

中医協 総 - 1 - 3  
2 1 . 5 . 2 0

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 20 年度調査）

外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査

報告書

◆◆ 目次 ◆◆

1. 目的 ..... 1

2. 調査対象 ..... 1

(1) 病院調査 ..... 1

(2) 診療所調査 ..... 1

(3) 患者調査 ..... 1

3. 調査方法 ..... 2

(1) 病院調査・診療所調査 ..... 2

(2) 患者調査 ..... 2

4. 調査項目 ..... 3

5. 結果概要 ..... 4

(1) 回収の状況 ..... 4

(2) 病院調査・診療所調査の結果概要 ..... 5

1) 施設属性 ..... 5

①病院の施設属性 ..... 5

②診療所の施設属性 ..... 7

2) 外来診療の状況 ..... 9

①外来診療を行っている診療科（病院・診療所） ..... 9

②外来診療を行っている主たる診療科（病院・診療所） ..... 10

③主たる診療科における表示診療時間（病院・診療所） ..... 11

④診療所における外来診療実日数（平成20年10月1か月間） ..... 12

⑤診療所における医師全員の合計診療時間（平成20年10月1か月間） ..... 12

⑥病院・診療所における外来担当医師数（常勤換算） ..... 12

3) 外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成20年10月1か月間） ..... 13

①病院における外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成20年10月1か月間） ..... 13

②診療所における外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成20年10月1か月間） ..... 14

4) 外来管理加算の算定状況（平成20年10月末現在） ..... 16

①外来管理加算の算定状況（平成20年10月末現在） ..... 16

②平成20年4月以降に外来管理加算の算定を開始した施設の主たる診療科別内訳 ..... 17

③外来管理加算の算定をしていない施設の主たる診療科別内訳 ..... 17

④外来管理加算算定患者に対して必ず行っている診療内容 ..... 19

⑤外来管理加算算定患者1人あたりの平均診察時間 ..... 20

⑥診療科別の外来管理加算算定患者の1人あたり平均診察時間 ..... 21

5) 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響 ..... 22

6) 外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上の影響（自由記述式） ..... 36

7) 望ましい「懇切丁寧な説明」 ..... 37

①望ましい「懇切丁寧な説明」の内容（病院・診療所） ..... 37

(3) 患者調査の結果概要 ..... 39

①患者の基本属性 ..... 40

②患者の通院状況 ..... 43

③診察内容等の変化（同じ医療機関に1年以上通院している患者） ..... 51

④診察を受けた時の状況 ..... 59

⑤外来管理加算の時間の目安についての考え ..... 76

6. まとめ ..... 100

(1) 病院調査・診療所調査 ..... 100

(2) 患者調査 ..... 101

参考資料

1. 目的

平成20年4月の診療報酬改定では、「外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、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などの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする」として、外来管理加算の意義付けの見直しが行われた。また、外来管理加算について懇切丁寧な説明を行うこととして5分の目安が要件とされた。

本調査は、外来管理加算の意義付けの見直しによる医療機関への影響および患者への影響を把握することによって、診療報酬改定の効果を検証することを目的とする。

2. 調査対象

本調査では、「病院調査」「診療所調査」「患者調査」の3つの調査を実施した。

(1) 病院調査

本調査では、全国の一般病床数が200床未満の病院を調査対象とし、このうち、無作為抽出した病院1,500施設を「病院調査」の客体とした。

(2) 診療所調査

同様に、全国の一般診療所を調査対象とし、このうち、無作為抽出した一般診療所2,000施設を「診療所調査」の客体とした。

(3) 患者調査

上記(1)「病院調査」および(2)「診療所調査」の対象施設に調査日（平成20年12月8日または12月9日）に受診した「再診の患者」を本調査の調査対象とした。

患者客体数は、1施設につき最大4名とした<sup>1</sup>。内訳は、「外来管理加算を算定した患者」2名、「外来管理加算を算定しなかった患者」（検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療を行っていない再診患者）2名である。

図表1 患者調査の客体数（1施設ごとに以下の4名）

	午前診療	午後診療
外来管理加算を算定した患者	1名	1名
外来管理加算を算定しなかった患者	1名	1名

※午後診療（午前診療）を行っていない場合は、午前診療（午後診療）の患者から各2名とした。

<sup>1</sup> 該当者がいない場合もあるため、「最大4名」となる。

3. 調査方法

(1) 病院調査・診療所調査

本調査では、「病院調査」および「診療所調査」の対象施設の開設者・管理者宛に、施設の概要や外来診療の状況、外来管理加算の算定状況、外来管理加算の意義付けの見直しによる影響、課題等を尋ねる自記式調査票（「病院票」「診療所票」）を郵送により配布した。また、回答いただいた調査票は、本調査事務局宛の専用返信用封筒を用いて郵送により回収した。

調査は、平成20年12月～平成21年1月に実施した。

(2) 患者調査

患者調査については、患者の基本属性や通院状況、診察内容に対する満足度、外来管理加算に関する認知度や考え等を尋ねる自記式調査票（「患者票」）を、上記(1)病院調査・診療所調査の調査票と同封の上、対象施設の開設者・管理者宛に郵送した。

患者への調査票配付は、対象施設を通じて行った。正確な実態把握のため、患者からの質問等については対象施設では回答せず、本調査事務局に連絡するように依頼した。

また、患者票の回収は、本調査事務局宛の専用返信用封筒を用いて、患者から直接、郵送により行った。

調査は、平成20年12月～平成21年1月に実施した。

4. 調査項目

本調査の主な項目は次のとおりである。

図表 2 調査項目

病院調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設の概要（開設者、許可病床数、職員数、外来担当医師数等）</li> <li>外来診療の状況（外来診療を行っている診療科、主たる診療科、表示している診療時間、外来患者延べ人数、初診患者数、再診患者延べ人数、外来管理加算算定回数等）</li> <li>外来管理加算の算定状況（算定状況、診療内容、平均診療時間等）</li> <li>外来管理加算の意義付けの見直しによる影響</li> <li>「懇切丁寧な説明」に対する考え</li> <li>外来管理加算についての課題等</li> </ul>
診療所調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設の概要（開設者、種別、職員数、外来担当医師数等）</li> <li>外来診療の状況（外来診療を行っている診療科、主たる診療科、表示している診療時間、外来診療日数、実際診療時間、外来患者延べ人数、初診患者数、再診患者延べ人数、外来管理加算算定回数等）</li> <li>外来管理加算の算定状況（算定状況、診療内容、平均診療時間等）</li> <li>外来管理加算の意義付けの見直しによる影響</li> <li>「懇切丁寧な説明」に対する考え</li> <li>外来管理加算についての課題等</li> </ul>
患者調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本属性（性別、年齢、傷病）</li> <li>通院状況（受診した診療科、通院頻度、通院期間）</li> <li>診療内容等の変化の有無</li> <li>診療状況等（診療時間、診療内容、診療内容に対する満足度・評価、診療時間に対する評価、医師の説明内容についての理解度等）</li> <li>外来管理加算についての考え等（時間要件についての考え、「懇切丁寧な説明」についての要望、外来管理加算の認知度等）</li> </ul>

5. 結果概要

(1) 回収の状況

病院調査の有効回収数は486件、有効回収率は32.4%であった。診療所調査の有効回収数は585件、有効回収率は29.3%であった。  
また、患者調査の有効回収数は1,933件であった。

図表 3 回収の状況

	有効回収数	有効回収率
病院調査	486	32.4%
診療所調査	585	29.3%
患者調査	1,933	—

※病院調査・診療所調査については、外来診療を行っていない医療機関を無効票として除き、有効回収数とした。  
※患者調査については、リハビリテーション・処置などを実施した再診患者を無効票として除き、有効回収数とした。

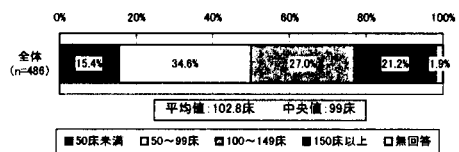
(2) 病院調査・診療所調査の結果概要

【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に抽出した病院。ただし、一般病床数が200床未満の病院とした。 回答数：486施設 回答者：開設者・管理者
○診療所調査 調査対象：全国の一般診療所の中から無作為に抽出した診療所 回答数：585施設 回答者：開設者・管理者

病院の許可病床数についてみると、「50～99床」（34.6%）が最も多く、次いで「100～149床」（27.0%）、「150床以上」（21.2%）、「50床未満」（15.4%）と続いた。許可病床数の平均は102.8床、中央値は99床であった。

図表 5 病院の病床規模

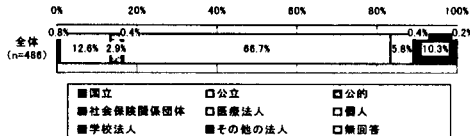


1) 施設属性

①病院の施設属性

病院の開設主体についてみると、「医療法人」（66.7%）が最も多く、次いで「公立」（12.6%）、「その他の法人」（10.3%）、「個人」（5.8%）、「公的」（2.9%）、「国立」（0.8%）と続いた。

図表 4 病院の開設主体



※参考：開設主体の内訳

国立	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国）
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合
その他の法人	公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

病院の職種別職員数（常勤換算）についてみると、1施設あたりのそれぞれの平均人数は、「医師」が7.6人、「歯科医師」が1.6人、「薬剤師」が2.4人、「看護職員」が45.0人であった。

図表 6 病院の職種別職員数（常勤換算）（n=461）

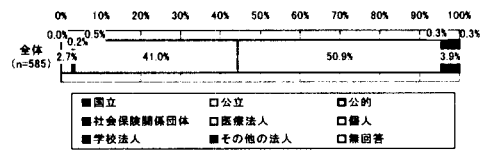
職種	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師(人)	7.6	4.8	32.5	1.0	6.4
歯科医師(人)	1.6	22.9	428.8	0.0	0.0
薬剤師(人)	2.4	1.6	12.5	0.0	2.0
看護職員(人)	45.0	30.8	150.4	0.0	39.6
その他(人)	42.4	32.8	146.4	0.0	37.3
合計(人)	99.0	65.7	574.2	2.0	89.0

(注) 歯科医師の人数最大値は歯科大学附属病院の数値。

②診療所の施設属性

診療所の開設主体についてみると、「個人」(50.9%)が最も多く、次いで「医療法人」(41.0%)、「その他の法人」(3.9%)、「公立」(2.7%)と続いた。

図表 7 診療所の開設主体

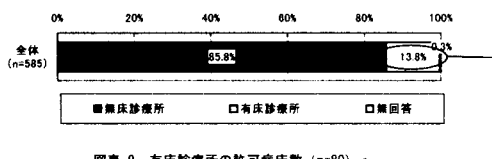


※参考：開設主体の内訳

国立	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他(国)
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興会、船員保険会、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合
その他の法人	公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

診療所の種別についてみると、「無床診療所」が85.8%、「有床診療所」が13.8%であった。有床診療所の許可病床数の平均は13.3床(標準偏差6.4、中央値15.0)であった。

図表 8 診療所の種別



図表 9 有床診療所の許可病床数 (n=80)

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
許可病床数(床)	13.3	6.4	19.0	1.0	15.0

(注) 許可病床数が不明の施設が1施設あったため、これを除いた数で集計した。

診療所の職種別職員数(常勤換算)についてみると、1施設あたりのそれぞれの平均人数は、「医師」が1.3人、「歯科医師」が0.0人、「薬剤師」が0.1人、「看護職員」が2.7人であった。

図表 10 診療所の職種別職員数(常勤換算) (n=579)

職種	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師(人)	1.3	1.1	18.1	0.1	1.0
歯科医師(人)	0.0	0.1	1.0	0.0	0.0
薬剤師(人)	0.1	0.2	2.0	0.0	0.0
看護職員(人)	2.7	3.2	27.0	0.0	2.0
その他(人)	3.6	5.0	68.0	0.0	2.5
合計(人)	7.6	8.2	91.0	0.1	6.0

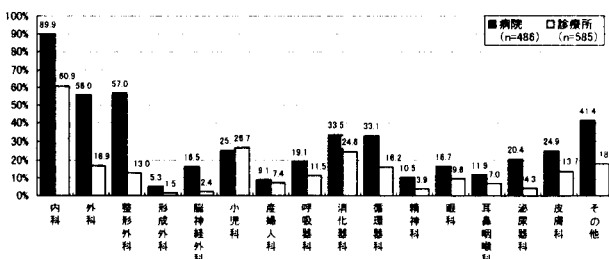
(注) 職員数について無回答の施設が6施設あったため、これを除いた数で集計した。

2) 外来診療の状況

①外来診療を行っている診療科(病院・診療所)

外来診療を行っている診療科をみると、病院・診療所ともに「内科」(それぞれ89.9%、60.9%)が最も多かった。次いで、病院では「整形外科」(57.0%)、「外科」(56.0%)、「消化器科」(33.5%)、「循環器科」(33.1%)となった。診療所では「小児科」(26.7%)、「消化器科」(24.6%)、「外科」(16.9%)、「循環器科」(16.2%)であった。

図表 11 外来診療を行っている診療科(複数回答)

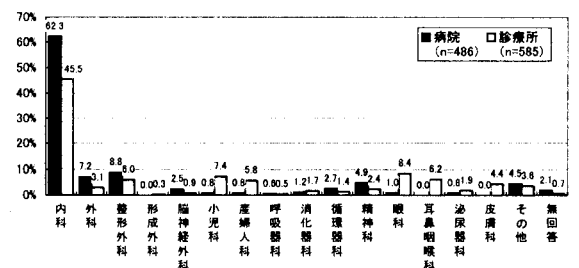


(注) 「その他」の内容として、「リハビリテーション科」「リウマチ科」「放射線科」「神経内科」「心療内科」「胃腸科」「肛門科」等があげられた。

②外来診療を行っている主たる診療科(病院・診療所)

外来診療を行っている主たる診療科についてみると、病院・診療所ともに「内科」(それぞれ62.3%、45.5%)が最も多かった。次いで、病院では「整形外科」(8.8%)、「外科」(7.2%)、「精神科」(4.9%)となった。診療所では「眼科」(8.4%)、「小児科」(7.4%)、「耳鼻咽喉科」(6.2%)であった。

図表 12 外来診療を行っている主たる診療科(単数回答)

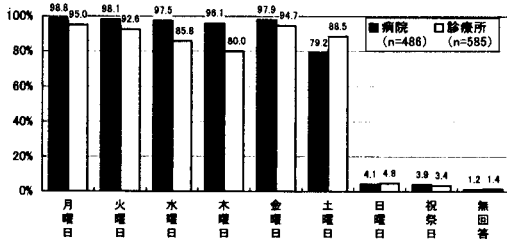


(注) 「その他」の内容として、「リハビリテーション科」「神経内科」「肛門科」「麻酔科」等があげられた。

③主たる診療科における表示診療時間（病院・診療所）

主たる診療科における表示診療曜日を見ると、病院では月曜日から金曜日（それぞれ98.8%、98.1%、97.5%、96.1%、97.9%）が9割以上となり、「土曜日」は79.2%、「日曜日」は4.1%、「祝祭日」は3.9%であった。診療所では、「月曜日」（95.0%）、「火曜日」（92.6%）、「金曜日」（94.7%）が9割以上、「水曜日」（85.8%）、「木曜日」（80.0%）、「土曜日」（88.5%）が8割以上、「日曜日」は4.8%、「祝祭日」は3.4%であった。

図表 13 主たる診療科における表示診療曜日



主たる診療科における1施設あたりの表示診療時間（1週間合計）の平均は、「病院」が36.8時間（標準偏差10.5、中央値38.0）、「診療所」が32.6時間（標準偏差10.4、中央値33.5）であった。

図表 14 主たる診療科における表示診療時間（1週間合計）

施設	平均	標準偏差	中央値
病院 (n=480)	36.8	10.5	38.0
診療所 (n=577)	32.6	10.4	33.5

(注) 表示診療時間について無回答の施設が、病院では6施設、診療所では8施設あったため、これを除いた数で集計した。

3) 外来患者数および外来管理加算算定回数（平成20年10月1か月間）

①病院における外来患者数および外来管理加算算定回数（平成20年10月1か月間）

病院における外来患者数についてみると、全診療科におけるすべての外来診療患者延べ人数は、平均3,027.7人で、そのうち初診患者数の平均は347.1人、再診患者延べ人数の平均は2,680.6人、外来管理加算の算定回数の平均は1,101.6回であった。この結果、再診患者延べ人数に占める、外来管理加算の算定回数割合は、平均41.1%であった。

診療科別に外来管理加算算定割合についてみると、最も加算算定割合の高い診療科は、呼吸器科（75.8%）であり、次いで循環器科（61.6%）、消化器科（59.0%）、皮膚科（56.7%）、内科（55.3%）、小児科（53.0%）、脳神経外科（52.1%）であった。一方、最も加算算定割合の低い診療科は眼科（2.1%）であり、次いで、精神科（6.2%）、耳鼻咽喉科（15.0%）であった。

図表 18 病院における外来患者数および外来管理加算算定回数（平成20年10月1か月間）  
平均値 (n=313)

診療科	初診患者数	再診患者延べ人数	外来管理加算算定回数	算定割合	
全体	3,027.7	347.1	2,680.6	1,101.6	41.1%
内科	1,124.2	96.7	1,027.5	568.0	55.3%
外科	235.0	30.6	204.4	78.6	38.5%
整形外科	622.2	64.4	557.8	175.9	31.5%
形成外科	2.1	0.5	1.6	0.5	30.9%
脳神経外科	91.1	13.4	77.7	40.5	52.1%
小児科	118.7	52.7	66.0	35.0	53.0%
産婦人科	43.6	7.6	36.0	12.3	34.2%
呼吸器科	26.8	2.5	24.3	18.4	75.8%
消化器科	59.0	6.8	52.2	30.8	59.0%
循環器科	99.1	7.3	91.9	56.6	61.6%
精神科	85.5	1.8	83.7	5.2	6.2%
眼科	131.8	21.7	110.1	2.3	2.1%
耳鼻咽喉科	49.7	9.9	39.8	6.0	15.0%
泌尿器科	74.9	8.1	66.8	31.3	46.9%
皮膚科	43.3	8.6	34.7	19.7	56.7%

(注) すべての項目について欠損値のないサンプルで集計を行った。

④診療所における外来診療実日数（平成20年10月1か月間）

診療所における外来診療実日数（平成20年10月1か月間）の平均は、19.5日（標準偏差6.1、中央値21.5）であった。

図表 15 診療所における外来診療実日数（平成20年10月1か月間）(n=562)

施設	平均	標準偏差	中央値
外来診療実日数(日)	19.5	6.1	21.5

(注) 外来診療実日数について無回答の施設が23施設あったため、これを除いた数で集計した。

⑤診療所における医師全員の合計診療時間（平成20年10月1か月間）

診療所における医師全員の合計診療時間（平成20年10月1か月間）の平均は、162.7時間（標準偏差162.9、中央値150.5）であった。

図表 16 診療所における医師全員の合計診療時間（平成20年10月1か月間）(n=544)

施設	平均	標準偏差	中央値
医師全員の外来診療時間合計(時間)	162.7	162.9	150.5

(注) 医師全員の合計診療時間であるため、1か月の合計時間（24時間×31日=744時間）を超えるものがある。  
・医師全員の合計診療時間について無回答の施設が41施設あったため、これを除いた数で集計した。

⑥病院・診療所における外来担当医師数（常勤換算）

病院・診療所における外来担当医師数（常勤換算）の平均は、病院が5.9人（標準偏差4.9、中央値4.4）、診療所が1.3人（標準偏差0.9、中央値1.0）であった。

図表 17 病院・診療所における外来担当医師数（常勤換算）

施設	平均	標準偏差	中央値
病院 (n=408)	5.9	4.9	4.4
診療所 (n=572)	1.3	0.9	1.0

(注) 外来担当医師数について無回答の施設が、病院では78施設、診療所では13施設あったため、これを除いた数で集計した。

②診療所における外来患者数および外来管理加算算定回数（平成20年10月1か月間）

診療所における外来患者数は、平均1,227.8人（標準偏差1,115.8、中央値1,015.5）であった。すべての外来患者延べ人数のうち、初診患者数の平均は201.6人（標準偏差242.8、中央値109.0）、再診患者延べ人数の平均は1,026.3人（標準偏差1,012.0、中央値826.5）であった。外来管理加算の算定回数についてみると、平均420.4回（標準偏差507.3、中央値262.0）であった。この結果、再診患者延べ人数に占める、外来管理加算算定割合は、平均41.0%であった。

図表 19 診療所における外来患者数および外来管理加算算定回数  
（平成20年10月1か月間）(n=512)

項目	平均	標準偏差	中央値
①すべての外来患者延べ人数(人)	1,227.8	1,115.8	1,015.5
②初診患者数(人)	201.6	242.8	109.0
③再診患者延べ人数(人)	1,026.3	1,012.0	826.5
④外来管理加算の算定回数(回)	420.4	507.3	262.0
⑤加算算定割合(④/③)	41.0%	-	-

(注) 外来患者数および外来管理加算算定回数について無回答の施設が73施設あったため、これを除いた数で集計した。

施設数が20施設を超えた診療科に限定して、診療所における主たる診療科別の外来管理加算算定回数・割合についてみると、「内科」の外来管理加算算定割合は65.3%で最も高かった。次いで、「小児科」が50.8%、「皮膚科」が40.4%、「産婦人科」が33.0%となった。一方、外来管理加算算定割合が低い診療科としては、「耳鼻咽喉科」(2.1%)、「眼科」(2.7%)、「整形外科」(12.9%)となった。

図表 20 診療所における主たる診療科別の外来管理加算算定回数・割合  
(平成20年10月1か月間) (n=512)

	施設数 (件)	①すべての 外来患者 延べ人数 (人)	②初診患者 数(人)	③再診患者 延べ人数 (人)	④外来管理 加算の 算定回数 (回)	⑤加算算 定割合 (④/③)
全体	512	1,227.8	201.6	1,026.3	420.4	41.0%
内科	228	1,007.7	127.8	880.0	574.6	65.3%
整形外科	27	2,811.1	214.0	2,597.1	335.2	12.9%
小児科	38	959.7	444.5	515.2	261.5	50.8%
産婦人科	31	948.1	138.9	809.2	267.2	33.0%
眼科	46	1,338.5	229.5	1,109.1	30.3	2.7%
耳鼻咽喉科	35	1,567.1	409.0	1,158.0	23.9	2.1%
皮膚科	23	1,687.8	476.4	1,211.3	489.9	40.4%
(参考) 施設数が20件未満の診療科						
外科	16	1,384.6	131.4	1,253.3	512.6	40.9%
形成外科	2	415.5	188.5	227.0	132.0	58.1%
脳神経外科	5	1,549.0	316.8	1,232.2	1,063.6	86.3%
呼吸器科	2	1,157.5	197.5	960.0	786.5	81.9%
消化器科	9	1,830.8	190.0	1,640.8	982.1	59.9%
循環器科	8	870.1	79.9	790.3	677.0	85.7%
精神科	10	971.5	35.4	936.1	142.3	15.2%
泌尿器科	11	760.5	114.5	645.9	424.6	65.7%
その他	17	1,390.4	143.3	1,247.1	353.9	28.4%
不明	4	922.5	103.5	819.0	431.8	52.7%

(注)・①～④は1施設あたりの患者数・算定回数の平均値。

・施設数が20件未満の診療科については参考として掲載した。

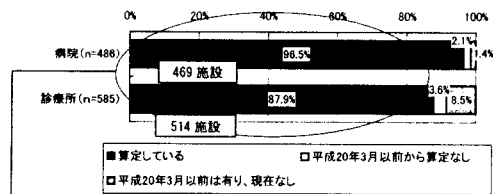
4) 外来管理加算の算定状況 (平成20年10月末現在)

①外来管理加算の算定状況 (平成20年10月末現在)

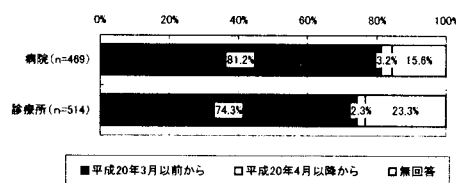
外来管理加算の算定状況についてみると、「算定している」と回答した病院は96.5%、診療所は87.9%であり、「平成20年3月以前から算定していない」と回答した病院は2.1%、診療所は3.6%であった。また、「平成20年3月以前はあったが、現在はなし」と回答した病院は1.4%、診療所は8.5%で、診療所の割合がやや高くなった。

次に、平成20年10月末現在で外来管理加算を算定している病院と診療所における算定開始時期についてみると、「平成20年3月以前から」の病院が81.2%、診療所が74.3%であった。一方、「平成20年4月以降から」の病院は3.2%、診療所は23.3%であった。

図表 21 外来管理加算の算定状況等 (平成20年10月末現在)



図表 22 外来管理加算の算定開始時期 (平成20年10月末現在)



②平成20年4月以降に外来管理加算の算定を開始した施設の主たる診療科別内訳

平成20年4月以降に外来管理加算の算定を開始した施設の主たる診療科別内訳をみると、病院・診療所ともに「内科」がそれぞれ11施設(73.3%)、7施設(63.6%)で最も多かった。「外科」「眼科」「耳鼻咽喉科」「皮膚科」については、病院・診療所ともに該当がなかった。

図表 23 平成20年4月以降に外来管理加算の算定を開始した施設の主たる診療科別内訳

主たる診療科	病院		診療所	
	施設数	割合	施設数	割合
全体	15	100.0%	11	100.0%
内科	11	73.3%	7	63.6%
外科	0	0.0%	0	0.0%
整形外科	2	13.3%	1	9.1%
脳神経外科	1	6.7%	0	0.0%
小児科	0	0.0%	1	9.1%
産婦人科	0	0.0%	1	9.1%
精神科	1	6.7%	0	0.0%
眼科	0	0.0%	0	0.0%
耳鼻咽喉科	0	0.0%	0	0.0%
皮膚科	0	0.0%	0	0.0%
不明	0	0.0%	1	9.1%

③外来管理加算の算定をされていない施設の主たる診療科別内訳

「平成20年3月以前から外来管理加算の算定をされていない施設」の主たる診療科別内訳をみると、病院では、「精神科」の5施設(50.0%)が最も多く、次いで「内科」が3施設(30.0%)、「産婦人科」が1施設(10.0%)であった。診療所では、「眼科」が6施設(28.6%)で最も多く、「耳鼻咽喉科」が5施設(23.8%)、「内科」が4施設(19.0%)、「小児科」が2施設(9.5%)となった。

図表 24 平成20年3月以前から外来管理加算の算定をされていない施設の主たる診療科別内訳

主たる診療科	病院		診療所	
	施設数	割合	施設数	割合
全体	10	100.0%	21	100.0%
内科	3	30.0%	4	19.0%
整形外科	0	0.0%	1	4.8%
小児科	0	0.0%	2	9.5%
産婦人科	1	10.0%	1	4.8%
精神科	5	50.0%	1	4.8%
眼科	0	0.0%	6	28.6%
耳鼻咽喉科	0	0.0%	5	23.8%
その他	1	10.0%	1	4.8%

「平成20年3月以前は外来管理加算を算定していたが、現在は算定していない施設」の主たる診療科別内訳をみると、病院では、「眼科」が2施設(28.6%)で最も多かった。診療所でも同様に、「眼科」が29施設(58.0%)で最も多く、次いで、「耳鼻咽喉科」が11施設(22.0%)となった。

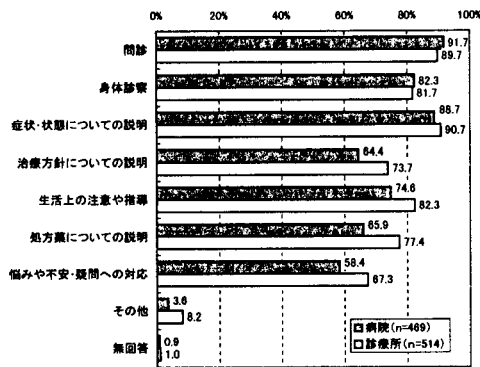
図表 25 平成20年3月以前は外来管理加算を算定していたが、現在は算定していない施設の主たる診療科別内訳

主たる診療科	病院		診療所	
	施設数	割合	施設数	割合
全体	7	100.0%	50	100.0%
内科	1	14.3%	1	2.0%
外科	0	0.0%	1	2.0%
整形外科	0	0.0%	2	4.0%
脳神経外科	1	14.3%	0	0.0%
小児科	0	0.0%	3	6.0%
産婦人科	0	0.0%	1	2.0%
精神科	0	0.0%	1	2.0%
眼科	2	28.6%	29	58.0%
耳鼻咽喉科	0	0.0%	11	22.0%
皮膚科	0	0.0%	1	2.0%
その他	3	42.9%	0	0.0%

④外来管理加算算定患者に対して必ず行っている診療内容

外来管理加算算定患者に対して必ず行っている診療内容についてみると、病院では「問診」(91.7%)が最も多く、次いで「症状・状態についての説明」(88.7%)、「身体診察」(82.3%)、「生活上の注意や指導」(74.6%)、「処方薬についての説明」(65.9%)となった。  
 診療所では、「症状・状態についての説明」(90.7%)が最も多く、次いで「問診」(89.7%)、「生活上の注意や指導」(82.3%)、「身体診察」(81.7%)、「処方薬についての説明」(77.4%)、「治療方針についての説明」(73.7%)となった。  
 「症状・状態についての説明」「治療方針についての説明」「生活上の注意や指導」「処方薬についての説明」「痛みや不安・疑問への対応」については、いずれも病院よりも診療所における回答割合が高い結果となった。

図表 26 外来管理加算算定患者に対して必ず行っている診療内容 (複数回答)



(注)「その他」の内容として、「検査内容や検査結果についての説明」「血圧測定」「患者からの質問への対応」等があげられた。

⑥主たる診療科別の外来管理加算算定患者の1人あたりの平均診療時間

主たる診療科別における外来管理加算算定患者の1人あたりの平均診療時間について、20件以上の回答が得られた診療科別にみると、病院では、「整形外科」(43施設)が平均7.6分、「内科」(299施設)が平均7.1分、「外科」(35施設)が平均6.3分となった。  
 同様に診療所についてみると、「産婦人科」(32施設)が平均8.0分、「小児科」(38施設)が平均7.4分、「内科」(261施設)が平均7.3分、「耳鼻咽喉科」(20施設)が平均7.2分、「皮膚科」(25施設)が平均6.3分、「整形外科」(32施設)が平均6.2分であった。

図表 29 主たる診療科別 外来管理加算算定患者の1人あたりの平均診療時間

診療科	病院		診療所	
	施設数	平均診療時間(分)	施設数	平均診療時間(分)
全体	469	7.3	514	7.5
内科	299	7.1	261	7.3
外科	35	6.3	17	5.9
整形外科	43	7.6	32	6.2
形成外科	0	—	2	6.0
脳神経外科	11	7.7	5	11.8
小児科	4	8.7	38	7.4
産婦人科	3	15.0	32	8.0
呼吸器科	3	10.7	3	7.7
消化器科	6	7.4	10	6.1
循環器科	13	8.2	8	8.2
精神科	19	7.3	12	9.1
眼科	3	9.0	14	8.6
耳鼻咽喉科	0	—	20	7.2
泌尿器科	4	8.3	11	6.5
皮膚科	0	—	25	6.3
その他	18	9.9	20	11.6
不明	8	6.8	4	9.3

⑤外来管理加算算定患者1人あたりの平均診療時間

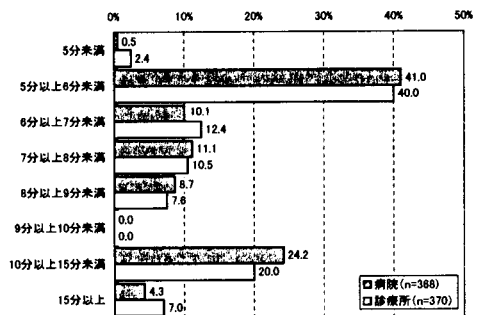
外来管理加算算定患者1人あたりの平均診療時間についてみると、病院では平均7.3分(標準偏差3.1、中央値6.0)、診療所では平均7.5分(標準偏差3.8、中央値6.0)であった。  
 外来管理加算算定患者1人あたりの平均診療時間の分布についてみると、病院・診療所ともに「5分以上6分未満」(それぞれ41.0%、40.0%)が最も多く、次いで「10分以上15分未満」(それぞれ24.2%、20.0%)であった。また、「15分以上」についてみると、病院(4.3%)に比べて診療所(7.0%)の割合がやや高かった。

図表 27 外来管理加算算定患者1人あたりの平均診療時間 (分)

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
病院 (n=368)	7.3	3.1	30.0	1.5	6.0
診療所 (n=370)	7.5	3.8	45.0	1.5	6.0

(注)有効回答のみで集計を行った。

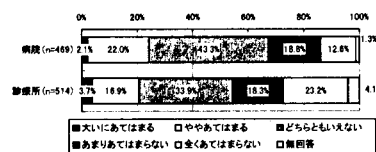
図表 28 外来管理加算算定患者1人あたりの平均診療時間・分布



5) 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響

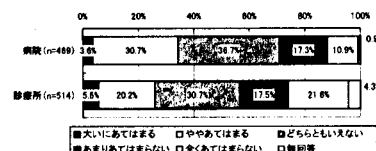
外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてみると、「(1)より詳細に身体診察等を行うようになった」については、病院・診療所ともに「どちらともいえない」(それぞれ43.3%、33.9%)が最も多かった。「大いにはまると」「ややあてはまる」を合わせると、病院では24.1%、診療所では20.6%となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では31.4%、診療所では41.5%となり、診療所の方が病院よりも10.1ポイント高い結果となった。

図表 30 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響  
「(1)より詳細に身体診察等を行うようになった」



外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてみると、「(2)患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった」については、「大いにはまると」「ややあてはまる」を合わせると、病院では34.3%、診療所では25.8%となり、病院の方が診療所よりも8.5ポイント高い結果となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では28.2%、診療所では39.1%となり、診療所の方が病院よりも10.9ポイント高い結果となった。「どちらともいえない」は、病院では36.7%、診療所では30.7%であった。

図表 31 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響  
「(2)患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった」



「(2) 患者に説明をわかりやすく、丁寧に言うようになったか」という質問に対する回答別に患者1人あたり平均診察時間をみると、病院においては、「大いにはまる」と回答した施設では平均7.69分、また、「ややあてはまる」と回答した施設では平均6.88分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均8.06分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均8.40分であった。また、「どちらともいえない」と回答した施設の平均診察時間は7.03分であった。

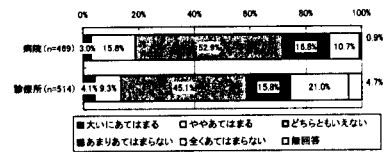
診療所について同様にもと、「大いにはまる」と回答した施設では平均7.33分、「ややあてはまる」と回答した施設では平均7.37分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均7.21分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均8.63分であった。また、「どちらともいえない」と回答した施設の平均診察時間は6.84分であった。

図表 32 「(2) 患者に説明をわかりやすく、丁寧に言うようになったか」別患者1人あたり平均診察時間

	病院		診療所	
	施設数	平均診察時間(分)	施設数	平均診察時間(分)
全体	469	7.33	514	7.46
大いにはまる	17	7.69	29	7.33
ややあてはまる	144	6.88	104	7.37
どちらともいえない	172	7.03	158	6.84
あまりあてはまらない	81	8.06	90	7.21
全くあてはまらない	51	8.40	111	8.63
無回答	4	5.00	22	7.62

外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてみると、「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」という質問に対する回答別に患者1人あたり平均診察時間をみると、病院においては、「大いにはまる」と回答した施設では平均7.90分、「ややあてはまる」と回答した施設では平均7.05分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均8.37分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均8.30分であった。また、「どちらともいえない」と回答した施設の平均診察時間は6.90分であった。

図表 33 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」



「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まったか」という質問に対する回答別に患者1人あたりの平均診察時間をみると、病院においては、「大いにはまる」と回答した施設では平均7.90分、「ややあてはまる」と回答した施設では平均7.05分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均8.37分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均8.30分であった。また、「どちらともいえない」と回答した施設の平均診察時間は6.90分であった。

診療所について同様にもと、「大いにはまる」と回答した施設では平均7.92分、「ややあてはまる」と回答した施設では平均7.00分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均8.60分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均8.69分であった。また、「どちらともいえない」と回答した施設の平均診察時間は7.22分であった。

図表 34 「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まったか」別患者1人あたり平均診察時間

	病院		診療所	
	施設数	平均診察時間(分)	施設数	平均診察時間(分)
全体	469	7.33	514	7.46
大いにはまる	14	7.90	21	7.92
ややあてはまる	74	7.05	48	7.00
どちらともいえない	248	6.90	232	7.22
あまりあてはまらない	79	8.37	81	6.60
全くあてはまらない	50	8.30	108	8.69
無回答	4	5.00	24	7.80

図表 35 「(2) 患者に説明をわかりやすく、丁寧に言うようになったか」別「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まったか」(病院)

	(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった						
	総数	大いにはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	無回答
全体	469	14 (3.0%)	74 (15.8%)	248 (52.9%)	79 (16.8%)	50 (10.7%)	4 (0.9%)
大いにはまる	17	8 (47.1%)	7 (41.2%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ややあてはまる	144	4 (2.8%)	57 (39.6%)	78 (54.2%)	5 (3.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
どちらともいえない	172	2 (1.2%)	9 (5.2%)	146 (84.9%)	14 (8.1%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)
あまりあてはまらない	81	0 (0.0%)	1 (1.2%)	18 (22.2%)	58 (71.6%)	4 (4.9%)	0 (0.0%)
全くあてはまらない	51	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (7.8%)	2 (3.9%)	45 (88.2%)	0 (0.0%)

(注) 「全体」には無回答の4施設が含まれる。

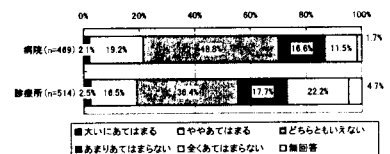
図表 36 「(2) 患者に説明をわかりやすく、丁寧に言うようになったか」別「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まったか」(診療所)

	(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった						
	総数	大いにはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	無回答
全体	514	21 (4.1%)	48 (9.3%)	232 (45.1%)	81 (15.8%)	108 (21.0%)	24 (4.7%)
大いにはまる	29	15 (51.7%)	7 (24.1%)	7 (24.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ややあてはまる	104	5 (4.8%)	35 (33.7%)	57 (54.8%)	6 (5.8%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)
どちらともいえない	158	1 (0.6%)	6 (3.8%)	137 (86.7%)	9 (5.7%)	5 (3.2%)	0 (0.0%)
あまりあてはまらない	90	0 (0.0%)	0 (0.0%)	23 (25.6%)	60 (66.7%)	6 (6.7%)	1 (1.1%)
全くあてはまらない	111	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (7.2%)	6 (5.4%)	97 (87.4%)	0 (0.0%)

(注) 「全体」には無回答の22施設が含まれる。

外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてみると、「(4) 患者の疑問や不安を汲み取るようになった」という質問に対する回答別に患者1人あたりの平均診察時間をみると、病院においては、「大いにはまる」と回答した施設では平均8.63分、「ややあてはまる」と回答した施設では平均6.90分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均7.72分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均8.74分であった。また、「どちらともいえない」と回答した施設の平均診察時間は6.97分であった。

図表 37 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響「(4) 患者の疑問や不安を汲み取るようになった」



「(4) 患者の疑問や不安を汲み取るようになったか」という質問に対する回答別に患者1人あたりの平均診察時間についてみると、病院においては、「大いにはまる」と回答した施設では平均8.63分、「ややあてはまる」と回答した施設では平均6.90分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均7.72分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均8.74分であった。また、「どちらともいえない」と回答した施設の平均診察時間は6.97分であった。

診療所について同様にもと、「大いにはまる」と回答した施設では平均5.75分、「ややあてはまる」と回答した施設では平均7.52分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均6.95分、「全くあてはまらない」と回答した施設の平均診察時間は8.68分となった。また、「どちらともいえない」と回答した施設の平均診察時間は7.05分であった。

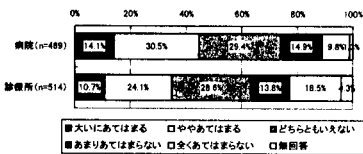
図表 38 「(4) 患者の疑問や不安を汲み取るようになったか」別患者1人あたり平均診察時間

	病院		診療所	
	施設数	平均診察時間(分)	施設数	平均診察時間(分)
全体	469	7.33	514	7.46
大いにはまる	10	8.63	13	5.75
ややあてはまる	90	6.90	85	7.52
どちらともいえない	229	6.97	187	7.05
あまりあてはまらない	78	7.72	91	6.95
全くあてはまらない	54	8.74	114	8.68
無回答	8	6.80	24	7.43



外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてみると、「(5) 患者1人あたりの診療時間が長くなった」という質問については、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では44.6%、診療所では34.8%となり、病院の方が診療所よりも9.8ポイント高い結果となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では24.7%、診療所では32.3%となり、診療所の方が病院よりも7.6ポイント高い結果となった。

図表 39 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響  
「(5) 患者1人あたりの診療時間が長くなった」



「(5) 患者1人あたりの診療時間が長くなったか」という質問に対する回答別に、患者1人あたりの平均診療時間についてみると、病院においては、「大いにあてはまる」と回答した施設では平均6.53分、「ややあてはまる」と回答した施設では平均6.87分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均8.37分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均9.17分となった。また、「どちらともいえない」と回答した施設の平均診療時間は7.07分であった。

診療所について同様に見ると、「大いにあてはまる」と回答した施設では平均6.99分、「ややあてはまる」と回答した施設では平均6.33分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均7.55分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均8.80分であった。また、「どちらともいえない」と回答した施設の平均診療時間は7.71分であった。

図表 40 「(5) 患者1人あたり診療時間が長くなったか」別  
患者1人あたり平均診療時間

	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	無回答
全体	469	733	514	746		
大いにあてはまる	66	6.53	55	6.99		
ややあてはまる	143	6.87	124	6.33		
どちらともいえない	138	7.07	147	7.71		
あまりあてはまらない	70	8.37	71	7.55		
全くあてはまらない	46	9.17	95	8.80		
無回答	6	6.33	22	7.79		

次に、「患者に説明をわかりやすく、丁寧に行うようになったか」という質問に対する回答別に、「患者1人あたりの診療時間が長くなったか」という質問の回答をみると、病院・診療所ともに、質問に対する回答が一致している場合（図表の網掛け部分）が、全ての選択肢において一番多かった。

図表 41 「(2) 患者に説明をわかりやすく、丁寧に行うようになったか」別  
「(5) 患者1人あたりの診療時間が長くなったか」(病院)

	施設数	患者1人あたりの診療時間が長くなったか					無回答
		大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	
全体	469	66	143	138	70	46	6
大いにあてはまる	17	14.1%	30.5%	29.4%	14.9%	9.8%	1.3%
ややあてはまる	144	8	7	1	1	0	0
どちらともいえない	172	15	52	87	13	5	0
あまりあてはまらない	81	4	10	16	43	7	1
全くあてはまらない	51	3	4	6	5	33	0

(注)「全体」には無回答の4施設が含まれる。

図表 42 「(2) 患者に説明をわかりやすく、丁寧に行うようになったか」別  
「(5) 患者1人あたりの診療時間が長くなったか」(診療所)

	施設数	患者1人あたりの診療時間が長くなったか					無回答
		大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	
全体	514	55	124	147	71	95	22
大いにあてはまる	29	10.7%	24.1%	28.6%	13.8%	18.5%	4.3%
ややあてはまる	104	13	58	32	1	0	0
どちらともいえない	158	9	43	90	10	6	0
あまりあてはまらない	90	5	13	17	45	9	1
全くあてはまらない	111	6	4	6	15	80	0

(注)「全体」には無回答の22施設が含まれる。

同様に、「症状や説明内容に対する患者の理解度が高まったか」という質問に対する回答別に、「患者1人あたりの診療時間が長くなったか」という質問の回答をみると、病院・診療所ともに、質問に対する回答が一致している場合（図表の網掛け部分）が、全ての選択肢において一番多かった。

図表 43 「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まったか」別  
「(5) 患者1人あたり診療時間が長くなったか」(病院)

	施設数	患者1人あたりの診療時間が長くなったか					無回答
		大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	
全体	469	66	143	138	70	46	6
大いにあてはまる	14	14.1%	30.5%	29.4%	14.9%	9.8%	1.3%
ややあてはまる	74	7	6	1	0	0	0
どちらともいえない	248	21	31	17	4	0	1
あまりあてはまらない	79	2	14	16	41	6	0
全くあてはまらない	50	3	3	8	6	30	0

(注)「全体」には無回答の4施設が含まれる。

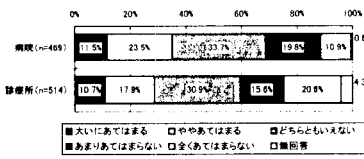
図表 44 「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まったか」別  
「(5) 患者1人あたり診療時間が長くなったか」(診療所)

	施設数	患者1人あたりの診療時間が長くなったか					無回答
		大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	
全体	514	55	124	147	71	95	22
大いにあてはまる	21	10.7%	24.1%	28.6%	13.8%	18.5%	4.3%
ややあてはまる	48	15	5	1	0	0	0
どちらともいえない	232	12	25	9	2	0	0
あまりあてはまらない	81	4	18	11	42	6	0
全くあてはまらない	108	5	5	7	11	79	1

(注)「全体」には無回答の24施設が含まれる。

外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてみると、「(6) 診療時間の延長が多くなった」については、「大いにはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では35.0%、診療所では28.6%となり、病院の方が診療所よりも6.4ポイント高い結果となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では30.7%、診療所では36.2%となった。「どちらともいえない」という回答は、病院では33.7%、診療所では30.9%であった。

図表 45 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響  
「(6) 診療時間の延長が多くなった」



次に、「患者 1 人あたり診療時間が長くなったか」という質問に対する回答別に、「診療時間の延長が多くなったか」という質問の回答をみると、病院・診療所ともに、質問に対する回答が一致している場合（図表の網掛け部分）が、全ての選択肢において一番多かった。

図表 46 「(5) 患者 1 人あたり診療時間が長くなったか」別  
「(6) 診療時間の延長が多くなったか」(病院)

	(6) 診療時間の延長が多くなった						
	総数	大いにはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	無回答
全体	469	54	110	158	93	51	3
大いにはまる	66	41	16	4	3	2	0
ややあてはまる	143	8	72	46	17	0	0
どちらともいえない	138	4	16	100	15	3	0
あまりあてはまらない	70	1	4	5	55	5	0
全くあてはまらない	46	0	0	3	3	40	0

(注)「全体」には無回答の6施設が含まれる。

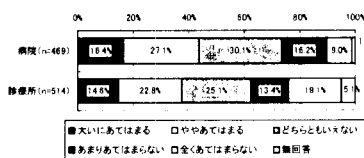
図表 47 「(5) 患者 1 人あたり診療時間が長くなったか」別  
「(6) 診療時間の延長が多くなったか」(診療所)

	(6) 診療時間の延長が多くなった						
	総数	大いにはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	無回答
全体	514	55	92	159	80	106	22
大いにはまる	55	39	11	3	2	0	0
ややあてはまる	124	13	62	37	8	4	0
どちらともいえない	147	2	17	104	20	3	1
あまりあてはまらない	71	1	0	13	48	9	0
全くあてはまらない	95	0	1	2	2	90	0

(注)「全体」には無回答の22施設が含まれる。

外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてみると、「(7) 患者の待ち時間が長くなった」については、「大いにはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では43.5%、診療所では37.4%となり、病院・診療所ともに高い割合となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では25.2%、診療所では32.5%となり、診療所の方が病院よりも7.3ポイント高い結果となった。

図表 48 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響  
「(7) 患者の待ち時間が長くなった」



次に、「患者 1 人あたり診療時間が長くなったか」という質問に対する回答別に、「患者の待ち時間が長くなったか」という質問の回答をみると、病院・診療所ともに、質問に対する回答が一致している場合（図表の網掛け部分）が、全ての選択肢において一番多かった。

図表 49 「(5) 患者 1 人あたり診療時間が長くなったか」別  
「(7) 患者の待ち時間が長くなったか」(病院)

	(7) 患者の待ち時間が長くなった						
	総数	大いにはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	無回答
全体	469	77	127	141	76	42	6
大いにはまる	66	48	12	2	1	1	2
ややあてはまる	143	21	80	31	8	2	1
どちらともいえない	138	5	26	88	15	4	0
あまりあてはまらない	70	1	5	13	49	2	0
全くあてはまらない	46	0	3	7	3	33	0

(注)「全体」には無回答の6施設が含まれる。

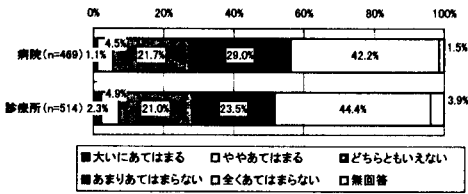
図表 50 「(5) 患者 1 人あたり診療時間が長くなったか」別  
「(7) 患者の待ち時間が長くなったか」(診療所)

	(7) 患者の待ち時間が長くなった						
	総数	大いにはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	無回答
全体	514	75	117	129	69	98	26
大いにはまる	55	39	10	2	1	1	2
ややあてはまる	124	25	63	24	7	3	2
どちらともいえない	147	7	36	79	20	5	0
あまりあてはまらない	71	2	6	17	37	7	2
全くあてはまらない	95	1	1	7	4	82	0

(注)「全体」には無回答の22施設が含まれる。

外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてみると、「(8) 自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた」については、病院・診療所ともに「全くあてはまらない」が最も多く、それぞれ 42.2%、44.4%であった。一方、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では 5.6%、診療所では 7.2%で、病院・診療所ともに低かった。

図表 51 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響  
「(8) 自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた」



6) 外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上の影響 (自由記述式)

以下は、外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上の影響について自由記述式の回答内容をまとめたものである。

- 外来管理加算を算定できなくなった患者が増えたため、大幅な減収となった。
  - 薬だけで済む患者との短時間の間診では加算ができなくなり収入が減少した。
  - 5分以内の診療を求める患者が増えた。
  - 減収により医療機器の更新ができなくなった。
  - 懇切丁寧な説明と 5 分以上にこだわったため、患者の待ち時間が増え、延べ患者数が減った。患者からのクレームが増えた。
  - 診療時間の延長により、外来部門の残業代が増加した。
  - 診療内容は今までと変わらないが、カルテへの記載内容が増えた分、診療時間が長くなり、患者を待たせてしまう結果となっている。
  - 従来から診療時間は十分時間をかけているので、特に影響はない。
  - 小児のみが対象のため、患者・保護者に納得してもらうよう診療をするため、診療時間はもとより長い。今回の改正による影響はない。
- など

7) 望ましい「懇切丁寧な説明」

①望ましい「懇切丁寧な説明」の内容 (病院・診療所)

望ましい「懇切丁寧な説明」の内容については、病院・診療所ともに「項目毎に異なる頻度で実施するべき」(それぞれ 42.6%、49.6%)が最も高い割合であった。次いで、病院では、「定期的を実施するべき」「患者が求めた時に実施するべき」(いずれも 18.3%)、「毎回実施するべき」(15.4%)となり、診療所では、「毎回実施するべき」(15.4%)、「患者が求めた時に実施するべき」(15.0%)、「定期的に実施するべき」(14.2%)であった。

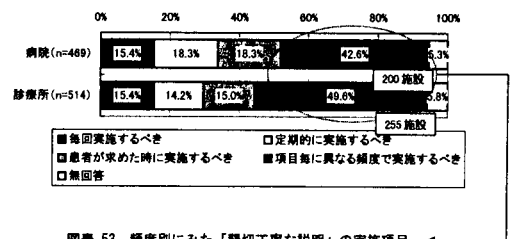
次に、「項目毎に異なる頻度で実施するべき」と回答した病院 (200 施設) と診療所 (255 施設) における頻度別にみた「懇切丁寧な説明」の実施項目についてみると、「毎回実施するべき項目」は、病院・診療所ともに「問診」(それぞれ 86.0%、84.3%)が最も多くなった。次いで、「身体診察」(それぞれ 71.5%、70.6%)、「症状・状態についての説明」(それぞれ 47.5%、52.5%)であった。

「定期的に実施するべき項目」についてみると、病院では、「生活上の注意や指導」(41.0%)が最も多く、次いで「治療方針についての説明」(34.5%)、「処方案についての説明」(24.5%)、「症状・状態についての説明」(23.5%)であった。診療所では、「治療方針についての説明」(33.3%)が最も多く、次いで「生活上の注意や指導」(30.6%)、「処方案についての説明」(22.0%)であった。

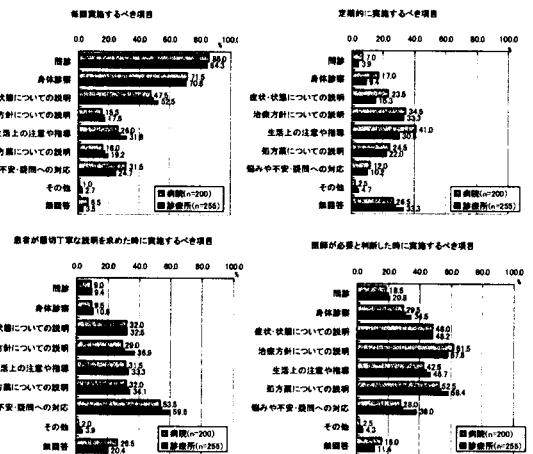
「患者が懇切丁寧な説明を求めた時に実施するべき項目」についてみると、病院・診療所ともに「悩みや不安・疑問への対応」(それぞれ 53.5%、59.6%)が最も多かった。次いで、病院では、「症状・状態についての説明」「処方案についての説明」(いずれも 32.0%)、「生活上の注意や指導」(31.5%)となり、診療所では、「治療方針についての説明」(36.9%)、「処方案についての説明」(34.1%)、「生活上の注意や指導」(33.3%)であった。

「医師が必要と判断した時に実施するべき項目」についてみると、病院では、「治療方針についての説明」(61.5%)が最も多く、次いで「処方案についての説明」(52.5%)、「症状・状態についての説明」(48.0%)、「生活上の注意や指導」(42.5%)であった。診療所では、「処方案についての説明」(58.4%)が最も多く、「治療方針についての説明」(57.6%)、「症状・状態についての説明」(48.2%)、「生活上の注意や指導」(46.7%)であった。

図表 52 望ましい「懇切丁寧な説明」の内容 (病院・診療所)



図表 53 頻度別にみた「懇切丁寧な説明」の実施項目



(3) 患者調査の結果概要

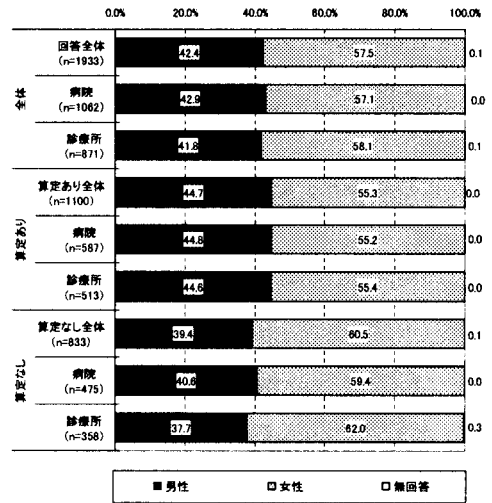
【調査対象等】

○患者調査  
 調査対象：「病院調査」および「診療所調査」の対象施設に調査日に来院した患者。ただし、1施設につき最大4名の患者とした。4名の内訳は、外来管理加算を算定した患者2名、外来管理加算を算定しなかった再診の患者\*2名とした。  
 \*「外来管理加算を算定しなかった患者」とは、検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療を行っていない再診患者とした。  
 回答数：1,933人  
 回答者：患者本人または家族  
 調査方法：調査対象施設を通じて配付。回収は各患者から調査事務局宛の返信用封筒にて直接回収。

①患者の基本属性

患者の性別についてみると、全体では、男性が42.4%、女性が57.5%であった。  
 外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者では、男性が44.7%、女性が55.3%となり、「算定なし」の患者では、男性が39.4%、女性が60.5%となり、「算定なし」の患者では、「算定あり」の患者と比べて女性の割合がやや高かった。

図表 54 患者の性別



(注)「算定あり」は外来管理加算を算定した患者、「算定なし」は外来管理加算を算定しなかった患者を表す。以下、同様。

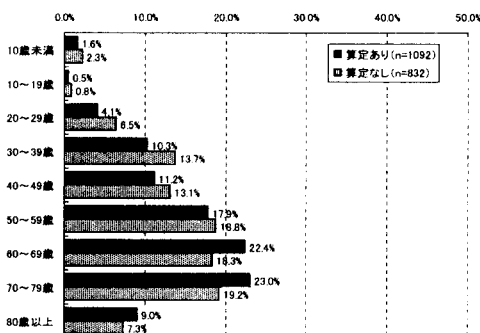
患者の年齢についてみると、全体では、平均57.0歳(標準偏差18.4、中央値60.0)であった。外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者では、平均58.5歳(標準偏差17.9、中央値61.0)、「算定なし」の患者では、平均54.9歳(標準偏差18.9、中央値57.0)となり、「算定あり」の患者の平均年齢の方がやや高かった。

患者の年齢分布をみると、「算定あり」の患者では、「70~79歳」(23.0%)が最も多く、次いで「60~69歳」(22.4%)、「50~59歳」(17.9%)、「40~49歳」(11.2%)となった。「算定なし」の患者では、「70~79歳」(19.2%)が最も多く、次いで「50~59歳」(18.8%)、「60~69歳」(18.3%)、「30~39歳」(13.7%)であった。

図表 55 患者の年齢(歳)

施設・算定状況	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体 (n=1924)	57.0	18.4	103.0	0.0	60.0
病院 (n=1062)	56.2	17.5	96.0	2.0	58.0
診療所 (n=871)	57.8	19.5	103.0	0.0	62.0
算定あり (n=1092)	58.5	17.9	103.0	2.0	61.0
算定あり病院 (n=587)	57.8	17.2	96.0	2.0	60.0
算定あり診療所 (n=513)	59.4	18.7	103.0	3.0	65.0
算定なし (n=832)	54.9	18.9	99.0	0.0	57.0
算定なし病院 (n=475)	54.3	17.8	95.0	3.0	55.0
算定なし診療所 (n=358)	55.6	20.4	99.0	0.0	60.0

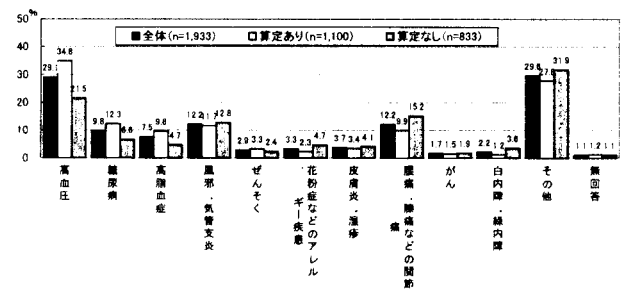
図表 56 患者の年齢の分布



患者の傷病についてみると、全体では「高血圧」(29.1%)が最も多く、次いで「風邪・気管支炎」「腰痛・膝痛などの関節痛」(いずれも12.2%)、「糖尿病」(9.8%)、「高脂血症」(7.5%)であった。

外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに、「高血圧」(それぞれ34.8%、21.5%)が最も多かった。次いで、「算定あり」の患者では、「糖尿病」(12.3%)、「風邪・気管支炎」(11.7%)、「腰痛・膝痛などの関節痛」(9.9%)となり、「算定なし」の患者では、「腰痛・膝痛などの関節痛」(15.2%)、「風邪・気管支炎」(12.8%)、「糖尿病」(6.6%)となった。

