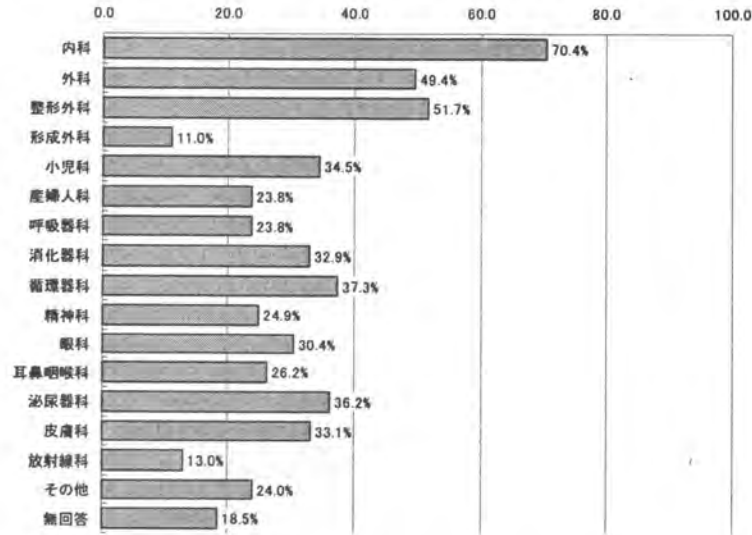
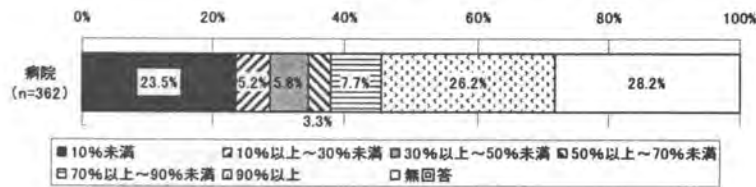


5) 病院における院外処方せんを発行している診療科

図表 100 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、n=362）



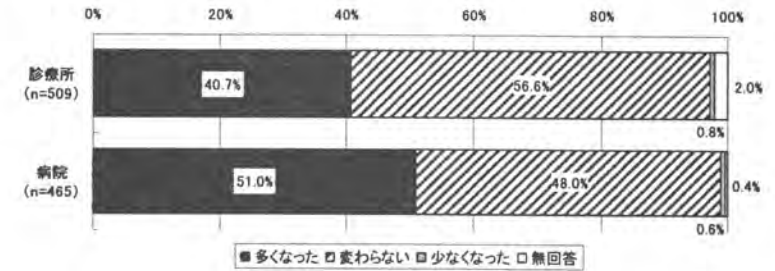
図表 101 病院における、院外処方せんのうち後発医薬品を銘柄指定した処方せんまたは「後発医薬品への変更不可」欄に署名等をしなかった処方せんの割合（平成 21 年 7 月 1 か月間）



※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。

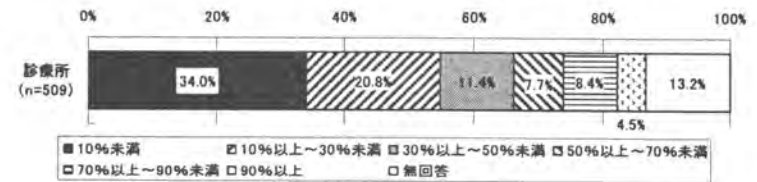
6) 外来診療における後発医薬品の処方の変化（1年前と比較して）

図表 102 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）



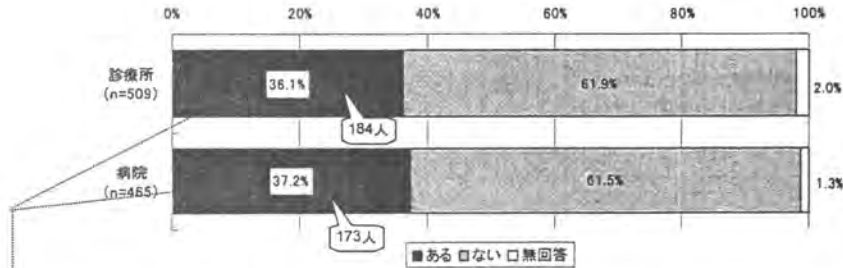
7) 院外処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せんの発行状況

図表 103 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 21 年 7 月 1 か月間）

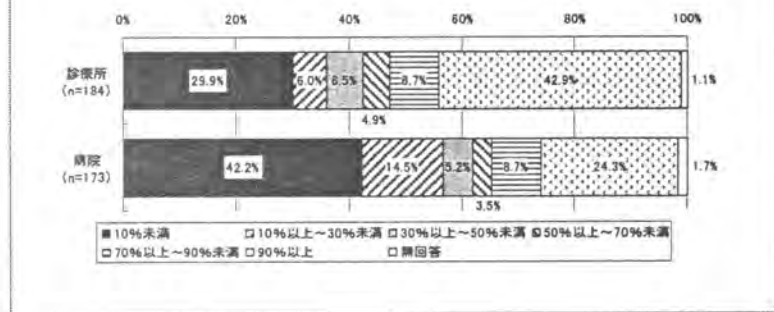


8) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験等（平成21年4月以降）

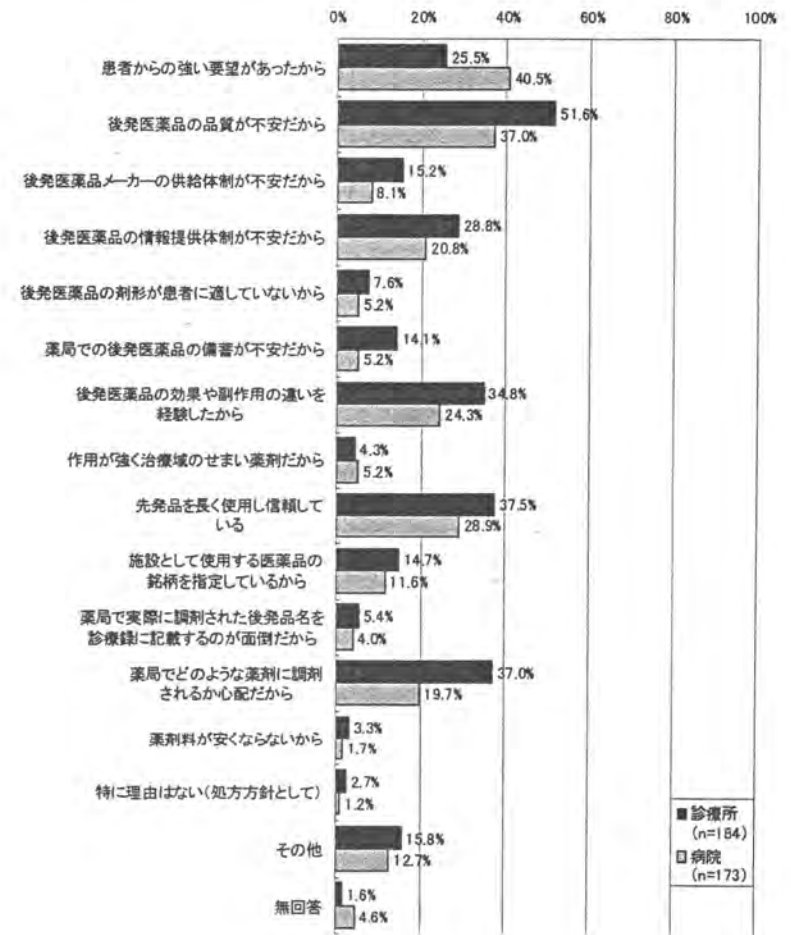
図表 104 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無（医師ベース）



図表 105 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枚数の割合（医師ベース）

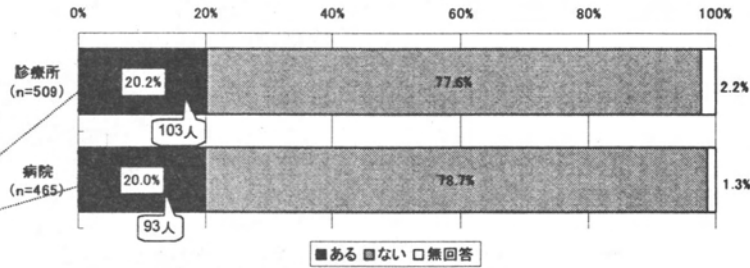


図表 106 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由（医師ベース、複数回答）

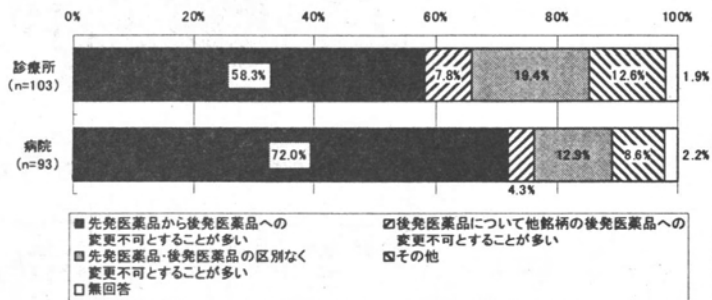


9) 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験  
(平成 21 年 4 月以降)

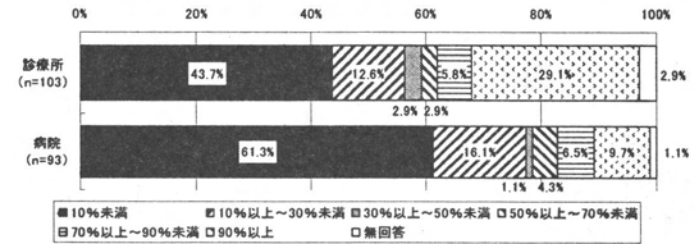
図表 107 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行の有無 (医師ベース)



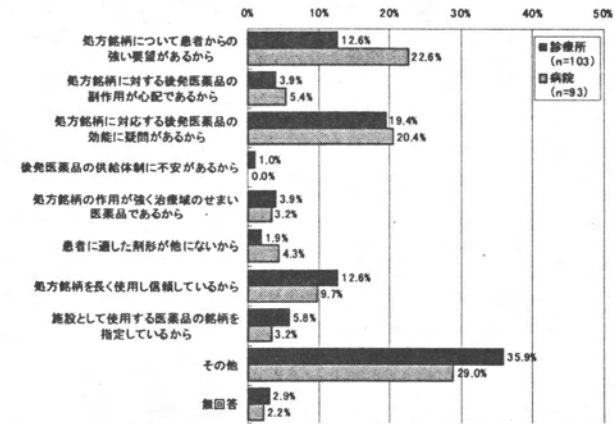
図表 108 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするケースで最も多いもの (医師ベース)



図表 109 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 (医師ベース)



図表 110 一部の医薬品について「変更不可」とする最も多い理由 (医師ベース、単数回答)

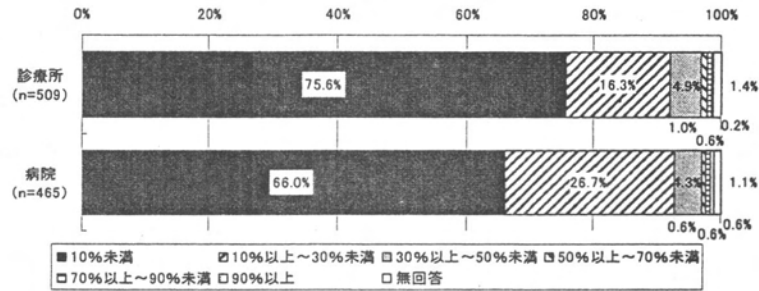


※「その他」には、複数の選択肢に○がついている回答が含まれる。その他の内容は以下のとおりである。

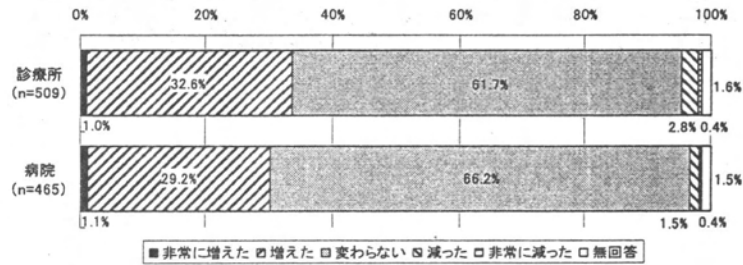
	診療所	病院
「その他」を選択した回答数	37	27
患者からの強い要望があるから	8	3
副作用が心配であるから	14	1
効能に疑問があるから	19	4
供給体制に不安があるから	5	2
作用が強く治療域のせまい医薬品	2	1
患者に適した剤形が他にないから	6	0
長く使用し信頼しているから	11	3
銘柄を指定している	8	0
先発医薬品と後発医薬品の値段に違いがないから	-	1
薬局で実際に調剤された後発医薬品を診療録に記載するのが面倒だから	-	1
効果が安定している前処方そのままにしたいため	-	1
後発医薬品に適応がなかったから	4	3
院外処方をしていない	-	3
その他	4	2
未記入	4	10

