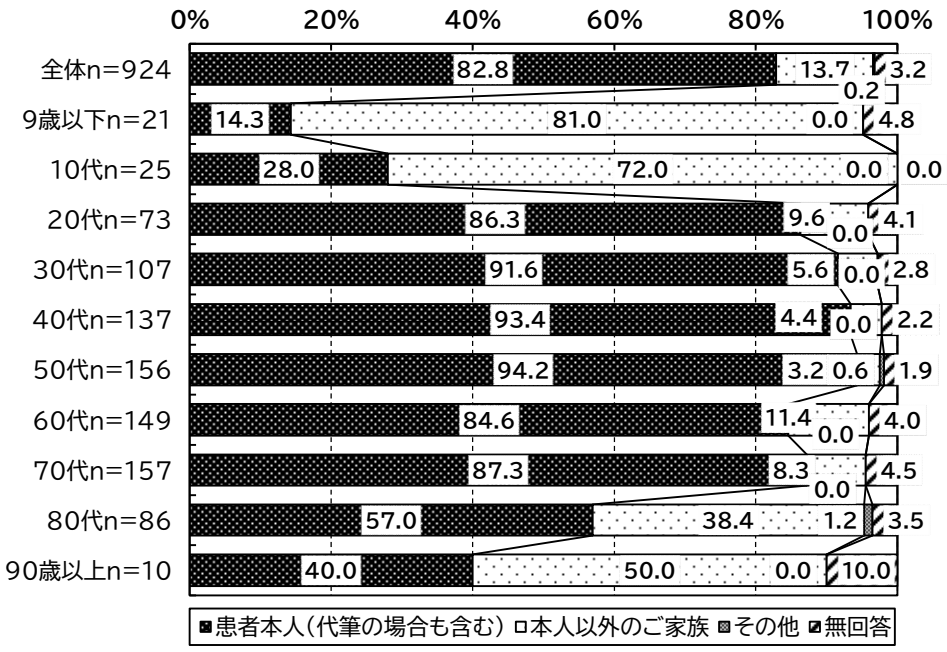
(1) 記入者と患者の関係

記入者と患者の関係についてみると、「患者本人（代筆の場合も含む）」が 82.8%であった。

図表 4-1 記入者と患者の関係（性別）



図表 4-2 記入者と患者の関係（年代別）



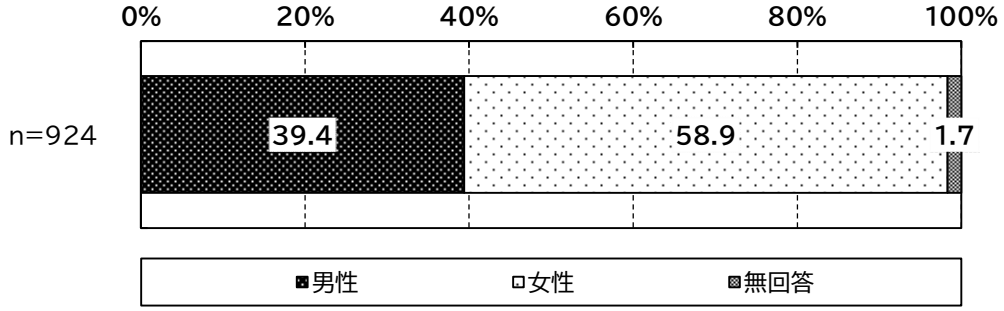
※「本人以外のご家族」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・母、父、子、配偶者　等

2) 患者の属性等

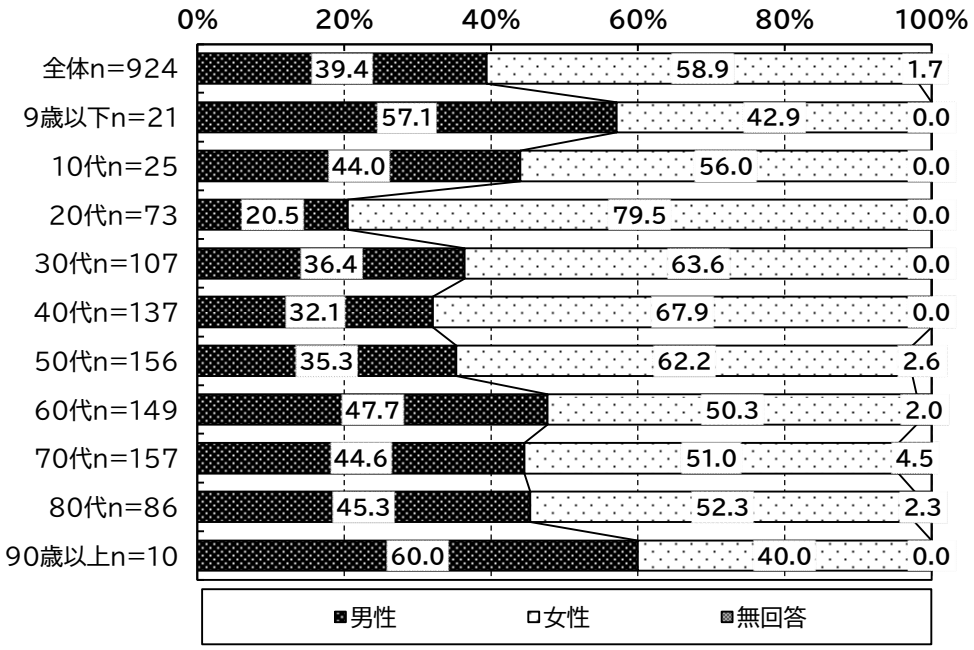
(1) 患者の基本属性

性別についてみると、「男性」が 39.4%、「女性が」58.9%であった。

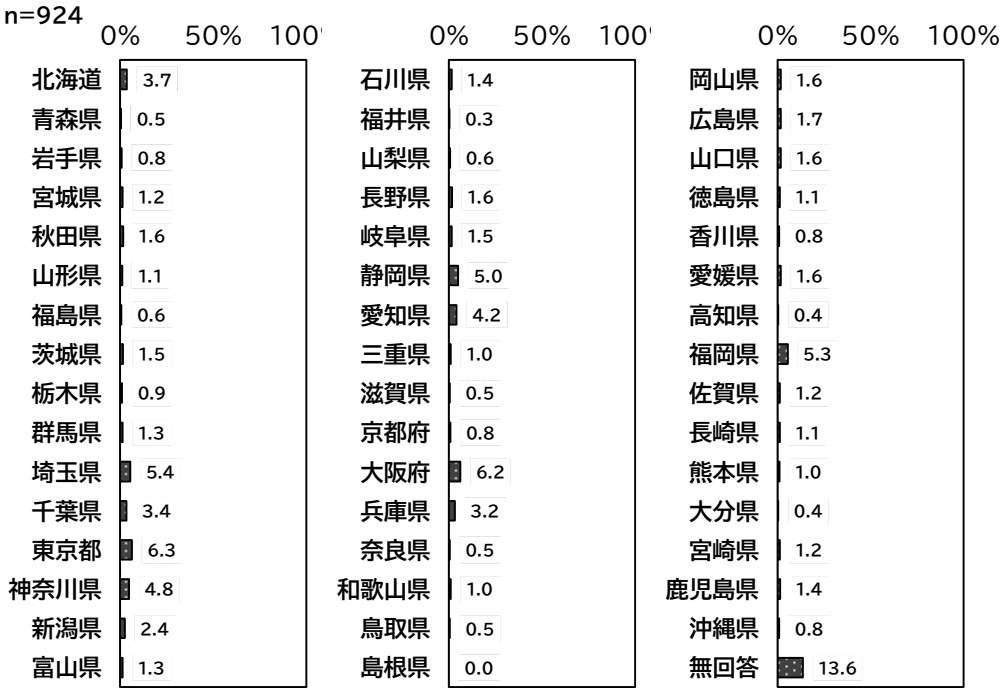
図表 4-3 性別



図表 4-4 年代分布（性別）



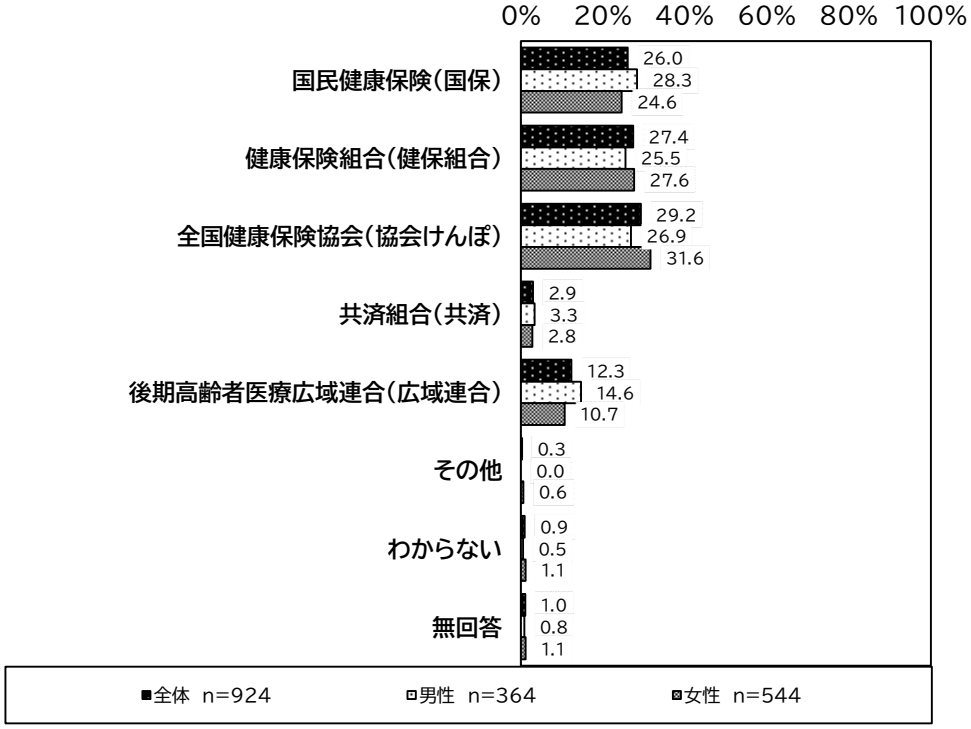
図表 4-5　居住地


n=924
0%
50%
100%
北海道 3.7
青森県 0.5
岩手県 0.8
宮城県 1.2
秋田県 1.6
山形県 1.1
福島県 0.6
茨城県 1.5
栃木県 0.9
群馬県 1.3
埼玉県 5.4
千葉県 3.4
東京都 6.3
神奈川県 4.8
新潟県 2.4
富山県 1.3
石川県 1.4
福井県 0.3
山梨県 0.6
長野県 1.6
岐阜県 1.5
静岡県 5.0
愛知県 4.2
三重県 1.0
滋賀県 0.5
京都府 0.8
大阪府 6.2
兵庫県 3.2
奈良県 0.5
和歌山県 1.0
鳥取県 0.5
島根県 0.0
岡山県 1.6
広島県 1.7
山口県 1.6
徳島県 1.1
香川県 0.8
愛媛県 1.6
高知県 0.4
福岡県 5.3
佐賀県 1.2
長崎県 1.1
熊本県 1.0
大分県 0.4
宮崎県 1.2
鹿児島県 1.4
沖縄県 0.8
無回答 13.6

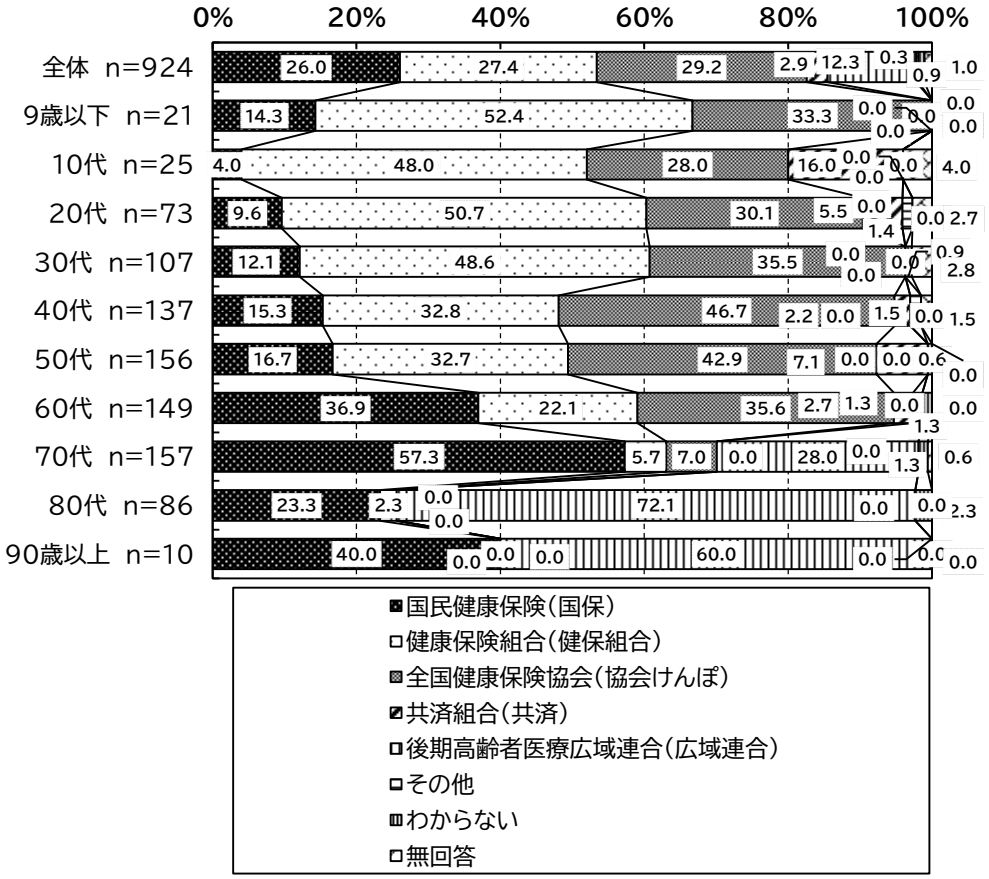
(2) 公的医療保険の種類

公的医療保険の種類についてみると、「全国健康保険協会（協会けんぽ）」が 29.2%と最も多かった。

図表 4-6　公的医療保険の種類（性別）



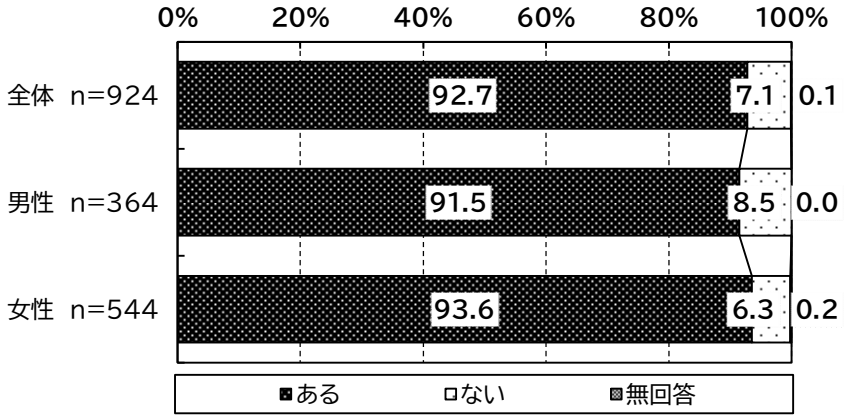
図表 4-7　公的医療保険の種類（年代別）



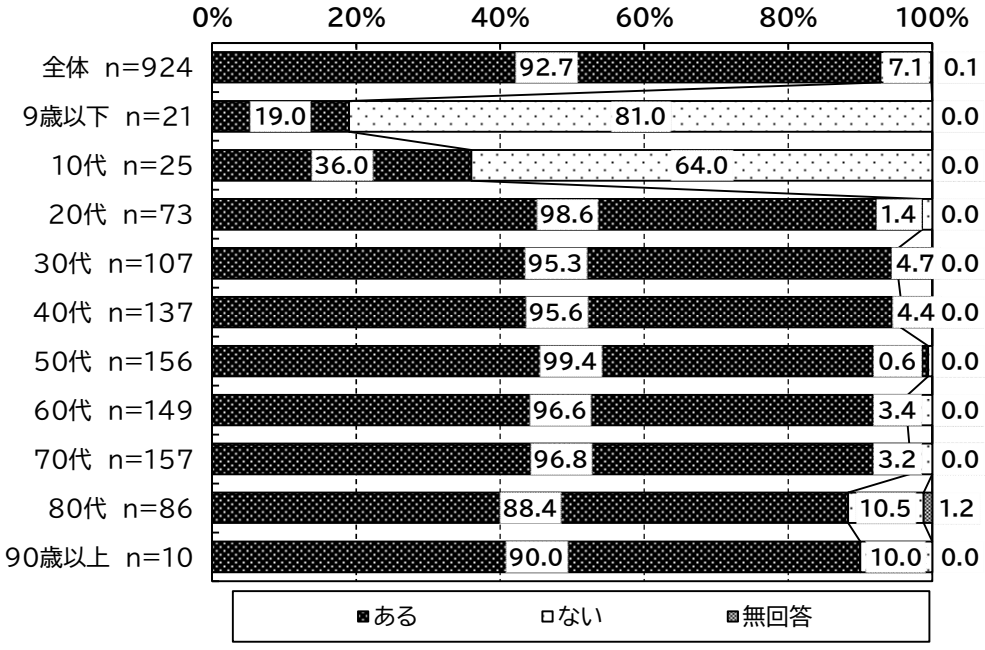
(3) 自己負担額の有無

自己負担額の有無についてみると、「ある」が 92.7%、「ない」が 7.1%であった。

図表 4-8　自己負担額の有無（性別）



図表 4-9　自己負担額の有無（年代別）

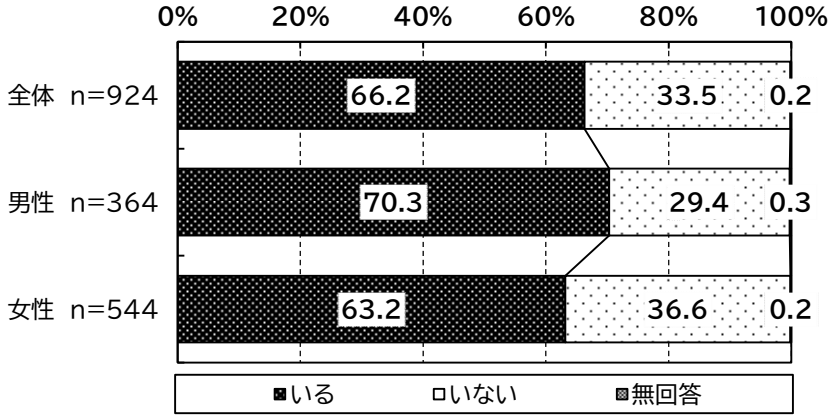


(4) かかりつけ医の有無

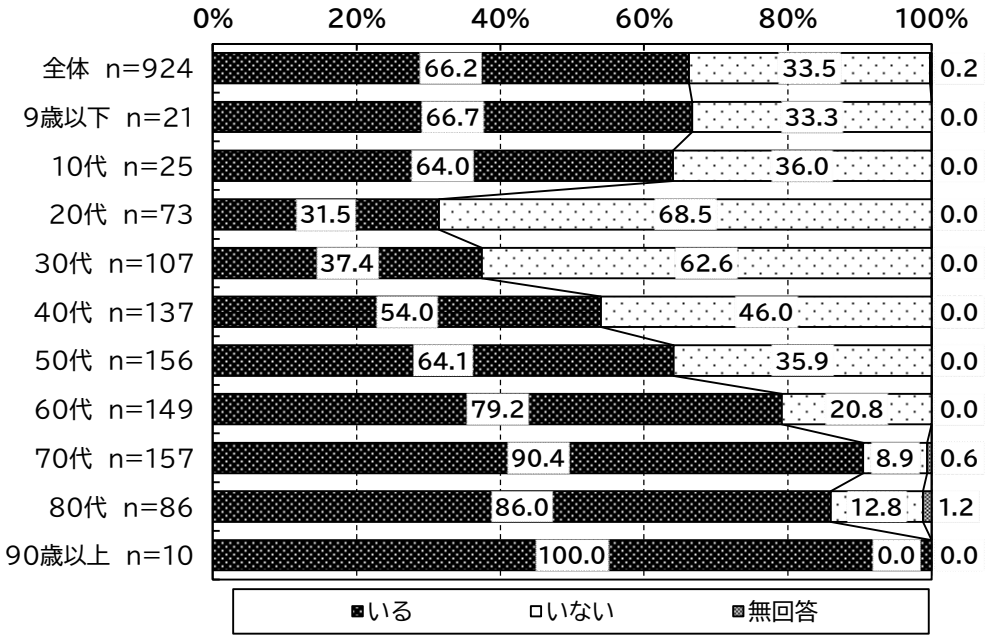
かかりつけ医の有無についてみると、「いる」が 66.2%、「いない」が 33.5%であった。

※本設問ではかかりつけ医を「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」と定義した。

図表 4-10　かかりつけ医の有無（性別）



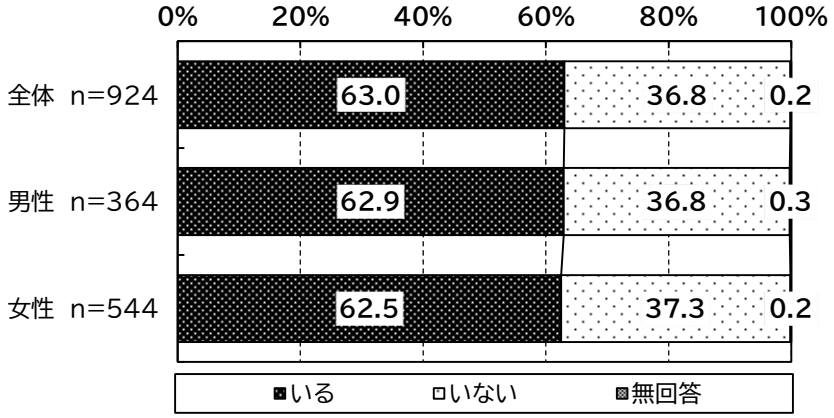
図表 4-11　かかりつけ医の有無（年代別）



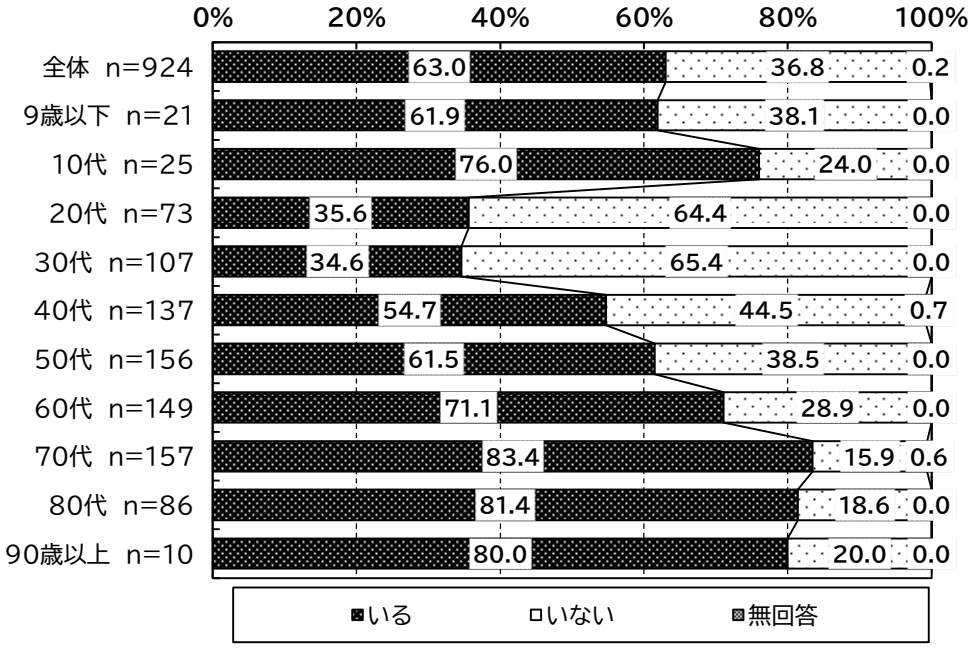
(5) 薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師の有無

薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師の有無についてみると、「いる」が63.0%、「いない」が36.8%であった。

図表 4-12　薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師の有無（性別）



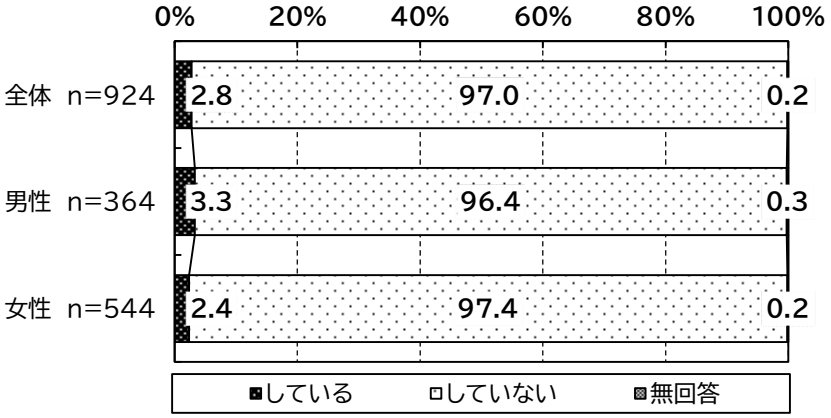
図表 4-13　薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師の有無（年代別）



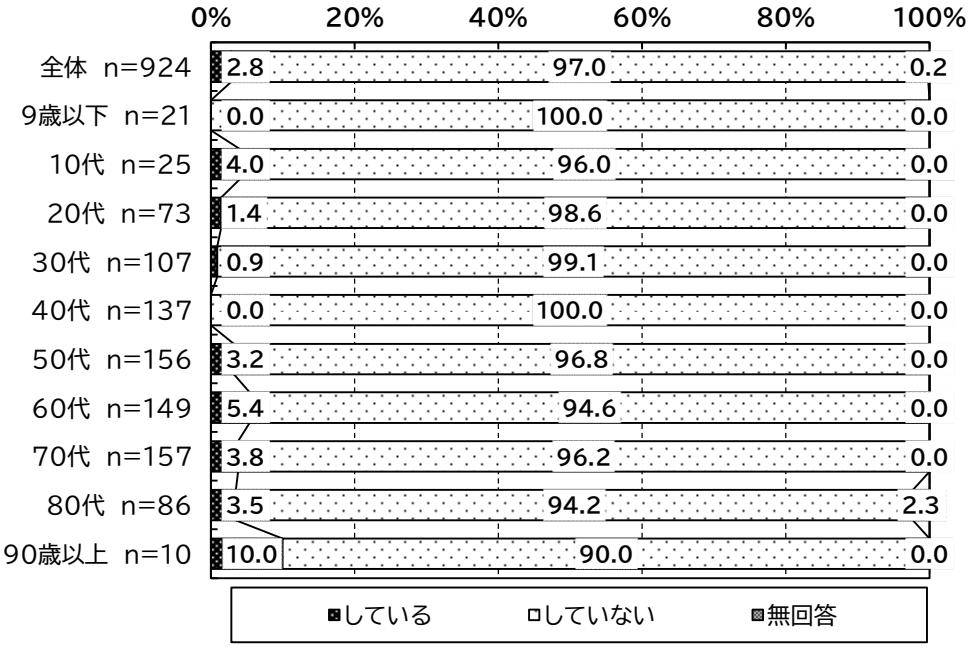
(6) 自己注射の有無

注射剤を自身で注射しているかについては、「している」が 2.8%、「していない」が 97.0%であった。

図表 4-14　注射剤を自身で注射しているか（性別）



図表 4-15　注射剤を自身で注射しているか（年代別）



3) 調査日における受診・調剤状況等

(1) 薬局窓口での自己負担額

薬局窓口での自己負担額についてみると、平均2,037.5円であった。

図表 4-16 薬局窓口での自己負担額（性別）

	回答者数	自己負担額（円）	標準偏差	中央値
全体	877	2,037.5	3,662.5	1,200.0
男性	344	2,228.2	3,230.8	1,315.0
女性	520	1,931.1	3,954.4	1,110.0

※医療費の自己負担があった人のみを集計。

図表 4-17 薬局窓口での自己負担額（年代別）

	回答者数	自己負担額（円）	標準偏差	中央値
９歳以下	21	0.0	0.0	0.0
10代	24	228.8	473.3	0.0
20代	69	1,678.0	2,314.1	1,000.0
30代	102	1,452.0	1,572.2	995.0
40代	124	1,958.1	2,022.4	1,430.0
50代	154	2,398.9	3,817.4	1,475.0
60代	143	3,707.1	7,020.0	1,950.0
70代	147	1,592.6	1,533.8	1,130.0
80代	81	1,548.6	1,929.4	980.0
90代以上	10	1,376.0	875.5	1,095.0

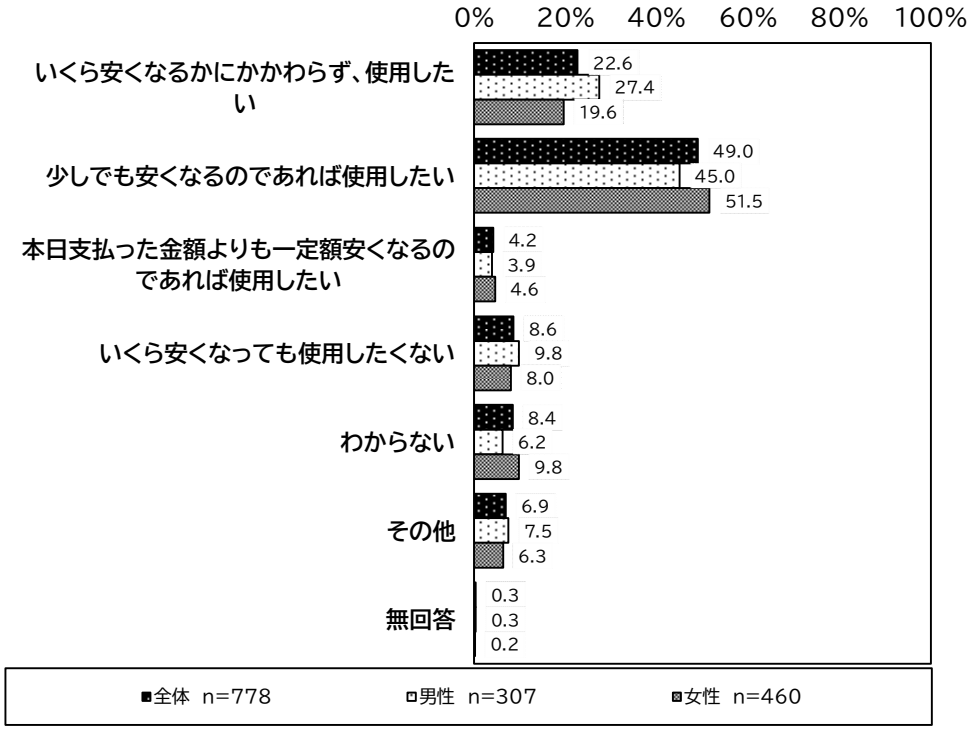
※医療費の自己負担があった人のみを集計。

(2) ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担との関係）

① ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担との関係）

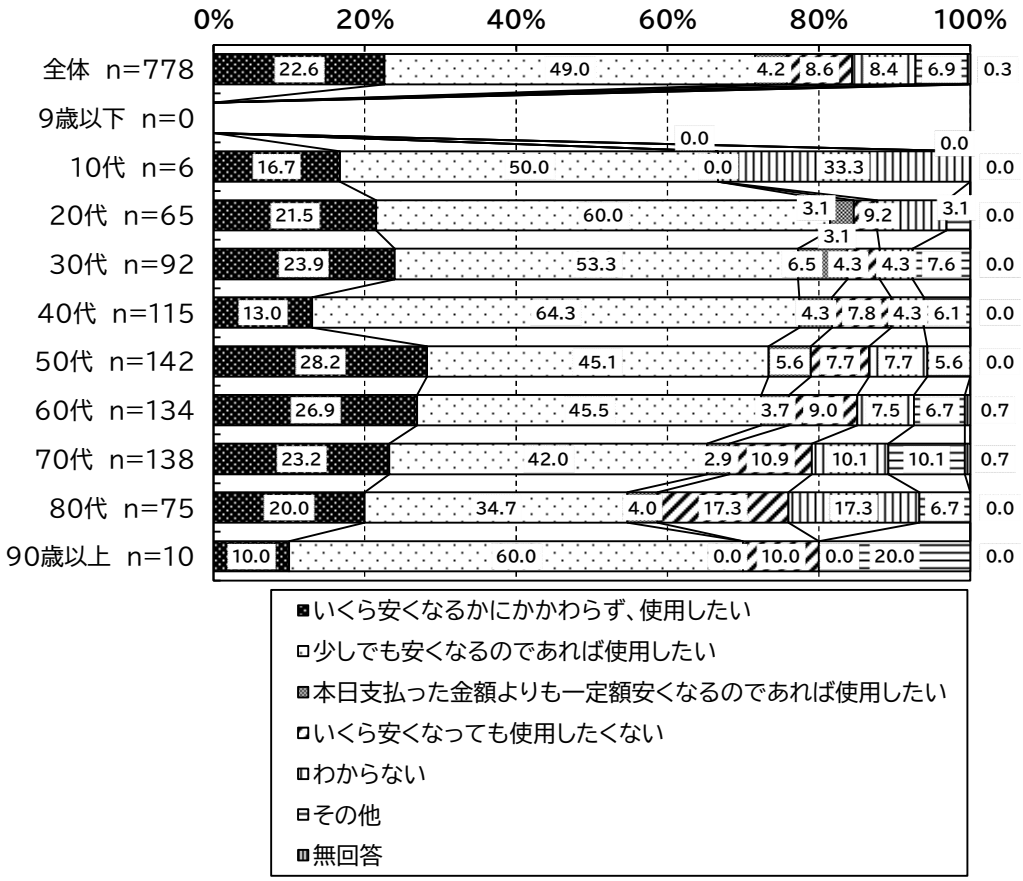
医療費の自己負担があった人（778 人）に対して、ジェネリック医薬品に関する使用意向を尋ねたところ、「少しでも安くなるのであれば使用したい」が 49.0%と最も多く、次いで「いくら安くなるかにかかわらず、使用したい」が 22.6%であった。

図表 4-18　ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担との関係）
（医療費の自己負担があった人、性別）

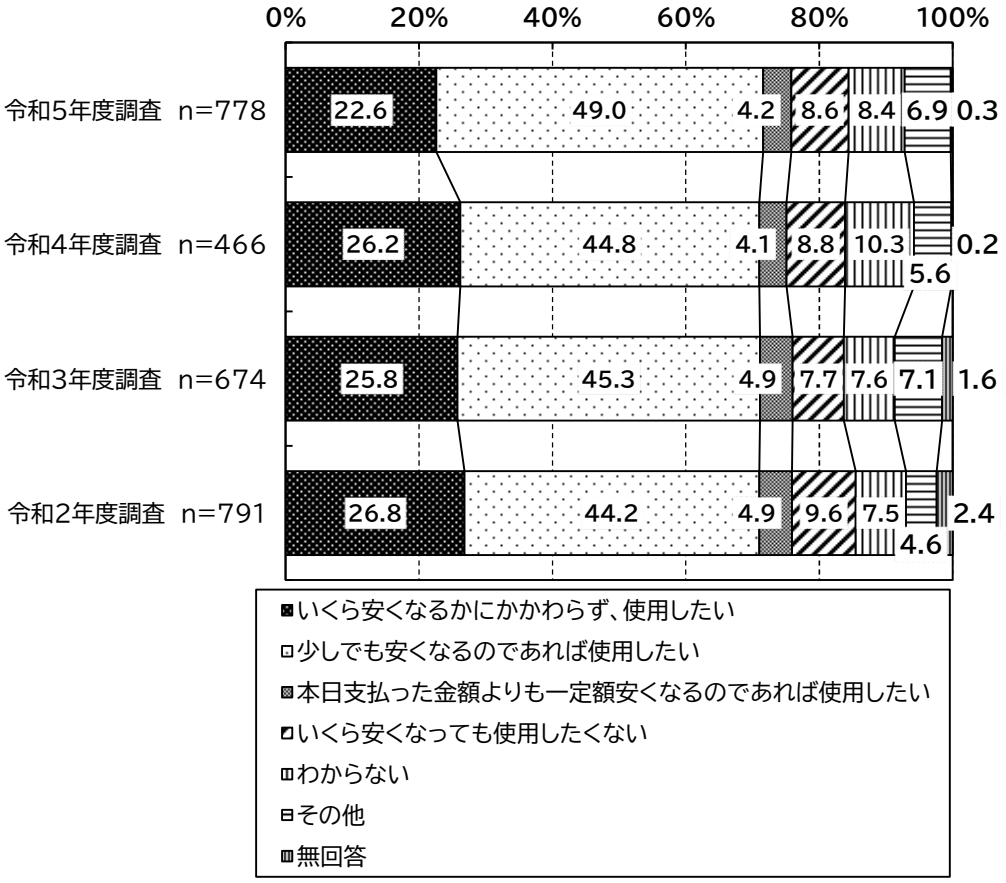


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 薬剤によって考える。
- 医師や薬剤師に任せている。
- 既にジェネリック医薬品を使用している。

図表 4-19　ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担との関係）
（医療費の自己負担があった人、年代別）



図表 4-20　（参考　過去調査）ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担との関係）



② ジェネリック医薬品を使用してもよいと思う自己負担額上の差額

また、「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」と回答した人（24 人）に対して、ジェネリック医薬品を使用してもよいと思う自己負担額上の差額を尋ねたところ、全体では平均 632.7 円であった。

図表 4-21 ジェネリック医薬品を使用してもよいと思う自己負担額上の差額
（「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」と回答した患者、性別）

	回答者数	平均差額（円）	標準偏差	中央値
全体	24	632.7	358.0	500.0
男性	7	735.7	347.7	920.0
女性	17	590.2	353.5	500.0

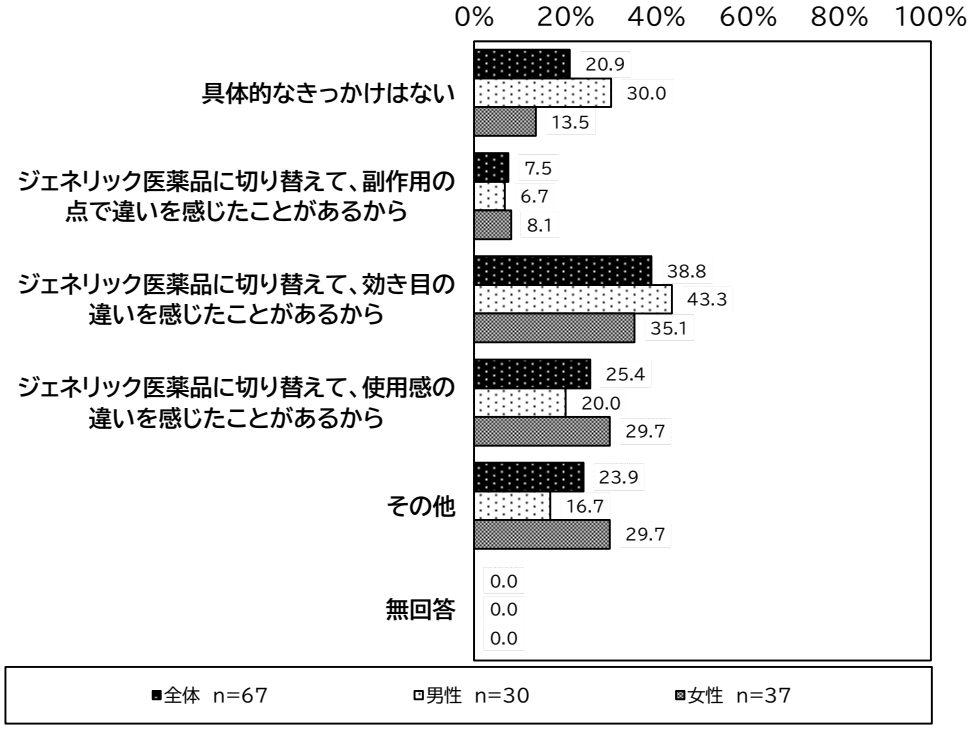
図表 4-22 ジェネリック医薬品を使用してもよいと思う自己負担額上の差額
（「本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい」と回答した患者、年代別）

	回答者数	平均差額（円）	標準偏差	中央値
９歳以下	0	－	－	－
10 代	0	－	－	－
20 代	2	370.0	70.0	370.0
30 代	5	440.0	332.3	500.0
40 代	3	600.0	294.4	500.0
50 代	6	881.7	398.2	960.0
60 代	4	463.5	196.5	500.0
70 代	2	735.0	265.0	735.0
80 代	2	915.0	85.0	915.0
90 代以上	0	－	－	－

③ ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくないと思った具体的なきっかけ

「いくら安くなっても使用したくない」と回答した人（67 人）に対して、ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくないと思われる具体的なきっかけを尋ねたところ、「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」が 38.8%で最も多く、次いで「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」が 25.4%であった。

図表 4-23　ジェネリック医薬品を使用したくないと思った具体的なきっかけ
（「いくら安くなっても使用したくない」と回答した人、複数回答）



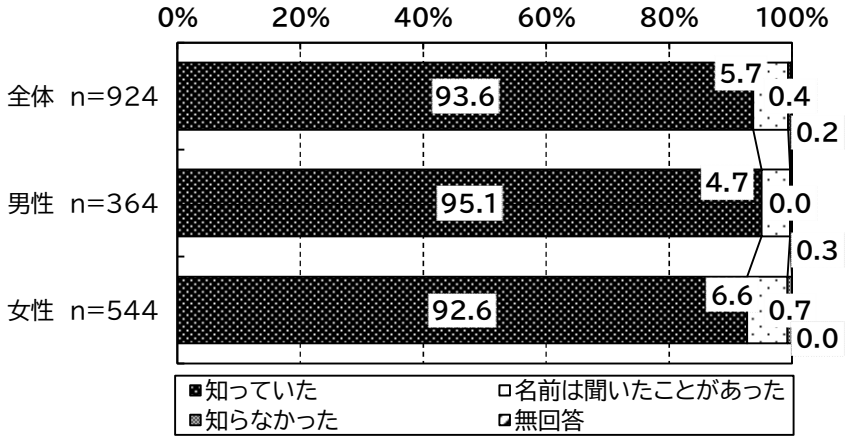
※「その他」の内容のうち、主に以下のものが挙げられた。
・製造方法等に不安がある。

4) ジェネリック医薬品使用に関する経験等

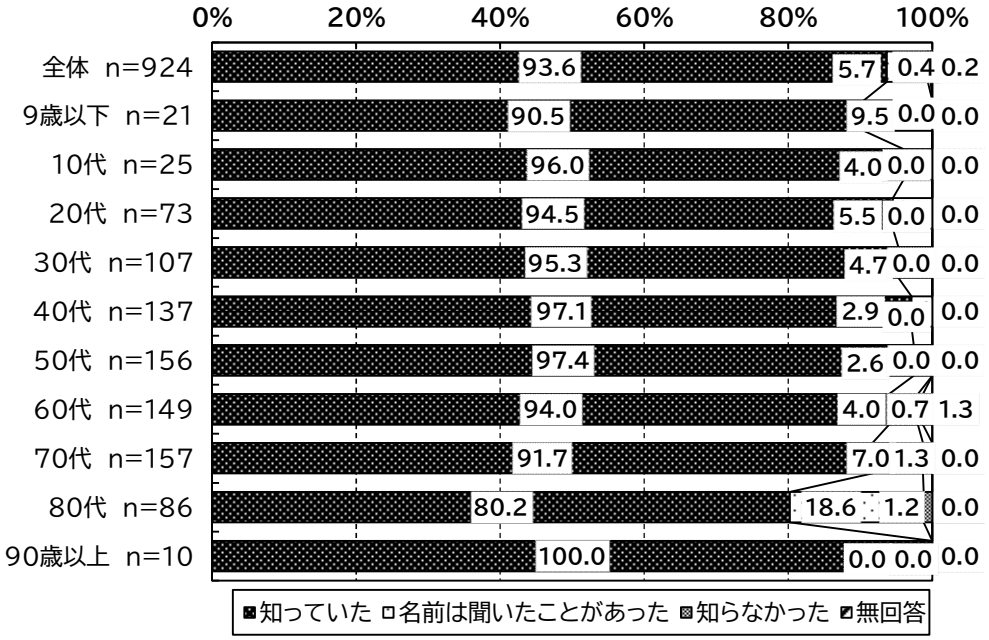
(1) ジェネリック医薬品に対する認知度

ジェネリック医薬品に対する認知度についてみると、「知っていた」が 93.6%、「名前は聞いたことがあった」が 5.7%、「知らなかった」が 0.4%であった。

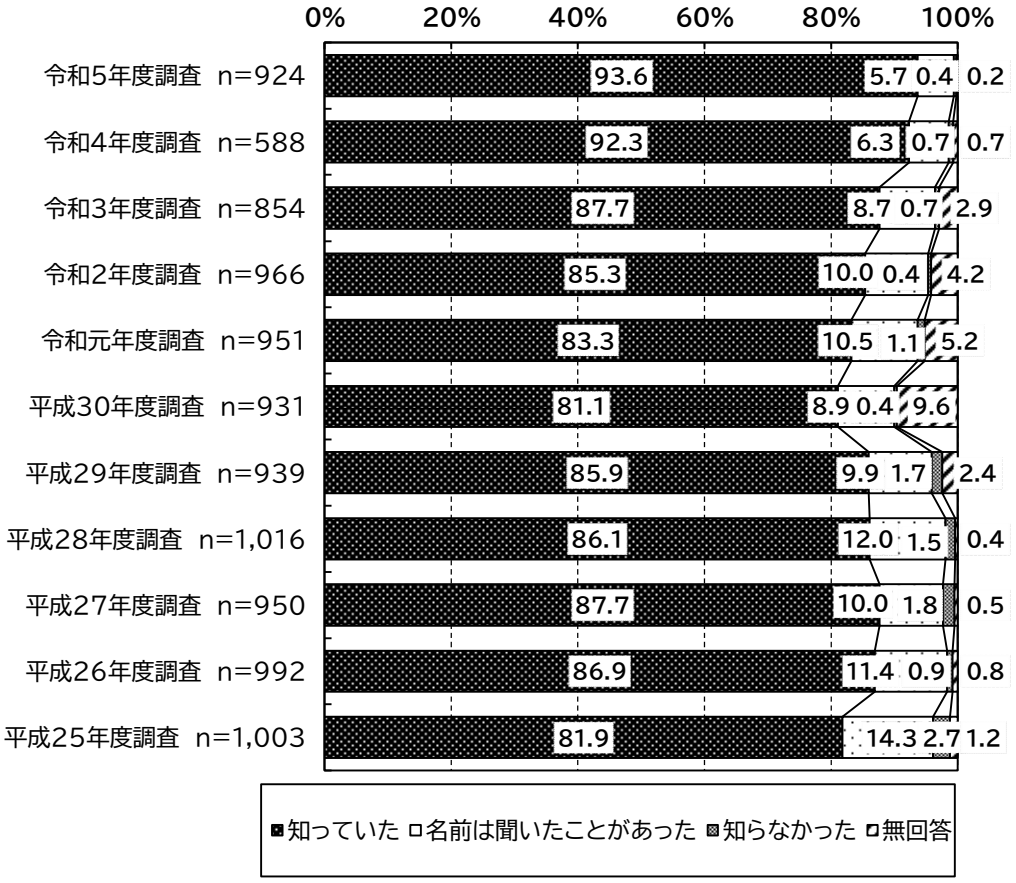
図表 4-24 ジェネリック医薬品に対する認知度（性別）



図表 4-25 ジェネリック医薬品に対する認知度（年代別）



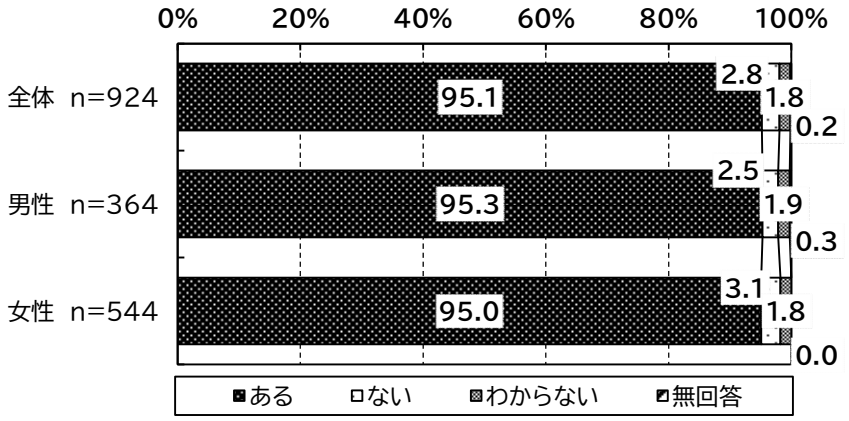
図表 4-26　（参考　過去調査）ジェネリック医薬品に対する認知度



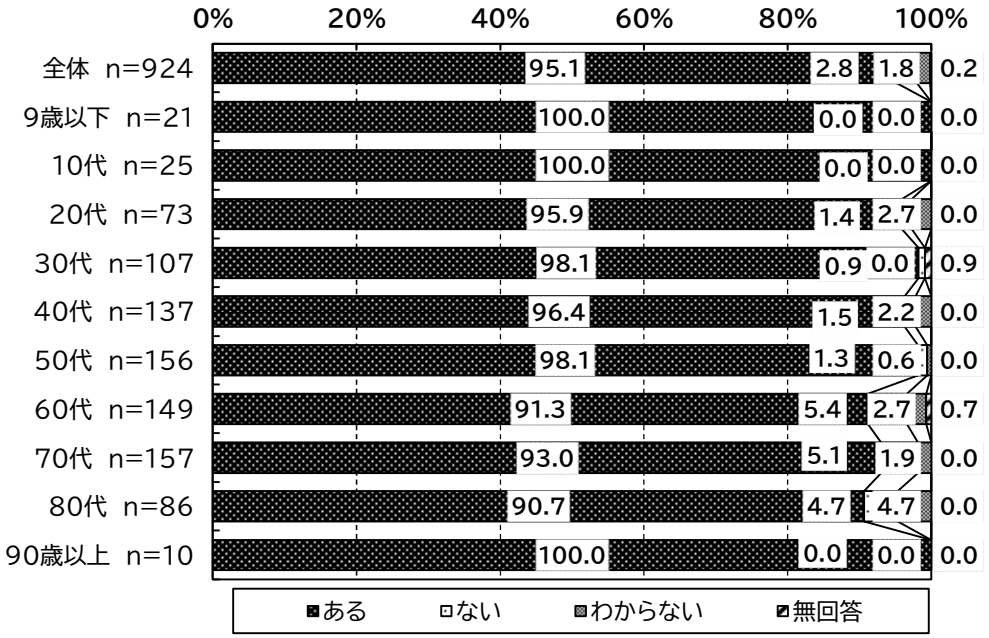
(2) ジェネリック医薬品の使用経験の有無

ジェネリック医薬品の使用経験の有無についてみると、「ある」が 95.1%、「ない」が 2.8%であった。

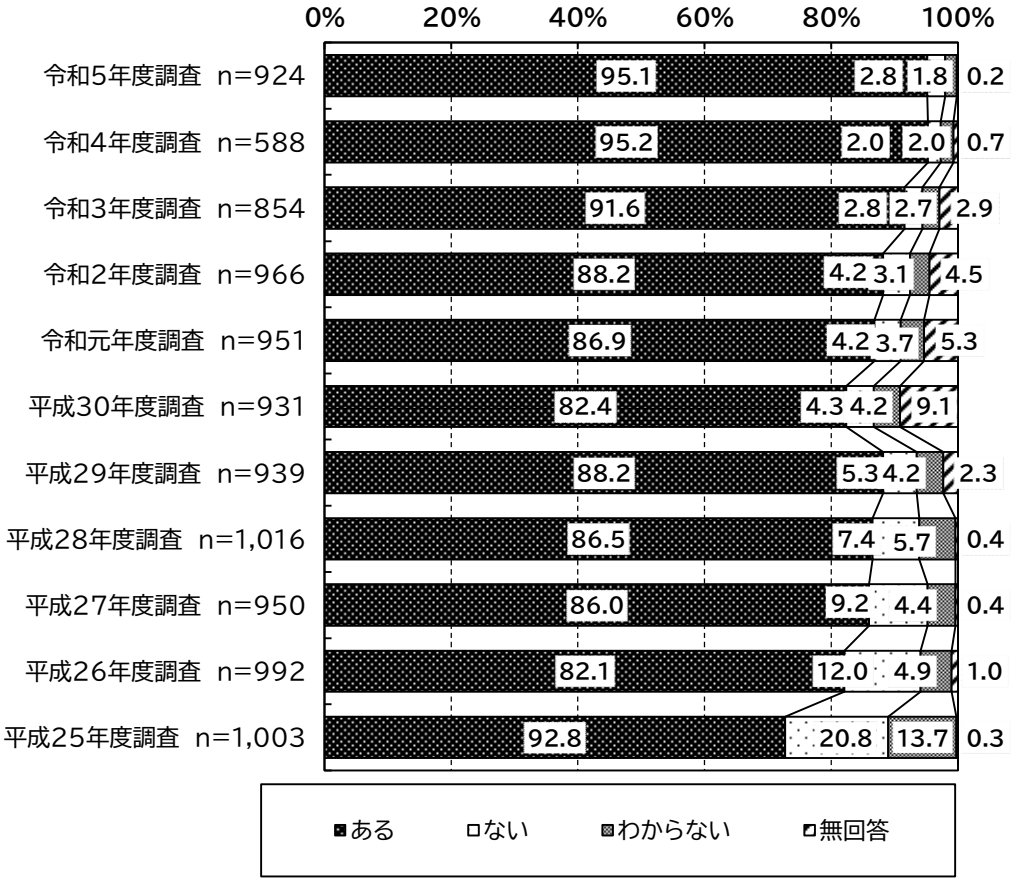
図表 4-27　ジェネリック医薬品の使用経験の有無（性別）



図表 4-28　ジェネリック医薬品の使用経験の有無（年代別）



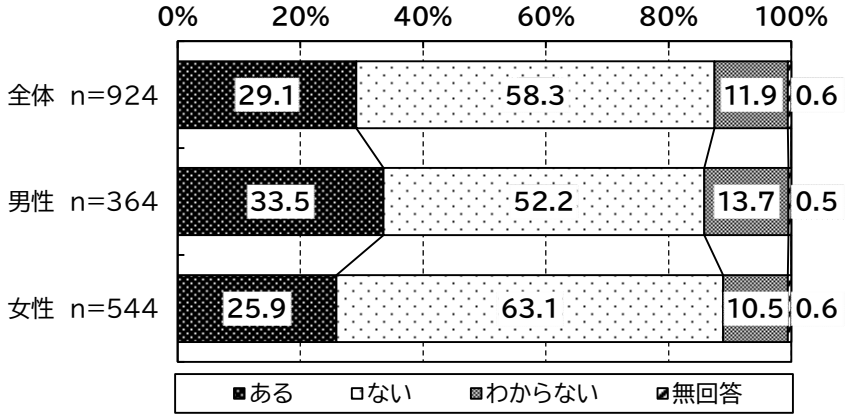
図表 4-29　（参考　過去調査）ジェネリック医薬品の使用経験の有無



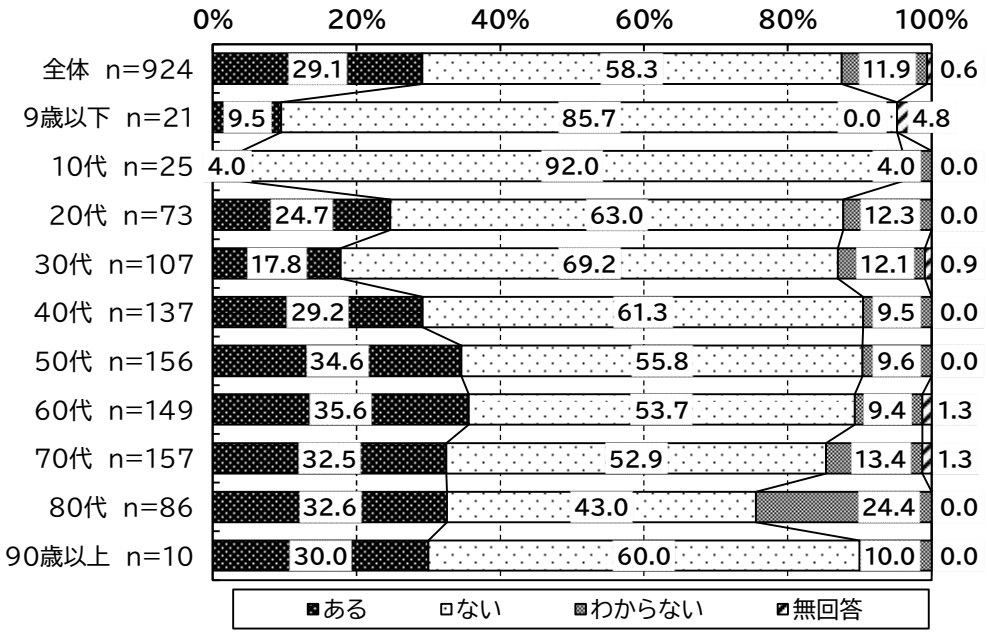
(3) ジェネリック医薬品について医師から説明を受けた経験の有無

ジェネリック医薬品について医師から説明を受けた経験の有無についてみると、「ある」が 29.1%、「ない」が 58.3%、「わからない」が 11.9%であった。

図表 4-30　ジェネリック医薬品について医師から説明を受けた経験の有無（性別）



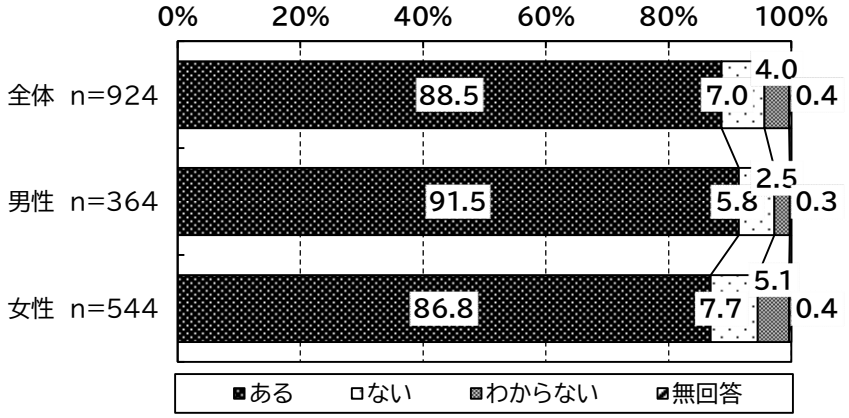
図表 4-31　ジェネリック医薬品について医師から説明を受けた経験の有無（年代別）



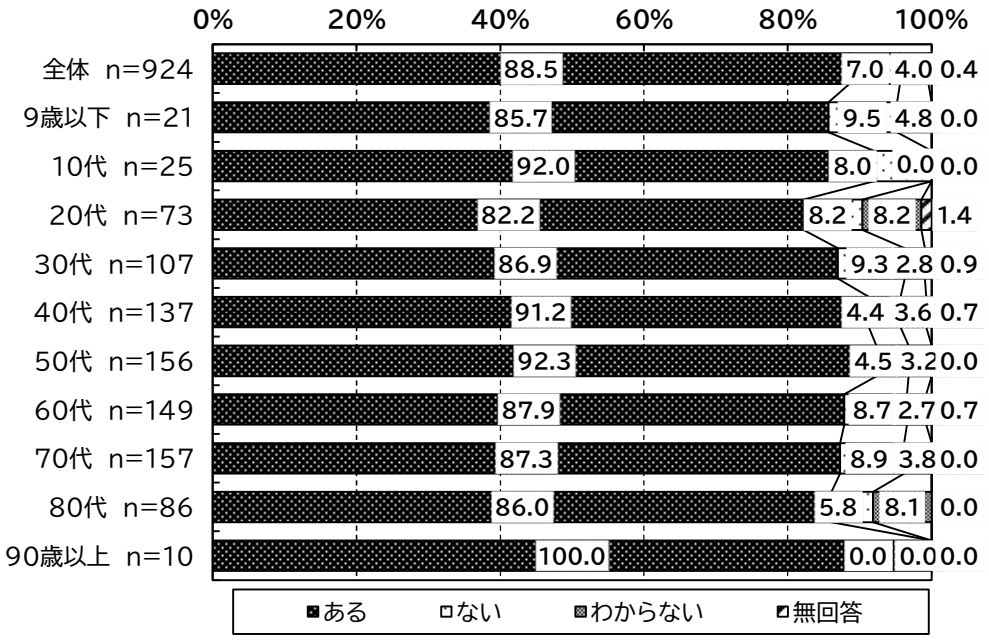
(4) ジェネリック医薬品について薬剤師から説明を受けた経験の有無

ジェネリック医薬品について薬剤師から説明を受けた経験の有無についてみると、「ある」が 88.5%、「ない」が 7.0%、「わからない」が 4.0%であった。

図表 4-32　ジェネリック医薬品について薬剤師から説明を受けた経験の有無（性別）



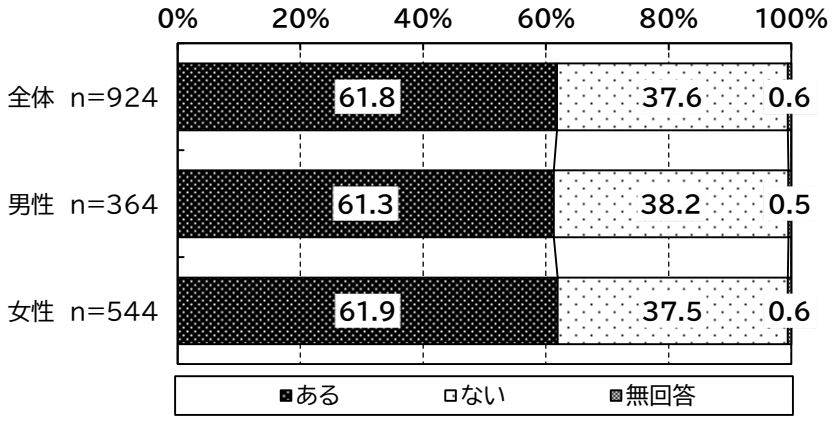
図表 4-33　ジェネリック医薬品について薬剤師から説明を受けた経験の有無（年代別）



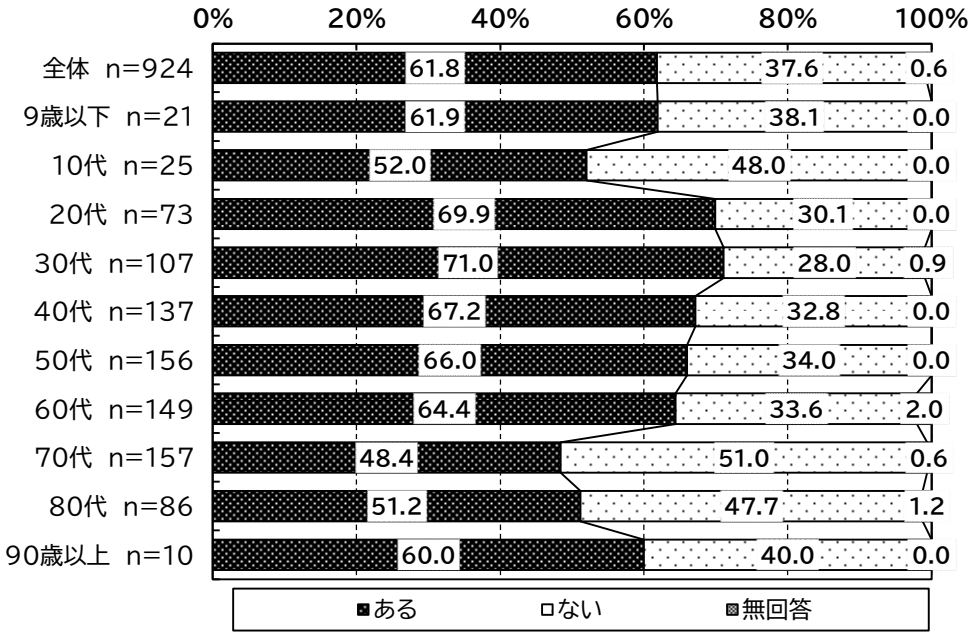
(5) ジェネリック医薬品の調剤を薬剤師に頼んだ経験の有無

ジェネリック医薬品の調剤を薬剤師に頼んだ経験の有無を尋ねたところ、「ある」が61.8%、「ない」が37.6%であった。

図表 4-34　ジェネリック医薬品の調剤を薬剤師に頼んだ経験の有無（性別）



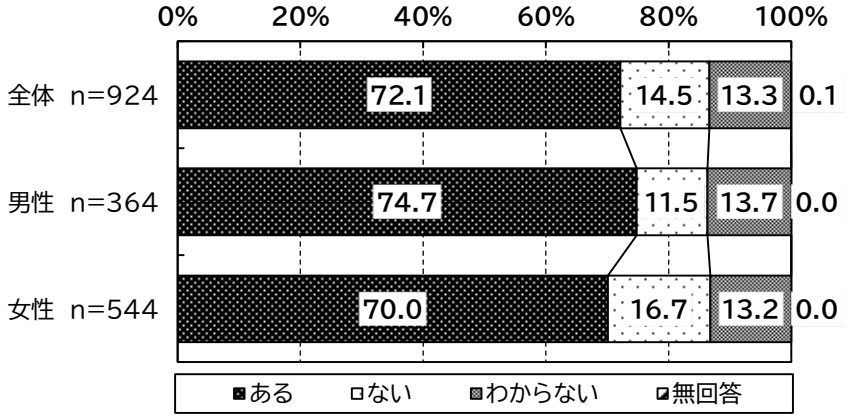
図表 4-35　ジェネリック医薬品の調剤を薬剤師に頼んだ経験の有無（年代別）



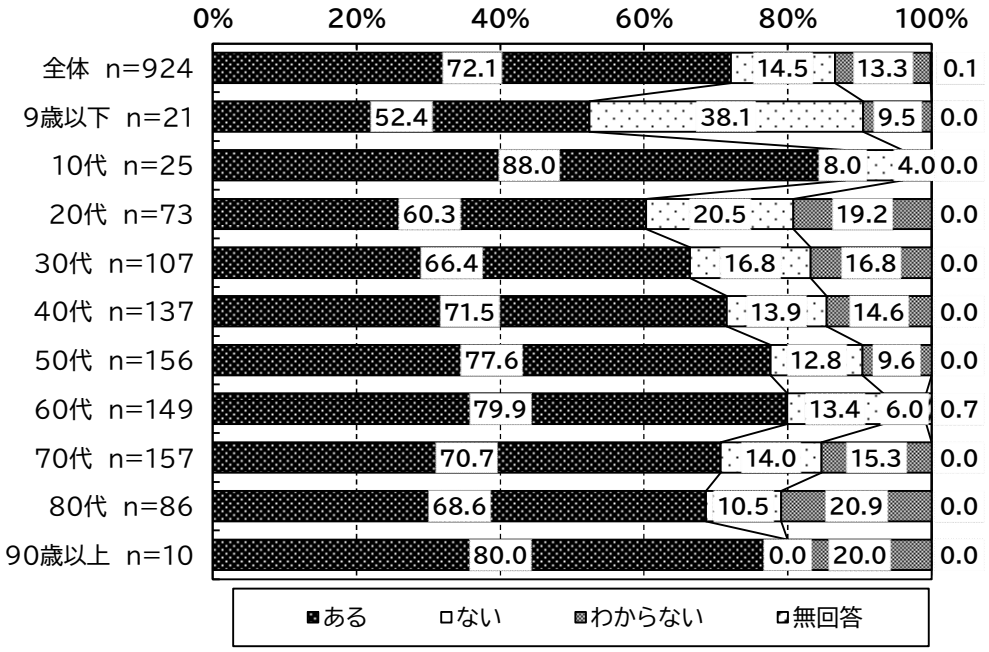
(6) 今までに先発医薬品からジェネリック医薬品に変更した薬の有無

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薬の有無を尋ねたところ、「ある」が 72.1%、「ない」が 14.5%、「わからない」が 13.3%であった。

図表 4-36　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薬の有無（性別）



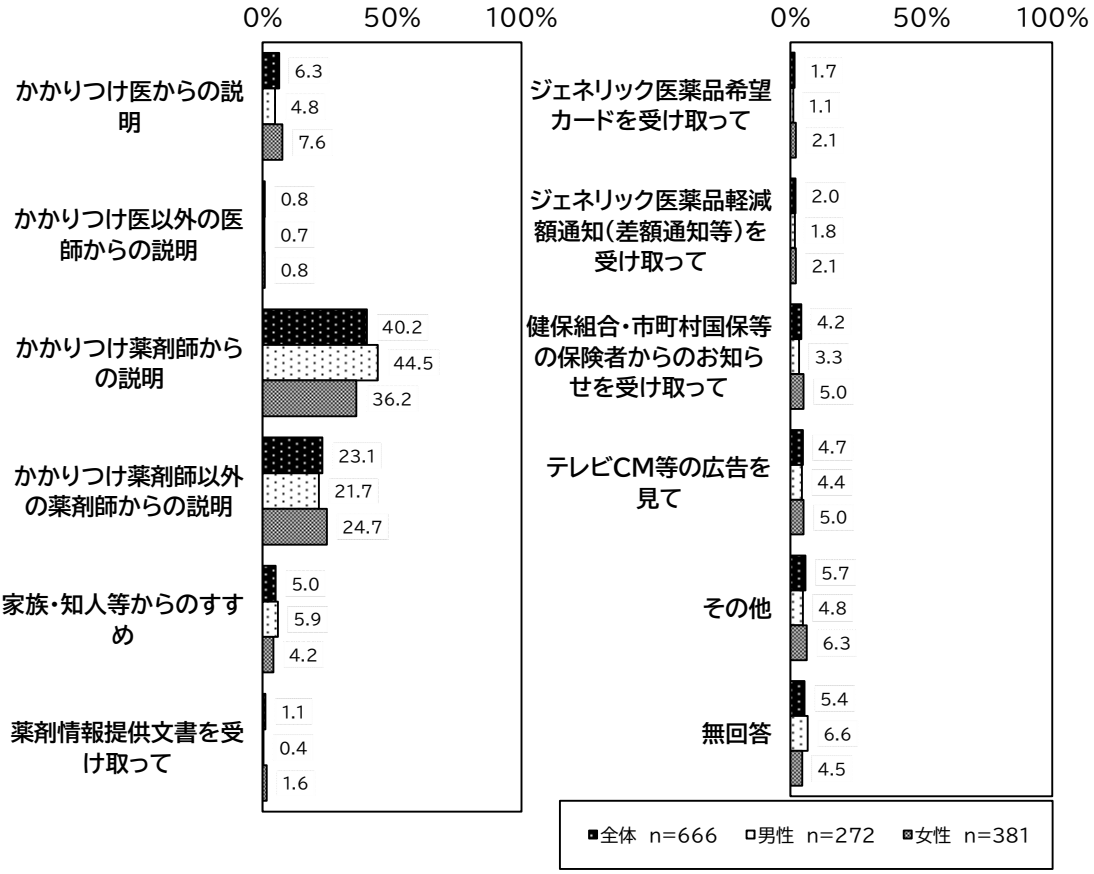
図表 4-37　今までに先発医薬品からジェネリック医薬品に変更した薬の有無（年代別）



① 先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したきっかけ

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薬がある人（666 人）に対して、先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したきっかけを尋ねたところ、「かかりつけ薬剤師からの説明」が最も多く 40.2%であった。

図表 4-38 先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したきっかけ
（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薬がある人、性別）



※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る。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った。

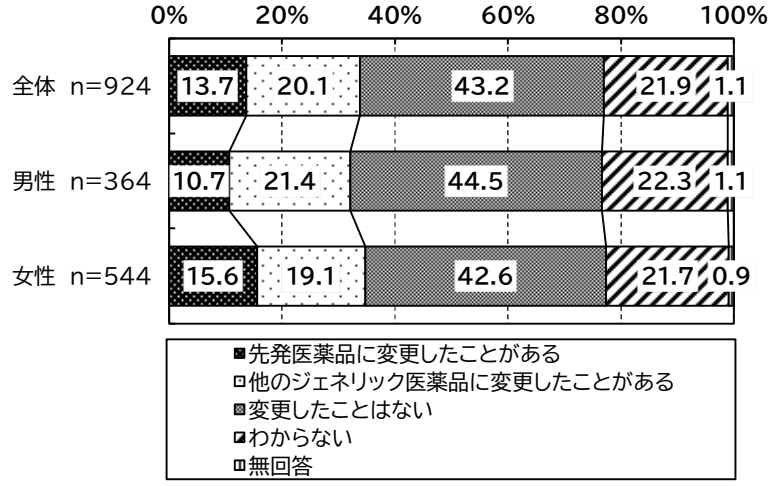
※ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）とは処方された薬をジェネリック医薬品に切り替えることにより、どのくらい薬代（薬剤料）の自己負担額が軽減されるかを健康保険組合や市町村国保などの保険者が具体的に試算して、例えば「ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担の軽減額に関するお知らせ」のような名前で通知してくれるサービス。

※「その他」の具体的な内容として、主に以下のものが挙げられた。
・薬局に先発品の在庫がなかったため。
・自分自身で調べた。

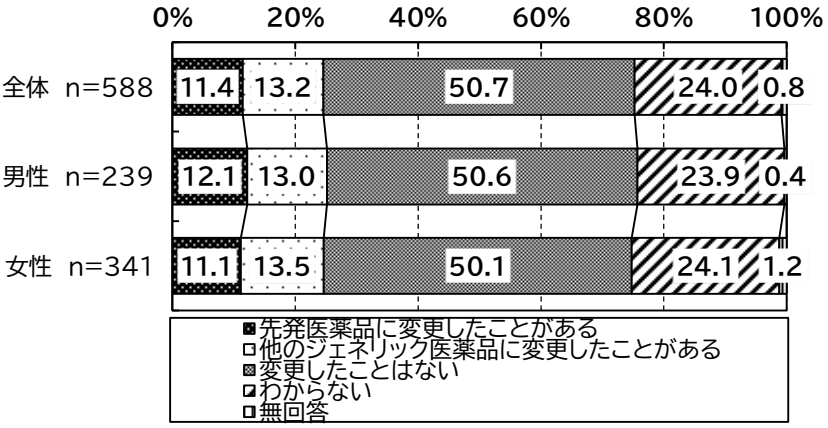
(7) 今までにジェネリック医薬品から先発医薬品や他のジェネリック医薬品に変更した薬の有無

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薬の有無を尋ねたところ、「先発医薬品に変更したことがある」が 13.7%、「他のジェネリック医薬品に変更したことがある」が 20.1%、「変更したことはない」が 43.2%であった。

図表 4-39　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薬の有無（性別）

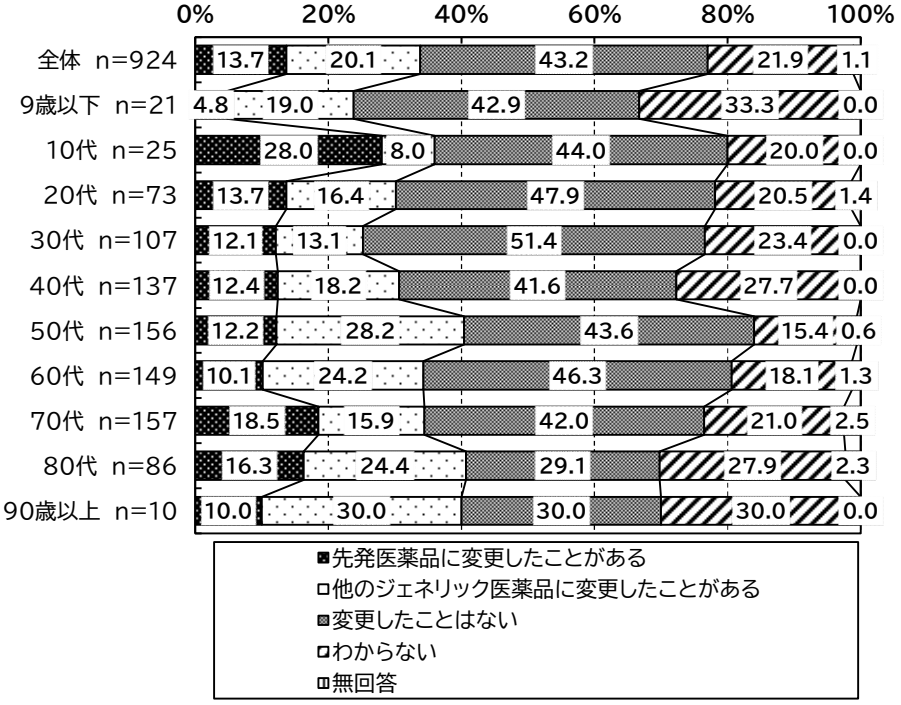


図表 4-40　（参考 令和 4 年度調査）今までにジェネリック医薬品から先発医薬品や他のジェネリック医薬品に変更した薬の有無（性別）



※下記に 2 問の連続する設問への回答結果より算出。
「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。（単数回答）」
「ジェネリック医薬品からどのようなお薬に変更しましたか。（単数回答）」

図表 4-41　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薬の有無（年代別）

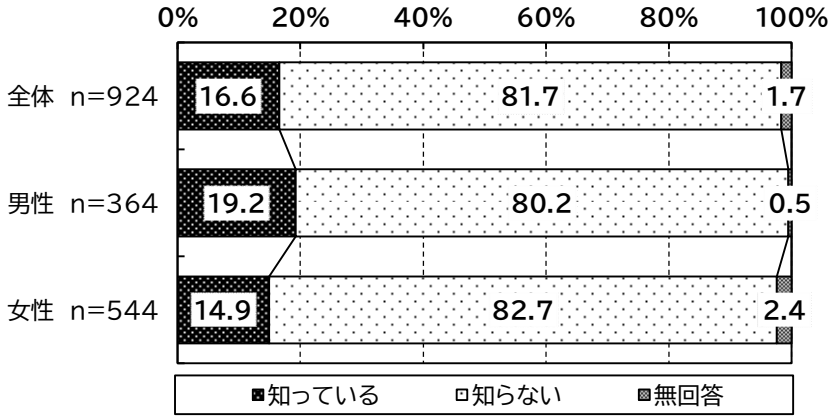


(8) バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度

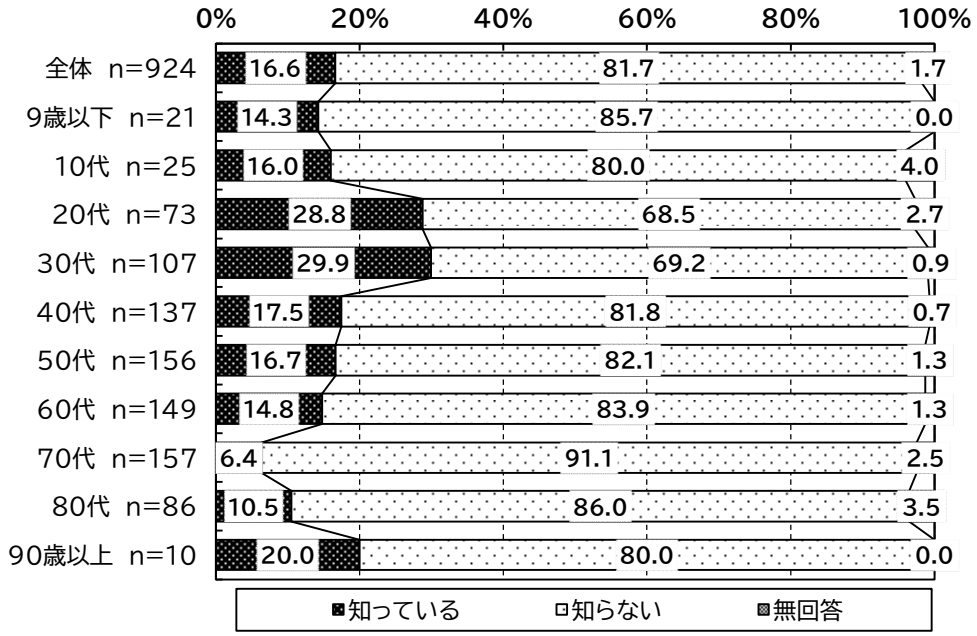
バイオ後続品（バイオシミラー）という名称を知っているか尋ねたところ、「知っている」が 16.6%、「知らない」が 81.7%であった。

※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。

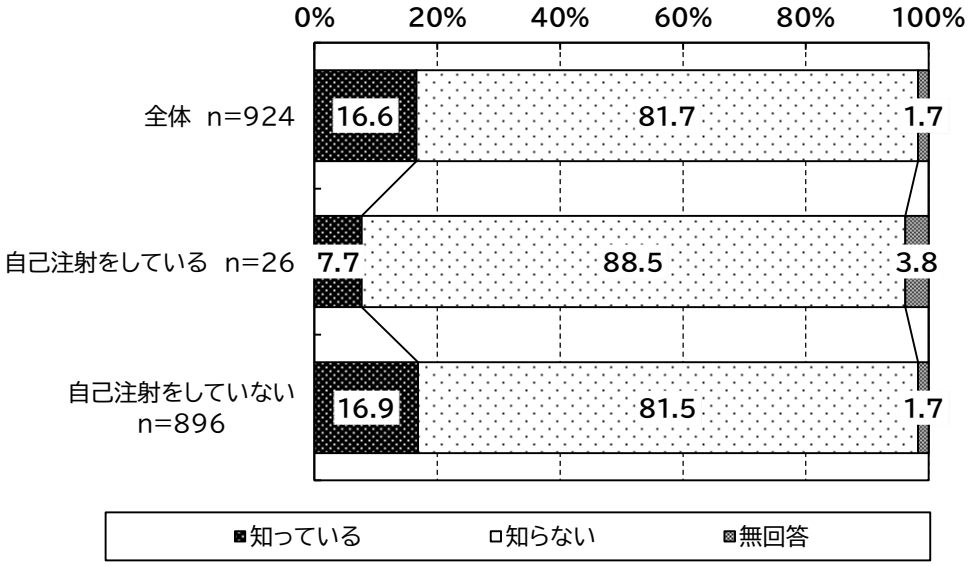
図表 4-42　バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（性別）



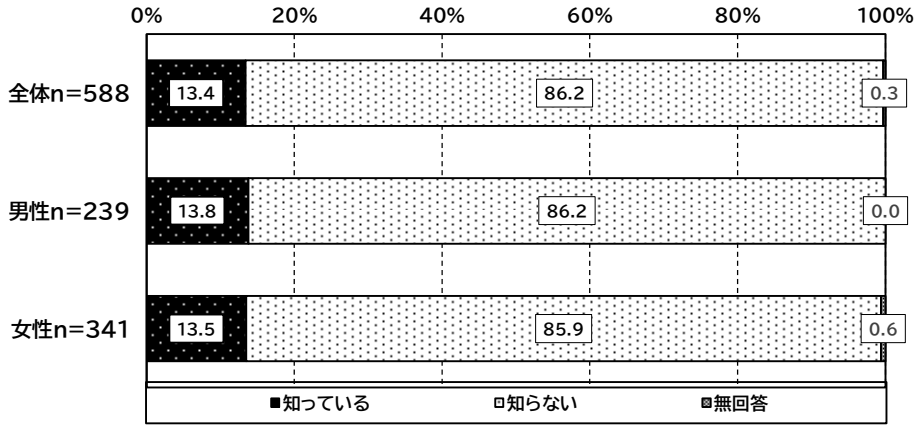
図表 4-43　バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（年代別）



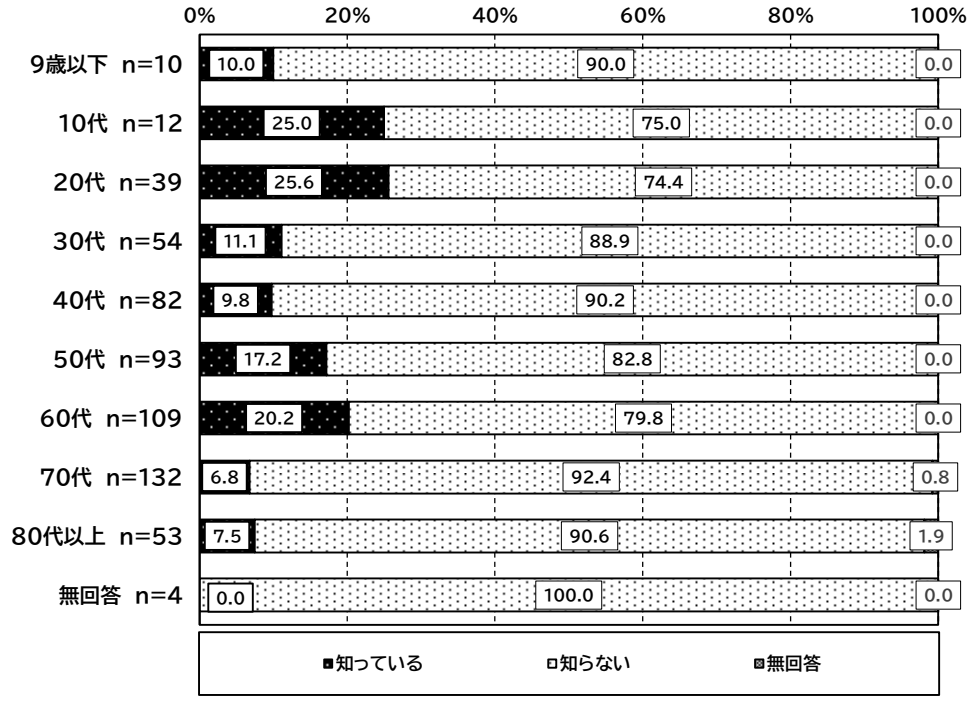
図表 4-44　バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（自己注射の有無別）



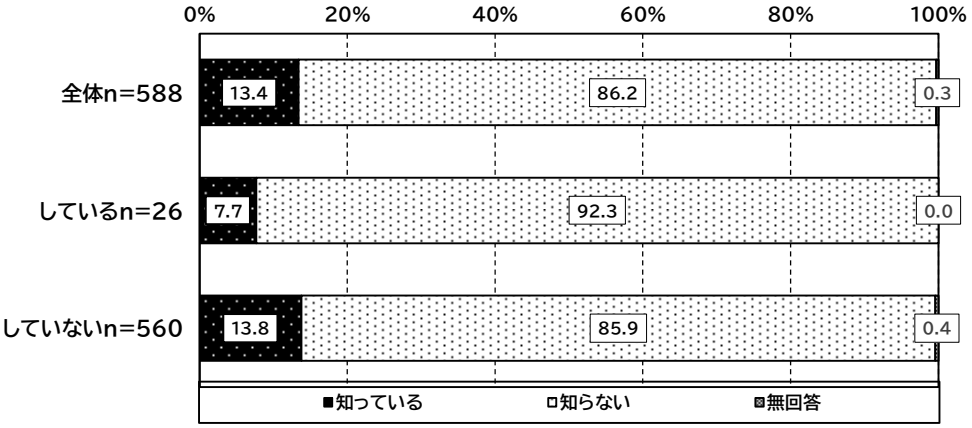
図表 4-45　（参考 令和 4 年度調査）
バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（性別）



図表 4-46　（参考 令和 4 年度調査）
バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（年代別）



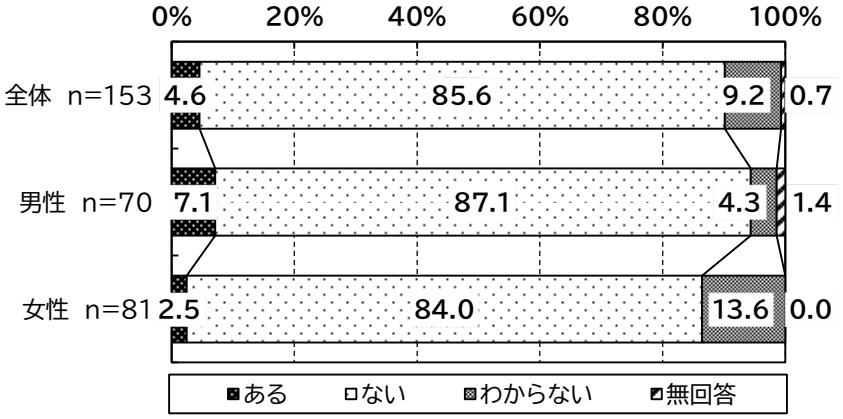
図表 4-47　（参考 令和 4 年度調査）
バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（自己注射の有無別）



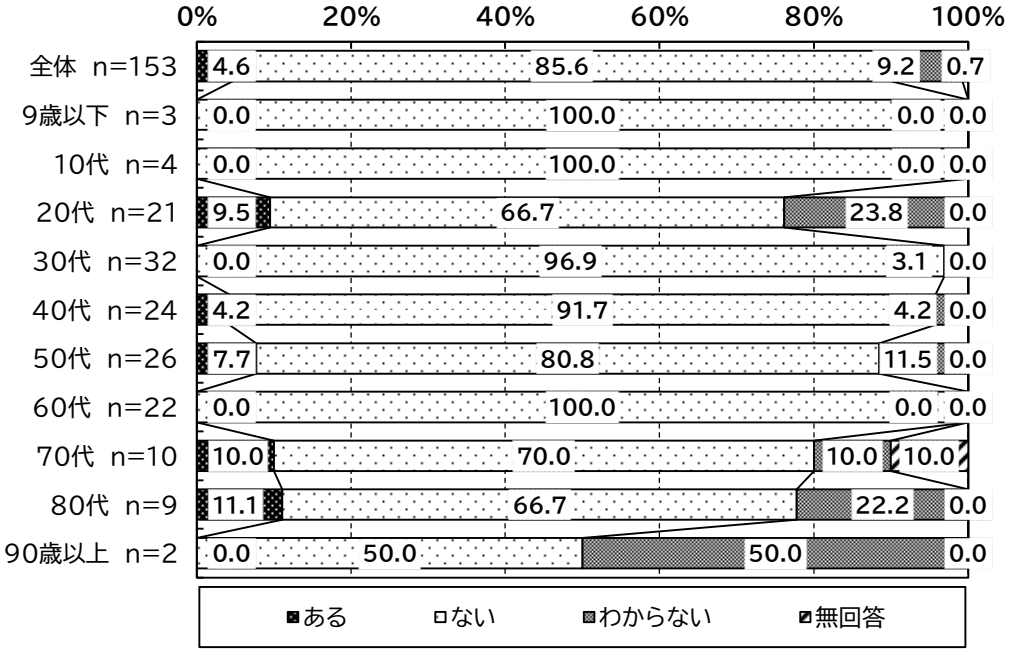
① バイオ後続品（バイオシミラー）の使用経験の有無

バイオシミラーを知っていると回答した場合（153 人）、使用経験の有無を尋ねたところ、「ある」が 4.6%であった。

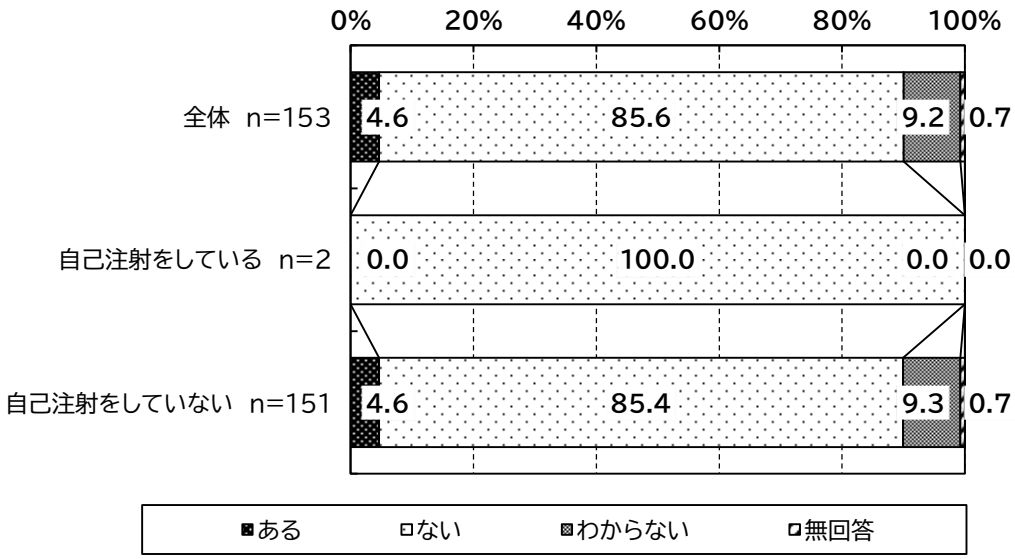
図表 4-48 バイオ後続品（バイオシミラー）の使用経験の有無（性別）



図表 4-49 バイオ後続品（バイオシミラー）の使用経験の有無（年代別）



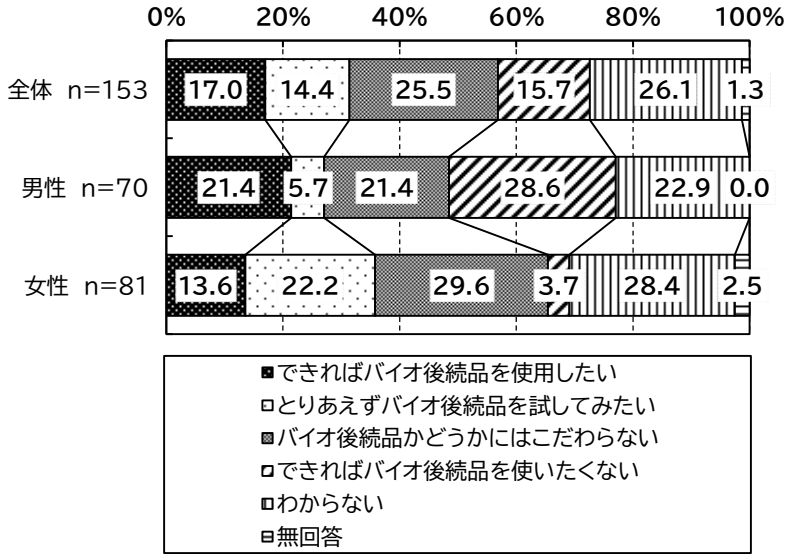
図表 4-50　バイオ後続品（バイオシミラー）の使用経験の有無（自己注射の有無別）



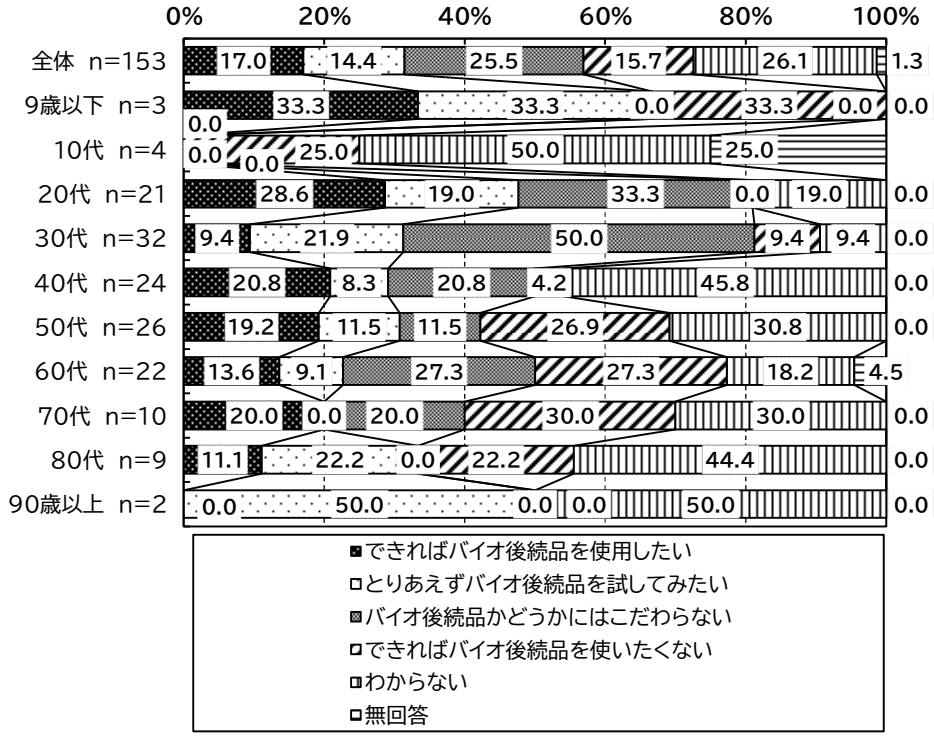
(9) バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したいと思うか

バイオシミラーを知っていると回答した場合（153 人）、バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したいと思うかを尋ねたところ、「バイオ後続品かどうかにはこだわらない」が 25.5%であった。

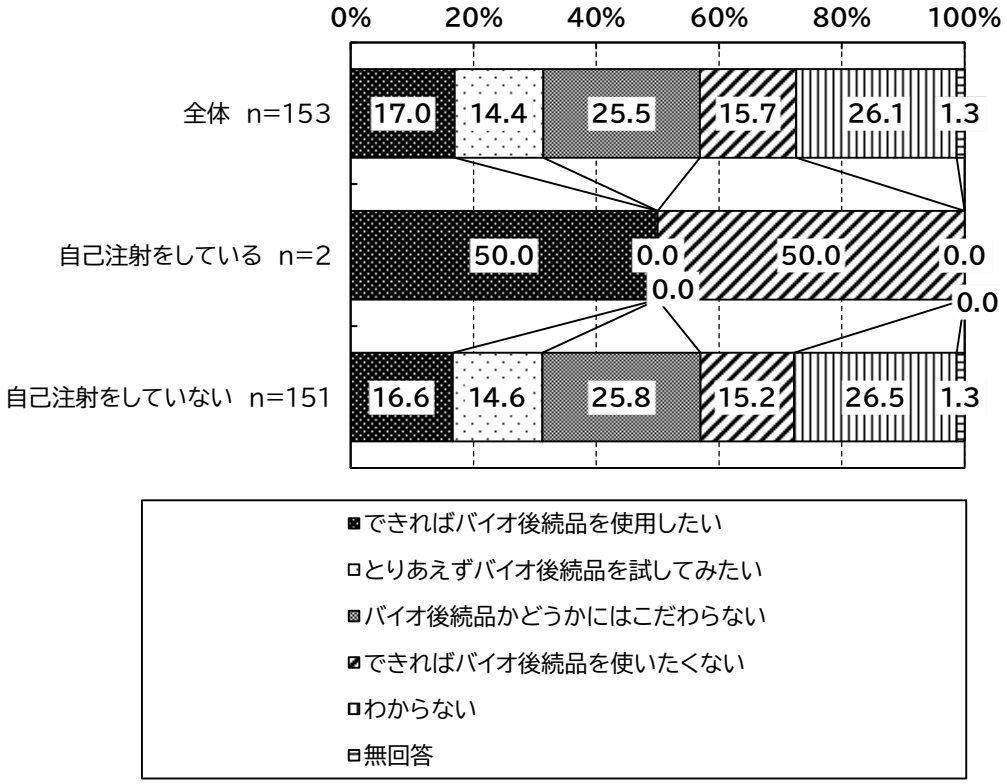
図表 4-51　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したいと思うか（性別）



図表 4-52　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したいと思うか（年代別）



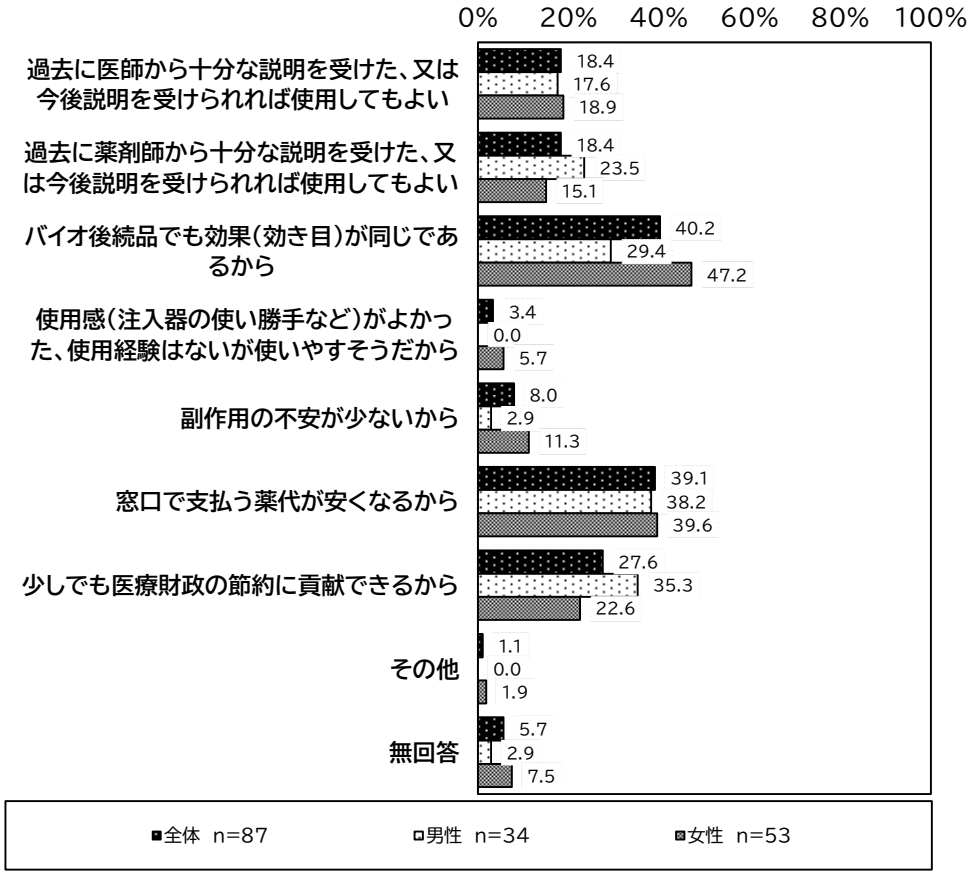
図表 4-53　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したいと思うか（自己注射の有無別）



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

「できればバイオ後続品を使用したい」「とりあえずバイオ後続品を試してみたい」「バイオ後続品かどうかにはこだわらない」と回答した人（87 人）に対してその理由を尋ねたところ（複数回答）、「窓口で支払う薬代が安くなるから」が 39.1%であった。

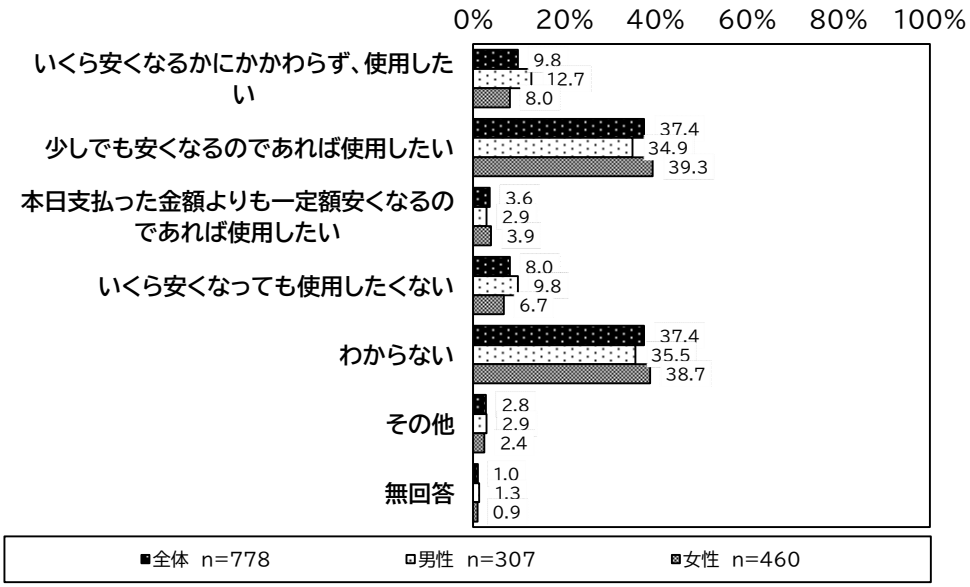
図表 4-54　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したい、使用してもよいと考える理由（複数回答）（性別）



(10) バイオ後続品（バイオシミラー）に関する使用意向（自己負担との関係）

医療費の自己負担があった人（778 人）に対して、バイオ後続品（バイオシミラー）に関する使用意向を尋ねたところ、「少しでも安くなるのであれば使用したい」が 37.4%であった。

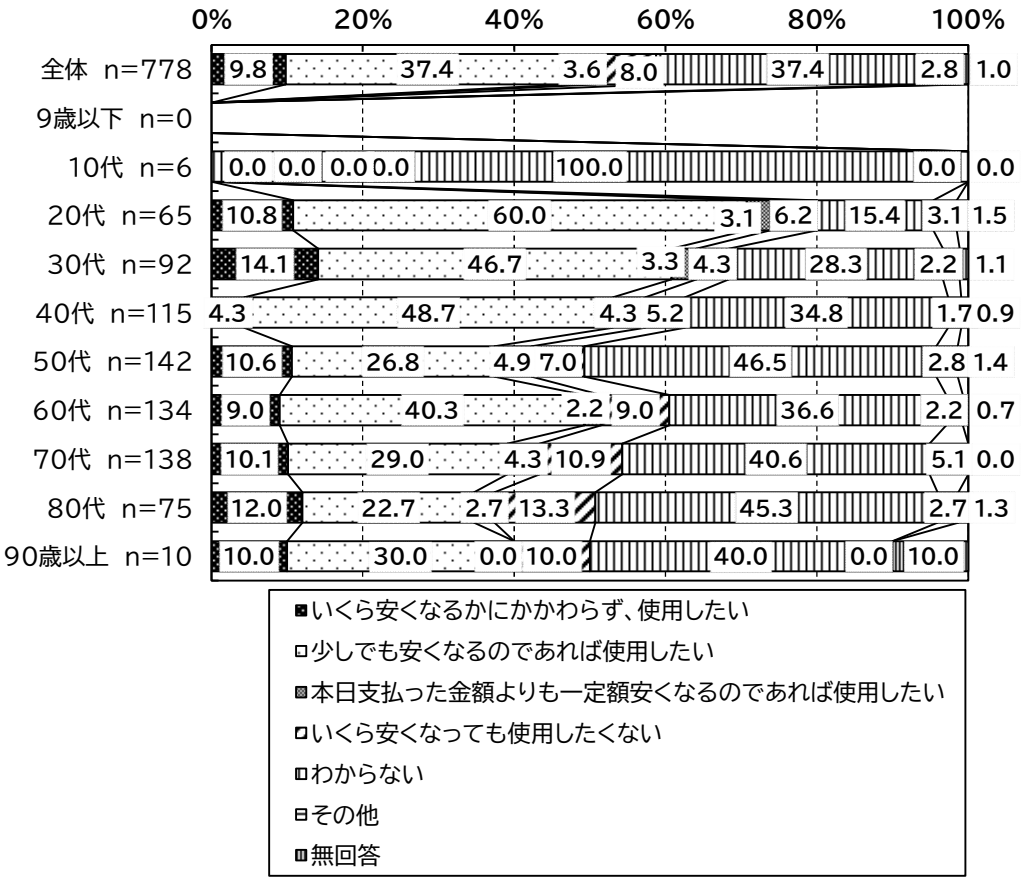
図表 4-55　バイオ後続品（バイオシミラー）に関する使用意向
（医療費の自己負担があった患者、性別）



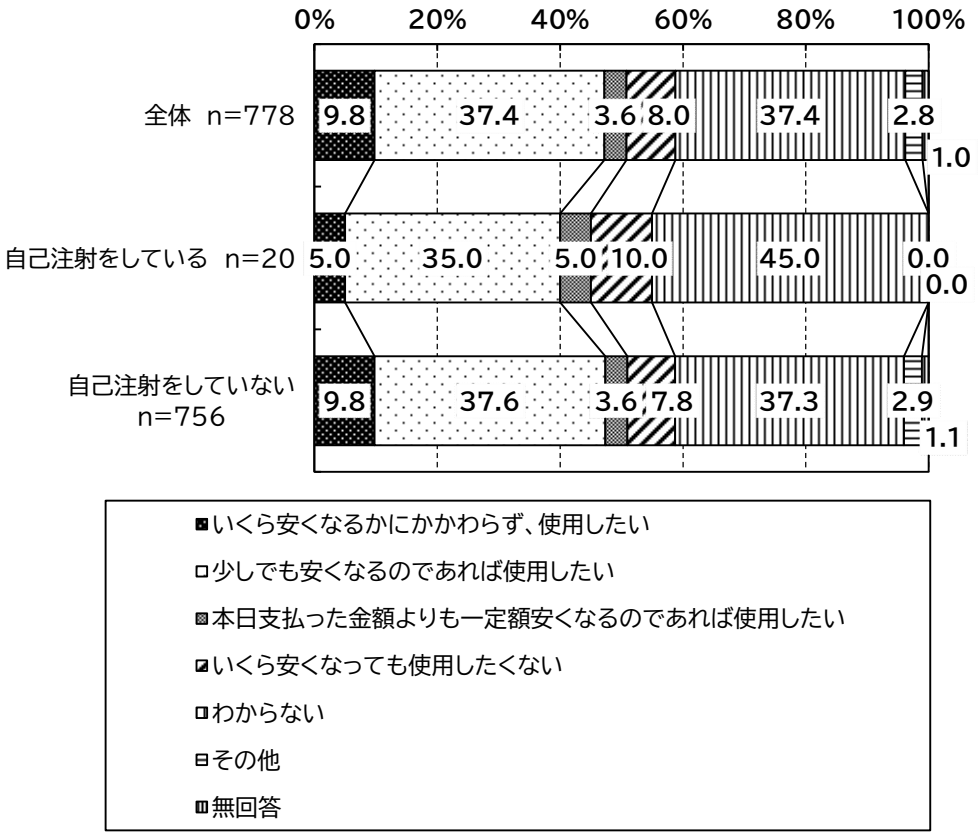
※「その他」の具体的な内容として、主に以下のものが挙げられた。

- 安全性に問題なければ使用する。
- 一般に広く使われるようになれば使用する。
- 薬による。
- 医師、薬剤師の勧めがあれば使用する。

図表 4-56　バイオ後続品（バイオシミラー）に関する使用意向
（医療費の自己負担があった患者、年代別）



図表 4-57　バイオ後続品（バイオシミラー）に関する使用意向
（医療費の自己負担があった患者、自己注射の有無別）



① バイオ後続品（バイオシミラー）を使用してもよいと思う自己負担額上の差額

「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」と回答した人（17）に対して、バイオシミラーを使用してもよいと思う自己負担額上の差額を尋ねたところ、平均 874.1 円であった。

図表 4-58　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用してもよいと思う自己負担額上の差額（性別）

	n 数	平均差額（円）	標準偏差	中央値
全体	17	874.1	528.1	920.0
男性	5	1,104.0	471.7	1,000.0
女性	12	778.3	520.7	500.0

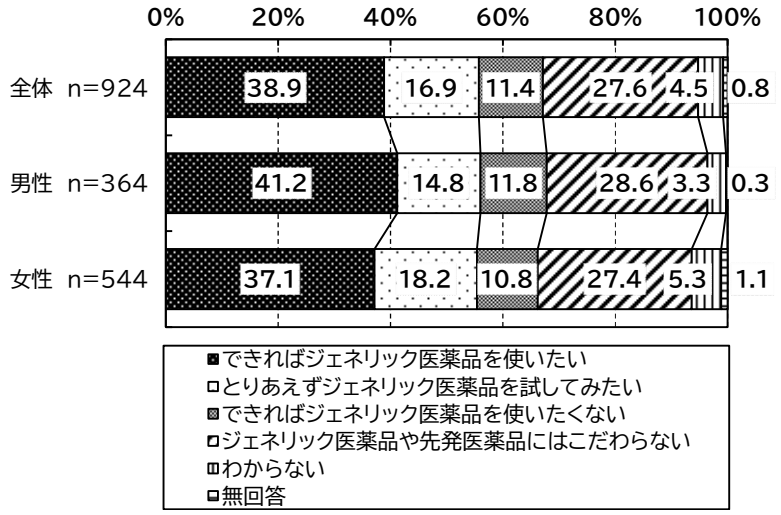
※医療費の自己負担があった人のみを集計。

5) ジェネリック医薬品使用に関する経験・意向等

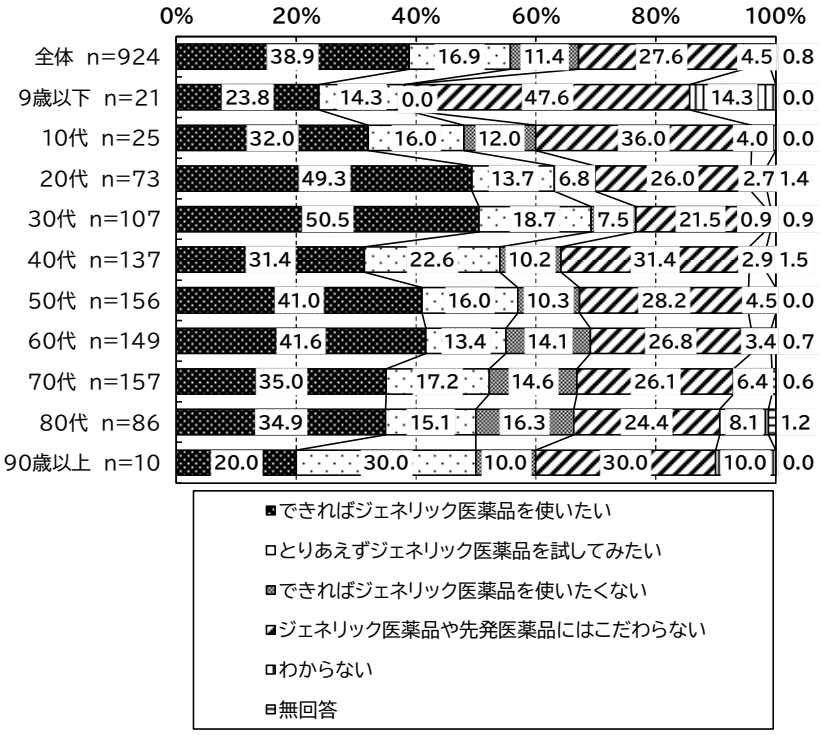
(1) ジェネリック医薬品に関する使用意向等

ジェネリック医薬品の使用に関する考えをみると、「できればジェネリック医薬品を使いたい」が 38.9%で最も多かった。

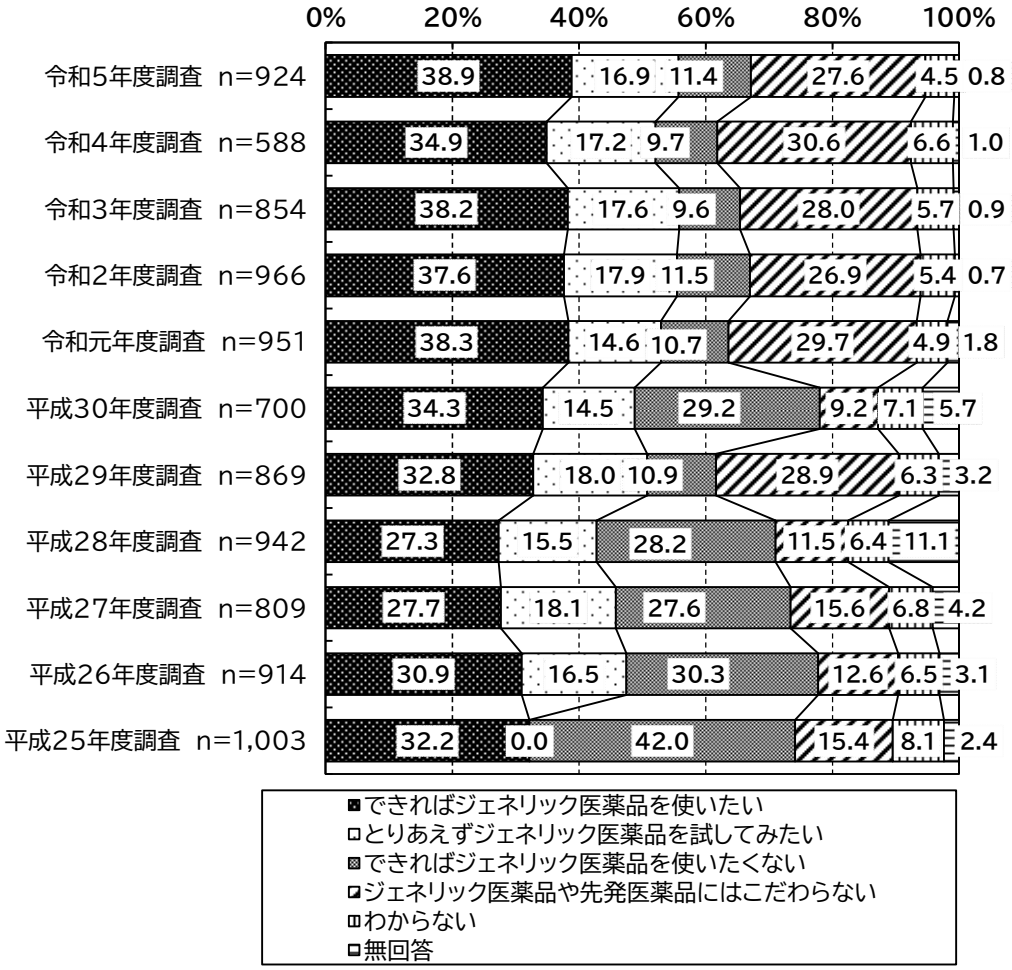
図表 4-59 ジェネリック医薬品の使用に関する考え（性別）



図表 4-60 ジェネリック医薬品の使用に関する考え（年代別）



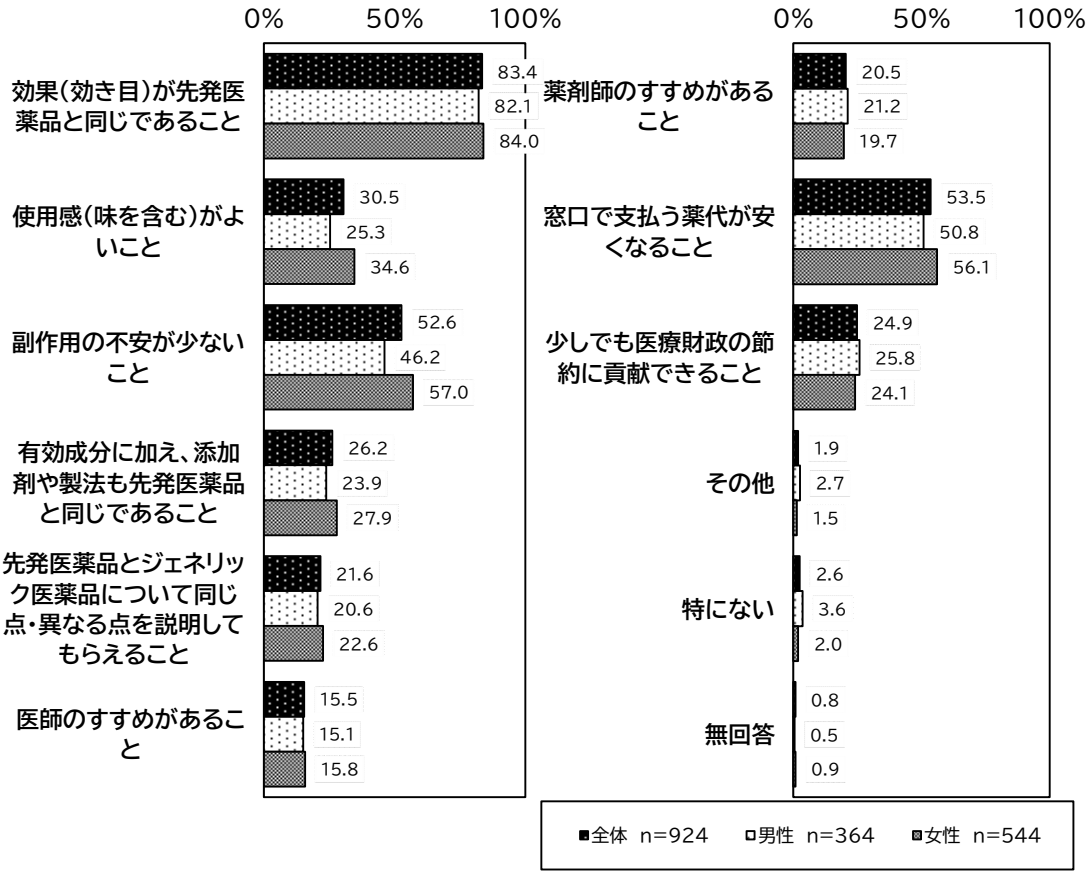
図表 4-61　（参考　過去調査）ジェネリック医薬品の使用に関する考え



(2) ジェネリック医薬品を使用する上で重要なこと

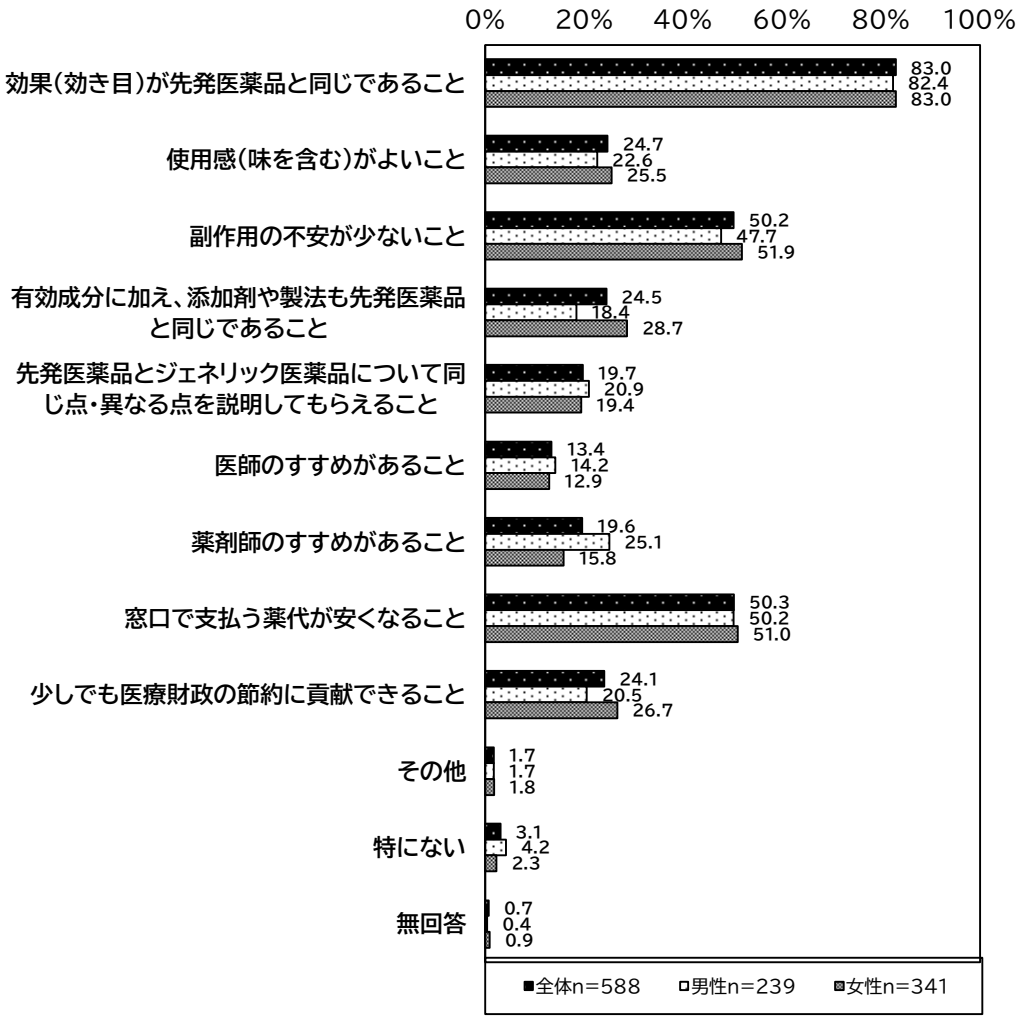
ジェネリック医薬品を使用する上で重要なことについてみると、「効果（効き目）が先発医薬品と同じであること」が 83.4%で最も多かった。

図表 4-62　ジェネリック医薬品を使用する上で重要なこと（性別、複数回答）



※「その他」の具体的な内容として、主に以下のものが挙げられた。
- 薬の安全性。
- メーカーの信頼性。

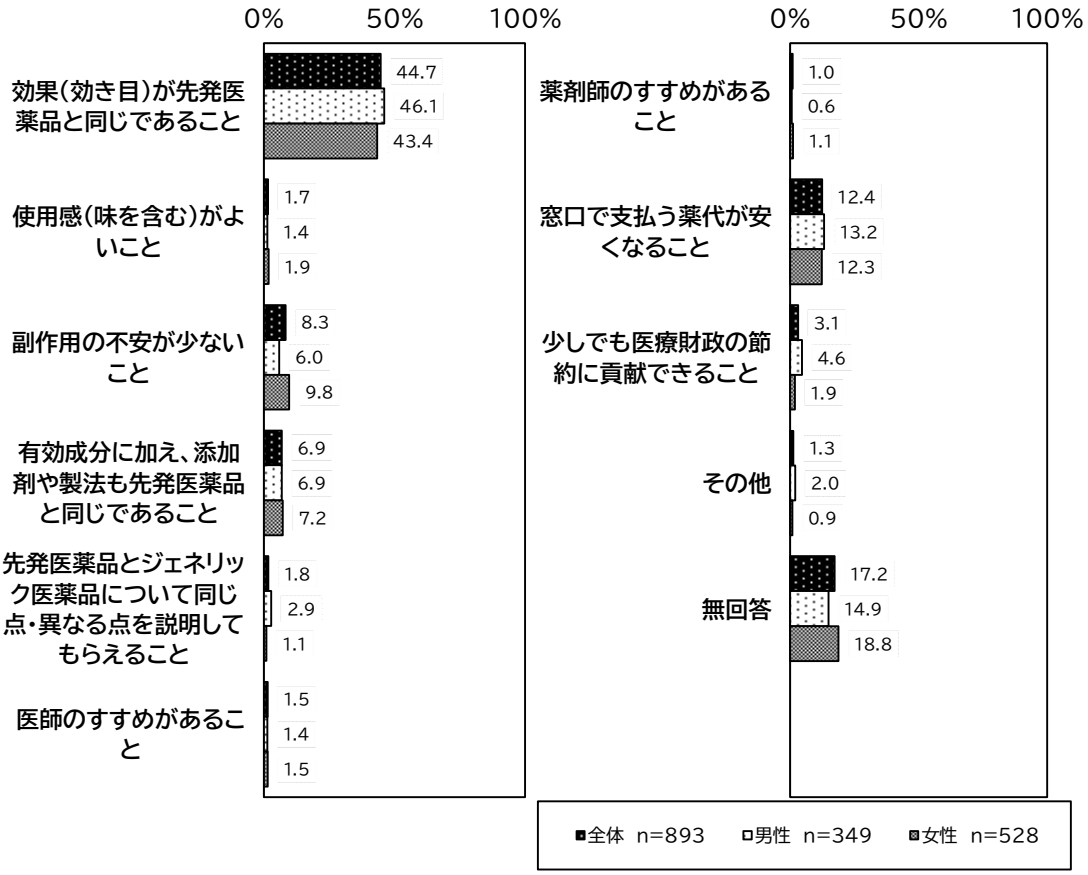
図表 4-63　（参考 令和 4 年度調査）
ジェネリック医薬品を使用する上で重要なこと（性別、複数回答）



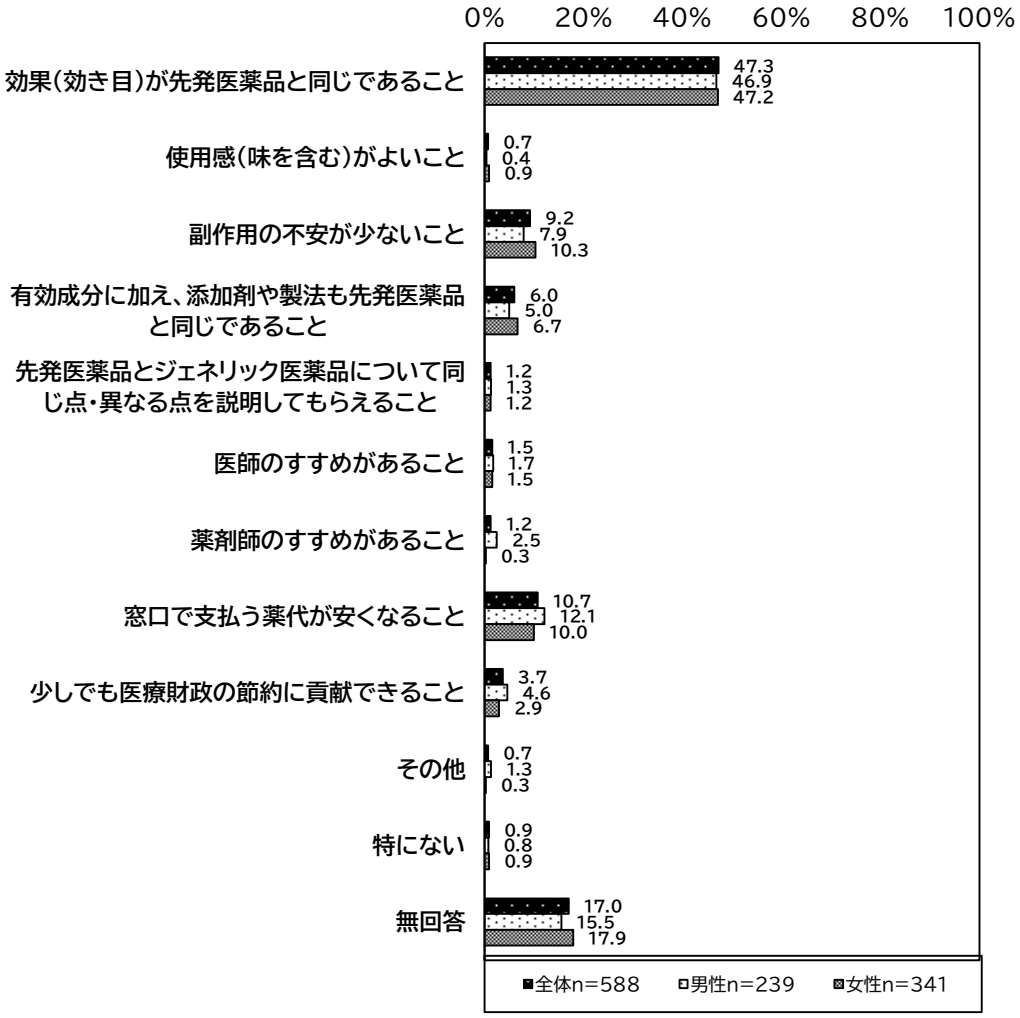
(3) ジェネリック医薬品を使用する上で最も重要なこと

ジェネリック医薬品を使用する上で最も重要なことについてみると、「効果（効き目）が先発医薬品と同じであること」が 44.7%で最も多かった。

図表 4-64　ジェネリック医薬品を使用する上で最も重要なこと（性別、単数回答）



図表 4-65　（参考 令和 4 年度調査）
ジェネリック医薬品を使用する上で最も重要なこと（性別、単数回答）



6) ジェネリック医薬品を使用する上での意見・要望

図表 4-66　ジェネリック医薬品を使用する上での意見・要望（自由記述）

○後発医薬品の効果・品質 ・効果が同じであれば後発医薬品でも構わない。 ・副作用の不安がなければよい。 ・後発医薬品だと見た目が変わる。 ・後発医薬品は先発医薬品より飲みにくい場合がある。 ・有効成分に加え、添加物も先発医薬品と同じであること。 ・心臓の薬は先発医薬品を使用したい。他はジェネリック医薬品でもよい。
○流通・供給 ・安定して同じメーカーの薬を使用したい ・製造工程における安全性の確保。 ・ジェネリック医薬品が入荷しないため先発品になった。
○自己負担額について ・効果が同じであれば窓口の支払いが安く済むジェネリック医薬品でよい。 ・少しでも安くなるのはよい。
○説明等 ・医師から進められるとジェネリック医薬品に変更しやすい。 ・バイオシミラーとかAGなど耳なじみのない用語がある。後発品を広めるなら医者からの説明が鍵になる。 ・薬効、安全性など、薬剤師の説明が必要。 ・外用薬など使用感が違うものは教えてほしい。 ・先発品と効果や副作用の違いがある場合、丁寧な説明を受けたい。 ・専門的な情報でも構わないので、ウェブサイトなどで公開し、アクセスしやすくなってほしい。 ・ジェネリック医薬品をできれば使用したいと思うが、どの薬にジェネリックがあるかわからず選択しようがない。

5. 患者調査（インターネット調査）

【調査対象等】

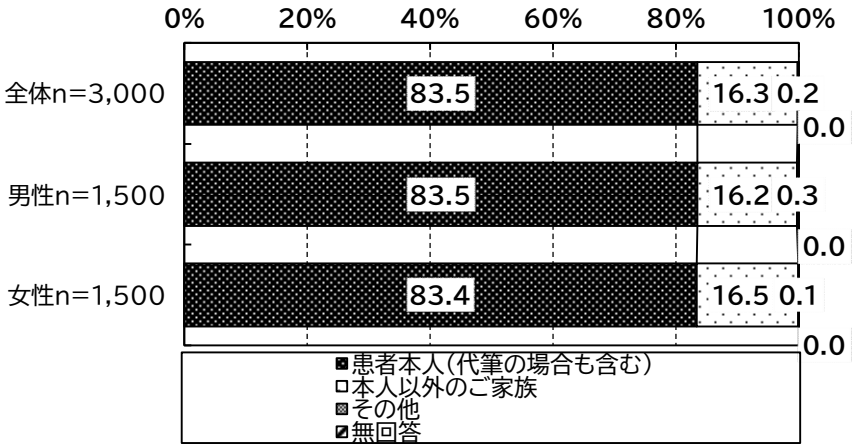
調査対象：インターネット調査会社のモニターのうち、直近 3 か月以内に保険薬局に処方箋を持参した患者。男女別、年齢階級別に対象者数を確定した。
回 答 数：3,000 人
回 答 者：患者本人もしくは家族

1) 記入者の属性

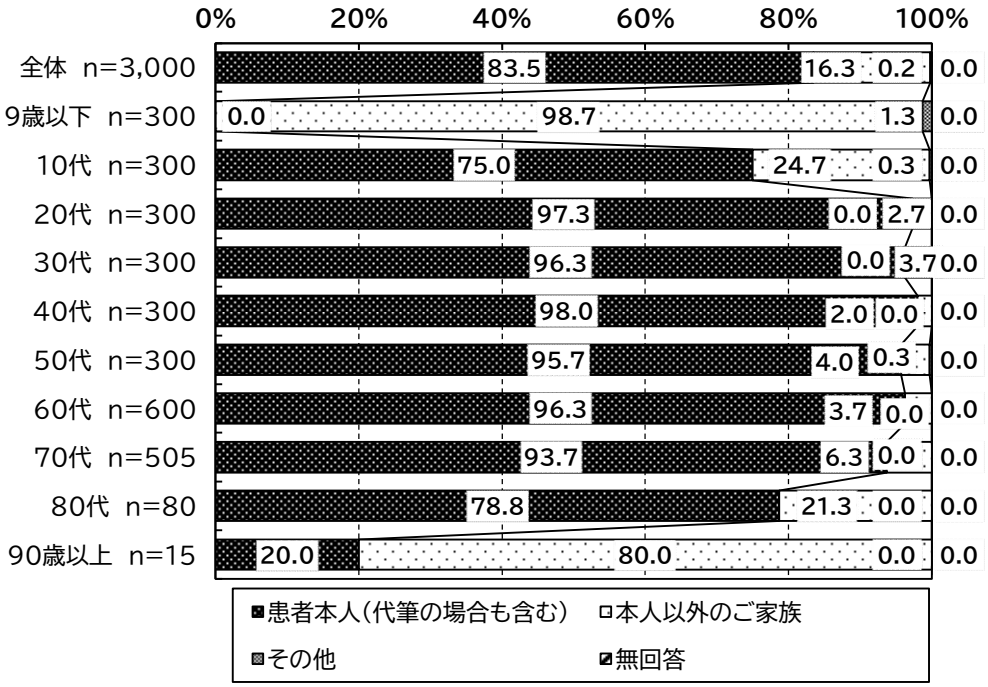
(1) 記入者と患者の関係

記入者と患者の関係についてみると、「患者本人（代筆の場合も含む）」が 83.5%であった。

図表 5-1 記入者と患者の関係（性別）



図表 5-2 記入者と患者の関係（年代別）



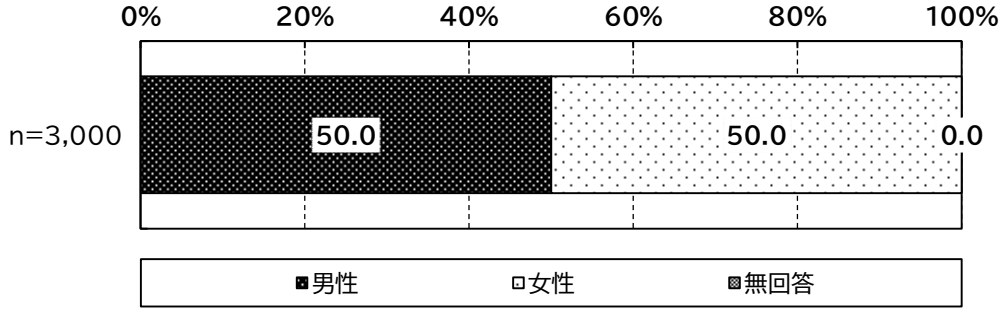
※「本人以外のご家族」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・母、父、子、配偶者　等

2) 患者の属性等

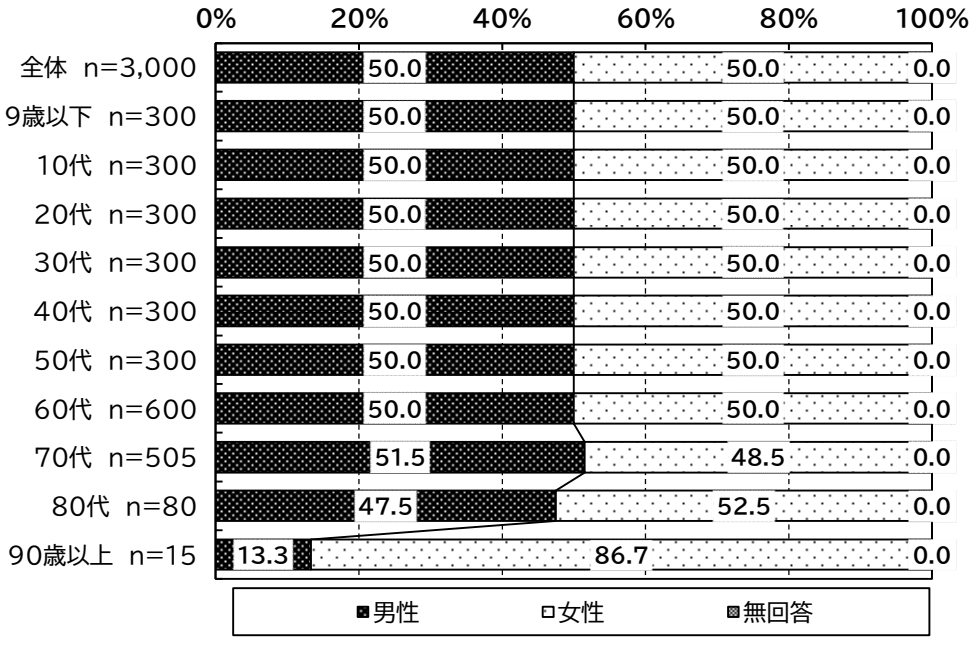
(1) 患者の基本属性

性別については、男性が 1,500 名（50%）、「女性」が 1,500 名（50%）となるように調査対象を設定した。

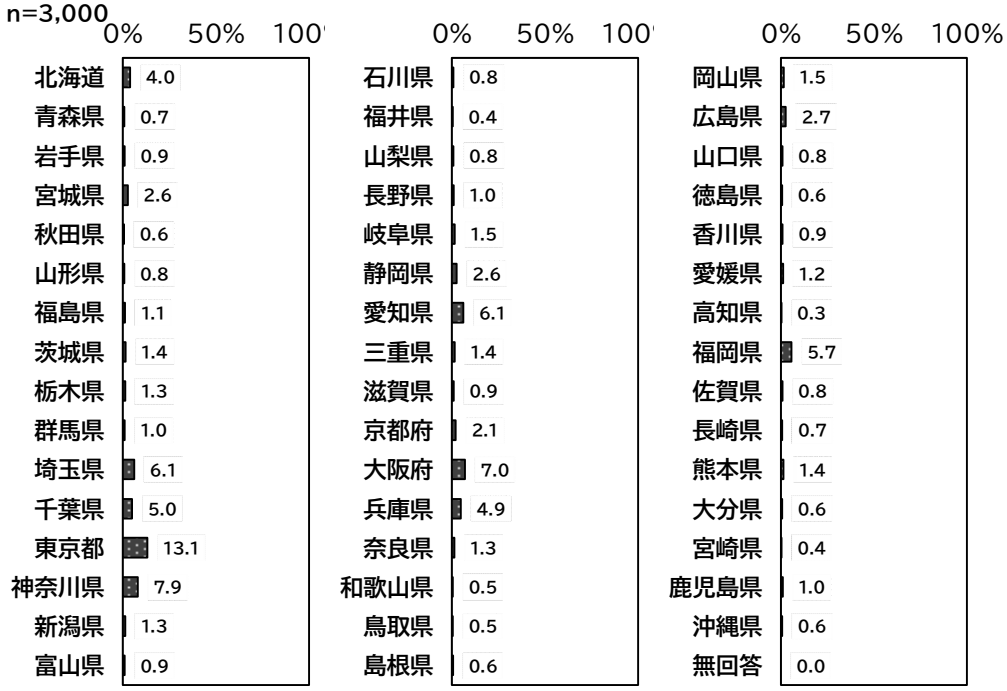
図表 5-3 性別



図表 5-4 年代分布（性別）



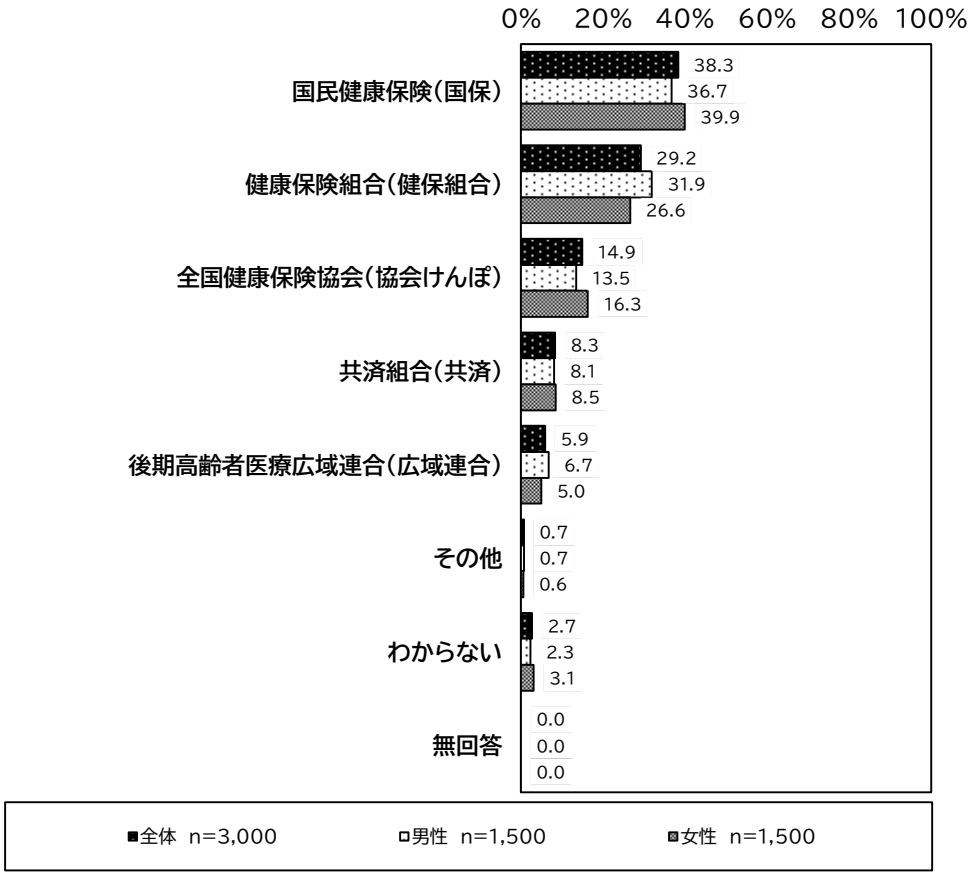
図表 5-5　居住地


n=3,000
0%
50%
100%
北海道 4.0
青森県 0.7
岩手県 0.9
宮城県 2.6
秋田県 0.6
山形県 0.8
福島県 1.1
茨城県 1.4
栃木県 1.3
群馬県 1.0
埼玉県 6.1
千葉県 5.0
東京都 13.1
神奈川県 7.9
新潟県 1.3
富山県 0.9
石川県 0.8
福井県 0.4
山梨県 0.8
長野県 1.0
岐阜県 1.5
静岡県 2.6
愛知県 6.1
三重県 1.4
滋賀県 0.9
京都府 2.1
大阪府 7.0
兵庫県 4.9
奈良県 1.3
和歌山県 0.5
鳥取県 0.5
島根県 0.6
岡山県 1.5
広島県 2.7
山口県 0.8
徳島県 0.6
香川県 0.9
愛媛県 1.2
高知県 0.3
福岡県 5.7
佐賀県 0.8
長崎県 0.7
熊本県 1.4
大分県 0.6
宮崎県 0.4
鹿児島県 1.0
沖縄県 0.6
無回答 0.0

(2) 公的医療保険の種類

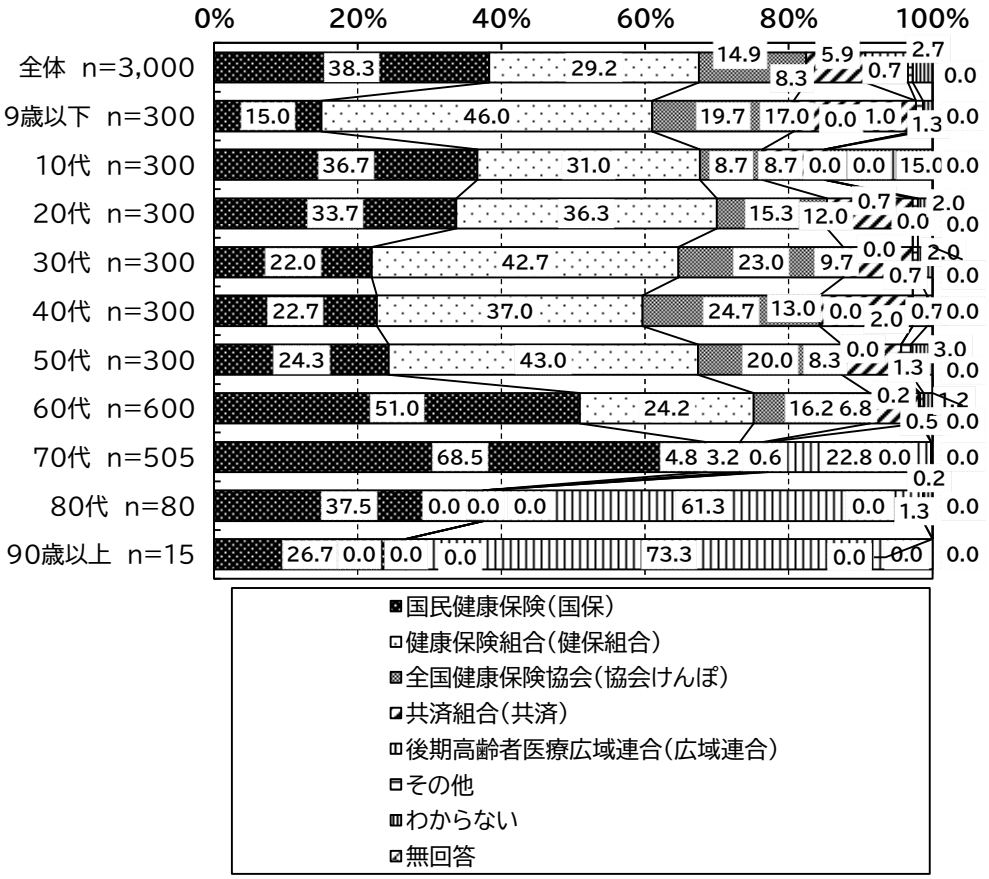
公的医療保険の種類についてみると、「国民健康保険（国保）」が 38.3%と最も多かった。

図表 5-6　公的医療保険の種類（性別）



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・生活保護　等

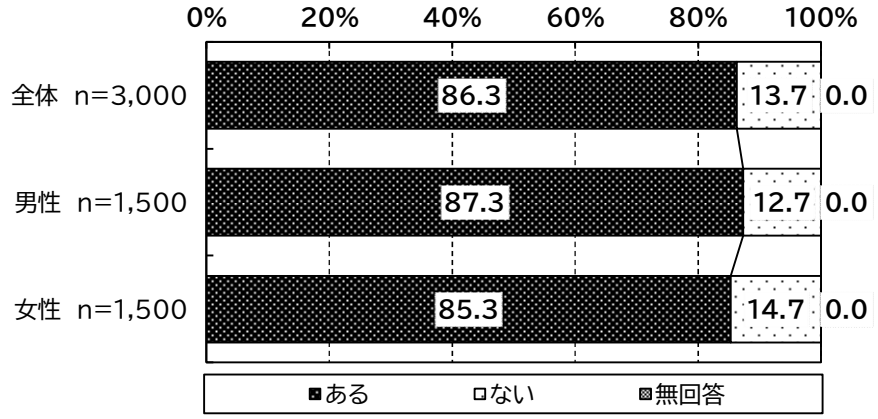
図表 5-7　公的医療保険の種類（年代別）



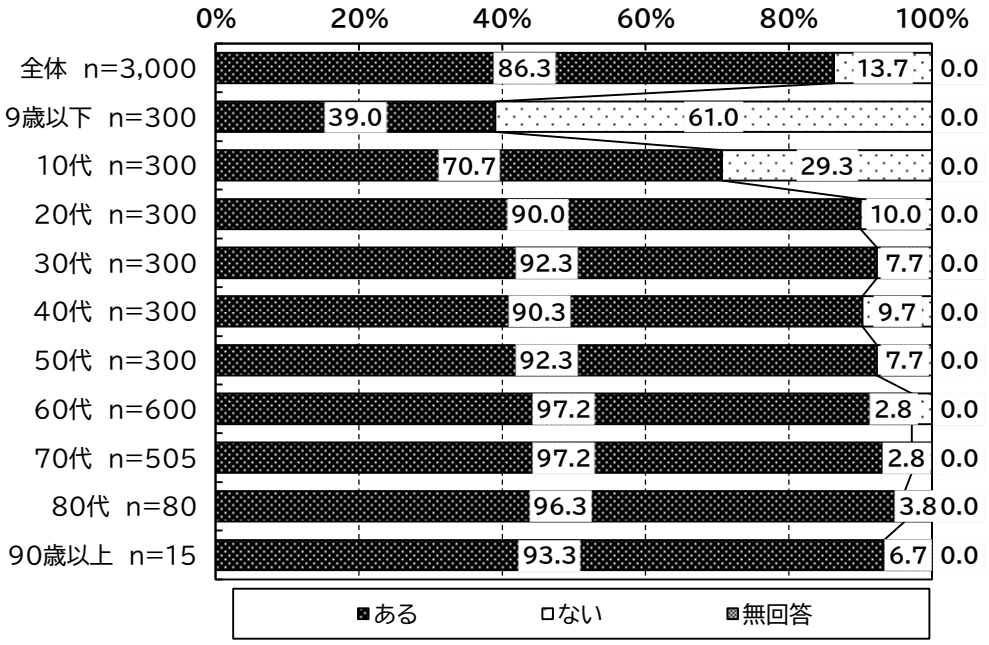
(3) 自己負担額の有無

自己負担額の有無についてみると、「ある」が 86.3%、「ない」が 13.7%であった。

図表 5-8　自己負担額の有無（性別）



図表 5-9　自己負担額の有無（年代別）

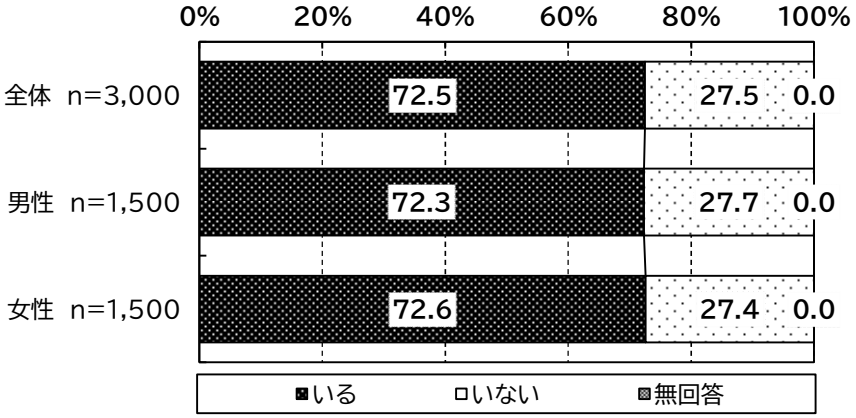


(4) かかりつけ医の有無

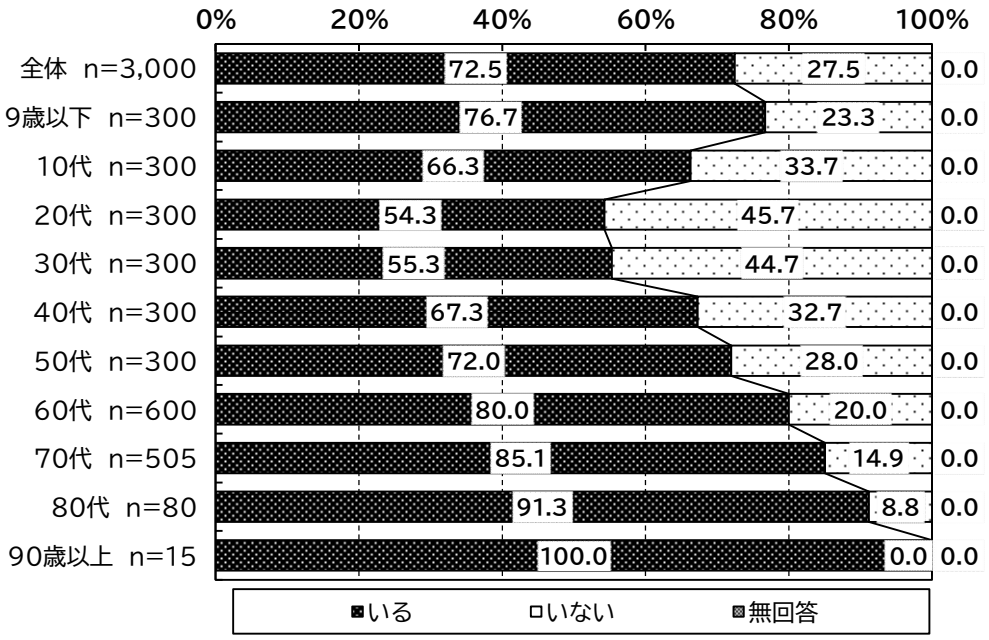
かかりつけ医の有無についてみると、「いる」が 72.5%、「いない」が 27.5%であった。

※本設問ではかかりつけ医を「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」と定義した。

図表 5-10　かかりつけ医の有無（性別）



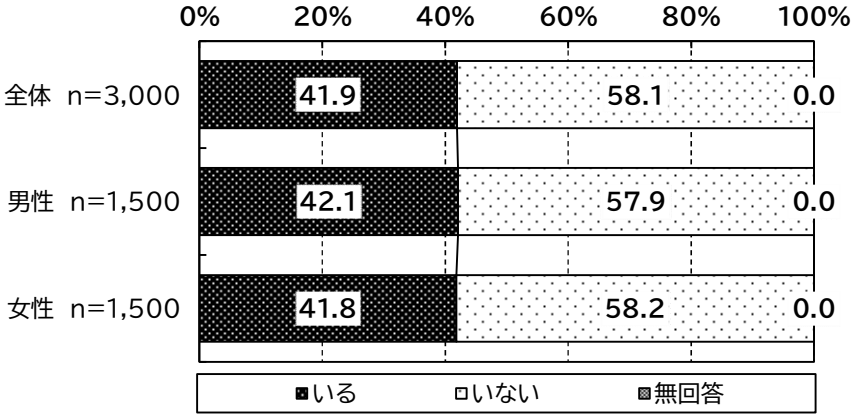
図表 5-11　かかりつけ医の有無（年代別）



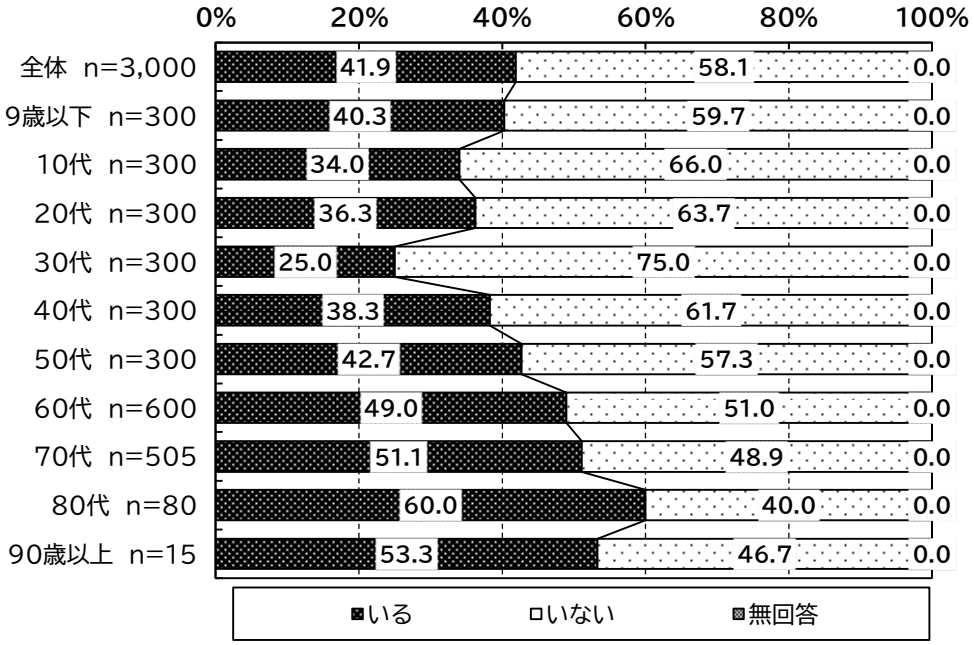
(5) 薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師の有無

薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師の有無についてみると、「いる」が41.9%、「いない」が58.1%であった。

図表 5-12　薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師の有無（性別）



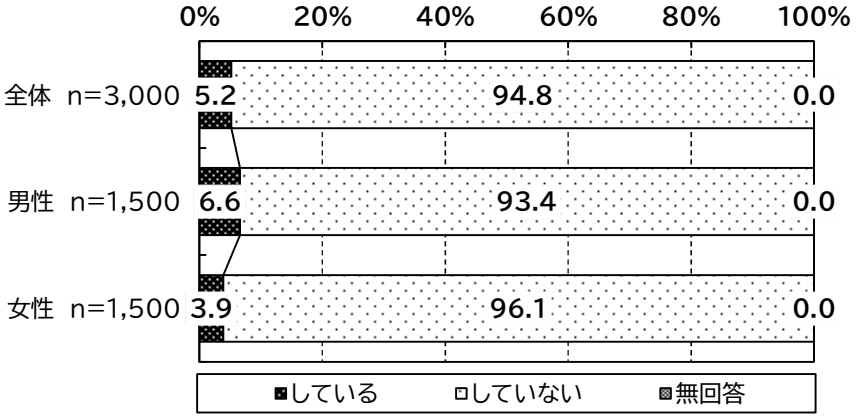
図表 5-13　薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師の有無（年代別）



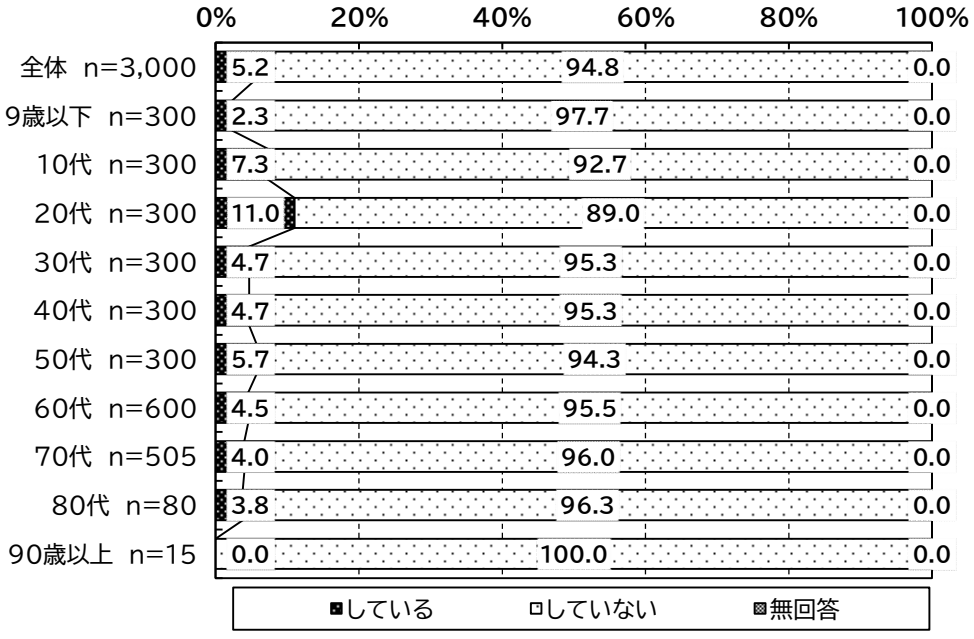
(6) 自己注射の有無

注射剤を自身で注射しているかについては、「している」が 5.2%、「していない」が 94.8%であった。

図表 5-14　注射剤を自身で注射しているか（性別）



図表 5-15　注射剤を自身で注射しているか（年代別）



3) 調査日における受診・調剤状況等

(1) 薬局窓口での自己負担額

薬局窓口での自己負担額についてみると、平均 2,029.4 円であった。

図表 5-16 薬局窓口での自己負担額（性別）

	回答者数	自己負担額（円）	標準偏差	中央値
全体	2,973	2,029.4	4,302.8	1,000.0
男性	1,489	2,091.2	3,814.6	1,200.0
女性	1,484	1,967.4	4,741.6	1,000.0

※医療費の自己負担があった人のみを集計。

図表 5-17 薬局窓口での自己負担額（年代別）

	回答者数	自己負担額（円）	標準偏差	中央値
９歳以下	297	232.5	1,050.1	0.0
10 代	296	1,029.0	1,340.9	600.0
20 代	295	2,072.7	3,835.1	1,200.0
30 代	297	2,226.0	5,697.1	1,200.0
40 代	299	2,391.6	5,699.3	1,350.0
50 代	295	2,788.8	6,675.6	1,400.0
60 代	598	2,959.5	4,424.1	1,695.0
70 代	502	1,863.6	2,514.2	1,090.0
80 代	79	1,485.5	2,215.2	900.0
90 代以上	15	1,783.3	1,806.8	1,100.0

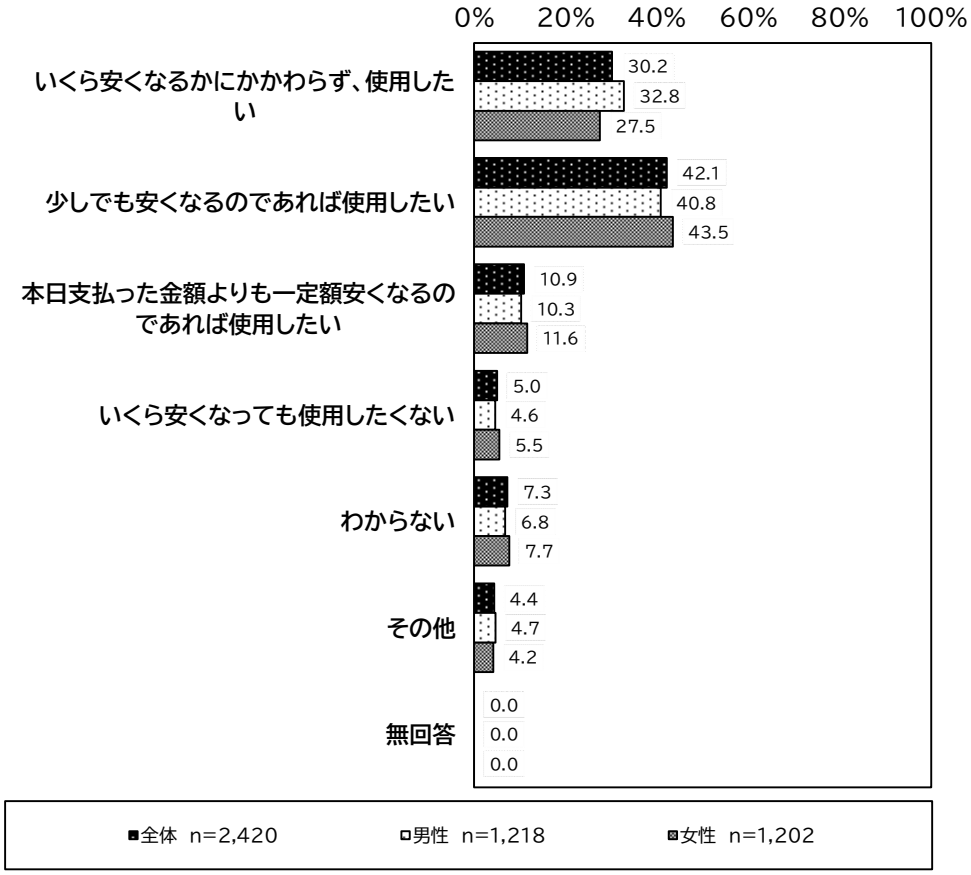
※医療費の自己負担があった人のみを集計。

(2) ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担との関係）

① ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担との関係）

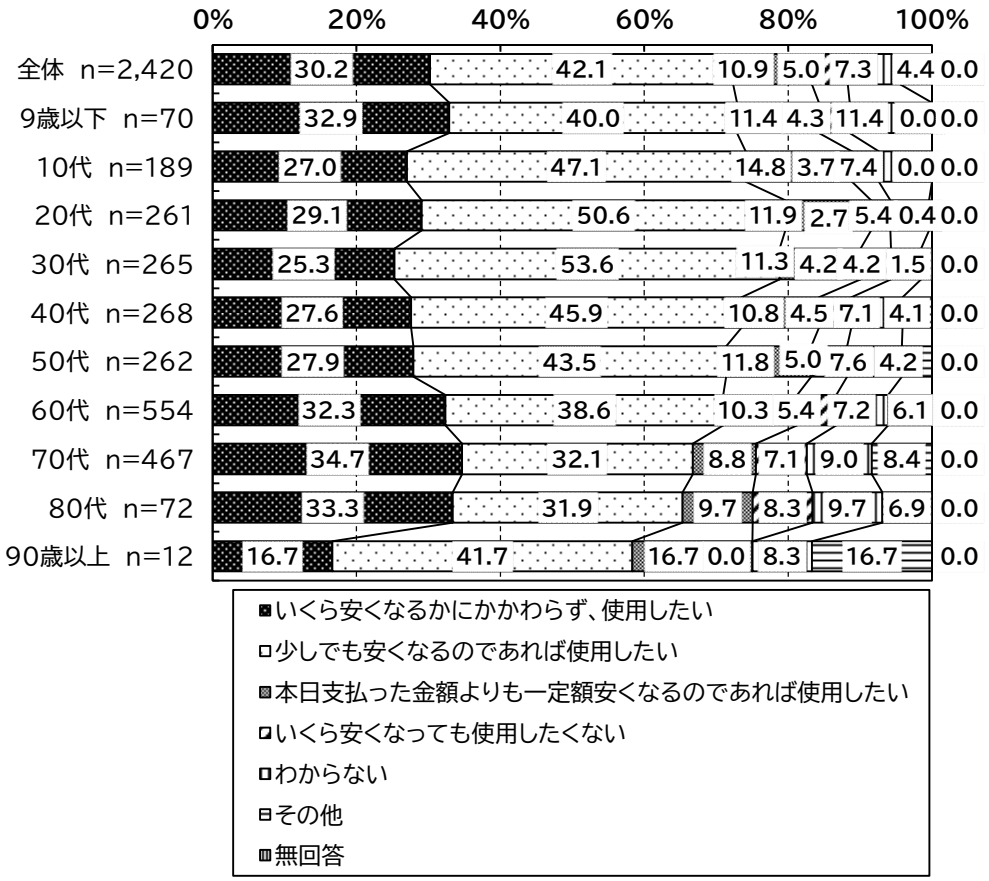
医療費の自己負担があった人（2,420 人）に対して、ジェネリック医薬品に関する使用意向を尋ねたところ、「少しでも安くなるのであれば使用したい」が 42.1%と最も多かった。

図表 5-18 ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担との関係）
（医療費の自己負担があった人、性別）

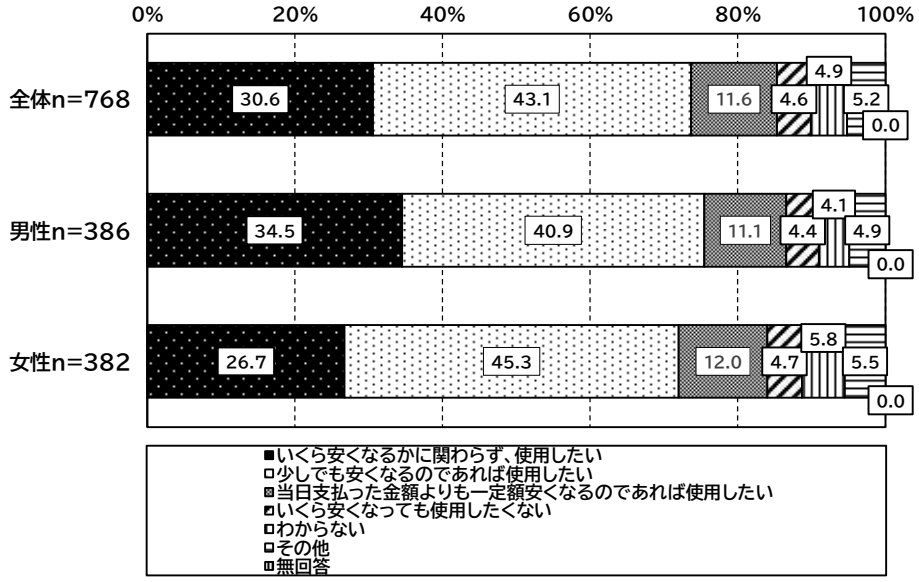


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 医師の指示通りに使用する。
- 薬の種類による。
- 既にジェネリック医薬品を使用している。

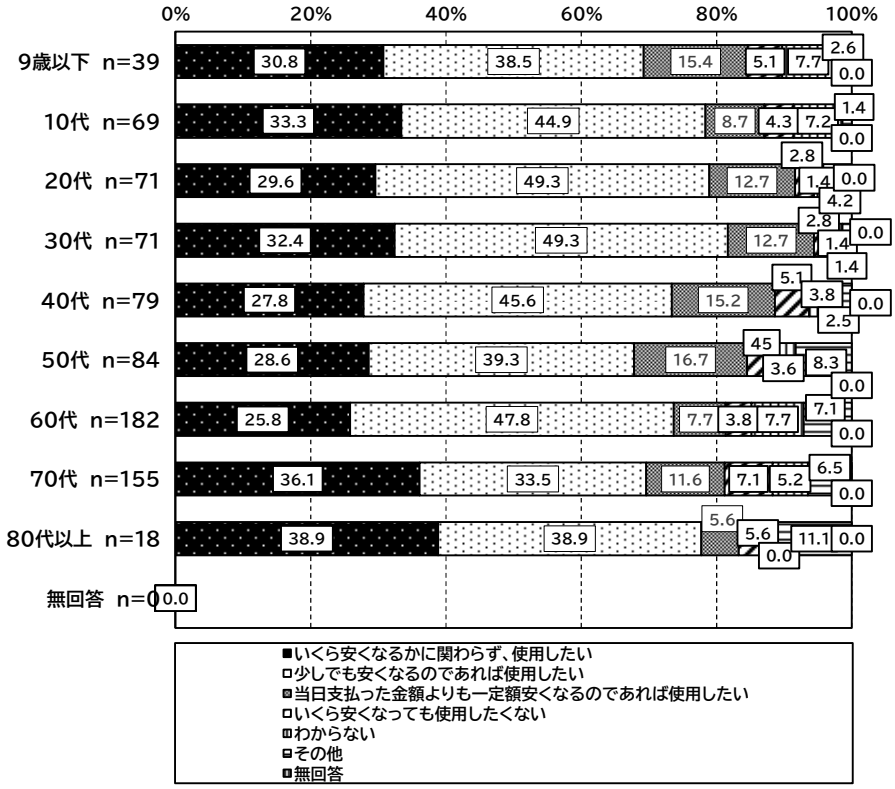
図表 5-19　ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担との関係）
（医療費の自己負担があった人、年代別）



図表 5-20　（参考 令和 4 年度インターネット調査）ジェネリック医薬品に関する使用意向（医療費の自己負担があった人、性別）



図表 5-21　（参考 令和 4 年度インターネット調査）ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担との関係）（医療費の自己負担があった人、年代別）



② ジェネリック医薬品を使用してもよいと思う自己負担額上の差額

また、「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」と回答した人（264 人）に対して、ジェネリック医薬品を使用してもよいと思う自己負担額上の差額を尋ねたところ、全体では平均 923.3 円であった。

図表 5-22 ジェネリック医薬品を使用してもよいと思う自己負担額上の差額
（「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」と回答した患者、性別）

	回答者数	平均差額（円）	標準偏差	中央値
全体	264	923.3	1,143.7	500.0
男性	125	909.2	962.4	500.0
女性	139	936.0	1,285.0	500.0

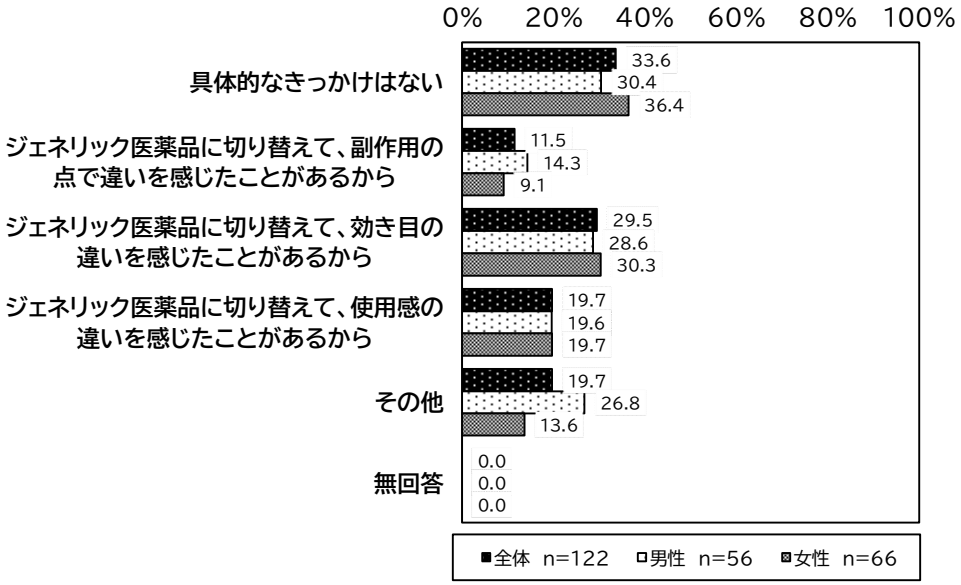
図表 5-23 ジェネリック医薬品を使用してもよいと思う自己負担額上の差額
（「本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい」と回答した患者、年代別）

	回答者数	平均差額（円）	標準偏差	中央値
９歳以下	8	449.4	600.9	250.0
10 代	28	803.6	731.7	500.0
20 代	31	1,009.7	1,101.6	500.0
30 代	30	723.6	891.5	500.0
40 代	29	663.8	513.8	500.0
50 代	31	1,321.0	2,009.9	500.0
60 代	57	1,166.7	1,163.0	1,000.0
70 代	41	864.6	964.6	500.0
80 代	7	242.9	90.4	300.0
90 代以上	2	400.0	100.0	400.0

③ ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくないと思った具体的なきっかけ

「いくら安くなっても使用したくない」と回答した人（122 人）に対して、ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくないと思われる具体的なきっかけを尋ねたところ、「具体的なきっかけはない」が 33.6%で最も多かった。

図表 5-24　ジェネリック医薬品を使用したくないと思った具体的なきっかけ
（「いくら安くなっても使用したくない」と回答した人）（複数回答）（性別）



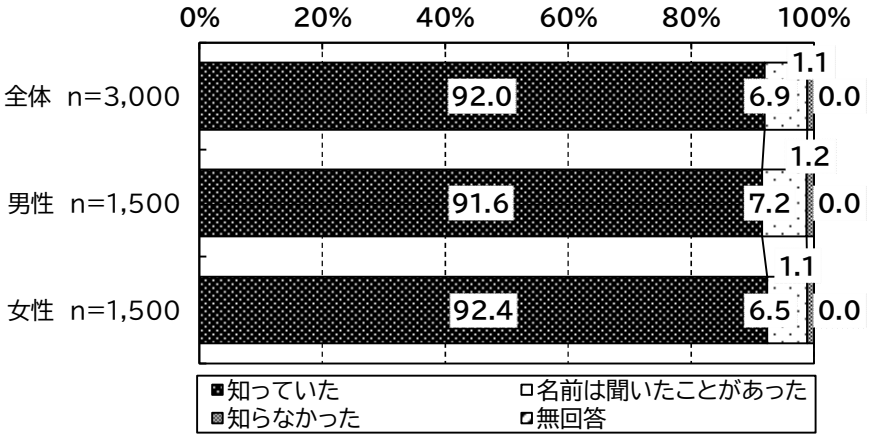
※「その他」の内容のうち、主に以下のものが挙げられた。
- 医師がすすめていない。
- 製造メーカーの不祥事を受けて。

4) ジェネリック医薬品使用に関する経験等

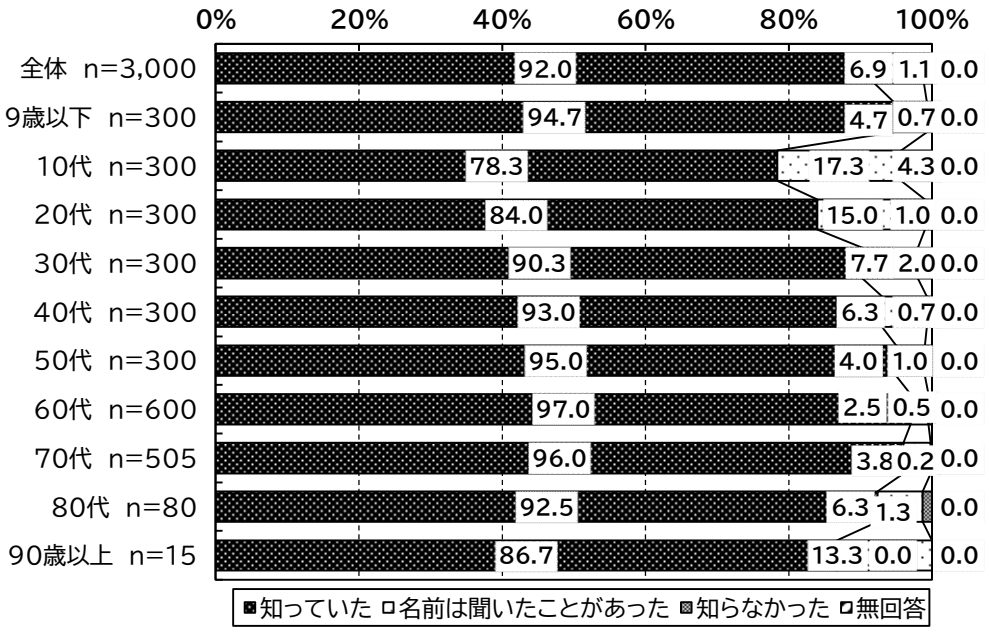
(1) ジェネリック医薬品に対する認知度

ジェネリック医薬品に対する認知度についてみると、「知っていた」が 92.0%、「名前は聞いたことがあった」が 6.9%、「知らなかった」が1.1%であった。

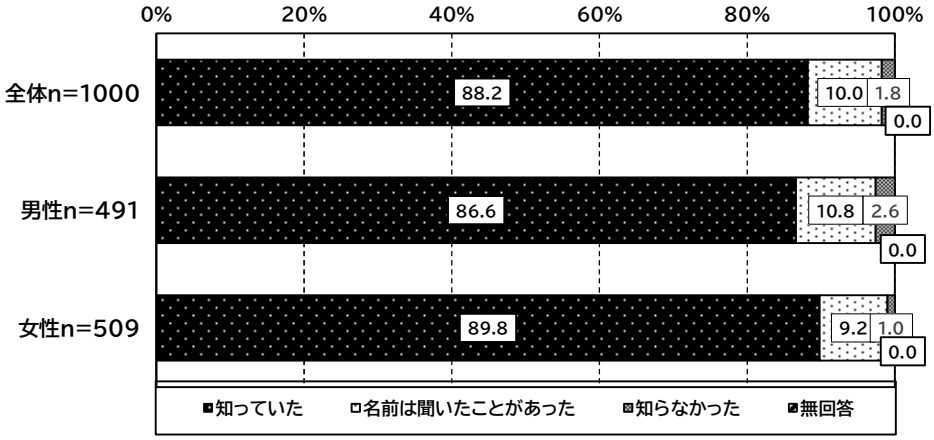
図表 5-25 ジェネリック医薬品に対する認知度（性別）



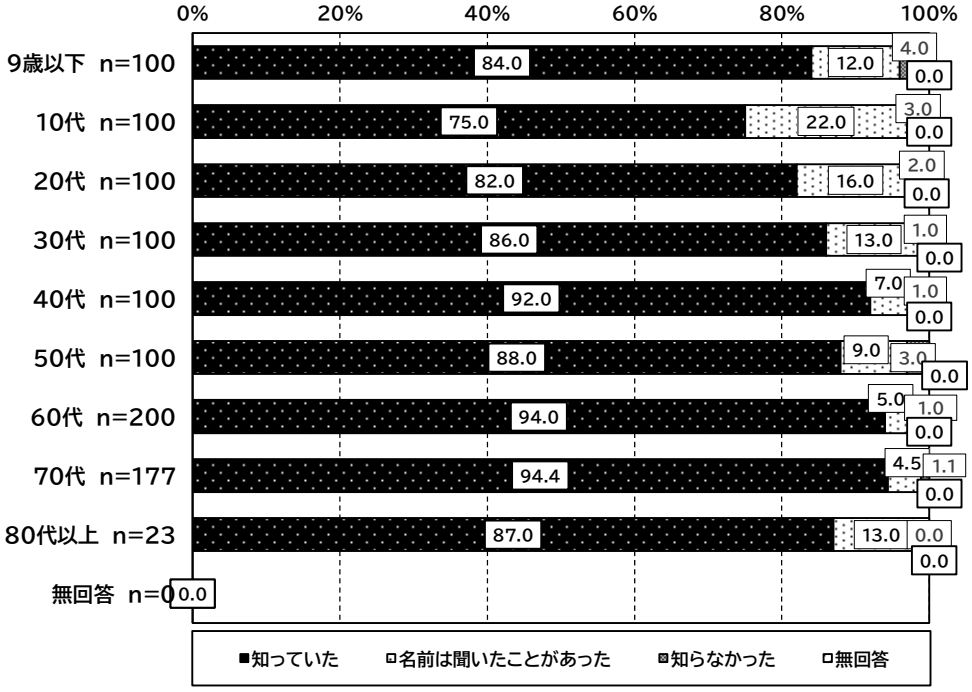
図表 5-26 ジェネリック医薬品に対する認知度（年代別）



図表 5-27　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
ジェネリック医薬品に対する認知度（性別）



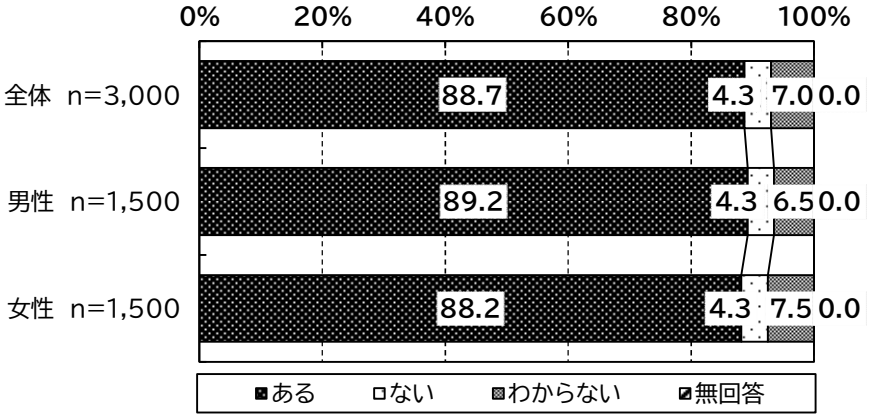
図表 5-28　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
ジェネリック医薬品に対する認知度（年代別）



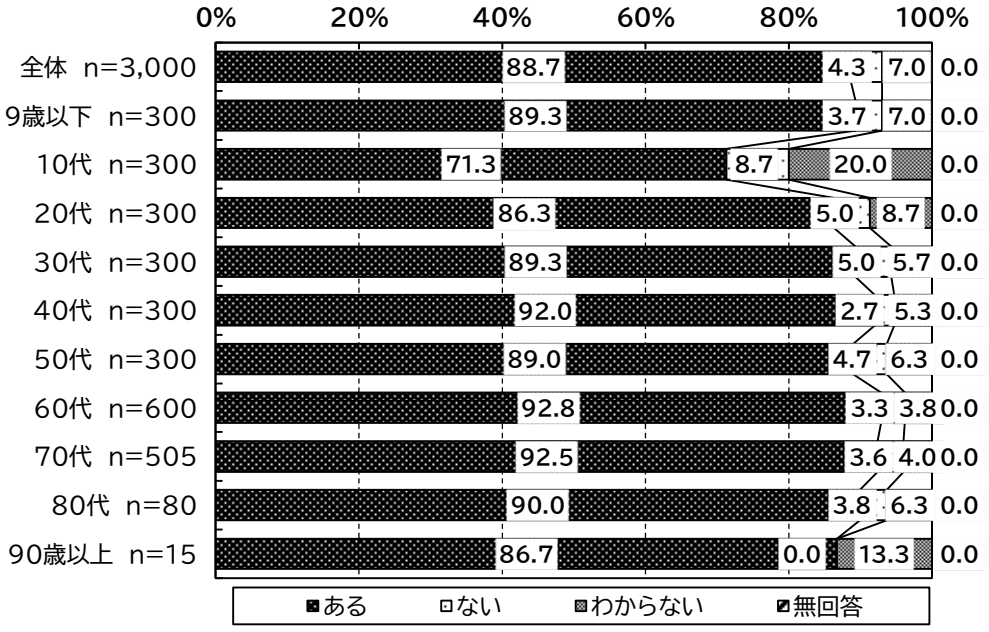
(2) ジェネリック医薬品の使用経験の有無

ジェネリック医薬品の使用経験の有無についてみると、「ある」が 88.7%、「ない」が 4.3%であった。

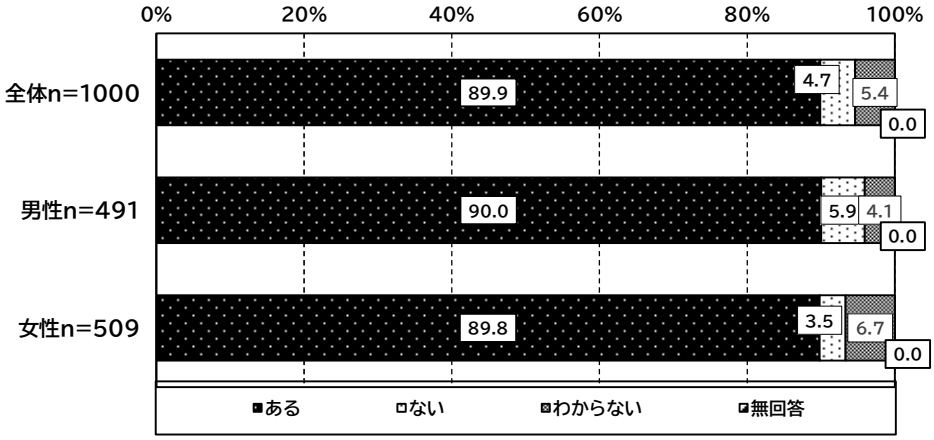
図表 5-29　ジェネリック医薬品の使用経験の有無（性別）



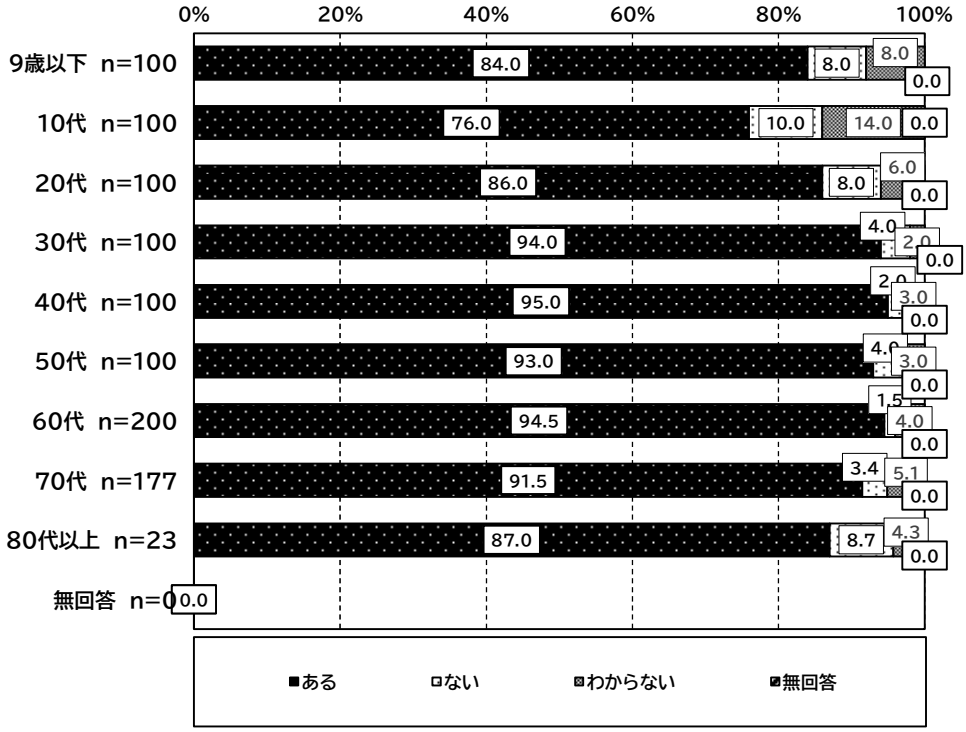
図表 5-30　ジェネリック医薬品の使用経験の有無（年代別）



図表 5-31　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
ジェネリック医薬品の使用経験の有無（性別）



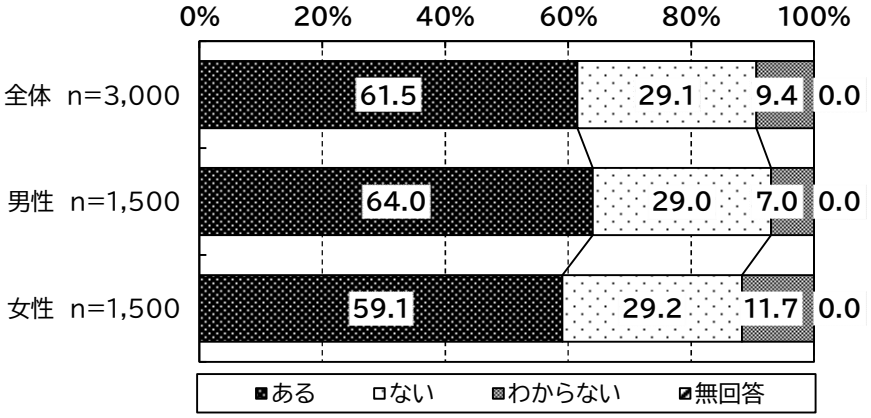
図表 5-32　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
ジェネリック医薬品の使用経験の有無（年代別）



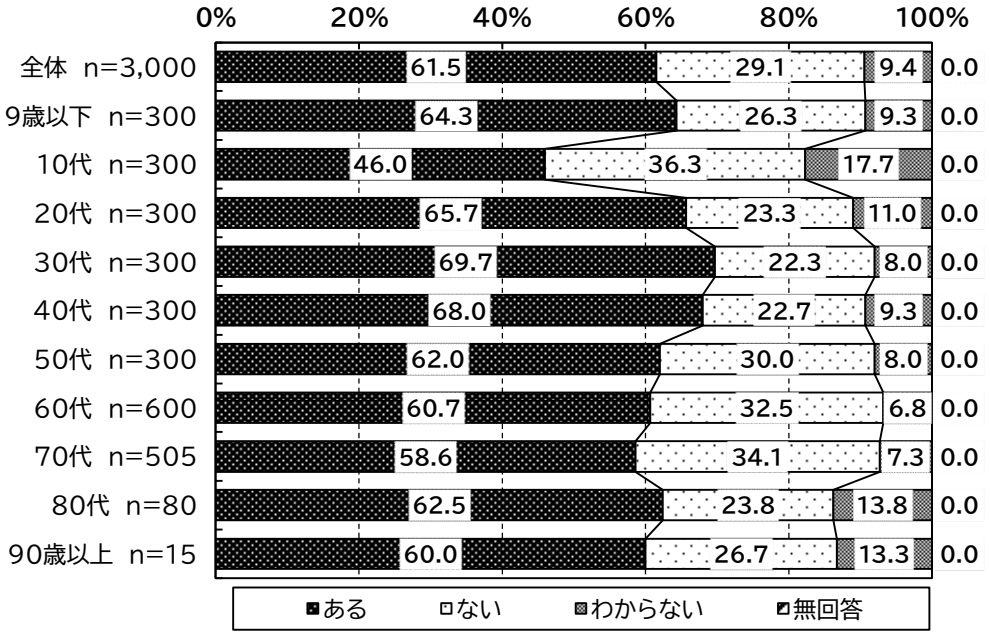
(3) ジェネリック医薬品について医師から説明を受けた経験の有無

ジェネリック医薬品について医師から説明を受けた経験の有無についてみると、「ある」が 61.5%、「ない」が 29.1%、「わからない」が 9.4%であった。

図表 5-33　ジェネリック医薬品について医師から説明を受けた経験の有無（性別）



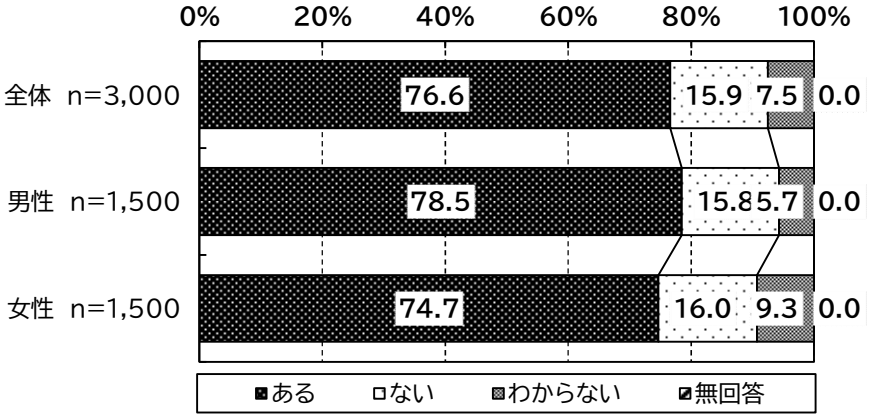
図表 5-34　ジェネリック医薬品について医師から説明を受けた経験の有無（年代別）



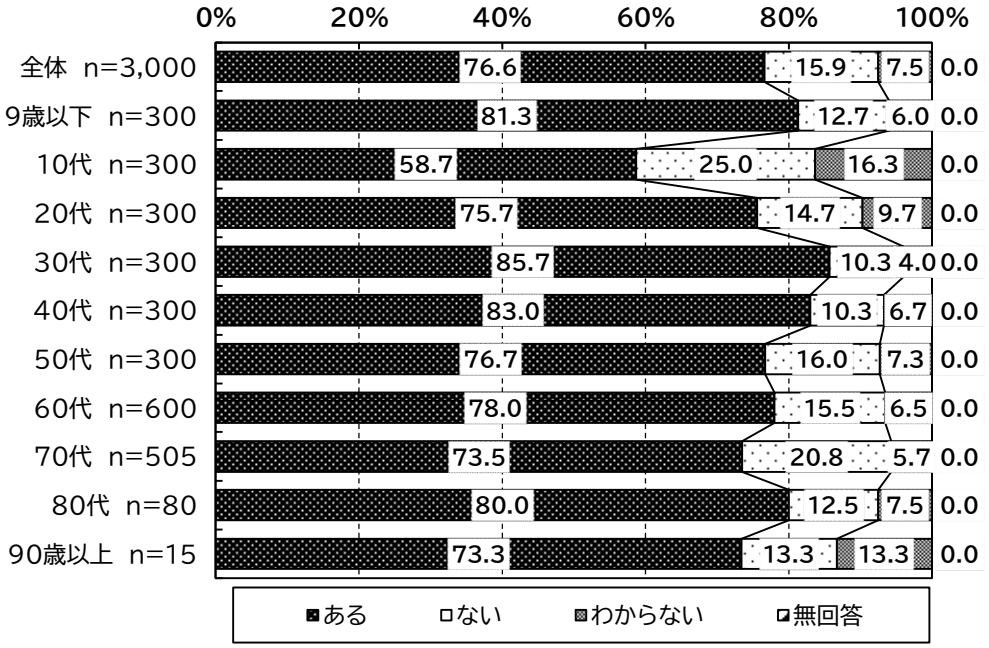
(4) ジェネリック医薬品について薬剤師から説明を受けた経験の有無

ジェネリック医薬品について薬剤師から説明を受けた経験の有無についてみると、「ある」が 76.6%、「ない」が 15.9%、「わからない」が 7.5%であった。

図表 5-35　ジェネリック医薬品について薬剤師から説明を受けた経験の有無（性別）



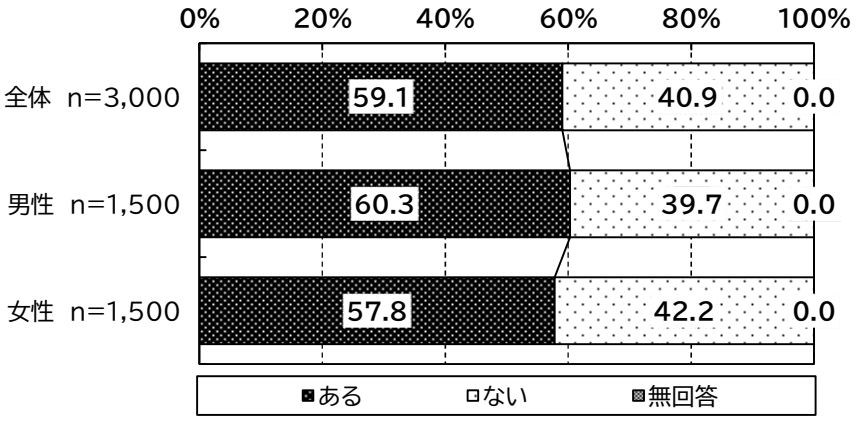
図表 5-36　ジェネリック医薬品について薬剤師から説明を受けた経験の有無（年代別）



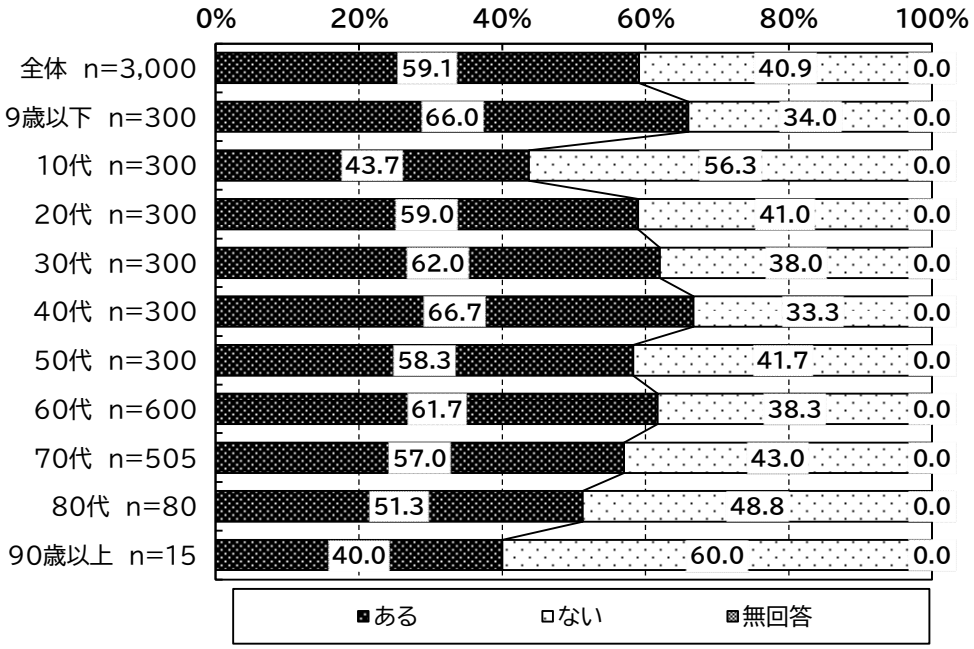
(5) ジェネリック医薬品の調剤を薬剤師に頼んだ経験の有無

ジェネリック医薬品の調剤を薬剤師に頼んだ経験の有無を尋ねたところ、「ある」が59.1%、「ない」が40.9%であった。

図表 5-37　ジェネリック医薬品の調剤を薬剤師に頼んだ経験の有無（性別）



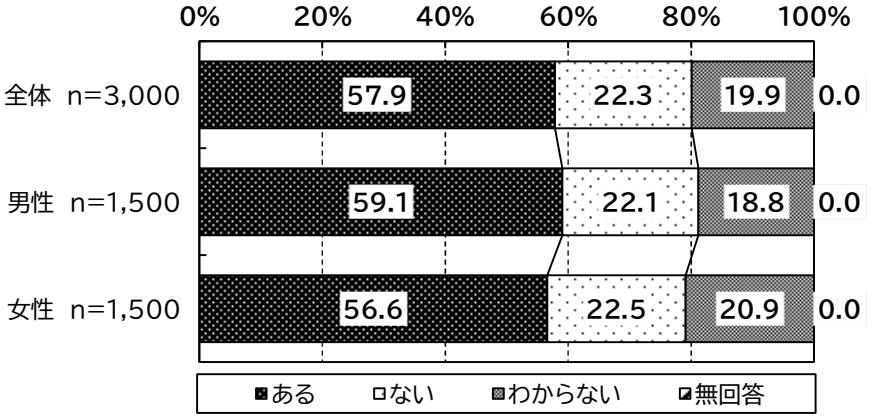
図表 5-38　ジェネリック医薬品の調剤を薬剤師に頼んだ経験の有無（年代別）



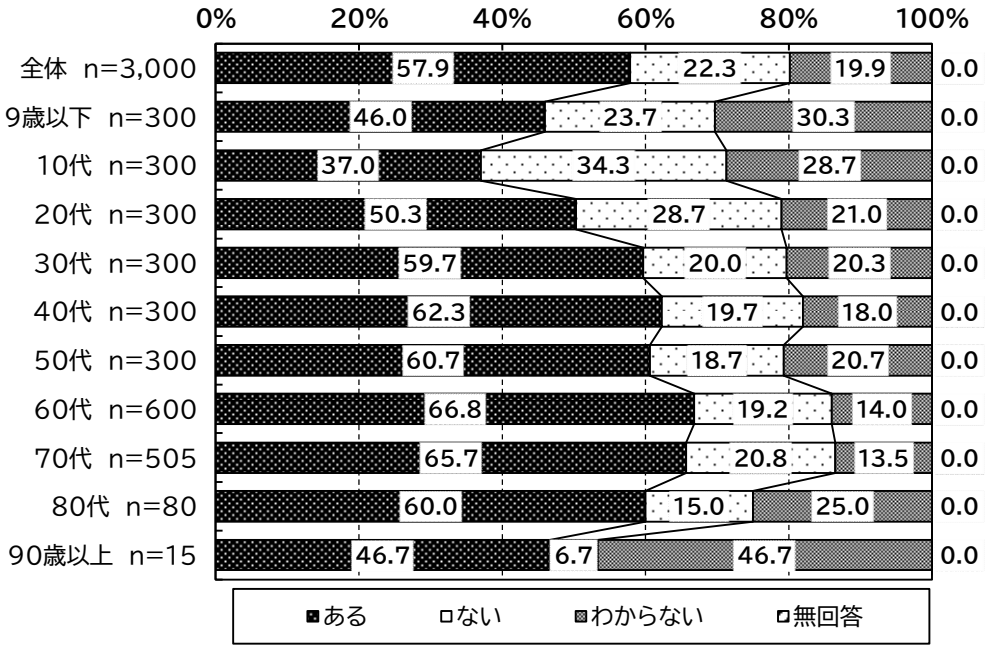
(6) 今までに先発医薬品からジェネリック医薬品に変更した薬の有無

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薬の有無を尋ねたところ、「ある」が 57.9%、「ない」が 22.3%、「わからない」が 19.9%であった。

図表 5-39　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薬の有無（性別）



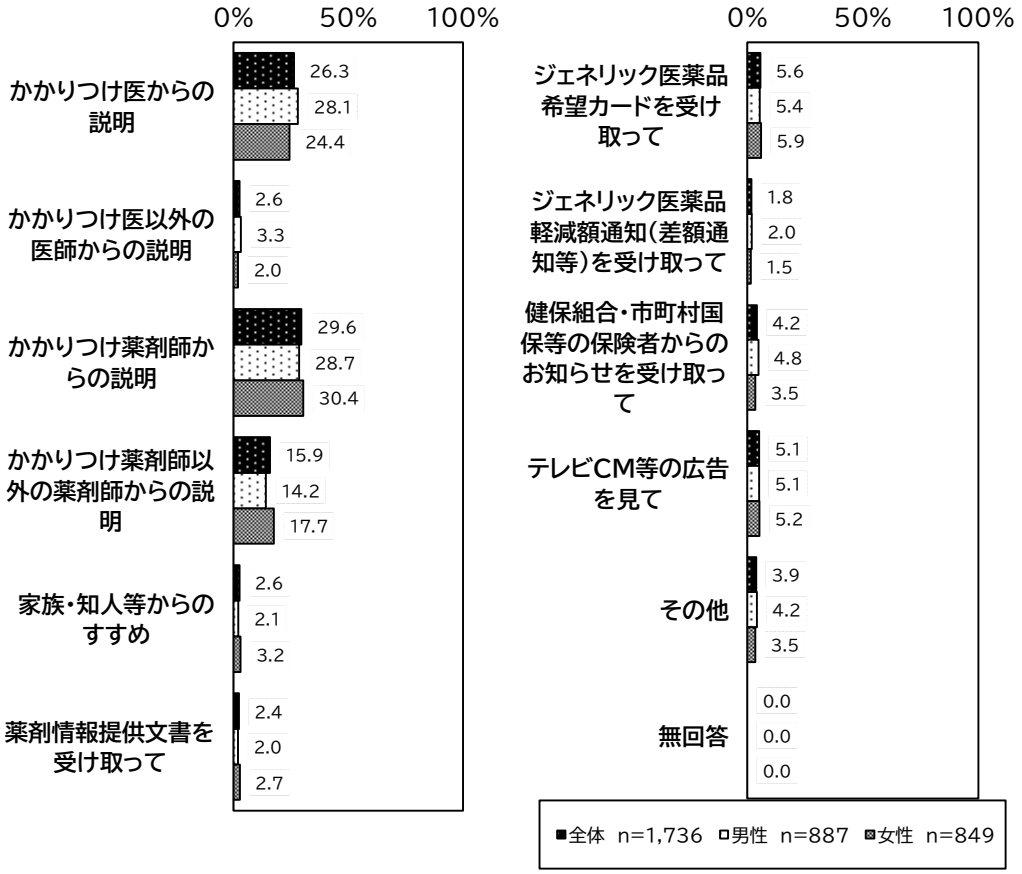
図表 5-40　今までに先発医薬品からジェネリック医薬品に変更した薬の有無（年代別）



① 先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したきっかけ

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薬がある人（1,736 人）に対して、先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したきっかけを尋ねたところ、「かかりつけ薬剤師からの説明」が 29.6%で最も多かった。

図表 5-41 先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したきっかけ
（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薬がある人、性別）



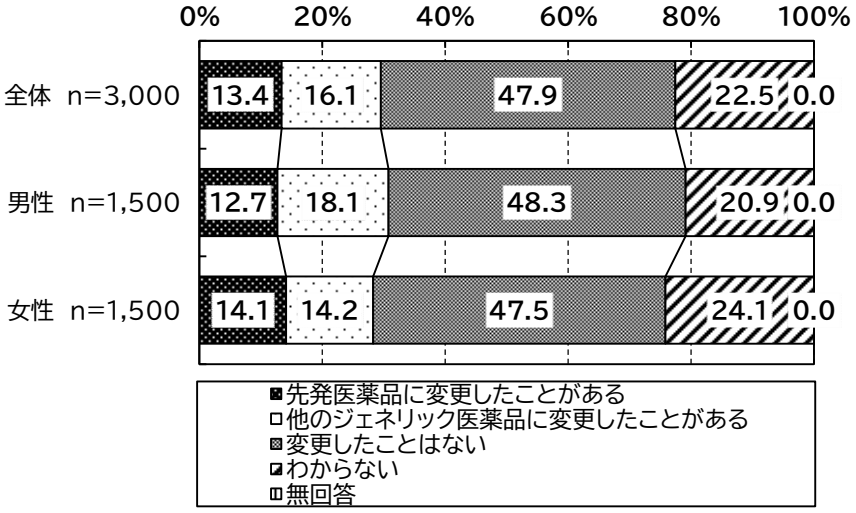
※薬剤情報提供文書とは保険薬局から調剤したお薬と一緒に渡される文書で、薬の名前や写真、効能・効果、用法、副作用、注意事項などが書かれている。平成 24 年 4 月以降、ジェネリック医薬品についての説明（ジェネリック医薬品の有無や価格など）もこの文書に記載し、患者に情報提供することとなった。

※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。

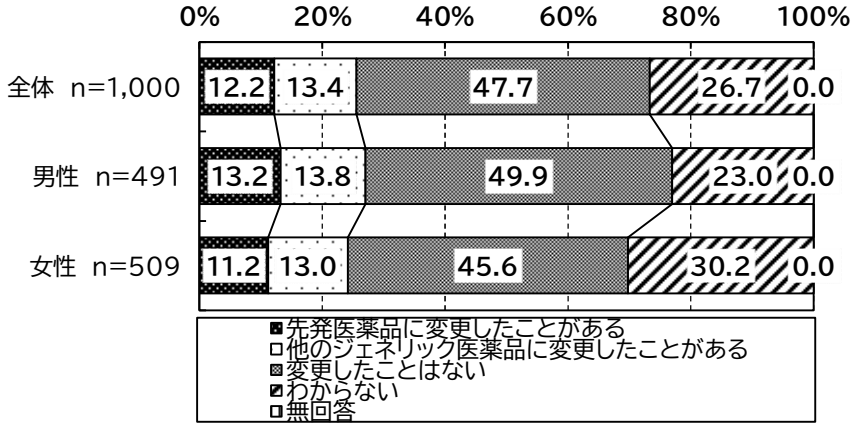
(7) 今までにジェネリック医薬品から先発医薬品や他のジェネリック医薬品に変更した薬の有無

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薬の有無を尋ねたところ、「先発医薬品に変更したことがある」が 13.4%、「他のジェネリック医薬品に変更したことがある」が 16.1%、「変更したことはない」が 47.9%であった。

図表 5-42　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薬の有無（性別）



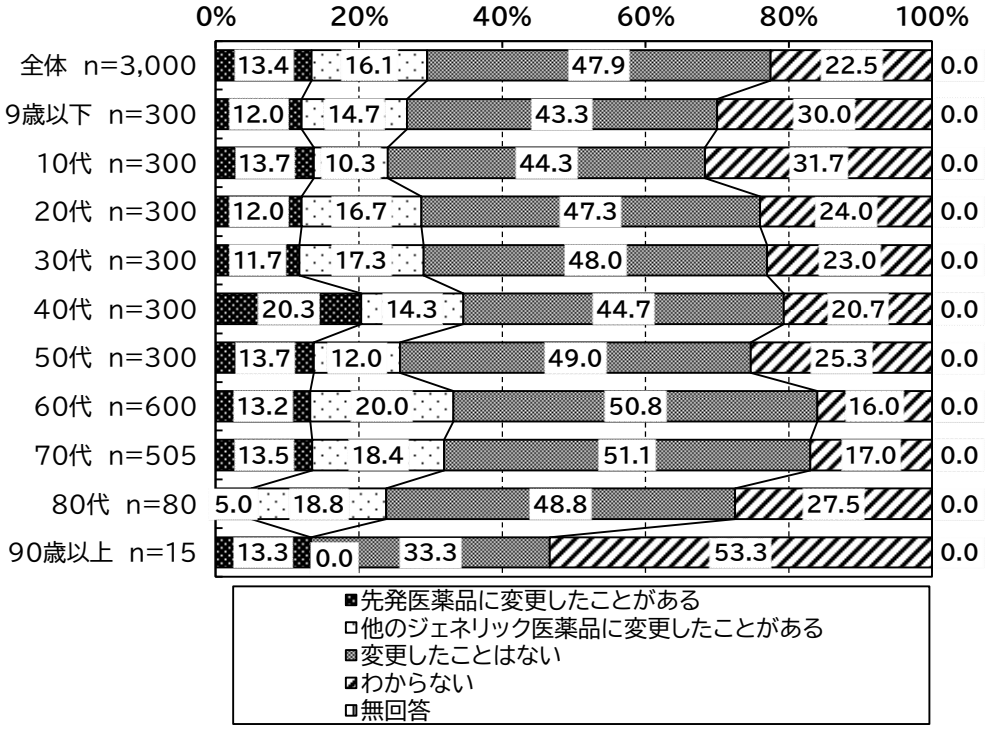
図表 5-43　（参考 令和 4 年度インターネット調査）今までにジェネリック医薬品から先発医薬品や他のジェネリック医薬品に変更した薬の有無（性別）



※下記に 2 問の連続する設問への回答結果より算出。
「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。（単数回答）」
「ジェネリック医薬品からどのようなお薬に変更しましたか。（単数回答）」

図表 5-44　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薬の有無（年代別）

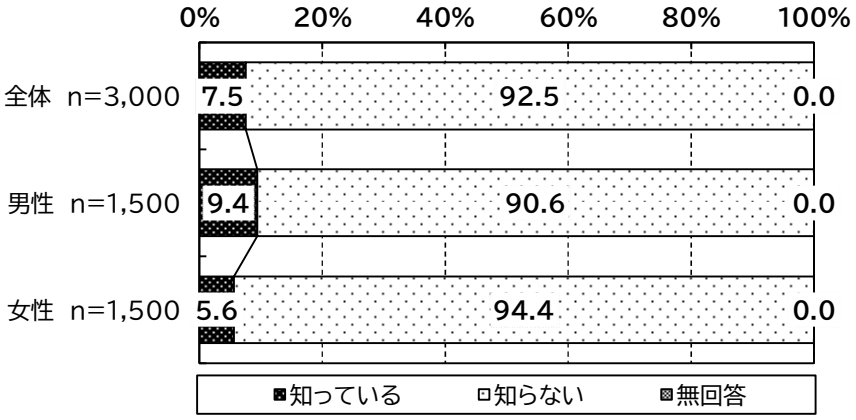


(8) バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度

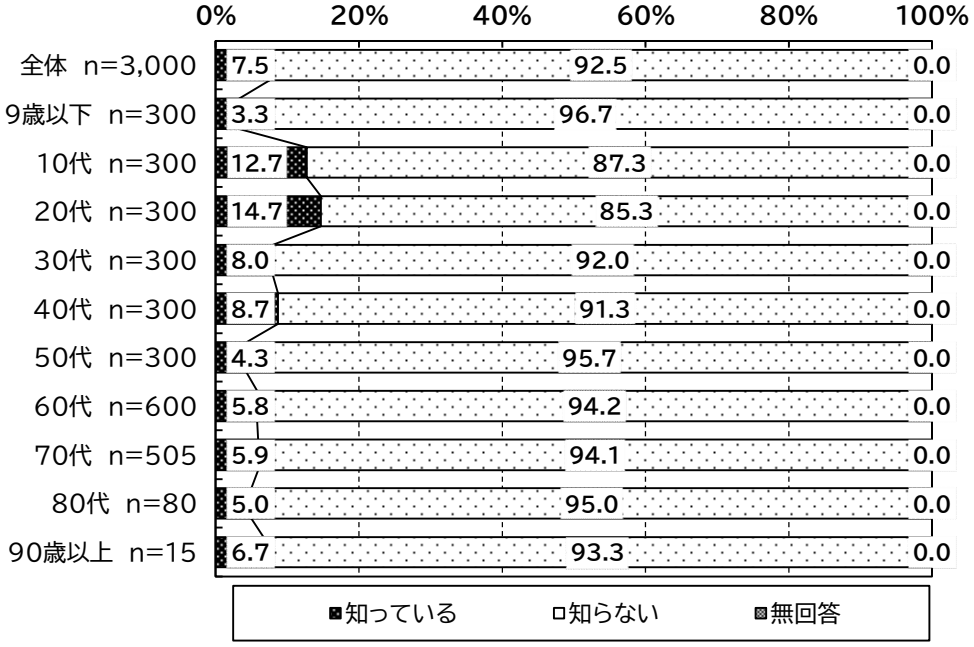
バイオ後続品（バイオシミラー）という名称を知っているか尋ねたところ、「知っている」が 7.5%、「知らない」が 92.5%であった。

