

中医協 総 - 2 - 4  
2 2 . 6 . 2

中医協 検 - 2 - 3  
2 2 . 5 . 2 6

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）

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  
報 告 書

## 目 次

I 調査の概要	1
1. 調査目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
(1) 施設調査	2
(2) 病棟調査	3
(3) 退棟患者調査	3
II 調査結果の概要	5
1. 回収状況	5
2. 施設調査	5
(1) 回答病院の概況	5
(2) 職員配置	9
(3) 退院支援体制	13
(4) 回復期リハビリテーション病棟に関する意見	15
3. 病棟調査	17
(1) 回答病棟の概況	17
(2) 病棟の職員配置	19
(3) 入棟患者の状況	21
(4) 退棟患者の状況	25
(5) 在宅復帰率・重症患者回復率	28
(6) リハビリテーションの実施状況	31
(7) スタッフ間における患者情報の共有方法	34
(8) 病棟における退院支援体制	36
(9) 質の評価に関する意見	37
4. 退棟患者調査	39
(1) 患者の属性	39
(2) 入棟時の状況	40
(3) 在棟期間中のリハビリテーションの実施状況	50
(4) 退棟時の状況	57
(5) 退棟後の状況（在宅等へ復帰した場合）	81
5. まとめ	83
(1) 施設調査	83
(2) 病棟調査	83
(3) 退棟患者調査	85
参考資料	89

# I 調査の概要

## 1. 調査目的

平成 20 年 4 月の診療報酬改定により、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素が導入され、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価が行われるとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置が緩和されることになった。

本調査は、この改定による影響を検証するため、平成 21 年 7 月 1 日時点で回復期リハビリテーション病棟の施設基準を地方厚生（支）局に届け出ている全国の全ての医療機関を対象として、回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供状況や、入退棟時の患者の状況などについて把握すること等を目的として実施した。

## 2. 調査対象

本調査は「施設調査」、「病棟調査」、「退棟患者調査」から構成される。

施設調査は、全国の回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している保険医療機関 1,011 病院（平成 21 年 7 月 1 日現在）の全てを対象とした。

病棟調査は、施設調査の対象施設において、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている全ての病棟を対象とした。

退棟患者調査は、施設調査の対象施設において、平成 21 年 6 月 1 カ月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した全ての患者（ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者のみ）を対象とした。

## 3. 調査方法

施設調査、病棟調査、退棟患者調査のすべてについて、調査対象施設の自記式調査票の郵送配布・回収とした。

調査実施時期は 8 月。

## 4. 調査項目

本調査では、施設調査において、病院における施設基準の届出や職員配置の状況、退院支援体制等に関連する項目を、病棟調査では平均在院日数や病床利用率、在宅復帰率、重症患者回復率、職員配置、入棟患者の受け入れ基準、一定期間における入棟患者の状況（原因疾患、入棟時の日常生活機能評価の点数、入棟前の居場所等）別の人数、一定期間の退棟患者の状況（退棟時の日常生活機能評価の点数、退棟後の居場所等）別の人数、リハビリテーションの実施体制等に関連する項目を、退棟患者調査では退棟患者の個別の入棟時の状況（発症・受傷日、原因疾患、入棟時の日常生活機能評価の点数やバーセル指数、入棟前の居場所等）、入棟中のリハビリテーションの実施状況、退棟時の状況（退棟時の日常生活機能評価の点数やバーセル指数、転帰、退棟後の居場所、退棟決定の状況等）等に関連する項目を調査した。

詳細は以下の通りである。

### (1) 施設調査

調査項目	具体的な調査内容
基本属性	<input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 承認等の状況 <input type="checkbox"/> 併設施設・事業所で提供しているサービス
届出施設基準等	<input type="checkbox"/> 施設基準の届出を行っているリハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 算定した入院基本料、特定入院料 <input type="checkbox"/> 外来患者延数、入院患者延数 <input type="checkbox"/> 入院基本料・特定入院料別の届出状況、許可病床数、在院患者延数
職員配置	<input type="checkbox"/> 職員数 <input type="checkbox"/> 平日・土曜・日曜に出勤したリハビリテーション業務の専任・専従職員数
地域連携 クリティカルパス	<input type="checkbox"/> 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料の届出の有無 <input type="checkbox"/> 計画管理病院、連携保険医療機関の施設数 <input type="checkbox"/> 計画管理病院、連携保険医療機関との会合回数 <input type="checkbox"/> 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料の算定の有無 <input type="checkbox"/> 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折、脳卒中の患者の平均在院日数
退院支援体制	<input type="checkbox"/> 退院支援の実施の有無 <input type="checkbox"/> 退院支援の担当部署の設置の有無 <input type="checkbox"/> 退院支援の担当部署の職員数 <input type="checkbox"/> 退院支援の担当部署で実施している退院支援の内容
医療機能に係る 今後の方針	<input type="checkbox"/> 特定の医療機能の特化の予定 <input type="checkbox"/> 特化を予定している医療機能の内容 <input type="checkbox"/> 亜急性期医療機能の導入・拡充予定 <input type="checkbox"/> 特定の医療機能に特化する理由
医療機関との連携 に係る今後の意向	<input type="checkbox"/> 他の医療機関との連携の方針、その理由 <input type="checkbox"/> 連携する医療機関の増減に関する意向 <input type="checkbox"/> 連携先として増やしたい医療機能、その理由

## (2) 病棟調査

調査項目	具体的な調査内容
基本属性	<input type="checkbox"/> 算定している回復期リハビリテーション病棟入院料、施設基準の取得日 <input type="checkbox"/> 病床数、在院患者数 <input type="checkbox"/> 平均在院日数、病床利用率
職員配置	<input type="checkbox"/> 専従、専任別の職種別人数 <input type="checkbox"/> 平日1日の時間別に配置された職種別人数
入棟患者の状況	<input type="checkbox"/> 入棟患者の受け入れ基準、受け入れを判断している職種 <input type="checkbox"/> 新入棟患者数 <input type="checkbox"/> 日常生活機能評価の点数別にみた新入棟患者数 <input type="checkbox"/> 原因疾患別にみた新入棟患者数 <input type="checkbox"/> 入棟前の居場所別にみた新入棟患者数 <input type="checkbox"/> 入棟前の居場所（二次医療圏）別にみた新入棟患者数
退棟患者の状況	<input type="checkbox"/> 退棟患者数 <input type="checkbox"/> 上記のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上だった患者数 <input type="checkbox"/> 上記のうち、退棟時に日常生活機能評価が3点以上改善した患者数 <input type="checkbox"/> 退棟後の居場所別にみた退棟患者数 <input type="checkbox"/> 退棟後の居場所（二次医療圏）別にみた退棟患者数 <input type="checkbox"/> 在宅復帰率 <input type="checkbox"/> 重症患者回復率
リハビリテーションの実施体制	<input type="checkbox"/> 平日1日に病棟全体で実施したリハビリテーションの単位数 <input type="checkbox"/> リハビリテーションの実施場所 <input type="checkbox"/> 多職種による合同カンファレンスの実施の有無 <input type="checkbox"/> 合同カンファレンスの患者1人に要する平均時間 <input type="checkbox"/> 合同カンファレンスに参加している職種 <input type="checkbox"/> 合同カンファレンス以外の情報共有の方法 <input type="checkbox"/> カルテ・各種記録の状況
退院支援体制	<input type="checkbox"/> 退院支援の実施の有無 <input type="checkbox"/> 病棟として実施している退院支援の内容

## (3) 退棟患者調査

調査項目	具体的な調査内容
基本属性	<input type="checkbox"/> 性別、年齢 <input type="checkbox"/> 発症・受傷前の居宅の有無 <input type="checkbox"/> 居宅における介護者の状況
入棟時の状況	<input type="checkbox"/> 発症・受傷日 <input type="checkbox"/> 入棟日 <input type="checkbox"/> 原因疾患、高次脳機能障害の有無 <input type="checkbox"/> 医療処置の状況 <input type="checkbox"/> 入棟前の居場所 <input type="checkbox"/> 日常生活機能評価、バーセル指数
入棟中のリハビリテーションの実施状況	<input type="checkbox"/> 入棟日の属する週の翌週1週間における実施単位数 <input type="checkbox"/> 退棟日の属する週の前週1週間における実施単位数

調査項目	具体的な調査内容
退棟時の状況	<input type="checkbox"/> 退棟日 <input type="checkbox"/> 算定した診療報酬 <input type="checkbox"/> 退棟後の居場所 <input type="checkbox"/> 退棟時の転帰 <input type="checkbox"/> 日常生活機能評価、バーセル指数 <input type="checkbox"/> 退棟決定の状況
退棟後の状況	<input type="checkbox"/> 通院先 <input type="checkbox"/> 退院後のリハビリテーションの方針

## II 調査結果の概要

### 1. 回収状況

図表 1-1 回収状況

調査種別	発送数	有効回収数	回収率
施設調査	1,011件	501件	49.6%
病棟調査		652件	
退棟患者調査		9,735件	

### 2. 施設調査

#### (1) 回答病院の概況

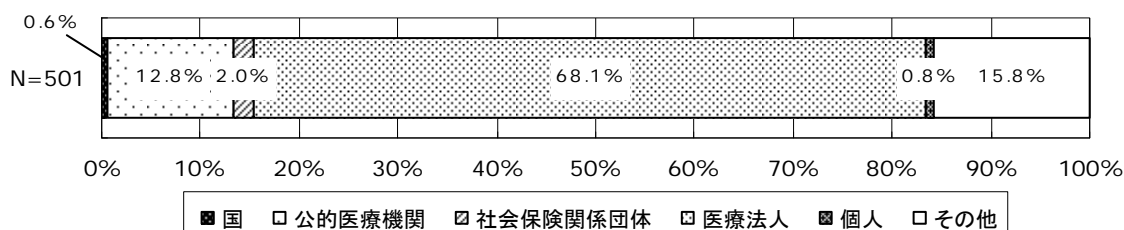
##### ① 回答病院の概況

施設調査の回答施設の設置主体は、「医療法人」68.1%が最も多く、次いで「その他」15.8%、「公的医療機関」12.8%となっていた。

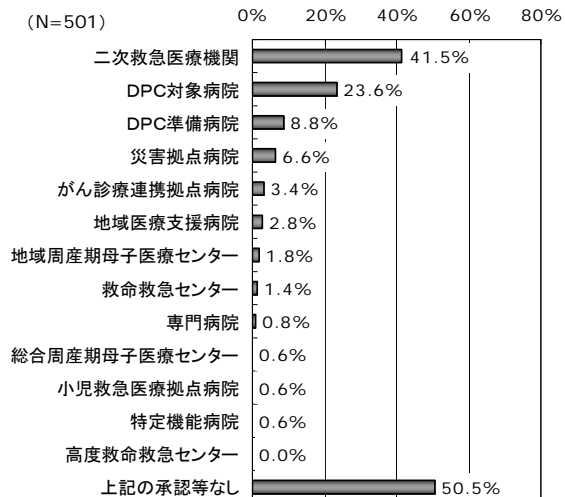
承認等の状況については、「二次救急医療機関」41.5%、「DPC対象病院」23.6%などであった。

併設施設又は事業所の種類をみると、「居宅介護支援事業所」63.3%、「訪問リハビリ」61.1%、「通所リハビリ」59.1%、「訪問看護」57.5%などであった。

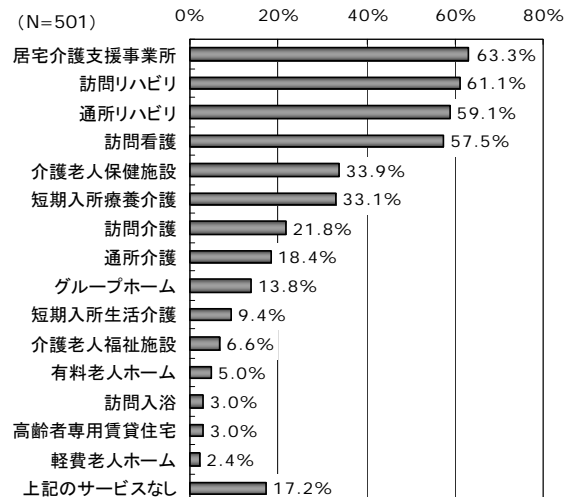
図表 2-1 設置主体



図表 2-2 承認等の状況 [複数回答]



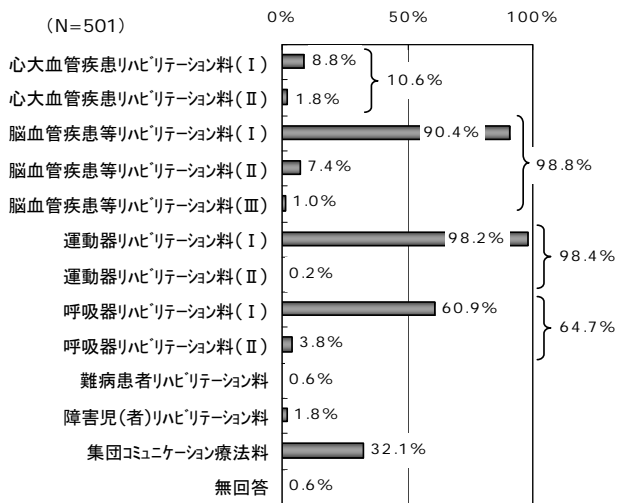
図表 2-3 併設施設又は事業所 [複数回答]



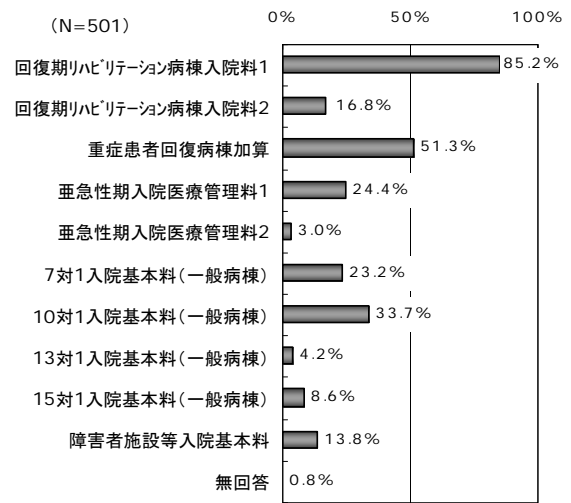
リハビリテーション料に係る施設基準の届出状況をみると、「脳血管疾患等リハビリテーション料」のⅠ～Ⅲの合計が98.8%、「運動器リハビリテーション料」のⅠとⅡの合計が98.4%、「呼吸器リハビリテーション料」のⅠとⅡの合計が64.7%であった。

平成21年4月から6月までの3カ月間に算定した入院基本料及び特定入院料の状況をみると、「回復期リハビリテーション病棟入院料1」が85.2%、「回復期リハビリテーション病棟入院料2」が16.8%、「重症患者回復病棟加算」が51.3%であった。

図表 2-4 リハビリテーション料に係る施設基準の届出状況



図表 2-5 直近3カ月 [H21.4~6月] に算定した入院基本料・特定入院料



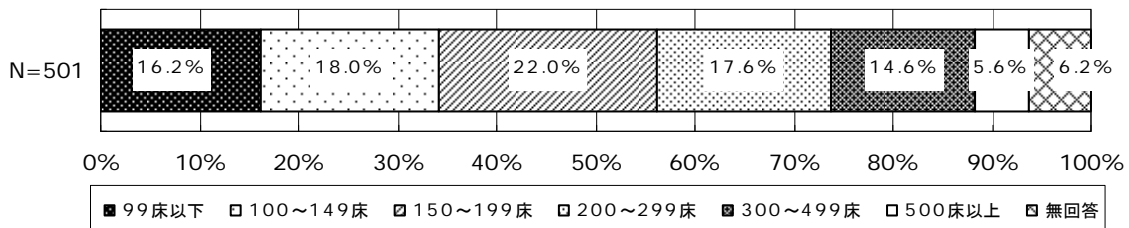


## ② 病床の状況

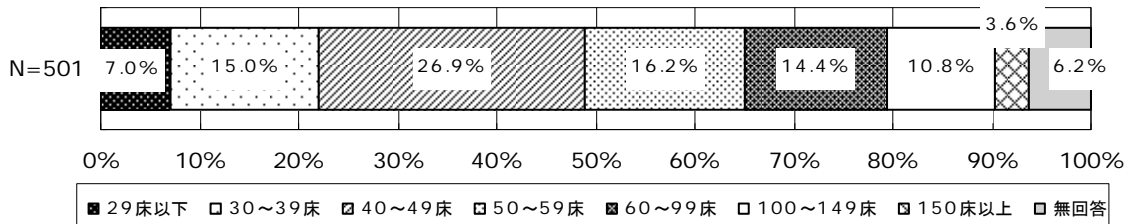
施設全体の許可病床数の状況を見ると、平均 219.3 床であった。病床規模別の構成を見ると「150～199 床」22.0%が最も多く、次いで「100～149 床」18.0%、「200～299 床」17.6%などとなっていた。

また、回復期リハビリテーション病棟の許可病床数については、平均 60.5 床であった。病床規模別の構成を見ると「40～49 床」26.9%が最も多く、次いで「50～59 床」16.2%、「30～39 床」15.0%などとなっていた。

図表 2-6 許可病床数 [施設全体] … 平均 219.3 床



図表 2-7 回復期リハビリテーション病棟の許可病床数… 平均 60.5 床



図表 2-8 1施設当たり許可病床数の病床種別構成 [施設全体]

	1施設当たり病床数				割合			
	全 体	回復期リハビリテーション病棟入院料算定区分			全 体	回復期リハビリテーション病棟入院料算定区分		
		入院料1算定施設	入院料2算定施設	1及び2算定施設		入院料1算定施設	入院料2算定施設	1及び2算定施設
一 般 病 床	136.9 床	143.1 床	118.3 床	56.1 床	62.5%	64.5%	58.5%	25.1%
療 養 病 床	73.9 床	69.3 床	80.9 床	167.1 床	33.7%	31.2%	40.0%	74.9%
精 神 病 床	7.9 床	9.0 床	3.0 床	0.0 床	3.6%	4.1%	1.5%	0.0%
結 核 病 床	0.4 床	0.4 床	0.0 床	0.0 床	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%
感 染 症 病 床	0.2 床	0.2 床	0.1 床	0.0 床	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
合 計	219.2 床	222.0 床	202.3 床	223.2 床	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
[再掲] 回復期 リハビリテーション病棟	60.5 床	61.7 床	43.0 床	108.6 床	27.6%	27.8%	21.3%	48.6%
病 院 数	466 件	385 件	67 件	14 件				

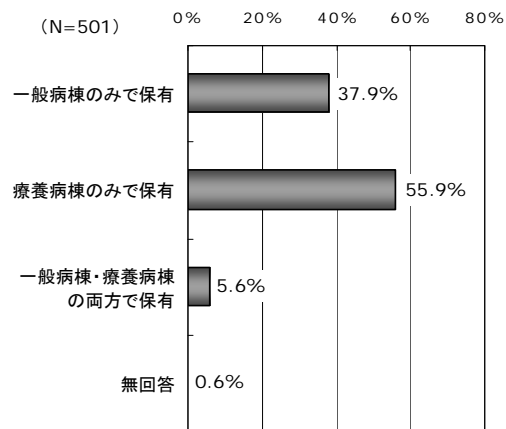
※有効回答 466 件で集計

回復期リハビリテーション病棟の病棟種類別の保有状況をみると、「療養病棟のみで保有」55.9%、「一般病棟のみで保有」37.9%、「一般病棟・療養病棟の両方で保有」5.6%であった。

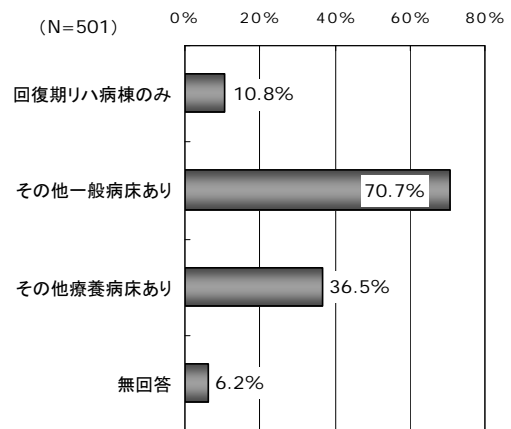
回復期リハビリテーション病棟以外の病床との併設状況については、「その他一般病床あり」70.7%、「その他療養病床あり」36.5%、「回復期リハビリテーション病棟のみ」10.8%であった。

平成 21 年 6 月 1 カ月間における 1 日当たり入院患者数は平均 183.8 人、1 日当たり外来患者数は平均 197.3 人であった。

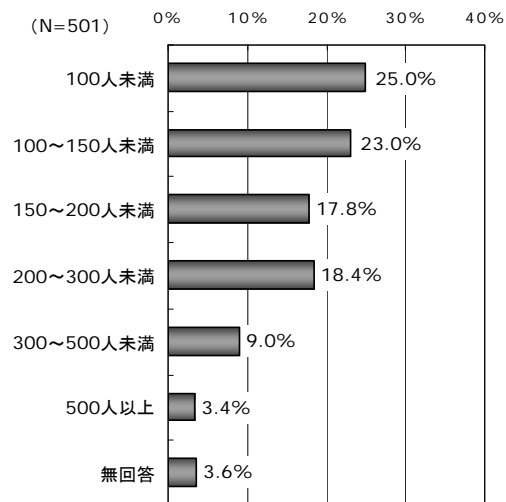
図表 2-9 回復期リハビリテーション病棟の病棟種類別の保有状況



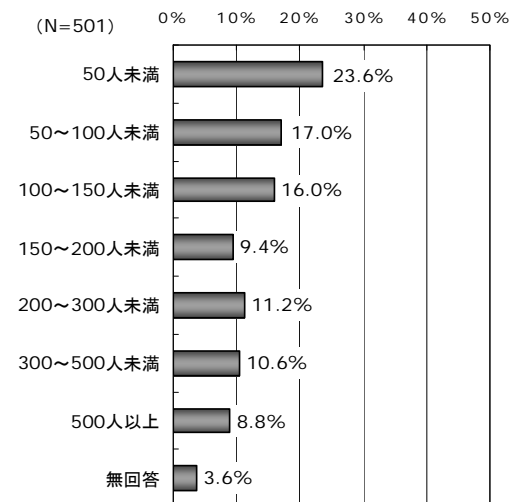
図表 2-10 回復期リハビリテーション病棟の他の病床との併設状況 [複数回答]



図表 2-11 1 施設 1 日当たり入院患者数 [H21.6 月] … 平均 183.8 人



図表 2-12 1 施設 1 日当たり外来患者数 [H21.6 月] … 平均 197.3 人



## (2) 職員配置

### ① 施設全体の職員配置

施設全体の職員配置をみると、1施設当たり230.1人（100床当たり104.6人）であった。

職種別に1施設当たり職員数をみると、医師23.9人、看護師102.9人、准看護師21.4人、看護補助者34.0人、薬剤師6.4人、理学療法士19.3人、作業療法士12.9人、言語聴覚士4.9人、柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師0.4人、ソーシャルワーカー3.6人などとなっていた。

図表 2-13 職員数（常勤換算人数）

職 種	1施設当たり 職 員 数	100床当たり 職 員 数
医 師	23.9人	10.9人
[再掲] 日本リハビリテーション医学会認定臨床医	0.5人	0.2人
[再掲] 日本リハビリテーション医学会専門医	0.6人	0.3人
[再掲] リハビリテーション科の医師	1.3人	0.6人
看 護 師	102.9人	46.8人
准 看 護 師	21.4人	9.7人
看護補助者	34.0人	15.4人
薬 剤 師	6.4人	2.9人
理学療法士	19.3人	8.8人
作業療法士	12.9人	5.9人
言語聴覚士	4.9人	2.2人
臨床心理士	0.3人	0.2人
義肢装具士	0.0人	0.0人
柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	0.4人	0.2人
ソーシャルワーカー	3.6人	1.6人
[再掲] 社会福祉士の資格保有者	2.7人	1.2人
合 計	230.1人	104.6人
1施設当たり病床数	220.1床	

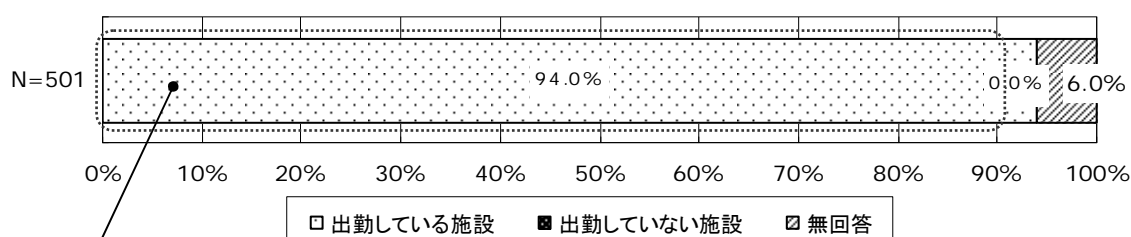
※有効回答440件で集計、100床当たり職員数は平均病床数を基に算出

## ② 平日・土曜・日曜におけるリハビリテーションに係る職種の出勤状況

平日（平成 21 年 7 月 1 日（水））におけるリハビリテーションに係る職種の出勤状況を見ると、94.0%の施設が「出勤している」と回答しており（残り 6.0%は無回答である）、1施設当たり 38.9 人（100 床当たり 17.8 人）であった。

職種別に 1 施設当たり出勤職員数を見ると、医師 3.1 人、看護師 10.0 人、理学療法士 13.2 人、作業療法士 8.9 人、言語聴覚士 3.3 人、柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師 0.3 人であった。

図表 2-14 平日 [平成 21 年 7 月 1 日 (水)] のリハビリテーションに係る職種の出勤状況



図表 2-15 平日に出勤したリハビリテーション業務に係る専任・専従職員数（実人数）

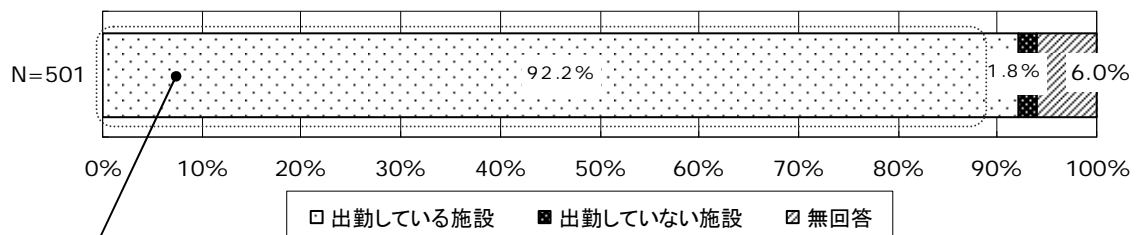
職 種	1 施設 当 たり 出 勤 した 職 員 数			100 床 当 たり 出 勤 職 員 数
	常 勤	非 常 勤	合 計	
医 師【専任】	2.8 人	0.3 人	3.1 人	1.4 人
看 護 師【専従】	9.3 人	0.8 人	10.0 人	4.6 人
理 学 療 法 士【専従】	13.0 人	0.2 人	13.2 人	6.0 人
作 業 療 法 士【専従】	8.8 人	0.1 人	8.9 人	4.1 人
言 語 聴 覚 士【専従】	3.2 人	0.1 人	3.3 人	1.5 人
柔 道 整 復 師・あ ん 摩 マ ッ サ ー ジ 指 圧 師【専従】	0.2 人	0.0 人	0.3 人	0.1 人
合 計	37.3 人	1.6 人	38.9 人	17.8 人
1 施設 当 たり 病 床 数	217.5 床			

※有効回答 442 件で集計、100 床当たり職員数は平均病床数を基に算出

土曜日（平成 21 年 7 月 4 日（土））におけるリハビリテーションに係る職種の出勤状況をみると、92.2%の施設が「出勤している」と回答しており、1施設当たり 28.3 人（100 床当たりでみると、平均 13.3 人）であり、平日の出勤者数に対する割合は 72.7%であった。

職種別に 1 施設当たり出勤職員数をみると、医師 2.0 人、看護師 8.2 人、理学療法士 9.3 人、作業療法士 6.3 人、言語聴覚士 2.3 人、柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師 0.2 人であった。

図表 2-16 土曜日 [平成 21 年 7 月 4 日 (土)] のリハビリテーションに係る職種の出勤状況



図表 2-17 土曜日に出勤したリハビリテーション業務に係る専任・専従職員数（実人数）

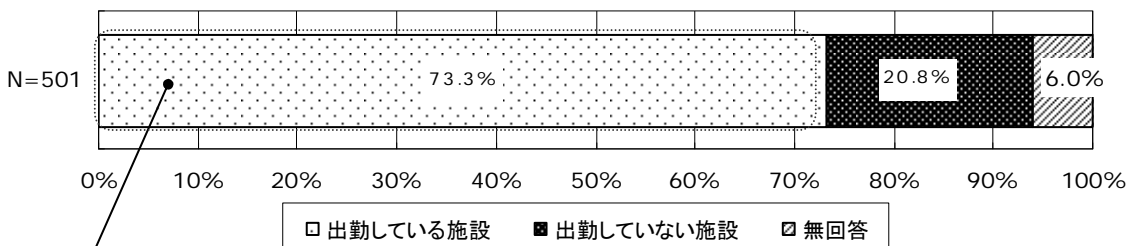
職 種	1 施設 当 たり 出 勤 した 職 員 数			100 床 当 たり 出 勤 職 員 数	平 日 の 出 勤 者 数 に 対 す る 割 合
	常 勤	非 常 勤	合 計		
医 師【専任】	1.8 人	0.3 人	2.0 人	1.0 人	64.7%
看 護 師【専従】	7.7 人	0.5 人	8.2 人	3.8 人	80.6%
理 学 療 法 士【専従】	9.2 人	0.1 人	9.3 人	4.4 人	70.8%
作 業 療 法 士【専従】	6.3 人	0.1 人	6.3 人	3.0 人	71.0%
言 語 聴 覚 士【専従】	2.2 人	0.1 人	2.3 人	1.1 人	67.3%
柔 道 整 復 師・あ ん 摩 マ ッ サ ー ジ 指 圧 師【専従】	0.2 人	0.0 人	0.2 人	0.1 人	82.0%
合 計	27.3 人	1.1 人	28.3 人	13.3 人	72.7%
1 施設 当 たり 病 床 数	213.2 床				

※有効回答 433 件で集計、100 床当たり職員数は平均病床数を基に算出

日曜日（平成 21 年 7 月 5 日（日））におけるリハビリテーションに係る職種の出勤状況をみると、73.3%の施設が「出勤している」と回答しており、1施設当たり 14.9 人（100 床当たりでみると、平均 7.0 人）であり、平日の出勤者数に対する割合は 36.6%であった。

職種別に 1 施設当たり出勤職員数をみると、医師 0.6 人、看護師 8.3 人、理学療法士 3.2 人、作業療法士 2.3 人、言語聴覚士 0.5 人、柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師 0.0 人であった。

図表 2-18 日曜日 [平成 21 年 7 月 5 日 (日)] のリハビリテーションに係る職種の出勤状況



図表 2-19 日曜日に出勤したリハビリテーション業務に係る専任・専従職員数（実人数）

職 種	1 施設 当 たり 出 勤 した 職 員 数			100 床 当 たり 出 勤 職 員 数	平 日 の 出 勤 者 数 に 対 す る 割 合
	常 勤	非 常 勤	合 計		
医 師【専任】	0.4 人	0.2 人	0.6 人	0.3 人	19.7%
看 護 師【専従】	8.0 人	0.3 人	8.3 人	3.9 人	69.4%
理 学 療 法 士【専従】	3.2 人	0.0 人	3.2 人	1.5 人	24.3%
作 業 療 法 士【専従】	2.3 人	0.0 人	2.3 人	1.1 人	25.6%
言 語 聴 覚 士【専従】	0.5 人	0.0 人	0.5 人	0.2 人	15.4%
柔 道 整 復 師・あ ん 摩 マ ッ サ ー ジ 指 圧 師【専従】	0.0 人	0.0 人	0.0 人	0.0 人	2.3%
合 計	14.3 人	0.5 人	14.9 人	7.0 人	36.6%
1 施設 当 たり 病 床 数	212.9 床				

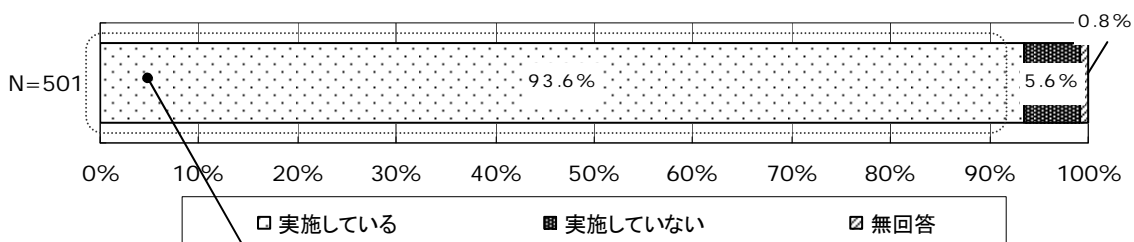
※有効回答 340 件で集計、100 床当たり職員数は平均病床数を基に算出

### (3) 退院支援体制

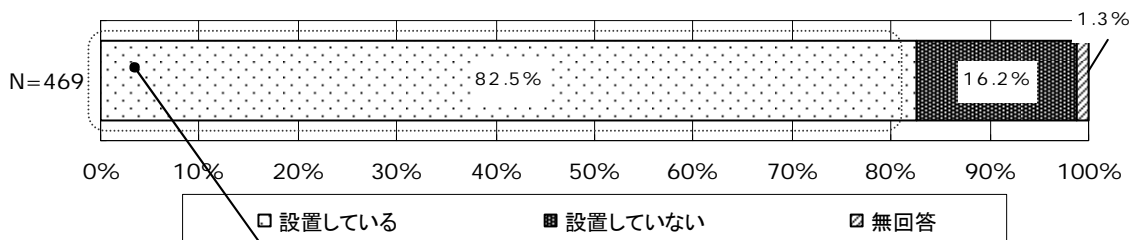
病棟、または専ら担当する部署における退院支援の実施状況をみると、93.6%の施設が退院支援を「実施している」と回答していた。

さらに、「実施している」と回答した施設の82.5%が、退院支援を専ら担当する部署を設置していた。この退院支援を専ら担当する部署に従事する職員数は1施設当たり5.8人（専従3.5人、専任2.3人）であった。職種の構成をみると、ソーシャルワーカー3.1人、看護師1.2人などとなっていた。

図表 2-20 病棟、または専ら担当する部署における退院支援の実施状況



図表 2-21 退院支援を専ら担当する部署の設置状況



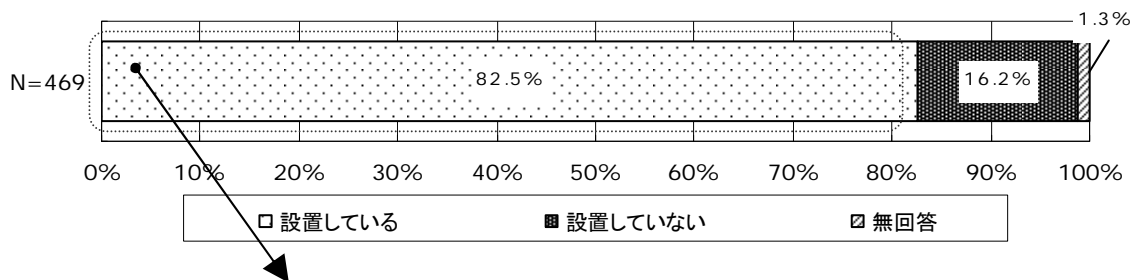
図表 2-22 当該部署に従事する職員数（実人数）

職 種	1 部署当たり 職 員 数		
	専 従	専 任	合 計
医 師	0.1 人	0.4 人	0.4 人
看 護 師	0.7 人	0.5 人	1.2 人
准 看 護 師	0.2 人	0.1 人	0.3 人
ソーシャルワーカー	2.1 人	1.0 人	3.1 人
[再掲] 社会福祉士の資格保有者	1.7 人	0.7 人	2.5 人
事務職員	0.2 人	0.2 人	0.4 人
そ の 他	0.3 人	0.1 人	0.4 人
合 計	3.5 人	2.3 人	5.8 人

※有効回答 383 件で集計

また、退院支援を専ら担当する部署における退院支援の内容としては、「退院後の居場所に関する調整」94.8%が最も多く、次いで「利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援」94.1%、「介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整」93.0%などとなっていた。

図表 2-23 退院支援を専ら担当する部署の設置状況【再掲】



図表 2-24 当該部署における退院支援の内容【複数回答】

	施設数	割合
退院後の居場所に関する調整	367 件	94.8%
利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援	364 件	94.1%
介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整	360 件	93.0%
退院当日や退院後の療養相談	294 件	76.0%
患者や家族に対するカウンセリングと精神的支援	271 件	70.0%
入院中の治療方針に関する説明と退院までの見通しの説明	166 件	42.9%
継続的な療養管理が可能な状態となるまでの期間と退院日の設定	156 件	40.3%
患者への治療に係る目標管理と退院指導	150 件	38.8%
家族への介護技術と医療技術の指導	113 件	29.2%
退院後の定期的な患者の状態確認	71 件	18.3%
その他	12 件	3.1%
全 体	387 件	



#### (4) 回復期リハビリテーション病棟に関する意見

回復期リハビリテーション病棟について、主に次のような自由回答が寄せられた。

##### ① 質の評価について

- ・「質の評価」は回復期リハビリテーションの医療の質を担保する上で重要であるが、診療の質を維持するためには、リスク管理や診療の流れを作るチームリーダーたる医師が不可欠である。しかし実態は他の診療科と同じように勤務医の疲弊を生む過重労働があり、如何にリハビリテーション科医師を確保するかが今後の大きな問題である。
- ・現在の質の評価は、構造・過程をぬきにして、アウトカム評価を主としたものであり、そのアウトカムの評価も、入院患者の年齢、性、基本疾患の種類、その重症度、合併症等々、交絡因子での調整評価を一切行っておらず、結果として科学的に裏打ちされた質の評価になっているとは考えがたい。故に病院によっては一定の数のみ重症者を入れ、あとは年齢の若い軽症者のみを選択し、リハビリらしいリハビリもせず、在宅への退院というアウトカムのみを達成している所も現実に多々あり、非常に問題と考える。今後は、構造、過程、アウトカムを総合的に評価する指標を作るべきであることを強調したい
- ・在宅復帰率を質の評価の指標とする事は大きな誤りであると考え。早急に改善すべきである。
- ・最重度の障害者や高齢独居者など居宅復帰困難な例が「入院お断り」になりかねない。改善のための一案としては、上記の様な例では逆に居宅復帰させた場合には加点する様な仕組みがあれば運用上改善されると考える。
- ・在宅復帰率で病棟を評価している現状では、成果の上がる患者に限って回復期病棟への転院が進み、独居や身寄りのない患者が敬遠される等の懸念があります。むしろ、在宅復帰の困難とされている条件において、退院（施設等）支援を行ったことについて評価する必要があり、加算はソーシャルワーカー配置や退院支援加算等で配分すべきと考えます。

##### ② 施設基準について

- ・亜急性期病床と回復期リハビリ病棟の役割と報酬や施設基準等について抜本的に見直す時期ではないでしょうか？
- ・現在の診療報酬では回復期リハ病棟の基準は2段階しか設定されていないが、スタッフ専従配置率や365日リハ体制など病棟体制により、より細かい施設基準が必要と考える。より質の高い医療（リハビリ）を提供する体制を構築すべきと考える
- ・回復期リハ病棟のPT・OT・STの人数による施設基準があってもよいのではないか。

##### ③ 算定日数の上限について

- ・頸椎損傷や高次脳機能障害、重度の脳血管後遺症等、現在設定されている日数では十分な回復が出来ないことがある。また急性期病院で当初病状が安定せず、リハビリを出来るようになるのに時間がかかってしまった重症のケースが回復期リハビリテーション病棟を選択出来ず、十分にリハビリを受けられない場合がある。一律に「発症から2ヶ月」と区切るのではなく、柔軟な対応を計り必要な人が必要なリハビリを十分受けられるような制度を望みます。
- ・ALS、パーキンソン病など難治性抑制疾患の患者の回復期リハビリテーション病棟入院の期間内で対処できない例に対しての迅速な改善を望みます。

#### ④ 退院調整のための診療報酬上の評価について

- ・MSWの存在なくして退院調整はできません。是非ともMSWの診療報酬制度ができますようお願いします。
- ・回復期病棟に専任のソーシャルワーカーの配置を行ってほしい。その場合診療報酬上の手当てをぜひしてほしい。
- ・当院の姿勢として回復期リハ病棟の目的である在宅復帰率を注視している。その為在宅復帰に向けてのプロセスも強化している。その中でも非常に重要と考えている「家屋調査」は、在宅復帰されるほぼ全ての患者に行っている。これは回復期リハ病棟で治療し、回復したADLを自宅で損なわれないように又、安全に生活できるかを確認するための非常に重要な行為であると考え実施している。
- ・現在は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されていることから病院は経済的リスク（人件費やセラピストが外出すること）で診療収入が減るなどを背負うことになっているので是非とも次回改定では「家屋調査」の点数化を切望します。
- ・回復期リハは入退院が非常に多く、入院期間も短い。回復期に専属の支援員（看護師）を1人入れているものの、患者や患者の家族の要求も多く、疲弊している。加えて療養などの診療報酬、介護報酬も下がってきており、連携室を病院の自力だけで運営することは困難である。

#### ⑤ 書類作成の負担について

- ・回復期リハビリ病棟の担当医として現場における書類整理の負担が過大で、患者の診療、治療等に関わる時間を制限としており、本末転倒な状態に年々なっており、不本意である。
- ・書類の多さに現場が疲弊している（各種基準、及び加算等の為）。
- ・質の評価は大切だが、リハビリを本当に必要な患者である。重症者や維持的に続けなければならない患者が切り捨てられているのが現状である。なぜリハ分野のみ、多量の書類を書かないとリハビリが続けられない現状になったのか。毎日書類ばかり書いて、現場をしっかりと見に行けないリハビリ医の苦労を少しでも楽に改善してほしい。

### 3. 病棟調査

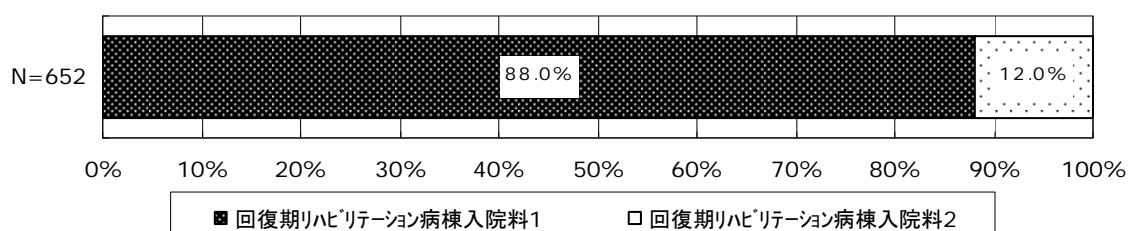
#### (1) 回答病棟の概況

病棟調査の回答病棟において算定している特定入院料についてみると、「回復期リハビリテーション病棟入院料1（以下「入院料1」という）」88.0%、「回復期リハビリテーション病棟入院料2（以下「入院料2」という）」12.0%であった。

なお、重症患者回復病棟加算は入院料1の算定病棟の63.4%が算定していた。

また、入院料2を算定している病棟のうち、平成20年4月以降に基準を取得した病棟（以下「実績期間」という）は79.5%、平成20年3月以前に基準を取得した病棟（以下「継続算定」という）は20.5%であった。

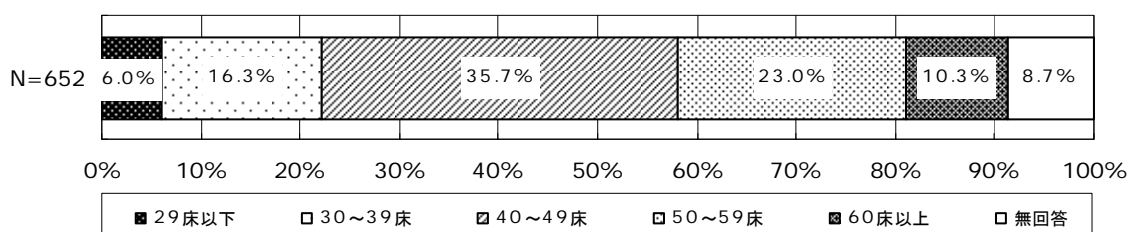
図表 3-1 算定している特定入院料



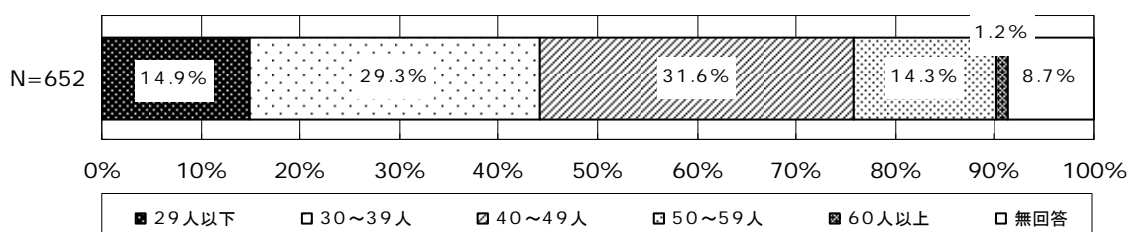
1病棟当たりの病床数は平均45.4床であり、病床規模別の構成をみると「40～49床」35.7%が最も多く、次いで「50～59床」23.0%、「30～39床」16.3%などとなっていた。

また、1病棟当たりの入院患者数は平均39.6人であり、患者数規模別の構成をみると「40～49人」31.6%が最も多く、次いで「30～39人」29.3%、「29人以下」14.9%などとなっていた。

図表 3-2 1病棟当たりの病床数… 平均45.4床



図表 3-3 1病棟当たりの入院患者数… 平均39.6人



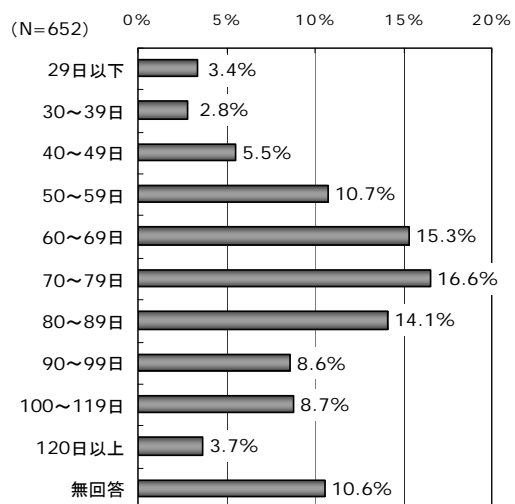
回復期リハビリテーション病棟入院料の非適応患者の状況をみると、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の2.5%が非適応患者であった。非適応の理由をみると、算定対象外の疾患の患者は1.4%、算定上限日数を超えた患者は入院患者の1.1%であった。また、病棟の平均在院日数は平均74.8日であり、病床利用率は平均89.5%であった。

図表 3-4 1 病棟当たりの回復期リハビリテーション病棟入院料の非適応患者

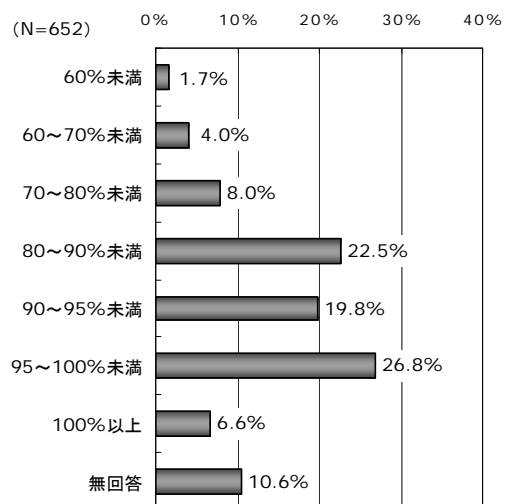
職 種	1 病棟当たり 入院患者数	割 合
回復期リハビリテーション病棟の入院患者数	39.6 人	100.0%
[再掲] 回復期リハビリテーション病棟入院料の非適応患者	1.0 人	2.5%
[再々掲] 算定上限日数を超えた患者	0.5 人	1.1%
[再々掲] 算定対象外の疾患の患者	0.5 人	1.4%

※有効回答 595 病棟で集計

図表 3-5 平均在院日数 [H21.4~6 月]  
… 平均 74.8 日



図表 3-6 病床利用率 [H21.4~6 月]  
… 平均 89.5%



## (2) 病棟の職員配置

病棟の職員配置についてみると、1病棟当たり医師数（実人数）は2.3人（専従0.4人、専任1.8人）であった。なお、病棟専従の医師を有する病棟は全病棟の32.4%であった。

その他の職種についても、1病棟当たり職員数（常勤換算人数）をみると、看護師12.8人（専従12.3人、専任0.5人）、准看護師4.4人（4.2人、0.2人）看護補助者9.2人（8.8人、0.4人）、理学療法士7.4人（4.2人、3.2人）、作業療法士5.5人（3.0人、2.5人）、言語聴覚士2.0人（0.8人、1.2人）などとなっていた。

図表 3-7 1病棟当たりの専従・専任している医師数（専任医師は実人数）

職 種	1病棟当たり 医 師 数		
	専 従	専 任	合 計
医 師	0.4人	1.8人	2.3人
【再掲】日本リハビリテーション医学会認定臨床医	0.1人	0.2人	0.3人
【再掲】日本リハビリテーション医学会専門医	0.1人	0.3人	0.4人
1施設当たり病床数	45.5床		
1施設当たり入院患者数	39.7人		

※有効回答 570 病棟で集計

図表 3-8 1病棟当たりの専従・専任している職員数（専任職員は常勤換算人数）

職 種	1病棟当たり 職 員 数		
	専 従	専 任	合 計
看 護 師	12.3人	0.5人	12.8人
准 看 護 師	4.2人	0.2人	4.4人
看護補助者	8.8人	0.4人	9.2人
薬 剤 師	0.1人	0.4人	0.5人
理学療法士	4.2人	3.2人	7.4人
作業療法士	3.0人	2.5人	5.5人
言語聴覚士	0.8人	1.2人	2.0人
歯科衛生士	0.0人	0.1人	0.1人
ソーシャルワーカー	0.5人	0.7人	1.2人
【再掲】社会福祉士の資格保有者	0.4人	0.5人	1.0人
1病棟当たりの平均病床数	45.5床		
1施設当たり入院患者数	39.7人		

※有効回答 570 病棟で集計

平日（平成21年6月1日（月））における職種別・時間別にみた1病棟当たりの勤務予定職員数をみると、21時や2時といった夜間・深夜帯の時間では理学療法士・作業療法士、言語聴覚士は0.0人となっていた。

また、50床当たりの専従医師数について、入院料1と入院料2の区分でみると、入院料1が0.48人、入院料2が0.37人であった。

同様に、その他の職種についても、50床当たりの専従職員数を入院料1と入院料2の区分でみたものが図表3-11である。

図表 3-9 平日 [平成21年6月1日（月）] における、  
職種別・時間別にみた1病棟当たりの勤務予定職員数

	7時	9時	12時	15時	18時	21時	2時
看護師	1.7人	6.5人	6.3人	6.3人	2.0人	1.5人	1.4人
准看護師	0.5人	2.0人	1.9人	1.9人	0.7人	0.5人	0.4人
看護補助者	1.7人	4.1人	4.4人	4.4人	2.0人	1.1人	0.9人
理学療法士	0.1人	6.2人	6.1人	6.2人	0.9人	0.0人	0.0人
作業療法士	0.1人	4.6人	4.5人	4.6人	0.6人	0.0人	0.0人
言語聴覚士	0.0人	1.8人	1.8人	1.8人	0.2人	0.0人	0.0人
1病棟当たりの平均病床数	45.5床						
1施設当たり入院患者数	39.7人						

※有効回答 570 病棟で集計

図表 3-10 50床当たりの専従医師数

職 種	50床当たり 専従医師数		
	入院料1 算定病棟	入院料2 算定病棟	合 計
医 師	0.48人	0.37人	0.47人
〔再掲〕日本リハビリテーション医学会認定臨床医	0.10人	0.07人	0.10人
〔再掲〕日本リハビリテーション医学会専門医	0.09人	0.06人	0.09人
病 棟 数	506件	64件	570件

図表 3-11 50床当たりの専従職員数

職 種	50床当たり 専従職員数		
	入院料1 算定病棟	入院料2 算定病棟	合 計
看護師	13.7人	11.9人	13.5人
准看護師	4.5人	5.2人	4.6人
看護補助者	9.7人	9.6人	9.7人
薬 剤 師	0.1人	0.2人	0.1人
理学療法士	4.7人	3.7人	4.6人
作業療法士	3.4人	2.3人	3.3人
言語聴覚士	0.9人	0.4人	0.9人
歯科衛生士	0.0人	0.0人	0.0人
ソーシャルワーカー	0.6人	0.6人	0.6人
〔再掲〕社会福祉士の資格保有者	0.5人	0.4人	0.5人
病 棟 数	506件	64件	570件

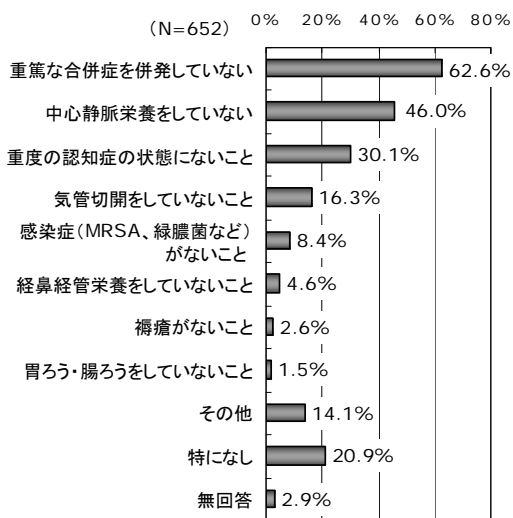
### (3) 入棟患者の状況

#### ① 入棟患者の受け入れ基準

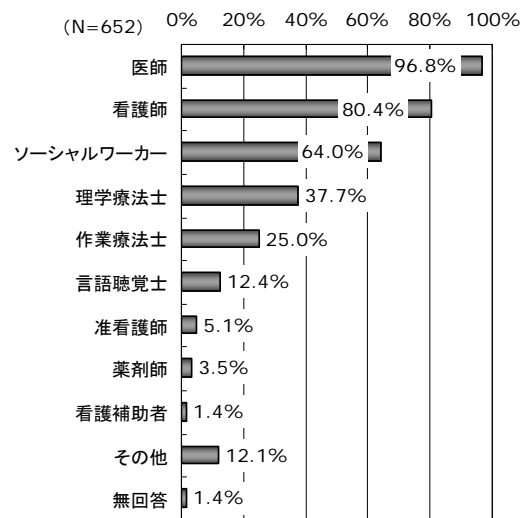
入棟患者の受け入れ基準についてみると、「重篤な合併症を併発していない」62.6%が最も多く、次いで「中心静脈栄養をしていない」46.0%、「重度の認知症の状態にないこと」30.1%などとなっていた。

また、入棟患者の受け入れの判断をしている職種としては、「医師」96.8%が最も多く、次いで「看護師」80.4%、「ソーシャルワーカー」64.0%などとなっていた。

図表 3-12 入棟患者の受け入れ基準  
[複数回答]



図表 3-13 入棟患者の受け入れの判断をしている職種  
[複数回答]

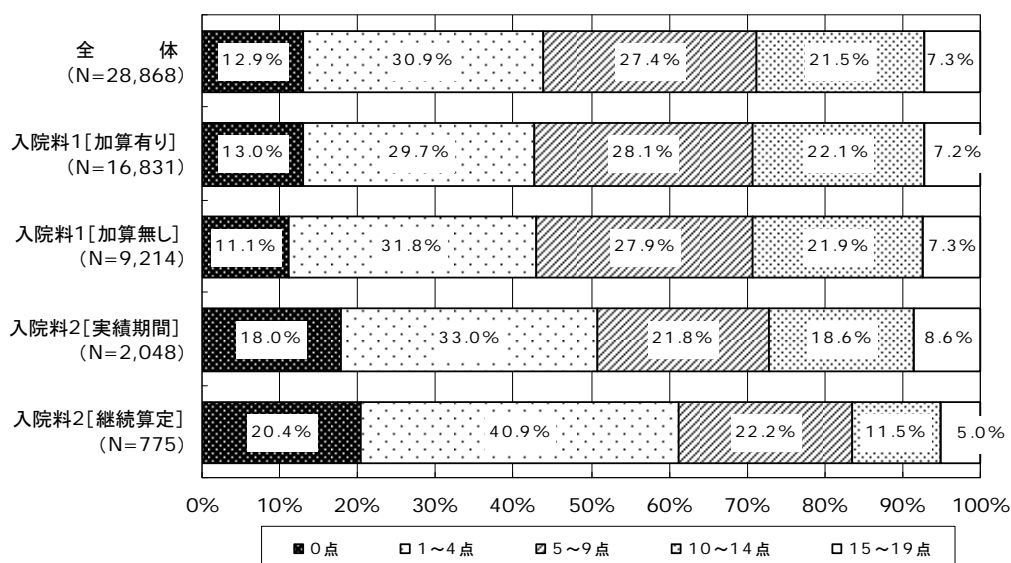


## ② 新入棟患者の状況

平成21年4月から6月までの3カ月間の新入棟患者28,868人（有効回答575病棟）について、入棟時の日常生活機能評価の点数についてみると、10点以上の重症患者の割合は全体では28.8%であった。

さらに、入院料1算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）では29.3%、入院料1算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）では29.2%、入院料2算定病棟（実績期間）では27.2%、入院料2算定病棟（継続算定）では16.5%であった。

図表 3-14 新入棟患者の日常生活機能評価の点数の分布





新入棟患者の入棟時の主たる原因疾患についてみると、全体としては「脳血管疾患」46.0%が最も多く、次いで「大腿骨、骨盤等の骨折、二肢以上の多発骨折」33.4%、「外科手術等の治療時の安静による廃用症候群」11.0%などとなっていた。

さらに、入院料1算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）、入院料1算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）、入院料2算定病棟（実績期間）では「脳血管疾患」の割合が最も高かったが、入院料2算定病棟（継続算定）では「大腿骨、骨盤等の骨折、二肢以上の多発骨折」が50.1%となっていた。

図表 3-15 新入棟患者の入棟時の主たる原因疾患

原因疾患	全体 (N=28,868)	入院料1 [加算有り] (N=16,831)	入院料1 [加算無し] (N=9,214)	入院料2 [実績期間] (N=2,048)	入院料2 [継続算定] (N=775)
脳血管疾患	46.0%	49.0%	45.5%	35.6%	16.1%
大腿骨、骨盤等の骨折、二肢以上の多発骨折	33.4%	32.3%	34.4%	32.1%	50.1%
外科手術等の治療時の安静による廃用症候群	11.0%	11.1%	10.8%	11.8%	9.0%
大腿骨、骨盤等の神経、筋、靭帯損傷	2.7%	1.6%	2.6%	7.0%	16.3%
脊髄損傷	1.7%	1.6%	1.8%	2.2%	1.4%
頭部外傷	1.4%	1.5%	1.2%	1.1%	0.1%
その他の脳神経系疾患	1.4%	1.2%	2.0%	1.7%	0.0%
その他の疾患	2.4%	1.8%	1.6%	8.5%	7.0%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

新入棟患者の入棟前の居場所についてみると、全体としては「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」47.4%が最も多く、次いで「自院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」46.4%などとなっていた。

さらに、入院料1算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）、入院料1算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）、入院料2算定病棟（実績期間）では「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」及び「自院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」の割合が合わせて9割程度であったが、入院料2算定病棟（継続算定）では8割弱で、「在宅」が17.0%となっていた。

図表 3-16 新入棟患者の入棟前の居場所

入棟前の居場所		全 体 (N=28,868)	入院料1 [加算有り] (N=16,831)	入院料1 [加算無し] (N=9,214)	入院料2 [実績期間] (N=2,048)	入院料2 [継続算定] (N=775)
自 院	① 他の回復期リハビリテーション病棟	0.2%	0.3%	0.0%	0.6%	0.0%
	② ①を除く一般病床	46.4%	46.3%	46.3%	54.5%	27.9%
	③ ①を除く療養病床	0.9%	0.7%	0.9%	1.7%	3.1%
	④ ①～③を除くその他の病床	0.6%	0.4%	0.0%	5.1%	0.1%
他 院	⑤ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	0.6%	0.6%	0.3%	2.1%	0.5%
	⑥ ⑤を除く一般病床 [病院]	47.4%	48.7%	48.1%	32.2%	50.3%
	⑦ ⑤を除く療養病床 [病院]	0.3%	0.0%	1.0%	0.0%	0.3%
	⑧ ⑤～⑦を除くその他の病床 [病院]	0.5%	0.5%	0.6%	0.3%	0.0%
	⑨ 有床診療所	0.2%	0.3%	0.2%	0.1%	0.0%
そ の 他	⑩ 介護老人保健施設	0.2%	0.1%	0.2%	0.5%	0.0%
	⑪ 介護老人福祉施設	0.1%	0.1%	0.2%	0.4%	0.1%
	⑫ グループホーム	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%
	⑬ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%
	⑭ 高齢者専用賃貸住宅	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
	⑮ 障害者支援施設	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	⑯ 在宅	2.3%	1.7%	2.1%	2.1%	17.0%
	⑰ その他	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%
合 計		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

#### (4) 退棟患者の状況

平成 21 年 4 月から 6 月までの 3 カ月間の退棟患者 27,423 人（有効回答 542 病棟）について、退棟時の日常生活機能評価の点数をみると、入棟時に 10 点以上の重症患者であった者のうち退棟時に 3 点以上改善していた者の割合は全体で 58.1%であった。

さらに、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）では 59.5%、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）では 59.1%、入院料 2 算定病棟（実績期間）では 45.4%、入院料 2 算定病棟（継続算定）では 37.8%であった。

図表 3-17 入棟時に重症であった患者の退棟時の日常生活機能評価の改善状況

##### 【全 体】

	人 数	割 合	
退棟患者	27,423 人	100.0%	
【再掲】入棟時の日常生活機能評価の点数が 10 点以上の患者	7,457 人	27.2%	100.0%
【再々掲】退棟時に点数が 3 点以上改善していた患者	4,329 人	15.8%	58.1%

##### 【回復期リハビリテーション病棟入院料 1 算定病棟：重症患者回復病棟加算有り】

	人 数	割 合	
退棟患者	16,359 人	100.0%	
【再掲】入棟時の日常生活機能評価の点数が 10 点以上の患者	4,515 人	27.6%	100.0%
【再々掲】退棟時に点数が 3 点以上改善していた患者	2,688 人	16.4%	59.5%

##### 【回復期リハビリテーション病棟入院料 1 算定病棟：重症患者回復病棟加算無し】

	人 数	割 合	
退棟患者	8,236 人	100.0%	
【再掲】入棟時の日常生活機能評価の点数が 10 点以上の患者	2,297 人	27.9%	100.0%
【再々掲】退棟時に点数が 3 点以上改善していた患者	1,358 人	16.5%	59.1%

##### 【回復期リハビリテーション病棟入院料 2 算定病棟：H20.4 以降に基準取得（実績期間）】

	人 数	割 合	
退棟患者	2,102 人	100.0%	
【再掲】入棟時の日常生活機能評価の点数が 10 点以上の患者	518 人	24.6%	100.0%
【再々掲】退棟時に点数が 3 点以上改善していた患者	235 人	11.2%	45.4%

##### 【回復期リハビリテーション病棟入院料 2 算定病棟：H20.3 以前に基準取得（継続算定）】

	人 数	割 合	
退棟患者	726 人	100.0%	
【再掲】入棟時の日常生活機能評価の点数が 10 点以上の患者	127 人	17.5%	100.0%
【再々掲】退棟時に点数が 3 点以上改善していた患者	48 人	6.6%	37.8%

退棟患者の退棟後の居場所についてみると、全体としては「在宅」が68.6%であった。  
 また、「在宅」の割合は、入院料1算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）では68.6%、  
 入院料1算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）では69.5%、入院料2算定病棟（実績  
 期間）では65.9%、入院料2算定病棟（継続算定）では67.1%であった。

図表 3-18 退棟患者の退棟後の居場所

退棟後の居場所		全 体 (N=27,623)	入院料1 [加算有り] (N=16,359)	入院料1 [加算無し] (N=8,236)	入院料2 [実績期間] (N=2,102)	入院料2 [継続算定] (N=726)
	① 在宅	68.6%	68.6%	69.5%	65.9%	67.1%
自 院	② 他の回復期リハビリテーション病棟	0.2%	0.3%	0.0%	0.6%	0.0%
	③ ②を除く一般病床	4.5%	4.5%	4.4%	5.1%	3.6%
	④ ②を除く療養病床	2.2%	1.8%	1.7%	5.7%	7.3%
	⑤ ②～④を除くその他の病床	0.3%	0.3%	0.2%	0.1%	0.4%
	⑥ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.7%
他 院	⑦ ⑥を除く一般病床 [病院]	6.4%	6.5%	6.8%	5.3%	4.4%
	⑧ ⑥を除く療養病床 [病院]	3.1%	3.4%	2.7%	2.1%	3.4%
	⑨ ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]	0.4%	0.5%	0.3%	0.7%	0.1%
	⑩ 有床診療所	0.2%	0.2%	0.1%	0.7%	0.0%
そ の 他	⑪ 介護老人保健施設	7.3%	7.4%	7.8%	5.9%	5.6%
	⑫ 介護老人福祉施設	1.7%	1.7%	1.5%	2.3%	2.2%
	⑬ グループホーム	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%	1.8%
	⑭ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム	2.0%	2.1%	1.9%	2.1%	2.3%
	⑮ 高齢者専用賃貸住宅	0.3%	0.3%	0.3%	0.5%	0.6%
	⑯ 障害者支援施設	0.2%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%
	⑰ 死亡	0.6%	0.6%	0.5%	1.1%	0.3%
	⑱ その他	0.4%	0.4%	0.5%	0.3%	0.1%
合 計		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

在宅への退棟患者のうち、退院前訪問指導を実施した患者は 22.1%（入院料 1 算定病棟 23.1%、入院料 2 算定病棟 13.4%）、退院に向けた家屋調査を実施した患者は 34.8%（入院料 1 算定病棟 36.2%、入院料 2 算定病棟 21.8%）であった。

図表 3-19 在宅への退棟患者に対する退院前訪問指導、家屋調査の実施状況

【全 体】

	人 数	割 合
在宅への退棟患者	18,820 人	100.0%
[再掲] 退院前訪問指導を実施した患者	4,166 人	22.1%
[再掲] 退院に向けた家屋調査を実施した患者	6,541 人	34.8%

【回復期リハビリテーション病棟入院料 1 算定病棟】

	人 数	割 合
在宅への退棟患者	16,947 人	100.0%
[再掲] 退院前訪問指導を実施した患者	3,915 人	23.1%
[再掲] 退院に向けた家屋調査を実施した患者	6,132 人	36.2%

【回復期リハビリテーション病棟入院料 2 算定病棟】

	人 数	割 合
在宅への退棟患者	1,837 人	100.0%
[再掲] 退院前訪問指導を実施した患者	251 人	13.4%
[再掲] 退院に向けた家屋調査を実施した患者	409 人	21.8%

## (5) 在宅復帰率・重症患者回復率

平成 21 年 1 月から 6 月までの 6 カ月間における病棟の在宅復帰率<sup>注1</sup>についてみると、全体では平均 75.5%であった。

さらに、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）では 75.7%、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）では 76.0%、入院料 2 算定病棟（実績期間）では 73.3%、入院料 2 算定病棟（継続算定）では 70.4%であった。

また、平成 21 年 1 月から 6 月までの 6 カ月間における病棟の重症患者回復率<sup>注2</sup>についてみると、全体では平均 54.8%であった。

さらに、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）では 56.2%、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）では 54.7%、入院料 2 算定病棟（実績期間）では 47.9%、入院料 2 算定病棟（継続算定）では 45.5%であった。

---

<sup>注1</sup> 在宅復帰率の計算方法は以下の通りである。

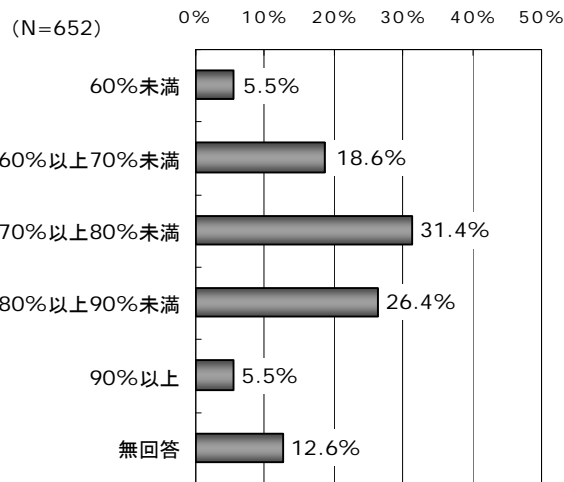
$$\text{在宅復帰率} = \frac{\text{1月～6月の6カ月間に他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数}}{\text{1月～6月の6カ月間に貴棟から退棟した患者数}}$$

<sup>注2</sup> 重症患者回復率の計算方法は以下の通りである。

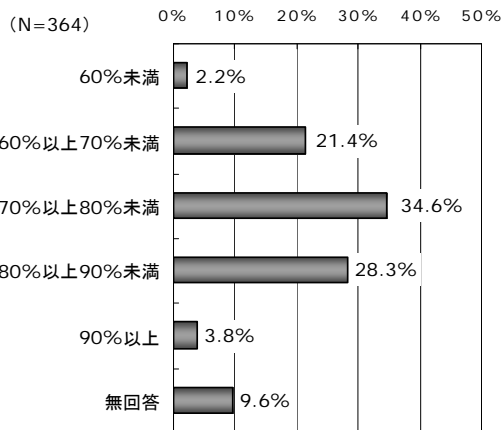
$$\text{重症患者回復率} = \frac{\text{1月～6月の6カ月間に退棟した重症の患者（入院期間が通算される再入院の患者を除く）であって、入棟時と比較し日常生活機能評価が3点以上改善した患者数}}{\text{1月～6月の6カ月間に貴棟に入棟していた重症の患者数}}$$

図表 3-20 在宅復帰率 [H21.1~6月]

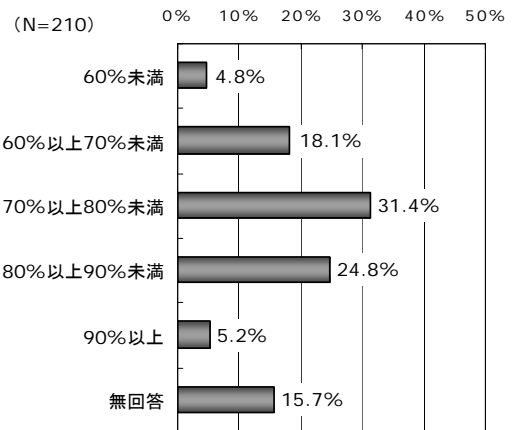
【全体】  
平均 75.5%



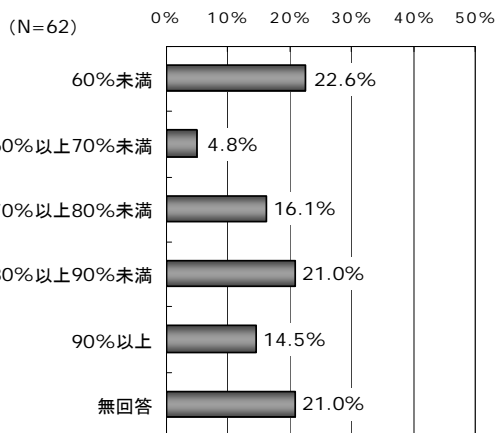
【入院料 1 算定病棟：加算有り】  
平均 75.7%



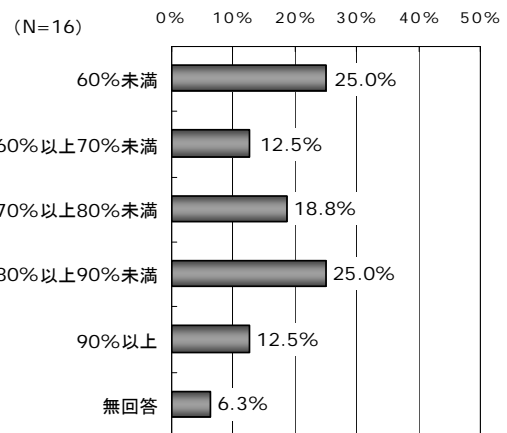
【入院料 1 算定病棟：加算無し】  
平均 76.0%



【入院料 2 算定病棟：実績期間】  
平均 73.3%

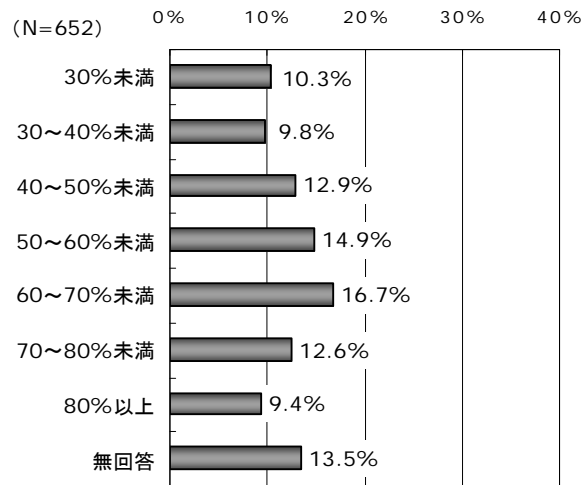


【入院料 2 算定病棟：継続算定】  
平均 70.4%

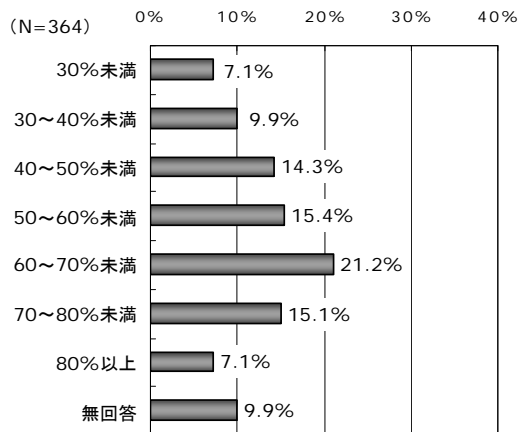


図表 3-21 重症患者回復率 [H21.1～6月]

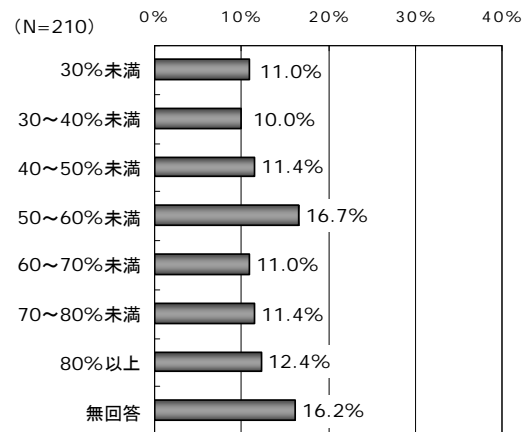
【全体】  
平均 54.8%



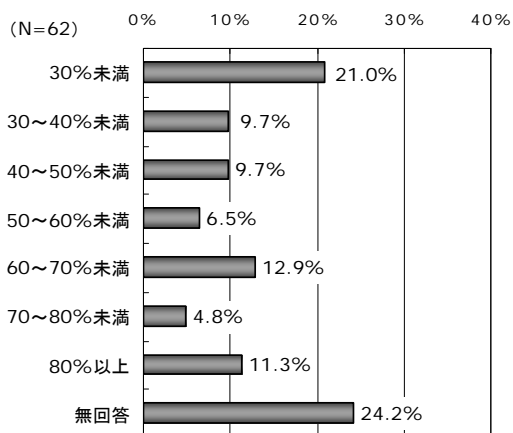
【入院料 1 算定病棟：加算有り】  
平均 56.2%



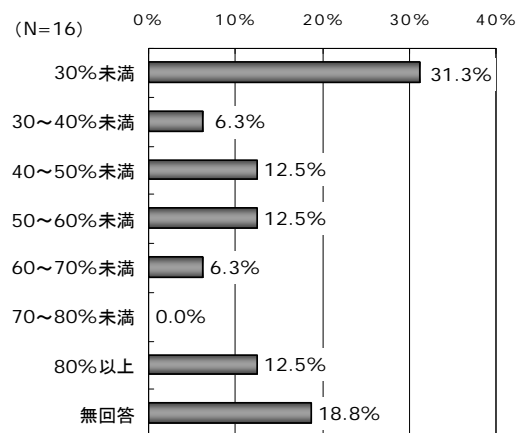
【入院料 1 算定病棟：加算無し】  
平均 54.7%



【入院料 2 算定病棟：実績期間】  
平均 47.9%



【入院料 2 算定病棟：継続算定】  
平均 45.5%





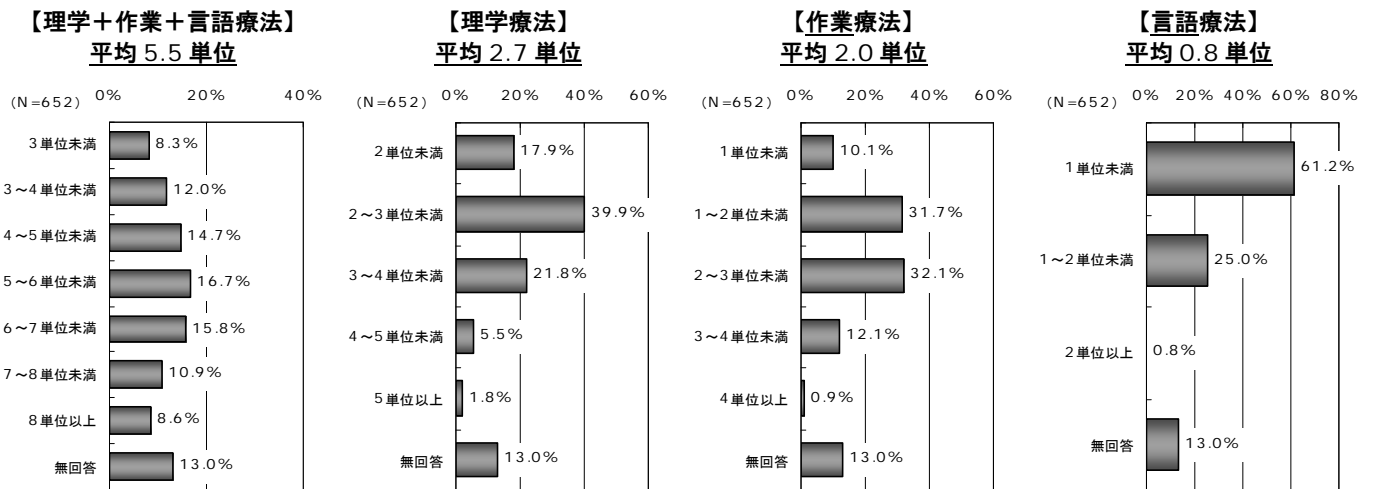
## (6) リハビリテーションの実施状況

平成 21 年 6 月 1 日に患者 1 人に対して実施したリハビリテーションの提供量をみると、理学療法、作業療法、言語療法の合計では平均 5.5 単位（理学療法 2.7 単位、作業療法 2.0 単位、言語療法 0.8 単位）であった。

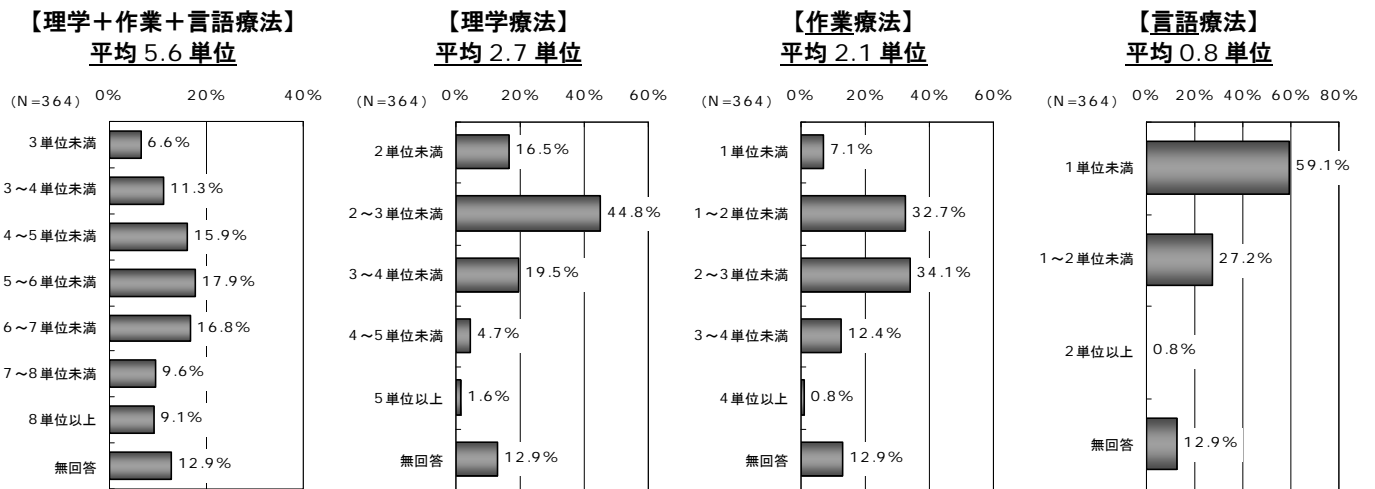
さらに、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）では平均 5.6 単位（理学療法 2.7 単位、作業療法 2.1 単位、言語療法 0.8 単位）、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）では平均 5.7 単位（理学療法 2.8 単位、作業療法 2.1 単位、言語療法 0.8 単位）、入院料 2 算定病棟（実績期間）では平均 4.5 単位（理学療法 2.3 単位、作業療法 1.6 単位、言語療法 0.5 単位）、入院料 2 算定病棟（継続算定）では平均 4.5 単位（理学療法 2.8 単位、作業療法 1.2 単位、言語療法 0.4 単位）であった。

また、リハビリテーションの実施場所を療法の種類別にみると、理学療法は「病室内」92.3%、「病院内（病棟外）のリハビリ室」91.9%、「病室・病棟のリハビリ室以外の病棟内」84.5%などとなっていた。作業療法については「病室内」92.0%、「病院内（病棟外）のリハビリ室」90.2%、「病室・病棟のリハビリ室以外の病棟内」81.6%などとなっていた。言語療法は「病院内（病棟外）のリハビリ室」82.8%、「病室内」81.3%、「病室・病棟のリハビリ室以外の病棟内」57.5%などとなっていた。

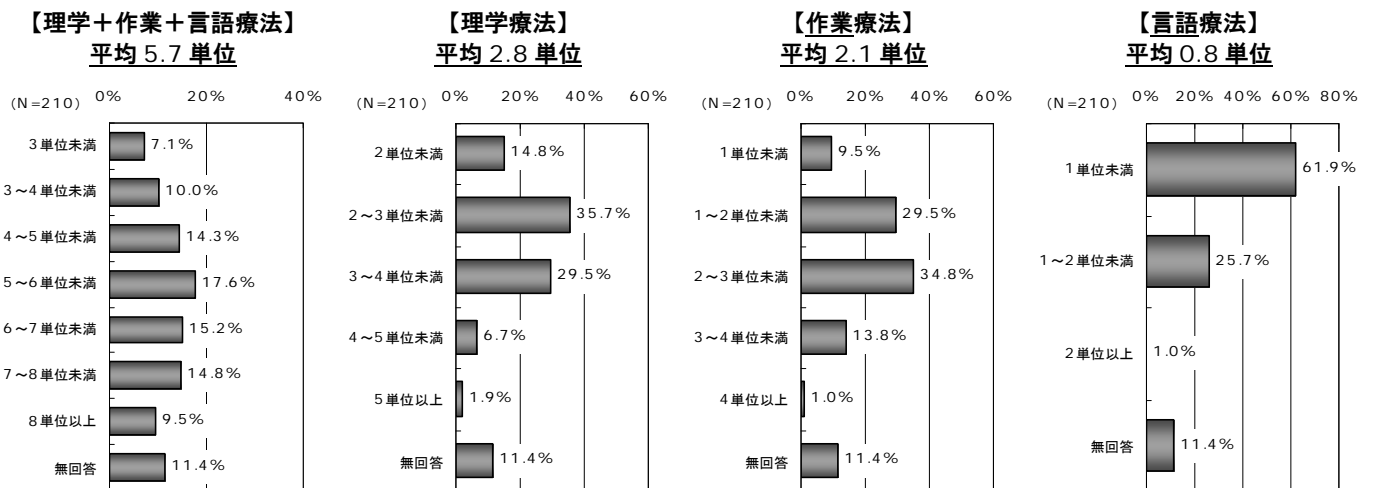
図表 3-22 患者 1 人 1 日当たりリハビリテーション実施単位数  
[全体]



【回復期リハビリテーション病棟入院料 1 算定病棟：重症患者回復病棟加算有り】

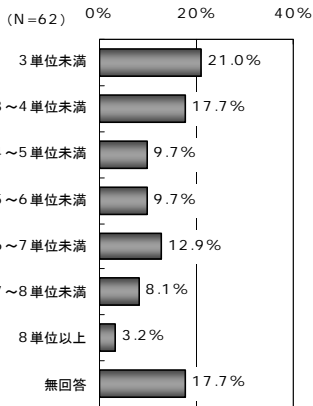


【回復期リハビリテーション病棟入院料 1 算定病棟：重症患者回復病棟加算無し】

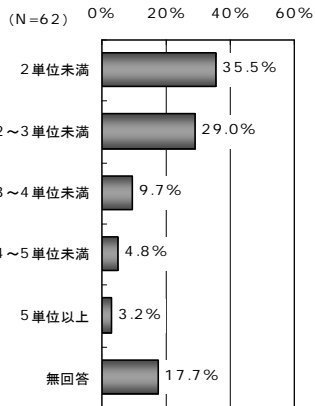


[回復期リハビリテーション病棟入院料 2 算定病棟：実績期間]

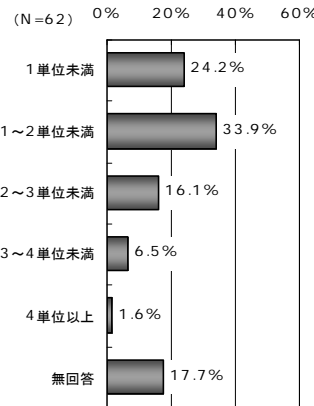
【理学+作業+言語療法】  
平均 4.5 単位



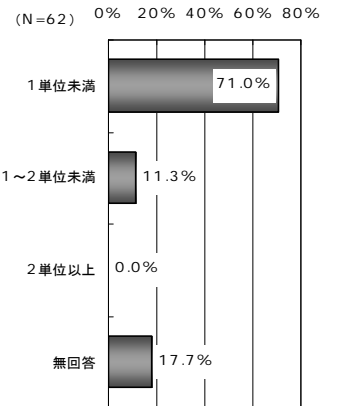
【理学療法】  
平均 2.3 単位



【作業療法】  
平均 1.6 単位

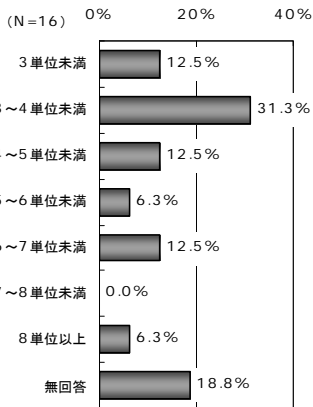


【言語療法】  
平均 0.5 単位

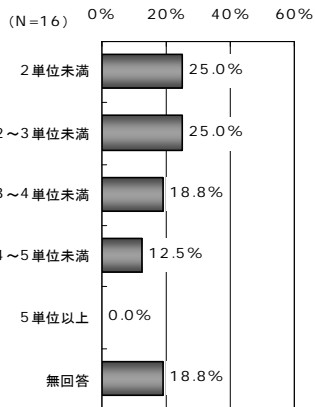


[回復期リハビリテーション病棟入院料 2 算定病棟：継続算定]

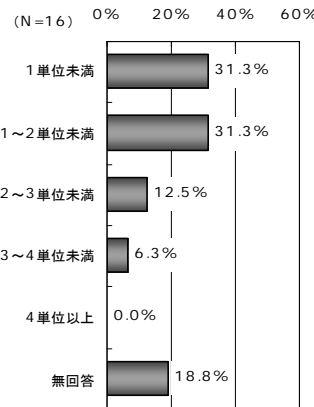
【理学+作業+言語療法】  
平均 4.5 単位



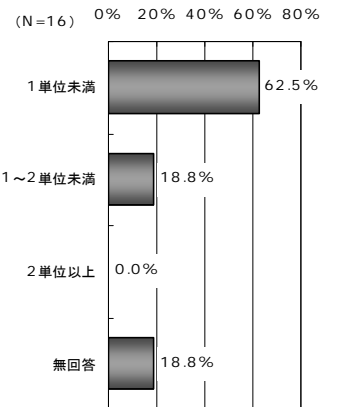
【理学療法】  
平均 2.8 単位



【作業療法】  
平均 1.2 単位

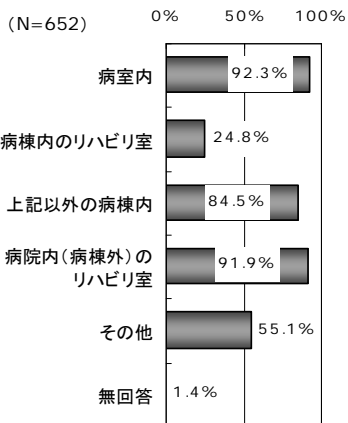


【言語療法】  
平均 0.4 単位

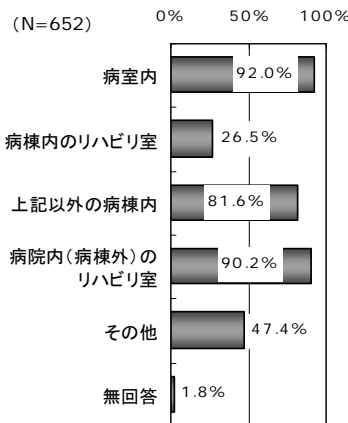


図表 3-23 リハビリテーションの実施場所 [複数回答]

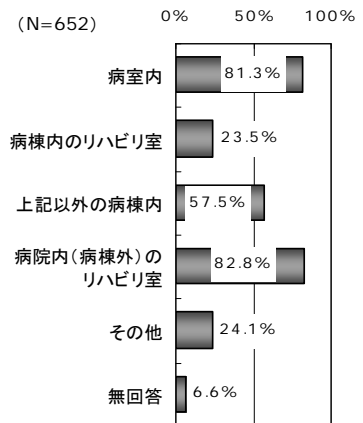
【理学療法】



【作業療法】



【言語療法】



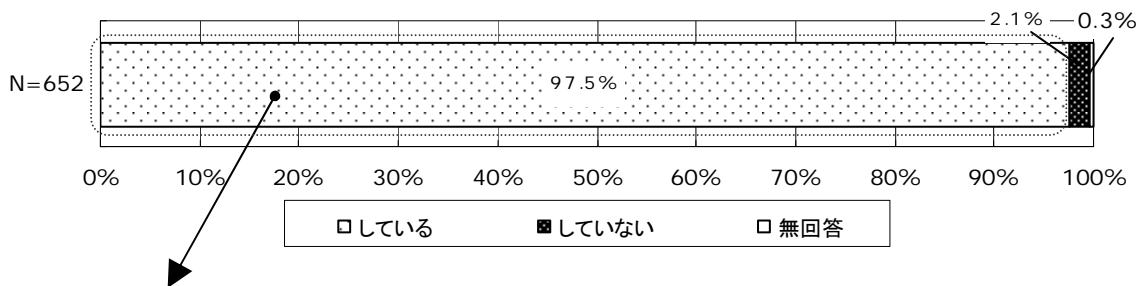
### (7) スタッフ間における患者情報の共有方法

リハビリテーション総合実施計画の作成を目的とした多職種による合同カンファレンスの実施状況についてみると、合同カンファレンスを「実施している」との回答は97.5%であった。

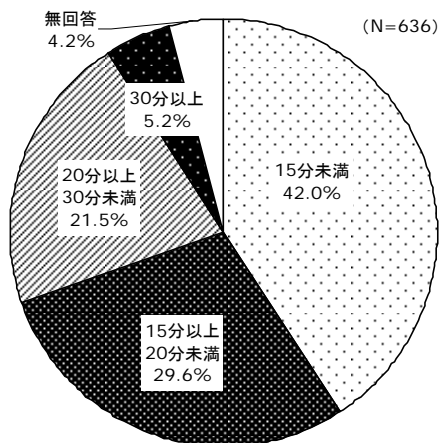
患者1人に要する合同カンファレンス1回当たりの時間は、「15分未満」42.0%が最も多く、次いで「15分以上20分未満」29.6%、「20分以上30分未満」21.5%などとなっていた。

また、合同カンファレンス以外の情報共有の方法については、「必要に応じて（定期的ではなく）ミニカンファレンスを開催」60.6%、「定期的にミニカンファレンスを開催（医師の参加無し）」42.8%、「定期的にミニカンファレンスを開催（医師の参加有り）」37.7%などとなっていた。

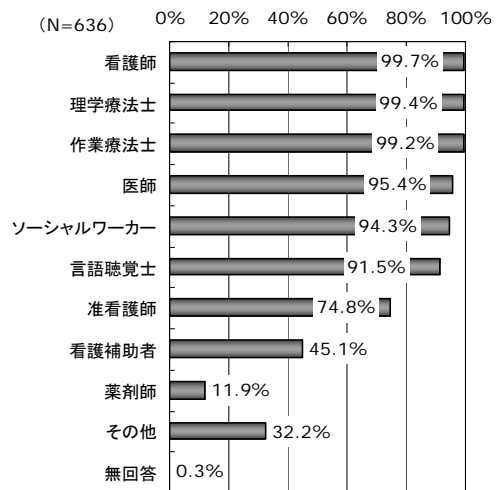
図表 3-24 リハビリテーション総合実施計画の作成を目的とした多職種による合同カンファレンスの実施状況



図表 3-25 患者1人に要する合同カンファレンス1回当たりの時間



図表 3-26 合同カンファレンスに参加している職種【複数回答】



また、病棟におけるカルテ・各種記録の状況についてみると、「いかなるスタッフであっても、いつでも自由にカルテを閲覧できる」89.7%が最も多く、次いで「リハビリスタッフ専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化」67.9%、「看護師専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化」67.5%などとなっていた。

図表 3-27 病棟におけるカルテ・各種記録の状況 [複数回答]

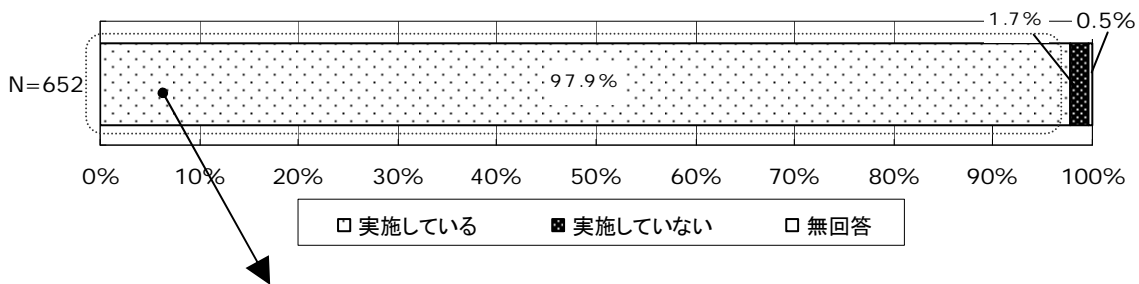
		病棟数	割合
一元化	看護師専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化	440 件	67.5%
	リハビリスタッフ専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化	443 件	67.9%
	ソーシャルワーカー専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化	360 件	55.2%
	いかなるスタッフであっても、いつでも自由にカルテを閲覧できる	585 件	89.7%
電子化	医師の作成するカルテを電子化	164 件	25.2%
	看護師の作成する各種記録を電子化	183 件	28.1%
	リハビリスタッフの作成する各種記録を電子化	201 件	30.8%
	ソーシャルワーカーの作成する各種記録を電子化	166 件	25.5%
	上記に該当なし	3 件	0.5%
全 体		652 件	

### (8) 病棟における退院支援体制

病棟における退院支援の実施状況をみると、97.9%の病棟が退院支援を「実施している」と回答していた。

また、病棟における退院支援の内容としては、「退院後の居場所に関する調整」97.8%が最も多く、次いで「介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整」96.4%、「利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援」95.8%などとなっていた。

図表 3-28 病棟における退院支援の実施状況



図表 3-29 病棟における退院支援の内容 [複数回答]

	病棟数	割合
退院後の居場所に関する調整	624 件	97.8%
介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整	615 件	96.4%
利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援	611 件	95.8%
入院中の治療方針に関する説明と退院までの見通しの説明	600 件	94.0%
家族への介護技術と医療技術の指導	560 件	87.8%
患者への治療に係る目標管理と退院指導	542 件	85.0%
継続的な療養管理が可能な状態となるまでの期間と退院日の設定	541 件	84.8%
退院当日や退院後の療養相談	477 件	74.8%
患者や家族に対するカウンセリングと精神的支援	473 件	74.1%
退院後の定期的な患者の状態確認	146 件	22.9%
その他	34 件	5.3%
無回答	2 件	0.3%
全 体	638 件	

## (9) 質の評価に関する意見

回復期リハビリテーション病棟入院料における「質の評価」について、主に次のような自由回答が寄せられた。

### ① 在宅復帰率について

- ・在宅復帰率については、患者の状態（能力の改善）が反映されているというより、家族、社会的な背景が大きく影響するため評価として疑問に思う。
- ・社会的問題をかかえている患者が多く、在宅復帰率 60%を保つ事は難しい。早くから社会的問題に対し対応しているが受入が困難なケースもあり、身体面はリハビリによって早期にリハビリ目標が達成していても社会面の調整で時間がかかり、入院期間の短縮にも影響がある。
- ・重症患者を受け入れた場合、在宅への受入体制が難しく、介護保険他の施設等の空床がなく対応が難しいです。
- ・復帰率の状態に合わせ、患者を選定しなければならない。回復の見込みが低く、在宅復帰困難な患者が回復期を経由せず直接療養型へ転院するケースが増えた。
- ・認知症、高次脳機能障害の加算、評価があるとよい。食事や歩行ができていて重症度が低い但实际上は目が離せない。高齢者の場合、ADLを向上させても認知症などで自宅での介護困難があり、在宅復帰につなげられない。
- ・在宅へ退院すること（在宅復帰率として）が質につながるかどうか疑問である。
- ・在宅復帰させること以外にも回復期リハ病棟の役割は多くあり、重度障害（在宅復帰できないレベル）の患者の受け入れを制限するような評価の導入には問題があると思われる。

### ② 重症患者受入率について

- ・重症患者の受入割合を設定することは、入院患者の円滑な受入にも支障をきたすこともある。
- ・重症患者受入率が高くなると在宅復帰率が低くなる傾向にある。重症患者受入率が高ければ医療資源の投入が手厚くなると思われる為、重症患者受入率が高い時は在宅復帰率の基準を少し下げる等組み合わせで評価して欲しい。
- ・10点以上を重症とあるが、10点にも届かずとも回復期では見守りに費やす時間が多いにも関わらずそれが活かされてない。
- ・当回復期リハビリテーション病棟においてほとんどが脳血管疾患患者である。日常生活機能評価において、10点以上の重症患者が約40%以上を占めている。しかし10点以下の患者においても常に見守り等の介助が必要であり、単純に重症患者のみの点数で「質」を問われることは果たして「適切な質の評価」になっているのだろうかという疑問は残ってしまう

### ③ 重症患者回復率について

- ・重症度に対する加算、改善率に対する評価は積極的なリハビリテーションの提供だけによって行えるものではないと考える。回復期病棟が果たす役割には身体機能の向上だけでなく精神面、社会面までをコーディネートするトータルケアが要求されていることは周知の通りである。「質」としての評価基準がADLの改善だけに着目するのは少し無理がある。
- ・日常生活機能評価については、重症患者の10点以上からの改善率は診療報酬上で反映されるが、10点以下の患者でも改善の点差が著明な場合も質評価の対象とされたら良いと思う。
- ・脳疾患でのADL：Cレベルの方の3点改善は険しいものがある。改善しないまま期限切れで転院するというケースが多い。
- ・治る見込みの高い患者の受入競争、治療が長期化する患者の受入拒否が加速する。

#### ④ 日常生活機能評価について

- ・現在、指標としている「日常生活機能評価」は、看護必要度を元にしてしているため、自立度を改善させる上での評価としては通さない面もあると思います。
- ・重症者率、改善率の指標として日常生活機能評価を使用しているのは適確に切とは思えません。広く一般的に使用されてきたFIMやBIを使用すべきであると思います
- ・高次脳機能障害、認知症の患者でADL的には出来るが見守りや目が離せない場合が多く日常生活機能評価では現せない看護量があると思う。質評価をするならFIMでの変化も考慮した方が良いのではないかと。現状の日常生活機能評価だと他院からの入院の場合、入院時評価が正しくできない可能性があると思うし日常生活動作の細かい事が評価されないの良くなっているのに差が出ない。
- ・日常生活機能評価で評価された点数以上に介護量の多い患者がいる。
- ・日常生活機能評価について環境因子の影響を受けやすい排泄等の評価がされていない。
- ・急性期病棟で行われている看護必要度を回復期リハ病棟の日常生活機能評価として同じ指標及び同じ配慮で行うことに疑問が残ります。確かに重症度の状況は反映されます。しかし、失禁の改善や清潔の保持（入浴は週5回浴槽に入っています）。記憶障害・判断力低下のため離棟防止といった人手を要する状況は急性期による看護必要度の評価では困難と思われます。
- ・危険行動への対応の点数を上げて頂きたい。

#### ⑤ 診療報酬上の評価を希望する事項について

- ・リハビリの質は患者の改善度だけでなく、スタッフの数やリハビリの提供状況などで評価すべきである。症状が重く、本当にリハビリが必要な患者「評価」が改善しにくい患者でもリハ効果が上がっている現状を評価して欲しい。
- ・専従スタッフの配置数や365日リハビリの実施等、リハビリを提供する体制についての評価を考えて頂きたい。
- ・質の高い医療を提供するために定期的なカンファレンスの実施は必要であると考えます。カンファレンスが診療報酬に反映されるといいと思います。
- ・高次脳機能障害や認知症のある患者様の介護・看護量が評価されていない。重症度の点数は低くても（点数の高い患者様以上に）介護・看護量は多いです。
- ・家屋調査のコスト算定の見直しが必要ではないか。
- ・患者へのリハビリテーションは点数（日常生活機能評価やFIM）の改善のために行われているのではなく、患者が住み慣れた地域へ退院してはじめて評価されると認識しています。そのためには、患者・家族を包括したチームアプローチによる支援が必要で、人々をケアマネジメントしたり病院内にとどまらず、退院時に地域との連携が行えるソーシャルワーカーの配置必須化や退院支援への加算認定が求められます。
- ・退院後の療養に向けて、退院前訪問指導は可能な限り実施している。やって当然という意見もあるが、実施に対する評価がほしい。
- ・高次脳機能障害の方に臨床心理士による心理リハビリテーションを実施しているが、単位数に換算されない。
- ・病棟全体の診療報酬ではなく、個別で対応出来た場合に評価されるような点数になれば努力していけると思う。



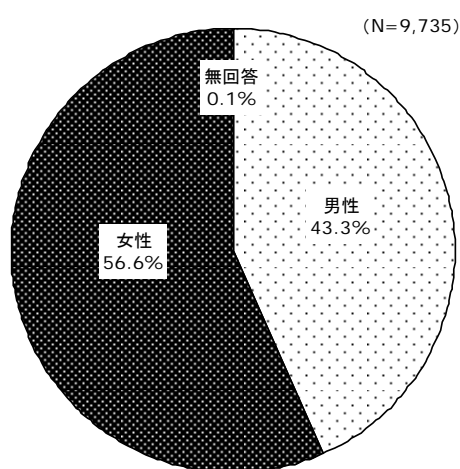
## 4. 退棟患者調査

### (1) 患者の属性

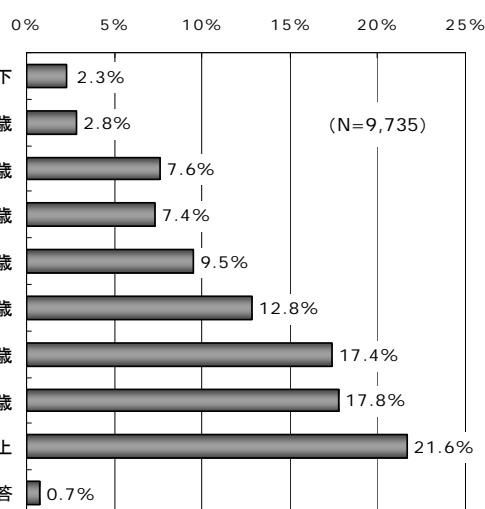
退棟患者調査の9,735人の患者の基本属性についてみると、性別は男性43.3%、女性56.6%、平均年齢は74.2歳であった。

発症、受傷前の居宅の有無については、「有り」が87.2%であった。その居宅における介護者の状況は、「常時、介護者（家族・友人等）が1人いる」36.1%、「独居ではないが、日中は独居に相当する（夜間は介護者がいる）」21.0%、「独居であり、介護者は全くいない」17.7%などであった。

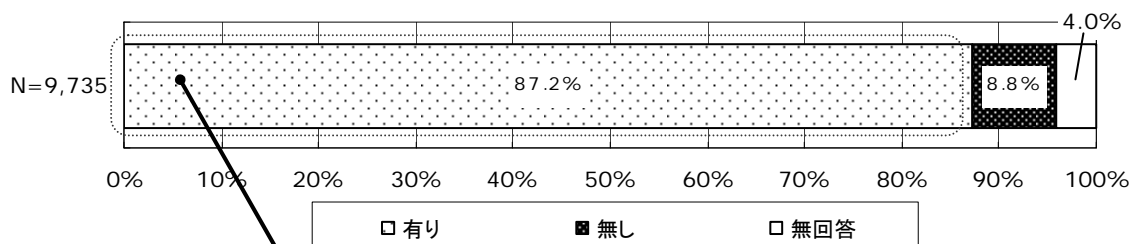
図表 4-1 性別



図表 4-2 年齢… 平均 74.2 歳



図表 4-3 発症、受傷前の居宅の有無



図表 4-4 発症、受傷前の居宅での介護者の状況

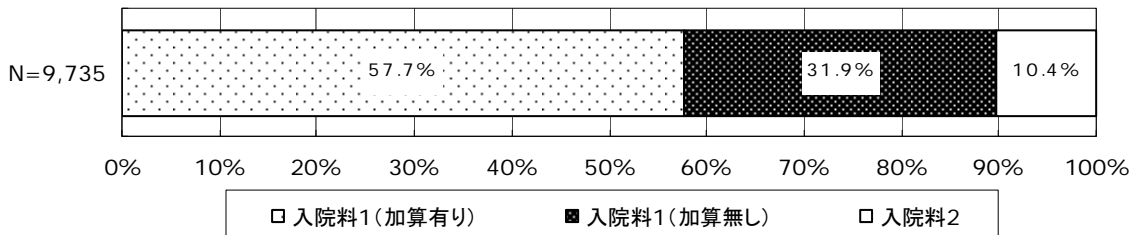
	人数		割合	
	総数	65歳以上	総数	65歳以上
常時、介護者(家族・友人等)が1人いる	3,063人	2,504人	36.1%	37.5%
独居ではないが、日中は独居に相当する(夜間は介護者がいる)	1,783人	1,370人	21.0%	20.5%
独居であり、介護者は全くいない	1,500人	1,200人	17.7%	18.0%
常時、介護者(家族・友人等)が複数いる	1,049人	780人	12.4%	11.7%
独居ではないが、家族等が仕事・病気等のため、介護者は全くいない	790人	596人	9.3%	8.9%
無回答	306人	234人	3.6%	3.5%
合計	8,491人	6,684人	100.0%	100.0%

## (2) 入棟時の状況

### ① 診療報酬の算定状況

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定状況については、「入院料1（重症患者回復病棟加算有り）」57.7%、「入院料1（重症患者回復病棟加算無し）」31.9%、「入院料2」10.4%であった。

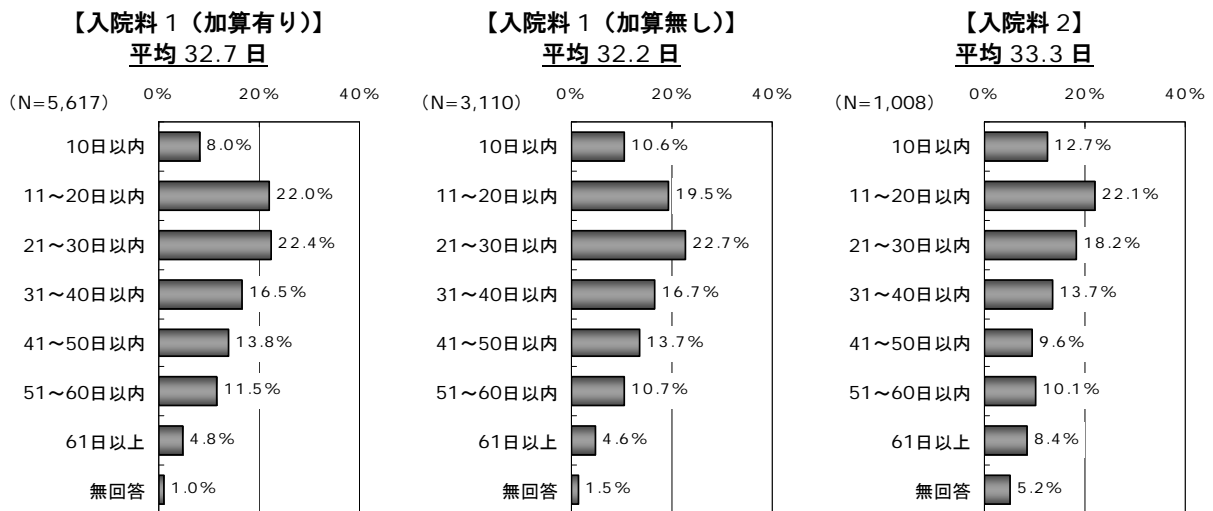
図表 4-5 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定状況



### ② 発症、受傷から入棟までの日数

発症、受傷から入棟までの日数は、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者が平均 32.7 日、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者が平均 32.2 日、入院料2の患者が平均 33.3 日であった。

図表 4-6 発症、受傷から入棟までの日数



### ③ 原因疾患

原因疾患については、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者については「脳血管疾患」47.1%、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」31.9%、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」12.0%などであった。

入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では「脳血管疾患」45.0%、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」33.9%、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」10.7%などであった。

入院料2の患者では「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」40.8%、「脳血管疾患」27.1%、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」11.1%などであった。

図表 4-7 原因疾患

	入院料1 [加算有り] (N=5,617)	入院料1 [加算無し] (N=3,110)	入院料2 (N=1,008)
脳血管疾患	47.1%	45.0%	27.1%
脊髄損傷	1.6%	2.2%	1.3%
頭部外傷	1.6%	1.7%	1.4%
その他の脳神経系疾患	0.8%	1.2%	0.5%
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折	31.9%	33.9%	40.8%
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の神経、筋、靭帯損傷	2.0%	2.4%	8.3%
外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群	12.0%	10.7%	11.1%
その他	2.0%	2.0%	8.7%
無回答	1.0%	0.9%	0.8%
合 計	100.0%	100.0%	100.0%

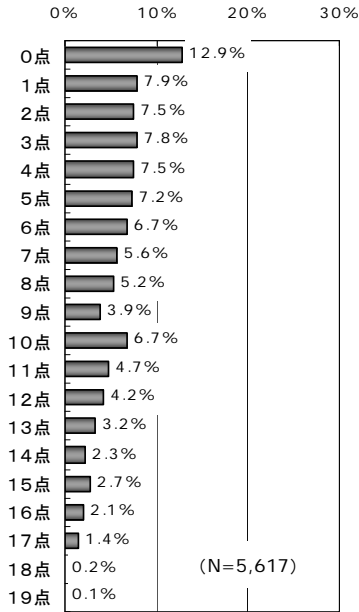
#### ④ 日常生活機能評価の点数

入棟時の日常生活機能評価の点数についてみると、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は平均6.2点（10点以上の重症患者の割合は27.7%）、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は平均6.2点（27.9%）、入院料2の患者は平均5.1点（19.8%）であった。

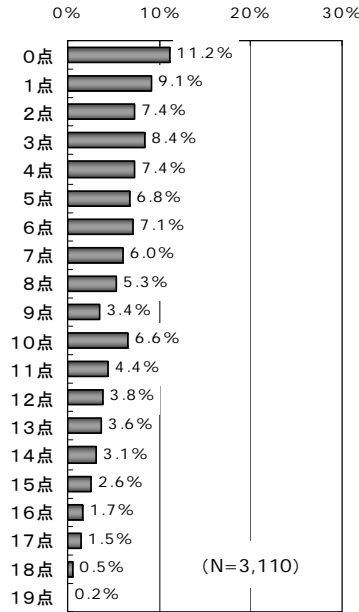
さらに、入棟時の日常生活機能評価の点数を原因疾患別にみると、「脳血管疾患」の患者は平均7.0点（10点以上の重症患者の割合は33.6%）、「頭部外傷」の患者は平均6.2点（29.8%）、「脊髄損傷」の患者は平均6.3点（30.2%）、「その他の脳神経系疾患」の患者は平均5.1点（20.7%）、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の患者は平均5.1点（18.3%）、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の神経、筋、靭帯損傷」の患者は平均3.2点（9.6%）、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の患者は平均7.0点（35.1%）であった。

図表 4-8 日常生活機能評価の点数

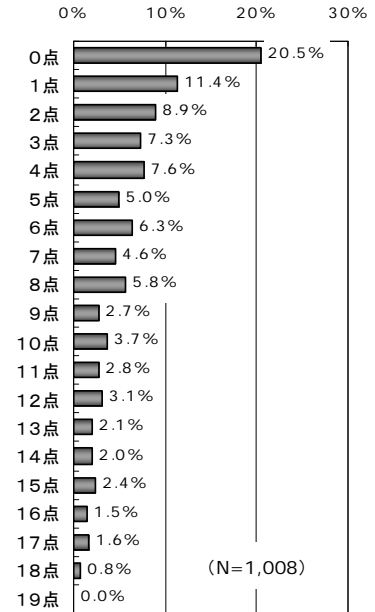
【入院料 1 (加算有り)】  
平均 6.2 点  
10 点以上 27.7%



【入院料 1 (加算無し)】  
平均 6.2 点  
10 点以上 27.9%

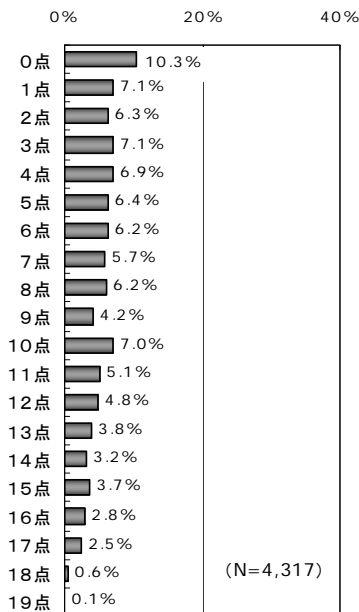


【入院料 2】  
平均 5.1 点  
10 点以上 19.8%

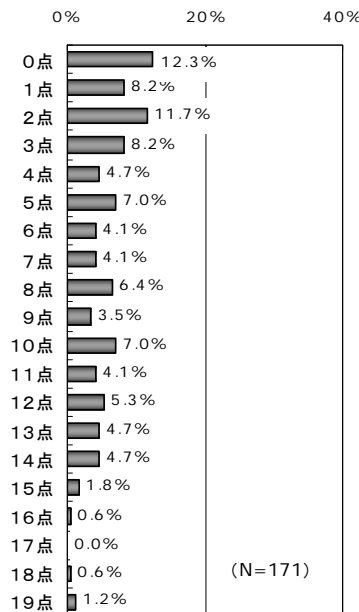


図表 4-9 原因疾患別にみた日常生活機能評価の点数

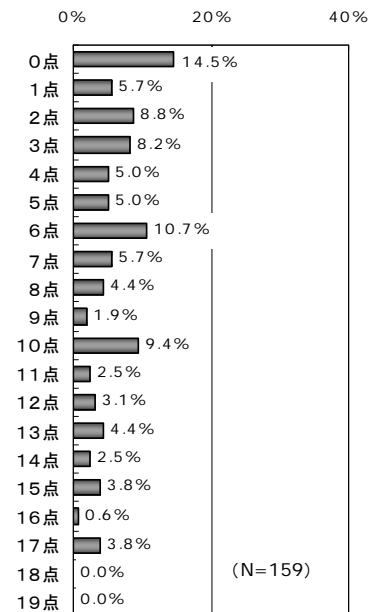
【脳血管疾患】  
平均 7.0 点  
10 点以上 33.6%



【頭部外傷】  
平均 6.2 点  
10 点以上 29.8%

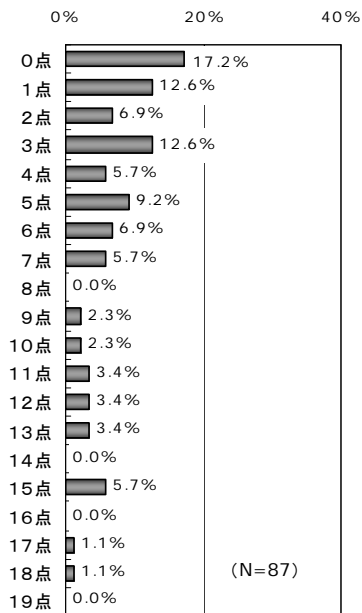


【脊髄損傷】  
平均 6.3 点  
10 点以上 30.2%



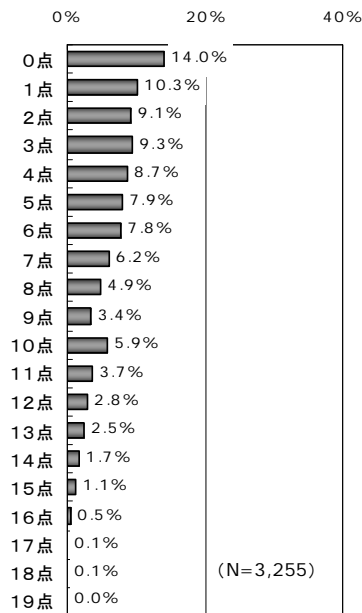
**【その他の脳神経系疾患】**

平均 5.1 点  
10 点以上 20.7%



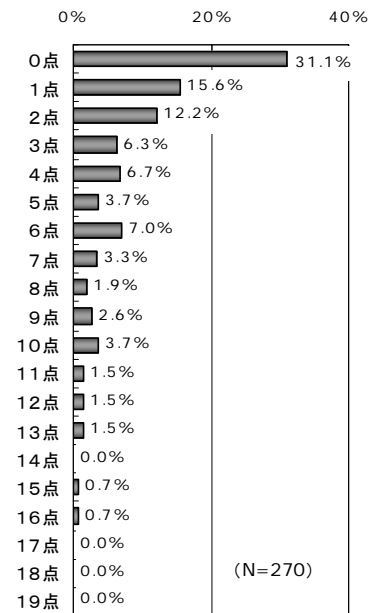
**【大腿骨等骨折】**

平均 5.1 点  
10 点以上 18.3%



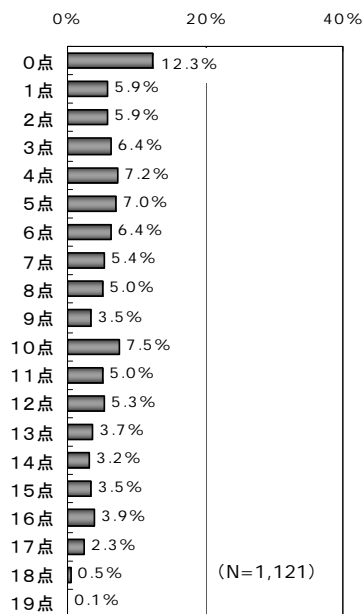
**【大腿骨等の神経等損傷】**

平均 3.2 点  
10 点以上 9.6%



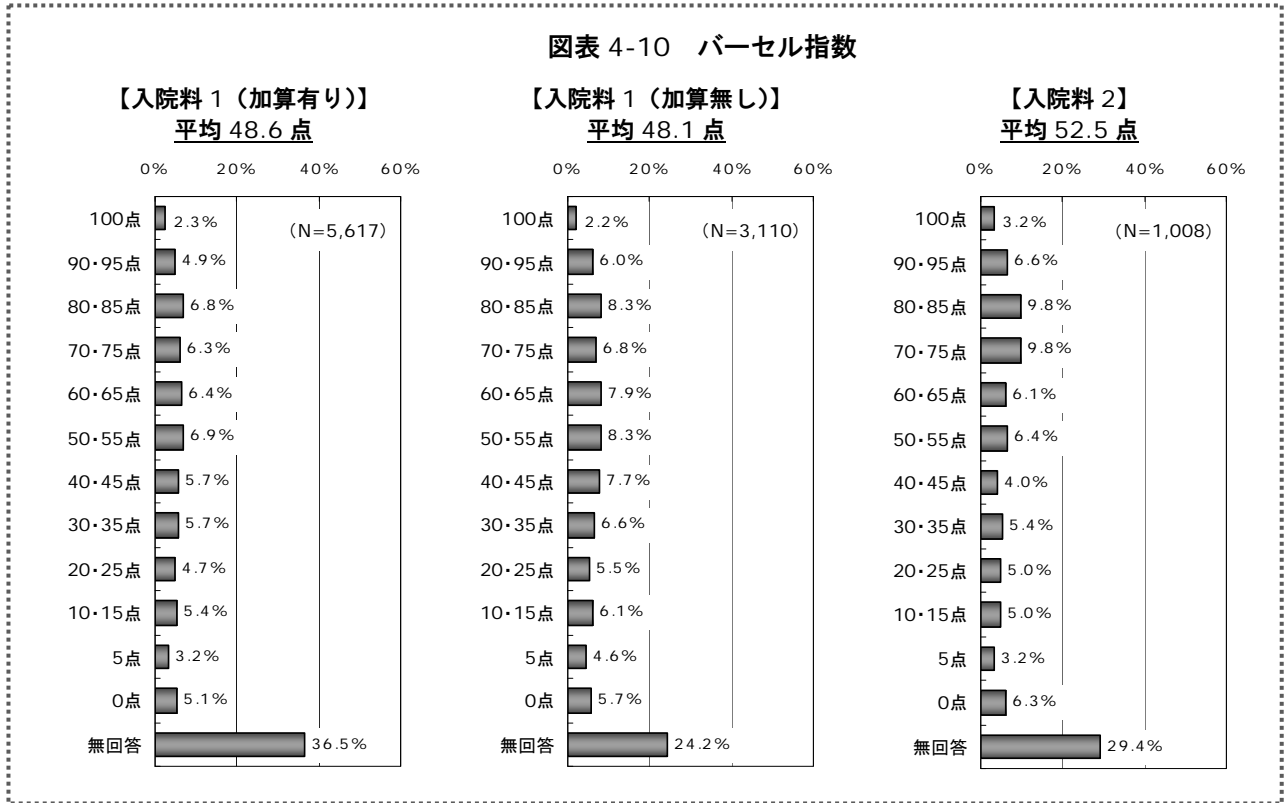
**【廃用症候群】**

平均 7.0 点  
10 点以上 35.1%

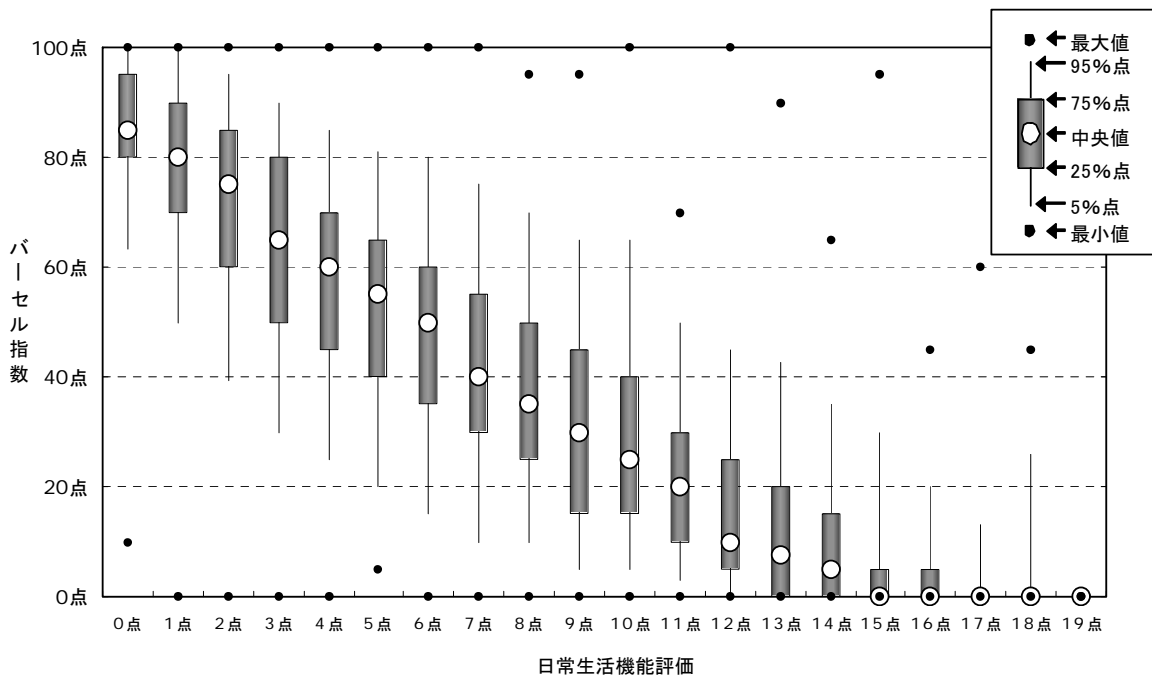


### ⑤ バーセル指数

入棟時のバーセル指数についてみると、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は平均48.6点、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は平均48.1点、入院料2の患者は平均52.5点であった。



**図表 4-11 入棟時の日常生活機能評価とバーセル指数の関係**



※日常生活機能評価及びバーセル指数のいずれについても回答のあった6,635人分で集計

## ⑥ 高次脳機能障害の状況

入棟時における高次脳機能障害の状況についてみると、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者のうち高次脳機能障害が「有り」が30.9%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では30.4%、入院料2の患者では18.1%であった。

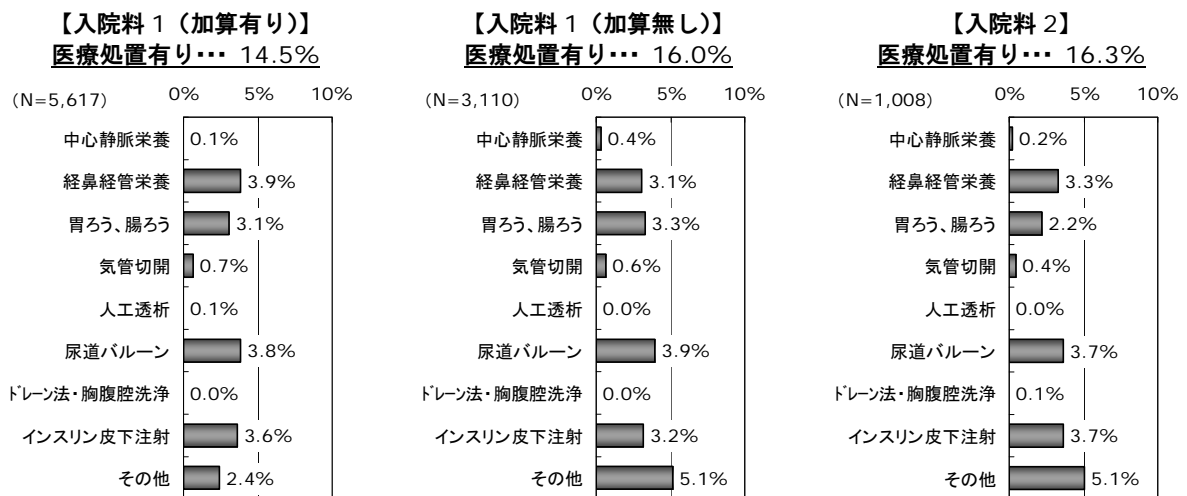
図表 4-12 高次脳機能障害の有無

		入院料1 【加算有り】 (N=5,617)	入院料1 【加算無し】 (N=3,110)	入院料2 (N=1,008)
有		30.9%	30.4%	18.1%
り 答 等 （ 複 数 回	失語	11.9%	12.6%	6.7%
	失行	5.5%	6.0%	3.3%
	失認	5.6%	6.8%	4.7%
	半側空間無視	7.3%	7.3%	5.5%
	その他	14.8%	11.8%	7.6%
無		65.6%	64.5%	75.2%
し 無回答		3.5%	5.0%	6.7%
合 計		100.0%	100.0%	100.0%