図表 57 患者の傷病



②患者の通院状況

患者が受診した診療科についてみると、全体では、「内科」(59.1%)が最も多く、次いで「整形外科」(9.5%)、「外科」(4.5%)と続いた。

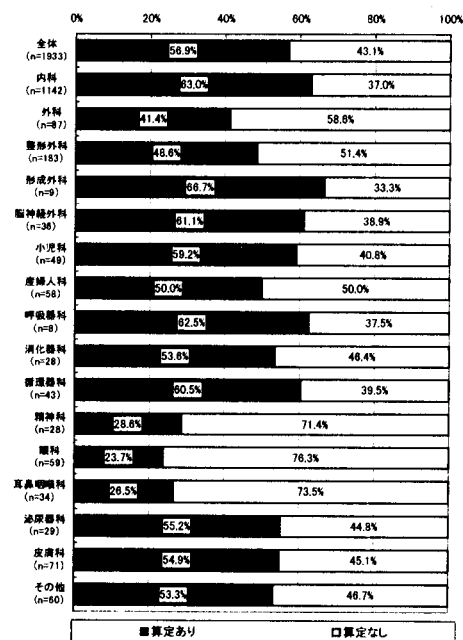
外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「内科」(それぞれ65.5%、50.7%)が最も多く、次いで「整形外科」(それぞれ8.1%、11.3%)であった。

図表 58 受診した診療科

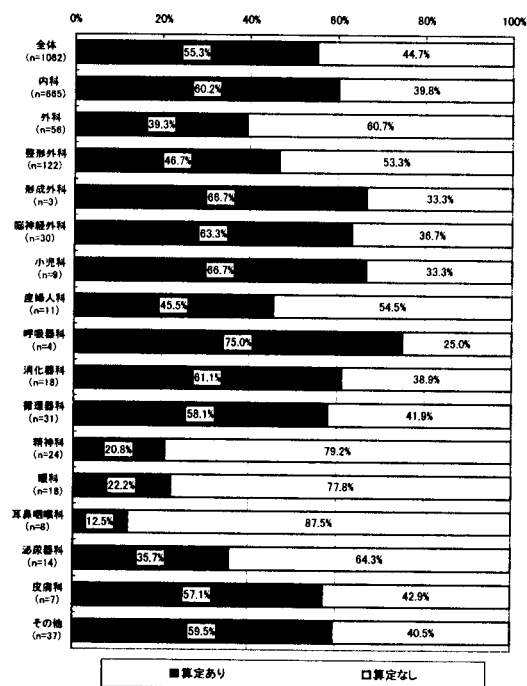
診療科	算定あり	算定あり (%)	算定なし	算定なし (%)	合計	合計 (%)
全体	1,933	100.0	1,100	100.0	833	100.0
内科	1,142	59.1	720	65.5	422	50.7
外科	87	4.5	36	3.3	51	6.1
整形外科	183	9.5	89	8.1	94	11.3
形成外科	9	0.5	6	0.5	3	0.4
脳神経外科	36	1.9	22	2.0	14	1.7
小児科	49	2.5	29	2.6	20	2.4
産婦人科	58	3.0	29	2.6	29	3.5
呼吸器科	8	0.4	5	0.5	3	0.4
消化器科	28	1.4	15	1.4	13	1.6
循環器科	43	2.2	26	2.4	17	2.0
精神科	28	1.4	8	0.7	20	2.4
眼科	59	3.1	14	1.3	45	5.4
耳鼻咽喉科	34	1.8	9	0.8	25	3.0
泌尿器科	29	1.5	16	1.5	13	1.6
皮膚科	71	3.7	39	3.5	32	3.8
その他	60	3.1	32	2.9	28	3.4
無回答	9	0.5	5	0.5	4	0.5

(注)「その他」の内容として、「リハビリテーション科」「心療内科」「神経内科」「肛門科」等があげられた。

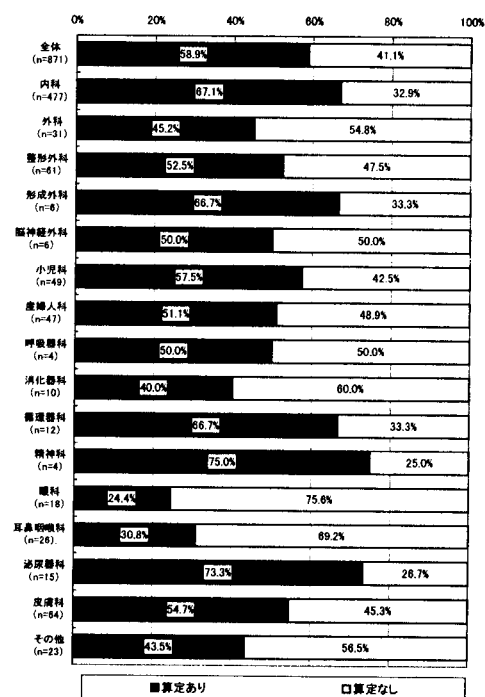
図表 59 受診した診療科別の算定あり・なしの割合 (全体)



図表 60 受診した診療科別の算定あり・なしの割合 (病院)



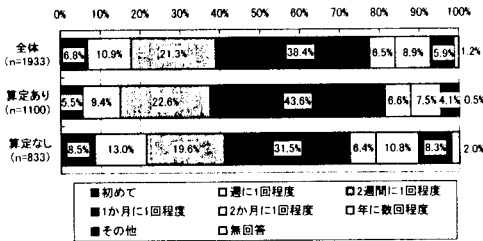
図表 61 受診した診療科別の算定あり・なしの割合 (診療所)



通院頻度についてみると、全体では、「1か月に1回程度」(38.4%)が最も多く、次いで「2週間に1回程度」(21.3%)、「週に1回程度」(10.9%)、「年に数回程度」(8.9%)であった。外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者でも同様の傾向であった。

「算定あり」の患者と「算定なし」の患者とを比較すると、「算定あり」の患者では「2週間に1回程度」(22.6%)、「1か月に1回程度」(43.6%)、「2か月に1回程度」(6.6%)の回答割合が「算定なし」の患者における回答割合よりも高く、「算定なし」の患者では「初めて」(8.5%)、「週に1回程度」(13.0%)、「年に数回程度」(10.8%)の回答割合が「算定あり」の患者における回答割合よりも高かった。

図表 62 通院頻度

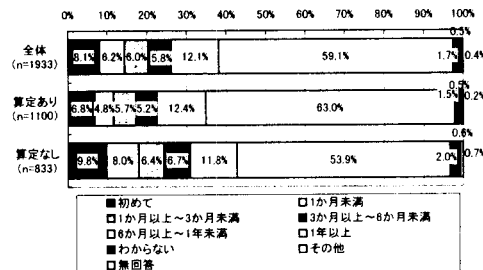


(注)「その他」の内容としては、「週に2回」「週に3回」「3週間に1回」「10日に1回」等があげられた。

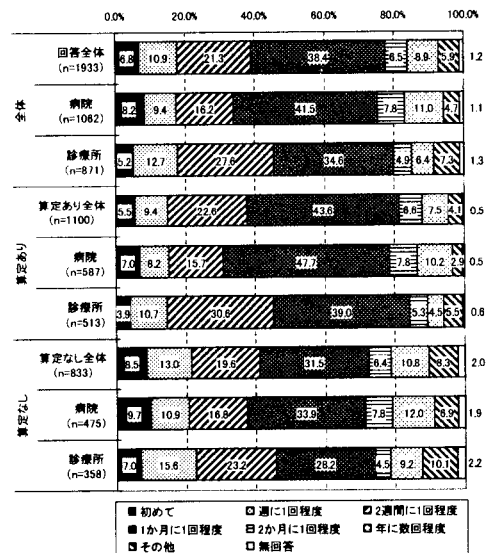
通院期間についてみると、全体では、「1年以上」(59.1%)が最も多く、次いで「6か月以上～1年未満」(12.1%)、「初めて」(8.1%)となった。

外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「1年以上」(それぞれ63.0%、53.9%)が最も多かった。「1年以上」の患者についてみると、「算定あり」の患者の割合が「算定なし」の患者と比較して、9.1ポイント高かった。

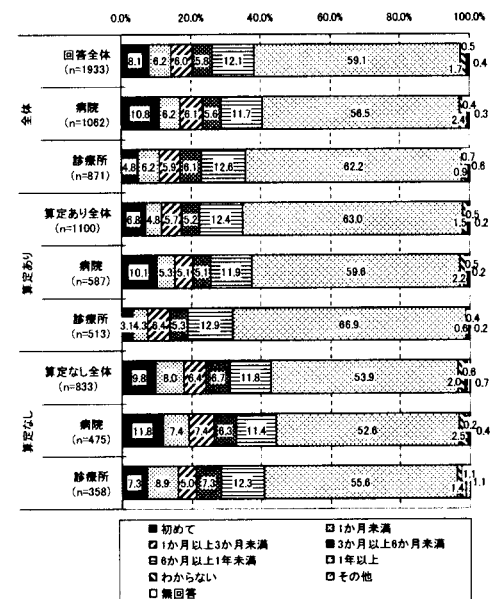
図表 64 通院期間



図表 63 通院頻度 (病院・診療所別)



図表 65 通院期間 (病院・診療所別)

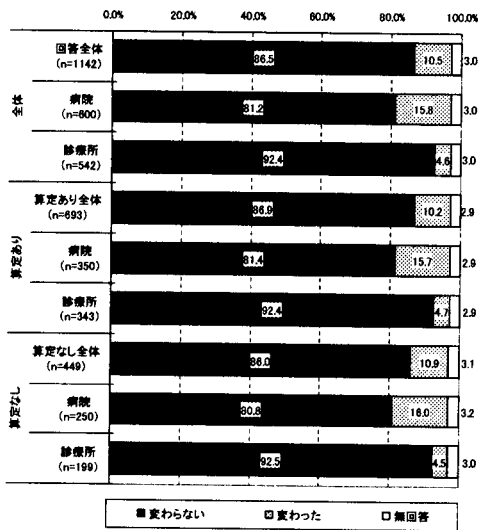


③診察内容等の変化（同じ医療機関に1年以上通院している患者）

同じ医療機関に1年以上通院している患者のうち、担当医師が1年前と変わったかどうかについてみると、全体では、担当医師は「変わらない」（86.5%）が大多数を占め、担当医師が「変わった」は10.5%であった。「算定あり」の患者、「算定なし」の患者とも同様の傾向がみられた。

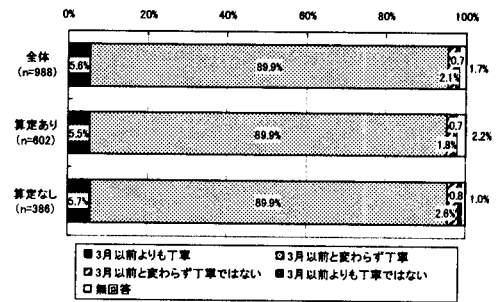
病院・診療所別に担当医師の変更をみると、担当医師が「変わらない」という患者は、病院では81.2%、診療所では92.4%となり、診療所の方が高い結果となった。

図表 66 担当医師の変更（同じ医療機関に1年以上通院している患者）



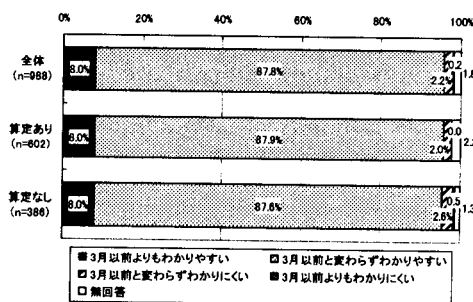
平成20年4月以降の「問診・身体診察」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらず丁寧」（89.9%）が最も多かった。「3月以前よりも丁寧」は5.6%であった。この傾向は、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者においても同様であった。

図表 67 平成20年4月以降の診察内容の変化（問診・身体診察）



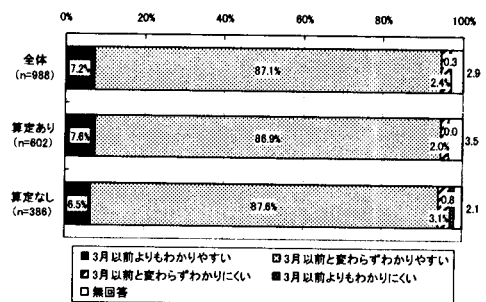
平成20年4月以降の「症状・状態についての医師からの説明」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらずわかりやすい」（87.8%）が最も多く、「3月以前よりもわかりやすい」は8.0%であった。この傾向は、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者においても同様であった。

図表 68 平成20年4月以降の診察内容の変化（症状・状態についての医師からの説明）



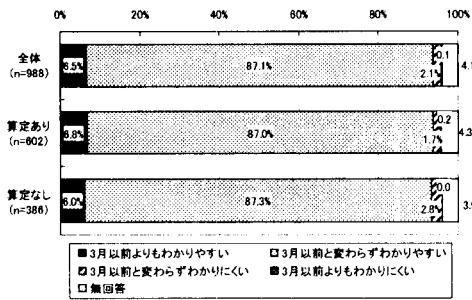
平成20年4月以降の「今後の治療方針・生活上の注意や指導についての医師からの説明」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらずわかりやすい」（87.1%）が最も多く、「3月以前よりもわかりやすい」は7.2%であった。「算定あり」の患者では「3月以前よりもわかりやすい」の割合が、「算定なし」の患者よりも1.1ポイント高かった。

図表 69 平成20年4月以降の診察内容の変化（今後の治療方針・生活上の注意や指導についての医師からの説明）



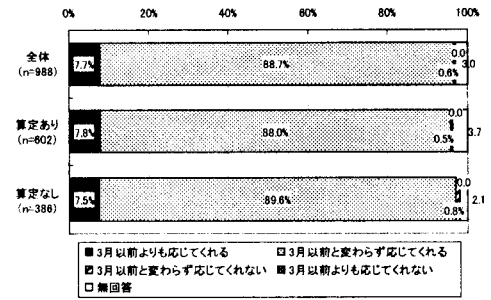
平成20年4月以降の「処方された薬についての説明」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらずわかりやすい」(87.1%)が最も多く、「3月以前よりもわかりやすい」は6.5%であった。この傾向は、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者においても同様であった。

図表 70 平成20年4月以降の診察内容の変化（処方された薬についての説明）



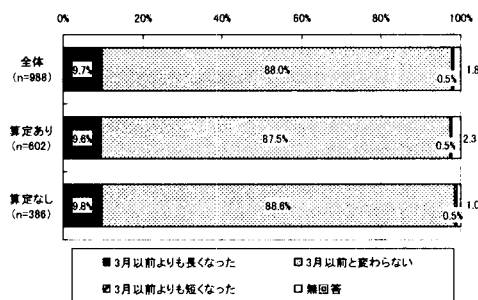
平成20年4月以降の「悩みや不安についての相談」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらず応じてくれる」(88.7%)が最も多く、「3月以前よりも応じてくれる」は7.7%であった。この傾向は、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者においても同様であった。

図表 71 平成20年4月以降の診察内容の変化（悩みや不安についての相談）



平成20年4月以降の「医師が直接診察してくれる時間」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらない」(88.0%)が最も多く、「3月以前よりも長くなった」は9.7%であった。この傾向は、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者においても同様であった。

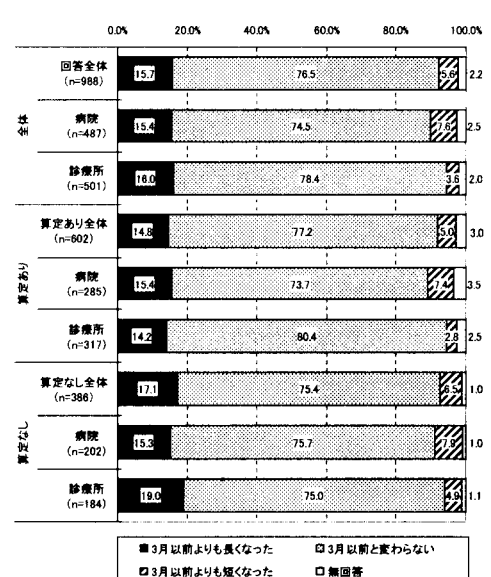
図表 72 平成20年4月以降の診察時間（医師が直接診察してくれる時間）の変化



平成20年4月以降の「診察までの待ち時間」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらない」(76.5%)が最も多く、「3月以前よりも長くなった」は15.7%、「3月以前よりも短くなった」は5.6%であった。

「算定あり」の患者と「算定なし」の患者とを全体と比較すると、「算定なし」の患者では、「3月以前よりも長くなった」と「3月以前よりも短くなった」の回答割合が「算定あり」の患者よりもやや高い結果となった。

図表 73 診察までの待ち時間の変化





④診察を受けた時の状況

診察を受けた時間についてみると、全体では平均9.9分(標準偏差8.6、中央値10.0)であった。外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者では、平均10.5分(標準偏差9.5、中央値10.0)、「算定なし」の患者では、平均8.8分(標準偏差6.9、中央値6.0)であった。

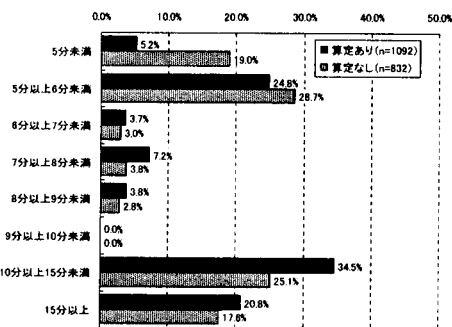
診察を受けた時間の分布を外来管理加算算定の有無別にみると、「算定あり」の患者では、「10分以上15分未満」(34.5%)が最も多く、次いで「5分以上6分未満」(24.8%)、「15分以上」(20.8%)であった。一方、「算定なし」の患者では、「5分以上6分未満」(28.7%)が最も多く、次いで「10分以上15分未満」(25.1%)、「5分未満」(19.0%)、「15分以上」(17.6%)であり、「5分未満」の割合については「算定あり」の患者に比べて13.8ポイント高かった。

図表 74 診察を受けた時間(分)

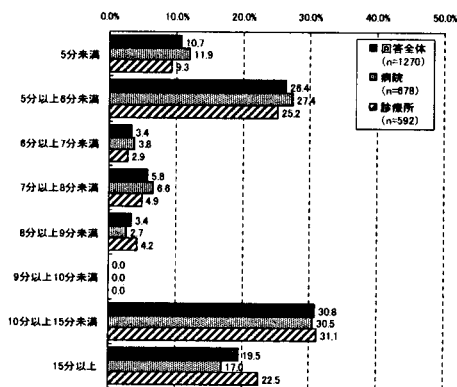
	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体(n=1,270)	9.9	8.6	120.0	1.0	10.0
病院	9.7	9.7	120.0	2.0	8.0
診療所	10.1	7.2	60.0	1.0	10.0
算定あり(n=765)	10.5	9.5	120.0	2.0	10.0
病院	10.6	11.3	120.0	2.0	10.0
診療所	10.4	7.0	60.0	2.0	10.0
算定なし(n=505)	8.8	6.9	60.0	1.0	6.0
病院	8.2	6.5	60.0	2.0	6.0
診療所	9.5	7.4	40.0	1.0	8.0

(注)・「診察時間」とは、診察室に入り、医師から直接、問診や身体診察を受けたり、医師へ質問したり、医師から説明を聞いたりした後、診察室を出るまでの時間を指す。  
・「わからない」という回答、無回答を除き、集計した。

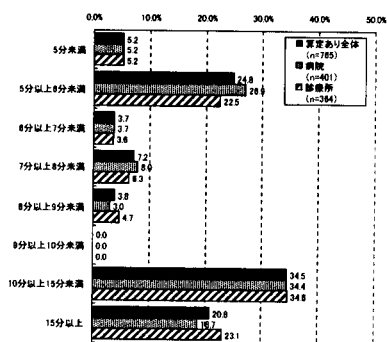
図表 75 診察を受けた時間の分布



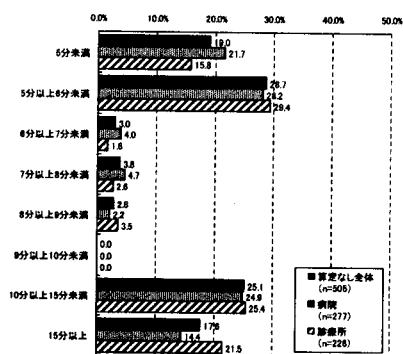
図表 76 診察を受けた時間の分布(全体、病院・診療所別)



図表 77 診察を受けた時間の分布(算定あり、病院・診療所別)

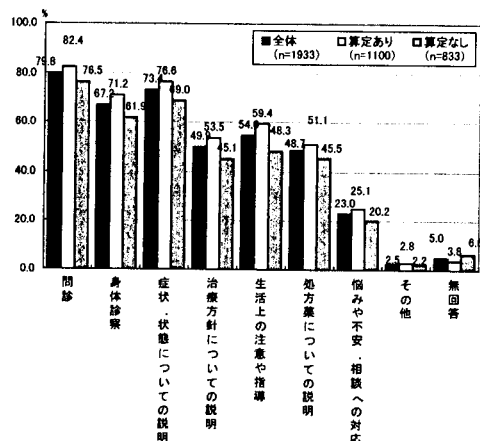


図表 78 診察を受けた時間の分布(算定なし、病院・診療所別)



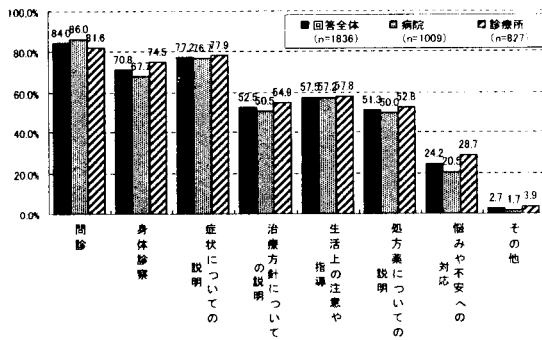
医師から受けた診察の内容についてみると、外来管理加算について「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに、「問診」(それぞれ82.4%、76.5%)が最も多く、次いで「症状・状態についての説明」(それぞれ76.6%、69.0%)、「身体診察」(それぞれ71.2%、61.9%)、「生活上の注意や指導」(それぞれ59.4%、48.3%)となった。

図表 79 医師から受けた診察の内容

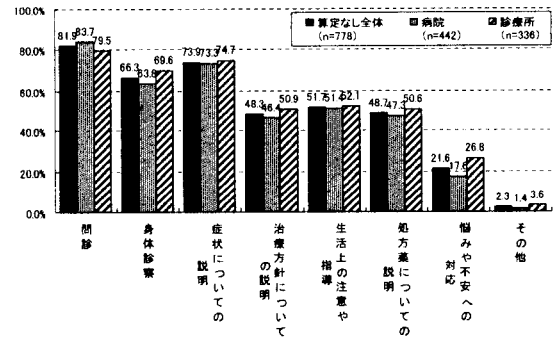


(注)「その他」の内容として、「検査や検査結果に対する説明」「家族に関する悩みや相談」等の回答があげられた。

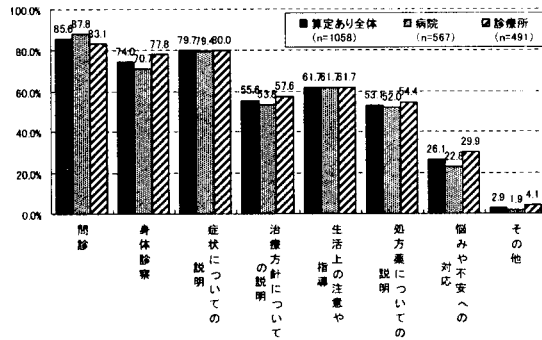
図表 80 医師から受けた診察の内容（全体、病院・診療所別）



図表 82 医師から受けた診察の内容（算定なし、病院・診療所別）



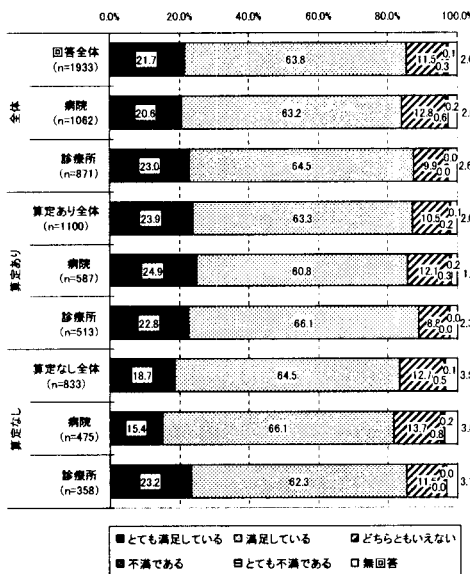
図表 81 医師から受けた診察の内容（算定あり、病院・診療所別）



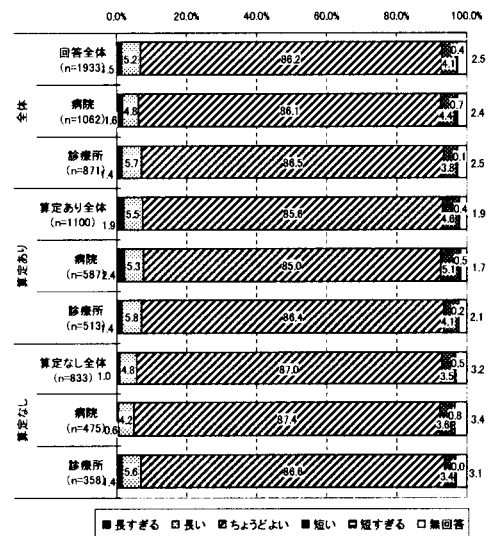
診察内容に対する満足度についてみると、「算定あり」の患者では、「とても満足している」(23.9%)と「満足している」(63.3%)を合わせると87.2%、「算定なし」の患者では、「とても満足している」(18.7%)と「満足している」(64.5%)を合わせると83.2%で、「算定あり」の患者の方がやや高い結果となった。一方、「算定なし」の患者、「算定なし」の患者ともに「どちらともいえない」(それぞれ10.5%、12.7%)が1割を占めた。

診察時間の長さに対する評価についてみると、全体では「ちょうどよい」(86.2%)が大多数を占めた。一方で、「長すぎる」(1.5%)と「長い」(5.2%)を合わせると6.7%、「短すぎる」(4.1%)と「短い」(0.4%)を合わせると4.5%であった。この傾向は、「算定あり」の患者と「算定なし」の患者でも同様であった。

図表 83 診察内容に対する満足度



図表 84 診察時間の長さに対する評価



「診察時間の長さに対する評価別平均診察時間」についてみると、全体では、「長すぎる、長い」と回答した患者の平均診察時間は12.42分、「ちょうどよい」と回答した患者の平均は9.86分、「短い、短すぎる」と回答した患者の平均は5.52分であった。

外来管理加算算定の有無別にみると、「算定あり」では、「長すぎる、長い」と回答した患者の平均診察時間は12.95分、「ちょうどよい」と回答した患者の平均診察時間は10.59分、「短い、短すぎる」と回答した患者の平均診察時間は5.44分であった。また、「算定なし」では、「長すぎる、長い」と回答した患者の平均診察時間は11.41分、「ちょうどよい」と回答した患者の平均診察時間は8.79分、「短い、短すぎる」と回答した患者の平均は5.67分であった。

「ちょうどよい」と回答した「算定あり」の患者の平均診察時間は、「算定なし」の患者の平均診察時間よりも1.8分長かった。

図表 85 「診察時間の長さに対する評価」別 平均診察時間

	算定あり		算定なし		全体	
	患者数	平均診察時間(分)	患者数	平均診察時間(分)	患者数	平均診察時間(分)
全体	1270	9.86	765	10.55	505	8.82
長すぎる、長い	84	12.42	55	12.95	29	11.41
ちょうどよい	1130	9.86	673	10.59	457	8.79
短い、短すぎる	52	5.52	34	5.44	18	5.67
無回答	4	12.50	3	15.00	1	5.00

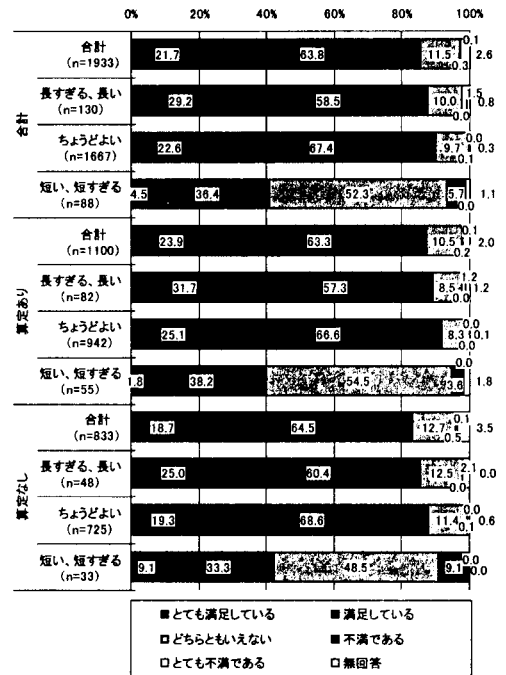
「診察時間の長さに対する評価」別に「診察内容に対する満足度」をみると、外来管理加算の「算定あり」の患者では、「長すぎる、長い」と回答した患者のうち「とても満足している」は31.7%、「満足している」は57.3%であり、「とても満足している」と「満足している」を合わせると89.0%であった。「ちょうどよい」と回答した患者では、「とても満足している」は25.1%、「満足している」は66.6%であり、「とても満足している」と「満足している」を合わせると91.7%であった。一方、「短い、短すぎる」と回答した患者では、「どちらともいえない」(54.5%)が最も多くなった。

外来管理加算の「算定なし」の患者では、「長すぎる、長い」と回答した患者のうち「とても満足している」は25.0%、「満足している」は60.4%であり、「とても満足している」と「満足している」を合わせると85.4%であった。「ちょうどよい」と回答した患者では、「とても満足している」は19.3%、「満足している」は68.6%であり、「とても満足している」と「満足している」を合わせると87.9%であった。一方、「短い、短すぎる」と回答した患者では、「どちらともいえない」(48.5%)が最も多くなった。

外来管理加算算定の有無別に「長すぎる、長い」と「ちょうどよい」と回答した患者の満足度を比較すると、「とても満足している」と「満足している」を合わせた割合は、「算定あり」の患者の方が、「算定なし」の患者よりもそれぞれ3.6ポイント、3.8ポイント高かった。同様に「短い、短すぎる」と回答した患者の満足度は、「算定あり」と「算定なし」

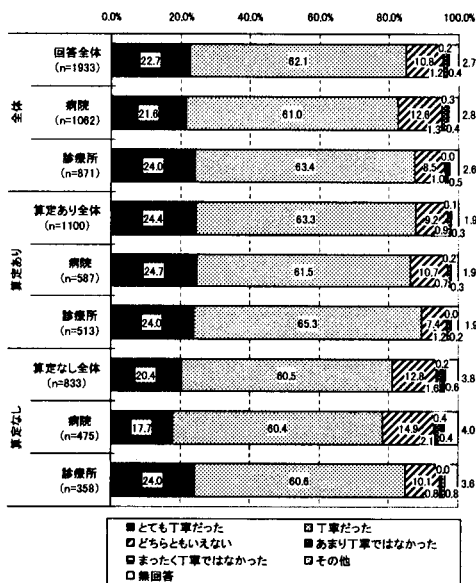
の患者ともに「どちらともいえない」(それぞれ54.5%、48.5%)が最も多かった。

図表 86 「診察時間の長さに対する評価」別「診察内容に対する満足度」



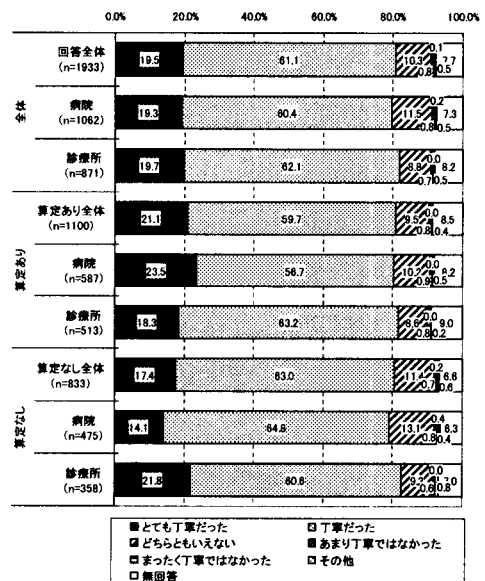
医師の間診や身体診察の丁寧さについての評価をみると、「算定あり」の患者では、「丁寧だった」(63.3%)が最も多く、「とても丁寧だった」(24.4%)を合わせると87.7%であった。一方、「算定なし」の患者では、「丁寧だった」(60.6%)が最も多く、「とても丁寧だった」(20.4%)を合わせると81.0%であり、「算定あり」の患者の方がやや高かった。

図表 87 医師の間診や身体診察の丁寧さについての評価

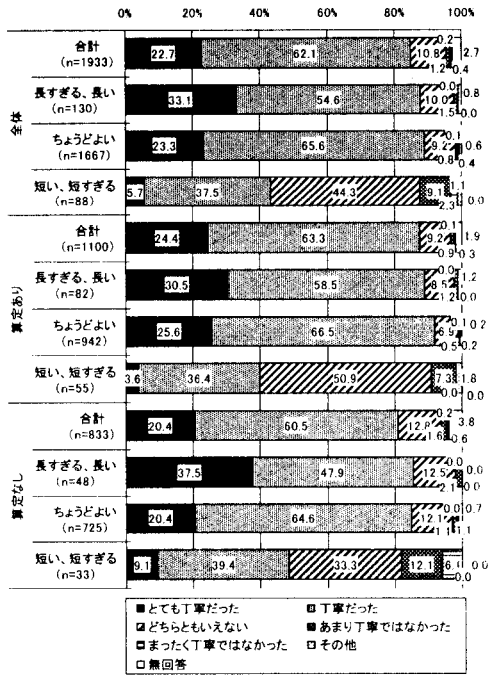


医師の説明内容の丁寧さについての評価をみると、全体では、「丁寧だった」(61.1%)が最も多く、「とても丁寧だった」(19.5%)と合わせると80.6%となった。

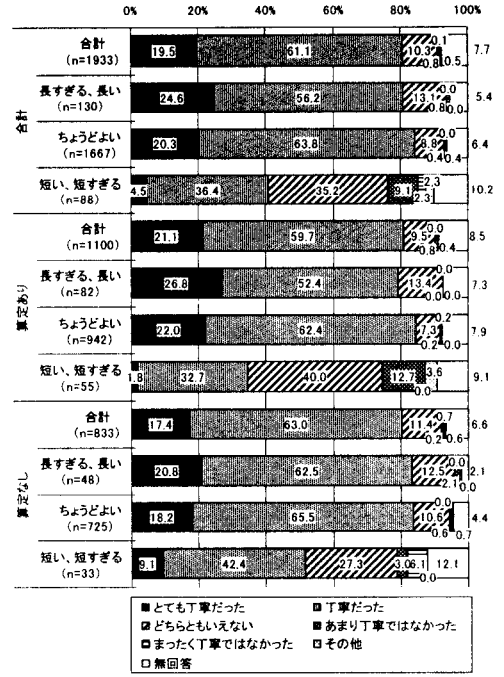
図表 88 医師の説明内容の丁寧さについての評価



図表 89 「診察時間の長さに対する評価」別「医師の間診や身体診察の丁寧さの評価」

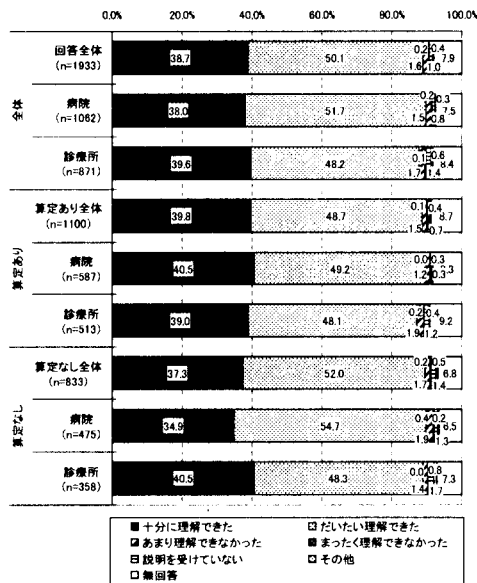


図表 90 「診察時間の長さに対する評価」別「医師の説明内容の丁寧さの評価」



医師の説明内容についての理解度をみると、全体では、「だいたい理解できた」(50.1%)が最も多く、「十分に理解できた」(38.7%)と合わせると88.8%で大多数を占めた。外来管理加算の「算定あり」の患者と「算定なし」の患者でも同様の傾向であった。

図表 91 医師の説明内容についての理解度

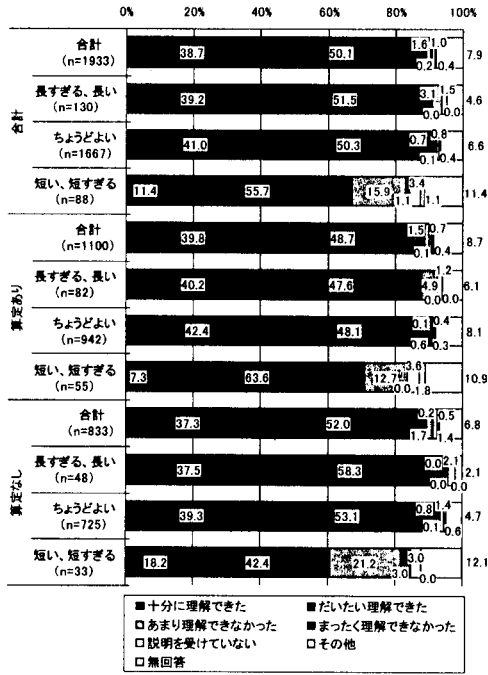


「診察時間の長さに対する評価」別に「医師の説明内容についての理解度」をみると、外来管理加算の「算定あり」の患者では、「長すぎる、長い」と回答した患者のうち「十分に理解できた」(40.2%)と「だいたい理解できた」(47.6%)を合わせると87.8%、「ちょうどよい」と回答した患者では90.5%、「短い、短すぎる」と回答した患者では70.9%であった。「短い、短すぎる」と回答した患者のうち12.7%が「あまり理解できなかった」と回答した。

外来管理加算の「算定なし」の患者では、「長すぎる、長い」と回答した患者のうち「十分に理解できた」(37.5%)と「だいたい理解できた」(58.3%)を合わせると95.8%、「ちょうどよい」と回答した患者では92.4%、「短い、短すぎる」と回答した患者では60.6%であった。「短い、短すぎる」と回答した患者のうち21.2%が「あまり理解できなかった」と回答した。

外来管理加算算定の有無別に「長すぎる、長い」と「ちょうどよい」と回答した患者の理解度を比較すると、「十分に理解できた」と「だいたい理解できた」を合わせた割合は、「算定あり」の患者より「算定なし」の患者の方が、それぞれ8.0ポイント、1.9ポイント高かった。同様に「短い、短すぎる」と回答した患者の「あまり理解できなかった」割合についてみると、「算定なし」の患者の方が「算定あり」の患者より8.5ポイント高かった。

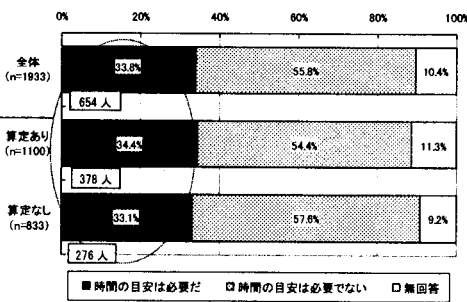
図表 92 「診察時間の長さに対する評価」別「医師の説明内容についての理解度」



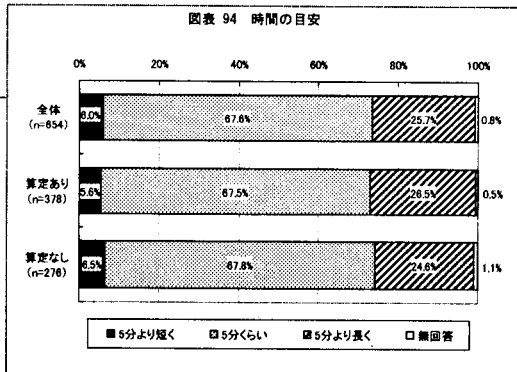
⑤外来管理加算の時間の目安についての考え

外来管理加算の時間の目安についての考えをみると、全体では、「時間の目安は必要でない」が55.8%で半数以上を占めた。一方、「時間の目安は必要だ」という回答は、33.8%であった。この傾向は、「算定あり」の患者と「算定なし」の患者でも同様であった。  
次に、「時間の目安は必要だ」と回答した人における「時間の目安」についてみると、全体では「5分くらい」(67.6%)が最も多く、次いで「5分より長く」(25.7%)、「5分より短く」(6.0%)であった。この傾向は、「算定あり」の患者と「算定なし」の患者でも同様であった。

図表 93 外来管理加算の時間の目安についての考え



図表 94 時間の目安



「外来管理加算の時間の目安についての考え」別に平均診察時間をみると、「目安は必要だ」と回答した外来管理加算の「算定あり」の患者では平均11.08分、「算定なし」の患者では平均8.68分であった。「目安は必要ではない」と回答した外来管理加算の「算定あり」の患者では平均10.04分、「算定なし」の患者では平均8.47分であった。「算定あり」「算定なし」の患者ともに「目安は必要ではない」と回答した患者よりも「目安は必要だ」と回答した患者の平均診察時間の方がそれぞれ1.04分、0.21分長かった。

図表 95 「外来管理加算の時間の目安についての考え」別平均診察時間

	必要だ		必要でない		無回答	
	患者数	平均診察時間(分)	患者数	平均診察時間(分)	患者数	平均診察時間(分)
合計	1270	9.86	765	10.55	505	8.82
目安は必要だ	472	10.16	291	11.08	181	8.68
目安は必要ではない	671	9.38	389	10.04	282	8.47
無回答	127	11.27	85	11.01	42	11.79

次に、男女別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」をみると、男性・女性ともに「時間の目安は必要でない」という回答割合が「時間の目安は必要だ」という回答割合を上回った。また、男性と比較して、女性の方が「時間の目安は必要だ」という回答割合が相対的にみてやや高かった。

図表 96 男女別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
男性	820	260	477	83
	100.0%	31.7%	58.2%	10.1%
女性	1112	393	601	118
	100.0%	35.3%	54.0%	10.6%

年齢階級別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」をみると、30代から70代までは年齢が高くなるほど「時間の目安は必要だ」という回答割合が高くなる傾向がみられた。しかし、いずれの年齢階級においても「時間の目安は必要でない」「時間の目安は必要だ」という回答割合を上回り、特に20代から40代までは「時間の目安は必要でない」の回答割合が6割を上回る結果となった。

図表 97 年齢階級別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
20歳未満	50	17	29	4
	100.0%	34.0%	58.0%	8.0%
20～29歳	99	25	67	7
	100.0%	25.3%	67.7%	7.1%
30～39歳	226	55	159	12
	100.0%	24.3%	70.4%	5.3%
40～49歳	231	67	150	14
	100.0%	29.0%	64.9%	6.1%
50～59歳	351	108	208	35
	100.0%	30.8%	59.3%	10.0%
60～69歳	397	156	182	59
	100.0%	39.3%	45.8%	14.9%
70～79歳	411	164	199	48
	100.0%	39.9%	48.4%	11.7%
80歳以上	159	57	81	21
	100.0%	35.8%	50.9%	13.2%

傷病別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」をみると、サンプル数が少ないことに留意する必要があるものの、がんの患者では、「時間の目安は必要だ」という回答割合が「時間の目安は必要でない」という回答割合を上回った。また、白内障・緑内障の患者では、「時間の目安は必要でない」という回答割合の方が「時間の目安は必要だ」という回答割合よりも高かったが、全体や他の傷病と比較すると、「時間の目安は必要だ」という回答割合が相対的に高かった。一方、花粉症などのアレルギー疾患や皮膚炎・湿疹、高脂血症の患者では、「時間の目安は必要でない」の回答割合が6割を超えており、全体と比較しても相対的に高い結果となった。

図表 99 傷病別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
高血圧	562	186	311	65
	100.0%	33.1%	55.3%	11.6%
糖尿病	190	57	113	20
	100.0%	30.0%	59.5%	10.5%
高脂血症	145	46	88	11
	100.0%	31.7%	60.7%	7.6%
風邪・気管支炎	236	74	141	21
	100.0%	31.4%	59.7%	8.9%
ぜんそく	56	21	31	4
	100.0%	37.5%	55.4%	7.1%
花粉症などのアレルギー疾患	64	18	42	4
	100.0%	28.1%	65.6%	6.3%
皮膚炎・湿疹	71	18	44	9
	100.0%	25.4%	62.0%	12.7%
腰痛・膝痛などの関節痛	236	83	133	20
	100.0%	35.2%	56.4%	8.5%
がん	32	16	13	3
	100.0%	50.0%	40.6%	9.4%
白内障・緑内障	43	20	21	2
	100.0%	46.5%	48.8%	4.7%
その他	572	203	305	64
	100.0%	35.5%	53.3%	11.2%

患者が受診した診療科別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」をみると、サンプル数が少ないことに留意する必要があるものの、脳神経外科、眼科を受診した患者では、「時間の目安は必要だ」という回答割合が「時間の目安は必要でない」という回答割合を上回った。しかし、その他の診療科については、いずれも「時間の目安は必要でない」という回答割合が「時間の目安は必要だ」という回答割合を上回った。

図表 98 受診した診療科別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
内科	1142	362	667	113
	100.0%	31.7%	58.4%	9.9%
外科	87	35	46	6
	100.0%	40.2%	52.9%	6.9%
整形外科	183	63	99	21
	100.0%	34.4%	54.1%	11.5%
形成外科	9	3	6	0
	100.0%	33.3%	66.7%	0.0%
脳神経外科	36	20	14	2
	100.0%	55.6%	38.9%	5.6%
小児科	49	16	30	3
	100.0%	32.7%	61.2%	6.1%
産婦人科	58	19	32	7
	100.0%	32.8%	55.2%	12.1%
呼吸器科	8	3	4	1
	100.0%	37.5%	50.0%	12.5%
消化器科	28	7	18	3
	100.0%	25.0%	64.3%	10.7%
循環器科	43	12	24	7
	100.0%	27.9%	55.8%	16.3%
精神科	28	11	13	4
	100.0%	39.3%	46.4%	14.3%
眼科	59	27	26	6
	100.0%	45.8%	44.1%	10.2%
耳鼻咽喉科	34	14	19	1
	100.0%	41.2%	55.9%	2.9%
泌尿器科	29	12	13	4
	100.0%	41.4%	44.8%	13.8%
皮膚科	71	21	39	11
	100.0%	29.6%	54.9%	15.5%
その他	60	23	27	10
	100.0%	38.3%	45.0%	16.7%

通院頻度別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」をみると、いずれの通院頻度においても「時間の目安は必要でない」の回答割合が「時間の目安は必要だ」の回答割合を上回った。

「時間の目安は必要だ」の回答割合が全体や他と比較して相対的に高かったのは、通院頻度が「2か月に1回程度」「初めて」の患者であり、全体と比較して4ポイント以上高い結果となった。一方、「時間の目安は必要でない」の回答割合が全体と比較して相対的に高かったのは、通院頻度が「年に数回程度」の患者であり、その割合は6割を超える結果となった。

図表 100 通院頻度別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
初めて	132	50	70	12
	100.0%	37.9%	53.0%	9.1%
週に1回程度	211	75	119	17
	100.0%	35.5%	56.4%	8.1%
2週間に1回程度	412	152	214	46
	100.0%	36.9%	51.9%	11.2%
1か月に1回程度	742	229	433	80
	100.0%	30.9%	58.4%	10.8%
2か月に1回程度	126	48	67	11
	100.0%	38.1%	53.2%	8.7%
年に数回程度	173	48	106	19
	100.0%	27.7%	61.3%	11.0%
その他	114	41	63	10
	100.0%	36.0%	55.3%	8.8%

通院期間別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」をみると、「その他」を除くと、いずれの通院期間においても「時間の目安は必要でない」の回答割合が「時間の目安は必要だ」の回答割合を上回った。

「時間の目安は必要だ」の回答割合が全体と比較して相対的に高かったのは、通院期間が「1か月以上～3か月未満」「1年以上」の患者であった。一方、「時間の目安は必要でない」の回答割合が全体と比較して相対的に高かったのは、通院期間が「1か月未満」「6か月以上～1年未満」の患者であり、その割合は6割を超える結果となった。

図表 101 通院期間別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
初めて	157	48	92	17
	100.0%	30.6%	58.6%	10.8%
1か月未満	120	38	75	7
	100.0%	31.7%	62.5%	5.8%
1か月以上～3か月未満	116	45	62	9
	100.0%	38.8%	53.4%	7.8%
3か月以上～6か月未満	113	36	65	12
	100.0%	31.9%	57.5%	10.6%
6か月以上～1年未満	234	70	146	18
	100.0%	29.9%	62.4%	7.7%
1年以上	1142	398	613	131
	100.0%	34.9%	53.7%	11.5%
わからない	33	10	18	5
	100.0%	30.3%	54.5%	15.2%
その他	10	6	4	0
	100.0%	60.0%	40.0%	0.0%

診療内容に対する満足度別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」について、「不満である」「とても不満である」はサンプル数が少ないため、「とても満足している」「満足している」「どちらともいえない」に限定してみると、診療内容に対する満足度が高いほど「時間の目安は必要でない」の回答割合がやや高くなる傾向がみられた。

図表 102 診療内容に対する満足度別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
とても満足している	419	141	248	30
	100.0%	33.7%	59.2%	7.2%
満足している	1233	412	690	131
	100.0%	33.4%	56.0%	10.6%
どちらともいえない	222	80	119	23
	100.0%	36.0%	53.6%	10.4%
不満である	6	4	0	2
	100.0%	66.7%	0.0%	33.3%
とても不満である	2	0	1	1
	100.0%	0.0%	50.0%	50.0%

診療時間に対する評価別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」をみると、診療時間が「短い」と回答した患者では「時間の目安は必要だ」という回答割合が、全体や他と比較して、相対的に高かった。一方、サンプル数が少ない点に留意することが必要であるが、診療時間が「長すぎる」「長い」と回答した患者では「時間の目安は必要でない」という回答割合が7割を超え、相対的にみても高い結果となった。

図表 103 診療時間に対する評価別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
長すぎる	29	2	26	1
	100.0%	6.9%	89.7%	3.4%
長い	101	15	77	9
	100.0%	14.9%	76.2%	8.9%
ちょうどよい	1667	585	920	162
	100.0%	35.1%	55.2%	9.7%
短い	80	33	35	12
	100.0%	41.3%	43.8%	15.0%
短すぎる	8	3	2	3
	100.0%	37.5%	25.0%	37.5%

問診や身体診察の丁寧さに対する評価別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」について、「あまり丁寧ではなかった」「まったく丁寧ではなかった」はサンプル数が少ないため、「とても丁寧だった」「丁寧だった」「どちらともいえない」に限定してみると、評価が高いほど「時間の目安は必要だ」の回答割合が高くなる傾向がみられたが、その差異はわずかであった。一方、「時間の目安は必要でない」という回答割合をみると、問診や身体診察の丁寧さに対する評価との関係はみられなかった。

図表 104 問診や身体診察の丁寧さに対する評価別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
とても丁寧だった	438	151	249	38
	100.0%	34.5%	56.8%	8.7%
丁寧だった	1200	402	678	120
	100.0%	33.5%	56.5%	10.0%
どちらともいえない	208	66	120	22
	100.0%	31.7%	57.7%	10.6%
あまり丁寧ではなかった	23	11	10	2
	100.0%	47.8%	43.5%	8.7%
まったく丁寧ではなかった	3	2	0	1
	100.0%	66.7%	0.0%	33.3%
その他	8	3	2	3
	100.0%	37.5%	25.0%	37.5%

説明内容の丁寧さに対する評価別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」をみると、サンプル数が少ないことに留意する必要があるものの、説明内容が「あまり丁寧ではなかった」「まったく丁寧ではなかった」と回答した患者では「時間の目安は必要だ」という回答割合が全体や他の回答と比較して相対的に高かった。

図表 105 説明内容の丁寧さに対する評価別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
とても丁寧だった	438	151	249	38
	100.0%	34.5%	56.8%	8.7%
丁寧だった	1200	402	678	120
	100.0%	33.5%	56.5%	10.0%
どちらともいえない	208	66	120	22
	100.0%	31.7%	57.7%	10.6%
あまり丁寧ではなかった	23	11	10	2
	100.0%	47.8%	43.5%	8.7%
まったく丁寧ではなかった	3	2	0	1
	100.0%	66.7%	0.0%	33.3%
その他	8	3	2	3
	100.0%	37.5%	25.0%	37.5%

説明内容に対する理解度別に「外来管理加算の時間の目安についての考え」をみると、サンプル数が少ないことに留意する必要があるものの、「あまり理解できなかった」と回答した患者では、「時間の目安は必要でない」という回答割合が67.7%となり、全体や他と比較して相対的に高かった。

図表 106 説明内容に対する理解度別 外来管理加算の時間の目安についての考え

	総数	時間の目安は必要だ	時間の目安は必要でない	無回答
全体	1933	654	1078	201
	100.0%	33.8%	55.8%	10.4%
十分に理解できた	749	291	432	26
	100.0%	38.9%	57.7%	3.5%
だいたい理解できた	969	328	604	37
	100.0%	33.8%	62.3%	3.8%
あまり理解できなかった	31	9	21	1
	100.0%	29.0%	67.7%	3.2%
まったく理解できなかった	3	2	1	0
	100.0%	66.7%	33.3%	0.0%
説明を受けていない	20	8	9	3
	100.0%	40.0%	45.0%	15.0%
その他	8	3	3	2
	100.0%	37.5%	37.5%	25.0%

「実施してほしい一部項目の内容」について外来管理加算の算定の有無別にみると、「通院毎」では、「症状・状態についての説明」(それぞれ70.7%、83.0%)が最も多く、「算定あり」の患者と比較して「算定なし」の患者の方が回答割合が高かった。

「定期的」についてみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「症状・状態についての説明」(それぞれ75.7%、71.4%)が最も多かった。次いで、「算定あり」の患者では「問診」(64.9%)、「身体診察」(62.2%)と続き、「算定なし」の患者では「治療方針についての説明」(54.8%)、「身体診察」(52.4%)、「生活上の注意や指導」(42.9%)が続いた。

「病状に変化があったときのみ」についてみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「症状・状態についての説明」(それぞれ65.6%、73.9%)が最も多く、次いで「治療方針についての説明」(それぞれ53.1%、65.2%)であり、「算定あり」の患者と「算定なし」の患者とを比較すると、「算定なし」の患者の方が割合が高かった。

「自分が求めたとき」についてみると、「算定あり」の患者では、「症状・状態についての説明」(65.6%)が最も多く、次いで「治療方針についての説明」(53.1%)、「悩みや不安の相談」(50.0%)であった。「算定なし」の患者では、「症状・状態についての説明」(54.3%)が最も多く、次いで「治療方針についての説明」(48.6%)、「生活上の注意や指導」(45.7%)であった。

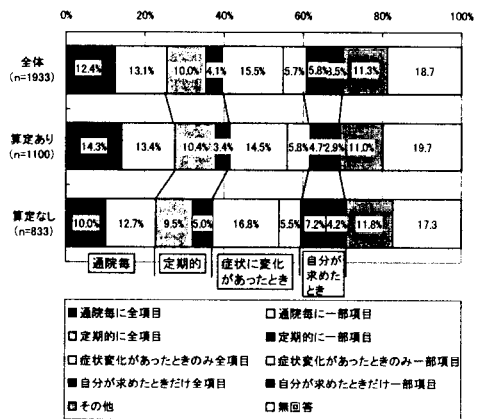
「懇切丁寧な説明」についての要望をみると、全体では、「症状に変化があったときのみ全項目」(15.5%)が最も多く、次いで「通院毎に一部項目」(13.1%)、「通院毎に全項目」(12.4%)、「定期的に全項目」(10.0%)となった。

外来管理加算算定の有無別にみると、「算定あり」の患者では、「症状に変化があったときのみ全項目」(14.5%)が最も多く、次いで「通院毎に全項目」(14.3%)、「通院毎に一部項目」(13.4%)であった。

「算定なし」の患者では、「症状に変化があったときのみ全項目」(16.8%)が最も多く、次いで「通院毎に一部項目」(12.7%)、「通院毎に全項目」(10.0%)であった。

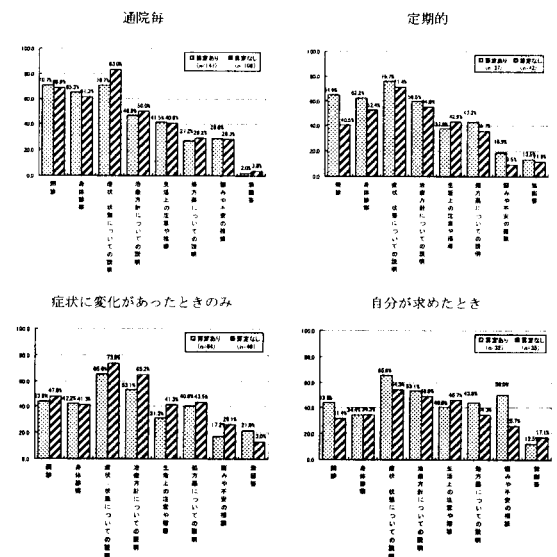
全項目と一部項目を合わせた「懇切丁寧な説明」についての要望を外来管理加算算定の有無別に比べると、「算定あり」の患者では「通院毎」の割合が「算定なし」の患者よりも高く、「算定なし」の患者では「症状に変化があったとき」と「自分が求めたとき」の割合が「算定あり」の患者より高かった。

図表 107 「懇切丁寧な説明」についての要望



(注)「その他」の内容として、「医師の判断に任せている」等の回答があげられた。

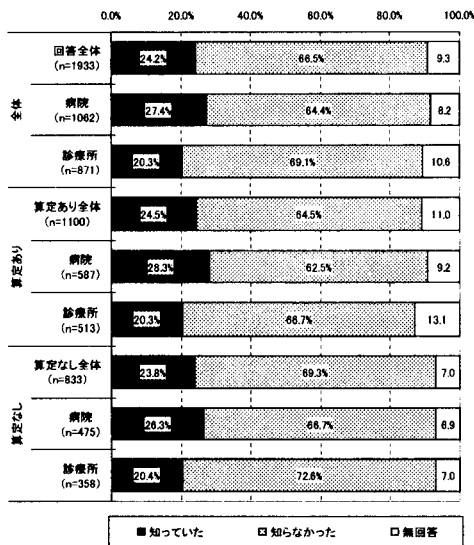
図表 108 実施してほしい一部項目の内容





外来管理加算の認知度についてみると、全体では、「知っていた」が24.2%、「知らなかった」が66.5%であり、6割以上の方が「知らなかった」と回答した。これは、外来管理加算の「算定あり」の患者と「算定なし」の患者でも同様の傾向であった。

図表 109 外来管理加算の認知度



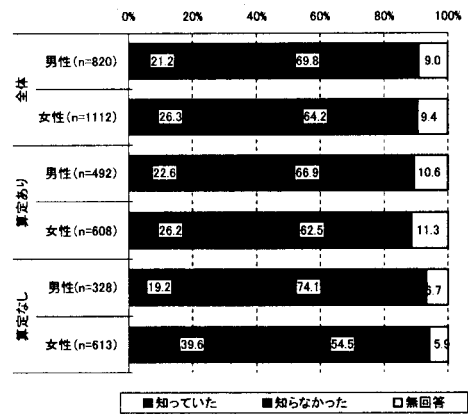
外来管理加算算定の有無別に、外来管理加算の認知状況別の患者の年齢構成をみると、「算定あり」で外来管理加算を「知っていた」と回答した患者では、「50～59歳」(23.7%)で最も多く、次いで「40～49歳」(16.5%)、「30～39歳」(15.8%)であった。一方、「算定あり」で外来管理加算を「知らなかった」と回答した患者では、「70～79歳」(24.8%)が最も多く、次いで「60～69歳」(24.1%)、「50～59歳」(16.3%)であった。