10) 後発医薬品について関心がある患者の割合（平成 21 年 4 月以降）

図表 111 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）

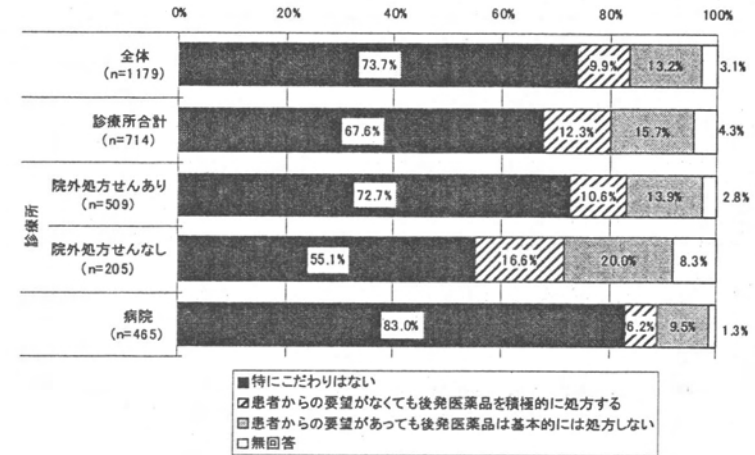


図表 112 後発医薬品について関心がある（医師に質問する、使用を希望する）患者数の変化（1年前と比較して、医師ベース）

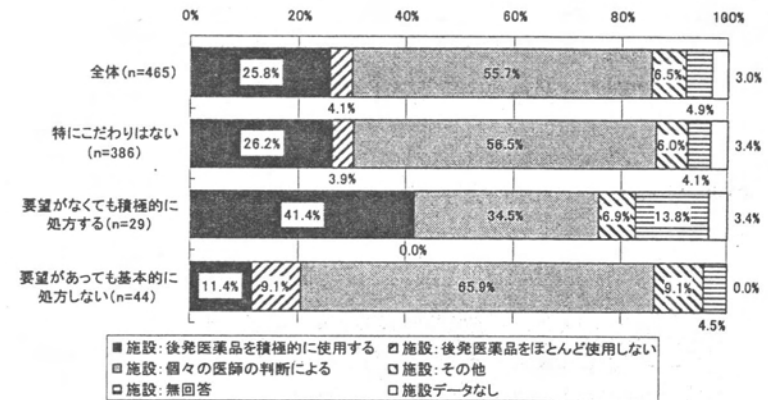


11) 医師における、外来診療時の後発医薬品の処方に関する考え

図表 113 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）

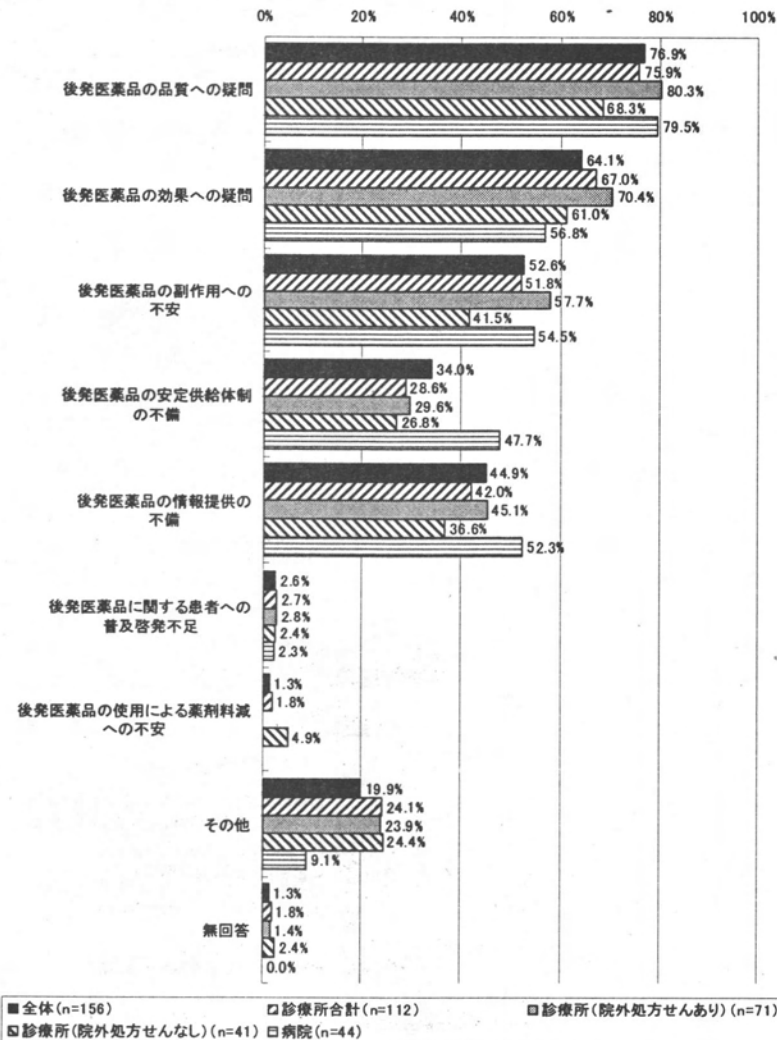


図表 114 医師の外来診療における後発医薬品の処方に関する考え方（外来患者に後発医薬品を院外処方する場合の施設としての対応別、病院ベース）



※全体には「外来診療における医師の後発医薬品処方に関する考え方」が無回答だった6名が含まれる。

図表 115 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理由（医師ベース、複数回答）

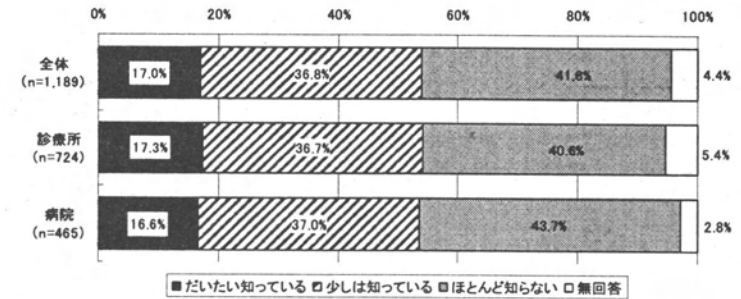


※「後発医薬品の使用による薬剤料減への不安」については、「診療所（院外処方せんなし）」のみの選択肢となっている。

⑨医師における後発医薬品使用に関する意識等

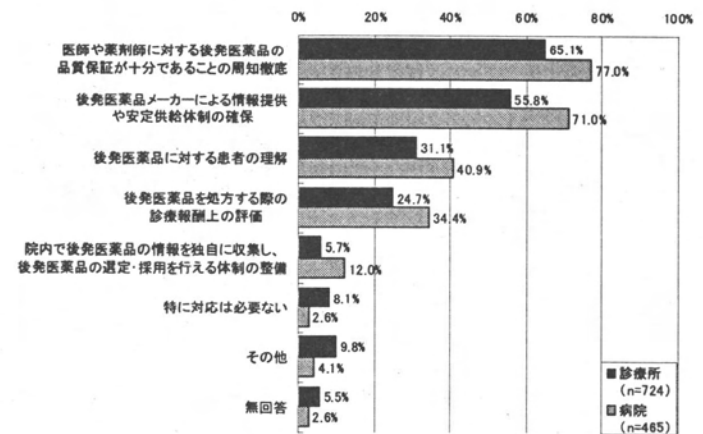
1) 医師における、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るために必要なデータの内容に関する認知状況（医師ベース）

図表 116 薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るために必要なデータの内容に関する認知状況（医師ベース）

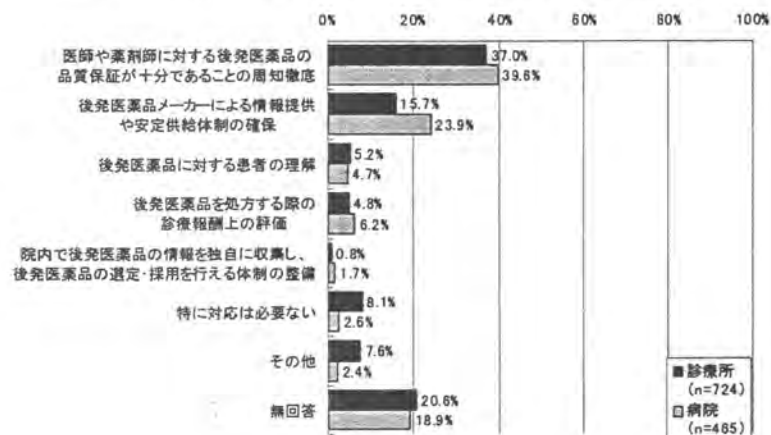


2) 後発医薬品の処方を進めるための環境

図表 117 どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いか（複数回答）



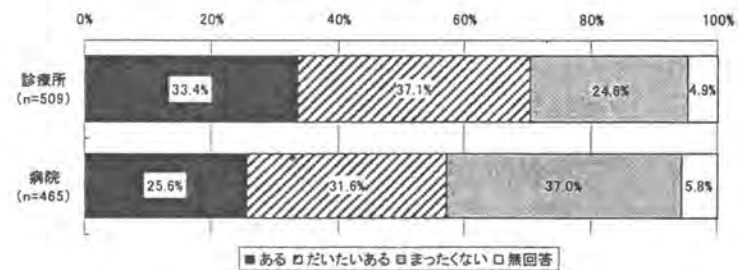
図表 118 どのような対応がなされれば、医師の立場として  
後発医薬品の処方を進めても良いか（最も重要なもの、単数回答）



⑩保険薬局からの情報提供についての意向

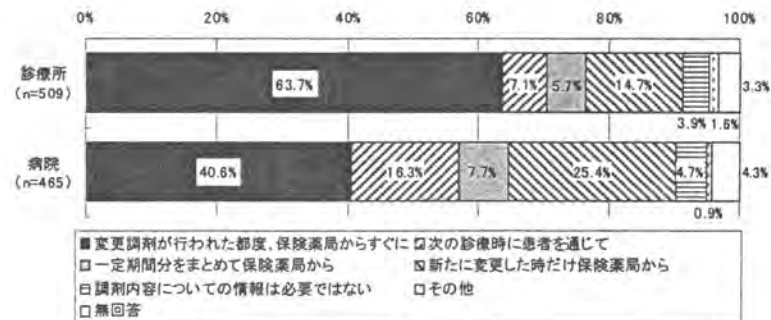
1) 保険薬局で後発医薬品に変更した場合の情報提供の有無

図表 119 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）



2) 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

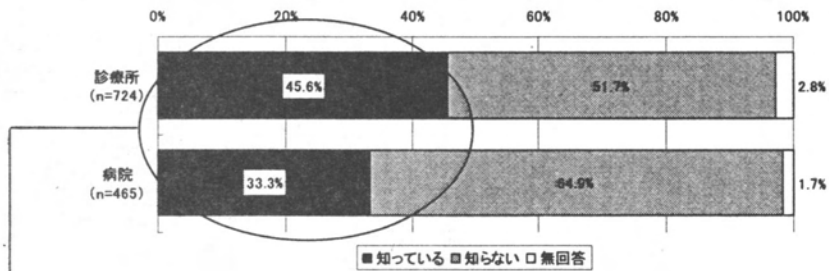
図表 120 保険薬局で後発医薬品に変更した場合、望ましい情報提供のあり方  
（医師ベース）



①ジェネリック医薬品希望カードについて

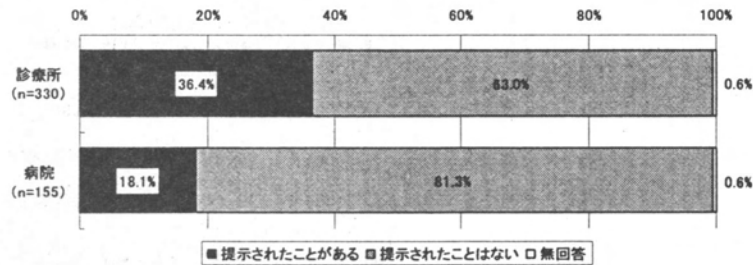
1) 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度

図表 121 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度 (医師ベース)



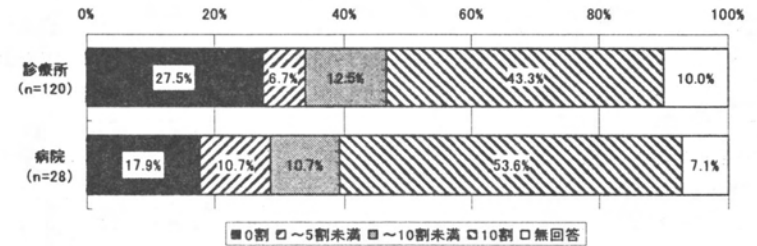
2) 「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示された経験

図表 122 「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示された経験 (医師ベース)



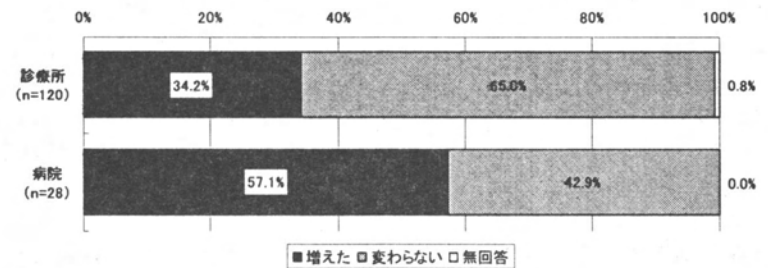
3) 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者に対して後発医薬品の処方または「後発医薬品への変更不可」欄に署名のない処方せんを発行した割合

図表 123 「ジェネリック医薬品希望カード」提示した患者に対して後発医薬品の処方または「後発医薬品への変更不可」欄に署名のない処方せんを発行した割合 (「ジェネリック医薬品希望カード」を提示されたことのある医師ベース)



4) 「ジェネリック医薬品希望カード」配布開始後 (平成 21 年 4 月以降) における後発医薬品を希望する患者割合の変化

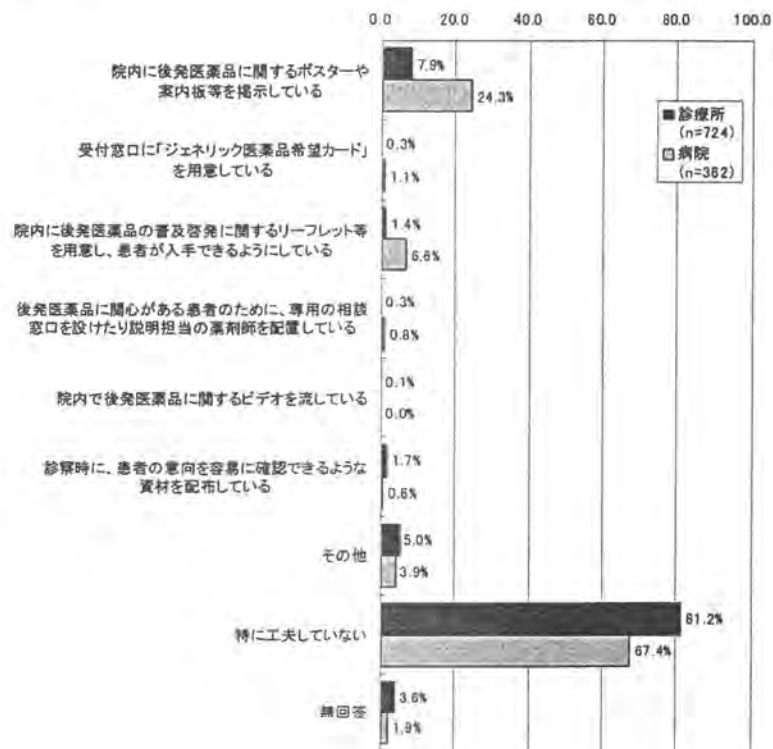
図表 124 「ジェネリック医薬品希望カード」配布開始後 (平成 21 年 4 月以降\*) における後発医薬品を希望する患者数の変化 (「ジェネリック医薬品希望カード」を提示されたことのある医師ベース)



\*平成 21 年 4 月以降、被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が順次配布されるようになった。

⑫患者が後発医薬品を頼みやすくなるような施設としての工夫

図表 125 患者が後発医薬品を頼みやすくなるような施設としての工夫（複数回答）



⑬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

【後発医薬品の在庫管理】

- ・在庫管理面からすると、先発医薬品と後発医薬品を並存しておくことは、経済的、場所的に困難で、どちらかより良いものを選ぶことになってしまう。先発医薬品、後発医薬品の並存はありえない。
- ・無床診療所の場合、院内処方においては、同系薬剤を複数備蓄するだけの場所やメリットはない。 /等

【後発医薬品の採用方法】

- ・患者を多く紹介する病院で使用されている薬品を、当院でも使用するようになっている。
- ・ビタミン剤や胃薬等は、後発医薬品でも良いと思っている。その他の薬（特に血圧、心臓、糖尿、抗生剤等）に関しては、先発医薬品としている。 /等