## ⑦ 医療処置の状況

入棟時における医療処置の状況についてみると、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者のうち医療処置が「有り」が14.5%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では16.0%、入院料2の患者では16.3%であった。

図表 4-13 入棟時の医療処置の状況【複数回答】





## ⑧ 入棟前の居場所

入棟前の居場所についてみると、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」44.4%が最も多く、次いで「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」35.5%、「在宅」9.3%などとなっていた。入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」41.7%が最も多く、次いで「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」31.9%、「在宅」14.8%などとなっていた。入院料2の患者では「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」42.8%が最も多く、次いで「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」32.5%、「在宅」8.5%などとなっていた。

さらに、原因疾患別にみると、「脳血管疾患」における入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」52.3%、「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」28.5%、「在宅」8.0%などとなっていた。入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」52.7%、「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」23.0%、「在宅」13.6%などとなっていた。入院料2の患者では「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」50.5%、「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」23.1%、「在宅」9.5%などとなっていた。

次に「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」42.0%、「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」37.2%、「在宅」10.7%などとなっていた。入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」42.4%、「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」31.8%、「在宅」15.2%などとなっていた。入院料2の患者では「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」54.5%、「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」26.8%、「在宅」9.5%などとなっていた。

そして「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」50.6%、「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」30.6%、「在宅」8.7%などとなっていた。入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」36.9%、「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」33.3%、「在宅」14.4%などとなっていた。入院料2の患者では「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」30.4%、「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」29.5%、「在宅」9.8%などとなっていた。

図表 4-14 入棟前の居場所

		入院料 1 [加算有り] (N=5,617)	入院料 1 [加算無し] (N=3,110)	入院料 2 (N=1,008)
	① 在宅	9.3%	14.8%	8.5%
自 院	② 急性期病床	6.2%	5.9%	7.8%
	③ 他の回復期リハビリテーション病棟	0.1%	0.1%	0.2%
	④ ②・③以外の一般病床	35.5%	31.9%	42.8%
	⑤ ②・③以外の療養病床	0.3%	0.4%	2.5%
	⑥ ②～⑤を除くその他の病床	0.0%	0.2%	0.1%
		⑦ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	0.7%	0.6%
他 院	⑧ ⑥を除く一般病床 [病院]	44.4%	41.7%	32.5%
	⑨ ⑥を除く療養病床 [病院]	0.1%	0.1%	0.3%
	⑩ ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]	0.6%	1.2%	1.0%
	⑪ 有床診療所	0.2%	0.1%	0.0%
そ の 他	⑫ 介護老人保健施設 (老人保健施設)	0.5%	0.6%	0.6%
	⑬ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	0.2%	0.4%	1.0%
	⑭ グループホーム	0.2%	0.2%	0.3%
	⑮ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス)	0.4%	0.9%	0.3%
	⑯ 高齢者専用賃貸住宅	0.0%	0.0%	0.1%
	⑰ 障害者支援施設	0.0%	0.1%	0.0%
	⑱ その他	0.3%	0.1%	0.2%
	無回答	0.8%	0.8%	1.0%
合 計		100.0%	100.0%	100.0%

図表 4-15 原因疾患別にみた入棟前の居場所

[脳血管疾患]

		入院料 1 [加算有り] (N=2,644)	入院料 1 [加算無し] (N=1,400)	入院料 2 (N=273)
	① 在宅	8.0%	13.6%	9.5%
自 院	② 急性期病床	6.5%	5.8%	9.2%
	③ 他の回復期リハビリテーション病棟	0.2%	0.1%	0.4%
	④ ②・③以外の一般病床	28.5%	23.0%	23.1%
	⑤ ②・③以外の療養病床	0.2%	0.1%	1.1%
	⑥ ②～⑤を除くその他の病床	0.0%	0.2%	0.4%
		⑦ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	1.1%	0.7%
他 院	⑧ ⑥を除く一般病床 [病院]	52.3%	52.7%	50.5%
	⑨ ⑥を除く療養病床 [病院]	0.2%	0.3%	0.4%
	⑩ ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]	1.1%	1.0%	1.5%
	⑪ 有床診療所	0.1%	0.2%	0.0%
そ の 他	⑫ 介護老人保健施設 (老人保健施設)	0.3%	0.5%	0.4%
	⑬ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	0.1%	0.2%	0.4%
	⑭ グループホーム	0.2%	0.0%	1.1%
	⑮ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス)	0.1%	0.6%	0.0%
	⑯ 高齢者専用賃貸住宅	0.0%	0.0%	0.0%
	⑰ 障害者支援施設	0.0%	0.0%	0.0%
	⑱ その他	0.5%	0.1%	0.0%
	合 計	100.0%	100.0%	100.0%

[大腿骨等の骨折、二肢以上の多発骨折]

		入院料 1 [加算有り] (N=1,791)	入院料 1 [加算無し] (N=1,053)	入院料 2 (N=411)
① 在宅		10.7%	15.2%	9.5%
自 院	② 急性期病床	5.8%	4.7%	2.9%
	③ 他の回復期リハビリテーション病棟	0.0%	0.0%	0.2%
	④ ②・③以外の一般病床	42.0%	42.4%	54.5%
	⑤ ②・③以外の療養病床	0.2%	0.4%	1.0%
	⑥ ②～⑤を除くその他の病床	0.1%	0.1%	0.0%
他 院	⑦ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	0.3%	0.4%	0.2%
	⑧ ⑥を除く一般病床 [病院]	37.2%	31.8%	26.8%
	⑨ ⑥を除く療養病床 [病院]	0.1%	0.0%	0.2%
	⑩ ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]	0.2%	0.9%	1.2%
	⑪ 有床診療所	0.4%	0.0%	0.0%
そ の 他	⑫ 介護老人保健施設 (老人保健施設)	0.6%	0.8%	1.0%
	⑬ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	0.3%	0.4%	0.2%
	⑭ グループホーム	0.3%	0.3%	0.0%
	⑮ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス)	0.8%	1.3%	0.5%
	⑯ 高齢者専用賃貸住宅	0.0%	0.1%	0.2%
	⑰ 障害者支援施設	0.0%	0.3%	0.0%
	⑱ その他	0.1%	0.0%	0.2%
	合 計		100.0%	100.0%

[廃用症候群]

		入院料 1 [加算有り] (N=676)	入院料 1 [加算無し] (N=333)	入院料 2 (N=112)
① 在宅		8.7%	14.4%	9.8%
自 院	② 急性期病床	4.3%	7.5%	1.8%
	③ 他の回復期リハビリテーション病棟	0.1%	0.0%	0.0%
	④ ②・③以外の一般病床	50.6%	36.9%	29.5%
	⑤ ②・③以外の療養病床	1.6%	1.5%	16.1%
	⑥ ②～⑤を除くその他の病床	0.1%	0.3%	0.0%
他 院	⑦ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	0.4%	0.3%	1.8%
	⑧ ⑥を除く一般病床 [病院]	30.6%	33.3%	30.4%
	⑨ ⑥を除く療養病床 [病院]	0.0%	0.0%	0.0%
	⑩ ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]	0.3%	1.2%	0.9%
	⑪ 有床診療所	0.1%	0.3%	0.0%
そ の 他	⑫ 介護老人保健施設 (老人保健施設)	0.9%	0.9%	0.9%
	⑬ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	0.1%	1.8%	6.3%
	⑭ グループホーム	0.0%	0.3%	0.0%
	⑮ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス)	0.6%	1.2%	0.0%
	⑯ 高齢者専用賃貸住宅	0.1%	0.0%	0.0%
	⑰ 障害者支援施設	0.0%	0.0%	0.0%
	⑱ その他	0.3%	0.0%	0.9%
	合 計		100.0%	100.0%

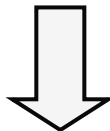
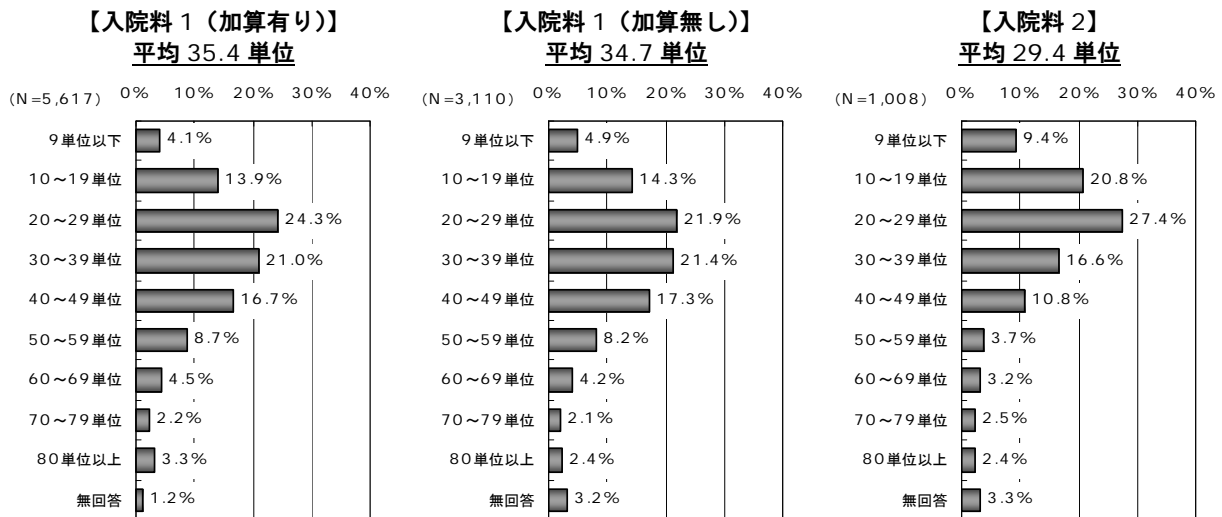
### (3) 在棟期間中のリハビリテーションの実施状況

#### ① 理学療法・作業療法・言語療法

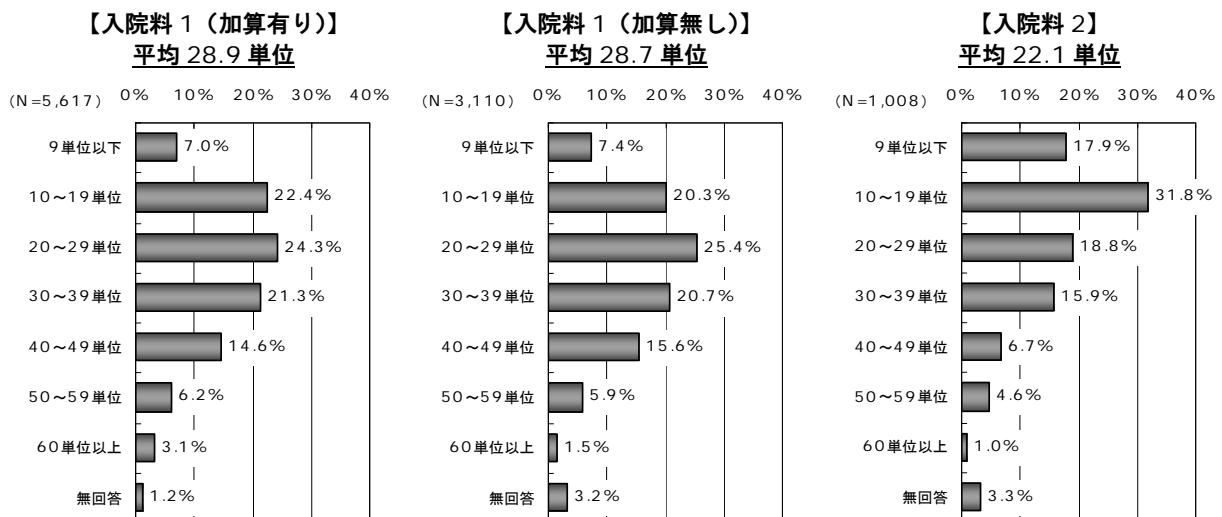
入棟日の翌週 1 週間の理学療法、作業療法、言語療法の合計実施単位数についてみると、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均 35.4 単位、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均 34.7 単位、入院料 2 の患者では平均 29.4 単位であった。

退棟日の前週 1 週間の理学療法、作業療法、言語療法の合計実施単位数は、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均 28.9 単位、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均 28.7 単位、入院料 2 の患者では平均 22.1 単位であった。

図表 4-16 入棟日の翌週 1 週間の理学+作業+言語療法の実施単位数



図表 4-17 退棟日の前週 1 週間の理学+作業+言語療法の実施単位数

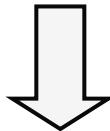
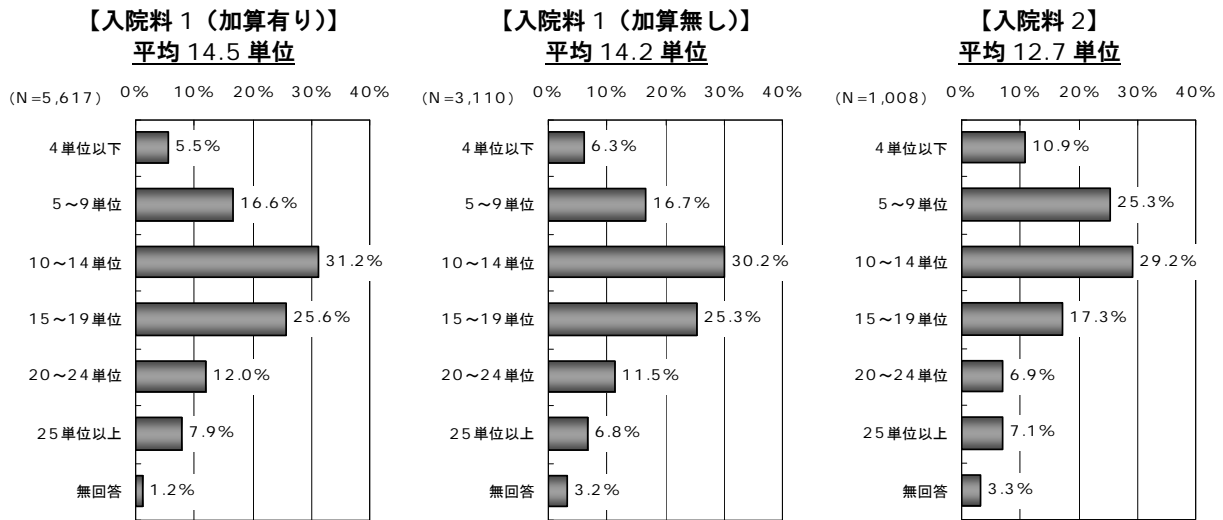


## ② 理学療法

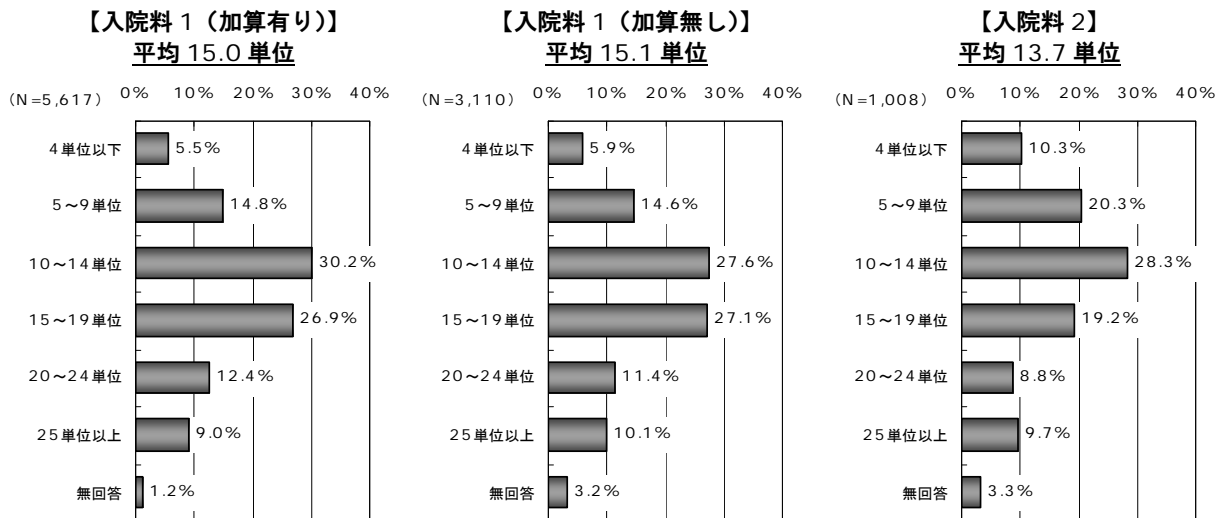
入棟日の翌週 1 週間の理学療法の実施単位数についてみると、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均 14.5 単位、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均 14.2 単位、入院料 2 の患者では平均 12.7 単位であった。

退棟日の前週 1 週間の理学療法の実施単位数は、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均 15.0 単位、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均 15.1 単位、入院料 2 の患者では平均 13.7 単位であった。

図表 4-18 入棟日の翌週 1 週間の理学療法の実施単位数



図表 4-19 退棟日の前週 1 週間の理学療法の実施単位数

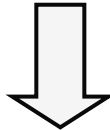
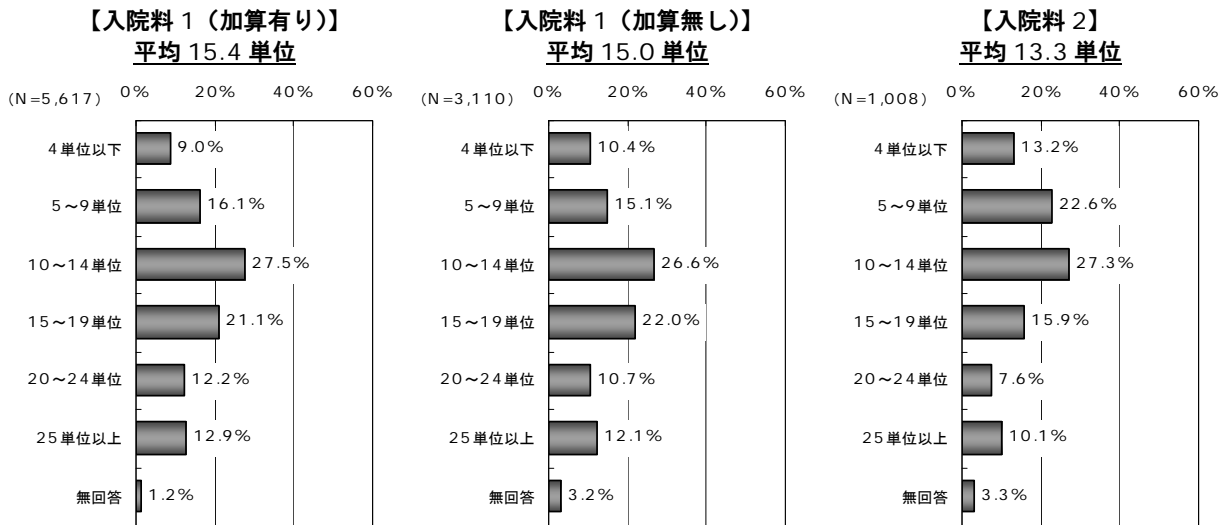


### ③ 作業療法

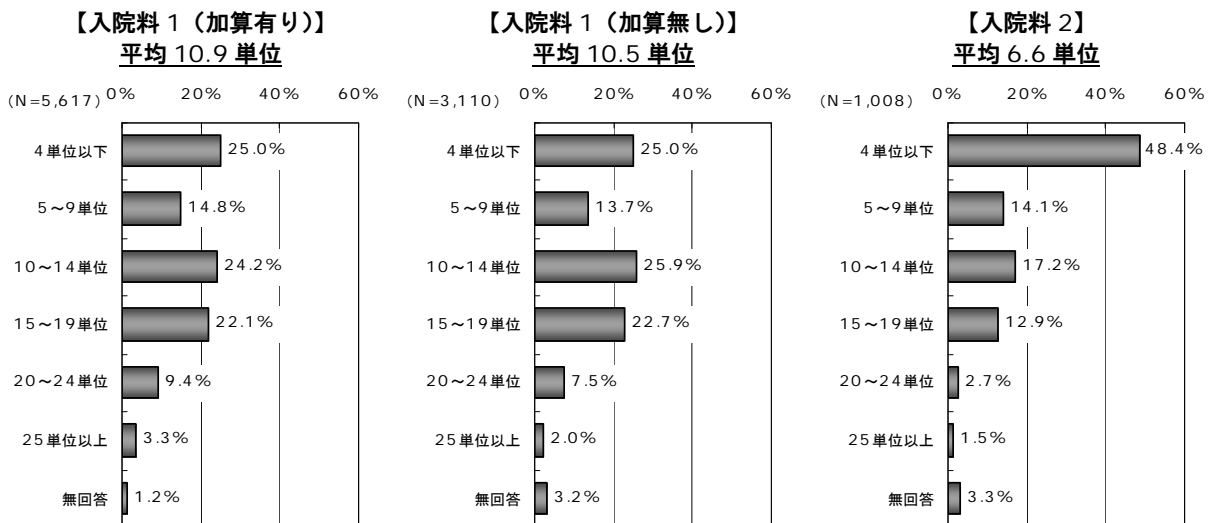
入棟日の翌週 1 週間の作業療法の実施単位数についてみると、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均 15.4 単位、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均 15.0 単位、入院料 2 の患者では平均 13.3 単位であった。

退棟日の前週 1 週間の作業療法の実施単位数は、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均 10.9 単位、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均 10.5 単位、入院料 2 の患者では平均 6.6 単位であった。

図表 4-20 入棟日の翌週 1 週間の作業療法の実施単位数



図表 4-21 退棟日の前週 1 週間の作業療法の実施単位数

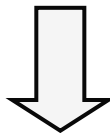
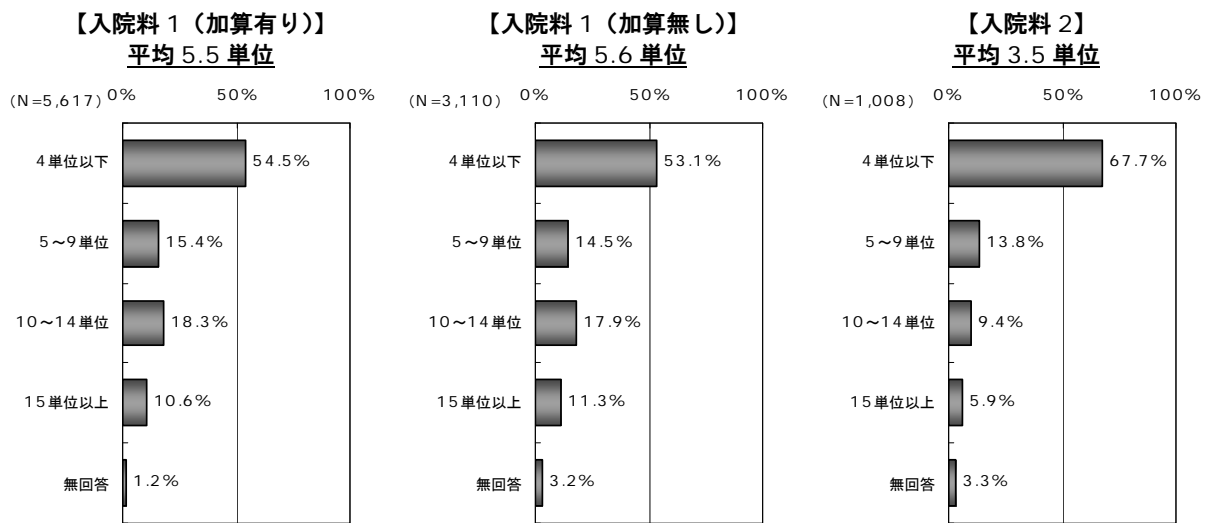


#### ④ 言語療法

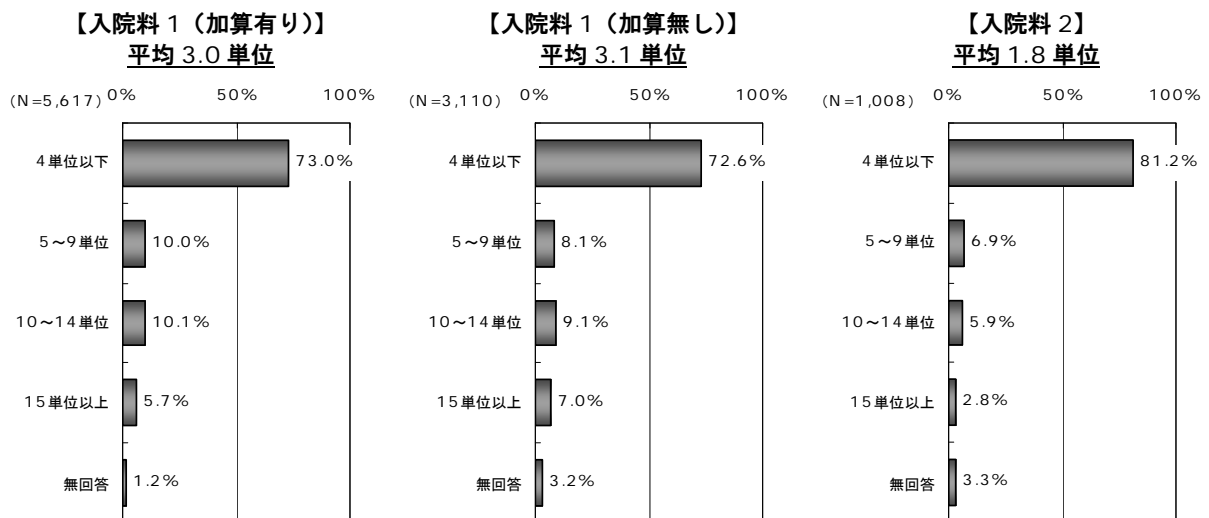
入棟日の翌週 1 週間の言語療法の実施単位数についてみると、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均 5.5 単位、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均 5.6 単位、入院料 2 の患者では平均 3.5 単位であった。

退棟日の前週 1 週間の作業療法の実施単位数は、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均 3.0 単位、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均 3.1 単位、入院料 2 の患者では平均 1.8 単位であった。

図表 4-22 入棟日の翌週 1 週間の言語療法の実施単位数



図表 4-23 退棟日の前週 1 週間の言語療法の実施単位数



## ⑤ 原因疾患別にみたリハビリテーションの実施状況

原因疾患別に、入棟日の翌週 1 週間の理学療法の実施単位数についてみると、「脳血管疾患」の患者では平均 14.2 単位、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の患者では平均 14.7 単位、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の患者では平均 12.5 単位であった。

同様に作業療法の実施単位数をみると、「脳血管疾患」の患者では平均 12.9 単位、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の患者では平均 19.7 単位、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の患者では平均 9.5 単位であった。

さらに言語療法の実施単位数をみると、「脳血管疾患」の患者では平均 6.1 単位、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の患者では平均 5.6 単位、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の患者では平均 2.4 単位であった。

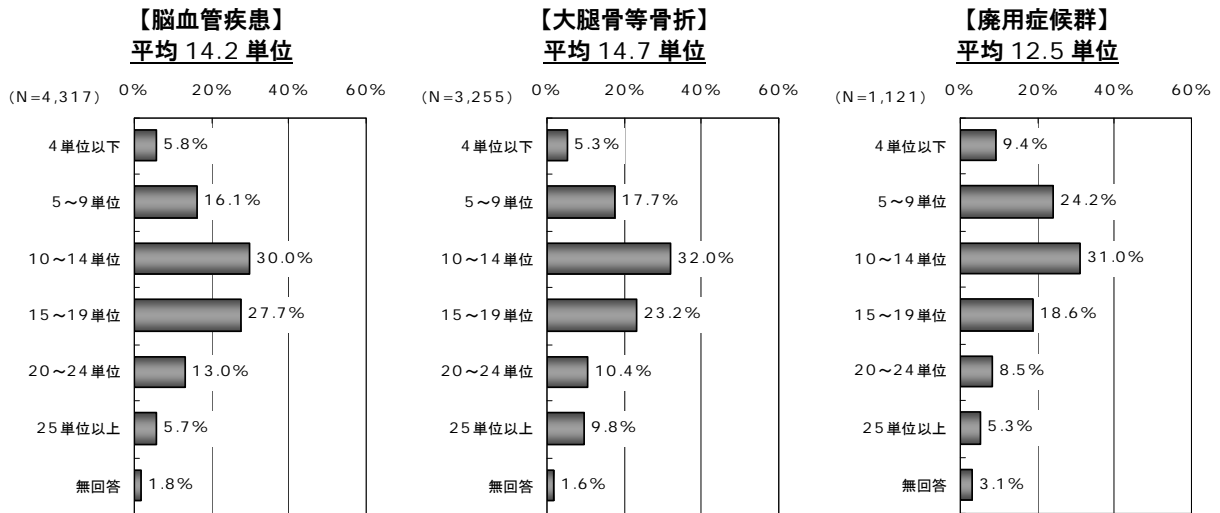
次に、退棟日の前週 1 週間の理学療法の実施単位数についてみると、「脳血管疾患」の患者では平均 14.7 単位、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の患者では平均 15.6 単位、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の患者では平均 13.3 単位であった。

同様に作業療法の実施単位数をみると、「脳血管疾患」の患者では平均 13.5 単位、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の患者では平均 7.0 単位、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の患者では平均 8.6 単位であった。

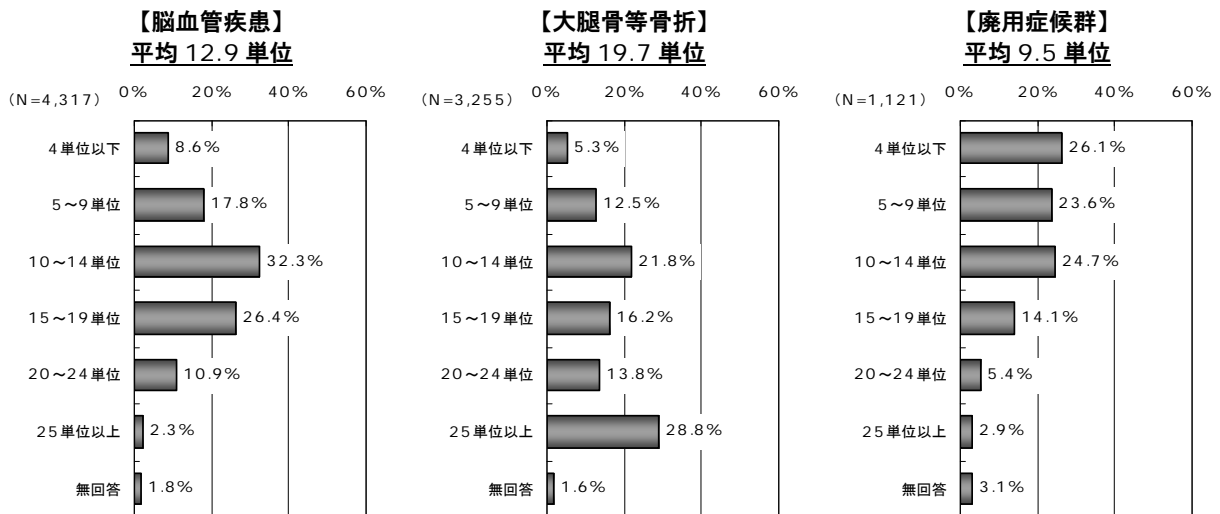
さらに言語療法の実施単位数をみると、「脳血管疾患」の患者では平均 5.7 単位、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の患者では平均 0.1 単位、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の患者では平均 1.8 単位であった。



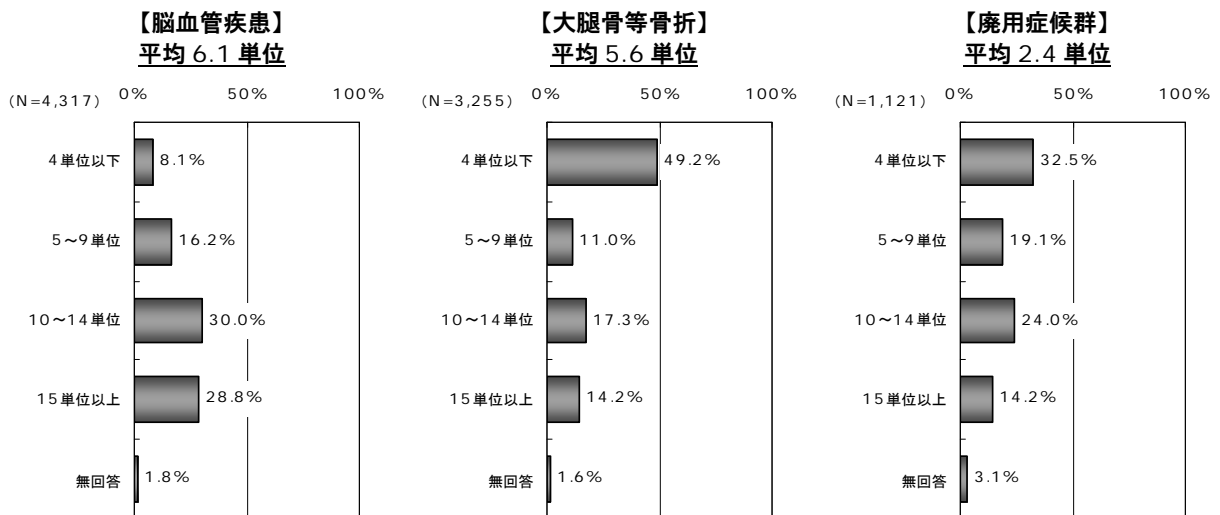
図表 4-24 原因疾患別にみた入棟日の翌週 1 週間の理学療法の実施単位数



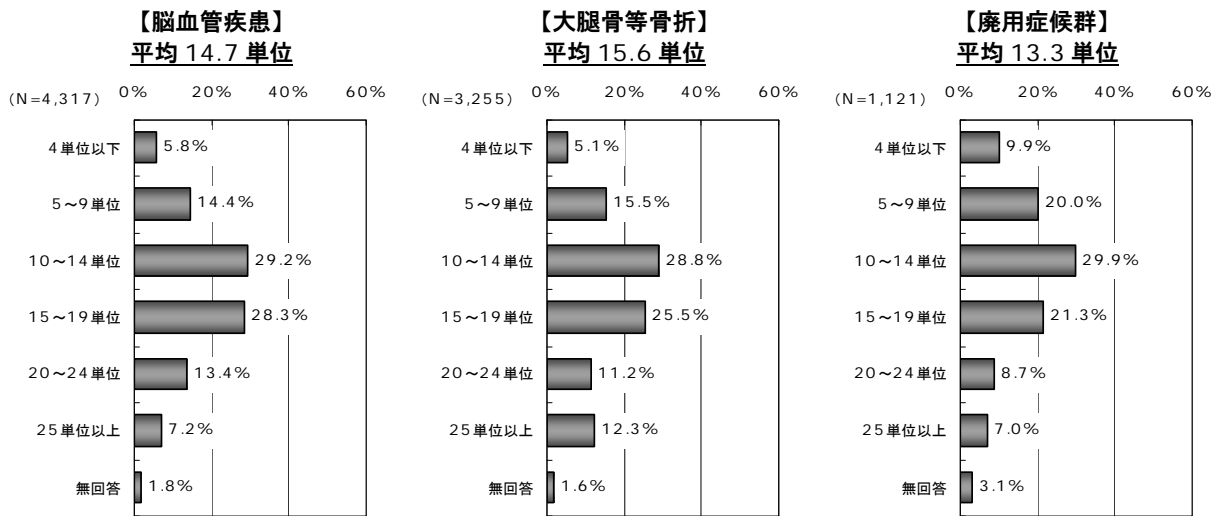
図表 4-25 原因疾患別にみた入棟日の翌週 1 週間の作業療法の実施単位数



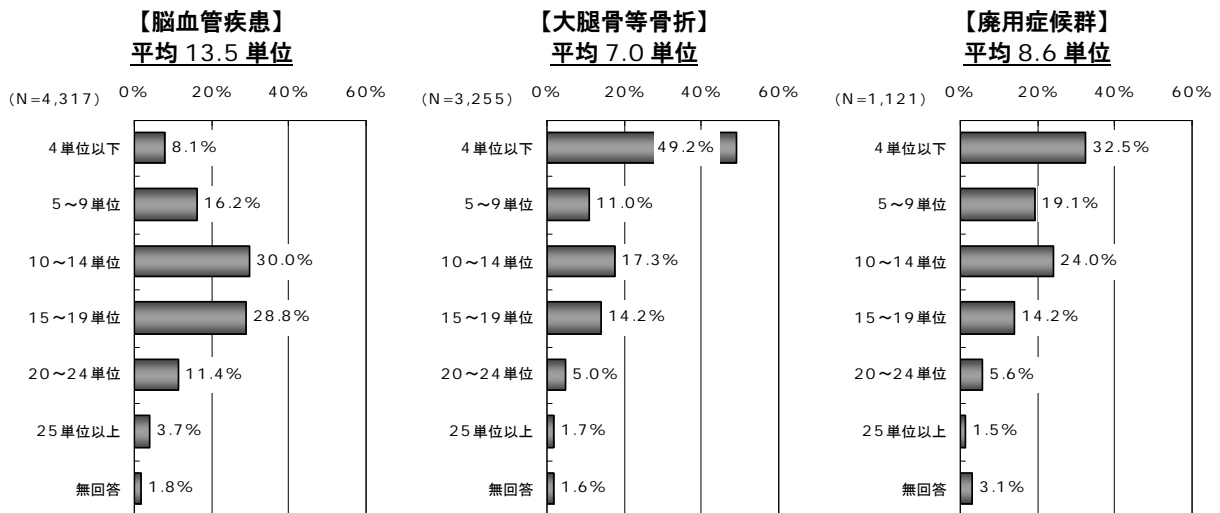
図表 4-26 原因疾患別にみた入棟日の翌週 1 週間の言語療法の実施単位数



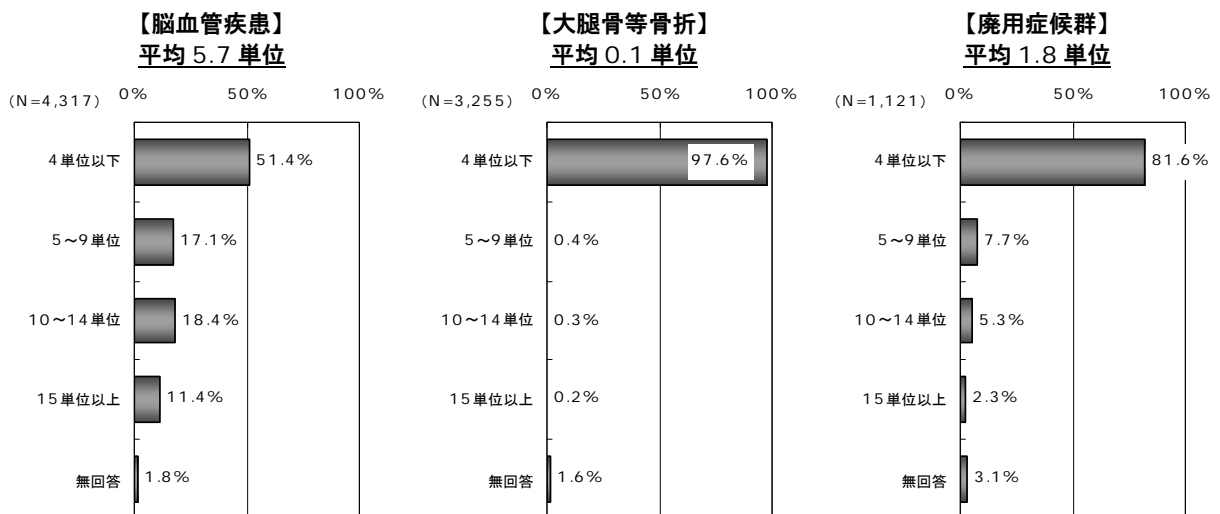
図表 4-27 原因疾患別にみた退棟日の前週 1 週間の理学療法の実施単位数



図表 4-28 原因疾患別にみた退棟日の前週 1 週間の作業療法の実施単位数



図表 4-29 原因疾患別にみた退棟日の前週 1 週間の言語療法の実施単位数



#### (4) 退棟時の状況

##### ① 在棟日数

在棟日数についてみると、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均71.1日、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均72.1日、入院料2の患者では平均59.6日であった。

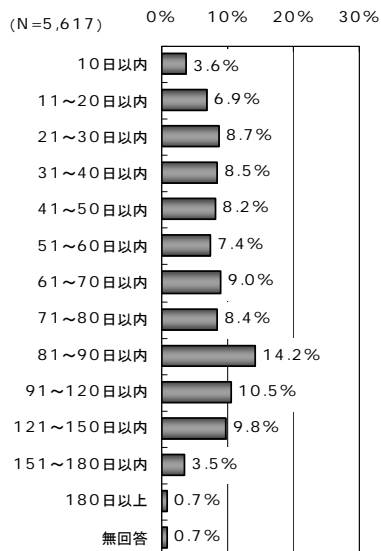
さらに、原因疾患別にみると、「脳血管疾患」における入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均84.9日、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均88.4日、入院料2の患者では平均86.1日であった。

次に「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均56.9日、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均56.5日、入院料2の患者では平均52.9日であった。

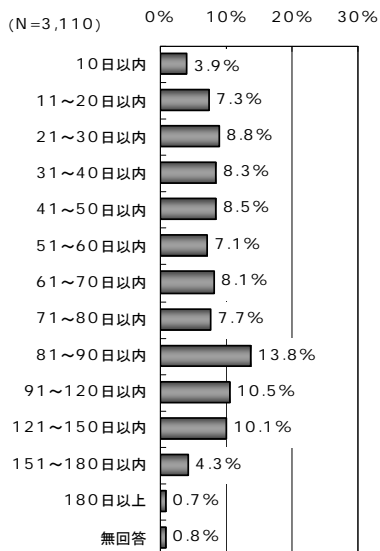
そして「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均57.4日、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均54.7日、入院料2の患者では平均53.9日であった。

図表 4-30 在棟日数

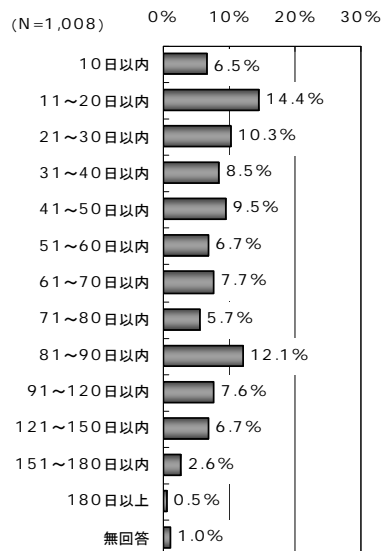
【入院料 1 (加算有り)】  
平均 71.1 日



【入院料 1 (加算無し)】  
平均 72.1 日



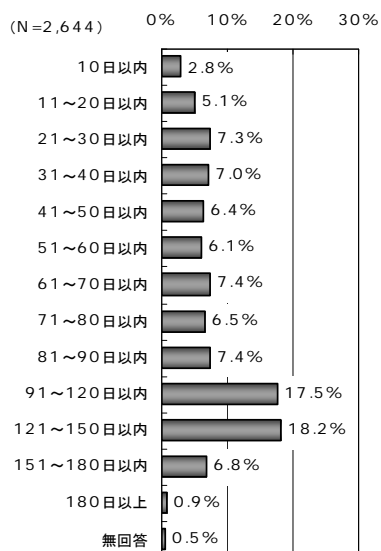
【入院料 2】  
平均 59.6 日



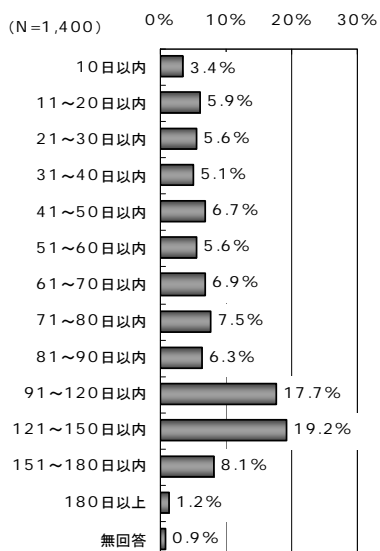
図表 4-31 原因疾患別にみた在棟日数

【脳血管疾患】

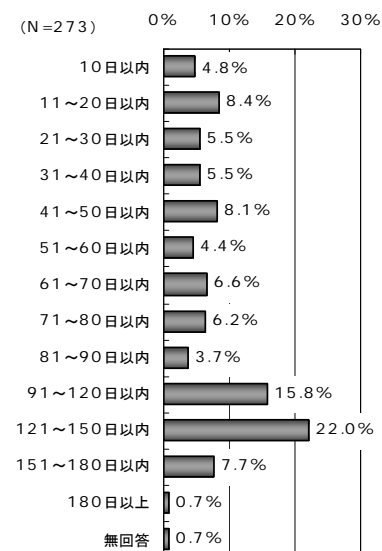
【入院料 1 (加算有り)】  
平均 84.9 日



【入院料 1 (加算無し)】  
平均 88.4 日

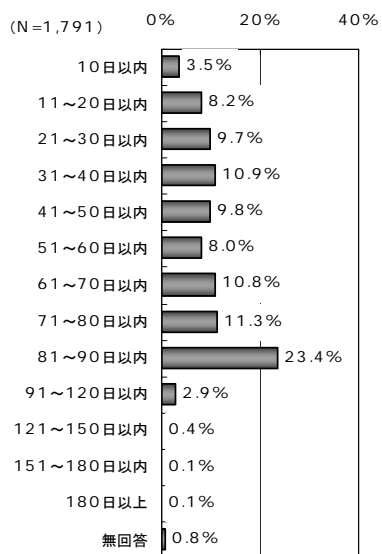


【入院料 2】  
平均 86.1 日

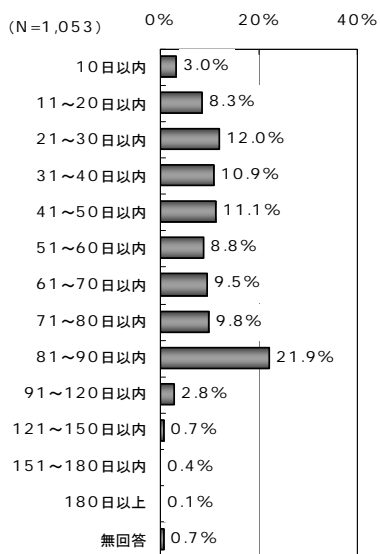


**[大腿骨等の骨折、多発骨折]**

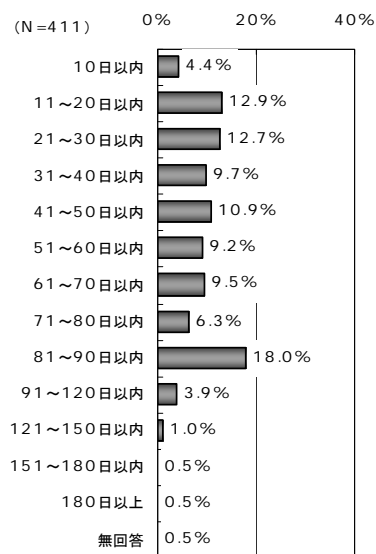
**【入院料 1 (加算有り)】**  
**平均 56.9 日**



**【入院料 1 (加算無し)】**  
**平均 56.5 日**

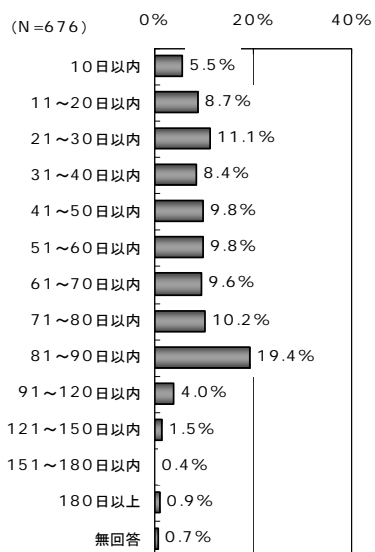


**【入院料 2】**  
**平均 52.9 日**

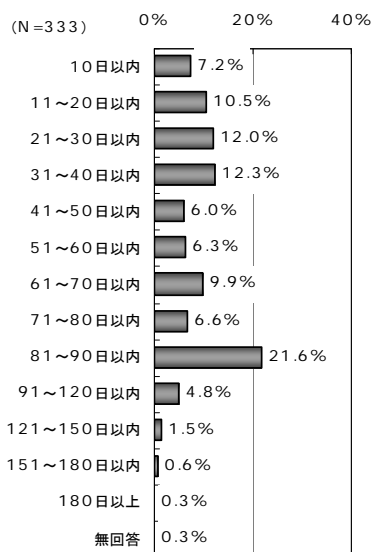


**[廃用症候群]**

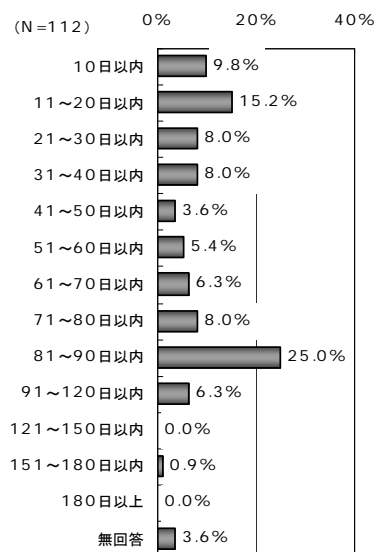
**【入院料 1 (加算有り)】**  
**平均 57.4 日**



**【入院料 1 (加算無し)】**  
**平均 54.7 日**



**【入院料 2】**  
**平均 53.9 日**



## ② 日常生活機能評価の改善状況

退棟時の日常生活機能評価の改善状況についてみると、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は入棟時に比べて平均2.7点改善しており、1点以上改善した患者は73.0%、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は60.8%であった。入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は入棟時に比べて平均2.6点改善しており、1点以上改善した患者は73.4%、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は59.3%であった。入院料2の患者は入棟時に比べて平均1.9点改善しており、1点以上改善した患者は62.8%、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は52.5%であった。

さらに、原因疾患別にみると、「脳血管疾患」における入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は入棟時に比べて平均2.9点改善しており、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は58.1%であった。入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は入棟時に比べて平均2.8点改善しており、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は58.0%であった。入院料2の患者は入棟時に比べて平均2.5点改善しており、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は55.2%であった。

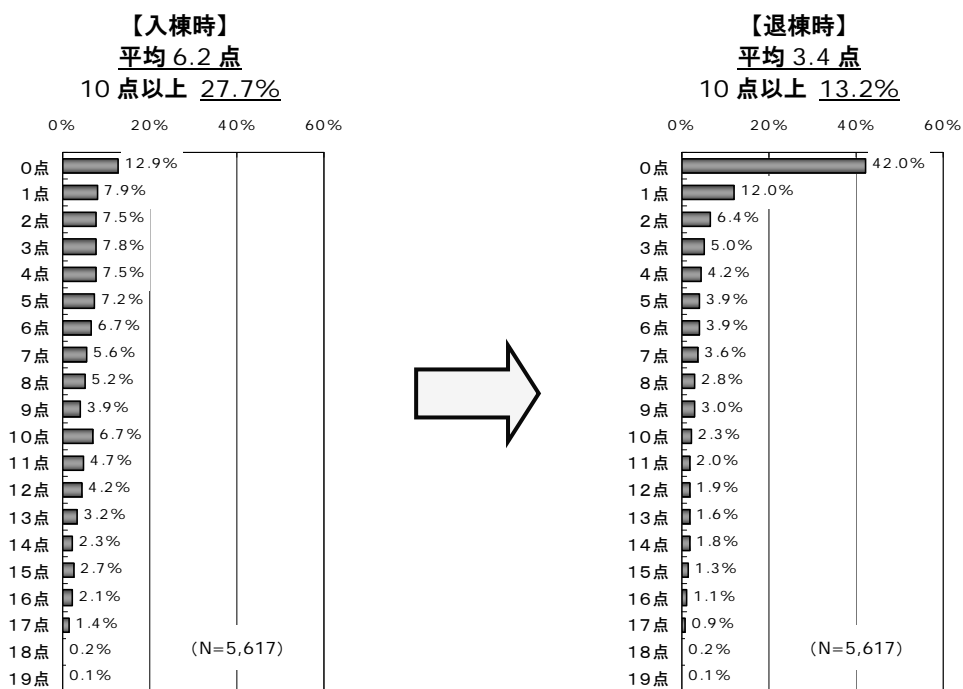
次に「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」における入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は入棟時に比べて平均2.8点改善しており、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は72.3%であった。入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は入棟時に比べて平均2.7点改善しており、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は69.3%であった。入院料2の患者は入棟時に比べて平均2.1点改善しており、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は66.7%であった。

そして「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」における入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は入棟時に比べて平均2.1点改善しており、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は52.9%であった。入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は入棟時に比べて平均2.2点改善しており、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は49.5%であった。入院料2の患者は入棟時に比べて平均1.0点改善しており、入棟時に10点以上の重症患者だった者のうち3点以上改善した患者は27.3%であった。

図表 4-32 日常生活機能評価の改善状況

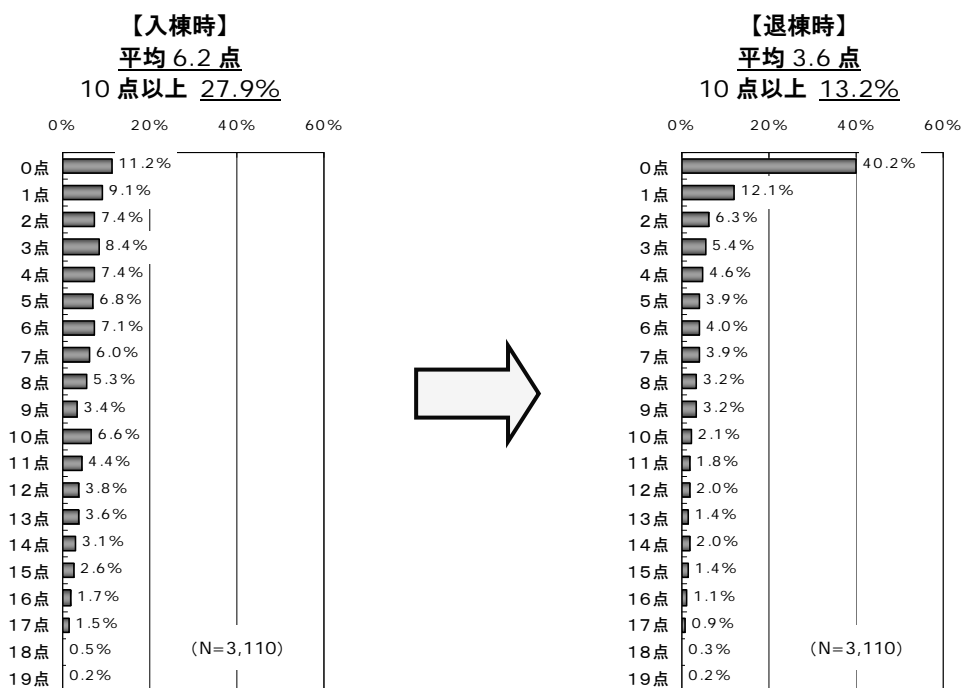
【入院料 1（加算有り）】

- ⇒ 退棟時における日常生活機能評価：入棟時に比べて平均 2.7 点改善  
 入棟時に比べて 1 点以上改善した患者の割合 73.0%  
 入棟時に 10 点以上だった患者のうち、退棟時に 3 点以上改善した患者の割合 60.8%



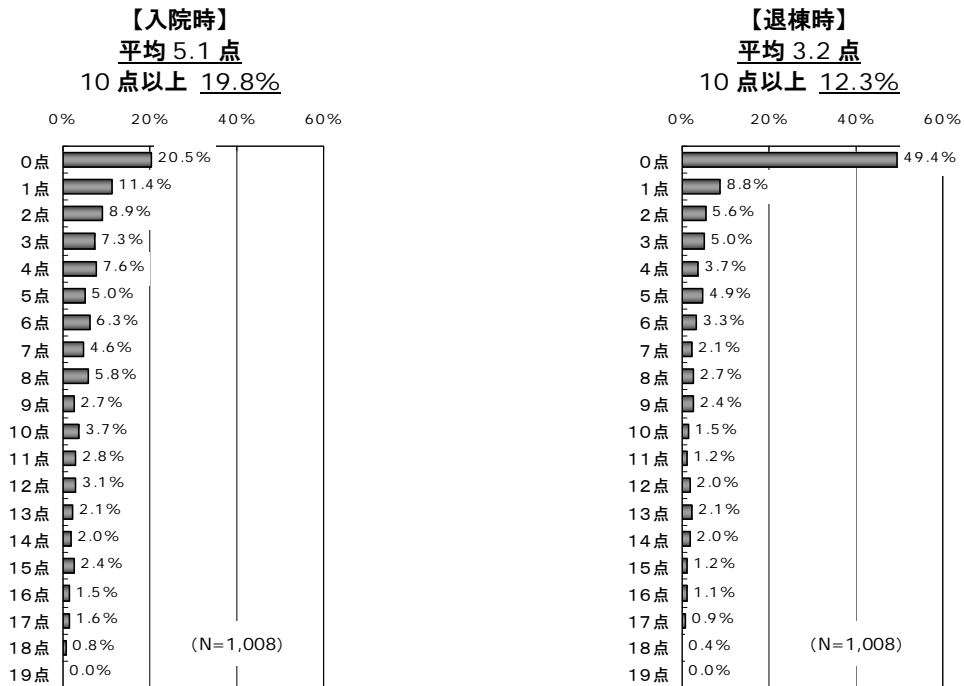
【入院料 1（加算無し）】

- ⇒ 退棟時における日常生活機能評価：入棟時に比べて平均 2.6 点改善  
 入棟時に比べて 1 点以上改善した患者の割合 73.4%  
 入棟時に 10 点以上だった患者のうち、退棟時に 3 点以上改善した患者の割合 59.3%



**【入院料 2】**

⇒ 退棟時における日常生活機能評価：入棟時に比べて平均 1.9 点改善  
 入棟時に比べて 1 点以上改善した患者の割合 62.8%  
 入棟時に 10 点以上だった患者のうち、退棟時に 3 点以上改善した患者の割合 52.5%



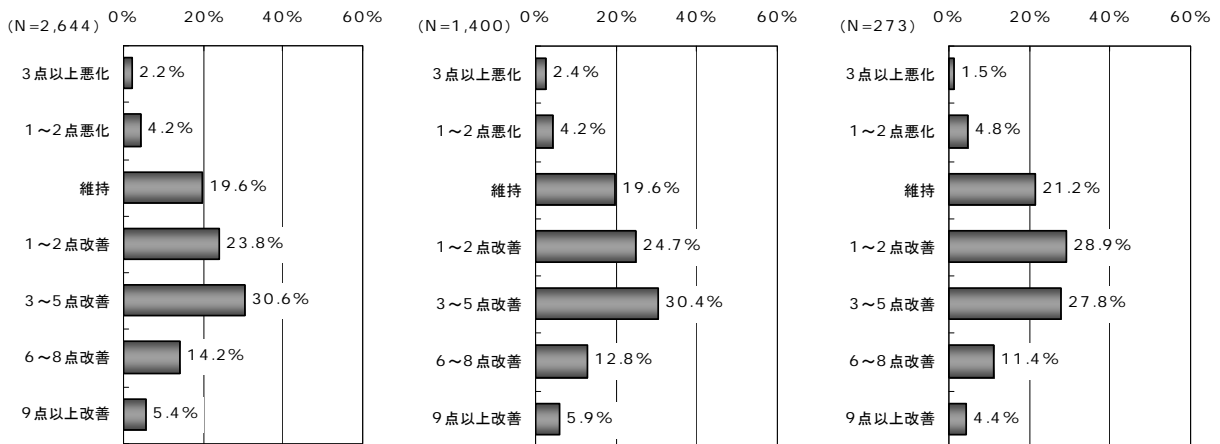
図表 4-33 原因疾患別にみた日常生活機能評価の改善状況

**【脳血管疾患】**

**【入院料 1 (加算有り)】**  
 平均 2.9 点改善  
 入棟時 10 点以上のうち  
 3 点以上改善 58.1%

**【入院料 1 (加算無し)】**  
 平均 2.8 点改善  
 入棟時 10 点以上のうち  
 3 点以上改善 58.0%

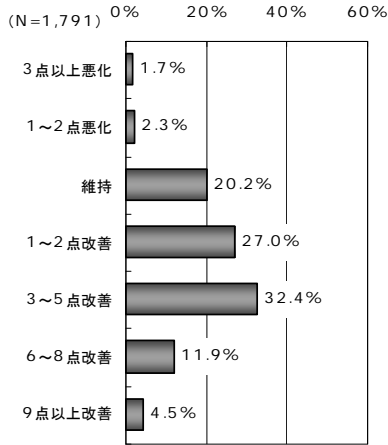
**【入院料 2】**  
 平均 2.5 点改善  
 入棟時 10 点以上のうち  
 3 点以上改善 55.2%



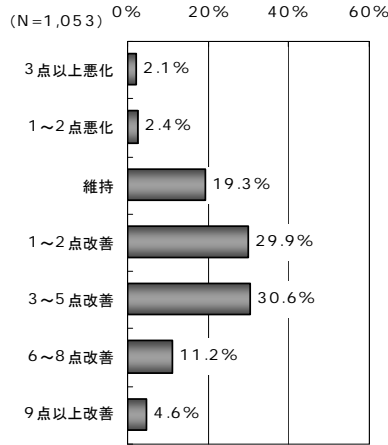


**[大腿骨等の骨折、多発骨折]**

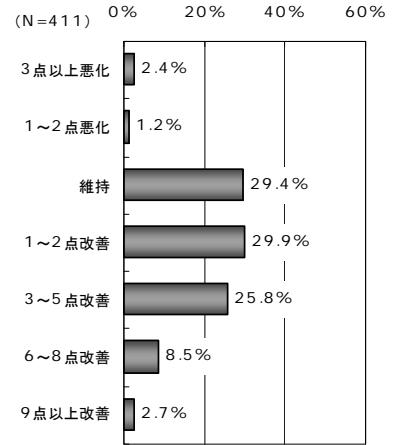
**【入院料 1 (加算有り)】**  
**平均 2.8 点改善**  
 入棟時 10 点以上のうち  
 3 点以上改善 72.3%



**【入院料 1 (加算無し)】**  
**平均 2.7 点改善**  
 入棟時 10 点以上のうち  
 3 点以上改善 69.3%

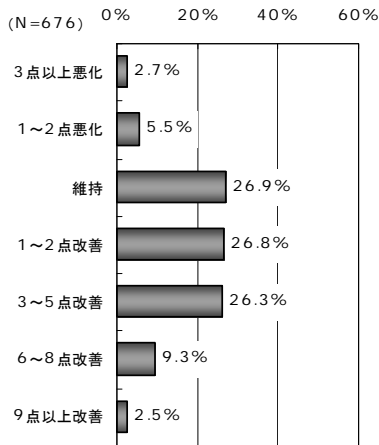


**【入院料 2】**  
**平均 2.1 点改善**  
 入棟時 10 点以上のうち  
 3 点以上改善 66.7%

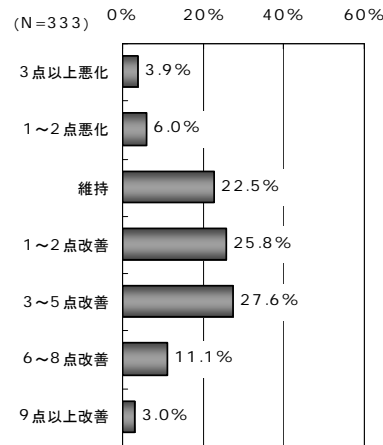


**[廃用症候群]**

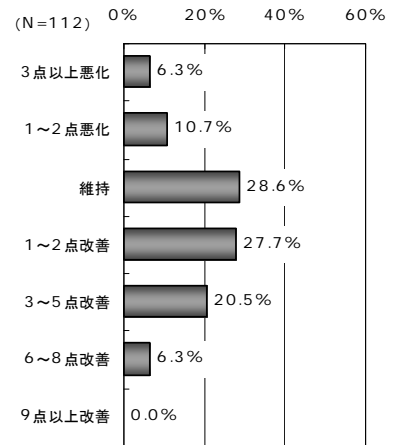
**【入院料 1 (加算有り)】**  
**平均 2.1 点改善**  
 入棟時 10 点以上のうち  
 3 点以上改善 52.9%



**【入院料 1 (加算無し)】**  
**平均 2.2 点改善**  
 入棟時 10 点以上のうち  
 3 点以上改善 49.5%



**【入院料 2】**  
**平均 1.0 点改善**  
 入棟時 10 点以上のうち  
 3 点以上改善 27.3%

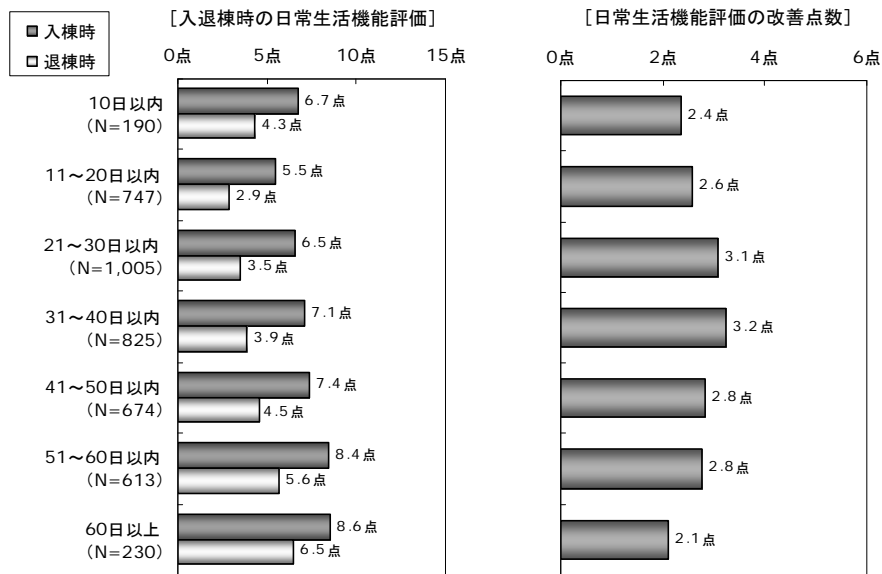


さらに、原因疾患別にみると、発症、受傷から入棟までの日数別にみた日常生活機能評価の改善状況をみると、「脳血管疾患」の患者では「31～40日以内」の患者が平均3.2点の改善をみせていた。また、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の患者では「10日以内」が3.8点の改善であった。

図表 4-34 発症、受傷から入棟までの日数別にみた日常生活機能評価の改善状況

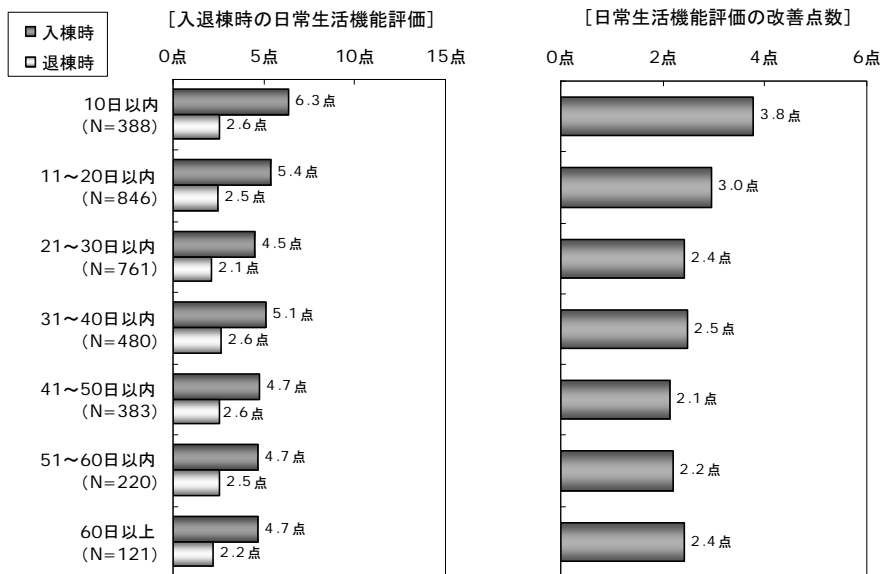
**【脳血管疾患】**

入棟までの日数 平均 36.0 日



**【大腿骨等の骨折、二肢以上の多発骨折】**

入棟までの日数 平均 28.5 日



そして、原因疾患別に、入棟日の翌週 1 週間のリハビリテーションの実施状況（理学療法、作業療法、言語療法の合計単位数）別に日常生活機能評価の改善状況をみると、「脳血管疾患」における入院料 1 の患者は「40～49 単位」で平均 3.4 点の改善、「50～59 単位」で平均 3.3 点の改善などであった。入院料 2 の患者は「60 単位以上」で平均 3.5 点の改善、「40～49 単位」で平均 3.0 点の改善などであった。

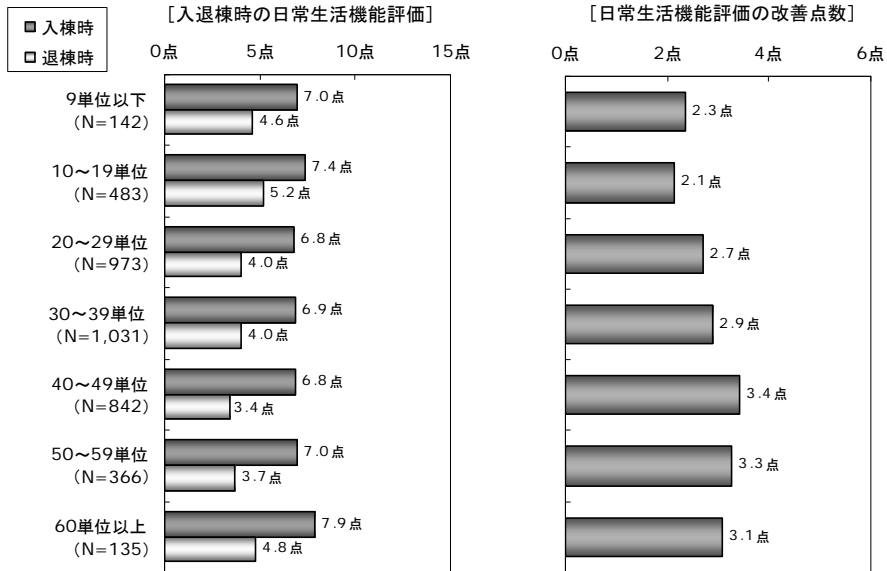
次に「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」における入院料 1 の患者は「10～19 単位」で平均 3.1 点の改善、「9 単位以下」及び「40～49 単位」で平均 3.0 点の改善などであった。入院料 2 の患者は「60 単位以上」で平均 3.1 点の改善、「50～59 単位」で平均 2.9 点の改善などであった。

そして「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」における入院料 1 の患者は「50～59 単位」で平均 2.4 点の改善、「40～49 単位」で平均 2.3 点の改善などであった。入院料 2 の患者は「30～39 単位」で平均 2.2 点の改善などであった。

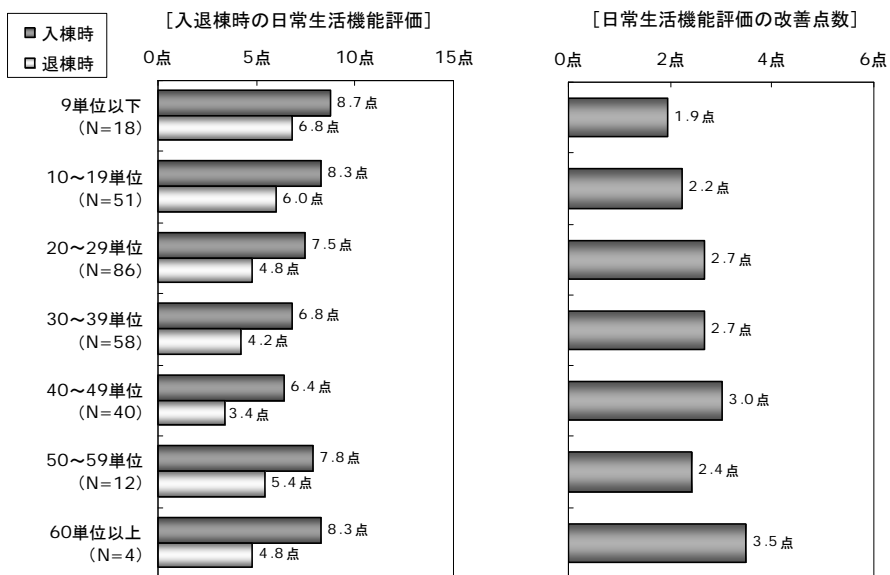
図表 4-35 入棟日の翌週 1 週間のリハビリテーション（理学＋作業＋言語療法）の実施状況別に見た日常生活機能評価の改善状況

【脳血管疾患】

【回復リハビリテーション入院料 1 算定患者】  
理学＋作業＋言語療法の 1 人当たり実施単位数  
平均 33.5 単位

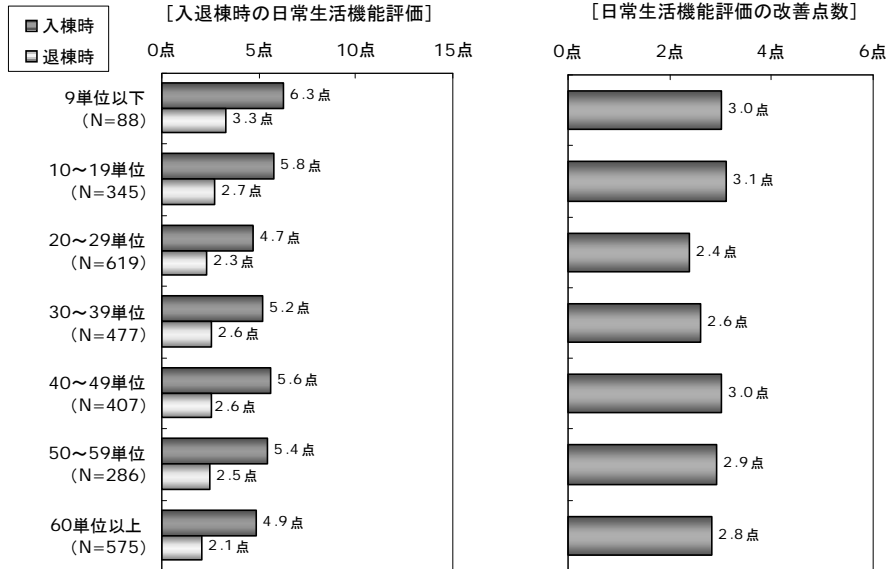


【回復リハビリテーション入院料 2 算定患者】  
理学＋作業＋言語療法の 1 人当たり実施単位数  
平均 28.6 単位

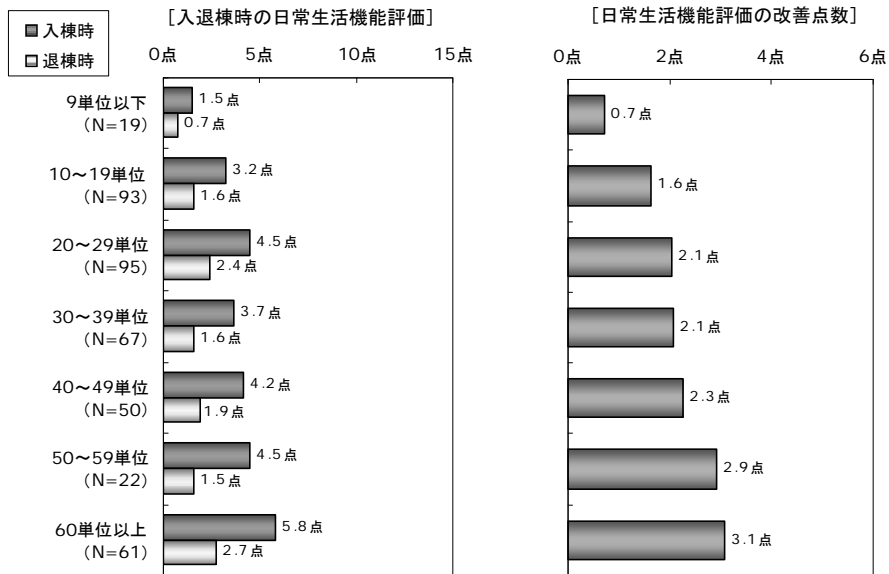


**[大腿骨等の骨折、二肢以上の多発骨折]**

**[回復リハビリテーション入院料1 算定患者]  
理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数  
平均 40.8 単位**

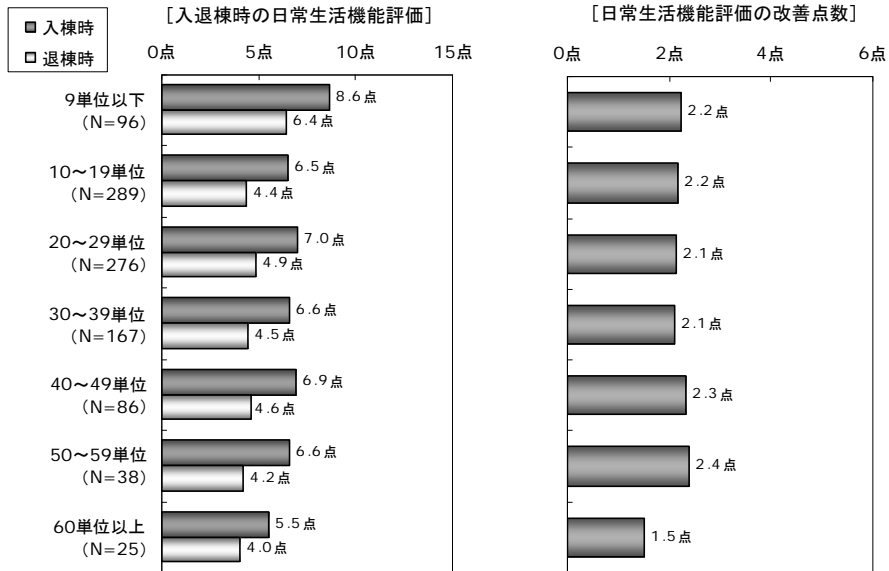


**[回復リハビリテーション入院料2 算定患者]  
理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数  
平均 34.1 単位**

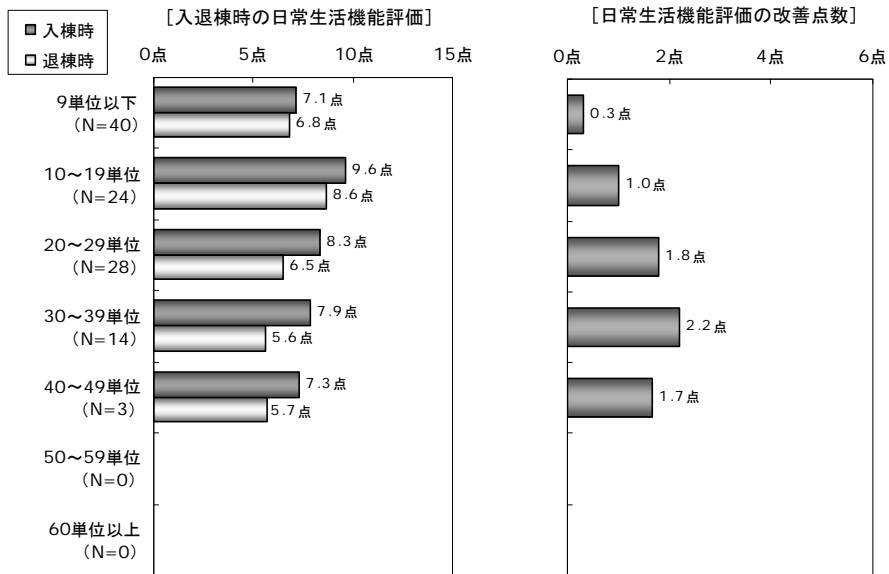


**[廃用症候群]**

**[回復リハビリテーション入院料1 算定患者]**  
**理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数**  
**平均 25.2 単位**



**[回復リハビリテーション入院料2 算定患者]**  
**理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数**  
**平均 16.9 単位**



### ③ バーセル指数の改善状況

退棟時のバーセル指数の改善状況についてみると、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は入棟時に比べて平均 19.4 点改善しており、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は入棟時に比べて平均 18.8 点改善しており、入院料2の患者は入棟時に比べて平均 16.8 点改善していた。

さらに、原因疾患別に、入棟日の翌週1週間のリハビリテーションの実施状況（理学療法、作業療法、言語療法の合計単位数）別にバーセル指数の改善状況をみると、「脳血管疾患」における入院料1の患者は「50～59 単位」で平均 24.8 点の改善、「40～49 単位」で平均 22.0 点の改善などであった。入院料2の患者は「50～59 単位」で平均 24.0 点の改善、「40～49 単位」で平均 22.7 点の改善などであった。

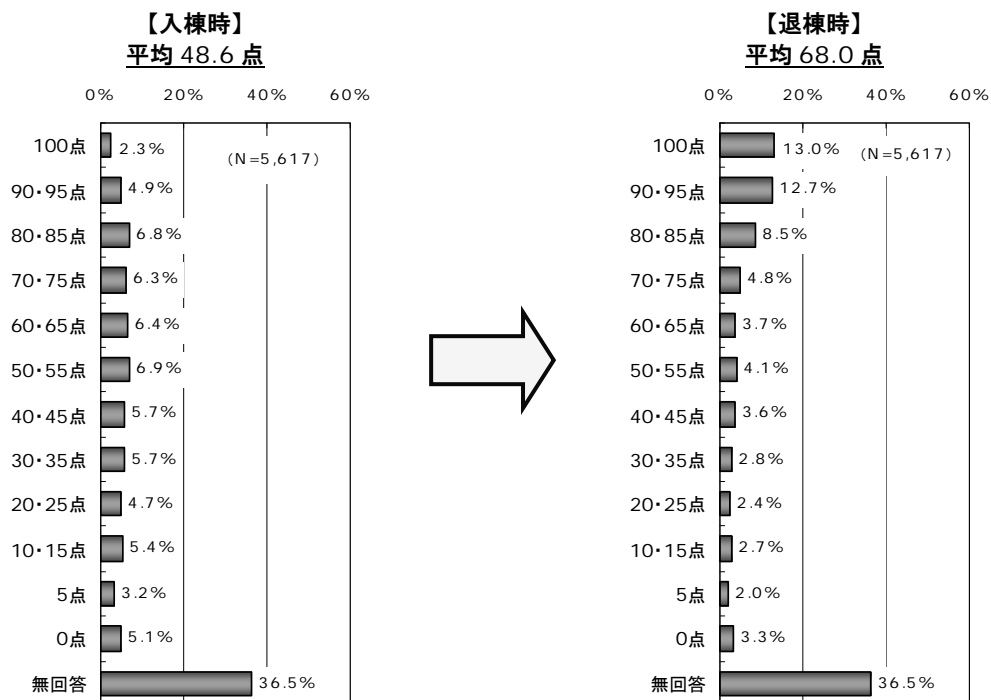
次に「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」における入院料1の患者は「40～49 単位」で平均 23.3 点の改善、「10～19 単位」で平均 21.3 点の改善などであった。入院料2の患者は「50～59 単位」で平均 24.2 点の改善、「40～49 単位」で平均 22.8 点の改善などであった。

そして「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」における入院料1の患者は「40～49 単位」で平均 17.5 点の改善、「50～59 単位」で平均 16.8 点の改善などであった。入院料2の患者は「30～39 単位」で平均 27.3 点の改善などであった。

図表 4-36 パーセル指数の改善状況

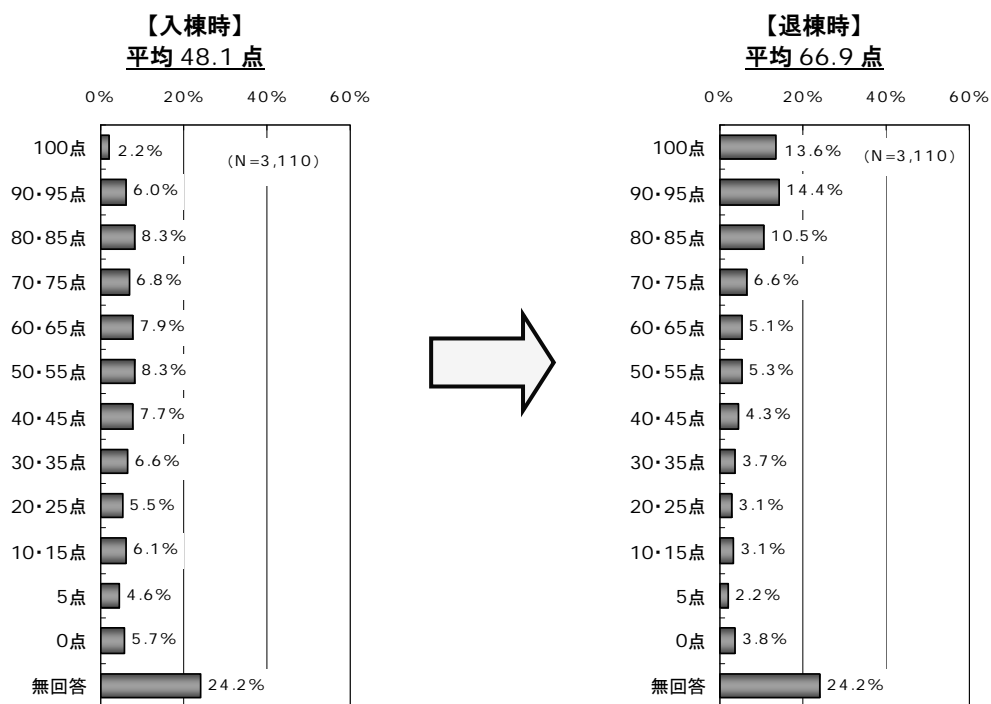
【入院料 1（加算有り）】

退棟時におけるパーセル指数：入棟時に比べて平均 19.4 点改善



【入院料 1（加算無し）】

退棟時におけるパーセル指数：入棟時に比べて平均 18.8 点改善





【入院料 2】

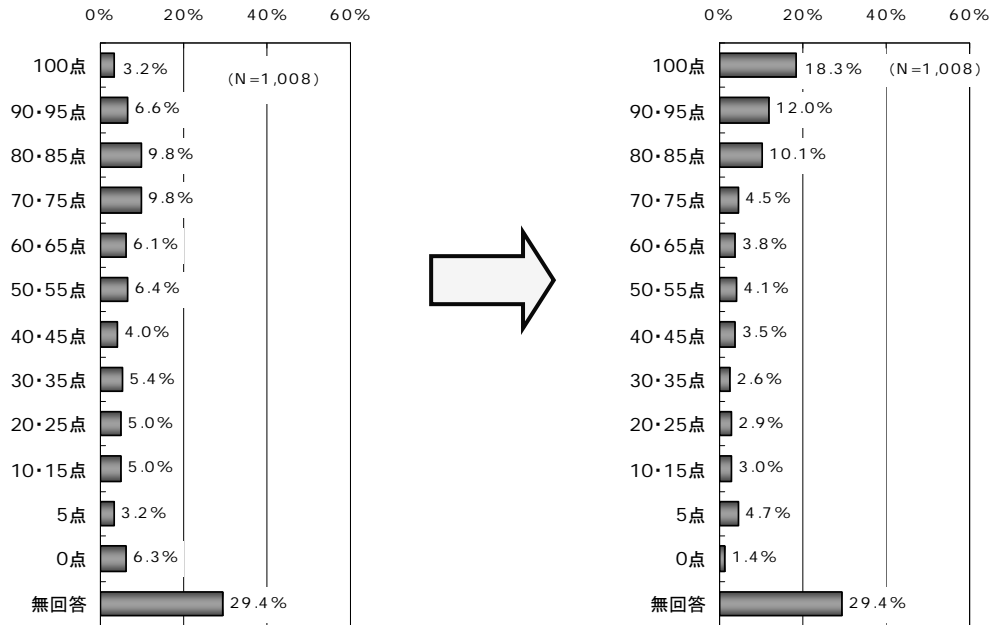
退棟時におけるバーセル指数：入棟時に比べて平均 16.8 点改善

【入棟時】

平均 52.5 点

【退棟時】

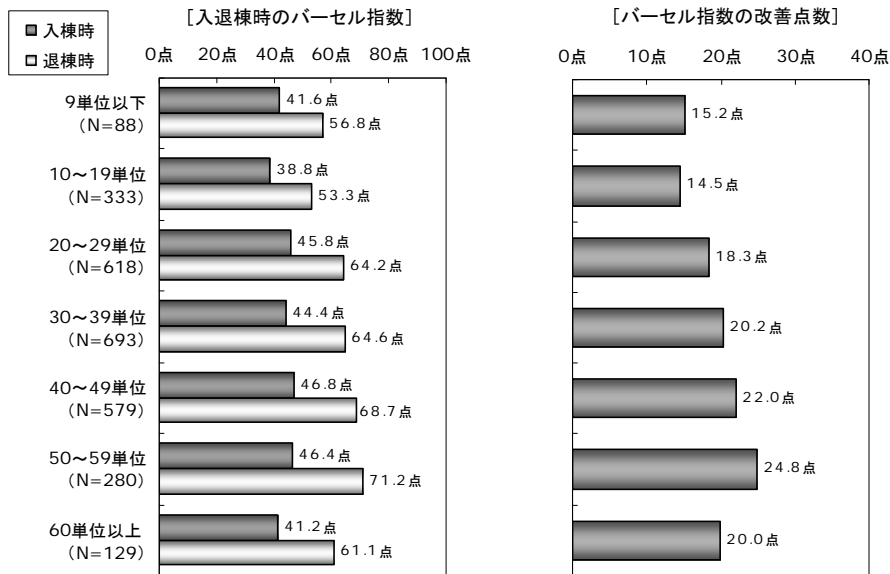
平均 69.3 点



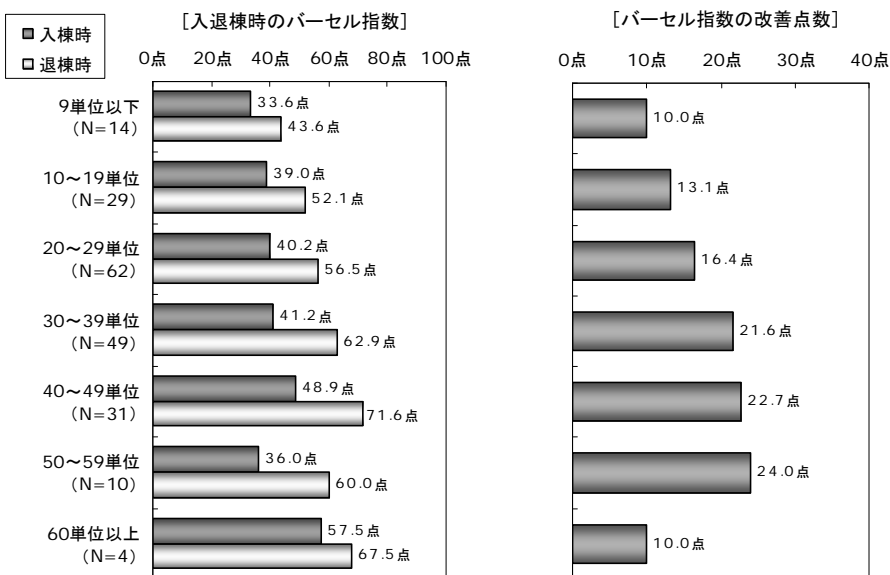
図表 4-37 入棟日の翌週 1 週間のリハビリテーション（理学＋作業＋言語療法）の実施状況別にみたバーセル指数の改善状況

【脳血管疾患】

【回復リハビリテーション入院料 1 算定患者】  
理学＋作業＋言語療法の 1 人当たり実施単位数  
平均 34.4 単位

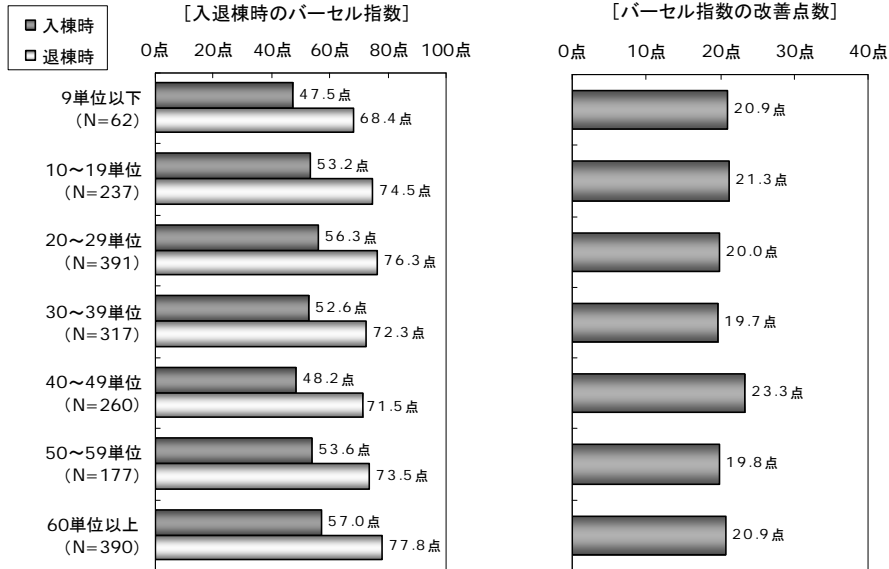


【回復リハビリテーション入院料 2 算定患者】  
理学＋作業＋言語療法の 1 人当たり実施単位数  
平均 29.7 単位

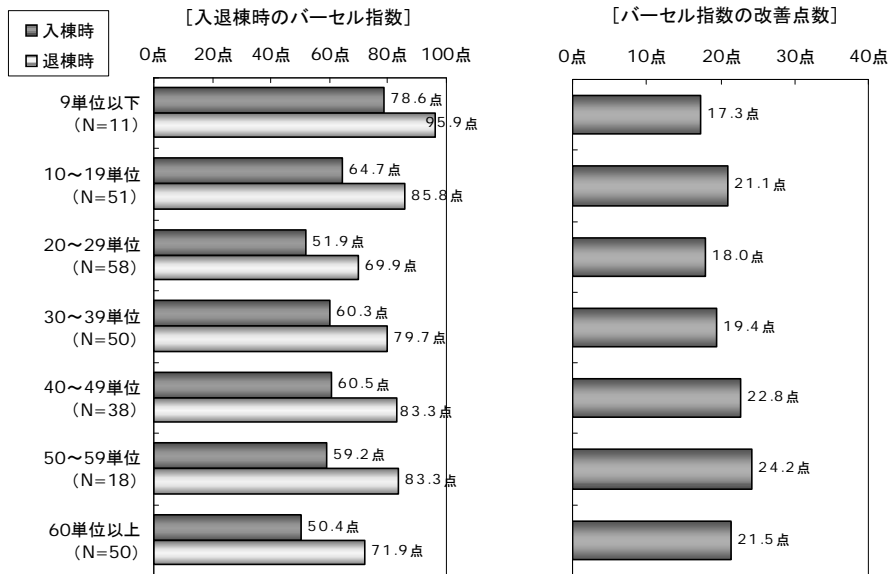


**[大腿骨等の骨折、二肢以上の多発骨折]**

**[回復リハビリテーション入院料1 算定患者]**  
**理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数**  
**平均 41.0 単位**

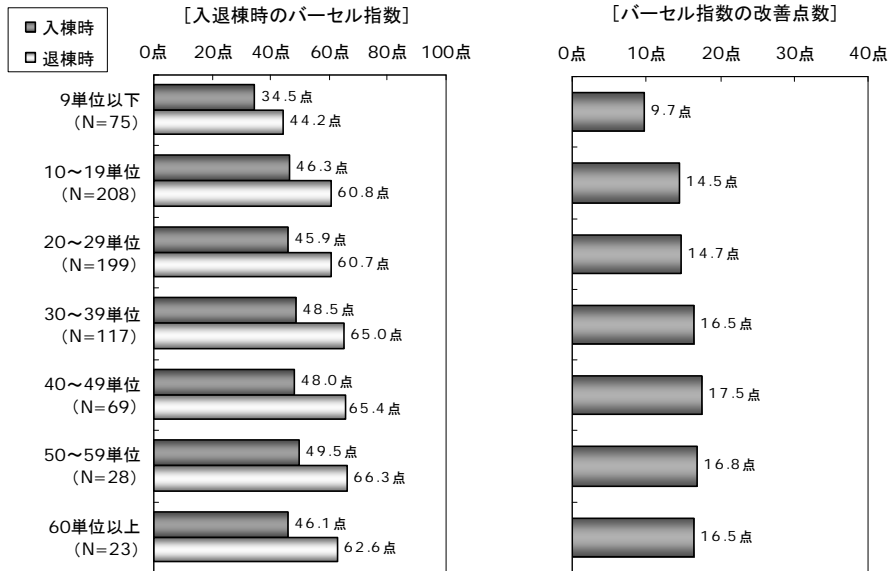


**[回復リハビリテーション入院料2 算定患者]**  
**理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数**  
**平均 37.3 単位**

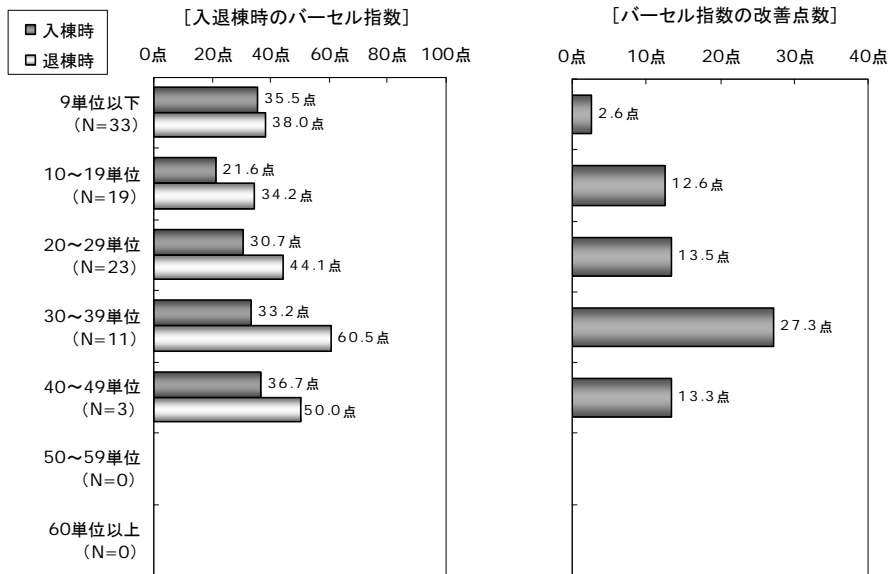


**[廃用症候群]**

**[回復リハビリテーション入院料1 算定患者]**  
**理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数**  
**平均 25.4 単位**



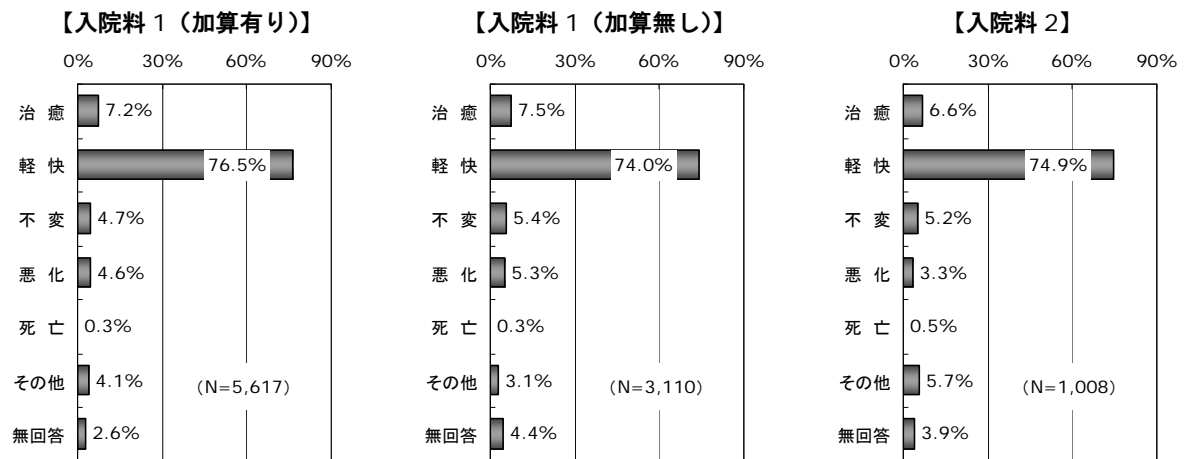
**[回復リハビリテーション入院料2 算定患者]**  
**理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数**  
**平均 17.1 単位**



#### ④ 退棟時の転帰

退棟時の転帰についてみると、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は「軽快」76.5%、「治癒」7.2%などであった。入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は「軽快」74.0%、「治癒」7.5%などであった。入院料2の患者は「軽快」74.9%、「治癒」6.6%などであった。

図表 4-38 退棟時の転帰



## ⑤ 退棟後の居場所

退棟患者の退棟後の居場所についてみると、「在宅」の割合は、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者で68.8%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者で68.6%、入院料2の患者で65.6%であった。

さらに、原因疾患別に「在宅」の割合をみると、「脳血管疾患」では、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者で65.4%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者で63.6%、入院料2の患者で57.5%であった。

次に「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」では、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者で75.0%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者で75.2%、入院料2の患者で68.1%であった。

そして「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」では、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者で59.8%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者で62.8%、入院料2の患者で38.4%であった。

図表 4-39 退棟後の居場所

		入院料1 [加算有り] (N=5,617)	入院料1 [加算無し] (N=3,110)	入院料2 (N=1,008)
① 在宅		68.8%	68.6%	65.6%
自 院	② 急性期病床	0.7%	1.3%	1.0%
	③ 他の回復期リハビリテーション病棟	0.2%	0.0%	0.2%
	④ ②・③以外の一般病床	2.7%	2.8%	2.5%
	⑤ ②・③以外の療養病床	1.4%	1.4%	5.8%
	⑥ ②～⑤を除くその他の病床	0.2%	0.2%	0.4%
	他 院	⑦ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	0.6%	0.4%
⑧ ⑥を除く一般病床 [病院]		5.8%	5.6%	4.3%
⑨ ⑥を除く療養病床 [病院]		3.1%	2.8%	2.7%
⑩ ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]		0.6%	0.4%	1.4%
⑪ 有床診療所		0.2%	0.1%	0.2%
そ の 他	⑫ 介護老人保健施設（老人保健施設）	7.9%	8.3%	6.5%
	⑬ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	2.2%	1.8%	2.5%
	⑭ グループホーム	0.9%	0.9%	1.0%
	⑮ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス）	2.4%	2.3%	2.4%
	⑯ 高齢者専用賃貸住宅	0.5%	0.6%	1.1%
	⑰ 障害者支援施設	0.2%	0.4%	0.1%
	⑱ 死亡	0.3%	0.3%	0.5%
	⑲ その他	0.4%	0.5%	0.7%
	無回答	0.8%	1.4%	1.1%
合 計		100.0%	100.0%	100.0%

図表 4-40 原因疾患別にみた退棟後の居場所

[脳血管疾患]

		入院料 1 [加算有り] (N=2,644)	入院料 1 [加算無し] (N=1,400)	入院料 2 (N=273)
	① 在宅	65.4%	63.6%	57.5%
自 院	② 急性期病床	0.9%	1.5%	1.1%
	③ 他の回復期リハビリテーション病棟	0.3%	0.1%	0.7%
	④ ②・③以外の一般病床	2.9%	2.8%	2.6%
	⑤ ②・③以外の療養病床	1.7%	1.4%	8.8%
	⑥ ②～⑤を除くその他の病床	0.2%	0.1%	0.4%
	他 院	⑦ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	1.0%	0.6%
⑧ ⑥を除く一般病床 [病院]		7.3%	6.4%	5.5%
⑨ ⑥を除く療養病床 [病院]		3.7%	4.2%	5.9%
⑩ ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]		0.7%	0.3%	2.2%
⑪ 有床診療所		0.2%	0.2%	0.4%
そ の 他		⑫ 介護老人保健施設 (老人保健施設)	9.7%	11.3%
	⑬ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	1.4%	1.0%	2.6%
	⑭ グループホーム	0.5%	0.9%	1.1%
	⑮ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス)	1.8%	2.2%	0.7%
	⑯ 高齢者専用賃貸住宅	0.7%	0.6%	1.1%
	⑰ 障害者支援施設	0.3%	0.6%	0.4%
	⑱ 死亡	0.3%	0.1%	1.1%
	⑲ その他	0.5%	0.5%	0.7%
	無回答	0.7%	1.6%	0.7%
合 計		100.0%	100.0%	100.0%

[大腿骨等の骨折、二肢以上の多発骨折]

		入院料 1 [加算有り] (N=1,791)	入院料 1 [加算無し] (N=1,053)	入院料 2 (N=411)
	① 在宅	75.0%	75.2%	68.1%
自 院	② 急性期病床	0.4%	0.4%	1.2%
	③ 他の回復期リハビリテーション病棟	0.0%	0.0%	0.0%
	④ ②・③以外の一般病床	1.8%	2.8%	2.4%
	⑤ ②・③以外の療養病床	0.9%	1.0%	3.4%
	⑥ ②～⑤を除くその他の病床	0.2%	0.3%	0.0%
	他 院	⑦ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	0.3%	0.2%
⑧ ⑥を除く一般病床 [病院]		3.2%	3.6%	3.4%
⑨ ⑥を除く療養病床 [病院]		2.1%	1.5%	1.5%
⑩ ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]		0.4%	0.6%	1.2%
⑪ 有床診療所		0.2%	0.1%	0.2%
そ の 他		⑫ 介護老人保健施設 (老人保健施設)	6.1%	5.2%
	⑬ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	2.7%	2.3%	1.0%
	⑭ グループホーム	1.5%	1.1%	1.5%
	⑮ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス)	3.0%	2.7%	2.9%
	⑯ 高齢者専用賃貸住宅	0.4%	0.8%	1.9%
	⑰ 障害者支援施設	0.1%	0.2%	0.0%
	⑱ 死亡	0.0%	0.1%	0.0%
	⑲ その他	0.4%	0.7%	1.0%
	無回答	1.2%	1.3%	1.2%
合 計		100.0%	100.0%	100.0%

[廃用症候群]

		入院料 1 [加算有り] (N=676)	入院料 1 [加算無し] (N=333)	入院料 2 (N=112)
	① 在宅	59.8%	62.8%	38.4%
自 院	② 急性期病床	0.9%	3.0%	0.9%
	③ 他の回復期リハビリテーション病棟	0.1%	0.0%	0.0%
	④ ②・③以外の一般病床	5.3%	3.0%	1.8%
	⑤ ②・③以外の療養病床	1.9%	3.6%	17.0%
	⑥ ②～⑤を除くその他の病床	0.1%	0.0%	2.7%
他 院	⑦ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	0.0%	0.3%	0.0%
	⑧ ⑥を除く一般病床 [病院]	7.4%	6.6%	7.1%
	⑨ ⑥を除く療養病床 [病院]	3.1%	2.1%	2.7%
	⑩ ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]	0.4%	0.6%	0.9%
	⑪ 有床診療所	0.1%	0.0%	0.0%
そ の 他	⑫ 介護老人保健施設（老人保健施設）	8.3%	7.2%	7.1%
	⑬ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	4.6%	3.9%	9.8%
	⑭ グループホーム	1.3%	0.9%	0.9%
	⑮ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス）	3.8%	2.7%	6.3%
	⑯ 高齢者専用賃貸住宅	0.4%	0.6%	0.0%
	⑰ 障害者支援施設	0.0%	0.6%	0.0%
	⑱ 死亡	1.2%	1.2%	1.8%
	⑲ その他	0.6%	0.0%	0.0%
無回答		0.4%	0.9%	2.7%
合 計		100.0%	100.0%	100.0%



## ⑥ 退棟決定の状況

退棟患者の退棟決定の状況についてみると、「特に問題なく、予定通りに退棟できた」の割合は、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者で58.4%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者で55.7%、入院料2の患者で59.7%であった。

さらに、居宅での介護者の状況別に「特に問題なく、予定通りに退棟できた」の割合をみると、介護者が「全日いる」が60.4%、「日中いない」が57.9%、「全日いない」が56.8%であった。また、「在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退棟が延びていた」については、介護者が「全日いる」が5.4%、「日中いない」が8.1%、「全日いない」が4.9%であった。

図表 4-41 退棟決定の状況

	入院料1 【加算有り】 (N=5,617)	入院料1 【加算無し】 (N=3,110)	入院料2 (N=1,008)
予定よりも早く退棟できた	13.7%	16.6%	14.5%
特に問題なく、予定通りに退棟できた	58.4%	55.7%	59.7%
病状悪化等の理由により、退棟が延びていた	3.9%	3.8%	2.5%
入所・入院する施設の都合で、退棟が延びていた	4.6%	4.6%	5.6%
在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退棟が延びていた	6.0%	5.5%	3.9%
在宅に戻る予定だったが、介護保険サービスの利用開始待ちのため、退棟が延びていた	1.3%	1.2%	0.7%
その他	8.8%	9.9%	11.5%
無回答	3.3%	2.7%	1.7%
合 計	100.0%	100.0%	100.0%

図表 4-42 居宅での介護者の状況別にみた退棟決定の状況

[全年齢]

	居宅での介護者の状況		
	全日いる (N=4,112)	日中いない (N=1,783)	全日いない (N=2,290)
予定よりも早く退棟できた	15.3%	12.8%	14.5%
特に問題なく、予定通りに退棟できた	60.4%	57.9%	56.8%
病状悪化等の理由により、退棟が延びていた	3.7%	4.2%	3.4%
入所・入院する施設の都合で、退棟が延びていた	3.2%	4.4%	7.0%
在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退棟が延びていた	5.4%	8.1%	4.9%
在宅に戻る予定だったが、介護保険サービスの利用開始待ちのため、退棟が延びていた	0.9%	0.8%	1.8%
その他	9.0%	9.6%	9.6%
無回答	2.1%	2.2%	2.0%
合 計	100.0%	100.0%	100.0%

[65 歳以上]

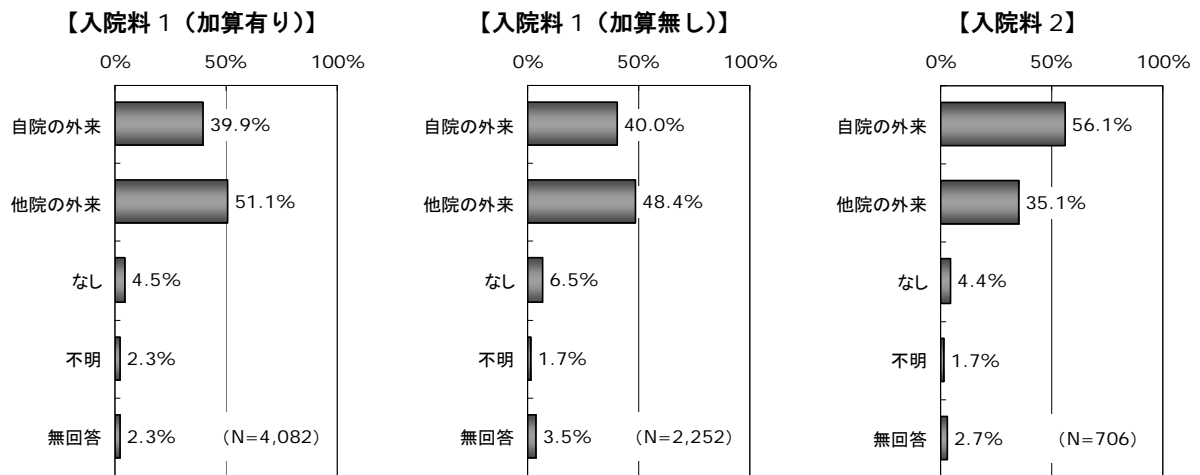
	居宅での介護者の状況		
	全日いる (N=3,284)	日中いない (N=1,370)	全日いない (N=1,796)
予定よりも早く退棟できた	15.0%	12.1%	13.6%
特に問題なく、予定通りに退棟できた	59.7%	57.3%	56.5%
病状悪化等の理由により、退棟が延びていた	4.1%	4.1%	3.7%
入所・入院する施設の都合で、退棟が延びていた	3.3%	5.2%	7.7%
在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退棟が延びていた	5.2%	8.3%	5.0%
在宅に戻る予定だったが、介護保険サービスの利用開始待ちのため、退棟が延びていた	1.0%	1.0%	1.9%
その他	9.6%	9.6%	9.6%
無回答	2.1%	2.3%	1.9%
合 計	100.0%	100.0%	100.0%

**(5) 退棟後の状況（在宅等へ復帰した場合）**

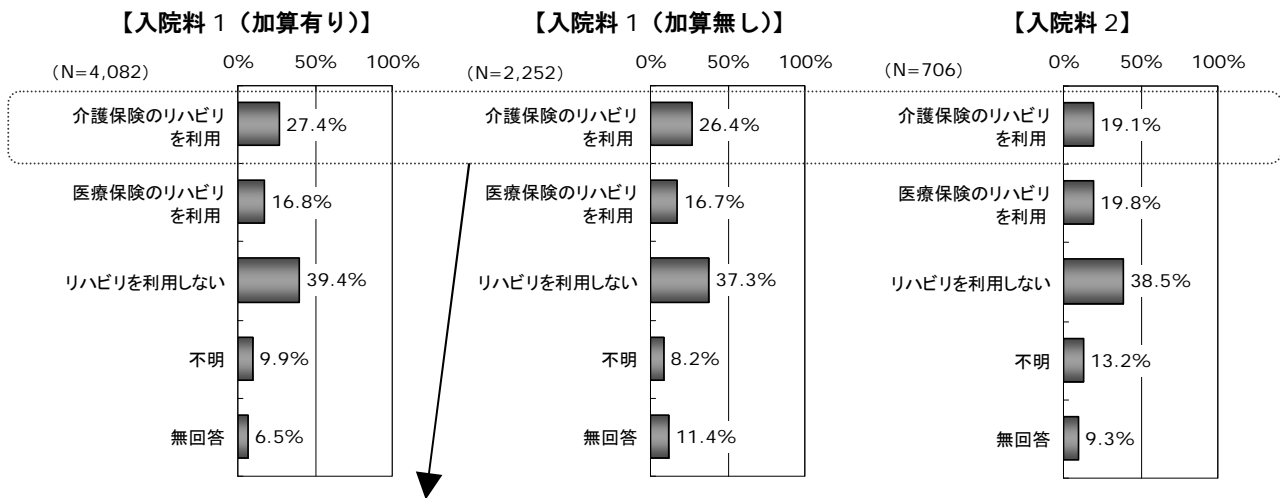
在宅等への退棟患者について、退棟後の通院先をみると、「自院の外来」の割合は、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者で39.9%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者で40.0%、入院料2の患者で56.1%であった。

また、退棟後に介護保険のリハビリテーションを利用する患者の割合は、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者で27.4%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者で26.4%、入院料2の患者で19.1%であった。さらに、その介護保険のリハビリテーションの内容についてみると、「通所介護」の割合は、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者で70.3%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者で72.9%、入院料2の患者で73.3%であった。

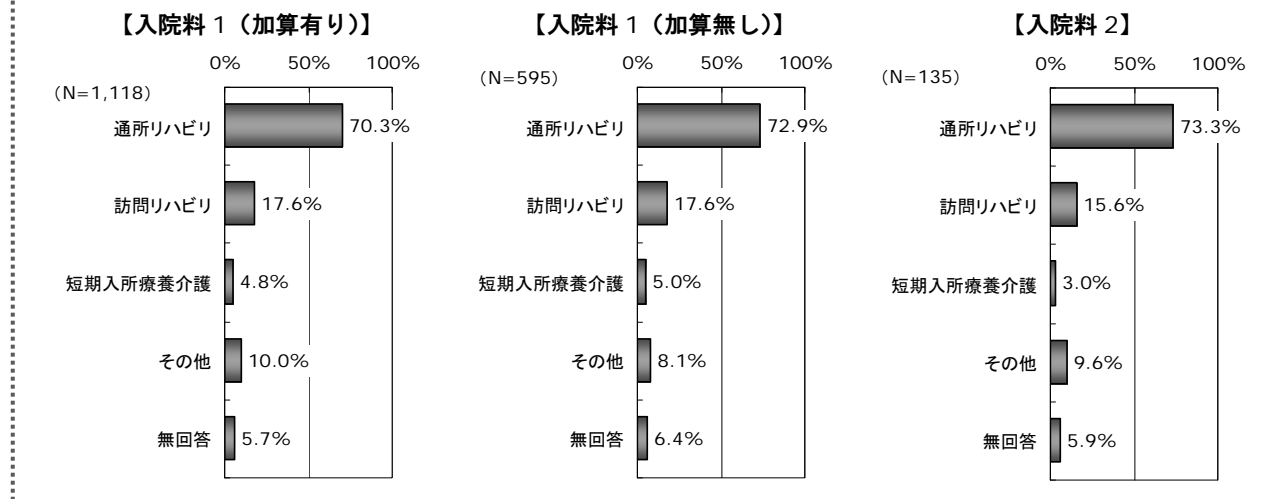
**図表 4-43 通院先**



図表 4-44 退棟後のリハビリテーションに係る方針



図表 4-45 利用する介護保険のリハビリテーションの内容



## 5. まとめ

本調査より明らかになった点は以下の通りである。

### (1) 施設調査

- ・回答施設のリハビリテーション料に係る施設基準の届出状況をみると、「脳血管疾患等リハビリテーション料」のⅠ～Ⅲの合計が98.8%、「運動器リハビリテーション料」のⅠとⅡの合計が98.4%、「呼吸器リハビリテーション料」のⅠとⅡの合計が64.7%であった【図表 2-4】。
- ・平成 21 年 4 月から 6 月までの 3 カ月間に算定した入院基本料及び特定入院料の状況をみると、「回復期リハビリテーション病棟入院料 1」が 85.2%、「回復期リハビリテーション病棟入院料 2」が 16.8%、「重症患者回復病棟加算」が 51.3%であった【図表 2-5】。
- ・回復期リハビリテーション病棟の許可病床数は、平均 60.5 床であった【図表 2-7】。
- ・平日のリハビリテーションに係る職種の出勤状況をみると、94.0%の施設が「出勤している」と回答しており（残り 6.0%は無回答である）、1 施設当たり 38.9 人であった【図表 2-14、図表 2-15】。
- ・土曜日のリハビリテーションに係る職種の出勤状況をみると、92.2%の施設が「出勤している」と回答しており、1 施設当たり 28.3 人であり、平日の出勤者数に対する割合は 72.7%であった【図表 2-16、図表 2-17】。
- ・日曜日のリハビリテーションに係る職種の出勤状況をみると、73.3%の施設が「出勤している」と回答しており、1 施設当たり 14.9 人であり、平日の出勤者数に対する割合は 36.6%であった【図表 2-18、図表 2-19】。
- ・病棟、または専ら担当する部署における退院支援の実施状況をみると、93.6%の施設が退院支援を「実施している」と回答していた【図表 2-20】。
- ・さらに、「実施している」と回答した施設の 82.5%が、退院支援を専ら担当する部署を設置していた【図表 2-21】。
- ・退院支援の内容としては、「退院後の居場所に関する調整」94.8%が最も多く、次いで「利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援」94.1%、「介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整」93.0%などとなっていた【図表 2-24】。

### (2) 病棟調査

- ・病棟調査の回答病棟において算定している特定入院料についてみると、「回復期リハビリテーション病棟入院料 1（以下「入院料 1」という）」88.0%、「回復期リハビリテーション病棟入院料 2（以下「入院料 2」という）」12.0%であった【図表 3-1】。
- ・なお、重症患者回復病棟加算は入院料 1 の算定病棟の 63.4%が算定していた。
- ・また、入院料 2 を算定している病棟のうち、平成 20 年 4 月以降に基準を取得した病棟（以下「実績期間」という）は 79.5%、平成 20 年 3 月以前に基準を取得した病棟

(以下「継続算定」という)は20.5%であった。

- ・ 1病棟当たりの病床数は平均45.4床であった【図表3-2】。
- ・ 病棟の平均在院日数は平均74.8日であり、病床利用率は平均89.5%であった【図表3-5、図表3-6】。
- ・ 病棟の職員配置についてみると、1病棟当たり医師数(実人数)は2.3人(専従0.4人、専任1.8人)であった【図表3-7】。
- ・ なお、病棟専従の医師を有する病棟は全病棟の32.4%であった。
- ・ その他の職種についても、1病棟当たり職員数(常勤換算人数)をみると、看護師12.8人、准看護師4.4人、看護補助者9.2人、理学療法士7.4人、作業療法士5.5人、言語聴覚士2.0人などとなっていた【図表3-8】。
- ・ 入棟患者の受け入れ基準についてみると、「重篤な合併症を併発していない」62.6%が最も多く、次いで「中心静脈栄養をしていない」46.0%、「重度の認知症の状態にないこと」30.1%などとなっていた【図表3-12】。
- ・ 平成21年4月から6月までの3カ月間の新入棟患者の入棟時の日常生活機能評価の点数についてみると、10点以上の重症患者の割合は全体では28.8%であった。入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算有り)では29.3%、入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算無し)では29.2%、入院料2算定病棟(実績期間)では27.2%、入院料2算定病棟(継続算定)では16.5%であった【図表3-14】。
- ・ 新入棟患者の入棟時の主たる原因疾患についてみると、全体としては「脳血管疾患」46.0%が最も多く、次いで「大腿骨、骨盤等の骨折、二肢以上の多発骨折」33.4%、「外科手術等の治療時の安静による廃用症候群」11.0%などとなっていた。入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算有り)、入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算無し)、入院料2算定病棟(実績期間)では「脳血管疾患」の割合が最も高かったが、入院料2算定病棟(継続算定)では「大腿骨、骨盤等の骨折、二肢以上の多発骨折」が50.1%となっていた【図表3-15】。
- ・ 新入棟患者の入棟前の居場所についてみると、全体としては「他院の一般病床(回復期リハビリテーション病棟を除く)」47.4%が最も多く、次いで「自院の一般病床(回復期リハビリテーション病棟を除く)」46.4%などとなっていた【図表3-16】。
- ・ 平成21年4月から6月までの3カ月間の退棟患者について、退棟時の日常生活機能評価の点数をみると、入棟時に10点以上の重症患者であった者のうち退棟時に3点以上改善していた者の割合は全体で58.1%であった。入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算有り)では59.5%、入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算無し)では59.1%、入院料2算定病棟(実績期間)では45.4%、入院料2算定病棟(継続算定)では37.8%であった【図表3-17】。
- ・ 退棟患者の退棟後の居場所をみると、全体では「在宅」が68.6%であった。また、「在宅」の割合は、入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算有り)では68.6%、入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算無し)では69.5%、入院料2算定病棟(実績期間)

- では 65.9%、入院料 2 算定病棟（継続算定）では 67.1%であった【図表 3-18】。
- 平成 21 年 1 月から 6 月までの 6 カ月間における病棟の在宅復帰率についてみると、全体では平均 75.5%であった。さらに、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）では 75.7%、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）では 76.0%、入院料 2 算定病棟（実績期間）では 73.3%、入院料 2 算定病棟（継続算定）では 70.4%であった【図表 3-20】。
- 平成 21 年 1 月から 6 月までの 6 カ月間における病棟の重症患者回復率についてみると、全体では平均 54.8%であった。さらに、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）では 56.2%、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）では 54.7%、入院料 2 算定病棟（実績期間）では 47.9%、入院料 2 算定病棟（継続算定）では 45.5%であった【図表 3-21】。
- 平成 21 年 6 月 1 日に患者 1 人に対して実施したリハビリテーションの提供量をみると、理学療法、作業療法、言語療法の合計では平均 5.5 単位（理学療法 2.7 単位、作業療法 2.0 単位、言語療法 0.8 単位）であった。さらに、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算有り）では平均 5.6 単位、入院料 1 算定病棟（重症患者回復病棟加算無し）では平均 5.7 単位、入院料 2 算定病棟（実績期間）では平均 4.5 単位、入院料 2 算定病棟（継続算定）では平均 4.5 単位であった【図表 3-22】。
- リハビリテーション総合実施計画の作成を目的とした多職種による合同カンファレンスの実施状況についてみると、合同カンファレンスを「実施している」との回答は 97.5%であった【図表 3-24】。
- 病棟における退院支援の実施状況をみると、97.9%の病棟が退院支援を「実施している」と回答していた【図表 3-28】。
- その退院支援の内容としては、「退院後の居場所に関する調整」97.8%が最も多く、次いで「介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整」96.4%、「利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援」95.8%などとなっていた【図表 3-29】。

### (3) 退棟患者調査

- 退棟患者調査に回答のあった患者の基本属性についてみると、性別は男性 43.3%、女性 56.6%、平均年齢は 74.2 歳であった【図表 4-1】。
- 原因疾患については、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者については「脳血管疾患」47.1%、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」31.9%、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」12.0%などであった。入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では「脳血管疾患」45.0%、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」33.9%、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」10.7%などであった。入院料 2

- の患者では「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」40.8%、「脳血管疾患」27.1%、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」11.1%などであった【図表 4-7】。
- ・入棟時の日常生活機能評価の点数についてみると、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は平均 6.2 点（10 点以上の重症患者の割合は 27.7%）、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は平均 6.2 点（27.9%）、入院料 2 の患者は平均 5.1 点（19.8%）であった【図表 4-8】。
  - ・入棟時の日常生活機能評価の点数を原因疾患別にみると、「脳血管疾患」の患者は平均 7.0 点、「頭部外傷」の患者は平均 6.2 点、「脊髄損傷」の患者は平均 6.3 点、「その他の脳神経系疾患」の患者は平均 5.1 点、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の患者は平均 5.1 点、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の神経、筋、靭帯損傷」の患者は平均 3.2 点、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の患者は平均 7.0 点であった【図表 4-9】。
  - ・入棟時のバーセル指数についてみると、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は平均 48.6 点、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は平均 48.1 点、入院料 2 の患者は平均 52.5 点であった【図表 4-10】。
  - ・入棟時の高次脳機能障害の状況についてみると、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者のうち高次脳機能障害が「有り」が 30.9%、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では 30.4%、入院料 2 の患者では 18.1%であった【図表 4-12】。
  - ・入棟時における医療処置の状況についてみると、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者のうち医療処置が「有り」が 14.5%、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では 16.0%、入院料 2 の患者では 16.3%であった【図表 4-13】。
  - ・入棟前の居場所についてみると、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」44.4%が最も多く、次いで「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」35.5%、「在宅」9.3%などとなっていた。入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」41.7%が最も多く、次いで「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」31.9%、「在宅」14.8%などとなっていた。入院料 2 の患者では「自院の一般病床（急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟を除く）」42.8%が最も多く、次いで「他院の一般病床（回復期リハビリテーション病棟を除く）」32.5%、「在宅」8.5%などとなっていた【図表 4-14】。
  - ・入棟日の翌週 1 週間の理学療法、作業療法、言語療法の合計実施単位数についてみると、入院料 1（重症患者回復病棟加算有り）の患者では平均 35.4 単位、入院料 1（重症患者回復病棟加算無し）の患者では平均 34.7 単位、入院料 2 の患者では平均 29.4 単位であった【図表 4-16】。
  - ・退棟日の前週 1 週間の理学療法、作業療法、言語療法の合計実施単位数は、入院料 1



(重症患者回復病棟加算有り)の患者では平均 28.9 単位、入院料 1 (重症患者回復病棟加算無し)の患者では平均 28.7 単位、入院料 2 の患者では平均 22.1 単位であった【図表 4-17】。