また、「算定なし」で外来管理加算を「知っていた」と回答した患者では、「50～59歳」(22.3%)が最も多く、次いで「30～39歳」(18.8%)、「40～49歳」(17.8%)であった。一方、「算定なし」で「知らなかった」と回答した患者では、「70～79歳」(20.3%)が最も多く、次いで、「60～69歳」(18.7%)、「50～59歳」(18.2%)であった。

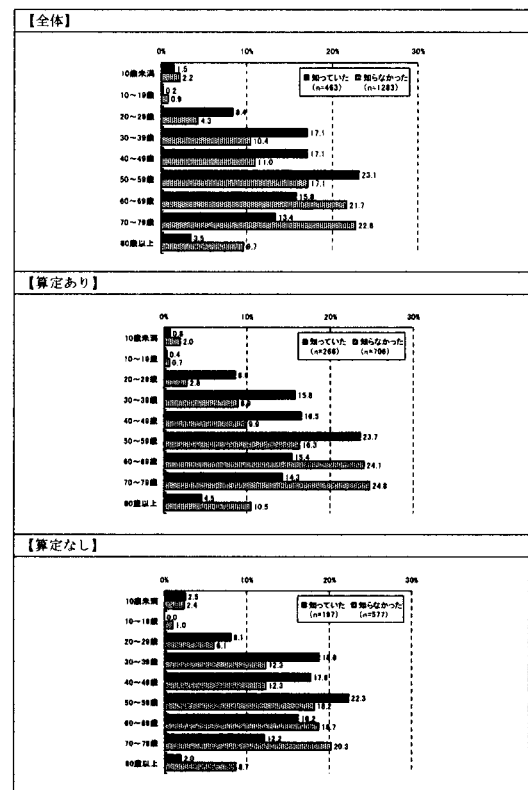
「算定あり」「算定なし」の患者ともに、外来管理加算を「知らなかった」と回答した患者は相対的に年齢層が高かった。

外来管理加算の認知度を男女別にみると、全体では、「知っていた」と回答した患者は、男性が21.2%、女性が26.3%であった。同様に、「算定あり」「算定なし」の患者ともに女性の方が男性よりも認知度が高く、「算定なし」の女性の認知度が39.6%で最も高かった。

図表 110 算定別・男女別における外来管理加算の認知度



図表 111 外来管理加算算定の有無別、外来管理加算の認知状況別の患者の年齢階級別構成割合

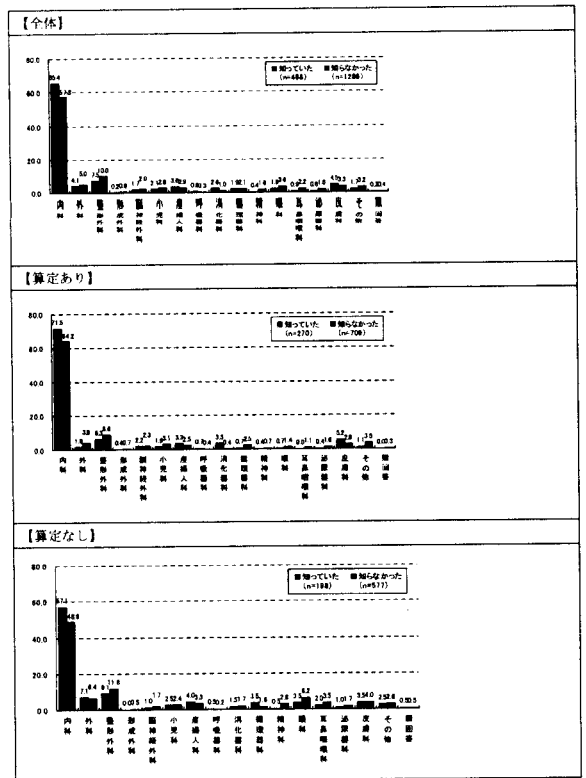


外来管理加算の認知状況別に受診した診療科の構成割合をみると、全体においては、外来管理加算を「知っていた」と回答した患者では、「内科」(65.4%)が最も多く、次いで「整形外科」(7.5%)、「皮膚科」(4.5%)、「外科」(4.1%)であった。外来管理加算を「知らなかった」と回答した患者では、「内科」(57.3%)が最も多く、次いで「整形外科」(10.0%)、「外科」(5.0%)であった。

外来管理加算の「算定あり」で外来管理加算を「知っていた」と回答した患者では、「内科」(71.5%)が最も多く、次いで「整形外科」(6.3%)、「皮膚科」(5.2%)、「消化器科」「産婦人科」(いずれも3.3%)であった。同様に外来管理加算を「知らなかった」と回答した患者では、「内科」(64.2%)が最も多く、次いで「整形外科」(8.6%)、「外科」(3.8%)であった。

外来管理加算の「算定なし」で外来管理加算を「知っていた」と回答した患者では、「内科」(57.1%)が最も多く、次いで「整形外科」(9.1%)、「外科」(7.1%)、「産婦人科」(4.0%)であった。同様に外来管理加算を「知らなかった」と回答した患者では、「内科」(48.9%)が最も多く、次いで「整形外科」(11.8%)、「外科」(6.4%)、「眼科」(6.2%)であった。

図表 112 外来管理加算の認知度別受診した診療科



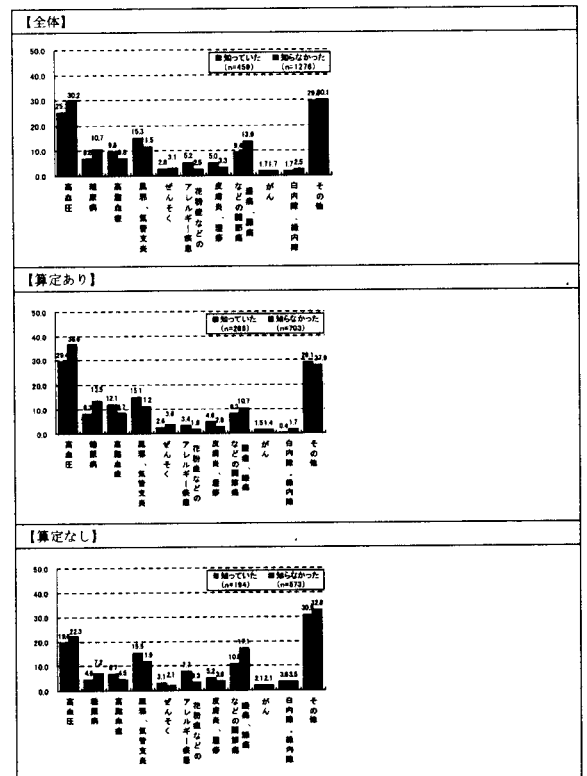
外来管理加算の認知度別に傷病の構成割合をみると、全体では、外来管理加算を「知っていた」と回答した患者では、「高血圧」(25.3%)が最も多く、次いで「風邪、気管支炎」(15.3%)、「高脂血症」(9.8%)、「腰痛、膝痛などの関節痛」(9.4%)、「糖尿病」(6.8%)であった。

外来管理加算を「知らなかった」と回答した患者では、「高血圧」(30.2%)が最も多く、「腰痛、膝痛などの関節痛」(13.6%)、「風邪・気管支炎」(11.5%)、「糖尿病」(10.7%)であった。

外来管理加算の「算定あり」で外来管理加算を「知っていた」と回答した患者では、「高血圧」(29.4%)が最も多く、次いで「風邪、気管支炎」(15.1%)、「高脂血症」(12.1%)であった。外来管理加算を「知らなかった」と回答した患者では、「高血圧」(36.6%)が最も多く、次いで「糖尿病」(13.5%)、「風邪、気管支炎」(11.2%)であった。

外来管理加算の「算定なし」で外来管理加算を「知っていた」と回答した患者では、「高血圧」(19.6%)が最も多く、次いで「風邪、気管支炎」(15.5%)、「腰痛、膝痛などの関節痛」(10.8%)、「花粉症などのアレルギー疾患」(7.7%)であった。外来管理加算を「知らなかった」と回答した患者では、「高血圧」(22.3%)が最も多く、次いで「腰痛、膝痛などの関節痛」(17.1%)、「風邪・気管支炎」(11.9%)、「糖尿病」(7.2%)であった。

図表 113 外来管理加算の認知度別受診した病名



⑥外来管理加算についての意見<自由記述式>

外来管理加算についての患者からの主な意見は次のとおりであった。

- 生活上の健康管理面での注意、指導面のきめ細かい話は非常に役立っている。
  - パソコンを使用して、体調面の変化や薬の副作用等に関しても丁寧に説明を受け、安心が保てる。
  - 病気によっては、説明に時間をかけてほしい。
  - 外来管理加算＝医師の懇切丁寧な説明、であれば患者として求めている大切なことなので必要だが、わざわざ位置づけないと行われぬのはおかしい。
  - 時間も大切かもしれないが、ただ長いよりも短くてもきばきとしてくれる方が助かる。要点だけを手短かに説明してほしい。
  - 待ち時間が短い方がよい。待ち時間が長すぎる。
  - 5分は長いと思う。症状が安定して変わらなければ2～3分ですむところ、毎回5分かけては長い。
  - 時間で決めるのは無理がある。時間よりも質や内容が大事。時間を目安にするのはあまりに機械的で納得できない。
- など

という回答は15.4%であった。最も回答が多かったのは「項目毎に異なる頻度で実施するべき」という回答(病院の42.6%、診療所の49.6%)であった(図表52)。その内訳については、「毎回実施するべき項目」としては、「問診」「身体診察」が、「患者が懇切丁寧な説明を求めた時に実施するべき項目」としては、「悩みや不安・疑問への対応」が、また「医師が必要と判断した時に実施するべき項目」としては、「症状・状態についての説明」「治療方針についての説明」「生活上の注意や指導」「処方箋についての説明」といった項目の回答割合が高い結果となった(図表53)。

(2) 患者調査

- ・ 外来管理加算を算定した患者(以下、「算定あり」とする)1,100人の性別は、男性が44.7%、女性が55.3%であった。また、外来管理加算を算定しなかった患者(以下、「算定なし」とする)833人の内訳は、男性が39.4%、女性が60.5%であった(図表54)。
- ・ 「算定あり」の患者の平均年齢は58.5歳(標準偏差17.9、中央値61.0)、「算定なし」の患者の平均年齢は54.9歳(標準偏差18.9、中央値57.0)であった(図表55)。
- ・ 「算定あり」の患者の傷病は、高血圧(34.8%)が最も多く、次いで、糖尿病(12.3%)、風邪・気管支炎(11.7%)、腰痛・膝痛などの関節痛(9.9%)となった。「算定なし」の患者の傷病は、「算定あり」と同様に、高血圧(21.5%)が最も多かった。次いで、腰痛・膝痛などの関節痛(15.2%)、風邪・気管支炎(12.8%)、糖尿病(6.6%)となった(図表57)。
- ・ 患者が受診した診療科については、「算定あり」の患者では、内科(65.5%)が最も多く、次いで、整形外科(8.1%)となった。「算定なし」の患者では、内科(50.7%)が最も多く、次いで整形外科(11.3%)、外科(6.1%)、眼科(5.4%)となった(図表58)。
- ・ 通院頻度については、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「1か月に1回程度」(「算定あり」43.6%、「算定なし」31.5%)が最も多く、次いで、「2週間に1回程度」(「算定あり」22.6%、「算定なし」19.6%)となった(図表62)。
- ・ 通院期間については、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「1年以上」(「算定あり」63.0%、「算定なし」53.9%)が最も多く、次いで「6か月以上1年未満」(「算定あり」12.4%、「算定なし」11.8%)となった(図表64)。
- ・ 調査日に診療を受けた時間については、「算定あり」の患者では平均10.5分(標準偏差9.5、中央値10.0)、「算定なし」の患者では平均8.8分(標準偏差6.9、中央値6.0)であった(図表74)。
- ・ 医師から受けた診療の内容としては、問診(「算定あり」82.4%、「算定なし」76.5%)、症状・状態についての説明(「算定あり」76.6%、「算定なし」69.0%)、身体診察(「算定あり」71.2%、「算定なし」61.9%)の割合が高かった。一方、治療方針についての説明、生活上の注意や指導、処方箋についての説明などは、「算定あり」「算定なし」とともに4割強から6割弱となった。また、悩みや不安・相談への対応は、「算定あり」

6. まとめ

本調査より明らかとなった点は、以下のとおりである。

(1) 病院調査・診療所調査

- ・ 平成20年10月1か月間における外来管理加算算定割合(再診患者延べ人数に占める外来管理加算を算定した患者数の割合)の平均値は、病院が41.1%、診療所が41.0%であった(図表18、図表19)。
- ・ 病院における外来管理加算算定割合の高い診療科は、呼吸器科(75.8%)、循環器科(61.6%)、消化器科(59.0%)、皮膚科(56.7%)、内科(55.3%)、小児科(53.0%)、脳神経外科(52.1%)であった。一方、外来管理加算算定割合の低い診療科は、眼科(2.1%)、精神科(6.2%)、耳鼻咽喉科(15.0%)であった(図表18)。
- ・ 診療所については、「主たる診療科」別に外来管理加算算定割合を算出したが、施設数が20を超えた診療科に限定してみると、外来管理加算算定割合の高い診療科は、内科(65.3%)、小児科(50.8%)であった。一方、外来管理加算算定割合の低い診療科は、耳鼻咽喉科(2.1%)、眼科(2.7%)であった(図表20)。
- ・ 平成20年10月末現在、外来管理加算を算定している医療機関は、病院が96.5%、診療所が87.9%であった。平成20年4月の「外来管理加算の意義付けの見直し」以降に外来管理加算の算定をやめた医療機関は、病院では1.4%(7施設)、診療所では8.5%(50施設)で、診療所における割合が病院よりもやや高い結果となった(図表21)。
- ・ 平成20年4月以降に外来管理加算の算定をやめた診療所の主たる診療科別内訳で多いものを挙げると、眼科(58.0%)、耳鼻咽喉科(22.0%)であった(図表25)。
- ・ 外来管理加算を算定した患者に対して必ず行っている診療内容としては、問診(病院91.7%、診療所89.7%)、症状・状態についての説明(病院88.7%、診療所90.7%)、身体診察(病院82.3%、診療所81.7%)といった項目で回答割合が8割を超えた。この他、診療所では生活上の注意や指導(82.3%)が8割を超えた。悩みや不安・疑問への対応、治療方針についての説明、処方箋についての説明といった項目を挙げた割合は病院では7割を、診療所では8割を超えた(図表26)。
- ・ 外来管理加算を算定した患者1人あたりの平均診療時間は、病院では7.3分(標準偏差3.1、中央値6.0)、診療所では7.5分(標準偏差3.8、中央値6.0)であった(図表27)。
- ・ 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響として、「より詳細に身体診察等を行うようになった」「患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に言うようになった」「症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」「患者の疑問や不安を汲み取るようになった」「患者1人あたりの診療時間が長くなった」「診療時間の延長が多くなった」「患者の待ち時間が長くなった」といった内容について、「大いにはまると」「ややあてはまると」を合わせた回答割合は、診療所よりも病院で高い結果となった(図表30、図表31、図表33、図表37、図表39、図表45、図表48)。
- ・ 望ましい「懇切丁寧な説明」については、病院・診療所ともに「毎回実施するべき」

- が25.1%、「算定なし」が20.2%で最も低かった。いずれの項目も、「算定あり」の患者の方が「算定なし」の患者に比べて、「受けた」という回答割合が高かった(図表79)。
- ・ 診療内容に対する満足度について「とても満足している」という回答割合をみると、「算定あり」の患者では23.9%、「算定なし」の患者では18.7%となっており、「算定あり」の患者で5.2ポイント高い結果となった。特に病院を受診した患者と比較すると、「算定あり」が24.9%、「算定なし」が15.4%となり、9.5ポイントの差があった(図表83)。
- ・ 診療時間の長さについては、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに、「ちょうどよい」が大半を占めた(「算定あり」85.6%、「算定なし」87.0%)(図表84)。
- ・ 診療時間の長さについて「長すぎる」「長い」あるいは「ちょうどよい」と回答した患者では、「短い」「短すぎる」と回答した患者と比べて、外来管理加算の算定の有無にかかわらず、診療内容について「とても満足している」「満足している」と回答した割合が高かった(図表86)。
- ・ 医師の問診や身体診察の丁寧さについて、「とても丁寧だった」という回答割合は、「算定あり」の患者では24.4%、「算定なし」の患者では20.4%であり、「算定あり」の患者で4ポイント高い結果となった(図表87)。
- ・ 医師の説明内容の丁寧さについて、「とても丁寧だった」という回答割合は、「算定あり」の患者では21.1%、「算定なし」の患者では17.4%であった。特に病院を受診した患者と比較すると、「算定あり」が23.5%、「算定なし」が14.1%となり、9.4ポイントの差があった(図表88)。
- ・ 医師の説明内容についての理解度について、「十分に理解できた」という回答割合は、「算定あり」の患者では39.8%、「算定なし」の患者では37.3%であった(図表91)。
- ・ 外来管理加算の時間の目安について、「時間の目安が必要だ」という回答割合は、「算定あり」の患者では34.4%、「算定なし」の患者では33.1%であった。一方、「時間の目安は必要でない」という回答割合は、「算定あり」の患者では54.4%、「算定なし」の患者では57.6%であり、いずれの場合も「時間の目安は必要でない」という回答の方が多かった(図表93)。
- ・ 外来管理加算について「時間の目安が必要だ」と回答した患者に、その目安をたずねた結果、最も多かったのは「5分くらい」(「算定あり」67.5%、「算定なし」67.8%)であった。次に多かったのは「5分より長く」(「算定あり」26.5%、「算定なし」24.6%)であり、「5分より短く」(「算定あり」5.6%、「算定なし」6.5%)は1割に満たなかった(図表94)。
- ・ 「懇切丁寧な説明」についての要望としては、「症状に変化があったときのみ全項目」が15.5%で最も多く、次いで「通院毎に一部項目」(13.1%)、「通院毎に全項目」(12.4%)、「定期的に全項目」(10.0%)という順であった(図表107)。「通院毎に一部項目」という回答について、その実施してほしい一部項目の内容をみると、「症状・状態についての説明」が最も多かった(図表108)。
- ・ 外来管理加算の認知度についてみると、「知っていた」が24.2%、「知らなかった」が66.5%であった(図表109)。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」  
外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 施設票

※以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の両方で使用するものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理・処理いたしますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

参考資料

施設名 ( )  
施設の所在地 ( )  
電話番号 ( )  
ご回答者名 ( )

※本調査票は、施設の管理者の方と医師の方でご相談の上、ご記入ください。ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)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。( )内に入る数値がない場合には「0(ゼロ)」を、算出できないまたは不明の場合は「-」をご記入ください。  
※調査時点は平成20年10月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況(平成20年10月末現在)についてお伺いします。  
①開設者 1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体  
5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人  
②許可病床数 一般病床 療養病床 精神病床 療養病床 感染症病床 計  
床 床 床 床 床 床  
③職員数(常勤換算) 医師 歯科医師 薬剤師 看護職員 その他 計  
人 人 人 人 人 人  
④外来担当医師数(常勤換算) ( )人  
常勤換算については、以下の方で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。  
■1週間に数回勤務の場合(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)  
■1か月に数回勤務の場合(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

2. 外来診療の状況(平成20年10月末現在)についてお伺いします。  
①外来診療を行っている診療科 ※あてはまるものすべてに○  
1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科  
5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科  
9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科  
13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科  
16. その他(具体的に )  
②上記①のうち主たる診療科 ※○は1つだけ  
1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科  
5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科  
9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科  
13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科  
16. その他(具体的に )

③ 上記②で選んだ診療科(主たる診療科)の表示している診療時間を24時間表記(午後3時は「15:00」)でご記入ください。  
月曜日 1. 診療している ( ):( )~( ):( )  
2. 診療していない ( ):( )~( ):( )  
火曜日 1. 診療している ( ):( )~( ):( )  
2. 診療していない ( ):( )~( ):( )  
水曜日 1. 診療している ( ):( )~( ):( )  
2. 診療していない ( ):( )~( ):( )  
木曜日 1. 診療している ( ):( )~( ):( )  
2. 診療していない ( ):( )~( ):( )  
金曜日 1. 診療している ( ):( )~( ):( )  
2. 診療していない ( ):( )~( ):( )  
土曜日 1. 診療している ( ):( )~( ):( )  
2. 診療していない ( ):( )~( ):( )  
日曜日 1. 診療している ( ):( )~( ):( )  
2. 診療していない ( ):( )~( ):( )  
祝祭日 1. 診療している ( ):( )~( ):( )  
2. 診療していない ( ):( )~( ):( )

④ 平成20年10月の1か月間における「外来診療患者延べ人数」、「外来管理加算算定回数」等について、それぞれ( )内に数値をご記入ください。  
(1)すべての外来診療患者延べ人数(2)+(3) (2)初診患者数 (3)再診患者延べ人数 (4)外来管理加算算定回数  
1)合計 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
2)内科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
3)外科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
4)整形外科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
5)形成外科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
6)脳神経外科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
7)小児科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
8)産婦人科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
9)呼吸器科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
10)消化器科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
11)循環器科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
12)精神科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
13)眼科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
14)耳鼻咽喉科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
15)泌尿器科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
16)皮膚科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
17)その他( )科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
( )科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
( )科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回  
( )科 ( )人 ( )人 ( )人 ( )回

3. 外来管理加算の算定状況等（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①「外来管理加算」の算定をしていますか。  
 ※○は1つだけ。②、現在は算定していない場合は、算定をやめた理由をご記入ください。③、算定している場合は、算定期間をお選びください。

1. 平成20年3月以前から算定したことがない → 7ページ4.④へお進みください  
 2. 平成20年3月以前は算定していたが、現在は算定していない  
 → 算定をやめた理由  
 → 7ページ4.④へお進みください  
 3. 算定している → (1. 平成20年3月以前から 2. 平成20年4月以降から)  
 → 次の質問②へお進みください

②外来管理加算を算定した患者全員に対して必ず行っている診療内容にあてはまるのは、次のうちどれですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 問診 2. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）  
 3. 症状・状態についての説明 4. 今後の治療方針についての説明  
 5. 生活上の注意や指導 6. 処方する薬についての説明  
 7. 患者の悩みや不安・疑問への対応 8. その他（具体的に）

③外来管理加算を算定している患者1人当たりの診療を行っている時間はどのくらいですか。  
 ※おおよその時間で触れます。具体的に数字を記入してください。 約（ ）分  
 \*「診療を行っている時間」とは、患者が診療室に入室した時点を診療開始時間、退室した時点を診療終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間を指します。

4. 平成20年4月の診療報酬改定では、以下のように、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。

■外来管理加算の意義付けの見直しの内容■  
 平成20年4月の診療報酬改定では、「外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、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などの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする」として、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。また、外来管理加算について懇切丁寧な説明を行うこととして概ね5分とする目安が要件とされました。

以下では、この外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてお伺いします。

③ 外来管理加算の意義付けの見直しにより、外来管理加算を算定するためには、患者に対して「懇切丁寧な説明」を行うこと、それは概ね5分を超えることが算定要件となりましたが、「懇切丁寧な説明」としてどうあるのがよいと思えますか。※貴方のお考えに最も近いものを1つだけ○をつけてください。

<懇切丁寧な説明の項目>

a. 問診 b. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）  
 c. 症状・状態についての説明 d. 今後の治療方針についての説明  
 e. 生活上の注意や指導 f. 処方する薬についての説明  
 g. 患者の悩みや不安・疑問への対応

1. すべての項目について、診療の都度、毎回実施するべきである → 質問④へお進みください  
 2. すべての項目について、診療の都度ではなく数か月に1回など、定期的実施するべきである → 質問④へお進みください  
 3. 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に、すべての項目について実施するべきである → 質問④へお進みください  
 4. 項目毎に異なる頻度で実施するべきである → 質問③-1へお進みください

③-1 上記③で選択した「4. 項目毎に異なる頻度で実施するべきである」を選択した方にお伺いします。下記1)～4)について、実施するべき項目にあてはまるもの全てのアルファベット（a～g）に○をつけてください。また、「その他」として実施するべき内容があれば、具体的に記入してください。

	問診	身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）	説明・状態についての説明	今後の治療方針についての説明	生活上の注意や指導	処方する薬についての説明	患者の悩みや不安・疑問への対応	その他（具体的に）
1) 毎回実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
2) 数か月に1回など、定期的実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
3) 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
4) 患者の状態の変化等により、医師が必要と判断した時に実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	

→ 質問④へお進みください

④ 外来管理加算の意義付けの見直しによって、貴院ではどのような変化がありましたか。  
 ※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ○をつけてください。

	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) より詳細に身体診察等を行うようになった	5	4	3	2	1
2) 患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった	5	4	3	2	1
3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が上がった	5	4	3	2	1
4) 患者の疑問や不安を減り取るようになった	5	4	3	2	1
5) 患者1人当たりの診療時間が長くなった	5	4	3	2	1
6) 診療時間の延長が多くなった	5	4	3	2	1
7) 患者の待ち時間が長くなった	5	4	3	2	1
8) 自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた	5	4	3	2	1
9) その他（具体的に）	5	4	3	2	1

④ 上記①以外に、外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上（収入面等）の変化があれば、具体的にお書きください。

④ 「外来管理加算」について課題等ございましたら、自由にお書きください。

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございます。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」  
外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 施設票

※以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、承書まで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の調査で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理・処理いたしますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願ひ申し上げます。

施設名  
施設の所在地  
電話番号 ( )  
ご回答者名 ( )

※本調査票は、施設の管理責任の方と医師の方とでご相談の上、ご記入ください。ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)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。( )内に入らない数値がない場合には「0(ゼロ)」を、算出できないまたは不明の場合は「-」をご記入ください。  
※調査時点は平成20年10月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

①開設者 1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体  
5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人  
②種別 1. 無床診療所  
※0は1つだけ 2. 有床診療所 一 許可病床数( )床  
③職員数(常勤換算) 医師 歯科医師 薬剤師 看護職員 その他 計  
人 人 人 人 人 人  
常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。  
■ 1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)  
■ 1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間 × 4)

2. 外来診療の状況(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

①外来診療を行っている診療科 ※あてはまるものすべてに○  
1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科  
5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科  
9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科  
13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科  
16. その他(具体的に )  
②①のうち または診療科 ※0は1つだけ  
1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科  
5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科  
9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科  
13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科  
16. その他(具体的に )

3. 外来管理加算の算定状況等(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

①「外来管理加算」の算定をしていますか。  
※0は1つだけ。「2. 現在は算定していない場合は、算定をやめた理由をご記入ください。」「3. 算定している」場合は、算定開始時期をお選びください。  
1. 平成20年3月以前から算定したことがない → 6ページ4.④へお進みください  
2. 平成20年3月以前は算定していたが、現在は算定していない  
→ 算定をやめた理由 ( )  
→ 6ページ4.④へお進みください  
→ 3 算定している → (1. 平成20年3月以前から 2. 平成20年4月以降から)  
→ 次の質問②へお進みください  
②外来管理加算を算定した患者全員に対して必ず行っている診療内容にあてはまるのは、次のうちどれですか。  
※あてはまる番号すべてに○  
1. 問診  
2. 身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)  
3. 症状・状態についての説明  
4. 今後の治療方針についての説明  
5. 生活上の注意や指導  
6. 処方する薬についての説明  
7. 患者の悩みや不安・疑問への対応  
8. その他 (具体的に )  
③外来管理加算を算定している患者1人当たりの診療を行っている時間※はどのくらいですか。  
※おおよその時間で結構です。具体的に数字を記入してください。 約( )分  
\*「診療を行っている時間」とは  
患者が診察室に入室した時点から診察開始時間、退室した時点までを診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間を指します。

4. 平成20年4月の診療報酬改定では、以下のように、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。

■外来管理加算の意義付けの見直しの内容■  
平成20年4月の診療報酬改定では、「外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に関する説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする」として、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。また、外来管理加算について懇切丁寧な説明を行うこととして概ね5分とする目安が要件とされました。

以下では、この外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてお伺いします。

⑤上記②で選んだ診療科(主たる診療科)の表示している診療時間を24時間表記(例、午後3時は「15:00」)でご記入ください。

Table with 2 columns: 月曜日, 火曜日, 水曜日, 木曜日, 金曜日, 土曜日, 日曜日, 祝祭日. Each row has 2 rows for '1. 診療している' and '2. 診療していない' with time ranges in parentheses.

④平成20年10月1か月間における各項目の実績についてご記入ください。  
1) 外来担当医師数(常勤換算) ※小数点以下第1位まで ( )人  
2) 外来診療実日数(例、半日診療の場合は「0.5」) ※小数点以下第1位まで ( )日  
3) 医師全員の合計診療時間 ※小数点以下第2位まで ( )時間  
4) すべての外来患者延べ人数 (下記5)+6) ( )人  
5) 4)のうち初診患者数 ( )人  
6) 4)のうち再診患者延べ人数 ( )人  
7) 外来管理加算の算定回数 ( )回

① 外来管理加算の意義付けの見直しによって、貴院ではどのような変化がありましたか。  
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ○を1つだけつけてください。  
Table with 6 columns: 大いにあてはまる, ややあてはまる, どちらともいえない, あまりあてはまらない, 全くあてはまらない. Rows include: 1)より詳細に身体診察等を行うようになった, 2)患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった, 3)症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった, 4)患者の疑問や不安を以前より取り除くようになった, 5)患者1人当たりの診療時間が長くなった, 6)診療時間の延長が多くなった, 7)患者の待ち時間が長くなった, 8)自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた, 9)その他(具体的に).

② 上記①以外に、外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上(収入面等)の変化があれば、具体的に書きます。

Blank box for additional comments regarding changes in management or revenue due to the revision of the significance of outpatient management charges.

③ 外来管理加算の意義付けの見直しにより、外来管理加算を算定するためには、患者に対して「懇切丁寧な説明」を行うこと、それは概ね5分を超えることが算定要件となりましたが、「懇切丁寧な説明」としてどうあるのがよいと思えますか。※貴方のお考えに最も近いものに1つだけ〇をつけてください。

<懇切丁寧な説明の項目>

- a. 問診
- b. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）
- c. 症状・状態についての説明
- d. 今後の治療方針についての説明
- e. 生活上の注意や指導
- f. 処方する薬についての説明
- g. 患者の悩みや不安・薬問への対応

1. すべての項目について、診療の都度、毎回実施するべきである → 質問④へお進みください
2. すべての項目について、診療の都度ではなく数か月に1回など、定期的に実施するべきである → 質問④へお進みください
3. 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に、すべての項目について実施するべきである → 質問④へお進みください
4. 項目毎に異なる頻度で実施するべきである → 質問④へお進みください

④-1 上記③で選択した4.項目毎に異なる頻度で実施するべきであるを選択した方にお得いたします。下記1)~4)について、実施するべき項目にあてはまるもの全てのアルファベット(a~g)に〇をつけてください。また、「その他」として実施するべき内容があれば、具体的に記入してください。

	問診	身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）	症状・状態についての説明	今後の治療方針についての説明	生活上の注意や指導	処方する薬についての説明	患者の悩みや不安・薬問への対応	その他（具体的に）
1) 毎回実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
2) 数か月に1回など、定期的 に実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
3) 患者が懇切丁寧な説明を 求めた時に実施するべき 項目	a	b	c	d	e	f	g	
4) 患者の状態の変化等により、 医師が必要と判断した時に 実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	

→ 質問④へお進みください

④ 「外来管理加算」について課題等がございましたら、自由にお書きください。

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」  
外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 患者票

1. あなたご自身についておうかがいします。

① 性別                      1. 男性                      2. 女性

② 年齢                      (                      )歳

③ 本日診察を受けた診療科

1. 内科	2. 外科	3. 整形外科
4. 形成外科	5. 脳神経外科	6. 小児科
7. 産婦人科	8. 呼吸器科	9. 消化器科
10. 循環器科	11. 精神科	12. 眼科
13. 耳鼻咽喉科	14. 泌尿器科	15. 皮膚科
16. その他（具体的に）		

※〇は1つだけ  
※この用紙を受け取った診療科に〇をつけてください。

④ ③の診療科には、どのようなご病気や診察を受けましたか。（主な病名）

1. 高血圧	2. 糖尿病
3. 高脂血症	4. 風邪・気管支炎
5. ぜんそく	6. 花粉症などのアレルギー疾患
7. 皮膚炎・湿疹	8. 腰痛・膝痛などの関節痛
9. がん	10. 白内障・緑内障
11. その他	

⑤ 現在のご病気（④の回答）で本日診察を受けた診療科（③の回答）に通院している頻度

1. 初めて	2. 週に1回程度
3. 2週間に1回程度	4. 1か月に1回程度
5. 2か月に1回程度	6. 年に数回程度
7. その他（具体的に）	

※〇は1つだけ

⑥ 現在のご病気（④のご回答）で、本日診察を受けた診療科（③のご回答）に通院するようになって、どのくらいですか。 ※〇は1つだけ

1. 初めて	2. 1か月未満
3. 1か月以上～3か月未満	4. 3か月以上～6か月未満
5. 6か月以上～1年未満	6. 1年以上（およそ      年くらい）
7. わからない	8. その他（具体的に）

<このページは1年以上、同じ医療機関の同じ診療科に通院した方（質問⑥で「6.1年以上」に〇がついた方）におうかがいします。それ以外の方は3ページの2. 質問①にお進みください。>

⑦ 担当医師は、1年前と変わりましたか。あてはまるもの1つだけ〇をつけてください。

1. 担当医師は変わらない	→ 質問⑧にお進みください。
2. 担当医師は変わった	→ 3ページの2. 質問①にお進みください。

⑧ 3月以前と比べて今年4月以降の診療についてどう思いますか。それぞれの質問について、あてはまるものを1つだけ〇をつけてください。

(1) 症状・状態についての医師からの質問（問診）や聴診器で聴いたり、点眼するなどの医師の診察（身体診察）

1. 3月以前よりも丁寧（ていねい）	2. 3月以前と変わらず丁寧
3. 3月以前と変わらず丁寧ではない	4. 3月以前よりも丁寧ではない

(2) 症状・状態についての医師からの説明

1. 3月以前よりもわかりやすい	2. 3月以前と変わらずわかりやすい
3. 3月以前と変わらずわかりにくい	4. 3月以前よりもわかりにくい

(3) 今後の治療方針・生活上の注意や指導についての医師からの説明

1. 3月以前よりもわかりやすい	2. 3月以前と変わらずわかりやすい
3. 3月以前と変わらずわかりにくい	4. 3月以前よりもわかりにくい

(4) 処方された薬についての医師からの説明

1. 3月以前よりもわかりやすい	2. 3月以前と変わらずわかりやすい
3. 3月以前と変わらずわかりにくい	4. 3月以前よりもわかりにくい

(5) あなたの悩みや不安についての相談

1. 3月以前よりも相談に応じてくれる	2. 3月以前と変わらず相談に応じてくれる
3. 3月以前と変わらず相談に応じてくれない	4. 3月以前よりも相談に応じてくれない

(6) 診察時間（医師が直接診察してくれる時間）

1. 3月以前よりも長くなった	2. 3月以前と変わらない
3. 3月以前よりも短くなった	

(7) 待ち時間（診察までの待ち時間、会計の待ち時間は含みません）

1. 3月以前よりも長くなった	2. 3月以前と変わらない
3. 3月以前よりも短くなった	

<すべての方におかがいします。>

2. 本日の診察の状況等についておかがいします。

① 本日の診察時間\*はおよそ何分でしたか。 ( ) 分  
 ※時間がわからない場合は「1. わからない」に○をつけてください。  
 →1. わからない

\*診察時間とは・・・診察室に入り、医師から直接、問診や身体診察を受けたり、医師へ質問したり、医師から説明を聞いた後、診察室を出るまでの時間です。待ち時間や会計の時間などは含まれません。

② 本日の診察(①の回答)で、医師から受けた診察内容について、**あてはまるものすべてに○をつけてください。**

1. 問診 (あなたの症状・状態などについての医師からの質問)	問診・ 身体診察
2. 身体診察 (聴診器で聴く、さわって腫れ(はれ)や痛みの程度を確かめるなど、医師が患者の身体に、直接または間接的にふれながら診察する)	
3. 症状・状態についての医師からの説明	説明内容
4. 今後の治療方針についての医師からの説明	
5. 生活上の注意や指導 (食事や睡眠、運動などについての医師からの説明)	
6. 処方された薬についての医師からの説明	
7. 悩みや不安・相談への医師の対応	
8. その他 (具体的に )	

③ 本日の診察内容に満足していますか。 ※○は1つだけ

1. とても満足している	2. 満足している
3. どちらともいえない	4. 不満である
5. とても不満である	

④ 本日の診察時間の長さはどうですか。 ※○は1つだけ

1. 長すぎる	2. 長い	3. ちょうどよい
4. 短い	5. 短すぎる	

⑤ 本日の診察で、医師の問診や身体診察は丁寧(ていねい)でしたか。 ※○は1つだけ

1. とても丁寧だった	2. 丁寧だった
3. どちらともいえない	4. あまり丁寧ではなかった
5. まったく丁寧ではなかった	6. その他 (具体的に )

② 外来管理加算について、回答欄の番号1.～9.の中から、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。  
 また、2.、4.、6.、8.を選んだ方は、実施してほしい内容を以下の<懇切丁寧な説明の項目>の四角囲みの中から選び、回答欄の( )内のあてはまる文字(ア.～キ.)に○をつけてください(○はいくつでも)。

<懇切丁寧な説明の項目>

- ア. 問診 (あなたの症状・状態などについての医師からの質問)
- イ. 身体診察 (聴診器で聴く、さわって腫れ(はれ)や痛みの程度を確かめるなど、医師が患者の身体に、直接または間接的にふれながら診察する)
- ウ. 症状・状態についての医師からの説明
- エ. 今後の治療方針についての医師からの説明
- オ. 医師からの生活上の注意や指導
- カ. 処方された薬についての医師からの説明
- キ. 悩みや不安の医師への相談

1. 通院毎にすべての項目を実施してほしい
2. 通院毎に一部の項目を実施してほしい  
→実施してほしい項目すべてに○(ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.)
3. 数か月に1回など、定期的にすべての項目を実施してほしい
4. 数か月に1回など、定期的な一部の項目を実施してほしい  
→実施してほしい項目すべてに○(ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.)
5. 症状の変化があったときのみ、すべての項目を実施してほしい
6. 症状の変化があったときのみ、一部の項目を実施してほしい  
→実施してほしい項目すべてに○(ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.)
7. 自分が求めたときだけ、すべての項目を実施してほしい
8. 自分が求めたときだけ、一部の項目を実施してほしい  
→実施してほしい項目すべてに○(ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.)
9. その他 (具体的に )

③ このような「外来管理加算」(医師の懇切丁寧な説明、診察時間等)という仕組みがあるのをご存知でしたか。

1. 知っていた	2. 知らなかった
----------	-----------

⑥ 本日の診察で、医師の説明内容は丁寧でしたか。 ※○は1つだけ

1. とても丁寧だった	2. 丁寧だった
3. どちらともいえない	4. あまり丁寧ではなかった
5. まったく丁寧ではなかった	6. その他 (具体的に )

⑦ 本日の診察で、医師の説明内容を理解できましたか。 ※○は1つだけ

1. 十分に理解できた	2. だいたい理解できた
3. あまり理解できなかった	4. まったく理解できなかった
5. 説明を受けていない	
6. その他 (具体的に )	

3. 「外来管理加算」についておかがいします。

外来管理加算とは・・・

2回目以降の診察(「再診」といいます)のときに、医師が問診・身体診察などから計画的な医学管理を行った場合、「外来管理加算」(520円、自己負担はこのうち例えば3割負担の患者の場合、156円となります)が患者に請求できるようになっています。今までは、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいといった指摘等がありました。そこで、平成20年4月から、この「外来管理加算」の意義付けを見直し、

「医師が問診、身体診察、症状・病状についての説明、今後の治療方針、生活上の注意や指導、処方された薬の説明、悩みや不安への相談等について懇切丁寧(こんせつていねい)に説明を行った場合」に、患者に請求できるものと変更されました。この懇切丁寧な説明に係る時間としておおむね5分といった時間の目安が設けられました。

① こうした懇切丁寧な説明のおおむね5分という時間の目安について、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| 1. 時間の目安は必要だ   | → 質問①-1にお進みください。 |
| 2. 時間の目安は必要でない | → 質問②にお進みください。   |

①-1上記①で「1.時間の目安は必要だ」を選択した方におかがいします。懇切丁寧な説明を行う時間として、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。

- |           |          |           |
|-----------|----------|-----------|
| 1. 5分より短く | 2. 5分くらい | 3. 5分より長く |
|-----------|----------|-----------|

→ 質問②にお進みください。

④ その他、外来管理加算(医師の懇切丁寧な説明、診察時間等)について、ご意見がございましたら、ご記入ください。

以上でアンケートは終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。  
 調査専用の返信用封筒(切手は不要です)にアンケートを入れ、お近くのポストに12月18日(木)までに投函してください。



診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 20 年度調査）

後発医薬品の使用状況調査

報告書

◆ ◆ 目 次 ◆ ◆

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	2
4. 調査項目	3
5. 結果概要	6
(1) 回収の状況	6
(2) 保険薬局調査の概要	7
① 薬局の属性	7
② 取り扱い処方せん状況等(平成20年12月1か月分)	15
③ 後発医薬品への対応状況(平成20年4月以降)	24
④ 医薬品の備蓄状況	32
⑤ 後発医薬品への変更を進めるための要件	35
⑥ 医療機関との連携	37
⑦ 後発医薬品の使用に関する考え方	40
⑧ 後発医薬品に変更して調剤した処方せんに係る薬剤料の状況	43
⑨ 後発医薬品の使用にあつた問題点・課題等	44
(3) 診療所・病院・医師調査の結果概要	48
① 診療所の施設属性	48
② 病院の施設属性	49
③ 医師の属性	52
④ 診療所・病院の診療体制	54
⑤ 診療所・病院における医薬品の備蓄状況	54
⑥ 病院で使用している後発医薬品リストの提供状況	55
⑦ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等	56
⑧ 外来診療における後発医薬品の使用状況	60
⑨ 医師における後発医薬品使用に関する意識等	73
⑩ 診療所における後発医薬品の使用にあつた問題点・課題等	77
⑪ 病院における後発医薬品の使用にあつた問題点・課題等	80
⑫ 病院医師における後発医薬品の使用にあつた問題点・課題等	82
(4) 患者調査の結果概要	85
① 回答者の属性	85
② 後発医薬品の使用状況	92
6. まとめ	121

3. 調査方法

本調査は、対象施設・医師・患者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収により行った。

「保険薬局調査」については、施設属性、処方せん枚数、後発医薬品の調剤状況等をたずねる「様式1」と、実際に調剤した薬剤料をたずねる「様式2」の2種類の調査票を配布した。

「診療所調査」については、施設の概況や院外処方せんの発行状況、後発医薬品の使用状況と使用に関する意識、後発医薬品を使用する上での課題等をたずねる「診療所票」を配布した。

「病院調査」については、施設の概況や院外処方せんの発行状況、入院患者に対する後発医薬品の使用状況、後発医薬品を使用する上での課題等をたずねる「病院票」を配布した。

「医師調査」については、医師に後発医薬品の使用状況と使用に関する意識等をたずねる「医師票」を配布した。配布に際しては、上記の「病院調査」の対象施設を通じて行ったが、回収は、各医師から本調査事務局宛の専用の返信用封筒(切手不要)にて直接回収した。

「患者調査」については、上記の「保険薬局調査」の対象施設を通じて「患者票」を配布した。調査日に来局した患者のうち、薬局順に性別・年齢カテゴリごとに該当する患者の中から同意を得られた患者に調査票を配布していただいた。記載された調査票は、各患者から本調査事務局宛の専用の返信用封筒(切手不要)にて直接回収した。

調査実施時期は平成20年11月～平成21年2月とした。

1. 目的

後発医薬品の使用促進のため、種々の取組が行われてきており、平成18年4月の診療報酬改定においては、処方せんに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設け、処方医が、処方せんに記載した先発医薬品を後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくしたところである。しかし、平成18年度及び平成19年度に実施した診療報酬改定結果検証に係る特別調査の結果では、後発医薬品に変更された処方せんの割合は依然として低い状況であった。

このため、平成20年4月の診療報酬改定では、後発医薬品の更なる使用促進のために、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正等が行われた。具体的には、処方医が、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、その意思表示として、所定の「後発医薬品への変更不可」チェック欄に、署名又は記名・押印することとなり、当該欄に処方医の署名等がない場合は、処方せんを受け付けた薬局において、患者の選択に基づき、後発医薬品への変更が可能となった。また、保険薬剤師は、医師が後発医薬品への変更を認めている場合には、患者に対して後発医薬品の説明を適切に行うことが義務づけられるとともに、後発医薬品を調剤するよう努めることとされ、また、保険医についても、投薬、注射、処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するよう努めることとされた。

本調査では、処方せん様式等の変更による後発医薬品の使用状況や、後発医薬品の使用に関する医療機関・医師、薬局及び患者の意識、後発医薬品の使用が進まない理由等を把握し、平成20年度診療報酬改定の結果を検証することを目的とした。

2. 調査対象

本調査では、「保険薬局調査」「診療所調査」「病院調査」「医師調査」「患者調査」の5つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

- 保険薬局調査：全国の保険薬局の中から無作為に抽出した2,000施設。
- 診療所調査：全国の一般診療所の中から無作為に抽出した2,000施設。
- 病院調査：全国の病院の中から無作為に抽出した1,000施設。
- 医師調査：上記「病院調査」の対象施設において外来診療を担当している医師1施設につき、診療科の異なる医師2名を対象とした。
- 患者調査：調査日に、上記「保険薬局調査」の対象施設に処方せんを持って来局した患者。ただし、1施設につき最大4名の患者を対象とした(4名の内訳は65歳以上の男性・女性 各1名、65歳未満の男性・女性 各1名)。

4. 調査項目

本調査の主な項目は次のとおりである。

調査区分	調査項目	
保険薬局調査	様式1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 薬局の概要                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 組織形態、職員数</li> <li>・ 調剤基本料の種類、基準調剤加算の有無、後発医薬品調剤体制加算の有無、後発医薬品調剤率</li> </ul> </li> <li>○ 処方せんの受付状況等                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 処方せん発行医療機関数、後発医薬品への変更不可欄に処方医の署名等がある機関数、先発医薬品・後発医薬品を銘柄指定している機関数、処方せん枚数等</li> </ul> </li> <li>○ 取り扱い処方せん枚数の内訳等                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 取り扱い処方せん枚数1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん枚数、後発医薬品への変更不可欄に処方医の署名等がない処方せん枚数等(1か月/1週間)</li> <li>・ 後発医薬品への変更不可欄に処方医の署名等がある処方せん枚数、処方せん内容の一部について変更不可としている処方せん枚数等(1か月/1週間)</li> </ul> </li> <li>○ 後発医薬品への対応状況等                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品の説明を行った患者の割合、後発医薬品説明と一般的服薬指導の合計説明時間等</li> <li>・ 医薬品・後発医薬品の備蓄状況の変化、薬局で取り扱っている後発医薬品の採用理由等</li> </ul> </li> <li>○ 医療機関との連携状況等                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関への情報提供の頻度・タイミング等</li> </ul> </li> <li>○ 後発医薬品の使用に関する考え                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品の使用に関する考え</li> <li>・ 後発医薬品の使用にあつた問題点・課題等 / 等</li> </ul> </li> </ul>
	様式2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 処方せんの記載銘柄に基づき調剤した場合の薬剤料および実際に調剤した薬剤料等</li> </ul>
病院調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設の概要                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開設者、病院種別、DPCの対応状況、特定入院料の状況、許可病床数、医師数、薬剤師数、医薬品備蓄品目数、後発医薬品の備蓄品目数等</li> <li>・ 1か月間の延べ外来患者数、1か月間の外来診療表日数等</li> </ul> </li> <li>○ 院外処方せん発行状況等                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院外処方せんを発行している診療科</li> <li>・ 外来における院外処方せん発行枚数、後発医薬品を銘柄指定した処方せん枚数等</li> </ul> </li> <li>○ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平均入院患者数</li> <li>・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況</li> <li>・ 後発医薬品を使用して生じた問題点</li> <li>・ 1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化</li> </ul> </li> <li>○ 後発医薬品使用についての課題                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品使用についての課題等 / 等</li> </ul> </li> </ul>	

医師調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○属性等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・性別、年齢、担当診療科、1日あたり外来診療患者数</li> </ul> </li> <li>○院外処方せん発行時の状況や処方に関する考え <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品の処方に関する意識、処方しない場合の理由</li> <li>・1年前と比較した後発医薬品の処方状況</li> <li>・後発医薬品への変更不可欄に署名した処方せんの発行経験の有無、割合、その理由等</li> <li>・一部の医薬品についてのみ後発医薬品への変更不可と記載した処方せんの発行経験の有無、割合、その理由</li> <li>・後発医薬品に関心のある患者の割合、1年前との比較</li> <li>・後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数の割合</li> <li>・保険薬局で後発医薬品に変更した場合の情報提供の有無、望ましい情報提供について</li> </ul> </li> <li>○後発医薬品使用についての考え <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品の承認に関する認知度</li> <li>・処方せん様式の変更によって良くなった点、問題点</li> <li>・後発医薬品の処方を進める上で望まれる対応</li> <li>・後発医薬品の使用上の課題等 / 等</li> </ul> </li> </ul>
診療所調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○回答者の属性等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・性別、年齢、担当診療科</li> </ul> </li> <li>○施設属性等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地、開設者、種別、主たる診療科、医師数、薬剤師数、医薬品の備蓄状況等</li> </ul> </li> <li>○入院患者に対する後発医薬品の使用状況等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・平均入院患者数</li> <li>・入院患者に対する後発医薬品の使用状況</li> <li>・後発医薬品を使用して生じた問題点</li> <li>・1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化</li> </ul> </li> <li>○院外処方せん発行状況等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・院外処方せんの発行の有無</li> <li>・院外処方せん発行枚数、1か月間の外来診療実日数・外来延べ患者数</li> </ul> </li> <li>○院外処方せん発行時の状況や考え <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品の処方に関する意識、処方しない場合の理由</li> <li>・1年前と比較した後発医薬品の処方状況</li> <li>・後発医薬品への変更不可欄に署名した処方せんの発行経験の有無、割合、その理由</li> <li>・一部の医薬品についてのみ後発医薬品への変更不可と記載した処方せんの発行経験の有無、ケース、割合、その理由</li> <li>・後発医薬品に関心のある患者の割合、1年前との比較</li> <li>・後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数割合</li> <li>・保険薬局で後発医薬品に変更した場合の情報提供の有無、望ましい情報提供について</li> </ul> </li> <li>○外来診療における院内投薬の状況や後発医薬品の使用についての考え <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品の処方に関する意識、処方しない場合の理由</li> </ul> </li> <li>○後発医薬品の使用についての考え <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品の承認に関する認知度</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処方せん様式の変更によって良くなった点、問題点</li> <li>・後発医薬品の処方を進める上で望まれる対応</li> <li>・後発医薬品の使用上の課題 / 等</li> </ul>
患者調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○属性等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・性別、年齢、受診している診療科、薬局への来局頻度、かかりつけ薬局の有無、お薬手帳使用の有無</li> </ul> </li> <li>○後発医薬品の使用に対する意識等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品の認知度</li> <li>・医師や薬剤師からの後発医薬品についての説明の有無</li> <li>・後発医薬品使用経験の有無、ある場合はその満足度、薬代の負担感</li> <li>・後発医薬品の使用に対する考え、必要なこと</li> <li>・後発医薬品を使用する上での意見・要望等 / 等</li> </ul> </li> </ul>

## 5. 結果概要

### (1) 回収の状況

保険薬局調査の様式1の有効回収数(施設数)は944件、有効回収率は47.2%であった。また、様式2に記載された有効処方せん枚数は435薬局分の7,076枚であった。診療所調査の有効回収数(施設数)は733件、有効回収率は36.7%であった。病院調査の有効回収数(施設数)は326件、有効回収率は32.6%であった。また、医師調査の有効回答人数は431人であった。患者調査の有効回答人数は1,717人であった。

図表1 回収の状況

調査項目	施設数	有効回収率
① 保険薬局調査		
保険薬局数(様式1)	944	47.2%
様式2に記載された処方せん枚数(435薬局分)	7,076	-
② 診療所調査		
一般診療所数	733	36.7%
③ 病院調査		
病院数	326	32.6%
④ 医師調査		
医師数	431	-
⑤ 患者調査		
患者数	1,717	-

### (2) 保険薬局調査の概要

#### 【調査対象等】

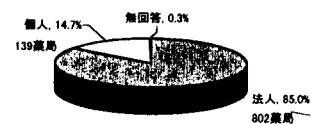
- 調査票 様式1
  - 調査対象：全国の保険薬局の中から無作為に抽出した保険薬局
  - 回答数：944施設
  - 回答者：管理者
- 調査票 様式2
  - 処方せん枚数：7,076枚(435薬局分)
  - 回答者：管理者

#### ① 薬局の属性

##### 1) 組織形態

薬局の組織形態(法人・個人別)についてみると、「法人」が85.0%、「個人」が14.7%であった。法人の種類は、「有限会社」(法人薬局の54.6%)が最も多く、次いで「株式会社」(同42.3%)であった。

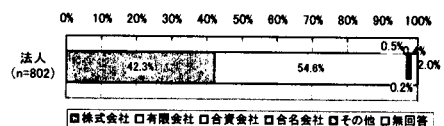
図表2 組織形態(法人・個人別)(n=944)



139薬局 (個人)

802薬局 (法人)

図表3 法人薬局の内訳(n=802)



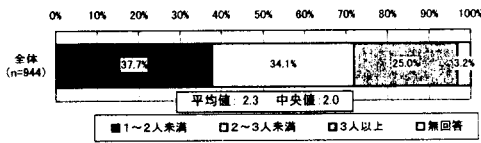
2) 職員数

i) 薬剤師

職員のうち、薬剤師の職員数(常勤換算)についてみると、「1~2人未満」(37.7%)が最も多く、次いで「2~3人未満」(34.1%)、「3人以上」(25.0%)であった。

1薬局あたりの職員数(常勤換算)についてみると、薬剤師の平均人数は2.3人(中央値2.0)であった。

図表4 薬剤師の職員数(常勤換算)



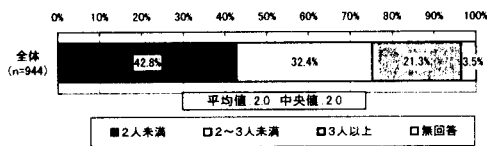
(注) 常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は整数(小数点以下四捨五入)とした。

- ・1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間):(当該薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・1か月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1か月の勤務時間):(当該薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

ii) その他(事務職員等)

薬剤師以外のその他(事務職員等)の職員数(常勤換算)についてみると、「2人未満」(42.8%)が最も多く、次いで「2~3人未満」(32.4%)、「3人以上」(21.3%)であった。1薬局あたりの職員数(常勤換算)についてみると、その他(事務職員等)の平均人数は2.0人(中央値2.0)であった。

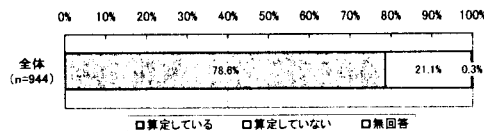
図表5 その他(事務職員等)の職員数(常勤換算)



iii) 後発医薬品調剤体制加算

後発医薬品調剤体制加算についてみると、「算定している」が78.6%、「算定していない」が21.1%であった。

図表8 後発医薬品調剤体制加算



iv) 後発医薬品調剤率(平成20年)

平成20年1月から12月までの各月の後発医薬品調剤率をみると、わずかながら増加傾向がみられ、「1月」は平均値では40.2%、中央値では38.0%であったのが、「12月」には平均値では43.9%、中央値では41.7%となった。また、標準偏差についても「1月」は17.8であったのが「12月」には16.9であった。

図表9 後発医薬品調剤率(平成20年、n=843)

(単位: %)

月	平均値	標準偏差	中央値
1月	40.2	17.8	38.0
2月	40.7	17.7	38.0
3月	40.4	17.4	38.0
4月	41.7	16.9	39.3
5月	42.1	16.7	39.9
6月	41.7	16.5	39.2
7月	41.8	16.5	38.9
8月	41.7	16.5	38.8
9月	42.2	16.8	39.2
10月	43.1	16.9	41.0
11月	43.5	17.0	41.3
12月	43.9	16.9	41.7

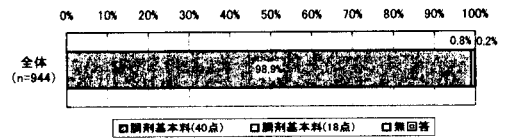
(注) 各月全てに回答があった施設を対象に集計した。

3) 調剤の状況等

i) 調剤基本料

調剤基本料についてみると、「調剤基本料(40点)」が98.9%、「調剤基本料(18点)」が0.8%であった。

図表6 調剤基本料

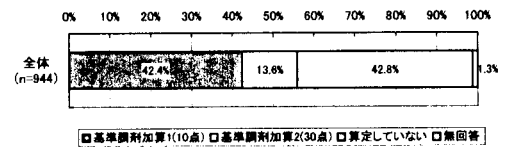


ii) 基準調剤加算

基準調剤加算についてみると、「基準調剤加算1(10点)」が42.4%、「基準調剤加算2(30点)」が13.6%であった。

基準調剤加算を「算定していない」は42.8%であった。

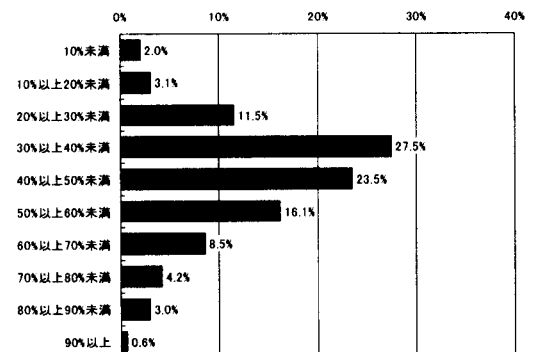
図表7 基準調剤加算



v) 後発医薬品調剤率別にみた薬局数の分布(平成20年12月)

平成20年12月における後発医薬品調剤率別にみた薬局数の分布をみると、「30%以上40%未満」(27.5%)が最も多く、次いで「40%以上50%未満」(23.5%)、「50%以上60%未満」(16.1%)となった。

図表10 後発医薬品調剤率別にみた薬局数の分布(平成20年12月、n=843)



4) 処方せん発行医療機関 (平成 20 年 12 月)

i) 処方せん発行医療機関数

平成 20 年 12 月に薬局で受け付けた処方せんの発行医療機関数についてみると、1 薬局あたりの平均は 29.2 件であった。このうち「変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある医療機関数は 7.0 件で、処方せん発行医療機関全体に占める割合は 24.0%であった。