※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。

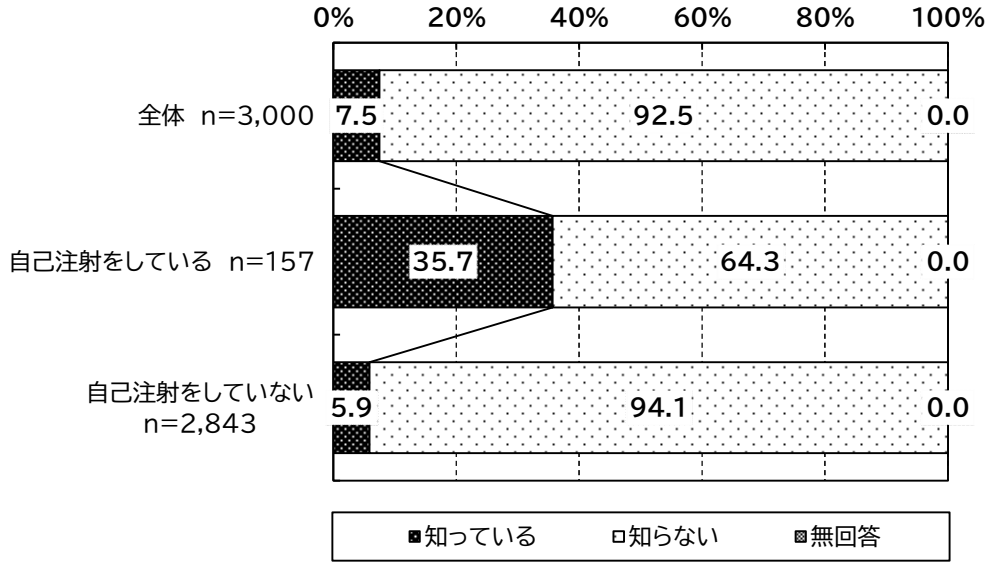
図表 5-45　バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（性別）



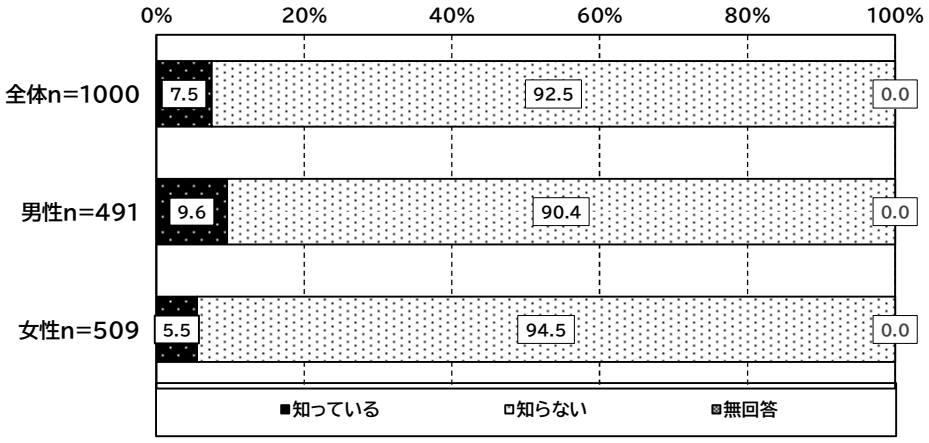
図表 5-46　バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（年代別）



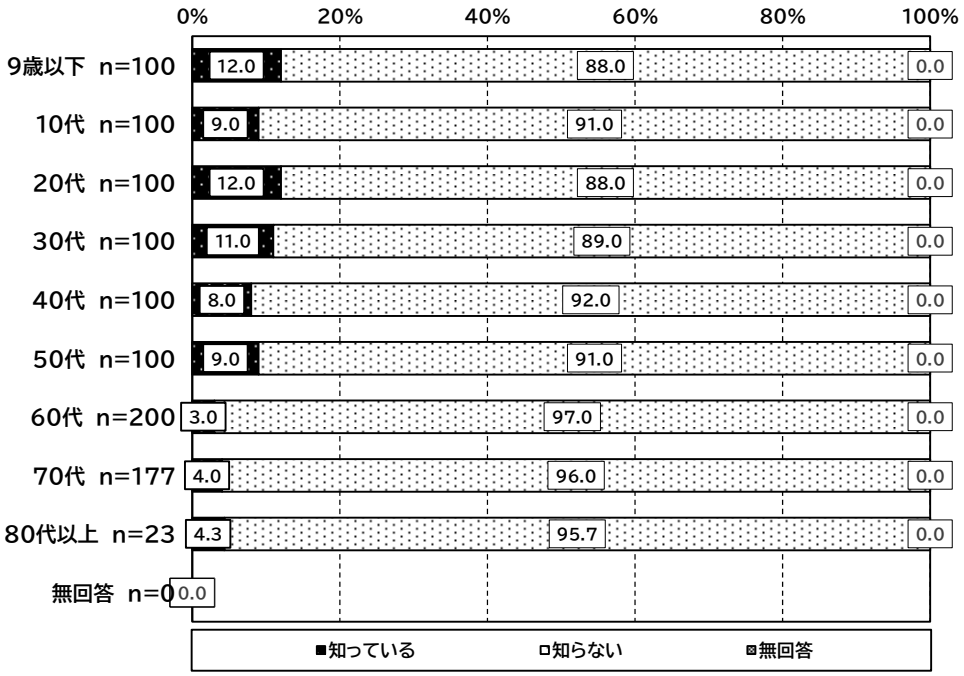
図表 5-47　バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（自己注射の有無別）



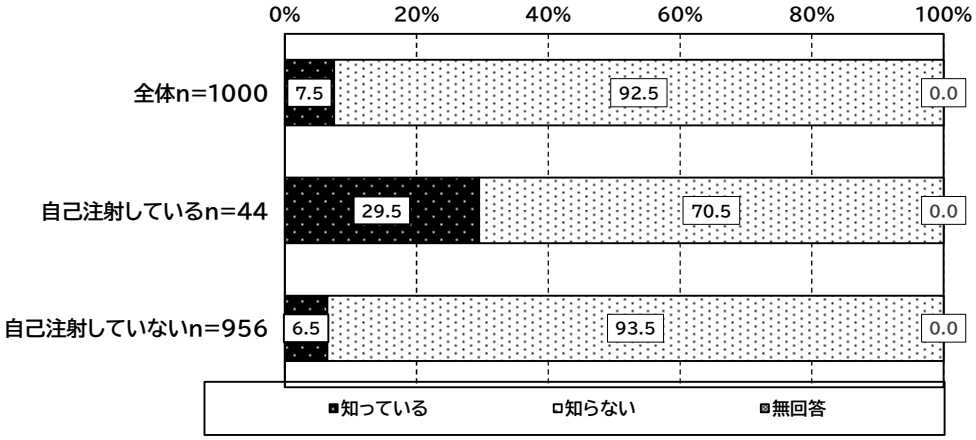
図表 5-48　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（性別）



図表 5-49　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（年代別）



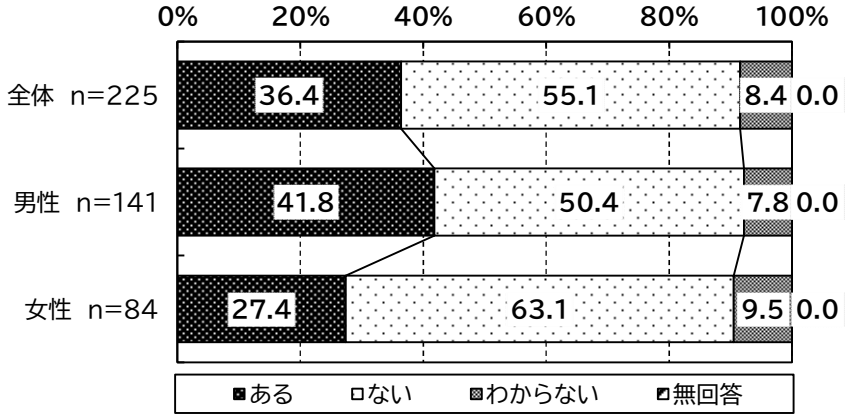
図表 5-50　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
バイオ後続品（バイオシミラー）の認知度（自己注射の有無別）



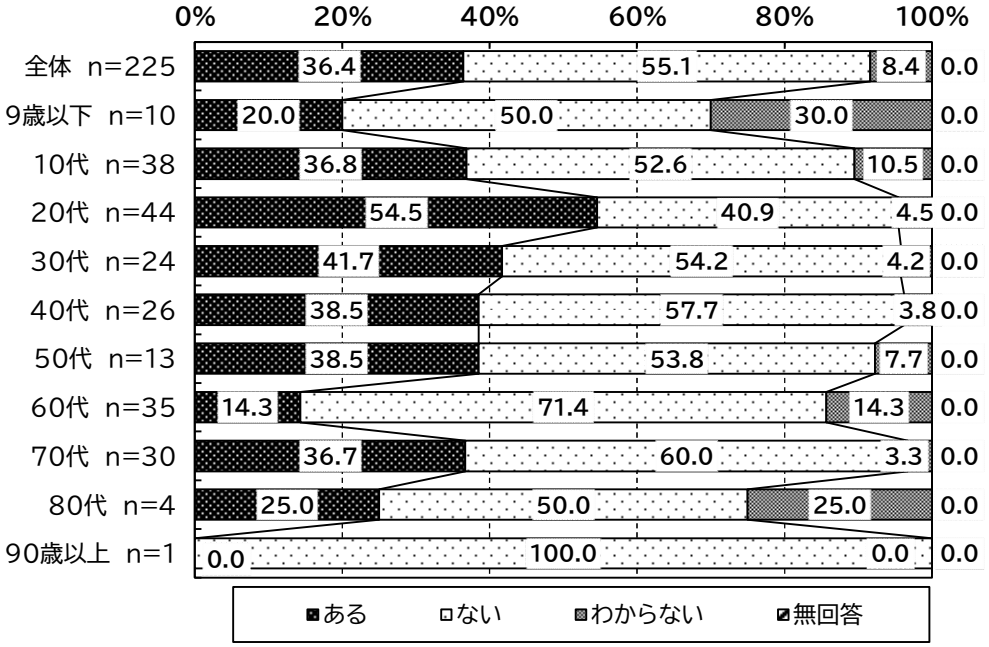
① バイオ後続品（バイオシミラー）の使用経験の有無

バイオシミラーを知っていると回答した場合（225 人）、使用経験の有無を尋ねたところ、「ある」が 36.4%であった。

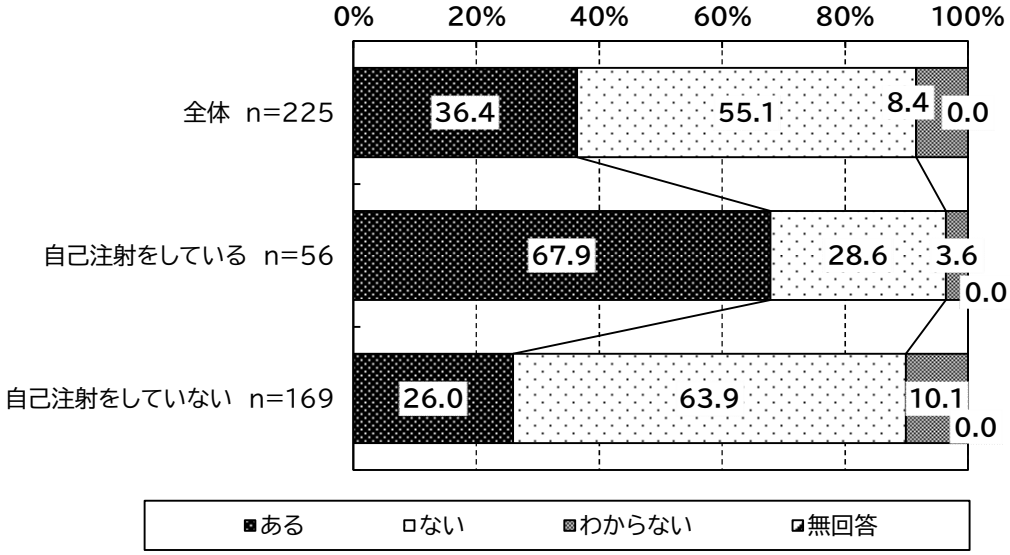
図表 5-51 バイオ後続品（バイオシミラー）の使用経験の有無（性別）



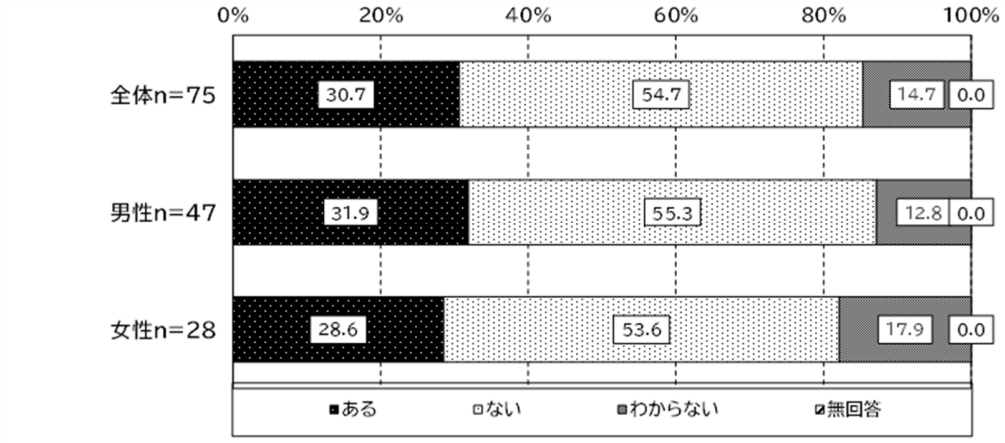
図表 5-52 バイオ後続品（バイオシミラー）の使用経験の有無（年代別）



図表 5-53　バイオ後続品（バイオシミラー）の使用経験の有無（自己注射の有無別）



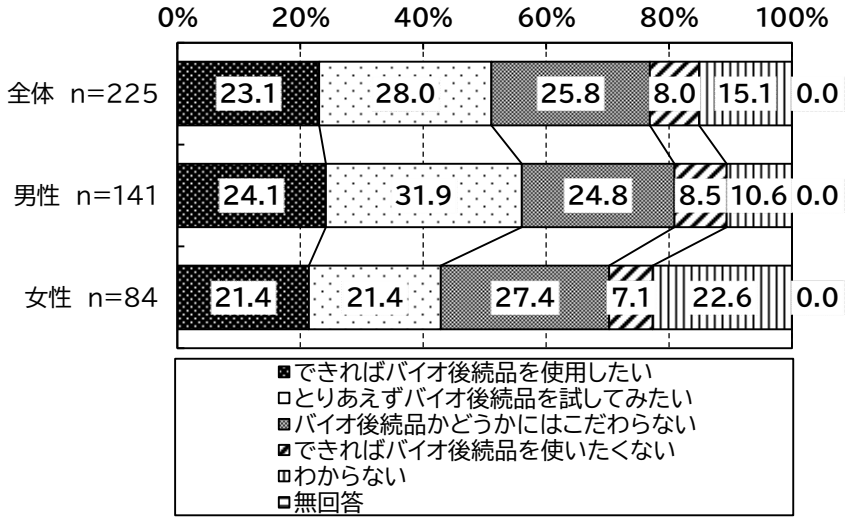
図表 5-54　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
バイオ後続品（バイオシミラー）の使用経験の有無（性別）



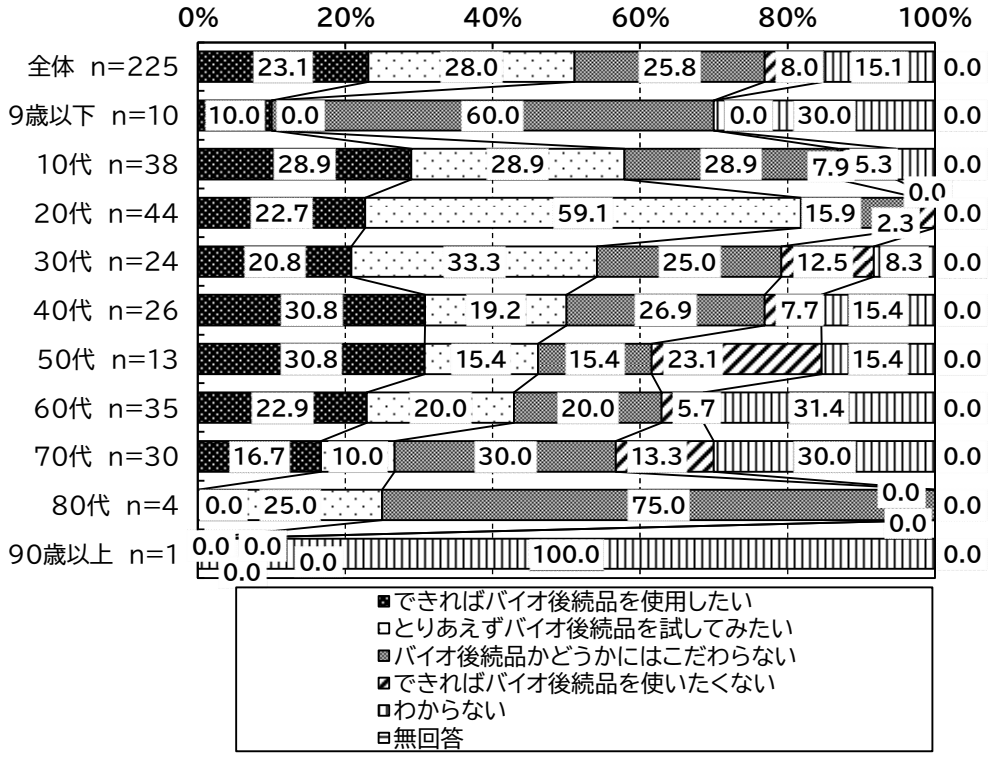
(9) バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したいと思うか

バイオシミラーを知っていると回答した場合（225 人）、バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したいと思うかを尋ねたところ、「とりあえずバイオ後続品を試してみたい」が 28.0%であった。

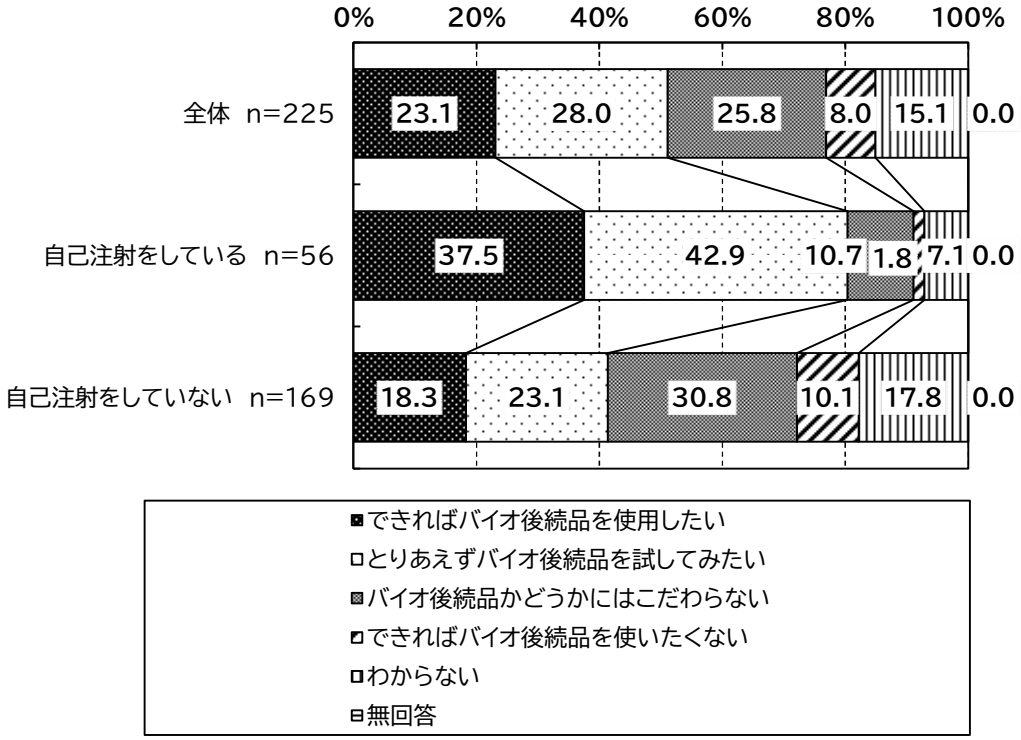
図表 5-55　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したいと思うか（性別）



図表 5-56　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したいと思うか（年代別）



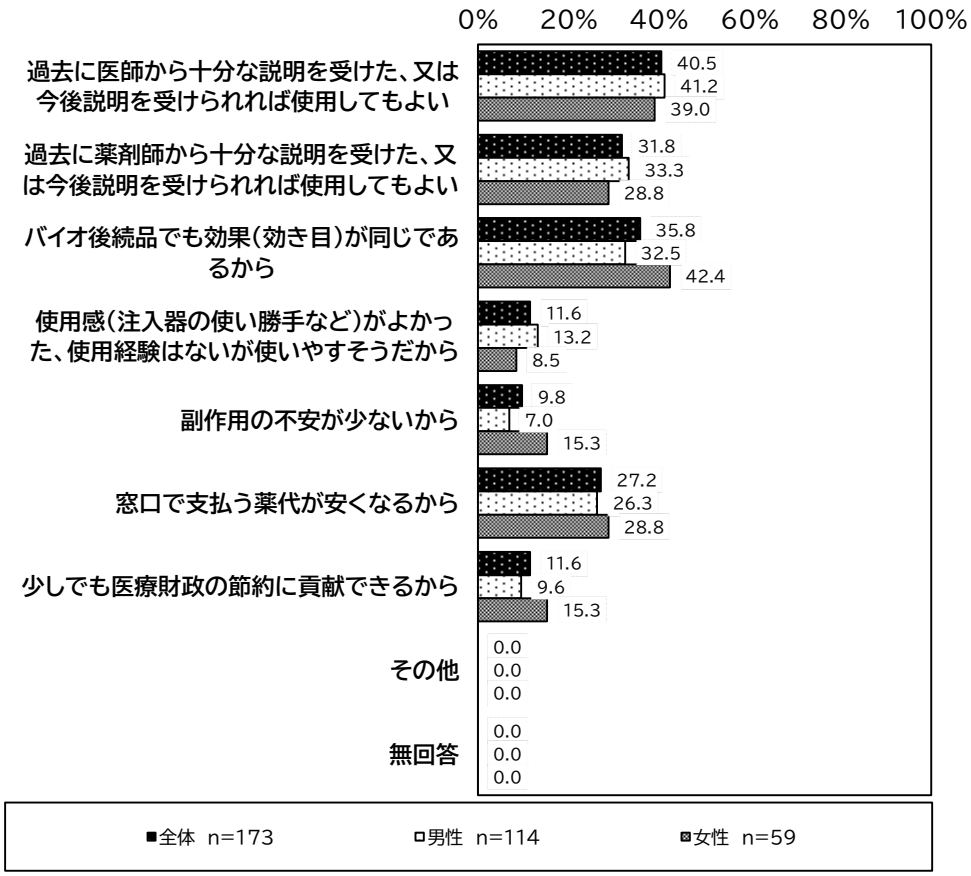
図表 5-57　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したいと思うか（自己注射の有無別）



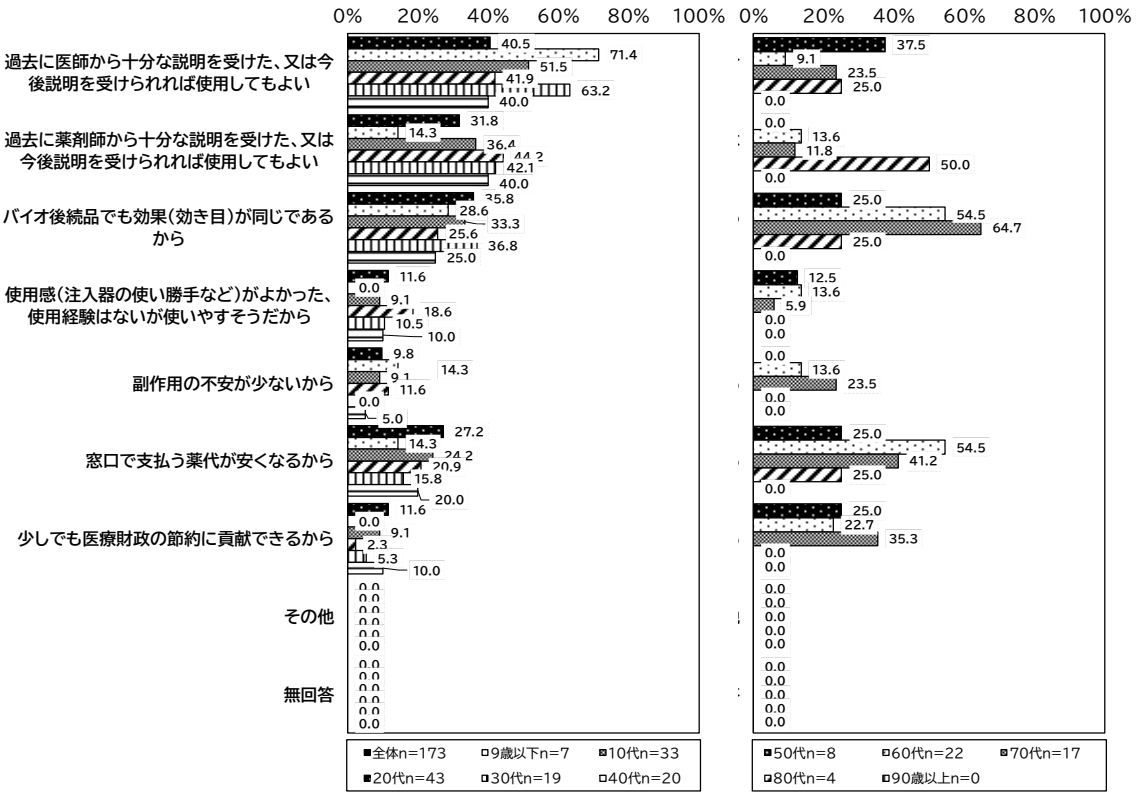
① バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したい、使用してもよいと考える理由

「できればバイオ後続品を使用したい」「とりあえずバイオ後続品を試してみたい」「バイオ後続品かどうかにはこだわらない」と回答した人（173 人）に対してその理由を尋ねたところ（複数回答）、「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」が 40.5%であった。

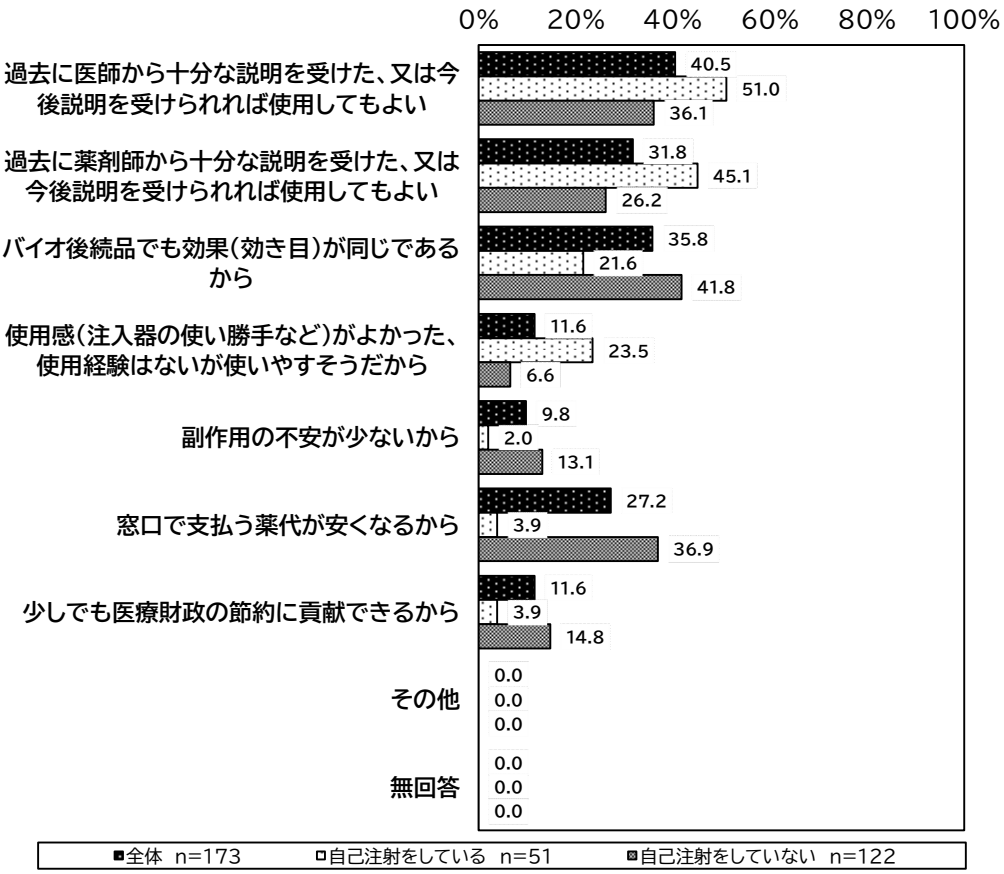
図表 5-58　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したい、使用してもよいと考える理由（複数回答）（性別）



図表 5-59　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（複数回答）（年代別）



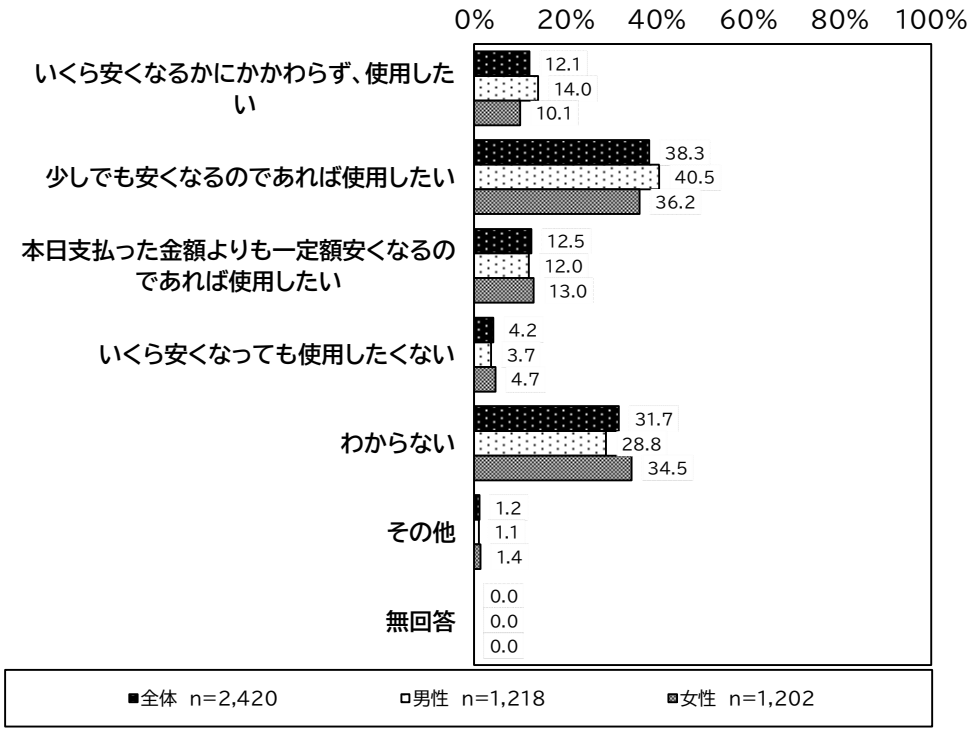
図表 5-60　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用したい、使用してもよいと考える理由（複数回答）（自己注射の有無別）



(10) バイオ後続品（バイオシミラー）に関する使用意向（自己負担との関係）

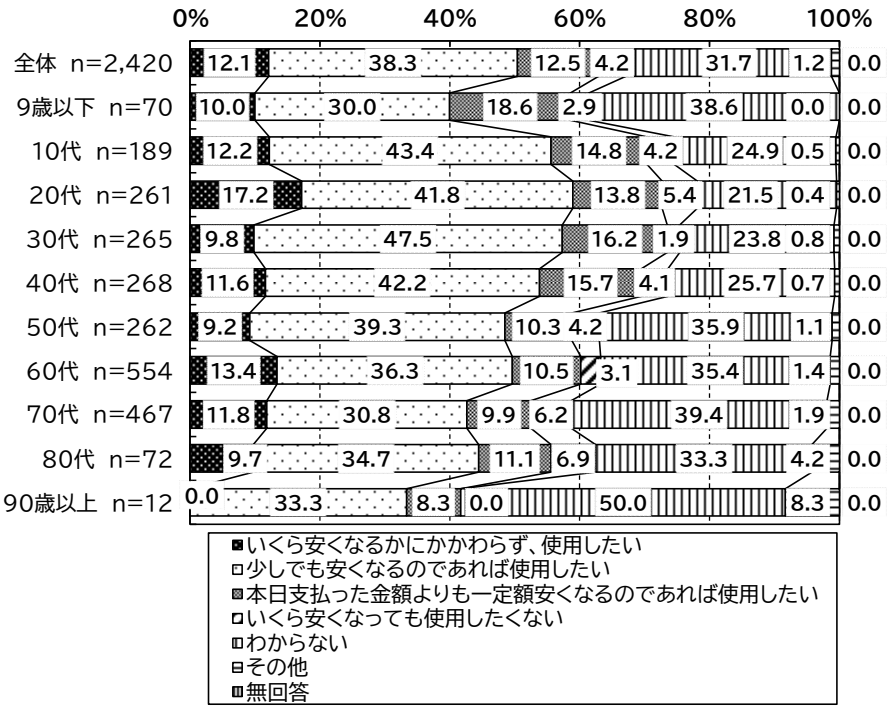
医療費の自己負担があった人（2,420 人）に対して、バイオ後続品（バイオシミラー）に関する使用意向を尋ねたところ、「少しでも安くなるのであれば使用したい」が 38.3%であった。

図表 5-61　バイオ後続品（バイオシミラー）に関する使用意向
（医療費の自己負担があった患者、性別）

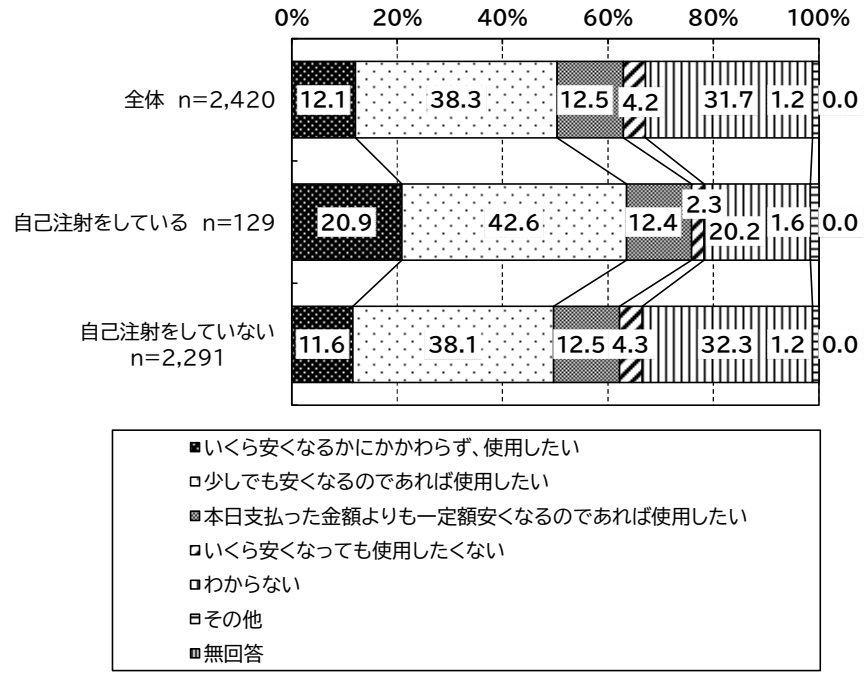


※「その他」の具体的な内容として、主に以下のものが挙げられた。
・薬の安全性が分かれば使用してもよい。
・医師、薬剤師が勧めれば使用してもよい。

図表 5-62　バイオ後続品（バイオシミラー）に関する使用意向
（医療費の自己負担があった患者、年代別）



図表 5-63　バイオ後続品（バイオシミラー）に関する使用意向
（医療費の自己負担があった患者、自己注射の有無別）



① バイオ後続品（バイオシミラー）を使用してもよいと思う自己負担額上の差額

「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」と回答した人（302人）に対して、バイオシミラーを使用してもよいと思う自己負担額上の差額を尋ねたところ、平均 1033.7 円であった。

図表 5-64　バイオ後続品（バイオシミラー）を使用してもよいと思う自己負担額上の差額（性別）

	回答者数	平均差額	標準偏差	中央値
全体	302	1033.7	1,432.4	500.0
男性	146	1027.4	1,318.0	500.0
女性	156	1039.5	1,531.8	500.0

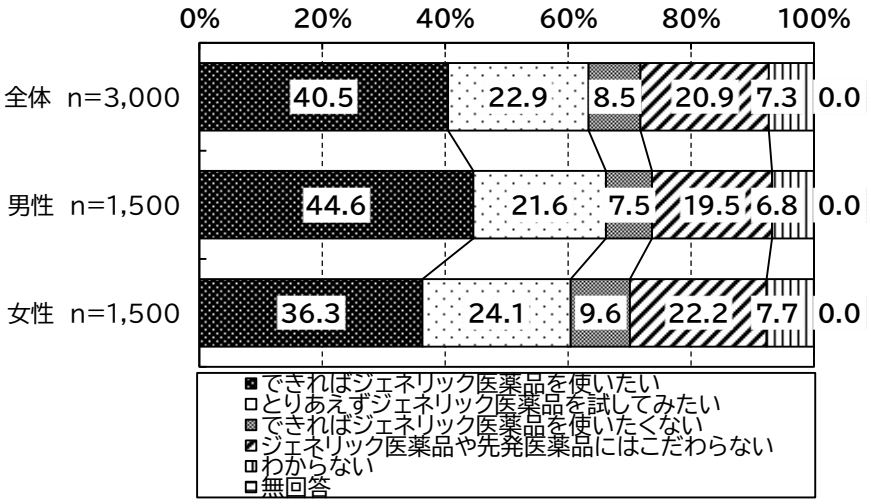
※医療費の自己負担があった人のみを集計。

5) ジェネリック医薬品使用に関する経験・意向等

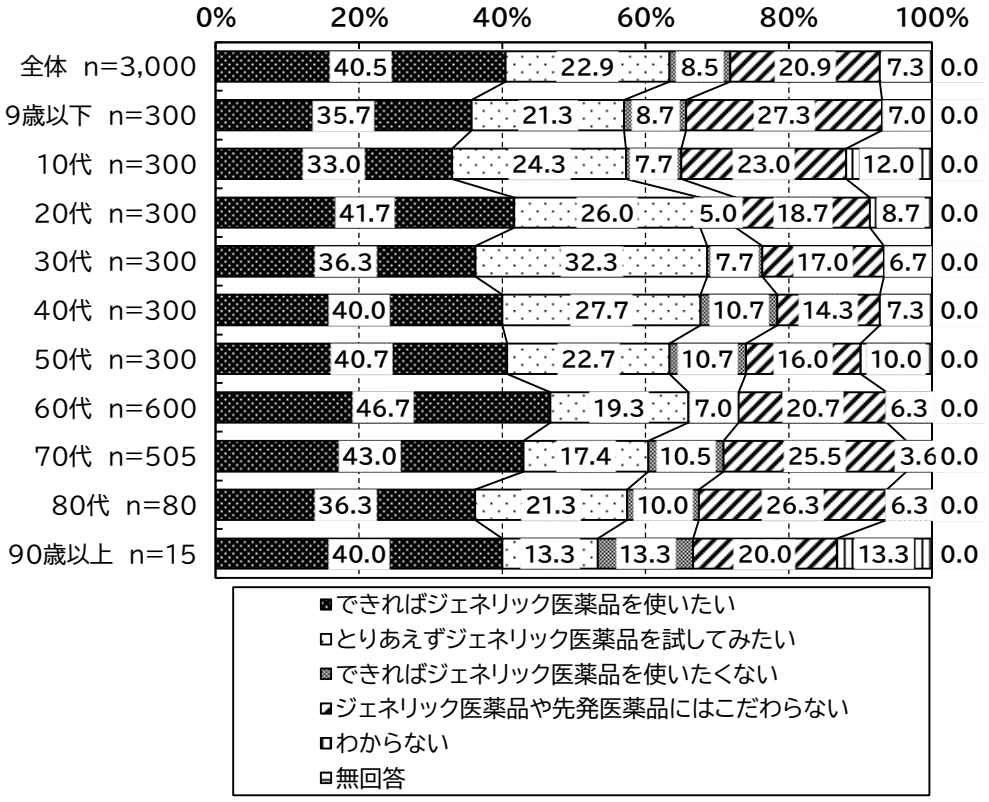
(1) ジェネリック医薬品に関する使用意向等

ジェネリック医薬品の使用に関する考えをみると、「できればジェネリック医薬品を使いたい」が 40.5%で最も多かった。

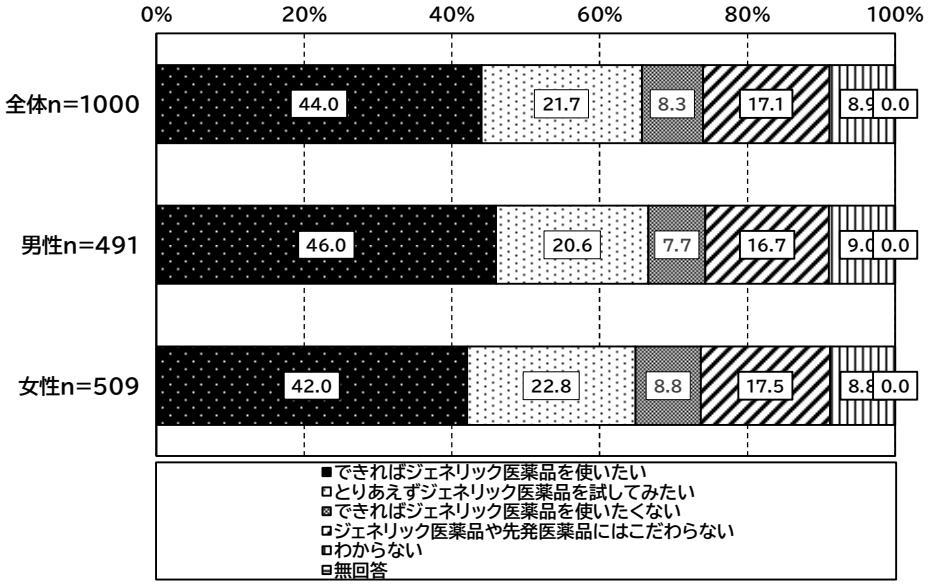
図表 5-65 ジェネリック医薬品の使用に関する考え（性別）



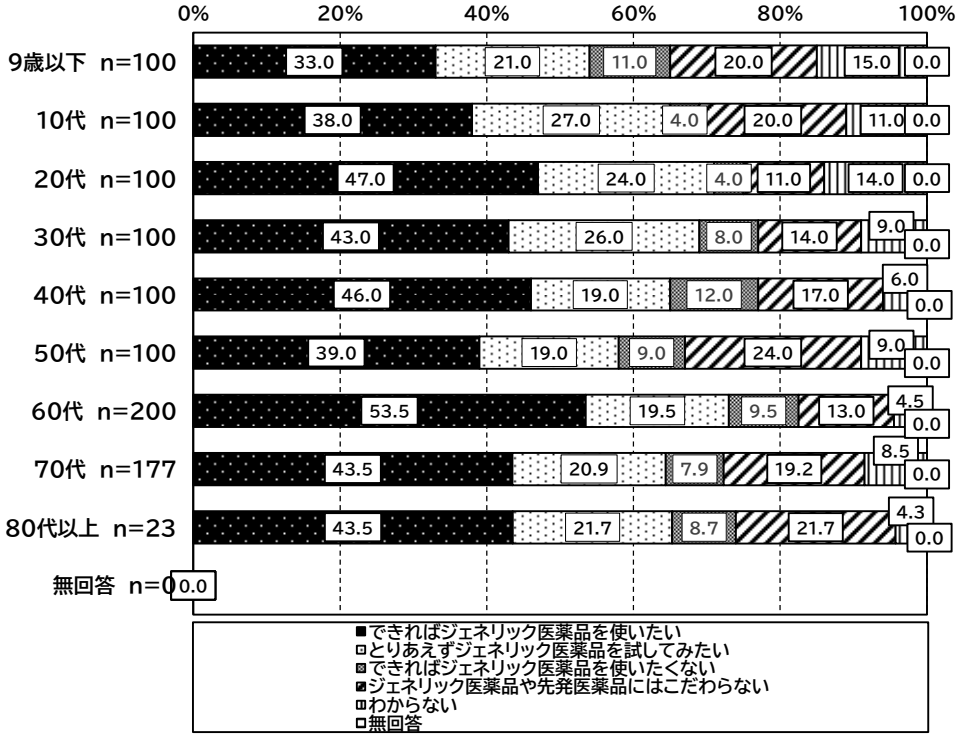
図表 5-66 ジェネリック医薬品の使用に関する考え（年代別）



図表 5-67　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
ジェネリック医薬品の使用に関する考え（性別）



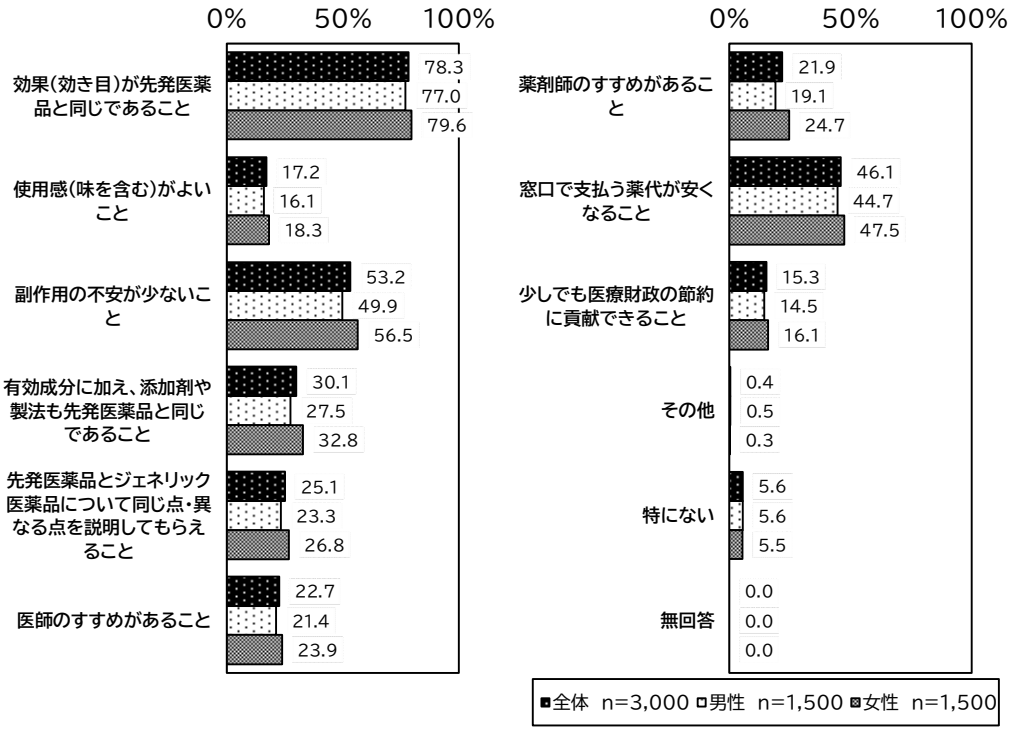
図表 5-68　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
ジェネリック医薬品の使用に関する考え（年代別）



(2) ジェネリック医薬品を使用する上で重要なこと

ジェネリック医薬品を使用する上で重要なことについてみると、「効果（効き目）が先発医薬品と同じであること」が 78.3%で最も多かった。

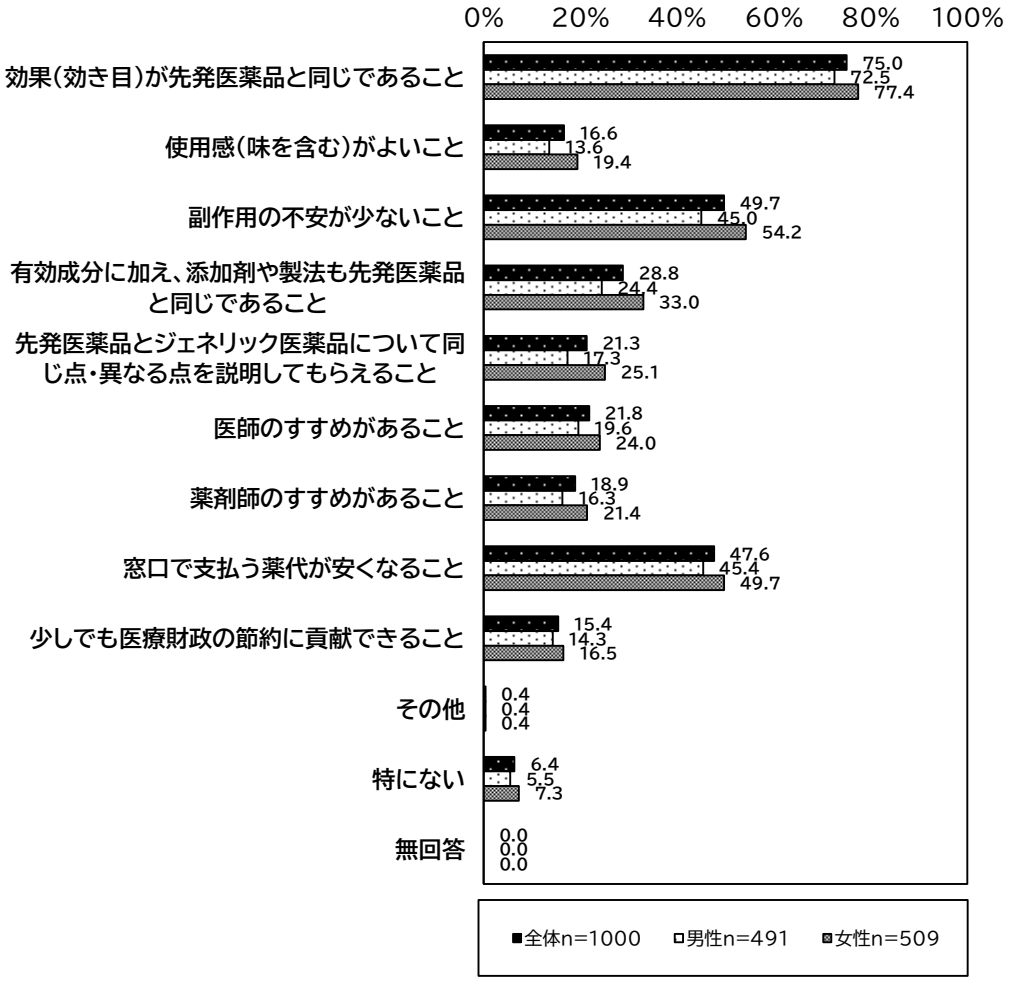
図表 5-69　ジェネリック医薬品を使用する上で重要なこと（性別、複数回答）



※「その他」の具体的な内容として、主に以下のものが挙げられた。

・薬の信頼性
・安定共有が可能な製品であること

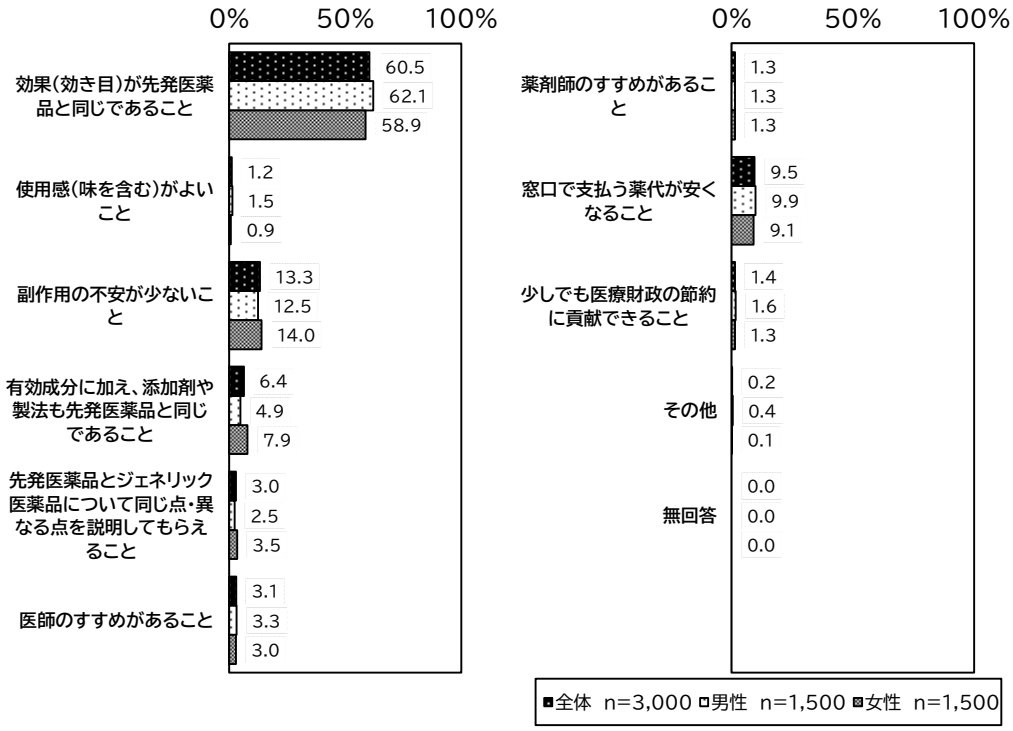
図表 5-70　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
ジェネリック医薬品を使用する上で重要なこと（性別、複数回答）



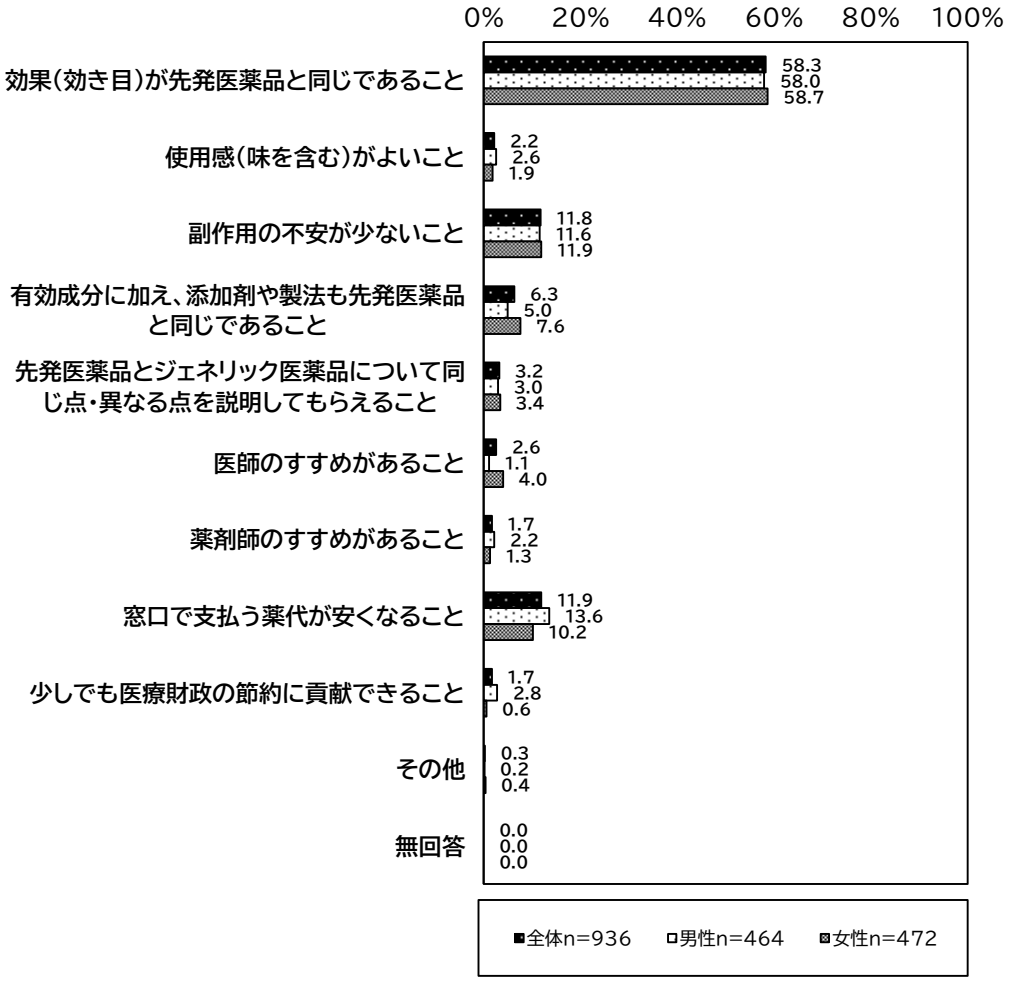
(3) ジェネリック医薬品を使用する上で最も重要なこと

ジェネリック医薬品を使用する上で最も重要なことについてみると、「効果（効き目）が先発医薬品と同じであること」が 60.5%で最も多かった。

図表 5-71　ジェネリック医薬品を使用する上で最も重要なこと（性別、単数回答）



図表 5-72　（参考 令和 4 年度インターネット調査）
ジェネリック医薬品を使用する上で最も重要なこと（性別、単数回答）



6) ジェネリック医薬品を使用する上での意見・要望

図表 5-73　ジェネリック医薬品を使用する上での意見・要望（自由記述）

○後発医薬品の効果・品質 ・安全性が最優先。 ・同じ効果で安全性が保証されていれば、使いたい。 ・同じカプセル、錠剤などの形状にしてほしい。 ・添加物の面から子供にはなるべく先発品を使用させたい。 ・湿布薬などで質感や体感が異なる場合がある。 ・全てのジェネリック医薬品は、先発薬と有効成分、添加物、製法等が同じであってほしい。 ・長期服用のときの安全性がわからない。
○流通・供給 ・ジェネリック医薬品を使いたくても薬不足で使えない場合がある。 ・薬局でジェネリック医薬品が品薄のため薬価の高い先発品を処方された。 ・メーカーごとの品質のばらつきをなくしてほしい。 ・原材料の生産地等が明記されると安心できる。 ・ジェネリックが安心して使える管理体制の充実が必要。 ・製造会社の不祥事があり、信用できない。
○自己負担額について ・同じ効き目であれば安い方がよい。
○説明等 ・副作用や薬の安全性について医師や薬剤師からもう少し説明してほしい。 ・安心して使えるよう、詳しく説明をしてくれる薬局で購入したい。 ・専門用語での説明はやめてほしい。 ・長期的な健康被害などがあるかなどを説明してほしい。
○その他 ・オーソライズドジェネリックの種類が増えてほしい。 ・もう少し言いやすい名前にしてほしい。 ・医療費が少しでも抑えられるならジェネリック医薬品でよいと思う。 ・健康保険証にジェネリック医薬品希望のシールを貼っている。 ・有効性や安全性が気になるが消費者には検証できないので、関係する行政などがしっかりとチェックしてほしい。

ＮＤＢを用いた集計（後発医薬品）

１．後発医薬品調剤体制加算等の算定薬局数

	令和３年 11 月診療分	令和４年 11 月診療分
後発医薬品調剤体制加算１	5,251	12,147
後発医薬品調剤体制加算２	12,800	20,124
後発医薬品調剤体制加算３	29,005	13,644
後発医薬品減算	75	120

※令和４年度診療報酬改定において、後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直している。また、後発品置換率が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定（後発医薬品減算）においても、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるよう見直しを行っている。

２．後発医薬品使用体制加算の算定医療機関数

	令和３年 11 月診療分		令和４年 11 月診療分	
	診療所	病院	診療所	病院
後発医薬品使用体制加算１	211	2,769	153	2,037
後発医薬品使用体制加算２	49	496	68	909
後発医薬品使用体制加算３	73	516	74	798

※令和４年度診療報酬改定において、後発医薬品使用体制加算における後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直している。

３．外来後発医薬品使用体制加算の算定医療機関数

	令和３年 11 月診療分	令和４年 11 月診療分
外来後発医薬品使用体制加算１	5,189	3,977
外来後発医薬品使用体制加算２	2,448	1,686
外来後発医薬品使用体制加算３	638	2,079

※令和４年度診療報酬改定において、外来後発医薬品使用体制加算における後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直している。

４．一般名処方加算の算定回数

	令和３年 11 月診療分		令和４年 11 月診療分	
	診療所	病院	診療所	病院
一般名処方加算１	17,018,956	2,758,917	18,982,060	3,054,280
一般名処方加算２	14,052,186	3,757,629	14,893,596	4,166,031
合計	31,071,142	6,516,546	33,875,656	7,220,311

５．バイオ後続品導入初期加算の算定回数

	令和３年 11 月診療分		令和４年 11 月診療分	
	診療所	病院	診療所	病院
在宅自己注射管理指導料 バイオ後続品導入初期加算	3,717	6,454	3,169	5,983
外来腫瘍化学療法診療料１イ バイオ後続品導入初期加算	－	－	94	3,081
外来化学療法加算 バイオ後続品導入初期加算	－	－	8	190

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。

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7月1日現在）。

①所在地（都道府県）	（　　）都・道・府・県		
②開設者 ※○は１つ	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	

436

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6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7月1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、<u>最もあてはまるものの番号を１つ</u>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7月1日時点）[注1] ※○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。

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7月1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7月1日時点） ※○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、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7月1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：　　）

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⑭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から
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。 ※〇は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（「〇〇〇（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（「〇〇〇［●●●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（「〇〇〇（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〇

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 ※〇は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〇

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〇をつけてください。
※あてはまる番号すべてに〇

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８月31日（木）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7月1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7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7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7月1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7月1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7月1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7月1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7月1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7月1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7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7月1日時点） ※○は1つ	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は前記②で「1.あり」と回答した方にお伺いします。】

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7月1日時点）※○は1つ		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。】

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。】

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：　　）

⑪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⑬へ

⑫前記⑪の選択肢1. ～13. のうち、<u>最もあてはまるものの番号を１つ</u>お書きください。	

⑬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から
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6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6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.～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した数値を記入ください）		
	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した数値を記入ください）		
	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８月31日（木）**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7月1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7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7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7月1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7月1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7月1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7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7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８月31日（木）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7月1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7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7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7月1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7月1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7月1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、<u>最もあてはまるものの番号を１つ</u>お書きください。	

⑥現在（令和5年7月1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7月1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7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7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から
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6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		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6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. ～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した数値を記入ください）

	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した数値を記入ください）

	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８月31日（木）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7月1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7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7月1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7月1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から
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、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、<u>令和５年８月31日（木）</u>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８月31日（木）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。

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）

中医協　総－1－5－2参考	中医協　検－5－2参考
5．11．10	5．11．10

○　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。

中医協　総－１－６－１	中医協　検－６－１
５．１１．１０	５．１１．１０

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報告書（案）
＜概要＞

調査の概要①

1　調査の目的

〇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。

〇本調査では、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・検証を行った。

2　調査の対象及び調査方法

本調査では、「①医科診療所調査」「②病院調査」「③歯科診療所調査」「④保険薬局調査」「⑤患者調査（郵送調査）」「⑥患者調査（インターネット調査）」の6つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

①医科診療所調査

全国の医科診療所の中から無作為抽出した施設を調査対象とし、調査客体は2,000施設とした。

②病院調査

全国の病院の中から無作為抽出した施設を調査対象とし、調査客体は2,000施設とした。

③歯科診療所調査

全国の歯科診療所の中から無作為抽出した施設を調査対象とし、調査客体は2,000施設とした。

調査の概要②

２　調査の対象及び調査方法（続き）

④保険薬局調査

全国の保険薬局の中から無作為抽出した施設を調査対象とし、調査客体は2,000施設とした。

⑤患者調査（郵送調査）

前記①、②、③の対象施設の調査期間中に受診した外来患者、前記④の対象施設の調査期間中に来局した外来患者を調査対象とし、1施設につき2名を本調査の対象とし、調査客体数は最大で16,000名（4調査×2,000施設×2名=16,000名）とした。

⑥患者調査（インターネット）

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持参した患者及びそれ以外の患者を調査対象とした。調査客体数は5,000名 とした。

３　調査方法

本調査の①～④については、郵送発送による自記式アンケート調査方式により実施した。回答は、紙媒体（IDを印字した調査票）に記入後、郵送返送する方法と、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から選択できるようにした。

⑤については、自記式調査票（患者票）の配布は上記①～④の対象施設を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で行った。

⑥については、インターネット上での回答・回収とした。

調査実施時期は、令和5年7月31日から令和5年9月15日であった。

調査の概要③

4　回収結果

〇医科診療所調査の有効回答数（施設数）は909件、有効回答率は45.5%であった。

〇病院調査の有効回答数（施設数）は968件、有効回答率は48.4%であった。

〇歯科診療所調査の有効回答数（施設数）は996件、有効回答率は49.8%であった。

〇保険薬局調査の有効回答数（施設数）は1,099件、有効回答率は55.0%であった。

〇患者調査の有効回答数は、郵送調査が4,362件、インターネット調査が5,000件であった。

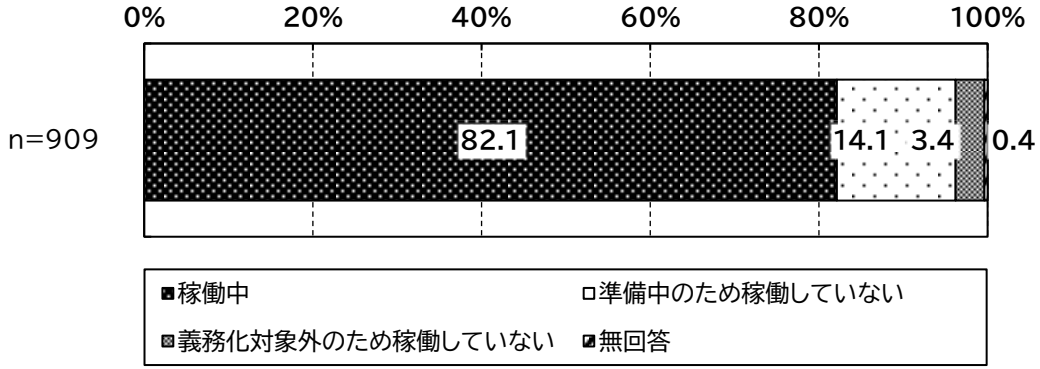
	発送数	有効回答数	有効回答率
医科診療所調査	2,000件	909件	45.5%
病院調査	2,000件	968件	48.4%
歯科診療所調査	2,000件	996件	49.8%
保険薬局調査	2,000件	1,099件	55.0%
患者調査（郵送調査）	－	4,362件	－
患者調査（インターネット調査）	－	5,000件	－

診療所調査

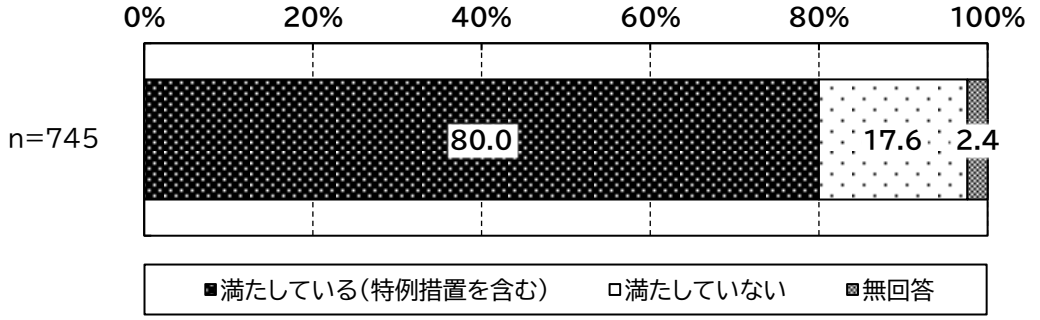
○　オンライン資格確認等システムの導入状況は、「稼働中」が82.1%、「準備中のため稼働していない」が14.1%、「義務化対象外のため稼働していない」が3.4%であった。

○　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は、「満たしている（特例措置を含む）」が80.0%、「満たしていない」が17.6%であった。

図表 2-11　オンライン資格確認等システムの導入状況



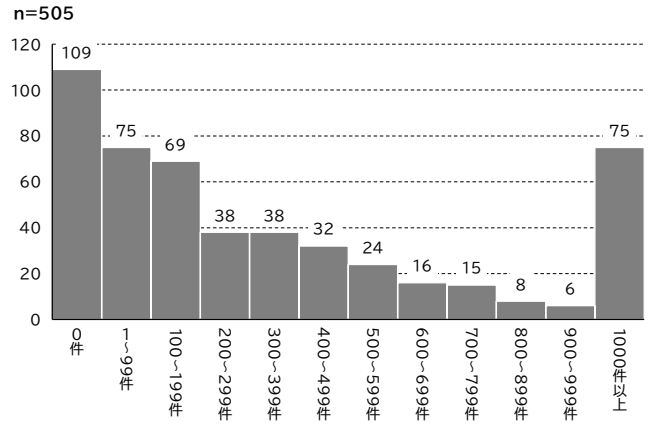
図表 2-23　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準



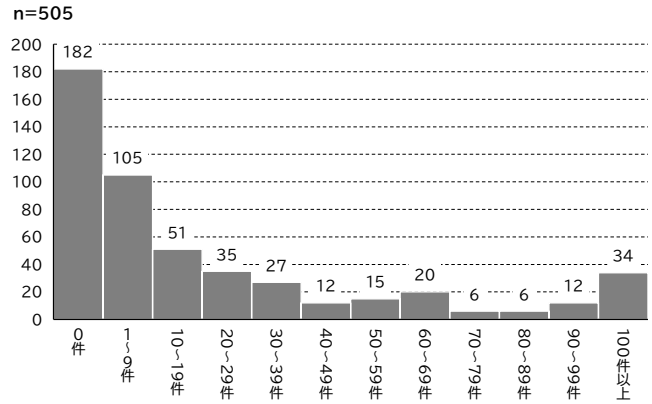
○　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準を満たしている（特例措置を含む）施設（596施設）に対して、令和5年4月～6月末における医療情報・システム基盤整備体制充実加算1、2及び3の算定件数を尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 2-24　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の分布
（無回答を除く）

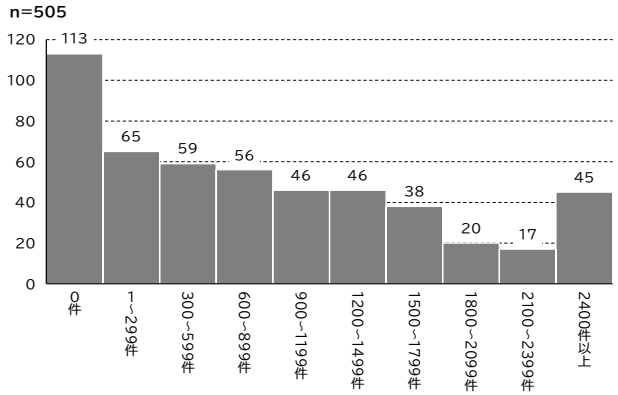
＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算１＞



＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算２＞

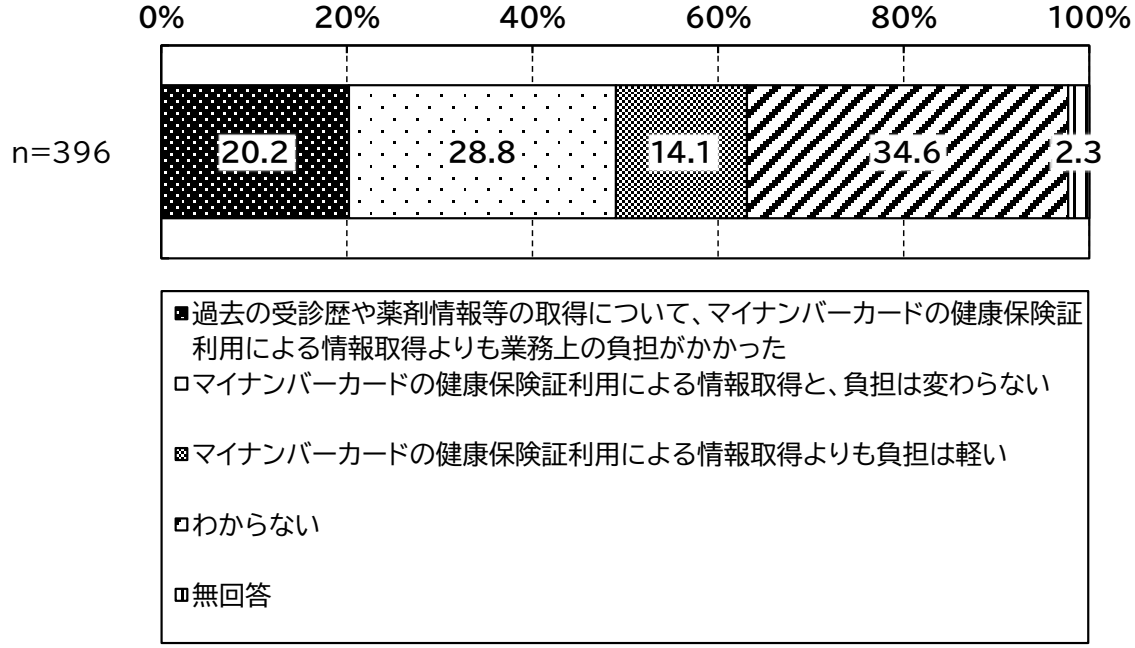


＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算３＞



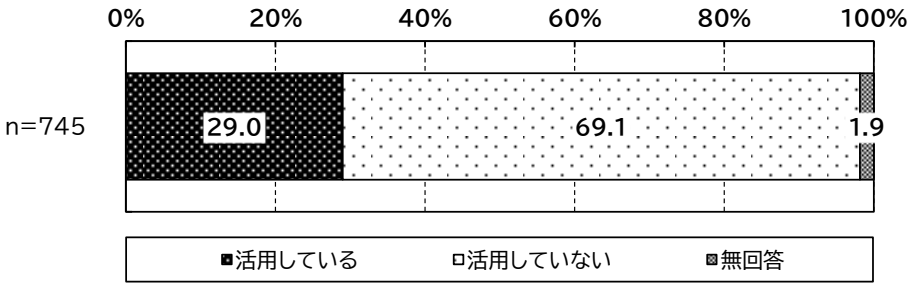
○　医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を1件以上算定している施設（396施設）に対して、診療情報等の取得について、マイナンバーカードの健康保険証利用による場合と比較して問診等により取得した場合の負担を尋ねたところ、「マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも業務上の負担がかかった」が20.2%であり、マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得と、負担は変わらない」が28.8%であった。

図表 2-27　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担
（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施設）

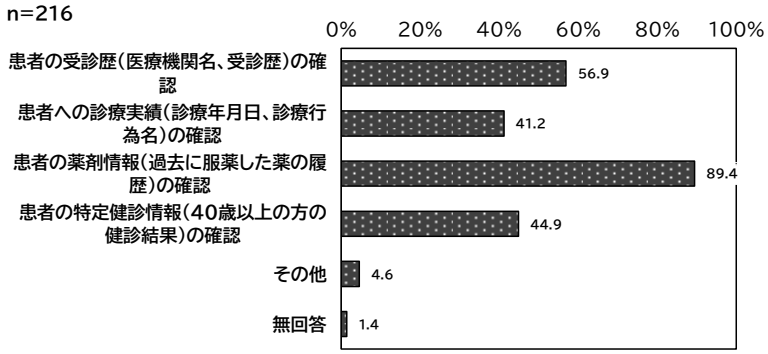


○　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況、活用内容、活用効果については、以下のとおりであった。

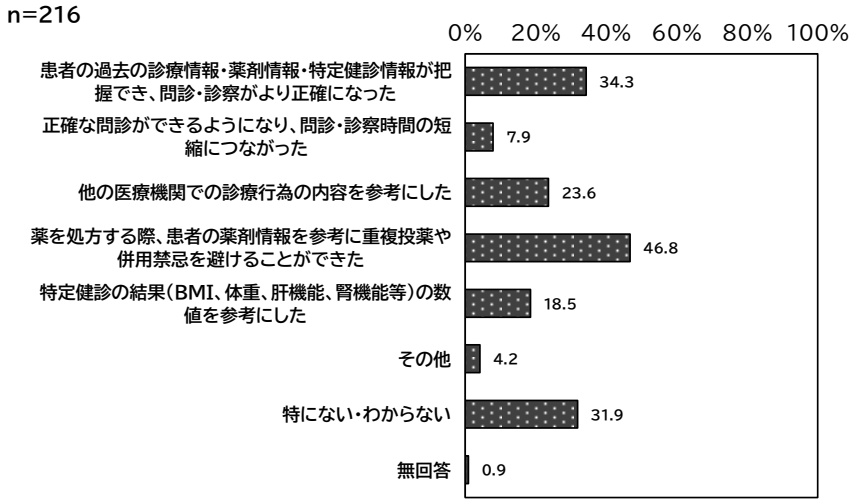
図表 2-29　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況



図表 2-31　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（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）



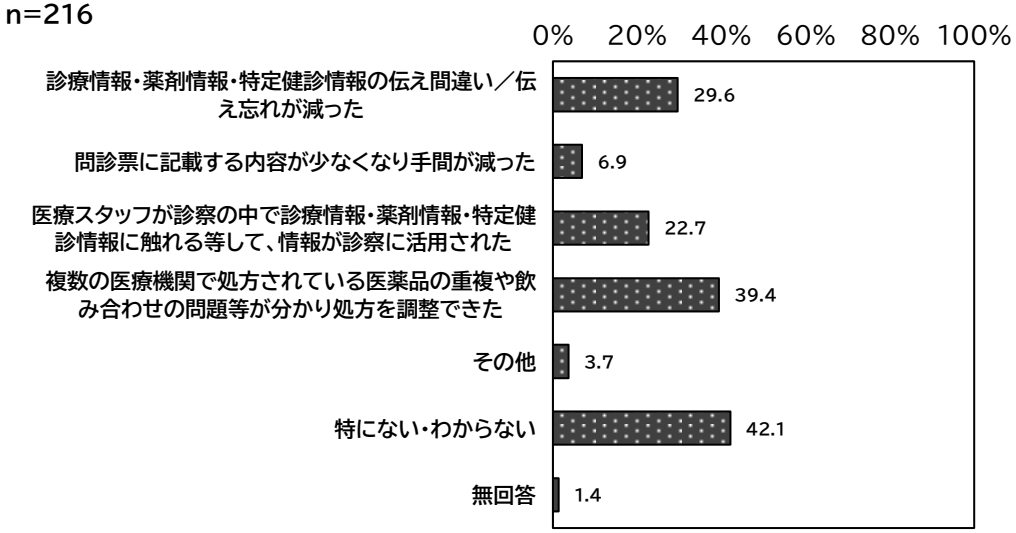
図表 2-35　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果（複数回答）（マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報を活用している施設）



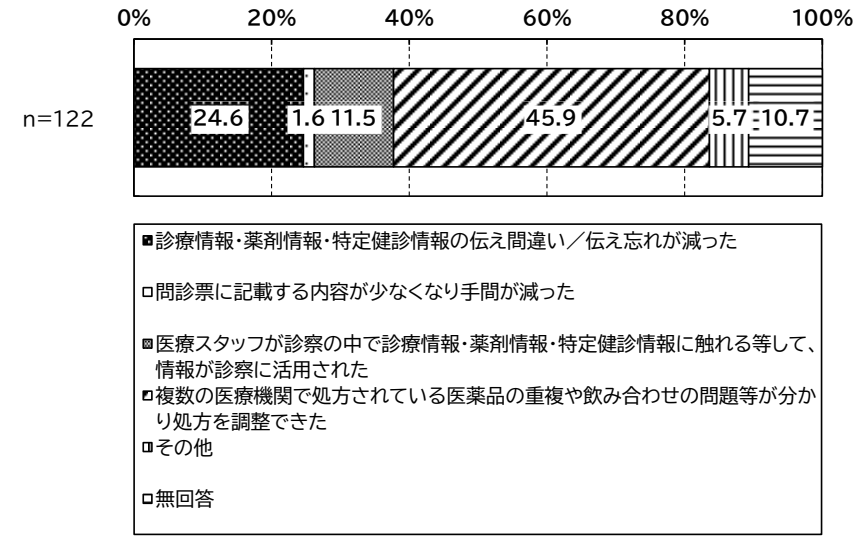
○　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報を活用している施設（216施設）に対して、マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットを尋ねたところ、「特にない・わからない」を除くと「複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた」が最も多く、39.4%であった（複数回答）。

○　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よる患者へのメリットを1つ以上選択した施設（123施設）における、最も患者へのメリットがあるものについては、「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」が45.9%であった。

図表 2-39　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よる患者へのメリット（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）



図表 2-40　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よる患者へのメリットのうち最大のもの

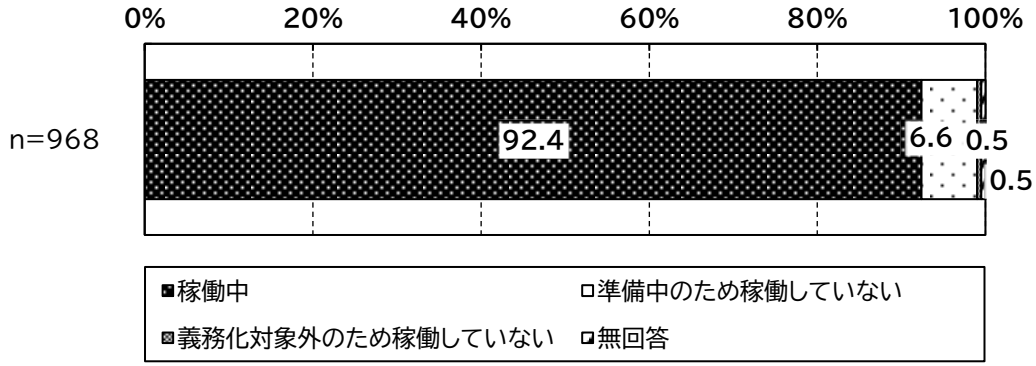


病院調査

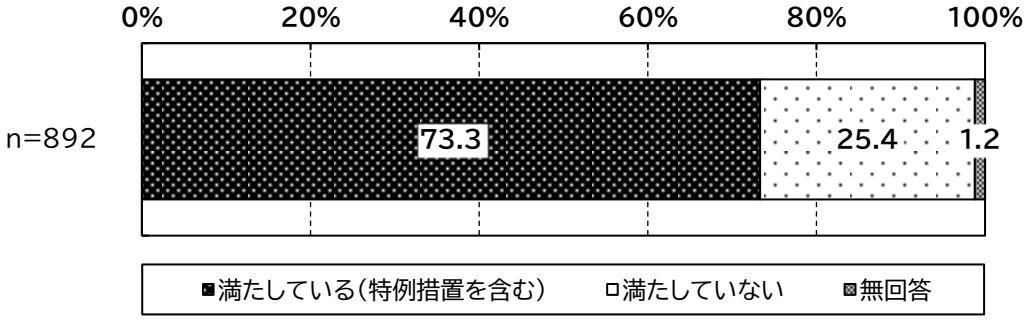
○　オンライン資格確認等システムの導入状況は、「稼働中」が92.4%、「準備中のため稼働していない」が6.6%、「義務化対象外のため稼働していない」が0.5%であった。

○　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は、「満たしている（特例措置を含む）」73.3%、「満たしていない」が25.4%であった。

図表 3-12　オンライン資格確認等システムの導入状況



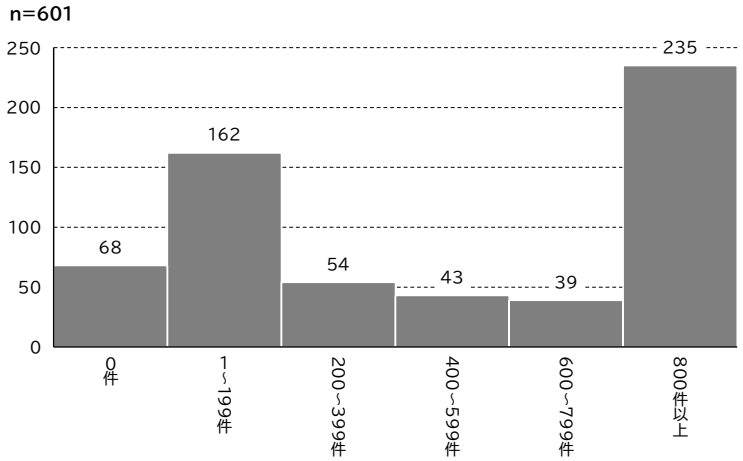
図表 3-23　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準



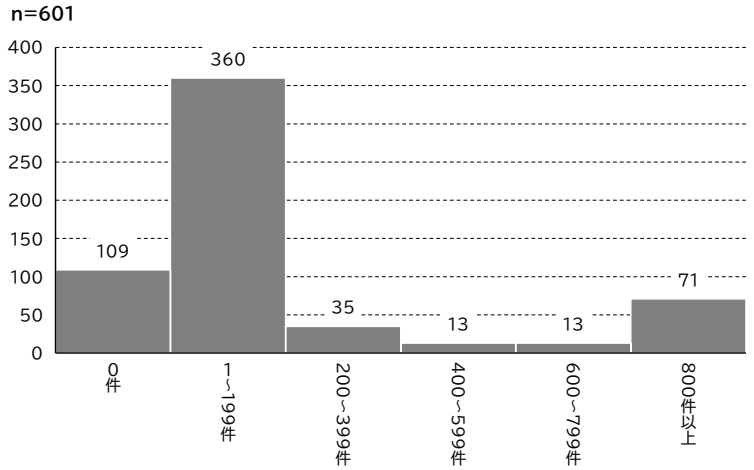
○　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準を満たしている（特例措置を含む）施設（654施設）に対して、令和5年4月～6月末における医療情報・システム基盤整備体制充実加算1、2及び3の算定件数を尋ねたところ、以下のとおりであった。（図表3-24，25）

図表 3-24　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の分布（無回答を除く）

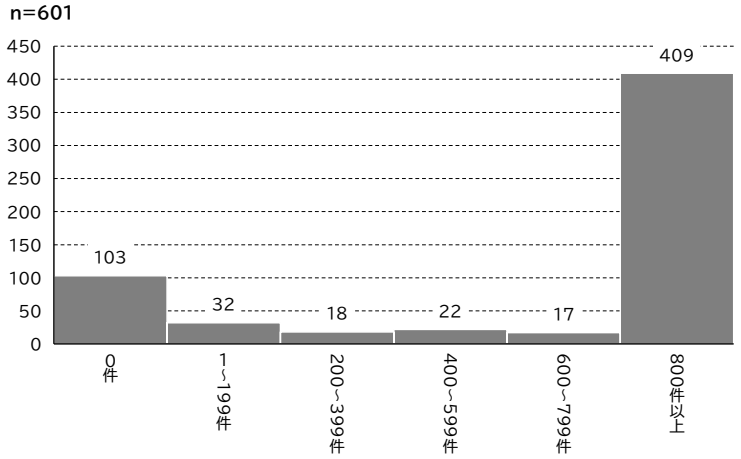
＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算１＞



＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算２＞

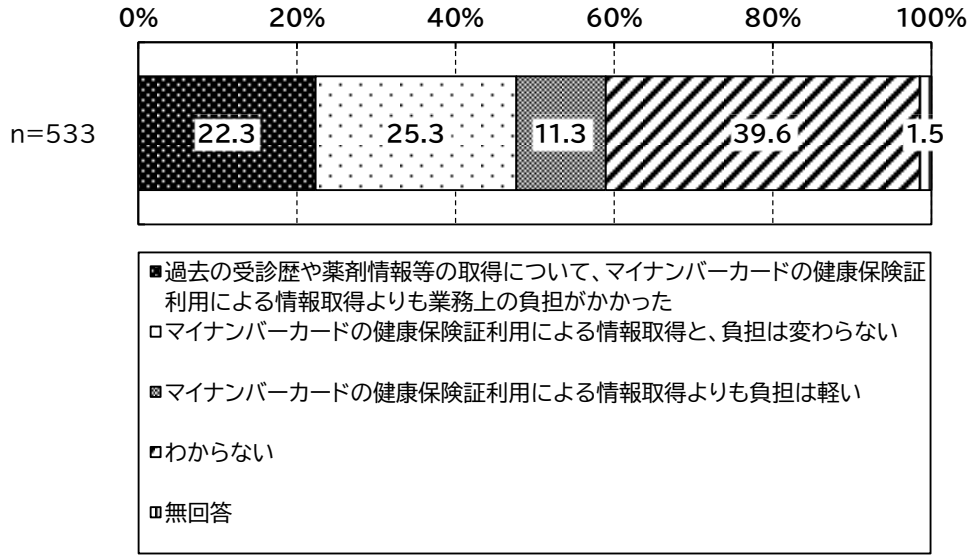


＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算３＞



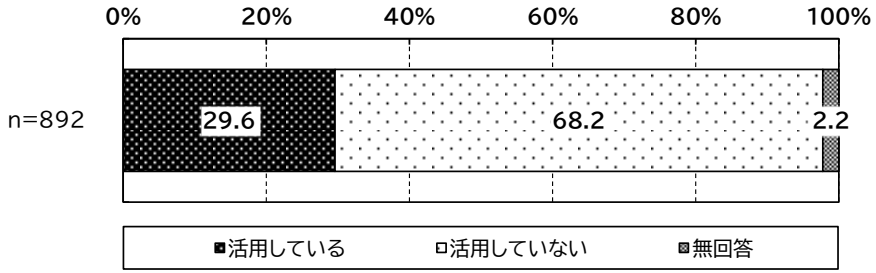
○　医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を1件以上算定している施設（533施設）に対して、診療情報等の取得について、マイナンバーカードの健康保険証利用による場合と比較して、問診等により取得した場合の負担を尋ねたところ、「マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも業務上の負担がかかった」が22.3%、「マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得と、負担は変わらない」が25.3%であった。

図表 3-27　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担
（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施設）

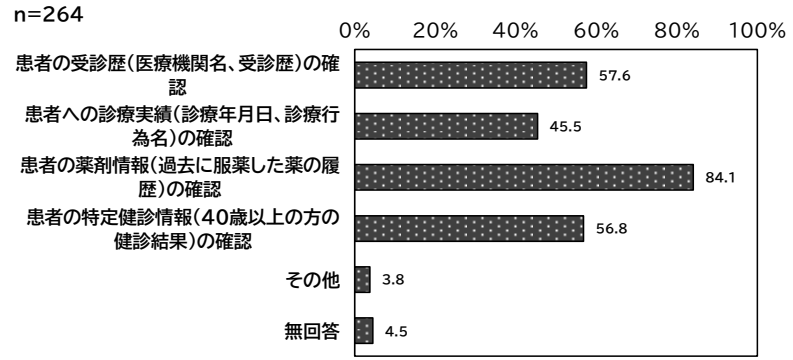


○　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況、活用内容、活用効果については、以下のとおりであった。

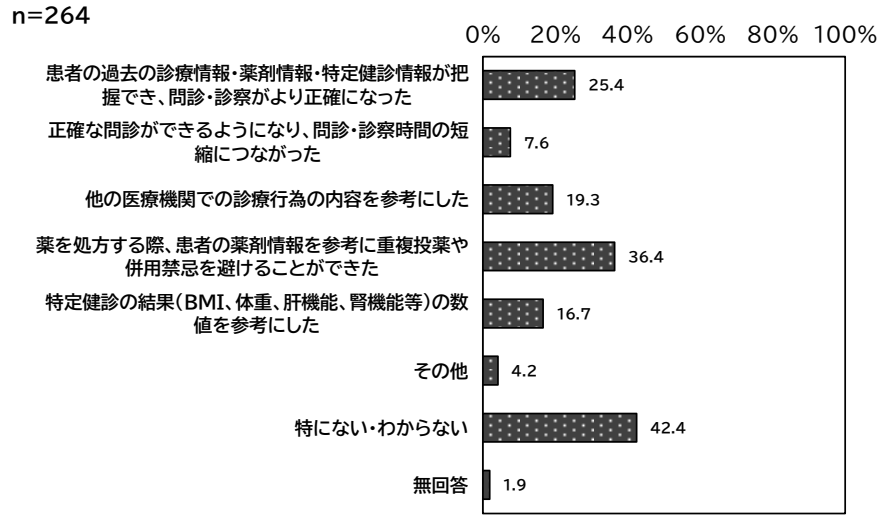
図表 3-29　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況



図表 3-31　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（複数回答）
（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・特定健診情報を活用している施設）



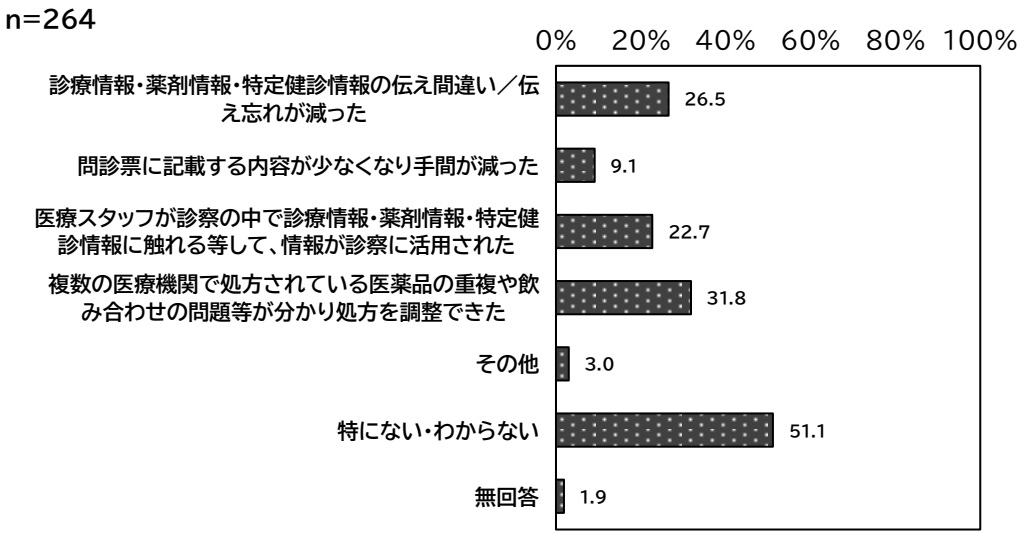
図表 3-35　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果（複数回答）
（マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報を活用している施設）



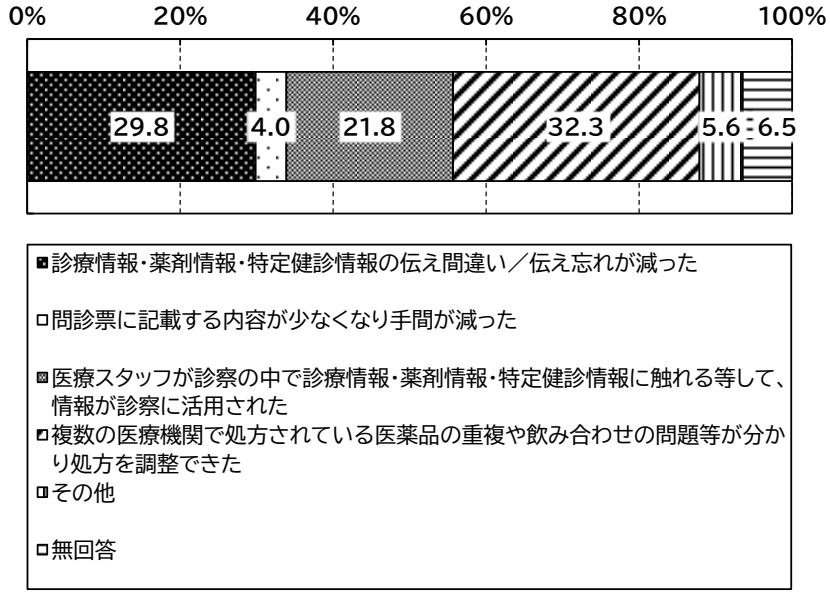
○　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報を活用している施設（264施設）に対して、マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットを尋ねたところ、「複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた」が無回答を除き最も多く、31.8%であった（複数回答）。

○　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よる患者へのメリットを1つ以上選択した施設（124施設）に、最も患者へのメリットがあるものを尋ねたところ、「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」が32.3%であった。

図表 3-39　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よる患者へのメリット（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）



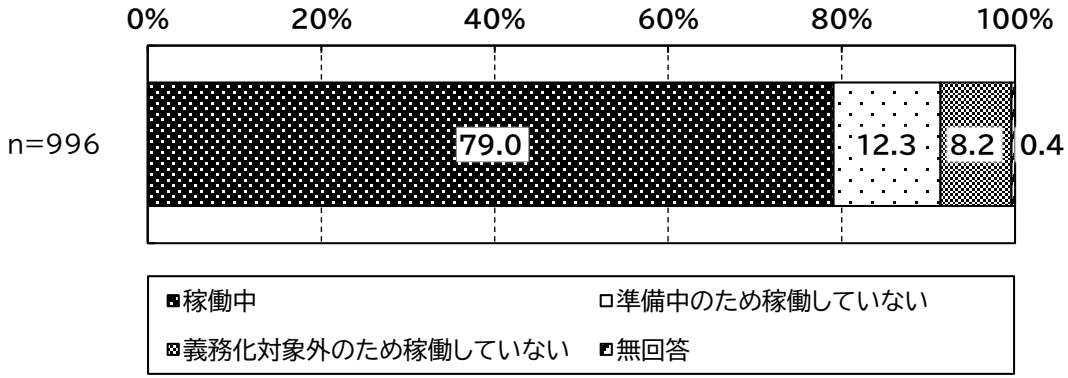
図表3-40　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットのうち最大のもの



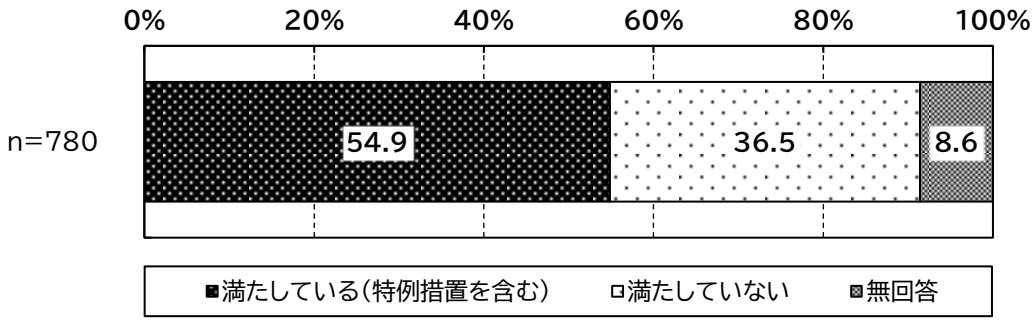
歯科診療所調査

○　オンライン資格確認等システムの導入状況は、「稼働中」が79.0%、「準備中のため稼働していない」が12.3%、「義務化対象外のため稼働していない」が8.2%であった。
○　オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合、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を、「満たしている（特例措置を含む）」が54.9%、「満たしていない」が36.5%であった。

図表 4-5　オンライン資格確認等システムの導入状況



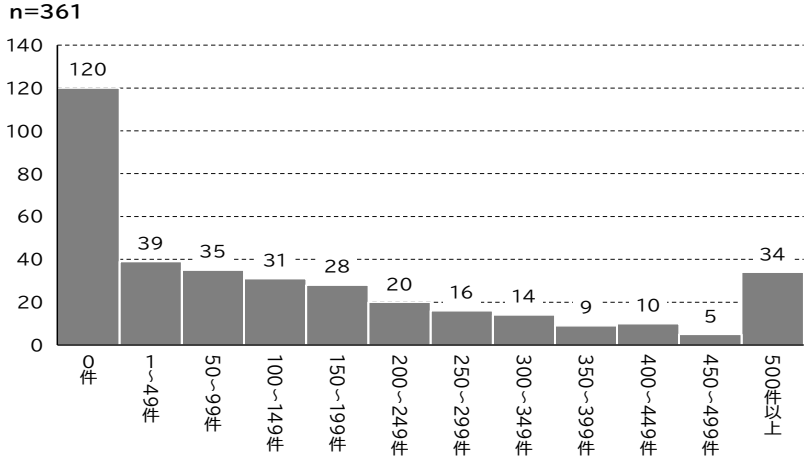
図表 4-17　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準



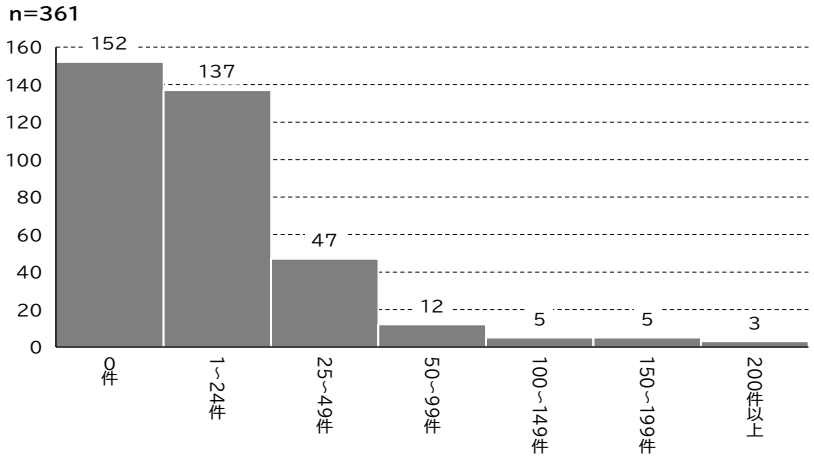
○　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準を満たしている（特例措置を含む）施設に対して、令和5年4月～6月末における医療情報・システム基盤整備体制充実加算１、２及び３の算定件数を尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 4-18　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の分布

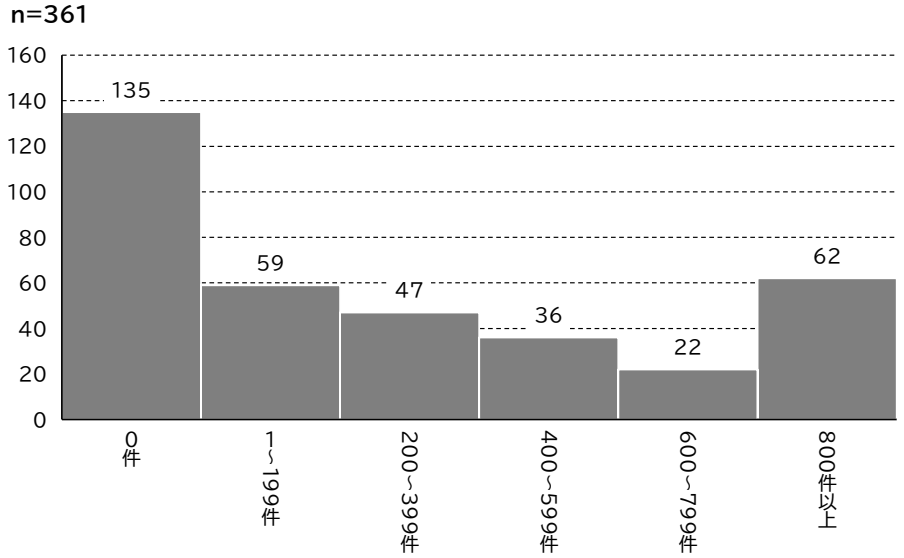
＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算１＞
※初診時にマイナ保険証を利用しなかった場合等の加算



＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算２＞
※初診時にマイナ保険証を利用した場合の加算

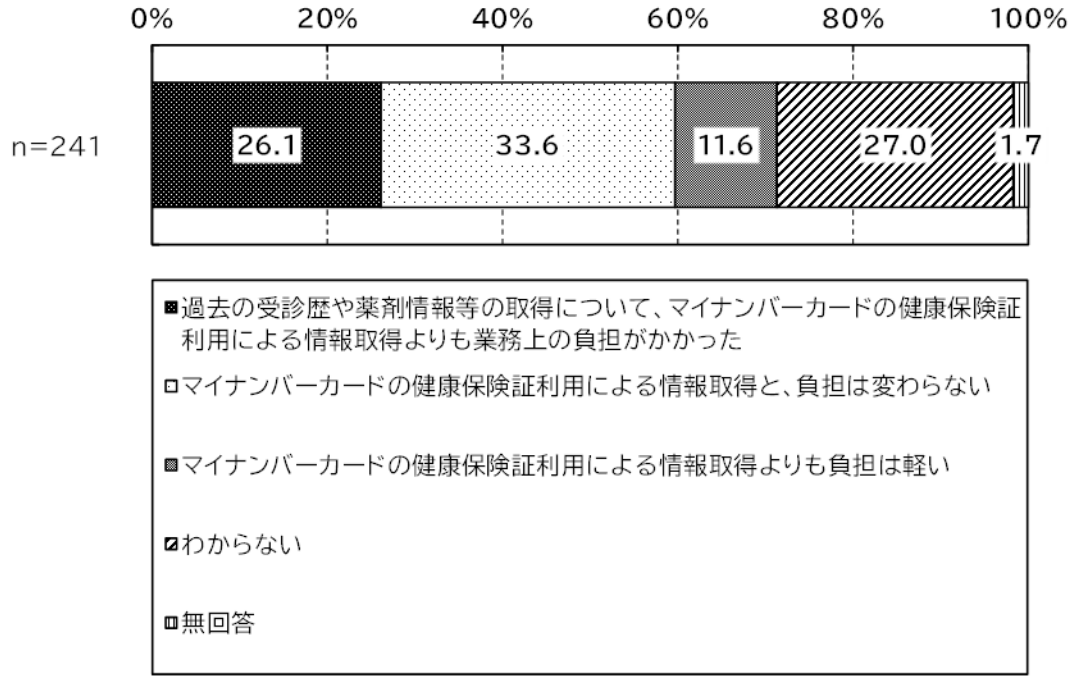


＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算３＞
※再診時にマイナ保険証を利用しなかった場合等の加算



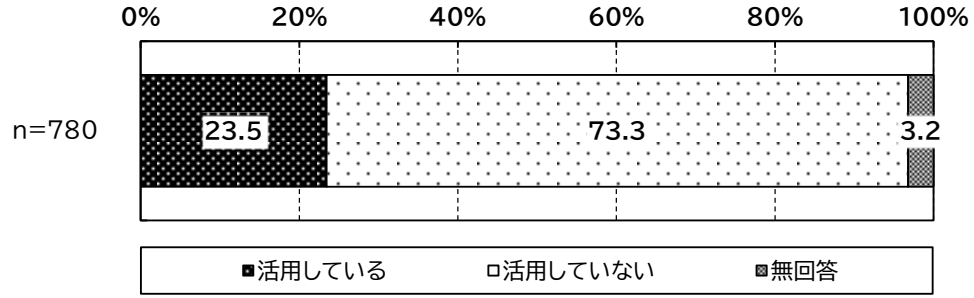
○　医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を1件以上算定している施設に対して、診療情報等の取得について、マイナンバーカードの健康保険証利用場合と比較して、問診等により取得した場合の負担を尋ねたところ、「マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得と、負担は変わらない」が33.6%、「マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも業務上の負担がかかった」が26.1%であった。

図表 4 21　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担
（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施設）

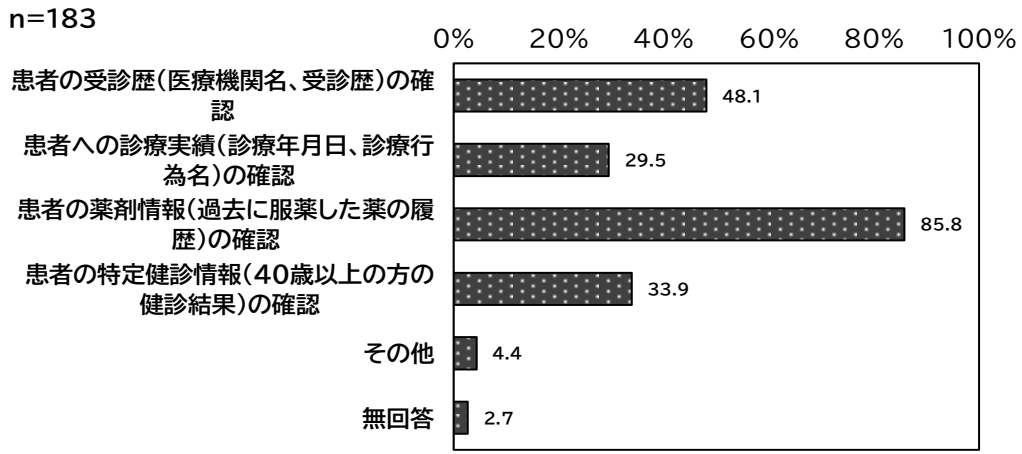


○　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況、活用内容、活用効果については、以下の通りであった。

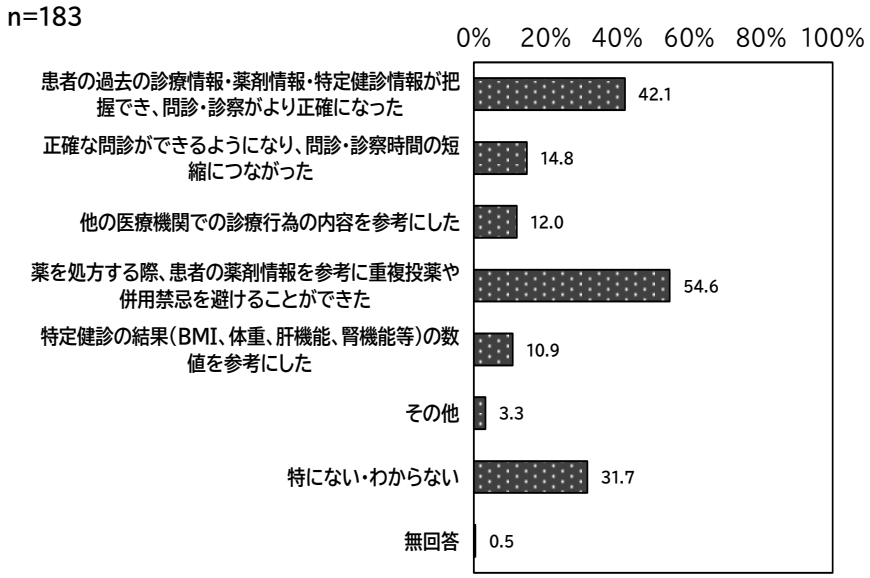
図表 4-23　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況



図表 4-25　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（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）



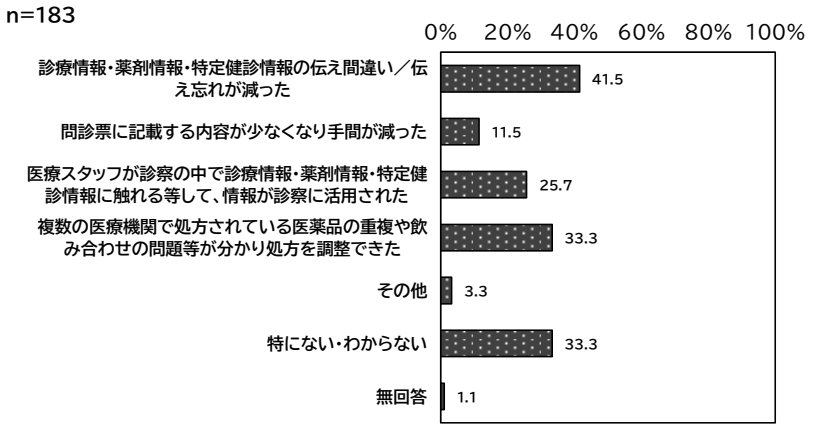
図表 4-29　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果（複数回答）（マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報を活用している施設）



○　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・特定健診情報を活用している施設に対して、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よる患者へのメリットを尋ねたところ、「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」が最も多く、41.5%であった（複数回答）。

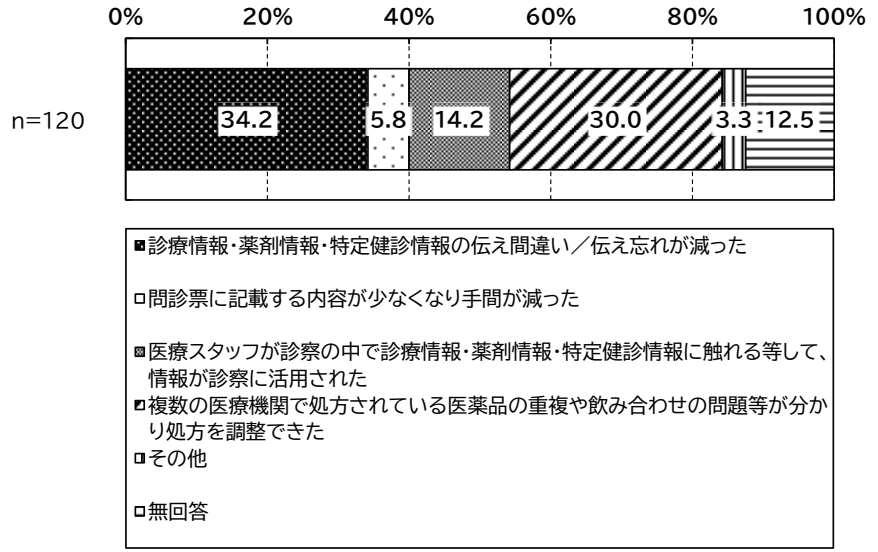
○　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットを1つ以上選択した施設における、最も患者へのメリットがあるものについては、「診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った」が34.2%であった。

図表 4-33　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よる患者へのメリット（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・お薬手帳を持ち歩かなくてもよくなった。
・保険証のかわりとして使用できる。

図表 4-34　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よる患者へのメリットのうち最大のもの

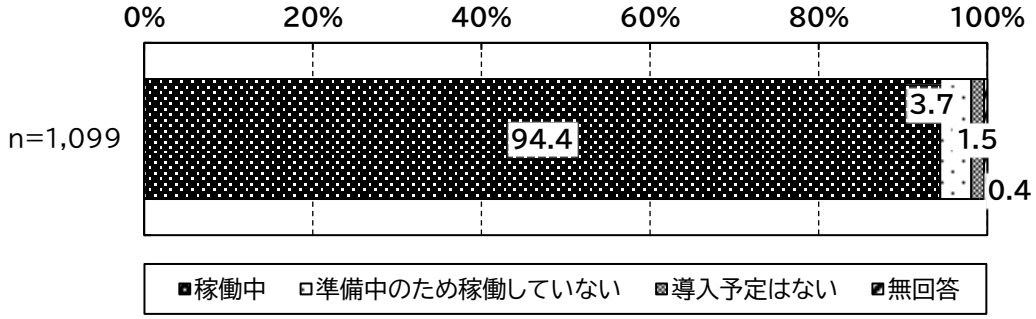


薬局調査

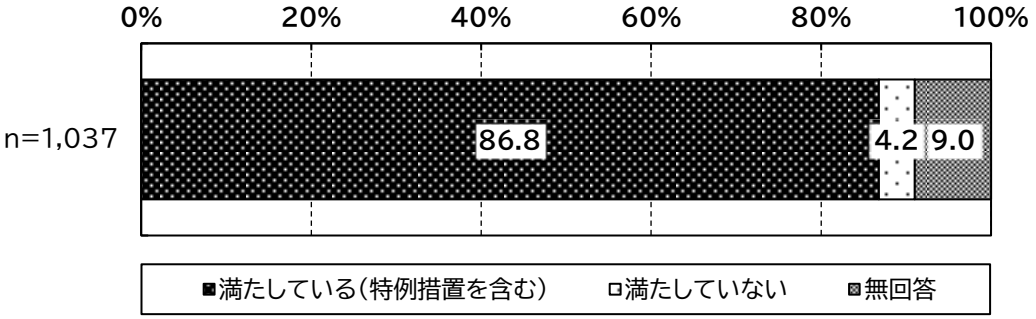
○　オンライン資格確認等システムの導入状況は、「稼働中」が94.4%、「準備中のため稼働していない」が3.7%、「義務化対象外のため稼働していない」が1.5%であった。

○　オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合、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を、「満たしている（特例措置を含む）」が86.8%、「満たしていない」が4.2%であった。

図表 5-20　オンライン資格確認等システムの導入状況



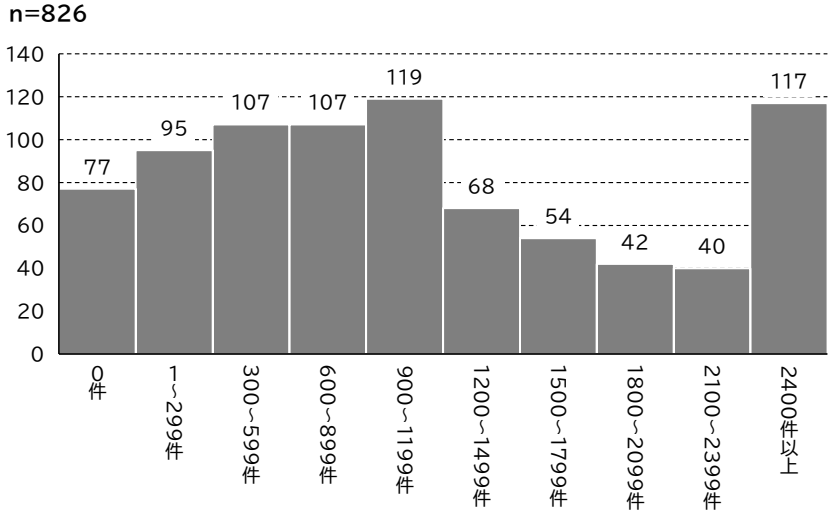
図表 5-25　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準



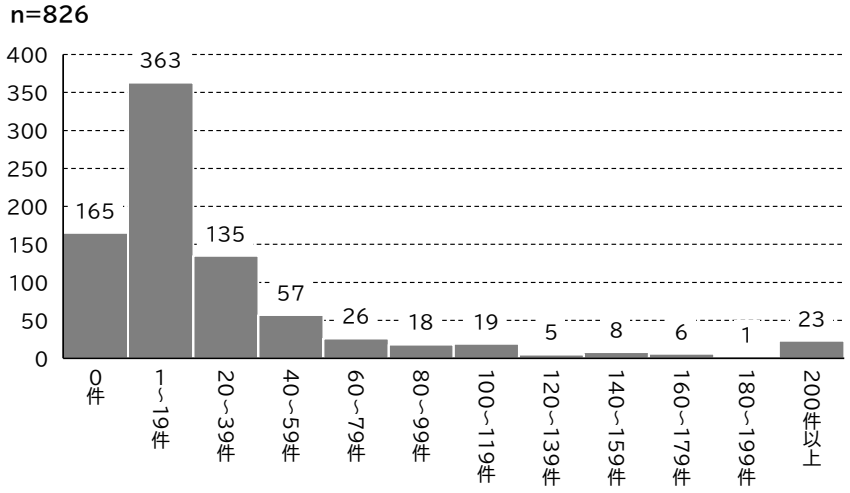
○　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準を満たしている（特例措置を含む）施設に対して、令和5年4月～6月末における医療情報・システム基盤整備体制充実加算1及び2の算定件数を尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 5-26　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の分布
（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を満たしている施設別）

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算１＞
※調剤時にマイナ保険証を利用しなかった場合等の加算



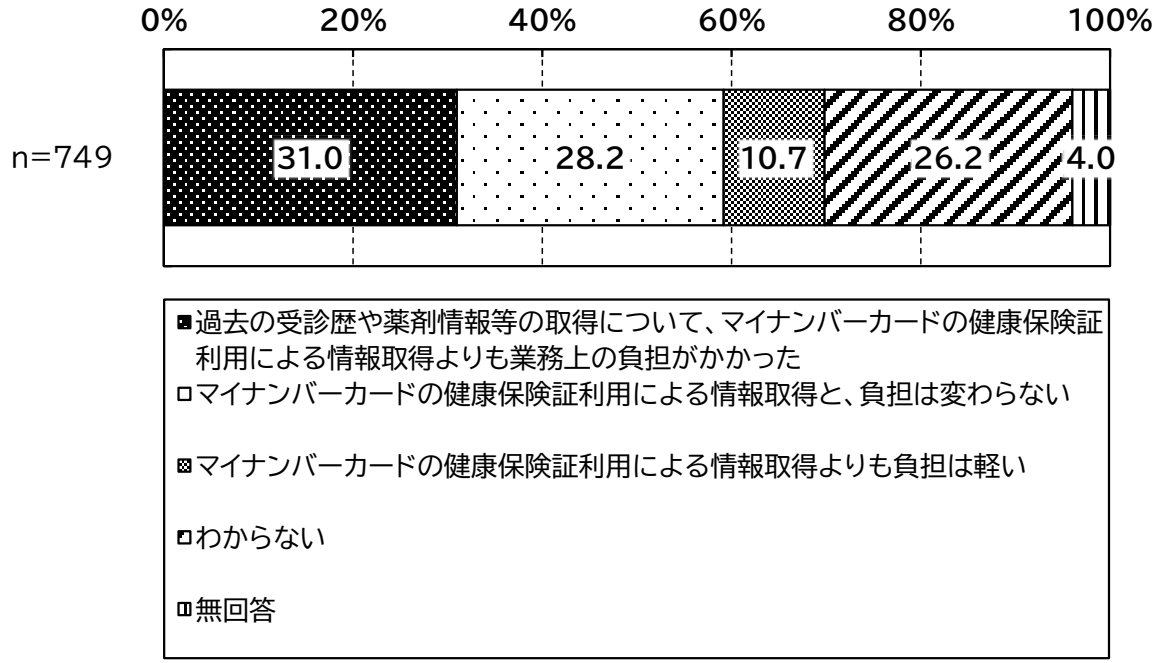
＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算２＞
※調剤時にマイナ保険証を利用した場合等の加算



※無回答を除く施設を集計対象とした。

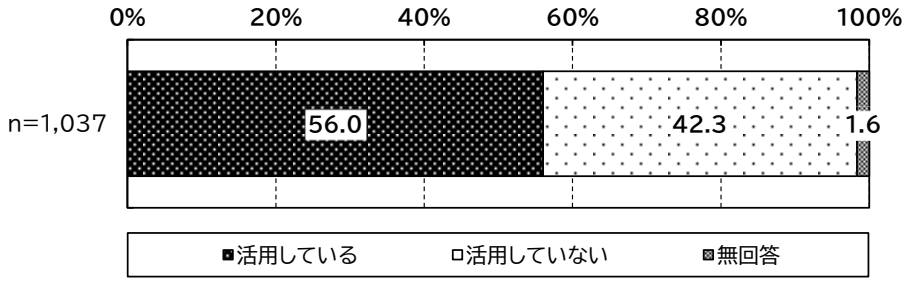
○　医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を1件以上算定している施設に対して、診療情報等の取得について、マイナンバーカードの健康保険証利用による場合と比較して、問診等により取得した場合の負担を尋ねたところ、「マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも業務上の負担がかかった」が31.0%、「マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得と、負担は変わらない」が28.2%であった。

図表 5-29　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担
（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施設）

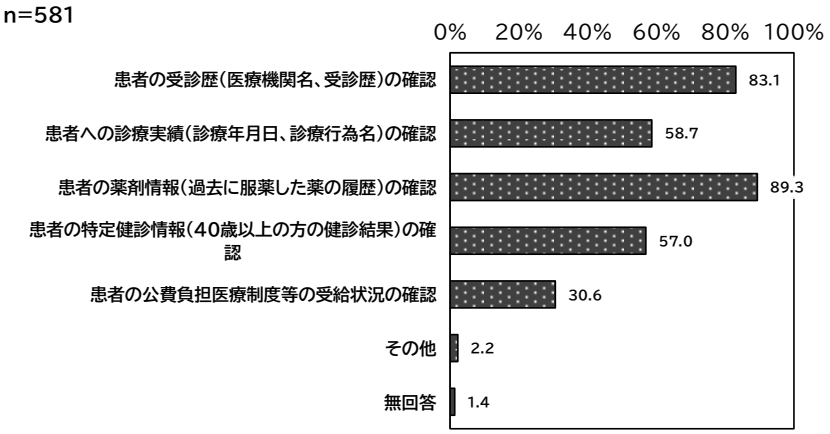


○　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況、活用内容、活用効果については、以下のとおりであった。

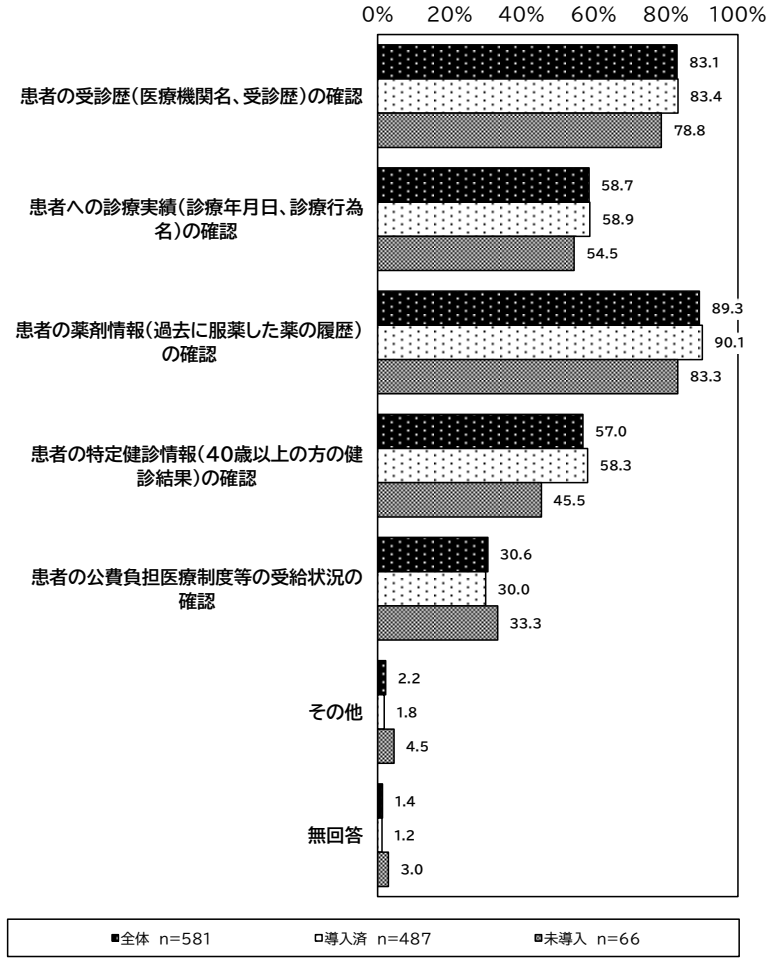
図表 5-30　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況



図表 5-31　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（複数回答）
（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・特定健診情報を活用している施設）



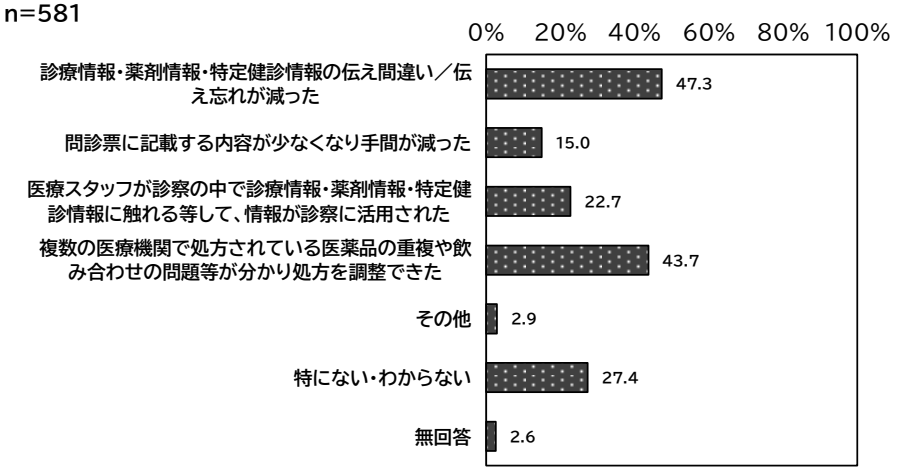
図表 5-33　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容（電子薬歴システムの導入状況別）



○　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・特定健診情報を活用している施設に対して、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よる患者へのメリットを尋ねたところ、「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」が最も多く、47.3%であった（複数回答）。

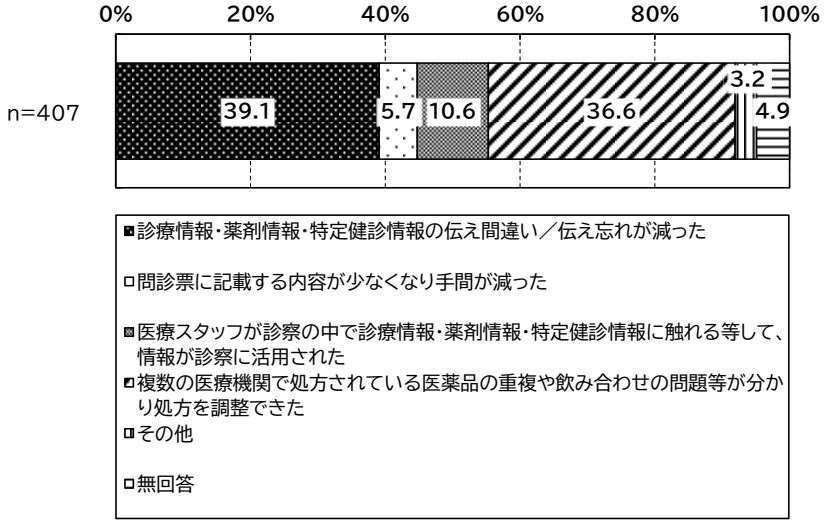
○　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットを1つ以上選択した施設（407施設）における、最も患者へのメリットがあるものについては、「診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った」が39.1%であった。

図表 5-37　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よる患者へのメリット（複数回答）
（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・特定健診情報を活用している施設）



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・保険証を忘れても保険適用される。

図表 5-38　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よる患者へのメリットのうち最大のもの

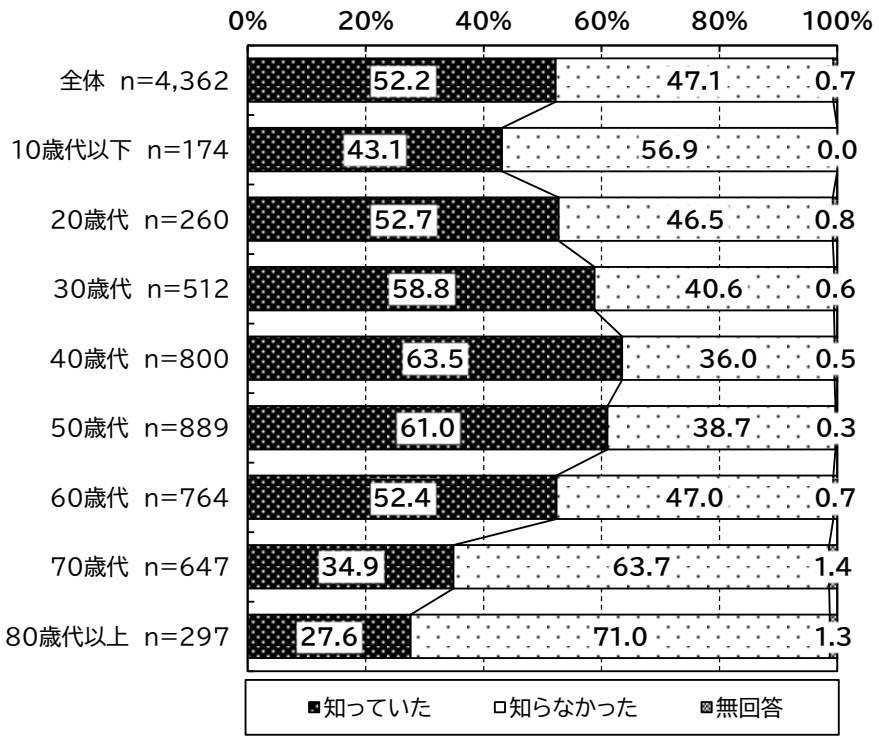


患者調査（郵送調査）

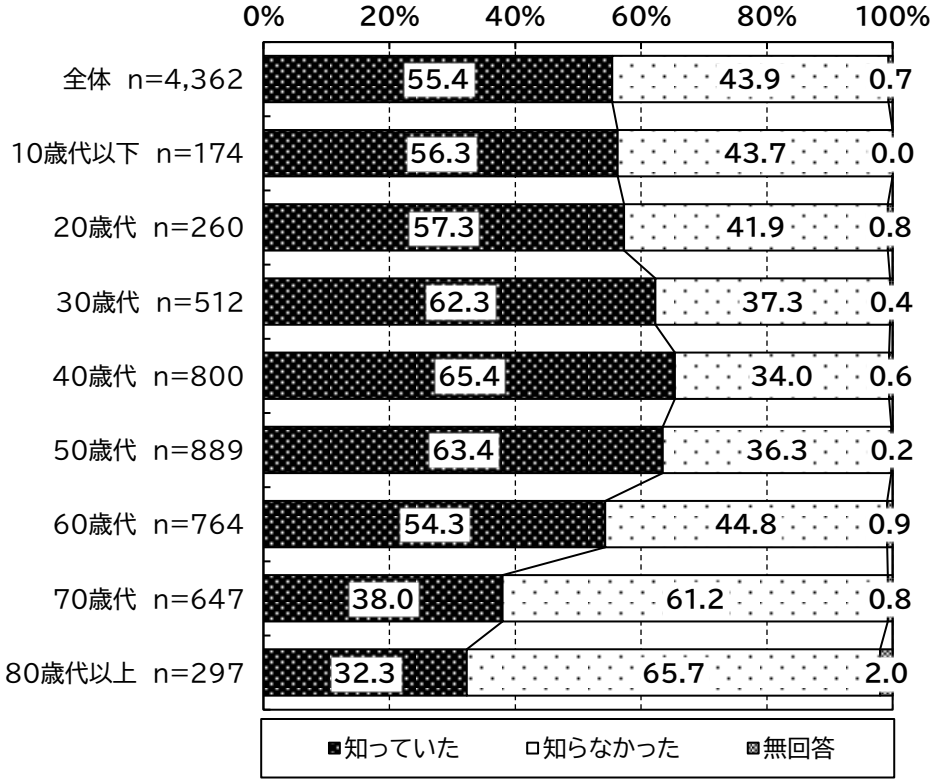
○　マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局では、診療報酬の加算の算定がされることを知っていたか尋ねたところ、全体で「知っていた」が52.2%、「知らなかった」が47.1%であった。

○　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について、全体で「知っていた」が55.4%、「知らなかった」が43.9%であった。

図表 6-18　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（年代別）

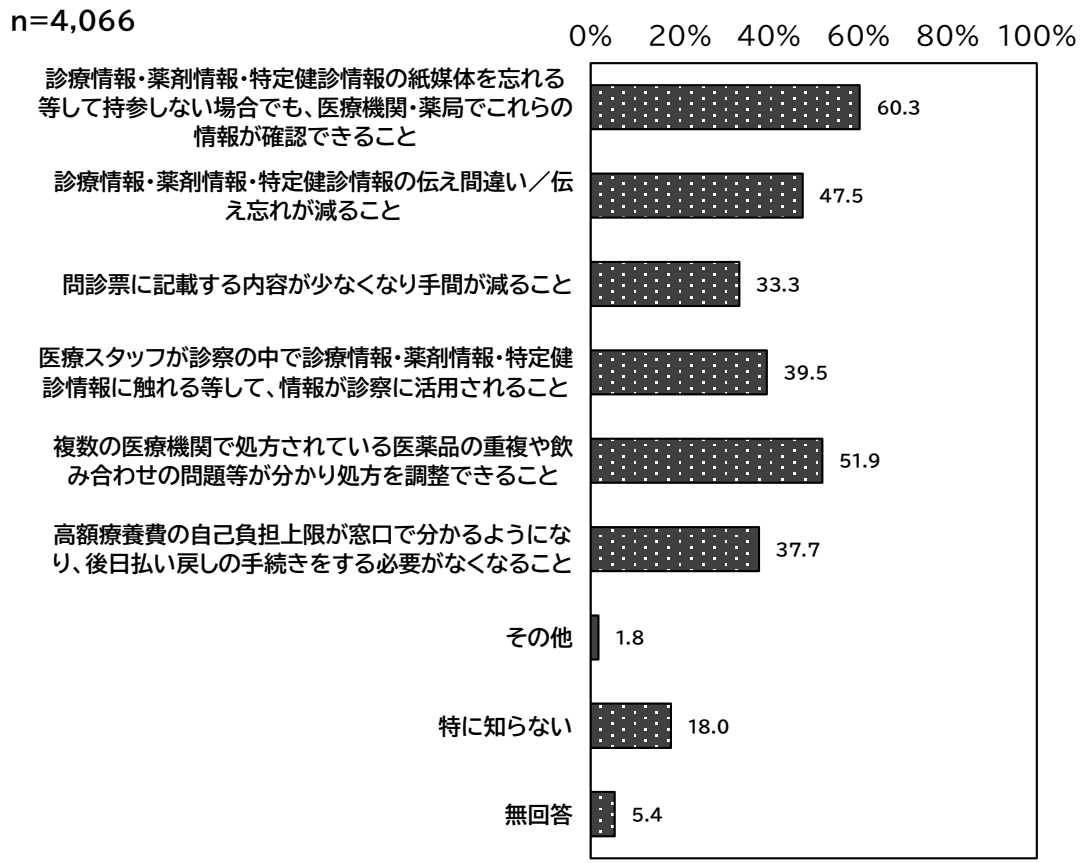


図表 6-21　マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度（年代別）



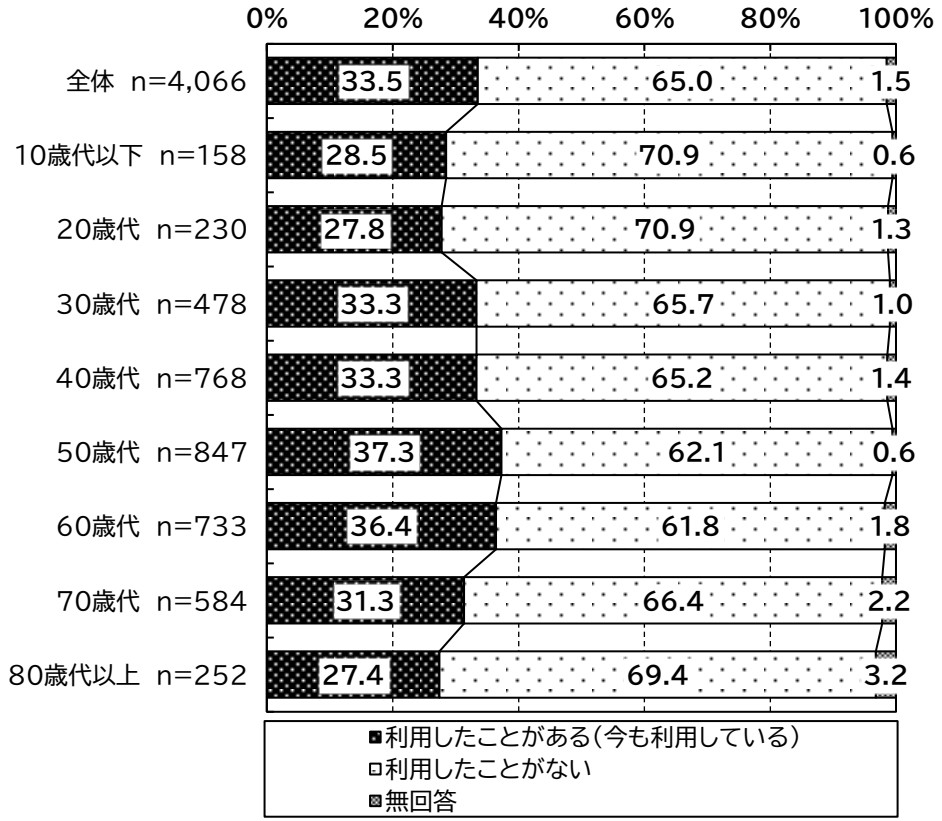
○　マイナンバーカードの健康保険証利用ができることを知っている人（4,066人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、認知しているメリットを尋ねたところ、「診療情報・薬剤情報・特定健診情報の紙媒体を忘れる等して持参しない場合でも、医療機関・薬局でこれらの情報が確認できること」が最も多く、60.3%であった（複数回答）。

図表 6-32　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット（複数回答）



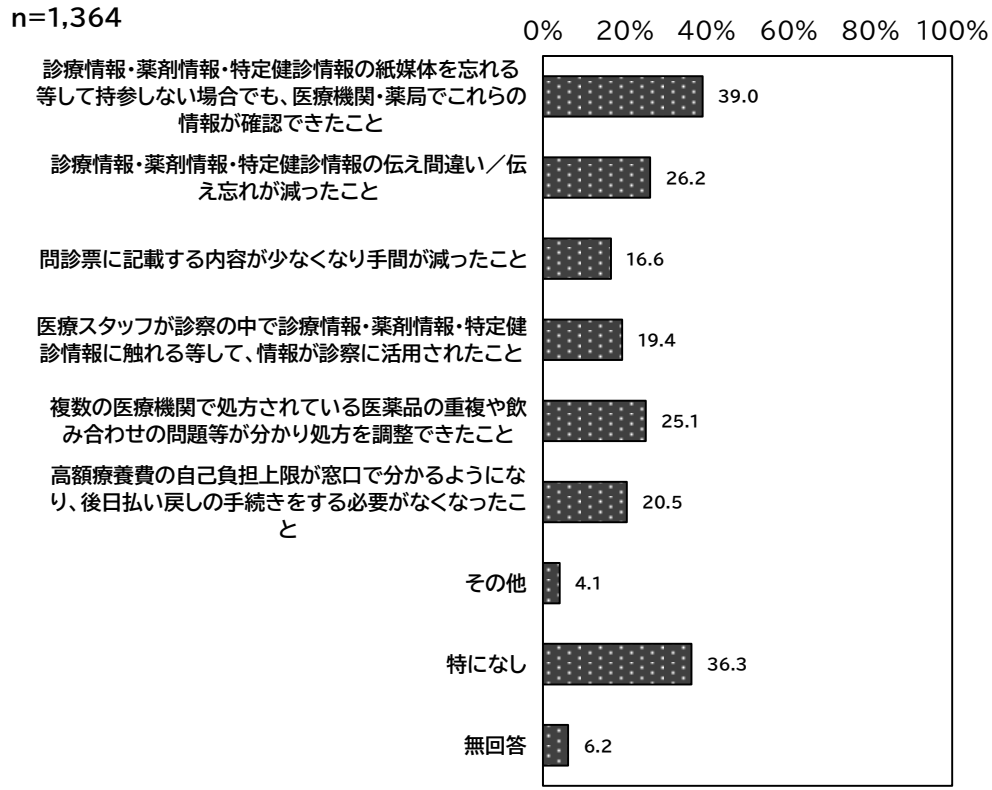
○　マイナンバーカードの健康保険証利用ができることを知っている人（4,066人）に対して、マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況を尋ねたところ、全体で「利用したことがある（今も利用している）」が33.5%、「利用したことがない」が65.0%であった。

図表 6-37　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況（年代別）



○　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（今も利用している）人（1,364人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、実際に感じたメリットを尋ねたところ、「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」が最も多く、39.0%であった（複数回答）。

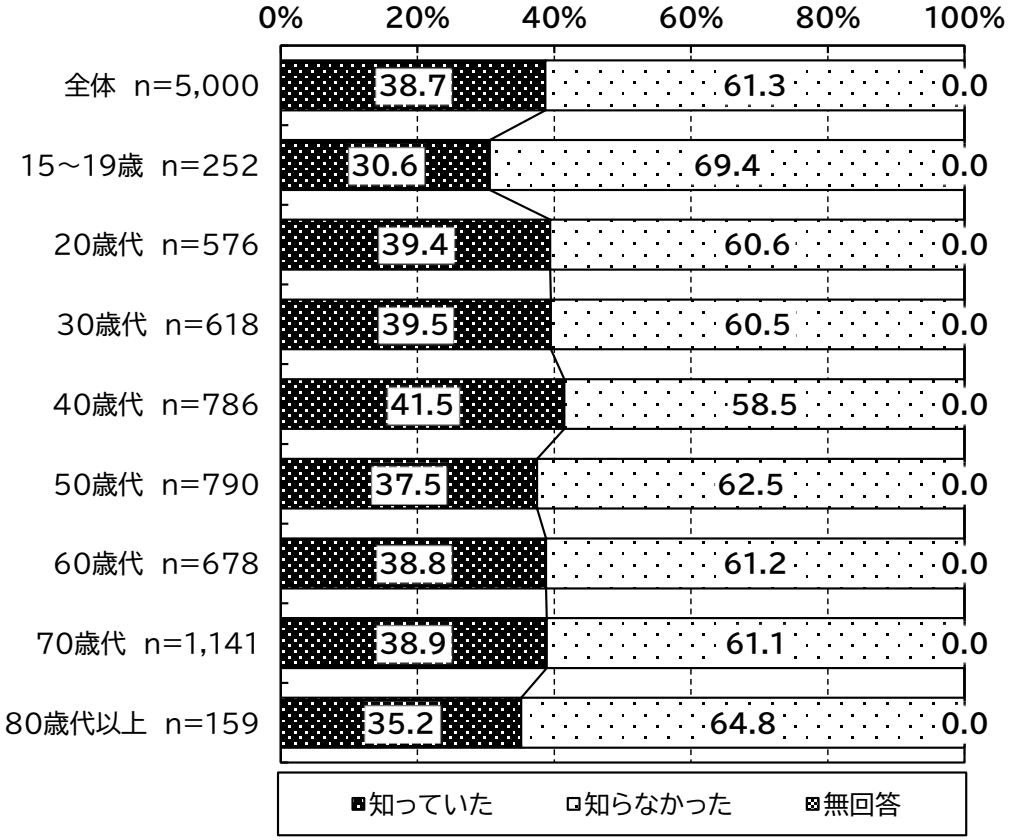
図表 6-46　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット（複数回答）（マイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある人）



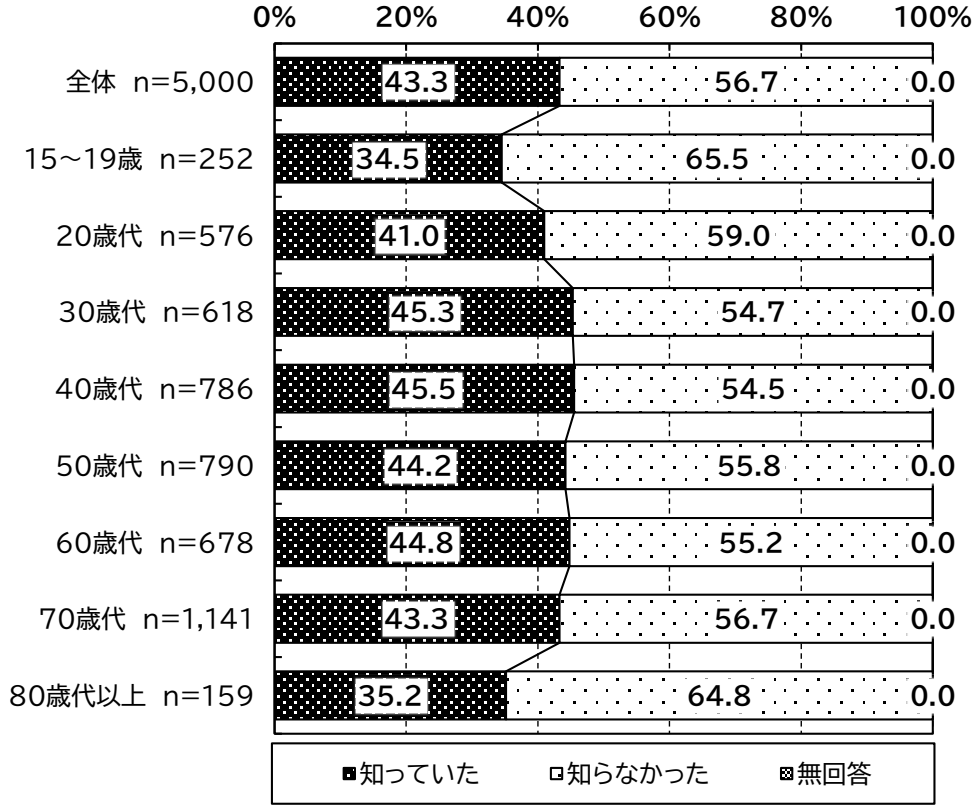
患者調査（インターネット調査）

○　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、診療報酬の加算の算定がされることを、全体で「知っていた」が38.7%、「知らなかった」が61.3%であった。
○　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知っていたか尋ねたところ、全体で「知っていた」が43.3%、「知らなかった」が56.7%であった。

図表 7-27　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（年代別）

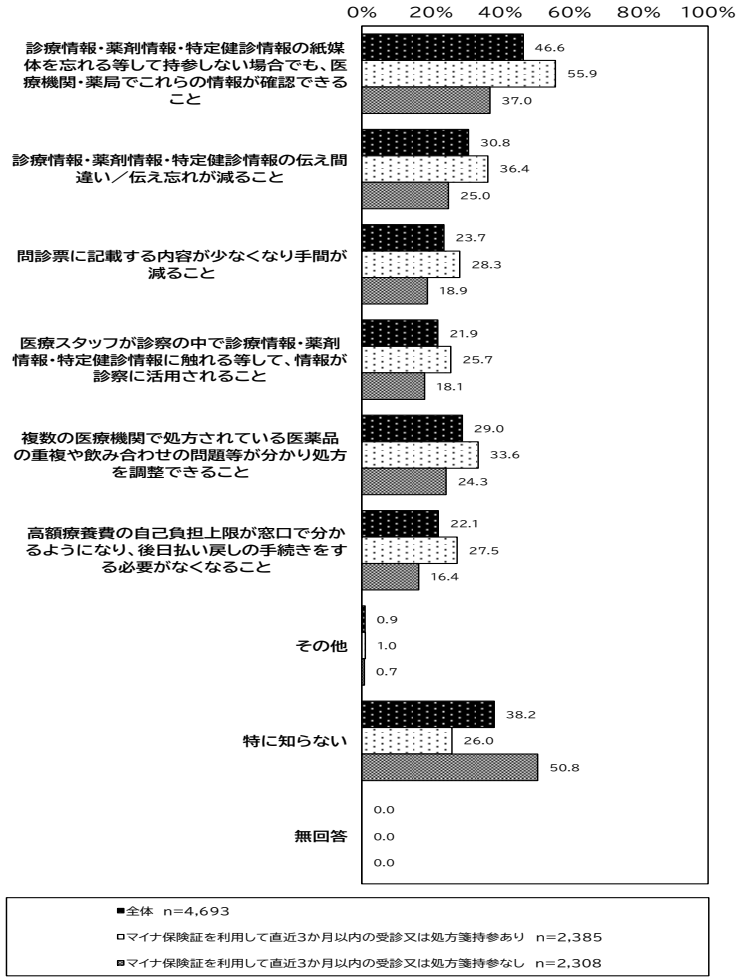


図表 7-31　マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度（年代別）



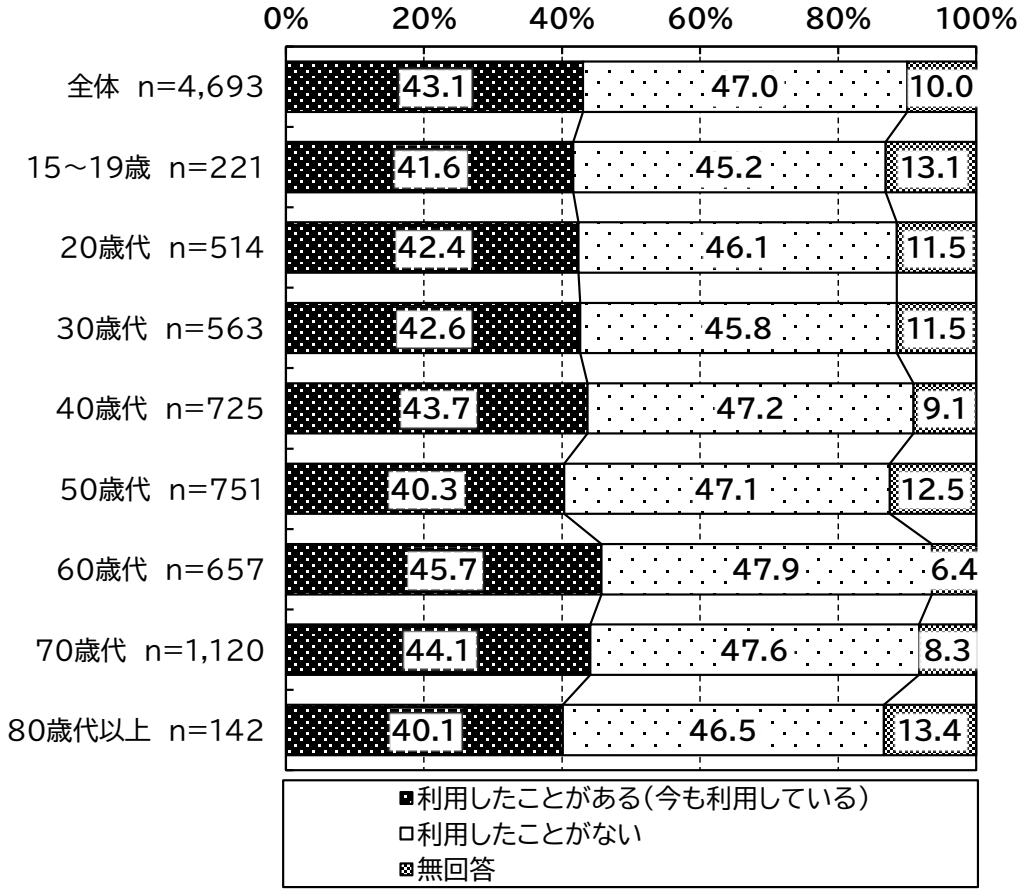
○　マイナンバーカードの健康保険証利用ができることを知っている人（4,693人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、認知しているメリットを尋ねたところ、全体で「診療情報・薬剤情報・特定健診情報の紙媒体を忘れる等して持参しない場合でも、医療機関・薬局でこれらの情報が確認できること」が最も多く、46.6%であった（複数回答）。

図表 7-46　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット（複数回答）（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近3か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



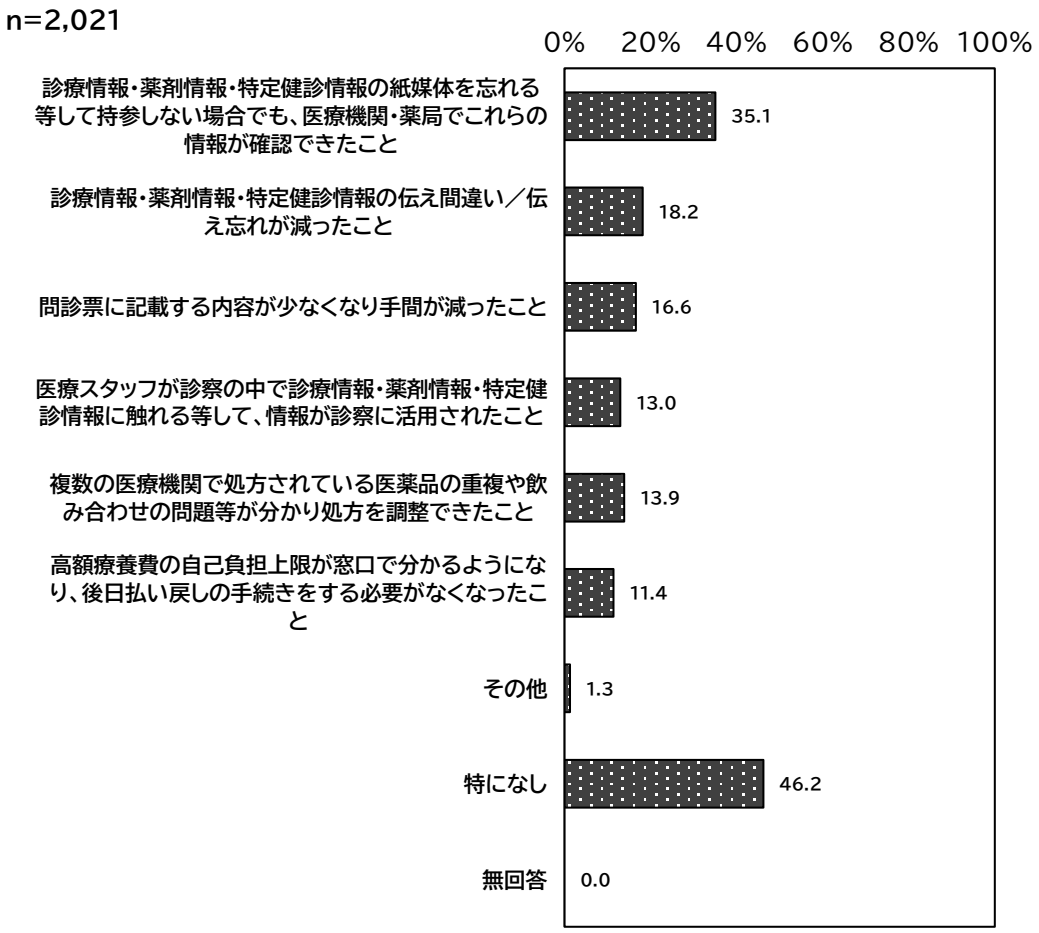
○　マイナンバーカードの健康保険証利用ができることを知っている人（4,693人）に対して、マイナンバーカード健康保険証利用の利用状況を尋ねたところ、全体で「利用したことがある（今も利用している）」が43.1%、「利用したことがない」が47.0%であった。

図表 7-54　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況（年代別）



○　マイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証として利用）したことがある（今も利用している）人（2,021人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、実際に感じたメリットを尋ねたところ、全体で「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」が、35.1%であった（複数回答）

図表 7-65　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット（複数回答）



中医協 総－１－６－２
５．１１．１０

中医協 検－６－２
５．１１．１０

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）の報告案について

○ 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　（右下頁）

・報告書（案）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１頁
・ＮＤＢデータ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２５１頁
・調査票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２５２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）

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

報告書（案）

◇◆目次◇◆

I. 調査の概要 1

1. 目的 1
2. 調査対象 2
3. 調査方法 3
4. 調査項目 4
5. 調査検討委員会 9

II. 調査の結果 10

1. 回収結果 10
2. 医科診療所調査 11
   1) 医科診療所の概要（令和５年７月１日現在） 12
   2) オンライン資格確認等の実施状況 18
3. 病院調査 43
   1) 病院の概要（令和５年７月１日現在） 44
   2) オンライン資格確認等の実施状況 52
4. 歯科診療所調査 78
   1) 歯科診療所の概要（令和５年７月１日現在） 79
   2) オンライン資格確認等の実施状況 81
5. 保険薬局調査 107
   1) 保険薬局の概要 108
   2) オンライン資格確認等の実施状況 120
6. 患者調査（郵送調査） 146
   1) 記入者の属性 147
   2) 患者の属性等 149
   3) 医療機関や保険薬局の利用状況 151
   4) 診察時の状況 152
   5) マイナンバーカードの健康保険証利用 164
7. 患者調査（インターネット調査） 188
   1) 記入者の属性 189
   2) 患者の属性等 194
   3) 医療機関や保険薬局の利用状況 197
   4) 診察時の状況 199
   5) マイナンバーカードの健康保険証利用 214

III.参考資料 246

1. 参考資料 246

I. 調査の概要

1. 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・検証を行った。

2. 調査対象

本調査では、「(1)医科診療所調査」「(2)病院調査」「(3)歯科診療所調査」「(4)保険薬局調査」「(5)患者調査（郵送調査）」「(6)患者調査（インターネット調査）」の 6 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

(1) 医科診療所調査

全国の医科診療所の中から無作為抽出した施設を調査対象とした。調査客体は 2,000 施設とした。

(2) 病院調査

全国の病院の中から無作為抽出した施設を調査対象とした。調査客体は 2,000 施設とした。

(3) 歯科診療所調査

全国の歯科診療所の中から無作為抽出した施設を調査対象とした。調査客体は 2,000 施設とした。

(4) 保険薬局調査

全国の保険薬局の中から無作為抽出した施設を調査対象とした。調査客体は 2,000 施設とした。

(5) 患者調査（郵送調査）

前記(1)「医科診療所調査」、(2)「病院調査」、(3)「歯科診療所調査」の対象施設の調査期間中に受診した外来患者、前記(4)「保険薬局調査」の対象施設の調査期間中に来局した外来患者を調査対象とした。1 施設につき 2 名を本調査の対象とし、調査客体数は最大で 16,000 名（4 調査×2,000 施設×2 名=16,000 名）とした。

(6) 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持参した患者及びそれ以外の患者を調査対象とした。調査客体数は 5,000 名とした。

※「マイナンバーカードを健康保険証として利用し、かつ直近３か月間以内に 1 回以上医療機関を受診した患者」または「マイナンバーカードを健康保険証として利用し、かつ直近３か月間以内に 1 回以上処方箋を薬局に持参した患者」から 2,500 名、それ以外の患者から 2,500 名の計 5,000 件を調査した。

※インターネット調査の調査対象・割付は、地域別・性別・年齢階級別の全国値に基づき比例配分した。

3. 調査方法

本調査の「(1)医科診療所調査」「(2)病院調査」「(3)歯科診療所調査」「(4)保険薬局調査」は、郵送発送による自記式アンケート調査方式により実施した。回答は、紙媒体（ID を印字した調査票）に記入後、郵送返送する方法と、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から選択できるようにした。

「(5)患者調査（郵送調査）」については、自記式調査票（患者票）の配布は上記(1)、(2)、(3)、(4)の対象施設（医科診療所、病院、歯科診療所、保険薬局）を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で行った。

「(6)患者調査（インターネット調査）」については、インターネット上での回答・回収とした。

調査実施時期は、令和 5 年 7 月 31 日から令和 5 年 9 月 15 日であった。

4. 調査項目

各調査の調査票（「(1)医科診療所調査」「(2)病院調査」「(3)歯科診療所調査」「(4)保険薬局調査」「(5)患者調査（郵送調査）」「(6)患者調査（インターネット調査）」）の調査項目は以下のとおりである。

(1)医科診療所調査および(2)病院調査

設問種類	設問項目
基本属性	所在地
	開設者
	受付窓口
	医療機関の種別
	許可病床数
	標榜診療科
オンライン資格確認等の実施状況	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
	（電子カルテシステムを導入済で、かつオンライン資格確認等システムが稼働している場合）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の情報の自動転記
	（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が自動転記されるよう連携しているもしくは自動転記されないが閲覧可能な場合）自動転記・閲覧可能な情報
	レセプトコンピュータの導入状況
	（導入済の場合）レセプトの請求方法
	（電子媒体（光ディスク等）でレセプトを請求している場合）2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗
	（電子媒体（光ディスク等）でレセプトを請求している場合）オンライン請求の開始予定時期
	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を満たしているか
	（施設基準を満たしている場合）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
	（医療情報・システム基盤整備体制充実加算１を算定している場合）算定理由は何か
	（医療情報・システム基盤整備体制充実加算１を算定している場合）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患者情報を取得した場合の負担
	（医療情報・システム基盤整備体制充実加算３を算定している場合）算定理由は何か
	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
	（活用している場合）マイナンバーカードによる診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容は何か
	（活用している場合）どのような効果を感じるか
	（活用している場合）患者へのメリットは何と考えるか

(3)歯科診療所調査

設問種類	設問項目
基本属性	所在地
	開設者
	標榜診療科
	管理者の年齢
オンライン資格確認等の実施状況	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
	（電子カルテシステムを導入済で、かつオンライン資格確認等システムが稼働している場合）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の情報の自動転記
	（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が自動転記されるよう連携しているもしくは自動転記されないが閲覧可能な場合）自動転記・閲覧可能な情報
	レセプトコンピュータの導入状況
	（導入済の場合）レセプトの請求方法
	（電子媒体（光ディスク等）でレセプトを請求している場合）2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗
	（電子媒体（光ディスク等）でレセプトを請求している場合）オンライン請求の開始予定時期
	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を満たしているか
	（施設基準を満たしている場合）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
	（医療情報・システム基盤整備体制充実加算１を算定している場合）算定理由は何か
	（医療情報・システム基盤整備体制充実加算１を算定している場合）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患者情報を取得した場合の負担
	（医療情報・システム基盤整備体制充実加算３を算定している場合）算定理由は何か
	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
	（活用している場合）マイナンバーカードによる診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容は何か
	（活用している場合）どのような効果を感じるか
	（活用している場合）患者へのメリットは何と考えるか

(4)保険薬局調査

設問種類	設問項目
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
	令和４年度の調剤基本料の届出状況
	全処方箋の受付回数
	応需医療機関数
	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
	（最も多く処方箋を受け付けた医療機関で）集中率が最も高い医療機関の診療所・病院の別
	（最も多く処方箋を受け付けた医療機関で）集中率が最も高い医療機関の該当する標榜診療科
オンライン資格確認等の実施状況	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
	（導入済の場合）レセプトの請求方法
	（電子媒体（光ディスク等）でレセプトを請求している場合）2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗
	（電子媒体（光ディスク等）でレセプトを請求している場合）オンライン請求の開始予定時期
	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を満たしているか
	（施設基準を満たしている場合）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
	（医療情報・システム基盤整備体制充実加算１を算定している場合）算定理由は何か
	（医療情報・システム基盤整備体制充実加算１を算定している場合）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患者情報を取得した場合の負担
	マイナンバーカードの健康保険証利用に対する診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況
	（活用している場合）マイナンバーカードによる診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容は何か
	（活用している場合）どのような効果を感じるか
	（活用している場合）患者へのメリットは何と考えるか
	電子処方箋の導入状況
	（導入済の場合）電子処方箋の受付実績件数（令和 5 年 4 月～6 月末の 3 か月分）
	（導入予定の場合）電子処方箋の導入予定時期
	電子薬歴システムの導入状況
	（電子薬歴システムを導入済で、かつ電子処方箋を導入済の場合）電子処方箋システムから電子薬歴システムへの情報の自動転記

設問種類	設問項目
	（電子薬歴システムを導入済で、かつオンライン資格確認等システムを導入済の場合）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が自動転記されるよう連携しているか
	（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が自動転記されるよう連携しているもしくは自動転記されないが閲覧可能な場合）自動転記・閲覧可能な情報
	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のマイナポータル API 連携状況

(5)患者調査（郵送調査）および(6)患者調査（インターネット調査）

設問種類	設問項目
基本属性	調査票の記入者
	代筆理由
	性別
	年齢
	居住地
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・診療科数・保険薬局数
診察時の状況	過去に服薬した薬や特定健診情報を医師・歯科医師・薬剤師に伝えているか
	（伝えている場合）服薬した薬情報を思い出すのが難しいまたは面倒と感じる頻度
	マイナンバーカードの健康保険証利用による医師・薬剤師への情報共有が可能であることの認知度
	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
	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の認知度
	マイナンバーカードの健康保険証利用による窓口負担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あることの認知度
マイナンバーカードの健康保険証利用	マイナンバーカードを所持しているか
	マイナンバーカードの健康保険証利用ができることを知っているか
	マイナンバーカードの健康保険証利用に関するご存じのメリット
	（メリットを感じている場合）メリットを知った情報源
	マイナンバーカードの健康保険証利用の有無
	（利用経験がある場合）自身の診療情報活用への同意の有無
	（利用経験があり、かつ自身の診療情報活用に同意している場合）どの診療情報の提供に同意したか
	（利用経験がある場合）病院、医科診療所、歯科診療所、保険薬局での利用回数
	（利用経験がある場合）マイナンバーカードの健康保険証利用で実際に感じたメリット

5. 調査検討委員会

本調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計・分析、報告書案等の検討を行うため、以下のとおり、調査検討委員会を設置・計２回開催した。

【委員】（○は委員長、五十音順、敬称略）

秋山　美紀	慶應義塾大学環境情報学部　教授（第１回まで委員長）
高瀬　裕志	公益社団法人日本歯科医師会　理事
長島　公之	公益社団法人日本医師会　常任理事
原口　亨	公益社団法人日本薬剤師会　常務理事
○本田　文子	一橋大学大学院経済学研究科・社会科学高等研究院　教授
山口　武之	公益社団法人日本歯科医師会　前理事（第１回まで）
山本　隆一	一般財団法人医療情報システム開発センター　理事長

【オブザーバー】（敬称略）

永瀬　伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系　教授

※所属は報告書取りまとめ時のもの

II.調査の結果

1.回収結果

医科診療所調査の有効回答数（施設数）は 909 件、有効回答率は 45.5%、病院調査の有効回答数（施設数）は 968 件、有効回答率は 48.4%、歯科診療所調査の有効回答数（施設数）は 996 件、有効回答率は 49.8%、保険薬局調査の有効回答数（施設数）は 1,099 件、有効回答率は 55.0%であった。

患者調査の有効回答数は、郵送調査が 4,362 件、インターネット調査が 5,000 件であった。

図表 1-1　今年度の回収の状況

	発送数	有効回答数	有効回答率
医科診療所調査	2,000 件	909 件	45.5%
病院調査	2,000 件	968 件	48.4%
歯科診療所調査	2,000 件	996 件	49.8%
保険薬局調査	2,000 件	1,099 件	55.0%
患者調査（郵送調査）	－	4,362 件	－
患者調査（インターネット調査）	－	5,000 件	－

※患者調査（郵送調査）については、医科診療所、病院、歯科診療所、保険薬局から何部配布されたかが把握できない方法で調査を行っていることから、発送数と有効回答率の表記を行っていない。また、患者調査（インターネット調査）については、回答数が 5,000 件になるまで回収を続けるという他との調査とは異なる方式で調査を行っていることから、発送数、有効回答率の表記を行っていない。

2. 医科診療所調査

【調査対象等】

○以下診療所調査

調査対象：全国の医科診療所の中から無作為抽出した 2,000 施設

回 答 数：909 施設

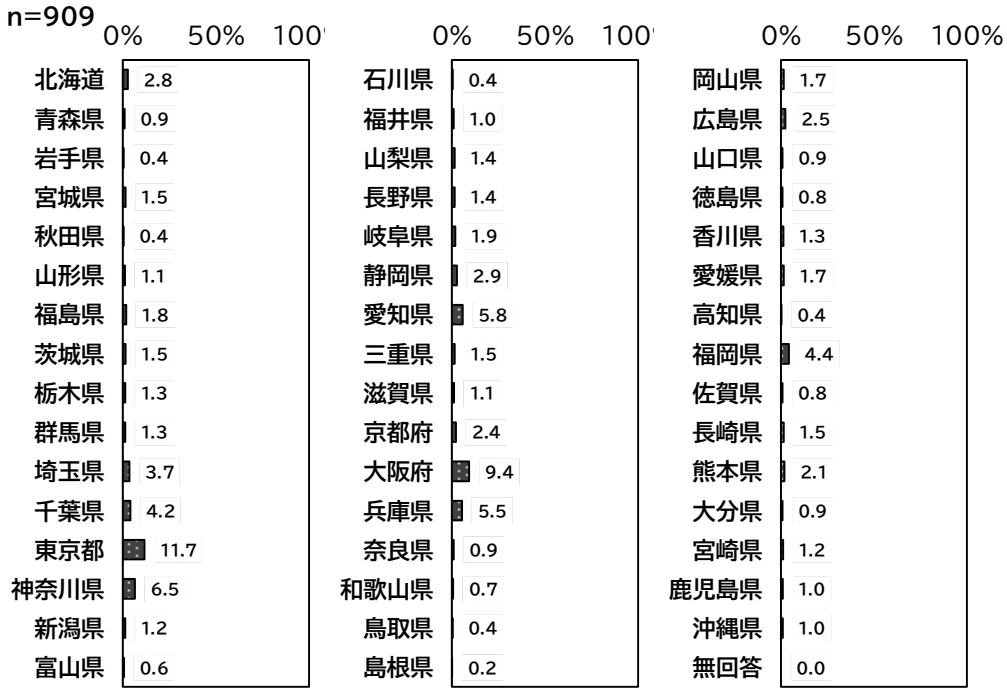
回 答 者：開設者・管理者

1)　医科診療所の概要（令和５年７月１日現在）

(1) 所在地（都道府県）

回答施設の所在地（都道府県）は以下のとおりであった。

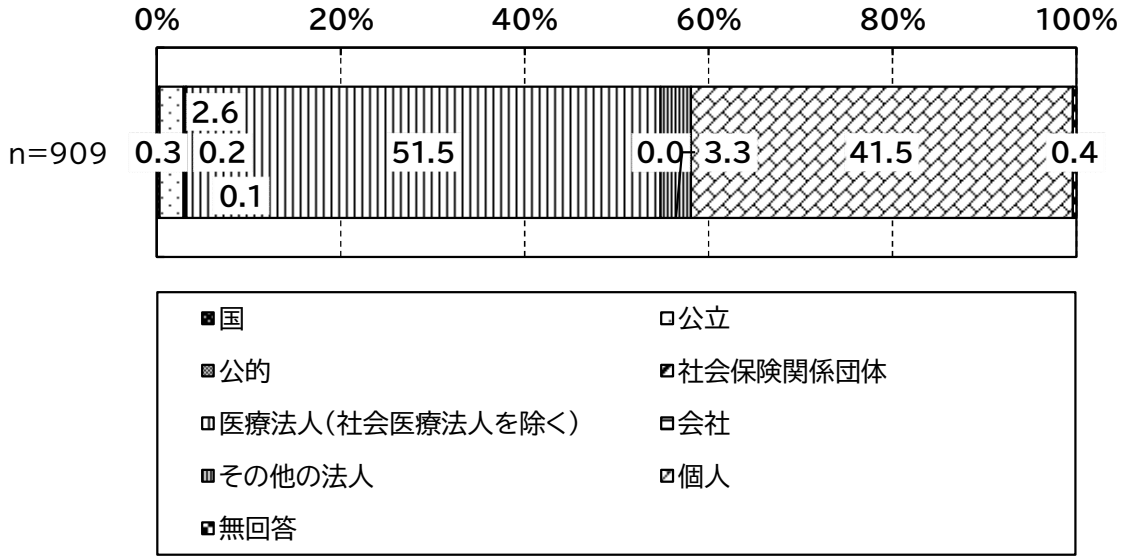
図表 2-1　所在地（都道府県）



(2) 開設者

組織形態については、「医療法人（社会医療法人を除く）」が 51.5%と最も多かった。

図表 2-2 開設者



※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

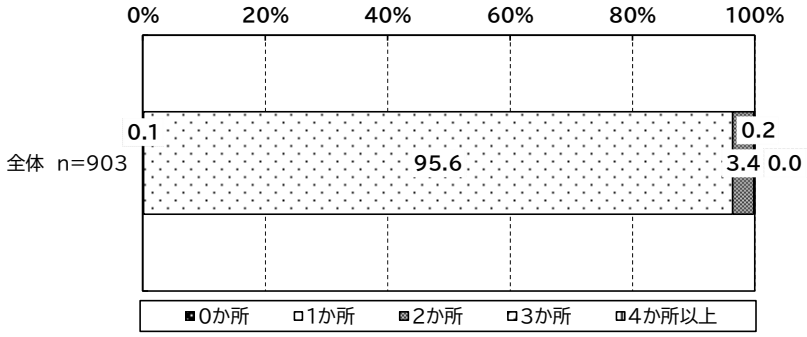
医療法人：社会医療法人は含まない

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) 受付窓口数

受付窓口数の分布は、「１か所」が 95.6%、「２か所」が 3.4%、「3 か所」が 0.2%であった。

図表 2-3　受付窓口数の分布



※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 2-4　受付窓口数

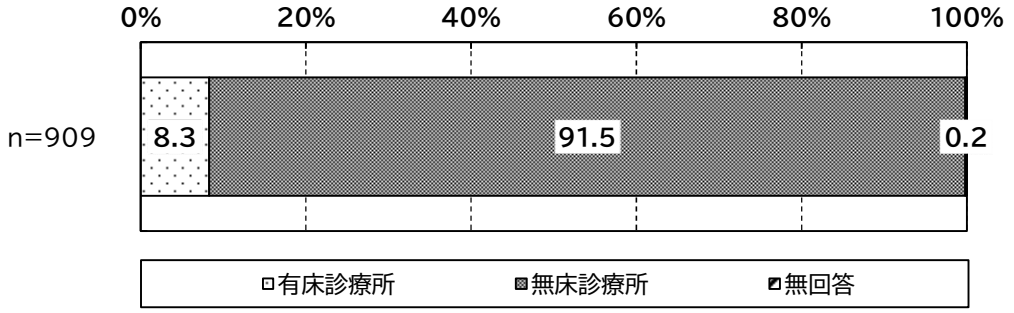
	回答施設数	平均値（か所）	標準偏差	中央値
受付窓口数	903	1.0	0.2	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

(4) 医療機関の種別

医療機関については、「有床診療所」が 8.3%、「無床診療所」が 91.5%であった。

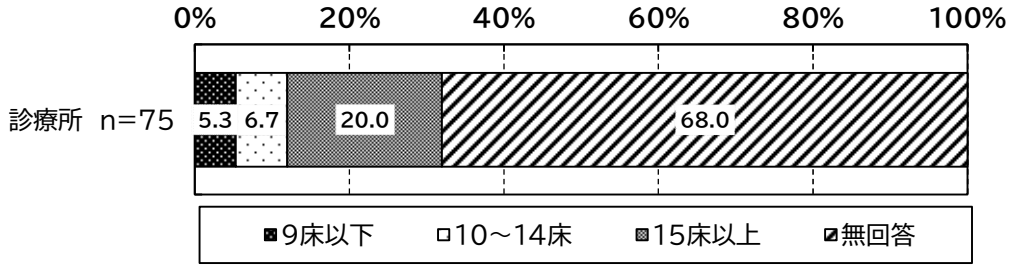
図表 2-5　医療機関の種別



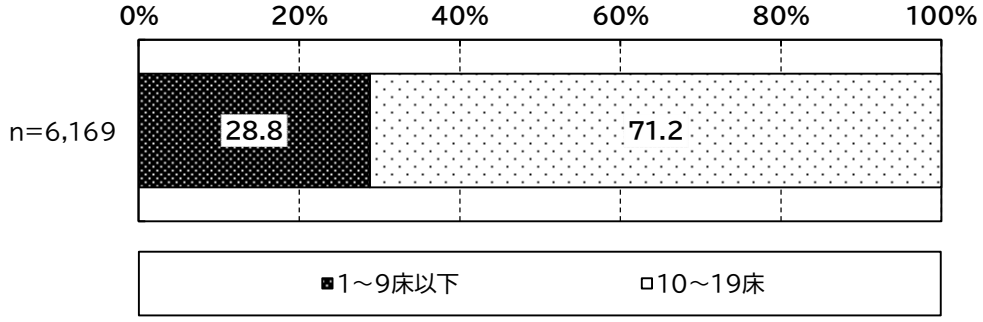
(5) 許可病床数

許可病床数は以下のとおりであった。

図表 2-6　許可病床数の分布（有床診療所のみ）



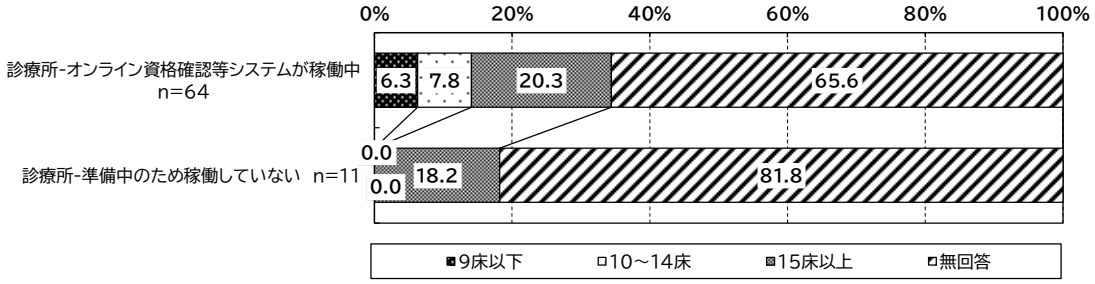
（参考）全国の一般診療所の許可病床数の分布
出典：令和 3（2021）年　医療施設(動態)調査･病院報告の概況_厚生労働省



図表 2-7　許可病床数（有床診療所のみ）

許可病床名	回答施設数	平均値（床）	標準偏差	中央値
一般病床	24	13.5	6.0	15.5
療養病床	24	0.8	3.1	0.0
合計	24	14.3	5.7	16.5

図表 2-8　許可病床数の分布（オンライン資格確認等システムの導入状況別）



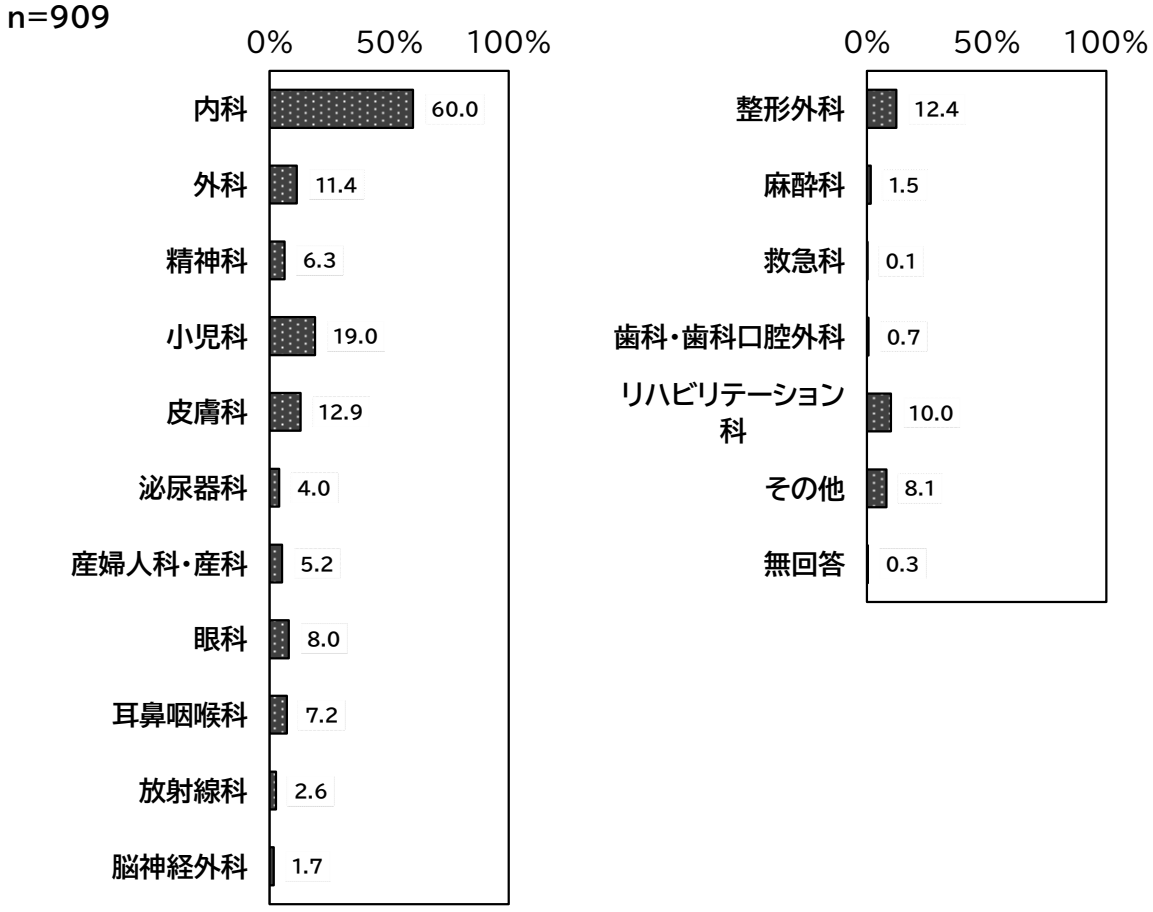
図表 2-9　許可病床数（有床診療所のみ）（オンライン資格確認等システムの導入状況別）

	許可病床名	回答施設数	平均値（床）	標準偏差	中央値
オンライン資格確認等システムが稼働中	一般病床	22	13.1	6.1	14.5
	療養病床	22	0.9	3.2	0.0
	全体	22	14.0	5.8	16.5
準備中のため稼働していない	一般病床	2	17.5	2.1	17.5
	療養病床	2	0.0	0.0	0.0
	全体	2	17.5	2.1	17.5
義務化対象外のため稼働していない	一般病床	0	－	－	－
	療養病床	0	－	－	－
	全体	0	－	－	－

(6) 標榜診療科

標榜診療科は以下のとおりであった。

図表 2-10　標榜診療科（複数回答）



※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、「内科」として集計。

※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、「外科」として集計。

※小児歯科、矯正歯科は、「歯科・歯科口腔外科」として集計。

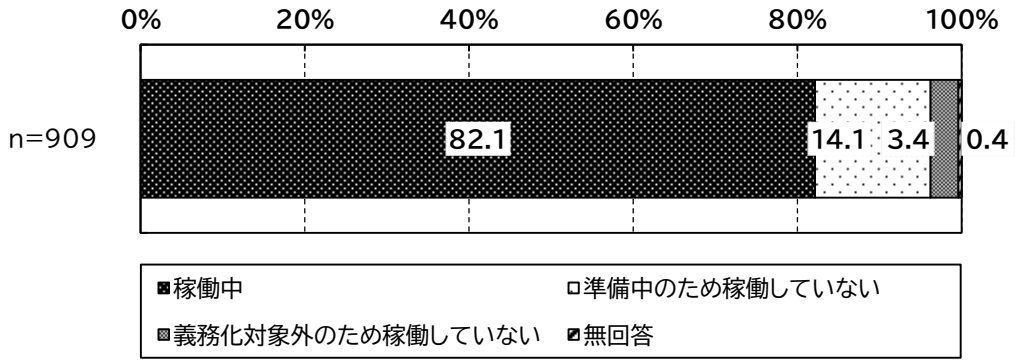
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・人工透析内科、児童精神科

2) オンライン資格確認等の実施状況

(1) オンライン資格確認等システムの導入状況

オンライン資格確認等システムの導入状況は、「稼働中」が 82.1%、「準備中のため稼働していない」が 14.1%、「義務化対象外のため稼働していない」が 3.4%であった。

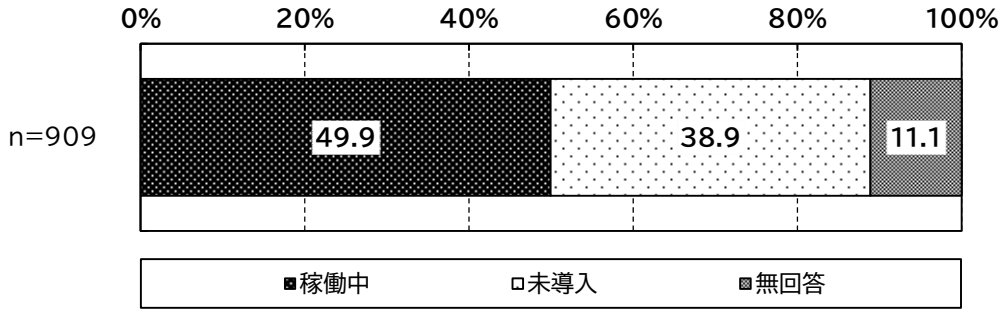
図表 2-11 オンライン資格確認等システムの導入状況



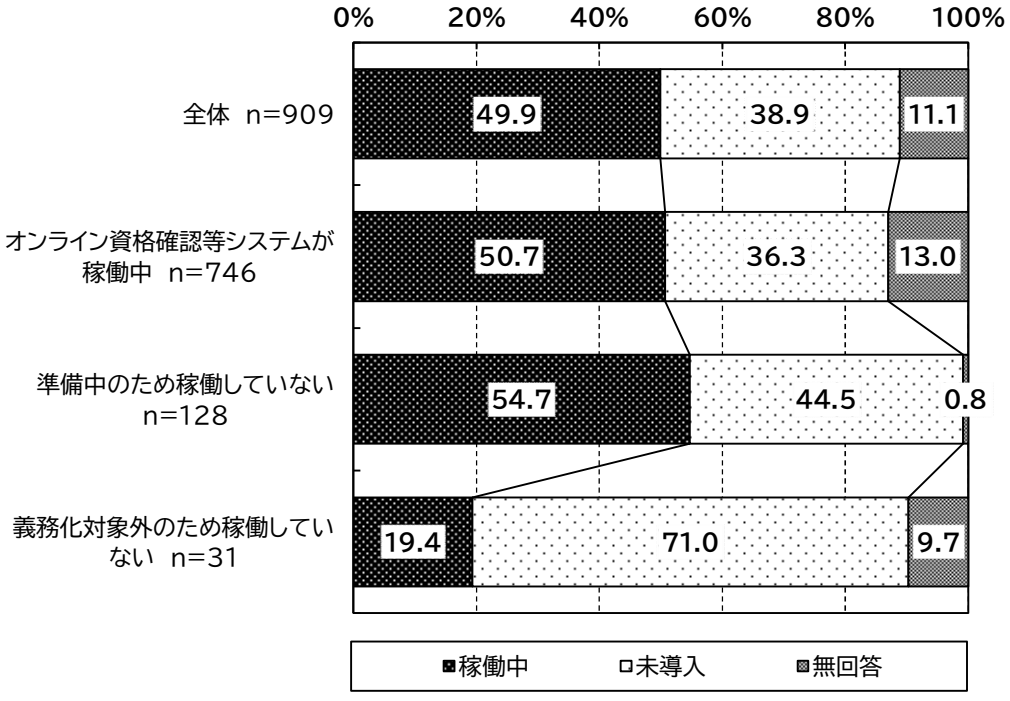
(2) 電子カルテシステムの導入状況

電子カルテシステムの導入状況は、「稼働中」が 49.9%、「未導入」が 38.9%であった。

図表 2-12　電子カルテシステムの導入状況



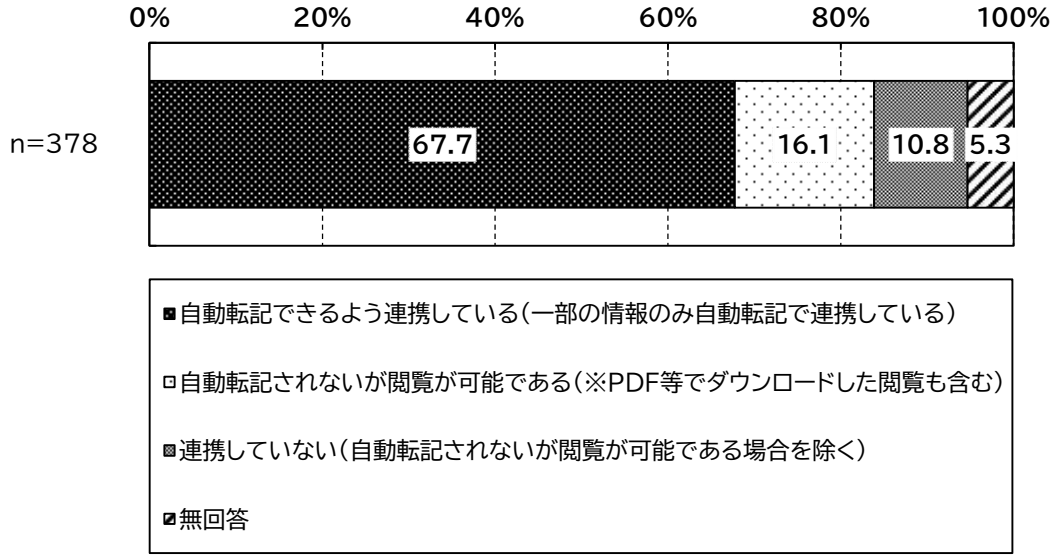
図表 2-13　電子カルテシステムの導入状況（オンライン資格確認等システムの導入状況別）



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への情報の自動転記

オンライン資格確認等システムが稼働中で、かつ電子カルテシステムも稼働中の施設（378 施設）に対して、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の情報の自動転記の連携状況を尋ねたところ、「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）」が 67.7%、「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）」が 16.1%、「連携していない（自動転記されないが閲覧が可能である場合を除く）」が 10.8%であった。

図表 2-14 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の情報の自動転記
（オンライン資格確認等システムが稼働中で、かつ電子カルテシステムも稼働中の施設）

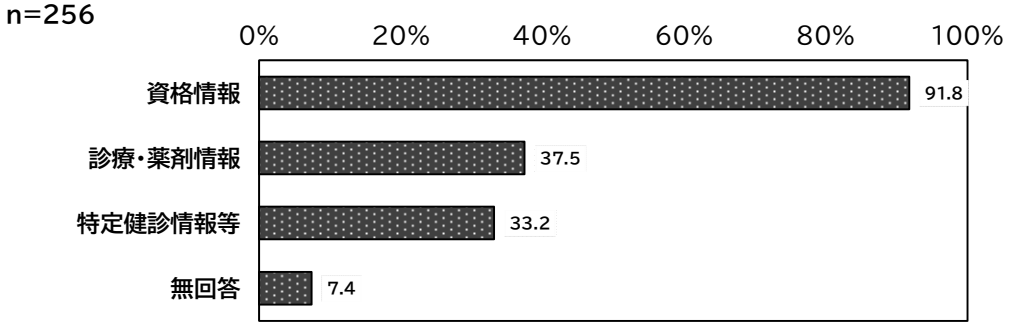


② 自動転記または閲覧が可能な情報

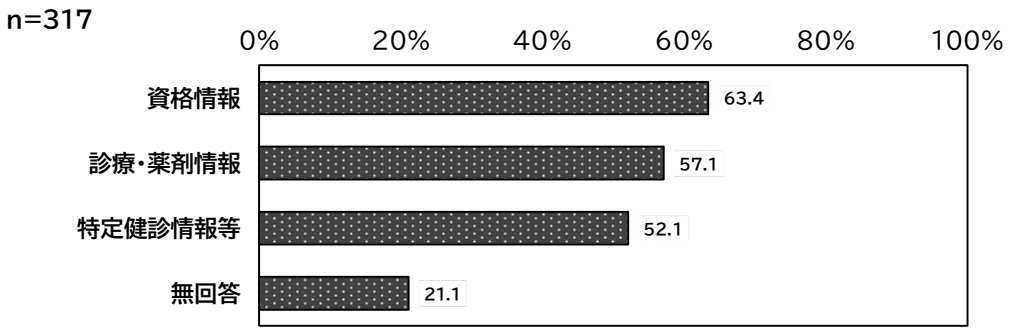
オンライン資格確認等システムから電子カルテシステムへの情報の自動転記について、「自動転記できるよう連携している（一部の情報のみ自動転記で連携している）」（256施設）に対して、自動転記が可能な情報を尋ねたところ、自動転記している情報は、「資格情報」が最も多く、91.8%であった。

「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）、または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）」場合の施設（317 施設）に対して、閲覧可能な情報を尋ねたところ、「資格情報」が最も多く、63.4%であった。

図表 2-15 自動転記している情報（複数回答）
（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自動転記できるよう連携している）



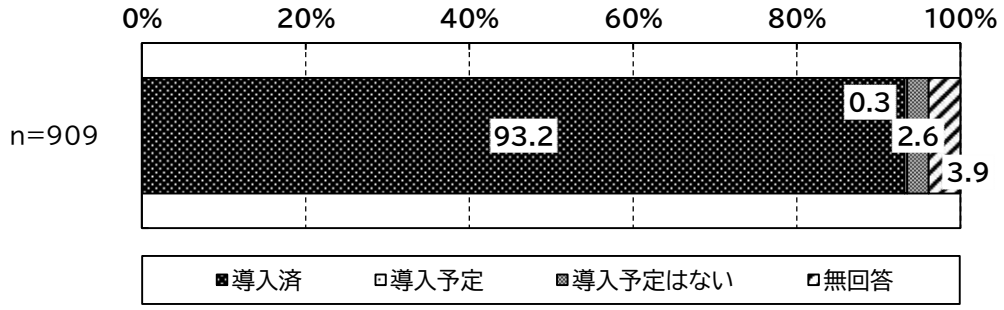
図表 2-16 閲覧可能な情報（複数回答）
（オンライン資格確認等システムから電子カルテシステムへの情報の自動転記について、自動転記できるよう連携している、または自動転記されないが閲覧が可能である）



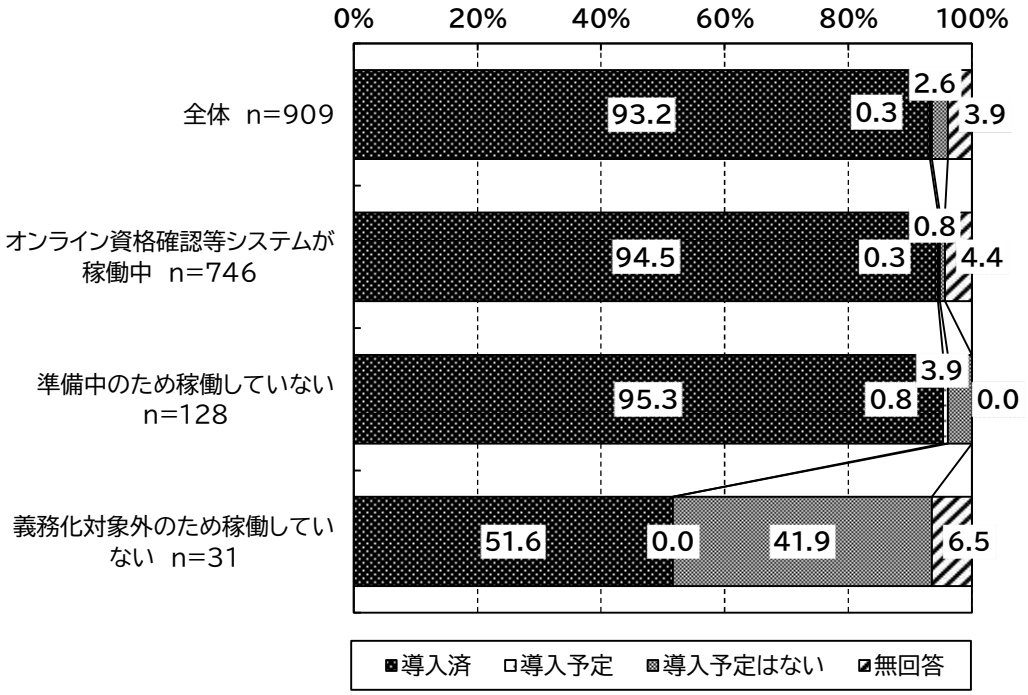
(3) レセプトコンピュータの導入状況

レセプトコンピュータの導入状況は、「導入済」が 93.2%、「導入予定」が 0.3%、「導入予定はない」が 2.6%であった。

図表 2-17　レセプトコンピュータの導入状況



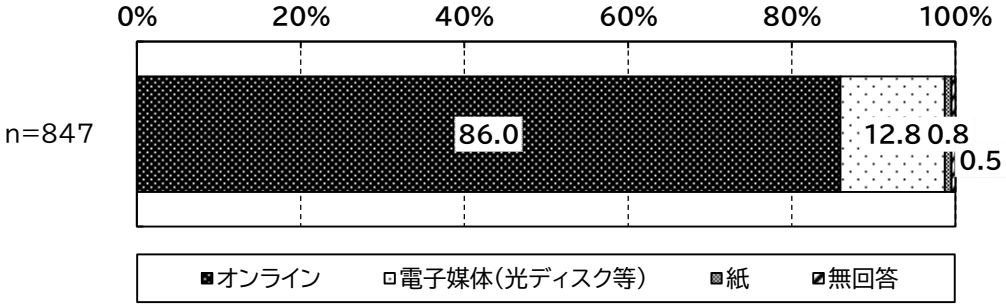
図表 2-18　レセプトコンピュータの導入状況
（オンライン資格確認等システムの導入状況別）



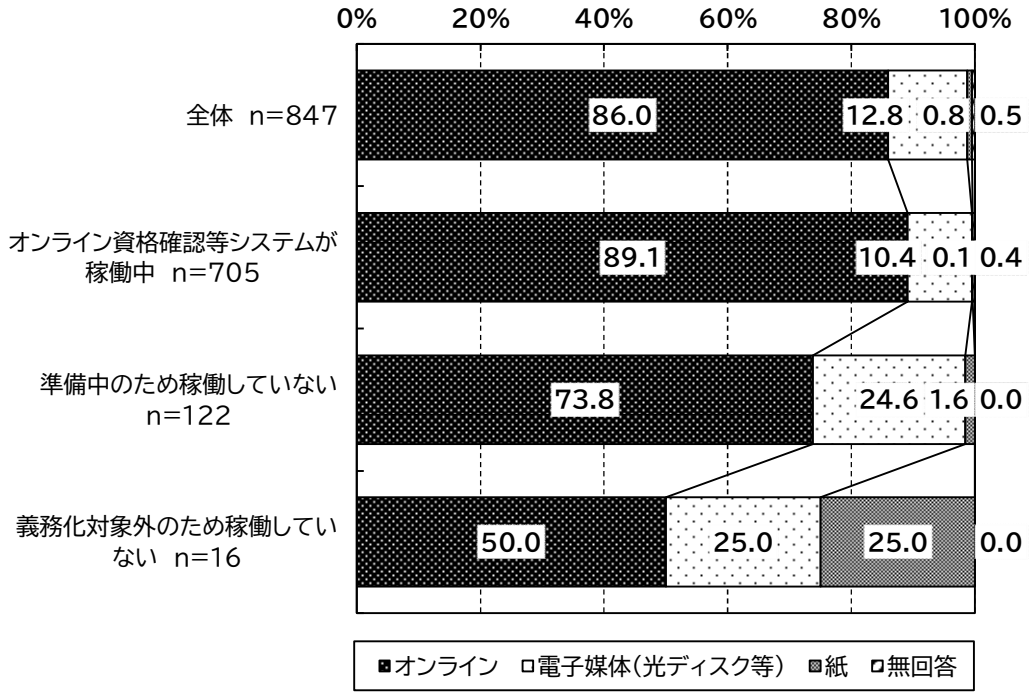
① レセプトの請求方法

レセプトコンピュータを導入済の施設（847 施設）に対して、レセプトの請求方法を尋ねたところ、「オンライン」が 86.0%、「電子媒体（光ディスク等）」が 12.8%、「紙」が 0.8%であった。

図表 2-19 レセプトの請求方法（レセプトコンピュータを導入済の施設）



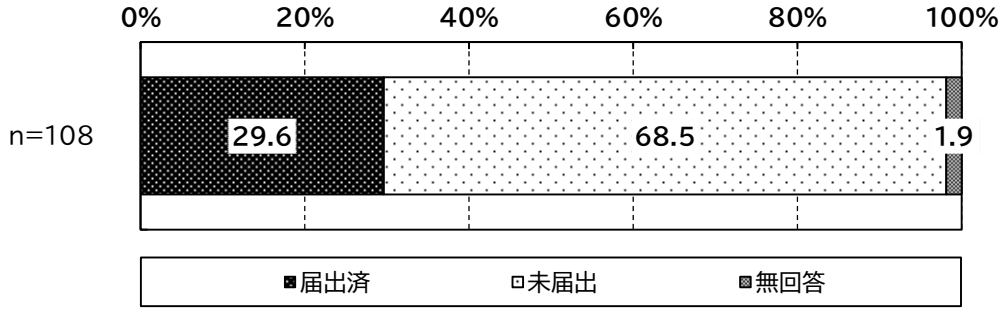
図表 2-20 レセプトの請求方法（オンライン資格確認等システムの導入状況別）
【レセプトコンピュータを導入済の施設】



② 2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗

レセプトを電子媒体（光ディスク等）で請求している施設（108 施設）に対して、2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗を尋ねたところ、「届出済」が 29.6%、「未届出」が 68.5%であった。

図表 2-21　2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗
（レセプトを電子媒体（光ディスク等）で請求している施設）

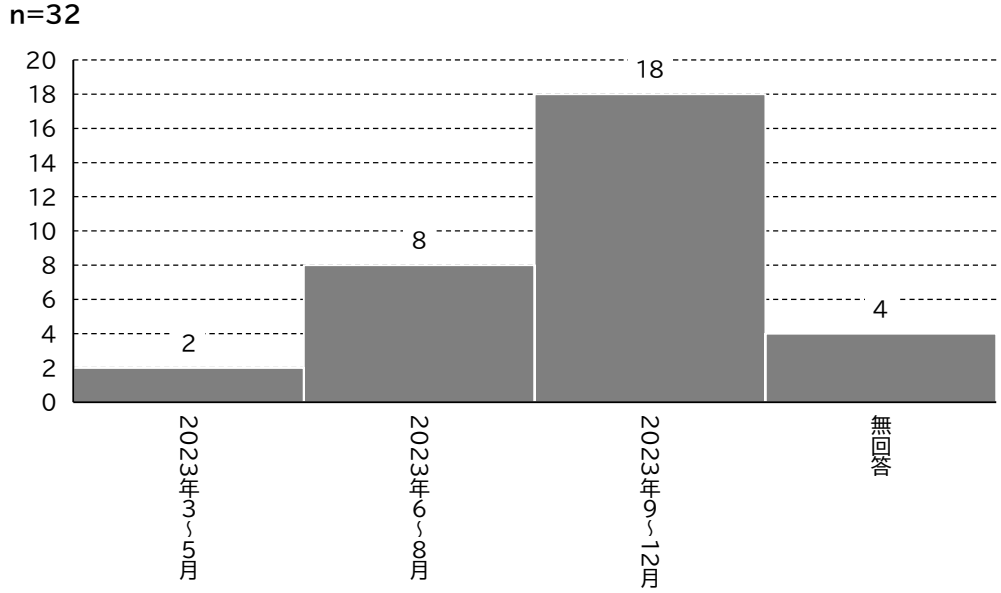


※医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関・薬局の施設基準として、オンライン請求を行っていることが要件とされているところ、オンライン請求を行っていない保険医療機関・薬局がオンライン請求を令和 5 年 12 月 31 日までに開始する旨の届出を行った場合には、令和 5 年 12 月 31 日までの間に限り、この要件を満たすものとみなされる。

③ 届出したオンライン請求の開始予定時期

2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗について「届出済」と回答した場合（32 施設）、届出したオンライン請求の開始予定時期を尋ねたところ、「2023 年 9 月～12 月」が最も多く、18 件（56.3%）であった。

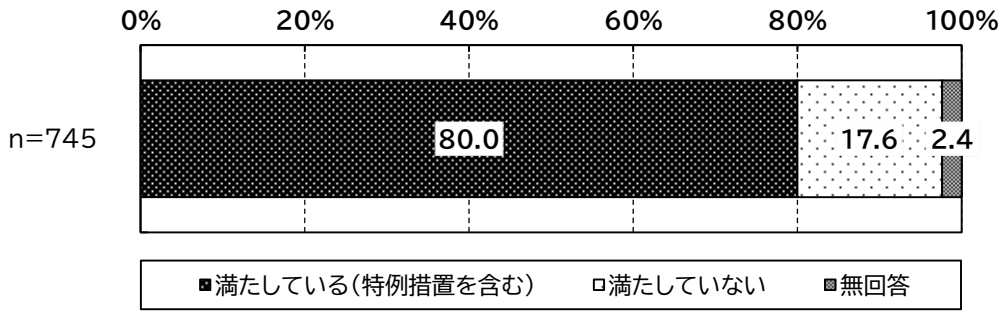
図表 2-22　届出したオンライン請求の開始予定時期の分布
（2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出について「届出済」の施設）



(4) 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

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（745 施設）、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を、「満たしている（特例措置を含む）」が 80.0%、「満たしていない」が 17.6%であった。

図表 2-23　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



※(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。

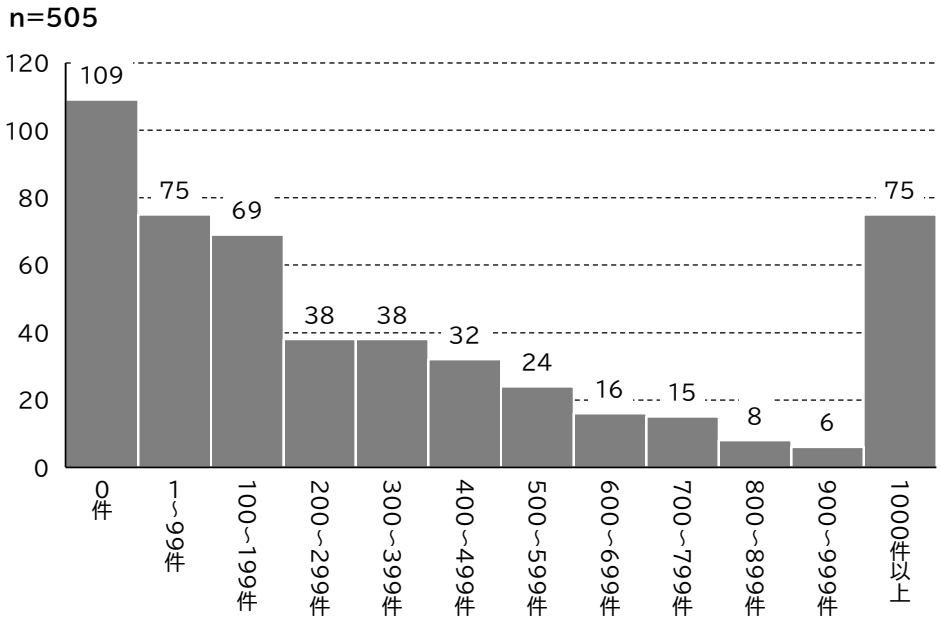
(3)次に掲げる事項を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。(ア)オンライン資格確認を行う体制を有していること。(イ)当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

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

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を満たしている（特例措置を含む）施設（596 施設）に対して、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 1、2 及び 3 の算定件数を尋ねたところ、以下のとおりであった。

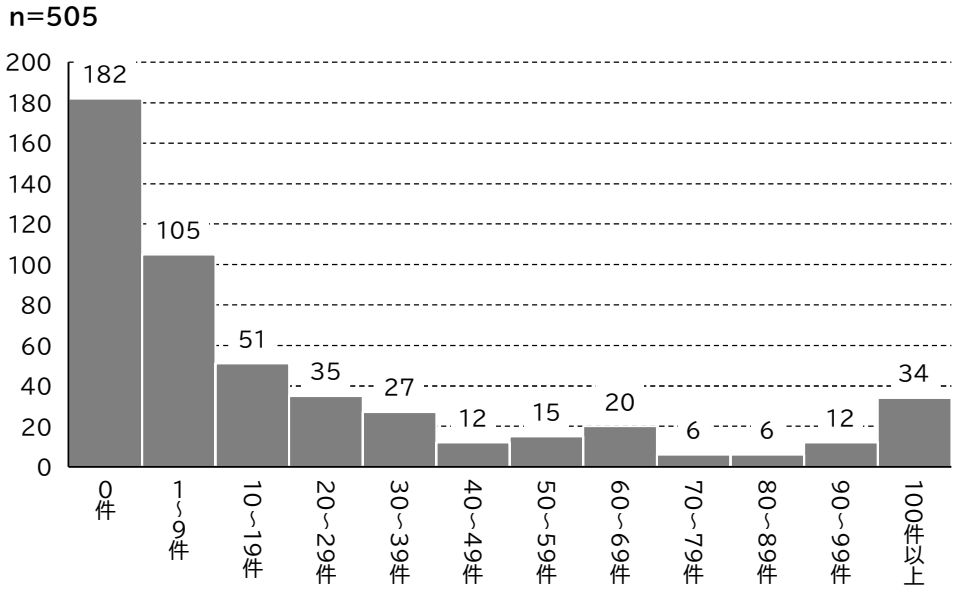
図表 2-24　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の分布
（医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準を満たしている施設）

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1＞



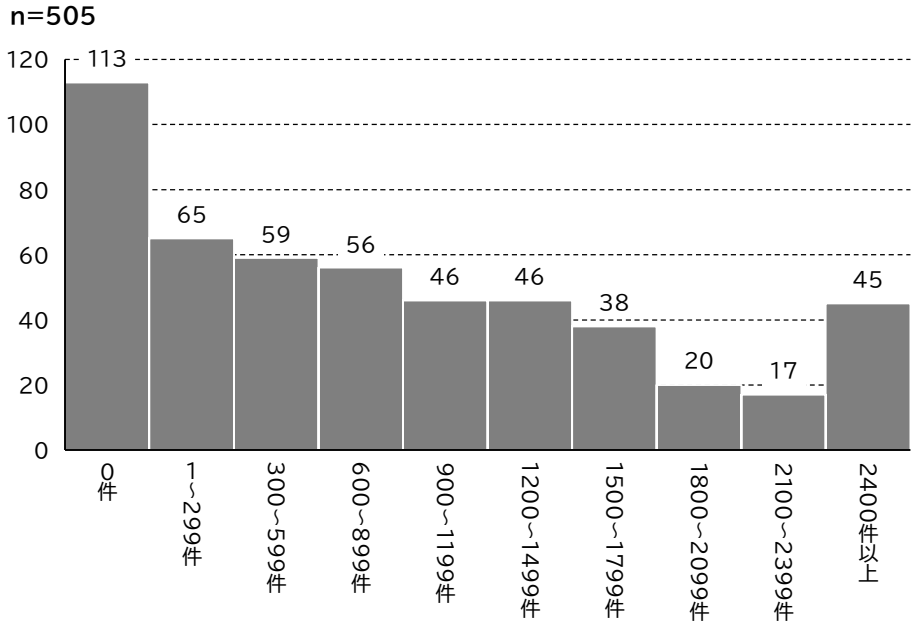
※無回答を除く施設を集計対象とした

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2＞



※無回答を除く施設を集計対象とした

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3＞



※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 2-25　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数
（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を満たしている施設）

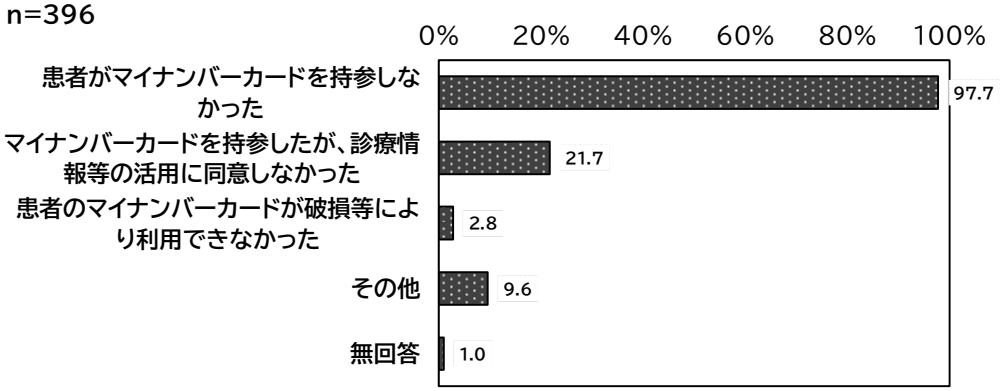
医療情報・システム基盤整備体制充実加算	回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	505	480.7	739.6	199.0
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	505	35.8	129.3	6.0
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3	505	965.4	1,096.3	686.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

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

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施設（396 施設）に対して、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１の算定理由を尋ねたところ、「患者がマイナンバーカードを持参しなかった」が最も多く、97.7%であった。

図表 2-26 医療情報・システム基盤整備体制充実加算１の算定理由（複数回答）
（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施設）

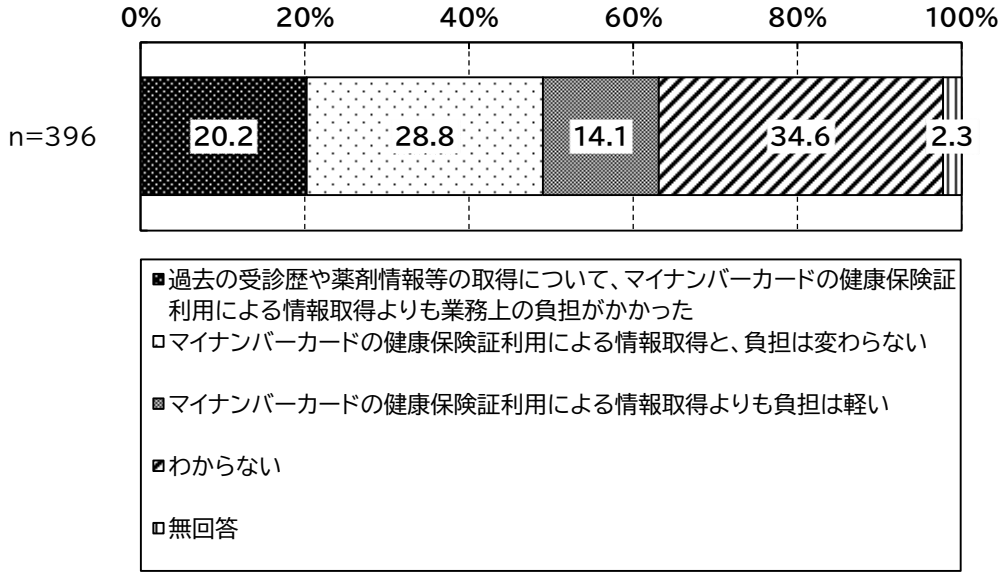


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・患者が暗証番号を忘れていた。
・マイナンバーカードの暗証番号を間違えロックがかかった。

③　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担

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施設（396 施設）に対して、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を尋ねたところ、「わからない」を除くと「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」が最も多く 28.8%で、「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」が次に多く、20.2%であった。

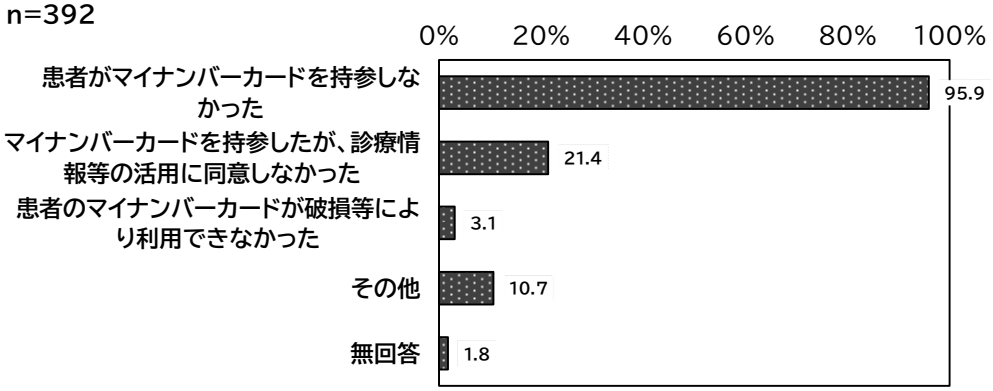
図表 2-27　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担
（医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 を 1 件以上算定している施設）



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

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施設（392 施設）に対して、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 の算定理由を尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 2-28　医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 の算定理由（複数回答）
（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施設）