- ・在棟日数についてみると、入院料 1 (重症患者回復病棟加算有り)の患者では平均 71.1 日、入院料 1 (重症患者回復病棟加算無し)の患者では平均 72.1 日、入院料 2 の患者では平均 59.6 日であった【図表 4-30】。
- ・在棟日数を原因疾患別にみると、「脳血管疾患」における入院料 1 (重症患者回復病棟加算有り)の患者では平均 84.9 日、入院料 1 (重症患者回復病棟加算無し)の患者では平均 88.4 日、入院料 2 の患者では平均 86.1 日であった。次に「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」の入院料 1 (重症患者回復病棟加算有り)の患者では平均 56.9 日、入院料 1 (重症患者回復病棟加算無し)の患者では平均 56.5 日、入院料 2 の患者では平均 52.9 日であった。そして「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」の入院料 1 (重症患者回復病棟加算有り)の患者では平均 57.4 日、入院料 1 (重症患者回復病棟加算無し)の患者では平均 54.7 日、入院料 2 の患者では平均 53.9 日であった【図表 4-31】。
- ・退棟時の日常生活機能評価の改善状況についてみると、入院料 1 (重症患者回復病棟加算有り)の患者は入棟時に比べて平均 2.7 点改善しており、1 点以上改善した患者は 73.0%、入棟時に 10 点以上の重症患者だった者のうち 3 点以上改善した患者は 60.8%であった。入院料 1 (重症患者回復病棟加算無し)の患者は入棟時に比べて平均 2.6 点改善しており、1 点以上改善した患者は 73.4%、入棟時に 10 点以上の重症患者だった者のうち 3 点以上改善した患者は 59.3%であった。入院料 2 の患者は入棟時に比べて平均 1.9 点改善しており、1 点以上改善した患者は 62.8%、入棟時に 10 点以上の重症患者だった者のうち 3 点以上改善した患者は 52.5%であった【図表 4-32】。
- ・原因疾患別に、入棟日の翌週 1 週間のリハビリテーションの実施状況(理学療法、作業療法、言語療法の合計単位数)別に日常生活機能評価の改善状況をみると、「脳血管疾患」における入院料 1 の患者は「40~49 単位」で平均 3.4 点の改善、「50~59 単位」で平均 3.3 点の改善などであった。入院料 2 の患者は「60 単位以上」で平均 3.5 点の改善、「40~49 単位」で平均 3.0 点の改善などであった。次に「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折」における入院料 1 の患者は「10~19 単位」で平均 3.1 点の改善、「9 単位以下」及び「40~49 単位」で平均 3.0 点の改善などであった。入院料 2 の患者は「60 単位以上」で平均 3.1 点の改善、「50~59 単位」で平均 2.9 点の改善などであった。そして「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」における入院料 1 の患者は「50~59 単位」で平均 2.4 点の改善、「40~49 単位」で平均 2.3 点の改善などであった。入院料 2 の患者は「30~39 単位」で平均 2.2 点の改善などであった【図表 4-35】。

- 退棟時のバーセル指数の改善状況についてみると、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者は入棟時に比べて平均 19.4 点改善しており、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者は入棟時に比べて平均 18.8 点改善しており、入院料2の患者は入棟時に比べて平均 16.8 点改善していた【図表 4-36】。
- 退棟患者の退棟後の居場所についてみると、「在宅」の割合は、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者で 68.8%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者で 68.6%、入院料2の患者で 65.6%であった【図表 4-39】。
- 退棟患者の退棟決定の状況についてみると、「特に問題なく、予定通りに退棟できた」の割合は、入院料1（重症患者回復病棟加算有り）の患者で 58.4%、入院料1（重症患者回復病棟加算無し）の患者で 55.7%、入院料2の患者で 59.7%であった【図表 4-41】。

## 参 考 资 料

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）  
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

- 特に指定がある場合を除いて、平成21年6月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■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21年（        ）月（        ）日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■貴院の概況についてお伺いします。

問1 貴院の開設者について該当するものをお選びください。（○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 等）
- 02 公的医療機関（都道府県、市町村、一部事務組合、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
- 03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合）
- 04 医療法人
- 05 個人
- 06 その他（公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社 等）

問2 貴院の承認等の状況について該当するもの全てに○をつけてください。

- |                  |                      |
|------------------|----------------------|
| 01 高度救命救急センター    | 08 特定機能病院            |
| 02 救命救急センター      | 09 地域医療支援病院          |
| 03 二次救急医療機関      | 10 DPC対象病院           |
| 04 災害拠点病院        | 11 DPC準備病院           |
| 05 総合周産期母子医療センター | 12 がん診療連携拠点病院        |
| 06 地域周産期母子医療センター | 13 専門病院 <sup>注</sup> |
| 07 小児救急医療拠点病院    |                      |

注. 専門病院とは、主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生（支）局長に届け出たものをいいます。

問3 貴院、または貴院の併設施設・事業所で提供しているサービスとして該当するもの全てに○をつけてください。			
1 施設サービス	01 介護老人保健施設	02 介護老人福祉施設	
2 通所サービス	01 通所リハビリ	02 通所介護	
3 短期入所サービス	01 短期入所療養介護	02 短期入所生活介護	
4 訪問サービス	01 訪問リハビリ	02 訪問看護	03 訪問介護 04 訪問入浴
5 居宅介護支援事業所	01 有	02 無	
6 その他	01 グループホーム	03 軽費老人ホーム	
	02 有料老人ホーム	04 高齢者専用賃貸住宅	

■貴院の届出施設基準等についてお伺いします。

問4 貴院で施設基準の届出を行っているリハビリテーション料について、該当するもの全てに○をつけてください。			
01 心大血管疾患リハビリテーション料 (I)	07 運動器リハビリテーション料 (II)		
02 心大血管疾患リハビリテーション料 (II)	08 呼吸器リハビリテーション料 (I)		
03 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	09 呼吸器リハビリテーション料 (II)		
04 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	10 難病患者リハビリテーション料		
05 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III)	11 障害児 (者) リハビリテーション料		
06 運動器リハビリテーション料 (I)	12 集団コミュニケーション療法料		

問5 貴院で平成21年4月～6月に算定した診療報酬として該当するもの全てに○をつけてください。			
01 回復期リハビリテーション病棟入院料1	06 7対1入院基本料 (一般病棟) 注		
02 回復期リハビリテーション病棟入院料2	07 10対1入院基本料 (一般病棟)		
03 重症患者回復病棟加算	08 13対1入院基本料 (一般病棟)		
04 亜急性期入院医療管理料1	09 15対1入院基本料 (一般病棟)		
05 亜急性期入院医療管理料2	10 障害者施設等入院基本料		

注. 準7対1入院基本料 (一般病棟入院基本料) を算定している場合は、「08 7対1入院基本料 (一般病棟)」をお選びください。

問6 貴院における平成20年6月1カ月間、および平成21年6月1カ月間の外来患者延数、入院患者延数をご記入ください。				
	平成20年6月		平成21年6月	
1 外来患者延数		人		人
2 入院患者延数		人		人

問7 貴院の平成21年6月1日時点の届出された入院基本料等及び病床数、並びに6月1カ月間の在院患者延数をご記入ください。						
		届出状況	許可病床数	6月1カ月間の在院患者延数		
1	一般病床	/		床	人	
	(再掲) 一般病棟入院基本料のみ算定している病床			床		
	(再掲) 障害者施設等入院基本料を算定している病床			床		
特定入院料を算定している病床	(再掲) 救命救急入院料		有・無		床	
	(再掲) 特定集中治療室管理料		有・無		床	
	(再掲) ハイケアユニット入院医療管理料		有・無		床	
	(再掲) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料		有・無		床	
	(再掲) 新生児特定集中治療室管理料		有・無		床	
	(再掲) 総合周産期特定集中治療室管理料		有・無		床	
	(再掲) 小児入院医療管理料1		有・無		床	
	(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料	有・無		床		
	(再掲) 亜急性期入院医療管理料	有・無		床		
2	療養病床(医療保険適用)	/		床	人	
	(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料	有・無		床		
3	療養病床(介護保険適用)	/		床	人	
4	精神病床	/		床	人	
5	結核病床	/		床	人	
6	感染症病床	/		床	人	

■貴院の職員数についてお伺いします。

問8 貴院において平成21年6月1日時点で雇用している職員数をご記入ください。				
		常勤	非常勤(常勤換算 <sup>注</sup> )	
1	医師		人	人
	(再掲) 日本リハビリテーション医学会認定臨床医		人	人
	(再掲) 日本リハビリテーション医学会専門医		人	人
	(再掲) リハビリテーション科の医師		人	人
2	看護師		人	人
3	准看護師		人	人
4	看護補助者		人	人
5	薬剤師		人	人
6	理学療法士		人	人
7	作業療法士		人	人
8	言語聴覚士		人	人
9	臨床心理士		人	人
10	義肢装具士		人	人
11	柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師		人	人
12	ソーシャルワーカー		人	人
	(再掲) 社会福祉士の資格保有者		人	人

注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法

貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで(小数点第二位を切り上げ)ご記入ください。

例: 1週間の所定労働時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

問9 貴院においてリハビリテーションに係る業務に専任<sup>注</sup>、あるいは専従<sup>注</sup>している職員のうち、平成21年7月1日(水)、4日(土)、5日(日)に出勤した人数(実人数)をご記入ください。

			常 勤		非 常 勤	
① 7月1日(水)	1 医 師	専 任		人		人
	2 看 護 師	専 従		人		人
	3 理学療法士	専 従		人		人
	4 作業療法士	専 従		人		人
	5 言語聴覚士	専 従		人		人
	6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	専 従		人		人
② 7月4日(土)	1 医 師	専 任		人		人
	2 看 護 師	専 従		人		人
	3 理学療法士	専 従		人		人
	4 作業療法士	専 従		人		人
	5 言語聴覚士	専 従		人		人
	6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	専 従		人		人
③ 7月5日(日)	1 医 師	専 任		人		人
	2 看 護 師	専 従		人		人
	3 理学療法士	専 従		人		人
	4 作業療法士	専 従		人		人
	5 言語聴覚士	専 従		人		人
	6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	専 従		人		人

注. 専任とは、理学療法等を実施中の患者についての医学的な管理に責任を持ち、緊急事態には適切に対応できる医師をいいます。  
 ただし、専任の医師は一部他の業務に従事することが可能です。  
 専従とは、原則としてリハビリテーションに係る業務のみに従事することをいいます。

■地域連携クリティカルパスの導入状況についてお伺いします。

問10 貴院では大腿骨頸部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の届出をしていますか。 なお、いずれについても「02 届出無し」の場合は、問16にお進みください。		
1 地域連携診療計画管理料	01 届出有り (⇒問11へ)	02 届出無し
2 地域連携診療計画退院時指導料	01 届出有り (⇒問11へ)	02 届出無し

問11 大腿骨頸部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の届出の際に記載した計画管理病院、連携保険医療機関の施設数をご記入ください。

大腿骨頸部骨折	1 計画管理病院			施設	
		(再掲) 7対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設	
		(再掲) 10対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設	
		(再掲) 13対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設	
		(再掲) 15対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設	
		(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設		施設	
	2 連携保険医療機関	① 病院	(再掲) 7対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設
			(再掲) 10対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設
			(再掲) 13対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設
			(再掲) 15対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設
			(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設		施設
			(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設		施設
			(再掲) 亜急性期入院医療管理料届出施設		施設
		② 有床診療所		施設	
脳卒中	1 計画管理病院			施設	
		(再掲) 7対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設	
		(再掲) 10対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設	
		(再掲) 13対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設	
		(再掲) 15対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設	
		(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設		施設	
	2 連携保険医療機関	① 病院	(再掲) 7対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設
			(再掲) 10対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設
			(再掲) 13対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設
			(再掲) 15対1入院基本料(一般病棟)届出施設		施設
			(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設		施設
			(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設		施設
			(再掲) 亜急性期入院医療管理料届出施設		施設
		② 有床診療所		施設	

問12 貴院では、平成20年度に大腿骨頸部骨折および脳卒中の地域連携診療計画に係る情報交換のための計画管理病院・連携保険医療機関との会合を何回開催しましたか。

1 大腿骨頸部骨折に係る会合の開催回数		回
2 脳卒中に係る会合の開催回数		回



問13 貴院では平成20年度に大腿骨頸部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の算定をしていますか。 なお、いずれについても「02 算定無し」の場合は、問16にお進みください。			
1	地域連携診療計画管理料	01 算定有り (⇒問14へ)	02 算定無し
2	地域連携診療計画退院時指導料	01 算定有り (⇒問14へ)	02 算定無し

問14 貴院における平成19年度・平成20年度の大腿骨頸部骨折および脳卒中による入院患者数、さらに、平成20年度における地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数をご記入ください。					
		平成19年度		平成20年度	
1	大腿骨頸部骨折による入院患者数		人		人
	(再掲) 地域連携診療計画管理料を算定した患者数				人
	(再々掲) 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院・退院できた患者数				人
	(再々掲) 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数				人
	(再掲) 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数				人
	(再々掲) 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数				人
		平成19年度		平成20年度	
2	脳卒中による入院患者数		人		人
	(再掲) 地域連携診療計画管理料を算定した患者数				人
	(再々掲) 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院・退院できた患者数				人
	(再々掲) 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数				人
	(再掲) 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数				人
	(再々掲) 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数				人

問15 貴院における平成19年度と平成20年度の大腿骨頸部骨折および脳卒中の患者の平均在院日数 <sup>注</sup> をご記入ください。					
		平成19年度		平成20年度	
1	大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数	.	日	.	日
	(再掲) 地域連携診療計画管理料の算定患者の平均在院日数	.	日	.	日
	(再掲) 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者の平均在院日数	.	日	.	日
2	脳卒中の入院患者の平均在院日数	.	日	.	日
	(再掲) 地域連携診療計画管理料の算定患者の平均在院日数	/		.	日
	(再掲) 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者の平均在院日数			.	日

注. 平均在院日数は、小数点第二位を切り上げ小数点第一位までご記入ください。

■貴院の退院支援体制についてお伺いします。

問16 貴院では、退院支援<sup>注</sup>を病棟、あるいはそれを行う部署で実施していますか。

01 実施している (⇒問16-1へ)

02 実施していない (⇒問17へ)

注. 退院支援とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行うことをいいます。

問16-1 退院支援を専ら担当する部署を設置していますか。

01 設置している(問16-2、16-3にお進みください) 02 設置していない (⇒問17へ)

問16-2 当該部署に従事する職員数(実人数)をご記入ください。

	専 従 <sup>注</sup>		専 任 <sup>注</sup>	
		人		人
1 医 師		人		人
2 看 護 師		人		人
3 准看護師		人		人
4 ソーシャルワーカー		人		人
(再掲) 社会福祉士の資格保有者		人		人
5 事務職員		人		人
6 そ の 他		人		人

注. 専従とは、原則として当該部署の業務のみに従事することをいいます。

専任とは、当該部署での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

問16-3 当該部署の活動内容として該当するもの全てに○をつけてください。

01 入院中の治療方針に関する説明と退院までの見通しの説明

02 継続的な療養管理が可能な状態となるまでの期間と退院日の設定

03 退院後の居場所に関する調整

04 患者や家族に対するカウンセリングと精神的支援

05 患者への治療に係る目標管理と退院指導

06 家族への介護技術と医療技術の指導

07 介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整

08 利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援

09 退院当日や退院後の療養相談

10 退院後の定期的な患者の状態確認

11 その他 ( )

■貴院の医療機能に係る今後の方針についてお伺いします。

問17 貴院では特定の医療機能（急性期医療機能や療養機能など）への特化を予定していますか。

- 01 特化する予定である（⇒問17-1～17-3へ）      02 特化する予定はない（⇒問18へ）

問17-1 今後、特化を予定している医療機能はどれですか。（○は1つ）

- 01 急性期医療機能                      03 療養機能  
02 回復期リハビリ機能              04 その他（                      ）

問17-2 今後、亜急性期医療機能を導入・拡充する予定はありますか。（○は1つ）

- 01 導入・拡充する予定がある                      02 導入・拡充する予定はない

問17-3 特定の医療機能に特化、あるいは導入・拡充する方針の理由についてご記入ください。

■貴院の今後の医療機関との連携に関する意向についてお伺いします。

問18 貴院における紹介・逆紹介をはじめとする他の医療機関との連携についてどのような方針をお持ちですか。（○は1つ）

また、下空欄内にその方針の理由を具体的にご記入ください。

- 01 特に他の医療機関と連携するつもりはない  
02 同一法人内の他の医療機関と連携をとる  
03 同一法人か否かは問わず、地域の他の医療機関と連携をとる

【方針の理由を具体的にご記入ください】

問19 貴院では連携する医療機関数についてどのようにお考えですか。(○は1つ)

- 01 増やしたい (⇒問19-1、19-2へ)
- 02 減らしたい (⇒問20へ)
- 03 現状のままでよい (⇒問20へ)

問19-1 今後、連携先として増やしたい医療機能はどれですか。(○はいくつでも)  
また、その医療機能を持つ医療機関は地域に十分にありますか。(○は1つ)

- 01 急性期医療機能 ⇒ (十分にある ・ 十分でない ・ 全くない ・ 不明)
- 02 亜急性期医療機能 ⇒ (十分にある ・ 十分でない ・ 全くない ・ 不明)
- 03 回復期リハビリ機能 ⇒ (十分にある ・ 十分でない ・ 全くない ・ 不明)
- 04 療養機能 ⇒ (十分にある ・ 十分でない ・ 全くない ・ 不明)

問19-2 今後、連携先を増やしたいという具体的な理由、また、問19-1で連携先として増やしたい医療機能を選択した具体的な理由をご記入ください。

【理由を具体的にご記入ください】

問20 最後に、本調査に関連した事項でご意見等がございましたら、ご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）

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

- ◎特に指定がある場合を除いて、平成21年6月1日現在の状況についてお答えください。
- ◎数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。
- ◎病棟番号には任意の番号を振って、他の病棟票と区別できるようにしてください。また、貴棟から退棟した患者の状態像等の記入をお願いしている【退棟患者票】の「病棟番号」欄には、ここで記入いただく病棟番号と同じ番号をご記入ください。

病棟番号	
------	--

■貴棟の概況についてお伺いします。

問1 貴棟で算定している診療報酬として該当するもの全てに○をつけてください。	
01 回復期リハビリテーション病棟入院料1 ⇒ 施設基準の取得日 平成__年__月	
02 回復期リハビリテーション病棟入院料2 ⇒ 施設基準の取得日 平成__年__月	
03 重症患者回復病棟加算	

問2 貴棟の平成21年6月1日0時時点の病床数、入院患者数をご記入ください。			
	病 床 数		入院患者数
1 一般病床		床	人
2 療養病床		床	人
3 合 計（1+2）		床	人
（再掲）回復期リハビリテーション病棟入院料の非適応患者			人
（再々掲）回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数を超えた患者			人
（再々掲）回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象外の疾患の患者			人

問3 貴病棟の平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数、病床利用率を小数点第1位まで（小数点第2位を切り上げ）ご記入ください。			
	平成20年 4月～6月		平成21年 4月～6月
1 平均在院日数 <sup>注1</sup> （小数点第2位を切り上げ）	.	日	. 日
2 病床利用率 <sup>注2</sup> （小数点第2位を四捨五入）	.	%	. %

注1. 平均在院日数は平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数をご記入ください。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{4月～6月の在院患者延数}}{(\text{4～6月の新入棟患者数} + \text{4～6月の退棟患者数}) \times 0.5}$$

注2. 病床利用率は平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の病床利用率をご記入ください。

$$\text{病 床 利 用 率} = \frac{\text{4月～6月の在院患者延数}}{(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の4月～6月の合計}}$$

■貴棟の人員配置についてお伺いします。

問4 貴棟における医師の配置状況を専任、専従の別にご記入ください。					
		専 従 <sup>注</sup>		専 任 <sup>注</sup> (実人数)	
1	医 師		人		人
	(再掲) 日本リハビリテーション医学会認定臨床医		人		人
	(再掲) 日本リハビリテーション医学会専門医		人		人

注. 専従とは、原則として貴棟の業務のみに従事することをいいます。  
専任とは、貴棟での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

問5 貴棟における看護職員、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、ソーシャルワーカーの配置状況について、専従、専任の別にご記入ください。 なお、専任職員については、常勤換算した上で小数点第1位までご記入ください。					
		専 従		専 任 (常勤換算 <sup>注</sup> )	
1	看 護 師		人	.	人
2	准看護師		人	.	人
3	看護補助者		人	.	人
4	薬 剤 師		人	.	人
5	理学療法士		人	.	人
6	作業療法士		人	.	人
7	言語聴覚士		人	.	人
8	歯科衛生士		人	.	人
9	ソーシャルワーカー		人	.	人
	(再掲) 社会福祉士の資格保有者		人	.	人

注. 専任（他部署の業務を兼務している）職員の常勤換算の計算方法  
貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を切り上げ）ご記入ください。  
例：1週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴棟に週2日（各日3時間）勤務の看護師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の看護師が2人いる場合  
専任看護師数 =  $\frac{(2日 \times 3時間 \times 1人) + (3日 \times 5時間 \times 2人)}{40時間} = 0.9人$

問6 平成21年6月1日における貴棟の看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の勤務予定表上の人数について、職種別・時間別にご記入ください。															
		7時		9時		12時		15時		18時		21時		2時	
1	看 護 師		人		人		人		人		人		人		人
2	准看護師		人		人		人		人		人		人		人
3	看護補助者		人		人		人		人		人		人		人
4	理学療法士		人		人		人		人		人		人		人
5	作業療法士		人		人		人		人		人		人		人
6	言語聴覚士		人		人		人		人		人		人		人

■貴棟における入棟患者の状況についてお伺いいたします。

問7 貴棟における入棟患者の受け入れ基準について、該当するもの全てに○をつけてください。	
01 気管切開をしていないこと	06 感染症（MRSA、緑膿菌など）がないこと
02 中心静脈栄養（IVH）をしていないこと	07 重度の認知症の状態にないこと
03 経鼻経管栄養をしていないこと	08 重篤な合併症を併発していないこと
04 胃ろう・腸ろうをしていないこと	09 その他（ ）
05 褥瘡がないこと	10 特になし

問8 入棟患者の受け入れの判断をしている職種について、該当するもの全てに○をつけてください。				
01 医師	03 准看護師	05 薬剤師	07 作業療法士	09 ソーシャルワーカー
02 看護師	04 看護補助者	06 理学療法士	08 言語聴覚士	10 その他

問9 平成21年4月～6月の3カ月間における新入棟患者（かつ回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者）について、ご記入ください。			
1	平成21年4月～6月における新入棟患者		人
2	1の新入棟患者の入棟時の日常生活機能評価について、それぞれ該当する人数をご記入ください。また、入棟時の日常生活機能評価の平均得点を小数点第1位までご記入ください。なお、①～⑤の合計が1の新入棟患者数と同じになるようにしてください。		
①	0点		人
②	1～4点		人
③	5～9点		人
④	10～14点		人
⑤	15～19点		人
	1の患者の入棟時の日常生活機能評価の平均得点（小数点第1位まで）	.	点
3	1の新入棟患者の入棟時の主たる原因疾患について、それぞれ該当する人数をご記入ください。なお、①～⑧の合計が1の新入棟患者数と同じになるようにしてください。		
①	脳血管疾患		人
②	脊髄損傷		人
③	頭部外傷		人
④	その他の脳神経系疾患		人
⑤	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折		人
⑥	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の神経、筋、靭帯損傷		人
⑦	外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群		人
⑧	その他の疾患		人
4	1の新入棟患者の入棟前の居場所について、それぞれ該当する人数をご記入ください。なお、①～⑰の合計が1の新入棟患者数と同じになるようにしてください。		
自 院	① 他の回復期リハビリテーション病棟		人
	② ①を除く一般病床		人
	③ ①を除く療養病床		人
	④ ①～③を除くその他の病床		人
他 院	⑤ 回復期リハビリテーション病棟〔病院〕		人
	⑥ ⑤を除く一般病床〔病院〕		人
	⑦ ⑤を除く療養病床〔病院〕		人
	⑧ ⑤～⑦を除くその他の病床〔病院〕		人
そ の 他	⑨ 有床診療所		人
	⑩ 介護老人保健施設（老人保健施設）		人
	⑪ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）		人
	⑫ グループホーム		人
	⑬ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス）		人
	⑭ 高齢者専用賃貸住宅		人
	⑮ 障害者支援施設		人
	⑯ 在宅		人
	⑰ その他		人

問9 続き				
5 1の新入棟患者（自院の他の病棟から転床した患者以外）の入棟前の居場所について、貴院の所在する二次医療圏からみた場合の居場所としてそれぞれ該当する人数をご記入ください。 なお、二次医療圏の地域的範囲については、同封の二次医療圏資料をご参照ください。				
他 院	病院 ※4⑤～⑧の合計と一致	① 同じ二次医療圏		人
		② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
		③ 他の都道府県		人
	有床診療所 ※4⑨と一致	① 同じ二次医療圏		人
		② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
		③ 他の都道府県		人
そ の 他	介護老人保健施設・介護老人福祉施設 ※4⑩と⑪の合計と一致	① 同じ二次医療圏		人
		② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
		③ 他の都道府県		人
	その他の居住系サービス等の施設 <sup>注</sup> ※4⑫～⑭の合計と一致	① 同じ二次医療圏		人
		② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
		③ 他の都道府県		人

注. その他の居住系サービス等の施設とは、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅を指す。

■貴病棟における退棟患者の状況についてお伺いいたします。

問10 平成21年4月～6月の3カ月間における退棟患者（かつ回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者）について、ご記入ください。				
1		平成21年4月～6月における退棟患者		人
2		1の退棟患者のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者		人
3		2の患者のうち、退棟時の日常生活機能評価が3点以上改善していた患者		人
4		1の退棟患者の退棟後の居場所について、それぞれ該当する人数をご記入ください。 なお、①～⑱の合計が1の退棟患者数と同じになるようにしてください。		
在 宅	①	在宅		人
	自 院	②	他の回復期リハビリテーション病棟	人
		③	②を除く一般病床	人
		④	②を除く療養病床	人
		⑤	②～④を除くその他の病床	人
他 院	⑥	回復期リハビリテーション病棟 [病院]	人	
	⑦	⑥を除く一般病床 [病院]	人	
	⑧	⑥を除く療養病床 [病院]	人	
	⑨	⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]	人	
	⑩	有床診療所	人	
そ の 他	⑪	介護老人保健施設（老人保健施設）	人	
	⑫	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	人	
	⑬	グループホーム	人	
	⑭	有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス）	人	
	⑮	高齢者専用賃貸住宅	人	
	⑯	障害者支援施設	人	
	⑰	死亡	人	
	⑱	その他	人	



問10 続き				
5 1の退棟患者（自院の他の病棟へ転床した患者以外）の退棟後の居場所について、貴院の所在する二次医療圏からみた場合の居場所として、それぞれ該当する人数をご記入ください。 なお、二次医療圏の地域的範囲については、同封の二次医療圏資料をご参照ください。				
他 院	病院 ※4⑥～⑨の合計と一致	① 同じ二次医療圏		人
		② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
		③ 他の都道府県		人
	有床診療所 ※4⑩と一致	① 同じ二次医療圏		人
		② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
		③ 他の都道府県		人
そ の 他	介護老人保健施設 ※4⑪と一致	① 同じ二次医療圏		人
		② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
		③ 他の都道府県		人
	介護老人福祉施設 ※4⑫と一致	① 同じ二次医療圏		人
		② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
		③ 他の都道府県		人
	その他の居住系サービス等の施設 <sup>注</sup> ※4⑬～⑮の合計と一致	① 同じ二次医療圏		人
		② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
		③ 他の都道府県		人
6 4①の在宅への退棟患者のうち、退院前訪問指導を実施した患者				人
7 4①の在宅への退棟患者のうち、退院に向けた家屋調査を実施した患者				人

注. その他の居住系サービス等の施設とは、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅を指します。

問11 貴棟の平成21年1月～6月の6カ月間の在宅復帰率 <sup>注1</sup> 、重症患者回復率 <sup>注2</sup> をご記入ください。		
1 平成21年1月～6月の6カ月間における在宅復帰率（小数点第一位まで）	.	%
2 平成21年1月～6月の6カ月間における重症患者回復率（小数点第一位まで）	.	%

注1. 在宅復帰率の計算方法は以下の通りです。

$$\text{在宅復帰率} = \frac{\text{1月～6月の6カ月間に他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数}}{\text{1月～6月の6カ月間に貴棟から退棟した患者数}}$$

注2. 重症患者回復率の計算方法は以下の通りです。なお、重症の患者とは、日常生活機能評価で10点以上の患者のことをいいます。

$$\text{重症患者回復率} = \frac{\text{1月～6月の6カ月間に退棟した重症の患者（入院期間が通算される再入院の患者を除く）であって、入棟時と比較し日常生活機能評価が3点以上改善した患者数}}{\text{1月～6月の6カ月間に貴棟に入棟していた重症の患者数}}$$

■貴病棟におけるリハビリテーションの実施体制についてお伺いいたします。

問12 貴棟全体で、平成21年6月1日に、回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者に対して実施したリハビリテーションの実施単位数をご記入ください。			
1 脳血管疾患等リハビリテーション	理学療法（ ）単位	作業療法（ ）単位	言語療法（ ）単位
2 運動器リハビリテーション	理学療法（ ）単位	作業療法（ ）単位	言語療法（ ）単位
3 心大血管疾患リハビリテーション	理学療法（ ）単位	作業療法（ ）単位	言語療法（ ）単位
4 呼吸器リハビリテーション	理学療法（ ）単位	作業療法（ ）単位	言語療法（ ）単位

問13 貴棟で実施するリハビリテーションの実施場所として該当するもの全てに○をつけてください。			
1 理学療法	01 病室内	02 病棟内のリハビリ室	03 病棟内（01・02を除く）
	04 病院内のリハビリ室（02を除く）		05 その他
2 作業療法	01 病室内	02 病棟内のリハビリ室	03 病棟内（01・02を除く）
	04 病院内のリハビリ室（02を除く）		05 その他

3 言語療法	01 病室内	02 病棟内のリハビリ室	03 病棟内（01・02を除く）
	04 病院内のリハビリ室（02を除く）		05 その他

問14 貴棟では、リハビリテーション総合実施計画の作成・評価を目的に、1人の患者を対象として、月1回以上の割合で多職種（医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、ソーシャルワーカー等）による合同カンファレンスを実施していますか。

- 01 している（⇒問14-1、14-2へお進みください）
- 02 していない（⇒問15へお進みください）

問14-1 1人の患者に要する合同カンファレンス1回当たりの時間は平均的にどの程度ですか。該当するものを1つお選びください。

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 01 15分未満       | 03 20分以上 30分未満 |
| 02 15分以上 20分未満 | 04 30分以上       |

問14-2 合同カンファレンスに参加している職種として、該当するもの全てに○をつけてください。

- |          |          |              |
|----------|----------|--------------|
| 01 医師    | 05 薬剤師   | 09 ソーシャルワーカー |
| 02 看護師   | 06 理学療法士 | 10 その他       |
| 03 准看護師  | 07 作業療法士 |              |
| 04 看護補助者 | 08 言語聴覚士 |              |

問15 貴棟で実施している合同カンファレンス以外の情報共有の方法として、該当するもの全てに○をつけてください。

- 01 定期的にミニカンファレンス（医師の参加あり）を開催
- 02 定期的にミニカンファレンス（医師の参加なし）を開催
- 03 必要に応じて（定期的ではなく）ミニカンファレンスを開催
- 04 その他（ )

問16 貴棟におけるカルテ・各種記録の状況について、該当するもの全てに○をつけてください。

- 01 看護師専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化している
- 02 リハビリスタッフ専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化している
- 03 ソーシャルワーカー専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化している
- 04 いかなるスタッフであっても、いつでも自由にカルテを閲覧できる
- 05 医師の作成するカルテが電子化されている
- 06 看護師の作成する各種記録が電子化されている
- 07 リハビリスタッフの作成する各種記録が電子化されている
- 08 ソーシャルワーカーの作成する各種記録が電子化されている



診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）  
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

- 平成21年6月1カ月間に、回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者（ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者のみ）の状況について、該当患者1人につき本調査票1部を可能な範囲でご記入ください。
- 病棟番号は、当該患者が退棟した病棟についての【病棟票】に記入された番号と同じ番号をご記入ください。

病棟番号	
------	--

■患者の基本的事項

1 性別	01 男性      02 女性	2 年齢	(6月1日現在) _____歳
3 発症・受傷前の居宅の有無	01 有り      02 無し		
4 発症・受傷前の居宅での介護者の状況 (○は1つ)	01 独居であり、介護者は全くいない 02 独居ではないが、家族等が仕事・病気等のため、介護者は全くいない 03 独居ではないが、日中は独居に相当する（夜間は介護者がいる） 04 常時、介護者（家族・友人等）が1人いる 05 常時、介護者（家族・友人等）が複数いる		
※3で「01 有り」の場合のみご記入ください。			

■入棟時の状況

1 発症・受傷日	平成____年____月____日	2 入棟日	平成____年____月____日	
3 原因疾患 (○は1つ)	01 脳血管疾患                      03 頭部外傷 02 脊髄損傷                          04 その他の脳神経系疾患 05 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折 06 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の神経、筋、靭帯損傷 07 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群 08 その他 ( )			
4 高次脳機能障害の有無	01 有り                                      02 無し ↳ 該当する症状等に○をしてください (失語・失行・失認・半側空間無視・その他)			
5 医療処置の状況 (○はいくつでも)	01 中心静脈栄養                      04 気管切開                              07 ドレーン法・胸腹腔洗浄 02 経鼻経管栄養                      05 人工透析                              08 インスリン皮下注射 03 胃ろう、腸ろう                      06 尿道バルーン                          09 その他 ( )			
6 入棟前の居場所 (○は1つ)	01 在宅                                      10 07~09以外の他の病院のその他の病床 02 自院の急性期病床 <sup>注</sup> 11 有床診療所 03 自院の他の回復期リハビリテーション病棟                      12 介護老人保健施設（老人保健施設） 04 02~03以外の自院の一般病床                      13 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 05 02~03以外の自院の療養病床                      14 グループホーム 06 02~05以外の自院のその他の病床                      15 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス） 07 他の病院の回復期リハビリテーション病棟                      16 高齢者専用賃貸住宅 08 07以外の他の病院の一般病床                      17 障害者支援施設 09 07以外の他の病院の療養病床                      18 その他			
7 日常生活機能評価	① 床上安静の指示	点	⑧ 口腔清潔	点
	② どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	点	⑨ 食事摂取	点
	③ 寝返り	点	⑩ 衣服の着脱	点
	④ 起き上がり	点	⑪ 他者への意思の伝達	点
	⑤ 座位保持	点	⑫ 診療・療養上の指示が通じる	点
	⑥ 移乗	点	⑬ 危険行動	点
	⑦ 移動方法	点		
8 パーセル指数	① 食事	点	⑥ 平地歩行	点
	② 移乗	点	⑦ 階段昇降	点
	③ 整容	点	⑧ 更衣	点
	④ トイレ動作	点	⑨ 排便コントロール	点
	⑤ 入浴	点	⑩ 排尿コントロール	点

注) 急性期病床とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室に係る届出病床を指す。

■入棟期間中に実施したリハビリテーションの単位数

		入棟日の属する週の 翌週1週間		退棟日の属する週の 前週1週間	
1 脳血管疾患等リハビリテーション料	理学療法		単位		単位
	作業療法		単位		単位
	言語療法		単位		単位
2 心大血管疾患リハビリテーション料	理学療法		単位		単位
3 運動器リハビリテーション料	理学療法		単位		単位
	作業療法		単位		単位
4 呼吸器リハビリテーション料	理学療法		単位		単位
	作業療法		単位		単位
5 集団コミュニケーション療法料	言語療法		単位		単位
6 入棟期間中に1週間以上リハビリテーションを中止したことの有無			01 有り	02 無し	

■退棟時の状況

1 退棟日	平成21年6月____日				
2 算定した診療報酬 (○はいくつでも)	01 地域連携診療計画管理料		03 退院調整加算		
	02 地域連携診療計画退院時指導料		04 後期高齢者退院調整加算		
3 退棟後の居場所 (○は1つ)	01 在宅		11 有床診療所		
	02 自院の急性期病床		12 介護老人保健施設(老人保健施設)		
	03 自院の他の回復期リハビリテーション病棟		13 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)		
	04 02~03以外の自院の一般病床		14 グループホーム		
	05 02~03以外の自院の療養病床		15 有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス)		
	06 02~05以外の自院のその他の病床		16 高齢者専用賃貸住宅		
	07 他の病院の回復期リハビリテーション病棟		17 障害者支援施設		
	08 07以外の他の病院の一般病床		18 死亡		
	09 07以外の他の病院の療養病床		19 その他		
	10 07~09以外の他の病院のその他の病床				
4 退棟時の転帰 (○は1つ)	01 治癒	03 不変	05 死亡		
	02 軽快	04 悪化	06 その他		
5 日常生活機能評価	① 床上安静の指示	点	⑧ 口腔清潔	点	
	② どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	点	⑨ 食事摂取	点	
	③ 寝返り	点	⑩ 衣服の着脱	点	
	④ 起き上がり	点	⑪ 他者への意思の伝達	点	
	⑤ 座位保持	点	⑫ 診療・療養上の指示が通じる	点	
	⑥ 移乗	点	⑬ 危険行動	点	
	⑦ 移動方法	点			
6 パーセル指数	① 食事	点	⑥ 平地歩行	点	
	② 移乗	点	⑦ 階段昇降	点	
	③ 整容	点	⑧ 更衣	点	
	④ トイレ動作	点	⑨ 排便コントロール	点	
	⑤ 入浴	点	⑩ 排尿コントロール	点	
7 退棟決定の状況 (○は1つ)	01 予定よりも早く退棟できた 02 特に問題なく、予定通りに退棟できた 03 病状悪化等の理由により、退棟が延びていた 04 入所・入院する施設の都合で、退棟が延びていた 05 在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退棟が延びていた 06 在宅に戻る予定だったが、介護保険サービスの利用開始待ちのため、退棟が延びていた 07 その他( )				

■退棟後の状況(退棟後の居場所が「病院」「老健」「特養」「障害者支援施設」以外の場合)

1 通院先	01 自院の外来	02 他院の外来	03 なし	04 不明
2 退院後の方針	01 介護保険のリハビリを利用	02 医療保険のリハビリを利用	03 リハビリを利用しない	04 不明
	該当するサービスに ○をしてください (通所リハビリ・訪問リハビリ・短期入所療養介護・その他)			

中医協 総 - 2 - 5  
2 2 . 6 . 2

中医協 検 - 2 - 4  
2 2 . 5 . 2 6

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）

歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査

報告書

## ◆◆ 目 次 ◆◆

1. 調査目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
5. 結果概要	3
(1) 回収の状況	3
(2) 施設調査の結果概要	3
①施設の属性	3
1) 種別	3
2) 開設主体	4
3) 標榜診療科	5
4) 施設基準の届出状況	6
5) ユニット台数	7
6) 職員数（実人数）	9
②歯科外来診療環境体制加算の状況	14
1) 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準届出受理時期	14
2) 歯科外来患者数、当該加算算定患者数、算定率	15
③歯科外来診療時における具体的な体制	21
1) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に対応できる医療連携	21
2) 医科・歯科連携体制を整えた時期	22
3) 連携している医科の医療機関	25
4) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期	26
④歯科外来診療環境体制加算の整備に係る有効性	39
1) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の初期対応に係る歯科医師の研修	41
2) 医療事故の発生予防や発生時の対応、再発防止等に係る歯科医師の研修	41
3) 感染症対策等に係る歯科医師の研修	42
4) 医療安全に係る歯科衛生士等の医療スタッフの研修	42
5) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）の設置	43
6) 併設された医科の診療部門または外部の医科の保険医療機関との事前の連携体制の確保	44
7) 口腔内で使用する歯科医療機器等に対する感染症対策の徹底	45
8) 感染症有病患者に対する診療ユニットの常時確保	46

9) 院内掲示等を通じた医療安全対策実施の患者への周知 .....	47
⑤ 歯科外来診療環境体制加算の整備による効果等 .....	48
1) 医師をはじめとする職員の医療安全に関する意識 .....	49
2) 歯科医師など治療に関わる人が治療をする際の安心感 .....	50
3) 医療安全に関する情報（ヒヤリ・ハット事例等）の一元的集約 .....	51
4) 患者の全身状態のより詳細な把握 .....	52
5) 医療事故等防止のための歯科医師と歯科衛生士等との連携 .....	53
6) 各部門や他の保険医療機関との連携 .....	54
7) 患者やその家族からの評価 .....	55
8) その他の歯科外来診療環境体制加算の整備による効果（自由記述形式） .....	55
⑥ 平成 20 年度の 1 年間（平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月）における誤飲・誤嚥、患者 の急変等の発生時に、緊急対応が必要になった症例 .....	56
1) 症例数 .....	56
2) 患者属性 .....	56
3) 急変時の状況～主に何をしている時～ .....	60
4) 急変時の患者の状態 .....	61
5) 具体的な対応内容 .....	62
6) 緊急時対応後の患者の状態 .....	65
⑦ 歯科外来診療環境体制加算に関する意見等について（自由記述形式） .....	69
1) 安全・安心な歯科外来診療を提供する上で必要だと思うもの・課題 .....	69
2) 歯科外来診療環境体制加算に関する意見や課題等について .....	69
(3) 患者調査の結果概要 .....	70
① 回答者の属性 .....	70
1) 性別 .....	70
2) 年齢 .....	71
3) 歯科以外の病気の有無 .....	72
4) 過去の歯科治療での誤飲・誤嚥や急変等の経験の有無 .....	74
② 調査日に受けた歯科診療について .....	77
1) 受診した施設 .....	77
2) 受けた治療内容 .....	79
③ 歯科外来診療環境体制加算について .....	82
1) 受診した歯科医療機関が「歯科外来診療環境体制加算」の施設であることの 認知度 .....	82
2) 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている施設で歯科治療を受 けることの安心感 .....	85
3) 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たす院内掲示の認知度 .....	87



4) 施設基準を満たす院内掲示による安心感.....	89
④ 「安全・安心」な歯科診療に関する意識.....	93
1) 歯科診療において不安になる時.....	93
2) 歯科診療を受ける際に不安になること.....	96
3) 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化 .....	99
4) 今後、歯科治療を受ける際に、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整って いる（歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たしている）施設への受診意向 .....	122
⑤ 歯科医療の安全・安心についての意見（自由記述形式）.....	125
1) 歯科外来診療環境体制加算があることの効果.....	125
2) 歯科医療への安心感を向上させるために必要な事項等.....	125
3) 安全・安心な歯科医療に関する課題.....	125
4) 安全・安心な歯科治療に関する要望.....	126
6. まとめ.....	127
(1) 施設調査.....	127
(2) 患者調査.....	131
参考資料.....	133

## 1. 調査目的

歯科の外来診療においては、誤嚥等のおそれのある小さな治療器具等が多用されていること、局所麻酔を行う事例が多いこと、高齢社会の進展等に伴い全身状態の把握・管理が必要な患者が増加していること、抜歯や小手術等観血的処置を行う機会が多いこと等の特性を有することを踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科医療の環境整備を図る観点から、平成 20 年 4 月の診療報酬改定において、「歯科外来診療環境体制加算」が新設された。

本調査では、歯科保険医療機関における外来診療時の偶発症等への対応状況の把握、歯科の医療機関との連携状況等の把握、医療安全に対する歯科医療機関の取組内容及び職員意識の変化等の把握、患者の安心感等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して実施した。

## 2. 調査対象

本調査では、「施設調査」「患者調査」の 2 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

- 施設調査：「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を届け出ている歯科保険医療機関の中から無作為抽出した 1,000 施設を対象とした。
- 患者調査：上記「施設調査」の対象施設に調査日に来院し、歯科外来診療環境体制加算を算定した患者を対象とした。1 施設あたり 4 名の患者を本調査の対象とした。

## 3. 調査方法

本調査は、対象施設・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。

「施設調査」については、施設の概要、歯科外来診療環境体制加算の状況、歯科外来診療時における体制、緊急対応が必要となった症例への対応状況等を尋ねる調査票（「施設票」）を配布した。

「患者調査」については、基本属性、受診した歯科診療の内容、「安全・安心」な歯科診療に関する考え等を尋ねる調査票（「患者票」）を配布した。患者票の配布は、上記「施設調査」の対象施設を通じて行ったが、回収は、各患者から調査事務局宛の返信用専用封筒にて直接回収した。

調査実施時期は平成 21 年 7 月～平成 21 年 8 月とした。

#### 4. 調査項目

調査項目は次のとおりである。

調査区分	主な内容
施設調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設の概要               <ul style="list-style-type: none"> <li>・種別、開設主体、標榜診療科、届出施設基準</li> <li>・ユニット台数、職員数</li> </ul> </li> <li>○歯科外来診療環境体制加算の状況等               <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科外来診療環境体制加算の届出受理時期</li> <li>・1 か月間の歯科外来患者実数</li> <li>・1 か月間の歯科外来診療環境体制加算を算定した初診患者数</li> <li>・歯科外来診療環境体制加算要件の整備に係る有効性</li> <li>・歯科外来診療環境体制加算による効果</li> <li>・安全・安心な歯科外来診療を提供する上での課題</li> <li>・歯科外来診療環境体制加算についての意見等</li> </ul> </li> <li>○歯科外来診療時における体制等               <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療連携の方法、連携体制を整えた時期、連携している医療機関の種類</li> <li>・装置・器具等の導入時期等</li> </ul> </li> <li>○緊急対応が必要となった症例への対応状況等               <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者属性（年齢、性別、主たる歯科疾患名、歯科以外の疾患の有無）</li> <li>・緊急対応が必要になった時の治療内容</li> <li>・患者の状態</li> <li>・具体的な対応内容</li> <li>・緊急対応後の患者の状態等</li> </ul> </li> </ul>
患者調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○基本属性               <ul style="list-style-type: none"> <li>・性別、年齢</li> <li>・歯科以外の疾患の有無、持病の種類、過去の歯科治療の経験等</li> </ul> </li> <li>○受診した歯科診療の内容等               <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診した施設の種類、治療内容</li> <li>・歯科外来診療環境体制加算の認知度、安心感</li> <li>・歯科外来診療環境体制加算のポスターの認知度</li> <li>・歯科外来診療環境体制加算のポスターを見ることでの安心感等</li> </ul> </li> <li>○「安全・安心」な歯科診療に関する考え               <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科診療で不安になる場面、歯科診療で不安になること</li> <li>・施設の対策に対する安心感</li> <li>・歯科医療の「安全・安心」についての意見等</li> </ul> </li> </ul>

## 5. 結果概要

### (1) 回収の状況

施設調査の回収数は 562 施設、回収率は 56.2%であった。また、患者調査の有効回答人数は、1,570 人であった。

図表 1 回収の状況

	有効回収数	有効回収率
施設調査	562	56.2%
患者調査	1,570	—

### (2) 施設調査の結果概要

#### 【調査対象等】

調査対象：「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を届け出ている歯科保険医療施設  
中から無作為に抽出した歯科保険医療施設（1,000 施設）

回答数：562 施設

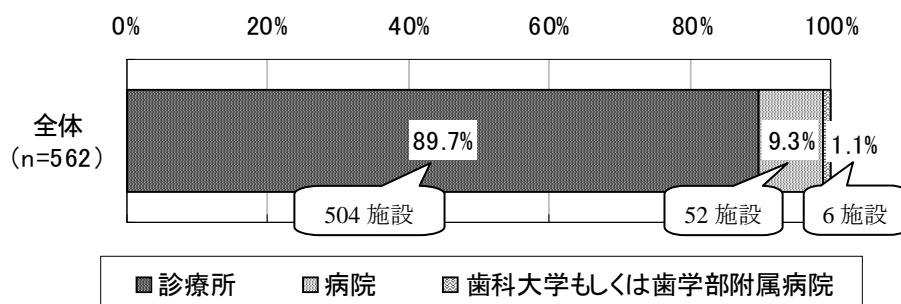
回答者：施設の管理者

#### ①施設の属性

##### 1) 種別

施設の種別についてみると、「診療所」が 89.7%（504 施設）、「病院」が 9.3%（52 施設）、「歯科大学もしくは歯学部附属病院」が 1.1%（6 施設）であった。

図表 2 種別

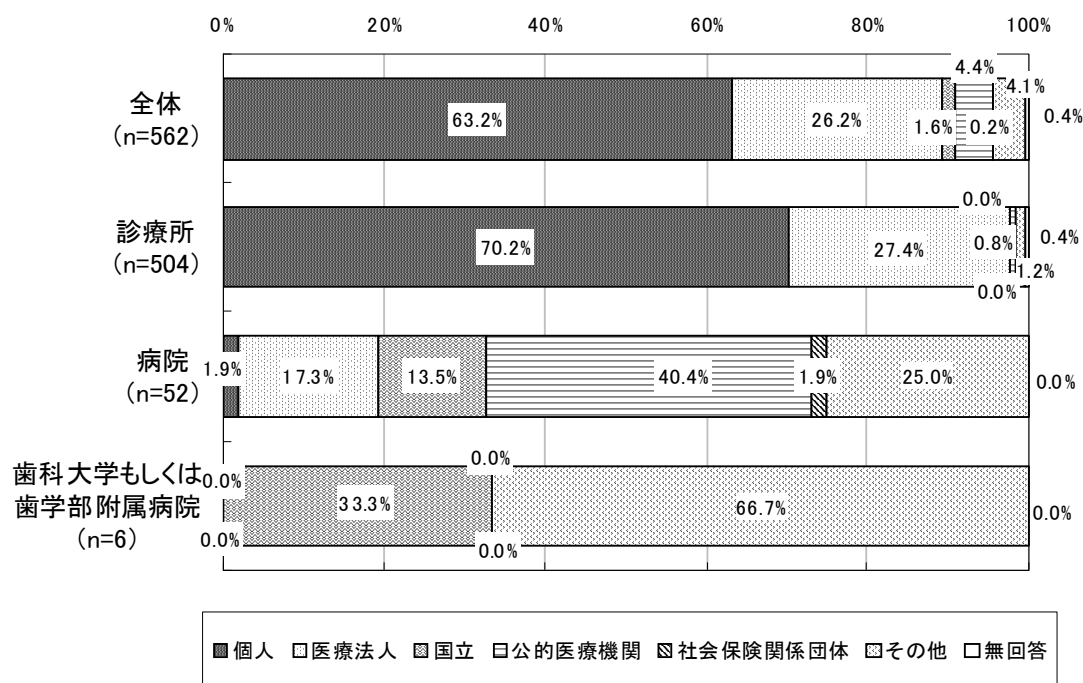


## 2) 開設主体

開設主体についてみると、全体では「個人」(63.2%)が最も多く、次いで「医療法人」(26.2%)、「公的医療機関」(4.4%)であった。

診療所では、「個人」(70.2%)が最も多く、次いで「医療法人」(27.4%)であった。病院では、「公的医療機関」(40.4%)が最も多く、次いで「その他」(25.0%)、「医療法人」(17.3%)、「国立」(13.5%)であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「その他」(66.7%)が最も多く、次いで「国立」(33.3%)であった。

図表 3 開設主体



※参考：開設主体の内訳

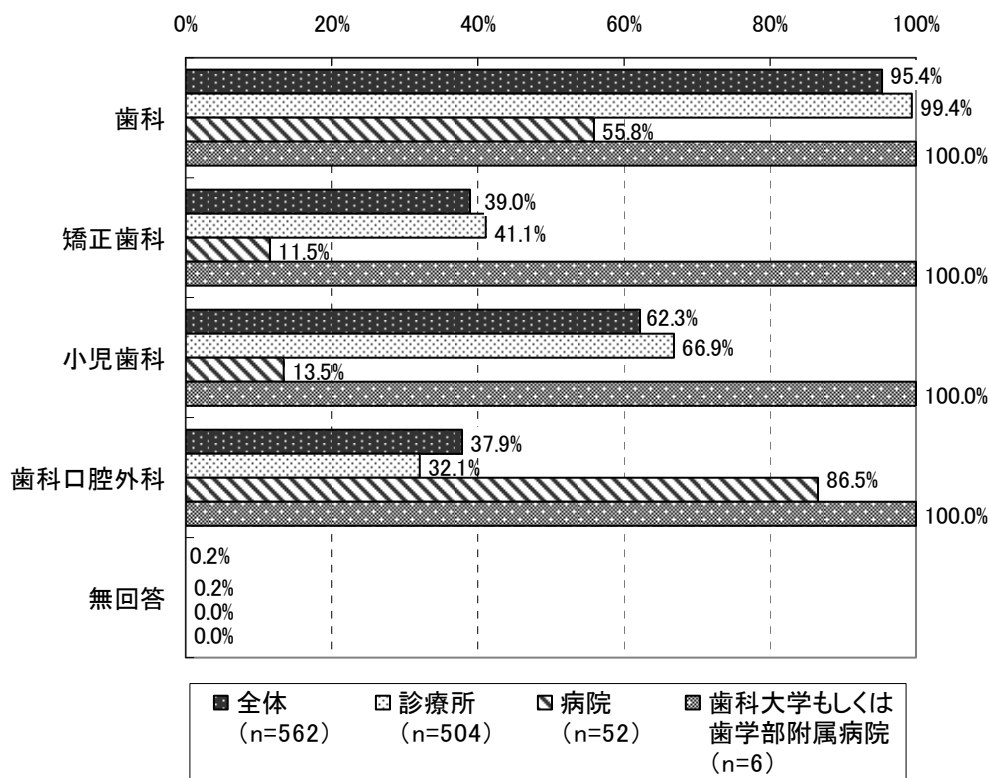
国立	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国）
公的医療機関	日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会、都道府県、市町村、地方独立行政法人、歯科医師会、公立大学法人
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
その他	私立大学法人、公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

### 3) 標榜診療科

標榜診療科についてみると、全体では「歯科」が 95.4%、「矯正歯科」が 39.0%、「小児歯科」が 62.3%、「歯科口腔外科」が 37.9%であった。

診療所では、「歯科」が 99.4%、「矯正歯科」が 41.1%、「小児歯科」が 66.9%、「歯科口腔外科」が 32.1%であった。病院では、「歯科」が 55.8%、「矯正歯科」が 11.5%、「小児歯科」が 13.5%、「歯科口腔外科」が 86.5%であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「歯科」「矯正歯科」「小児歯科」「歯科口腔外科」の全ての診療科が標榜診療科であった。

図表 4 標榜診療科（複数回答）

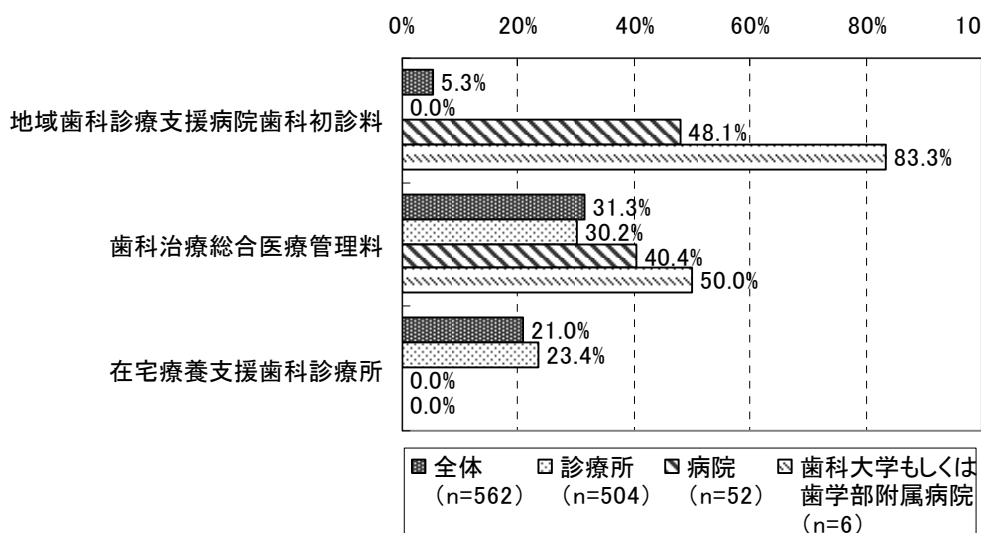


#### 4) 施設基準の届出状況

施設基準の届出状況についてみると、全体では「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が5.3%、「歯科治療総合医療管理料」が31.3%、「在宅療養支援歯科診療所」が21.0%であった。

診療所では、「歯科治療総合医療管理料」が30.2%、「在宅療養支援歯科診療所」が23.4%であった。病院では、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が48.1%、「歯科治療総合医療管理料」が40.4%であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が83.3%、「歯科治療総合医療管理料」が50.0%であった。

図表 5 施設基準の届出状況（複数回答）



## 5) ユニット台数

施設別にユニット台数についてみると、1施設あたりの平均ユニット台数は、診療所が4.4台（標準偏差2.0、中央値4.0）、病院が5.6台（標準偏差4.1、中央値4.0）、歯科大学もしくは歯学部附属病院が155.0台（標準偏差31.2、中央値158.5）となった。

図表 6 ユニット台数（施設別）

（単位：台）

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体（n=556）	6.2	16.0	198.0	2.0	4.0
診療所（n=499）	4.4	2.0	21.0	2.0	4.0
病院（n=51）	5.6	4.1	26.0	2.0	4.0
歯科大学もしくは歯学部 附属病院（n=6）	155.0	31.2	198.0	116.0	158.5

（注）ユニット台数について無回答の診療所5施設、病院1施設を除いて集計した。

施設別にユニット台数の分布についてみると、診療所では、「4台」（34.1%）が最も多く、次いで「3台」（31.3%）、「5台」（13.5%）、「6台」（7.5%）となった。病院では、「3台」（23.1%）が最も多く、次いで「4台」（19.2%）、「5台」（17.3%）、「8台」「10台以上」（それぞれ9.6%）となった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、全ての施設で「10台以上」となった。

図表 7 ユニット台数の分布（施設別）

	診療所		病院		歯科大学もしくは 歯学部附属病院	
	施設数 （件）	構成 割合	施設数 （件）	構成 割合	施設数 （件）	構成 割合
1台	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
2台	11	2.2%	4	7.7%	0	0.0%
3台	158	31.3%	12	23.1%	0	0.0%
4台	172	34.1%	10	19.2%	0	0.0%
5台	68	13.5%	9	17.3%	0	0.0%
6台	38	7.5%	3	5.8%	0	0.0%
7台	21	4.2%	2	3.8%	0	0.0%
8台	8	1.6%	5	9.6%	0	0.0%
9台	11	2.2%	1	1.9%	0	0.0%
10台以上	12	2.4%	5	9.6%	6	100.0%
無回答	5	1.0%	1	1.9%	0	0.0%
合計	504	100.0%	52	100.0%	6	100.0%



歯科大学もしくは歯学部附属病院のユニット台数をみると、「161～180 台」が 2 施設（33.3%）、「101～120 台」「121～140 台」「141～160 台」「181～200 台」がそれぞれ 1 施設（16.7%）であった。

図表 8 「再掲」ユニット台数（歯科大学もしくは歯学部附属病院）

	歯科大学もしくは歯学部附属病院	
	施設数（件）	構成割合
～100 台	0	0.0%
101～120 台	1	16.7%
121～140 台	1	16.7%
141～160 台	1	16.7%
161～180 台	2	33.3%
181～200 台	1	16.7%
合計	6	100.0%

## 6) 職員数（実人数）

### a) 職員数

平成 21 年 7 月における 1 施設あたりの職員数（実人数）についてみると、診療所の「歯科医師（常勤）」は平均 1.6 人（標準偏差 1.0、中央値 1.0）、「歯科医師（非常勤）」は平均 0.7 人（標準偏差 1.2、中央値 0.0）、「歯科衛生士」は平均 3.3 人（標準偏差 2.0、中央値 3.0）、「看護職員」は平均 0.2 人（標準偏差 0.8、中央値 0.0）、「その他の職員」は平均 2.9 人（標準偏差 2.5、中央値 2.0）であった。

病院の「歯科医師（常勤）」は平均 3.3 人（標準偏差 3.7、中央値 2.0）、「歯科医師（非常勤）」は平均 2.5 人（標準偏差 3.8、中央値 1.5）、「歯科衛生士」は平均 3.4 人（標準偏差 2.2、中央値 3.0）、「看護職員」は平均 1.8 人（標準偏差 6.0、中央値 0.0）、「その他の職員」は平均 1.3 人（標準偏差 1.7、中央値 1.0）であった。

歯科大学もしくは歯学部附属病院の「歯科医師（常勤）」は平均 170.7 人（標準偏差 89.4、中央値 153.0）、「歯科医師（非常勤）」は平均 41.2 人（標準偏差 59.4、中央値 21.5）、「歯科衛生士」は平均 21.3 人（標準偏差 13.4、中央値 19.5）、「看護職員」は平均 30.5 人（標準偏差 11.9、中央値 31.0）、「その他の職員」は平均 37.5 人（標準偏差 25.0、中央値 28.0）であった。

図表 9 職員数（実人数）

（単位：人）

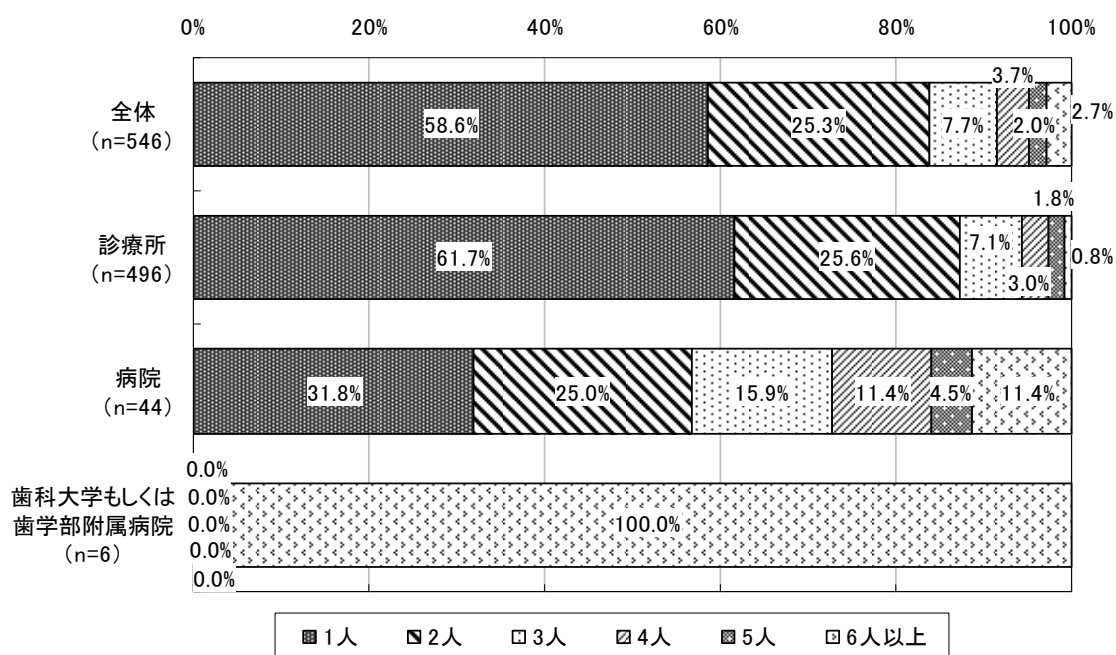
	歯科医師（常勤）			歯科医師（非常勤）			歯科衛生士		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体（n=546）	3.6	19.6	1.0	1.3	7.3	0.0	3.5	3.1	3.0
診療所（n=496）	1.6	1.0	1.0	0.7	1.2	0.0	3.3	2.0	3.0
病院（n=44）	3.3	3.7	2.0	2.5	3.8	1.5	3.4	2.2	3.0
歯科大学もしくは歯学部附属病院（n=6）	170.7	89.4	153.0	41.2	59.4	21.5	21.3	13.4	19.5

	看護職員			その他の職員			合計		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体（n=546）	0.6	3.8	0.0	3.1	5.0	2.0	12.2	32.8	7.0
診療所（n=496）	0.2	0.8	0.0	2.9	2.5	2.0	8.7	5.0	7.0
病院（n=44）	1.8	6.0	0.0	1.3	1.7	1.0	12.3	11.5	9.0
歯科大学もしくは歯学部附属病院（n=6）	30.5	11.9	31.0	37.5	25.0	28.0	301.2	109.6	300.5

（注）「病院」については、歯科のみの職員数を記載してある 44 施設を集計対象とした。

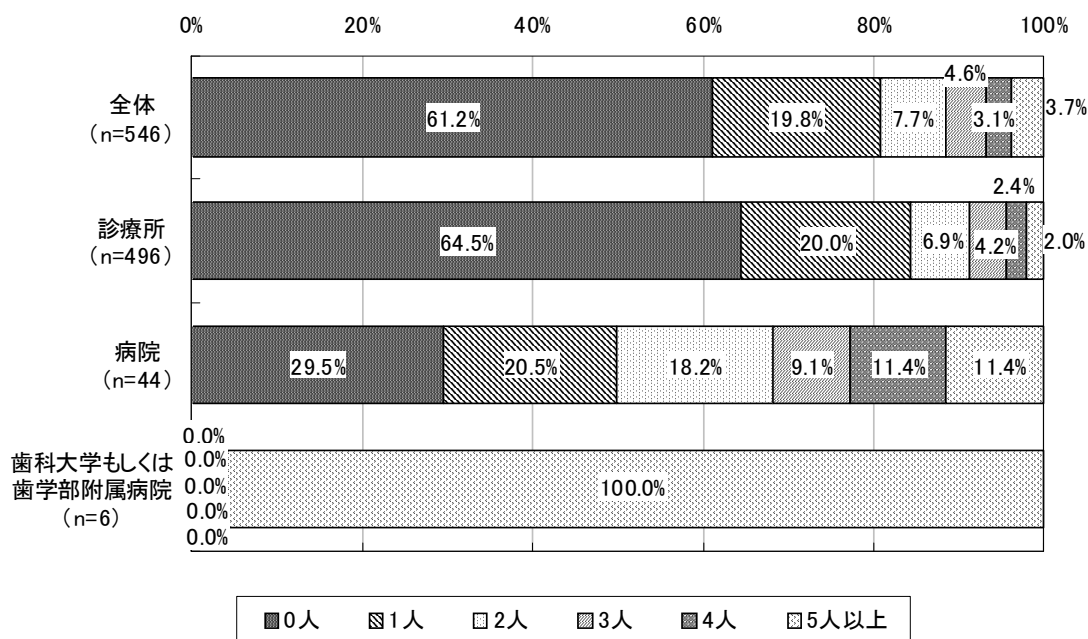
常勤の歯科医師数（実人数）の分布についてみると、診療所では、「1人」（61.7%）が最も多く、次いで「2人」（25.6%）、「3人」（7.1%）、「4人」（3.0%）となった。病院では、「1人」（31.8%）が最も多く、次いで「2人」（25.0%）、「3人」（15.9%）、「4人」「6人以上」（それぞれ11.4%）となった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、全ての施設が「6人以上」であった。

図表 10 歯科医師数（常勤、実人数）



非常勤の歯科医師数（実人数）の分布についてみると、診療所では、「0人」（64.5%）が最も多く、次いで「1人」（20.0%）、「2人」（6.9%）、「3人」（4.2%）となった。病院では、「0人」（29.5%）が最も多く、次いで「1人」（20.5%）、「2人」（18.2%）、「4人」「5人以上」（それぞれ11.4%）となった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、全ての施設が「5人以上」であった。

図表 11 歯科医師数（非常勤、実人数）



b) 医療安全に係る職員研修の受講者数および歯科外来診療環境体制加算に係る研修の受講者数

医療安全に係る職員研修を受講した歯科医師の平均人数は、診療所では常勤が 1.3 人（標準偏差 0.8、中央値 1.0）、非常勤が 0.3 人（標準偏差 0.8、中央値 0.0）、病院では常勤が 2.4 人（標準偏差 3.3、中央値 2.0）、非常勤が 1.7 人（標準偏差 3.7、中央値 0.0）、歯科大学もしくは歯学部附属病院では常勤が 168.5 人（標準偏差 84.6、中央値 180.0）、非常勤が 28.8 人（標準偏差 54.2、中央値 2.5）であった。

歯科外来診療環境体制加算に係る研修を受講した歯科医師の平均人数は、診療所では常勤が 1.2 人（標準偏差 0.6、中央値 1.0）、非常勤が 0.2 人（標準偏差 0.6、中央値 0.0）、病院では常勤が 2.0 人（標準偏差 3.1、中央値 1.0）、非常勤が 0.9 人（標準偏差 2.5、中央値 0.0）、歯科大学もしくは歯学部附属病院では常勤が 2.7 人（標準偏差 2.1、中央値 2.0）、非常勤が 0.0 人（標準偏差 0.0、中央値 0.0）であった。

図表 12 医療安全に係る職員研修の受講者数および歯科外来診療環境体制加算に係る研修の受講者数（歯科医師）

（単位：人）

		歯科医師（常勤）			歯科医師（非常勤）		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体	医療安全に係る職員研修の受講者数 (n=507)	2.7	16.2	1.0	0.6	5.1	0.0
	歯科外来診療環境体制加算に係る研修の受講者数 (n=518)	1.3	1.1	1.0	0.2	0.9	0.0
診療所	医療安全に係る職員研修の受講者数 (n=460)	1.3	0.8	1.0	0.3	0.8	0.0
	歯科外来診療環境体制加算に係る研修の受講者数 (n=472)	1.2	0.6	1.0	0.2	0.6	0.0
病院	医療安全に係る職員研修の受講者数 (n=43)	2.4	3.3	2.0	1.7	3.7	0.0
	歯科外来診療環境体制加算に係る研修の受講者数 (n=43)	2.0	3.1	1.0	0.9	2.5	0.0
歯科大学 もしくは 歯学部 附属病院	医療安全に係る職員研修の受講者数 (n=4)	168.5	84.6	180.0	28.8	54.2	2.5
	歯科外来診療環境体制加算に係る研修の受講者数 (n=3)	2.7	2.1	2.0	0.0	0.0	0.0

医療安全に係る職員研修を受講した歯科衛生士の平均人数は、診療所で 1.8 人（標準偏差 2.0、中央値 1.0）、病院では 1.4 人（標準偏差 2.1、中央値 0.0）、歯科大学もしくは歯学部附属病院では 18.3 人（標準偏差 11.8、中央値 17.0）であった。同様に、看護職員の平均人数は、診療所で 0.1 人（標準偏差 0.7、中央値 0.0）、病院では 1.4 人（標準偏差 5.8、中央値 0.0）、歯科大学もしくは歯学部附属病院では 25.5 人（標準偏差 12.7、中央値 25.5）であった。

図表 13 医療安全に係る職員研修の受講者数  
（歯科衛生士、看護職員、その他職員）

（単位：人）

	歯科衛生士			看護職員			その他職員		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体 (n=507)	1.9	2.6	1.0	0.4	3.0	0.0	1.0	2.4	0.0
診療所 (n=460)	1.8	2.0	1.0	0.1	0.7	0.0	0.9	1.8	0.0
病院 (n=43)	1.4	2.1	0.0	1.4	5.8	0.0	0.5	1.1	0.0
歯科大学もしくは歯学部附属病院 (n=4)	18.3	11.8	17.0	25.5	12.7	25.5	19.0	7.4	22.0

（注）「病院」については、歯科のみの職員数を記載してある 44 施設のうち、「医療安全に係る職員研修の受講者数」と「歯科外来診療環境体制加算に係る研修の受講者数」に記載のなかった 1 施設を除いた 43 施設を集計対象とした。

②歯科外来診療環境体制加算の状況

1) 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準届出受理時期

「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準届出受理時期についてみると、診療所では、「平成20年4月」(36.9%)が最も多く、次いで「平成20年7月」(11.1%)、「平成20年6月」(10.5%)、「平成20年5月」(9.5%)となった。病院では、「平成20年4月」(53.8%)が最も多く半数以上を占め、次いで「平成20年6月」(11.5%)となった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、全て「平成20年4月」(6施設、100.0%)であった。

図表 14 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準届出受理時期

(単位：件)

	総数	平成20年 4月	平成20年 5月	平成20年 6月	平成20年 7月	平成20年 8月
全体	562 100.0%	220 39.1%	50 8.9%	59 10.5%	59 10.5%	41 7.3%
診療所	504 100.0%	186 36.9%	48 9.5%	53 10.5%	56 11.1%	40 7.9%
病院	52 100.0%	28 53.8%	2 3.8%	6 11.5%	3 5.8%	1 1.9%
歯科大学もしくは 歯学部附属病院	6 100.0%	6 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

	平成20年 9月	平成20年 10月	平成20年 11月	平成20年 12月	平成21年 1月以降	無回答
全体	31 5.5%	22 3.9%	10 1.8%	13 2.3%	37 6.6%	20 3.6%
診療所	31 6.2%	22 4.4%	7 1.4%	8 1.6%	34 6.7%	19 3.8%
病院	0 0.0%	0 0.0%	3 5.8%	5 9.6%	3 5.8%	1 1.9%
歯科大学もしくは 歯学部附属病院	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

## 2) 歯科外来患者数、当該加算算定患者数、算定率

平成20年4月に歯科外来診療環境体制加算の施設基準届出が受理された施設における平成21年4月の歯科外来患者数、歯科外来診療環境体制加算の算定患者数、算定率についてみると、診療所では、歯科外来患者数が平均433.3人であり、このうち当該加算を算定した患者数は平均144.1人であった。この結果、算定率は平均33.2%となり、平成20年4月や平成20年10月時点の算定率（それぞれ27.1%、32.6%）と比べると増加した。

病院について同様にみると、平成21年4月の歯科外来患者数は平均960.1人で、このうち当該加算を算定した患者数は平均200.8人であった。この結果、算定率は20.9%となり、平成20年4月の算定率（20.7%）と比べるとほとんど変わらなかった。

歯科大学もしくは歯学部附属病院における平成21年4月の歯科外来患者数は平均8,713.0人で、このうち当該加算を算定した患者数は平均950.0人であった。この結果、算定率は10.9%となり、平成20年4月や平成20年10月時点の算定率（それぞれ9.3%、10.6%）と比べると増加した。

それぞれの施設において、平成20年4月と平成21年4月の平均外来患者数を比べると、診療所では435.4人から433.3人とやや減少したものの、病院は896.0人から960.1人と増加し、歯科大学もしくは歯学部附属病院では8,370.4人から8,713.0人と増加した。これに対し歯科外来診療環境体制加算の算定率は、診療所は27.1%から33.2%、病院は20.7%から20.9%、歯科大学もしくは歯学部附属病院では9.3%から10.9%と増加した。

歯科外来診療環境体制加算の算定率は、診療所で最も高く、次いで病院、歯科大学もしくは歯学部附属病院となった。



図表 15 歯科外来患者数、当該加算算定患者数、算定率  
(平成 20 年 4 月届出施設)

(単位：人)

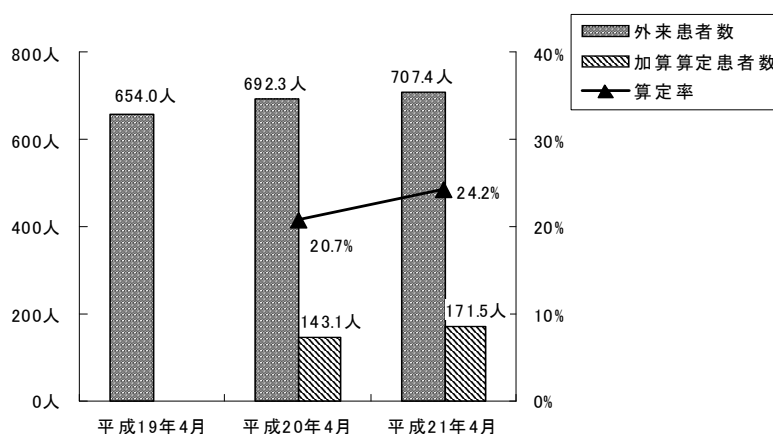
			外来患者数			加算算定患者数			算定率
			平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	
全体	平成 19 年 4 月	n=201	654.0	1,324.1	376.0	/	/	/	/
	平成 19 年 10 月	n=201	691.8	1,450.5	379.0	/	/	/	/
	平成 20 年 4 月	n=201	692.3	1,385.4	388.0	143.1	171.8	101.0	20.7%
	平成 20 年 10 月	n=201	720.3	1,502.9	404.0	171.3	188.1	130.0	23.8%
	平成 21 年 4 月	n=201	707.4	1,440.7	392.0	171.5	186.9	131.0	24.2%
診療所	平成 19 年 4 月	n=170	408.6	283.6	325.0	/	/	/	/
	平成 19 年 10 月	n=170	424.8	293.9	339.0	/	/	/	/
	平成 20 年 4 月	n=170	435.4	286.3	365.5	117.8	113.2	84.5	27.1%
	平成 20 年 10 月	n=170	438.4	288.8	366.0	143.0	125.0	110.0	32.6%
	平成 21 年 4 月	n=170	433.3	287.1	359.0	144.1	122.9	118.0	33.2%
病院	平成 19 年 4 月	n=26	835.9	952.4	650.5	/	/	/	/
	平成 19 年 10 月	n=26	885.0	1,031.3	674.0	/	/	/	/
	平成 20 年 4 月	n=26	896.0	1,046.6	702.0	185.5	112.4	155.0	20.7%
	平成 20 年 10 月	n=26	962.4	1,132.2	733.0	205.4	134.0	159.0	21.3%
	平成 21 年 4 月	n=26	960.1	1,113.7	759.5	200.8	141.5	163.0	20.9%
歯学部 大学もしく は 附属病院	平成 19 年 4 月	n=5	8,050.6	2,727.0	9,688.0	/	/	/	/
	平成 19 年 10 月	n=5	8,763.4	3,192.9	10,041.0	/	/	/	/
	平成 20 年 4 月	n=5	8,370.4	2,981.6	9,779.0	782.0	553.3	915.0	9.3%
	平成 20 年 10 月	n=5	9,049.0	3,306.5	10,573.0	958.8	424.1	906.0	10.6%
	平成 21 年 4 月	n=5	8,713.0	2,971.5	10,393.0	950.0	433.6	961.0	10.9%

(注)・平成 20 年 4 月に届出が受理された施設で、全ての項目について回答があった施設を対象に集計した。

・算定率＝加算算定患者数（平均値）／外来患者数（平均値）×100

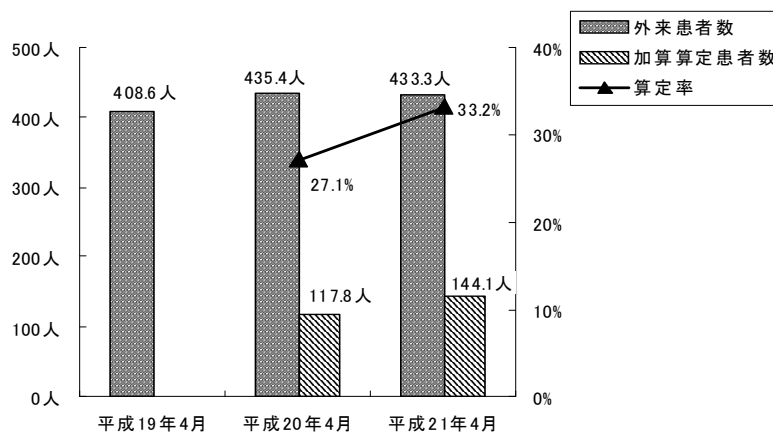
平成 20 年 4 月に「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準の届出が受理された施設全体における当該加算の算定率の変化をみると、平成 20 年 4 月は 20.7%、平成 21 年 4 月は 24.2% となり、3.5 ポイント増加した。

図表 16 歯科外来患者数、当該加算算定患者数、算定率（平均値）  
（平成 20 年 4 月届出施設別）～全体～



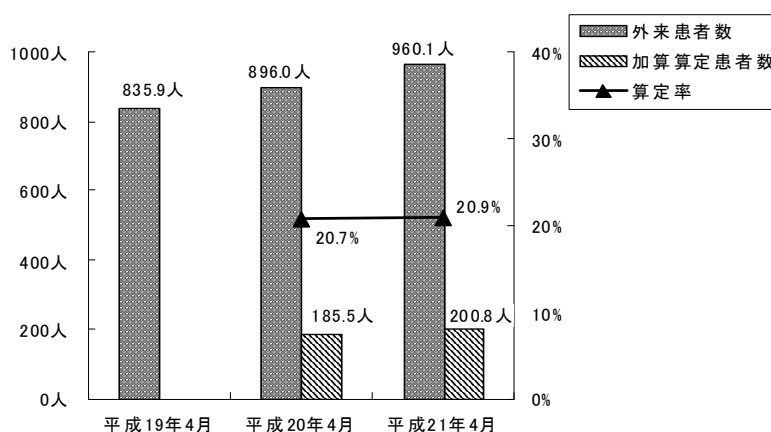
平成 20 年 4 月に「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準の届出が受理された診療所における当該加算の算定率の変化をみると、平成 20 年 4 月は 27.1%、平成 21 年 4 月は 33.2% となり、6.1 ポイント増加した。

図表 17 歯科外来患者数、当該加算算定患者実数、算定率（平均値）  
（平成 20 年 4 月届出施設別）～診療所～



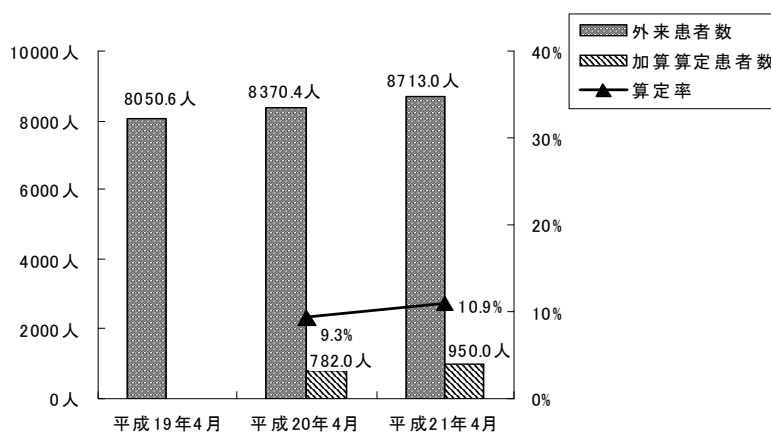
平成 20 年 4 月に「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準の届出が受理された病院における当該加算の算定率の変化をみると、平成 20 年 4 月は 20.7%、平成 21 年 4 月は 20.9% となり、0.2 ポイントと微増した。

図表 18 歯科外来患者数、当該加算算定患者数、算定率（平均値）  
（平成 20 年 4 月届出施設別）～病院～



平成 20 年 4 月に「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準の届出が受理された歯科大学もしくは歯学部附属病院における当該加算の算定率の変化をみると、平成 20 年 4 月は 9.3%、平成 21 年 4 月は 10.9% となり、1.6 ポイントと増加した。

図表 19 歯科外来患者数、当該加算算定患者数、算定率（平均値）  
（平成 20 年 4 月届出施設別）～歯科大学もしくは歯学部附属病院～



平成20年5月から平成20年10月までに歯科外来診療環境体制加算の施設基準の届出が受理された施設における平成21年4月の歯科外来患者数、歯科外来診療環境体制加算の算定患者数、算定率についてみると、診療所では、歯科外来患者数が平均393.2人であり、このうち当該加算算定患者数は平均128.6人であった。この結果、算定率は平均32.7%となり、平成20年10月時点の算定率（32.4%）と比べると増加した。

同様に、平成21年4月の病院における歯科外来患者数は平均742.4人であり、このうち当該加算算定患者数は平均144.5人であった。この結果、算定率は19.5%となり、平成20年10月時点の算定率（18.4%）と比べると増加した。

図表 20 外来患者数、当該加算算定患者数、算定率  
(平成20年5月から平成20年10月までの届出施設)

(単位：人)

			外来患者数			加算算定患者数			算定率
			平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	
全体	平成19年4月	n=232	370.3	313.6	309.0	/	/	/	/
	平成19年10月	n=232	389.9	332.5	312.5	/	/	/	/
	平成20年4月	n=232	390.2	319.8	317.0	/	/	/	/
	平成20年10月	n=232	414.2	332.7	325.5	129.1	94.3	109.5	31.2%
	平成21年4月	n=232	409.8	322.3	317.0	129.3	90.3	108.5	31.6%
診療所	平成19年4月	n=221	353.9	286.4	300.0	/	/	/	/
	平成19年10月	n=221	372.9	304.1	307.0	/	/	/	/
	平成20年4月	n=221	373.3	289.8	303.0	/	/	/	/
	平成20年10月	n=221	396.4	299.5	316.0	128.5	94.8	109.0	32.4%
	平成21年4月	n=221	393.2	291.9	312.0	128.6	90.5	107.0	32.7%
病院	平成19年4月	n=11	701.0	583.3	454.0	/	/	/	/
	平成19年10月	n=11	731.5	620.4	555.0	/	/	/	/
	平成20年4月	n=11	730.4	617.0	508.0	/	/	/	/
	平成20年10月	n=11	772.5	660.0	547.0	142.0	87.3	144.0	18.4%
	平成21年4月	n=11	742.4	630.2	532.0	144.5	89.2	140.0	19.5%

(注)・平成20年5月から平成20年10月までに届出が受理された施設で、全ての項目について回答があった施設を対象に集計した。また、「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設はなかった。

・算定率＝加算算定患者数（平均値）／外来患者数（平均値）×100

平成20年11月から平成21年4月までに歯科外来診療環境体制加算の施設基準の届出が受理された施設における平成21年4月の歯科外来患者数、歯科外来診療環境体制加算の算定患者数、算定率についてみると、診療所では、歯科外来患者数が平均431.2人であり、このうち当該加算算定患者数は平均162.7人であった。この結果、算定率は平均37.7%となった。

同様に、平成21年4月の病院における歯科外来患者数は平均673.2人で、このうち当該加算算定患者数は平均127.0人であった。この結果、算定率は平均18.9%となった。

図表 21 外来患者数、当該加算算定患者数、算定率  
(平成20年11月から平成21年4月までの届出施設)

(単位：人)

			外来患者数)			加算算定患者数			算定率
			平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	
全体	平成19年4月	n=43	434.8	261.8	434.0	/	/	/	/
	平成19年10月	n=43	460.8	279.2	432.0	/	/	/	/
	平成20年4月	n=43	450.0	274.1	420.0	/	/	/	/
	平成20年10月	n=43	458.6	277.2	433.0	/	/	/	/
	平成21年4月	n=43	487.5	267.8	434.0	154.4	120.1	133.0	31.7%
診療所	平成19年4月	n=33	373.5	221.0	409.0	/	/	/	/
	平成19年10月	n=33	397.2	222.7	397.0	/	/	/	/
	平成20年4月	n=33	384.9	223.7	403.0	/	/	/	/
	平成20年10月	n=33	382.6	212.2	392.0	/	/	/	/
	平成21年4月	n=33	431.2	235.6	421.0	162.7	130.1	135.0	37.7%
病院	平成19年4月	n=10	636.9	294.7	650.5	/	/	/	/
	平成19年10月	n=10	670.7	351.7	648.5	/	/	/	/
	平成20年4月	n=10	664.7	325.4	668.5	/	/	/	/
	平成20年10月	n=10	709.4	327.6	763.5	/	/	/	/
	平成21年4月	n=10	673.2	295.5	675.5	127.0	78.0	112.5	18.9%

(注)・平成20年11月から平成21年4月までに届出が受理された施設で、全ての項目について回答があった施設を対象に集計した。また、「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設はなかった。

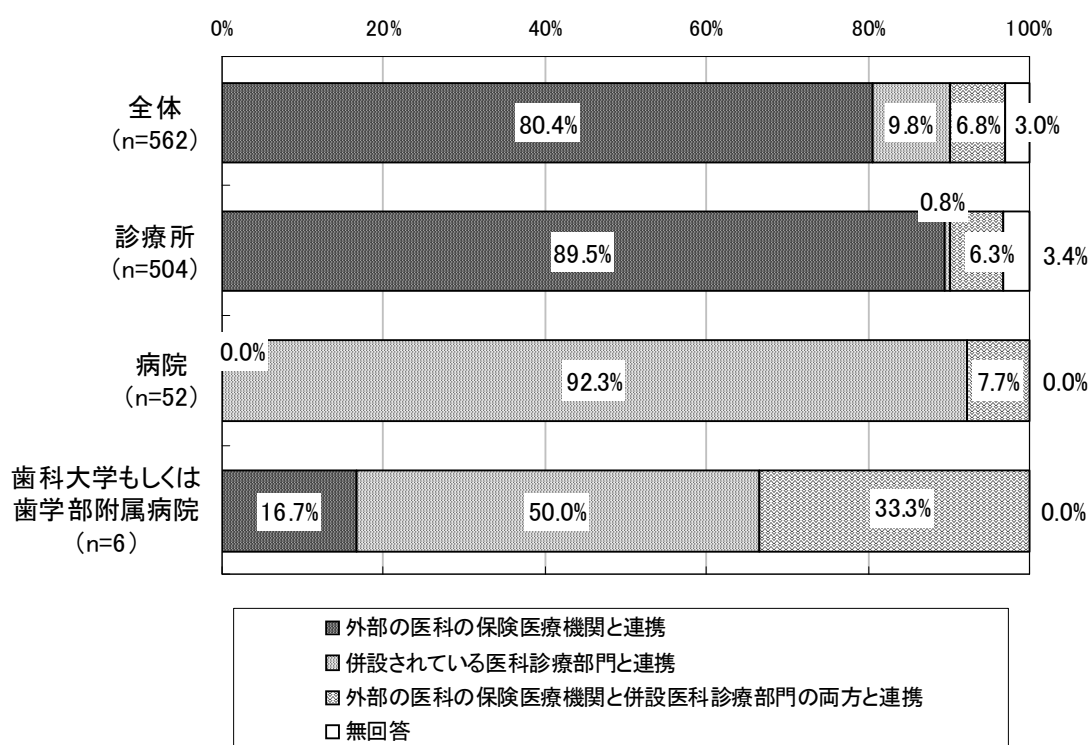
・算定率＝加算算定患者数（平均値）／外来患者数（平均値）×100

### ③ 歯科外来診療時における具体的な体制

#### 1) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に対応できる医療連携

誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に対応できる医療連携についてみると、診療所では「外部の医科の保険医療機関と連携」(89.5%)、病院では「併設されている医科診療部門と連携」(92.3%)が最も多くなり、約9割となった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「併設されている医科診療部門と連携」(50.0%、3施設)が最も多く、次いで「外部の医科の保険医療機関と併設医科診療部門の両方と連携」(33.3%、2施設)、「外部の医科の保険医療機関と連携」(16.7%、1施設)であった。

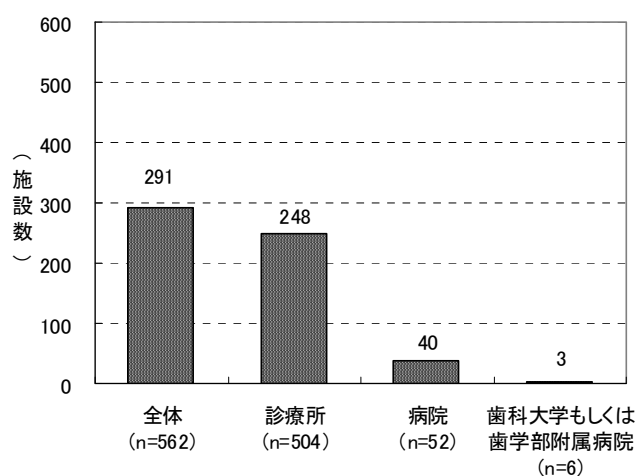
図表 22 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に対応できる医療連携



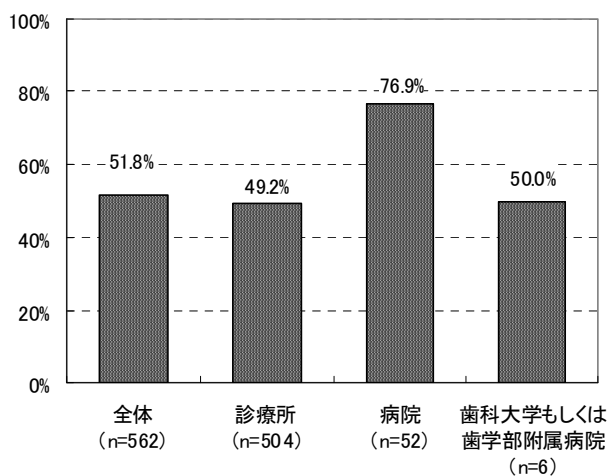
## 2) 医科・歯科連携体制を整えた時期

医科・歯科連携体制を整えた時期について、平成 18 年より前に連携体制を整えた施設をみると、診療所が 248 施設（全診療所の 49.2%）、病院が 40 施設（全病院の 76.9%）、歯科大学もしくは歯学部附属病院が 3 施設（全歯科大学もしくは歯学部附属病院の 50.0%）であった。平成 18 年より前に連携体制を整えたのは、病院が 7 割以上と高い割合であった。

図表 23 医科・歯科連携体制を整えた時期  
～平成 18 年より前に連携体制を整えた施設～（施設数ベース）

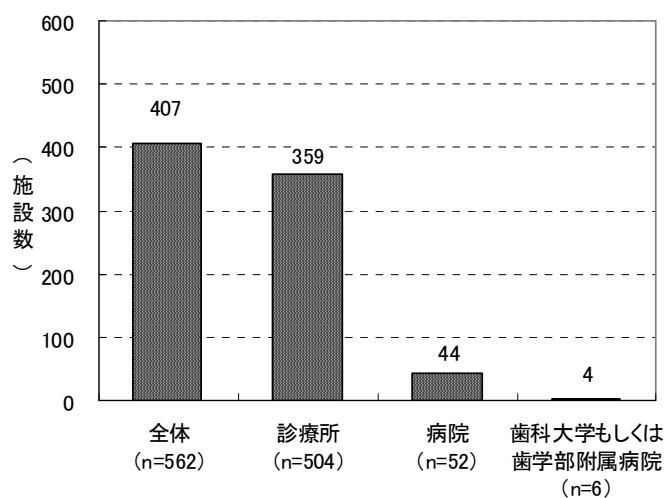


図表 24 医科・歯科連携体制を整えた時期  
～平成 18 年より前に連携体制を整えた施設～

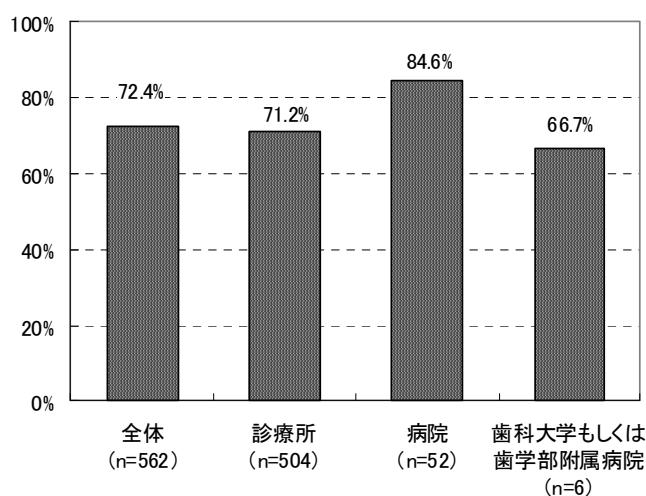


平成 20 年 4 月より前に医科・歯科連携体制を整えた施設について、連携体制を整えた時期をみると、診療所が 359 施設（全診療所の 71.2%）、病院が 44 施設（全病院の 84.6%）、歯科大学もしくは歯学部附属病院が 4 施設（全歯科大学もしくは歯学部附属病院の 66.7%）であった。

図表 25 医科・歯科連携体制を整えた時期  
～平成 20 年 4 月より前に連携体制を整えた施設～（施設数ベース）



図表 26 医科・歯科連携体制を整えた時期  
～平成 20 年 4 月より前に連携体制を整えた施設～

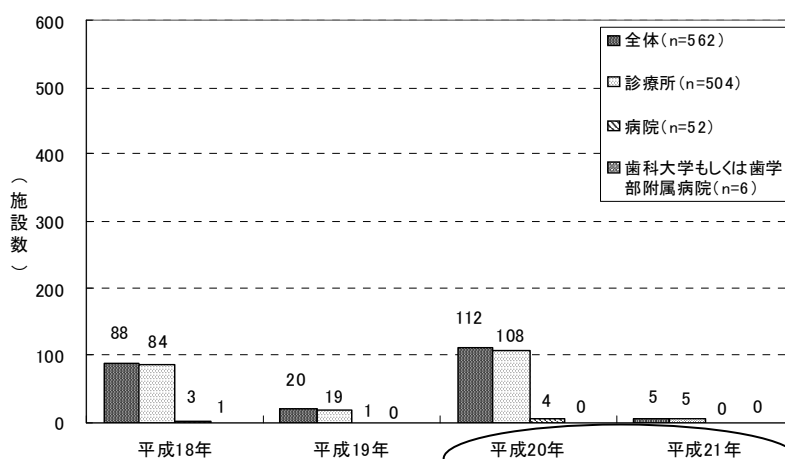




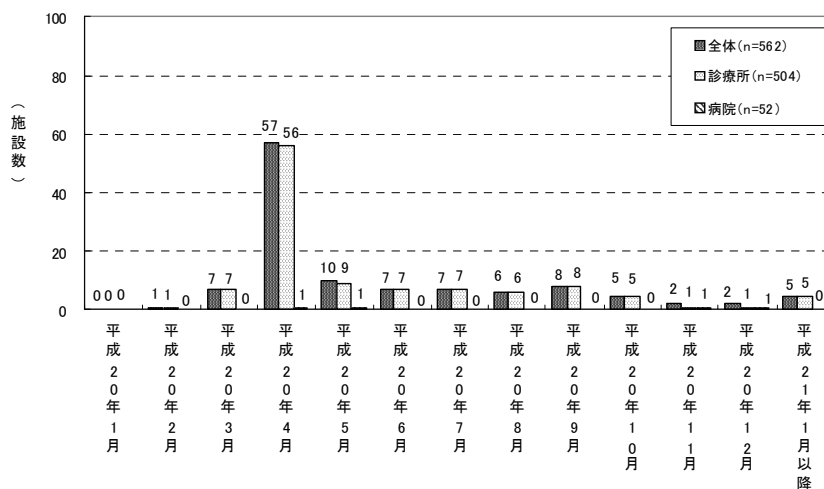
平成18年より後に医科・歯科連携体制を整えた施設について、連携体制を整えた時期をみると、診療所では「平成20年」が108施設で最も多く、次いで「平成18年」が84施設、「平成19年」が19施設であった。同様に、病院では「平成20年」が4施設で最も多く、次いで「平成18年」(3施設)、「平成19年」(1施設)であった。

最も多かった平成20年を月別でみると、診療所では、「平成20年4月」が56施設で最も多くなった。病院では、「平成20年4月」「平成20年5月」「平成20年11月」「平成20年12月」がそれぞれ1施設であった。

図表 27 医科・歯科連携体制を整えた時期  
～平成18年より後に連携体制を整えた施設～（施設数ベース）



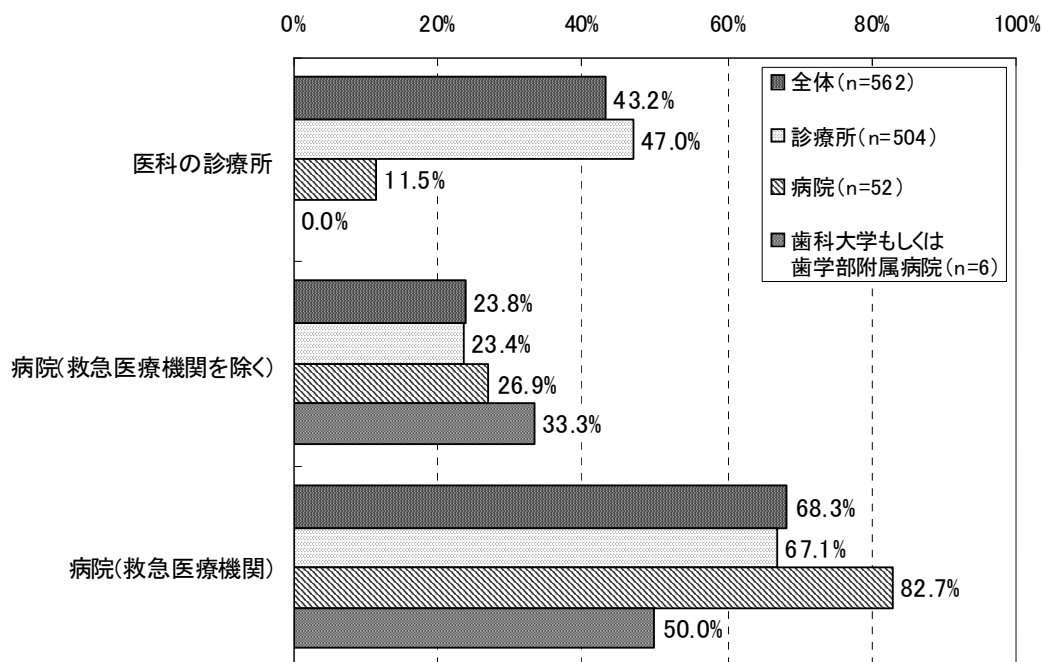
→ 図表 28 医科・歯科連携体制を整えた時期～平成20年月別～（施設数ベース）



### 3) 連携している医科の医療機関

連携している医科の医療機関についてみると、診療所では、「病院（救急医療機関）」（67.1%）が最も多く、次いで「医科の診療所」（47.0%）、「病院（救急医療機関を除く）」（23.4%）であった。病院では、「病院（救急医療機関）」（82.7%）が最も多く、次いで「病院（救急医療機関を除く）」（26.9%）、「医科の診療所」（11.5%）であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院についてみると、「病院（救急医療機関）」（50.0%）が最も多く、次いで「病院（救急医療機関を除く）」（33.3%）であった。

図表 29 連携している医科の医療機関（複数回答）



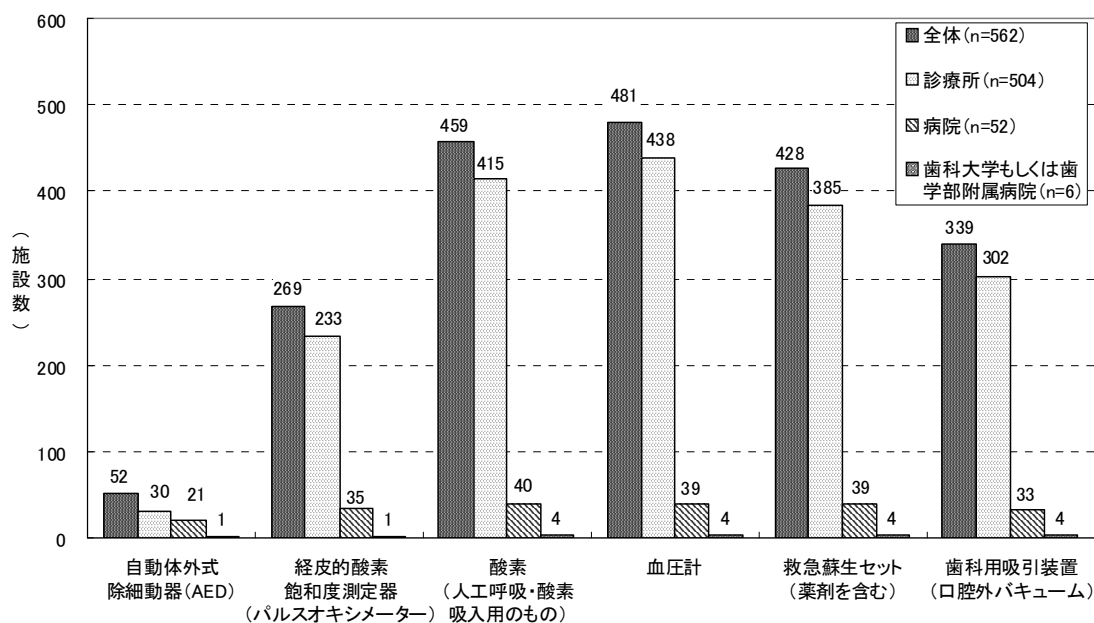
#### 4) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期

平成18年より前に導入した誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具は、診療所では、「血圧計」が438施設で最も多く、次いで「酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）」が415施設、「救急蘇生セット（薬剤を含む）」が385施設、「歯科用吸引装置（口腔外バキューム）」が302施設、「経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）」が233施設、「自動体外式除細動器（AED）」が30施設であった。

病院では、「酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）」が40施設、「血圧計」「救急蘇生セット（薬剤を含む）」がそれぞれ39施設、「経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）」が35施設、「歯科用吸引装置（口腔外バキューム）」が33施設、「自動体外式除細動器（AED）」が21施設であった。

歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）」「血圧計」「救急蘇生セット（薬剤を含む）」「歯科用吸引装置（口腔外バキューム）」が、それぞれ4施設であった。「自動体外式除細動器（AED）」「経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）」が、それぞれ1施設であった。

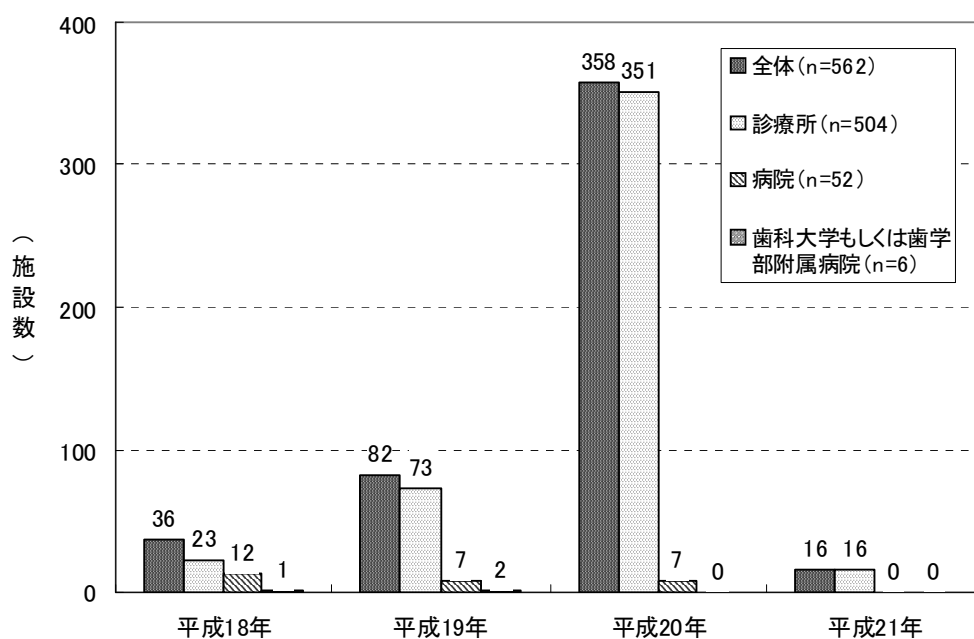
図表 30 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
～平成18年より前に導入した施設～（施設数ベース）



a) 自動体外式除細動器（AED）

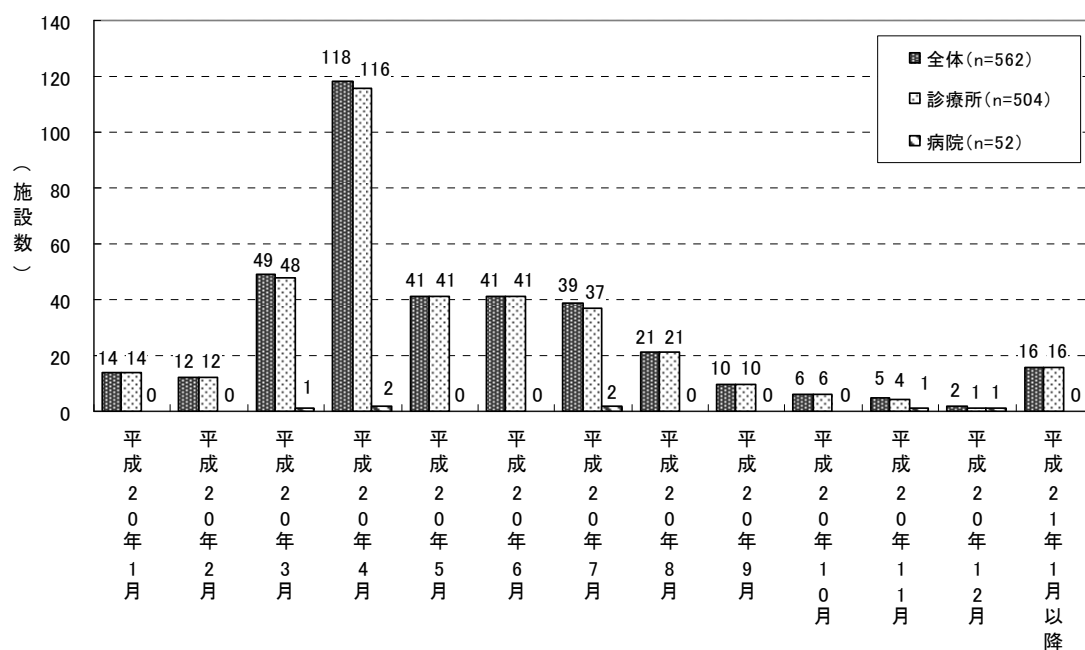
平成 18 年より後に「自動体外式除細動器（AED）」を導入した施設について、その導入時期をみると、診療所では「平成 20 年」（351 施設）、病院では「平成 18 年」（12 施設）、歯科大学もしくは歯学部附属病院では「平成 19 年」（2 施設）が最も多かった。

図表 31 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
自動体外式除細動器（AED）  
～平成 18 年より後に導入した施設～（施設数ベース）



平成 20 年月別に「自動体外式除細動器 (AED)」の導入時期をみると、診療所では「4 月」が最も多い 116 施設であった。一方、病院では「4 月」「7 月」がそれぞれ 2 施設、「3 月」「11 月」「12 月」がそれぞれ 1 施設であった。

図表 32 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
自動体外式除細動器 (AED)  
～平成 20 年月別～ (施設数ベース)

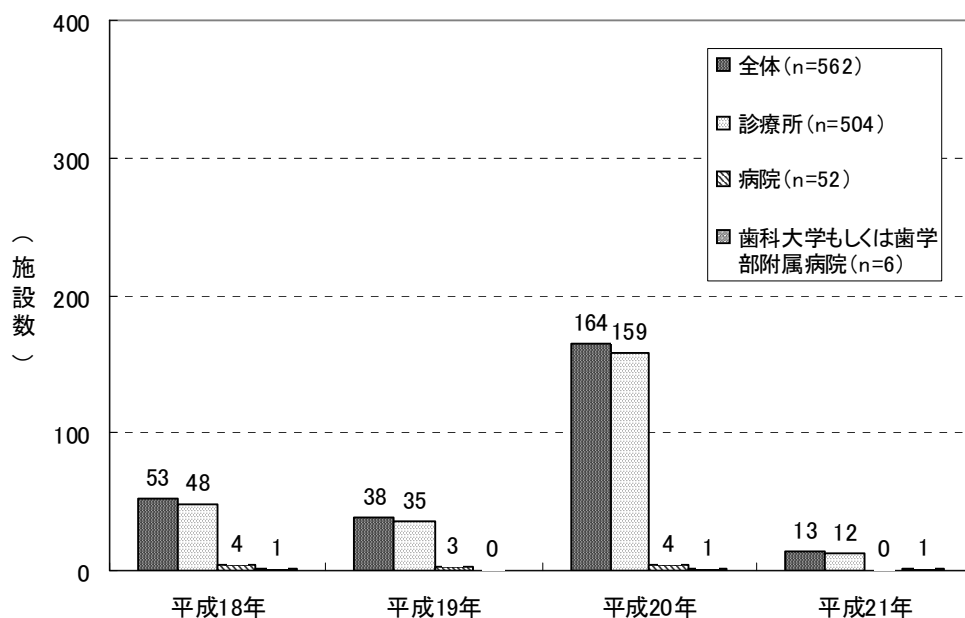


(注) 「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設がなかった。

b) 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

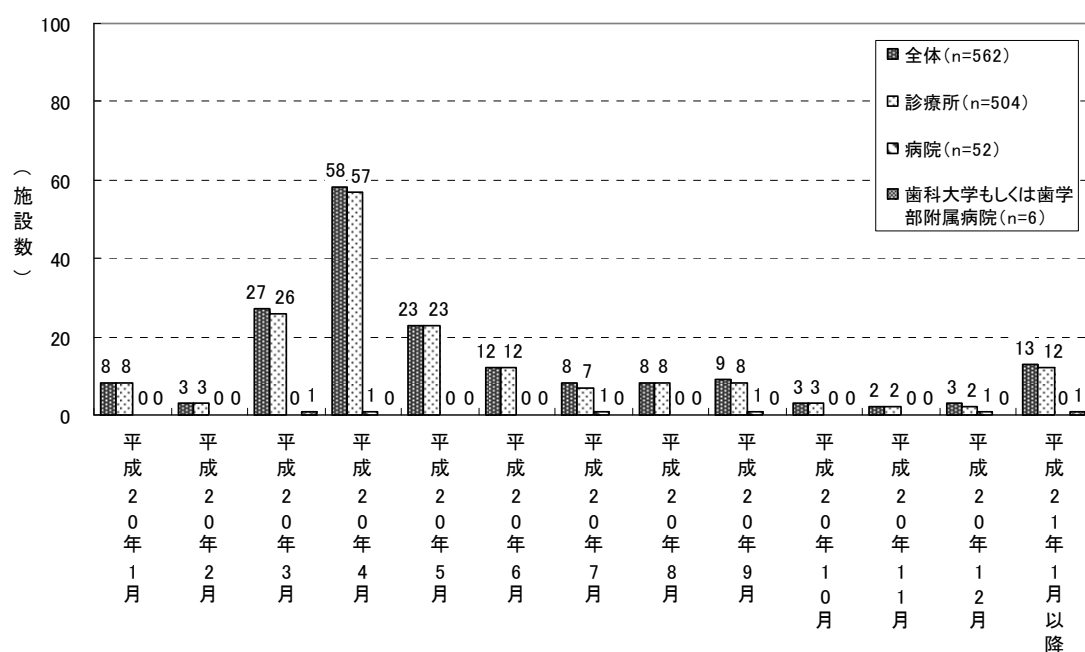
平成 18 年より後に「経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）」を導入した施設について、その導入時期をみると、診療所では「平成 20 年」（159 施設）が最も多く、次いで「平成 18 年」（48 施設）、「平成 19 年」（35 施設）、「平成 21 年」（12 施設）であった。病院では、「平成 18 年」「平成 20 年」がそれぞれ 4 施設、「平成 19 年」が 3 施設であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「平成 18 年」「平成 20 年」「平成 21 年」がそれぞれ 1 施設であった。

図表 33 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）  
～平成 18 年より後に導入した施設～（施設数ベース）



平成 20 年月別に「経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）」の導入時期をみると、診療所では「4 月」（57 施設）が最も多く、次いで「3 月」（26 施設）であった。病院では、「4 月」「7 月」「9 月」「12 月」、歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「3 月」「平成 21 年 1 月以降」がそれぞれ 1 施設であった。

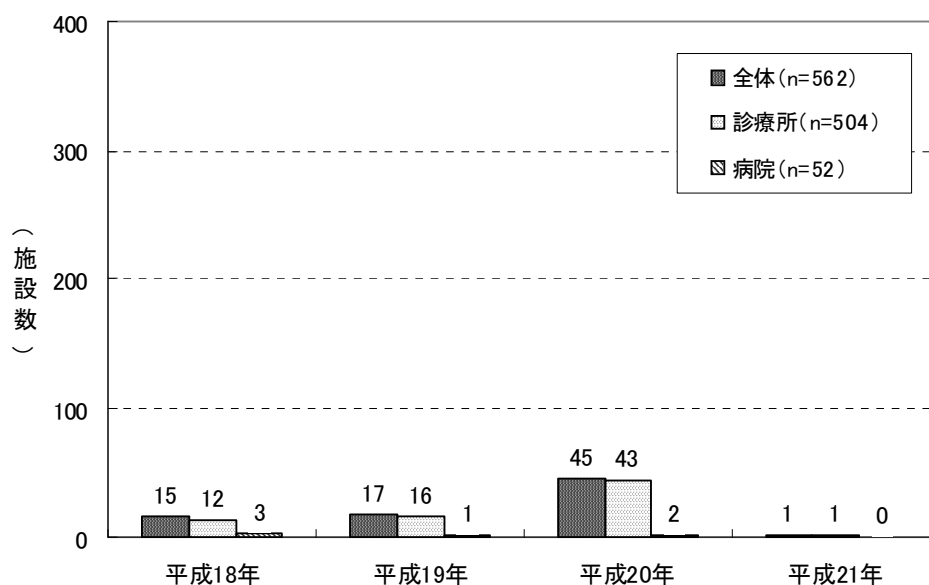
図表 34 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）  
～平成 20 年月別～（施設数ベース）



c) 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

平成 18 年より後に「酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）」を導入した施設について、その導入時期をみると、診療所では「平成 20 年」（43 施設）が最も多かった。病院では、「平成 18 年」（3 施設）が最も多く、次いで「平成 20 年」（2 施設）、「平成 19 年」（1 施設）であった。

図表 35 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）  
～平成 18 年より後に導入した施設～（施設数ベース）

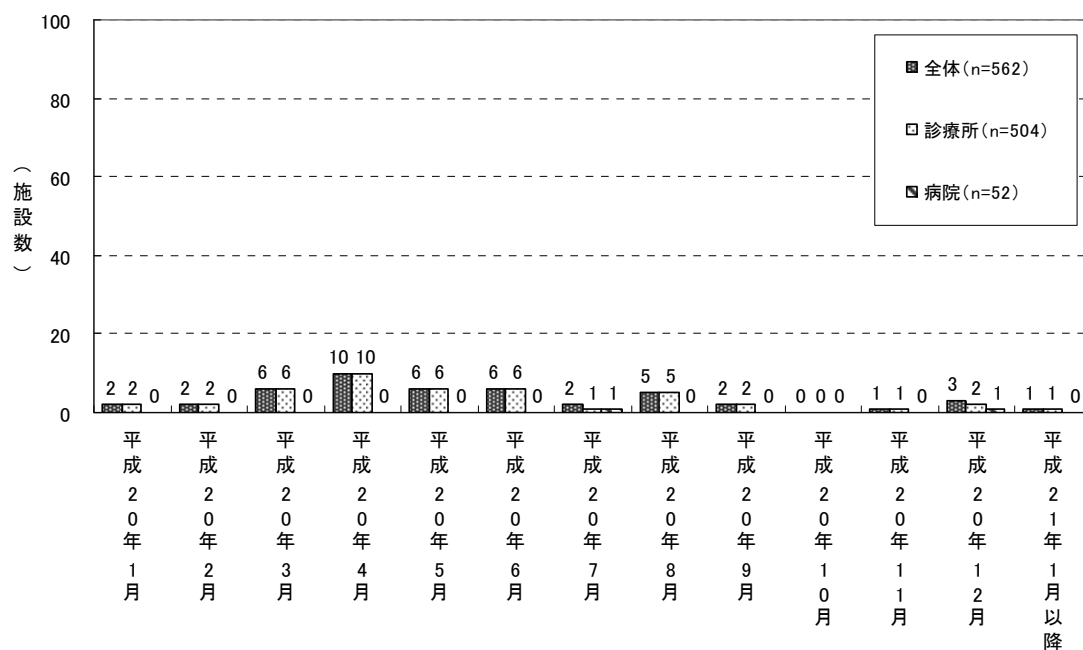


(注)「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設がなかった。



平成 20 年月別に「酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）」の導入時期をみると、診療所では「4 月」（10 施設）が最も多く、次いで「3 月」「5 月」「6 月」（それぞれ 6 施設）であった。病院では「7 月」「12 月」がそれぞれ 1 施設であった。

図表 36 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）  
～平成 20 年月別～（施設数ベース）



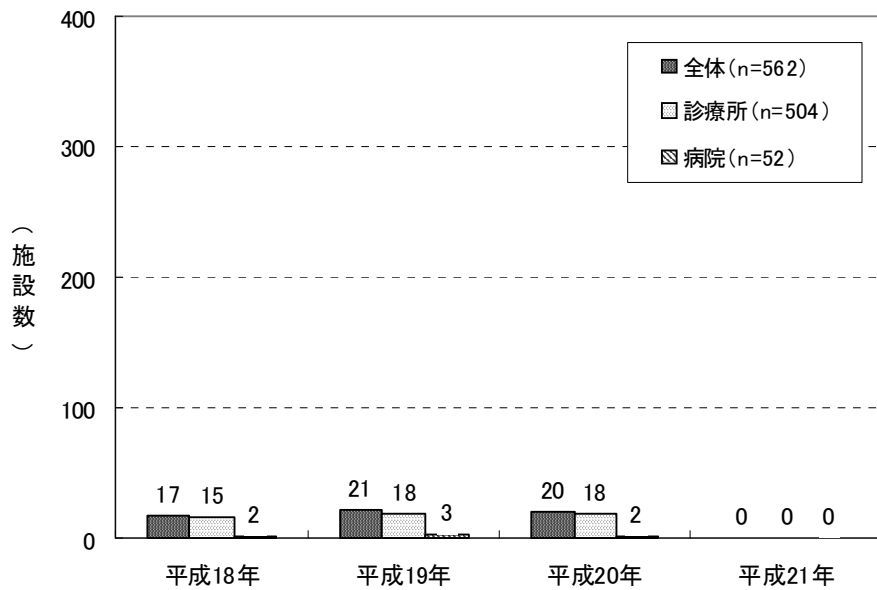
(注) 「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設がなかった。

d) 血圧計

平成 18 年より後に「血圧計」を導入した施設について、その導入時期をみると、診療所では「平成 19 年」「平成 20 年」（それぞれ 18 施設）が最も多く、次いで「平成 18 年」（15 施設）であった。病院では、「平成 19 年」（3 施設）が最も多く、次いで「平成 18 年」「平成 20 年」（それぞれ 2 施設）であった。

図表 37 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
血圧計

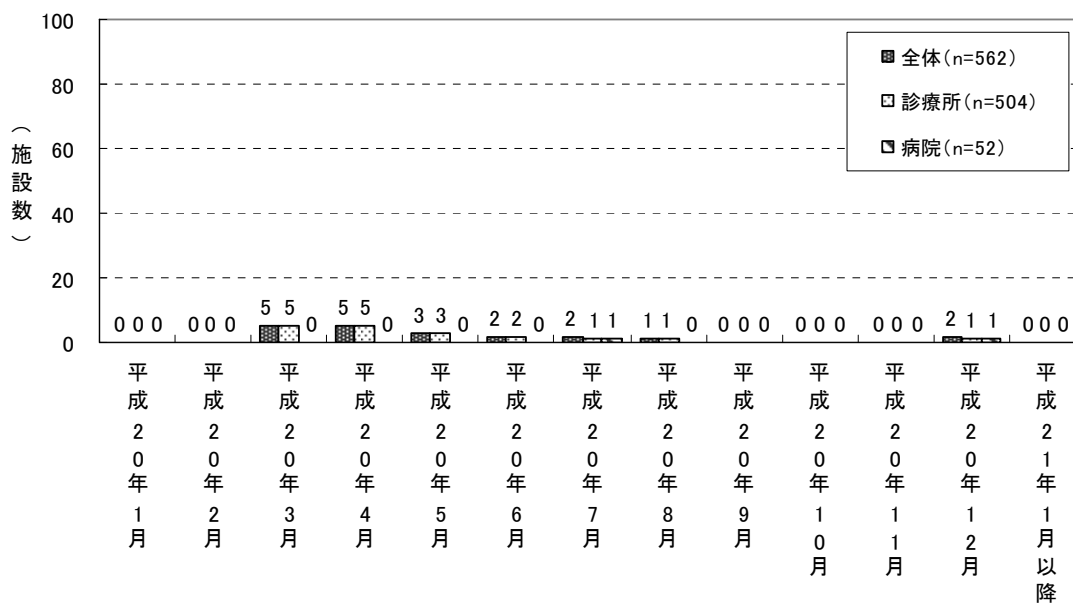
～平成 18 年より後に導入した施設～（施設数ベース）



(注)「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設がなかった。

平成 20 年月別に「血圧計」の導入時期をみると、診療所では「3 月」「4 月」（それぞれ 5 施設）が最も多くなった。病院では「7 月」「12 月」がそれぞれ 1 施設であった。

図表 38 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
血圧計  
～平成 20 年月別～（施設数ベース）

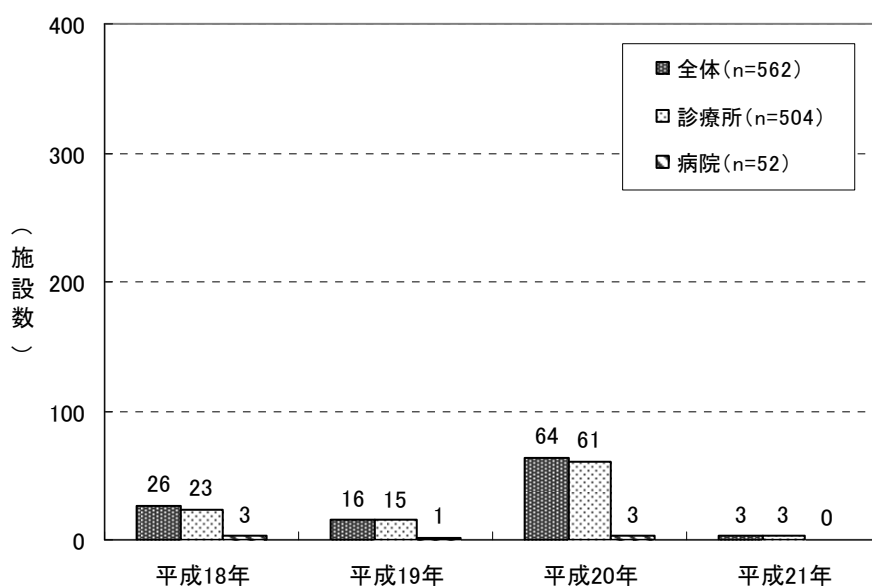


(注)「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設がなかった。

e) 救急蘇生セット（薬剤を含む）

平成 18 年より後に「救急蘇生セット（薬剤を含む）」を導入した施設について、その導入時期をみると、診療所では「平成 20 年」（61 施設）が最も多く、次いで「平成 18 年」（23 施設）、「平成 19 年」（15 施設）であった。病院では「平成 18 年」「平成 20 年」がそれぞれ 3 施設、「平成 19 年」が 1 施設であった。

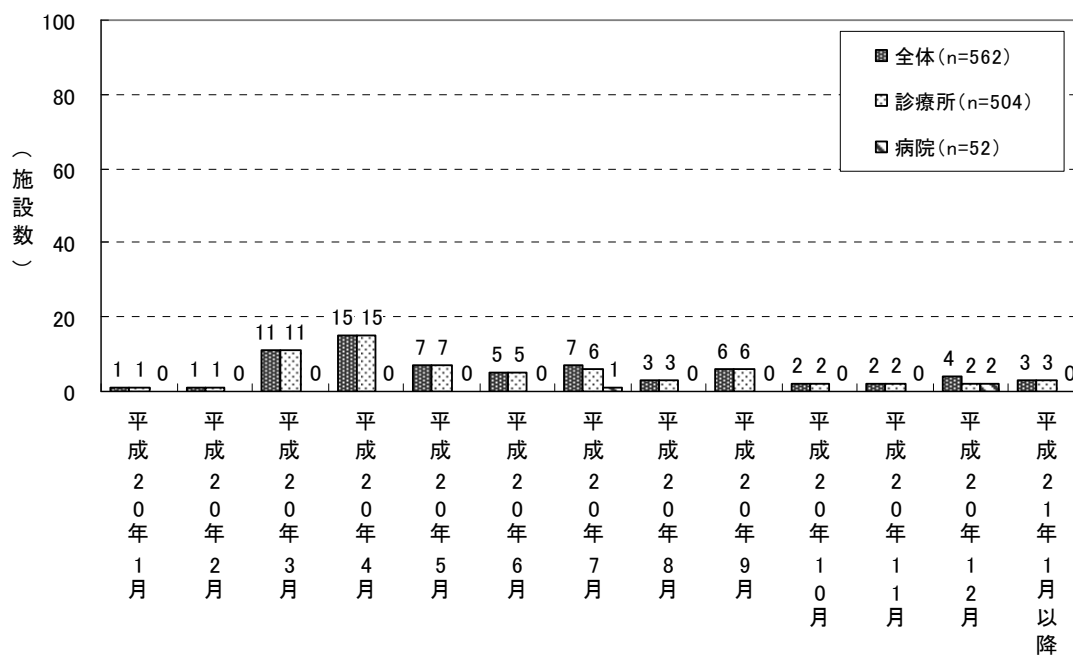
図表 39 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
救急蘇生セット（薬剤を含む）  
～平成 18 年より後に導入した施設～（施設数ベース）



(注)「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設がなかった。

平成 20 年月別に「救急蘇生セット（薬剤を含む）」の導入時期をみると、診療所では「4 月」（15 施設）が最も多くなり、次いで「3 月」（11 施設）であった。病院では、「12 月」が 2 施設、「7 月」が 1 施設であった。