図表 11 処方せん発行医療機関数

項目	処方せん発行医療機関数									割合
	所轄	1	2	3	4	5	6	7	8	
処方せん発行医療機関数(施設)(A)	9.6	8.8	0.8	1.5	1.7	1.3	1.2	3.0	1.4	29.2
(うち)「変更不可」欄に処方医の署名等が9割以上ある医療機関数(施設)(B)	2.3	2.1	0.2	0.4	0.5	0.3	0.3	0.8	0.1	7.0
(うち)主として先発医薬品を銘柄指定している医療機関数(施設)	2.1	1.9	0.2	0.3	0.4	0.2	0.3	0.7	0.1	6.1
(うち)主として後発医薬品を銘柄指定している医療機関数(施設)	0.2	0.2	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.9
処方せん枚数(枚)	389.3	457.2	130.0	102.3	65.3	98.8	36.2	129.8	10.5	1,419.4
「変更不可」欄に処方医の署名等が9割以上ある医療機関数の割合(B/A)(%)	23.8	23.5	29.9	24.5	28.4	23.6	25.6	27.5	10.7	24.0
薬局数	588									

(注) すべての項目に回答のあった施設を対象に集計した。

ii) 処方せん枚数が最も多い1医療機関の取り扱い処方せん枚数

処方せん枚数が最も多い1医療機関の取り扱い処方せん枚数についてみると、1医療機関あたりの平均処方せん枚数は1,122.9枚(標準偏差 919.6、中央値 999.0)であった。

図表 12 処方せん枚数が最も多い1医療機関の取り扱い処方せん枚数 (n=578)

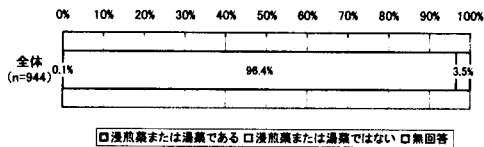
項目	平均値	標準偏差	中央値
処方せん枚数(枚)	1,122.9	919.6	999.0

(注) 処方せん枚数について回答のあった施設を対象に集計した。

v) 算定する調剤料の過半数が浸煎薬または湯薬

算定する調剤料の過半数が浸煎薬または湯薬であるか否かについてみると、「浸煎薬または湯薬ではない」が96.4%と大半を占め、「浸煎薬または湯薬である」は0.1%であった。

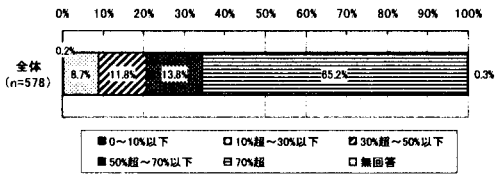
図表 15 算定する調剤料の過半数が浸煎薬または湯薬



iii) 特定の保険医療機関に係る処方せん割合 (最も多いもの)

特定の保険医療機関に係る処方せんの割合 (最も多いもの) についてみると、「70%超」(65.2%)が最も多く、次いで「50%超~70%以下」(13.8%)、「30%超~50%以下」(11.8%)、「10%超~30%以下」(8.7%)であった。平均は75.4%(標準偏差 26.1、中央値 88.5)であった。

図表 13 特定の保険医療機関に係る処方せん割合 (最も多いもの)



(注) 特定の保険医療機関に係る処方せん割合は、次の計算式による。  
(当該薬局で受付枚数が最も多い医療機関が発行した処方せんの受付枚数) ÷ (当該薬局での受付処方せん枚数の総数)

iv) 半径 200m 以内にある医療機関数

半径 200m 以内にある医療機関数についてみると、1 薬局あたりの平均医療機関数は 3.4 件(標準偏差 3.7、中央値 2.0)であった。

図表 14 半径 200m 以内にある医療機関数 (n=911)

項目	平均値	標準偏差	中央値
半径 200m 以内にある医療機関数(件)	3.4	3.7	2.0

(注) 回答のあった施設を対象に集計した。

② 取り扱い処方せんの状況等 (平成 20 年 12 月 1 か月分)

1) 取り扱い処方せん枚数

取り扱い処方せん枚数について、平成 20 年 12 月の 1 か月全体の取り扱い処方せん総計(486,352 枚)の内訳と、平成 20 年 12 月の 1 か月のうち、12 月 8 日から 12 月 14 日の 1 週間分の取り扱い処方せん総計(120,200 枚)の内訳をまとめた。

図表 16 取り扱い処方せん枚数

	平成20年12月			
	(ア)1か月全体の取り扱い処方せん枚数 (総処方せん数=3711)		(イ)うち、12/0~12/14の取り扱い処方せん枚数 (期間数=392)	
	枚数(枚)	割合	枚数(枚)	割合
① すべての取り扱い処方せん	486,352	100.0%	120,200	100.0%
② ①のうち、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん	213,996	44.0%	51,613	42.9%
③ ①のうち、「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がない処方せん	318,896	65.6%	77,240	64.3%
④ ③のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん(以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む)	19,497	4.0%	4,509	3.8%
⑤ ④のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん	4,727	1.0%	1,141	0.9%
⑥ ④のうち、後発医薬品分割調剤加算を算定した処方せん	1,226	0.3%	273	0.2%
⑦ ③のうち、1品目でも後発医薬品を他の後発医薬品に変更した処方せん	1,624	0.3%	370	0.3%
⑧ ③のうち、処方せんに記載されたすべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更できなかった処方せん(後発医薬品のみが記載された処方せんを含む)	32,494	6.7%	7,206	6.0%
⑨ ③のうち、「後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更できなかった処方せん(過去に説明した際に、患者が希望しない意思を明確にしており、今回も後発品への変更をしなかった場合を含む)	28,328	5.8%	6,550	5.4%
⑩ ③のうち、以下の理由により、後発医薬品に変更できなかった先発医薬品が1品目でもある処方せん				
⑩① 先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品がなかったため	44,366	9.1%	6,795	5.7%
⑩② ⑩①のうち、薬価収載されていなかったため	29,406	6.0%	3,892	3.2%
⑩③ ⑩①のうち、在庫として備蓄していなかったため	21,355	4.4%	2,885	2.4%
⑩④ 先発医薬品の剤形(ただし、OD錠を除く)に対応した後発医薬品がなかったため	8,138	1.7%	1,936	1.6%
⑩⑤ ⑩④のうち、薬価収載されていなかったため	5,618	1.2%	1,346	1.1%
⑩⑥ ⑩④のうち、在庫として備蓄していなかったため	3,084	0.6%	577	0.5%
⑩⑦ 先発医薬品の剤形がOD錠であり、それに対応した後発医薬品がなかったため	2,169	0.4%	323	0.3%
⑩⑧ ⑩⑦のうち、薬価収載されていなかったため	1,446	0.3%	229	0.2%
⑩⑨ ⑩⑦のうち、在庫として備蓄していなかったため	1,206	0.2%	89	0.1%
⑪ ①のうち、「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がある処方せん	167,456	34.4%	42,960	35.7%
⑪① ⑪のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん	69,629	14.3%	18,152	15.1%
⑪② ①のうち、処方せん内容の一部について変更不可としている処方せん	6,585	1.4%	1,017	0.8%
⑪③ ⑪②のうち、一部先発医薬品について変更不可としている処方せん	5,793	1.2%	912	0.8%
⑪④ ⑪②のうち、一部後発医薬品について変更不可としている処方せん	663	0.1%	28	0.0%

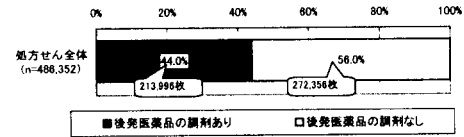
(注) 1か月分は平成20年12月1か月分の取り扱い処方せん。1週間分は11か月分、12/0~12/14の1週間の取り扱い処方せん枚数。

\*「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること(例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など)の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

2) 1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん割合

すべての処方せんにおける、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せんの割合についてみると、「後発医薬品の調剤あり」が44.0% (213,996枚)、「後発医薬品の調剤なし」が56.0% (272,356枚)であった。

図表 17 すべての処方せんにおける、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せんの割合 (平成20年12月1か月分の処方せんベース)



3) 後発医薬品への変更割合 (処方せん枚数ベース)

「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん (318,896枚) における、後発医薬品への変更状況等の内訳をまとめた。

図表 18 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん (n=318,896) における、後発医薬品への変更状況等 (平成20年12月1か月分の処方せんベース)

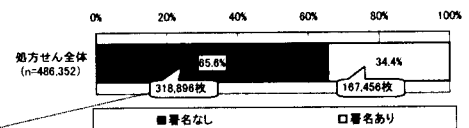
	枚数	割合
「変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん	318,896	100.0%
1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん	19,497	6.1%
①のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん	4,727	1.5%
①のうち、後発医薬品分割調剤加算を算定した処方せん	1,226	0.4%
1品目でも後発医薬品を他の後発医薬品に変更した処方せん	1,624	0.5%
処方せんに記載されたすべての銘柄について、後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更しなかった処方せん	32,494	10.2%
患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更しなかった処方せん	28,328	8.9%
以下の理由により、後発医薬品に変更できなかった先発医薬品が1品目でもある処方せん		
先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品がなかったため	44,366	13.9%
採用している後発医薬品に、先発医薬品の含量規格に対応した製剤が薬価収載されていなかったため	29,406	9.2%
先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品を採用してなかったため	21,355	6.7%
先発医薬品の剤形(ただし、OD錠を除く)に対応した後発医薬品がなかったため	8,138	2.6%
採用している後発医薬品に、先発医薬品の剤形に対応した製剤が薬価収載されていなかったため	5,618	1.8%
先発医薬品の剤形に対応した後発医薬品を採用してなかったため	3,084	1.0%
先発医薬品の剤形がOD錠であり、それに対応した後発医薬品がなかったため	2,169	0.7%
採用している後発医薬品に、OD錠が薬価収載されていなかったため	1,446	0.5%
OD錠の後発医薬品を採用してなかったため	1,206	0.4%

平成20年12月1か月分のすべての取り扱い処方せん486,352枚における「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名等の有無についてみると、「署名等なし」が65.6% (318,896枚)、「署名等あり」が34.4% (167,456枚)であった。

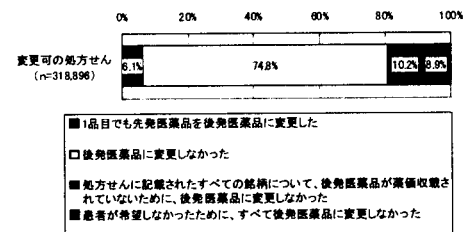
「署名等なし」の処方せん318,896枚のうち、実際に「1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した」処方せんは6.1%であった。

「処方せんに記載されたすべての銘柄について、後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更しなかった」処方せんは10.2%、「患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更しなかった」処方せんは8.9%、それ以外の理由で「後発医薬品に変更しなかった」処方せんは74.8%であった。

図表 19 すべての処方せんにおける、「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名等の有無 (平成20年12月1か月分の処方せんベース)



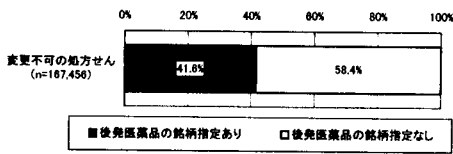
図表 20 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん (n=318,896) における、後発医薬品への変更状況 (平成20年12月1か月分の処方せんベース)



4) 「変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せんの割合

平成20年12月1か月分、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せん167,456枚のうち、「後発医薬品の銘柄指定あり」は41.6%、「後発医薬品の銘柄指定なし」は58.4%であった。

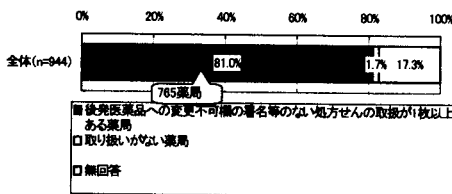
図表 21 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せん(n=167,456)における、後発医薬品の銘柄指定をしている処方せんの割合(平成20年12月1か月分の処方せんベース)



5) 後発医薬品への変更割合(薬局ベース)

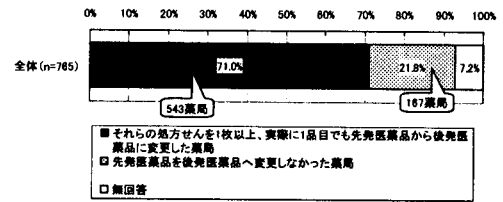
平成20年12月1か月間で、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを1枚以上取り扱った薬局は、81.0%(765薬局)であった。

図表 22 1か月間の取り扱い処方せんのうち、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局数の割合(薬局ベース)



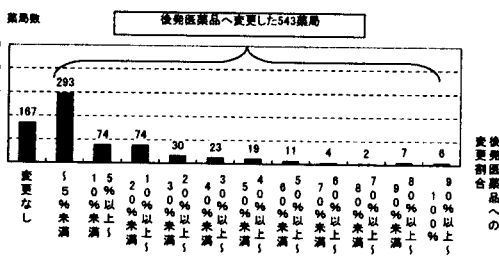
「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを1枚以上取り扱った765薬局のうち、「それらの処方せんを1枚以上、実際に1品目でも先発医薬品から後発医薬品に変更した薬局」は71.0%(543薬局)、「先発医薬品を後発医薬品へ変更しなかった薬局」は21.8%(167薬局)であった。

図表 23 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局(765薬局)のうち、実際に1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した薬局数の割合(薬局ベース)



「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った765薬局における、後発医薬品への変更可能な処方せんに占める、実際に後発医薬品に変更した処方せんの割合(変更割合)についてみると、変更割合が「5%未満」が293薬局、「5%以上~10%未満」「10%以上~20%未満」がそれぞれ74薬局であり、後発医薬品への変更割合は低いとみられる。

図表 24 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局(765薬局)における、後発医薬品への変更可能な処方せんに占める、後発医薬品への変更割合別の度数分布(薬局ベース)

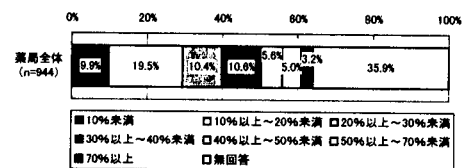


(注) 765薬局の中には、後発医薬品への変更割合が不明の55薬局がある。

6) 1か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品の割合

平成20年12月1か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品(数量ベース)についてみると、「10%以上~20%未満」(19.5%)が最も多く、次いで「30%以上~40%未満」(10.6%)、「20%以上~30%未満」(10.4%)であった。

図表 25 1か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品(数量ベース)の割合(平成20年12月1か月間、薬局ベース)



(注) 数量ベースとは、薬価基準の規格単位ベースで、例えば錠剤の場合、単純に1か月間に調剤した全錠数を数えて計算することを意味する。

平成20年12月1か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品の割合についてみると、1薬局あたりの平均は27.0%(標準偏差19.2、中央値22.0)であった。

図表 26 1か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品(数量ベース)の割合(平成20年12月1か月間、薬局ベース、n=605)

すべての医薬品に占める後発医薬品の割合(%)	平均	標準偏差	中央値
	27.0	19.2	22.0

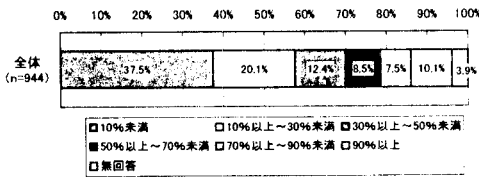
(注) 回答のあった施設を対象に集計した。

③後発医薬品への対応状況（平成20年4月以降）

1) 後発医薬品についての説明を行った患者の割合

後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合についてみると、「10%未満」(37.5%)が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」(20.1%)、「30%以上～50%未満」(12.4%)であった。

図表 27 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合（薬局ベース）

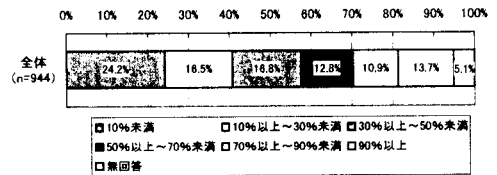


(注)「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

2) 後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合

後発医薬品への変更可能な処方せんを持参し、薬局において後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合についてみると、「10%未満」(24.2%)の薬局が最も多いが、他のいずれのカテゴリも10%程度から17%程度の間の回答割合があり、ばらつきがみられた。

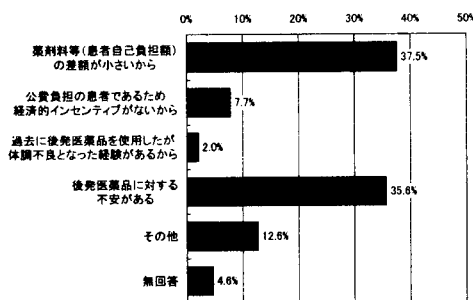
図表 28 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参し、後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合（薬局ベース）



3) 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由

薬局において後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由についてみると、「薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さいから」(37.5%)が最も多く、次いで「後発医薬品に対する不安がある」(35.6%)であった。

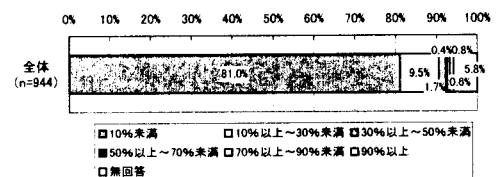
図表 29 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由（薬局ベース、単数回答、n=944）



4) 後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合

後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合についてみると、「10%未満」(81.0%)が最も多かった。

図表 30 後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合（薬局ベース）

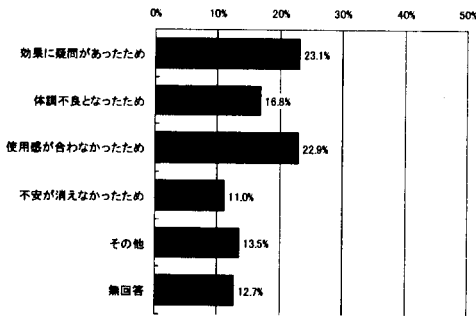




5) 後発医薬品への変更調剤を行ったが、患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由

後発医薬品への変更調剤を行ったが、患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由についてみると、「使用した後発医薬品の効果に疑問があったため」(23.1%)が最も多く、次いで「使用した後発医薬品の使用感が合わなかったため」(22.9%)、「使用した後発医薬品により体調不良となったため」(16.8%)となった。

図表 31 2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由  
(薬局ベース、単数回答、n=944)

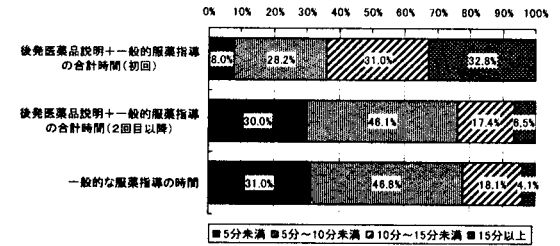


6) 患者1人に要する後発医薬品についての平均説明時間

患者1人に要する後発医薬品についての平均説明時間について、初回の患者における「後発医薬品説明+一般的な服薬指導時間」をみると、平均は10.9分(標準偏差 6.0、中央値 10.0)であった。

2回目以降の患者における「後発医薬品説明+一般的な服薬指導時間」をみると、平均は6.0分(標準偏差 3.8、中央値 5.0)であった。「一般的な服薬指導時間」の平均が5.8分(標準偏差 3.2、中央値 5.0)であることから、2回目以降の患者の場合、一般的な服薬指導と大きな差異はみられなかった。

図表 32 患者1人に要する平均説明時間の分布 (n=713)



(注)「後発医薬品説明」：後発医薬品と先発医薬品とが同等であること(例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など)の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

図表 33 患者1人に要する平均説明時間 (n=713)

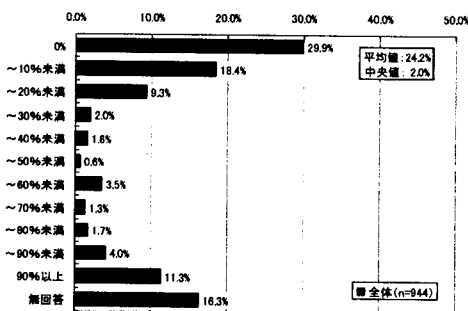
	平均値	標準偏差	中央値
後発医薬品説明+一般的な服薬指導時間(初回)(分)	10.9	6.0	10.0
後発医薬品説明+一般的な服薬指導時間(2回目以降)(分)	6.0	3.8	5.0
一般的な服薬指導時間(分)	5.8	3.2	5.0

(注)・すべての項目について回答があった施設を対象に集計した。  
・「後発医薬品説明」：後発医薬品と先発医薬品とが同等であること(例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など)の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

7) 平成20年12月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた患者数の割合(薬局ベース)

平成20年12月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた患者数の割合についてみると、「0%」(29.9%)が最も多く、次いで「10%未満」(18.4%)、「90%以上」(11.3%)であり、平均は24.2%(中央値 2.0%)であった。

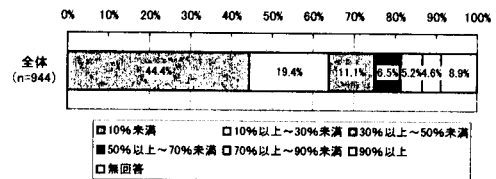
図表 34 平成20年12月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた患者数の割合(薬局ベース)



8) 在庫がなく後発医薬品に変更できなかった患者の割合

後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品の在庫がなく後発医薬品に変更できなかった患者の割合についてみると、「10%未満」(44.4%)が最も多かった。一方、「50%以上」という薬局を合計すると16.3%であった。

図表 35 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品の在庫がなく後発医薬品に変更できなかった患者の割合(薬局ベース)



④医薬品の備蓄状況

1) 医薬品の備蓄品目数

備蓄医薬品の全品目数についてみると、平成19年12月時点では平均758.5品目であったが、平成20年12月時点では平均818.5品目となり、7.9%の増加率となった。中央値でも715.5品目から776.0品目となり、8.5%の増加率となった。

次に後発医薬品の備蓄品目数についてみると、平成19年12月時点では平均97.3品目であったが、平成20年12月時点では平均125.5品目となり、29.0%の増加率となった。中央値でも、68.5品目から100.0品目となり、46.0%の増加率となった。

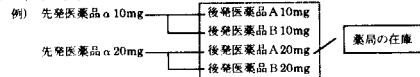
したがって、後発医薬品の備蓄品目数は、医薬品全品目の備蓄品目数よりも増加率としては高いものの、平成20年12月時点における全品目に占める後発医薬品のシェア（図表36（B）／（A））は、平均値15.3%、中央値12.9%となっており、依然として低い結果となっている。

当該薬局において1つの銘柄の先発医薬品について複数銘柄の後発医薬品を備えている場合に、その先発医薬品の銘柄数に換算した場合の品目数は、平均11.0品目（標準偏差17.1、中央値5.0）となった。つまり、先発医薬品11.0品目については、保険薬局において複数銘柄の中から調剤する後発医薬品を選択することができるということになる。

図表 36 備蓄医薬品品目数の変化（n=600）

		平成19年12月	平成20年12月	増加率
		医薬品全品目数(A)	平均値	758.5
	標準偏差	385.7	397.7	
	中央値	715.5	776.0	8.5%
うち、後発医薬品の品目数(B)	平均値	97.3	125.5	29.0%
	標準偏差	113.6	99.0	
	中央値	68.5	100.0	46.0%
うち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の品目数	平均値		11.0	
	標準偏差		17.1	
	中央値		5.0	
(B)／(A)	平均値	12.8%	15.3%	
	中央値	9.6%	12.9%	

(注)・すべての項目について回答があった施設を対象に集計した。  
 ・「うち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の品目数」とは、薬局で1つの銘柄の後発医薬品について複数銘柄の後発医薬品を備えている場合（薬局で後発医薬品を選択できる場合）に、それを先発医薬品の銘柄数に換算した場合の品目数を意味する。



この場合、薬局において先発医薬品α10mg、α20mgの在庫の有無にかかわらず、後発医薬品A10mg、後発医薬品B10mg、後発医薬品A20mg、後発医薬品B20mgの在庫があれば、先発医薬品の品目数は「2品目」となる。

2) 同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない先発医薬品の備蓄品目数

同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない先発医薬品の備蓄品目数についてみると、「先発医薬品がOD錠」の場合の平均は3.9品目（標準偏差6.2、中央値2.0）、「OD錠以外」の場合の平均は87.5品目（標準偏差168.8、中央値3.0）であった。

図表 37 同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない

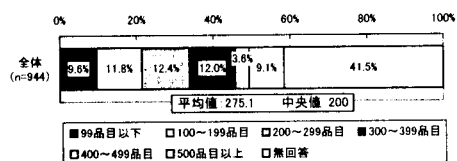
	平均値	標準偏差	中央値
先発医薬品がOD錠（n=613）	3.9	6.2	2.0
OD錠以外（n=488）	87.5	168.8	3.0

3) 在庫がなく後発医薬品に変更できないケースがないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数

在庫がなく後発医薬品に変更できないケースがないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数についてみると、「200～299品目」（12.4%）が最も多く、次いで「300～399品目」（12.0%）、「100～199品目」（11.8%）で、平均値は275.1品目（中央値200.0）であった。

なお、ここでは「無回答」が41.5%と多かったことに留意する必要がある。

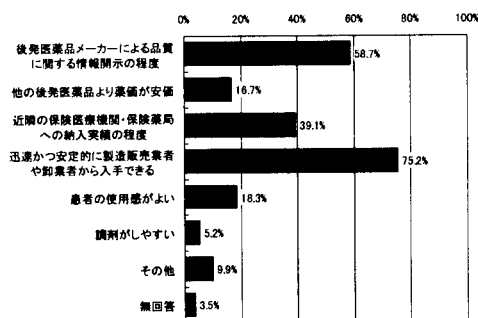
図表 38 在庫がなく後発医薬品に変更できないケースがないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数



⑤後発医薬品への変更を進めるための要件

採用している後発医薬品を選択した理由についてみると、「迅速かつ安定的に製造販売業者や卸業者から入手できる」（75.2%）が最も多く、次いで「後発医薬品メーカーによる品質に関する情報開示の程度」（58.7%）、「近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度」（39.1%）であった。

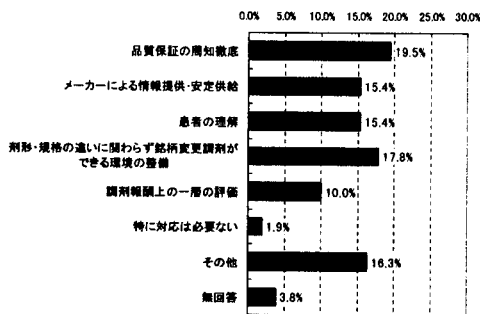
図表 39 採用している後発医薬品を選択した理由（複数回答、n=944）



処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなかったが、後発医薬品に変更しなかったケースについて、今後薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための最大の要件をたずねた。

この結果、「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」(19.5%)が最も多く、次いで「剤形・規格の違いに関わらず銘柄変更調剤ができる環境の整備」(17.8%)、「後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保」(後発医薬品に対する患者の理解) (15.4%)であった。

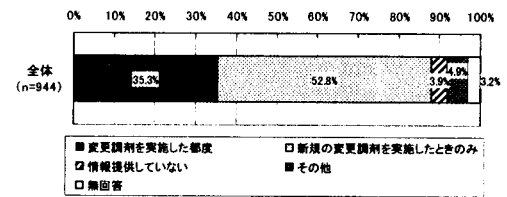
図表 40 処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなかったが、変更しなかった場合について、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための最大の要件 (単数回答、n=944)



⑥医療機関との連携

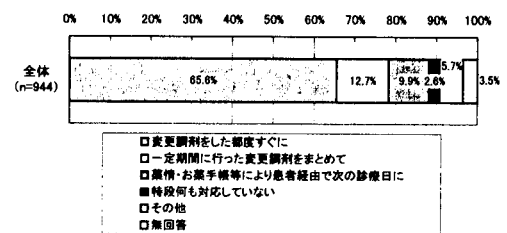
後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供の頻度についてみると、「新規の変更調剤を実施したときのみ」(52.8%)が最も多く、次いで「変更調剤を実施した都度」(35.3%)であった。

図表 41 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供の頻度



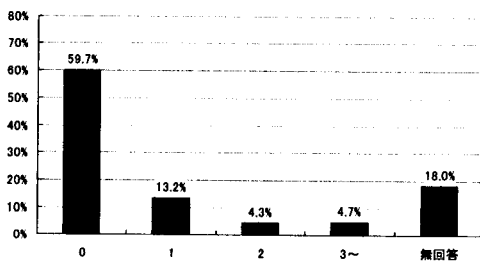
後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供のタイミングについてみると、「変更調剤をした都度すぐに」(65.6%)が最も多く、次いで「一定期間に行なった変更調剤をまとめて」(12.7%)、「薬情・お薬手帳等により患者経由で次の診療日に」(9.9%)であった。

図表 42 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供のタイミング



後発医薬品への変更調剤について情報提供不要の取り決めを行っている医療機関数についてみると、情報提供不要の取り決めを行っている医療機関数が「0」(まったくない)という薬局が59.7%であった。

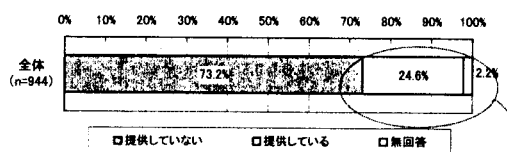
図表 43 後発医薬品への変更調剤について情報提供不要の取り決めを行っている医療機関数 (n=944)



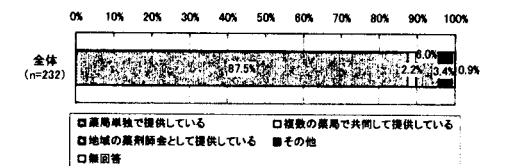
各薬局で採用している後発医薬品のリストの近隣医療機関(医師)への提供状況についてみると、「提供していない」が73.2%、「提供している」が24.6%であった。

「提供している」と回答した232薬局について、その提供方法をたずねたところ、「薬局単独で提供している」が87.5%で最も多かった。その他、「地域の薬剤師会として提供している」が6.0%、「複数の薬局で共同して提供している」が2.2%であった。

図表 44 後発医薬品のリストの近隣医療機関(医師)への提供状況



図表 45 後発医薬品のリストの近隣医療機関(医師)への提供方法

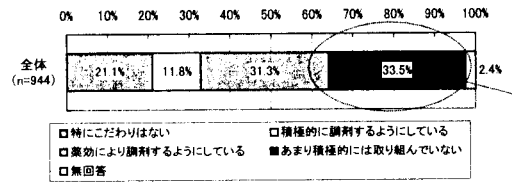


⑦後発医薬品の使用に関する考え方

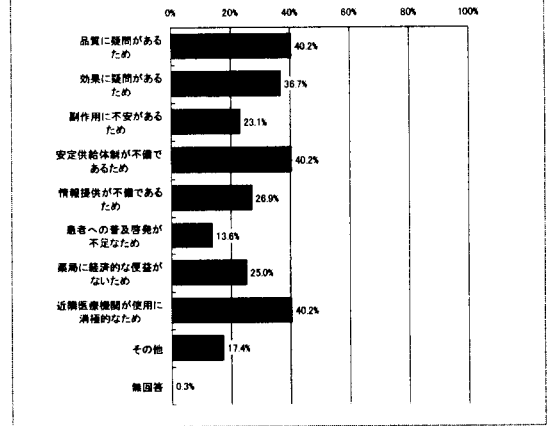
後発医薬品の調剤に関する考え方についてみると、後発医薬品の説明・調剤には「あまり積極的に取り組んでいない」(33.5%)が最も多く、次いで「薬効により調剤するようにしている」(31.3%)、「特にこだわりはない」(21.1%)であった。

後発医薬品の説明・調剤には「あまり積極的に取り組んでいない」と回答した316薬局に対してあまり積極的に取り組まない理由をたずねたところ、「品質に疑問があるため」「安定供給体制が不備であるため」「近隣医療機関が使用に消極的なため」(いずれも40.2%)が最も多く、次いで「効果に疑問があるため」(36.7%)、「情報提供が不備であるため」(26.9%)、「薬局に経済的な便益がないため」(25.0%)であった。

図表 46 後発医薬品調剤に関する考え方

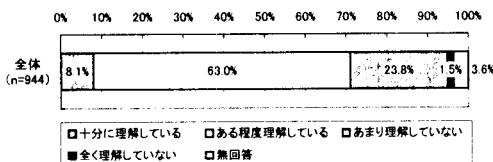


図表 47 後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない理由 (複数回答、n=316)



後発医薬品の品質保証の方法についての理解状況を見ると、「十分に理解している」が8.1%、「ある程度理解している」が63.0%、「あまり理解していない」が23.8%であった。

図表 48 後発医薬品の品質保証の方法についての理解状況



⑧後発医薬品に変更して調剤した処方せんに係る薬剤料の状況

ここでは、調剤票の「様式2」に記載のあった処方せん7,076枚の薬剤料を分析の対象とした。

平成20年12月8日から12月14日の1週間に、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ実際に後発医薬品に変更して調剤された処方せん(7,076枚)についてみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料は、平均754.5点(標準偏差1071.9、中央値392.0)であった。一方、実際に調剤した薬剤料は、平均582.2点(標準偏差878.3、中央値280.0)であった。

この結果、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、平均77.2%(中央値71.4)であった。

図表 49 12/8~14に後発医薬品に変更して調剤された処方せん(7,076枚)の状況

	平均値	標準偏差	中央値
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(A)(点)	754.5	1071.9	392.0
実際に調剤した場合の薬剤料(B)(点)	582.2	878.3	280.0
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合(B/A)(%)	77.2		71.4

次に、患者一部負担金割合別にみると、後発医薬品に変更して調剤された処方せんの平均薬剤料は、「記載銘柄により調剤した場合の薬剤料」が、1割負担で941.7点、3割負担で700.0点であった。一方、「実際に調剤した薬剤料」は、1割負担で752.4点、3割負担で522.8点であった。

この結果、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、1割負担で79.9%、3割負担で74.7%であった。

図表 50 患者一部負担金割合別にみた、12/8~12/14に後発医薬品に変更して調剤された処方せん(7,076枚)の状況

	全体	患者一部負担金割合				
		0割	1割	2割	3割	その他
処方せん枚数(枚)	7,076	404	1,944	206	4,506	10
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(A)(点)	754.5	740.0	941.7	241.1	700.0	176.1
実際に調剤した場合の薬剤料(B)(点)	582.2	637.6	752.4	191.2	522.8	119.8
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合(B/A)(%)	77.2	86.2	79.9	79.3	74.7	68.0

(注) 患者一部負担金割合の「全体」には、患者一部負担金割合が不明だった処方せん6枚が含まれる。

### ⑨後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について意見・要望を記載していただいた内容のとりまとめを行った。

#### 1) 後発医薬品の供給体制

##### 薬局の在庫・供給体制

- 後発医薬品が1社しかないものは、採用したくても安定供給が可能かどうか不安なので採用できない。
- 当薬局では、処方される薬の集中度が低いため、後発品を採用すると、在庫の回転率が悪化してしまう傾向がある。そのため処方される薬が集中して採用商品の数の少ない薬局に比べ、積極的に後発品に変更するのが難しい状況である。
- それぞれの病院、医師の考えにより、後発品の使用法が違い、また、患者サイドでも薬局により商品が変わることは納得していただけない。とくに汎用医薬品は、一成分で数種類の商品在庫として置く必要がある。一刻も早く商品名ではなく成分名での処方せん記載を望む。

##### 後発医薬品メーカーの供給体制

- 先発医薬品メーカーが後発医薬品を販売することが増え、メーカーの説明や対応もしっかりしているため信頼できる。だが情報提供がきっちりできる後発医薬品メーカーはほとんどない。
- 後発医薬品を調剤していて、錠剤の破損に気づき、メーカーに問い合わせたことがある。このロットは、メーカーの回収品だったようだが、一切その情報がなく、クレームのあった薬局・医院等のみに対処しているようだった。もし回収品が出たら、どのメーカーでも情報発信をし、納入先には知らせる体制を整えてほしい。

#### 2) 後発医薬品の品質と表示

- 包装の表面はともかく、錠剤、カプセルを出す時に手を切ったりすることがあり、薬だけでなく包装にも気をつけてほしい。
- 欧米のジェネリックのように有効成分、添加物が全て同一のものを後発品として認めるべきだ。
- 現状のデータは、客観的・中立的ではないため扱いづらい。信用できかねる。後発品の副作用、効果等は、できるかぎり薬局でも確認しているが、これだけの詳しい調査は、特別スタッフを用意していただかないととても無理だ。海外のように第三者機関による後発品と先発品とのデータの比較（海外でいうところのオレンジブック）をお願いしたい。

44

- 1割負担の患者は、変更後の負担金の差が小さく、後発への変更を希望されることが多いが、残りの9割が税金や他の人の保険金で賄われていることをご理解されている方は、後発品を希望されることがある。医療保険の仕組みについて国民に知っていただき、医療保険のお金を皆が大切に使うという啓発も大切だと感じている。
- 先発品と効果が違ったり、後発品に変更後副作用や体調に変化があった事例が公になかなか出て来ない。CMなどの影響で「同等」＝「同じ」「同じ薬」で安い薬というイメージが出来過ぎている。
- 患者の待ち時間をいかに短くして、迅速に正確に投薬するかという課題において、ジェネリック医薬品への変更に向けて窓口で説明する時間は大変なネックになっている。

#### 5) 後発医薬品を使用する際の責任所在

- 後発医薬品は自信を持って勧められない。何かあった時の責任が今の所はつきりしていないこと、責任が自分にかかってくると思うと心配になってくる。より安心なジェネリックを選択できるように、薬剤師のスキルを上げることが一番に取り組むべき課題だと思う。
- 厚生労働省において同等性が確認されていると説明しても添加物等の違いがあり、副作用が起きたときの責任が難しい。

#### 6) 後発医薬品を使用するメリット

- 後発を勧めているのは医療費削減以外のメリットはない。ということは、先発品と後発品の値段の差がありすぎる。同じにすればよい。
- 30%に達しないと、後発品に切りかえた時のメリットが薬局にほとんどない。薬価差をもたらした方が利益が高い。患者に（後発医薬品を）希望する人の割合が低い。医師が処方する時に、後発品の割合にメリット制を入れるべきだ。
- 後発品が80%以上なので、そこは評価してもらえないのですか。後発医薬品の新発売時は、医師に言って使用してもらっているのでも、その辺のことも考えてもらいたい。
- 経済的インセンティブといっても薬価が安ければよいというものでもなく、例えば局方品の低薬価品（散剤のヒートシール）などでは逆ザヤとなる。バラ品を分卸しても経費を考えれば同様に逆ザヤとなる。調剤すればする程赤字。このようなことはないように切にお願いしたい。

#### 7) 後発医薬品を促進するための理念と責務

- 小児への後発品の使用には、問題があると思う。後発品メーカーからデータを取り寄せてもらっても、成人のみ使用歴があり、小児に対する臨床データがないものが多いと思

46

い。

- 先発品よりも後発品の方が、溶解性、添加物などが優れていると思われる医薬品も多く、もしそのような後発品が増えてくれば、自然と、後発品を積極的に勧めるようになると思う。

#### 3) 後発医薬品処方における薬局と医師

##### 処方せんを通じた意思疎通

- 処方変更不可のところに署名等が入っているもので、それが、すべて後発品のものなどは、医師の処方意図がわかりづらいことがある。
- 変更不可印を押す理由の1つに、変更情報を受け取ることのわずらわしさがあると聞いている（医師側に）。後発品の品質が先発と同等であるならば変更報告は不要とすれば良い。
- 溶出試験等による生物学的同等性について、医師はある程度理解されているが、実際の効果についてわからないため変更不可の処方せんが多いと感じる。
- 剤型相異の変更を基本可にして欲しい。ダメな時にも変更不可印を押して欲しい。

##### 薬局の数量

- 後発品に変更後も先発品のままで処方される医療機関が多く、違う薬局へ行かれた時など患者から情報提供がなければ、先発に戻るか、別のメーカーのものになってしまう、問題がある。
- 薬剤師にとっても、後発品への変更可の処方せんは魅力もある。患者と一緒に複数の後発品の中から自由に薬を選べるというのはやりがいを感じるので、薬局でも患者に後発品を勧め、手書きのポスターを作って薬局に貼るなどの努力をしている。しかしながら医師から明らかに不快感を示されたこともあり、現在、受け付けている処方せんの95%以上が、後発品への変更不可に印鑑が押してある。
- 医師のサインの無い処方せんだったので、患者と相談し、後発品の希望があり変更し、その内容を病院にフィードバックしたら、「後発品に変更する前に必ず電話でこちらの了解を取ってから変更してください」と言われた。まだ医師サイド主導の後発品変更のため、もっと薬局サイド主導での変更にしていただきたい。

#### 4) 後発医薬品についての広報と説明

- 「あなたのお薬代が安くなる」という説明では、「良い物は高くても良い」と思っている人が多いので、広報を通じて、「今の医療保険制度が崩壊するんですよ」という全体的な説明をして欲しい。

う。医薬品全般にこの制度を適応するのではなく、例外品目、例外となる診療科目等があっても良いのではないかと。

- 「保険医療への協力」という話をして理解が得られるのは、比較的若年層の患者に限られる。高齢者の方では窓口での負担が1割ということもあり、経済的インセンティブも働きにくいので、ジェネリックに対する理解に乏しい（説明しても）。あるいは理解されてもブランド志向が強いために変更しないことが多い。
- 先発品のみを患者が選択する場合は、何か負担をするという形にしないと、すべての患者へ広めることは難しいと思う。
- 当薬局は主に高齢者を対象としているため、後発品への変更を行うと、介護者が理解していても、本人は混乱が生じる。そこで当薬局では、病院と協力して後発医薬品の選定を行っている。

45

47

(3) 診療所・病院・医師調査の結果概要

【調査対象等】

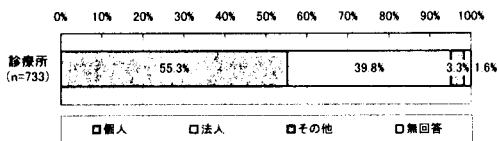
○診療所調査
調査対象：全国の一般診療所の中から無作為に抽出した一般診療所
回答数：733施設
回答者：開設者・管理者
○病院調査
調査対象：全国の病院の中から無作為に抽出した病院
回答数：326施設
回答者：開設者・管理者
○医師調査
調査対象：上記、「病院調査」の対象施設で外来診療を担当する医師
1施設につき、診療科の異なる医師2名
回答数：431人

①診療所の施設属性

1) 診療所の開設者

「診療所調査」において有効回答が得られた診療所733施設の開設者についてみると、「個人」が55.3%、「法人」が39.8%であった。

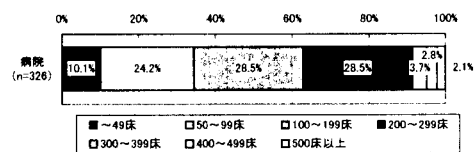
図表 51 診療所の開設者



2) 病院的病床規模

病院的許可病床数についてみると、「100～199床」および「200～299床」(ともに28.5%)が最も多く、次いで「50～99床」(24.2%)であった。許可病床数の平均は181.5床(標準偏差136.9、中央値152.0)となった。

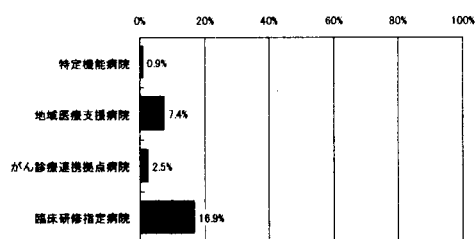
図表 54 病院的規模



3) 病院の種類

病院の種類についてみると、「特定機能病院」である病院が0.9%、「地域医療支援病院」が7.4%、「がん診療連携拠点病院」が2.5%、「臨床研修指定病院」が16.9%であった。

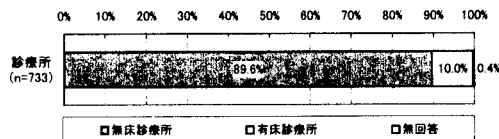
図表 55 病院の種類 (複数回答、n=326)



2) 診療所の種別

診療所の種別についてみると、「無床診療所」が89.6%、「有床診療所」が10.0%であった。

図表 52 診療所の種別

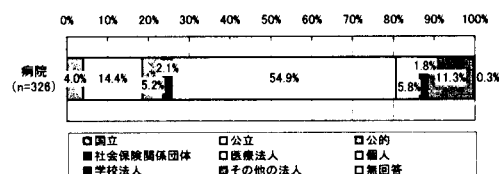


②病院の施設属性

1) 病院の開設者

「病院調査」において有効回答が得られた病院326施設の開設者についてみると、「医療法人」(54.9%)が最も多く、次いで「公立」(14.4%)、「その他の法人」(11.3%)であった。

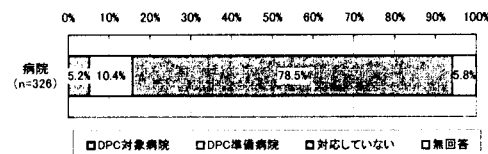
図表 53 病院の開設者



4) DPCの対応状況

DPCの対応状況についてみると、「DPC対象病院」が5.2%、「DPC準備病院」が10.4%であった。また、DPCに「対応していない」病院は78.5%であった。

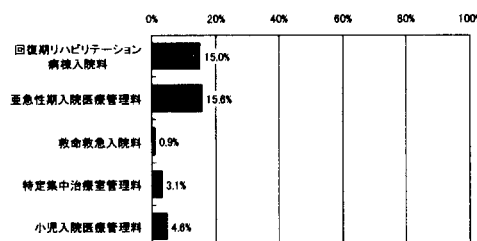
図表 56 DPC対応状況



5) 特定入院料の状況

特定入院料の状況についてみると、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を算定している病院は15.0%であった。同様に見ていくと、「亜急性期入院医療管理料」は15.6%、「救命救急入院料」が0.9%、「特定集中治療室管理料」が3.1%、「小児入院医療管理料」が4.6%であった。

図表 57 特定入院料の状況 (複数回答、n=326)

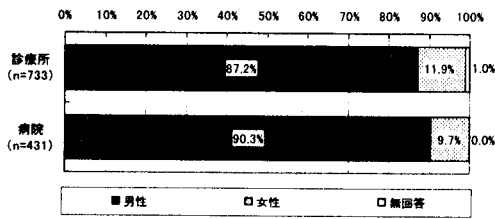


③ 医師の属性

1) 医師の性別

医師の性別についてみると、診療所の医師では「男性」が87.2%、「女性」が11.9%であった。また、病院の医師では、「男性」が90.3%、「女性」が9.7%であった。

図表 58 医師の性別

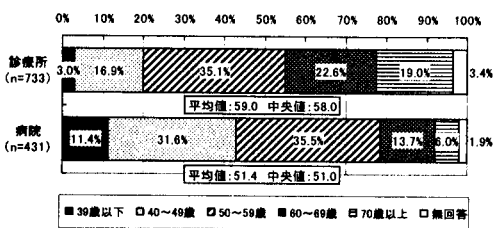


2) 医師の年齢

医師の年齢についてみると、診療所では「50～59歳」(35.1%)が最も多く、次いで「60～69歳」(22.6%)、「70歳以上」(19.0%)、「40～49歳」(16.9%)であった。平均は59.0歳(中央値58.0)であった。

病院では「50～59歳」(35.5%)が最も多く、次いで「40～49歳」(31.6%)、「60～69歳」(13.7%)、「39歳以下」(11.4%)であった。平均は51.4歳(中央値51.0)であった。

図表 59 医師の年齢

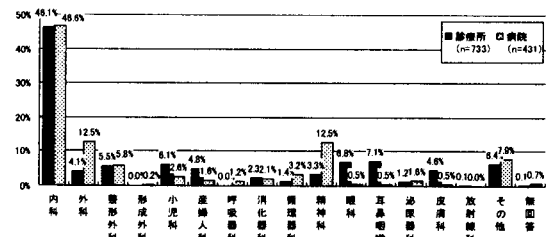


3) 医師の主たる担当診療科

医師の主たる担当診療科についてみると、診療所、病院ともに「内科」(診療所46.1%、病院46.6%)が最も多かった。次いで診療所では「耳鼻咽喉科」(7.1%)、「眼科」(6.8%)、「小児科」(6.1%)であった。

病院では「外科」(12.5%)、「整形外科」(5.8%)、「循環器科」(3.2%)であった。

図表 60 医師の主たる担当診療科



④ 診療所・病院の診療体制

診療所・病院における常勤の医師数と薬剤師数についてみると、診療所における常勤医師の人数は平均1.2人(標準偏差0.7, 中央値1.0)であり、常勤の薬剤師数は平均0.1人(標準偏差0.4, 中央値0.0)であった。

病院における常勤の医師数は平均16.3人(標準偏差36.9, 中央値8.1)であり、常勤の薬剤師数は平均4.4人(標準偏差5.7, 中央値3.0)であった。

図表 61 常勤の医師数・薬剤師数

施設	医師数(人)	標準偏差	中央値
病院 (n=318)	16.3	36.9	8.1
	薬剤師数(人)	0.1	0.4
病院 (n=318)	4.4	5.7	3.0

⑤ 診療所・病院における医薬品の備蓄状況

診療所・病院における医薬品の備蓄状況についてみると、診療所における医薬品の備蓄品目数は、平均123.4品目(標準偏差136.5, 中央値74.5)であった。このうち、後発医薬品の備蓄品目数は、平均25.3品目(標準偏差52.5, 中央値7.0)であった。備蓄医薬品全品目数に占める、後発医薬品の備蓄品目数の割合は、平均20.5%(中央値9.4)であった。

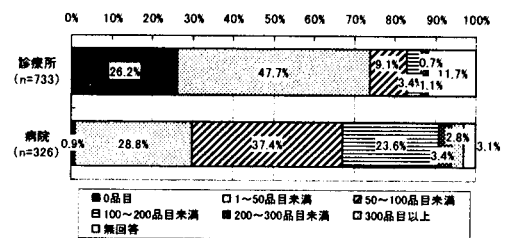
病院における医薬品の備蓄品目数は、平均711.9品目(標準偏差384.3, 中央値618.0)であった。このうち、後発医薬品の備蓄品目数は、平均86.0品目(標準偏差73.2, 中央値70.0)であった。備蓄医薬品全品目数に占める、後発医薬品の備蓄品目数の割合は、平均12.1%(中央値11.3)であった。

図表 62 医薬品の備蓄状況

	平均値	標準偏差	中央値
① 医薬品備蓄品目数(品目)	123.4	136.5	74.5
② うち、後発医薬品の備蓄品目数(品目)	25.3	52.5	7.0
③ ②/①	20.5%	9.4%	12.1%
			11.3%

診療所・病院における後発医薬品の備蓄状況についてみると、診療所では「1～50品目未満」(47.7%)が最も多く、次いで「0品目」(26.2%)、「50～100品目未満」(9.1%)であった。一方、病院においては、「50～100品目未満」(37.4%)が最も多く、次いで「1～50品目未満」(28.8%)、「100～200品目未満」(23.6%)であった。

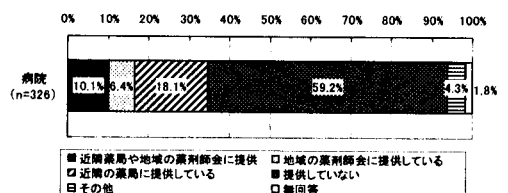
図表 63 後発医薬品の備蓄状況



⑥ 病院で使用している後発医薬品リストの提供状況

病院で使用している後発医薬品リストの提供状況についてみると、「提供していない」(59.2%)が最も多く、次いで「近隣の薬局に提供している」(18.1%)、「近隣薬局や地域の薬剤師会に提供している」(10.1%)、「地域の薬剤師会に提供している」(6.4%)であった。

図表 64 病院で使用している後発医薬品リストの提供



⑦入院患者に対する後発医薬品の使用状況等

1) 1か月間の平均在院患者数

平成20年12月1か月間の平均在院患者数についてみると、有床診療所では平均5.0人(標準偏差 6.1、中央値 1.5)、病院では平均137.5人(標準偏差 122.1、中央値 109.8)であった。

図表 65 平均在院患者数(平成20年12月1か月間)

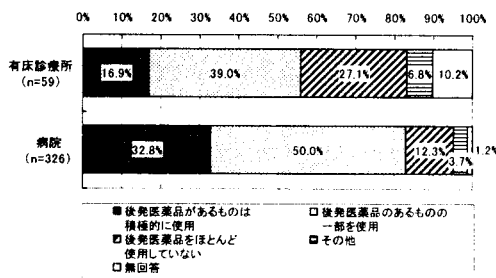
	有床診療所(n=88)			病院(n=296)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1か月間の平均在院患者数(人)	5.0	6.1	1.5	137.5	122.1	109.8

(注) 有床診療所 73 施設のうち平成20年12月1か月間の平均在院患者数0人という施設 7 施設、病院 326 施設のうち平成20年12月1か月間の平均在院患者数0人という施設 39 施設をのぞいて集計した。

2) 入院患者に対する後発医薬品の使用状況

入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、有床診療所、病院ともに「後発医薬品のあるもの一部を使用」(有床診療所 39.0%、病院 50.0%) が最も多く見られているが、続く順位は、有床診療所では「後発医薬品をほとんど使用していない」(27.1%)、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(16.9%) という順であったが、病院では「後発医薬品があるものは積極的に使用」(32.8%)、「後発医薬品をほとんど使用していない」(12.3%) という順であった。

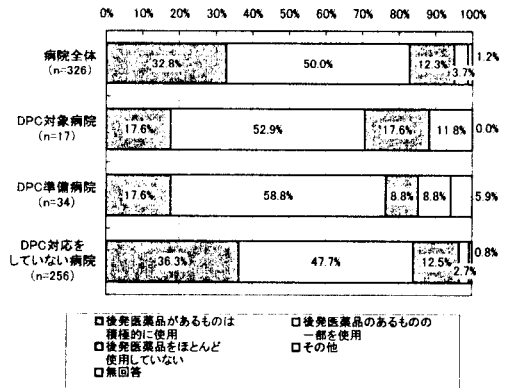
図表 66 入院患者に対する後発医薬品の使用状況



(注) 有床診療所については、平成20年12月1か月間の平均在院患者数が0であった施設を除いて集計した。

DPC 対応状況別にみた、病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、DPC 対象病院では「後発医薬品のあるもの一部を使用」(52.9%) が最も多く、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(17.6%) を合わせると 70.5% となったが、「後発医薬品をほとんど使用していない」という回答が 17.6% であり、比較的高い割合を示した。これは、DPC 準備病院と DPC に対応していない病院における割合(それぞれ 8.8%、12.5%)と比較しても高い数字となった。

図表 67 病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況(DPC 対応状況別)



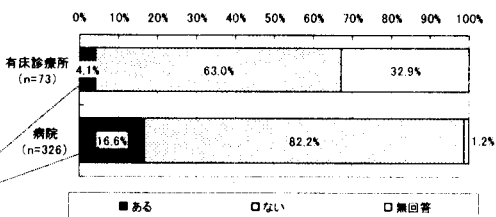
(注) 「病院全体」には、「DPC 対応状況」について無回答であった 19 施設が含まれる。

3) 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無

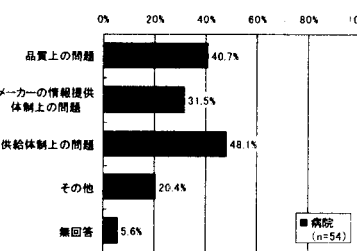
入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無についてみると、有床診療所・病院ともに「ない」(有床診療所 63.0%、病院 82.2%) という回答が大半を占めた一方で、「ある」と回答した有床診療所は 4.1% (3 施設)、病院は 16.6% (54 施設) であった。

「ある」と回答した病院における、後発医薬品を使用した際に生じた問題の内容についてみると、「供給体制上の問題」(「ある」と回答した病院の 48.1%) が最も多く、次いで「品質上の問題」(同 40.7%)、「メーカーの情報提供体制上の問題」(同 31.5%) であった。

図表 68 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無



図表 69 「入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験がある」と回答した施設における、後発医薬品使用で生じた問題(複数回答)

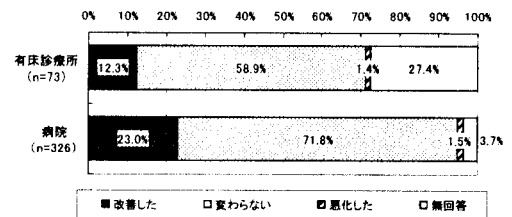


(注) 有床診療所 3 件の回答内訳は、品質上の問題が 1 件、供給体制上の問題が 2 件であった。

4) 1年前と比較した入院患者に対する後発医薬品の供給体制

1年前と比較した入院患者に対する後発医薬品の供給体制についてみると、有床診療所・病院ともに、「変わらない」(有床診療所 58.9%、病院 71.8%) が最も多く、「改善した」は有床診療所が 12.3%、病院が 23.0% であった。また、「悪化した」は有床診療所が 1.4%、病院が 1.5% であった。

図表 70 1年前と比較した入院患者に対する後発医薬品の供給体制



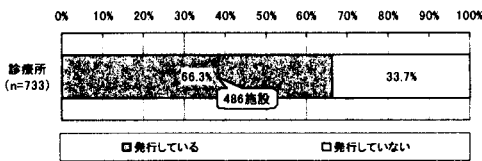


⑧外来診療における後発医薬品の使用状況

1) 診療所における院外処方せん発行状況

診療所 733 施設における院外処方せんの発行状況についてみると、院外処方せんを「発行している」診療所は66.3% (486施設)、「発行していない」診療所は33.7%であった。

図表 71 診療所における院外処方せん発行状況



2) 外来診療の状況

診療所・病院における外来診療の状況について、1か月間の外来診療実日数を見ると、診療所は平均19.8日(標準偏差3.9、中央値20.0)、病院は平均21.3日(標準偏差3.8、中央値22.0)であった。

続いて、1か月間の外来延べ患者数を見ると、診療所は平均1,380.5人(標準偏差1,201.6、中央値1,069.0)、病院は平均4,307.4人(標準偏差5,766.3、中央値2,561.0)であった。

また、1か月間の院外処方せん発行枚数を見ると、診療所は平均802.9枚(標準偏差860.4、中央値645.0)、病院は平均2,134.7枚(標準偏差3,079.1、中央値1,152.5)であった。

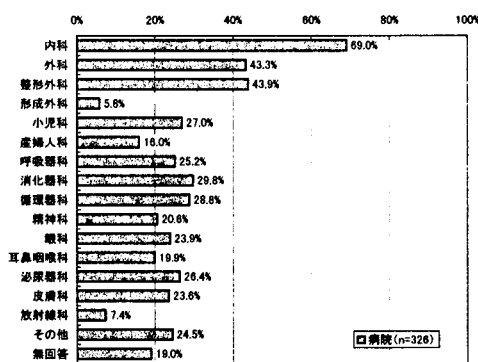
図表 72 診療所・病院における外来診療の状況

	診療所 (n=733)			病院 (n=328)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
①1か月間の外来診療実日数(日)	19.8	3.9	20.0	21.3	3.8	22.0
②1か月間の外来延べ患者数(人)	1,380.5	1,201.6	1,069.0	4,307.4	5,766.3	2,561.0
③1か月間の院外処方せん発行枚数(枚)	802.9	860.4	645.0	2,134.7	3,079.1	1,152.5

5) 病院における院外処方せんを発行している診療科

病院における院外処方せんを発行している診療科についてみると、「内科」(69.0%)が最も多く、次いで「整形外科」(43.9%)、「外科」(43.3%)の順となっている。

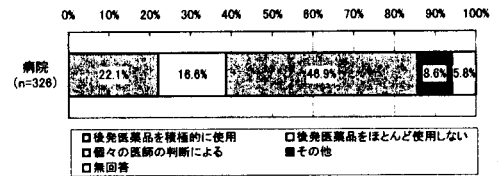
図表 75 病院における院外処方せんを発行している診療科 (複数回答)



3) 病院における外来患者への院内投薬に際しての後発医薬品使用に関する施設としての対応方針

病院における外来患者への院内投薬に際しての後発医薬品使用に関する施設としての対応方針についてみると、「個々の医師の判断による」(46.9%)が最も多く、次いで「後発医薬品を積極的に使用」(22.1%)、「後発医薬品をほとんど使用しない」(16.6%)であった。