【後発医薬品採用にあたっての課題】

- ・開院時より付き合いのある卸との関係もあり、先発医薬品から後発医薬品に切り替える際、抵抗感がある。
- ・院内薬の採用にあたって、成分が同じであっても、先発医薬品と適応症が一致しない場合があり、とても困る。
- ・麻酔、救急に関わる特殊薬剤は一部を除き回転が少ないため、後発医薬品への変更が難しい。 /等

【後発医薬品の品質】

- ・しばしば患者から「先発医薬品と同じ効果が得られない」とクレームがつく。
- ・降圧剤（Ca拮抗薬）の中では、明らかに後発医薬品の方に副作用が多く認められたり、貼布剤の効果時間が短いと認められたりする。
- ・刻印のずれ、コーティングのムラなど、見た目には品質が落ちると思わせる製品が後発医薬品の中に散見される。 /等

【後発医薬品に関する情報・情報提供】

- ・後発医薬品は、突然の製造中止等が多く、しかも中止する際に医療機関に対しての連絡が一切ない。
- ・後発医薬品のMRによる薬の情報提供が全くない。
- ・吸収、濃度が一定である等のデータを正確に示してほしい。 /等

【後発医薬品に対する患者の意識】

- ・患者がどちらでもよいと考えている場合が多く、医師任せである。 /等



#### 【後発医薬品使用に当たっての責任の所在】

- ・ 厚生労働省やメーカーの責任分担はどうなっているのか。安全性が確保されない限り、後発医薬品の使用促進はできない。
- ・ 先発医薬品と後発医薬品の適応症が異なる場合、後発医薬品に変更されると適応症外となってしまう。このような場合は、医療機関に責任を取らせないようにしてもらいたい。
- ・ 後発医薬品により患者に不都合なことが起こった（効かない、副作用が生じた等）場合、責任は誰にあるのか不安である。 /等

#### 【ジェネリック医薬品希望カードについて】

- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」は医療者側と患者側のコミュニケーションを疎外するのではないか。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」のような運動をするのであれば、各医院に、国から、統一されたものを配布して欲しい。 /等

#### 【後発医薬品使用にあたっての要望】

- ・ 後発医薬品が先発医薬品と「全く同じ」薬であるかのような宣伝（有名タレントを使用した宣伝）は、一般人に誤解を招く。主成分は同じであるが、同一の薬ではないことを、十分に一般人に対して広報する必要がある。
- ・ 後発医薬品でも先発医薬品に劣らず基本的なデータを集め、医師側に提供していただきたい。
- ・ 後発医薬品が販売されるようになれば、先発医薬品の薬価も下げればよい。
- ・ 安定供給体制を確保してほしい。
- ・ 後発医薬品も、先発医薬品と同じく、発売後の再評価を義務付けて、その効果、副作用についての厚労省への提出を徹底してほしい。
- ・ 後発医薬品の使用についての注意など、ガイドライン的なものを作って欲しい。 /等

#### ⑭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

##### 【後発医薬品の採用方法】

- ・ 後発医薬品の採用は、先発医薬品からの切り替えを原則とし、入院、院内外来、院外の区別なく、同一銘柄を使用している。
- ・ 中小病院では、先発医薬品と後発医薬品との同時採用はリスクやコスト面でのデメリットもあるため、一成分薬に対し一剤採用としている（内服、外用などの剤型違いは除く）。 /等

##### 【後発医薬品の品質】

- ・ 後発医薬品（造影剤）で、品質（粘度）が異なり、圧力がかかりすぎ使用できないもの

があった。後発医薬品メーカーは同等であると主張したが明らかに違っていた。

- ・ 主成分が同じであっても、日持ち（安定性、有効性）、拡散状態（濃度分布、力価）使用しての安全性のデータ等がない状態では、とても同じ製品とは思えない。 /等

##### 【後発医薬品に対する患者の理解】

- ・ 後発医薬品を使用したところ、患者の理解がなく、安い薬剤を使用する病院と言われた。 /等

##### 【後発医薬品メーカーに対する意見】

- ・ 後発医薬品メーカーは売ることばかりを優先するため、医師への情報提供をしていないことが多い。
- ・ 後発医薬品メーカーに対する問い合わせに、満足のいく回答が返ってこないことが多い。
- ・ 売れ筋規格については複数のメーカーが供給しているが、複数規格を揃えて供給しているメーカーに限られているため、選択肢が少なくなってしまう。
- ・ 後発医薬品メーカーより安定供給できないと断られ、先発医薬品に戻したことがある。
- ・ 一品目につき、数十社が後発医薬品を製造している現状は、社会資源の無駄であり、価格提示しか差別化出来ない。メーカーのモラルハザードが進むのではないかと懸念する。 /等

##### 【病院経営に与える影響】

- ・ 医療経営がきびしい中、薬価差益は病院経営に大きな影響を与えるが、後発医薬品を使用すると収入が減り更に病院経営が苦しくなる。
- ・ 後発医薬品を採用することによって、患者負担の軽減や薬品購入費の軽減にはなるが、薬価差益による病院の収入減も考えられるため、積極的な採用は難しいと思われる。 /等

##### 【後発医薬品への切り替えが難しいケース】

- ・ 精神科のため、後発医薬品の切り替える際、患者の状態も考慮し、単純な切り替え（形状・色調等）が出来ない場合が多い。
- ・ 抗がん剤では、後発医薬品が存在しない場合が多い。 /等

##### 【後発医薬品使用にあたっての要望】

- ・ 医師が積極的に切り替えを行うためには、診療報酬上での評価が必要だ。
- ・ 医師に対して、もっと使用促進や安全性の保証など、啓蒙活動をして欲しい。
- ・ 先発医薬品と臨床データの比較ができる体制を確保すれば、先発医薬品にこだわる医師の理解を得られやすくなると思う。
- ・ 後発医薬品の検査段階で、先発医薬品と同等の数の試験項目を実施すべきではないか。添加物についても、もっと規制をかけるべきだ。 /等

## ⑮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

### 【効能・効果の問題】

- ・ 先発医薬品では適応疾患となっているが、後発医薬品では適応外となることがある。適応疾患を統一して欲しい
- ・ 実際に後発医薬品へ変更した場合、血圧コントロールや、高脂血症、尿酸値など、コントロール不良となる症例が存在する。
- ・ 後発医薬品は先発医薬品と全く同等な効果か疑問がある。 /等

### 【品質の問題】

- ・ 降圧薬、抗不整脈薬、抗凝固薬、抗血小板薬の一部には品質、薬効、副作用に問題があり、患者が安心して、受け入れられないことが多い。
- ・ 厚生労働省で後発医薬品製造許可メーカーを絞り込み、きちんとした品質で安定供給できるようにして欲しい。
- ・ 後発医薬品の品質保証チェックをきちんと行っているのかどうか不安である。 /等

### 【後発医薬品の安全性・副作用の問題】

- ・ 効果や安全性に対する国としての評価の確立。
- ・ 副作用等に関する情報が皆無に近い。 /等

### 【商品名の問題】

- ・ 後発医薬品の商品名を覚えるのは無駄な労力を医師に要求している。後発医薬品の商品名はすべて一般名+メーカー名とすべきである。
- ・ 後発医薬品の名称が成分名プラス会社名など、分かりやすい方が患者にも抵抗なく変更してもらえる。また、誤りがおこりにくいのではないか。 /等

### 【後発医薬品メーカーについて】

- ・ 後発医薬品メーカーからの品質、効能、副作用、臨床データ等に関する情報提供が全くないのが不安。
- ・ 後発医薬品メーカーに質問をしても何も答えは返ってこないし、MRの顔さえほとんど見ない。 /等

### 【後発医薬品使用に当たっての責任の所在】

- ・ 後発医薬品に変更した際のトラブル（副作用、効果不十分等によるデメリット）に対する保証を明確にしてほしい。
- ・ 自分の知らないメーカーの後発医薬品が患者に処方され、副作用等で重大な事故が起こった場合の責任はどこにあるのか。 /等

### 【医師・患者の後発医薬品に対する意識】

- ・ 大学や総合病院（特に公的病院）の医師に、後発医薬品の効果・安全性を理解させる必要がある。
- ・ 患者自身の不安を払拭する必要がある。 /等

### 【薬局での後発医薬品への変更に対する不安】

- ・ 多施設から患者が処方を受けたとき、同成分なのに薬品名が異なる薬剤が重なって処方されても、間違っても重なって服用してしまわないようなシステムがあれば良いと思う。1つの薬局に行くに限らないので危険なこともある。
- ・ 調剤薬局によって扱っている後発医薬品が異なり、患者から不満を言われることが多い。 /等

### 【後発医薬品使用による診療報酬上の評価】

- ・ 後発医薬品を使用すれば医療機関にも利益が多くなるようなシステムが普及のポイントになると思う。
- ・ 医師、薬剤師（病院、薬局）双方に対して、もっと診療報酬上のメリットがないと、後発医薬品は普及しないと思う。 /等

### 【その他】

- ・ 不当な価格競争に伴う品質低下にならないようにして欲しい。
- ・ 外来で服用中の薬と、入院後の薬が変わってしまうので混乱を生じることがある。
- ・ 意図として推奨するのは当然のことと思うが、あまりにも国民に対する情報が一側面（コスト安、先発⇔後発など）に偏りすぎていると思う。欠点も開示する必要がある（国として責任がある）と考える。 /等

(4) 患者調査の結果概要

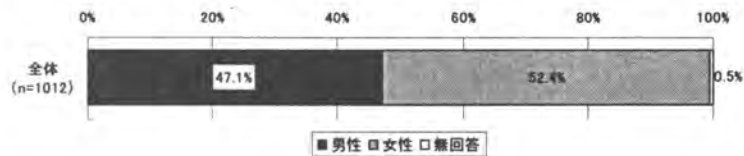
【調査対象等】

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：1,012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

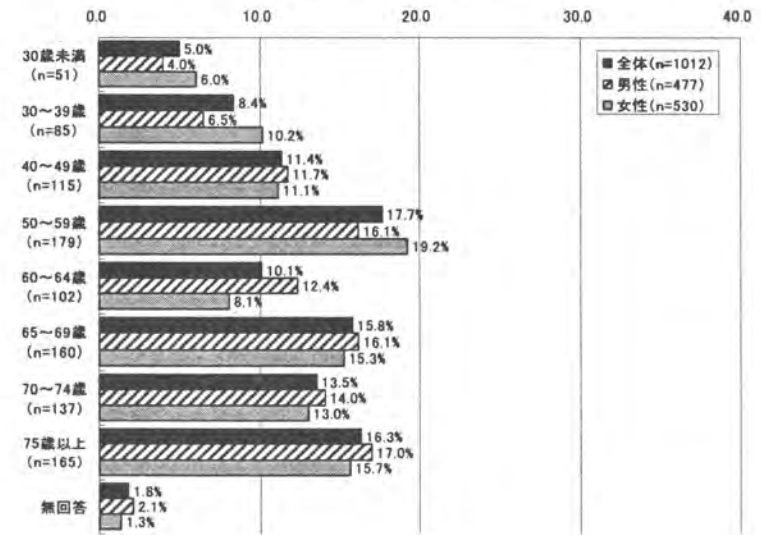
1) 性別

図表 126 性別



2) 年齢

図表 127 男女別 年齢分布



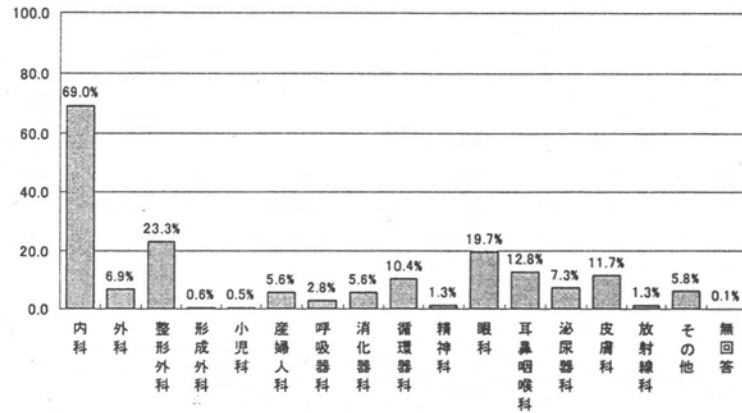
※「全体」には、「性別」について無回答の5人を含む。

図表 128 平均年齢

	平均値	標準偏差	中央値
年齢 (歳)	59.5	17.6	63.0

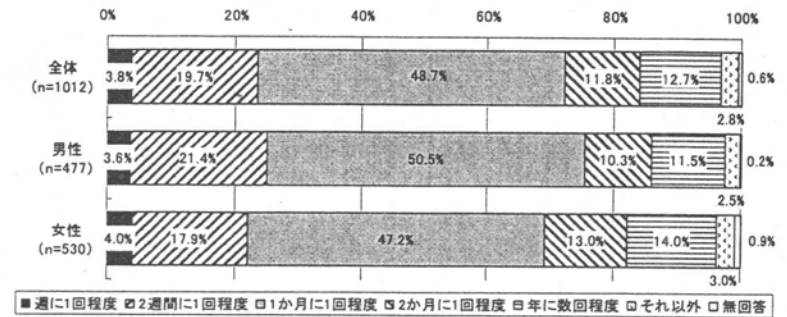
3) 受診した診療科

図表 129 受診した診療科 (複数回答、n=1012)



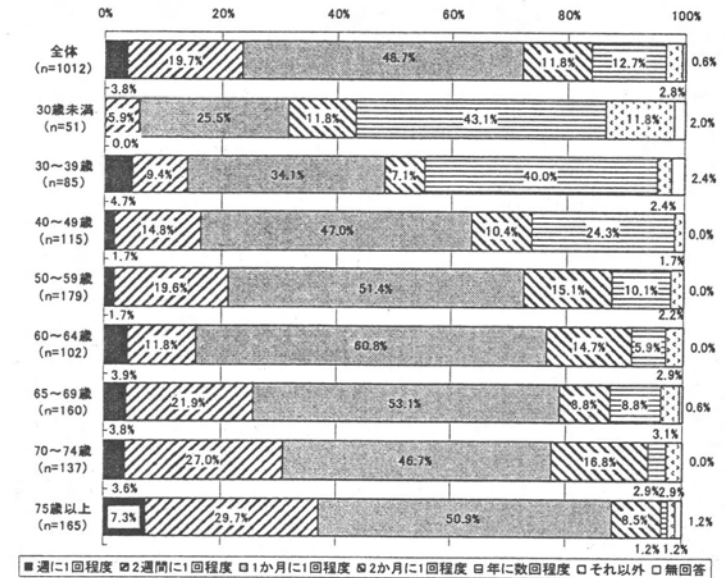
4) 薬局への来局頻度

図表 130 薬局への来局頻度 (男女別)