図表 40 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
救急蘇生セット（薬剤を含む）  
～平成 20 年月別～（施設数ベース）

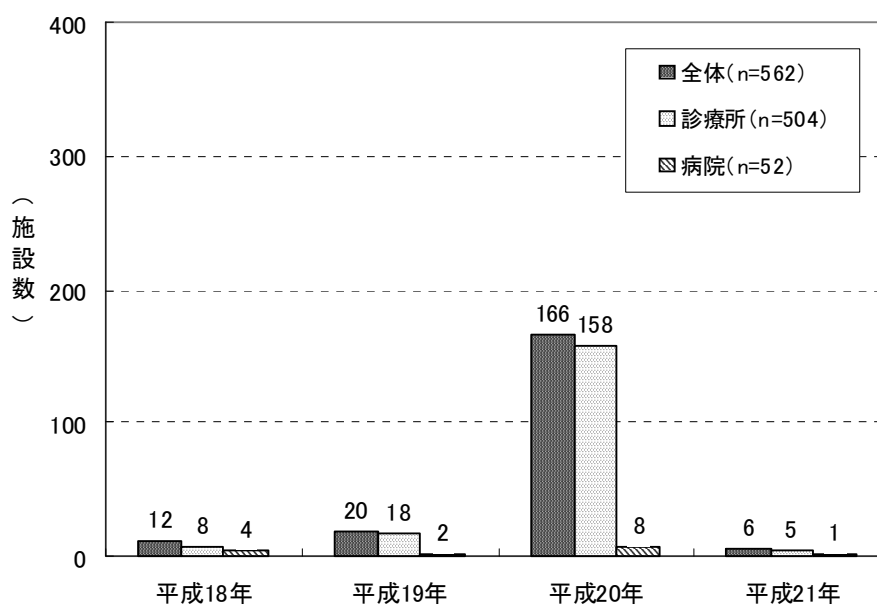


(注) 「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設がなかった。

f) 歯科用吸引装置（口腔外バキューム）

平成 18 年より後に「歯科用吸引装置（口腔外バキューム）」を導入した施設について、その導入時期をみると、診療所では「平成 20 年」（158 施設）が最も多かった。同様に病院でも「平成 20 年」（8 施設）が最も多く、次いで「平成 18 年」（4 施設）であった。

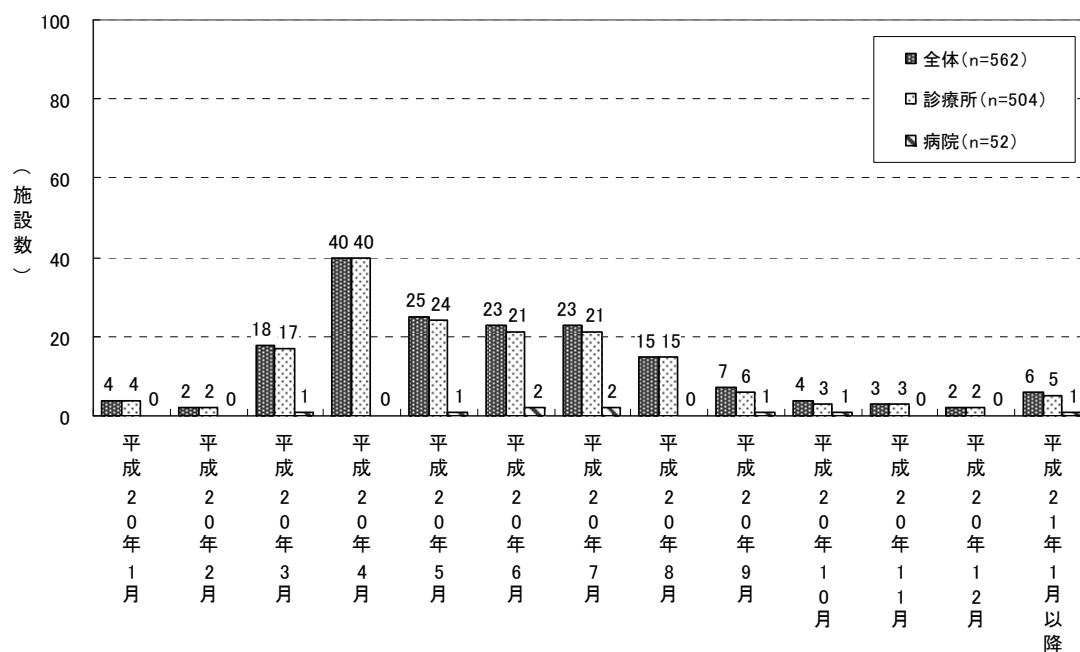
図表 41 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
 歯科用吸引装置（口腔外バキューム）  
 ～平成 18 年より後に導入した施設～（施設数ベース）



(注)「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設がなかった。

平成 20 年月別に「歯科用吸引装置（口腔外バキューム）」の導入時期をみると、診療所では「4月」（40施設）が最も多くなり、次いで「5月」（24施設）、「6月」「7月」（それぞれ21施設）、「3月」（17施設）、「8月」（15施設）であった。病院では「6月」「7月」がそれぞれ2施設、「3月」「5月」「9月」「10月」「平成21年1月以降」がそれぞれ1施設であった。

図表 42 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期  
 歯科用吸引装置（口腔外バキューム）  
 ～平成 20 年月別～（施設数ベース）



(注) 「歯科大学もしくは歯学部附属病院」については、対象施設がなかった。

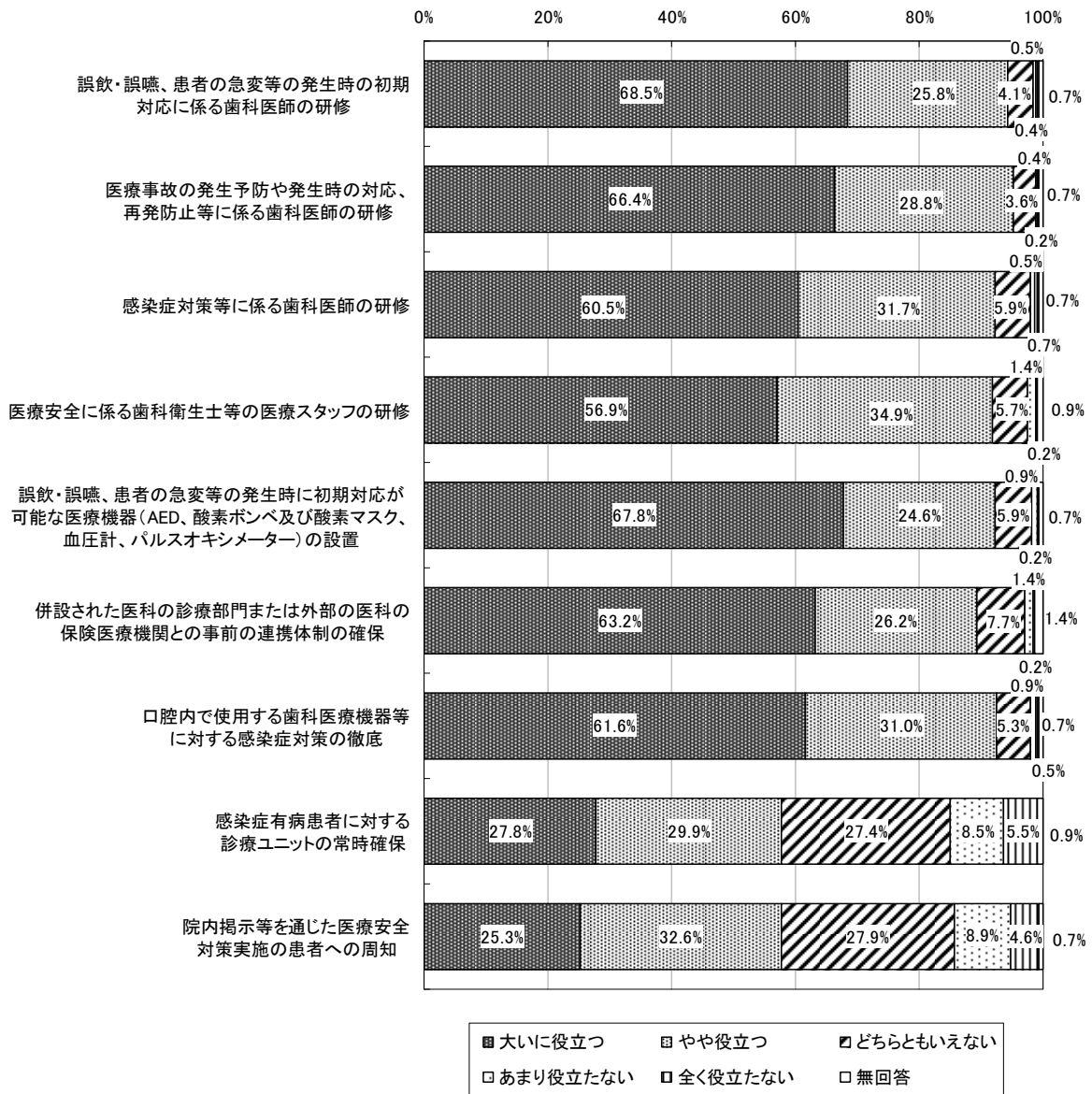
#### ④ 歯科外来診療環境体制加算の整備に係る有効性

歯科外来診療環境体制加算の整備に係る有効性についてみると、「役立つ」（「大いに役立つ」＋「やや役立つ」）という回答が最も多かったのは、「医療事故の発生予防や発生時の対応、再発防止等に係る歯科医師の研修」（95.2%）であった。次いで「誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の初期対応に係る歯科医師の研修」（94.3%）、「口腔内で使用する歯科医療機器等に対する感染症対策の徹底」（92.6%）、「誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）の設置」（92.4%）、「感染症対策等に係る歯科医師の研修」（92.2%）、「医療安全に係る歯科衛生士等の医療スタッフの研修」（91.8%）、「併設された医科の診療部門または外部の医科の保険医療機関との事前の連携体制の確保」（89.4%）と続いた。

また、「どちらともいえない」の割合が高くなったのは、「院内掲示等を通じた医療安全対策実施の患者への周知」（27.9%）、次いで「感染症有病患者に対する診療ユニットの常時確保」（27.4%）であった。「感染症有病患者に対する診療ユニットの常時確保」と「院内掲示等を通じた医療安全対策実施の患者への周知」では、「役立たない」（「全く役立たない」＋「あまり役立たない」）という回答が1割程度であった（それぞれ14.0%、13.5%）。



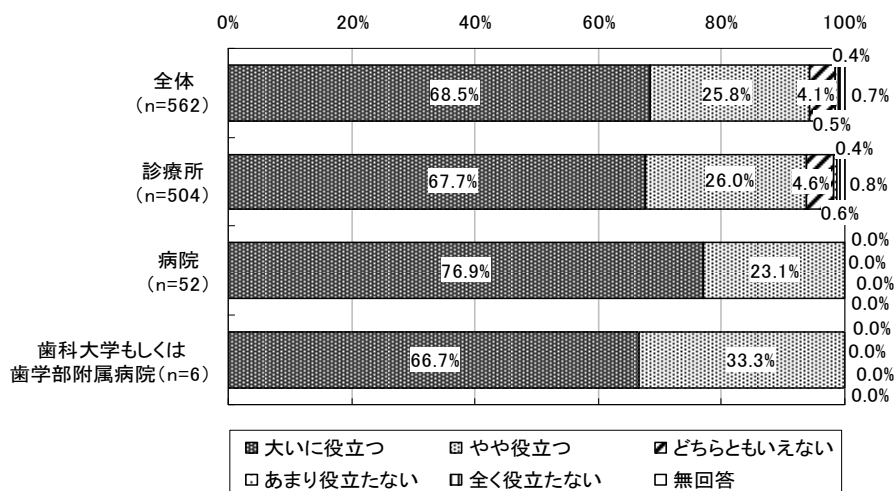
図表 43 歯科外来診療環境体制加算の整備に係る有効性（全体、n=562）



1) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の初期対応に係る歯科医師の研修

誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の初期対応に係る歯科医師の研修について、「役立つ」（「大いに役立つ」＋「やや役立つ」）と回答した施設が、診療所では 93.7%、病院と歯科大学もしくは歯学部附属病院ではそれぞれ 100.0%と、いずれの施設でも高い割合となった。

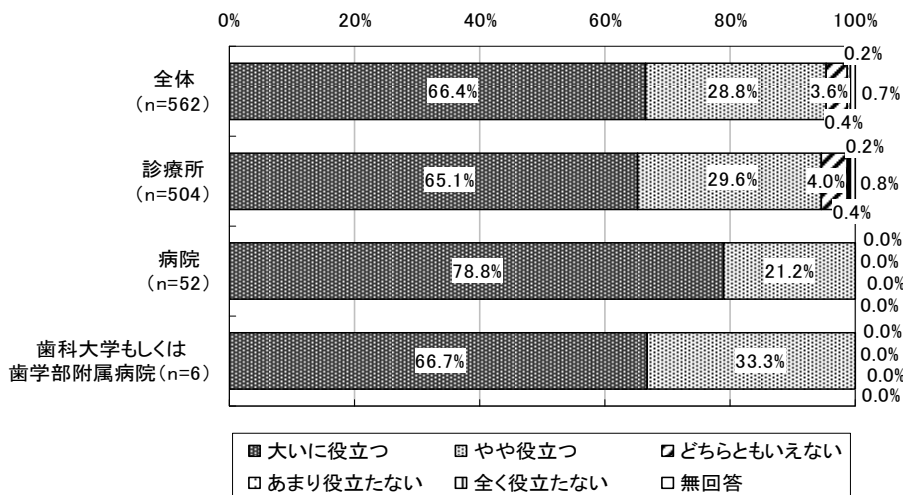
図表 44 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の初期対応に係る歯科医師の研修



2) 医療事故の発生予防や発生時の対応、再発防止等に係る歯科医師の研修

医療事故の発生予防や発生時の対応、再発防止等に係る歯科医師の研修について、「役立つ」（「大いに役立つ」＋「やや役立つ」）と回答した施設が、診療所では 94.7%、病院と歯科大学もしくは歯学部附属病院ではそれぞれ 100.0%と、いずれの施設でも高い割合となった。

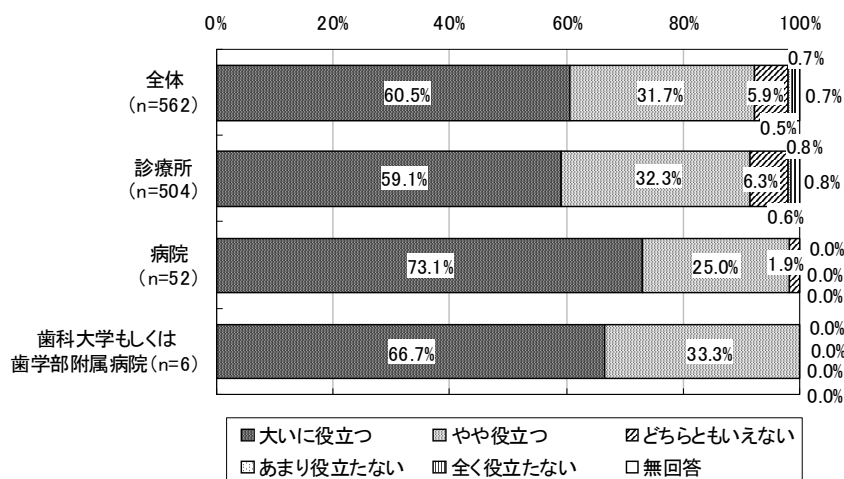
図表 45 医療事故の発生予防や発生時の対応、再発防止等に係る歯科医師の研修



### 3) 感染症対策等に係る歯科医師の研修

感染症対策等に係る歯科医師の研修について、「役立つ」（「大いに役立つ」＋「やや役立つ」と回答した施設が、診療所では91.4%、病院では98.1%、歯科大学もしくは歯学部附属病院では100.0%と、いずれの施設でも高い割合となった。

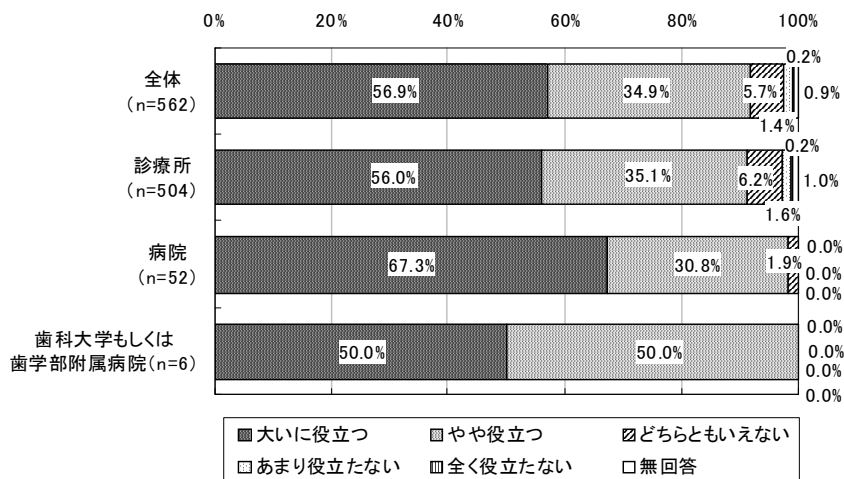
図表 46 感染症対策等に係る歯科医師の研修



### 4) 医療安全に係る歯科衛生士等の医療スタッフの研修

医療安全に係る歯科衛生士等の医療スタッフの研修について、「役立つ」（「大いに役立つ」＋「やや役立つ」と回答した施設が、診療所では91.1%、病院では98.1%、歯科大学もしくは歯学部附属病院では100.0%と、いずれの施設でも高い割合となった。

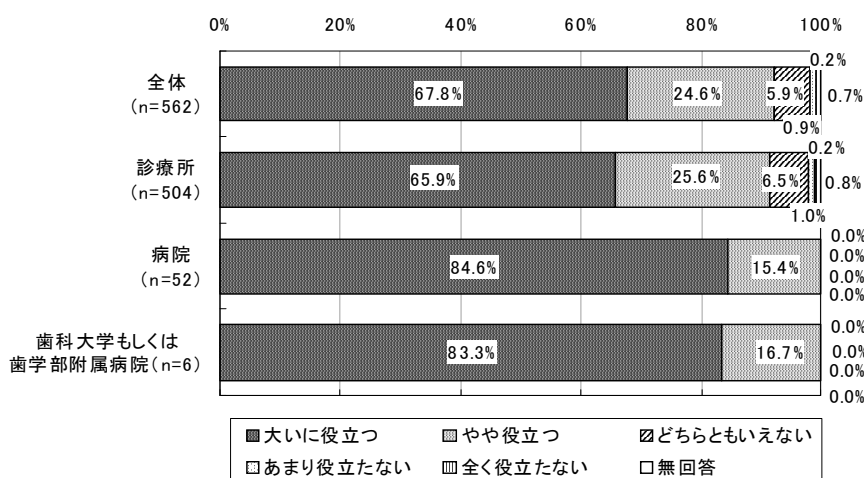
図表 47 医療安全に係る歯科衛生士等の医療スタッフの研修



5) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）の設置

誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）の設置について、「役立つ」（「大いに役立つ」＋「やや役立つ」）と回答した施設が、診療所では91.5%、病院と歯科大学もしくは歯学部附属病院ではそれぞれ100.0%と、いずれの施設でも高い割合となった。

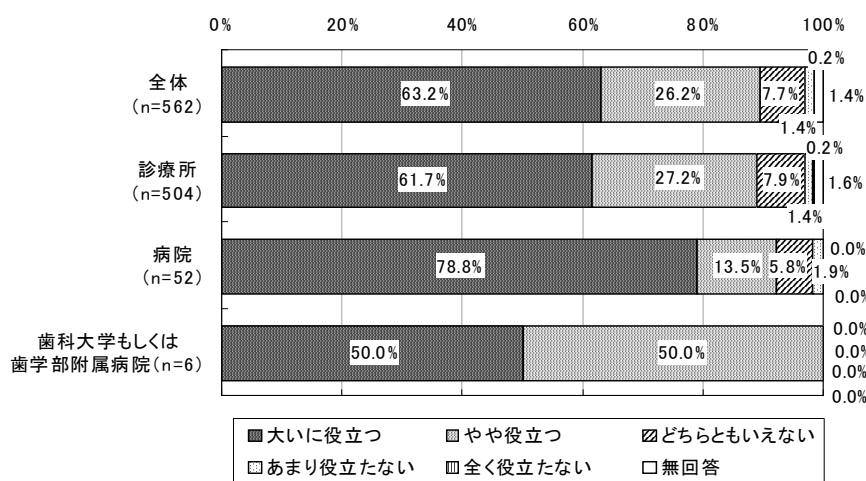
図表 48 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）の設置



6) 併設された医科の診療部門または外部の医科の保険医療機関との事前の連携体制の確保

併設された医科の診療部門または外部の医科の保険医療機関との事前の連携体制の確保について、「役立つ」（「大いに役立つ」＋「やや役立つ」）と回答した施設が、診療所では88.9%、病院では92.3%、歯科大学もしくは歯学部附属病院では100.0%と、いずれの施設でも高い割合となった。

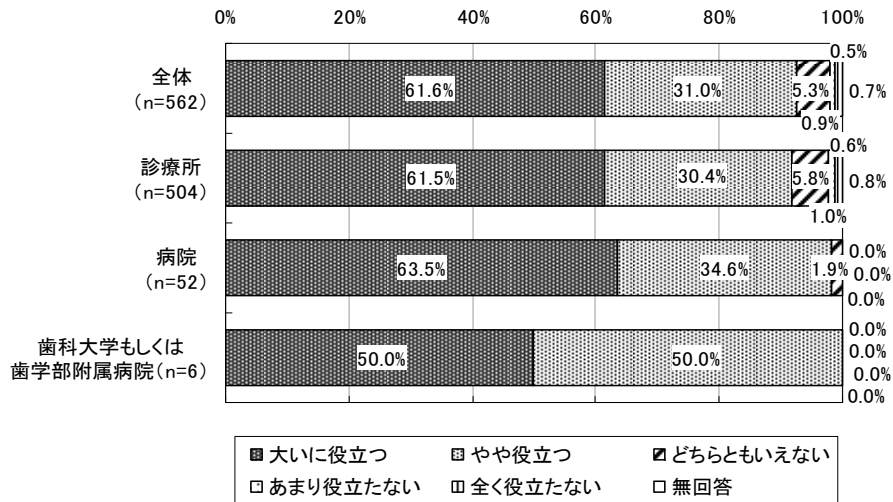
図表 49 併設された医科の診療部門または外部の医科の保険医療機関との事前の連携体制の確保



7) 口腔内で使用する歯科医療機器等に対する感染症対策の徹底

口腔内で使用する歯科医療機器等に対する感染症対策の徹底の有効性について、「役立つ」（「大いに役立つ」＋「やや役立つ」）と回答した施設が、診療所では91.9%、病院では98.1%、歯科大学もしくは歯学部附属病院では100.0%と、いずれの施設でも高い割合となった。

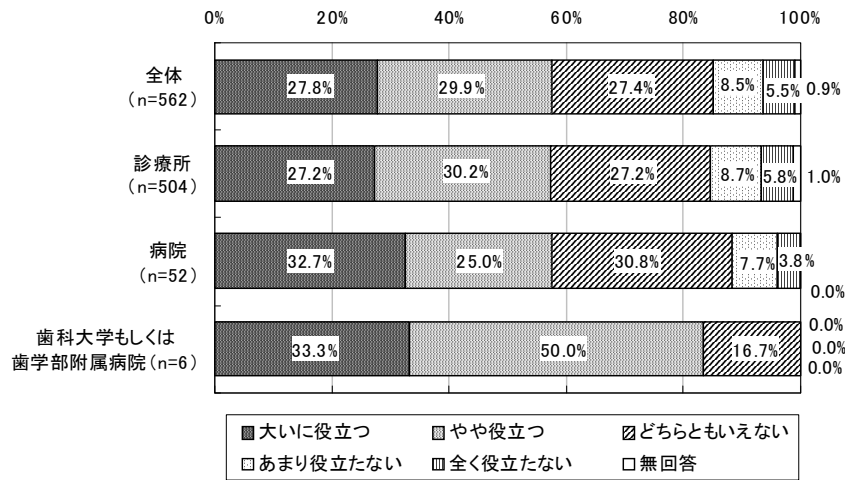
図表 50 口腔内で使用する歯科医療機器等に対する感染症対策の徹底



## 8) 感染症有病患者に対する診療ユニットの常時確保

感染症有病患者に対する診療ユニットの常時確保の有効性について、「役立つ」（「大いに役立つ」＋「やや役立つ」と回答した施設が、診療所では57.4%、病院では57.7%、歯科大学もしくは歯学部附属病院では83.3%（5施設）であった。診療所と病院においては、「どちらともいえない」が、それぞれ27.2%、30.8%と約3割であった。

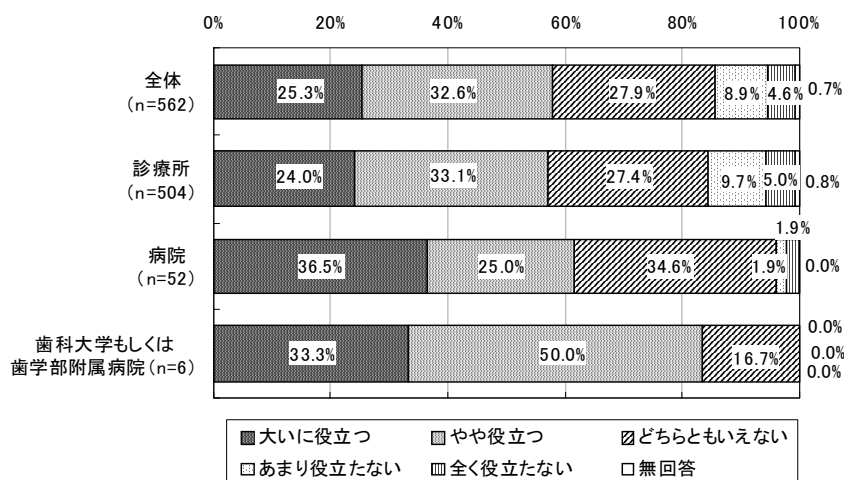
図表 51 感染症有病患者に対する診療ユニットの常時確保



### 9) 院内掲示等を通じた医療安全対策実施の患者への周知

院内掲示等を通じた医療安全対策実施の患者への周知の有効性について、「役立つ」（「大いに役立つ」＋「やや役立つ」）と回答した施設が、診療所では 57.1%、病院では 61.5%、歯科大学もしくは歯学部附属病院では 83.3%（5 施設）であった。病院では、「どちらともいえない」（34.6%）が他の施設と比べて高い割合であった。

図表 52 院内掲示等を通じた医療安全対策実施の患者への周知



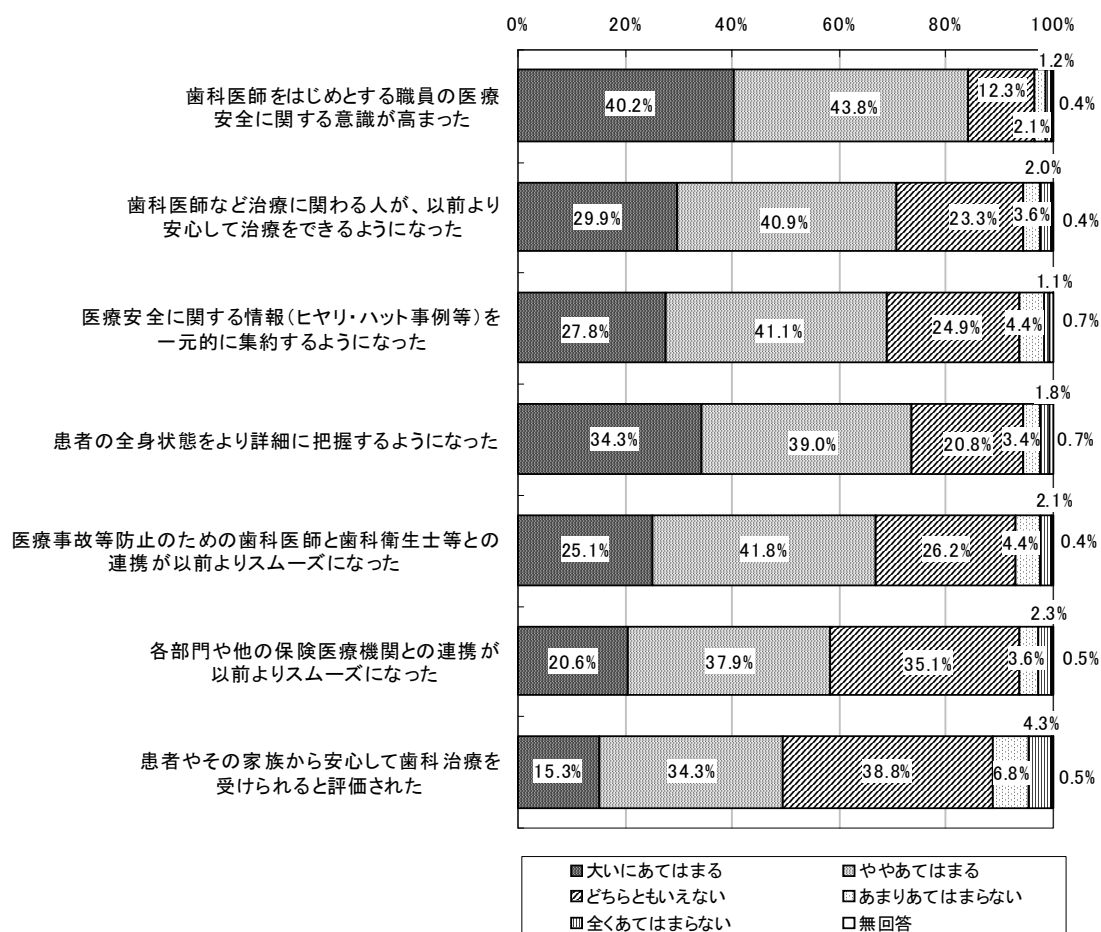


### ⑤ 歯科外来診療環境体制加算の整備による効果等

歯科外来診療環境体制加算による、より安全・安心な歯科医療を行う上での効果について「あてはまる」（「大いにあてはまる」＋「ややあてはまる」）と回答した施設の割合が最も高かった項目は、「歯科医師をはじめとする職員の医療安全に関する意識が高まった」（84.0%）であった。次いで、「患者の全身状態をより詳細に把握するようになった」（73.3%）、「歯科医師など治療に関わる人が、以前より安心して治療をできるようになった」（70.8%）、「医療安全に関する情報（ヒヤリ・ハット事例等）を一元的に集約するようになった」（68.9%）、「医療事故等防止のための歯科医師と歯科衛生士等との連携が以前よりスムーズになった」（66.9%）と続いた。

「各部門や他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった」「患者やその家族から安心して歯科治療を受けられると評価された」については、「どちらともいえない」（それぞれ 35.1%、38.8%）と回答した割合が、他の項目より高くなった。

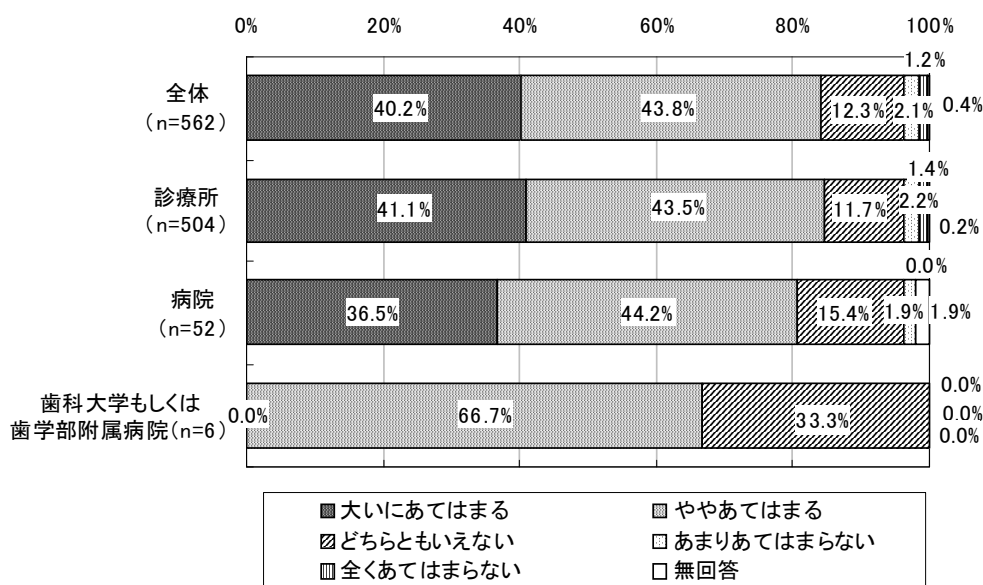
図表 53 歯科外来診療環境体制加算による、より安全・安心な歯科医療を行う上での効果  
（全体、n=562）



### 1) 医師をはじめとする職員の医療安全に関する意識

「歯科医師をはじめとする職員の医療安全に関する意識が高まった」について、「あてはまる」（「大いにあてはまる」＋「ややあてはまる」）と回答した施設は、診療所で 84.6%、病院で 80.7%、歯科大学もしくは歯学部附属病院で 66.7%（4 施設）であった。

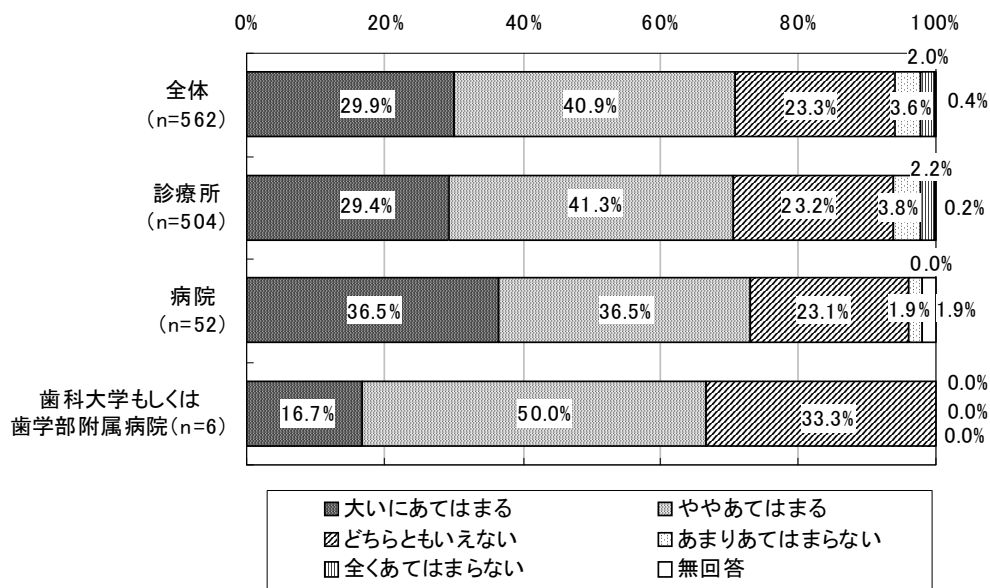
図表 54 より安全・安心な歯科医療を行う上での効果  
～歯科医師をはじめとする職員の医療安全に関する意識が高まった～



2) 歯科医師など治療に関わる人が治療をする際の安心感

「歯科医師など治療に関わる人が、以前より安心して治療をできるようになった」について、「あてはまる」（「大いにあてはまる」＋「ややあてはまる」）と回答した施設は、診療所で70.7%、病院で73.0%、歯科大学もしくは歯学部附属病院で66.7%（4施設）であった。

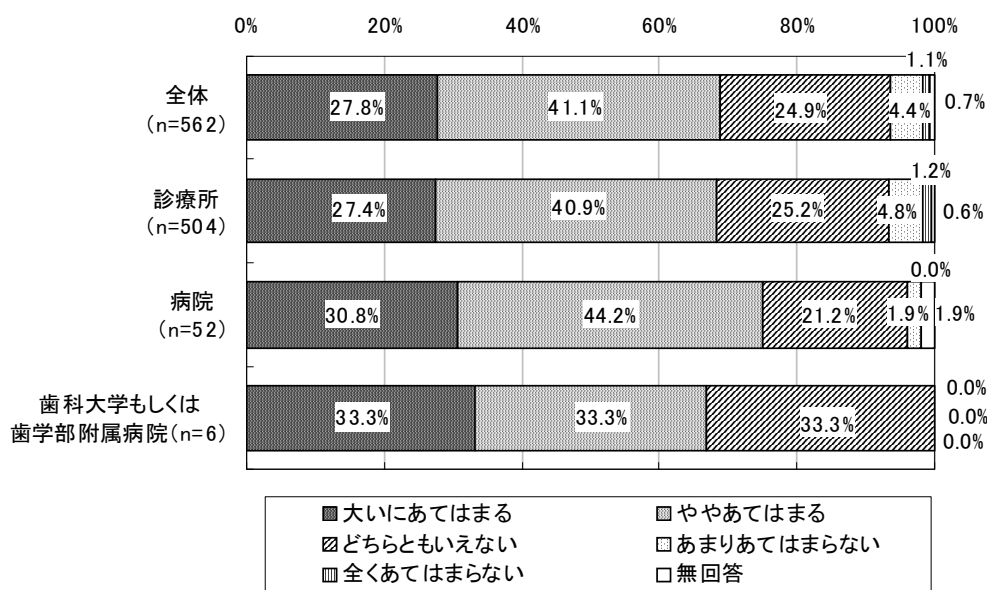
図表 55 より安全・安心な歯科医療を行う上での効果  
～歯科医師など治療に関わる人が、以前より安心して治療をできるようになった～



### 3) 医療安全に関する情報（ヒヤリ・ハット事例等）の一元的集約

「医療安全に関する情報（ヒヤリ・ハット事例等）を一元的に集約するようになった」について、「あてはまる」（「大いにあてはまる」＋「ややあてはまる」）と回答した施設は、診療所で 68.3%、病院で 75.0%、歯科大学もしくは歯学部附属病院で 66.6%（4 施設）であった。

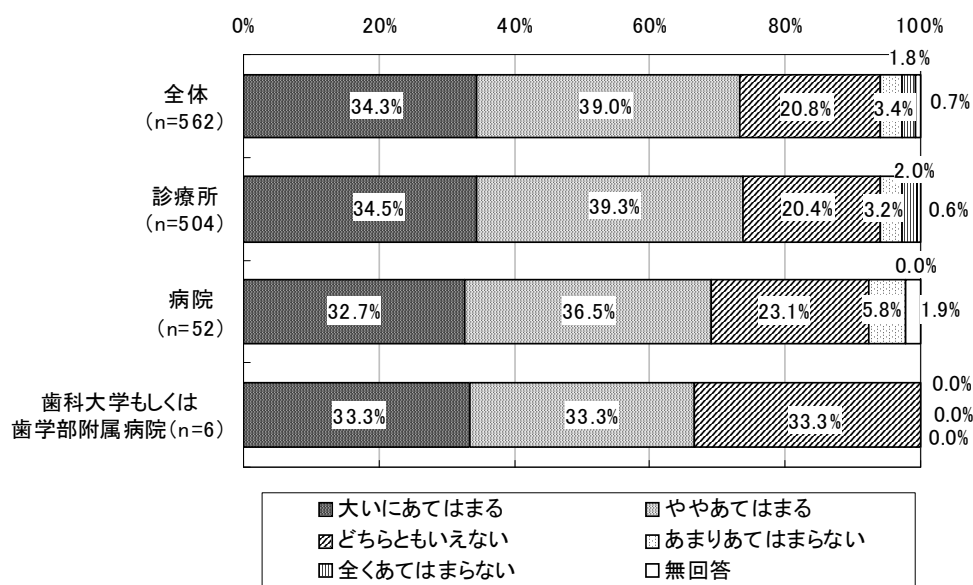
図表 56 より安全・安心な歯科医療を行う上での効果  
～医療安全に関する情報（ヒヤリ・ハット事例等）を一元的に集約するようになった～



#### 4) 患者の全身状態のより詳細な把握

「患者の全身状態をより詳細に把握するようになった」について、「あてはまる」（「大いにあてはまる」+「ややあてはまる」）と回答した施設は、診療所で73.8%、病院で69.2%、歯科大学もしくは歯学部附属病院で66.6%（4施設）であった。

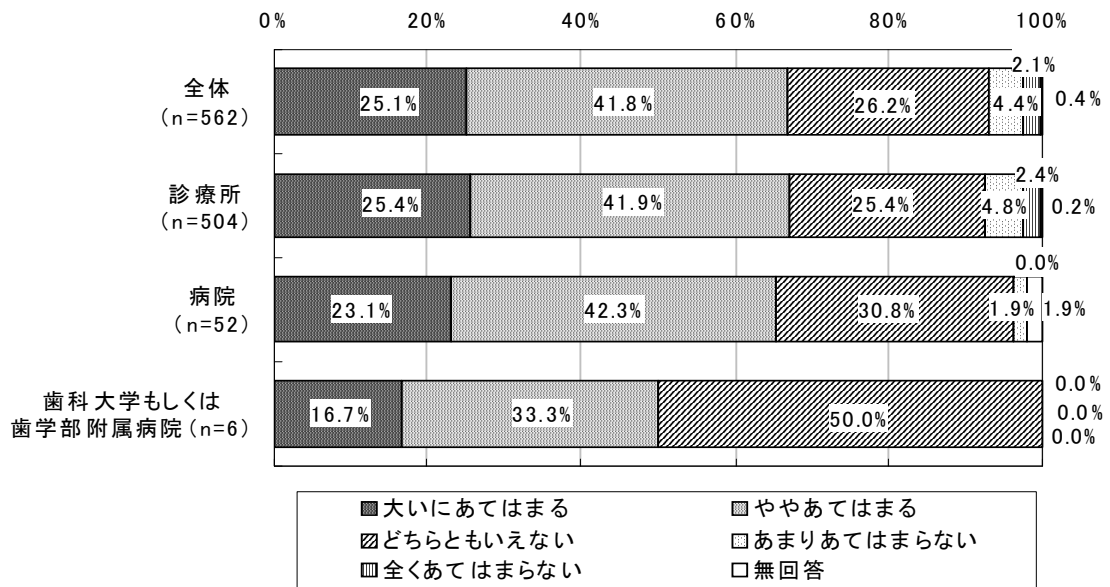
図表 57 より安全・安心な歯科医療を行う上での効果  
～患者の全身状態をより詳細に把握するようになった～



5) 医療事故等防止のための歯科医師と歯科衛生士等との連携

「医療事故等防止のための歯科医師と歯科衛生士等との連携が以前よりスムーズになった」について、「あてはまる」（「大いにあてはまる」＋「ややあてはまる」）と回答した施設は、診療所で67.3%、病院で65.4%、歯科大学もしくは歯学部附属病院で50.0%（3施設）であった。

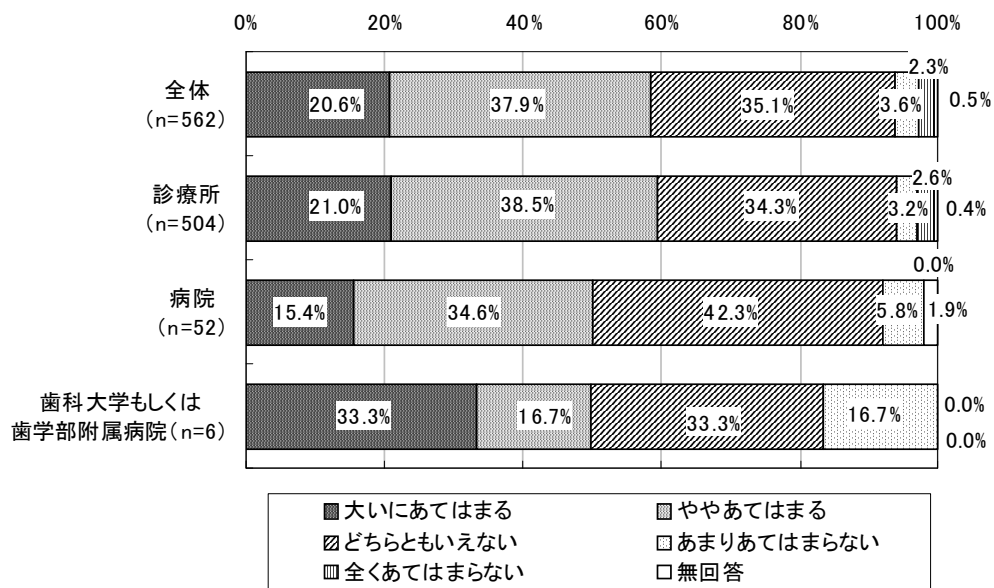
図表 58 より安全・安心な歯科医療を行う上での効果  
～医療事故等防止のための歯科医師と歯科衛生士等との連携が  
以前よりスムーズになった～



## 6) 各部門や他の保険医療機関との連携

「各部門や他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった」について、「あてはまる」(「大いにあてはまる」+「ややあてはまる」)と回答した施設は、診療所で 59.5%、病院で 50.0%、歯科大学もしくは歯学部附属病院で 50.0% (3 施設) であった。病院では「どちらともいえない」(42.3%) が他の施設と比べて高くなった。

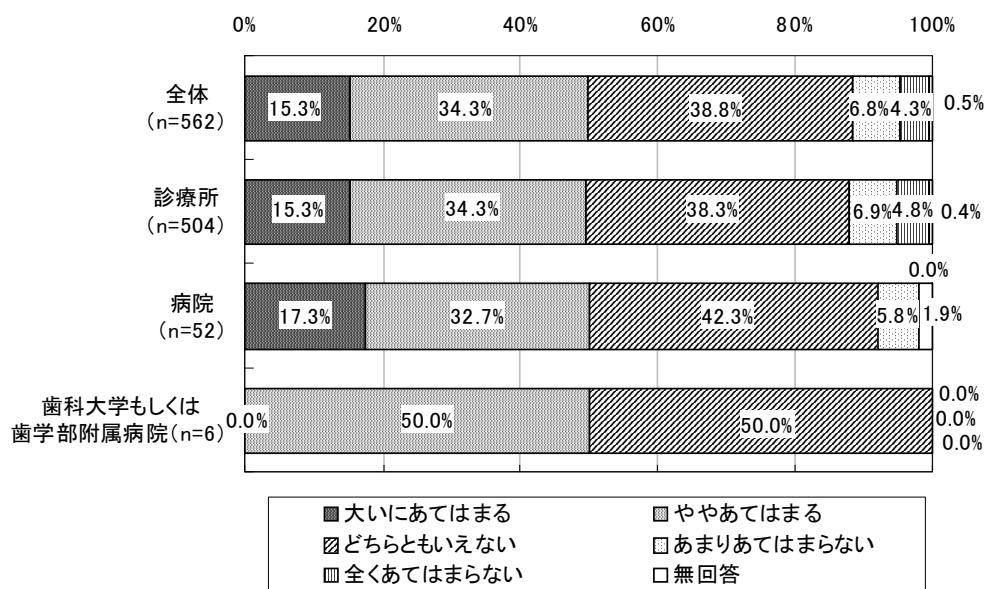
図表 59 より安全・安心な歯科医療を行う上での効果  
～各部門や他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった～



## 7) 患者やその家族からの評価

「患者やその家族から安心して歯科治療を受けられると評価された」について、「あてはまる」（「大いにあてはまる」＋「ややあてはまる」）と回答した施設は、診療所では49.6%、病院と歯科大学もしくは歯学部附属病院ではそれぞれ50.0%であった。一方、「どちらともいえない」と回答した施設は、診療所では38.3%、病院では42.3%、歯科大学もしくは歯学部附属病院では50.0%であった。

図表 60 より安全・安心な歯科医療を行う上での効果  
～患者やその家族から安心して歯科治療を受けられると評価された～



## 8) その他の歯科外来診療環境体制加算の整備による効果（自由記述形式）

- ・ AED を導入したことで歯科治療を安心して行えるようになった。また、患者側からも安心感が高まったという話をよく聞くようになった。
  - ・ 医療機器の点検や修理、薬剤管理について記録に残すことになった。
  - ・ 歯科外来診療環境体制加算がきっかけとなり、院内ミーティングの際にヒヤリ・ハットの報告が出やすくなった。
  - ・ 歯科医師会等が行うさまざまな講習会への職員の参加が意欲的になった。
  - ・ 感染予防にコストをかけられるようになった。
- ／等



⑥平成 20 年度の 1 年間（平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月）における誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に、緊急対応が必要になった症例

1) 症例数

平成 20 年度の 1 年間（平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月）における誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に、緊急対応が必要になった症例数は、全体では 316 症例であり、1 施設あたりの症例数は平均 0.6 症例（標準偏差 1.6、中央値 0.0）となった。

施設ごとにみると、1 施設あたりの平均症例数は、診療所で 0.5 症例（標準偏差 1.0、中央値 0.0）、病院で 1.7 症例（標準偏差 4.0、中央値 0.0）、歯科大学もしくは歯学部附属病院で 2.7 症例（標準偏差 1.9、中央値 3.0）であった。

図表 61 症例数（施設別）

	施設数	症例数	1 施設当たりの症例数				
			平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	492	316	0.6	1.6	23.0	0.0	0.0
診療所	441	225	0.5	1.0	10.0	0.0	0.0
病院	45	75	1.7	4.0	23.0	0.0	0.0
歯科大学もしくは歯学部附属病院	6	16	2.7	1.9	5.0	0.0	3.0

2) 患者属性

緊急対応が必要になった患者の年齢についてみると、診療所では平均 44.8 歳（標準偏差 21.2、中央値 40.0）、病院では 45.4 歳（標準偏差 24.5、中央値 50.0）、歯科大学もしくは歯学部附属病院では 44.9 歳（標準偏差 22.6、中央値 45.0）であり、いずれも 40 代半ばとなった。

図表 62 患者属性～年齢～（施設別、症例ベース）

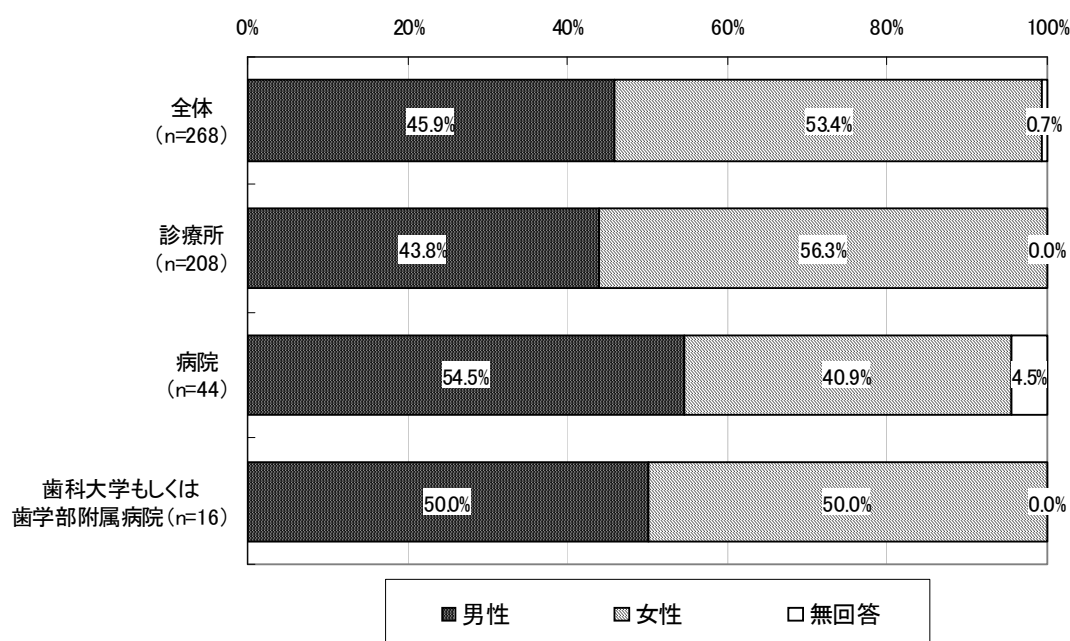
（単位：歳）

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体（n=267）	44.9	21.8	90.0	2.0	40.0
診療所（n=208）	44.8	21.2	90.0	10.0	40.0
病院（n=43）	45.4	24.5	80.0	2.0	50.0
歯科大学もしくは歯学部附属病院（n=16）	44.9	22.6	80.0	9.0	45.0

（注）全体の 316 症例数のうち、具体的な記載のあった 268 症例の中から年齢の記載がなかった 1 症例を除いた 267 症例を集計対象とした。

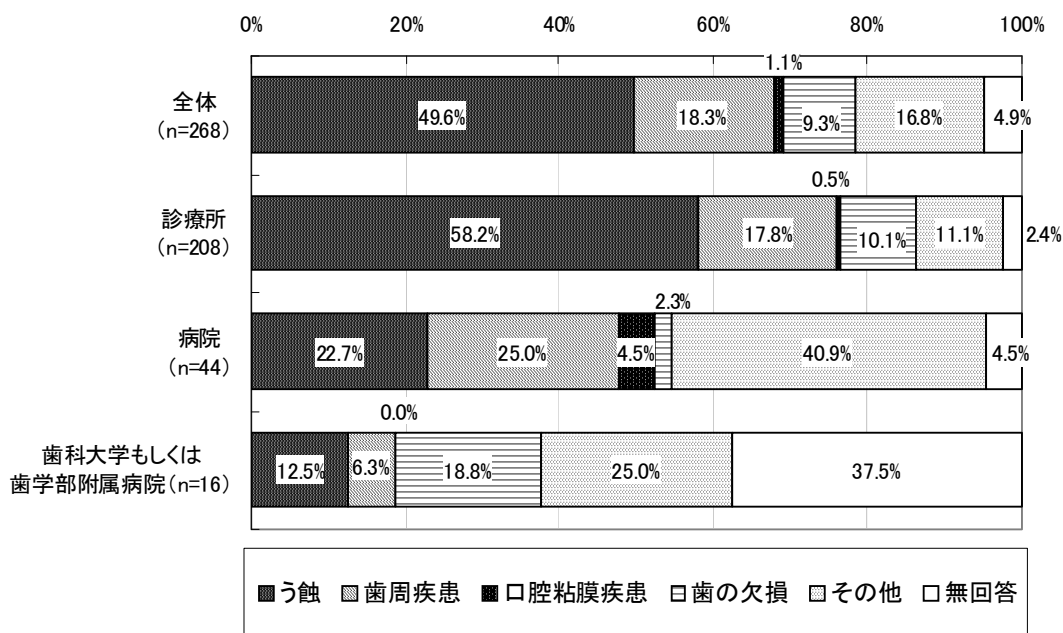
緊急対応が必要になった患者の性別について、施設別にみると、診療所では男性が 43.8%、女性が 56.3%となり、女性の割合が高かった。病院では男性が 54.5%、女性が 40.9%となり、男性の割合が高かった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、男性と女性の割合が同じ 50.0%であった。

図表 63 患者属性～性別～（施設別、症例ベース）



緊急対応が必要になった患者の「主たる歯科疾患名」についてみると、診療所では、「う蝕」(58.2%)が最も多く、次いで「歯周疾患」(17.8%)、「歯の欠損」(10.1%)であった。病院では、「歯周疾患」(25.0%)が最も多く、次いで「う蝕」(22.7%)、「口腔粘膜疾患」(4.5%)であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「歯の欠損」(18.8%)が最も多く、次いで「う蝕」(12.5%)、「歯周疾患」(6.3%)であった。

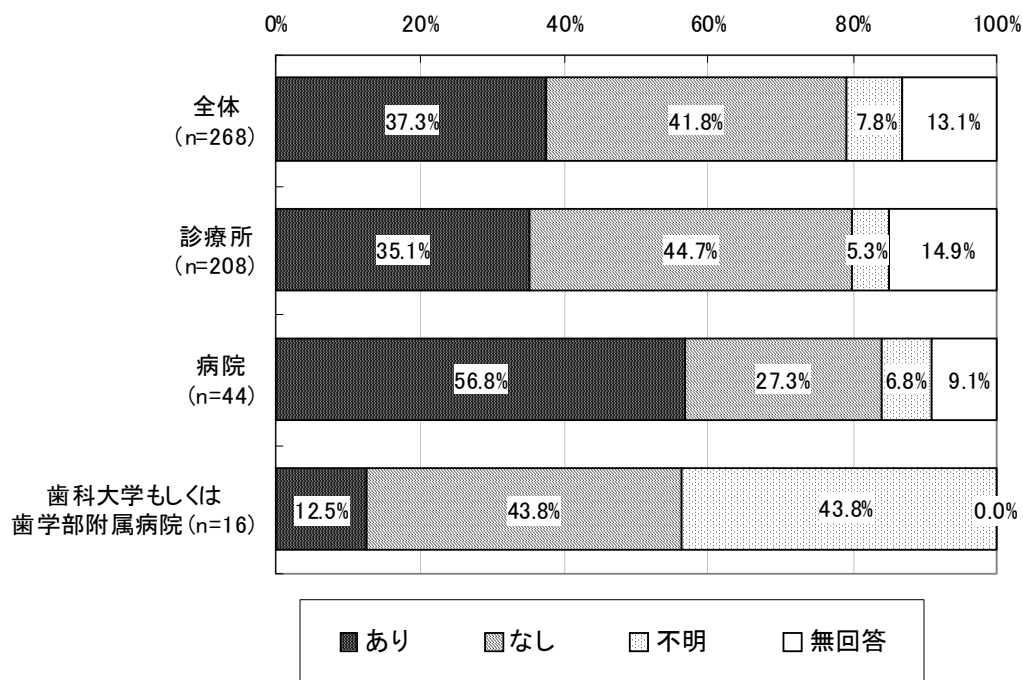
図表 64 患者属性～主たる歯科疾患名～（施設別、症例ベース）



(注) 「その他」の内容として、「智歯周囲炎」「埋伏歯」等の回答があげられた。

緊急対応が必要になった患者の「歯科以外の疾患の有無」についてみると、「あり」の患者は、診療所では 35.1%、病院では 56.8%、歯科大学もしくは歯学部附属病院では 12.5% であり、病院での割合が他の施設と比べて相対的に高かった。

図表 65 患者属性～歯科以外の疾患の有無～（施設別、症例ベース）

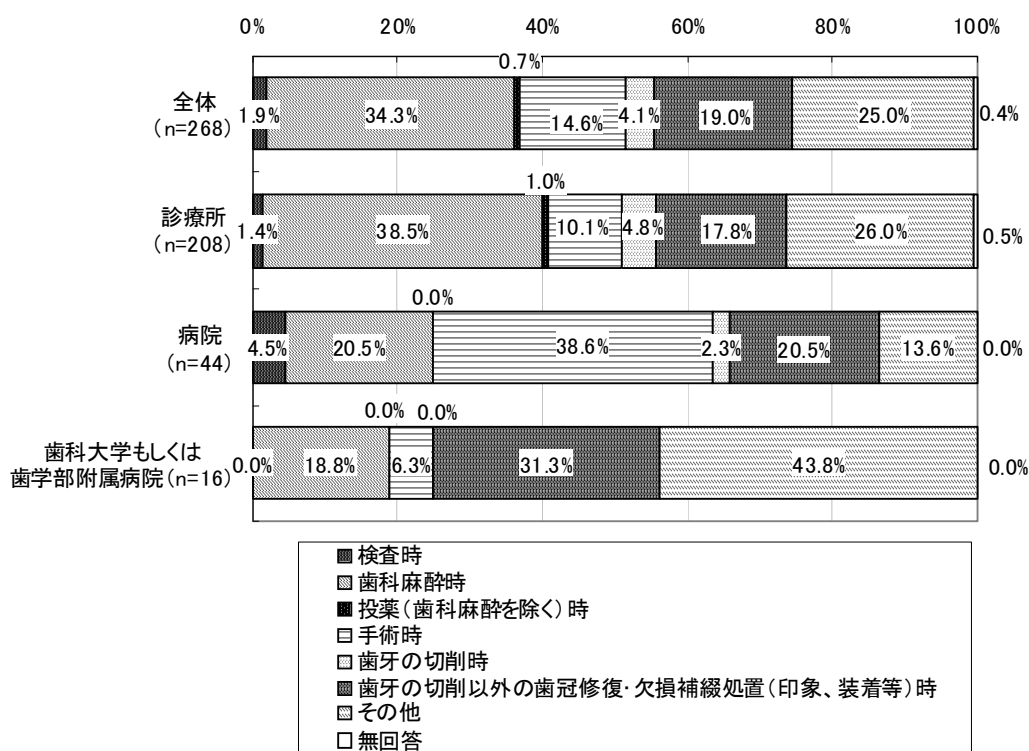


### 3) 急変時の状況～主に何をしている時～

患者の急変時の状況が「主に何をしている時」であったかをみると、診療所では、「歯科麻酔時」(38.5%)が最も多く、次いで「歯牙の切削以外の歯冠修復・欠損補綴処置(印象、装着等)時」(17.8%)、「手術時」(10.1%)であった。病院では、「手術時」(38.6%)が最も多く、「歯科麻酔時」「歯牙の切削以外の歯冠修復・欠損補綴処置(印象、装着等)時」(それぞれ20.5%)であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「歯牙の切削以外の歯冠修復・欠損補綴処置(印象、装着等)時」(31.3%)が最も多く、次いで「歯科麻酔時」(18.8%)であった。

診療所では「歯科麻酔時」(38.5%)、病院では「手術時」(38.6%)、歯科大学もしくは歯学部附属病院では「歯牙の切削以外の歯冠修復・欠損補綴処置(印象、装着等)時」(31.3%)の割合が他の施設と比べて相対的に高かった。

図表 66 急変時の状況～主に何をしている時～ (施設別、症例ベース)



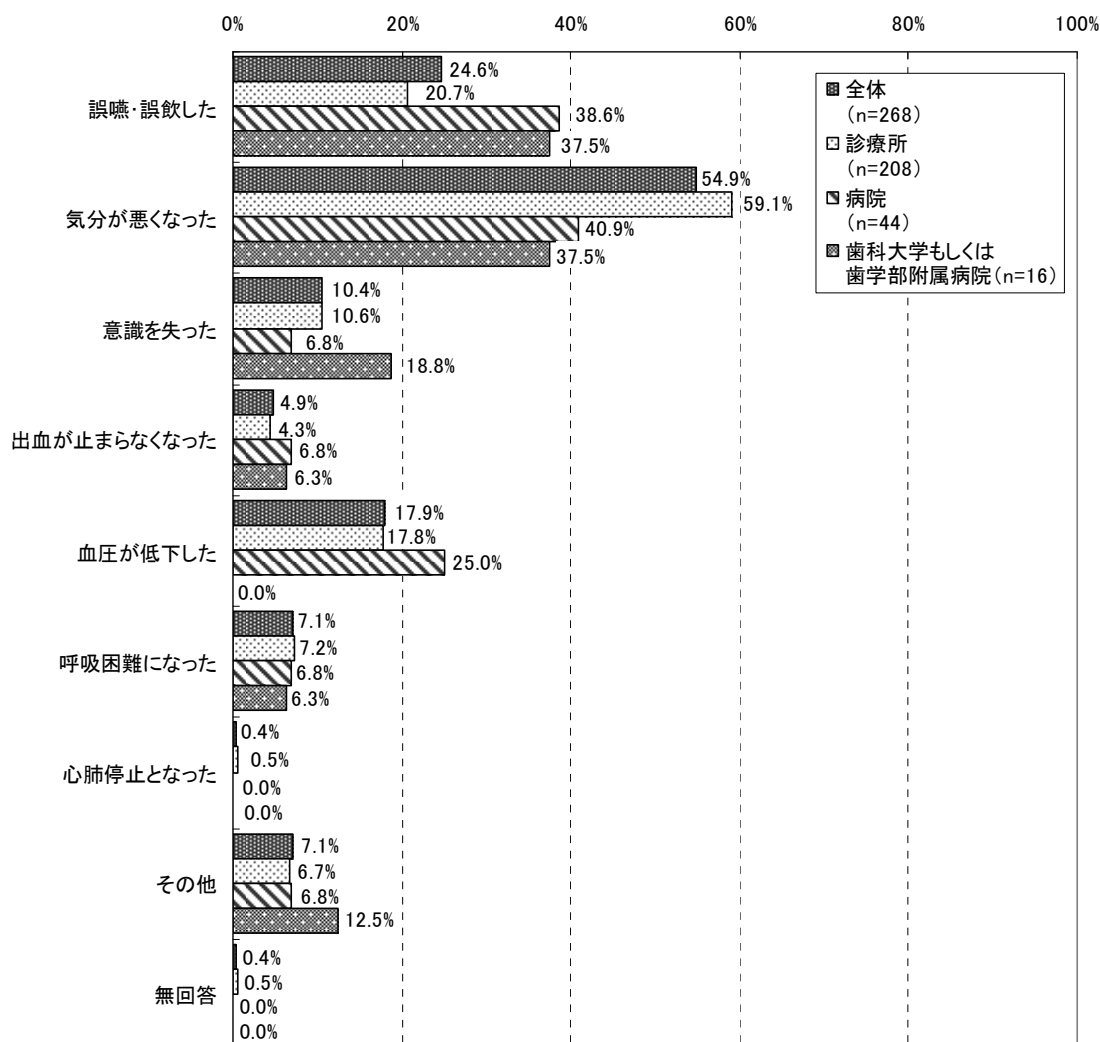
(注)「その他」の内容として、「待合室で待っている時」「抜歯時」「スケーリング時」等の回答があげられた。

#### 4) 急変時の患者の状態

急変時の患者の状態についてみると、診療所、病院では「気分が悪くなった」（それぞれ 59.1%、40.9%）が最も多く、次いで「誤嚥・誤飲した」（それぞれ 20.7%、38.6%）であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「誤嚥・誤飲した」「気分が悪くなった」（それぞれ 37.5%）が最も多かった。また、「意識を失った」（18.8%、3 症例）が他の施設と比べて相対的に高かった。

診療所において、「心肺停止となった」症例が 1 症例（0.5%）あった。

図表 67 急変時の患者の状態（施設別、症例ベース、複数回答）



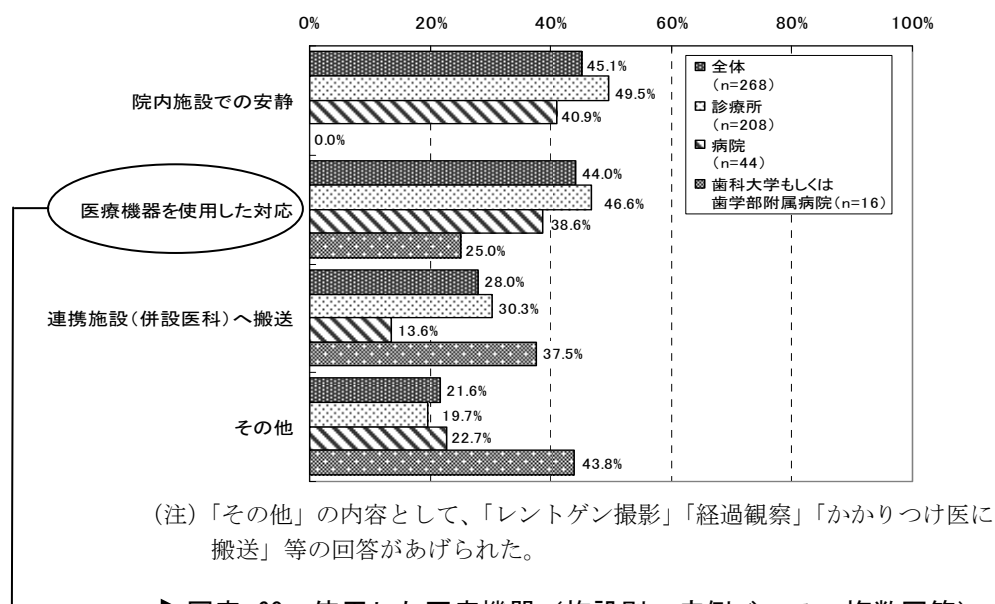
(注) 「その他」の内容としては、「嘔吐した」「麻痺した」等の回答があげられた。

## 5) 具体的な対応内容

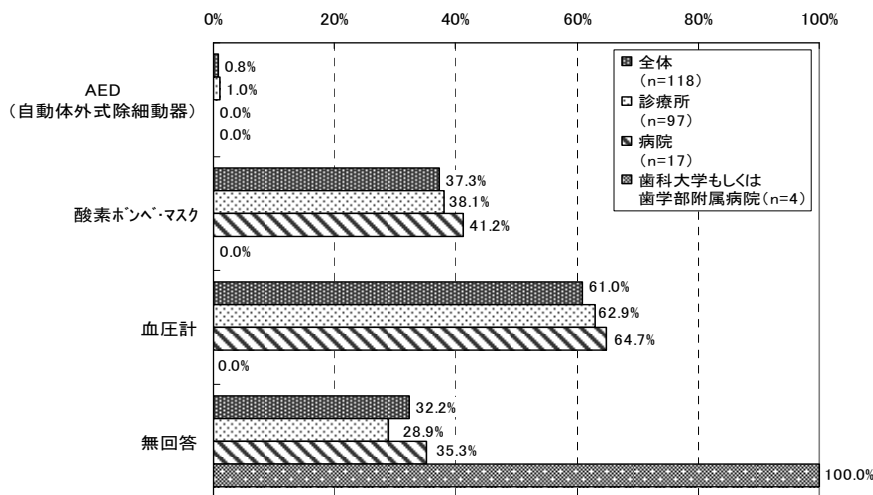
患者の急変時における「具体的な対応内容」についてみると、診療所と病院では、「院内施設での安静」（それぞれ 49.5%、40.9%）が最も多く、次いで「医療機器を使用した対応」（それぞれ 46.6%、38.6%）、「連携施設（併設医科）へ搬送」（それぞれ 30.3%、13.6%）であった。一方、歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「連携施設（併設医科）へ搬送」（37.5%）が最も多く、次いで「医療機器を使用した対応」（25.0%）であった。

「医療機器を使用した対応」を行った医療機関における「使用した医療機器」についてみると、診療所と病院において「血圧計」が6割以上、「酸素ボンベ・マスク」が約4割であった。また、「AED」については、診療所で1施設（1.0%）が使用したとの回答があった。

図表 68 具体的な対応内容（施設別、症例ベース、複数回答）



図表 69 使用した医療機器（施設別、症例ベース、複数回答）



患者の急変時における「具体的な対応内容」として、「院内施設での安静」のみを行った症例数は、診療所では 49 症例（診療所の全症例数のうち 23.6%）、病院では 13 症例（病院の全症例数のうち 29.5%）であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、該当症例がなかった。

図表 70 具体的な対応内容  
～「院内施設での安静」のみを行った症例数～

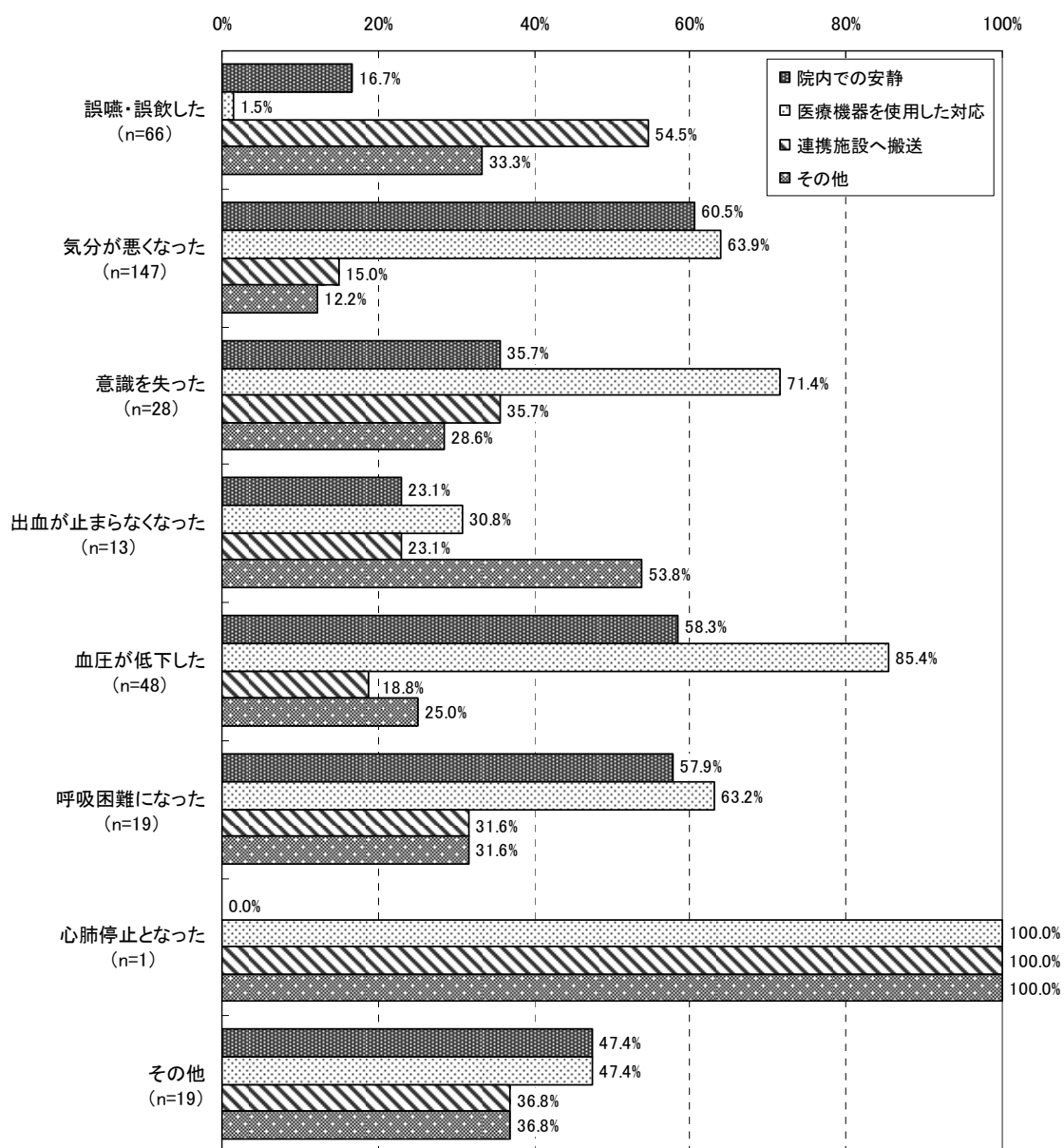
	全症例数 ①	「院内施設での安静」のみを行った症例数 ②	割合 ②/①
全体	268	62	23.1%
診療所	208	49	23.6%
病院	44	13	29.5%
歯科大学もしくは歯学部附属病院	16	0	0.0%

患者の急変時における「具体的な対応内容」について、急変時の患者の状態別にみると、「誤飲・誤嚥した」患者 66 人に対してとった対応は、「連携施設（併設医科）へ搬送」（54.5%）が最も多かった。「気分が悪くなった」患者 147 人に対してとった対応は、「医療機器を使用した対応」（63.9%）が最も多く、次いで「院内での安静」（60.5%）であった。「意識を失った」患者 28 人に対してとった対応は、「医療機器を使用した対応」（71.4%）が最も多く、次いで「院内での安静」「連携施設（併設医科）へ搬送」（それぞれ 35.7%）であった。「出血が止まらなくなった」患者 13 人に対してとった対応は、「医療機器を使用した対応」（30.8%）が最も多く、次いで「院内での安静」「連携施設（併設医科）へ搬送」（それぞれ 23.1%）であった。「血圧が低下した」患者 48 人に対してとった対応は、「医療機器を使用した対応」（85.4%）が最も多く、次いで「院内での安静」（58.3%）、「連携施設（併設医科）へ搬送」（18.8%）であった。「呼吸困難になった」患者 19 人に対してとった対応は、「医療機器を使用した対応」（63.2%）が最も多く、次いで「院内での安静」（57.9%）、「連携施設（併設医科）へ搬送」（31.6%）であった。

「心肺停止となった」患者 1 人に対してとった対応は、「院内での安静」「医療機器を使用した対応」「連携施設（併設医科）へ搬送」の全てであった。



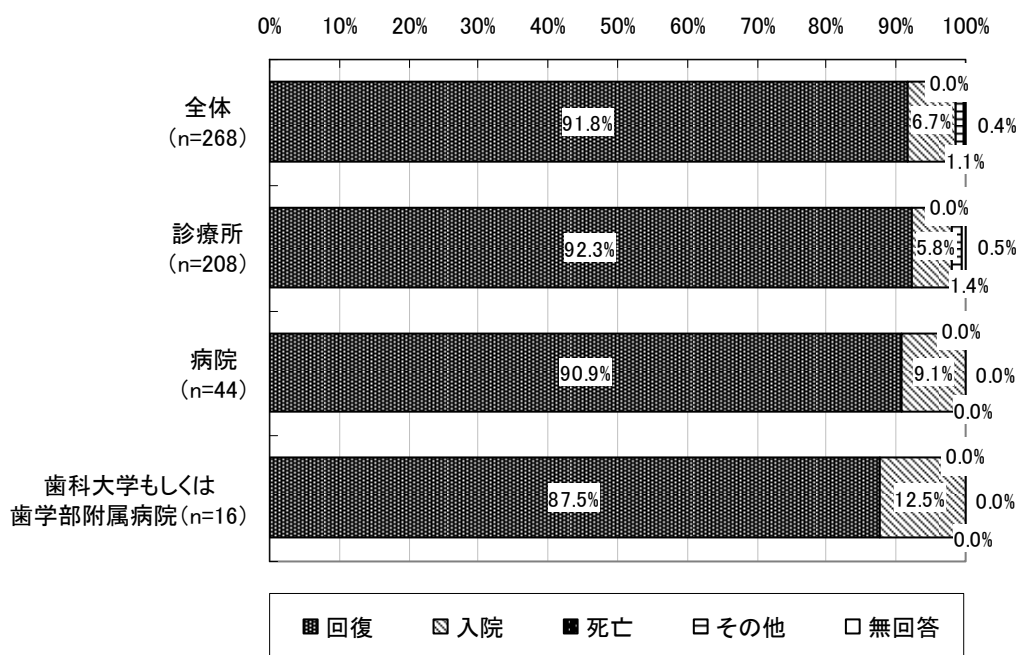
図表 71 具体的な対応内容（急変時の患者の状態別、症例ベース、複数回答）



## 6) 緊急時対応後の患者の状態

緊急時対応後の患者の状態についてみると、全体では約9割の患者が「回復」であった。また、「入院」となった症例は、診療所で5.8%、病院で9.1%、歯科大学もしくは歯学部附属病院で12.5%であった。「死亡」となった症例はなかった。

図表 72 緊急時対応後の患者の状態（施設別、症例ベース）



## 【参考】症例の事例

### <症例 1>

○施設属性	診療所（歯科、小児歯科）
・その他施設基準	在宅療養支援歯科診療所
・ユニット台数	3台
○患者属性	20代・女性
・主たる歯科疾患名	歯周疾患（歯肉炎・歯周炎）
・歯科以外の疾患	あり
○何をしているとき	その他（歯石除去後）
○患者がどうなった	気分が悪くなった
○具体的な対応内容	院内施設での安静
○緊急時対応後の患者の状態	回復

### <症例 2>

○施設属性	病院（歯科口腔外科）
・その他施設基準	地域歯科診療支援病院歯科初診料 歯科治療総合医療管理料
・ユニット台数	7台
○患者属性	30代・男性
・主たる歯科疾患名	その他（埋伏歯）
・歯科以外の疾患	あり
○何をしているとき	歯科麻酔時
○患者がどうなった	気分が悪くなった 血圧が低下した
○具体的な対応内容	医療機器を使用した対応（酸素ボンベ・マスク、血圧計）
○緊急時対応後の患者の状態	回復

<症例 3>

○施設属性	歯科大学もしくは歯学部附属病院 (歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科)
・その他施設基準	地域歯科診療支援病院歯科初診料
・ユニット台数	161～180 台
○患者属性	60 代・男性
・主たる歯科疾患名	歯の欠損
・歯科以外の疾患	なし
○何をしているとき	歯牙の切削以外の歯冠修復・欠損補綴処置（印象、装着等）時
○患者がどうなった	誤嚥・誤飲した
○具体的な対応内容	連携施設（併設医科）へ搬送 その他（胃部レントゲン撮影）
○緊急時対応後の患者の状態	回復

<症例 4>

○施設属性	診療所（歯科）
・その他施設基準	歯科治療総合医療管理料
・ユニット台数	4 台
○患者属性	70 代・女性
・主たる歯科疾患名	歯周疾患（歯肉炎・歯周炎）
・歯科以外の疾患	あり
○何をしているとき	投薬（歯科麻酔を除く）時
○患者がどうなった	気分が悪くなった 呼吸困難（過呼吸を含む）になった
○具体的な対応内容	医療機器を使用した対応（酸素ボンベ・マスク、血圧計） 連携施設へ搬送
○緊急時対応後の患者の状態	回復

<症例 5>

○施設属性	診療所（歯科、小児歯科）
・その他施設基準	歯科治療総合医療管理料
・ユニット台数	5台
○患者属性	90代・男性
・主たる歯科疾患名	歯の欠損
・歯科以外の疾患	なし
○何をしているとき	その他（待合室で待っているとき）
○患者がどうなった	意識を失った 心肺停止となった
○具体的な対応内容	医療機器を使用した対応（AED、酸素ボンベ・マスク） 連携施設へ搬送 その他（救急蘇生術の実施）
○緊急時対応後の患者の状態	入院（のち回復）

## ⑦歯科外来診療環境体制加算に関する意見等について（自由記述形式）

ここでは、自由記述形式により、安全・安心な歯科外来診療を提供する上で必要だと思うものや課題、歯科外来診療環境体制加算に関する意見や課題等について、施設票に記載していただいた内容のとりまとめを行った。

### 1) 安全・安心な歯科外来診療を提供する上で必要だと思うもの・課題

- ・ 本来、歯科医療機関が歯科外来診療環境体制加算にある医療機器や設備を備えるのは当たり前のこと。
- ・ 並列する 3、4 台のユニットを飛び回る診療をしないと収益が確保できないため、感染症対策をするコスト・時間を確保することが難しい。
- ・ 感染症有病患者の使用するユニットや器具は、通常の滅菌消毒と異なり手間がかかる。当然、ディスポーザブルの器具も増えるため、感染症患者対象の加算があってもよいのではないか。
- ・ 診療グローブの着用とグローブのディスポーザブルの義務化。
- ・ 歯科医療の安全を確保するためのコストを理解し、歯科外来診療環境体制加算の評価の引き上げを行って欲しい。
- ・ 歯科外来診療環境体制加算の整備だけではなく、実際の緊急時に十分な対応が行えるよう歯科医師とスタッフの意識を同じレベルで保つ必要がある。
- ・ 緊急時の対応等には、医療機器や設備の整備だけでなく、歯科医師の技術や知識が必要であるが、研修を受ける場が少ない。研修をさらに充実すべき。
- ・ 安心・安全な歯科医療を行うためには、経験的に内科や外科との連携は必要である。

／等

### 2) 歯科外来診療環境体制加算に関する意見や課題等について

- ・ 歯科外来診療環境体制加算の評価が低い。
- ・ 現在の診療報酬上の点数では、機器や設備の維持を行う上でぎりぎりの点数であるが、点数のことよりも、高齢者の患者や合併症を有する患者が増加している中、このシステムは歯科医療の現場に必要であり、歯科治療に役立っている。
- ・ 歯科外来診療環境体制加算によって職員の安全な歯科医療に対する意識が高まり、安心感をもって歯科治療を行うことは、患者の利益にもなるのではないか。
- ・ 歯科外来診療環境体制加算の導入により、必要な医療機器を整備したが、歯科医療機関側も患者側も満足し、安全な歯科医療に対する知識が高まった。
- ・ 歯科外来診療環境体制加算の診療報酬上の評価が継続されることを望む。

／等

### (3) 患者調査の結果概要

#### 【調査対象等】

○患者調査

調査対象：「施設調査」の対象施設に調査日に来院した初診患者で、歯科外来診療環境体制加算を算定した患者。ただし、1施設につき最大4名の患者を対象とした。

回答数：1,570人

回答者：患者本人または家族

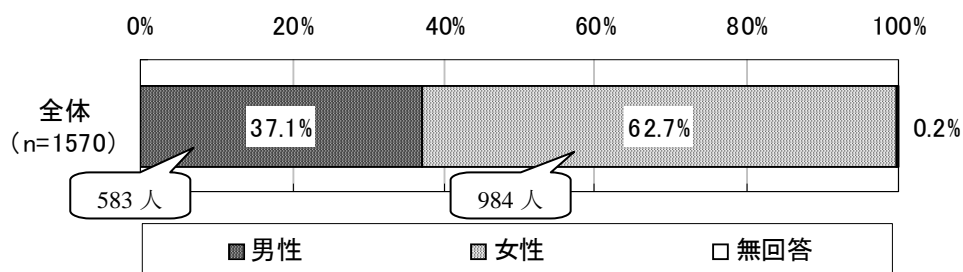
調査方法：調査対象施設を通じて配布。回収は各患者から調査事務局宛の返信用封筒にて直接回収。

#### ① 回答者の属性

##### 1) 性別

回答者の性別は、男性が37.1%（583人）、女性が62.7%（984人）であった。

図表 73 性別

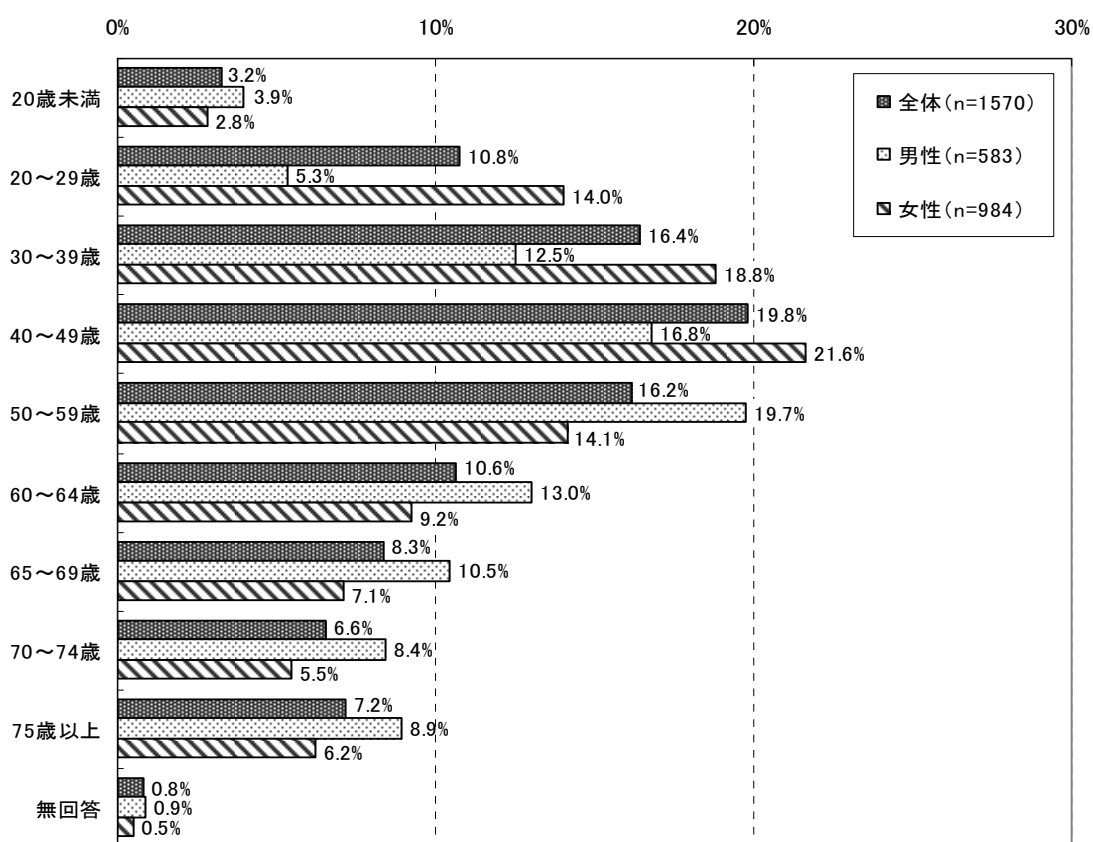


## 2) 年齢

患者の男女別年齢分布についてみると、男性では、「50～59 歳」（19.7%）が最も多く、次いで「40～49 歳」（16.8%）、「60～64 歳」（13.0%）、「30～39 歳」（12.5%）であった。女性では、「40～49 歳」（21.6%）が最も多く、次いで「30～39 歳」（18.8%）、「50～59 歳」（14.1%）、「20～29 歳」（14.0%）であった。

患者の平均年齢についてみると、男性は 52.9 歳（標準偏差 17.2、中央値 55.0）、女性は 47.3 歳（標準偏差 17.2、中央値 45.0）となり、男性の方がやや高かった。

図表 74 男女別 年齢分布



図表 75 平均年齢

(単位：歳)

	人数 (人)	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	1,557	49.4	17.9	88.0	1.0	49.0
男性	578	52.9	17.2	87.0	6.0	55.0
女性	979	47.3	17.2	88.0	1.0	45.0

(注) 性別と年齢について記載のあった 1,557 人を集計対象とした。

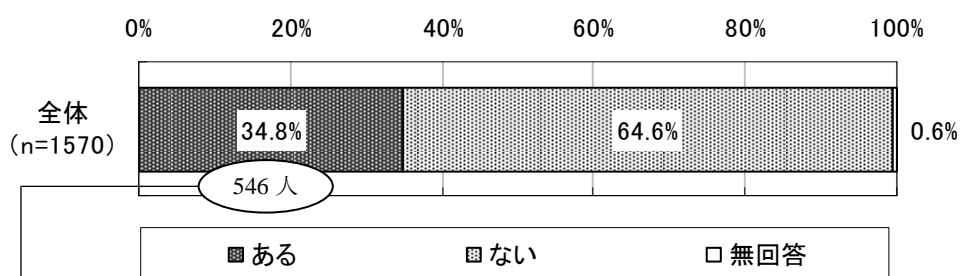


### 3) 歯科以外の病気の有無

歯科以外の病気の有無についてみると、「ある」と回答した患者は 34.8%、「ない」と回答した患者は 64.6%となり、「ない」と回答した患者が多かった。

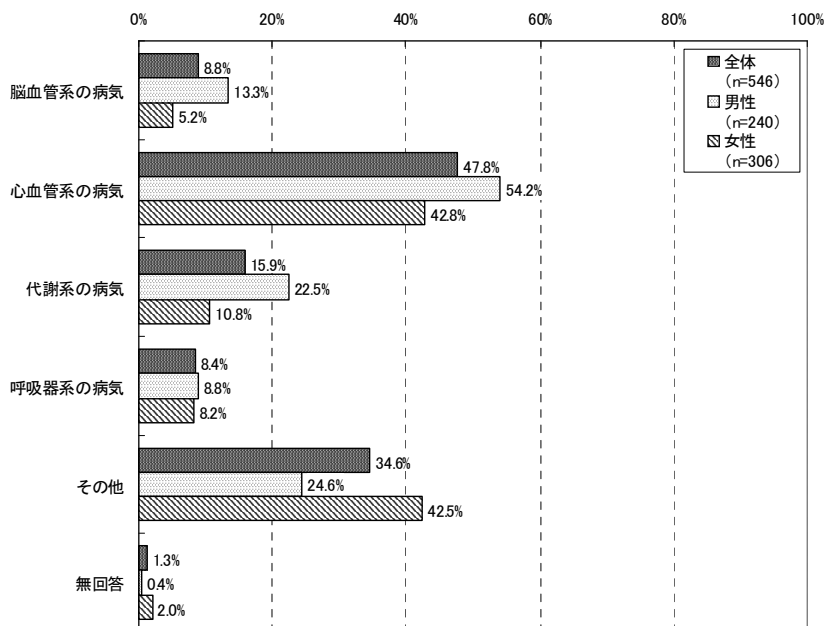
歯科以外の病気が「ある」と回答した患者（546 人）における、歯科以外の病気の種類をみると、男女ともに「心血管系の病気」（それぞれ 54.2%、42.8%）が最も多くなり、次いで「代謝系の病気」（それぞれ 22.5%、10.8%）であった。

図表 76 歯科以外の病気の有無



図表 77 歯科以外の病気の種類

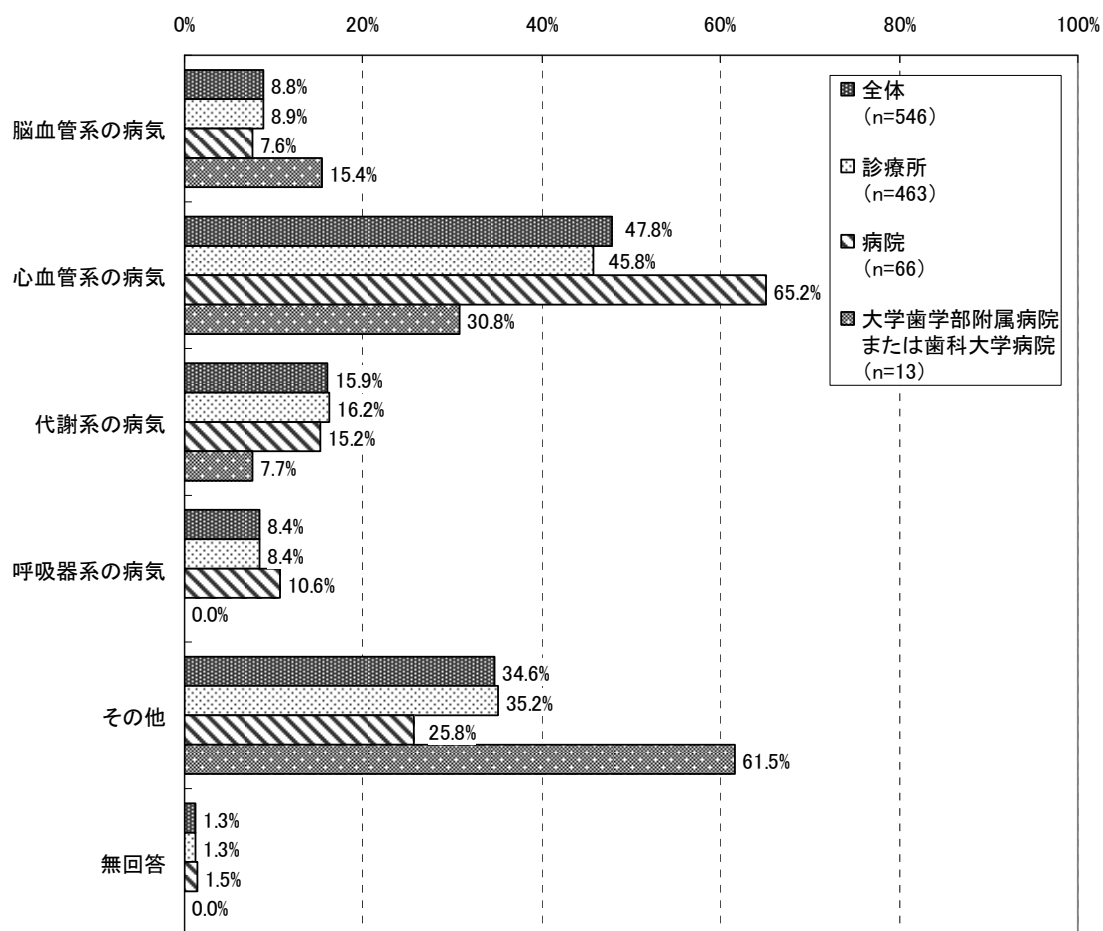
(歯科以外の病気のある患者、男女別、複数回答)



(注) 「その他」の内容として、「泌尿器系の病気」「婦人科系の病気」「眼科系の病気」「皮膚の病気」「リウマチ」等の回答があげられた。

歯科以外の病気が「ある」と回答した患者について「歯科以外の病気の種類」をみると、診療所、病院、大学歯学部附属病院または歯科大学病院で受診した全ての患者において、「心血管系の病気」（それぞれ45.8%、65.2%、30.8%）が最も多くなった。

図表 78 歯科以外の病気の種類  
(歯科以外の病気のある患者、受診施設別、複数回答)



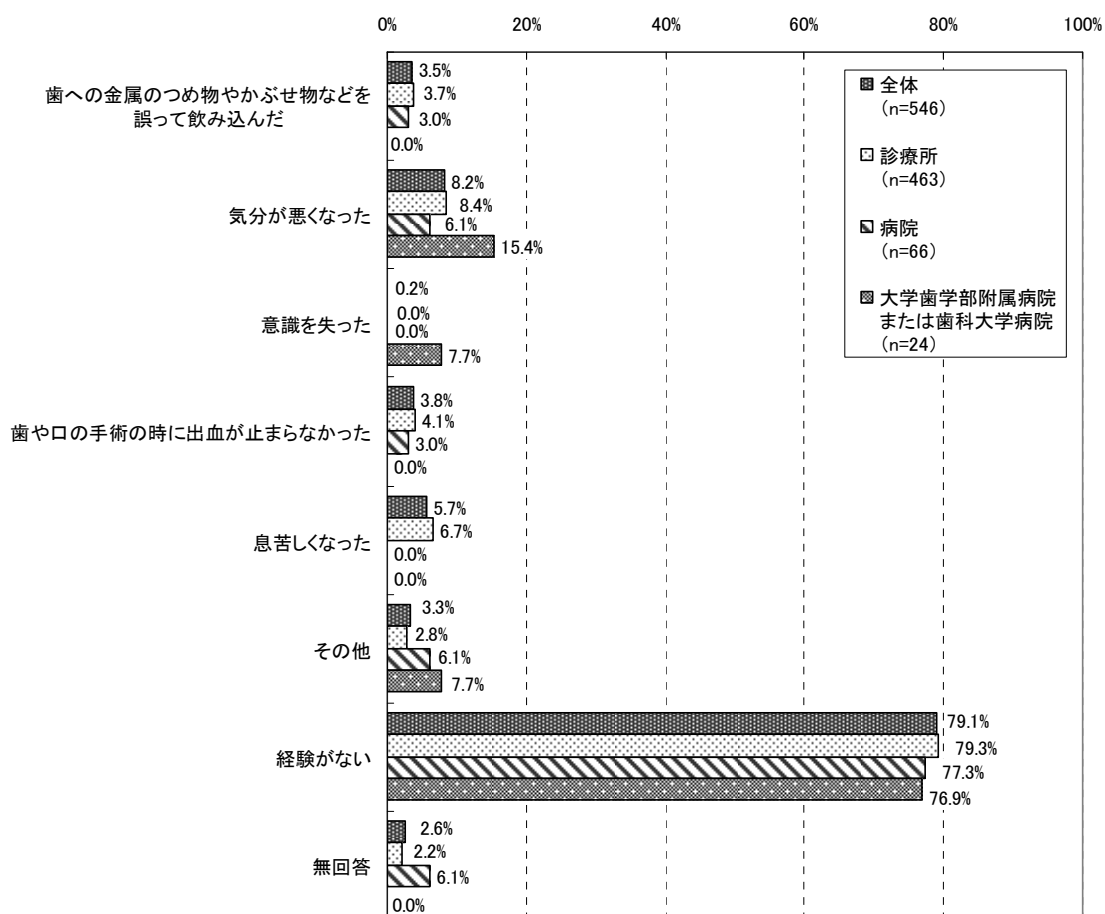
(注)・「全体」には、受診施設について無回答の4人を含む。

- ・「その他」の内容として、「泌尿器系の病気」「婦人科系の病気」「眼科系の病気」「皮膚の病気」「リウマチ」等の回答があげられた。

#### 4) 過去の歯科治療での誤飲・誤嚥や急変等の経験の有無

歯科以外の病気がある患者について「過去の歯科治療での誤飲・誤嚥や急変等の経験」の有無をみると、全体では、「経験がない」(79.1%)が最も多く、約8割となった。一方、経験がある患者では、「気分が悪くなった」(8.2%)が最も多く、次いで「息苦しくなった」(5.7%)、「歯や口の手術の時に出血が止まらなかった」(3.8%)、「歯への金属の詰め物やかぶせ物などを誤って飲み込んだ」(3.5%)であった。

図表 79 過去の歯科治療での誤飲・誤嚥や急変等の経験の有無  
(歯科以外の病気のある患者、男女別、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「顎がはずれた」等の回答があげられた。

歯科以外の病気がある患者について、年齢階層別に「過去の歯科治療での誤飲・誤嚥や急変等の経験」についてみると、全ての年齢階層で「経験がない」と回答した患者の割合が最も高かった。特に「20歳未満」「40～49歳」「65～69歳」「75歳以上」では、8割以上を占めた。

一方、経験がある患者においては、「30～39歳」では、「気分が悪くなった」（21.7%、5人）が最も多くなり、他の年齢階層と比べても相対的に高い割合であった。また、「60～64歳」「70～74歳」では、「歯や口の手術の時に出血が止まらなかった」（それぞれ5.9%、5.6%）患者の割合が、他の年齢階層と比べて相対的に高かった。

また、「70歳～74歳」では「意識を失った」患者が1人であった。

図表 80 過去の歯科治療での誤飲・誤嚥や急変等の経験  
(歯科以外の病気のある患者、年齢階層別、複数回答)

(単位：人)

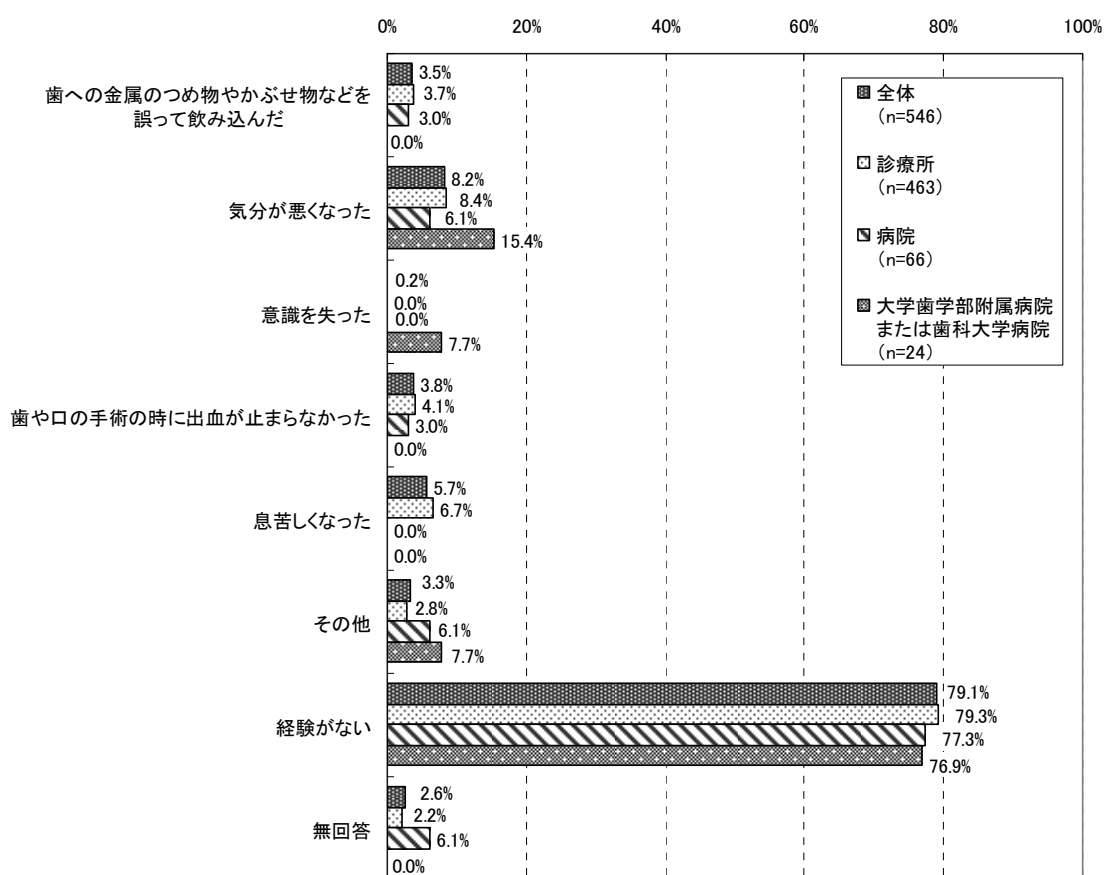
	総 数	飲 み 込 ん だ	歯 へ の 金 属 の つ め 物 や か ぶ せ 物 な ど を 誤 っ て	気 分 が 悪 く な っ た	意 識 を 失 っ た	血 が 止 ま ら な か っ た	歯 や 口 の 手 術 の 時 に 出	息 苦 し く な っ た	そ の 他	経 験 が な い	無 回 答
全体	546 100.0%	19 3.5%	45 8.2%	1 0.2%	21 3.8%	31 5.7%	18 3.3%	432 79.1%	14 2.6%		
20歳未満	9 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 88.9%	1 11.1%		
20～29歳	13 100.0%	1 7.7%	1 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 23.1%	8 61.5%	0 0.0%		
30～39歳	23 100.0%	0 0.0%	5 21.7%	0 0.0%	0 0.0%	2 8.7%	0 0.0%	18 78.3%	0 0.0%		
40～49歳	73 100.0%	2 2.7%	7 9.6%	0 0.0%	2 2.7%	6 8.2%	1 1.4%	59 80.8%	2 2.7%		
50～59歳	101 100.0%	2 2.0%	10 9.9%	0 0.0%	4 4.0%	10 9.9%	9 8.9%	76 75.2%	0 0.0%		
60～64歳	85 100.0%	4 4.7%	7 8.2%	0 0.0%	5 5.9%	3 3.5%	3 3.5%	65 76.5%	3 3.5%		
65～69歳	76 100.0%	1 1.3%	4 5.3%	0 0.0%	2 2.6%	2 2.6%	1 1.3%	64 84.2%	4 5.3%		
70～74歳	71 100.0%	3 4.2%	6 8.5%	1 1.4%	4 5.6%	5 7.0%	1 1.4%	53 74.6%	2 2.8%		
75歳以上	92 100.0%	5 5.4%	4 4.3%	0 0.0%	4 4.3%	3 3.3%	0 0.0%	79 85.9%	2 2.2%		

(注)・「全体」には、年齢が無回答の3人を含む。

・「その他」の内容として、「顎がはずれた」等の回答があげられた。

歯科以外の病気のある患者について、受診施設別に「過去の歯科治療での誤飲・誤嚥や急変等の経験」についてみると、全ての施設において7割以上の患者が「経験がない」と回答した。一方、経験がある人においては、診療所では、「気分が悪くなった」(8.4%)患者が最も多くなり、次いで「息苦しくなった」(6.7%)、「歯や口の手術の時に出血が止まらなかった」(4.1%)、「歯への金属の詰め物やかぶせ物などを誤って飲み込んだ」(3.7%)であった。病院では、「気分が悪くなった」(6.1%)患者が最も多く、次いで「歯への金属の詰め物やかぶせ物などを誤って飲み込んだ」「歯や口の手術の時に出血が止まらなかった」(それぞれ3.0%)と続いた。大学歯学部附属病院または歯科大学病院では、「気分が悪くなった」(15.4%)が最も多く、次いで、「意識を失った」患者が7.7%(1人)であった。

図表 81 過去の歯科治療での誤飲・誤嚥や急変等の経験  
(歯科以外の病気のある患者、受診施設別、複数回答)



(注)・「全体」には、受診施設について無回答の4人を含む。

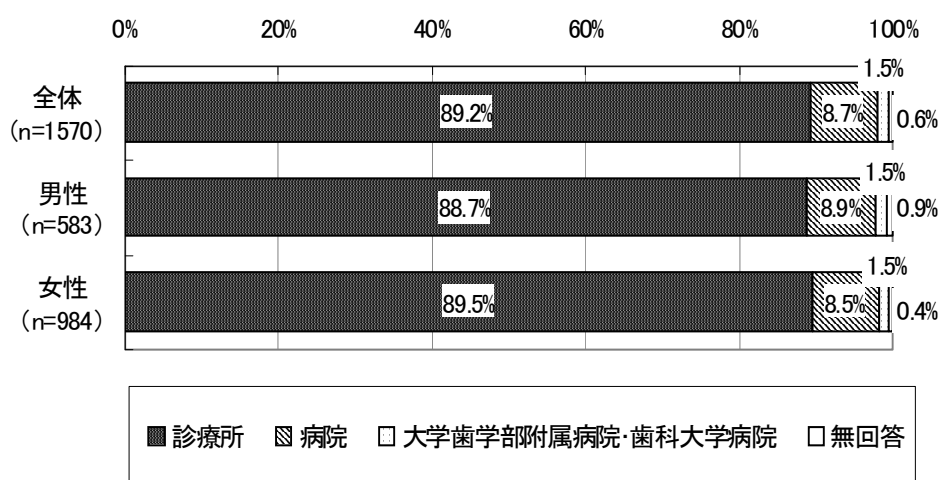
・「その他」の内容として、「顎がはずれた」等の回答があげられた。

## ② 調査日に受けた歯科診療について

### 1) 受診した施設

調査日に患者が受けた歯科診療の施設についてみると、男性では、「診療所」が 88.7%、「病院」が 8.9%、「大学歯学部附属病院または歯科大学病院」が 1.5%であった。女性では、「診療所」が 89.5%、「病院」が 8.5%、「大学歯学部附属病院または歯科大学病院」が 1.5%であった。男女による大きな差異はみられなかった。

図表 82 受診した施設（男女別）

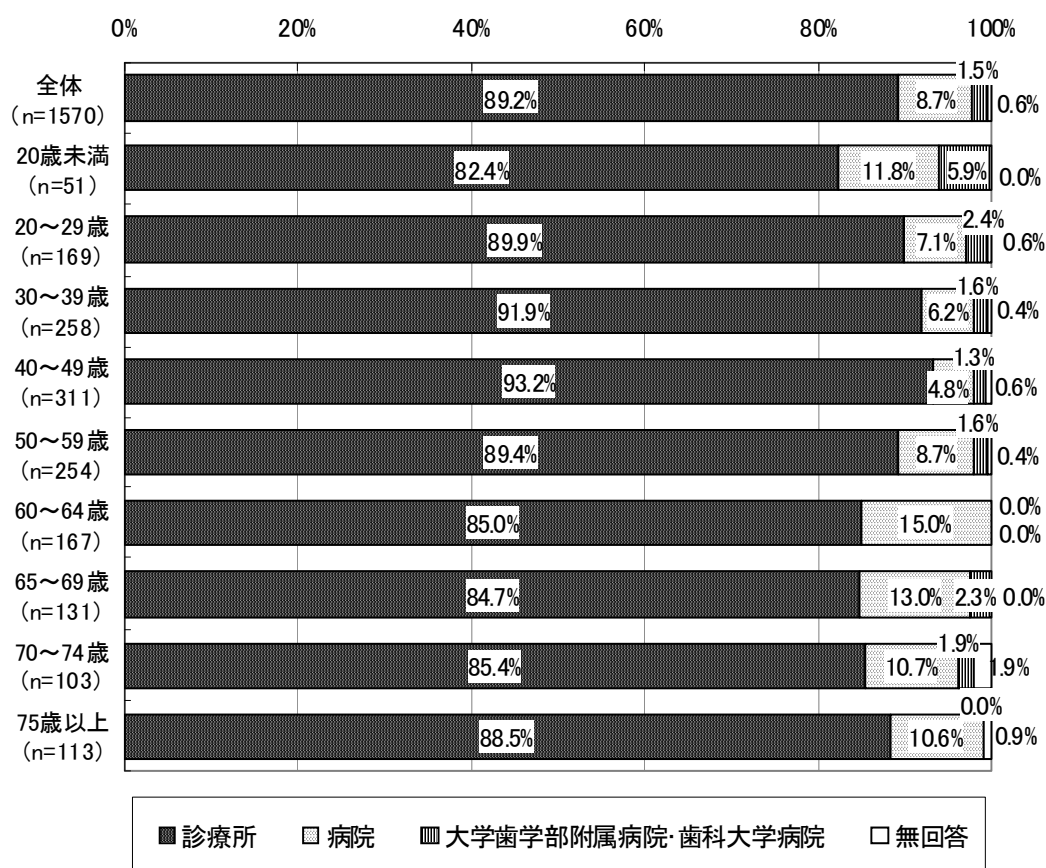


(注)「全体」には、性別について無回答の3人を含む。

調査日に受診した施設を年齢階層別にみると、全ての年齢階層で「診療所」が8割以上であった。特に、「40～49歳」では93.2%、「30～39歳」は91.9%と他の年齢階層と比べて高い割合であった。

「病院」を受診した患者の年齢階層は、「60～64歳」が15.0%で最も高く、次いで「65～69歳」で13.0%、「20歳未満」で11.8%、「70～74歳」で10.7%、「75歳以上」で10.6%であった。

図表 83 受診した施設（年齢階層別）

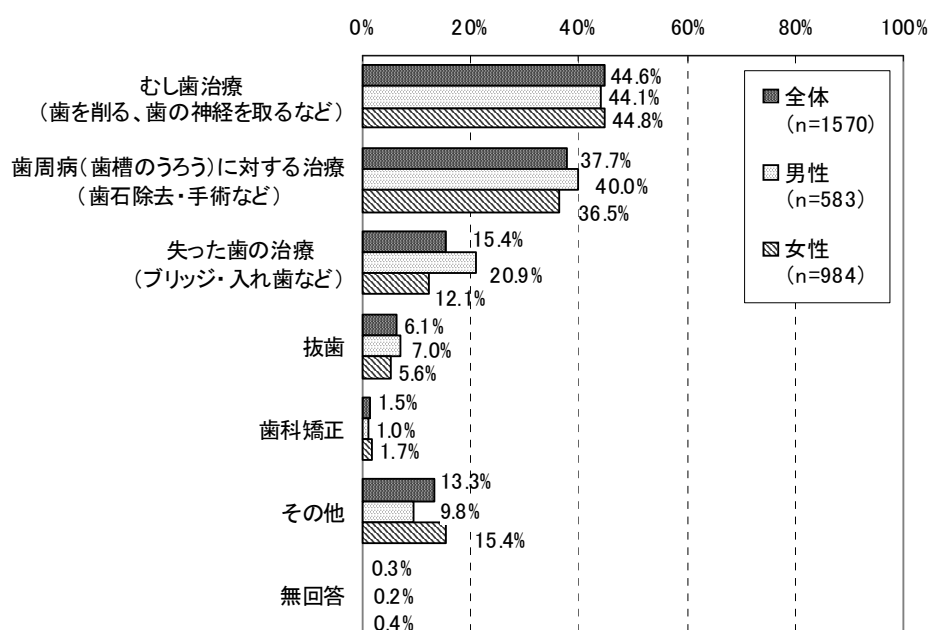


(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

## 2) 受けた治療内容

調査日に患者が受けた治療内容をみると、「むし歯治療（歯を削る、歯の神経を取るなど）」（44.6%）が最も多く、次いで「歯周病（歯槽のうろ）に対する治療（歯石除去・手術など）」（37.7%）、「失った歯の治療（ブリッジ・入れ歯など）」（15.4%）、「抜歯」（6.1%）、「歯科矯正」（1.5%）であった。

図表 84 受けた治療内容（男女別、複数回答）



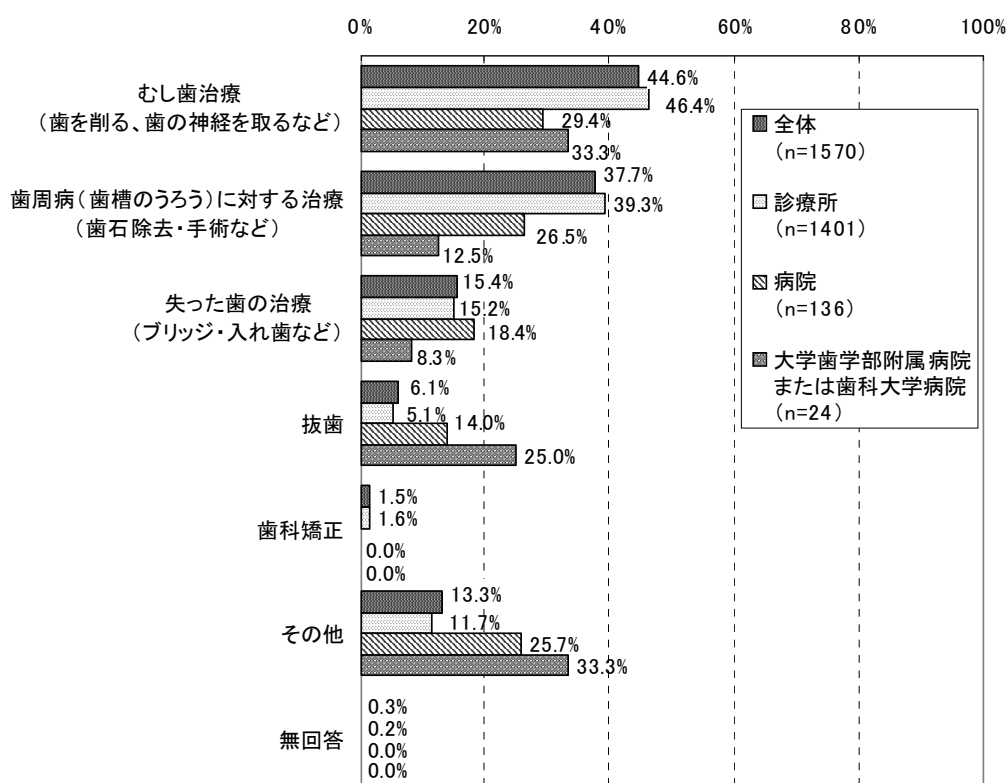
(注)・「全体」には、性別について無回答の3人を含む。

・「その他」の内容として、「歯のクリーニング」「定期検診」等の回答があげられた。



調査日に患者が受けた治療内容について受診施設別にみると、診療所では「むし歯治療（歯を削る、歯の神経を取るなど）」（46.4%）が最も多く、次いで「歯周病（歯槽のうろろ）に対する治療（歯石除去・手術など）」（39.3%）であり、これらは他の施設に比べて相対的に高かった。病院では「失った歯の治療（ブリッジ・入れ歯など）」（18.4%）、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では「抜歯」（25.0%）の割合が他の施設に比べて相対的に高かった。

図表 85 受けた治療内容（受診施設別、複数回答）



(注)・「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。

・「その他」の内容として、「歯のクリーニング」「定期検診」等の回答があげられた。

調査日に患者が受けた治療内容を、年齢階層別にみると、「20歳未満」「20～29歳」「30～39歳」「40～49歳」においては「むし歯治療（歯を削る、歯の神経を取るなど）」の割合が5割以上であった。また、「20歳未満」「20～29歳」では、他の年齢階層と比べて「歯科矯正」（それぞれ7.8%、4.1%）の割合が高かった。

「50～59歳」「60～64歳」「65～69歳」「70～74歳」では、「歯周病（歯槽のうろう）に対する治療（歯石除去・手術など）」の割合が4割を超え、他の年齢階層と比べて相対的に高かった。「失った歯の治療（ブリッジ・入れ歯など）」については、年齢が高くなるほど割合が高くなる傾向がみられ、「70～74歳」では33.0%、「75歳以上」では40.7%であった。

図表 86 受けた治療内容（年齢階層別、複数回答）

（単位：人）

	総 数	治療内容						
		むし歯治療（歯を削る、 歯の神経を取るなど）	歯周病（歯槽のうろう） に対する治療（歯石除 去・手術など）	失った歯の治療（ブリ ッジ・入れ歯など）	抜 歯	歯 科 矯 正	そ の 他	無 回 答
全体	1,570 100.0%	701 44.6%	592 37.7%	241 15.4%	96 6.1%	23 1.5%	209 13.3%	5 0.3%
20歳未満	51 100.0%	26 51.0%	4 7.8%	0 0.0%	5 9.8%	4 7.8%	16 31.4%	0 0.0%
20～29歳	169 100.0%	116 68.6%	48 28.4%	0 0.0%	14 8.3%	7 4.1%	14 8.3%	0 0.0%
30～39歳	258 100.0%	144 55.8%	89 34.5%	12 4.7%	12 4.7%	2 0.8%	36 14.0%	0 0.0%
40～49歳	311 100.0%	168 54.0%	118 37.9%	25 8.0%	14 4.5%	3 1.0%	34 10.9%	1 0.3%
50～59歳	254 100.0%	108 42.5%	113 44.5%	48 18.9%	11 4.3%	1 0.4%	31 12.2%	2 0.8%
60～64歳	167 100.0%	48 28.7%	72 43.1%	39 23.4%	14 8.4%	0 0.0%	31 18.6%	0 0.0%
65～69歳	131 100.0%	31 23.7%	57 43.5%	34 26.0%	11 8.4%	1 0.8%	24 18.3%	0 0.0%
70～74歳	103 100.0%	24 23.3%	51 49.5%	34 33.0%	6 5.8%	2 1.9%	8 7.8%	1 1.0%
75歳以上	113 100.0%	29 25.7%	36 31.9%	46 40.7%	9 8.0%	3 2.7%	15 13.3%	1 0.9%

（注）・「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

・「その他」の内容として、「歯のクリーニング」「定期検診」等の回答があげられた。

### ③ 歯科外来診療環境体制加算について

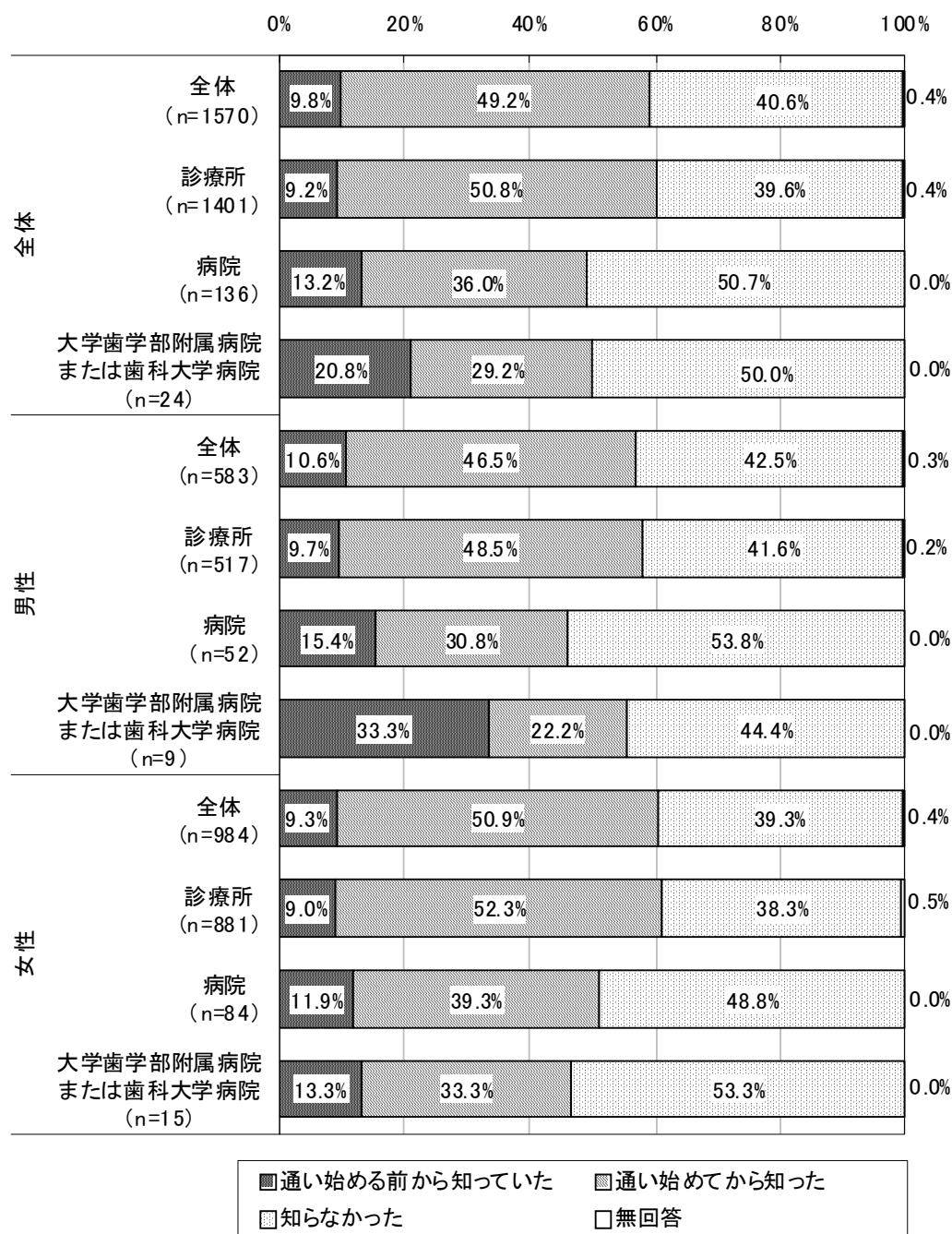
#### 1) 受診した歯科医療機関が「歯科外来診療環境体制加算」の施設であることの認知度

受診した歯科医療機関が「歯科外来診療環境体制加算」の施設であることの認知度をみると、全体では、「通い始めてから知った」(49.2%)が最も多く、「通い始める前から知っていた」は約1割であった。また「知らなかった」(40.6%)が約4割であった。

受診施設別にみると、診療所では、「通い始めてから知った」(50.8%)と回答した患者の割合が他の施設より高くなった。病院や歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「知らなかった」(それぞれ50.7%、50.0%)が最も多い一方で、「通い始める前から知っていた」(それぞれ13.2%、20.8%)と回答した患者の割合も1割以上となり、診療所と比べて高かった。

男女別にみると、全ての受診施設において男性の方が「通い始める前から知っていた」と回答した割合が高かった。

図表 87 受診した歯科医療機関が「歯科外来診療環境体制加算」の施設であることの  
認知度（男女別・受診施設別）

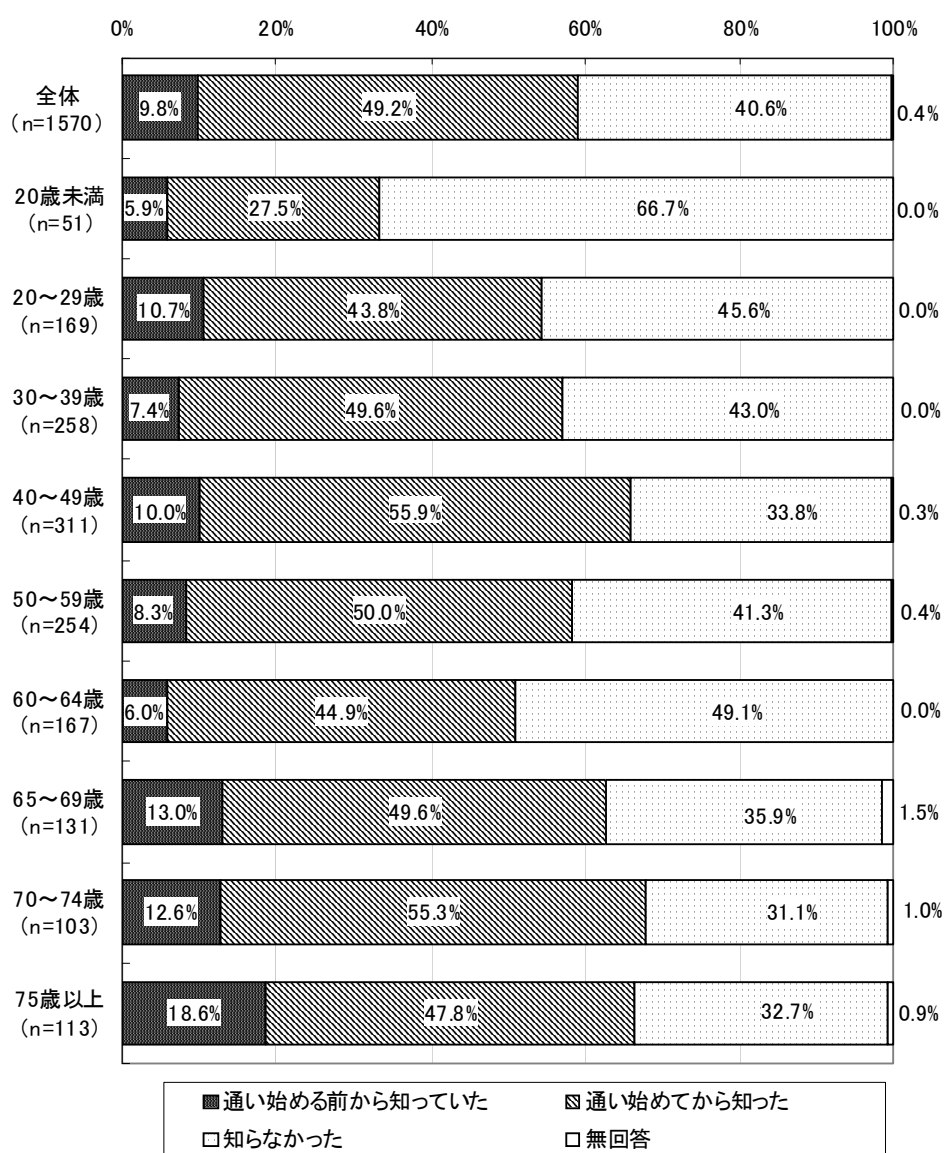


(注)・「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。  
・「男性全体」には、受診施設について無回答の5人を含む。「女性全体」には、受診施設について無回答の4人を含む。