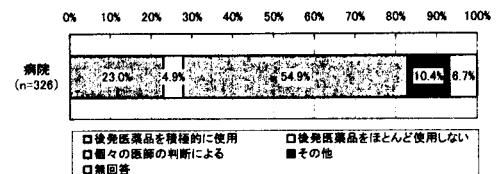
図表 73 病院における外来患者への院内投薬に際しての後発医薬品使用についての施設としての対応



4) 病院における外来患者に院外処方せんを発行する際の後発医薬品使用に関する施設としての対応方針

病院における外来患者に院外処方せんを発行する際の後発医薬品使用に関する施設としての対応方針についてみると、「個々の医師の判断による」(54.9%)が最も多く、次いで「後発医薬品を積極的に使用している」(23.0%)、「後発医薬品をほとんど使用しない」(4.9%)であった。

図表 74 病院における外来患者に院外処方せんを発行する際の後発医薬品使用についての施設としての対応

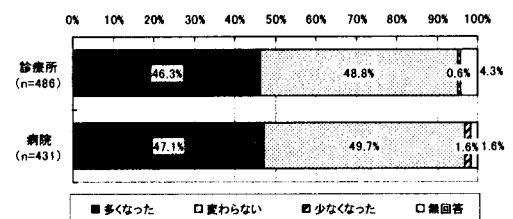


(注)「後発医薬品を積極的に使用」とは、後発医薬品の銘柄処方のほか、院外処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含む。

6) 外来診療における後発医薬品の処方の変化(1年前と比較して)

1年前と比較した、外来診療における後発医薬品の処方の変化について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに、「変わらない」(診療所48.8%、病院49.7%)と「多くなった」(診療所46.3%、病院47.1%)が、ほぼ同じ割合となった。

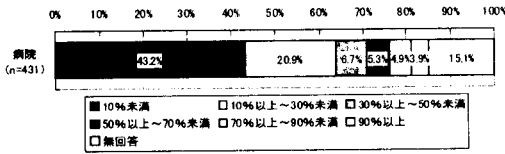
図表 76 外来診療における後発医薬品の処方の変化(1年前と比較して)(医師ベース)



7) 院外処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せんの発行状況

病院において、平成20年12月1か月間に発行した院外処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せんの割合についてみると、「10%未満」(43.2%)が最も多く、次いで、「10%以上～30%未満」(20.9%)となった。

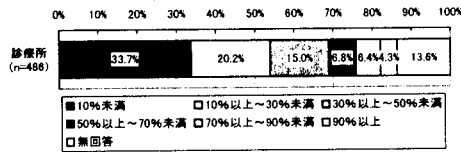
図表 77 病院における、院外処方せんのうち後発医薬品を銘柄指定した処方せんの割合 (医師ベース、平成20年12月1か月間)



(注) 無回答が多いのは、院外処方せんを発行していない医療機関が含まれているため。

同様に、診療所についてみると、「10%未満」(33.7%)が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」(20.2%)、「30%以上～50%未満」(15.0%)であった。

図表 78 診療所における、院外処方せんのうち後発医薬品を銘柄指定した処方せんの割合 (医師ベース、平成20年12月1か月間)

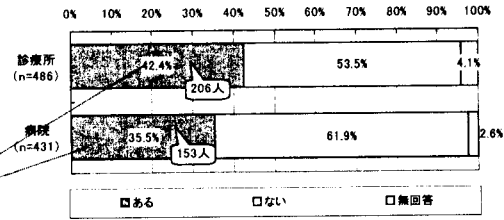


8) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験 (平成20年4月以降)

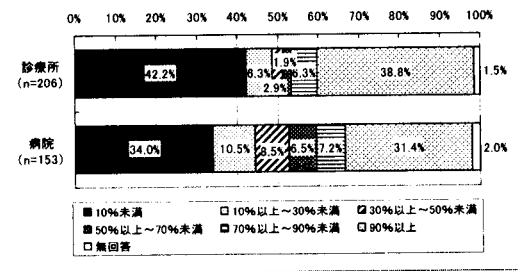
「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無について診療所および病院の医師にたずねたところ、「ある」と回答した医師は、診療所が42.4% (206人)、病院が35.5% (153人)であった。

また、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんが、院外処方せん枚数全体に占める割合についてみると、診療所・病院ともに「10%未満」(それぞれ42.2%、34.0%)と「90%以上」(それぞれ38.8%、31.4%)が、ほぼ同じ割合となっている。

図表 79 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無 (医師ベース)



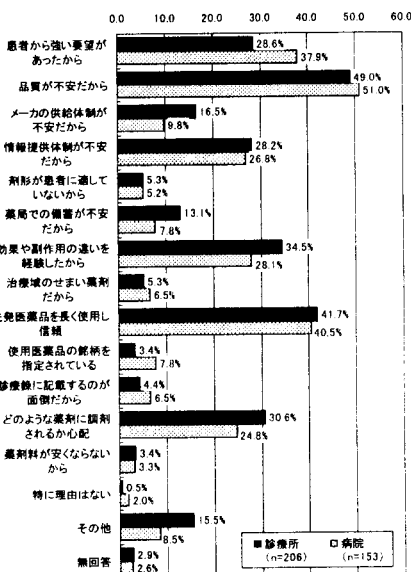
図表 80 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した処方せんの割合 (医師ベース)



9) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由

「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「品質が不安だから」(診療所49.0%、病院51.0%)が最も多かった。次いで、診療所では「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」(41.7%)、「効果や副作用の違いを経験したから」(34.5%)、病院では「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」(40.5%)、「患者から強い要望があったから」(37.9%)の順となった。

図表 81 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由 (医師ベース、複数回答)

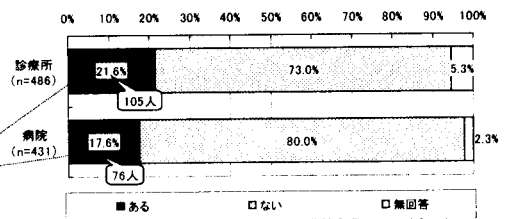


10) 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験

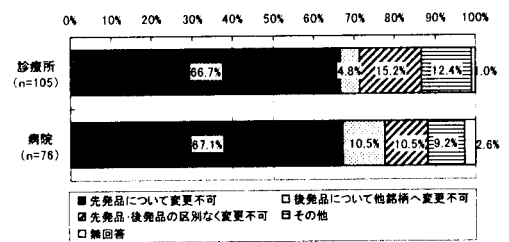
一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験の有無について診療所および病院の医師にたずねたところ、「ある」と回答した医師は、診療所が21.6% (105人)、病院が17.6% (76人)であった。

さらに、一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするケースで最も多いものについてみると、診療所・病院ともに「先発品について変更不可」とするケースが7割弱となった。

図表 82 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行の有無 (医師ベース)

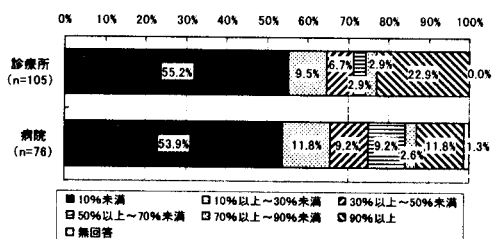


図表 83 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするケースで最も多いもの (医師ベース)



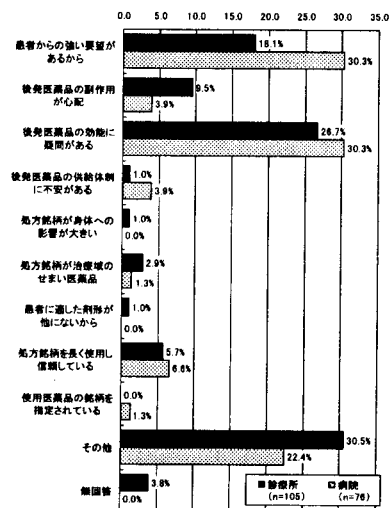
一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「10%未満」（それぞれ55.2%、53.9%）が最も多かった。一方、「90%以上」（それぞれ22.9%、11.8%）も比較的高い割合となった。

図表 84 一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合（医師ベース）



一部の医薬品について「変更不可」とする理由について診療所及び病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「後発医薬品の効能に疑問がある」（それぞれ26.7%、30.3%）、「患者からの強い要望があるから」（それぞれ18.1%、30.3%）が多かった。

図表 85 一部の医薬品について「変更不可」とする理由（医師ベース、単数回答）



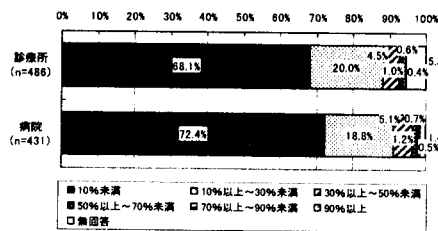
(注)「その他」には、複数の選択肢に○がついている回答が含まれる。その内訳は、以下のとおりである。

その他の記載内容の内訳		
	診療所	病院
「その他」を選択した回答数	32件	17件
患者からの強い要望があるから	7件	4件
後発医薬品の副作用が心配	8件	3件
後発医薬品の効能に疑問がある	10件	8件
後発医薬品の供給体制に不安がある	4件	3件
処方銘柄が身体への影響が大きい	1件	2件
処方銘柄が治療域のせまい医薬品	1件	1件
患者に適した剤形が他にないから	1件	2件
処方銘柄を長く使用し慣れている	5件	9件
使用医薬品の銘柄を指定されている	0件	2件
その他	5件	5件
未記入	5件	2件

11) 後発医薬品について関心がある患者の割合

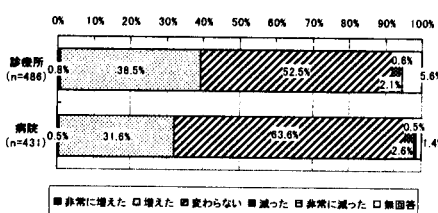
外来患者のうち後発医薬品について関心がある（医師に質問する、使用を希望する）患者の割合について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「10%未満」（それぞれ68.1%、72.4%）との回答が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」（それぞれ20.0%、18.8%）となった。

図表 86 外来患者のうち、後発医薬品について関心がある（医師に質問する、使用を希望する）患者の割合（医師ベース）



1年前と比較して、後発医薬品について関心がある患者数の変化について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「変わらない」（それぞれ52.5%、63.6%）が最も多く、次いで「増えた」（それぞれ38.5%、31.6%）となった。

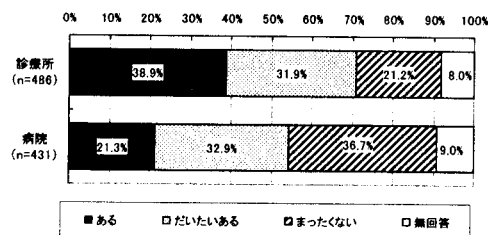
図表 87 後発医薬品について関心がある患者数の変化（1年前と比較して、医師ベース）



12) 保険薬局からの情報提供についての意向

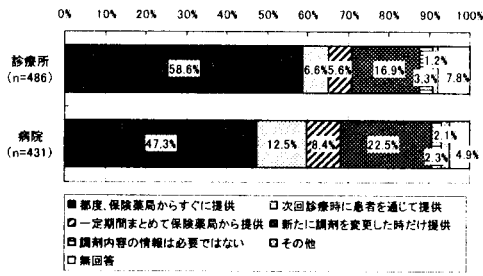
保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等についての情報提供の有無を診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所では、「ある」が38.9%、「だいたいある」が31.9%となり、両者を合わせると70.8%となった。また、病院では、「ある」が21.3%、「だいたいある」が32.9%となり、両者を合わせると54.2%となり、診療所と比較すると低い割合となった。病院では、「まったくない」が36.7%で最も多く、診療所の21.2%と比較しても高い割合となった。

図表 88 保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等についての情報提供の有無（医師ベース）



保険薬局で後発医薬品に変更した場合の望ましい情報提供のあり方について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「都度、保険薬局からすぐに提供」(それぞれ 58.6%、47.3%) が最も多く、次いで「新たに調剤を変更した時だけ提供」(それぞれ 16.9%、22.5%) となった。

図表 89 保険薬局で後発医薬品に変更した場合の望ましい情報提供のあり方 (医師ベース)

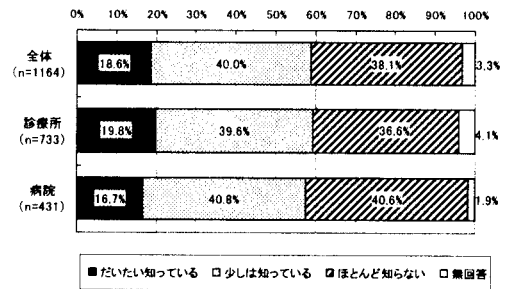


④医師における後発医薬品使用に関する意識等

1) 医師における、後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況 (医師ベース)

後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況について診療所および病院の医師にたずねたところ、医師全体では「少しは知っている」(40.0%) が最も多く、次いで「ほとんど知らない」(38.1%)、「だいたい知っている」(18.6%) であり、この傾向は、診療所と病院でも同様であった。

図表 90 後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況 (医師ベース)

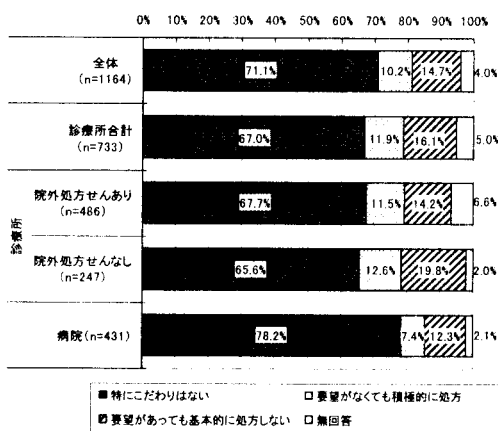


2) 医師における、外来診療時の後発医薬品の処方に関する考え

外来診療時の後発医薬品の処方に関する考えについて診療所および病院の医師にたずねたところ、医師全体では「特にこだわりはない」という回答が 71.1% と最も多かった。また、「要望があっても基本的に処方しない」が 14.7%、「要望があっても積極的に処方」が 10.2% であった。病院の医師では、診療所合計の医師と比較して「特にこだわりはない」という回答割合が 11.2 ポイント高い結果となった。

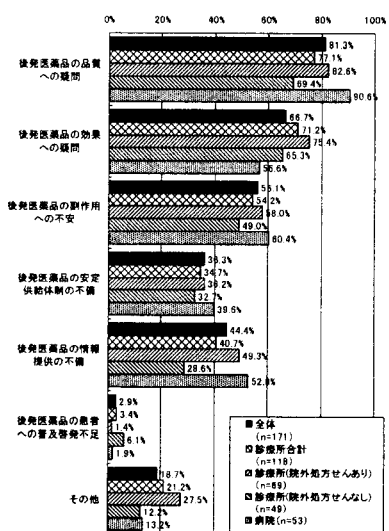
また、「要望があっても積極的に処方」は診療所医師では 11.9%、病院医師では 7.4% であった。さらに、「要望があっても基本的には処方しない」は診療所医師では 16.1%、病院医師では 12.3% であった。

図表 91 外来診療における後発医薬品の処方に関する考え方 (医師ベース)



外来診療において、「患者からの要望があっても後発医薬品を基本的には処方しない」と回答した診療所および病院の医師 (診療所医師 118 人、病院医師 53 人) にその理由をたずねたところ、「後発医薬品の品質への疑問」(「患者からの要望があっても後発医薬品を基本的に処方しない」と回答した医師に占める割合は、診療所医師 77.1%、病院医師 90.6%) が最も多かった。また、「後発医薬品の効果への疑問」(同、診療所医師 71.2%、病院医師 56.6%)、「後発医薬品の副作用への不安」(同、診療所医師 54.2%、病院医師 60.4%) といった回答も多かった。

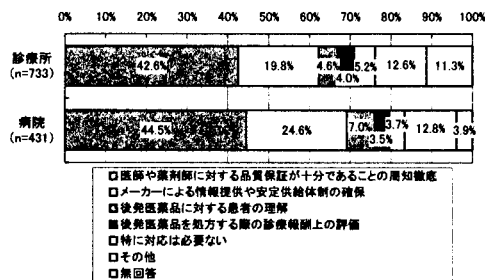
図表 92 外来診療において患者からの要望があっても後発医薬品を基本的に処方しない理由 (医師ベース、複数回答)



### 3) 後発医薬品の処方を進めるための環境

後発医薬品の処方を進めるための環境について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「医師や薬剤師に対する品質保証が十分であることの周知徹底」（それぞれ42.6%、44.5%）が最も多く、次いで「後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保」（それぞれ19.8%、24.6%）となった。

図表 93 後発医薬品の処方を進めるための環境（医師ベース）



### 3) 後発医薬品の検査と保証

- ・ 飲み並みの臨床検査（主作用、副作用、成分安定性、血中・吸収に関するもの、品質の安定性、一定性）を導入してほしい。処方が増えていくが、今のままでは不安だ。
- ・ 薬剤の原料について中国製、インド製などと明記し、安心、安全性など品質保証を徹底してほしい。
- ・ 血中濃度、排泄経路、代謝経路のデータ提出がないのは問題。先発品と同じかどうかだけでもデータ提出は必要だ。
- ・ 安全性の確保のため、すべてオレンジブック（オンライン）で確認している。ところがジェネリックには、主成分のみが先発品と一致しているもの、主成分も副成分も先発品と一致しているもの、といった2種類がある。これをはっきりしてほしい。
- ・ 主成分は効果があるとしても、そのコーティングのため、血中濃度の上昇などのデータが先発品と比較してきわめて少ない（例えば症例数）ように思われる。
- ・ ジェネリック剤が厚生労働省で認可されるには、2種類の試験、生物学的同等性（血中濃度）と溶解度試験をパスすればよいが、ほとんどの薬でデータ数がせいぜい20~30である。統計の常識としては30以上が確保できなければ有意差が出ないのに、これでどうして、先発品とジェネリックが同じ品質だと保証できるのか。

### 4) 後発医薬品処方における薬局と医師

- ・ 薬局で処方せんに変更可とした場合、薬剤名の連絡を受け、またカルテを出して記載する手順が大変で問題だと思われる。
- ・ 商品名では名前がいろいろで覚えられない。成分名にするか、統一品名+A=先発、統一品名+B=後発 にするなど、工夫していただきたい。
- ・ 院内処方後発医薬品を処方していた患者を、院外処方に変更したら調剤薬局で先発医薬品に変更になった。後発医薬品は、医薬品メーカーが多すぎて、調剤薬局が変わるたびに（患者の都合で）処方される薬が変わってしまう。

### 5) 後発医薬品についての広報と説明

- ・ ほとんどの患者はすべての薬に後発医薬品があると思っている。新しい薬には後発医薬品がまだ出ていないことから説明を始めるけれども、後発品について正しく判断してもらうためにとても手間がかかる。
- ・ 後発品の使用が期待されたほど進んでいないのは、先発品とは必ずしも同じ素材でないことが、国民に知られなかったためではないか。価格とひきかえのデメリット（副作用の対応、品質、供給における不安点）などもっとはっきり知らせ、患者が正しい選択ができるようにするべきだ。
- ・ 後発医薬品の品質保証、メーカー情報の信頼性などを一つ一つ話してゆくと、かなり手間と時間がかかる。したがって、現在行っているような啓蒙活動がさらに必要だ。是非継続し、ジェネリックのイメージアップを図ってほしい。

### ⑩診療所における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、診療所に記載していただいた内容のとりまとめを行った。

#### 1) 後発医薬品の供給体制

##### 後発医薬品メーカーのMRの問題

- ・ 後発のメーカーは購入の際はMRが来院するが、それ以外の時は売ったらそれきりのところも多い。情報は全然持ってきてくれない。
- ・ 後発品の品質とメーカーの責任体制が明らかに向上・確立されること。一度先発品を患者希望により後発品へ変更したが、強い副作用のため対応に苦労した。報告連絡すべきMRがないことが問題。
- ・ プロパーが各医師に説明できるようにする。後発品メーカーのプロパーの教育がなされていない。営業マンではだめだ。
- ・ 後発医薬品を使用して皮膚のかぶれが目立ったときなど、メーカーの担当者に連絡しても、データがないとの答えがある。おそらく、販売までに多く試験がなされていないと推測した。

##### 薬局の供給体制

- ・ 「先発品しか買っていないので、それに変更したい」という連絡をくれる薬局がある。「本人が同意すればOK」と答えているが、高血圧、高脂血症、糖尿病などの薬は、せめて一種類の後発品を用意するか、すぐ取り寄せる方策を、各薬局に用意してほしいものだ。

#### 2) 後発医薬品の品質と表示

- ・ 気管支拡張剤などの貼付剤で、後発医薬品が有効でない場合がある。
- ・ 特に循環器の後発医薬品は危ないように思う。
- ・ 人数は少ないが、後発品変更後、アレルギー症状が出た患者がいた。薬品の基剤、コーティング等も明らかにする必要あり。
- ・ 皮膚科で使用する外用剤は基剤が違えば全く別のものである。主成分が同じだからと言って同薬剤とは認められない。
- ・ 小児用のドライシロップ、散薬などでは、先発品と味がまったく異なる。味が落ちる場合には後発品を使いたくても使えない場合が多い（多くの場合先発品の方が味が良い）。また成分は同じでも、顆粒のざらつきや香りが先発品と異なったものがある。
- ・ 使用上の注意、相互作用、薬物動態、副作用などの記載について、先発メーカーと同様に細かく書くことが望ましい。「お分かりでしょう、お使ください」という感じを受ける。

- ・ いくら安くても内容の情報が不十分であれば、自分の体に入るものであるから選択は慎重になる。メーカーも後発医薬品を売りたいのであれば、もっとコマーシャル活動や啓蒙活動を行い、消費者に魅力ある製品をアピールして社会的認知を得なければ、この状況は変えられないと思う。

#### 6) 後発医薬品を使用する際の責任所在

- ・ 医師が先発医薬品を処方し、薬局で勝手に後発品に変えられ、もし患者に副作用等が顕著に出現した場合、誰が責任を負うのか。国か、医師か、薬剤師か、患者本人か。
- ・ 健康保険組合が「安い方に切り替える」という指示をしているが、点眼等の外用薬を30年以上使用し、副作用が生じた場合、その責任を誰がとるのか。30年先までの科学は信用できない。信用できないということ、きちんと認めるべきだ。
- ・ 後発品が先発品と同じと言うのはミスリードだ。添加物等で大きな違いがある。それを知っているという前提で、低価格等で患者がリスクをとって選択されるのは問題ないと考える。
- ・ 後発品メーカーは比較的小さな会社であることが多く、もし予期しない大規模な副作用が発生した場合、患者が十分な補償を受けられるか心配である。
- ・ 以前、当院において後発品を使用した際、肝機能の悪化を来し、先発品に変えたところ治った。そのことを報告し、聞いたけど、「分からない」の一点張り。数か月後、吸光度の測定方法の違いにより内容物が足りないという厚生労働省からの文書を得た。再度聞いたとしても返答はなかった。このような無責任なメーカーがあるため、人の命を預かる人間として後発品を使用できない。

#### 7) その他

- ・ 基本的に先発品メーカーが苦労して先発品を作り上げて、はじめて後発品が存続し得るわけであるから、先発品の評価も忘れてはならない。このままだと、素晴らしい新薬が出てなくなるのではないかと危惧している。
- ・ 薬価差による医師のメリットが存在しない。使用促進に国家予算をつけるのなら診療報酬上にメリットをつけるべきである。
- ・ 公費負担にて、自己負担ゼロの患者には、後発品に限定すべきであり、先発品希望の場合は、1~3割の自己負担とすべきである。
- ・ 後発医薬品の使用を促すのは良いが、金で釣る施策はとるべきではない。医療界から善意と奉仕の精神が消失してしまう。
- ・ 患者の経済的理由で患者自ら後発医薬品を望まれるのは問題ないが、安価であることのみを全面に出して患者を誘導するのは好ましくない。価格より、安心や性能を評価して、先発品を好む人も多いはずだ。

### ①病院における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、病院に記載していただいた内容のとりまとめを行った。

#### 1) 後発医薬品の供給体制

##### 後発医薬品メーカー

- 供給体制が悪く、発注を掛けても納品までに相当時間がかかる。
- 商品名の変更に伴い、混乱することがある。
- 先発品が供給不安定であった際、後発品メーカーはチャンスであると思うが積極的な動きはみられず、むしろどこも供給不安定となってしまった。
- 後発品の抗生物質を発売していたが、近県では当院以外は2病院しか購入していないため卸に在庫がなく、メーカーからの輸送をばらばらした状態で待ったことも2度同じ薬品である。保管代替品がないか尋ねても、県によってはあまり流通していないようだ。
- 各医療施設が後発医薬品の導入促進のため、せっかく後発品を検討していても導入が遅くなったり、品質やDIなどから病院として良いと思う後発品を選ばなかったりするため、増産体制のある後発品しか導入できなくなる状況である。国としても、後発品の増産を後押しして欲しい。
- 回収品が出て、卸のMSからの情報提供のみで、MRからの情報提供がない。回収ロットがなくても、情報提供はMRが行うべきである。先発品メーカーは行っている。
- 製品の情報提供を依頼したとき「何で資料提供しなければならぬのか」と本社のDI室に言われたとMRに言われた。後発品メーカーは、情報提供が免除されている訳ではないと思う。
- 後発医薬品の医薬品情報の供給不足に関して、以前と比べ、情報提供は行われるようになったが、まだまだ先発メーカーと比較すると質・量ともに少ない。患者へのパンフレット等、指導上必要な資料も不十分である。

#### 2) 後発医薬品の品質と表示

- 先発品と後発品に適應症の違いがあること。情報提供の充実化が必要。
- 入院患者に対しては、後発品で問題ない。積極的に導入し、患者の負担軽減に努めたい。
- 薬品の飲み方や使用方法など、患者向けの冊子などの提供が少ない。作成されていない。
- 医薬品によってはカタカナでカプセル本体に薬品を印字しているものがあり、これに関しては、誰が見てもわかるのでいいと思う。
- 後発医薬品の銘柄が、多種多様で、薬の判別が複雑化。後発医薬品の銘柄は、成分名一会社名などの統一化を希望。

80

#### 6) 後発医薬品を促進するための理念と実績

- 後発医薬品メーカーは先発メーカーから自由に医薬品データを引き出せるようにならないといつまでたっても普及しないと思う。体制作りを望む。
- 度々の薬価改正で後発品の薬価は引き下げられ、最低薬価へ一直線。おかげで先発品より後発品の方が利益が低い(少ない)ものが増えるなど、後発品のメリットが減少した。後発品は市場価を調べて先発品同様に薬価を下げたのでは、後発品メーカーが成り立たなくなるのではと心配でならない。十分安いから、薬価改正時に下げるとき、一定の係数でもかけて少な目に下げたほうがいい薬剤も多いと思われる。
- 市場の約7割の医薬品について小児の適應がないのに、あえて後発品に変更する必要性を疑問視する。小児医療の場合、後発医薬品を使用しても患者のメリットがない。どちらを使用しても支払いが発生しない。

### ②病院医師における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、病院の医師に記載していただいた内容のとりまとめを行った。

#### 1) 後発医薬品の品質と表示

##### 効果・効能の問題

- 化学的には同効でも、剤型、純度、不純物、保存剤、吸収性などに差がある。抗生剤、向精神薬などで、しばしば薬効不足を感じる。
- 先発品との賦形剤も同様にするようにしていけば後発品の信頼性も高まると思う。
- 軟膏は後発品であると効果が弱いなどといったことがあり困っている。内服薬も同様ではと危惧する。
- DPC、回復期病棟、老人保健施設、介護施設など包括医療になり、その度にいろいろな後発品がバラバラに患者に処方され、患者がかわいそうである。

##### 商品名の問題

- 高齢の患者にとって薬の名前を覚えることは難しい。
- 後発品薬品の名前が覚えきれない。その都度、医薬品集を見なければならず大変だ。
- 患者が持参した他院処方後発品の一般名が判らず、診療上トラブルとなることがあった。勘違い処方のような事件が再発する危険がある。
- 後発品の商品名が冗雑していて、医療事故が心配だ。後発品の商品名は「先発品名-後発品メーカー名」に統一すればどうか。商品名の特許の問題は、例えば売上の1%を後発品メーカーが先発品メーカーに支払うのではためだろうか。

82

#### 3) 後発医薬品の検査と保証

- 後発品上市後の市販後調査のようなモニタリング機構をメーカーがつくるのではなく、厚生労働省が責任をもって作る必要がある。
- 当院は、がん専門病院であり、抗がん剤の後発品導入を検討している。しかし、現状の抗がん剤後発品薬価取裁品目が少なく、また、有効性・安全性等が担保された臨床試験等による評価がなされていないため、導入が難しい状況となっている。医薬品費の節減に大きな影響が考えられる抗がん剤後発品導入の方向性を示していただきたい。
- 先発品との同等性試験のAUC、Cmax、Tmax、t1/2のデータについて一部しか公表していないメーカーがあるので、全てを公開してほしい。また、先発品は過剰試験まで行っているが、後発品においても徹底してほしい。以上2項目については少なくともホームページで調べられるようにしてほしい。現状では、以上2項目のデータが揃っていないと安心して後発品を選択できない。
- 当院では、抗がん剤注射をかなりの割合で後発品に変更している。導入にあたって今まで苦労したことは、先発品と比較した抗がん剤活性データがないことであった。含有量が同じでも許容範囲でかなりの幅が出る。下限と上限では差が出るかもしれないし、効力が同等という証拠にはならないということが問題だった。抗がん剤後発品導入の申請許可にあたって、この点のデータを要望する。

#### 4) 後発医薬品処方における医師と薬局

- 勤務医と開業医との間には、後発品に対する考え方に（地方に行けば行く程）、温度差がある。病院の場合、管理職がトップダウン的な方策を取らない限り、後発品に対する処方促進は望めない。
- 周囲に影響のある医師が、先発品に対する信仰が強く、後発品導入が難しい。
- 調剤薬局での変更後の剤型（大きさ等）が把握しにくく、患者の訴えをうまく主治医が把握できない。情報提供が問題だが、そのあたりを全て理解している医師が少ない。

#### 5) 後発医薬品を使用する際の責任所在

- 医師側に後発品使用に対する抵抗感が非常に強く、導入が進まない。後発品を患者に使用したが想定通りの機能が発揮されなかった場合、先発品を使用しなかったことに対して責任を問われる場合がある。との懸念からだと考えられる。
- 使用するのに多くの医師がためらいを感じている。患者の責任で服用するのであればよいが、そもそも後発品薬の薬効（薬剤の効果）と副作用は先発品と同じとは言えないため、後発品に変更した場合、その薬剤で副作用や効力の低下がみられれば、責任をとらなければならないため、進んで後発品に変更するのは危険と考えている。

81

#### 2) 後発医薬品の検査と保証

- 後発品がどこで（海外も含めて）どのように製造されているのか、中国の食品問題と同じようなことが生じないだろうか、常に不安がある。それらに関する情報提供が必要。
- 日本における後発品は、主成分が同じであれば製法や添加物が異なっても良い。従って同等性に対する保証が今一つないと思う。
- 先発品と同等の効果があるのか、品質は安全なのかという心配が常にあり、積極的に使用する気持ちになれない。国家レベルの治験、効果測定などは非やってもらいたい。
- 後発品データのいい加減なものがある。同じ薬物が同量含まれているからと言って体内で同様に吸収されるかは疑問。後発品を推進するならもっと症例数を増やした治験を行い、生物学的に同等であることを証明してほしい。

#### 3) 後発医薬品処方における医師と薬局

- 後発品と一括りにすると、信頼できるメーカーの品も、弱小メーカーの品も、同じ扱いである点が不満だ。例えば、「アロプリノール剤ならゼイロリック・サロベール・アロシトル・リポールのどれかなら可」と複数指定できればよいが、非現実的である。
- 後発品を処方したところ、調剤薬局より先発品に変更してほしいという連絡がある。薬局への指導はどうなっているのだろうか。

#### 4) 後発医薬品の広報と説明

- 後発品は先発品と同じのTVコマーシャルがあるが、「完全に同じもの」ではないと、もっと患者や一般市民に説明してほしい。DPC導入も含め、後発品の導入によるメリットと特にデメリットも、国などが中心に説明してほしい。現場の「医師」に説明させるのはあまりに酷であるとする。
- 適應症や添加物が先発品等と同等かどうかといった点で、先発品と差がないことが明示され、周知される必要がある。
- 明らかに薬効が劣る後発品があるのも事実。こういったネガティブな情報も公にする必要がある。
- 後発品は安価であることが強調されているが、安全性の検証は先発品と同等ではないことを周知すべきだと考える。その上で、患者が自己決定するのであれば何も問題はない。

#### 5) 後発医薬品を使用する際の責任所在

- 先発品よりも効果の劣る後発品のために疾病が悪化した場合、あるいはジェネリックメーカー独自の問題（原料、製造上、保管など）で薬害が生じた場合、その責任は誰が負うのか。そのメーカーの責任だけではないのか。現在のような後発品使用推進政策の下では、医師は個別の後発品の処方では責任が持たない。その薬品を採用した薬局やそ

83

れを了承した患者本人の責任か。

- ・医薬品にも偽装は起こり得るということを考慮しておかなければいけない。にもかかわらず、この領域では実際の被害と罰則のバランスが悪すぎる。

6) 後発医薬品を促進するための理念と実績

- ・後発品と先発品と区別があってもならず、突き詰めて言えば値段に差がつくこともおかしいと考えられる。先発品の値段を下げて一本化すべきであると思う。
- ・後発医薬品を作ることが全ていいことなのではないと思う。高齢の患者には薬の名前も覚えることが不可能で、医師の方も同じようなものだ。資金を費やして再度試験をして、また副作用のことも確認していくより、先発の薬を安価で売るようにした方が、患者・医療側も安全で安心のように思える。
- ・後発医薬品を積極的に使用することとすると製薬会社で新薬を開発する積極的姿勢が失われるのが心配である。つまり、新薬を開発するよりも、利益の上がった後発品の方向へ行ってしまう、ということがないようにしてほしい。
- ・「財政中立的に、ジェネリック薬使用により削減された医療費を、革新的新薬の開発・利用に振り向ける」という方針には期待するが、実際にどれほど実行されているのかが伝わってこれば良いと思う。

(4) 患者調査の結果概要

【調査対象等】

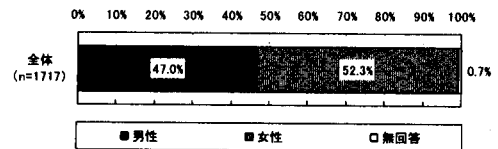
○患者調査  
 調査対象：「保険薬局調査」の対象施設に調査日に処方せんを持って来局した患者。  
 ただし、1施設につき最大4名の患者を対象とした。(4名の内訳は、65歳以上の男性・女性 各1名、65歳未満の男性・女性 各1名)  
 回答数：1,717人  
 回答者：患者本人または家族  
 調査方法：調査対象薬局を通じて配布。回収は各患者から調査事務局宛の返信用封筒にて直接回収。

①回答者の属性

1) 性別

回答者の性別についてみると、「男性」が47.0%、「女性」が52.3%であった。

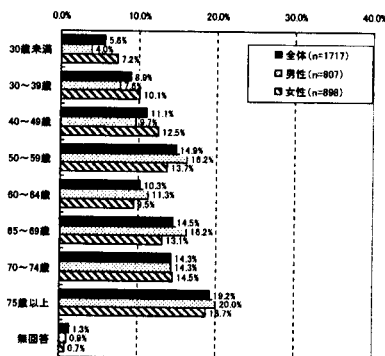
図表 94 性別



2) 年齢

回答者の年齢についてみると、全体では「75歳以上」(19.2%)が最も多く、次いで「50～59歳」(14.9%)、「65～69歳」(14.5%)となった。  
 年齢の平均は59.8歳(標準偏差16.9、中央値64.0)であった。

図表 95 男女別 年齢分布



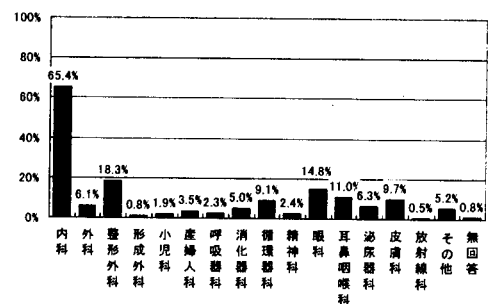
図表 96 平均年齢

年齢(歳)	59.8	16.9	97.0	0.0	64.0
-------	------	------	------	-----	------

3) 受診した診療科

受診した診療科についてみると、「内科」(65.4%)が最も多く、次いで「整形外科」(18.3%)、「眼科」(14.8%)、「耳鼻咽喉科」(11.0%)であった。

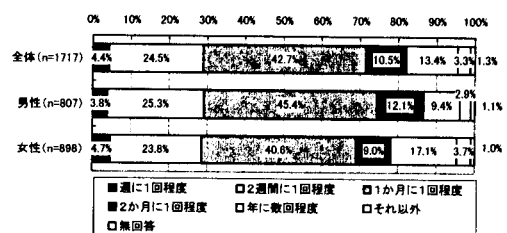
図表 97 受診した診療科 (複数回答、n=1717)



4) 薬局への来局頻度

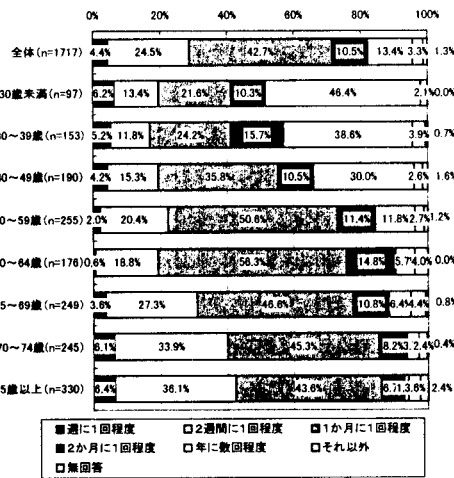
薬局への来局頻度についてみると、全体では「1か月に1回程度」(42.7%)が最も多く、次いで「2週間に1回程度」(24.5%)、「年に数回程度」(13.4%)であった。男性と比べて、女性では「年に数回程度」という回答割合が7.7ポイント高かった。

図表 98 薬局への来局頻度 (男女別)



薬局への来局頻度について年齢階層別にみると、40歳以上ではどの年齢階層においても「1か月に1回程度」が最も多かった。また、65歳以上では「2週間に1回程度」の回答割合も高くなる傾向がみられた。「週に1回程度」「2週間に1回程度」および「1か月に1回程度」を合わせた割合は、「65～69歳」では77.5%、「70～74歳」では85.3%、「75歳以上」では86.1%となった。

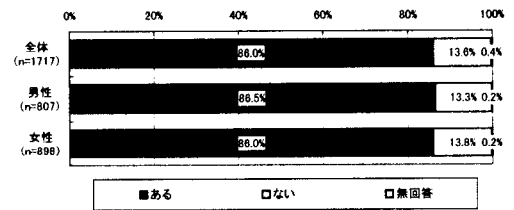
図表 99 薬局への来局頻度（年齢階層別）



5) かかりつけ薬局の有無

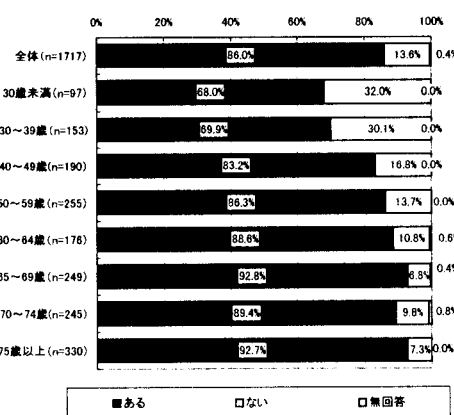
かかりつけ薬局の有無について男女別にみると、男女ともに「ある」という回答が9割近くとなった。

図表 100 かかりつけ薬局の有無（男女別）



かかりつけ薬局の有無について年齢階層別にみると、40歳未満では「ある」という回答は7割に達していないが、40歳以上の各年齢層においては、「ある」という回答が8割を超えた。特に「65～69歳」と「75歳以上」では、「ある」という回答は、それぞれ92.8%、92.7%と9割を超える結果となった。

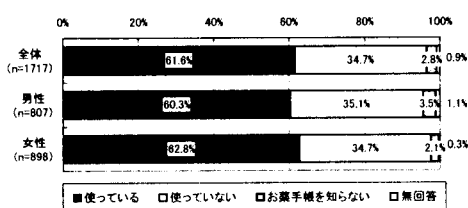
図表 101 かかりつけ薬局の有無（年齢階層別）



6) お薬手帳の使用状況

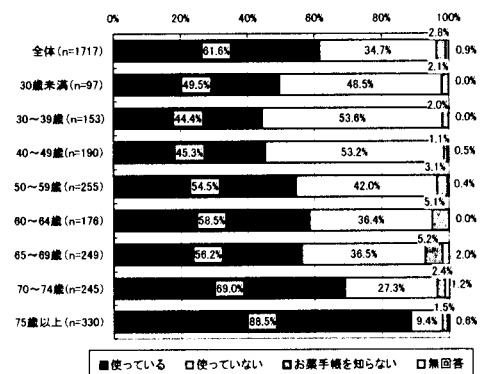
お薬手帳の使用状況について男女別にみると、男女ともに「使っている」という回答がおよそ6割を占めた。

図表 102 お薬手帳の使用状況（男女別）



お薬手帳の使用状況について年齢階層別にみると、50歳以上の各年齢層においては、「使っている」という回答が5割を超えており、年齢が高くなるにしたがってお薬手帳を使用する割合が高くなる傾向がみられた。特に75歳以上ではお薬手帳を「使っている」という割合が88.5%となっており、すべての年齢層の中で最も高い割合となった。

図表 103 お薬手帳の使用状況（年齢階層別）





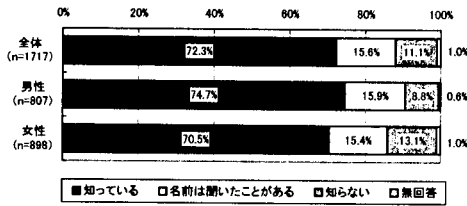
②後発医薬品の使用状況

1) 後発医薬品の認知度

後発医薬品の認知状況についてみると、全体では、「知っている」が72.3%、「名前は聞いたことがある」が15.6%、「知らない」が11.1%であった。

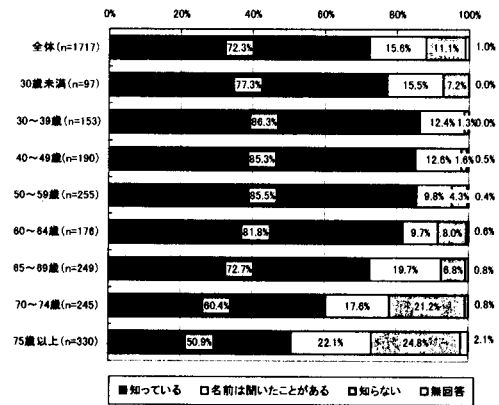
後発医薬品の認知状況について男女別にみると、後発医薬品を「知っている」という回答は、男性では74.7%、女性では70.5%となり、男性の方が女性よりも4.2ポイント高い結果となった。

図表 104 後発医薬品の認知状況 (男女別)



後発医薬品の認知状況について年齢階層別にみると、年齢が高くなるにしたがって認知度が低くなる傾向がみられた。75歳以上では、後発医薬品を「知らない」という回答が24.8%と、4人に1人が後発医薬品を「知らない」という結果となった。

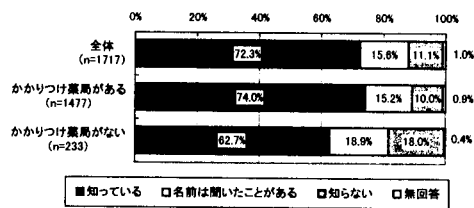
図表 105 後発医薬品の認知状況 (年齢階層別)



後発医薬品の認知状況についてかかりつけ薬局の有無別にみると、後発医薬品を「知っている」という回答は、「かかりつけ薬局がある」患者では74.0%、「かかりつけ薬局がない」患者では62.7%となり、11.3ポイントの差があった。

一方、後発医薬品を「知らない」という回答割合をみると、「かかりつけ薬局がある」患者では10.0%となったが、「かかりつけ薬局がない」患者では18.0%と「かかりつけ薬局がある」患者と比較して8ポイント高い結果となった。

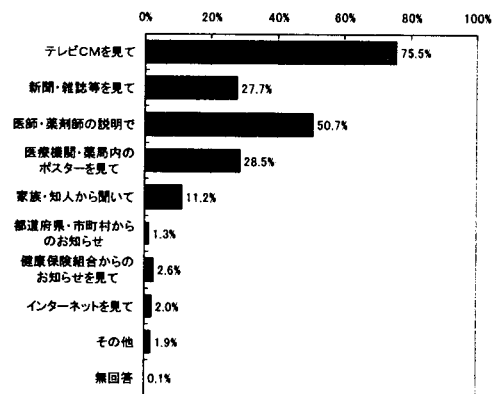
図表 106 後発医薬品の認知状況 (かかりつけ薬局の有無別)



2) 後発医薬品の認知方法

後発医薬品の認知方法について、後発医薬品を知っている人にたずねたところ、「テレビCMを見て」(75.5%)が最も多く、次いで「医師・薬剤師の説明で」(50.7%)、「医療機関・薬局内のポスターを見て」(28.5%)、「新聞・雑誌等を見て」(27.7%)の順となった。

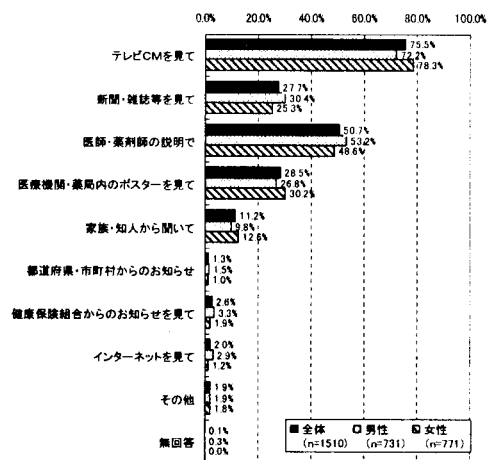
図表 107 後発医薬品の認知方法 (後発医薬品を知っている人、n=1510)



後発医薬品の認知方法について男女別にみると、女性と比較して男性での回答割合が相対的に高かったのは、「新聞・雑誌等を見て」（男性が女性より5.1ポイント高い）、「医師・薬剤師の説明で」（男性が女性より4.6ポイント高い）であった。

一方、男性と比較して女性での回答割合が相対的に高かったのは、「テレビCMを見て」（女性が男性より6.1ポイント高い）、「医療機関・薬局内のポスターを見て」（女性が男性より3.4ポイント高い）、「家族・知人から聞いて」（女性が男性より2.8ポイント高い）であった。

図表 108 後発医薬品の認知方法（後発医薬品を知っている人、男女別、n=1510）



後発医薬品の認知方法について年齢階層別にみると、「テレビCMを見て」という回答割合がどの年齢層においても最も高かったが、65歳以上ではその割合が他の年齢層と比較して低くなる傾向がみられた。75歳以上では、「テレビCMを見て」が最も高いという点では他の年齢層と同じであるが、「医師・薬剤師の説明で」という回答割合が52.7%と高い結果となった。

図表 109 後発医薬品の認知方法（後発医薬品を知っている人、年齢階層別）

(単位：上段「人」、下段「%」)

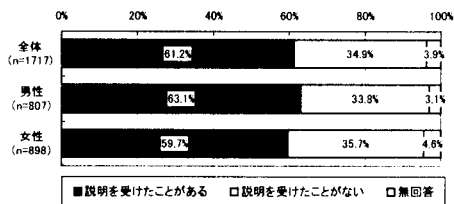
	1510	1140	418	766	430	169	19	39	30	28	2
全体	100.0	75.5	27.7	50.7	28.5	11.2	1.3	2.6	2.0	1.9	0.1
30歳未満	90	64	14	42	25	14	0	0	2	5	0
30～39歳	100.0	71.1	15.6	46.7	27.8	15.6	0.0	0.0	2.2	5.6	0.0
40～49歳	151	126	37	69	49	9	2	3	9	6	0
50～59歳	100.0	83.4	24.5	45.7	32.5	6.0	1.3	2.0	6.0	4.0	0.0
60～64歳	186	154	66	106	60	12	4	7	9	5	0
65～69歳	100.0	82.8	35.5	57.0	32.3	6.5	2.2	3.8	4.8	2.7	0.0
70～74歳	243	206	86	112	80	35	7	12	1	5	0
75歳以上	100.0	84.8	35.4	46.1	32.9	14.4	2.9	4.9	0.4	2.1	0.0
30～39歳	161	119	44	86	45	20	0	4	1	1	0
40～49歳	100.0	73.9	27.3	53.4	28.0	12.4	0.0	2.5	0.6	0.6	0.0
50～59歳	230	174	56	122	68	25	1	3	5	1	0
60～64歳	100.0	75.7	24.3	53.0	29.6	10.9	0.4	1.3	2.2	0.4	0.0
65～69歳	191	136	59	96	52	24	0	5	1	3	0
70～74歳	100.0	71.2	30.9	50.3	27.2	12.6	0.0	2.6	0.5	1.6	0.0
75歳以上	241	147	54	127	49	30	5	4	1	2	2
75歳以上	100.0	61.0	22.4	52.7	20.3	12.4	2.1	1.7	0.4	0.8	0.8

3) 医師や薬剤師からの後発医薬品の説明の有無

医師や薬剤師からの後発医薬品の説明の有無について男女別にみると、全体では、医師や薬剤師から後発医薬品について「説明を受けたことがある」が61.2%、「説明を受けたことがない」が34.9%であった。

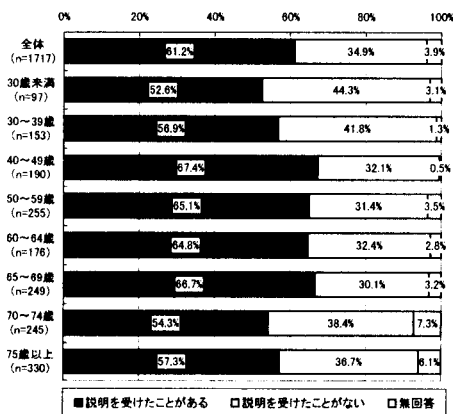
男女別にみると、女性は男性と比べて、「説明を受けたことがある」が3.4ポイント低かった。

図表 110 医師や薬剤師からの後発医薬品の説明の有無（男女別）



医師や薬剤師からの後発医薬品の説明の有無について年齢階層別にみると、40歳以上70歳未満では「医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがある」が65%前後であるのに対し、40歳未満と70歳以上の各年齢層ではいずれも60%未満とやや低い数値となった。

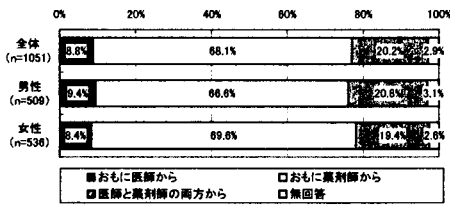
図表 111 医師や薬剤師からの後発医薬品の説明の有無（年齢階層別）



4) 後発医薬品の主な説明者

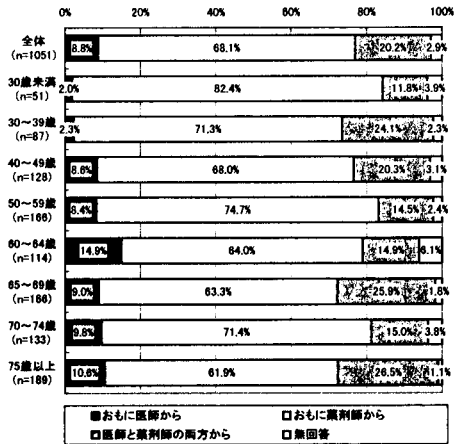
後発医薬品の主な説明者についてみると、「おもに薬剤師から」が68.1%で最も多かった。次いで、「医師と薬剤師の両方から」が20.2%、「おもに医師から」が8.8%であった。男女別による大きな差異はみられなかった。

図表 112 主な説明者（説明を受けたことがある人、男女別）



後発医薬品の主な説明者について年齢階層別にみると、どの年齢層においても「おもに薬剤師から」が6割を超え、最も多かった。「30～39歳」、「65～69歳」、「75歳以上」では、「医師と薬剤師の両方から」が「全体」や他の年齢層と比較して相対的に高い結果となった。

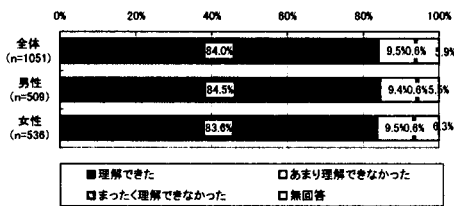
図表 113 主な説明者（説明を受けたことがある人、年齢階層別）



5) 後発医薬品についての説明内容の理解度

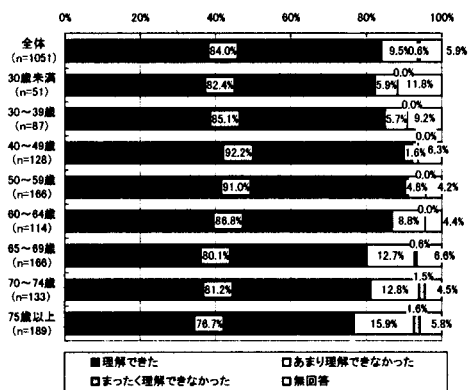
後発医薬品についての説明内容の理解度についてみると、「理解できた」が84.0%、「あまり理解できなかった」が9.5%、「まったく理解できなかった」が0.6%であった。男女別にみても、大きな差異はみられなかった。

図表 114 説明された内容の理解度（説明を受けたことがある人、男女別）



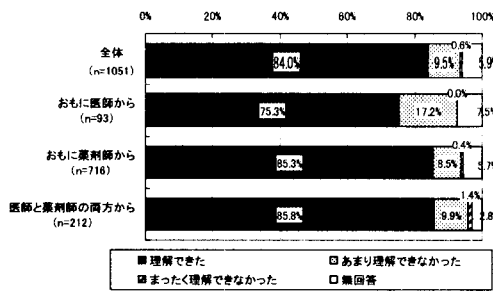
後発医薬品についての説明内容の理解度について年齢階層別にみると、どの年齢層も「理解できた」が最も多いが、その割合は、「65～69歳」では80.1%、「70～74歳」では81.2%、「75歳以上」では76.7%となっており、「全体」や他の年齢層と比較して低い結果となった。60歳以上についてみると、年齢層が高くなるにしたがって、「あまり理解できなかった」「まったく理解できなかった」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 115 説明された内容の理解度（説明を受けたことがある人、年齢階層別）



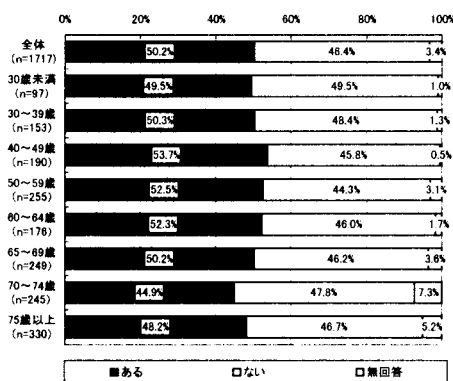
後発医薬品についての説明内容の理解度について、主な説明者別にみると、「おもに医師から」と回答した患者では「理解できた」が75.3%、「あまり理解できなかった」が17.2%であった。「おもに薬剤師から」と回答した患者では「理解できた」が85.3%、「あまり理解できなかった」が8.5%であった。また、「医師と薬剤師の両方から」と回答した患者では「理解できた」が85.8%、「あまり理解できなかった」が9.9%となった。

図表 116 説明された内容の理解度（説明を受けたことがある人、主な説明者別）



後発医薬品の使用経験の有無について年齢層別に見ると、「40～49歳」では使用経験が「ある」という回答が53.7%で、すべての年齢層で最も高い割合となった。一方、「70～74歳」では「ある」が44.9%で最も低い結果となった。

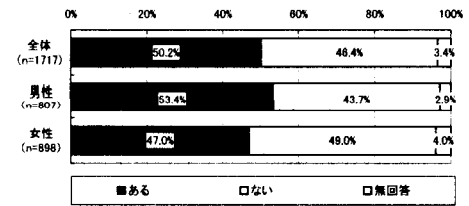
図表 118 後発医薬品の使用経験の有無（年齢層別）



6) 後発医薬品の使用経験の有無

後発医薬品の使用経験の有無についてみると、全体では、後発医薬品の使用経験が「ある」が50.2%、「ない」が46.4%であった。男女別にみると、男性は女性と比較して「ある」という回答が6.4ポイント高い結果となった。

図表 117 後発医薬品の使用経験の有無（男女別）

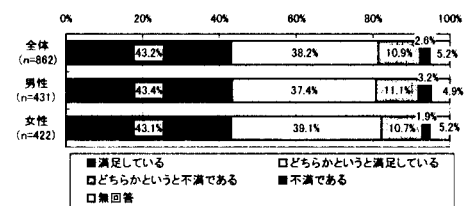


7) 後発医薬品を使用した満足度

後発医薬品を使用した満足度についてみると、全体では、「満足している」が43.2%、「どちらかというと満足している」が38.2%、「どちらかというと不満である」が10.9%、「不満である」が2.6%であった。

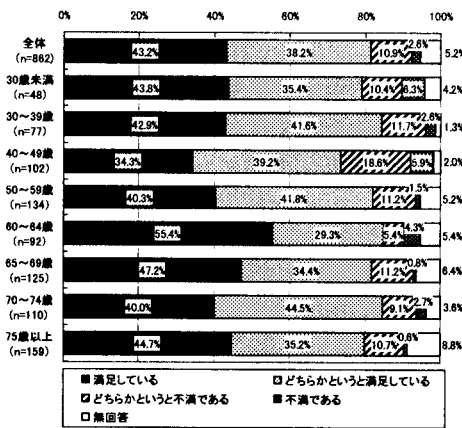
男女別にみると、満足とする回答（「満足している」と「どちらかというと満足している」を合計した割合）は男女ともに8割を超え、不満とする回答（「どちらかというと不満である」と「不満である」を合計した割合）は1割程度となった。

図表 119 後発医薬品の使用の満足度（使用経験ある人、男女別）



後発医薬品を使用した満足度について年齢階層別にみると、満足しているという回答（「満足している」と「どちらかという満足している」を合計した割合）は、「40～49歳」では73.5%とやや低くなっているものの、他の年齢層ではおよそ8割前後となった。

図表 120 後発医薬品の使用の満足度（使用経験のある人、年齢階層別）

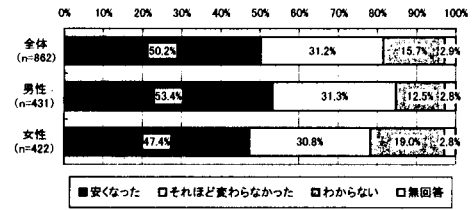


7) 窓口での薬代の負担感

窓口での薬代の負担感について、後発医薬品の使用経験のある人にたずねたところ、「全体」では「安くなった」が50.2%、「それほど変わらなかった」が31.2%、「わからない」が15.7%、「わからない」が15.7%であった。