※「全体」には、「性別」について無回答の5人を含む。

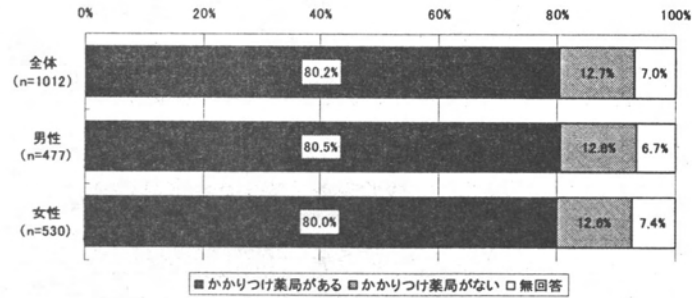
図表 131 薬局への来局頻度 (年齢階級別)



※「全体」には、「年齢」について無回答の18人を含む。

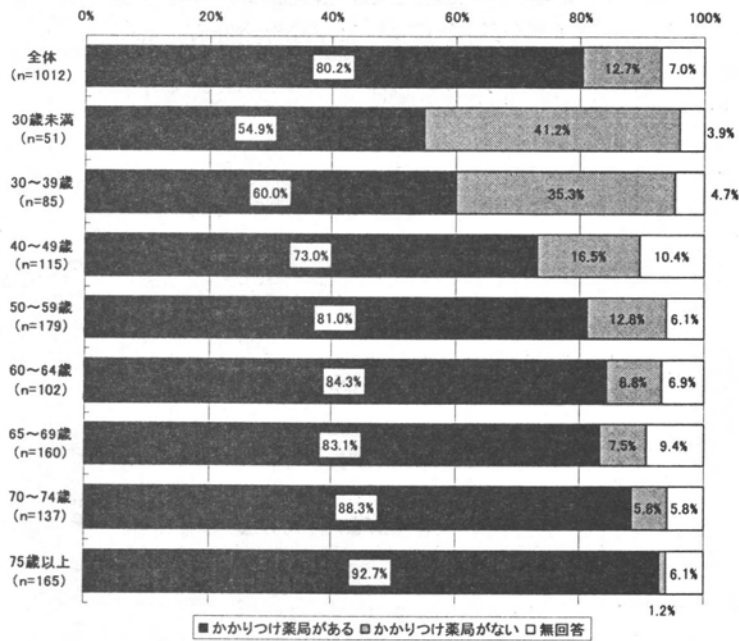
5) かかりつけ薬局の有無

図表 132 かかりつけの薬局の有無（男女別）



※「全体」には、「性別」について無回答の5人を含む。

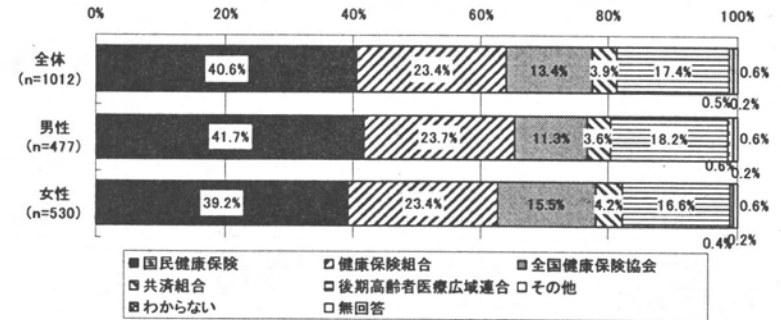
図表 133 かかりつけの薬局の有無（年齢階級別）



※「全体」には、「年齢」について無回答の18人を含む。

6) 健康保険の種類

図表 134 健康保険の種類（男女別）



※「全体」には、「性別」について無回答の5人を含む。

図表 135 健康保険の種類（年齢階級別）

（単位：上段「人」/下段「%」）

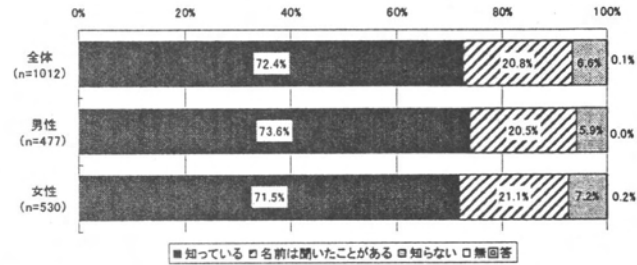
	総数	国民健康保険	健康保険組合	全国健康保険協会	共済組合	後期高齢者医療広域連合	その他	わからない	無回答
全体	1,012	411	237	136	39	176	5	2	6
	100.0	40.6	23.4	13.4	3.9	17.4	0.5	0.2	0.6
30歳未満	51	12	20	15	2	0	0	0	2
	100.0	23.5	39.2	29.4	3.9	0.0	0.0	0.0	3.9
30～39歳	85	20	33	29	3	0	0	0	0
	100.0	23.5	38.8	34.1	3.5	0.0	0.0	0.0	0.0
40～49歳	115	27	46	34	6	0	0	1	1
	100.0	23.5	40.0	29.6	5.2	0.0	0.0	0.9	0.9
50～59歳	179	47	78	32	20	0	0	0	2
	100.0	26.3	43.6	17.9	11.2	0.0	0.0	0.0	1.1
60～64歳	102	62	23	12	3	0	1	0	1
	100.0	60.8	22.5	11.8	2.9	0.0	1.0	0.0	1.0
65～69歳	160	126	22	8	3	0	1	0	0
	100.0	78.8	13.8	5.0	1.9	0.0	0.6	0.0	0.0
70～74歳	137	107	13	5	1	7	3	1	0
	100.0	78.1	9.5	3.6	0.7	5.1	2.2	0.7	0.0
75歳以上	165	0	0	0	0	165	0	0	0
	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0

※「全体」には、「年齢」について無回答の18人を含む。

②後発医薬品の使用状況

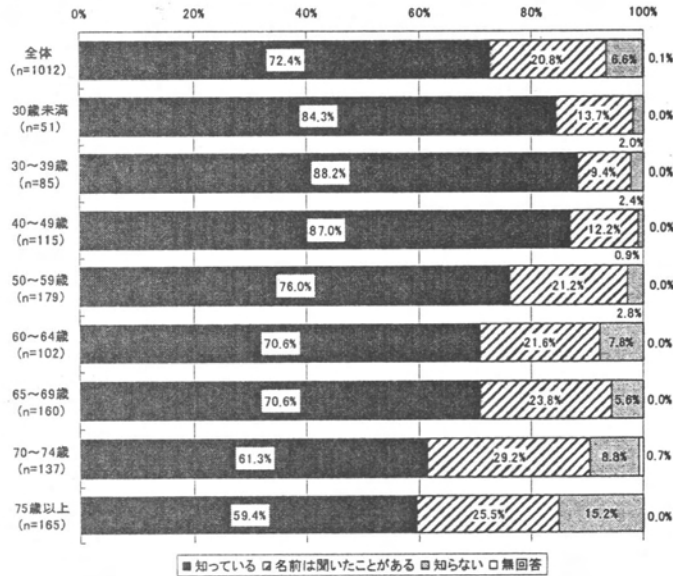
1) 後発医薬品の認知度

図表 136 後発医薬品の認知状況（男女別）



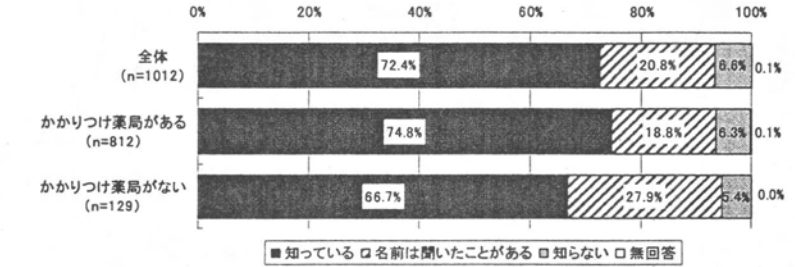
※「全体」には、「性別」について無回答の5人を含む。

図表 137 後発医薬品の認知状況（年齢階級別）



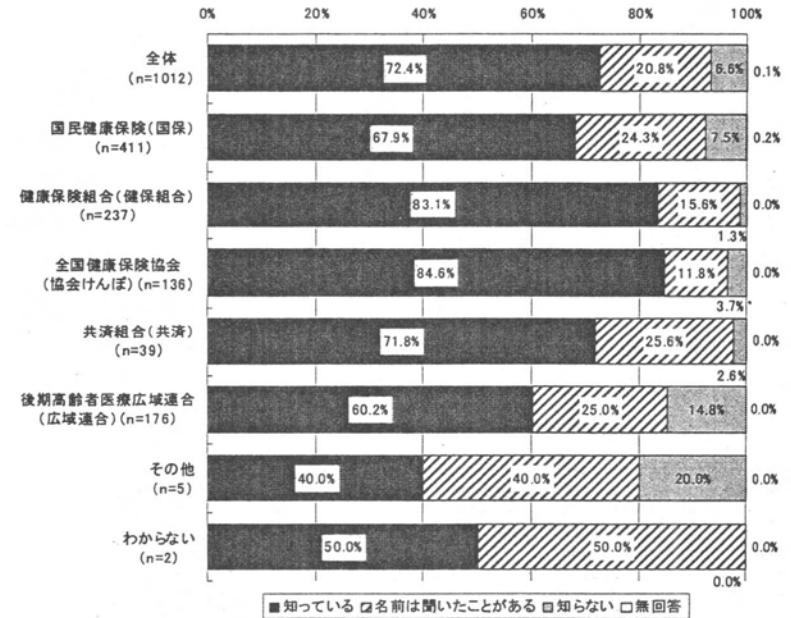
※「全体」には、「年齢」について無回答の18人を含む。

図表 138 後発医薬品の認知状況（かかりつけ薬局の有無別）



※「全体」には、「かかりつけ薬局の有無」について無回答であった71人が含まれる。

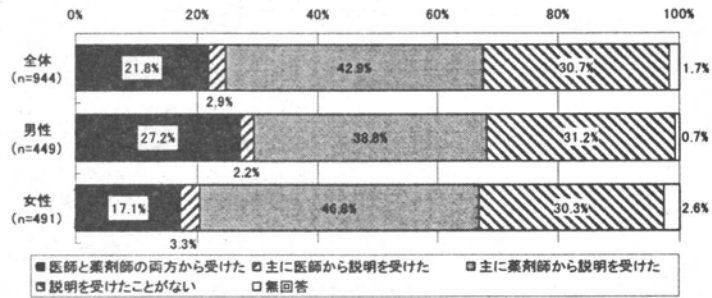
図表 139 後発医薬品の認知状況（健康保険の種類別）



※「全体」には、「健康保険の種類」について無回答であった6人が含まれる。

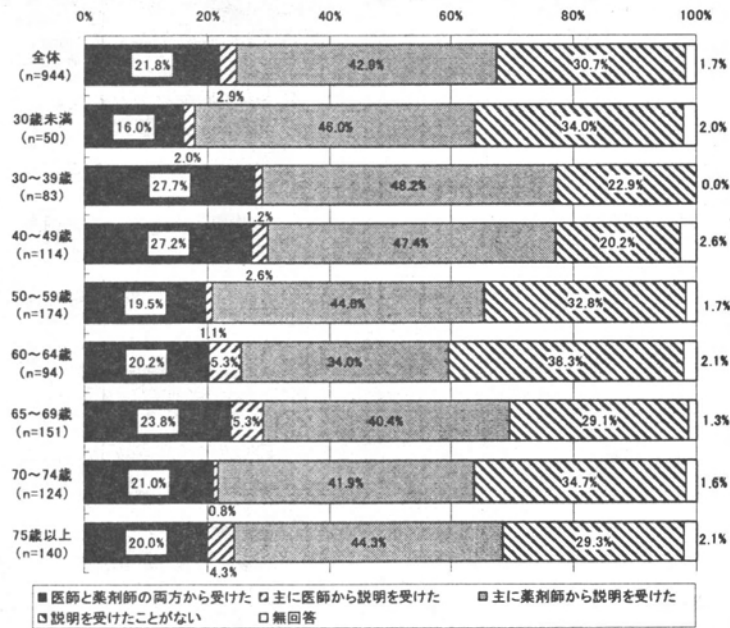
2) 後発医薬品の主な説明者

図表 140 後発医薬品の主な説明者（後発医薬品を知っている人、男女別）



※「全体」には、「性別」について無回答であった4人が含まれる。

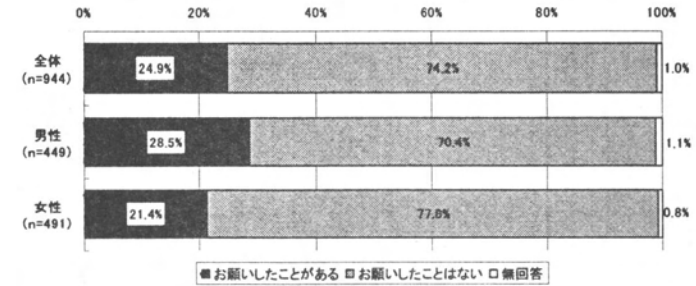
図表 141 後発医薬品の主な説明者（後発医薬品を知っている人、年齢別）



※「全体」には、「年齢」について無回答であった14人が含まれる。

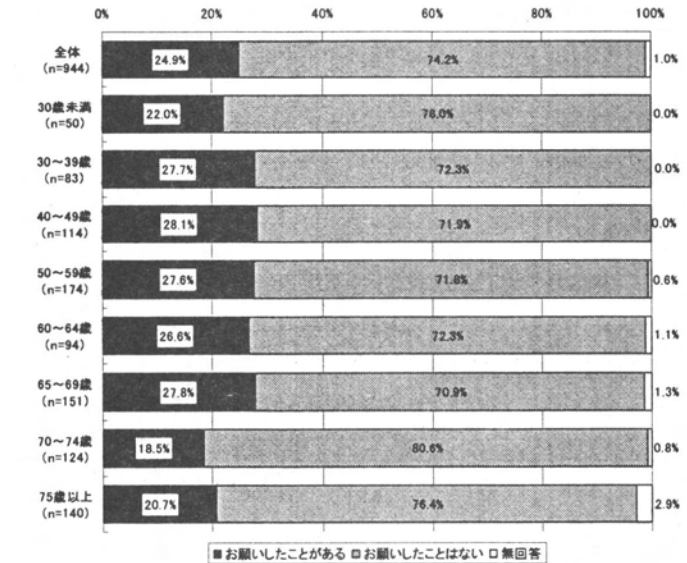
3) 後発医薬品の処方や調剤の依頼経験の有無

図表 142 後発医薬品の処方や調剤の依頼経験の有無（後発医薬品を知っている人、男女別）



※「全体」には、「性別」について無回答であった4人が含まれる。

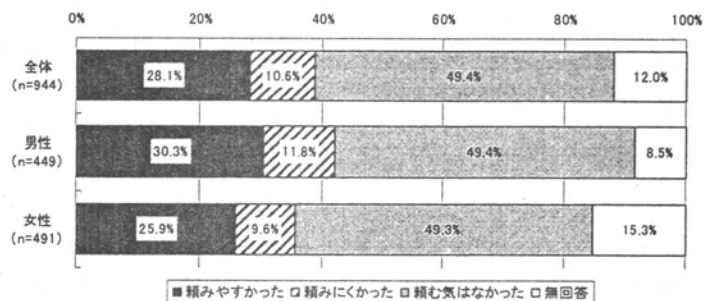
図表 143 後発医薬品の処方や調剤の依頼経験の有無（後発医薬品を知っている人、年齢階級別）