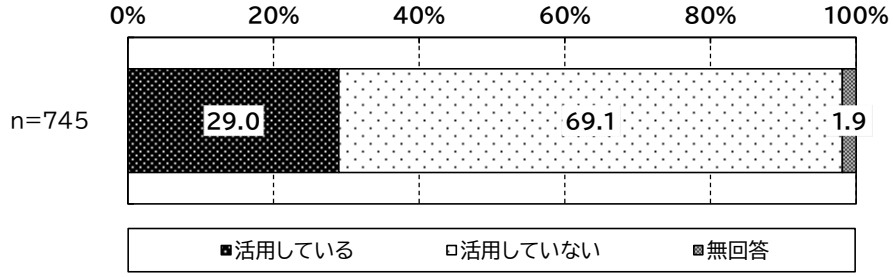


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・マイナンバーカードの有効期限切れ等。
・患者が暗証番号を忘れていた。

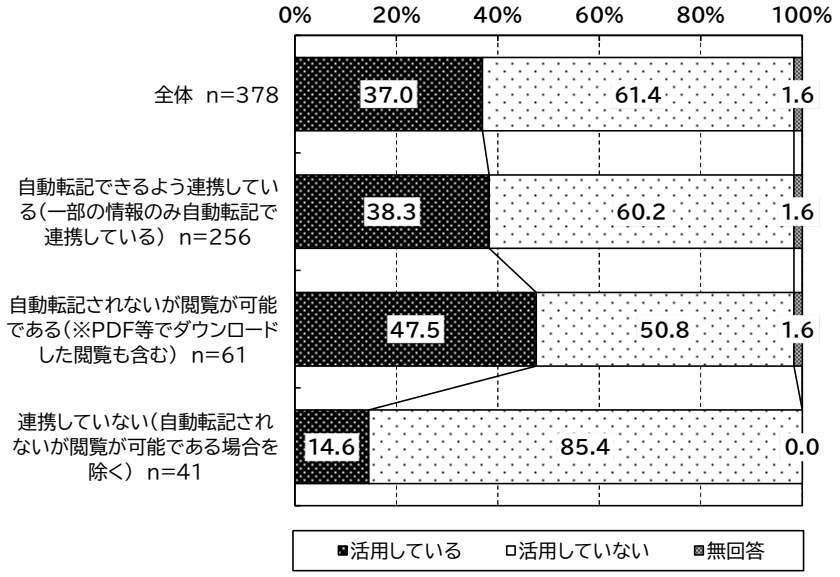
(5) マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（745 施設）、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は、「活用している」が 29.0%、「活用していない」が 69.1%であった。

図表 2-29　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



図表 2-30　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（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



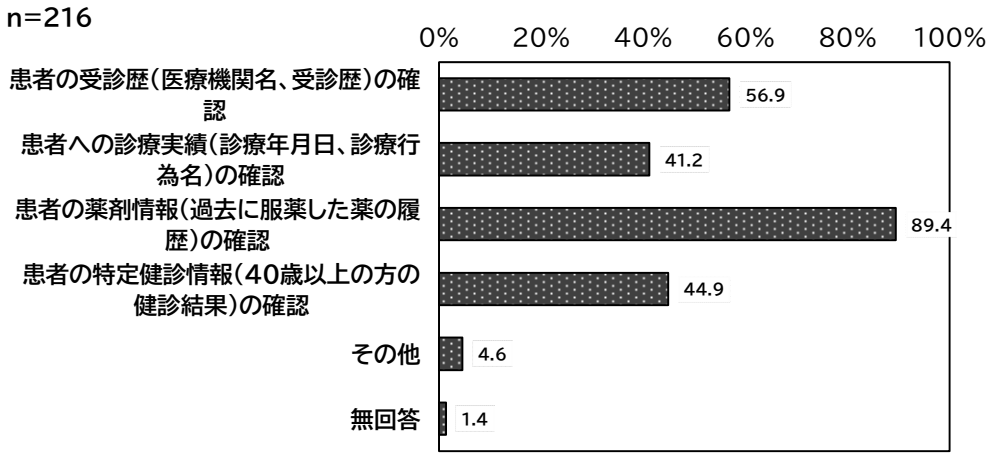
※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

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

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・特定健診情報を活用している施設（216 施設）に対して、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尋ねたところ、「患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認」が最も多く、89.4%であった（複数回答）。

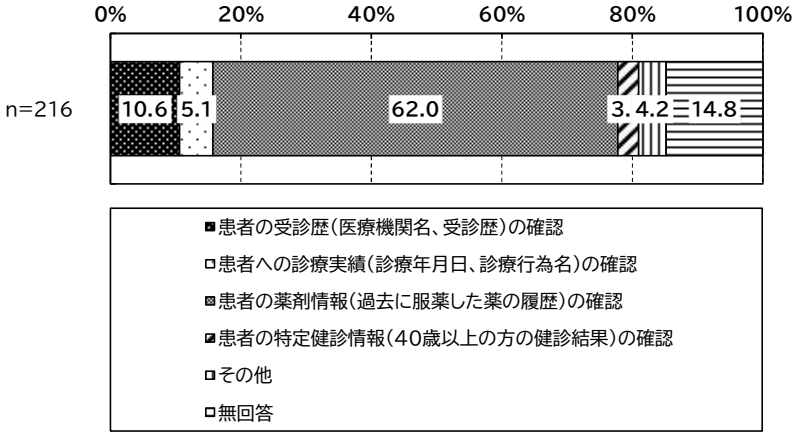
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容を 1 つ以上選択した施設（216 施設）における、最も活用しているものについては、「患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認」が 62.0%であった。

図表 2-31　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（複数回答）
（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・特定健診情報を活用している施設）

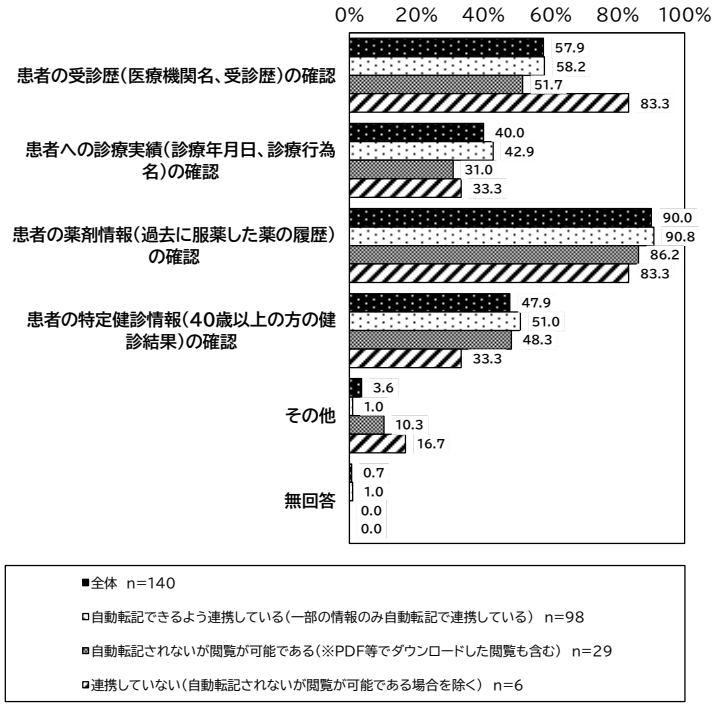


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・保険証の確認。
・保険番号の確認。

図表 2-32　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のうち最大のもの

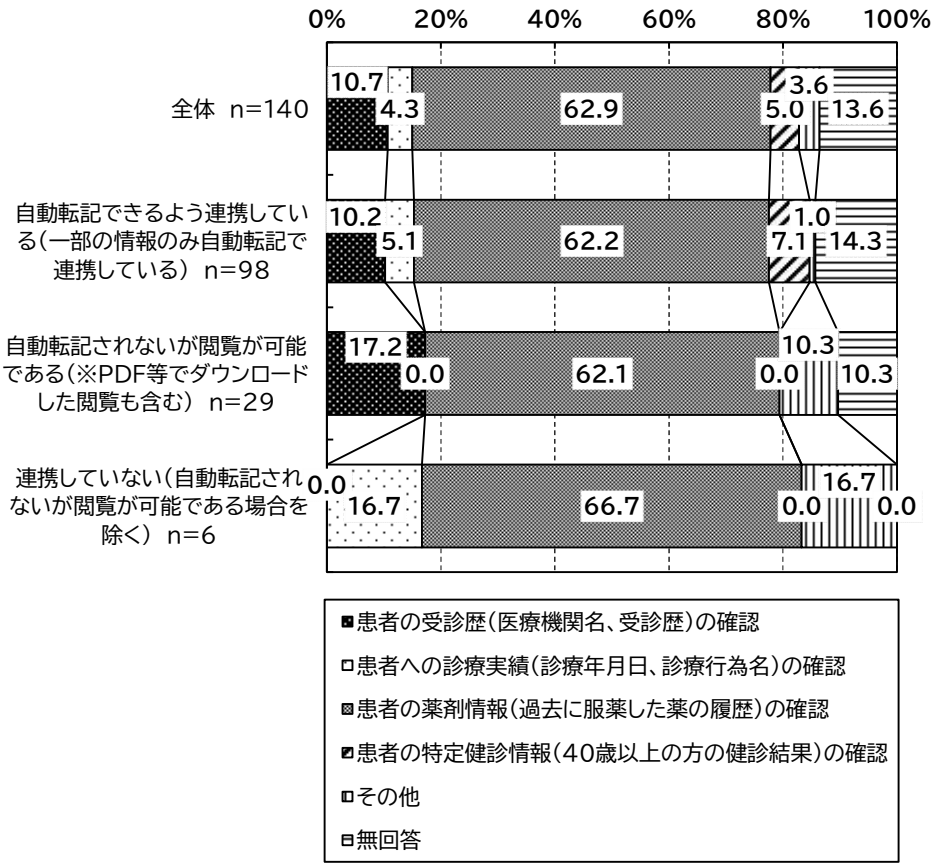


図表 2-33　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

図表 2-34　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のうち最大のもの



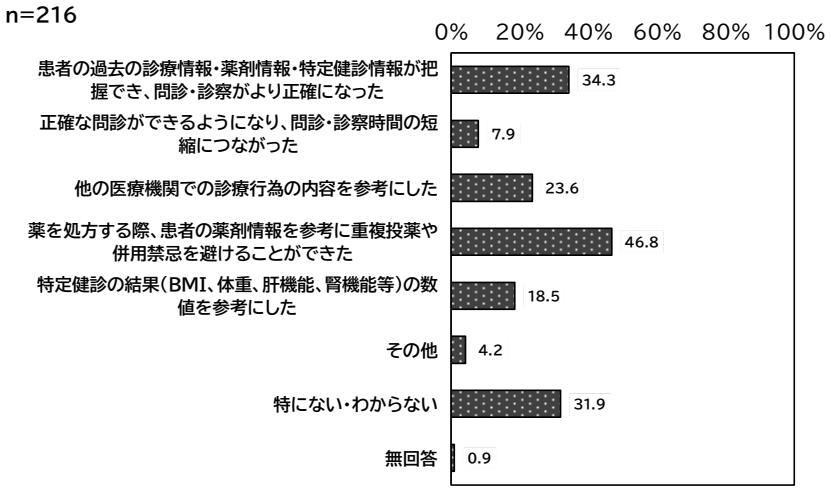
※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

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効果

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・特定健診情報を活用している施設（216 施設）に対して、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効果を尋ねたところ、「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」が最も多く、46.8%であった（複数回答）。

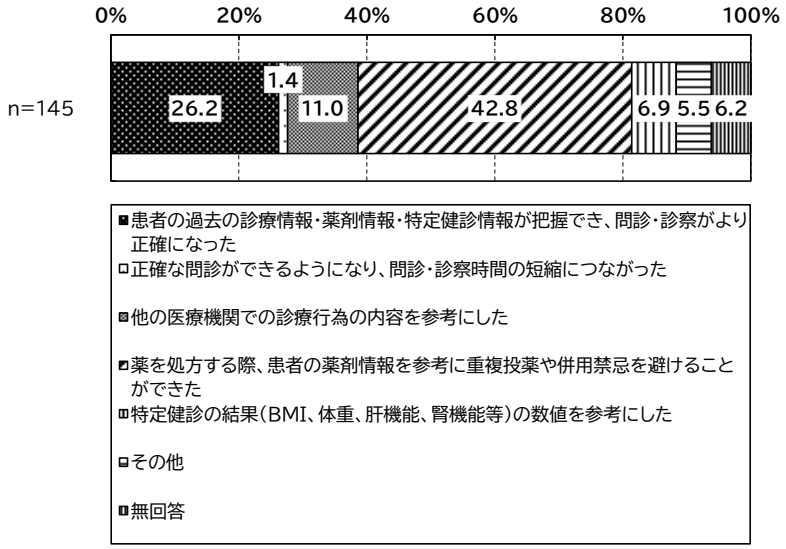
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果を 1 つ以上選択した施設（145 施設）における、最も効果を感じるものについては、「薬を処方する際、患者の薬剤情報を参考に重複投薬や併用禁忌を避けることができた」が 42.8%であった。

図表 2-35　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効果（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）

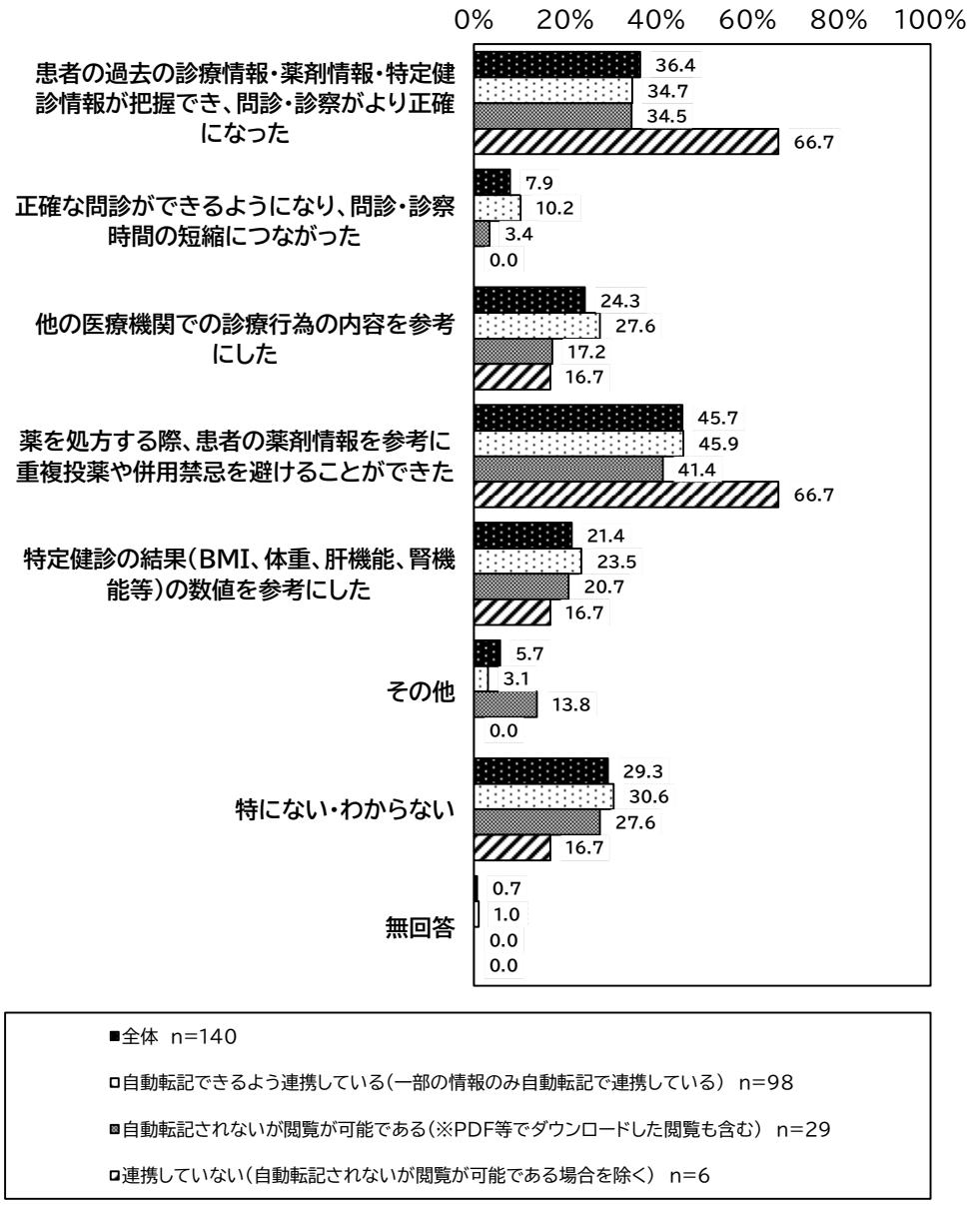


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 保険証の有効期限の確認が正確に把握できるようになった。
- 新患登録が楽になった。

図表 2-36　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効果のうち最大のもの

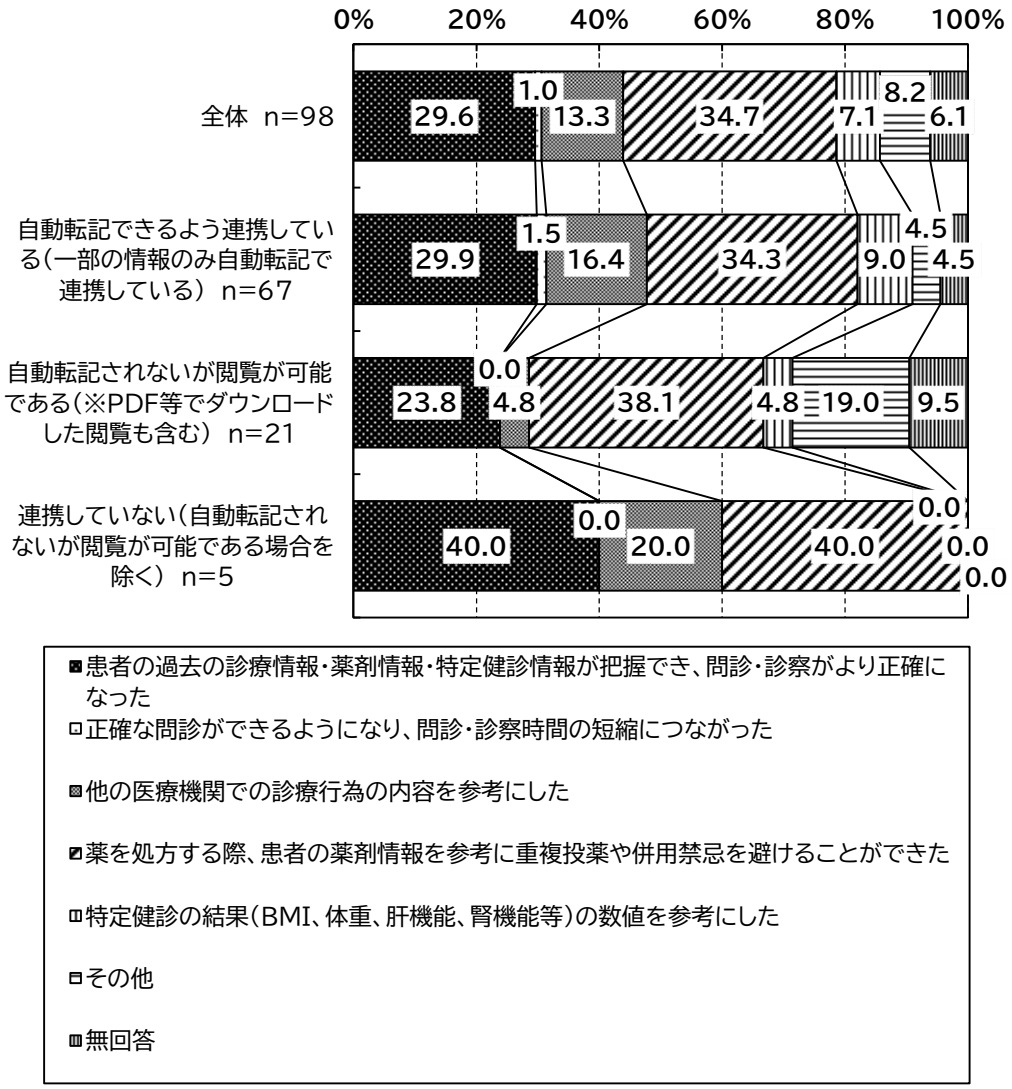


図表 2-37　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

図表 2-38　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効果のうち最大のもの



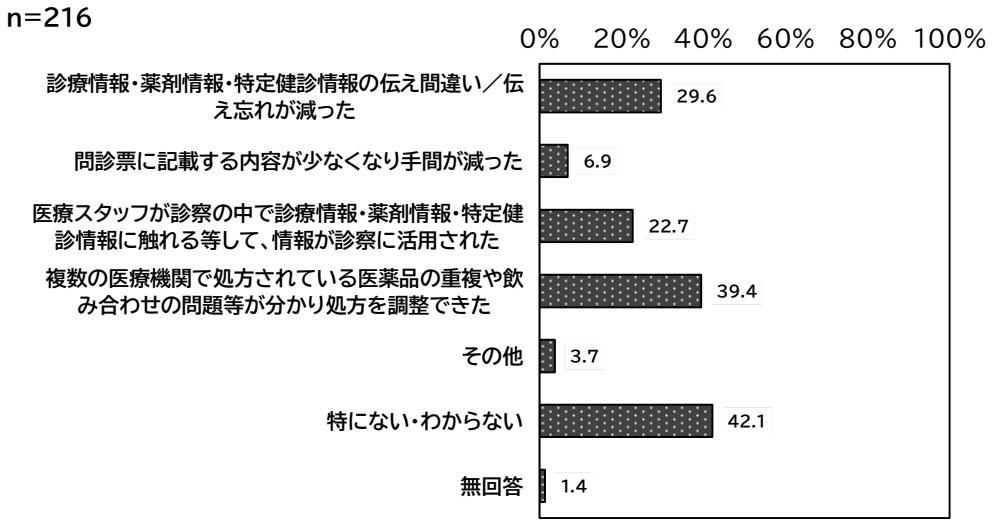
※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

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よる患者へのメリット

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・特定健診情報を活用している施設（216 施設）に対して、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よる患者へのメリットを尋ねたところ、「特にない・わからない」を除くと「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た」が最も多く、39.4%であった（複数回答）。

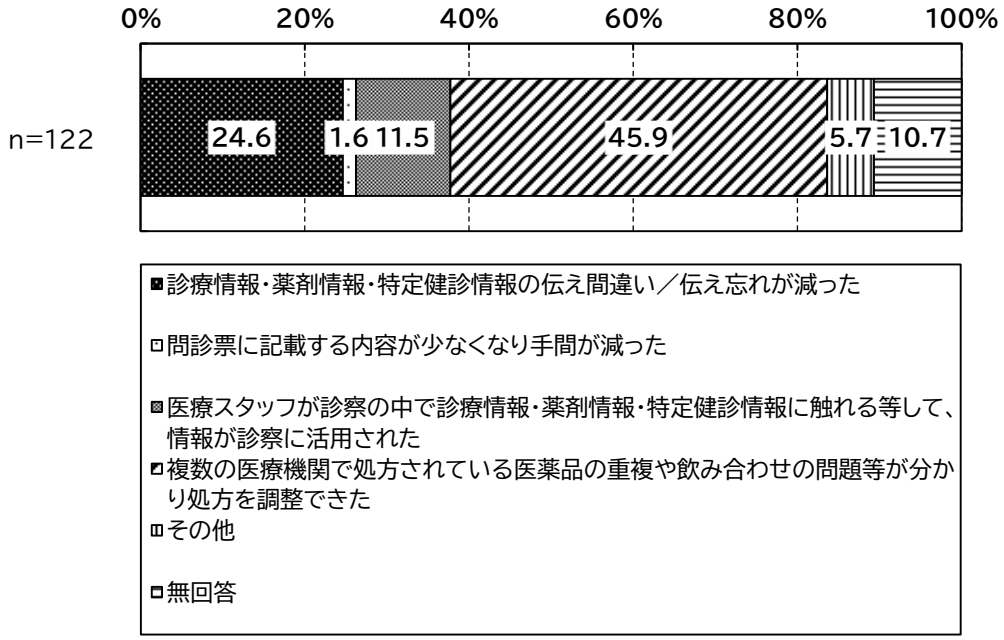
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットを１つ以上選択した施設（122 施設）における、最も患者へのメリットがあるものについては、「複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた」が 45.9%であった。

図表 2-39　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よる患者へのメリット（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・保険証の情報（記号・番号、負担割合等）が把握しやすくなった。
・保険証の更新がきちんと伝わる。

図表 2-40　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よる患者へのメリットのうち最大のもの



3. 病院調査

【調査対象等】

○病院調査

調査対象：全国の病院の中から無作為抽出し 2,000 施設

回 答 数：968 施設

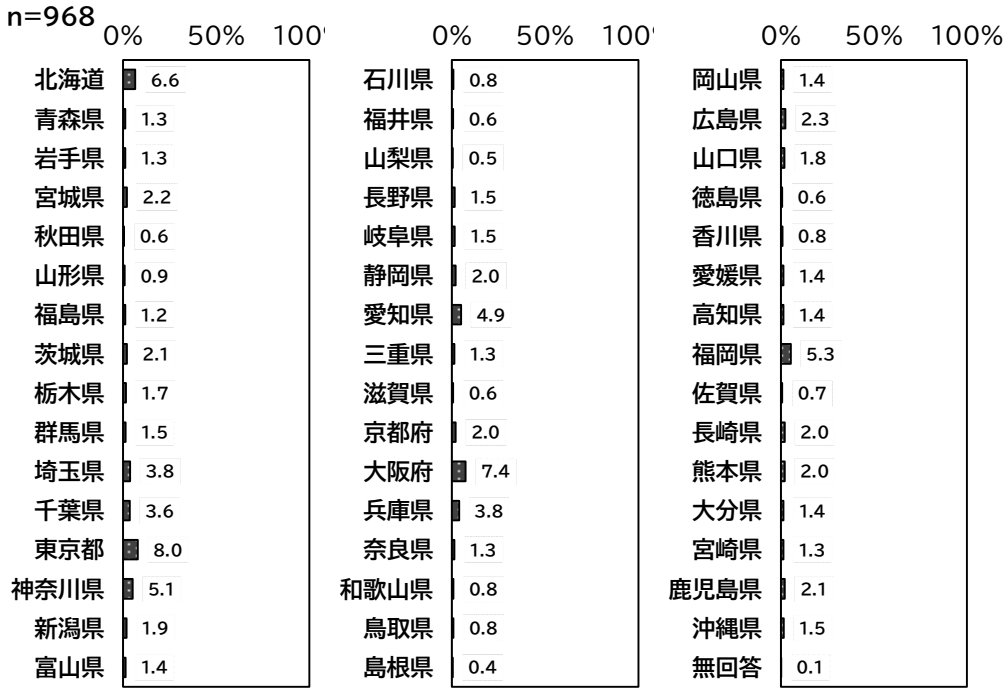
回 答 者：開設者・管理者

1) 病院の概要（令和５年７月１日現在）

(1) 所在地（都道府県）

回答施設の所在地（都道府県）は以下のとおりであった。

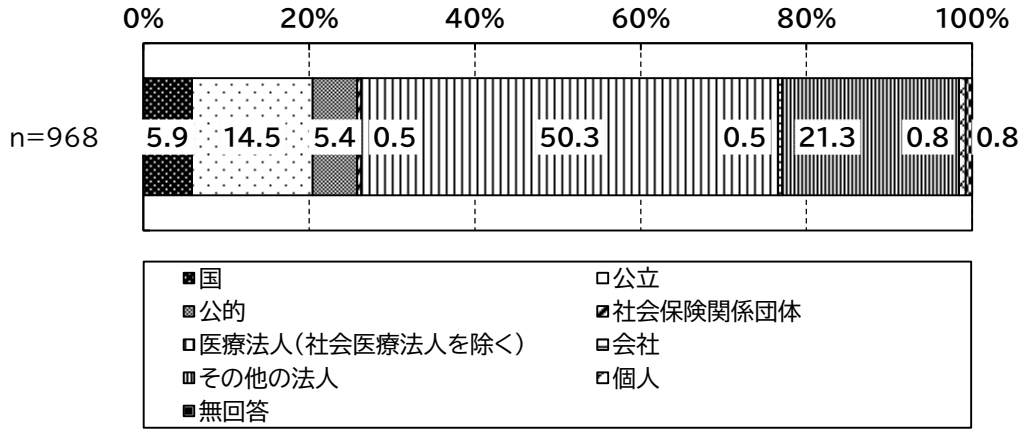
図表 3-1 所在地（都道府県）



(2) 開設者

組織形態については、「医療機関（社会医療法人を除く）」が 50.3%と最も多かった。

図表 3-2　開設者



※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

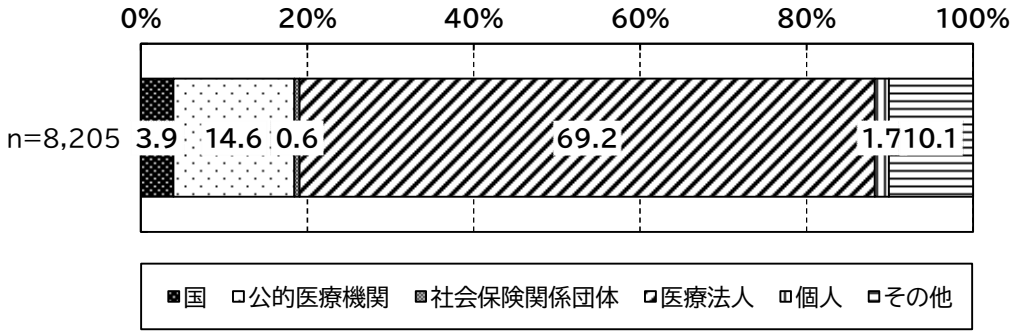
社会保険関係：健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合

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

（参考）全国の病院の開設者の分布

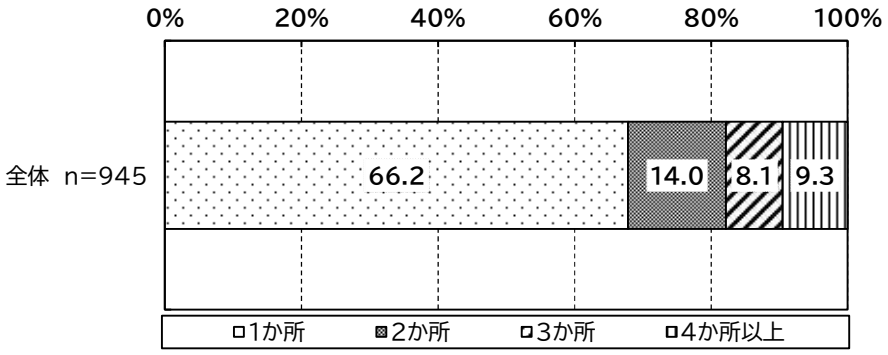
出典：令和 3（2021）年　医療施設(動態)調査･病院報告の概況_厚生労働省



(3) 受付窓口数

受付窓口数の分布は、「1か所」が66.2%と最も多く、次いで「2か所」が14.0%であった。

図表 3-3　受付窓口数の分布



※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 3-4　受付窓口数

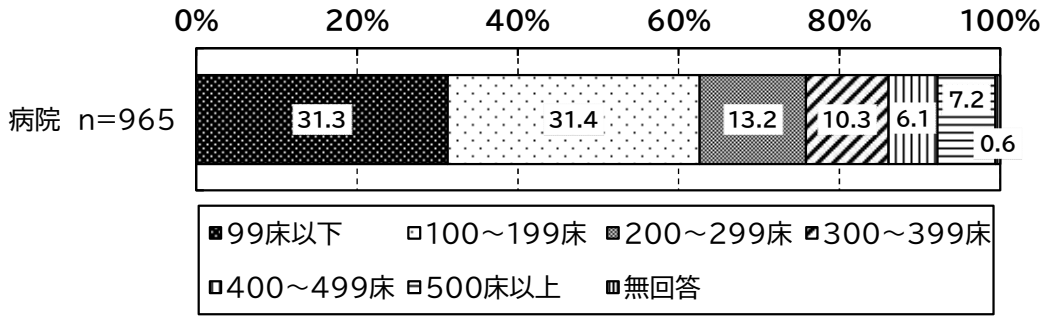
	回答施設数	平均値（か所）	標準偏差	中央値
受付窓口数	945	2.1	2.9	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

(4) 許可病床数

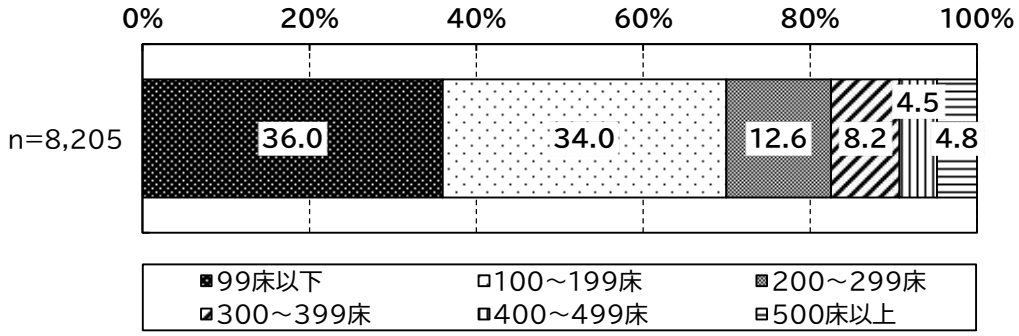
許可病床数は以下のとおりであった。

図表 3-5　許可病床数の分布



（参考）全国の病院の許可病床数の分布

出典：令和 3（2021）年　医療施設(動態)調査･病院報告の概況_厚生労働省

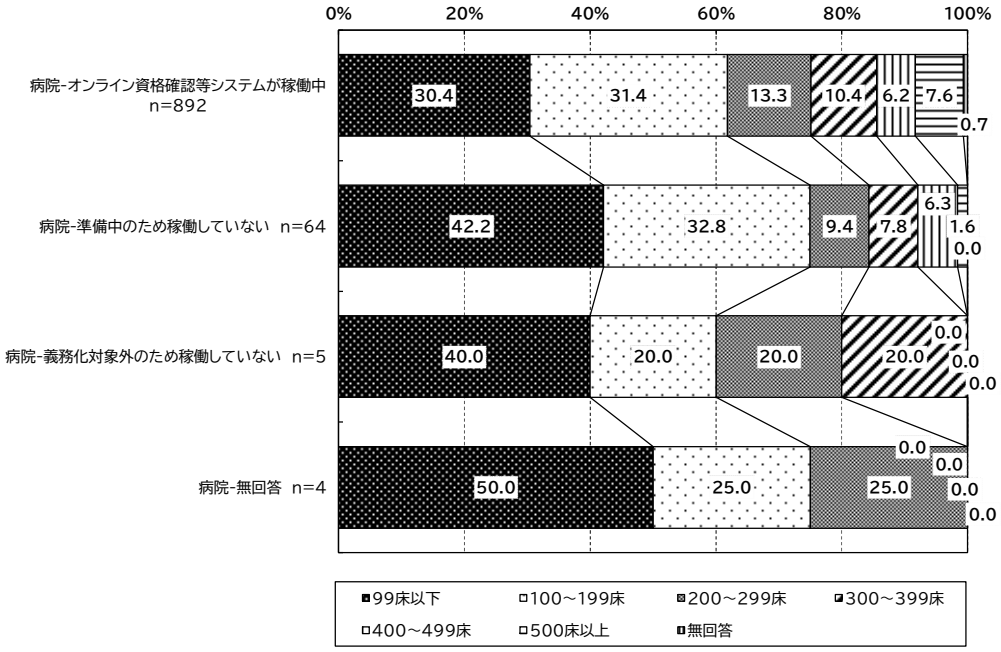


図表 3-6　許可病床数

許可病床名	回答施設数	平均値（床）	標準偏差	中央値
一般病床	959	143.9	176.2	68.0
療養病床	959	30.1	52.0	0.0
精神病床	959	31.9	93.0	0.0
結核病床	959	0.6	5.1	0.0
感染症病床	959	0.4	2.0	0.0
合計	959	207.0	172.4	156.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 3-7　許可病床数の分布（オンライン資格確認等システムの導入状況別）



図表 3-8　許可病床数（オンライン資格確認等システムの導入状況別）

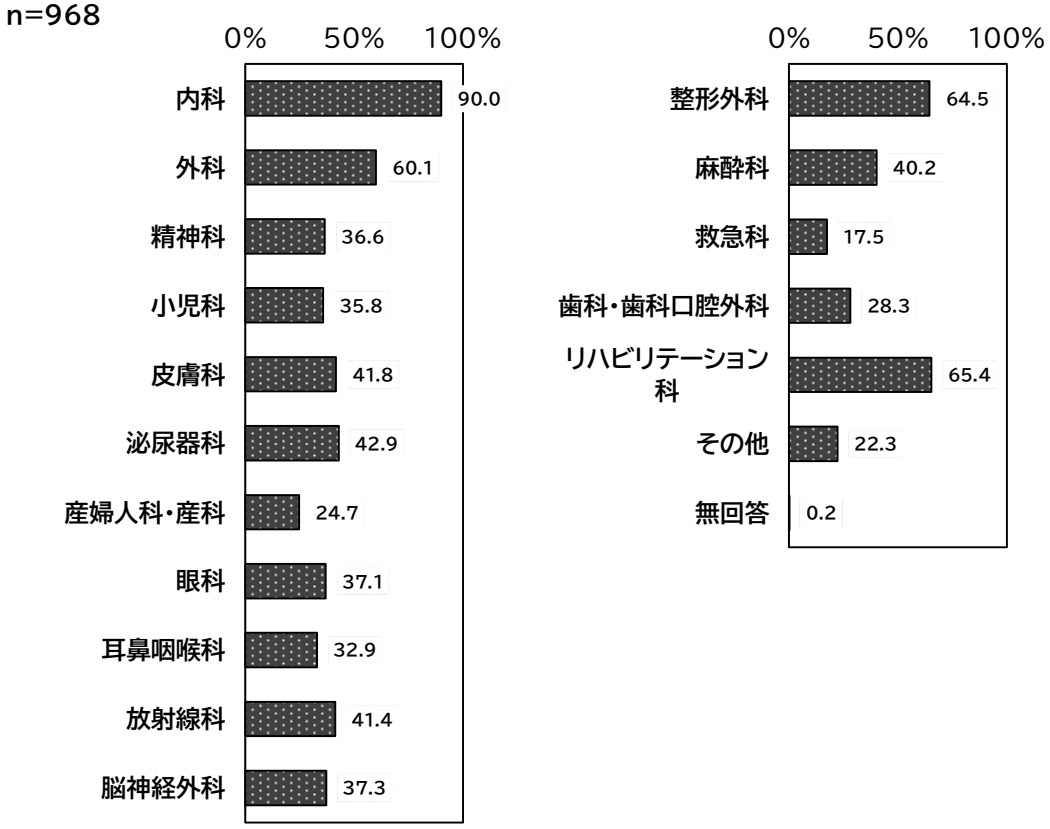
	許可病床名	回答施設数	平均値（床）	標準偏差	中央値
オンライン資格確認等システムが稼働中	一般病床	886	148.0	179.8	72.0
	療養病床	886	30.3	52.6	0.0
	精神病床	886	32.1	93.2	0,0
	結核病床	886	0.6	5.1	0.0
	感染症病床	886	0.4	2.1	0.0
	全体	886	211.5	175.6	162.0
準備中のため稼働していない	一般病床	64	93.8	114.1	55.0
	療養病床	64	28.3	45.6	0.0
	精神病床	64	30.3	94.5	0.0
	結核病床	64	0.8	4.5	0.0
	感染症病床	64	0.0	0.0	0.0
	全体	64	153.1	116.8	110.5
義務化対象外のため稼働していない	一般病床	5	149.6	118.5	100.0
	療養病床	5	0.0	0.0	0.0
	精神病床	5	0.0	0.0	0.0
	結核病床	5	0.0	0.0	0.0
	感染症病床	5	0.0	0.0	0.0
	全体	5	149.6	118.5	100.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

(5) 標榜診療科

標榜診療科は以下のとおりであった。

図表 3-9　標榜診療科（複数回答）



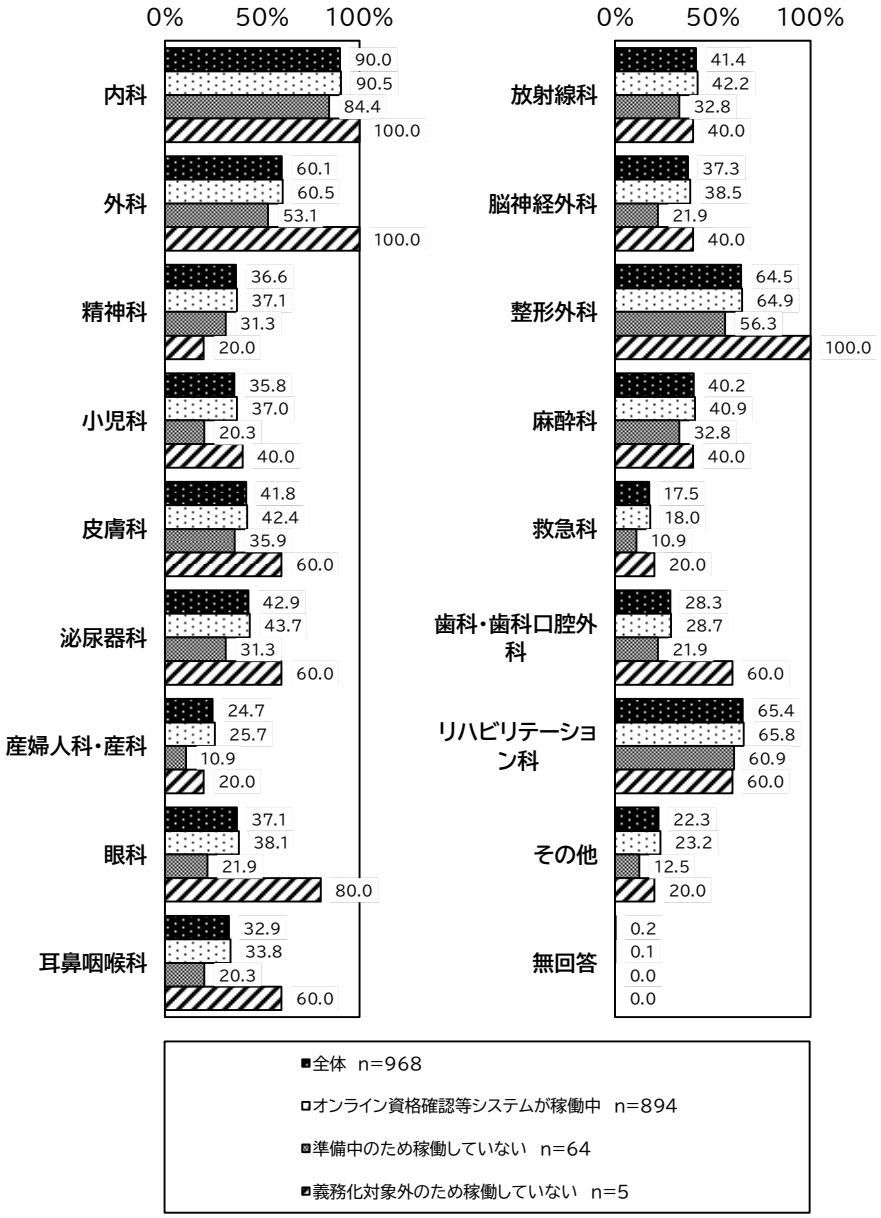
※内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「内科」として集計。

※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、「外科」として集計。

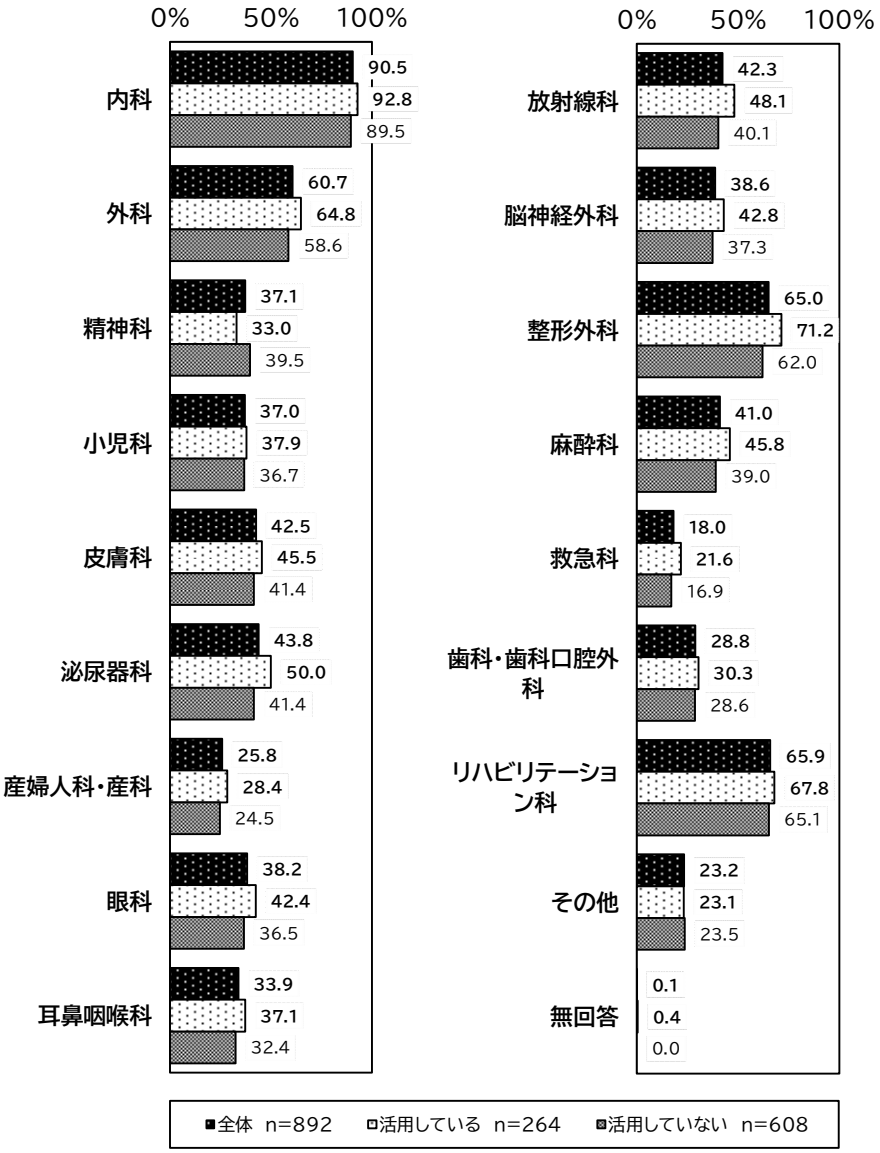
※小児歯科、矯正歯科は、「歯科・歯科口腔外科」として集計。

※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・病理診断科、人工透析内科、児童精神科

図表 3-10　標榜診療科（オンライン資格確認等システムの導入状況別）



図表 3-11　標榜診療科（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別）



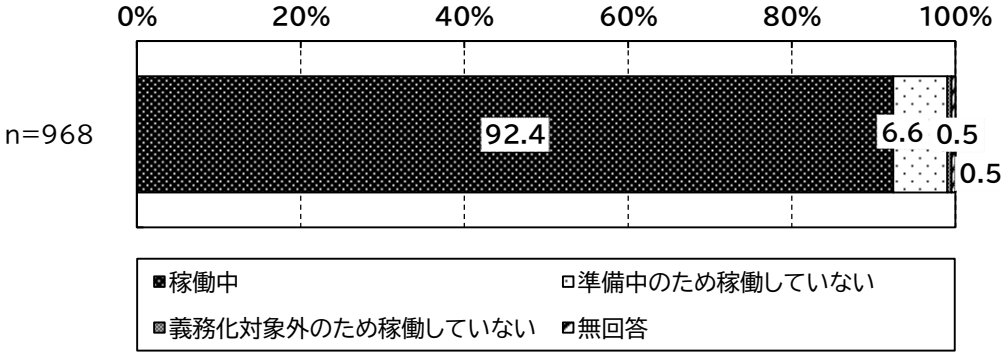
※マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況は「オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（892 施設）」にのみ確認している。

2) オンライン資格確認等の実施状況

(1) オンライン資格確認等システムの導入状況

オンライン資格確認等システムの導入状況は、「稼働中」が 92.4%、「準備中のため稼働していない」が 6.6%、「義務化対象外のため稼働していない」が 0.5%であった。

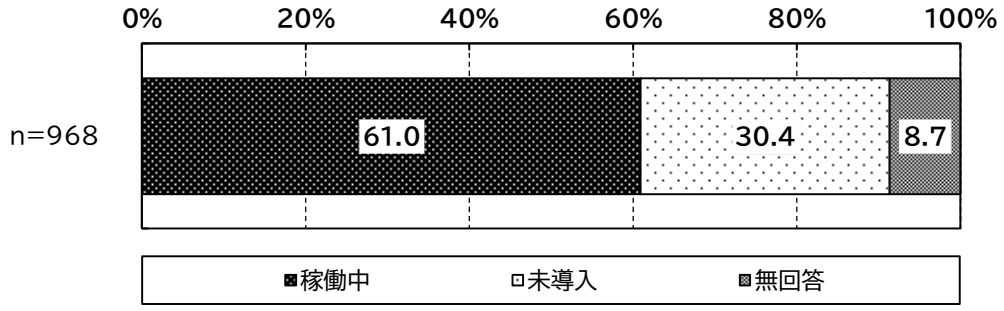
図表 3-12　オンライン資格確認等システムの導入状況



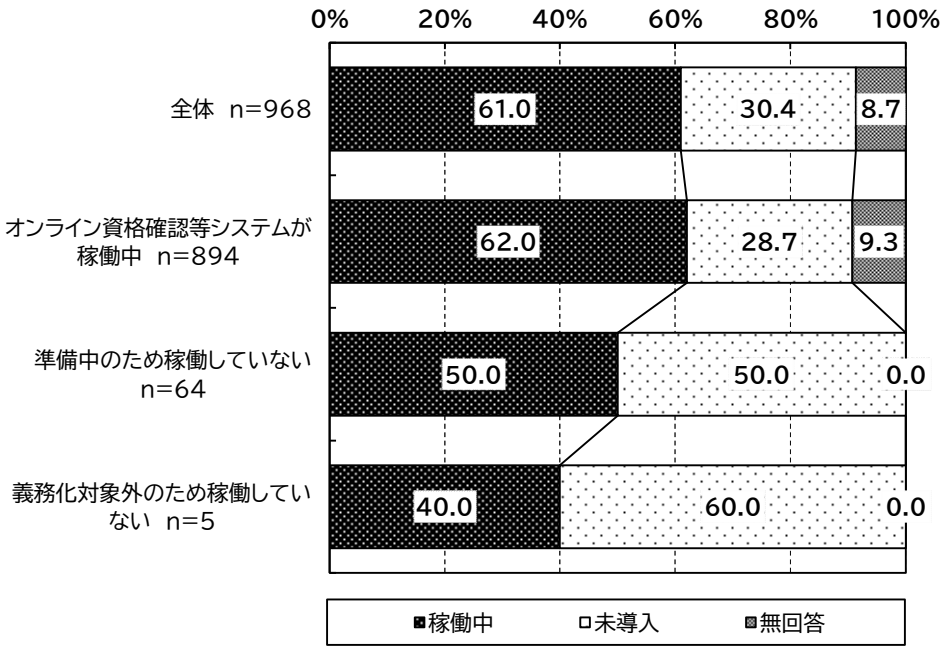
(2) 電子カルテシステムの導入状況

電子カルテシステムの導入状況は、「稼働中」が 61.0%、「未導入」が 30.4%であった。

図表 3-13 電子カルテシステムの導入状況



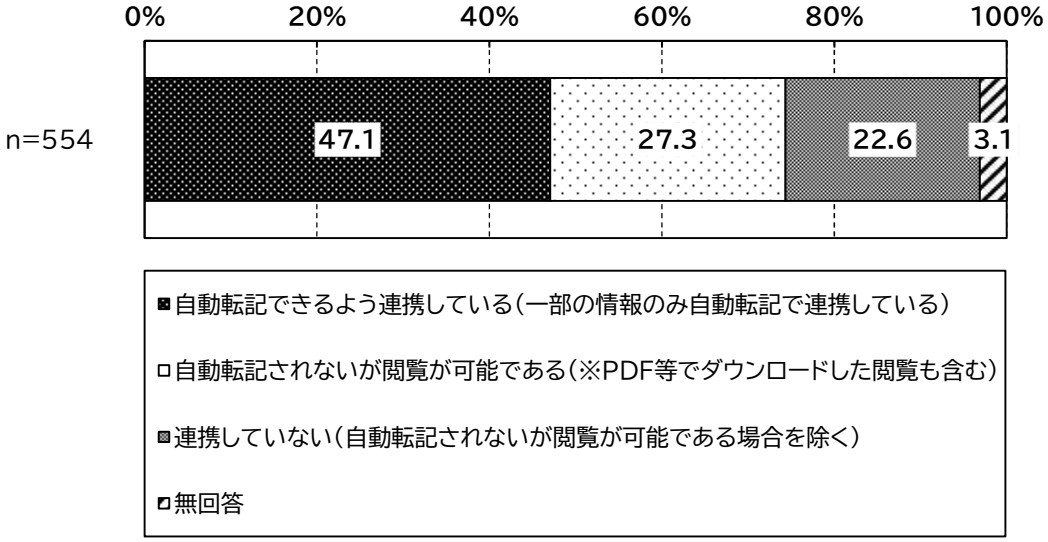
図表 3-14 電子カルテシステムの導入状況（オンライン資格確認等システムの導入状況別）



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への情報の自動転記

オンライン資格確認等システムが稼働中で、かつ電子カルテシステムも稼働中の施設（554 施設）に対して、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の情報の自動転記の連携状況を尋ねたところ、「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）」が 47.1%、「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）」が 27.3%、「連携していない（自動転記されないが閲覧が可能である場合を除く）」が 22.6%であった。

図表 3-15 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の情報の自動転記
（オンライン資格確認等システムが稼働中で、かつ電子カルテシステムも稼働中の施設）

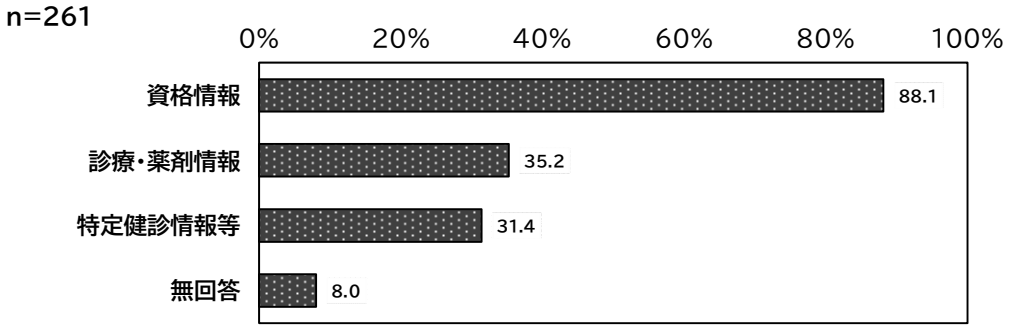


② 自動転記または閲覧が可能な情報

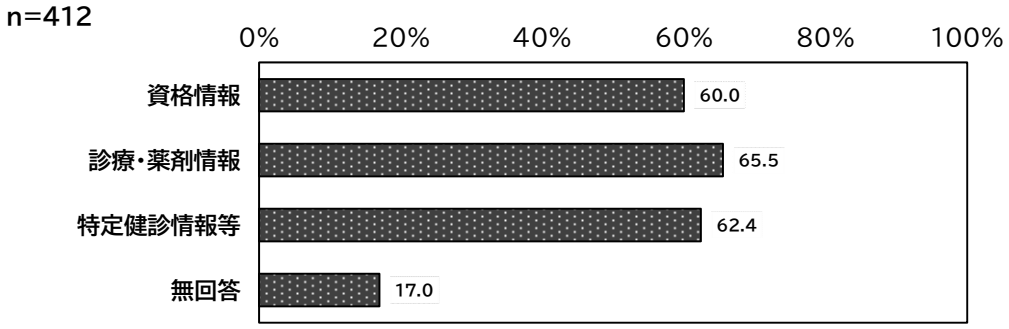
オンライン資格確認等システムから電子カルテシステムへの情報の自動転記について、「自動転記できるよう連携している（一部の情報のみ自動転記で連携している）」（261施設）に対して、自動転記が可能な情報を尋ねたところ、自動転記している情報は、「資格情報」が最も多く、88.1%であった。

「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）、または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）」場合の施設（412 施設）に対して、閲覧可能な情報を尋ねたところ、「診断・薬剤情報」が最も多く、65.5%であった。

図表 3-16 自動転記している情報（複数回答）
（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自動転記できるよう連携している）



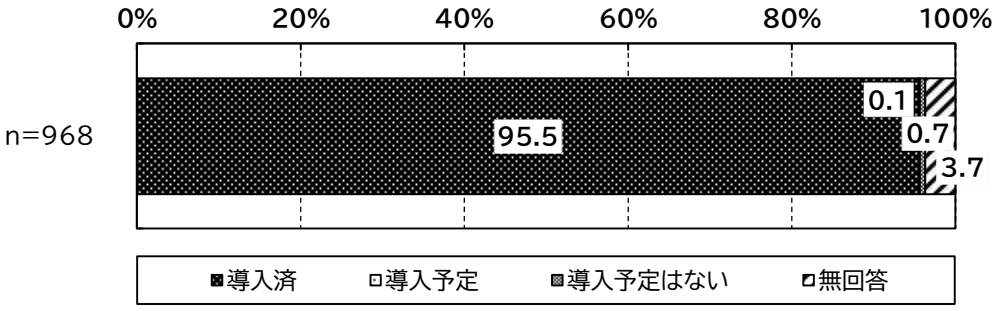
図表 3-17 閲覧可能な情報（複数回答）
（オンライン資格確認等システムから電子カルテシステムへの情報の自動転記について、自動転記できるよう連携している、または自動転記されないが閲覧が可能）



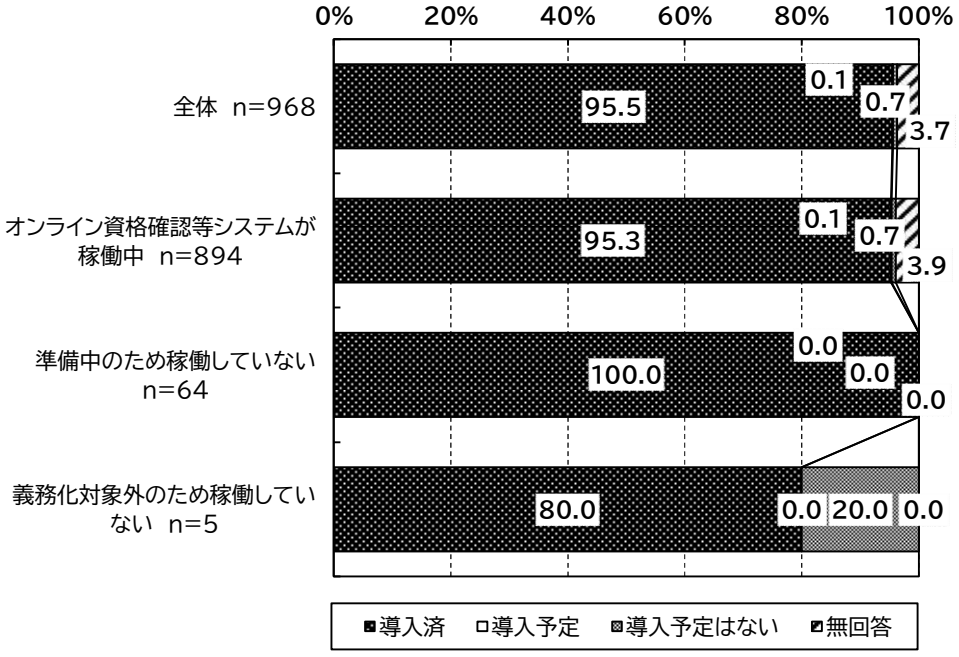
(3) レセプトコンピュータの導入状況

レセプトコンピュータの導入状況は、「導入済」が 95.5%、「導入予定」が 0.1%、「導入予定はない」が 0.7%であった。

図表 3-18　レセプトコンピュータの導入状況



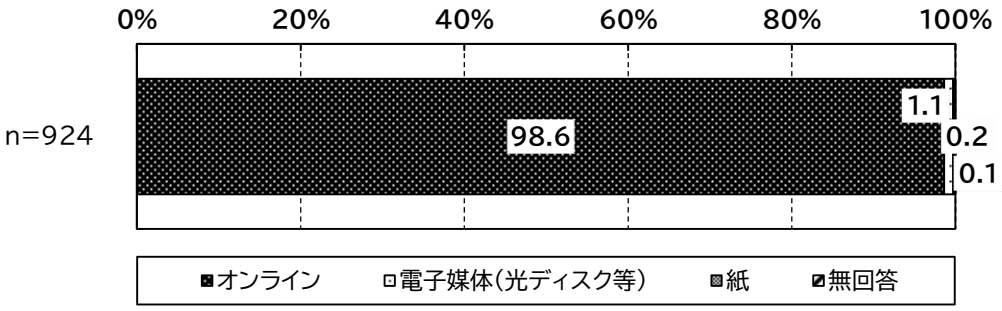
図表 3-19　レセプトコンピュータの導入状況
（オンライン資格確認等システムの導入状況別）



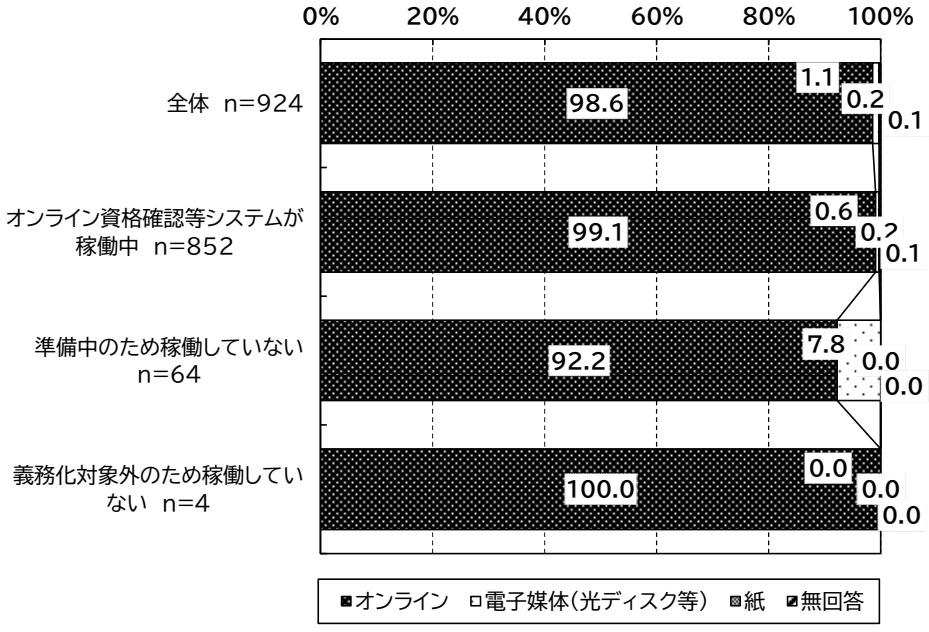
① レセプトの請求方法

レセプトコンピュータを導入済の施設（924 施設）に対して、レセプトの請求方法を尋ねたところ、「オンライン」が 98.6%、「電子媒体（光ディスク等）」が 1.1%、「紙」が 0.2%であった。

図表 3-20 レセプトの請求方法（レセプトコンピュータを導入済の施設）



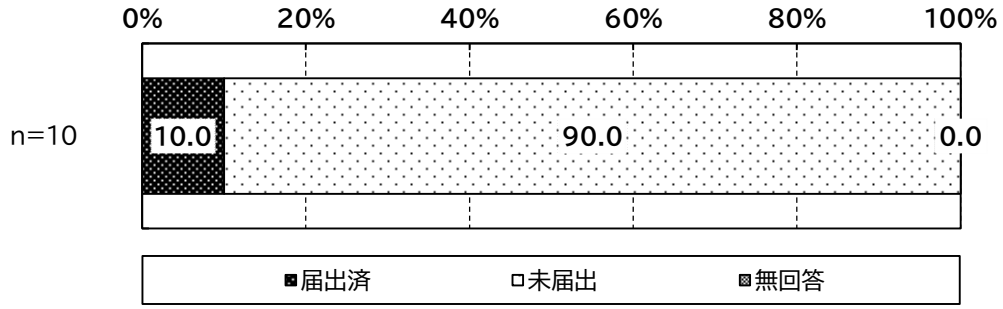
図表 3-21 レセプトの請求方法（オンライン資格確認等システムの導入状況別）
【レセプトコンピュータを導入済の施設】



② 2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗

レセプトを電子媒体（光ディスク等）で請求している施設（10 施設）に対して、2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗を尋ねたところ、「届出済」が 10.0%（1 施設）であった。

図表 3-22　2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗
（レセプトを電子媒体（光ディスク等）で請求している施設）



※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。

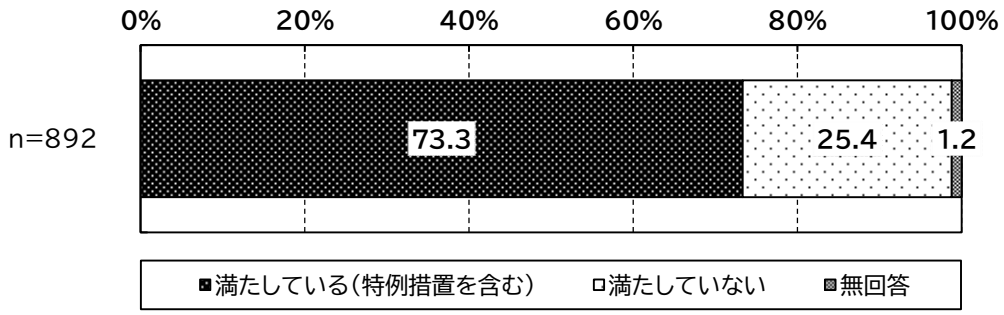
③ 届出したオンライン請求の開始予定時期

レセプトを電子媒体（光ディスク等）で請求している施設（1 施設）に対して、届出したオンライン請求の開始予定時期を尋ねたところ、「2023 年 6 月～8 月」との回答があった。

(4) 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

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（892 施設）、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を、「満たしている（特例措置を含む）」が 73.3%、「満たしていない」が 25.4%であった。

図表 3-23　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



※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：

(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。

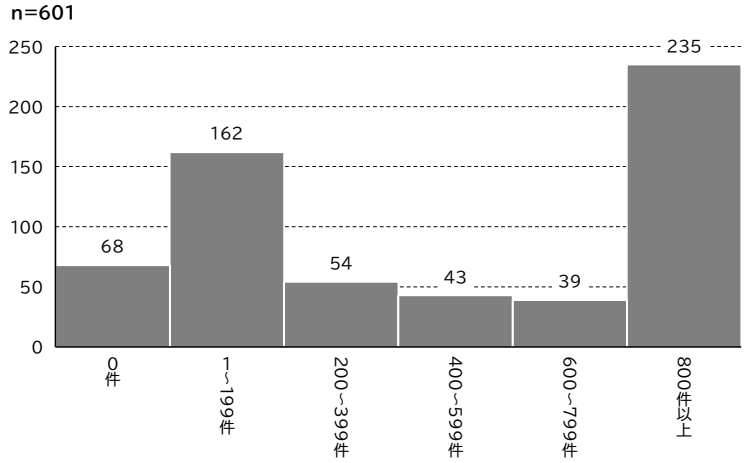
(3) 次に掲げる事項を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。(ア)オンライン資格確認を行う体制を有していること。(イ)当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

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

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を満たしている（特例措置を含む）施設（654 施設）に対して、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 1、2 及び 3 の算定件数を尋ねたところ、以下のとおりであった。

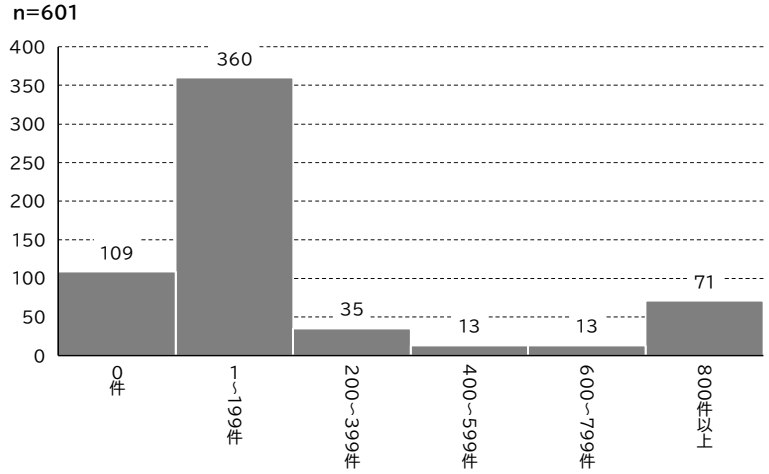
図表 3-24　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の分布
（医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準を満たしている施設）

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1＞



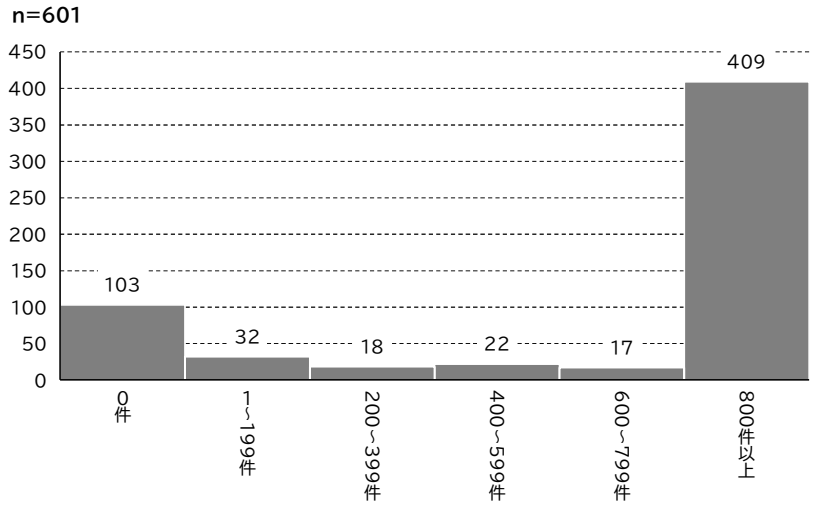
※無回答を除く施設を集計対象とした

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2＞



※無回答を除く施設を集計対象とした

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3＞



※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 3-25　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数
（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を満たしている施設）

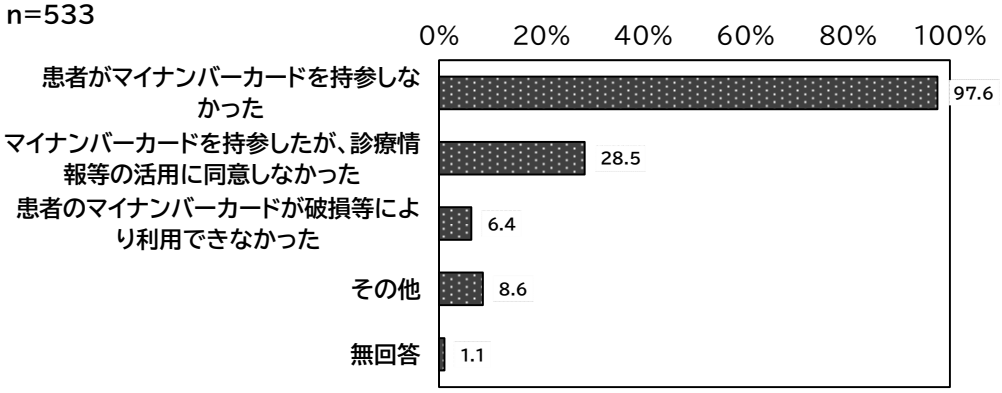
医療情報・システム基盤整備体制充実加算	回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	601	1,136.1	1,913.3	513.0
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	601	337.8	852.2	26.0
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3	601	5,543.6	8,795.5	2,168.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

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

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施設（533 施設）に対して、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１の算定理由を尋ねたところ、「患者がマイナンバーカードを持参しなかった」が最も多く、97.6%であった。

図表 3-26　医療情報・システム基盤整備体制充実加算１の算定理由（複数回答）
（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施設）

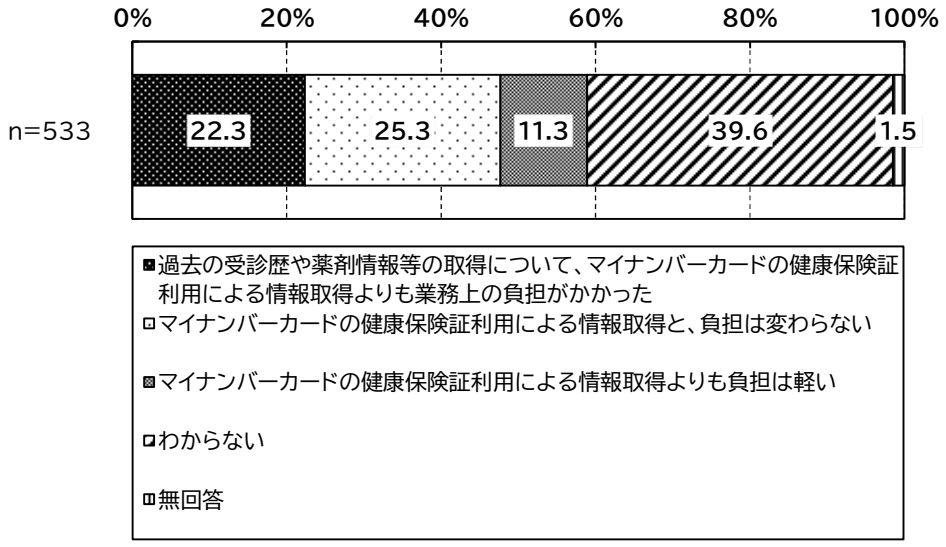


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・マイナンバーカードの有効期限切れ。
・暗証番号間違いによるロック、暗証番号忘れ。

③　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担

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施設（533 施設）に対して、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を尋ねたところ、「わからない」を除くと「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」が最も多く 25.3%で、「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」が次に多く、22.3%であった。

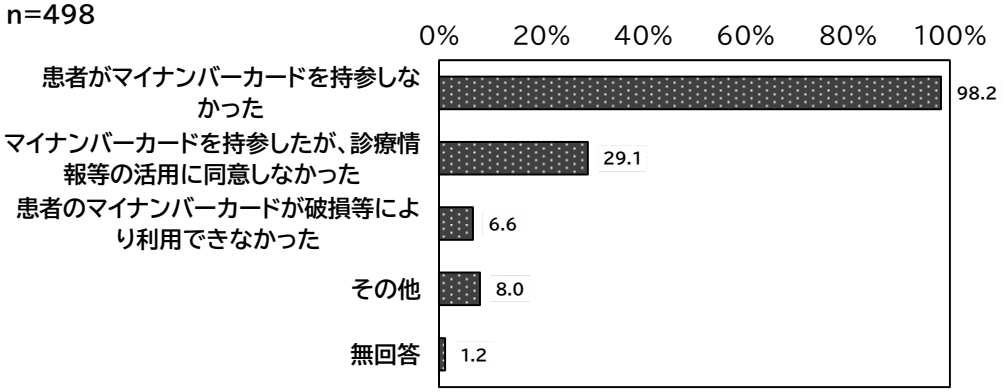
図表 3-27　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担
（医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 を 1 件以上算定している施設）



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

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施設（498 施設）に対して、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 の算定理由を尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 3-28　医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 の算定理由（複数回答）
（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施設）

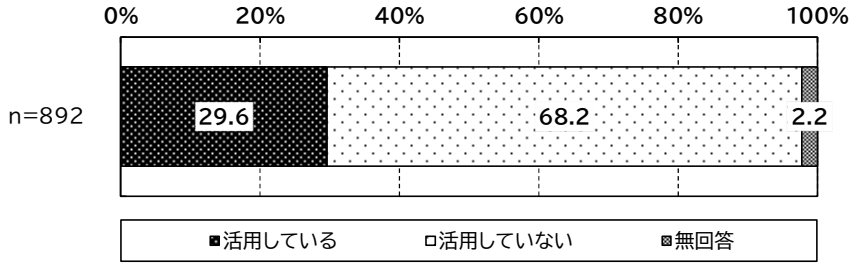


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・暗証番号の間違いよりロックされてしまった。
・有効期限切れ。

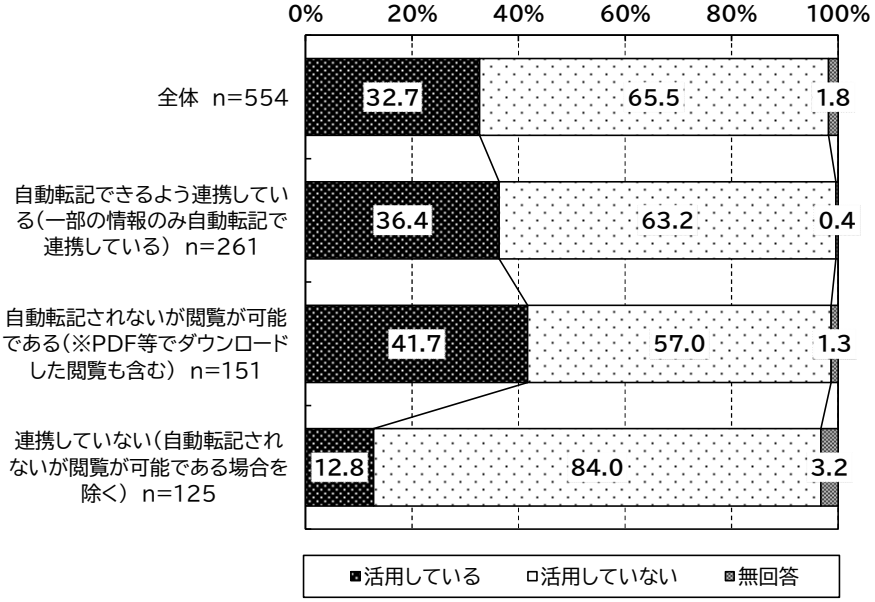
(5) マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（892 施設）、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は、「活用している」が 29.6%、「活用していない」が 68.2%であった。

図表 3-29　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



図表 3-30　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（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



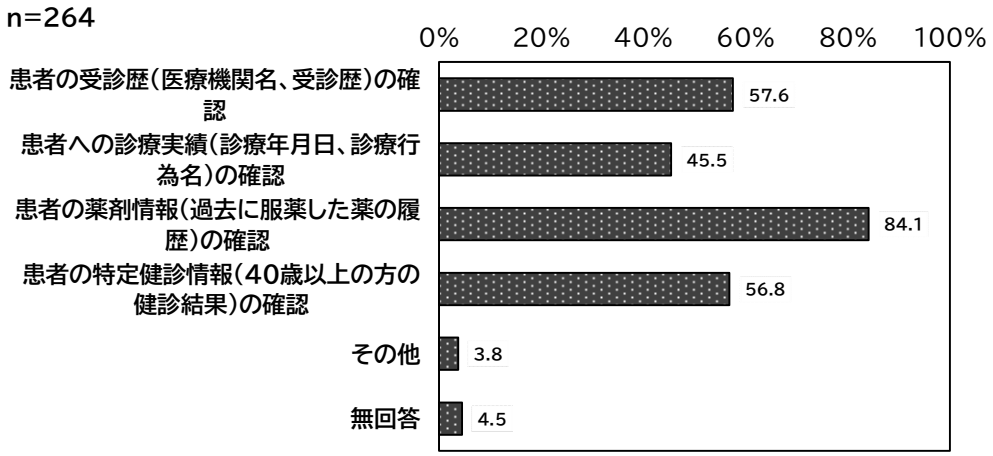
※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

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

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・特定健診情報を活用している施設（264 施設）に対して、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尋ねたところ、「患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認」が最も多く、84.1%であった（複数回答）。

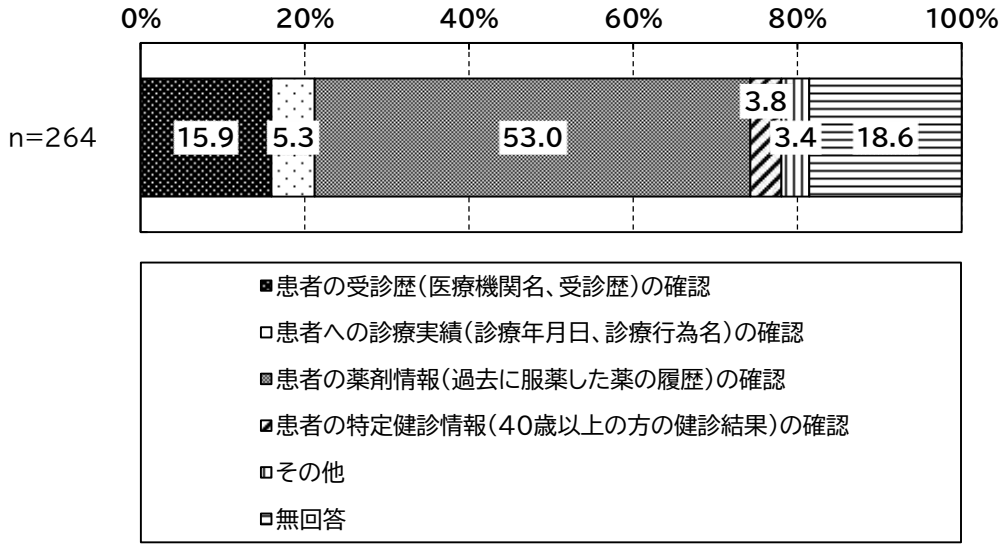
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容を 1 つ以上選択した施設（264 施設）に、最も活用しているものを尋ねたところ、「患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認」が 53.0%であった。

図表 3-31　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（複数回答）
（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・特定健診情報を活用している施設）

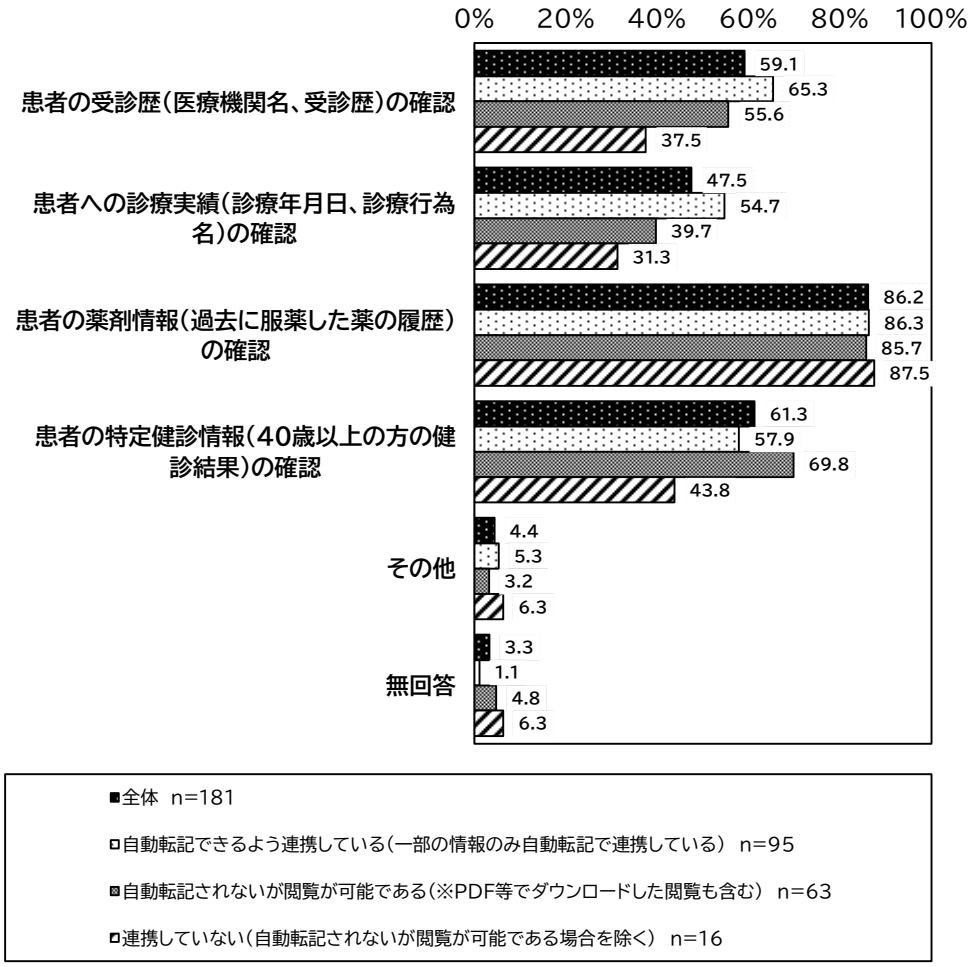


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・限度額認定証の区分確認。
・保険情報の確認。

図表 3-32　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のうち最大のもの

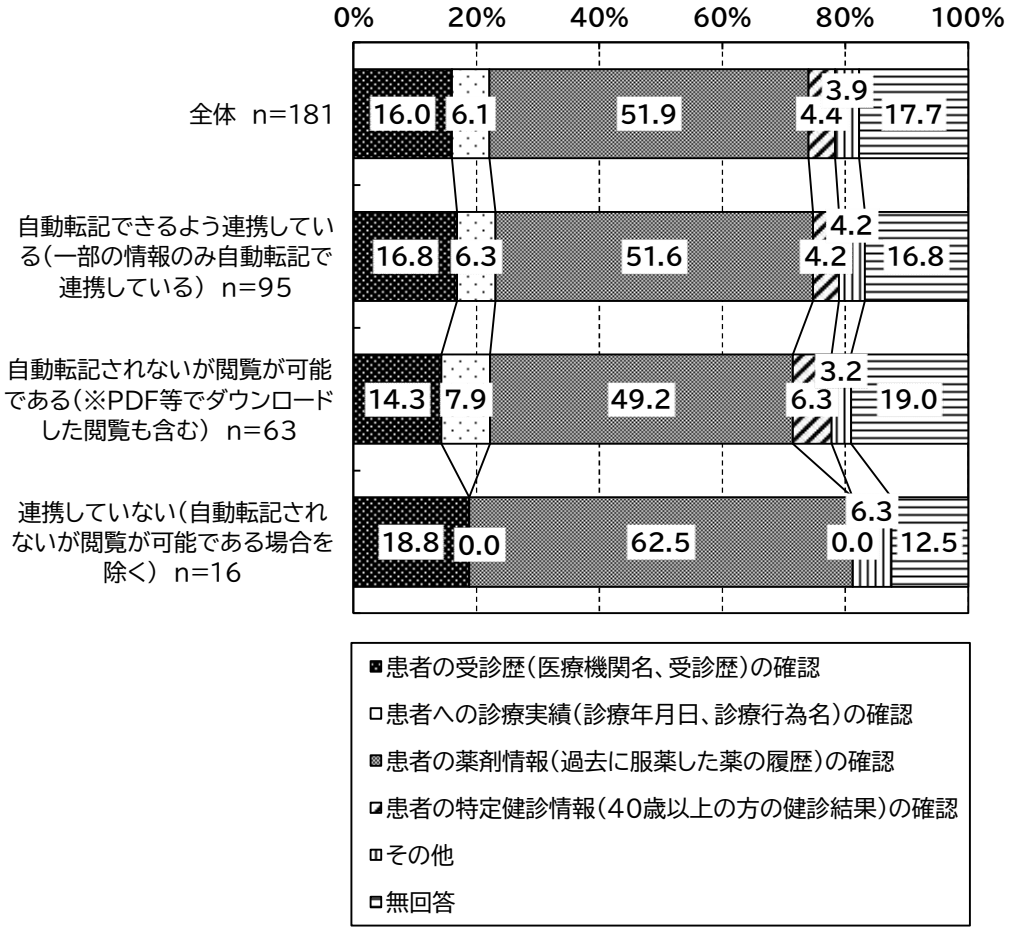


図表 3-33　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

図表 3-34　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のうち最大のもの
（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



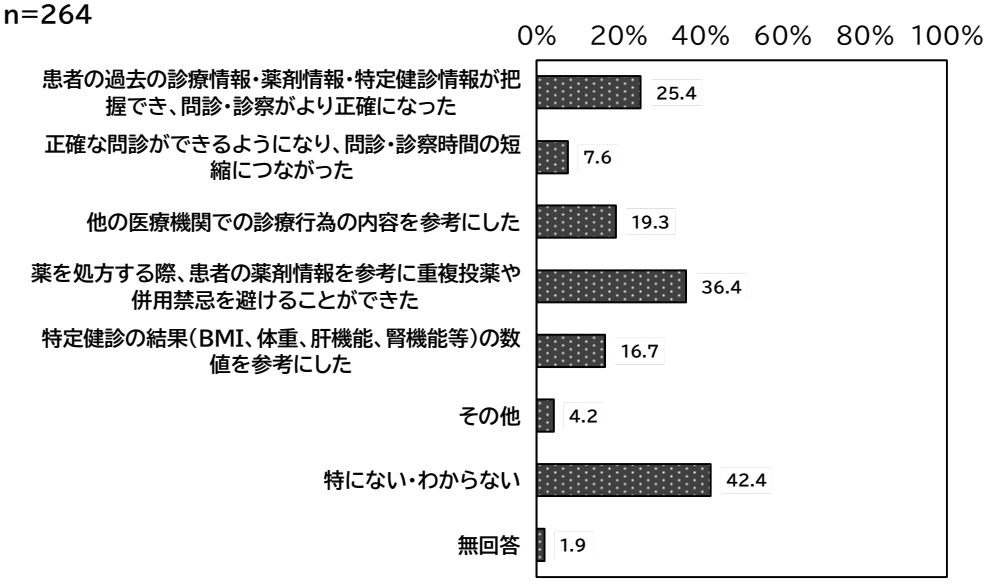
※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

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効果

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・特定健診情報を活用している施設（264 施設）に対して、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効果を尋ねたところ、「特にない・わからない」を除くと「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」が最も多く、36.4%であった（複数回答）。

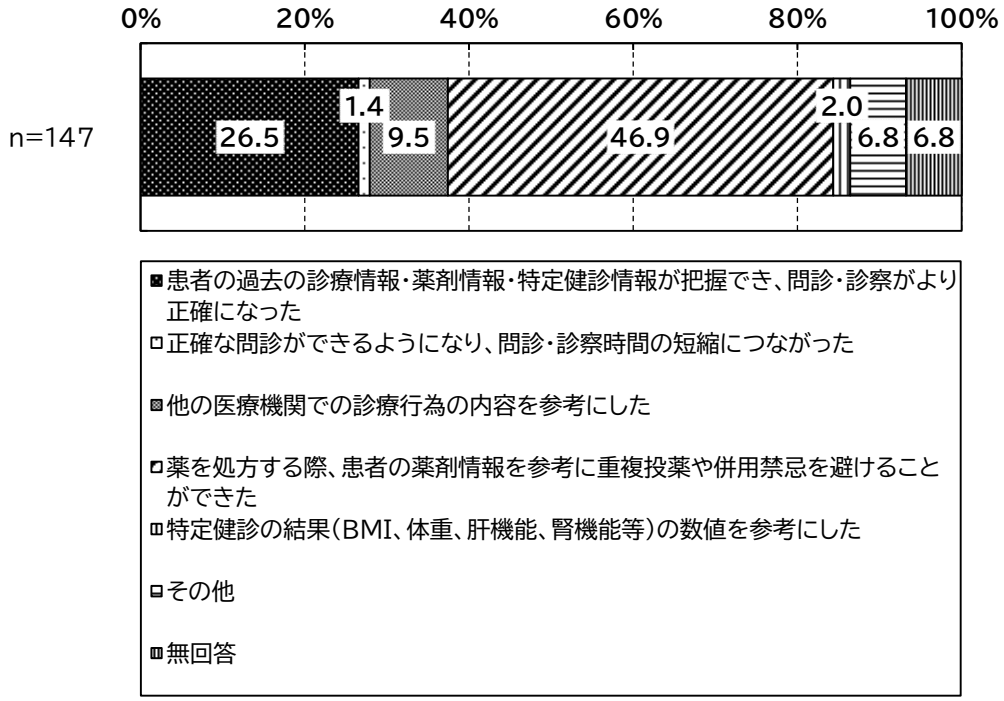
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果を 1 つ以上選択した施設（147 施設）に、最も効果を感じるものを尋ねたところ、「薬を処方する際、患者の薬剤情報を参考に重複投薬や併用禁忌を避けることができた」が 46.9%であった。

図表 3-35　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効果（複数回答）
（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・特定健診情報を活用している施設）

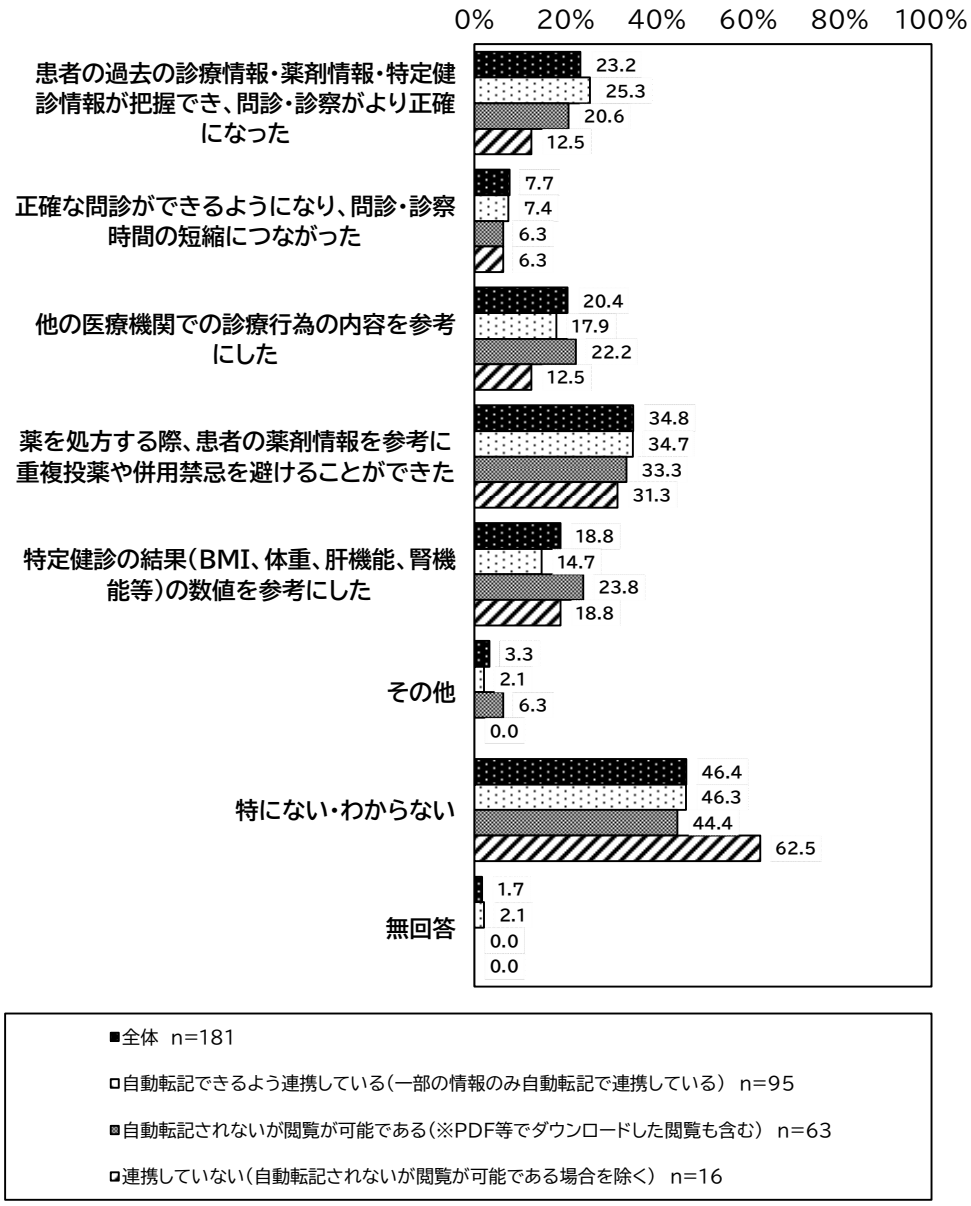


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・限度額証の資格をオンラインでできることが便利であった。
・お薬手帳を転記する時間の短縮。

図表 3-36　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効果のうち最大のもの

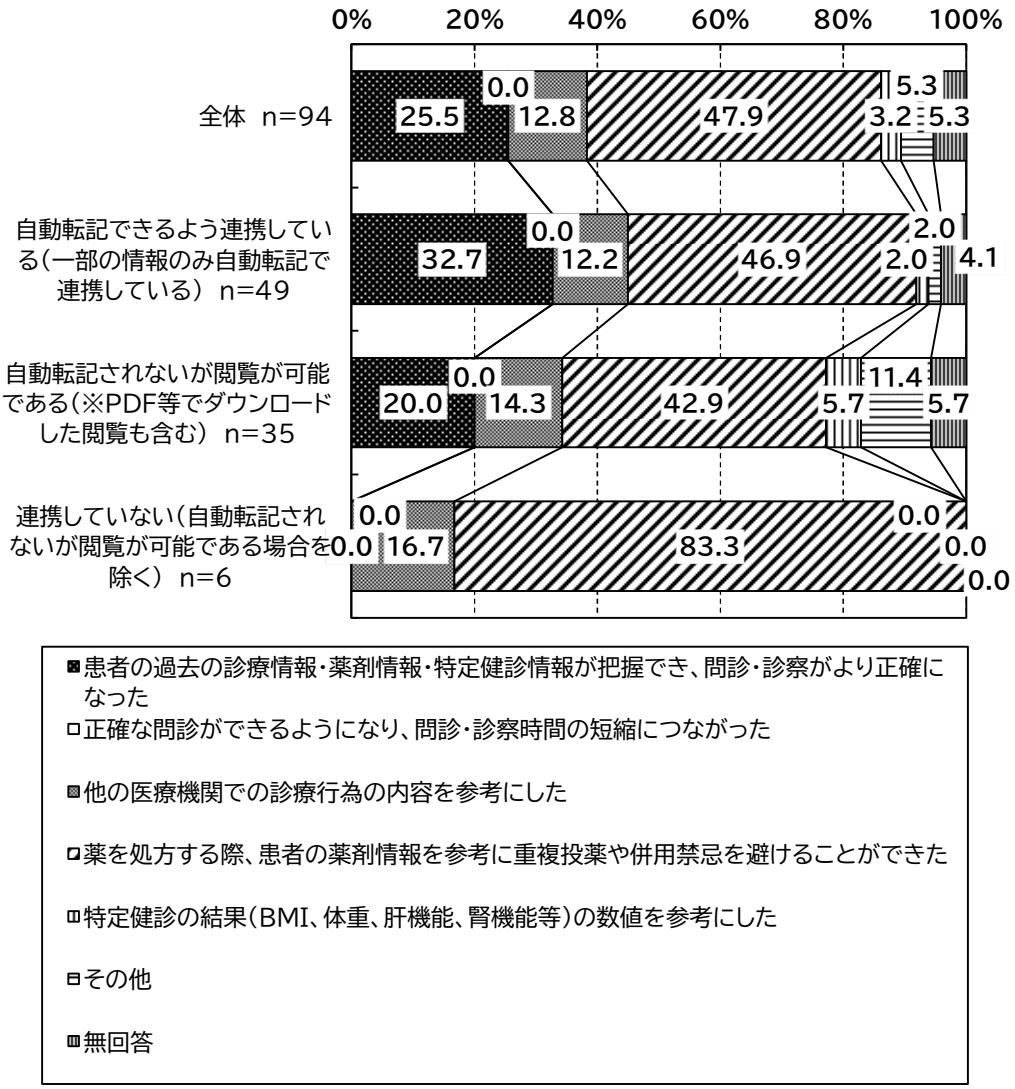


図表 3-37　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

図表 3-38　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効果のうち最大のもの



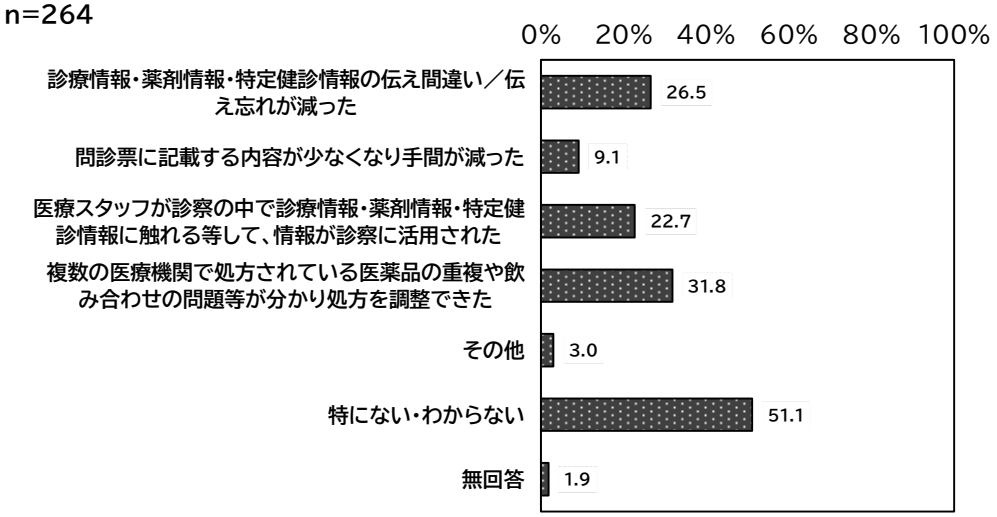
※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

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よる患者へのメリット

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・特定健診情報を活用している施設（264 施設）に対して、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よる患者へのメリットを尋ねたところ、「特にない・わからない」を除くと「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た」が無回答を除き最も多く、31.8%であった（複数回答）。

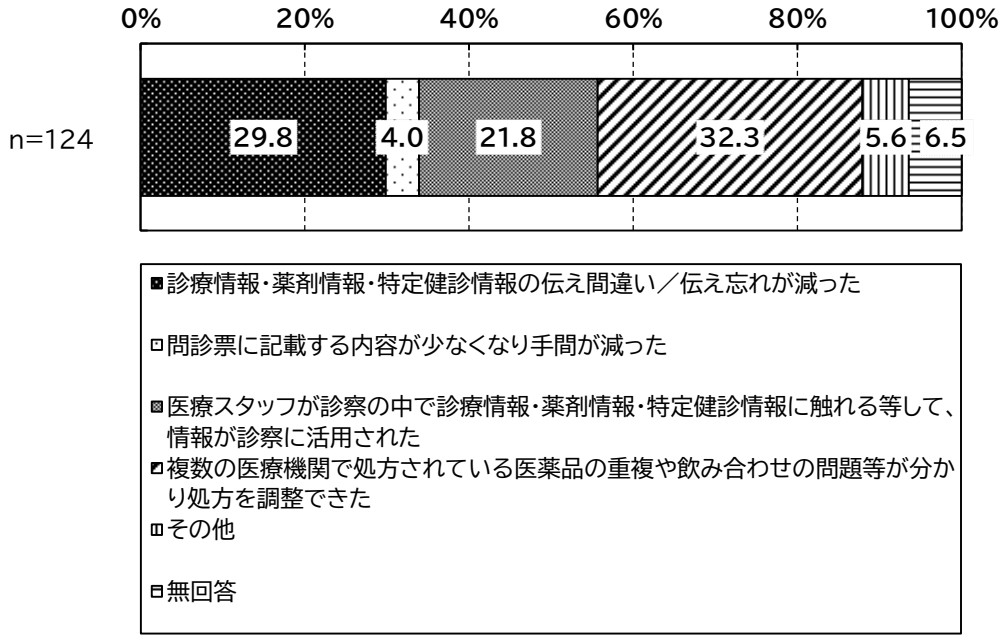
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットを 1 つ以上選択した施設（124 施設）に、最も患者へのメリットがあるものを尋ねたところ、「複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた」が 32.3%であった。

図表 3-39　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よる患者へのメリット（複数回答）
（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・特定健診情報を活用している施設）

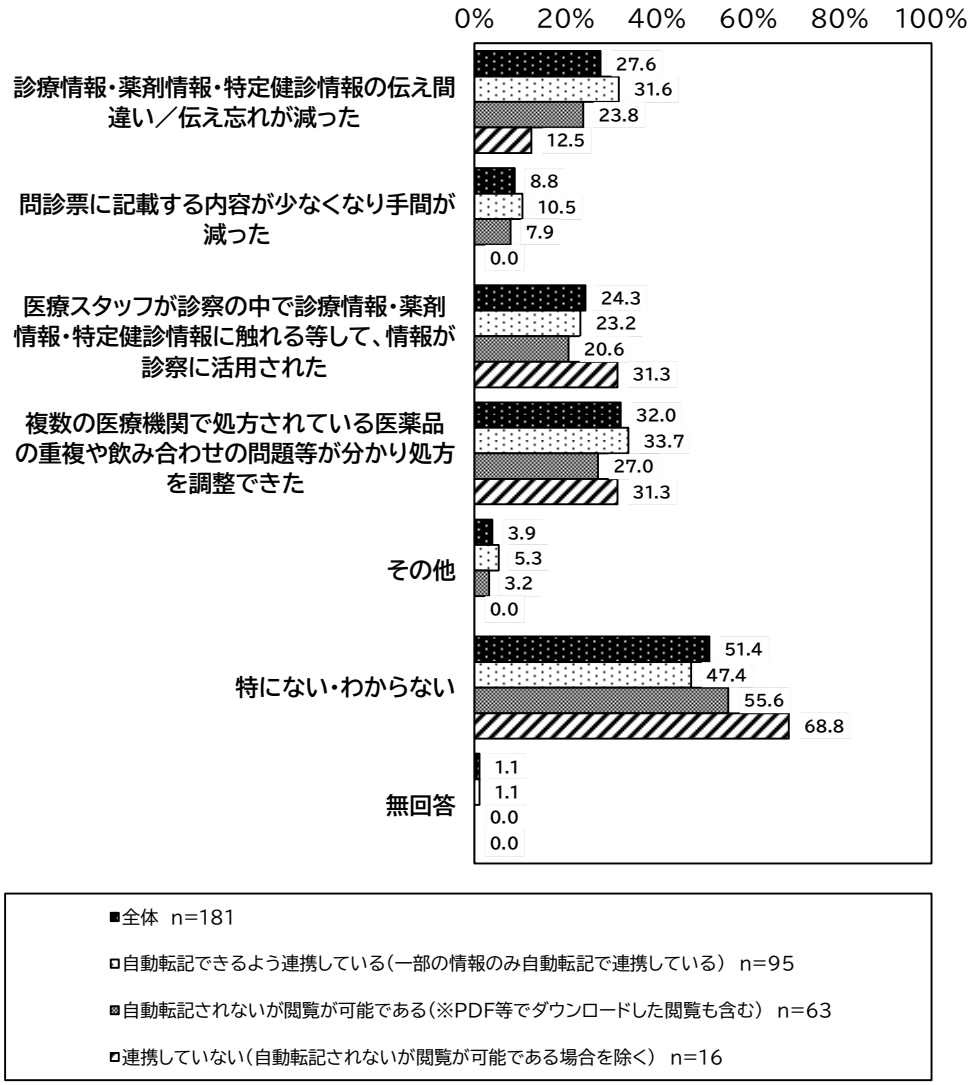


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・保険証のコピーをする必要がなくなった、又その際の返却時のトラブルがなくなった。
・保険証を忘れてきても資格情報が確認できる。

図表 3-40　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よる患者へのメリットのうち最大のもの

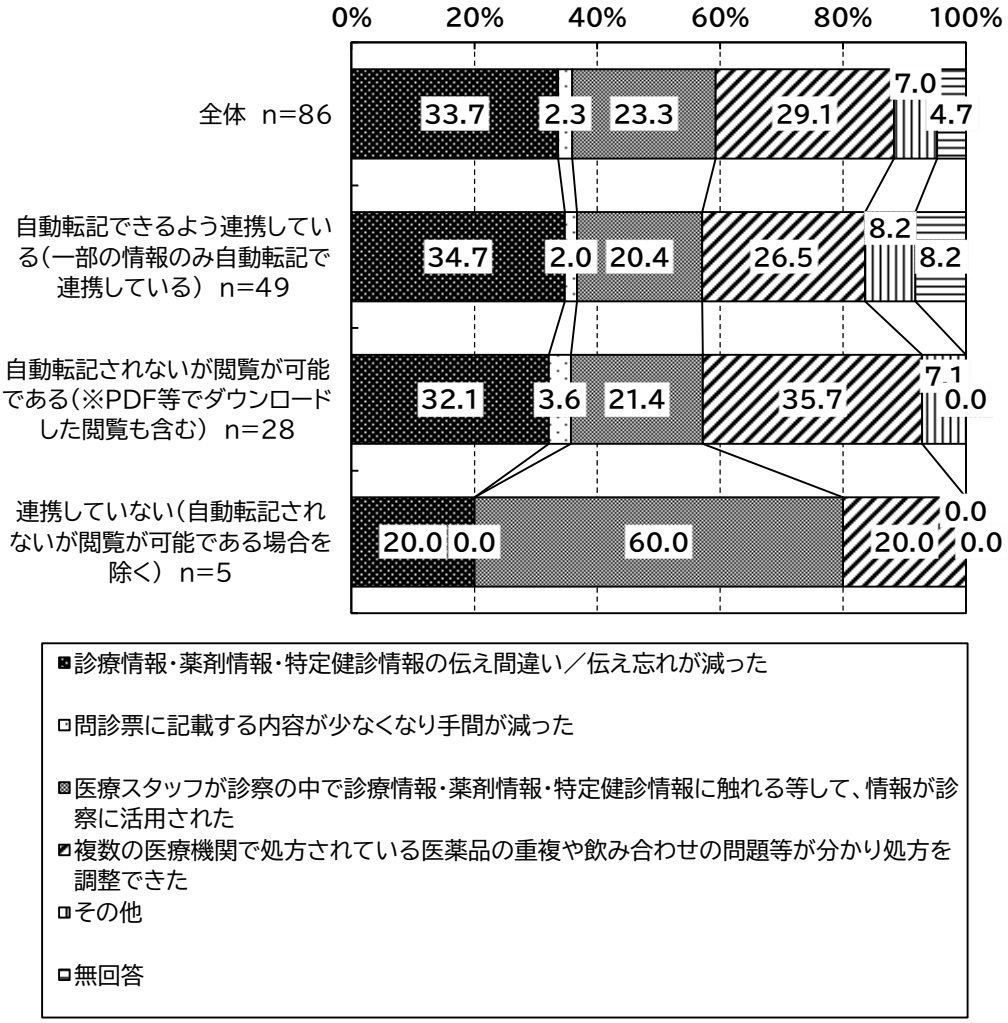


図表 3-41　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリット
（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

図表 3-42　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よる患者へのメリットのうち最大のもの
（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

4. 歯科診療所調査

【調査対象等】

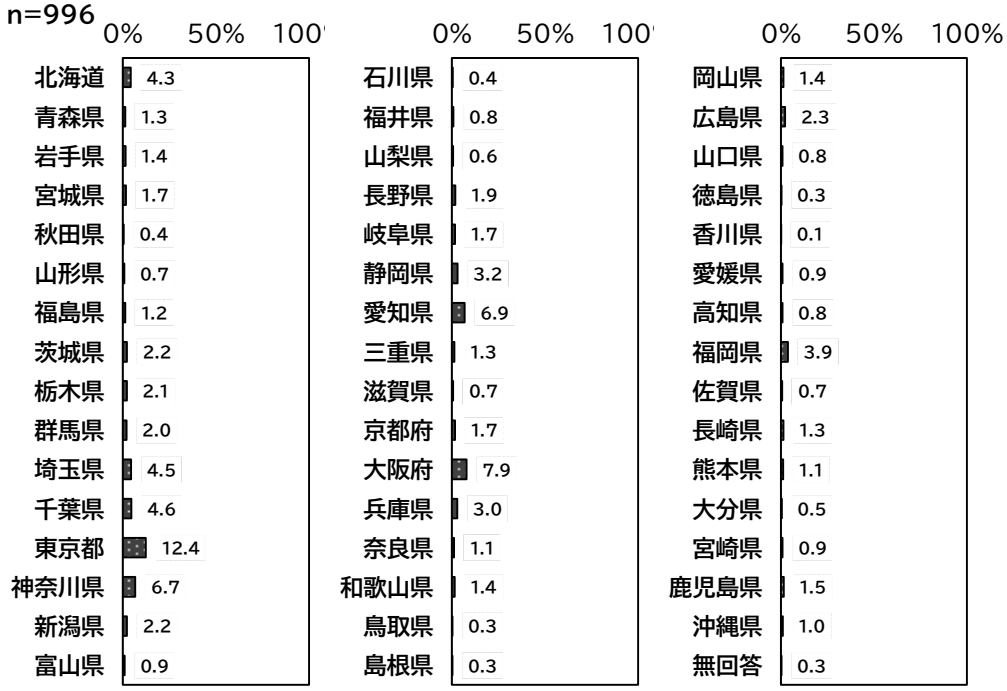
調査対象：全国の歯科診療所の中から無作為抽出した 2,000 施設
回 答 数：996 施設
回 答 者：開設者・管理者

1) 歯科診療所の概要（令和５年７月１日現在）

(1) 所在地（都道府県）

回答施設の所在地（都道府県）は以下のとおりであった。

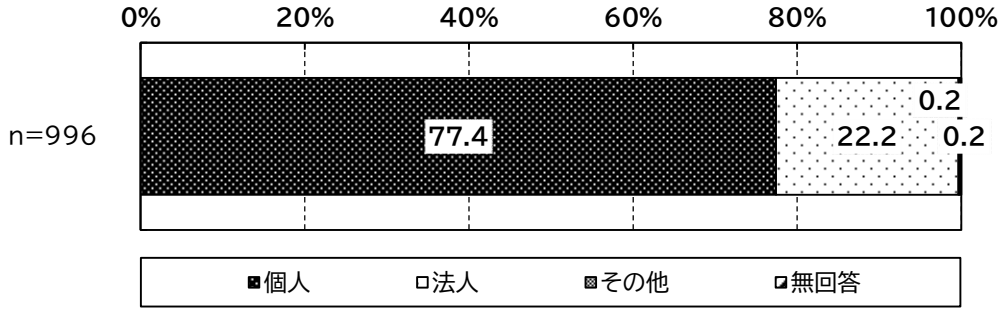
図表 4-1 所在地（都道府県）



(2) 開設者

組織形態については、「個人」が 77.4%と最も多かった。

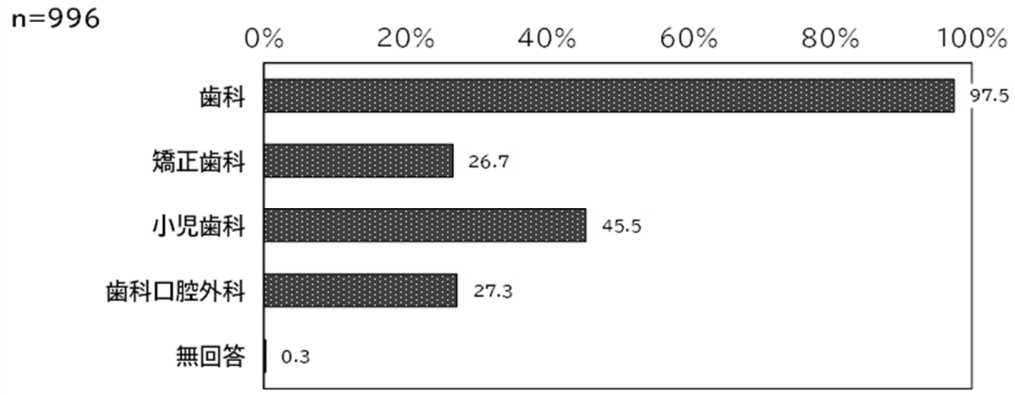
図表 4-2 開設者



(3) 標榜診療科

標榜診療科は以下のとおりであった。

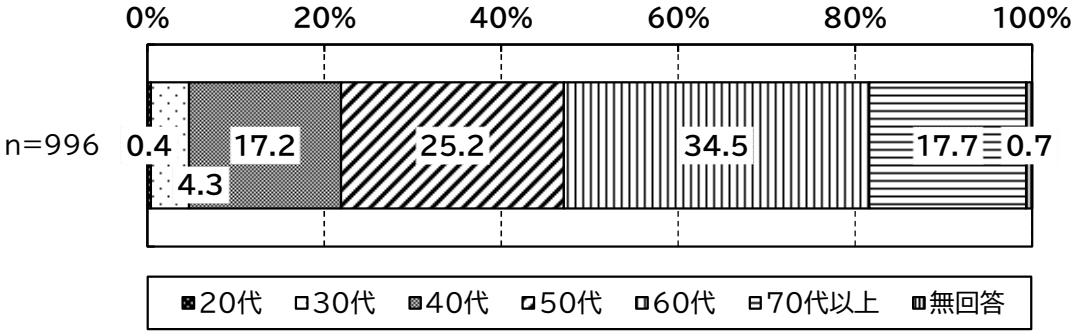
図表 4-3　標榜診療科（複数回答）



(4) 管理者の年齢

管理者の年齢については、以下のとおりであった。

図表 4-4　管理者の年齢

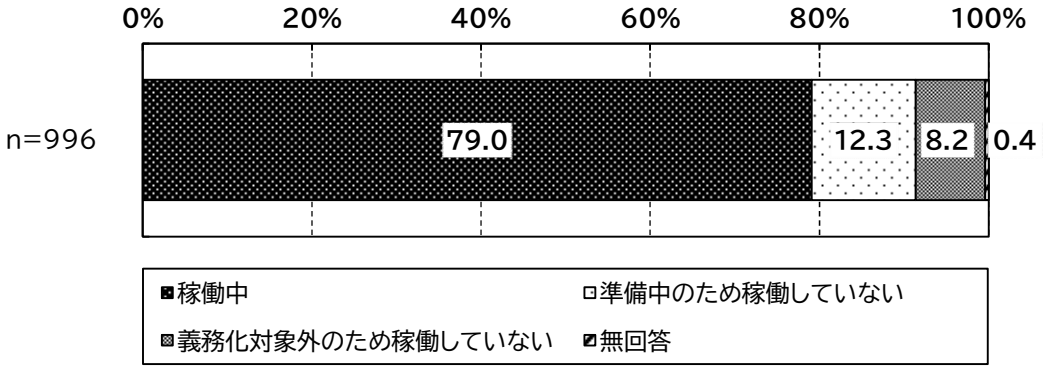


2) オンライン資格確認等の実施状況

(1) オンライン資格確認等システムの導入状況

オンライン資格確認等システムの導入状況は、「稼働中」が 79.0%、「準備中のため稼働していない」が 12.3%、「義務化対象外のため稼働していない」が 8.2%であった。

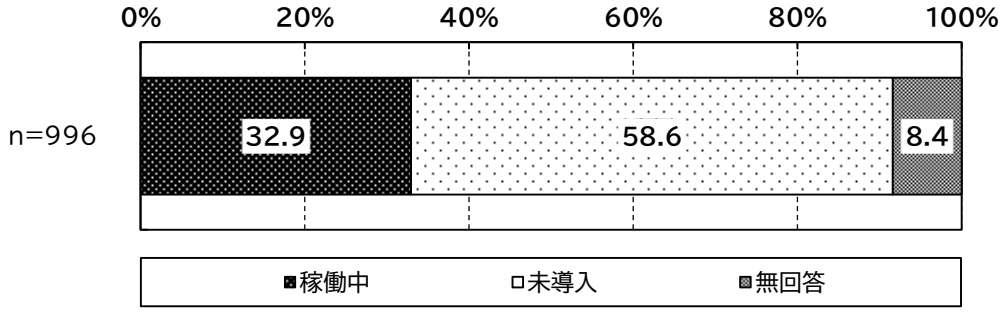
図表 4-5 オンライン資格確認等システムの導入状況



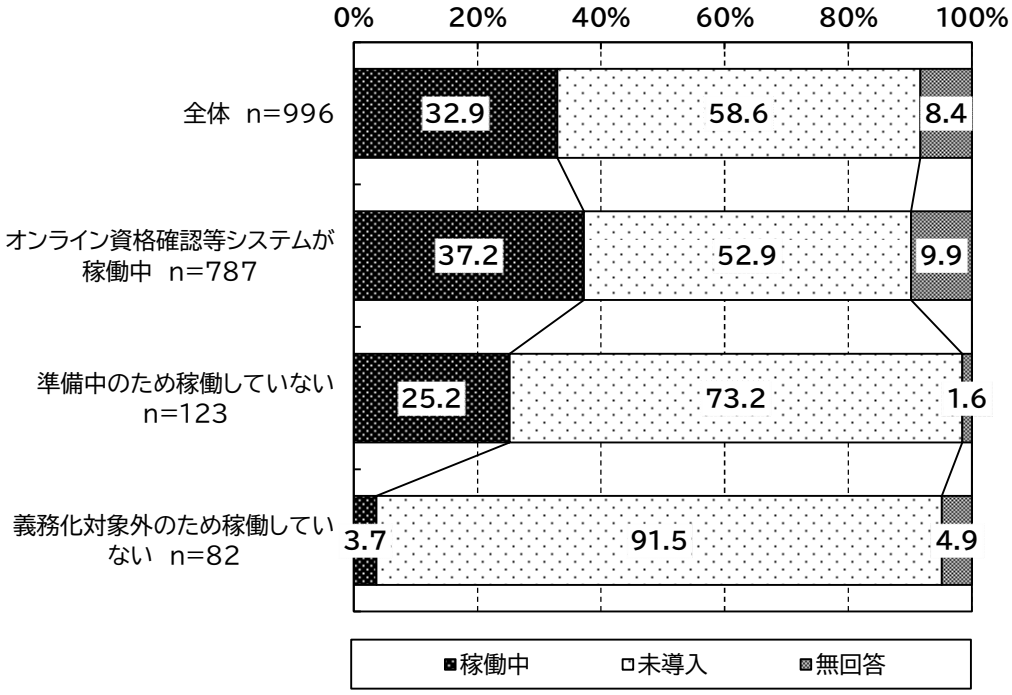
(2) 電子カルテシステムの導入状況

電子カルテシステムの導入状況は、「稼働中」が 32.9%、「未導入」が 58.6%であった。

図表 4-6 電子カルテシステムの導入状況



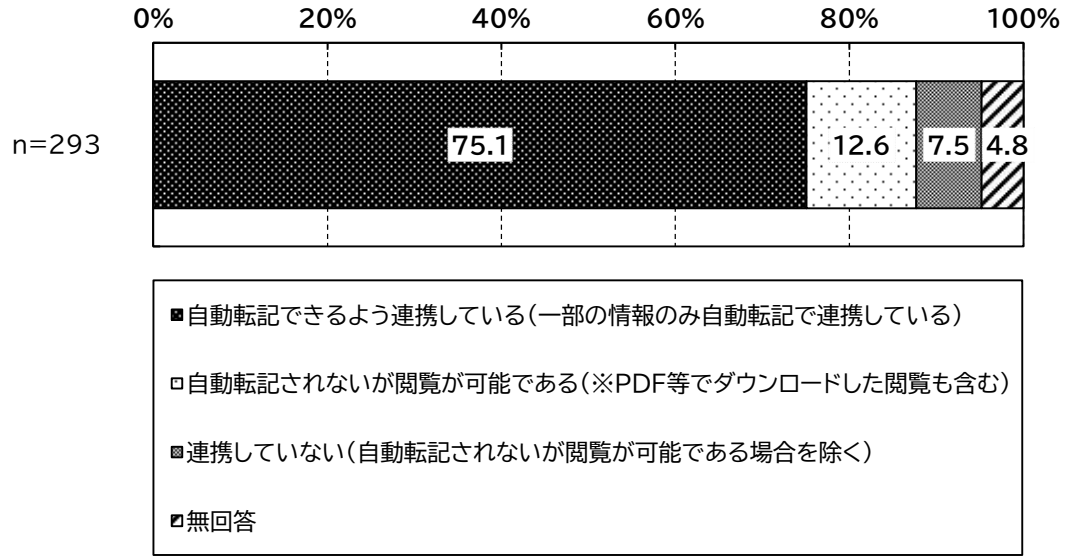
図表 4-7　電子カルテシステムの導入状況（オンライン資格確認等システムの導入状況別）



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への情報の自動転記

オンライン資格確認等システムが稼働中で、かつ電子カルテシステムも稼働中の施設（293 施設）に対して、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の情報の自動転記の連携状況を尋ねたところ、「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）」が 75.1%、「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）」が 12.6%、「連携していない（自動転記されないが閲覧が可能である場合を除く）」が 7.5%であった。

図表 4-8　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の情報の自動転記
（オンライン資格確認等システムが稼働中で、かつ電子カルテシステムも稼働中の施設）

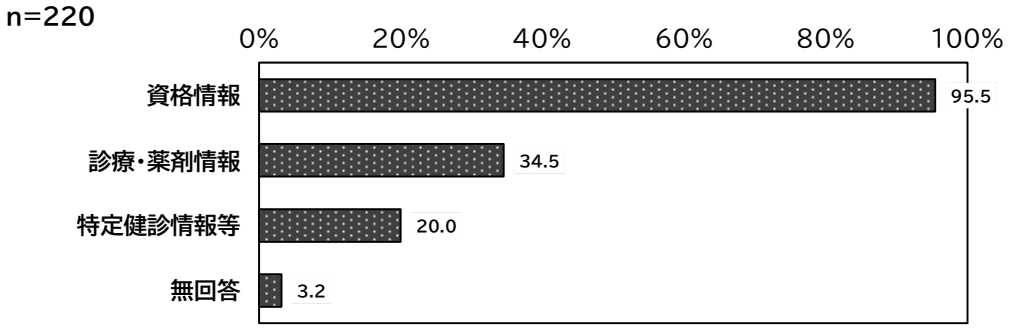


② 自動転記または閲覧が可能な情報

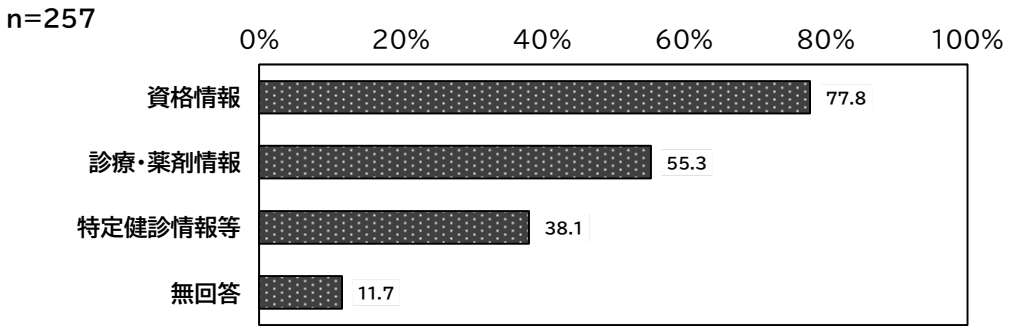
オンライン資格確認等システムから電子カルテシステムへの情報の自動転記について、「自動転記できるよう連携している（一部の情報のみ自動転記で連携している）」（220施設）に対して、自動転記が可能な情報を尋ねたところ、自動転記している情報は、「資格情報」が最も多く、95.5%であった。

「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）、または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）」場合の施設（257 施設）に対して、閲覧可能な情報を尋ねたところ、閲覧可能な情報は「資格情報」が最も多く 77.8%であった。

図表 4-9 自動転記している情報（複数回答）
（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自動転記できるよう連携している）



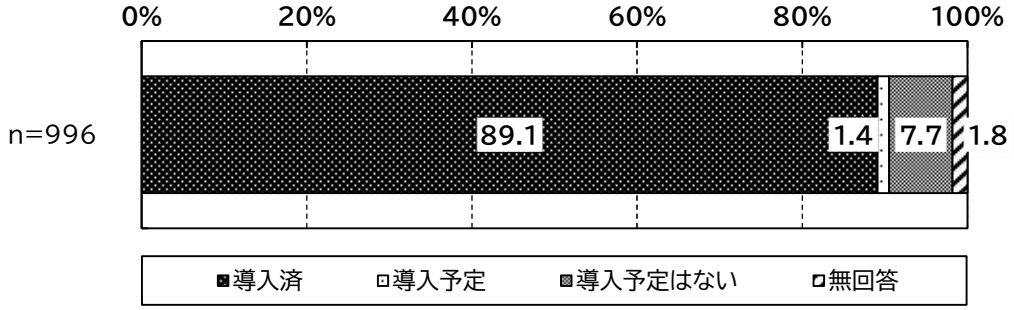
図表 4-10 閲覧可能な情報（複数回答）
（オンライン資格確認等システムから電子カルテシステムへの情報の自動転記について、自動転記できるよう連携している、または自動転記されないが閲覧が可能）



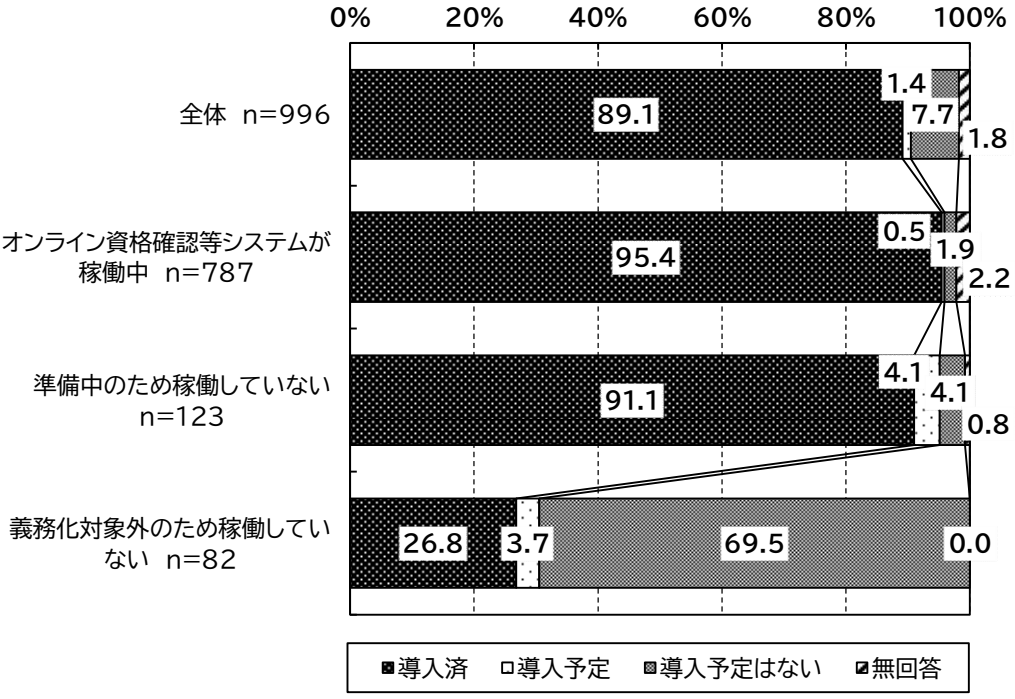
(3) レセプトコンピュータの導入状況

レセプトコンピュータの導入状況は、「導入済」が 89.1%、「導入予定」が 1.4%、「導入予定はない」が 7.7%であった。

図表 4-11　レセプトコンピュータの導入状況



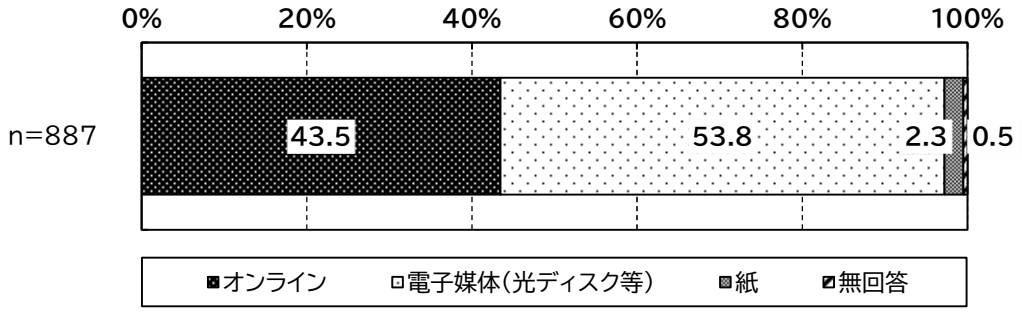
図表 4-12　レセプトコンピュータの導入状況
（オンライン資格確認等システムの導入状況別）



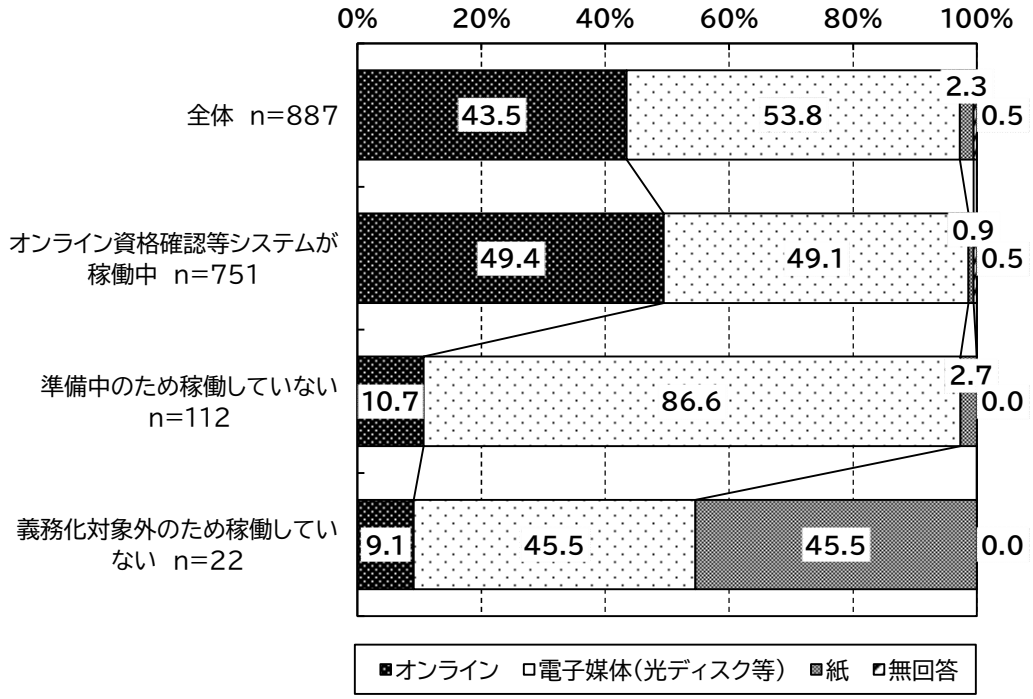
① レセプトの請求方法

レセプトコンピュータを導入済の施設（887 施設）に対して、レセプトの請求方法を尋ねたところ、「オンライン」が 43.5%、「電子媒体（光ディスク等）」が 53.8%、「紙」が 2.3%であった。

図表 4-13 レセプトの請求方法（レセプトコンピュータを導入済の施設）



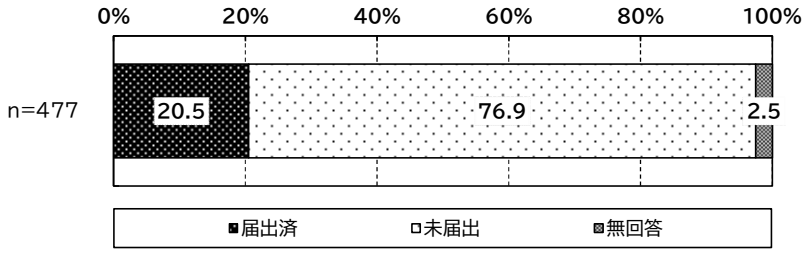
図表 4-14 レセプトの請求方法（オンライン資格確認等システムの導入状況別）
【レセプトコンピュータを導入済の施設】



② 2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗

レセプトを電子媒体（光ディスク等）で請求している施設（477 施設）に対して、2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗を尋ねたところ、「届出済」が 20.5%、「未届出」が 76.9%であった。

図表 4-15 2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗
（レセプトを電子媒体（光ディスク等）で請求している施設）

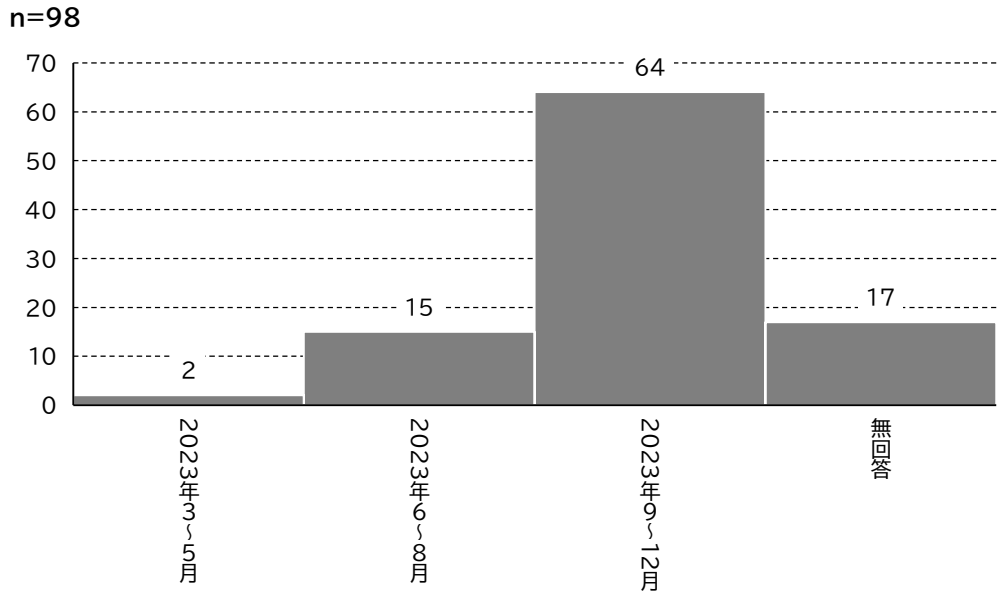


※医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関・薬局の施設基準として、オンライン請求を行っていることが要件とされているところ、オンライン請求を行っていない保険医療機関・薬局がオンライン請求を令和 5 年 12 月 31 日までに開始する旨の届出を行った場合には、令和 5 年 12 月 31 日までの間に限り、この要件を満たすものとみなされる。

③ 届出したオンライン請求の開始予定時期

2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗について「届出済」と回答した場合（98 施設）、届出したオンライン請求の開始予定時期を尋ねたところ、「2023 年 9 月～12 月」が最も多く、64 件（65.3%）であった。

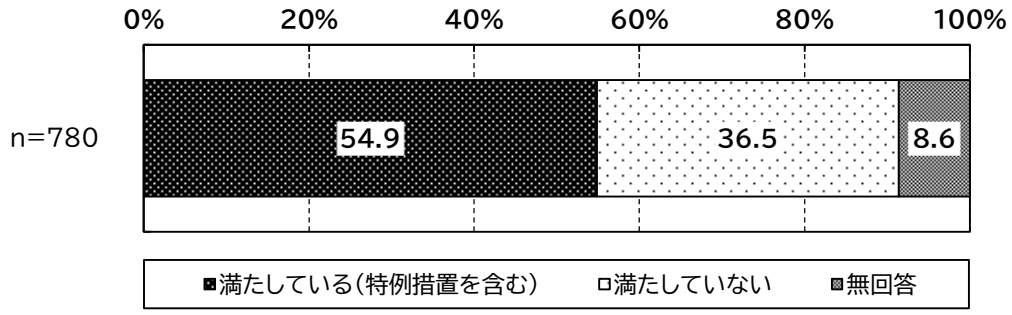
図表 4-16　届出したオンライン請求の開始予定時期の分布
（レセプトを電子媒体（光ディスク等）で請求している施設）



(4) 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

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（780 施設）、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を、「満たしている（特例措置を含む）」が 54.9%、「満たしていない」が 36.5%であった。

図表 4-17　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



※(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。

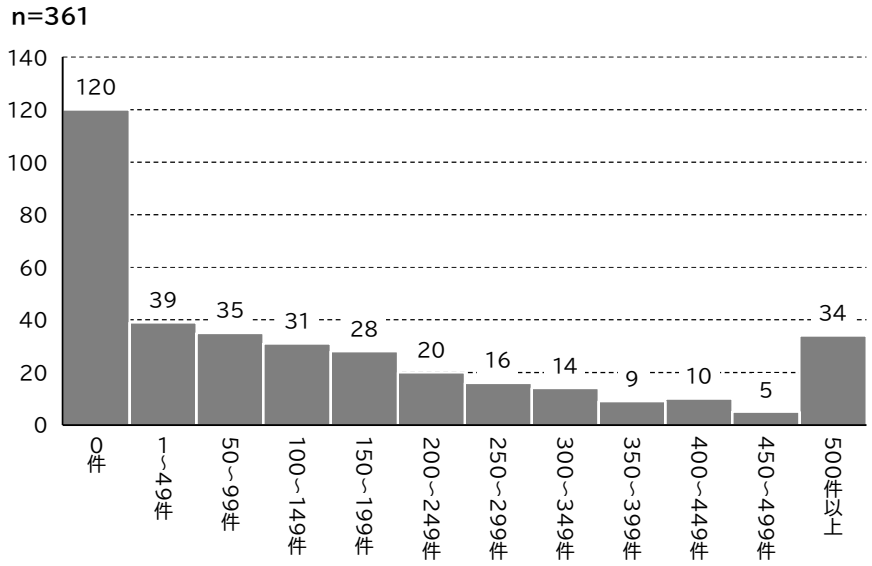
(3)次に掲げる事項を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。(ア)オンライン資格確認を行う体制を有していること。(イ)当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

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

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を満たしている（特例措置を含む）施設（428 施設）に対して、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 1、2 及び 3 の算定件数を尋ねたところ、以下のとおりであった。

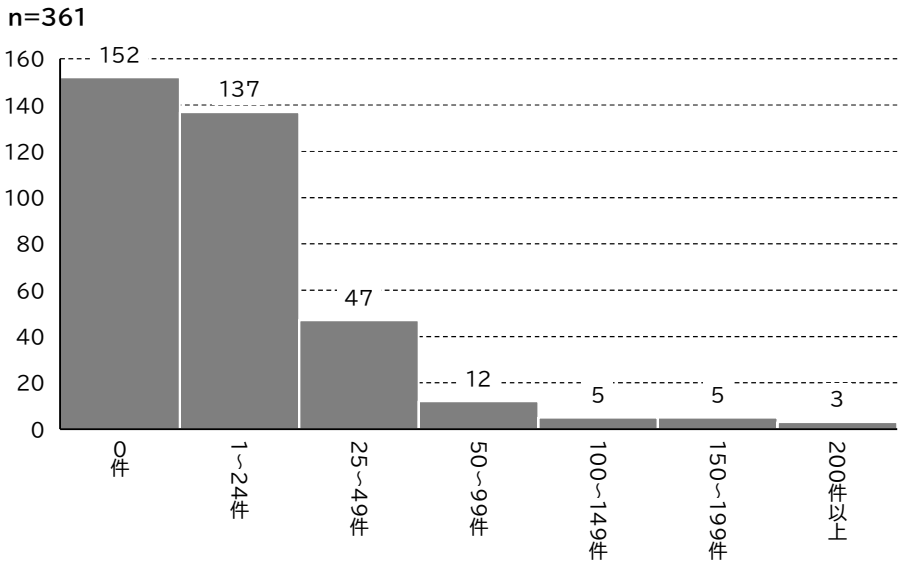
図表 4-18　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の分布
（医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準を満たしている施設）

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1＞



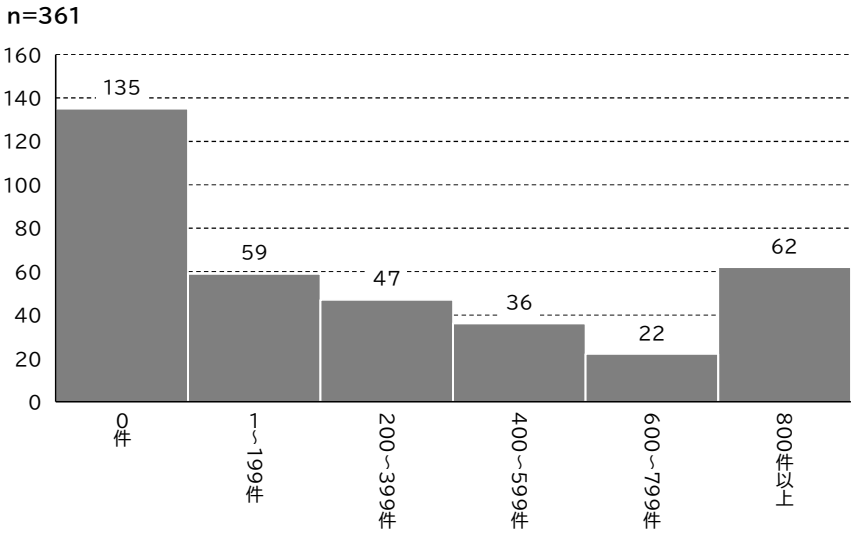
※無回答を除く施設を集計対象とした

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2＞



※無回答を除く施設を集計対象とした

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3＞



※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 4-19　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数
（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を満たしている施設）

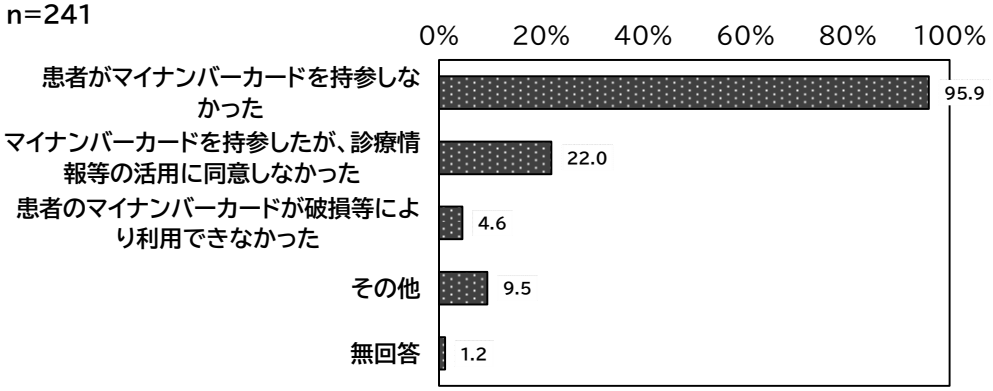
医療情報・システム基盤整備体制充実加算	回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	361	185.4	302.9	75.0
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	361	17.9	56.0	3.0
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3	361	403.6	745.9	166.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

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

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施設（241 施設）に対して、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１の算定理由を尋ねたところ、「患者がマイナンバーカードを持参しなかった」が最も多く、95.9%であった。

図表 4-20 医療情報・システム基盤整備体制充実加算１の算定理由（複数回答）
（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施設）

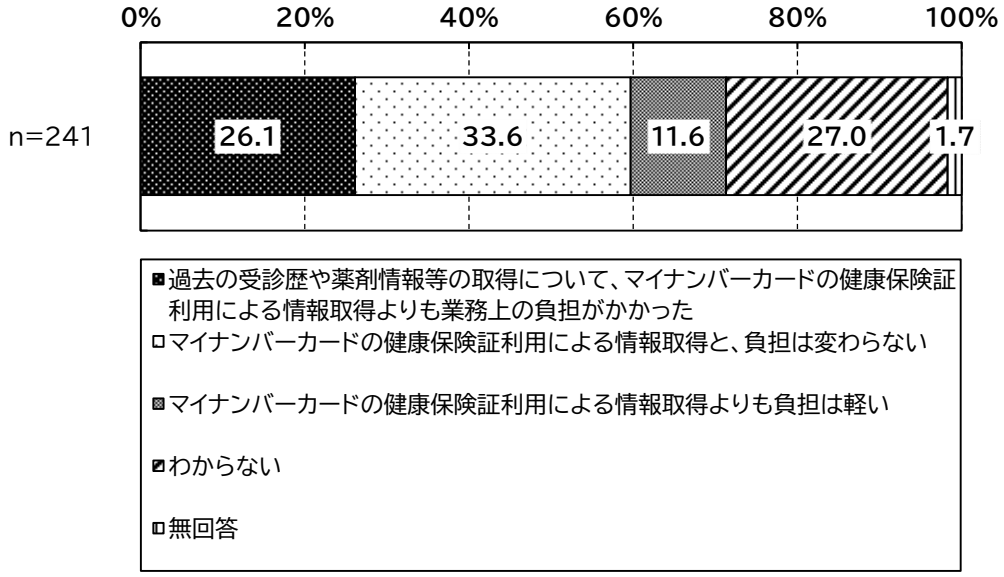


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・暗証番号を忘れてしまった。
・マイナンバーカードの有効期限が切れていた。

③　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担

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施設（241 施設）に対して、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を尋ねたところ、「わからない」を除くと「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」が最も多く 33.6%で、「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」が次に多く、26.1%であった。

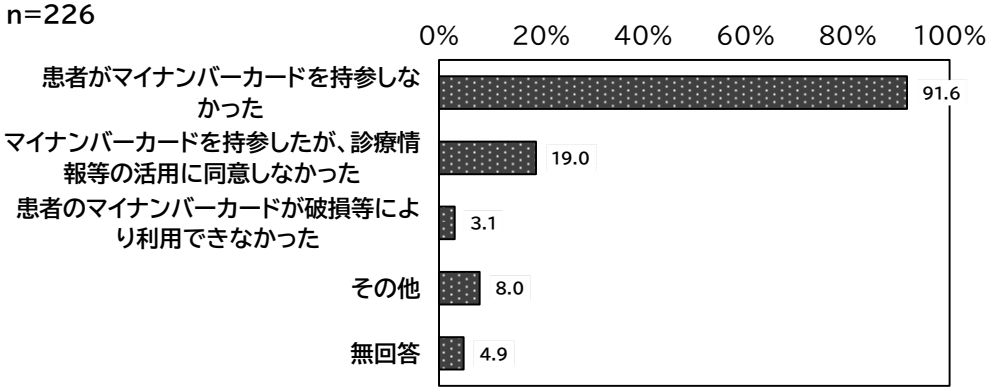
図表 4-21　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担
（医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 を 1 件以上算定している施設）



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

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施設（226 施設）に対して、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 の算定理由を尋ねたところ、以下のとおりであった。

図表 4-22　医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 の算定理由（複数回答）
（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施設）

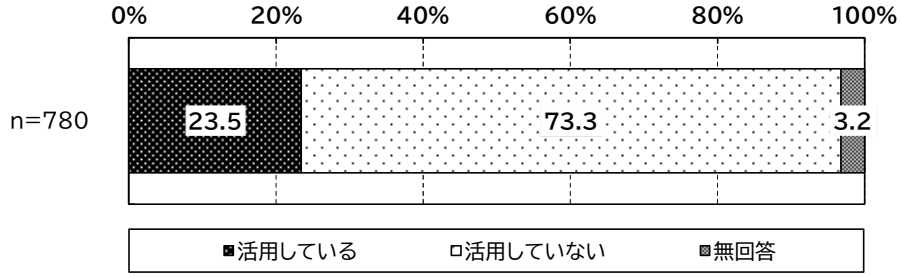


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・電子証明書の有効期限切れ。
・番号を忘れている。

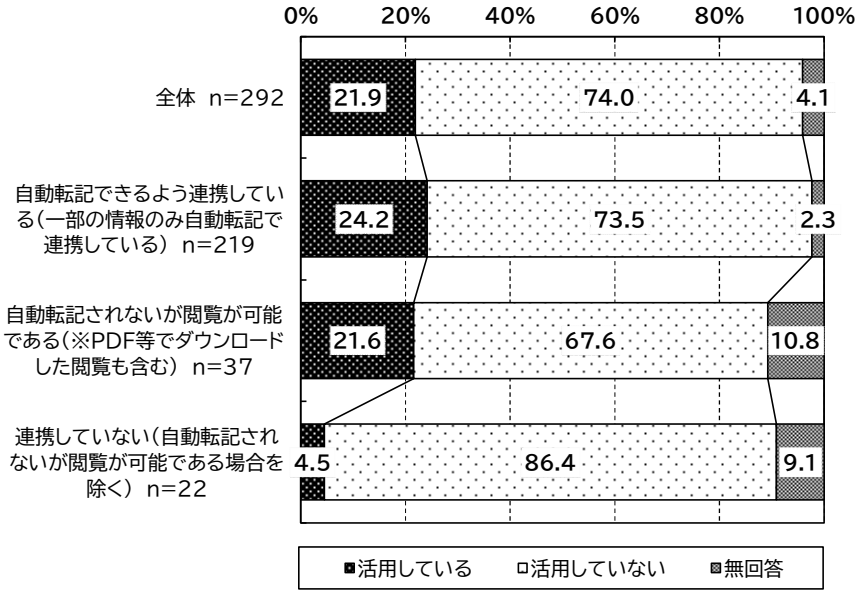
(5) マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（780 施設）、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は、「活用している」が 23.5%、「活用していない」が 73.3%であった。

図表 4-23　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



図表 4-24　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（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



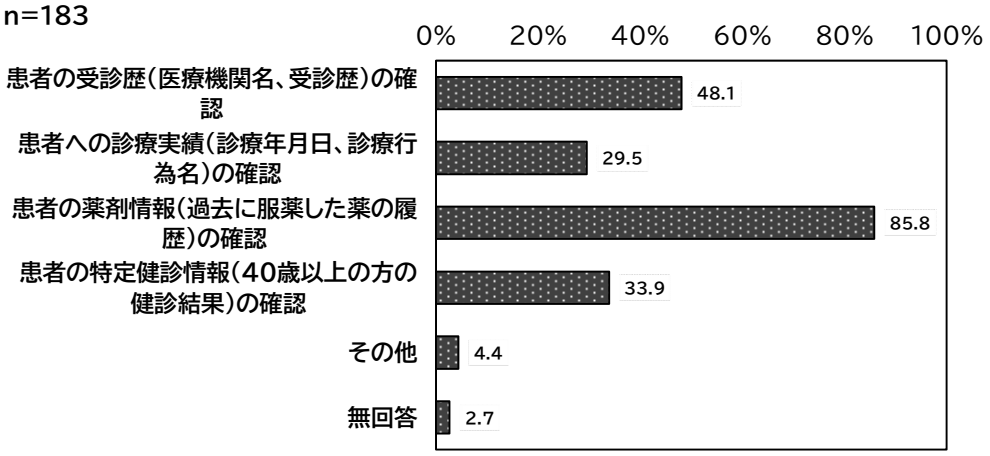
※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

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

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・特定健診情報を活用している施設（183 施設）に対して、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尋ねたところ、「患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認」が最も多く、85.8%であった（複数回答）。

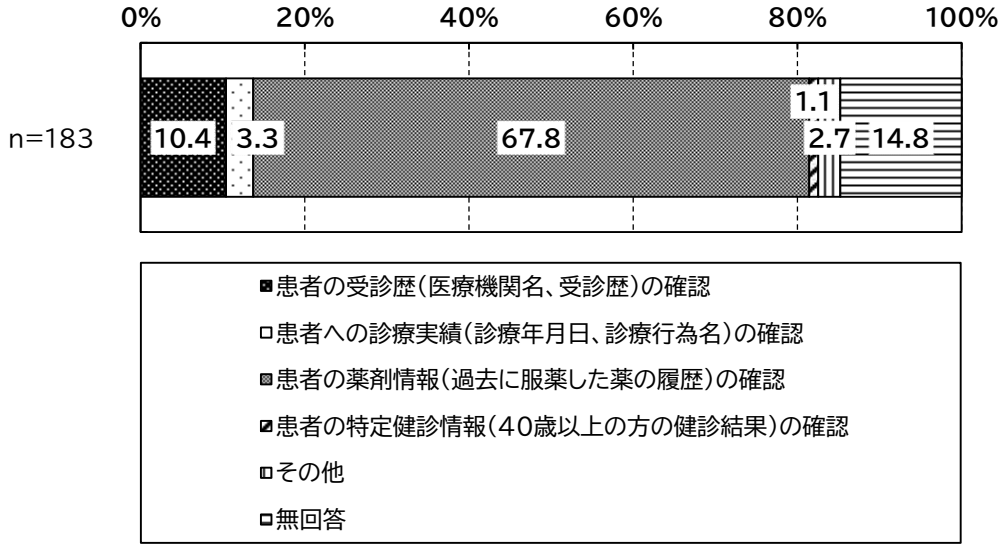
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容を 1 つ以上選択した施設（183 施設）における、最も活用しているものについては、「患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認」が 67.8%であった。

図表 4-25　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（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）

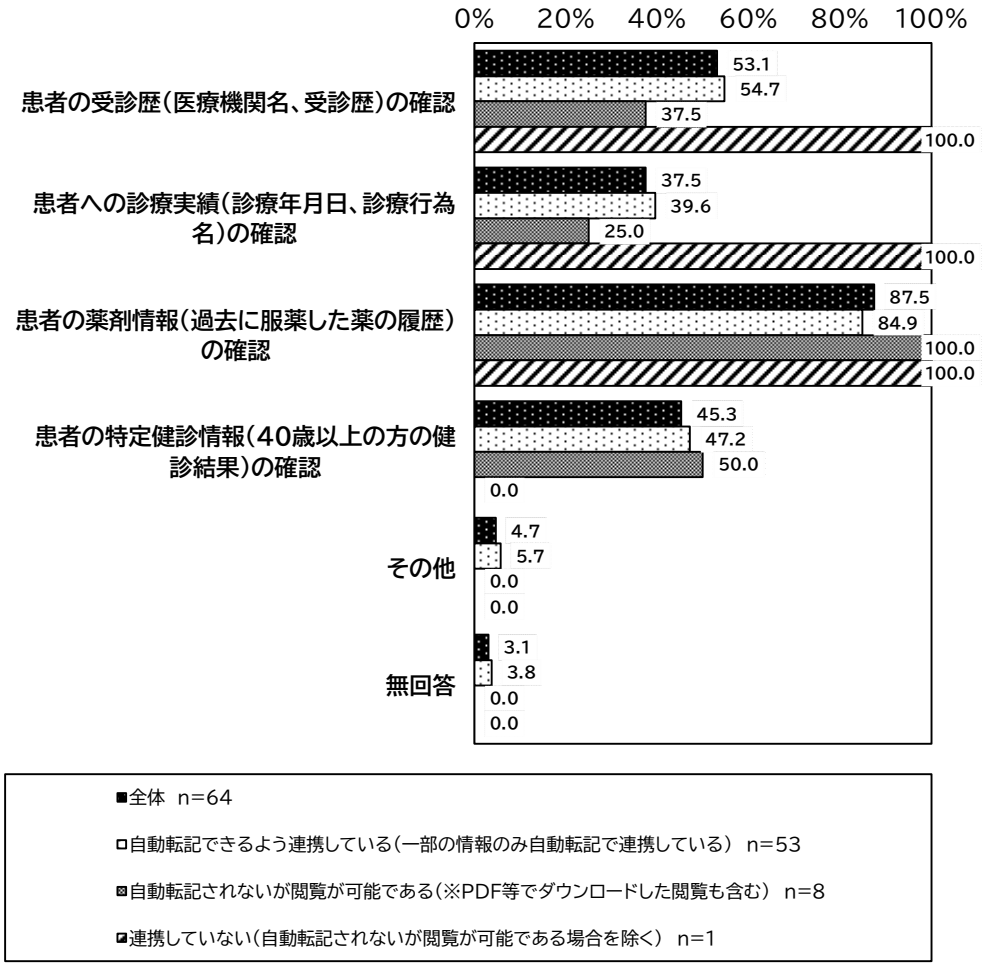


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
- 保険証の有効かどうかの確認。
- 保険証の資格確認。

図表 4-26　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のうち最大のもの

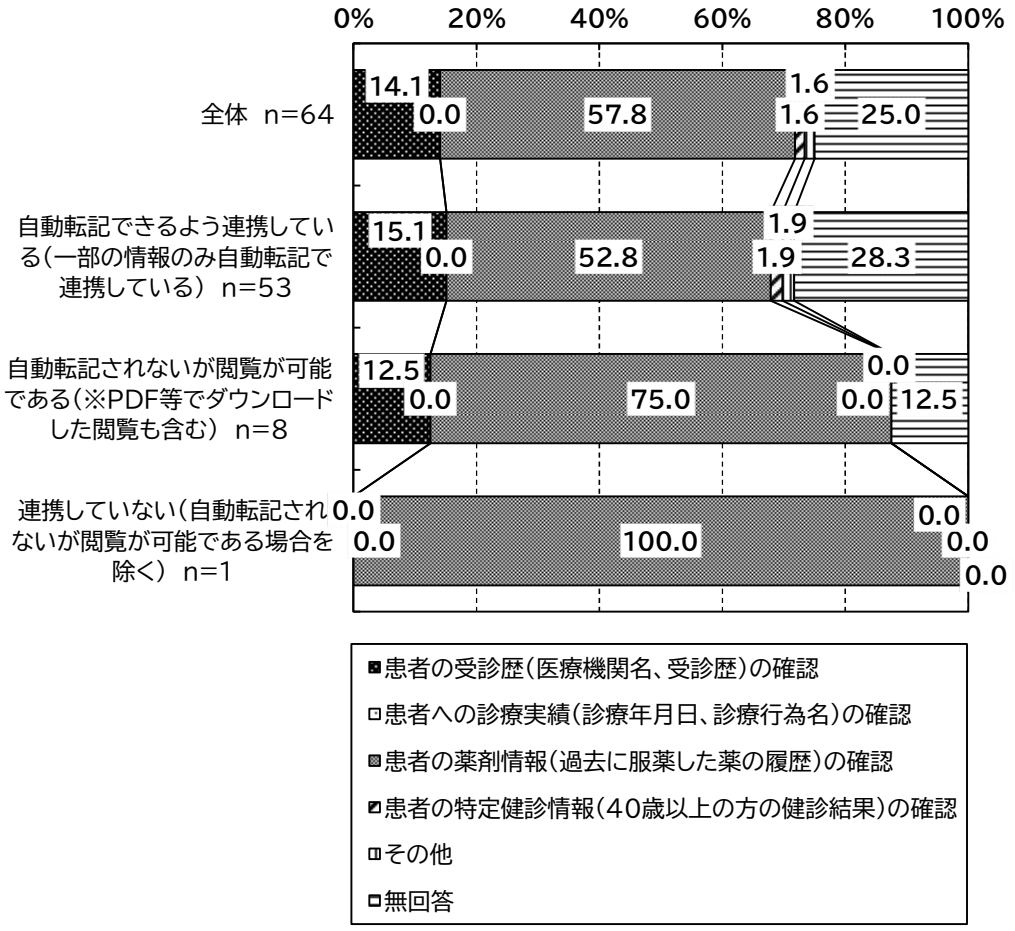


図表 4-27　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

図表 4-28　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のうち最大のもの



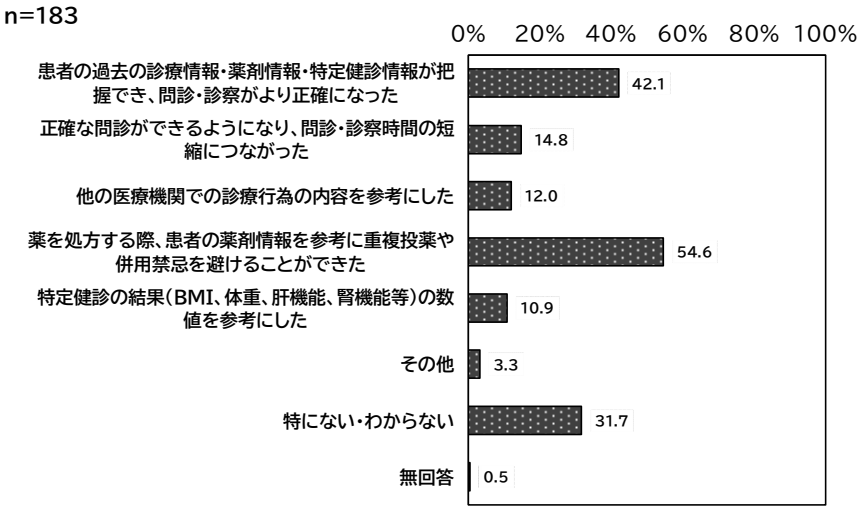
※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

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効果

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・特定健診情報を活用している施設（183 施設）に対して、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効果を尋ねたところ、「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」が最も多く、54.6%であった（複数回答）。

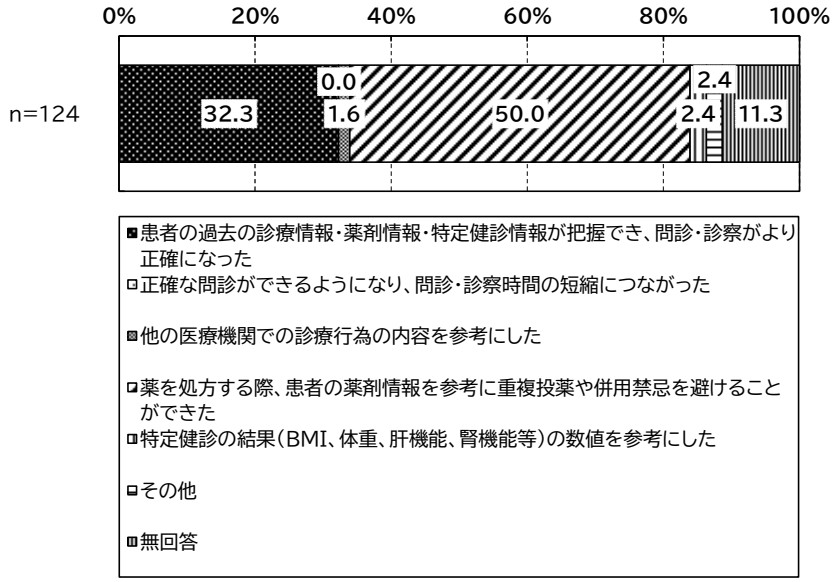
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果を 1 つ以上選択した施設（124 施設）における、最も効果を感じるものについては、「薬を処方する際、患者の薬剤情報を参考に重複投薬や併用禁忌を避けることができた」が 50.0%であった。

図表 4-29　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効果（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）

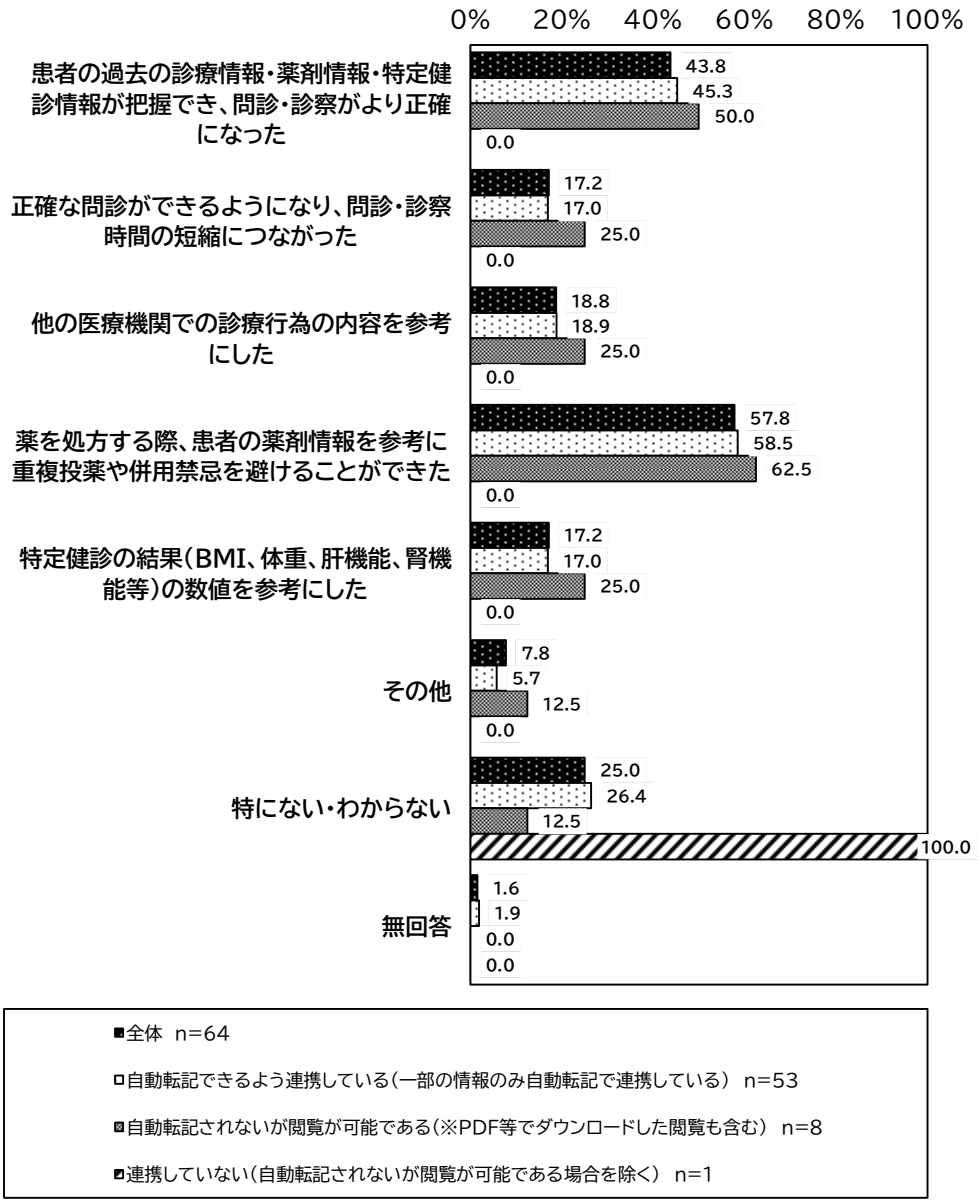


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・お薬手帳を忘れた時に薬剤情報が確認できた。
・保険証の有効に、確認に役立った。

図表 4-30　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効果のうち最大のもの

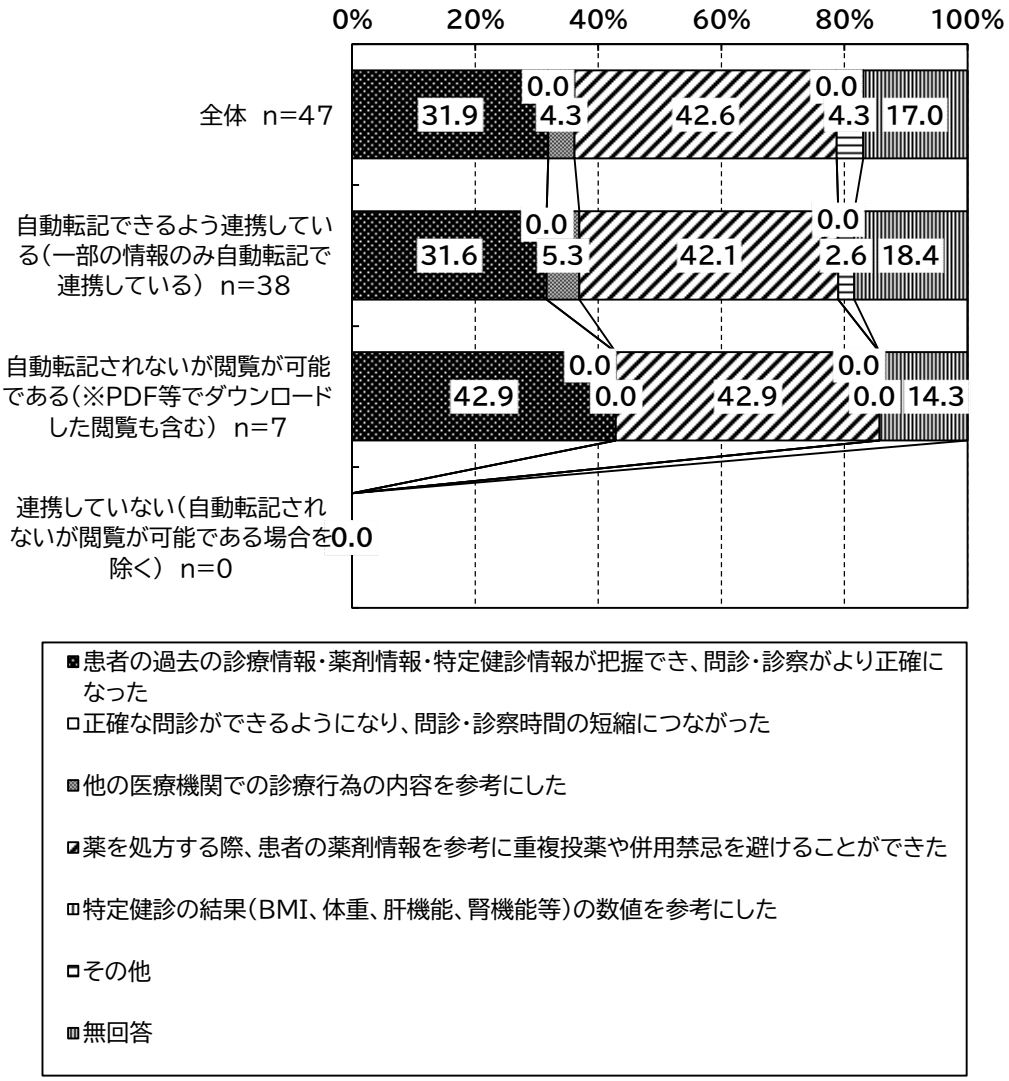


図表 4-31　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果（オンライン資格確認等システムの電子カルテシステムとの接続状況別）



※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

図表 4-32　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効果のうち最大のもの



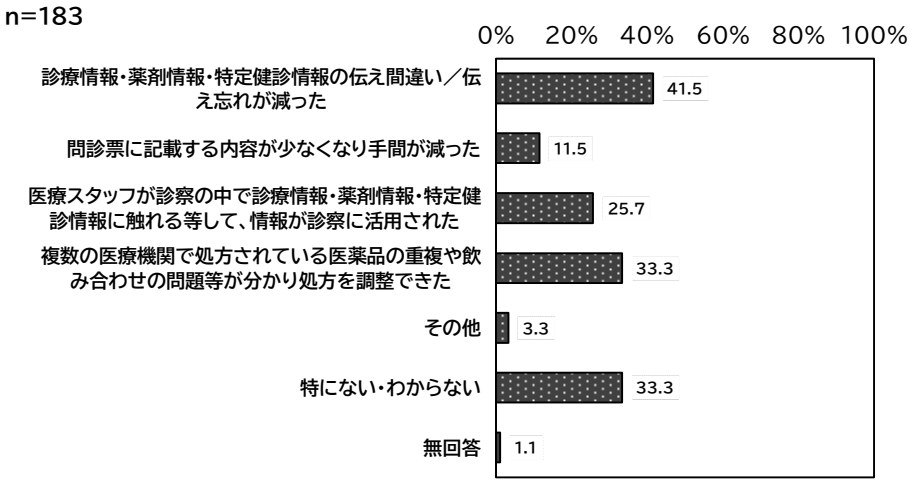
※「オンライン資格確認等システム」と「電子カルテシステム」の双方が「稼働中」と回答した施設を対象とした。

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よる患者へのメリット

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・特定健診情報を活用している施設（183 施設）に対して、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よる患者へのメリットを尋ねたところ、「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」が最も多く、41.5%であった（複数回答）。

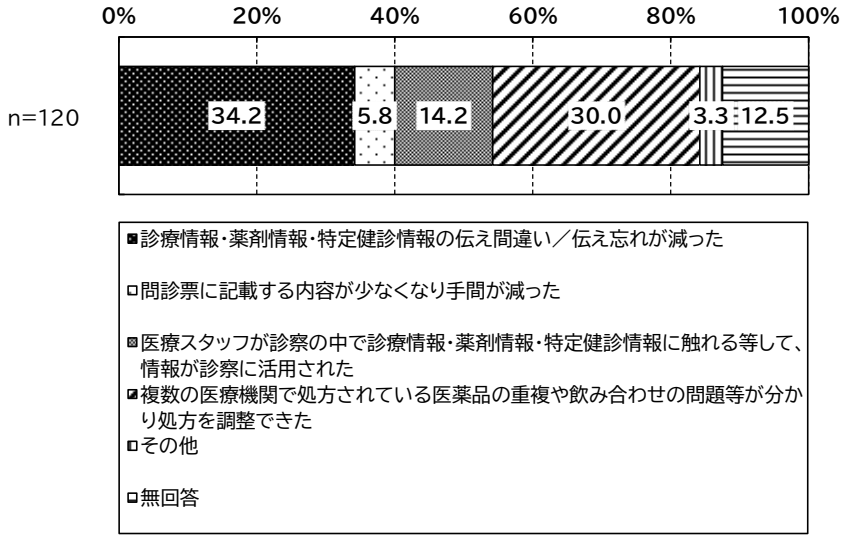
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットを 1 つ以上選択した施設（120 施設）における、最も患者へのメリットがあるものについては、「診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った」が 34.2%であった。

図表 4-33　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よる患者へのメリット（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・お薬手帳を持ち歩かなくてもよくなった。
・保険証のかわりとして使用できる。

図表 4-34　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よる患者へのメリットのうち最大のもの



5. 保険薬局調査

【調査対象等】

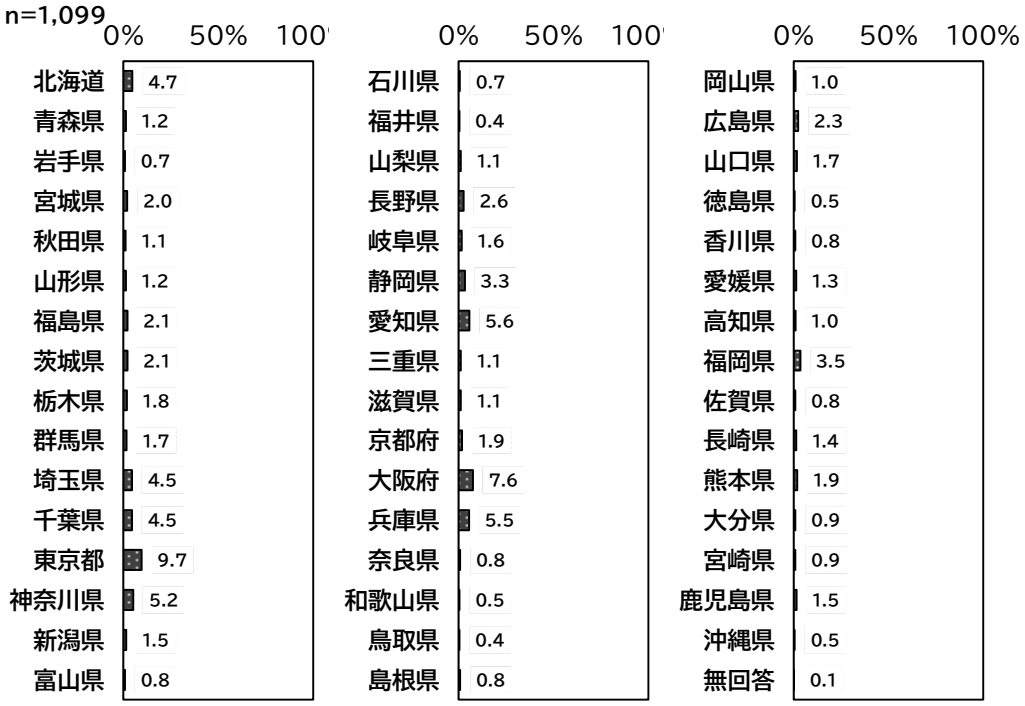
調査対象：全国の保険薬局の中から無作為抽出した 2,000 施設
回 答 数：1,099 施設
回 答 者：開設者・管理者

1) 保険薬局の概要

(1) 所在地（都道府県）

回答施設の所在地（都道府県）は以下のとおりであった。

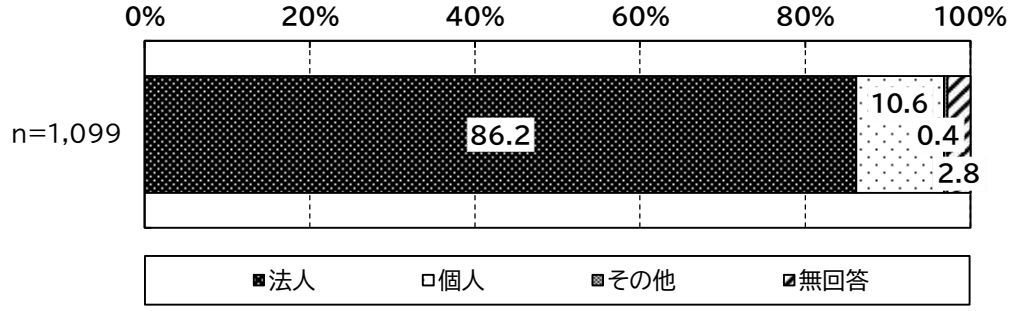
図表 5-1 所在地（都道府県）



(2) 開設者

組織形態については、「法人」が 86.2%と最も多かった。

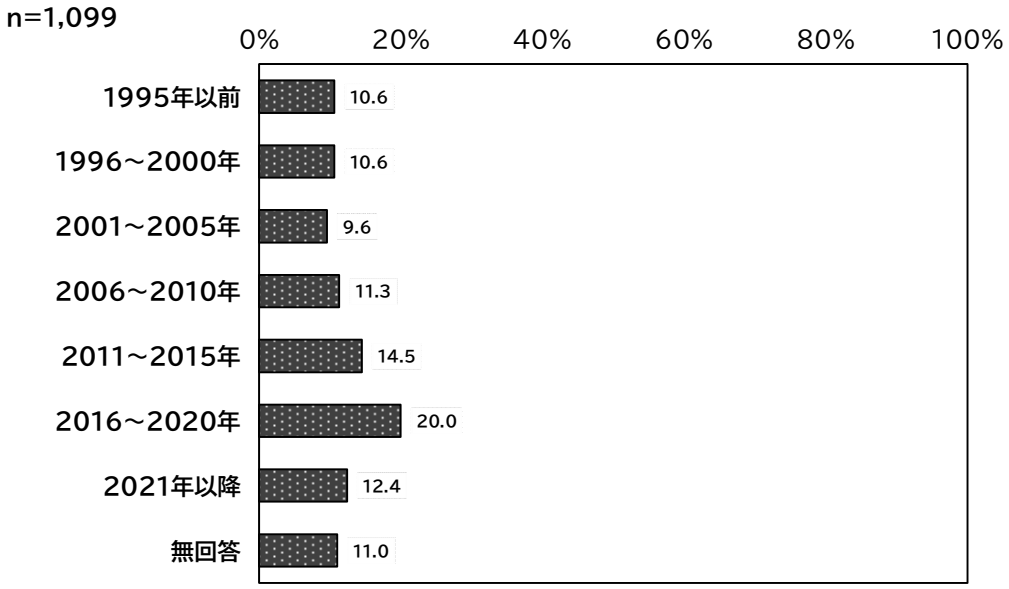
図表 5-2 開設者



(3) 開設年

開設年については、「2016 年～2020 年」が 20.0%と最も多かった。

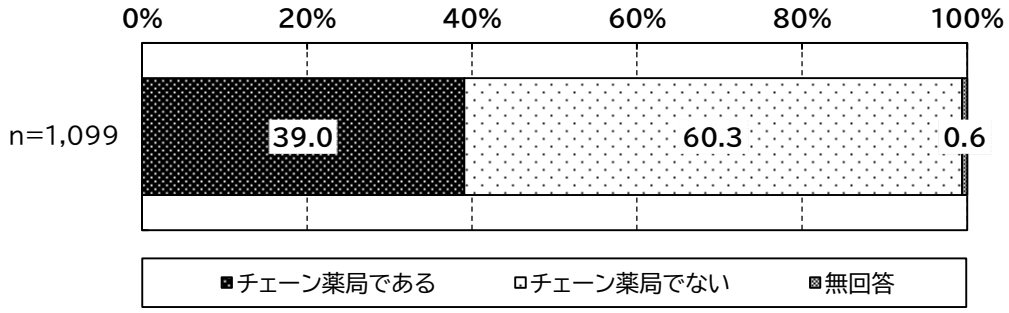
図表 5-3　開設年の分布



(4) チェーン薬局の状況

チェーン薬局の状況をみると、「チェーン薬局である」の割合は、39.0%であった。

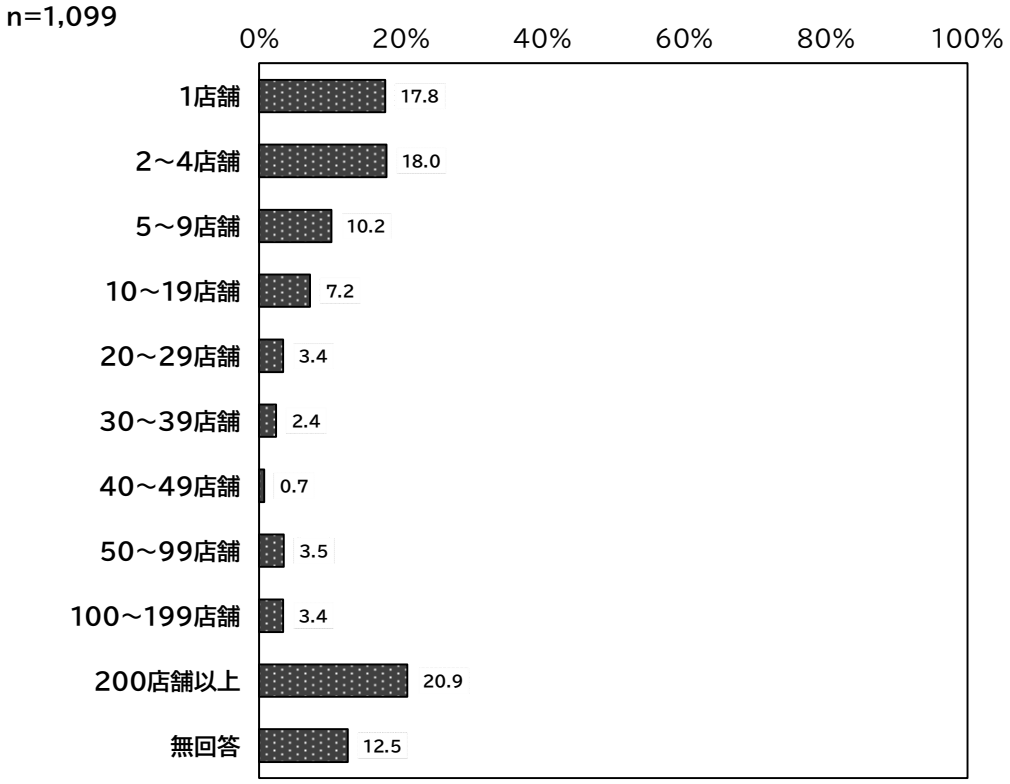
図表 5-4　チェーン薬局の分布



(5) 同一グループ等による薬局店舗数

同一グループ等による薬局店舗数の分布は、「１店舗」が 17.8%、「２～４店舗」が 18.0%、「200 店舗以上」が 20.9%であった。

図表 5-5　同一グループ等による薬局店舗数の分布



※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

図表 5-6　同一グループ等による薬局店舗数

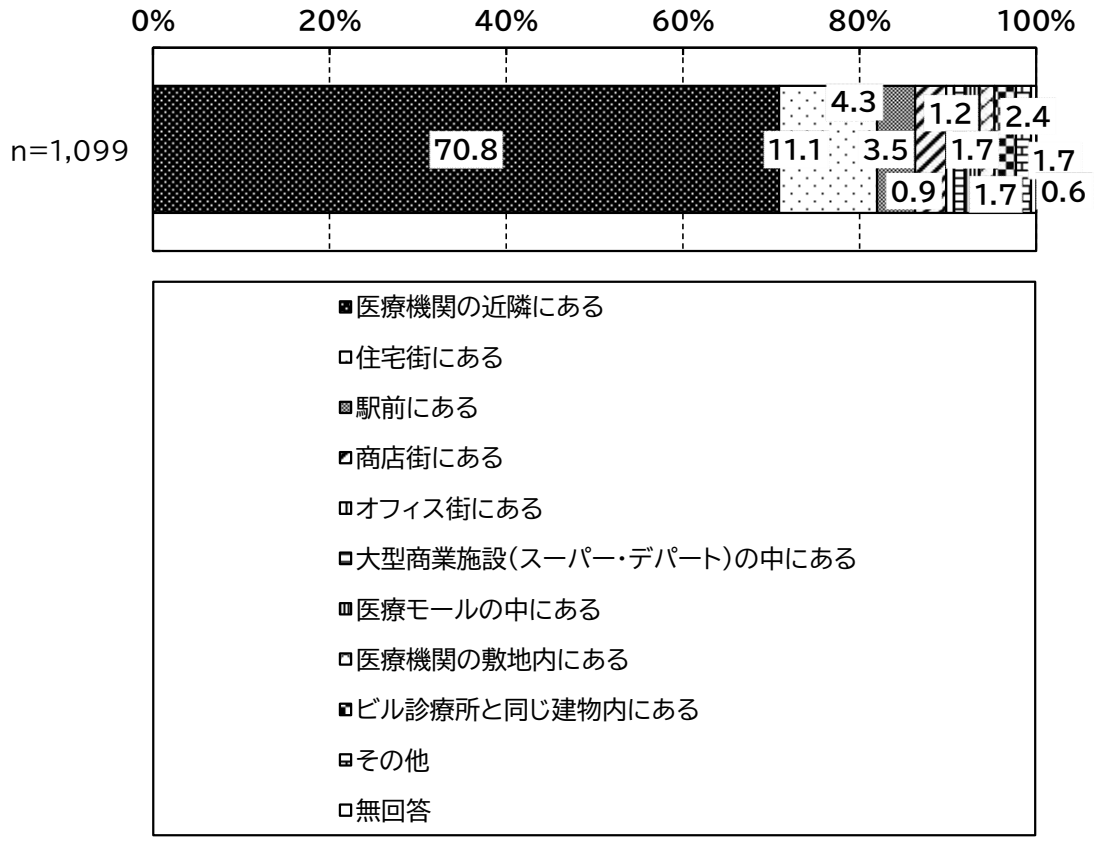
	回答施設数	平均値（店）	標準偏差	中央値
同一グループ等による薬局店舗数	962	268.3	546.2	8.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

(6) 薬局の立地

薬局の立地は「医療機関の近隣にある」が最も多く、70.8%であった。

図表 5-7 薬局の立地

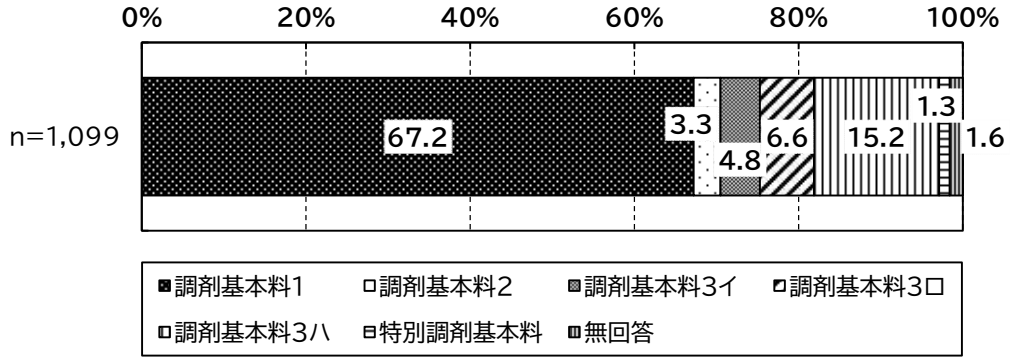


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・幹線道路（旧国道沿）沿い、特別養護老人ホームの近隣

(7) 調剤基本料（令和 4 年度）

調剤基本料についてみると、「調剤基本料 1」が 67.2%、「調剤基本料 2」が 3.3%、「調剤基本料 3 イ」が 4.8%、「調剤基本料 3 ロ」が 6.6%、「調剤基本料 3 ハ」が 15.2%、「特別調剤基本料」が 1.3%であった。

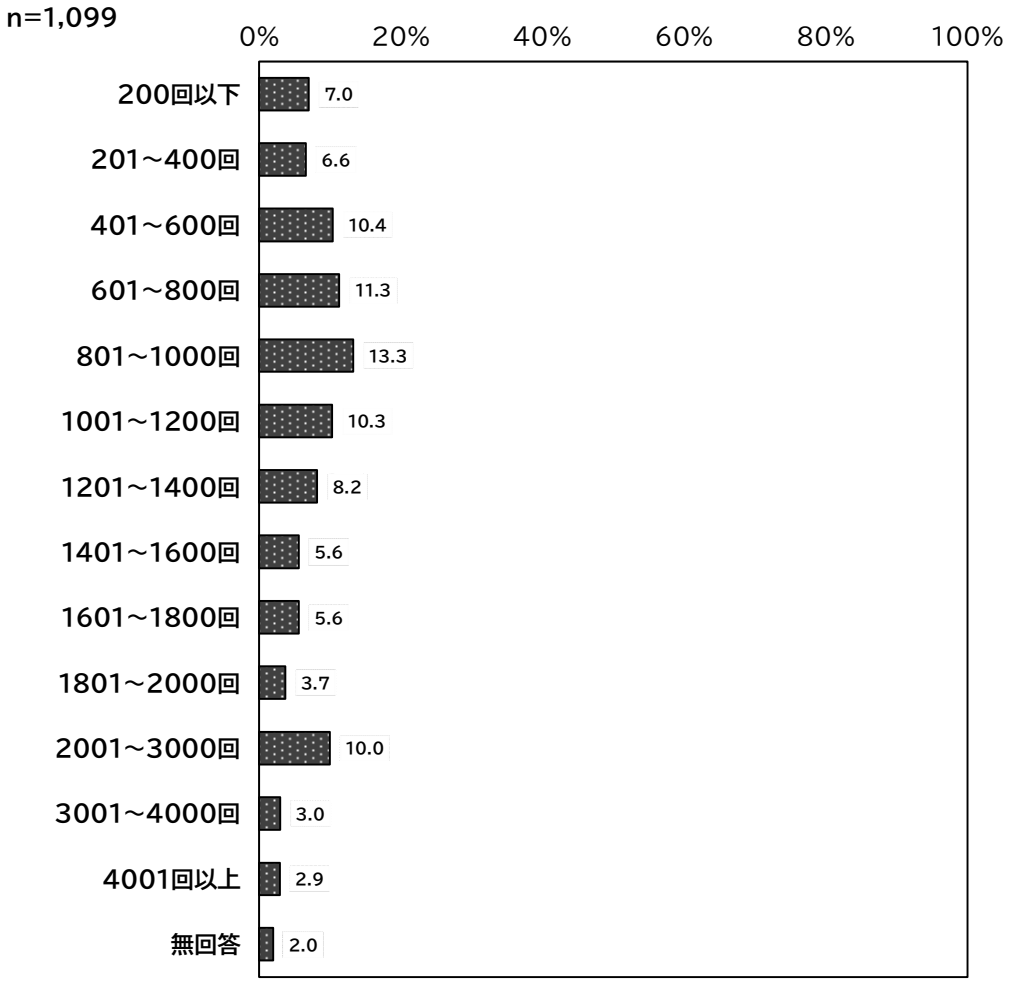
図表 5-8　調剤基本料



(8) 全処方箋の受付回数（調剤基本料の根拠となる数字）

調剤基本料の根拠となる、令和５年４月～６月の１か月あたりの処方箋の受付回数の分布をみると、「801～1,000 回」が 13.3%であった。また、１か月あたりの処方箋の受付回数は平均 1,343.5 回であった。

図表 5-9　処方箋の受付回数の分布（令和５年４月～６月の月平均値）

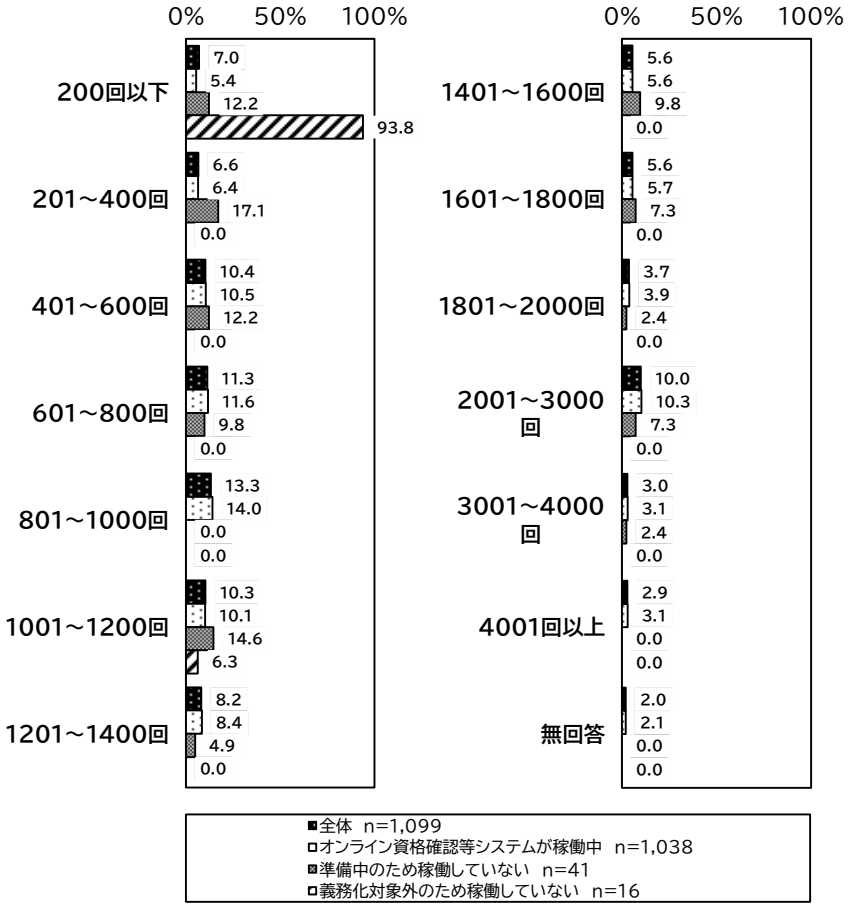


図表 5-10　処方箋の受付回数（令和５年４月～６月の月平均値）

	回答施設数	平均値（回）	標準偏差	中央値
処方箋の受付回数	1,077	1,343.5	1,904.8	1,008.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 5-11　処方箋の受付回数の分布（オンライン資格確認等システムの導入状況別）

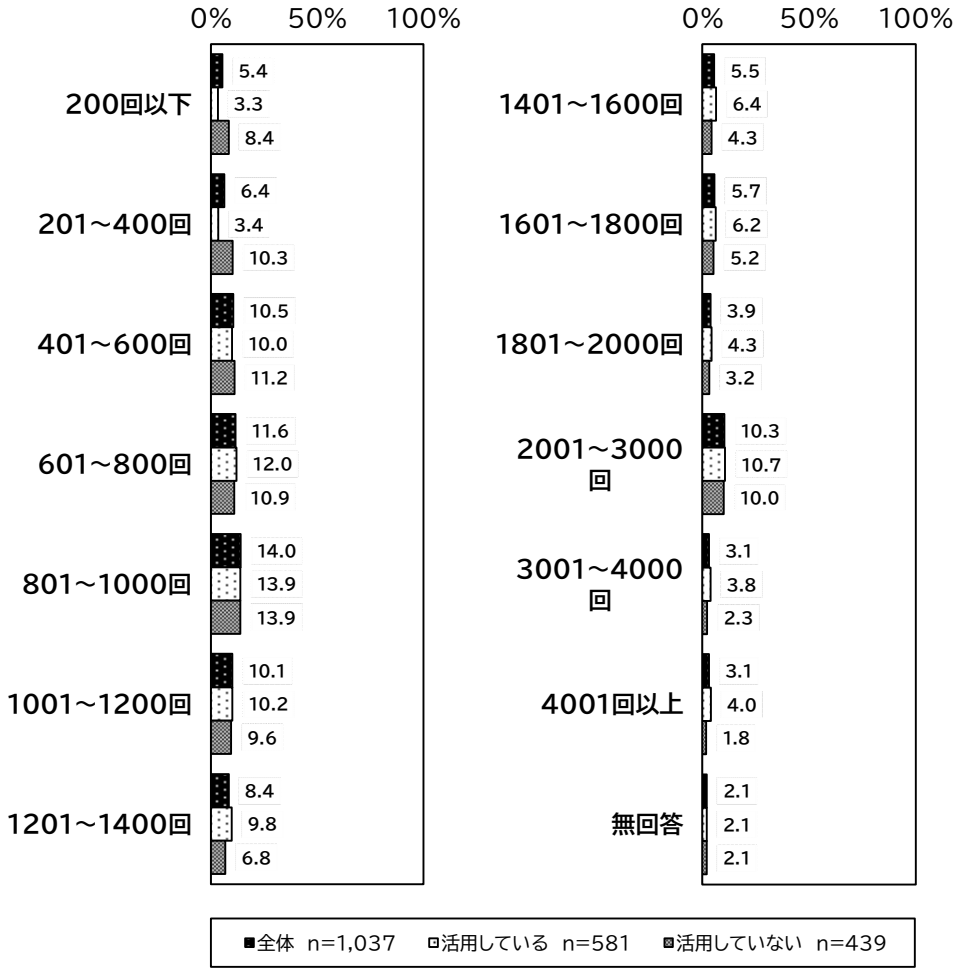


図表 5-12　処方箋の受付回数（令和５年４月～６月の月平均値）
（オンライン資格確認等システムの導入状況別）

	回答施設数	平均値（回）	標準偏差	中央値
オンライン資格確認等システムが稼働中	1,016	1380.0	1946.3	1020.5
準備中のため稼働していない	42	974.5	767.2	787.0
義務化対象外のため稼働していない	26	88.7	262.9	12.5

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 5-13　処方箋の受付回数の分布（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別）

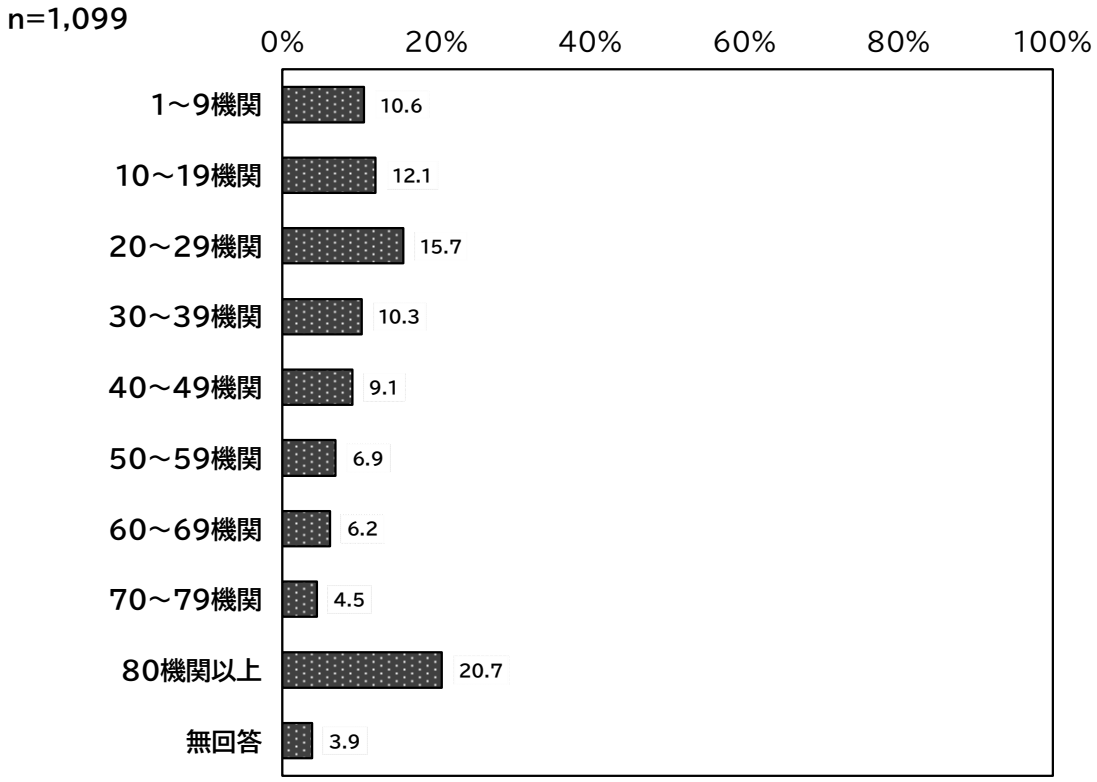


※マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況は「オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（1,037 施設）」にのみ確認している。

(9) 応需医療機関数

応需医療機関数（令和５年４月～６月の月平均値）をみると、「80 機関以上」が 20.7%であった。

図表 5-14　応需医療機関数の分布（令和５年４月～６月の月平均値）



図表 5-15　応需医療機関数（令和５年４月～６月の月平均値）

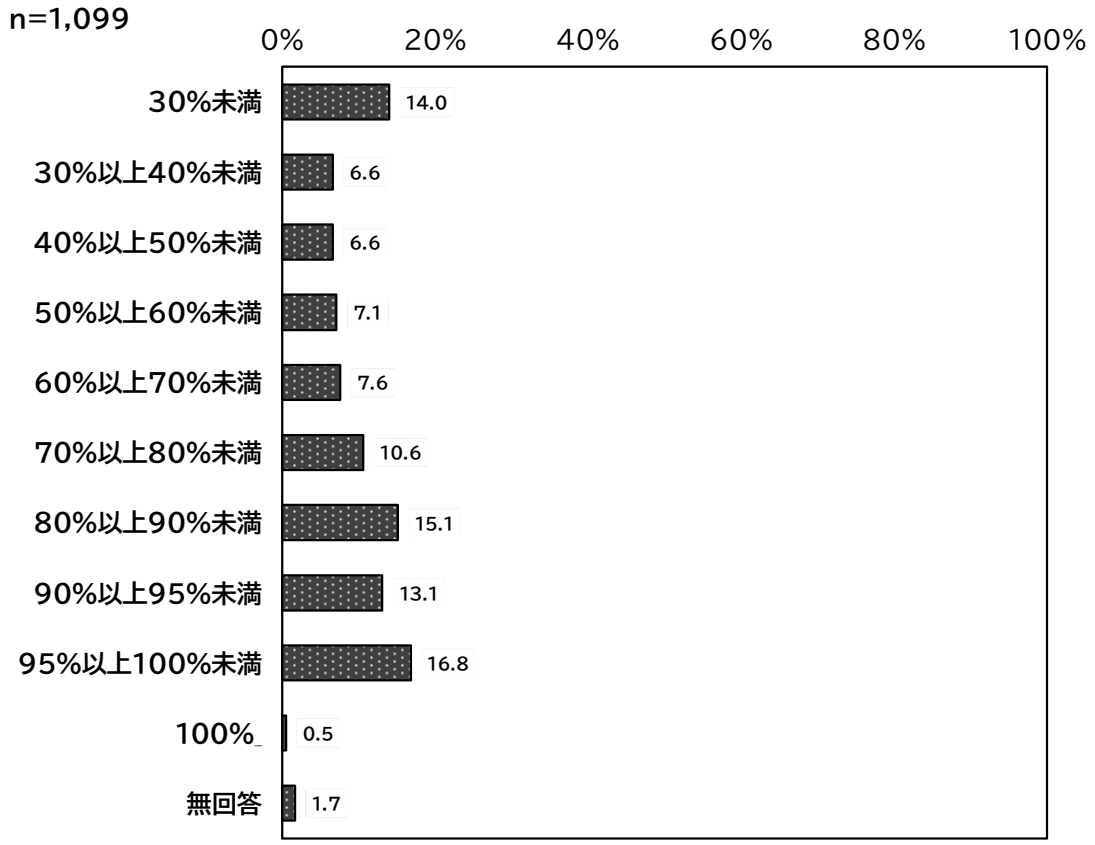
	回答施設数	平均値（施設）	標準偏差	中央値
応需医療機関数	1,056	58.2	74.6	39.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

(10) 集中率が最も高い医療機関の処方箋枚数割合

集中率が最も高い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）の分布をみると、「95%以上 100%未満」が 16.8%であった。

図表 5-16　集中率が最も高い医療機関の処方箋枚数割合の分布
（令和５年４月～６月の月平均）



図表 5-17　集中率が最も高い医療機関の処方箋枚数割合
（令和５年４月～６月の月平均）

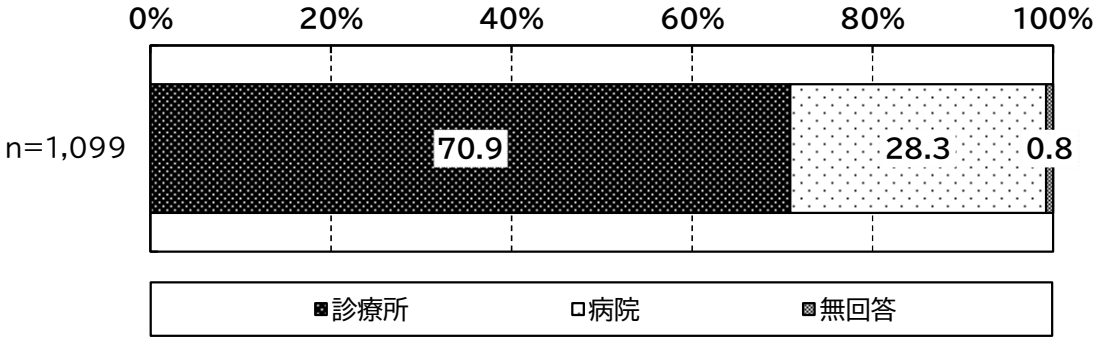
	回答施設数	平均値 (%)	標準偏差	中央値
集中率が最も高い医療機関の 処方箋枚数割合	1,080	67.3	27.8	77.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

（11）上記（10）の集中率が最も高い医療機関の診療所・病院の別

令和５年４月～６月の期間において、最も多く処方箋を受け付けた医療機関の診療所・病院の別については、「診療所」が 70.9%、「病院」が 28.3%であった。

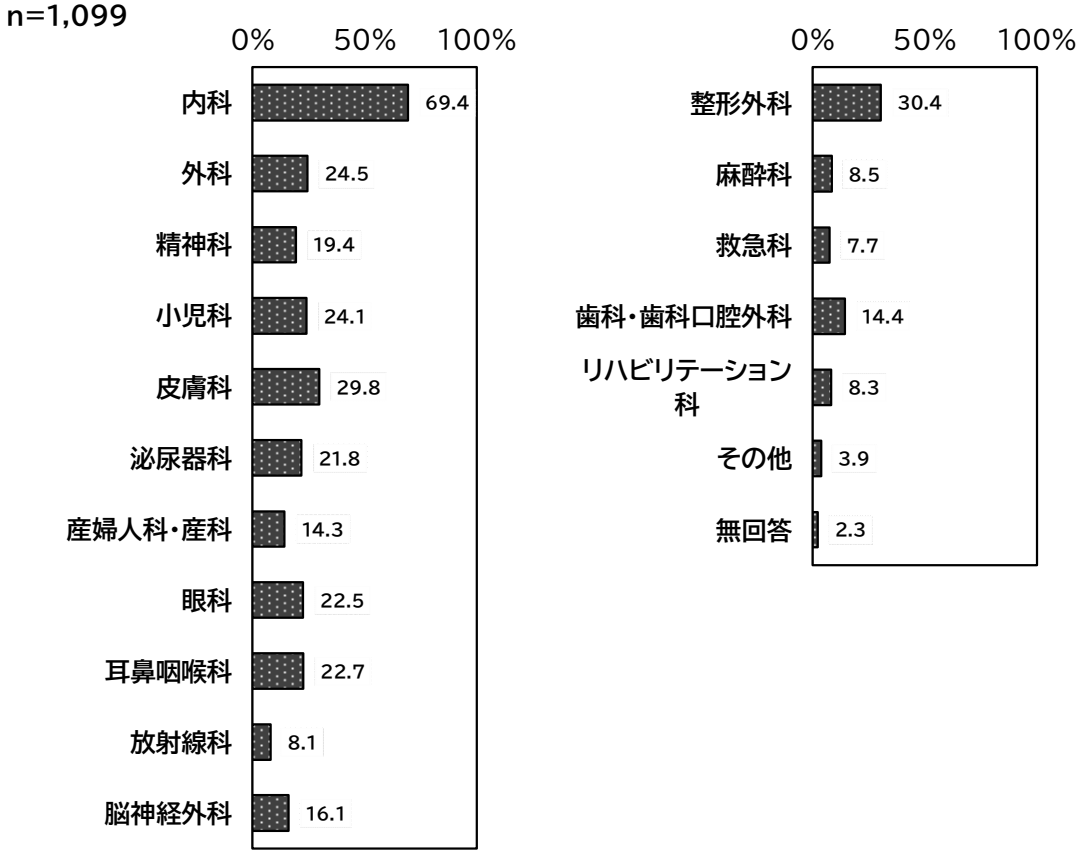
図表 5-18　集中率が最も高い医療機関の診療所・病院の別



(12) 集中率が最も高い医療機関の標榜診療科

集中率が最も高い医療機関の標榜診療科は以下のとおりであった。

図表 5-19　集中率が最も高い医療機関の標榜診療科（複数回答）



※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、「内科」として集計。

※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、「外科」として集計。

※小児歯科、矯正歯科は、「歯科・歯科口腔外科」として集計。

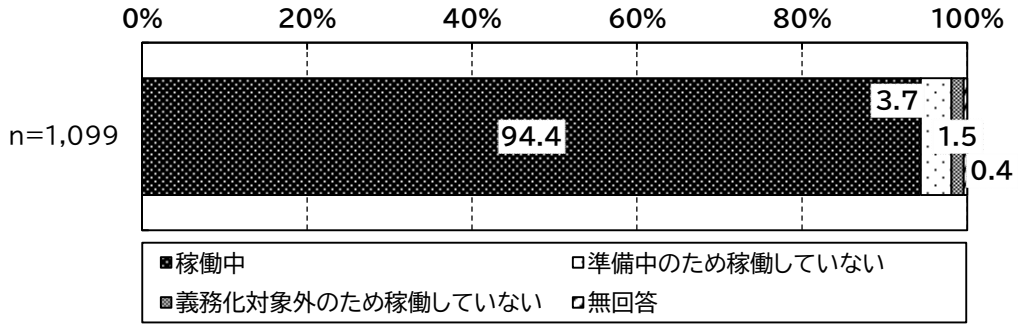
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・人工透析科、東洋医学科、在宅診療科

2) オンライン資格確認等の実施状況

(1) オンライン資格確認等システムの導入状況

オンライン資格確認等システムの導入状況は、「稼働中」が 94.4%、「準備中のため稼働していない」が 3.7%、「義務化対象外のため稼働していない」が 1.5%であった。

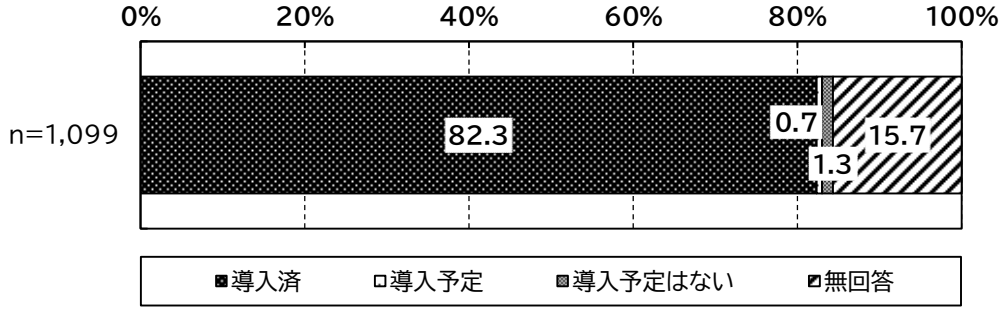
図表 5-20　オンライン資格確認等システムの導入状況



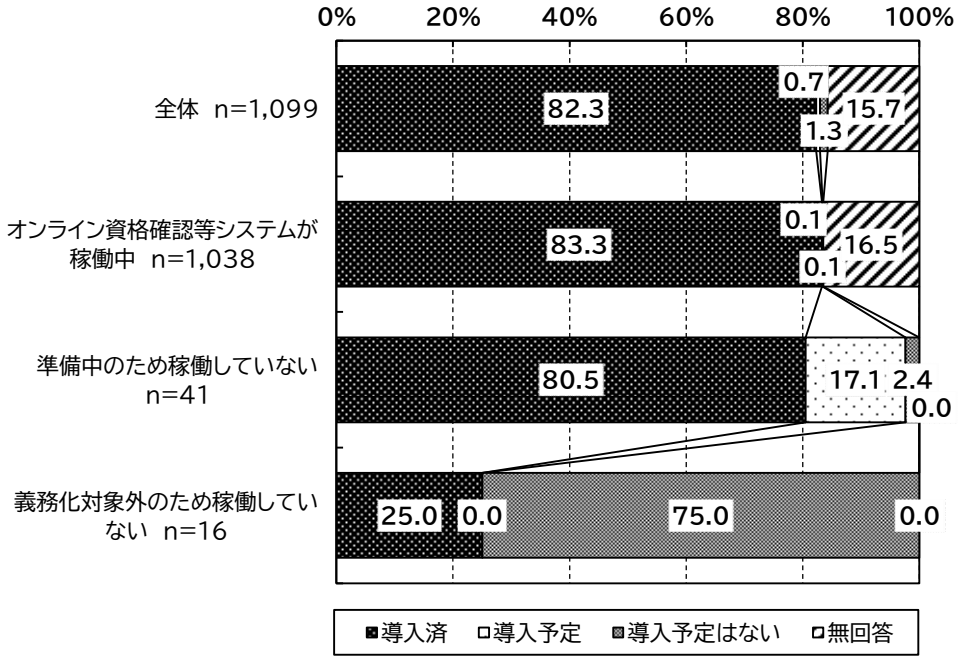
(2) レセプトコンピュータの導入状況

レセプトコンピュータの導入状況は、「導入済」が 82.3%、「導入予定」が 0.7%、「導入予定はない」が 1.3%であった。

図表 5-21　レセプトコンピュータの導入状況



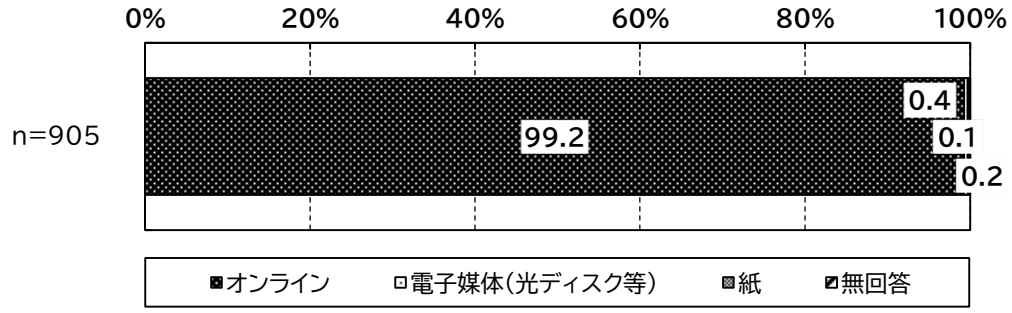
図表 5-22　レセプトコンピュータの導入状況
（オンライン資格確認等システムの導入状況別）