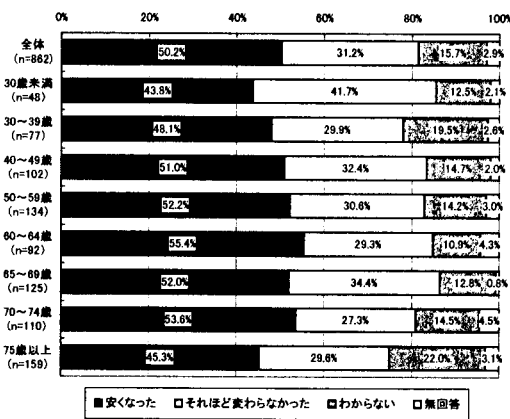
男女別にみると、男性では「安くなった」が53.4%となり、女性（47.4%）と比較して「安くなった」という回答が6ポイント高い結果となった。

図表 121 窓口での薬代の負担感（使用経験のある人、男女別）



窓口での薬代の負担感について年齢階層別にみると、30歳未満と75歳以上では「安くなった」という回答が「全体」や他の年齢層と比較して低かった。「30～39歳」と「75歳以上」では「わからない」という回答がおおよそ2割を占めており、他の年齢層と比較して相対的に高い結果となった。

図表 122 窓口での薬代の負担感（使用経験のある人、年齢階層別）

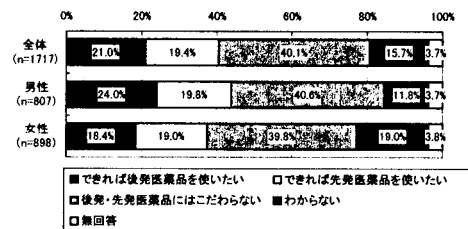


8) 今後の後発医薬品使用に対する考え方

今後の後発医薬品使用に対する考え方についてみると、全体では、「後発・先発医薬品にはこだわらない」が40.1%で最も多く、次いで「できれば後発医薬品を使いたい」が21.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が19.4%、「わからない」が15.7%であった。

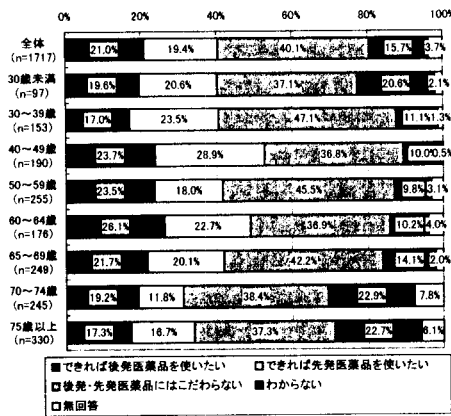
男女別にみると、男性では「できれば後発医薬品を使いたい」が24.0%となっており、女性（18.4%）と比較して、5.6ポイント高い結果となった。

図表 123 後発医薬品使用に対する考え方（男女別）



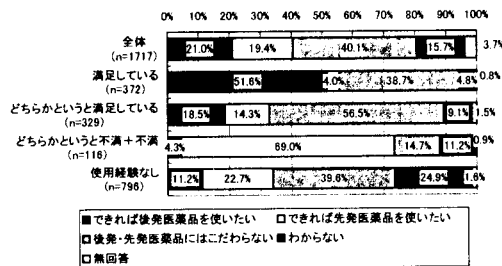
後発医薬品使用に対する考え方について年齢階層別にみると、50歳未満までの年齢階層では「できれば後発医薬品を使いたい」に比べ「できれば先発医薬品を使いたい」の割合が高いが、50歳以降では逆転しており、「できれば後発医薬品を使いたい」が「できれば先発医薬品を使いたい」を上回る数値となった。

図表 124 後発医薬品使用に対する考え方（年齢階層別）



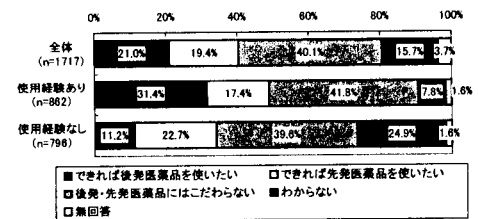
後発医薬品使用に対する考え方について後発医薬品に対する満足度別にみると、「後発医薬品に満足している」という患者では「できれば後発医薬品を使いたい」(51.6%)が最も多く、次いで「後発・先発医薬品にはこだわらない」(38.7%)、「できれば先発医薬品を使いたい」(4.0%)の順となった。また、「どちらかという満足している」という患者では「後発医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(56.5%)が最も多く、次いで「できれば後発医薬品を使いたい」(18.5%)、「できれば先発医薬品を使いたい」(14.3%)の順となった。「どちらかという不満+不満」の患者では「できれば先発医薬品を使いたい」(69.0%)が最も多く、次いで「後発・先発医薬品にはこだわらない」(14.7%)、「できれば後発医薬品を使いたい」(4.3%)の順となった。

図表 126 後発医薬品使用に対する考え方（後発医薬品に対する満足度別）



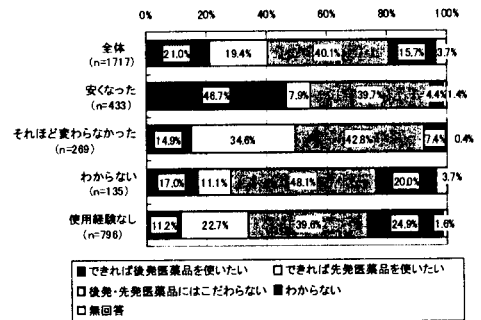
後発医薬品使用に対する考え方について後発医薬品の使用経験別にみると、「使用経験あり」の患者では「できれば後発医薬品を使いたい」が31.4%となり、「使用経験なし」の患者の回答(11.2%)と比較して20.2ポイント高い結果となった。「使用経験なし」の患者では「わからない」が24.9%となっており、「使用経験あり」の患者と比較して17.1ポイント高かった。

図表 125 後発医薬品使用に対する考え方（後発医薬品の使用経験別）



後発医薬品使用に対する考え方について窓口での薬代の負担感別にみると、「安くなった」という患者では「できれば後発医薬品を使いたい」(46.7%)が最も多く、次いで「後発医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(39.7%)、「できれば先発医薬品を使いたい」(7.9%)の順となった。また、窓口の負担が「それほど変わらなかった」という患者では「後発医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(42.8%)が最も多く、次いで「できれば後発医薬品を使いたい」(34.6%)、「できれば先発医薬品を使いたい」(14.9%)の順となった。

図表 127 後発医薬品使用に対する考え方（窓口の薬代の負担感別）

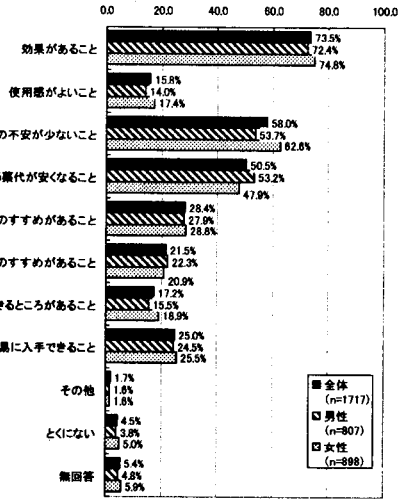


9) 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと

後発医薬品を使用するにあたって必要なことについてみると、「全体」では、「効果があること」(73.5%)が最も高く、次いで「副作用の不安が少ないこと」(58.0%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(50.5%)となった。

男女別にみると、男女ともに「効果があること」(男性72.4%、女性74.8%)が最も高く、次いで「副作用の不安が少ないこと」(男性53.7%、女性62.6%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(男性53.2%、女性47.9%)の順となった。女性では男性と比較して「副作用の不安が少ないこと」の回答割合が8.9ポイント高い結果となった。一方、男性では女性と比較して「窓口で支払う薬代が安くなること」の回答割合が5.3ポイント高い結果となった。

図表 128 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと (複数回答、男女別)



(注)「全体」には性別について無回答だった12人が含まれている。

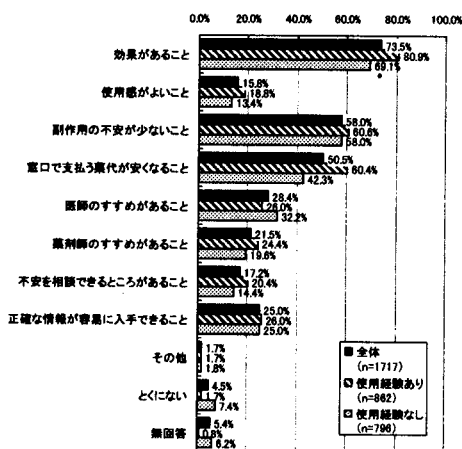
後発医薬品を使用するにあたって必要なことについて年齢階層別にみると、どの年齢層においても「効果があること」、「副作用の不安が少ないこと」、「窓口で支払う薬代が安くなること」が上位を占めている。また、年齢層が高くなるにしたがって、「医師のすすめがあること」、「薬剤師のすすめがあること」が高くなる傾向がみられた。

図表 129 後発医薬品の使用に必要なこと (複数回答、年齢階層別)

	1717	1262	271	996	887	488	369	295	429	29	77	92
全体	100.0	73.5	15.8	58.0	50.5	28.4	21.5	17.2	25.0	1.7	4.5	5.4
30歳未満	97	82	23	82	51	24	18	17	24	6	3	0
30~39歳	100.0	84.5	23.7	63.9	52.6	24.7	18.6	17.5	24.7	6.2	3.1	0.0
40~49歳	153	127	36	96	89	33	24	22	30	5	7	3
50~59歳	100.0	83.0	23.5	62.7	56.2	21.6	15.7	14.4	19.6	3.3	4.6	2.0
60~64歳	190	154	40	131	103	47	39	36	51	5	6	3
65~69歳	100.0	81.1	21.1	68.9	54.2	24.7	20.5	18.9	26.8	2.8	3.2	1.6
70~74歳	255	207	37	169	146	67	55	45	87	4	10	5
75歳以上	100.0	81.2	14.5	66.3	57.3	26.3	21.6	17.6	34.1	1.6	3.9	2.0
70~74歳	176	133	21	98	93	55	41	34	49	1	4	6
75歳以上	100.0	75.6	11.9	55.7	52.8	31.3	23.3	19.3	27.8	0.6	2.3	3.4
65~69歳	249	178	26	153	131	67	51	46	66	2	7	13
70~74歳	100.0	71.5	14.5	61.4	52.6	26.9	20.5	18.5	26.5	0.8	2.8	5.2
75歳以上	245	160	29	121	105	71	56	47	61	3	18	28
75歳以上	100.0	65.3	11.8	49.4	42.9	29.0	23.7	19.2	24.9	1.2	7.3	11.4
75歳以上	330	205	46	158	134	115	76	46	55	2	21	33
75歳以上	100.0	62.1	13.9	47.9	40.6	34.8	23.6	13.9	16.7	0.8	6.4	10.0

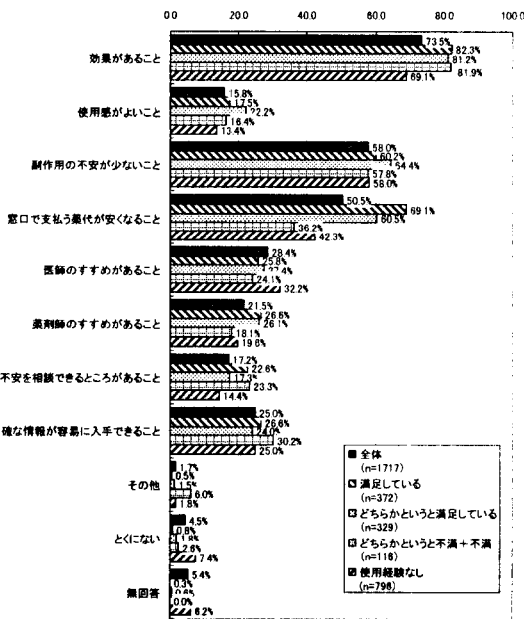
後発医薬品を使用するにあたって必要なことについて後発医薬品の使用経験の有無別にみると、使用経験の有無にかかわらず「効果があること」(あり80.9%、なし69.1%)が最も高く、次いで「副作用の不安が少ないこと」(同60.6%、58.0%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(同60.4%、42.3%)の順となった。後発医薬品の使用経験の有無による差異がみられたのは「窓口で支払う薬代が安くなること」であり、使用経験がある患者では使用経験がない患者と比較して18.1ポイント高かった。また、「効果があること」でも同様に11.8ポイント高い結果となった。

図表 130 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと (複数回答、後発医薬品の使用経験の有無別)



後発医薬品を使用するにあたって必要なことについて、後発医薬品に対する満足度別にみると、後発医薬品に「満足している」という患者では、「効果があること」(82.3%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(69.1%)、「副作用の不安が少ないこと」(60.2%)の順であった。「どちらかというと満足している」という患者では、「効果があること」(81.2%)、「副作用の不安が少ないこと」(64.4%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(60.5%)の順であった。「どちらかというと不満・不満」という患者では、「効果があること」(81.9%)、「副作用の不安が少ないこと」(57.8%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(36.2%)の順であった。

図表 131 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと（複数回答、満足度別）



6. まとめ

本調査より明らかになった点は、以下のとおりである。

【保険薬局調査】

- ・ 薬局の組織形態は、85.0%が「法人」であった（図表 2）。また、法人の種類は、「有限会社」が法人薬局の54.6%、「株式会社」が42.3%であった（図表 3）。
- ・ 算定している調剤基本料は、「調剤基本料（40点）」が98.9%であった（図表 6）。また、基準調剤加算は、「基準調剤加算1（10点）」が42.4%、「基準調剤加算2（30点）」が13.6%、「算定していない」が42.8%であった（図表 7）。
- ・ 後発医薬品調剤体制加算を「算定している」が78.6%、「算定していない」が21.1%であった（図表 8）。
- ・ 平成 20 年 1 月から 12 月までの各月の後発医薬品調剤率については、1 月の平均値は40.2%、中央値が38.0%であったが、毎月わずかながらも増加傾向がみられ、12 月の平均値は43.9%、中央値は41.7%となった（図表 9）。
- ・ 薬局で受け付けている処方せんの発行医療機関数の、1 薬局あたりの平均は29.2 件であった。このうち「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等が9割以上ある処方せん発行医療機関数は平均 7.0 件であり、処方せん発行医療機関全体に占める割合は24.0%となった（図表 11）。
- ・ 特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）が「70%超」と回答した薬局が65.2%で最も多かった（図表 13）。
- ・ 平成 20 年 12 月 1 か月分のすべての取り扱い処方せん 486,352 枚における「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名等の有無は、「署名なし」が65.6%（318,896 枚）、「署名あり」が34.4%（167,456 枚）であった（図表 19）。また、「署名なし」の処方せん 318,896 枚のうち、実際に「1 品目でも後発医薬品を後発医薬品に変更した」処方せんは6.1%であった（図表 20）。
- ・ 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せん 167,456 枚のうち、「後発医薬品の銘柄指定あり」が41.6%、「後発医薬品の銘柄指定なし」が58.4%であった（図表 21）。
- ・ 平成 20 年 12 月 1 か月分で、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんの取り扱いが1枚以上あった薬局は81.0%（765 薬局）であった（図表 22）。また、そのうち「それらの処方せんに1枚以上、実際に1品目でも後発医薬品から後発医薬品へ変更した薬局」は71.0%（543 薬局）であった（図表 23）。
- ・ 平成 20 年 12 月 1 か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品の割合（数量ベース）は、「10%以上20%未満」が19.5%で最も多く、次いで「30%以上40%未満」が10.6%、「20%以上30%未満」が10.4%、「10%未満」が9.9%となった（図表 25）。また、平均値は27.0%、中央値は22.0%であった（図表 26）。

- ・ 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合は、「10%未満」の薬局が37.5%で最も多かった。次いで「10%以上30%未満」が20.1%となった。一方で、「90%以上」の薬局が10.1%あり、ばらつきがみられた（図表 27）。
- ・ 薬局において後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合についても、「10%未満」の薬局が24.2%で最も多かった。一方で、「90%以上」の薬局も13.7%あり、ばらつきがみられた（図表 28）。
- ・ 薬局において後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった最大の理由は、「薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さいから」（37.5%）、「後発医薬品に対する不安があるから」（35.6%）であった（図表 29）。
- ・ 患者 1 人に要する「後発医薬品説明+一般的な服薬指導の合計時間（後発医薬品についての説明と一般的な服薬指導の両方を行う場合）」の平均は、初回が10.9 分、2 回目以降が6.0 分であった。「一般的な服薬指導時間」の平均が5.8 分であることから、2 回目以降の患者の場合、一般的な服薬指導時間と大きくは変わらなかった（図表 33）。
- ・ 平成 20 年 12 月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた患者数の割合については「0%」が29.9%で最も多く、次いで「10%未満」が18.4%となった。一方で「90%以上」と回答した薬局が11.3%となった（図表 34）。
- ・ 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品の在庫がなくて後発医薬品に変更できなかった患者の割合が、「10%未満」という薬局が44.4%で最も多かった。一方で、50%以上という薬局は合計16.3%となった（図表 35）。
- ・ 後発医薬品の備蓄品目数は、平成 19 年 12 月時点では平均 97.3 品目であったが平成 20 年 12 月時点では125.5 品目となり、増加率は29.0%となった。また、備蓄医薬品全品目に占める後発医薬品の備蓄品目数の割合は、平成 19 年 12 月時点では12.8%であったが、平成 20 年 12 月時点では15.3%とシェアが増加した（図表 36）。
- ・ 先発医薬品と同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない先発医薬品の備蓄品目数は、先発医薬品が OD 錠のものについては平均 3.9 品目、OD 錠以外のものについては平均 87.5 品目となった（図表 37）。
- ・ 在庫がなくて後発医薬品に変更できないケースをないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数は、平均値が275.1 品目、中央値が200 品目であった（図表 38）。
- ・ 採用している後発医薬品を選択した理由としては、「迅速かつ安定的に製造販売業者や卸業者から入手できる」が75.2%で最も多く、次いで、「後発医薬品メーカーによる品質に関する情報開示の程度」が58.7%、「近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度」が39.1%となった（図表 39）。
- ・ 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、後発医薬品に変更しなかった場合について、今後、薬局の立場で後発医薬品への変更を進めてもよいと思う場合（1 つだけ）として、「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」が19.5%で最も多く、次いで、「剤形・規格の違いにかかわらず銘柄変更調剤ができる環境の整備」が17.8%、「後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保」と「後発医薬品に対する患者の理解」が15.4%となった（図表 40）。
- ・ 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関（医師）への情報提供の頻度としては、「新規の変更調剤を実施したときのみに」が52.8%で最も多く、次いで「変更調剤（2 回目以降を含む）を実施した都度」が35.3%となった（図表 41）。
- ・ 近隣医療機関（医師）に対して後発医薬品リストを「提供していない」という薬局が73.2%、「提供している」が24.6%であった（図表 44）。また、医療機関へのリストの提供方法としては「薬局単独で提供している」が87.5%で最も多かった（図表 45）。
- ・ 後発医薬品調剤についての考え方としては、「後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない」が33.5%で最も多かった（図表 46）。その理由としては、「後発医薬品の品質に疑問があるため」「後発医薬品の安定供給体制が不備であるため」「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため」がいずれも40.2%で最も多かった（図表 47）。
- ・ 後発医薬品の品質保証の方法について、「理解している」が8.1%、「ある程度理解している」が63.0%、「あまり理解していない」が28.8%であった（図表 48）。
- ・ 調査票の様式 2 に記載のあった薬剤料の状況についてみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料は平均 754.5 点であった。一方、実際に調剤した薬剤料は、平均 582.2 点で、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、平均 77.2%であった（図表 49）。
- ・ 患者一部負担金割合別に薬剤料の変化をみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、0 割負担（自己負担なし）では86.2%、1 割負担では79.9%、3 割負担では74.7%であった（図表 50）。

【診療所・病院・医師調査】

- ・ 診療所と病院における「医薬品備蓄品目数」（それぞれ平均値は123.4 品目、711.9 品目）のうち、「後発医薬品の備蓄品目数」（同 25.3 品目、86.0 品目）の占める割合は、診療所が20.5%、病院が12.1%であった（図表 62）。
- ・ 後発医薬品の備蓄状況は、診療所では「1 品目～50 品目未満」が47.7%、「0 品目」が26.2%であり、50 品目未満が7割を超えた。病院では、「50 品目～100 品目未満」が37.4%で最も多く、次いで「1 品目～50 品目未満」が28.8%となった（図表 63）。
- ・ 病院で使用している後発医薬品リストの薬局等への提供状況については、「提供していない」が59.2%で最も多かった。「近隣薬局や地域の薬剤師会に提供している」が10.1%、「地域の薬剤師会に提供している」が6.4%、「近隣の薬局に提供している」が18.1%であった（図表 64）。
- ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、有床診療所、病院ともに「後発医薬品のあるものの一部を使用」（それぞれ39.0%、50.0%）が最も多かった。「後発



医薬品があるものは積極的に使用」という割合は有床診療所が16.9%、病院が32.8%であった(図表66)。

- ・DPC対応状況別にみた、病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況については、DPC対象病院では「後発医薬品のあるものの一部を使用」が52.9%で最も多く、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(17.6%)を合わせると70.5%であった。他の病院と比較すると、「後発医薬品をほとんど使用していない」という回答割合が高かった(図表67)。
- ・入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じたという経験の有無についてみると、有床診療所、病院ともに「ない」(それぞれ63.0%、82.2%)が大半を占めた(図表68)。一方で、「ある」と回答した54病院における、生じた問題の内容をみると、「後発医薬品の供給体制上の問題」(「ある」と回答した病院の48.1%)、「後発医薬品の品質上の問題」(同40.7%)、「後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題」(同31.5%)であった(図表69)。
- ・1年前と比較した入院患者に対する後発医薬品の供給体制については、有床診療所の12.3%、病院の23.0%が「改善した」と回答した。また、「変わらない」が最も多く、有床診療所の58.9%、病院の71.8%となった(図表70)。
- ・診療所733施設における院外処方せんの発行状況は、「発行している」施設が66.3%(486施設)であった(図表71)。
- ・病院における、外来患者への院内投薬に際しての後発医薬品使用に関する施設としての対応方針は、「個々の医師の判断による」が46.9%で最も多く、次いで、「後発医薬品を積極的に使用」が22.1%であった。「後発医薬品をほとんど使用しない」が16.6%であった(図表73)。
- ・病院における、外来患者に院外処方せを発行する際の後発医薬品使用に関する施設としての対応方針は、「個々の医師の判断による」が54.9%で最も多く、次いで、「後発医薬品を積極的に使用している」が23.0%であった。「後発医薬品をほとんど使用しない」が4.9%であった(図表74)。
- ・外来診療における後発医薬品の処方の変化については、1年前と比較して「多くなった」という回答が診療所医師では46.3%、病院医師では47.1%であった。また、「変わらない」が診療所医師では48.8%、病院医師では49.7%であった(図表76)。
- ・院外処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せんの割合については、病院では「10%未満」が43.2%で最も多く、次いで「10%以上～30%未満」が20.9%であった(図表77)。また、診療所では、「10%未満」が33.7%で最も多く、次いで、「10%以上～30%未満」が20.2%であった(図表78)。
- ・「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無は、「ある」と回答した医師が診療所では42.4%、病院では35.5%であった(図表79)。院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した処方せんの割合は、診療所・病院ともに「10%未満」(それぞれ42.2%、34.0%)が最も多かった。一方、「90%以上」が診療所では38.8%、

124

の理由としては、「後発医薬品の品質への疑問」(診療所77.1%、病院90.6%)、「後発医薬品の効果への疑問」(診療所71.2%、病院56.6%)、「後発医薬品の副作用への不安」(診療所54.2%、病院60.4%)が多かった(図表92)。

- ・後発医薬品の処方を進めるための環境として、診療所医師・病院医師ともに、「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(それぞれ42.6%、44.5%)が最も多く、次いで、「後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保」(19.8%、24.6%)であった(図表93)。

#### 【患者調査】

- ・患者の性別は「男性」が47.0%、「女性」が52.3%であった(図表94)。また、平均年齢は59.8歳であった(図表96)。
- ・受診した診療科は「内科」が65.4%で最も多く、次いで「整形外科」が18.3%、「眼科」が14.8%、「耳鼻咽喉科」が11.0%、「皮膚科」が9.7%、「循環器科」が9.1%であった(図表97)。
- ・薬局への来局頻度は「1か月に1回程度」が42.7%で最も多く、次いで、「2週間に1回程度」が24.5%であった(図表98)。
- ・かかりつけ薬局が「ある」が86.0%、「ない」が13.6%であった(図表100)。
- ・お薬手帳を「使っている」が61.6%、「使っていない」が34.7%、「お薬手帳を知らない」が2.8%であった(図表102)。年齢が高くなるほど、お薬手帳を「使っている」という割合が高くなる傾向がみられた(図表103)。
- ・後発医薬品の認知状況については、「知っている」が72.3%、「名前は聞いたことがある」が15.6%、「知らない」が11.1%であった(図表104)。30歳以上では年齢が高くなるほど、「知っている」の割合が低くなる傾向がみられた(図表105)。後発医薬品を知ったきっかけとしては、「テレビCMを見て」が75.5%で最も多く、次いで、「医師・薬剤師の説明で」(50.7%)となった(図表107)。
- ・医師や薬剤師から後発医薬品の説明を受けた経験については、「医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがある」が61.2%、「医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがない」が34.9%であった(図表110)。説明を受けた相手としては、「おもに薬剤師から」が68.1%で最も多かった。「医師と薬剤師の両方から」が20.2%、「おもに医師から」が8.8%であった(図表112)。
- ・後発医薬品についての説明内容に対する理解状況については、「理解できた」が84.0%、「あまり理解できなかった」が9.5%であった(図表114)。
- ・後発医薬品の使用経験の有無については、使用したことが「ある」が50.2%、「ない」が46.4%であった。男性では「ある」が53.4%であり、女性の「ある」(47.0%)と比較すると、6.4ポイント高かった(図表117)。
- ・後発医薬品を使用したことがある人に満足度をたずねた結果、「満足している」が43.2%、「どちらかという満足している」が38.2%であり、両者を合わせると81.4%となった

126

病院では31.4%と次に多かった(図表80)。

- ・「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由としては、「後発医薬品の品質が不安だから」(診療所49.0%、病院51.0%)、「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」(診療所41.7%、病院40.5%)が多かった(図表81)。
- ・一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験の有無については、「ある」と回答した医師が診療所では21.6%、病院では17.6%であった(図表82)。その内容として最も多いパターンは、診療所・病院ともに「先発医薬品について変更不可とすることが多い」(それぞれ66.7%、67.1%)であった(図表83)。
- ・全処方せん枚数に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合としては、診療所・病院ともに「10%未満」(それぞれ55.2%、病院が53.9%)が最も多かった。一方、診療所では「90%以上」が22.9%となり、病院(11.8%)と比較すると2倍近い数値となった(図表84)。
- ・一部の医薬品について「変更不可」とする理由としては、「処方銘柄に対する後発医薬品の効能に疑問があるから」(診療所26.7%、病院30.3%)、「処方銘柄について患者からの強い要望があるから」(診療所18.1%、病院30.3%)といった理由が多かった(図表85)。
- ・外来患者のうち、後発医薬品について関心がある(医師に質問する、使用を希望する)患者の割合は、診療所・病院ともに、「10%未満」(それぞれ68.1%、72.4%)とする医師が最も多かった(図表86)。この後発医薬品について関心がある患者数は、1年前と比較して「変わらない」(診療所52.5%、病院63.6%)という回答が最も多かった。一方で、患者数が「増えた」という回答も診療所では38.5%、病院では31.6%あった(図表87)。
- ・保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等に関する情報提供については、診療所では「ある」が38.9%で、病院(21.3%)と比較して高かった。一方、病院では、「まったくない」という回答が36.7%で、診療所(21.2%)と比較して高かった(図表88)。
- ・保険薬局で後発医薬品に変更した場合の望ましい情報提供のあり方としては、診療所・病院ともに「変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供されればよい」(それぞれ58.6%、47.3%)が最も多かった(図表89)。
- ・後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況としては、「だいたい知っている」が18.6%、「少しは知っている」が40.0%、「ほとんど知らない」が38.1%であった(図表90)。
- ・外来診療における後発医薬品の処方に関する考え方としては、「特にこだわりがない」という回答が最も多く、診療所医師では67.0%、病院医師では78.2%となった。また、「患者から要望がなくても後発医薬品を積極的に処方」は診療所医師では11.9%、病院医師では7.4%であった。さらに、「患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない」は診療所医師では16.1%、病院医師では12.3%であった(図表91)が、そ

125

(図表119)。

- ・後発医薬品を使用した際に窓口での薬代負担感がどうなったかたずねたところ、「安くなった」が50.2%、「それほど変わらなかった」が31.2%、「わからない」が15.7%となった(図表121)。
- ・後発医薬品使用に対する今後の意向をたずねたところ、「後発医薬品や先発医薬品にはこだわらない」が40.1%で最も多く、「できれば後発医薬品を使いたい」が21.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が19.4%、「わからない」が15.7%であった(図表123)。また、後発医薬品の使用経験がある患者では「できれば後発医薬品を使いたい」が31.4%と、使用経験がない患者の回答割合(11.2%)と比較して20.2ポイント高かった(図表125)。この他、後発医薬品の使用についての満足度が高い患者、窓口負担が「安くなった」という患者では、「できれば後発医薬品を使いたい」という回答割合がそうでない患者と比較して高い結果となった(図表126、図表127)。
- ・後発医薬品を使用するにあたって必要なこととしては、「効果(効き目)があること」が73.5%で最も多く、次いで「副作用の不安が少ないこと」(58.0%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(50.5%)となった(図表128)。

127

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」  
後発医薬品の使用状況調査 調査票

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、薬局名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の調査で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはありません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入くださいまよう、よろしくお願ひ申し上げます。

参考資料

Table with 2 columns: 薬局名, 薬局の所在地, 電話番号, ご回答者名. Includes a note about phone numbers.

＜ご回答方法＞

- あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
( )内には数値を記入する段間で、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。

1. 貴薬局の状況(平成 20 年 12 月未現在または平成 20 年 12 月 1 か月間)についてお伺いします。

Form for pharmacy status including sections for ①組織形態, ②職員数, ③調剤基本料, ④基準調剤加算, ⑤後発医薬品調剤体制加算, and a monthly table for ⑥後発医薬品調剤率.

2. 貴薬局の処方せん受付状況(平成 20 年 12 月 1 日～31 日の期間)についてお伺いします。

Table for prescription reception status with columns for medical institution type, number of prescriptions, and reasons for non-issuance. Includes a summary section at the bottom.

3. 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。

Table for handling prescription counts for Dec 2010, including reasons for non-issuance and a summary of total prescriptions and ratios.

注) 規格単位ベースの数量。例えば錠剤の場合、単純に1か月間に調剤した全錠数を数えて計算することを意味します。

※1「後発医薬品についての説明」とは  
 後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤名と変更後の薬剤名の連関等についての説明などを指します。以下の設問についても同じです。

4. 後発医薬品への対応状況についてお伺いします。(平成20年4月以降)

(1) 後発医薬品への変更が可能な処方せん※2を持参した患者のうち、後発医薬品についての説明※1を行った患者は、平成20年4月以降、現在までにどの程度でしたか。 ※〇は1つだけ

1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上

(2) 上記(1)の後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者は、どの程度いましたか。 ※〇は1つだけ

1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上

(3) 上記(2)で、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、最も多いものは、次のうちのいずれでしょうか。 ※〇は1つだけ

1. 薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さいから
2. 公費負担の患者であるため、経済的インセンティブがないから
3. 過去に後発医薬品を使用したことが、体調不良となった経験があるから
4. 後発医薬品に対する不安があるから
5. その他（具体的に）

(4) 後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者は、平成20年4月以降、現在までにどの程度でしたか。 ※〇は1つだけ

1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上

(5) 上記(4)で、患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、最も多いものは、次のうちのいずれでしょうか。 ※〇は1つだけ

1. 使用した後発医薬品の効果に疑問があったため
2. 使用した後発医薬品により体調不良となったため
3. 使用した後発医薬品の使用感が合わなかったため
4. 後発医薬品に対する不安が消えなかったため
5. その他（具体的に）

(6) ①後発医薬品への変更が可能な処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する場合、後発医薬品についての説明と、一般的な服薬指導の両方を行うのに、患者1人当たりどの程度時間(後発医薬品説明11-一般的な服薬指導の合計時間)がかかりますか。 ※おおよその時間で記録です。具体的に数字をご記入ください

【初回の患者の場合】	約( )分
【2回目以降の患者の場合】	約( )分

②一般的な服薬指導を行う場合、患者1人当たりどの程度時間がかかりますか。 約( )分

※2「後発医薬品への変更が可能な処方せん」とは  
 「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」を含む処方せんのうち、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可」欄に処方医の署名がなく、かつ、処方内容の一部に変更不可の指示があるとしても、処方医が変更不可の指示をしていない「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」が1品目でもあるものを指します。以下の設問についても同じです。

(7) 平成20年12月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた患者数の割合 約( )%

(8) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品を直に取り換えることができずに後発医薬品に変更できなかった患者は、どの程度いましたか。 ※〇は1つだけ

1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上

(9) 医薬品の備蓄状況等

	(ア) 全品目	(イ) うち、後発医薬品
①平成19年12月	約( )品目	約( )品目
②平成20年12月	約( )品目	約( )品目
③上記②のうち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の備蓄品目数	約( )品目	例) 先発医薬品A10mg 後発医薬品A10mg 後発医薬品B10mg 後発医薬品B10mg 先発医薬品α30mg 後発医薬品A20mg 後発医薬品B20mg →複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品が2品目なので、「2品目」と数えます。
④先発医薬品と同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない先発医薬品の備蓄品目数	1) 先発医薬品が〇錠 → ( )品目 2) 上記①以外 → ( )品目	
⑤上記買戻(8)のようなケースがないようにするためには、合計でどの程度の後発医薬品の品目数の備蓄が必要だと思いますか。	約( )品目	

(10) 貴薬局で採用している後発医薬品を選択した理由は何ですか。 ※該当するものを全てに〇

1. 後発医薬品メーカーによる品質に関する情報開示の程度
2. 他の後発医薬品よりも薬価が安価
3. 近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度
4. 迅速かつ安定的に製造販売業者や卸業者から入手できる
5. 患者の使用感が良い（例：味がよい、臭いが気にならない、貼付感がよい）
6. 調剤しやすい（例：容易に半割ができる、一包装調剤がしやすい）
7. その他（具体的に）

(11) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、変更しなかった場合について、今後、どのような対応が進めば、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めたいと思いますか。 ※〇は1つだけ

1. 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による情報提供や安定供給体制の確保
3. 後発医薬品に対する患者の理解
4. 剤形・規格の違いに関わらずに銘柄変更調剤ができる環境の整備
5. 後発医薬品の調剤に関する調剤報酬上の一層の評価
6. 特に対応は必要ない
7. その他（具体的に）

5. 後発医薬品の使用にあたっての医療機関との連携状況についてお伺いします。

(1) 多くの場合行っている後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供の頻度 ※〇は1つだけ

1. 変更調剤（2回目以降を含む）を実施した都度
2. 新規の変更調剤を実施したときのみ
3. 情報提供していない
4. その他（具体的に）

(2) 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供のタイミング ※〇は1つだけ

1. 変更調剤をした都度すぐに
2. 一定期間に行った変更調剤をまとめて
3. 薬情・お薬手帳等により患者経由で次の診療日に
4. 特段何も対応していない
5. その他（具体的に）

(3) 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供について、情報提供不要との取り決めを行っている医療機関数 ( ) 施設

(4) 貴薬局で採用している後発医薬品のリストを近隣の医療機関(医師)へ提供していますか。 ※〇は1つだけ

1. 提供していない
2. 提供している → どのような方法で提供していますか。 ※〇は1つだけ
  1. 貴薬局単独で提供している
  2. 複数の薬局で共同して提供している
  3. 地域の薬剤師会として提供している
  4. その他（具体的に）

6. 後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

(1) 後発医薬品の調剤に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ

1. 特にこだわりはない
2. 後発医薬品を積極的に患者に説明して、調剤するように取り組んでいる
3. 薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる
4. 後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない

→ どのような理由によるものでしょうか。 ※該当するものを全てに〇を記入

1. 後発医薬品の品質に疑問があるため
2. 後発医薬品の効果に疑問があるため
3. 後発医薬品の副作用に不安があるため
4. 後発医薬品の安定供給体制が不備であるため
5. 後発医薬品の情報提供が不備であるため
6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発が不足なため
7. 薬局にとって経済的な便益がないため
8. 近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため
9. その他（具体的に）

(2) 後発医薬品の品質保証について、どのような方法で行われているかご存知ですか。 ※〇は1つだけ

1. 十分に理解している
2. ある程度理解している
3. あまり理解していない
4. 全く理解していない

7. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。  
 ※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願いたします。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」  
後発医薬品の使用状況調査 調査票

1. 平成20年12月8日(月)から14日(日)までの1週間の状況をご記入ください。

「後発医薬品への変更がすぐ不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ実際に後発医薬品に変更したすべての処方せん(1品目でも変更した場合を含む)についてご記入ください。

上記の処方せんについて、1から番号を振り、処方せん番号(№)欄にご記入ください。ただし、1品目も発行の日付期にする必要はありません。(下記に記載した処方せんの合計枚数が、様式1の3「④」のうち、「1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん(初めての発薬に限らず、以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む)」の項(「イ」うち、12/8~12/14の取り扱い処方せん枚数)欄の枚数と同じであるかを確認してください。

各々の処方せんについては、処方せんに記載された銘柄により調剤した場合の薬剤料を(A)欄に、また、実際に(後発医薬品へ変更して)調剤した薬剤料を(B)欄にご記入ください。薬剤料は処方せん1枚ごと、単位は「点」でご記入ください。

各々の処方せんについて、この処方せんを持参した患者の一部負担金の割合を(C)欄にご記入ください。(1)総合健康保険の被保険者3割の場合「3」とご記入ください。患者の一部負担金がない場合は「0」とご記入ください。

Table with 4 main columns: 処方せん番号(№), 処方銘柄により調剤した場合の薬剤料(A), 実際に調剤した薬剤料(B), 患者一部負担金の割合(C). Each column has a grid for data entry.

※回答用紙が足りない場合には、大変お騒がせですが、本用紙をコピーしてお使いください。 ※記入例(全3枚のうち1枚目の場合) 回答用紙 3 枚中 1 枚

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」  
後発医薬品の使用状況調査 調査票

※この「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。

※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際、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、平成20年12月末現在の状況についてご記入ください。

ご回答者についてご記入ください。

Table for facility information including gender (性別), age (年齢), and medical department (診療科).

1. 貴施設の状況(平成20年12月末現在)についてお伺いします。

Form for facility status including medical institution name (医療機関名), location (所在地), and number of staff (医師数).

2. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等(平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間の状況)についてお伺いします。ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。(無床診療所の方は、3へお進みください。)

Form for inpatient medication usage including average number of patients (平均入院患者数) and usage status (使用状況).

3. 貴施設における院外処方せん発行状況等(平成20年12月1か月間)についてお伺いします。

Form for outpatient prescription status including issuance status (発行状況) and status of external clinics (外来診療の状況).

4. 外来診療における処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考え(平成20年12月末現在)をお伺いします。<院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします>

Form for outpatient prescription considerations including reasons for not switching (変更しない理由).

<上記質問①で「3」を回答された方にお伺いします>

①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号のすべてに○。また、15「後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報( )に記入してください。

Form for reasons for not switching, including quality concerns (品質への疑問) and information provision issues (情報提供の不備).

..... 質問②へお進みください

②-1 年前と比較して、後発医薬品の処方(後発医薬品への変更不可としない処方せんも含まれます)は、どうなりましたか。 ※○は1つだけ

Form for comparison of outpatient prescriptions (年前と比較して).

③平成20年4月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

Form for signature status on prescriptions (署名した処方せん).

③-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した(すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした)処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

Form for percentage of prescriptions with '不可' status (変更不可の割合).

③-2「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からですか。 ※あてはまる番号すべてに○

Form for reasons for '不可' status (後発医薬品への変更不可の理由).

..... 質問④へお進みください

④平成20年4月以降、一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんを発行したことはありますか。※〇は1つだけ

1. ある                                      2. ない → 質問⑤へ

④-1 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするのは、どのようなケースが最も多いですか。お考えに最も近いものの番号に〇をつけてください。※〇は1つだけ

1. 先発医薬品について変更不可とすることが多い  
2. 後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更不可とすることが多い  
3. 先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更不可とすることが多い  
4. その他（具体的に）

④-2 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。※〇は1つだけ

1. 10%未満                      2. 10%以上～30%未満                      3. 30%以上～50%未満  
4. 50%以上～70%未満                      5. 70%以上～90%未満                      6. 90%以上

④-3 一部の医薬品について「変更不可」とする理由は何ですか。最も多いもの1つに〇をつけてください。

1. 処方銘柄について患者からの強い要望があるから  
2. 処方銘柄に対する後発医薬品の副作用が心配であるから  
3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問があるから  
4. 後発医薬品の供給体制に不安があるから  
5. 処方銘柄が身体への影響が大きい（生命のリスクがある）医薬品であるから  
6. 処方銘柄が治療域のせまい医薬品であるから  
7. 患者に適した剤形が他にないから  
8. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから  
9. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定されているから  
10. その他（具体的に）

.....▶ 質問⑤へお読みください

⑤平成20年4月以降、後発医薬品について関心がある（買問する、使用を希望する）患者は、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。※〇は1つだけ

1. 10%未満                      2. 10%以上～30%未満                      3. 30%以上～50%未満  
4. 50%以上～70%未満                      5. 70%以上～90%未満                      6. 90%以上

⑥上記⑤の後発医薬品について関心がある（買問する、使用を希望する）患者数は、1年前と比較して、どうですか。※〇は1つだけ

1. 非常に増えた                      2. 増えた                      3. 変わらない  
4. 減った                                      5. 非常に減った

⑦院外処方せん枚数全体に占める、後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。（平成20年12月1か月間）

( ) %程度

⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。※〇は1つだけ

1. ある                      2. だいたいある                      3. まったくない

⑨保険薬局で後発医薬品へ変更した場合に、どのような情報提供が望ましいと思いますか。お考えに最も近いものの番号に〇をつけてください。※〇は1つだけ

1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供されればよい  
2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供されればよい  
3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供されればよい  
4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい  
5. 調剤内容についての情報は必要ではない  
6. その他（具体的に）

.....▶ 「6. 後発医薬品の使用についてお伺いします」へお読みください。

5. 外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。＜院外処方せんを発行していない施設の方にお伺いします＞

⑩後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ

1. 特にこだわりはない .....▶ 6. の質問⑩へ  
2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 .....▶ 6. の質問⑩へ  
3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない .....▶ 質問⑩-1へ

＜上記質問⑩で「3.」を回答された方にお伺いします＞

⑩-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。※あてはまる番号のすべてに〇。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報（ ）に記入してください。

1. 後発医薬品の品質への疑問                      2. 後発医薬品の効果への疑問  
3. 後発医薬品の副作用への不安                      4. 後発医薬品の安定供給体制の不備  
5. 後発医薬品の情報提供の不備  
→⑩-1-1のような情報が必要です。  
例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告

6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足  
7. その他（具体的に）

.....▶ 6. の質問⑩へ

6. 後発医薬品の使用についてお伺いします。＜全施設の方にお伺いします＞

⑪後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。※〇は1つだけ

1. だいたい知っている                      2. 少しは知っている                      3. ほとんど知らない

⑫平成20年4月の処方せん様式の変更で、良くなった点があればご記入ください。

⑬平成20年4月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。

⑭今後、どのような対応が進めば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めたいと思いますか。※〇は1つだけ

1. 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を周知徹底  
2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保  
3. 後発医薬品に対する患者の理解  
4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価  
5. 特に対応は必要ない  
6. その他（具体的に）

7. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご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。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」  
後発医薬品の使用状況調査 調査票

※以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、添書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはありません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入くださいますよう、よろしくお申し上げます。

施設名	( )
施設の所在地	( )
電話番号	( )
ご回答者名	( )

※この「病院票」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。  
※ご回答の際は、あてはまる番号を〇（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。  
※特に所りのない場合は、平成20年12月末現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の状況（平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間）についてお伺いします。

①創設者	1. 国立                      2. 公立                      3. 公的                      4. 社会保険関係団体 5. 医療法人                      6. 個人                      7. 学校法人                      8. その他の法人
②病院種別 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 特定機能病院                      2. 地域医療支援病院 3. がん診療連携拠点病院                      4. 臨床研修指定病院
③DPC対応 ※あてはまる番号を1つだけ〇	1. DPC対象病院                      2. DPC準備病院 3. 対応していない
④特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものすべてに〇をつけてください。	1. 回復期リハビリテーション病棟入院料                      ⑤許可病床数 2. 急性期入院医療管理料                      1) 一般病床 ( ) 床 3. 救命救急入院料                      2) 療養病床 ( ) 床 4. 特定集中治療室管理料                      3) 精神病床 ( ) 床 5. 小児入院医療管理料                      4) 結核病床 ( ) 床 5) 感染症病床 ( ) 床 6) 全体 ( ) 床
⑥医師数（常勤換算） ※小数点以下第1位まで	( ) 人                      ⑦薬剤師数（常勤換算） ※小数点以下第1位まで ( ) 人
⑧1か月間の外来症患者数 (平成20年12月1か月間)	( ) 人
⑨1か月間の外来診療日数 (平成20年12月1か月間)	( ) 日                      ※半日診療の場合は「0.5日」として計算して下さい。 ※小数点以下第1位まで
⑩後発医薬品の使用について、 <b>外来患者に院内投薬する場合</b> 、施設としてどのように対応していますか。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。	1. 後発医薬品を積極的に使用 2. 後発医薬品をほとんど使用しない 3. 個々の医師の判断による 4. その他（具体的に）

①後発医薬品の使用について、外発品をに際し処方せんを発行する場合、施設としてどのように対応していますか。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。

①医薬品目録 約( )品目 ※平成20年12月末現在
②上記①のうち後発医薬品の目録 約( )品目 ※平成20年12月末現在
④施設で使用している後発医薬品リストを近隣の薬局や地域の薬剤師会等に提供していますか。

2. 貴施設における院外処方せん発行状況(平成20年12月1か月間)についてお伺いします。

①院外処方せんを発行している診療科 ※あてはまるものすべてに○
②外来における院外処方せん発行枚数 ( )枚 ※平成20年12月1か月間
③上記②のうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せん又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等をしなかった処方せんの割合 ※平成20年12月1か月間

3. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等(平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間の状況)についてお伺いします。

①平均入院患者数 ※小数点以下第1位まで ( )人 ※平成20年12月1か月間
②入院患者に対する後発医薬品の使用状況は、いかがでしょうか。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。
③平成20年4月以降、入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことはありませんか。

④後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。 1.改善した 2.変化はない 3.悪化した

4. 後発医薬品の使用についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

Blank area for writing responses to question 4.

「病院票」の質問はこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」後発医薬品の使用状況調査 調査票

※この医師票は、貴施設において、院外処方せんを発行している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。( )内に敬称を記入する段間で、該当なしは「○(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※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、お願ひ申し上げます。 ※特に断りのない場合は、平成20年12月末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。

①性別 ②年齢 ( )歳
③主たる担当診療科 ※○は1つだけ
④(ご自身の)1日当たり平均外来診察患者数 ( )人 入院数 ※平成20年12月1か月間

2. 外来診療における院外処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考え(平成20年12月末現在)についてお伺いします。

①後発医薬品の処方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. 特にこだわりはない
2. 患者からの要望がなくとも後発医薬品を積極的に処方
3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない
②「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を( )に記入してください。

②1年前と比較して、後発医薬品の処方(後発医薬品への変更不可としない処方せんも含まれます)は、どうなりましたか。 ※○は1つだけ

③平成20年4月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

③-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した(すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした)処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

③-2 「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からですか。 ※あてはまる番号すべてに○

④平成20年4月以降、一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

④-1 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするのは、どのようなケースが最も多いですか。 お考えに最も近いものの番号に○をつけてください。 ※○は1つだけ

④-2 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

④-3 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

④-4 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

④-5 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

④-6 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

④-3 一部の医薬品について「変更不可」とする理由は何ですか。最も多いもの1つに○をつけてください。  
※○は1つだけ

1. 処方銘柄について患者からの強い要望があるから
2. 処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配であるから
3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問があるから
4. 後発医薬品の供給体制に不安があるから
5. 処方銘柄が身体への影響が大きい(生命のリスクがある)医薬品であるから
6. 処方銘柄が治療域のせまい医薬品であるから
7. 患者に適した剤形が他にないから
8. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから
9. 病院として使用する医薬品の銘柄を指定されているから
10. その他(具体的に )

.....→ 質問⑤へお進みください。

⑤平成20年4月以降、後発医薬品について関心がある(質問する、使用を希望する)患者は、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。※○は1つだけ

1. 10%未満	2. 10%以上 ~ 30%未満	3. 30%以上 ~ 50%未満
4. 50%以上 ~ 70%未満	5. 70%以上 ~ 90%未満	6. 90%以上

⑥上記⑤の後発医薬品について関心がある(質問する、使用を希望する)患者数は、1年前と比較して、どうですか。  
※○は1つだけ

1. 非常に増えた	2. 増えた	3. 変わらない
4. 減った	5. 非常に減った	

⑦総外処方せん枚数全体に占める、後発医薬品を銘柄指定した総外処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。  
(平成20年12月1か月間)

( ) %程度

⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。※○は1つだけ

1. ある	2. だいたいある	3. まったくない
-------	-----------	-----------

⑨保険薬局で後発医薬品へ変更した場合に、どのような情報提供が望ましいと思いますか。考え方の最も近いものを1つだけ選んでください。

1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供されればよい
2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供されればよい
3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供されればよい
4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい
5. 調剤内容についての情報は必要ではない
6. その他(具体的に )

3. 後発医薬品の使用についてお伺いします。

①後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ(例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど)が必要か、ご存知ですか。※○は1つだけ

1. だいたい知っている	2. 少しは知っている	3. ほとんど知らない
--------------	-------------	-------------

②平成20年4月の処方せん様式の変更で、良くなった点があればご記入ください。

③平成20年4月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。

④今後、どのような対応が望めば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。※○は1つだけ

1. 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による情報提供や安定供給体制の確保
3. 後発医薬品に対する患者の理解
4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価
5. 特に対応は必要ない
6. その他(具体的に )

4. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご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。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」  
後発医薬品の使用状況調査 調査票

※この「患者票」は、患者の方に、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。  
※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。

1. あなたご自身についておうかがいします。

① 性別	1. 男性	2. 女性	②年齢	( ) 歳
③ 診療を受けた診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 形成外科
	5. 小児科	6. 産婦人科	7. 呼吸器科	8. 消化器科
	9. 循環器科	10. 精神科	11. 眼科	12. 耳鼻咽喉科
	13. 泌尿器科	14. 皮膚科	15. 放射線科	
	16. その他( )			
④ 薬局への来局頻度 ※○は1つだけ	1. 週に1回程度	2. 2週間に1回程度		
	3. 1か月に1回程度	4. 2か月に1回程度		
	5. 年に数回程度	6. ( )に1回程度		
⑤ かかりつけの薬局がありますか。※○は1つだけ	1. ある	2. ない		
⑥ お薬手帳を使っていますか。※○は1つだけ	1. 使っている	2. 使っていない	3. お薬手帳を知らない	

2. 後発医薬品の使用に関するお考えについておうかがいします。

① 後発医薬品(ジェネリック医薬品)を知っていますか。 ※○は1つだけ

1. 知っている
2. 名前は聞いたことがある
3. 知らない →質問②へ

<上記①で「1. 知っている」「2. 名前は聞いたことがある」と回答された方におうかがいします。>

①-1 どこで後発医薬品(ジェネリック医薬品)を知りました(名前を聞きました)か。  
※あてはまる番号すべてに○

1. テレビCMを見て	2. 新聞・雑誌等を見て
3. 医師・薬剤師の説明で	4. 医療機関・薬局内のポスターを見て
5. 家族・知人から聞いて	6. 都道府県・市町村からのお知らせを見て
7. 健康保険組合からのお知らせを見て	8. インターネットを見て
9. その他( )	

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医薬品で、先発医薬品と同等であること(例えば、品質、安定性、服用後の血中濃度の推移など)を厚生労働省が認めたものですが、価格は安くなっています。

② 医師や薬剤師から後発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. 医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがある
2. 医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがない →質問④へ

<上記②で「1. 説明を受けたことがある」と回答された方におうかがいします。>

②-1 おもに説明してくれたのは誰ですか。 ※○は1つだけ

1. おもに医師から	2. おもに薬剤師から	3. 医師と薬剤師の両方から
------------	-------------	----------------

②-2 説明された内容は理解できましたか。 ※○は1つだけ

1. 理解できた	2. あまり理解できなかった	3. まったく理解できなかった
----------	----------------	-----------------

③ 後発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 →質問④へ
-------	-------------

<上記③で後発医薬品を使用したことが「1. ある」と回答された方におうかがいします。>

③-1 後発医薬品の効果(効き目)に満足していますか。 ※○は1つだけ

1. 満足している	2. どちらかという満足している
3. どちらかという不満である	4. 不満である

③-2 窓口での薬代の負担感をお聞かせください。 ※○は1つだけ

1. 安くなった	2. それほど変わらなかった	3. わからない
----------	----------------	----------

④ 後発医薬品の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. できれば後発医薬品を使いたい	2. できれば先発医薬品を使いたい
3. 後発医薬品や先発医薬品にはこだわらない	4. わからない

⑤ あなたが後発医薬品を使用するにあたって必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)があること	2. 使用感がよいこと
3. 副作用の不安が少ないこと	4. 窓口で支払う薬代が安くなること
5. 医師のすすめがあること	6. 薬剤師のすすめがあること
7. 後発医薬品についての不安を相談できることがあること	
8. 後発医薬品についての正確な情報が容易に入手できること	
9. その他(具体的に )	
10. とくにない	

3. 後発医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等がございましたら、ご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。

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査  
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1  
－ 後期高齢者診療料の算定状況に係る調査 －  
報 告 書



1. 調査目的.....1

2. 調査対象.....1

3. 調査方法.....1

1) 施設調査.....1

2) 患者調査.....1

4. 調査項目.....2

1) 施設調査.....2

2) 患者調査.....2

5. 調査結果.....3

5.1 施設調査.....3

1) 回収の状況.....3

2) 回答施設の属性.....3

3) 後期高齢者診療料の算定状況.....8

4) 後期高齢者診療料の算定状況.....17

5) 後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度.....20

6) 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由.....22

5.2 患者調査.....23

1) 回収の状況.....23

2) 患者の属性.....23

3) 患者の受診状況.....26

6. まとめ.....38

資料1 施設調査における自由回答意見.....40

調査票.....60

1. 調査目的

本調査は、新設された後期高齢者診療料による、治療の内容や患者の受診行動の変化を把握するために、後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関、および当該医療機関において後期高齢者診療料の算定を受けた患者に対して調査し、その状況について検証を行うことを目的とした。

2. 調査対象

本調査は、全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関を対象とした「施設調査」と後期高齢者診療料の算定を受けている患者を対象とした「患者調査」から構成される。

施設調査は、全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関から無作為に抽出した3,500施設を対象とした。

患者調査は、施設調査対象医療機関にて後期高齢者診療料の算定を受けている患者で、施設調査の開始日より遡って、直近(1ヶ月以内)に来院された患者を対象とした。

3. 調査方法

本調査は、平成20年11月に実施した。

1) 施設調査

施設調査は、後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関3,500施設を対象に自配式調査票を郵送発送・郵送回収とした。

2) 患者調査

患者調査票は、施設調査の調査対象施設に5部ずつ同封し、調査開始日より遡って、直近(1ヶ月以内)に来院された後期高齢者診療料の算定を受けている患者に医療機関から手渡しで配布し、患者または家族が自記した調査票を、返信用封筒で郵送する方式で回収をした。

4. 調査項目

施設調査及び患者調査における調査項目の詳細は以下の通りである。

1) 施設調査

区 分	内 容
施設属性項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設種別、病床数、開設者、診療科目</li> <li>在宅療養支援診療所(病院)の届出状況</li> <li>後期高齢者診療料の算定状況</li> </ul>
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来患者総数及び75歳以上外来患者数(H19.10&amp;H20.10)</li> <li>主病別の後期高齢者診療料算定患者数(H20.10)</li> <li>通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の間数変化とその理由</li> <li>後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向</li> <li>後期高齢者診療料の算定に係る効果について</li> <li>後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合の理由について</li> <li>後期高齢者診療料の算定を途中で止めた場合の理由について</li> <li>後期高齢者診療料の主病別算定患者数(H20.8~H20.10)</li> <li>後期高齢者診療料の届出状況(主病別)交付総回数(H20.8~H20.10)</li> <li>後期高齢者診療料の届出状況の作成に要する平均時間</li> <li>後期高齢者診療料の届出に要する患者への平均説明時間</li> <li>後期高齢者診療料の届出に要する緊急時入院先病院数</li> <li>後期高齢者診療料の届出状況及び本日の診療内容の要点对する意見</li> <li>後期高齢者診療料の活用に向けた姿勢について</li> <li>75歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度</li> <li>後期高齢者診療料に係る外来患者からの問合せ内容</li> <li>後期高齢者診療料を1人も算定していない場合の理由</li> </ul>

2) 患者調査

区 分	内 容
属性項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>年齢、性別</li> <li>通院期間、1ヶ月当り通院回数</li> <li>後期高齢者診療料に記録された病名数及び主病名</li> <li>調査票の記入者</li> </ul>
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>後期高齢者診療料計画書をもらった月について</li> <li>後期高齢者診療料の算定前後の通院回数の変化</li> <li>通院している医療機関数</li> <li>後期高齢者診療料の算定前後の通院施設数の変化</li> <li>後期高齢者診療料の算定前後の検査回数・処方薬数・診療時間の変化</li> <li>他医療機関からの対応状況</li> <li>後期高齢者診療料の算定後のよかった点</li> <li>後期高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点</li> <li>後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化</li> </ul>

5. 調査結果

5.1 施設調査

1) 回収の状況

全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関から無作為に抽出した3,500施設を調査対象とし、有効回収数は1,112件であり、回収率は31.8%であった。

図表 1-1 回収の状況

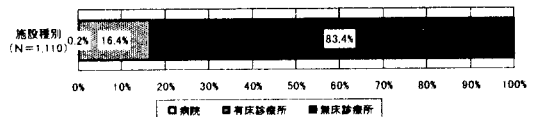
施設種別	発 送 数	有効回収数	回 収 率
後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関	3,500件	1,112件	31.8%

2) 回答施設の属性

(1) 施設種別

施設種別についてみると、回答施設では「無床診療所」(83.4%)が最も多く、次いで「有床診療所」(16.4%)である。診療所が99.8%を占めている。

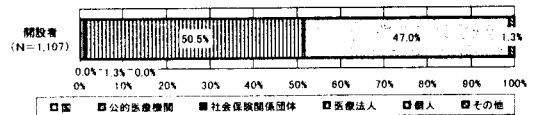
図表 1-2 施設種別



(2) 開設者

回答施設を診療所に限定して、開設者についてみると、「医療法人」(50.5%)が最も多く、次いで「個人」(47.0%)である。

図表 1-3 開設者



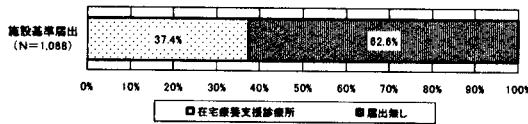
なお、主たる診療科目の状況を見ると、最も多いのは「内科」(68.4%)であり、次いで「消化器科」(6.2%)、「外科」(6.1%)である。

主たる診療科目	第1位	内科	559施設 (68.4%)
	第2位	消化器科	51施設 (6.2%)
	第3位	外科	50施設 (6.1%)
	第4位	整形外科	49施設 (6.0%)