※「全体」には、「年齢」について無回答であった14人が含まれる。

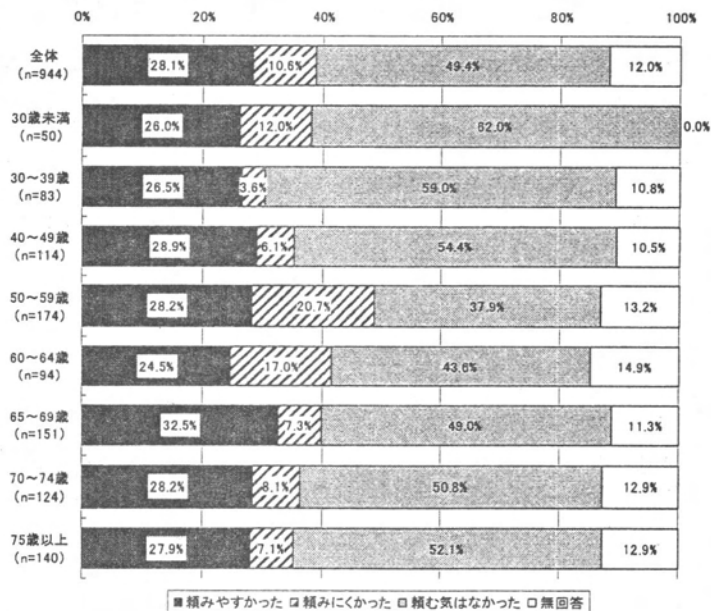
4) 医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさ

図表 144 医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさ（男女別）



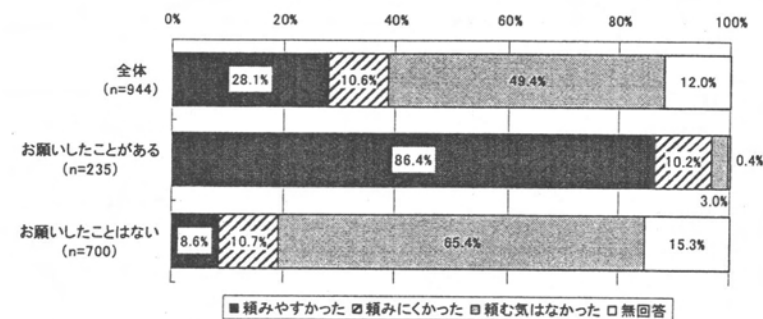
※「全体」には「性別」について無回答であった4人が含まれる。

図表 145 医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさ（年齢階級別）



※「全体」には、「年齢」について無回答であった14人が含まれる。

図表 146 医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさ（後発医薬品依頼経験の有無別）

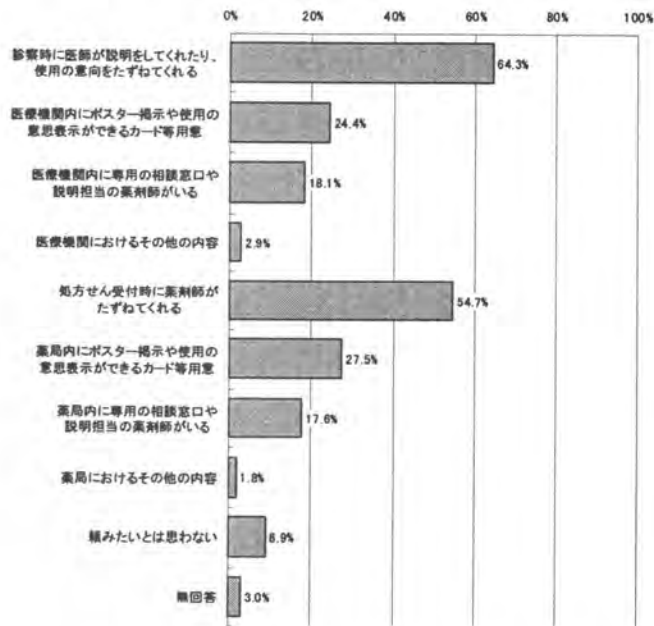


※「全体」には、「後発医薬品依頼経験の有無」について無回答であった9人が含まれる。

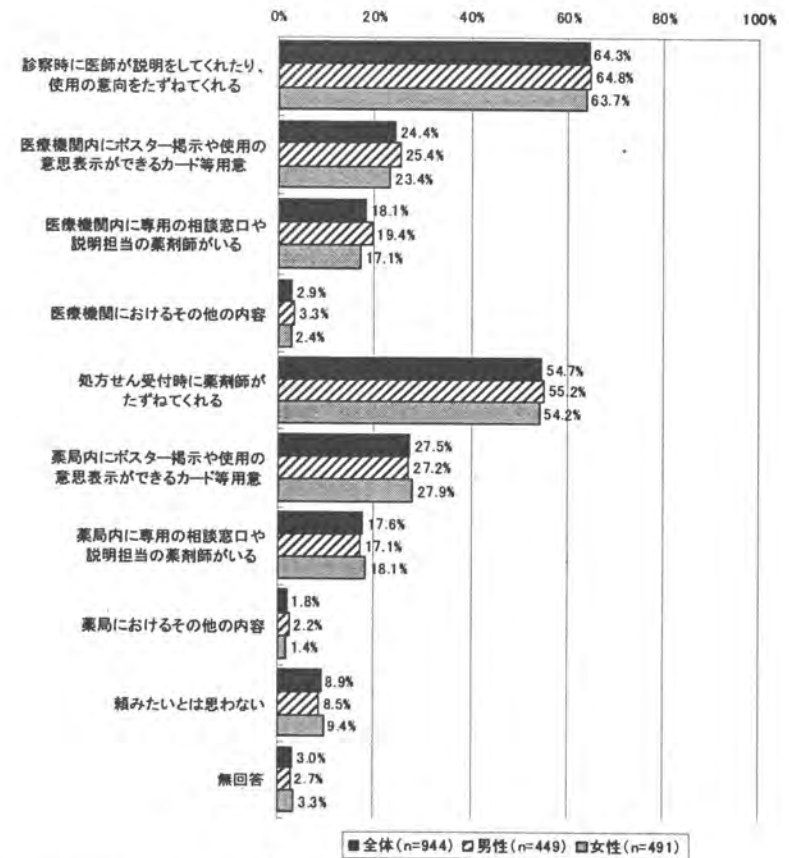


5) 後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために求める対応

図表 147 後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために求める対応  
(複数回答、n=944)



図表 148 後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために求める対応 (男女別)



※「全体」には「性別」について無回答であった4人が含まれる。

図表 149 後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために求める対応

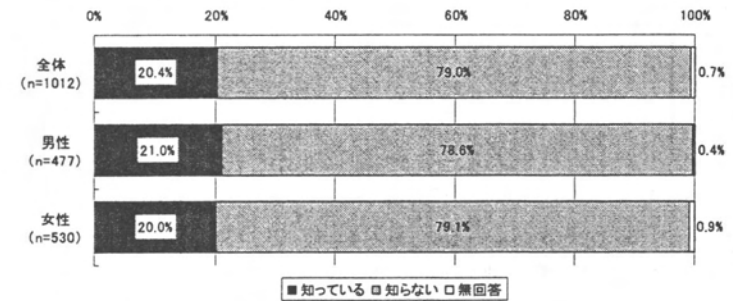
(単位：上段「人」/下段「%」)

	総数	診察時に医師が説明をしてくれたり、 使用の意向をたずねてくれる	医療機関内にポスター掲示や使用の 意思表示ができるカード等用意	説明担当の薬剤師がいる	医療機関に専用の相談窓口や 説明担当の薬剤師がいる	処方せん受付時に薬剤師が たずねてくれる	薬局内にポスター掲示や使用の 意思表示ができるカード等用意	説明担当の薬剤師がいる	薬局内に専用の相談窓口や 説明担当の薬剤師がいる	薬局におけるその他の対応	頼みたいとは思わない	無回答
全体	944	607	230	171	27	516	260	166	17	84	28	
	100.0	64.3	24.4	18.1	2.9	54.7	27.5	17.6	1.8	8.9	3.0	
30歳未満	50	33	15	5	1	28	15	8	1	3	0	
	100.0	66.0	30.0	10.0	2.0	56.0	30.0	16.0	2.0	6.0	0.0	
30~39歳	83	60	22	11	3	48	24	14	1	10	0	
	100.0	72.3	26.5	13.3	3.6	57.8	28.9	16.9	1.2	12.0	0.0	
40~49歳	114	76	28	19	2	66	32	22	2	11	2	
	100.0	66.7	24.6	16.7	1.8	57.9	28.1	19.3	1.8	9.6	1.8	
50~59歳	174	115	44	34	5	95	50	33	1	12	3	
	100.0	66.1	25.3	19.5	2.9	54.6	28.7	19.0	0.6	6.9	1.7	
60~64歳	94	71	15	14	2	55	24	18	1	6	3	
	100.0	75.5	16.0	14.9	2.1	58.5	25.5	19.1	1.1	6.4	3.2	
65~69歳	151	86	41	25	3	75	43	25	2	17	5	
	100.0	57.0	27.2	16.6	2.0	49.7	28.5	16.6	1.3	11.3	3.3	
70~74歳	124	74	33	31	3	71	36	22	4	11	5	
	100.0	59.7	26.6	25.0	2.4	57.3	29.0	17.7	3.2	8.9	4.0	
75歳以上	140	82	31	30	7	69	33	23	5	13	9	
	100.0	58.6	22.1	21.4	5.0	49.3	23.6	16.4	3.6	9.3	6.4	

※「全体」には、「年齢」について無回答であった14人が含まれる。

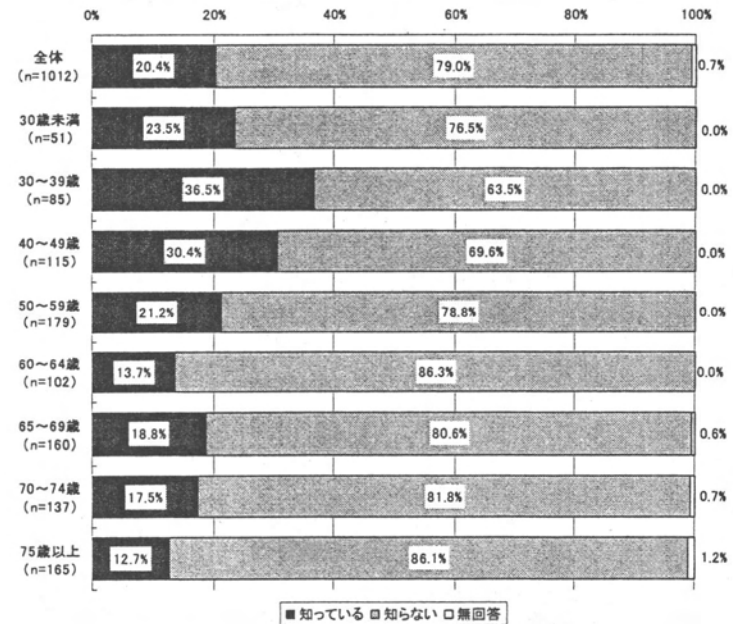
6) 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度

図表 150 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度 (男女別)



※「全体」には「性別」について無回答であった5人が含まれる。

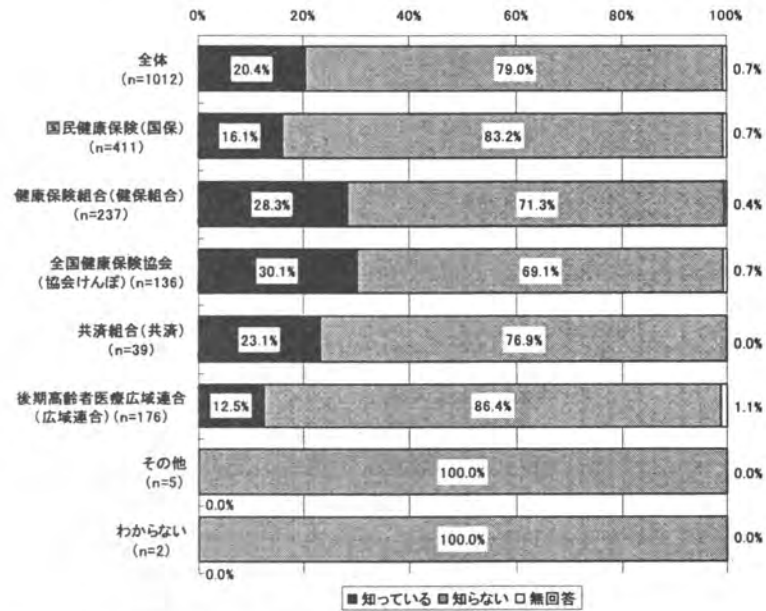
図表 151 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度 (年齢階級別)



※「全体」には、「年齢」について無回答の18人を含む。

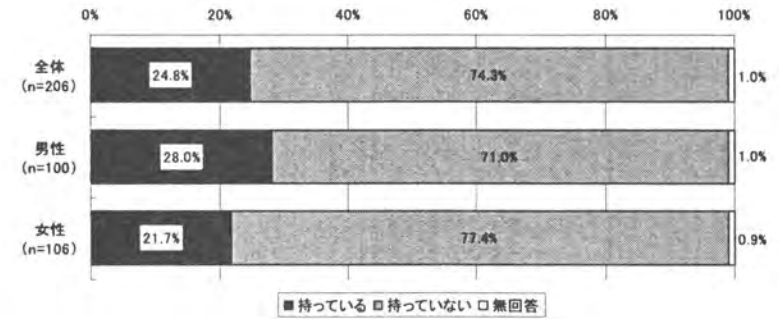
7) 「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況

図表 152 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度（健康保険の種類別）

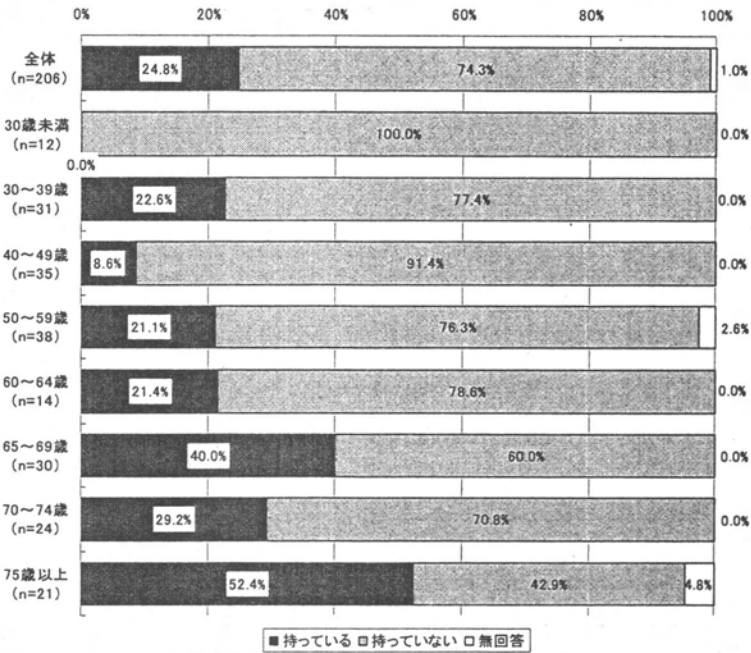


※「全体」には「健康保険の種類」について無回答であった6人が含まれる。

図表 153 「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況（「ジェネリック医薬品カード」を知っている人、男女別）