受診した歯科医療機関が「歯科外来診療環境体制加算」の施設であることの認知度を年齢階層別にみると、「75歳以上」「65～69歳」「70～74歳」で「通い始める前から知っていた」（それぞれ18.6%、13.0%、12.6%）と回答した患者の割合が高かった。また、「20歳未満」を除く全ての年齢階層で「通い始めてから知った」と回答した患者の割合は、4割以上であった。

一方、「20歳未満」では、「知らなかった」と回答した患者が66.7%と高い割合であった。

図表 88 「歯科外来診療環境体制加算」の施設であることの認知度（年齢階層別）

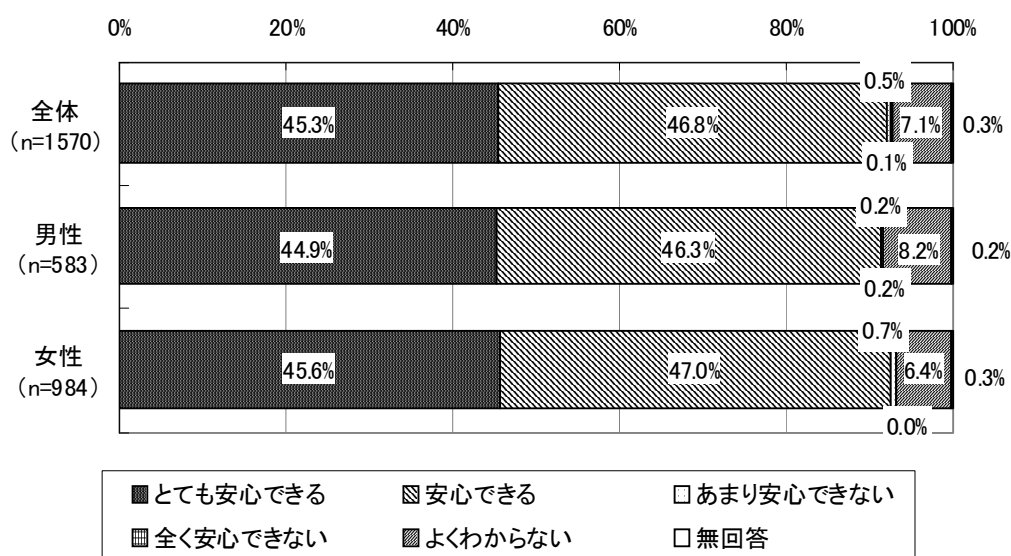


(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

2) 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている施設で歯科治療を受けることの安心感

「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている施設で歯科治療を受けることの安心感についてみると、全体では、「とても安心できる」と回答した患者が 45.3%、「安心できる」と回答した患者が 46.8%で、合わせて 9 割以上を占めた。

図表 89 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている施設で歯科治療を受けることの安心感（男女別）

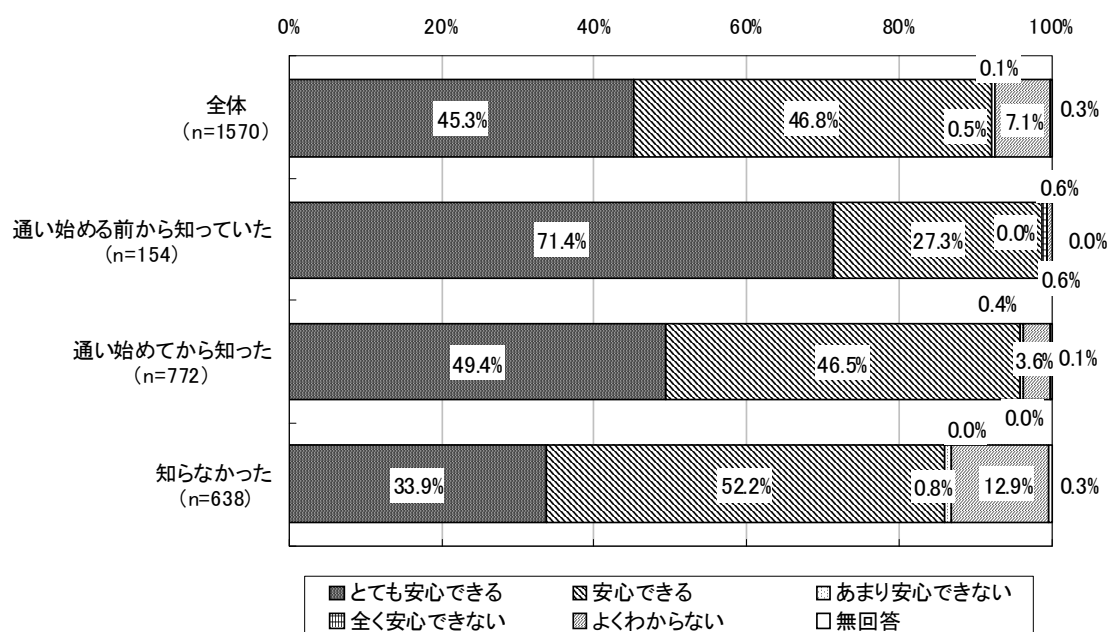


(注)「全体」には、性別について無回答の 3 人を含む。

「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている施設で歯科治療を受けることの安心感について、認知度別にみると、「通い始める前から知っていた」患者では、「とても安心できる」が7割以上であった。「通い始めてから知った」患者では、「とても安心できる」(49.4%)と「安心できる」(46.5%)と回答した割合がほぼ同じとなった。

一方、「知らなかった」患者では、「とても安心できる」は33.9%であり、「安心できる」(52.2%)が半数以上で最も多かった。また、「よくわからない」(12.9%)が1割であった。

図表 90 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている施設で  
歯科治療を受けることの安心感（認知度別）



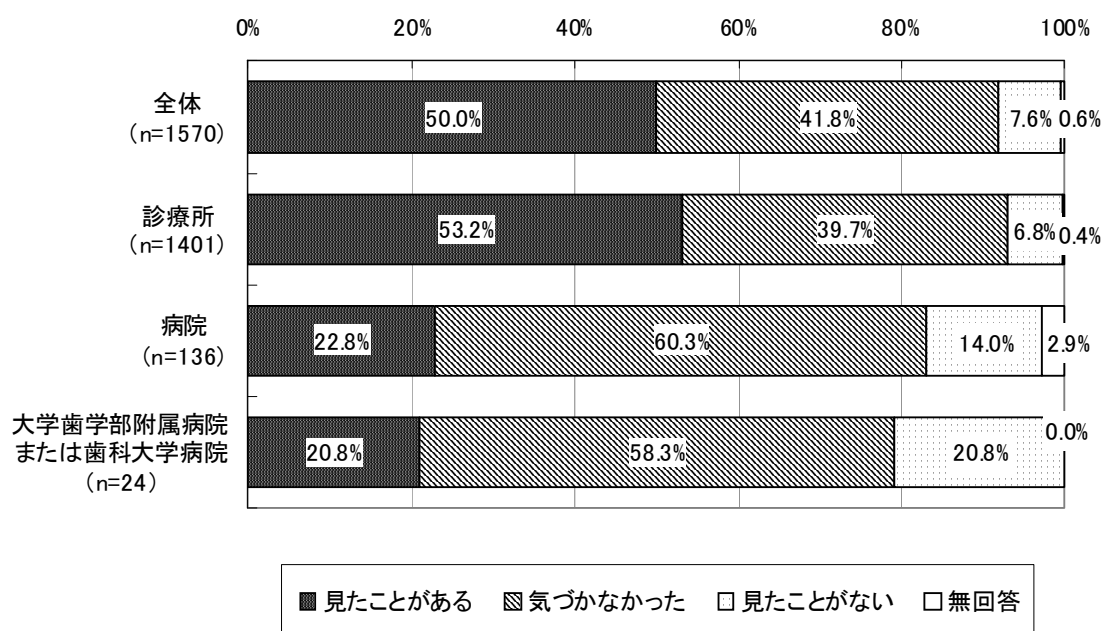
(注)「全体」には、認知度について無回答であった6人が含まれる。

### 3) 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たす院内掲示の認知度

「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たす院内掲示の認知度についてみると、「見たことがある」と回答した患者は、診療所で 53.2%となり、最も多かった。病院と大学歯学部附属病院または歯科大学病院では約 2 割であった。

一方、病院と大学歯学部附属病院または歯科大学病院では、「気づかなかった」（それぞれ 60.3%、58.3%）と回答した患者の割合が最も多かった。また、「見たことがない」と回答した患者は病院で 14.0%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院で 20.8%であった。

図表 91 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たす院内掲示の認知度  
(受診施設別)

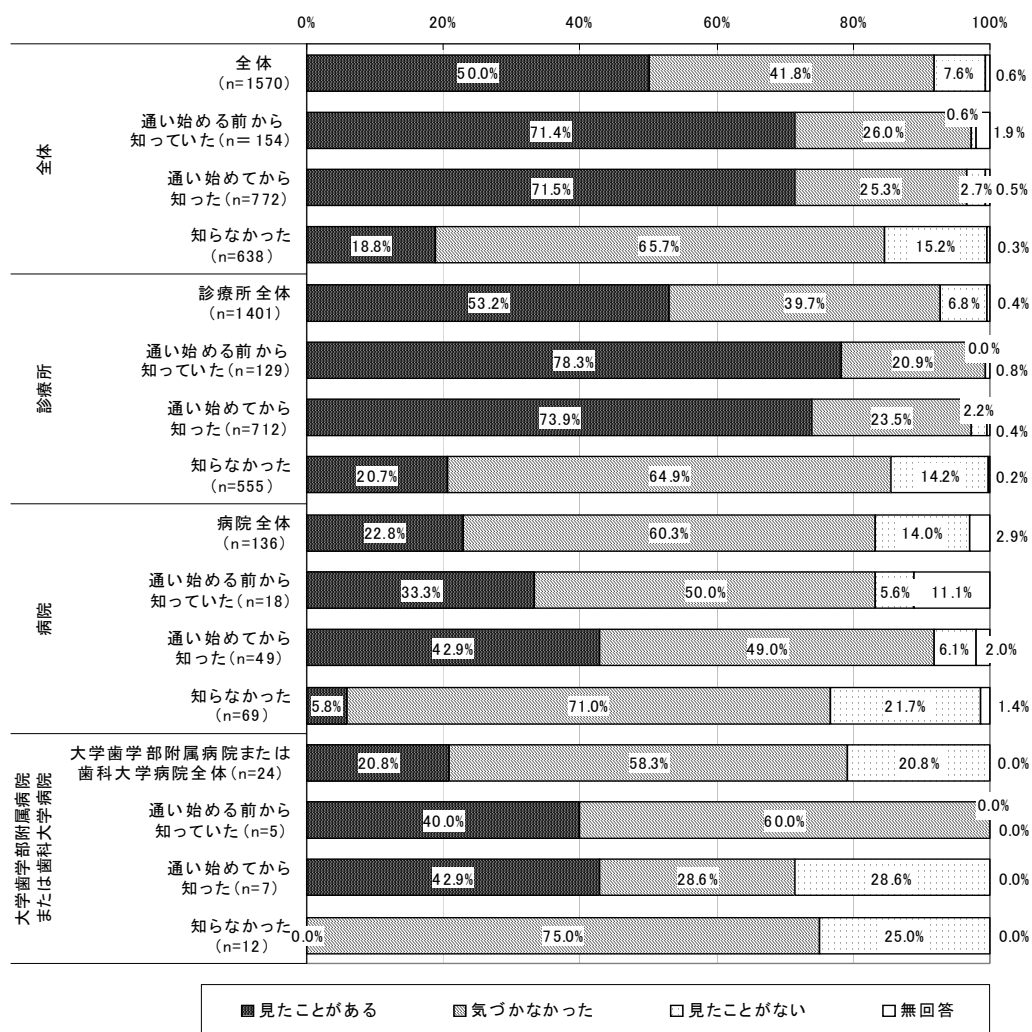


(注)「全体」には、受診施設について無回答の 9 人を含む。



「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たす院内掲示の認知度を、受診施設ごとの認知度別にみると、診療所において、受診施設が施設基準を満たす施設であることを「通い始める前から知っていた」患者と「通い始めてから知った」患者では、院内掲示を「見たことがある」（それぞれ 78.3%、73.9%）が最も多くなり、病院や大学歯学部附属病院または歯科大学病院に比べ高い割合となった。一方、受診施設が施設基準を満たす施設であることを「知らなかった」患者では、いずれの施設においても院内掲示に「気づかなかった」（診療所 64.9%、病院 71.0%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院 75.0%）が最も多くなり、「見たことがない」患者も診療所では 14.2%、病院では 21.7%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では 25.0%であった。

図表 92 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たす院内掲示の認知度  
（受診施設別・受診施設が歯科外来診療環境体制加算の施設であることの認知度別）



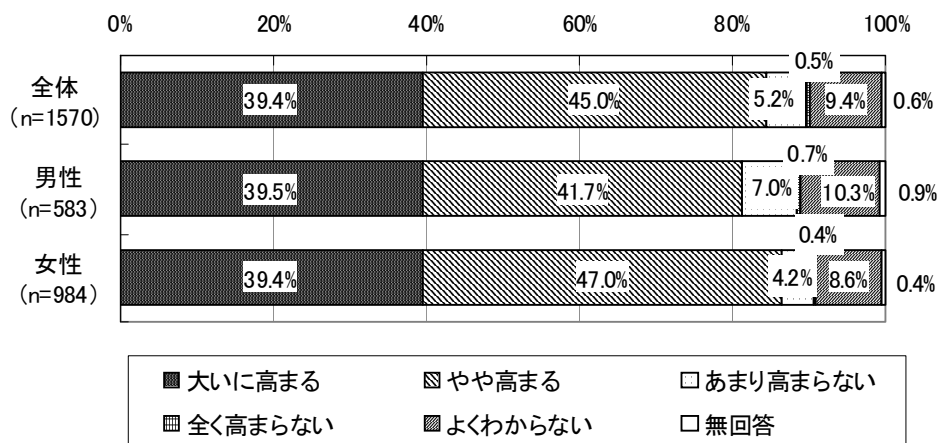
(注)・「全体」には、受診施設について無回答の6人を含む。

・「診療所全体」には、当該加算の施設である認知度について無回答の5人を含む。

#### 4) 施設基準を満たす院内掲示による安心感

「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たす院内掲示による安心感についてみると、全体では、「大いに高まる」と回答した患者が 39.4%、「やや高まる」と回答した患者が 45.0%で、合わせて 8 割以上を占めた。

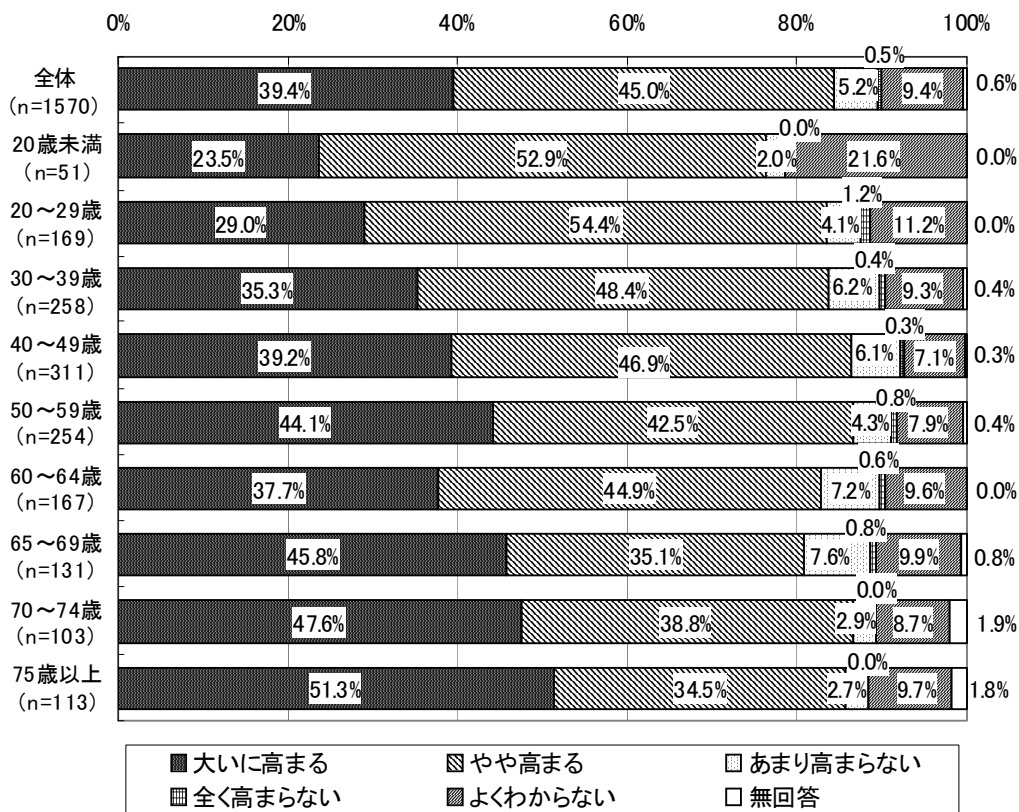
図表 93 施設基準を満たす院内掲示による安心感（男女別）



(注)「全体」には、性別について無回答の 3 人を含む。

「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たす院内掲示による安心感について、年齢階層別にみると、年齢階層が高くなるにつれて「大いに高まる」と回答した患者の割合が高くなった。

図表 94 施設基準を満たす院内掲示による安心感（年齢階層別）

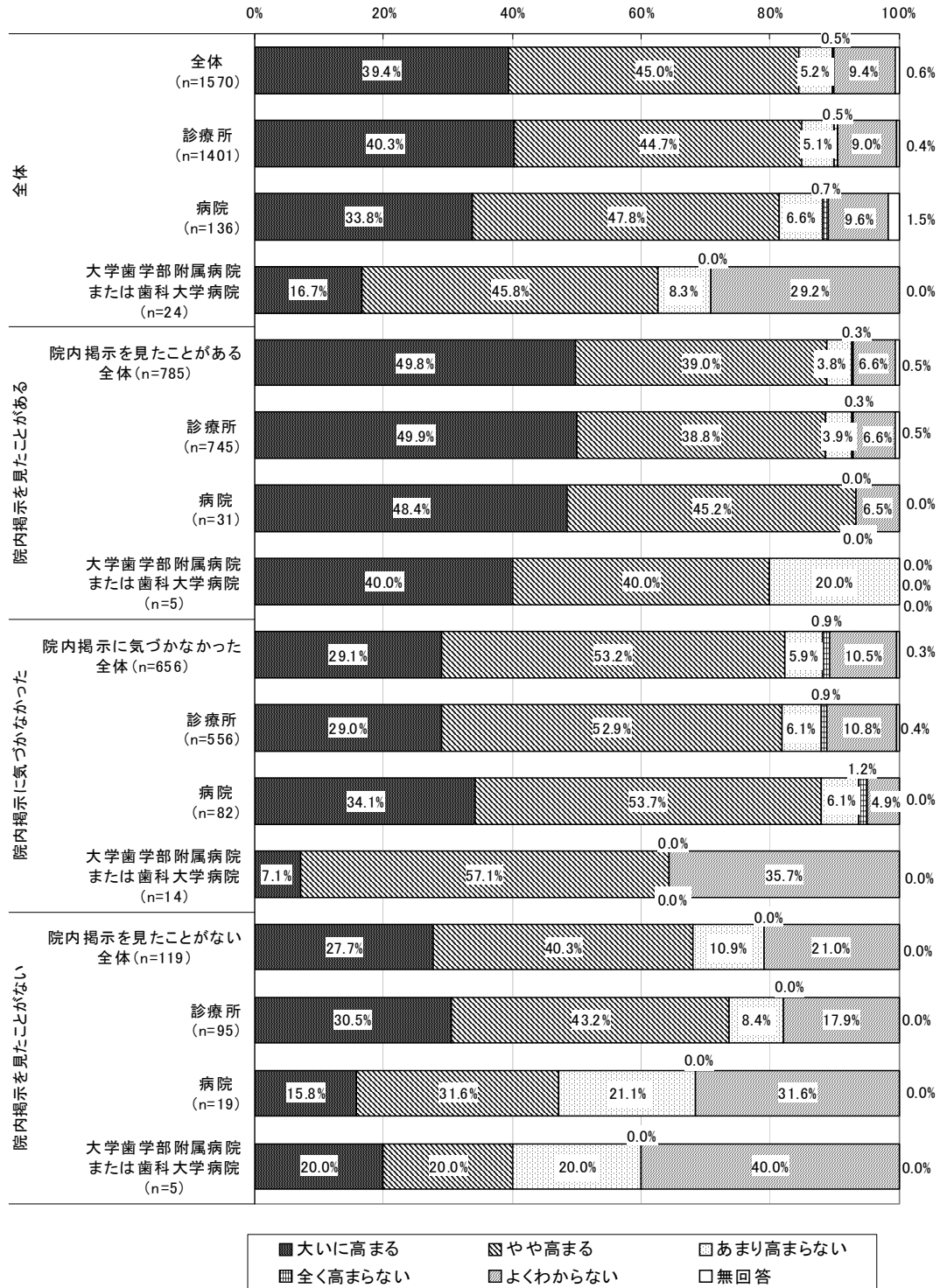


(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

施設基準を満たす院内掲示による安心感について、院内掲示を見た経験別にみると、「院内掲示を見たことがある」患者全体では、「高まる」（「大いに高まる」＋「やや高まる」）という回答は 88.8%、「院内掲示に気づかなかった」患者全体では 82.3%、「院内掲示を見たことがない」患者全体では 68.0%であった。

「院内掲示を見たことがない」患者を受診施設別にみると、診療所を受診した患者では、「高まる」（「大いに高まる」＋「やや高まる」）と回答したのが 73.7%であったのに対し、病院では 47.4%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では 40.0%となり、診療所での割合が相対的に高くなった。また、「よくわからない」と回答した患者は、診療所で 17.9%、病院で 31.6%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院で 40.0%であった。

図表 95 施設基準を満たす院内掲示による安心感（院内掲示を見た経験別・受診施設別）



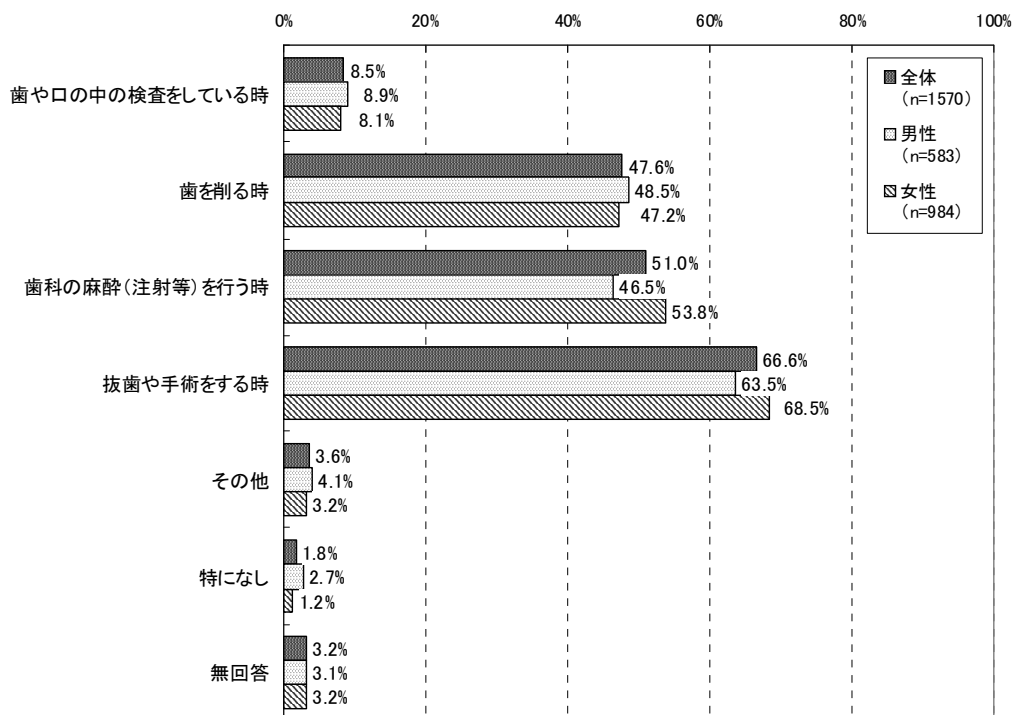
(注) ・「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。  
 ・「院内掲示を見たことがある全体」には、受診施設について無回答の4人を含む。「院内掲示に気づかなかった全体」には、受診施設について無回答の4人を含む。

④ 「安全・安心」な歯科診療に関する意識

1) 歯科診療において不安になる時

歯科診療において患者が不安になる時についてみると、全体では、「抜歯や手術をする時」(66.6%)が最も多く、次いで「歯科の麻酔(注射等)を行う時」(51.0%)、「歯を削る時」(47.6%)であった。

図表 96 歯科診療において不安になる時(男女別、複数回答)



(注)・「全体」には、性別について無回答の3人を含む。

・「その他」の内容として、「何をされているか分からない時」等の回答があげられた。

歯科診療において患者が不安になる時について、年齢階層別にみると、全ての年代において患者の 5 割以上が回答したのは、「抜歯や手術をする時」であり、特に「60～64 歳」(71.3%)、「40～49 歳」(68.8%)、「30～39 歳」(68.6%)、「20～29 歳」(68.0%) で割合が高かった。また、60 歳未満の患者では、「歯を削る時」と回答した患者が約 5 割となった。また、70 歳未満の患者では、「歯科の麻酔（注射等）を行う時」と回答した患者の割合が約 5 割となり、特に「40～49 歳」では 60.5%となった。

図表 97 歯科診療において不安になる時（年齢階層別、複数回答）

(単位：人)

	総 数	歯科診療において不安になる時						
		歯や口の中の検査を している時	歯を削る時	歯科の麻酔（注射等） を行う時	抜歯や手術をする時	その他	特になし	無回答
全体	1,570 100.0%	133 8.5%	748 47.6%	801 51.0%	1,045 66.6%	56 3.6%	28 1.8%	50 3.2%
20 歳未満	51 100.0%	10 19.6%	28 54.9%	26 51.0%	34 66.7%	1 2.0%	2 3.9%	0 0.0%
20～29 歳	169 100.0%	12 7.1%	93 55.0%	83 49.1%	115 68.0%	5 3.0%	0 0.0%	4 2.4%
30～39 歳	258 100.0%	23 8.9%	137 53.1%	130 50.4%	177 68.6%	9 3.5%	4 1.6%	4 1.6%
40～49 歳	311 100.0%	19 6.1%	166 53.4%	188 60.5%	214 68.8%	11 3.5%	1 0.3%	6 1.9%
50～59 歳	254 100.0%	22 8.7%	136 53.5%	127 50.0%	165 65.0%	14 5.5%	7 2.8%	4 1.6%
60～64 歳	167 100.0%	11 6.6%	66 39.5%	81 48.5%	119 71.3%	3 1.8%	4 2.4%	5 3.0%
65～69 歳	131 100.0%	14 10.7%	50 38.2%	66 50.4%	83 63.4%	4 3.1%	4 3.1%	7 5.3%
70～74 歳	103 100.0%	7 6.8%	33 32.0%	46 44.7%	69 67.0%	2 1.9%	2 1.9%	7 6.8%
75 歳以上	113 100.0%	13 11.5%	33 29.2%	49 43.4%	63 55.8%	6 5.3%	4 3.5%	11 9.7%

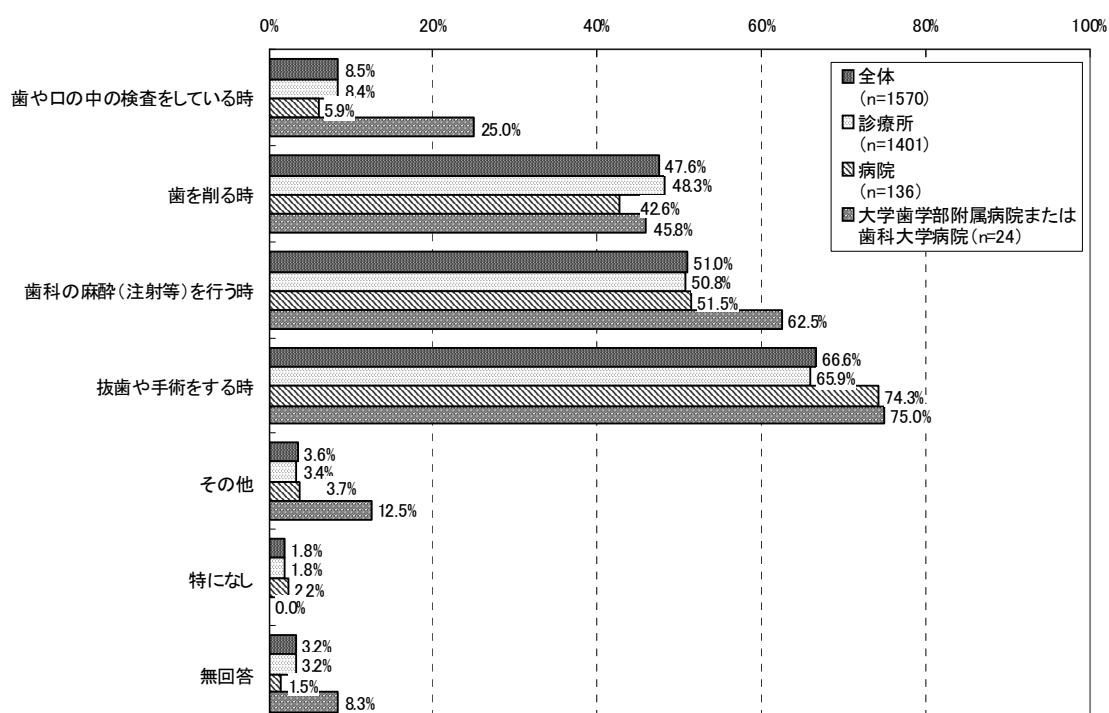
(注)・「全体」には、年齢について無回答の 13 人を含む。

・「その他」の内容として、「何をされているか分からない時」等の回答があげられた。

歯科診療において患者が不安になる時について、受診施設別にみると、全ての施設において「抜歯や手術をする時」と回答した患者の割合が高く、特に「病院」(74.3%)と「大学歯学部附属病院または歯科大学病院」(75.0%)での割合が高くなった。

「歯科の麻酔(注射等)を行う時」と回答した患者は、特に「大学歯学部附属病院または歯科大学病院」(62.5%)での割合が高かった。

図表 98 歯科診療において不安になる時(受診施設別、複数回答)



(注)・「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。

・「その他」の内容として、「何をされているか分からない時」等の回答があげられた。

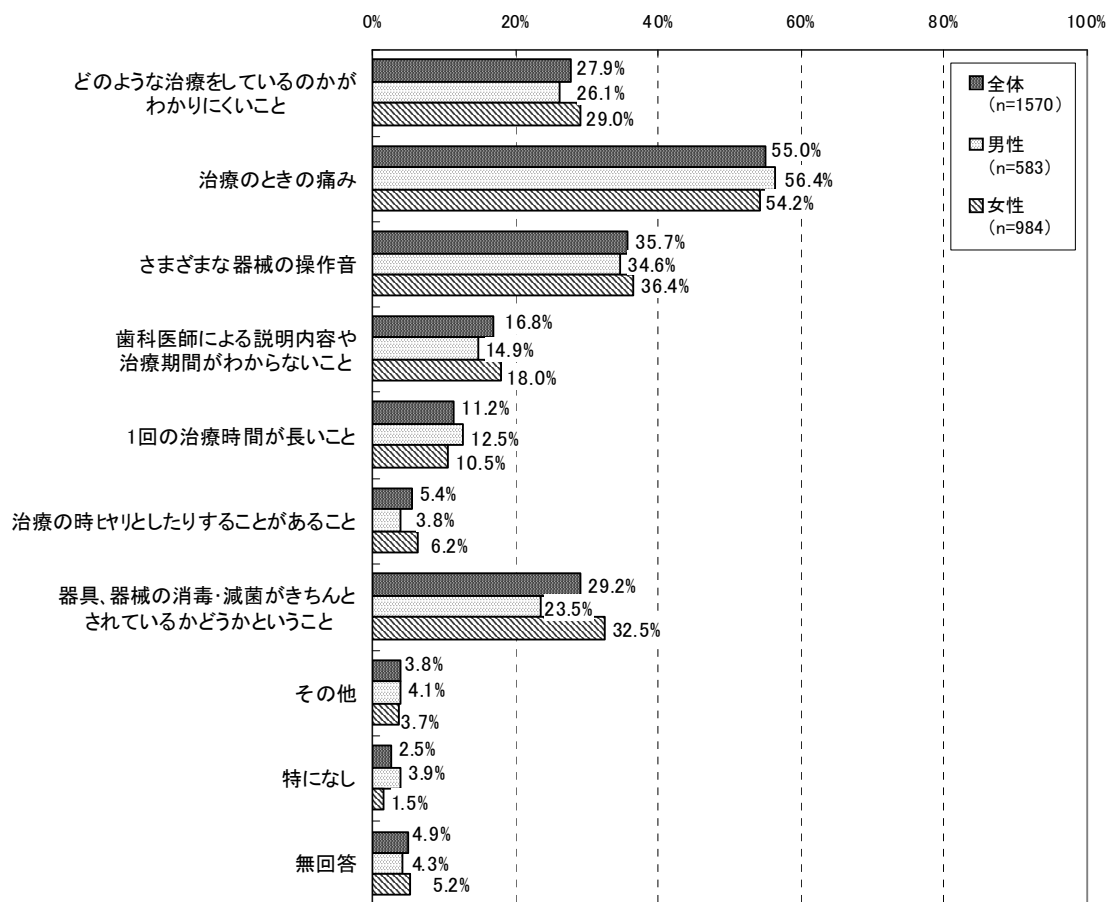


## 2) 歯科診療を受ける際に不安になること

歯科診療を受ける際に患者が不安になることについてみると、全体では、「治療のときの痛み」(55.0%)が最も多く、次いで「さまざまな機械の操作音」(35.7%)、「器具・器械の消毒・滅菌がきちんとされているかどうかということ」(29.2%)、「どのような治療をしているのかがわかりにくいこと」(27.9%)であった。

「器具、器械の消毒・滅菌がきちんとされているかどうかということ」では、男女別に見ると、女性が男性よりも高い割合であった。

図表 99 歯科診療を受ける際に不安になること（男女別、複数回答）



(注)・「全体」には、性別について無回答の3人を含む。

・「その他」の内容として、「最適な治療かどうか」「治療費用」「医師の衛生面」等の回答があげられた。

・「1回の治療時間が長いこと」には、治療いす上で待っている時間が含まれる。以下同様。

歯科診療を受ける際に患者が不安になることについて、年齢階層別にみると、全ての年代において「治療のときの痛み」と回答した患者の割合が高く、特に「20～29歳」（65.1%）、「40～49歳」（61.4%）、「20歳未満」（60.8%）の患者では6割以上となった。また、20代、30代、40代の患者では「器具、器械の消毒・滅菌がきちんとされているかどうかということ」と回答した割合が3割を超えており、他の年齢階層と比べて相対的に高かった。

図表 100 歯科診療を受ける際に不安になること（年齢階層別、複数回答）

（単位：人）

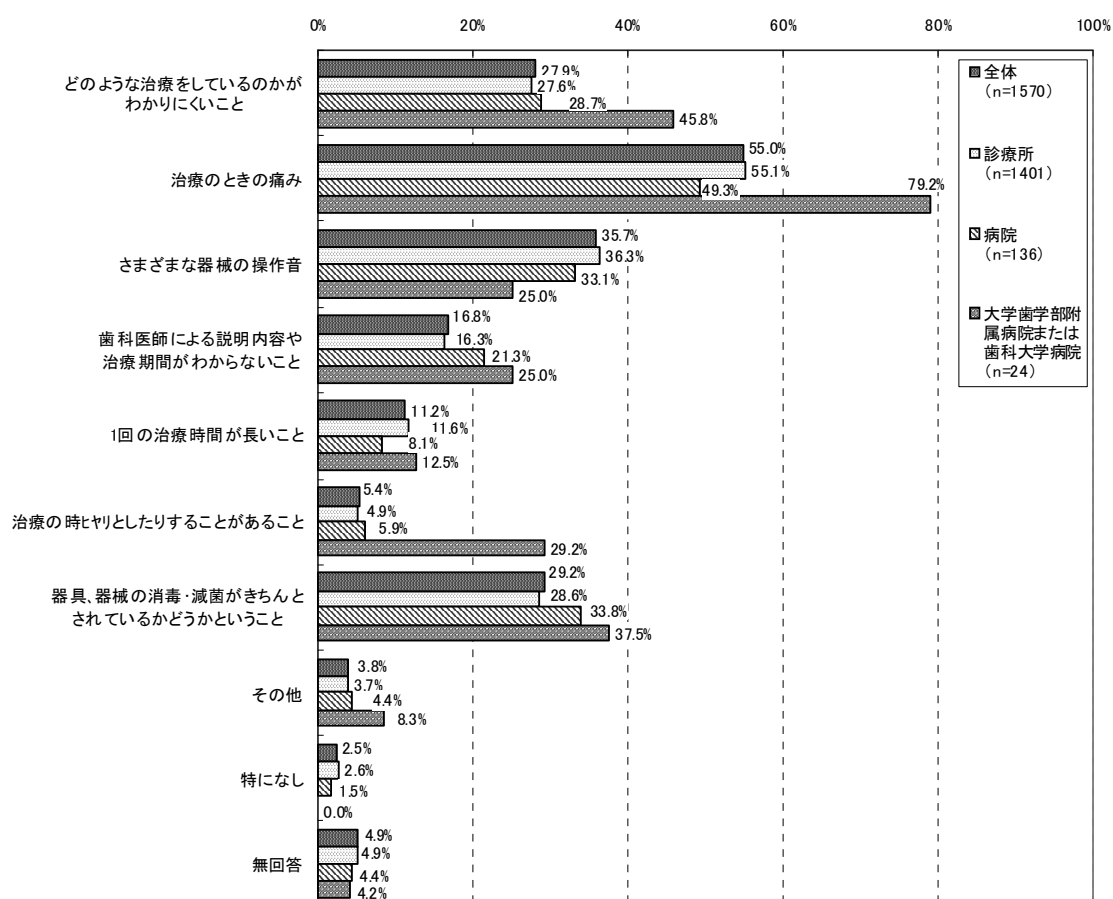
	総 数	歯科診療を受ける際に不安になること									
		ど の よ う な 治 療 を し て い る の か が わ か り に く い こ と	治 療 の と き の 痛 み	さ ま ざ ま な 器 械 の 操 作 音	歯 科 医 師 に よ る 説 明 内 容 や 治 療 期 間 が わ か ら な い こ と	1 回 の 治 療 時 間 が 長 い こ と	治 療 の 時 ヒ ヤ リ と し た り す る こ と が あ る こ と	器 具 、 器 械 の 消 毒 ・ 滅 菌 が き ち ん と さ れ て い る か ど う か と い う こ と	そ の 他	特 に な し	無 回 答
全体	1,570 100.0%	438 27.9%	863 55.0%	561 35.7%	264 16.8%	176 11.2%	84 5.4%	458 29.2%	60 3.8%	39 2.5%	77 4.9%
20歳未満	51 100.0%	18 35.3%	31 60.8%	20 39.2%	10 19.6%	1 2.0%	3 5.9%	14 27.5%	2 3.9%	1 2.0%	2 3.9%
20～29歳	169 100.0%	50 29.6%	110 65.1%	59 34.9%	33 19.5%	21 12.4%	13 7.7%	56 33.1%	1 0.6%	0 0.0%	4 2.4%
30～39歳	258 100.0%	88 34.1%	150 58.1%	98 38.0%	56 21.7%	27 10.5%	15 5.8%	94 36.4%	4 1.6%	3 1.2%	3 1.2%
40～49歳	311 100.0%	97 31.2%	191 61.4%	127 40.8%	60 19.3%	43 13.8%	17 5.5%	104 33.4%	16 5.1%	1 0.3%	6 1.9%
50～59歳	254 100.0%	74 29.1%	137 53.9%	92 36.2%	39 15.4%	29 11.4%	16 6.3%	74 29.1%	12 4.7%	6 2.4%	13 5.1%
60～64歳	167 100.0%	36 21.6%	87 52.1%	53 31.7%	23 13.8%	20 12.0%	7 4.2%	32 19.2%	8 4.8%	7 4.2%	10 6.0%
65～69歳	131 100.0%	28 21.4%	57 43.5%	43 32.8%	24 18.3%	12 9.2%	3 2.3%	29 22.1%	6 4.6%	9 6.9%	13 9.9%
70～74歳	103 100.0%	21 20.4%	46 44.7%	34 33.0%	7 6.8%	9 8.7%	5 4.9%	23 22.3%	4 3.9%	6 5.8%	9 8.7%
75歳以上	113 100.0%	20 17.7%	47 41.6%	31 27.4%	10 8.8%	12 10.6%	3 2.7%	28 24.8%	6 5.3%	5 4.4%	16 14.2%

（注）・「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

・「その他」の内容として、「最適な治療かどうか」「治療費用」「医師の衛生面」等の回答があげられた。

歯科診療を受ける際に患者が不安になることについて、受診施設別にみると、全ての施設において「治療のときの痛み」と回答した患者の割合が高くなり、診療所では 55.1%、病院では 49.3%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では 79.2%であり、大学歯学部附属病院または歯科大学病院の割合が他の施設と比べて高かった。同様に「どのような治療をしているのかがわかりにくいこと」「歯科医師による説明内容や治療期間がわからないこと」「1回の治療時間が長いこと」「治療の時ヒヤリとしたりすることがあること」「器具・器械の消毒・滅菌がきちんとされているかどうかということ」においても大学歯学部附属病院または歯科大学病院の割合が他の施設と比べて高かった。

図表 101 歯科診療を受ける際に不安になること（受診施設別、複数回答）



(注)・「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。

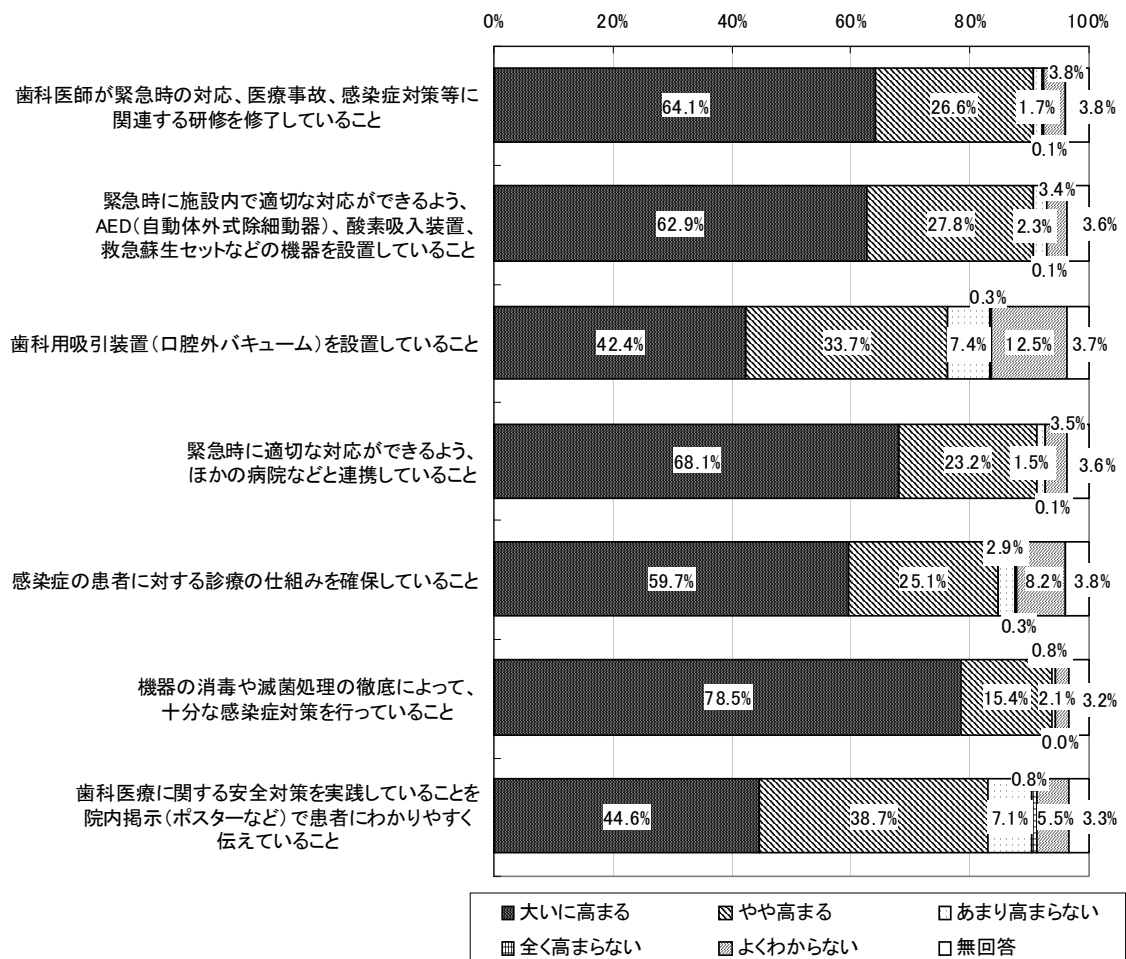
・「その他」の内容として、「最適な治療かどうか」「治療費用」「医師の衛生面」等の回答があげられた。

### 3) 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化

医療機関の「安全・安心」に係る対策による患者の歯科診療に対する安心感の変化をみると、「大いに高まる」と回答した患者の割合が最も高かったのは、「機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること」(78.5%)であり、次いで「緊急時に適切な対応ができるよう、ほかの病院などと連携していること」(68.1%)、「歯科医師が緊急時の対応、医療事故、感染症対策等に関連する研修を修了していること」(64.1%)、「緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED(自動体外式除細動器)、酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの機器を設置していること」(62.9%)であり、「大いに高まる」と「やや高まる」との合計はいずれも9割以上となった。

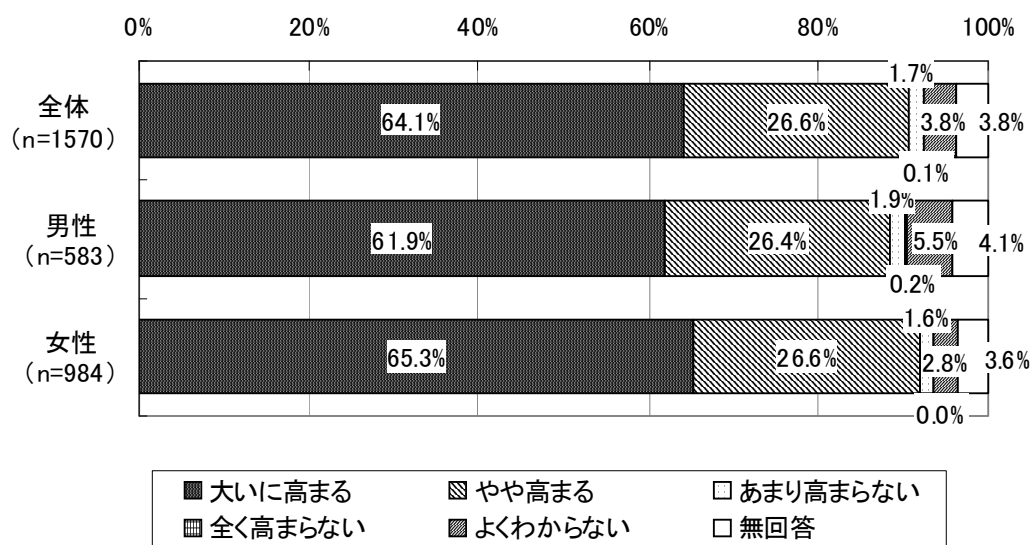
「歯科用吸引装置(口腔外バキューム)を設置していること」「歯科医療に関する安全対策を実践していることを院内掲示(ポスターなど)で患者にわかりやすく伝えていること」は、「大いに高まる」が4割であり、「やや高まる」を合わせると8割強であった。また、「歯科用吸引装置(口腔外バキューム)を設置していること」で、「よくわからない」と回答した患者が12.5%と他の項目と比べて相対的に高い割合であった。

図表 102 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
(全体、n=1570)



男女別に「歯科医師が緊急時の対応、医療事故、感染症対策等に関連する研修を修了していること」への安心感をみると、「高まる」（「大いに高まる」＋「やや高まる」）と回答した患者は、男性で88.3%、女性で91.9%となり、女性の割合が高かった。

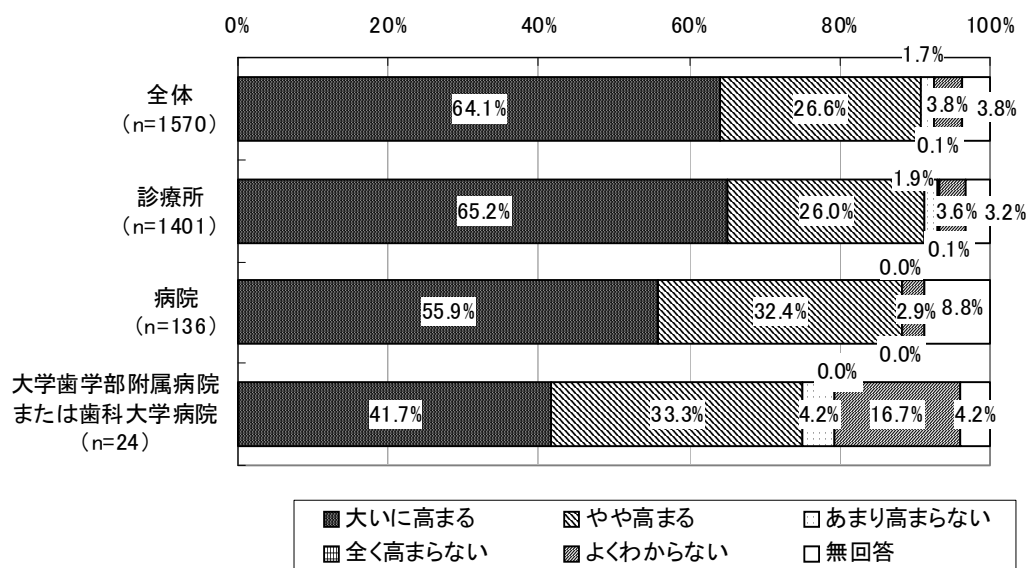
図表 103 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
 ～①歯科医師が緊急時の対応、医療事故、感染症対策等に関連する研修を修了していること～（男女別）



(注)「全体」には、性別について無回答の3人を含む。

受診施設別に「歯科医師が緊急時の対応、医療事故、感染症対策等に関連する研修を修了していること」への安心感をみると、「大いに高まる」と回答した患者は、診療所で 65.2%、病院で 55.9%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院で 41.7%となった。大学歯学部附属病院または歯科大学病院では、「よくわからない」と回答した患者が 16.7%であり、他の施設と比べると相対的に高い割合であった。

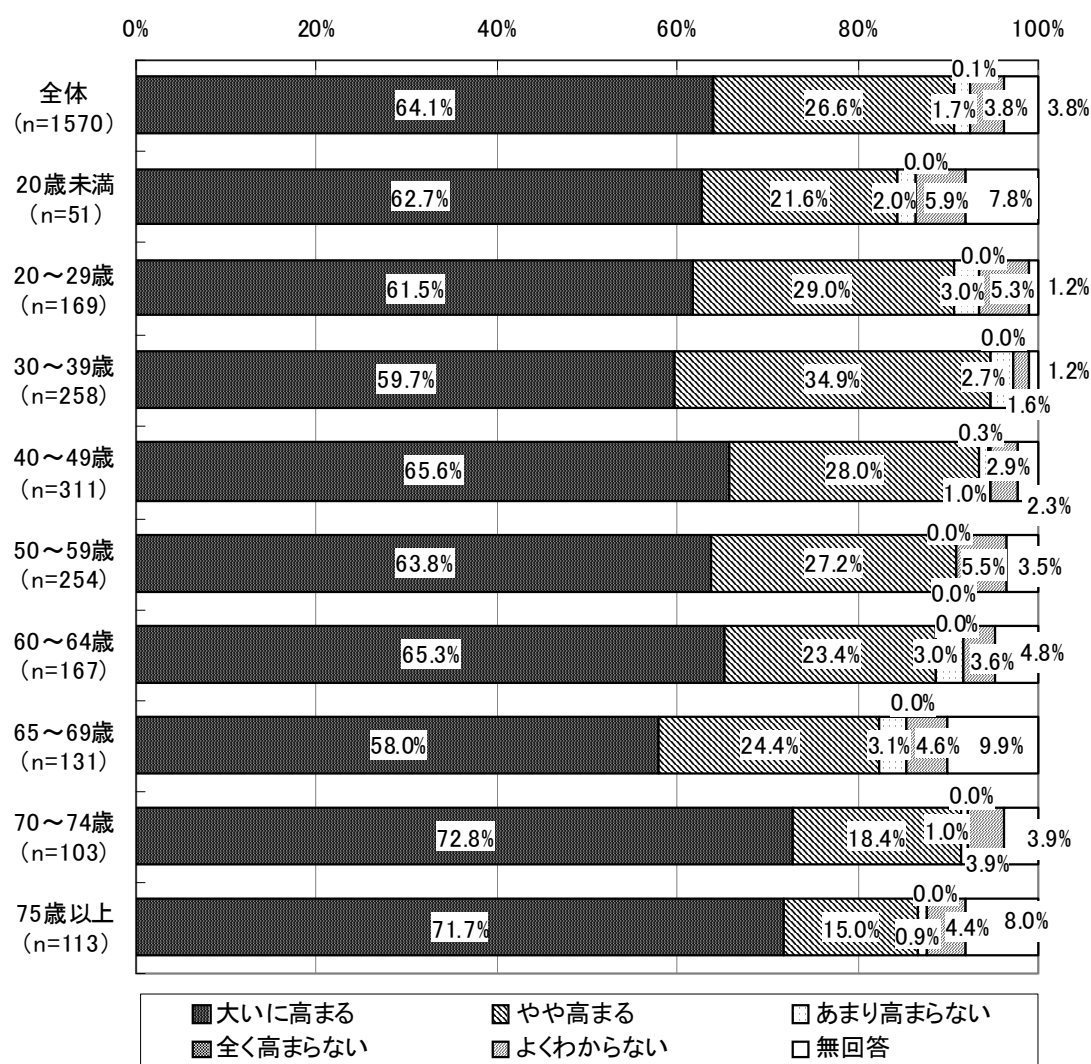
図表 104 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
 ～①歯科医師が緊急時の対応、医療事故、感染症対策等に関連する研修を修了していること～（受診施設別）



(注)「全体」には、受診施設について無回答の 9 人を含む。

年齢階層別に「歯科医師が緊急時の対応、医療事故、感染症対策等に関連する研修を修了していること」への安心感をみると、「高まる」（「大いに高まる」＋「やや高まる」）と回答した患者の割合は、全ての年齢階層で8割以上であった。「大いに高まる」と回答した患者の割合は、「70～74歳」（72.8%）、「75歳以上」（71.7%）で特に高かった。

図表 105 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～①歯科医師が緊急時の対応、医療事故、感染症対策等に関連する研修を修了していること～（年齢階層別）

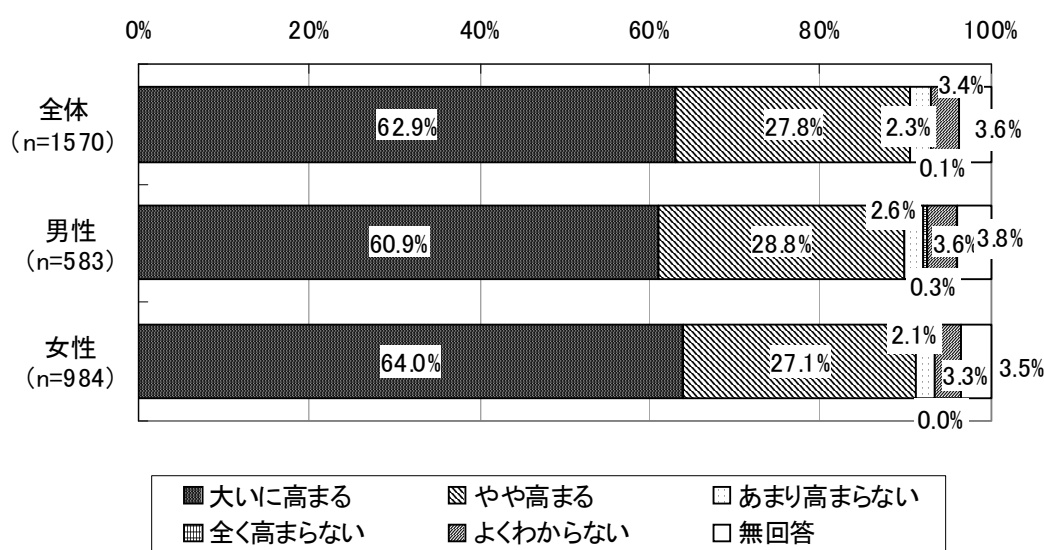


(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。



男女別に「緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED（自動体外除細動器）、酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの機器を設置していること」への安心感をみると、「高まる」（「大いに高まる」＋「やや高まる」）と回答した患者は、男性で 89.7%、女性で 91.1%となった。

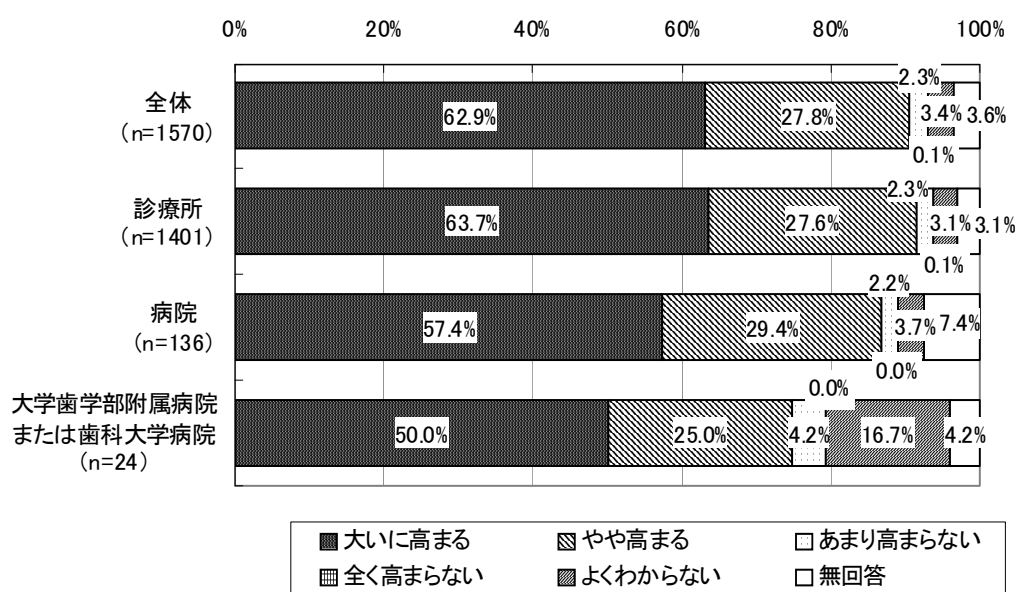
図表 106 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～②緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED（自動体外除細動器）、酸素吸入装置、  
救急蘇生セットなどの機器を設置していること～（男女別）



(注)「全体」には、性別について無回答の3人を含む。

受診施設別に「緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED（自動体外除細動器）、酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの機器を設置していること」への安心感をみると、「大いに高まる」と回答した患者は、診療所で 63.7%、病院で 57.4%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院で 50.0%となり、診療所の割合が他の施設と比べて相対的に高かった。

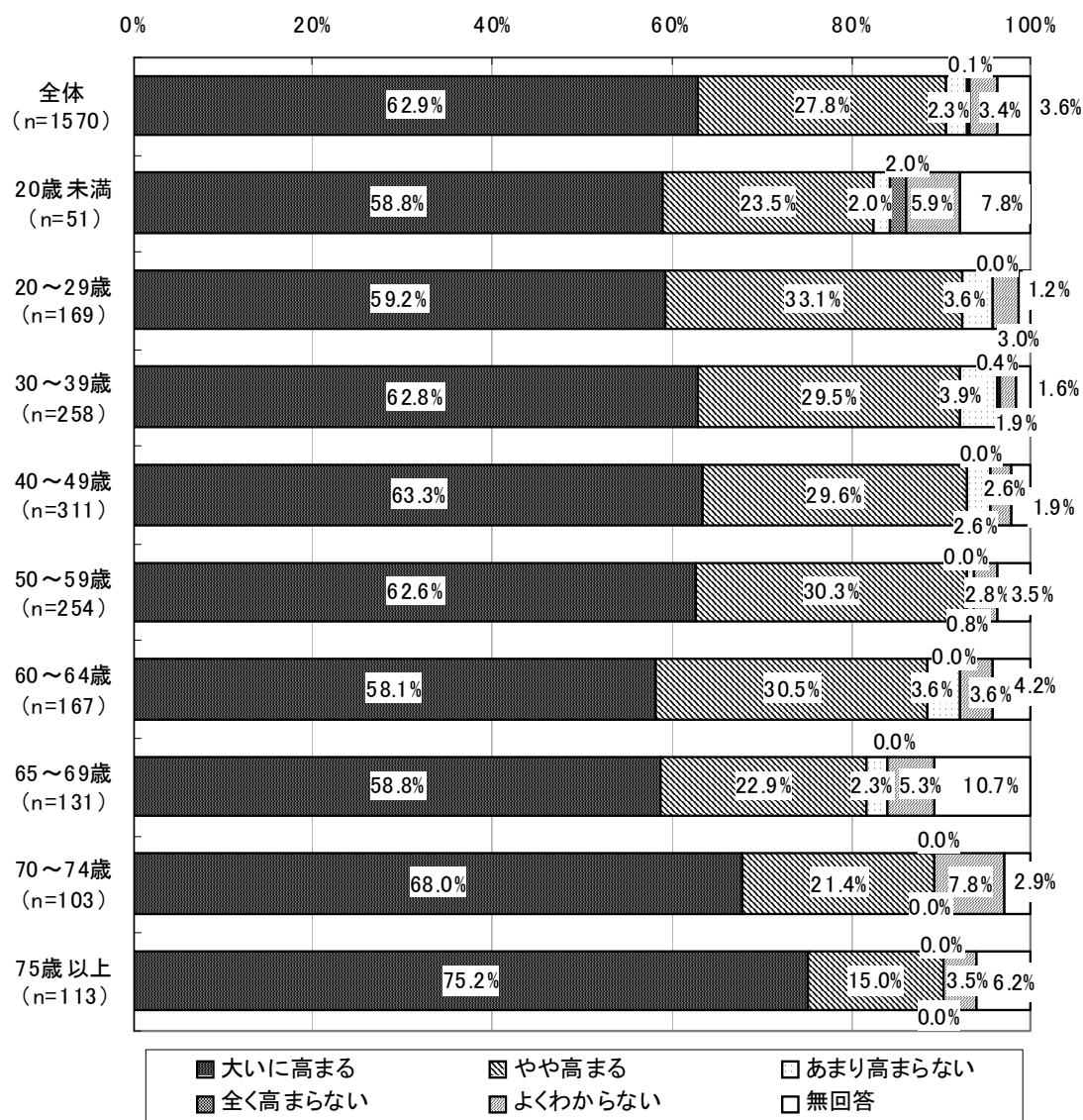
図表 107 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～②緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED（自動体外除細動器）、酸素吸入装置、  
救急蘇生セットなどの機器を設置していること～（受診施設別）



(注)「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。

年齢階層別に「緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED（自動体外除細動器）、酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの機器を設置していること」への安心感をみると、「高まる」（「大いに高まる」＋「やや高まる」）と回答した患者の割合は、全ての年齢階層で8割以上であった。特に「20～29歳」「30～39歳」「40～49歳」「50～59歳」では9割以上を占めた。

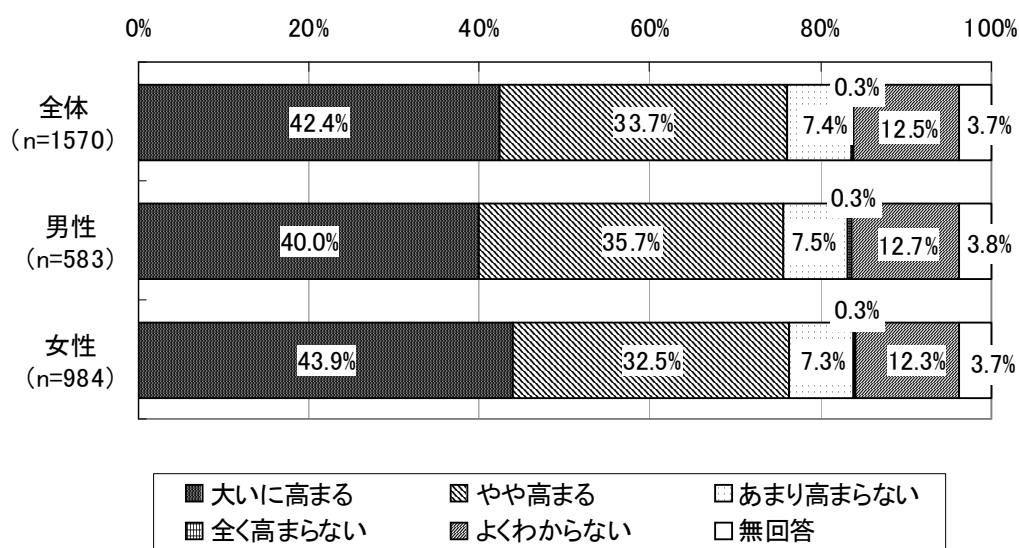
図表 108 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化～②緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED（自動体外除細動器）、酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの機器を設置していること～（年齢階層別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

男女別に「歯科用吸引装置（口腔外バキューム）を設置していること」をみると、「高まる」（「大いに高まる」＋「やや高まる」）と回答した患者は、男性で75.7%、女性で76.4%となり、ほぼ同じ割合であった。

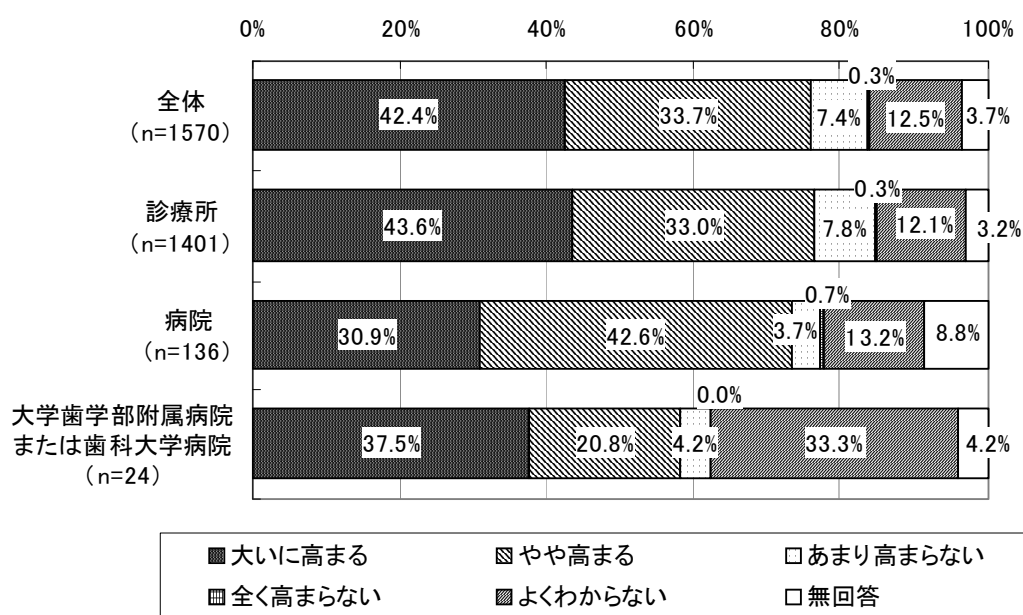
図表 109 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～③歯科用吸引装置（口腔外バキューム）を設置していること～（男女別）



（注）「全体」には、性別について無回答の3人を含む。

受診施設別に「歯科用吸引装置（口腔外バキューム）を設置していること」をみると、「大いに高まる」と回答した患者の割合は、診療所では 43.6%、病院では 30.9%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では 37.5%であった。大学歯学部附属病院または歯科大学病院では、「よくわからない」と回答した患者の割合が 33.3%であり、他の施設と比べて相対的に高かった。

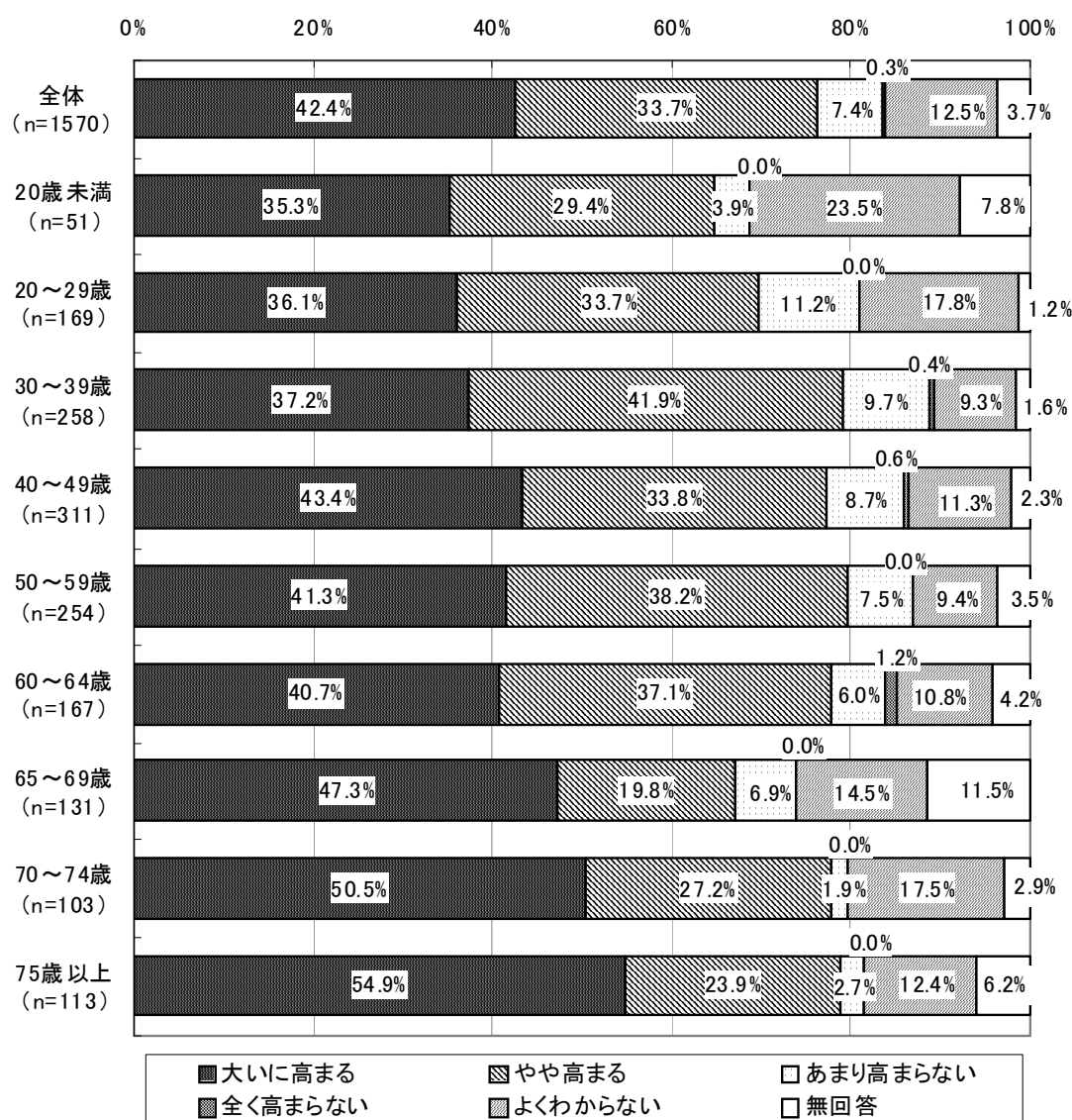
図表 110 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～③歯科用吸引装置（口腔外バキューム）を設置していること～（受診施設別）



(注)「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。

年齢階層別に「歯科用吸引装置（口腔外バキューム）を設置していること」をみると、年齢が高くなるにつれて「大いに高まる」と回答した患者の割合が高くなる傾向がみられた。「20歳未満」「20～29歳」「70～74歳」では、「よくわからない」（それぞれ23.5%、17.8%、17.5%）と回答した患者の割合が、他の年齢階層と比べて相対的に高かった。

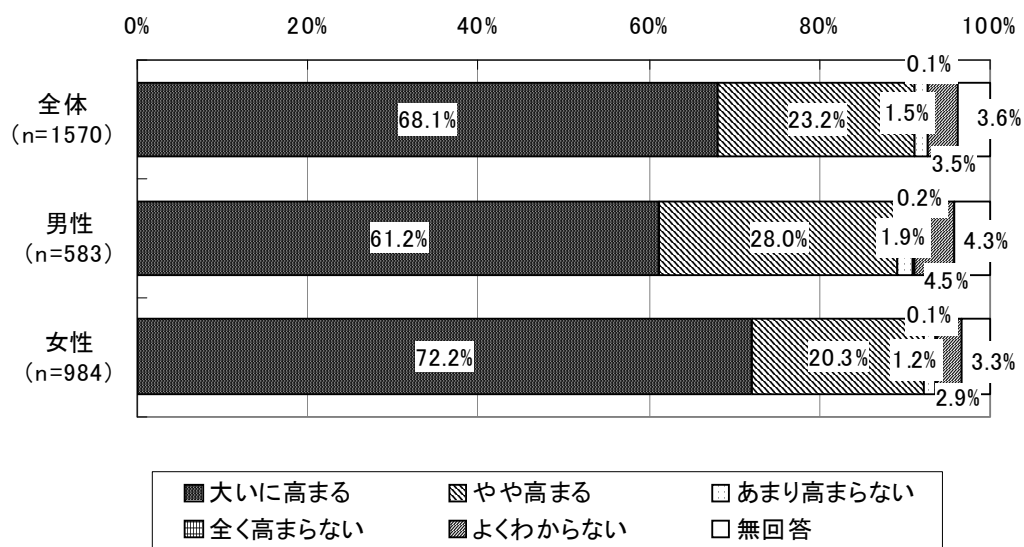
図表 111 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～③歯科用吸引装置（口腔外バキューム）を設置していること～（年齢階層別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

男女別に「緊急時に適切な対応ができるよう、ほかの病院などと連携していること」をみると、男性では、「大いに高まる」と回答した患者は61.2%、女性では72.2%であり、女性の方が高い割合であった。

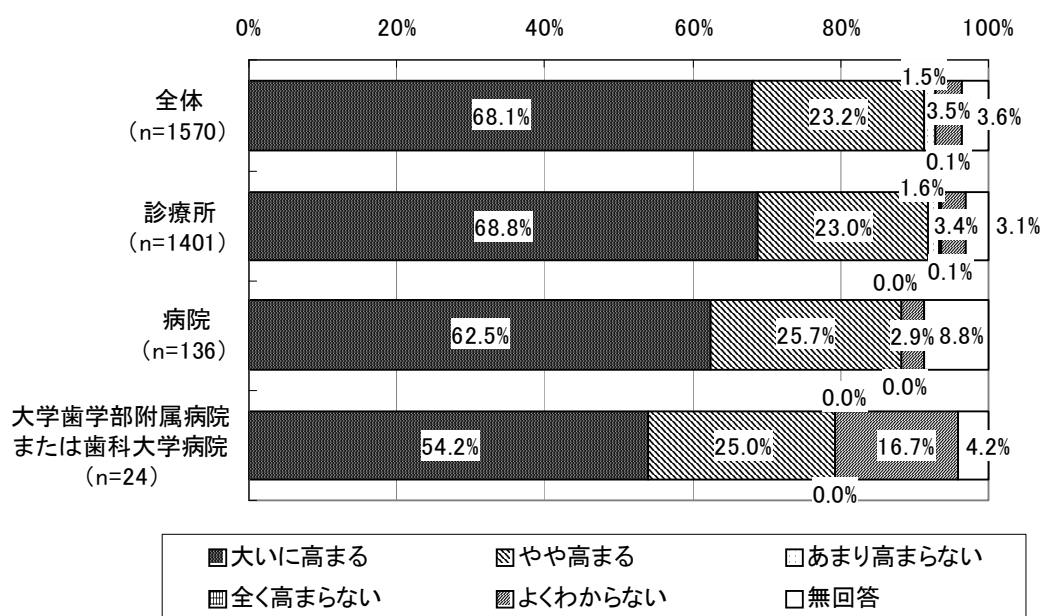
図表 112 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
 ～④緊急時に適切な対応ができるよう、ほかの病院などと  
 連携していること～（男女別）



(注)「全体」には、性別について無回答の3人を含む。

受診施設別に「緊急時に適切な対応ができるよう、ほかの病院などと連携していること」について、「大いに高まる」と回答した患者の割合は、診療所では 68.8%、病院では 62.5%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では 54.2%であった。大学歯学部附属病院または歯科大学病院では、「よくわからない」と回答した患者の割合が 16.7%であり、他の施設と比べて相対的に高かった。

図表 113 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
 ～④緊急時に適切な対応ができるよう、ほかの病院などと  
 連携していること～（受診施設別）

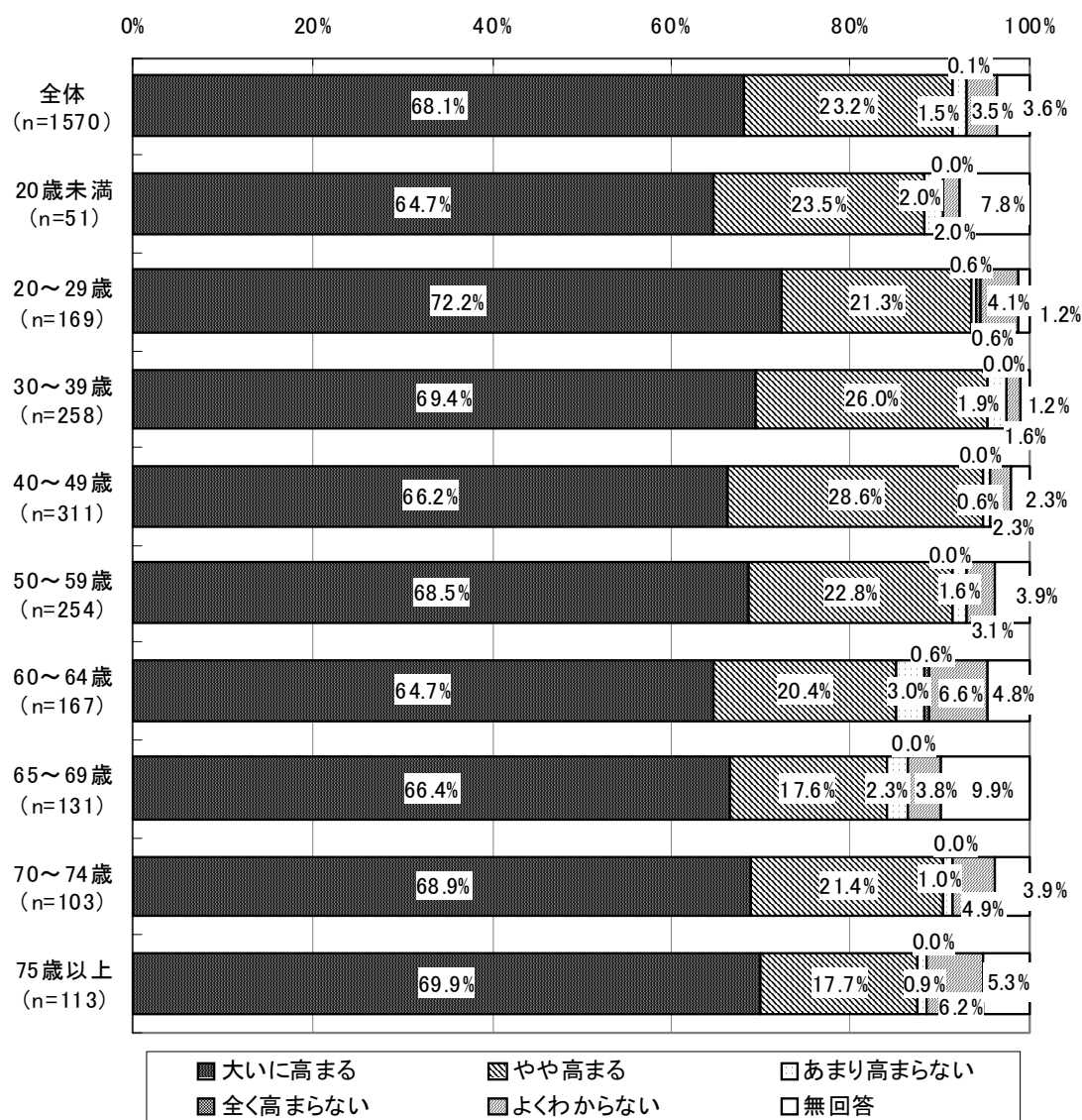


(注)「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。



年齢階層別に「緊急時に適切な対応ができるよう、ほかの病院などと連携していること」をみると、全ての年齢階層で「大いに高まる」と回答した患者が6割以上であった。特に「20～29歳」では72.2%と他の年齢階層と比べて高い割合であった。

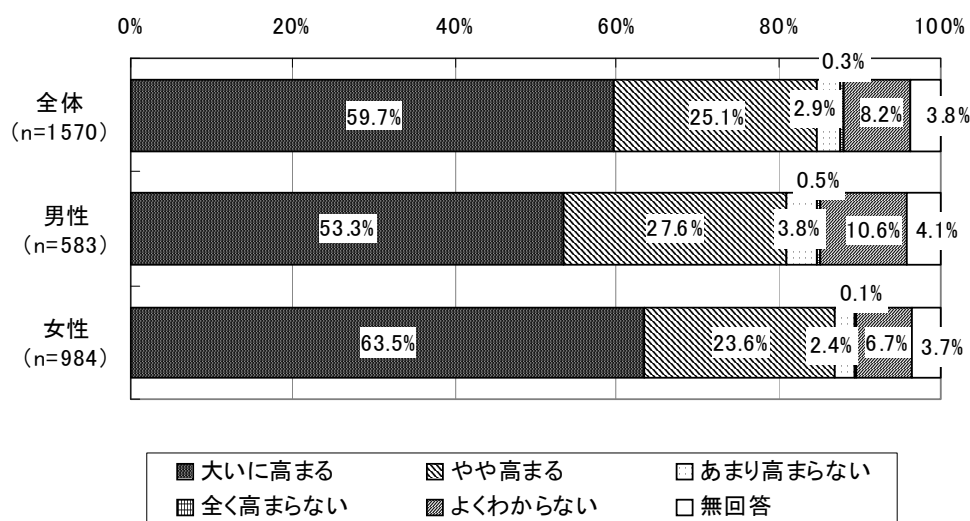
図表 114 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～④緊急時に適切な対応ができるよう、ほかの病院などと連携していること～（年齢階層別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

男女別に「感染症の患者に対する診療の仕組みを確保していること」についてみると、「大いに高まる」と回答した患者は、男性で 53.3%、女性で 63.5%となり、女性の割合が男性の割合より高かった。また、「高まる」（「大いに高まる」＋「やや高まる」）と回答した患者は、男性・女性ともに 8 割以上であった。

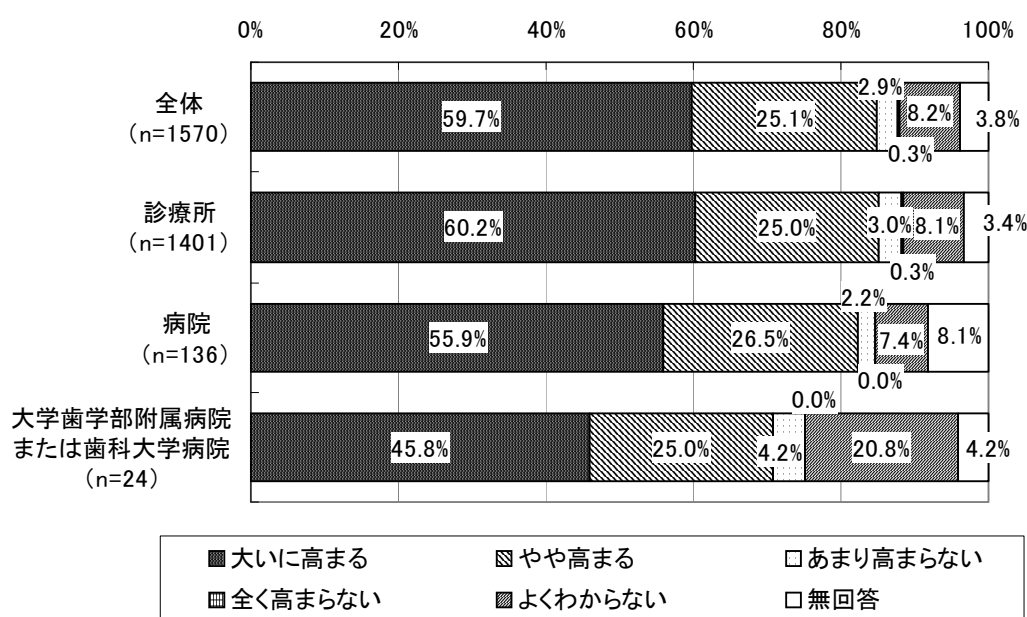
図表 115 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～⑤感染症の患者に対する診療の仕組みを確保していること～（男女別）



(注)「全体」には、性別について無回答の 3 人を含む。

受診施設別に「感染症の患者に対する診療の仕組みを確保していること」をみると、「大いに高まる」と回答した患者の割合は、診療所では60.2%と最も高く、次いで病院では55.9%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では45.8%であった。大学歯学部附属病院または歯科大学病院では、「よくわからない」と回答した患者が20.8%となり、他の施設と比べて高かった。

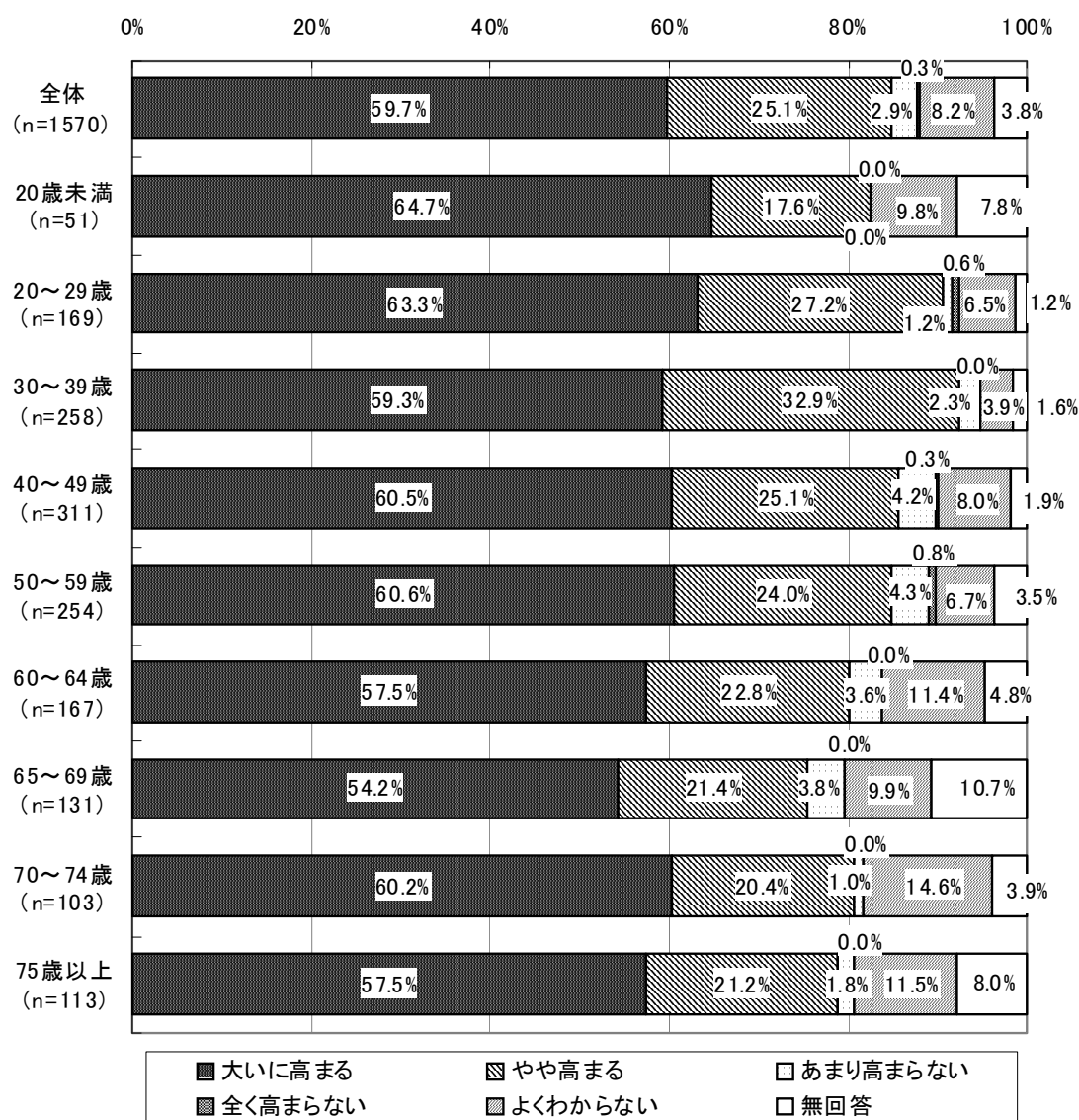
図表 116 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～⑤感染症の患者に対する診療の仕組みを確保していること～（受診施設別）



(注)「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。

年齢階層別に「感染症の患者に対する診療の仕組みを確保していること」をみると、「大いに高まる」と回答した患者の割合は、「20歳未満」で64.7%と最も高く、次いで「20～29歳」で63.3%、「50～59歳」で60.6%、「40～49歳」で60.5%、「70～74歳」で60.2%であった。

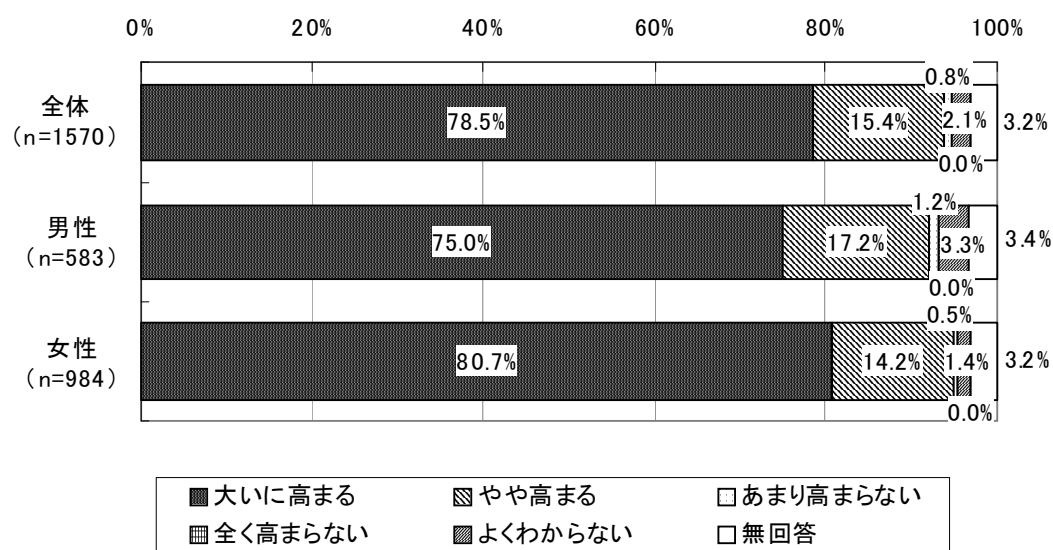
図表 117 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～⑤感染症の患者に対する診療の仕組みを確保していること～（年齢階層別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

男女別に「機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること」をみると、「大いに高まる」と回答した患者の割合は、男性で75.0%、女性で80.7%となり、女性の割合が高くなった。

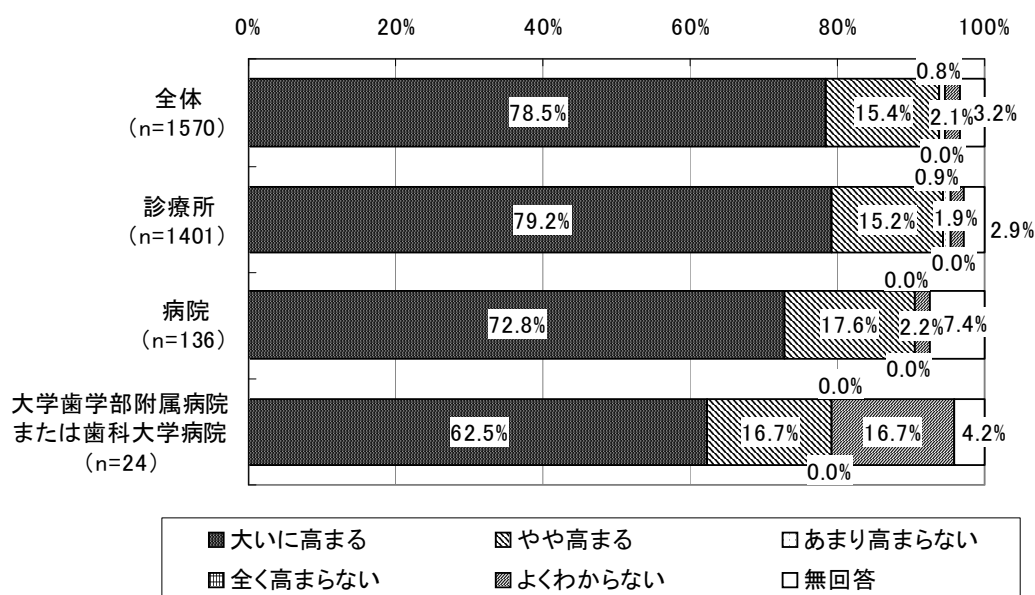
図表 118 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～⑥機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること～（男女別）



(注)「全体」には、性別について無回答の3人を含む。

受診施設別に「機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること」をみると、「大いに高まる」と回答した患者の割合は、診療所では79.2%で最も高く、次いで病院で72.8%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院で62.5%であった。

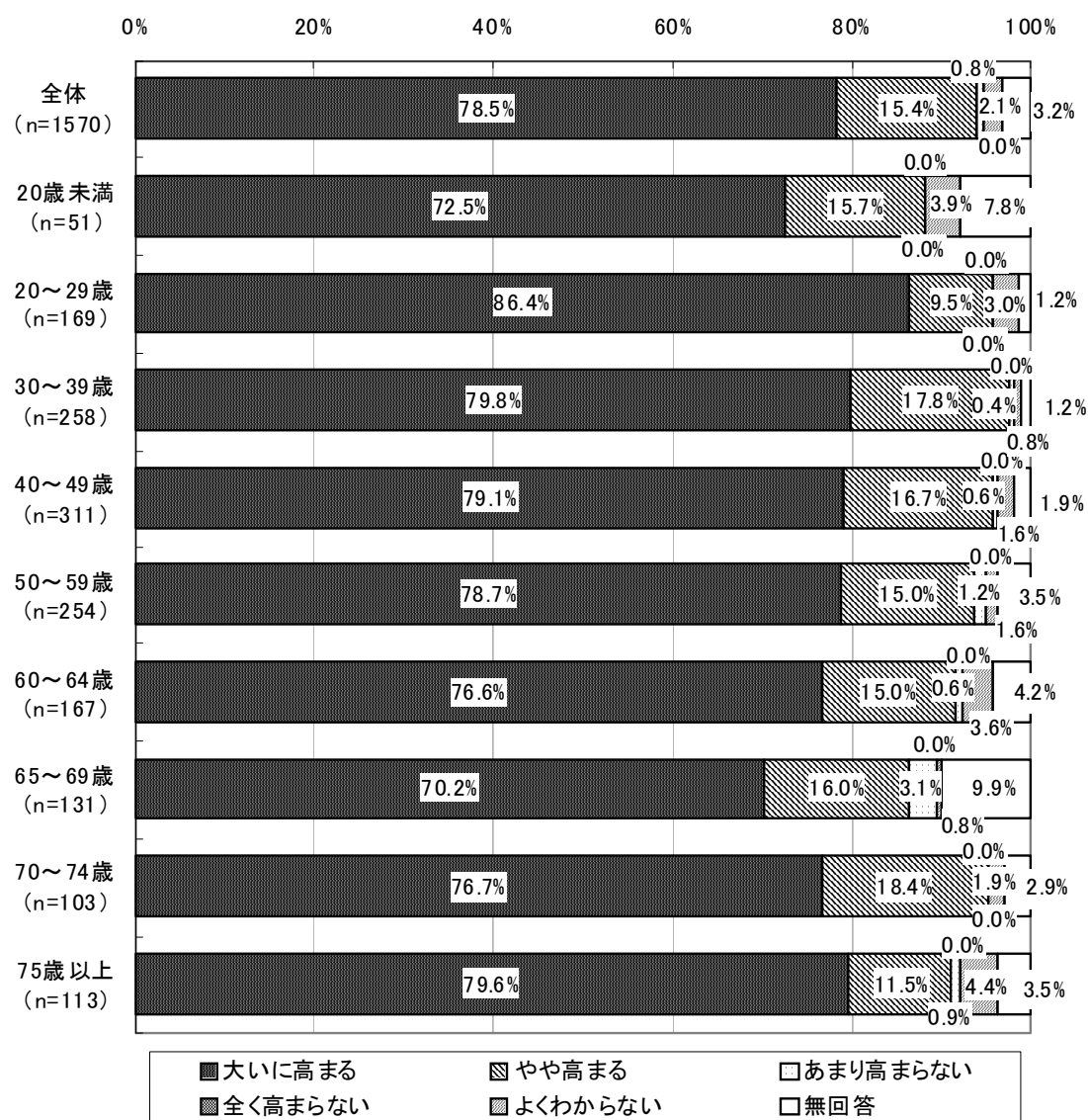
図表 119 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
 ～⑥機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること～（受診施設別）



(注)「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。

年齢階層別に「機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること」をみると、「大いに高まる」と回答した患者の割合は、全ての年齢階層で7割以上と高い割合であった。特に「20～29歳」では、86.4%と高い割合であった。

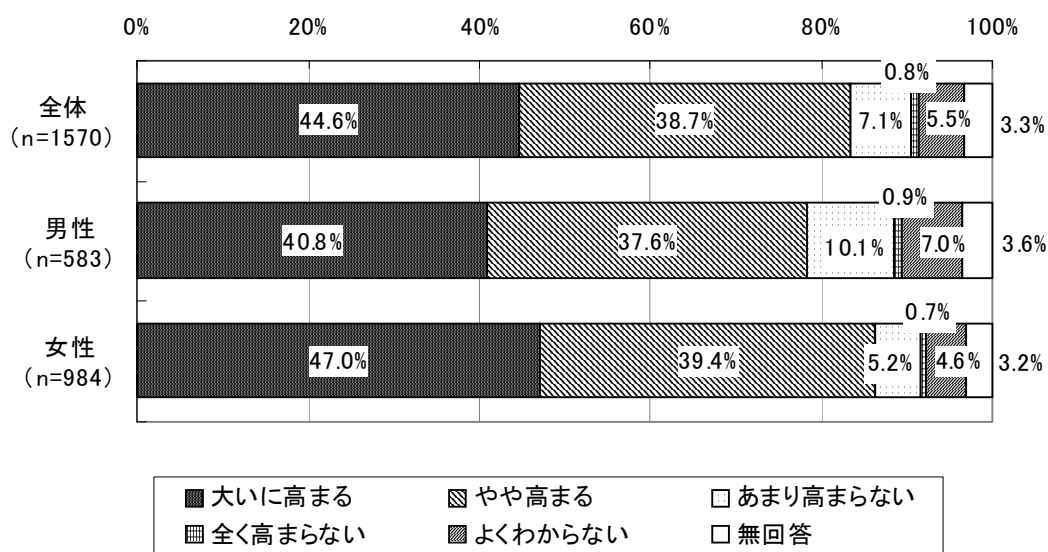
図表 120 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～⑥機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること～（年齢階層別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

男女別に「歯科医療に関する安全対策を実践していることを院内掲示（ポスターなど）で患者にわかりやすく伝えていること」をみると、「高まる」（「大いに高まる」＋「やや高まる」）と回答した患者は、男性で78.4%、女性で86.4%となり、女性の割合が高かった。

図表 121 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～⑦歯科医療に関する安全対策を実践していることを院内掲示（ポスターなど）で患者にわかりやすく伝えていること～（男女別）

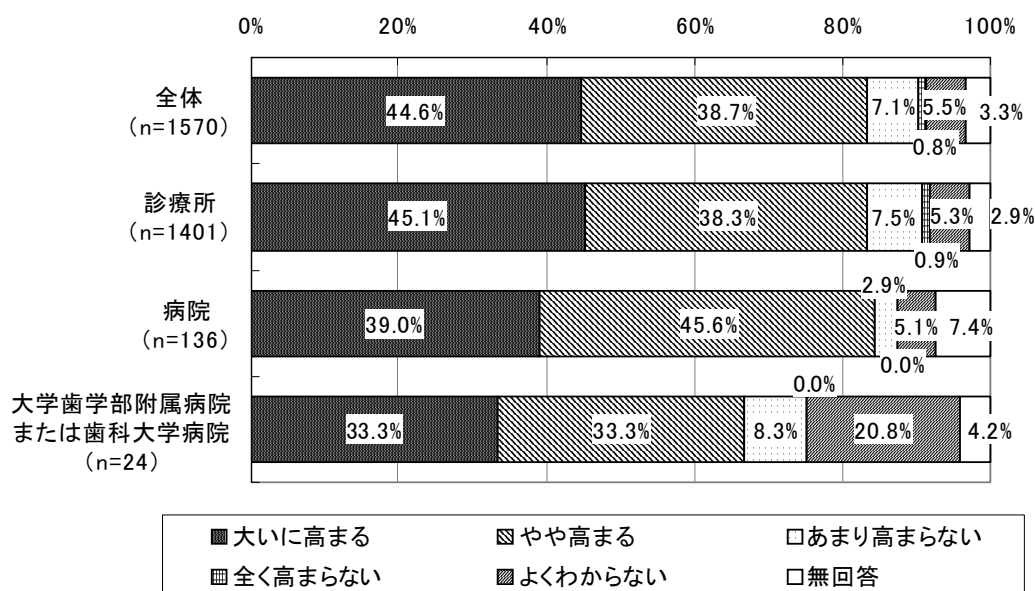


（注）「全体」には、性別について無回答の3人を含む。



受診施設別に「歯科医療に関する安全対策を実践していることを院内掲示（ポスターなど）で患者にわかりやすく伝えていること」をみると、「大いに高まる」と回答した患者の割合は、診療所では 45.1%、病院では 39.0%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では 33.3%であった。また、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では、「よくわからない」と回答した患者が 20.8%であり、他の施設と比べて相対的に高かった。

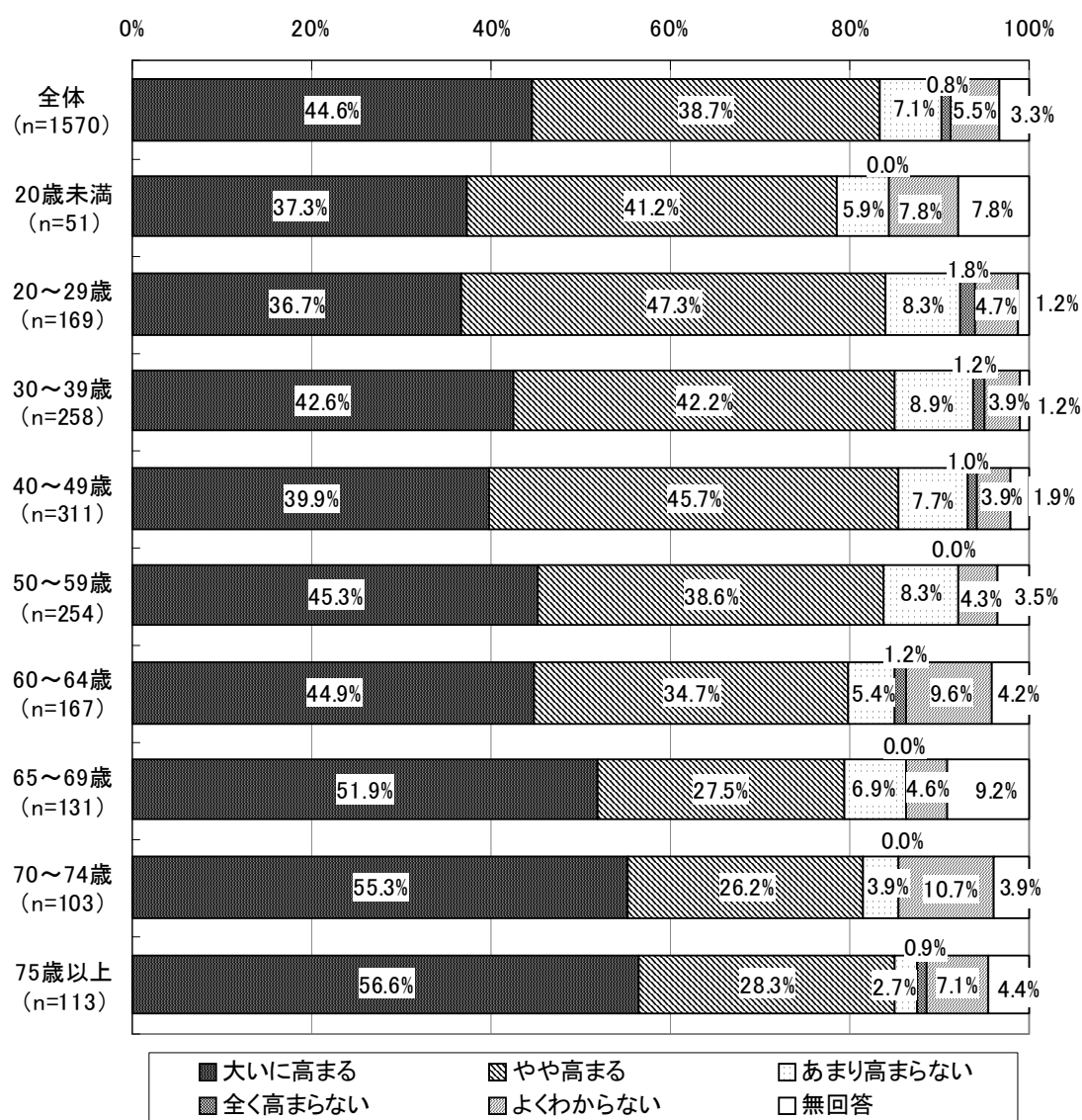
図表 122 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
 ～⑦歯科医療に関する安全対策を実践していることを院内掲示（ポスターなど）で患者にわかりやすく伝えていること～（受診施設別）



(注)「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。

年齢階層別に「歯科医療に関する安全対策を実践していることを院内掲示（ポスターなど）で患者にわかりやすく伝えていること」をみると、年齢が高くなるにつれて「大いに高まる」と回答した患者の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 123 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化  
～⑦歯科医療に関する安全対策を実践していることを院内掲示（ポスターなど）で患者にわかりやすく伝えていること～（年齢階層別）

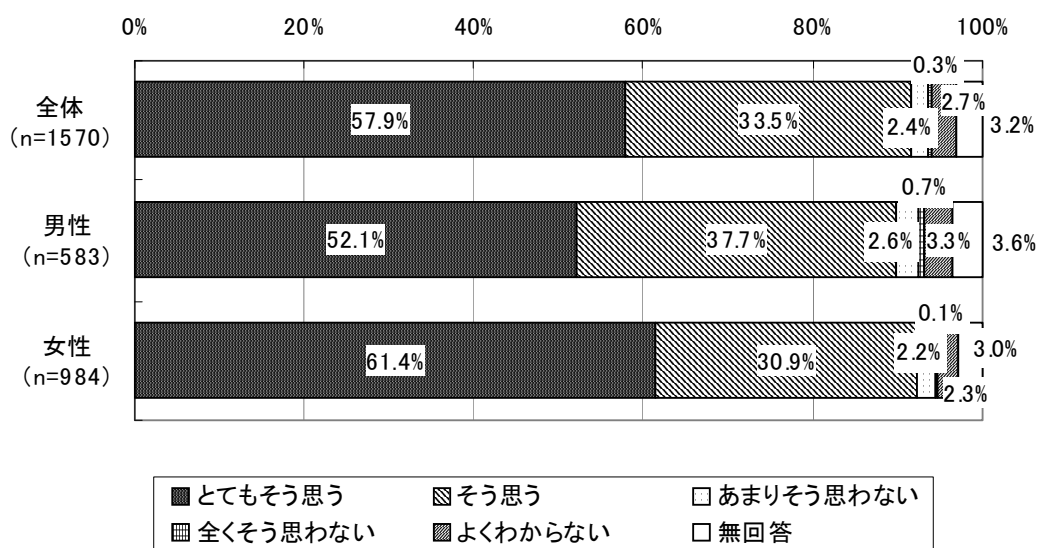


(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

4) 今後、歯科治療を受ける際に、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整っている（歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たしている）施設への受診意向

今後、歯科治療を受ける際に、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整っている施設へ受診する意向について、男女別にみると、「とてもそう思う」と回答した患者の割合は、男性で52.1%、女性で61.4%となり、女性の方が高かった。また、「そう思う」（「とてもそう思う」＋「そう思う」）と回答した患者は、男女ともに約9割であった。

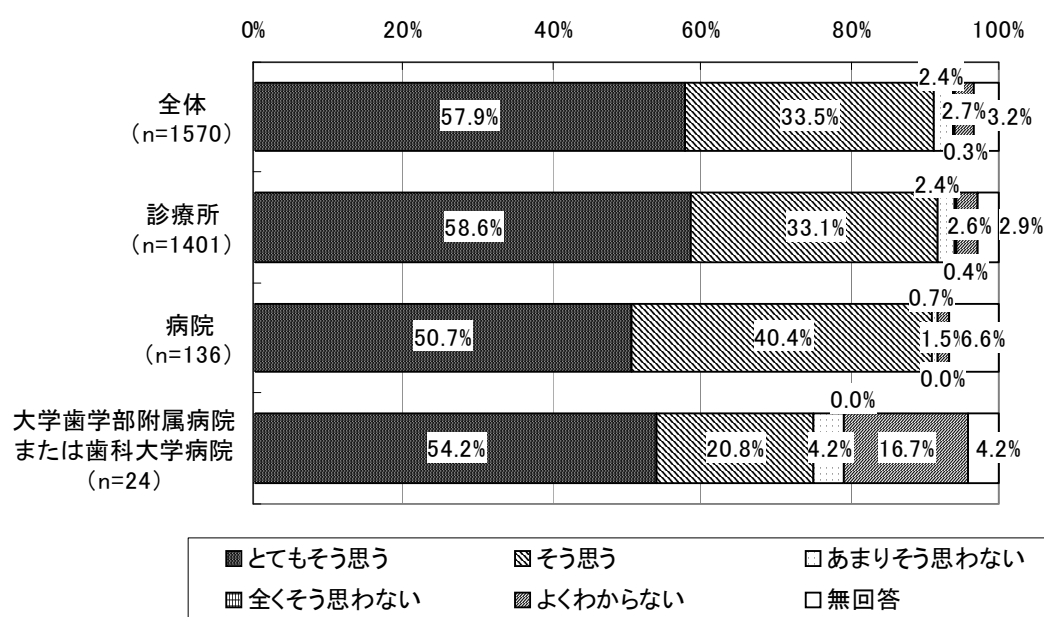
図表 124 今後、歯科治療を受ける際に、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整っている（歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たしている）施設への受診意向（男女別）



(注)「全体」には、性別について無回答の3人を含む。

今後、歯科治療を受ける際に、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整っている施設への受診意向について、受診施設別にみると、「そう思う」（「とてもそう思う」＋「そう思う」）と回答した患者は、診療所と病院では9割以上であったが、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では75.0%であった。大学歯学部附属病院または歯科大学病院では、「よくわからない」という回答が16.7%であり、他の施設と比べて相対的に高い割合であった。

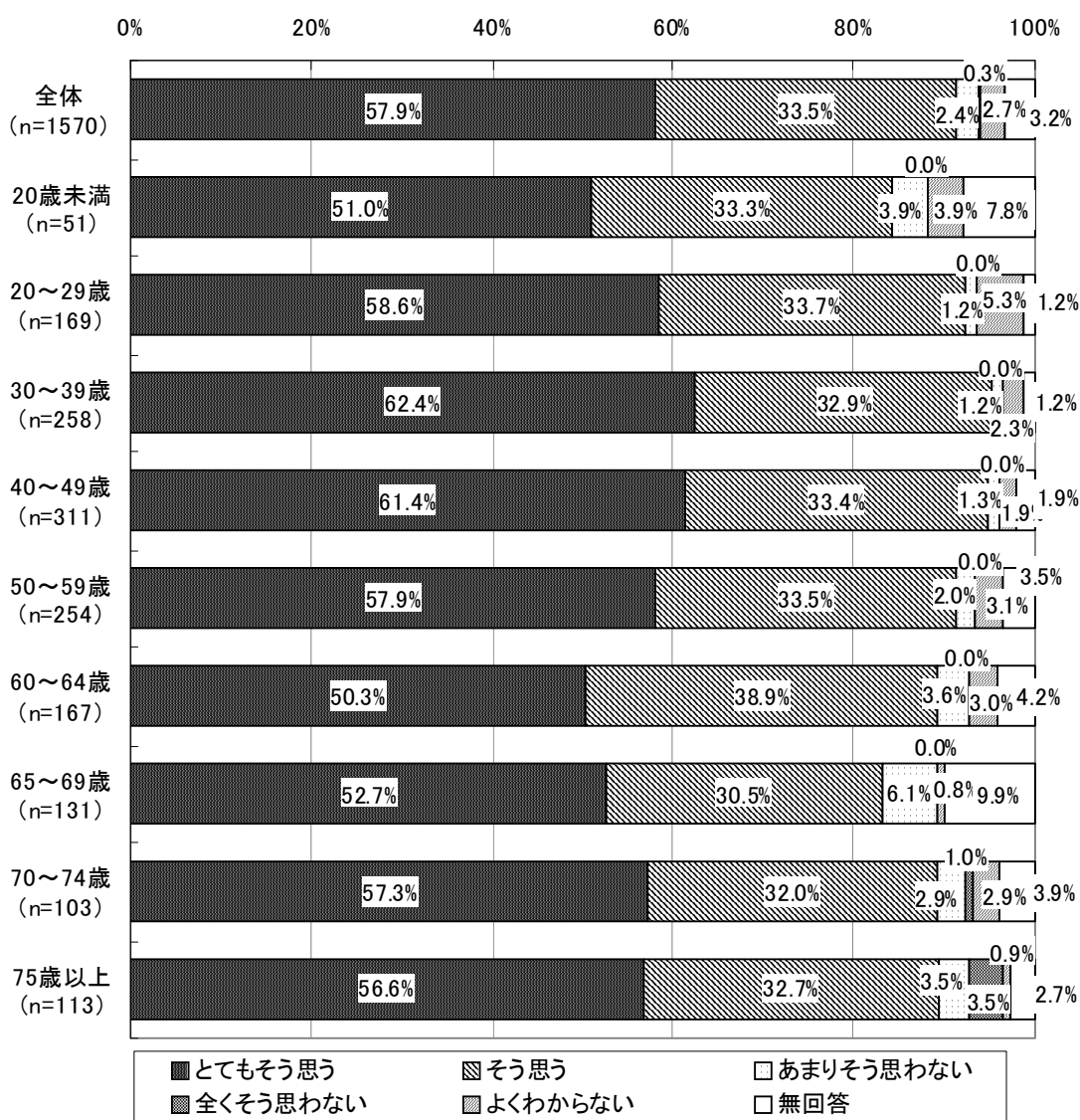
図表 125 今後、歯科治療を受ける際に、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整っている施設への受診意向（受診施設別）



(注) 「全体」には、受診施設について無回答の9人を含む。

今後、歯科治療を受ける際に、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整っている施設への受診意向について、年齢階層別にみると、「とてもそう思う」と回答した患者が、全ての年齢階層で5割以上であった。

図表 126 今後、歯科治療を受ける際に、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整っている施設への受診意向（年齢階層別）



(注)「全体」には、年齢について無回答の13人を含む。

## ⑤ 歯科医療の安全・安心についての意見（自由記述形式）

ここでは、自由記述形式により、施設票に記載していただいた歯科医療の安全・安心についての意見の内容のとりまとめを行った。

### 1) 歯科外来診療環境体制加算があることの効果

- ・ 急変時の対応等の歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たすような取り組みをしている施設であることを知り、安心して歯科治療を受けられた。 /等

### 2) 歯科医療への安心感を向上させるために必要な事項等

- ・ 歯科治療を受ける前にきちんと説明（治療内容やむし歯や歯周病の状態の説明）されると安心する。
- ・ 麻酔を使用することに不安があるので、その際の説明をよくして欲しい。
- ・ 処置をしているとき、今から何をするのか、今何をしているのか、その時々で説明しながらやって頂くと安心する。
- ・ インフォームドコンセントの重要性は言うまでもなく、治療がどの程度続くのか、見通しの説明もあれば、より安心だ。
- ・ 医師と患者との間に十分なコミュニケーションがとれ、信頼関係が十分に結べると安心する。
- ・ AED ポスター掲示等のみでは、本当に緊急時に使用可能か不安になるときがあるが、掲示がまったく無い医院よりも信頼感が高まる。
- ・ 院内感染などに対し力を入れている医療機関が増えると安心できる。一般人は知識も少なく、まだまだ感染症に対し危機感も足りないので、アピールをして欲しい。
- ・ 緊急時の対応なども重要だが、診療室内がいつもきれいで清潔にされていると、自然と安心して治療を受けられる。

/等

### 3) 安全・安心な歯科医療に関する課題

- ・ 説明不足で戸惑ったことがある。患者は無知なものとしてもっとわかりやすく説明することを義務づけて欲しい。
- ・ 医師も多忙で、丁寧な説明が為されないことによる不安がある。患者を2~3人掛け持ちで、流れ作業のように治療している。
- ・ 歯科治療に対して、治療方針や状態などの詳しい説明が欲しい。その他、支払金額や通院回数などのあらましも教えて欲しい。案外分かりにくい治療内容と、領収書で見る点数は、なかなか聞いたりできないのが実状だ。
- ・ 開業医の場合、どの程度技術向上への取り組みをされているのか患者からはわからないので不安なところがある。

- ・ AED が設置されてあることもポスター等で知っていたが、「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしていることは、このアンケートをするまで知らなかった。もう少し、誰にでも分かるようなポスターにすればよいのではないかと思う。
- ・ 危険性について知らなければ、安全であることが当たり前であり、歯科外来診療環境体制加算など必要ないと思われても仕方ないと思う。加算の必要性をもっとアピールすべきだと思う。
- ・ 良い制度だと思うが、医院へ行ってみないとその医院がそうだと分からないのは、残念だ。

／等

#### 4) 安全・安心な歯科治療に関する要望

- ・ 安全対策は体制加算 300 円を請求するまでもなく、治療中の緊急対応は万全を期すべきだ。安全対策を実践していることの院内・院外の明示は、患者としては選択する指針として大変良いことなので要望する。
- ・ 掲示があることは分かるが、内容が分かりにくく、このアンケートで「そういうことだったのか」と気が付いた。分かりやすいポスター等を希望したい。良いことなので、もう少しコマーシャルをして欲しい。
- ・ 歯科治療の安全・安心を今後とも高めていって欲しい。いろいろな感染症（エイズなど）の病気もあるので、感染症対策にもどんどん力を入れて、患者側からも、よくわかるようにして欲しい。
- ・ 感染症防止のため、消毒の徹底をお願いしたい。見えるところに消毒実施のポスターや日々のデータを表にして掲示してもらいたい。
- ・ 器具類を本当に滅菌しているかどうかは患者には分からないので、トレーの上におくような器具は滅菌パックに入れるようにして欲しい。
- ・ 消毒や安全対策がしっかりできるなら多少今より加算が高くなってもよい。
- ・ 治療代に対しての説明がなされていないので、患者の納得のいくような説明を必ず行うよう、義務づけて欲しい。

／等

## 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) 施設調査

- ・ 施設の種別は、「診療所」が 89.7% (504 施設)、「病院」が 9.3% (52 施設)、「歯科大学もしくは歯学部附属病院」が 1.1% (6 施設) であった (図表 2)。
- ・ 開設主体は、診療所では、「個人」(70.2%) が最も多く、次いで「医療法人」(27.4%) であった。病院では、「公的医療機関」(40.4%) が最も多く、次いで「その他」(25.0%)、「医療法人」(17.3%)、「国立」(13.5%) であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「その他」(66.7%) が最も多く、次いで「国立」(33.3%) であった (図表 3)。
- ・ 標榜診療科は、診療所では、「歯科」が 99.4%、「矯正歯科」が 41.1%、「小児歯科」が 66.9%、「歯科口腔外科」が 32.1% であった。病院では、「歯科」が 55.8%、「矯正歯科」が 11.5%、「小児歯科」が 13.5%、「歯科口腔外科」が 86.5% であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「歯科」「矯正歯科」「小児歯科」「歯科口腔外科」の全ての診療科が標榜診療科であった (図表 4)。
- ・ 施設基準の届出状況は、診療所では、「歯科治療総合医療管理料」が 30.2%、「在宅療養支援歯科診療所」が 23.4% であった。病院では、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が 48.1%、「歯科治療総合医療管理料」が 40.4% であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」が 83.3%、「歯科治療総合医療管理料」が 50.0% であった (図表 5)。
- ・ 1 施設あたりのユニット台数は、診療所では平均 4.4 台、病院では平均 5.6 台、歯科大学もしくは歯学部附属病院では平均 155.0 台となった (図表 6)。
- ・ 平成 21 年 7 月における 1 施設あたりの平均職員数 (実人数) は、診療所では常勤歯科医師が 1.6 人、非常勤歯科医師が 0.7 人、歯科衛生士が 3.3 人であった。病院では常勤歯科医師が 3.3 人、非常勤歯科医師が 2.5 人、歯科衛生士が 3.4 人であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、常勤歯科医師が 170.7 人、非常勤歯科医師が 41.2 人、歯科衛生士が 21.3 人であった (図表 9)。
- ・ 常勤歯科医師における医療安全に係る職員研修の平均受講者数は、診療所では 1.3 人、病院では 2.4 人、歯科大学もしくは歯学部附属病院では 168.5 人であった。常勤歯科医師における「歯科外来診療環境体制加算」に係る研修の平均受講者数は、診療所では 1.2 人、病院では 2.0 人、歯科大学もしくは歯学部附属病院では 2.7 人であった (図表 12)。
- ・ 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準届出受理時期は、診療所では、「平成 20 年 4 月」(36.9%) が最も多く、次いで「平成 20 年 7 月」(11.1%)、「平成 20 年 6 月」(10.5%)、「平成 20 年 5 月」(9.5%) となった。病院では、「平成 20 年 4 月」(53.8%) が最も多く半数以上を占め、次いで「平成 20 年 6 月」(11.5%) となった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、全て「平成 20 年 4 月」(6 施設、100.0%) であった (図表 14)。



- ・平成20年4月に「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準の届出が受理された施設について、平成20年4月と平成21年4月における当該加算の算定率の変化をみると、20.7%から24.2%と3.5ポイントの増加であった。施設別にみると、診療所では6.1ポイント（27.1%から33.2%）、病院では0.2ポイント（20.7%から20.9%）、歯科大学もしくは歯学部附属病院では1.6ポイント（9.3%から10.9%）の増加であった（図表15、図表16、図表17、図表18、図表19）。
- ・誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に対応できる医療連携については、診療所では「外部の医科の保険医療機関と連携」（89.5%）が、病院では「併設されている医科診療部門と連携」（92.3%）が約9割を占めた。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「併設されている医科診療部門と連携」（50.0%、3施設）が最も多く、次いで「外部の医科の保険医療機関と併設医科診療部門の両方と連携」（33.3%、2施設）、「外部の医科の保険医療機関と連携」（16.7%、1施設）であった（図表22）。
- ・平成18年より前に医科・歯科連携体制を整えた施設は、診療所が248施設（全診療所の49.2%）、病院が40施設（全病院の76.9%）、歯科大学もしくは歯学部附属病院が3施設（全歯科大学もしくは歯学部附属病院の50.0%）であり、病院が7割以上と高い割合であった（図表23、図表24）。
- ・平成20年4月より前に医科・歯科連携体制を整えた施設は、診療所が359施設（全診療所の71.2%）、病院が44施設（全病院の84.6%）、歯科大学もしくは歯学部附属病院が4施設（全歯科大学もしくは歯学部附属病院の66.7%）であった（図表25、図表26）。
- ・平成18年より後に医科・歯科連携体制を整えた施設について、連携体制を整えた時期をみると、診療所では「平成20年」が108施設で最も多く、次いで「平成18年」が84施設、「平成19年」が19施設であった。同様に、病院では「平成20年」が4施設で最も多く、次いで「平成18年」（3施設）、「平成19年」（1施設）であった。最も多かった平成20年を月別でみると、診療所では、「平成20年4月」が56施設で最も多くなった。病院では、「平成20年4月」「平成20年5月」「平成20年11月」「平成20年12月」がそれぞれ1施設であった（図表27、図表28）。
- ・連携している医科の医療機関は、診療所では、「病院（救急医療機関）」（67.1%）が最も多く、次いで「医科の診療所」（47.0%）、「病院（救急医療機関を除く）」（23.4%）であった。病院では、「病院（救急医療機関）」（82.7%）が最も多く、次いで「病院（救急医療機関を除く）」（26.9%）、「医科の診療所」（11.5%）であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院についてみると、「病院（救急医療機関）」（50.0%）が最も多く、次いで「病院（救急医療機関を除く）」（33.3%）であった（図表29）。
- ・平成18年より前に導入した誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具は、全体では、「血圧計」が481施設で最も多く、「酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）」が459施設、「救急蘇生セット（薬剤を含む）」が428施設、「歯科用吸引装置（口腔外バキューム）」が339施設、「経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ

- 一)」が 269 施設、「自動体外式除細動器 (AED)」が 52 施設となった (図表 30)。
- ・平成 18 年より後に導入した誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための装置・器具の導入時期は、全体では、「血圧計」を除く装置・機器において「平成 20 年」が最も多くなり、特に「自動体外式除細動器 (AED)」(358 施設)、「歯科用吸引装置 (口腔外バキューム)」(166 施設)、「経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)」(164 施設) で多くなった (図表 31、図表 33、図表 35、図表 37、図表 39、図表 41)。「平成 20 年」の導入が特に多かった「自動体外式除細動器 (AED)」 「経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)」 「歯科用吸引装置 (口腔外バキューム)」について、平成 20 年月別にみると、いずれの装置・機器ともに「平成 20 年 4 月」が最も多くなった (図表 32、図表 34、図表 42)。
  - ・歯科外来診療環境体制加算の整備に係る有効性で、「役立つ」(「大いに役立つ」+「やや役立つ」) の回答が 9 割以上となったのは、「医療事故の発生予防や発生時の対応、再発防止等に係る歯科医師の研修」(95.2%)、「誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の初期対応に係る歯科医師の研修」(94.3%)、「口腔内で使用する歯科医療機器等に対する感染症対策の徹底」(92.6%)、「誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に初期対応が可能な医療機器 (AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター) の設置」(92.4%)、「感染症対策等に係る歯科医師の研修」(92.2%)、「医療安全に係る歯科衛生士等の医療スタッフの研修」(91.8%) であった。また、「どちらともいえない」の割合が高くなったのは、「院内掲示等を通じた医療安全対策実施の患者への周知」(27.9%)、次いで「感染症有病患者に対する診療ユニットの常時確保」(27.4%) であった。(図表 43)。
  - ・より安全・安心な歯科医療を行う上での歯科外来診療環境体制加算の効果として、「あてはまる」(「大いにあてはまる」+「ややあてはまる」) の回答が 6 割以上となったのは、「歯科医師をはじめとする職員の医療安全に関する意識が高まった」(84.0%)、「患者の全身状態をより詳細に把握するようになった」(73.3%)、「歯科医師など治療に関わる人が、以前より安心して治療をできるようになった」(70.8%)、「医療安全に関する情報 (ヒヤリ・ハット事例等) を一元的に集約するようになった」(68.9%)、「医療事故等防止のための歯科医師と歯科衛生士等との連携が以前よりスムーズになった」(66.9%) であった。「どちらともいえない」と回答した割合が 3 割以上となったのは、「患者やその家族から安心して歯科治療を受けられると評価された」(38.8%)、「各部門や他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった」(35.1%) であった (図表 53)。
  - ・回答のあった 492 施設における、平成 20 年度の 1 年間 (平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月末) で緊急対応が必要になった症例数は 316 症例であった。1 施設あたりの平均症例数は、診療所では 0.5 症例、病院では 1.7 症例、歯科大学もしくは歯学部附属病院では 2.7 症例であった (図表 61)。
  - ・緊急対応が必要になった患者の年齢は、診療所では平均 44.8 歳、病院では 45.4 歳、歯