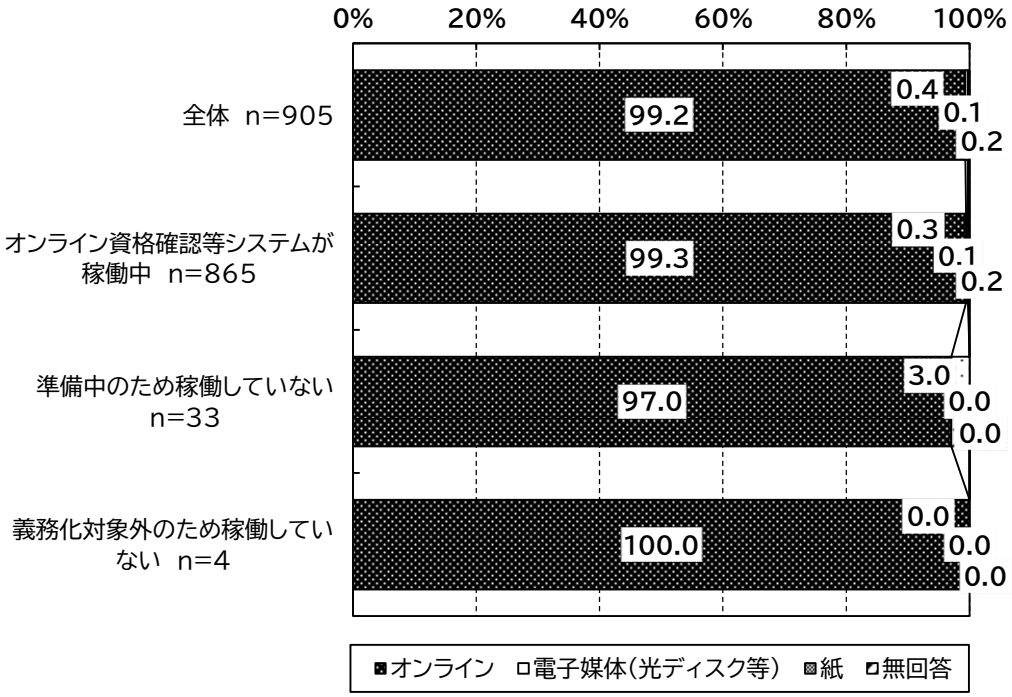
① レセプトの請求方法

レセプトコンピュータを導入済の施設（905 施設）に対して、レセプトの請求方法を尋ねたところ、「オンライン」が 99.2%、「電子媒体（光ディスク等）」が 0.4%、「紙」が 0.1%であった。

図表 5-23 レセプトの請求方法（レセプトコンピュータを導入済の施設別）



図表 5-24 レセプトの請求方法（オンライン資格確認等システムの導入状況別）
【レセプトコンピュータを導入済の施設】



② 2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗

レセプトを電子媒体（光ディスク等）で請求している施設（4 施設）に対して、2023 年 12 月末までのオンライン請求実施の届出進捗を尋ねたところ、「届出済」が 3 施設（75.0%）であった。

※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。

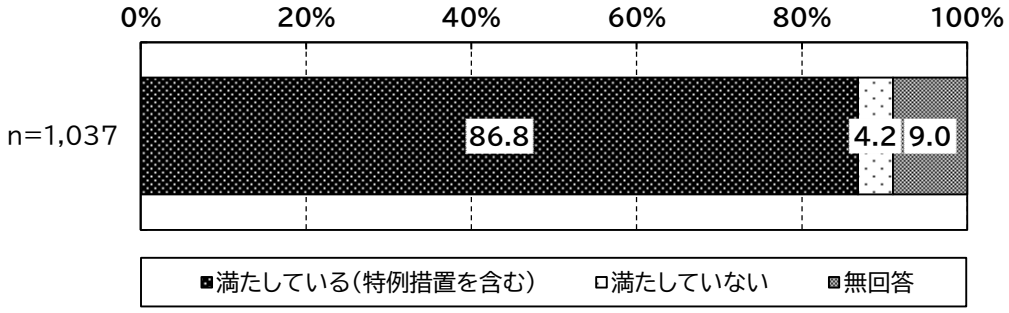
③ 届出したオンライン請求の開始予定時期

レセプトを電子媒体（光ディスク等）で請求している施設（3 施設）に対して、届出したオンライン請求の開始予定時期を尋ねたところ、1 施設から回答があり、「2023 年 9 月～12 月」であった。

(3) 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

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（1,037 施設）、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を、「満たしている（特例措置を含む）」が 86.8%、「満たしていない」が 4.2%であった。

図表 5-25　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



※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は以下のとおり。

(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。

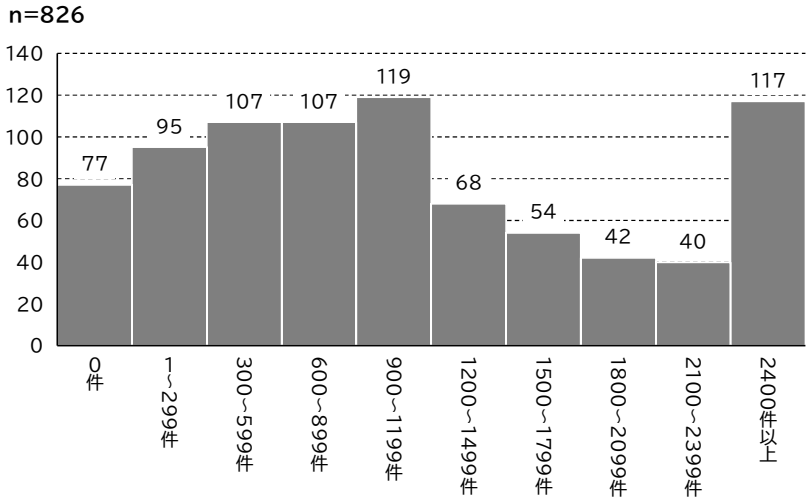
(3)次に掲げる事項を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。(ア)オンライン資格確認を行う体制を有していること。(イ)当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

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

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を満たしている（特例措置を含む）施設（900 施設）に対して、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 1 及び 2 の算定件数を尋ねたところ、以下のとおりであった。

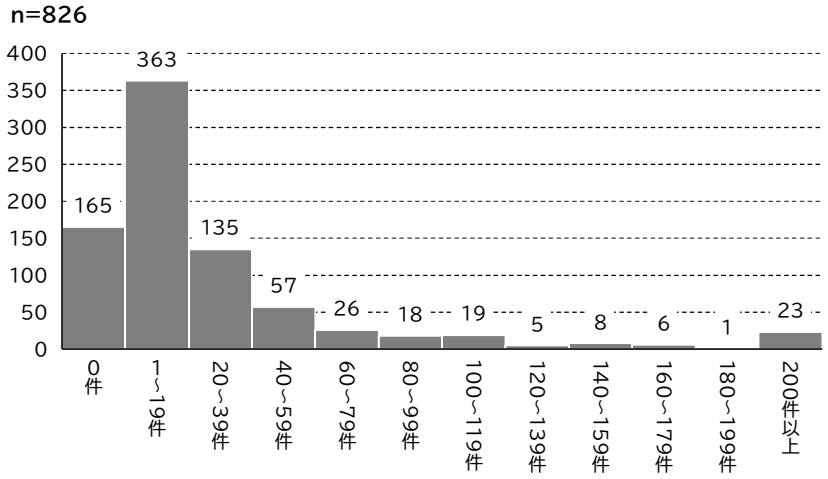
図表 5-26　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の分布
（医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準を満たしている施設別）

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1＞



※無回答を除く施設を集計対象とした

＜医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2＞



※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 5-27　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数
（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を満たしている施設）

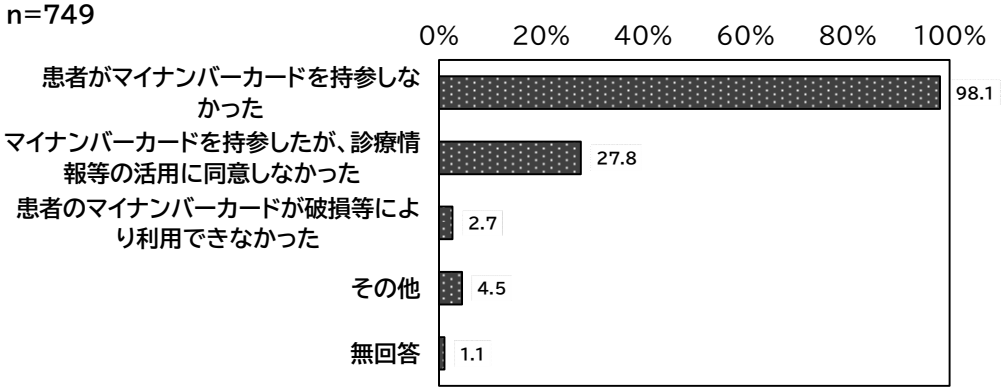
医療情報・システム基盤整備体制充実加算	回答施設数	平均値（件）	標準偏差	中央値
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	826	1,321.5	1,607.0	974.5
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	826	40.0	184.2	10.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

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

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施設（749 施設）に対して、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１の算定理由を尋ねたところ、「患者がマイナンバーカードを持参しなかった」が最も多く、98.1%であった。

図表 5-28 医療情報・システム基盤整備体制充実加算１の算定理由（複数回答）
（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施設）

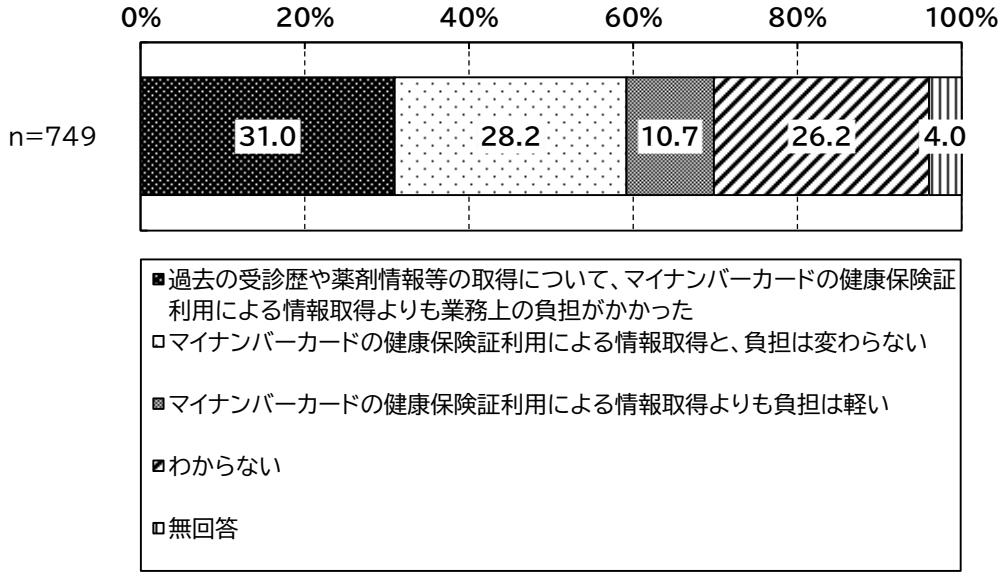


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・持参したマイナンバーカードの有効期限切れ。
・暗証番号を忘れた。

③　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担

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施設（749 施設）に対して、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を尋ねたところ、「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」が最も多く 31.0%で、「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」が次に多く 28.2%であった。

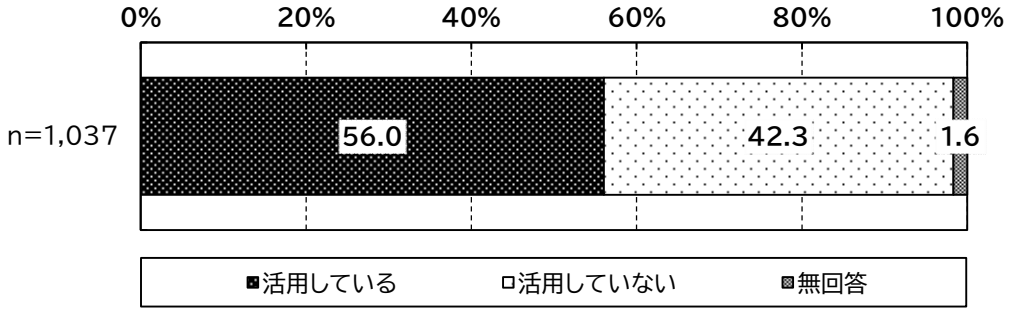
図表 5-29　診療情報等の全ての項目を問診等により取得した場合の負担
（医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 を 1 件以上算定している施設）



(4) 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

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（1,037 施設）、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は、「活用している」が 56.0%、「活用していない」が 42.3%であった。

図表 5-30　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

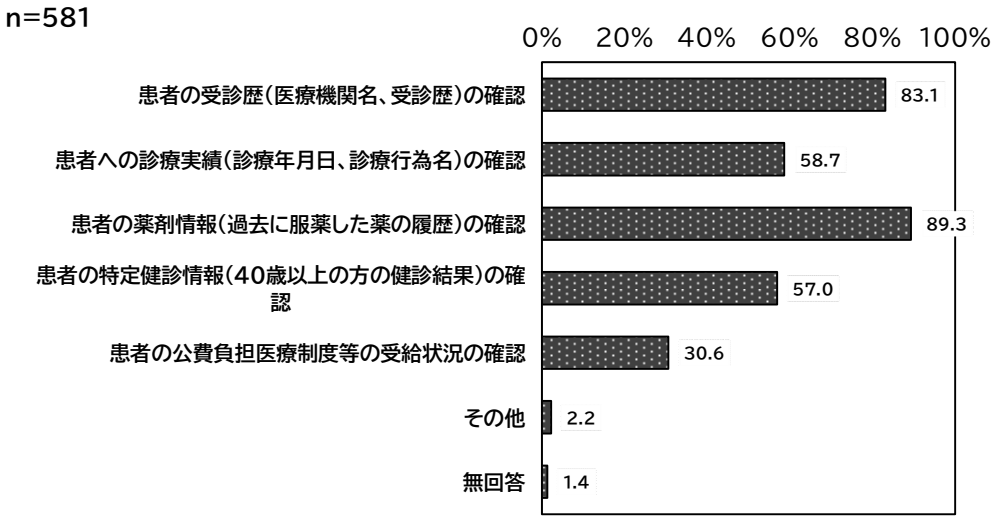


① マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容

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・特定健診情報を活用している施設（581 施設）に対して、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尋ねたところ、「患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認」が最も多く、89.3%であった（複数回答）。

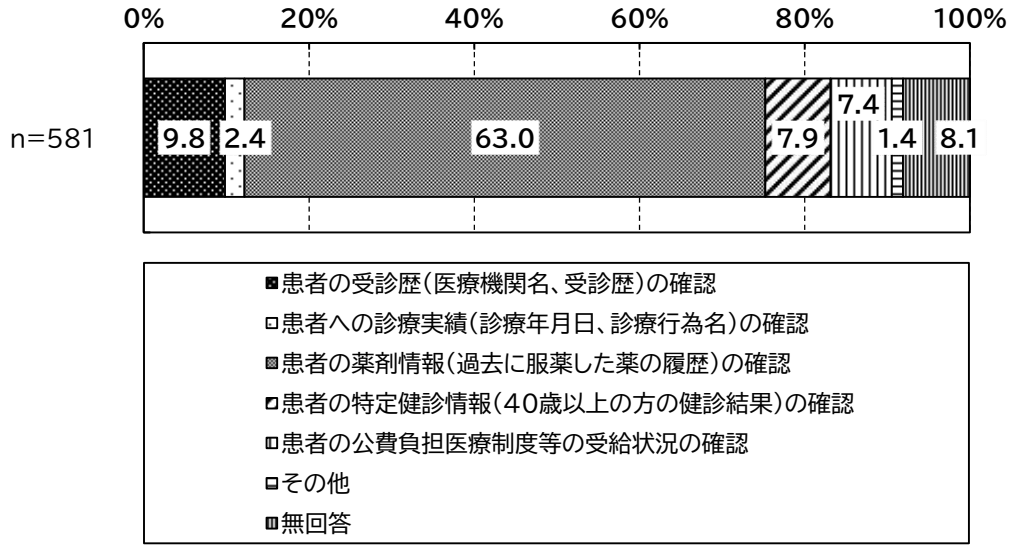
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容を 1 つ以上選択した施設（581 施設）における、最も活用しているものについては、「患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認」が 63.0%であった。

図表 5-31　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（複数回答）
（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・特定健診情報を活用している施設）

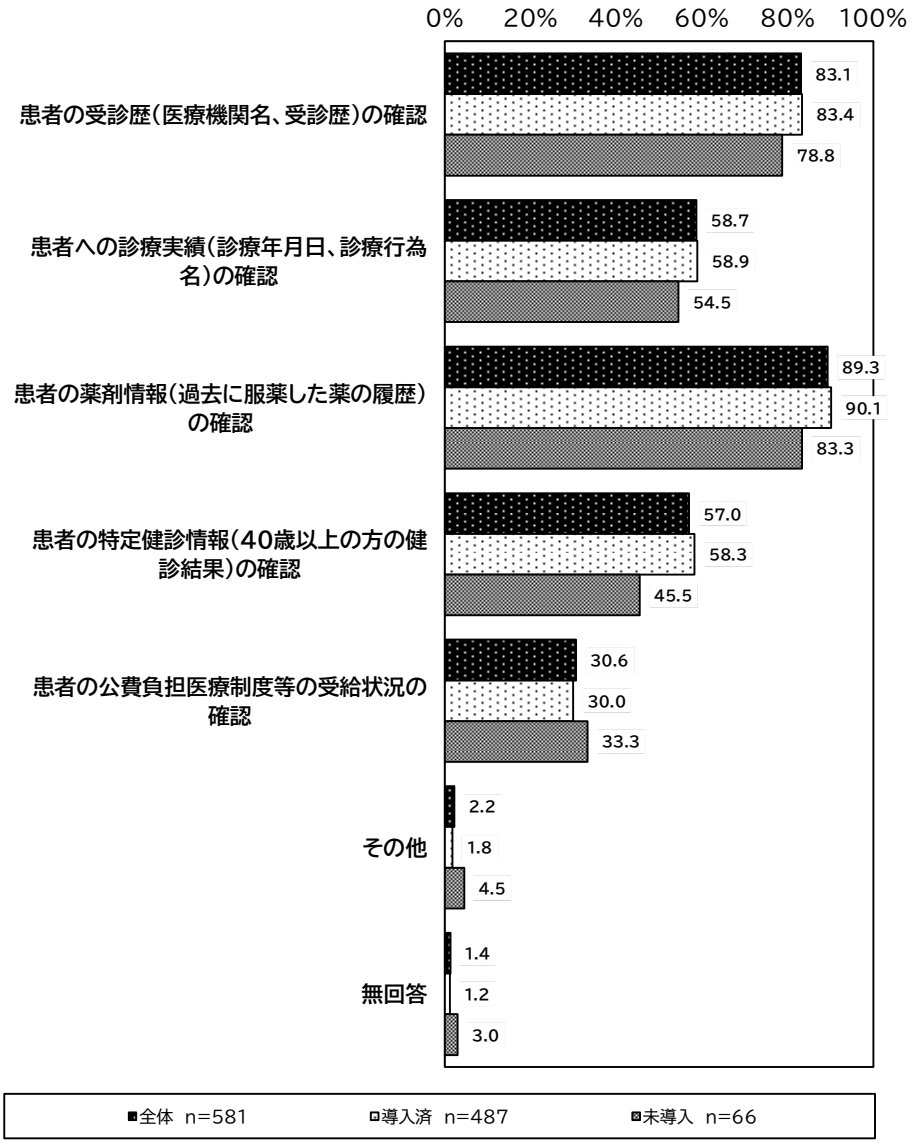


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・保険の加入状況の確認。
・保険情報の確認がしやすくなった。

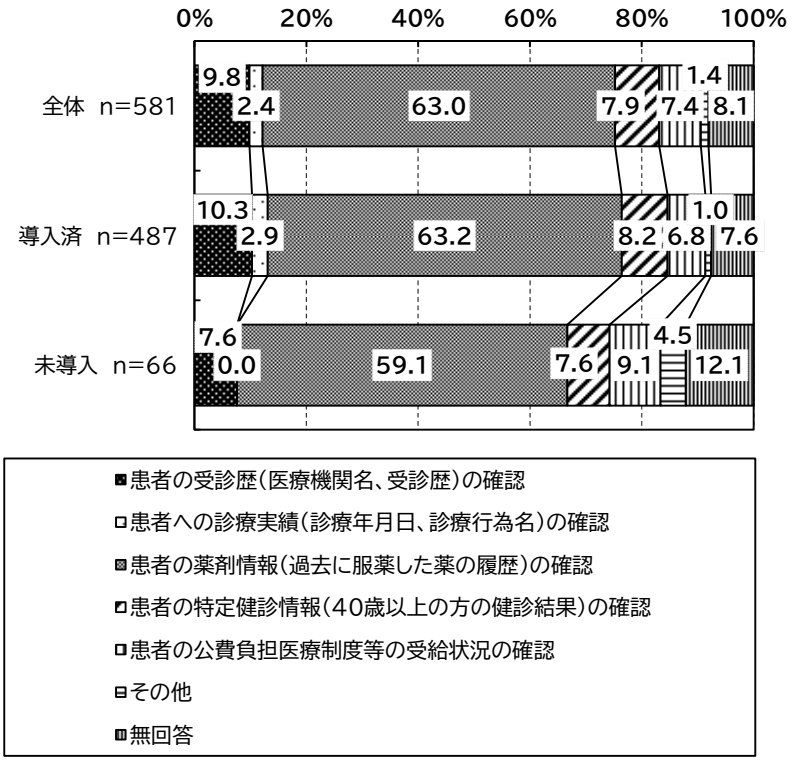
図表 5-32　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容のうち最大のもの



図表 5-33　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（電子薬歴システムの導入状況別）



図表 5-34　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のうち最大のもの（電子薬歴システムの導入状況別）

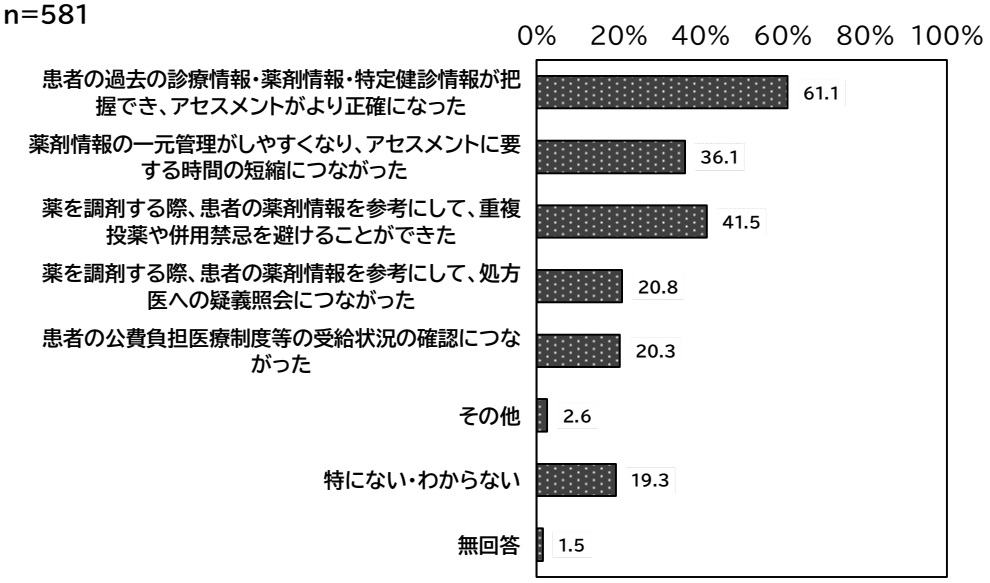


② マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果

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・特定健診情報を活用している施設（581 施設）に対して、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効果を尋ねたところ、「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」が最も多く、61.1%であった（複数回答）。

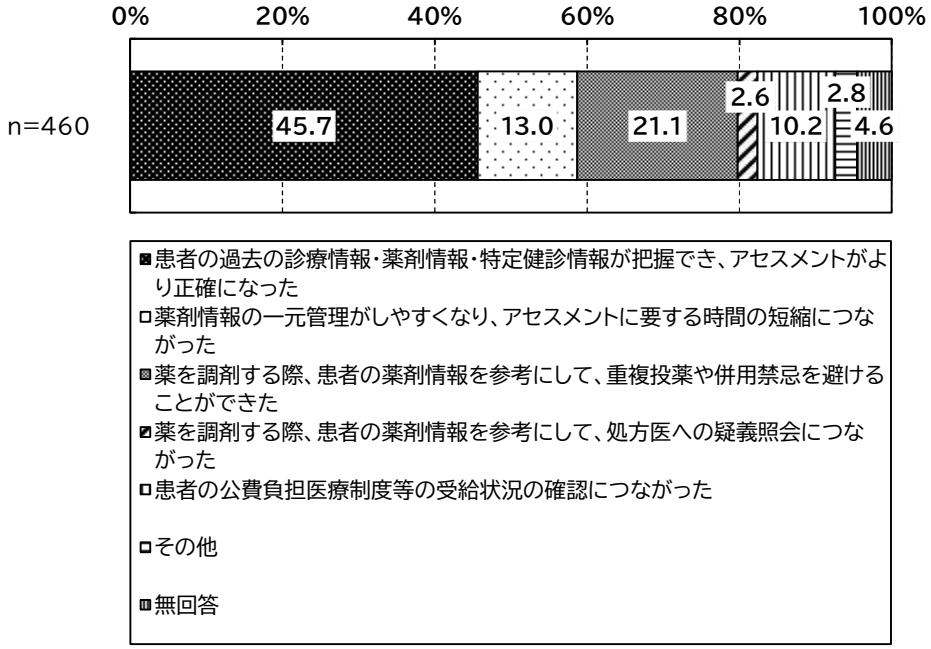
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果を 1 つ以上選択した施設（460 施設）における、最も効果を感じるものについては、「患者の過去の診療情報・薬剤情報・特定健診情報が把握でき、アセスメントがより正確になった」が 45.7%であった。

図表 5-35　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効果（複数回答）
（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・特定健診情報を活用している施設）



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・お薬手帳忘れの患者さんの併用薬情報取得。
・お薬手帳に記載忘れ（漏れ）ている日付ももれなく確認できる。

図表 5-36　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効果のうち最大のもの



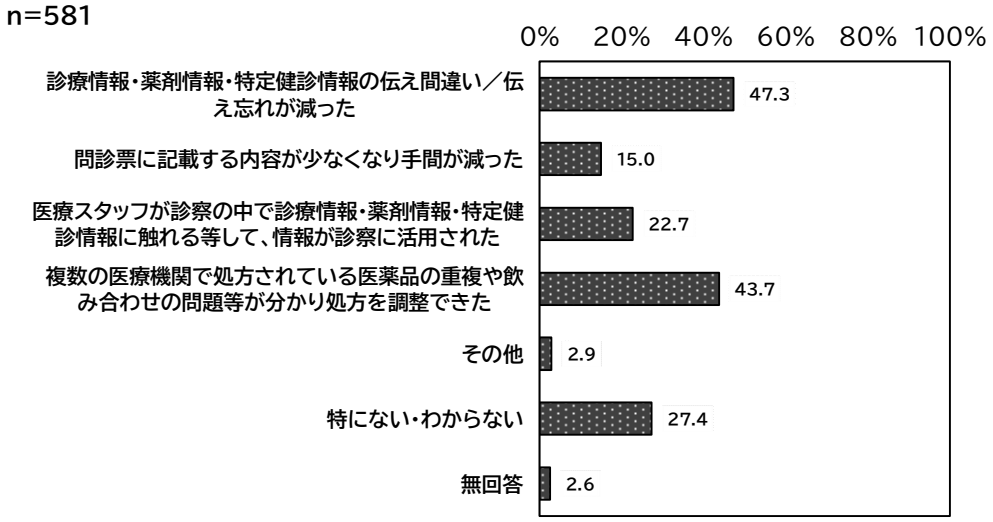
c

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よる患者へのメリット

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・特定健診情報を活用している施設（581 施設）に対して、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よる患者へのメリットを尋ねたところ、「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」が最も多く、47.3%であった（複数回答）。

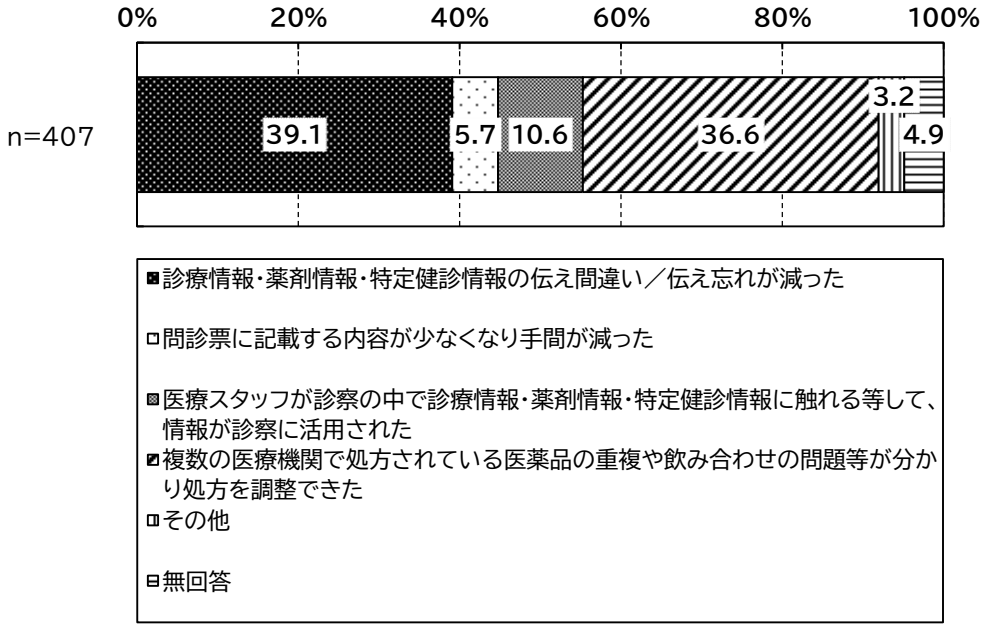
マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットを 1 つ以上選択した施設（407 施設）における、最も患者へのメリットがあるものについては、「診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った」が 39.1%であった。

図表 5-37　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よる患者へのメリット（複数回答）（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・特定健診情報を活用している施設）



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・保険証を忘れても保険適用される。

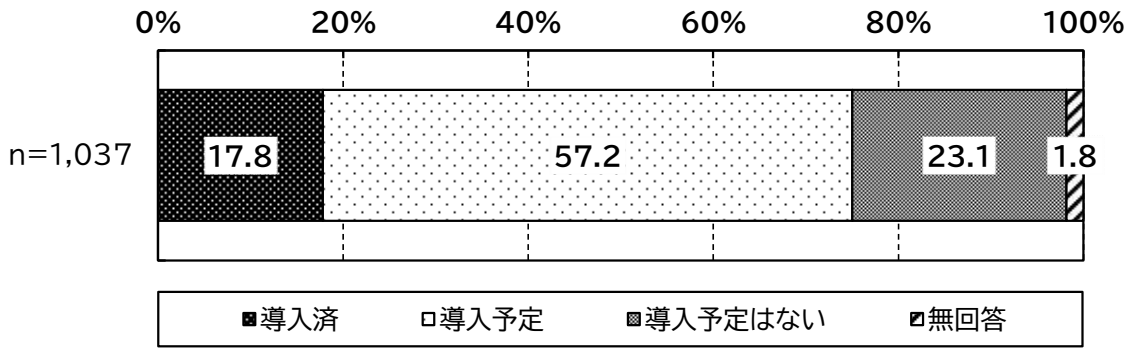
図表 5-38　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットのうち最大のもの



(5) 電子処方箋の導入状況

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（1,037 施設）、電子処方箋の導入状況は、「導入済」が 17.8%、「導入予定」が 57.2%、「導入予定はない」が 23.1%であった。

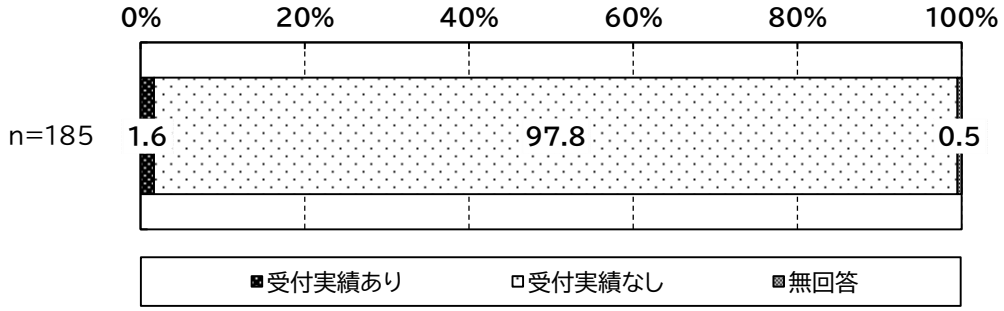
図表 5-39　電子処方箋の導入状況



① 電子処方箋の受付実績件数（令和５年４月～６月末）

電子処方箋を導入済の施設（185 施設）に対して、電子処方箋の受付実績件数を尋ねたところ、「受付実績あり」は 1.6%で、「受付実績なし」は 97.8%であった。

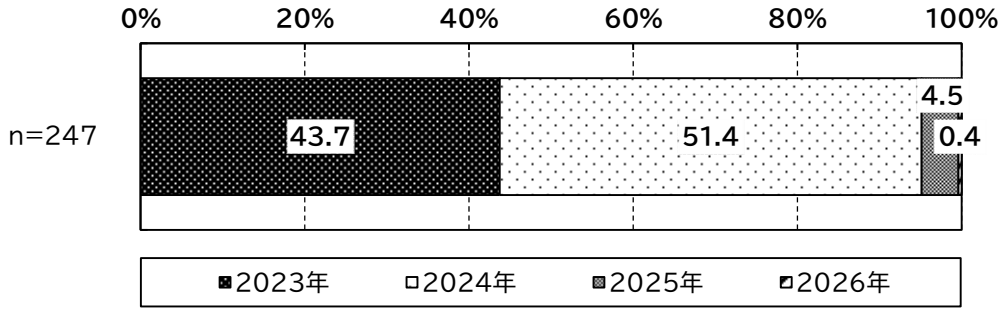
図表 5-40 電子処方箋の受付実績件数（電子処方箋を導入済の施設）



② 電子処方箋の導入予定時期

電子処方箋を導入予定の施設（247 施設）に対して、電子処方箋の導入予定時期を尋ねたところ、「2024 年」が最も多く、51.4%であった。

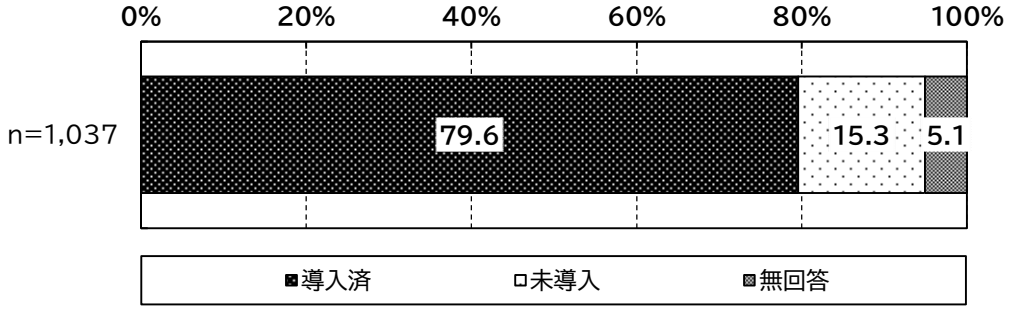
図表 5-41 電子処方箋の導入予定時期（保険薬局）（電子処方箋を導入予定の施設）



(6) 電子薬歴システムの導入状況

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（1,037 施設）、電子薬歴システムの導入状況は、「導入済」が 79.6%、「未導入」が 15.3%であった。

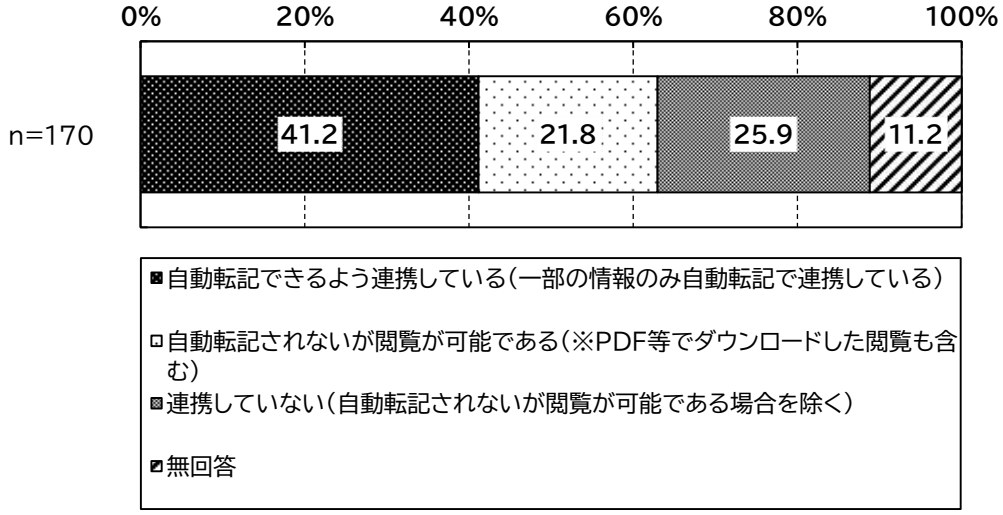
図表 5-42　電子薬歴システムの導入状況



① 電子処方箋システムから電子薬歴システムへの情報の自動転記

電子薬歴システムを導入済で、かつ電子処方箋も導入済の施設（170 施設）に対して、電子処方箋システムから電子薬歴システムへの情報の自動転記の連携状況を尋ねたところ、「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）」が 41.2%、「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）」が 21.8%、「連携していない（自動転記されないが閲覧が可能である場合を除く）」が 25.9%であった。

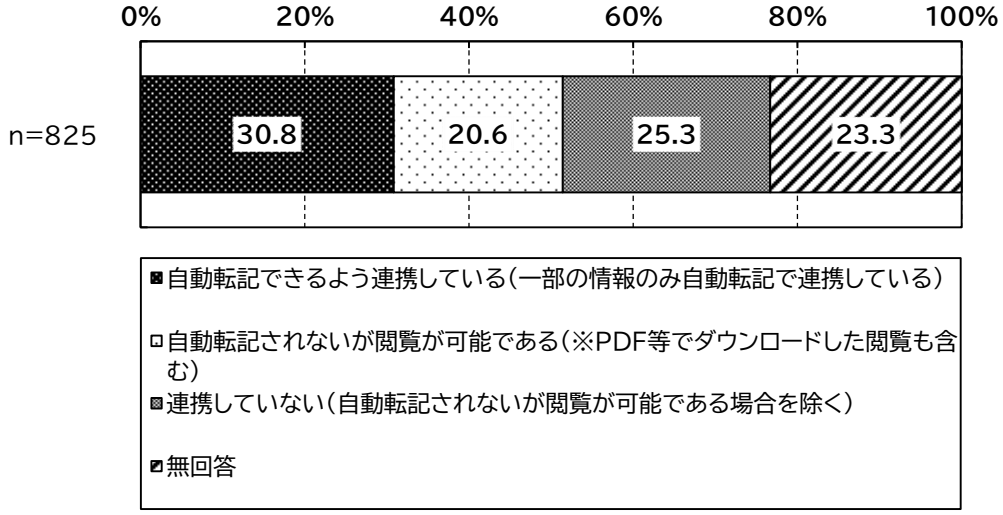
図表 5-43 電子処方箋システムから電子薬歴システムへの情報の自動転記
（電子薬歴システムを導入済で、かつ電子処方箋システムも導入済の施設）



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への情報の自動転記

電子薬歴システムを導入済で、かつオンライン資格確認等システムも稼働中の施設（825 施設）に対して、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の情報の自動転記の連携状況を尋ねたところ、「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）」が 30.8%、「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）」が 20.6%、「連携していない（自動転記されないが閲覧が可能である場合を除く）」が 25.3%であった。

図表 5-44 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の情報の自動転記
（電子薬歴システムを導入済で、かつオンライン資格確認等システムも稼働中の施設）

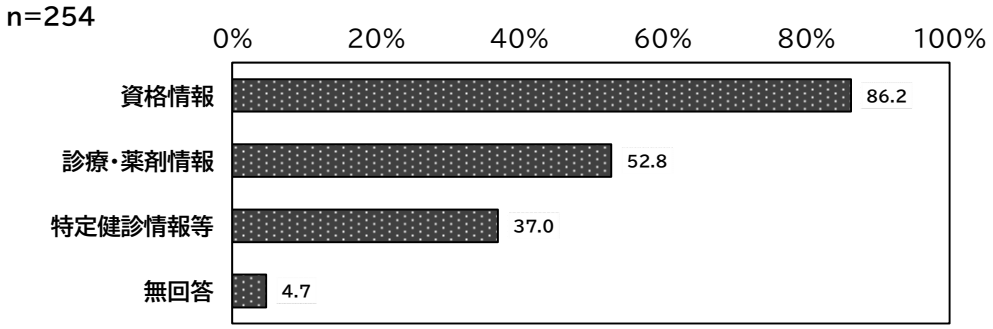


③　自動転記または閲覧が可能な情報

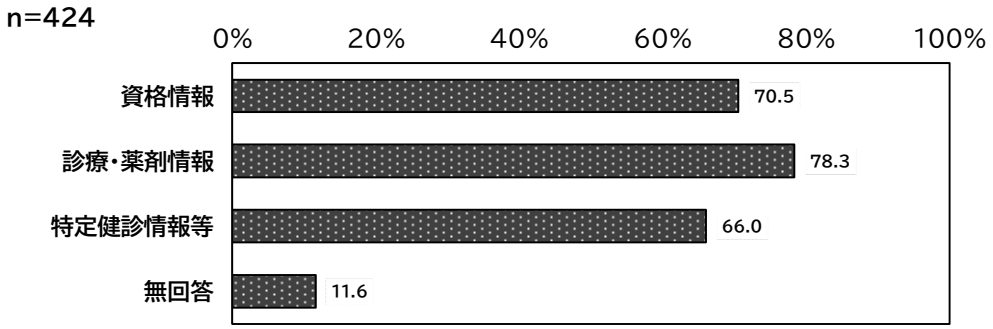
オンライン資格確認等システムから電子薬歴システムへの情報の自動転記について、「自動転記できるよう連携している（一部の情報のみ自動転記で連携している）」（254施設）に対して、自動転記が可能な情報を尋ねたところ、自動転記している情報は、「資格情報」が最も多く、86.2%であった。

「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）、または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）」場合の施設（424 施設）に対して、閲覧可能な情報を尋ねたところ、「診療・薬剤情報」が最も多く、78.3%であった。

図表 5-45　自動転記が可能な情報（複数回答）
（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の情報の自動転記ができるよう連携している）



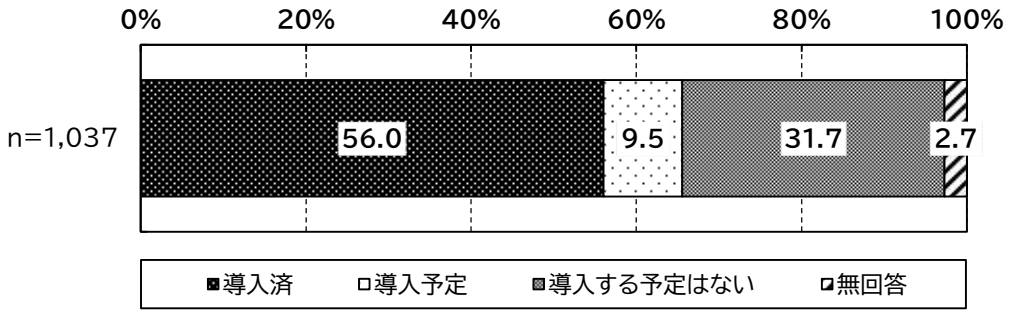
図表 5-46　閲覧可能な情報（複数回答）
（オンライン資格確認等システムから電子薬歴システムへの情報の自動転記について、自動転記できるよう連携している、または自動転記されないが閲覧が可能）



(7) 電子版お薬手帳のシステムの導入状況

オンライン資格確認等システムが「稼働中」で、レセプトの請求方法が「オンライン」または「電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合（1,037 施設）、電子版お薬手帳のシステムの導入状況は、「導入済」が 56.0%、「導入予定」が 9.5%、「導入予定はない」が 31.7%であった。

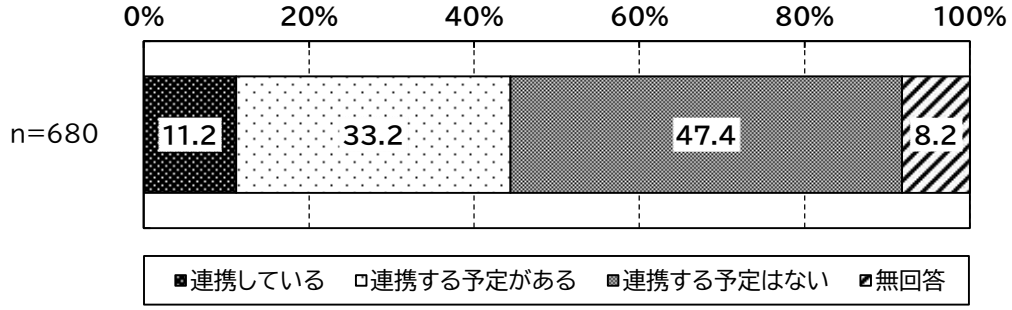
図表 5-47　電子版お薬手帳のシステムの導入状況



① 電子版お薬手帳のシステムのマイナポータル API 連携状況

電子版お薬手帳のシステムを「導入済」または、「導入予定」の施設（680 施設）に対して、電子版お薬手帳のシステムとマイナポータル API 連携を尋ねたところ、「連携している」が 11.2%、「連携する予定がある」が 33.2%、「連携する予定はない」が 47.4%であった。

図表 5-48　電子版お薬手帳のシステムとマイナポータル API 連携状況
（電子版お薬手帳のシステムを導入済または、導入予定の施設）



6. 患者調査（郵送調査）

【調査対象等】

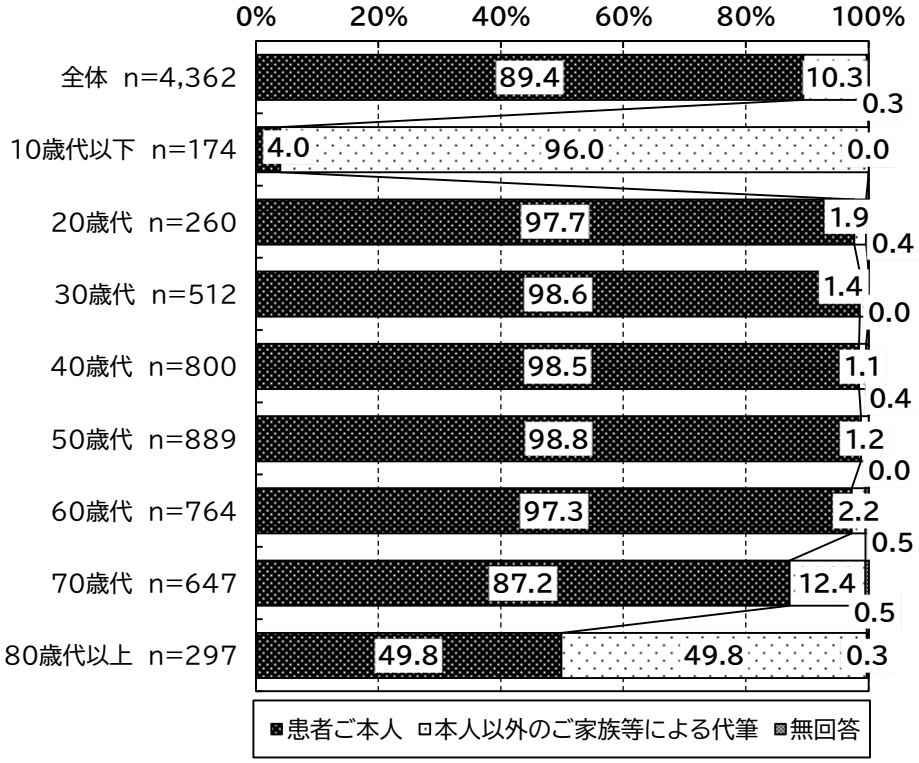
調査対象：	「医科診療所調査」、「病院調査」、「歯科診療所調査」の対象施設の調査期間中に受診した外来患者、「保険薬局調査」の対象施設の調査期間中に来局した外来患者で、1 施設につき 2 名の患者。
回 答 数：	4,362 人
回 答 者：	患者本人もしくは家族等
調査方法：	調査対象施設（医科診療所、病院、歯科診療所、保険薬局）を通じて調査票を配布。回答した調査票の回収は各患者から調査事務局宛の返信封筒にて直接回収。

1) 記入者の属性

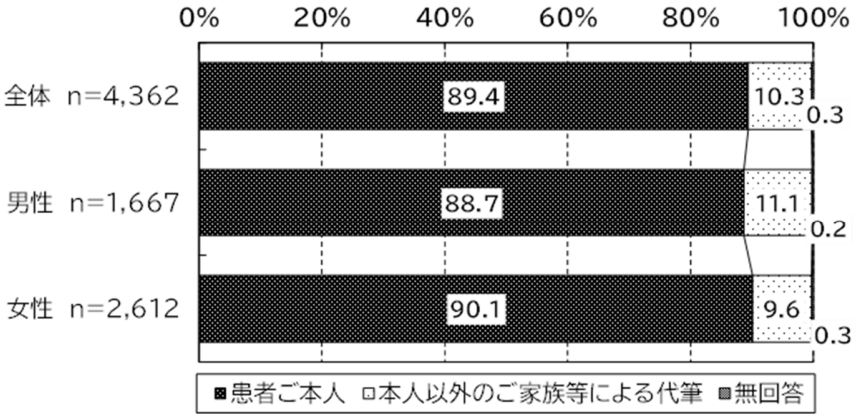
(1) 記入者と患者の関係

記入者と患者の関係についてみると、「患者ご本人」が、全体で 89.4%であった。

図表 6-1 記入者と患者の関係（年代別）



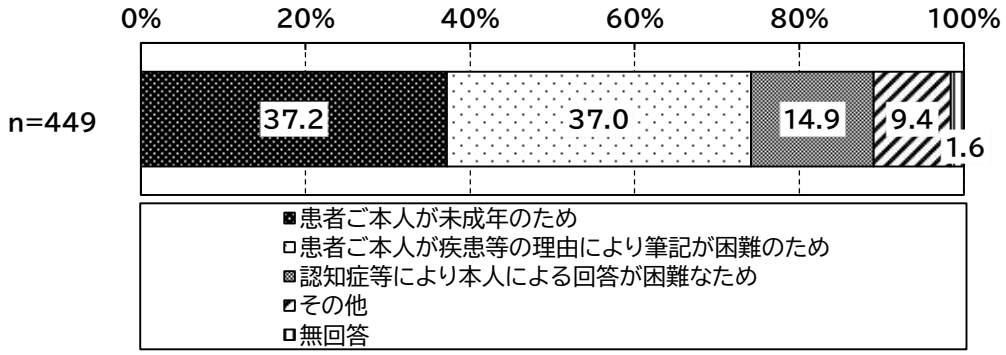
図表 6-2 記入者と患者の関係（性別）



① 代筆理由

記入者が本人以外の代筆者に対して、代筆の理由を尋ねたところ、「患者ご本人が未成年のため」が 37.2%と最も多かった。

図表 6-3 代筆理由



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

・高齢のため。

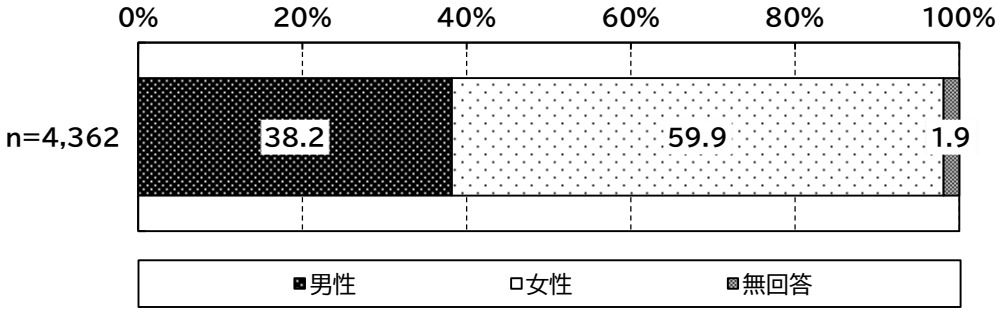
・小さい字がよく見えないため。

2) 患者の属性等

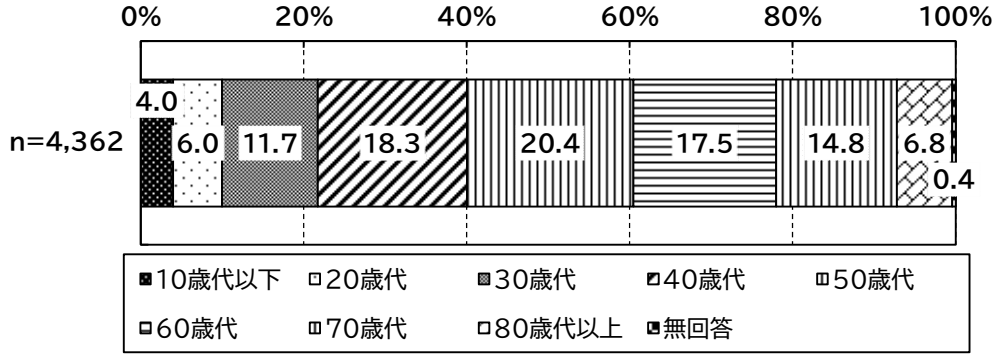
(1) 患者の基本属性

性別についてみると、「男性」が 38.2%、「女性」が 59.9%であった。
年代分布についてみると、「50 歳代」が 20.4%、「40 歳代」が 18.3%であった。

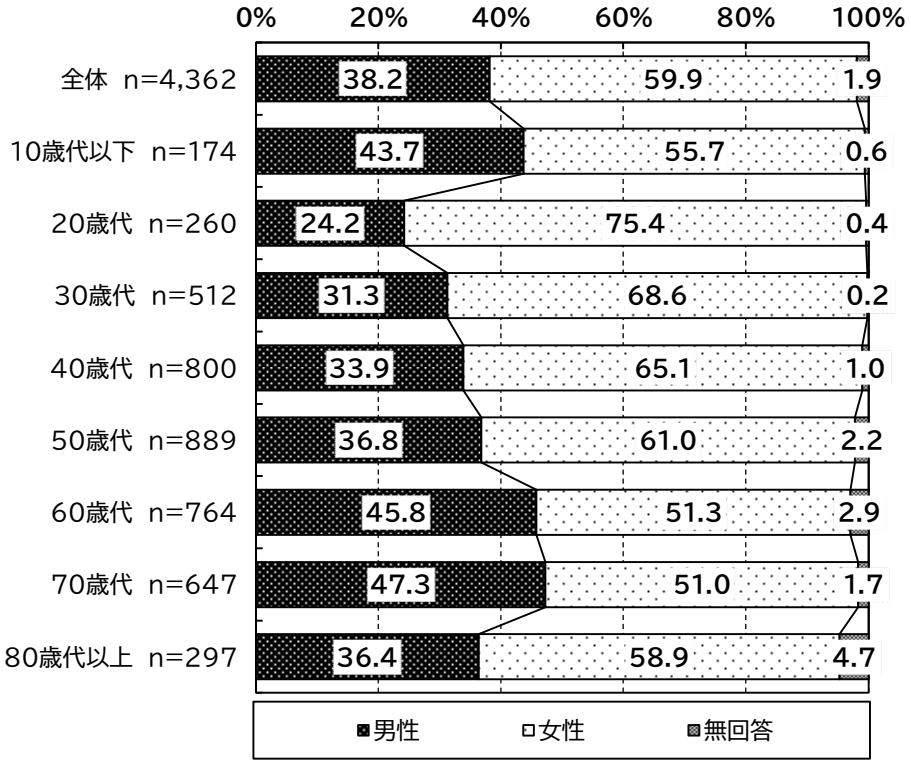
図表 6-4 性別



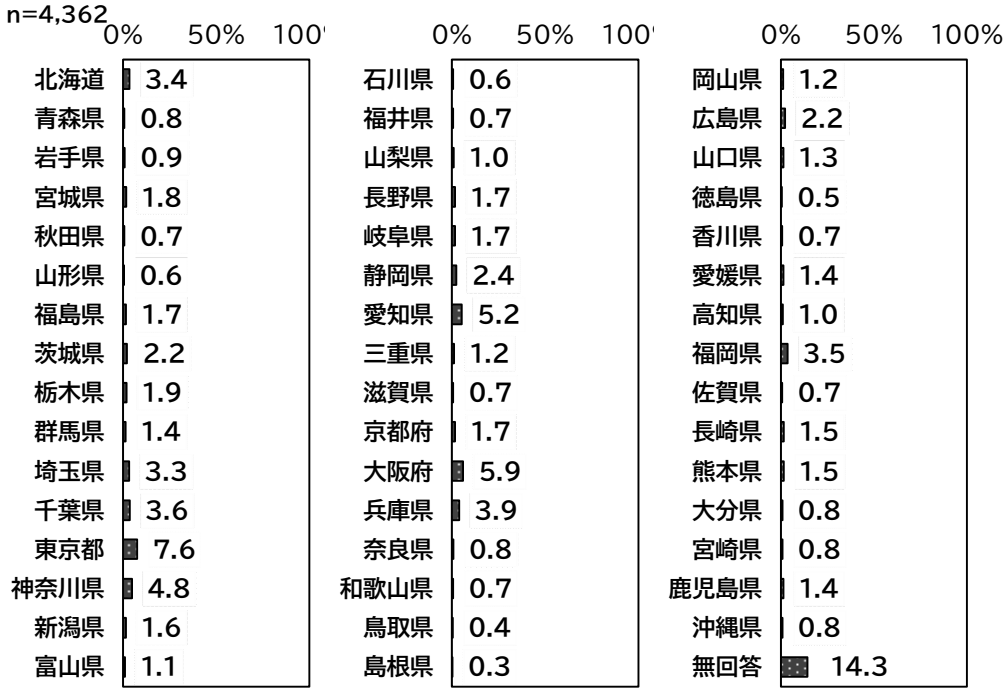
図表 6-5 年代分布



図表 6-6　年代分布（性別）



図表 6-7　居住地（都道府県）



3) 医療機関や保険薬局の利用状況

(1) 定期・継続的に受診・利用している医療機関・診療科・保険薬局数

定期的・継続的に受診・利用している医療機関（病院・診療所[歯科診療所を含む]）、診療科、保険薬局数について、「医療機関数（病院・診療所）」が平均 1.7 件、「診療科数」が平均 1.7 件、「保険薬局数」が平均 1.1 件であった。

図表 6-8　定期的・継続的に受診・利用している医療機関、診療科、保険薬局数

	回答者数	平均値（件）	標準偏差	中央値
医療機関数（病院・診療所）	3,480	1.7	1.2	2.0
診療科数	3,480	1.7	1.2	2.0
保険薬局数	3,480	1.1	0.8	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 6-9　定期的・継続的に受診・利用している医療機関、診療科、保険薬局数（年代別）

	年代	回答者数	平均値（件）	標準偏差	中央値
医療機関数（病院・診療所）	10 歳代以下	144	1.7	1.3	1.0
	20 歳代	216	1.0	1.0	1.0
	30 歳代	434	1.2	1.0	1.0
	40 歳代	636	1.4	1.0	1.0
	50 歳代	730	1.6	1.0	1.0
	60 歳代	598	1.8	1.0	2.0
	70 歳代	479	2.3	1.2	2.0
	80 歳代以上	228	2.2	1.1	2.0
診療科数	10 歳代以下	144	1.6	1.3	1.0
	20 歳代	216	1.0	1.1	1.0
	30 歳代	434	1.2	1.1	1.0
	40 歳代	636	1.4	1.0	1.0
	50 歳代	730	1.6	1.2	1.0
	60 歳代	598	1.8	1.1	2.0
	70 歳代	479	2.6	1.3	2.0
	80 歳代以上	228	2.5	1.4	2.0
保険薬局数	10 歳代以下	144	1.1	0.9	1.0
	20 歳代	216	0.6	0.8	0.5
	30 歳代	434	0.9	0.8	1.0
	40 歳代	636	0.9	0.7	1.0
	50 歳代	730	1.1	0.7	1.0
	60 歳代	598	1.2	0.7	1.0
	70 歳代	479	1.5	0.9	1.0
	80 歳代以上	228	1.4	0.7	1.0

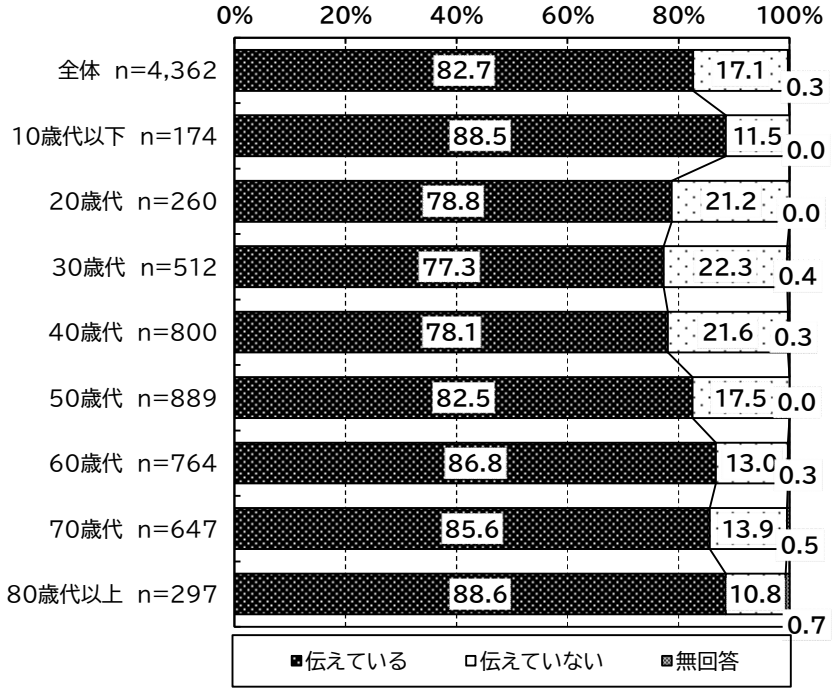
※無回答を除く施設を集計対象とした

4) 診察時の状況

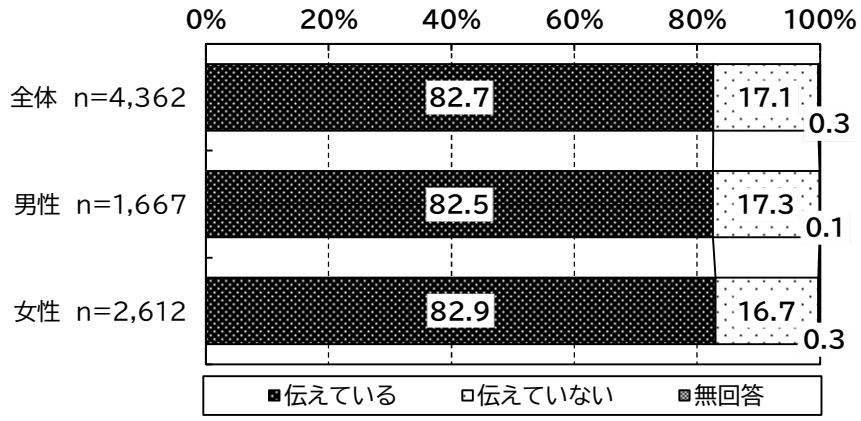
(1) 過去に服薬したお薬や特定健診情報等の医師・歯科医師・薬剤師への伝達

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、薬剤師に伝えているかを尋ねたところ、全体で「伝えている」が 82.7%、「伝えていない」が 17.1%であった。

図表 6-10 過去に服薬したお薬や特定健診情報等の医師・歯科医師・薬剤師への伝達（年代別）

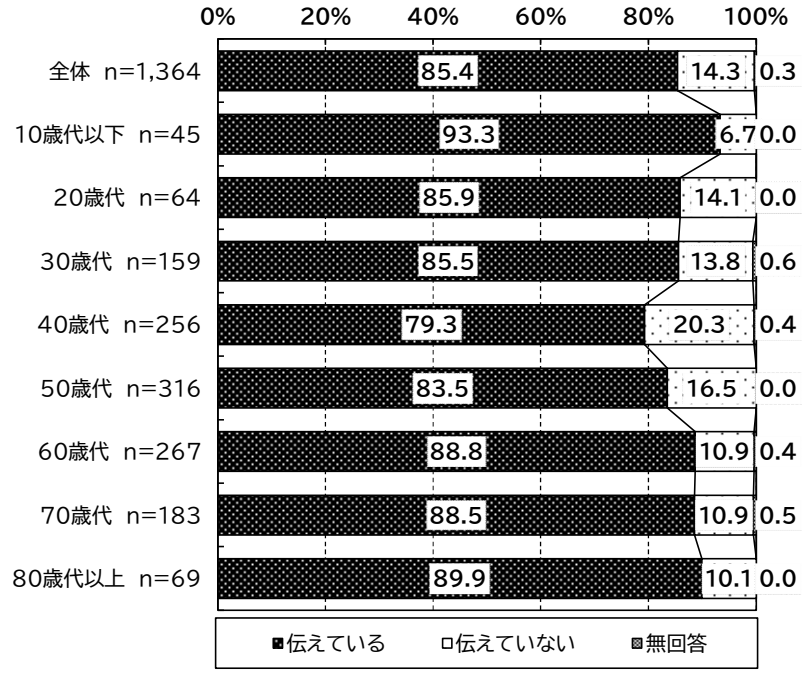


図表 6-11 過去に服薬したお薬や特定健診情報等の医師・歯科医師・薬剤師への伝達（性別）

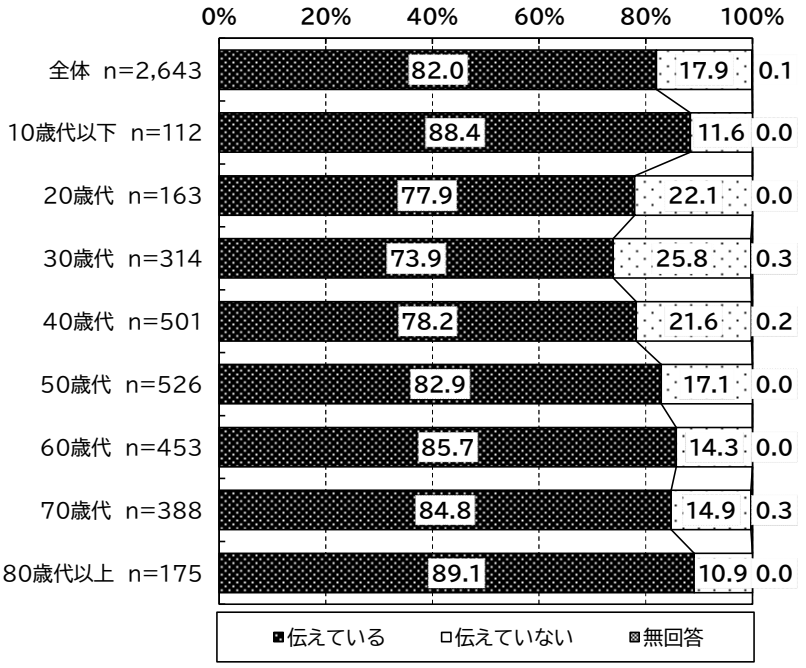


図表 6-12　過去に服薬したお薬や特定健診情報等の医師・歯科医師・薬剤師への伝達
（年齢別×マイナンバーカードの健康保険証利用の有無別）

＜マイナンバーカードの健康保険証利用をしたことがある場合＞



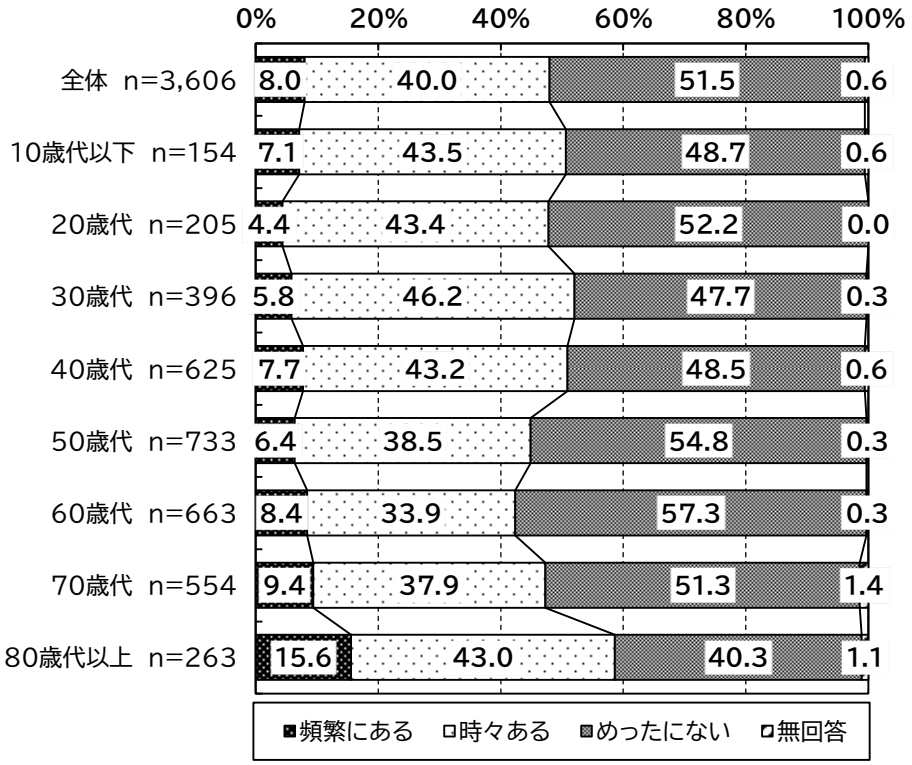
＜マイナンバーカードの健康保険証利用をしたことがない場合＞



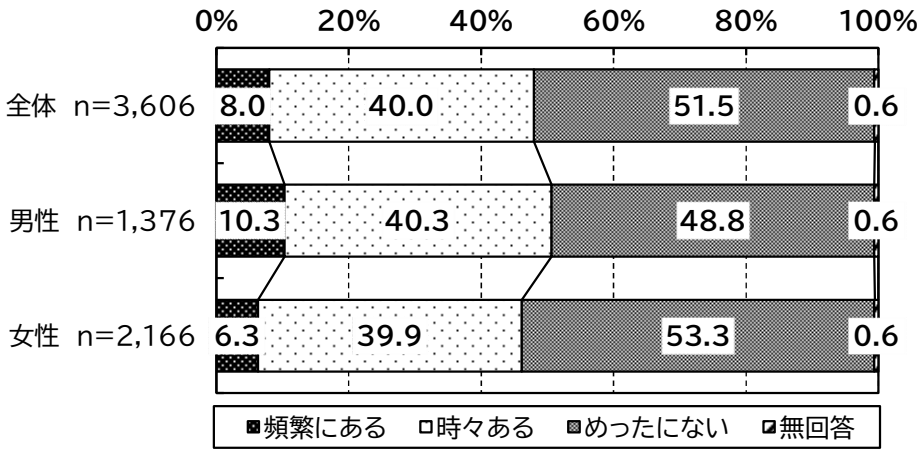
① 服薬したお薬情報を思い出すのが難しいまたは面倒と感じる頻度

過去に服薬したお薬や特定健診情報等を医師、歯科医師、薬剤師へ伝えている人（3,606 人）に対して、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があるかを尋ねたところ、全体で「頻繁にある」が 8.0%、「時々ある」が 40.0%、「めったにない」が 51.1%であった。

図表 6-13 服薬したお薬情報を思い出すのが難しいまたは面倒と感じる頻度（年代別）
【過去に服薬したお薬や特定健診情報等を医師、歯科医師、薬剤師へ伝えている人】



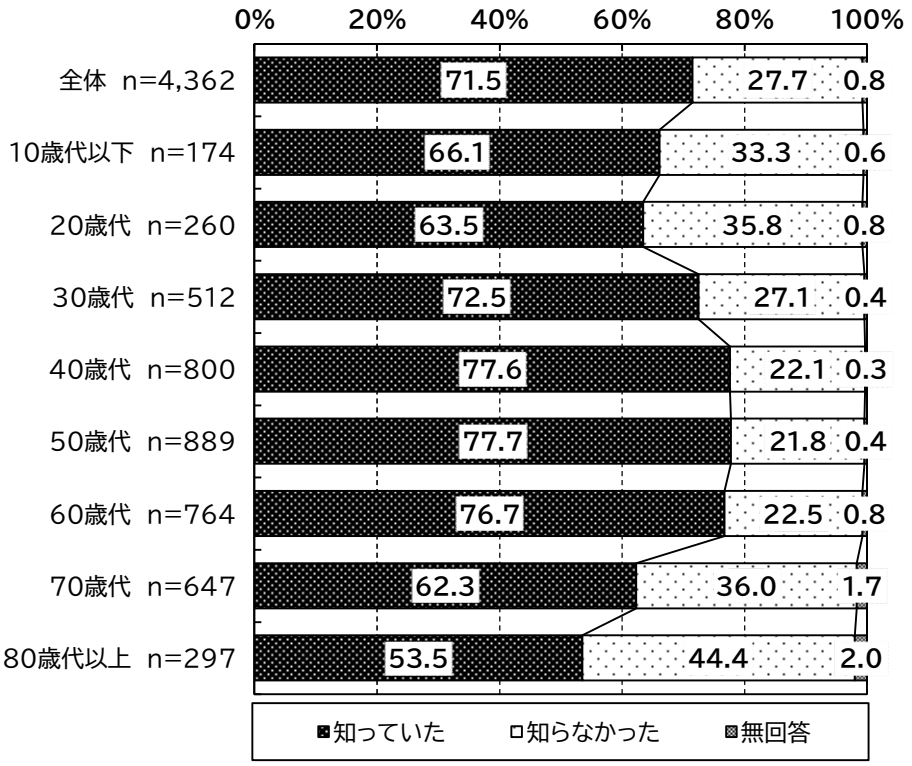
図表 6-14　服薬したお薬情報を思い出すのが難しいまたは面倒と感じる頻度達（性別）
【過去に服薬したお薬や特定健診情報等を医師、歯科医師、薬剤師へ伝えている人】



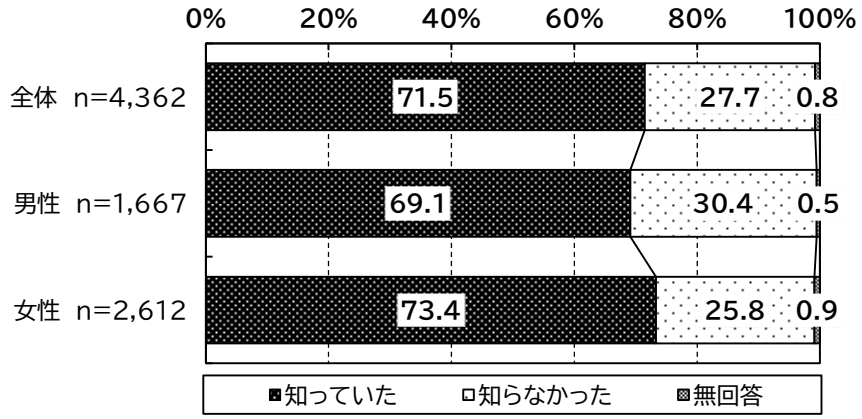
(2) マイナンバーカードの健康保険証利用による医師・薬剤師への情報共有の認知度

マイナンバーカードを健康保険証として利用し、本人同意をした際、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ることを知っていたか尋ねたところ、全体で「知っていた」が 71.5%、「知らなかった」が 27.7%であった。

図表 6-15　マイナンバーカードの健康保険証利用による医師・薬剤師への情報共有の認知度（年代別）

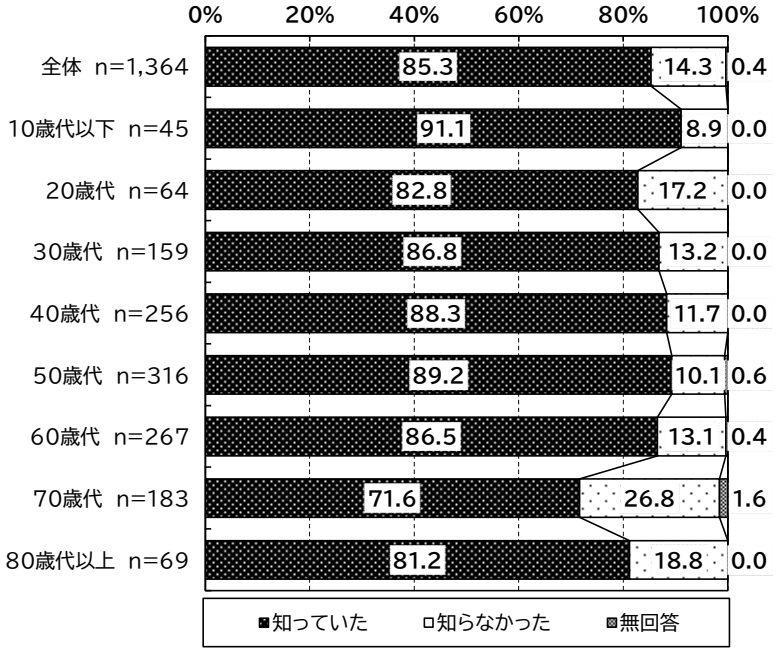


図表 6-16　マイナンバーカードの健康保険証利用による医師・薬剤師への情報共有の認知度（性別）

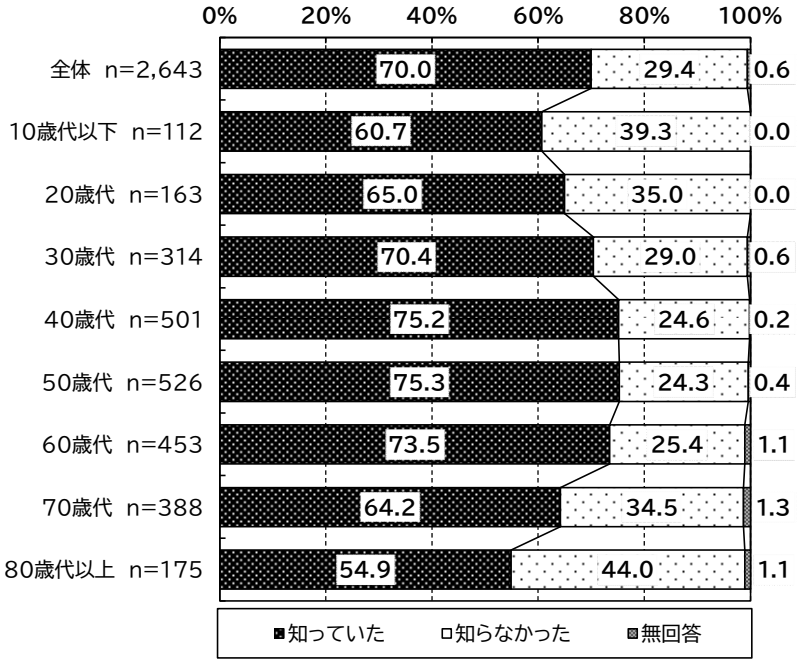


図表 6-17　マイナンバーカードの健康保険証利用による医師・薬剤師への情報共有の認知度
（年齢別×マイナンバーカードの健康保険証利用の有無別）

＜マイナンバーカードの健康保険証利用をしたことがある場合＞



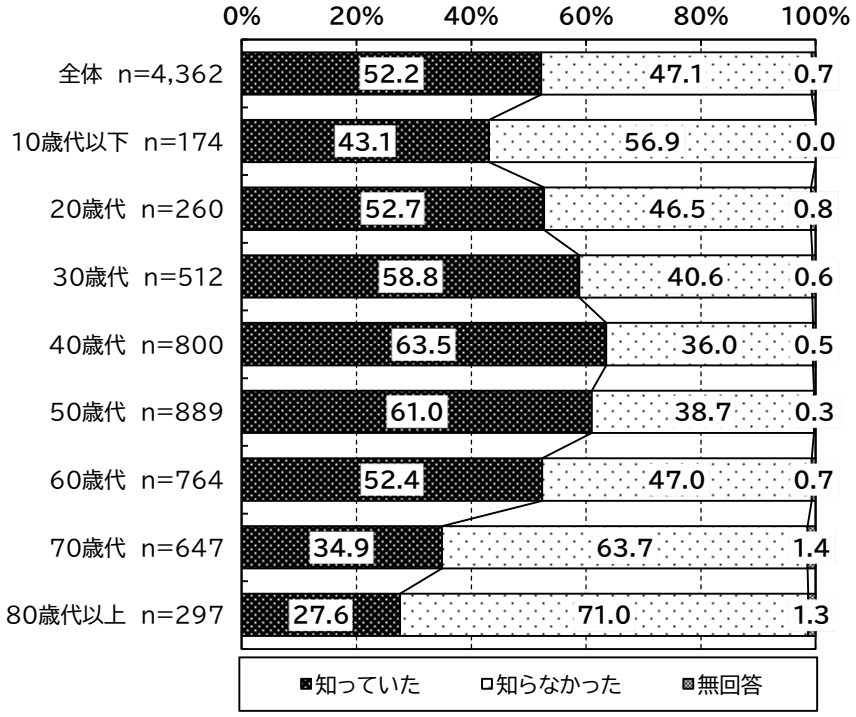
＜マイナンバーカードの健康保険証利用をしたことがない場合＞



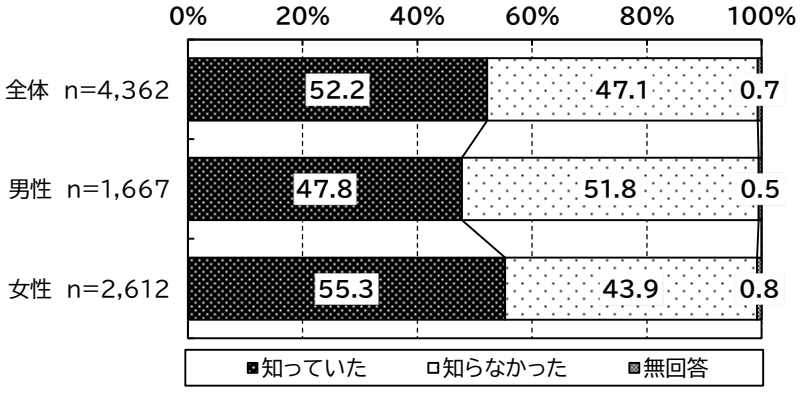
(3) マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局での診療報酬の加算算定の認知度

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、診療報酬の加算の算定がされることを知っていたか尋ねたところ、全体で「知っていた」が 52.2%、「知らなかった」が 47.1%であった。

図表 6-18　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（年代別）

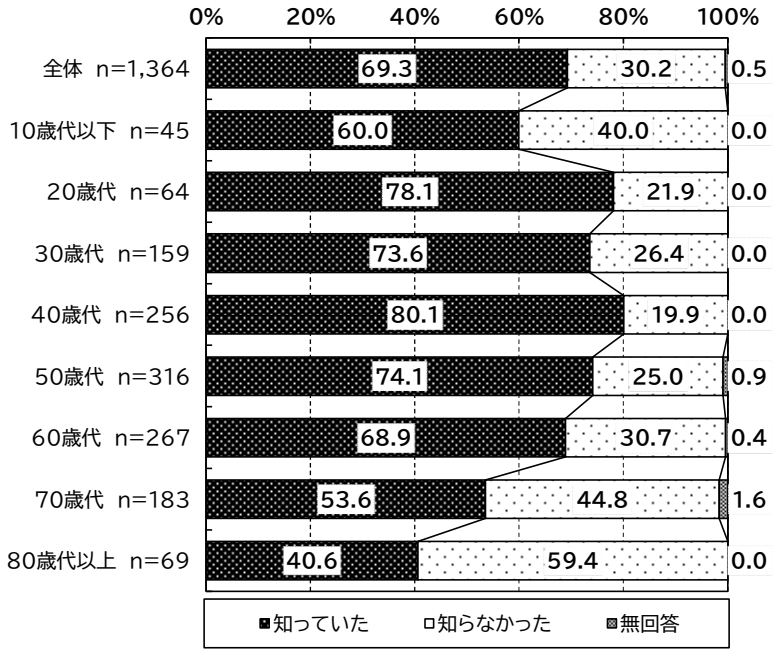


図表 6-19　マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局での診療報酬の加算算定の認知度（性別）

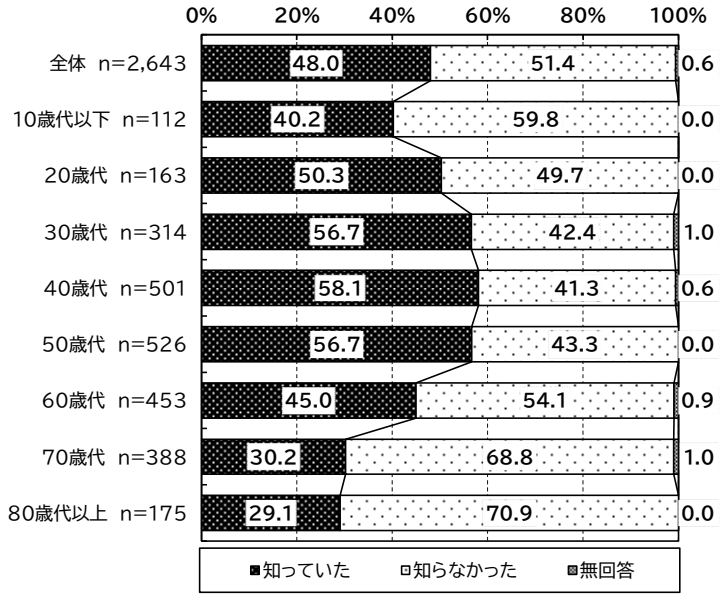


図表 6-20　マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局での診療報酬の加算算定の認知度（年齢別×マイナンバーカードの健康保険証利用の有無別）

＜マイナンバーカードの健康保険証利用をしたことがある場合＞



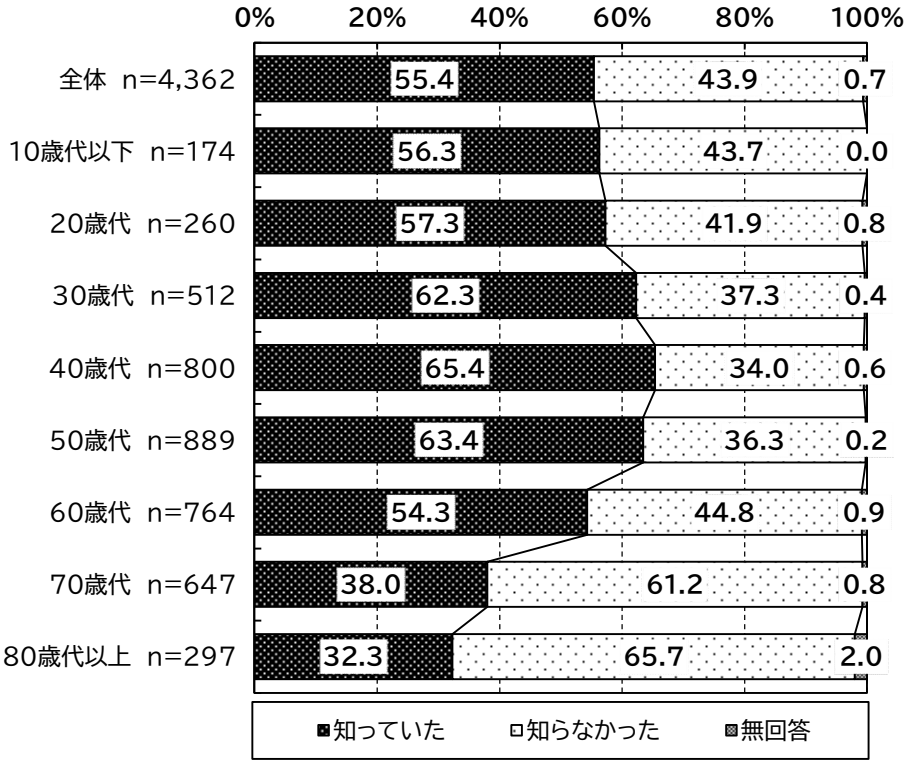
＜マイナンバーカードの健康保険証利用をしたことがない場合＞



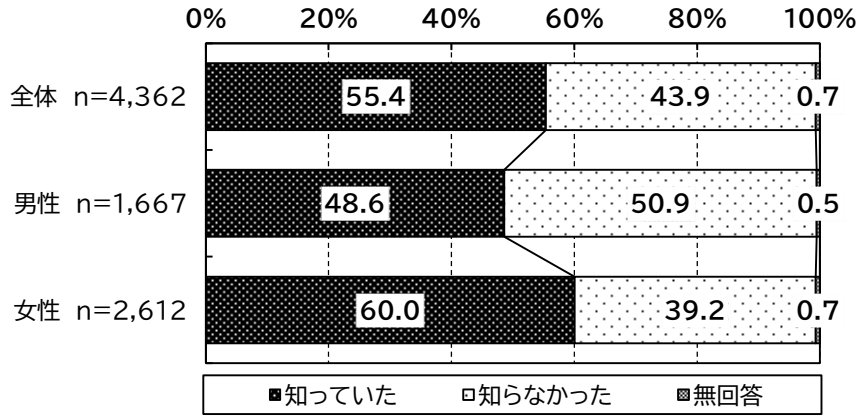
(4) マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度

マイナンバーカードを健康保険証として利用すると、医療費負担が低くなることについて、全体で「知っていた」が 55.4%、「知らなかった」が 43.9%であった。

図表 6-21　マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度
（年代別）

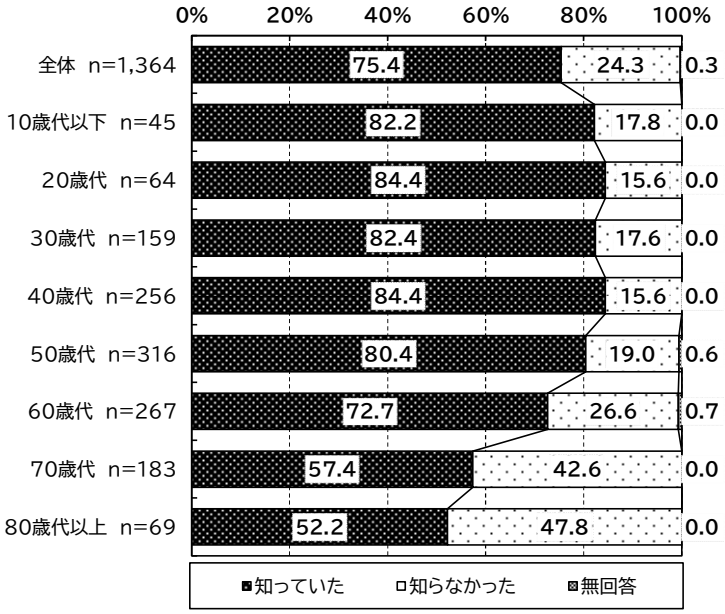


図表 6-22　マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度
（性別）

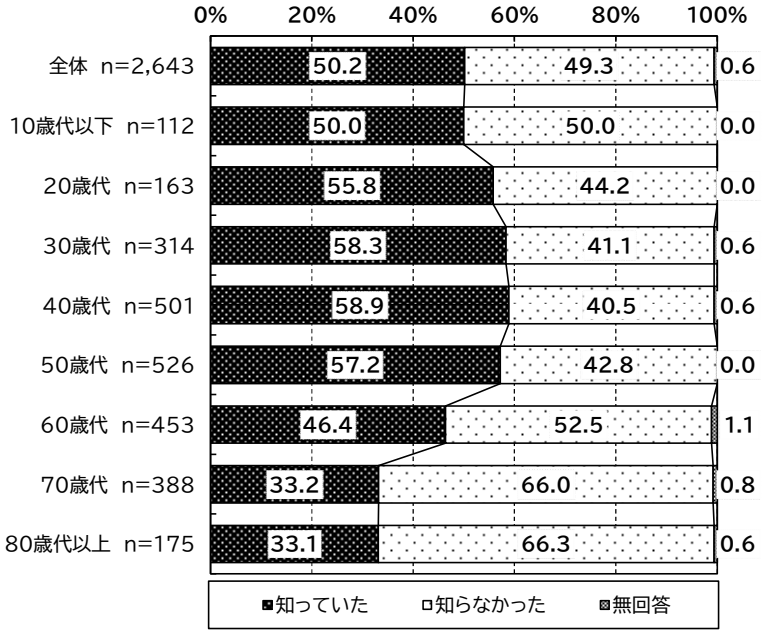


図表 6-23　マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度
（年齢別×マイナンバーカードの健康保険証利用の有無別）

＜マイナンバーカードの健康保険証利用をしたことがある場合＞



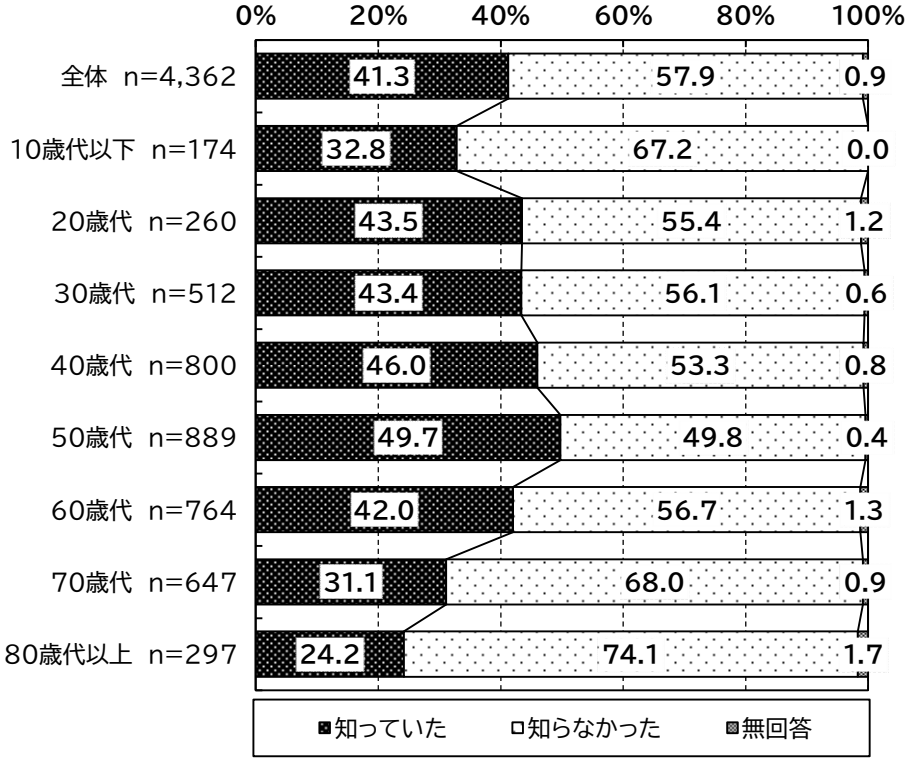
＜マイナンバーカードの健康保険証利用をしたことがない場合＞



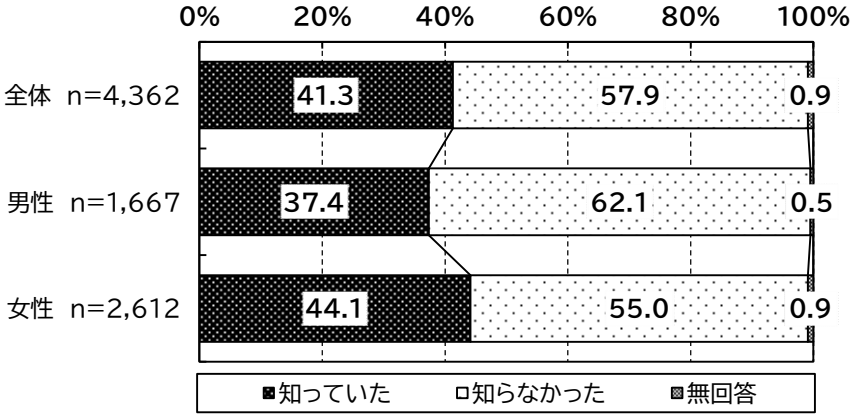
(5) マイナンバーカードの健康保険証利用による窓口負担軽減のための患者情報提供の必要性の認知度

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過去に服薬したお薬の情報等の患者情報の提供に同意が必要であることについて、全体で「知っていた」が 41.3%、「知らなかった」が 57.9%であった。

図表 6-24　マイナンバーカードの健康保険証利用による窓口負担軽減のための患者情報提供の必要性の認知度（年代別）

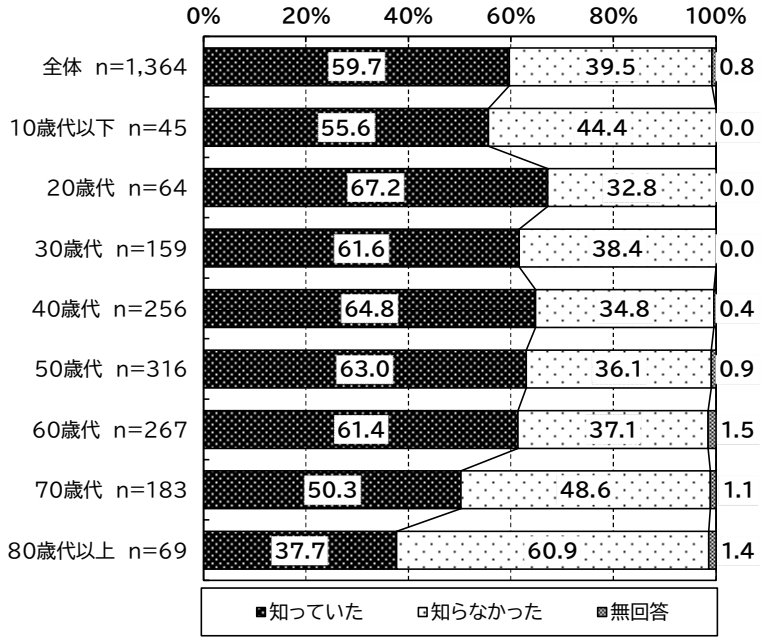


図表 6-25　マイナンバーカードの健康保険証利用による窓口負担軽減のための患者情報提供の必要性の認知度（性別）

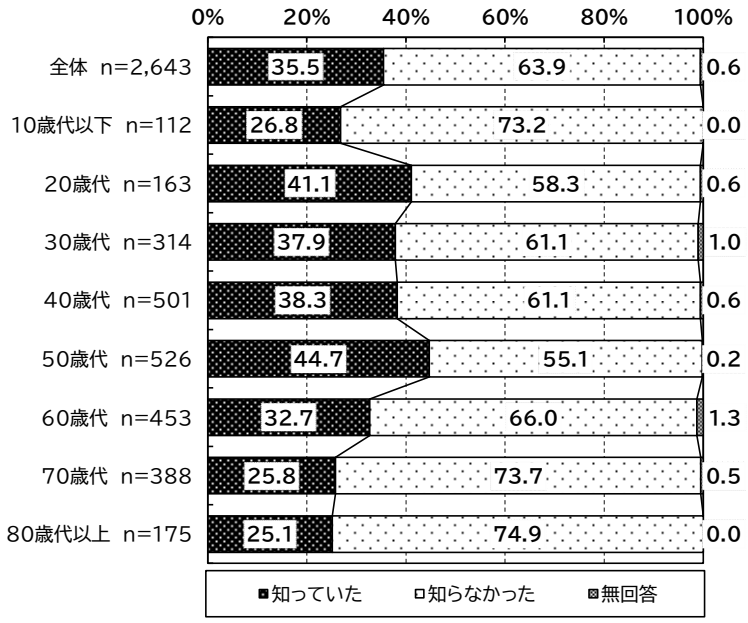


図表 6-26　マイナンバーカードの健康保険証利用による窓口負担軽減のための患者情報提供の必要性の認知度
（年齢別×マイナンバーカードの健康保険証利用の有無別）

＜マイナンバーカードの健康保険証利用をしたことがある場合＞



＜マイナンバーカードの健康保険証利用をしたことがある場合＞

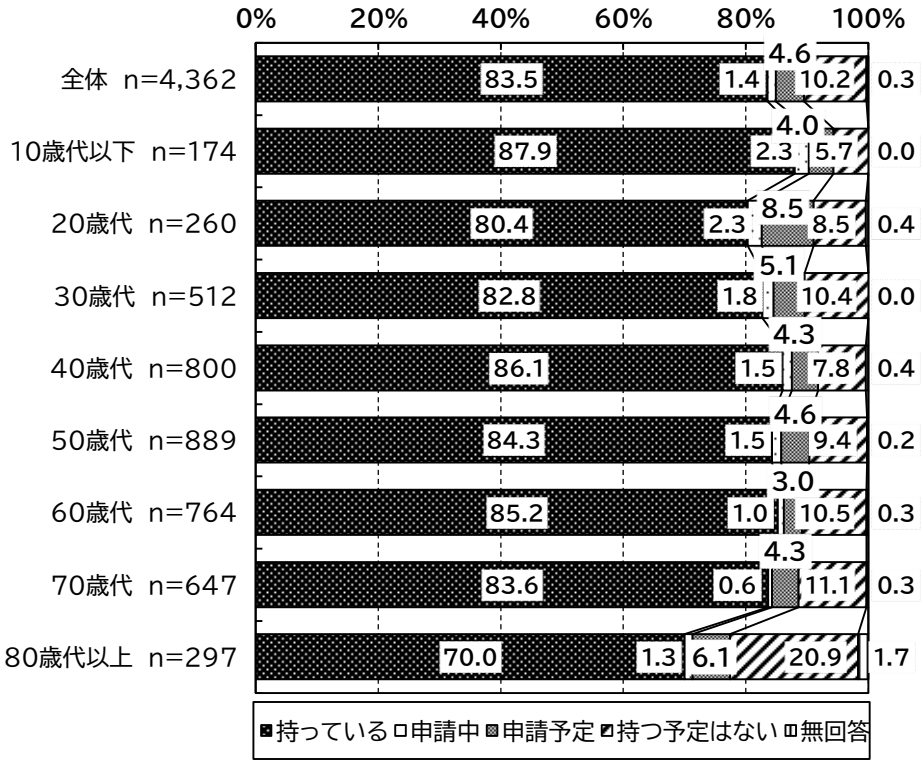


5) マイナンバーカードの健康保険証利用

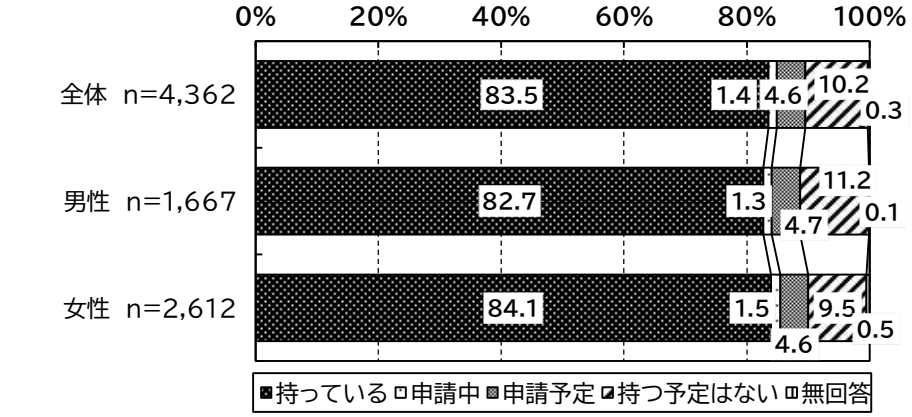
(1) マイナンバーカードの所持状況

マイナンバーカードの所持状況については、全体で「持っている」が 83.5%、「申請中」が 1.4%、「申請予定」が 4.6%、「持つ予定はない」が 10.2%であった。

図表 6-27 マイナンバーカードの所持状況（年代別）



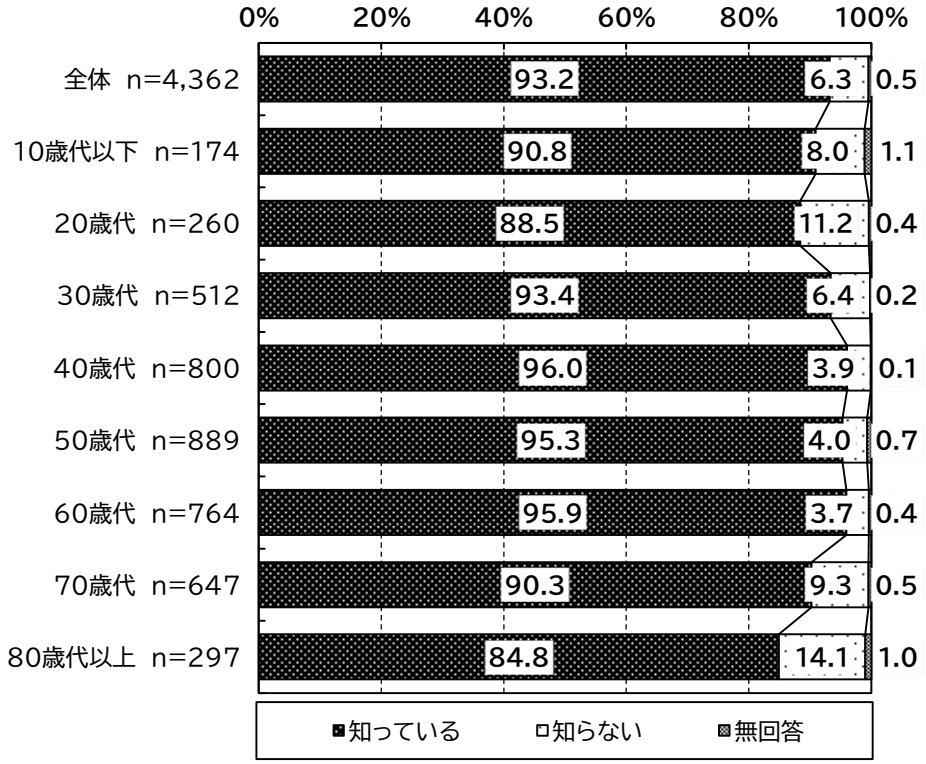
図表 6-28 マイナンバーカードの所持状況（性別）



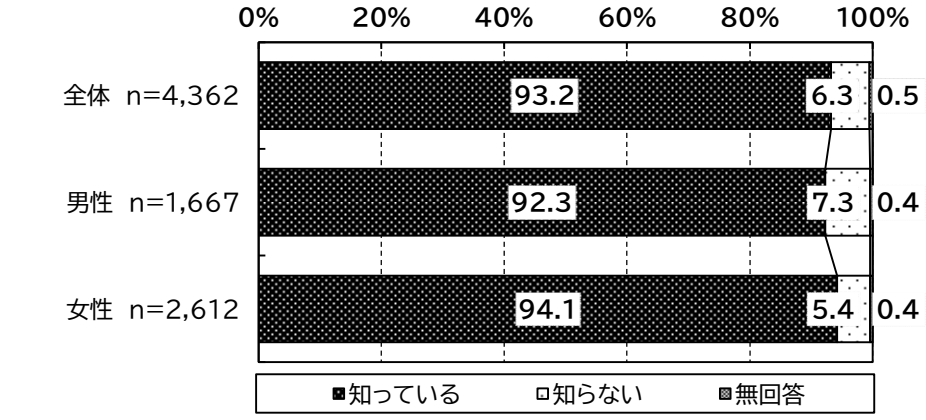
(2) マイナンバーカードの健康保険証利用の認知度

マイナンバーカードの健康保険証利用ができることについて、全体で「知っている」が93.2%、「知らない」が6.3%であった。

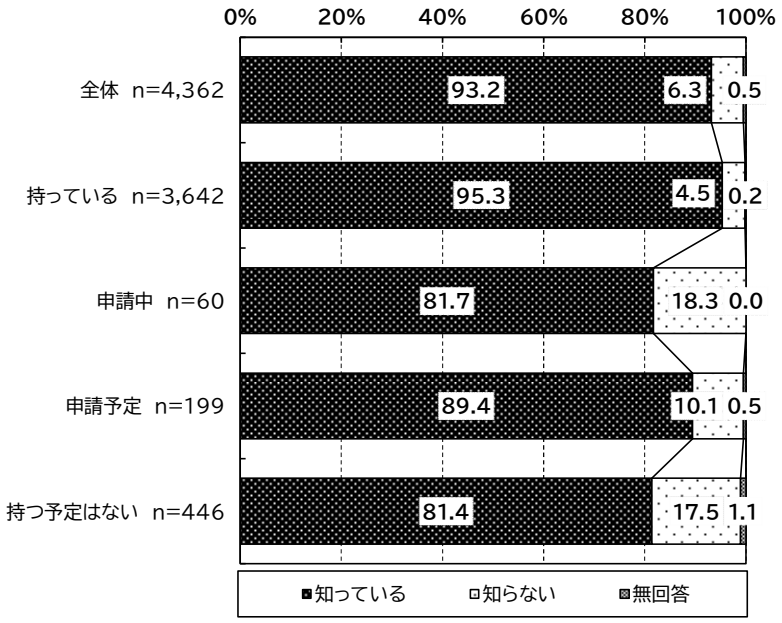
図表 6-29　マイナンバーカードの健康保険証利用の認知度（年代別）



図表 6-30　マイナンバーカードの健康保険証利用の認知度（性別）



図表 6-31　マイナンバーカードの健康保険証利用の認知度
（マイナンバーカードの所持状況別）

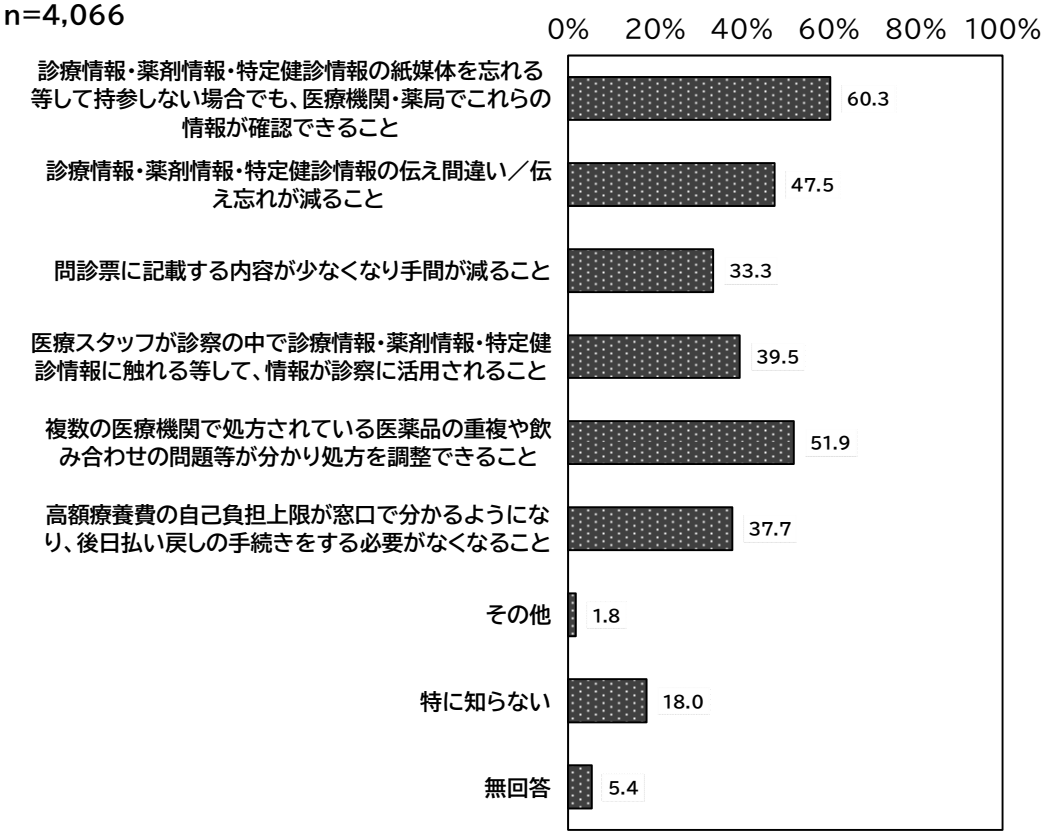


(3) マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット

マイナンバーカードの健康保険証利用ができることを知っている人（4,066 人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、認知しているメリットを尋ねたところ、「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」が最も多く、60.3%であった（複数回答）。

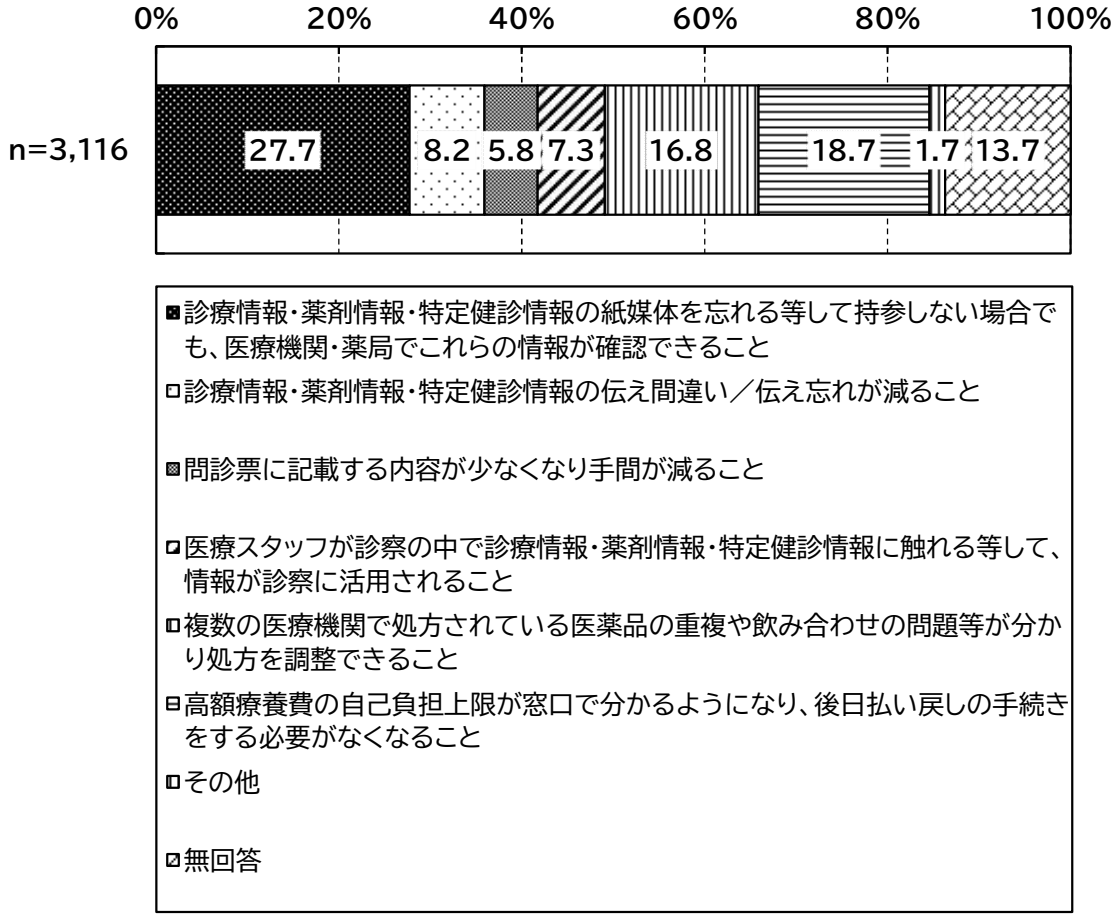
マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、認知しているメリットを１つ以上選択した人（3,116 人・76.6%）における、最もメリットと考えるものについては、全体で「診療情報・薬剤情報・特定健診情報の紙媒体を忘れる等して持参しない場合でも、医療機関・薬局でこれらの情報が確認できること」が 27.7%であった。

図表 6-32　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット（複数回答）

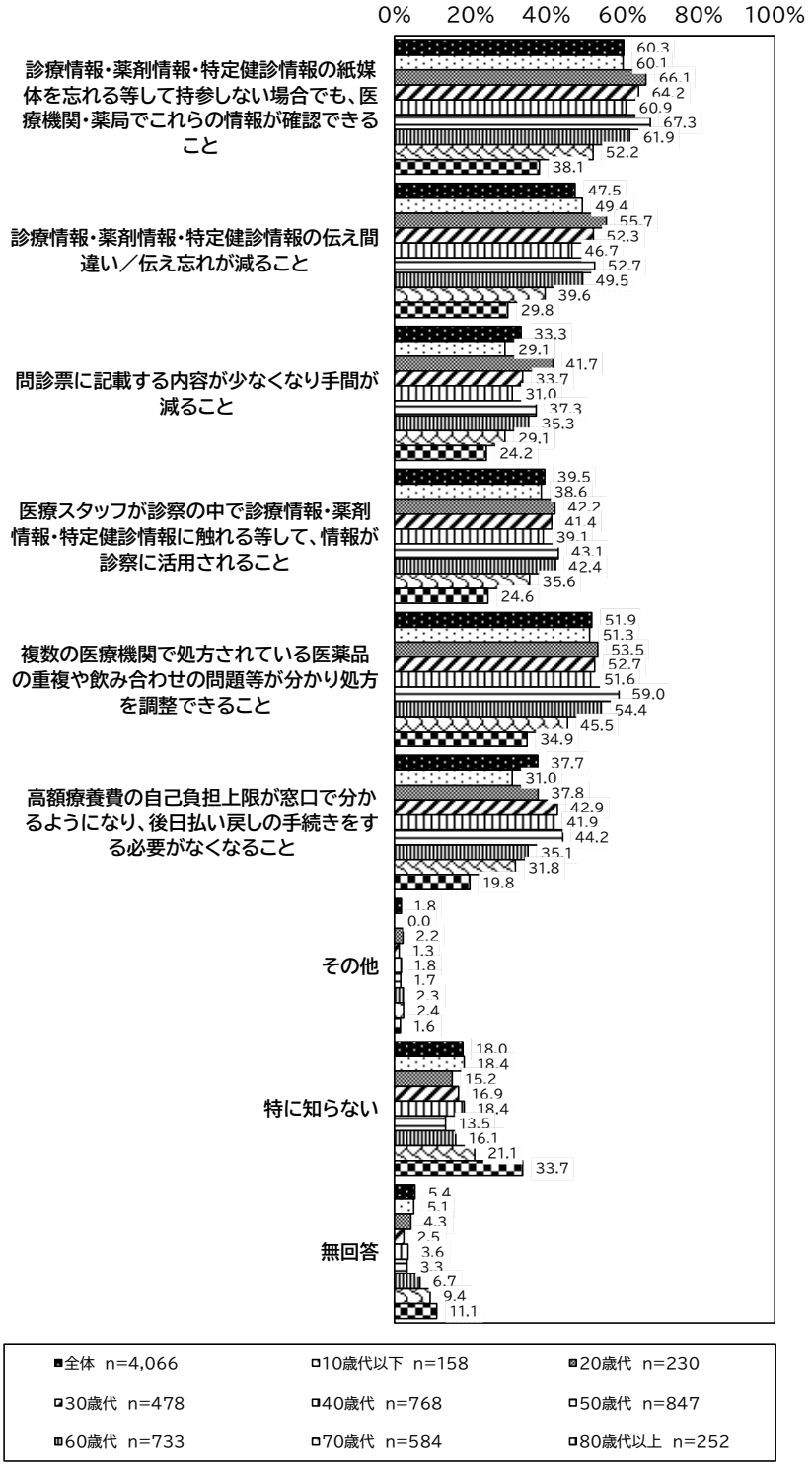


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・お薬手帳を出さなくなった。
・マイナンバーアプリで医療受診情報が閲覧でき、確定申告の時医療費の入力の手間が省ける。

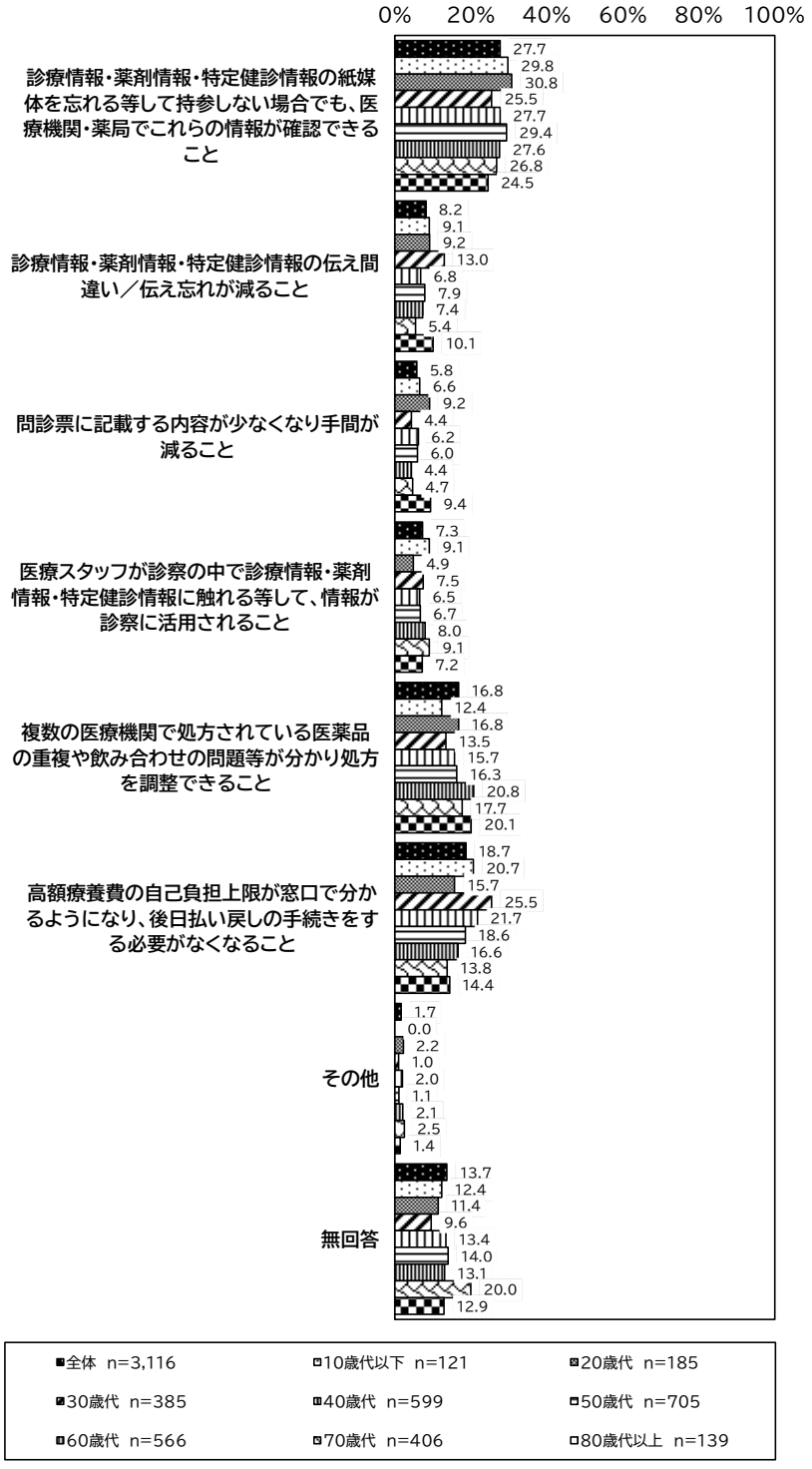
図表 6-33　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知している最大のメリット



図表 6-34　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット（複数回答）（年代別）



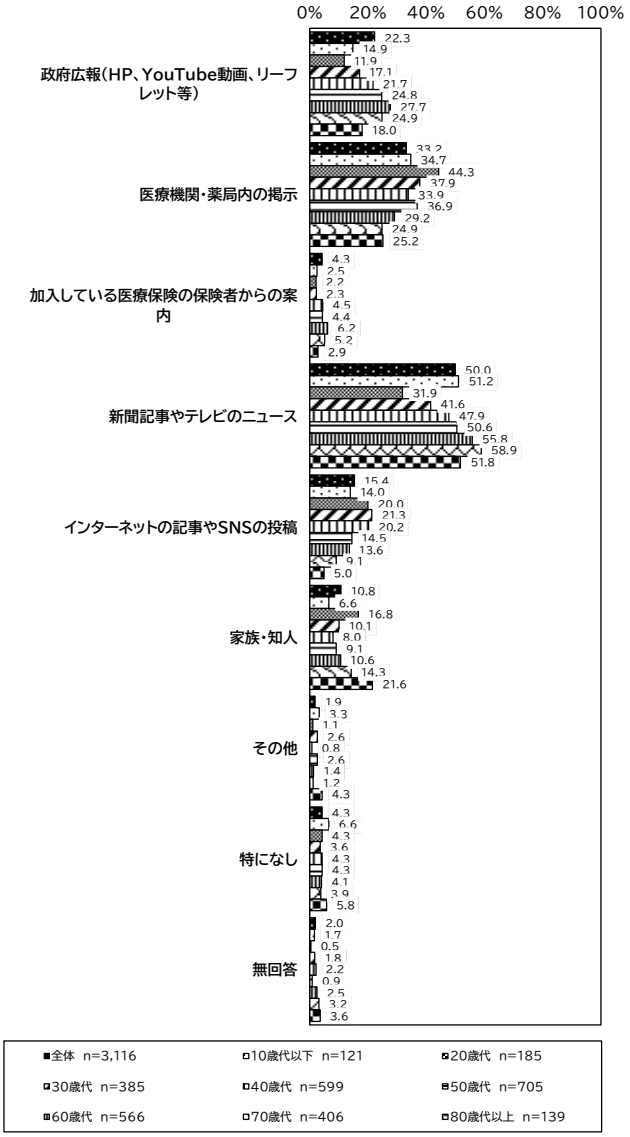
図表 6-35　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知している最大のメリット（年代別）



① マイナンバーカードの健康保険証利用のメリットを知ったきっかけ

マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、認知しているメリットがある人（3,116 人）に対して、マイナンバーカードの健康保険証利用時のメリットを知ったきっかけを尋ねたところ、全体で「新聞記事やテレビのニュース」が 50.0%で最も多く、「医療機関・薬局内の掲示」は 33.2%であった。

図表 6-36　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリットを知ったきっかけ（複数回答）（年代別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、認知しているメリットがある人】

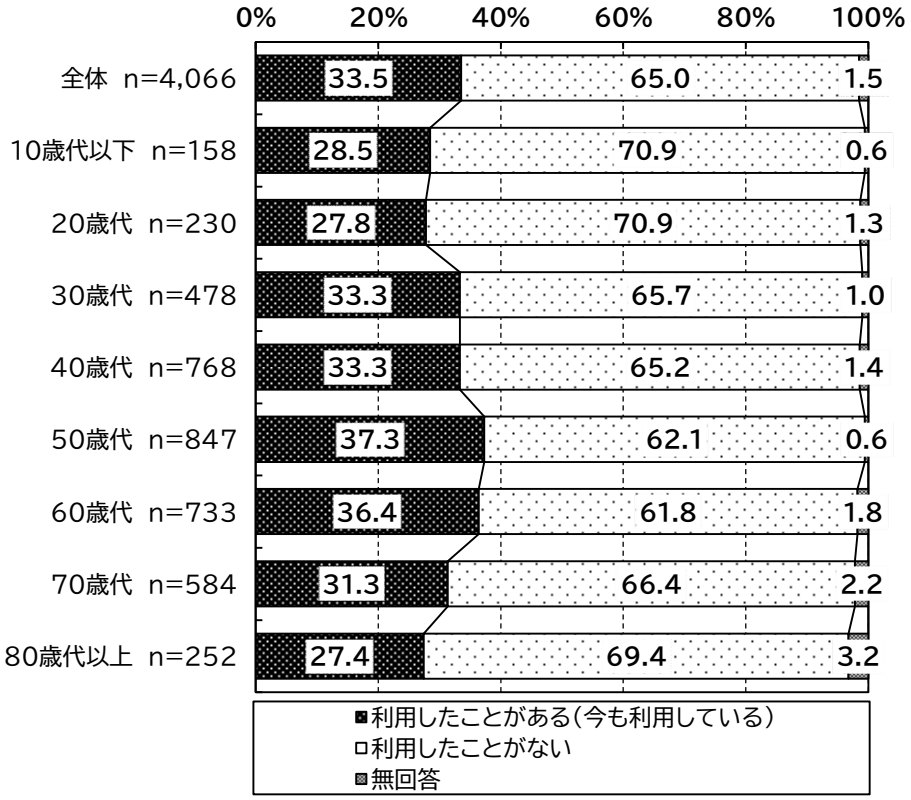


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・受診した医療機関の受付の方に説明を受けた。

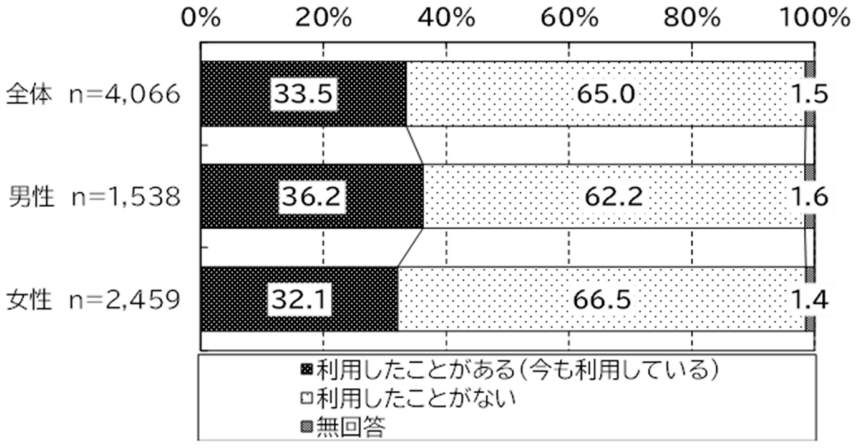
(4) マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況

マイナンバーカードの健康保険証利用ができることを知っている人（4,066 人）に対して、マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況を尋ねたところ、全体で「利用したことがある（今も利用している）」が 33.5%、「利用したことがない」が 65.0%であった。

図表 6-37　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況（年代別）



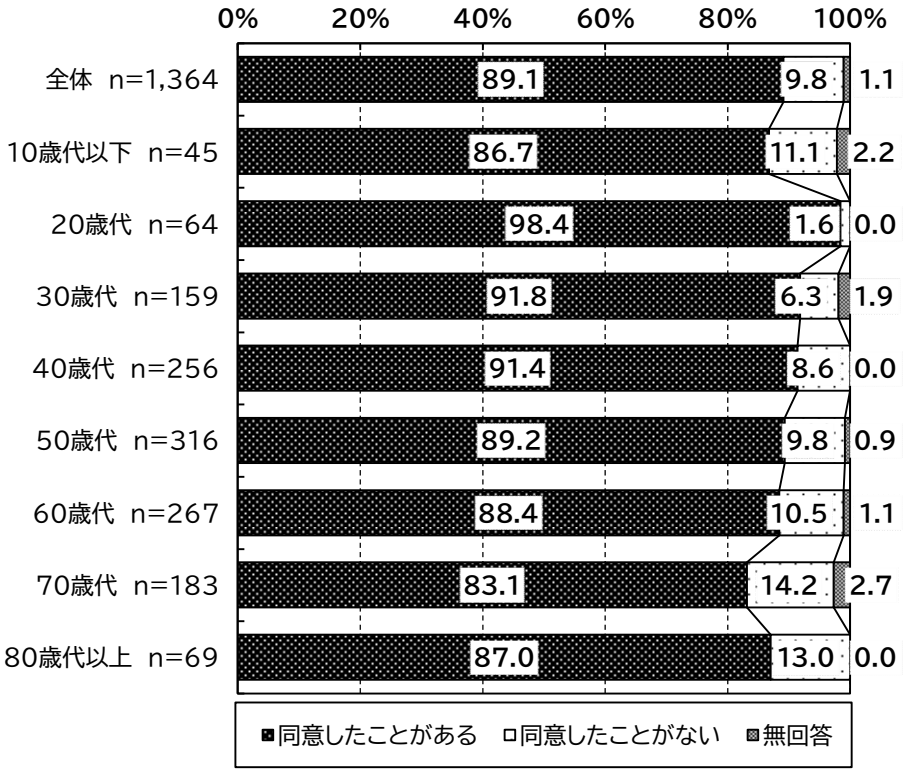
図表 6-38　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況（性別）



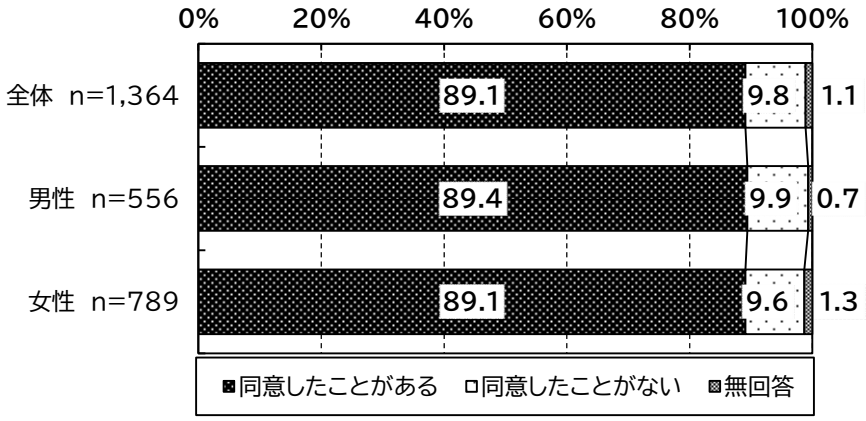
① マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無

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（今も利用している）人（1,364 人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、自身の診療情報活用への同意の有無を尋ねたところ、全体で「同意したことがある」が 89.1%、「同意したことがない」が 9.8%であった。

図表 6-39　マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無（年代別）【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人】



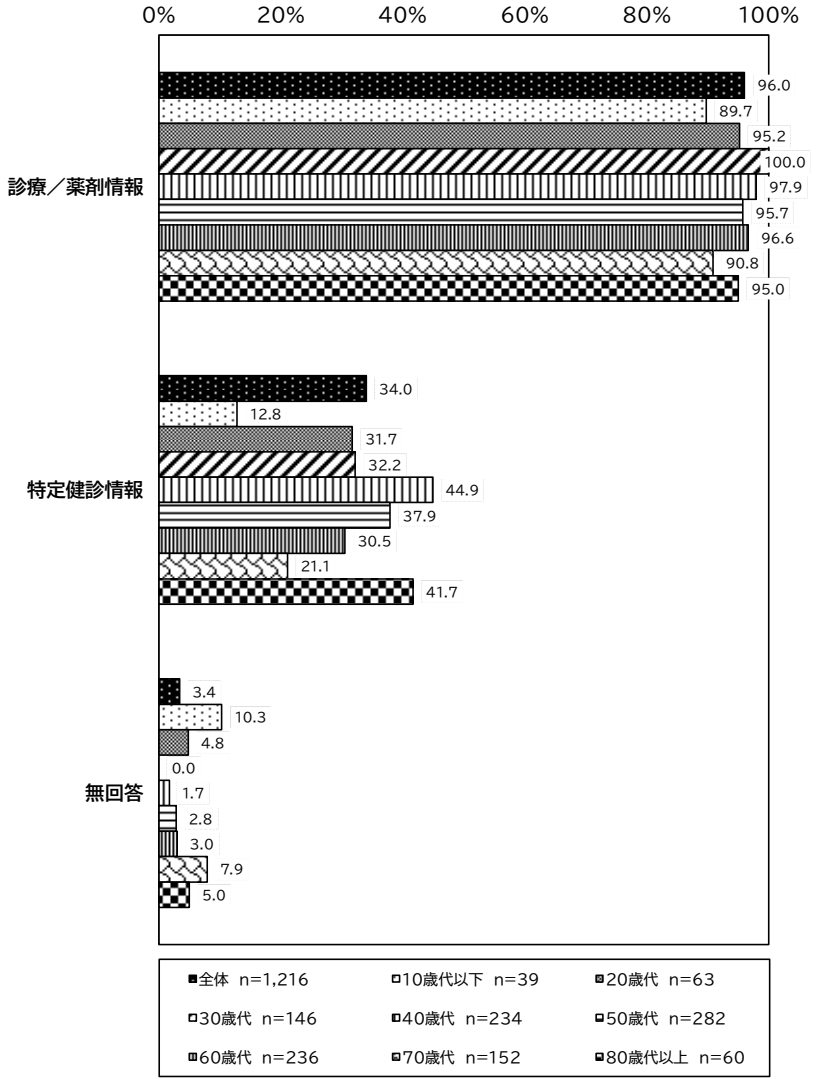
図表 6-40　マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無（性別）【マイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある人】



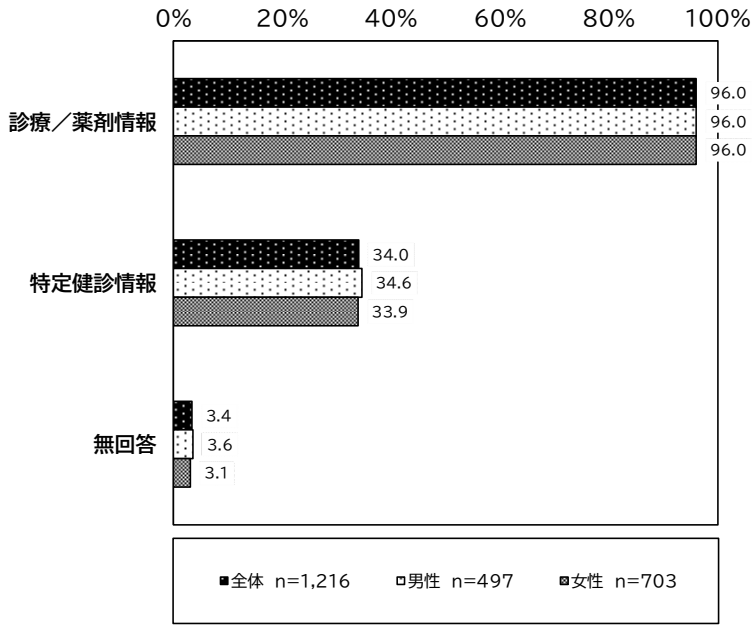
② マイナンバーカードの健康保険証利用時に提供に同意した診療情報

マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、自身の診療情報活用に同意したことがある人（1,216 人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、どの診療情報の提供に同意したかを尋ねたところ、全体で「診療／薬剤情報」が 96.0%、「特定健診情報」が 34.0%であった。

図表 6-41　マイナンバーカードの健康保険証利用時に提供に同意した診療情報（年代別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、診療情報活用に同意したことがある人】



図表 6-42　マイナンバーカードの健康保険証利用時に提供に同意した診療情報（性別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、診療情報活用に
同意したことがある人】



③ マイナンバーカードの健康保険証の利用回数

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（今も利用している）人（416 人）に対して、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尋ねたところ、「病院」は平均 1.5 回、「医科診療所」は平均 1.2 回、「歯科診療所」は平均 0.6 回、「保険薬局」は平均 1.3 回であった。

図表 6-43　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用回数
（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人）

	回答者数	平均値（回）	標準偏差	中央値
病院	416	1.5	2.7	1.0
医科診療所	416	1.2	2.5	0.0
歯科診療所	416	0.6	1.2	0.0
保険薬局	416	1.3	2.6	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 6-44　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用回数（年代別）
【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人】

	年代	回答者数	平均値（回）	標準偏差	中央値
病院	10 歳代以下	18	1.5	1.7	1.0
	20 歳代	34	1.4	2.2	1.0
	30 歳代	70	2.0	4.1	1.0
	40 歳代	88	1.1	1.6	1.0
	50 歳代	101	1.2	1.6	1.0
	60 歳代	56	1.9	3.6	0.0
	70 歳代	35	1.3	2.7	0.0
	80 歳代以上	14	2.7	3.2	1.0
医科診療所	10 歳代以下	18	0.8	1.4	0.0
	20 歳代	34	1.0	1.4	0.0
	30 歳代	70	0.9	1.5	0.0
	40 歳代	88	0.8	1.2	0.0
	50 歳代	101	1.5	2.6	1.0
	60 歳代	56	1.4	2.4	1.0
	70 歳代	35	2.8	5.2	1.0
	80 歳代以上	14	1.1	1.8	0.0
歯科診療所	10 歳代以下	18	0.6	0.9	0.0
	20 歳代	34	0.6	1.7	0.0
	30 歳代	70	0.6	1.5	0.0
	40 歳代	88	0.4	0.7	0.0
	50 歳代	101	0.7	1.1	0.0
	60 歳代	56	0.9	1.4	0.0
	70 歳代	35	0.8	1.3	0.0
	80 歳代以上	14	0.5	0.9	0.0
保険薬局	10 歳代以下	18	0.9	1.6	0.0
	20 歳代	34	1.3	1.9	0.0
	30 歳代	70	1.5	3.9	0.0
	40 歳代	88	0.9	1.6	0.0
	50 歳代	101	1.5	2.5	1.0
	60 歳代	56	1.3	2.6	0.0
	70 歳代	35	1.6	3.0	0.0
	80 歳代以上	14	2.2	2.1	1.5

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 6-45　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用回数（性別）
【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人】

	性別	回答者数	平均値（回）	標準偏差	中央値
病院	男性	170	1.9	3.3	1.0
	女性	241	1.2	2.2	0.0
医科診療科	男性	170	1.3	3.1	0.0
	女性	241	1.2	1.9	0.0
歯科診療所	男性	170	0.7	1.2	0.0
	女性	241	0.6	1.3	0.0
保険薬局	男性	170	1.6	3.0	1.0
	女性	241	1.2	2.3	0.0

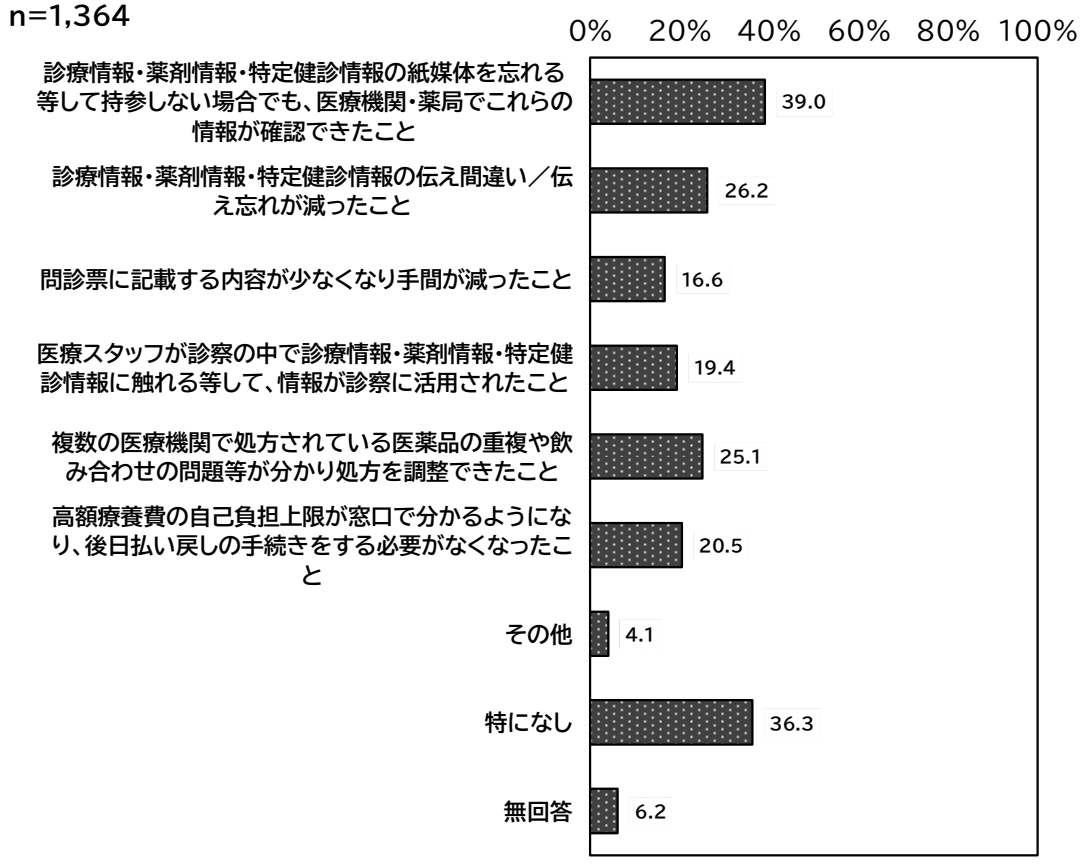
※無回答を除く施設を集計対象とした

④ マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット

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（今も利用している）人（1,364 人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、実際に感じたメリットを尋ねたところ、「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」が最も多く、39.0%であった（複数回答）。

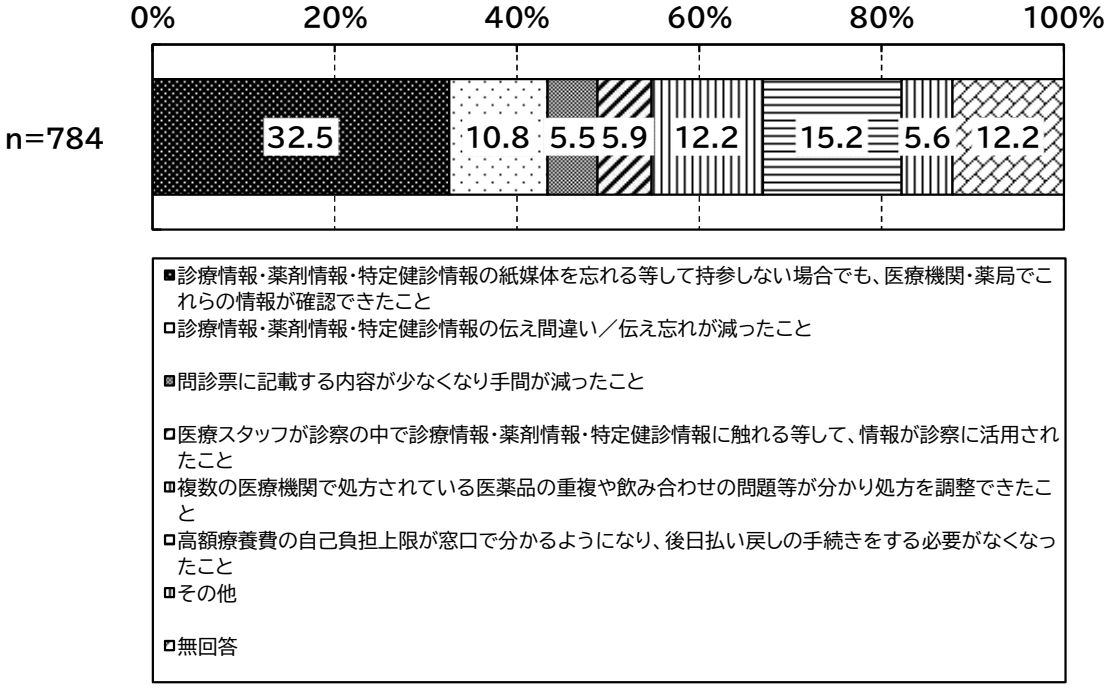
マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、実際に感じたメリットを 1 つ以上選択した人（784 人・57.5%）における、最もメリットと感じたものについては、「診療情報・薬剤情報・特定健診情報の紙媒体を忘れる等して持参しない場合でも、医療機関・薬局でこれらの情報が確認できたこと」が 32.5%であった。

図表 6-46　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット（複数回答）
（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人）



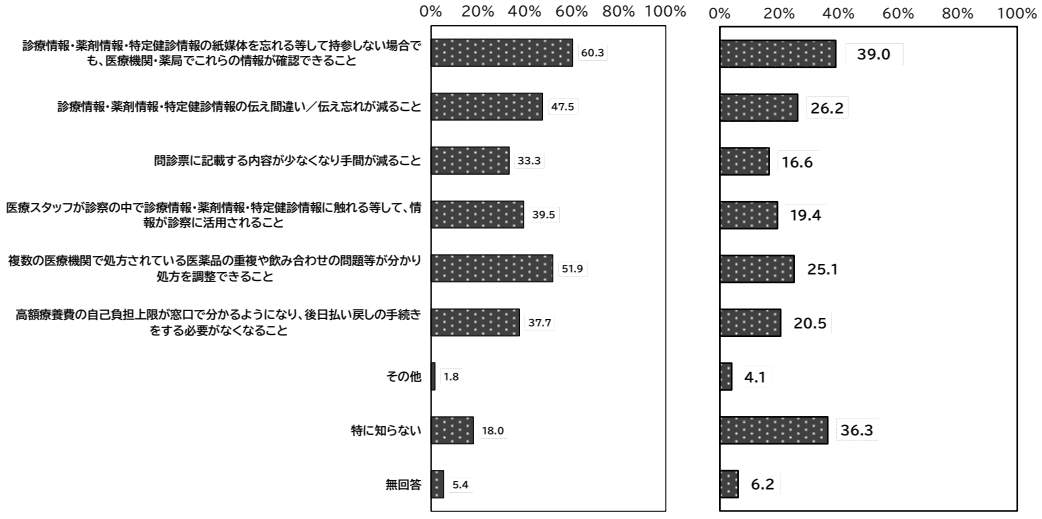
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・窓口での保険証の受け渡しが不要。
・初診料が少し安くなる。

図表 6-47　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感した最大のメリット
（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人）

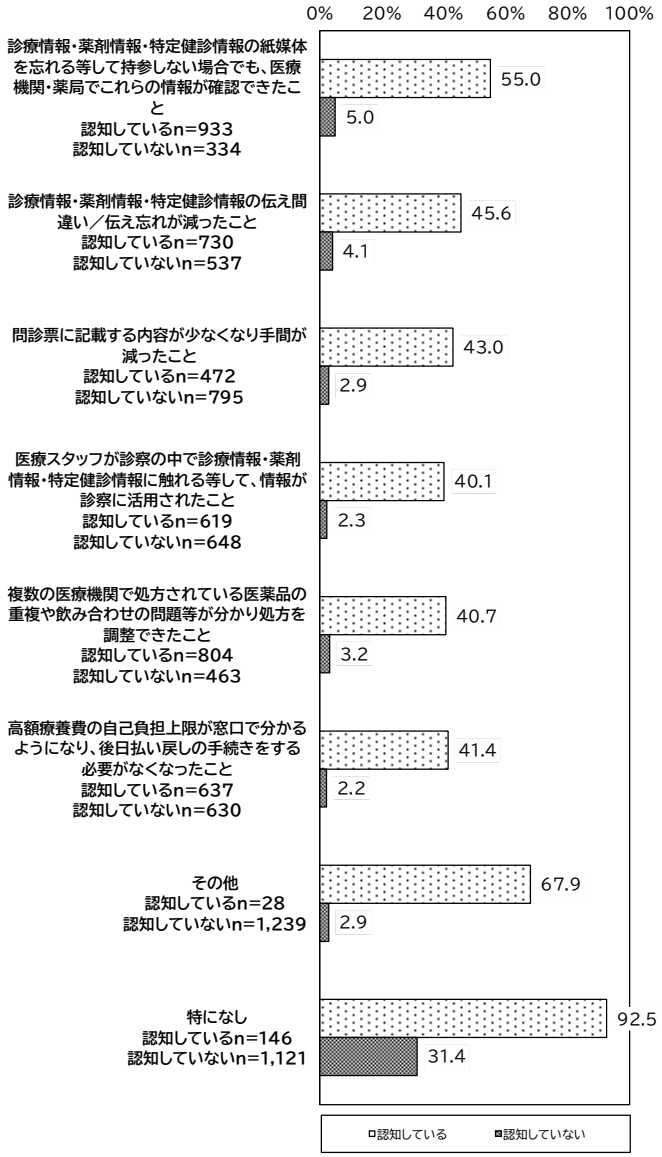


図表 6-48　（参考）マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリットと実感したメリットの比較

（左図：マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット　n=4,066）
（右図：マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット　n=1,364
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場合）

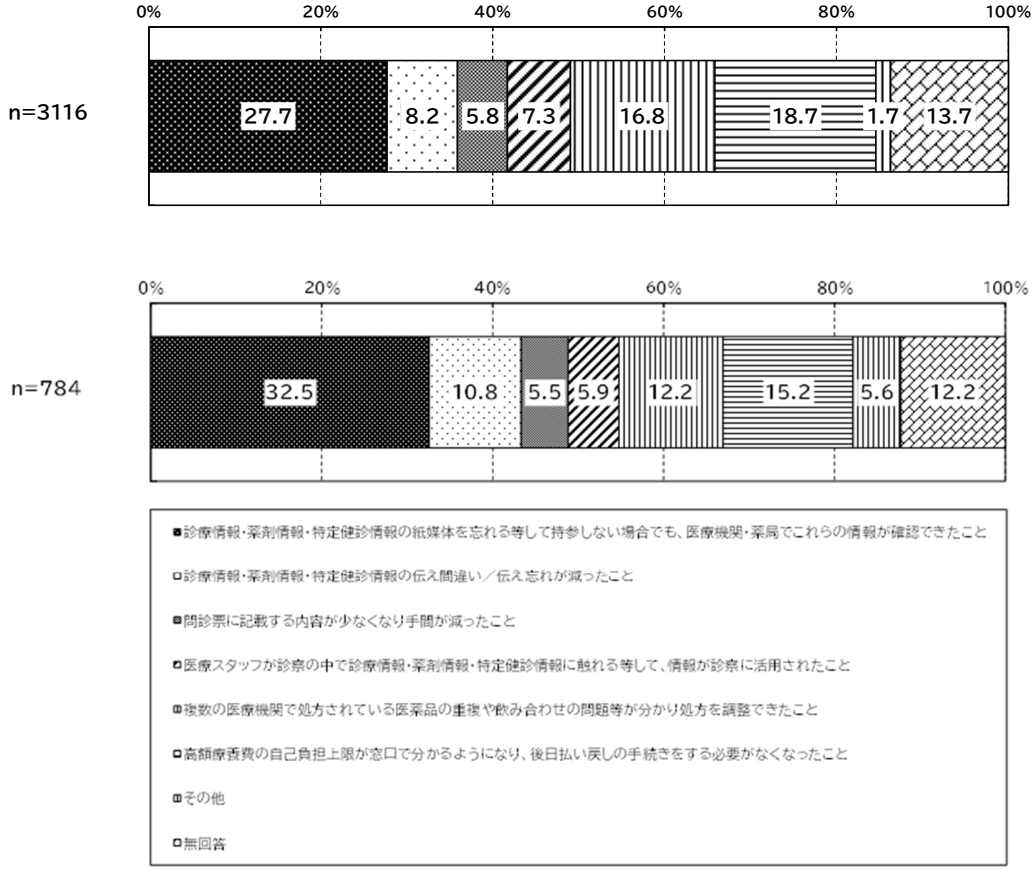


図表 6-49　（参考）マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット
（各選択肢についてメリットを認知していたかどうか別）

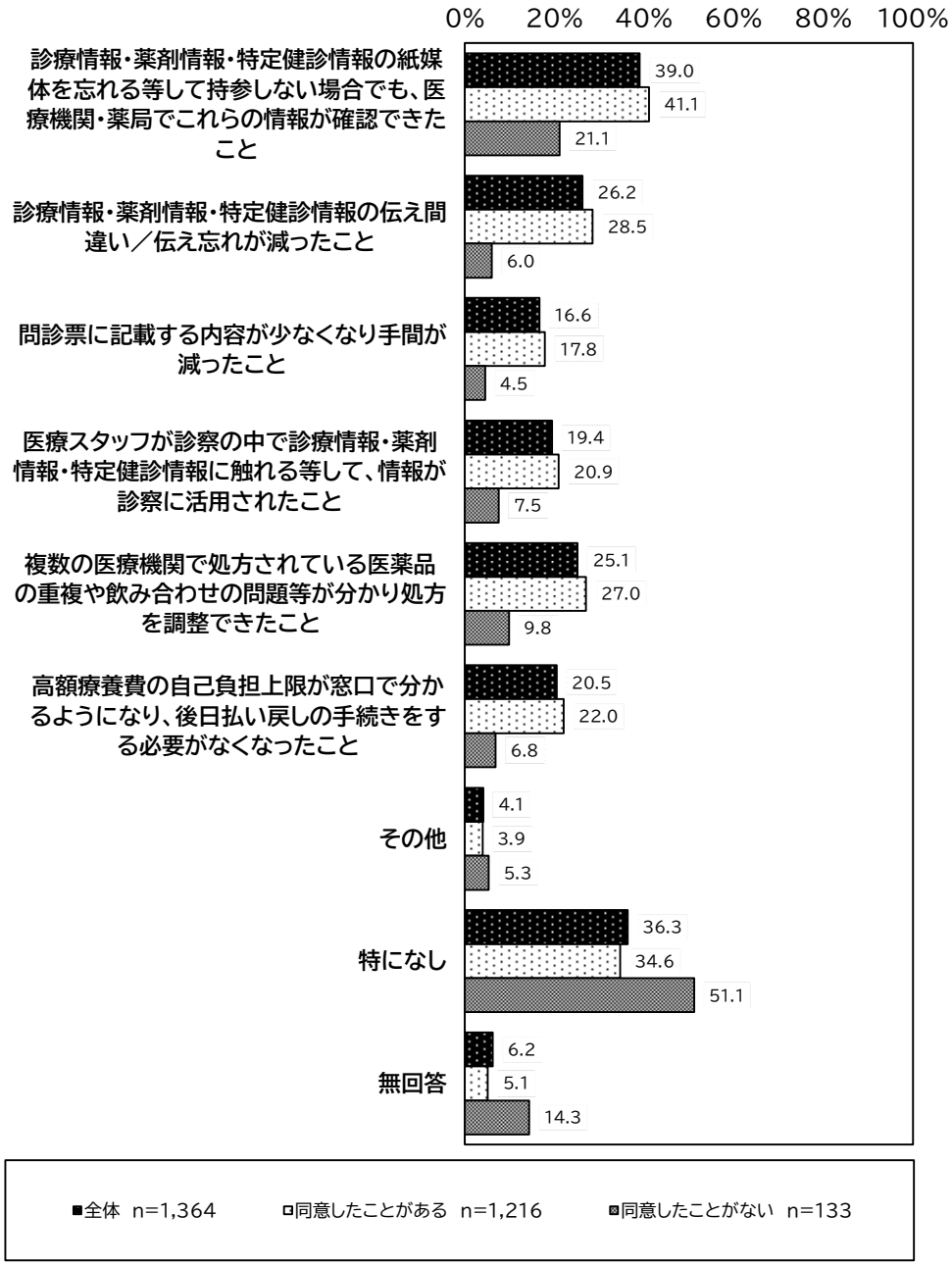


図表 6-50　（参考）マイナンバーカードの健康保険証利用で認知している最大のメリットと実感した最大のメリットの比較

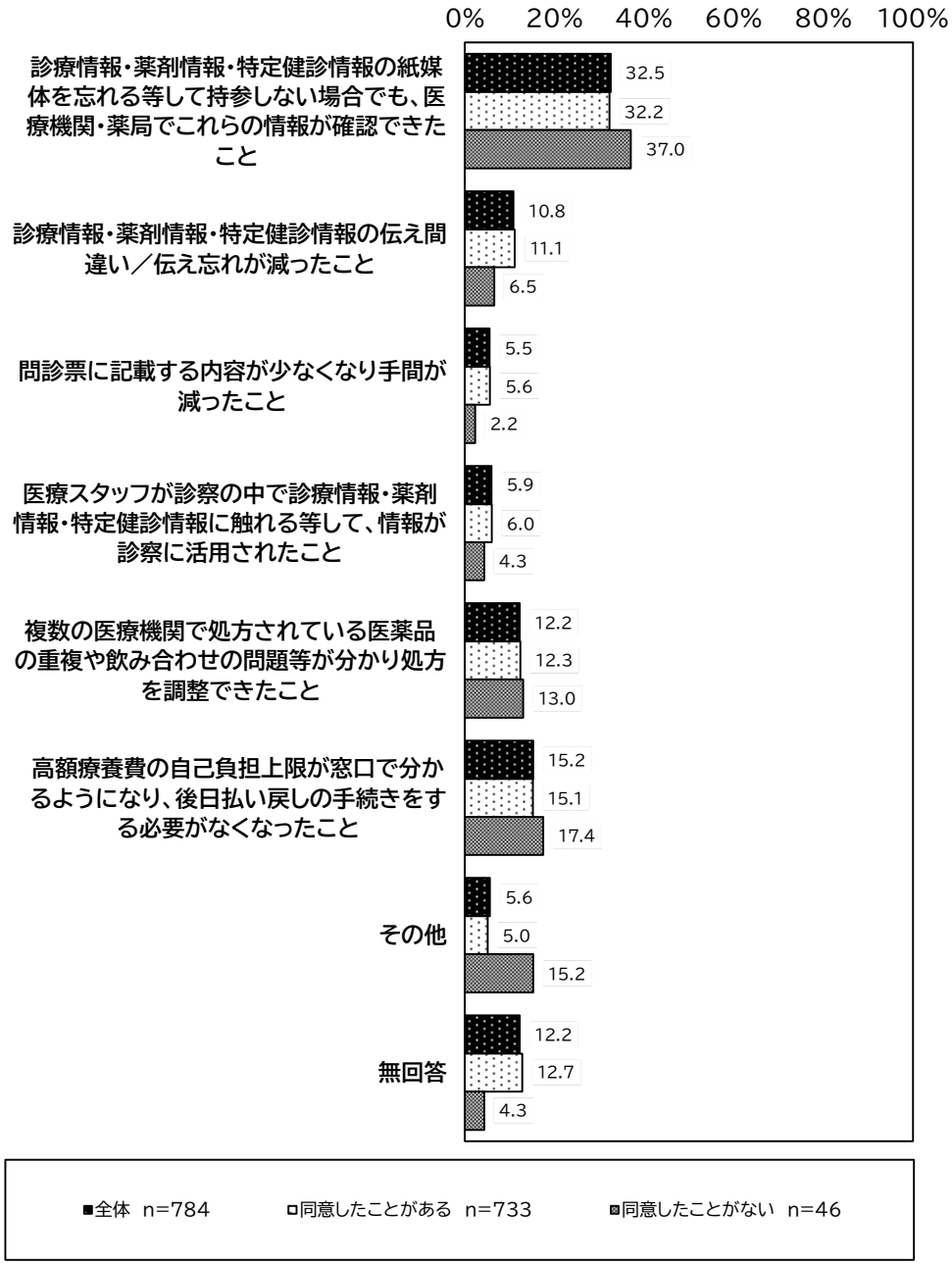
（上図：マイナンバーカードの健康保険証利用で認知している最大のメリット）
（下図：マイナンバーカードの健康保険証利用で実感した最大のメリット
マイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある場合）



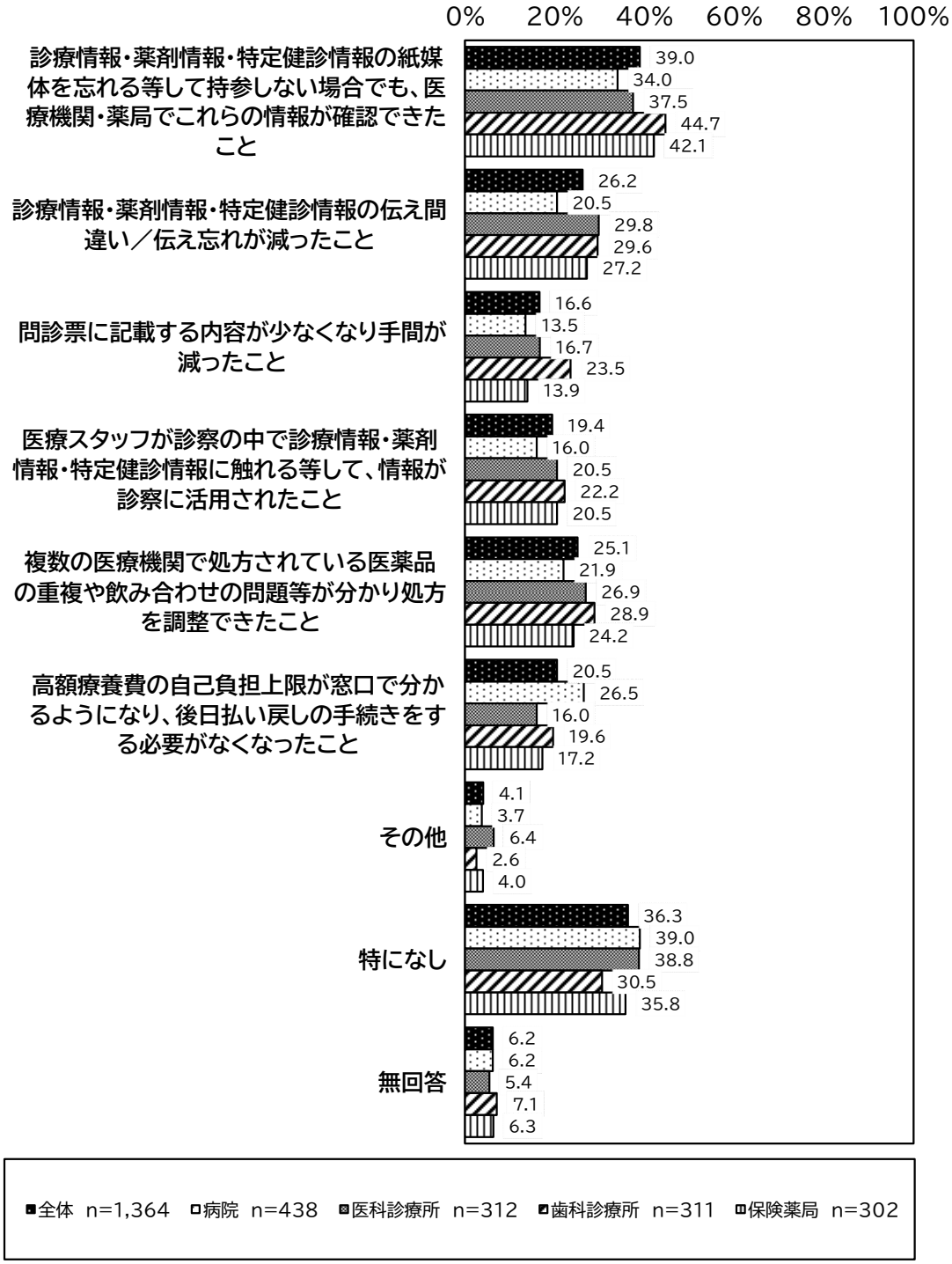
図表 6-51　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット（複数回答）
（マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある人】



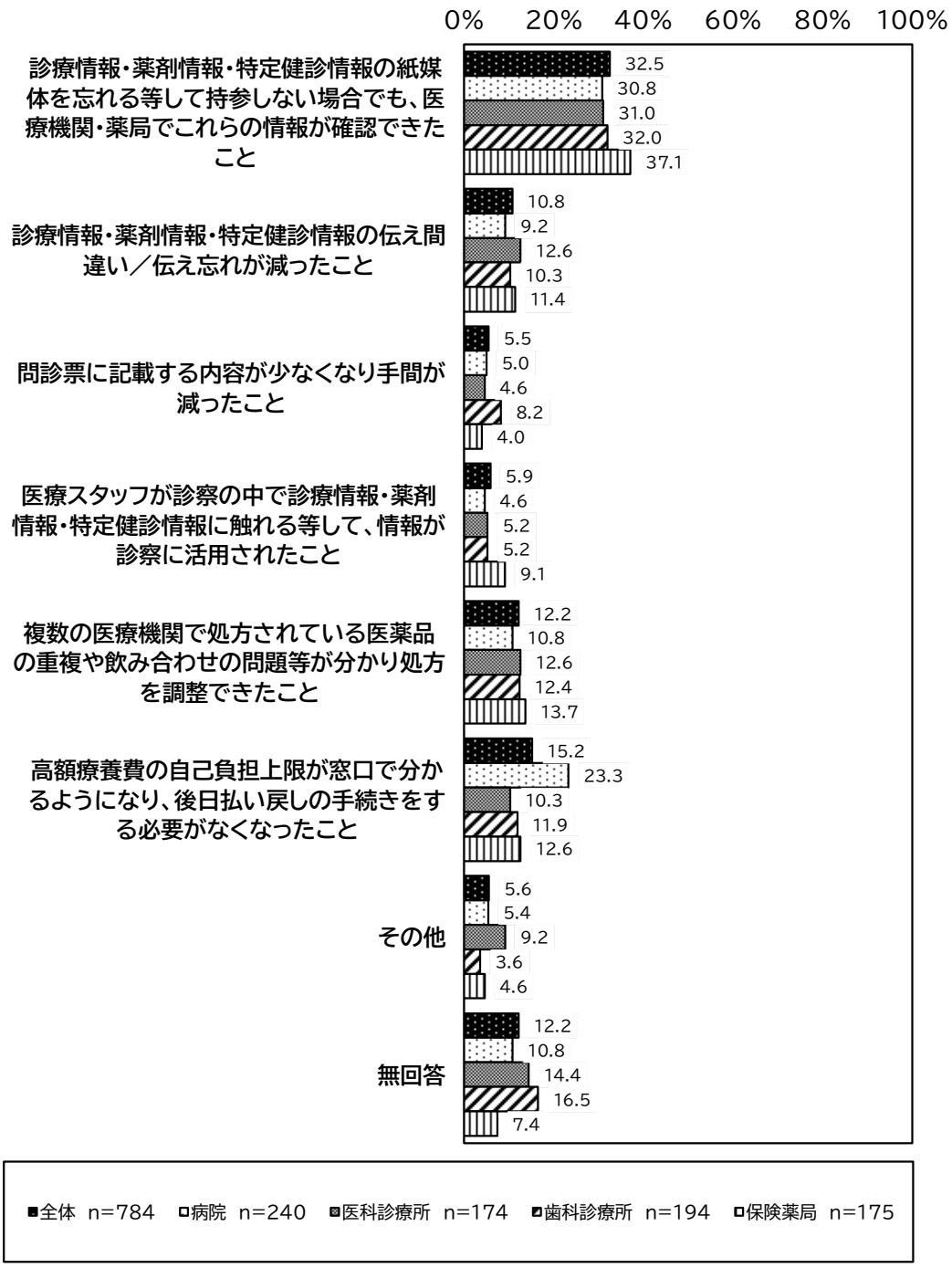
図表 6-52　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット
（最もメリットと感じたもの）
（マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある人】



図表 6-53　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット
（複数回答）（調査票配布元の医療機関種別）
【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人】



図表 6-54　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット
（最もメリットと感じたもの）（調査票配布元の医療機関種別）
【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人】



7. 患者調査（インターネット調査）

【調査対象等】

調査対象：インターネット調査会社のモニターのうち、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。

回 答 数：5,000 人

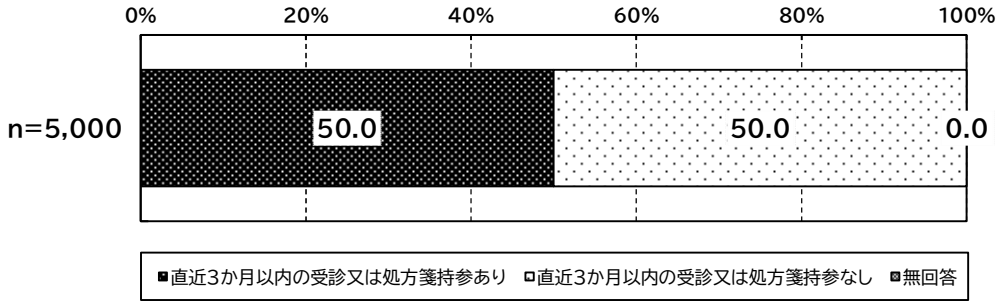
回 答 者：患者本人もしくは家族等

1) 記入者の属性

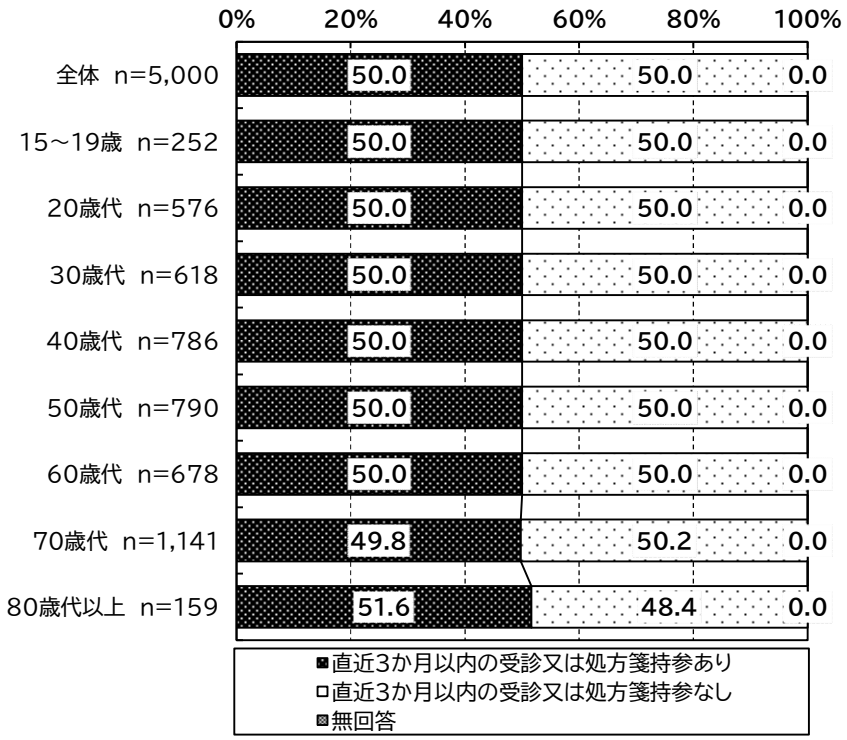
(1) マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無

マイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証として利用）し、直近 3 か月以内に 1 回以上医療機関を受診した又は処方箋を薬局に持参したかについて「はい」と回答した患者が 2,500 名（50.0%）、「いいえ」と回答した患者が 2,500 名（50.0%）となるように調査対象を設定した。

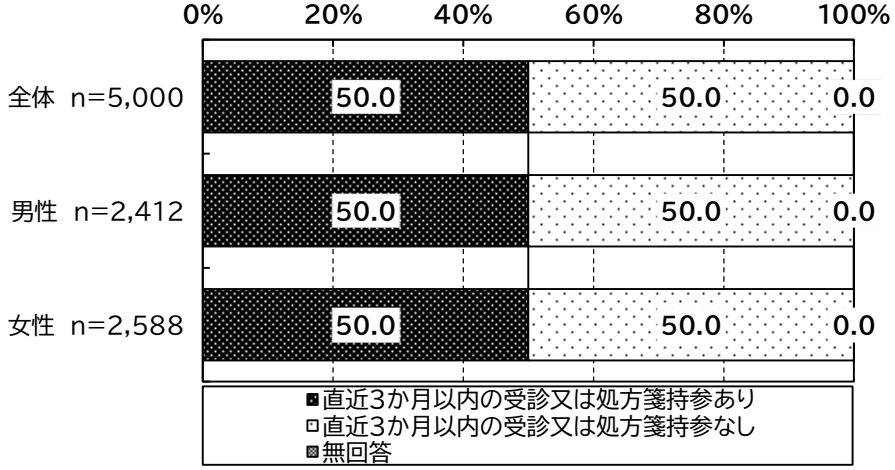
図表 7-1 マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無



図表 7-2　マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無（年代別）



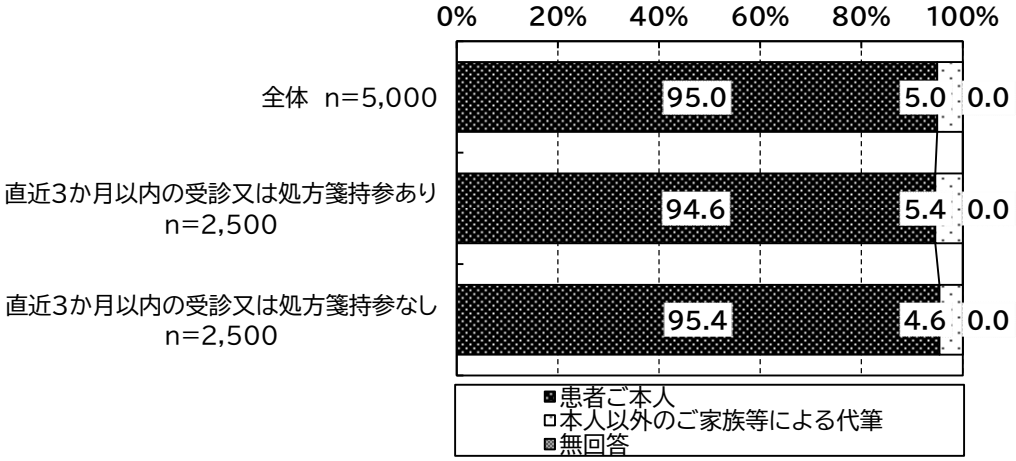
図表 7-3　マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無（性別）



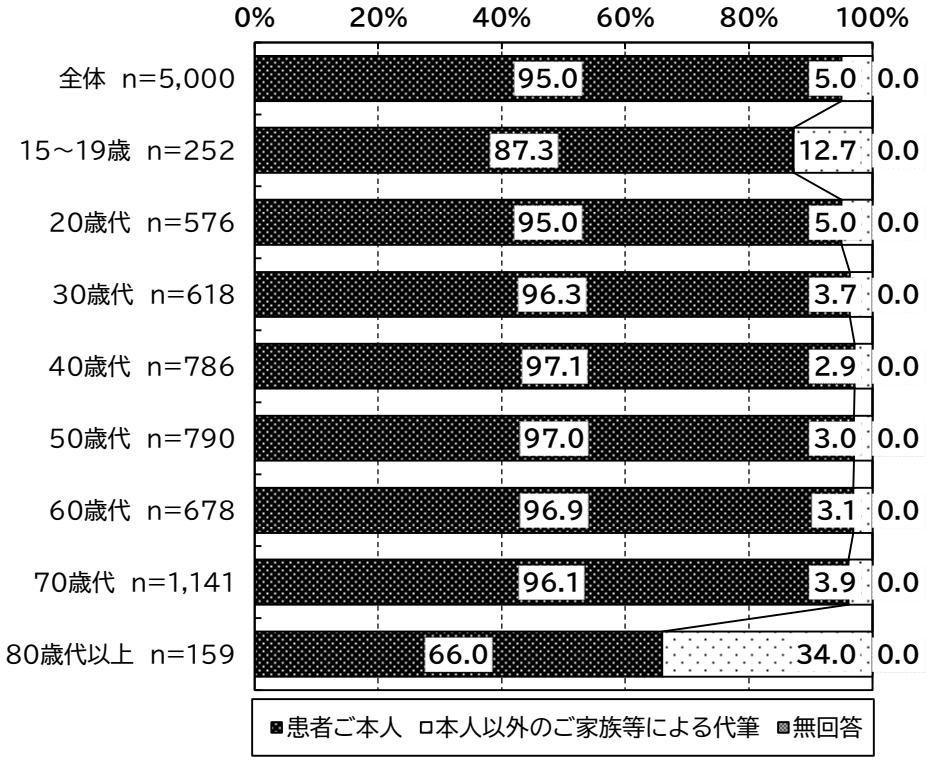
(2) 記入者と患者の関係

記入者と患者の関係についてみると、「患者ご本人」が全体で 95.0%であった。

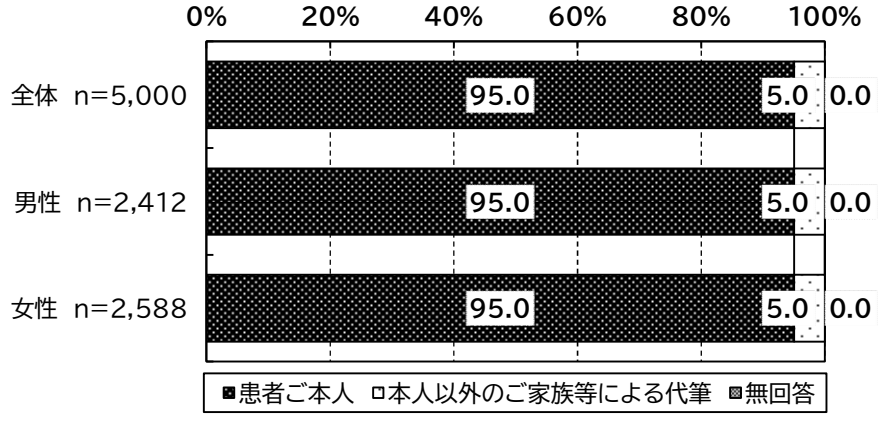
図表 7-4　記入者と患者の関係
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



図表 7-5　記入者と患者の関係（年代別）



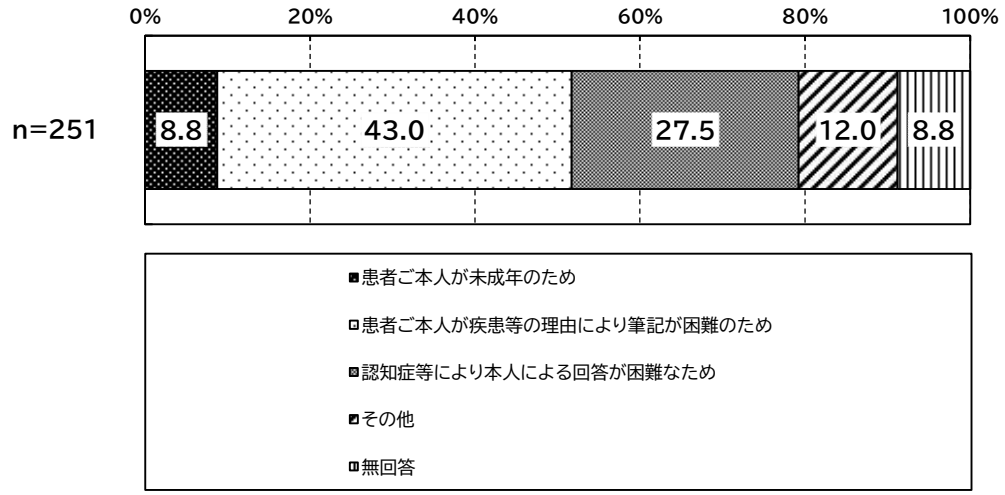
図表 7-6　記入者と患者の関係（性別）



① 代筆理由

記入者が本人以外の代筆者に対して、代筆の理由を尋ねたところ（251 人）、「患者ご本人が疾患等の理由により筆記が困難のため」が全体で 43.0%と最も多かった。

図表 7-7 代筆理由
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



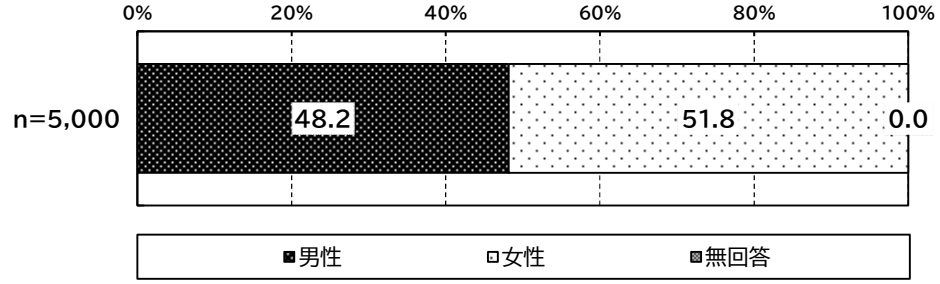
※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・具合が悪いため。
・高齢のため。

2) 患者の属性等

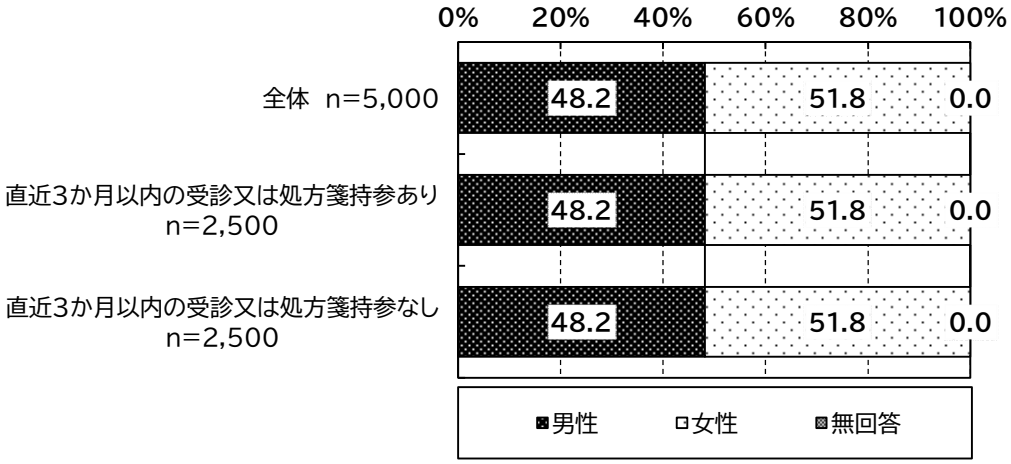
(1) 患者の基本属性

性別については、「男性」が 48.2%、「女性」が 51.8%であった。
なお、地域、性別、年齢については、階級別の全国値に基づき比例配分する調査設計としている。

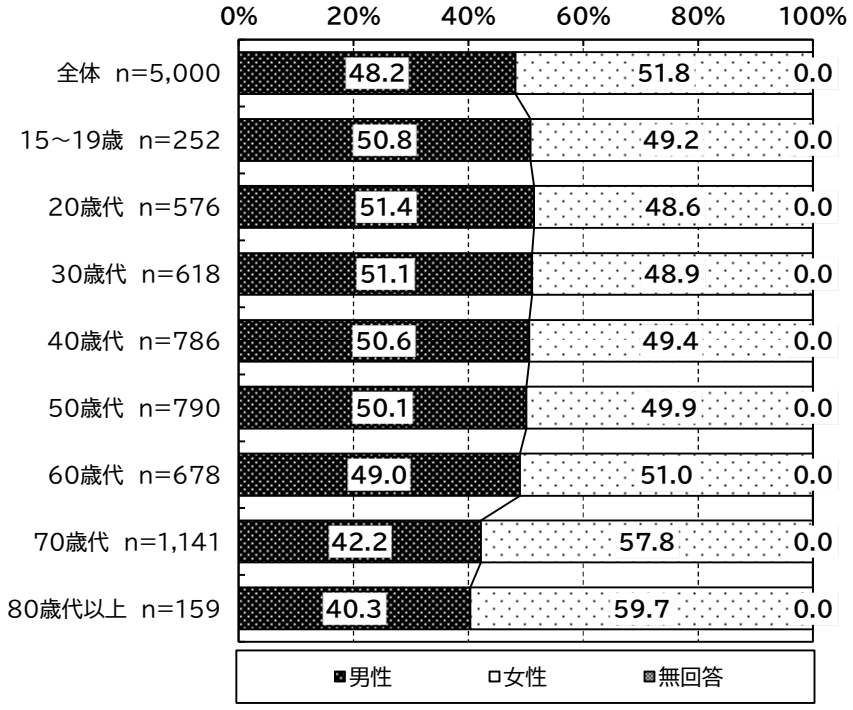
図表 7-8 性別



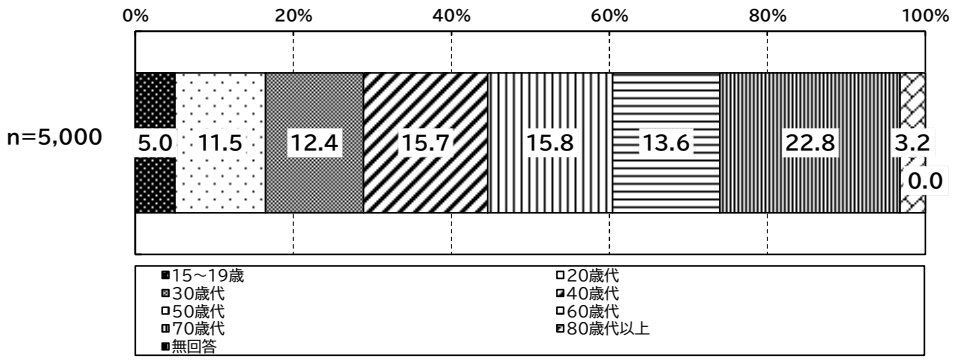
図表 7-9 性別
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



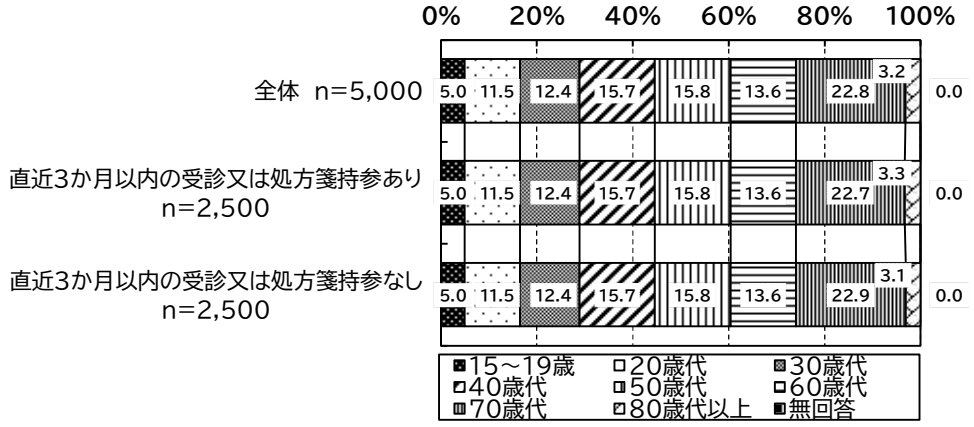
図表 7-10　年代分布（性別）



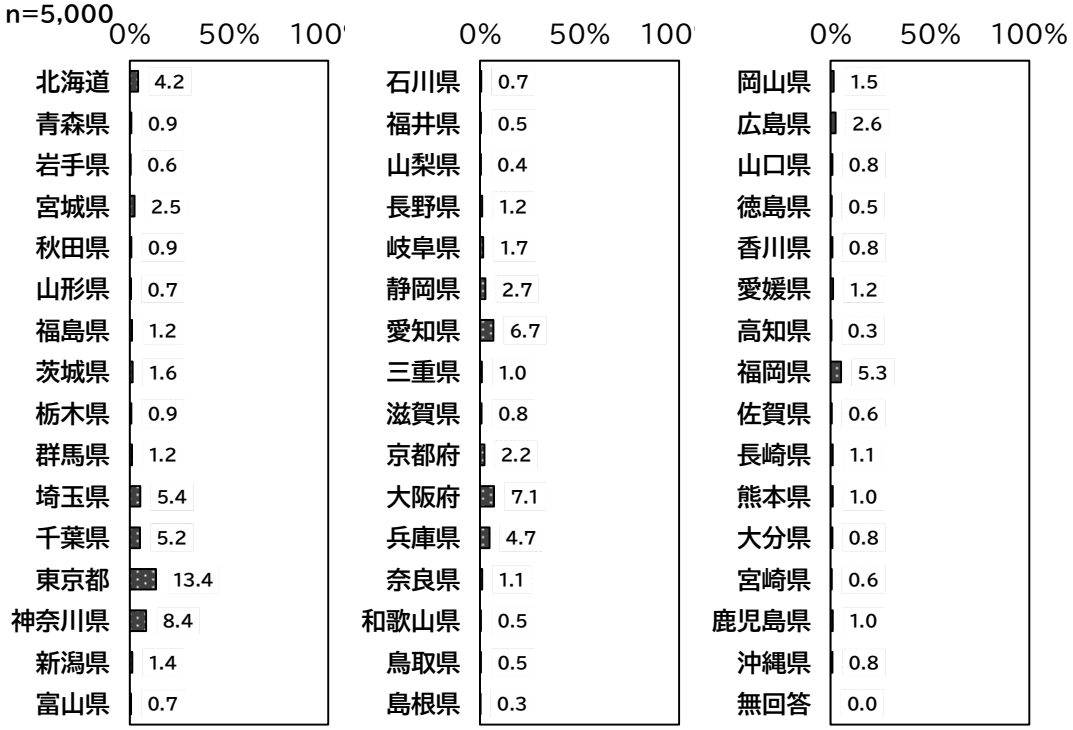
図表 7-11　年代分布



図表 7-12　年代分布
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



図表 7-13　居住地（都道府県）



3) 医療機関や保険薬局の利用状況

(1) 定期・継続的に受診・利用している医療機関・診療科・保険薬局数

定期的・継続的に受診・利用している医療機関（病院・診療所[歯科診療所を含む]）、診療科、保険薬局数について、「医療機関数（病院・診療所）」は平均 1.4 件、「診療科数」は平均 1.4 件、「保険薬局数」は平均 0.9 件であった。

図表 7-14　定期的・継続的に受診・利用している医療機関、診療科、保険薬局数

	回答者数	平均値（件）	標準偏差	中央値
医療機関数（病院・診療所）	4,936	1.4	1.2	1.0
診療科数	4,936	1.4	1.3	1.0
保険薬局数	4,936	0.9	0.9	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 7-15　定期的・継続的に受診・利用している医療機関、診療科、保険薬局数（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）

	マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無	回答者数	平均値（件）	標準偏差	中央値
医療機関数（病院・診療所）	あり	2,456	1.6	1.1	1.0
	なし	2,480	1.2	1.2	1.0
診療科数	あり	2,456	1.6	1.2	1.0
	なし	2,480	1.2	1.3	1.0
保険薬局数	あり	2,456	1.1	0.9	1.0
	なし	2,480	0.8	0.9	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 7-16　定期的・継続的に受診している医療機関、診療科、保険薬局数（年代別）

	年代	回答者数	平均値（件）	標準偏差	中央値
医療機関数（病院・診療所）	15～19 歳	249	1.0	1.0	1.0
	20 歳代	570	1.0	1.0	1.0
	30 歳代	610	1.1	1.0	1.0
	40 歳代	775	1.1	1.0	1.0
	50 歳代	778	1.3	1.1	1.0
	60 歳代	669	1.7	1.2	1.0
	70 歳代	1,131	1.8	1.2	2.0
	80 歳代以上	154	2.0	1.4	2.0
診療科数	15～19 歳	249	0.9	1.2	1.0
	20 歳代	570	0.9	1.1	1.0
	30 歳代	610	1.0	1.1	1.0
	40 歳代	775	1.1	1.1	1.0
	50 歳代	778	1.4	1.2	1.0
	60 歳代	669	1.7	1.3	1.0
	70 歳代	1,131	1.9	1.3	2.0
	80 歳代以上	154	2.1	1.5	2.0
保険薬局数	15～19 歳	249	0.6	0.8	0.0
	20 歳代	570	0.7	0.9	0.0
	30 歳代	610	0.8	0.9	1.0
	40 歳代	775	0.8	0.8	1.0
	50 歳代	778	0.9	0.9	1.0
	60 歳代	669	1.0	0.9	1.0
	70 歳代	1,131	1.2	1.0	1.0
	80 歳代以上	154	1.3	1.0	1.0

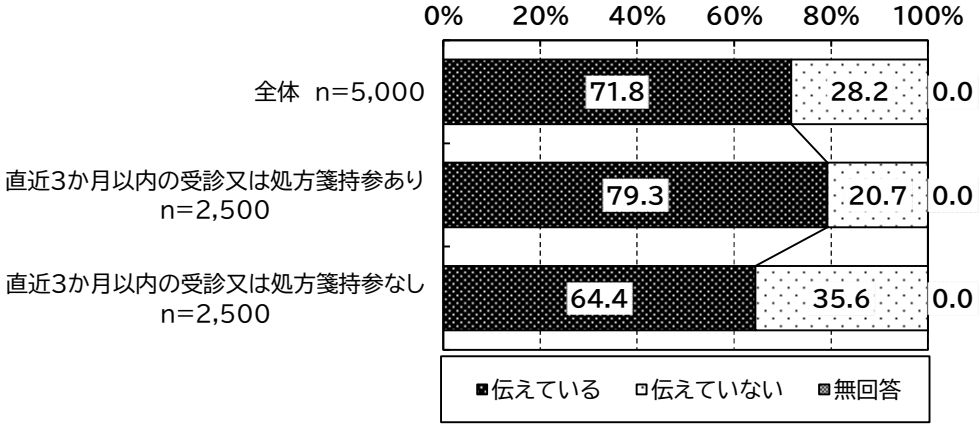
※無回答を除く施設を集計対象とした

4) 診察時の状況

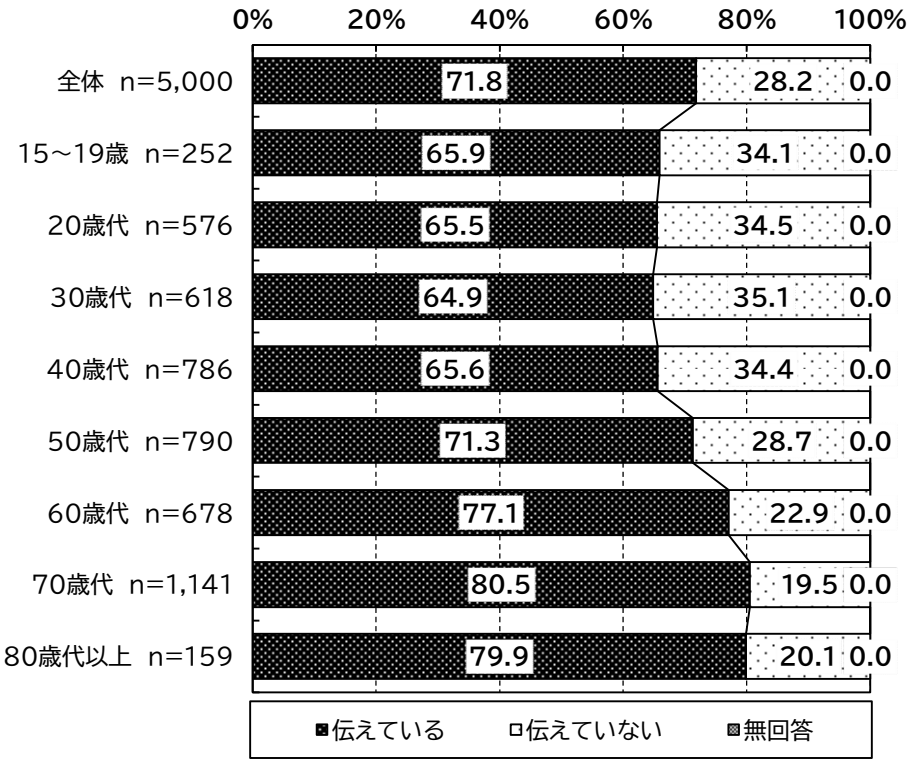
(1) 過去に服薬したお薬や特定健診情報等の医師・歯科医師・薬剤師への伝達

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、「伝えている」が全体で 71.8%、「伝えていない」が 28.2%であった。

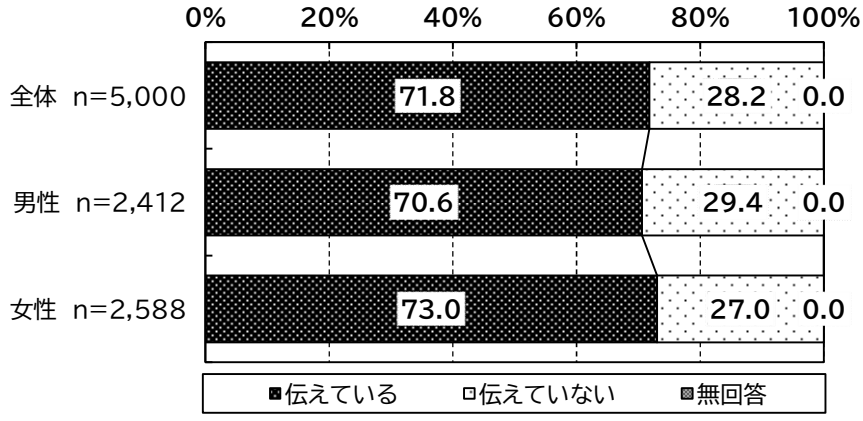
図表 7-17 過去に服薬したお薬や特定健診情報等の医師・歯科医師・薬剤師への伝達（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



図表 7-18　過去に服薬したお薬や特定健診情報等の医師・歯科医師・薬剤師への伝達（年代別）



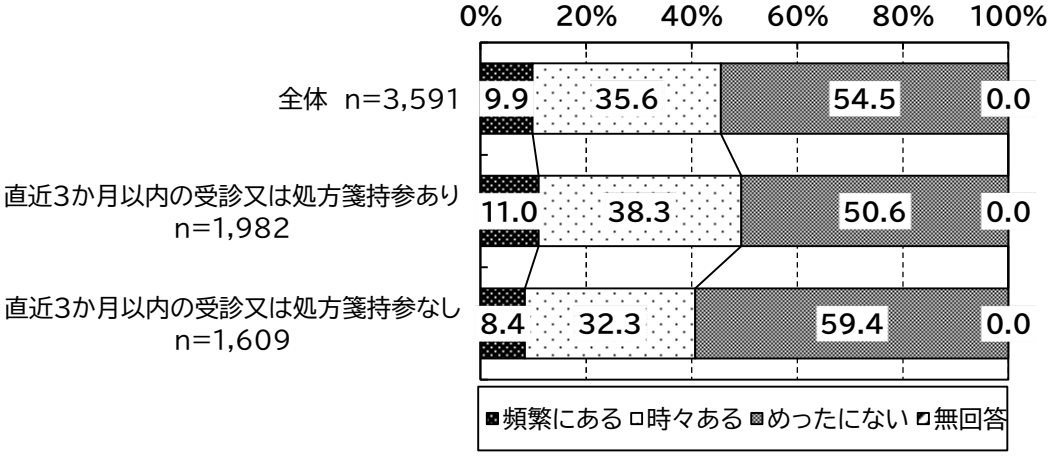
図表 7-19　過去に服薬したお薬や特定健診情報等の医師・歯科医師・薬剤師への伝達（性別）



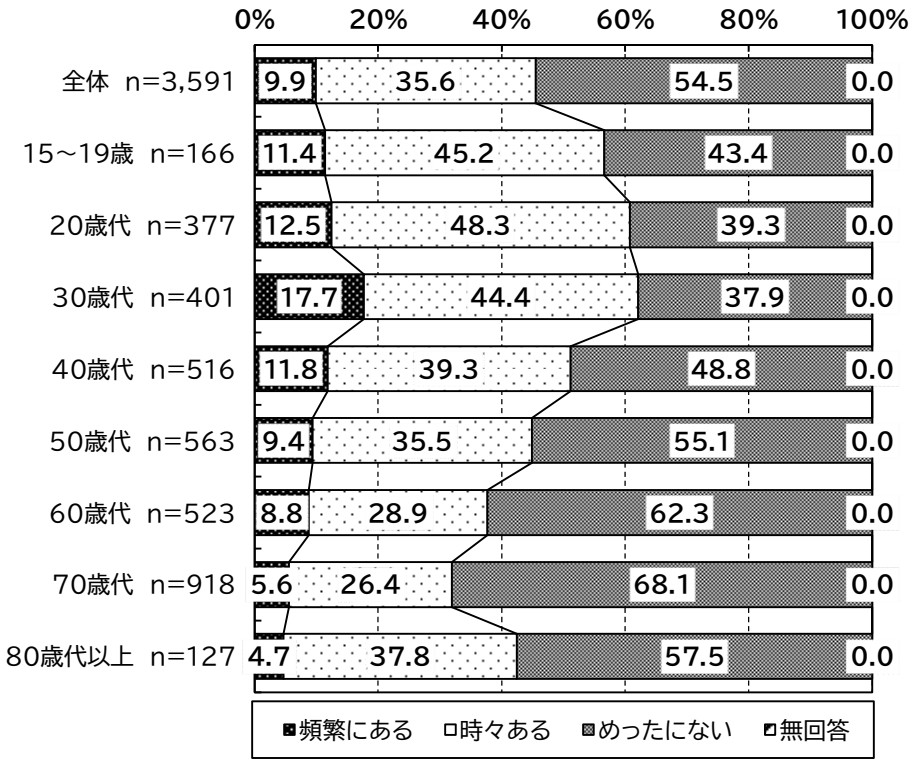
① 服薬したお薬情報を思い出すのが難しいまたは面倒と感じる頻度

過去に服薬したお薬や特定健診情報等を医師、歯科医師、薬剤師へ伝えている人（3,591 人）に対して、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があるかを尋ねたところ、全体で「頻繁にある」が 9.9%、「時々ある」が 35.6%、「めったにない」が 54.5%であった。

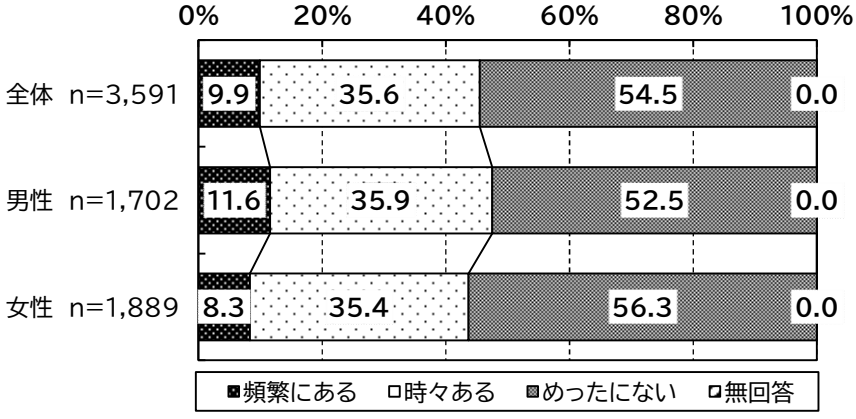
図表 7-20 服薬したお薬情報を思い出すのが難しいまたは面倒と感じる頻度
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）
【過去に服薬したお薬や特定健診情報等を医師、歯科医師、薬剤師へ伝えている人】



図表 7-21　服薬したお薬情報を思い出すのが難しいまたは面倒と感じる頻度（年代別）
（過去に服薬したお薬や特定健診情報等を医師、歯科医師、薬剤師へ伝えている人）



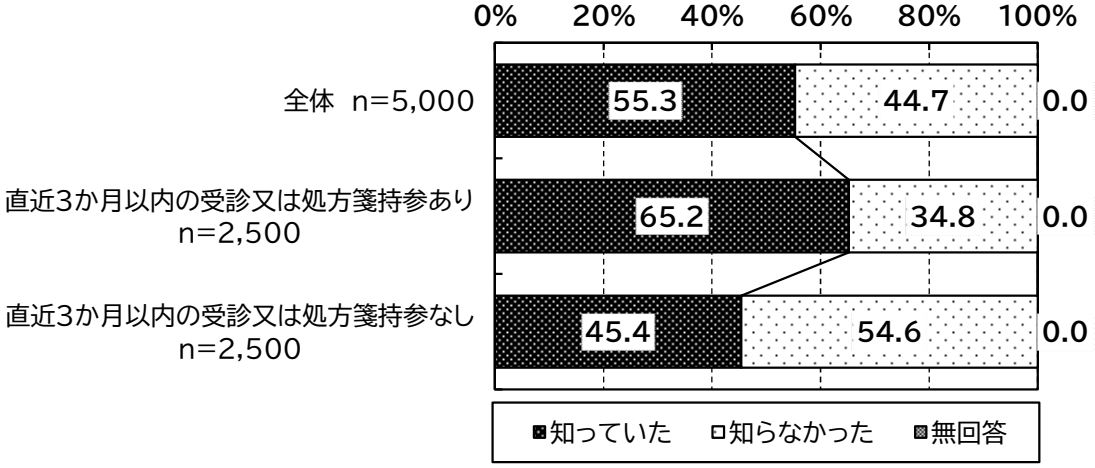
図表 7-22　服薬したお薬情報を思い出すのが難しいまたは面倒と感じる頻度達（性別）
（過去に服薬したお薬や特定健診情報等を医師、歯科医師、薬剤師へ伝えている人）



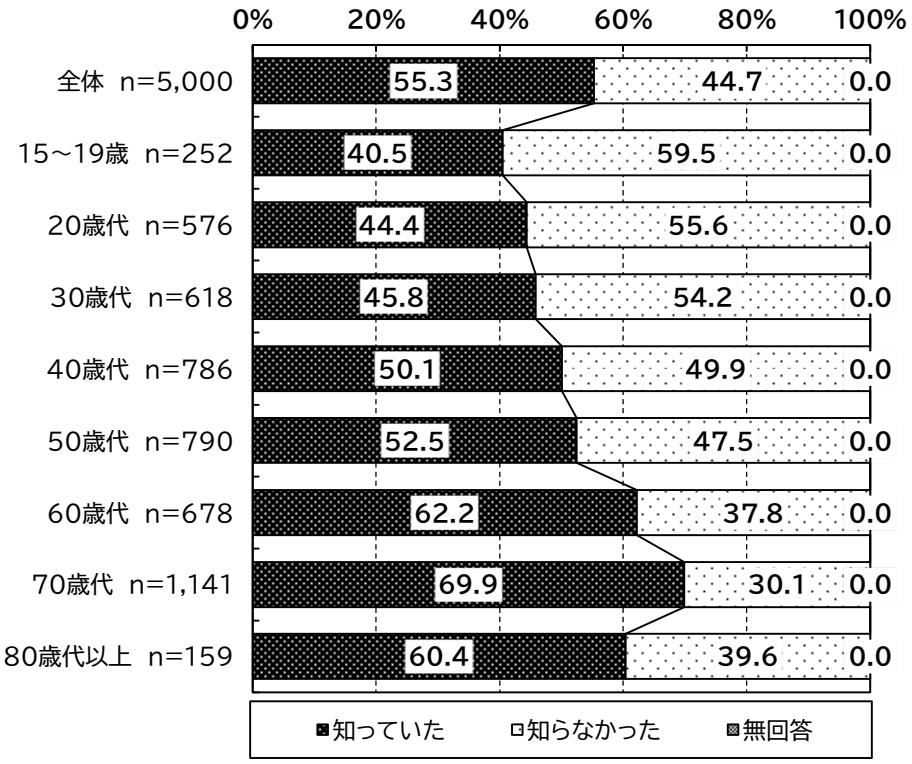
(2) マイナンバーカードの健康保険証利用による医師・薬剤師への情報共有の認知度

マイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証として利用）し、本人同意をした際、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ることを知っていたか尋ねたところ、全体で「知っていた」が 55.3%、「知らなかった」が 44.7%であった。

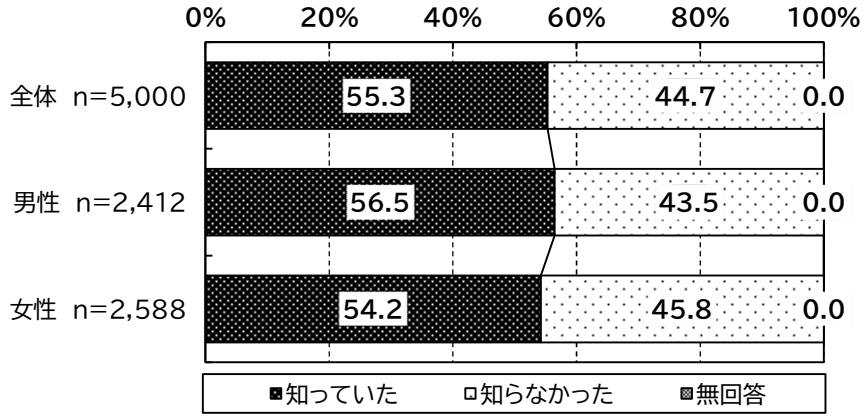
図表 7-23　マイナンバーカードの健康保険証利用による医師・薬剤師への情報共有の認知度
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



図表 7-24　マイナンバーカードの健康保険証利用による医師・薬剤師への情報共有の認知度
（年代別）



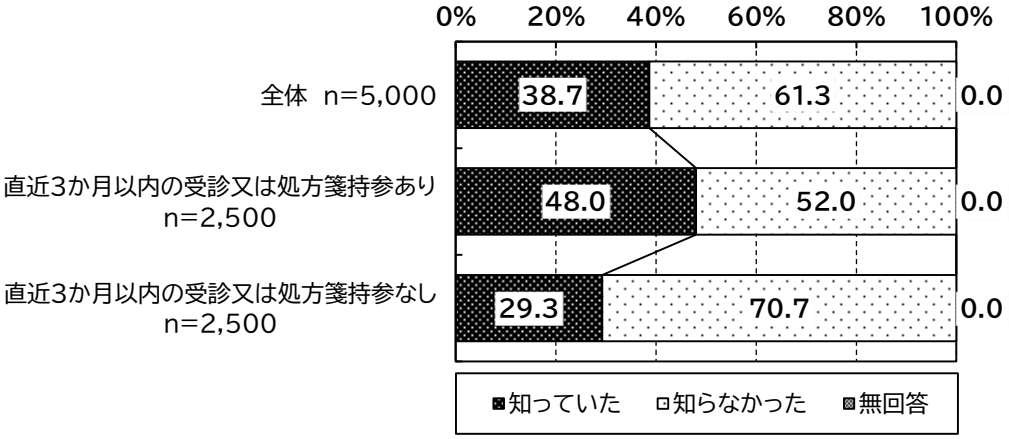
図表 7-25　マイナンバーカードの健康保険証利用による医師・薬剤師への情報共有の認知度
（性別）



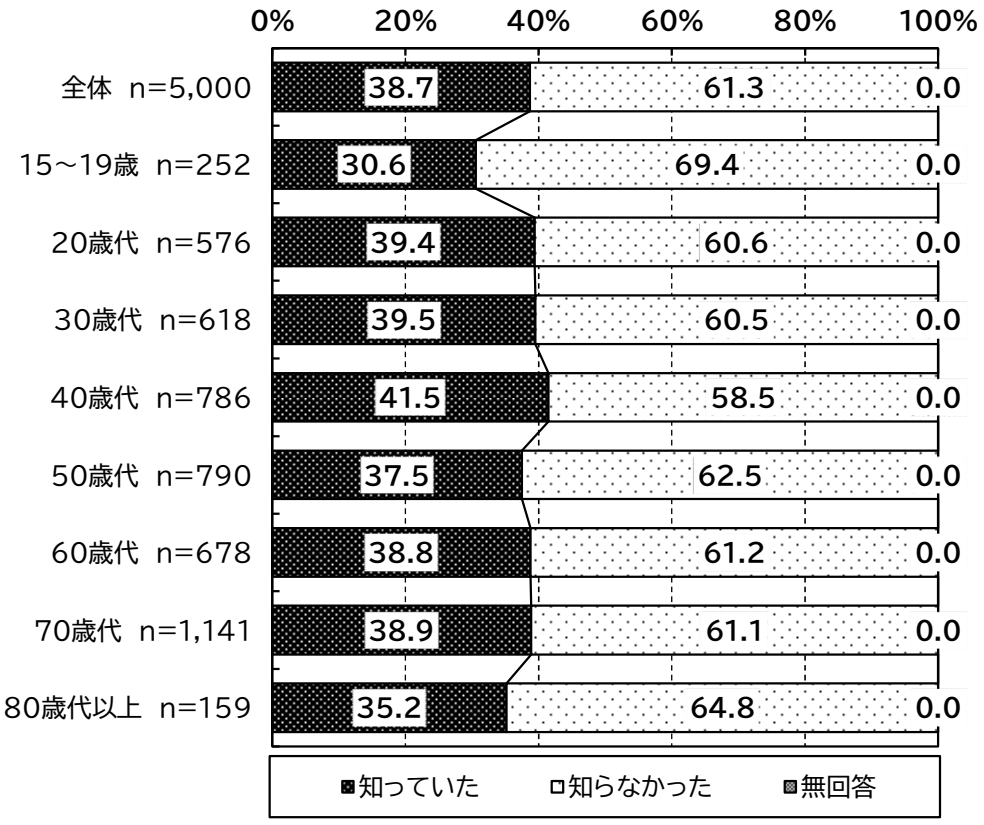
(3) マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局での診療報酬の加算算定の認知度

マイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証の利用）に対応した医療機関・薬局では、診療報酬の加算の算定がされることを、全体で「知っていた」が 38.7%、「知らなかった」が 61.3%であった。

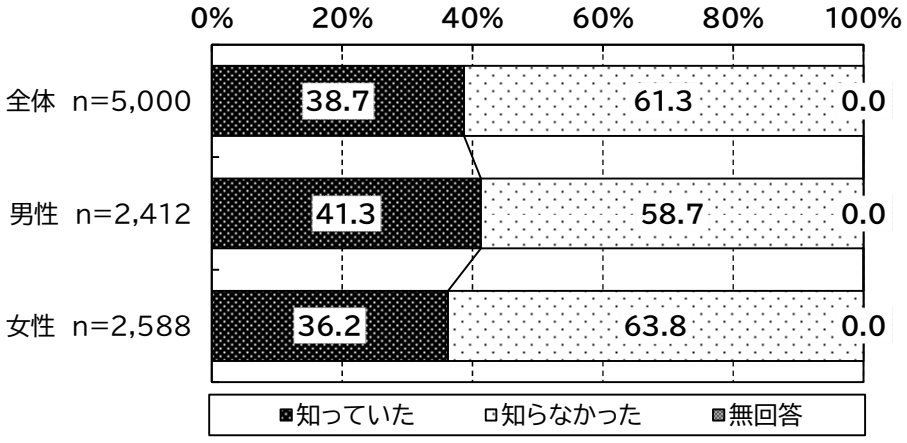
図表 7-26　マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局での診療報酬の加算算定の認知度
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