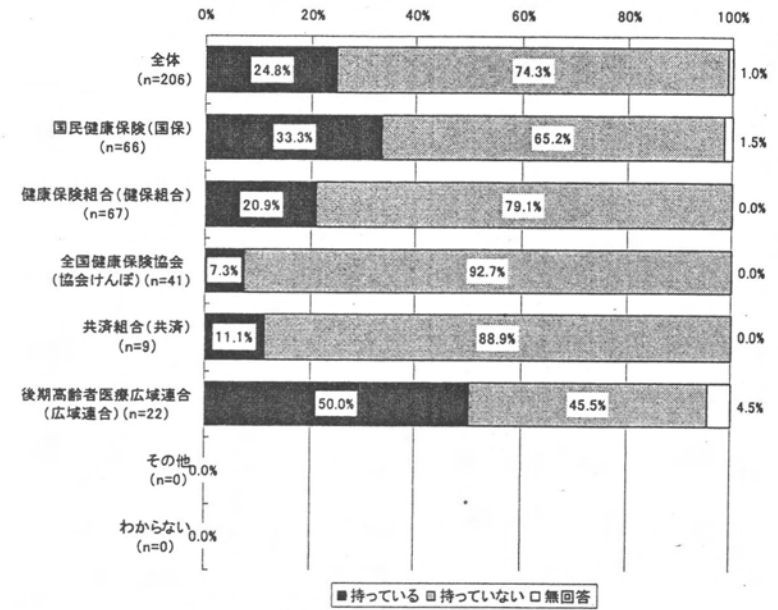


図表 154 「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況  
 (「ジェネリック医薬品希望カード」を知っている人、年齢階級別)



※「全体」には、「年齢」について無回答の1人を含む。

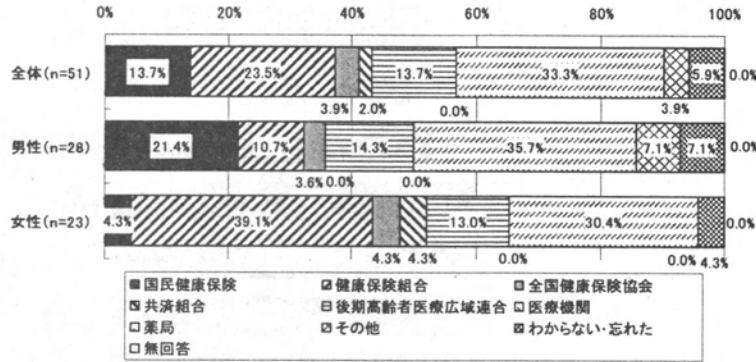
図表 155 「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況  
 (「ジェネリック医薬品カード」を知っている人、健康保険の種類別)



※「全体」には「健康保険の種類」について無回答であった1人が含まれる。

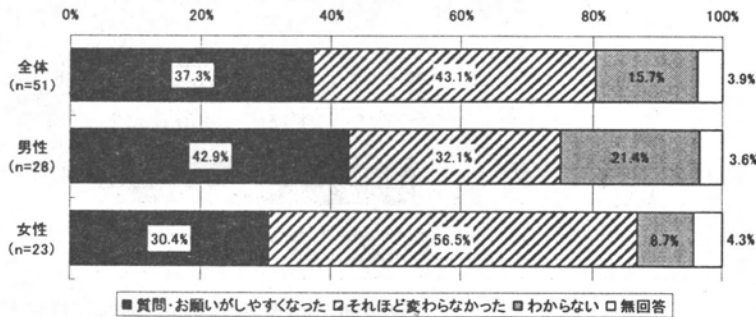
8) 「ジェネリック医薬品希望カード」の配布元

図表 156 「ジェネリック医薬品希望カード」の配布元  
(「ジェネリック医薬品カード」を持っている人、男女別)



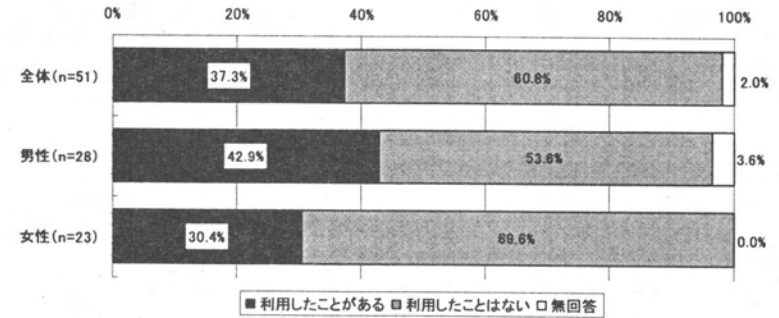
9) 「ジェネリック医薬品希望カード」による医師や薬剤師への依頼のしやすさ

図表 157 「ジェネリック医薬品希望カード」による医師や薬剤師への依頼のしやすさ  
(「ジェネリック医薬品カード」を持っている人、男女別)



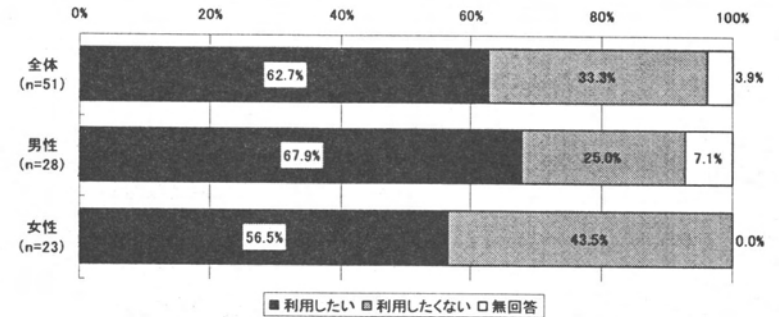
10) 「ジェネリック医薬品希望カード」の利用の有無

図表 158 「ジェネリック医薬品希望カード」の利用の有無  
(「ジェネリック医薬品カード」を持っている人、男女別)



11) 「ジェネリック医薬品希望カード」の利用意向

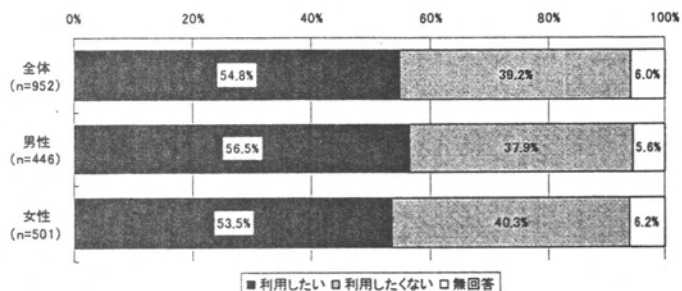
図表 159 「ジェネリック医薬品希望カード」の利用意向  
(「ジェネリック医薬品カード」を持っている人、男女別)