科大学もしくは歯学部附属病院では 44.9 歳であった（図表 62）。

- ・ 緊急対応が必要になった患者の性別は、診療所では男性が 43.8%、女性が 56.3%となり、女性の割合が高かった。病院では男性が 54.5%、女性が 40.9%となり、男性の割合が高かった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、男性と女性の割合が同じ 50.0%であった（図表 63）。
- ・ 緊急対応が必要になった患者の「主たる歯科疾患名」は、診療所では、「う蝕」（58.2%）が最も多く、次いで「歯周疾患」（17.8%）、「歯の欠損」（10.1%）であった。病院では、「歯周疾患」（25.0%）が最も多く、次いで「う蝕」（22.7%）、「口腔粘膜疾患」（4.5%）であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「歯の欠損」（18.8%）が最も多く、次いで「う蝕」（12.5%）、「歯周疾患」（6.3%）であった（図表 64）。
- ・ 緊急対応が必要になった患者における「歯科以外の疾患の有無」については、「あり」という患者が、診療所では 35.1%、病院では 56.8%、歯科大学もしくは歯学部附属病院では 12.5%であり、病院の割合が他の施設と比べて相対的に高かった（図表 65）。
- ・ 患者の急変時の状況（「主に何をしている時」）は、診療所では「歯科麻酔時」（38.5%）、病院では「手術時」（38.6%）、歯科大学もしくは歯学部附属病院では「歯牙の切削以外の歯冠修復・欠損補綴処置（印象、装着等）時」（31.3%）が最も多かった（図表 66）。
- ・ 急変時の患者の状態は、診療所と病院では「気分が悪くなった」（それぞれ 59.1%、40.9%）が最も多く、次いで「誤嚥・誤飲した」（それぞれ 20.7%、38.6%）であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「誤嚥・誤飲した」「気分が悪くなった」（それぞれ 37.5%）が最も多かった。また、「意識を失った」（18.8%、3 症例）の回答割合が他の施設と比べて相対的に高かった。診療所において、「心肺停止となった」症例が 1 症例（0.5%）あった（図表 67）。
- ・ 急変時の患者に対する具体的な対応内容としては、診療所と病院では、「院内施設での安静」（それぞれ 49.5%、40.9%）が最も多く、次いで「医療機器を使用した対応」（それぞれ 46.6%、38.6%）、「連携施設（併設医科）へ搬送」（それぞれ 30.3%、13.6%）であった。歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「連携施設（併設医科）へ搬送」（37.5%）が最も多く、次いで「医療機器を使用した対応」（25.0%）であった。医療機器を使用した対応を行った医療機関が使用した医療機器は、診療所と病院においては「血圧計」が 6 割以上、「酸素ボンベ・マスク」がおよそ 4 割、「AED（自動体外式除細動器）」については、診療所の 1 施設（1.0%）という使用実績であった（図表 68、図表 69）。
- ・ 緊急時対応後の患者の状態としては、約 9 割の患者が「回復」であった。また、「入院」となった症例は、診療所で 5.8%、病院で 9.1%、歯科大学もしくは歯学部附属病院で 12.5%であった。「死亡」となった症例はなかった（図表 72）。

## (2) 患者調査

- ・ 患者の性別は、男性が 37.1% (583 人)、女性が 62.7% (984 人) であった (図表 73)。また、平均年齢は男性が 52.9 歳、女性が 47.3 歳であった (図表 75)。
- ・ 歯科以外の病気が「ある」患者は 34.8% (546 人) であり、「心血管系の病気」(歯科以外の病気がある患者のうちの 47.8%) が最も多かった (図表 76、図表 77)。
- ・ 歯科以外の病気がある患者における、過去の歯科治療での誤飲・誤嚥や急変等の経験については、「経験がない」が約 8 割となった。一方、経験がある人では、「気分が悪くなった」(8.2%) が最も多く、次いで「息苦しくなった」(5.7%)、「歯や口の手術の時に出血が止まらなかった」(3.8%)、「歯への金属のつめ物やかぶせ物などを誤って飲み込んだ」(3.5%) と続いた (図表 79)。
- ・ 患者が受診した施設については、「診療所」が 89.2%、「病院」が 8.7%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院が 1.5% であった (図表 82)。
- ・ 患者が受けた治療内容は、「むし歯治療 (歯を削る、歯の神経を取るなど)」(44.6%) が最も多く、次いで「歯周病 (歯槽のうろう) に対する治療 (歯石除去・手術など)」(37.7%)、「失った歯の治療 (ブリッジ・入れ歯など)」(15.4%)、「抜歯」(6.1%)、「歯科矯正」(1.5%) であった (図表 84)。
- ・ 受診した歯科医療機関が「歯科外来診療環境体制加算」の施設であることの認知度は、「通い始めてから知った」が 49.2%、「通い始める前から知っていた」が 9.8%、「知らなかった」が 40.6% であった。受診施設別にみると、診療所では、「通い始めてから知った」(50.8%) と回答した患者の割合が他の施設より高くなった。病院や歯科大学もしくは歯学部附属病院では、「知らなかった」(それぞれ 50.7%、50.0%) が最も多い一方で、「通い始める前から知っていた」(それぞれ 13.2%、20.8%) と回答した患者の割合も 1 割以上となり、診療所と比べて高かった (図表 87)。
- ・ 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている施設で歯科治療を受けることについて「とても安心できる」が 45.3%、「安心できる」が 46.8% で、両者を合わせると 9 割を超えた (図表 89)。
- ・ 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たす院内掲示を「見たことがある」と回答した患者は、診療所では 53.2% と半数以上であったのに対し、病院では 22.8%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では 20.8% と、診療所と比較すると低い割合となった。病院と大学歯学部附属病院または歯科大学病院では、「気づかなかった」と回答した患者がそれぞれ 60.3%、58.3% となった。また、「見たことがない」と回答した患者は病院で 14.0%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院で 20.8% であった。(図表 91)。
- ・ 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たす院内掲示によって、安心感が「大いに高まる」と回答した患者は 39.4%、「やや高まる」と回答した患者が 45.0% で、合わせて 8 割以上を占めた (図表 93)。
- ・ 歯科診療において患者が不安になる時としては、「抜歯や手術をする時」(66.6%) が最

も多く、次いで「歯科の麻酔（注射等）を行う時」（51.0%）、「歯を削る時」（47.6%）であった（図表 96）。

- ・ 歯科診療を受ける際に患者が不安になることは、「治療のときの痛み」（55.0%）が最も多く、次いで「さまざまな機械の操作音」（35.7%）、「器具・器械の消毒・滅菌がきちんとされているかどうかということ」（29.2%）、「どのような治療をしているのかがわかりにくいこと」（27.9%）であった（図表 99）。
- ・ 医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する患者の安心感の変化として、安心感が「大いに高まる」と回答した患者の割合が高かったのは、「機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること」（78.5%）、次いで「緊急時に適切な対応ができるよう、ほかの病院などと連携していること」（68.1%）、「歯科医師が緊急時の対応、医療事故、感染症対策等に関連する研修を修了していること」（64.1%）、「緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED（自動体外除細動器）、酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの機器を設置していること」（62.9%）であり、「大いに高まる」と「やや高まる」との合計はいずれも 9 割以上となった。「よくわからない」と回答した患者の割合が高かったのは、「歯科用吸引装置（口腔外バキューム）を設置していること」（12.5%）、「感染症の患者に対する診療の仕組みを確保していること」（8.2%）、「歯科医療に関する安全対策を実践していることを院内掲示で患者にわかりやすく伝えていること」（5.5%）であった（図表 102）。
- ・ 今後、歯科治療を受ける際に、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整っている（歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たしている）施設に受診したいと思うかたずねたところ、「とてもそう思う」と回答した患者が全体では 57.9%、男性では 52.1%、女性で 61.4%となり、女性の方が高くなった（図表 124）。

## 参 考 资 料

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）

**歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査 調査票**

- ※ 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。( ) 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 21 年 7 月現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①種別 ※○は1つ	1. 診療所 2. 病院（歯科大学もしくは歯学部附属病院を除く） 3. 歯科大学もしくは歯学部附属病院				
②開設主体 ※○は1つ	1. 個人                      2. 医療法人                      3. 国立 4. 公的医療機関      5. 社会保険関係団体      6. その他				
③標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科      2. 矯正歯科      3. 小児歯科      4. 歯科口腔外科				
④他の施設基準 （届出のあるもの） ※あてはまるものすべてに○	1. 地域歯科診療支援病院歯科初診料 2. 歯科治療総合医療管理料 3. 在宅療養支援歯科診療所				
⑤歯科ユニット台数	(                      ) 台				
			a) 職員数	b) 医療安全に係る職員研修の受講者数	c) 歯科外来環境体制加算に係る研修の受講者数
⑥職員数 （実人数）	1) 歯科医師	常 勤	(                      ) 人	(                      ) 人	(                      ) 人
		非常勤	(                      ) 人	(                      ) 人	(                      ) 人
	2) 歯科衛生士		(                      ) 人	(                      ) 人	/
	3) 看護職員		(                      ) 人	(                      ) 人	
	4) その他職員		(                      ) 人	(                      ) 人	
	5) 職員数合計		(                      ) 人	(                      ) 人	

2. 貴施設の歯科外来診療環境体制加算の状況についてお伺いします。

①「歯科外来診療環境体制加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
②平成19年・20年の4月と10月、また平成21年の4月における <u>歯科外来患者実数（初診患者と再診患者の合計実人数）</u> をご記入ください。 ※初診患者と再診患者が同じ患者である場合は、「1人」として数えてください。		4月	10月
	平成19年	（ ）人	（ ）人
	平成20年	（ ）人	（ ）人
	平成21年	（ ）人	
③平成20年の4月・10月、また平成21年の4月における <u>当該加算を算定した初診患者実数</u> ※歯科外来診療環境体制加算の届出受理前については、（ ）に0をご記入ください。		4月	10月
	平成20年	（ ）人	（ ）人
	平成21年	（ ）人	

3. 貴施設の歯科外来診療時における具体的な体制についてお伺いします。

①誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に対応できる医療連携についてお伺いします。※〇は1つ	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 外部の医科の保険医療機関と連携している</li> <li>2. 併設されている医科診療部門と連携している</li> <li>3. 外部の医科の保険医療機関および併設されている医科診療部門の両方と連携している</li> </ol>	
②医科・歯科連携体制を整えたのはいつからですか。	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
③連携している医科の医療機関について ※あてはまる番号すべてに〇	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医科の診療所</li> <li>2. 病院（救急医療機関を除く）</li> <li>3. 病院（救急医療機関）</li> </ol>
④誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うためのa)～f)までの装置・器具についてその導入時期をご記入ください。	
	<b>導入時期</b>
a) 自動体外式除細動器（AED）	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
b) 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
c) 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
d) 血圧計	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
e) 救急蘇生セット（薬剤を含む）	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
f) 歯科用吸引装置（口腔外バキューム）	昭和・平成（ ）年（ ）月頃



## 4. 歯科外来診療環境体制の整備に係る有効性についてお伺いします。

①歯科医師やその他の職員が、より安全・安心な歯科外来診療を提供する上で、以下の1)～9)の項目はどのくらい役立つと思いますか。 ※「大いに役立つ」を「5」、「全く役立たない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。	大いに役立つ	やや役立つ	どちらともいえない	あまり役立たない	全く役立たない
1) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の初期対応に係る歯科医師の研修	5	4	3	2	1
2) 医療事故の発生予防や発生時の対応、再発防止等に係る歯科医師の研修	5	4	3	2	1
3) 感染症対策等に係る歯科医師の研修	5	4	3	2	1
4) 医療安全に係る歯科衛生士等の医療スタッフの研修	5	4	3	2	1
5) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）の設置	5	4	3	2	1
6) 併設された医科の診療部門または外部の医科の保険医療機関との事前の連携体制の確保	5	4	3	2	1
7) 口腔内で使用する歯科医療機器等に対する感染症対策の徹底	5	4	3	2	1
8) 感染症有病患者に対する診療ユニットの常時確保	5	4	3	2	1
9) 院内掲示等を通じた医療安全対策実施の患者への周知	5	4	3	2	1
②安全・安心な歯科外来診療を提供する上で必要だと思うものや課題がありましたら、ご自由にご記入ください。					

5. 貴施設における歯科外来診療環境体制の整備による変化についてお伺いします。

①歯科外来診療環境体制加算によって、より安全・安心な歯科医療を行う上でどの程度の効果がみられましたか。 ※「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、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○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) 歯科医師をはじめとする職員の医療安全に関する意識が高まった	5	4	3	2	1
2) 歯科医師など治療に関わる人が、以前より安心して治療をできるようになった	5	4	3	2	1
3) 医療安全に関する情報（ヒヤリ・ハット事例等）を一元的に集約するようになった	5	4	3	2	1
4) 患者の全身状態をより詳細に把握するようになった	5	4	3	2	1
5) 医療事故等防止のための歯科医師と歯科衛生士等との連携が以前よりスムーズになった	5	4	3	2	1
6) 各部門や他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった	5	4	3	2	1
7) 患者やその家族から安心して歯科治療を受けられると評価された	5	4	3	2	1
②上記①以外に、歯科外来診療環境体制加算による効果がありましたら、ご自由にお書きください。					



症 例 2	患者 属性	年齢	( ) 代
		性別	1. 男                      2. 女
	主たる歯科疾患名 ※○は1つ	1. う蝕              2. 歯周疾患 (歯肉炎・歯周炎)      3. 口腔粘膜疾患	
		4. 歯の欠損      5. その他 ( )	
	歯科以外の疾患の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不明	
	主に何をしている時 ※○は1つ	1. 検査時 2. 歯科麻酔時 3. 投薬 (歯科麻酔を除く) 時 4. 手術時 5. 歯牙の切削時 6. 歯牙の切削以外の歯冠修復・欠損補綴処置 (印象、装着等) 時 7. その他 (具体的に )	
患者がどうなったか ※あてはまるもの全てに○	1. 誤嚥・誤飲した              2. 気分が悪くなった 3. 意識を失った              4. 出血が止まらなくなった 5. 血圧が低下した              6. 呼吸困難 (過呼吸を含む) になった 7. 心肺停止となった              8. その他 ( )		
具体的な対応内容 ※選択肢 2. については、使用した医療機器すべてを○ (マル) で囲んでください。	1. 院内施設での安静 2. 医療機器 (AED、酸素ボンベ・マスク、血圧計) を使用した対応 3. 連携施設 (併設医科) へ搬送 4. その他 (具体的に )		
緊急時対応後の患者の状態	1. 回復      2. 入院      3. 死亡      4. その他 ( )		

症 例 3	患者 属性	年齢	( ) 代
		性別	1. 男                      2. 女
	主たる歯科疾患名 ※○は1つ	1. う蝕              2. 歯周疾患 (歯肉炎・歯周炎)      3. 口腔粘膜疾患	
		4. 歯の欠損      5. その他 ( )	
	歯科以外の疾患の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不明	
	主に何をしている時 ※○は1つ	1. 検査時 2. 歯科麻酔時 3. 投薬 (歯科麻酔を除く) 時 4. 手術時 5. 歯牙の切削時 6. 歯牙の切削以外の歯冠修復・欠損補綴処置 (印象、装着等) 時 7. その他 (具体的に )	
患者がどうなったか ※あてはまるもの全てに○	1. 誤嚥・誤飲した              2. 気分が悪くなった 3. 意識を失った              4. 出血が止まらなくなった 5. 血圧が低下した              6. 呼吸困難 (過呼吸を含む) になった 7. 心肺停止となった              8. その他 ( )		
具体的な対応内容 ※選択肢 2. については、使用した医療機器すべてを○ (マル) で囲んでください。	1. 院内施設での安静 2. 医療機器 (AED、酸素ボンベ・マスク、血圧計) を使用した対応 3. 連携施設 (併設医科) へ搬送 4. その他 (具体的に )		
緊急時対応後の患者の状態	1. 回復      2. 入院      3. 死亡      4. その他 ( )		

症 例 4	患者 属性	年齢	( ) 代
		性別	1. 男                      2. 女
	主たる歯科疾患名 ※○は1つ	1. う蝕              2. 歯周疾患 (歯肉炎・歯周炎)      3. 口腔粘膜疾患	
		4. 歯の欠損      5. その他 ( )	
	歯科以外の疾患の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不明	
	主に何をしている時 ※○は1つ	1. 検査時 2. 歯科麻酔時 3. 投薬 (歯科麻酔を除く) 時 4. 手術時 5. 歯牙の切削時 6. 歯牙の切削以外の歯冠修復・欠損補綴処置 (印象、装着等) 時 7. その他 (具体的に )	
患者がどうなったか ※あてはまるもの全てに○	1. 誤嚥・誤飲した              2. 気分が悪くなった 3. 意識を失った              4. 出血が止まらなくなった 5. 血圧が低下した              6. 呼吸困難 (過呼吸を含む) になった 7. 心肺停止となった              8. その他 ( )		
具体的な対応内容 ※選択肢 2. については、使用した医療機器すべてを○ (マル) で囲んでください。	1. 院内施設での安静 2. 医療機器 (AED、酸素ボンベ・マスク、血圧計) を使用した対応 3. 連携施設 (併設医科) へ搬送 4. その他 (具体的に )		
緊急時対応後の患者の状態	1. 回復      2. 入院      3. 死亡      4. その他 ( )		

症 例 5	患者 属性	年齢	( ) 代
		性別	1. 男                      2. 女
	主たる歯科疾患名 ※○は1つ	1. う蝕              2. 歯周疾患 (歯肉炎・歯周炎)      3. 口腔粘膜疾患	
		4. 歯の欠損      5. その他 ( )	
	歯科以外の疾患の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不明	
	主に何をしている時 ※○は1つ	1. 検査時 2. 歯科麻酔時 3. 投薬 (歯科麻酔を除く) 時 4. 手術時 5. 歯牙の切削時 6. 歯牙の切削以外の歯冠修復・欠損補綴処置 (印象、装着等) 時 7. その他 (具体的に )	
患者がどうなったか ※あてはまるもの全てに○	1. 誤嚥・誤飲した              2. 気分が悪くなった 3. 意識を失った              4. 出血が止まらなくなった 5. 血圧が低下した              6. 呼吸困難 (過呼吸を含む) になった 7. 心肺停止となった              8. その他 ( )		
具体的な対応内容 ※選択肢 2. については、使用した医療機器すべてを○ (マル) で囲んでください。	1. 院内施設での安静 2. 医療機器 (AED、酸素ボンベ・マスク、血圧計) を使用した対応 3. 連携施設 (併設医科) へ搬送 4. その他 (具体的に )		
緊急時対応後の患者の状態	1. 回復      2. 入院      3. 死亡      4. その他 ( )		



7. その他、歯科外来診療環境体制加算について、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了です。ご協力をいただきまして、ありがとうございました。

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）

## 安全・安心な歯科診療の環境整備に関する患者の意識調査 調査票

問 1. あなたご自身のことについて、おたずねいたします。

(1) 性別

1. 男性

2. 女性

(2) 年齢

( ) 歳

(3) あなたは、歯科以外のご病気をお持ちですか。 ※○は 1 つ

1. ある      2. ない → 問 2 へ

→ (3) - 1 それはどのようなご病気ですか。 ※あてはまるものすべてに○

1. 脳血管系の病気（脳こうそく、脳出血など）
2. 心血管系の病気（高血圧症、狭心症などの心臓病など）
3. 代謝系の病気（肝炎、糖尿病など）
4. 呼吸器系の病気（気管支ぜんそく、肺結核など）
5. その他（具体的に )

(4) あなたが過去に受けた歯科治療で、下記のような経験がありますか。

※あてはまるものすべてに○をしてください。経験がない場合は、「7.」に○をつけてください。

1. 歯への金属のつめ物やかぶせ物などを誤って飲み込んだ
2. 気分が悪くなった
3. 意識を失った
4. 歯や口の手術の時に出血が止まらなかった
5. 息苦しくなった
6. その他（具体的に )
7. 経験がない



**ここからは、本日あなたが受けた歯科診療についておこたえください。**

問2. 本日あなたが受けた歯科診療について、おたずねいたします。

(1) 本日、あなたが受診したのは、診療所もしくは病院のどちらですか。 ※○は1つ

1. 診療所（施設名が「～診療所」、「～クリニック」、「～医院」となっています）
2. 病院（施設名が「～病院」となっています。ただし、大学歯学部附属病院や歯科大学病院は除きます。）
3. 大学歯学部附属病院または歯科大学病院

(2) 本日受けた治療内容は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○

1. むし歯治療（歯を削る、歯の神経を取るなど）
2. 歯周病（歯槽のうろう）に対する治療（歯石除去・手術など）
3. 失った歯の治療（ブリッジ・入れ歯など）
4. 抜歯
5. 歯科矯正
6. その他（具体的に )

問3. 歯科外来診療環境体制加算についておたずねします。

はじめに、下の枠内の「歯科外来診療環境体制加算」についての説明をお読みください。

本日あなたが歯科診療を受けた医療機関は、より「安全・安心」な歯科医療を患者に提供するための環境整備など、さまざまな取組によって、「**歯科外来診療環境体制加算**」の施設基準を満たしています。この基準を満たしている歯科医療機関では、患者が初めてその医療機関にかかる日に、「300円」を初診料にあわせて請求できるようになっています（患者の自己負担は、例えば3割負担の患者の場合、90円となります）。

「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準とは、以下のようなものです。

- 医療機器の洗浄や滅菌の徹底による十分な感染症対策
- 緊急の処置が必要になったときに備え、他の医療機関との連携体制の確保
- AED（自動体外式除細動器）や酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの医療機器を設置し、具合が悪くなった方にその場で処置ができるようになっている体制／等

(1) あなたは、本日受診した歯科医療機関が、「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たし、より「安全・安心」な歯科医療を提供できることをご存知でしたか。

※○は1つ

1. 通い始める前から知っていた
2. 通い始めてから知った
3. 知らなかった

(2) 本日受診した医療機関のように「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている施設で歯科治療を受けることについて、どのように思いますか。

※○は1つ

- |             |            |              |
|-------------|------------|--------------|
| 1. とても安心できる | 2. 安心できる   | 3. あまり安心できない |
| 4. 全く安心できない | 5. よくわからない |              |

(3) 本日受診した医療機関で、「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしていること(\*)がわかる院内掲示(ポスターなど)を見たことがありますか。※○は1つ

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 見たことがある | 2. 気づかなかった | 3. 見たことがない |
|------------|------------|------------|

(\*)『「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしていること』については、2ページにございます「歯科外来診療環境体制加算」についての説明をご参照ください。

(4) あなたが受診した医療機関で「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている内容の院内掲示(ポスターなど)を見ることで、受ける医療に対する安全・安心感が高まると思いますか。 ※○は1つ

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる  | 2. やや高まる   | 3. あまり高まらない |
| 4. 全く高まらない | 5. よくわからない |             |

**ここからは、本日の診療に関係なく、一般的なお考えについておたずねします。**

問4. 本日の診療に関係なく、「安全・安心」な歯科診療に関する意識についておたずねします。

(1) 歯科診療において、どのような時に不安になりますか。 ※あてはまるものすべてに○

- |                   |
|-------------------|
| 1. 歯や口の中の検査をしている時 |
| 2. 歯を削る時          |
| 3. 歯科の麻酔(注射等)を行う時 |
| 4. 抜歯や手術をする時      |
| 5. その他(具体的に )     |

(2) 歯科診療を受ける際に不安になることは何ですか。 ※あてはまるものすべてに○

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1. どのような治療をしているのかがわかりにくいこと          |
| 2. 治療のときの痛み                         |
| 3. さまざまな器械の操作音(歯を削るときの音、唾を吸い取る音など)  |
| 4. 歯科医師による説明内容や治療期間がわからないこと         |
| 5. 1回の治療時間(治療いす上で待たされているときを含む)が長いこと |
| 6. 治療の時にヒヤリとしたりすることがあること(医療事故など)    |
| 7. 器具、器械の消毒・滅菌がきちんとされているかどうかということ   |
| 8. その他(具体的に )                       |

(3) あなたは、受診する医療機関が下記の①～⑦のような対策を行うことで、歯科診療に対する安心感が高まりますか。

- ① 歯科医師が、緊急時の対応、医療事故、感染症対策等に関連する研修を修了していること。  
※〇は1つ

1. 大いに高まる	2. やや高まる	3. あまり高まらない
4. 全く高まらない	5. よくわからない	

- ② 緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED（自動体外式除細動器）、酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの機器を設置していること。 ※〇は1つ。

1. 大いに高まる	2. やや高まる	3. あまり高まらない
4. 全く高まらない	5. よくわからない	

- ③ 歯を削る時に飛び散る粉じんを吸いとるために、口の外で用いる吸引装置（だ液を吸い取るために口の中で用いる吸引装置ではありません）を設置していること。  
※〇は1つ

1. 大いに高まる	2. やや高まる	3. あまり高まらない
4. 全く高まらない	5. よくわからない	

- ④ 緊急時に適切な対応ができるよう、ほかの病院などと連携していること。 ※〇は1つ

1. 大いに高まる	2. やや高まる	3. あまり高まらない
4. 全く高まらない	5. よくわからない	

- ⑤ 感染症の患者に対する診療の仕組み（例えば、感染症の患者に対応できる歯科診療台を設けるなど）を確保していること。 ※〇は1つ

1. 大いに高まる	2. やや高まる	3. あまり高まらない
4. 全く高まらない	5. よくわからない	

- ⑥ 口の中で使う機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること。 ※〇は1つ

1. 大いに高まる	2. やや高まる	3. あまり高まらない
4. 全く高まらない	5. よくわからない	

- ⑦ 歯科医療に関する安全対策を実践していることを院内掲示（ポスターなど）で、患者にわかりやすく伝えていること。 ※〇は1つ

1. 大いに高まる	2. やや高まる	3. あまり高まらない
4. 全く高まらない	5. よくわからない	

(4) 今後、歯科治療を受ける際には、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整っている（歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たしている）施設に行きたいと思いませんか。 ※○は1つ

- |             |            |              |
|-------------|------------|--------------|
| 1. とてもそう思う  | 2. そう思う    | 3. あまりそう思わない |
| 4. 全くそう思わない | 5. よくわからない |              |

問5. 歯科医療の安全・安心について、ご意見がございましたら、ご自由にご記入ください。

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**8月7日（金）まで**に投函してください。

中医協 総 - 2 - 6  
2 2 . 6 . 2

中医協 検 - 2 - 5  
2 2 . 5 . 2 6

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）

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

報告書

## ◆ ◇ 目 次 ◇ ◆

1. 目的 .....	1
2. 調査対象 .....	1
3. 調査方法 .....	1
4. 調査項目 .....	2
5. 結果 .....	3
(1) 回収の状況 .....	3
(2) 施設の状況（平成 21 年 7 月） .....	3
1) 施設種別 .....	3
2) 許可病床数 .....	4
3) 開設主体 .....	5
4) 標榜診療科 .....	6
5) ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期 .....	7
6) 自由診療による禁煙治療の状況 .....	8
7) 禁煙治療に携わる職員数 .....	10
8) 医師の禁煙治療に携わっている年数 .....	13
9) 禁煙治療の体制 .....	14
10) 禁煙指導の実施者 .....	15
11) 患者に対する 1 回あたりの平均指導時間（初回の指導） .....	17
12) 患者に対する 1 回あたりの平均指導時間（2 回目以降の指導） .....	20
13) 禁煙治療の内容 .....	23
(3) 患者の状況 .....	24
① ニコチン依存症管理料算定開始時の状況 .....	24
1) 患者の属性（性別及び年齢） .....	24
2) 禁煙治療開始時における喫煙年数 .....	25
3) 禁煙治療開始時における 1 日あたりの喫煙本数 .....	26
4) 禁煙治療開始時におけるブリンクマン指数 .....	28
5) TDS 点数 .....	30
6) 保険再算定の有無 .....	32
7) 禁煙治療開始時における治療中の合併症の有無 .....	34
② 保険適用期間中の経過と追加治療の有無 .....	37
1) ニコチン依存症管理料算定回数状況 .....	37
2) 5 回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況 .....	43

3) 5回の治療を途中で中止した患者の中止時の禁煙状況.....	50
4) 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況 .....	51
③ 保険治療終了後の状況 .....	54
1) ニコチン依存症管理料による禁煙治療終了後の追加禁煙治療の有無.....	54
2) 5回の治療を全て終了した患者の治療終了9か月後の禁煙状況.....	55
3) 算定回数別の治療終了9か月後の禁煙状況 .....	66
4) 治療終了9か月後の状況（全対象者） .....	68
(4) 自由記述まとめ.....	80
① ニコチン依存症管理料算定患者における治療中断の理由.....	80
1) 禁煙治療中断時に禁煙していた患者の場合 .....	80
2) 禁煙治療中断時に喫煙していた患者の場合 .....	81
② ニコチン依存症管理料についての今後の課題・要望等 .....	82
6. 多重ロジスティック回帰分析 .....	86
(1) 分析データ .....	86
(2) 目的変数.....	86
(3) 説明変数の構成.....	86
(4) 解析方法.....	88
(5) 単変量ロジスティック回帰分析結果.....	88
(6) 多重ロジスティック回帰分析結果.....	89
7. マルチレベル分析.....	92
(1) 目的変数.....	92
(2) 説明変数の構成.....	92
(3) 施設区分.....	93
(4) 分析方法.....	94
(5) マルチレベル分析結果.....	95
8. まとめ.....	97
(1) 施設の状況 .....	97
(2) 患者の状況 .....	98
①ニコチン依存症管理料算定開始時の状況 .....	98
②保険適用期間中の経過と追加治療の有無 .....	98
③保険治療終了後の状況.....	99
参考資料 .....	100

## 1. 目的

平成 18 年 4 月の診療報酬改定で「ニコチン依存症管理料」が新設され、ニコチン依存症と診断された患者のうち禁煙の希望がある者に対する一定期間の禁煙治療について診療報酬上の評価が行われることとなった。

本調査では、ニコチン依存症管理料算定医療機関における禁煙治療体制や、ニコチン依存症管理料を算定した患者に対する禁煙治療の実施状況、当該患者の治療終了後 9 か月後の禁煙成功率等を把握し、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、「ニコチン依存症管理料」の施設基準の届出を行っている保険医療機関（病院 1,196 施設、診療所 5,604 施設、平成 20 年 7 月 1 日現在）の中から無作為抽出した保険医療機関 1,500 施設を「施設調査（様式 1）」の対象とした。

また、当該施設において平成 20 年 6 月 1 日～7 月 31 日の 2 か月間に「ニコチン依存症管理料」の算定を開始した全患者を「患者調査（様式 2）」の対象とした。

## 3. 調査方法

本調査では、調査対象施設（医療機関）が記入する自記式調査票（様式 1・様式 2）を郵送配布した。

「施設調査（様式 1）」については、平成 21 年 7 月の施設状況や禁煙治療体制等を尋ねた。

また、「患者調査（様式 2）」については、調査対象患者の治療終了から 10～11 か月目となる平成 21 年 7 月～8 月に、その時点での禁煙／喫煙状況を対象施設が電話により調査し、その結果を調査票に記載する形式とした。

対象施設は、記入した様式 1・様式 2 の調査票を同封の上、調査事務局宛の専用返信封筒にて返送するという形式により郵送回収とした。



#### 4. 調査項目

本調査の調査項目は以下の通りである。

調査の種類	主な内容
施設調査（様式 1）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設の概要               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設種別、開設主体、標榜診療科</li> </ul> </li> <li>○ 禁煙治療体制等               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期</li> <li>・ 自由診療による禁煙治療の実施状況</li> <li>・ 禁煙治療に携わる職員数、医師における禁煙治療に携わっている年数</li> <li>・ 禁煙治療の体制、禁煙指導の実施者</li> <li>・ 患者に対する 1 回あたりの平均指導時間（初回、2 回目以降の指導）</li> <li>・ 禁煙治療の内容</li> <li>・ ニコチン依存症管理料算定患者における治療中断の理由（中断時禁煙者、中断時喫煙者）</li> </ul> </li> <li>○ ニコチン依存症管理料に関する今後の課題・要望等               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後の課題・要望等</li> </ul> </li> </ul>
患者調査（様式 2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者の属性               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本属性（性別、年齢）</li> </ul> </li> <li>○ ニコチン依存症管理料算定開始時の状況               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 喫煙年数、1 日あたりの喫煙本数、TDS 点数</li> <li>・ 保険再算定（過去にニコチン依存症管理料を算定した実績）の有無</li> <li>・ 合併症の有無、合併症の内容</li> </ul> </li> <li>○ ニコチン依存症管理料算定期間中の状況等               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ニコチン依存症管理料の算定日、治療中断時の禁煙状況</li> <li>・ 5 回目の治療終了時の禁煙状況</li> <li>・ 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況</li> <li>・ 保険治療終了後の追加禁煙治療の有無</li> </ul> </li> <li>○ 治療終了 9 か月後の状況等               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療終了 9 か月後の禁煙状況等</li> </ul> </li> </ul>

## 5. 結果

### (1) 回収の状況

図表 1 回収の状況

	有効回収数	有効回収率
回答施設数	712	47.5%
様式 2 に記載された有効患者数	3,471	—

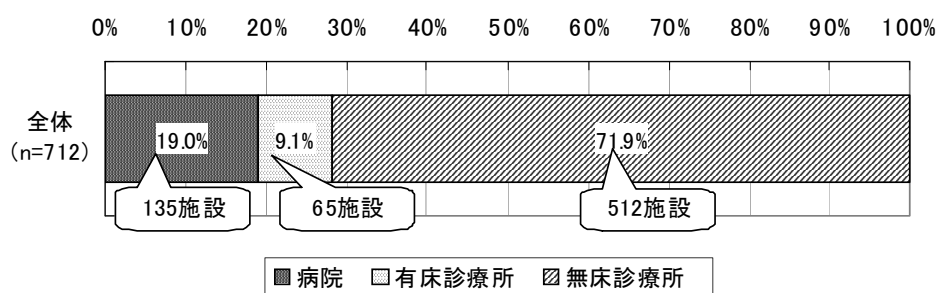
\*患者調査（様式 2）で「ニコチン依存症管理料」の算定要件外であるデータ、ブリンクマン指数が 200 未満もしくは TDS 点数が 5 点未満のデータ、及び算定開始日が平成 20 年 6 月・7 月以外のデータを無効票として除き、有効回収数とした。

### (2) 施設の状況（平成 21 年 7 月）

#### 1) 施設種別

有効回答が得られた 712 施設の施設種別についてみると、「病院」が 19.0%（135 施設）、「有床診療所」が 9.1%（65 施設）、「無床診療所」が 71.9%（512 施設）であった。

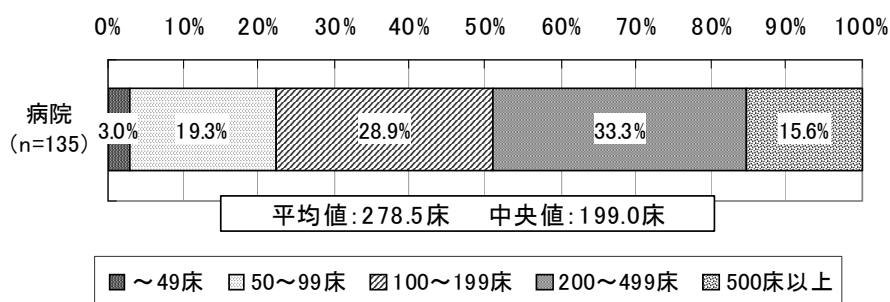
図表 2 施設種別



## 2) 許可病床数

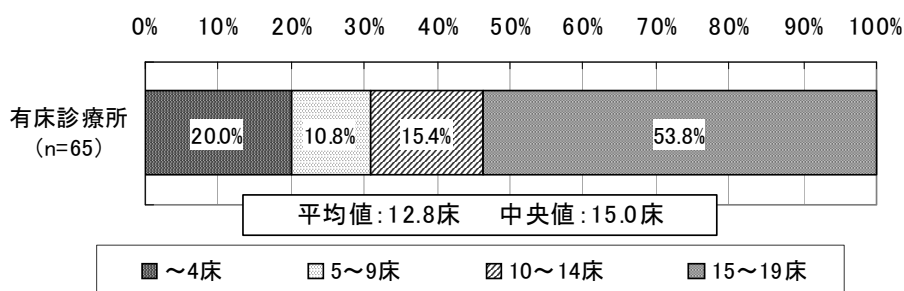
病院における許可病床数についてみると、「200～499床」（33.3%）が最も多く、次いで「100～199床」（28.9%）、「50～99床」（19.3%）、「500床以上」（15.6%）であった。平均は278.5床（中央値199.0）であった。

図表 3 許可病床数（病院）



有床診療所における許可病床数についてみると、「15～19床」（53.8%）が最も多く、次いで「～4床」（20.0%）、「10～14床」（15.4%）、「5～9床」（10.8%）であった。平均は12.8床（中央値15.0）であった。

図表 4 許可病床数（有床診療所）

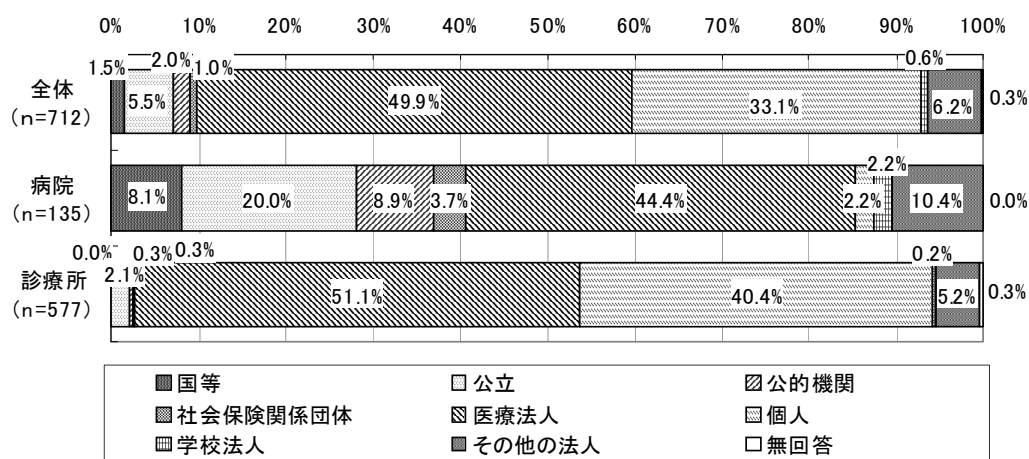


### 3) 開設主体

開設主体についてみると、「医療法人」(49.9%)が最も多く、次いで「個人」(33.1%)、「その他の法人」(6.2%)であった。

施設種類別にみると、病院では「医療法人」(44.4%)が最も多く、次いで「公立」(20.0%)、「その他の法人」(10.4%)、「公的機関」(8.9%)、「国等」(8.1%)であった。診療所では「医療法人」(51.1%)が最も多く、次いで「個人」(40.4%)、「その他の法人」(5.2%)であった。

図表 5 開設主体



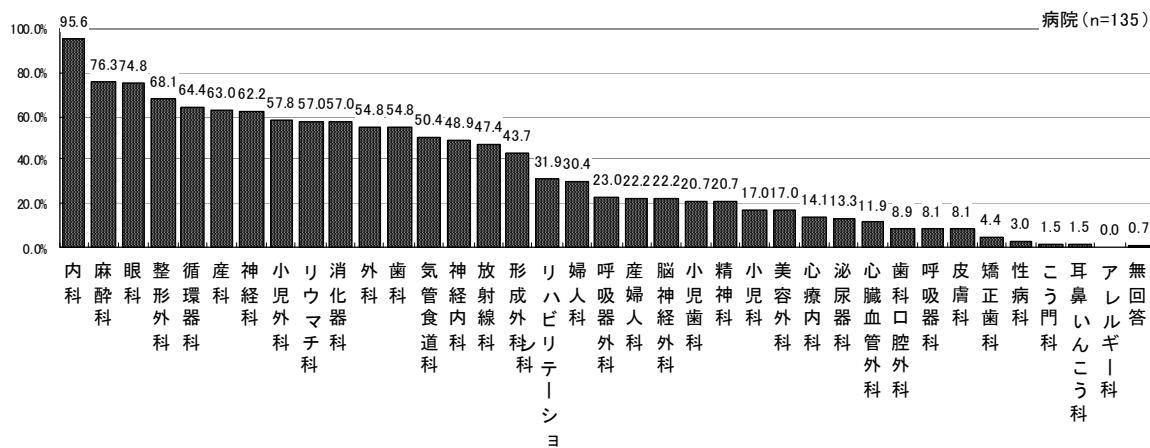
※参考：開設主体の内訳

国等	厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人等
公的機関	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等
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、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合等

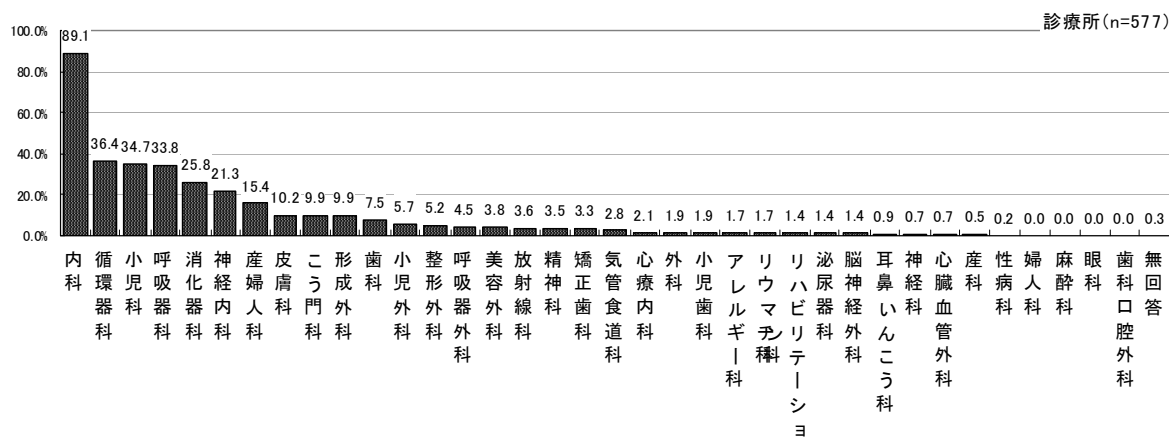
#### 4) 標榜診療科

標榜診療科についてみると、病院、診療所ともに、「内科」(それぞれ 95.6%、89.1%) が最も多かった。次いで、病院では「麻酔科」(76.3%)、「眼科」(74.8%) となり、診療所では「循環器科」(36.4%)、「小児科」(34.7%) となった。

図表 6 標榜診療科 (病院) : 複数回答



図表 7 標榜診療科 (診療所) : 複数回答



### 5) ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期

ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期についてみると、最も多いのは当該管理料が創設された初年度に当たる「平成18年4月～19年3月」(69.7%)であった。特に、「平成18年4月～6月」(36.0%)が最も多く、次いで「平成18年7月～9月」(23.7%)であった。

施設種類別でも、病院、診療所ともに最も多いのは「平成18年4月～6月」(病院35.6%、診療所36.0%)であり、次いで「平成18年7月～9月」(同20.0%、24.6%)であった。

図表 8 ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期

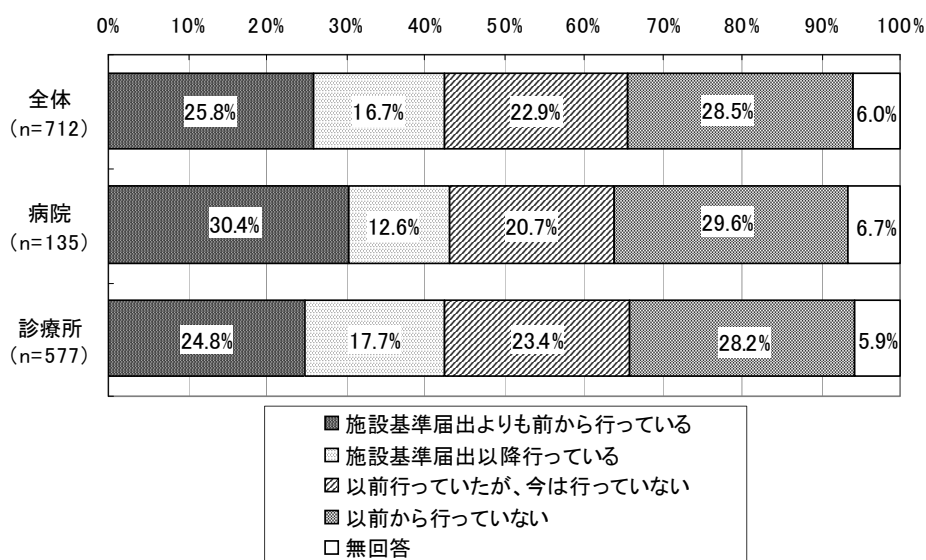
	総数	平成18年 4月～19 年3月	(再掲) 平成18年 4月～6月	(再掲) 平成18年 7月～9月	(再掲) 平成18年 10月～19 年3月	平成19年 4月～20 年3月	平成20年 4月以降
全体	712 100.0%	496 69.7%	256 36.0%	169 23.7%	71 10.0%	98 13.8%	118 16.6%
病院	135 100.0%	90 66.7%	48 35.6%	27 20.0%	15 11.1%	26 19.3%	19 14.1%
診療所	577 100.0%	406 70.4%	208 36.0%	142 24.6%	56 9.7%	72 12.5%	99 17.2%

## 6) 自由診療による禁煙治療の状況

自由診療による禁煙治療の状況についてみると、「施設基準届出よりも前から行っている」が 25.8%で、「施設基準届出以降に行っている」が 16.7%であり、両者を併せると自由診療による禁煙治療を行っている施設は 42.5%となった。また、「以前行っていたが、今は行っていない」が 22.9%で、「以前から行っていない」が 28.5%であった。

施設種類別にみると、病院は診療所と比較して「施設基準届出よりも前から行っている」の割合が 5.6 ポイント高かった。一方、診療所は病院と比較して「施設基準届出以降に行っている」の割合が 5.1 ポイント高かった。自由診療による禁煙治療を行っている施設は、病院・診療所ともに 4 割程度となった。

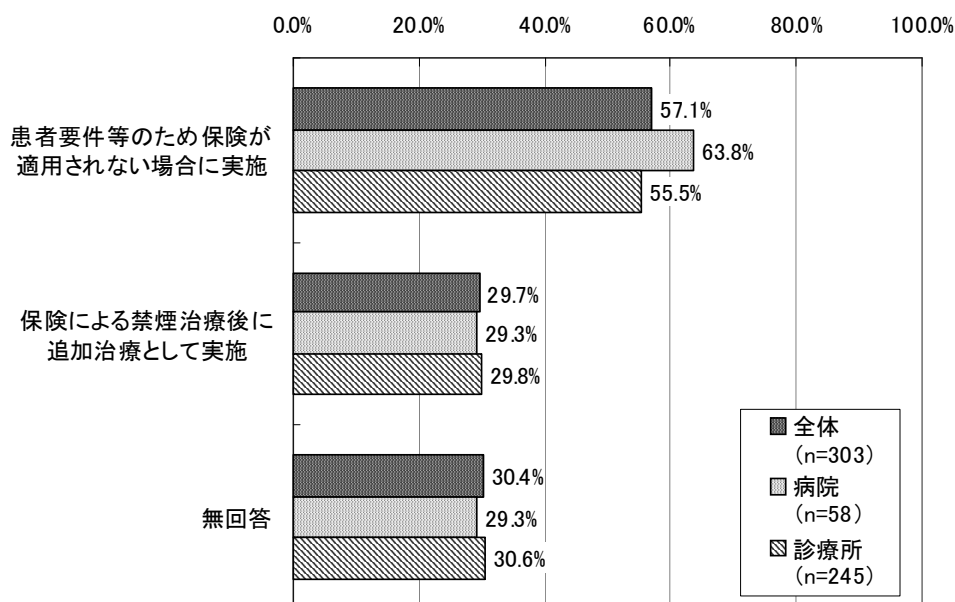
図表 9 自由診療による禁煙治療の状況



自由診療による禁煙治療を行っている施設に対して、その対象となる要件を尋ねたところ、「患者要件等のため保険が適用されない場合に実施」が 57.1%、「保険による禁煙治療後に追加治療として実施」が 29.7%であった。

施設種類別にみると、病院は診療所と比較して「患者要件等のため保険が適用されない場合に実施」の割合が 8.3 ポイント高かった。「保険による禁煙治療後に追加治療として実施」については、病院と診療所とで大きな違いはみられなかった。

図表 10 自由診療による禁煙治療の対象  
(自由診療による禁煙治療を行っている施設、複数回答)



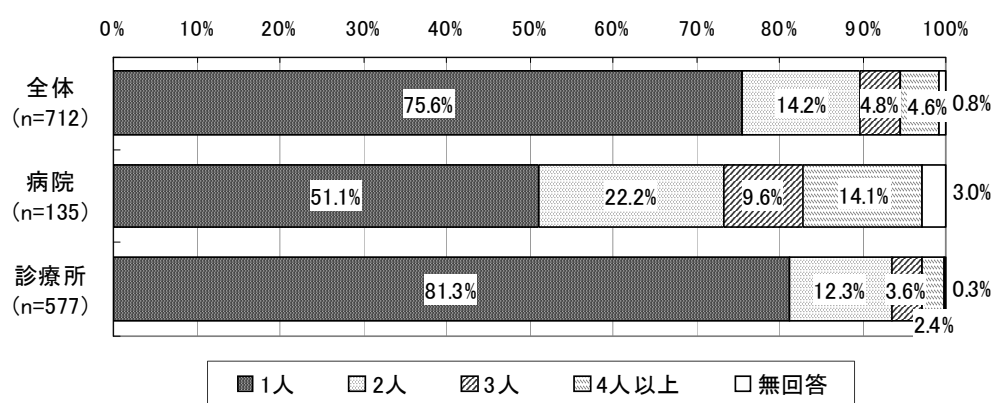


## 7) 禁煙治療に携わる職員数

禁煙治療に携わる職員数（医師数）についてみると、「1人」が75.6%で最も多く、次いで「2人」が14.2%、「3人」が4.8%、「4人以上」が4.6%となった。

施設種類別にみると、病院では「1人」が51.1%で最も多いが、「2人」が22.2%、「3人」が9.6%、「4人以上」が14.1%となり、半数近くの施設で複数の医師が禁煙治療に携わっていた。病院における、1施設あたりの禁煙治療に携わる医師数の平均は2.37人（標準偏差3.63、中央値1.00）であった。一方、診療所では禁煙治療に携わる医師が「1人」（81.3%）という施設が最も多く、複数の医師が携わっている施設の割合は2割に満たなかった。診療所における、1施設あたりの禁煙治療に携わる医師数の平均は1.30人（標準偏差0.87、中央値1.00）であった。

図表 11 禁煙治療に携わる職員数（医師数）



図表 12 1施設あたりの禁煙治療に携わる職員数（医師数）：平均値・中央値

（単位：人）

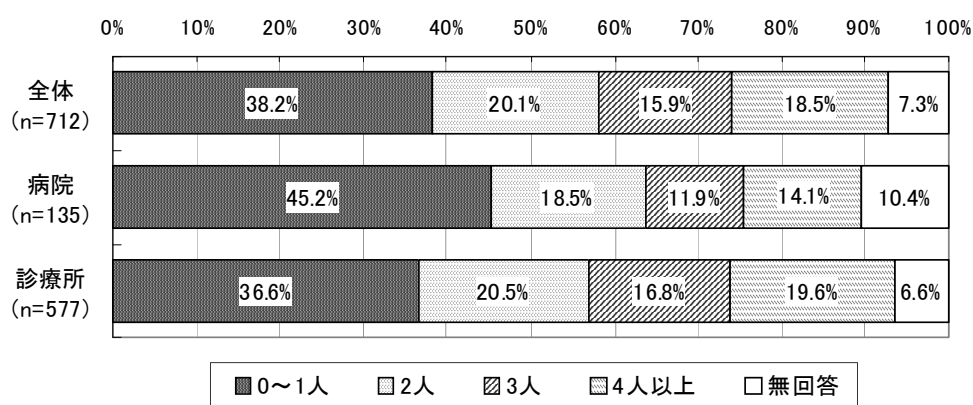
	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	706	1.50	1.79	1.00
病 院	131	2.37	3.63	1.00
診 療 所	575	1.30	0.87	1.00

（注）医師数について回答のあった施設を対象に集計した。

次に禁煙治療に携わる看護師数についてみると、「0～1人」(38.2%)が最も多く、次いで「2人」(20.1%)、「4人以上」(18.5%)、「3人」(15.9%)となった。

施設種類別にみると、病院では「0～1人」(45.2%)が最も多く、次いで「2人」(18.5%)となった。病院における、1施設あたりの禁煙治療に携わる看護師数の平均は2.25人(標準偏差2.48、中央値1.00)であった。診療所でも同様に「0～1人」(36.6%)が最も多く、次いで「2人」(20.5%)となった。診療所における、1施設あたりの禁煙治療に携わる看護師数の平均は2.38人(標準偏差1.66、中央値2.00)であり、病院よりもわずかに多い結果となった。

図表 13 禁煙治療に携わる職員数（看護師数）



図表 14 1施設あたりの禁煙治療に携わる職員数（看護師数）：平均値・中央値

(単位:人)

	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	660	2.36	1.84	2.00
病 院	121	2.25	2.48	1.00
診 療 所	539	2.38	1.66	2.00

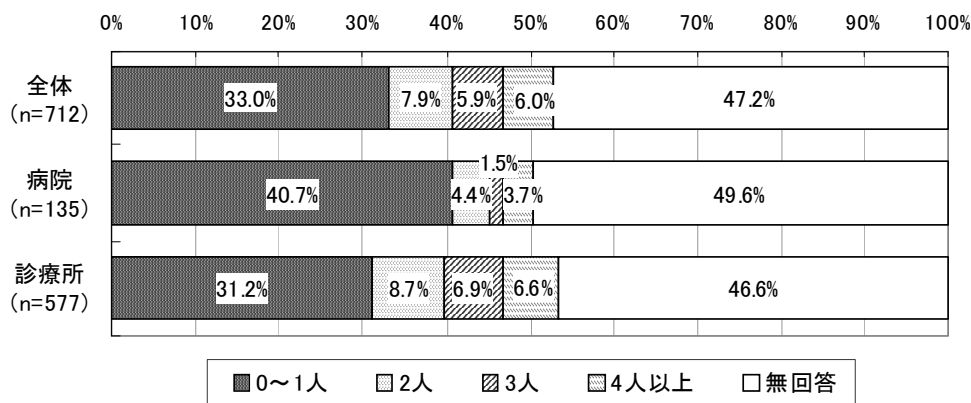
(注) 看護師数について回答のあった施設を対象に集計した。

禁煙治療に携わる医師・看護師以外の「その他の職員」数についてみると、「0～1人」(33.0%)が最も多く、次いで「2人」(7.9%)となった。

施設種類別にみると、病院では「0～1人」(40.7%)が最も多く、次いで「2人」(4.4%)であり、1施設あたりの禁煙治療に携わる「その他の職員」数の平均は1.15人(標準偏差2.67、中央値0.00)となった。診療所でも「0～1人」(31.2%)が最も多く、次いで「2人」(8.7%)となり、平均は1.58人(標準偏差1.78、中央値1.00)であった。

本調査項目については無回答が多かったが、これは「0」人の場合に「0」と記載がなかったためと推察される。

図表 15 禁煙治療に携わる職員数（その他の職員数）



図表 16 1施設あたりの禁煙治療に携わる職員数（その他の職員数）：平均値・中央値

(単位:人)

	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	376	1.51	1.98	1.00
病 院	68	1.15	2.67	0.00
診 療 所	308	1.58	1.78	1.00

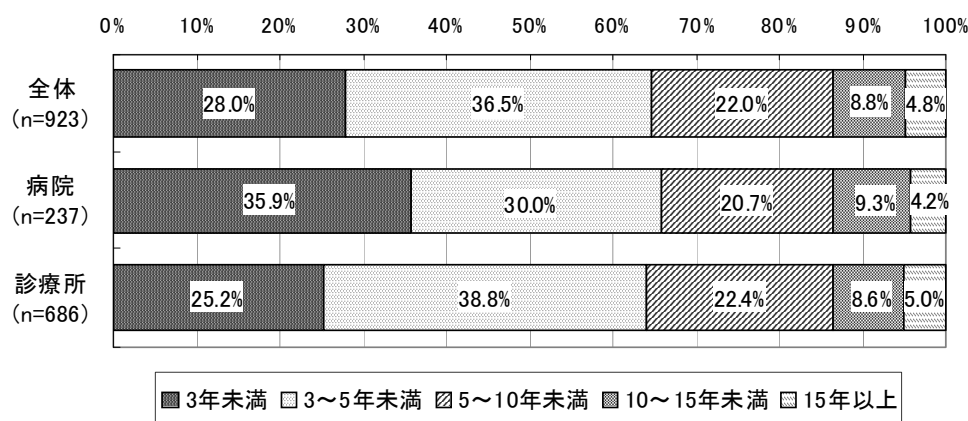
(注) その他の職員数について回答のあった施設を対象に集計した。

## 8) 医師の禁煙治療に携わっている年数

医師の禁煙治療に携わっている年数についてみると、「3～5年未満」(36.5%)が最も多く、次いで「3年未満」(28.0%)、「5～10年未満」(22.0%)、「10～15年未満」(8.8%)、「15年以上」(4.8%)と続いた。医師の禁煙治療に携わっている年数の平均は5.00年(標準偏差4.69、中央値3.33)であった。

施設種類別にみると、病院では「3年未満」(35.9%)が最も多かったが、診療所では「3年未満」(25.2%)よりも「3～5年未満」(38.8%)のほうが多く、禁煙に携わっている年数の平均をみても、病院の医師は平均4.88年(標準偏差5.03、中央値3.17)であるのに対し、診療所の医師は平均5.04年(標準偏差4.57、中央値3.33)とわずかではあるが長い結果となった。

図表 17 医師の禁煙治療に携わっている年数 (医師数ベース)



(注) nは医師数。禁煙治療に携わる医師が複数である施設の場合、最大4名分の年数を回答していただいた。

図表 18 医師の禁煙治療に携わっている年数 (医師数ベース) : 平均値・中央値

(単位:年)

	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	923	5.00	4.69	3.33
病 院	237	4.88	5.03	3.17
診 療 所	686	5.04	4.57	3.33

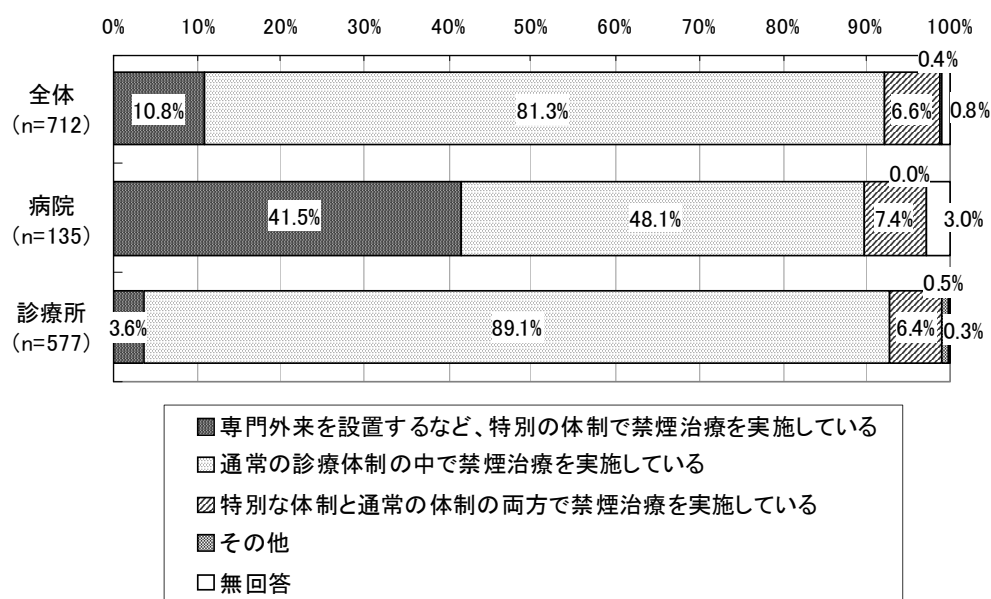
(注) nは医師数。禁煙治療に携わる医師が複数である施設の場合、最大4名分の年数を回答していただいた。

## 9) 禁煙治療の体制

禁煙治療の体制についてみると、「通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している」(81.3%)が8割を占めた。一方、「専門外来を設置するなど、特別の体制で禁煙治療を実施している」(10.8%)が1割程度であった。この他、「特別な体制と通常の体制の両方で禁煙治療を実施している」が6.6%であった。

施設種類別にみると、病院では「通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している」(48.1%)が5割近くを占めて最も多いものの、「専門外来を設置するなど、特別の体制で禁煙治療を実施している」(41.5%)も4割程度を占めた。一方、診療所では「通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している」(89.1%)が9割近くを占め、「専門外来を設置するなど、特別の体制で実施している」はわずか3.6%であった。また、「特別な体制と通常の体制の両方で禁煙治療を実施している」が6.4%であった。

図表 19 禁煙治療の体制

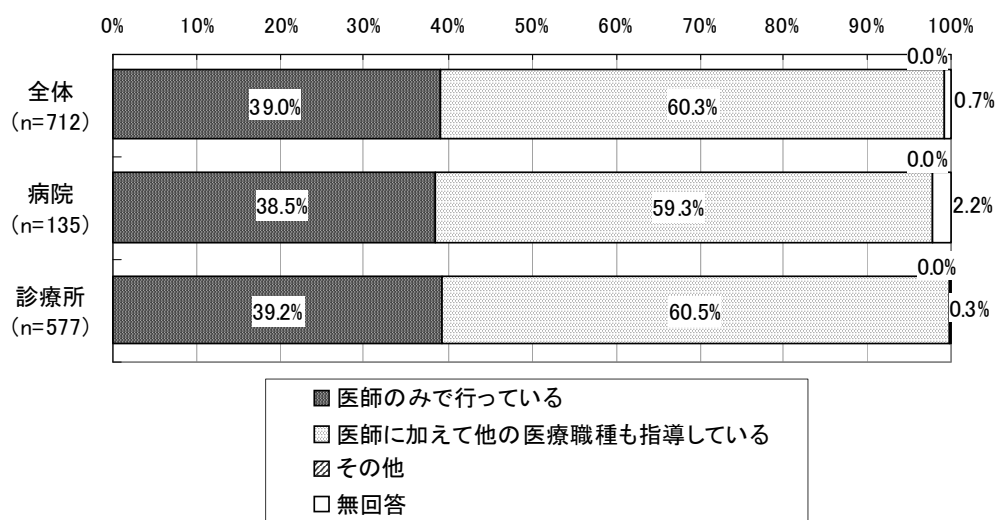


## 10) 禁煙指導の実施者

禁煙指導の実施者についてみると、「医師のみで行っている」が39.0%、「医師に加えて他の医療職種も指導している」が60.3%であった。

なお、施設種類による違いはみられなかった。

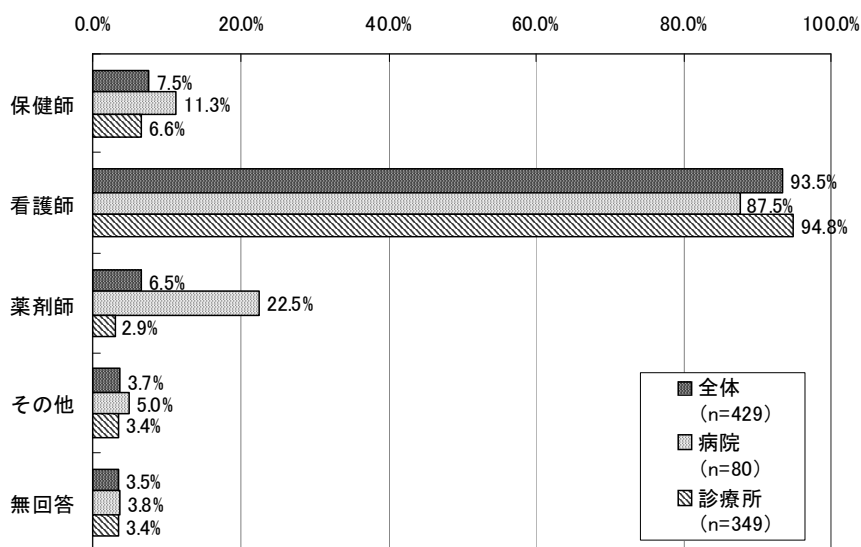
図表 20 禁煙指導の実施者



前述の「医師に加えて他の医療職種も指導している」と回答した施設に対し、「他の医療職種」の内容を尋ねた結果、「看護師」(93.5%)と回答した施設が9割を超えた。この他、「保健師」が7.5%、「薬剤師」が6.5%であった。

施設種類別にみると、診療所と比べて病院の割合が特に高かったのは、「薬剤師」(病院22.5%、診療所2.9%)であった。

図表 21 他の医療職種の内容（他の医療職種も指導している施設、複数回答）



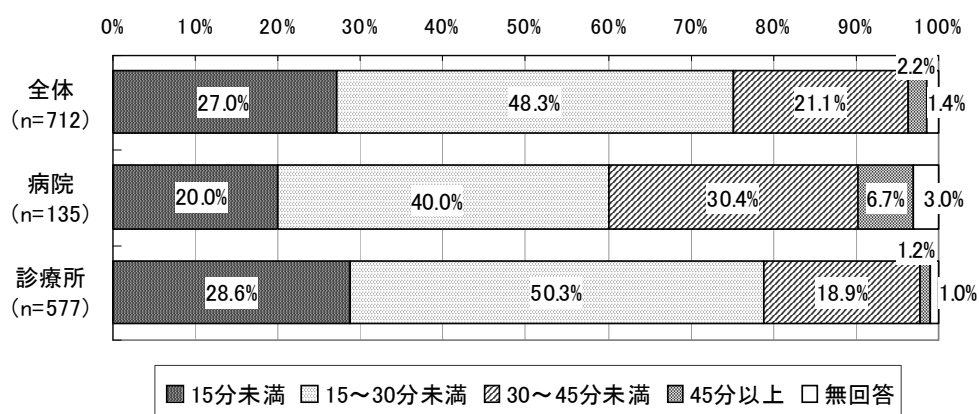
(注)「その他」の内容として、「臨床検査技師」「カウンセラー」等の回答が挙げられた。

### 11) 患者に対する1回あたりの平均指導時間（初回の指導）

患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（初回の指導）についてみると、「15～30分未満」（48.3%）が最も多く、次いで「15分未満」（27.0%）、「30～45分未満」（21.1%）、「45分以上」（2.2%）となった。

施設種類別にみると、病院では「15～30分未満」（40.0%）が最も多く、次いで「30～45分未満」（30.4%）、「15分未満」（20.0%）、「45分以上」（6.7%）となり、医師の指導時間の平均は23.4分（標準偏差13.8、中央値20.0）であった。診療所では「15～30分未満」（50.3%）が最も多く、次いで「15分未満」（28.6%）、「30～45分未満」（18.9%）、「45分以上」（1.2%）となり、医師の指導時間の平均は18.2分（標準偏差9.5、中央値15.0）であった。

図表 22 患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（初回の指導）



図表 23 患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（初回の指導）：平均値・中央値

（単位：分）

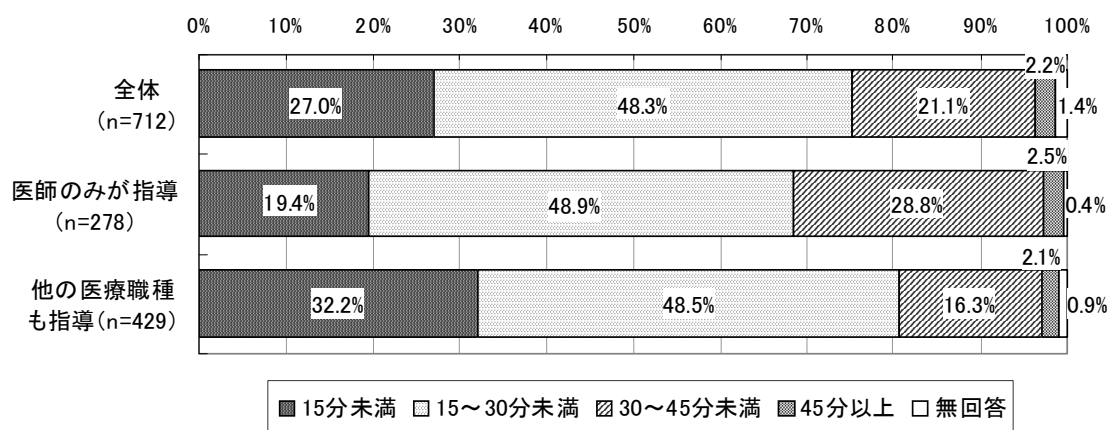
	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	702	19.1	10.7	15.0
病 院	131	23.4	13.8	20.0
診 療 所	571	18.2	9.5	15.0

（注）医師の平均指導時間（初回の指導）について回答のあった施設を対象に集計した。



次に、禁煙指導の実施者別に、患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（初回の指導）をみると、医師のみが指導した施設では、「15～30分未満」（48.9%）が最も多く、次いで「30～45分未満」（28.8%）、「15分未満」（19.4%）、「45分以上」（2.5%）となり、医師の指導時間の平均は21.1分（標準偏差11.1、中央値20.0）であった。他の医療職種も指導している施設では、「15～30分未満」（48.5%）が最も多く、次いで「15分未満」（32.2%）、「30～45分未満」（16.3%）、「45分以上」（2.1%）となり、医師の指導時間の平均は17.9分（標準偏差10.2、中央値15.0）であった。医師のみが指導している施設は、他の医療職種も指導している施設と比較して、医師の指導時間（初回の指導）が長い結果となった。

図表 24 患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（初回の指導）  
（禁煙指導の実施者別）



図表 25 患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（初回の指導）  
（禁煙指導の実施者別）：平均値・中央値

（単位：分）

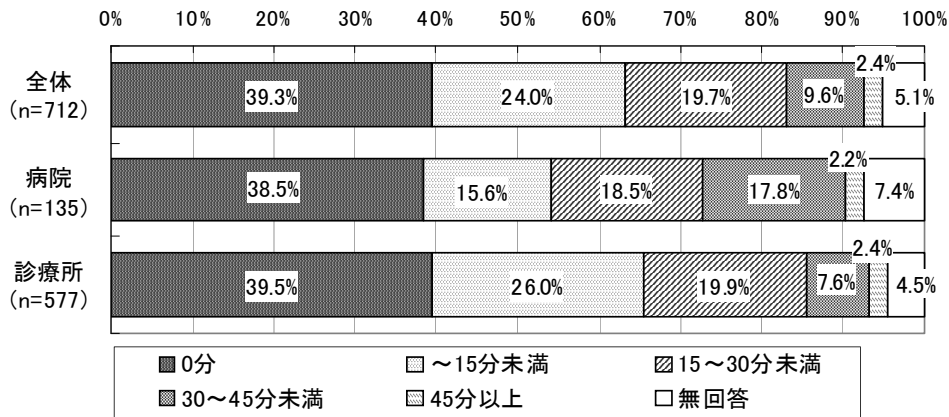
	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全体	702	19.1	10.7	15.0
医師のみが指導	277	21.1	11.1	20.0
他の医療職種も指導	425	17.9	10.2	15.0

（注）医師の平均指導時間（初回の指導）について回答のあった施設を対象に集計した。

患者に対する1回あたりの他の医療職種の平均指導時間（初回の指導）についてみると、「0分」（39.3%）が最も多く、次いで「～15分未満」（24.0%）、「15～30分未満」（19.7%）、「30～45分未満」（9.6%）、「45分以上」（2.4%）となった。

施設種類別にみると、病院では「0分」（38.5%）が最も多く、次いで「15～30分未満」（18.5%）、「30～45分未満」（17.8%）、「～15分未満」（15.6%）、「45分以上」（2.2%）となり、他の医療職種による指導時間の平均は12.5分（標準偏差14.0、中央値10.0）であった。診療所では「0分」（39.5%）が最も多く、次いで「～15分未満」（26.0%）、「15～30分未満」（19.9%）、「30～45分未満」（7.6%）、「45分以上」（2.4%）となり、平均は9.8分（標準偏差12.1、中央値7.5）であった。

図表 26 患者に対する1回あたりの他の医療職種の平均指導時間（初回の指導）



(注) 禁煙指導の実施者について「医師のみで指導している」と回答のあった施設については、平均指導時間を「0分」として集計した。

図表 27 患者に対する1回あたりの他の医療職種の平均指導時間（初回の指導）：  
平均値・中央値

(単位:分)

	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	676	10.3	12.5	10.0
病 院	125	12.5	14.0	10.0
診 療 所	551	9.8	12.1	7.5

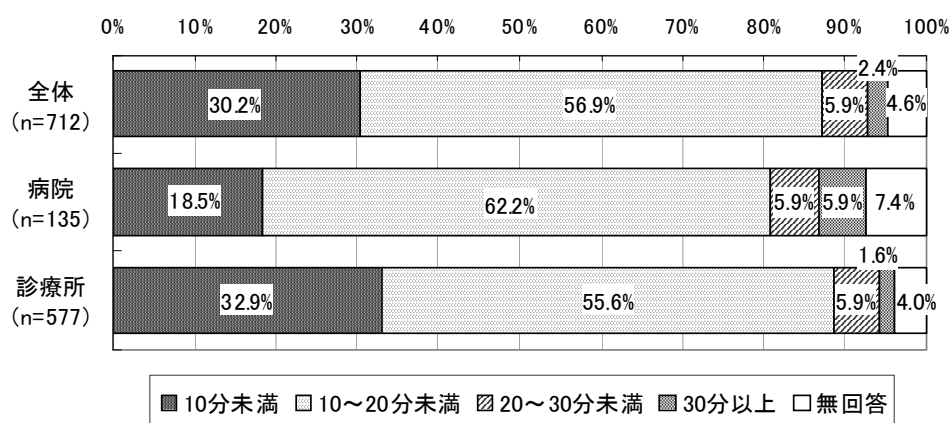
(注) 禁煙指導の実施者について「医師のみで指導している」と回答のあった施設については、平均指導時間を「0分」として集計した。

## 12) 患者に対する1回あたりの平均指導時間（2回目以降の指導）

患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（2回目以降の指導）についてみると、「10～20分未満」（56.9%）が最も多く、次いで「10分未満」（30.2%）、「20～30分未満」（5.9%）、「30分以上」（2.4%）となった。

施設種類別にみると、病院では「10～20分未満」（62.2%）が最も多く、次いで「10分未満」（18.5%）となり、「20～30分未満」と「30分以上」（各5.9%）が同じ割合で続いた。医師の指導時間の平均は12.0分（標準偏差6.2、中央値10.0）であった。診療所では「10～20分未満」（55.6%）が最も多く、次いで「10分未満」（32.9%）、「20～30分未満」（5.9%）、「30分以上」（1.6%）となり、医師の指導時間の平均は10.1分（標準偏差5.0、中央値10.0）であった。

図表 28 患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（2回目以降の指導）



図表 29 患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（2回目以降の指導）：

平均値・中央値

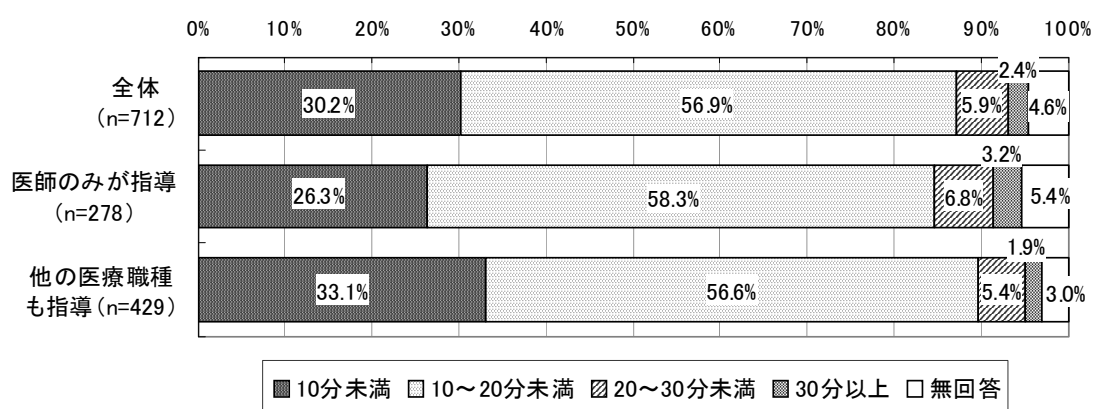
（単位：分）

	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	679	10.4	5.3	10.0
病 院	125	12.0	6.2	10.0
診 療 所	554	10.1	5.0	10.0

（注）医師の平均指導時間（2回目以降の指導）について回答のあった施設を対象に集計した。

次に禁煙指導の実施者別に、患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（2回目以降の指導）についてみると、医師のみが指導した施設では「10～20分未満」（58.3%）が最も多く、次いで「10分未満」（26.3%）、「20～30分未満」（6.8%）、「30分以上」（3.2%）となり、医師の指導時間の平均は11.0分（標準偏差5.6、中央値10.0）であった。他の医療職種も指導した施設では「10～20分未満」（56.6%）が最も多く、次いで「10分未満」（33.1%）、「20～30分未満」（5.4%）、「30分以上」（1.9%）となり、医師の指導時間の平均は10.1分（標準偏差5.1、中央値10.0）であった。

図表 30 患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（2回目以降の指導）  
（禁煙指導の実施者別）



図表 31 患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間（2回目以降の指導）  
（禁煙指導の実施者別）：平均値・中央値

（単位：分）

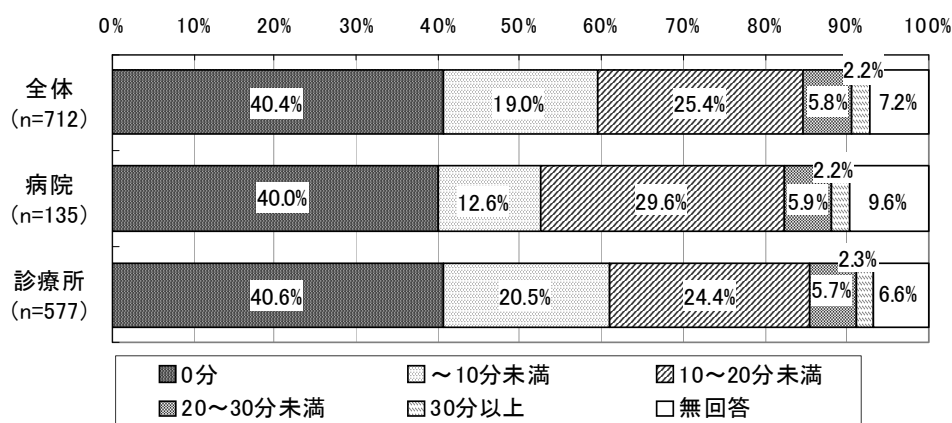
	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全体	679	10.4	5.3	10.0
医師のみが指導	263	11.0	5.6	10.0
他の医療職種も指導	416	10.1	5.1	10.0

（注）医師の平均指導時間（2回目以降の指導）について回答のあった施設を対象に集計した。

患者に対する1回あたりの他の医療職種による平均指導時間（2回目以降の指導）についてみると、「0分」（40.4%）が最も多く、次いで「10～20分未満」（25.4%）、「～10分未満」（19.0%）、「20～30分未満」（5.8%）、「30分以上」（2.2%）となった。

施設種類別にみると、病院では「0分」（40.0%）が最も多く、次いで「10～20分未満」（29.6%）、「～10分未満」（12.6%）、「20～30分未満」（5.9%）、「30分以上」（2.2%）となり、他の医療職種による指導時間の平均は6.6分（標準偏差7.6、中央値5.0）であった。診療所では「0分」（40.6%）が最も多く、次いで「10～20分未満」（24.4%）、「～10分未満」（20.5%）、「20～30分未満」（5.7%）、「30分以上」（2.3%）となり、他の医療職種による指導時間の平均は6.0分（標準偏差7.7、中央値5.0）であった。

図表 32 患者に対する1回あたりの他の医療職種の平均指導時間（2回目以降の指導）



(注) 禁煙指導の実施者について「医師のみで指導している」と回答のあった施設については、平均指導時間を「0分」として集計した。

図表 33 患者に対する1回あたりの他の医療職種の平均指導時間（2回目以降の指導）：  
平均値・中央値

(単位:分)

	件数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	661	6.2	7.7	5.0
病 院	122	6.6	7.6	5.0
診 療 所	539	6.0	7.7	5.0

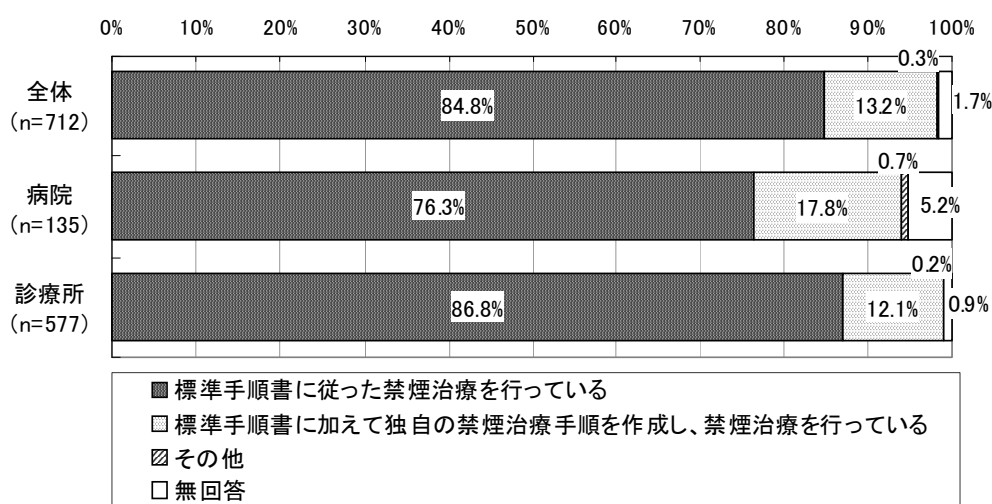
(注) 禁煙指導の実施者について「医師のみで指導している」と回答のあった施設については、平均指導時間を「0分」として集計した。

### 13) 禁煙治療の内容

禁煙治療の内容についてみると、「標準手順書に従った禁煙治療を行っている」(84.8%)が8割を超えた。また、「標準手順書に加えて独自の禁煙治療手順を作成し、禁煙治療を行っている」(13.2%)は1割強であった。

施設種類別にみると、病院は診療所と比較して「標準手順書に従った禁煙治療を行っている」の割合が10.5ポイント低く、「標準手順書に加えて独自の禁煙治療手順を作成し、禁煙治療を行っている」の割合が5.7ポイント高かった。

図表 34 禁煙治療の内容



(注)「その他」の内容として、「禁煙のモチベーションを高めるための動画を見ていただく」「本人の自覚を促すことを主眼としている」という回答が挙げられた。

### (3) 患者の状況

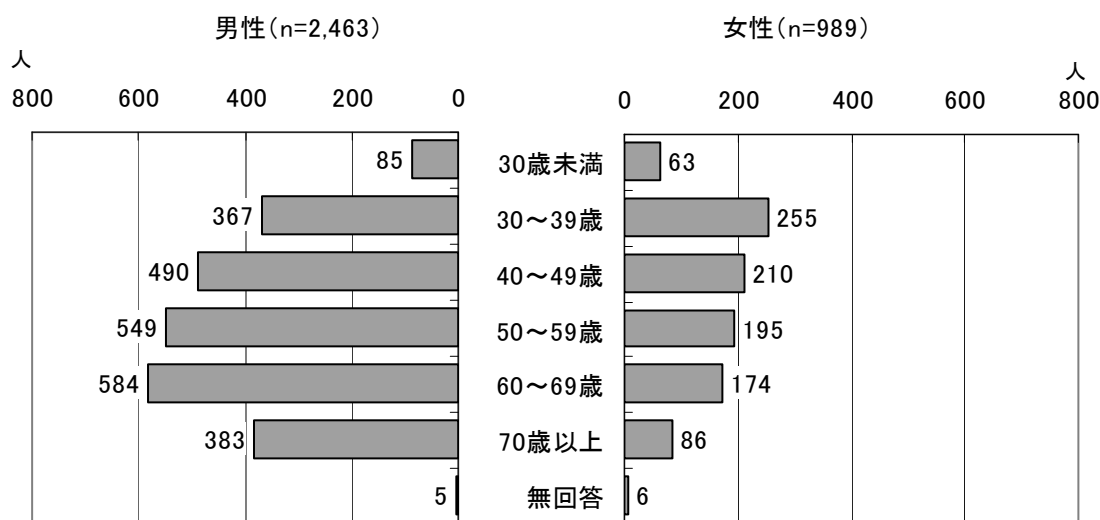
#### ① ニコチン依存症管理料算定開始時の状況

##### 1) 患者の属性（性別及び年齢）

本調査で分析対象とした患者は、男性 2,463 人、女性 989 人、性別不明 19 人で合計 3,471 人であった。

男性では「60～69 歳」（584 人）が最も多く、次いで「50～59 歳」（549 人）、「40～49 歳」（490 人）、「70 歳以上」（383 人）、「30～39 歳」（367 人）、「30 歳未満」（85 人）であった。男性の年齢の平均は 54.1 歳（標準偏差 14.1、中央値 55.0）であった。女性では「30～39 歳」（255 人）が最も多く、「40～49 歳」（210 人）、「50～59 歳」（195 人）、「60～69 歳」（174 人）、「70 歳以上」（86 人）、「30 歳未満」（63 人）であった。女性の年齢の平均は 49.0 歳（標準偏差 14.3、中央値 48.0）であった。女性は男性と比較して年齢が若い傾向がみられた。

図表 35 性別及び年齢



(注) 年齢は禁煙治療開始時の年齢。性別不明 19 人を除いている。

図表 36 年齢（男女別）：平均値・中央値

(単位: 歳)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	3,457	52.7	14.4	53.0
男 性	2,458	54.1	14.1	55.0
女 性	983	49.0	14.3	48.0

(注) ・「全体」には、性別不明 16 人が含まれている。

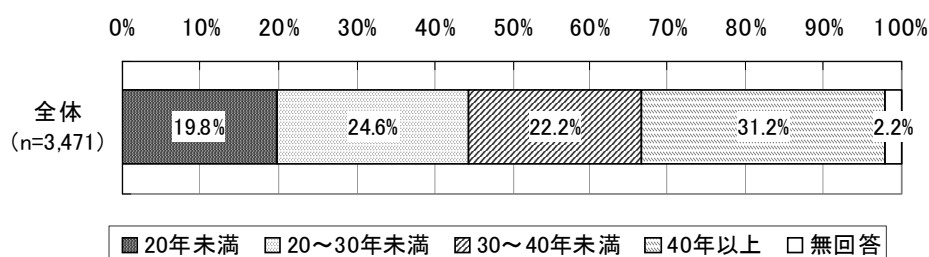
・年齢について記載のあった 3,457 人を対象に集計した。

## 2) 禁煙治療開始時における喫煙年数

禁煙治療開始時における喫煙年数についてみると、「40年以上」(31.2%)が最も多く、次いで「20～30年未満」(24.6%)、「30～40年未満」(22.2%)、「20年未満」(19.8%)であった。喫煙年数の平均は30.7年(標準偏差13.3、中央値30.0)であった。

男女別にみると、男性の喫煙年数の平均は32.9年(標準偏差13.3、中央値32.0)であり、女性の喫煙年数の平均25.4年(標準偏差11.7、中央値23.0)と比較すると、7.5年長い結果となった。

図表 37 禁煙治療開始時における喫煙年数



図表 38 禁煙治療開始時における喫煙年数(男女別): 平均値・中央値

(単位:年)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	3,396	30.7	13.3	30.0
男 性	2,415	32.9	13.3	32.0
女 性	964	25.4	11.7	23.0

(注)・「全体」には、性別不明17人が含まれている。

・喫煙年数について記載のあった3,396人を対象に集計した。

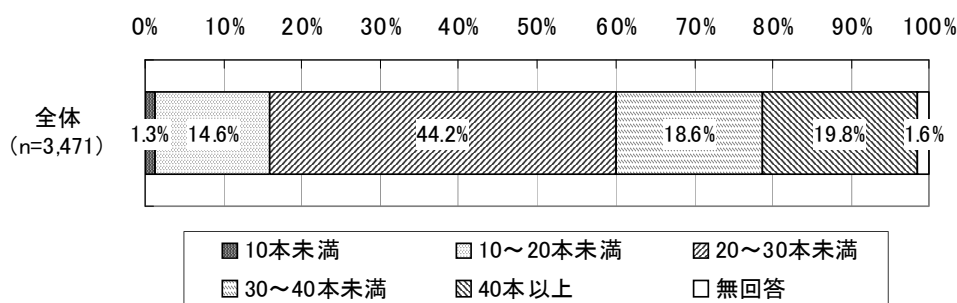


### 3) 禁煙治療開始時における 1 日あたりの喫煙本数

禁煙治療開始時における 1 日あたりの喫煙本数についてみると、「20～30 本未満」(44.2%) が最も多く、次いで「40 本以上」(19.8%)、「30～40 本未満」(18.6%)、「10～20 本未満」(14.6%)、「10 本未満」(1.3%) であった。1 日あたりの喫煙本数の平均は 26.2 本 (標準偏差 11.7、中央値 20.0) であった。

男女別にみると、1 日あたりの喫煙本数の平均は、男性では 26.9 本 (標準偏差 12.1、中央値 20.0)、女性では 24.2 本 (標準偏差 10.4、中央値 20.0) であった。

図表 39 禁煙治療開始時における 1 日あたりの喫煙本数



図表 40 禁煙治療開始時における 1 日あたりの喫煙本数 (男女別) : 平均値・中央値

(単位:本)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	3,417	26.2	11.7	20.0
男 性	2,430	26.9	12.1	20.0
女 性	970	24.2	10.4	20.0

(注)・「全体」には、性別不明 17 人が含まれている。

・喫煙本数について記載のあった 3,417 人を対象に集計した。

年齢階級別に1日あたりの喫煙本数をみると、「30歳未満」では平均29.7本（標準偏差9.6、中央値30.0）となり、全ての年齢階級の中で最も多かった。一方、「70歳以上」では平均20.8本（標準偏差10.7、中央値20.0）となり、全ての年齢階級の中で最も少ない結果となった。

図表 41 禁煙治療開始時における1日あたりの喫煙本数（年齢階級別）：平均値・中央値  
（単位：本）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	3,417	26.2	11.7	20.0
30歳未満	148	29.7	9.6	30.0
30～39歳	620	26.2	10.3	20.0
40～49歳	695	26.8	11.9	20.0
50～59歳	743	27.4	11.8	25.0
60～69歳	747	26.8	12.2	20.0
70歳以上	458	20.8	10.7	20.0

(注)・「全体」には、年齢不明6人が含まれている。

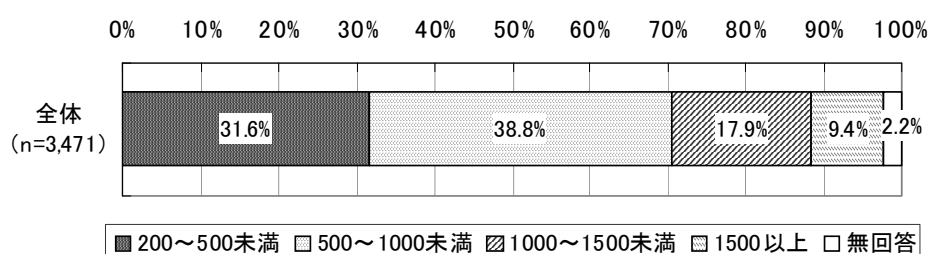
・喫煙本数について記載のあった3,417人を対象に集計した。

#### 4) 禁煙治療開始時におけるブリンクマン指数

禁煙治療開始時におけるブリンクマン指数（喫煙年数×1日あたり喫煙本数）についてみると、「500～1000未満」（38.8%）が最も多く、次いで「200～500未満」（31.6%）、「1000～1500未満」（17.9%）、「1500以上」（9.4%）であった。ブリンクマン指数の平均は789.1（標準偏差497.4、中央値680.0）であった。

男女別にみると、ブリンクマン指数は、男性では平均864.5（標準偏差515.9、中央値800.0）、女性では平均601.6（標準偏差391.8、中央値490.0）となり、男性のほうが高かった。

図表 42 禁煙治療開始時におけるブリンクマン指数



図表 43 禁煙治療開始時におけるブリンクマン指数（男女別）：平均値・中央値

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	3,395	789.1	497.4	680.0
男 性	2,414	864.5	515.9	800.0
女 性	964	601.6	391.8	490.0

(注)・「全体」には、性別不明17人が含まれている。

・喫煙年数及び喫煙本数について記載のあった3,395人を対象に集計した。

年齢階級別にみると、70歳未満までは年齢が高くなるほどブリンクマン指数の平均値は高くなった。また、中央値でみると、「70歳以上」の年齢階級も含めて、年齢が高くなるほどブリンクマン指数も高くなった。

図表 44 禁煙治療開始時におけるブリンクマン指数（年齢階級別）：平均値・中央値

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	3,395	789.1	497.4	680.0
30歳未満	147	291.7	120.6	240.0
30～39歳	617	425.0	209.0	360.0
40～49歳	690	651.4	336.3	560.0
50～59歳	739	894.7	434.1	800.0
60～69歳	744	1,069.5	541.6	920.0
70歳以上	452	1,017.6	563.8	1,000.0

(注)・「全体」には、年齢不明6人が含まれている。

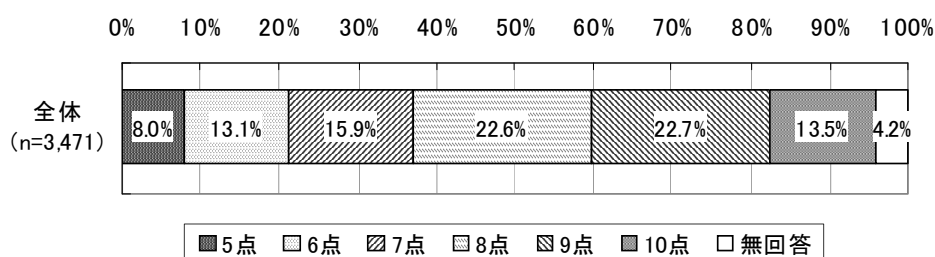
・喫煙年数及び喫煙本数について記載のあった3,395人を対象に集計した。

## 5) TDS 点数

禁煙治療開始時の TDS 点数<sup>1</sup>についてみると、「9 点」(22.7%) が最も多く、次いで「8 点」(22.6%)、「7 点」(15.9%)、「10 点」(13.5%)、「6 点」(13.1%)、「5 点」(8.0%) となった。TDS 点数の平均は 7.8 点(標準偏差 1.5、中央値 8.0)であった。

男女別にみると、TDS 点数は、男性では平均 7.8 点(標準偏差 1.5、中央値 8.0)、女性では平均 8.0 点(標準偏差 1.5、中央値 8.0)となった。

図表 45 禁煙治療開始時における TDS 点数



図表 46 禁煙治療開始時における TDS 点数(男女別): 平均値・中央値  
(単位: 点)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	3,326	7.8	1.5	8.0
男性	2,364	7.8	1.5	8.0
女性	945	8.0	1.5	8.0

(注)・「全体」には、性別不明 17 人が含まれている。

・TDS 点数について記載のあった 3,326 人を対象に集計した。

<sup>1</sup> TDS (Tobacco Dependence Screener) は、保険適用の対象患者を抽出するために実施するニコチン依存症のスクリーニングテストである。10 項目の質問で構成され、「はい」を 1 点、「いいえ」を 0 点として合計得点を計算する。点数が高いほどニコチン依存度が高いと判断され、5 点以上がニコチン依存症と診断される。

年齢階級別に TDS 点数をみると、年齢階級が高くなるほど TDS 点数の平均値が低くなる傾向がみられた。

図表 47 禁煙治療開始時における TDS 点数（年齢階級別）：平均値・中央値

（単位：点）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全 体	3,326	7.8	1.5	8.0
30 歳未満	145	8.3	1.3	9.0
30～39 歳	608	8.0	1.5	8.0
40～49 歳	676	7.9	1.4	8.0
50～59 歳	717	7.8	1.5	8.0
60～69 歳	729	7.8	1.5	8.0
70 歳以上	443	7.5	1.5	8.0

(注)・「全体」には、年齢不明 8 人が含まれている。

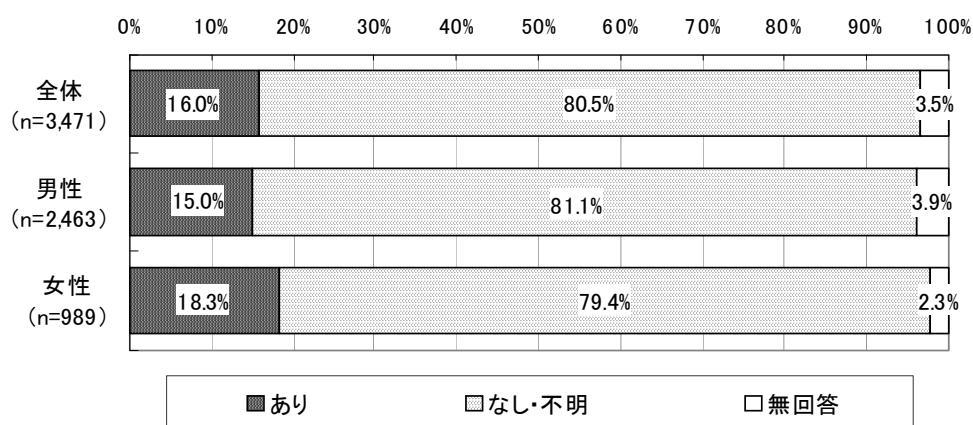
・ TDS 点数について記載のあった 3,326 人を対象に集計した。

## 6) 保険再算定の有無

禁煙治療開始時における保険再算定の有無<sup>2</sup>についてみると、保険再算定が「あり」は16.0%であり、「なし・不明」が80.5%であった。

男女別にみると、女性は男性と比較して、保険再算定「あり」の割合が3.3ポイント高かった。

図表 48 禁煙治療開始時における保険再算定の有無（男女別）

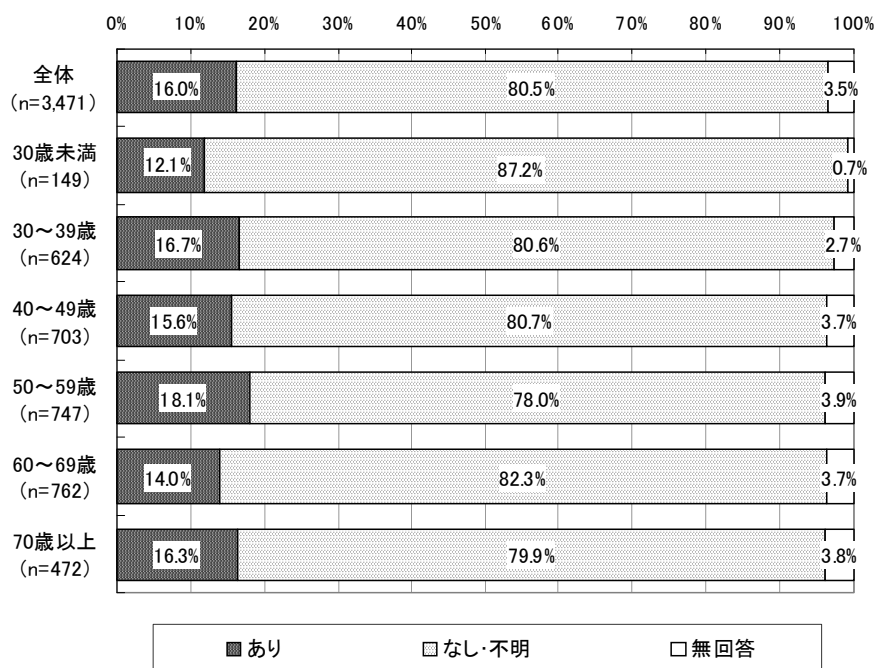


(注)「全体」には、性別不明19人が含まれている。

<sup>2</sup> 今回のニコチン依存症管理料による禁煙治療（保険適用）とは別に、過去にニコチン依存管理料による禁煙治療を受けた経験があれば、「保険再算定あり」となる。

年齢階級別にみると、保険再算定「あり」の割合が最も高かったのは「50～59歳」（18.1%）で、次いで「30～39歳」（16.7%）、「70歳以上」（16.3%）であった。一方、最も低かったのは「30歳未満」（12.1%）であった。

図表 49 禁煙治療開始時における保険再算定の有無（年齢階級別）



(注) 「全体」には、年齢不明 14 人が含まれている。

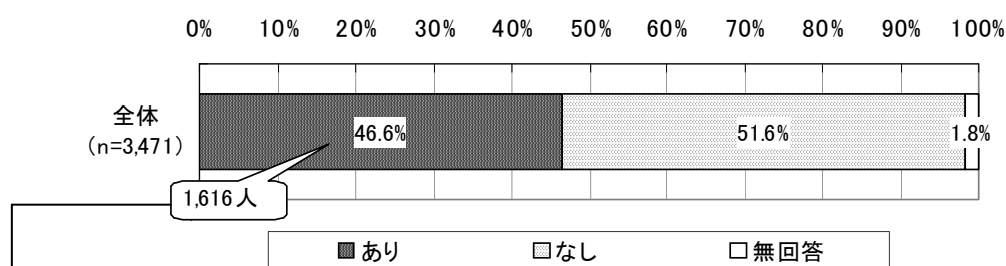


## 7) 禁煙治療開始時における治療中の合併症の有無

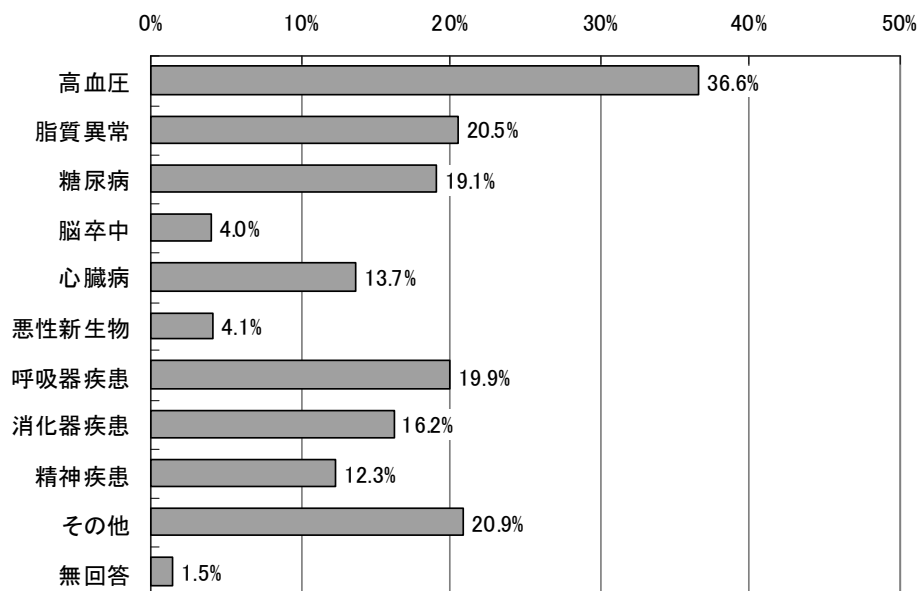
禁煙治療開始時における治療中の合併症の有無についてみると、合併症「あり」が46.6%（1,616人）であり、「なし」が51.6%であった。

合併症が「あり」という患者について合併症の内容をみると、「高血圧」（36.6%）が最も多く、次いで「脂質異常」（20.5%）、「呼吸器疾患」（19.9%）、「糖尿病」（19.1%）となった。

図表 50 禁煙治療開始時における合併症の有無



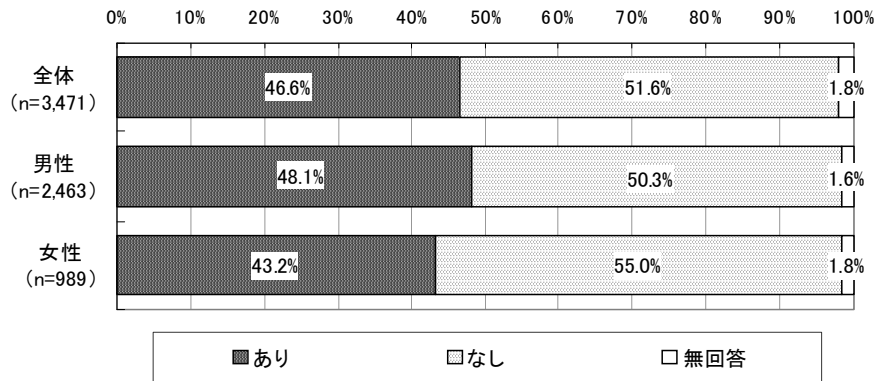
図表 51 禁煙治療開始時における合併症の内容（合併症のある患者）  
(n=1,616、複数回答)



男女別にみると、男性は女性と比較して、合併症「あり」の割合が4.9ポイント高かった。

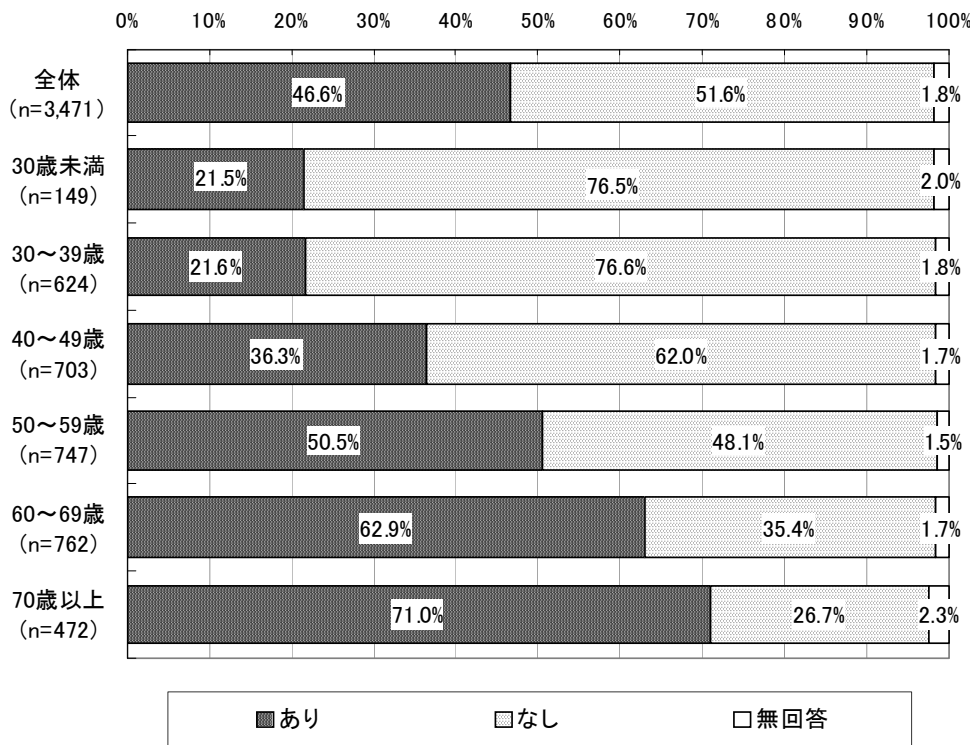
年齢階級別にみると、年齢階級が高くなるほど「あり」の割合が高くなる傾向がみられた。「あり」の割合は、「30歳未満」では21.5%であったが、「50～59歳」では50.5%と「なし」(48.1%)を上回り、「70歳以上」では71.0%と更に高い結果となった。

図表 52 禁煙治療開始時における合併症の有無（男女別）



(注)「全体」には、性別不明 19 人が含まれている。

図表 53 禁煙治療開始時における合併症の有無（年齢階級別）

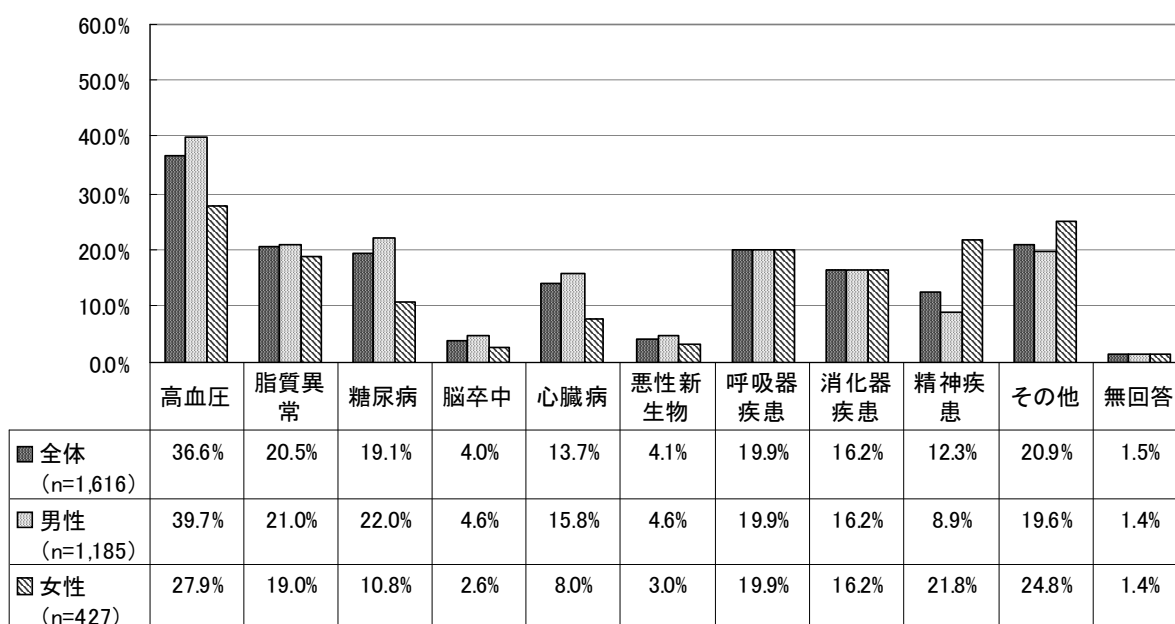


(注)「全体」には、年齢不明 14 人が含まれている。

男女別に、禁煙治療開始時における合併症の内容をみると、男性では「高血圧」(39.7%)が最も多く、次いで「糖尿病」(22.0%)、「脂質異常」(21.0%)、「呼吸器疾患」(19.9%)、「消化器疾患」(16.2%)、「心臓病」(15.8%)となった。女性では「高血圧」(27.9%)が最も多く、次いで「精神疾患」(21.8%)、「呼吸器疾患」(19.9%)、「脂質異常」(19.0%)、「消化器疾患」(16.2%)、「糖尿病」(10.8%)となった。

男性のほうが割合が高かったのは、「高血圧」(男性 39.7%、女性 27.9%)、「糖尿病」(男性 22.0%、女性 10.8%)、「心臓病」(男性 15.8%、女性 8.0%)、「脳卒中」(男性 4.6%、女性 2.6%)であった。一方、女性のほうが割合が高かったのは、「精神疾患」(女性 21.8%、男性 8.9%)であった。

図表 54 禁煙治療開始時における合併症（合併症のある患者）  
（男女別、複数回答）



(注)「全体」には、性別不明4人が含まれている。

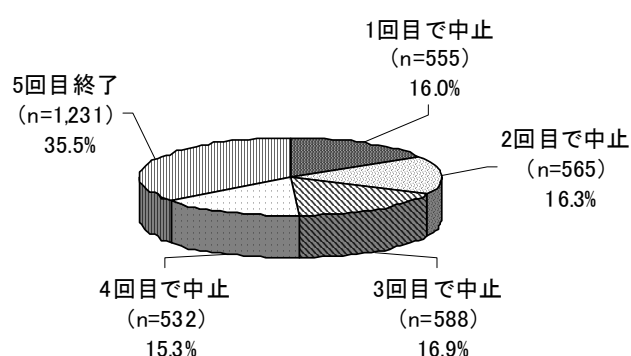
## ② 保険適用期間中の経過と追加治療の有無

### 1) ニコチン依存症管理料算定回数の状況

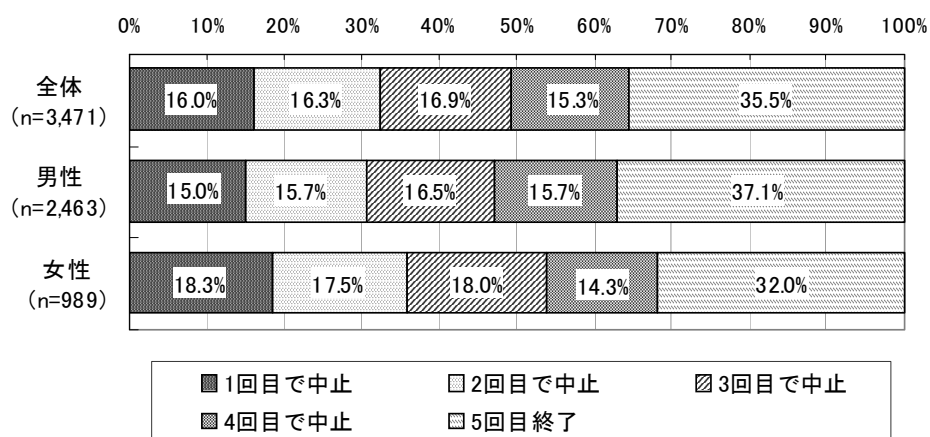
ニコチン依存症管理料算定回数（＝治療回数）の状況についてみると、「5回目終了」（35.5%）が最も多く、次いで「3回目で中止」（16.9%）、「2回目で中止」（16.3%）、「1回目で中止」（16.0%）、「4回目で中止」（15.3%）であった。

男女別にみると、男性は女性と比較して「5回目終了」の割合が5.1ポイント高かった。

図表 55 ニコチン依存症管理料算定回数の状況（n=3,471）



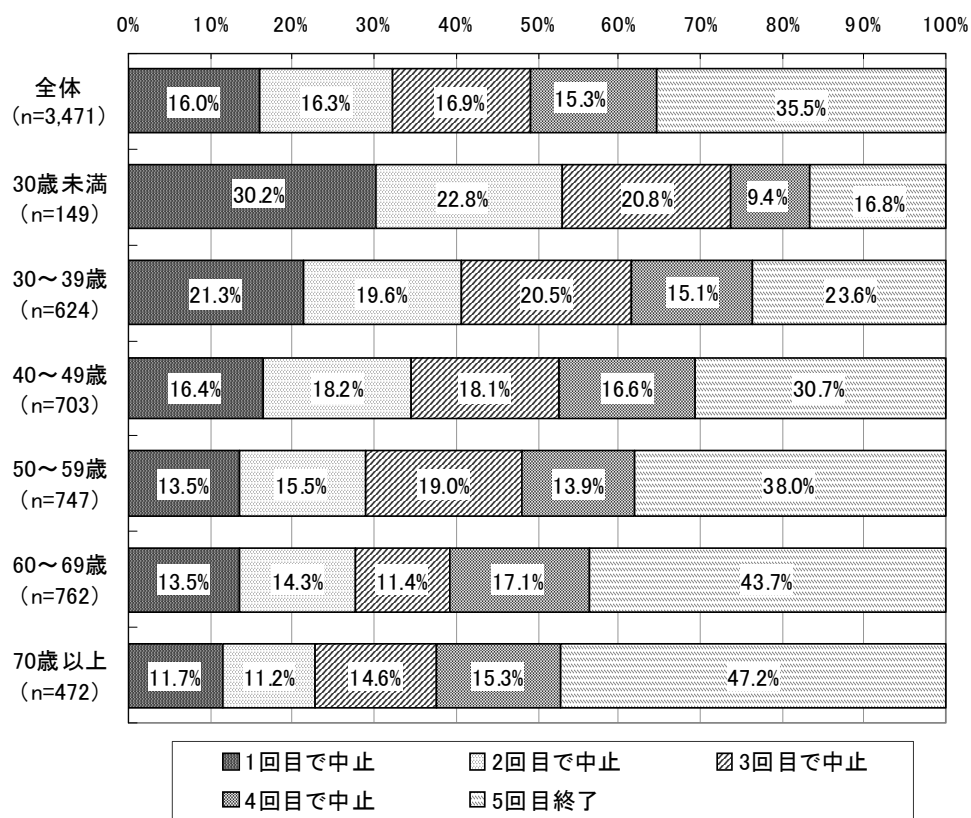
図表 56 ニコチン依存症管理料算定回数の状況（男女別）



(注)「全体」には、性別不明 19 人が含まれている。

年齢階級別にみると、年齢が高くなるほど算定回数が多くなる傾向がみられた。

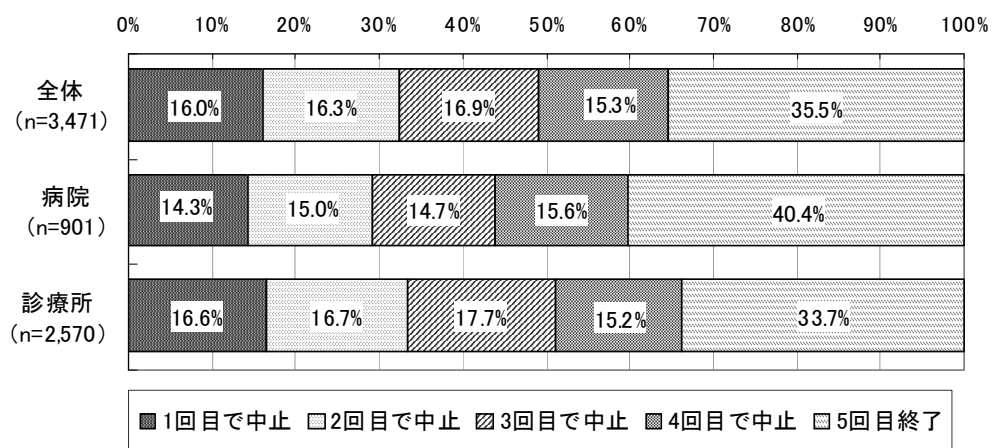
図表 57 ニコチン依存症管理料算定回数の状況（年齢階級別）



(注)「全体」には、年齢不明 14 人が含まれている。

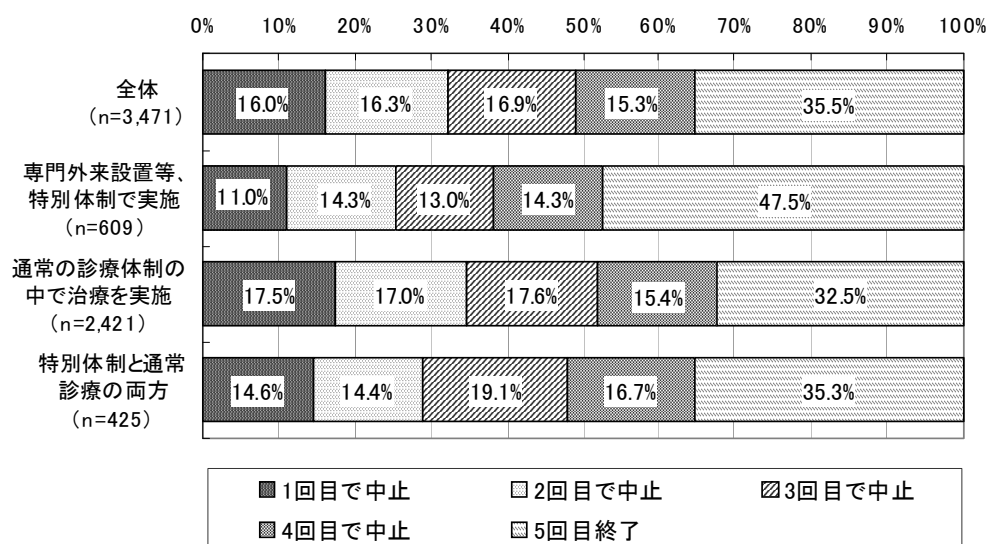
禁煙治療を受けた施設の種類の別に見ると、病院は診療所と比較して「5回目終了」の割合が6.7ポイント高かった。

図表 58 ニコチン依存症管理料算定回数の状況（禁煙治療を受けた施設の種類の別）



治療を受けた施設における禁煙治療体制別の別に見ると、「専門外来設置等、特別体制で治療を実施」している施設は「通常の診療体制の中で治療を実施」している施設と比較して、「5回目終了」の割合が15.0ポイント高かった。

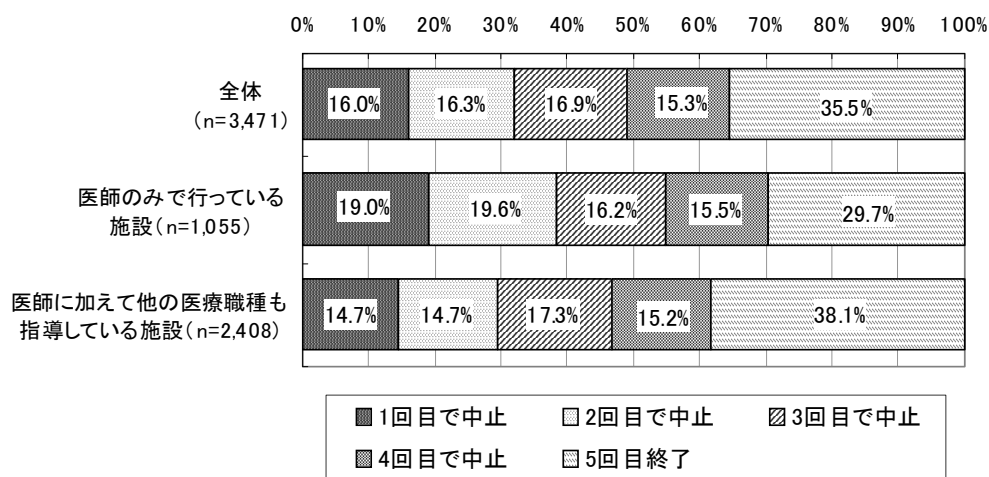
図表 59 ニコチン依存症管理料算定回数の状況（治療を受けた施設の禁煙治療体制別の別）



(注)「全体」には、治療を受けた施設の禁煙治療体制が不明であった患者16人が含まれている。

治療を受けた施設における禁煙指導の実施者別にみると、「医師に加えて他の医療職種も指導している施設」は「医師のみで行っている施設」と比較して、「5回目終了」の割合が8.4ポイント高かった。

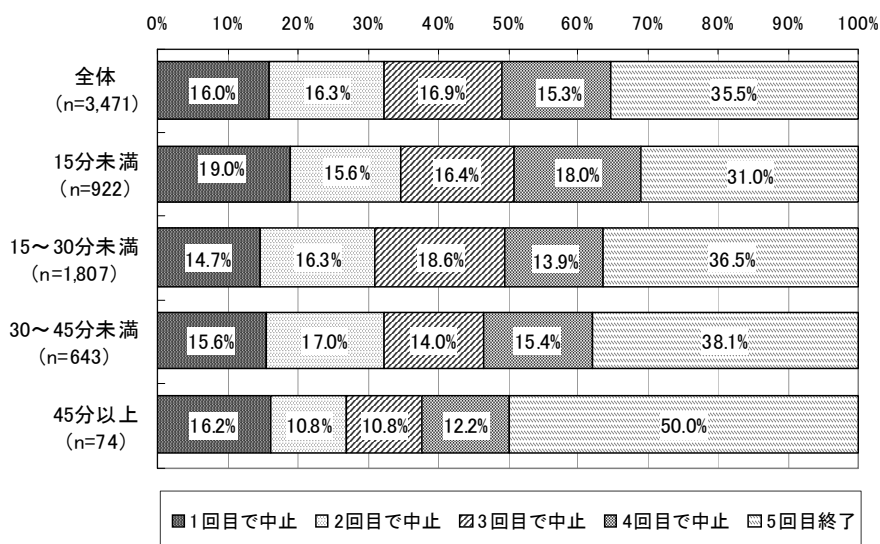
図表 60 ニコチン依存症管理料算定回数の状況  
(治療を受けた施設における禁煙指導の実施者別)



(注)「全体」には、治療を受けた施設における禁煙指導の実施者が不明であった患者8人が含まれている。

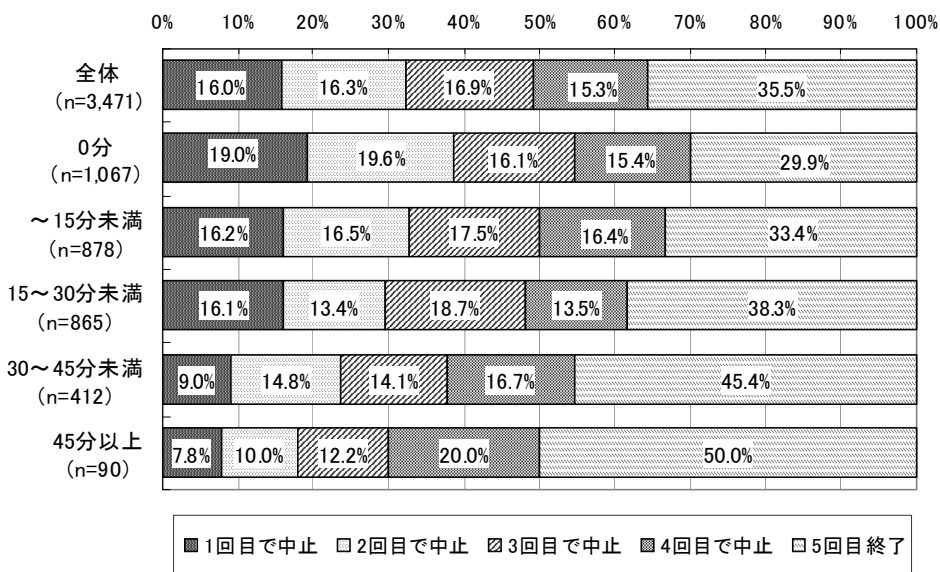
医師の1回あたりの平均禁煙指導時間（初回の指導）別にみると、指導時間が長いほど、「5回目終了」の割合が高くなる傾向がみられた。他の医療職種についても同様の傾向がみられた。