図表 7-27　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（年代別）

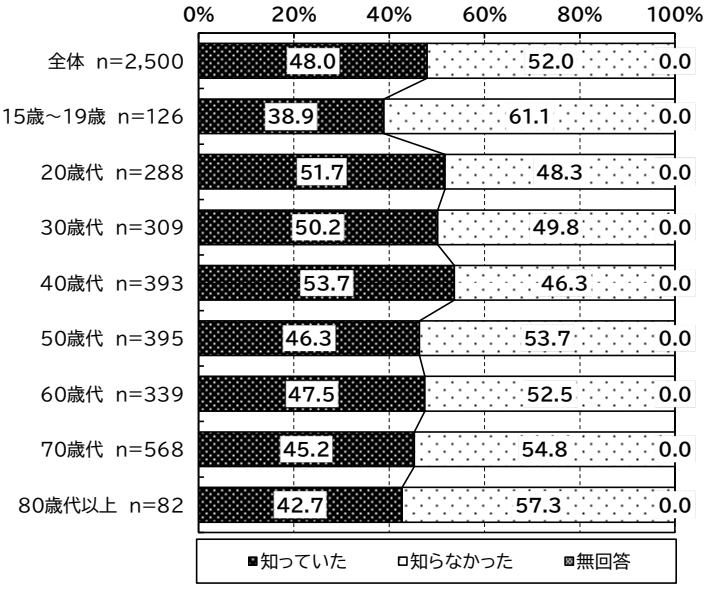


図表 7-28　マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局での診療報酬の加算算定の認知度（性別）

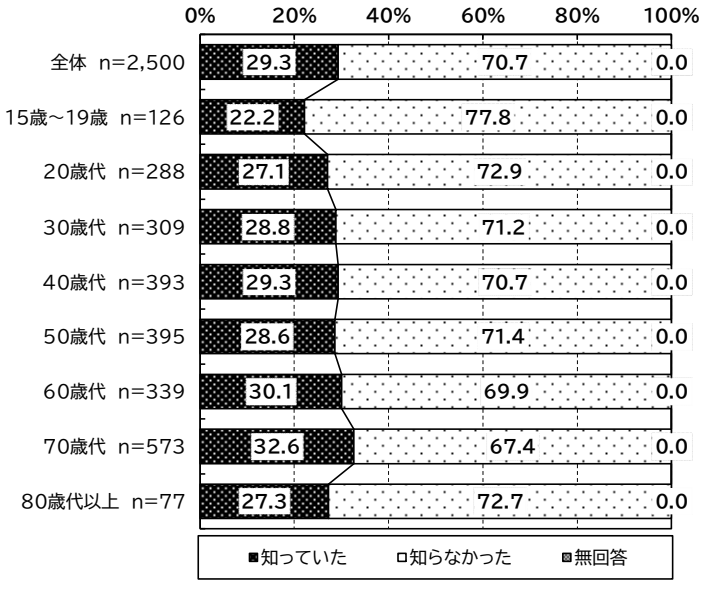


図表 7-29　（参考）マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局での診療報酬の加算算定の認知度
（年齢別×マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）

＜マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参した場合＞



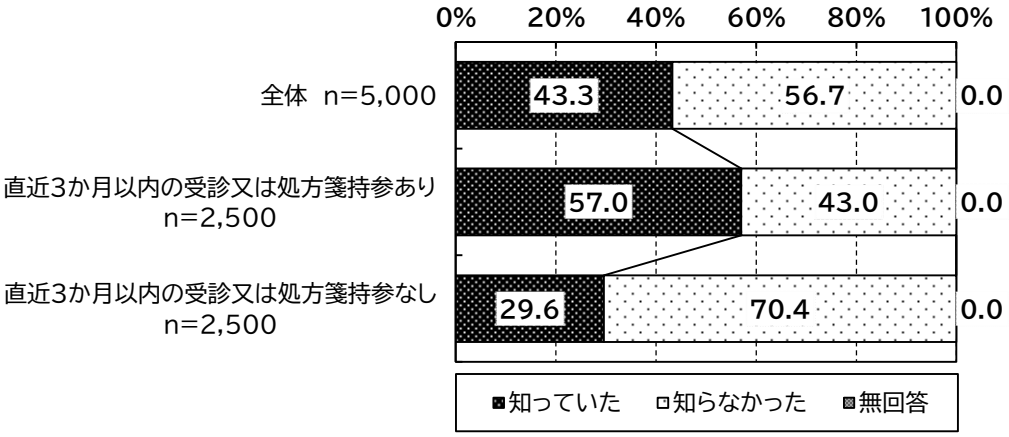
＜マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参していない場合＞



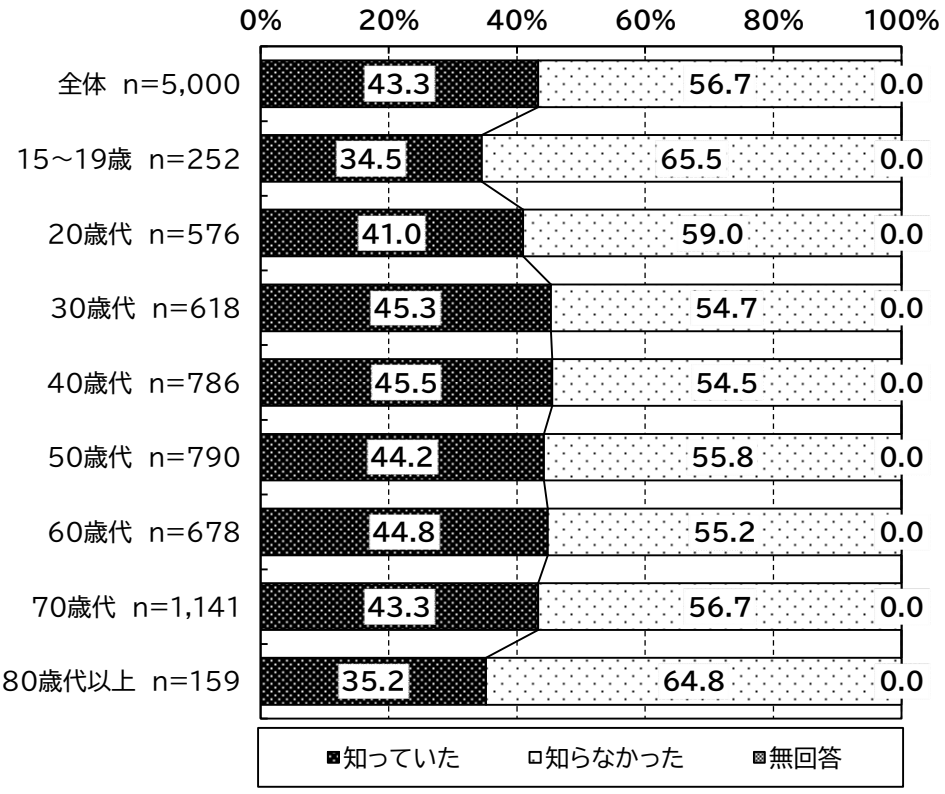
(4) マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度

マイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証として利用）すると、医療費負担が低くなることを知っていたか尋ねたところ、全体で「知っていた」が 43.3%、「知らなかった」が 56.7%であった。

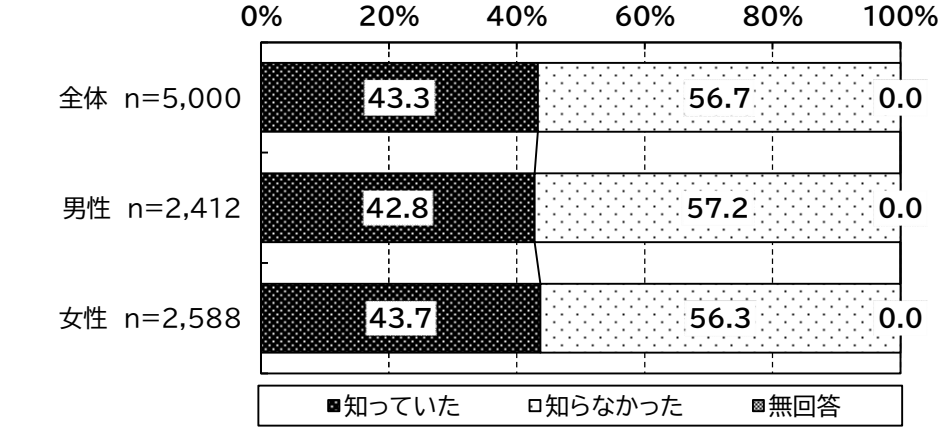
図表 7-30　マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



図表 7-31　マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度
（年代別）

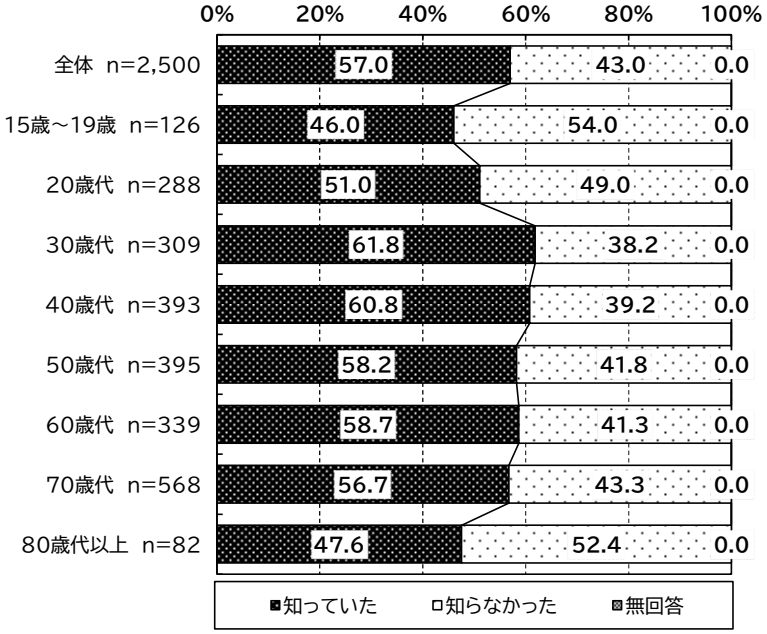


図表 7-32　マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度
（性別）

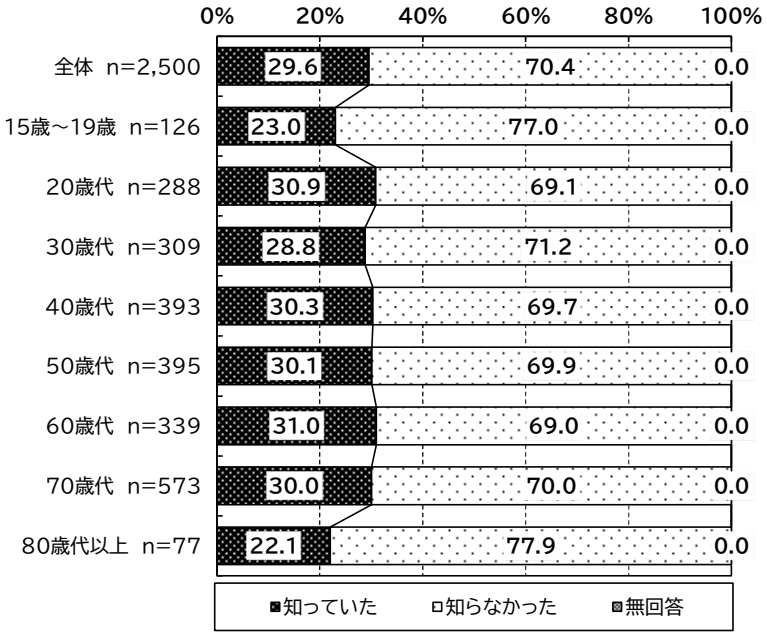


図表 7-33　（参考）マイナンバーカードの健康保険証利用による医療費負担軽減の認知度（年齢別×マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）

＜マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参した場合＞



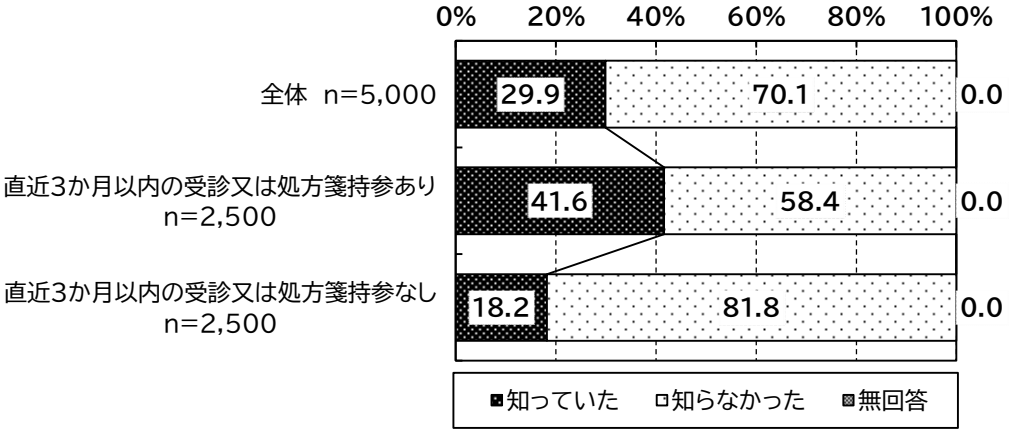
＜マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参していない場合＞



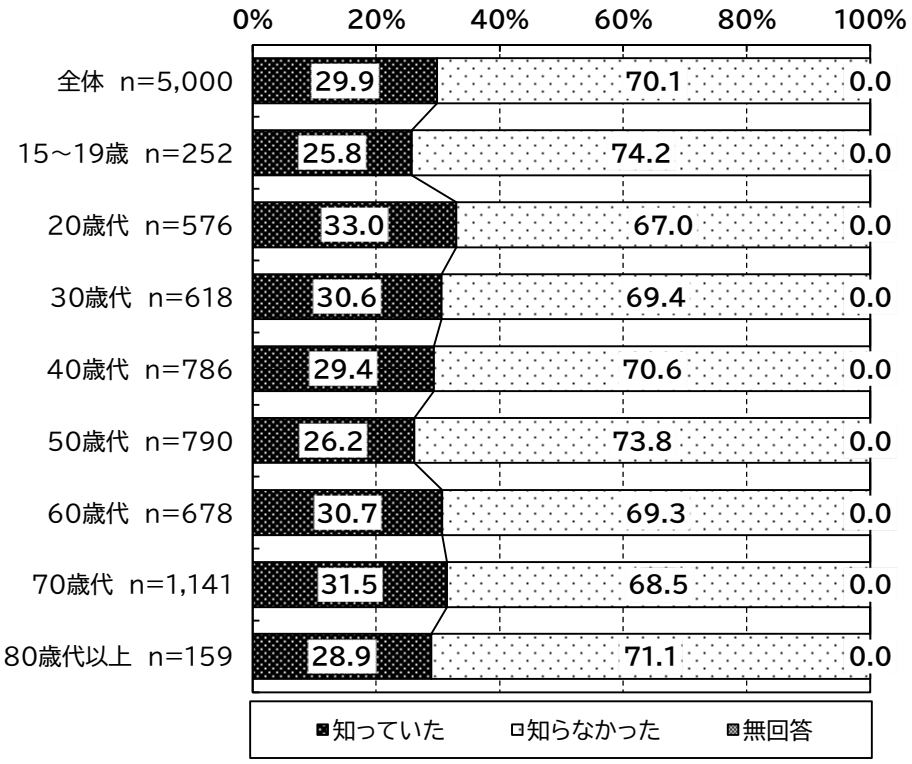
(5) マイナンバーカードの健康保険証利用による窓口負担軽減のための患者情報提供の必要性の認知度

マイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証として利用）し、窓口負担額が低くなるために過去に服薬したお薬の情報等の患者情報の提供に同意が必要であることを知っていたか尋ねたところ、全体で「知っていた」が 29.9%、「知らなかった」が 70.1%であった。

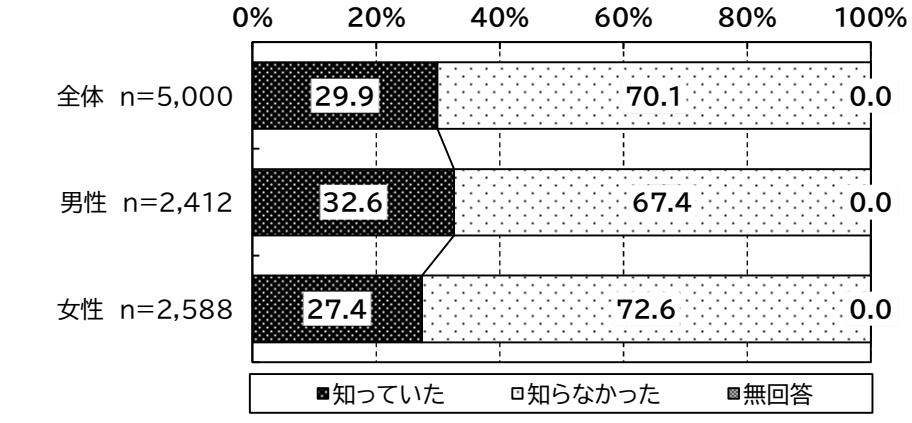
図表 7-34　マイナンバーカードの健康保険証利用による窓口負担軽減のための患者情報提供の必要性の認知度
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



図表 7-35　マイナンバーカードの健康保険証利用による窓口負担軽減のための患者情報提供の必要性の認知度（年代別）

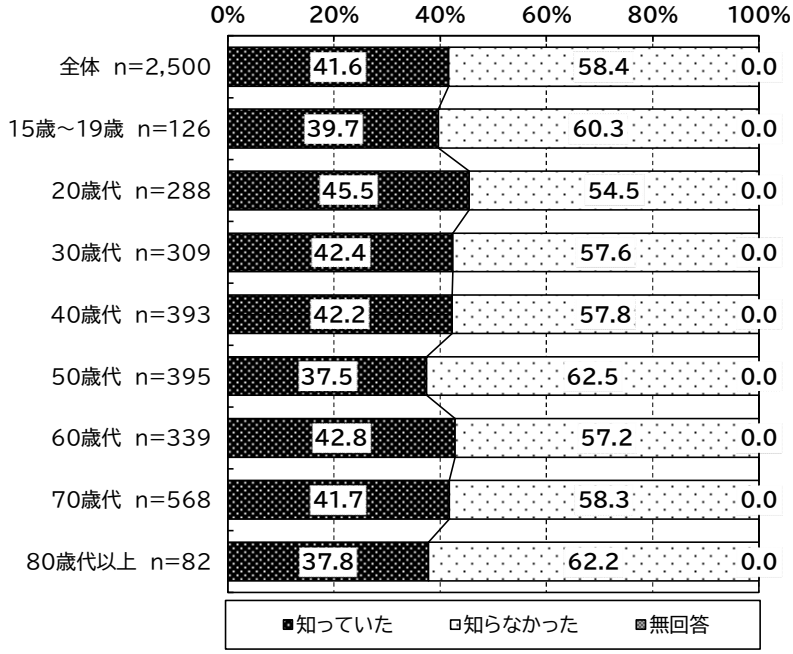


図表 7-36　マイナンバーカードの健康保険証利用による窓口負担軽減のための患者情報提供の必要性の認知度（性別）

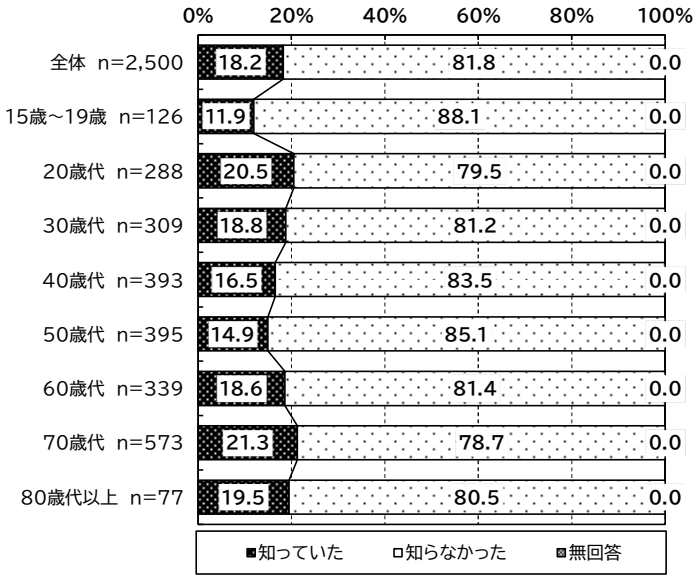


図表 7-37　（参考）マイナンバーカードの健康保険証利用による窓口負担軽減のための患者情報提供の必要性の認知度（年齢別×マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）

＜マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参した場合＞



＜マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参していない場合＞

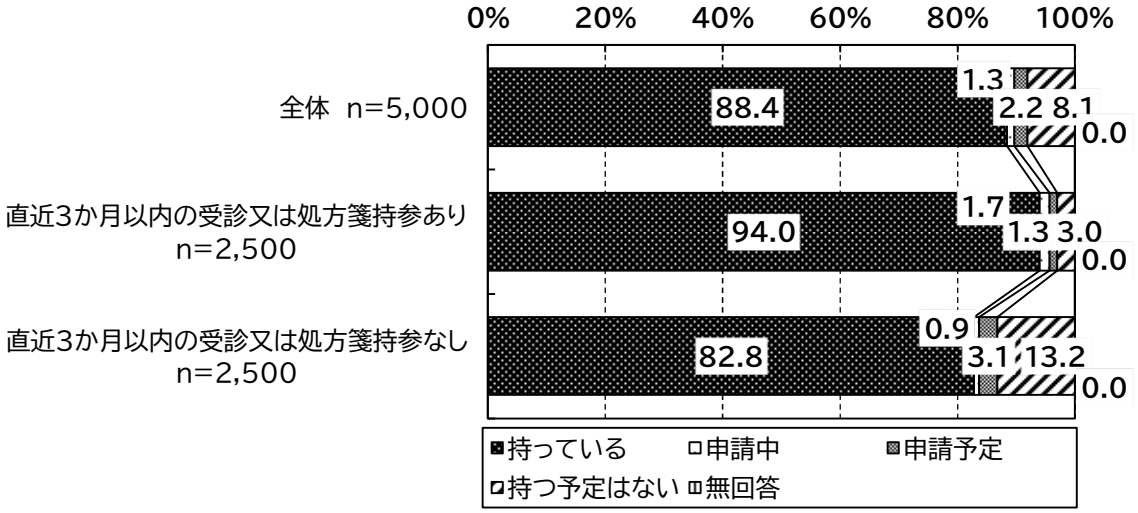


5)　マイナンバーカードの健康保険証利用

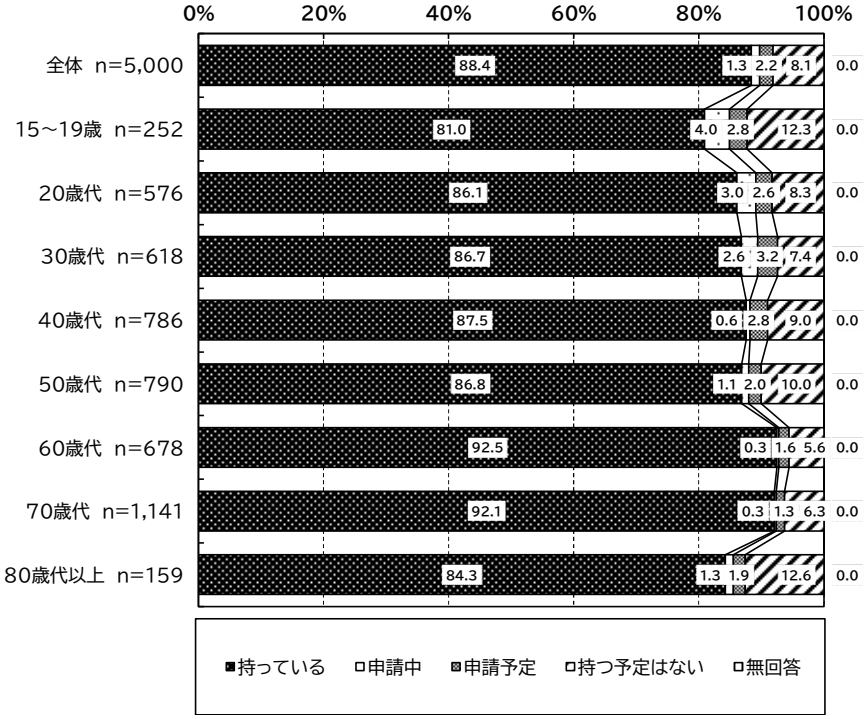
(1) マイナンバーカードの所持状況

マイナンバーカードの所持状況については、全体で「持っている」が 88.4%、「申請中」が 1.3%、「申請予定」が 2.2%、「持つ予定はない」が 8.1%であった。

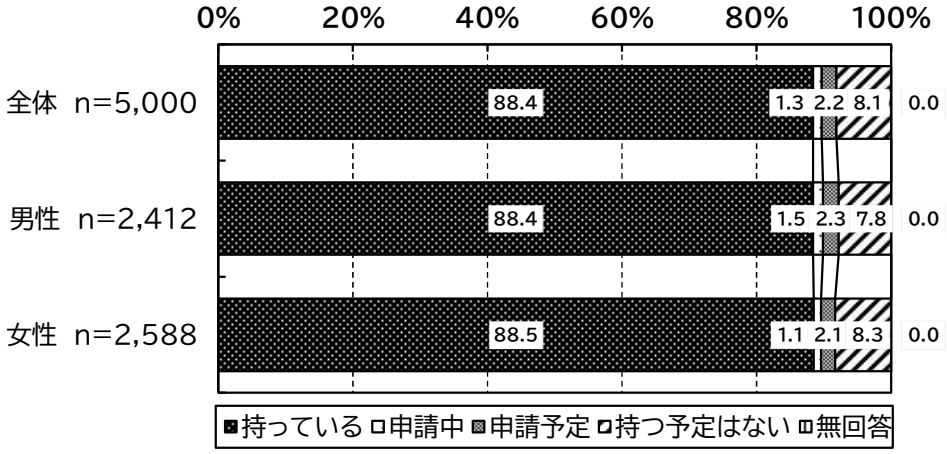
図表 7-38　マイナンバーカードの所持状況
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



図表 7-39　マイナンバーカードの所持状況（年代別）



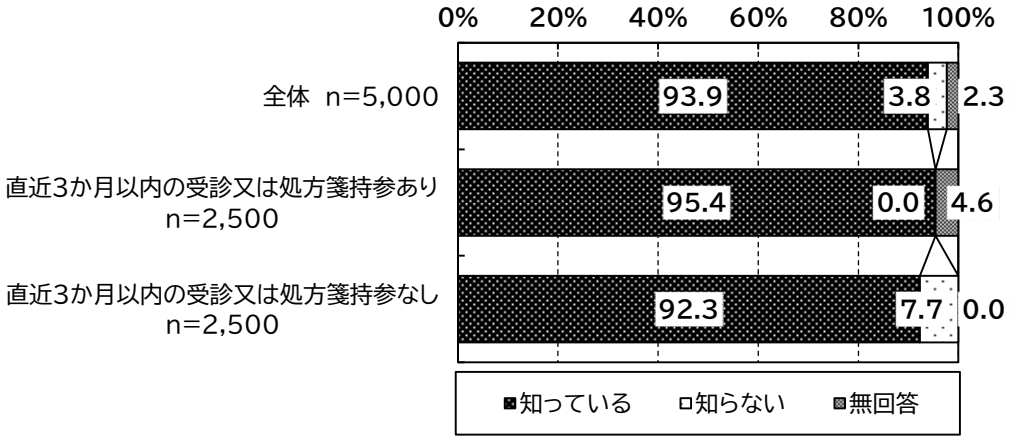
図表 7-40　マイナンバーカードの所持状況（性別）



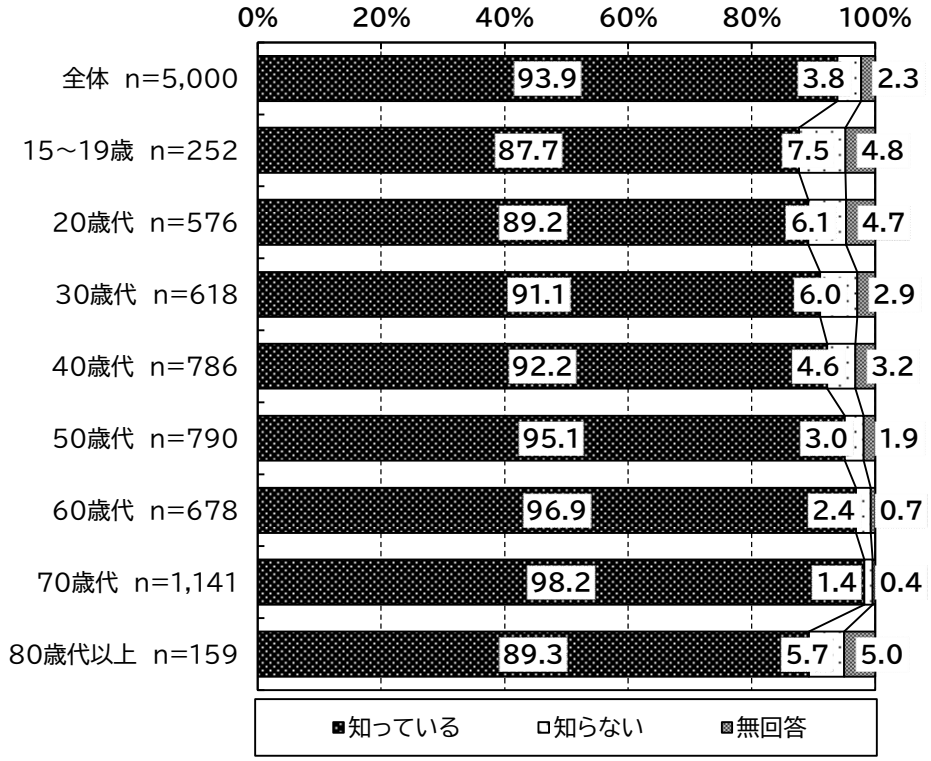
(2) マイナンバーカードの健康保険証利用の認知度

マイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証の利用）ができることを、全体で「知っている」が 93.9%、「知らない」が 3.8%であった。

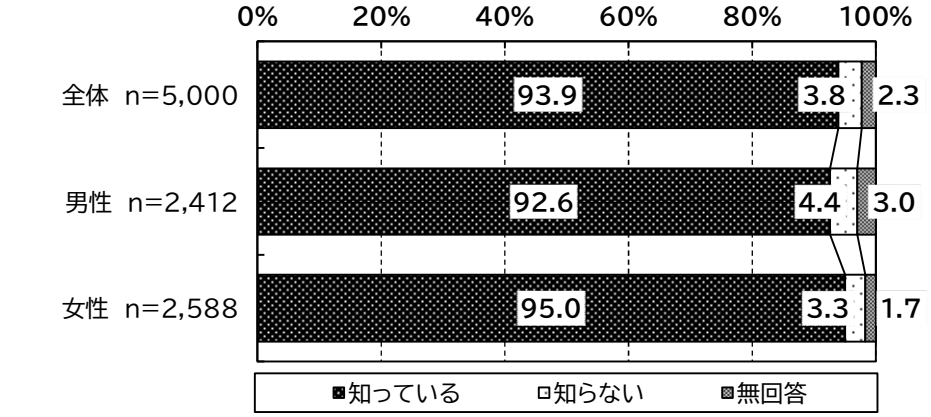
図表 7-41　マイナンバーカードの健康保険証利用の認知度
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



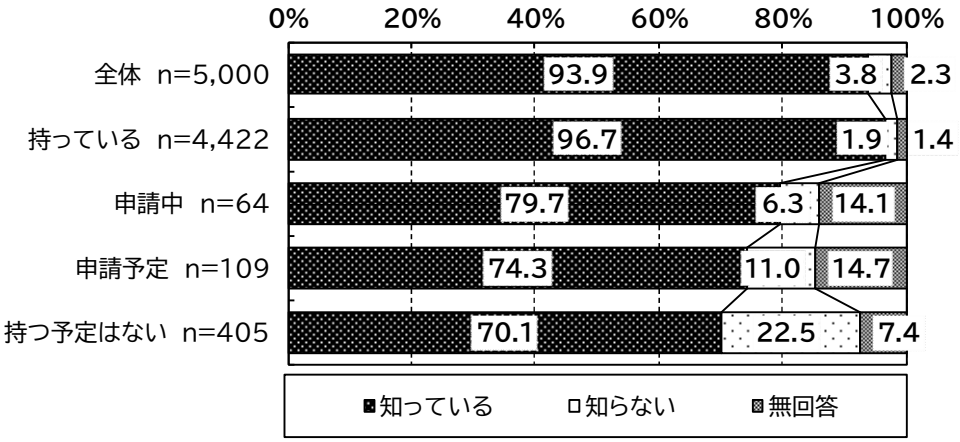
図表 7-42　マイナンバーカードの健康保険証利用の認知度（年代別）



図表 7-43　マイナンバーカードの健康保険証利用の認知度（性別）



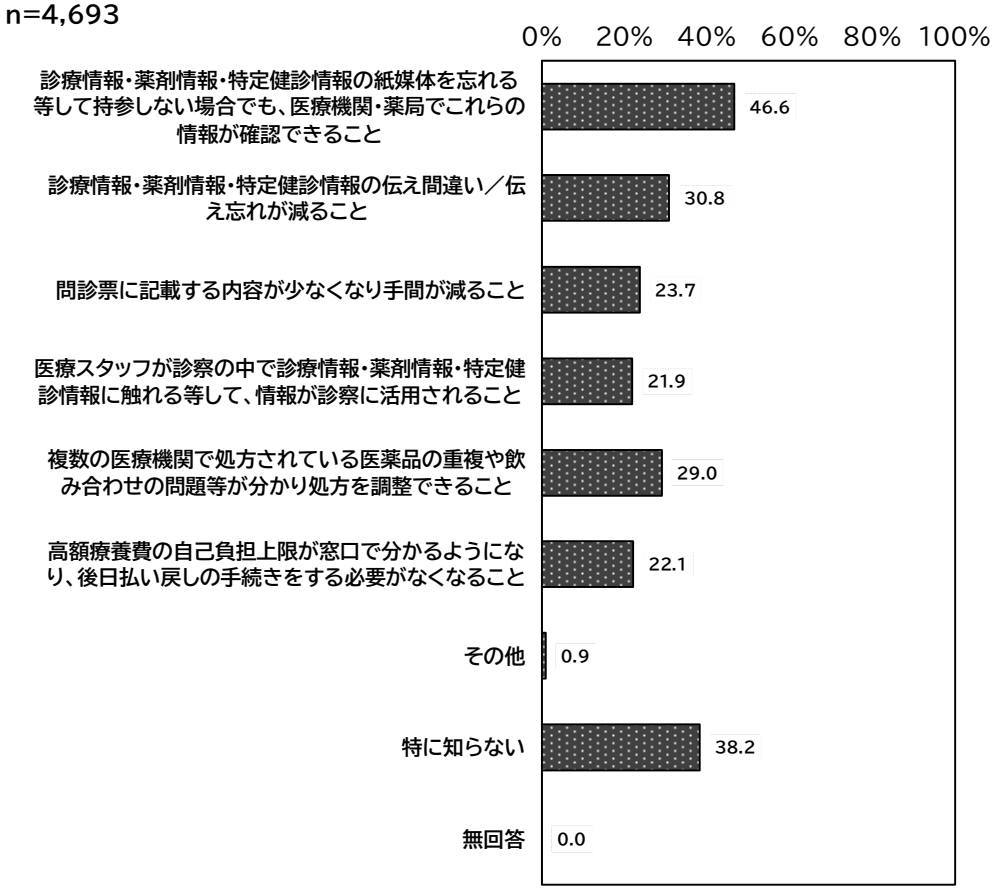
図表 7-44　マイナンバーカードの健康保険証利用の認知度
（マイナンバーカードの所持状況別）



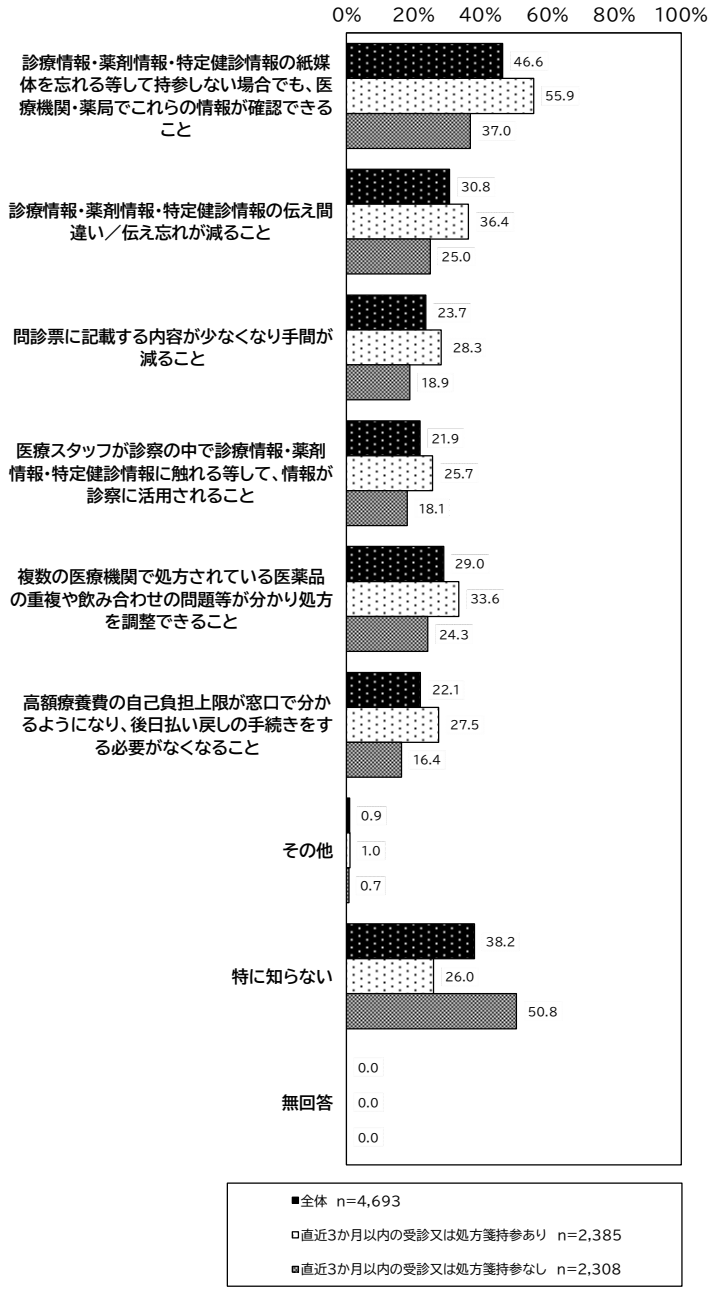
(3) マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット

マイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証の利用）ができることを知っている人（4,693 人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、認知しているメリットを尋ねたところ、全体で「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」が最も多く、46.6%であった（複数回答）。

図表 7-45　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット（複数回答）

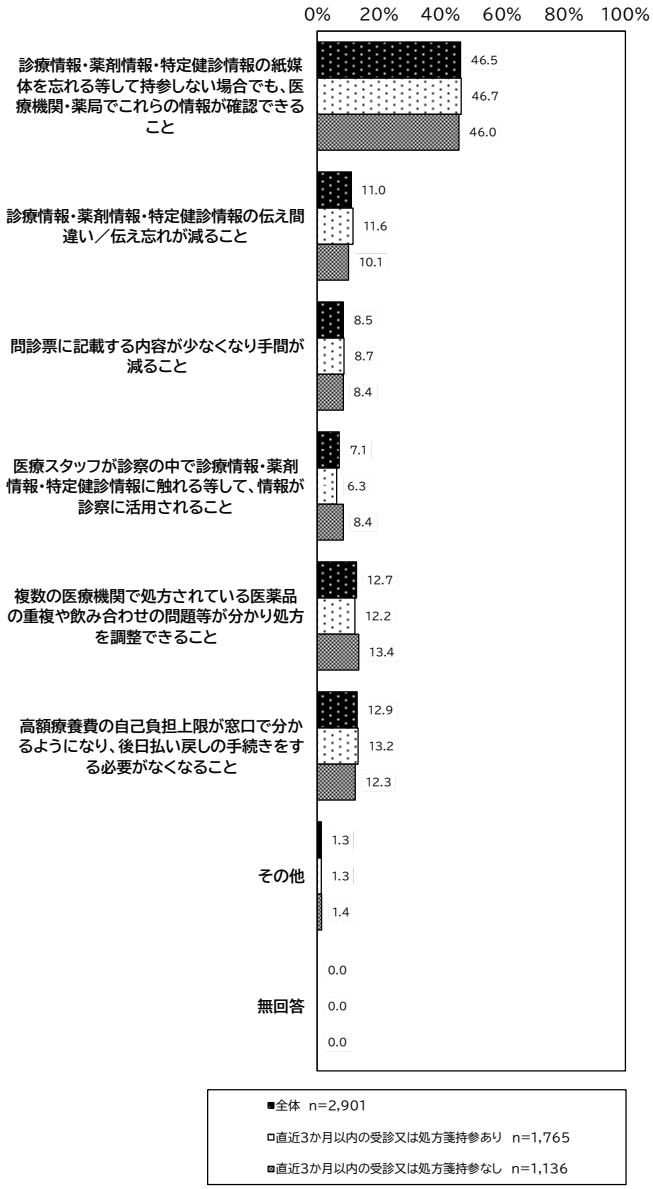


図表 7-46　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット（複数回答）
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）

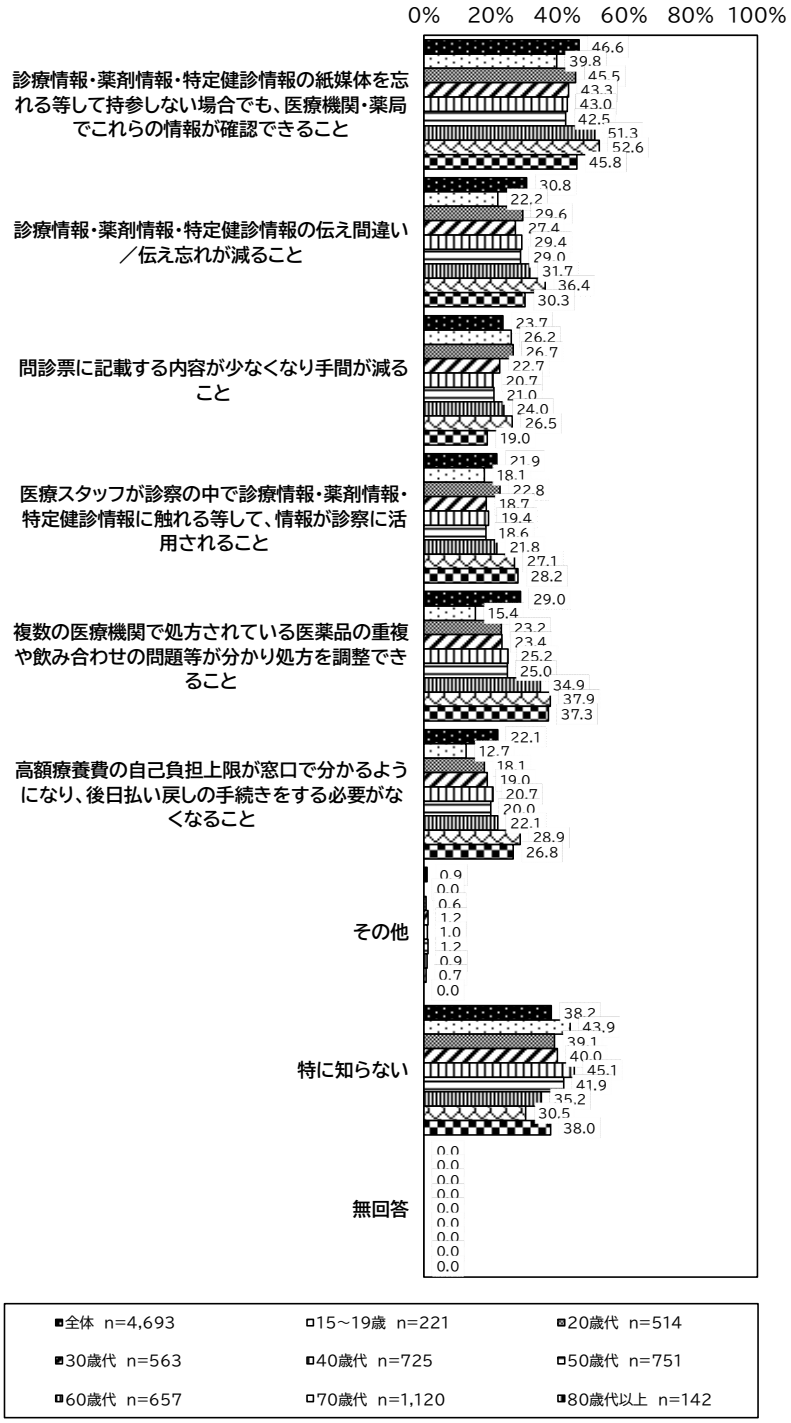


※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・支払いが安くなること。
・健康保険証が不要。

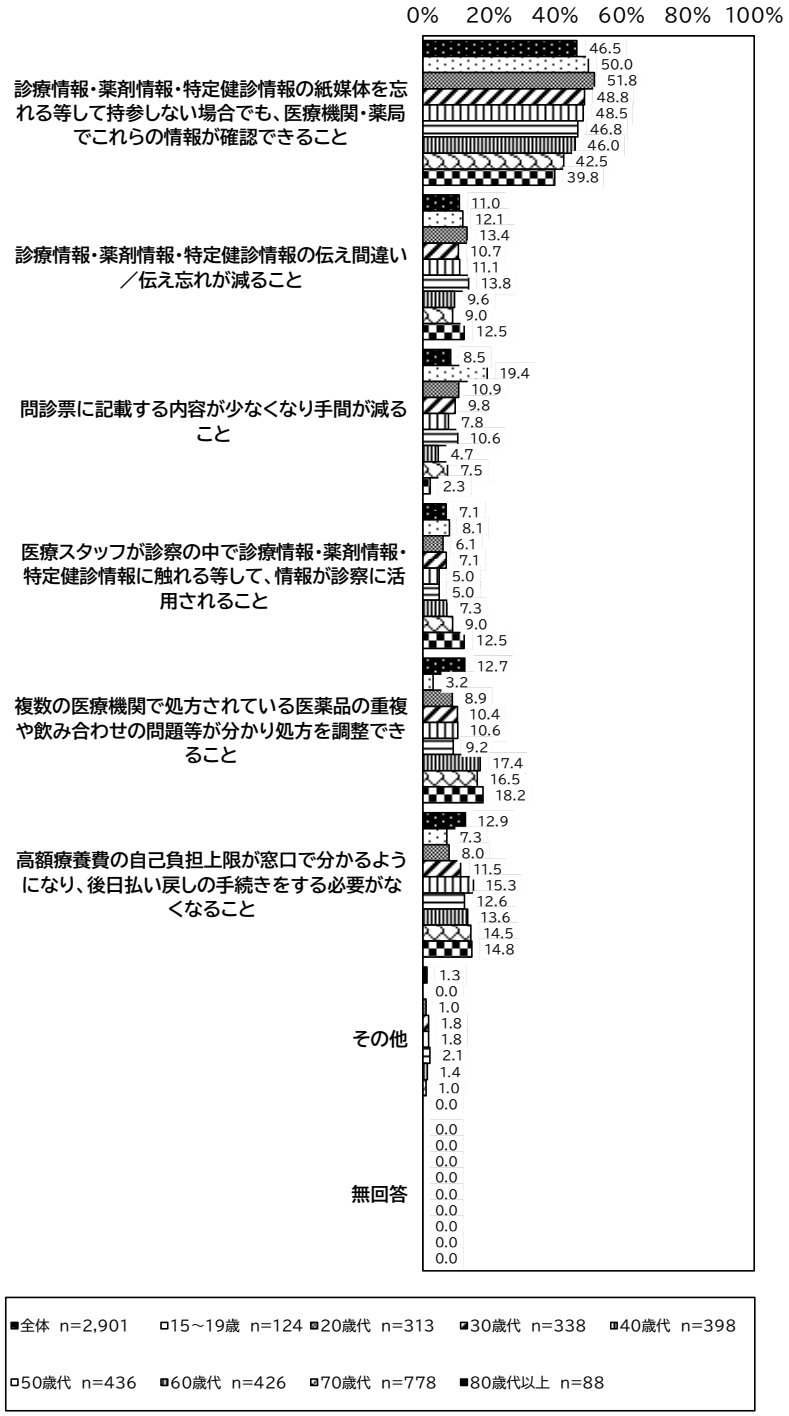
図表 7-47　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知している最大のメリット
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



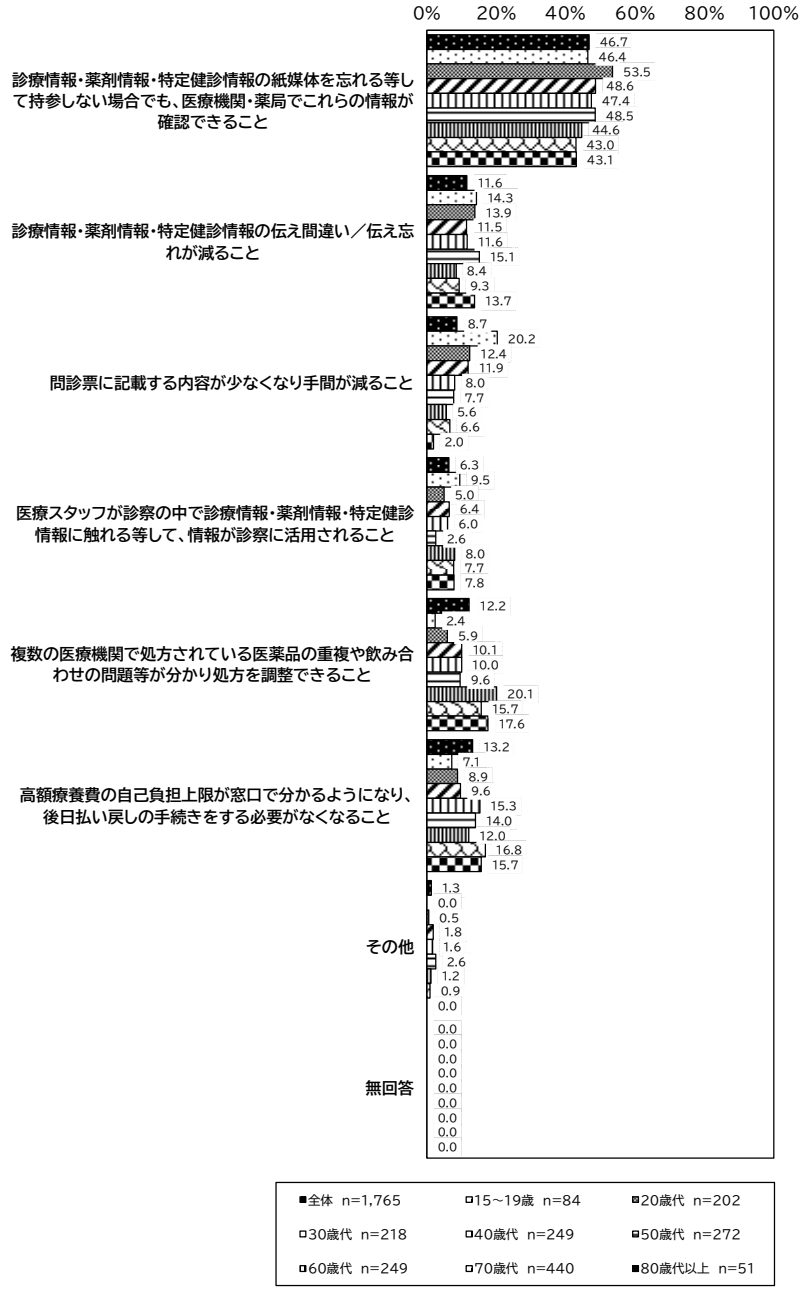
図表 7-48　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット（複数回答）（年代別）



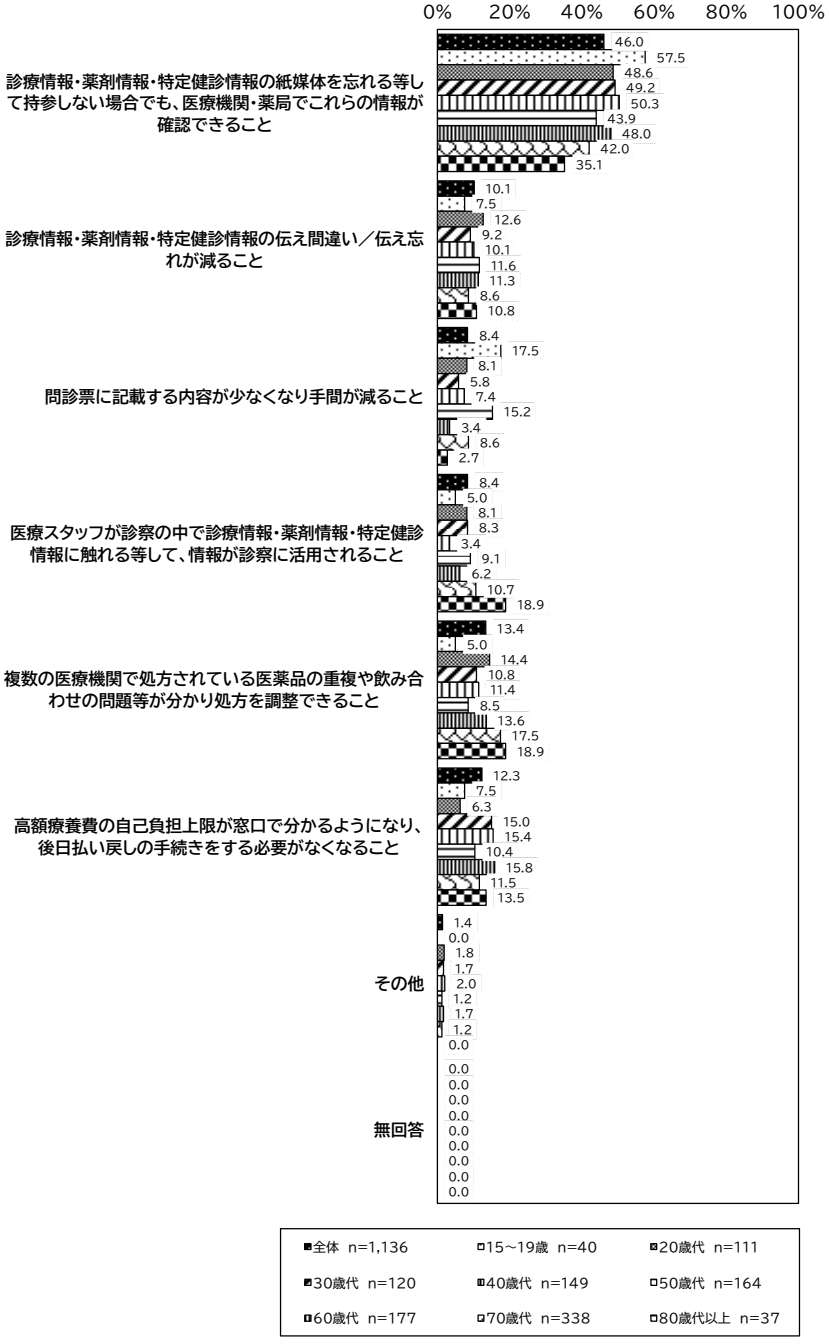
図表 7-49　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知している最大のメリット（年代別）



図表 7-50　（参考）マイナンバーカードの健康保険証利用で認知している最大のメリット（年齢別×マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）
＜マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参した場合＞



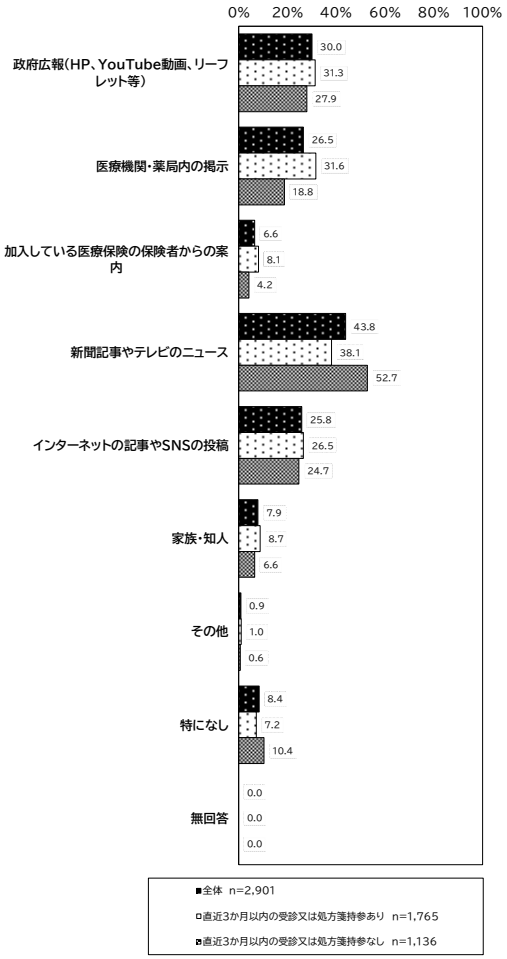
＜マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参していない場合＞



① マイナンバーカードの健康保険証利用のメリットを知ったきっかけ

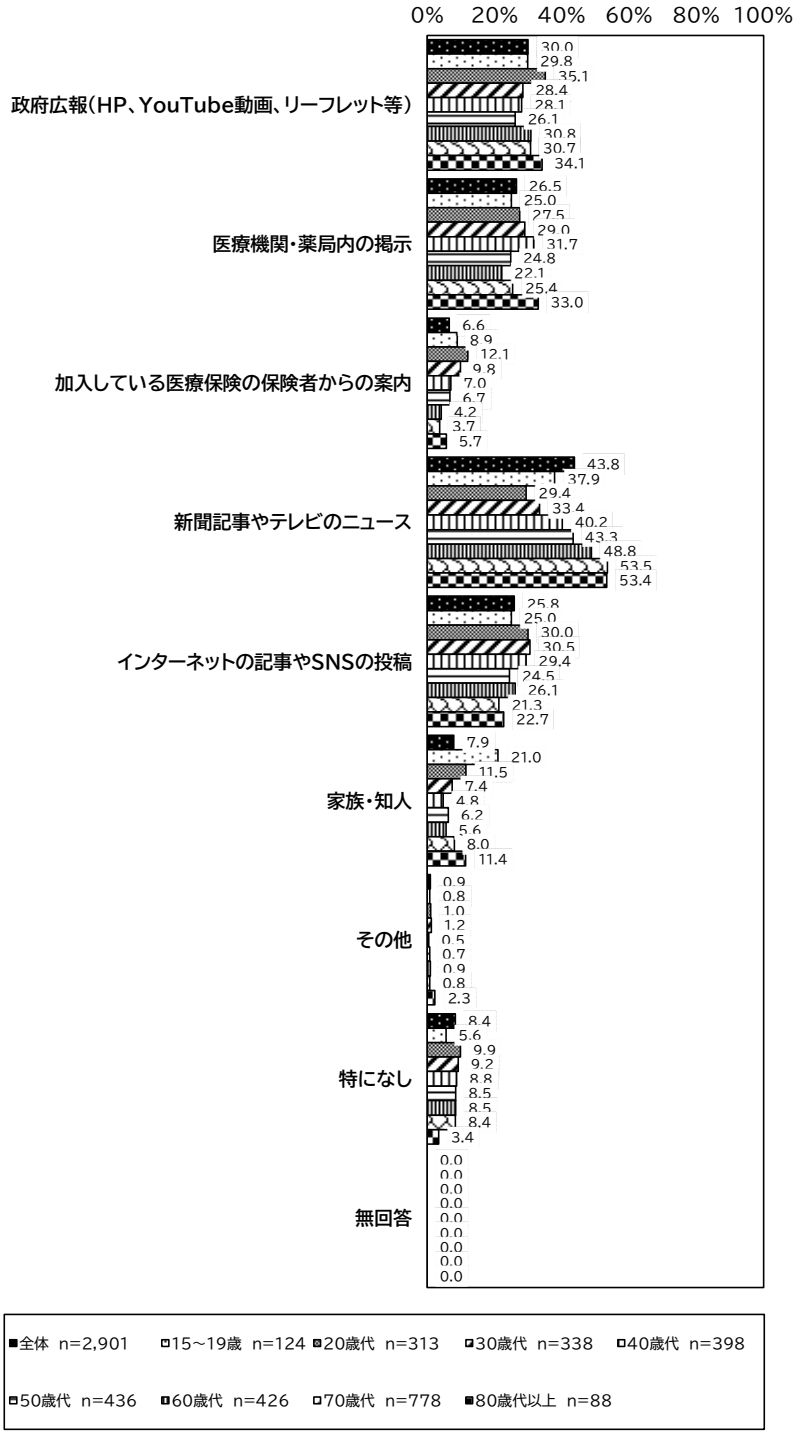
マイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証として利用）する際、認知しているメリットがある人（2,901 人）に対して、マイナンバーカードの健康保険証利用時のメリットを知ったきっかけを尋ねたところ、全体で「新聞記事やテレビのニュース」が 43.8%で最も多く、「政府広報（HP、YouTube 動画、リーフレット等）」は 30.0%であった。

図表 7-51　マイナンバーカードの健康保険証利用のメリットを知ったきっかけ（複数回答）
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、認知しているメリットがある人】



※「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。
・ラジオ
・薬局の人に聞いた。

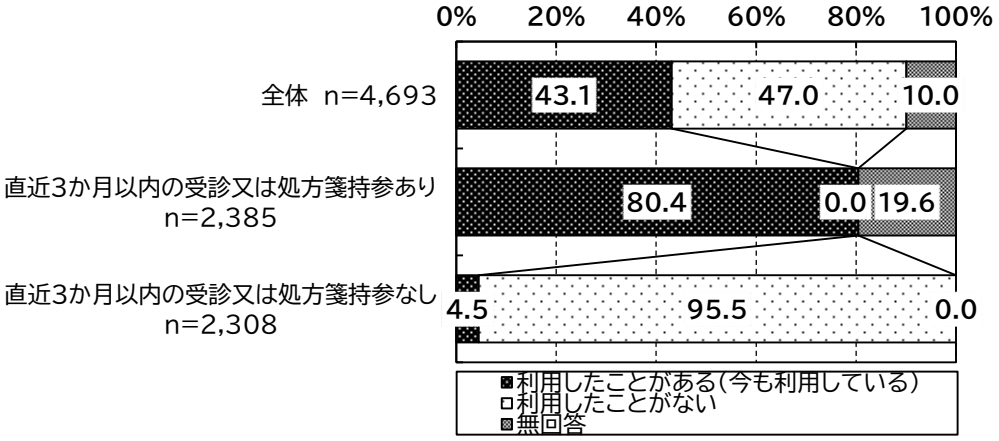
図表 7-52　マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリットを知ったきっかけ（複数回答）（年代別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、認知しているメリットがある人】



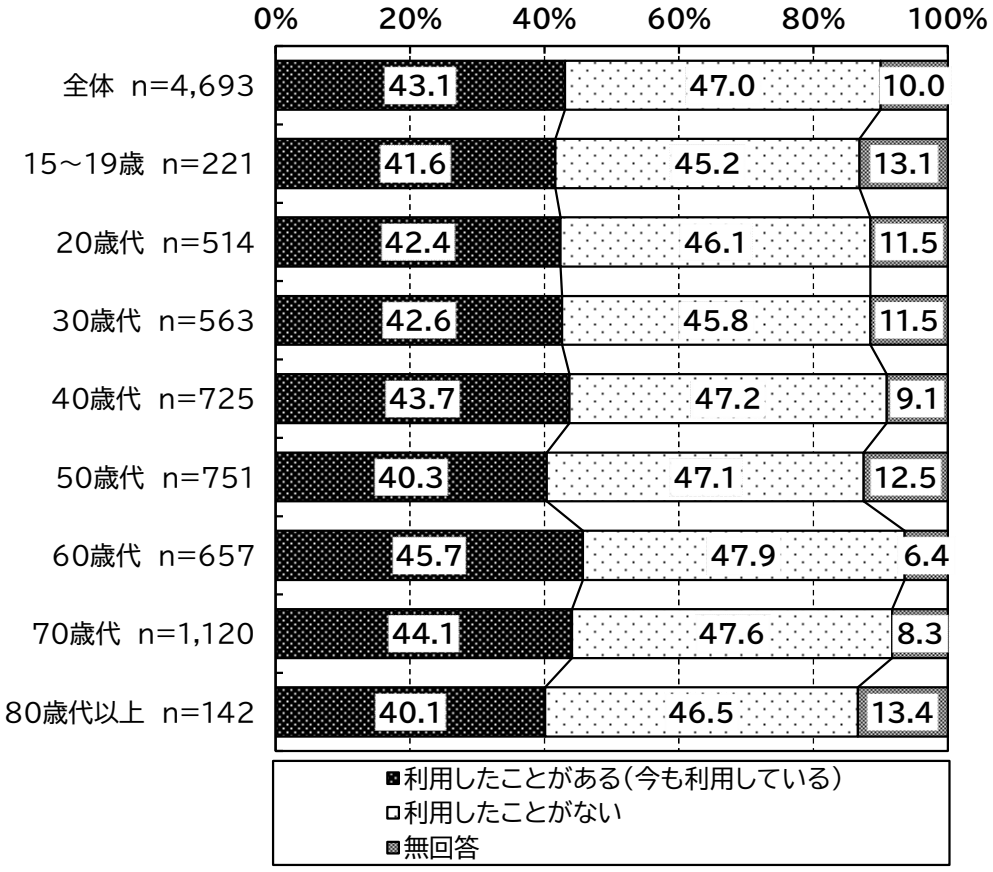
(4) マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況

マイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証の利用）ができることを知っている人（4,693 人）に対して、マイナンバーカード健康保険証利用の利用状況を尋ねたところ、全体で「利用したことがある（今も利用している）」が 43.1%、「利用したことがない」が 47.0%であった。

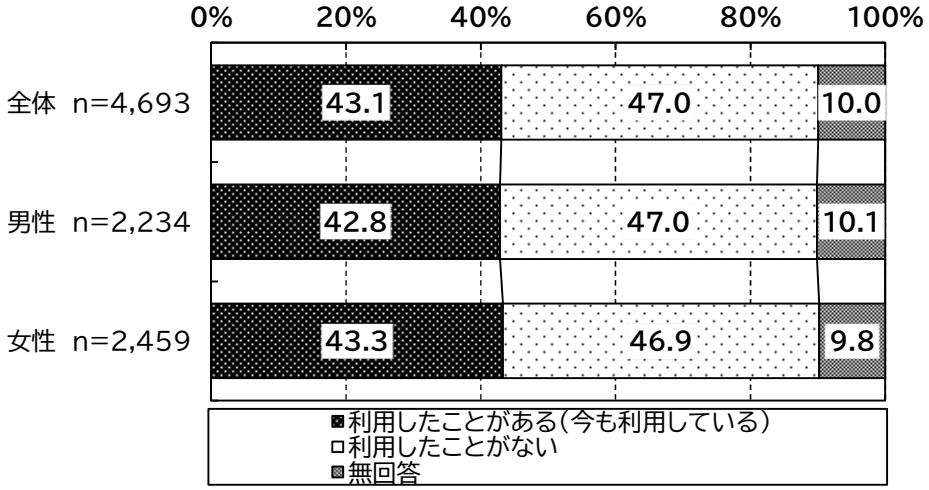
図表 7-53　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）



図表 7-54　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況（年代別）



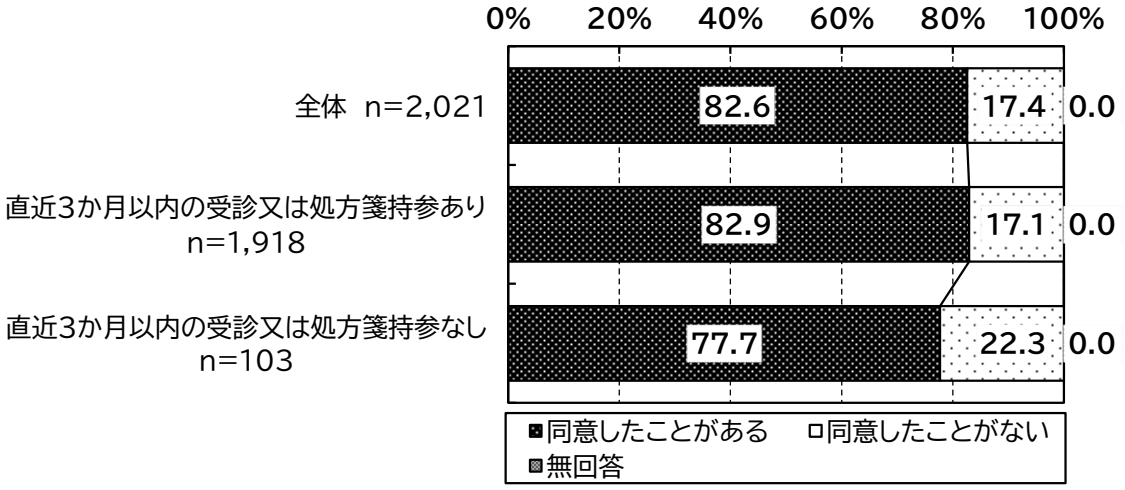
図表 7-55　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用状況（性別）



① マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無

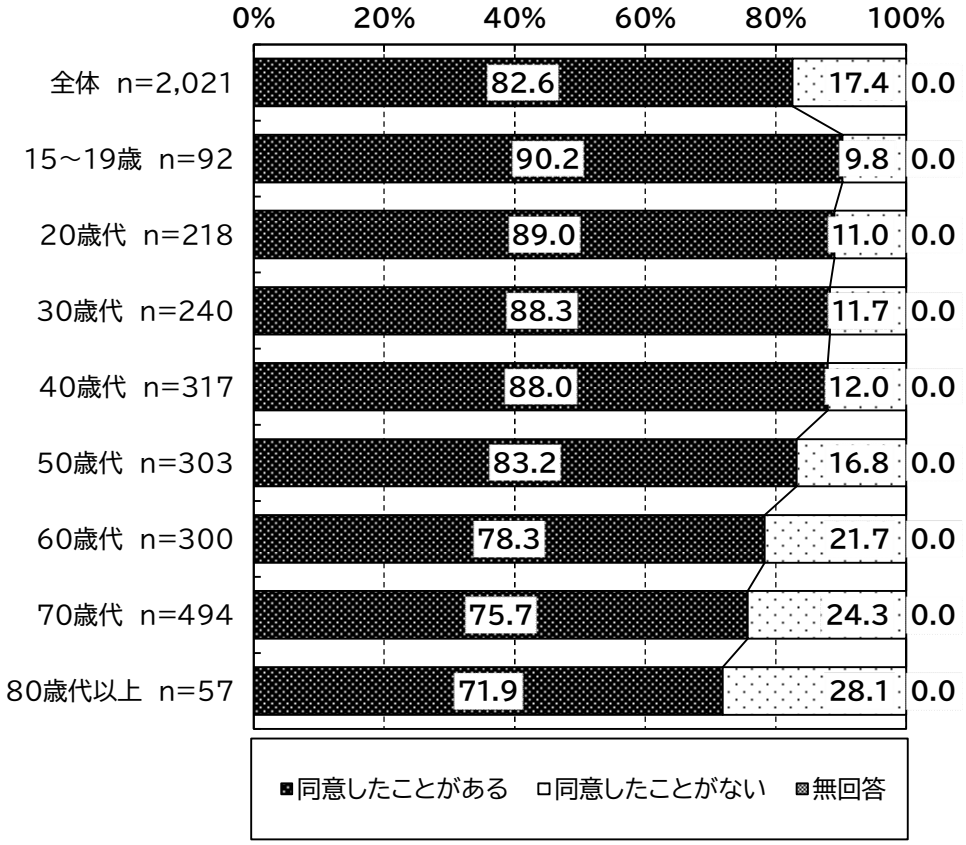
マイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証として利用）したことがある（今も利用している）人（2,021 人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、自身の診療情報活用への同意の有無を尋ねたところ、全体で「同意したことがある」が 82.6%、「同意したことがない」が 17.4%であった。

図表 7-56　マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）
【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人】



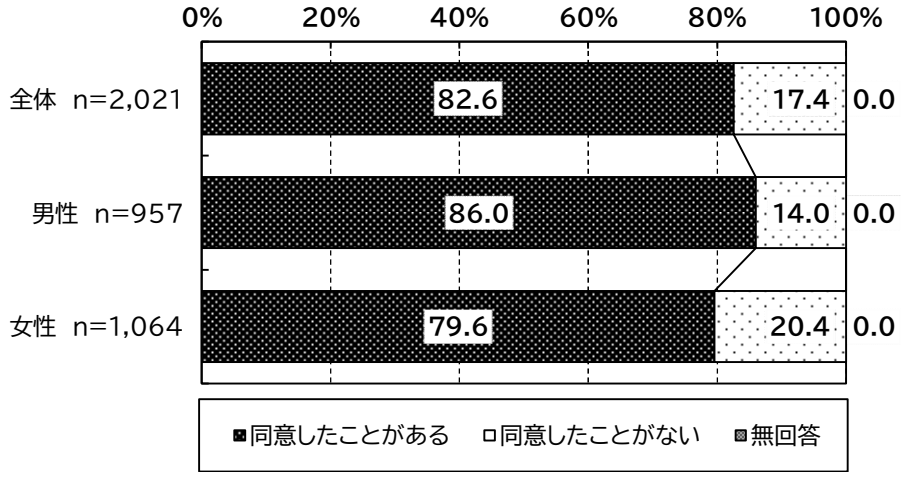
図表 7-57　マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無（年代別）

【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人】



図表 7-58　マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無（性別）

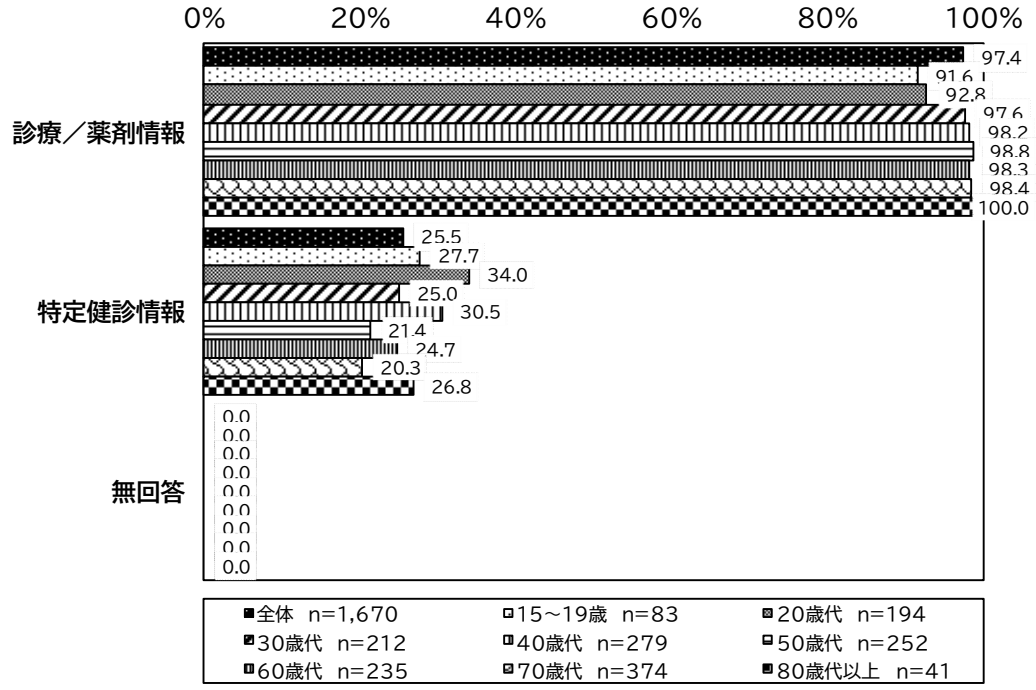
【マイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある人】



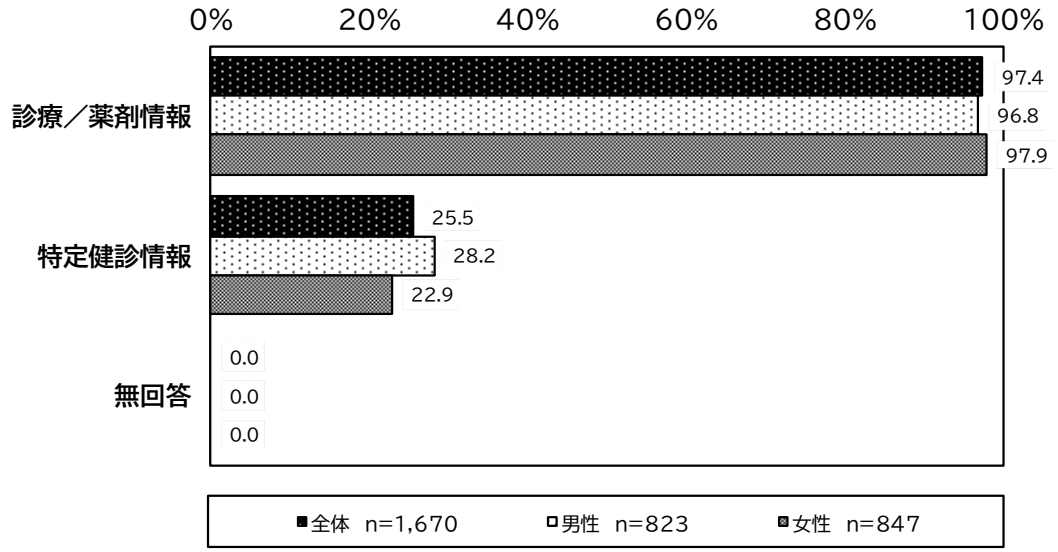
② マイナンバーカードの健康保険証利用時に提供に同意した診療情報

マイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証として利用）する際、自身の診療情報活用に同意したことがある人（1,670 人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、どの診療情報の提供に同意したかを尋ねたところ、全体で「診療／薬剤情報」が 97.4%、「特定健診情報」が 25.5%であった。

図表 7-59　マイナンバーカードの健康保険証利用時に提供に同意した診療情報（複数回答）（年代別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、診療情報活用に同意したことがある人】



図表 7-60　マイナンバーカードの健康保険証利用時に提供に同意した診療情報（複数回答）
（性別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、診療情報活用に
同意したことがある人】



③ マイナンバーカードの健康保険証の利用回数

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（今も利用している）人（2,021 人）に対して、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尋ねたところ、「病院」は平均 2.0 回、「医科診療所」は平均 1.2 回、「歯科診療所」は平均 0.9 回、「保険薬局」は平均 1.7 回であった。

図表 7-61　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用回数の分布
（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人）

マイナンバーカードの健康保険証の利用先	回答者数	平均値（回）	標準偏差	中央値
病院	2,021	2.0	3.2	1.0
医科診療所	2,021	1.2	3.2	0.0
歯科診療所	2,021	0.9	2.0	0.0
保険薬局	2,021	1.7	3.9	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 7-62　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用回数の分布
（マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無別）
【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人】

マイナンバーカードの健康保険証の利用先	マイナンバーカードの健康保険証利用・直近 3 か月以内の受診又は処方箋持参の有無	回答者数	平均値（回）	標準偏差	中央値
病院	あり	1,918	2.1	3.3	1.0
	なし	103	0.7	0.9	0.0
医科診療所	あり	1,918	1.2	3.3	0.0
	なし	103	0.4	1.2	0.0
歯科診療所	あり	1,918	0.8	1.7	0.0
	なし	103	1.0	4.9	0.0
保険薬局	あり	1,918	1.8	4.0	1.0
	なし	103	0.4	0.7	0.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 7-63　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用回数（年代別）
【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人】

マイナンバーカードの健康保険証の利用先	年代	回答者数	平均値（回）	標準偏差	中央値
病院	15～19 歳	92	1.7	2.3	1.0
	20 歳代	218	1.8	3.5	1.0
	30 歳代	240	2.0	2.8	1.0
	40 歳代	317	1.8	3.7	1.0
	50 歳代	303	1.9	2.8	1.0
	60 歳代	300	2.1	3.2	1.0
	70 歳代	494	2.3	3.5	1.0
	80 歳代以上	57	1.9	2.3	1.0
医科診療所	15～19 歳	92	0.4	0.9	0.0
	20 歳代	218	0.5	1.2	0.0
	30 歳代	240	0.7	1.7	0.0
	40 歳代	317	0.8	1.9	0.0
	50 歳代	303	1.1	3.3	0.0
	60 歳代	300	1.7	3.4	0.0
	70 歳代	494	1.9	4.5	0.0
	80 歳代以上	57	1.6	4.3	0.0
歯科診療所	15～19 歳	92	0.5	1.2	0.0
	20 歳代	218	0.6	1.3	0.0
	30 歳代	240	0.7	1.7	0.0
	40 歳代	317	0.9	1.6	0.0
	50 歳代	303	1.0	1.8	0.0
	60 歳代	300	1.0	3.1	0.0
	70 歳代	494	1.0	1.7	0.0
	80 歳代以上	57	0.9	3.3	0.0
保険薬局	15～19 歳	92	1.1	2.2	0.0
	20 歳代	218	1.0	2.1	0.0
	30 歳代	240	1.6	3.1	1.0
	40 歳代	317	1.5	2.8	1.0
	50 歳代	303	1.8	4.1	1.5
	60 歳代	300	2.2	6.7	1.0
	70 歳代	494	2.0	3.4	1.0
	80 歳代以上	57	1.5	4.0	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

図表 7-64　マイナンバーカードの健康保険証利用の利用回数（性別）
【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人】

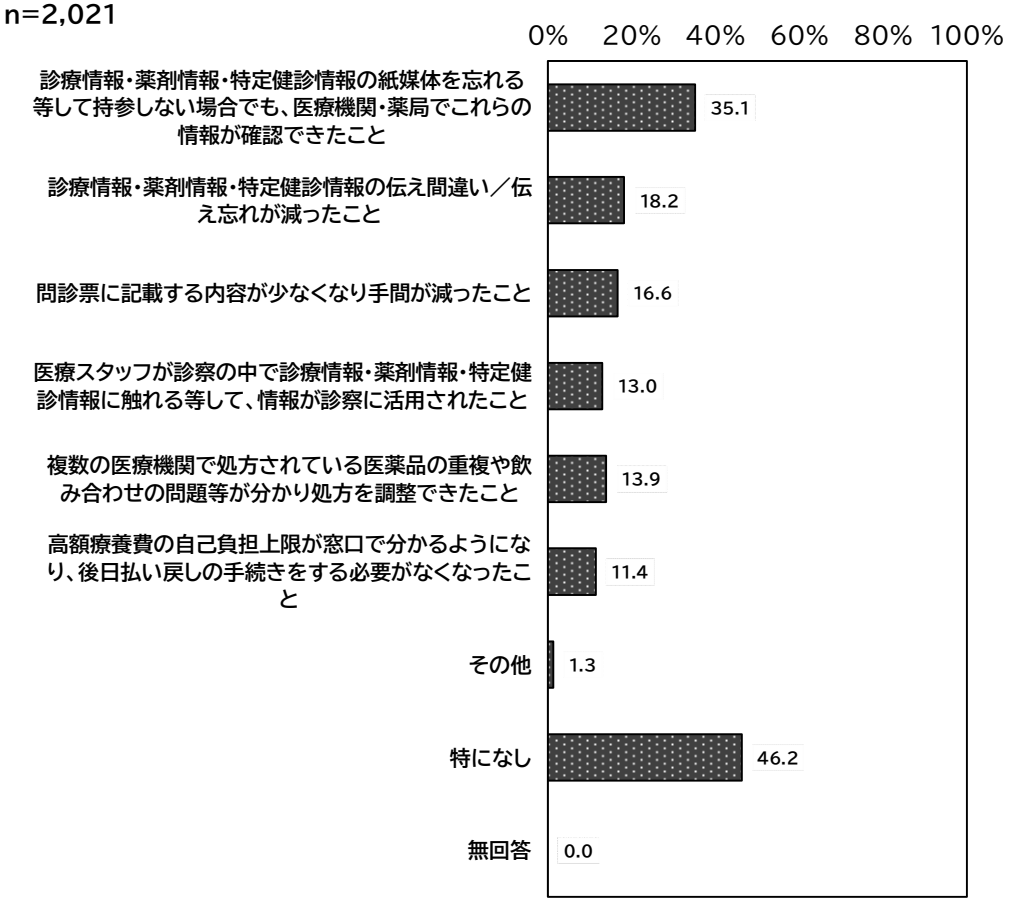
マイナンバーカードの健康保険証の利用先	性別	回答者数	平均値（回）	標準偏差	中央値
病院	男性	957	2.0	3.0	1.0
	女性	1,064	2.0	3.4	1.0
医科診療科	男性	957	1.4	3.5	0.0
	女性	1,064	1.0	2.9	0.0
歯科診療所	男性	957	0.9	2.3	0.0
	女性	1,064	0.8	1.7	0.0
保険薬局	男性	957	1.8	4.4	1.0
	女性	1,064	1.6	3.4	1.0

※無回答を除く施設を集計対象とした

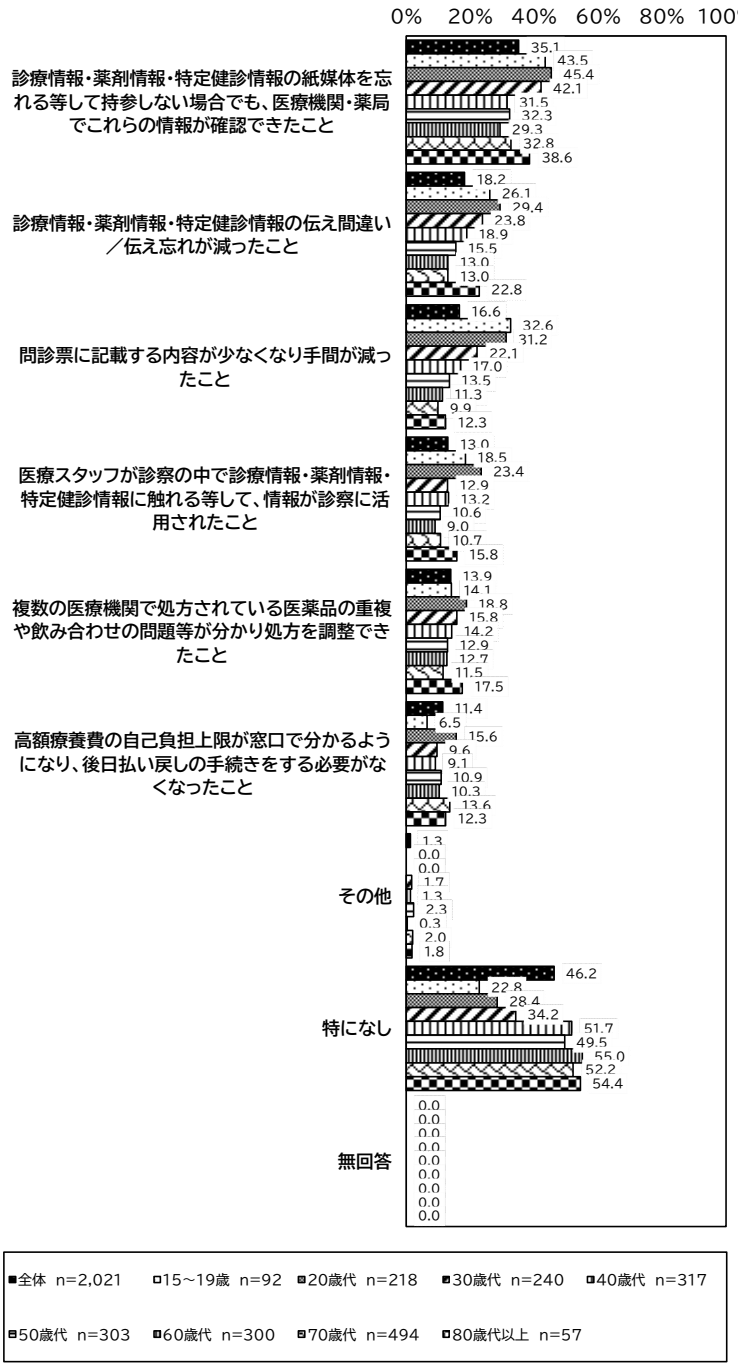
④ マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット

マイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証として利用）したことがある（今も利用している）人（2,021 人）に対して、マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、実際に感じたメリットを尋ねたところ、全体で「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」が、35.1%であった（複数回答）。

図表 7-65　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット（複数回答）
（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人）

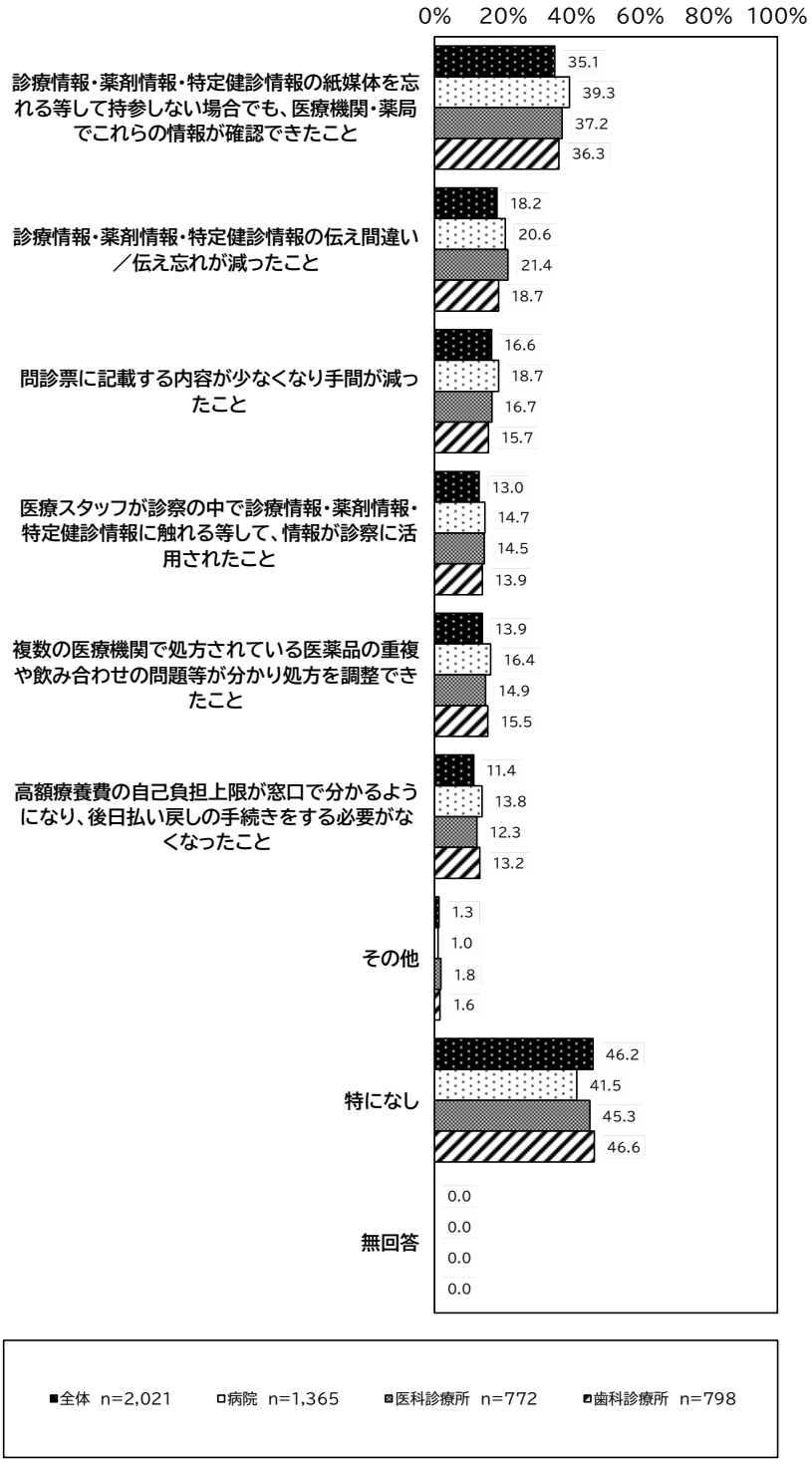


図表 7-66　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット（複数回答）
（年代別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある人】



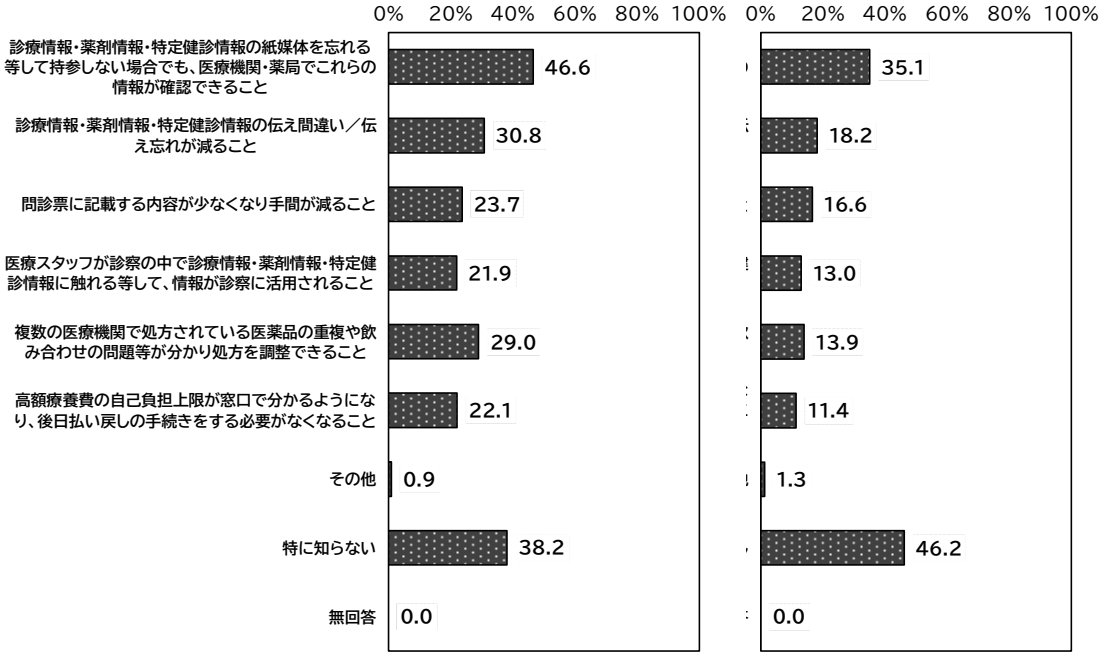
図表 7-67　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感した最大のメリット
（年代別）
【マイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある人】

図表 7-68　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット（複数回答）
（マイナンバーカードを健康保険証として利用した先の医療機関別）

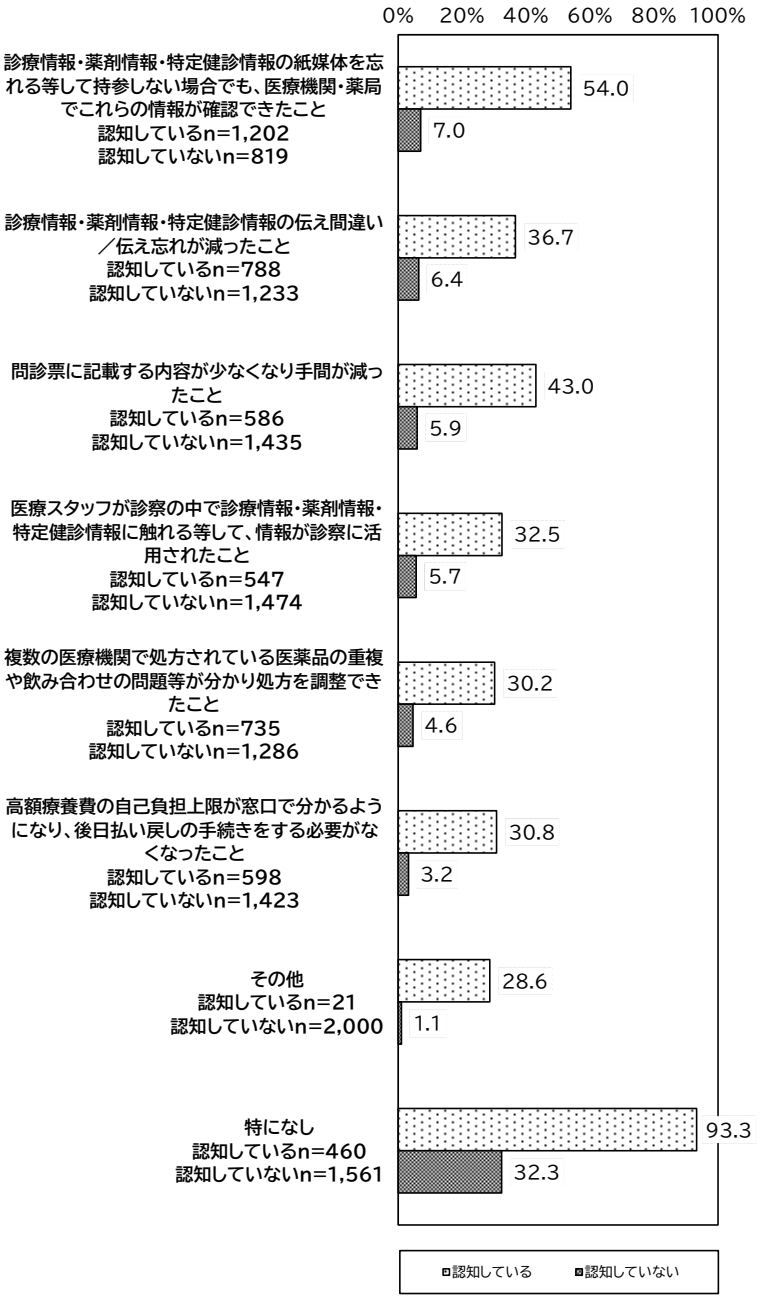


図表 7-69　（参考）マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリットと実感したメリットの比較

（左図：マイナンバーカードの健康保険証利用で認知しているメリット　n=4,693）
（右図：マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット　n=2,021
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場合）

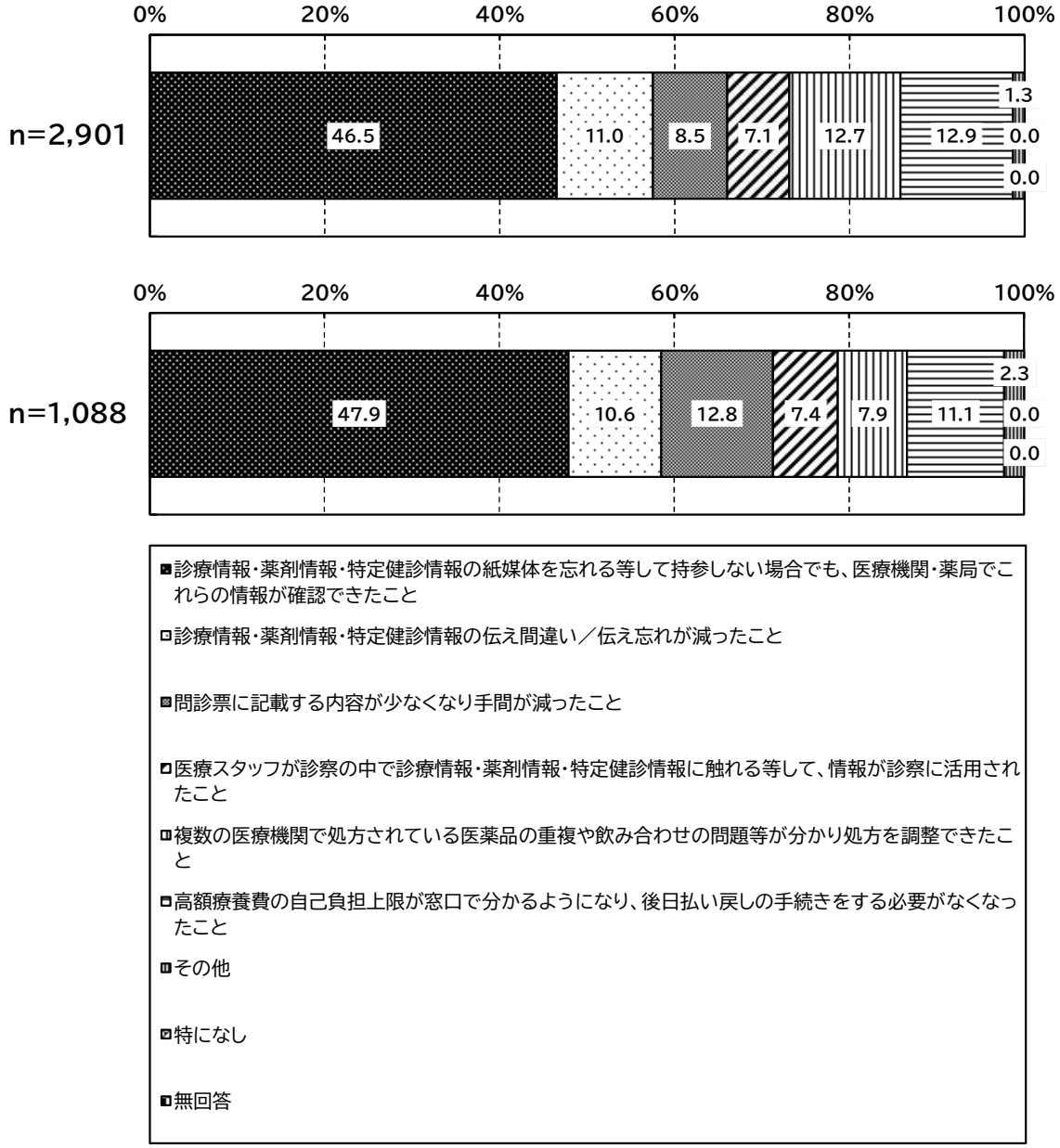


図表 7-70　（参考）マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット
（各選択肢についてメリットを認知していたかどうか別）

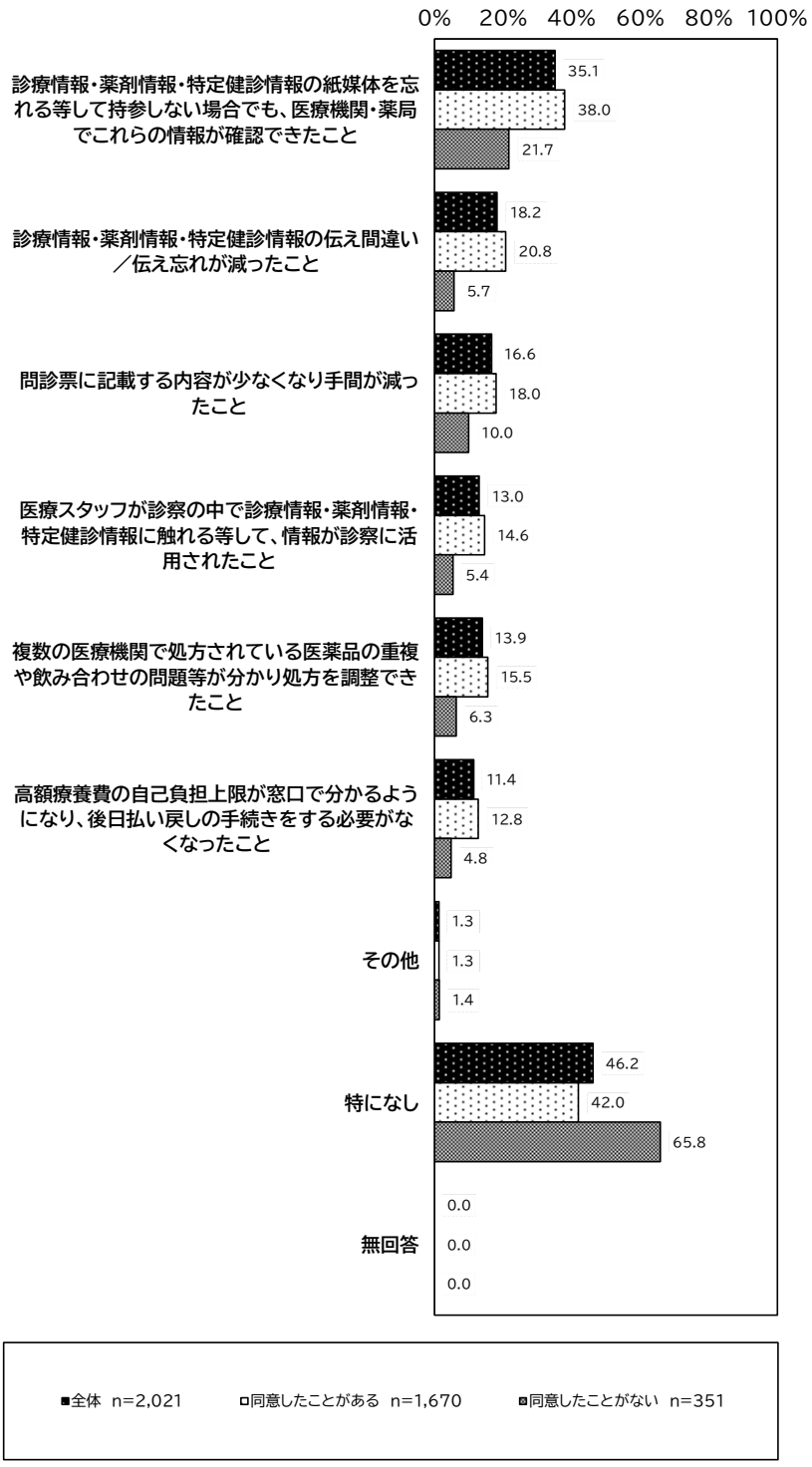


図表 7-71　（参考）マイナンバーカードの健康保険証利用で認知している最大のメリットと実感した最大のメリットの比較

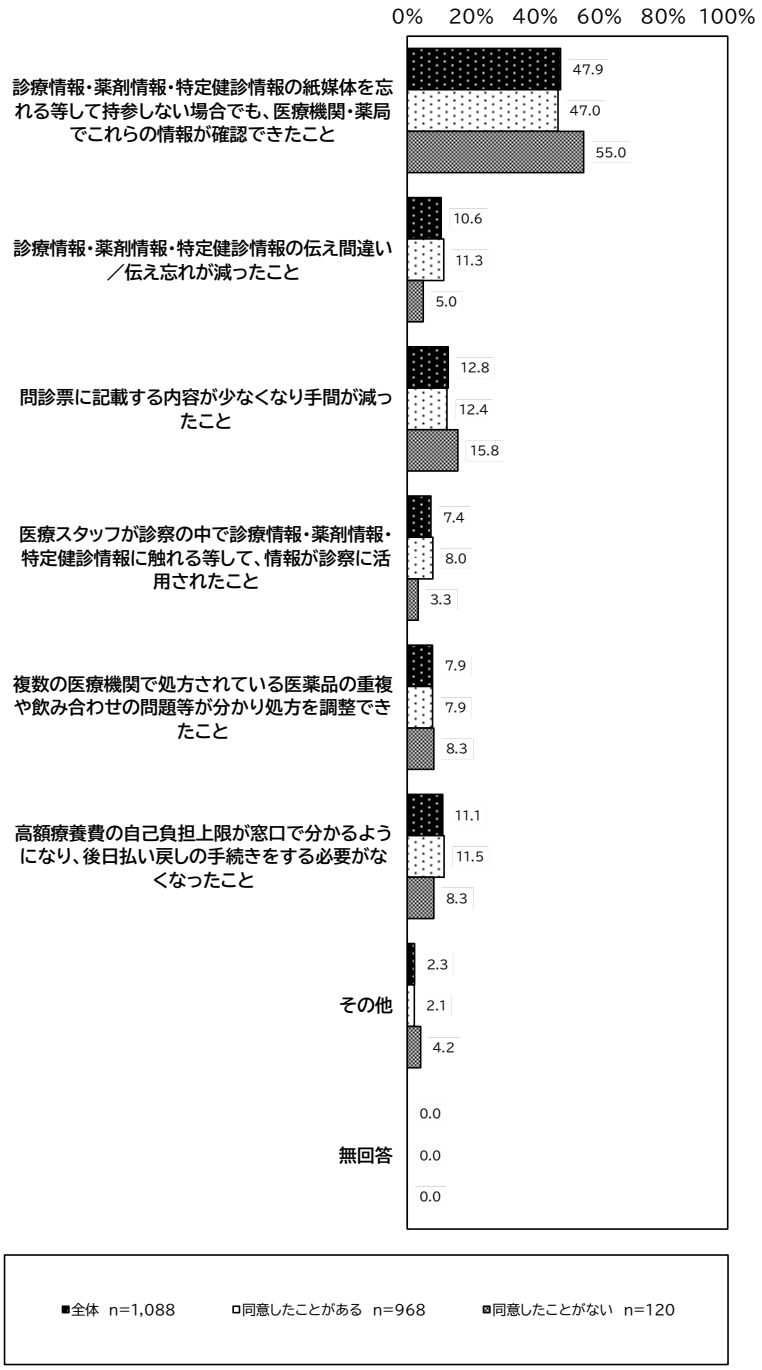
（上図：マイナンバーカードの健康保険証利用で認知している最大のメリット　n=2,901）
（下図：マイナンバーカードの健康保険証利用で実感した最大のメリット　n=1,088
マイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある場合）



図表 7-72　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感したメリット（複数回答）
（マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無別）
【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人】



図表 7-73　マイナンバーカードの健康保険証利用で実感した最大のメリット
（マイナンバーカードの健康保険証利用における診療情報活用への同意の有無別）
【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人】



医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

（2023/10/22時点）

1．保険医療機関・薬局全体

準備完了施設数　　運用開始施設数

209,555施設**(91.3%)**，　203,144施設**(88.5%)**

（参考）全施設数　229,428施設

（注１）顔認証付きカードリーダー申込数は211,296施設（92.1%）

全施設数に対する割合

	準備完了施設数	運用開始施設数	（参考）全施設数
病院	98.4%	97.1%	8,163
医科診療所	90.8%	87.4%	89,679
歯科診療所	87.0%	83.3%	69,863
薬局	96.0%	95.0%	61,723

2．義務化対象施設（令和４年度末時点施設）

準備完了施設数　　運用開始施設数

204,228施設**(97.5%)**，　198,386施設**(94.8%)**

（参考）義務化対象施設数　209,362施設

（注２）顔認証付きカードリーダー申込数は206,882施設（98.8%）

（注３）義務化対象施設に対する割合は、オンライン資格確認が義務化された令和５年４月１日時点までに導入又は経過措置の届出が求められた医療機関・薬局（支払基金へのレセプト請求ベース）を対象として算出。

義務化対象施設数に対する割合

	準備完了施設数	運用開始施設数	（参考）全施設数
病院	99.0%	97.7%	8,073
医科診療所	97.5%	94.0%	81,622
歯科診療所	95.9%	92.1%	61,197
薬局	99.2%	98.3%	58,470

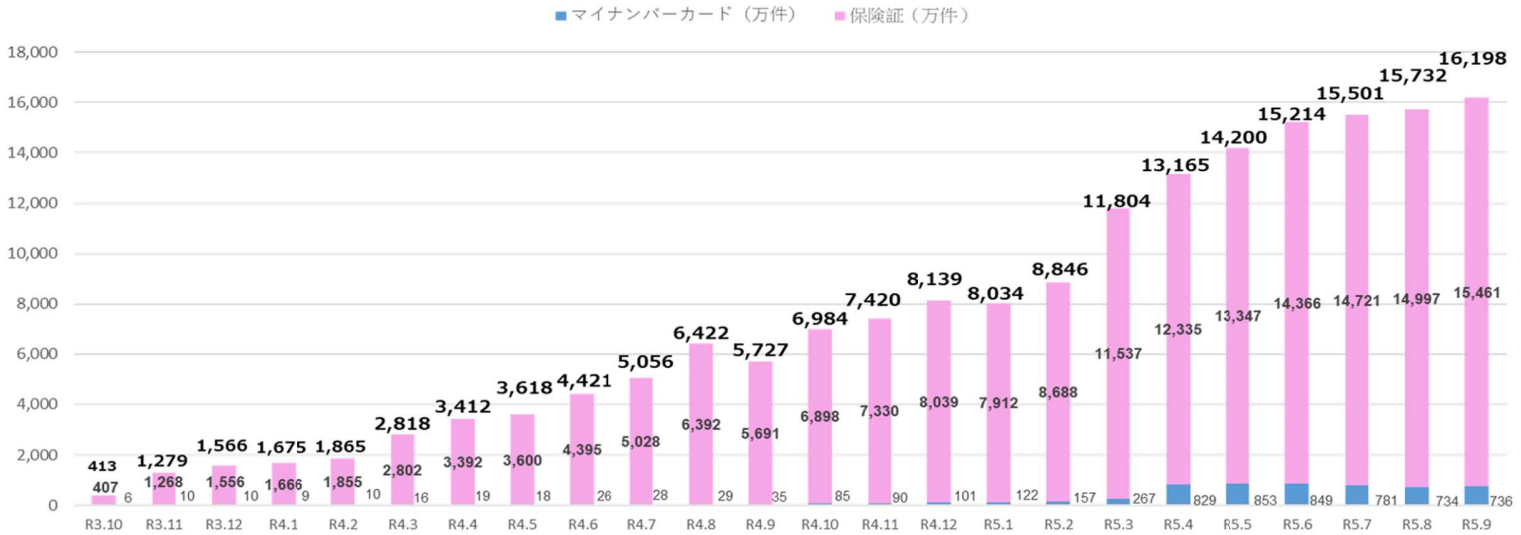
【参考：健康保険証の利用の登録】
71,496,733件 カード交付枚数に対する割合 **74.0%**

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】
有効申請枚数：　約9,845万枚　（人口比：78.5%）
交付実施済数：　約9,657万枚　（人口比：77.0%）

オンライン資格確認の利用状況①

○　本格運用開始から令和5年9月末までの期間で、オンライン資格確認等システムを活用した資格確認が約18.0億件行われた。
そのうちマイナンバーカードによるもの：約5,800万件、保険証によるもの：約17,4億件であり、合計約18,0億件。（一括照会によるもの：約2.3億件）

■運用開始施設における資格確認の利用件数



【9月分の内訳】

	合計（件）	マイナンバーカード（件）	保険証（件）	一括照会（件）
病院	8,807,769	1,004,395	7,803,374	13,214,672
医科診療所	68,557,235	3,721,248	64,835,987	1,502,294
歯科診療所	11,117,841	1,154,872	9,962,969	4,678,407
薬局	73,493,418	1,482,979	72,010,439	47,515
総計	**161,976,263**	**7,363,494**	**154,612,769**	**19,442,888**

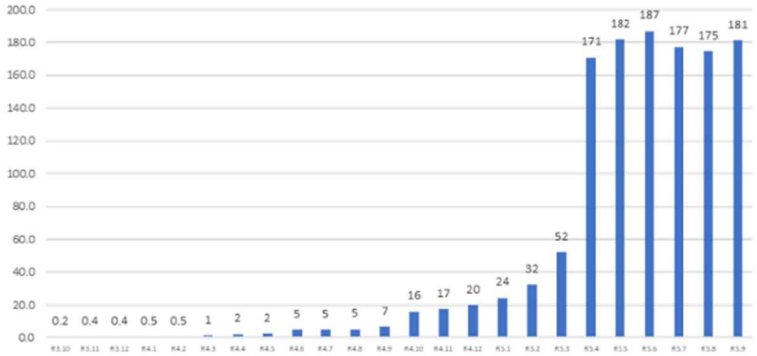
※ 一括照会：医療機関等が事前に予約患者の保険資格が有効かどうか等、オンライン資格確認等システムに一括して照会すること

オンライン資格確認の利用状況②

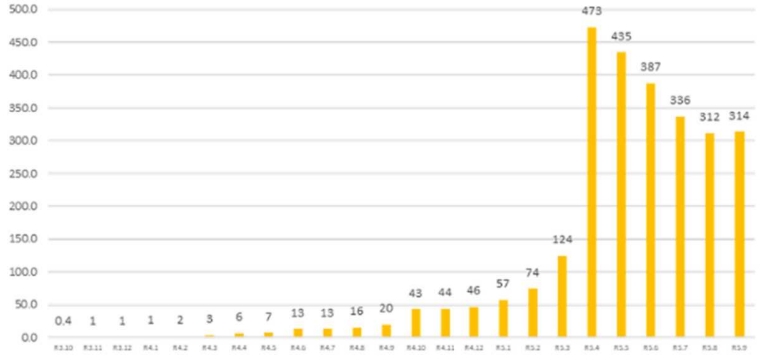
■診療/薬剤・特定健診等情報閲覧の利用件数

※ マイナンバーカードを持参した患者で特定健診等情報、薬剤情報の閲覧に同意をし、医療機関・薬局が利用した件数

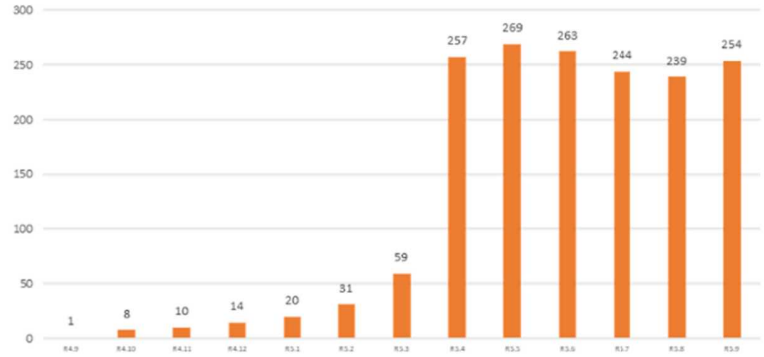
特定健診等情報閲覧の利用件数（万件）



薬剤情報閲覧の利用件数（万件）



診療情報閲覧の利用件数（万件）



【9月分の内訳】

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）	診療情報（件）
病院	196,762	232,757	246,107
医科診療所	991,659	2,084,005	1,786,901
歯科診療所	169,927	272,235	49,412
薬局	452,877	547,114	456,172
総計	**1,811,225**	**3,136,111**	**2,538,592**

ＮＤＢを用いた集計（オンライン資格確認）

１．医療情報・システム基盤体制充実加算の算定医療機関数（医科）

	令和４年 11 月診療分
医療情報・システム基盤体制充実体制加算１	17,006
医療情報・システム基盤体制充実体制加算２	6,178

２．医療情報・システム基盤体制充実加算の算定医療機関数（歯科）

	令和４年 11 月診療分
医療情報・システム基盤体制充実体制加算１	10,288
医療情報・システム基盤体制充実体制加算２	4,183

３．医療情報・システム基盤体制充実加算の算定医療機関数（調剤）

	令和４年 11 月診療分
医療情報・システム基盤体制充実体制加算１	32,474
医療情報・システム基盤体制充実体制加算２	17,413

４．医療情報・システム基盤体制充実加算の算定回数（医科）

	令和４年 11 月診療分
医療情報・システム基盤体制充実体制加算１	4,538,102
医療情報・システム基盤体制充実体制加算２	203,789

５．医療情報・システム基盤体制充実加算の算定回数（歯科）

	令和４年 11 月診療分
医療情報・システム基盤体制充実体制加算１	1,041,564
医療情報・システム基盤体制充実体制加算２	37,081

６．医療情報・システム基盤体制充実加算の算定回数（調剤）

	令和４年 11 月診療分
医療情報・システム基盤体制充実体制加算１	16,701,599
医療情報・システム基盤体制充実体制加算２	255,003

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。

◎ 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）

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

【全ての方が問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。ご協力ありがとうございました。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		

質問は以上です。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８月３１日(木)迄にご返送下さい(切手不要)。

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。

◎ 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）

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。ご協力ありがとうございました。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		

質問は以上です。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８月３１日(木)迄にご返送下さい(切手不要)。

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。

◎ 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）

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。ご協力ありがとうございました。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

質問は以上です。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８月３１日(木)迄にご返送下さい(切手不要)。

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。このことをご存じでしたか。　※○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。このことをご存じでしたか。　※○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、ご存じ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		

質問は以上です。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８月３１日(木)迄にご返送下さい(切手不要)。

【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。このことをご存じでしたか。　※○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。このことをご存じでしたか。　※○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、ご存じ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		

質問は以上です。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８月３１日(木)迄にご返送下さい(切手不要)。

【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

中医協　総－1－6－2参考	中医協　検－6－2参考
５．１１．１０	５．１１．１０

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

中医協　総－12－２
４．８．１０

- 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）

中医協　総－２
５．１１．１０

入院時の食費について

入院時の食費をめぐる状況

○　病院給食の委託単価は、公定価格（1,920円）を上回る状況。昨今の食材料費等の高騰によりその差が拡大。

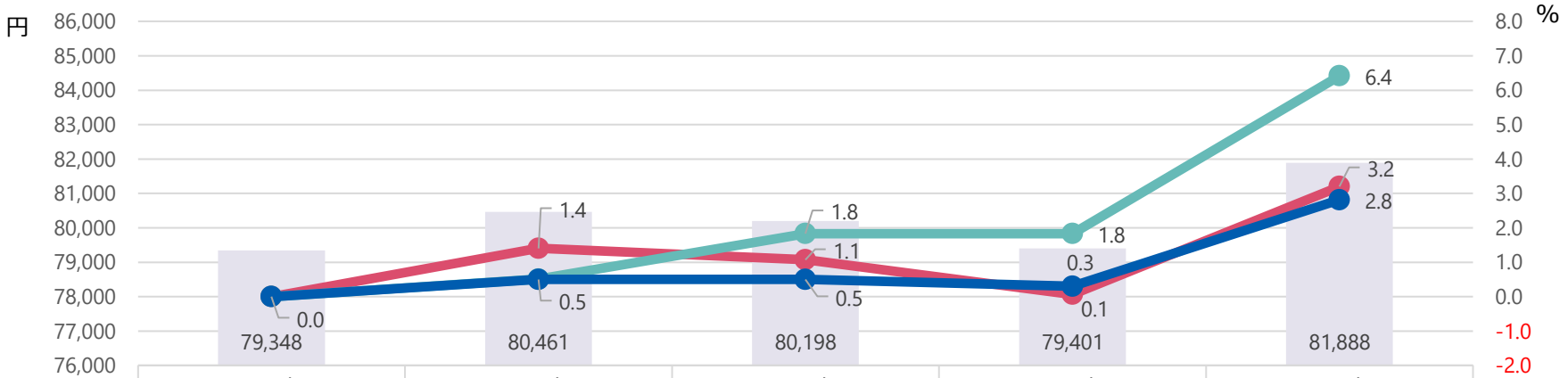
■病院給食の委託単価【医療分野】

	①2018年	②2021年	③2022年
病院給食の委託単価	1,796円	**1,962円**	**1,997円**
入院時の食費の総額（1,920円）との差額	−124円 (−6%)	**＋42円（＋2%）**	**＋77円（＋4%）**

出典：公益社団法人日本メディカル給食協会調べ（各年10月時点の状況）※ 税込み価格

○　家計の食費支出は近年大幅に上昇。

■消費者物価指数・食費支出の動向



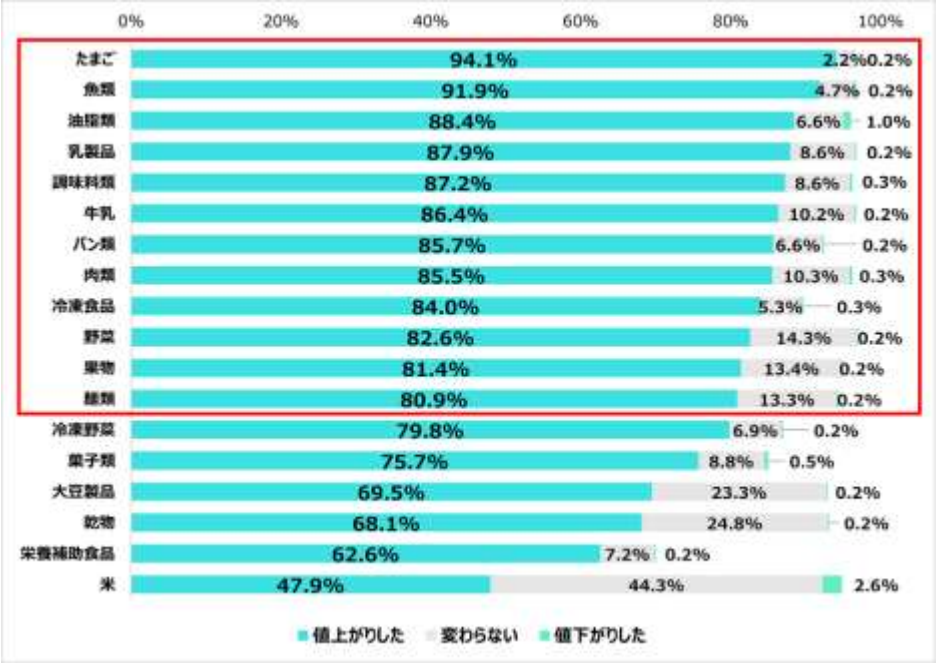
	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
食料支出	79,348	80,461	80,198	79,401	81,888
食料支出の伸び	0.0	1.4	1.1	0.1	3.2
ＣＰＩ（食料）の伸び	0.0	0.5	1.8	1.8	6.4
CPI（総合）	0.0	0.5	0.5	0.3	2.8

出典：総務省「消費者物価指数」、総務省「家計調査」

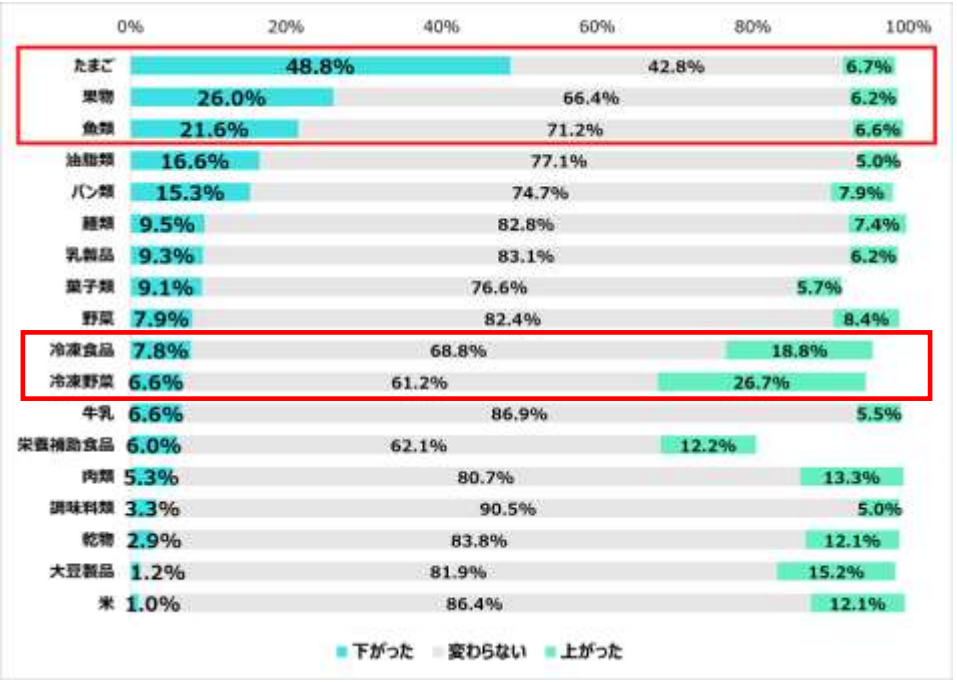
施設等給食における食材の価格及び使用頻度の変化

- たまご、魚類、油脂類をはじめ多くの食材について、８割以上の管理栄養士等が「値上がりした」と回答。
- たまごは約５割、果物・魚類は２割強が、使用頻度が「下がった」と回答。一方、冷凍食品・冷凍野菜は２割前後が、使用頻度が「上がった」と回答。

■ 食材価格の変化



■ 直近1年程度の食材使用頻度の変化



・調査期間：2023年7月24日（月）～2023年8月2日（水）
・調査対象：給食のコスト管理業務を行っている全国の管理栄養士・栄養士580名
・調査方法：Webを使用したアンケート

出典：株式会社エス・エム・エス　管理栄養士・栄養士向けコミュニティ「エイチエ」「物価高騰による施設等の給食への影響調査」

社会保障審議会医療保険部会・医療部会における発言（食費関係）

令和５年８月24日　医療保険部会

○　令和６年度の改定は診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等の報酬、いわゆるトリプル改定。骨太の方針2023には、同時改定において物価高騰、賃金上昇、経営の状況、担い手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担、保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行うとされている。
　特に今般、食事療養費については26年間見直しが行われておらず、ほとんどの病院が給食部門は赤字であり、給食業者も提供困難となっているという現実がある。骨太の方針に基づいた令和６年度の同時改定が実現されるように強く求める。

○　給食費の問題も二十何年間全く変わっていないのは、さすがに現実的ではない。皆様も20年前の食材費、エンゲル係数はどうだったかと考えていただくと御理解いただけると思う。特に今は物価高騰で光熱費も上がっている、材料費も上がっている中で、給食が非常に厳しい状況にあるということはぜひ御理解いただきたい。

令和５年８月25日　医療部会

○　今回の診療報酬の改定は、物価高騰・賃金上昇、支え手が減少していることについての対応をきちんとしていただかなければいけない。１つは、入院時食事療養費が、約30年前に３食1,920円と決められてから、30年間近く、上がっていない。この間に、人件費、原材料費、間接経費を含めて、相当大幅に上がっている。今回のこの診療報酬改定で入院時食事療養費の大幅な引上げをしていただきたい。

○　給食費に関して、全国レベルで、公も民も、外注であろうが内注であろうが、大赤字であるという実態があるので、カバーしていただきたい。

令和５年９月29日　医療部会

○　入院時食事療養費は30年近く上がっていない。30年前の定価でやっているレストランや食堂はない。医療機関にそうした無理強いを押しつけているというのは非常におかしいため、今度の診療報酬改定で入院時食事療養費は診療報酬でやるのか、それとも診療報酬とは別立てで入院時食事療養費の項目というのを財源としてつくるのか、財源論に立ち返って考えていただきたい。

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）（一部抜粋）

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。その際、第５章２における「令和６年度予算編成に向けた考え方」※14を踏まえつつ、持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題とともに、以上に掲げた医療・介護分野の課題について効果的・効率的に対応する観点から検討を行う。

勤労者皆保険の実現、年齢や性別にかかわらず働き方に中立的な社会保障制度の構築に向け、企業規模要件の撤廃など短時間労働者への被用者保険の適用拡大、常時５人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消等について次期年金制度改正に向けて検討するほか、いわゆる「年収の壁」について、当面の対応として被用者が新たに106万円の壁を超えても手取りの逆転を生じさせない取組の支援などを本年中に決定した上で実行し、さらに、制度の見直しに取り組む。

※14　第５章２②で引用されている骨太方針2021においては、社会保障関係費について、基盤強化期間における方針、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続することとされている。

（参考）第５章　当面の経済財政運営と令和６年度予算編成に向けた考え方

２．令和６年度予算編成に向けた考え方

② 令和６年度予算において、本方針、骨太方針2022及び骨太方針2021に基づき、経済・財政一体改革を着実に推進する。ただし、重要な政策の選択肢をせばめることがあってはならない。

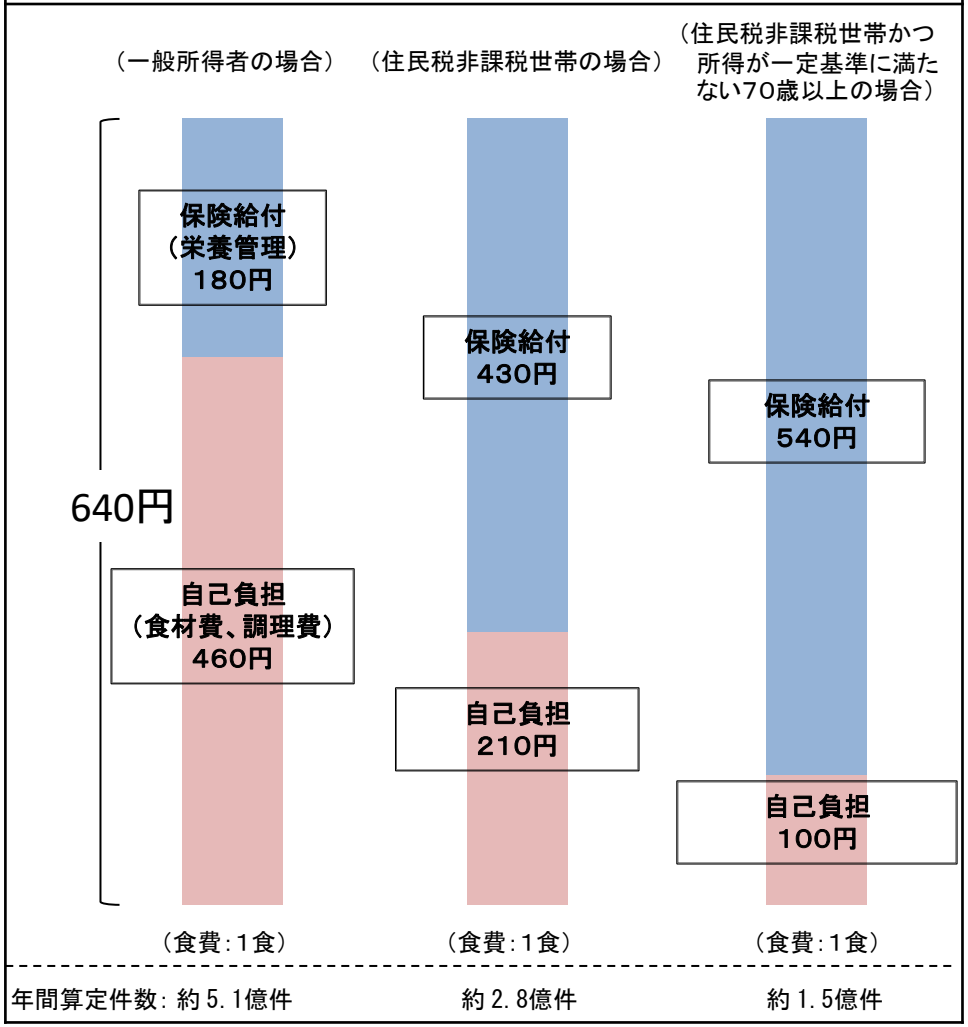
入院時食事療養費の概要

○　入院時に必要な食費は、１食あたりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付（入院時食事療養費）として支給している。

○　「入院時食事療養費（保険給付）」
＝「食事療養基準額（総額）」－
「標準負担額（自己負担）」

○　支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

＜現状の仕組み＞
入院時食事療養費



出典：NDBデータより推計。入院時生活療養費に係る食費の算定件数も含む。住民税非課税世帯については、入院90日以後、保険給付480円・自己負担160円になる場合の件数も含む。

「入院時食事療養費制度」発足以来の食事療養費等の変遷

		総額	自己負担	保険給付
H6.10	1日あたりで算定	1900円	600円	1300円
H8.10			760円	1140円
H9.4		1920円		1160円
H13.1			780円	1140円
H18.4	1食あたりで算定	640円 （1日当たり1920円）	260円	380円
H28.4			360円	280円
H30.4			460円（※）	180円

※介護保険の入所者の食費の基準費用額：
約482円(1食当たり換算)

参照条文

〇健康保険法（大正十一年法律第七十号）（抄）

（入院時食事療養費）

第八十五条　被保険者（特定長期入院被保険者を除く。）が、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所のうち自己の選定するものから、電子資格確認等により、被保険者であることの確認を受け、同条第一項第五号に掲げる療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、入院時食事療養費を支給する。

2　**入院時食事療養費の額は、当該食事療養につき食事療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額**（その額が現に当該食事療養に要した費用の額を超えるときは、当該現に食事療養に要した費用の額）**から、平均的な家計における食費の状況及び特定介護保険施設等**（介護保険法第五十一条の三第一項に規定する特定介護保険施設等をいう。）**における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める額**（所得の状況その他の事情をしん酌して厚生労働省令で定める者については、別に定める額。以下「食事療養標準負担額」という。）**を控除した額とする**。

3　厚生労働大臣は、前項の基準を定めようとするときは、中央社会保険医療協議会に諮問するものとする。

4　厚生労働大臣は、食事療養標準負担額を定めた後に勘案又はしん酌すべき事項に係る事情が著しく変動したときは、速やかにその額を改定しなければならない。

5～9　（略）

令和３年度介護報酬改定における改定事項について

6. ③ 基準費用額の見直し

概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★】

○ 介護保険施設における食費の基準費用額について、令和２年度介護事業経営実態調査結果から算出した介護保険施設の食費の平均的な費用の額との差の状況を踏まえ、利用者負担への影響も勘案しつつ、必要な対応を行う。【告示改正】

基準費用額（食費）（日額）

＜現行＞　　＜改定後＞※令和３年８月施行

１，３９２円／日　⇒　１，４４５円／日（＋５３円）

《参考：現行の仕組み》 ※ 利用者負担段階については、令和3年8月から見直し予定

基準額
⇒食費・居住費の提供に必要な額
補足給付
⇒基準費用額から負担限度額を除いた額

負担軽減の対象となる者

利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下	
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

《参考：現行の基準費用額（食費のみ）》

	基準費用額（日額（月額））	負担限度額（日額（月額））		
		第1段階	第2段階	第3段階
食費	1,392円（4.2万円）	300円（0.9万円）	390円（1.2万円）	650円（2.0万円）

160

入院時の食費の課題と論点

【課題】

○　昨今の食材費等は特に足下で大きく高騰しているところ、公定価格のため価格転嫁もできず、病院経営に影響、病院食の質が下がりかねない状況。

○　現行の入院時の食費は、食材費及び調理費として一食当たり460円の自己負担としている。介護保険の食費の自己負担は一食当たり約482円であり、入院時の食費との差は22円となっている。

【論点】

○　以上の点を踏まえ、食材費等の高騰を踏まえた対応を行う観点から、入院時の食費の見直しについてどのように考えるか。

※入院時の食費の自己負担の観点から、医療保険部会での議論も行われているところ

中医協　総－３
５．　１１．　１０

外来（その３）

１．外来医療の現状等について

①　全般

②　外来機能の分化の推進について

③　医療DXについて

２．かかりつけ医機能に係る評価について

外来医療に係る中医協総会における主なご意見①

＜令和５年６月21日 中医協総会　外来について（その１）＞

（かかりつけ医機能）

○　安心・安全で質の高い医療提供は医療DXの最大の目的であり期待される効果と考える。医療DXは始まったところであり普及には一定程度の時間がかかる。かかりつけ医機能の在り方の１つとして、複数の医療機関との緊密な連携が示されている。将来的には全国医療情報プラットフォームが構築されることで実現するが、実現までの間は現在利用可能な地域医療情報連携ネットワークや紙の文書も含めた、現状の医療提供体制を生かしながら評価の在り方を検討していくべき。

○　医療法改正に伴うかかりつけ医機能の整備強化の議論については、患者の一人一人が医療の質が向上したと確信を持てることが重要。普段の健康状態や服薬情報を把握した上での適切な初期診療、普段の健康相談、夜間休日対応、専門医療機関・介護サービス・障害福祉サービス等との連携が可能であると安心した診療を受けることができる。どの診療機関でも同じ対応ができること、どこにかかればこのような対応が可能なのか、判断できる実績を含めた情報を患者が把握できるような状況にすべき。

○　令和６年度改定においては、医療法改正に基づき、体系的な見直しを行うべき。

○　医療と介護（医師と介護支援専門員）との連携を、かかりつけ医機能に関する評価の要件とすることも考えられる。

○　医療法改正により、患者が希望する場合、かかりつけ医機能として提供する医療内容の書面交付が令和７年４月から施行となる。生活習慣病管理料の療養計画書と内容・役割が重なってくることも考えらる。医療DXを推進するなかで、より効率的な情報共有の方法について整理することが必要。特定疾患療養管理料についても計画書の作成について議論すべきではないか。

○　連携はかかりつけ医機能の重要な要素であるため、輪番を含めて、時間外の対応を進めるべき。

○　薬剤師薬局が、かかりつけ医との連携を推進することが重要。

（生活習慣病対策）

○　医科歯科連携による治療効果の改善がエビデンスとしても示されて、こうした連携を深めていくべき。

○　生活習慣病の管理をどういった形で評価していくのか、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料の対象となっている患者像を分析し、議論を深めていく必要がある。「計画的な管理」を評価している地域包括診療加算と特定疾患管理料が併算定できることも踏まえ、単純に加算を新設するといった発想ではなく、既存のかかりつけ医機能の評価について体系的に整理すべき。

（外来機能の分化の推進）

○　外来医療の需要が2040年に向けて減っていくが、最初から基幹病院に受診する患者がまだ多い。紹介受診重点医療機関を広げていくことが重要で、診療所についても特徴を出し、連携体制を構築していくことが重要。

○　拠点病院の外来診療のボリューム、また働き方改革の観点では夜間・休日の外来のボリュームを把握すべき。

外来医療に係る中医協総会における主なご意見②

＜令和５年９月27日 中医協基本問題小委員会・総会＞

○　特定疾患療養管理料等を算定している医療機関が地域で果たしているかかりつけ医機能について、時間外対応加算の届出状況だけではなく、より多面的な観点からの検討が必要である。

○　特定疾患療養管理料の対象疾患には、かかりつけ医機能が求められる疾患、例えば慢性腎炎、慢性腎臓病、腎不全、心臓病、認知症、更年期障害、白内障などが対象疾患に含まれておらず、対象疾患についてはかかりつけ医機能の発揮が求められる疾患という観点からも分析すべき。

○　コロナ禍の影響で、生活習慣病患者に対する長期処方が増えた一方で、治療中断も見られるようになっている。医学管理の質の観点から診療報酬を検討するにあたり、どの程度長期処方が増えているのか、その結果として医療機関にどのような影響が出ているかについても分析・検討が必要ではないか。

○　コロナ禍で定期的な受診ができなかった状況で、糖尿病の悪化がみられたというデータもあるため、定期的にしっかりした診療を受けられるようにすることが重要ではないか。

○　特定疾患療養管理料における医療法改正による書面交付への対応、生活習慣病管理料における療養計画書の見直しについては、医療の質・患者の負担・効率性の視点で更なる検討が必要である。

○　高血圧、糖尿病、脂質異常のいずれも再診患者のかなり多くに外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定が極めて少ない実態を考えると、かかりつけ医機能をどの診療報酬項目で評価すべきなのかを体系的に整理すべき時期に来ているのではないか。

＜令和５年10月20日 中医協総会　個別事項（その３）　医療・介護・障害福祉サービスの連携＞

○　医療と介護の連携については質的な視点が重要である。現在多くの主治医がサービス担当者会議や地域ケア会議にほぼ無償で参加しているが、これらは適切に評価されるべきである。会議を通じた連携は連携方法の中の１つであり、連携については現場にとって１番無理なく実効的な方法を検討すべきである。

○　医療と介護の連携を推進するために、サービス担当者会議への参加、あるいは介護支援専門員との相談時間の確保といった取組を地域包括診療料・加算の要件として明確化してはどうか。

○　主治医から介護支援専門員及び介護支援専門員から主治医への情報提供の実態は低調である。介護支援専門員から主治医への情報提供の書式の簡略化の見直しも検討されているが、このような書式が活用される仕組みの導入が求められる。

○　サービス担当者会議を通じた連携も重要であるが、患者は日々症状が変わることもあり、その都度、介護支援専門員と直接会って会話をすることが重要である。かかりつけ機能として、主治医が、介護支援専門員、そして患者の３者で会話をし、連携を図っていくことが重要である。

○　主治医と介護支援専門員の連携について、主治医も介護保険のことをよく知る必要があり、介護支援専門員も医療のことを研修などを通じて把握していく必要がある。主治医が介護保険制度に対する知識を深める取組が必要である。

○　地域包括ケアを考える上で、多職種連携は欠かせないが、主治医と介護支援専門員の連携については、連携が難しい場合も少なくない。ICT等を活用した連携をさらに促進すべき。

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

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）＞

（かかりつけ医機能等）

- 特定疾患療養管理料は、算定回数は多いが対象疾患が分かりにくく、見直しが必要との指摘があった。
- 特定疾患療養管理料について、医療法改正に基づく書面交付を意識した対応を考える必要があるとの指摘があった。
- 高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれも、再診患者の多くで外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定は極めて少なく、医学管理の質の観点で、どのような診療報酬が相応しいのか考えることが必要との指摘があった。またその際、併算定を検討する必要があるとの指摘もあった。
- 施設が有するかかりつけ医機能について、患者票では求める機能として「どんな病気でもまずは診療してくれる」の割合が８割であるが、医療機関がこの機能の割合を有する割合は５割となっており、この乖離を今後どのように解消していくかが重要である、との指摘があった。
- 医療機関における介護との連携の取組について、サービス担当者会議や地域ケア会議の参加は機能強化加算の届出がある施設でも５割に留まっており、これらの取組の推進が必要ではないか、との指摘があった。
- 書面を使った説明について、患者票では「病状と治療について」の説明を７割が希望している一方で、医療機関がこれらについて説明している割合は５割程度となっており、乖離があるのは課題であり、本年に制定された医療法改正において患者への説明が努力義務化されたことを踏まえ診療報酬上でも検討していくべき、との指摘があった。

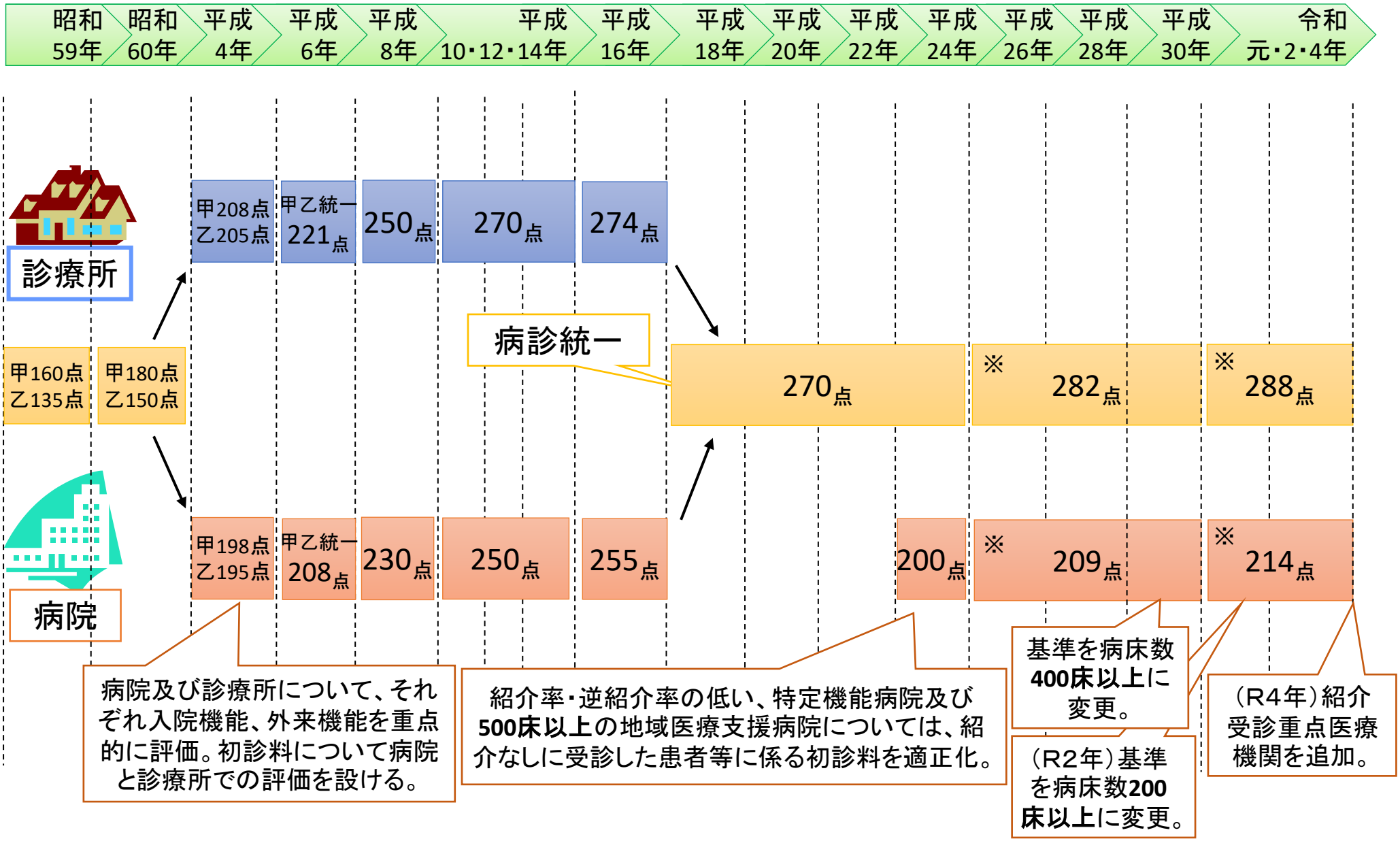
（生活習慣病対策）

- 生活習慣病の管理について看護師による療養指導、多職種連携を評価する仕組みを検討すべきとの指摘があった。
- 生活習慣病管理料の療養計画書について見直しが必要との指摘があった。
- データ提出について、最終的に過不足がなく、現場の負担にも配慮した情報管理としてほしい、との指摘があった。

（外来機能の分化の推進）

- 外来機能の分化・連携をさらに進める必要があるとの指摘があった。

初診料の変化の変遷

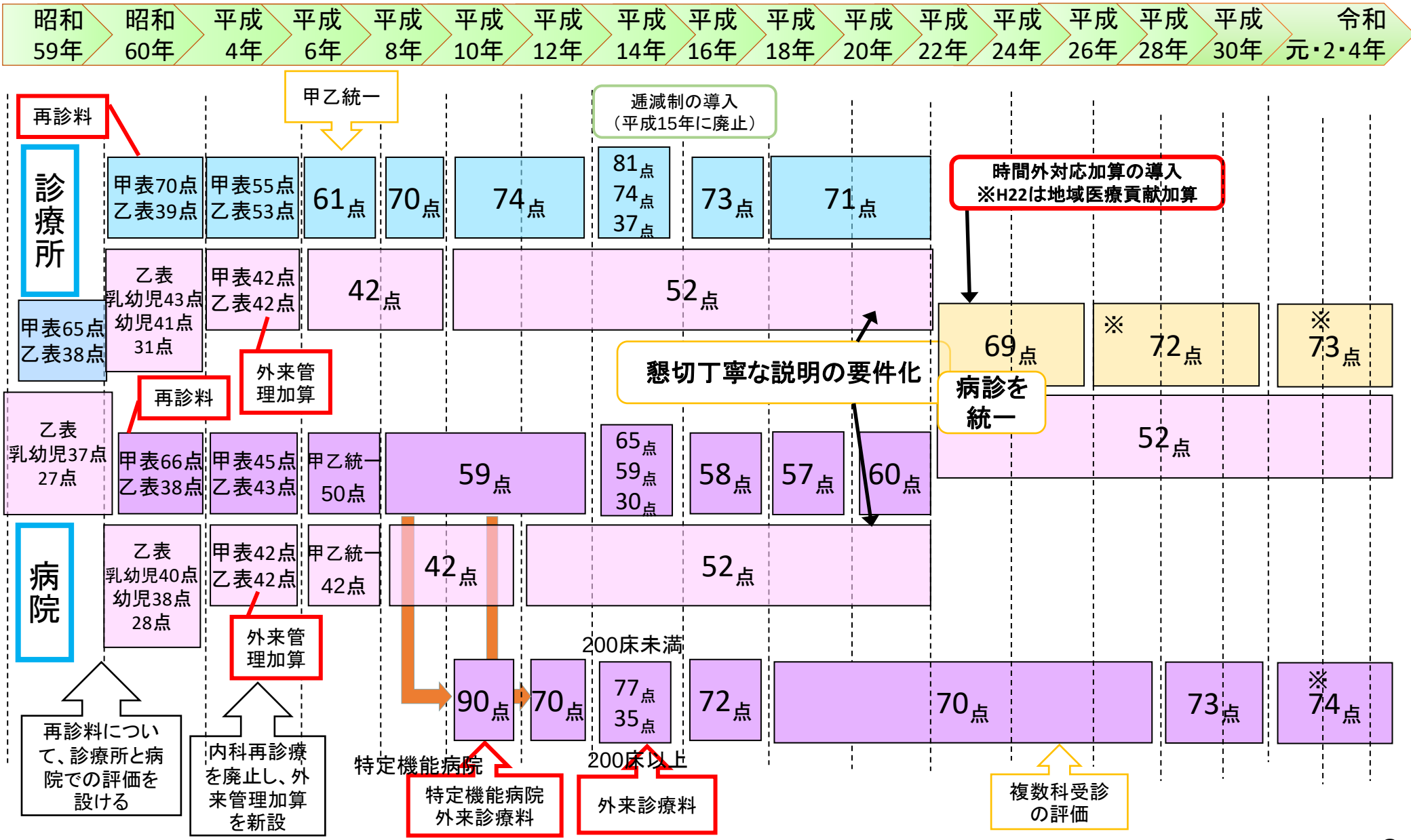


※平成26年、令和元年は消費税率の引上げに伴う改定

再診料・外来管理加算の評価の変遷

中医協　総－８
５．６．２１

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

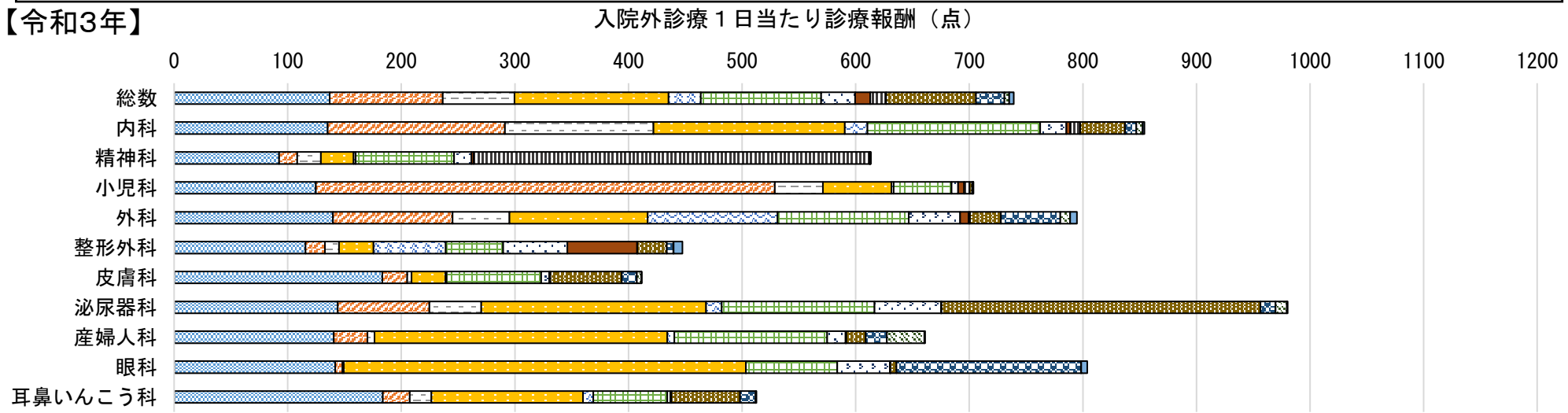


※平成26年、令和元年は消費税率の引上げに伴う改定

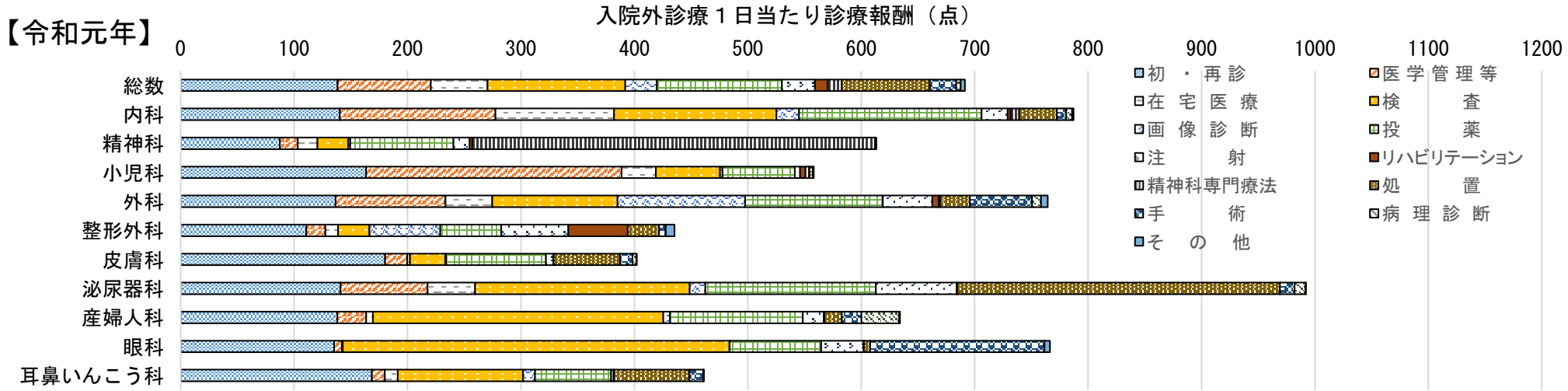
受診１回当たりの診療報酬構成（診療所、診療科別）

○　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】



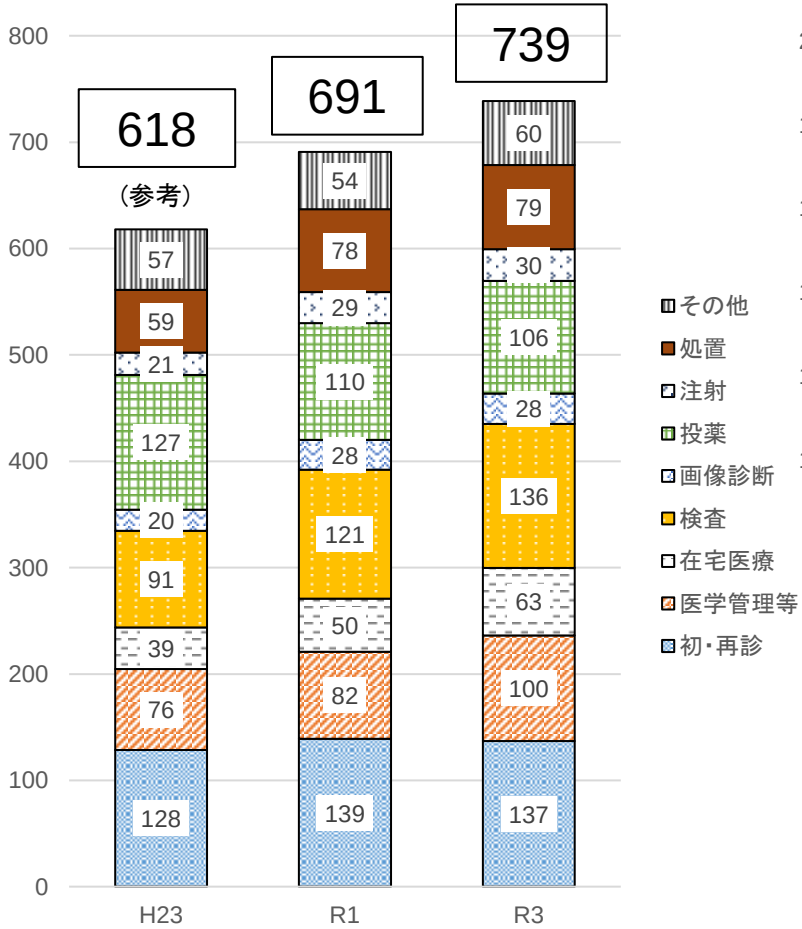
診療科目は、医療施設静態調査で、各診療所が「主たる診療科目」として回答したものに基づいて区分。「その他」には、麻酔、放射線治療、入院料等が含まれる。
「泌尿器科」の処置には、人工腎臓及び特定保険医療材料等が含まれる。「小児科」の医学管理等には、小児かかりつけ診療料等が含まれる。

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）

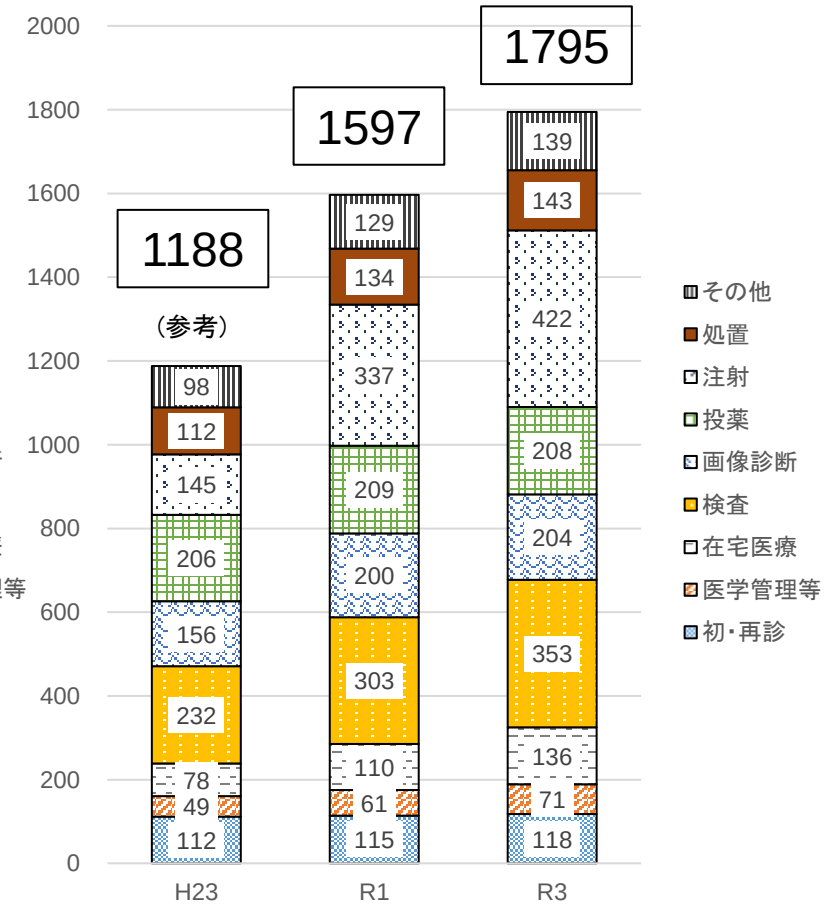
入院外一日当たりの診療報酬点数の推移

○　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。

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移
（診療所）



入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移
（病院）



※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）

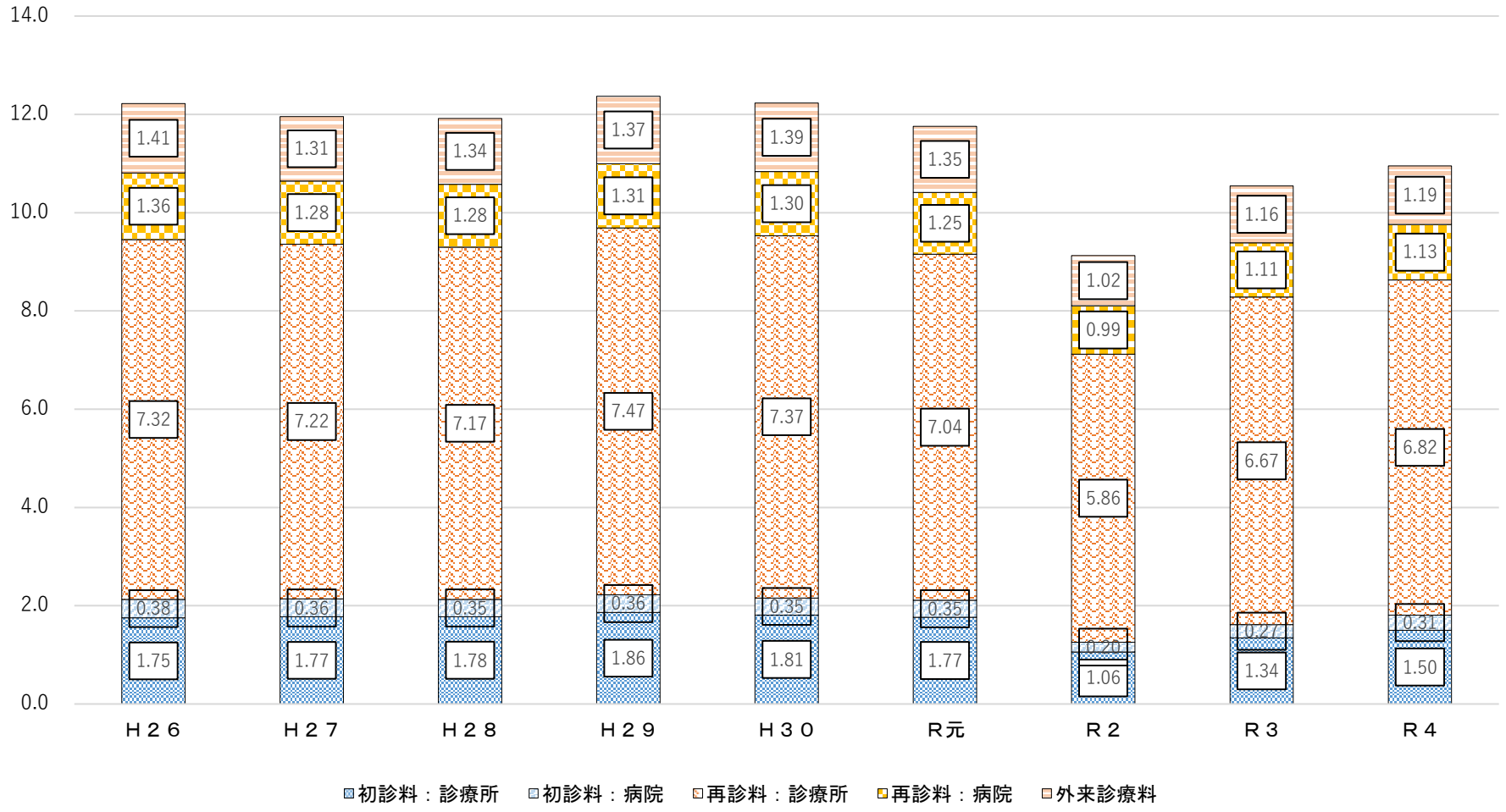
病院・診療所別の初・再診料の算定回数の年次推移

中医協　総－８
５．６．２１改

○　初・再診料の算定回数は、令和2年に減少したが、令和3年以降は増加に転じている。

（単位：千万回）

病院・診療所別の初診料・再診料・外来診療料の算定回数の年次推移

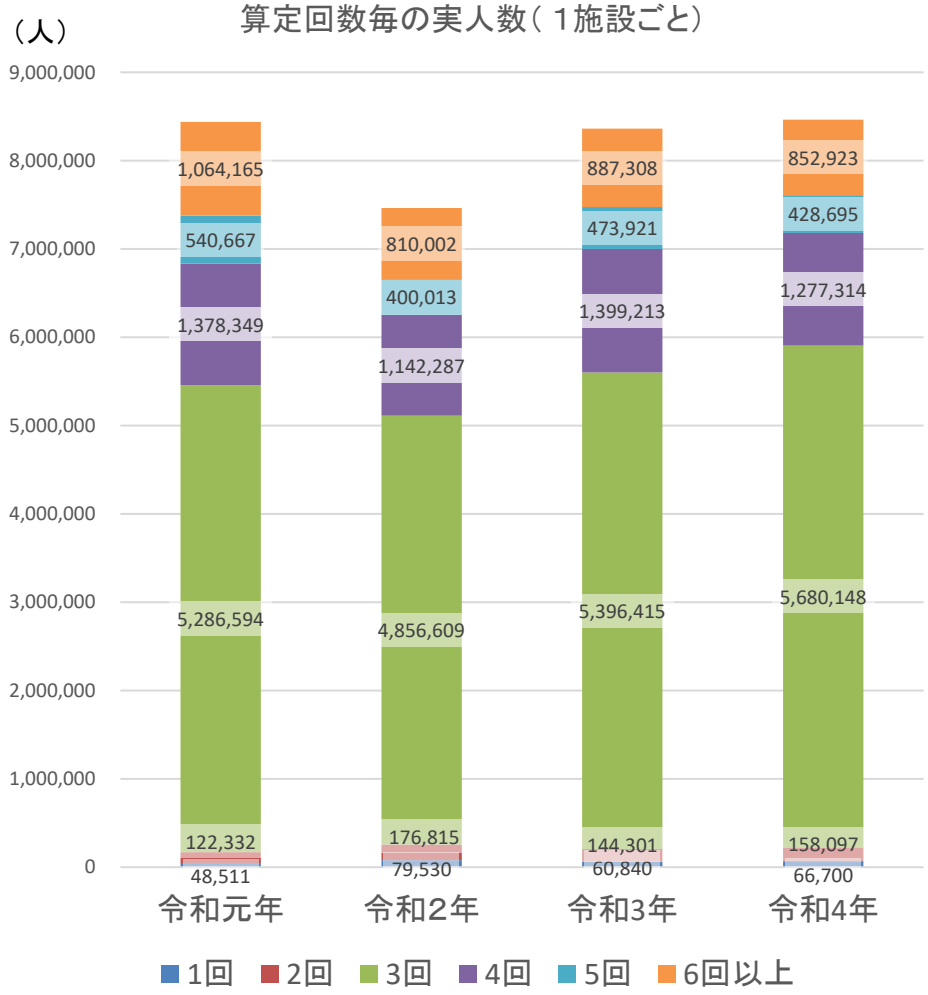


出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）
※診療所について：平成25年以後は全数調査

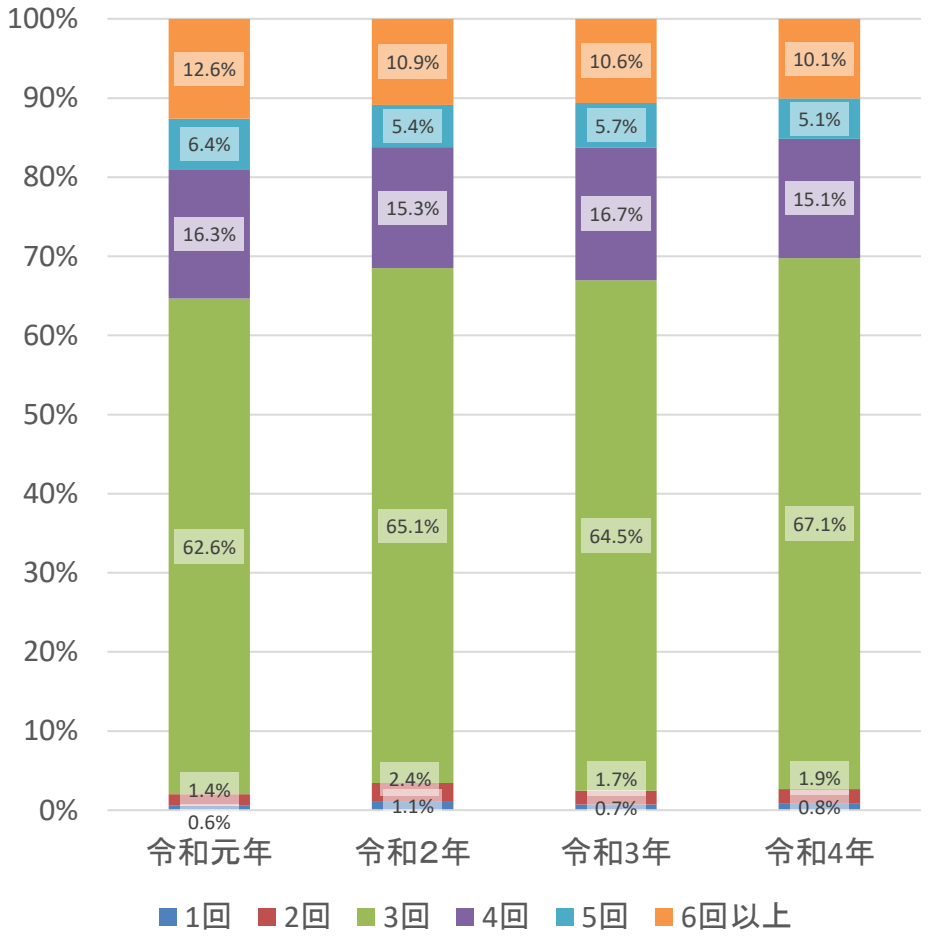
再診料・外来診療料の３か月あたりの算定実人数

○　高血圧・糖尿病・脂質異常症を主病とする患者における再診料・外来診療料は、３か月間に３回（１月に１回）算定されている患者が最多であった。再診料・外来診療料が３か月間に４回以上算定されている患者割合は令和元年から令和２年にかけて減少していた。

再診料・外来診療料の３か月あたりの
算定回数毎の実人数（１施設ごと）



再診料・外来診療料の３か月あたりの
算定回数毎の実人数割合（１施設ごと）



出典：NDBデータ（各年４～６月診療分）

※複数の医療機関受診した場合はそれぞれ実人数として計上

内服薬の投薬日数

○　内服薬の投薬日数は令和元年度から令和２年度にかけ伸びを認めた。薬効分類としては、生活習慣病に係る血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤についても令和元年度から令和２年度にかけ投薬日数の伸びを認めた。

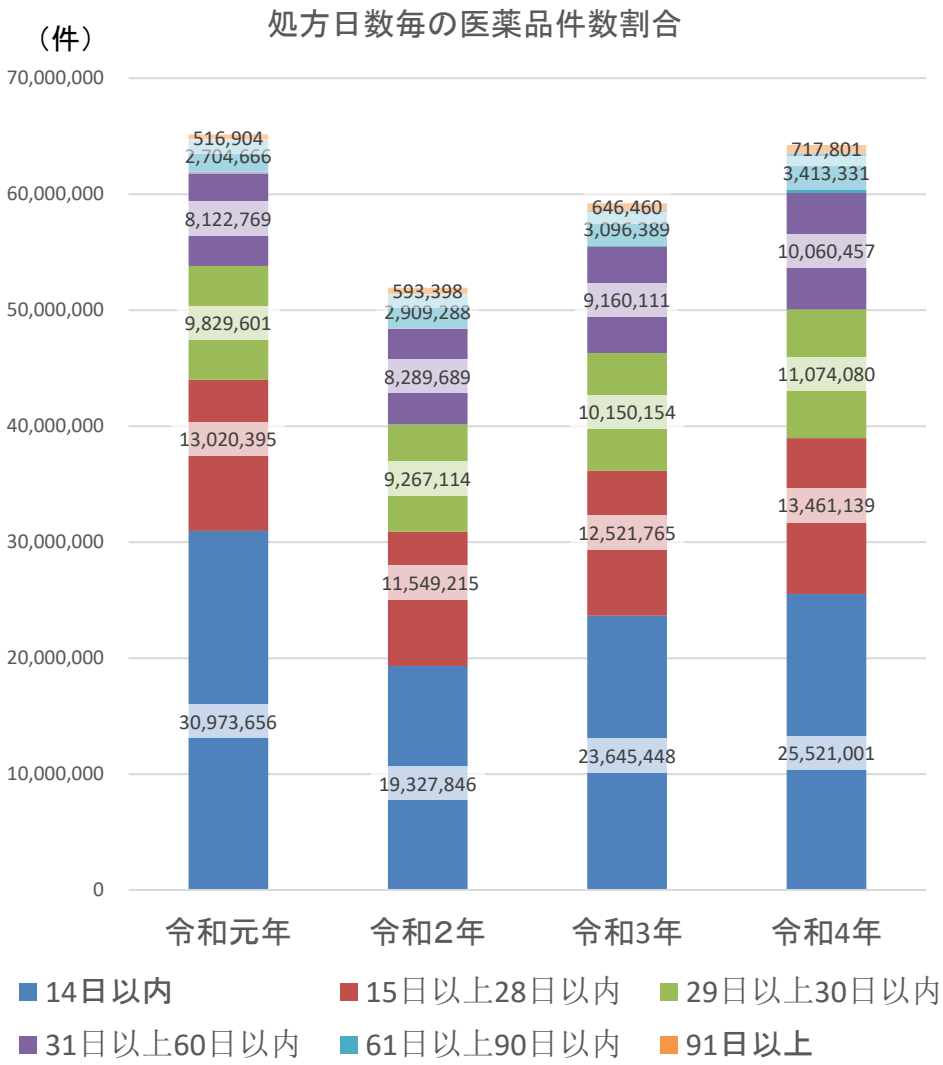
実数（日）

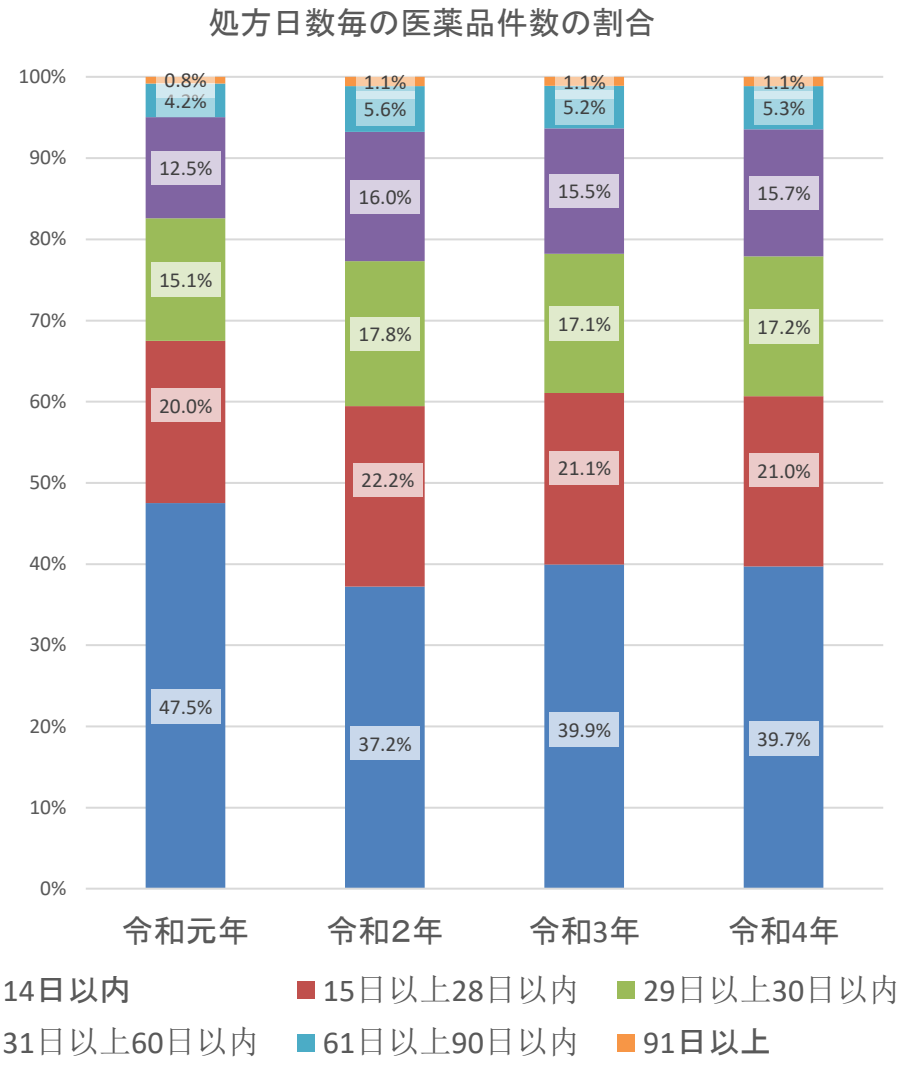
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
総数	**23.6**	**24.1**	**25.0**	**28.2**	**28.1**	**27.9**
11 中枢神経系用薬	22.1	22.6	23.1	24.6	24.7	24.9
114 解熱鎮痛消炎剤	16.2	16.7	17.2	19.7	19.7	19.6
21 循環器官用薬	32.3	32.9	33.7	35.1	35.2	35.7
212 不整脈用剤	33.0	33.5	34.2	35.5	35.4	35.9
214 血圧降下剤	**33.4**	**34.0**	**34.7**	**36.3**	**36.4**	**36.9**
218 高脂血症用剤	**34.3**	**34.9**	**35.8**	**37.4**	**37.5**	**38.1**
22 呼吸器官用薬	8.5	8.7	9.1	12.7	11.6	10.7
396 糖尿病用剤	**33.7**	**34.3**	**35.1**	**36.6**	**36.6**	**37.1**
44 アレルギー用薬	17.7	18.5	19.7	24.0	23.7	23.8
61 抗生物質製剤	6.7	6.9	7.2	8.6	8.6	8.6
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	4.8	4.9	5.0	5.1	5.1	5.2
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	8.5	8.9	9.4	12.9	13.0	12.8
62 化学療法剤	10.6	10.3	11.7	15.4	15.6	14.6
624 合成抗菌剤	5.4	5.5	5.6	6.0	6.0	6.1
625 抗ウイルス剤	11.3	8.8	12.3	19.3	19.6	14.4

出典：調剤医療費の動向調査（保険局調査課）

処方日数毎の医薬品件数

○　令和元年から令和２年にかけて処方日数が14日以内である医薬品件数の割合が減っており、令和２年以降は日数毎の件数割合は同様の傾向であった。

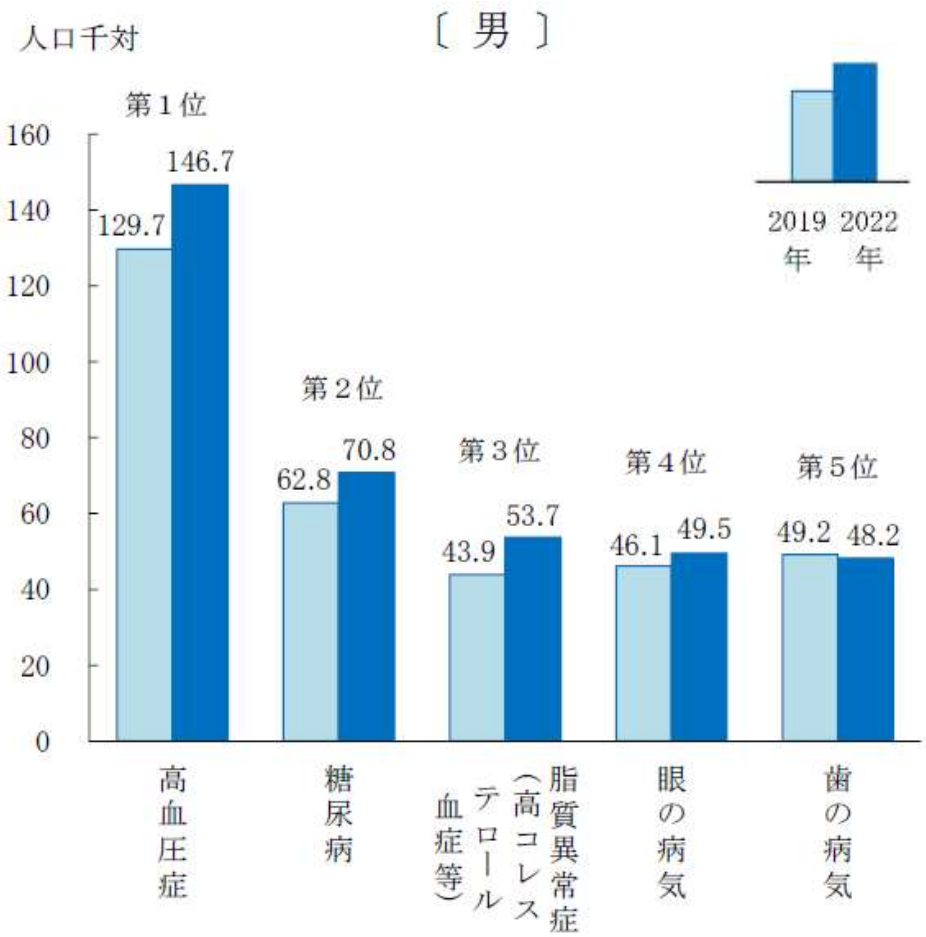


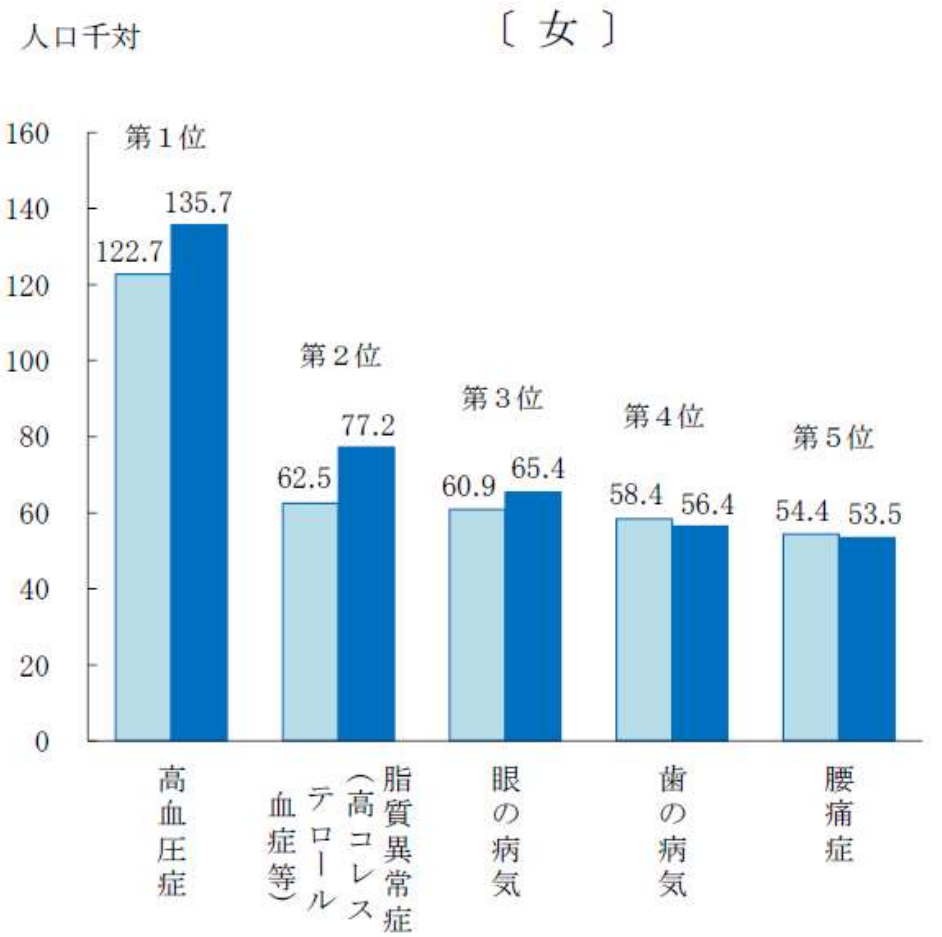


出典：NDBデータ（各年５月診療分）　※処方内で同一薬効分類内にある医薬品については併せて１件として集計

通院者数の推移

○　傷病で通院している者〔通院者〕の上位３疾患は高血圧症、糖尿病、脂質異常症となっており、2019（令和元）年から2022（令和４）年にかけて通院者数は増加している。





出典：2022（令和4）年国民生活基礎調査　※通院者には入院者は含まないが、通院者率を算出するための分母となる世帯人員には入院者を含む。

生活習慣病に対する療養指導

○　高血圧、糖尿病、脂質異常症に係る診療ガイドラインにおいて、生活習慣の指導の重要性が示されている。

高血圧治療ガイドライン2019

第4章　生活習慣の修正　総論（抜粋）

生活習慣の修正は、それ自身による降圧効果が期待されるだけでなく、高血圧予防の観点からも重要である。また、降圧薬服用患者においても降圧作用の増強や投与量の減量につながることが期待できるため、生活習慣の修正は、すべての高血圧患者に対して指導すべきである。

糖尿病診療ガイドライン2019

CQ 3-1　糖尿病の管理に食事療法は有効か？

○ 糖尿病の管理には，食事療法を中心とする生活習慣の是正が有効である。[推奨グレードA]

CQ 4-1　糖尿病の管理に運動療法は有効か

○　2型糖尿病患者に対する有酸素運動やレジスタンス運動，あるいはその組み合わせによる運動療法は，血糖コントロールや、心血管疾患のリスクファクターを改善させる。2型糖尿病患者に対する有酸素運動とレジスタンス運動は，ともに単独で血糖コントロールに有効であり、併用によりさらに効果が高まる。[推奨グレードA]

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

第3章　動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理　6　包括的リスク評価・管理の実際　Step 5　生活習慣の改善

生活習慣の改善は動脈硬化性疾患予防の根幹であり、安易な薬物療法導入は厳に慎むべきである。薬物治療中もこれらの非薬物療法の継続、すなわち生活習慣の改善指導を怠るべきではない。禁煙は動脈硬化性疾患の原因の中で最も介入が必要な因子であり、その予防にあっては性別を問わず全ての年齢層に対して禁煙を進めるべきである。

１．外来医療の現状等について

①　全般

②　外来機能の分化の推進について

③　医療DXについて

２．かかりつけ医機能に係る評価について

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改

○ 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、紹介受診重点外来の機能に着目して、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）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「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。

【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、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

【協議の場】

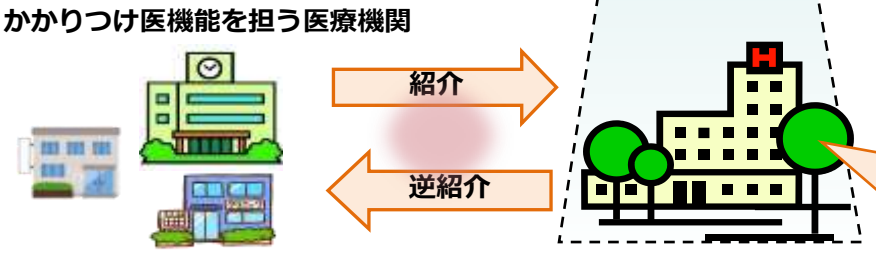
①紹介受診重点外来に関する基準（※）を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。
（※）初診に占める紹介受診重点外来の割合40%以上　かつ
再診に占める紹介受診重点外来の割合25%以上

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

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

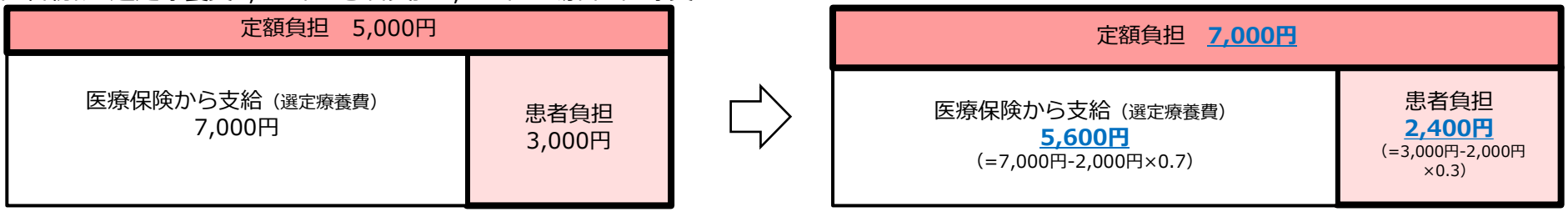
見直し後

［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）**

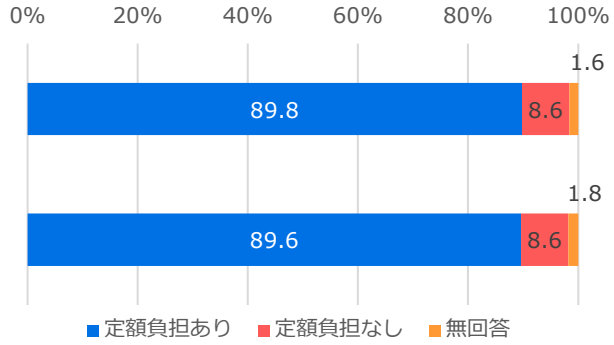
［再診の場合］
~~①　自施設の他の診療科を受診している患者~~
~~②　医科と歯科との間で院内紹介された患者~~
~~③　特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者~~
①　救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
②　外来受診から継続して入院した患者
~~⑥　地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者~~
~~⑦　治験協力者である患者~~
③　災害により被害を受けた患者
④　労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑤　その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必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。**

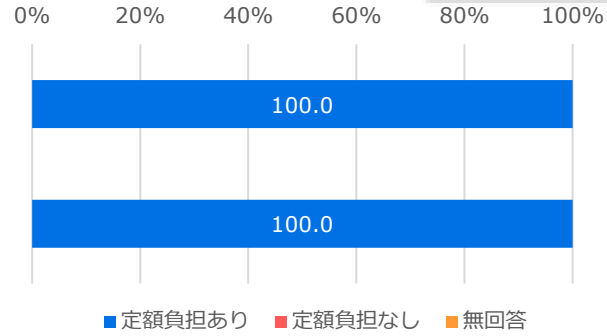
紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入状況

○　令和４年５月１日の状況と、令和５年５月１日の状況をみると、導入状況に変化は見られなかった。
○　200床以上の紹介受診重点医療機関に新たに定額負担が義務化される予定であったが、紹介受診重点医療機関の公表時期が令和５年６月以降にずれ込んだことから、調査時点では増加が見られなかった。

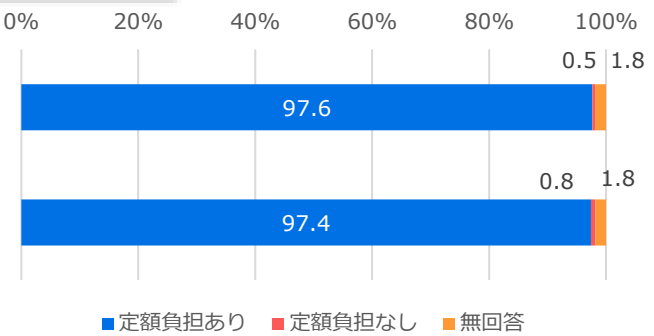


【全体（n＝626）】

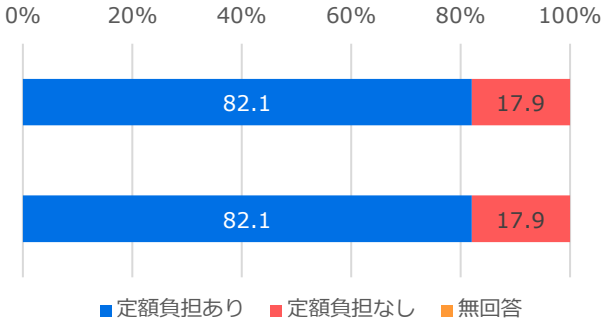
義務化対象施設



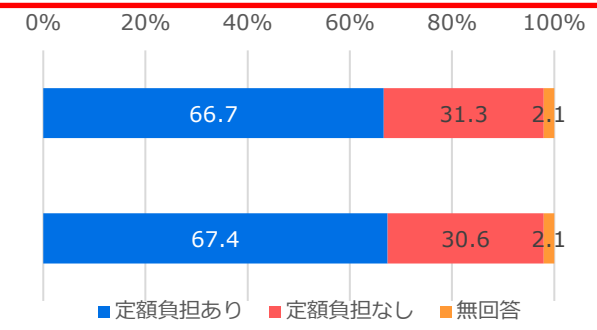
【特定機能病院（n＝61）】



【一般病床200床以上の地域医療支援病院（n＝382）】



【一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）（n＝39）】



【徴収義務のない一般病床200床以上の病院（n＝144）】

上段：令和４年５月１日の状況
下段：令和５年５月１日の状況

※　A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。
※　特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況（初診時）

診調組　入－２
５．１０．１２

○　令和4年5月1日と令和5年5月1日の設定金額の状況は以下のとおり。
○　令和4年10月より義務化対象施設（200床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院）の定額負担（告示に定める額）が2,000円増額になり、当該病院の平均値等も2,000円程度の上昇となっている。

令和４年５月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	550	5,065	5,500	440	11,000
義務化対象施設	424	5,817	5,500	3,300	11,000
特定機能病院	61	6,411	5,500	3,300	11,000
一般病床200床以上の地域医療支援病院	363	5,717	5,500	3,300	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	32	2,913	2,840	1,000	7,700
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	94	2,407	2,200	440	8,800

令和５年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	552	6,672	7,700	440	13,200
義務化対象施設	425	7,824	7,700	5,500	13,200
特定機能病院	60	8,614	7,700	5,500	13,200
一般病床200床以上の地域医療支援医療病院	365	7,694	7,700	5,500	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	32	3,410	2,930	1,000	7,700
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	95	2,614	2,200	440	8,800

※　A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。徴収する金額の最小値について、明らかに回答誤りと思われるものや無回答は集計から除いている。
※　特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況（再診時）

診調組　入－２
５．１０．１２

○　令和４年５月１日と令和５年５月１日の設定金額の状況は以下のとおり。
○　令和４年10月より義務化対象施設の定額負担（告示に定める額）が500円（歯科は400円）増額になり、平均値等は600円程度の上昇となっている。

令和４年５月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	486	2,332	2,750	370	11,000
義務化対象施設	384	2,880	2,750	1,650	11,000
特定機能病院	56	2,943	2,750	2,500	5,500
一般病床200床以上の地域医療支援病院	329	2,869	2,750	1,650	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	31	193	0	0	3,300
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	71	273	0	0	3,300

令和５年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	510	2,839	3,300	370	11,000
義務化対象施設	408	3,476	3,300	2,090	11,000
特定機能病院	58	3,504	3,300	3,000	6,050
一般病床200床以上の地域医療支援病院	350	3,460	3,300	2,090	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	30	330	0	0	3,300
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	72	326	0	0	3,850

※　A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。徴収する金額の最小値について、明らかに回答誤りと思われるものや無回答は集計から除いている。
※　特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

初診時に紹介状なしで受診した患者と定額負担を徴収した患者の割合

診調組　入－２
５．１０．１２

○　令和4年5月と令和5年5月の状況を見ると、初診時に紹介状なしで受診した患者の割合は義務化対象施設で4.3ポイント減少している。

全体	令和４年5月（N＝505）	令和5年5月（N＝534）
①初診患者数（延べ人数）	1,567	1,524
②うち、紹介状なしの患者数（人）	767	680
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	198	184
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	48.9%	44.6%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	12.6%	12.1%

義務化対象施設	令和４年5月（N＝367）	令和5年5月（N＝393）
①初診患者数（延べ人数）	1,637	1,587
②うち、紹介状なしの患者数（人）	710	620
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	159	143
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	43.4%	39.1%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	9.7%	9.0%

一般病床200床以上の地域医療支援病院	令和４年5月（N＝316）	令和5年5月（N＝337）
①初診患者数（延べ人数）	1,574	1,517
②うち、紹介状なしの患者数（人）	726	632
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	163	147
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	46.1%	41.7%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	10.4%	9.69%

特定機能病院	令和４年5月（N＝51）	令和5年5月（N＝56）
①初診患者数（延べ人数）	2,031	2,009
②うち、紹介状なしの患者数（人）	613	549
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	138	119
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	30.2%	27.3%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	6.79%	5.92%

徴収義務のない一般病床200床以上の病院	令和４年5月（N＝104）	令和5年5月（N＝107）
①初診患者数（延べ人数）	1,234	1,190
②うち、紹介状なしの患者数（人）	837	753
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	257	249
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	67.8%	63.3%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	20.8%	20.9%

一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	令和４年5月（N＝30）	令和5年5月（N＝30）
①初診患者数（延べ人数）	1,945	1,957
②うち、紹介状なしの患者数（人）	1,224	1,193
③うち、定額負担を徴収した患者数（人）	467	459
紹介状なしで受診した患者の割合（②/①）	62.9%	61.0%
定額負担を徴収した患者の割合（③/①）	24.0%	23.5%

※　A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。未回答は除いている。
※　特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

出典：令和５年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

紹介受診重点医療機関の公表状況について（令和５年10月１日時点）

○　紹介受診重点医療機関として、令和５年10月1日時点で、930施設が公表※されている。
○　紹介受診重点医療機関930施設のうち、病院は914施設、有床診療所は14施設、無床診療所は2施設であった。
○　紹介受診重点医療機関である病院914施設のうち、特定機能病院は78施設、地域医療支援病院は591施設であった。
○　特定機能病院又は地域医療支援病院以外の病院245施設のうち、一般病床200床以上の病院は151施設であった。

※各都道府県HPにおいて、紹介受診重点医療機関リストが公表されているほか、厚労省HPにおいても、都道府県紹介受診重点医療機関リストを掲載し、随時更新している。

紹介受診重点医療機関の病院機関種別施設数

紹介受診重点医療機関	病院	特定機能病院*	地域医療支援病院*	特定機能病院*又は地域医療支援病院*以外の病院（245）		有床診療所	無床診療所
				一般病床** 200床以上	一般病床** 200床未満		
930	914	78	591	151	94	14	2

（出典）令和４年度外来機能報告

*　特定機能病院は令和4月12月1日時点、地域医療支援病院は令和4年9月1日時点の集計（地域医療計画課調べ）。
**　病床数は、令和4年度病床機能報告等に基づく集計。

１．外来医療の現状等について

① 全般

② 外来機能の分化の推進について

③ 医療DXについて

２．かかりつけ医機能に係る評価について

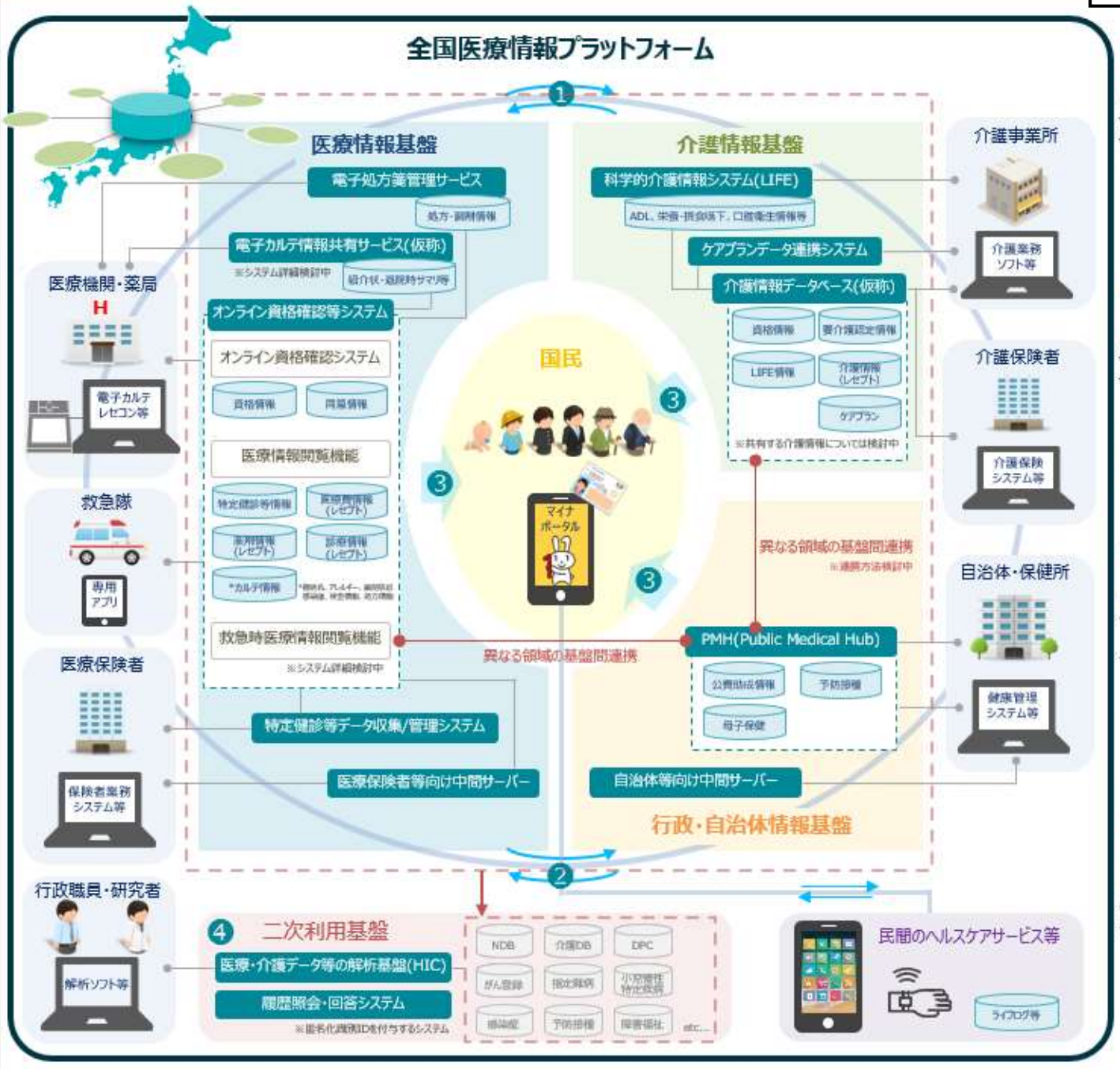
医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

令和５年６月２日
医療ＤＸ推進本部決定

全国医療情報プラットフォームの構築

	2023年度（令和5年度）	2024年度（令和6年度）	2025年度（令和7年度）	2026年度～（令和8年度～）
マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等				
マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等	▼保険医療機関等のオンライン資格確認の原則義務化 訪問診療等、柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術所等でのオンライン資格確認の構築	運用開始 ○令和6年秋・保険証廃止		
	スマホからの資格確認の構築	運用開始		
	生活保護（医療扶助）のオンライン資格確認対応	運用開始		
医療機関・薬局間での共有・マイナポでの閲覧が可能な医療情報を拡大				
情報共有基盤の整備 共有等が可能な医療情報の範囲の拡大	電子処方箋：電子処方箋を実施する医療機関・薬局を拡大		概ね全ての医療機関・薬局で導入	
	電子カルテ情報：全国医療情報プラットフォームの基盤構築（電子カルテ情報共有サービス（仮称）の整備）		運用開始 診療情報提供書・退院時サマリーの交換 検査値〔生活習慣病、救急〕、アレルギー、薬剤禁忌、傷病名等を共有 順次、医療機関、共有する医療情報を拡大	
	レセプト情報：救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備	運用開始し、普及		
電子カルテ情報の標準化等		医療情報化支援基金の活用による電子カルテ情報の標準化を普及	標準型電子カルテα版提供開始	本格実施
医療機関・薬局間だけでなく、自治体、介護事業所と情報を共有、マイナポで閲覧に加え、申請情報の入力				
自治体・医療機関/介護事業所間の連携　等 ・自治体が実施する介護、予防接種、母子保健等の事業の手続に必要な情報の連携	自治体システムの標準化、共有すべき文書の標準化・クラウド化			下記について全国的に運用 ・公費負担医療、地方単独医療費助成 ・予防接種 ・母子保健情報 ・介護 ・自治体検診 ・感染症届出
	業務運用の見直し 医療機関・自治体との情報連携基盤の整備 実証事業	先行実施 国民に直接メリットがある機能を開始 ⇒ ⇒ ⇒ 機能・実施自治体を拡大		
	マイナポの申請サイトの改修		診断書等の自治体への電子提出の実現 順次、対象文書を拡大	
	民間PHR事業者団体等と連携したライフログデータ標準化、 医療機関実証、2025年大阪・関西万博も見据えたユースケース創出支援			順次、ユースケースを拡大
医療機関等のシステムについて、診療報酬の共通算定モジュールを通し、抜本的にモダンシステム化				
診療報酬改定DX 〔医療機関等システムのモダンシステム化〕	マスタの開発・改善 電子点数表の改善	マスタ及び電子点数表改善版の提供開始	マスタ・コードの標準化の促進 提供拡大	
		➡ 医療機関・ベンダの負担軽減		
	共通算定モジュールの設計・開発		共通算定モジュールのα版提供開始 先行医療機関で実施、改善 順次、機能を追加	本格実施 機能を更に追加しながら、医療機関数を拡大 ➡ 医療機関・ベンダの更なる負担軽減

全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）



«医療DXのユースケース・メリット例»

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを受けられる。

2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。

3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。

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**

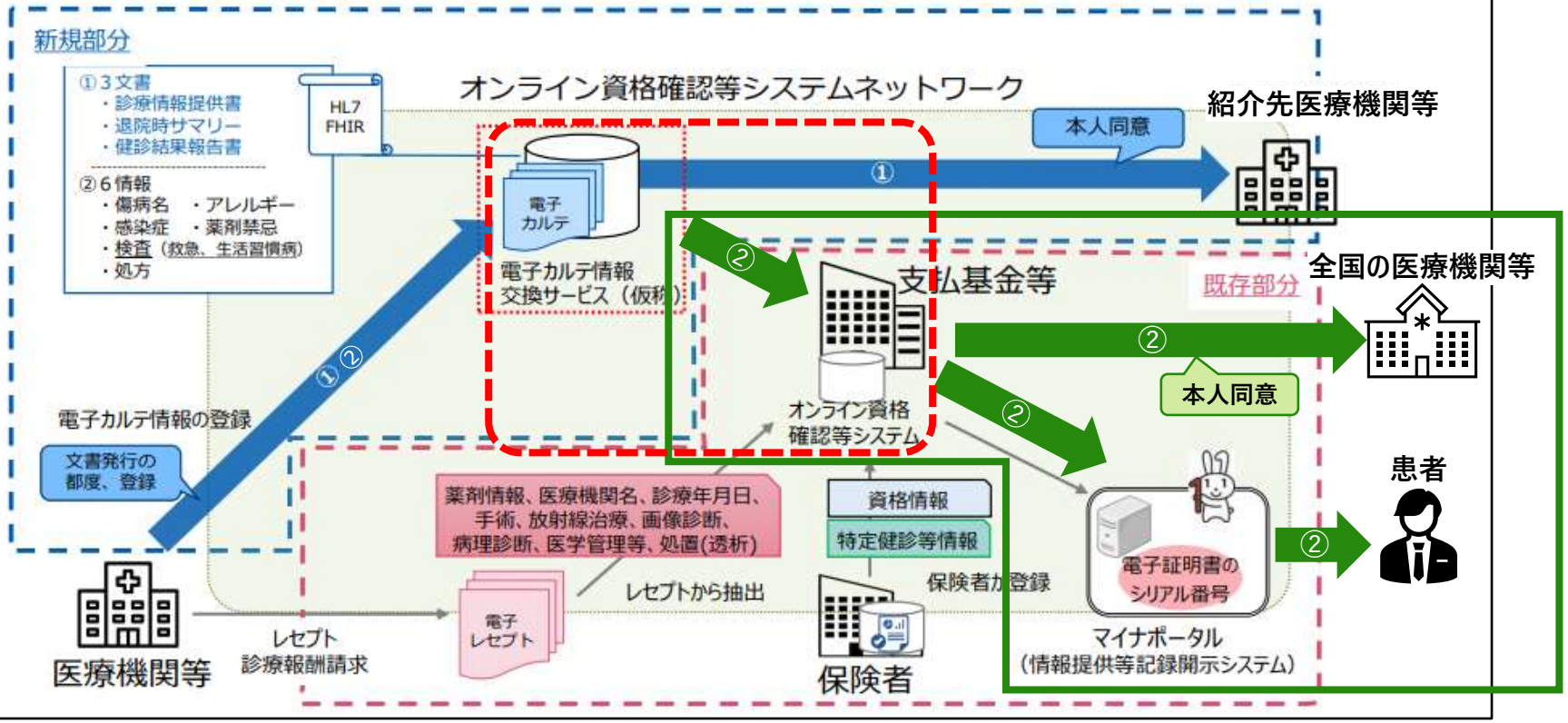
医療DXも踏まえた電子カルテ情報を共有できる仕組みの実装方法（イメージ）

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。

デジタル社会の実現に向けた重点計画

○　令和５年６月９日に閣議決定された「デジタル社会の実現に向けた重点計画」において、医療分野におけるデジタル化の推進が示されている。具体的には、民間PHRサービスの利活用の促進、全国医療情報プラットフォーム、診療報酬改定DX 、オンライン診療や院内掲示事項のデジタル化（ウェブサイトへの掲示）等が含まれる。

第３-２　２．安全・安心で便利な暮らしのデジタル化

準公共分野等のデジタル化の推進

①　健康・医療・介護
- 民間PHRサービスの利活用を促進。
- 全国医療情報プラットフォーム、電子カルテ情報の標準化等、診療報酬改定DXの取組を推進。

②　教育
- 学習者や教育者の日々の学習や実践の改善に資する教育データの利活用と、教育政策の立案・実行の改善に資する教育ビッグデータの利活用を、「データ駆動型の教育」を推進。

③　防災
- 災害対応に役立つ情報を集約し、災害対応機関で共有する防災デジタルプラットフォームを2025年(令和７年)までに構築。
- 防災DX官民共創協議会等の枠組みを活用しながら、防災分野の優れたアプリやサービスについて、防災DXサービスマップやサービスカタログなどの形で整理。

④　こども
- 教育・保育・福祉・医療等のデータを分野を越えて連携させ、真に支援が必要なこどもや家庭に対するニーズに応じたプッシュ型の支援に活用する実証事業を実施。

⑤　モビリティ
- 協調領域としての空間情報の共有、制御の在り方、社会的責任分担の在り方等について検討を開始し、2023年度(令和５年度)中を目途に「モビリティ・ロードマップ（仮称）」を取りまとめる。
- ４次元時空間IDを含めた空間情報基盤の整備。

⑥　取引（受発注・請求・決済）
- 中小企業のバックオフィス業務の効率化のため、受発注のデジタル化の推進、デジタルインボイスの普及・定着。
- 契約から決済にわたる取引全体におけるデータ連携を可能とするため、必要なデータ利活用の取組を推進。

デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和５年11月２日 閣議決定）（主な箇所抜粋）

第２章　経済再生に向けた具体的施策
第４節　人口減少を乗り越え、変化を力にする社会変革を起動・推進する

５．人手不足等に対応する制度・規制改革及び外国人材の活用

（医療・介護分野におけるデジタル技術を活用した効率化）
　診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、デジタル原則※１に倣い医療現場において電磁的方法の活用が進むよう、2024年度診療報酬改定において、関係ガイドラインを踏まえつつ、2023年度中に必要な検討を行った上で措置を講ずる。

※１　デジタル臨時行政調査会において、令和５年12月に策定され、「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（令和５年６月９日閣議決定）において、「デジタル社会の実現に向けての理念・原則」として位置づけられている。

１．外来医療の現状等について

２．かかりつけ医機能に係る評価について

①　総論

②　時間外対応加算について

③　書面を用いた説明について

④　特定疾患療養管理料について

⑤　かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

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。

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

「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。

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

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

診療所

訪問診療

受診・相談

住民

保健事業

市町村

保険者

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。

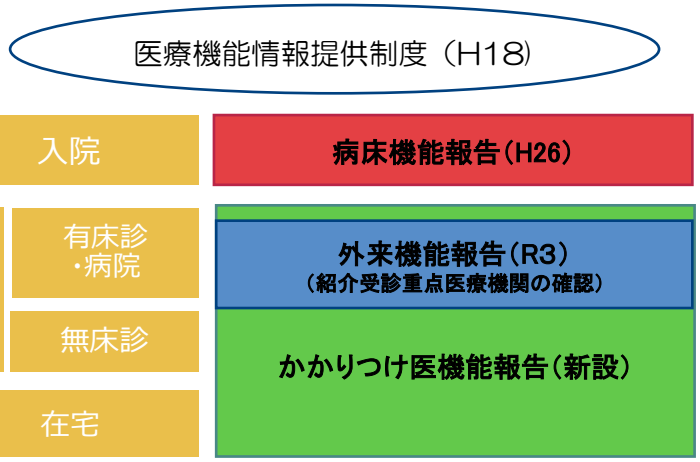
かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

○ 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。

かかりつけ医機能報告の流れ

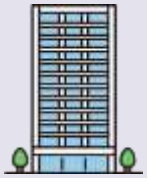
かかりつけ医機能報告概要

○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。
○都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。

かかりつけ医機能報告
対象医療機関

① かかりつけ医機能の報告

◆継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能の有無・内容
（第30条の18の４第１項）
＜報告項目イメージ＞
1：日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
2：1を有する場合、
(1)時間外診療、(2)入退院支援、(3)在宅医療、(4)介護等との連携、(5)その他厚生労働省令で定める機能



都道府県

② 報告の内容
（第30条の18の４第７項）

③ 都道府県の確認

④確認結果
（第30条の18の４第３項、第５項）

公表

2（1）～（4）等の機能の確保に係る体制を確認(※)。
（第30条の18の４第２項）
・体制に変更があった場合は、再度報告・確認
（第30条の18の４第４項）

⑤確認結果の報告

外来医療に関する
地域の協議の場

⑥ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討 （第30条の18の５）

具体的方策の例
◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
◆地域の医療機関間の連携の強化　など

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。
※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

⑦協議結果

公表

※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外
医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等（第30条の18の４第６項等）

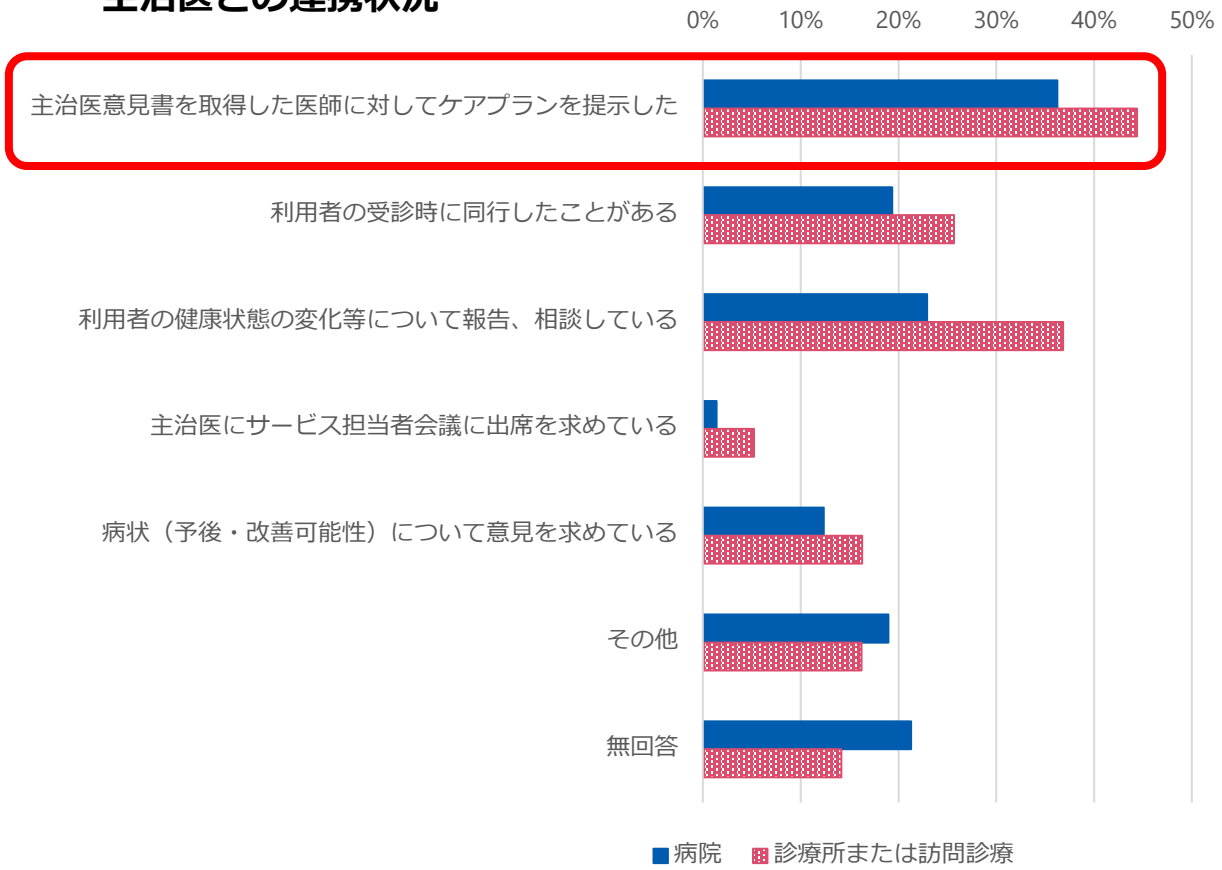
かかりつけ医機能と診療報酬上の対応

関連する制度・提言等	かかりつけ医機能	診療報酬上の主な対応
医療法によるかかりつけ医機能報告制度	日常的な診療の総合的・継続的実施	地域包括診療料・加算の研修要件
	夜間・休日の対応	時間外対応加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料 在宅療養支援診療所・病院等
	入退院支援	在宅療養支援診療所・病院等
	在宅医療の提供	在宅療養支援診療所・病院、地域包括診療料・加算等
	介護サービス等との連携	地域包括診療料・加算、機能強化加算等
医療法によるかかりつけ医機能の確認を受けた医療機関の努力義務	書面を用いた治療に関する計画等の説明	生活習慣病管理料（生活習慣に関する総合的な治療管理） 小児かかりつけ診療料（かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うこと等）
全世代型社会保障構築会議報告書（令和4年12月16日）	オンライン資格確認を活用した患者情報の一元的把握	ー （地域包括診療料・加算は、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、カルテに記載することが要件）
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）	健診・がん検診	機能強化加算
	母子保健	ー
	学校保健	小児かかりつけ診療料、機能強化加算等
	産業保健	（療養・就労両立支援指導料）