12) 「ジェネリック医薬品希望カード」を知らない人の今後の利用意向

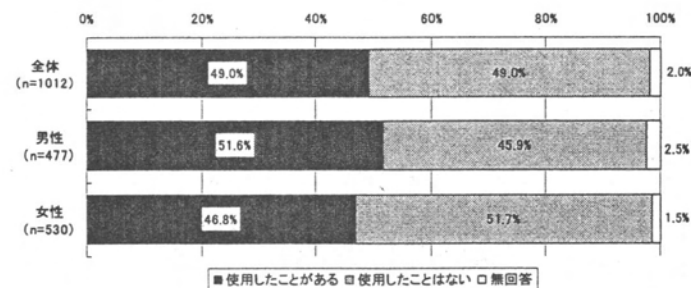
13) 後発医薬品の使用経験

図表 160 「ジェネリック医薬品希望カード」を知らない人の今後の利用意向（男女別）



※「全体」には「性別」について無回答であった5人が含まれる。

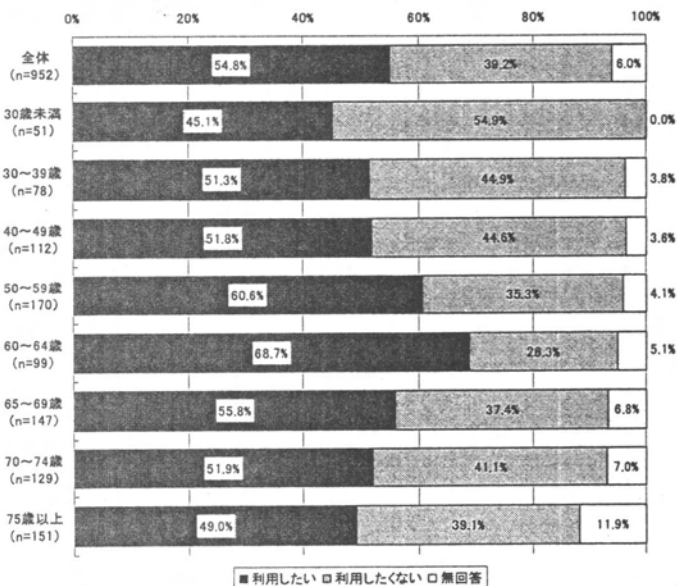
図表 162 後発医薬品の使用経験（男女別）



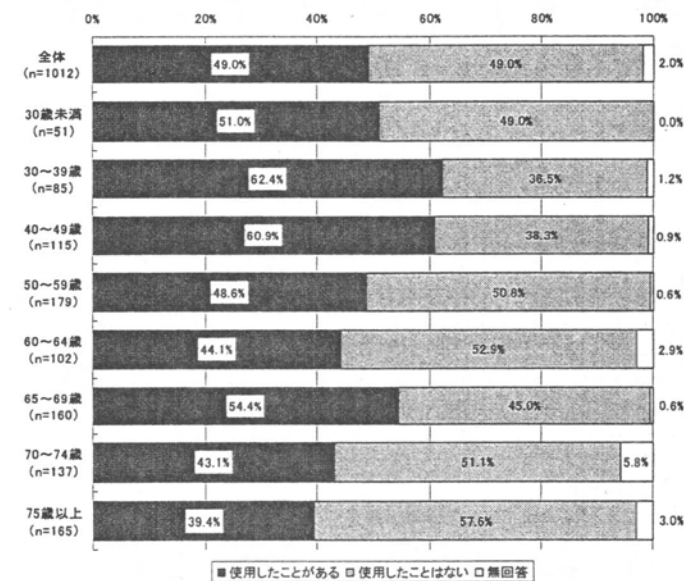
※「全体」には「性別」について無回答であった5人が含まれる。

図表 161 「ジェネリック医薬品希望カード」の利用意向（年齢階級別）

図表 163 後発医薬品の使用経験（年齢階級別）



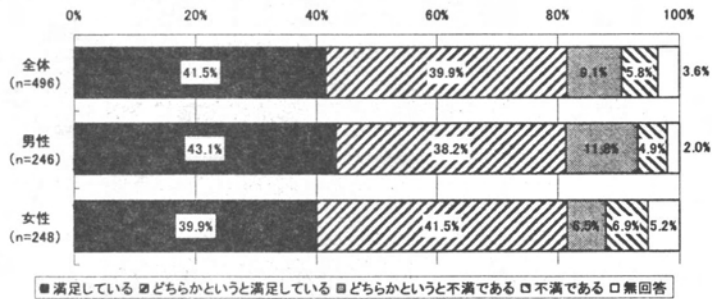
※「全体」には、「年齢」について無回答の15人を含む。



※「全体」には、「年齢」について無回答の18人を含む。

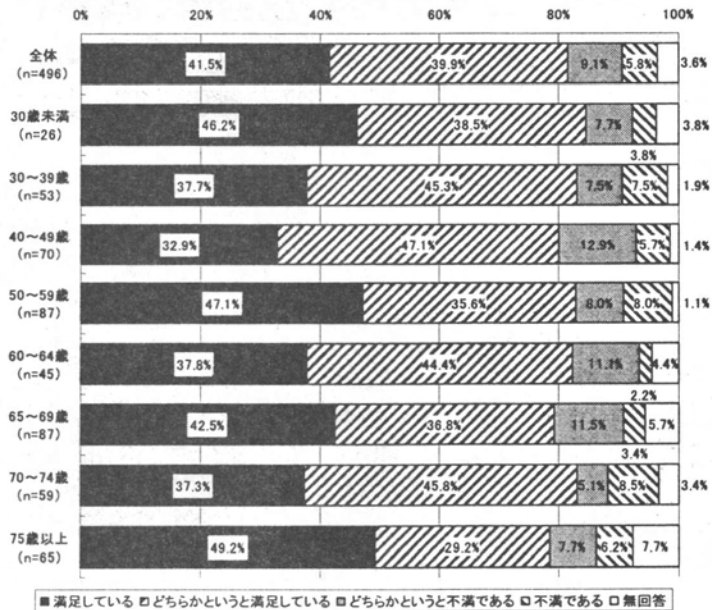
14) 後発医薬品の満足度

図表 164 後発医薬品の満足度（使用経験のある人のみ、男女別）



※「全体」には、「性別」について無回答であった2人が含まれる。

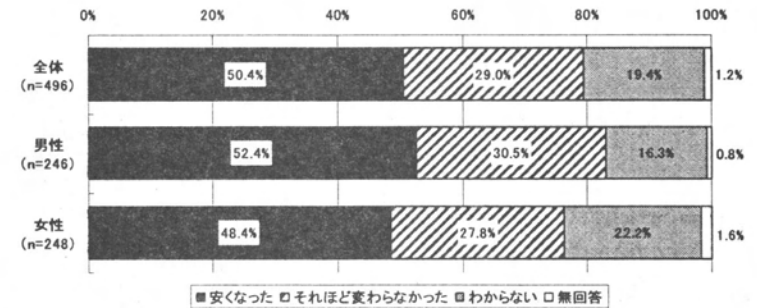
図表 165 後発医薬品の満足度（使用経験のある人のみ、年齢階級別）



※「全体」には、「年齢」について無回答の4人を含む。

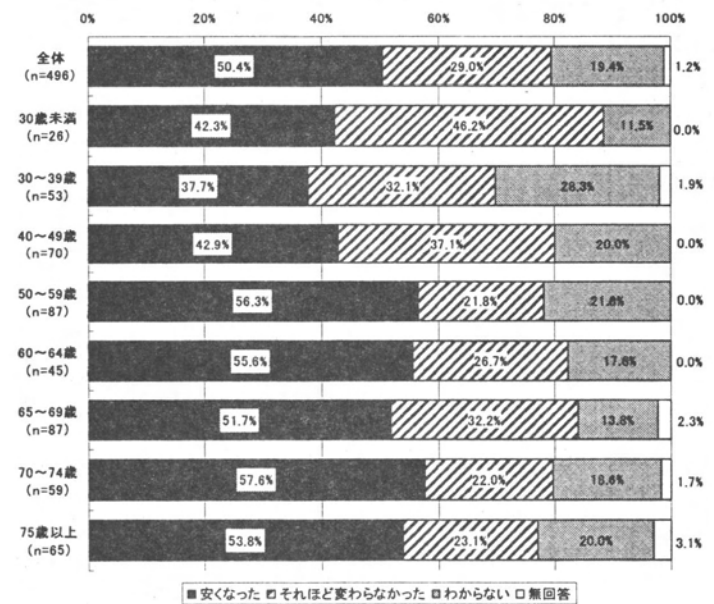
15) 窓口での薬代の負担感

図表 166 窓口での薬代の負担感（男女別）



※「全体」には「性別」について無回答であった2人が含まれる。

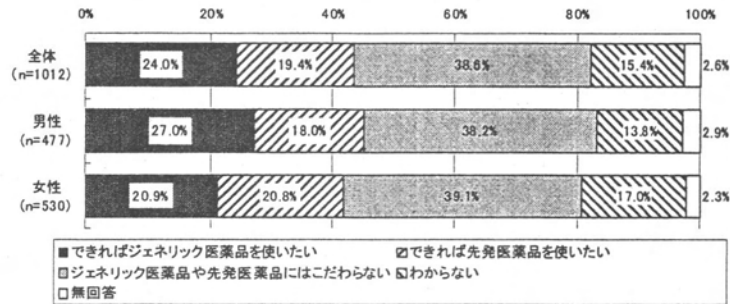
図表 167 窓口での薬代の負担感（年齢階級別）



※「全体」には、「年齢」について無回答の4人を含む。

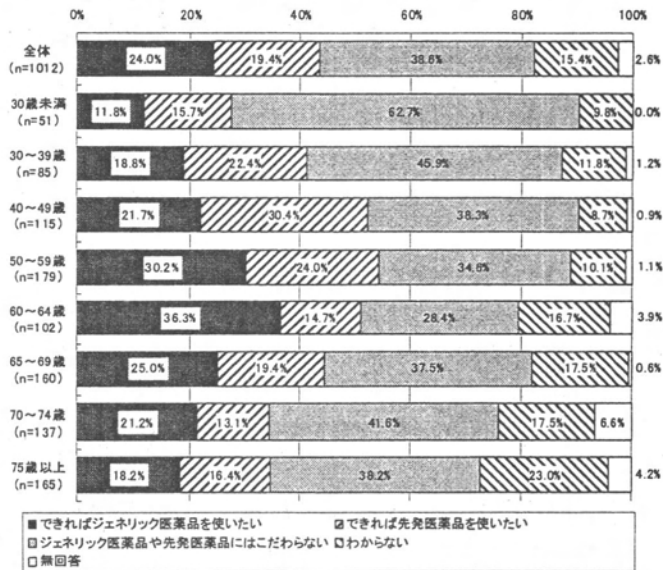
16) 後発医薬品使用に対する考え方

図表 168 後発医薬品使用に対する考え方 (男女別)



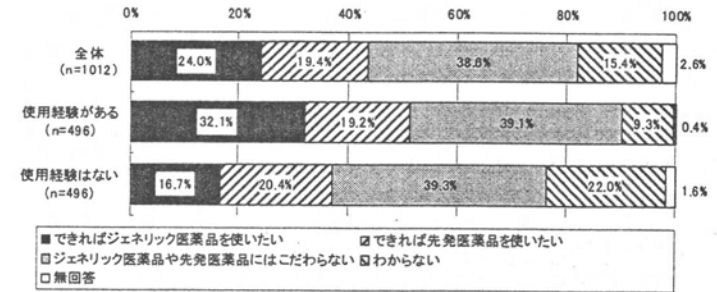
※「全体」には、「性別」について無回答であった5人が含まれる。

図表 169 後発医薬品使用に対する考え方 (年齢階級別)



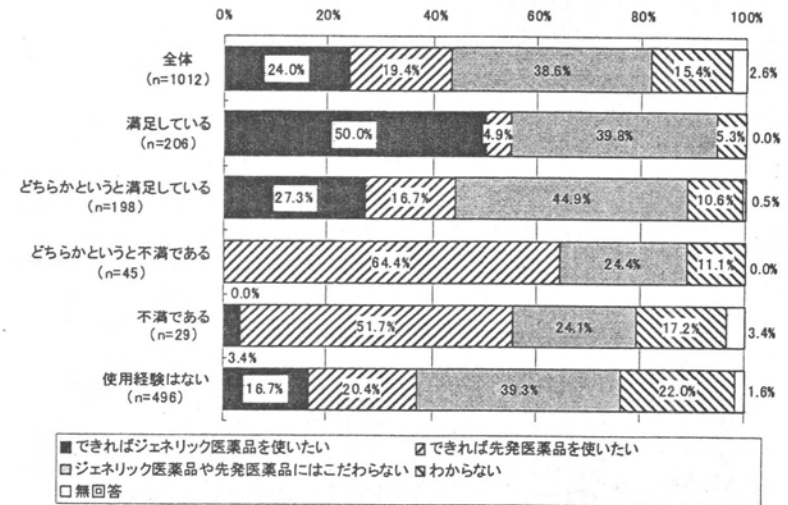
※「全体」には、「年齢」について無回答の18人を含む。

図表 170 後発医薬品使用に対する考え方 (後発医薬品使用経験別)



※「全体」には、「後発医薬品使用経験」について無回答の20人を含む。

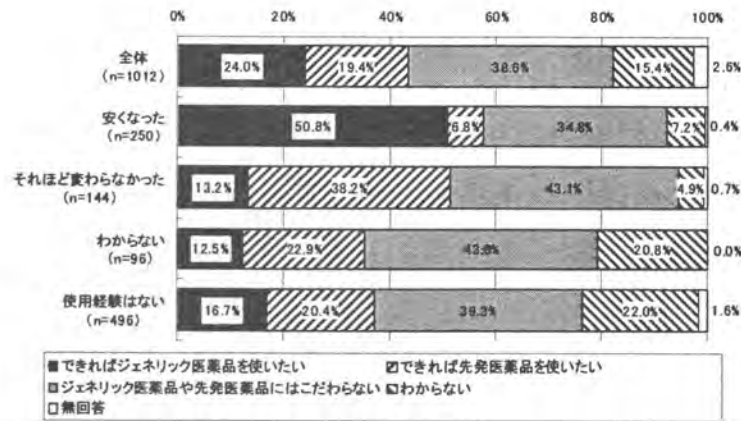
図表 171 後発医薬品使用に対する考え方 (後発医薬品の満足度別)



※「全体」には、「後発医薬品の満足度」について無回答の38人を含む。



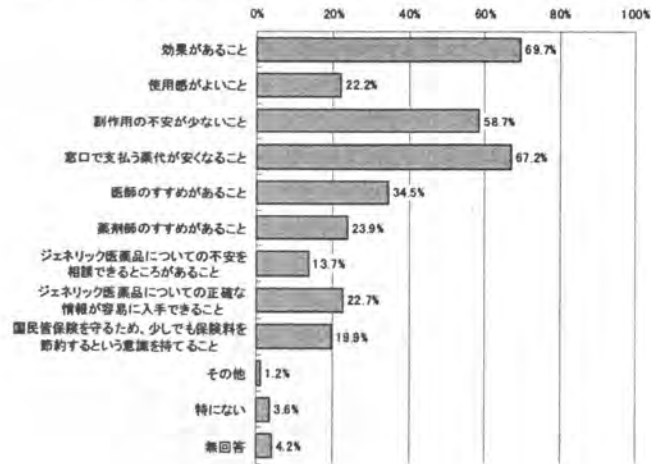
図表 172 後発医薬品使用に対する考え方（窓口の負担感別）



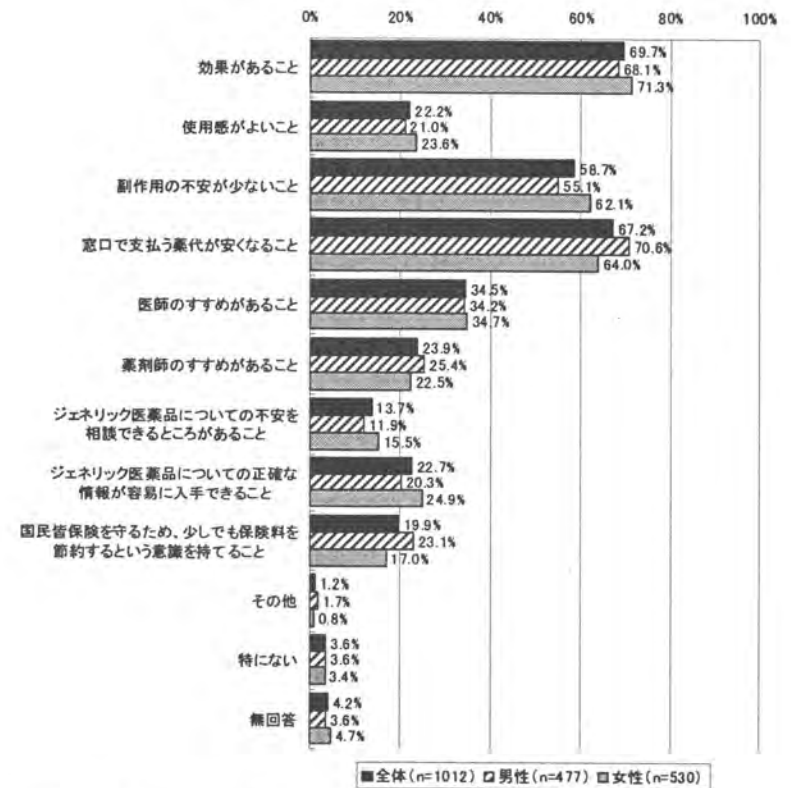
※「全体」には、「窓口の負担感」について無回答の26人を含む。

17) 後発医薬品の使用の際に必要なこと

図表 173 後発医薬品の使用の際に必要なこと（複数回答、n=1012）



図表 174 後発医薬品の使用の際に必要なこと（男女別）



※「全体」には「性別」について無回答であった5人が含まれる。

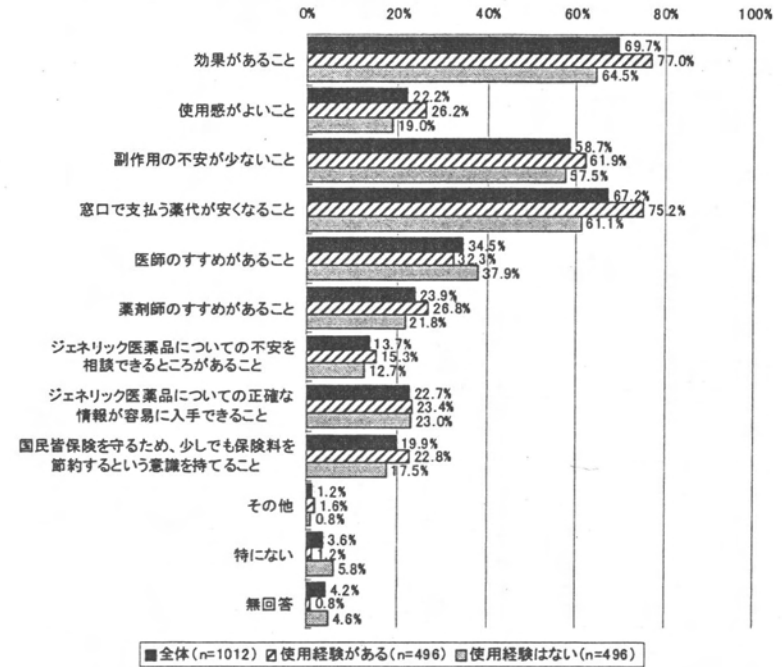
図表 175 後発医薬品の使用の際に必要なこと（年齢階級別）

(単位：上段「人」/下段「%」)

	総数	効果があること	使用感がよいこと	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	医師のすすめがあること	薬剤師のすすめがあること	ジェネリック医薬品についての不安を相談できるところがあること	ジェネリック医薬品についての正確な情報が容易に入手できること	国民皆保険を守るため、少しでも保険料を節約するという意識を持つこと	その他	特にない	無回答
全体	1,012	705	225	594	680	349	242	139	230	201	12	36	42
	100.0	69.7	22.2	58.7	67.2	34.5	23.9	13.7	22.7	19.9	1.2	3.6	4.2
30歳未満	51	42	17	33	38	10	11	8	11	6	3	1	0
	100.0	82.4	33.3	64.7	74.5	19.6	21.6	15.7	21.6	11.8	5.9	2.0	0.0
30～39歳	85	67	26	60	62	21	16	10	23	15	3	0	1
	100.0	78.8	30.6	70.6	72.9	24.7	18.8	11.8	27.1	17.6	3.5	0.0	1.2
40～49歳	115	89	29	77	76	29	20	15	29	8	1	6	0
	100.0	77.4	25.2	67.0	66.1	25.2	17.4	13.0	25.2	7.0	0.9	5.2	0.0
50～59歳	179	146	42	110	135	79	51	23	46	35	2	1	7
	100.0	81.6	23.5	61.5	75.4	44.1	28.5	12.8	25.7	19.6	1.1	0.6	3.9
60～64歳	102	64	13	55	67	36	20	13	22	26	0	5	5
	100.0	62.7	12.7	53.9	65.7	35.3	19.6	12.7	21.6	25.5	0.0	4.9	4.9
65～69歳	160	104	30	87	106	57	38	21	29	30	2	6	9
	100.0	65.0	18.8	54.4	66.3	35.6	23.8	13.1	18.1	18.8	1.3	3.8	5.6
70～74歳	137	78	29	72	86	51	35	22	34	32	1	6	8
	100.0	56.9	21.2	52.6	62.8	37.2	25.5	16.1	24.8	23.4	0.7	4.4	5.8
75歳以上	165	106	37	91	98	62	48	25	35	47	0	9	11
	100.0	64.2	22.4	55.2	59.4	37.6	29.1	15.2	21.2	28.5	0.0	5.5	6.7