図表 61 ニコチン依存症管理料算定回数の状況  
（医師の1回あたりの平均禁煙指導時間（初回の指導）別）



（注）「全体」には、医師の1回あたりの平均禁煙指導時間が不明であった患者8人が含まれている。

図表 62 ニコチン依存症管理料算定回数の状況  
（他の医療職種の1回あたりの平均禁煙指導時間（初回の指導）別）

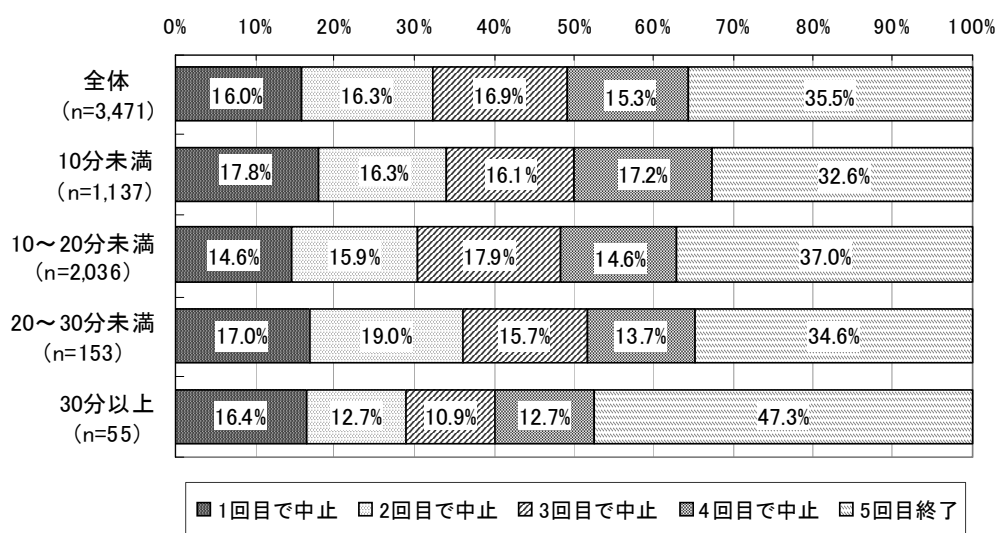


（注）「全体」には、他の医療職種の1回あたりの平均禁煙指導時間が不明であった患者159人が含まれている。



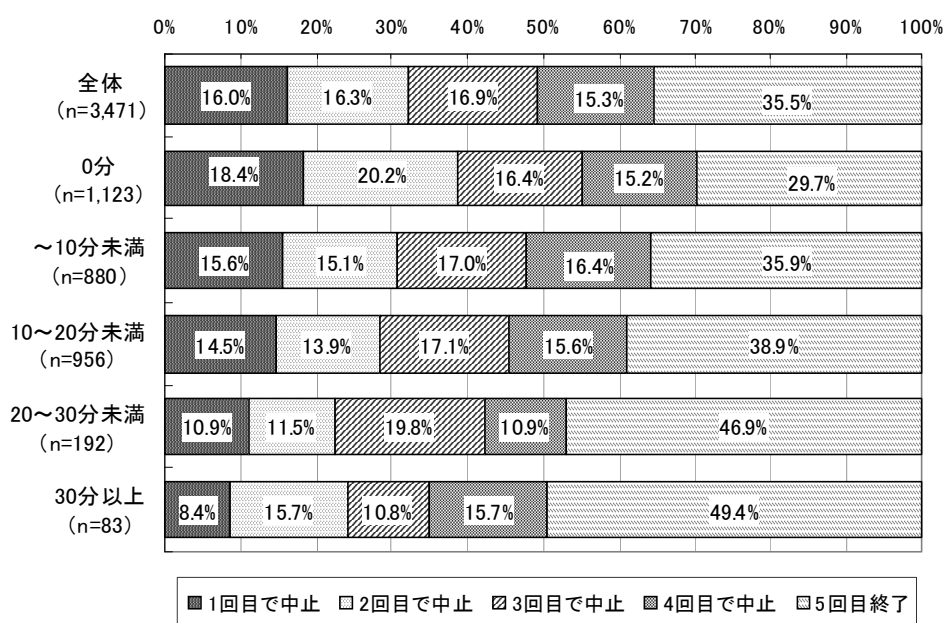
医師の1回あたりの平均禁煙指導時間（2回目以降の指導）別にみると、指導時間が長いほど、「5回目終了」の割合が高くなる傾向がみられた。他の医療職種についても同様の傾向がみられた。

図表 63 ニコチン依存症管理料算定回数の状況  
(医師の1回あたりの平均禁煙指導時間（2回目以降の指導）別)



(注)「全体」には、医師の1回あたりの平均禁煙指導時間が不明であった患者90人が含まれている。

図表 64 ニコチン依存症管理料算定回数の状況  
(他の医療職種の1回あたりの平均禁煙指導時間（2回目以降の指導）別)

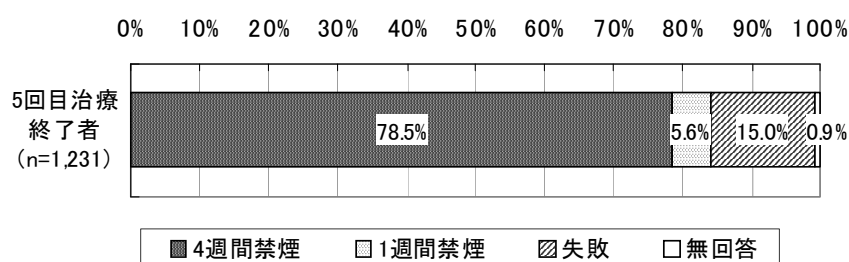


(注)「全体」には、他の医療職種の1回あたりの平均禁煙指導時間が不明であった患者237人が含まれている。

## 2) 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況

ニコチン依存症の禁煙治療を5回全て終了した患者（n=1,231）における、5回目治療終了時の禁煙状況についてみると、「4週間禁煙」が78.5%<sup>3</sup>、「1週間禁煙」が5.6%、「失敗」が15.0%であった。

図表 65 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況



### 【禁煙の定義（治療終了時）】

4週間禁煙	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5回目治療終了時点で禁煙しており、5回終了時からさかのぼって少なくとも4週間、1本も吸わずに禁煙を継続している人</li> <li>・かつ、4回目と5回目の治療時の呼気一酸化炭素濃度の値が非喫煙者レベル（8ppm未満）であった人</li> </ul>
1週間禁煙	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5回の治療が終了している時点で禁煙しており、5回終了時点からさかのぼって少なくとも1週間、1本も吸わずに禁煙を継続している人</li> <li>・かつ、5回目治療時の呼気一酸化炭素濃度の値が非喫煙者レベル（8ppm未満）であった人</li> </ul>
失敗	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙状況が把握できたが、上記の「4週間禁煙」「1週間禁煙」のいずれにもあてはまらなかった人</li> </ul>

<sup>3</sup> 平成18年度調査では73.8%。

男女別にみると、男性では「4週間禁煙」が79.1%、「1週間禁煙」が5.4%、「失敗」が14.6%であった。また、女性では「4週間禁煙」が76.6%、「1週間禁煙」が6.3%、「失敗」が16.5%であった。

図表 66 5回の治療を終了した患者における治療終了時の禁煙状況（男女別）

	総数	4週間 禁煙	1週間 禁煙	失敗	無回答
全 体	1,231 100.0%	966 78.5%	69 5.6%	185 15.0%	11 0.9%
男 性	914 100.0%	723 79.1%	49 5.4%	133 14.6%	9 1.0%
女 性	316 100.0%	242 76.6%	20 6.3%	52 16.5%	2 0.6%

(注)「全体」には、性別不明1人が含まれている。

年齢階級別にみると、「4週間禁煙」の割合は、「50～59歳」（80.3%）が最も高く、次いで「70歳以上」（79.4%）、「60～69歳」（78.1%）、「40～49歳」（77.3%）、「30～39歳」（76.9%）、「30歳未満」（72.0%）となった。

図表 67 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況（年齢階級別）

	総数	4週間 禁煙	1週間 禁煙	失敗	無回答
全 体	1,231 100.0%	966 78.5%	69 5.6%	185 15.0%	11 0.9%
30歳未満	25 100.0%	18 72.0%	3 12.0%	4 16.0%	0 0.0%
30～39歳	147 100.0%	113 76.9%	9 6.1%	25 17.0%	0 0.0%
40～49歳	216 100.0%	167 77.3%	9 4.2%	38 17.6%	2 0.9%
50～59歳	284 100.0%	228 80.3%	17 6.0%	36 12.7%	3 1.1%
60～69歳	333 100.0%	260 78.1%	19 5.7%	51 15.3%	3 0.9%
70歳以上	223 100.0%	177 79.4%	12 5.4%	31 13.9%	3 1.3%

(注)「全体」には、年齢不明3人が含まれている。

ブリンクマン指数別にみると、「4週間禁煙」の割合は、ブリンクマン指数が「1000～1500未満」(81.4%)で最も高く、次いで「1500以上」(78.4%)、「500～1000未満」(77.9%)、「200～500未満」(77.2%)となった。

図表 68 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況  
(ブリンクマン指数別)

	総数	4週間 禁煙	1週間 禁煙	失敗	無回答
全 体	1,231 100.0%	966 78.5%	69 5.6%	185 15.0%	11 0.9%
200～500 未満	312 100.0%	241 77.2%	20 6.4%	49 15.7%	2 0.6%
500～1000 未満	502 100.0%	391 77.9%	32 6.4%	75 14.9%	4 0.8%
1000～1500 未満	258 100.0%	210 81.4%	10 3.9%	35 13.6%	3 1.2%
1500 以上	139 100.0%	109 78.4%	6 4.3%	23 16.5%	1 0.7%

(注)「全体」には、ブリンクマン指数不明 20 人が含まれている。

TDS 点数別にみると、TDS 点数が低いほど「4週間禁煙」の割合が高く、禁煙に成功している傾向がみられた。

図表 69 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況 (TDS 点数別)

	総数	4週間 禁煙	1週間 禁煙	失敗	無回答
全 体	1,231 100.0%	966 78.5%	69 5.6%	185 15.0%	11 0.9%
5 点	105 100.0%	90 85.7%	5 4.8%	8 7.6%	2 1.9%
6 点	168 100.0%	135 80.4%	8 4.8%	25 14.9%	0 0.0%
7 点	201 100.0%	162 80.6%	7 3.5%	29 14.4%	3 1.5%
8 点	295 100.0%	230 78.0%	18 6.1%	44 14.9%	3 1.0%
9 点	274 100.0%	200 73.0%	22 8.0%	51 18.6%	1 0.4%
10 点	153 100.0%	120 78.4%	9 5.9%	22 14.4%	2 1.3%

(注)「全体」には、TDS 点数不明 35 人が含まれている。

合併症の有無別にみると、「4週間禁煙」の割合は、合併症「あり」では77.3%、「なし」では80.3%となり、合併症「なし」のほうが3.0ポイント高かった。

次に合併症の内容別にみると、「4週間禁煙」の割合が最も高かったのは「脳卒中」(92.0%)であり、次いで「消化器疾患」(81.6%)、「糖尿病」(78.9%)、「脂質異常」(78.5%)となった。一方、「4週間禁煙」の割合が最も低かったのは、「精神疾患」(64.3%)であり、次いで「悪性新生物」(69.2%)となった。特に「精神疾患」では「失敗」(24.3%)の割合が「全体」と比較して9.3ポイント高い結果となった。

図表 70 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況（合併症の状況別）

		総数	4週間 禁煙	1週間 禁煙	失敗	無回答
全 体		1,231 100.0%	966 78.5%	69 5.6%	185 15.0%	11 0.9%
合併症有無	あり	706 100.0%	546 77.3%	45 6.4%	113 16.0%	2 0.3%
	なし	508 100.0%	408 80.3%	23 4.5%	70 13.8%	7 1.4%
合併症の内容	高血圧	298 100.0%	232 77.9%	20 6.7%	45 15.1%	1 0.3%
	脂質異常	172 100.0%	135 78.5%	9 5.2%	28 16.3%	0 0.0%
	糖尿病	142 100.0%	112 78.9%	8 5.6%	21 14.8%	1 0.7%
	脳卒中	25 100.0%	23 92.0%	0 0.0%	2 8.0%	0 0.0%
	心臓病	112 100.0%	87 77.7%	4 3.6%	21 18.8%	0 0.0%
	悪性新生物	26 100.0%	18 69.2%	3 11.5%	5 19.2%	0 0.0%
	呼吸器疾患	134 100.0%	100 74.6%	10 7.5%	22 16.4%	2 1.5%
	消化器疾患	98 100.0%	80 81.6%	5 5.1%	13 13.3%	0 0.0%
	精神疾患	70 100.0%	45 64.3%	8 11.4%	17 24.3%	0 0.0%
	その他	144 100.0%	115 79.9%	4 2.8%	25 17.4%	0 0.0%

(注)「全体」には、合併症の有無が不明であった患者17人が含まれている。

保険適用中の禁煙補助剤の使用状況別にみると、「4週間禁煙」の割合が高かったのは、「いずれも使用せず」(90.6%)であったが、当該患者数が少ないことに留意する必要がある。また、「バレニクリンのみ」と「ニコチンパッチのみ」を比較すると、「バレニクリンのみ」のほうが「4週間禁煙」の割合が2.2ポイント高かった。

図表 71 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況  
(保険適用中の禁煙補助剤の使用状況別)

	総数	4週間 禁煙	1週間 禁煙	失敗	無回答
全 体	1,231 100.0%	966 78.5%	69 5.6%	185 15.0%	11 0.9%
ニコチンパッチのみ	364 100.0%	280 76.9%	19 5.2%	63 17.3%	2 0.5%
バレニクリンのみ	718 100.0%	568 79.1%	42 5.8%	102 14.2%	6 0.8%
ニコチンパッチ・バレニクリン	18 100.0%	14 77.8%	1 5.6%	3 16.7%	0 0.0%
ニコチンパッチとニコチンガムの併用	10 100.0%	5 50.0%	1 10.0%	4 40.0%	0 0.0%
その他	73 100.0%	57 78.1%	5 6.8%	8 11.0%	3 4.1%
いずれも使用せず	32 100.0%	29 90.6%	1 3.1%	2 6.3%	0 0.0%

(注)・「全体」には、保険適用中の禁煙補助剤の使用状況が不明であった患者16人が含まれている。

・「ニコチンパッチ・バレニクリン」とは、一方から他方へ切り替えて使用した場合。

治療を受けた施設の種類の別に見ると、病院は診療所と比較して「4週間禁煙」の割合が1.7ポイント高かった。

図表 72 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況  
(治療を受けた施設の種類の別)

	総数	4週間 禁煙	1週間 禁煙	失敗	無回答
全 体	1,231 100.0%	966 78.5%	69 5.6%	185 15.0%	11 0.9%
病 院	364 100.0%	290 79.7%	19 5.2%	51 14.0%	4 1.1%
診療所	867 100.0%	676 78.0%	50 5.8%	134 15.5%	7 0.8%

治療を受けた施設の禁煙治療体制の別に見ると、「専門外来設置等、特別体制で実施」は「通常の診療体制の中で治療を実施」と比較して「4週間禁煙」の割合が4.7ポイント高かった。

図表 73 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況  
(治療を受けた施設の禁煙治療体制の別)

	総数	4週間 禁煙	1週間 禁煙	失敗	無回答
全 体	1,231 100.0%	966 78.5%	69 5.6%	185 15.0%	11 0.9%
専門外来設置等、 特別体制で実施	289 100.0%	237 82.0%	14 4.8%	36 12.5%	2 0.7%
通常の診療体制の 中で治療を実施	788 100.0%	609 77.3%	50 6.3%	121 15.4%	8 1.0%
特別体制と通常診 療の両方	150 100.0%	117 78.0%	4 2.7%	28 18.7%	1 0.7%
その他	4 100.0%	3 75.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%

治療を受けた施設における禁煙指導の実施者別にみると、「医師のみで行っている」は「医師に加えて他の医療職種も指導」と比較して、「4週間禁煙」の割合は4.0ポイント高かった。

図表 74 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況  
(治療を受けた施設における禁煙指導の実施者別)

	総数	4週間禁煙	1週間禁煙	失敗	無回答
全 体	1,231 100.0%	966 78.5%	69 5.6%	185 15.0%	11 0.9%
医師のみで行っている	313 100.0%	255 81.5%	18 5.8%	38 12.1%	2 0.6%
医師に加えて他の医療職種も指導	918 100.0%	711 77.5%	51 5.6%	147 16.0%	9 1.0%

治療を受けた施設における禁煙治療内容別にみると、「標準手順書に加えて独自治療を実施」は、「標準手順書に従った禁煙治療を実施」と比較して「4週間禁煙」の割合が9.0ポイント高かった。

図表 75 5回の治療を終了した患者の治療終了時の禁煙状況  
(治療を受けた施設における禁煙治療内容別)

	総数	4週間禁煙	1週間禁煙	失敗	無回答
全 体	1,231 100.0%	966 78.5%	69 5.6%	185 15.0%	11 0.9%
標準手順書に従った禁煙治療を実施	1,015 100.0%	781 76.9%	61 6.0%	164 16.2%	9 0.9%
標準手順書に加えて独自治療を実施	199 100.0%	171 85.9%	8 4.0%	18 9.0%	2 1.0%
その他	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における禁煙治療内容が不明であった患者15人が含まれている。

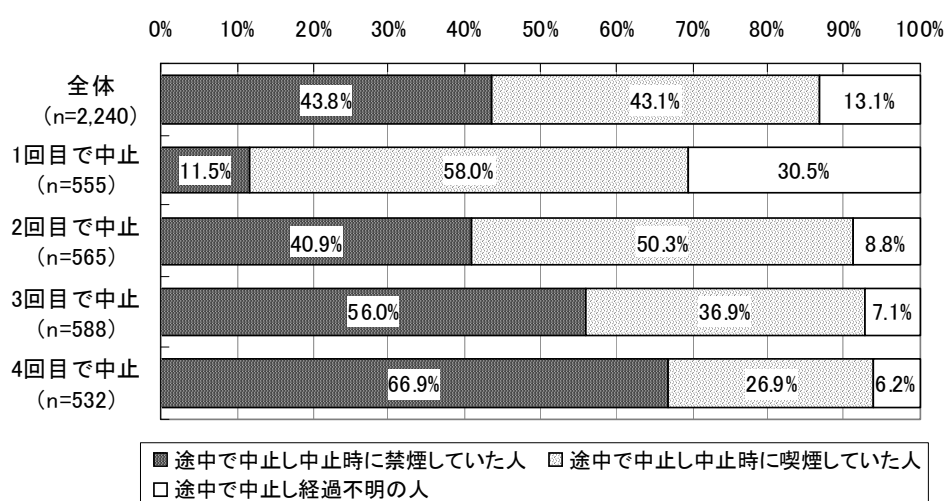


### 3) 5回の治療を途中で中止した患者の中止時の禁煙状況

ニコチン依存症管理料の算定（治療）を5回目より前に中止した患者（n=2,240）では、「中止時に禁煙していた人」が43.8%、「中止時に喫煙していた人」が43.1%であった。

治療を受けた回数が多いほど、中止時に禁煙していた人の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 76 ニコチン依存症管理料の治療中止時の状況

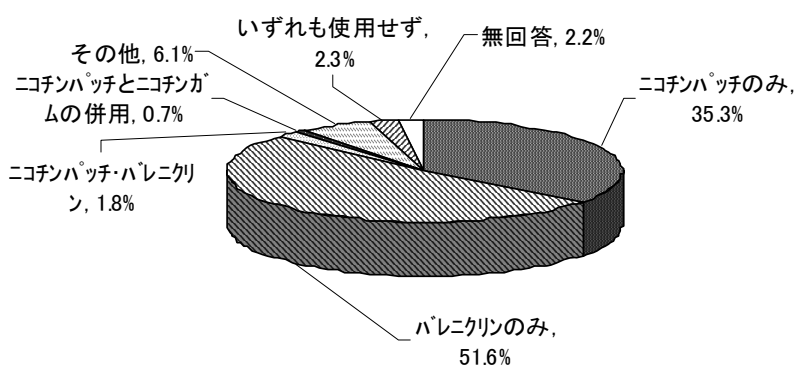


#### 4) 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況

保険適用中の禁煙補助剤の使用状況についてみると、「バレニクリンのみ」(51.6%)が最も多く、次いで「ニコチンパッチのみ」(35.3%)となった。また、「いずれも使用せず」(2.3%)という患者もわずかではあるがみられた。

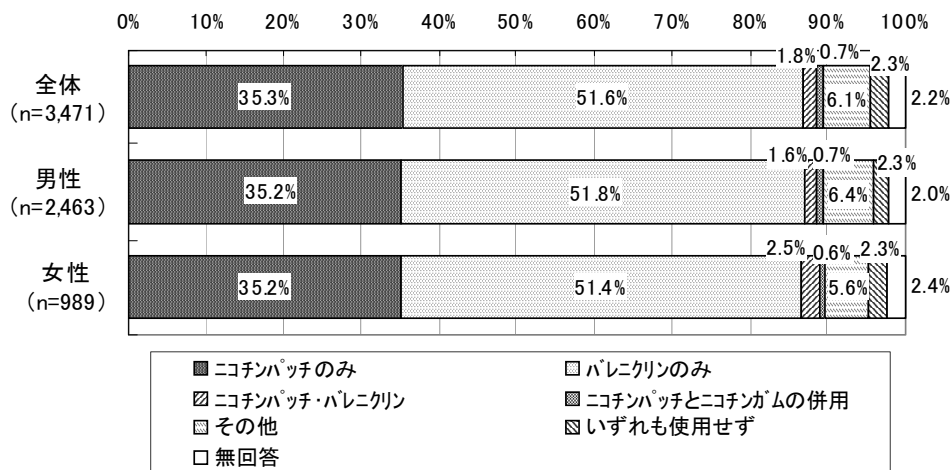
なお、性別による違いはみられなかった。

図表 77 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況



(注) 「ニコチンパッチ・バレニクリン」とは、一方から他方へ切り替えて使用した場合。

図表 78 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況 (男女別)



(注) 「ニコチンパッチ・バレニクリン」とは、一方から他方へ切り替えて使用した場合。

年齢階級別にみると、「70歳以上」を除く、全ての年齢階級で「バレニクリンのみ」が50.0%を超えていた。「70歳以上」では「バレニクリンのみ」(47.5%)が「全体」や他の年齢階級と比較して低かった。また、「70歳以上」では、「ニコチンパッチのみ」が「全体」と比較して2.8ポイント高かった。

図表 79 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況（年齢階級別）

	総数	ニコチンパッチのみ	バレニクリンのみ	ニコチンパッチ・バレニクリン	ニコチンパッチとニコチンガムの併用	その他	いずれも使用せず	無回答
全 体	3,471 100.0%	1,225 35.3%	1,791 51.6%	64 1.8%	24 0.7%	213 6.1%	79 2.3%	75 2.2%
30歳未満	149 100.0%	59 39.6%	79 53.0%	2 1.3%	0 0.0%	6 4.0%	2 1.3%	1 0.7%
30～39歳	624 100.0%	224 35.9%	322 51.6%	14 2.2%	3 0.5%	40 6.4%	14 2.2%	7 1.1%
40～49歳	703 100.0%	229 32.6%	374 53.2%	10 1.4%	6 0.9%	48 6.8%	19 2.7%	17 2.4%
50～59歳	747 100.0%	269 36.0%	383 51.3%	15 2.0%	4 0.5%	44 5.9%	15 2.0%	17 2.3%
60～69歳	762 100.0%	261 34.3%	404 53.0%	12 1.6%	8 1.0%	47 6.2%	14 1.8%	16 2.1%
70歳以上	472 100.0%	180 38.1%	224 47.5%	10 2.1%	3 0.6%	28 5.9%	13 2.8%	14 3.0%

(注)・「全体」には、年齢不明14人が含まれている。

・「ニコチンパッチ・バレニクリン」とは、一方から他方へ切り替えて使用した場合。

合併症の有無別にみると、合併症の有無による禁煙補助剤の使用状況に大きな違いはみられなかった。

合併症の内容別にみると、「全体」と比較して「ニコチンパッチのみ」の割合が高かったのは、「悪性新生物」（47.8%）、「脳卒中」（47.7%）、「精神疾患」（46.2%）であった。同様に、「全体」と比較して「バレニクリンのみ」の割合が高かったのは、「脂質異常」（58.3%）、「呼吸器疾患」（56.5%）、「高血圧」（55.6%）であった。このほか、「心臓病」では、「いずれも使用せず」が「全体」や他の疾患と比較してやや高かった。

図表 80 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況（合併症の状況別）

		総数	ニコチンパッチのみ	バレニクリンのみ	ニコチンパッチ・バレニクリン	ニコチンパッチとニコチンガムの併用	その他	いずれも使用せず	無回答
全 体		3,471 100.0%	1,225 35.3%	1,791 51.6%	64 1.8%	24 0.7%	213 6.1%	79 2.3%	75 2.2%
合併症有無	あり	1,616 100.0%	571 35.3%	846 52.4%	39 2.4%	12 0.7%	84 5.2%	40 2.5%	24 1.5%
	なし	1,791 100.0%	635 35.5%	916 51.1%	23 1.3%	11 0.6%	123 6.9%	39 2.2%	44 2.5%
合併症の内容	高血圧	592 100.0%	196 33.1%	329 55.6%	13 2.2%	4 0.7%	29 4.9%	12 2.0%	9 1.5%
	脂質異常	331 100.0%	99 29.9%	193 58.3%	5 1.5%	3 0.9%	16 4.8%	9 2.7%	6 1.8%
	糖尿病	308 100.0%	121 39.3%	159 51.6%	3 1.0%	2 0.6%	11 3.6%	8 2.6%	4 1.3%
	脳卒中	65 100.0%	31 47.7%	31 47.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.5%	2 3.1%
	心臓病	221 100.0%	82 37.1%	113 51.1%	2 0.9%	1 0.5%	12 5.4%	8 3.6%	3 1.4%
	悪性新生物	67 100.0%	32 47.8%	25 37.3%	4 6.0%	2 3.0%	3 4.5%	1 1.5%	0 0.0%
	呼吸器疾患	322 100.0%	108 33.5%	182 56.5%	3 0.9%	2 0.6%	18 5.6%	5 1.6%	4 1.2%
	消化器疾患	262 100.0%	101 38.5%	127 48.5%	4 1.5%	0 0.0%	20 7.6%	5 1.9%	5 1.9%
	精神疾患	199 100.0%	92 46.2%	79 39.7%	9 4.5%	4 2.0%	12 6.0%	1 0.5%	2 1.0%
	その他	338 100.0%	140 41.4%	161 47.6%	8 2.4%	2 0.6%	13 3.8%	11 3.3%	3 0.9%

(注)・「全体」には、合併症有無が不明であった患者 64 人が含まれている。

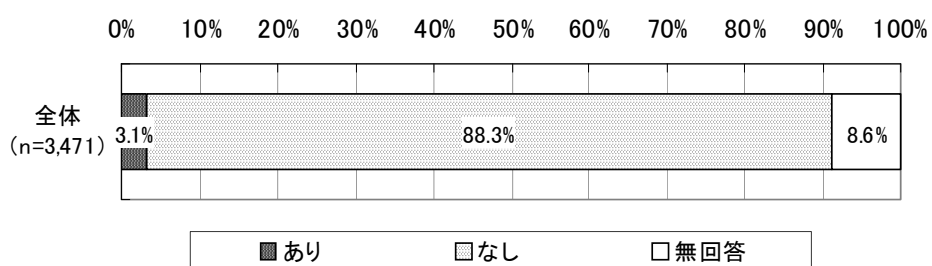
・「ニコチンパッチ・バレニクリン」とは、一方から他方へ切り替えて使用した場合。

### ③ 保険治療終了後の状況

#### 1) ニコチン依存症管理料による禁煙治療終了後の追加禁煙治療の有無

ニコチン依存症管理料による禁煙治療終了後に禁煙治療の追加があったかどうかを尋ねたところ、追加禁煙治療が「あり」という回答は3.1%であり、「なし」が88.3%と大半を占めた。

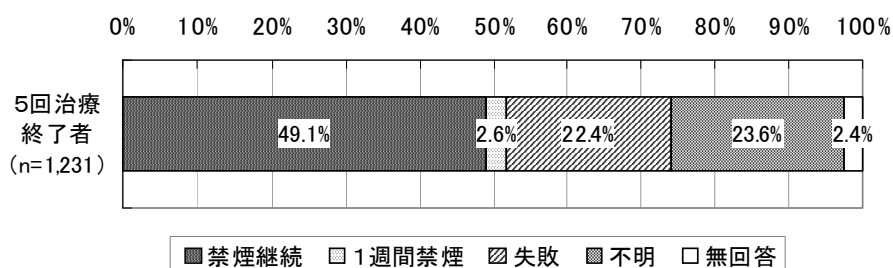
図表 81 ニコチン依存症管理料による禁煙治療終了後の追加禁煙治療の有無



## 2) 5回の治療を全て終了した患者の治療終了9か月後の禁煙状況

5回の禁煙治療を終了した患者 1,231 人における、治療終了9か月後の禁煙状況をみると、「禁煙継続」が49.1%<sup>4</sup>で、「1週間禁煙」が2.6%、「失敗」が22.4%、「不明」が23.6%であった。

図表 82 治療終了9か月後の禁煙状況（5回治療終了者）



### 【禁煙の定義（治療9か月後）】

禁煙継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療終了時に4週間禁煙または1週間禁煙を達成し、かつそれ以降、9か月後調査までの期間、1本も吸わずに禁煙を継続できた人。または治療中断時に禁煙し、かつそれ以降9か月後調査までの期間、1本も吸わずに禁煙を継続している人。</li> <li>禁煙／喫煙の状況については、自己申告とする。</li> </ul>
1週間禁煙	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療終了9か月後の調査時点で禁煙しており、少なくとも1週間は1本も吸わないで禁煙を継続している人。</li> <li>禁煙／喫煙の状況については、自己申告とする。</li> </ul>
失敗	<ul style="list-style-type: none"> <li>喫煙状況が把握できたが、上記の「禁煙継続」「1週間禁煙」のいずれにもあてはまらない人。</li> </ul>
不明	<ul style="list-style-type: none"> <li>喫煙状況が把握できなかった人（調査を拒否した人を含む）。</li> </ul>

<sup>4</sup> 平成19年度に実施した調査では、9か月後の禁煙継続率は45.7%であった。

男女別にみると、男性の「禁煙継続」の割合は49.8%、女性の「禁煙継続」の割合は46.8%であった。

図表 83 治療終了9か月後の禁煙状況（男女別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
男 性	914 100.0%	455 49.8%	26 2.8%	208 22.8%	207 22.6%	18 2.0%
女 性	316 100.0%	148 46.8%	6 1.9%	68 21.5%	83 26.3%	11 3.5%

(注)「全体」には、性別不明1人が含まれている。

年齢階級別にみると、70歳未満では、年齢階級が高くなるほど「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられ、特に「60～69歳」「70歳以上」では50%を上回った。一方、「30歳未満」「30～39歳」では「禁煙継続」の割合が4割程度にとどまった。「30～39歳」では「不明」の割合も高かった。

図表 84 治療終了9か月後の禁煙状況（年齢階級別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
30歳未満	25 100.0%	9 36.0%	3 12.0%	6 24.0%	6 24.0%	1 4.0%
30～39歳	147 100.0%	59 40.1%	2 1.4%	36 24.5%	45 30.6%	5 3.4%
40～49歳	216 100.0%	105 48.6%	3 1.4%	55 25.5%	49 22.7%	4 1.9%
50～59歳	284 100.0%	140 49.3%	5 1.8%	60 21.1%	71 25.0%	8 2.8%
60～69歳	333 100.0%	178 53.5%	13 3.9%	70 21.0%	67 20.1%	5 1.5%
70歳以上	223 100.0%	112 50.2%	6 2.7%	48 21.5%	52 23.3%	5 2.2%

(注)「全体」には、年齢不明3人が含まれている。

喫煙年数別にみると、「禁煙継続」の割合は、喫煙年数が「40年以上」（50.9%）で最も高く、「20年未満」（43.1%）で最も低かった。

図表 85 治療終了9か月後の禁煙状況（喫煙年数別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
20年未満	153 100.0%	66 43.1%	4 2.6%	36 23.5%	45 29.4%	2 1.3%
20～30年未満	265 100.0%	133 50.2%	3 1.1%	63 23.8%	59 22.3%	7 2.6%
30～40年未満	291 100.0%	142 48.8%	8 2.7%	61 21.0%	70 24.1%	10 3.4%
40年以上	503 100.0%	256 50.9%	17 3.4%	108 21.5%	113 22.5%	9 1.8%

(注)「全体」には、喫煙年数不明19人が含まれている。

禁煙治療開始時における1日あたりの喫煙本数別にみると、「禁煙継続」の割合は、「20～30本未満」（52.4%）が最も高く、次いで「10～20本未満」（51.0%）、「10本未満」（47.4%）となった。一方、「30～40本未満」「40本以上」では、「全体」と比べて「禁煙継続」の割合が低く、「失敗」の割合が高い結果となった。

図表 86 治療終了9か月後の禁煙状況  
(1日あたりの喫煙本数別：5回治療終了者)

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
10本未満	19 100.0%	9 47.4%	0 0.0%	4 21.1%	5 26.3%	1 5.3%
10～20本未満	202 100.0%	103 51.0%	5 2.5%	41 20.3%	46 22.8%	7 3.5%
20～30本未満	544 100.0%	285 52.4%	16 2.9%	103 18.9%	131 24.1%	9 1.7%
30～40本未満	213 100.0%	94 44.1%	5 2.3%	60 28.2%	49 23.0%	5 2.3%
40本以上	242 100.0%	109 45.0%	6 2.5%	64 26.4%	57 23.6%	6 2.5%

(注)・「全体」には、喫煙本数不明11人が含まれている。

・「1日あたり喫煙本数」については禁煙治療開始時のもの。



ブリンクマン指数別にみると、「禁煙継続」の割合が最も高かったのは、ブリンクマン指数が「500～1000 未満」(50.6%)であった。しかし、ブリンクマン指数と禁煙継続の割合との間に一定の関係はみられなかった。

図表 87 治療終了9か月後の禁煙状況（ブリンクマン指数別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
200～500 未満	312 100.0%	148 47.4%	6 1.9%	71 22.8%	79 25.3%	8 2.6%
500～1000 未満	502 100.0%	254 50.6%	15 3.0%	103 20.5%	121 24.1%	9 1.8%
1000～1500 未満	258 100.0%	125 48.4%	7 2.7%	61 23.6%	56 21.7%	9 3.5%
1500 以上	139 100.0%	69 49.6%	4 2.9%	33 23.7%	31 22.3%	2 1.4%

(注)「全体」には、ブリンクマン指数不明20人が含まれている。

TDS 点数別にみると、「6点」のカテゴリを除くと、TDS 点数が高いほど、「禁煙継続」の割合が低くなる傾向がみられた。TDS「6点」では、「禁煙継続」(41.7%)の割合が最も低く、「失敗」(28.6%)の割合が最も高かった。

図表 88 治療終了9か月後の禁煙状況（TDS 点数別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
5点	105 100.0%	62 59.0%	5 4.8%	18 17.1%	19 18.1%	1 1.0%
6点	168 100.0%	70 41.7%	7 4.2%	48 28.6%	42 25.0%	1 0.6%
7点	201 100.0%	109 54.2%	6 3.0%	40 19.9%	39 19.4%	7 3.5%
8点	295 100.0%	146 49.5%	3 1.0%	63 21.4%	74 25.1%	9 3.1%
9点	274 100.0%	133 48.5%	7 2.6%	63 23.0%	63 23.0%	8 2.9%
10点	153 100.0%	66 43.1%	4 2.6%	37 24.2%	44 28.8%	2 1.3%

(注)「全体」には、TDS 点数不明35人が含まれている。

使用した禁煙補助剤別にみると、サンプル数が少ない「いずれも使用せず」を除くと、「禁煙継続」の割合が最も高かったのは「バレニクリンのみ」(50.1%)であり、次いで「ニコチンパッチのみ」(49.2%)となった。

図表 89 治療終了9か月後の禁煙状況（使用した禁煙補助剤別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
ニコチンパッチのみ	364 100.0%	179 49.2%	9 2.5%	80 22.0%	83 22.8%	13 3.6%
バレニクリンのみ	718 100.0%	360 50.1%	18 2.5%	168 23.4%	161 22.4%	11 1.5%
ニコチンパッチ・バレニクリン	18 100.0%	7 38.9%	1 5.6%	6 33.3%	4 22.2%	0 0.0%
ニコチンパッチとニコチンガムの併用	10 100.0%	4 40.0%	0 0.0%	2 20.0%	2 20.0%	2 20.0%
その他	73 100.0%	27 37.0%	1 1.4%	13 17.8%	30 41.1%	2 2.7%
いずれも使用せず	32 100.0%	17 53.1%	1 3.1%	4 12.5%	9 28.1%	1 3.1%

(注)・「全体」には、使用した禁煙補助剤が不明であった患者16人が含まれている。

・「ニコチンパッチ・バレニクリン」とは、一方から他方へ切り替えて使用した場合。

合併症の有無別にみると、合併症「あり」は「なし」と比較して「禁煙継続」の割合が3.4ポイント高かった。

次に、合併症の内容別にみると、「全体」と比較して「禁煙継続」の割合が高かったのは、「消化器疾患」(56.1%)、「脂質異常」(54.1%)、「高血圧」(52.3%)、「糖尿病」(52.1%)、「脳卒中」(52.0%)であった。一方、「禁煙継続」の割合が「全体」と比較して低かったのは、「精神疾患」(28.6%)、「心臓病」(42.9%)、「呼吸器疾患」(44.8%)、「悪性新生物」(46.2%)であった。

図表 90 治療終了9か月後の禁煙状況（合併症の状況別：5回治療終了者）

		総数	禁煙 継続	1週間 禁煙	失敗	不明	無回答
全 体		1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
合併症有無	あり	706 100.0%	356 50.4%	18 2.5%	177 25.1%	138 19.5%	17 2.4%
	なし	508 100.0%	239 47.0%	14 2.8%	97 19.1%	146 28.7%	12 2.4%
合併症の内容	高血圧	298 100.0%	156 52.3%	6 2.0%	83 27.9%	49 16.4%	4 1.3%
	脂質異常	172 100.0%	93 54.1%	6 3.5%	41 23.8%	29 16.9%	3 1.7%
	糖尿病	142 100.0%	74 52.1%	8 5.6%	35 24.6%	23 16.2%	2 1.4%
	脳卒中	25 100.0%	13 52.0%	0 0.0%	5 20.0%	5 20.0%	2 8.0%
	心臓病	112 100.0%	48 42.9%	6 5.4%	30 26.8%	26 23.2%	2 1.8%
	悪性新生物	26 100.0%	12 46.2%	1 3.8%	7 26.9%	5 19.2%	1 3.8%
	呼吸器疾患	134 100.0%	60 44.8%	3 2.2%	30 22.4%	37 27.6%	4 3.0%
	消化器疾患	98 100.0%	55 56.1%	2 2.0%	21 21.4%	17 17.3%	3 3.1%
	精神疾患	70 100.0%	20 28.6%	1 1.4%	23 32.9%	21 30.0%	5 7.1%
	その他	144 100.0%	78 54.2%	3 2.1%	37 25.7%	22 15.3%	4 2.8%

(注)「全体」には、合併症の有無が不明であった患者17人が含まれている。

治療を受けた施設の種類の別に見ると、診療所は病院と比較して、「禁煙継続」の割合が3.4ポイント高かった。

図表 91 治療終了9か月後の禁煙状況  
(治療を受けた施設種別別：5回治療終了者)

	総数	禁煙 継続	1週間 禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
病 院	364 100.0%	170 46.7%	10 2.7%	81 22.3%	89 24.5%	14 3.8%
診 療 所	867 100.0%	434 50.1%	22 2.5%	195 22.5%	201 23.2%	15 1.7%

治療を受けた施設の禁煙治療体制別に見ると、「通常の診療体制の中で治療を実施」は「専門外来設置等、特別体制で実施」と比較して、「禁煙継続」の割合は1.9ポイント高かったが、「失敗」の割合も3.3ポイント高かった。

図表 92 治療終了9か月後の禁煙状況  
(治療を受けた施設の禁煙治療体制別：5回治療終了者)

	総数	禁煙 継続	1週間 禁煙	失敗	不明	無回答
全体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
専門外来設置等、 特別体制で実施	289 100.0%	139 48.1%	10 3.5%	58 20.1%	74 25.6%	8 2.8%
通常の診療体制 の中で治療を実施	788 100.0%	394 50.0%	18 2.3%	184 23.4%	172 21.8%	20 2.5%
特別体制と通常診 療の両方	150 100.0%	68 45.3%	4 2.7%	34 22.7%	43 28.7%	1 0.7%
その他	4 100.0%	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%

治療を受けた施設における禁煙指導の実施者別にみると、「禁煙継続」の割合は、「医師に加えて他の医療職種も指導」（49.1%）と「医師のみで行っている」（48.9%）とでは大きな違いはみられなかった。

図表 93 治療終了9か月後の禁煙状況  
 （治療を受けた施設における禁煙指導の実施者別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
医師のみで行っている	313 100.0%	153 48.9%	6 1.9%	59 18.8%	85 27.2%	10 3.2%
医師に加えて他の医療職種も指導	918 100.0%	451 49.1%	26 2.8%	217 23.6%	205 22.3%	19 2.1%

治療を受けた施設における禁煙治療に携わる医師数別にみると、「禁煙継続」の割合は、「1人」（52.7%）が最も高く、次いで「2人」（45.0%）、「3人以上」（40.9%）となった。医師数が多くなるほど、「禁煙継続」の割合が低くなる傾向がみられた。

図表 94 治療終了9か月後の禁煙状況  
 （治療を受けた施設における禁煙治療に携わる医師数別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
1人	787 100.0%	415 52.7%	20 2.5%	193 24.5%	143 18.2%	16 2.0%
2人	180 100.0%	81 45.0%	4 2.2%	33 18.3%	55 30.6%	7 3.9%
3人以上	264 100.0%	108 40.9%	8 3.0%	50 18.9%	92 34.8%	6 2.3%

治療を受けた施設における禁煙治療の内容別にみると、「標準手順書に加えて独自治療を実施」は「標準手順書に従った禁煙治療を実施」と比較して、「禁煙継続」の割合が7.0ポイント高かった。

図表 95 治療終了9か月後の禁煙状況  
(治療を受けた施設における禁煙治療の内容別：5回治療終了者)

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
標準手順書に従った禁煙治療を実施	1,015 100.0%	485 47.8%	28 2.8%	228 22.5%	249 24.5%	25 2.5%
標準手順書に加えて独自治療を実施	199 100.0%	109 54.8%	4 2.0%	45 22.6%	37 18.6%	4 2.0%
その他	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における禁煙治療の内容が不明であった患者15人が含まれている。

治療を受けた施設における医師の平均指導時間(初回の指導)別にみると、時間が長いほど「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 96 治療終了9か月後の禁煙状況(治療を受けた施設における医師の平均指導時間(初回の指導)別：5回治療終了者)

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
15分未満	286 100.0%	143 50.0%	8 2.8%	64 22.4%	64 22.4%	7 2.4%
15分以上～30分未満	659 100.0%	310 47.0%	16 2.4%	151 22.9%	167 25.3%	15 2.3%
30分以上～45分未満	245 100.0%	131 53.5%	7 2.9%	52 21.2%	48 19.6%	7 2.9%
45分以上	37 100.0%	20 54.1%	1 2.7%	8 21.6%	8 21.6%	0 0.0%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における医師の平均指導時間(初回の指導)が不明であった患者4人が含まれている。

治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（初回の指導）別にみると、45分未満では、指導時間が長いほど「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 97 治療終了9か月後の禁煙状況（治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（初回の指導）別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
0分	319 100.0%	155 48.6%	6 1.9%	62 19.4%	86 27.0%	10 3.1%
15分未満	293 100.0%	138 47.1%	8 2.7%	80 27.3%	62 21.2%	5 1.7%
15分以上～ 30分未満	331 100.0%	163 49.2%	9 2.7%	82 24.8%	72 21.8%	5 1.5%
30分以上～ 45分未満	187 100.0%	102 54.5%	4 2.1%	29 15.5%	50 26.7%	2 1.1%
45分以上	45 100.0%	21 46.7%	1 2.2%	9 20.0%	14 31.1%	0 0.0%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（初回の指導）が不明であった患者56人が含まれている。

治療を受けた施設における医師の平均指導時間（2回目以降の指導）別にみると、指導時間と禁煙継続の割合との間に一定の関係はみられなかった。

図表 98 治療終了9か月後の禁煙状況（治療を受けた施設における医師の平均指導時間（2回目以降の指導）別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
10分未満	371 100.0%	186 50.1%	13 3.5%	86 23.2%	80 21.6%	6 1.6%
10分以上～ 20分未満	753 100.0%	365 48.5%	16 2.1%	161 21.4%	193 25.6%	18 2.4%
20分以上～ 30分未満	53 100.0%	27 50.9%	1 1.9%	9 17.0%	11 20.8%	5 9.4%
30分以上	26 100.0%	12 46.2%	0 0.0%	12 46.2%	2 7.7%	0 0.0%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における医師の平均指導時間（2回目以降の指導）が不明であった患者28人が含まれている。

治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（2回目以降の指導）別にみると、指導時間と禁煙継続の割合との間に一定の関係はみられなかった。

図表 99 治療終了9か月後の禁煙／喫煙の状況（治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（2回目以降の指導）別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
0分	334 100.0%	166 49.7%	6 1.8%	62 18.6%	90 26.9%	10 3.0%
10分未満	316 100.0%	144 45.6%	10 3.2%	84 26.6%	73 23.1%	5 1.6%
10分以上～ 20分未満	372 100.0%	194 52.2%	9 2.4%	87 23.4%	75 20.2%	7 1.9%
20分以上～ 30分未満	90 100.0%	47 52.2%	3 3.3%	18 20.0%	22 24.4%	0 0.0%
30分以上	41 100.0%	18 43.9%	0 0.0%	4 9.8%	19 46.3%	0 0.0%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（2回目以降の指導）が不明であった患者78人が含まれている。

治療を受けた施設のニコチン依存症管理料施設基準届出時期別にみると、「禁煙継続」の割合は、「平成20年4月以降」（62.3%）が最も高く、次いで「平成18年10月～19年3月」（54.4%）となった。

図表 100 治療終了9か月後の禁煙／喫煙の状況（治療を受けた施設のニコチン依存症管理料施設基準届出時期別：5回治療終了者）

	総数	禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答
全 体	1,231 100.0%	604 49.1%	32 2.6%	276 22.4%	290 23.6%	29 2.4%
平成18年4月 ～6月	537 100.0%	245 45.6%	11 2.0%	127 23.6%	146 27.2%	8 1.5%
平成18年7月 ～9月	266 100.0%	128 48.1%	2 0.8%	61 22.9%	67 25.2%	8 3.0%
平成18年10月 ～19年3月	90 100.0%	49 54.4%	2 2.2%	18 20.0%	18 20.0%	3 3.3%
平成19年4月 ～20年3月	163 100.0%	73 44.8%	6 3.7%	37 22.7%	39 23.9%	8 4.9%
平成20年4月 以降	175 100.0%	109 62.3%	11 6.3%	33 18.9%	20 11.4%	2 1.1%

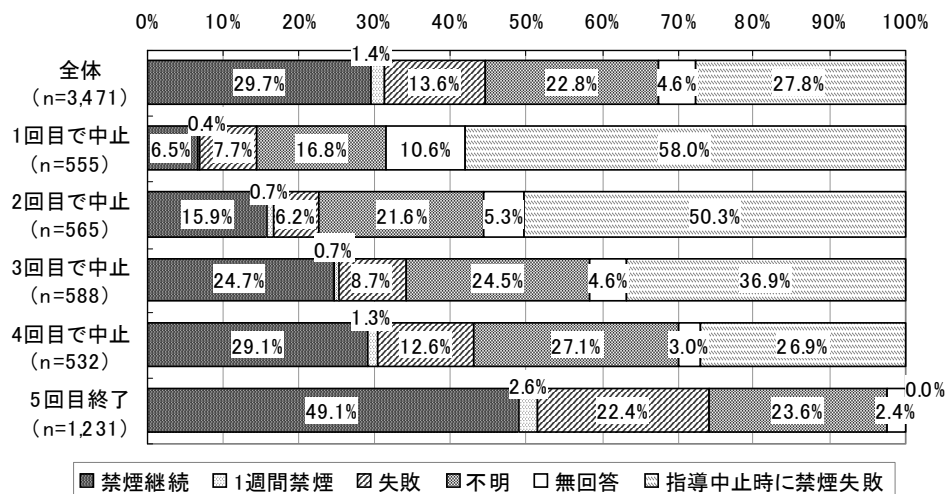


### 3) 算定回数別の治療終了9か月後の禁煙状況

全対象患者について治療終了9か月後の禁煙状況を算定回数別にみると、「禁煙継続」の割合は29.7%であった。

算定回数（治療回数）が多いほど、「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。

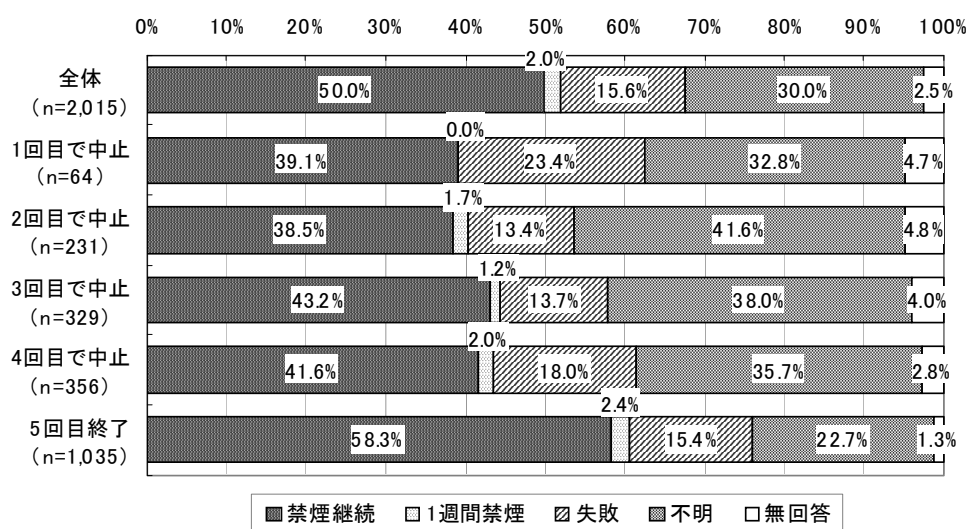
図表 101 治療終了9か月後の禁煙状況（算定回数別：全対象患者）



途中で治療を中止したが中止時に禁煙していた人、および5回の治療を終了した時点で禁煙していた人、計2,015人について、治療終了9か月後の禁煙状況をみると、全体の「禁煙継続」の割合は50.0%であった。

次に、ニコチン依存症管理料の算定回数別にみると、1回目から4回目までの途中中止者においては「禁煙継続」の割合は4割程度であった。

図表 102 治療終了9か月後の禁煙状況  
(算定回数別：治療中止時／終了時の禁煙者のみ)



#### 4) 治療終了9か月後の状況（全対象者）

全対象者における治療終了9か月後の状況についてみると、全対象者に占める「禁煙継続」の割合は29.7%となった。また、「1週間禁煙」が1.4%、「失敗」が13.6%、「不明」が22.8%、「無回答」が4.6%、「治療中止時喫煙（9か月後の状況調査対象外）」が27.8%であった。

男女別にみると、男性の「禁煙継続」の割合は31.0%、女性の「禁煙継続」の割合は26.5%であった。男性は女性と比較して「禁煙継続」の割合が4.5ポイント高かった。

図表 103 治療終了9か月後の禁煙状況（男女別：全対象者）

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
男性	2,463 100.0%	763 31.0%	37 1.5%	356 14.5%	553 22.5%	115 4.7%	639 25.9%
女性	989 100.0%	262 26.5%	11 1.1%	113 11.4%	237 24.0%	44 4.4%	322 32.6%

(注)「全体」には、性別不明19人が含まれている。

年齢階級別にみると、年齢階級が高くなるほど「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。「30歳未満」の「禁煙継続」の割合は18.1%であり、「70歳以上」の「禁煙継続」の割合（36.4%）の半分程度であった。

図表 104 治療終了9か月後の禁煙状況（年齢階級別：全対象者）

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
30歳未満	149 100.0%	27 18.1%	4 2.7%	20 13.4%	36 24.2%	8 5.4%	54 36.2%
30～39歳	624 100.0%	128 20.5%	5 0.8%	80 12.8%	161 25.8%	34 5.4%	216 34.6%
40～49歳	703 100.0%	194 27.6%	8 1.1%	87 12.4%	186 26.5%	28 4.0%	200 28.4%
50～59歳	747 100.0%	232 31.1%	7 0.9%	100 13.4%	161 21.6%	28 3.7%	219 29.3%
60～69歳	762 100.0%	276 36.2%	17 2.2%	103 13.5%	146 19.2%	35 4.6%	185 24.3%
70歳以上	472 100.0%	172 36.4%	8 1.7%	81 17.2%	100 21.2%	24 5.1%	87 18.4%

(注)「全体」には、年齢不明14人が含まれている。

喫煙年数別にみると、喫煙年数が長いほど「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 105 治療終了9か月後の禁煙状況  
(喫煙年数別：全対象者)

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
20年未満	688 100.0%	156 22.7%	9 1.3%	92 13.4%	173 25.1%	37 5.4%	221 32.1%
20～30年未満	855 100.0%	235 27.5%	7 0.8%	99 11.6%	217 25.4%	41 4.8%	256 29.9%
30～40年未満	769 100.0%	232 30.2%	12 1.6%	106 13.8%	166 21.6%	32 4.2%	221 28.7%
40年以上	1,084 100.0%	391 36.1%	21 1.9%	163 15.0%	212 19.6%	49 4.5%	248 22.9%

(注)「全体」には、喫煙年数不明75人が含まれている。

禁煙治療開始時における1日あたり喫煙本数別にみると、「10本未満」を除き、1日あたりの喫煙本数が多いほど「禁煙継続」の割合が低くなる傾向がみられた。

図表 106 治療終了9か月後の禁煙状況  
(1日あたりの喫煙本数別：全対象者)

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
10本未満	44 100.0%	13 29.5%	0 0.0%	6 13.6%	13 29.5%	1 2.3%	11 25.0%
10～20本未満	506 100.0%	173 34.2%	7 1.4%	76 15.0%	127 25.1%	23 4.5%	100 19.8%
20～30本未満	1,535 100.0%	491 32.0%	21 1.4%	183 11.9%	360 23.5%	61 4.0%	419 27.3%
30～40本未満	645 100.0%	178 27.6%	9 1.4%	102 15.8%	136 21.1%	30 4.7%	190 29.5%
40本以上	687 100.0%	165 24.0%	12 1.7%	98 14.3%	138 20.1%	44 6.4%	230 33.5%

(注)「全体」には、1日あたりの喫煙本数不明54人が含まれている。

ブリンクマン指数と禁煙継続の割合との間に一定の関係はみられなかった。

図表 107 治療終了9か月後の禁煙状況  
(ブリンクマン指数別：全対象者)

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
200 以上～500 未満	1,098 100.0%	299 27.2%	10 0.9%	141 12.8%	288 26.2%	45 4.1%	315 28.7%
500 以上～1000 未満	1,348 100.0%	427 31.7%	23 1.7%	183 13.6%	291 21.6%	52 3.9%	372 27.6%
1000 以上～1500 未満	623 100.0%	190 30.5%	11 1.8%	92 14.8%	124 19.9%	48 7.7%	158 25.4%
1500 以上	326 100.0%	97 29.8%	5 1.5%	44 13.5%	65 19.9%	14 4.3%	101 31.0%

(注)「全体」には、ブリンクマン指数不明76人が含まれている。

TDS 点数別にみると、TDS 点数が高いほど、「禁煙継続」の割合が低くなる傾向がみられた。

図表 108 治療終了9か月後の禁煙状況  
(TDS 点数別：全対象者)

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3471 100.0%	1030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
5点	276 100.0%	99 35.9%	5 1.8%	35 12.7%	55 19.9%	6 2.2%	76 27.5%
6点	455 100.0%	146 32.1%	9 2.0%	71 15.6%	105 23.1%	23 5.1%	101 22.2%
7点	552 100.0%	182 33.0%	9 1.6%	64 11.6%	133 24.1%	26 4.7%	138 25.0%
8点	785 100.0%	229 29.2%	7 0.9%	109 13.9%	187 23.8%	44 5.6%	209 26.6%
9点	789 100.0%	223 28.3%	11 1.4%	108 13.7%	164 20.8%	31 3.9%	252 31.9%
10点	469 100.0%	111 23.7%	7 1.5%	68 14.5%	114 24.3%	27 5.8%	142 30.3%

(注)「全体」には、TDS 点数不明145人が含まれている。

保険再算定の状況別にみると、「再算定あり」は、「再算定なし・不明」と比較して「禁煙継続」の割合が5.3ポイント低かった。

図表 109 治療終了9か月後の禁煙状況（保険再算定の状況別：全対象者）

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
再算定あり	557 100.0%	142 25.5%	9 1.6%	86 15.4%	158 28.4%	12 2.2%	150 26.9%
再算定なし・不明	2,793 100.0%	859 30.8%	39 1.4%	361 12.9%	613 21.9%	136 4.9%	785 28.1%

(注)・「全体」には、保険再算定の状況について無回答の患者121人が含まれている。

・保険再算定でない、あるいは不明の場合、「再算定なし・不明」の選択肢に○をつけていただいた。したがって、ここでの「不明」は無回答と異なる。

使用した禁煙補助剤別にみると、「バレニクリンのみ」は、「ニコチンパッチのみ」と比較して「禁煙継続」の割合が 8.7 ポイント高かった。

図表 110 治療終了 9 か月後の禁煙状況（使用した禁煙補助剤別：全対象者）

	総数	9 か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1 週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
ニコチンパッチのみ	1,225 100.0%	307 25.1%	15 1.2%	160 13.1%	285 23.3%	91 7.4%	367 30.0%
バレニクリンのみ	1,791 100.0%	605 33.8%	27 1.5%	265 14.8%	399 22.3%	42 2.3%	453 25.3%
ニコチンパッチ・バレニクリン	64 100.0%	14 21.9%	2 3.1%	12 18.8%	10 15.6%	0 0.0%	26 40.6%
ニコチンパッチとニコチンガムの併用	24 100.0%	7 29.2%	0 0.0%	4 16.7%	6 25.0%	4 16.7%	3 12.5%
その他	213 100.0%	47 22.1%	2 0.9%	19 8.9%	65 30.5%	10 4.7%	70 32.9%
いずれも使用せず	79 100.0%	33 41.8%	1 1.3%	6 7.6%	17 21.5%	3 3.8%	19 24.1%

(注)・「全体」には、使用した禁煙補助剤が不明であった患者 75 人が含まれている。

・「ニコチンパッチ・バレニクリン」とは、一方から他方へ切り替えて使用した場合。

合併症の有無別にみると、合併症「あり」は「なし」と比較して「禁煙継続」の割合が5.6ポイント高かった。

次に、合併症の内容別にみると、「全体」と比較して「禁煙継続」の割合が高かったのは、「脂質異常」(41.1%)、「高血圧」(37.5%)、「糖尿病」(34.4%)、「消化器疾患」(32.8%)、「心臓病」(32.1%)、「脳卒中」(30.8%)であった。一方、「禁煙継続」の割合が「全体」と比較して低かったのは、「精神疾患」(13.1%)、「悪性新生物」(25.4%)、「呼吸器疾患」(28.3%)であった。

図表 111 治療終了9か月後の禁煙状況（合併症の状況別：全対象者）

		総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
			禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体		3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
合併症有無	あり	1,616 100.0%	528 32.7%	24 1.5%	249 15.4%	304 18.8%	84 5.2%	427 26.4%
	なし	1,791 100.0%	486 27.1%	25 1.4%	215 12.0%	470 26.2%	75 4.2%	520 29.0%
合併症の内容	高血圧	592 100.0%	222 37.5%	9 1.5%	109 18.4%	91 15.4%	27 4.6%	134 22.6%
	脂質異常	331 100.0%	136 41.1%	7 2.1%	52 15.7%	58 17.5%	17 5.1%	61 18.4%
	糖尿病	308 100.0%	106 34.4%	8 2.6%	49 15.9%	46 14.9%	22 7.1%	77 25.0%
	脳卒中	65 100.0%	20 30.8%	0 0.0%	12 18.5%	9 13.8%	10 15.4%	14 21.5%
	心臓病	221 100.0%	71 32.1%	6 2.7%	38 17.2%	43 19.5%	18 8.1%	45 20.4%
	悪性新生物	67 100.0%	17 25.4%	1 1.5%	12 17.9%	9 13.4%	10 14.9%	18 26.9%
	呼吸器疾患	322 100.0%	91 28.3%	5 1.6%	40 12.4%	67 20.8%	21 6.5%	98 30.4%
	消化器疾患	262 100.0%	86 32.8%	3 1.1%	35 13.4%	35 13.4%	29 11.1%	74 28.2%
	精神疾患	199 100.0%	26 13.1%	3 1.5%	29 14.6%	44 22.1%	16 8.0%	81 40.7%
	その他	338 100.0%	117 34.6%	4 1.2%	46 13.6%	56 16.6%	44 13.0%	71 21.0%

(注)「全体」には、合併症の有無が不明である患者64人が含まれている。



治療を受けた施設の種類の別に見ると、診療所は病院と比較して「禁煙継続」の割合が3.2ポイント高かった。

図表 112 治療終了9か月後の禁煙状況（治療を受けた施設の種類の別：全対象者）

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
病 院	901 100.0%	246 27.3%	16 1.8%	118 13.1%	195 21.6%	84 9.3%	242 26.9%
診 療 所	2,570 100.0%	784 30.5%	33 1.3%	354 13.8%	598 23.3%	77 3.0%	724 28.2%

治療を受けた施設における禁煙治療体制別にみると、「通常の診療体制の中で治療を実施」している施設と「専門外来設置等、特別体制で治療を実施」している施設では、「禁煙継続」の割合について大きな違いはみられなかった。

図表 113 治療終了9か月後の禁煙状況  
（治療を受けた施設における禁煙治療体制別：全対象者）

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
専門外来設置等、 特別体制で実施	609 100.0%	184 30.2%	14 2.3%	82 13.5%	130 21.3%	59 9.7%	140 23.0%
通常の診療体制 の中で治療を実施	2,421 100.0%	736 30.4%	29 1.2%	335 13.8%	558 23.0%	98 4.0%	665 27.5%
特別体制と通常診 療の両方	425 100.0%	107 25.2%	5 1.2%	55 12.9%	102 24.0%	4 0.9%	152 35.8%
その他	8 100.0%	3 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 25.0%	0 0.0%	3 37.5%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における禁煙治療体制が不明であった患者8人が含まれている。

治療を受けた施設における禁煙指導の実施者別にみると、「医師に加えて他の医療職種も指導」は「医師のみで行っている」と比較して、「禁煙継続」の割合が 1.6 ポイントとわずかに高かった。

図表 114 治療終了 9 か月後の禁煙状況  
(治療を受けた施設における禁煙指導の実施者別：全対象者)

	総数	9 か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1 週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
医師のみで行っている	1,055 100.0%	302 28.6%	8 0.8%	113 10.7%	255 24.2%	66 6.3%	311 29.5%
医師に加えて他の医療職種も指導	2,408 100.0%	728 30.2%	40 1.7%	359 14.9%	537 22.3%	95 3.9%	649 27.0%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における禁煙指導の実施者が不明であった患者 8 人が含まれている。

治療を受けた施設における禁煙治療に携わる医師数別にみると、医師の人数が少ないほど「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。ただし、医師数が「2 人」「3 人以上」では、「不明」や「無回答」の割合も高いことに留意する必要がある。

図表 115 治療終了 9 か月後の禁煙状況  
(治療を受けた施設における禁煙治療に携わる医師数別：全対象者)

	総数	9 か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1 週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
1 人	2,256 100.0%	719 31.9%	29 1.3%	341 15.1%	455 20.2%	74 3.3%	638 28.3%
2 人	514 100.0%	148 28.8%	7 1.4%	54 10.5%	148 28.8%	25 4.9%	132 25.7%
3 人以上	688 100.0%	162 23.5%	12 1.7%	77 11.2%	189 27.5%	61 8.9%	187 27.2%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における禁煙治療に携わる医師数が不明であった患者 13 人が含まれている。

治療を受けた施設における禁煙治療の内容別にみると、「標準手順書に加えて独自治療を実施」は「標準手順書に従った禁煙治療を実施」と比較して、「禁煙継続」の割合が2.7ポイントとわずかに高かった。

図表 116 治療終了9か月後の禁煙状況  
(治療を受けた施設における禁煙治療内容別：全対象者)

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
標準手順書に従った禁煙治療を実施	2,911 100.0%	851 29.2%	41 1.4%	396 13.6%	662 22.7%	134 4.6%	827 28.4%
標準手順書に加えて独自治療を実施	508 100.0%	162 31.9%	7 1.4%	73 14.4%	122 24.0%	27 5.3%	117 23.0%
その他	6 100.0%	3 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 50.0%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における禁煙治療内容が不明であった患者46人が含まれている。

治療を受けた施設における医師の平均指導時間（初回の指導）別にみると、指導時間が長いほど、「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 117 治療終了9か月後の禁煙状況  
(治療を受けた施設における医師の平均指導時間(初回の指導)別：全対象者)

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
15分未満	922 100.0%	269 29.2%	11 1.2%	127 13.8%	229 24.8%	32 3.5%	254 27.5%
15分以上～ 30分未満	1,807 100.0%	523 28.9%	26 1.4%	245 13.6%	416 23.0%	96 5.3%	501 27.7%
30分以上～ 45分未満	643 100.0%	214 33.3%	10 1.6%	88 13.7%	126 19.6%	26 4.0%	179 27.8%
45分以上	74 100.0%	24 32.4%	1 1.4%	11 14.9%	15 20.3%	7 9.5%	16 21.6%

(注)「全体」には、治療を受けた施設における医師の平均指導時間（初回の指導）が不明であった患者25人が含まれている。

治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（初回の指導）別にみると、45分未満では、時間が長いほど「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 118 治療終了9か月後の禁煙状況

（治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（初回）別：全対象者）

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
0分	1,067 100.0%	304 28.5%	8 0.7%	116 10.9%	256 24.0%	69 6.5%	314 29.4%
～15分未満	878 100.0%	255 29.0%	11 1.3%	138 15.7%	221 25.2%	16 1.8%	237 27.0%
15～30分未満	865 100.0%	260 30.1%	14 1.6%	128 14.8%	169 19.5%	57 6.6%	237 27.4%
30～45分未満	412 100.0%	138 33.5%	7 1.7%	50 12.1%	102 24.8%	6 1.5%	109 26.5%
45分以上	90 100.0%	25 27.8%	2 2.2%	14 15.6%	25 27.8%	3 3.3%	21 23.3%

（注）「全体」には、治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（初回の指導）が不明であった患者159人が含まれている。

治療を受けた施設における医師の平均指導時間（2回目以降の指導）別にみると、指導時間と禁煙継続の割合との間に一定の関係はみられなかった。

図表 119 治療終了9か月後の禁煙状況

（治療を受けた施設における医師の平均指導時間（2回目以降）別：全対象者）

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
10分未満	1,137 100.0%	340 29.9%	18 1.6%	159 14.0%	271 23.8%	32 2.8%	317 27.9%
10分以上～20分未満	2,036 100.0%	598 29.4%	27 1.3%	269 13.2%	473 23.2%	115 5.6%	554 27.2%
20分以上～30分未満	153 100.0%	45 29.4%	1 0.7%	20 13.1%	32 20.9%	12 7.8%	43 28.1%
30分以上	55 100.0%	22 40.0%	0 0.0%	14 25.5%	5 9.1%	1 1.8%	13 23.6%

（注）「全体」には、治療を受けた施設における医師の平均指導時間（2回目以降の指導）が不明であった患者90人が含まれている。

治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（2回目以降の指導）別にみると、指導時間と禁煙継続の割合との間に一定の関係はみられなかった。

図表 120 治療終了9か月後の禁煙状況

（治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（2回目以降）別：全対象者）

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
0分	1,123 100.0%	327 29.1%	8 0.7%	119 10.6%	268 23.9%	66 5.9%	335 29.8%
～10分未満	880 100.0%	249 28.3%	11 1.3%	131 14.9%	222 25.2%	13 1.5%	254 28.9%
10～20分未満	956 100.0%	304 31.8%	18 1.9%	142 14.9%	193 20.2%	64 6.7%	235 24.6%
20～30分未満	192 100.0%	61 31.8%	5 2.6%	31 16.1%	44 22.9%	4 2.1%	47 24.5%
30分以上	83 100.0%	20 24.1%	0 0.0%	10 12.0%	29 34.9%	4 4.8%	20 24.1%

（注）「全体」には、治療を受けた施設における他の医療職種の平均指導時間（2回目以降の指導）が不明であった患者237人が含まれている。

治療を受けた施設のニコチン依存症管理料施設基準届出時期別にみると、届出時期が新しいほど「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 121 治療終了9か月後の禁煙状況

(治療を受けた施設のニコチン依存症管理料施設基準届出時期別：全対象者)

	総数	9か月後の状況調査対象					治療中止時喫煙
		禁煙継続	1週間禁煙	失敗	不明	無回答	
全 体	3,471 100.0%	1,030 29.7%	49 1.4%	472 13.6%	793 22.8%	161 4.6%	966 27.8%
平成18年4月 ～6月	1,459 100.0%	405 27.8%	16 1.1%	207 14.2%	386 26.5%	36 2.5%	409 28.0%
平成18年7月 ～9月	829 100.0%	231 27.9%	5 0.6%	116 14.0%	174 21.0%	60 7.2%	243 29.3%
平成18年10月 ～19年3月	292 100.0%	87 29.8%	3 1.0%	37 12.7%	61 20.9%	20 6.8%	84 28.8%
平成19年4月 ～20年3月	417 100.0%	125 30.0%	9 2.2%	62 14.9%	102 24.5%	29 7.0%	90 21.6%
平成20年4月 以降	474 100.0%	182 38.4%	16 3.4%	50 10.5%	70 14.8%	16 3.4%	140 29.5%

#### (4) 自由記述まとめ

本調査の調査票様式1（施設票）では、ニコチン依存症管理料算定患者の治療中断の理由とニコチン依存症管理料の今後の課題・問題点等について、自由記述形式により回答していただいた。以下は、主な意見を取りまとめたものである。

##### ① ニコチン依存症管理料算定患者における治療中断の理由

###### 1) 禁煙治療中断時に禁煙していた患者の場合

- 全プログラム終了前に禁煙が成功し、患者が治療継続を必要ないと判断したため。
  - ・ 禁煙補助剤を使用しなくても、禁煙に成功できたので。
  - ・ 禁煙に自信ができて、薬や指導が必要でないと患者が判断したため。
  - ・ 自力で禁煙できるという本人の希望で中断した。
  - ・ 5 回目は処方がないから（薬の処方を受けるわけではないので、行っても行かなくても同じと感じている人が多い）。／等
- 全プログラム終了前に禁煙が成功し、医師が治療継続を必要ないと判断したため。
  - ・ 3 回目あたりで禁煙ができ、本人に自信がついており、面接・薬等の必要がないと判断した場合。
  - ・ 既に依存症を脱し、更なる治療が必要なくなった。／等
- 禁煙補助剤の副作用で中断した（禁煙も成功した）
  - ・ 途中、たばこのにおいや煙が嫌になった。副作用の嘔気が強く、恐怖になり、禁煙できた。
  - ・ 禁煙補助剤による副作用（吐き気、ふらつき）出現のため中断となった。
  - ・ 薬剤使用中、不眠になったため使用を中断した。
  - ・ チャンピックス内服による嘔気。
  - ・ ニコチネル TTS の接触性皮膚炎。／等
- その他
  - ・ 仕事の関係で定期受診ができなくなった。
  - ・ 仕事関係で通院の継続が困難。
  - ・ 転勤・引越により通院できなくなった。
  - ・ 治療中に他の重篤な疾患にかかり入院したため。
  - ・ 精神科に通院されている方が禁煙治療を受けたが、イライラ、不穏感があり、精神科医師と相談して中止した。
  - ・ 精神科疾患が悪化したため。
  - ・ 医療費の節約のため。
  - ・ 経済的な問題。／等

## 2) 禁煙治療中断時に喫煙していた患者の場合

- 患者が禁煙治療をあきらめたため。
  - ・ 自分は禁煙できないとあきらめた。
  - ・ 喫煙してしまい、自分は禁煙できないと思い込んでしまう。
  - ・ 「禁煙治療をせねば」という気持ちがストレスになってしまい、2 回目の治療で中断した。
  - ・ 禁煙の決意が弱かった。／等
- 禁煙がうまくいかなかったため。
  - ・ 薬剤による効果が認められず、禁煙意欲も失せたため。
  - ・ 薬剤や各種指導しても喫煙を中止できず指導を中断した。
  - ・ 喫煙が続いており、医師から治療終了といわれた。／等
- 精神疾患等の悪化のため。
  - ・ 精神科の治療を受けている患者はなかなか禁煙できない。
  - ・ 心療内科や精神科的な基礎疾患を有している方が多く、精神的ストレスが逆に増えてしまった。
  - ・ ニコチン離脱症状を強く訴えるケース（うつ症状の悪化）。／等
- 喫煙してしまい、通院しにくくなったため。
  - ・ 治療中でも喫煙を我慢できず喫煙してしまったため、外来受診がしにくくなり、足が遠のき、中断した。
  - ・ 処方を受けても禁煙できなかったため、通院しづらくなった。
  - ・ 禁煙できない自己嫌悪感が強くなり、通院中断してしまった。／等
- 禁煙補助剤の副作用により治療中断してしまったため。
  - ・ 薬の副作用がきつくて中断し、禁煙せず。
  - ・ バレニクリン内服で嘔気出現、気分不良強くなるため、続けることを中断した。
  - ・ ニコチンパッチでの皮膚炎が強いケース。／等
- その他
  - ・ 喫煙本数を減らせて満足してしまった。
  - ・ 1 日 40 本喫煙していたが、1 日 20 本まで減量した。
  - ・ 仕事上の都合で決められた日に来院できない。
  - ・ 多忙で来院できず、禁煙治療を中断し、再喫煙してしまった。
  - ・ 引越により外来継続が難しくなったため。／等



## ② ニコチン依存症管理料についての今後の課題・要望等

### ○若年者等への保険適応について

- ・ 20代などの若年喫煙者では、ブリンクマン指数が保険適応の基準に達しないケースが多々ある。若年喫煙者に対する禁煙治療こそ、より重視すべきである。保険適応基準の再考を望む。
- ・ 若年者・本数の少ない者を早期禁煙に導くことが大切なので、ブリンクマン指数の要件緩和が必要。
- ・ 若い世代に禁煙治療が保険適用されることが疾病予防に大きな効果をもたらすと思われる。現在の「ブリンクマン指数 200 以上」という保険適応の条件を撤廃すべきである。／等

### ○入院患者への保険適応について

- ・ 入院患者を除外しているのはよくない。入院を禁煙のきっかけにすべきである。また、入院での禁煙治療（禁煙目的での入院治療）を望む患者もおり、効果的でもあると思われる。
- ・ 入院中の患者で、禁煙を希望する場合、薬剤のみで保険がきくようにしてほしい。
- ・ 入院を契機として禁煙を希望する患者が意外と多い。そのことに対応できる点数算定環境を。
- ・ 入院中に初回算定できるようにしていただきたい。
- ・ 入院中の患者に対してのニコチン依存症管理料の算定ができない点をただちに撤廃していただきたい。患者にとって大きな不利益である。／等

### ○保険再適応について

- ・ 1年に1度だけでなく、3~6か月毎でも再度禁煙に挑戦できるようにした方が、禁煙成功率が上がると思う。
- ・ 再治療を6か月以降、可能にしてほしい。
- ・ 中断後1年間は禁煙治療を受けられなくなっているが、やむを得ない理由で中断した場合もあるので、もう少し柔軟な対応でも良いのではないか。
- ・ 喫煙習慣から離脱するために時間と機会が2~3回ほしい。年1回しかとれないので、次までのブランクが大きすぎ、モチベーションが下がっている。／等

### ○診療報酬点数について

- ・ ニコチン依存症管理料は慢性疾患の患者に比べて時間も手間もかかるのに管理料が安いと思った。
- ・ 算定料が低すぎると思う。当クリニックでは7割~8割の方が禁煙成功されている。支援側も時間をかけて行っているので成功されるとうれしく思う。今後

算定料の見直しをしていただければありがたいと思う。10割の禁煙を目標とする。

- ・ コメディカルによる患者への説明、医師からの説明と何十分という時間をかけて指導を行っているので、算定点数をアップして頂ければと思う。
- ・ 医師や看護師が時間をかけて指導することに対してもう少し評価（診療報酬）される仕組みになってほしい。
- ・ 管理料の点数は、初回、2回～4回目、5回目（最終回）の区分しかないが、当院は、治療上、専門分野に精神科の医師を必要とするケースが多い。また、中絶するケースにも「ニコチン離脱によるうつ状態のため」が挙げられる。については、精神科医師とチームで治療を行う場合の加算点数を作ってもらいたい。
- ・ 禁煙成功の結果に対しての加算を希望。
- ・ 治療の完結を重視する意味から最終5回目の管理料を上げるのはどうか。／等

#### ○保険治療について

- ・ 医師の管理下で励まされながらやると成功する率が高い。薬局でニコチンパッチが販売されているが、今後も、保険制度でカバーしてもらおうよう強く希望する。
- ・ 初回～終了まで自費で、終了した時点で保険扱いということにはならないでしょうか。皆様ではありませんが、途中で来なくなる人もいますので。
- ・ 途中で「今回失敗しても、またやるからいいよ、保険きくんでしょ」と言う声を多く聞きます。そのような感じで保険をムダに使われるのもどうかと思います。初回のみ保険適応にする等の対策はどうか。／等

#### ○5回目の患者について

- ・ 最終日（5回目）も受診できるように改善してもらいたい。説明だけじゃなかなか受診されない。
- ・ 5回目に患者から管理料を徴収しにくいので、4回までに振り替えてほしい。
- ・ 禁煙治療の最後の週は来院しない人が見受けられるが、処方なしなので管理料は不要にしたらいいのではないか。
- ・ 途中で禁煙が完了した場合（5回の診察を満たす）の管理料の徴収の仕方について、5回目の診察では薬の処方がないため、来院されない。／等

#### ○治療プログラム・算定回数等について

- ・ 治療期間に弾力性を持たせてほしい（14週など）。5回終了時15本→1～2本まで減っていた患者が、保険がきかないため挫折してしまい、半年後に再治療を希望されるも保険がきかないため断念されるなどの例があり、もう少し長期に続けられるよう、また、1年以内でも再開できるよう改善してほしい。
- ・ 5回の指導ではやめられない患者もいる。ケースバイケースで、管理料も延長

算定可能にするか、禁煙できない人にだけ算定できる点数を設定してほしい。

- ・ 人それぞれ個人差があり、画一的に扱うのは問題があり、保険診療による禁煙治療も、もう少し、適応の範囲を広げたり、治療期間の延長、短縮を可能なものとしたりした方が、より多くの人に禁煙してもらえるのではないかと思う。
- ・ 喫煙年数 10 年～50 年と開きがあるものの、このような長期的な習慣や依存を計 5 回の通院で完治させることの困難さに対して管理料が安すぎる。依存や社会背景は個別に異なるため、時として 4 週あけるのではなく、2 週後の通院（強化）が必要な患者もいる。精神心理学的側面も考慮してほしい（算定回数を 12 週内に限り増やしてほしい）。
- ・ 私は、保険診療適応以前は計 3 回のコースで禁煙治療を行っていた（自費で）。必要な方や希望のある方には 5 回以上の禁煙治療となっていた。順調なケースで 5 回の来院を強制するのは難しい。必要に応じて 3～5 回の来院というフレキシブルなコースのほうが良い。
- ・ 禁煙治療を始めた早い段階で、禁煙補助薬を使用せずに禁煙を継続できる方もいる。そのような方は特に 5 回の受診が面倒と言われる。医師が禁煙を確立できたと判断した時点で終了としてもよいのではないか。／等

#### ○施設基準について

- ・ 管理料が算定できる施設基準を敷地内禁煙に限ることは禁煙治療の普及に障害を来たしており、施設基準の緩和を希望する。
- ・ 制限をなくし、全ての医療機関で保険診療できるようにしていただきたい。
- ・ このようにハードルを高くするのではなく、どこのクリニックでも自由に薬を出せるようにすべきである。タバコを吸っている患者がいろいろ病気になったり、突然死したりする割合は高い。／等

#### ○指導者の育成

- ・ 禁煙外来の内容について施設によって差がある。施設基準を満たしていても、担当する医療従事者が、禁煙学会認定資格を有していない場合、一定レベルの研修を要すると考える。
- ・ 専門の看護師のさらなる育成制度を設けてほしい。AHRQ 禁煙指導ガイドラインからも禁煙治療は複数職種で関わる必要があると考える。／等

#### ○禁煙成功の定義について

- ・ 5 回の診察がなくても、1 か月以上禁煙できれば、成功例に加えてほしい。
- ・ 外来通院回数にかかわらず禁煙成功者もカウントすべき。
- ・ 必ずしも 5 回の指導がなくても禁煙できている例が多く見られる。禁煙率算定の母数をもっと柔軟にすべきではないか（指導回数は問題でなく、禁煙できたかできなかったかでよいと思う。）／等

○その他

- ・ 現状に満足している。
- ・ 「パッチで接触性皮膚炎、チャンピックスが副作用（特に胃腸症状）で服用できない」といった時に、他剤への切り替えができない。
- ・ パッチ・内服の方法があるが、一方の方法で失敗した場合に、もう一方の方法を続けて行えるようにしていただきたい。
- ・ 内服薬の場合は2週ごとの来院で、6週目と10週目は算定外となるので混乱する。TTSと同じ間隔でよいのではないか。／等

## 6. 多重ロジスティック回帰分析

### (1) 分析データ

多重ロジスティック回帰分析の対象データは、診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）「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」において、有効回答施設 712 施設（有効回収率 47.5%）の調査票様式 2 に記載された有効患者数 3,471 名とした。

### (2) 目的変数

目的変数は、治療終了 9 か月後の禁煙状況として、「0.禁煙失敗/1.禁煙継続」の 2 値とした。治療終了 9 か月後の禁煙状況には、治療終了 9 か月後の状況調査の対象となる患者と対象外の患者（治療中止時に喫煙していた患者）が含まれる。

治療終了 9 か月後の状況調査は、5 回の治療が終了した患者、5 回の治療を最後まで行わずに途中で中止した患者のうち、中止時に禁煙していた患者に対して行われた。調査票様式 2 の「治療終了 9 か月後の状況」の質問に対し、「1.1 週間禁煙 2.禁煙継続 3.失敗 4.不明」の選択肢からなる。このうち、「1.1 週間禁煙 3.失敗 4.不明」と回答した患者を「0.禁煙失敗」、「2.禁煙継続」と回答した患者を「1.禁煙継続」とした。また、無回答の患者も「0.禁煙失敗」とした。

治療終了 9 か月後の状況調査の対象者数は、5 回の治療が終了した患者が 1,231 名、5 回の治療を最後まで行わずに中止した患者のうち、中止時に禁煙していた患者が 980 名、治療を途中で中止し経過不明の患者が 294 名、合計 2,505 名であった。この 2,505 名のうち、「0.禁煙失敗」の患者は 1,475 名（「1.1 週間禁煙」49 名、「3.失敗」472 名、「4.不明」793 名、「無回答」161 名）、「1.禁煙継続」の患者は 1,030 名であった。

また、治療終了 9 か月後の状況調査の対象者とはならない、5 回の治療を最後まで行わずに中止した患者のうち、喫煙していた患者 966 名は「0.禁煙失敗」とした。

図表 122 目的変数の構成

項目	形式	データ数
治療終了 9 か月後の状況	0.禁煙失敗	2,441
	1.禁煙継続	1,030

### (3) 説明変数の構成

説明変数は、調査票様式 2 の患者属性にあたる「性別」「年齢」「喫煙年数」「1 日あたりの喫煙本数」「TDS 点数」「保険再算定の有無」「合併症（治療中に限る）の有無」「合併症の内容」の項目と、調査票様式 2 の患者の治療経過にあたる「算定回数」「保険適用中の禁煙補助剤の使用状況」「終了後の追加禁煙治療の有無」の項目を用いた。また、「ニコチ

ン依存症管理料」の算定要件である「ブリンクマン指数」を「喫煙年数」×「1日あたりの喫煙本数」より求め、説明変数として用いた。

「算定回数」は、調査票様式2の「ニコチン依存症管理料の算定日」において、最終の算定日が書かれた回数とした。

「保険適用中の禁煙補助剤の使用状況」は、調査票様式2の「保険適用中の禁煙補助剤の使用状況」の回答区分を用いた。「ニコチンパッチのみ」をレファレンスとして、「バレニクリンのみ」「ニコチンパッチ・バレニクリン（切替使用）」「ニコチンパッチとニコチンガムの併用」「その他」「いずれも使用せず」の5つのダミー変数とした。

図表 123 調査票様式2の回答区分を使用した説明変数の構成

項目	形式	データ数	欠損値
①性別	0.女	989	19
	1.男	2,463	
②年齢	数値	3,457	14
③喫煙年数	数値	3,396	75
④1日あたりの喫煙本数	数値	3,417	54
⑤TDS点数	数値	3,326	145
⑥保険再算定の有無	0.なし	2,793	121
	1.あり	557	
⑦合併症（治療中に限る）の有無	0.なし	1,791	64
	1.あり	1,616	
⑧-1 合併症_高血圧の有無	0.なし	2,791	88
	1.あり	592	
⑧-2 合併症_脂質異常の有無	0.なし	3,052	88
	1.あり	331	
⑧-3 合併症_糖尿病の有無	0.なし	3,075	88
	1.あり	308	
⑧-4 合併症_脳卒中の有無	0.なし	3,318	88
	1.あり	65	
⑧-5 合併症_心臓病の有無	0.なし	3,162	88
	1.あり	221	
⑧-6 合併症_悪性新生物の有無	0.なし	3,316	88
	1.あり	67	
⑧-7 合併症_呼吸器疾患の有無	0.なし	3,061	88
	1.あり	322	
⑧-8 合併症_消化器疾患の有無	0.なし	3,121	88
	1.あり	262	
⑧-9 合併症_精神疾患の有無	0.なし	3,184	88
	1.あり	199	
⑨終了後の追加禁煙治療の有無	0.なし	3,066	299
	1.あり	106	

図表 124 加工した説明変数

項目	形式	データ数	欠損値	加工方法
①ブリンクマン指数	数値	3,395	76	「喫煙年数」×「1日あたりの喫煙本数」
②算定回数	数値	3,471	—	調査票様式2の⑨「ニコチン依存症管理料の算定日」において、最終の算定日が書かれた回数を算定回数とした。
③保険適用中の禁煙補助剤の使用状況	ニコチンパッチのみ	1,225	75	ダミー変数とした。「バレニクリンのみ」「ニコチンパッチ・バレニクリン」「ニコチンパッチとニコチンガム」「その他」「いずれも使用せず」の5つのダミー変数として、「ニコチンパッチのみ」をレファレンスとした。
	バレニクリンのみ	1,791		
	ニコチンパッチ・バレニクリン(切替使用)	64		
	ニコチンパッチとニコチンガムの併用	24		
	その他	213		
	いずれも使用せず	79		

#### (4) 解析方法

調査票様式2における患者の属性にあたる項目、患者の治療経過にあたる項目、ブリンクマン指数において、単変量ロジスティック回帰分析を行った。単変量ロジスティック回帰分析によって5%水準で有意と認められた項目について、説明変数の強制投入による多重ロジスティック回帰分析を実施し、調整オッズ比及び95%信頼区間(以下、「95%CI」とする)を解析した。検定は両側検定とし、p値が0.05未満を統計学的に有意差ありとした。また、各項目における欠損値は解析の対象から除外した。

すべての統計解析はSPSS18.0J for Windowsを用いた。

#### (5) 単変量ロジスティック回帰分析結果

単変量ロジスティック回帰分析の結果、有意差(5%水準)を認めた説明変数は、「性別」「年齢」「喫煙年数」「1日あたりの喫煙本数」「TDS点数」「保険再算定の有無」「合併症の有無」「合併症\_高血圧の有無」「合併症\_脂質異常の有無」「合併症\_精神疾患の有無」「算定回数」「保険適用中の禁煙補助剤の使用状況」であった。

図表 125 単変量ロジスティック回帰分析結果

項目	データ型	データ数 (n)	偏回帰係数 (β)	有意確率 (P)	オッズ比 (OR)	オッズ比の95%信頼区間 (95%CI)		p<0.05
						下限	上限	
1 性別	0.女 1.男	989 2,463	0.219	0.009	1.245	1.056	1.469	○
2 年齢	数値	3,457	0.020	0.000	1.021	1.015	1.026	○
3 喫煙年数	数値	3,396	0.018	0.000	1.018	1.012	1.024	○
4 1日あたりの喫煙本数	数値	3,417	-0.016	0.000	0.984	0.978	0.991	○
5 TDS点数	数値	3,326	-0.102	0.000	0.903	0.860	0.949	○
6 ブリンクマン指数	数値	3,395	0.000	0.274	1.000	1.000	1.000	
7 保険再算定の有無	0.なし 1.あり	2,793 557	-0.261	0.013	0.770	0.626	0.947	○
8 合併症の有無	0.なし 1.あり	1,791 1,616	0.265	0.000	1.303	1.125	1.510	○
9 合併症_高血圧の有無	0.なし 1.あり	2,791 592	0.422	0.000	1.525	1.267	1.836	○
10 合併症_脂質異常の有無	0.なし 1.あり	3,052 331	0.553	0.000	1.738	1.377	2.193	○
11 合併症_糖尿病の有無	0.なし 1.あり	3,075 308	0.231	0.067	1.260	0.984	1.614	
12 合併症_脳卒中の有無	0.なし 1.あり	3,318 65	0.044	0.871	1.045	0.614	1.779	
13 合併症_心臓病の有無	0.なし 1.あり	3,162 221	0.114	0.446	1.121	0.836	1.501	
14 合併症_悪性新生物の有無	0.なし 1.あり	3,316 67	-0.229	0.419	0.795	0.456	1.386	
15 合併症_呼吸器疾患の有無	0.なし 1.あり	3,061 322	-0.085	0.511	0.918	0.712	1.184	
16 合併症_消化器疾患の有無	0.なし 1.あり	3,121 262	0.150	0.275	1.162	0.888	1.521	
17 合併症_精神疾患の有無	0.なし 1.あり	3,184 199	-1.091	0.000	0.336	0.221	0.511	○
18 算定回数	数値	3,471	0.588	0.000	1.800	1.694	1.912	○
19 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況	ニコチンパッチのみ使用 (ref)※	1,225						
	ハレニグリンのみ使用	1,791	0.422	0.000	1.525	1.297	1.794	○
	ニコチンパッチ・ハレニグリン (切替使用)	64	-0.178	0.566	0.837	0.456	1.536	
	ニコチンパッチとニコチンガム 使用	24	0.208	0.647	1.231	0.506	2.997	
	その他	213	-0.166	0.349	0.847	0.597	1.200	
	いずれも使用せず	79	0.763	0.001	2.145	1.347	3.417	○
20 終了後の追加禁煙治療の有無	0.なし 1.あり	3,066 106	0.090	0.667	1.095	0.725	1.653	

※ (ref) : reference

### (6) 多重ロジスティック回帰分析結果

投入した説明変数は、「性別」「年齢」「喫煙年数」「1日あたり喫煙本数」「TDS点数」「保険再算定の有無」「合併症\_高血圧の有無」「合併症\_脂質異常の有無」「合併症\_精神疾患の有無」「算定回数」「保険適用中の禁煙補助剤の使用状況」である。なお、「合併症の有無」については、単変量ロジスティック回帰分析結果において5%水準で有意と認められたが、内訳である各疾病についてみると有意差が認められないものもあった。このため、「合併症の有無」は説明変数とせず、有意差が認められた各疾病のみ、すなわち「高血圧の有無」



「脂質異常の有無」「精神疾患の有無」を多重ロジスティック回帰分析の説明変数とした。

モデル $\chi^2$ 検定の結果は $p<0.01$ で有意であり、ホスマー・レメシヨウの検定は $p=0.546$ 、判別的中率は72.0%であった。実測値に対して予測値が $\pm 3SD$ （標準偏差）を超えるような外れ値は存在しなかった。

有意差が認められた項目についてみると、「年齢」では、オッズ比が1.022（95%CI；1.009-1.035）となり、年齢が高くなるのに伴い禁煙継続率が高い結果となった。一方、「喫煙年数」ではオッズ比が0.983（95%CI；0.969-0.996）となり、単変量ロジスティック回帰分析の結果とは異なっていた。年齢や喫煙本数等の要因を補正すると、喫煙年数が短いほど禁煙継続率が高い結果となった。「1日あたりの喫煙本数」では、オッズ比が0.988（95%CI；0.980-0.995）となり、1日あたりの喫煙本数が少ないほど禁煙継続率が高い結果となった。同様に、「TDS点数」においてもオッズ比が0.931（95%CI；0.879-0.986）となり、TDS点数が低いほど禁煙継続率が高い結果となった。

「保険再算定の有無」では、保険再算定が「なし」の患者に対して「あり」の患者のオッズ比が0.696（95%CI；0.551-0.879）となり、保険再算定がない患者のほうが禁煙継続率が高い結果となった。「合併症\_精神疾患の有無」では、精神疾患が「なし」の患者に対して「あり」の患者のオッズ比が0.333（95%CI；0.211-0.528）となり、精神疾患がない患者のほうが禁煙継続率が高い結果となった。

「算定回数」では、オッズ比が1.796（95%CI；1.679-1.921）となり、算定回数が多いほど、つまり治療回数が多いほど禁煙継続率が高い結果となった。

「保険適用中の禁煙補助剤の使用状況」では、「ニコチンパッチのみ使用」に対して「バレニクリンのみ使用」のオッズ比が1.236（95%CI；1.028-1.486）となり、「バレニクリンのみ使用」の患者は、「ニコチンパッチのみ使用」の患者と比べて有意に禁煙継続率が高い結果となった。一方、「ニコチンパッチ・バレニクリン（切替使用）」「ニコチンパッチとニコチンガム使用」「その他」の患者では、それぞれオッズ比が0.764（95%CI；0.392-1.488）、1.271（95%CI；0.480-3.366）、0.686（95%CI；0.461-1.021）と有意差は認められなかった。なお、「いずれも使用せず」については、オッズ比が1.859（95%CI；1.024-3.375）となり、「ニコチンパッチのみ使用」に対して禁煙継続率が高い結果となったが、後述のマルチレベル分析の結果では有意といえない結果となっており、判断には留意が必要である。

図表 126 多重ロジスティック回帰分析結果

項目	データ型	データ数 (n)	偏回帰係数 (β)	有意確率 (P)	オッズ比 (OR)	オッズ比の95%信頼区間 (95%CI)		p<0.05
						下限	上限	
1 性別	0.女 1.男	989 2,463	0.164	0.110	1.178	0.964	1.439	
2 年齢	数値	3,457	0.022	0.001	1.022	1.009	1.035	○
3 喫煙年数	数値	3,396	-0.017	0.013	0.983	0.969	0.996	○
4 1日あたりの喫煙本数	数値	3,417	-0.012	0.002	0.988	0.980	0.995	○
5 TDS点数	数値	3,326	-0.072	0.014	0.931	0.879	0.986	○
6 保険再算定の有無	0.なし 1.あり	2,793 557	-0.362	0.002	0.696	0.551	0.879	○
7 合併症__高血圧の有無	0.なし 1.あり	2,791 592	0.066	0.579	1.068	0.846	1.349	
8 合併症__脂質異常の有無	0.なし 1.あり	3,052 331	0.086	0.554	1.090	0.820	1.449	
9 合併症__精神疾患の有無	0.なし 1.あり	3,184 199	-1.098	0.000	0.333	0.211	0.528	○
10 算定回数	数値	3,471	0.585	0.000	1.796	1.679	1.921	○
11 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況	ニコチンパッチのみ使用 (ref)※	1,225						
	バレニクリンのみ使用	1,791	0.211	0.025	1.236	1.028	1.486	○
	ニコチンパッチ・バレニクリン (切替使用)	64	-0.270	0.428	0.764	0.392	1.488	
	ニコチンパッチとニコチンガム 使用	24	0.240	0.629	1.271	0.480	3.366	
	その他	213	-0.376	0.063	0.686	0.461	1.021	
定数	いずれも使用せず	79	0.620	0.042	1.859	1.024	3.375	○
定数			-2.876	0.000	0.056			

※ (ref) : reference

○モデル $\chi^2$ 検定 p<0.01

○ホスマー・レメシヨウ検定 p=0.546

○判定的中率 72.0%

## 7. マルチレベル分析

多重ロジスティック回帰分析によって、治療終了 9 か月後の禁煙状況に影響を与える患者要因の分析を行った。その結果を踏まえ、施設要因も加えた分析として、マルチレベル分析を行った。

### (1) 目的変数

目的変数は、多重ロジスティック回帰分析で用いたものと同様のものとした。

図表 127 目的変数の構成

項目	回答	データ数
治療終了 9 か月後の状況	0.禁煙失敗	2,441
	1.禁煙継続	1,030

### (2) 説明変数の構成

2 階層モデルを設定し、レベル 1 として患者個人、レベル 2 として施設を設定した。説明変数は、患者の属性である「患者変数」と、施設の属性である「施設変数」から構成される。

患者変数は、多重ロジスティック回帰分析によって、1%水準で有意と認められた「年齢」「1日あたりの喫煙本数」「保険再算定の有無」「合併症\_精神疾患の有無」「算定回数」と「保険適用中の禁煙補助剤の使用状況」を用いた。

施設変数は、治療体制として「禁煙指導の実施者」「独自手順書による治療の有無」「医師 1 回あたりの平均指導時間（初回）」「禁煙治療に従事する医師の禁煙治療に携わっている年数」の 4 項目を用いた。

図表 128 施設変数の構成

項目	回答	データ数	欠損値	加工方法
①禁煙指導の実施者	0.医師のみ 1.医師+その他の職種	1,055 2,408	8	調査票様式 1 の 2.⑥「禁煙指導の実施者」において、選択肢 3「その他」を選択した施設はなかったため、選択肢 1「医師のみで行っている」を「0」、選択肢 2「医師の指導に加えて、看護師等の他の医療職種も指導している」を「1」とした。
②独自手順書による治療の有無	0.独自手順書なし 1.独自手順書あり	2,917 508	46	調査票様式 1 の 2.⑧「どのような禁煙治療を行っていますか」において、選択肢 1「標準手順書に従った禁煙治療を行っている」を「0」、選択肢 2「標準手順書に加えて独自の禁煙治療手順を作成し、禁煙治療を行っている」を「1」、選択肢 3「その他」を「0」とした。
③医師 1 回あたりの平均指導	数値	3,471	25	—

時間（初回）				
④禁煙治療に従事する医師の禁煙治療に携わっている年数（平均値）	数値	3,471	133	調査票様式1の2.④に記載された年数の合計を記載人数で割り、施設ごとの平均値を算出した。

### （3）施設区分

マルチレベル分析においては、レベル2（施設）の1区分あたりの患者数を十分に確保する必要がある。そのため、施設を「種別×病床数」によって下の図表のとおり区分した。種別は、病院と診療所、病床数は、病院は50床ごと、診療所は5床ごとに区切り、全16区分とした。

図表 129 レベル2の施設16区分

区分	種別	病床数	患者数
1	病院	～49床	21
2	病院	50～99床	117
3	病院	100～149床	93
4	病院	150～199床	143
5	病院	200～249床	48
6	病院	250～299床	25
7	病院	300～349床	78
8	病院	350～399床	63
9	病院	400～449床	28
10	病院	450～499床	38
11	病院	500床以上	247
12	診療所	無床（0床）	2,325
13	診療所	1～4床	78
14	診療所	5～9床	21
15	診療所	10～14床	21
16	診療所	15～19床	125

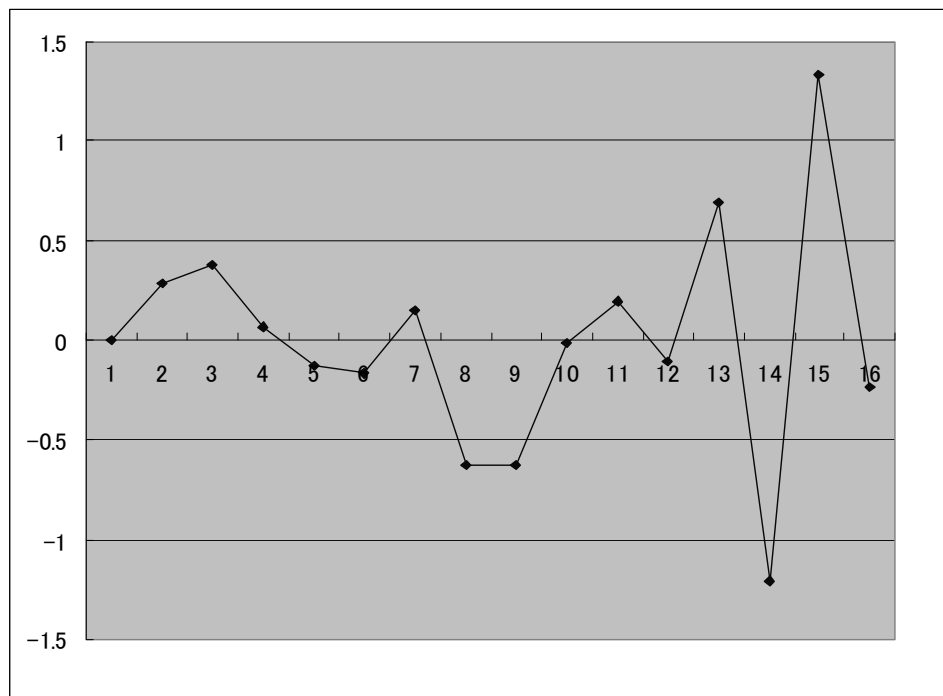
施設16区分では1区分あたり十分な患者数を確保できなかったため、区分1をレファレンスとして、施設16区分の治療終了9か月後の禁煙状況に対する対数オッズ比を計算した。そして、対数オッズ比が変化するところで区切り、全10区分とした。

施設16区分における区分7「病院300～349床」と区分13「診療所1～4床」、区分14「診療所5～9床」、区分15「診療所10～14床」、区分16「診療所15～19床」については、対数オッズ比が大きく変化するため、患者数は少ないが1区分とした。

図表 130 レベル 2 の施設 10 区分

区分	種別	病床数	患者数	施設 16 区分のカテゴリ
1	病院	～149 床	231	1～3
2	病院	150～299 床	216	4～6
3	病院	300～349 床	78	7
4	病院	350～499 床	129	8～10
5	病院	500 床以上	247	11
6	診療所	無床 (0 床)	2,325	12
7	診療所	1～4 床	78	13
8	診療所	5～9 床	21	14
9	診療所	10～14 床	21	15
10	診療所	15～19 床	125	16

図表 131 施設 16 区分の治療終了 9 か月後の禁煙状況の対数オッズ比



(注) 縦軸：対数オッズ比、横軸：施設区分

#### (4) 分析方法

変量切片モデル (random intercept model) のロジスティック版を用い、モデル 1 からモデル 3 までの 3 つのモデルを作成した。モデル 1 では、定数項 (変動項  $u_{0j}$  を含む) だけを推定し、変動項  $u_{0j}$  の分散を求めた。次に、モデル 1 に患者変数を加えたモデル 2 を推定した。最後に、施設変数を加えたモデル 3 を推定した。解析には、MLwiN2.16 を用いた。

図表 132 変量切片モデル（ロジスティック版）

$$\begin{aligned}\log it(\pi_{ij}) &= \beta_{0j} + \beta_1 \chi_{ij} \\ \beta_{0j} &= \beta_0 + u_{0j}\end{aligned}$$

（注） 簡便のために説明変数を1つにした。

変数の添付記号の  $i$  は患者を表し、 $j$  は施設を表している。 $\pi_{ij}$  は目的変数、 $\chi_{ij}$  は説明変数、 $\beta$  はその係数である。 $\beta_{0j}$  は定数項、 $u_{0j}$  は投入した説明変数では説明できない施設の残差である。

#### （5） マルチレベル分析結果

定数項のみのモデル1は、「残差」が0.065であった。

患者変数を加えたモデル2では、「年齢」「1日あたりの喫煙本数」「保険再算定の有無」「合併症\_精神疾患の有無」「算定回数」で5%水準で有意と認められ、多重ロジスティック回帰分析と同様の結果が得られた。「禁煙補助剤の使用状況」については、「ニコチンパッチのみ」に対して「バレニクリンのみ」が5%水準で有意であった。また、「いずれも使用しない」は有意な変数として残らず、多重ロジスティック回帰分析の結果と異なっていた。なお、「残差」は、モデル1の0.065から0.034へと減少した。

施設変数を加えたモデル3では、患者変数はモデル2と同様の結果であった。5%水準で有意と認められた施設変数は、「禁煙治療に従事する医師の禁煙治療に携わっている年数（平均値）」（オッズ比1.027）であり、医師が禁煙治療に携わっている年数が長いほど、患者の禁煙継続率が高いとの結果であった。また、「残差」は、モデル2の0.034から0.027と減少した。

図表 133 マルチレベル分析結果

	モデル 1			モデル 2			モデル 3			
	推定値	標準誤差	5%有意※1	推定値	標準誤差	5%有意※1	推定値	標準誤差	5%有意※1	オッズ比
<b>定数項</b>	-0.909	0.093	9.774	-3.175	0.254	12.500	-3.399	0.300	11.330	
<b>患者変数</b>										
年齢				0.010	0.003	3.333	0.010	0.003	3.333	1.010
1日あたりの喫煙本数				-0.013	0.004	3.250	-0.013	0.004	3.250	0.987
保険再算定あり※2				-0.338	0.117	2.889	-0.390	0.121	3.223	0.677
合併症_精神疾患あり※3				-0.996	0.226	4.407	-0.964	0.228	4.228	0.381
算定回数				0.576	0.034	16.941	0.578	0.035	16.514	1.782
禁煙補助薬の使用状況										
ニコチンパッチのみ (ref)※4										
バレニクリンのみ				0.218	0.094	2.319	0.212	0.096	2.208	1.236
ニコチンパッチ・バレニクリン(切替使用)				-0.353	0.337	1.047	-0.421	0.352	1.196	0.656
ニコチンパッチとニコチンガム				0.149	0.500	0.298	0.105	0.502	0.209	1.111
その他				-0.357	0.199	1.794	-0.302	0.202	1.495	0.739
いずれも使用せず				0.558	0.299	1.866	0.591	0.301	1.963	1.806
<b>施設変数</b>										
禁煙指導の実施者※5 (医師+その他の職種)							-0.112	0.098	1.143	1.054
独自手順書あり※6							0.053	0.121	0.438	1.006
医師1回あたりの平均指導時間(初回)							0.006	0.004	1.500	1.137
禁煙治療に従事する医師の禁煙治療に携わっている年数(平均値)							0.128	0.059	2.169	1.027
<b>残差</b>	0.065	0.045	1.444	0.034	0.031	1.097	0.027	0.027	1.000	

(注) 灰色の網掛け部分は、5%水準で有意と認められた値である。

※1: 「5%有意」の数字は、「推定値/標準誤差」によって求めた。値が「2」以上であれば、おおむね5%有意であるとされている。

※2: reference は「保険再算定なし」

※3: reference は「合併症\_精神疾患なし」

※4: (ref); reference

※5: reference は「医師のみ」

※6: reference は「標準手順書なし」

## 8. まとめ

### (1) 施設の状況

- ・ ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期は、病院、診療所ともに、当該管理料が創設された初年度の「平成18年4月～19年3月」が最も多かった(病院の66.7%、診療所の70.4%) (図表8)。
- ・ 自由診療による禁煙治療の状況については、ニコチン依存症管理料の「施設基準届出よりも前から行っている」施設が25.8%、「施設基準届出以降に行っている」施設が16.7%であり、両者を併せると42.5%の施設が実施している (図表9)。自由診療のケースとしては、「患者要件等のため保険が適用されない場合に実施」が(自由診療による禁煙治療実施施設の)57.1%、「保険による禁煙治療後に追加治療として実施」が29.7%であった (図表10)。
- ・ 禁煙治療に携わる医師の人数は、病院、診療所ともに、各施設「1人」が最も多かった(病院の51.1%、診療所の81.3%)。一方で、複数の医師で取り組んでいる施設は、病院の45.9%、診療所の18.3%であった (図表11)。
- ・ 医師の禁煙治療に携わっている年数は、病院医師の平均が4.88年、診療所医師の平均が5.04年であった (図表18)。
- ・ 禁煙治療の体制として、「専門外来を設置するなど、特別の体制で禁煙治療を実施している」施設は、病院では41.5%であったが、診療所では3.6%にとどまった。病院の48.1%、診療所の89.1%が「通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している」という回答であった (図表19)。
- ・ 禁煙指導の実施者として、「医師のみで行っている」という施設が全体の39.0%、「医師に加えて他の医療職種も指導している」という施設が60.3%であった (図表20)。「他の医療職種」の内容としては、「看護師」(他の医療職種も指導している施設の93.5%)が多かったが、病院の場合、「薬剤師」(同22.5%)、「保健師」(同11.3%)という回答もあった (図表21)。
- ・ 患者に対する1回あたりの医師の指導時間は、初回と2回目以降では異なり、初回が平均19.1分(中央値15.0)、2回目以降が平均10.4分(中央値10.0)であった (図表23、図表29)。同様に、医師以外の他の医療職種の指導時間もみると、初回が平均10.3分(中央値10.0)、2回目以降が平均6.2分(中央値5.0)であった (図表27、図表33)。
- ・ 禁煙治療の内容としては、「標準手順書に従った禁煙治療を行っている」という施設は、病院の76.3%、診療所の86.8%であった。また、「標準手順書に加えて独自の禁煙治療手順書を作成し、禁煙治療を行っている」という施設が、病院の17.8%、診療所の12.1%であった (図表34)。



## (2) 患者の状況

### ①ニコチン依存症管理料算定開始時の状況

- 本調査で分析対象とした患者は、男性 2,463 人、女性 989 人、性別不明 19 人、合計 3,471 人であった。患者の平均年齢は男性が 54.1 歳、女性が 49.0 歳であり、年齢分布でも、男性のほうが高年齢層の患者が多かった (図表 35、図表 36)。
- 禁煙治療開始時における喫煙年数は、「40 年以上」が 31.2% で最も多く、次いで「20～30 年未満」が 24.6%、「30～40 年未満」が 22.2%、「20 年未満」が 19.8% であった (図表 37)。喫煙年数の平均は、男性が 32.9 年、女性が 25.4 年であった (図表 38)。
- 禁煙治療開始時における 1 日あたりの喫煙本数は、「20～30 本未満」が 44.2% で最も多く、次いで「40 本以上」が 19.8%、「30～40 本未満」が 18.6% であった (図表 39)。全患者の平均喫煙本数は 26.2 本であったが、「全体」と比較すると「30 歳未満」では 29.7 本とやや多く、「70 歳以上」では 20.8 本と少なかった (図表 41)。
- ブリンクマン指数 (喫煙年数×1 日あたり喫煙本数) は、「500～1000 未満」が 38.8% で最も多く、平均は 789.1 であった (図表 42、43)。年齢が高くなるほど、ブリンクマン指数が高くなる傾向がみられた (図表 44)。
- TDS 点数は、「9 点」が 22.7% で最も多く、次いで「8 点」が 22.6%、「7 点」が 15.9% であった (図表 45)。平均は 7.8 点であるが、「30 歳未満」の平均は 8.3 点、「30～39 歳」は 8.0 点とやや高かった (図表 47)。
- 保険再算定の状況が「あり」という患者が 16.0%、「なし・不明」という患者が 80.5% であった (図表 48)。
- 禁煙治療開始時における合併症の状況について、合併症「あり」という患者は 46.6% であった。年齢階級が高くなるほど、合併症「あり」の割合は高くなる傾向がみられ、「70 歳以上」では 71.0% となった (図表 53)。合併症の内容としては、男女ともに「高血圧」の割合が最も高く、次に、男性では「糖尿病」(22.0%)、「脂質異常」(21.0%) が、女性では「精神疾患」(21.8%)、「呼吸器疾患」(19.9%) が高かった (図表 54)。

### ②保険適用期間中の経過と追加治療の有無

- ニコチン依存症管理料算定回数 (=治療回数) の状況については、「5 回目終了」した患者は全患者の 35.5% であった。一方、「1 回目で中止」した患者が 16.0%、「2 回目で中止」した患者が 16.3% であった (図表 55)。年齢階級が高くなるほど「5 回目終了」した患者の割合が高くなる傾向がみられた (図表 57)。
- 5 回の治療を終了した患者 (1,231 人) の治療終了時の状況は、「4 週間禁煙」が 78.5%<sup>5</sup>、「1 週間禁煙」が 5.6%、「失敗」が 15.0% であった (図表 65)。

<sup>5</sup> 平成 18 年度調査では 73.8%。

- ・ 5回の治療を途中で中止した患者（2,240人）では、「中止時に禁煙していた人」が43.8%であった。治療回数（＝算定回数）が多いほど、中止時に禁煙していた人の割合が高くなる傾向がみられた（図表76）。
- ・ 保険適用中に使用した禁煙補助剤については、「バレニクリンのみ」（51.6%）が最も多く、次いで「ニコチンパッチのみ」（35.3%）となった（図表77）。

### ③保険治療終了後の状況

- ・ ニコチン依存症管理料による禁煙治療終了後に禁煙治療を追加した患者は3.1%であった（図表81）。
- ・ ニコチン依存症管理料の治療終了9か月後の状況として、全対象患者（3,471人）では9か月後の「禁煙継続」の割合は29.7%となった<sup>6</sup>。算定回数（治療回数）が多いほど、9か月後の「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた（図表101）。5回の治療を全て終了した患者（1,231人）の治療終了9か月後の「禁煙継続」の割合は49.1%であった<sup>7</sup>（図表82、図表101）。
- ・ 多重ロジスティック回帰分析の結果、患者の属性については、「年齢」が高いほど、また「喫煙年数」「1日あたりの喫煙本数」「TDS点数」が低いほど、治療終了9か月後の「禁煙継続」の割合が高いことが明らかとなった。また、「精神疾患」の合併症がある患者は、精神疾患のない患者と比較して、有意に「禁煙継続」の割合が低い結果となった。さらに、「保険再算定」が「あり」の患者は、初回治療（保険再算定なし）の患者と比較して「禁煙継続」の割合が低いことも明らかとなった。この他、「算定回数」（治療回数）が多いほど有意に「禁煙継続」の割合が高いこと、禁煙補助剤として「ニコチンパッチのみ」を使用した患者と比較して「バレニクリンのみ」を使用した患者において「禁煙継続」の割合が高いことが明らかとなった（図表126）。
- ・ マルチレベル分析の結果、上記に加え、治療終了9か月後の「禁煙継続」の割合に影響を与える「禁煙治療体制（施設要因）」として有意な要因は、「禁煙治療に従事する医師の禁煙指導に携わっている年数（平均値）」であった。医師の禁煙治療に携わる経験年数が長いほど「禁煙継続」の割合が高いことが明らかとなった（図表133）。

<sup>6</sup> 平成19年度調査では32.6%。

<sup>7</sup> 平成19年度調査では45.7%。

## 參考資料

**診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）**  
**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**  
**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、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ございません。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、よろしくお願い申し上げます。

施設名	( )
施設の所在地	
電話番号	
ご回答者名	

※本調査票は、貴施設の管理者の方と禁煙治療を担当する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。また、( )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)」をご記入ください。  
 ※調査時点は平成 21 年 7 月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①施設種別 ※ 1つだけ選択	1. 病院 → 許可病床数 ( ) 床 2. 有床診療所 → 許可病床数 ( ) 床 3. 無床診療所
②開設主体 ※ 1つだけ選択	1. 国等                      2. 公立                      3. 公的機関                      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
③標榜診療科 ※あてはまる番号すべて	1. 内科                      2. 呼吸器科                      3. 消化器科(胃腸科)                      4. 循環器科 5. 小児科                      6. 精神科                      7. 神経科                      8. 神経内科 9. 心療内科                  10. アレルギー科                  11. リウマチ科                      12. 外科 13. 整形外科                  14. 形成外科                      15. 美容外科                      16. 脳神経外科 17. 呼吸器外科                  18. 心臓血管外科                  19. 小児外科                      20. 産婦人科 21. 産科                      22. 婦人科                      23. 眼科                      24. 耳鼻いんこう科 25. 気管食道科                  26. 皮膚科                      27. 泌尿器科                      28. 性病科 29. こう門科                  30. リハビリテーション科                  31. 放射線科                      32. 麻酔科 33. 歯科                      34. 矯正歯科                      35. 小児歯科                      36. 歯科口腔外科

2. ニコチン依存症管理料の算定対象となる禁煙治療の状況及び体制等についてお伺いします。

①ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期	平成 ( ) 年 ( ) 月
②貴施設では、保険適用(ニコチン依存症管理料)とは別に、自由診療で禁煙治療を行っていますか。 ※ 1つだけ選択し、選択肢「1」または「2」を選択した場合は、質問②-1についてもご回答をお願いします。	1. ニコチン依存症管理料の施設基準届出よりも前から行っている 2. ニコチン依存症管理料の施設基準届出以降行っている → ②-1 それは、どのような場合ですか。 ※あてはまる番号すべて 1. 患者要件等のため保険が適用されない場合に実施 2. 保険による禁煙治療後に追加治療として実施 3. 以前は行っていたが、今は行っていない 4. 以前から行っていない

③禁煙治療に携わる職員数 ※実人数	医師数	( ) 人	看護師数	( ) 人				
	その他の職員数	( ) 人						
④禁煙治療に携わる医師の 禁煙治療に携わっている 年数 ※現在の禁煙治療に携わる 診療時間が長い医師最大 4名まで記載	A. 医師	( ) 年 ( ) か月	B. 医師	( ) 年 ( ) か月				
	C. 医師	( ) 年 ( ) か月	D. 医師	( ) 年 ( ) か月				
⑤禁煙治療の体制 ※1つだけ選択	1. 専門外来を設置するなど、特別の体制で禁煙治療を実施している 2. 通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している 3. 1. と 2. の両方 4. その他 (具体的に )							
⑥禁煙指導の実施者 ※1つだけ選択	1. 医師のみで行っている 2. 医師の指導に加えて、看護師等の他の医療職種も指導している →⑥-1 禁煙指導に携わっている他職種をすべてお選びください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 保健師</td> <td style="width: 50%;">2. 看護師 (保健師を除く)</td> </tr> <tr> <td>3. 薬剤師</td> <td>4. その他 (具体的に )</td> </tr> </table> 3. その他 (具体的に )				1. 保健師	2. 看護師 (保健師を除く)	3. 薬剤師	4. その他 (具体的に )
1. 保健師	2. 看護師 (保健師を除く)							
3. 薬剤師	4. その他 (具体的に )							
⑦-1 患者に対する1回 あたりの平均指導時間 (初回の指導)	1) 医師の指導時間	約 ( ) 分	2) 他の医療職種の 指導時間	約 ( ) 分				
⑦-2 患者に対する1回 あたりの平均指導時間 (2回目以降の指導)	1) 医師の指導時間	約 ( ) 分	2) 他の医療職種の 指導時間	約 ( ) 分				
⑧貴施設では、どのような 禁煙治療を行っていますか。 ※1つだけ選択	1. 標準手順書に従った禁煙治療を行っている 2. 標準手順書に加えて独自の禁煙治療手順を作成し、禁煙治療を行っている 3. その他 (具体的に )							

3. ニコチン依存症管理料を算定した患者で、5回の禁煙治療の途中で中断してしまった患者がいた場合、貴施設が把握している中断理由があれば、具体的に記述してください。

(1) 禁煙治療中断時に禁煙していた患者の場合

(2) 禁煙治療中断時に喫煙していた患者の場合

4. ニコチン依存症管理料について、今後の課題・要望等がございましたら、自由にお書きください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。様式2のご記入もよろしくお願い申し上げます。

- [1] 平成 20 年 6 月 1 日から平成 20 年 7 月 31 日の期間において、ニコチン依存症管理料の算定を開始した全ての患者について記入してください。
- [2] 本調査票には続紙を合わせて患者 40 人分の情報を記載することができますが、用紙が不足する場合には、大変恐縮ですがコピーをとり、記入してください。その際、番号は続き番号となるよう修正をお願いします。
- [3] 各選択肢の定義等の詳細については、別添の「調査要綱」をご参照ください。
- [4] 「5 回目の指導終了時の状況」については、5 回の指導が終了した患者について、終了時の状況をお答えください。また、「指導終了 9 か月後の状況」については、指導終了から 9 か月以上経過した調査実施日現在の状況をお答えください。  
なお、5 回の指導を最後まで行わずに中止した患者のうち、中断時に禁煙していた患者についても、指導終了 9 か月後の調査を行い、調査実施日現在の禁煙／喫煙状況を調査し、結果を記入してください。

患者番号	【ニコチン依存症管理料算定 開始時 の状況】										【保険適用期間中の経過と追加治療の有無】						【保険治療終了後】																							
	① 性別	② 年齢	③ 喫煙年数	④ 一日あたりの喫煙本数	⑤ TDS点数	⑥ 保険再算定の有無	⑦ 合併症治療中に限るの有無	⑧ 合併症(治療中に限る)の内容 ※あてはまる番号すべてに○ (*悪性新生物を除く)										⑨ ニコチン依存症管理料の算定日					⑩ 5 回目の指導終了時の状況 <sup>§</sup>	⑪ 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況 ※○は1つだけ (*一方から他方へ切り替えて使用)						⑫ 終了後の追加禁煙治療の有無		⑬ 指導終了 9 か月後の状況 <sup>§</sup>				⑭ 指導終了 9 か月後の調査実施日				
								1 高血圧	2 脂質異常	3 糖尿病	4 脳卒中	5 心臓病	6 悪性新生物	7 呼吸器疾患*	8 消化器疾患*	9 精神疾患	10 その他	1 1 回目	2 2 回目	3 3 回目	4 4 回目	5 5 回目		1 一週間禁煙	2 四週間禁煙	3 失敗	1 ニコチンパッチのみ	2 バレニクリンのみ	3 ニコチンパッチ、 ↑バレニクリン*	4 ニコチンパッチと ニコチンガムの併用	5 その他	6 いずれも使用せず	1 あり	2 なし	1 一週間禁煙		2 禁煙継続	3 失敗	4 不明	
[例 1]	① 2	55	35	20	7	1 ②	1 ②	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	6/1	6/9	6/23	7/20	8/22	1	②	3	1	②	3	4	5	6	①	2	1	②	3	4	H21/7/30		
[例 2]	1	②	60	40	20	10	1 ②	① 2	1	2	3	4	5	⑥	7	8	9	10	6/1	6/9	⑥/23			1	2	3	1	2	3	④	5	6	1	②	①	2	3	4	H21/7/31	
[例 3]	①	2	58	30	18	8	①	2	① 2	1	②	3	④	5	6	7	8	9	10	6/5	6/13	6/28	<del>7/20</del>		1	2	3	1	2	③	4	5	6	1	②	1	2	3	4	
1	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
2	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
3	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
4	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
5	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
6	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	

患者番号	【ニコチン依存症管理料算定 開始時 の状況】										【保険適用期間中の経過と追加治療の有無】										【保険治療終了後】																			
	① 性別	② 年齢	③ 喫煙年数	④ 一日あたりの喫煙本数	⑤ TDS点数	⑥ 保険再算定の有無		⑦ 合併症(治療中に限る)の有無		⑧ 合併症(治療中に限る)の内容 ※あてはまる番号すべてに○ <small>(*)悪性新生物を除く</small>										⑨ ニコチン依存症管理料の算定日 5回の指導を最後まで行わずに算定を中止した患者については、最終となった算定日に重ねて、					⑩ 5回目の指導終了時の状況 <sup>§</sup> <small>(§要綱参照)</small>			⑪ 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況 ※○は1つだけ <small>(*)一方から他方へ切り替えて使用</small>						⑫ 終了後の追加禁煙治療の有無		⑬ 指導終了9か月後の状況 <sup>§</sup> <small>(§定義は要綱参照)</small>				⑭ 指導終了9か月後の調査実施日
						1 あり	2 なし・不明	1 あり	2 なし	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4						
	1 男	2 女																																						
7	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
8	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
9	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
10	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
11	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
12	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
13	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
14	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
15	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
16	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
17	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
18	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
19	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
20	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
21	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
22	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
23	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	

患者番号	【ニコチン依存症管理料算定 開始時 の状況】										【保険適用期間中の経過と追加治療の有無】											【保険治療終了後】																			
	① 性別		② 年齢	③ 喫煙年数	④ 一日あたりの喫煙本数	⑤ TDS点数	⑥ 保険再算定の有無		⑦ 合併症(治療中に限る)の有無		⑧ 合併症(治療中に限る)の内容 ※あてはまる番号すべてに○ (*)悪性新生物を除く										⑨ ニコチン依存症管理料の算定日					⑩ 5回目の指導終了時の状況 <sup>§</sup>			⑪ 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況 ※○は1つだけ						⑫ 終了後の追加禁煙治療の有無		⑬ 指導終了9か月後の状況 <sup>§</sup>				⑭ 指導終了9か月後の調査実施日
	1	2					1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	
	男	女					あり	なし・不明	あり	なし	高血圧	脂質異常	糖尿病	脳卒中	心臓病	悪性新生物	呼吸器疾患*	消化器疾患*	精神疾患	その他						一週間禁煙	二週間禁煙	失敗	ニコチンパッチのみ	バレニクリンのみ	ニコチンパッチ ↑バレニクリン*	ニコチンパッチとニコチンガムの併用	ニコチンパッチとニコチンガム	その他	あり	なし	一週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	
24	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
25	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
26	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
27	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
28	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
29	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
30	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
31	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
32	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
33	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
34	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
35	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
36	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
37	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
38	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
39	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		
40	1	2				1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4		



中医協 総 - 2 - 7  
2 2 . 6 . 2

中医協 検 - 2 - 6  
2 2 . 5 . 2 6

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 21 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	7
(1) 回収の状況	7
(2) 保険薬局調査の概要	8
① 薬局の属性	8
② 取り扱い処方せんの状況（平成21年7月21日～27日）	14
③ 後発医薬品への対応状況（平成21年4月以降）	23
④ 備蓄医薬品の状況	37
⑤ 後発医薬品への変更を進めるための要件	40
⑥ 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度等	42
⑦ 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	46
⑧ 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等	47
(3) 診療所・病院・医師調査の結果概要	53
① 診療所の施設属性	53
② 病院の施設属性	54
③ オーダリングシステムの導入状況等	59
④ 医師の属性	62
⑤ 診療所・病院の診療体制	63
⑥ 診療所・病院における医薬品の備蓄状況等	65
⑦ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等	69
⑧ 外来患者に対する後発医薬品の使用状況等	78
⑨ 医師における後発医薬品使用に関する意識等	95
⑩ 保険薬局からの情報提供についての意向	98
⑪ ジェネリック医薬品希望カードについて	100
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	103
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	104
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	107
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	110
(4) 患者調査の結果概要	113
① 回答者の属性	113

② 後発医薬品の使用状況.....	122
③ 患者が後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等.....	165
6. まとめ.....	169
参考資料 .....	179

## 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、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。

保険者サイドにおいても、「ジェネリック医薬品希望カード」等を被保険者に配布するなど後発医薬品使用に向けた取組を行っている。

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、ジェネリック医薬品希望カードの認知度や利用状況、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1,000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）。

### 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等をたずねる「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、来局順に性別・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21年7月～平成21年8月とした。

#### 4. 調査項目

区分	主な調査項目
(1)保険薬局調査	<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（1 か月間）           <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9割以上ある機関数、先発医薬品・後発医薬品を銘柄指定している機関数、1 か月間に受け付けた処方せん枚数等</li> </ul> </li> <li>○取り扱い処方せん枚数の内訳（1 週間）           <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</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</li> </ul> </li> <li>○後発医薬品への対応状況等           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品の調剤に関する考え、後発医薬品の調剤に積極的に取り組んでいない場合の理由、後発医薬品の品質保証方法についての認知度</li> <li>・ 後発医薬品の説明を行った患者の割合、説明をしなかった理由、後発医薬品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等</li> <li>・ 後発医薬品の説明と一般的服薬指導の合計時間等</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>○ジェネリック医薬品希望カードの認知度等           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ジェネリック医薬品希望カードの認知度、提示された経験の有無、提示されて後発医薬品に変更調剤した患者の割合等</li> <li>・ 患者が後発医薬品を頼みやすくなるための工夫等</li> </ul> </li> <li>○後発医薬品使用についての考えや今後の課題等           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品使用についての考え</li> <li>・ 後発医薬品使用を進めるための課題</li> </ul> </li> <li>○薬剤料の変化           <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及び実際に調剤した薬剤料等</li> </ul> </li> </ul>

(2)病院調査	<p>○施設の概要</p> <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</li> <li>・ オーダリングシステムの導入状況</li> <li>・ 1 か月間の外来延べ患者数、1 か月間の外来診療実日数、平均在院患者数</li> </ul> <p>○後発医薬品の備蓄品目数等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医薬品備蓄品目数、後発医薬品の備蓄品目数</li> <li>・ 採用医薬品リストの薬剤師会等への提供状況</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> <p>○外来患者に対する後発医薬品の使用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内投薬及び院外処方における後発医薬品の使用状況</li> <li>・ 院外処方せんを発行している診療科、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または変更不可欄に署名等をしなかった処方せんの割合等</li> </ul> <p>○入院患者に対する後発医薬品の使用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況、後発医薬品を積極的に使用しない場合の理由</li> <li>・ 後発医薬品を使用して生じた問題点</li> <li>・ 後発医薬品の使用を進める上で必要な対応等</li> </ul> <p>○ジェネリック医薬品希望カード等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者が後発医薬品を頼みやすくなるための工夫等</li> </ul> <p>○後発医薬品使用についての課題等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品の使用についての課題等</li> </ul>
(3)医師調査	<p>○属性等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 性別、年齢、担当診療科、1 日当たり外来診察患者数</li> </ul> <p>○外来患者に対する後発医薬品の使用状況等</p> <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発行の有無、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、理由、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</li> </ul>