主治医と介護支援専門員との連携状況①（H30）

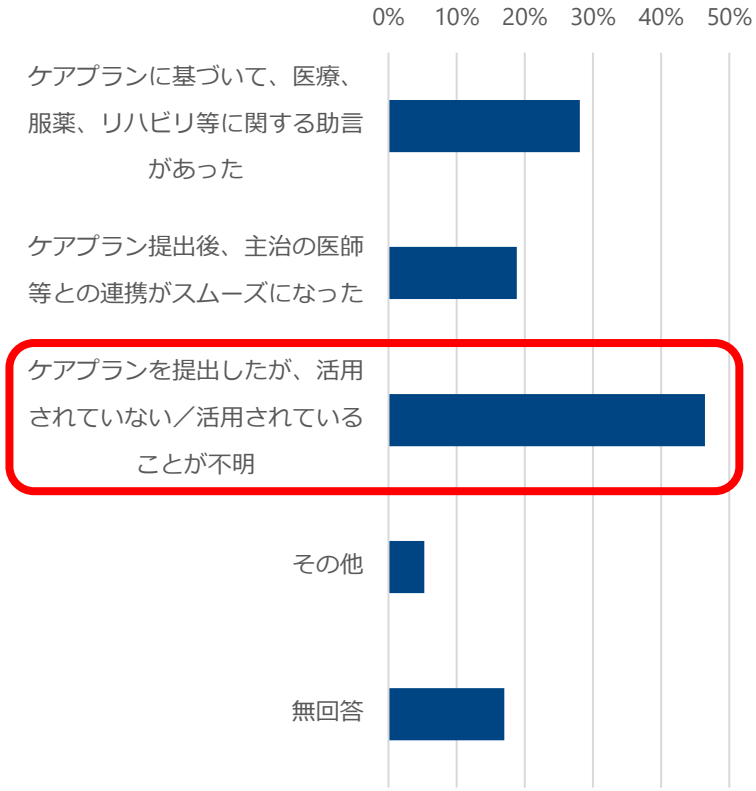
○　介護支援専門員は、約４割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
○　一方、４割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じている。

■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

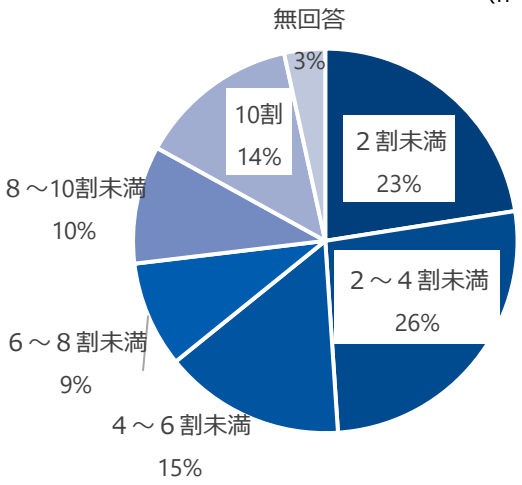
出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業報告書」

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。

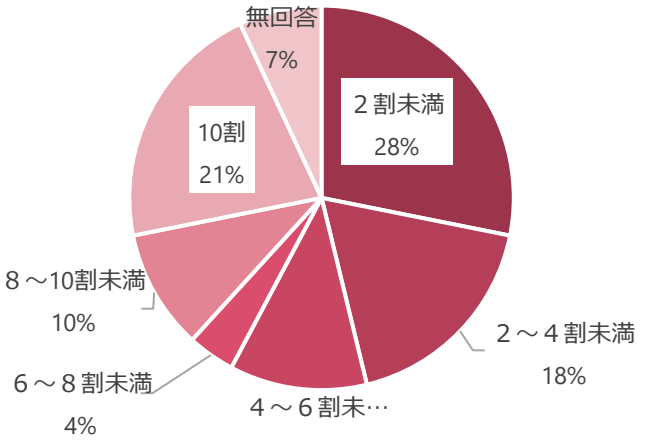
■① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
（n=1,279）



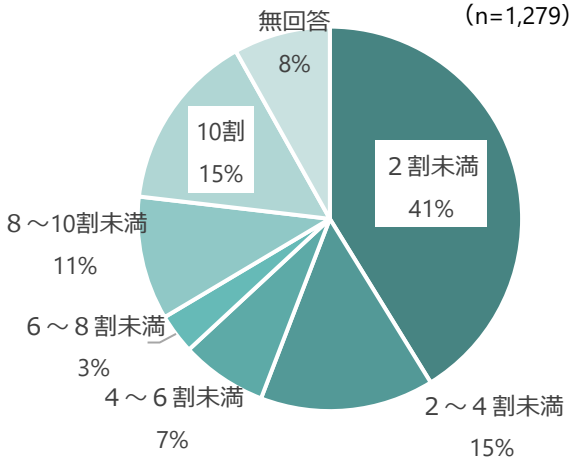
■② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
（n=1,279）

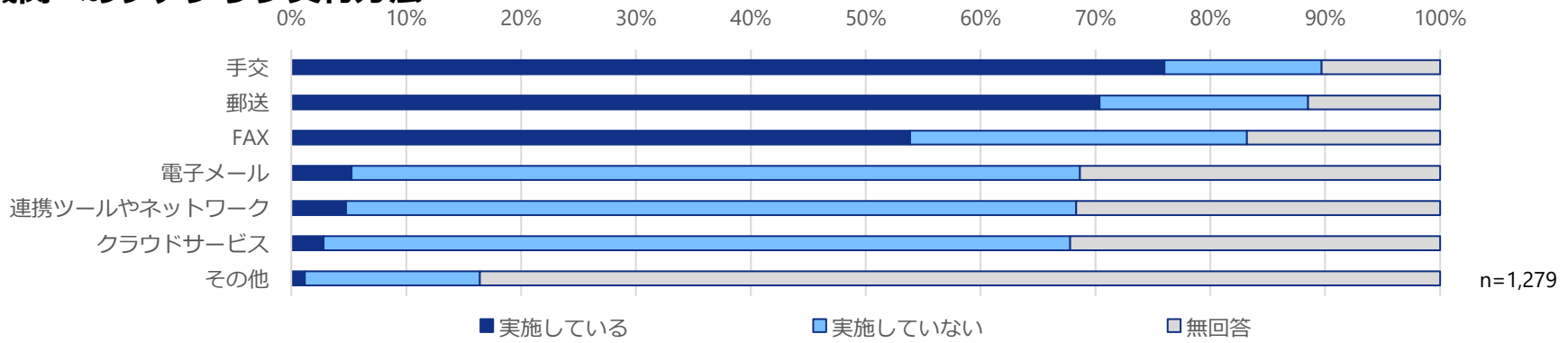


■③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

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

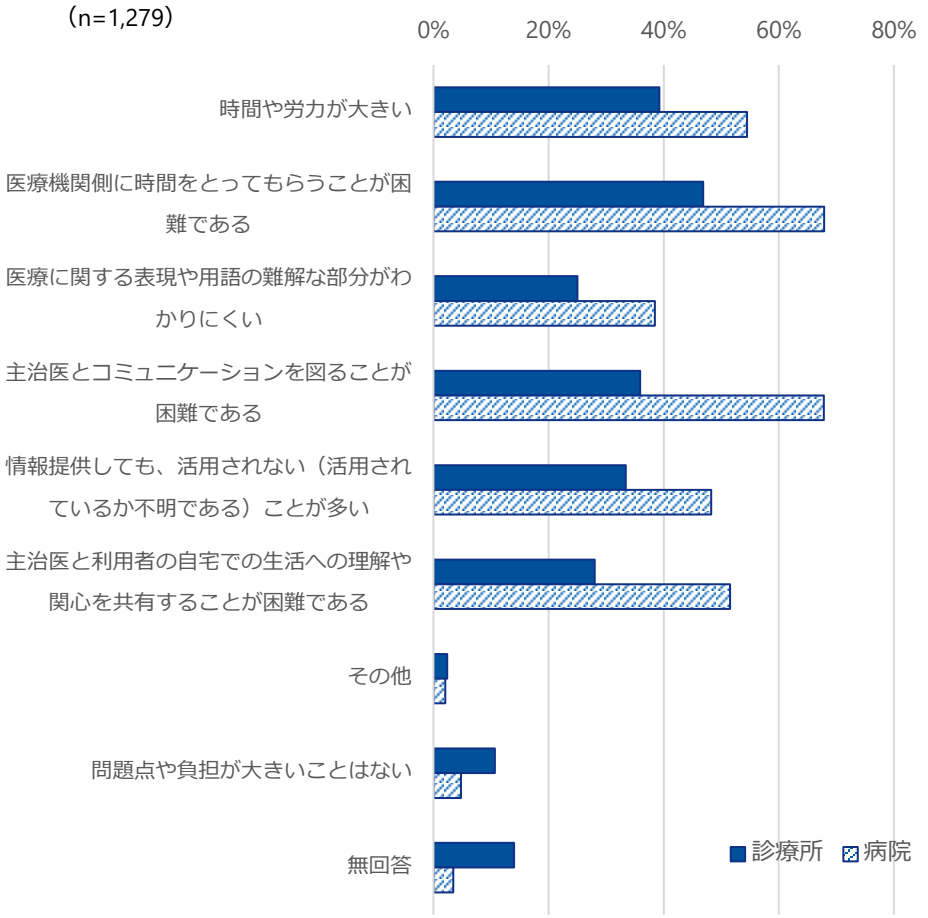


出典：令和2年度老人保健事業推進費等補助金「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業報告書」

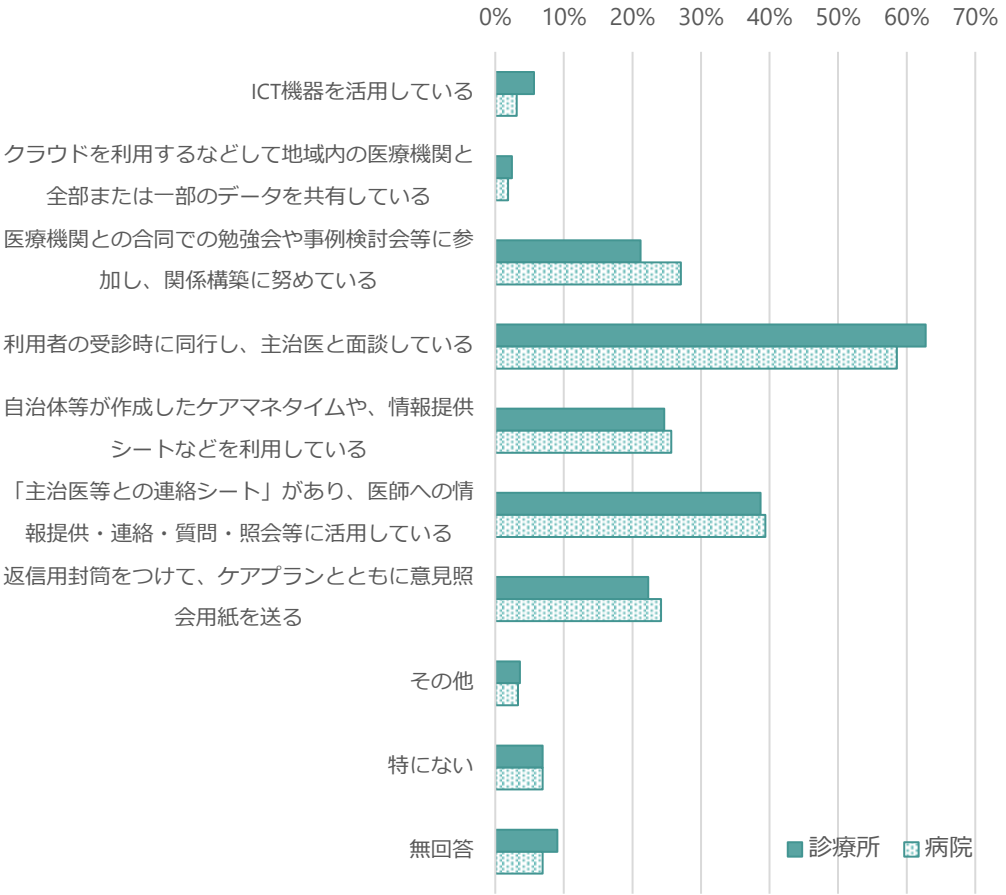
介護支援専門員から見た医療機関との情報共有の問題点や工夫

○　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

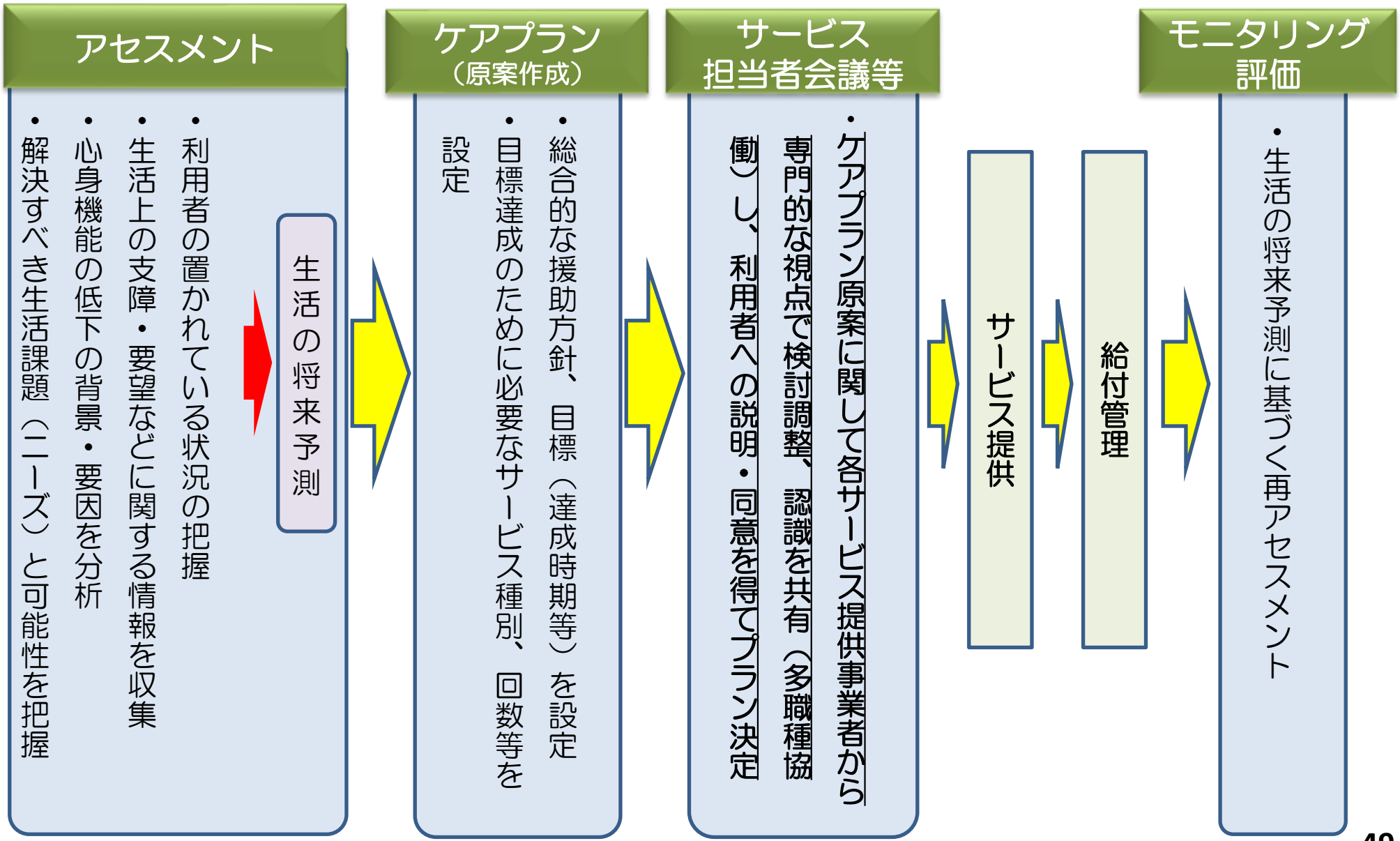


■医療機関との情報共有における工夫



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

ケアマネジメントの流れ



介護支援専門員が行うケアマネジメントに対する医師の役割

○　介護支援専門員（ケアマネジャー）の運営基準において、サービス担当者会議を通じて専門的な知見を求めること、医療サービスを提供する際は医師の意見を求めること、医師の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅サービス計画を策定することが規定されている。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（省令）

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（抜粋）】
（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）
第十三条

九　介護支援専門員は、**サービス担当者会議を招集して行う会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求める**ものとする。

十三の二　介護支援専門員は、**指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供する**ものとする。

十九　介護支援専門員は、**利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない**。

十九の二　前号の場合において、**介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない**。

二十　介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の**医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うもの**とする。

※太字は事務局が追加

解釈通知（抜粋）

⑨ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取（第9号）

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者等と共有するとともに、**専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要**である。（略）また、**やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができる**ものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。（略）

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。）**を活用して行うことができる**ものとする。（略）

主治医と介護支援専門員の連携

○　主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から、次のような利点が挙げられた。

① 利用者・家族が「チームによる支援」を感じる場となる

サービス担当者会議は、訪問診療ではなく、特に外来通院のみを受けている方について有効。

「私はまだ通えているから大丈夫」、「うちはまだ往診は必要ないから」という利用者・家族が、例えば自宅に来るヘルパー等の訪問スタッフではなく、自らが出向き通う先の、生活の場と離れた場にいる医師とのつながりからチームを実感し、チームの一体感を感じられる貴重な機会である。

また、早い時期に、全体に対して意向の確認ができる場になる。医療への期待や自身の将来、支援者への期待等について、本人・家族の気持ちを医師と共に確認できる重要な場となり、意思決定支援のはじめの一歩となることも多い。

② 要支援者や軽度者ほど、現実を直視する場となる

自立に近く、元気な方ほど現実とセルフイメージにギャップが生じている方が多い。健康寿命を左右する大切な時期を支える外来医療における主治医には重要な役割があり、定期的な担当者会議への参加は利用者・家族、医師をはじめとする支援者双方にとって、大変有効な機会となっている。利用者・家族にとっては元気高齢者であり続けるために、現実を正しく知ることからリスクや予防への意欲・目標意識が高まる場になる。主治医は在宅の状況や家族の事情を定期的に知り、情報を更新する良い機会となるため、急変時などの意思決定支援につながる情報を得る場となる。この時期に、利用者・家族、外来医師・ケアマネジャーがつながることにより、早期からの意思決定支援の開始、本人・家族状況の把握ができ、急変等の緊急時や災害時にも役立つ。

③ 客観的な立場から評価を得られる場となる

外来で付き添う家族や支援者へのアセスメント、客観的な評価が得られることも大きなポイント。ヤングケアラー問題、虐待予防や家族の心身の健康状態、栄養評価による生活困窮などの課題の早期発見、適切な支援者とのマッチング、など、要支援者・軽度者における早期の担当者会議への主治医の参画は様々な効果が得られる。

④ 主治の医師、医師それぞれの役割が明確になる

外来医療が中心となる時、利用者は様々な診療科にかかっている。ケアマネジャーがハブとなり、医師同士や病院間のつながりをつくりコンサルテーションを進めるきっかけになるのが担当者会議である。重度になってからより、元気な頃の方が進めやすく、それぞれの医師が自分の役割を認識し、横のつながりで協力し合うネットワークをつくってもらえると、重度化した際や、急変時には大変役立つネットワークとなる。

⑤ 外来の情報は宝の山であり、意思決定支援のはじめの一歩となる

のちに重要となる情報は外来医療の場にある。病気になった初期の反応や受け止め、意向や目標なども外来医師がよく把握している場合も多く、地域のかかりつけ医である場合には、その方が介護者であった時の頃のこと、近しいご親族の関係性などもよく知っていて介護や支援の入り口を教えてもらうことも多い。外来診療時の主治医へ、定期的な報告がケアマネジャーより蓄積されていれば入院時には医師間・支援者間に役立つ情報が主治医のもとに集積されており、緊急・災害時にも、入退院連携時にも役立つ。外来と病棟、外来と地域、外来と外来等、諸機関連携に大変重要な役割を担っている。

【出典】令和５年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントのあり方に関する調査研究事業」（速報）（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング（株））

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

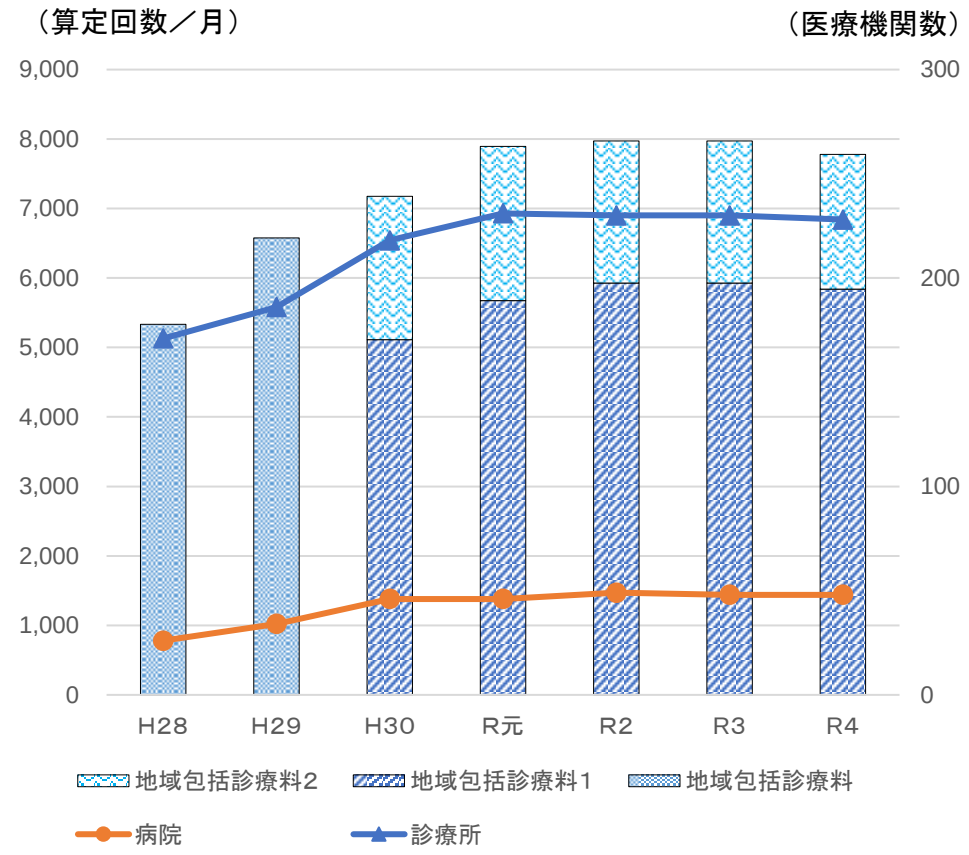
	地域包括診療料１　1,660点 地域包括診療料２　1,600点 （月１回）		地域包括診療加算１　25点 地域包括診療加算２　18点 （１回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<u>下記以外は包括</u>とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ） ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者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		<u>出来高</u>
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、<u>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、</u>認知症の<u>６</u>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<u>及び予防接種に係る相談</u>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

<u>下線部</u>は令和4年度診療報酬改定事項

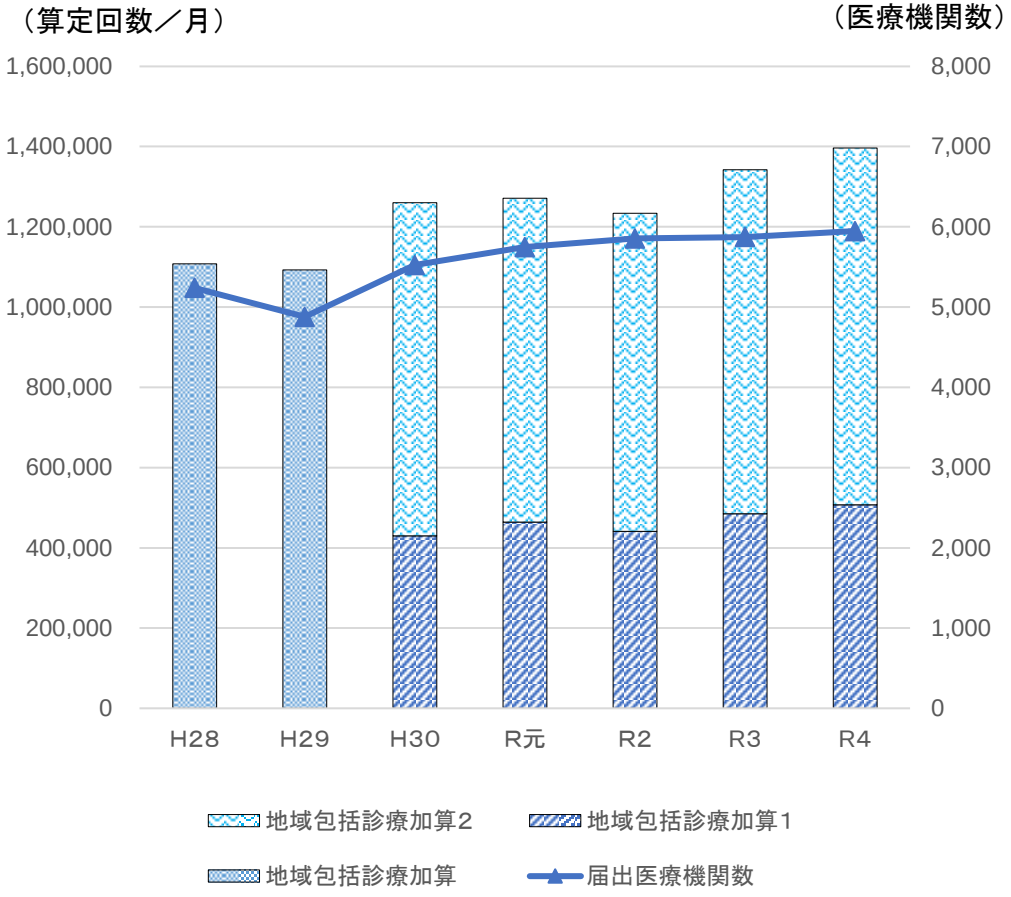
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

○ 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は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。

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

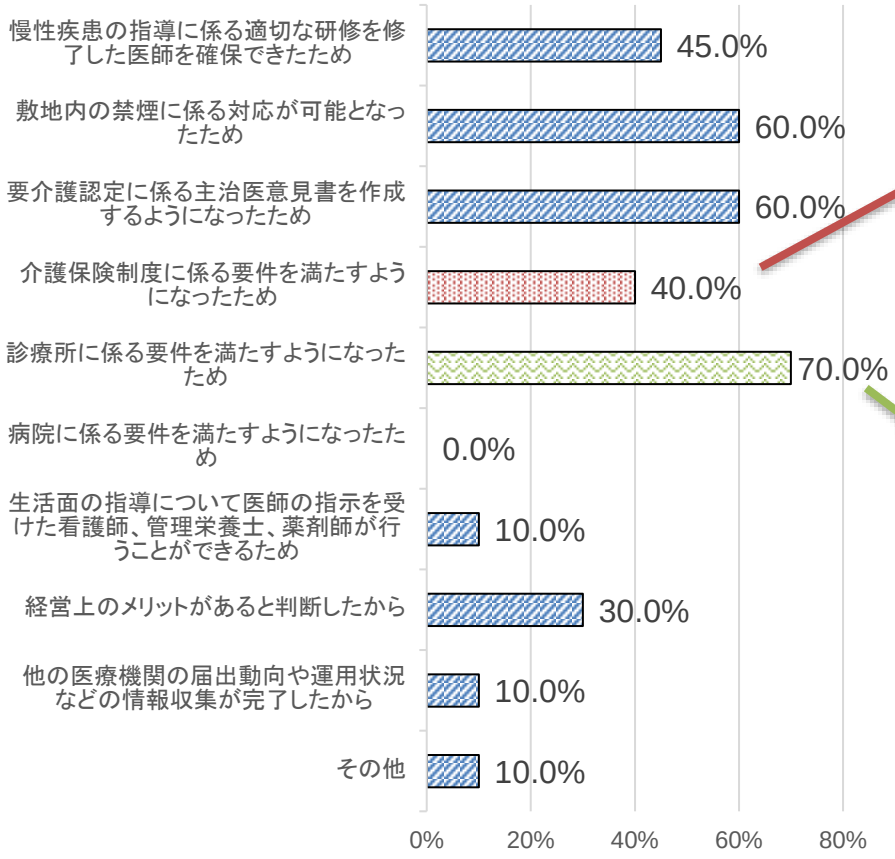


出典：
（届出医療機関数）各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
（算定回数）社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

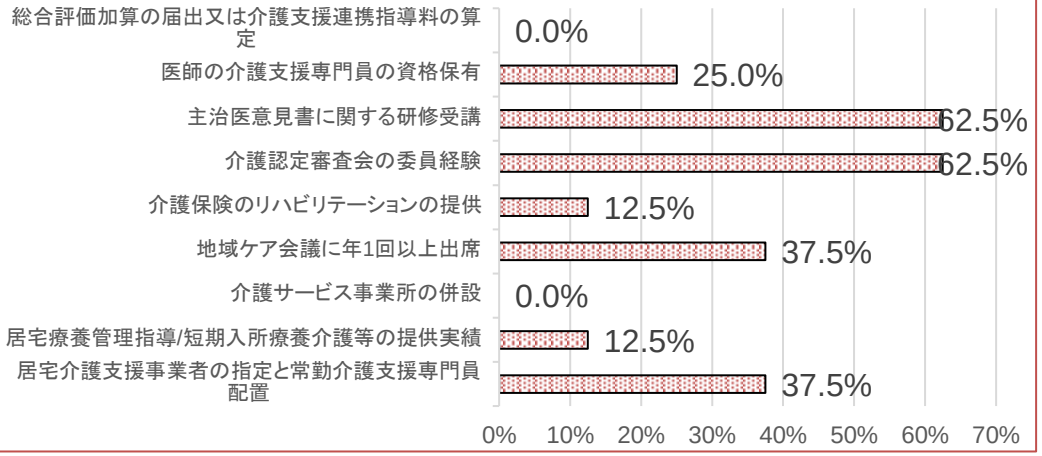
地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由

○　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。

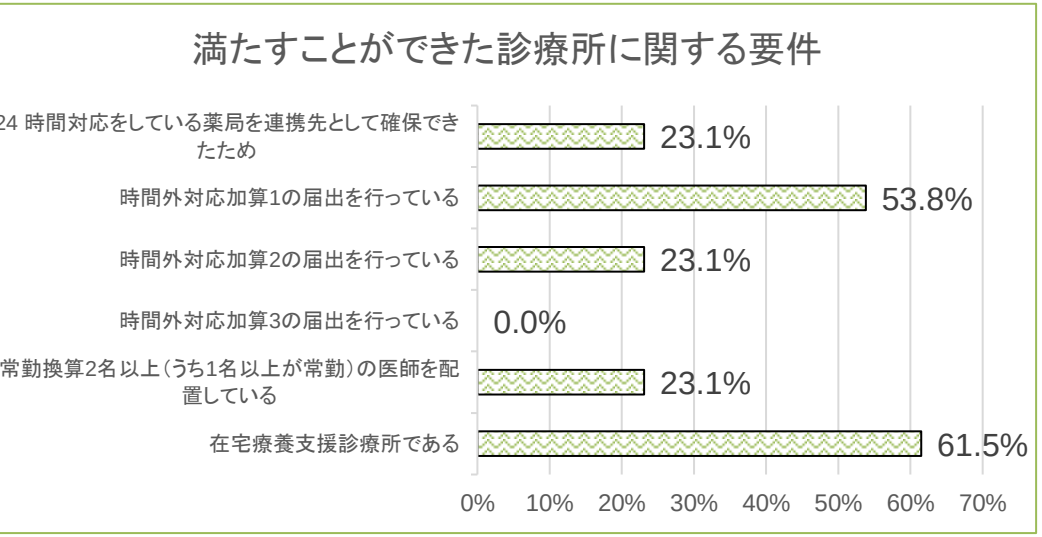
令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由 (n=20)



満たすことができた介護保険制度に関する要件



満たすことができた診療所に関する要件

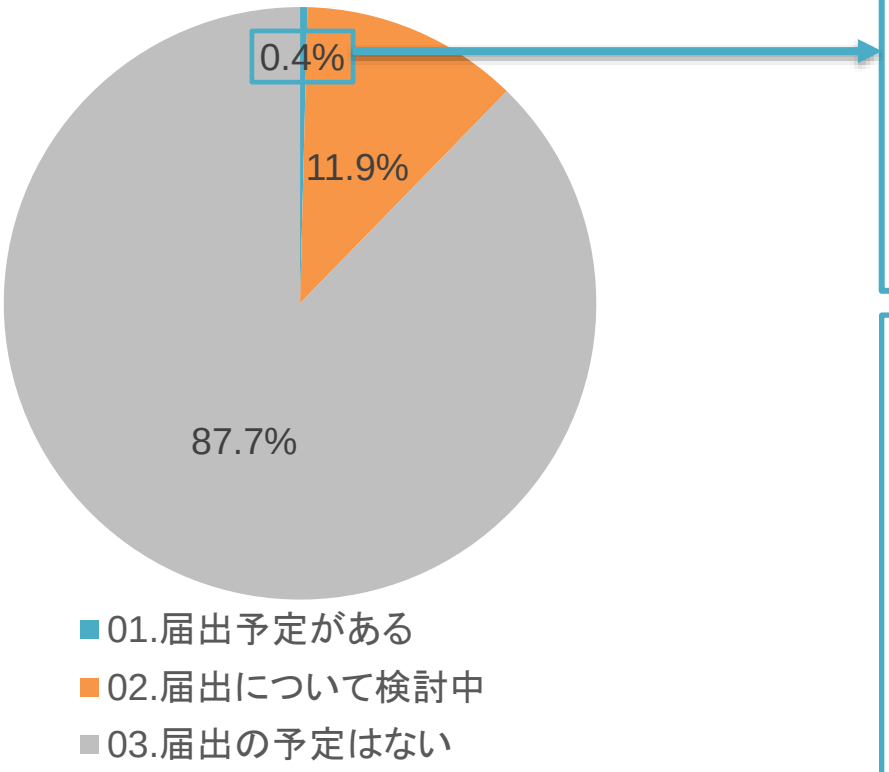


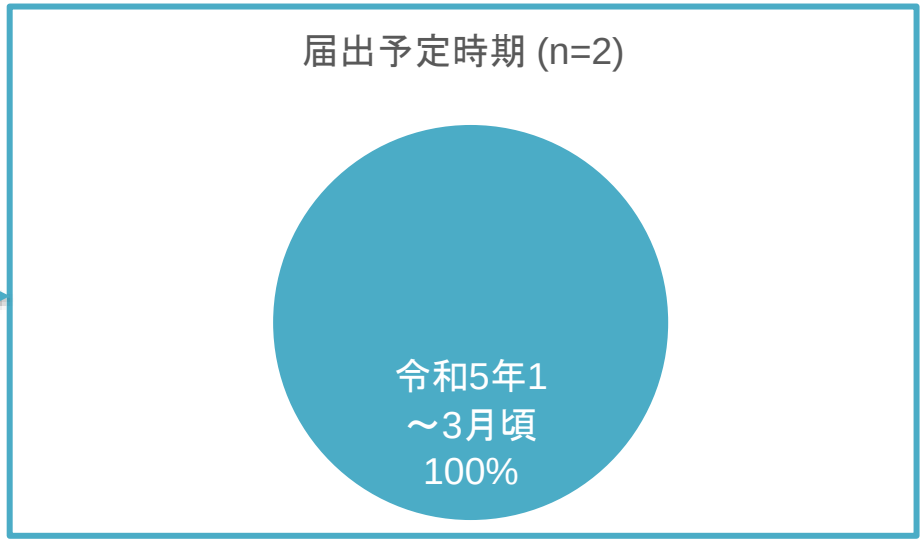
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

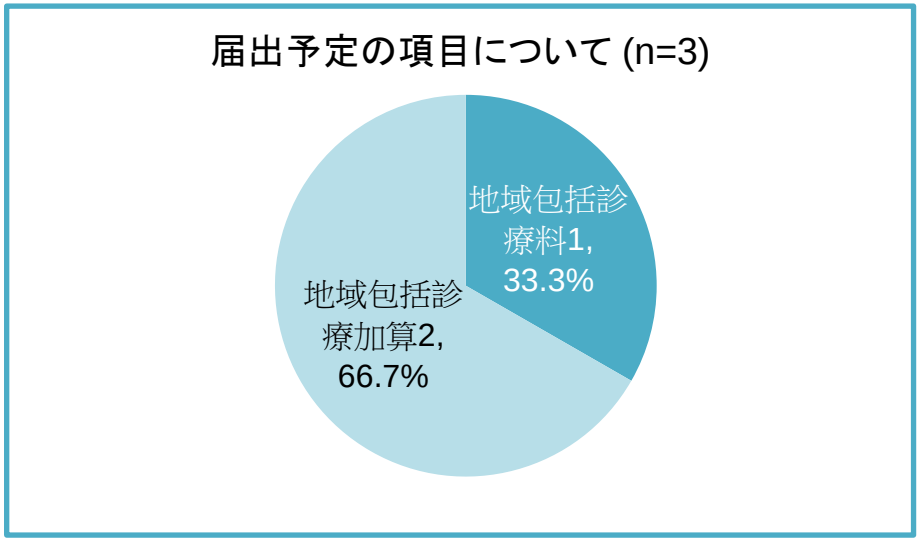
地域包括診療料／地域包括診療加算の届出意向

○　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。

今後の地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向について
(n=699)





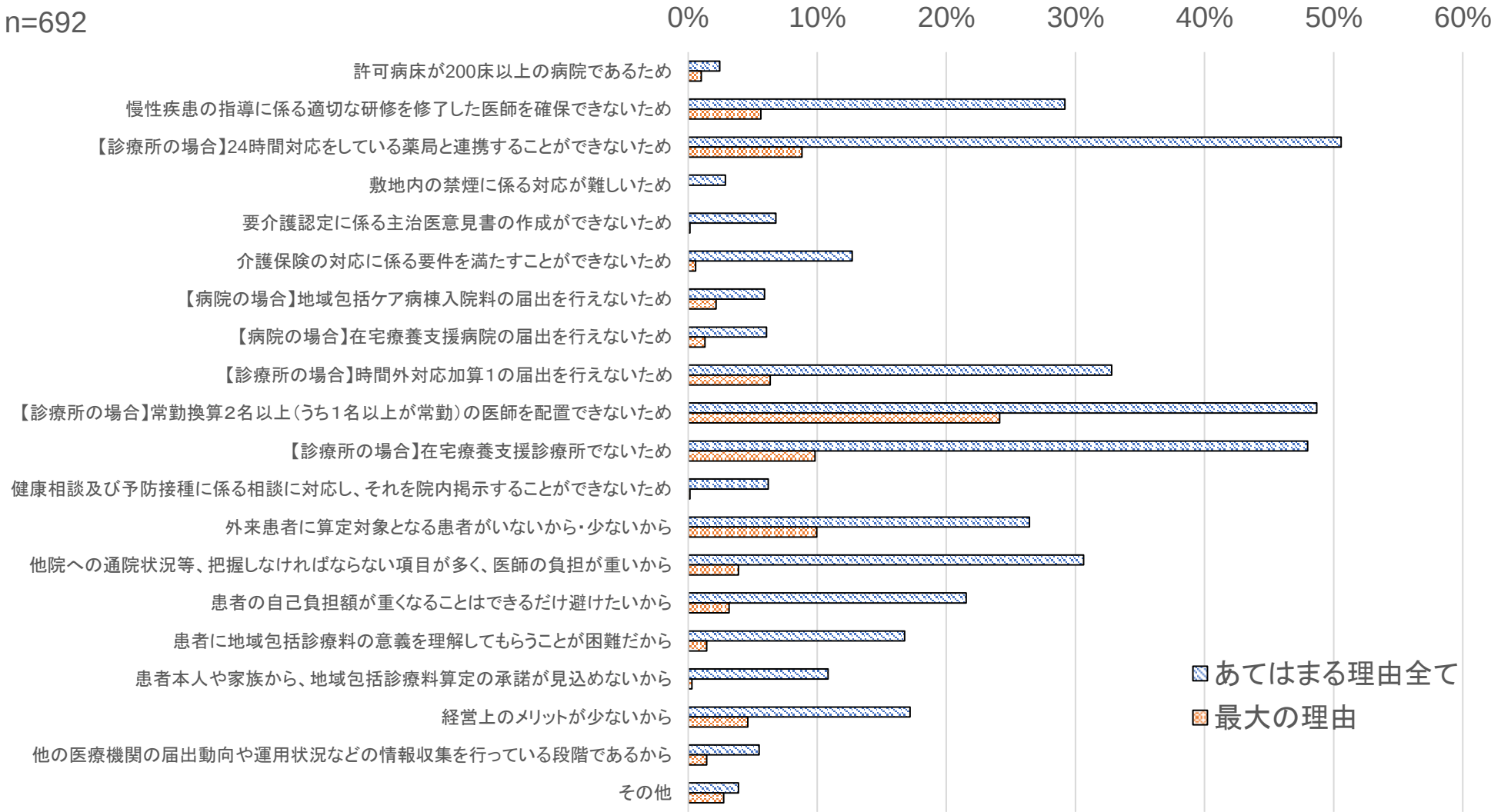


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料を届け出ていない理由

診調組　入－１
５．６．８

○　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。

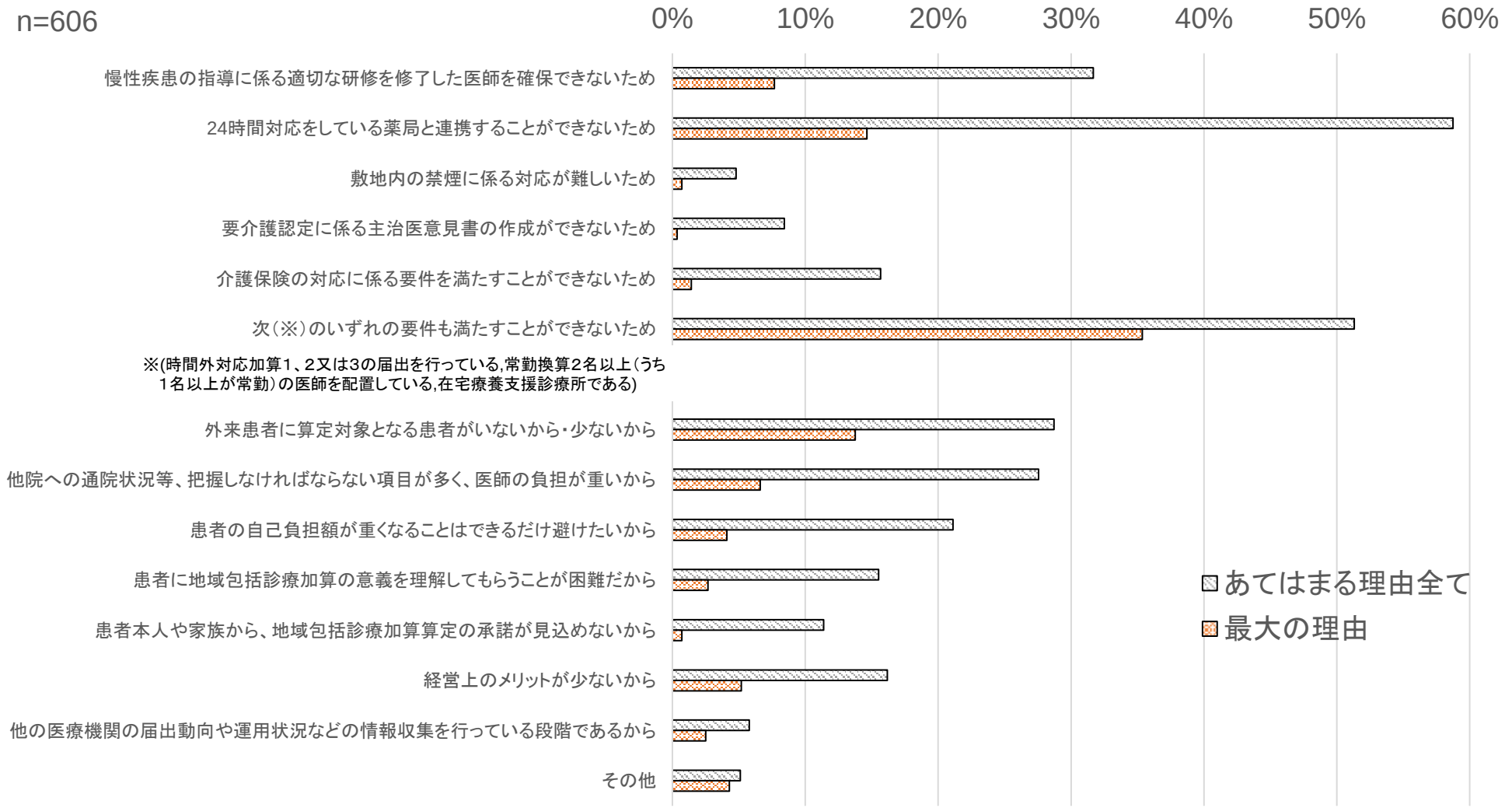


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療加算を届け出ていない理由

診調組　入－１
５．６．８

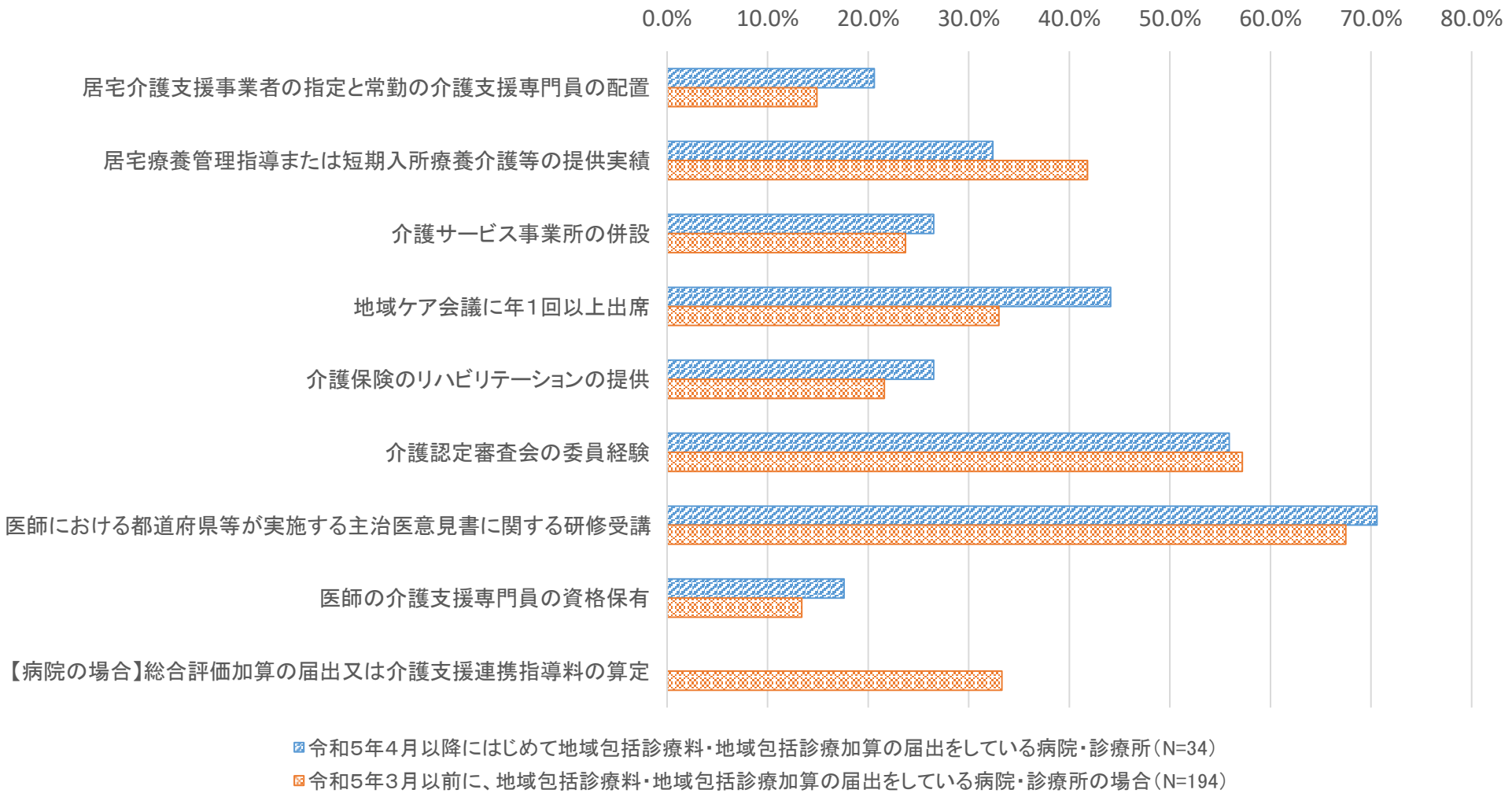
○　地域包括診療加算を届け出ていない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



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・加算の介護保険制度に関する要件

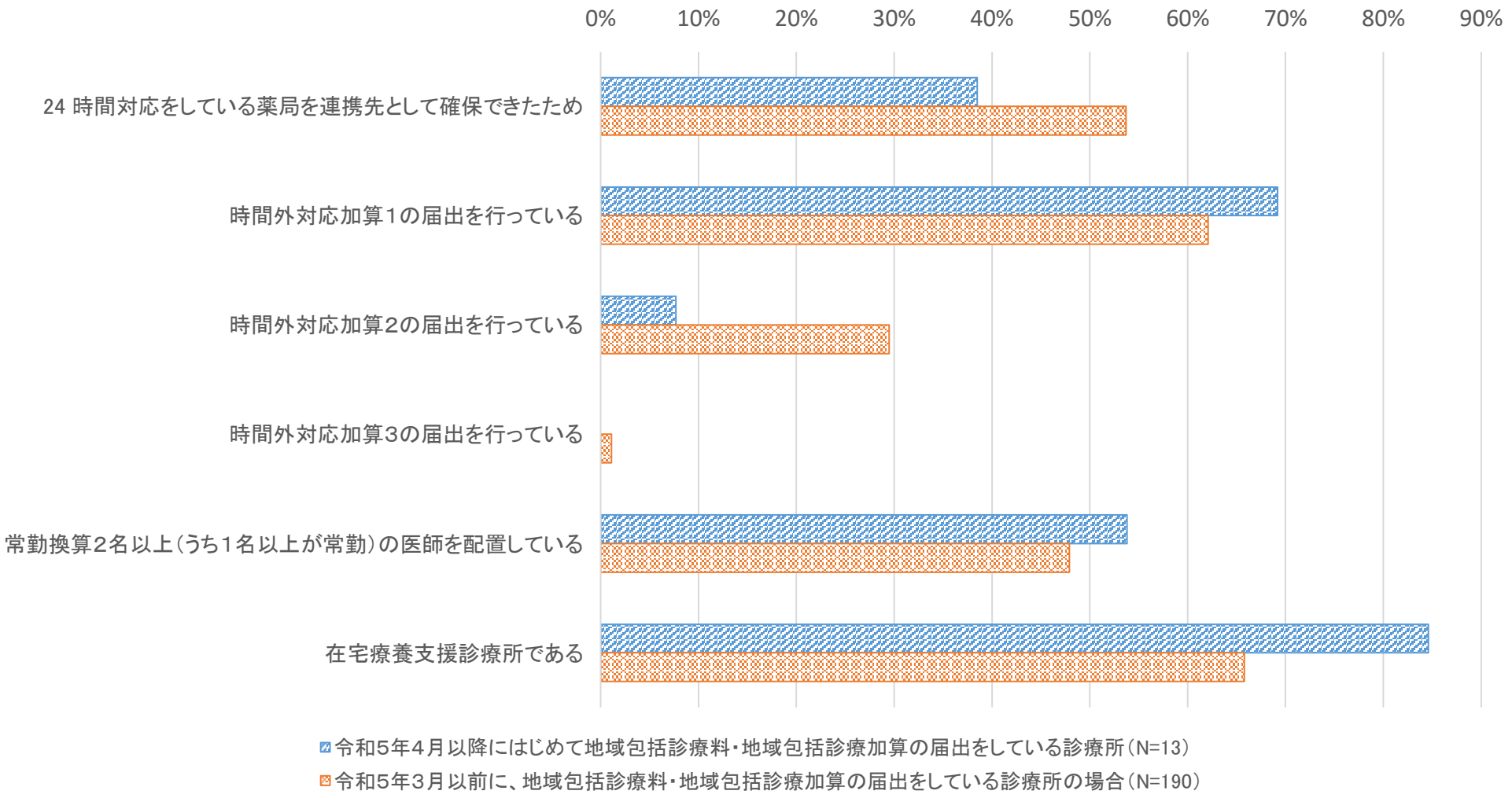
○　地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件は以下のとおり。
○　令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている施設それぞれにおいて、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。



出典：令和5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・加算の診療所に関する要件

○　地域包括診療料・加算における満たすことができている診療所・病院の要件は以下のとおり。
○　令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている診療所それぞれにおいて、「在宅療養支援診療所である」が最多であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

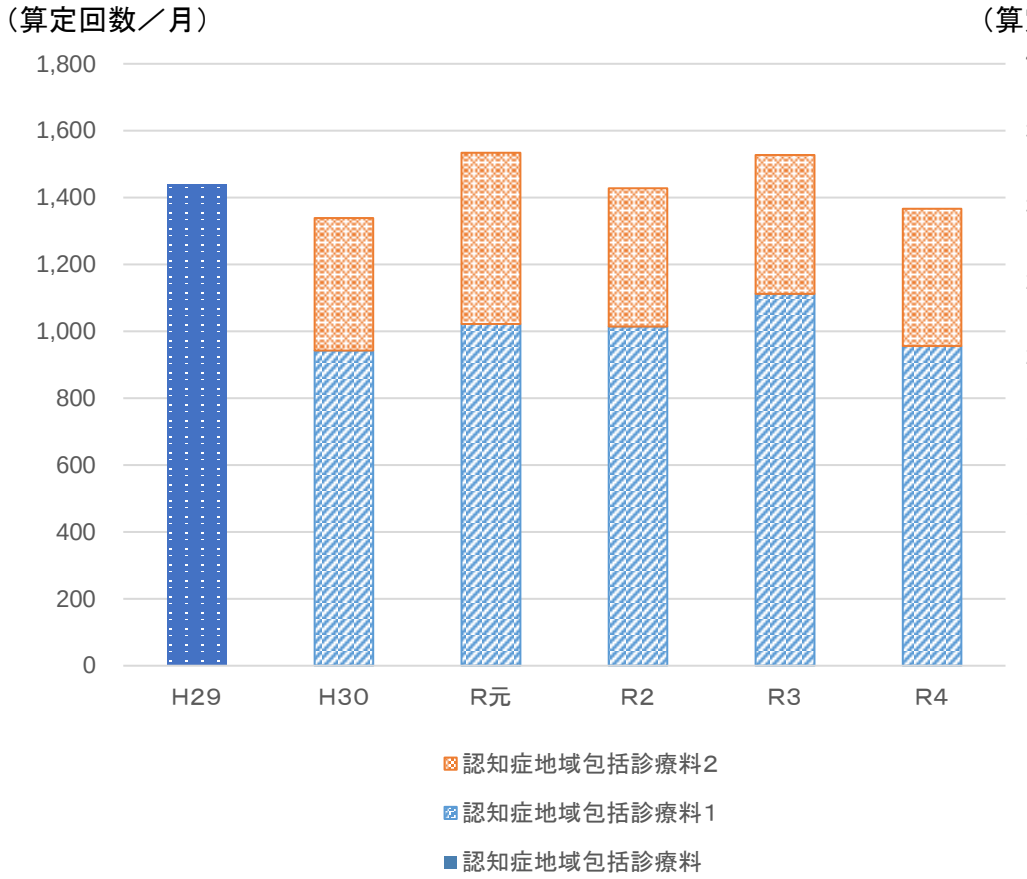
認知症地域包括診療料・加算について

	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）		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）
	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
対象患者	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		
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		
健康管理	・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		
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	・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。）		
施設基準	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		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

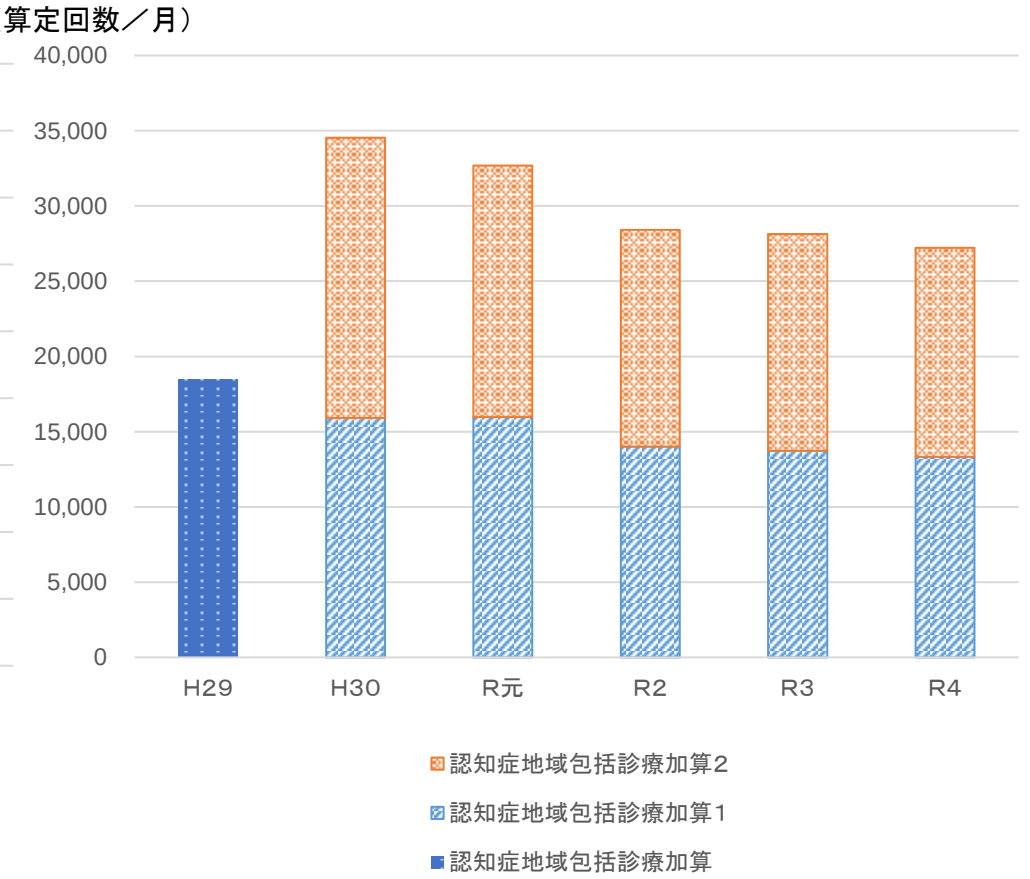
認知症地域包括診療料・加算の算定状況

○ 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



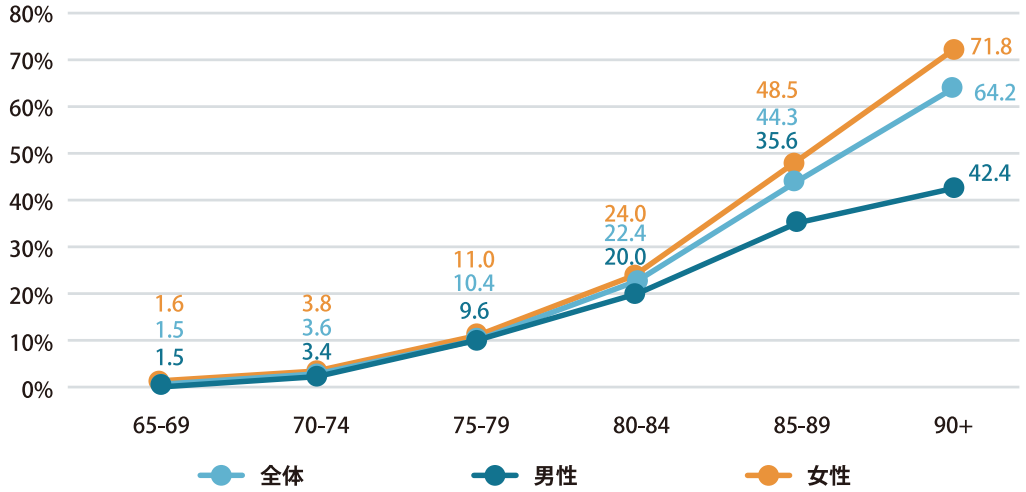
認知症地域包括診療加算
算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

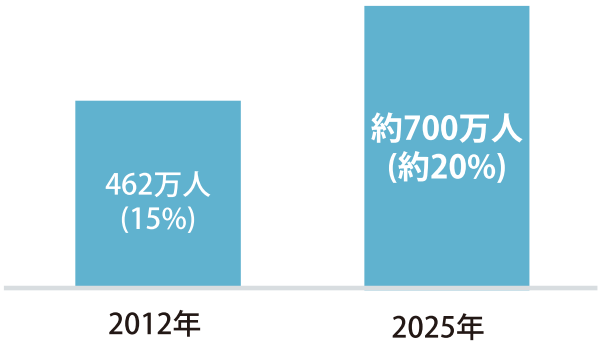
年齢階級別の認知症有病率について

意見交換　資料－２
Ｒ５．３．１５



日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果（解析対象5,073人）
研究代表者二宮利治（九州大学大学院）提供のデータより作図

（括弧内は65歳以上人口対比）



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
（平成２６年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授）を元に推計

認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	**675万人 18.5%**	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 （※） 人数/(率)		525万人 15.5%	631万人 17.5%	**730万人 20.0%**	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

出典

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成２６年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授）
（※）久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

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

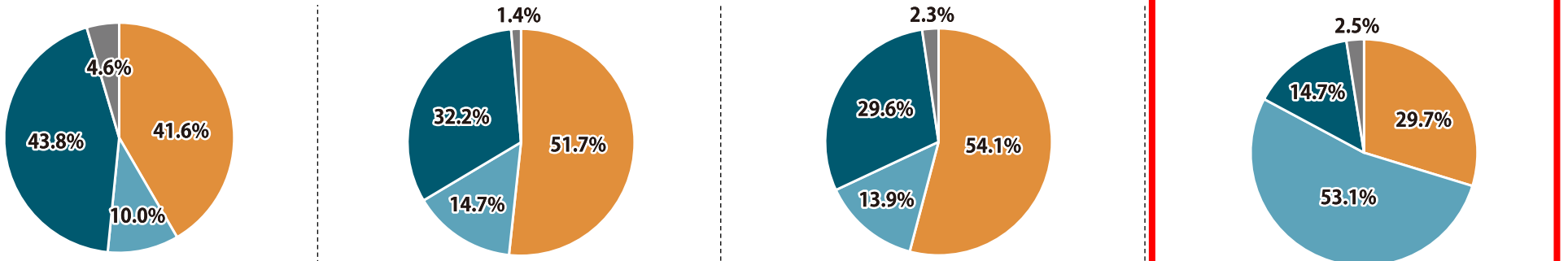
（あなたの病状）
病気で治る見込みがなく、
およそ１年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき。

（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。

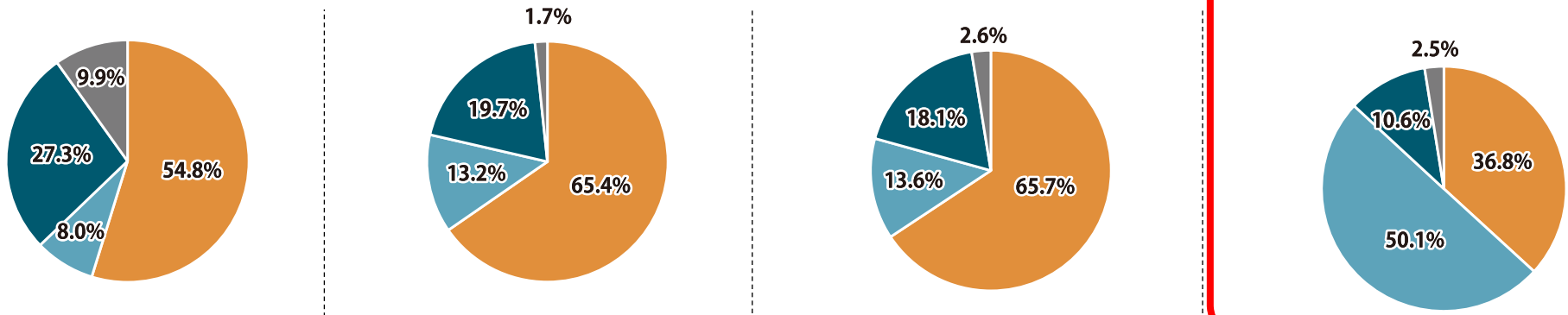
（あなたの病状）
慢性の重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

（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

※平成18年度～開始

【研修の対象・目的】

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

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

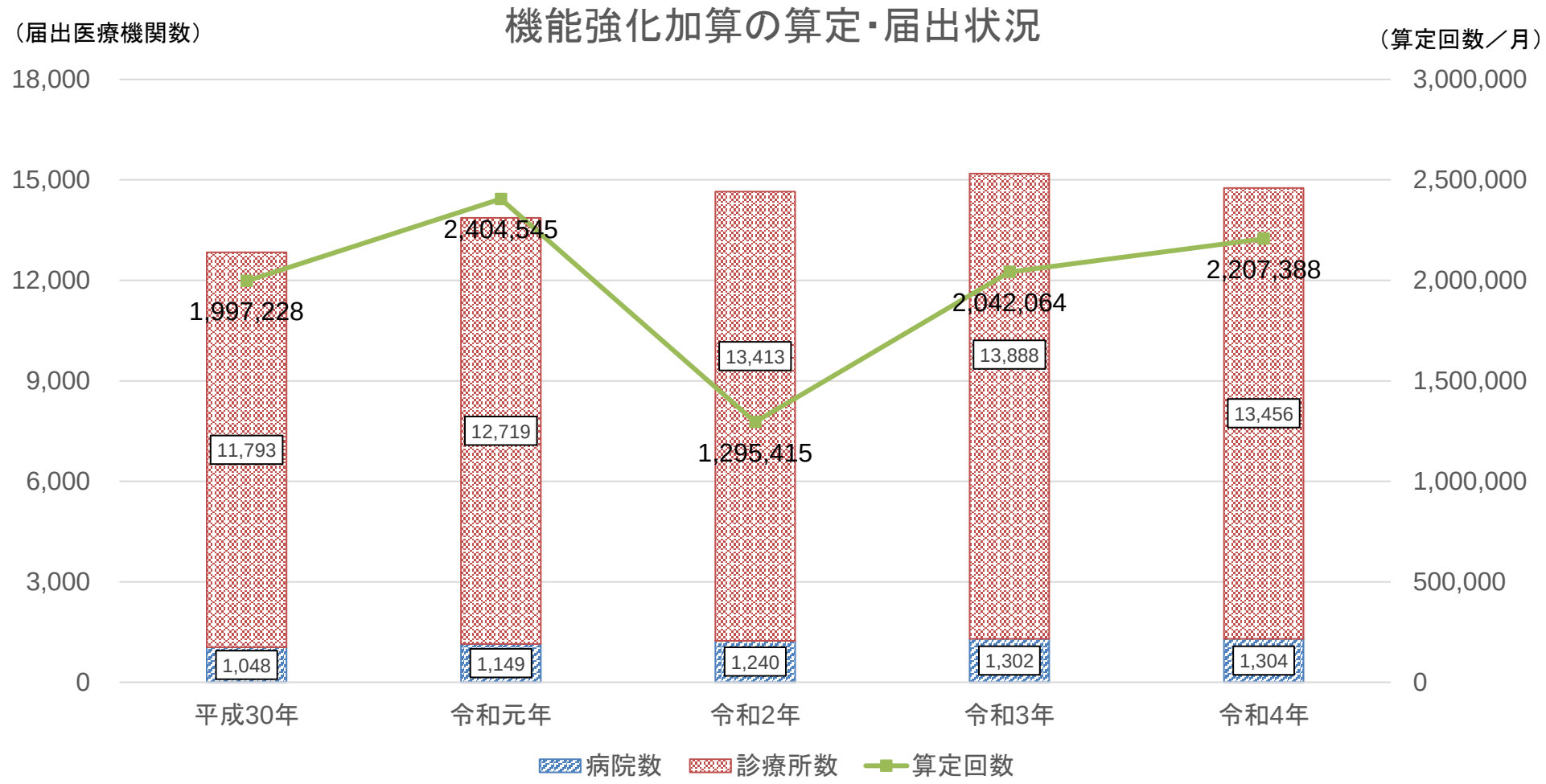
機能強化加算の届出・実績等について

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3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）

機能強化加算に係る傷病名

○　機能強化加算の算定時に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
○　同加算の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は1.9%、糖尿病は0.7%、脂質異常症は0.8%、認知症は0.4%、心不全は0.2%、慢性腎臓病は0.1%であった。

No.	傷病名	ICDコード	令和４年度 ５月診療月 回数	構成比%
計	機能強化加算の全算定回数		2,207,388	100.0%
再掲	糖尿病（計）		15,363	0.7%
	脂質異常症（計）		17,508	0.8%
	高血圧症（計）		41,724	1.9%
	心不全（計）		4,546	0.2%
	慢性腎臓病（計）		1,574	0.1%
	認知症（計）		7,936	0.4%
1	ＣＯＶＩＤ－１９	U071	288,639	13.1%
2	急性上気道炎	J069	186,008	8.4%
3	急性気管支炎	J209	146,990	6.7%
4	急性咽頭炎	J029	54,031	2.4%
5	気管支喘息	J459	43,527	2.0%
6	高血圧症	I10	41,721	1.9%
7	アレルギー性鼻炎	J304	41,128	1.9%
8	急性胃腸炎	A099	37,619	1.7%
9	湿疹	L309	36,852	1.7%
10	＊＊　未コード化傷病名　＊＊	-	34,001	1.5%
11	咽頭炎	J029	27,277	1.2%
12	発熱	R509	24,957	1.1%
13	慢性胃炎	K295	20,051	0.9%
14	頭痛	R51	19,986	0.9%
15	コロナウイルス感染症	B342	19,768	0.9%
16	感冒	J00	18,972	0.9%
17	便秘症	K590	18,065	0.8%
18	じんま疹	L509	15,651	0.7%
19	感染性胃腸炎	A090	15,548	0.7%
20	変形性膝関節症	M171	15,249	0.7%
21	急性咽頭喉頭炎	J060	15,205	0.7%
22	気管支炎	J40	14,293	0.6%

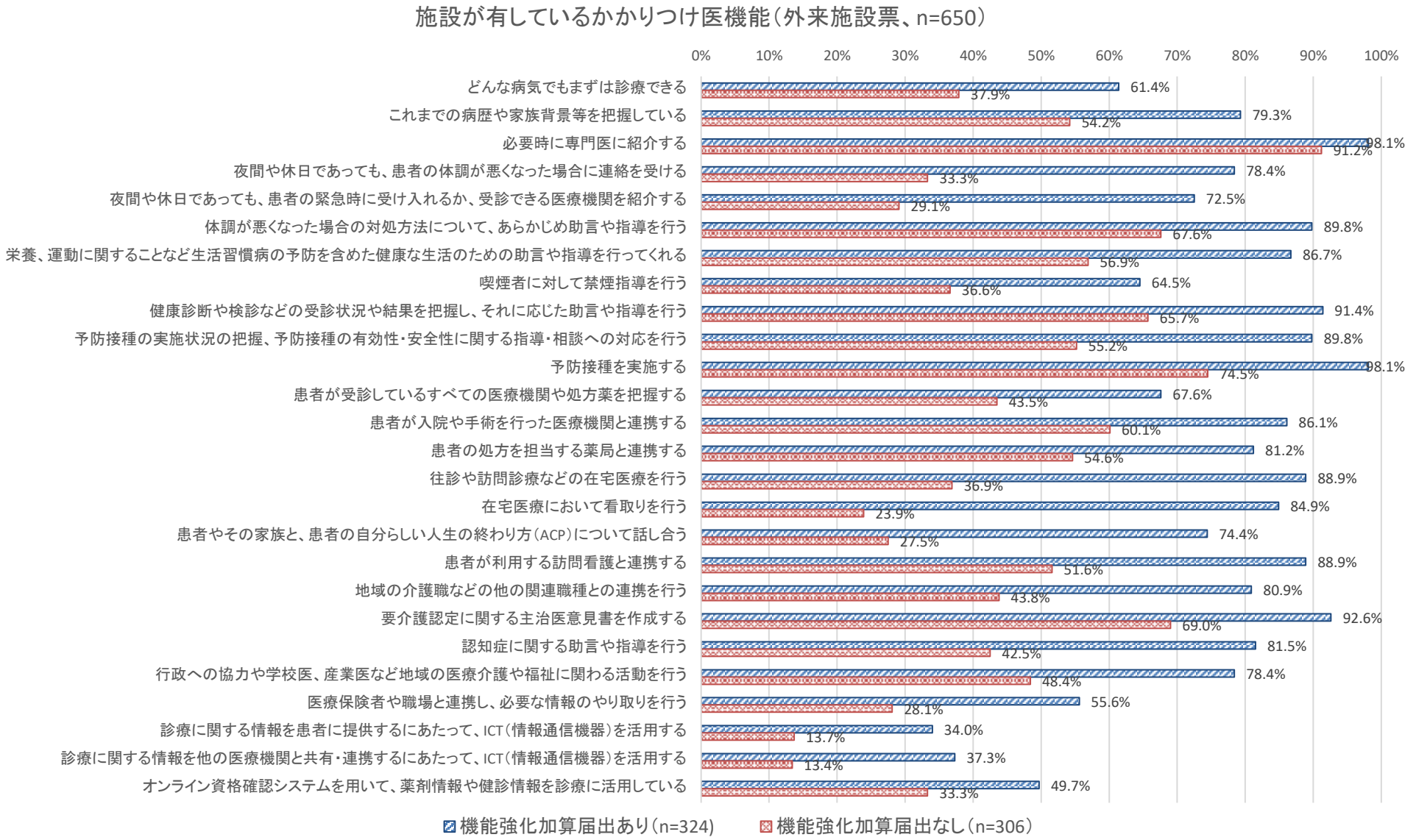
No.（続き）	傷病名	ICDコード	令和４年度 ５月診療月 回数	構成比%
23	腰痛症	M5456	13,151	0.6%
24	喘息性気管支炎	J459	12,499	0.6%
25	急性胃炎	K291	12,420	0.6%
26	皮脂欠乏症	L853	12,364	0.6%
27	アトピー性皮膚炎	L209	11,016	0.5%
28	下痢症	A099	10,664	0.5%
29	逆流性食道炎	K210	10,624	0.5%
30	皮脂欠乏性湿疹	L853	10,606	0.5%
31	急性腸炎	A099	9,568	0.4%
32	胃炎	K297	9,521	0.4%
33	膀胱炎	N309	9,146	0.4%
34	糖尿病	E14	8,869	0.4%
35	感染性腸炎	A090	8,345	0.4%
36	咽頭喉頭炎	J060	8,234	0.4%
37	肩関節周囲炎	M750	8,183	0.4%
38	変形性腰椎症	M4786	7,621	0.3%
39	皮膚炎	L309	7,480	0.3%
40	腰部脊柱管狭窄症	M4806	7,200	0.3%
41	胃潰瘍	K259	7,190	0.3%
42	片頭痛	G439	7,046	0.3%
43	不眠症	G470	6,996	0.3%
44	急性湿疹	L309	6,970	0.3%
45	打撲傷	T140	6,882	0.3%
46	急性扁桃炎	J039	6,634	0.3%
47	急性鼻咽頭炎	J00	6,554	0.3%
48	嘔吐症	R11	6,536	0.3%
49	高コレステロール血症	E780	6,440	0.3%
50	内痔核	K649	6,365	0.3%

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）　※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている

かかりつけ医機能（機能強化加算届出有無）

診調組　入－５
５．１０．５改

○　施設が有するかかりつけ医機能としては、機能強化加算の届出がある施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高かった。

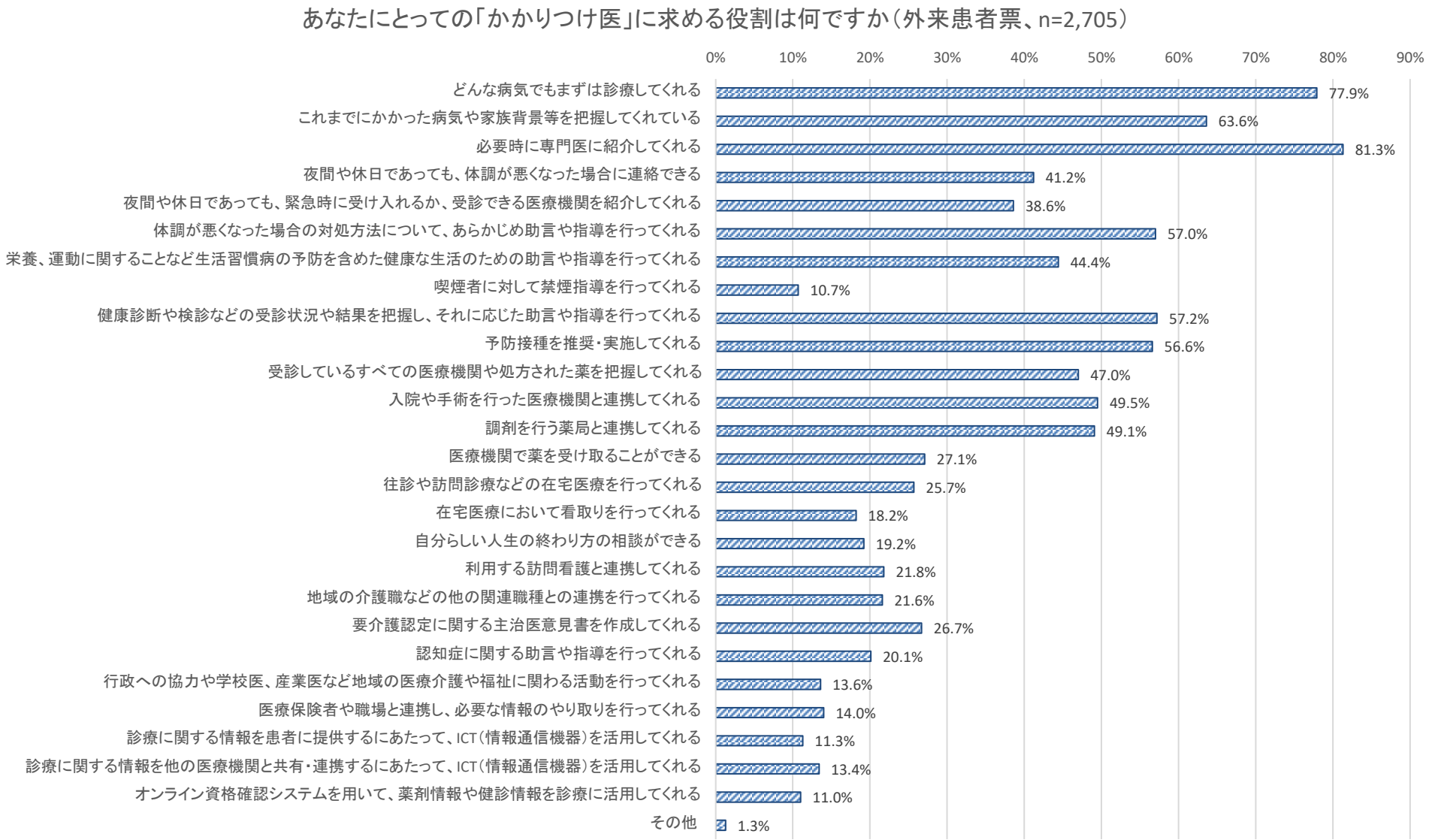


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

かかりつけ医機能（患者票）

診調組　入－５
５．１０．５

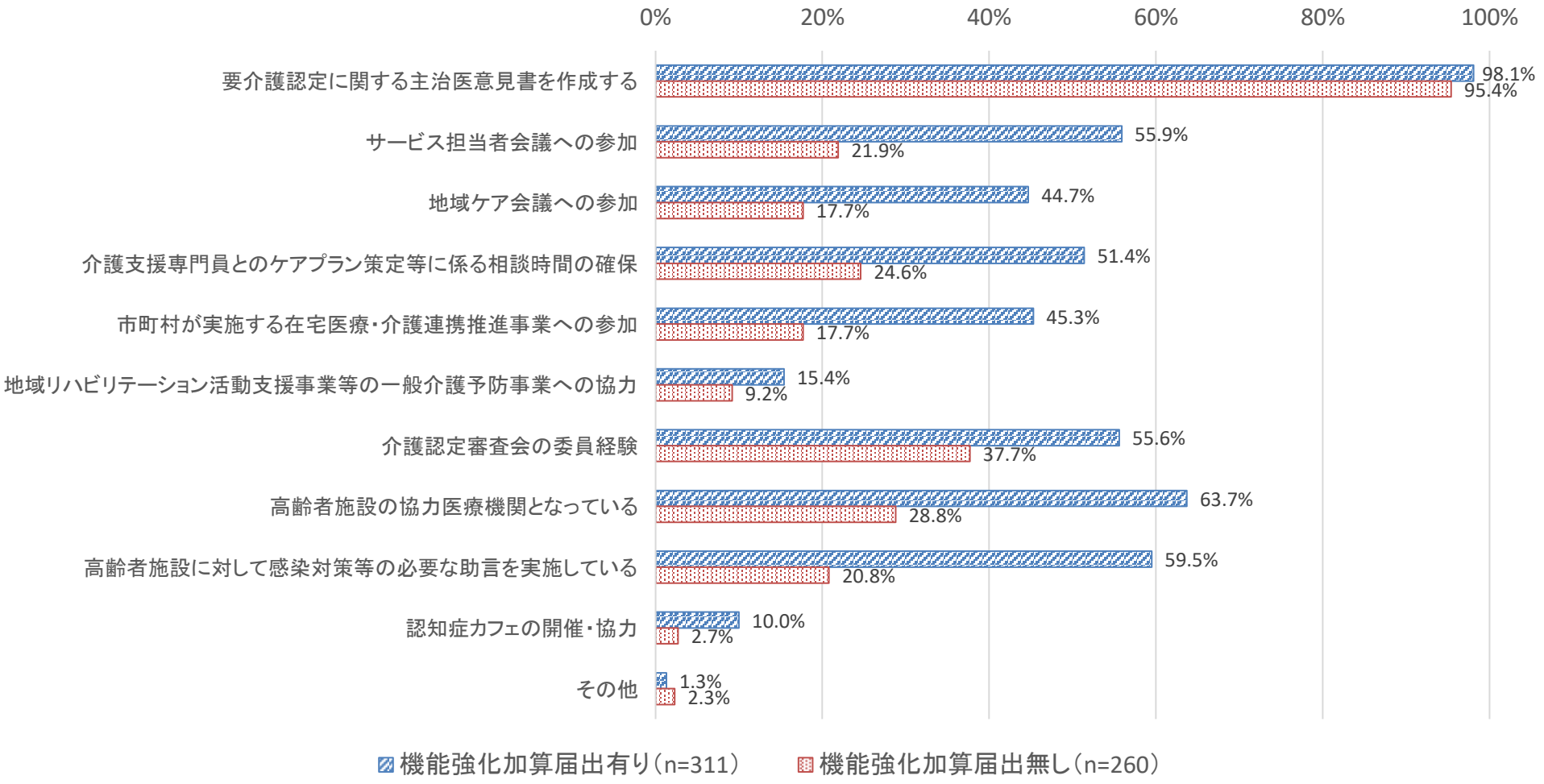
○　患者が「かかりつけ医」に求める役割としては、「必要時に専門医に紹介する」が最多であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施患者票）

介護との連携（機能強化加算届出有無）

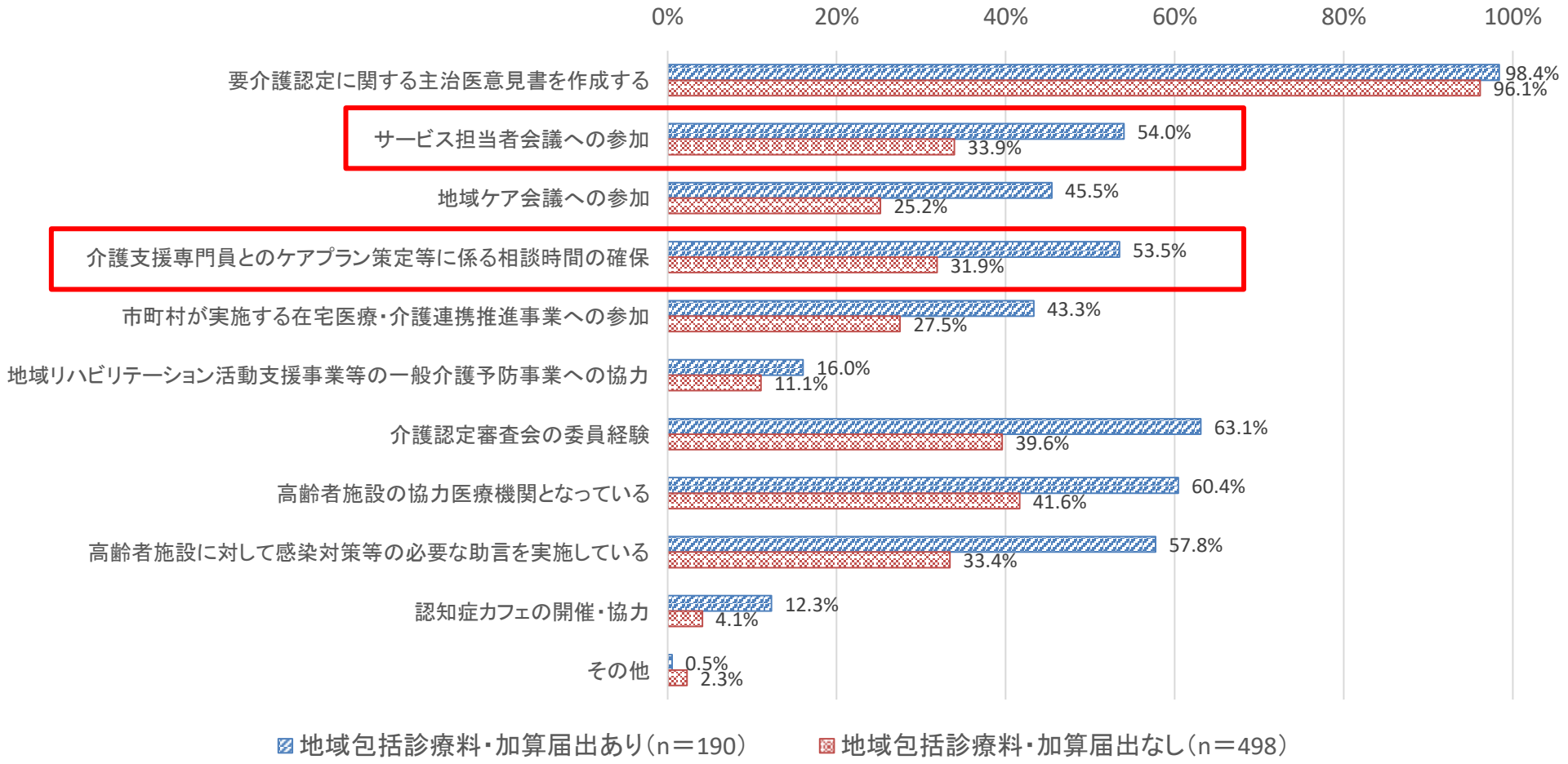
○　医療機関における介護との連携について、「要介護認定に関する主治医意見書の作成」は9割以上が取り組んでいた。
○　機能強化加算を届出している医療機関の方が介護との連携に取り組んでいた。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

介護との連携についての取組

○　医療機関における介護との連携の取組について、要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。
○「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。

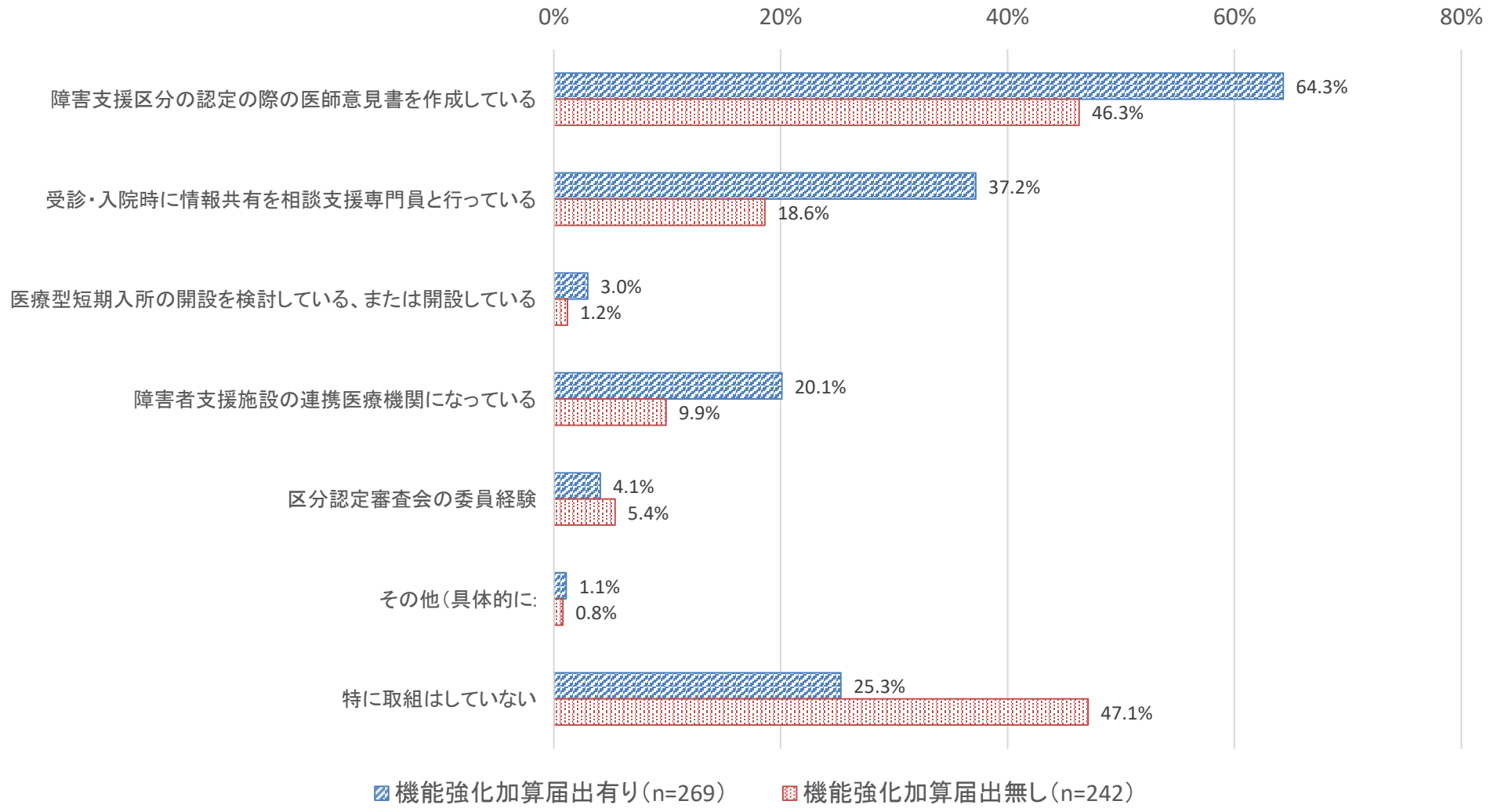


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

障害福祉サービスとの連携（機能強化加算届出有無）

診調組　入－５
５．１０．５

○　医療機関における障害福祉サービスとの連携について、「障害支援区分の認定の際の医師意見書の作成」等の取り組みについて、機能強化加算を届出している医療機関の方が取り組んでいた。

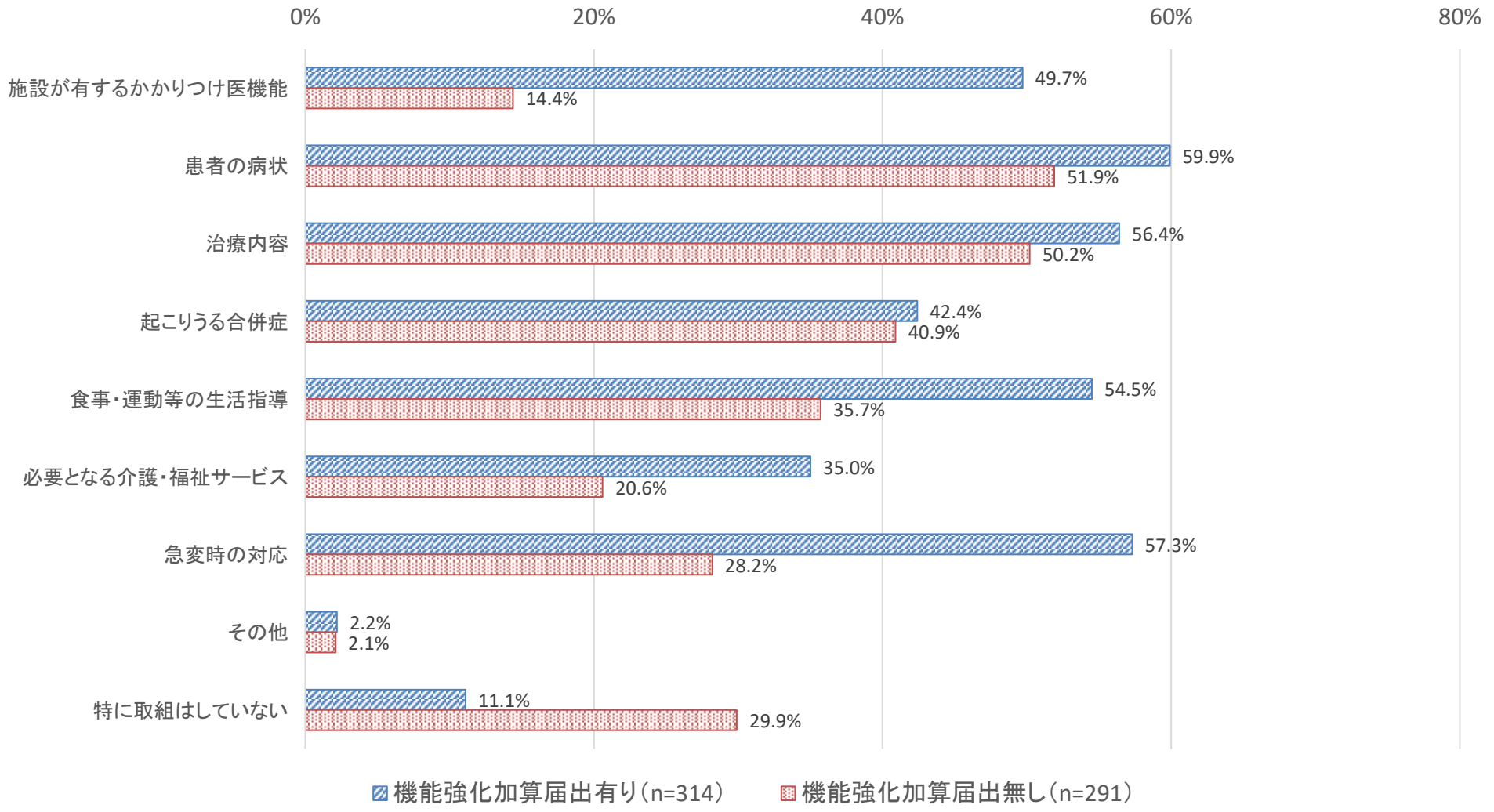


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

書面を用いた患者への説明（機能強化加算届有無）

診調組　入－５
５．１０．５

○　医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。機能強化加算を届出している医療機関の方が、それ以外より、積極的に書面を用いた説明を実施していた。

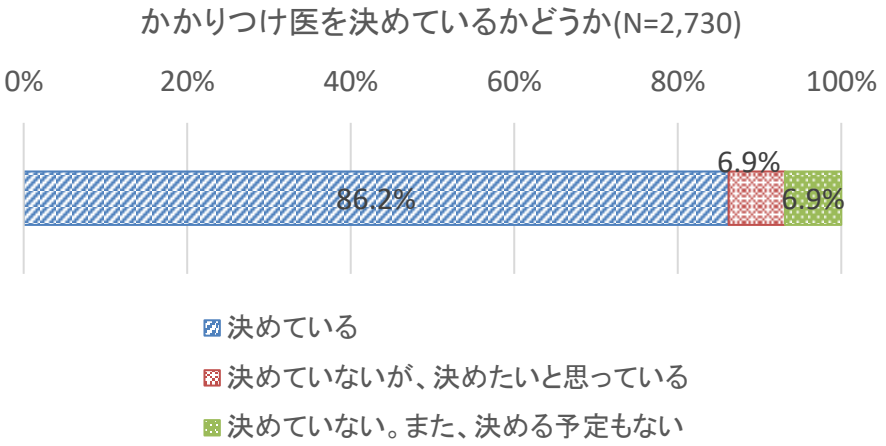


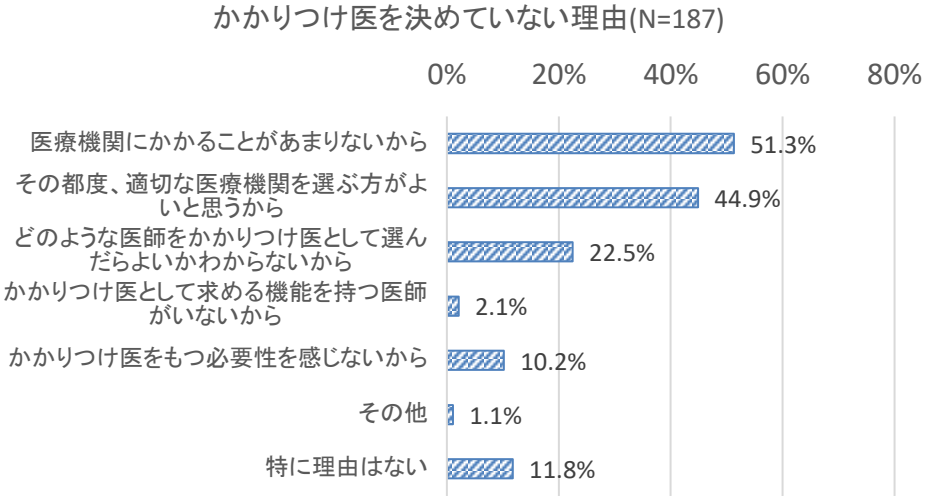
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

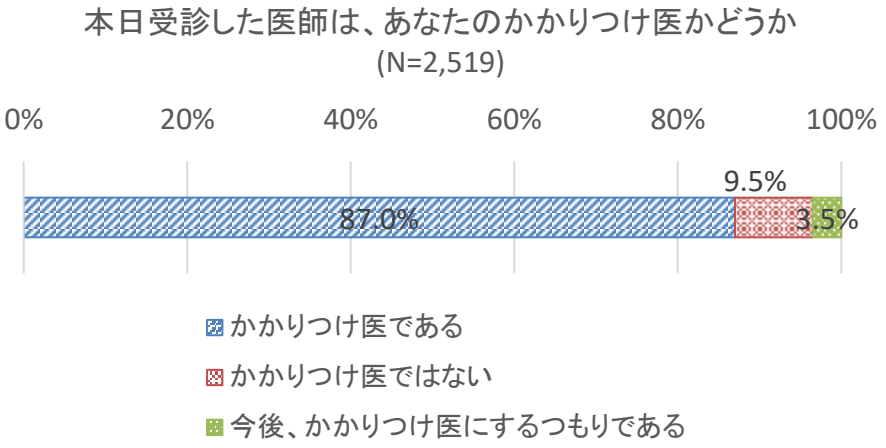
患者がかかりつけ医を決めていない理由等（患者票）

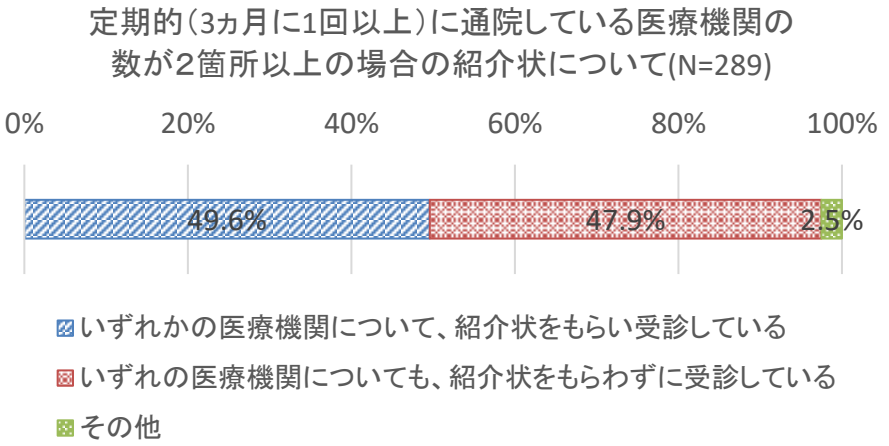
診調組　入－５
５．１０．５

○　86.2%の患者がかかりつけ医を決めていたが、6.9%の患者はかかりつけ医を決めておらず、決める予定もなかった。かかりつけ医を決めていない理由としては、医療機関にかかることがあまりない、その都度適切な医療機関を選ぶ方が良いと思うが多かった。
○　複数の医療機関を受診している患者について、紹介状をもらわずに受診している患者が47.9%であった。









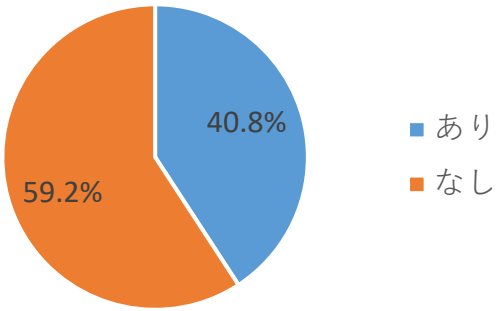
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

医師に係る研修の修了状況

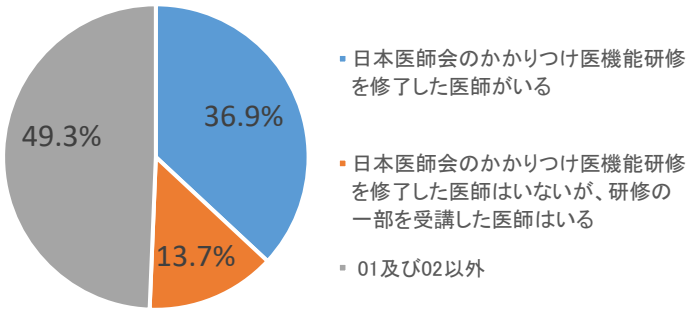
診調組　入－５
５．１０．５

○　医療機関における研修を修了した医師の状況は以下のとおり。
○　慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師は40.8%、日本医師会のかかりつけ医機能研修を全て修了した医師は36.9%の医療機関に配置されていた。

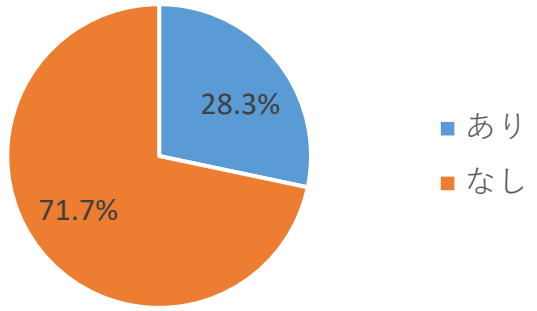
慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無(n=684)



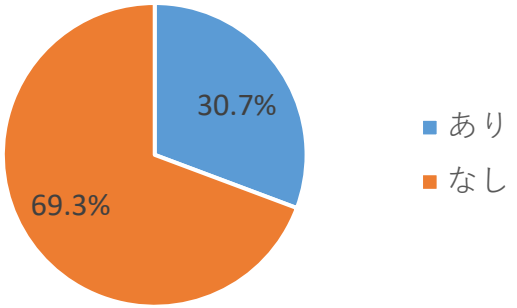
日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無(n=685)



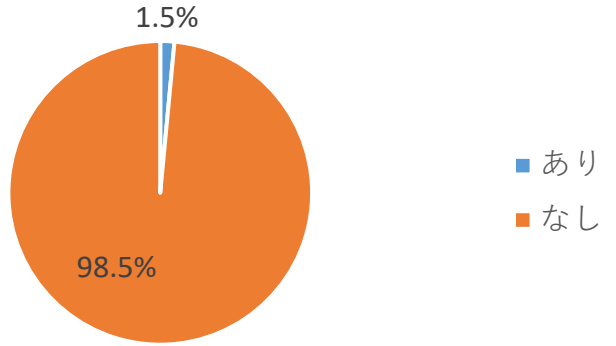
「認知症サポート医養成研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



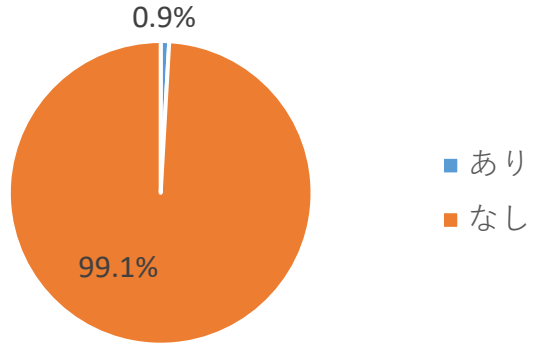
「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



全日本病院協会による「全日病総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=672)



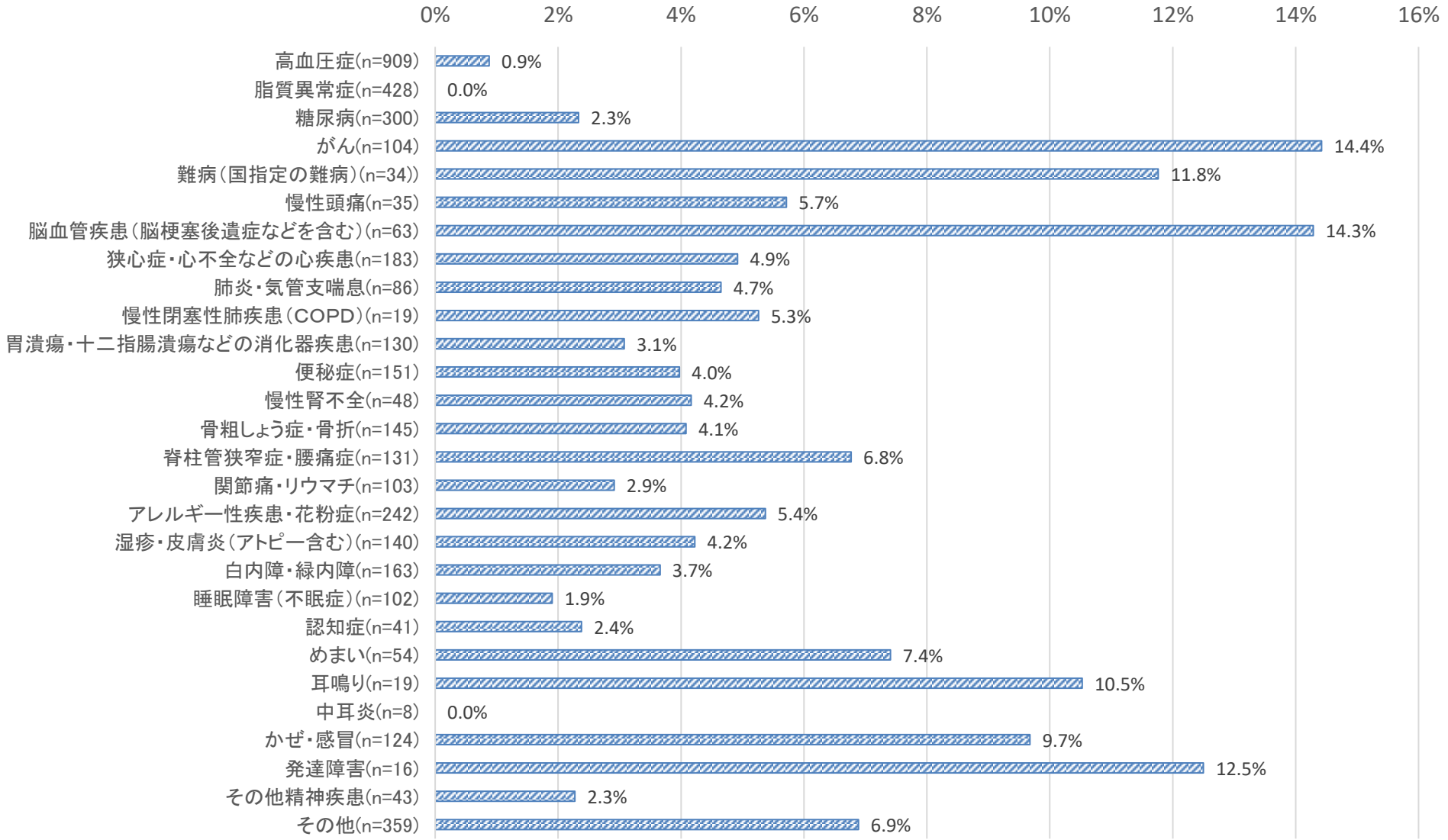
日本病院会による「病院総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=675)



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

疾病毎の複数医療機関受診割合（患者票）

○　疾病に対して定期的（3か月に1回以上）に通院している医療機関が2以上の患者割合は以下のとおり。高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については2以上の医療機関を受診している割合は0～2%であった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

１．外来医療の現状等について

２．かかりつけ医機能に係る評価について

①　総論

②　時間外対応加算について

③　書面を用いた説明について

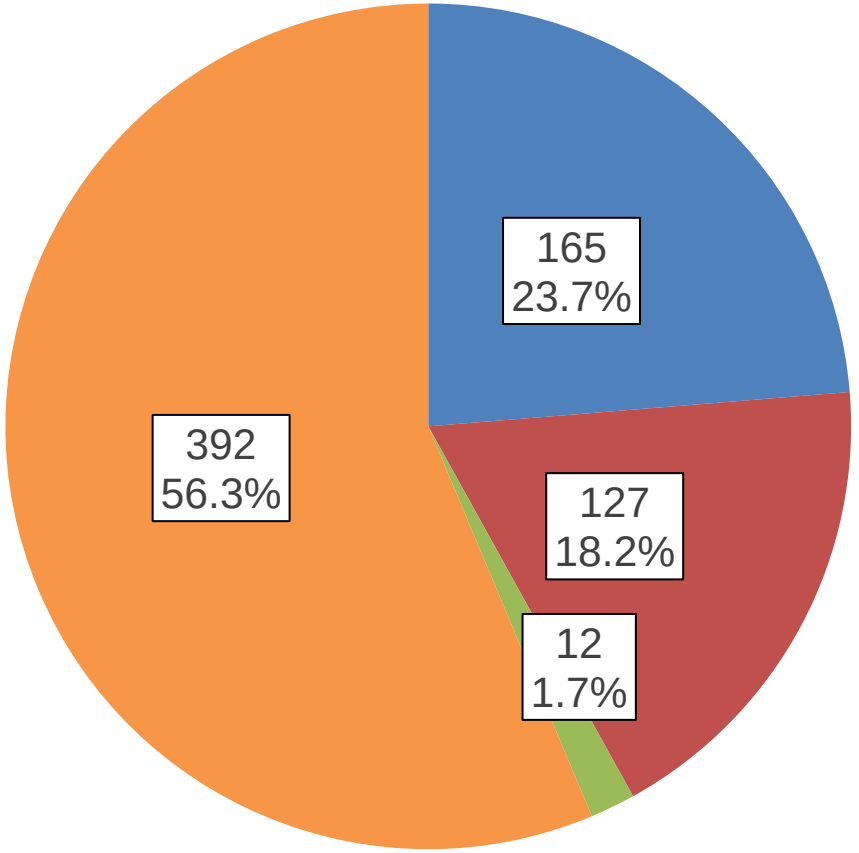
④　特定疾患療養管理料について

⑤　かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

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。

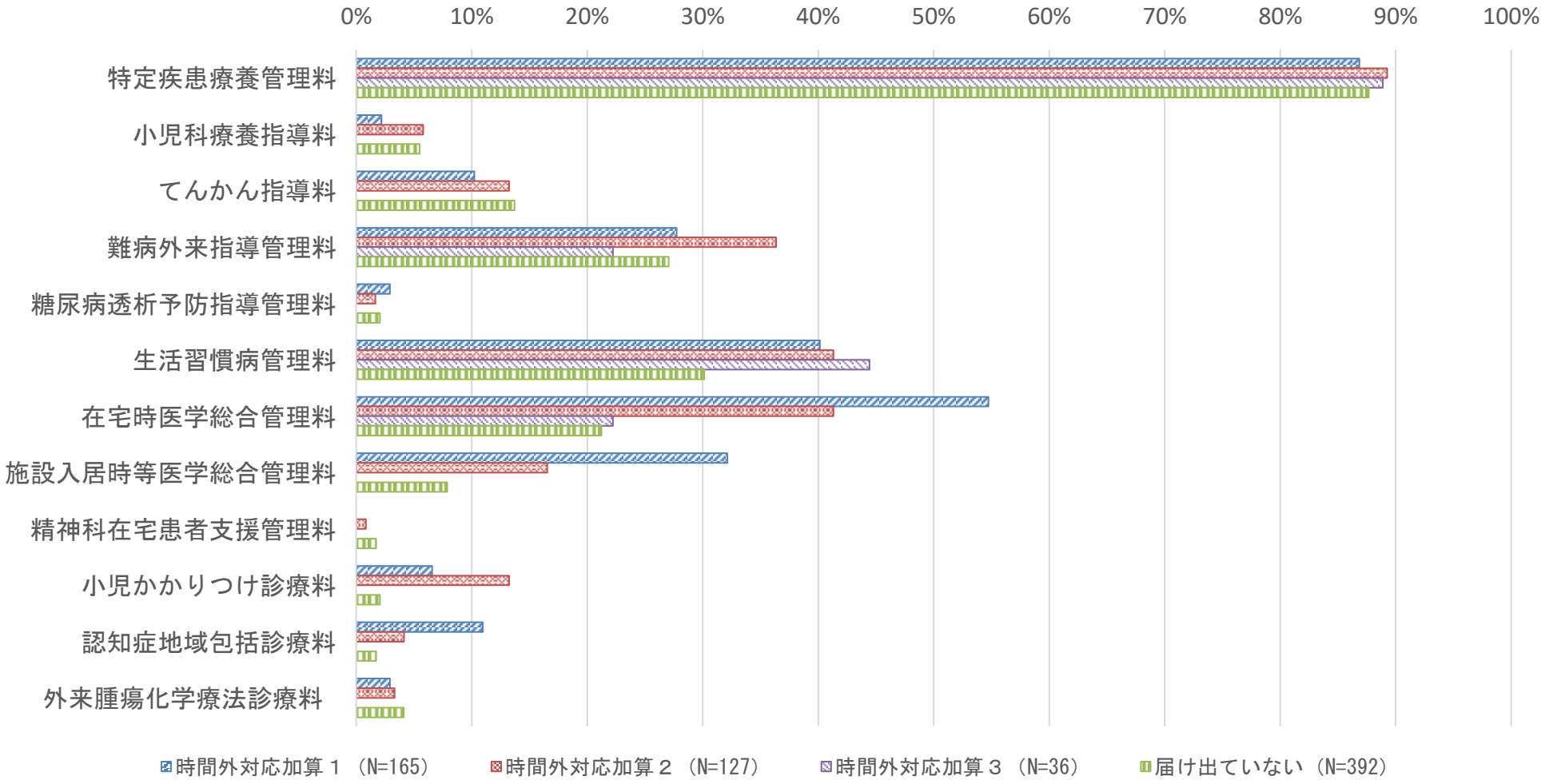
（３）　時間外対応加算３の施設基準

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）

特掲診療料の届出又は算定状況（時間対応加算の届出別）

○　対象施設の時間対応加算の届出別の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
○　時間外対応加算１・２の届出をしている医療機関の方が、他の医療機関より、在医総管・施設総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料の届出又は算定している割合が多かったが、特定疾患療養管理料等ではこうした差は見られなかった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

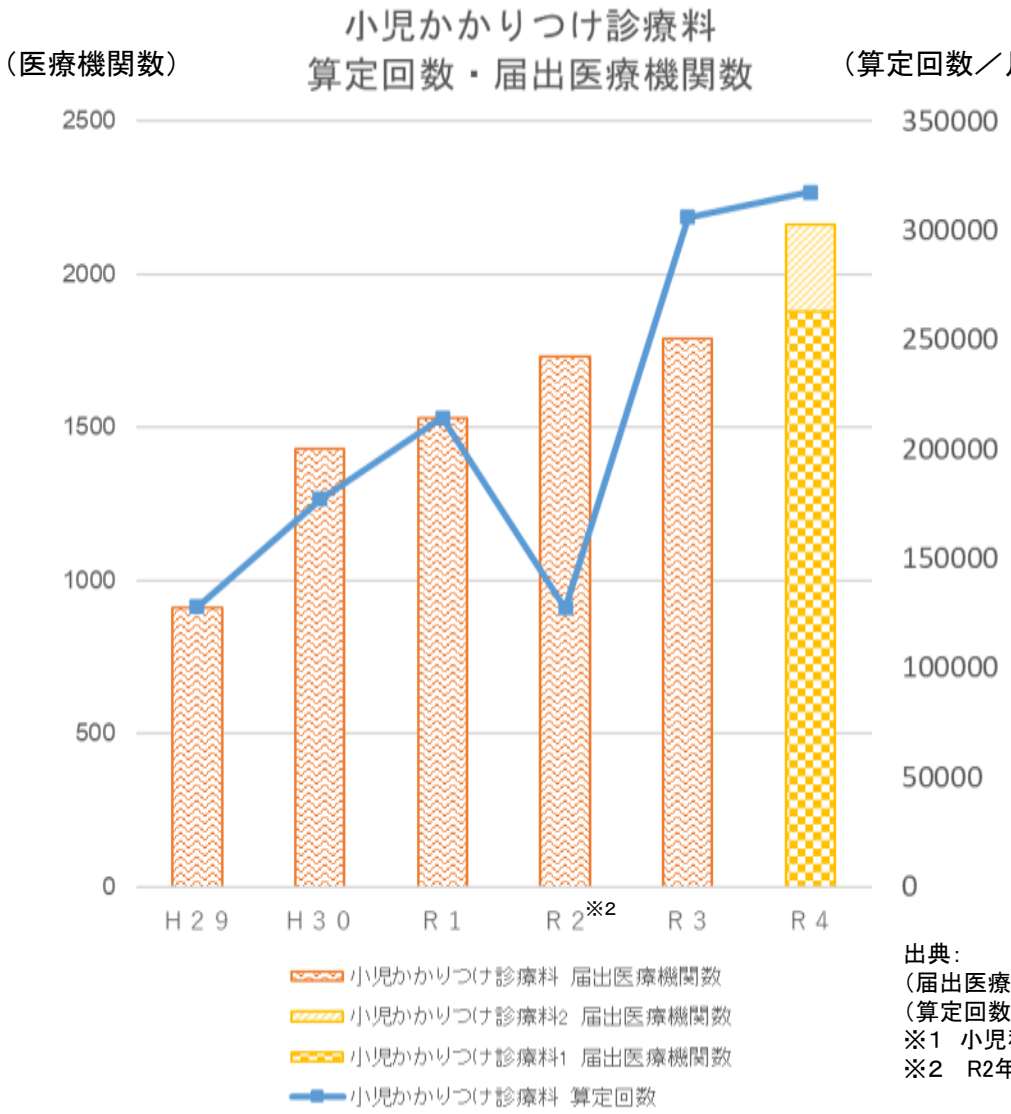
小児科の外来診療の評価について

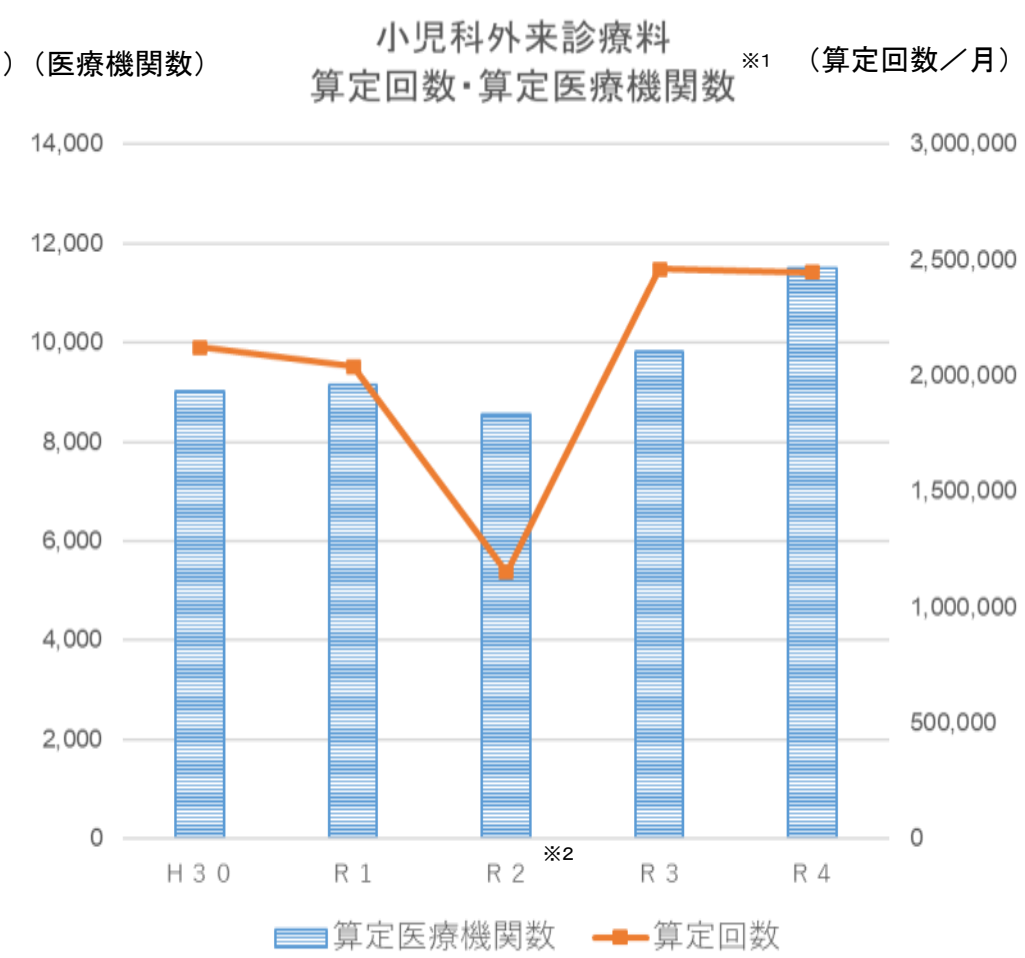
	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料1	小児かかりつけ診療料2
点数	（1日につき） 1．保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　　初診時：599点、再診時：406点 2．1．以外の場合　初診時：716点、再診時：524点	（1日につき） 1．処方箋を交付する場合　初診時：641点、再診時：448点 2．処方箋を交付しない場合　初診時：758点、再診時：566点	（1日につき） 1．処方箋を交付する場合　初診時：630点、再診時：437点 2．処方箋を交付しない場合　初診時：747点、再診時：555点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・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した。





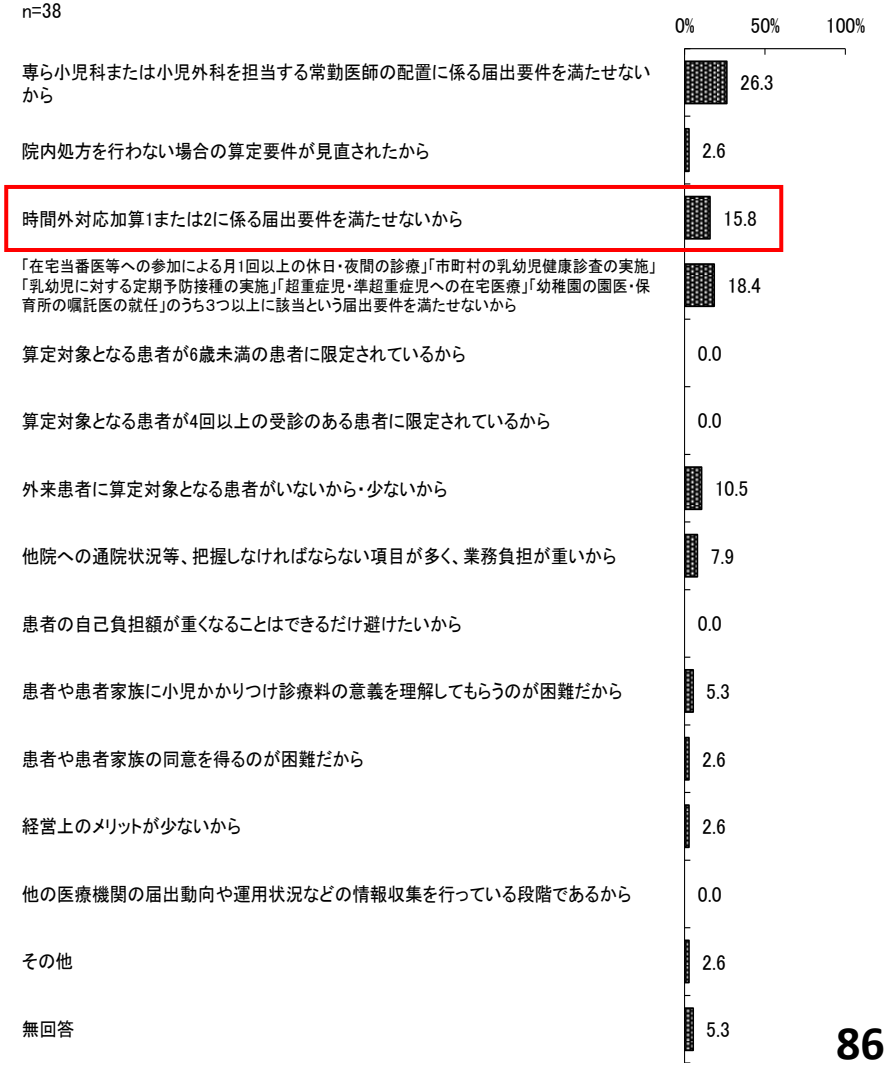
出典：
（届出医療機関数）各年７月１日時点の主な施設基準の届出状況
（算定回数）社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）
※１　小児科外来診療料の算定医療機関数はNDBより保険局医療課にて集計。
※２　R2年度改定にて、対象年齢を3歳未満から6歳未満に拡大した

小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由

○　小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由として、小児科医の配置に係る要件を満たせない、在宅当番医等への参加に係る要件を満たせない、に次いで、時間外対応加算１または２の届出要件を満たせない、という回答が多かった。

小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由
（複数回答、令和2年10月1日現在において小児かかりつけ診療料の届出なし）

小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない最大の理由
（単数回答、令和2年10月1日現在において小児かかりつけ診療料の届出なし）

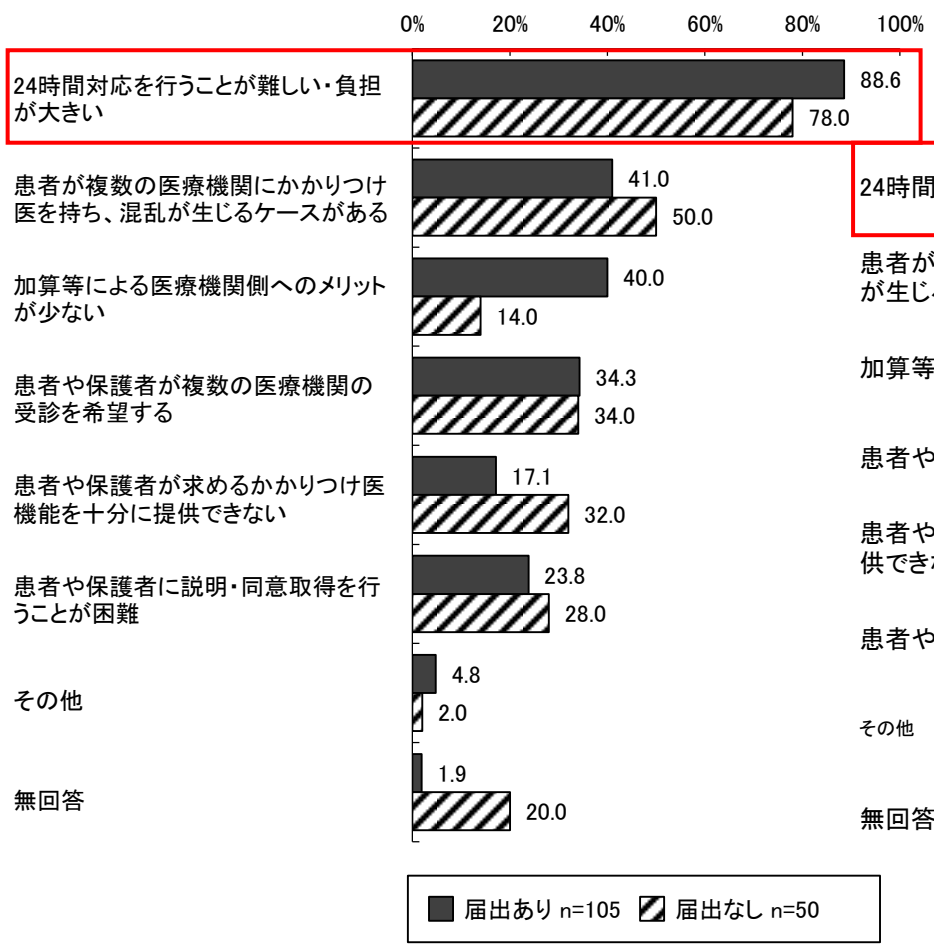


出典：令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価などに関する実施状況調査（その１）P259、260

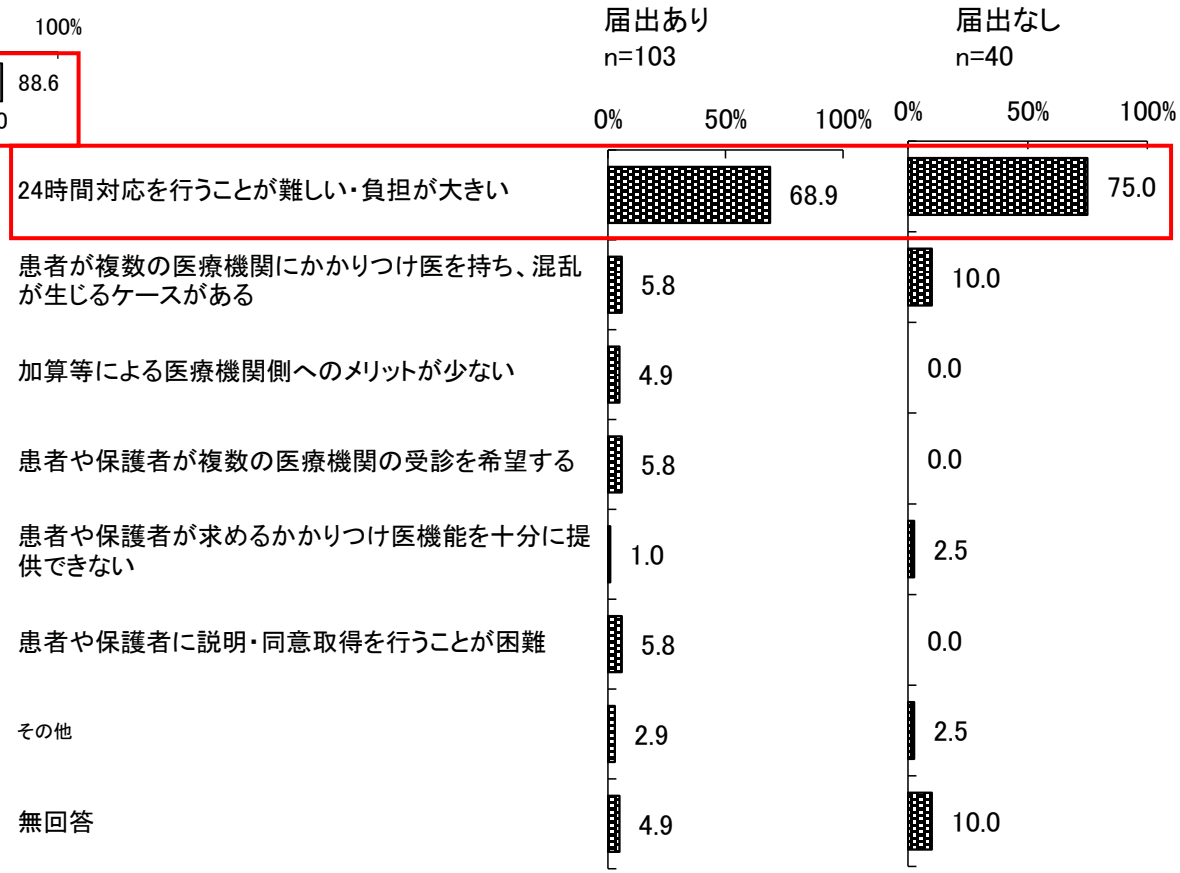
小児かかりつけ医機能を推進する上での課題

○　小児かかりつけ医機能を推進する上での課題として、小児かかりつけ診療料の届出有無に関わらず、約8割の医療機関が、「24時間対応を行うことが難しい・負担が大きい」と回答している。

小児かかりつけ医機能を推進する上での課題
（小児かかりつけ診療料の届出状況別、複数回答）



小児かかりつけ医機能を推進する上での最大の課題
（小児かかりつけ診療料の届出状況別、単数回答）

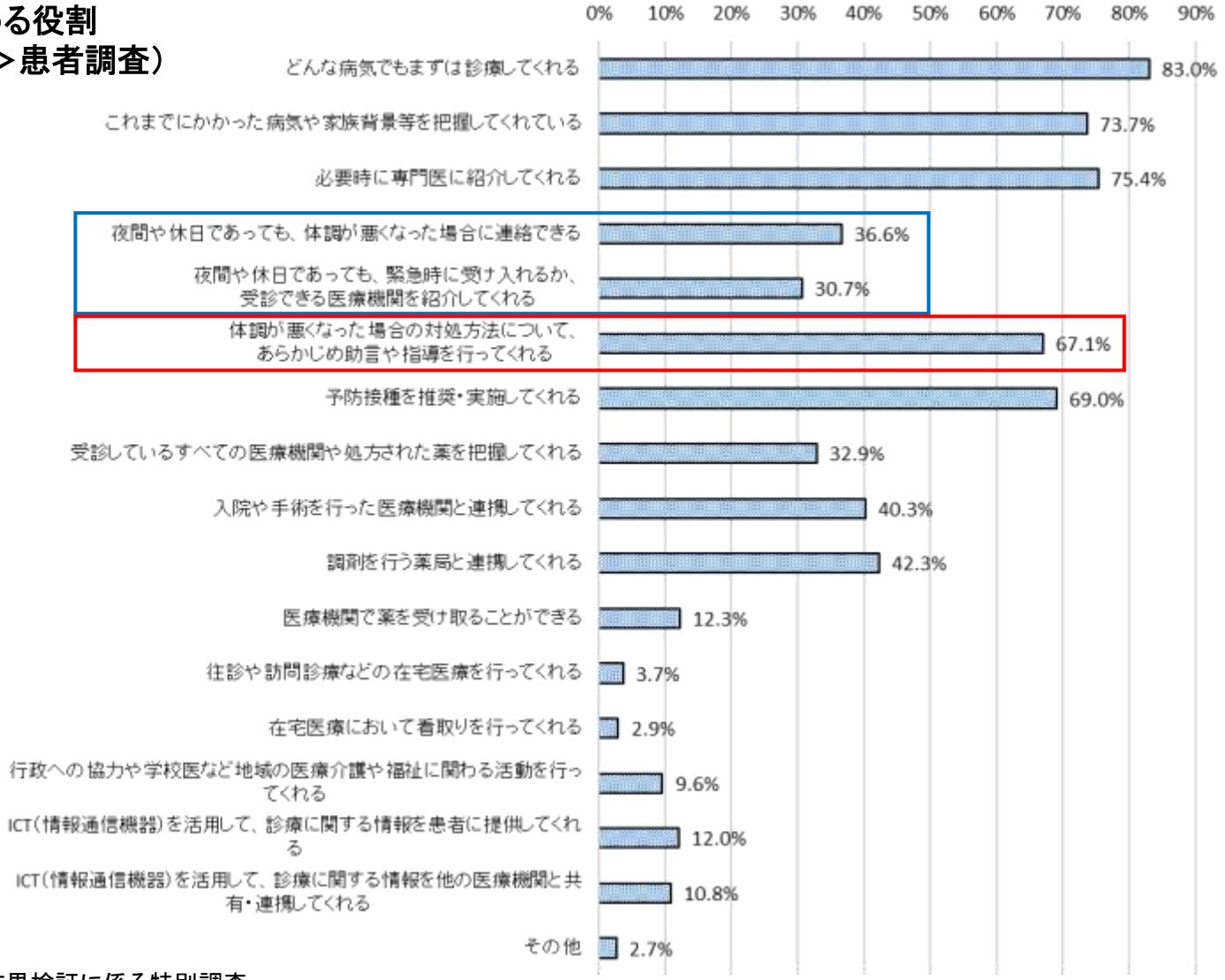


出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価などに関する実施状況調査（その1）P265、266

小児における、かかりつけ医に求める役割

○　小児の患者の保護者に対して、かかりつけ医に求める役割を聞いたところ、夜間や休日であっても「体調が悪くなった場合に連絡できる」や「緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる」よりも、「体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる」を選択している割合が高かった。

かかりつけ医に求める役割
（かかりつけ医＜小児科＞患者調査）
（複数回答）



出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価などに関する実施状況調査結果（「かかりつけ医〈小児科〉調査（患者調査）」）を用いて医療課で集計

再　　掲

小児科の外来診療の評価について

中医協　総－８
５．６．２１

	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

救急外来や外来診療の機能分化の推進③

平成24年度診療報酬改定
説明資料

初・再診料及び関連する加算の評価

➢ 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

地域医療貢献加算	３点

【改定後】 **時間外対応加算**

（新） 時間外対応加算１	５点
（改） 時間外対応加算２	３点
（新） 時間外対応加算３	１点

[算定要件]

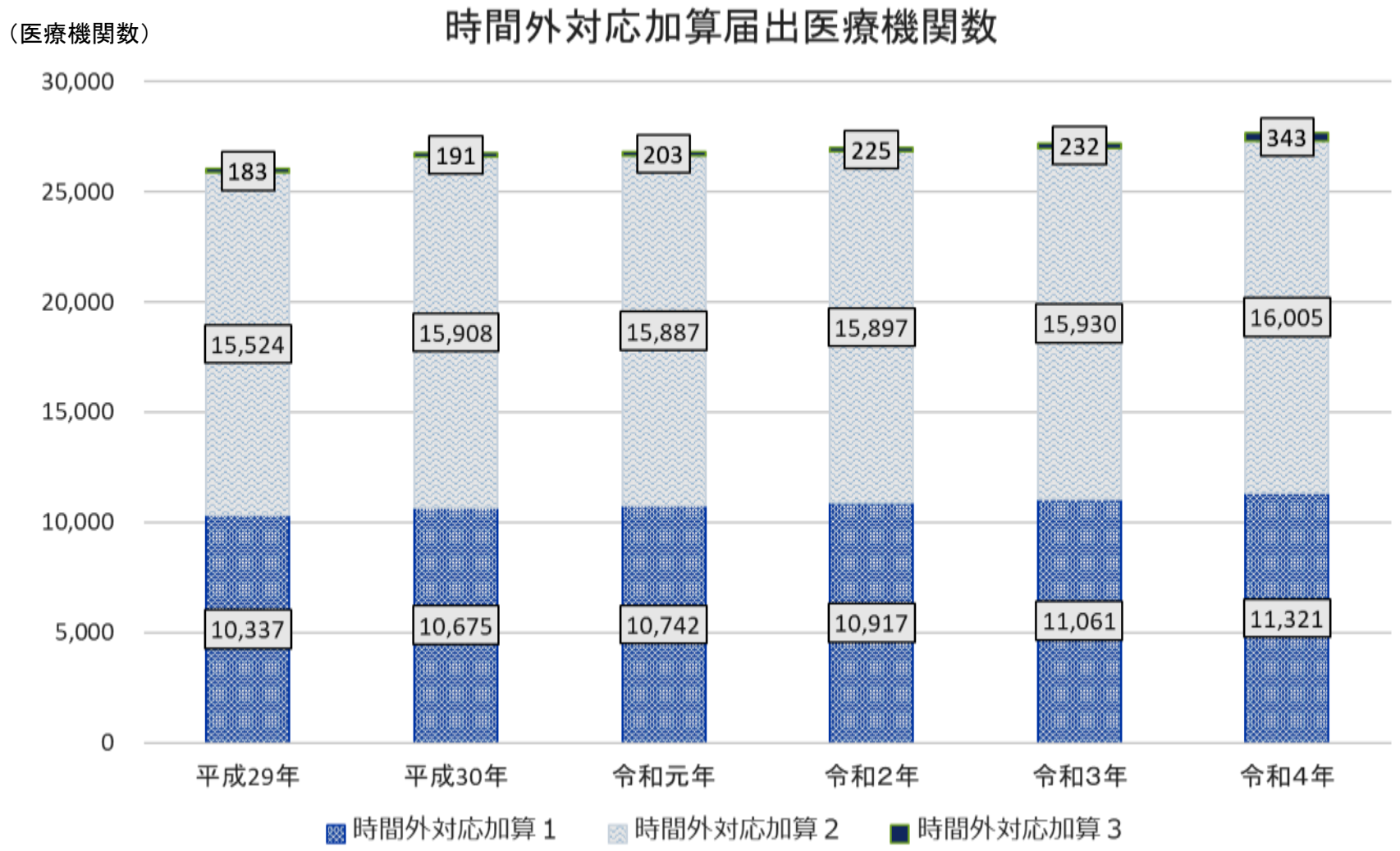
時間外対応加算１：診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、**原則として当該診療所において、常時対応**できる体制がとられていること。

時間外対応加算２：診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、**標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応**できる体制がとられていること。休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

時間外対応加算３：診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、**複数の診療所による連携により対応する体制**がとられていること。**当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応**できる体制がとられていること。当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。複数の診療所の連携により対応する場合、**連携する診療所の数は最大で3つまで**とすること。

時間外対応加算届出医療機関数

○　時間外対応加算の届出医療機関数は横ばいである。

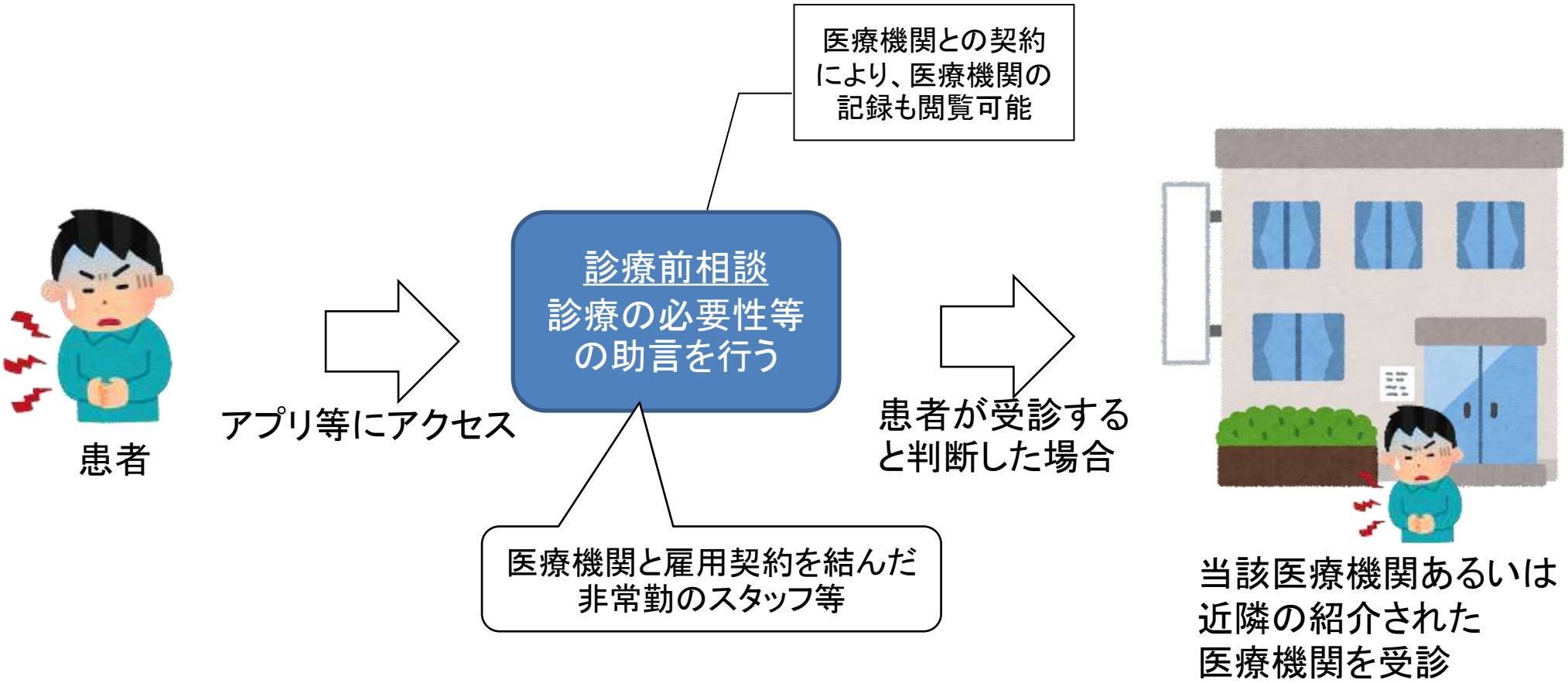


出典：各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況

近年見られる時間外対応を行うサービスについて

○　近年、情報化社会の進展に伴い、診療所の時間外対応を補助する多様なサービスが見られる。

時間外対応を行うサービス（イメージ）



提供されているサービスの情報をもとに保険局医療課で作成

時間外対応加算に係る体制

○　時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制としては、加算１～３全てにおいて、診療所に勤務している常勤の医師が応対する体制が多かった。
○　相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応については、他の医療機関との連携又は緊急搬送等が最多であった。

時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制	01_診療所に勤務している常勤の医師が応対	02_診療所に勤務している非常勤の医師が応対	03_診療所に勤務している看護職員が応対	04_診療所に勤務している事務職員が応対	05_その他
時間外対応加算１(n=213)	84.0%	14.1%	43.7%	22.5%	1.4%
時間外対応加算２(n=110)	89.1%	6.4%	18.2%	12.7%	6.4%
時間外対応加算３(n=8)	87.5%	12.5%	12.5%	12.5%	0.0%

※　時間外対応加算3については当番日に限る

電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応について	01_診療所における外来診療	02_診療所の医師による往診	03_診療所の医師（当該診療所における対面診療の実績を有するものに限る）によるオンライン診療	04_03に示す医師以外によるオンライン診療	05_他の医療機関との連携または緊急搬送等	06_その他
時間外対応加算１(n=217)	70.0%	67.7%	13.4%	0.9%	81.6%	0.9%
時間外対応加算２(n=112)	66.1%	52.7%	7.1%	1.8%	85.7%	1.8%
時間外対応加算３(n=8)	62.5%	50.0%	12.5%	0.0%	50.0%	0.0%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

１．外来医療の現状等について

２．かかりつけ医機能に係る評価について

①　総論

②　時間外対応加算について

③　書面を用いた説明について

④　特定疾患療養管理料について

⑤　かかりつけ医機能に係る評価の併算定等について

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。

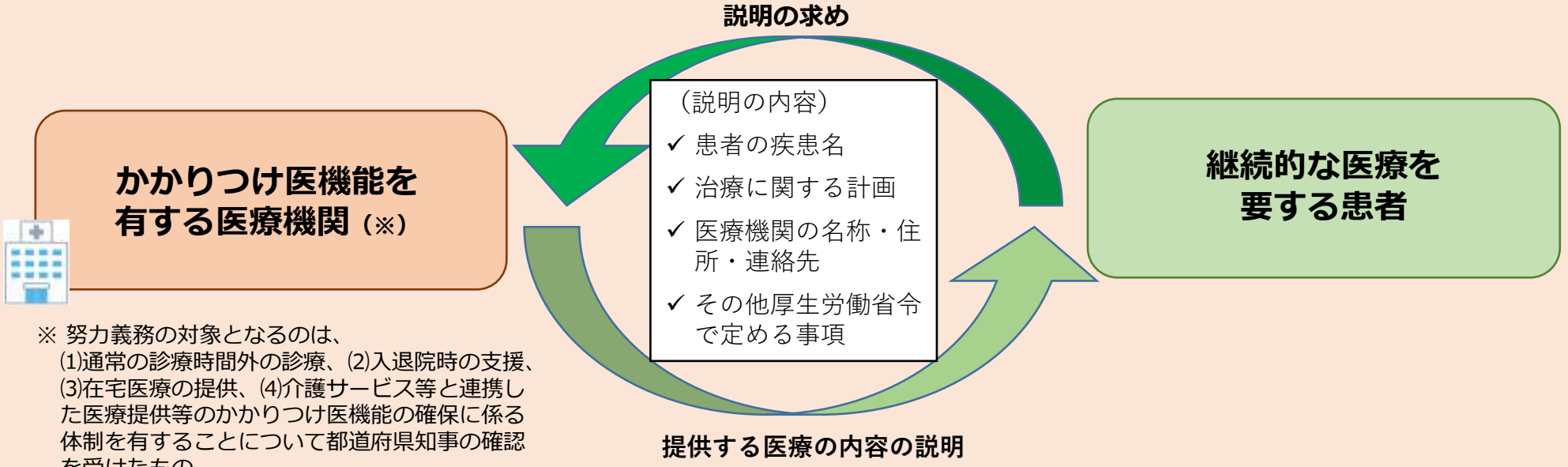
患者に対する説明について

➢ かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

- 対象医療機関：かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関
- 対象患者　　：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者
- 対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる



※ 努力義務の対象となるのは、
⑴通常の診療時間外の診療、⑵入退院時の支援、⑶在宅医療の提供、⑷介護サービス等と連携した医療提供等のかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けたもの

※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

医療法上の患者への説明に係る規定と診療報酬上の対応

○ 入院診療計画書は医療法の規定に沿い、診療報酬において施設基準で策定と説明を義務づけている。
○ 外来における患者への説明については以下のとおり医療法の改正がなされたところ。

	医療法上の規定	診療報酬上の対応
入院における患者への説明（入院診療計画書）	第二章　医療に関する選択の支援等　第一節　医療に関する情報の提供等 第六条の四　病院又は診療所の管理者は、患者を入院させたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該患者の診療を担当する医師又は歯科医師により、次に掲げる事項を記載した書面の作成並びに当該患者又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。ただし、患者が短期間で退院することが見込まれる場合その他の厚生労働省令で定める場合は、この限りでない。 一　患者の氏名、生年月日及び性別 二　当該患者の診療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名 三　入院の原因となつた傷病名及び主要な症状 四　入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画 五　その他厚生労働省令で定める事項	施設基準告示 第四　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥(じよく)瘡(そう)対策及び栄養管理体制の基準 一　入院診療計画の基準 (1)　医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。 (2)　病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。 (3)　患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
外来における患者への説明	第二章　医療に関する選択の支援等　第一節　医療に関する情報の提供等 第六条の四の二　第三十条の十八の四第二項の規定による確認を受けた病院又は診療所であつて、同項の厚生労働省令で定める要件に該当する体制を有するもの（他の病院又は診療所と相互に連携して同項に規定する当該機能を確保する場合を含む。）の管理者は、同条第一項に規定する継続的な医療を要する者に対して居宅等において必要な医療の提供をする場合その他外来医療を提供するに当たつて説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であつて、当該継続的な医療を要する者又はその家族からの求めがあつたときは、正当な理由がある場合を除き、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により、その診療を担当する医師又は歯科医師により、当該継続的な医療を要する者又はその家族に対し、次に掲げる事項の適切な説明が行われるよう努めなければならない。 一　疾患名 二　治療に関する計画 三　当該病院又は診療所の名称、住所及び連絡先 四　その他厚生労働省令で定める事項	ー

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

生活習慣病管理料の療養計画書

中医協　総－８
５．６．２１

○　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）
生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日生（　才）

主病：
□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

おもい：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（　）
□間酒：〔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）
生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日生（　才）

主病：
□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

おもい：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（　）
□間酒：〔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）

１．外来医療の現状等について

２．かかりつけ医機能に係る評価について

①　総論

②　時間外対応加算について

③　書面を用いた説明について

④　特定疾患療養管理料について

⑤　かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

特定疾患療養管理料

➢ 生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、**プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと**を評価。

1	診療所の場合	225点
2	許可病床数が100床未満の病院の場合	147点
3	許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点

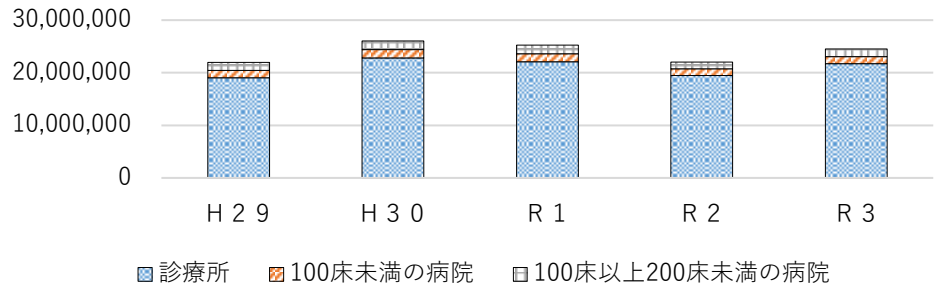
（月2回に限り）

[算定要件]

- 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- 第1回目の特定疾患療養管理料は、A000初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- 管理内容の要点を診療録に記載する。
- 同一保険医療機関において、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- 実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている医療機関では算定できない。
- 在宅療養指導管理料又は皮膚科特定疾患指導管理料の患者に対して行った管理の費用は、それぞれの指導管理料に含まれる。

[厚生労働大臣が定める疾患（抜粋）]
結核、悪性新生物、甲状腺障害、糖尿病、
高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、
脳血管疾患、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、
十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患、
慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性肝炎等

算定回数（１か月あたり）の推移



出典：社会医療診療行為別統計

特定疾患処方管理加算

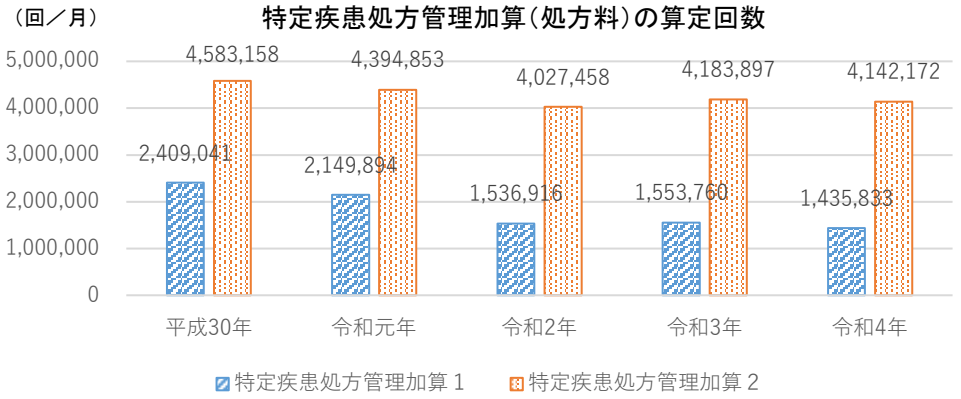
F100　処方料

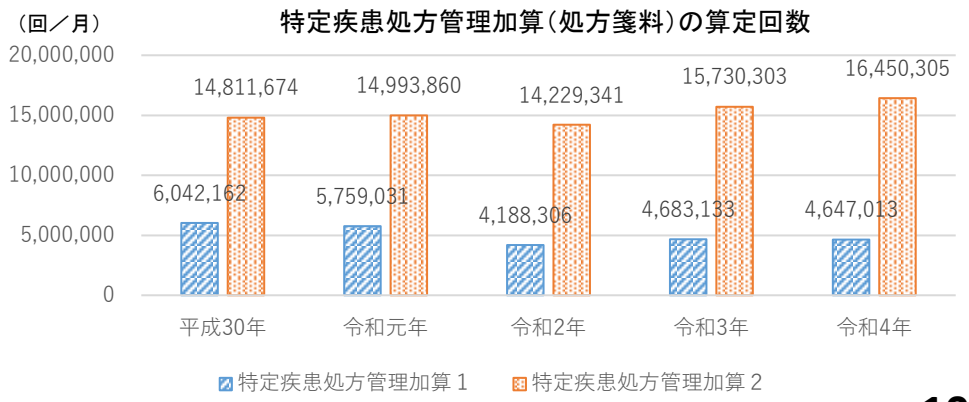
注5　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、**特定疾患処方管理加算1**として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。
注6　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、**特定疾患処方管理加算2**として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

F400　処方箋料

4　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、**特定疾患処方管理加算1**として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。
5　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、**特定疾患処方管理加算2**として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

（留意事項通知）
ア　特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、**プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したもの**であり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。
イ　処方期間が28日以上の場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を加算する。なお、同一暦月に区分番号「F100」処方料と区分番号「F400」処方箋料を算定する場合にあっては、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。
ウ　処方期間が28日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て28日以上である必要はない。
エ　イに該当する場合以外の場合には、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り1処方につき18点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方箋料を算定する場合であっても、処方箋料の当該加算と合わせて2回を限度とする。
オ　主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
カ　特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。
キ　投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。





【出典】社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

特定疾患療養管理料の評価･要件の経緯

昭和33年	新設	慢性疾患を主病とする者に対して、栄養、安静、運動その他療養上必要な指導をした場合の評価として、慢性疾患指導料（13点（甲表））を新設
昭和47年	拡充	慢性疾患指導料の点数（13→26点）を引き上げるとともに、乙表においても新設
昭和56年	名称変更	慢性疾患指導料を慢性疾患指導管理料に名称変更
昭和63年	要件変更	慢性疾患指導管理料を慢性疾患指導料（診療所150点、病院90点（甲表）120点（乙表））と慢性疾患外来学管理料（150点）に分離
平成4年	新設	（慢性疾患指導料及び慢性疾患外来医学管理料を廃止し、）厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対し、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合の評価を新設（月２回限度）。（※慢性疾患指導料等で一部趣旨に合わない疾患が含まれていたこと、地域のかかりつけ医のプライマリ・ケア機能を踏まえ、改定） • 診療所　170点、100床未満の病院　100点、200床未満の病院　50点
平成8年	点数引き上げ	点数引き上げ • 診療所　170→190点、100床未満の病院　100→130点、200床未満の病院　50→75点
平成8年	点数引き上げ	点数引き上げ • 診療所　190→200点、100床未満の病院　130→135点、200床未満の病院　75→80点
平成9年	点数引き上げ（消費税増税に伴うもの）	点数引き上げ • 診療所　200→202点、100床未満の病院 135→137点、200床未満の病院 80点（据え置き）
平成12年	点数引き上げ	老人慢性疾患生活指導料の評価に合わせ点数引き上げ • 診療所　202→225点、100床未満の病院　137→147点、200床未満の病院　80→87点
平成18年	名称変更	特定疾患療養指導料→特定疾患療養管理料 老人慢性疾患生活指導料を特定疾患療養管理料に統合

※算定要件の変更は文言等の観点のみ

特定疾患療養管理料の対象疾患の経緯

平成4年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、狭心症、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	
平成6年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	• 「脂質異常症」を追加 • 「狭心症」を「虚血性心疾患」に拡大
平成8年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎	• 病名の大幅変更
平成10年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常	• 「思春期早発症」、「性染色体異常」を追加

※平成10年以降、対象疾患の改定なし

特定疾患療養管理料に係る傷病名

診調組　入－１
５．７．２０

○　特定疾患療養管理料の算定時に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
○　同管理料の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は57.7%、糖尿病は16.2%、脂質異常症は23.9%、心不全は2.3%であった。

No.	傷病名	ICDコード	令和４年度 ５月診療月 回数	構成比%
計	特定疾患療養管理料の全算定回数		12,937,842	100.0%
再掲	糖尿病（計）		2,092,986	16.2%
	脂質異常症（計）		3,092,941	23.9%
	高血圧症（計）		7,459,040	57.7%
	心不全（計）		292,875	2.3%
1	高血圧症	I10	7,458,725	57.7%
2	高コレステロール血症	E780	1,453,006	11.2%
3	糖尿病	E14	1,081,173	8.4%
4	２型糖尿病	E11	994,862	7.7%
5	高脂血症	E785	989,977	7.7%
6	気管支喘息	J459	925,271	7.2%
7	慢性胃炎	K295	742,738	5.7%
8	脂質異常症	E785	629,425	4.9%
9	本態性高血圧症	I10	429,611	3.3%
10	狭心症	I209	295,917	2.3%
11	アレルギー性鼻炎	J304	256,012	2.0%
12	胃潰瘍	K259	209,380	1.6%
13	脳梗塞	I639	197,959	1.5%
14	便秘症	K590	171,476	1.3%
15	胃炎	K297	170,414	1.3%
16	腰痛症	M5456	159,965	1.2%
17	慢性腎不全	N189	151,821	1.2%
18	逆流性食道炎	K210	147,866	1.1%
19	甲状腺機能低下症	E039	147,114	1.1%
20	慢性心不全	I509	136,812	1.1%
21	高尿酸血症	E790	135,955	1.1%
22	不眠症	G470	131,632	1.0%
23	肝機能障害	K769	109,162	0.8%

No.（続き）	傷病名	ICDコード	令和４年度 ５月診療月 回数	構成比%
24	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	108,900	0.8%
25	前立腺癌	C61	107,572	0.8%
26	変形性膝関節症	M171	105,192	0.8%
27	慢性気管支炎	J42	104,927	0.8%
28	湿疹	L309	103,063	0.8%
29	脂肪肝	K760	102,149	0.8%
30	骨粗鬆症	M8199	98,959	0.8%
31	非弁膜症性心房細動	I489	92,547	0.7%
32	心房細動	I489	92,171	0.7%
33	心不全	I509	90,796	0.7%
34	脳梗塞後遺症	I693	80,414	0.6%
35	乳癌	C509	75,967	0.6%
36	アレルギー性結膜炎	H101	74,012	0.6%
37	慢性肝炎	K739	72,277	0.6%
38	鉄欠乏性貧血	D509	71,524	0.6%
39	頭痛	R51	69,632	0.5%
40	バセドウ病	E050	66,639	0.5%
41	急性気管支炎	J209	65,314	0.5%
42	前立腺肥大症	N40	64,057	0.5%
43	萎縮性胃炎	K294	62,497	0.5%
44	不整脈	I499	62,298	0.5%
45	アルツハイマー型認知症	G309	61,009	0.5%
46	肩関節周囲炎	M750	61,001	0.5%
47	急性上気道炎	J069	58,753	0.5%
48	うっ血性心不全	I500	58,512	0.5%
49	過活動膀胱	N328	56,043	0.4%
50	胃癌	C169	55,021	0.4%

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）　※複数の主傷病名が記載されている場合にもそれぞれを集計

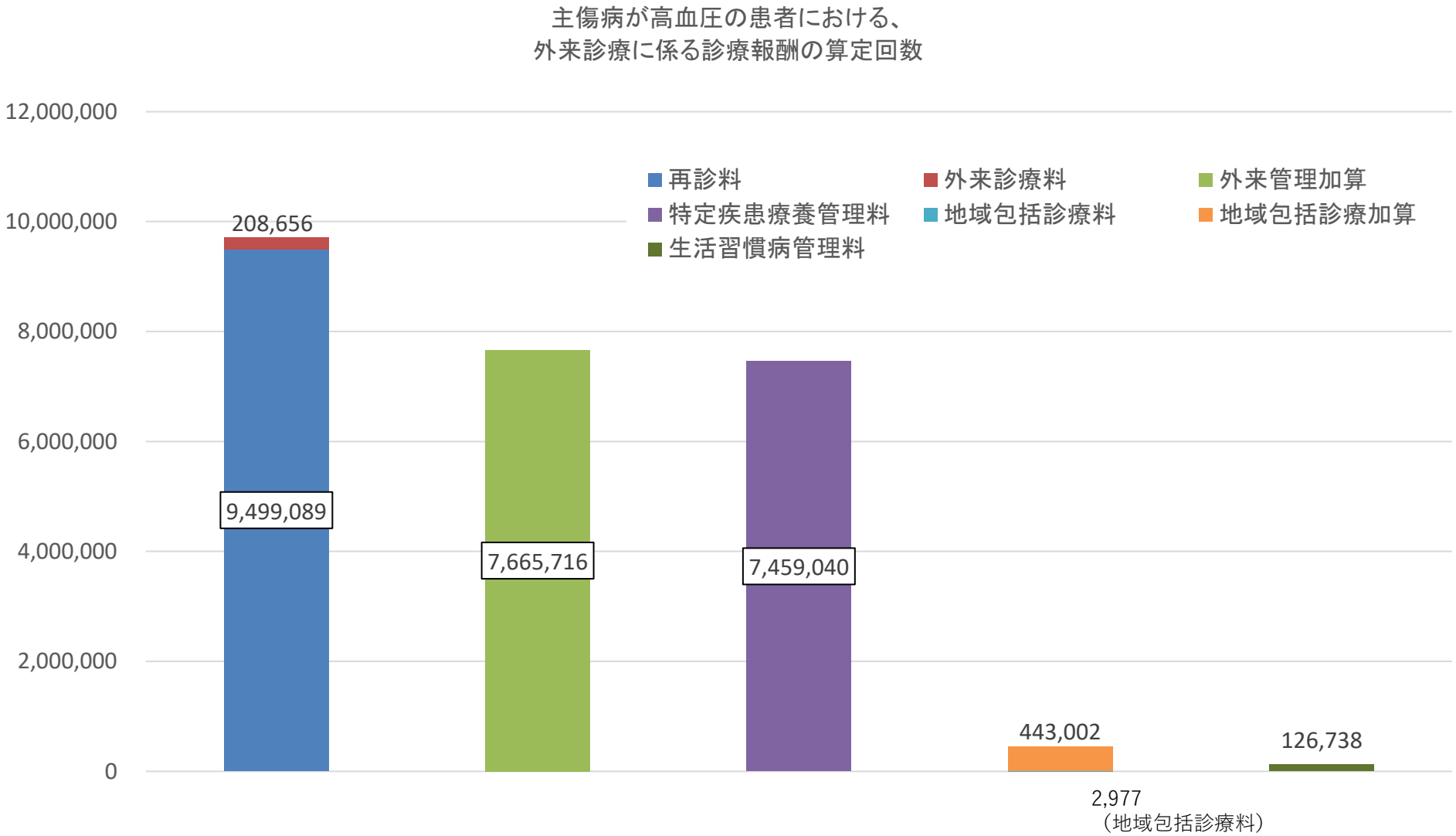
かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

診調組　入－１
５．７．２０改

	加算の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	かかりつけ医機能	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。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	かかりつけ医機能	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
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医機能	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。
機能強化加算	かかりつけ医機能	特段の要件なし（初診料算定時）。
生活習慣病管理料	疾患管理	脂質異常症、高血圧症、糖尿病
特定疾患療養管理料	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合の評価	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常

高血圧患者の外来診療における算定状況

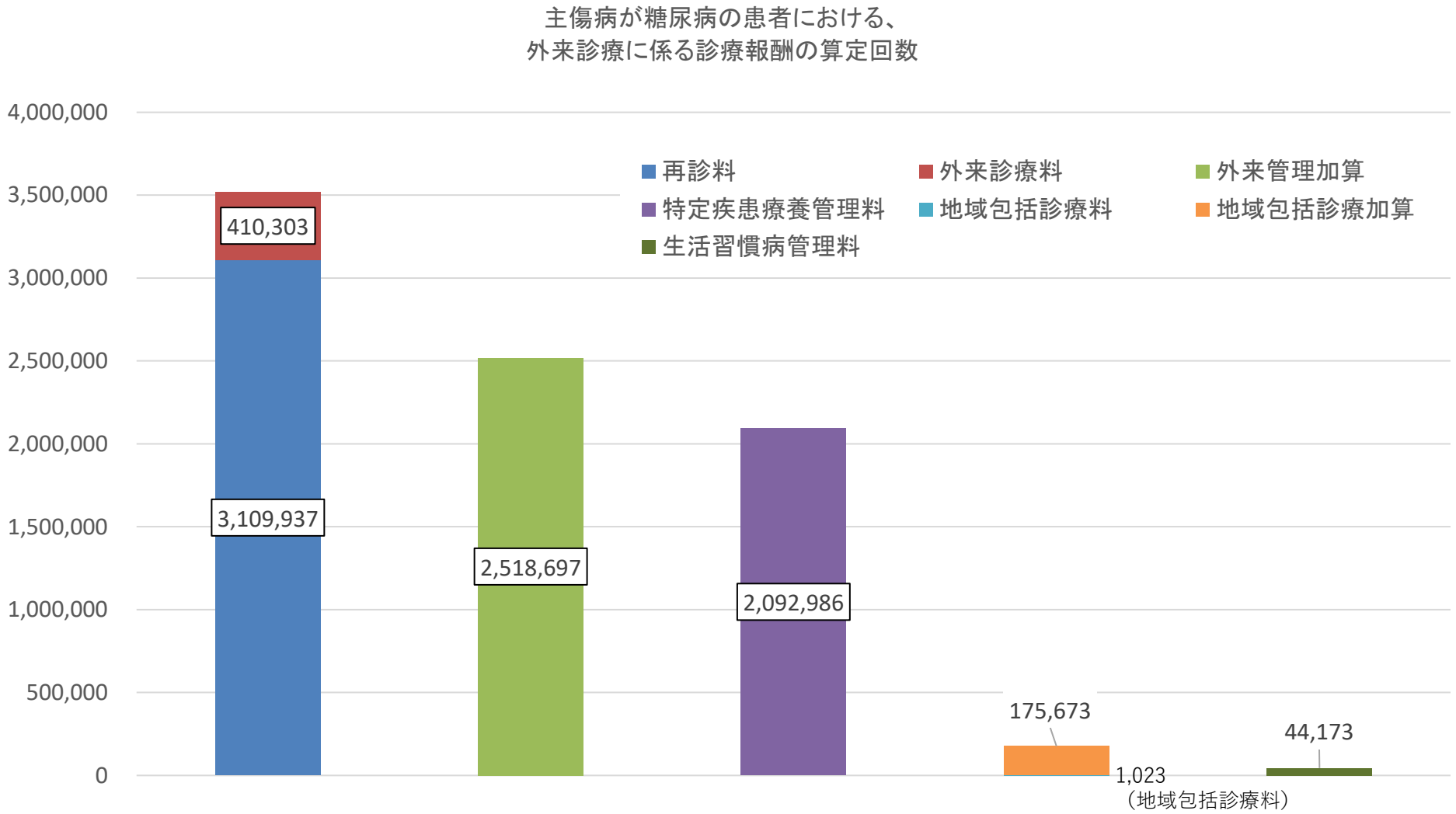
○　主傷病名が高血圧である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。



出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

糖尿病患者の外来診療における算定状況

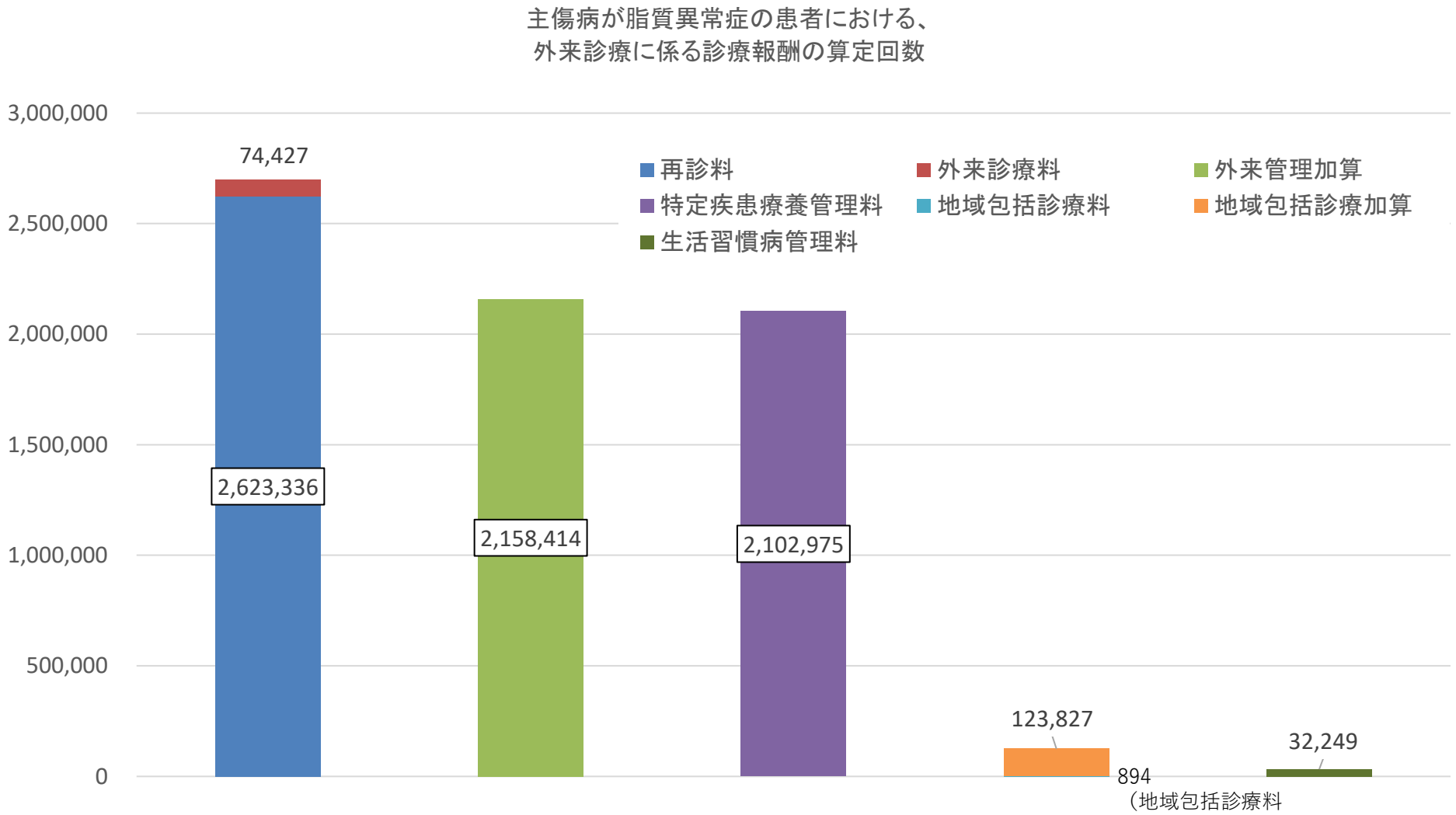
○　主傷病名が糖尿病である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。



出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

脂質異常症患者の外来診療における算定状況

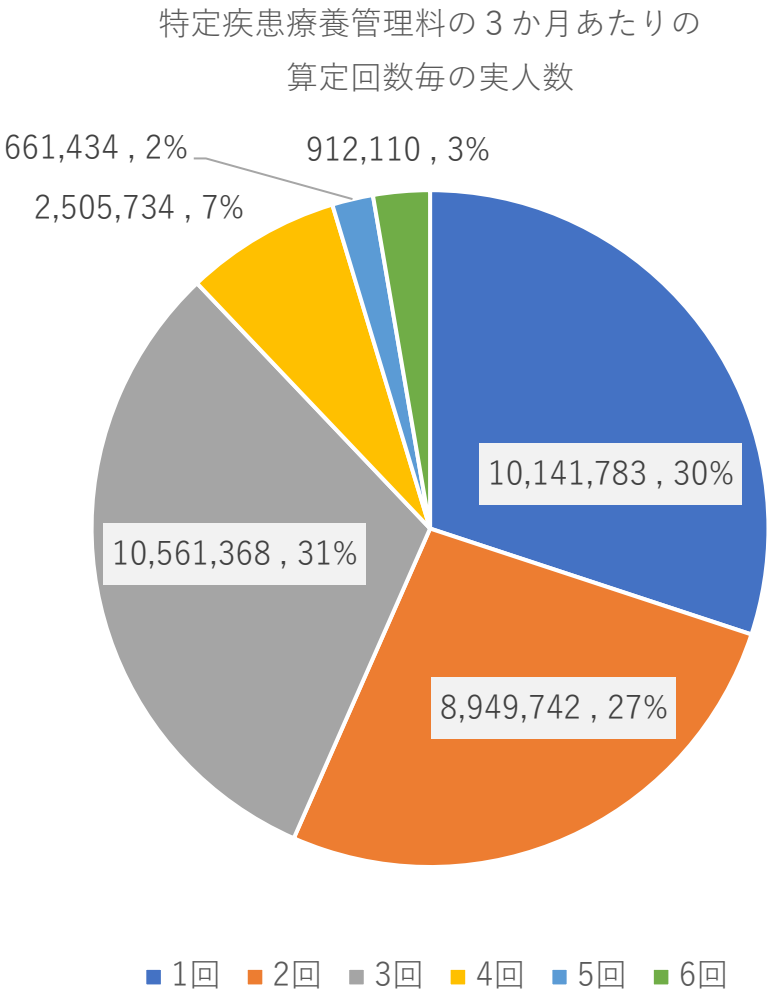
○　主傷病名が脂質異常症である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。



出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

特定疾患療養管理料の３か月あたりの算定実人数

○　特定疾患療養管理料は３か月間に３回算定されている患者が最多であった。特定疾患療養管理料が３か月間に４回以上算定されている患者は12.1%であった。

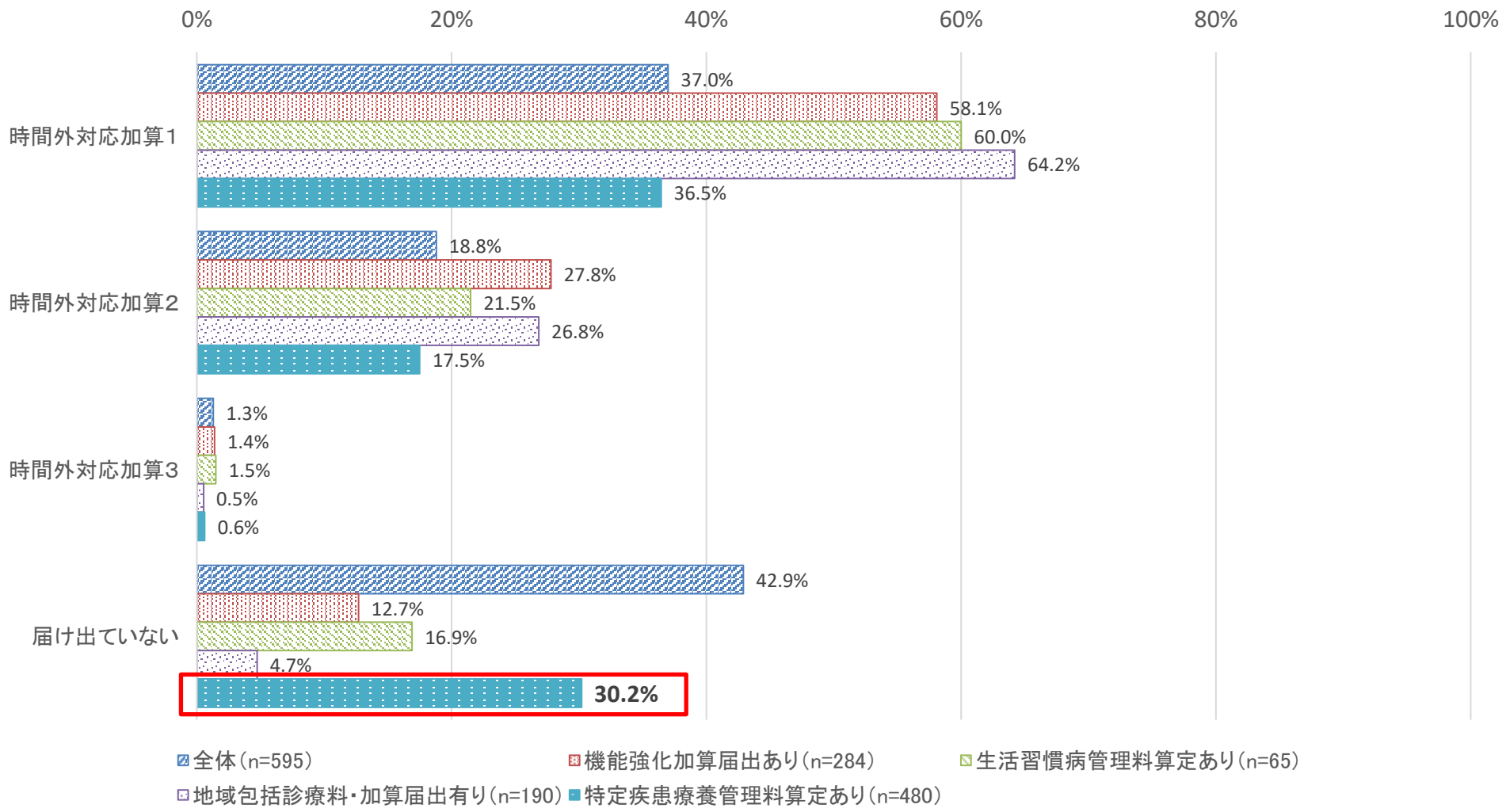


出典：NDBデータ（令和4年4～6月診療分）

※複数の医療機関受診した場合はそれぞれ実人数として計上

時間外対応加算の届出

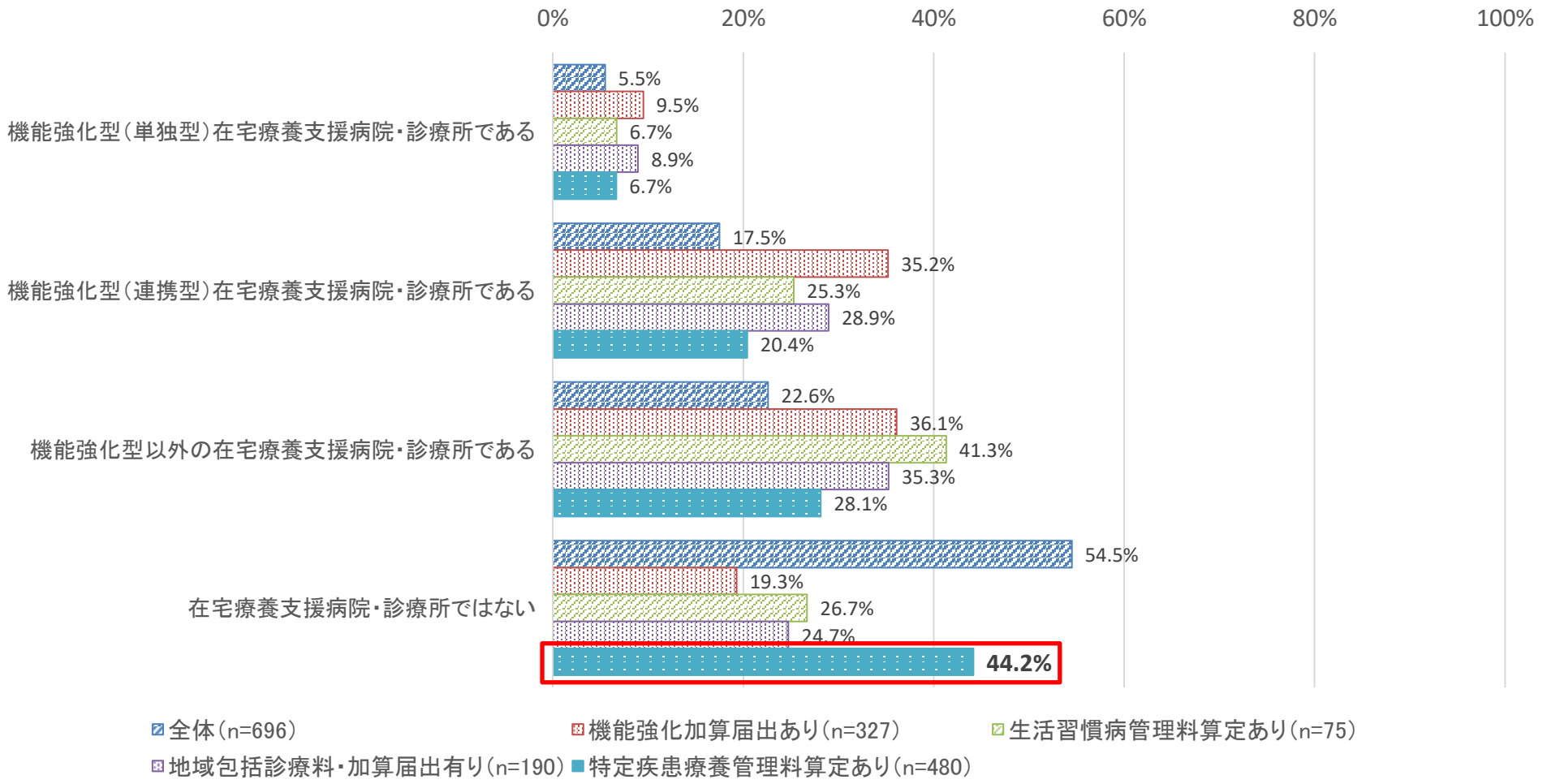
○　特定疾患療養管理料を算定している施設の30.2%は時間外対応加算を届け出ていない。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

在支病・在支診の届出

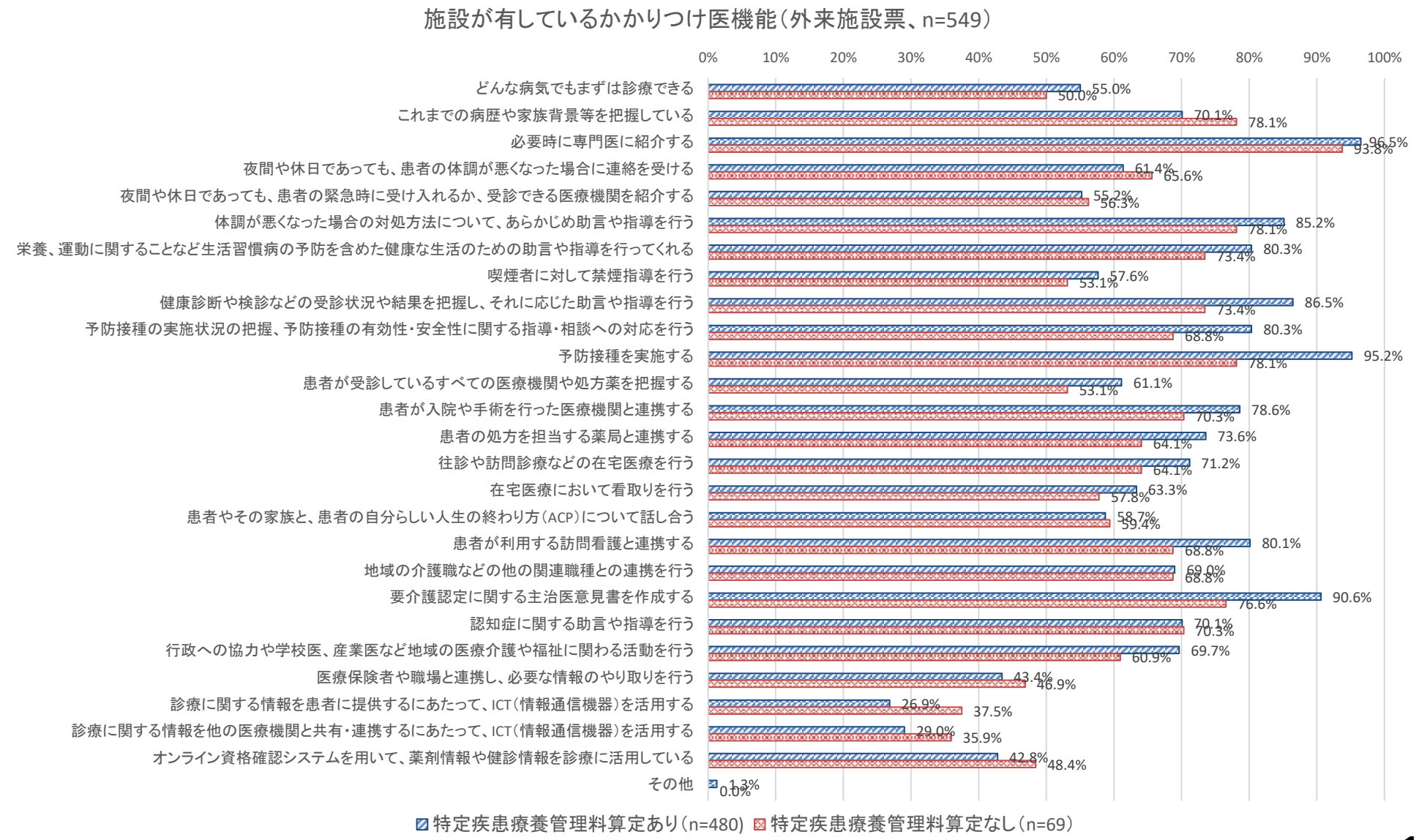
○　特定疾患療養管理料を算定している施設の44.2%は在支病・在支診を届け出ていない。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

かかりつけ医機能について（特定疾患療養管理料算定別）

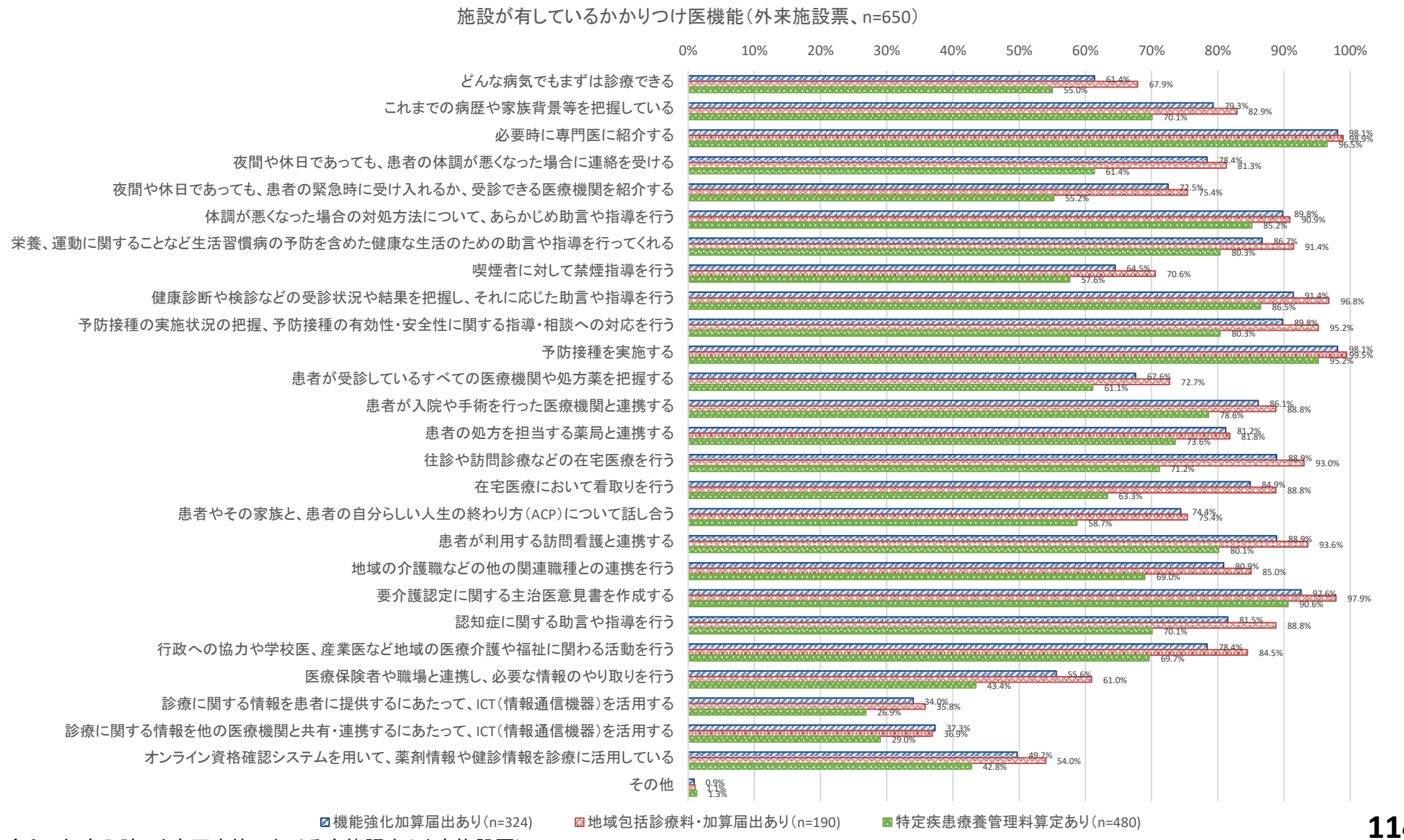
○　施設が有するかかりつけ医機能としては、特定疾患療養管理料の算定がある施設の方が割合が高い機能もあれば、算定がある施設の方が割合が低い機能もあった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

施設が有しているかかりつけ医機能

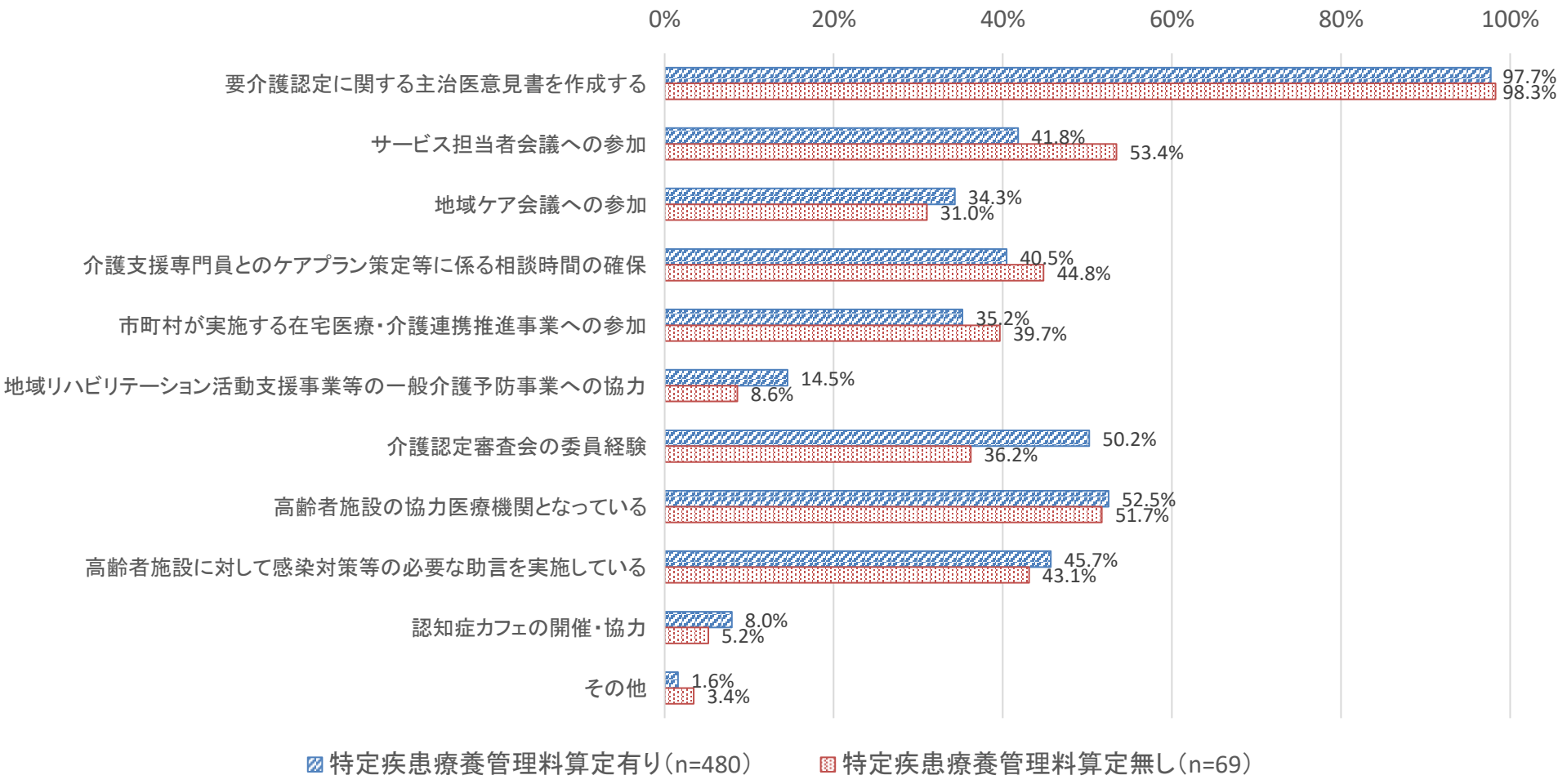
○　特定疾患療養管理料を算定している施設が有しているかかりつけ医機能は、機能強化加算及び地域包括診療料・加算の届出がある施設より、全ての項目において該当している割合が低かった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

介護との連携（特定疾患療養管理料算定別）

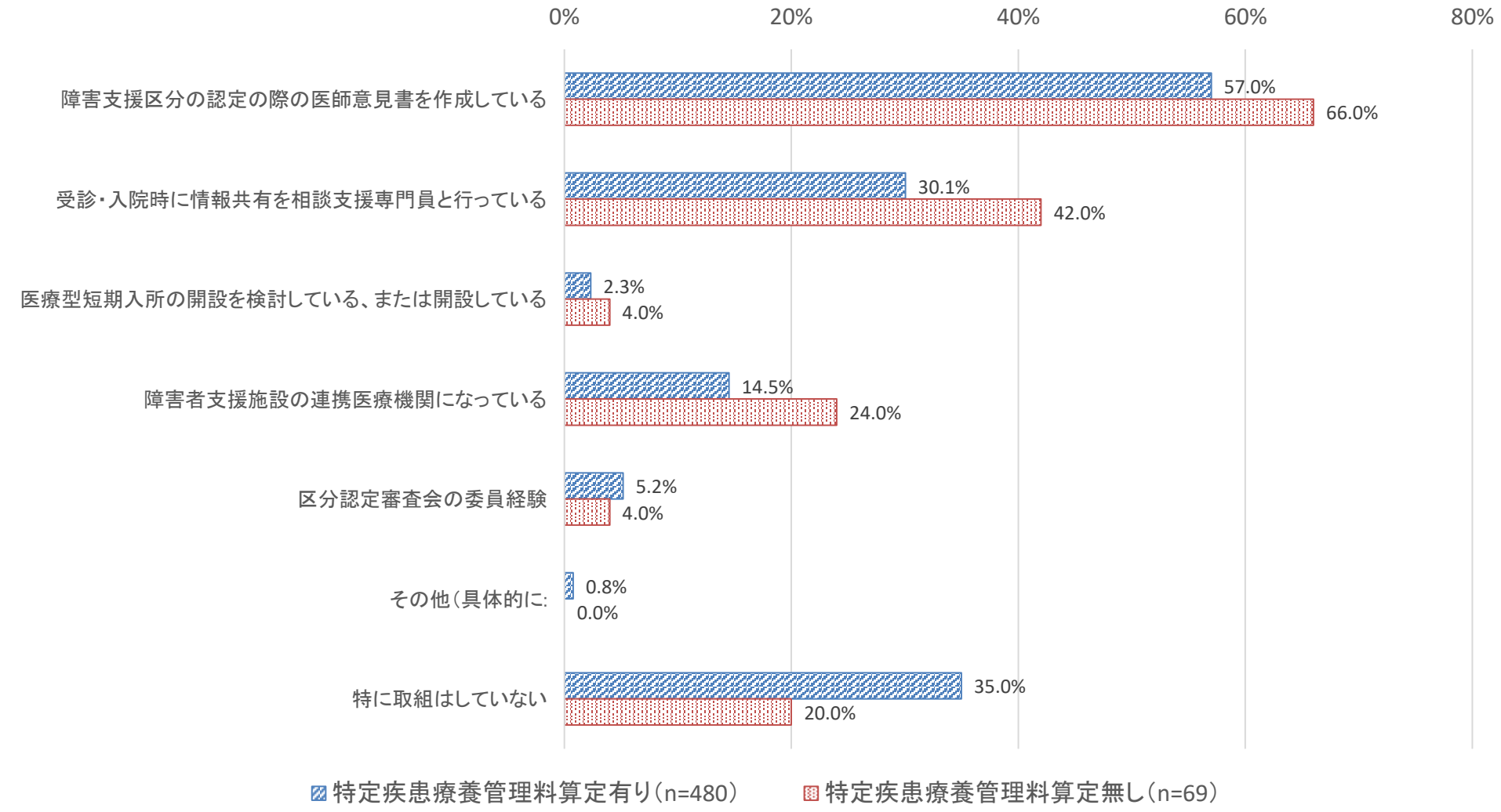
○　介護との連携について、特定疾患療養管理料の算定がある施設の方が割合が高い取組もあれば、算定がある施設の方が割合が低い取組もあった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

障害福祉サービスとの連携（特定疾患療養管理料算定別）

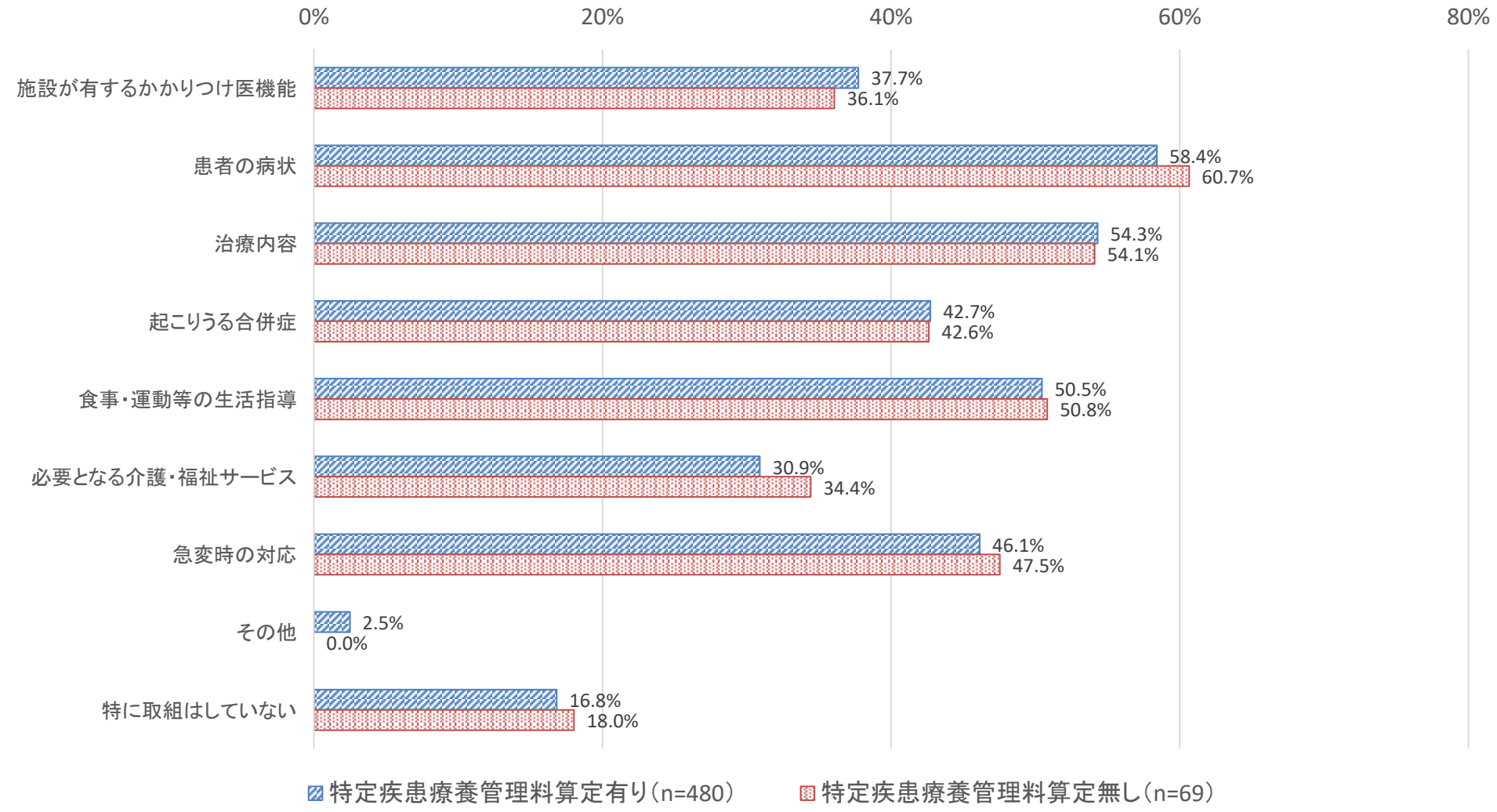
○　医療機関における障害福祉サービスとの連携について、特定疾患療養管理料の算定がある施設の方が割合が高い取組もあれば、算定がある施設の方が割合が低い取組もあった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

書面を用いた患者への説明（特定疾患療養管理料算定別）

○　医療機関における書面を用いた患者への説明について、特定疾患療養管理料の算定有無による大きな違いは認めなかった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

生活習慣病の管理を中心とした評価のイメージ

200床未満の病院及び診療所における
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

特定疾患療養管理料

※生活習慣病を対象とした場合

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

１．外来医療の現状等について

２．かかりつけ医機能に係る評価について

①　総論

②　時間外対応加算について

③　書面を用いた説明について

④　特定疾患療養管理料について

⑤　かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

外来管理加算

➢ 検査、リハビリテーション、精神科精神療法、処置、手術等をおこなわずに計画的な医学管理をおこなった場合の評価。

外来管理加算　52点

［算定要件］

① 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。

② 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。

③ 診察に当たっては、②に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

④ 外来管理加算は、標榜する診療科に関係なく算定できる。ただし、複数科を標榜する保険医療機関において、外来患者が2以上の傷病で複数科を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科においては外来管理加算は算定できない。

⑤ 区分番号「C000」往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。

⑥ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等を理由に、②に該当する診療行為を行わず、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

⑦ 厚生労働大臣が別に定める検査とは、第2章第3部第3節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいう。

・ 超音波検査等、脳波検査等、神経・筋検査、耳鼻咽喉科学的検査、眼科学的検査、負荷試験等、ラジオアイソトープを用いた諸検、内視鏡検査

※ 慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わない場合に算定可能。

外来管理加算等の評価･要件の経緯

昭和42年	新設	・理学療法、精神病特殊療法並びの処置及び手術を行った場合に算定しうる評価として、内科加算（甲表）を新設
昭和45年	新設	・内科加算（甲表）を廃止し、内科再診料を新設（乙表）
昭和53年	要件変更	・内科診療料について、内科的診療を主に行う保険医療機関において行われた内科的疾患に係る処置以外の臨時的処置（通常２～３回の処置によって治癒が予見される軽度の傷病に対する処置）を行った場合でも算定ができることとした。
平成４年	新設	・内科再診料を廃止し、一定の処置や検査等を必要としない患者に対して、計画的な医学的管理を行った場合の評価として、外来管理加算（42点）を創設。
平成12年	点数引き上げ	• 外来管理加算を引き上げ（42点→52点）
平成20年	要件変更	• 医師が患者の療養上の疑問に答え、概ね５分を超えて疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行う場合に加算できることとした。
平成22年	要件変更	• 外来管理加算の算定要件における時間の目安（いわゆる５分ルール）を廃止。

※算定要件の変更は文言等の観点のみ

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

		評価の概要	算定のタイミング	併算定可能なもの
①	地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、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	初診時以外	⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料、⑦外来管理加算は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。
②	地域包括診療料 認知症地域包括診療料		初診時以外	①～⑦全て不可。
③	小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	初再診時	④機能強化加算は併算定可能。
④	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	初診料算定時	③小児かかりつけ診療料は併算定可能。
⑤	生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、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うこと	初診料算定翌月以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑥	特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと	初診料算定１か月超過以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑦	外来管理加算（※）	処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行うこと	再診時	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態

○　かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態は以下のとおり。

①地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	外来管理加算
件数	3,178,441	97,593	2,889,436	2,877,823
割合		3.1%	90.9%	90.5%

②認知症地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	認知症地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	外来管理加算
件数	58,356	2,024	47,267	50,901
割合		3.5%	81.0%	87.2%

③小児かかりつけ診療料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	小児かかりつけ診療料	機能強化加算
件数	596,098	326,596
割合		54.8%

④生活習慣病管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	生活習慣病管理料	地域包括診療加算	外来管理加算	認知症地域包括診療加算
件数	882,563	97,593	835,280	2,024
割合		11.1%	94.6%	0.2%

⑤特定疾患療養管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	特定疾患療養管理料	地域包括診療加算	外来管理加算	認知症地域包括診療加算
件数	67,656,142	2,889,436	60,506,063	47,267
割合		4.3%	89.4%	0.1%

⑥外来管理加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	外来管理加算	地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	認知症地域包括診療加算
件数	104,744,719	2,877,823	835,280	60,506,063	50,901
割合		2.7%	0.8%	57.8%	0.0%

出典：NDBデータ（令和4年4～6月診療分）

生活習慣病に係る診療のレセプトのイメージ

特定疾患療養管理料を算定する場合		特定疾患療養管理料と地域包括診療料加算を算定する場合		生活習慣病管理料を算定する場合		生活習慣病管理料と地域包括診療加算を算定する場合	
再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点
外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点
特定疾患療養管理料（診療所）	225点	特定疾患療養管理料（診療所）	225点	生活習慣病管理料	570～720点	生活習慣病管理料	570～720点
処方箋料（リフィル以外・その他）	68点	処方箋料（リフィル以外・その他）	68点	処方箋料（リフィル以外・その他）	68点	処方箋料（リフィル以外・その他）	68点
特定疾患処方管理加算2（処方箋料）	66点	特定疾患処方管理加算2（処方箋料）	66点	特定疾患処方管理加算2（処方箋料）	66点	特定疾患処方管理加算2（処方箋料）	66点
		地域包括診療加算	18～25点			地域包括診療加算	18～25点
請求点数	**484点**	**請求点数**	**502～509点**	**請求点数**	**829～979点**	**請求点数**	**847～1004点**

※　200床未満の病院又は診療所において検査・処置等を実施せず処方箋を交付する場合
※　生活習慣病管理料は検査・注射などの費用が包括されているため特定疾患療養管理料との単純比較は困難

課題①

（外来医療の現状等について）

（総論）

- 初・再診料の算定回数は、令和2年に減少したが、令和3年以降は増加に転じている。
- 高血圧・糖尿病・脂質異常症を主病とする患者における再診料・外来診療料は、3か月間に3回（1月に1回）算定されている患者が最多であった。再診料・外来診療料が3か月間に4回以上算定されている患者割合は令和元年から令和2年にかけて減少していた。
- 内服薬の投薬日数は令和元年度から令和2年度にかけ伸びを認めた。薬効分類としては、生活習慣病に係る血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤についても令和元年度から令和2年度にかけ投薬日数の伸びを認めた。
- 令和元年から令和2年にかけて処方日数が14日以内である医薬品件数の割合が減っており、令和2年以降は日数毎の件数割合は同様の傾向であった。

（外来機能の分化の推進について）

- 令和4年度診療報酬改定において、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した。
- 初診時については令和4年10月より義務化対象施設の定額負担（告示に定める額）が2,000円増額になり、当該病院の平均値等も2,000円程度の上昇となっていた。再診時については、令和4年10月より義務化対象施設の定額負担が500円（歯科は400円）増額になり、平均値等は600円程度の上昇となっていた。
- 令和4年5月と令和5年5月の状況については、初診時に紹介状なしで受診した患者の割合は義務化対象施設で4.3ポイント減少していた。
- 紹介受診重点医療機関として、令和5年10月1日時点で、930施設が公表されており、うち110施設が、200床未満の特定機能病院または地域医療支援病院以外の病院または診療所となっていた。

（医療DXについて）

- 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。
- 「デジタル社会の実現に向けた重点計画」等において、院内掲示のデジタル化（ウェブサイトへの掲示）や、民間PHRサービスの利活用の促進、書面についての電磁的方法での提供等を推進することが示されている。

課題②

（かかりつけ医機能に係る評価について）

（総論）

- 全世代型社会保障構築会議報告書（令和4年12月16日）において、かかりつけ医機能が発揮される制度整備に係る改革の方向性が示されている。
- 令和5年の医療法改正では、かかりつけ医機能報告を創設し、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された。各医療機関から都道府県知事に報告するかかりつけ医機能には介護サービス等との連携が含まれる。
- 介護支援専門員と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。
- 主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から聞き取った結果、患者の意思決定支援のはじめの一歩となる等の利点が挙げられた。
- 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。
- 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。
- 認知症高齢者数は、2012（平成24）年で462万人と推計されており、2025（令和7）年には約700万人（65歳以上の高齢者の約5人に1人）、2040（令和22）年には約800～950万人（65歳以上の高齢者の約4～5人に1人）に達することが見込まれている。
- 機能強化加算の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は1.9%、糖尿病は0.7%、脂質異常症は0.8%、認知症は0.4%、心不全は0.2%、慢性腎臓病は0.1%であった。
- 施設が有するかかりつけ医機能としては、機能強化加算の届出がある施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高かった。
- 医療機関における介護との連携の取組について、要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。

課題③

（かかりつけ医機能に係る評価について（続き））

（総論（続き））

- 医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。機能強化加算を届出している医療機関の方が、それ以外より、積極的に書面を用いた説明を実施していた。
- 86.2%の患者がかかりつけ医を決めていたが、6.9%の患者はかかりつけ医を決めておらず、決める予定もなかった。かかりつけ医を決めていない理由としては、「医療機関にかかることがあまりない」、「その都度適切な医療機関を選ぶ方が良いと思う」が多かった。
- 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師は40.8%、日本医師会のかかりつけ医機能研修を全て修了した医師は36.9%の医療機関に配置されていた。
- 疾病に対して定期的（3か月に1回以上）に通院している医療機関が2以上の患者割合は以下のとおり。高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については2以上の医療機関を受診している割合は0～2%であった。

（時間外対応加算について）

- 小児かかりつけ医機能を推進する上での課題として、小児かかりつけ診療料の届出有無に関わらず、約8割の医療機関が、「24時間対応を行うことが難しい・負担が大きい」と回答している。
- 小児の患者の保護者に対して、かかりつけ医に求める役割を聞いたところ、夜間や休日であっても「体調が悪くなった場合に連絡できる」や「緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる」よりも、「体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる」を選択している割合が高かった。
- 近年、情報化社会の進展に伴い、診療所の時間外対応を補助する多様なサービスがみられている。
- 時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制としては、加算1～3全てにおいて、診療所に勤務している常勤の医師が応対する体制が多かった。相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応については、他の医療機関との連携又は緊急搬送等が最多であった。

課題④

（かかりつけ医機能に係る評価について（続き））

（書面を用いた説明について）

- 本年の医療法改正において、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならないものとされた。
- 入院診療計画書は医療法の規定に沿い、診療報酬としては施設基準で策定と説明を義務づけている。
- 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。

（特定疾患療養管理料について）

- 特定疾患療養管理料の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は57.7%、糖尿病は16.2%、脂質異常症は23.9%、心不全は2.3%であった。特定疾患療養管理料は3か月間に3回算定されている患者が最多であった。
- 特定疾患療養管理料が3か月間に4回以上算定されている患者は12.1%であった。
- 特定疾患療養管理料を算定している施設のうち、30.2%は時間外対応加算、44.2%は在支病・在支診を届け出ていない。
- 施設が有するかかりつけ医機能は、特定疾患療養管理料の算定がある施設の方が割合が高い機能もあれば、算定がある施設の方が割合が低い機能もあった。特定疾患療養管理料を算定している施設が有しているかかりつけ医機能は、機能強化加算及び地域包括診療料・加算の届出がある施設より、全ての項目において該当している割合が低かった。

（かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について）

- かかりつけ医機能に係る評価等である地域包括診療加算、小児かかりつけ診療料、機能強化加算、生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料、外来管理加算については併算定が可能な組合せがある。特定疾患療養管理料と外来管理加算、地域包括診療加算は併算定が可能である。生活習慣病管理料と外来管理加算と特定疾患処方管理加算の併算定が可能となっている。
- 地域包括診療料加算の算定した同日に特定疾患療養管理料を算定している割合は90.9%であった。生活習慣病管理料を算定した同日に外来管理加算を算定している割合は94.6%であった。特定疾患療養管理料を算定した同日に外来管理加算を算定している割合は89.4%であった。

外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点①

【論点】

（外来医療に係る現状等について）

○　紹介状なしで受診した患者等からの受診時定額負担に係る改定の影響及び紹介受診重点医療機関の公表状況等を踏まえ、外来機能の分化・連携を更に推進することについてどのように考えるか。