(3) 在宅療養支援診療所の届出状況

回答施設の診療所のうち、在宅療養支援診療所の届出状況を見ると、「届出無し」(62.6%)が多く、「在宅療養支援診療所」は37.4%である。

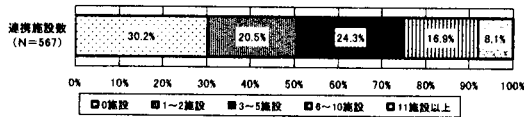
図表 1-4 在宅療養支援診療所の届出状況



(4) 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数

回答施設の診療所が連携している保健・医療・福祉サービス関連施設の状況を見ると、施設数は「0施設」(30.2%)が最も多く、次いで「3~5施設」(24.3%)、「1~2施設」(20.5%)である。

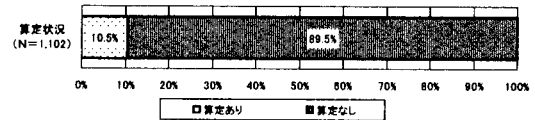
図表 1-5 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数



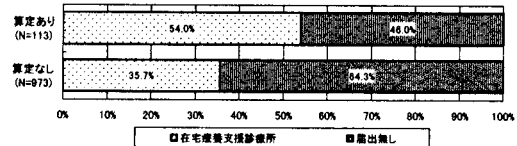
(5) 後期高齢者診療料の算定状況

後期高齢者診療料の算定状況は、「算定あり」と回答している施設は10.5%である。後期高齢者診療料の算定の有無により、在宅療養支援診療所の届出状況を見ると、算定している施設の54.0%が在宅療養支援診療所であり、算定していない施設の35.7%に比べると大きい。また、開設者については、算定している施設の医療法人割合は55.2%であり、算定していない施設の50.0%に比べて大きい。連携施設数(図表1-9)については、算定している施設では「3~5施設」(34.2%)が多く、算定していない施設では「0施設」(32.4%)が多い。地域別の算定状況(図表1-10)を見ると、最も多いのは「千葉県」(35.7%)、次いで「岩手県」(27.8%)、「新潟県」(24.0%)である。

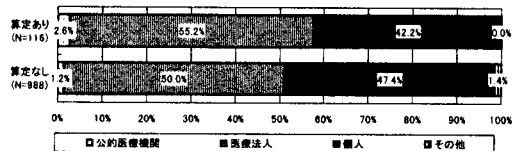
図表 1-6 後期高齢者診療料の算定状況



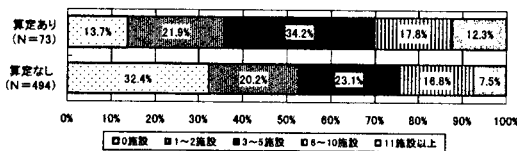
図表 1-7 算定有無別 在宅療養支援診療所の届出状況



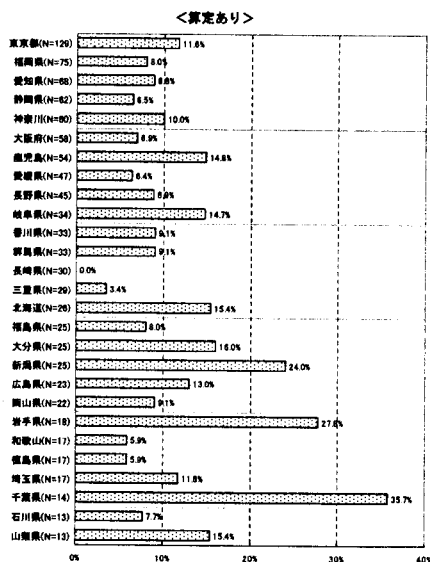
図表 1-8 算定有無別 開設者



図表 1-9 算定有無別 連携施設数



図表 1-10 算定有無別 地域別状況



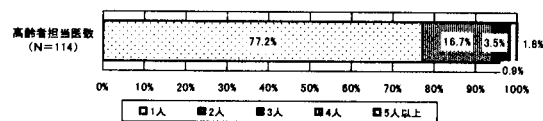
注) n数10以下は表記していない。

(6) 高齢者担当医の状況

後期高齢者診療料を算定している施設の高齢者担当医の医師数は、平均が1.39人である。また、高齢者担当医医師数が「1人」の施設は77.2%、「2人」の施設は16.7%である。

・高齢者担当医 医師数…平均 1.39人

図表 1-11 高齢者担当医 医師数



3) 後期高齢者診療料の算定状況

以下は、後期高齢者診療料を算定している施設の状況である。

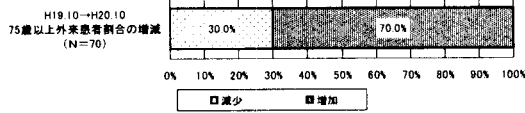
(1) 外来患者総数に占める75歳以上患者の割合

後期高齢者診療料を算定している施設では、外来患者総数に占める75歳以上患者割合の平均が、平成19年10月時点では34.7%、平成20年10月時点では34.5%である。また、施設別に同割合の変化状況を見ると、「増加」している施設が70.0%と多い。

・外来患者総数に占める75歳以上外来患者比率

- H19年10月 : 34.7%
- H20年10月 : 34.5%

図表 1-12 外来患者総数に占める75歳以上患者割合の変化

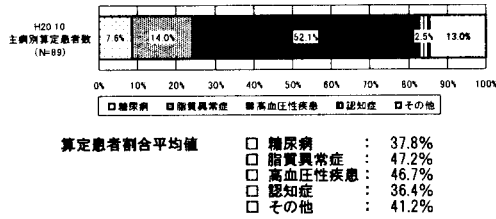


(2) 主病別の算定患者数の状況

平成20年10月時点の後期高齢者診療料算定患者について、主病別による構成比を見ると、「高血圧性疾患」(52.1%)が最も多く、次いで「脂質異常症」(14.0%)である。

また、主病別に75歳以上外来患者に占める算定患者割合の平均をみると、「脂質異常症」(47.2%)が最も高く、次いで「高血圧性疾患」(46.7%)である。

図表 1-13 主病別算定患者数の状況 (H20.10)



(3) 主病別の患者1人当たり1ヶ月平均来院回数

平成20年10月時点における主病別の75歳以上外来患者及び後期高齢者診療料算定患者の1人当たり1ヶ月平均来院回数を見ると、「糖尿病」は75歳以上外来患者が0.73回、後期高齢者診療料算定患者が0.64回であり、「脂質異常症」は75歳以上外来患者が0.54回、後期高齢者診療料算定患者が0.45回、「高血圧性疾患」は75歳以上外来患者が0.64回、後期高齢者診療料算定患者が0.52回である。

図表 1-14 主病別 患者1人当たり1ヶ月平均来院回数 (H20.10)

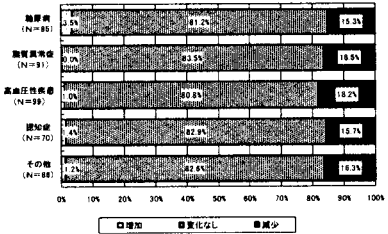
	75歳以上外来患者	診療料算定患者
糖尿病	0.73回	0.64回
脂質異常症	0.54回	0.45回
高血圧性疾患	0.64回	0.52回
認知症	0.64回	0.61回
その他	0.63回	0.60回

(4) 算定患者の通院回数や検査頻度など主病別の回数変化

平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定しており、かつ前年の平成19年8月から10月においても診療にあたった患者について、通院回数や検査頻度などの回数の変化をみると、いずれの主病においても「変化なし」が75%前後から85%前後を占める。なお、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「増加」が12%から19%程度であり、他の検査頻度に比べるとやや大きい。

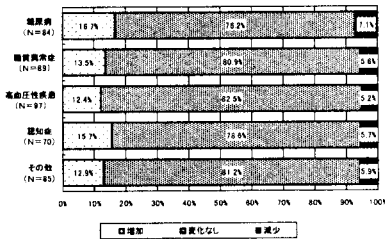
図表 1-15 通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の数値変化

<3ヶ月間の総通院回数>

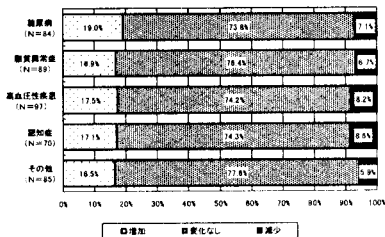


図表 1-15 通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の数値変化 (つづき)

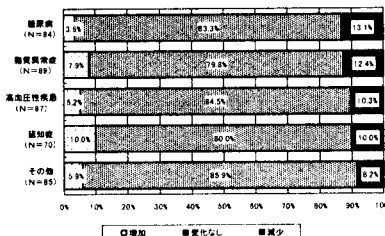
<生活機能の検査頻度>



<身体計測の頻度>

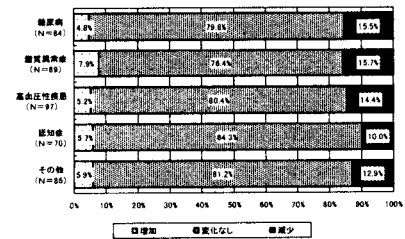


<検尿の頻度>

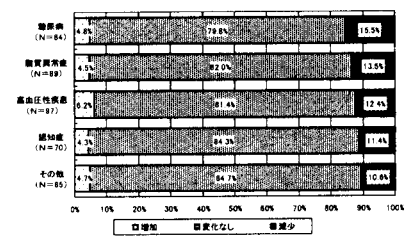


図表 1-15 通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の数値変化 (つづき)

<血液検査の頻度>



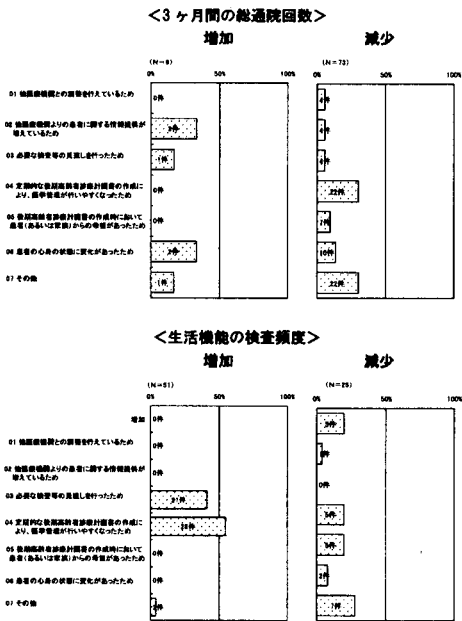
<心電図検査の頻度>



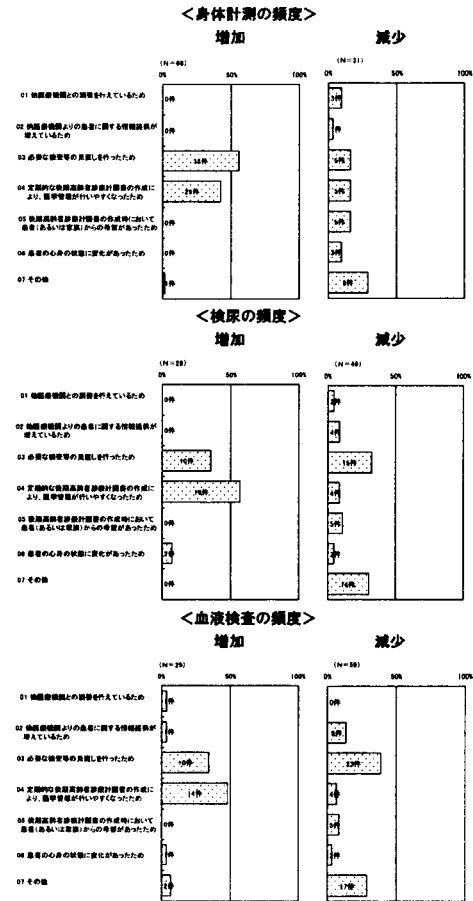
(5) 算定患者の通院回数や検査頻度などの変化とその理由

算定患者の通院回数や検査頻度など前年・今年の数値変化の理由をみると、「生活機能の検査頻度」や「身体計測の頻度」「検尿の頻度」など検査頻度は、その増加の理由として「必要な検査等の見直しを行ったため」あるいは「定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」が多い。また、「検尿の頻度」「血液検査の頻度」「心電図検査の頻度」については、当該回数の減少理由としても「必要な検査等の見直しを行ったため」が多い。

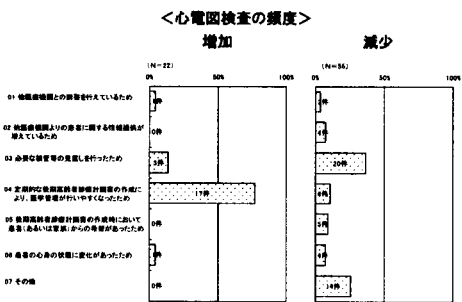
図表 1-16 通院回数や検査頻度などの前年・今年の数値変化とその理由



図表 1-16 通院回数や検査頻度などの前年・今年の数値変化とその理由 (つづき)



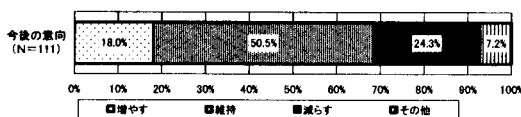
図表 1-16 通院回数や検査頻度などの前年・今年の数値変化とその理由 (つづき)



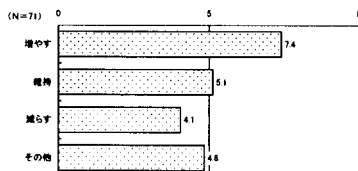
(6) 後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向

後期高齢者診療料の算定についての意向は、「維持」(50.5%)が最も多く、次いで「減らす」(24.3%)である。また、算定に係る今後の意向別に連携施設数の平均をみると、増やす意向のある施設は平均連携施設数が7.4、維持の意向のある施設は5.1、減らす意向のある施設は4.1である。

図表 1-17 後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向



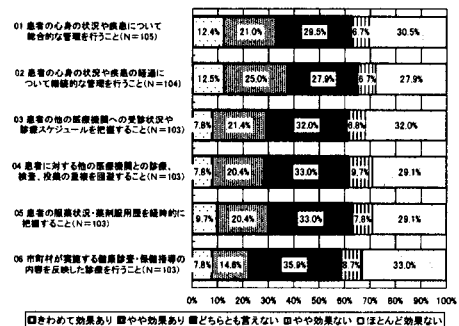
図表 1-18 後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向別 平均連携施設数



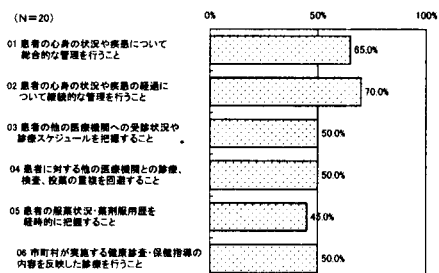
(7) 後期高齢者診療料の算定に係る効果

後期高齢者診療料の算定をはじめてからこれまでに感じた効果については、「ほとんど効果はない」と回答した施設が3割前後あるが、「患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと」や「患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと」については効果がある(「きわめて効果がある」+「やや効果がある」)とした施設がそれぞれ33.4%、37.5%あった。この2つの項目については、算定患者を今後増やす予定の施設においても効果があるとしている割合が大きい。

図表 1-19 後期高齢者診療料の算定に係る効果



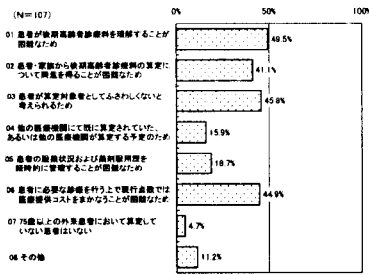
図表 1-20 算定患者を今後増やす予定の施設における項目別効果割合



(8) 後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合の理由

75歳以上の外来患者に対して、後期高齢者診療料を算定できない場合の理由についてみると、「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」(49.5%)が最も多く、次いで「患者が算定対象者としてふさわしくないと考えられるため」(45.8%)、「患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため」(44.9%)である。

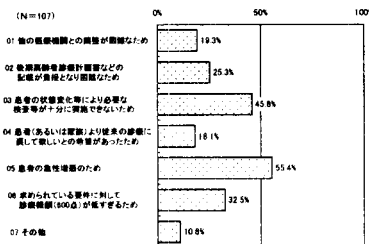
図表 1-21 後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合の理由



(9) 後期高齢者診療料の算定を途中で止めた場合の理由

後期高齢者診療料の算定を途中で止めた患者がいる場合の理由をみると、「患者の急性増悪のため」(55.4%)が最も多く、次いで「患者の状態変化等により必要な検査等が十分に実施できないため」(45.8%)である。

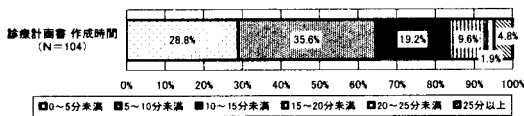
図表 1-22 後期高齢者診療料の算定を途中で止めた場合の理由



(3) 後期高齢者診療計画書の作成に要する時間

後期高齢者診療計画書の作成に要する時間は、「5～10分未満」(35.6%)が最も多く、次いで「0～5分未満」(28.8%)である。また、作成に要する平均時間は11.79分である。

図表 1-25 後期高齢者診療計画書の作成に要する時間

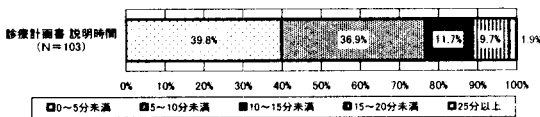


・後期高齢者診療計画書の作成に要する平均時間…平均 11.79分

(4) 後期高齢者診療計画書の記載に要する説明時間

後期高齢者診療計画書を記載する際に要する患者への説明時間は、「0～5分未満」(39.8%)が最も多く、次いで「5～10分未満」(36.9%)である。また、記載に要する平均説明時間は9.49分である。

図表 1-26 後期高齢者診療計画書の記載に要する説明時間



・後期高齢者診療計画書の記載に要する平均説明時間…平均 9.49分

(5) 後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数

後期高齢者診療計画書を記載されている緊急時の入院先病院については、平均で2.13施設である。

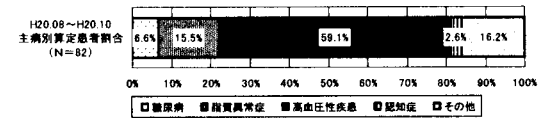
・後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数…平均 2.13施設

4) 後期高齢者診療計画書の作成状況

(1) 後期高齢者診療料の算定患者数

平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定している患者数を主病別にみると、「高血圧性疾患」が59.1%、「脂質異常症」が15.5%、「糖尿病」が6.6%を占めている。

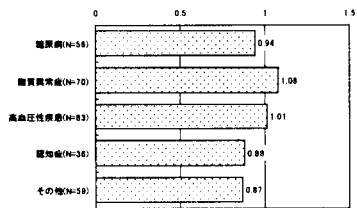
図表 1-23 主病別 後期高齢者診療料の算定患者割合 (H20.8～H20.10)



(2) 後期高齢者診療計画書の平均交付回数

平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定している患者数と計画書の交付総回数をもとに、主病別の平均交付回数をみると、「脂質異常症」は1.08回と最も多く、次いで「高血圧性疾患」の1.01回、「糖尿病」は0.94回である。

図表 1-24 主病別 後期高齢者診療計画書の平均交付回数 (H20.8～H20.10)



(6) 後期高齢者診療計画書及び本日の診療内容の要点に対する意見

- 後期高齢者診療計画書について (総件数: 32)
- 項目が多すぎる (75歳以上の高齢者には理解しづらいのもっと簡易に) (7件)
  - 計画書作成は医療行為ではないのではないか (6件)
  - 途中で計画変更した場合の訂正が容易にできたり、イラスト等が活用できると良い (2件)
  - 要介護度の情報の活用方法が不明 (1件)
  - 連携医療機関の記入が必須であると患者に誤解されている (1件)
  - 血液検査、心電図などは必ずとるべきなのか (1件)
  - スケジュールのチェックは手間がかかる (1件)
- 本日の診療内容の要点について (総件数: 26)
- 診療の度に書類発行するのは煩雑である (二度手間であり事務処理のみ増える) (4件)
  - 話して説明する方が理解をされるし、発行したとしても読んでもらえていない (2件)
  - 項目が多すぎる (75歳以上の高齢者には理解しづらいのもっと簡易に) (2件)
  - カルテ記載で足りるはず (2件)
  - 体温、投薬内容は不要ではないか (2件)
  - 「毎日の生活での留意事項」欄が小さい (1件)
  - 薬剤に関しては変更点・注意点を書くようにした方が有意義ではないか (1件)
  - 慢性疾患の場合は指導内容が固定化されるので口頭での説明のみで十分であり、持ち帰らない患者も多い (1件)
  - 次受診日時を事前に決めるのは難しい (1件)

5) 後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度

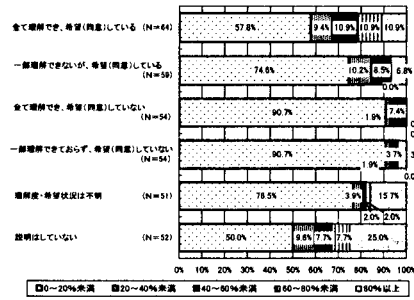
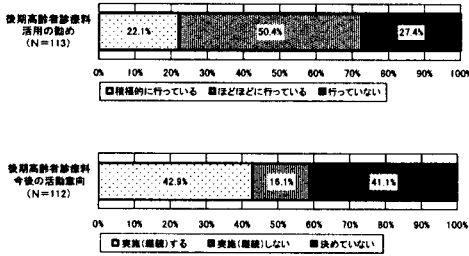
図表 1-28 後期高齢者診療料への理解度別 75歳以上外来患者割合分布

(1) 後期高齢者診療料の活用に向けた姿勢について

後期高齢者診療料(料)の活用を75歳以上外来患者に対して積極的に勧めていると回答した施設は22.1%、ほどほどに勧めている施設は50.4%、勧めていない施設は27.4%である。

また、患者に対する後期高齢者診療料(料)の活用の勧めを今後も実施(継続)すると回答した施設は42.9%、実施(継続)しない施設は16.1%、決めていないと回答した施設は41.1%である。

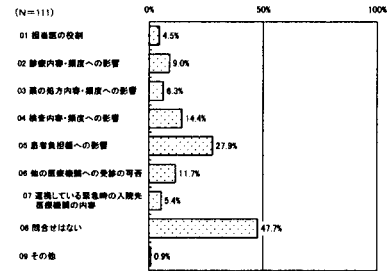
図表 1-27 後期高齢者診療料の活用に向けた姿勢について



(3) 後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせ内容

後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせについては、「問合せはない」(47.7%)が最も多いが、問い合わせがあった場合の内容では「患者負担額への影響」(27.9%)が多く、次いで「検査内容・頻度への影響」(14.4%)、「他の医療機関への受診の可否」(11.7%)が多い。

図表 1-29 後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせ内容



(2) 後期高齢者診療料への理解度や希望の状況

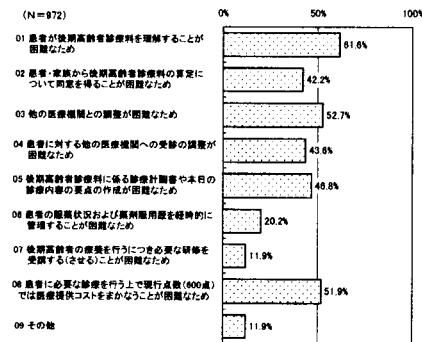
75歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度や希望の状況については、「説明していない」を除けば、後期高齢者診療料について「全て理解でき、希望(同意)している」患者の割合(28.8%)が最も多く、次いで「患者の理解度や希望の状況は不明」(20.6%)である。

- ・後期高齢者診療料を理解でき、希望(同意)している ... 平均 28.8%
- ・後期高齢者診療料を一部理解できていないが、希望(同意)している ... 平均 15.9%
- ・後期高齢者診療料を理解でき、希望(同意)していない ... 平均 5.3%
- ・後期高齢者診療料を一部理解できておらず、希望(同意)していない ... 平均 7.1%
- ・患者の理解度や希望の状況は不明 ... 平均 20.6%
- ・後期高齢者診療料に係る説明はしていない ... 平均 35.9%

6) 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由

後期高齢者診療料の算定をしていない施設が、算定を行っていない理由としては「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」(61.6%)が最も多く、次いで「他の医療機関との調整が困難なため」(52.7%)、「患者に必要な診療を行う上で現行点数(600点)では医療提供コストをまかなうことが困難なため」(51.9%)である。

図表 1-30 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由



5.2 患者調査

1) 回収の状況

患者調査票は、施設調査の調査対象施設に5部ずつ同封し、調査開始日より遡って、直近(1ヶ月以内)に来院された後期高齢者診療料の算定を受けている患者に医療機関から手渡しで配布している。患者調査票は有効回収数が206件であった。

図表 2-1 回収の状況

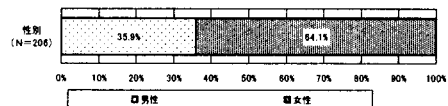
項目	数
有効回収数	206件

2) 患者の属性

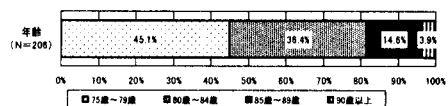
(1) 性別・年齢

回収された患者調査票における患者の性別をみると、男性は35.9%、女性は64.1%である。また、年齢は「75歳~79歳」(45.1%)が最も多く、次いで「80歳~84歳」(36.4%)である。

図表 2-2 性別



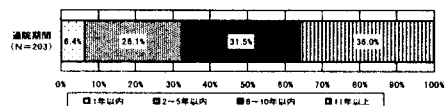
図表 2-3 年齢構成



(2) 調査票を受け取った医療機関への通院期間

患者が患者調査票を受け取った病院・診療所に通院している期間は、「11年以上」(36.0%)が最も多く、次いで「6~10年以内」(31.5%)である。

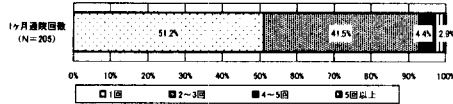
図表 2-4 調査票を受け取った医療機関への通院期間



(3) 調査票を受け取った医療機関への1ヶ月当り通院回数

患者が患者調査票を受け取った病院・診療所に通院する回数は、1ヶ月当りで「1回」(51.2%)が最も多く、次いで「2~3回」(41.5%)である。

図表 2-5 調査票を受け取った医療機関への1ヶ月当り通院回数

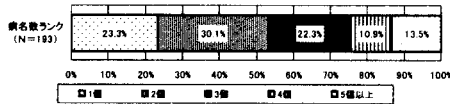


(4) 後期高齢者診療計画書に書かれている病名数

後期高齢者診療計画書に書かれている病名数は、平均で2.75個である。また、「2個」と書かれている場合が30.1%と多く、次いで「1個」(23.3%)、「3個」(22.3%)である。

・後期高齢者診療計画書に記載の病名数(図表 2-6)・・・平均 2.75 個

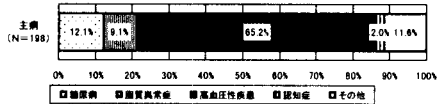
図表 2-6 後期高齢者診療計画書に書かれている病名数



(5) 後期高齢者診療計画書に書かれている主病

後期高齢者診療計画書に書かれている主病は、「高血圧性疾患」(65.2%)が最も多く、次いで「糖尿病」(12.1%)である。

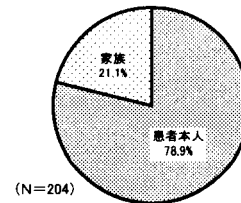
図表 2-7 後期高齢者診療計画書に書かれている主病



(6) 患者調査票の記入者

患者調査票の記入者は、「患者本人」が78.9%を占め、「家族」は21.1%である。

図表 2-8 患者調査票の記入者

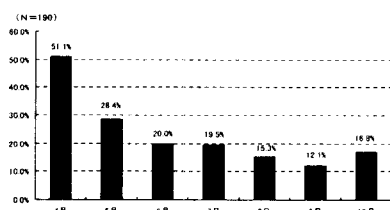


3) 患者の受診状況

(1) 後期高齢者診療計画書を渡された月

医師から後期高齢者診療計画書を渡された時期は、平成20年「4月」が51.1%と最も多く、次いで「5月」(28.4%)である。また、後期高齢者診療計画書を渡された月が「4月」のみである割合は34.7%と最も大きく、次いで「5月」のみ(19.5%)、「6月」のみ(10.5%)となっているが、「4月~10月まで毎月」の割合も6.8%ある。

図表 2-9 後期高齢者診療計画書を渡された月



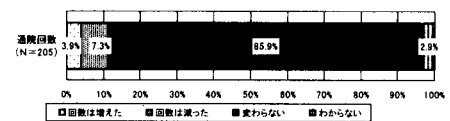
図表 2-10 後期高齢者診療計画書を渡された月のパターン

パターン	計画書を渡された月	割合
1	4月	34.7%
2	5月	19.5%
3	6月	10.5%
4	4月・5月・6月・7月・8月・9月・10月	6.8%
5	7月	5.8%
6	4月・7月・10月	4.2%
7	8月	3.7%
8	9月	2.6%
9	10月	1.6%
10	4月・7月	1.6%

(2) 後期高齢者診療料の算定前後の変化

後期高齢者診療料を渡されるようになった前と後で、計画書を渡される病院・診療所への通院回数の変化をみると、「変わらない」(85.9%)が最も多く、次いで「回数は減った」(7.3%)である。また、通院回数が変わった理由については、増えた理由として「疾病が増えたため」等があり、減った理由としては「待ち時間が長くなるから」等がある。

図表 2-11 後期高齢者診療料の算定前後の通院回数の変化

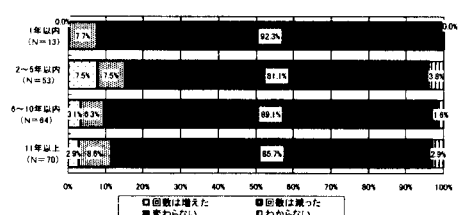


通院回数が変わった理由 (総件数: 17)

- 増えた理由: 疾病が増えたため (2件) / 診療を受けず処方せんのみを受け取っていたから (1件)
- 減った理由: 待ち時間が長くなるから (3件) / 料金が高くなったから (2件) / 長期間の処方せんを出してくれたから (2件) / 症状が安定したから (2件)

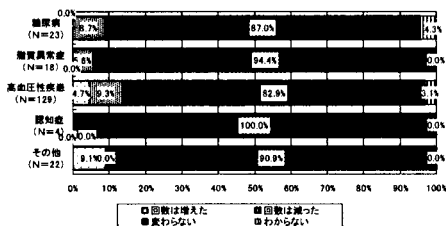
計画書を渡される病院・診療所への通院回数の変化を通院期間別にみると、他の期間に比較して「2~5年以内」は「回数は増えた」が7.5%と大きい。

図表 2-12 通院期間別 算定前後の通院回数の変化



計画書を渡される病院・診療所への通院回数の変化を患者の主病別にみると、「糖尿病」及び「高血圧性疾患」は「回数は減った」が9%程あり、他の主病に比べると大きい。

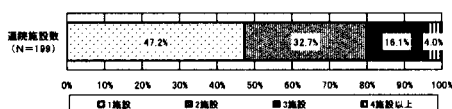
図表 2-13 主病別 算定前後の通院回数の変化



(3) 通院施設数

現在、通院している病院・診療所の施設は、「1施設」(47.2%)が最も多く、次いで「2施設」(32.7%)である。また、通院施設数の平均は1.78施設である。

図表 2-14 通院施設数



・通院施設数 ... 平均 1.78施設

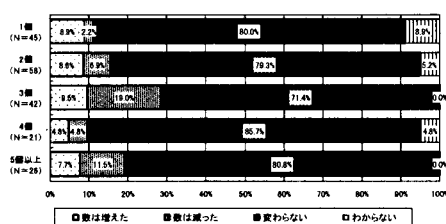
後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、通院している病院・診療所の数の変化をみると、「変わらない」が95.1%である。

図表 2-15 後期高齢者診療料の算定前後の通院施設数の変化



後期高齢者診療計画書に書かれている病名数ランク別に検査回数の変化をみると、「数は減った」「3個」の患者は19.0%、「5個以上」の患者は11.5%と他に比べて大きい。

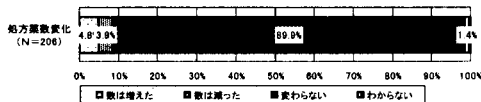
図表 2-19 記載病名数ランク別 算定前後の検査回数の変化



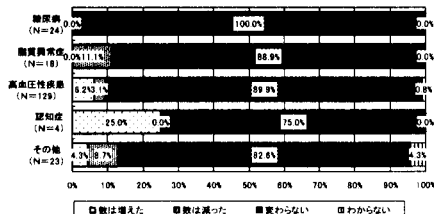
(5) 後期高齢者診療料の算定前後の処方薬数の変化

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、処方される薬の数の変化をみると、「変わらない」(89.9%)が最も多く、次いで「数は増えた」(4.8%)である。

図表 2-20 後期高齢者診療料の算定前後の処方薬数の変化

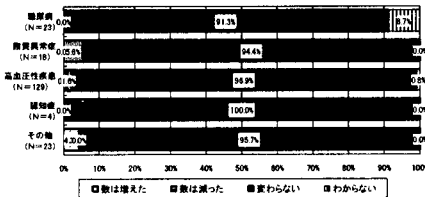


図表 2-21 主病別 算定前後の処方薬数の変化



通院している病院・診療所の数の変化を患者の主病別にみても、「変わらない」が9割を超えている。

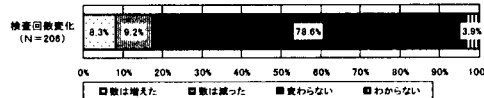
図表 2-16 主病別 通院施設数の変化



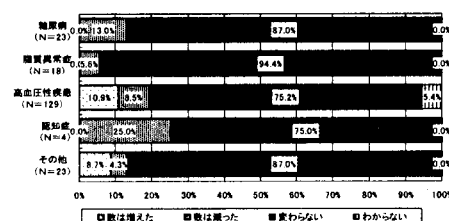
(4) 後期高齢者診療料の算定前後の検査回数の変化

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、検査回数の変化をみると、「変わらない」(78.6%)が最も多く、次いで「数は減った」(9.2%)である。主病別では「高血圧性疾患」患者の10.9%が「数は増えた」としている。

図表 2-17 後期高齢者診療料の算定前後の検査回数の変化

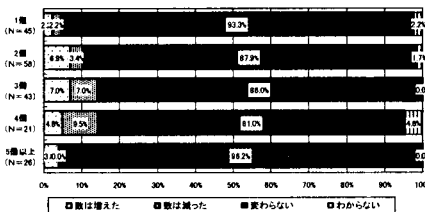


図表 2-18 主病別 算定前後の検査回数の変化



後期高齢者診療計画書に書かれている病名数ランク別に処方される薬の数の変化をみると、「変わらない」が8割以上であるが、「数は減った」は病名数「4個」の患者では9.5%、「3個」の患者では7.0%、また、「数は増えた」は病名数「3個」及び「2個」の患者では7%程あり、他に比べるとやや大きい。

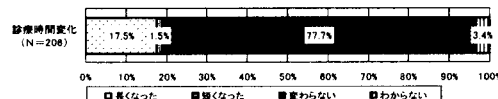
図表 2-22 記載病名数ランク別 算定前後の処方薬数の変化



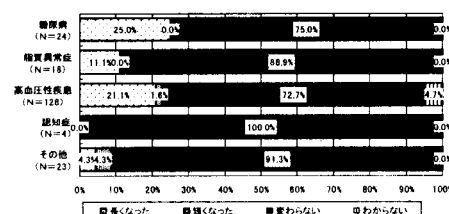
(6) 後期高齢者診療料の算定前後の診療時間の変化

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、診療にかかる時間の変化をみると、「変わらない」(77.7%)が最も多く、次いで「長くなった」(17.5%)である。主病別では「高血圧性疾患」患者の21.1%が「長くなった」としている。

図表 2-23 後期高齢者診療料の算定前後の診療時間の変化



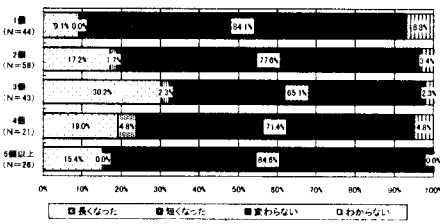
図表 2-24 主病別 算定前後の診療時間の変化





後期高齢者診療計画書に書かれている病名数ランク別に診療時間の変化をみると、いずれも6割から8割が「変わらない」であるが、「長くなった」は病名数「3個」の患者では30.2%を占めている。

図表 2-25 記載病名数ランク別 算定前後の診療時間の変化



(7) 他医療機関の対応状況

後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、計画書を渡されている所の他に通院している他の病院・診療所で、「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」の内容について「きかれていない」患者が65.6%を占める。「きかれた」患者は14.6%である。

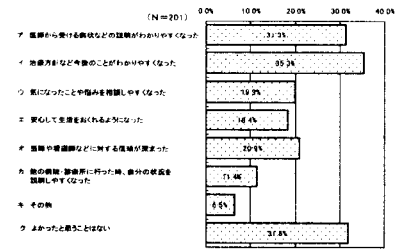
図表 2-26 他医療機関からの対応状況



(8) 後期高齢者診療料の算定後のよかった点

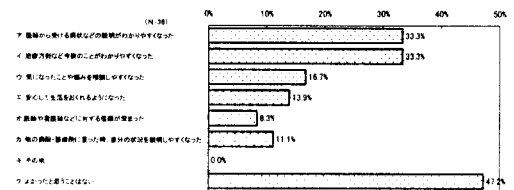
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、よかったと思うことは「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」(35.3%)が最も多く、次いで「よかったと思うことはない」(31.8%)、「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」(31.3%)である。

図表 2-27 後期高齢者診療料の算定後のよかった点



後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、診療時間が「長くなった」と答えた患者が感じる算定後のよかった点は、「よかったと思うことはない」(47.2%)が最も多く、次いで「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」(33.3%)、「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」(33.3%)である。

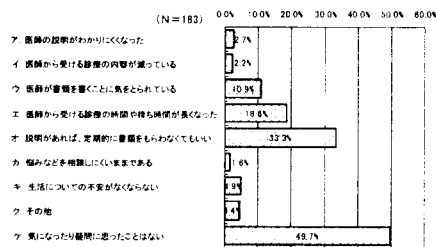
図表 2-28 診療時間が「長くなった」患者の算定後のよかった点



(9) 後期高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点

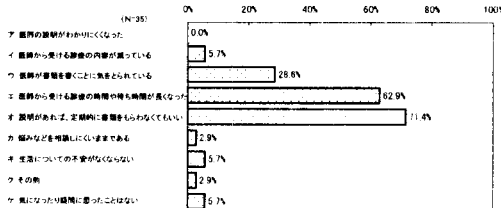
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、気になったり疑問に思ったことは、「気になったり疑問に思ったことはない」(49.7%)が最も多く、次いで「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(33.3%)である。

図表 2-29 後期高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点



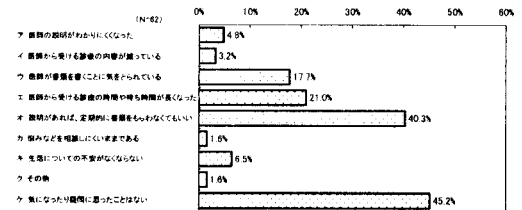
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、診療時間が「長くなった」と答えた患者が感じる算定後の気になった点・疑問点は、「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(71.4%)が最も多く、次いで「医師から受ける診療の時間や待ち時間が長くなった」(62.9%)である。

図表 2-30 診療時間が「長くなった」患者の算定後 気になった点・疑問点



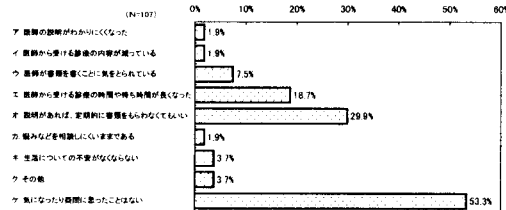
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、「よかったと思うことはない」と答えた患者が感じる算定後の気になった点・疑問点は、「気になったり疑問に思ったことはない」(45.2%)が最も多く、次いで「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(40.3%)である。

図表 2-31 「よかったと思うことはない」患者の算定後 気になった点・疑問点



後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、「よかったと思うことはない」と答えた患者以外の患者が感じる算定後の気になった点・疑問点は、「気になったり疑問に思ったことはない」(53.3%)が最も多く、次いで「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(29.9%)である。

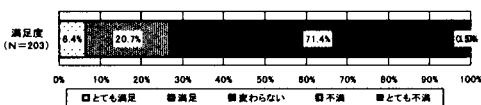
図表 2-32 「よかったと思うことはない」患者以外の算定後 気になった点・疑問点



(10) 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化

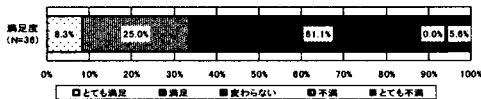
後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、計画書を渡される医師から受けた診療などについて満足度の変化をみると、「変わらない」(71.4%)が最も多く、次いで「満足に思うようになった」(20.7%)である。

図表 2-33 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化



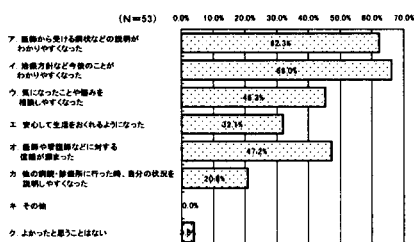
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、診療時間が「長くなった」と答えた患者が感じる満足度の変化は、「変わらない」(61.1%)が最も多く、次いで「満足に思うようになった」(25.0%)である。

図表 2-34 診療時間が「長くなった」患者の満足度の変化



医師の診療などに満足している患者が感じるよかったと思うことは「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」(66.0%)が最も多く、次いで「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」(62.3%)である。

図表 2-35 満足している患者の感じるよかったと思うこと



(11) 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」についての希望や意見

- 後期高齢者診療計画書について (総件数: 34)
- ・ 毎月は不要 (9件)
  - ・ 今後のスケジュールが分かって良い (1件)
  - ・ 治療方針や履歴がわかってよい (1件)
  - ・ 口頭で説明があれば良い (1件)
  - ・ 内容が具体的にでない (1件)
- 本日の診療内容の要点について (総件数: 34)
- ・ 毎月は不要 (6件)
  - ・ 本人が検査結果を覚えていないので都合が良い (2件)
  - ・ いつも同じことしか書いてない (2件)

6. まとめ

本調査では、新設された後期高齢者診療料による、治療の内容や患者の受診行動の変化を把握するために、後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関、および当該医療機関において後期高齢者診療料の算定を受けた患者に対して調査し、その状況を把握した。

施設調査では、回答施設の 10.5%が後期高齢者診療料を算定しており、そのうちの 54.0%が在宅療養支援診療所であった (図表 1-6、1-7)。

後期高齢者診療料を算定している施設は、連携している関連施設が 3~5 施設であるところが多く、また、高齢者担当医の医師数は平均が 1.39 人であった (図表 1-9、1-11)。

後期高齢者診療料を算定している施設では、外来患者総数に占める 75 歳以上患者割合が前年度に比較して増加しているところが多い (図表 1-12)。

後期高齢者診療料を算定している患者数を主病別にみると、「高血圧性疾患」が 59.1%、「脂質異常症」が 15.5%、「糖尿病」が 6.6%を占めている (図表 1-23)。

算定患者の通院回数や検査頻度などの回数変化をみると、いずれの主病においても「変化なし」が 75%前後から 85%前後を占めるが、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「増加」が 12%から 19%程度あり、他の検査頻度に比べるとやや大きい (図表 1-15)。その変化の理由は、「必要な検査等の見直しを行ったため」あるいは「定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」があげられるが、いくつかの検査では回数の減少理由としても「必要な検査等の見直しを行ったため」があげられていた (図表 1-16)。

後期高齢者診療料の算定による効果については、「ほとんど効果はない」と回答した施設が 3 割前後あるが、「患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと」や「患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと」については効果があるとした施設がそれぞれ 3 割を超えている (図表 1-19)。

後期高齢者診療料の算定を行っていない施設は、その理由として「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」が最も多く、次いで「他の医療機関との調整が困難なため」、「患者に必要な診療を行う上で現行点数 (600 点) では医療提供コストをまかなうことが困難なため」などであった (図表 1-30)。

患者調査では、後期高齢者診療料の算定患者の約 8 割が 75 歳~84 歳であり、通院している期間は 6 年以上が多かった (図表 2-3、2-4) また、後期高齢者診療計画書に書かれている病名数は平均で 2.75 個であり、主病は「高血圧性疾患」が最も多く、次いで「糖尿病」が多かった (図表 2-6、2-7)。

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、通院回数や検査回数、処方される薬の数、診療にかかる時間を比較すると、多くの患者は変わっていないと回答しているが、診療にかかる時間は長くなったと回答した患者が 17%程いた (図表 2-11~2-25)。

後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、よかったと思うことは「治療方

針など今後のことがわかりやすくなった」「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」であった (図表 2-27)。また、後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから「よかったと思うことはない」と答えた患者が感じる算定後の気になった点・疑問点は、「気になったり疑問に思ったことはない」「説明があれば定期的に書類をもらわなくてもよい」等である (図表 2-31)。

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、計画書を渡される医師から受けた診療などについて満足度の変化をみると、「変わらない」が最も多く、次いで「満足に思うようになった」であった (図表 2-33)。満足している患者が感じるよかったと思うことは「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」である (図表 2-35)。

資料1 施設調査票における自由記回答意見

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
1	・書類を作成する事により患者さんの診療料が高くなることに対し、患者・家族が理解しにくいと思います。・当院は予約診療ではなく検査の計画書が書きにくい。・後期高齢者診療料はかかりつけ医の認知症指導を評価した点では、今後も継続していただきたいと思ひます。
2	後期高齢者の場合は、期間点が非常に多岐にわたるため、簡単に1枚の書面では、家族に渡せない。薬物の量的問題もあり、少量ずつに多岐にわたる事あり。又、多科にわたる疾患の合併症が多いため、統括する診療料が(例えば内科など)必要であるが、他科の詳細な治療内容が不明なため、自分の所だけの方針は簡単に決められない。又、書類が今後とも何種類にもわたる可能性があり、この様な方針には、賛成出来ない。カルテ記載だけでも大変な状態なのに、机上だけで考える方針には反対です。より親身な診療には時間が絶対に必要である。
3	これがあろうとなかろうと、しっかり診療していただければ患者さんにとって良い医療は提供できるので、くだらない指導管理料はやめた方がよい。慢性疾患でも風邪でも同じように診療の手間はかかるのであり、診療料を主体にして全般的に管理料は減らすべきであろう。
4	診療料の規程が難しい。
5	・医師の医療へのモチベーションが下がる。・何もしない程、利益が出るような仕組みは、医師の心を荒廃させる。・高齢者の受ける医療レベルは確実に低下し、不幸である。
6	年齢で区切る後期高齢者保険は制度上おかし。
7	複数の診療所に通院している高齢者が多く、「先に取った者勝ち」の現行制度には違和感がある。また、周辺の医療機関でも殆どおらず、他院との調整が困難と思われる。
8	医師に対して、いろいろな書類を作らせるシステムができることは不満がある。勤務医も開業医も、医業半分、事務仕事半分に近づき、それが、患者との時間が作れない原因となっている。書類を減らして、患者にかかる時間が作れるようにしてほしい。
9	現時点での点数はそこそこにあると思いますが、それに関する書類を作成、継続するための手間が多く面倒である。点数に関しても「いざいざ様子をはずされそう」という不信感がある。
10	後期高齢者医療制度の内容がよくわからない。整形外科診療と後期高齢者診療とが関係ない。
11	後期高齢者診療料のような制度は廃止すべし。
12	全く必要のない制度と考えます。かかりつけ医が何人いても、みんな、同じ様に患者に接するので、全員同じ点数が得られなければ、不公平が生じます。指導料だけで充分。他院との関係も、連帯も悪くなってしまいます。
13	かかりつけ医はと云え、一人一人の患者さんのすべてをみることは困難です。まして24時間ずっと責任をもって診ていくことなど契約上はともできません。患者さんは、病院で診療を受けることができれば一番幸せです。在宅療養より入院加療が出来る態勢を作るべきです。
14	充分な検査等行えないと考える。詳細に診療条件等が明らかでなく、食定が多くなる時がある。月によって、選択していいのとことだったが、詳細がわからない。
15	患者にも医師にもメリットを感じません。
16	・年齢だけで区別する制度そのものが、説得力に欠ける。・廃止が望ましい。

- 40 -

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
17	個人の無床診療所では後期高齢者だけ別枠で診療することは困難である。
18	この制度は利用することが困難である。
19	届出はしているが、算定したことなし。
20	届出のみで全く算定していない。
21	一方としては、1人のPtを2人以上の専門医で診ていることが多く、1人が後期高齢者の算定をする他ができなくなり、不都合、全体で算定しないこととした。当方9Fのビルで36名が開業しており、内、内科が16名重なり合って診ている。
22	前期・後期高齢者を分類することに反対します。
23	・高齢者も、疾患の少ない方とたくさん合併症のある方と様々です。そのため診療料自体も、大きく異なります。また、患者様方御本人も、それぞれの疾患を専門医にしっかりと診てもらいたいとやはり複数の医療機関を受診されますので、どこも施設が主治医になるが調整は困難です。・診療の内容も、計画書を書きただけで、本来安く済む医療費が逆に高くなってしまふこともあり、無駄が多いと思ひます。当院では、年金生活の患者様になるべく負担が少なくなるように、診療費は低く抑える努力をしており、後期高齢者診療料は算定しておりません。・後期高齢者診療料に限らず、外来管理加算などはじめ様々な管理料・加算のすべてで言えることですが、診療報酬算定要件に書類記載の義務などを入れると結局は、十分な診療(説明や医療安全に使う時間)が妨げられ、無利益を被るなどは患者様です。書類記載などの無駄な時間は、待ち時間の増加、医療の非効率となり、一医療機関での診療可能な患者数の減少、医師・スタッフの不足に直結します。患者様と直接接する十分な時間が取れ、日本の安心できる医療を確立するためには、ソフト面の診療料の引き上げと、法外な薬価、材料費(医療機器、特に外資系企業)の厳格な引き下げが必要と思ひます。
24	病状の特に安定している人を選んで、算定しています。この制度ができたので算定してみただけで診療面において何ら変化ありません。今後算定する人数をふやす予定はありません。
25	すぐに「やめるべき」と考えます。
26	方多くして益(お金のみでなく、診療における患者、医療機関にとっての医療上の実利)少し。
27	患者さんの負担も大きく、自由な受診を妨げ、制度自体問題ありと考えます。今後も算定しません(届出をしていてなんですが・・・)。
28	即廃止を望む。
29	なぜ、この様な制度が出来たのか理解できません。現状、外来業務がこれ以上複雑になると、とても対応できません。

- 41 -

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
30	内容がわかりかねるほど、いつでも算定医療機関を取り下げる準備はある。何しろ突然の切りで申請許可内容があまりにも雑で、試しに医師会で介護保険主治医見書書の書き方講習会を行ったが、それを書いて出したら許可された。いざいざみんな死んでいく。死に方を選ばせてもいいのでは?と思う。私自身延命はしないし、臓器移植に関しては死亡した時点で使えるものは使ってもらっていいと子供に伝えていた。カードは書いてない。但し自分他人のものをもってまで行き続ける気持ちは全くない。もし病院に入っても死亡3日前(この判断が困難?)には家に連れ帰り、ベッドでなくタミの上で臨終を迎えさせるように子供(医師)に伝えてある(最後の医療費がバカにならないから)。
31	事前の説明不十分(制度の具体像、点数など具体的に明らかにすべきである)。国民の求めている医療サービスとはかけはなれていると思ひます。
32	・患者が高齢であるため、多くの疾病を有し、病態の把握が検査所見を参考にしないと思ひ難い。・定期的な診療計画を立て、医学管理することが難しい。
33	後期高齢者は一般に一人の患者さんが多数の病気を患っているため、診療項目が多岐に渡り、コストがかかかります。どうしてもやるのなら、せめて1000点以上の点数に引き上げて欲しいと思ひます。
34	・我が国の保険制度に、年齢による差別を取り入れる事に反対します。・主病疾患を中心に、医師を選定する事には、臨床医学上非常に問題が多い。・他医療機関との関係を良好に保つ事が、現制度上では困難になる。
35	早く廃止して欲しい。以前の制度に戻して欲しい。
36	整形外科ではなじまないと思ひます。
37	高齢者は全般に耳が遠く(難聴)、説明をしても若い人の2~3倍のエネルギーが必要で、これだけでかなり疲れますので、後期高齢者診療料に係る説明にエネルギーを費やすと他の患者さんへの診療に支障をきたします。外来管理加算も同様で、机上空論です。
38	医療の現状(現場)を熟知してほしい。
39	同診療料を廃止してほしい。
40	患者負担額が安価になれば、可能と考えます(薬剤、2割1割、負担なし、などに)負担額が増える時に説明しづらい。
41	特に他の医療機関との調整が困難な為、当院では施設申請はしていますが、算定は行っていない。
42	県医師会、市医師会共に今回の後期高齢者診療料の実施については全般的に反対の意向であり、その要点は上記の様なものと思われ、我々もこれに同意同調した。後期高齢者診療と前期高齢者診療とをわけても、やっていること自体が同じである以上、保険上の区別はあっても75歳で突然身体が変化するわけではなく、各人の健康状態によって診療内容も違うので、律にするわけにはいかないと思ひます。特に画一的に定める診療になるのは反対である。
43	自分が75歳を越えている患者の立場にたった場合、同診療料のメリットを理解しがたい。

- 42 -

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
44	・高齢者は精神身体能力の個人差が非常に大きく75歳で線引くエビデンスは乏しいと思われ。・今回の方法では患者個々の社会的背景など日常的診療時に付している所謂「匙加減」が加味できず、町医者としては面白くないのがこれが一般化するなら医者をやめようかと思ひます。
45	保健診療を円滑に行う為、この様なシステムは廃止してシンプルな体系にすべきと思ひます。
46	忙しい外来診療において、煩雑な手続きが多く、困難です。他の患者様の待ち時間が増え、日常診療に悪影響が出ます。個人の診療所としては十分に対応できず、実施は難しいです。
47	・患者様への理解を浸透させる事が困難である事を痛感する次第です。・もう少し、わかりやすい算定のやり方を再考する必要があると考えます。
48	書て老人の医療費負担は0だった。医療費がふえるからと介護保険ができ、国民保険と別に新しく介護保険料が徴収され、今回また、後期高齢者保険料が徴収されるようになった。後期高齢者診療料は明らかに受診抑制のためのものです。
49	老人は複数の疾患を有しており、一人の医師での管理は不可能である。後期高齢者診療料は廃止すべきものと思ひます。
50	後期高齢者診療料をはじめ特定検診の煩雑さなど日々医療を施すに際する手間が複雑になっています。もっと医療現場を十分理解した方による政策を心からお願いしたく存じます。
51	一つの診療所がメインで診ていくことが困難である。
52	診療に時間がかかる人や、検査(範囲内)をした人も、症状や病気が安定して単純な人とコストに差がないのは説得力がなく、お金を(一部負担金)いただくのは、如何なものかと思ひます。当院の場合、現行点数だと患者負担が増加します。ただ今回の中で、「本日の診療内容の優点」は患者にとってメリットがあり、当院では、慢性疾患に関して手渡しています。家へ帰って次の診療迄の間には診察されているようで、症状の改善に効果が出てきています。ある程度診療内容、時間に見合う点数が合理的かと思ひますが、難しい問題です。現在は検査をしない点数が増加したため、必要でない血液検査を3ヶ月に1回している医療機関が多いと患者さんが言われています。同感ですが、検査が必要時しかし少ないと点数は低く、収入は少なくて悩んでいるこの頃です。
53	・現在の後期高齢者の診療料については、一度患者さんに説明してみました。なかなか理解が得られず、逆に現在の医療の後期高齢者の診療及び検診システムについてかなりの不満を言われていた。・患者さんからは、この制度の目的は診療抑制ではないかととらえられている方もおられた。
54	特定疾患療養管理料などと、重複することが多い。又、75歳以上の人の大多数が、理解できるであろうか。高齢者の医療費を下げる為の、見せかけの診療点数としか思えない。
55	医療機関へのフリーアクセスを妨げるものであり、問題がある。
56	実効性のない小手先の制度ばかり作らないでほしい。
57	算定する際に、点数の別にもっとく大変な作業を要するものであり、普及しない制度なのではないでしょうか。
58	・後期高齢者健診に対して反対(今まで通りで良い)。・何も分ける必要はない。