※「全体」には、「年齢」について無回答の18人を含む。

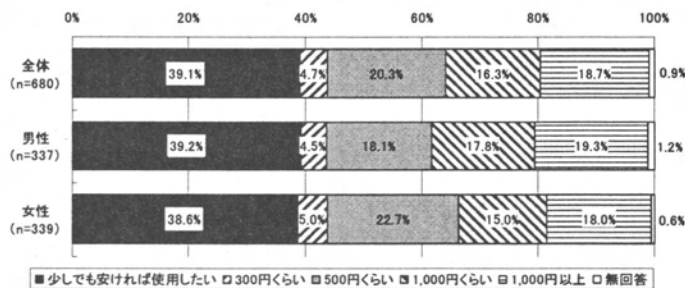
図表 176 後発医薬品の使用の際に必要なこと（後発医薬品使用経験の有無別）



※「全体」には、「後発医薬品使用経験の有無」について無回答の20人を含む。

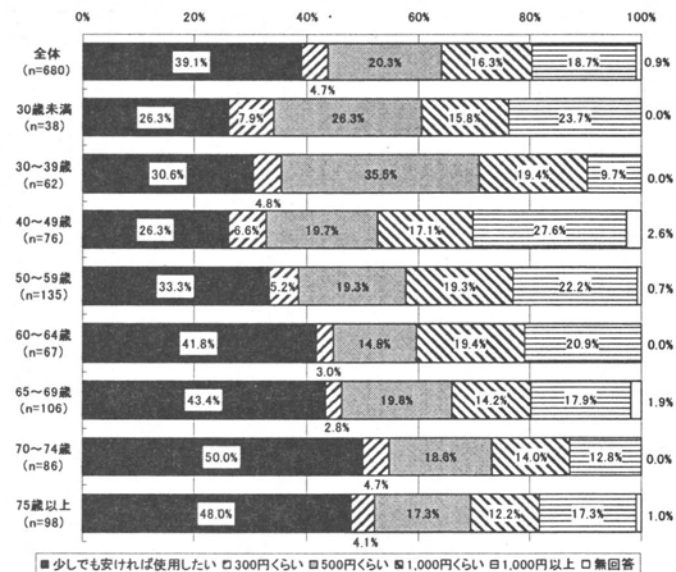
18) 1回に支払う金額がいくら安くなれば後発医薬品を使用したいか

図表 177 1回に支払う金額がいくら安くなれば後発医薬品を使用したいか  
(窓口で支払う薬代が安くなることが使用する際に必要な人、男女別)



※「全体」には「性別」について無回答であった4人が含まれる。

図表 178 1回に支払う金額がいくら安くなれば後発医薬品を使用したいか  
(窓口で支払う薬代が安くなることが使用する際に必要な人、年齢階級別)



※「全体」には、「年齢」について無回答の12人を含む。

③患者が後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

【後発医薬品使用の経験】

- ・ 血圧の薬を後発医薬品に変えたが、血圧が上がり、薬が2~3種類増えた。以前の先発医薬品だと1種類でよかったので、結果的に、薬代が高くなったという矛盾があった。
- ・ 後発医薬品のポスターを表示してある薬局で、後発医薬品を指定するも在庫がなく、「取り寄せに時間がかかり、差額はそんなにない」との回答であった。
- ・ 後発医薬品を服用したが、錠剤がとても大きく飲みづらい感じがあり、やめた。 /等

【後発医薬品使用の条件】

- ・ 先発医薬品と後発医薬品の成分が同じで、副作用の心配がなければ使用したい。
- ・ 医師からのすすめがあれば使用したい。
- ・ 先発医薬品と同じ成分、同じ効果であることが証明されたデータを処方する薬と一緒に渡して欲しい。
- ・ 処方せんに「後発医薬品への変更不可」をなくし、患者に選ばせることが必要である。 /等

【後発医薬品使用による医師との関係】

- ・ 薬局で後発医薬品に変え、次回病院で医師に相談した時にトラブルにならないか不安だ。
- ・ 長年の医師との信頼関係で処方された薬を服用してきた患者としては、変えることによって、例えば何らかの不都合が生じた場合、スムーズに問題解決が出来るのか不安だ。 /等

【今後の要望】

<医師への要望>

- ・ 医師からわかりやすい説明が欲しい。金額もはっきりと教えて欲しい。
- ・ 後発医薬品について薬剤師は頑張っているようだが、医師はあまりしていないように思う。診察の際に、医師からの一言があれば、変わってくるところはあると思う。 /等

<薬局への要望>

- ・ 後発医薬品を希望し、医師に処方されたが、薬局で取り扱いがないと言われた。スムーズに処方してもらえるような方法はないのか。
- ・ 患者が理解できる後発医薬品の効果のデータを薬局で教えて欲しい。 /等

<後発医薬品全般への要望>

- ・ 後発医薬品の具体的な説明を高齢者にも分かりやすくしてほしい。
- ・ どの薬品が後発医薬品への変更が可能なのか分かるような方法が欲しい。
- ・ 錠剤などにきちんと刻印して欲しい。何の薬か調べたいときに調べられない。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」があれば後発医薬品を頼みやすくなると思う。
- ・ 薬のことがわからない患者が提案して、後発医薬品を頼むのは無理がある。 /等

# 参 考 資 料

## 「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」

### 〔省令〕

「保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令 平成20年度厚生労働省令第28号」

#### 第5条の2

- 2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

### 〔告示〕

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する件 平成20年度厚生労働省告示第97号」

#### 第1の2 療担規則第5条の2第2項及び療担基準第5条の2第2項に規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）附則第4条第1項の表各号に規定する保険医療機関（平成21年4月1日以降においては、同表第1号に規定する保険医療機関を除く。）のいずれにも該当しない保険医療機関

### 〔局長通知〕

「「医療費の内容の分かる領収書の交付について」の一部改正について 保医発第 0305002号」

- 3 電子情報処理組織を使用して療養の給付費等の請求を行うこととされた保険医療機関については、明細書を即時に発行できる基盤が整っていると考えられることから、患者から求められたときは、明細書を交付しなければならない旨義務付けることとしたものであること。

- 4 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。

なお、明細書の様式は別紙様式5を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関において、無償で発行する領収書に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。

- 5 3に規定する保険医療機関以外の保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者においては、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。
- 6 明細書の発行の際の費用については、現時点では保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者と患者との間の関係にゆだねられているものと解することができるが、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額な料金を設定してはならないものであること。

〔局長通知〕

「〔療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等〕及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」等の一部改正について 保医発第 0328001 号」

第2 明細書を交付しなければならない保険医療機関（揭示事項告示第1の2関係）

- 1 患者から求められた場合に、個別の診療報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は特定保険医療材料の名称を含む。）が分かる明細書を発行しなければならない医療機関として、許可病床数が400床以上の保険医療機関のうち、レセプトコンピュータを使用しているものであって、光ディスク等を用いた請求を行っているもの又はレセプト文字データ変換ソフトを使用することによって光ディスク等を用いた請求を行うことができるものを定めたものであること。  
これは、電子情報処理組織を使用して療養の給付費等の請求を行うこと（レセプトオンライン化）とされた保険医療機関については、明細書を即時に発行できる基盤が整っていると考えられることによるものであり、レセプトオンライン化の進捗状況を踏まえ、平成21年4月1日以降においては、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）附則第4条の表第1号に規定する保険医療機関についても、患者から求められた場合には明細書を発行しなければならないものとしたこと。
- 2 明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成18年3月6日保発第0306005号保険局長通知）によるものであること。

「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、垂急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査」

○「7対1入院基本料」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1 7対1入院基本料

1,555点

- 注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。
- 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
    - イ 14日以内の期間 428点（特別入院基本料については、300点）
    - ロ 15日以上30日以内の期間 192点（特別入院基本料については、155点）

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第5 病院の入院基本料の施設基準等

2 一般病棟入院基本料の施設基準等

(1) 一般病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 7対1入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、2以上であることとする。

- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が19日以内であること。
- ④ 看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること（救急救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）。

#### ○「回復期リハビリテーション病棟入院料」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

##### A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

- |                          |        |
|--------------------------|--------|
| 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1     | 1,690点 |
| （生活療養を受ける場合にあっては、1,676点） |        |
| 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2     | 1,595点 |
| （生活療養を受ける場合にあっては、1,581点） |        |

- 注1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、当該状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。
- 3 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

#### 第9 特定入院料の施設基準等

##### 10 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等

###### (1) 通則

- イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
  - ロ 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の医師、理学療法士及び作業療法士が適切に配置されていること。
  - ハ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、2以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は1以上）であることとする。
  - ニ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。
  - ホ 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、2以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、2から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。
  - ヘ 回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
  - ト 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションに係る適切な実施計画を作成する体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を評価する体制がとられていること。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
- イ 当該病棟において、新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること。
  - ロ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が6割以上であること。
- (3) 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数
- 別表第9に掲げる状態及び日数
- 別表第9 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数
- 1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）又は義肢装着訓練を要

する状態（算定開始日から起算して150日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して180日以内）

2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して90日以内）

3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して90日以内）

4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態（損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して60日以内）

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料の注2に規定する重症患者回復病棟加算

の施設基準

重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

## ○「亜急性期入院医療管理料」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

- |                |        |
|----------------|--------|
| 1 亜急性期入院医療管理料1 | 2,050点 |
| 2 亜急性期入院医療管理料2 | 2,050点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関（病院（亜急性期入院医療管理料2については、許可病床数が200床未満のものに限る。）に限る。）において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、亜急性期入院医療管理料1については、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として、亜急性期入院医療管理料2については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加

算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

## 第9 特定入院料の施設基準等

### 11 亜急性期入院医療管理料の施設基準

#### (1) 通則

イ 当該病室を有する病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、2以上であることとする。

ロ 当該病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。

ハ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。

ニ 特定機能病院以外の病院（亜急性期入院医療管理料2については、許可病床数が200床未満のものに限る。）であること。

ホ 診療記録の管理を適切に行う体制がとられていること及び心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。

ヘ 退院患者のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が概ね6割以上であること。

ト 亜急性期入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。

#### (2) 亜急性期入院医療管理料1の施設基準

イ 主として亜急性期の患者を入院させ、一般病棟の病室を単位として行うものであること。

ロ 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割（一般病床の数が400床を超える病院にあつては40床、一般病床の数が100床未満の病院にあつては10床）以下であること。

#### (3) 亜急性期入院医療管理料2の施設基準

イ 急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供する一般病棟の病室を単位として行うものであること。

ロ 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割（一般病

床の数が100床未満の病院にあつては30床)以下であること。

○「地域連携診療計画管理料」及び「地域連携診療計画退院時指導料」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

B005-2 地域連携診療計画管理料 900点

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画管理病院」という。)が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。

2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

B005-3 地域連携診療計画退院時指導料 600点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供するとともに、計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。

2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

「特掲診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第63号」

第3 医学管理等

6 地域連携診療計画管理料の施設基準等

(1) 地域連携診療計画管理料の対象疾患

大腿骨頸部骨折及び脳卒中

(2) 地域連携診療計画管理料の施設基準

イ 一般病棟の入院患者の平均在院日数が17日以内である病院であること。

ロ 当該地域において、当該病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の保険

医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。

ハ 地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定めた保険医療機関との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

ニ 脳卒中を対象疾患とする場合にあつては、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において、脳卒中に係る医療連携体制を担う医療機関として記載されている病院であること。

7 地域連携診療計画退院時指導料の施設基準

(1) 地域連携診療計画において、連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であつて、当該地域連携診療計画を地域連携診療計画管理料を算定する病院と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

(2) 地域連携診療計画管理料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者を受け入れることができる体制が整備されていること。

(3) 当該保険医療機関と、地域連携診療計画管理料を算定する病院及び地域連携診療計画に定められた別の保険医療機関との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

(4) 脳卒中の患者について地域連携診療計画退院時指導料を算定する場合にあつては、医療法第30条の4の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において、脳卒中に係る医療連携体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関であること。



「回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

- |                          |        |
|--------------------------|--------|
| 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1     | 1,690点 |
| (生活療養を受ける場合にあつては、1,676点) |        |
| 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2     | 1,595点 |
| (生活療養を受ける場合にあつては、1,581点) |        |

注1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、当該状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。

3 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第9 特定入院料の施設基準等

10 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等

(1) 通則

イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

ロ 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の医師、理学療法士及び作業療法士が適切に配置されていること。

ハ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、2以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は1以上）であることとする。

ニ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。

ホ 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、2以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、2から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。

ヘ 回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。

ト 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションに係る適切な実施計画を作成する体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を評価する体制がとられていること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

イ 当該病棟において、新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること。

ロ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が6割以上であること。

(3) 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

別表第9に掲げる状態及び日数

別表第9 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）又は義肢装着訓練を要

する状態（算定開始日から起算して150日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して180日以内）

2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して90日以内）

3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して90日以内）

4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態（損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）（算定開始日から起算して60日以内）

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料の注2に規定する重症患者回復病棟加算の施設基準

重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

「歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査」

【告示】

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第2」

A000 初診料

1 歯科初診料	182点
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	270点

注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に30点を加算する。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第3 初・再診料の施設基準等

5 歯科外来診療環境体制加算の施設基準

- (1) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (3) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (4) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
- (5) 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

【課長通知】

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて 保医発第0305002号」

別添1

第4 歯科外来診療環境体制加算

1 歯科外来診療環境体制加算に関する施設基準

- (1) 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (3) 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。

ア 自動体外式除細動器（AED）

イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

ウ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

エ 血圧計

オ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）

カ 歯科用吸引装置

- (4) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
- (5) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること。
- (6) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。
- (7) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
- (8) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応及び当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

## 「ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1 初回	230点
2 2回目から4回目まで	184点
3 5回目	180点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。

2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。

「特掲診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第63号」

第3 医学管理等

4 ニコチン依存症管理料の施設基準

- (1) ニコチン依存症管理を適切に実施できる保険医療機関であること。
- (2) ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち喫煙を止めたものの割合等を地方厚生局長等に報告していること。

〔課長通知〕

「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について 保医発第0305001号」

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。
- (2) ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。
  - ア 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。
  - イ 1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものであること。

ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものであること。

- (3) ニコチン依存症管理料は、初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。
- (4) 治療管理の要点を診療録に記載する。

#### 「後発医薬品の使用状況調査」

#### 〔省令〕

「保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令 平成20年度厚生労働省令第28号」

#### 1 保険医療機関及び保険医療養担当規則

##### 第20条

##### 二 投薬

ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するよう努めなければならない。

##### 四 注射

ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

##### 第21条

##### 二 投薬

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

##### 四 注射

ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

#### 2 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

##### 第7条の2

保険薬局は、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分

若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。) (以下「後発医薬品」という。) の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

#### 第8条

3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方せンを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

#### 〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第3」

- 00 調剤基本料 (処方せんの受付1回につき) 40点
- 注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局 (特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。) においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において調剤した場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数 (注1に該当する場合には注1に掲げる点数) に加算する。
- イ 基準調剤加算 1 10点
  - ロ 基準調剤加算 2 30点
- 3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 (昭和32年厚生省令第16号) 第7条の2に規定する後発医薬品 (以下「後発医薬品」という。) の調剤に関し別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数 (注1に該当する場合には注1に掲げる点数) に4点を加算する。
- 4 長期投薬 (14日分を超える投薬をいう。以下同じ。) に係る処方せん受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。
- 5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料 (区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号11に掲げる薬剤情報提供料 (後期高齢者である患者にあっては、区分番号18に掲げる後期高齢者薬剤服用歴管理指導料) を除く。) は算定しない。