○　医療DXを推進する観点から、外来診療においてもデジタル原則に基づき、患者自身による自らの医療情報の活用（PHR等）等のための基盤の構築を促進することについてどのように考えるか。

外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点②

【論点】

（かかりつけ医機能に係る評価等について）

○　地域包括診療料・加算や機能強化加算を届け出ている施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高い実態があるものの、地域包括診療料・加算の届出のある施設においてもサービス担当者会議への割合は5割強に留まっている。介護とのさらなる有機的な連携が求められている中で、主治医と介護支援専門員双方向のコミュニケーションを促すことについてどのように考えるか。

○　また、医療DXの推進等を踏まえ、かかりつけの患者の診療情報を一元的に医療情報プラットフォームを活用して管理することも想定される。このような現状や今後高齢者や認知症患者が増えることを踏まえ、かかりつけ医機能をより強化するために診療報酬上の評価としてどのような対応が考えられるか。

（時間外対応加算について）

○　時間外対応加算は、診療所の時間外の電話対応等を評価しているが、近年の情報化社会の進展により、ICTを活用して時間外の患者の相談に対応するサービスがみられる。このようなICT等を活用した新たな取組みについての時間対応加算としての評価の在り方にどのように考えるか。また、このような取り組みと、小児かかりつけ診療料等のかかりつけ医機能の評価に係る診療報酬との関係についてどのように考えるか。

（書面を用いた説明について）

○　かかりつけ医機能として、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行うことが求められており、改正医療法により、かかりつけ医機能を持つ医師には文書により患者に対して適切な説明を行うことが努力義務とされていることを踏まえ、文書交付（電磁的なものも含む）による患者への適切な説明を推進するための方策についてどのように考えるか。

（特定疾患療養管理料について）

○　生活習慣病には計画的な療養指導が求められ、生活習慣病管理料には詳細な療養計画書の作成と計画書を用いた患者への説明が求められている。一方、特定疾患療養管理料は生活習慣病の患者も対象とされているが、療養計画書の作成は要件化されていない。また、特定疾患療養管理料の算定がある施設について、それ以外の施設と比べ、かかりつけ医機能が高いといえない現状を踏まえ、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進に向け、生活習慣病に係る診療報酬上の療養指導の評価の在り方についてどのように考えるか。

（かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について）

○　地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、外来管理加算、生活習慣病管理料等の評価について、それぞれの診療報酬上の評価の趣旨を踏まえ、併算定の関係についてどのように考えるか。

中医協　総－４
５．１１．１０

入院（その３）

回復期入院医療について

回復期入院医療について

１．回復期入院医療を取りまく現状等

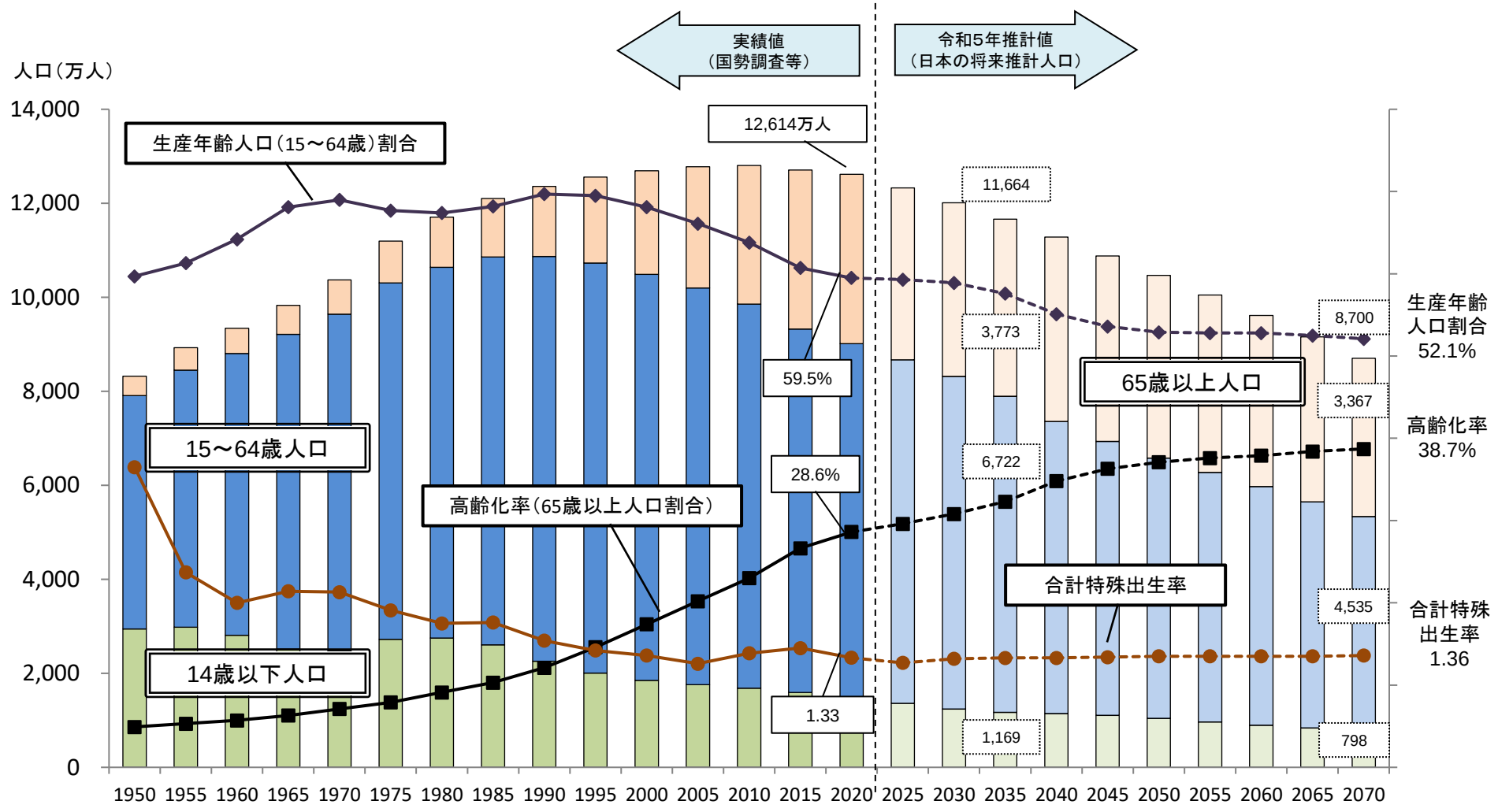
２．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

３．回復期リハビリテーション病棟入院料について

４．課題と論点

日本の人口の推移

○　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。



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」

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療法の位置付け

一般病床

（R３.6末医療施設動態・病院報告）

病床数　886,272床
病床利用率　69.8%
平均在院日数　16.1日

療養病床

（R３.6末医療施設動態・病院報告）

病床数　285,828床
病床利用率　85.8%
平均在院日数　131.1日

DPC/PDPS

1,764施設　483,425床※2
（+1,981床）
※2　R４.4.1現在

特定機能病院入院基本料※1
87施設
58,726床（+185床）
※1　一般病棟に限る

専門病院入院基本料
19施設6,249床（＋４床）

救命救急入院料

入院料１	入院料２	入院料３	入院料４
188施設	22施設	79施設	82施設
3,640床（+47）	167床（▲33）	1,573床（▲66）	906床（+15）

特定集中治療室管理料

ICU１	ICU２	ICU３	ICU４
159施設	80施設	329施設	54施設
1,656床（+169）	927床（+60）	2,317床（▲48）	497床（▲68）

ハイケアユニット入院医療管理料
HCU１:643施設　6,327床（+174床）
HCU２:　37施設　　363床（+54床）

脳卒中ケアユニット入院医療管理料
203施設　1,667床（+75床）

小児特定集中治療室管理料
16施設　161床（+61床）

新生児特定集中治療室管理料
NICU１　75施設　731床（▲20床）
NICU２　153施設　909床（+24床）

総合周産期特定集中治療室管理料
133施設　母児・胎児　841床（▲16床）
新生児　1,771床（+16床）

新生児治療回復室入院医療管理料
203施設　2,972床（+73床）

一類感染症患者入院医療管理料
33施設　103床（▲２床）

小児入院医療管理料

管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
81施設	181施設	80施設	387施設	167施設
5,373床（▲63床）	5,990床（▲318床）	1,876床（▲154床）	8,026床（▲160床）	－

一般病棟入院基本料

575,751床（▲4,036床）

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
938施設	193施設	332施設	64施設	33施設	11施設
62,056床（+2,675）	10,371床（+369）	14,570床（▲973）	2,666床（+150）	1,191床（▲748）	440床（▲1,019）

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
1,392施設	1,250施設	40施設	70施設
46,819床（+3,457）	40,182床（▲1,344）	982床（▲326）	1,313床（▲511）

障害者施設等入院基本料
891施設
72,004床（+1,633床）

特定一般病棟入院料
入院料1　3施設　96床（±0）
入院料2　2施設　79床（±0）

特殊疾患

病棟入院料１	病棟入院料２	入院管理料
102施設	107施設	32施設
5,287床（▲77床）	7,958床（＋192床）	424床（▲42床）

緩和ケア病棟入院料
入院料1　241施設　4,937床（+118）
入院料2　219施設　4,250床（+39）

療養病棟入院基本料

205,673床（+101床）

介護療養病床

13,647床
※R３.6末病院報告

施設基準届出
令和４年7月1日現在
（かっこ内は前年比較）

有床診療所（一般）　4,354施設　58,420床（▲3,698床）

有床診療所（療養）392施設　3,838床（▲1,355床）

精神科救急急性期医療入院料
173施設　10,875床　※R4新設

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1　367施設　16,560床（▲67）
入院料2　９施設　358床（▲29）

精神病棟　1,180施設　140,478床（+1,660床）

精神科救急・合併症入院料
11施設　390床（▲34）

児童・思春期精神科入院
50施設　1,690床（+135）

精神療養病棟入院料
808施設　88,399床（▲1,312）

地域移行機能強化病棟入院料
27施設1,129床（▲207床）

認知症治療病棟入院料
入院料1　554施設　38,590床（+436）
入院料2　3施設　220床（＋６）

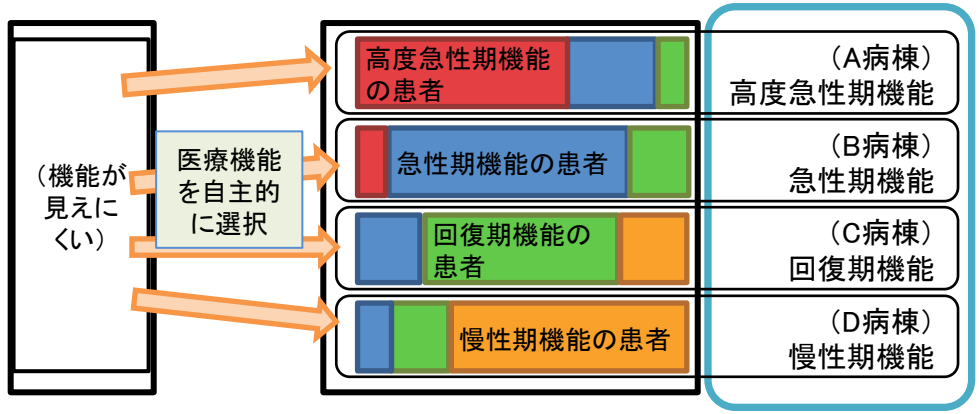
結核病棟　170施設　3,386床（▲28床）

地域医療構想について

○ 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。

○ こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、**「地域医療構想」**として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を**「病床機能報告」**により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された**「地域医療構想調整会議」**において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。

医療機関



医療機能の現状と今後の方向を報告（毎年10月）

病床機能報告

（「地域医療構想」の内容）

1．2025年の医療需要と病床の必要量
- 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- 在宅医療等の医療需要を推計
- 都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

2．目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例） 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

○ 機能分化・連携については、**「地域医療構想調整会議」**で議論・調整。

病床機能報告制度

第14回地域医療構想に関するWG
平成30年6月15日
資料2－2

○　各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら１つ選択して、都道府県に報告。

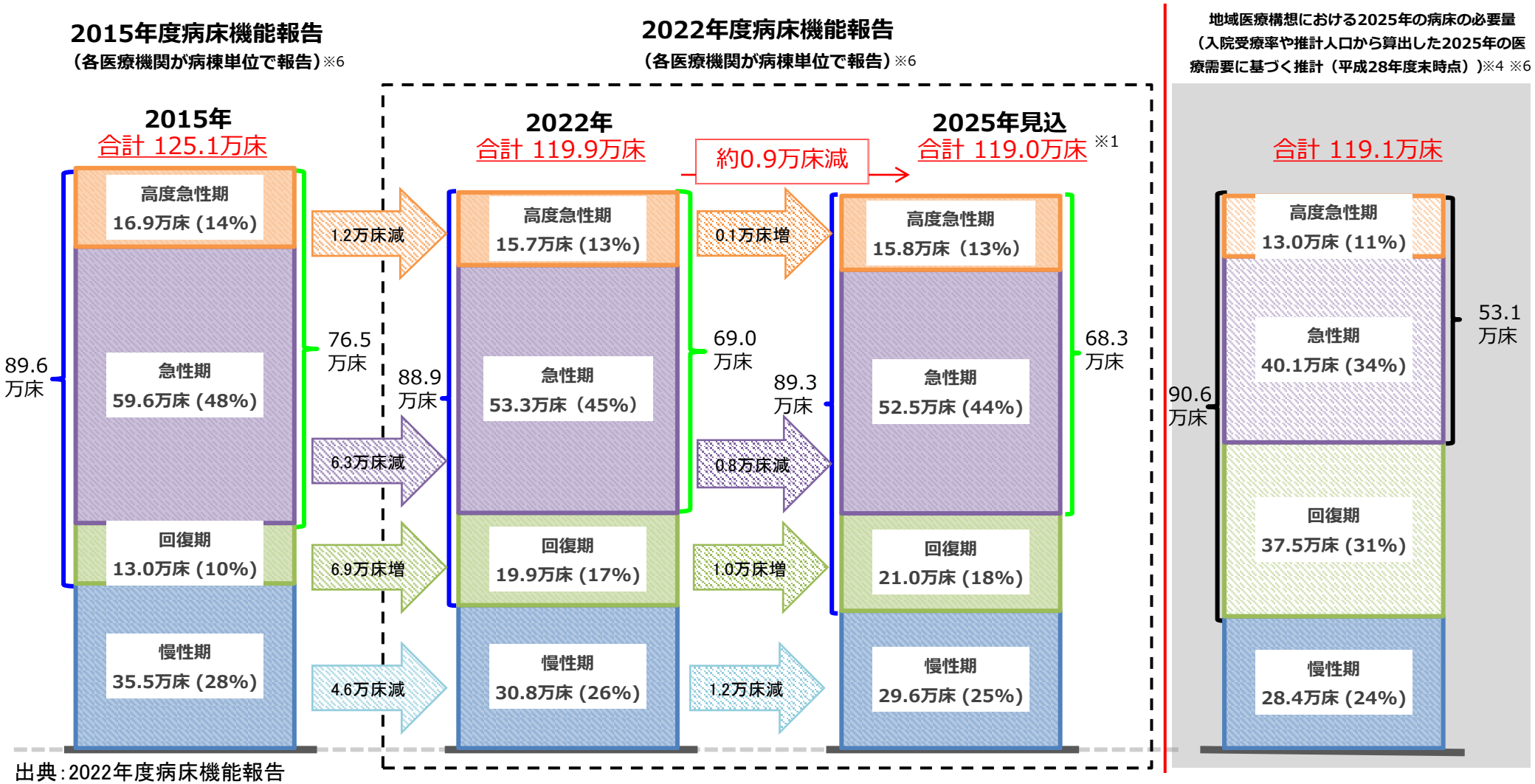
医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○　急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○　急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○　急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○　特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○　長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○　長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

○　回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。

○　地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

○　特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

2022年度病床機能報告について



出典：2022年度病床機能報告

※1：2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
（報告医療機関数/対象医療機関数（報告率） 2015年度病床機能報告：13,885/14,538（95.5%）、2022年度病床機能報告：12,171/12,590（96.7%））
※3：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※4：平成25年度(2013年度) のNDBのレセプトデータ 及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年)3月中位推計）』等を用いて推計
※5：高度急性期のうちICU及びHCUの病床数（*）：18,399床（参考 2021年度病床機能報告：19,645床）
*救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
※6：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和５年５月25日）資料２より抜粋

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。
その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

高度急性期機能

○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- 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
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院医療管理料

急性期機能

○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※　地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

回復期機能

○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能

○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

- 回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料

慢性期機能

○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

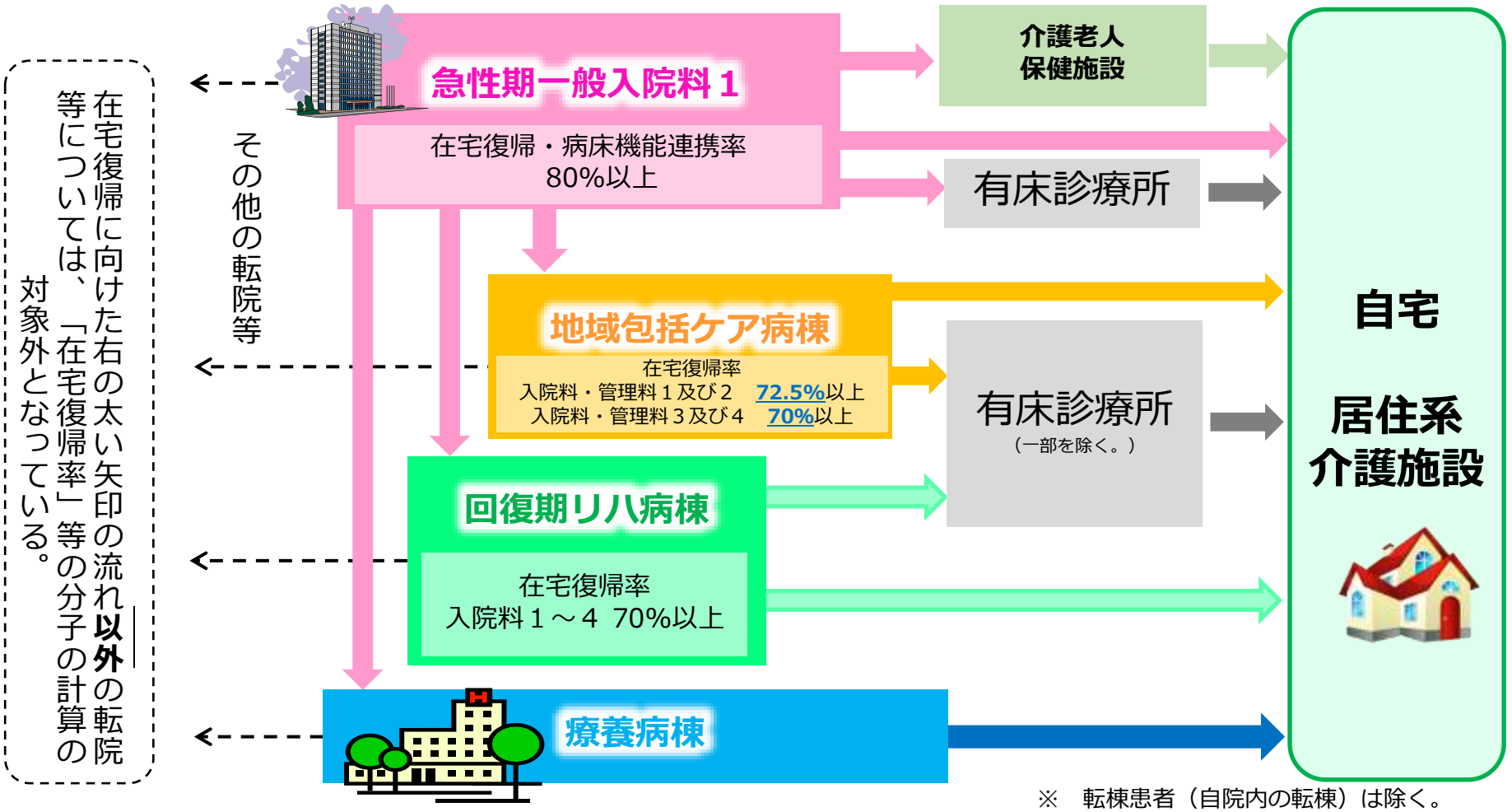
○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○　急性期一般入院料１における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、**自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。**

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**



※　転棟患者（自院内の転棟）は除く。
※　在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

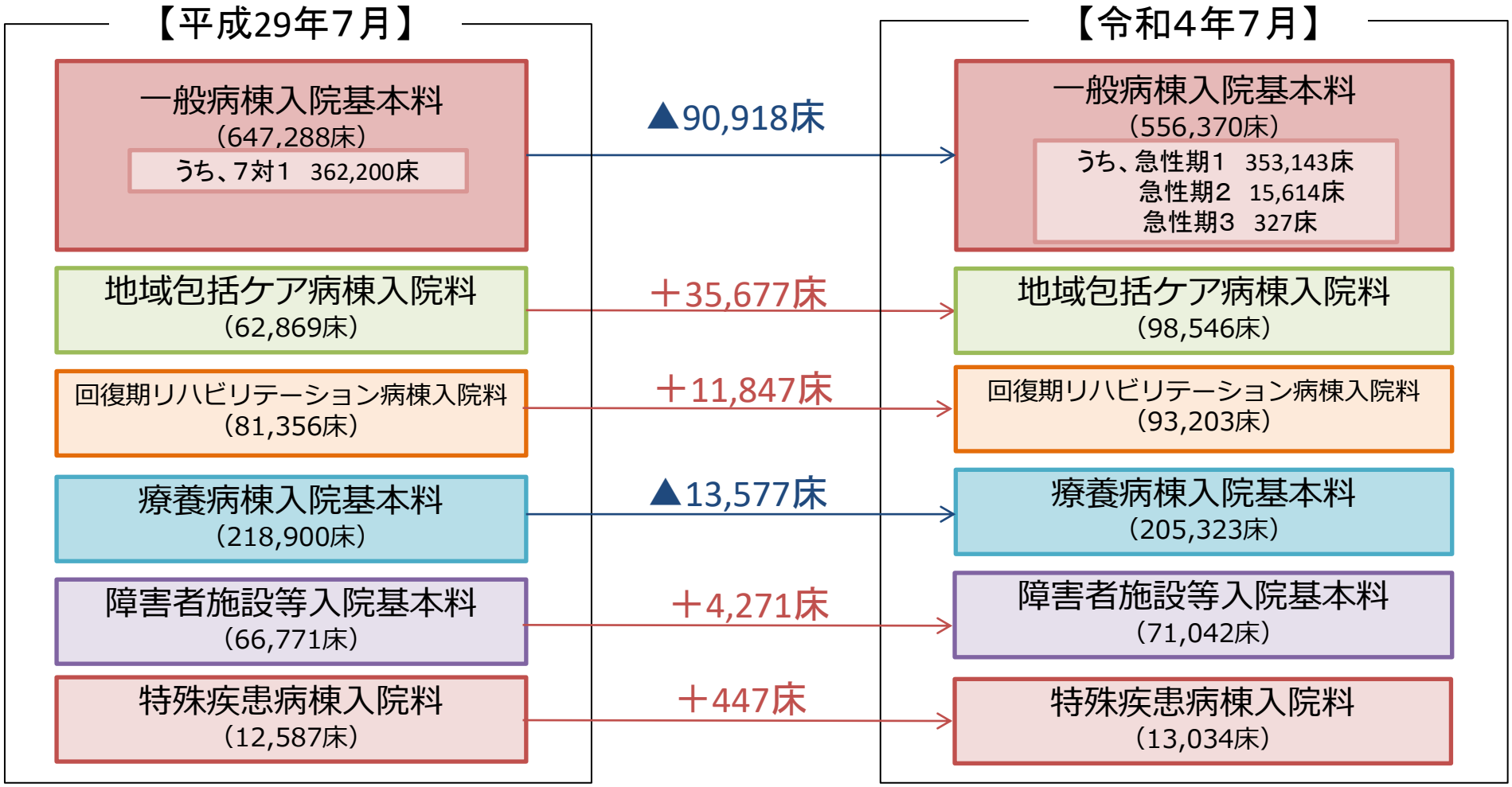
医療提供体制の評価に係る診療報酬改定

○　これまで診療報酬では、累次の改定に地域の実情に応じて必要な医療を提供できるよう、各入院基本料等の設定を行うことにより病床機能の分化と連携を推進してきた。さらに平成26年に医療介護総合確保推進法が制定されてからは、地域医療構想の主旨を踏まえつつ、報酬改定毎に施設基準の見直し等を行ってきた。

	一般病棟	地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
～ 平成24年	○7対1入院基本料の創設（H18） ○7対1入院基本料の算定要件として一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入（H20）※該当患者が10%以上 ○施設基準の見直し（H24） ・必要度の該当割合基準の引き上げ（15%以上） ・平均在院日数要件の見直し（7対1病棟について19日から18日に短縮、13対1及び15対1病棟における長期療養の適正化）	○亜急性入院医療管理料の創設（H16） ○亜急性入院医療管理料を回復期リハビリテーションの実施状況に応じた体系に見直し（H24）	○回復期リハビリテーション病棟入院料の創設（H12） ○算定要件の拡大（H18）、重症者受入、在宅復帰率の要件を追加（H20） ○入院料1の新設（H24）※専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上等
○平成26年に医療介護総合確保推進法が成立			
平成26年	○施設基準の見直し ・必要度基準の名称変更及び急性期患者をより評価する項目へ見直し ・平均在院日数要件の見直し（短期滞在3の患者を計算対象から除外、17対1及び10対1病棟における長期療養の適正化） ・在宅復帰率の導入（7対1病棟について75%以上）	○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設	○入院料1に体制強化加算を新設※専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上
平成28年	○施設基準の見直し ・必要度の見直し（侵襲性の高い治療を評価するC項目の新設等項目の見直し及び該当割合基準について25%以上に引き上げ） ・在宅復帰率の見直し（7対1病棟について80%以上に引き上げ）	○施設基準の見直し ・500床以上の病院等において、届出病棟数を1病棟までとする ・在宅復帰率の退院先に有床診療所を追加	○ADLの改善（FIM得点）に基づくアウトカム評価の導入
平成30年	○一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合 ○施設基準の見直し ・必要度の判定基準及び一部項目の見直し、診療実績データ等を用いる「必要度Ⅱ」の新設、該当割合基準の見直し ・在宅復帰率の名称変更及び定義の見直し	○評価体系の見直し ・基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分との組み合わせによる体系に見直し ・在宅医療や介護サービスの提供等を行う医療機関に対する評価の引き上げ	○評価体系の見直し ・入院料を6区分に見直し ・基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を導入
令和2年	○施設基準の見直し ・必要度の判定基準の見直し、入院の必要性に基づいた一部項目の見直し及び項目見直しに伴う該当割合基準の見直し	○施設基準の見直し ・実績要件の見直し ・入退院支援部門の設置を必須とする ・400床以上の場合新規届出を不可とする	○施設基準の見直し ・入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し ・管理栄養士の配置要件の見直し
令和4年	○急性期充実体制加算の新設 ○施設基準の見直し ・急性期医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点に基づく必要度の一部項目の見直し及び項目見直しに伴う該当割合基準の見直し	○施設基準の見直し ・救急体制に係る要件の追加 ・重症患者割合の引き下げ ・自院一般病棟からの転棟患者の割合に関する要件の拡大 ・自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の引き上げ ・在宅復帰率の引き上げ	○入院料の再編 ・入院料5の廃止 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の新設 ○施設基準の見直し ・重症患者割合の引き上げ

届出病床数の推移について（概要）

○　平成29年７月時点の各入院料の届出病床数と令和４年７月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



出典：保険局医療課調べ（各年７月１日現在）
※各年７月１日時点の医療保険届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

２．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

- ２－１　概要について
- ２－２　地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて
- ２－３　地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について
- ２－４　地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について
- ２－５　地域包括ケア病棟の在宅医療等との連携について
- ２－６　入退院支援について

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

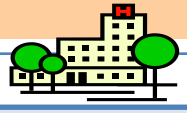
【実績部分】
・自宅等からの入棟患者割合　２割以上
・自宅等からの緊急患者の受入れ　９人以上
・在宅医療等の提供等　２項目以上

（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

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

在宅医療等の実績

① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近３か月間で60回以上であること。

③ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近３か月間で300回以上であること。

④ 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

⑤ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。

⑥ 当該保険医療機関において退院時共同指導料２及び**外来在宅共同指導料１**の算定回数が直近３か月間で６回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

- 救急体制に係る評価の見直し
  - **一般病床において**地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア病棟管理料を算定する場合については、**第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件**とする。
    ※　ただし、**200床未満**の保険医療機関については、**当該保険医療機関に救急外来を有していること又は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**こととする。

実績要件の見直し①

- 重症患者割合の見直し
  - 重症度、医療・看護必要度の割合について、必要度Ⅰの割合は１割２分以上、必要度Ⅱの割合は０割８分以上へ見直す。

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 （抜粋・概要） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合　１割４分以上 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合　１割１分以上	【地域包括ケア病棟入院料】 （抜粋・概要） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合　**１割２分以上** 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合　**０割８分以上**

- 自院一般病棟からの転棟割合の見直し
  - 入院料２及び４における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、**許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化**するとともに、当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の85に相当する点数**を算定することとする。

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 400床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 **200床以上**の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること」を満たさない場合は所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し②

実績要件の見直し②

➢ 自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の見直し

1. 入院料１・３、管理料１・３における自宅等から入院した患者割合の要件について、１割５分以上から２割以上に変更するとともに、自宅等からの緊急の入院患者の３月の受入れ人数について、６人以上から９人以上に変更する。

現行

【地域包括ケア病棟入院料１・３、管理料１・３】
ハ　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が１割５分以上であること。（ただし、病床数が10未満のものにあっては、自宅等から入院した患者が６以上であること。）
ニ　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前３月間において６人以上であること。

改定後

【地域包括ケア病棟入院料１・３、管理料１・３】
ハ　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が**２割以上**であること。（ただし、病床数が10未満のものにあっては、自宅等から入院した患者が**８人以上**であること。）
ニ　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前３月間において**９人以上**であること。

2. 入院料２・４、管理料２・４における自宅等から入院した患者割合の要件について、以下の**いずれか１つ以上を満たすことを追加**する。（※１）

ア　自宅等から入棟した患者割合が２割以上であること
イ　自宅等からの緊急患者の受入れが３月で９人以上であること
ウ　在宅医療等の実績を１つ以上有すること

（※１）当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の90**に相当する点数を算定することとする。

3. 在宅医療等の実績における**退院時共同指導料２の算定回数の実績要件**について、**外来在宅共同指導料１の実績を加えてもよい**こととする。

➢ 在宅復帰率の見直し

● 入院料１・２、管理料１・２における在宅復帰率の要件について、７割以上から**７割２分５厘以上**に変更する。
入院料３・４、管理料３・４について、**７割以上であることを要件に追加**する。（※２）

【地域包括ケア病棟入院料１・２、管理料１・２】
□　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割以上であること。
【地域包括ケア病棟入院料３・４、管理料３・４】
（新設）

【地域包括ケア病棟入院料１・２、管理料１・２】
□　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が**７割２分５厘以上**であること。
【地域包括ケア病棟入院料３・４、管理料３・４】
□　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が**７割以上**であること。

（※２）　当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の90**に相当する点数を算定することとする。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し③

医療法上の病床種別に係る評価の見直し

➢ 医療法上の病床種別に係る評価を見直す。

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が**療養病床**である場合には、**所定点数の100分の95**に相当する点数を算定することとする。
- ただし、当該病棟又は病室について**以下のうちいずれかを満たす場合、所定点数（100分の100）**を算定する。

① 自宅等からの入院患者の受入れが６割以上

② 自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前３月で30人以上である場合

③ 救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合

地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

➢ 地域包括ケア病棟入院料の初期加算について、評価を見直す。

現行

【急性期病棟から受入れた患者】
当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】
当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。

改定後

当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

（改）イ　急性期患者支援病床初期加算
（1）　許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合
①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　150点
②　①の患者以外の患者の場合　50点
（2）　許可病床数400床未満の保険医療機関
①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　250点
②　①の患者以外の患者の場合　125点

（改）ロ　在宅患者支援病床初期加算
①　介護老人保健施設から入院した患者の場合　500点
②　介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合　400点

現行

急性期病棟から受入れた患者：急性期患者支援病床初期加算
150点　（14日を限度とする。）
在宅から受入れた患者：在宅患者支援病床初期加算
300点　（14日を限度とする。）

改定後

急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床**以上**の地ケアの場合	自院等の一般病棟	**50点**
		他院の一般病棟	150点
	算定する医療機関400床**未満**の地ケアの場合	自院等の一般病棟	**125点**
		他院の一般病棟	**250点**
在宅患者支援病床初期加算	老人保健施設		**500点**
	自宅・その他施設		**400点**

地域包括ケア病棟の経緯①（平成24年度診療報酬改定まで）

中医協　総－４
５．７．５

【平成16年度診療報酬改定】

- **亜急性期入院医療管理料の創設**
  ［主な要件］ 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者１名
- 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

【平成20年度診療報酬改定】

- 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料２ を新設
  ［管理料２の主な要件］ 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者１名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より３週間以内である患者が２／３以上

【平成24年度診療報酬改定】

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進
  （新）亜急性期入院医療管理料１　2,061点
  　　脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定
  　　（最大60日まで算定可能）
  （新）亜急性期入院医療管理料２　1,911点
  　　脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定
  　　（最大60日まで算定可能）

地域包括ケア病棟の経緯②（平成26年度、28年度診療報酬改定）

【平成26年度診療報酬改定】

- **地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設**

  ［主な要件］
  - 看護配置13対１以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
  - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目１点以上の患者が10%以上
  - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、 二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
  - データ提出加算の届出を行っていること
  - リハビリテーションを提供する患者について、１日平均2単位以上提供していること。
  - 在宅復帰率7割以上 （地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）
  - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）
  - 療養病床については、1病棟に限る

- 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

【平成28年度診療報酬改定】

- 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所（在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る）を追加

地域包括ケア病棟の経緯③（平成30～令和4年度診療報酬改定）

【平成30年度診療報酬改定】
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直し
- 在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価

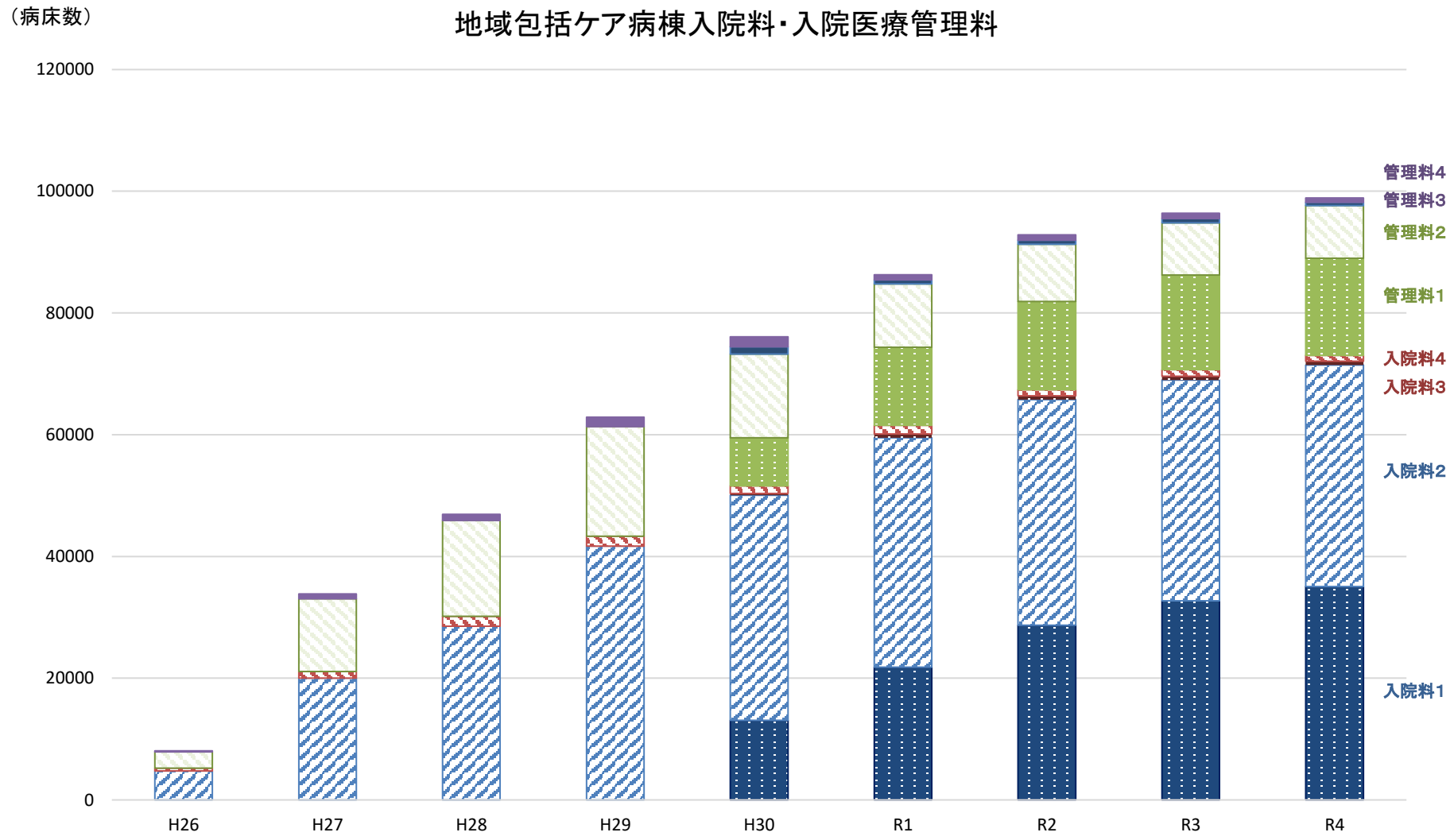
【令和２年度診療報酬改定】
- 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、
  - 実績要件の見直し
  - 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
  - 入退院支援部門の設置を必須とする見直し

  を実施
- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直し

【令和４年度診療報酬改定】
- 在宅医療の提供や、在宅患者等の受入に係る評価を推進する観点から、
  - 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化
  - 200床以上の病院で、自院一般病棟からの転棟割合を6割未満とし、満たさない場合、85/100に減算
  - 在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げ
  - 在宅復帰率の水準を引き上げ等を行うとともに、許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算１の届出を要件化

入院料別の届出病床数の推移

○　地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であった。

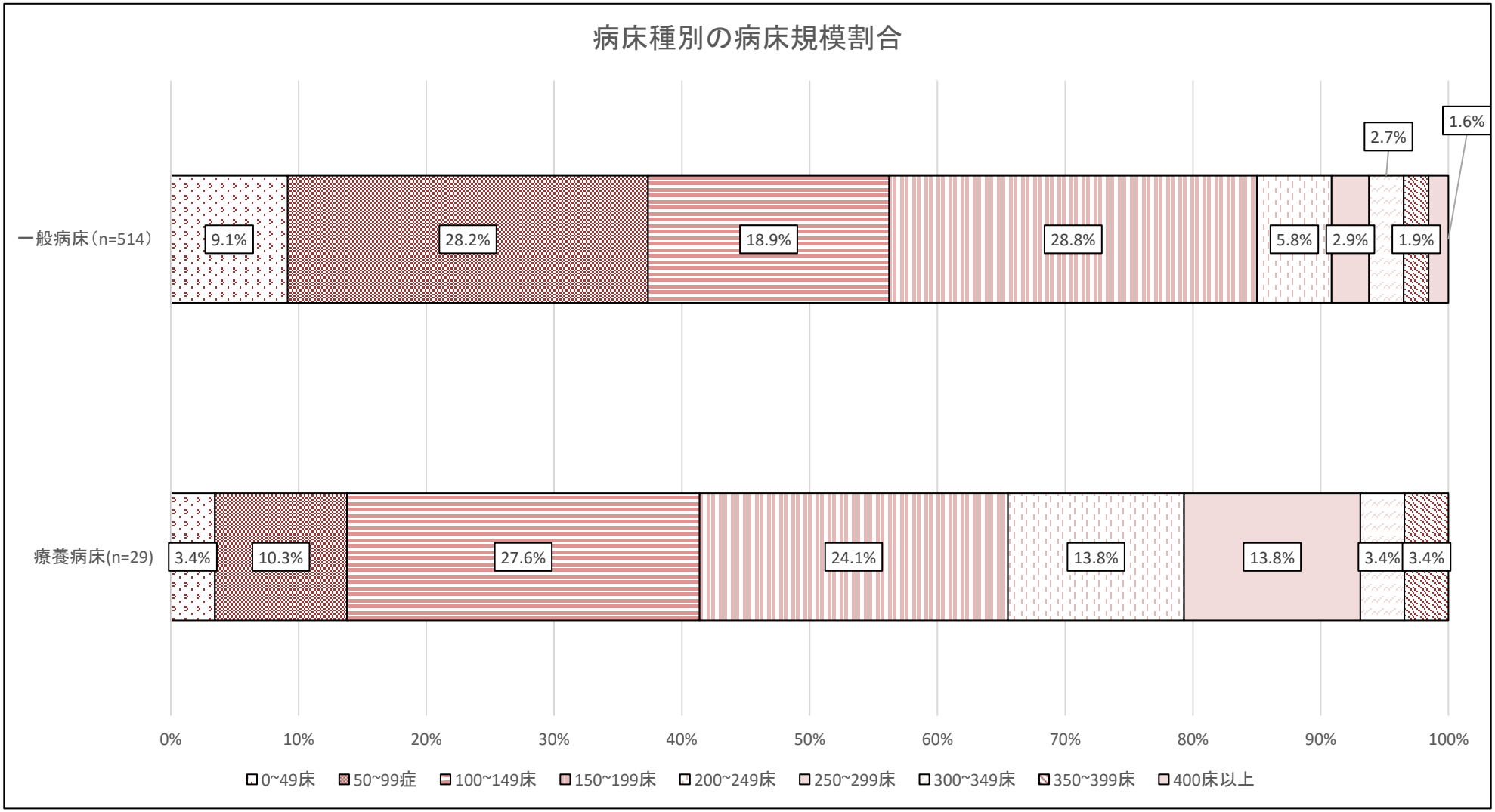


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

地域包括ケア病棟・病床の病床種別の許可病床数

診調組　入－１
５．６．８改

○　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。

診調組　入－1
５．６．８

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）

診調組　入－１
５．６．８

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）

これまでの中医協総会等における地域包括ケア病棟全般に係る主な意見①

＜中医協総会＞

○ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟において、より一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が 13 対１であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。

○ 地域包括ケア病棟における救急医療の対応状況にはばらつきがあり、施設の背景等を踏まえて分析を進める必要がある。

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）＞

○ 地域包括ケア病棟は施設ごとに果たしている機能が多様であることを尊重すべきではないか、との指摘があった。

○ 自宅等からの緊急患者の受け入れをしっかりやっているのであれば、救急がなくとも地域の役割を果たしているのではないか、との指摘があった。

これまでの中医協総会等における回復期入院医療全般に係る主な意見②

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）＞（続き）

○ 救急搬送後直接入棟の患者ではリハビリテーションの実施頻度が低いが、直接入院だとリハビリテーションがすぐには開始できないやむをえない事情もあるという指摘があった。一方で、できるだけ早期にリハビリテーションを提供することは重要ではないか、との指摘があった。

○ 高齢者の急性期医療は症状が不安定で医療資源投入量が多く、地域包括ケア病棟で受け入れることを推進する方策が必要である、との指摘があった。また、その推進にあたっては、夜間も含め手厚い看護配置が必要との指摘があった。

○　短期滞在手術について、地域包括ケア病棟で白内障、大腸ポリペクトミー等の患者を受け入れている病院は多いが、こういった医療機関は、地域包括ケア病棟の指標がよくなりやすいことに加え、ポストアキュート、サブアキュートをバランスよく受け入れている医療機関と比べて退院支援等が少なく、偏った診療による収益確保にもつながるため、こういった患者の受入が多い地域包括ケア病棟とバランス良く受け入れている地域包括ケア病棟の差別化が必要、との指摘があった。

○ 病態やＡＤＬが回復しているのに入院期間が長くなることは望ましくなく、必要性が低い長期入院を防ぐために、日数に応じた点数設定等が考えられるのではないかといった指摘があった。

○ 介護保険施設との連携は重要であるが、在宅療養後方支援病院であることが多い地域包括ケア病棟入院料２等の届出を行っている医療機関では、電話相談は可能だが緊急時の往診の対応が難しいことも踏まえた推進策が必要との指摘があった。また、介護保険施設と連携を行う医療機関は在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟に限らず、療養等を含めた全ての医療機関を合わせて検討していくべきとの指摘があった。

２．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

２－１　概要について

２－２　地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

２－３　地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

２－４　地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

２－５　地域包括ケア病棟の在宅療養との連携について

２－６　入退院支援について

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３：要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

（１）急性期疾患に対応する医療機関等

○　要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。

○　地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかり受けられるため、このような役割を推進すべき。

○　医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

（２）高齢者の心身の特性に応じた対応

○　急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。

○　労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。

○　診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないか。

（３）入退院支援

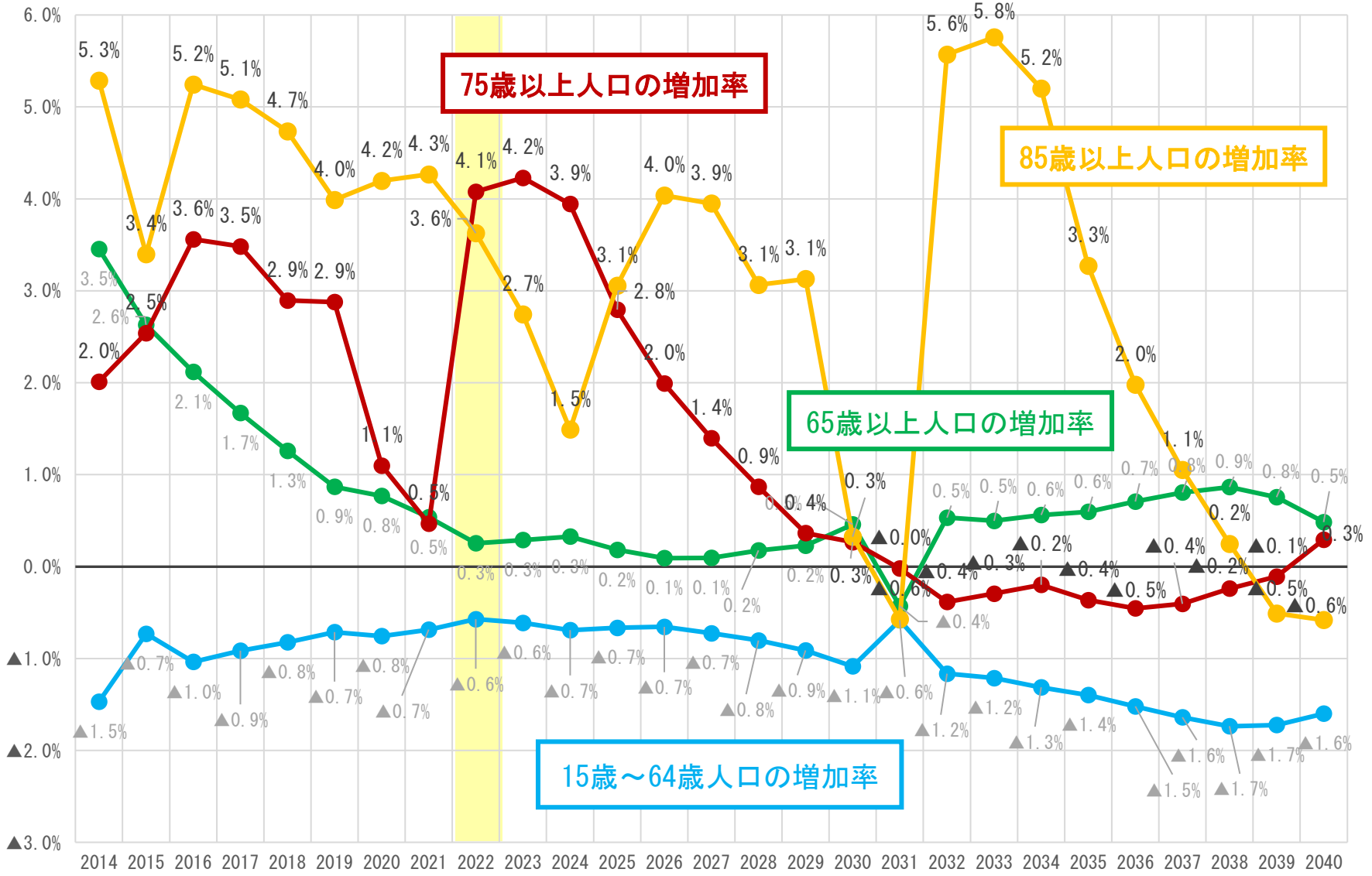
○　薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

（４）医療・介護の人材確保

○　急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

（参考）2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移

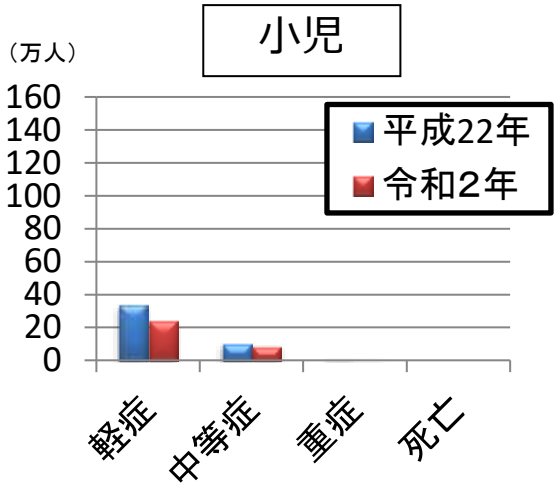
○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。

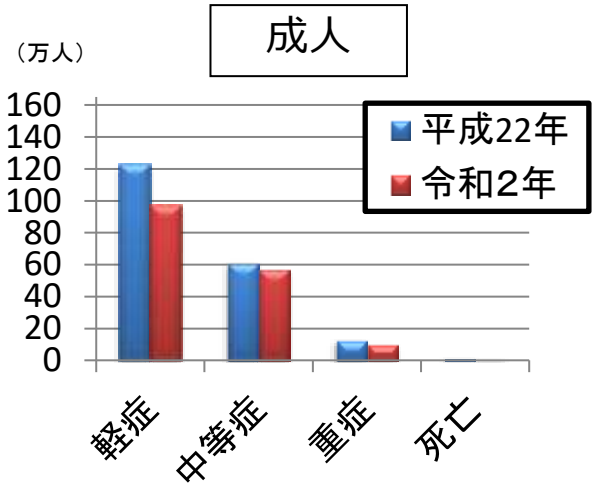


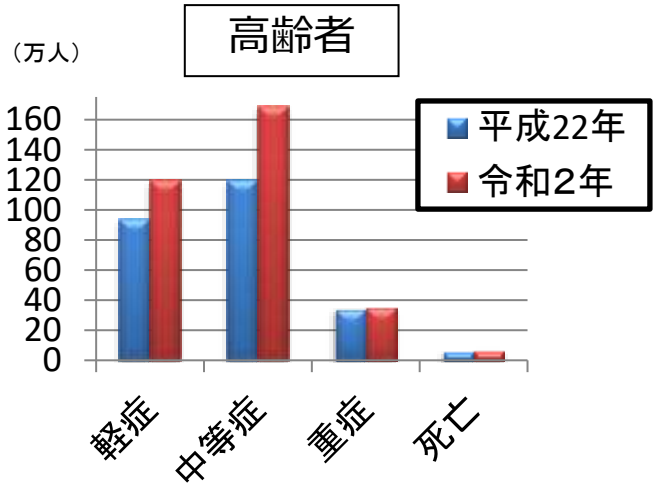
（出所）　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。







平成２２年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

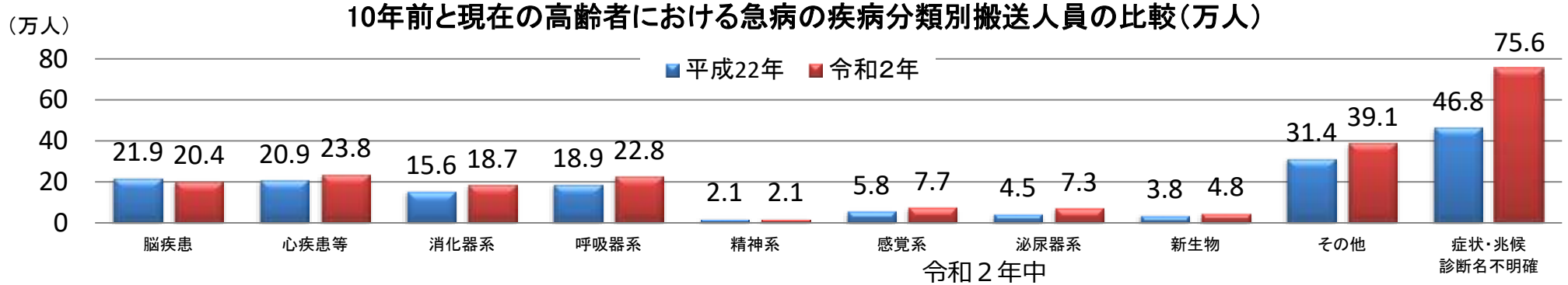
「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

令和２年中

	小児（18歳未満）	成人（18歳～64歳）	高齢者（65歳以上）
死亡	0．06万人 0．03万人減 ▲33%	1．2万人 0．4万人減 ▲25%	6．5万人 0．6万人増 10%
重症	0．7万人 0．4万人減 ▲36%	9．7万人 3．0万人減 ▲24%	35．3万人 1．3万人増 4%
中等症	8．8万人 1．4万人減 ▲14%	57．0万人 4．2万人減 ▲7%	168．5万人 48．7万人増 41%
軽傷	24．4万人 10．3万人減 ▲30%	97．4万人 25．4万人減 ▲21%	119．4万人 25．5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



平成２２年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和２年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 （0.3万人減）	5.7万人 （2.5万人減）	20.4万人 （1.5万人減）
心疾患等	0.1万人	5.9万人 （1.1万人減）	23.8万人 （2.9万人増）
消化器系	1.0万人 （0.6万人減）	11.3万人 （3.9万人減）	18.7万人 （3.1万人増）
呼吸器系	1.5万人 （1.0万人減）	5.5万人 （0.8万人減）	22.8万人 （3.9万人増）
精神系	0.4万人 （0.1万人減）	7.2万人 （2.7万人減）	2.1万人
感覚系	1.3万人 （0.5万人減）	6.0万人 （0.2万人減）	7.7万人 （1.9万人増）
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 （0.1万人減）	7.3万人 （2.8万人増）
新生物	0.01万人	1.2万人 （0.2万人減）	4.8万人 （1.0万人増）
その他	3.7万人 （1.3万人減）	19.5万人 （3.6万人減）	39.2万人 （7.8万人増）
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 （1.2万人減）	37.8万人 （7.0万人増）	75.6万人 （28.8万人増）
総人口	1835.9万人 （213.7万人減）	7176.0万人 （631.7万人減）	3602.7万人 （654.3万人増）

（出典）救急・救助の現況（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組　入－１
５．６．８

○ 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

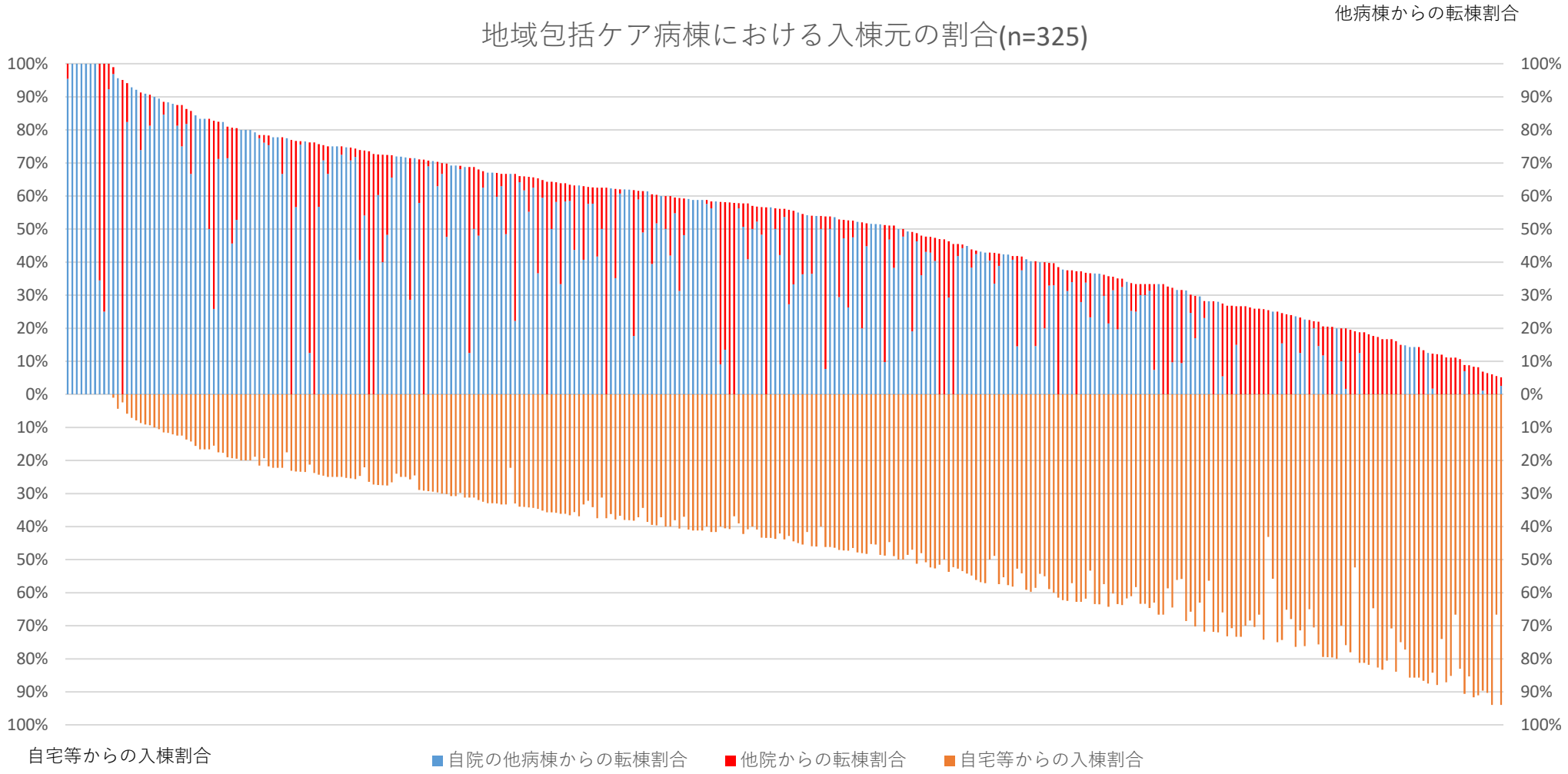
【退棟先】(n=546)

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。



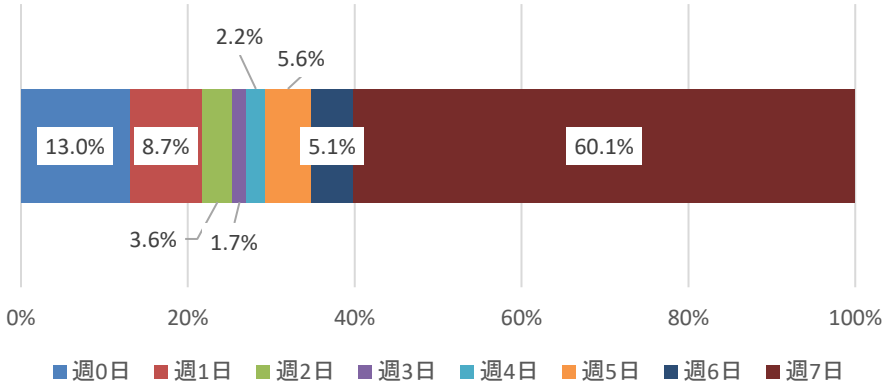
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

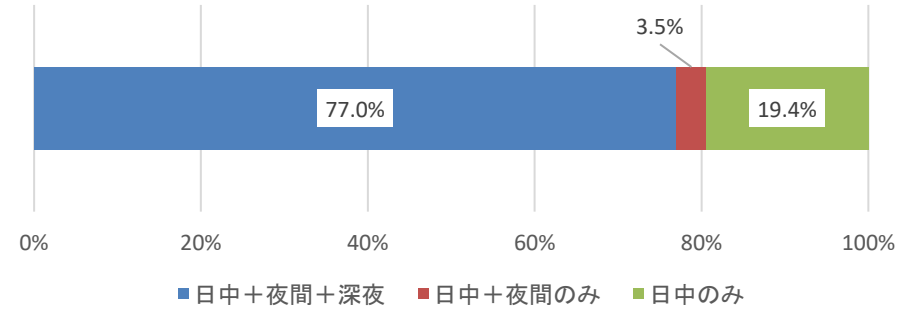
診調組　入－1
５．６．８（改）

○　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、100件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

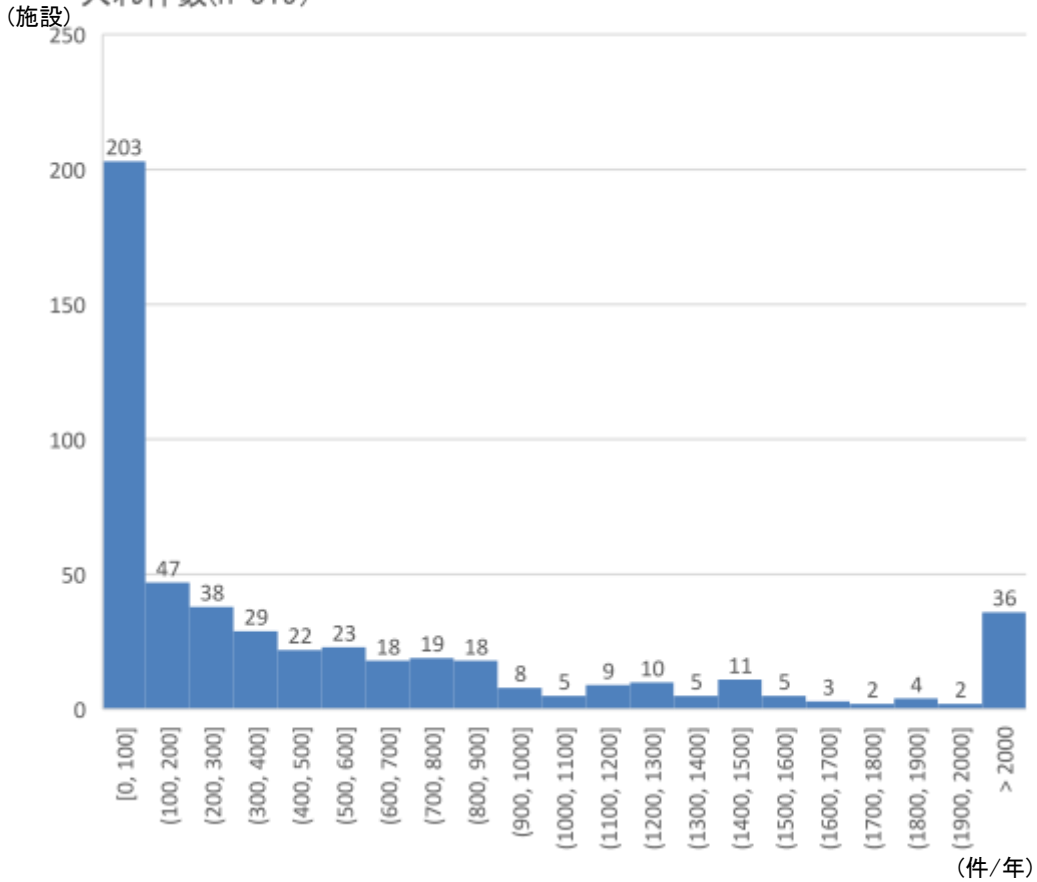
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



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。

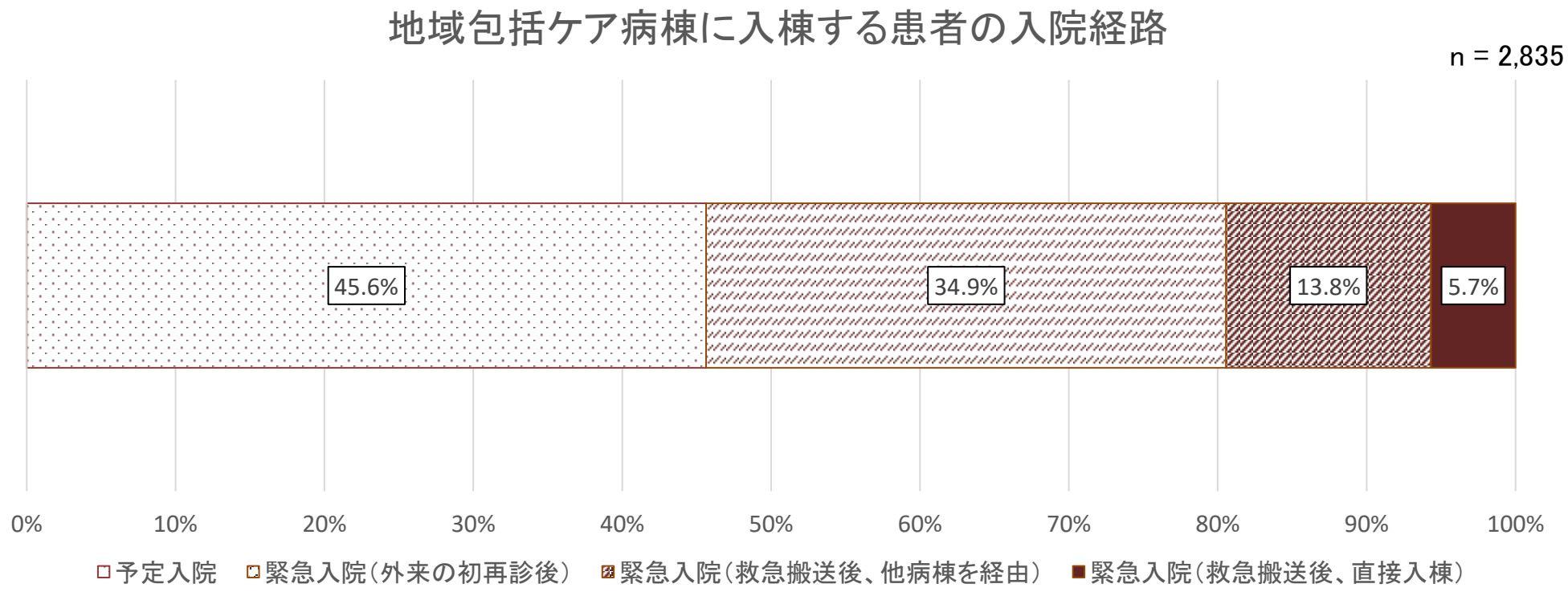
	全体 (n=601)	地域包括ケア病棟入院料１ (n=179)	地域包括ケア入院医療管理料１ (n=130)	地域包括ケア病棟入院料２ (n=61)	地域包括ケア入院医療管理料２ (n=98)	地域包括ケア病棟入院料３ (n=2)	地域包括ケア入院医療管理料３ (n=4)	地域包括ケア病棟入院料４ (n=1)	地域包括ケア入院医療管理料４ (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	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）

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

診調組　入－１
５．７．６

○　地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は5.7%であった。



※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

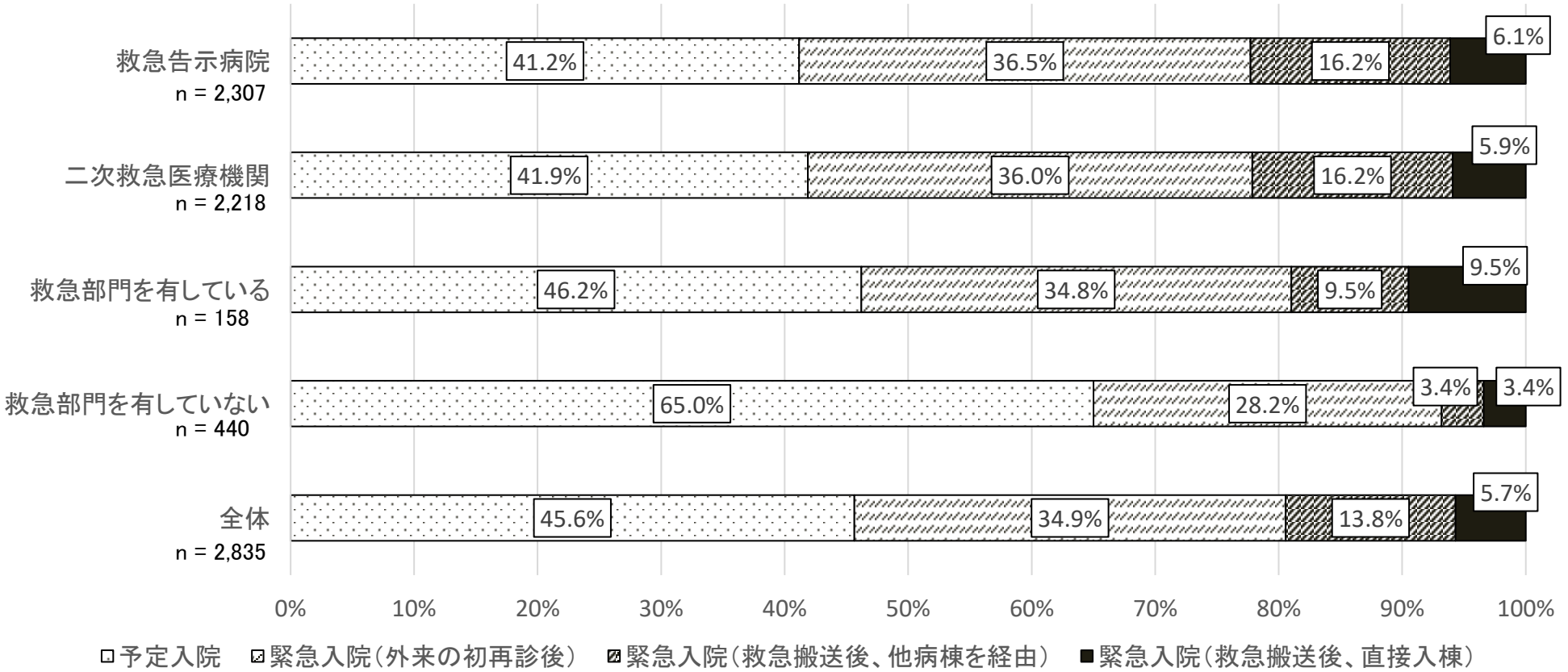
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、救急医療における位置づけごとの状況

○　地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、医療機関の救急医療の位置づけごとに比較した。救急告示病院、二次救急医療機関の地域包括ケア病棟では、地域包括ケア病棟全体と比較して、救急搬送後、他病棟を経由して入棟する患者の割合はやや高いが、救急搬送後、直接入棟する患者の割合に大きな差はない。

診調組　入－１
５．７．６

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

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）

入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

診調組　入－１
５．８．１０

入棟患者全て（n=2,854）

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頚部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後（外来の初再診後）（n=990）

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頚部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由（n=390）

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟（n=161）

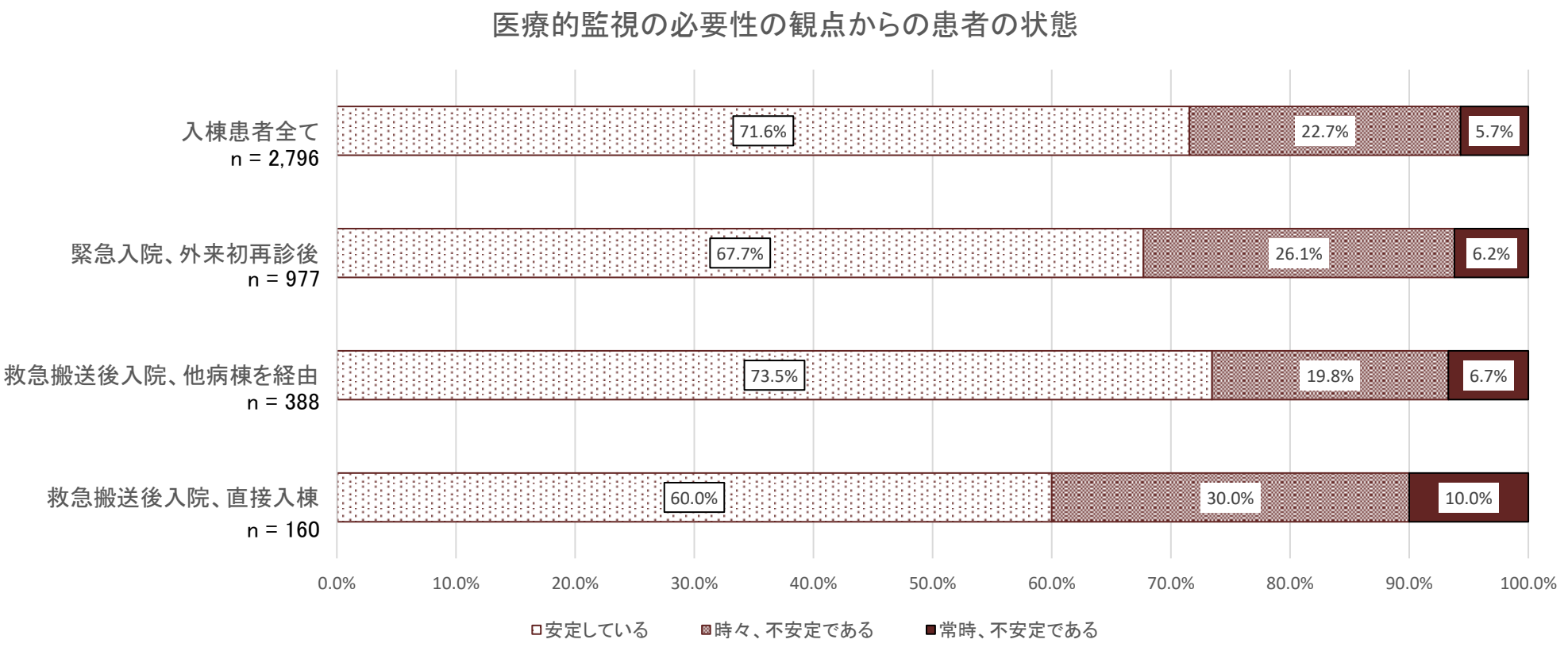
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頚部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

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）

地域包括ケア病棟に入棟した患者の医療の必要性

診調組　入－１
５．８．１０

○　地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医療的に不安定である傾向であった。

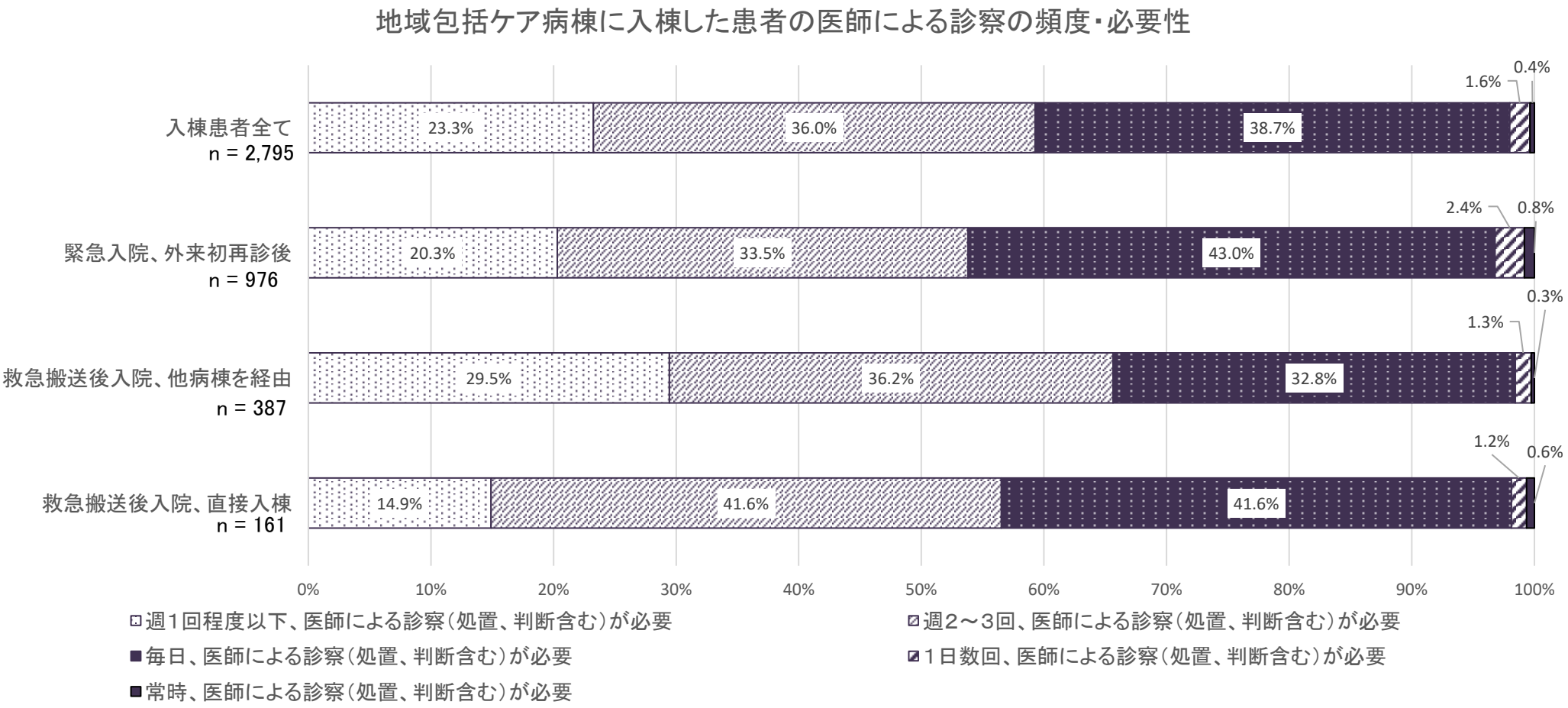


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票、退棟患者票）

地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。

診調組　入－１
５．８．１０



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、退棟患者票）

地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析①　入棟経路別の主傷病名

診調組　入－１
５．８．１０

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者のうち、入棟経路別の主傷病名では、救急搬送後入院、直接入棟の患者においては、「食物及び吐物による肺臓炎」、「腰椎骨折　閉鎖性」といった主傷病の患者が多かった。

①算定患者全て（n=731,936）

1	食物及び吐物による肺臓炎	3.4%
2	老人性初発白内障	3.2%
3	腰椎骨折　閉鎖性	3.0%
4	大腸＜結腸＞のポリープ	2.9%
5	コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの	2.2%
6	うっ血性心不全	2.2%
7	体液量減少（症）	2.1%
8	肺炎，詳細不明	2.0%
9	筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの　部位不明	2.0%
10	尿路感染症，部位不明	2.0%

②緊急入院後（n=178,017）

1	腰椎骨折　閉鎖性	4.6%
2	体液量減少（症）	4.5%
3	食物及び吐物による肺臓炎	4.3%
4	肺炎，詳細不明	3.8%
5	尿路感染症，部位不明	3.4%
6	大腸＜結腸＞のポリープ	2.3%
7	心不全，詳細不明	2.2%
8	コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの	2.2%
9	うっ血性心不全	2.1%
10	胸椎骨折　閉鎖性	2.0%

③救急搬送後入院、直接入棟（n=39,757）

1	腰椎骨折　閉鎖性	6.2%
2	食物及び吐物による肺臓炎	5.1%
3	体液量減少（症）	4.8%
4	尿路感染症，部位不明	3.1%
5	肺炎，詳細不明	3.0%
6	その他の末梢性めまい＜眩暈（症）＞	2.8%
7	胸椎骨折　閉鎖性	2.7%
8	コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの	2.1%
9	熱及び光線のその他の作用	2.1%
10	下背部痛　腰部	1.9%

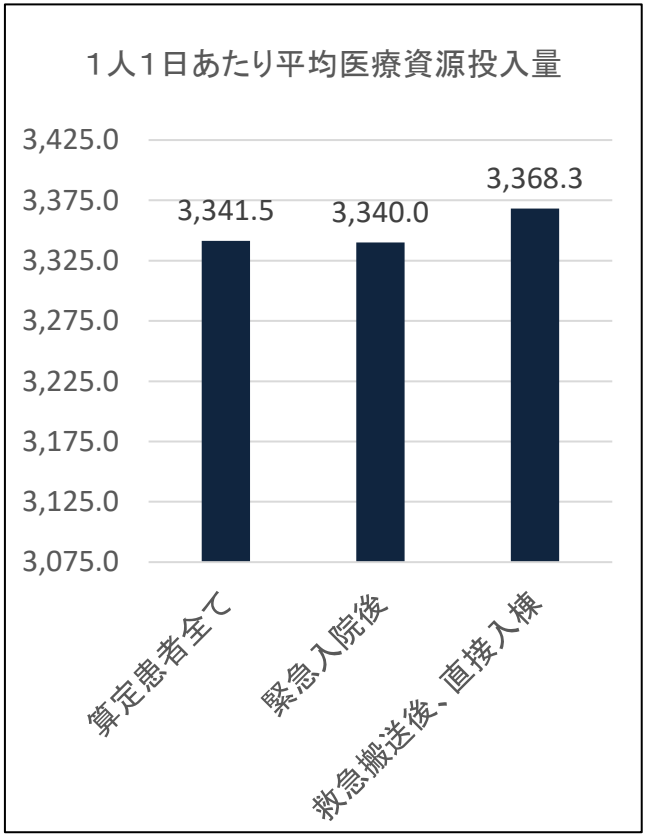
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

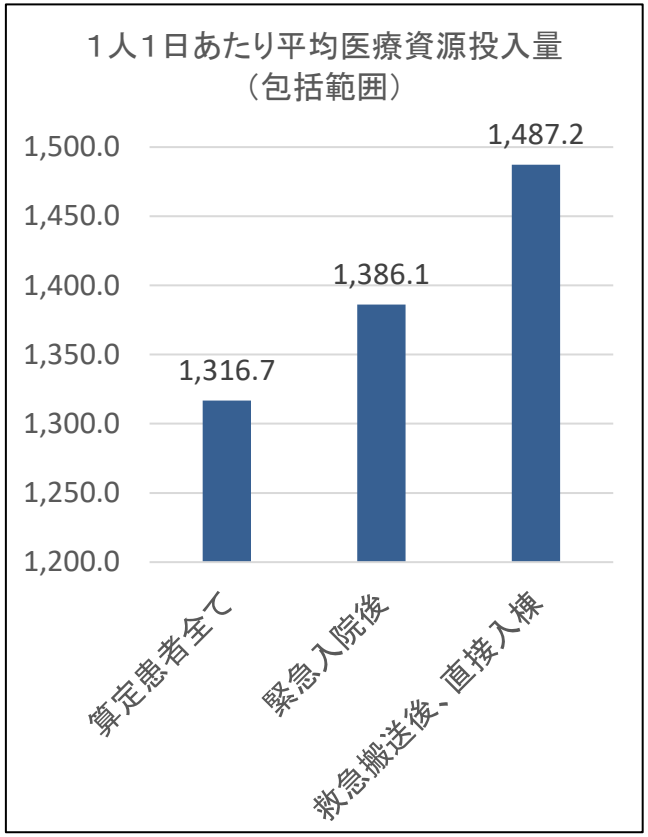
出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

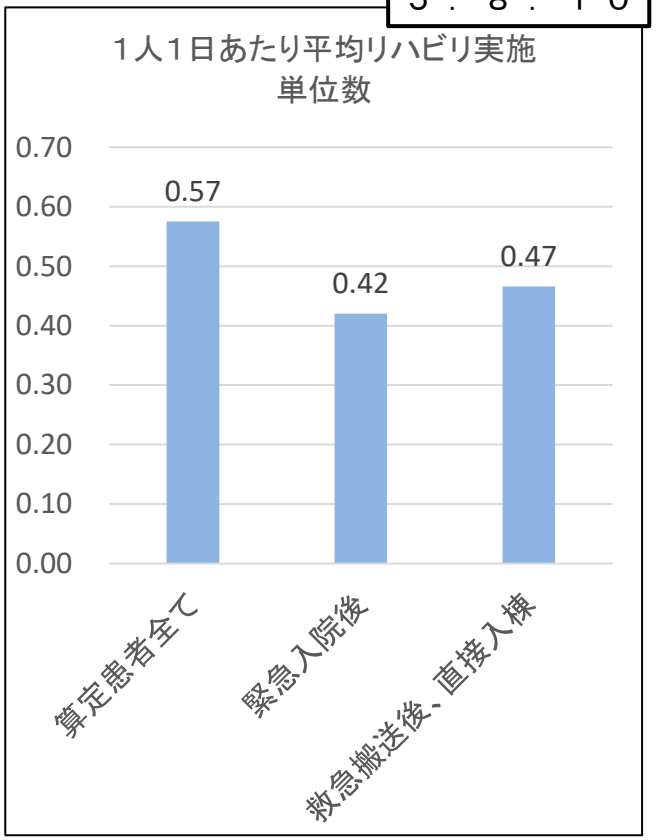
地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析②　入棟経路別の医療資源投入量等

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者の、入棟経路別の医療資源投入量等においては、緊急搬送、直接入棟の患者は、包括範囲の医療資源投入量が多い傾向が見られた。

診調組　入－１
５．８．１０





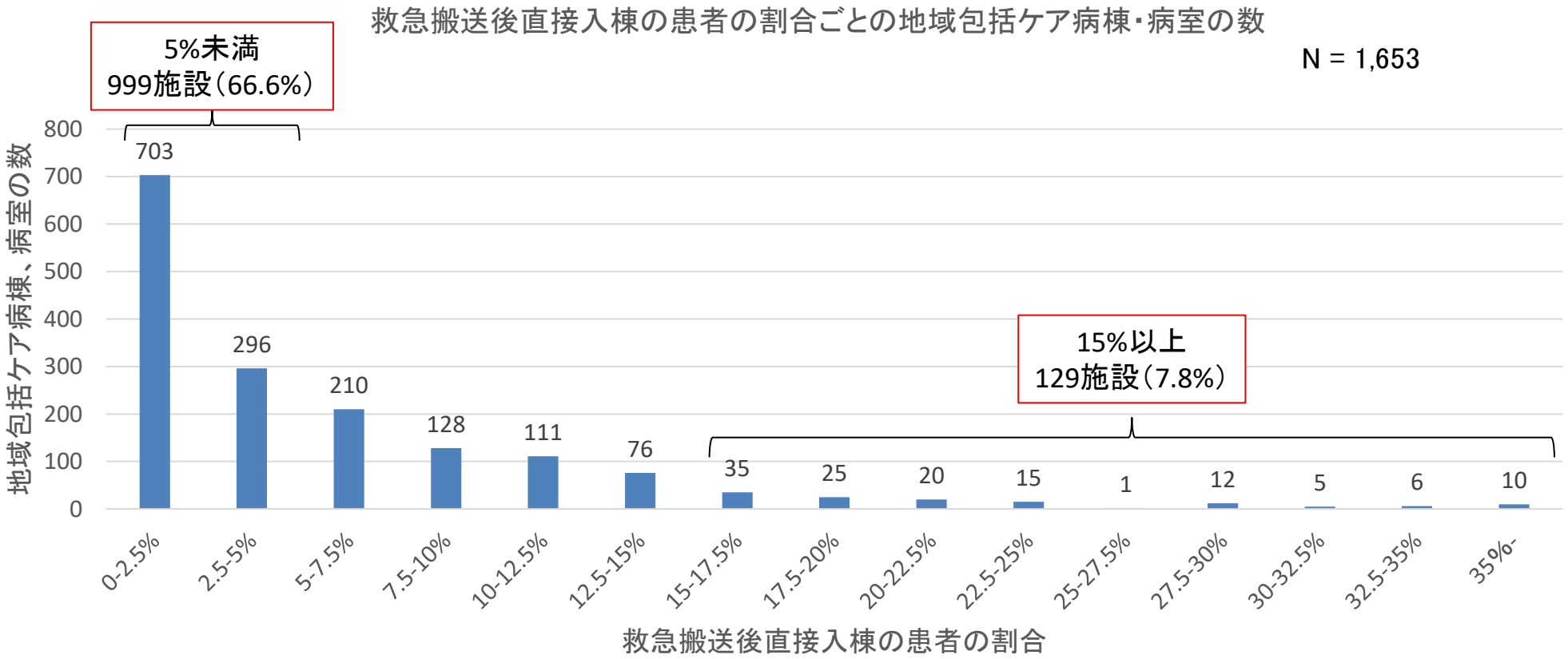


DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者　（n = 731,936）
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者　（n = 178,017）
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者　（n = 39,757）

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析③
病棟・病室ごとの救急搬送後直接入棟の患者の割合

○ 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で５%未満であったが、129施設（7.8%）は15%以上であった。



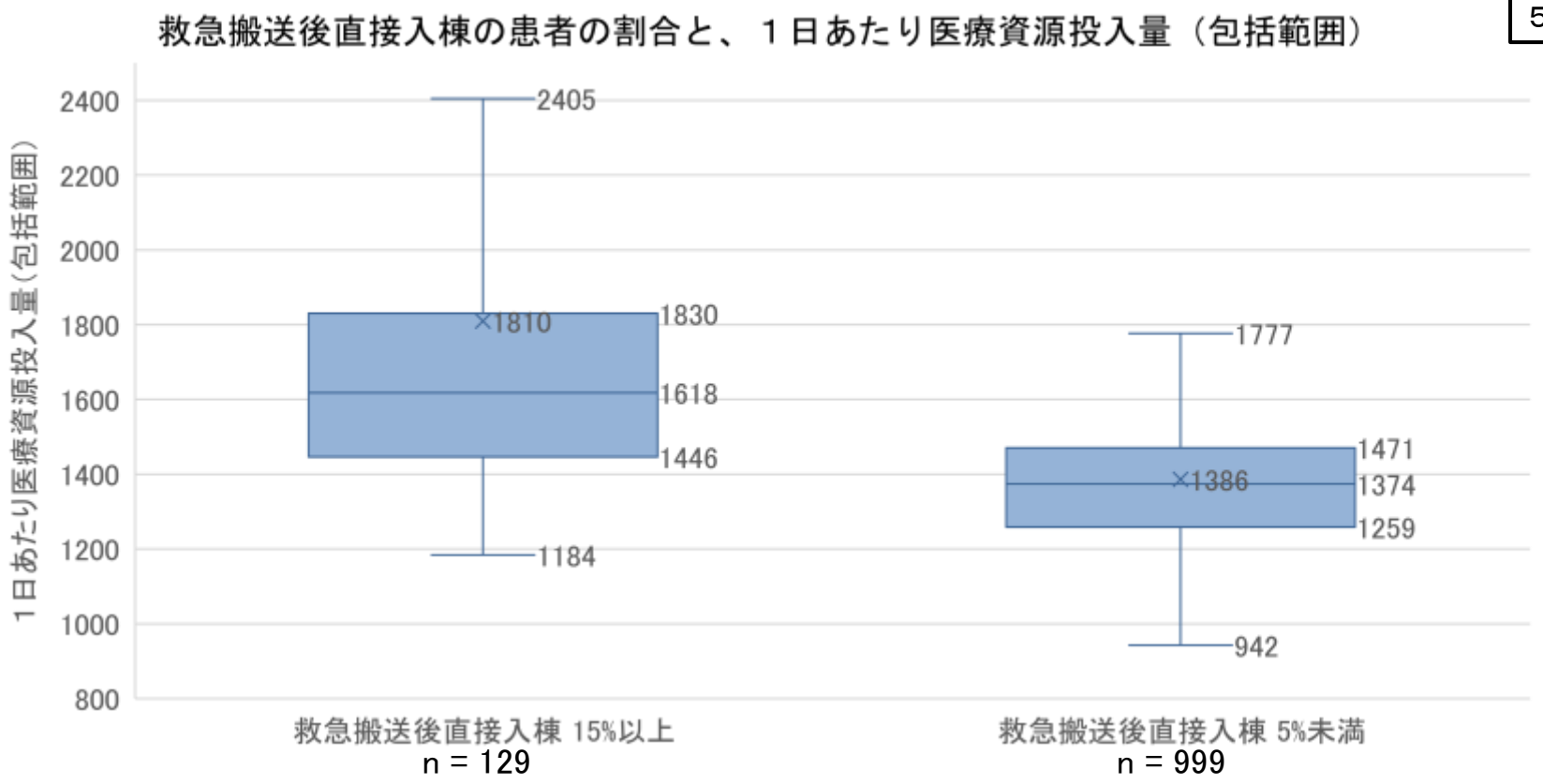
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析④
救急搬送後直接入棟の患者の割合と、１日あたり医療資源投入量（包括範囲）

○ 救急搬送後直接入棟の患者の割合が15%以上である地域包括ケア病棟は、割合が５%未満である地域包括ケア病棟と比較して、包括範囲の１日あたり医療資源投入量が多い傾向にあった。

診調組　入－１
５．８．１０

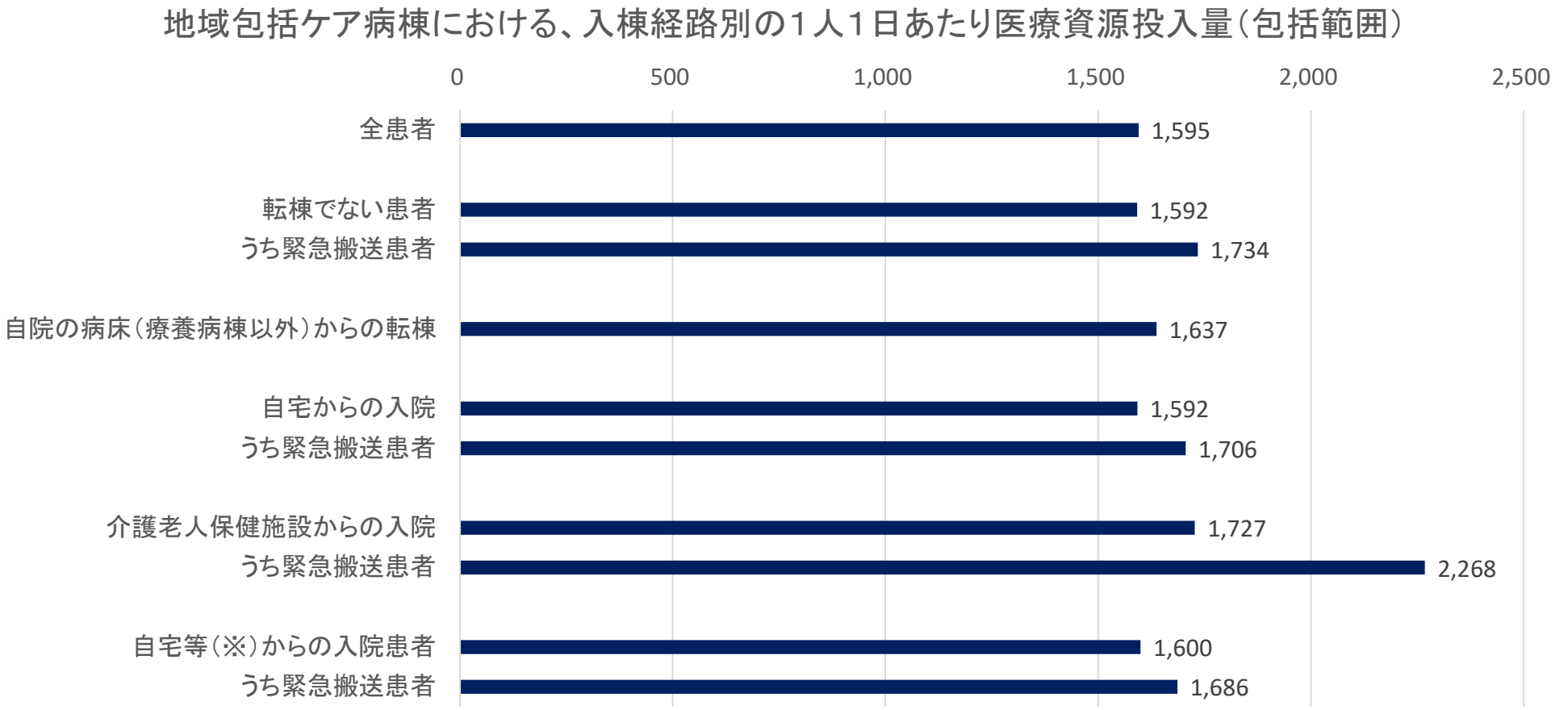


DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

地域包括ケア病棟における、入棟経路別の入院後14日以内の医療資源投入量（包括範囲）

○　地域包括ケア病棟における、１人１日あたり医療資源投入量（包括範囲）は、いずれの入棟元においても、救急搬送患者の方が高かった。



※　自宅等：自宅、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム

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）、DPCデータ

２．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

２－１　概要について

２－２　地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

２－３　地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

２－４　地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

２－５　地域包括ケア病棟の在宅医療等との連携について

２－６　入退院支援について

地域包括ケア病棟の施設基準における、各指標の対象患者について

地域包括ケア病棟の施設基準（抜粋）

①重症度、医療・看護必要度の対象患者について

当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近３月において入院している全ての患者の状態について、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（Ａ項目）及び手術等の医学的状況の項目（Ｃ項目）を用いて測定し、その結果、当該病床又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、看護必要度評価票Ａ項目の得点が１点以上の患者又はＣ項目の得点が１点以上の患者をいう。）の割合が、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで１割２分以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで 0.8 割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、**短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外**する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。…

②在宅復帰率の対象患者について

当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数 をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近6か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数…のうち、在宅等 に退院するものの数

イ 直近6か月間に退院又は転棟した患者数（…入院期間が通算 される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）

地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析①　入棟経路別の主傷病名

再掲

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者のうち、入棟経路別の主傷病名では、救急搬送後入院、直接入棟の患者においては、「食物及び吐物による肺臓炎」、「腰椎骨折　閉鎖性」といった主傷病の患者が多かった。

診調組　入－１
５．８．１０

①算定患者全て（n=731,936）

1	食物及び吐物による肺臓炎	3.4%
2	老人性初発白内障	3.2%
3	腰椎骨折　閉鎖性	3.0%
4	大腸＜結腸＞のポリープ	2.9%
5	コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの	2.2%
6	うっ血性心不全	2.2%
7	体液量減少（症）	2.1%
8	肺炎，詳細不明	2.0%
9	筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの　部位不明	2.0%
10	尿路感染症，部位不明	2.0%

②緊急入院後（n=178,017）

1	腰椎骨折　閉鎖性	4.6%
2	体液量減少（症）	4.5%
3	食物及び吐物による肺臓炎	4.3%
4	肺炎，詳細不明	3.8%
5	尿路感染症，部位不明	3.4%
6	大腸＜結腸＞のポリープ	2.3%
7	心不全，詳細不明	2.2%
8	コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの	2.2%
9	うっ血性心不全	2.1%
10	胸椎骨折　閉鎖性	2.0%

③救急搬送後入院、直接入棟（n=39,757）

1	腰椎骨折　閉鎖性	6.2%
2	食物及び吐物による肺臓炎	5.1%
3	体液量減少（症）	4.8%
4	尿路感染症，部位不明	3.1%
5	肺炎，詳細不明	3.0%
6	その他の末梢性めまい＜眩暈（症）＞	2.8%
7	胸椎骨折　閉鎖性	2.7%
8	コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの	2.1%
9	熱及び光線のその他の作用	2.1%
10	下背部痛　腰部	1.9%

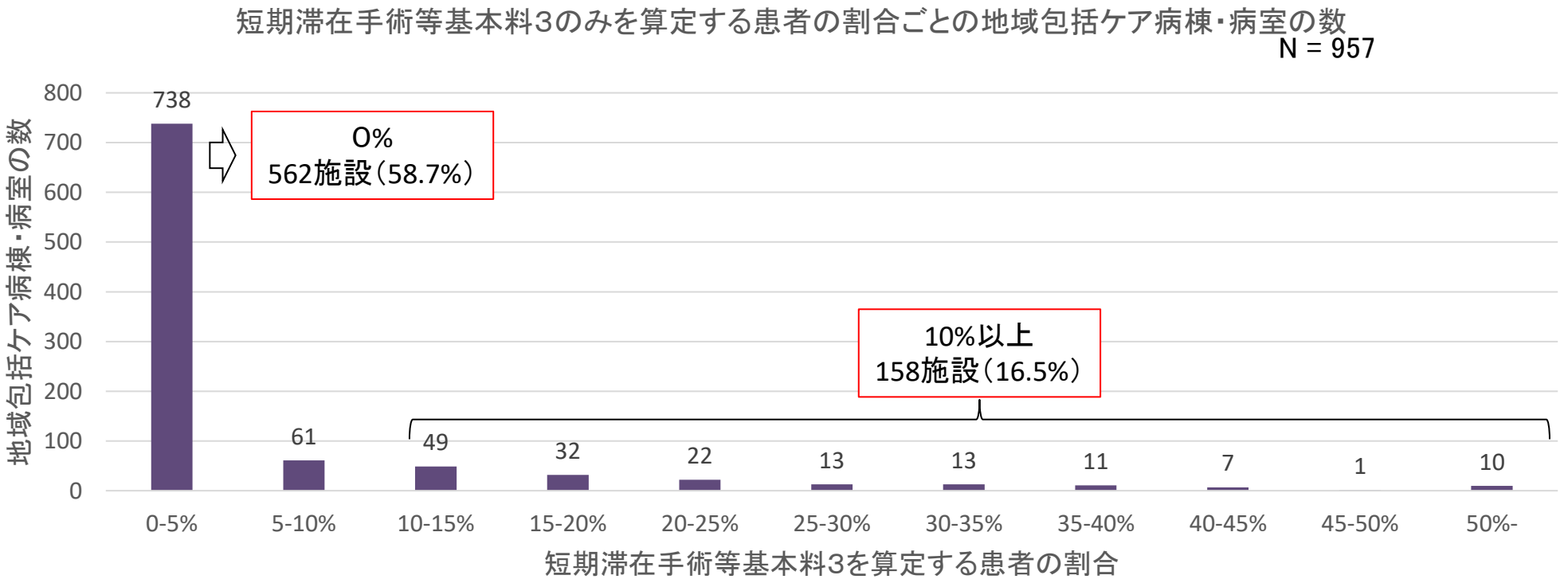
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、ＤＰＣデータ解析①
地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料３を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で０％であったが、158施設（9.5%）は10%以上であった。

診調組　入－１
５．８．１０



（地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者の割合）＝
（地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者数）／（地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料３を算定する患者数）

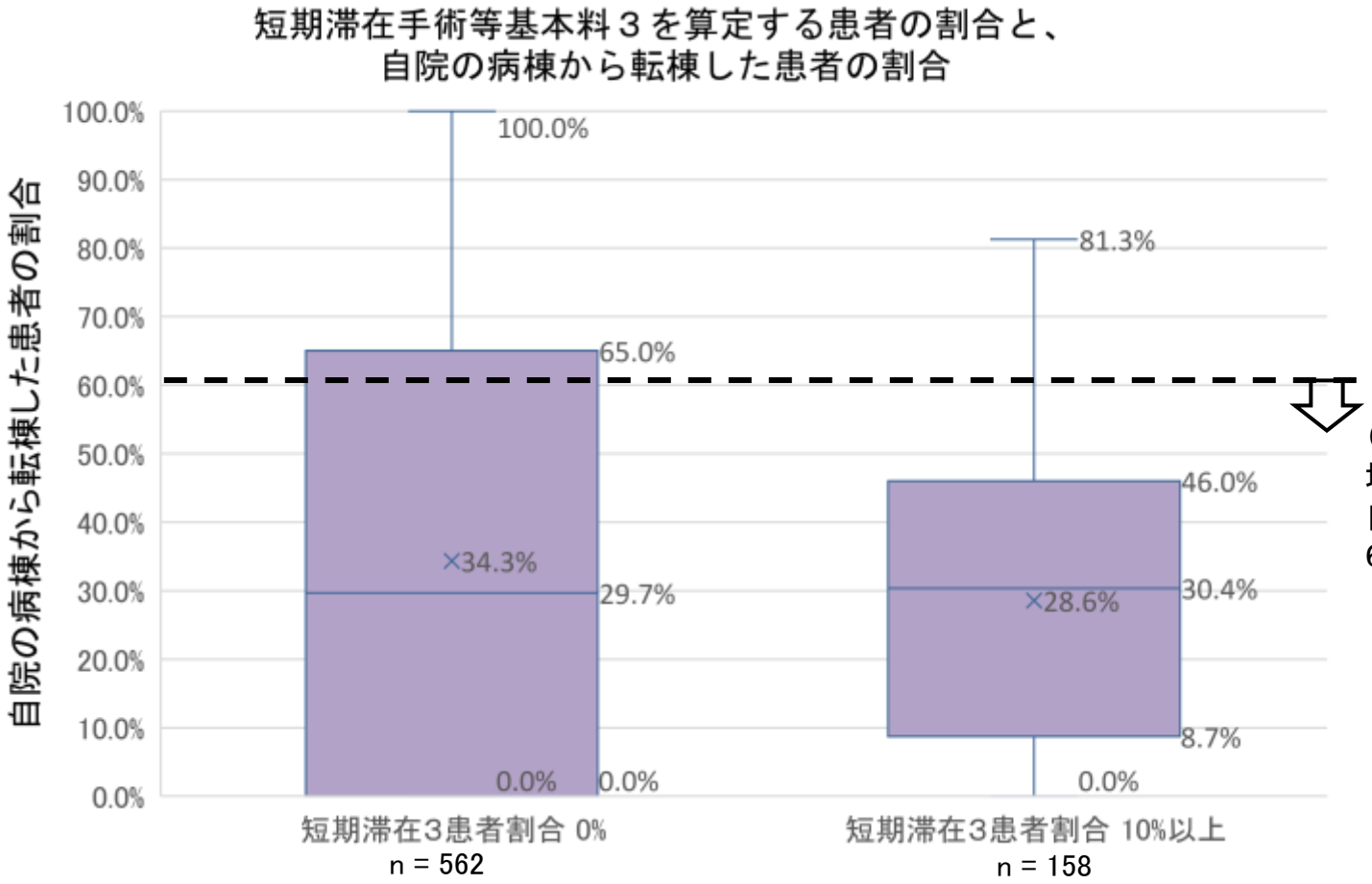
※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、ＤＰＣデータ解析②
短期滞在手術等基本料３を算定する患者の割合と、自院の病棟から転棟した患者の割合

○ 短期滞在手術等基本料３を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟と、割合が０%である地域包括ケア病棟とで、自院の病棟から転棟した患者割合に大きな差はなかった。

診調組　入－１
５．８．１０



（参考）
地域包括ケア病棟入院料2・4の基準
自院の一般病棟から転棟した患者割合
6割未満

（地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者の割合）＝（地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者数）／（地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料３を算定する患者数）

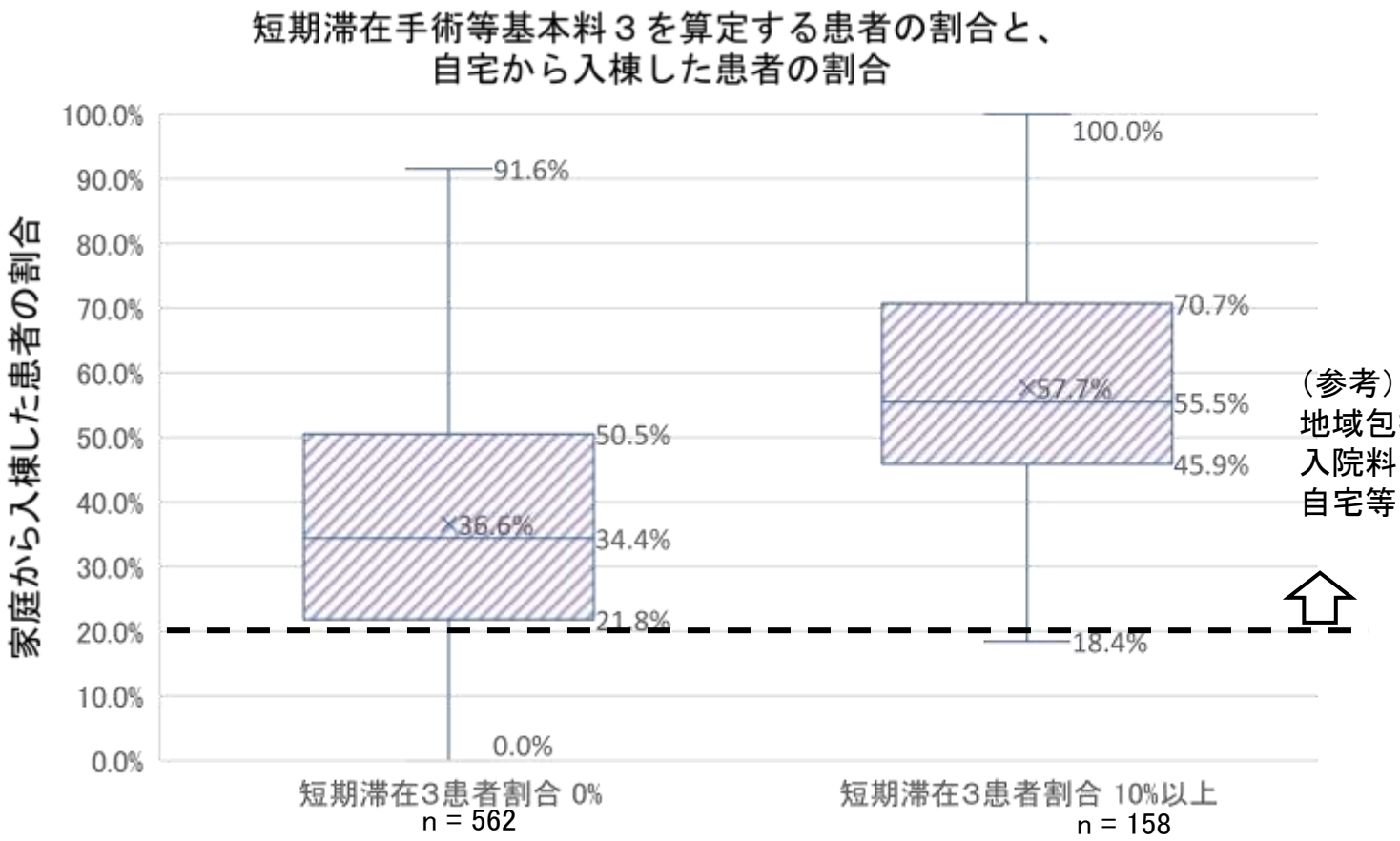
※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、ＤＰＣデータ解析③
短期滞在手術等基本料３を算定する患者の割合と、家庭から入棟した患者の割合

○ 短期滞在手術等基本料３を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が０%である地域包括ケア病棟と比較して、家庭から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

診調組　入－１
５．８．１０



（参考）
地域包括ケア病棟
入院料・管理料１、入院料・管理料3の基準
自宅等（※）から入棟した患者割合　2割以上

（地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者の割合）＝（地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者数）／（地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料３を算定する患者数）

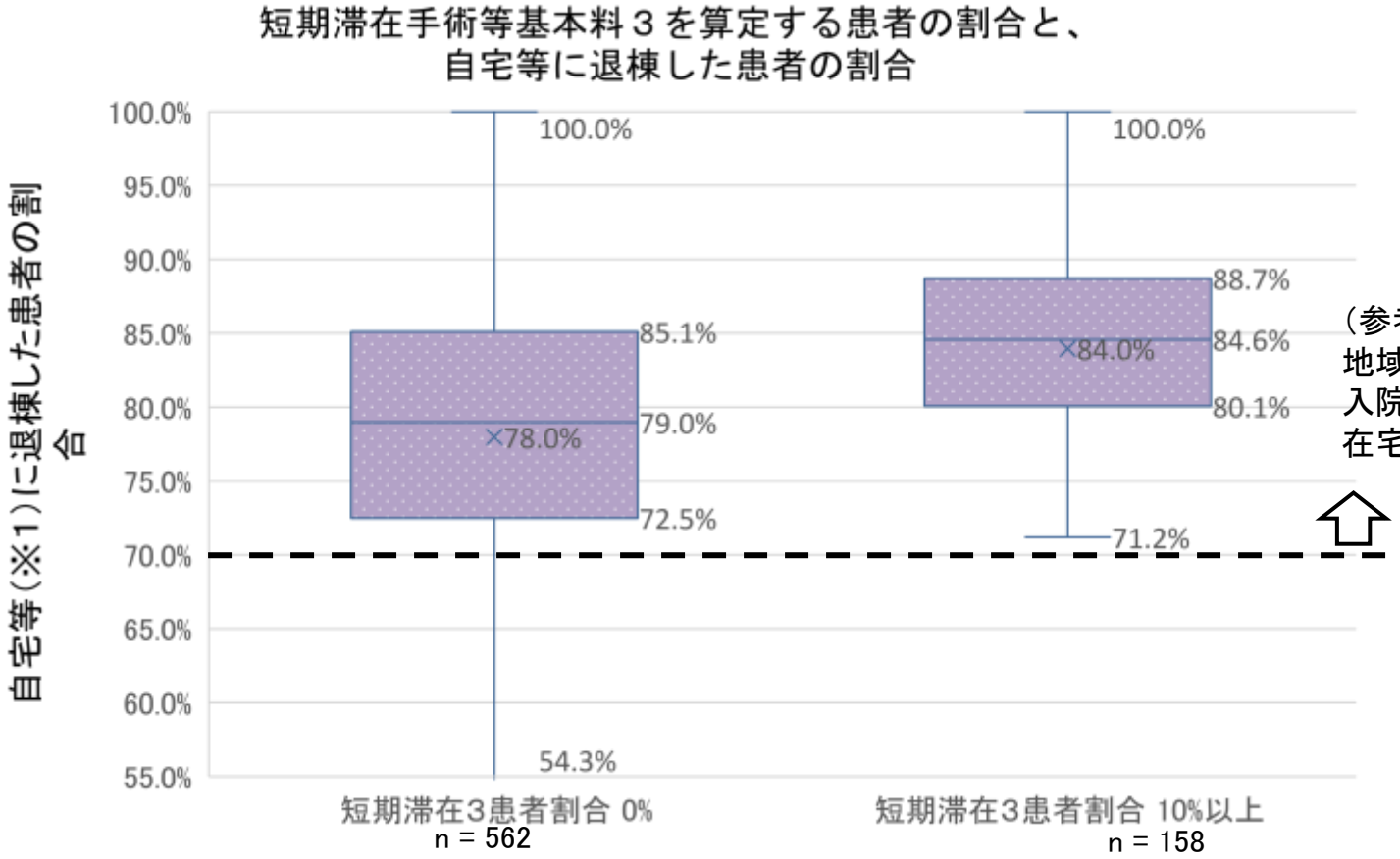
※ 施設規準における自宅等：自宅又は有料老人ホーム等（介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等）
※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、ＤＰＣデータ解析④
短期滞在手術等基本料３を算定する患者の割合と、自宅等に退棟した患者の割合

○ 短期滞在手術等基本料３を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が０%である地域包括ケア病棟と比較して、自宅等（※１）に退棟した患者割合が高い傾向にあった。

診調組　入－１
５．８．１０



（参考）
地域包括ケア病棟
入院料・管理料3、入院料・管理料4の基準
在宅復帰率（※2） 7割以上

（地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者の割合）＝（地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者数）／（地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料３を算定する患者数）

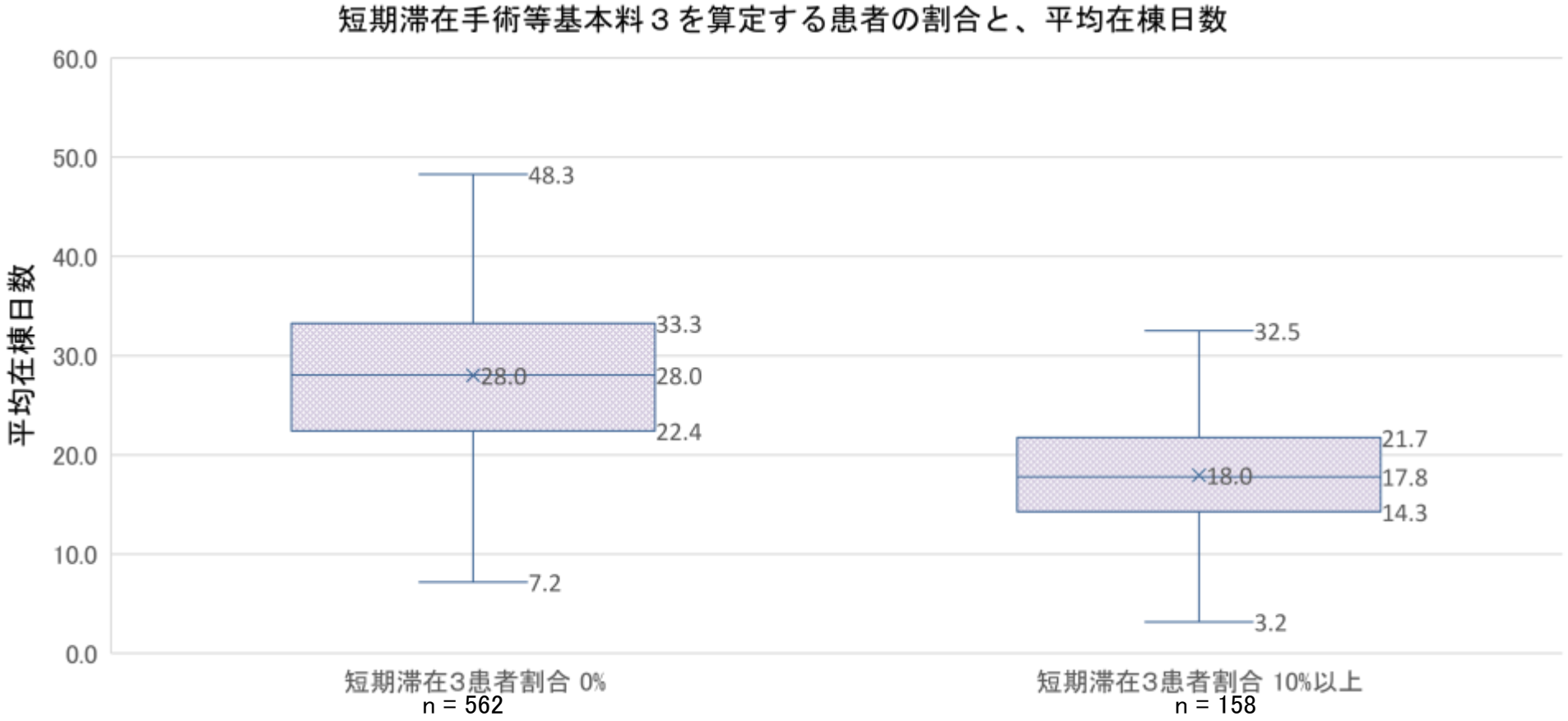
※1　集計における自宅等　：家庭、介護老人福祉施設、社会福祉施設、有料老人ホーム等、介護医療院
※2　施設規準における在宅復帰率における分子　：他の保険医療機関（有床診療所を除く）に転院した者、介護老人保健施設に入所した者、他の病棟に転倒した者、以外の者
※　短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、ＤＰＣデータ解析⑤
短期滞在手術等基本料３を算定する患者の割合と、平均在棟日数

診調組　入－１
５．８．１０

○　短期滞在手術等基本料３を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が０%である地域包括ケア病棟と比較して、平均在棟日数が短い傾向にあった。



(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者の割合) = (地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料３のみを算定する患者数) / (地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料３を算定する患者数)

※　短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

２．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

２－１　概要について

２－２　地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

２－３　地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

２－４　地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

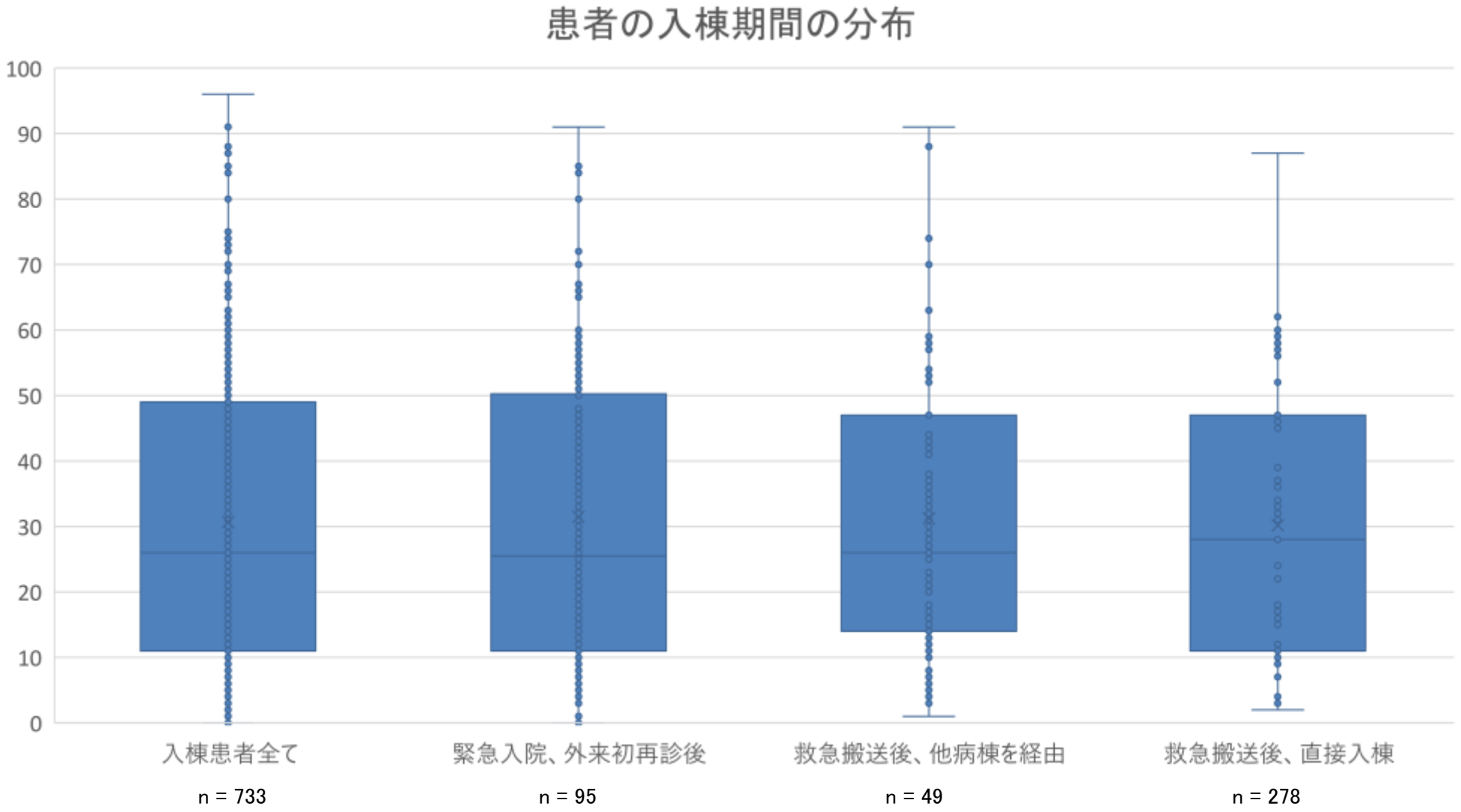
２－５　地域包括ケア病棟の在宅医療等との連携について

２－６　入退院支援について

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟期間

診調組　入－１
５．８．１０

○　地域包括ケア病棟に入棟している患者の在棟日数は、入棟経路による大きな差はない。



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、退棟患者票）

地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析①　入棟経路別の主傷病名

再掲

診調組　入－１
５．８．１０

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者のうち、入棟経路別の主傷病名では、救急搬送後入院、直接入棟の患者においては、「食物及び吐物による肺臓炎」、「腰椎骨折　閉鎖性」といった主傷病の患者が多かった。

①算定患者全て（n=731,936）

1	食物及び吐物による肺臓炎	3.4%
2	老人性初発白内障	3.2%
3	腰椎骨折　閉鎖性	3.0%
4	大腸＜結腸＞のポリープ	2.9%
5	コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの	2.2%
6	うっ血性心不全	2.2%
7	体液量減少（症）	2.1%
8	肺炎，詳細不明	2.0%
9	筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの　部位不明	2.0%
10	尿路感染症，部位不明	2.0%

②緊急入院後（n=178,017）

1	腰椎骨折　閉鎖性	4.6%
2	体液量減少（症）	4.5%
3	食物及び吐物による肺臓炎	4.3%
4	肺炎，詳細不明	3.8%
5	尿路感染症，部位不明	3.4%
6	大腸＜結腸＞のポリープ	2.3%
7	心不全，詳細不明	2.2%
8	コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの	2.2%
9	うっ血性心不全	2.1%
10	胸椎骨折　閉鎖性	2.0%

③救急搬送後入院、直接入棟（n=39,757）

1	腰椎骨折　閉鎖性	6.2%
2	食物及び吐物による肺臓炎	5.1%
3	体液量減少（症）	4.8%
4	尿路感染症，部位不明	3.1%
5	肺炎，詳細不明	3.0%
6	その他の末梢性めまい＜眩暈（症）＞	2.8%
7	胸椎骨折　閉鎖性	2.7%
8	コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの	2.1%
9	熱及び光線のその他の作用	2.1%
10	下背部痛　腰部	1.9%

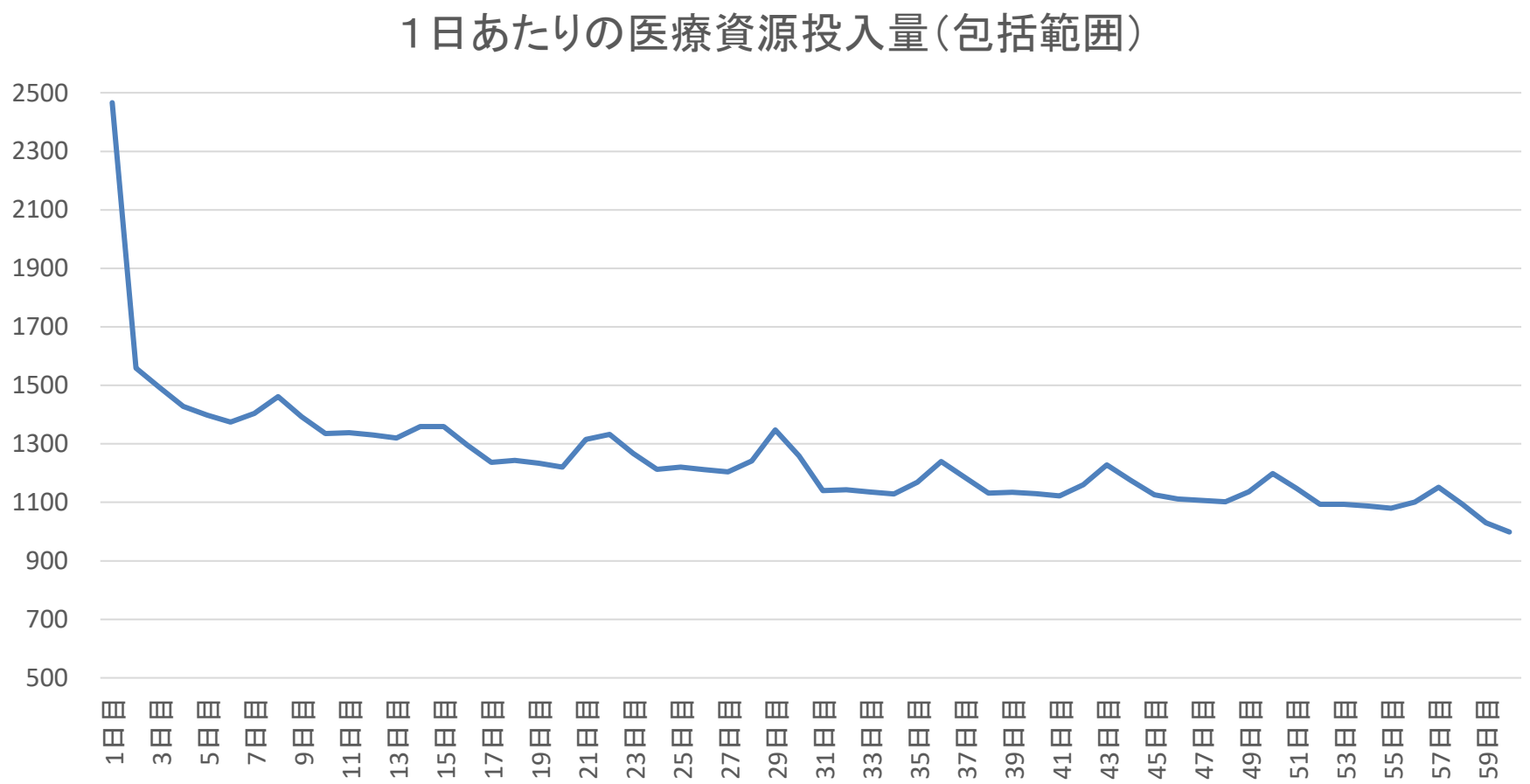
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

入院日数に応じた医療資源投入量

診調組　入－１
５．９．２９

○　地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、１日あたりの医療資源投入量（包括範囲）の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。



出典：DPCデータ（令和４年４月～12月）

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

- 救急体制に係る評価の見直し
  - **一般病床において**地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア病棟管理料を算定する場合については、**第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件**とする。
    ※　ただし、**200床未満**の保険医療機関については、**当該保険医療機関に救急外来を有していること又は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**こととする。

実績要件の見直し①

- 重症患者割合の見直し
  - 重症度、医療・看護必要度の割合について、必要度Ⅰの割合は１割２分以上、必要度Ⅱの割合は０割８分以上へ見直す。

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 （抜粋・概要） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合　１割４分以上 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合　１割１分以上	【地域包括ケア病棟入院料】 （抜粋・概要） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合　**１割２分以上** 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合　**０割８分以上**

- 自院一般病棟からの転棟割合の見直し
  - 入院料２及び４における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、**許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化**するとともに、当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の85に相当する点数**を算定することとする。

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 400床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 **200床以上**の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること」を満たさない場合は所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

地域包括ケア病棟における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの概要

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（13日間）	なし	あり
16	開胸手術（12日間）	なし	あり
17	開腹手術（７日間）	なし	あり
18	骨の手術（11日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（５日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（５日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（２日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（６日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

［重症患者割合の基準］

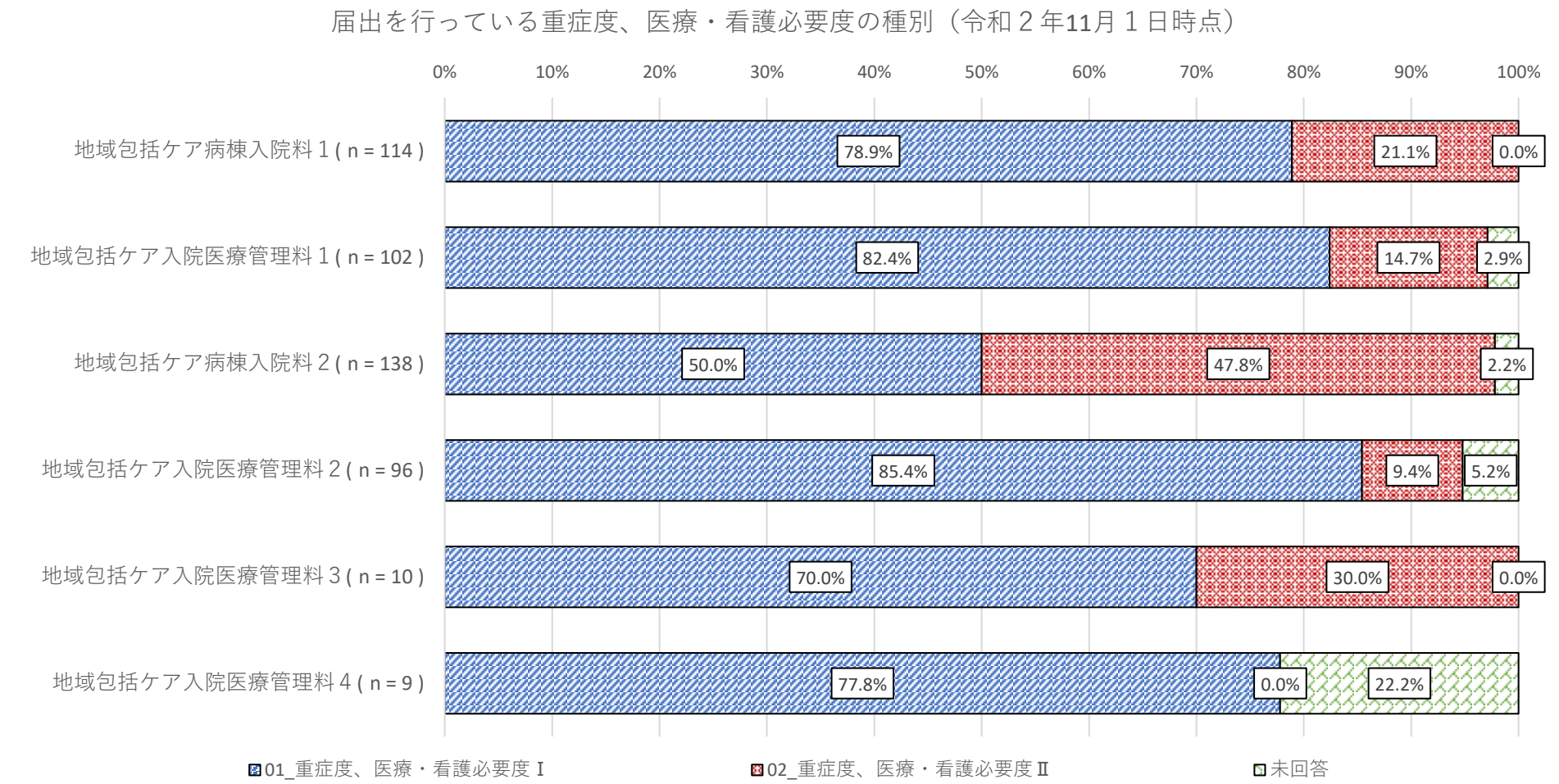
対象入院料	基準
地域包括ケア病棟	A得点が１点以上又はC得点が１点以上

［評価の対象］
当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院している全ての患者。
ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。

注）
基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者：DPC病院において、短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）
基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者：短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術又は検査を行った患者

地域包括ケア病棟入院料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

○　地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料ともに、重症度、医療・看護必要度Ⅰを届出ている施設が多くみられた。



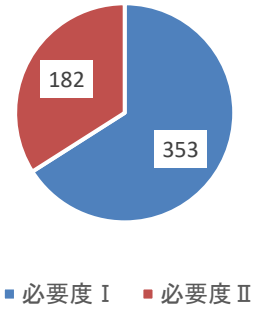
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度①

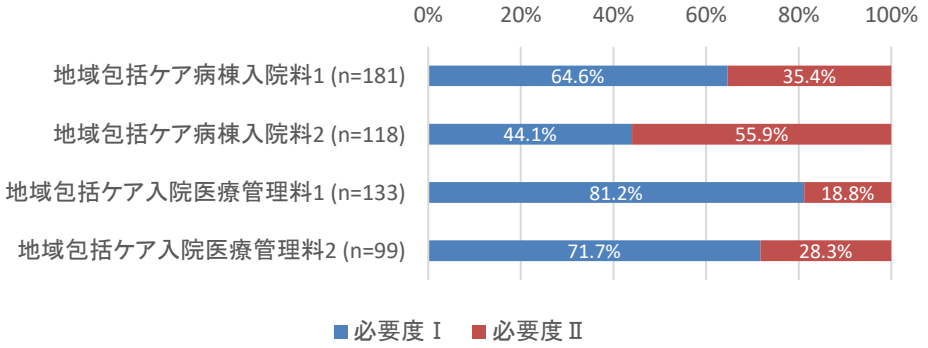
診調組　入－１
５．８．１０

○　地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の状況は以下のとおり。

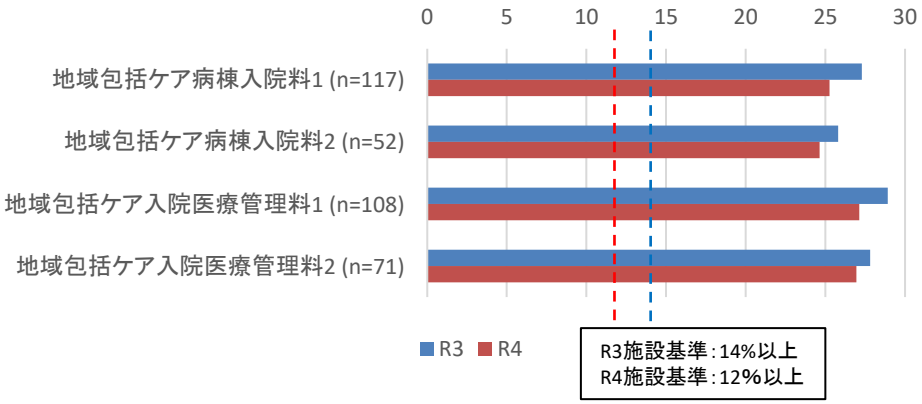
必要度Ⅰ/Ⅱの届出状況
（令和4年11月時点、n=535）



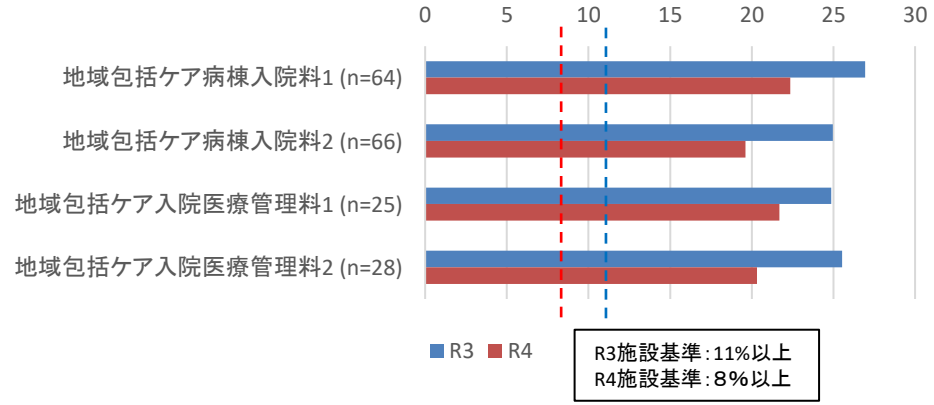
入院料の届出種類別の必要度Ⅰ/Ⅱの届出状況
（令和4年11月時点）



必要度Ⅰの届出施設※における該当患者割合（%）
※令和4年11月時点



必要度Ⅱの届出施設※における該当患者割合（%）
※令和4年11月時点



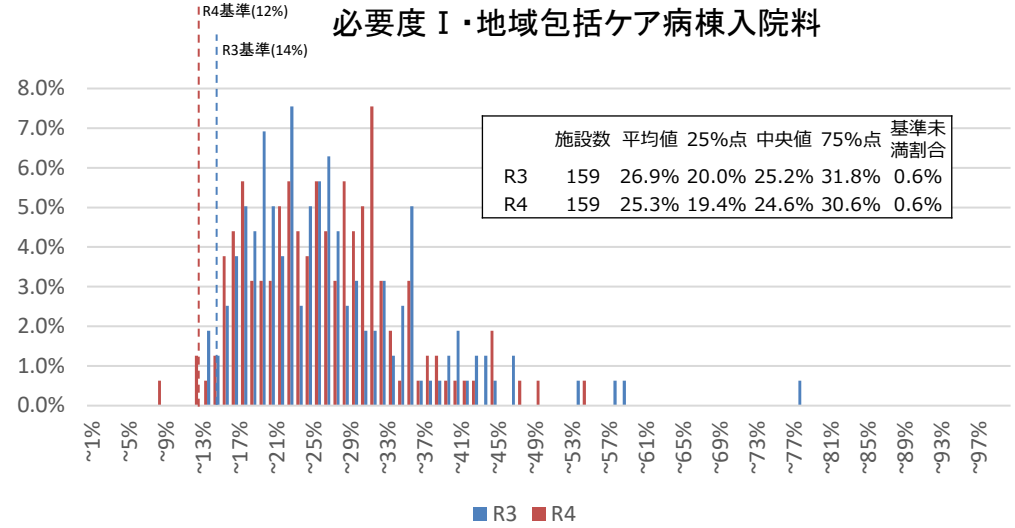
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票B）

地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度②

診調組　入－1
５．８．１０

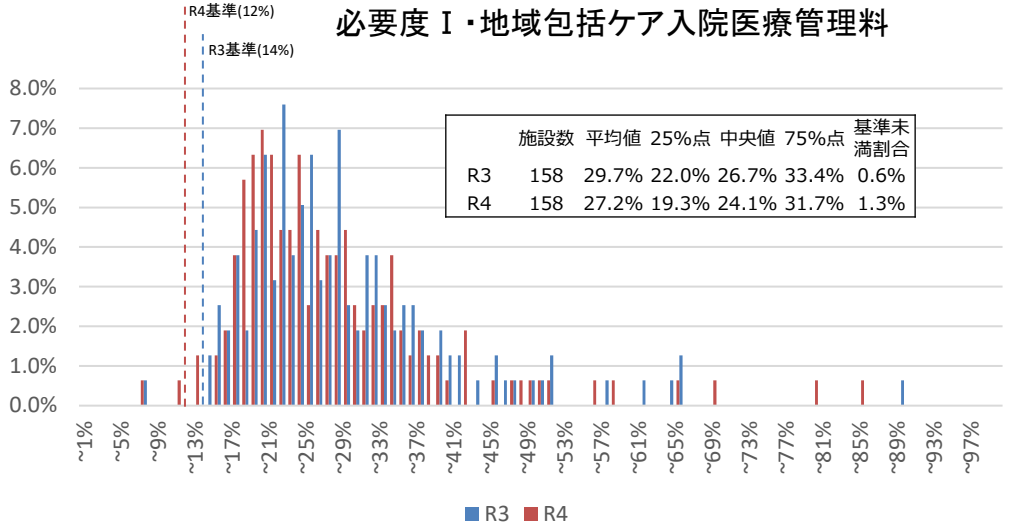
○　地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合にはばらつきがある。

必要度Ⅰ・地域包括ケア病棟入院料



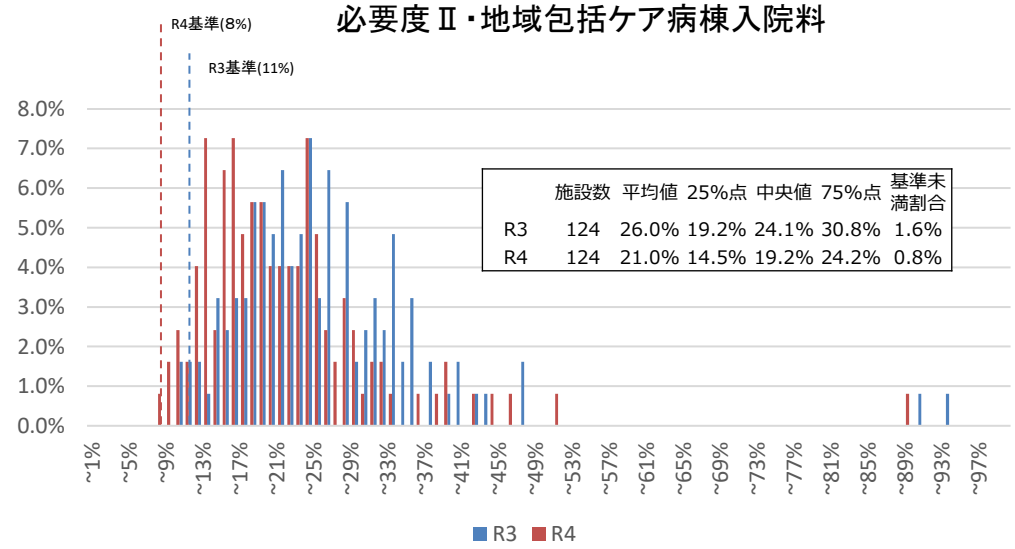
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	159	26.9%	20.0%	25.2%	31.8%	0.6%
R4	159	25.3%	19.4%	24.6%	30.6%	0.6%

必要度Ⅰ・地域包括ケア入院医療管理料



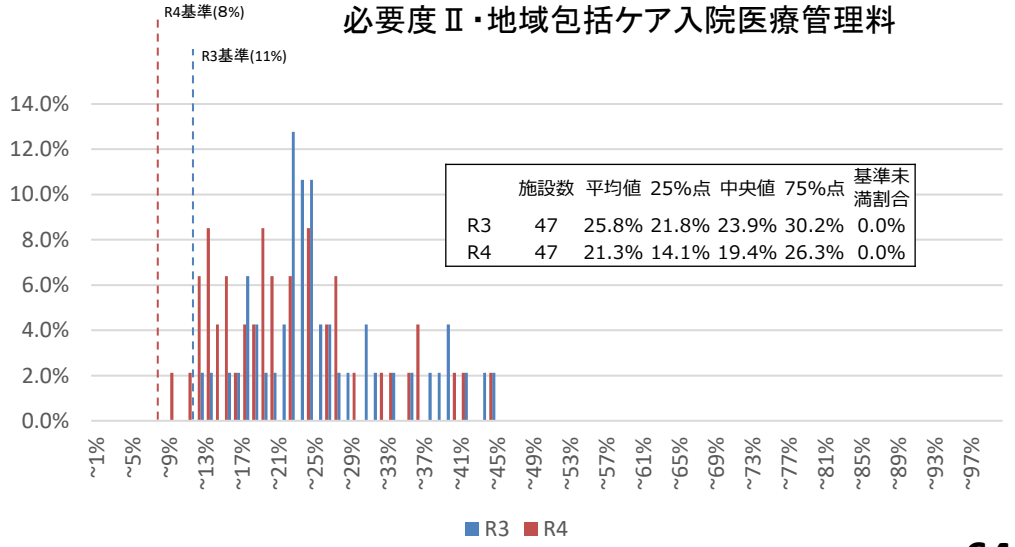
	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	158	29.7%	22.0%	26.7%	33.4%	0.6%
R4	158	27.2%	19.3%	24.1%	31.7%	1.3%

必要度Ⅱ・地域包括ケア病棟入院料



	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	124	26.0%	19.2%	24.1%	30.8%	1.6%
R4	124	21.0%	14.5%	19.2%	24.2%	0.8%

必要度Ⅱ・地域包括ケア入院医療管理料



	施設数	平均値	25%点	中央値	75%点	基準未満割合
R3	47	25.8%	21.8%	23.9%	30.2%	0.0%
R4	47	21.3%	14.1%	19.4%	26.3%	0.0%

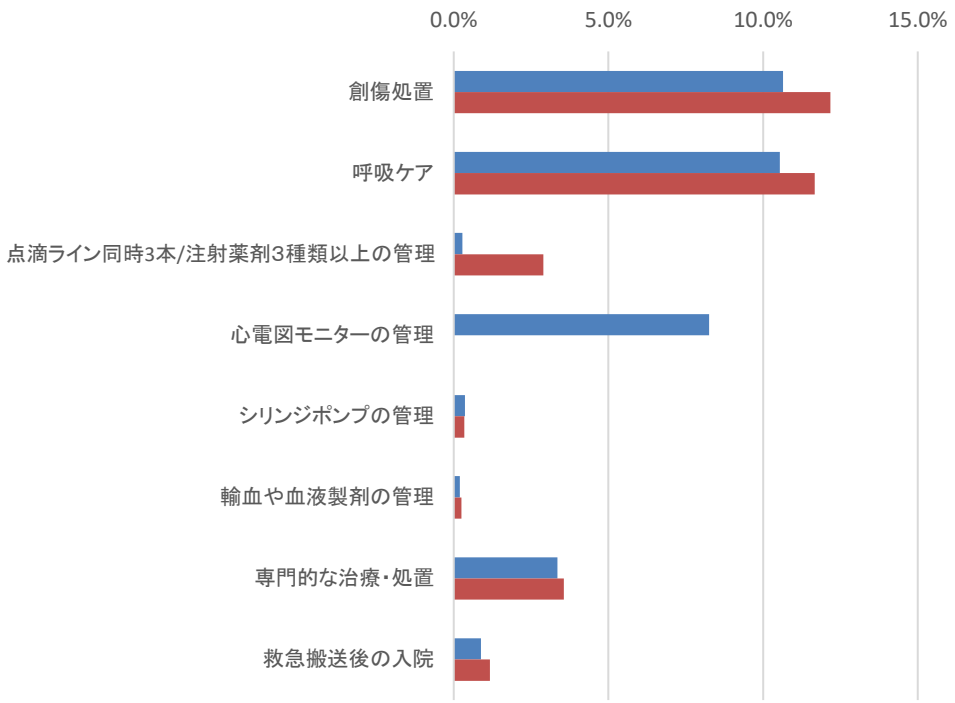
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票B）

地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度③

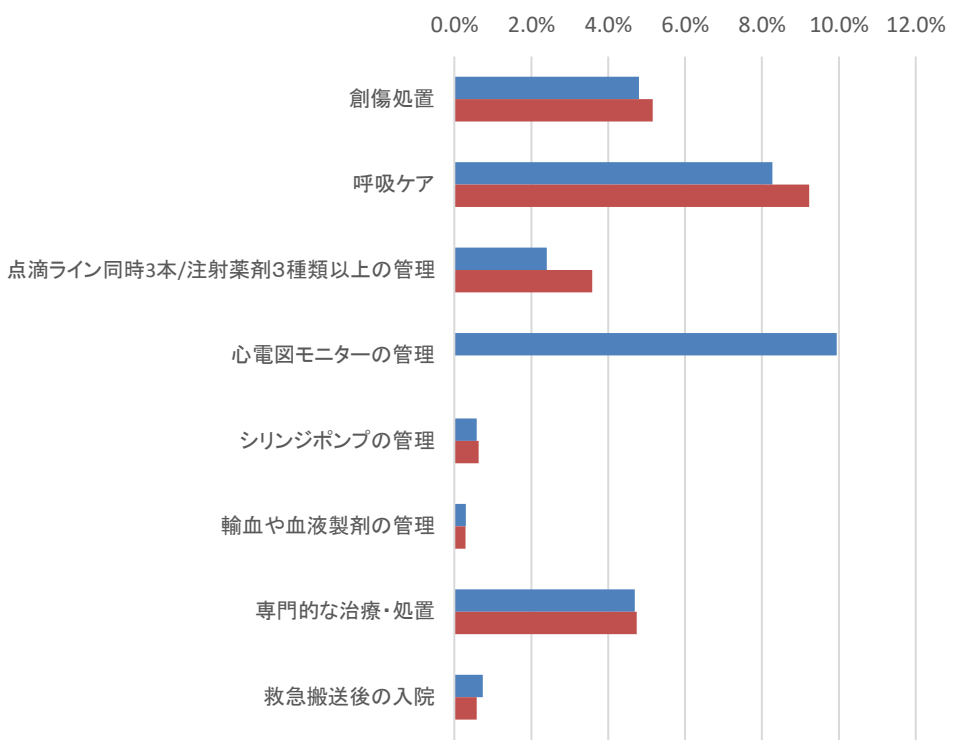
診調組　入－１
５．８．１０

○　地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度のA各項目の該当患者割合は以下のとおり。

＜重症度、医療・看護必要度Ⅰ＞



＜重症度、医療・看護必要度Ⅱ＞



出典：DPCデータ（令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月）

２．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

- ２－１　概要について
- ２－２　地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて
- ２－３　地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について
- ２－４　地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について
- **２－５　地域包括ケア病棟の在宅医療等との連携について**
- ２－６　入退院支援について

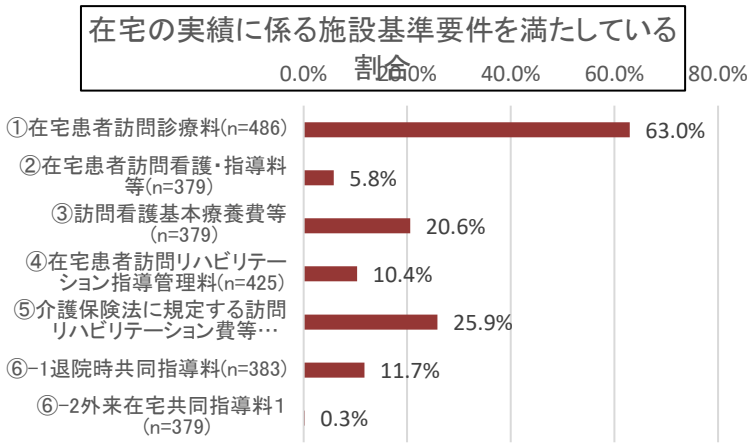
地域包括ケア病棟入院料の施設基準で求める在宅医療等の実績

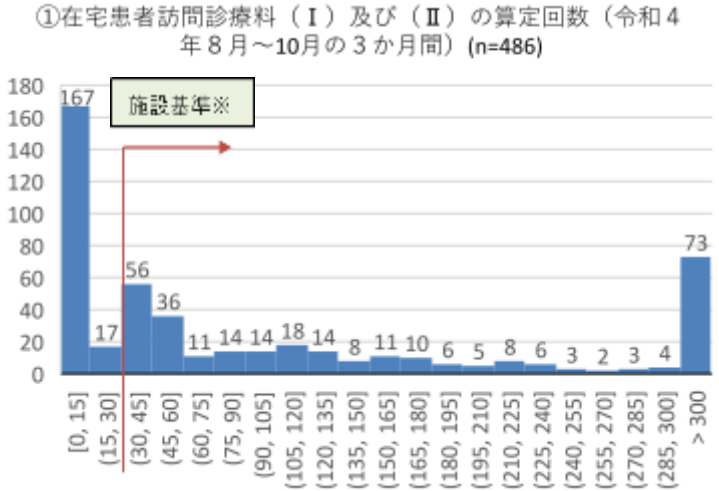
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１・３	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２・４
次に掲げる項目のうち**少なくとも2つ**を満たしていること。 ア 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で 30 回以上であること。 イ 当該保険医療機関において**在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）**の算定回数が**直近3か月間で 60 回以上**であること。 ウ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて**訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費**の算定回数が**直近3か月間で 300 回以上**であること。 エ 当該保険医療機関において区分番号**「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料**の算定回数が**直近3か月間で 30 回以上**であること。 オ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、**介護保険法**第8条第2項**に規定する訪問介護**、同条第4項に規定する**訪問看護**、同条第5項に規定する**訪問リハビリテーション**、同法第8条の2第3項に規定する**介護予防訪問看護**又は同条第4項に規定する**介護予防訪問リハビリテーション**の**提供実績を有している**こと。 カ 当該保険医療機関において区分番号「B005」**退院時共同指導料2**及び区分番号「C014」**外来在宅共同指導料1**の算定回数が**直近3か月間で6回以上**であること。	次の**いずれか1つ**以上を満たしていること。 ア 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が2割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入棟した患者を直近3か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。 イ 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で9人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。 ウ 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で 30 回以上であること。 エ 当該保険医療機関において**在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）**の算定回数が**直近3か月間で 60回以上**であること。 オ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて**訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費**の算定回数が**直近3か月間で 300 回以上**であること。 カ 当該保険医療機関において区分番号「C006」**在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料**の算定回数が**直近3か月間で 30 回以上**であること。 キ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、**介護保険法**第8条第2項**に規定する訪問介護**、同条第4項に規定する**訪問看護**、同条第5項に規定する**訪問リハビリテーション**、同法第8条の2第3項に規定する**介護予防訪問看護**又は同条第4項に規定する**介護予防訪問リハビリテーション**の**提供実績を有している**こと。 ク 当該保険医療機関において区分番号「B005」**退院時共同指導料2**及び区分番号「C014」**外来在宅共同指導料1**の算定回数が**直近3か月間で6回以上**であること。

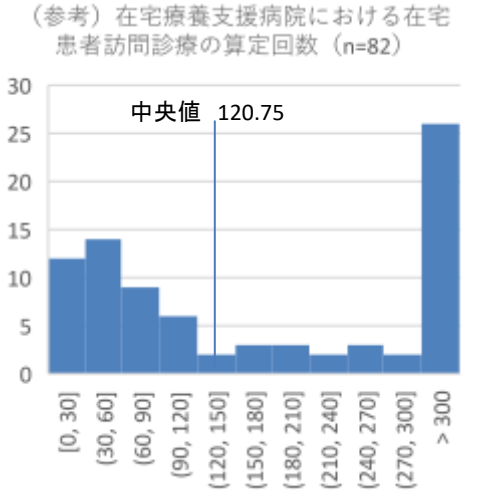
在宅医療等の提供状況①

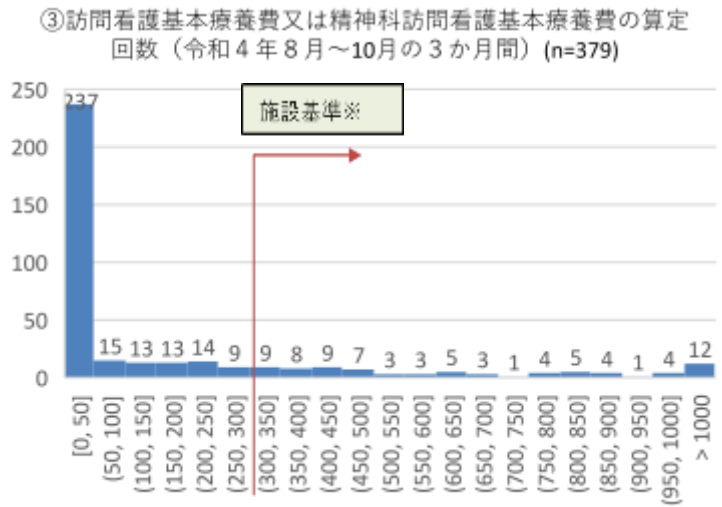
診調組　入－１
５．６．８（改）

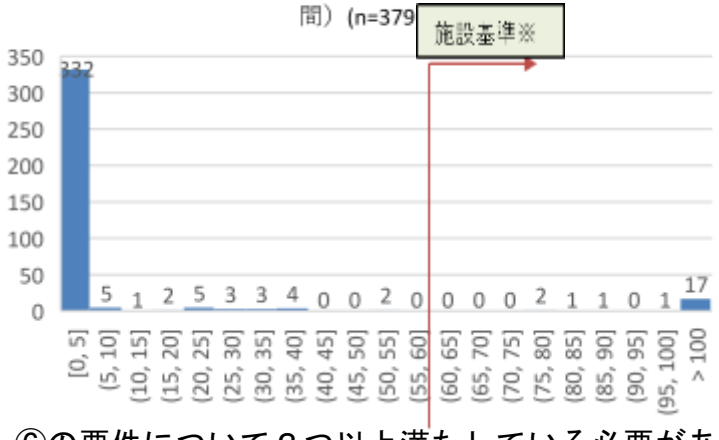
○　地域包括ケア病棟を持つ病院の在宅医療の提供状況については、以下のとおり、訪問診療の基準を満たしている医療機関が多い。

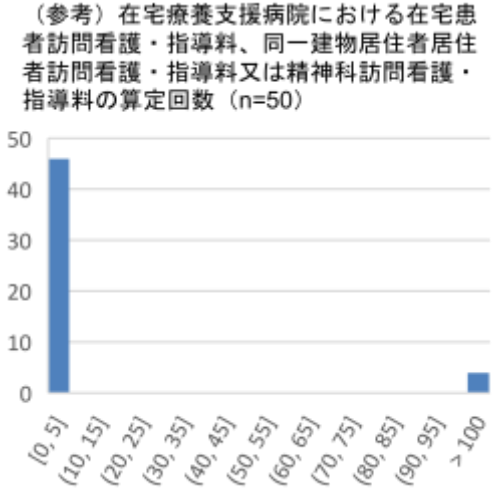












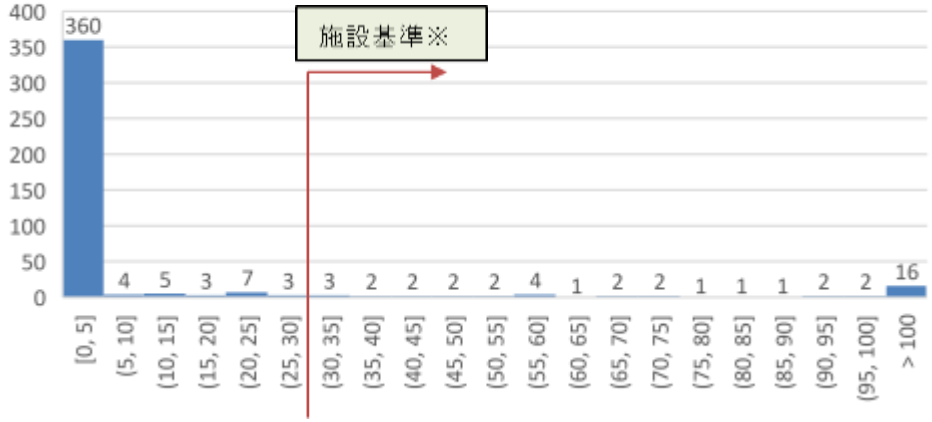
※地域包括ケア病棟入院料１・３においては上記①～⑥の要件について２つ以上満たしている必要がある。（２・４については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について１つ満たすことが要件）

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）、令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

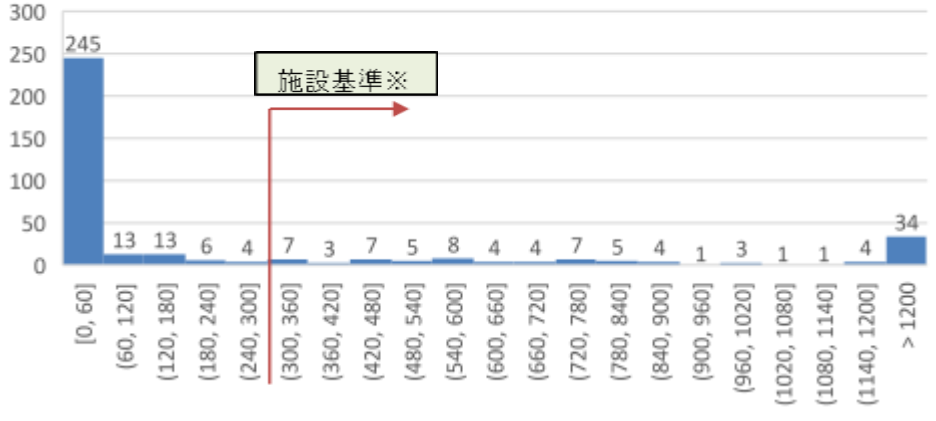
在宅医療等の提供状況②

○　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。

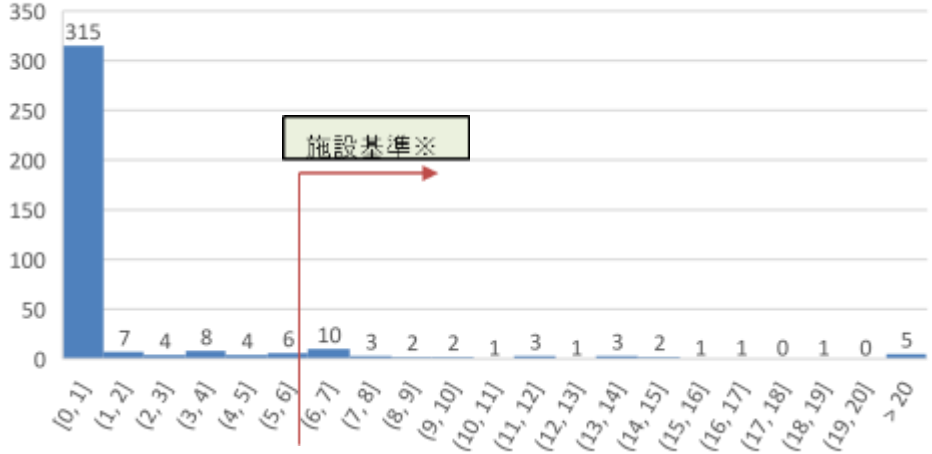
④区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数（令和４年８月～10月の３か月間）(n=425)



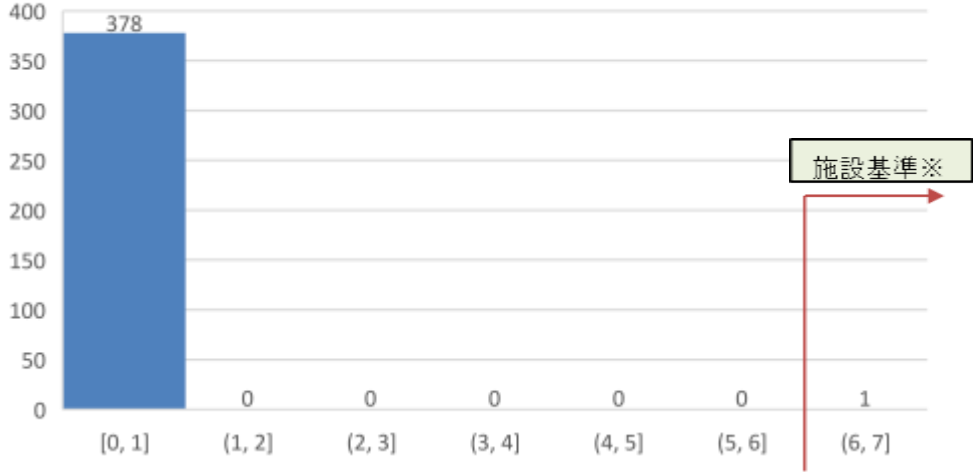
⑤介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数（令和４年８月～10月の３か月間）(n=379)



⑥-1退院時共同指導料２の算定回数(n=383)



⑥-2外来在宅共同指導料１の算定回数(n=379)



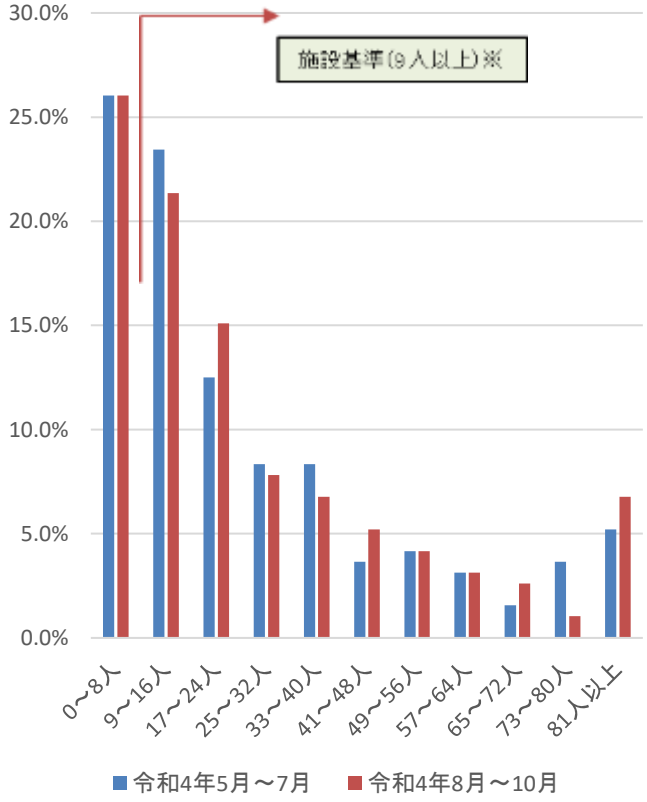
※地域包括ケア病棟入院料１・３においては上記①～⑥の要件について２つ以上満たしている必要がある。（２・４については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件）

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）

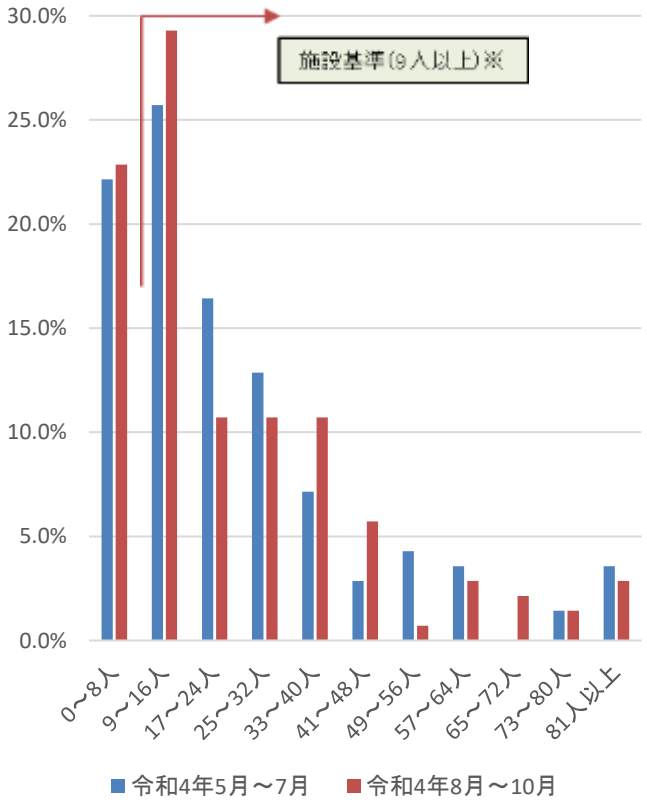
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

○　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。

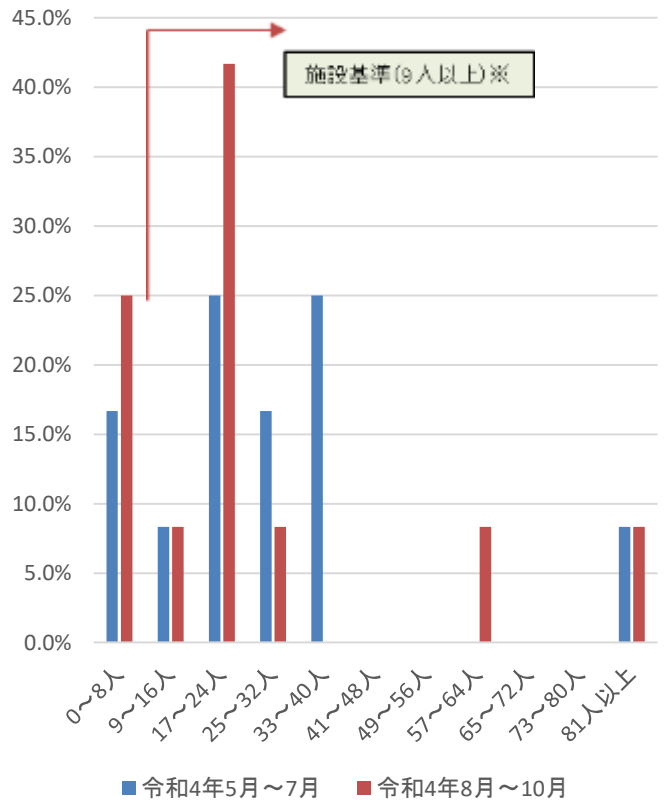
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1(n=192)



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）

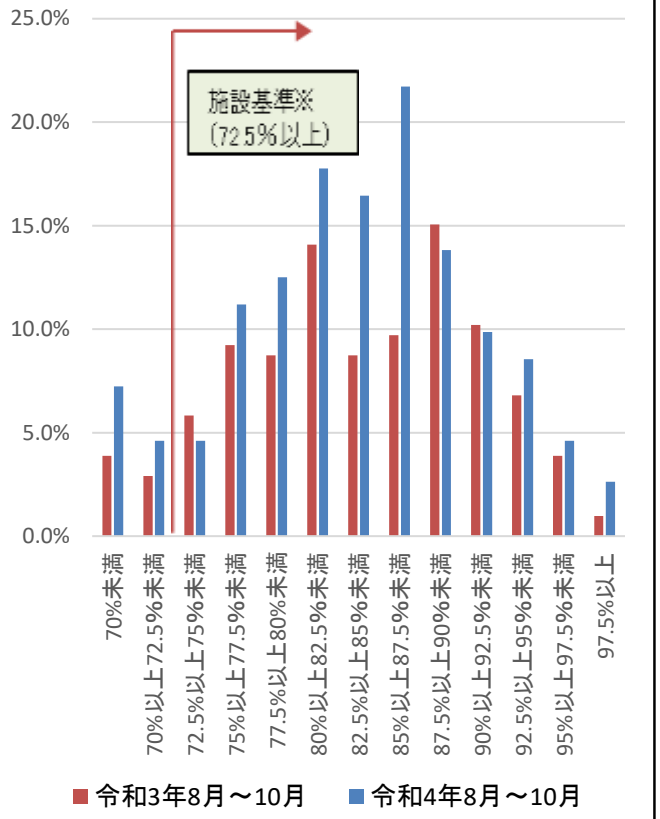
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

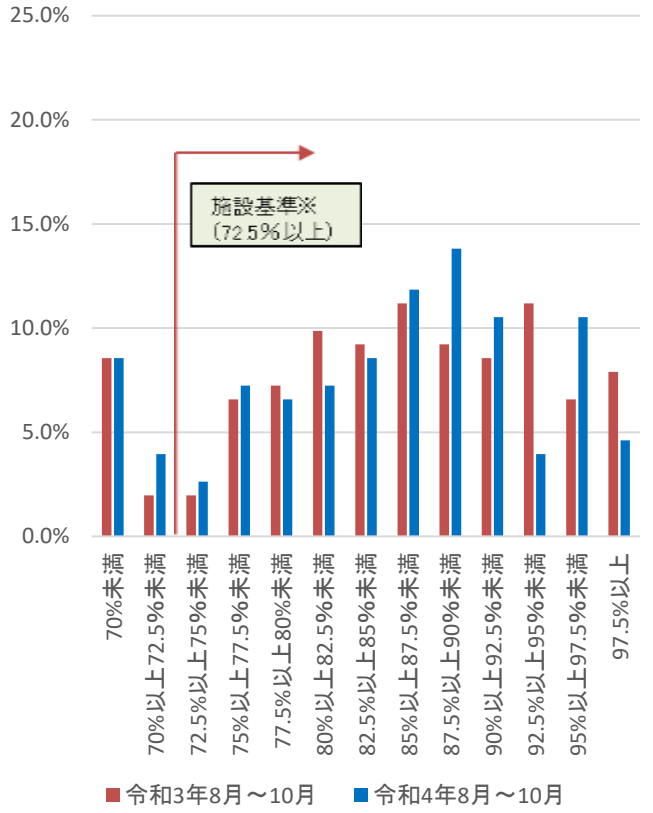
診調組　入－１
５．６．８

○　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。

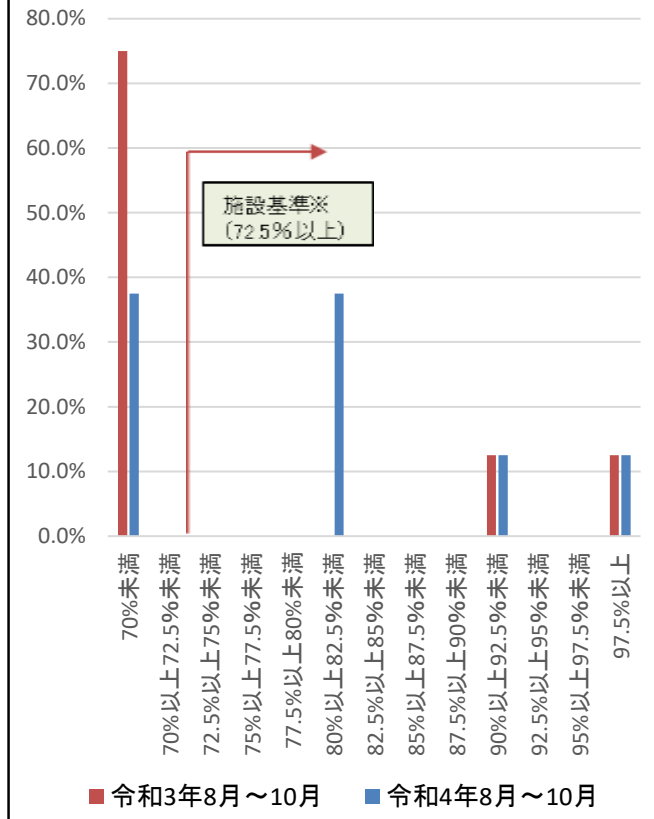
地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料１　(n=206)



地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料2(n=152)



地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料3・4　(n=8)



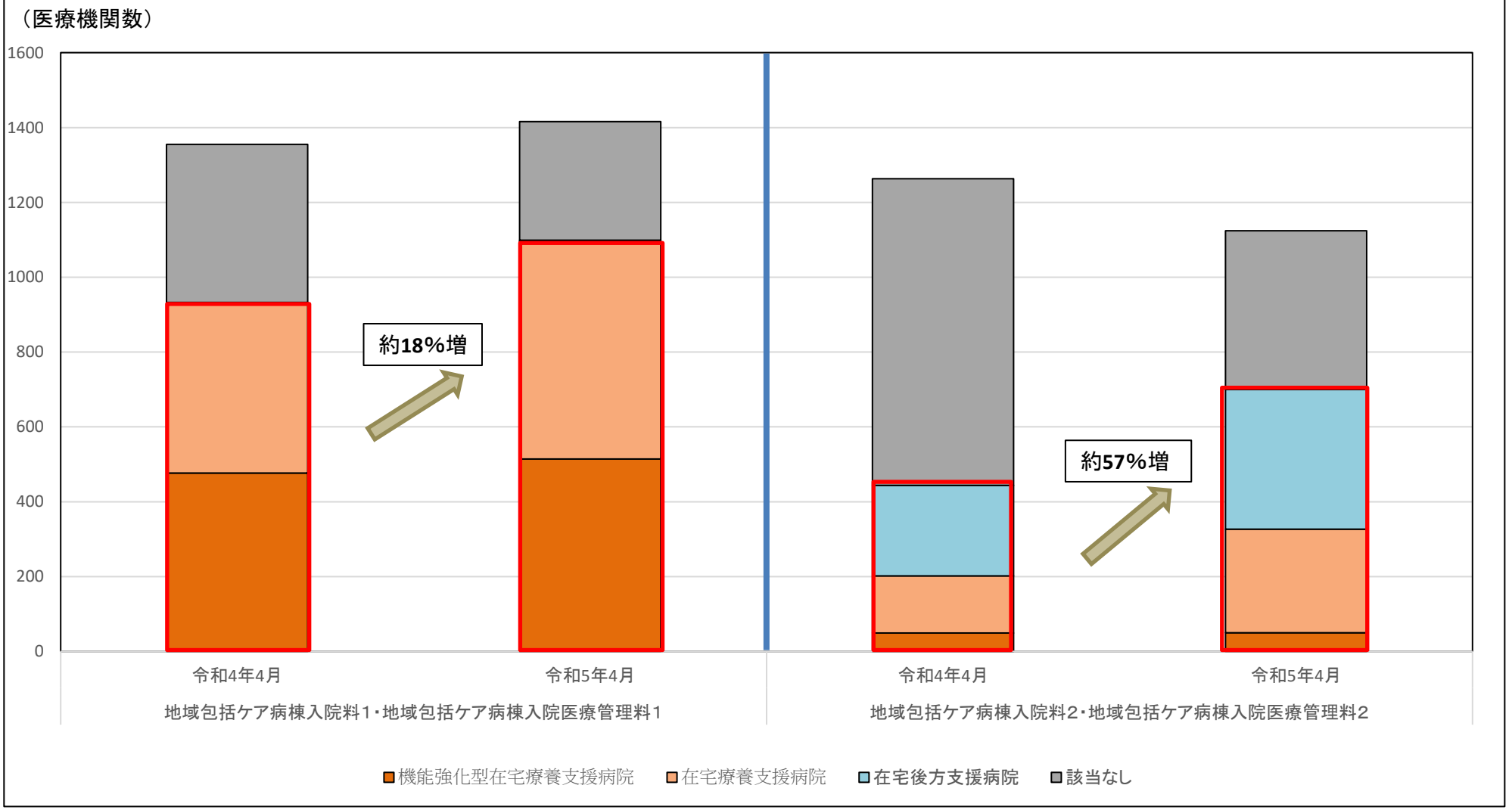
※令和４年度診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料１・２については在宅復帰率が70%→72.5%以上、地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料３・４については在宅復帰率が70%以上が要件となった。

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）

地域包括ケア病棟における在宅療養支援病院等の届出状況について

○ 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている医療機関において、在宅療養支援病院及び在宅療養後方支援病院の届出状況の推移は以下のとおり。

診調組　入－１
５．７．６



出典：保険局医療課調べ

提供する在宅医療等の組み合わせ

○ 地域包括ケア病棟を有する病院から提供する在宅医療等の組み合わせは以下のとおり。
○ 在宅患者訪問診療料の算定実績がある施設において、入院料1・3では訪問リハビリテーションや訪問看護等の算定実績がある施設が多く、入院料2・4では退院時共同指導等や訪問介護の算定実績がある施設が多い。

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１・３を算定する医療機関における、在宅医療等の提供の組み合わせ

	1)在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定実績あり	2)訪問看護等の提供実績あり	3)訪問リハビリテーション（医療保険・介護保険）の提供実績あり	4)訪問介護の提供実績あり	5)退院時共同指導・在宅患者共同指導の実績あり
1)在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定実績あり（n=272）		47%	50%	13%	16%
2)訪問看護等の提供実績あり（n=147）	86%		52%	22%	23%
3)訪問リハビリテーション（医療保険・介護保険）の提供実績あり（n=151）	91%	51%		18%	18%
4)訪問介護の提供実績あり（n=40）	88%	83%	68%		13%
5)退院時共同指導・在宅患者共同指導の実績あり（n=53）	81%	64%	51%	9%	

注）訪問看護等には、以下を含む

【病院からの訪問看護等の提供実績】
・在宅患者訪問看護・指導料
・同一建物居住者訪問看護・指導料
・精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）・（Ⅲ）
・退院後訪問指導料
・介護保険の指定訪問看護事業所としての訪問看護費
【同一敷地内または隣接する敷地内の訪問看護ステーションによる訪問看護の提供実績】
・訪問看護療養費または精神科訪問看護療養費
・介護保険法に規定する訪問看護費

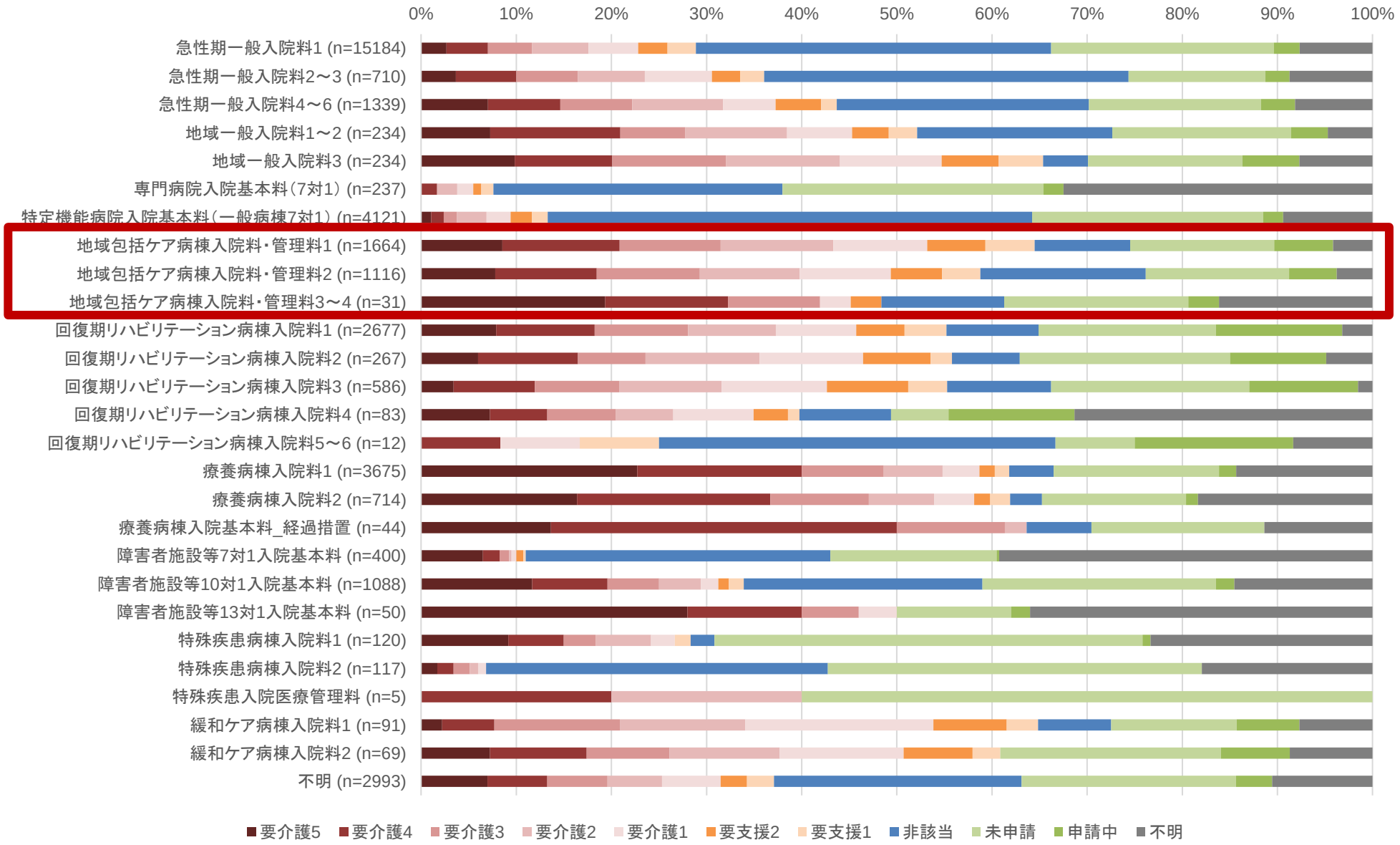
■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２・４を算定する医療機関における、在宅医療等の提供の組み合わせ

	1)在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定実績あり	2)訪問看護等の提供実績あり	3)訪問リハビリテーション（医療保険・介護保険）の提供実績あり	4)訪問介護の提供実績あり	5)退院時共同指導・在宅患者共同指導の実績あり
1)在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定実績あり（n=132）		30%	22%	52%	62%
2)訪問看護等の提供実績あり（n=67）	60%		48%	12%	27%
3)訪問リハビリテーション（医療保険・介護保険）の提供実績あり（n=60）	48%	53%		18%	20%
4)訪問介護の提供実績あり（n=83）	83%	10%	13%		94%
5)退院時共同指導・在宅患者共同指導の実績あり（n=108）	76%	17%	11%	72%	

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）

入院料ごとの要介護度別の患者割合

診調組　入－１
５．６．８改



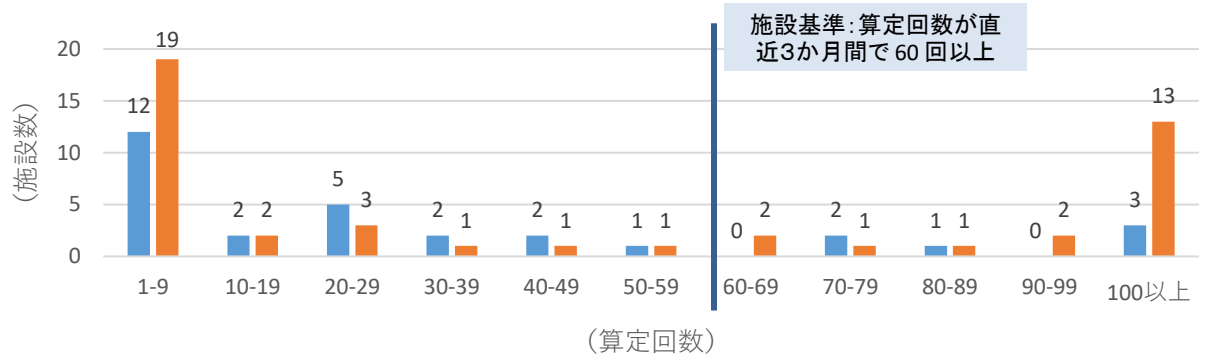
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

提供する在宅医療等のうち病院からの訪問看護等の提供状況

○ 地域包括ケア病棟を有する病院から訪問看護・指導等を提供している割合は、入院料1・3又は入院料2・4でいずれも1割程度であるが、入院料2・4の方が入院料1・3と比較して算定回数が多かった。
○ 現在の基準である医療保険による訪問看護・指導料の算定回数に、退院後訪問指導料や介護保険のみなし指定訪問看護事業所としての訪問看護費の算定回数を加えると、いずれも算定回数が100回以上の施設数が大きく増加していた。

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１・３届出医療機関

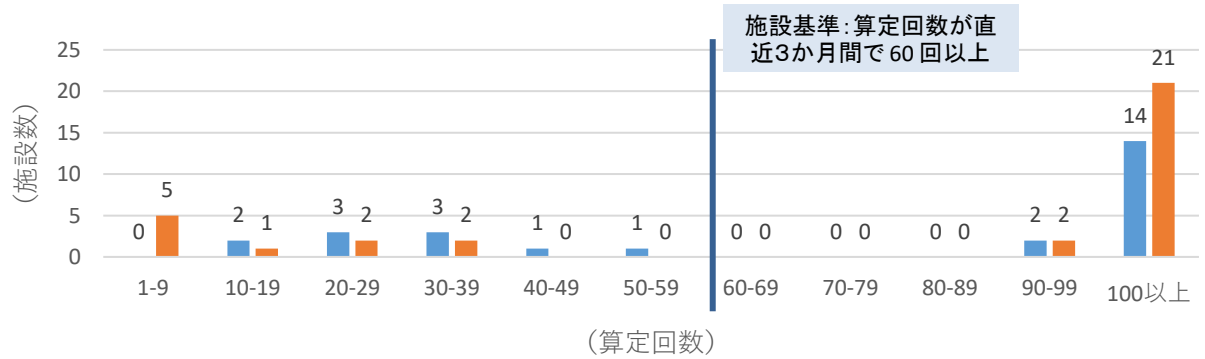
①病院からの訪問看護・指導等（※）の提供実績（令和４年８月～10月の３か月間の算定回数）



	n数（地ケア1・3算定医療機関に占める割合）	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
（ｉ）	30（9.6%）	51.4	24	20.0%
（ii）	46（14.6%）	122.1	28.5	―

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２・４届出医療機関

①病院からの訪問看護・指導等（※）の提供実績（令和４年８月～10月の３か月間の算定回数）



	n数（地ケア2・4算定医療機関に占める割合）	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
（ｉ）	26（11.3%）	440.5	102	61.5%%
（ii）	33（14.3%）	487.0	155	―

（※）
（ｉ）在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）（Ⅲ）の算定回数
（ii）（ｉ）に加えて、退院後訪問看護指導料及び介護保険のみなし指定訪問看護事業所としての訪問看護費の算定回数

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）

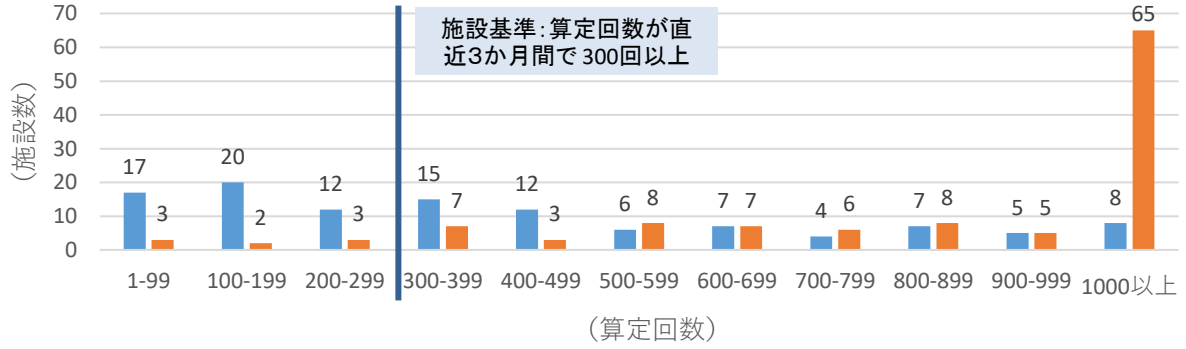
提供する在宅医療等のうち訪問看護ステーションからの訪問看護の提供状況

○ 地域包括ケア病棟を有する病院の併設訪問看護ステーションから訪問看護を提供している割合は、入院料1・3の場合は約4割、入院料2・4の場合は約2割であり、算定回数はいずれもばらついていた。
○ 現在の基準である医療保険による訪問看護療養費の算定回数に、介護保険の（介護予防）訪問看護費の算定回数を加えると、いずれも算定回数が1,000回以上の施設数が大きく増加した。

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１・３算定医療機関

②併設する訪問看護ステーションからの訪問看護等（※）の提供実績

（令和４年８月～10月の３か月間の算定回数）

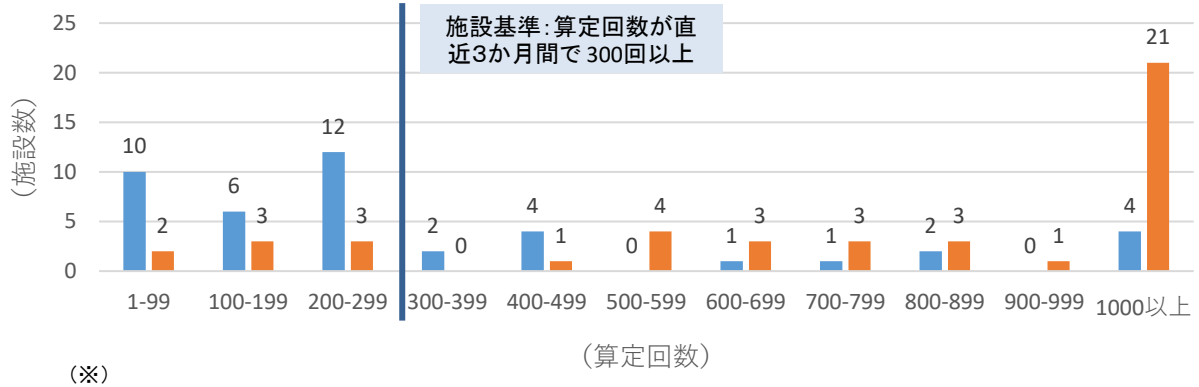


	n数（地ケア1・3算定医療機関に占める割合）	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
（ⅰ）	113（36.0%）	582.1	331	56.6%
（ⅱ）	117（37.3%）	1,505.6	1,190	ー

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２・４算定医療機関

②併設する訪問看護ステーションからの訪問看護等（※）の提供実績

（令和４年８月～10月の３か月間の算定回数）



	n数（地ケア2・4算定医療機関に占める割合）	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
（ⅰ）	42（18.2%）	362.7	242.5	33.3%
（ⅱ）	44（19.0%）	1,126.8	898.4	ー

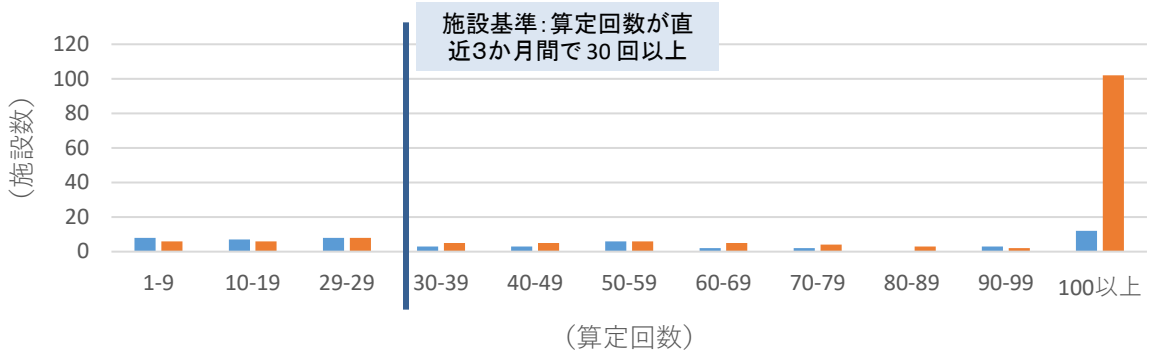
（※）
（ⅰ）訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護療養費の算定回数
（ⅱ）（ⅰ）に加えて、介護保険法に規定する（介護予防）訪問看護費（訪問看護ステーションの場合のみ）の算定回数

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）

提供する在宅医療等のうち訪問リハビリテーションの提供状況

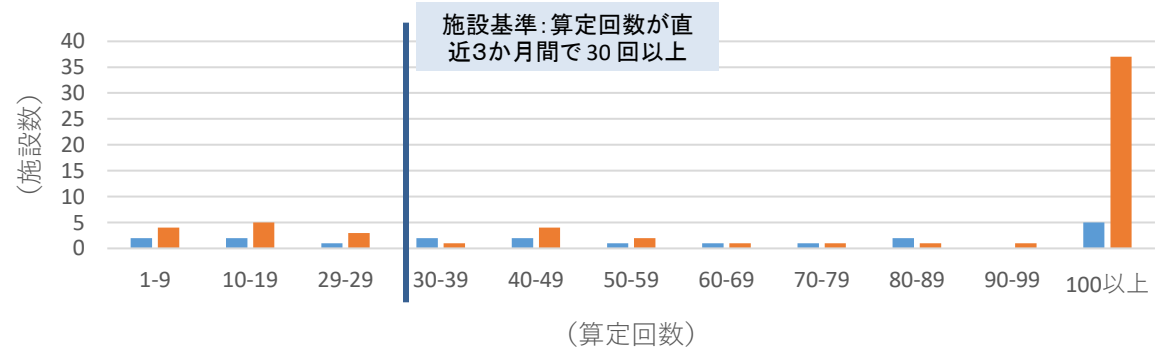
○ 地域包括ケア病棟を有する病院から訪問リハビリテーションを提供している割合は、入院料1・3の場合は約2割、入院料2・4の場合は約1割であり、算定回数はいずれもばらついていた。
○ 現在の基準である医療保険による訪問看護・指導料の算定回数に、退院後訪問指導料や介護保険のみなし指定訪問看護事業所としての訪問看護費の算定回数を加えると、いずれも算定回数が100回以上の施設数が大きく増加していた。

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１・３を算定医療機関 訪問リハビリテーションの提供実績（令和４年８月～10月の３か月間の算定回数）



	n数（地ケア1・3算定医療機関に占める割合）	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における値		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
（ｉ）	54（17.2%）	78.4	41	57.4%
（ii）	152（48.4%）	566.0	268.5	―

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２・４を算定医療機関 訪問リハビリテーションの提供実績（令和４年８月～10月の３か月間の算定回数）



	n数（地ケア1・3算定医療機関に占める割合）	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における値		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
（ｉ）	19（8.2%）	78.0	59	73.7%
（ii）	60（26.0%）	646.0	192	―

（※2）
（ｉ）在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数
（ii）（ｉ）に加えて、介護保険法に規定する（介護予防）訪問リハビリテーション費の算定回数

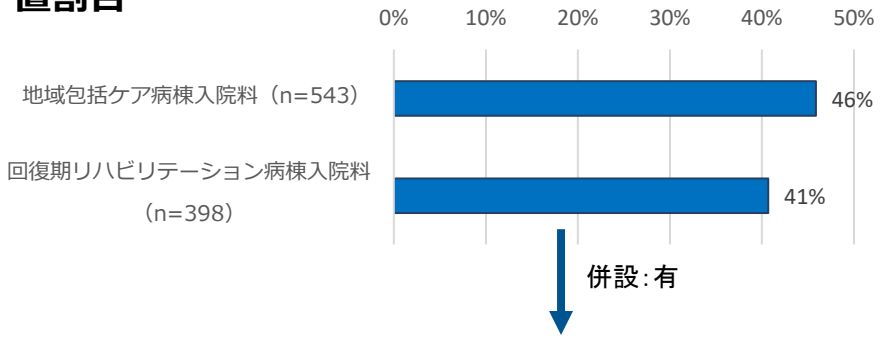
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟を有する病院における訪問看護

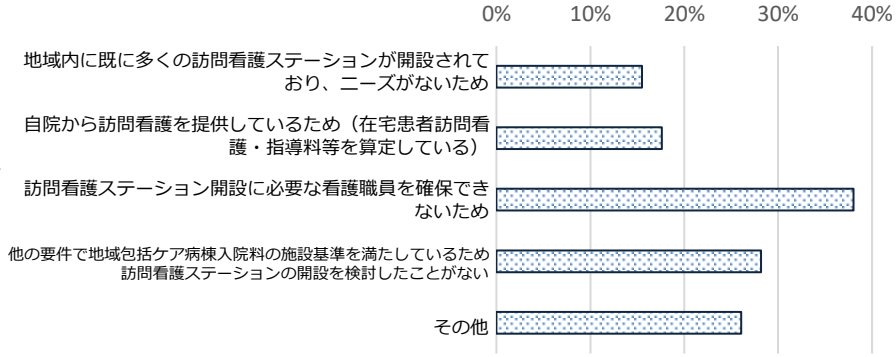
診調組　入－１
５．６．８

○ 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。

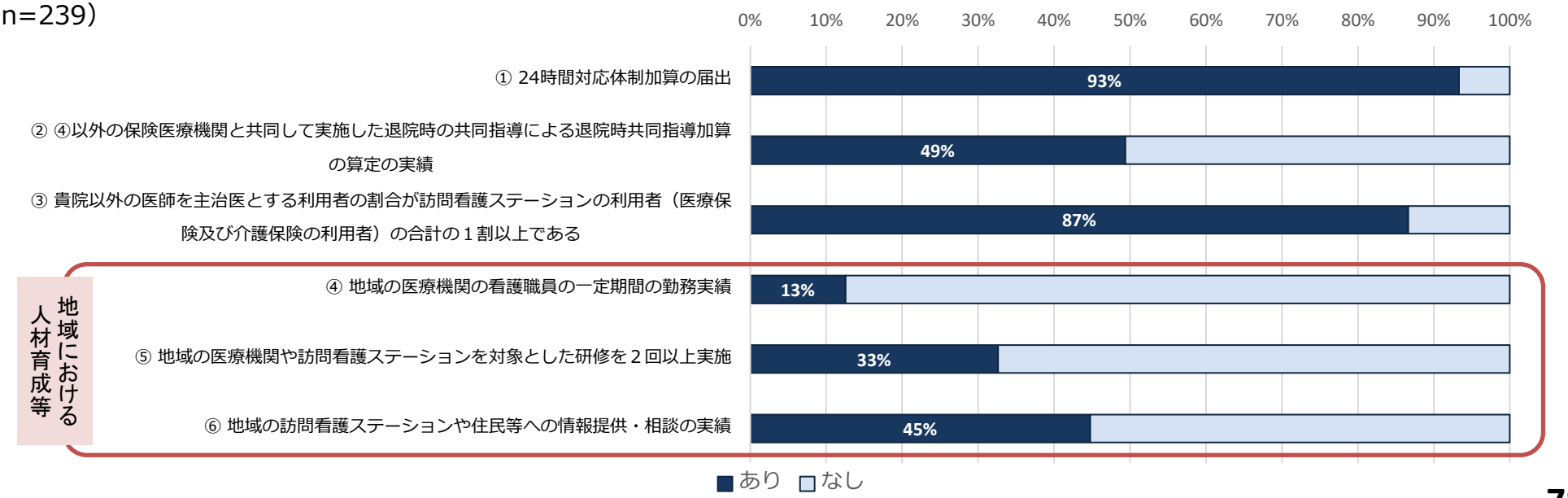
■同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション設置割合



■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））

２．地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

２－１　概要について

２－２　地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

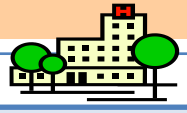
２－３　地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

２－４　地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

２－５　地域包括ケア病棟の在宅医療等との連携について

２－６　入退院支援について

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

入退院支援加算の概要

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］

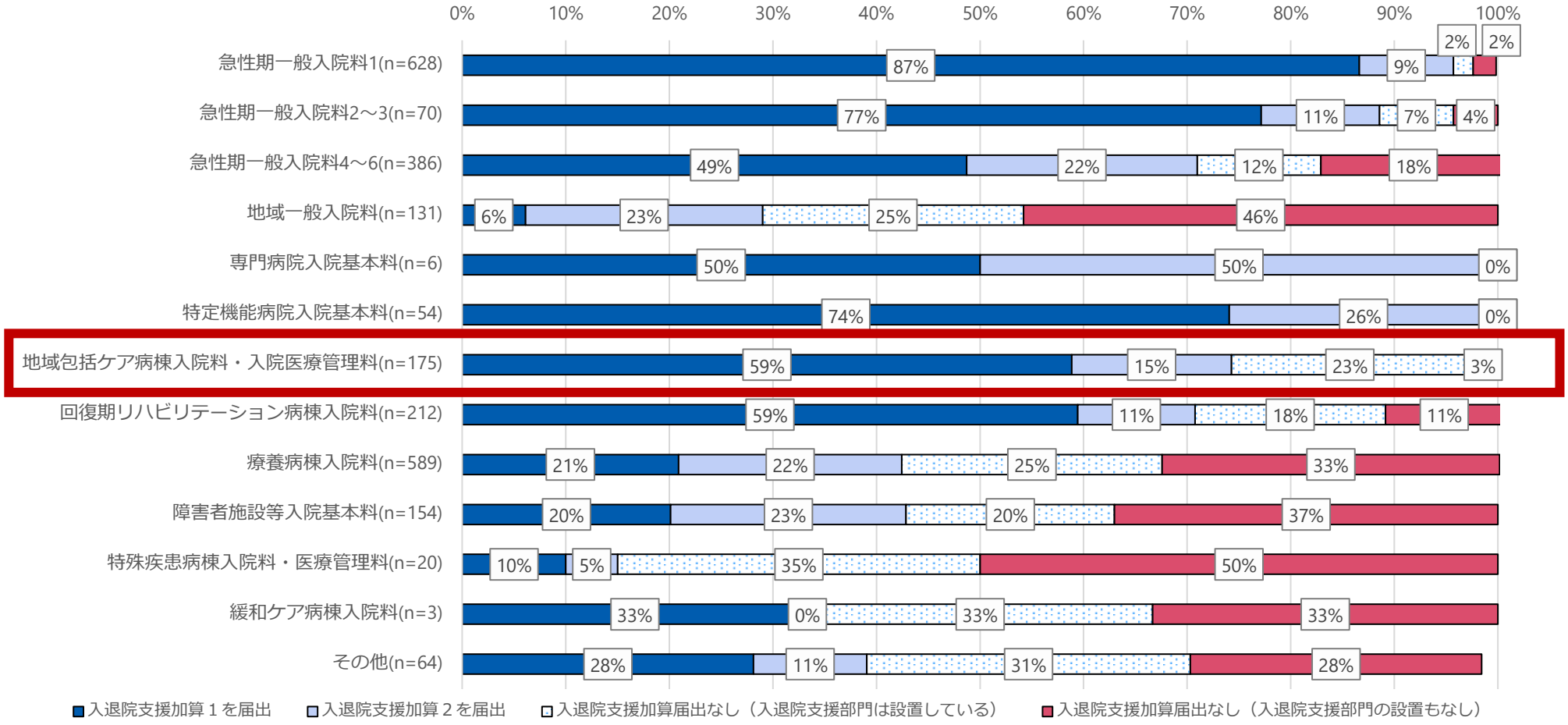
	入退院支援加算１	入退院支援加算２	入退院支援加算３
退院困難な要因	ア．悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ．緊急入院 ウ．要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ．家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ．生活困窮者であること カ　入院前に比べＡＤＬが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ．排泄に介助を要すること ク．同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ．退院後に医療処置が必要 コ．入退院を繰り返している サ　入院治療を行っても長期的な低栄養状態になるこ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

診調組　入－１
５．６．８改

○　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

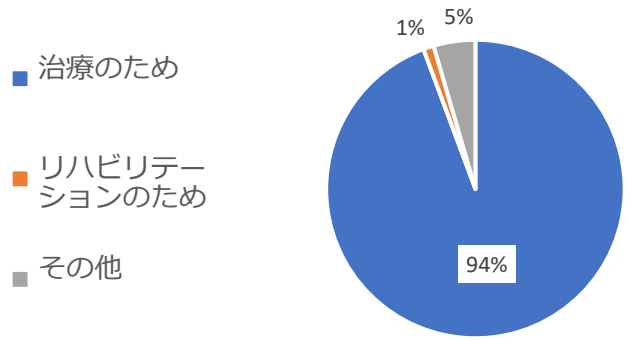
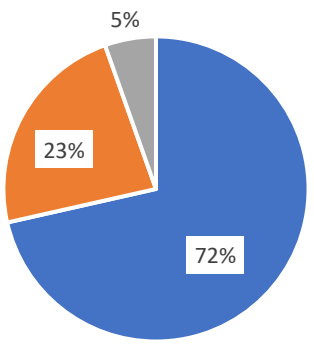
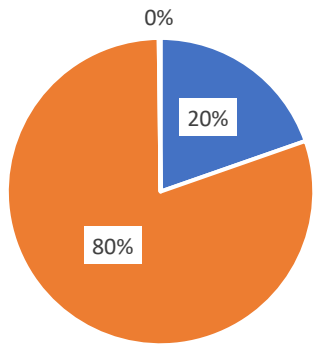


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院料別の入院患者の特徴

診調組　入－１
５．７．２０改

○　急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。

		急性期一般入院料 急性期１	急性期一般入院料 急性期２・３	急性期一般入院料 急性期４～６	地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
平均在院日数		11.7日	14.9日	13.8日	26.9日	66.0日
予定・緊急入院区分	予定	38.1%	35.0%	35.5%	45.6%	82.7%
	緊急（救急車等）	34.4%	37.2%	30.2%	19.4%	9.2%
	緊急（外来初再診後）	27.4%	27.8%	34.4%	34.9%	8.1%
入棟前の場所	他院（有床診含む）	4%	5%	8%	19%	65%
	自院の他病棟	12%	10%	3%	27%	24%
	その他	84%	86%	89%	54%	11%
入院中の手術の実施		43.4%	42.8%	38.8%	17.9%	10.5%
入院の理由						

出典：平均在院日数：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）
その他の項目：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○　入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「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）」の割合が高かった。

	急性期一般入院料1(n=356)	急性期一般入院料2～3(n=46)	急性期一般入院料4～6(n=170)	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(n=82)	回復期リハビリテーション病棟入院料(n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 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	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 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こと	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 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）	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 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	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 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	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

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）

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

○　入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
○　連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

■入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

急性期一般病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
② うち、病院	8	2	17	0	14.3
③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9

地域包括ケア病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
② うち、病院	4	1	11	0	8.5
③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

（※）連携機関
① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）であり、
かつ
② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの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
施設等をいう。

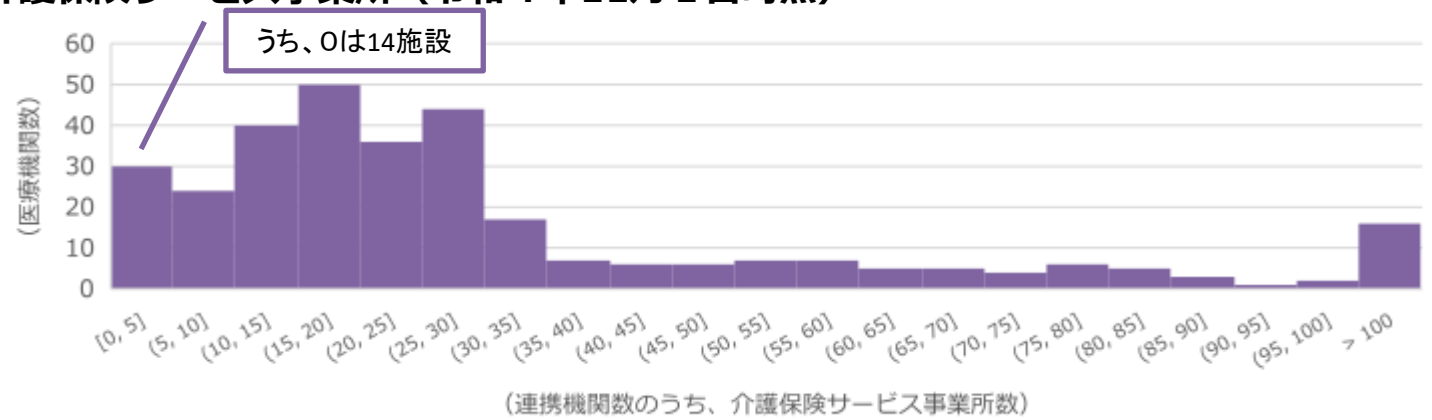
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

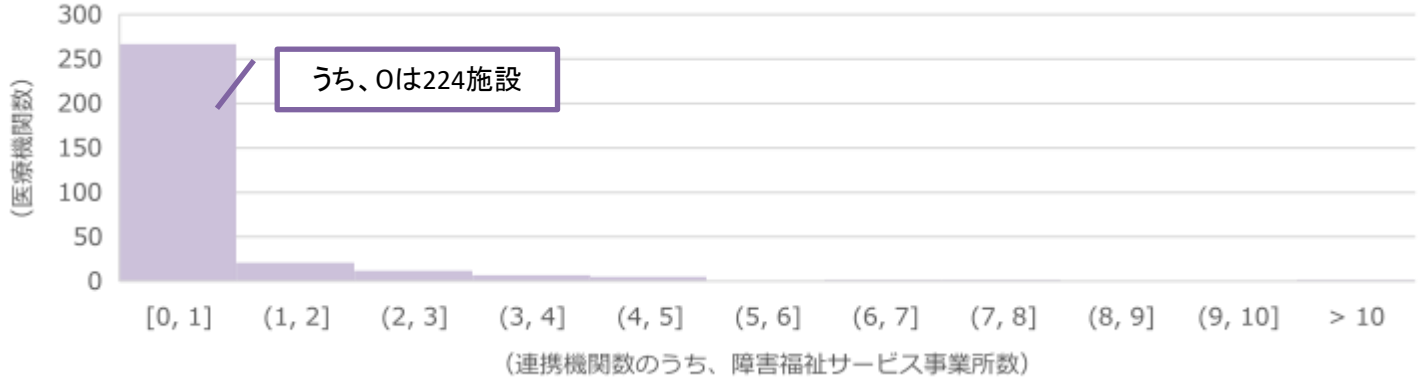
○ 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
○ 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある

■地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算１を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布（n=321）

① 介護保険サービス事業所（令和４年11月１日時点）



② 障害福祉サービス事業所（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）

入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）（抄）

Ⅱ．検討結果の概要

13．横断的個別事項について

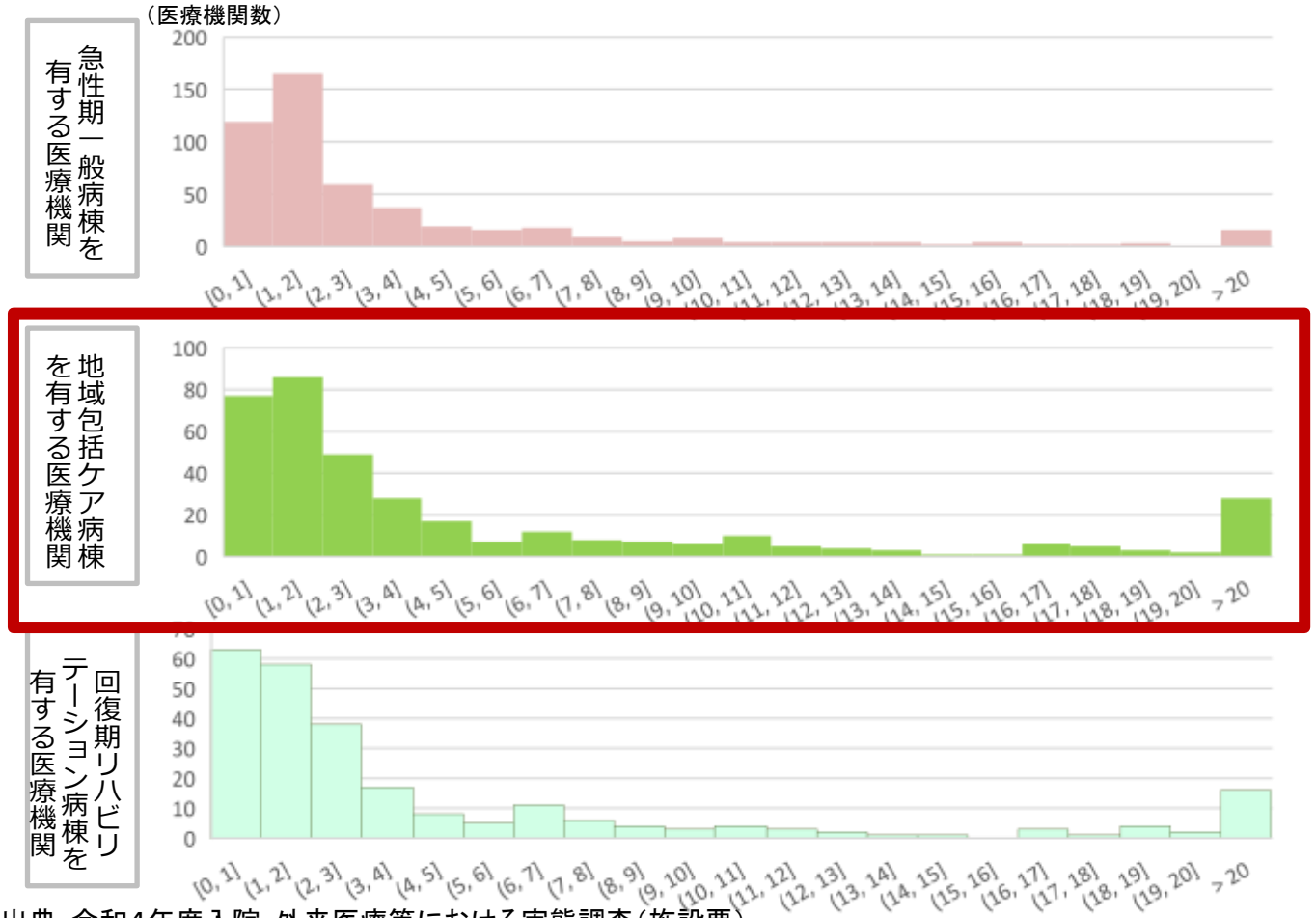
13－2．入退院支援について

・ 入院料別の対象者や施設の特徴を踏まえた入退院支援という視点は非常に重要な視点。急性期はより病院や診療所との連携が必要であり、**地域包括ケア病棟**や回復期リハビリテーション病棟**に関しては、介護保険や障害福祉サービスとの連携がより進むべきではないか**との指摘があった。

入退院支援加算１届出医療機関における介護支援等連携指導料の算定回数

○　入退院支援加算1届出医療機関における、算定対象病床数に対する介護支援等連携指導料の算定回数の分布は、以下のとおり。
○　地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、算定対象病床数に対して介護支援等連携指導料の算定回数が多い医療機関が一定数ある。