- 43 -

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
59	後期高齢者に対し診療料を説明し、計画書を作成し「本日の診療内容の要点」など文書で説明して理解していただくことは、時間や労作の上からも日常診療の中で行うことは実際にはかなり困難と感じる。
60	全く無意味だと思います。早く廃止すべきと思います。
61	仕事をしない程に利益になる制度では話にならない。診療制限を受ける様では、医療制度上、問題がある。介護点数と医療の点数の合計での制限は受け入れられる。介護医療合計点数制度（元気で家暮らしなら、払戻しあり）ならやれる。これはすばらしい意見です。
62	基本的な理念としては理解できる内容ですが、実際問題として、これだけの制約と手間をかけての診療報酬に見合うものとは思えません。一個人としては普段の診療上、常に気を配っている中で、このような程度の指導はしているつもりです。我々は公的な部分にかかわる仕事もしていますが、公務員でもなければ国の機関でもありません。個人企業です。収益をある程度は考慮する必要もあります。過剰な利益を得ようとは思っていませんが、現場の理解を得られないような規制、やり方を決めても無駄金を使うだけではないでしょうか。実際に医療を行う現場の意見をもっと吸い上げて下さい。又、実際に診療（医療）をうける人々の気持ちもわかるようにして欲しいと思います。
63	患者は薬剤投与を長期間希望する（再診療節約のため）等、医療費の軽減希望が強い為、算定しにくい。
64	ほとんど意味のないものである。直ちに廃止すべきと考えます。
65	説明に時間をかけたが、スタッフより理解されなかったかかわからないので、どうすれば良いかと上申されることが増加した。主介護者に説明しても十分理解できず、自己負担金が減るものとのみ意見込んでいる方がいらした。
66	病名の絞り込み（原則一病名）は高齢者では無理。有事の連携規則などが厳しい。診療計画書の義務化が煩わしい。点数（600点）が低い。
67	後期高齢者診療料は差別医療となり、高齢者医療の質の低下をきたす可能性が大であり反対である。
68	いつも来られている患者さんに紙一枚渡して、「はい、600円頂きます。」とは言えない。
69	高齢者の方は、特に刻々と病態が変わります。型にはめて治療するよりは、オーダーメイド治療と考え、すぐに対処するべきでは、と考えます。又、よくない医療費が逆にでてしまう。
70	医療を面的に評価することは反対である。
71	書類の作成や定期的な交付等、意味が無く手間がかかるだけのものではないか。薬剤料等が、診療料を上回る場合は、勿論算定しない。又、診療料が上回る場合は患者さんにとって負担増となるので、算定しない。いづれにしても算定しない事になる。また、複数の医療機関を受診される方もあり、実質的に管理できるのかを把握するのは難しい。
72	医療に灰山予算を組んでほしい。きめ細やかな治療ができない。急変時の対応ができない。求められている要件に対して、診療料報酬が低すぎる。誰も理解されていない為、廃止してほしい。
73	廃止すべきである。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
74	同制度は日本人を年齢によって差別するものであり、絶対に廃止すべきである。
75	準備不足の一言だと思います。もう少しよく協議して、地方の関係各公的機関の意思統一（基本方針の周知徹底）を図り、マスコミを通じて広く国民の理解を求める努力をすべきだと思います。一応算定の届出だけでしたが、現状ではとても算定できる状況ではないと思います。今後算定するつもりはありません。患者さんの様子を見ていますと、とにかく「後期高齢者」という言葉だけで皆さんとても御立腹の御様子です。感情的になってしまいとても制度の内容まで御理解頂くのは困難かと思ます。
76	廃止が良いと考える。
77	特定疾患医療費管理料に対応の方が簡便である。フリーアクセスの状況であり、医療機関への受診調整が困難な時もある。・現行点数は低く感じる。
78	早期の廃止を望みます。意味がありません。
79	後期高齢者は、他科受診が多く、どの科が主体となるか判断が難しい。
80	メディアにて（テレビなど）話題にされており、患者様お一人一人がよく理解しているようです。
81	後期高齢者診療料では、説明と計画書通りに診療出来たかで時に問題が生ずる可能性がある。
82	中止を希望。
83	使った時間や人件費、その間に他の患者に充てられる診療時間等々を考慮すると対費用効果が悪いと考えられるため算定は難しいと理解している現状です。
84	算定をする前に約1〜2週ほど試用しました。病状安定している方には計画書や診療内容の要点を毎回記入する必要を感じません。変化のある人には、とても有価です。お話を伺って診察をし、文書に書いて説明することは、とてもよいことですが、時間がかかりすぎて大変です。全員にはできませんので、算定を改めました。他の医療機関との診療上のトラブルの可能性もあり、算定しませんでした。
85	直ちに廃止すべき。
86	unnecessary 制度だと思う。
87	高齢者の慢性疾患に関し、マルメの保険点数を使用できることに期待感を持っておりました。何しろ私達に診療以外で求められることが余りに多く、せめて保険点数の包括化でも思っておりました。しかし、後期高齢者診療計画書の提出を求められ、時間的に対応できず中止にいたしました。私自身皮膚の慢性疾患の患者さんには自分なりのシートを作成しております。高齢社会がどんなものか、全く理解していない人々が、保険や介護、病院にあれこれと注文をだしてくることに怒りさえ感じます。
88	後期高齢者ほど医療ニーズが高く、少なくとも現行の2倍の点数が必要である。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
89	高齢者に対する医療供給体制として、「主治医制」や「包括医療制度」は賛成です。現状では高齢者医療にはかなりの無駄や過剰診療があると思います。医療資源を合理的に配分する観点からも、「主治医」「包括」は基本的に望ましい制度だと思います。但し、その財源を保険費として後期高齢者を独立させたことに対しては、保険制度の主旨からして受け入れ難いと考えます。又、開業医には高齢者診療での急変時に応需（特に入院の場合）してくれる病院がないことも問題です。
90	当院では、まだ電子化されていませんので、後期高齢者診療料は算定ありで提出はしておりますが、今現在では一度も算定はいたしておりません。今後、診断計画書を作成し、算定出来る状況にもっていくつもりです。
91	廃止すべきもと考えます。
92	600点は低すぎます。書類も大変です。
93	後期高齢者医療制度について廃止を前提に検討されたい。
94	胃潰瘍と高血圧で別々のクリニックで診てもらっていた場合、どちらかがとるべきか、はっきりしない。
95	後期高齢者診療計画書などの記載に手間がかかり、診療の妨げになる。
96	受診のフリーアクセスの確保と診療料に関しては、必要なのは認める方向が望ましい。
97	新しい制度の導入時は、国としてあらかじめしっかりした説明が必要なのではないか。今回は説明不足であり、届出をした後に医師会の反対もあり、大変とまとった。外来管理の5分制度も無意味であり、複雑な業務ばかり増加している。点数は下がり、医療機関は競争の一面を辿る。このような調査は制度導入前にも行うべきであったと考える。今年で当院は後期高齢者診療料を廃止する予定である。
98	廃止すべきである。
99	後期高齢者診療料の考え方については非常によい考えだと思います。後期高齢者医療制度自体が改善されれば、当院で算定したいと思います。
100	根拠はなく、現場の状況に見合った制度の導入を期待します。当クリニックに通院される75歳以上の方（比較的元気な方が多い。もちろん、DH、HT等あり）で、この制度に賛同される方はいません。自分で判断し、それぞれの専門医を受診しています。75歳以上の方にメリットがあり、ローコスト）賛同されるような（ネーミングも含め）制度への変更をお願いします。
101	地方と首都圏では医療が違うのに、同一の制度は困難であります。高齢者は日々困窮しています。
102	後期高齢者保険制度自体の問題が指摘されており、この新制度が継続されるのか、後期高齢者診療料の扱いがどうなるのか、このまま続けられるか不安である。保険点数が限定改定される中、やむなく後期高齢者診療料を算定しているのが現状である。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
103	当院は内科・外科・小児科・小児外科を標榜しております。いわゆる「家庭医」を目指して地域医療を行っています。他診療所、および病院との連携が不可欠であり、後期高齢者診療料施設の指定はいただきましたが、実際算定はしておりません。在宅医療支援診療所の設定の認定もいただけており、実質24時間対応ではありますが、患者さんの経済状況を考えると算定できません。田舎の特に農家の状況、高齢者世帯の経済、介護の状況を実際に現場でお手伝いしていると、とても在宅医療支援診療所の基準で算定は困難です。在宅医療で、中には「来月年金が入ってから医療費を払わせていただきたい」というような方も多いです。いわゆる「あかひげ先生」のようなことは今の医療状況ではなかなか困難です。せいぜい、初診を再診にすることぐらいです（違法ではないと考えるので）。今後、医師もスタッフももう少し余裕のある仕事ができないと、「良い医療」はますます難しくなります。今後の医療、介護を良くするため、よろしくご検討ください。
104	保険医療制度の堅持のために、高齢者医療費のひのある程度抑制する必要があることは理解できる。そのために後期高齢者診療料の導入を行い、疾病の軽重にかかわらず無高年齢者一人当たりの医療費をほぼ一定とすることで、医療費の推移の予測を容易とするのが本制度の根幹と思われる。後期高齢者診療料の算定は、現行点数では高血圧や高脂血症のみといった比較的軽い疾病しか持たない患者には負担の増える制度をお願いすることになる。逆に心疾患や糖尿病など複数の疾患を持ち、一定レベルの診療を行うのに検査が不可欠な場合には、現行点数では医療提供コストをまかなえない。高齢者は殆どの方が種々の持病を持っており、これを「高齢者担当医」として一人の医師が全て管理することは事実上不可能である。また、後期高齢者診療料の算定を行っている人が他の医療施設を受診する際、後期高齢者診療料の算定を受けているかどうかの確認は全て現場の医療機関で行う必要がある。本人が申告しないあるいはよく理解できていない場合でも全ての診は医療機関側に補することとなり、その場合のコストは全て個々の医療機関が負うこととなる。医療機関の間での調整が困難であり、患者の医療機関受診の自由も制限されると考えられる。
105	当施設では、後期高齢者診療料の届出は行っておりますが、現在の所これを利用している患者さんはありません。これからもこの制度を使う意志もありません。
106	不要と思われる。
107	現場を知らない人が、机上で財政の事のみ考えて、いろいろな施策をしていては、日本の医療はダメになる一方と思われる。
108	人により後期高齢者診療の方がコスト高つくこともあり、なかなか御理解いただけません。
109	趣旨は理解できるが、現実的に制度としては全く無用なものである。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
110	他医療機関での投薬内容については、変化がある程度に報告してもらったり、患者さんの理解がある場合には、もともとやっております。しかし、独居老人の方や認知症の方は、きちんと把握しているつもりでも情報が得られなかったりします。病状も変化しやすい高齢な患者さんに、把握をしたり計画を立てるには限界があると思いますし、薬剤情報一つとってもそういう状態なのに、指導料や後期高齢者診療料についての算定情報や管理についても、現実問題無理に思います。フリーアクセスの問題ももちろんあると思います。
111	現在の当院での診療内容であれば、出来高が高い方が説明しやすく、負担も軽くなる（医療費が安くなる）。約2年前より長期処方をしていながら、殆ど対象疾患で1ヶ月に1回の受診では管理料225-後期高齢者治療600、収入も大台減りました！出来れば管理料を1ヶ月に1回にして、もう少し増やして頂きたい。
112	患者数も多く、時間がかかり面倒なので、2本立てにすることはよくないと思います
113	・従来の診療体系では減取するので、後期高齢者医療を患者さんに勧めて採用したが、検査頻度は全く同じにしている。患者さんからのクレームは全くないが、自己負担は増えている、たぶん不満があると思う。 ・診療中の書類書きは大変である。（あらためて計画書を説明する意味は大いにある）年に1回以上の計画書の発行は患者さんもうんざりする気がする。日々の診療での会話と説明の方が大切であろう。 ・「患者サイン」は字がふるえる方、手や目が不自由な方にとっては大きなプレッシャーになっていることは忘れてほしい。認知症の方にサインをもらうことはできない。「認知症」という病名を示すこともできない。
114	後期高齢者診療料の患者様の必要な診療を実施するのに600点の点数は低すぎると考える。
115	医療側からも、患者側からもなかなか受け入れ難い制度と思われる。
116	制約や必要条件が多すぎる。医療の現場からかけはなれている、他の医療機関とのトラブルの元、理解し難い。
117	後期高齢者診療料をひとくりにした世の中の流れに対する世間の批判も個人診療所程度の規模では怖い。
118	後期高齢者診療料の考え方については非常によい考えだと思います。後期高齢者医療制度自体が改善されれば、当院で算定したいと思えます。承認を得ましたが、事務量が大幅に増える。多忙な外来診療の中では当院実施不可能です。
119	後期高齢者診療料制度は、現在の内科診療の上に屋上屋を架けるようなもの。煩雑な書類、手続きなど本当の患者の健康管理というより、わざと複雑にして医療費を抑制しようとする魂胆からのものではないか。基本的には廃止すべきかと思う。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
120	・療養計画書の期限に関して、病状が安定している場合は最長で1年分の計画書でよい。を継続していただきたい。・診療報酬に関して、現状では出来高に算定した場合とほぼ同じ保健点数になると考える。必要要件及びその為に必要な時間を考えると、現行点数では本制度が普及拡大するとは考えにくい。将来後に関して、患者さんにとっては経済的負担が増える事も無く、「かかりつけ医」と意識できる良い制度と考える。しかし、「人頭払い制導入」、「フリーアクセスの阻害」へ展開していく事が無い様にしていきたい。
121	経済的なことのみ理由で（医療費を下げるためだけの理由で）国民の医療制度を変更すると患者と医療者が疲弊してしまいますのでして下さい。
122	・他の医療機関で算定しているか否かを確認する方法がありません。（以前は老人保険証に記入する欄があり、そこに色々な管理料名を記載することで確認できた。）・出来高の方が医療機関としては収入が高い場合が多い。診療のために文書を発行する手間も相当なもの。たくさん書類を渡される患者様が、ご自分の健康管理のために記録を活用されるのはむしろいいのではないのでしょうか（そもそも対象者が後期高齢者なのですから）。
123	今回、後期高齢者健診も設定されたが、患者の病態が様々であるため、後期高齢者診療料で一律に管理するのはコスト的にも医療的にも不合理性が強いと考えられる。また、逆に診療連携面でも複数の医療機関での診療が難しくなり、患者のアクセスを阻害すると考えられる。患者サイド、医療サイド両方からみて特にメリットはない。また後期高齢者の名称のイメージが悪くなったため、説明が困難になってしまった。わかり易い診療制度（年齢制限のない）でないと医療サイド、患者サイドの双方共指は得られないであろう。
124	統合主治医をひとりの患者に対して決める事と医療費を削ることとをうまく組み合わせようとした意図が強く感じられます。現場で見えない非現実的システムと、後になって気付きました。
125	良い制度だと思いますが、もうすこし点数が高くなり継続するのは難しいと思います。
126	対象疾患名が少ない。
127	とても良い制度だと思います（医師にも、患者にも）。元々内科の慢性疾患の患者は1月1回来院、必要な検査のみしか実施していなかったため、後期高齢者診療料を算定しても診療内容は変化していません。今後もこの制限の署名を求めたいと思えます。
128	・診療計画書の作成に時間がかかり、負担が大きい。・計画書あるいは診療の要点などの説明に時間がかかり、診療が大幅におくれ、待たされた患者からの苦情が絶えない。・問10の04、05の項目について、やや有効でしたが、これは後期高齢者診療料算定の効果というよりも、お薬手帳記載による効果である。・計画書に同意の署名を求めると、多くの患者に緊張感があり、一部は拒否的になることがある。同意はするが署名はしたくないという者もある。更に一部の患者は、循環器、胃腸科、神経内科と専門の診療所に通院する者があり、同意することでそれらへの通院が制限されることをおそれ拒否する場面もある。・現在は後期高齢者診療料算定の条件を満たさない診療所が大部分なので診療所間の調整は問題ないが、該当する診療所がふえると重複の問題が増加すると思われる。・この制度は実収入においても、計画書作成、説明に要する手間と時間においても、患者の診療内容の向上においてもメリットは殆どない。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
129	年齢の特性からも医療費負担が多くなる年代でもあり、その年代を切り離して保険が成り立つかどうかとも疑問である。社会保障制度の中の、年代にわからない相互の扶助の制度である医療保険という観点からも差別的である。年代別の受益者負担の考え方が適度に異なる。社会保障の中の医療保険を考案実行している立場から肯定し難い。社会保障の財源を、福祉税、消費税に求めるべきと考える。
130	医療給付をおさえるつもりならば自己負担の増加、特に終末期等の治療を自由診療とすべきでしょう。社会的入院を切り捨て、病院を高度機能のみに再編するつもりが本当にあるならば、入院での特に高齢者の看取りを完全自由診療化、在宅での看取りを公費負担にでもすれば良いのでは。
131	ゲートキーパーの必要性を認められない。ドクターショッピングがどれくらいあるのか？必要検査・処方などがどれくらいあるのか？高額とならざるを得ない人もいます。医療秘書をとりにおいて、1日20人診れば生計のなりたつ収入とは根本的に異なります。いきなり、ゴールへといってしまっています。
132	現行点数に画像診断も含めるのはよくない。又、600点では全体的に不足している。
133	・1病は1つだけではない。「かかりつけ医」は1人ではない。疾患により「かかりつけ医」は変わる。・フリーアクセスが制限される。・包括化により、患者が望む医療が提供出来なくなる。
134	カルテ記載以外の書類記入は中止すべき。行う場合は後期高齢者診療料に関しての説明及び同意書を作成し署名をもらった者を対象にするならまだましである。医者に患者にも判りにくい年齢の薬には老人医療として定年後の年齢65歳からとすべきではないだろうか。
135	後期高齢者になればなる程、必要な検査がふえてまいります。特に当院では、糖尿病を主として診療を行っており、毎月の血液検査は必須ですし、その説明・今後の指針について説明を行っておりますので、現行のままでは、検査（必要な）もしてはならないということになります。上記理由で算定していません。
136	・患者の求めるものは多様であり、各人の病状、病態に応じて従来通りの医療を行いたい。・以前の年齢が有期無期うちに削減しており、その総括も成されず、同様の仕組みを点数だけ下げているみたいで、安易に受け入れ難い。・形式的な書類作成ばかりが求められて、医療の質が問われる訳でも無く、目的も実効性も不明瞭。
137	高血圧症+骨粗鬆症であれば、特定指導の225点×2+ビスフォス薬（3800円～5700円か、3200～4800円）であっさり赤字になってしまう。そうなるので“ビスフォス系は投与しない”のD3のみにする。”というような安価な方セレクトしてしまい、良い治療とはほど遠いものになってしまう。立派な先生でも、ある程度の薬術はするだろうし、600点を考えれば医療の後援へ急落するのは当然の道である。よって登録したものの、算定は拒否しています。（算定していません。3月当初に支払い基金から登録するよう強く勧められたので、県（市）で登録したDr.は多いはずですが・・・）。
138	2ヵ月毎の診療、3ヵ月毎の診療にも対応できるものとしてはよい（3ヶ月で600円では現実的でない）。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
139	・制度が患者・家族に理解できるように、簡単にしてほしい。・認知症、軽度の認知障害がある人に対して、説明・同意をとることは困難である。
140	この点数は混乱をまねく、実施に困難性が大きい、などにより廃止すべきである。
141	後期高齢者診療料として包括してしまうと患者さん個人に適した検査や治療がし難くなると思います。医療はあくまで個人を対象としているのであって、「まるめ」は断固拒否すべきです。
142	・特定疾患指導との違いを理解させるのが難しい。後期高齢者診療料では検査が増えると考えられる人がいる。・書類作成に同意及び署名等は賛同が得にくい。・何処の医療機関でこの診療料を算定しているのか判断がつかない。外診時の時と同じ。
143	・患者・診療者の経済的負担のバランスがとれているのか検証して欲しい。・月の途中で骨折等の突発的疾患や障害を負った時、本制度を適用している場合診療所の相当の負担になることが考えられるが、どのように考えられているのか。・新たな制度の全てが、如何に国の負担を減らし、個人や診療所に負担させようかという視点からのみ制度設計がなされている。弱者に対してこそ競争原理のない、国民を守るとして根本に立ち返った理念が必要ではないか。
144	院内処方の場合、薬剤数が7種類以上となると×0.9となり、後期高齢者医療制度で600点をとると、医療提供コストをまかなうことが全く困難となります（現場では高齢者は1つの診療所で全てをすませようとする傾向があります）。高齢者の薬剤数による原簿制度はすぐにも廃止すべきと考えます。また、連携病院はあっても、入院等に制限（ベッド数）があり、現場では非常に困っております。予算的に、もっと余裕をもたせていただきたいと考えます（現場に、もっと、裁量権を与えていただきたいと思えます。一人の老人を診察する場合、一般の人の2～3倍、時間がかかります）。
145	この制度で従うつもりはない。来られた患者さまを診療させていただき、それに合った診療をさせていただくのみ。
146	市中の診療所では多科の専門医を受診されている患者も多く、算定は困難である。
147	・高齢者は複数の医療機関に通院している方が多いので、自分が主治医と主張するのはむしろ悪い面がある。・高齢者に検査もしないのに毎月従来より多い自己負担を押しつけてもらうのが困難である。・いざにしても、長期処方を希望する方が多くなり、収入が激減し、医院の維持に不安をもっている。
148	高齢者大多数が老々又は独居であり、家人が居ないため書類の記入などは無理であり、近所の人に助けをもらうこともできない。ヘルパーは、大多数は家事ヘルパーであって、定められた介護しかない（規則上できない）。後期高齢者医療制度は人民の実情がわかっていない。国は、人民＝東京都民だと思っているが、東京都民と地方住民とは違う。
149	診療報酬のあまりの低さのため、実施する気になれない。
150	後期高齢者だから、月に2～3回の診療でしぼるとする医療の合理化プランは、実地診療にそぐわないので、改正すべきである。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
151	当院では患者さんとの対話も充分に行い、個々の患者さんに当院オリジナルの診療手帳（通院手帳）をお渡しし、来院ごとの記録を記入し、第二のカルテとして患者さんに携帯してもらっています。他医療機関受診時にはその手帳も持参するように指導し、重複した検査、投薬などが無いようにしています。状態が安定している患者さんは基本的に月1回の来院として、処方薬物の副作用も考慮し、必要最小限の検査を年2回行うようにしています。特に年齢で高齢者を分離する必要もなく、従来の方で問題はなく、医療費の増大にもつながらないものと考えています。
152	今のままでは算定するつもりになれない。
153	後期高齢者診療料を取ると、他の検査などの算定が出来なくなるから、取ってない。78才で高血圧のみの方が発熱、苦しいから何が原因ですか、診て下さい！！と来ててもタダで検査は出来ません。老人は早く死ねということか？いづれなくなる制度でしょう。
154	75才以上の人は一般的には仕事はしていないので収入はないはず。年金か預金をおろして生活しているのだから、後期高齢者診療料は廃止すべきだし、医療費も無料化にして欲しい。
155	とにかく他院に迷惑がかかる。調整が困難。以前の高齢者まるめの際も他院へ電話する時、又かかってきた時、非常に気まずい事になった。こんなことに時間と頭を使わせないでほしい。患者の取り合いになった時に問題なため算定資格だけはとっておいたが、算定する事はありません。
156	実証されていない新しいシステムについて、行政側の考えのみで実施が進められていますが、あまりに実地に則しておらず、少なくともパイロットスタディ的な実施例を重ねて、コストペネフィットのな面も十分考慮しながら、10年単位の改革をすすめていくべきだと考えます。早晩廃止され、再び、再検討がなされると思わざるを得ず、貴重な予算、労働が無駄にされたと思います。
157	内科だけで、眼科・耳鼻科・泌尿器科・整形外科等の疾患を適切に管理する事は不可能と思われます。
158	整形外科としては、非常に不利な制度である（算定できないケースが多いため）。
159	長い間働き、それなりに財産を作り老後を豊かに過ごしたい人から、30%を取るのはおかしい（それまでに十分とは言えないが、税金を払い、現在も払っているはずだから）。70~74才まで1割の患者はなぜ1割になるのか、これもおかしいのではないかと。その他、生活保護、子供には医療はかからないと思っている。きちんとした教育をするべきである。受診時にお金を払い、後で返金するようなシステムを作れば、余裕のある人は取りに来ず、多少でも保険の出費が少なくなるのでは。
160	もともと後期高齢者医療制度は、高齢者医療の削減を目的に創設されたものであり、入院においては後期高齢者入院基本料であり、外来においては後期高齢者診療料であり、それぞれ入院の抑制と外来受診の抑制を目的としている。後期高齢者診療料を算定することは、出来高を否定し、患者のフリーアクセスを阻害し、人頭制などの管理医療につながる可能性が高く、皆保険制度の崩壊につながる。又、主病は1つの考え方も無理がある。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
161	・公的な服薬状況記録ノートが無い状態でこの診療料を算定するのは困難。・いたずらに地域医療に混乱を招くだけと思われる。
162	特定健診で75才以上の場合、内科疾患で通院中だと受けられず、制度からするとかかりつけ医の人に年に1~2回採血をすることで、代用するようだと理解しています。すべての75才以上の人にコストが取れるようにして欲しい。こちらでは毎日採血のある人には、説明をしていません。一人暮らしで来院を楽しみにしている方や、計画理解のある方を演じています。休診日もあり、休日診てもらえる所にかかることもあります。かかりつけ医を1ヶ所とするよりは、優先順位を決める位で良いのではないかと思います。また、書類業務が増えないようにしてほしいとも考えます。最後に、わかりやすい説明をメディアを通して一定期間開講など、国から国民への説明を十分にしてください。
163	患者さんが求めているものとはかけはなれていると思います。後期高齢者であっても、各々専門医に診てもらおうと望んでいます。
164	75才以上と74才までの人で年齢は区分できるのが、疾病診断、治療で区別するべきではないので、この制度の意味の理解に苦しむ。差別につながる！早く見直しすべし！
165	高齢者はいつ急変するかわかりません。現行のシステムでは一旦後期高齢者診療料を算定したら、その同じ月には通常の保険診療はかなり高額でないと算定できません。算定を取り消すことも可能ですが、そうしたら、本人への返金等もやこしくなってしまう。現行のシステムでは、非常に不便で使いにくい制度だと思います。急な場合、胃腸炎等の疾患に対しては通常通りの請求ができれば、もう少し使いやすくなると思います。
166	・医療を経済の面だけで見ることに違和感があります。例えば、救急医療に関しては、排管する人、下痢を支える人、心臓マッサージをする人、血管確保をする人、得られた検体を検査する人、レントゲン技師、看護師など、人権費を考えただけでもスムーズには出来ません。特に後期高齢者はこの可能性が高く、現在行われている医療スタッフの献身だけではとても無理です。・最近の日本人は以前の日本人と変わり、水魚に厳しく自分にやさしくなりました。謙虚でなくなり、対応が難しくなりました。
167	高齢者の方は、外来受診の日数が多いし、5分間診療という風に5分間で終わらない。又、高齢者の為理解するのに時間等がかかり、1人に対し人員をとられてしまうので、600点では良い診療が出来ないのが現実の為、届出は出ているが現状です。
168	後期高齢者診療料を算定しなくても、高齢者の全てを考慮して診療していることには変わりはありません（昔からもこれからも）。年に関係なく、病態によって大変時間と手間、その他が必要な患者さんと、簡単にすませても大丈夫な時があります。病態に合わせた的確な診療を日本全国の医療者がやっています（やってくれたいと頼まなくても、その医療に対して十分な適格な費用が払われることを希望します）。
169	現実的に診療料を患者が理解しておらず、理解を得ることは困難である。また、患者が診療を受けると料金が高くなり、窓から処方箋だけをもらおうとする行為が目立つ。
170	一番の問題は他院との算定の整合性がないことと考えられます。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
171	定期的を受診されず、ご自身で服薬調整を行っている方が多いので、説明しても診療計画書は不要といわれることが殆どです。
172	廃止すべきと考えます。
173	介護意見書やカルテの記載などのほかに計画書を記載するのは、日常診療の中でとても負担になります。
174	・診療所等に沿う合意の役割、予防医学をさせたいならば年度内で期間を決めて、特定健診と同様の検診を同じ自己負担でさせれば良い。・75歳以上→高齢者は安心・年度初めに被保険者に一枚送付（健診チケット）→重複できない。5月~8月等3ヶ月の間に一回だけ施行→この期間のみ審査を重点的にできる。加えて、各保険者により異なる検診内容を統一してください！
175	後期高齢者医療制度そのものをやめた方がいい。
176	早く廃止して下さい。
177	・制度が発足したの開始した。一番使い勝手が悪いのは月の途中で変化等がある検査を行う事である。・従来の特定疾患指導管理料での対応でよいような印象を持っている。
178	現行の制度でよい。後期高齢者診療料では、適切な医療、必要な検査・治療が行っていく。
179	手帳、書類作成が多すぎる！！現在の医療費抑制の中で事務職員を雇えない！！
180	この診療料を廃止するつもりは今のところありませんが、私自身が後期高齢者で、昨年末体調を崩してモチベーションが低下しています。今後、適当な事例があれば挑戦したいと思っています。それにしても、現行の点数（600点）は低いと思います。
181	こんなにめんどろなものとは当初分からなかった。
182	財源確保のために、より豊かで安心して暮らせる老後を謳い、後期高齢者保険制度は始まりましたが、実際の現場では医療サービスのレベルは財源不足からのコスト削減（診療報酬）もあり、良くも横ばい、ほとんど低下（悪化）している様に感じます。今後、猛スピードで高齢者は増加します。後期・前期などの区別は、さらに不均衡が予測され、大きな弊害は発覚と考えます。
183	後期高齢者診療料は届出したが、全くメリットがないので1件も行っていない。
184	高齢者一人一人ニーズが異なっており、計画書も書いても理解してないからそのままごみ箱にすてられていたりする。独自の資料もつけているが、600点とらなら225×2その他の点数をとった方が患者さんにとってめこまかい医療ができる。手間隙かけて600点なんか少ない点をとる意味があるのか。
185	年齢で枠組み作りをする事は現場では困難と考えます。必要な方に必要な医療を十分に提供することが大切です。
186	算定は今後も困難です。
187	当院は後期高齢者診療料の届出を行いました、実際にこれと適用して算定した患者は1人もいません。
188	廃止せよ。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
189	高齢化の進む中、後期高齢者診療料は望ましい点数であると考え、4月1日に届出をした。しかし、事前の周知不足、マスコミによる先導などから「後期高齢者医療制度」パッシングともいえる状況となったため、当クリニックでは後期高齢者診療料を今年度は算定していない。今後、後期高齢者診療料についての理解が深まっていって、医療費削減につながるもので、算定したいと考えている。
190	年齢で差別するのはよくない。
191	高齢者は体調不良時に頻回の診察や検査が必要になることが多く、包括した医療点数ではコストをまかなえないと考えます。
192	当院ではかかりつけ医として患者さんを診させていたでいるので、多岐にわたる科を診療しており、検査もそれなりに多く、現行ではコストに追いつきません。
193	後期高齢者医療制度には賛成です。一人の老人を全人的に診た医療並びにケアをする事にも賛同し、そうあるべきだと思います。しかし、その為に文書を依頼して、それを患者さんに渡す等の細やかな制度が現場の医療との違和感を作っています。患者さんに主旨を説明し、実施していく為には、もっと現場の医療に合致した方法を取り入れていただきたい。それには、現場の変更を十分に取入れた方策に改善していただきたいと思っています。
194	届出を行い、4・5月該当者に施行しましたが、当方も患者さんともこの制度を理解出来ず、継続実施出来ずおります。現在算定しておりません。
195	・後期高齢者診療料は、患者個人の慢性的な疾病を総合的にみるためのものと考えます。自分は耳鼻咽喉科が専門で、後期高齢者診療料を算定する立場としては不適切と考えます。・現在、高齢者の疾病は多岐にわたり、又、医師自身もそれに合わせるように多数の専門分野に分かれています。医師たちの連携がなければ、十分な医療は困難かもしれません。・かかりつけの「担当医」という立場の教育もないまま、一人の医師を「担当医」と決めても、高齢者患者への責任は果たせるのでしょうか。
196	・後期高齢者に限り1主病、1主治医という制度の徹底を！なかなか主治医同士でも難しいし、患者さんも理解できず、面倒くさくて来院しなかったが、診療料を算定しなかったら以前と変わらないのを知りホッとして、来院を再開した患者が何人か来る（来院しなかった間に症状が悪化していた！）受診控えてこうして重症になり、医療費がかかってしまうことがある。・十分に治療すると600点では難しい。
197	現在の高齢者医療には不要な制度です。早期廃止を切望します。
198	・計画書を苦勞して作成し、それを本人に渡すが本人は何のことも理解できない。計画書にもとづき検査しても、なんとも考えていない人が多い。医療側はかなりのエネルギーをもって。・糖尿病などは毎月血液検査が必要ながいる。又、血糖値をみるだけでなく、尿糖や尿蛋白検査等も必要である。600点と決められると積極的に管理する気がうすれていく。・市の一般健診（75歳以下はメタボ健診）で対象外と検査してもらえない人は、どんな形でどこで健診するのかははっきりしない。市も国から言われたとおりになっているだけという。困っているのは75歳以上の人である。病名をつけて検査してやると、レセプト病名はつけなくて済む。どうすればよいのか国の回答がほしい。

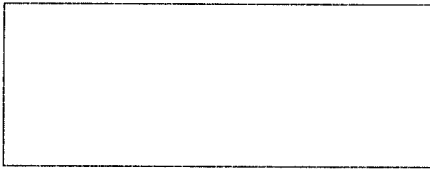
■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
199	止めた方がよい。
200	保険はなるべく単純にしたいです。
201	手間がかりすぎて算定できない、もっと簡略にして算定しやすくしてほしい。高齢者に数ヶ月先までの検査の予定など、文章にしても意味はないのではないか、後期高齢者といっても種々あり、認知症の連んだ人から、元気に暮らしている人まで様々なので、一律な形はとりたくないのではないかと思う。
202	後期高齢者診療料等で地域医療が保てる医療・介護連携制度の見直しを求める。後期高齢者診療料の急な廃止はやめてほしい。
203	この制度は、無理があると思います。一度白紙に戻し、再度考える必要があると思います。
204	机上のプラン、絵に書いたモチである。
205	後期高齢者診療料の算定を始めて特に診療内容が変わることはありません。ただ全患者数の増加に加え、患者の一回に支払う自己負担額が検査時以外は増額になったので、処方回数を増やして年間の受診数を少し減らしています(安定した患者に限り)。それで理解していただいている部分があると思います。連携医療機関数等が少ないので、把握がとりやすい面は、後期高齢者診療料を算定しやすい診療所かと思えます。
206	全く不合理な制度だと思います。
207	必要なし。
208	今後とも、「後期高齢者診療料」は残してもらいたい。・適応患者を増やして欲しい(骨粗鬆症など)。
209	時間がかり過ぎの為(書類作成等)必要な診療が難になる傾向がある。今後は取らぬ予定である。
210	計画書通りの診療が出来る患者は殆どなく、書類作成複雑なため、今年限りで届出取り下げの予定です。
211	事務的な仕事が増え、必要な検査はできず、不満の多い制度。
212	廃止してはどうですか。
213	後期高齢者診療料の内容を十分理解せず、とりあえず届け出をしましたが、私も患者さんも今まで通りの方法で特に不満はみられません。医師の意見としては600点で必要な診療を行うことは、診療する立場および診療される方からみて両者ともに不幸になるものと考えられます。(医療は医師1人では行う事はできません。多くのコメディカルの協力を必要とするもので)。
214	・「計画書の作成」は、計画的な検査が続き回数は少なく、年2~3回は全て症例で行っている。・「本日の診療内容」は、本人に役に立つ事は少ないと思われる。読み直している人は少ない。・「家族の連絡用」としては、役にたつと思われない。・「まるめ」の診療料としては、加算(診療計画加算)する点数として、計画的診療を促すには役立つと思われる。
215	20年前より患者に対して、治療計画をつくりそれぞれに検査Dataをもたせ、説明しているの、いまさらと考えている。但し、600点は安すぎ、倍にしてもよいと思う。その仕事は十分にして欲しい。これはよい制度です。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
216	本日の診療内容の要点は再考の必要がある。来院時毎回出しても同じ内容になることあり、患者さんも最近検査(定期)時のものはよく注意し持ち帰りますので、定期検査等に発行し、それ以外のときは十分時間をかけて口頭の説明でよいのではないのでしょうか。
217	元々、順次検査を行わず、正直に適切な間隔で検査、治療をしてきたので、この制度はともないうえ、僻地であるため、月に1回の受診の方が殆どの上、他の医療機関と比べている人が少ないので、導入には殆ど問題なかったです。患者さんも計画書をもって喜んでます。介護の面でその状況も計画書に記載し、コピーをカルテに保存しているので、診療をする上でも患者さんの状況を把握しやすくなりました。
218	当初は、原則的に後期高齢者診療料をもらえないといけないのではないかと思っていたので、H20.4.1から多くの患者さんに説明して4月は30人程度の後期高齢者診療料をとったと思います。しかし、内科にかかっている後期高齢者は、多数の病気を抱えている方が多数おられ、1ヶ月600点では十分な検査・治療ができません。例えば、糖尿病の方は月に1回血糖とHbA1cを測定したら他の事は殆どできない状況でした。また主治医以外(その患者さんに対して後期高齢者診療料を算定していない医療機関)では検査等が今まで通りに行えるのに、主治医では検査が十分にできないという矛盾が生じます。これではやはり主治医とは言えないと思います。検査をせずに問診や理学的の見のみで投薬もある程度はできるかも知れませんが、それは数十年前の医療レベルで話であって、各種検査等により、診断・治療方針に対する裏付けが無いと、高齢者といえども納得されません。以上のことから、後期高齢者診療料を勧めなくなり、患者さんからの問い合わせもありませんでした。また、算定していた人も今までの通りに戻してほしいとの希望が多く、結局現在は1人も算定していません。他の医療機関・施設との調整や、介護サービスの相談・検査等の大きな計画は今でも行っており(文書にして本人に渡していませんでしたが)、後期高齢者診療料の算定をしなくても、今までの治療の仕方でも十分主治医としての働きをさせていただきました。後期高齢者診療料は患者さんにとっても全くメリットは無いものと思われ、この制度は、やめた方がよいと思います。
219	現行の後期高齢者診療料制度の廃止を希望します。
220	後期高齢者の医療を抑制することは大切ですし、急を要する問題です。しかし、制度と一般市民の病気に対する取り組み方に大きな開きがあります。まず市民教育、市民の理解を得ようとする努力が必要です。超高齢者に対する過剰とも思える医療が横行していますが、これも市民教育がともなうです。私たちの周囲でも超高齢者が救急車を利用して病院へ無理やり入院させてもらおうとします。何が何でも命を救うということよりも、寿命を認める。そこそこまではあきらめてもらって、限りの資源を子孫に残すという考え方を広めるべきだと思います。日本の将来を考えると、老人負担3割、妊婦検診の全てを無料化することが望ましい。
221	採血をしない時は600点以下(診察1日)で診せていただいているので、患者様によっては負担が増すものもいると思います。採血をしたときに金額が増すが患者様もお金を払いやすいと思われ(明細が良くわかる)。また、後期高齢者診療料を算定するには、スタッフを増員しないといけないと思われすが、その分のお金の余裕がありません。
222	この制度は患者無視の制度と考える。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
223	後期高齢者として分けて診療することに反対。患者にこのシステムを理解してもらうことが不可能。書類作成の手間が大変。
224	制限ある診療は困難。
225	整形外科は、高齢者の患者が多く、老人世帯や独居老人の方が増えており、認知症を合併している方がかなりいる。変形関節症や変形性膝関節症、骨粗鬆症が含まれていないため、算定できません。例えば、主病が変形性膝関節症、合併症が骨粗鬆症という場合は、高齢者の慢性病であるにもかかわらず、後期高齢者診療料が算定できないのです。なぜ、慢性病の有病者が多くいるのに、含めていただけないのでしょうか。
226	後期高齢者診療料についてはしっかりと理解していない。
227	後期高齢者診療料は現場に即した制度とは言えず、又、地域性等の配慮にも欠ける制度と言える。
228	システムだけを見ると良さそうに見えるが、実際には機能させるのは困難。机上の空論。現場をもっと知るべき。
229	この制度自体への反発が非常に強いです(p l s i d e)。届出はしましたが、算定もしません。
230	忙しい時は診療計画書の作成は大変です。又、落ち着いている患者さんには、検査は年3回くらいなので、コスト面ではむしろ収入は上がると思います。しかし、もし私が患者だったら、検査をした時には余計にお金を払うのは当然だと思いますが、検査をしていない時に同じ料金を、それも以前より多く払うのは納得がいかないと思います。3割負担の方は、特に負担がかなり多くなります。それを考えると、算定する気持ちになれません。算定しなくても、文書にしなくても、言葉で説明し、コミュニケーションはとれると思います。
231	高齢者診療料を算定して経緯をみたが、主治医にとっても患者にとってもあまりメリットが無いように思う。
232	全年齢層に良い所を簡略化して行うのなら賛成であるが、高齢者に手間をかけるのも理解できないし、信用できない。
233	600点では、やはり安いという感じです。LAW、XPまで含んでいるので、せめて、1000点は、頂きたいと思います。
234	重度障害者(65才以上で後期高齢者該当)に対し、自立支援法より1割負担となった精神障害者に対し、600点でも負担はかけにくい。又、高齢者の収入も極度に悪化しており、一般的に日常生活は困難なため、これ以上の負担は難しい。もう限界である。いざれ困るのは国民です。全ての老人に後期高齢者診療料の算定をしたいです。しかし、目の前の困る住民をみると算定できません。
235	国はこれを導入すると医療費が200~300億減るといっている。減収になるのにペーパーばかり増えて協力する医者が増えるとは考えにくい。今開業医で問題なのは簡単な検査を頼りくり返して、また月に必ず2回以上来院するように2週間投薬をして制度上合法的に、最大限収入があるようにしている医者が多数いることである。定期医療、月1回診療料をしっかりと支払うという考え方は合理的で良い方法だと思いが、ペーパーワークでこれ以上費用を増やさないでほしい。医者は医療をしたいので紙に文字を書くことは増やしたくないのです。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
236	年々医師の増加(40年前、30年前、10年前の医師数の統計をみればかなりのスピードで医師数は増加)、それに伴って高度の医療、高価な医薬品を含む医療材料・高度の検査、今後まだまだ医療費・医療に要する費用はウナギのぼりが増大すると思います。後期高齢者診療料、費は70才、80才それ以上の老人にまで負担を求める制度だけはきけいと長年思っていたが(医療制度がバクする寸前であるからの理由)、保険制度は単純化、1本に絞って支費の増大をどう対処していくかなど、全国的な形で国民意識を高めつつ、抜本的な形で解決しなければならない時期にきていると私は考えます。
237	他医療機関への受診の調整が困難な為、原則として後期高齢者診療料を算定していない。何があってもまず当院への受診や連絡が優先されることが確実な患者さんへのみ説明し、納得された場合に算定することにしては、計画書の作成・交付にかかる手間ひまは大したものではないと思うが、症状の安定している慢性疾患の患者さんの病歴を分析して診療計画を立てるという作業にどれ程の臨床的意義があるのか疑問。単に点数計算し得か損かの観点でしかとらえない指導管理料を設置する側も、みんな反対しようとする側の増大と、臨床現場とか医師患者関係とかの実態をわかっていないのではないかと。こんな小細工で不要な検査を減らしたり、ドクターショッピングを抑制したり、患者の受診動向を統制できる(医療費削減に少しでも寄与できる)など考えるなら、そういう人達とまともに議論する気になれない。人頭割を本気で考えるなら、それを骨子とする政策を明確にしないと、議論は空回りするだけである。
238	かかりつけ医に拘束されたくないと思う患者は1~2割います。しかし医師と信頼関係を得るためには行った方がいい。24時間対応してもらえると間違いない患者が多いので少し困っている。検査スケジュールに納得しない患者もいます。
239	料金がやや安すぎる。
240	書類負担が増え、見合う加点が無い。患者指導内容が同じなのに、待たせる時間のみ増加した。他の医療機関との「取り合い」が生じ、むしろ病院、診療連携に支障をきたす。なぜ、月1回の診療算定の日の負担が増えるのか理解できた患者は皆無。急変時、どう算定するか迷い、健康被害が発生する危険があると感じる。意味のない、むしろ有害な制度と思うので、廃止希望。
241	後期高齢者診療料を算定している患者としていない患者に対して診療上何ら差異はないのに点数及び自己負担額に差があることに何となく心苦しい思いをしている。申請した事に対し幾分後悔している所があります。
242	お薬手帳を持っていただくことは必須と考えます。又、お薬手帳を持って来なかった方については、この診療料の5割増しが請求できるようにしていただけたらと考えます(制度上の患者様側への配慮がないと、ご本人・ご家族の協力が得られません)。制度そのものは良いと考えるものの、患者様が主体的に参加できるように制度廃止の配慮が必要と考えます。75才以上の方については、特にこのような事が行われるべきと考えます。

平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）  
後期高齢者診療料の算定状況に係る調査 調査票



- 特に指示がある場合を除いて、平成20年10月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 20 年 ( ) 月 ( ) 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴院の概要についてお伺いします。

問1 貴院の施設種別について該当するものをお選びください。(〇は1つ)  
なお、「01 病院」又は「02 有床診療所」の場合は、許可病床数もご記入ください。  
また、貴院の連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数をご記入下さい。

(1) 施設種別	01 病院	02 有床診療所	03 無床診療所
(2) 許可病床数	( ) 床	うち一般病床 ( ) 床	
(3) 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数			施設
(4) [再掲] 病院			施設
(5) [再掲] 診療所			施設
(6) [再掲] 介護関連施設			施設
(7) [再掲] その他			施設

問2 貴院において施設基準の届出をしているものとして該当するものをお選びください。(〇は1つ)

01 在宅療養支援診療所	02 在宅療養支援病院	03 01・02の届出無し
--------------	-------------	---------------

問3 貴院の開設者として該当する選択肢番号に○をお付け下さい。(〇は1つ)

01 国（厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他）
02 公的医療機関（都道府県、市町村、日本赤十字会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業協会の親会、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合等）
04 医療法人
05 個人
06 その他（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、会社その他法人）

問4 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(〇はいくつでも)  
なお、貴院が一般診療所で複数の科目を選ばれた場合、主たる診療科目の番号をご記入ください。

01 内科	10 アレルギー科	19 小児外科	28 性病科
02 呼吸器科	11 リウマチ科	20 産婦人科	29 こう門科
03 消化器科（胃腸科）	12 外科	21 産科	30 リハビリテーション科
04 循環器科	13 整形外科	22 婦人科	31 放射線科
05 小児科	14 形成外科	23 眼科	32 麻酔科
06 精神科	15 美容外科	24 耳鼻いんこう科	33 歯科
07 神経科	16 脳神経外科	25 気管食道科	34 矯正歯科
08 神経内科	17 呼吸器外科	26 皮膚科	35 小児歯科
09 心療内科	18 心臓血管外科	27 泌尿器科	36 歯科口腔外科

(複数の診療科目を選ばれた一般診療所のみ) 主たる診療科目の番号をご記入ください。→

問5 貴院の外来患者数について、平成 19 年 10 月 1 ヶ月、平成 20 年 10 月 1 ヶ月における実人数をご記入下さい。

	平成 19 年 10 月 1 ヶ月	平成 20 年 10 月 1 ヶ月
(1) 外来患者数	人	人

問6 貴院は後期高齢者診療料の算定をされていますか。該当する選択肢番号に○をお付け下さい。算定をされている場合は、算定は開始された時期もご記入下さい。また、届出の際に記載された医師数（高齢者担当医）についてもご記入ください。

(1) 後期高齢者診療料	01 算定あり	02 算定なし
	時期：平成 ( ) 年 ( ) 月	
(2) 高齢者担当医 医師数	人	

上記 問6で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○をされた方は、8頁の問21にお読み下さい。  
「01 算定あり」に○をされた方は、以下の問7から問20の設問にお答えください。

■後期高齢者診療料の算定状況についてお伺いします。

問7 平成 20 年 10 月における 75 歳以上外来患者数及び後期高齢者診療料の算定患者数についてご記入ください。なお、内訳としてそれぞれ主病（重複疾患の場合、最も主な病名）別患者数・来院回数総数についてもご記入ください。  
また、昨年の平成 19 年 10 月時点における 75 歳以上外来患者についても同様に記入ください。  
※1 「その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患」には、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎を主病とする患者が該当します。

(1) 75 歳以上外来患者数 (平成 20 年 10 月)		人	
[再掲] 主病別患者について (平成 20 年 10 月)	患者数		来院回数総数
(2) [再掲] 糖尿病	人		回
(3) [再掲] 脂質異常症	人		回
(4) [再掲] 高血圧性疾患	人		回
(5) [再掲] 認知症	人		回
(6) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1	人		回

(7) 後期高齢者診療料 算定患者数 (平成 20 年 10 月)		人	
[再掲] 主病別患者について (平成 20 年 10 月)	患者数		来院回数総数
(8) [再掲] 糖尿病	人		回
(9) [再掲] 脂質異常症	人		回
(10) [再掲] 高血圧性疾患	人		回
(11) [再掲] 認知症	人		回
(12) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1	人		回

(13) 75 歳以上外来患者数 (平成 19 年 10 月)		人	
[再掲] 主病別患者について (平成 19 年 10 月)	患者数		来院回数総数
(14) [再掲] 糖尿病	人		回
(15) [再掲] 脂質異常症	人		回
(16) [再掲] 高血圧性疾患	人		回
(17) [再掲] 認知症	人		回
(18) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1	人		回

問8 平成 20 年 8 月から 10 月の期間において後期高齢者診療料を算定しており、かつ前年の平成 19 年 8 月から 10 月の期間においても診療にあたっていた患者について、直近で診られた患者（ただし、急性病変併発の患者を除きます）を主病別に 5 名特定いただき、「前年と今年の回数の変化」欄に各項目の回数（頻度）の変動状況として該当する選択肢番号 1 つに○をお付けください。(〇は 1 つ)  
併せて、回数（頻度）に変動がある項目については、その理由に該当する選択肢を下記「■変化の理由」□内より選び、「回数に変化がある場合の理由」欄における当該番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合は、「07 その他」のカッコ内に自由に記入の上、当該番号に○をお付け下さい。(〇はいくつでも)

■変化の理由

01 他医療機関との調整を行っているため
02 他医療機関よりの患者に関する情報提供が増えているため
03 必要な検査等の見直しを行ったため
04 定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため
05 後期高齢者診療計画書の作成時において患者（あるいは家族）からの希望があったため
06 患者の心身の状態に変化があったため
07 その他 ( )

8-1 主病 糖尿病の患者について

	前年と今年の回数の変化	回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07

8-2 主病 脂質異常症の患者について

	前年と今年の回数の変化	回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07

8-3 主病 高血圧性疾患の患者について

	前年と今年の回数の変化	回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07



N-4 主病 認知症の患者について			
	前年と今年の回数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	03・02・03・04・05・06・07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07

N-5 主病 その他（結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎）の患者について			
	前年と今年の回数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	→	01・02・03・04・05・06・07

問9 貴院では、今後、後期高齢者診療料の算定についてどのような意向をお持ちですか。今後の意向として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○は1つ)

01 算定患者を増やしていく 02 算定患者はこれまでどおりを維持する 03 算定患者を減らしていく  
04 その他 ( )

問10 貴院にて後期高齢者診療料の算定をはじめられてからこれまで、下記項目のそれぞれについての効果はどの程度ありますか。効果の程度に該当する選択肢を下記「■効果について」(1つより選び、「効果の程度」欄における当該番号に○を1つお付け下さい。(○は1つ))

■効果について

01 きわめて効果がある  
02 やや効果がある  
03 どちらとも言えない  
04 やや効果はない  
05 ほとんど効果はない

↓

	効果の程度
01 患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと	01・02・03 04・05
02 患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと	01・02・03 04・05
03 患者の他の医療機関への受診状況や診療スケジュールを把握すること	01・02・03 04・05
04 患者に対する他の医療機関との診療・検査・投薬の重複を回避すること	01・02・03 04・05
05 患者の服薬状況・薬剤服用歴を体系的に把握すること	01・02・03 04・05
06 市町村が実施する健康診査・保健指導の内容を反映した診療を行うこと	01・02・03 04・05

問11 貴院の75歳以上の外来患者に対して、後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合、その理由に該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため  
02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため  
03 患者が算定対象者としてふさわしくないと考えられるため  
04 他の医療機関にて既に算定されていた、あるいは他の医療機関が算定する予定のため  
05 患者の服薬状況および薬剤服用歴を経時的に管理することが困難なため  
06 患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため  
07 75歳以上の外来患者において算定していない患者はいない  
08 その他 ( )

問12 貴院にて後期高齢者診療料の算定を途中で止められた患者がいる場合、その理由に該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

01 他の医療機関との調整が困難なため  
02 後期高齢者診療計画書などの記載が負担となり困難なため  
03 患者の状態変化等により必要な検査等が十分に実施できないため  
04 患者（あるいは家族）より従来の診療に戻して欲しいとの希望があったため  
05 患者の急性増悪のため  
06 求められている要件に対して診療報酬（600点）が低すぎるため  
07 その他 ( )

■後期高齢者診療計画書等の作成状況についてお問い合わせ。

問13 平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定している患者の主病別患者数（実人数）と、同期間における後期高齢者診療計画書の交付総回数（3ヶ月間の交付回数の合計）についてご記入ください。

後期高齢者診療計画書の作成について	患者数	交付総回数
(1) 「再掲」糖尿病	人	回
(2) 「再掲」脂質異常症	人	回
(3) 「再掲」高血圧性疾患	人	回
(4) 「再掲」認知症	人	回
(5) 「再掲」その他の後期高齢者診療料の対象疾患	人	回

問14 後期高齢者診療計画書の作成にかかる時間はどのくらいですか。平均的な（作成1回当りの）所要時間（分）をご記入下さい。

後期高齢者診療計画書の作成に係る平均的な（作成1回当たり）所要時間	約	分
-----------------------------------	---	---

問15 後期高齢者診療計画書を記載する際に要する患者への説明（医師に限らず看護師等も含む）時間は、どのくらいですか。平均的な（患者1人当りの）説明時間（分）をご記入下さい。

後期高齢者診療計画書の記載に関連する患者への平均説明時間	約	分
------------------------------	---	---

問16 後期高齢者診療計画書に記載されている緊急時の入院先病院について、その平均施設数を記入して下さい。

後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数（平均施設数）	施設
--------------------------------	----

問17 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」について、項目の過不足や追加すべき項目など、記載に関するご意見等がございましたら具体的に記入ください。

□後期高齢者診療計画書について

□「本日の診療内容の要点」について

■後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度などについてお問い合わせ。

問18 貴院では、後期高齢者診療（料）の活用を75歳以上外来患者に対して積極的に勧めておられますか。その活動の状況と今後の意向について該当する選択肢の番号に○を1つお付け下さい。(○は1つ)

(1) 活用の勧め	01 積極的に行っている 02 ほどほどに行っている 03 行っていない
(2) 今後の活動の意向	01 実施（継続）する 02 実施（継続）しない 03 決めていない

問19 平成20年10月における貴院の75歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度や希望の状況について、以下の項目別に該当する患者数を記入下さい。

	平成20年10月
(1) 75歳以上の外来患者の実人数	人
(2) 「再掲」後期高齢者診療料を理解でき、希望（同意）している	人
(3) 「再掲」後期高齢者診療料を一部理解できているが、希望（同意）している	人
(4) 「再掲」後期高齢者診療料を理解でき、希望（同意）していない	人
(5) 「再掲」後期高齢者診療料を一部理解できておらず、希望（同意）していない	人
(6) 「再掲」患者の理解度や希望の状況は不明	人
(7) 「再掲」後期高齢者診療料に係る説明はしていない	人

問20 貴院において後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせの内容として、該当する選択肢の中から多いもの2つに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○は2つまで)

01 担当医の役割 02 診療内容・頻度への影響 03 薬の処方内容・頻度への影響  
04 検査内容・頻度への影響 05 患者負担額への影響 06 他の医療機関への受診の可否  
07 連携している緊急時の入院先医療機関の内容 08 問合せはない  
09 その他 ( )

問21 問6で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○をされた方にお伺いします。貴院が後期高齢者診療料を1人も算定していない理由として該当する選択肢のすべての番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため  
02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため  
03 他の医療機関との調整が困難なため  
04 患者に対する他の医療機関への受診の調整が困難なため  
05 後期高齢者診療料に係る診療計画書や本日の診療内容の要点の作成が困難なため  
06 患者の服薬状況および薬剤服用歴を経時的に管理することが困難なため  
07 後期高齢者の療養を行うにつき必要な研修を受講する（させる）ことが困難なため  
08 患者に必要な診療を行う上で現行点数（600点）では医療提供コストをまかなうことが困難なため  
09 その他 ( )

■最後に、後期高齢者診療料に関するご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。記入漏れがないかをご確認の上、12月19日(金)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1  
後期高齢者診療料に係る調査 患者調査票

[ご記入に際してのお願い]

- 1) 各設問の回答方法をご確認の上、ご本人またはご家族がご回答ください。
- 2) 分からないもの、回答できないものについては、空欄のままでも結構です。可能な範囲でご協力ください。
- 3) 選択肢の間については、あてはまる回答の番号を○で囲んでご回答ください。「その他」を選んだ場合は、( ) に具体的な内容を記述してください。
- 4) 回答が終わりましたら、調査票を指定の封筒に入れ、封をしてからそのままポストに投函ください。
- 5) 調査に関してご不明な点がある場合は、下記の「コールセンター」までお問い合わせください。

＜コールセンター＞

TEL:0120-556-919 (月～金 9:30～17:00)

- 68 -

＜「後期高齢者診療料」とは＞

- 「後期高齢者診療料」は、75歳以上の方に対して、心と身体の状態に詳しいかかりつけの「担当医」（医師）が患者様の慢性的な病気を総合的、継続的にみるための制度で平成20年4月から導入されました。
- 「担当医」は、「後期高齢者診療料」の対象となった方に対して、「後期高齢者診療計画書」をわたり、病状や検査のスケジュールなどについて説明することになっています。
- また、診療を行った日には、その日の検査や次回の予定などが書かれた「本日の診療内容の要点」をおわたしすることになっています。

問1. 医師から「後期高齢者診療計画書」をもらったのはどの月でしたか。(○はいくつでも)

ア. 4月 イ. 5月 ウ. 6月 エ. 7月 オ. 8月 カ. 9月 キ. 10月

問2. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、計画書をわたされる病院・診療所への通院の回数は変わりましたか(○は1つ)。変わっている場合は、その理由もお答えください。

ア. 回数は増えた  
イ. 回数は減った  
ウ. 変わらない  
エ. わからない

変わった理由)

問3. あなたが今、通院されている病院・診療所は全部でおおよそいくつ(何施設)ありますか。

通院されている病院・診療所の全数 : 約 施設

問4. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、通院されている病院・診療所の数は変わりましたか(○は1つ)。

ア. 数は増えた イ. 数は減った ウ. 変わらない エ. わからない

- 69 -

問5. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、検査の回数は変わりましたか(○は1つ)。

ア. 数は増えた イ. 数は減った ウ. 変わらない エ. わからない

問6. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、処方される薬の数は変わりましたか(○は1つ)。

ア. 数は増えた イ. 数は減った ウ. 変わらない エ. わからない

問7. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、診療にかかる時間は変わりましたか(○は1つ)。

ア. 長くなった イ. 短くなった ウ. 変わらない エ. わからない

問8. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、計画書をもらっている所他に通院されている他の病院・診療所で、「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」の内容について きかれたことがありますか(○は1つ)。

ア. きかれた イ. きかれていない ウ. 覚えていない

問9. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、よかったと思うことはありますか。あてはまるものすべてに○を付けてください(○はいくつでも)。

- ア. 医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった
- イ. 治療方針など今後のことがわかりやすくなった
- ウ. 気になったことや悩みを相談しやすくなった
- エ. 安心して生活をおくれるようになった
- オ. 医師や看護師などに対する信頼が深まった
- カ. 他の病院・診療所に行った時、自分の状況を説明しやすくなった
- キ. その他(具体的に )
- ク. よかったと思うことはない

- 70 -

問10. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、気になったり疑問に思ったことはありましたか。あてはまるものすべてに○を付けてください(○はいくつでも)。

- ア. 医師の説明がわかりにくくなった
- イ. 医師から受ける診療の内容が減っている
- ウ. 医師が書類\*を書くことに気をとられている
- エ. 医師から受ける診療の時間や待ち時間が長くなった
- オ. 説明があれば、定期的に書類\*をもらわなくてもいい
- カ. 悩みなどを相談しにくいままである
- キ. 生活についての不安がなくならない
- ク. その他(具体的に )
- ケ. 気になったり疑問に思ったことはない

\*書類とは・・・医師からわたされる「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」のことです。

問11. 後期高齢者診療計画書をもらうようになった前と後で、計画書をわたされる医師から受けた診療などについて満足度が変わりましたか(○は1つ)。

- ア. とても満足に思うようになった
- イ. 満足に思うようになった
- ウ. 変わらない
- エ. 不満に思うようになった
- オ. とても不満に思うようになった

問12. 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」について希望やご意見がありましたら、下欄に自由にお書き下さい。

□後期高齢者診療計画書について

□本日の診療内容の要点について

- 71 -

問13. あなた（患者様）自身のことについて、お伺いします。

(1) 性別（○は1つ）

ア. 男性	イ. 女性
-------	-------

(2) 年齢（○は1つ）

ア. 75歳～79歳	イ. 80歳～84歳
ウ. 85歳～89歳	エ. 90歳以上

(3) この調査票を受け取られた病院・診療所に通院するようになってどのくらいですか（○は1つ）。

ア. 1年以内	イ. 2～5年
ウ. 6～10年	エ. 11年以上

(4) この調査票を受け取られた病院・診療所に通院する回数は1ヶ月にどのくらいですか（○は1つ）。

ア. 1回	イ. 2～3回
ウ. 4～5回	エ. 5回以上

(5) あなた（患者様）の後期高齢者診療計画書に書かれている病名はいくつありますか。

病名の数	( ) 個
------	-------

(6) あなた（患者様）の後期高齢者診療計画書に書かれている主病はなんですか（○は1つ）。

ア. 糖尿病	イ. 脂質異常症
ウ. 高血圧性疾患	エ. 認知症
オ. その他	

(7) 本アンケートの記入者（○は1つ）

ア. 患者様ご本人	イ. ご家族
-----------	--------

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。  
記入漏れがないかをご確認の上、12月19日（金）までに  
指定の封筒に入れご返送ください。