■（介護支援等連携指導料の算定回数）／（「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.1 を乗じた数の合計）（令和３年11月１月～令和４年10月31日）



（※）入退院支援加算1における介護支援等連携指導料に係る施設基準

過去１年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。

ア「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.1 を乗じた数の合計

イ「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に 0.05 を乗じた数

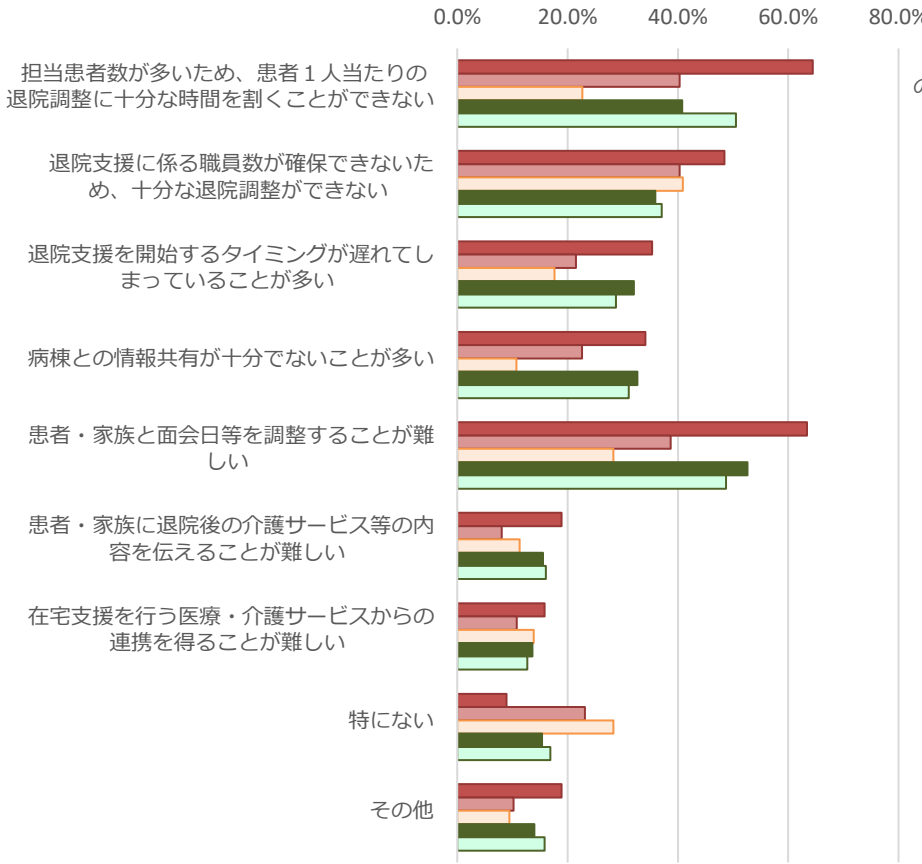
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院料別の退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

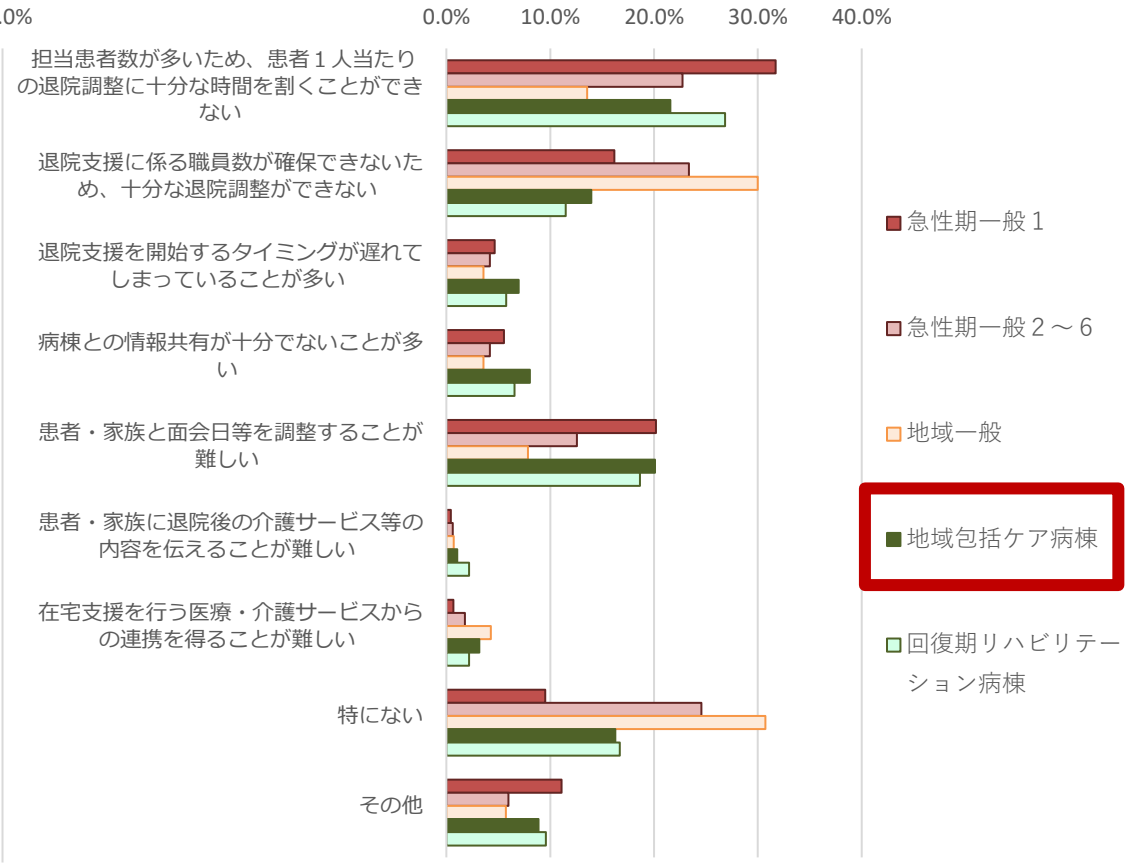
診調組　入－１
５．７．２０改

○　退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項は、届出入院料によりやや異なるが、急性期一般入院料１、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、「患者１人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」等の割合が高かった。

■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（最も該当するもの）



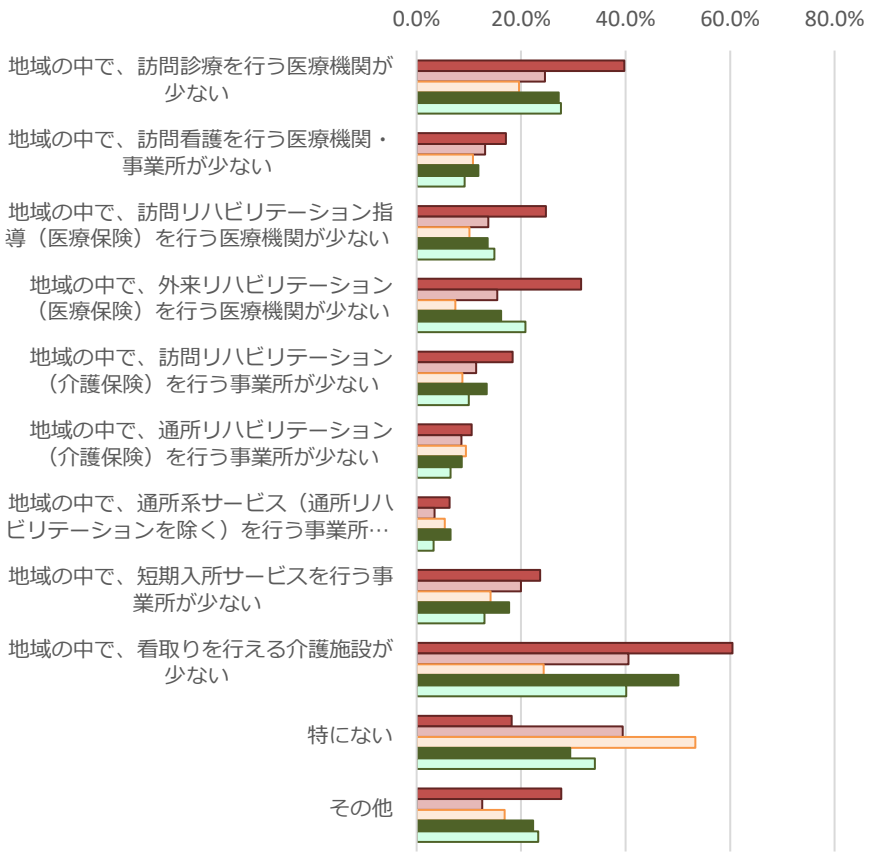
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院料別の退院を困難にしている事項

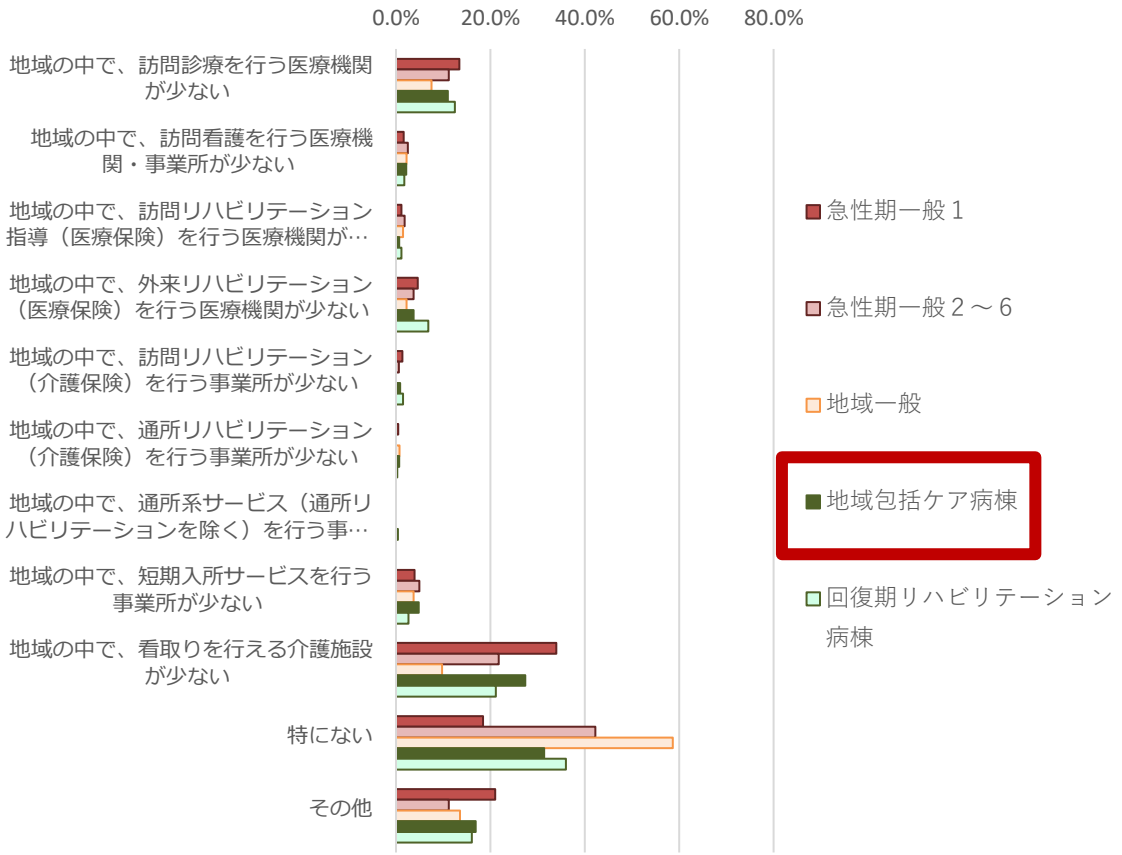
診調組　入－１
５．７．２０改

○　その他に退院を困難にしている事項は、「特にない」を除くと、いずれの入院料においても、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」の割合が高かった。

■その他に退院を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



■その他に退院を困難にしている事項（最も該当するもの）



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）

３．回復期リハビリテーション病棟入院料について

３－１　概要について

３－２　回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について

３－３　回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について

３－４　回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について

３－５　退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について

３－６　回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

３－７　回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について

３－８　地域貢献活動について

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）

【入院料１・２の実績】
・　重症割合**４割**以上
・　重症者の４点以上回復が３割以上
・　自宅等退院　７割以上

【入院料３・４の実績】
・　重症割合**３割**以上
・　重症者の３点以上回復が３割以上
・　自宅等退院　７割以上

2,129点
実績指数
４０
入院料１・２の実績

2,066点
入院料１・２の実績

1,899点
実績指数
３５
入院料３・４の実績

1,841点
入院料３・４の実績

【入院料１・２の体制】
・看護職員13対１
・社会福祉士１名
・PT３名、OT２名、ST１名

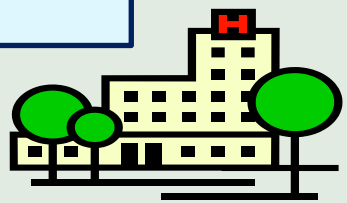
【基本部分】
・看護職員配置　１５対１
・ＰＴ２名、ＯＴ１名

入院料１　入院料２　入院料３　入院料４

実績要件を満たし届出

1,678点
入院料５

新規届出



入院料５については、届出から**２年間に限り届出可**

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年間に限り届け出ることができる。
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。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

入院料の評価体系の再編

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料を再編し、入院料５を廃止するとともに、現行の入院料６を新たな入院料５として位置付ける

- 新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定する場合は、**算定を開始した日から２年間に限り算定する**ことができることとする。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料】
［算定要件］（概要）
5　回復期リハビリテーション病棟入院料５　　1,736点
6　回復期リハビリテーション病棟入院料６　　1,678点

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】
［算定要件］（概要）
（新）５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,678点
（削除）

【経過措置】
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、令和５年３月31日までの間、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を算定できることとする。

重症の患者割合に係る要件の見直し

➢ 重症の患者割合の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料１から４までに係る施設基準における新規入院患者のうちの、**重症の患者の割合を見直し**、回復期リハビリテーション病棟**入院料１及び２については４割以上**、回復期リハビリテーション病棟**入院料３及び４については３割以上**とする。

【経過措置】
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１、２、３又は４の届出を行っている病棟については、同年９月30日までの間、当該基準を満たすものとみなす。

医療機関の体制に係る要件等の見直し

➢ 第三者評価について

- 回復期リハビリテーション病棟**入院料１又は３**について、**公益財団法人日本医療機能評価機構等による第三者の評価を受けていることが望ましいこととする**。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

➢ 回復期リハビリテーションを要する状態について、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」を追加し、算定上限日数を90日以内とする。

	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
回復期リハビリテーション病棟入院料に入院する患者	1　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	○　算定開始日から起算して**150日以内** ○　高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して**180日以内**
	2　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	○　算定開始日から起算して**90日以内**
	3　外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	○　算定開始日から起算して**90日以内**
	4　大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態	○　算定開始日から起算して**60日以内**
	5　股関節又は膝関節の置換術後の状態	○　算定開始日から起算して**90日以内**
	（新）　6　急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	○　算定開始日から起算して**90日以内**

回復期リハビリテーション病棟の経緯①（平成24年度診療報酬改定まで）

中医協　総－４
５．７．５

平成12年	○ リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、回復期リハビリテーション病棟入院料を新設	[主な施設基準]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上
平成18年	○ 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大	○一律180日としていた算定上限を、リハビリテーションを要する状態ごとに60～180日に設定 ○提供単位上限の引き上げ（6単位→9単位）
平成20年	○入院料の施設基準に質の評価を導入 重症者の受け入れと居宅等への復帰率に関する要件を追加	○入院料1に重症患者回復病棟加算を新設 [施設基準]重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善すること ○医師の病棟専従配置を緩和
平成22年	○「提供すべき単位数」の設定 ○休日リハビリテーション加算の新設 [施設基準]休日を含め、週7日以上リハビリテーションを提供できる体制の整備	○リハビリテーション充実加算の新設 [施設基準]1日当たり6単位以上のリハビリテーションが行われていること
平成24年	○回復期リハビリテーション病棟入院料1を新設 [主な施設基準]専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	○重症患者回復病棟加算の包括化 ○包括範囲の見直し 人工腎臓等を包括外に見直し

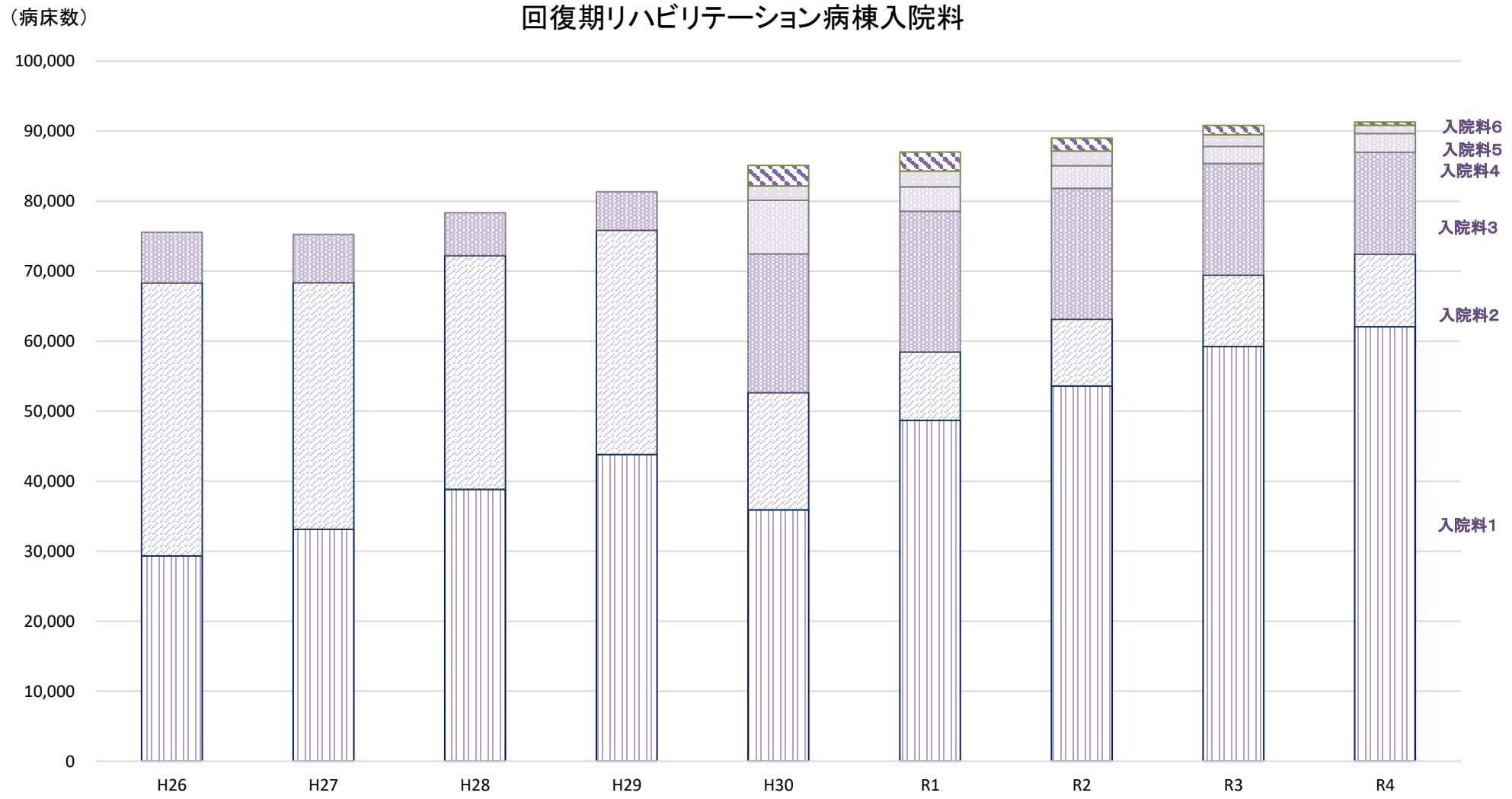
回復期リハビリテーション病棟の経緯②（平成26～令和4年度診療報酬改定）

中医協　総－４
５．７．５

平成26年	○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化	○入院料1に体制強化加算を新設 [施設基準]専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上
平成28年	○ADLの改善（FIM得点）に基づくアウトカム評価を導入	○入院料1に体制強化加算2を新設 [施設基準]専従の常勤医師2名以上（一定程度病棟外業務にも従事可能）
平成30年	○入院料を6区分に見直し ○基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を導入	
令和2年	○入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し ○入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除 ○管理栄養士の配置に係る要件の見直し	○特定機能病院での届出を原則不可とした
令和4年	○入院料5を廃止し、入院料6を新たな入院料5として位置づけの変更 ○入院料1～4における重症患者割合の見直し ○入院料1及び入院料3における第三者の評価を受けていることに係る評価の導入	○回復期リハビリテーションを要する状態の見直し ○特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の新設

入院料別の届出病床数の推移

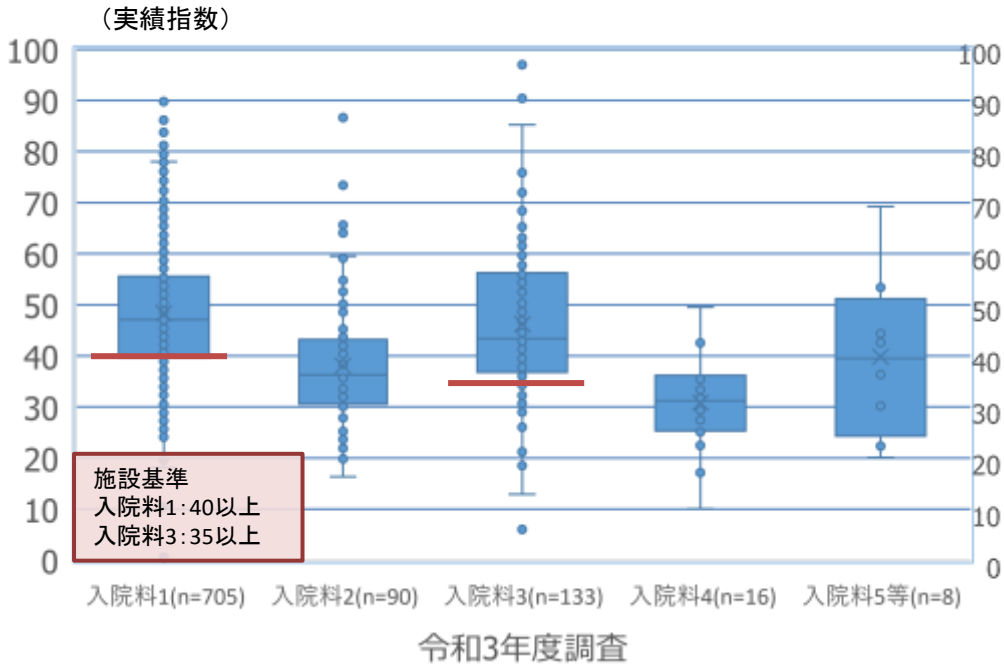
○　回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は増加傾向であった。

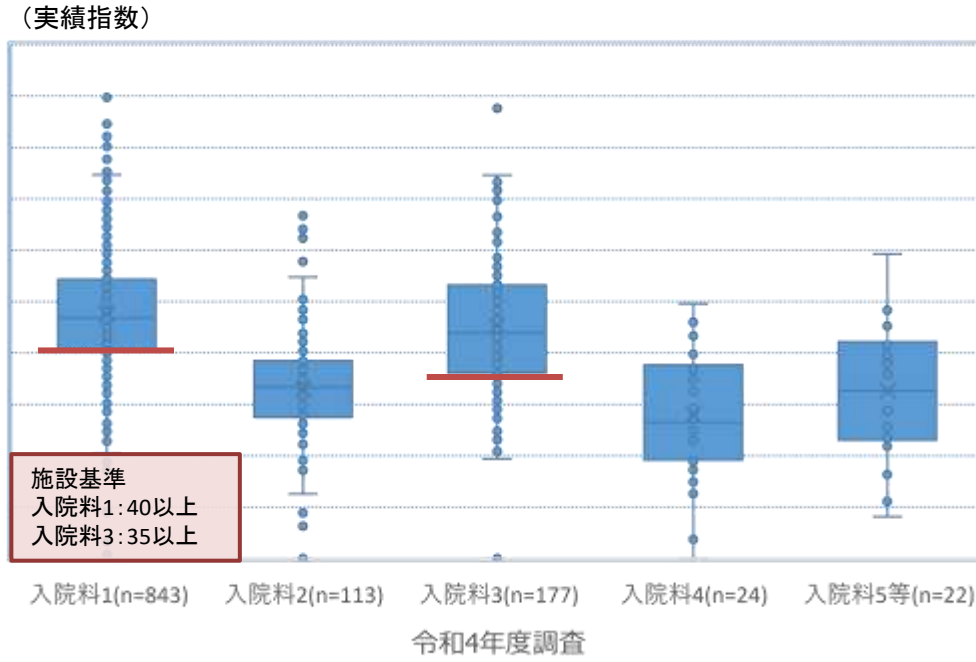


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

実績指数について

○　回復期リハビリテーション病棟入院料別の実績指数について、令和3年度調査時と令和4年度調査時を比較すると大きな変化はなく、入院料1及び3においては、施設基準を下回る施設も存在する。





実績指数について

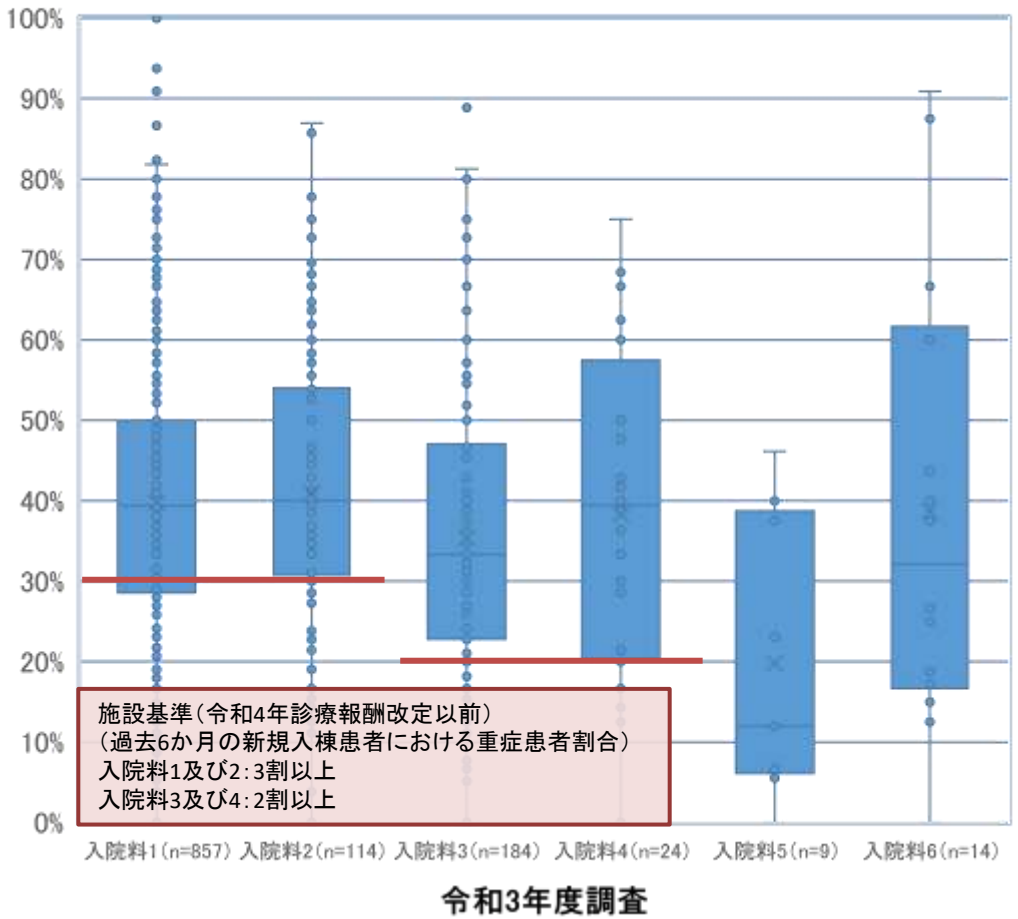
○　3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\text{（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）}}{\left(\dfrac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)}$$

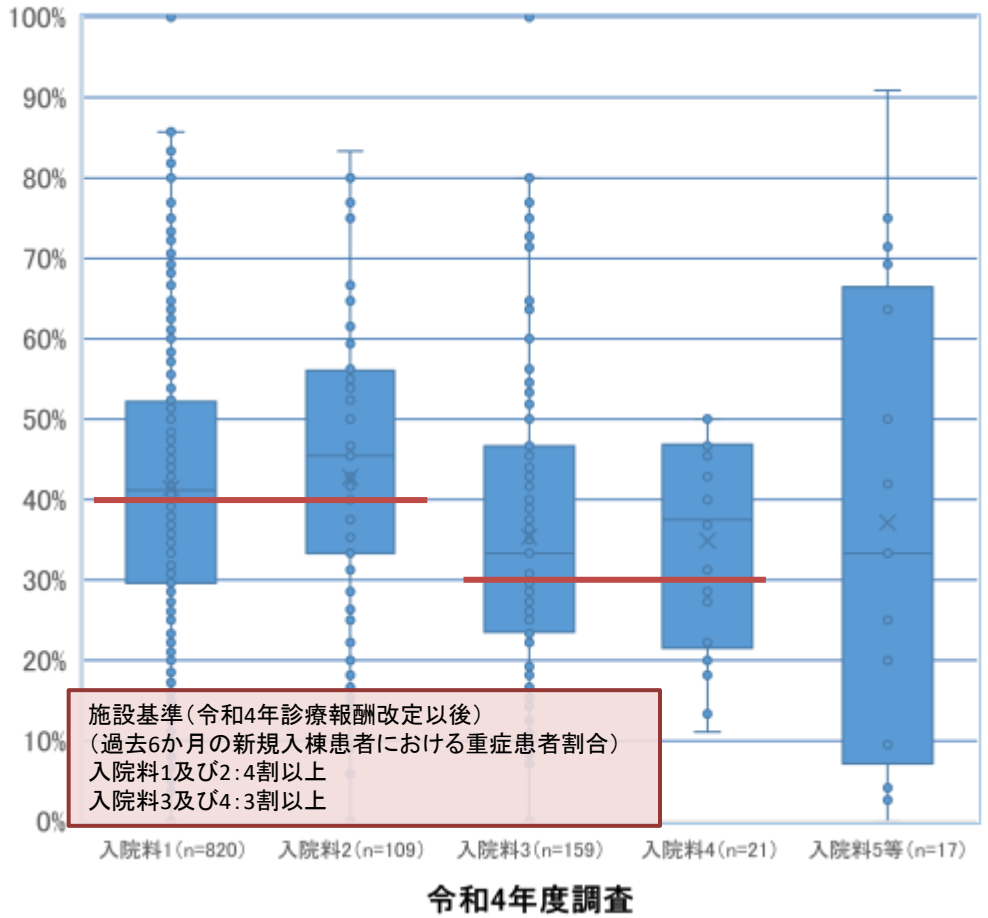
出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2021年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」及び2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

FIMによる重症患者の割合について

○　入院料別のFIMによる重症患者の割合について、令和3年度調査時と令和4年度調査時を比較すると大きな変化はなく、令和4年度調査においても重症の患者の割合が入院料1及び2で4割未満、入院料3及び4で3割未満の医療機関が存在する。



令和3年度調査



令和4年度調査

※FIMによる重症患者：FIMが55点以下の患者

出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2021年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」及び2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

これまでの中医協総会等における回復期リハビリテーション病棟に係る主な意見①

＜中医協総会＞

○ 回復期リハビリテーション病棟においては、重症度の高い患者の受け入れの促進とともに、入退棟時のＦＩＭの改善のみならず、退院後に在宅医療を受ける場合や施設に入所する場合において、ＡＤＬが維持されるような取組が重要。

○ 回復期リハビリテーション病棟におけるＦＩＭの第三者評価の義務化も視野に入れつつ、実績に基づく評価を更に推進すべき。

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）①＞

○　運動器疾患に対するリハビリテーションについて、実施単位数に応じた評価について検討が必要であるとの指摘があった。

○　回復期リハビリテーション病棟におけるデータ提出加算の提出データ項目であるＦＩＭについて、入院期間中の定期的な提出を求めてはどうかとの指摘があった。

○　体制強化加算について、効果が大きく出ていないことから、見直しの必要があるのではないかとの指摘があった。

○　第三者機能評価について、施設基準の厳格化を図るべきであるとの指摘があった一方、ＦＩＭの適切な評価に係る取組の推進に着目して検討するのが良いのではないかとの指摘もあった。

これまでの中医協総会等における回復期リハビリテーション病棟に係る主な意見②

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）②＞

○　退院前訪問指導を推進すべきであるとの指摘の一方、多職種のマンパワーを要すること、遠方の患者等で自宅に訪問するのが困難なケースも踏まえ、ＩＣＴの活用や地域の医療機関との連携も考慮すべきとの指摘があった。

○　また、退院後の患者について、リハビリテーションの提供が途絶えてＡＤＬが低下しないように訪問リハビリテーション等を提供できるような体制の整備が必要であるとの指摘があった。

○　入院栄養食事指導を実施していない回復期リハビリテーション病棟１については、必要な患者に実施するよう改善を求めるべきとの指摘があった。

○　身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があった。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。

○　栄養食事指導や退院前訪問指導のように、回復期リハビリテーション病棟として当たり前のことが確実に実施されるよう促す仕組みを検討すべきとの指摘があった。

○　回復期リハビリテーション病棟は自宅等への復帰を目指すことを目的としており、回復期リハビリテーション病棟の地域貢献活動への参加を促すような評価が必要ではないか。また、現在の取組状況は回復期リハビリテーション病棟１で61%と高いとは言えず、向上を目指すべきとの指摘があった。

３．回復期リハビリテーション病棟入院料について

- ３－１　概要について
- ３－２　回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について
- ３－３　回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について
- ３－４　回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について
- ３－５　退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について
- ３－６　回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について
- ３－７　回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について
- ３－８　地域貢献活動について

日常生活動作（ADL）の指標　FIMの概要

○　回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
○　FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」５項目から構成されており、各項目が７段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

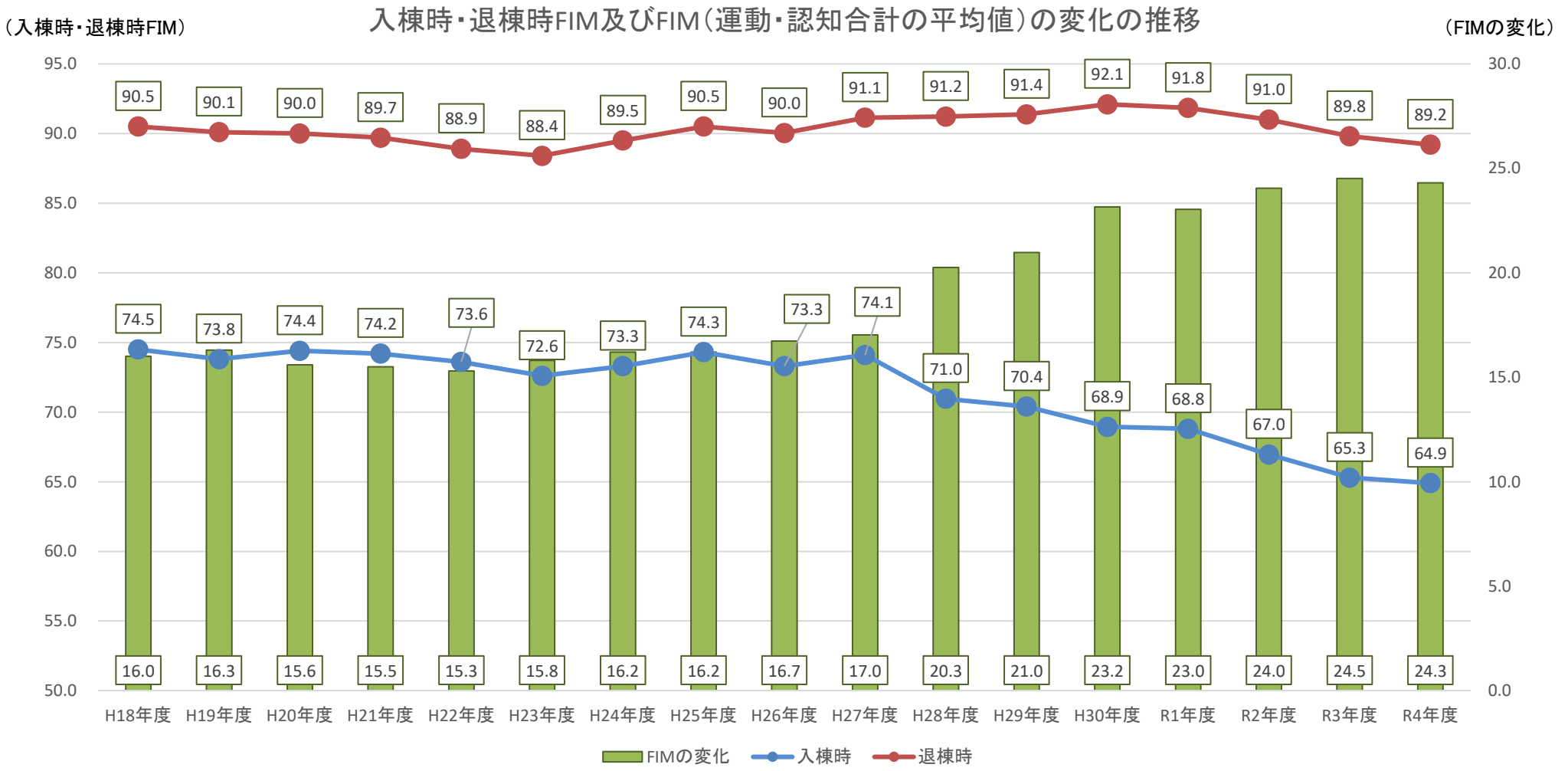
Functional Independence Measure（FIM）

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目														認知項目					
セルフケア						排泄		移乗			移動			コミュニケーション			社会認識		
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段		理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）		社会的交流	問題解決	記憶
計42～６点						計14～２点		計21～３点			計14～２点			計14～２点			計21～３点		
運動項目　計91～13点														認知項目　計35～５点					
合計　126～18点																			

入棟時・退棟時FIMの年次推移

○　入棟時・退棟時FIM（運動・認知合計の平均値）及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の年次推移は以下のとおり。
○　平成28年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられている。



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

第三者機能評価について

○　公益財団法人日本医療機能評価機構により、病院機能評価が行われている。
○　本体審査機能種別のうち、「主として、リハビリテーション医療を担う病院」として、リハビリテーション病院が設定されている。

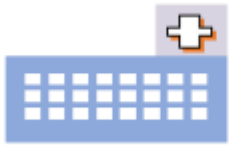
病院機能評価本体審査機能種別の設定
（機能種別版評価項目3rdG:Ver.3.0）R5年4月現在

機能種別名	種別の説明
一般病院１	■ 主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院２	■ 主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
一般病院３	■ 主として、高度な医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院
リハビリテーション病院	■ 主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	■ 主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	■ 主として、精神科医療を担う病院
緩和ケア病院	■ 主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを有する病院

機能種別の決定（主たる機能種別と副機能）

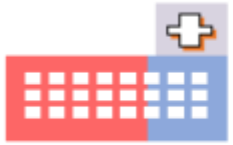
○主たる機能種別の決定
　病院と評価機構の合意のもと主たる機能種別を決定する
　最も病床が多い機能に基づくことを原則とする（医療法上の病床の種別に関わらず、機能の実態で判断）
○副機能について（任意）
　主たる機能種別以外に重要な機能がある場合、副機能として他の機能種別を受審することができる
　副機能は、主たる機能種別と同時あるいは後日（主たる機能種別の認定後）、受審することができる

ケース1：全ての病棟が回復期リハビリテーション病棟の場合



（主たる機能種別）リハビリテーション病院 ■

ケース2：最も多い病床が急性期病床で、他に回復期リハビリテーション病棟がある場合

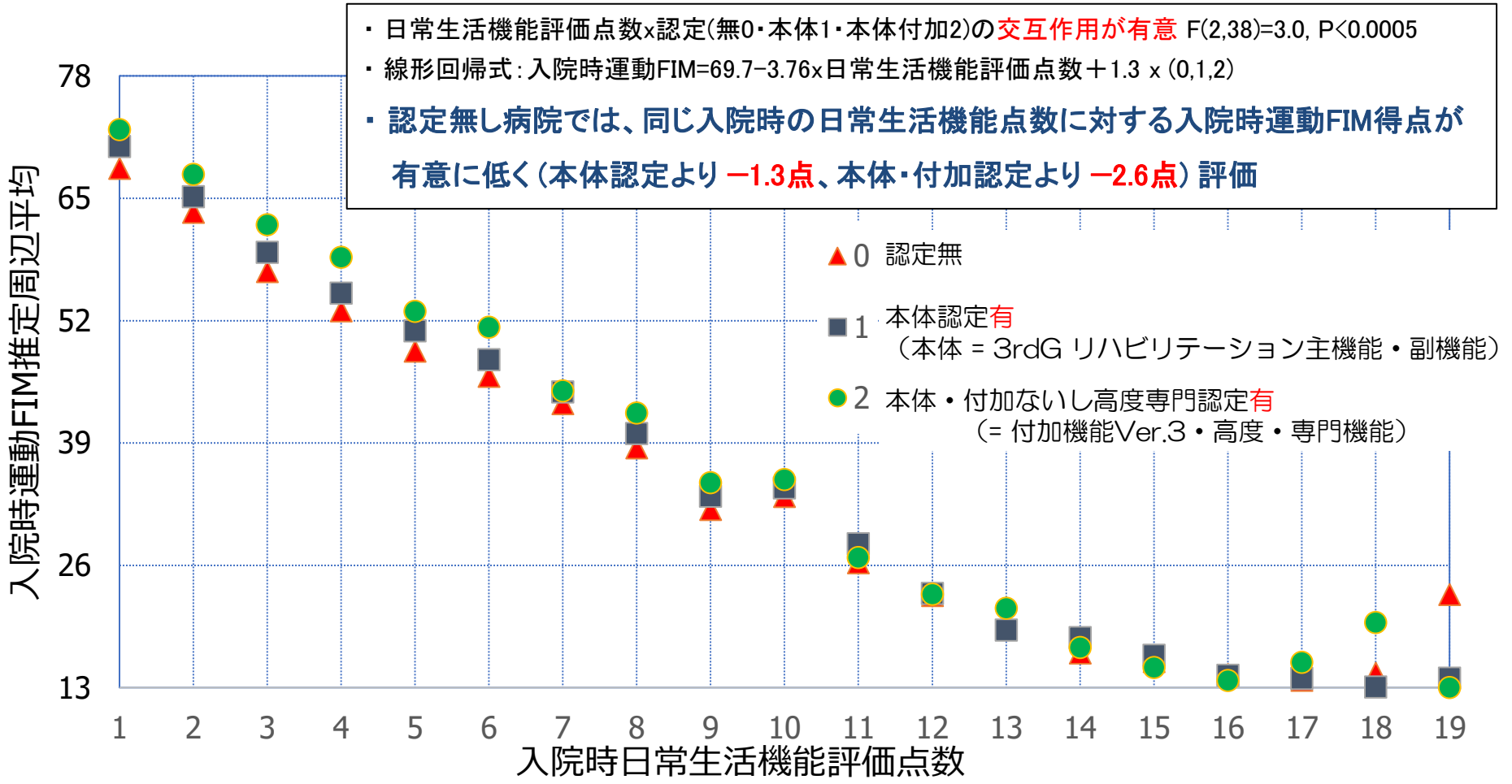


（主たる機能種別）一般病院1 ■
（副機能）リハビリテーション病院 ■

出典：日本医療機能評価機構より提供

第三者評価

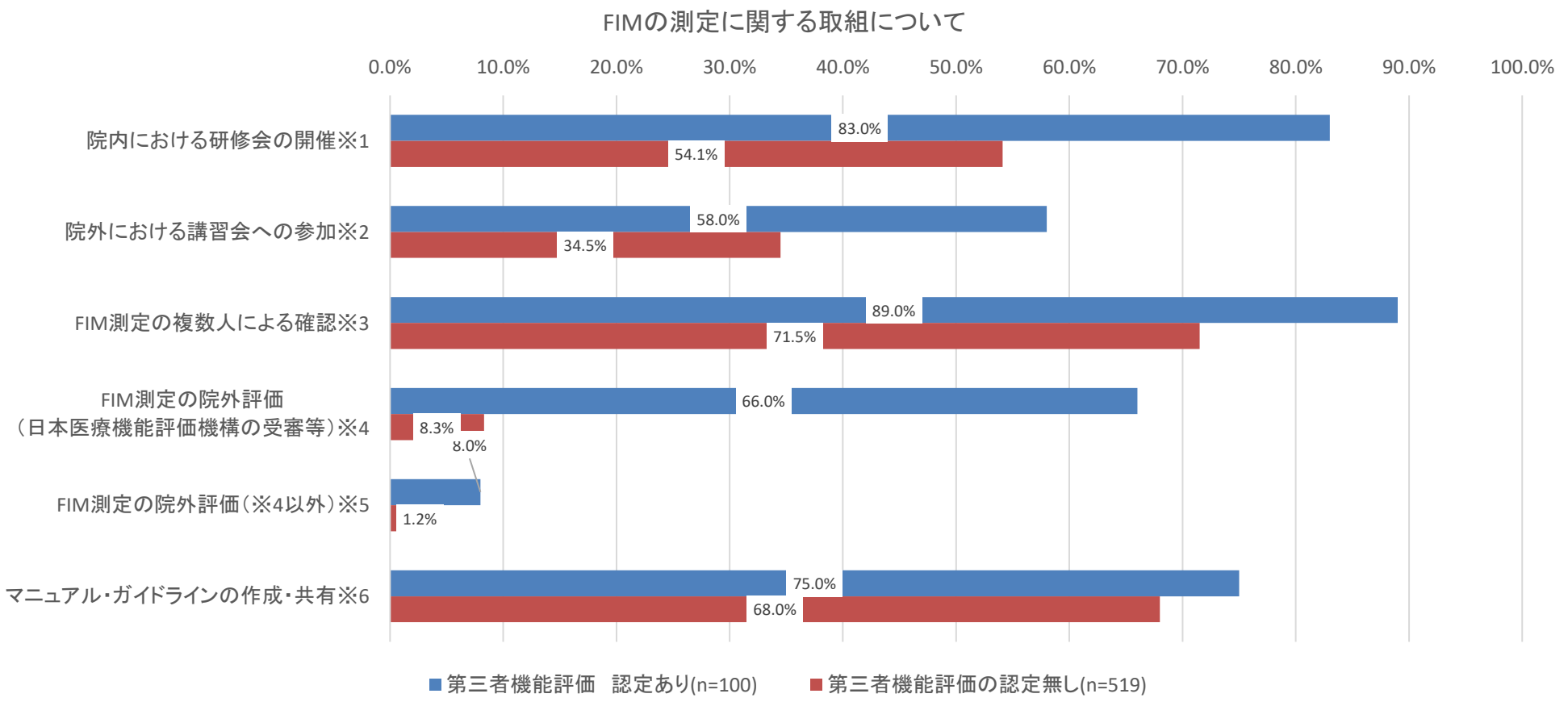
○　入院時の患者の日常生活機能評価と入院時運動FIMの関係を以下に示す。
○　入院時日常生活機能評価点数が同一の患者について、第三者評価の認定の無い病院と認定を受けている病院とで比較すると、認定の無い病院の方が運動FIMが低い傾向にあった。



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

第三者機能評価の認定有無別のFIMの測定に関する取組

○　第三者機能評価の認定の有無別で、FIMの適切な測定に関する取組についての実施割合を比較すると、第三者機能評価の認定を受けている医療機関において、FIMの適切な測定に関する取組を実施している割合が高かった。



※1　院内においてFIMの測定に関する研修会を定期的に開催している。
※2　院外において開催されるFIMの測定に関する講習会に定期的に参加している。
※3　FIMの測定後に、評価の内容について複数人で確認を行っている。
※4　FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている（日本医療機能評価機構の受審などによるもの）。
※5　FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている（※4以外）。
※6　FIMの測定に関するマニュアル・ガイドラインを院内で作成し、共有している。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）（速報値）　第三者機能評価の認定の有無については保険局医療課調べ

DPCデータ（様式1）のその他の項目について

- 様式1は簡易な診療録情報が含まれる。
- 全ての患者のデータを提出する必要があり、病棟グループ毎に作成する。
- 様式1の項目の中には、主として急性期の入院患者の診療内容や重症度に関する項目が含まれている。

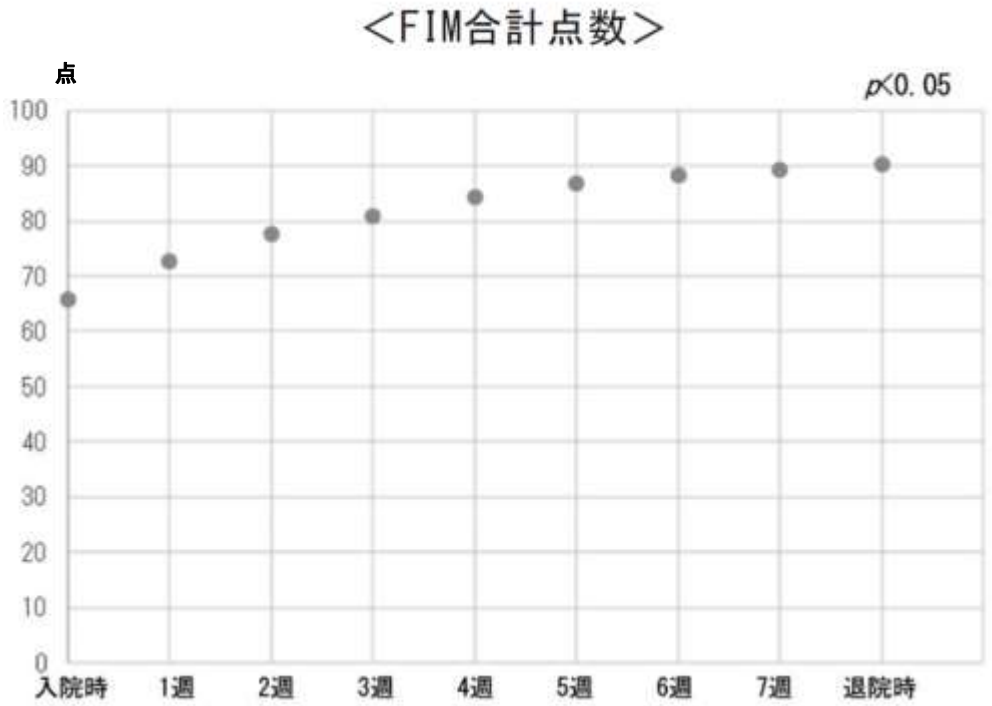
様式1で提出するデータ （主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成）

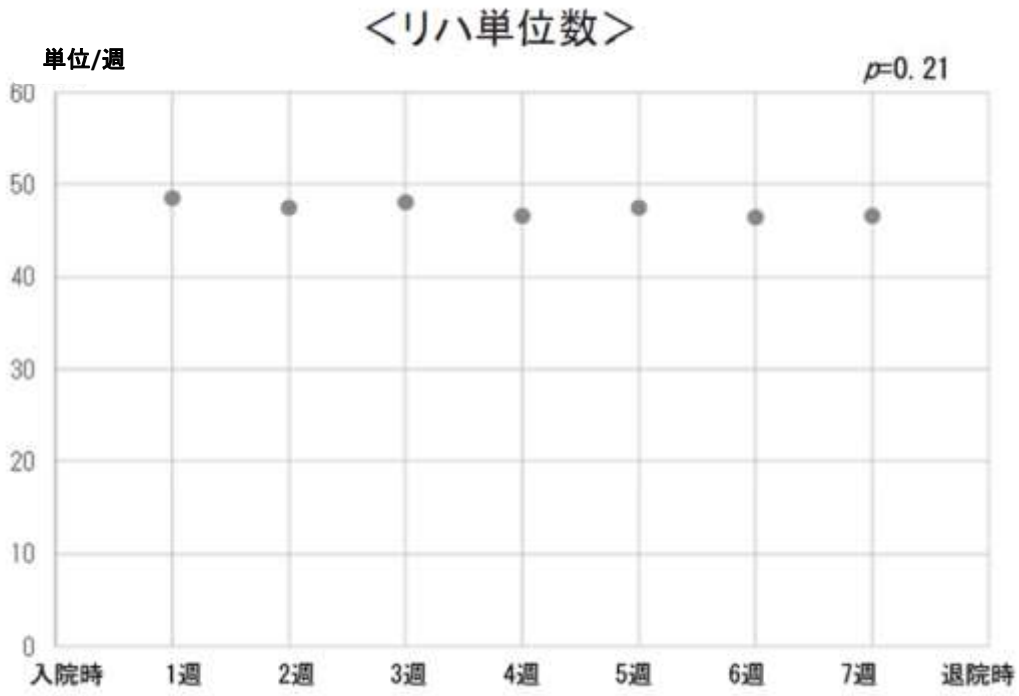
性別	ADL（入院時、退院時）
郵便番号	FIM（回リハ病棟で、入退棟時）
入院年月日	認知症高齢者の日常生活自立度
入院経路	体重
紹介の有無	主傷病のICDコード
在宅医療の有無	JCS（入院時、退院時）
退院年月日	手術情報
退院時転帰	がん患者のTNM分類
退院後の在宅医療の有無	急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷等の各疾患の急性期重症度分類
診療科	自傷行為・自殺企図の有無
病棟	産科患者情報　等
身長	

入院後の週数とFIMの変化について（脳血管疾患）

○　脳血管疾患後の患者における、入院後のFIMの推移に関する以下の報告では、週数が経過するにつれFIMの改善が小さくなる傾向にある。

脳卒中患者※におけるFIM合計点数とリハ単位数の推移
（n＝752）





※対象：令和2年4月以降に当該報告医療機関の回復期リハビリテーション病棟に入院し、令和4年3月までに退院した脳卒中患者752名

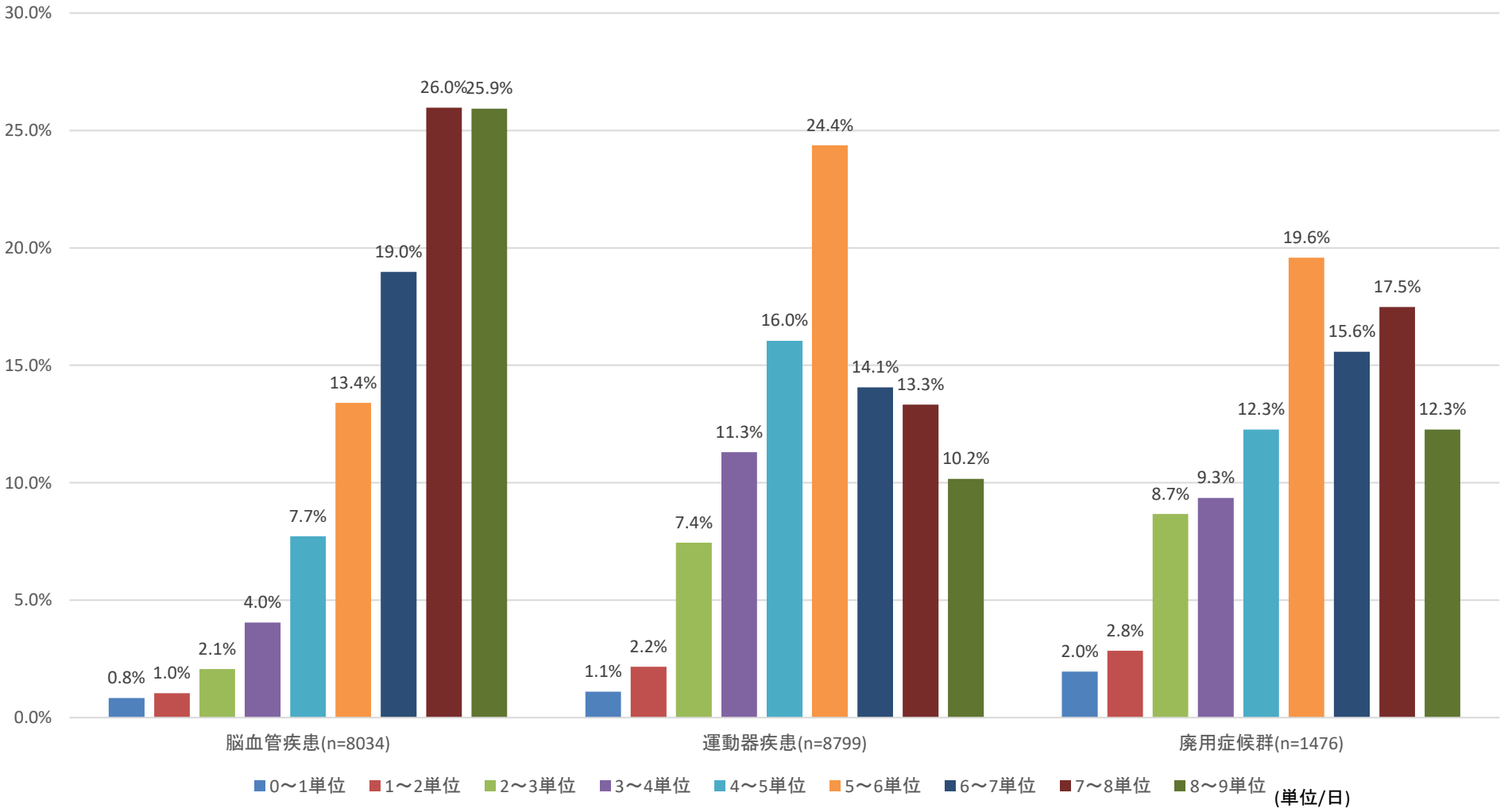
石森卓矢：回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション料包括化に関する検討,社会保険旬報. No.2896 : 6-12, 2023

３．回復期リハビリテーション病棟入院料について

- ３－１　概要について
- ３－２　回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について
- ３－３　回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について
- ３－４　回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について
- ３－５　退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について
- ３－６　回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について
- ３－７　回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について
- ３－８　地域貢献活動について

リハ提供単位毎の分布

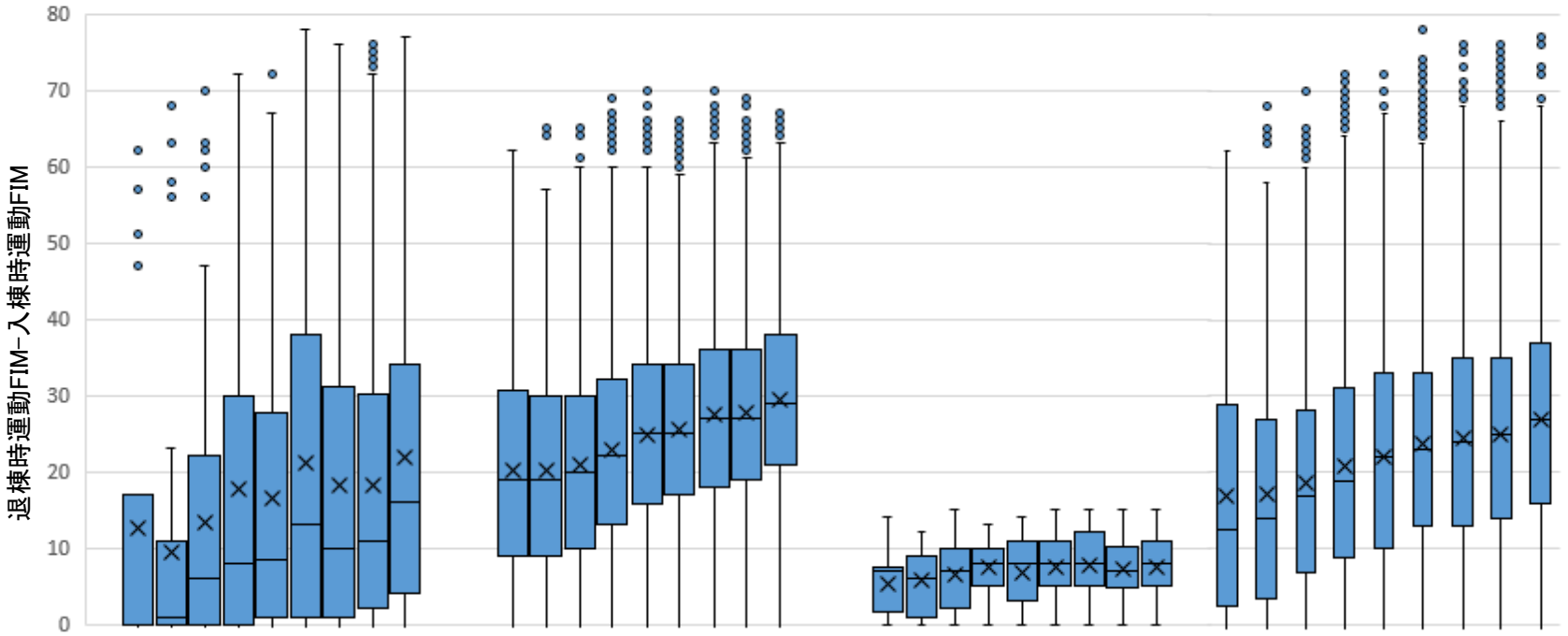
○　疾患別リハビリテーションの平均提供単位数毎の患者分布については以下のとおり。
○　脳血管疾患については8～9単位/日に、運動器疾患と廃用症候群については5～6単位/日にピークが認められた。



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（全疾患）

○　疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。平均リハ提供単位数が高い程、運動FIMの変化が高くなる傾向にあった。



単位/日	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
例数	27	47	139	252	332	468	481	530	459

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
92	175	604	942	1466	2517	1937	2376	2204

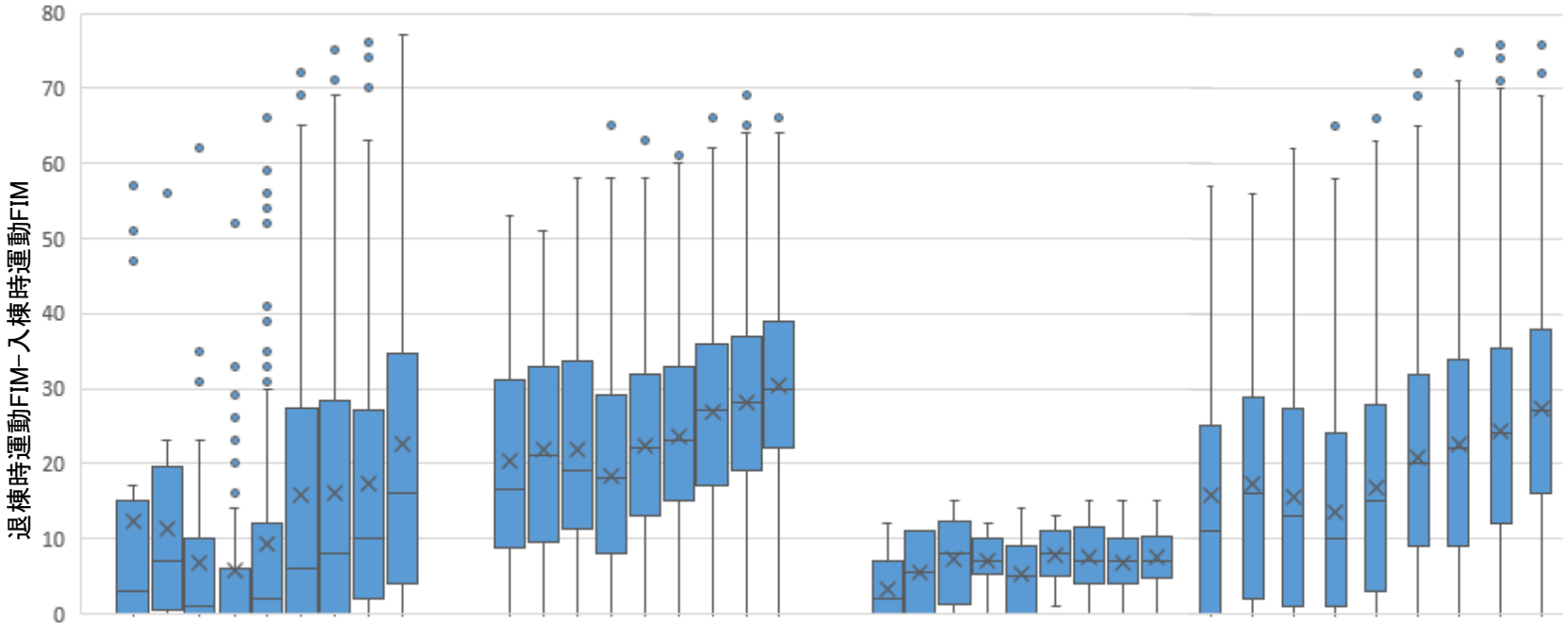
0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
17	15	47	76	150	163	146	162	165

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
136	237	790	1270	1948	3148	2564	3068	2828

出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（脳血管疾患）

○　脳血管疾患の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。平均リハ提供単位数が高い程、運動FIMの変化が大きくなる傾向にあった。



入棟時運動FIM20以下

単位/日	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
例数	16	17	37	79	142	210	318	396	364

入棟時運動FIM21～75

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
26	28	60	153	302	631	813	1243	1329

入棟時運動FIM76以上

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
5	2	8	20	47	45	85	106	106

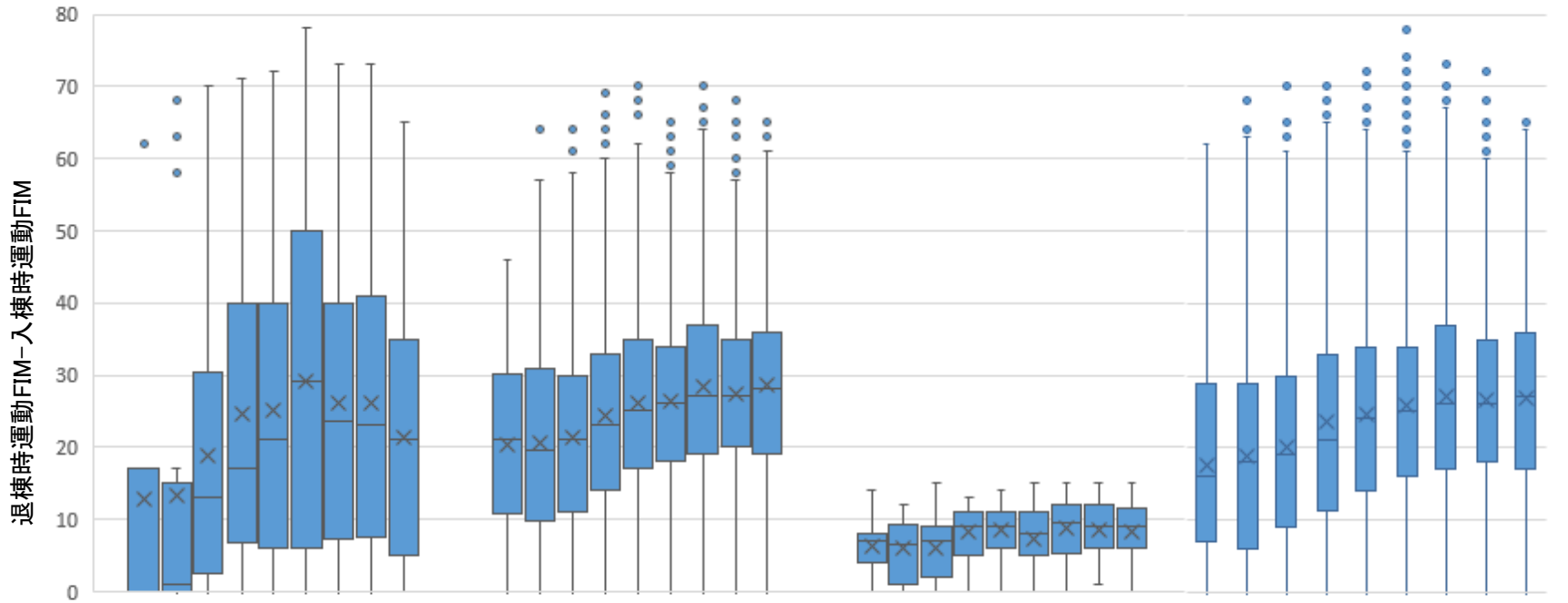
全体

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
50	47	107	258	506	901	1235	1768	1836

出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（運動器疾患）

○　運動器疾患の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。1日あたりの平均リハビリテーション提供単位数が「6単位以上7単位未満」、「7単位以上8単位未満」「8単位以上9単位未満」の患者の運動FIMについて、リハビリテーション提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった。



入棟時運動FIM20以下

単位/日	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
例数	7	17	77	138	155	197	108	85	59

入棟時運動FIM21～75

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
54	130	446	683	1024	1674	965	945	715

入棟時運動FIM76以上

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
11	10	35	43	82	96	52	41	49

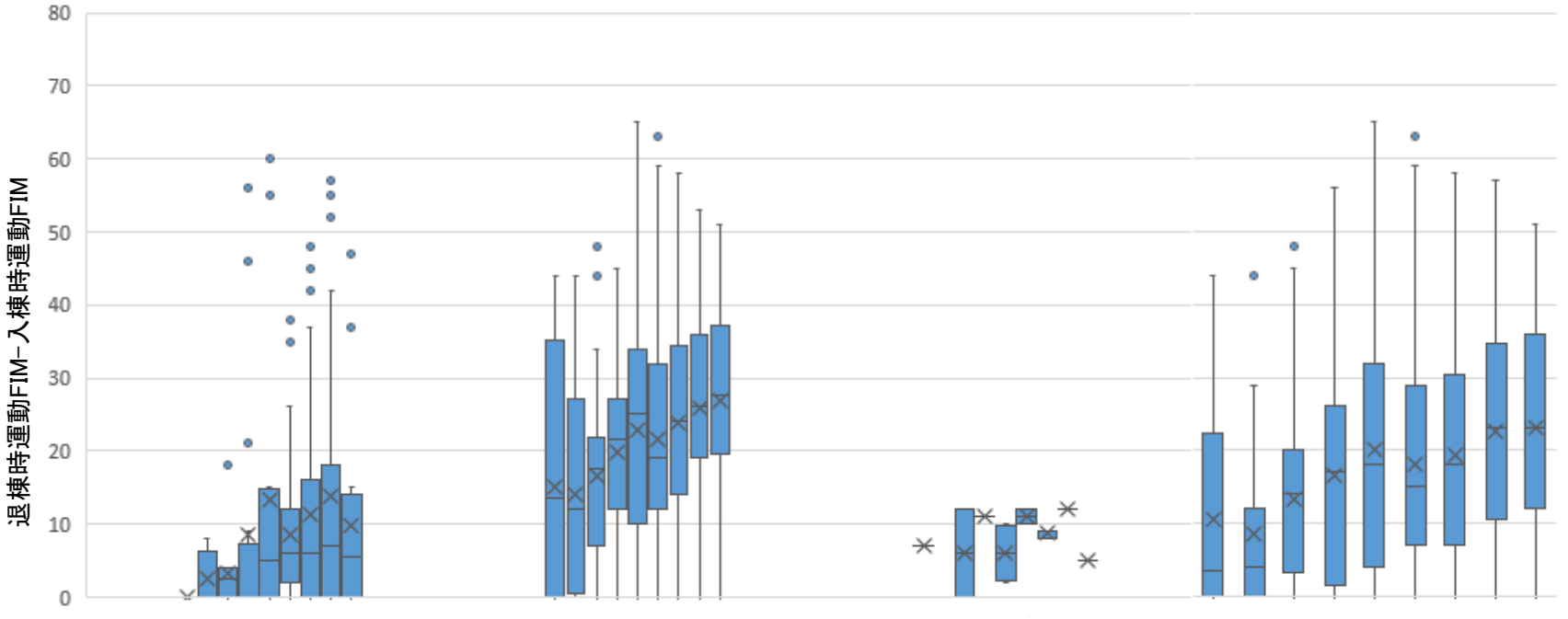
全体

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
73	158	582	886	1281	1997	1154	1089	836

出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（廃用症候群）

○　廃用症候群の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数毎の実績については以下のとおり。入棟時運動FIMが21～75の患者では、実施単位数に応じて増加が見られた。



単位/日	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
例数	3	8	10	16	12	31	29	28	18

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
8	9	36	40	51	85	61	79	66

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
1	0	2	1	4	2	3	1	1

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
12	17	49	60	71	123	94	108	86

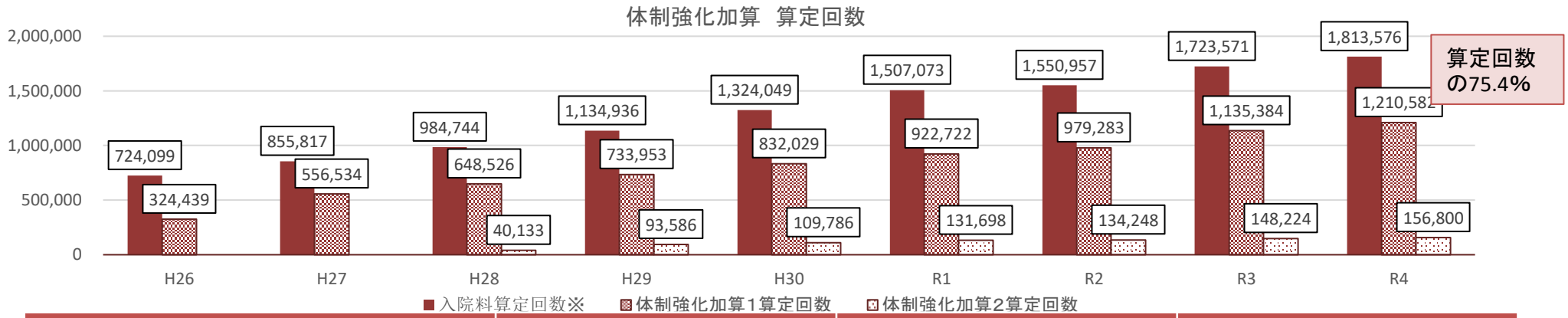
出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

体制強化加算の概要

A308　注4　体制強化加算1（1日につき）　200点
体制強化加算2（1日につき）　120点

【施設基準】
体制強化加算１
①　回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２の届出を行っていること
②　当該病棟に専従の常勤医師１名以上（※）及び専従の常勤社会福祉士１名以上が配置されていること。
③　医師については、以下のいずれも満たすこと。
　ア　リハビリテーション医療に関する３年以上の経験を有していること。
　イ　適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
④　社会福祉士については、退院調整に関する３年以上の経験を有する者であること。

※　体制強化加算２については専従の常勤医師を2名以上配置する必要があるが、下記条件を満たしていれば病棟内で従事しない日、時間において病棟外の業務に従事可能となる。
　①前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
　②病棟外業務をする２名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
　③週のうち32時間以上において、当該２名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること。
　④当該２名の医師は、いずれも当該病棟業務に週８時間以上従事していること。

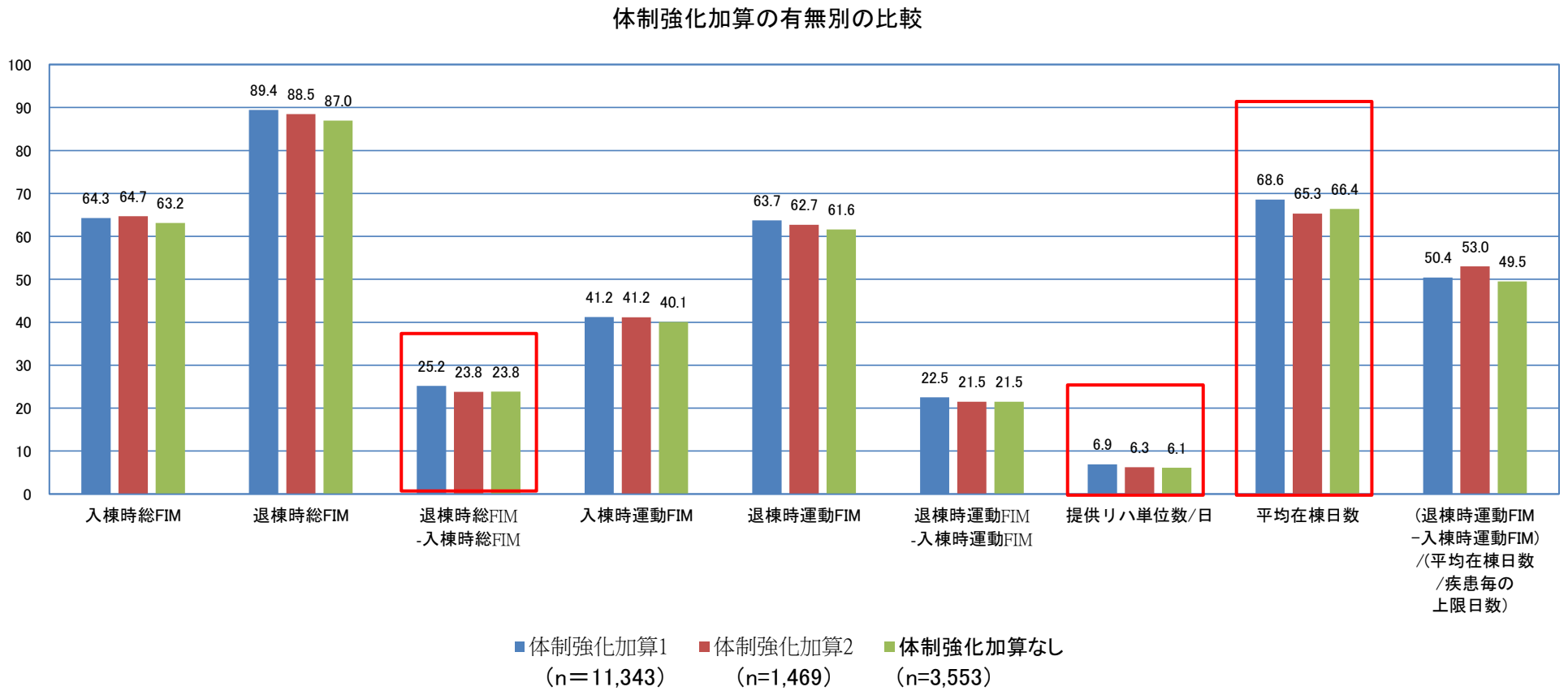


	届出医療機関数	体制強化加算1届出医療機関数	体制強化加算2届出医療機関数
回復期リハビリテーション病棟入院料1	940	606（64.5%）	114（12.1%）
回復期リハビリテーション病棟入院料2	188	82（43.6%）	16（52.1%）

※平成29年までの期間は回復期リハビリテーション病棟入院料１、平成30年以降は回復期リハビリテーション病棟入院料1.2
出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）、届出情報は保険局医療課調べ（令和4年7月1日時点）

体制強化加算の届出有無別の比較

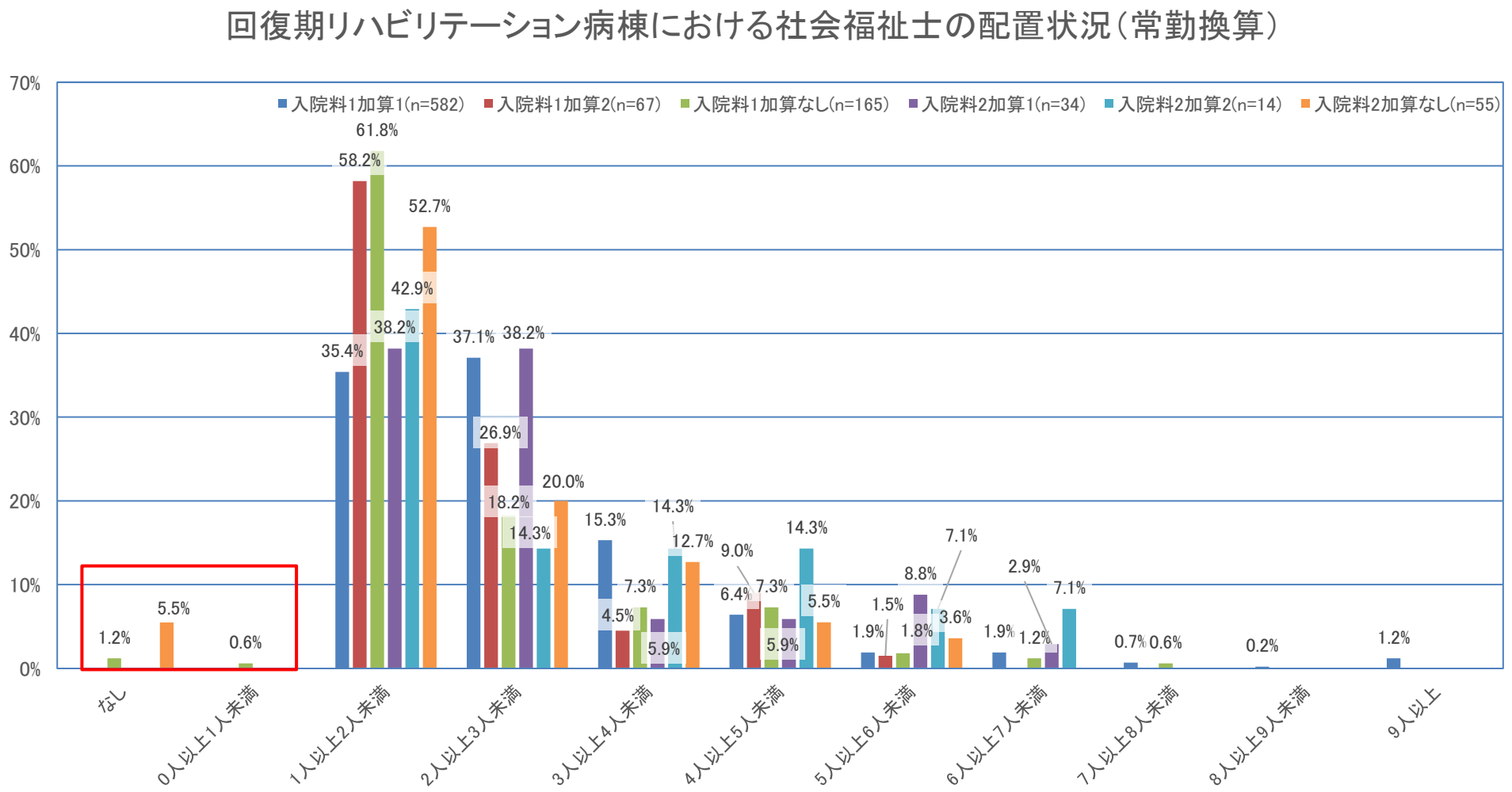
○　体制強化加算の有無によるアウトカム指標の比較は以下のとおり。
○　体制強化加算１の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMの差がやや大きくなっており、提供リハビリテーション単位数が多く、平均在院日数が長かった。
○　体制強化加算２の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMに大きな差が無かった。



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

社会福祉士の配置状況について

○　体制強化加算の届出のない回復期リハビリテーション病棟（入院料１及び２）で、常勤換算で社会福祉士の配置が１人未満の病棟の割合は、入院料１で1.8%、入院料２で5.5%である。



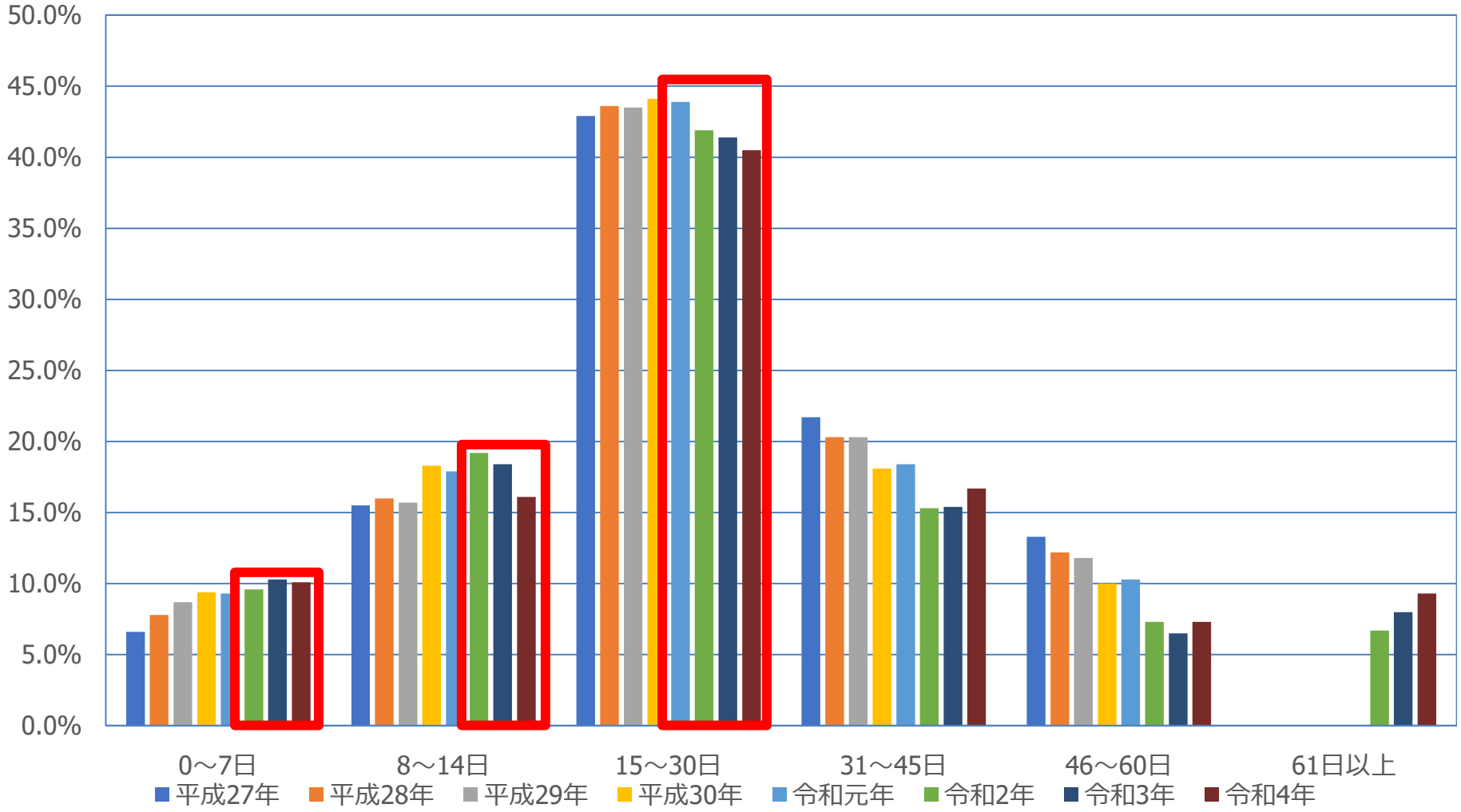
出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

３．回復期リハビリテーション病棟入院料について

- ３－１　概要について
- ３－２　回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について
- ３－３　回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について
- **３－４　回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について**
- ３－５　退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について
- ３－６　回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について
- ３－７　回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について
- ３－８　地域貢献活動について

発症から入棟までの日数別の患者割合の年次推移について

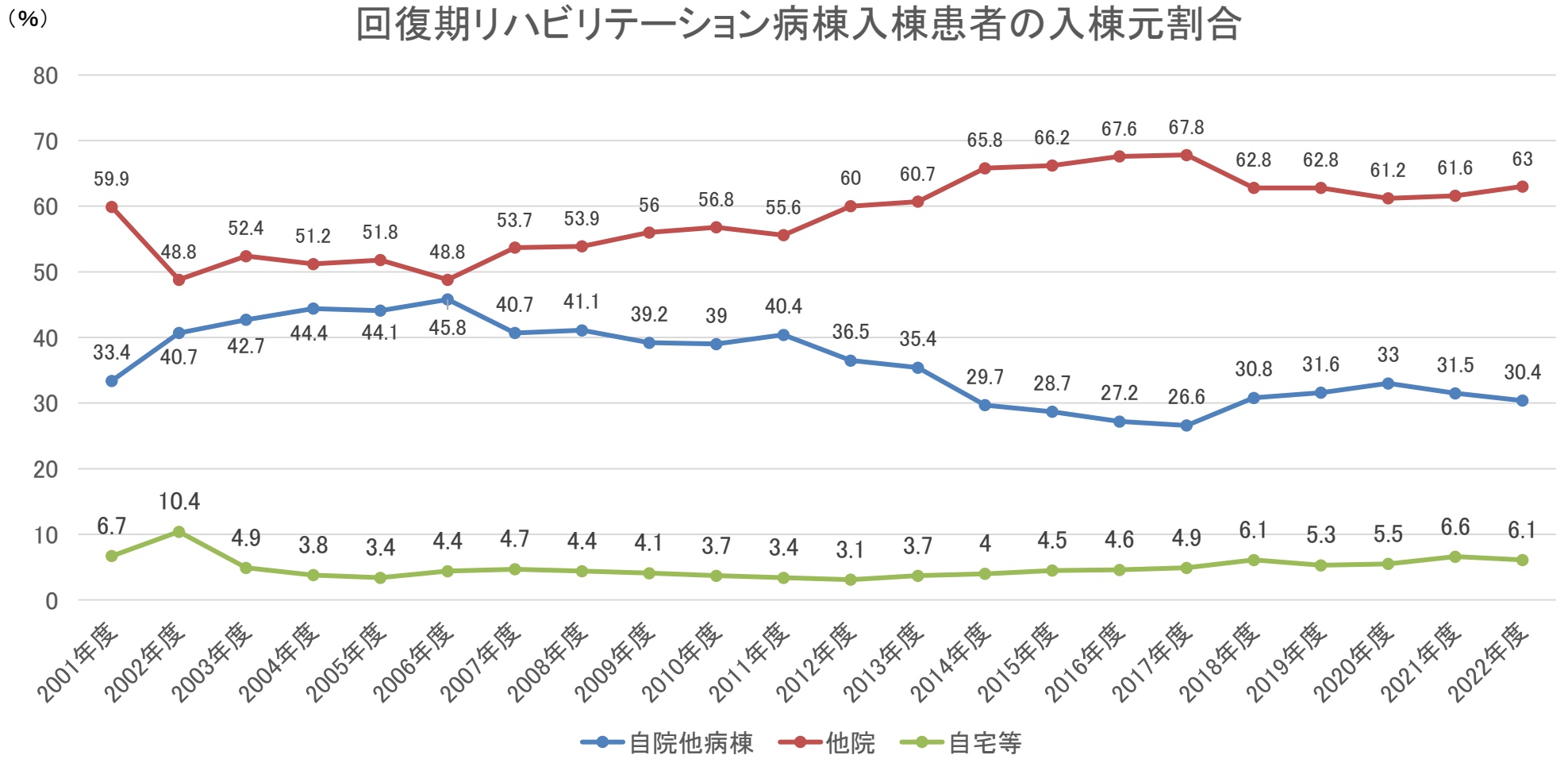
○ 発症から入棟までの日数別の患者割合の年次推移は以下のとおり。
○ 回復期リハビリテーション病棟において発症後30日以内の患者は、近年減少傾向である。



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

入棟元の年次推移について

○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者について、2017年まで自院以外からの入棟する患者の割合が増加傾向にあったが、2018年に当該患者割合が低下して以降、横ばい傾向である。

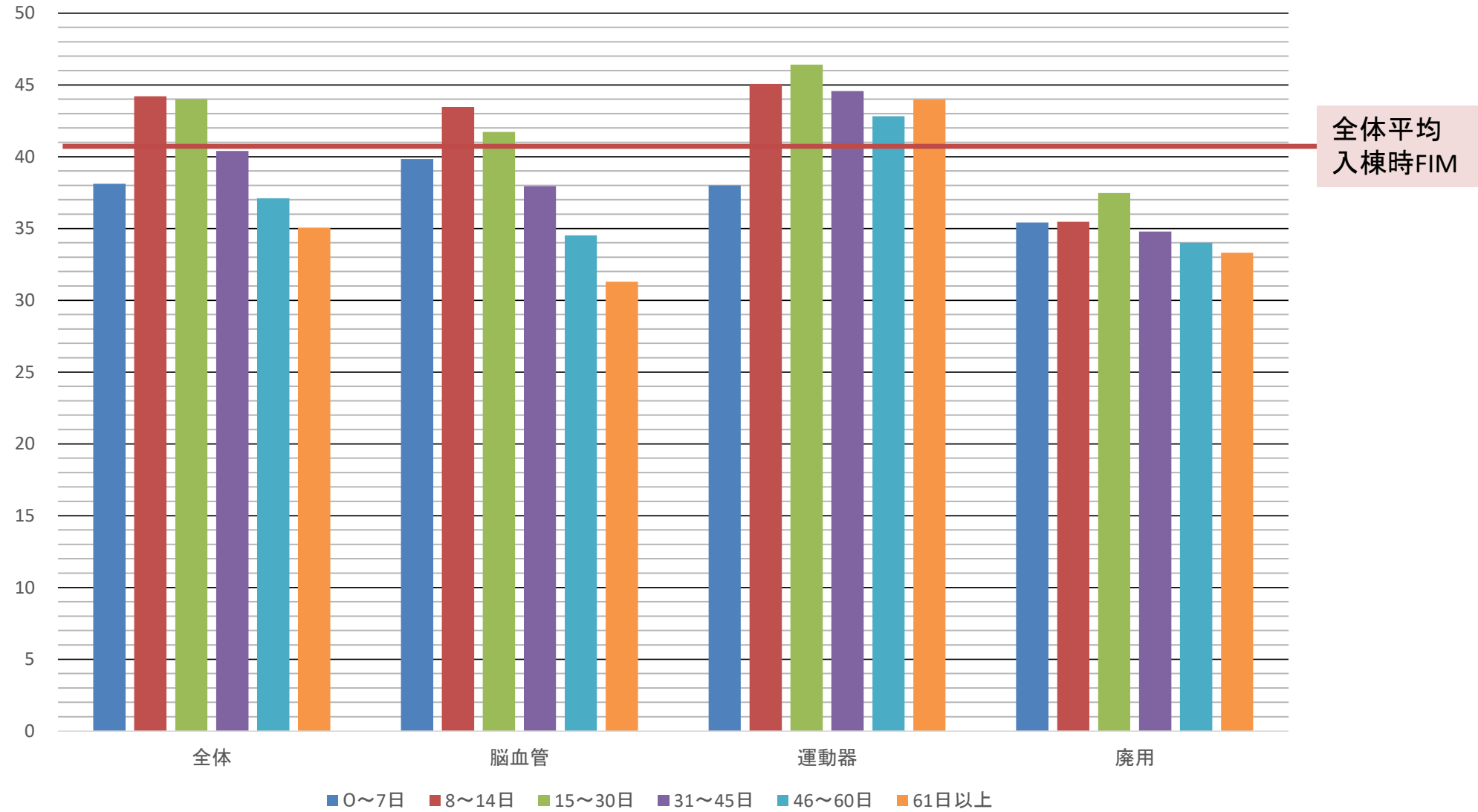


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

疾患別の発症から入棟までの日数による入棟時FIMについて

診調組　入－1参考
5．9．6

○ 疾患別の発症から入棟までの日数による入棟時FIMの差異は以下の通り。
○ 全体的に早期患者と61日以上の患者の入棟時FIMは低下している。

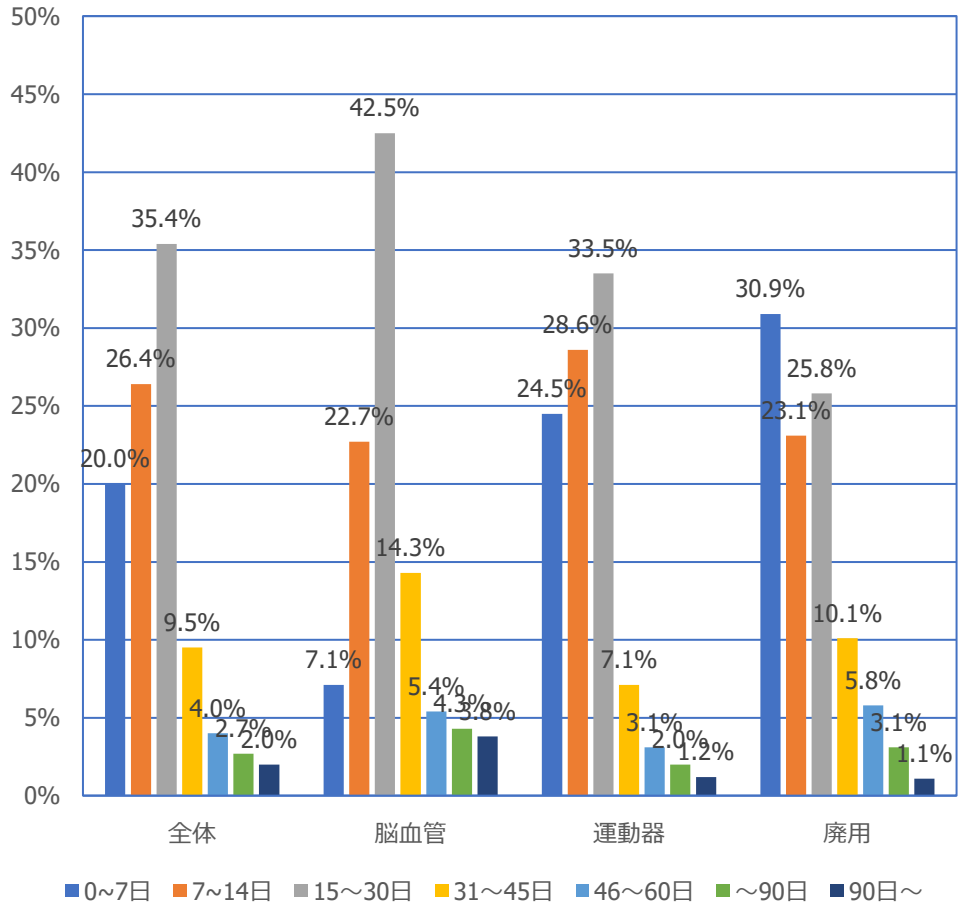


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

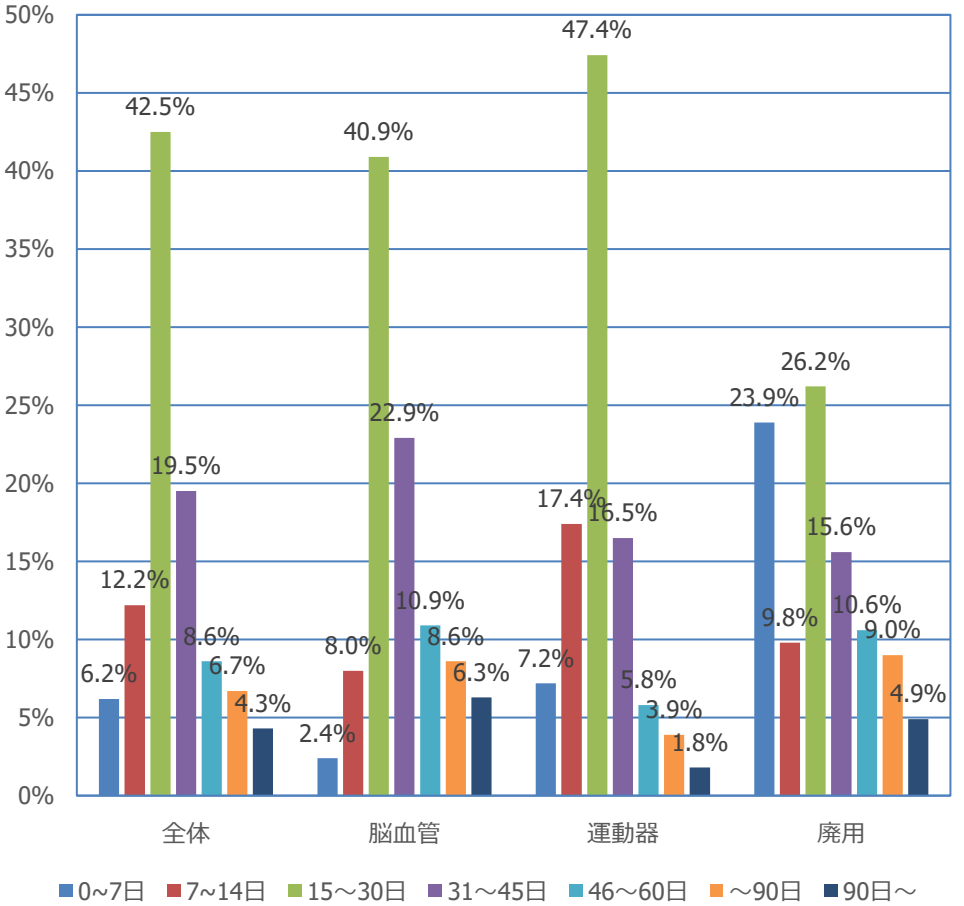
入棟元別の発症から入棟までの日数の患者割合について

○ 回復期リハビリテーション病棟において他院から転棟した患者は自院から転棟した患者と比較して発症から入棟までの日数が長い患者が多い。

発症～入棟日数と患者割合(自院からの転棟,n=5,264)



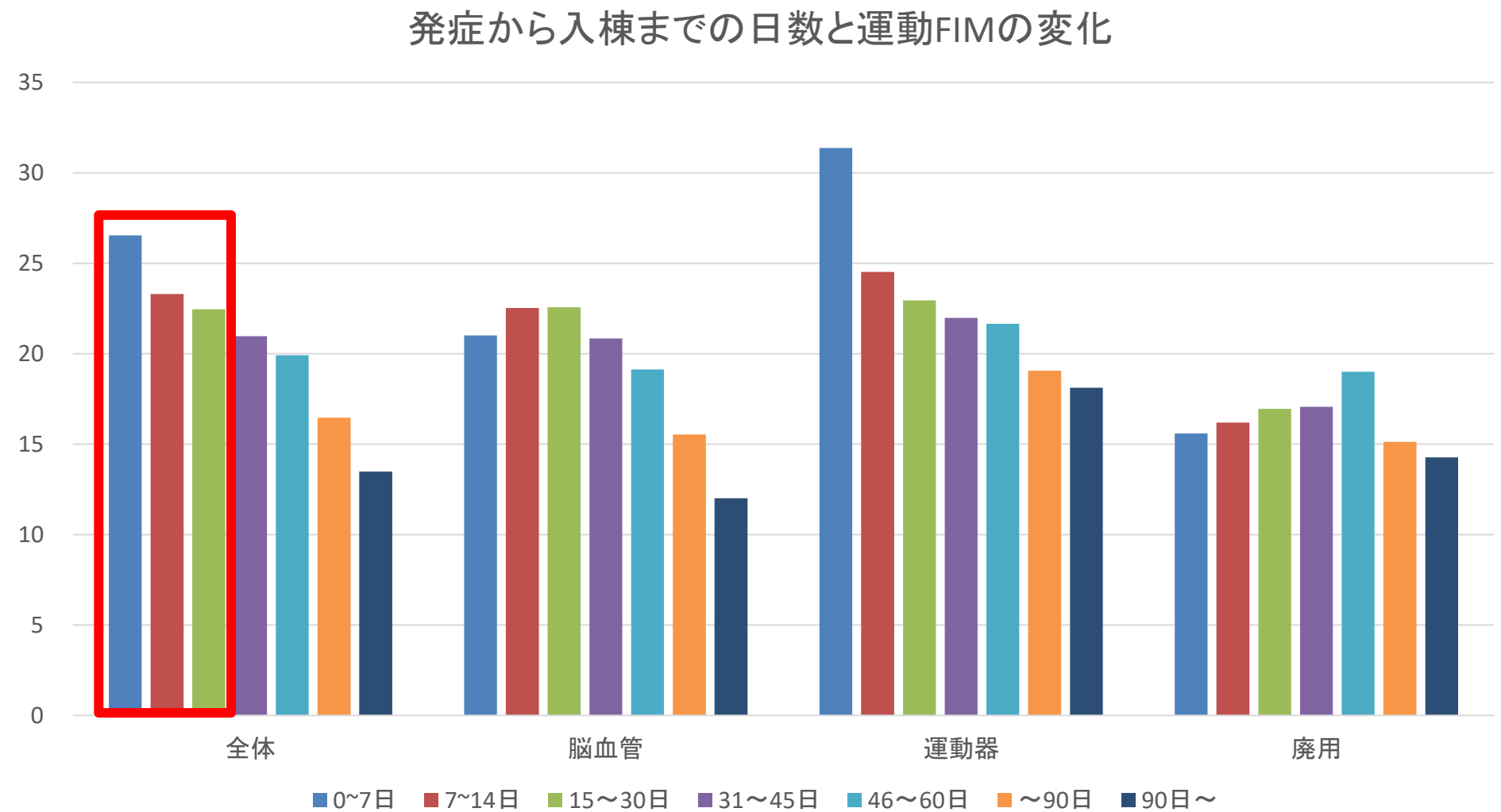
発症～入棟日数と患者割合(他院からの転棟,n=13,797)



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

発症から入棟までの日数とFIMの変化について

○　回復期リハビリテーション病棟において発症から入棟までの日数が短いほど入退棟時のFIMの変化が大きい傾向にある。



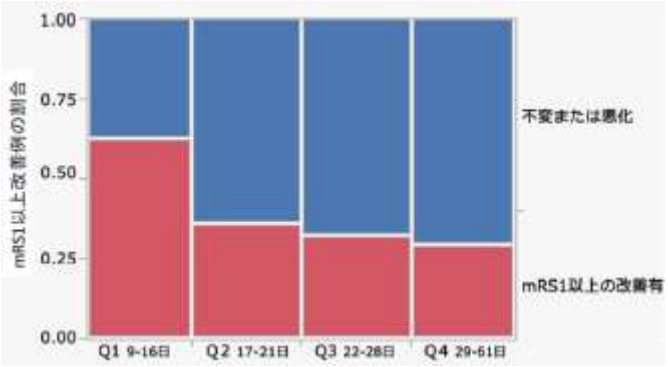
出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

発症から入棟までの日数と機能予後について

○ 急性期病棟における在棟日数（発症から回復期リハビリテーション病棟への転棟日数）が短いほど、その後の機能予後がよいとの報告がある。

○ 急性期脳卒中408例中、回復期リハビリテーション病棟に転棟・転院したのは142例であった。急性期における在院期間が17日未満で回復期病棟に移った群で改善有（一年後にmodified Rankin scaleが1以上改善）が有意に多かった(P<0.01)。多変量解析においても同様の結果であった。

岩本高典ほか、川崎医学会誌(0386-5924)48巻 Page1-9(2022.)



○ 急性期治療後に同施設の回リハ病棟に転棟した脳梗塞149例、脳出血108例の機能予後についての報告では、脳梗塞は，改善（実績指数が30点以上）群90例，非改善群59例で，急性期入院日数は20.3日，24.4日と改善群で短かった（p＜0.05）．脳出血は，改善群60例，非改善群48例で，急性期入院日数は23.2日，31.5日と改善群で短かった（p＜0.05）。

今西 正巳、Neurosurgical Emergency(1342-6214)26巻1号 Page44-50(2021.03).

入院関連機能障害について

○　入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害（特に運動障害）は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30−40%に発生すると報告されている[1]。
○　入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子[2-5]
○　高齢であること（特に85歳以上）
○　入院前のADL低下
○　認知機能低下
○　歩行機能障害
○　栄養状態不良（低アルブミン血症）
○　悪性腫瘍の既往
○　脳卒中の既往　等

1. Ettinger WH. Can hospitalizatien−associated disability beprevented？」AMA. 2011;306:1800−1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645−52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC. Chren M−M, et al. A clinical index to strati fy hospitalized older adults according to risk fbr new−onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206−16.
4. Mahoney JE, Sager MA. Jalaluddin M. Use of an ambutation assistive device predicts functional decline
5. associated with hospitalization.』Gerontel Med Sci. 1999;54A:M83−8.
6. Lindenberger EC, Landcfeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ung. teadiness reperted by older hospitalized patients predicts functional decline. JArn Geriatr Soc. 2003;51:621−6.

安静臥床の弊害について

○　安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす全身への影響

1. 筋骨格系
- 1）筋量減少、筋力低下
- 2）骨密度減少
- 3）関節拘縮

2. 循環器系
- 1）循環血液量の低下
- 2）最大酸素摂取量低下
- 3）静脈血栓

3. 呼吸器系
- 1）肺活量低下
- 2）咳嗽力低下

4. 消化器系
- 1）便秘等

5. 泌尿器系
- 1）尿路結石等

6. 精神神経系
- 1）せん妄等

出典：佐藤和香　Jpn J Rehabil Med.2019: 56::842−847.

○　ギプス固定で１日で1-4%、３～５週間で約50%の筋力低下が生じる。
出典：Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○　疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。
出典：Puthucheary ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

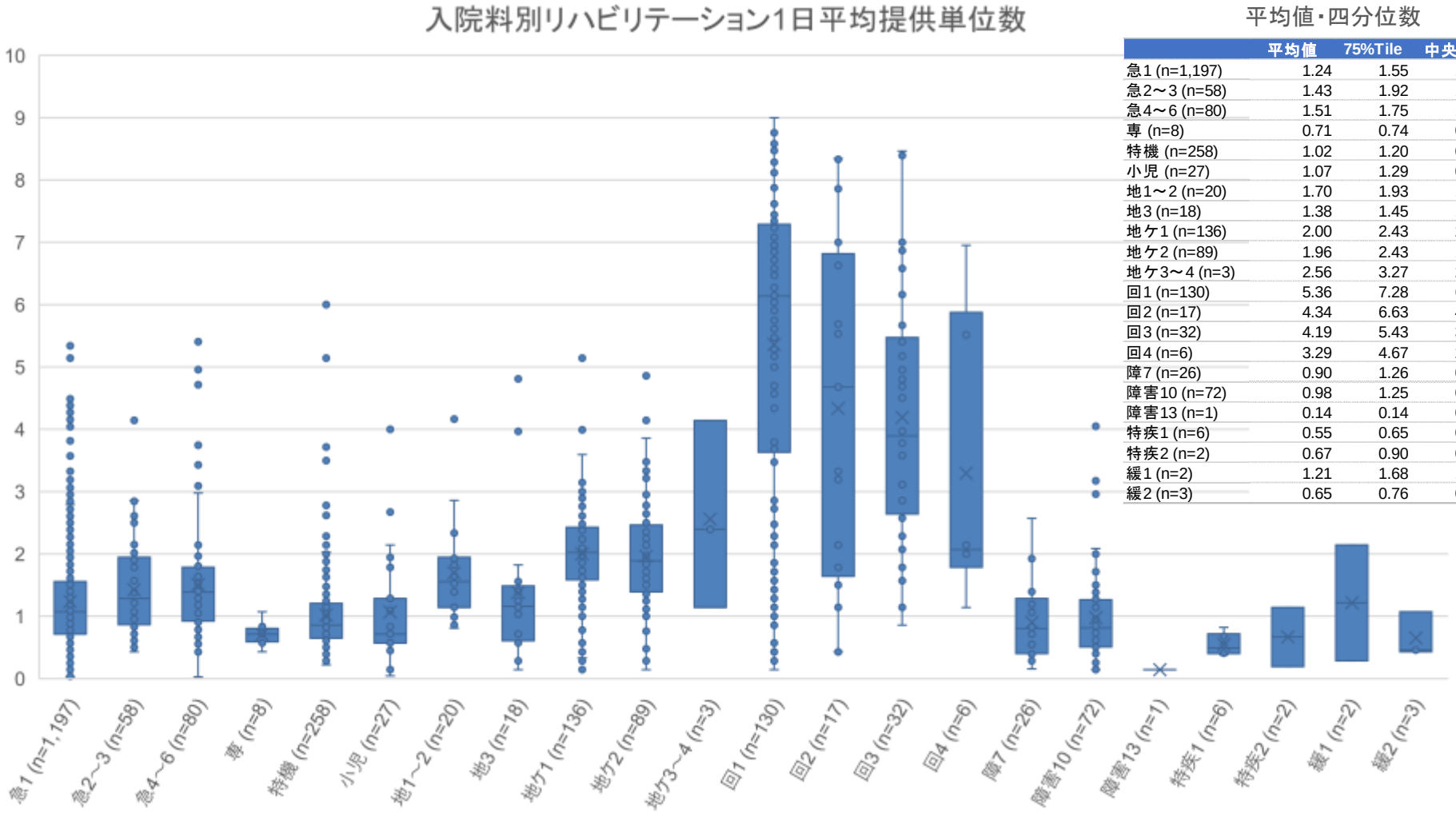
○　3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。
出典：長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○　長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。
出典：佐々木信幸.Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○　高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。
出典：Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

○ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、急性期一般入院料1を算定している病棟では1.24単位、回復期リハビリテーション病棟入院料1では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1では2.00単位であった。



平均値・四分位数

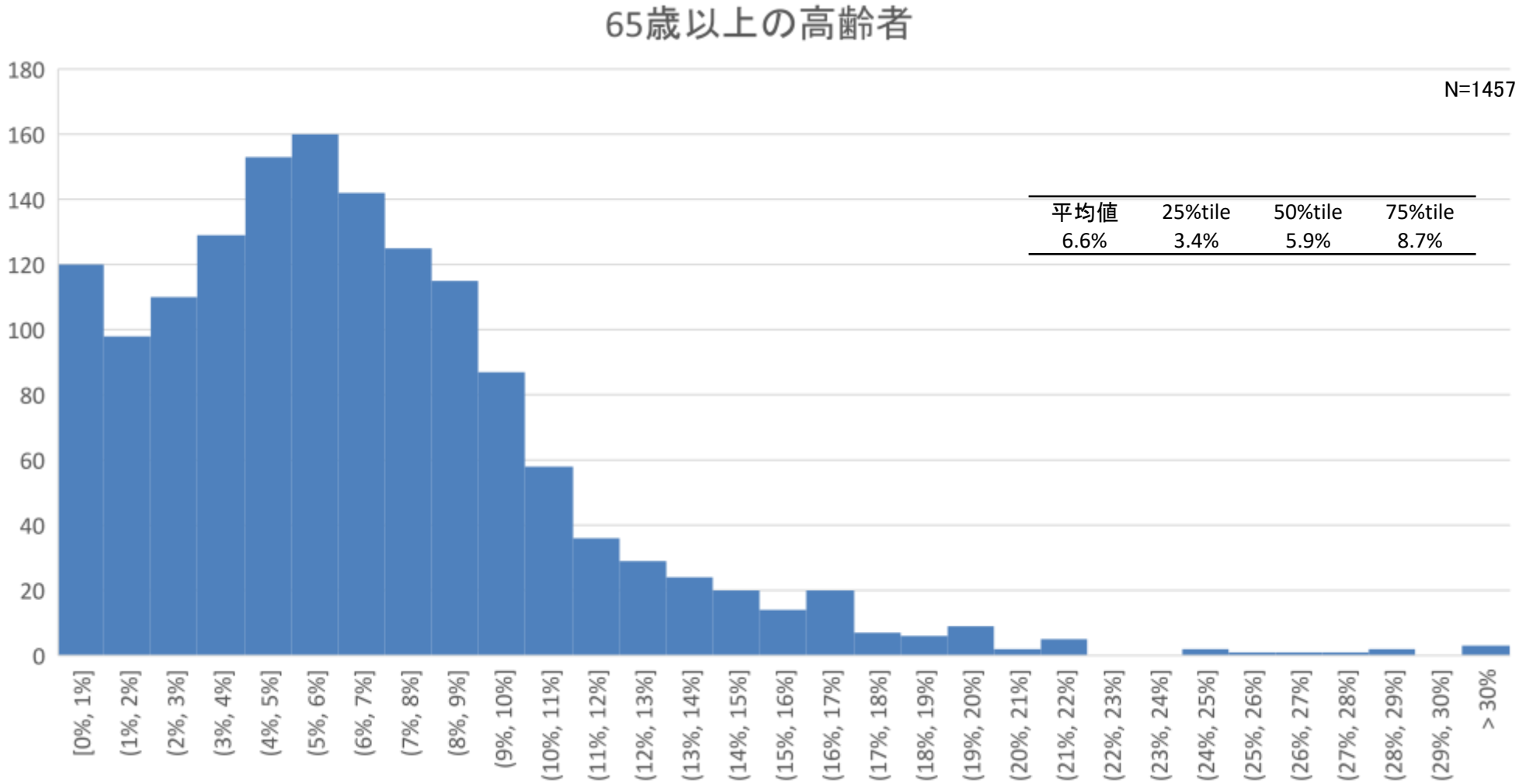
	平均値	75%Tile	中央値	50%Tile
急1 (n=1,197)	1.24	1.55	1.07	0.71
急2～3 (n=58)	1.43	1.92	1.29	0.87
急4～6 (n=80)	1.51	1.75	1.39	0.93
専 (n=8)	0.71	0.74	0.71	0.63
特機 (n=258)	1.02	1.20	0.86	0.65
小児 (n=27)	1.07	1.29	0.71	0.57
地1～2 (n=20)	1.70	1.93	1.56	1.14
地3 (n=18)	1.38	1.45	1.16	0.64
地ケ1 (n=136)	2.00	2.43	2.02	1.61
地ケ2 (n=89)	1.96	2.43	1.89	1.43
地ケ3～4 (n=3)	2.56	3.27	2.39	1.77
回1 (n=130)	5.36	7.28	6.14	3.71
回2 (n=17)	4.34	6.63	4.68	1.79
回3 (n=32)	4.19	5.43	3.90	2.79
回4 (n=6)	3.29	4.67	2.07	2.00
障7 (n=26)	0.90	1.26	0.80	0.44
障害10 (n=72)	0.98	1.25	0.81	0.51
障害13 (n=1)	0.14	0.14	0.14	0.14
特疾1 (n=6)	0.55	0.65	0.49	0.42
特疾2 (n=2)	0.67	0.90	0.67	0.43
緩1 (n=2)	1.21	1.68	1.21	0.75
緩2 (n=3)	0.65	0.76	0.46	0.44

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）

ADLが悪化した患者（65歳以上）の割合分布（急１）

診調組　入－３
５．９．６改

○　急性期一般入院料1を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。



抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上の65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ

急性期脳卒中に対する早期リハビリテーション

診調組　入－３
５．９．６

○　診療ガイドラインにおいて、急性期脳卒中患者に対し、積極的なリハビリテーションを発症後できるだけ早期から行うことがすすめられている。

脳卒中治療ガイドライン2021（一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会）より抜粋

○　合併症を予防し、機能回復を促進するために、24～48時間以内に病態に合わせたリハビリテーションの計画を立てることが勧められる（推奨度A、エビデンスレベル高）。

○　十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことがすすめられる（推奨度A、エビデンスレベル中）。

○　脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター管理下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit（SU）で治療することが勧められる（推奨度A、エビデンスレベル高）。

○　リハビリテーションプログラムは、脳卒中の病態、個別の機能障害、日常生活動作（ADL）の障害、社会生活上の制限などの評価およびその予後予測に基づいて計画することが勧められる（推奨度A、エビデンスレベル中）。

３．回復期リハビリテーション病棟入院料について

- ３－１　概要について
- ３－２　回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について
- ３－３　回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について
- ３－４　回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について
- **３－５　退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について**
- ３－６　回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について
- ３－７　回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について
- ３－８　地域貢献活動について

退院前訪問指導について

○　退院前訪問指導を実施することにより、再入院と転倒を減少させ、退院後のADLが向上する。
○　家屋調査を含むフローにより回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。

○　大腿骨頸部骨折患者を対象としたRCT(N=77)において、退院前に家屋訪問を実施した患者は、30日後の再入院と転倒が有意に改善するとともに、6か月後のADLが有意に高かったという報告がある。

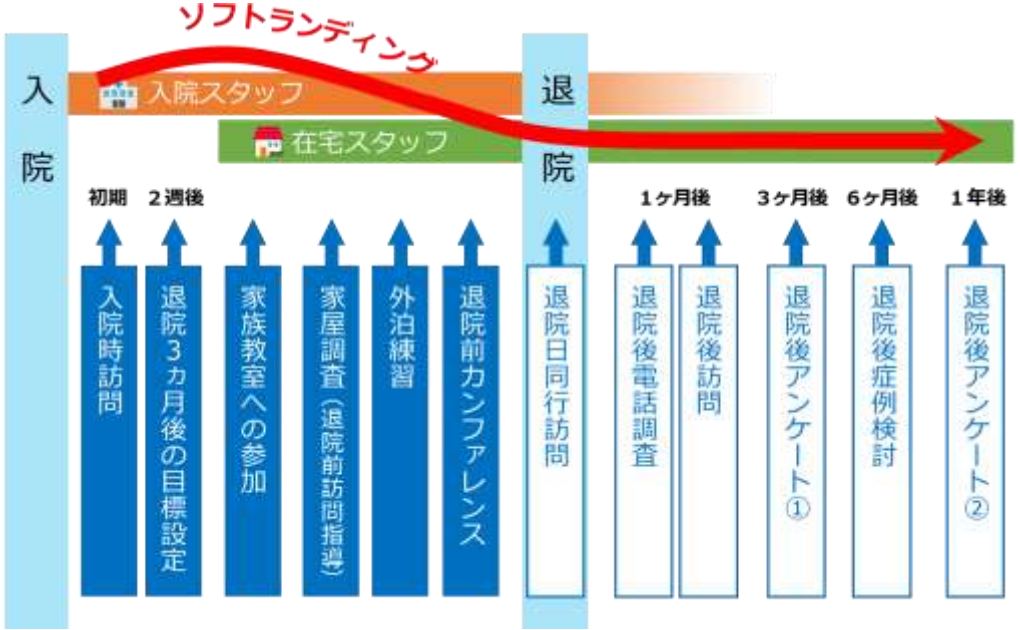
Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.

○　14研究を対象としたメタ解析において、退院前の家屋訪問を実施することが、転倒率を低下させること、退院後の活動レベルが改善すること、再入院率を減少させることが示されている。

Lockwood KJ, et al. J Rehabil Med. 2015 Apr;47(4):289-99.

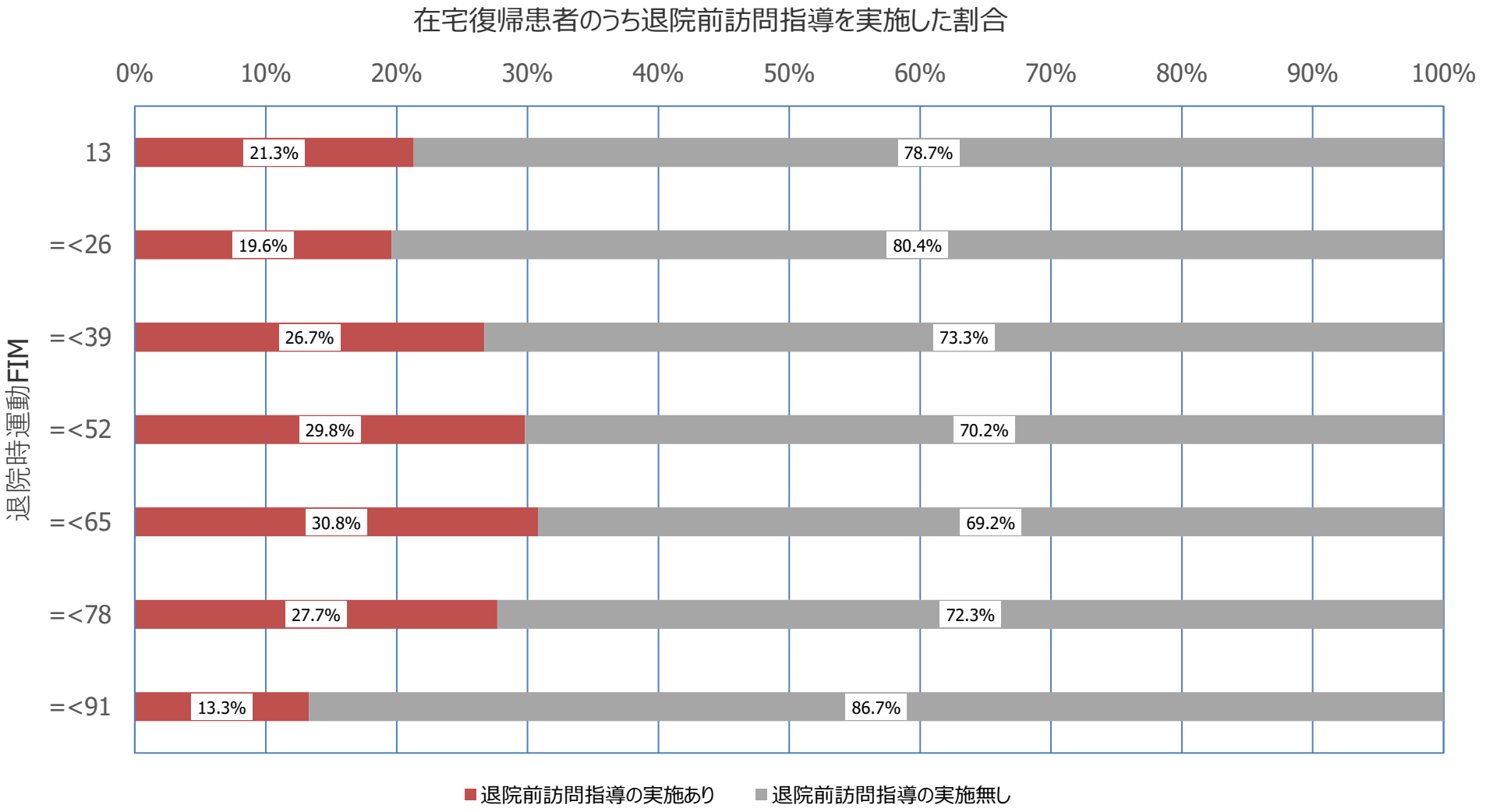
○　家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。

岡光孝．OTジャーナル．55(8) : 999-1003, 2021



退院時運動FIMと退院前訪問指導実施割合の関係

○　回復期リハビリテーション病棟に入棟し、在宅に退棟した患者の訪問指導実施割合は、退院時運動FIMが79以上91以下の患者では13.3%だったが、退院時運動FIMが78以下の患者では約2～3割だった。



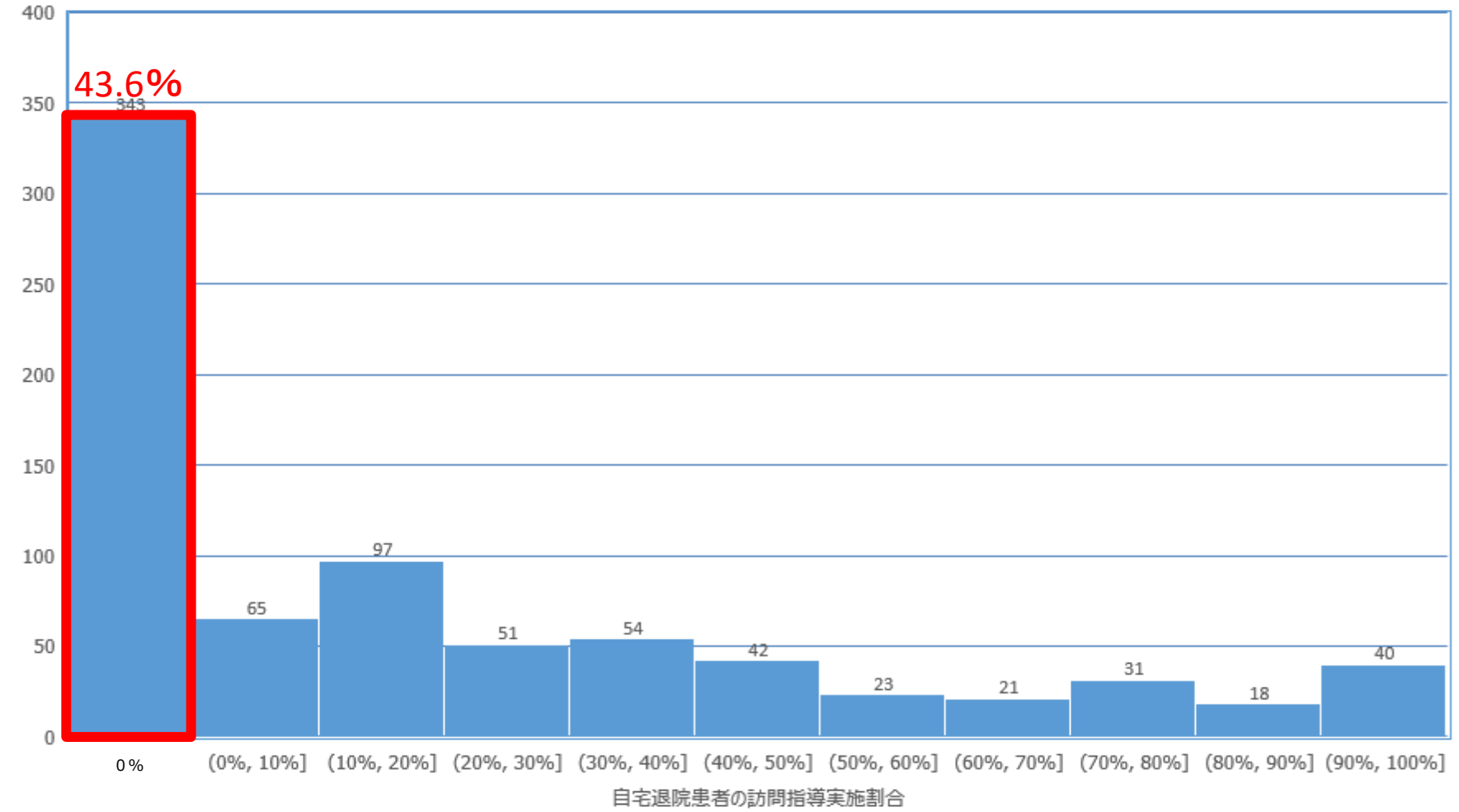
出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実施割合

診調組　入－3改変
5　.　9　.　6

○　回復期リハビリテーション病棟における自宅退院予定患者に対する退院前訪問指導実施割合は、0%の病院が最も多い。

回復期リハビリテーション病棟における自宅退院患者に対する退院前訪問指導の実施割合(n=785)



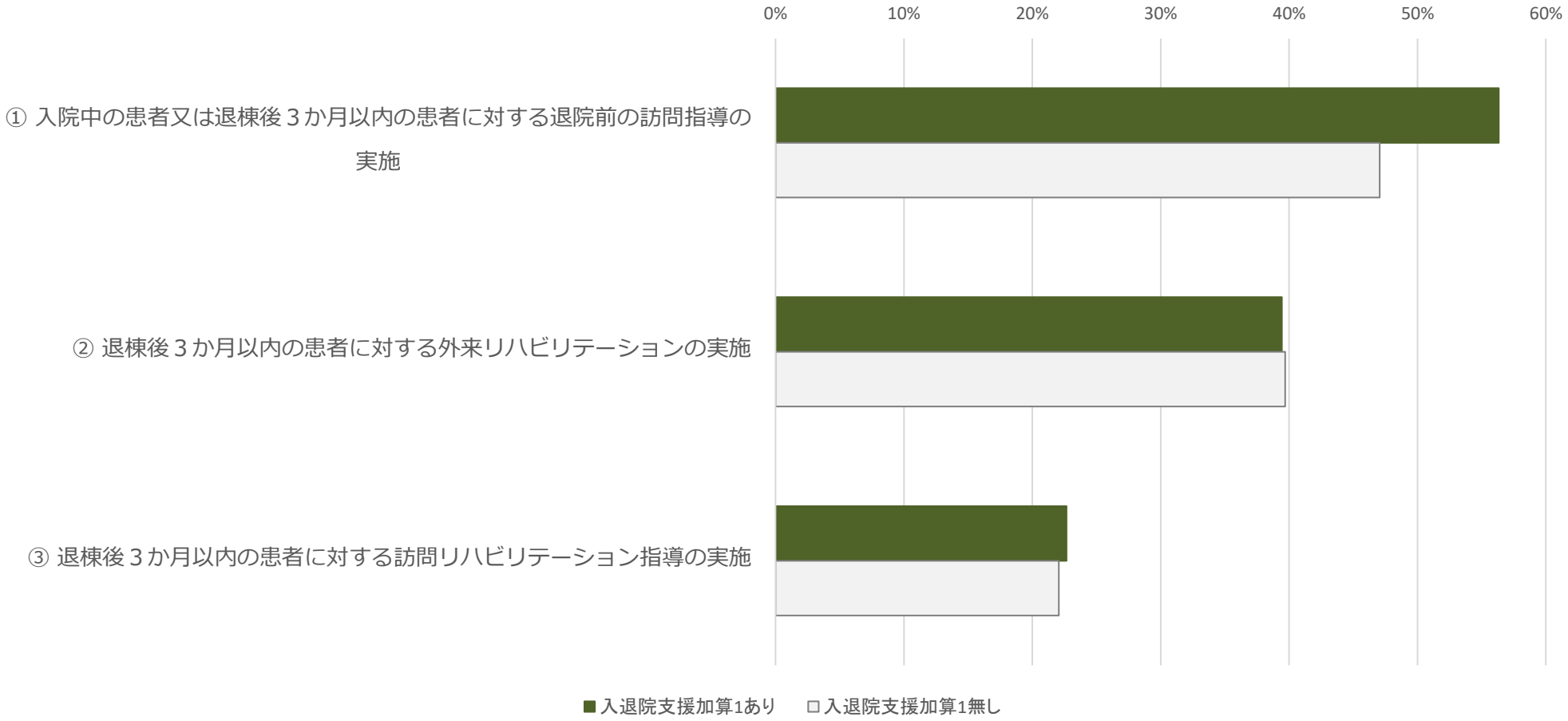
※退院前訪問指導：入院中の患者に対し患者宅へ訪問指導を行うこと。
B007　退院前訪問指導料に係る費用は回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれている。

出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

入退院支援加算1の届出別の退院前後の指導・リハビリについて（回リハ）

○　回復期リハビリテーション病棟における入退院支援1の届出別の病棟専従のリハビリ専門職の退院後のフォローアップについて、入退院支援加算1を届出がある医療機関の方が、届出がない場合と比較して病棟専従のリハビリ専門職による退院前の訪問指導の実施があると回答した割合が高かった。

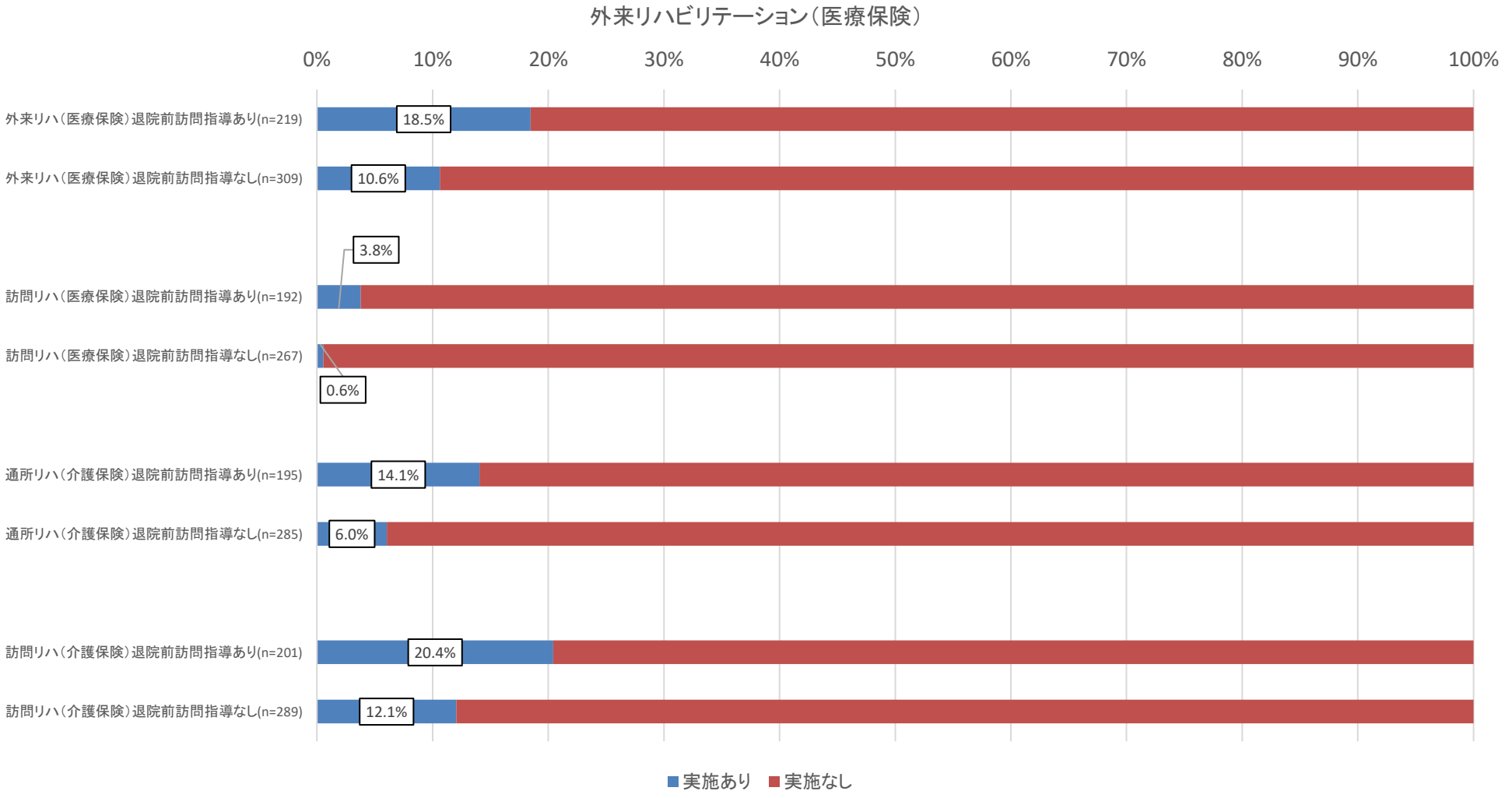
■回復期リハビリテーション病棟における、入退院支援加算１届出別の病棟専従のリハビリ職による退院前後の指導・リハビリの実施状況



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

退院前訪問指導と退院後リハビリテーションの実施

○　リハビリテーション専門職による退院前訪問指導の実施のある医療機関はない医療機関と比較して、退院後の外来リハビリテーションや訪問リハビリテーションの実施割合が高かった。

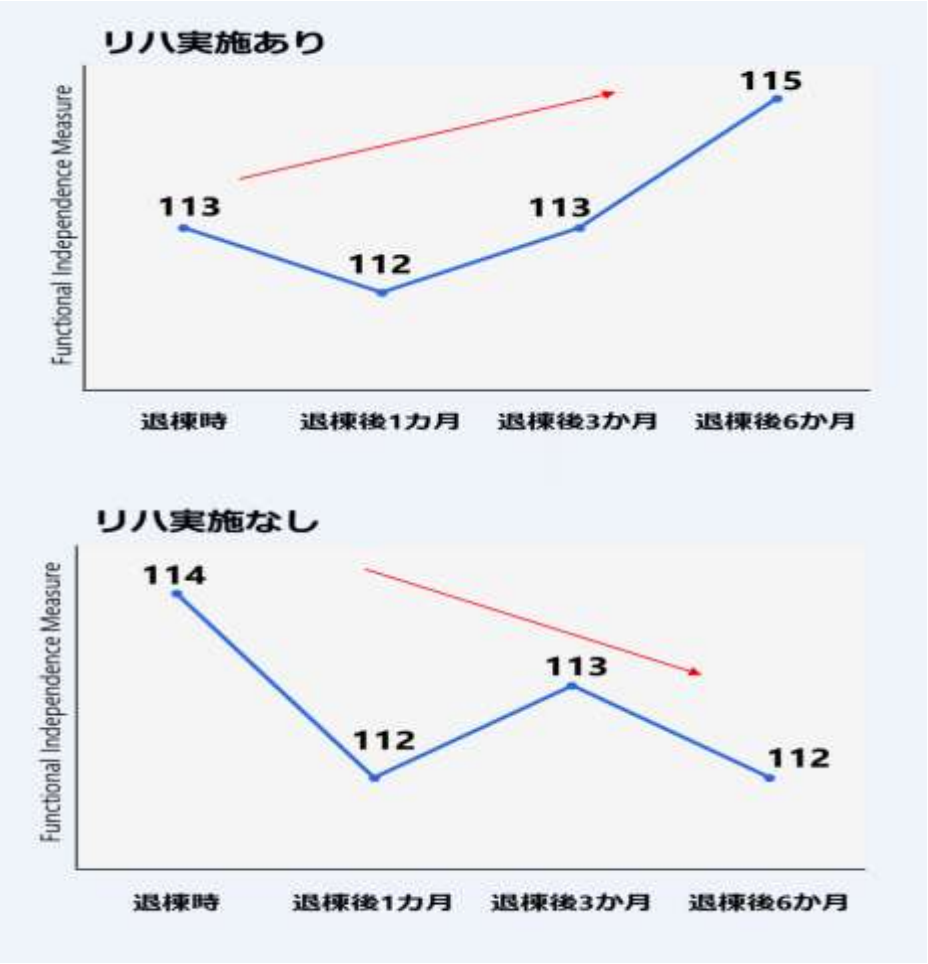


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

退院後のリハビリテーション実施の効果について

○　退院後のリハビリテーションについて、実施の有無を比較すると、退院後もリハビリテーションを実施している患者群は、退院後もFIMが上昇する傾向が認められた。

FIMの推移



対象：令和3年8月1日から8月31日までに退棟した患者(207名)

背景

項目	リハ実施あり (n = 119)	リハ実施なし (n = 88)	P値
年齢	73 歳	76 歳	0.119
女性	46 %	53 %	0.327
原因疾患			0.018
脳血管疾患	58 %	44 %	
整形疾患	37 %	40 %	
廃用症候群	5 %	16 %	
発症～退棟まで日数	95 日	84 日	0.021
BMI値による分類			0.768
やせ (BMI＜18.5kg/㎡)	15 %	15 %	
肥満(BMI≧25kg/㎡)	14 %	18 %	

出典：一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会　調査・検証委員会
回復期から生活期までのリハビリテーションの効果に関する実態調査（2021年度調査結果報告）

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２：リハビリテーション・口腔・栄養

（１）リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

○　リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。

○　令和３年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。

○　リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。

（２）リハビリテーション

○　急性期・回復期と生活期のリハビリテーションの円滑な移行について、フェーズに応じてプログラム内容を変化させていくための仕組みが必要。医療機関で完結することが前提ではなく生活期で更なるQOL向上を目指すために、急性期・回復期では何をするべきかという視点が医療側に求められる。

○　医療側のリハビリテーションの計画が、介護事業者と十分に情報共有されていないことは問題。計画書を介護事業者に提供した場合の評価が診療報酬としては存在しており、情報提供を評価するという方法では改善が難しい。

（３）口腔

○　病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。

○　歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携も更に推進が必要。

（４）栄養

○　潜在的な低栄養の高齢者が多いことが課題であり、踏み込んだ対策が必要。

○　医療機関や介護保険施設では管理栄養士や多職種による栄養管理が行われているが、退院・退所後、在宅での栄養・食生活支援を行うための社会資源の充実が望まれる。

【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

医療保険　回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：**脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害）**　　既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，**左片麻痺・摂食嚥下障害**があり，**ADL全介助（経管栄養）** **食事と移乗の自立を目標**に**筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練**を実施． **介助下にポータブルトイレでの排泄が可能**となり，介護申請して自宅退院．**左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害**が残存
要介護3	**訪問リハビリテーション**，訪問看護，通所介護を利用予定となった．

情報連携

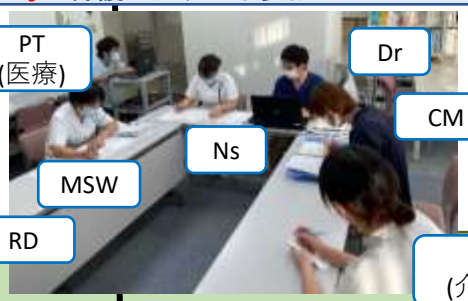
連携のポイント①
診療情報を提供

診療情報提供書
- 現病歴・既往歴
- 治療経過　・内服薬
- 医学管理上の留意点
- 入院中のイベントなど

連携のポイント②　医療と介護共通のリハビリテーション実施計画書を作成

リハビリ実施計画書
- 現在の身体機能・動作能力
- 訓練の目標・方針
- 入院中の訓練内容
- 訓練上の留意点・禁忌
- 栄養管理の内容など

連携のポイント③　退院前カンファレンスに介護スタッフも参加



退院前カンファレンス
- 入院経過の詳細
- 本人・家族の思い
- 退院後ケアプラン
- 現状の課題　等

介護保険　訪問リハビリテーション

Survey

健康状態の把握・生活機能の評価
- 診療情報提供書・リハ実施計画書を参照。
- 課題：左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害
- ADL：Barthel Index：15点　**娘の介助下にポータブルトイレで排泄**

背景因子(環境・個人)
- 本人の希望:**普通のご飯を食べたい**
- 家族の希望:**トイレで排泄してほしい**
- 夫と娘との3人暮らし
- 家族は非常に熱心で協力的

Plan

訪問リハビリテーション計画書の作成・合意形成

目標	**①杖歩行**で**トイレでの排泄**ができるようになる　　②誤嚥せずに肉じゃがを食べる
課題	左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害（排泄はポータブルトイレ介助）
訓練	摂食嚥下訓練，歩行訓練，排泄訓練，環境調整

歩行訓練

嚥下訓練

トイレでの排泄訓練

Do

Check

6か月後：娘の見守りのもと，**杖歩行でトイレでの排泄**ができるようになった
誤嚥することなく肉じゃがを食べることができるようになり目標は達成

アウトカム評価
Barthel Index：15点⇒45点に改善
Frenchay Activities Index：0点⇒０点

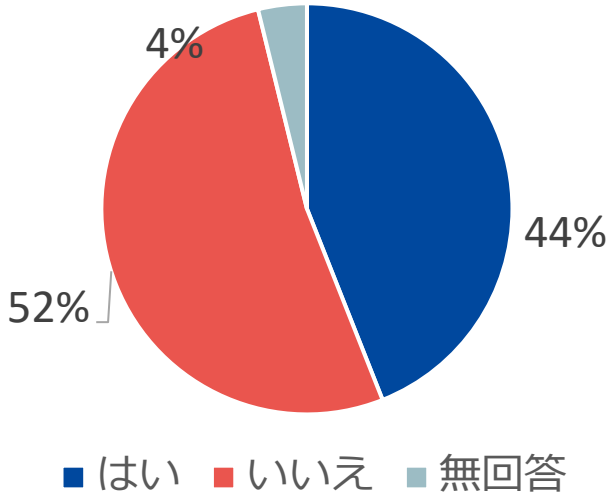
Act

体力づくりと家庭での役割づくりを目的に外出と洗濯を目標に**通所リハビリテーションに移行**

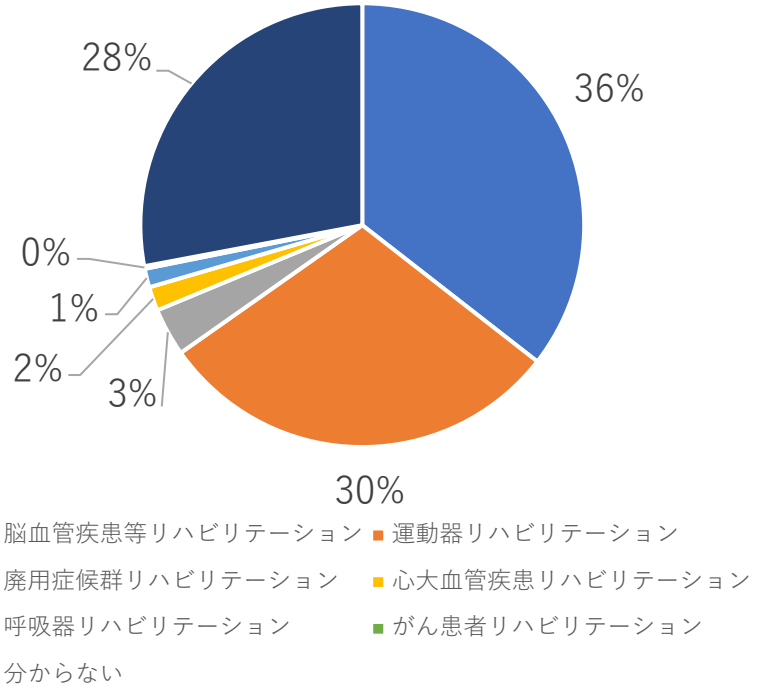
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が
疾患別リハビリテーションの
リハビリテーション実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している
移行前の疾患別リハビリテーションの分類



		医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手したか		p-value*
		はい	いいえ	*Fisherの正確検定
同一医療法人または関連医療機関からの紹介	はい	215 54.3%	181 45.7%	**<0.001**
	いいえ	48 26.8%	131 73.2%	

※　厚生労働科学研究費補助金　（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和２～４年度）によるアンケート調査結果

論点１　リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進

社会保障審議会
介護給付費分科会（第229回）
令和５年10月26日
資料３

論点１

■　退院後から通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能の回復は大きい傾向が見られている一方で、退院後の通所リハビリテーションの利用開始まで２週間以上かかっている利用者が一定数いる。

■　介護保険のリハビリテーション事業所が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44％の利用者に留まっており、より連続的で質の高いリハビリテーションが行われる必要がある。

■　また、通所リハビリテーションにおける退院時の医療機関との連携については、現行、基準上の要件や、例えば訪問看護で設けられている退院時共同指導を行った際の加算等の評価はない。

■　医療保険から介護保険に移行する際に、必要な方に対して早期に、連続的で質の高いリハビリテーションを提供するためには、どのような方策が考えられるか。

対応案

■　ケアプラン作成に係る時間を短縮するために、ケアプランにリハビリテーションを位置づける際、意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院先の医療機関の医師を含むことを明確化してはどうか。

■　退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施するために、以下の対応を行ってはどうか。

（１）　基本報酬の算定要件に、医療機関のリハビリテーション計画書を入手した上で、リハビリテーション計画を作成することを加える。

（２）　通所リハビリテーション事業所の理学療法士等が利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合の加算を新たに設ける。

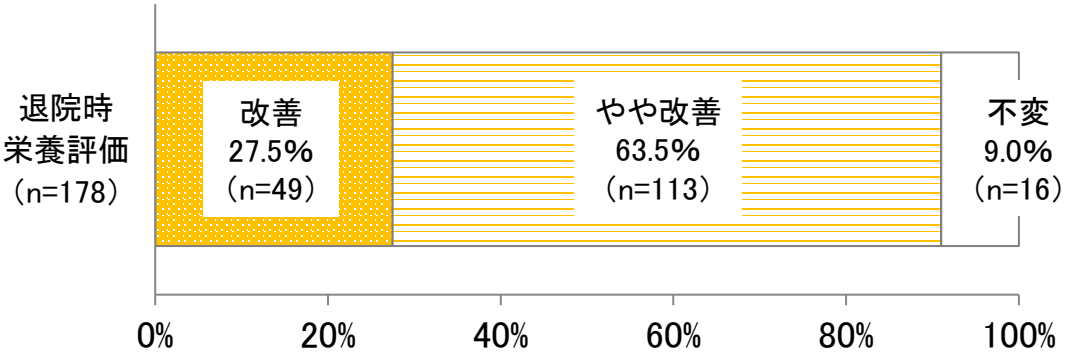
３．回復期リハビリテーション病棟入院料について

- ３－１　概要について
- ３－２　回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について
- ３－３　回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について
- ３－４　回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について
- ３－５　退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について
- **３－６　回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について**
- ３－７　回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について
- ３－８　地域貢献活動について

個別の栄養管理の実施による栄養状態とFIM得点の変化

○　低栄養状態で回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。

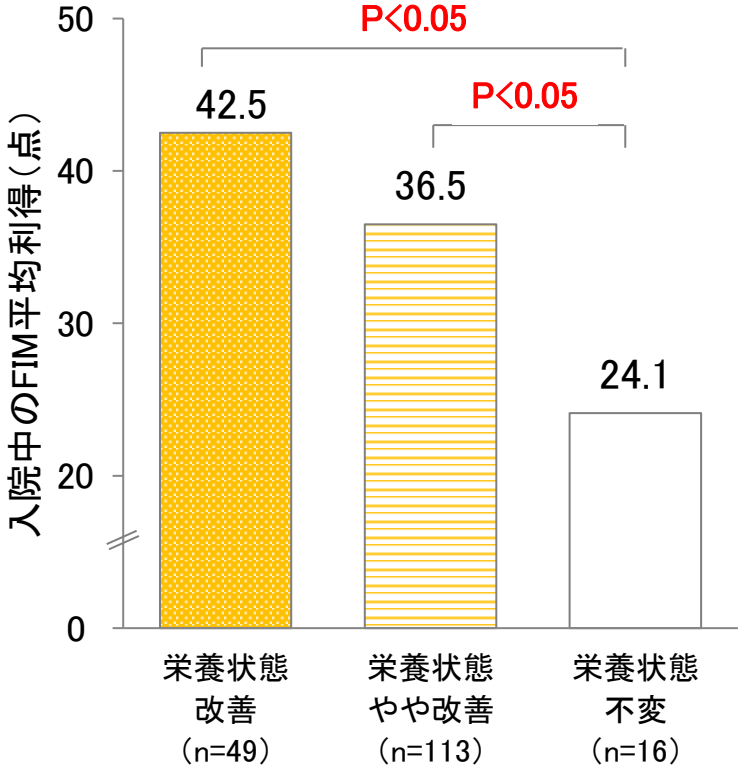
○　栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注：　栄養状態は管理栄養士がMNA®-SF※を用いて評価。
（退院時）改善：12-14点、やや改善：8-11点、不変：0-7点
※　Mini Nutritional Assessment - Short Form
低栄養：0-7点、低栄養リスクあり：8-11点、栄養状態良好：12-14点

対象期間：　2012年4月～2014年12月
対象者：　回復期リハ病院に低栄養状態（MNA®-SF：0-7点）で入院し、加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名（平均年齢77.2歳）

図　回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善



注：　各群は左図と対応

図　回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

出典：Nishioka S et al. *J Acad Nutr Diet*. 2016; 116(5): 837-43.

本ページのFIM：FIM総得点

回復期リハビリテーション病棟における栄養管理の状況

○　回復期リハビリテーション病棟に配置されている管理栄養士は、入院料1で0.9人（常勤換算）であった。
○　病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養情報提供書の作成以外は8割以上実施されていた。

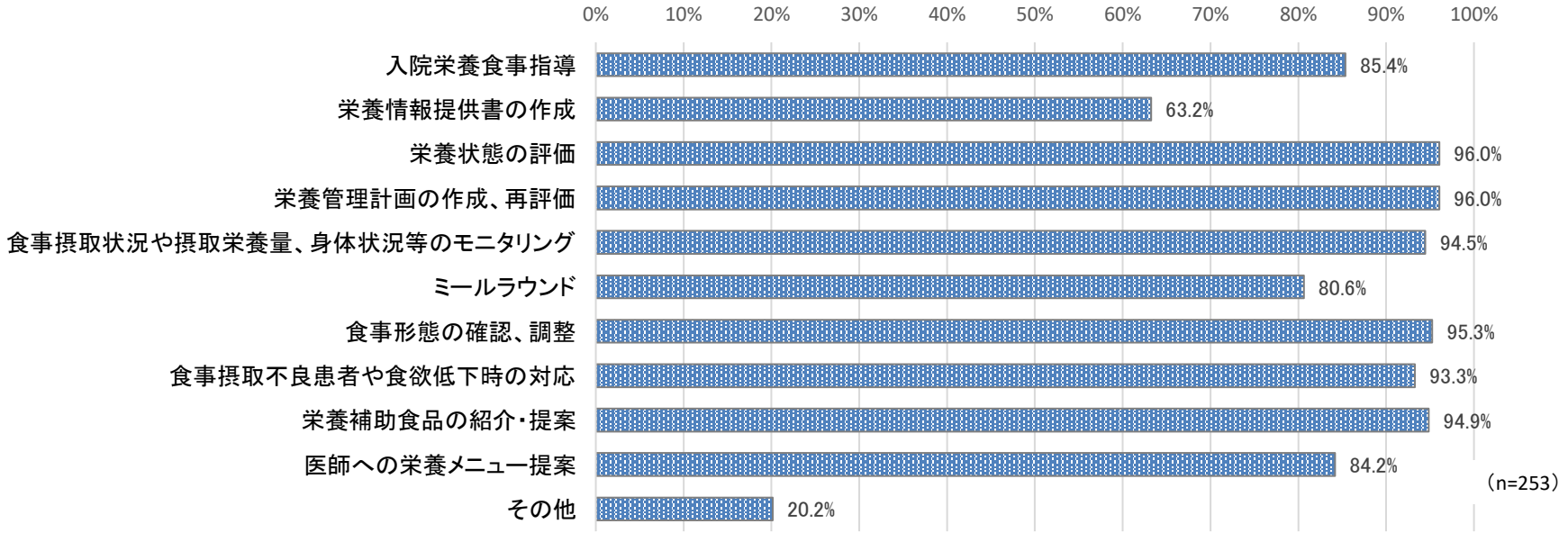
■　回復期リハビリテーション病棟　職員数

	入院料1（n=241）	入院料2（n=34）	入院料3（n=72）	入院料4（n=8）	入院料5～6（n=2）
管理栄養士（常勤換算）	0.9	0.5	0.5	0.1	0.0

＜参考＞　施設基準等

	入院料1	入院料2～5
管理栄養士配置	専任常勤1名以上	専任常勤1名の配置が望ましい
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	配置されている場合：実施が望ましい
入院栄養食事指導料	包括範囲外	包括範囲

■　病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施状況



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）

入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の概要

B001・10　入院栄養食事指導料（入院中2回に限る）

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の**医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって、初回にあたっては概ね30分以上、2回目にあっては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合**に算定

イ　入院栄養食事指導料1

※回復期リハビリテーション病棟入院料1で算定可

保険医療機関の管理栄養士が
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

（1）　初回　260点　（2）　2回目　200点

ロ　入院栄養食事指導料2

有床診療所において、当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

（1）　初回　250点　（2）　2回目　190点

栄養情報提供加算（入院中1回）　50点

栄養食事指導に加え、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設等の医師又は管理栄養士と共有した場合に算定

【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる**特別食を必要とする患者**
- **がん患者**
- **摂食機能又は嚥下機能が低下した患者**
- **低栄養状態にある患者**

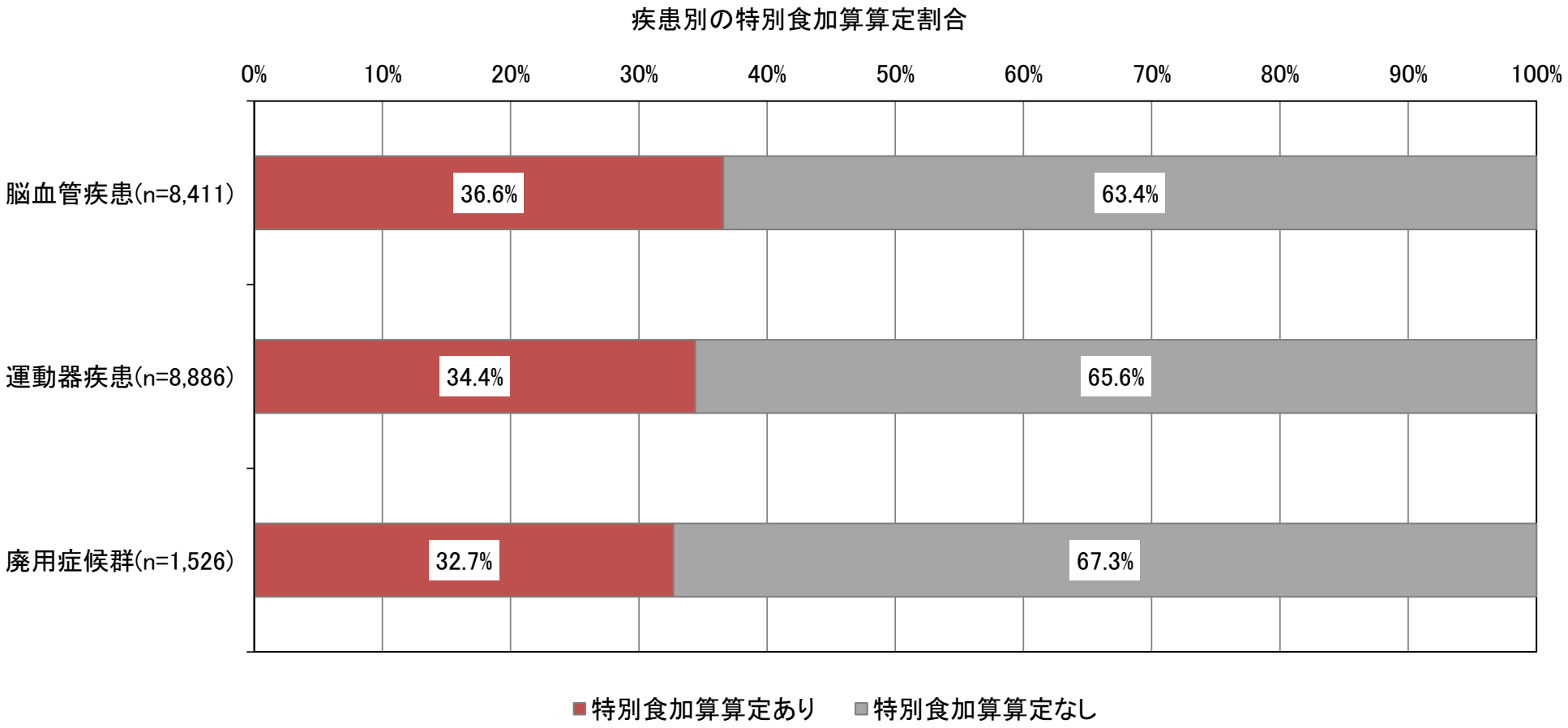
※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

回復期リハビリテーション病棟における疾患別の特別食加算算定状況

診調組　入－３
５．９．６

○　各疾患においても、３人に１人程度は特別食加算を算定している。



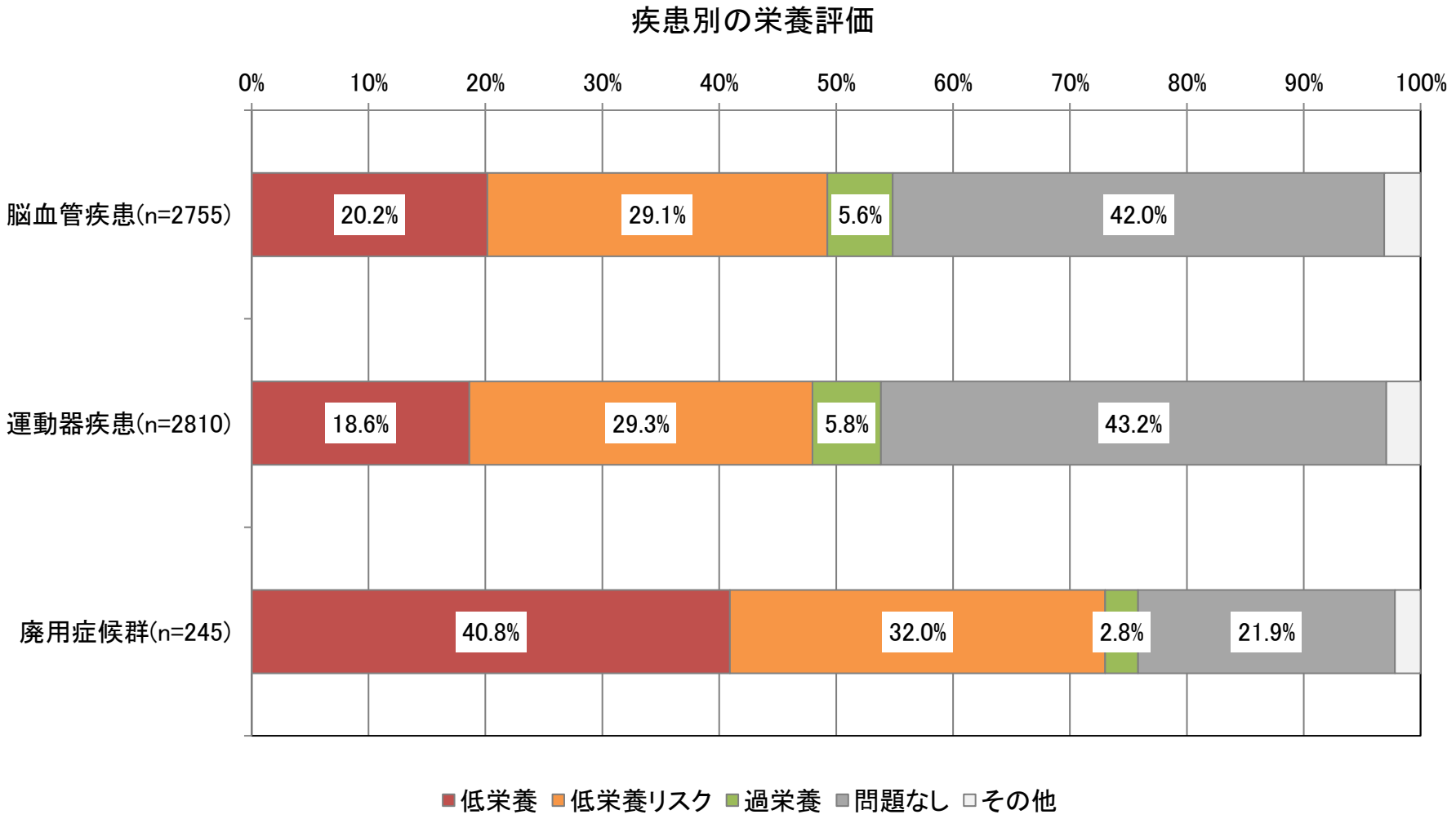
※入院食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

回復期リハビリテーションにおける疾患別の栄養評価

○　回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者における、疾患別に見た栄養評価の状況は以下のとおり。
○　脳血管疾患や廃用症候群に限らず、運動器疾患においても、一定程度低栄養や過栄養等の患者が存在する。

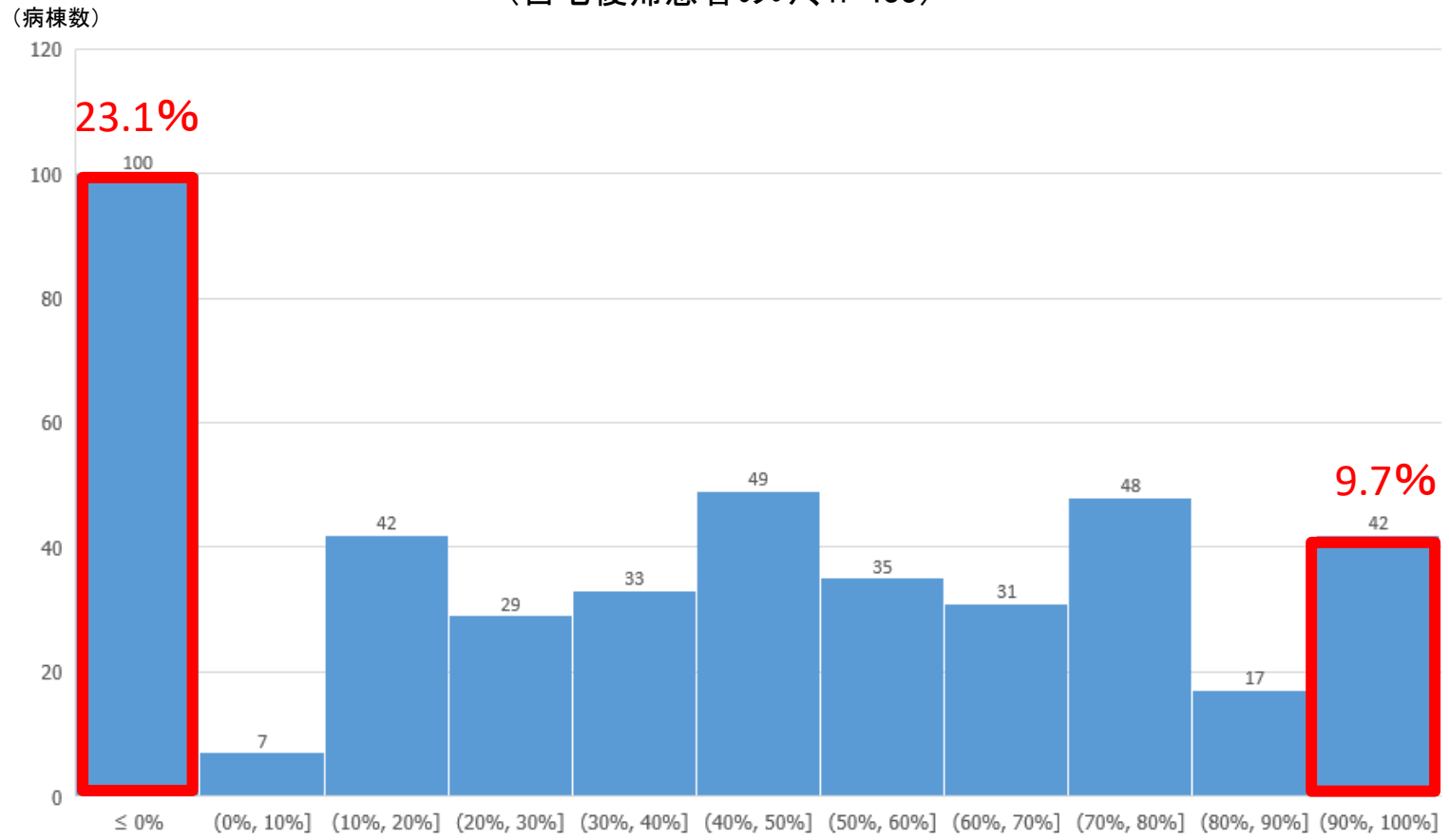


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

回復期リハビリテーション入院料１における入院栄養食事指導料の算定状況

○　入院栄養食事指導料の主な対象者である特別食が必要（特別食加算算定者）又は低栄養に該当し、自宅に復帰する患者に対する入院栄養食事指導料の算定割合の分布は、以下のとおり。
○　約1割の病棟でほぼ全ての対象患者に算定していた一方、約2割の病棟では全く算定していなかった。

回復期リハビリテーション病棟入院料1における $\frac{\text{入院栄養食事指導料算定患者数}}{\text{特別食加算算定又は低栄養に該当する患者数}}$（%） の分布
（自宅復帰患者のみ、n=433）



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

リハビリテーション実施計画書における栄養に関する記載

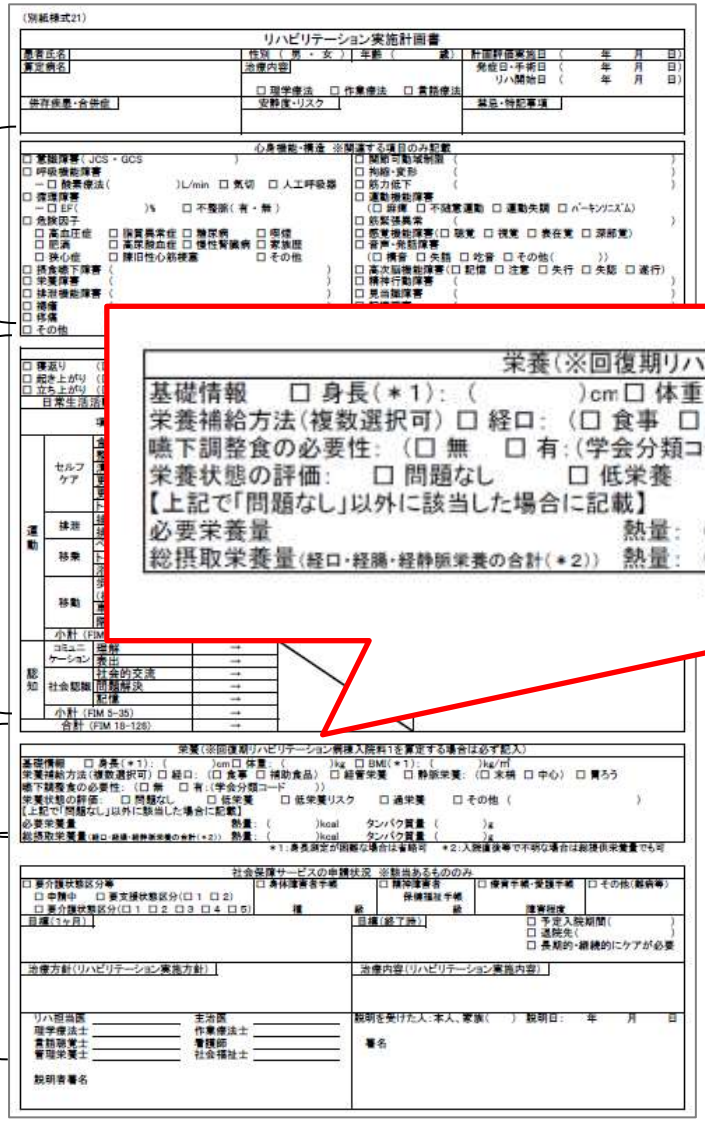
○ リハビリテーション実施計画書における栄養に関する項目として、身長、体重、BMI、栄養補給方法、嚥下調整食の必要性、栄養状態の評価等があり、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は、必須事項である。

心身機能・構造

基本動作

栄養

社会保障サービスの申請状況


（別紙様式21）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名 / 性別（男・女） 年齢（　歳） / 計画評価実施日（　年　月　日）
算定病名 / 治療内容 ☐理学療法 ☐作業療法 ☐言語療法 / 発症日・手術日（　年　月　日） リハ開始日（　年　月　日）
併存疾患・合併症 / 安静度・リスク / 禁忌・特記事項

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

☐意識障害（JCS・GCS　　）
☐呼吸機能障害
　ー☐酸素療法（　　）L/min ☐気切 ☐人工呼吸器
☐循環障害
　ー☐EF（　　）% ☐不整脈（有・無）
☐危険因子
　☐高血圧症 ☐脳血栓症 ☐糖尿病 ☐喫煙
　☐脂質異常症 ☐高尿酸血症 ☐慢性腎臓病 ☐家族歴
　☐狭心症 ☐陳旧性心筋梗塞 ☐その他
☐摂食嚥下障害（　　）
☐栄養障害（　　）
☐排泄機能障害（　　）
☐褥瘡
☐疼痛
☐その他

☐関節可動域制限（　　）
☐拘縮・変形（　　）
☐筋力低下（　　）
☐運動機能障害（　　）
　（☐麻痺 ☐不随意運動 ☐運動失調 ☐パーキンソニズム）
☐筋緊張異常（　　）
☐感覚機能障害（☐聴覚 ☐視覚 ☐表在覚 ☐深部覚）
☐音声・発語障害（　　）
　（☐構音 ☐失語 ☐吃音 ☐その他（　　））
☐高次脳機能障害（☐記憶 ☐注意 ☐失行 ☐失認 ☐遂行）
☐精神行動障害（　　）
☐見当識障害（　　）

基本動作

☐寝返り（　　）
☐起き上がり（　　）
☐立ち上がり（　　）
日常生活活動

運動：セルフケア / 排泄 / 移乗 / 移動 / 小計（FIM
認知：コミュニケーション 理解 → / 表出 → / 社会的交流 → / 社会認識 問題解決 → / 記憶 → / 小計（FIM 5-35） → / 合計（FIM 18-126） →

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入）

基礎情報　☐身長（＊1）：（　　）cm ☐体重：（　　）kg ☐BMI（＊1）：（　　）kg/㎡
栄養補給方法（複数選択可）☐経口：（☐食事 ☐補助食品） ☐経管栄養 ☐静脈栄養：（☐末梢 ☐中心） ☐胃ろう
嚥下調整食の必要性：（☐無 ☐有：（学会分類コード　　））
栄養状態の評価：☐問題なし ☐低栄養 ☐低栄養リスク ☐過栄養 ☐その他（　　）
【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】
必要栄養量　熱量：（　　）kcal　タンパク質量（　　）g
総摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（＊2））　熱量：（　　）kcal　タンパク質量（　　）g
＊1：身長測定が困難な場合は省略可　＊2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

社会保障サービスの申請状況 ※該当するもののみ

☐要介護状態区分等
　☐申請中 ☐要支援状態区分（☐1 ☐2）
　☐要介護状態区分（☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5）
☐身体障害者手帳　種　級
☐精神障害者保健福祉手帳　級
☐療育手帳・愛護手帳
☐その他（難病等）
障害程度

目標（1ヶ月）
目標（終了時）
☐予定入院期間（　　）
☐退院先（　　）
☐長期的・継続的にケアが必要

治療方針（リハビリテーション実施方針）
治療内容（リハビリテーション実施内容）

リハ担当医　主治医
理学療法士　作業療法士
言語聴覚士　看護師
管理栄養士　社会福祉士
説明者署名

説明を受けた人：本人、家族（　）説明日：　年　月　日
署名

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入）

基礎情報　☐身長（＊1）：（　　）cm ☐体重：（　　）kg ☐BMI（＊1）：（　　）kg/㎡
栄養補給方法（複数選択可）☐経口：（☐食事 ☐補助食品） ☐経管栄養 ☐静脈栄養：（☐末梢 ☐中心） ☐胃ろう
嚥下調整食の必要性：（☐無 ☐有：（学会分類コード　　））
栄養状態の評価：☐問題なし ☐低栄養 ☐低栄養リスク ☐過栄養 ☐その他（　　）
【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】
必要栄養量　熱量：（　　）kcal　タンパク質量（　　）g
総摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（＊2））　熱量：（　　）kcal　タンパク質量（　　）g
＊1：身長測定が困難な場合は省略可　＊2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

ＤＰＣデータ（様式１）における栄養関連項目

○　入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータ（様式1）において把握可能な主な項目は、以下のとおり。

■　患者プロファイル

- 身長（入院時のみ）
- 体重（入院時のみ）※回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料算定病棟のみ入棟時・退棟時
- 褥瘡の有無（入棟時・退棟時）　※療養病棟入院基本料届出病棟のみ・任意項目

■　要介護情報

- 低栄養の有無（様式1開始日時点・様式1終了日時点）

※　低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、 血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
イ　経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

- 摂食・嚥下機能障害の有無（様式1開始日時点、様式1終了日時点）

※　摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
イ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施することが困難である場合を含む。）

- 経管・経静脈栄養の状況（様式1開始日時点、様式1終了日時点）

※　経鼻胃管 、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

低栄養の世界的診断基準　ＧＬＩＭ基準

○ ESPEN（欧州臨床代謝学会）、A.S.P.E.N（アメリカ静脈経腸栄養学会）、PENSA（アジア静脈経腸栄養学会）、FELANPE（南米栄養治療・臨床栄養代謝学会）による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良（低栄養）の定義が策定された。　※　Global Leadership Initiative on Malnutrition

○ 表現型（体重変化、BMI、筋肉量）と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール（NRS-2002,MNA-SF等）を使用

診断のためのアセスメント（GLIM基準）

● **表現型**

- 体重減少
  6か月以内で5%　6か月以上で10%
- 低BMI
  <20kg/m² 70歳未満　　アジア　<18.5kg/m² 70歳未満
  <22kg/m² 70歳以上　　<20kg/m² 70歳以上
- 筋肉量減少

● **病因（※）**

- 食事摂取量減少／吸収障害
- 疾病負荷／炎症

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

＜重症度判定＞

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5～10%：過去6か月以内 10～20%：過去6か月以上	<20：70歳未満 <22：70歳以上 アジア <18.5：70歳未満 <20：70歳以上	軽度－中等度の減少
ステージ2 重度の 低栄養	＞10%：過去6か月以内 ＞20%：過去6か月以上	<18.5：70歳未満 <20：70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注）臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

（※）　病因に基づく診断分類
慢性疾患で炎症を伴う低栄養
急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
炎症はなく飢餓による低栄養（社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因）
消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

出典：外科と代謝・栄養2022年56巻4号p.107-112及びClinical Nutrition 38 (2019) 1e9 を基に医療課にて作成

３．回復期リハビリテーション病棟入院料について

- ３－１　概要について
- ３－２　回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について
- ３－３　回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について
- ３－４　回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について
- ３－５　退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について
- ３－６　回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について
- **３－７　回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について**
- ３－８　地域貢献活動について

回復期リハビリテーション病棟に求められる役割

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定要件

（回復期リハビリテーション病棟入院料について）

(1)　回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、**ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟**であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。

(2)～(18)　（略）

安静臥床が及ぼす全身への影響

1．筋骨格系
- 1）　筋量減少、筋力低下
- 2）　骨密度減少
- 3）　関節拘縮

2．循環器系
- 1）　循環血液量の低下
- 2）　最大酸素摂取量低下
- 3）　静脈血栓

3．呼吸器系
- 1）　肺活量低下
- 2）　咳嗽力低下

4．消化器系
- 1）　便秘等

5．泌尿器系
- 1）　尿路結石等

6．精神神経系
- 1）　せん妄等

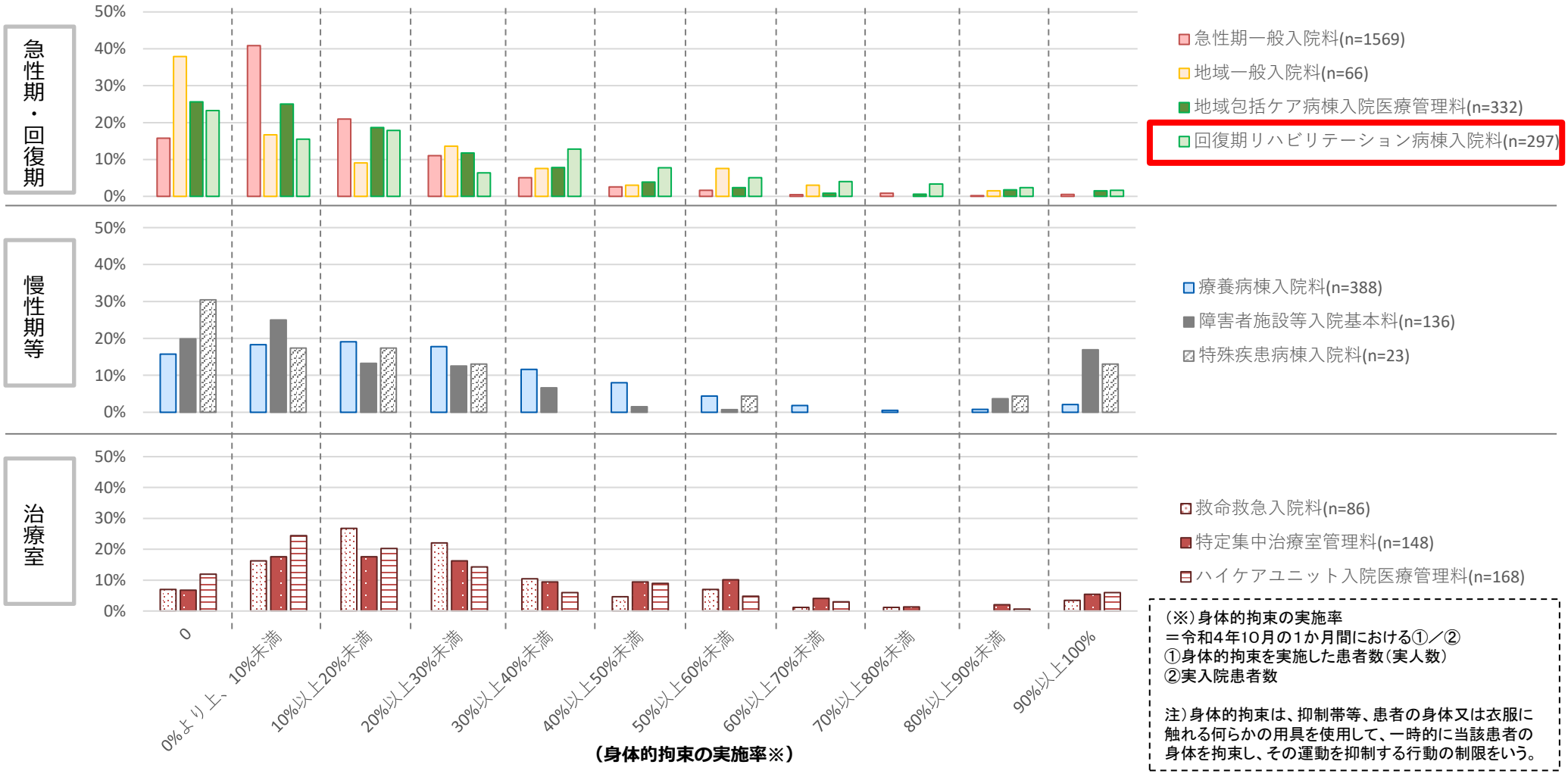
出典：佐藤和香　Jpn J Rehabil Med.2019: 56::842-847.

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（※）

（拘束実施率別の各病棟の占める割合）



（※）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。

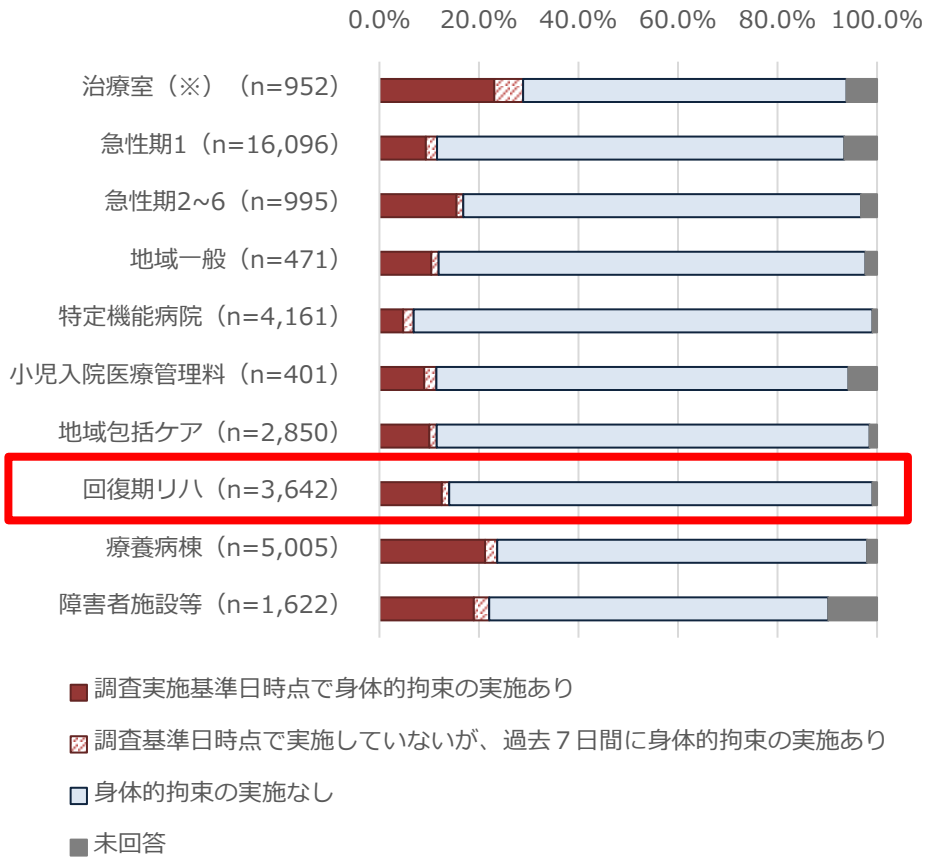
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

診調組　入－１
５．７．８改

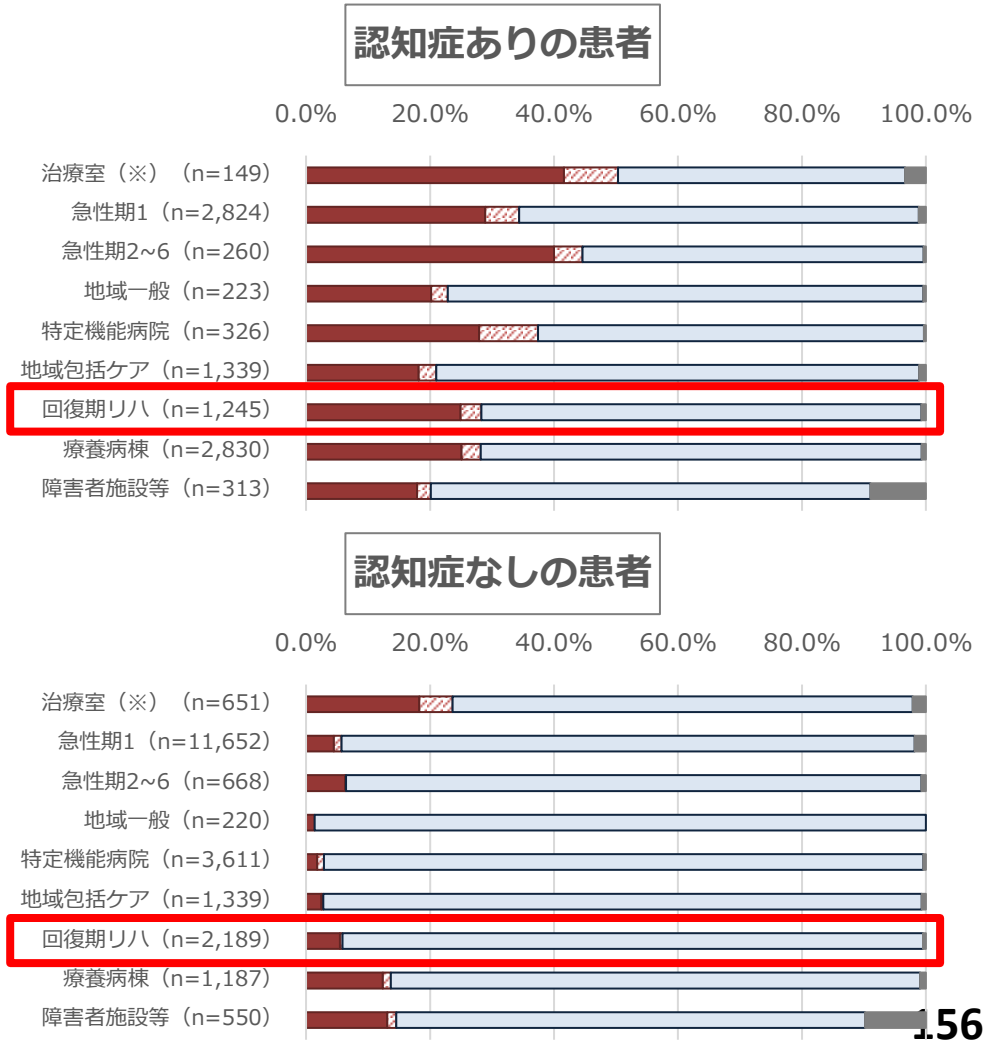
○ いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
○ 「認知症あり」の患者の場合、約2～4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■入院料別の身体的拘束の実施有無



（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

■認知症の有無別の身体的拘束の実施有無



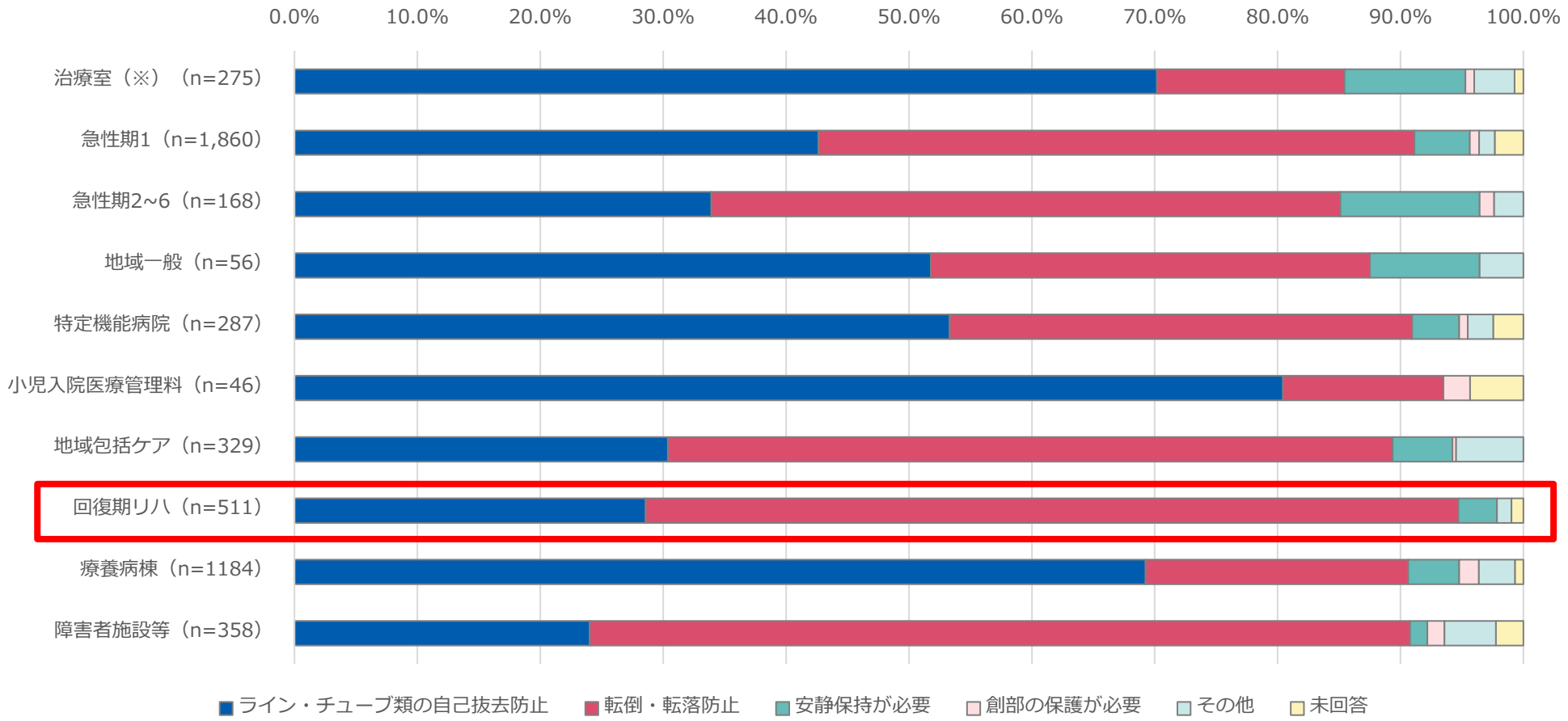
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料別の身体的拘束の実施理由

診調組　入－１
５．７．８改

○　身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
○　小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

■身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去７日間に実施ありの患者に限る）



（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

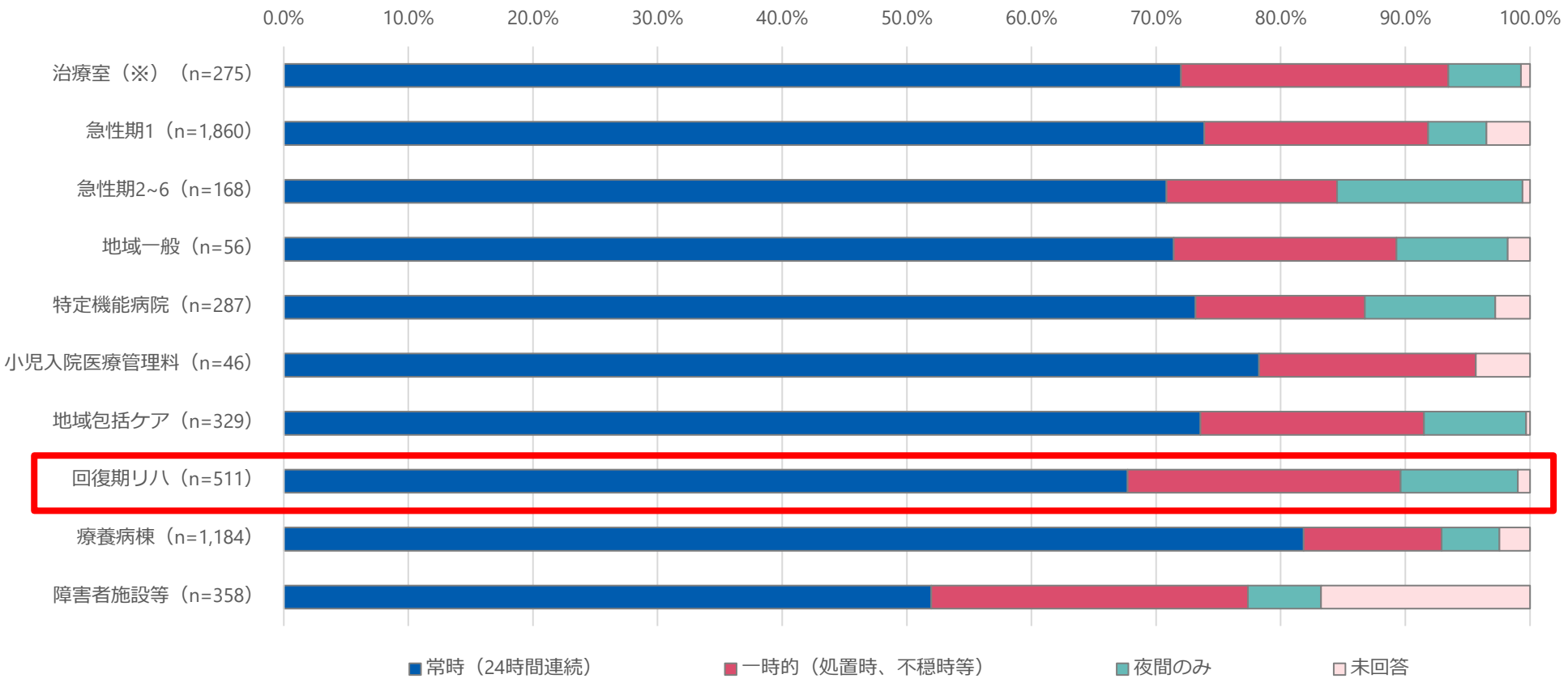
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料別の拘束時間

診調組　入－１
５．７．８改

○　身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の１日の拘束時間は、約7割が常時（24時間連続）拘束をしていた。
○　他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時（24時間）拘束している患者がやや多かった。

■拘束時間（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去７日間に実施ありの患者に限る）
※過去７日間のうち、直近で拘束を行った日の１日の状況について回答



（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性①

診調組　入－３
５．９．６

○　回復期リハビリテーション病棟の患者について、身体的拘束を実施している患者の主傷病は、脳梗塞や心原性脳塞栓症である患者が多かった。

■回復期リハビリテーション病棟の患者における身体的拘束の実施有無別の主傷病

基準日時点で過去７日間の身体的拘束の実施あり（n=458）

	主傷病	n数	割合
1	脳梗塞	39	8.5%
2	心原性脳塞栓症	37	8.1%
3	大腿骨頚部骨折	34	7.4%
4	大腿骨転子部骨折	30	6.6%
5	アテローム血栓性脳梗塞	24	5.2%
6	視床出血	23	5.0%
7	廃用症候群	22	4.8%
8	脳皮質下出血	17	3.7%
9	被殻出血	16	3.5%
10	脳出血	13	2.8%

調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に身体的拘束の実施あり（n=53）

主傷病	n数	割合
脳梗塞	7	13.2%
大腿骨転子部骨折	6	11.3%
腰椎圧迫骨折	4	7.5%
廃用症候群	4	7.5%
心原性脳塞栓症	4	7.5%
脳出血	3	5.7%
大腿骨頚部骨折	3	5.7%
脱水症	3	5.7%
被殻出血	2	3.8%
外傷性慢性硬膜下血腫	2	3.8%

身体的拘束の実施なし（n=3,099）

主傷病	n数	割合
大腿骨転子部骨折	246	7.9%
大腿骨頚部骨折	231	7.5%
脳梗塞	187	6.0%
アテローム血栓性脳梗塞	187	6.0%
腰椎圧迫骨折	125	4.0%
心原性脳塞栓症	118	3.8%
廃用症候群	89	2.9%
視床出血	83	2.7%
被殻出血	75	2.4%
ラクナ梗塞	62	2.0%

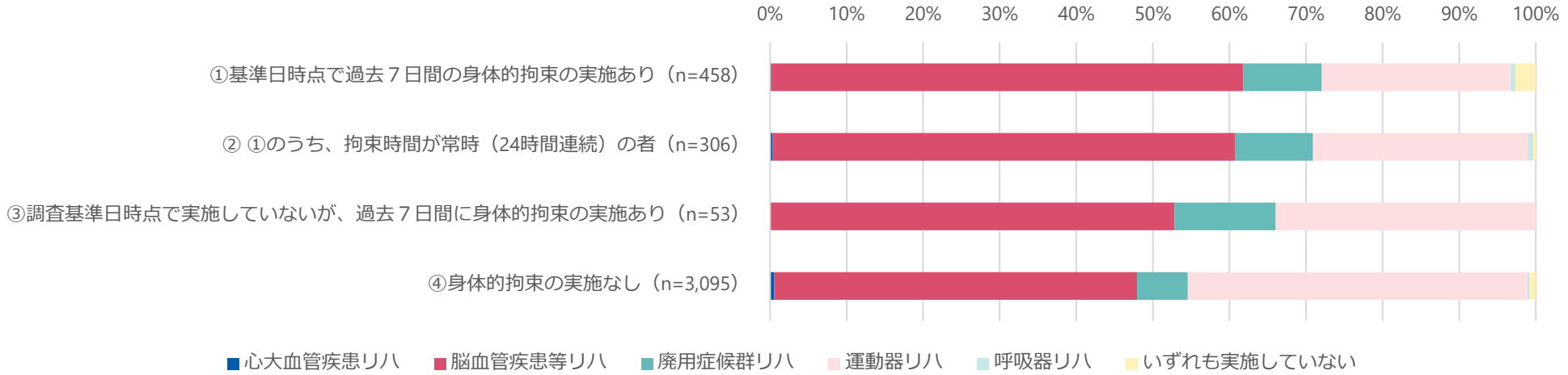
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性②

診調組　入－３
５．９．６

○　回復期リハビリテーション病棟では、身体的拘束の実施有無に寄らずほぼ100%疾患別リハビリテーションが実施されていた。疾患別リハビリテーションの具体的な内容としては、身体的拘束を実施している患者の方が脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合が高かった。
○　身体的拘束の実施有無に寄らず、１日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず、平均約６単位実施されていた。

■身体的拘束の実施有無別、疾患別リハビリテーションの実施状況



■身体的拘束の実施有無別、１日あたりのリハビリテーション実施単位数（未回答を除く）

	平均値	中央値	25%tile	75%tile
①基準日時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり(n=198)	5.9	6.2	4.9	7.9
② ①のうち、拘束時間が常時(24時間連続)の者(n=126)	6.1	6.1	5.0	8.0
③調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり(n=30)	6.3	7.6	4.2	8.5
④身体的拘束の実施なし(n=1,580)	5.8	6.1	4.0	8.0

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）

認知症ケア加算で求める身体的拘束に関する対応

算定要件

（4）身体的拘束について

ア　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こと。

イ　入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

ウ　やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。

エ　身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

（イ）　実施の必要性等のアセスメント
（ロ）　患者家族への説明と同意
（ハ）　身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
（ニ）　二次的な身体障害の予防
（ホ）　身体的拘束の解除に向けた検討

オ　身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

【疑義解釈資料の送付について（その1）（平成28年3月31日）】

問62　身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

答　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であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

施設基準

認知症ケア加算1

認知症ケアチームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

認知症ケア加算2

専任の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

認知症ケア加算3

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）（抄）

Ⅱ．検討結果の概要

13．横断的個別事項について

13－2．入退院支援について

・ 身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があった。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。

入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

○ 40床あたりの看護職員及び看護補助者の数は、入院料によりその人数や比率が異なるが、40床あたりの職員数の合計は、回復期リハビリテーション病棟入院料が最も多い。

入院料グループ	回答施設数 ※1	40床あたり職員数の施設平均（単位：人） 全職員	看護職員	看護補助者	うち、介護福祉士	リハビリ職 ※2
急性期一般入院料1	1,752	32.77	26.34	3.45	0.30	0.85
急性期一般入院料2-3	72	28.38	21.82	3.09	0.35	2.02
急性期一般入院料4-6	147	26.07	19.42	3.68	0.51	0.89
特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	443	33.88	27.95	2.76	0.01	1.82
専門病院入院基本料（7対1）	25	24.01	21.48	1.98	0.00	0.00
小児入院医療管理料（病床単位で届け出ている場合を除く）	79	39.92	34.27	2.14	0.05	0.65
地域一般入院料1～2	37	30.95	19.22	5.80	0.65	3.51
地域一般入院料3	41	25.99	15.65	5.38	1.11	2.67
地域包括ケア病棟入院料	232	29.86	18.54	6.03	1.53	2.89
地域包括ケア病棟入院料1	138	30.86	19.01	6.48	1.49	2.92
地域包括ケア病棟入院料2	93	28.42	17.88	5.35	1.61	2.86
地域包括ケア病棟入院料3	1	25.36	15.36	7.60	0.00	1.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	347	45.60	17.36	7.12	3.53	20.23
回復期リハビリテーション病棟入院料1	238	48.61	18.06	7.14	3.86	23.49
回復期リハビリテーション病棟入院料2	32	43.48	17.98	6.60	3.02	17.94
回復期リハビリテーション病棟入院料3	68	38.17	15.24	7.28	2.81	11.58
回復期リハビリテーション病棟入院料4	8	27.61	11.99	7.34	2.16	6.75
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1	44.60	18.80	5.80	1.00	16.00
療養病棟入院料1	386	26.02	12.72	9.49	3.44	1.50
療養病棟入院料2	76	24.85	11.94	9.31	3.18	1.17

注1）20床以下の病棟は除いて集計している
注2）理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

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）

３．回復期リハビリテーション病棟入院料について

- ３－１　概要について
- ３－２　回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について
- ３－３　回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について
- ３－４　回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について
- ３－５　退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について
- ３－６　回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について
- ３－７　回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について
- ３－８　地域貢献活動について

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
○ 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進

地域ケア会議への参画等

自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上を目指す

訪問・通所介護職員等への助言

介護職員等への助言などを実施することで、通所や訪問介護における自立支援に資する取組を促進

住民運営の通いの場への支援

介護予防に資するような通いの場の地域展開を、専門的な観点から支援

派遣

地域包括支援センター

連携

医療機関・
介護サービス事業所等

リハビリテーションに関連する専門職等

郡市区等医師会等
関係団体

企画調整を
連携し実施

市町村

市町村における総合事業へのリハビリ専門職の確保について

意見交換　資料－４参考－１
Ｒ　５　．　３　．　１　５

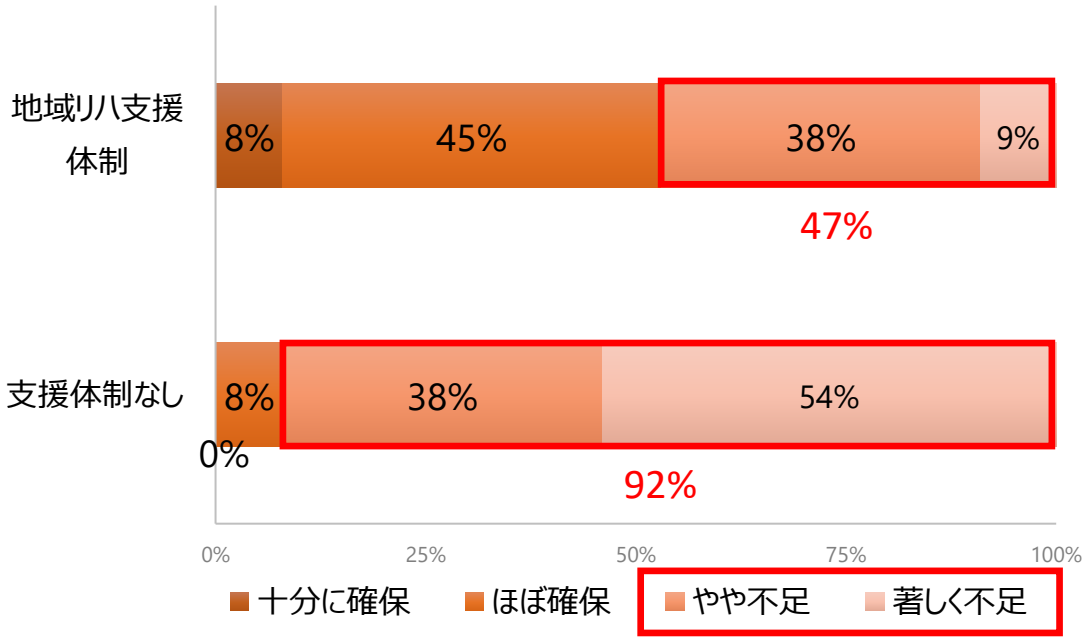
○　地域リハビリテーション活動支援事業は74.2%の市町村で実施されている。
○　総合事業へのリハビリ専門職について、地域リハ支援体制が整備されている市町村においては約半数、地域リハ支援体制がない市町村においては約9割が十分に確保できていない。

地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況

	有	無	計
実施市町村数（市町村）	1,292	449	1,741
割合［%］	[74.2%]	[25.8%]	[100.0%]

令和２年度　介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

総合事業へのリハビリ専門職の確保状況



訪問・通所リハビリテーションの実態調査事業．全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業，2017

地域貢献活動について

○　回復期リハ病棟を有する施設の地域貢献活動の状況は以下のとおり。実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が多い。

施設として実施している又は関与している取り組みについて（令和５年６月1日時点）	地域ケア会議への参加	訪問・通所介護事業所の介護職員などへの助言	住民主体の通いの場への支援	その他、地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力	上記のいずれも実施又は関与していない
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=265)	61.5%	49.4%	42.3%	51.3%	14.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=59)	52.5%	30.5%	27.1%	39.0%	30.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=88)	55.7%	33.0%	36.4%	45.5%	20.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=10)	50.0%	0.0%	30.0%	10.0%	40.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=13)	30.8%	15.4%	23.1%	15.4%	53.8%

上記取り組みに派遣している職種	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	その他
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=223)	35.4%	3.1%	10.3%	51.6%	79.8%	59.2%	39.0%	23.3%	6.3%	27.8%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=38)	26.3%	0.0%	7.9%	50.0%	81.6%	71.1%	34.2%	23.7%	7.9%	42.1%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=68)	38.2%	1.5%	5.9%	41.2%	85.3%	52.9%	27.9%	27.9%	2.9%	26.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=6)	50.0%	0.0%	16.7%	16.7%	66.7%	33.3%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=6)	33.3%	0.0%	16.7%	66.7%	83.3%	50.0%	16.7%	33.3%	33.3%	16.7%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）（速報値）

１．回復期入院医療を取りまく現状等

２．地域包括ケア病棟入院料について

３．回復期リハビリテーション病棟入院料について

４．課題と論点

回復期入院医療に係る課題

地域包括ケア病棟について

（1） 概要について

・ 地域包括ケア病棟には、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援の3つの機能がある。

（2） 地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

・ 2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2025年までの間、一時的に75歳以上人口が急増すると予想され、2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が増加する。
・ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
・ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医師による診察の頻度、必要性が高い傾向にあった。またDPCデータにおいては、地域包括ケア病棟において、緊急搬送され直接入棟した患者は、包括範囲の医療資源投入量が多い傾向が見られた。

（3） 地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

・ 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が高い地域包括ケア病棟は、自院の病棟から転棟した患者割合が低く、家庭から入棟した患者割合が高く、自宅等に退棟した患者割合が高い傾向にあった。

（4） 地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

・ 地域包括ケア病棟に入棟している患者について、入棟経路により傷病は異なるが、在棟日数に大きな差はない。
・ 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量（包括範囲）の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。
・ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合にはばらつきがある。

回復期入院医療に係る課題

地域包括ケア病棟について（続き）

（5） 地域包括ケア病棟の在宅療養との連携について

・ 地域包括ケア病棟を有する病院の在宅医療等の提供状況は、施設基準で求める実績のうち訪問診療の基準を満たしているところが多い。
・ 在宅患者訪問診療料の算定実績がある施設において、入院料1・3では訪問リハビリテーションや訪問看護等の算定実績が、入院料2・4では退院時共同指導等や訪問介護の算定実績がある施設が多い。
・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する患者の6割以上は要支援1以上である。
・ 在宅医療等の提供実績のうち、訪問看護と訪問リハビリテーションに関する提供実績については以下の特徴があった。
  - 病院からの訪問看護・指導等を提供している割合は、入院料1・3又は入院料2・4でいずれも1割程度であるが、入院料2・4の方が入院料1・3と比較して算定回数が多い
  - 病院に併設する訪問看護ステーションから訪問看護を提供している割合は、入院料1・3の場合は約4割、入院料2・4の場合は約2割であり、算定回数はいずれもばらついている
  - 訪問リハビリテーションを提供している割合は、入院料1・3の場合は約2割、入院料2・4の場合は約1割であり、算定回数はいずれもばらついている
  - 現在の基準である医療保険による訪問看護や訪問リハビリテーションによる基準に、介護保険による訪問看護や訪問リハビリテーションの算定回数を加えると、病院から行われる訪問看護・指導や訪問リハビリテーションでは算定回数が100回／3か月以上、併設訪問看護ステーションから行われる訪問看護では算定回数が1,000回／3か月以上の施設が増加する

（6） 入退院支援について

・ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入退院支援加算による評価しており、地域包括ケア病棟入院料では、「入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置」を求めるとともに、許可病床少数100床以上の入院料1・2については入退院支援加算1を届け出ていることを求めている。
・ 地域包括ケア病棟を有する医療機関の入退院支援の特徴を見ると、以下のような特徴があった。
  - 入退院加算の対象者における「退院困難な要因」は、「ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要」が多い
  - 連携機関の施設数は入院料別に大きな差はなく、いずれも介護保険サービス事業所との連携が最も多い
  - 入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布はばらついており、連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある
  - 入退院支援加算1届出医療機関における、算定対象病床数に対する介護支援等連携指導料の算定回数の分布はばらつきが大きく、算定回数が多い医療機関が一定数ある
  - 退院支援を困難にしている事項は、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多い
  - 退院を困難にしている事項は、いずれの入院料においても「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」が多い

回復期入院医療に係る課題

回復期リハビリテーション病棟について

（1） 概要について

・ 回復期リハビリテーション病棟入院料は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折などの患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟である。

（2） 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について

・ 平成26年以降、入棟時FIMは年々低下傾向である。

・ 第三者機能評価の認定を受けている医療機関は、認定を受けていない医療機関と比較し、近年の入棟時FIMの低下傾向が緩やかであり、FIMの適切な評価に関する取組を実施している割合も高かった。

・ データ提出加算では、FIMについて入退棟時の点数を提出するように求めている。一方で、FIMの変化の大きさは時期によって異なることを示す報告もあった。

（3） 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について

・ リハビリテーションの提供単位数と運動FIMの変化について、入棟時の運動FIMに着目して分析をすると、全ての疾患で入棟時FIMが76点以上の患者についてはFIMの変化が小さい傾向にあった。また、運動器疾患においては、1日あたりの平均リハビリテーション提供単位数が「6単位以上7単位未満」、「7単位以上8単位未満」及び「8単位以上9単位未満」の患者の運動FIMについて、リハビリテーション提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった。

・ 体制強化加算1の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMの差がやや大きくなっており、提供リハビリテーション単位数が多く、平均在院日数が長かった。また、体制強化加算2の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMに大きな差が無かった。

（4）回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について

・ 回復期リハビリテーション病棟において発症後30日以内の患者は、近年減少傾向である。

・ 回復期リハビリテーション病棟において発症から入棟までの日数が短いほど入退棟時のFIMの変化が大きい傾向にある。

・ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、急性期一般入院料1を算定している病棟では1.24単位、回復期リハビリテーション病棟入院料1では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1では2.00単位であった。

（5）退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について

・ 退院前訪問指導は退院後のADL向上等に有効であるが、約40%の医療機関が全く実施していなかった。

回復期入院医療に係る課題

回復期リハビリテーション病棟について（続き）

（6） 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

- リハビリテーションを効果的に実施するためには栄養管理が重要であり、回復期リハビリテーション病棟においては、管理栄養士の専任配置やリハビリ計画書への栄養項目の記載を求めている。
- 入院栄養食事指導料は、約1割の病棟でほぼ全ての対象患者に算定していた一方、約2割の病棟では全く算定していなかった。
- リハビリ計画書の栄養項目として、身長、体重、BMI、栄養状態の評価等がある。2018年には、低栄養の世界的診断基準が策定された。

（7） 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について

- 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施について、以下の特徴があった。
  - 急性期一般入院料や地域包括ケア病棟届出病棟と比較し、身体的拘束の実施率が30%以上の病棟が多い。
  - 身体体拘束の実施理由としては「転棟・転落防止」が多い。
  - 身体的拘束を実施している患者は、主傷病が脳梗塞や心原性脳塞栓症である者が多い。
  - 身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず約6単位提供されている。
- リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。

（8）地域貢献活動について

- 地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へのリハビリテーション専門職の確保が不足している市町村は半数以上を占める。回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関における地域貢献活動について、実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が多い。

回復期入院医療についての論点

【論点】

（地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について）

○ 地域包括ケア病棟において高齢者等の救急搬送患者の受け入れを推進することについてどのように考えるか。

○ 短期滞在手術等基本料3の算定が多い地域包括ケア病棟が、地域包括ケア病棟の指標において、他の地域包括ケア病棟とは異なる傾向があることを踏まえ、指標のあり方についてどのように考えるか。

○ 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量（包括範囲）の推移が、入院後、徐々に低下する傾向であることを踏まえ、地域包括ケア病棟における入院医療の評価のあり方についてどのように考えるか。

○ 地域包括ケア病棟に求められる在宅復帰支援の役割及び地域包括ケア病棟に入院する患者の6割以上は要支援1以上であること等を踏まえ、施設基準で求める「在宅医療等の実績」のうち訪問看護と訪問リハビリテーションの実績の評価についてどのように考えるか。また、地域包括ケア病棟等を有する医療機関における入退院支援では、より介護サービス事業者や障害サービス事業者等との連携を強化してはどうか。

（回復期リハビリテーション病棟入院料について）

○ 回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価を推進する観点から、FIMの測定のあり方について、どのように考えるか。

○ 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価を推進する観点から、疾患別リハビリテーションの上限単位数や体制強化加算のあり方についてどのように考えるか。

○ 回復期リハビリテーション病棟において発症後早期からのリハビリテーションを提供した方が、FIMの変化が大きくなることを踏まえ、発症後早期から集中的にリハビリテーションを提供することを促すことについてどのように考えるか。

○ 回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実態を踏まえ、通所リハビリテーション事業所等との医師・リハビリテーション専門職とのリハビリテーション実施計画書の共有や、退院前カンファレンスにおける情報共有など、退院後に早期にリハビリテーションが提供されることを推進するための方策についてどのように考えるか。

○ 回復期リハビリテーション病棟において栄養状態の評価や定期的なモニタリングを確実に実施し、栄養管理の充実を図るためには、どのような方策が考えられるか。

○ 回復期リハビリテーション病棟に求められる機能を踏まえ、身体的拘束を予防・最小化する取組を強化するとともに、身体的拘束を実施した場合の評価についてどのように考えるか。

○ リハビリテーション専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟等が地域で果たす機能として地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力することについてどのように考えるか。