	<p>情報提供について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ジェネリック医薬品希望カードの認知度等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ジェネリック医薬品希望カードの認知度、提示された経験の有無、提示されて後発医薬品を処方した患者の割合等</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>・ 後発医薬品の処方を進める上で望まれる対応</li> </ul> </li> <li>○今後の課題等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品の使用を進める上での課題 等</li> </ul> </li> </ul>
(4)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、担当診療科等</li> </ul> </li> <li>○施設の概要 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所在地、開設者、種別、許可病床数、主たる診療科、医師数・薬剤師数</li> <li>・ オーダリングシステムの導入状況</li> <li>・ 1 か月間の外来延べ患者数、1 か月間の外来診療実日数、平均在院患者数</li> </ul> </li> <li>○後発医薬品の備蓄品目数等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医薬品備蓄品目数、後発医薬品の備蓄品目数</li> <li>・ 採用医薬品リストの薬剤師会等への提供状況</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>○外来患者に対する後発医薬品の使用状況等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院外処方せん発行の有無</li> <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発行の有無、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、理由、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>○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>・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況、後発医薬品を積極的に使用しない場合の理由</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品を使用して生じた問題点</li> <li>・ 後発医薬品の使用を進める上で必要な対応等</li> <li>○ジェネリック医薬品希望カードの認知度等</li> <li>・ ジェネリック医薬品希望カードの認知度、提示された経験の有無、提示されて後発医薬品を処方した患者の割合等</li> <li>・ 患者が後発医薬品を頼みやすくなるための工夫</li> <li>○後発医薬品使用についての考え</li> <li>・ 後発医薬品の承認に関する認知度</li> <li>・ 後発医薬品の処方を進める上で望まれる対応</li> <li>○後発医薬品使用についての課題等</li> <li>・ 後発医薬品使用についての課題等</li> </ul>
(5)患者調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○属性等</li> <li>・ 性別、年齢</li> <li>・ 診察を受けた診療科、薬局への来局頻度、かかりつけ薬局の有無、加入している医療保険の種類</li> <li>○後発医薬品の使用に対する意識等</li> <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>・ 後発医薬品処方を申し出た経験の有無、申し出のしやすさ</li> <li>・ 後発医薬品処方の申し出をしやすくするために望まれること</li> <li>・ ジェネリック医薬品希望カードの認知度、保有の有無、入手先、効果、利用経験、利用意向</li> <li>・ 後発医薬品の使用経験の有無</li> <li>・ 後発医薬品に対する満足度、窓口での薬代の負担感</li> <li>・ 後発医薬品の使用意向</li> <li>・ 後発医薬品を使用する上で必要なこと</li> <li>・ 後発医薬品を使用する上での要望等</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566件、有効回収率は56.6%であった。  
また、様式2に記載された有効処方せん枚数は339薬局分の5,964枚であった。

診療所調査の有効回収数(施設数)は724件、有効回収率は36.2%であった。

病院調査の有効回収数(施設数)は362件、有効回収率は36.2%であった。また、医師調査の有効回答人数は465人であった。

患者調査の有効回答人数は1,012人であった。

図表 1 回収の状況

調査区分	有効回収数	有効回収率
①保険薬局調査		
保険薬局数(様式1)	566	56.6%
様式2に記載された処方せん枚数(339薬局分)	5,964	—
②診療所調査		
一般診療所数	724	36.2%
③病院調査		
病院数	362	36.2%
④医師調査		
医師数	465	—
⑤患者調査		
患者数	1,012	—

## (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：566 施設

回答者：管理者

#### ○調査票 様式 2

処方せん枚数：5,964 枚 (339 薬局分)

回答者：管理者

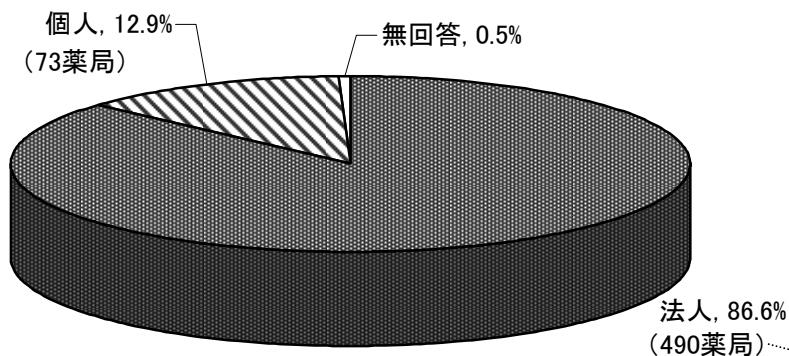
### ① 薬局の属性

#### 1) 組織形態

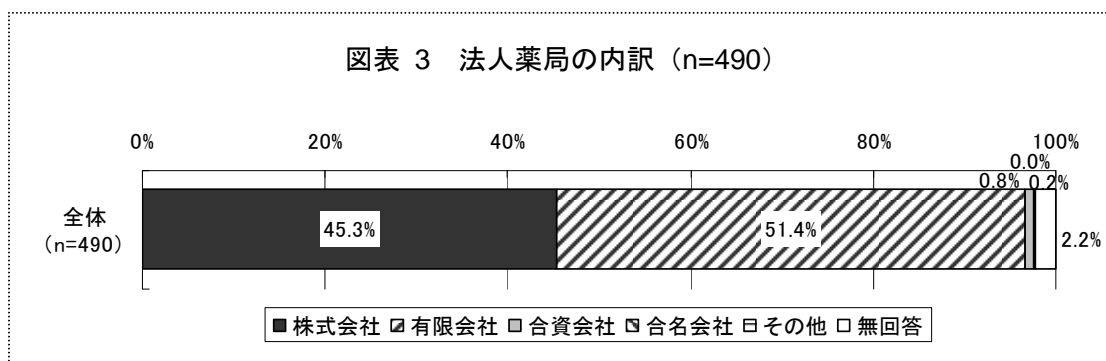
薬局の組織形態（法人・個人別）についてみると、「法人」が 86.6%、「個人」が 12.9%であった。

法人薬局の内訳は、「有限会社」（法人薬局の 51.4%）が最も多く、次いで「株式会社」（同 45.3%）であった。

図表 2 組織形態（法人・個人別）（n=566）



図表 3 法人薬局の内訳（n=490）



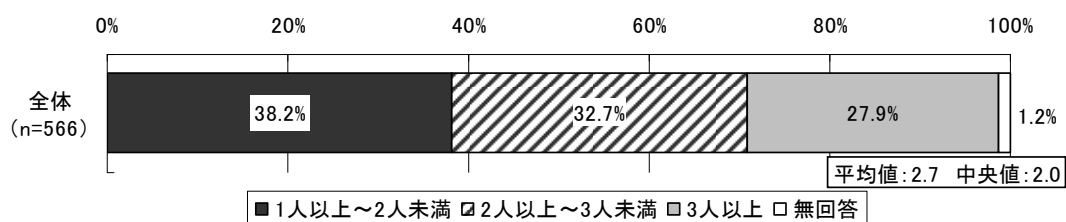
## 2) 職員数

### i) 薬剤師

薬剤師の職員数（常勤換算）についてみると、「1人以上～2人未満」（38.2%）が最も多く、次いで「2人以上～3人未満」（32.7%）、「3人以上」（27.9%）であった。

1 薬局当たりの職員数（常勤換算）についてみると、薬剤師の平均人数は2.7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。

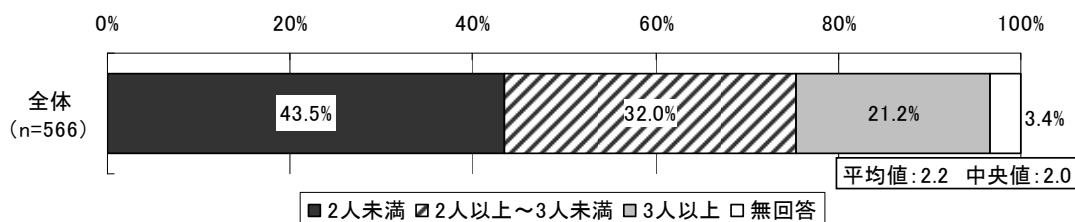
- ・ 1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (当該薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・ 1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (当該薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

### 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」（43.5%）が最も多く、次いで「2人以上～3人未満」（32.0%）、「3人以上」（21.2%）であった。

1 薬局当たりの職員数（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2.2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）

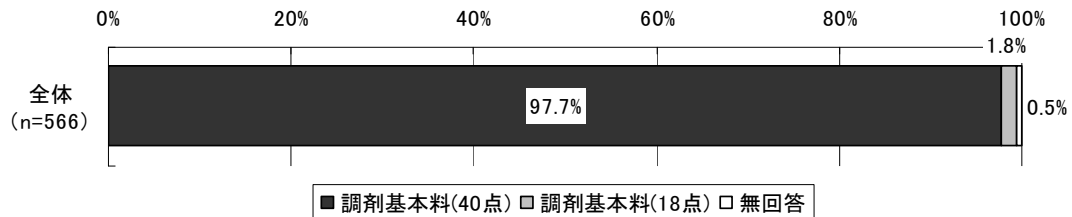


### 3) 調剤の状況等

#### 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97.7%、「調剤基本料（18点）」が1.8%であった。

図表 6 調剤基本料

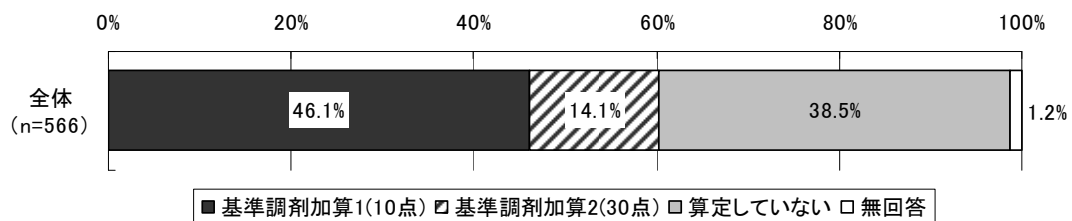


#### ii) 基準調剤加算

基準調剤加算についてみると、「基準調剤加算 1（10点）」が46.1%、「基準調剤加算 2（30点）」が14.1%であった。

基準調剤加算を「算定していない」は38.5%であった。

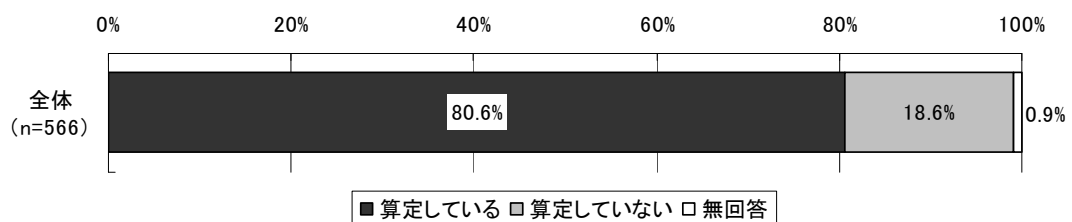
図表 7 基準調剤加算



#### 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80.6%、「算定していない」が18.6%であった。

図表 8 後発医薬品調剤体制加算の算定状況



iv) 後発医薬品調剤率

平成 21 年 1 月から 7 月までの各月の後発医薬品調剤率をみると、わずかではあるが減少傾向がみられた。「1 月」は平均値では 44.2%、中央値では 42.5%であったのが、「7 月」には平均値では 42.6%、中央値では 40.3%となった。

また、平成 21 年と平成 20 年の同月の後発医薬品調剤率を比べてみると、平均値、中央値とも、いずれの月においても平成 21 年の割合が高くなっている。

図表 9 後発医薬品調剤率 (n=500)

(単位：%)

	平成 21 年			平成 20 年		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1 月	44.2	15.8	42.5	39.8	17.6	37.2
2 月	43.4	15.4	41.3	40.3	17.3	37.7
3 月	42.7	15.4	40.3	40.2	17.0	37.3
4 月	42.5	15.2	40.9	41.5	16.1	39.5
5 月	42.6	15.2	40.4	41.6	15.9	39.2
6 月	42.4	15.2	40.3	41.3	15.7	38.9
7 月	42.6	15.1	40.3	41.2	15.8	38.7

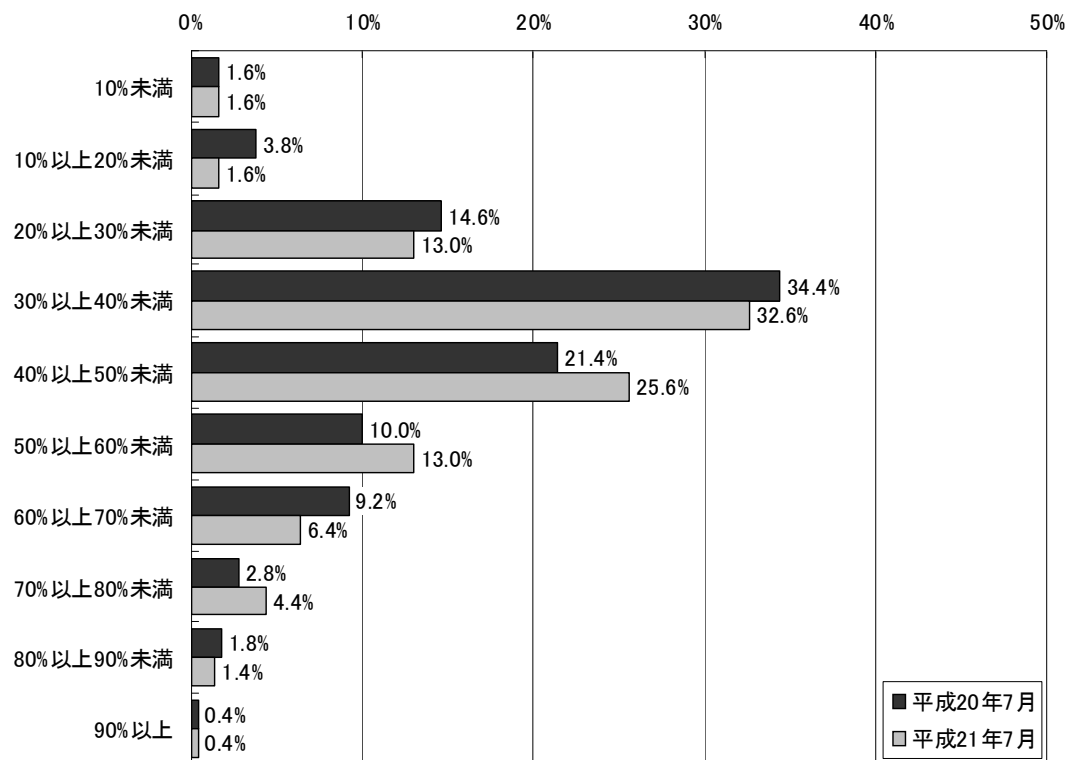
(注) 各月全てに回答があった 500 施設を対象とした。

v) 後発医薬品調剤率別にみた薬局数の分布 (平成 21 年 7 月)

平成 21 年 7 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」(32.6%) が最も多く、次いで「40%以上 50%未満」(25.6%)、「20%以上 30%未満」「50%以上 60%未満」(ともに 13.0%) となった。

また、平成 21 年と平成 20 年の同月の後発医薬品調剤率別にみた薬局数の分布を比べてみると、「40%以上 50%未満」「50%以上 60%未満」「70%以上 80%未満」において、平成 20 年よりも平成 21 年の割合が高かった。

図表 10 後発医薬品調剤率にみた薬局数の分布(平成20年7月及び平成21年7月、n=500)



(注) 各月全てに回答があった500施設を対象とした。

#### 4) 処方せん発行医療機関（平成 21 年 7 月）

##### i) 処方せん発行医療機関数

平成 21 年 7 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 薬局当たりの平均は 40.72 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 6.53 件で、処方せん発行医療機関全体に占める割合は 16.0%であった。

図表 11 処方せん発行医療機関数

	医療機関種別			合計
	病院	一般診療所	歯科診療所	
処方せん発行医療機関数(A)	11.84	27.12	1.75	40.72
(うち)「変更不可」欄に処方医の署名等が 9割以上ある機関数(施設)(B)	2.01	4.38	0.14	6.53
(うち)主として先発医薬品 を銘柄指定している機関数(施設)	1.73	3.42	0.13	5.27
(うち)主として後発医薬品 を銘柄指定している機関数(施設)	0.25	0.81	0.01	1.06
処方せん枚数(枚)	433.1	972.0	14.5	1419.5
「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)(%)	17.0%	16.1%	7.9%	16.0%
薬局数	443			

(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 医療機関当たりの平均処方せん枚数は 1,062.4 枚（標準偏差 1,066.6、中央値 870.0）であった。

図表 12 処方せん枚数が最も多い 1 医療機関の処方せん枚数 (n=525)

	平均値	標準偏差	中央値
処方せん発行枚数(枚)	1,062.4	1,066.6	870.0

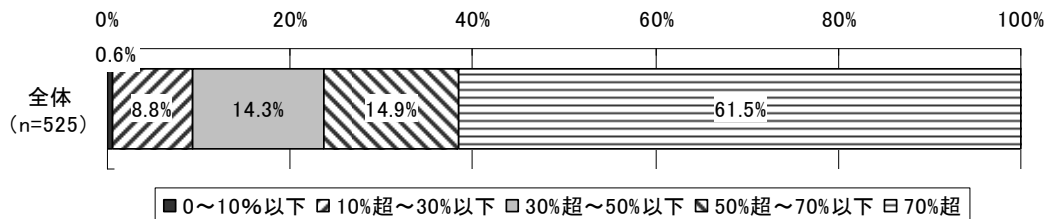
(注) 処方せん枚数について回答のあった施設を対象に集計した。



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」（61.5%）が最も多く、次いで「50%超～70%以下」（14.9%）、「30%超～50%以下」（14.3%）、「10%超～30%以下」（8.8%）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 薬局当たりの平均医療機関数は 3.9 件（標準偏差 4.7、中央値 3.0）であった。

図表 14 半径 200m 以内にある医療機関数 (n=549)

	平均値	標準偏差	中央値
半径 200m 以内にある医療機関数(件)	3.9	4.7	3.0

(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（平成 21 年 7 月 21 日～27 日）

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 21 年 7 月 21 日から 7 月 27 日までの 1 週間の取り扱い処方せん総計（132,045 枚）の内訳をまとめた。

図表 15 取り扱い処方せん枚数 (372 薬局分)

	7月21日～27日の 取り扱い処方せん枚数	
	枚数(枚)	割合
① すべての取り扱い処方せん	132,045	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	55,792	42.3%
③ ①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」欄に処方医の署名等がない処方せん	90,511	68.5%
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(初めての變更に限らず、以前に一度變更し、今回も同様に變更した場合も含む)	4,965	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	992	0.8%
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	61	0.0%
⑦ ③のうち、今回は、先発医薬品を後発医薬品に変更しなかったが、以前に一度、先発医薬品から後発医薬品に変更し、これを受けて処方医が、当該後発医薬品の銘柄処方方に切り替えた処方せん	2,149	1.6%
⑧ 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	370	0.3%
⑨ ③のうち、処方せんに記載されたすべての先発医薬品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	10,107	7.7%
⑩ ③のうち、後発医薬品のみが記載された処方せん(上記⑦に該当するものを除く。)	3,689	2.8%
⑪ ③のうち、「後発医薬品についての説明」※1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)	9,658	7.3%
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		
⑫ 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	14,015	10.6%
⑬ ⑫のうち、薬価収載されていなかったため	8,901	6.7%
⑭ ⑫のうち、在庫として備蓄していなかったため	6,036	4.6%
⑮ 先発医薬品の剤形(ただし、OD錠除く)に対応した後発医薬品がなかったため	4,038	3.1%
⑯ ⑮のうち、薬価収載されていなかったため	2,222	1.7%
⑰ ⑮のうち、在庫として備蓄していなかったため	1,867	1.4%
⑱ 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	706	0.5%
⑲ ⑱のうち、薬価収載されていなかったため	254	0.2%
⑳ ⑱のうち、在庫として備蓄していなかったため	411	0.3%
㉑ ①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」欄に処方医の署名等がある処方せん	41,534	31.5%
㉒ ㉑のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん	18,272	13.8%
㉓ 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	2,294	1.7%
㉔ ㉓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	1,815	1.4%
㉕ ㉓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	865	0.7%

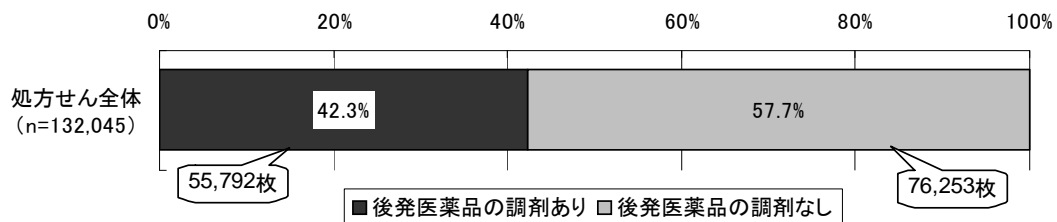
\*「後発医薬品についての説明」とは

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等)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等を指す。

## 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42.3%（55,792枚）、「後発医薬品の調剤なし」が57.7%（76,253枚）であった。

図表 16 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21年7月21日～27日1週間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（90,511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 17 「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=90,511）  
 における、後発医薬品への変更状況  
 （平成 21 年 7 月 21 日～27 日 1 週間分の処方せんベース、372 薬局分）

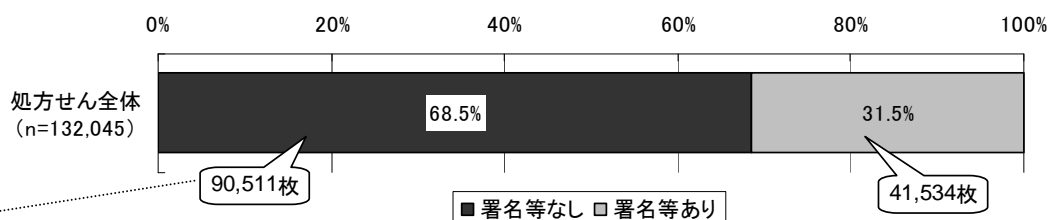
	枚数(枚)	割合
「変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん	90,511	100.0%
1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん	4,965	5.5%
(うち)後発医薬品情報提供料を算定した処方せん	992	1.1%
(うち)後発医薬品分割調剤加算を算定した処方せん	61	0.1%
今回は、先発医薬品を後発医薬品に変更しなかったが、以前に一度、先発医薬品から後発医薬品に変更し、これを受けて処方医が、当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた処方せん	2,149	2.4%
1品目でも後発医薬品を他の後発医薬品に変更した処方せん	370	0.4%
処方せんに記載されたすべての先発医薬品につ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	10,107	11.2%
後発医薬品のみが記載された処方せん(上記に該当するものを除く。)	3,689	4.1%
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	9,658	10.7%
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	14,015	15.5%
採用され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	8,901	9.8%
先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品を在庫として備蓄していなかったため	6,036	6.7%
先発医薬品の剤形(ただし、OD錠除く)に対応した後発医薬品がなかったため	4,038	4.5%
採用され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	2,222	2.5%
先発医薬品の剤形に対応した後発医薬品を在庫として備蓄していなかったため	1,867	2.1%
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	706	0.8%
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	254	0.3%
OD錠の後発医薬品を在庫として備蓄していなかったため	411	0.5%

平成 21 年 7 月 21 日から 7 月 27 日までの 1 週間のすべての取り扱い処方せん（132,045 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の状況についてみると、「署名等なし」が 68.5%（90,511 枚）、「署名等あり」が 31.5%（41,534 枚）であった。

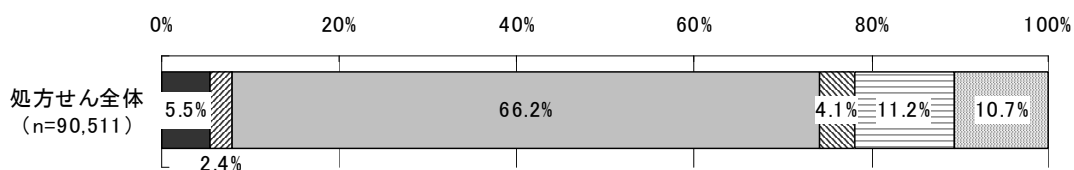
「署名等なし」の処方せん 90,511 枚のうち、実際に「1 品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した」処方せんは 5.5%であった。

「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 11.2%、「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 10.7%、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 66.2%であった。

図表 18 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 21 年 7 月 21 日～27 日 1 週間の処方せんベース）



図表 19 「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=90,511）における、後発医薬品への変更状況（平成 21 年 7 月 21 日～27 日 1 週間の処方せんベース）

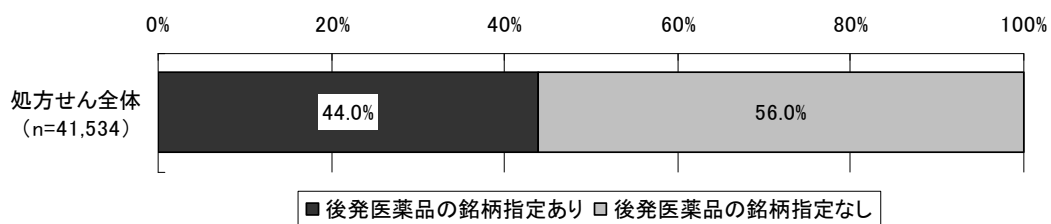


- 1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん
- ▨ 以前に後発医薬品に変更し処方医が後発医薬品の銘柄処方に切り替えた処方せん
- 後発医薬品に変更しなかった処方せん
- ▤ 後発医薬品のみが記載された処方せん
- ▧ 処方せんに記載されたすべての銘柄について、後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更しなかった処方せん
- ▩ 患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更しなかった処方せん

4) 「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のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん割合

平成 21 年 7 月 21 日から 7 月 27 日までの 1 週間で、「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 41,534 枚のうち、「後発医薬品の銘柄指定あり」は 44.0%、「後発医薬品の銘柄指定なし」は 56.0%であった。

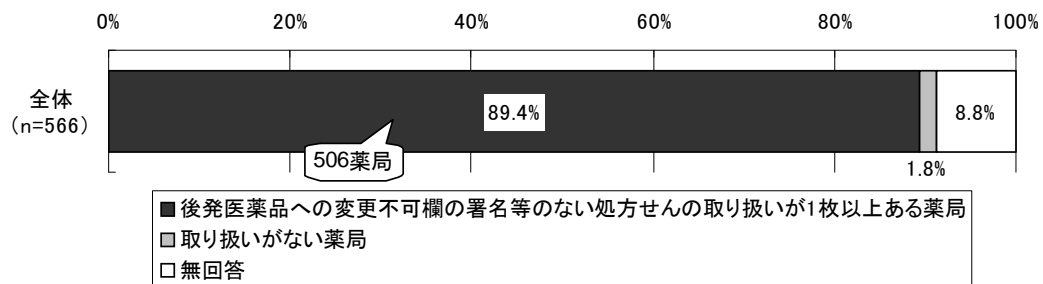
図表 20 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せん (n=41,534)のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん割合 (平成 21 年 7 月 21 日~27 日 1 週間の処方せんベース)



5) 後発医薬品への変更割合 (薬局数ベース)

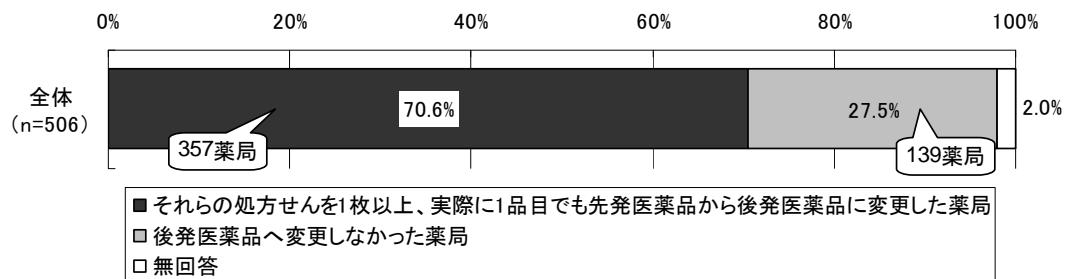
平成 21 年 7 月 21 日から 7 月 27 日までの 1 週間で、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを 1 枚以上取り扱った薬局は、89.4% (506 薬局) であった。

図表 21 1 週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)



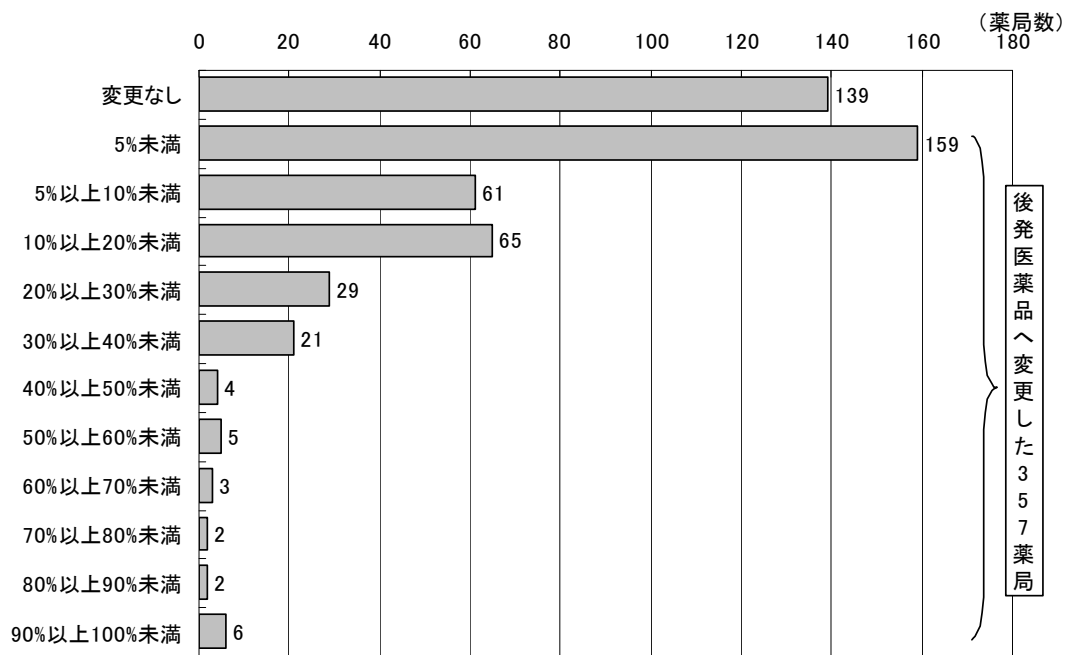
「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを1枚以上取り扱った506薬局のうち、「それらの処方せんを1枚以上、実際に1品目でも先発医薬品から後発医薬品に変更した薬局」は70.6%（357薬局）、「先発医薬品を後発医薬品へ変更しなかった薬局」は27.5%（139薬局）であった。

図表 22 「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（506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 506 薬局における、後発医薬品への変更可の処方せんに占める、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 159 薬局、「10%以上 20%未満」が 65 薬局、「5%以上 10%未満」が 61 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 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（506 薬局）における、後発医薬品への変更可の処方せんに占める、後発医薬品への変更割合別の度数分布（薬局ベース）



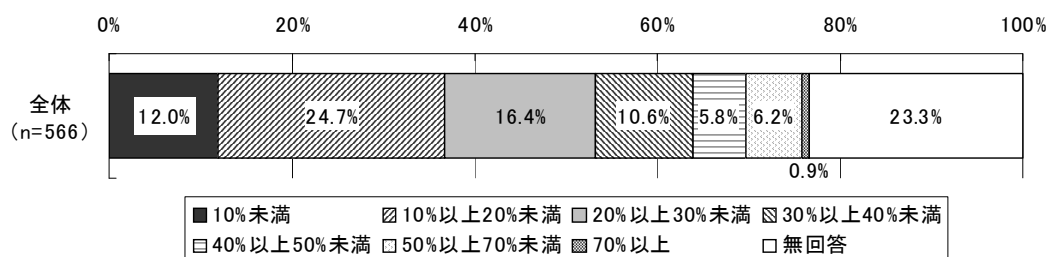
（注）506 薬局の中には、後発医薬品への変更割合が不明の 10 薬局が含まれている。



6) 1週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21年7月21日から7月27日までの1週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）の割合についてみると、「10%以上20%未満」（24.7%）が最も多く、次いで「20%以上30%未満」（16.4%）、「10%未満」（12.0%）、「30%以上40%未満」（10.6%）であった。

図表 24 1週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21年7月21日～27日1週間、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21年7月21日から7月27日までの1週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）の割合についてみると、1薬局当たりの平均は24.4%（標準偏差16.0、中央値20.1）であった。

図表 25 1週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21年7月21日～27日1週間、薬局ベース、n=434）

	平均値	標準偏差	中央値
すべての医薬品に占める後発医薬品の割合 (%)	24.4	16.0	20.1

(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 21 年 4 月以降）

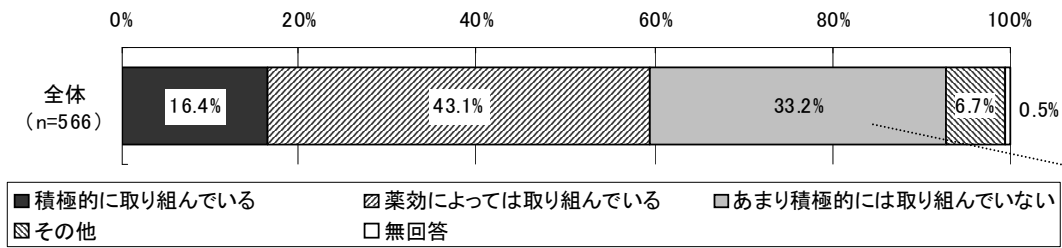
#### 1) 後発医薬品の説明・調剤に関する考え方

後発医薬品の説明・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「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」（43.1%）が最も多く、次いで、「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」（33.2%）、「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」（16.4%）であった。

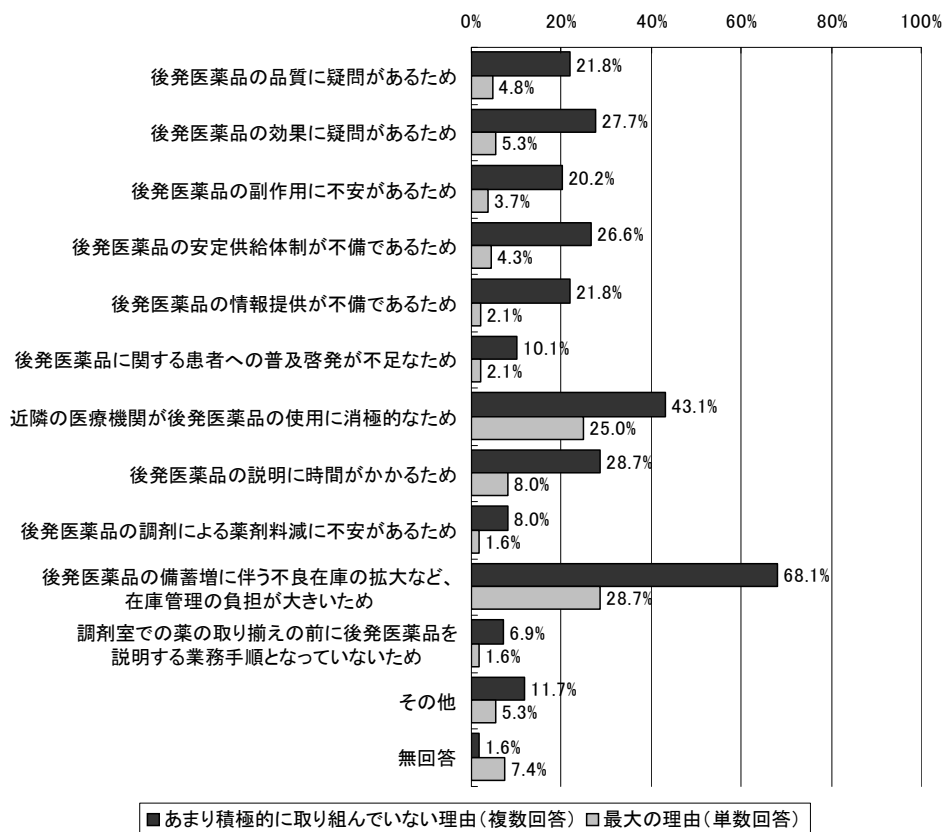
後発医薬品の説明・調剤には「後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的に取り組んでいない」と回答した 188 薬局に対してあまり積極的には取り組んでいない理由を尋ねたところ、「後発医薬品の備蓄増に伴う不良在庫の拡大など、在庫管理の負担が大きい」（68.1%）が最も多く、次いで「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため」（43.1%）、「後発医薬品の説明に時間がかかるため」（28.7%）、「後発医薬品の効果に疑問があるため」（27.7%）、「後発医薬品の安定供給体制が不備であるため」（26.6%）であった。

また、あまり積極的には取り組んでいない「最大」の理由を尋ねたところ、「後発医薬品の備蓄増に伴う不良在庫の拡大など、在庫管理の負担が大きい」（28.7%）が最も多く、次いで「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため」（25.0%）であった。

図表 26 後発医薬品の説明・調剤に関する考え方



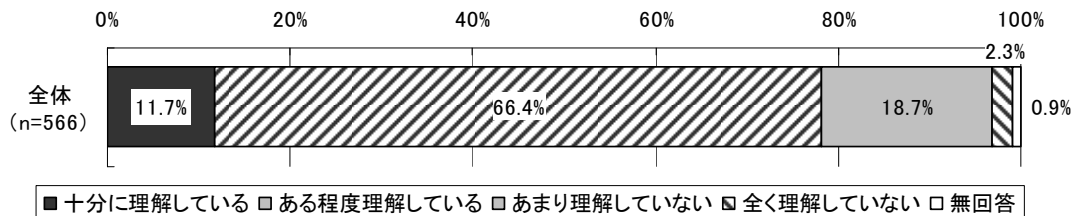
図表 27 あまり積極的に取り組んでいない理由 (n=188)



## 2) 後発医薬品の品質保証方法の理解度

後発医薬品の品質保証の方法についての理解状況をみると、「十分に理解している」が11.7%、「ある程度理解している」が66.4%、「あまり理解していない」が18.7%であった。

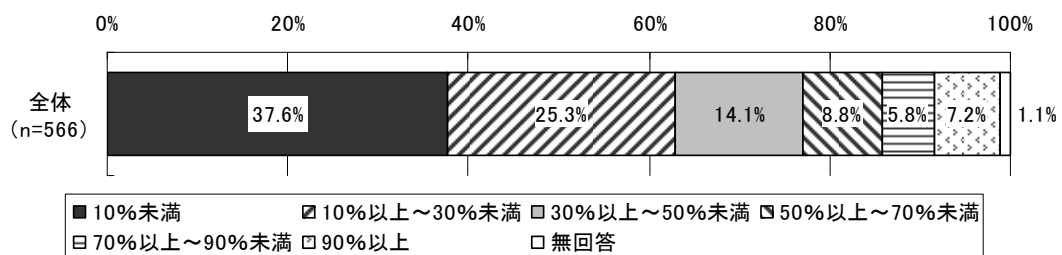
図表 28 後発医薬品の品質保証方法の理解度



## 3) 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、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が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をみると、「10%未満」(37.6%) が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」(25.3%)、「30%以上～50%未満」(14.1%) であった。

図表 29 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、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）



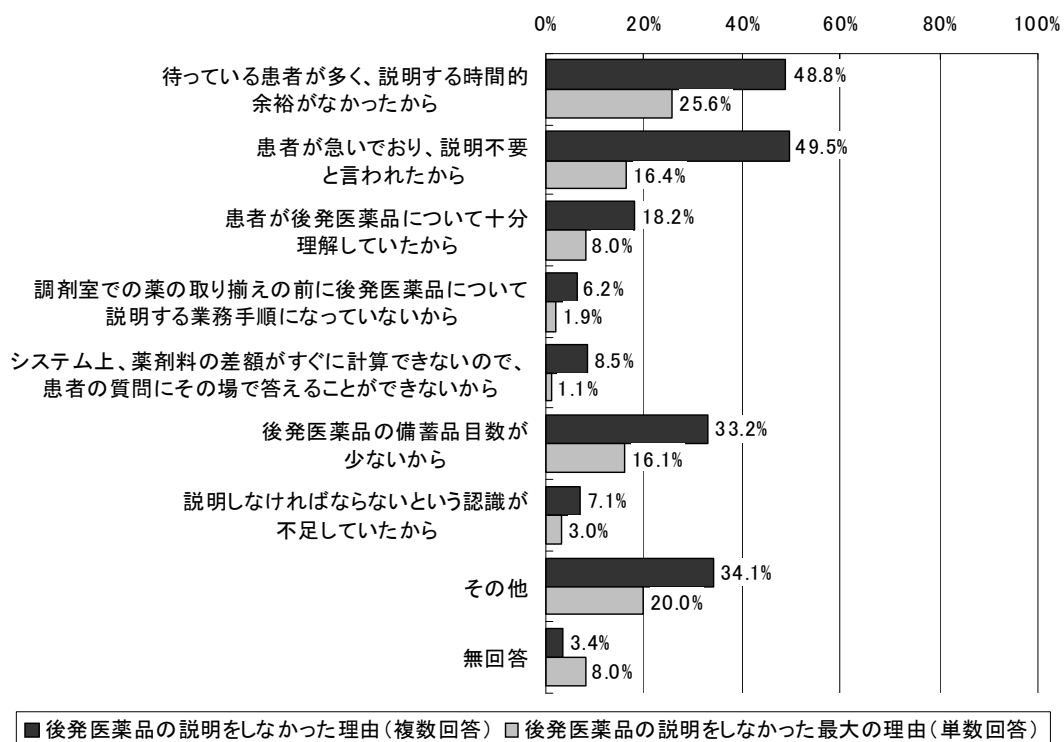
(注) 「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

4) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に後発医薬品についての説明をしなかった理由

後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に後発医薬品についての説明をしなかった理由をみると、「患者が急いでおり、説明不要と言われたから」(49.5%)が最も多く、次いで、「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」(48.8%)、「後発医薬品の備蓄品目数が少ないから」(33.2%)であった。

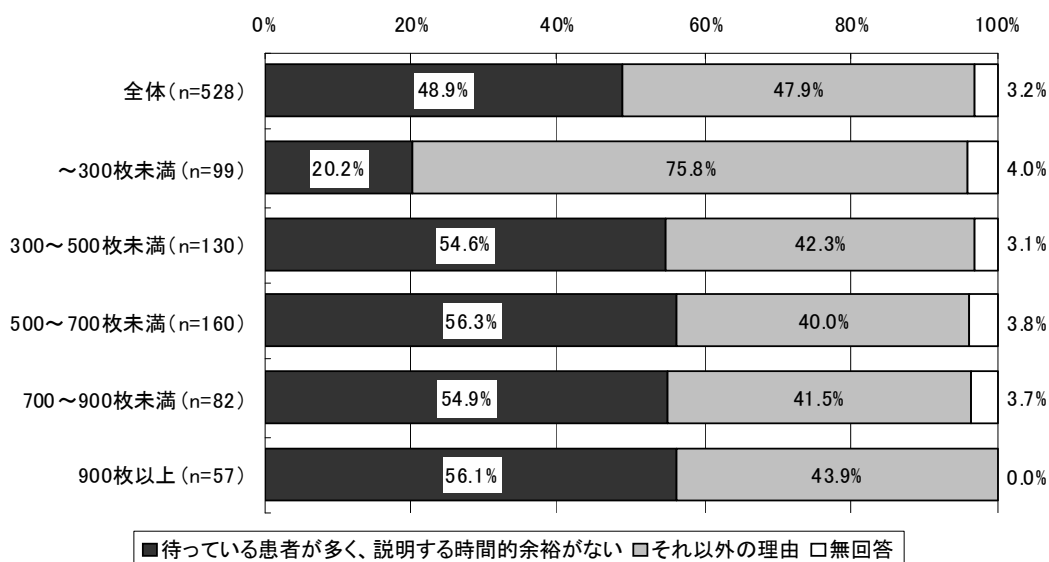
また、後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に後発医薬品についての説明をしなかった「最大」の理由をみると、「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」(25.6%)が最も多く、次いで、「患者が急いでおり、説明不要と言われたから」(16.4%)、「後発医薬品の備蓄品目数が少ないから」(16.1%)であった。

図表 30 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に後発医薬品についての説明をしなかった理由 (n=566)



薬剤師（常勤換算）1人当たりの受付処方せん枚数（1か月間合計）別に、後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に対し、後発医薬品についての説明をしなかった理由として「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」を回答した薬局と「それ以外の理由」を回答した薬局の割合をみると、薬剤師（常勤換算）1人当たりの受付処方せん枚数の1か月間合計が300枚以上の薬局では「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」と回答した薬局の割合が半数を超える結果となった。

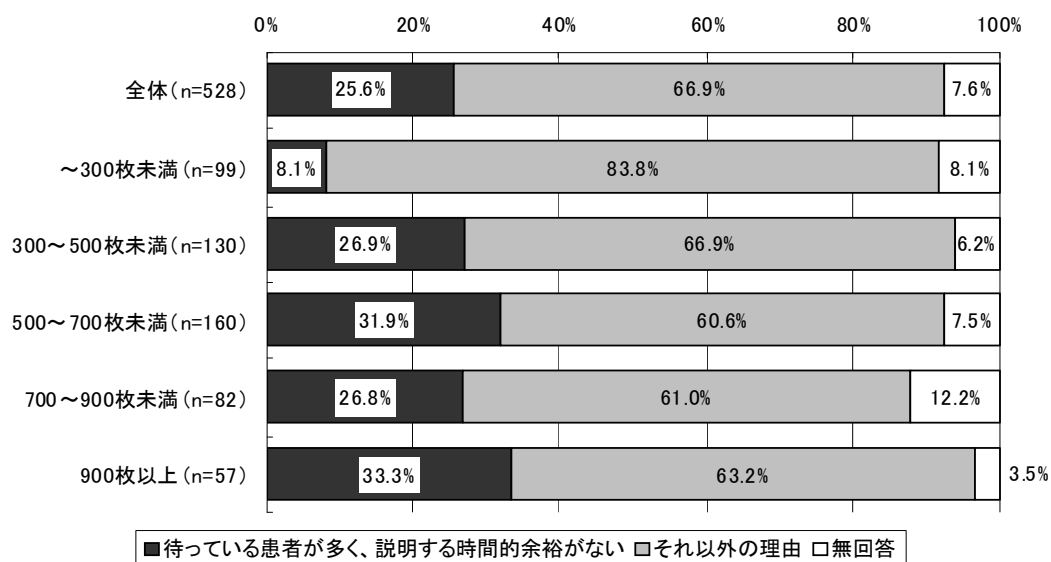
図表 31 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に対し、後発医薬品についての説明をしなかった理由として「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」と回答した薬局と回答しなかった薬局の割合（薬剤師（常勤換算）1人当たりの受付処方せん枚数（1か月間合計）別）



(注) 図表中の処方せん枚数は薬剤師（常勤換算）1人当たりの受付処方せん枚数。

薬剤師（常勤換算）1人当たりの受付処方せん枚数（1か月間合計）別に、後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に対し、後発医薬品についての説明をしなかった「最大」の理由として「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」を回答した薬局と「それ以外の理由」を回答した薬局の割合をみると、薬剤師（常勤換算）1人当たりの受付処方せん枚数の1か月間合計が「500～700枚未満」「900枚以上」の薬局では「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」と回答した薬局が3割を超える結果となった。

図表 32 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に対し、後発医薬品についての説明をしなかった最大の理由として「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」を回答した薬局と回答しなかった薬局（薬剤師（常勤換算）1人当たりの受付処方せん枚数（1か月間合計）別）

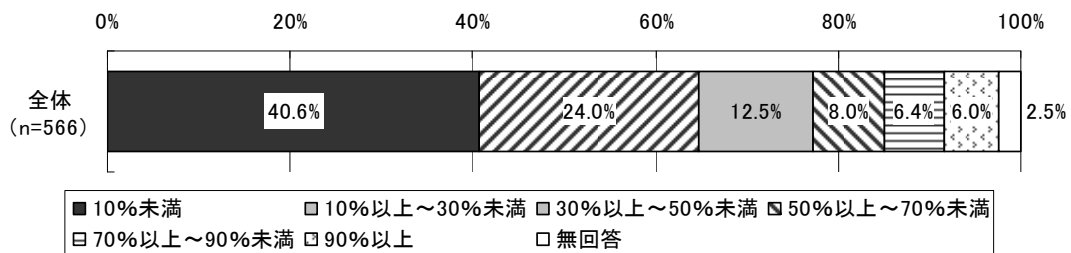


(注) 図表中の処方せん枚数は薬剤師（常勤換算）1人当たりの受付処方せん枚数。

5) 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、後発医薬品について簡潔な説明だけを行った患者の割合

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、後発医薬品について簡潔な説明だけを行った患者の割合をみると、「10%未満」(40.6%)が最も多く、次いで、「10%以上～30%未満」(24.0%)、「30%以上～50%未満」(12.5%)であった。

図表 33 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、後発医薬品について簡潔な説明\*だけを行った患者の割合 (薬局数ベース)

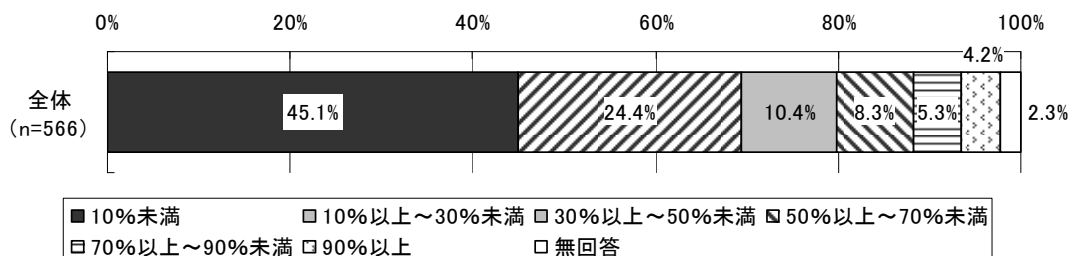


※「簡潔な説明」とは後発医薬品と先発医薬品とが同等であることの説明はしたが、変更前後の薬剤料の差額などは説明していない場合や、以前に丁寧に説明し、今回は後発医薬品への変更希望だけを確認した場合などを指す。後発医薬品に関する説明を記載した文書を患者に手渡し、希望の有無等を確認した場合も含む。

6) 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、後発医薬品への変更をすすめた患者の割合

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、後発医薬品への変更をすすめた患者の割合をみると、「10%未満」(45.1%)が最も多く、次いで、「10%以上～30%未満」(24.4%)、「30%以上～50%未満」(10.4%)であった。

図表 34 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、後発医薬品への変更をすすめた患者の割合 (薬局数ベース)



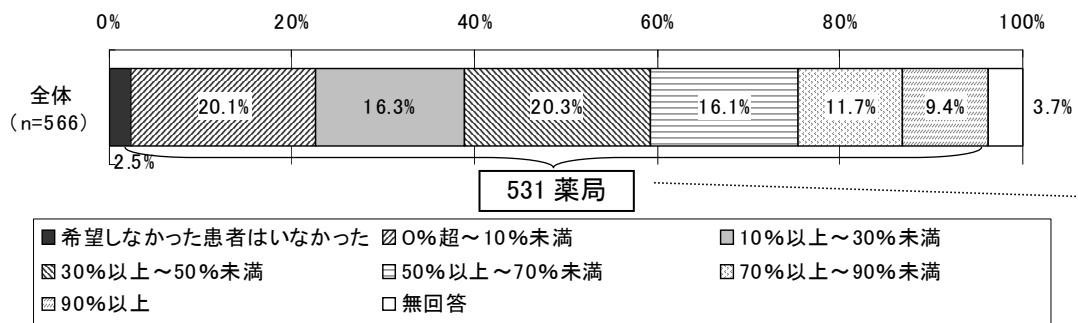


7) 後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合

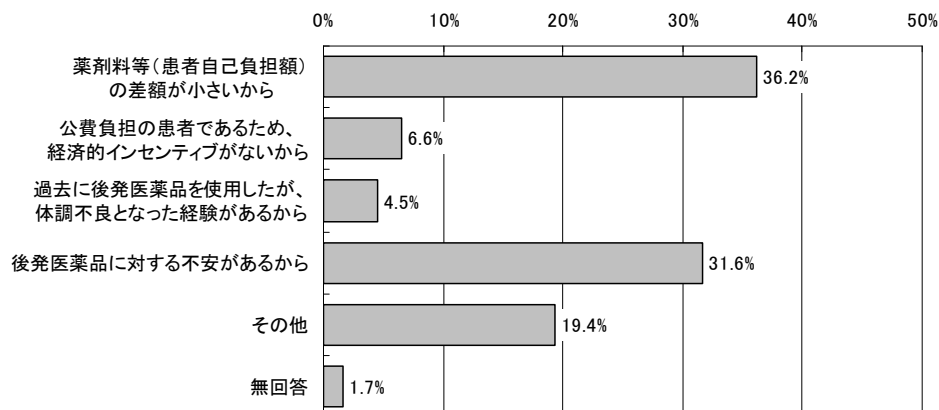
後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参し、薬局において後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合についてみると、「30%以上～50%未満」(20.3%)が最も多かった。一方で、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合が「90%以上」(9.4%)、「70%以上～90%未満」(11.7%)、「50%以上～70%未満」(16.1%)と5割以上と回答した薬局がおよそ4割を占めた。

後発医薬品について説明を行ったが、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尋ねたところ、「薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さいから」(36.2%)が最も多く、次いで、「後発医薬品に対する不安があるから」(31.6%)となった。

図表 35 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（薬局数ベース）

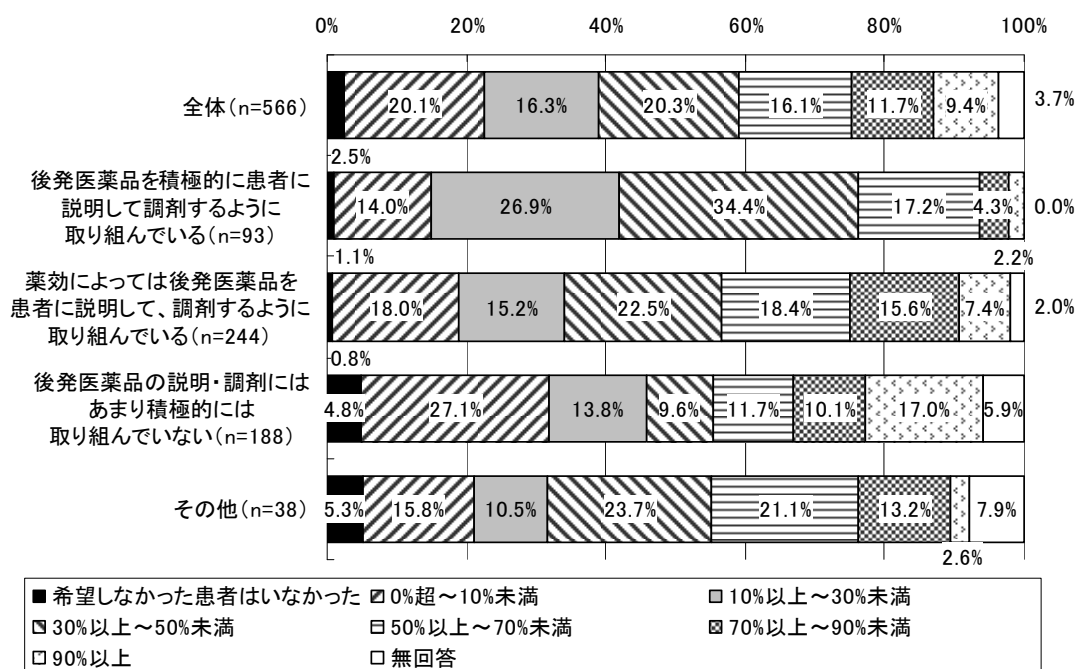


図表 36 後発医薬品についての説明を行ったが、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由（単数回答、n=531）



薬局の後発医薬品の説明・調剤に関する考え方別に、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をみると、「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」薬局では、「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」薬局や「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」薬局と比べて、70%以上のカテゴリの回答割合が低かった。

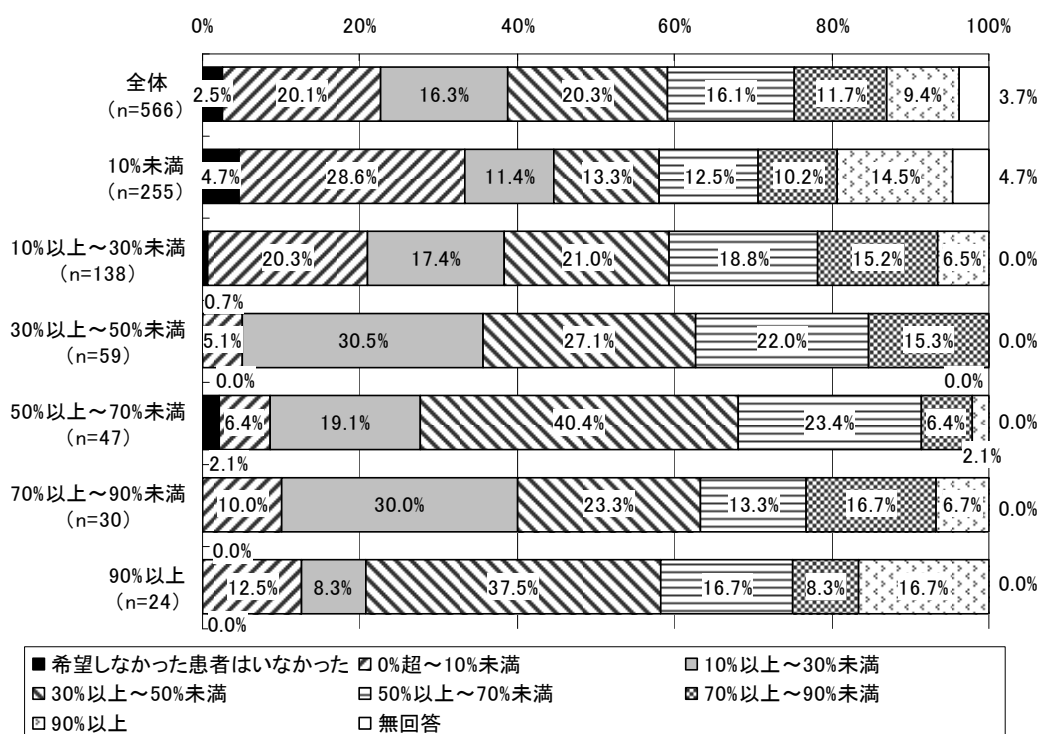
図表 37 後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合（後発医薬品の調剤に関する考え別、薬局数ベース）



(注) 「全体」には「後発医薬品に関する考え方」について無回答だった3施設が含まれる。

後発医薬品への変更が可能な処方せん持参患者のうち後発医薬品への変更をすすめた患者の割合別に、後発医薬品についての説明を行った患者に占める後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合をみると、後発医薬品をすすめた患者の割合が「10%未満」の薬局では、「希望しなかった患者はいなかった」（4.7%）、希望しなかった患者の割合が「0%超～10%未満」（28.6%）が「全体」や他と比較して相対的に高かった。

図表 38 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が可能な処方せん持参患者のうち、後発医薬品への変更をすすめた患者割合別、薬局数ベース）



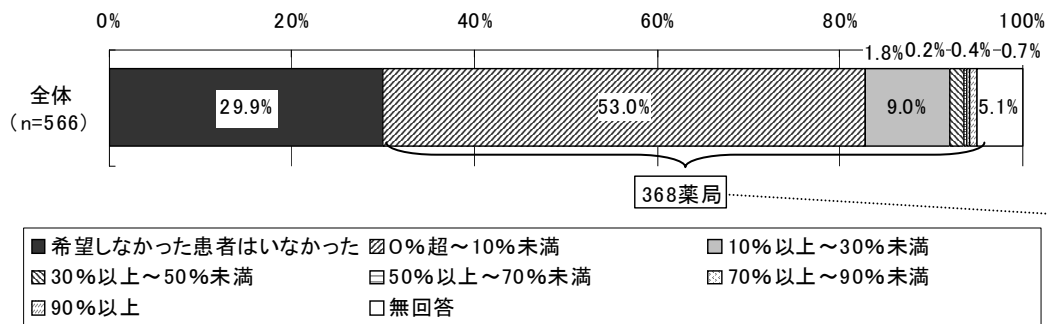
(注) 「全体」には「後発医薬品への変更が可能な処方せん持参患者のうち後発医薬品への変更をすすめた患者割合」について無回答だった13施設が含まれる。

8) 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（平成21年4月以降）

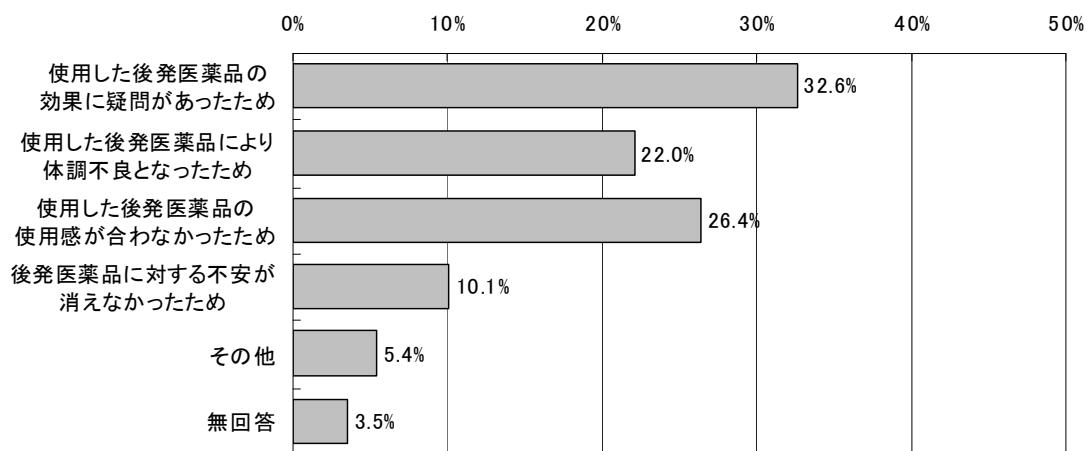
後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合についてみると、「0%超～10%未満」（53.0%）が最も多かった。また、「希望しなかった患者はいなかった」（29.9%）がおおよそ3割であった。

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」（32.6%）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」（26.4%）、「使用した後発医薬品により体調不良となったため」（22.0%）となった。

図表 39 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（平成21年4月以降）



図表 40 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（単数回答、n=368）

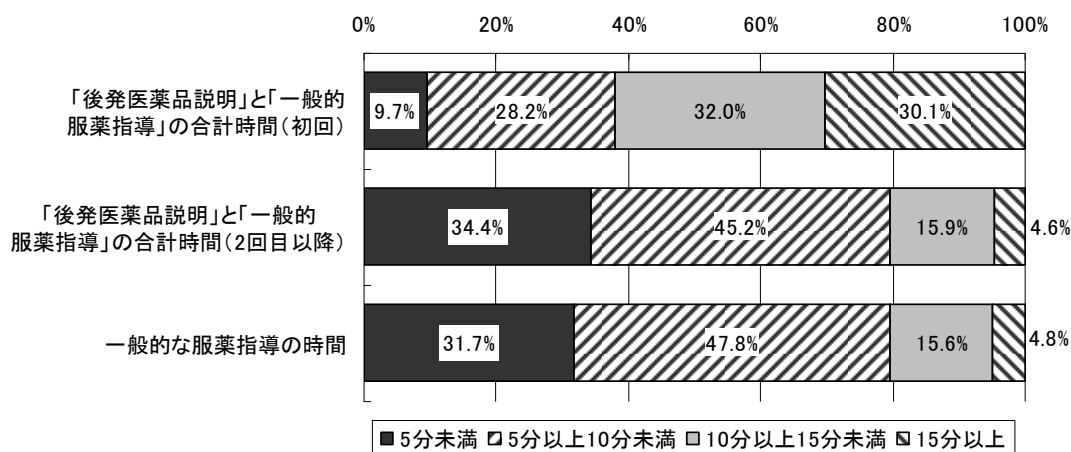


### 9) 患者 1 人に要する後発医薬品についての平均説明時間

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＋一般的服薬指導時間」をみると、平均は 10.8 分（標準偏差 6.8、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＋一般的服薬指導時間」をみると、平均は 5.7 分（標準偏差 4.0、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 3.4、中央値 5.0）であることから、2 回目以降の患者の場合、一般的な服薬指導時間と大きな差異はみられなかった。

図表 41 患者 1 人に要する平均説明時間の分布 (n=372)



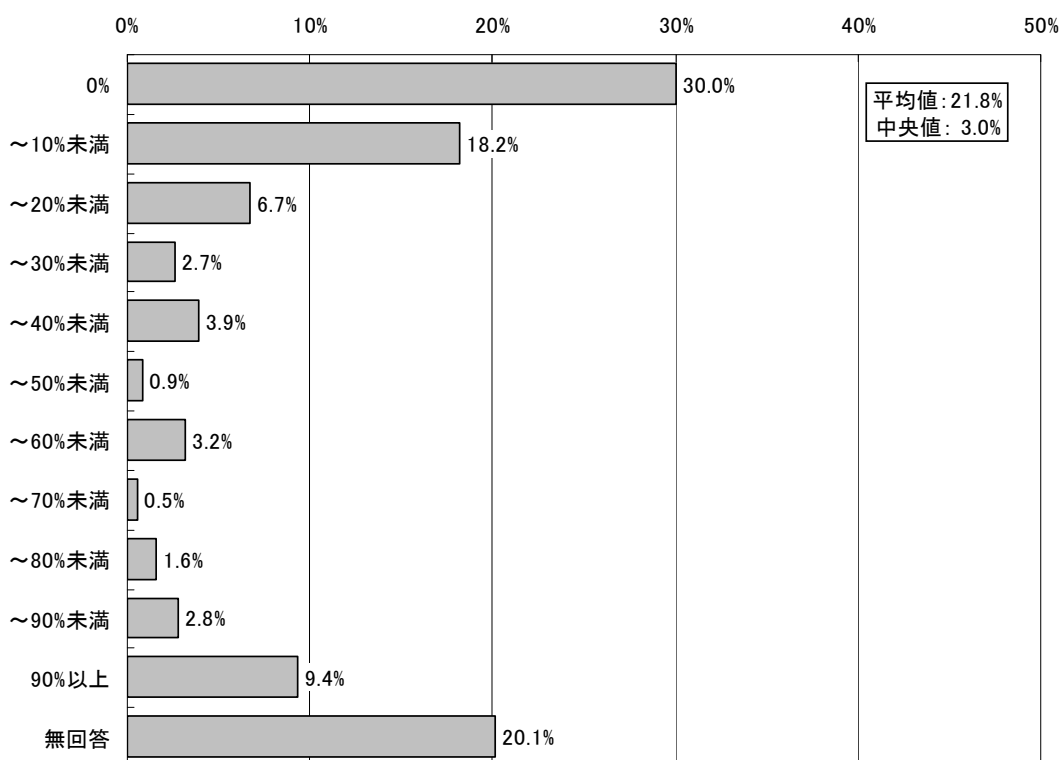
図表 42 患者 1 人に要する平均説明時間 (n=372)

	平均値	標準偏差	中央値
後発医薬品説明＋服薬指導時間 (初回) (分)	10.8	6.8	10.0
後発医薬品説明＋服薬指導時間 (2 回目以降) (分)	5.7	4.0	5.0
一般的な服薬指導時間 (分)	5.8	3.4	5.0

10) 平成 21 年 4 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の割合（薬局数ベース）

平成 21 年 4 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の割合についてみると、「0%」（30.0%）が最も多く、次いで「10%未満」（18.2%）であり、合わせて 5 割近くを占めた。一方で「90%以上」（9.4%）が 1 割近くあった。平均は 21.8%（中央値 3.0）であった。

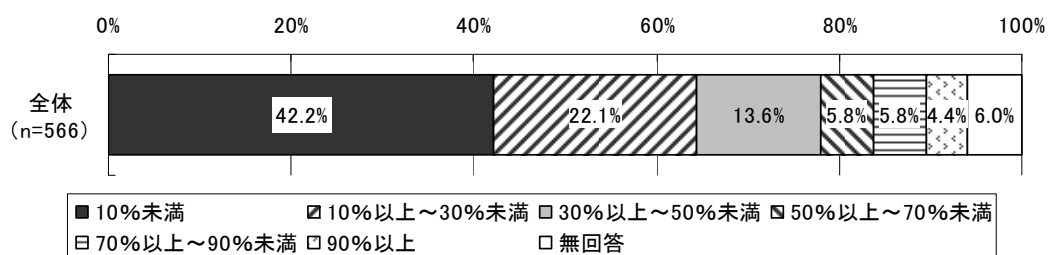
図表 43 平成 21 年 4 月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた患者の割合  
（薬局数ベース、n=566）



11) 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ちに  
取り揃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  
なくて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」(42.2%)が  
最も多かった。一方、「50%以上」という薬局を合計すると16.0%であった。

図表 44 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  
直ちに取り揃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の割合  
(薬局数ベース)



#### ④ 備蓄医薬品の状況

##### 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20年7月時点では平均837.2品目であったが、平成21年7月時点では平均889.5品目となり、6.2%の増加率となった。中央値でも794.0品目から814.5品目となり、2.6%の増加率であった。

次に後発医薬品の備蓄品目数についてみると、平成20年7月時点では平均117.4品目であったが、平成21年7月時点では平均145.0品目となり、23.5%の増加率となった。中央値でも90.0品目から104.0品目となり、15.6%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21年7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45（B）／（A））は、平均値16.3%、中央値12.8%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15.7品目（標準偏差38.7、中央値5.0）となった。つまり、先発医薬品15.7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 45 備蓄医薬品品目数の変化（n=398）

		平成20年7月	平成21年7月	増加率
医薬品全品目数(A)	平均値	837.2	889.5	6.2%
	標準偏差	384.3	411.5	
	中央値	794.0	814.5	2.6%
うち、後発医薬品の品目数(B)	平均値	117.4	145.0	23.5%
	標準偏差	104.9	123.5	
	中央値	90.0	104.0	15.6%
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		15.7	
	標準偏差		38.7	
	中央値		5.0	
(B)／(A)	平均値	14.0%	16.3%	
	中央値	11.3%	12.8%	

(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。



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3.7品目（標準偏差 6.7、中央値 2.0）、「OD錠以外」の場合の平均は87.5品目（標準偏差 166.8、中央値 2.0）であった。

図表 46 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

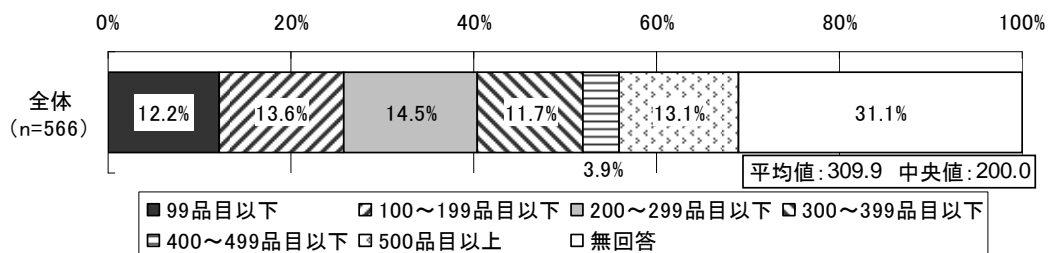
	平均値	標準偏差	中央値
先発医薬品がOD錠(n=402)	3.7	6.7	2.0
OD錠以外(n=321)	87.5	166.8	2.0

3) 在庫がなく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

在庫がなく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についてみると、「200～299品目」（14.5%）が最も多く、次いで、「100～199品目」（13.6%）、「500品目以上」（13.1%）であった。平均値は309.9品目（中央値 200.0）であった。

なお、ここでは「無回答」が31.1%と多かったことに留意する必要がある。

図表 47 在庫がなく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

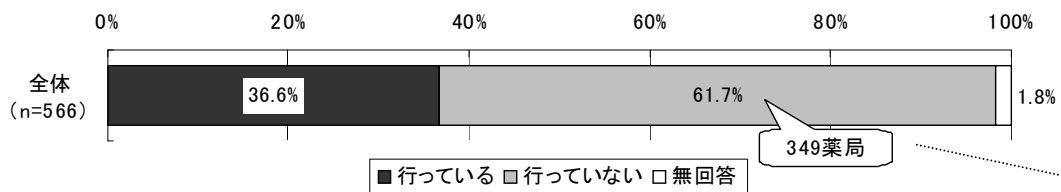


4) 処方せん受付時に患者に対して「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」の両方を行っているか

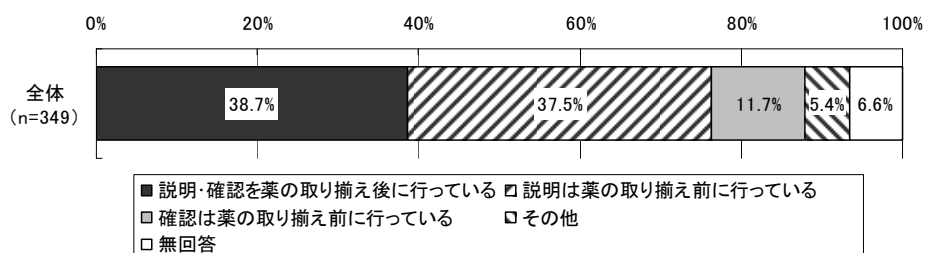
処方せん受付時に患者に対して「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」の両方を行っているかを薬局に尋ねたところ、「行っている」という薬局が 36.6%、「行っていない」という薬局が 61.7%であった。

「行っていない」と回答した 349 薬局に、患者に対して「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」を行うタイミングを尋ねたところ、「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」のいずれについても、「調剤室での薬の取り揃えの後に行っている」が 38.7%、「後発医薬品についての説明」は、「調剤室での薬の取り揃えの前に行っている」が 37.5%とそれぞれ 4 割近くとなった。「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」は、「調剤室での薬の取り揃えの前に行っている」が 11.7%となった。

図表 48 処方せん受付時に患者に対して、「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」の両方を行っているか



図表 49 患者に対して「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」を行うタイミング

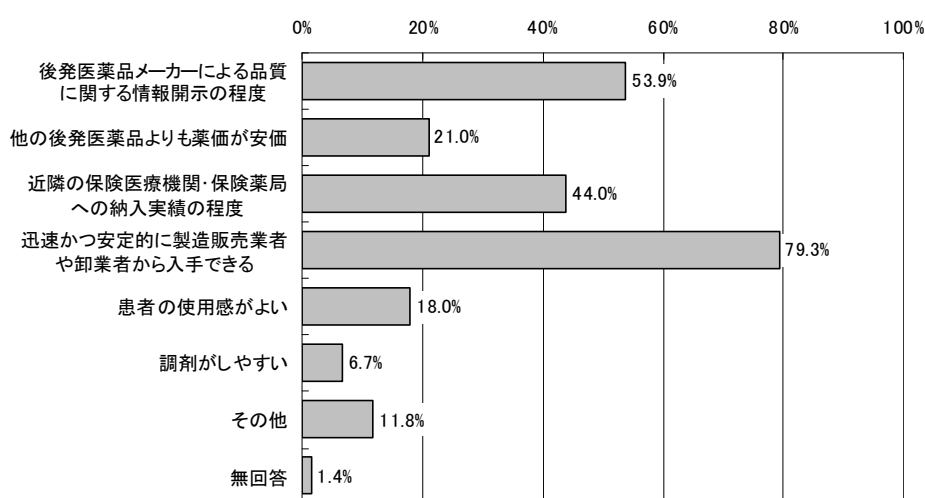


## ⑤ 後発医薬品への変更を進めるための要件

### 1) 採用している後発医薬品を選択した理由

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」(79.3%)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」(53.9%)、「近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度」(44.0%)であった。

図表 50 採用している後発医薬品を選択した理由（複数回答、n=566）

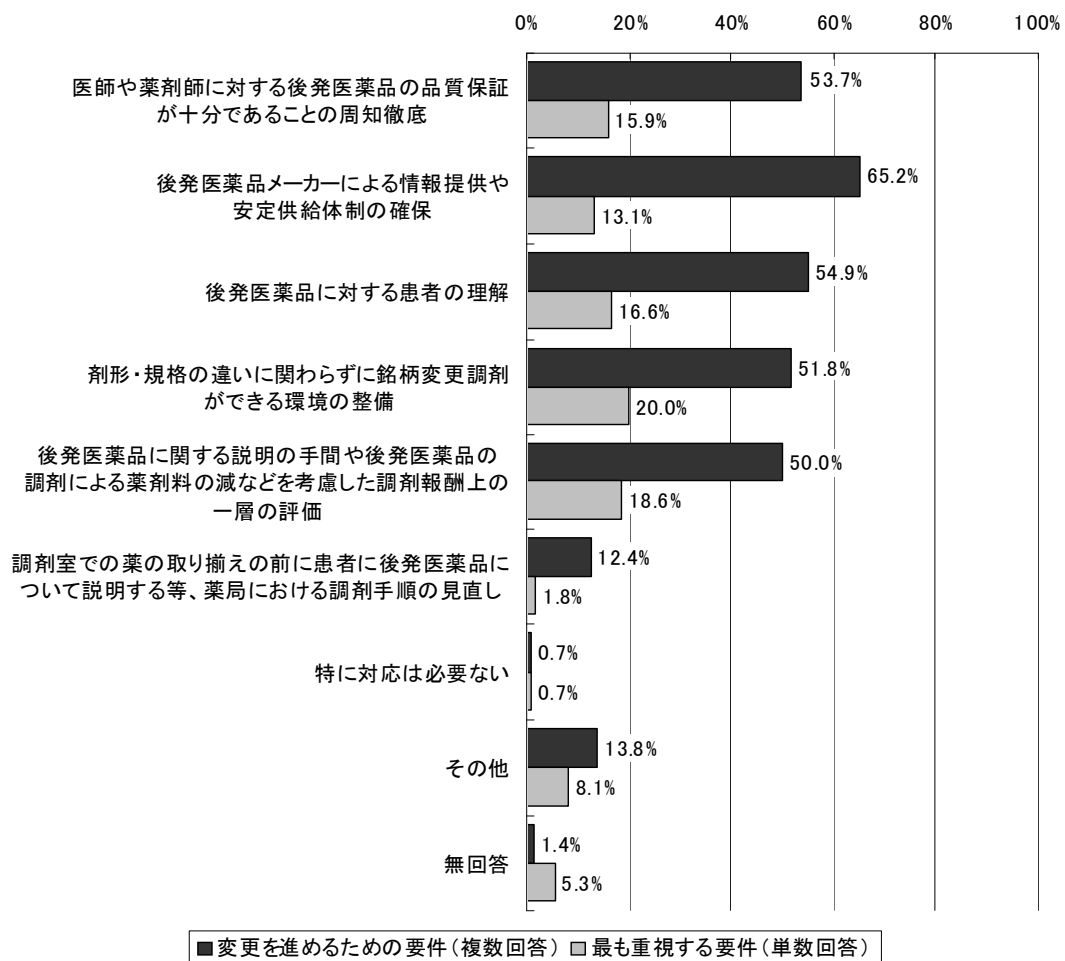


### 2) 薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件

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、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるために必要な要件をみると、「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」(65.2%)が最も多く、次いで「後発医薬品に対する患者の理解」(54.9%)、「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」(53.7%)、「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」(51.8%)、「後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬材料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価」(50.0%)であった。

変更を進めるための「最大」の要件を尋ねたところ、「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」(20.0%)が最も多く、次いで、「後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬剤料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価」(18.6%)、「後発医薬品に対する患者の理解」(16.6%)であった。

図表 51 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、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件（n=566）

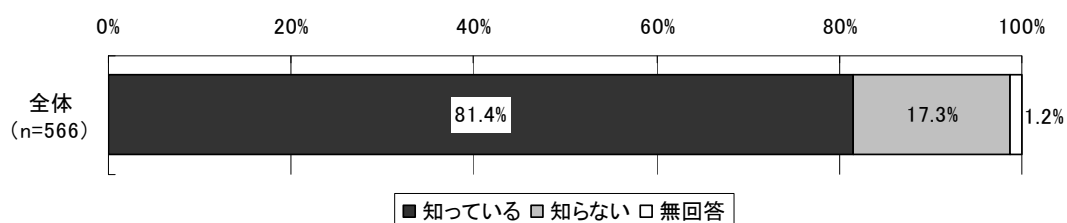


## ⑥ 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度等

### 1) 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度

「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度についてみると、「知っている」が 81.4%、「知らない」が 17.3%であった。

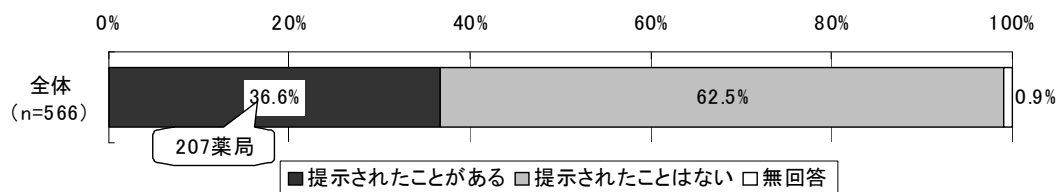
図表 52 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度



### 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の有無

「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についてみると、「提示されたことがある」が 36.6% (207 薬局)、「提示されたことはない」が 62.5%であった。

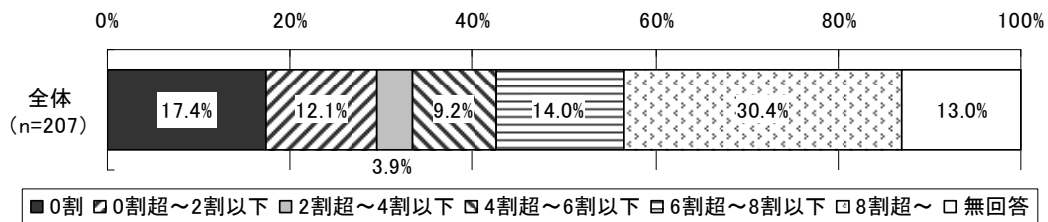
図表 53 「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示された経験の有無



3) 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者における、先発医薬品から後発医薬品に変更調剤を行った患者の割合

「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者における、先発医薬品から後発医薬品に変更調剤を行った患者の割合をみると、「8割超〜」(30.4%)が最も多かった。一方で、「0割」(17.4%)が2割近くあった。

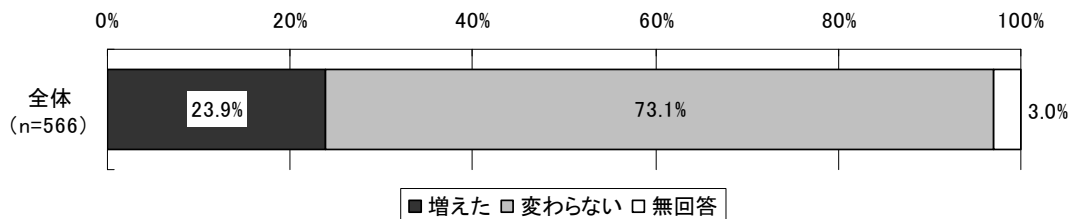
図表 54 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示した患者における、先発医薬品から後発医薬品に変更調剤を行った患者の割合 (提示されたことがある薬局のみ)



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数の変化

「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についてみると、「変わらない」が 73.1%、「増えた」が 23.9%であった。

図表 55 「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

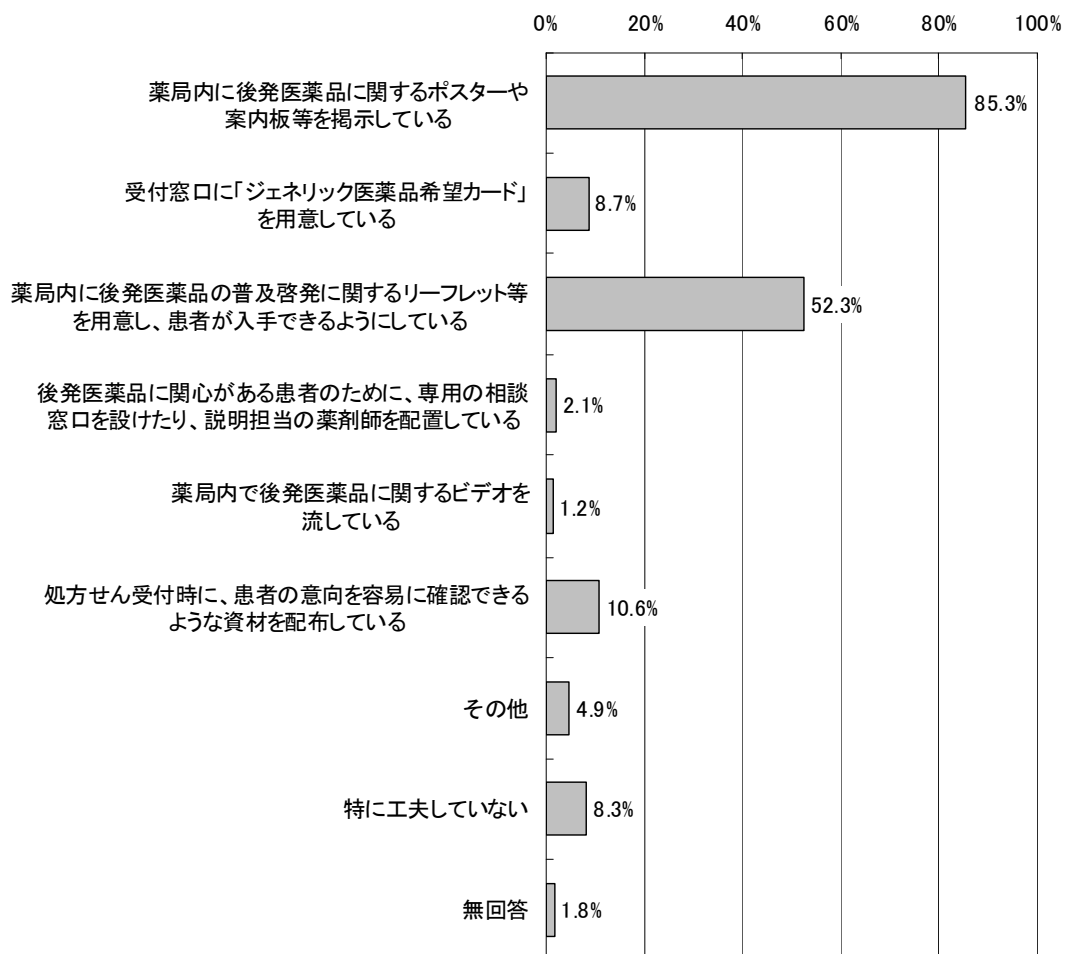


※平成 21 年 4 月以降、被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が順次配布されるようになった。

### 5) 患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫

患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫についてみると、「薬局内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している」(85.3%)が最も多く、次いで、「薬局内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている」(52.3%)となった。

図表 56 患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫（複数回答、n=566）

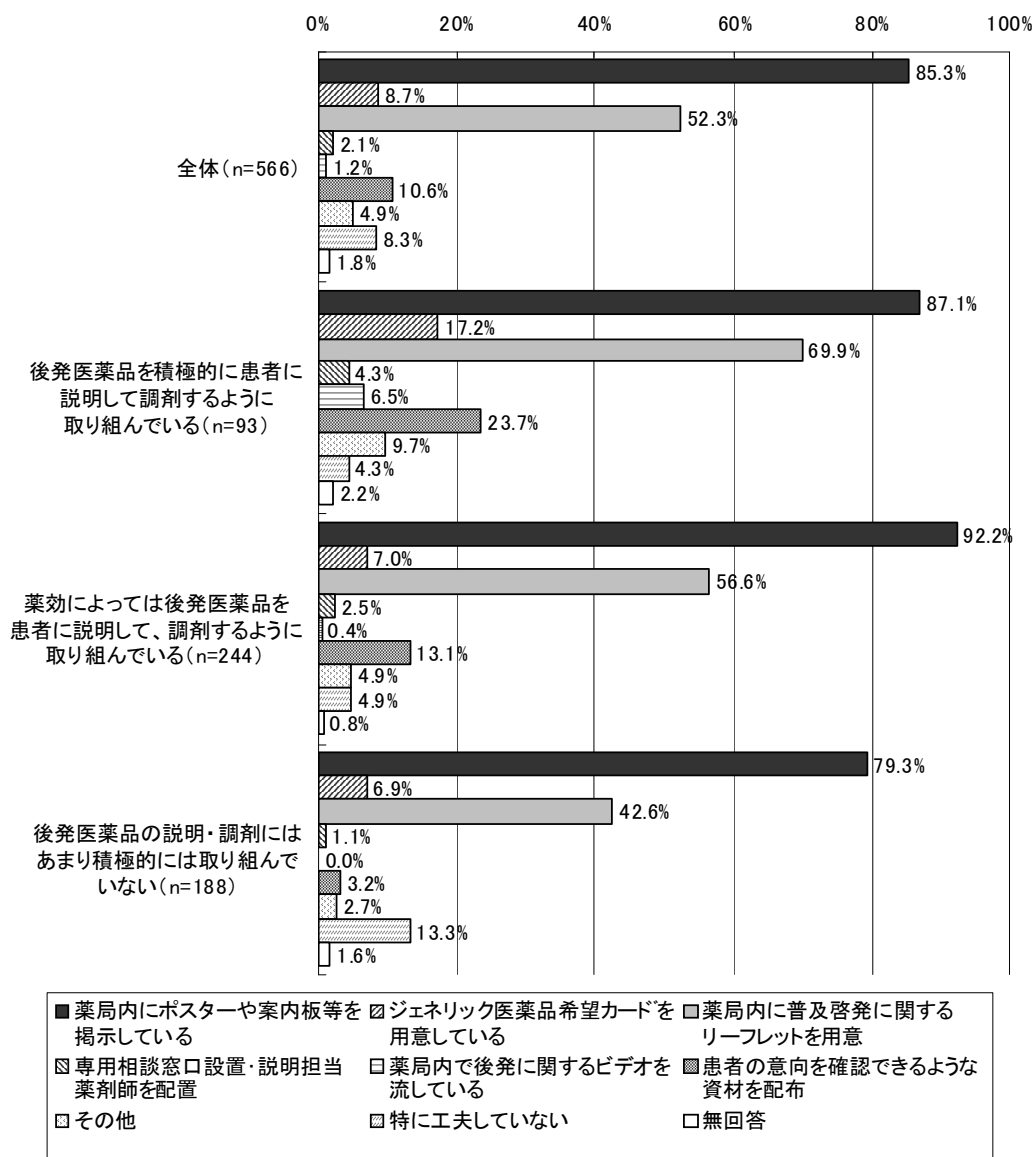


後発医薬品の説明・調剤に関する考え方別に、患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫についてみると、「後発医薬品を積極的に患者に説明して調剤するように取り組んでいる」薬局でいずれの取組においても「全体」と比較して高い回答割合となった。

「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」薬局では、「全体」と比較して、「薬局内にポスターや案内板等を掲示している」「薬局内に普及啓発に関するリーフレットを用意」「薬局内に後発に関するビデオを流している」「患者の意向を確認できるような資材を配布」といった取組について回答割合が相対的に高かった。

「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」薬局では、いずれの取組についても、「全体」と比較して低い結果となった。

図表 57 患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫  
(後発医薬品の調剤に関する考え別、複数回答)





⑦ 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、調査票の「様式2」に記載のあった処方せん 5,964 枚の薬剤料を分析の対象とした。

平成 21 年 7 月 21 日から 7 月 27 日までの 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（5,964 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 985.9 点（標準偏差 1628.3、中央値 486.0）であった。一方、実際に調剤した薬剤料は、平均 790.9 点（標準偏差 1428.0、中央値 352.0）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 80.2%（中央値 72.4）となった。

図表 58 平成 21 年 7 月 21 日から 7 月 27 日までの 1 週間に後発医薬品に変更して調剤された処方せん（5,964 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)	985.9	1628.3	486.0
実際に調剤した薬剤料(B)(点)	790.9	1428.0	352.0
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)(%)	80.2		72.4

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 1147.6 点、3 割負担で 924.2 点であった。一方、「実際に調剤した薬剤料」は、1 割負担で 935.1 点、3 割負担で 720.0 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 81.5%、3 割負担で 77.9%となった。

図表 59 患者一部負担金割合別にみた、平成 21 年 7 月 21 日～7 月 27 日までの 1 週間に後発医薬品に変更して調剤された処方せん（5,964 枚）の状況

	患者一部負担金割合					
	全体	0 割	1 割	2 割	3 割	10 割
処方せん枚数(枚)	5,964	643	1648	35	3,624	10
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(A)(点)	985.9	959.7	1147.6	505.9	924.2	309.9
実際に調剤した薬剤料(B)(点)	790.9	852.0	935.1	434.0	720.0	207.3
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)(%)	80.2	88.8	81.5	85.8	77.9	66.9

(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 4 枚が含まれる。

## ⑧ 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

本調査では、保険薬局における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等を自由記述形式で記載していただいた内容のうち、主な意見を取りまとめたものである。

### 【後発医薬品の品質等】

#### <品質の問題>

- ・ ある特定の薬剤では効果が出ないため、先発医薬品に戻すケースが続いている。
- ・ 貼付薬などでは、ベトベト感、使用感等についても患者から指摘されたものがある。
- ・ 降圧剤の後発医薬品のいくつかは、先発医薬品と同じ効果が得られず、仕方なく先発医薬品に戻った。
- ・ 学会等で後発医薬品の安定性、同等性（薬効）のネガティブなデータがたくさんある現状で薬剤師が後発医薬品に進んで変更しようとは思わない。
- ・ 添加剤の違いによる安全性の問題も無視できない。
- ・ 患者の疾患がわからず（患者自身もあいまいな場合が多い）後発医薬品が先発医薬品と同様の適応がとれていない場合、先発医薬品と同じように取り扱いできない。
- ・ 後発医薬品では適応症がない場合がある。

#### <品質情報の問題>

- ・ 抗がん剤などの品目については、同等性の評価項目を血中濃度や溶出性試験だけでなく、臨床評価での効果確認、副作用発現頻度に関する報告も含めてほしい。
- ・ メーカーからのデータの公表（溶出試験等）が遅い。採用薬を決めるのに時間がかかり、薬局の従業員への教育が手間取る。発売日までにデータが薬局へ提出される体制が必要だ。
- ・ 全メーカー同じ書式で血中濃度や溶出試験結果のデータをホームページに掲載することを条件としてほしい。

### 【後発医薬品の名称】

- ・ 同一成分なのに名前が違うため、患者の併用薬をチェックしにくい。重複投与の危険がある。また、患者側も薬局で説明を聞いても家に帰れば忘れてしまうことがある。
- ・ 多種多様な後発医薬品が発売されており、処方医師・歯科医師、応需薬局薬剤師も、名称が覚えられない。パソコンで入力して負担金の計算をするなど事務も繁雑になっており、調剤過誤の原因となる。
- ・ 後発医薬品は一見で判断・判読できる名称に統一してほしい。「先発品名称＋後発品メーカー名」など。
- ・ 後発医薬品は早急に成分名表示に統一させるべき。名称変更に伴う不良在庫、処分量のコストの補償も国がすべきと思う。

### 【処方せんへの記載方法等】

- ・ 後発医薬品の使用を促進するためには、処方せんへの薬剤名記入は商品名でなく一般名記入にすべきだと思う。
- ・ 変更可・不可の押印をなくし、変更してもよいものは一般名で、指定のもの（変更不可のもの）は商品名にする、というように変える。
- ・ 後発医薬品→後発医薬品や先発医薬品→先発医薬品の変更も可能にしてほしい。
- ・ 剤形にかかわらず変更できるようにする。特に、OD錠⇔錠・カプセル、錠⇔カプセル。
- ・ 後発医薬品を記載した「変更不可」の処方せんの取扱いに困る。
- ・ 後発医薬品の変更不可をなくしてほしい。
- ・ 処方せんの「後発医薬品への変更がすべて不可」欄をなくし、薬局サイドで自由に後発医薬品へ変更できるようにしてほしい。
- ・ 病院・薬局どちらにもいえることだが、薬効・症状により、変更したくない薬があると思う。処方せんの記載で、どうしても変更したくない医薬品については、「変更可」でもその旨を記載するようにすればよいと思う。

### 【薬局における在庫負担の増加】

- ・ 1つの先発医薬品に対して後発医薬品の数が多すぎる。病院によって後発医薬品の採用も異なる。医師が銘柄を指定してくる。結果、同じ成分のものをたくさん在庫しなければならない。
- ・ 処方変更のために、デッドストックになる医薬品が増えるばかりである。もともと先発医薬品の薬価が低い後発医薬品では、変更しても一部負担金にあまり反映されないため、在庫が残る。
- ・ 後発医薬品の在庫が経済的リスクを増加させている。
- ・ 薬局の在庫が増えるばかりだと積極的に後発医薬品に変更しようとは思わない。
- ・ 小さな薬局では、種類の多い後発医薬品はほとんどデッドストックになり、経営を圧迫している。薬局だけに負担を強いるのはとてもおかしいと思う。余った薬は国が回収したり、希望した患者にも負担を強いるべきだ。
- ・ 後発医薬品をいろいろと指定されてしまうので、揃えるのに時間がかかり、在庫が増え、薬局の経営が圧迫される。使用する後発医薬品は地域の薬剤師会と医師会が話し合っ決めてといった仕組みが必要だ。
- ・ 患者に選ぶ権利があるというが、全て備蓄するのは不可能である。
- ・ 在庫品目が多種であると後発医薬品があるのか否か探すこともままならない。かなり時間をかけて調べたが途中で断念したことがある。

### 【薬局における業務負担の増加】

- ・ 後発医薬品を選択した患者と先発医薬品を選択した患者とを区別して、毎回きちんと調剤するのはかなり神経を使う。調剤過誤を起こしやすい状態である。何重にもチェック

機能を入れて過誤を防ぐようにしている。

- 当方では、初回は処方せん通りに調剤し、二回目、三回目と、情報提供と説明を繰り返す。しかしこうしたジェネリックへの変更は、あまりにも調剤薬局に負担を強いるばかりだと感じる。
- 後発医薬品を積極的に勧めてきた方だが、後発医薬品を勧めれば勧めるほど、経営上の負担が大きくなってきた。
- 後発医薬品に変更した場合の医療機関への情報提供が負担である。
- 先発医薬品から後発医薬品に変更した場合、国が後発医薬品使用を進めるにあたってきちんと薬と認定しているにもかかわらず、内服後の状態で何かあったら薬局の責任になるというのはつらい。
- 患者や薬局の負担が増えるなら、後発医薬品を推奨できない。負担がないような後発医薬品使用の環境が必要だ。
- 稀な例だが、特別養護老人ホームの処方指は指導料がとれず、直接患者に薬についての意向を聞くこともなく意思が反映されない。医療費削減は考えてはいても、ジェネリックをこちらから勧めるのは、備蓄や情報提供義務が必要になるため、動機づけとならない。

## 【患者の希望】

### ＜患者の志向や不安＞

- 後発医薬品に対する患者の不安感が多く残っていると日々の業務で感じる。特に慢性疾患で何十年も同じ薬を服用している患者に多いように思う。
- 高齢者ほど後発医薬品の使用頻度は低く、興味を持ってくれない。
- 後発医薬品によって、先発医薬品との適応が違ったり、効果が低かったりするのは、患者が納得しない。
- 小児の場合、自己負担がないか、変わらない人が多い。後発医薬品に変更しても金額が変わらないという理由から先発医薬品を希望する。
- 金額が変わらないのであれば、(自己負担が) 1割負担や負担なしの患者は、先発医薬品を希望する。
- 生活保護受給者など自己負担がない患者には「差別」と受けとられそうで、後発医薬品の説明ができない。医師の処方時にジェネリックの選択が不可欠と考える。
- 近くにある、公費が主の医療機関では、医師からの後発医薬品についての説明はほとんどされていないと感じる。患者も、医師の処方した薬を薬局の薬剤師が変え、それを医師に報告するというところに、後ろめたさを感じている部分がある。

### ＜後発医薬品の認知＞

- 後発医薬品を知っている人は後発医薬品を希望するが、知らない人は説明しても聞く耳持たずといった感じで希望しない。
- ジェネリック医薬品に対する知識がない患者に対して医師の処方した医薬品を変更しようとするとう不信感を持たれ、「医師に相談してみる」といわれるケースがある。薬局

に対するイメージが悪くなる。

- 平成20年4月以降はそれ以前と比較すると明らかに「後発医薬品」「ジェネリック」という言葉は浸透し、後発医薬品の使用量も増えていると感じる。
- メーカーは安さばかりを宣伝し、行政は生活保護受給者のジェネリック使用について行き過ぎた通達をしている。患者はクライアントなので、メリットとデメリットを含めた情報提供がもっと必要だ。

#### ＜薬剤師への期待＞

- 説明を受けてジェネリックを希望する患者は2割～3割いる。ジェネリックと先発医薬品の情報を比較表できちんと提供し、フォローしてもらえれば、ジェネリックを希望するといった意見は多い。
- 医薬品の一層の安全性が重視されている。その安全性・品質を、素人の国民のために選択してくれる人として、「まずは薬剤師の意見を参考にしてみよう」という人が増えているのが実感される。

#### 【ジェネリック医薬品希望カードについて】

- 最近、「ジェネリック医薬品希望カード」を持参する患者が増えて、ますます勉強のチャンスが増えた。
- 「ジェネリック医薬品希望カード」については、先発医薬品しか発売されていない薬の処方された患者から提示されることが多く、変更調剤を行った割合は4割だった。
- 後発医薬品は、きちんとした情報を持った人が解った上で使うべきだと思う。安くなるということで誘導し、希望カードで簡単に使わせるのは間違っているように感じる。

#### 【医師との関係】

##### ＜処方時の問題＞

- 医師側で後発医薬品を指定していればスムーズに進むと思う。薬剤師が説明しても「先生の出したままで」という意見をたくさん聞く。
- 医師の中には、「後発医薬品への変更可能な処方せんを出すのが、変更はしないように」と口頭で指示してくるケースがある。
- 「後発医薬品への変更が不可」な処方せんに関しては、患者から医師へ変更をお願いしてもらっても、理由（変更して体調不良になったこと）を説明されて納得してしまう。
- 一生懸命説明して相談にのったにもかかわらず、主治医の一言で元に戻されると、後発医薬品使用促進の使命感が薄れる。
- 診療所からの処方せんで、処方せんに後発医薬品を記載して「変更不可」欄に処方医の署名・押印がされているものがある。保険薬局はその分の備蓄が増え、売上げは以前と変わらない。
- 「変更不可」の処方せんの後発医薬品銘柄指定について、医師に問合せをすると、医師のほうで特にこだわりがあるわけではない場合がほとんどである。「変更不可」とする

場合は根拠がわかるようにしてほしい。

- ・ 主治医は責任を持って署名すべきだ。「変更可」にしつつ毎回先発医薬品を処方するのは「特に理由がない。心配だからだ」と言われた患者もいる。少しでも不安を感じるならば、医師は面倒がらずに署名すべきだと思う。
- ・ 後発医薬品に変更する際に薬剤師が直接医師と会話できれば、スムーズに事が運ぶと思う。
- ・ 後発医薬品に変更した時、医院によって毎回連絡するか1度で良いか等、希望が様々なので混乱しやすい。
- ・ 後発医薬品に変えたことを医師に伝えて、次の処方時にまた先発医薬品を処方されることがよくあり手間になる。
- ・ 2回目以降変更時は、新しい情報の追加がない限り、原則として後発医薬品情報提供料は算定していない。毎回の医療機関へのフィードバック（FAXや郵送）はかなりの負担である。フィードバックに対する評価もほしいと思う。
- ・ 後発医薬品の使用量を増やすには、医師が良い後発医薬品を処方するのが最も簡単だ。
- ・ 後発医薬品への変更可となっても、変更後、医療機関に連絡した時、その薬剤に変更する確認に手間がかかる場合が多い。また、後発医薬品使用品目を指定している場合もある。薬局の意識徹底と同様に医療機関の方にも後発医薬品使用のメリットがないと後発医薬品使用は増えないのではないか。

### 【後発医薬品使用による診療報酬上の評価等】

#### ＜薬価等の問題＞

- ・ 医薬品購入時の対薬価比率が同じであれば、後発医薬品の使用で薬局の差額は減少する。
- ・ 後発医薬品の間でなぜ薬価差があるのか、はっきりとした説明がほしい。
- ・ 薬価差の大きな後発医薬品への変更を評価すべき。
- ・ 後発医薬品へ変更しても薬価差が小さく、かえって患者の負担増となる場合がある。
- ・ 後発医薬品への変更料10点が患者負担になるため、短期処方では自己負担金、保険点数ともに変更後の方が高くなってしまふことがある。
- ・ 慢性疾患の医薬品では、変更料10点は1回だけの算定となる。これでは「薬剤師の説明」に対する評価が低すぎる。

#### ＜後発医薬品調剤体制加算＞

- ・ 「体制加算」の線引きがされるときに、後発医薬品の使用で薬局の利益が減るケースが考慮されないのはおかしい。
- ・ この1年、期限切れの理由で廃棄した医療用医薬品は約1,011,000円（薬価計算）で、このうち約40%が後発医薬品だった。これは零細薬局にとってはかなりの損失になるので、後発医薬品調剤体制加算（4点）を見直し、増額をお願いしたい。
- ・ 後発医薬品数量ベースでの変更率の評価が検討されていると聞く。そうなると、栄養剤・漢方薬など、後発医薬品のない先発医薬品を多く処方している薬局の変更率は非常

に低くなるため、再考を望む。

- 後発医薬品調剤体制加算を処方せん率 30%から調剤数量ベースに変更するような話を聞くが、保険点数の変わらない後発医薬品の使用を増やすことは避けるべきである。

#### <その他>

- 薬局で後発医薬品への変更件数を増加させるために、変更した件数と薬価差に比例して、患者負担ではなく、保険者または公費から、大幅に加点されることを希望する。
- 制度が始まってから数年経つが、地方の商店街にあるような薬局は再来局者が90%以上で、駅前薬局とは違い、毎回ジェネリックの話をするのではない。処方が変わらない限り、以前に後発医薬品について説明していると思われるので無理な説明はしない。特許が切れて出てきたジェネリックについては、「この新薬にジェネリックが出ましたが」という説明が今は主流になっている。

### (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：724 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：362 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

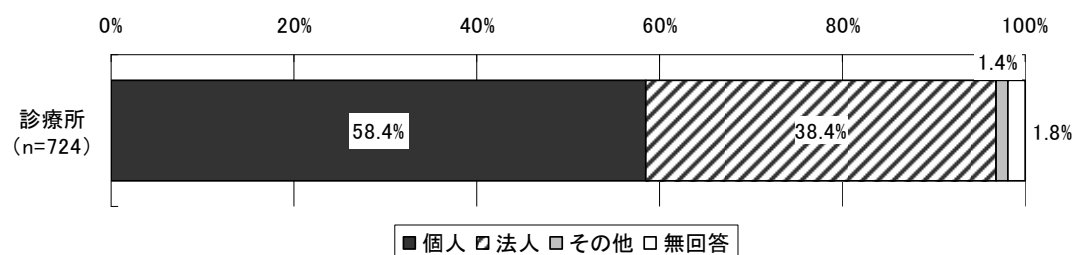
回答数：465 人

#### 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 724 施設の開設者についてみると、「個人」が 58.4%、「法人」が 38.4%であった。

図表 60 診療所の開設者

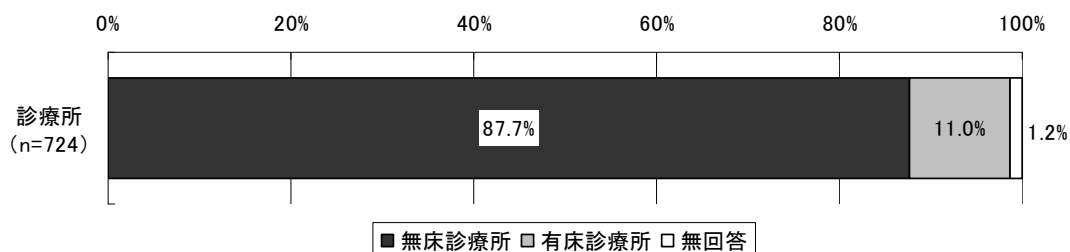




## 2) 診療所の種別

診療所の種別についてみると、「無床診療所」が 87.7%、「有床診療所」が 11.0%であった。

図表 61 診療所の種別

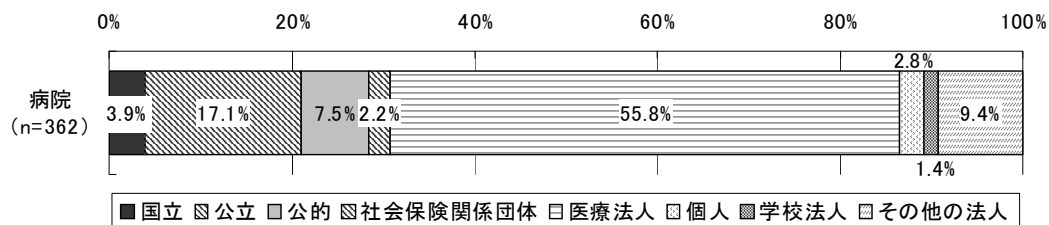


## ② 病院の施設属性

### 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 362 施設の開設者についてみると、「医療法人」(55.8%) が最も多く、次いで「公立」(17.1%)、「その他の法人」(9.4%) であった。

図表 62 病院の開設者

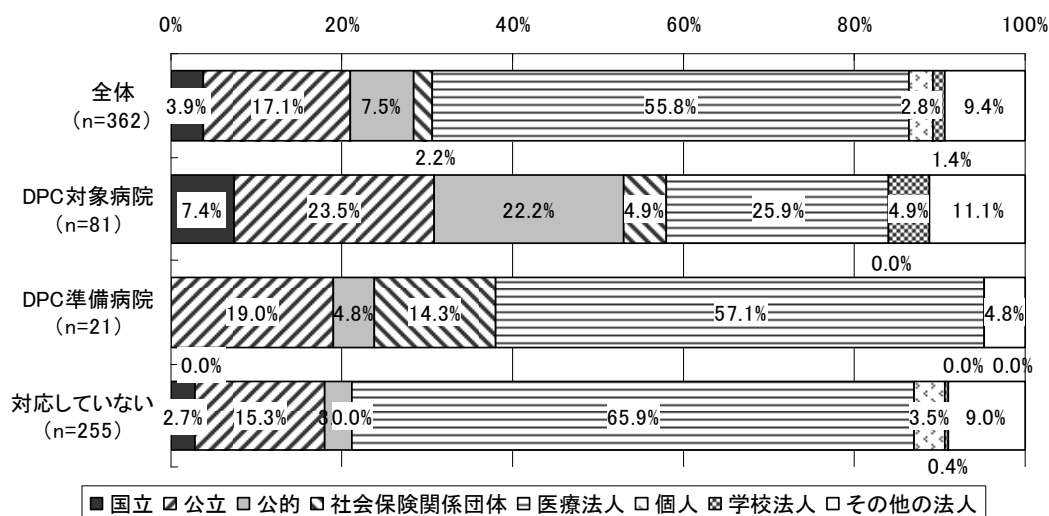


DPC 対応別に病院の開設者の内訳をみると、DPC 対象病院では、「医療法人」(25.9%) が最も多く、次いで「公立」(23.5%)、「公的」(22.2%) となった。また、「国立」の割合が 7.4% となり、全体に比べると相対的に高かった。

次に DPC 準備病院をみると、「医療法人」(57.1%) が最も多く、次いで「公立」(19.0%)、「社会保険関係団体」(14.3%) であった。

DPC に対応していない病院では、「医療法人」(65.9%) が最も多く、次いで「公立」(15.3%) であった。

図表 63 病院の開設者 (DPC 対応別)



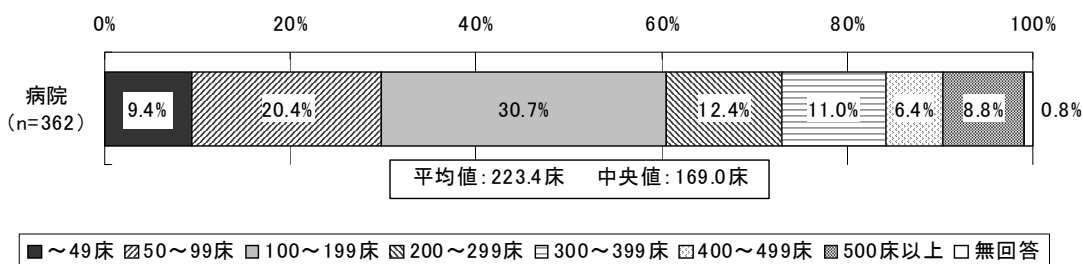
(注)「全体」には「開設者」が無回答だった 5 施設が含まれる。

## 2) 病院の病床規模

病院の許可病床数についてみると、「100~199 床」(30.7%) が最も多く、次いで「50~99 床」(20.4%)、「200~299 床」(12.4%) であった。

許可病床数の平均は 223.4 床 (中央値 169.0) となった。

図表 64 病院の病床規模

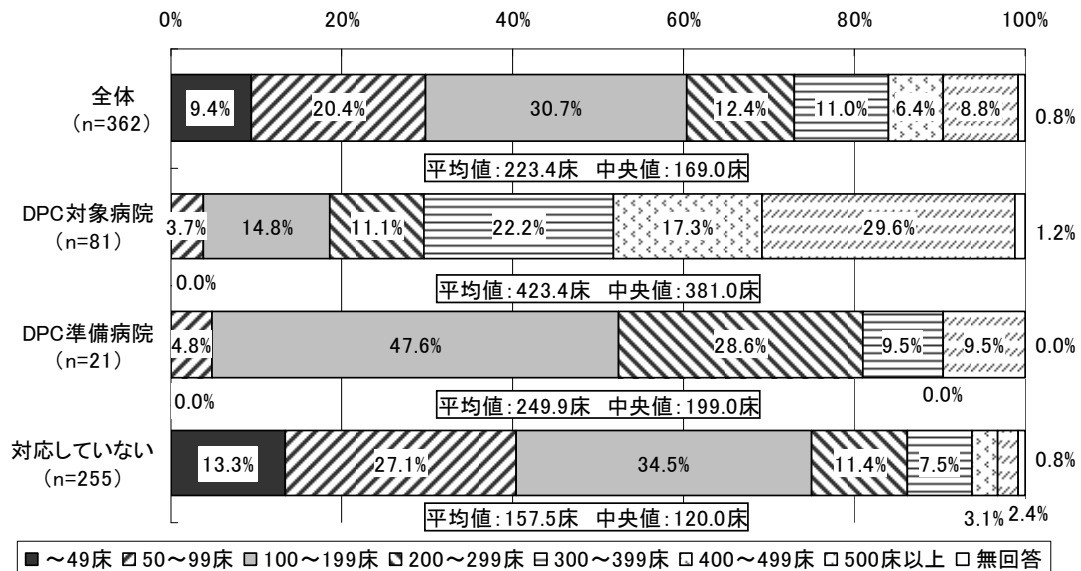


DPC 対応別に病床規模をみると、DPC 対象病院では「500 床以上」(29.6%) が最も多く、次いで、「300～399 床」(22.2%)、「400～499 床」(17.3%) であった。病床数 300 床以上が全体の約 7 割を占める結果となった。許可病床数の平均は 423.4 床 (中央値 381.0) となった。

DPC 準備病院では「100～199 床」(47.6%) が最も多く、次いで、「200～299 床」(28.6%) であった。病床数 299 床以下が全体の約 8 割を占める結果となった。許可病床数の平均は 249.9 床 (中央値 199.0) となった。

DPC に対応していない病院では「100～199 床」(34.5%) が最も多く、次いで「50～99 床」(27.1%)、「～49 床」(13.3%) であった。病床数 199 床以下が全体の約 7 割強を占める結果となった。許可病床数の平均は 157.5 床 (中央値 120.0) となった。

図表 65 病院の病床規模 (DPC 対応別)

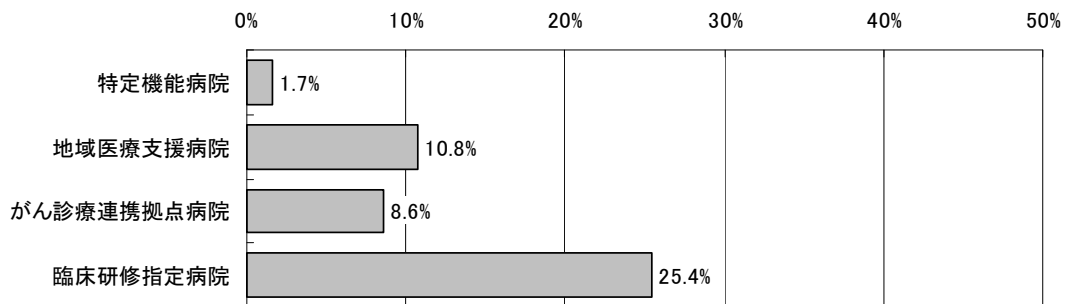


(注) 「全体」には「DPC 対応状況」が無回答だった 5 施設が含まれる。

### 3) 病院の種別

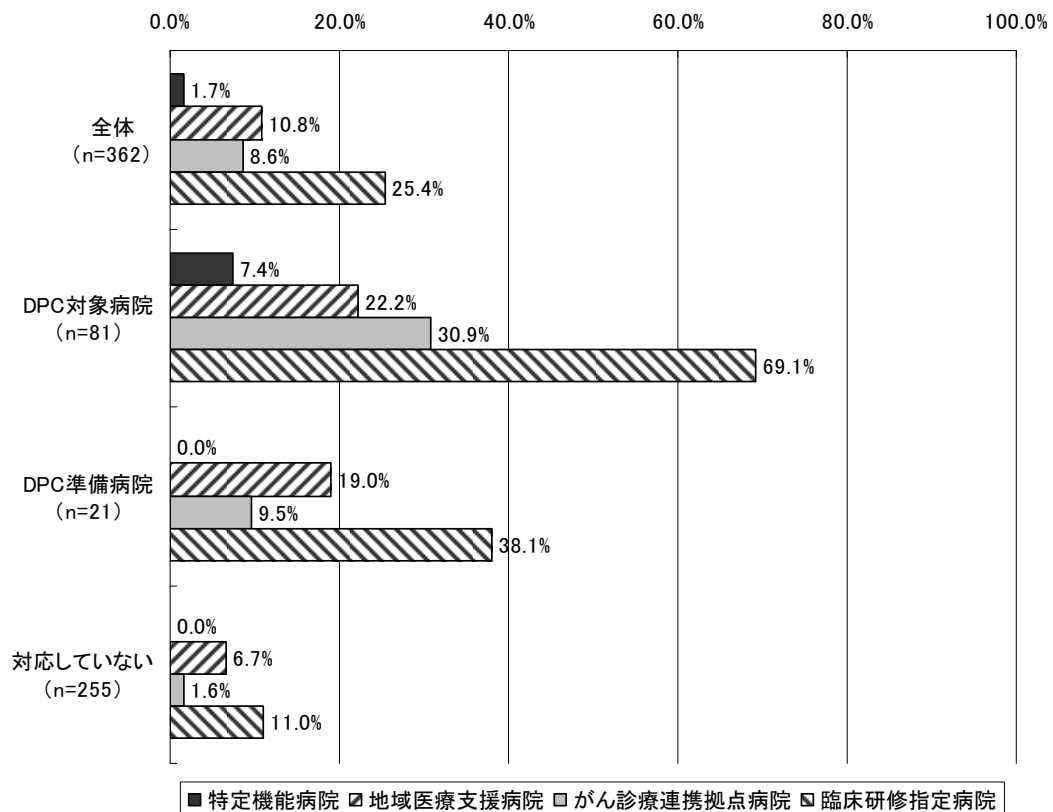
病院の種別についてみると、「特定機能病院」が 1.7%、「地域医療支援病院」が 10.8%、「がん診療連携拠点病院」が 8.6%、「臨床研修指定病院」が 25.4%であった。

図表 66 病院の種別（複数回答、n=362）



DPC 対応別に病院の種別をみると、DPC 対象病院では、DPC 準備病院や DPC に対応していない病院と比較して、「特定機能病院」「地域医療支援病院」「がん診療連携拠点病院」「臨床研修指定病院」の割合が相対的に高い結果となった。

図表 67 病院の種別（DPC 対応別）

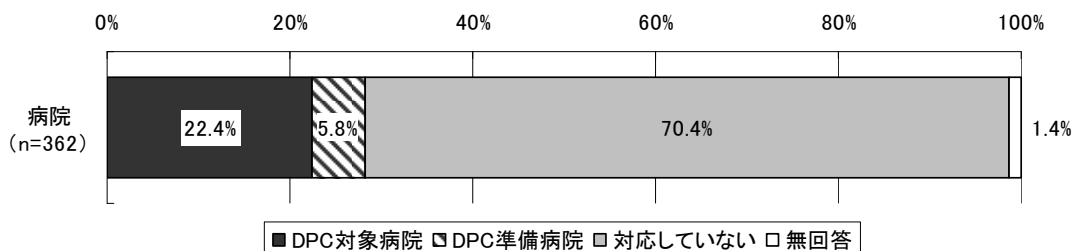


(注)「全体」には「DPC の対応状況」が無回答だった 5 施設が含まれる。

#### 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 22.4%、「DPC 準備病院」が 5.8%であった。また、DPC に「対応していない」病院は 70.4%であった。

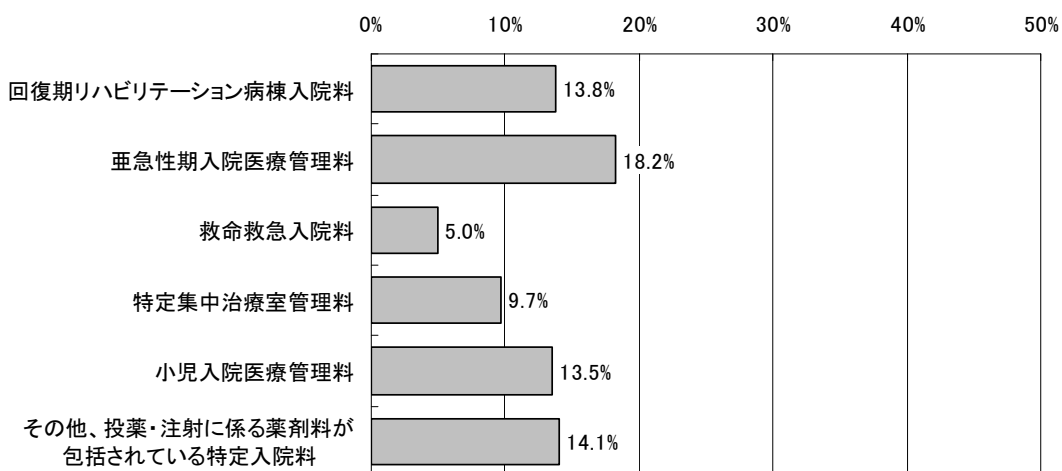
図表 68 DPC の対応状況



#### 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が 13.8%、「亜急性期入院医療管理料」が 18.2%、「救命救急入院料」が 5.0%、「特定集中治療室管理料」が 9.7%、「小児入院医療管理料」が 13.5%、「その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料（精神科救急入院料等）」が 14.1%であった。

図表 69 特定入院料の状況（複数回答、n=362）



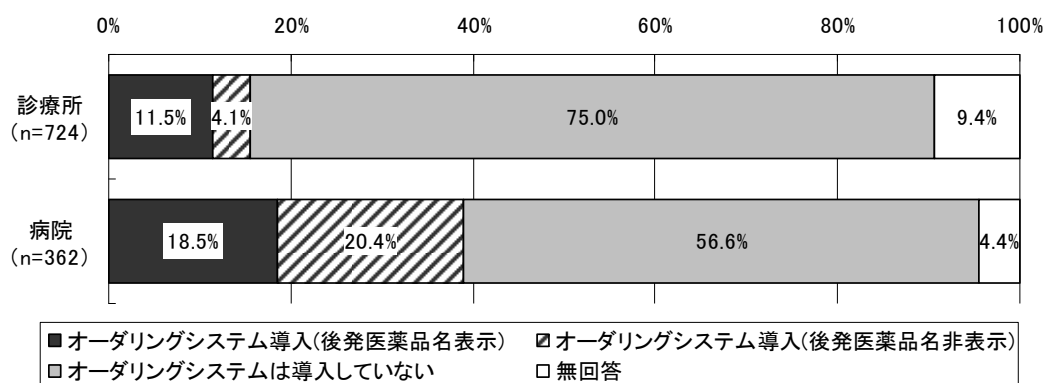
### ③ オーダリングシステムの導入状況等

#### 1) オーダリングシステムの導入状況

オーダリングシステムの導入状況をみると、診療所では「オーダリングシステムは導入していない」(75.0%)が最も多く、次いで「後発医薬品名が表示されるオーダリングシステムを導入している」(11.5%)、「オーダリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない」(4.1%)の順となった。

病院においても「オーダリングシステムは導入していない」(56.6%)が最も多かったが、「オーダリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない」(20.4%)、「後発医薬品名が表示されるオーダリングシステムを導入している」(18.5%)の割合が診療所と比較すると相対的に高い結果となった。

図表 70 オーダリングシステムの導入状況

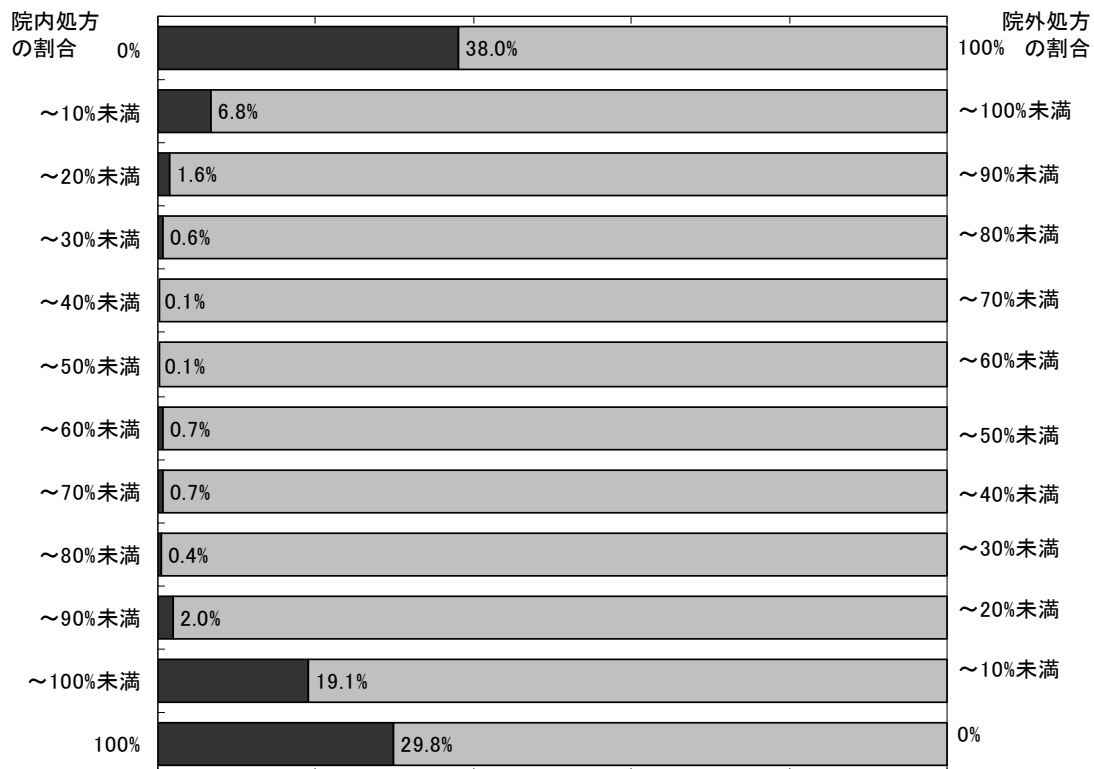


## 2) 院内処方と院外処方の割合

診療所における院内処方と院外処方の割合をみると、院内処方の割合が「0%」（38.0%）という施設が最も多かった。一方、院内処方の割合が「100%」という施設が29.8%であった。

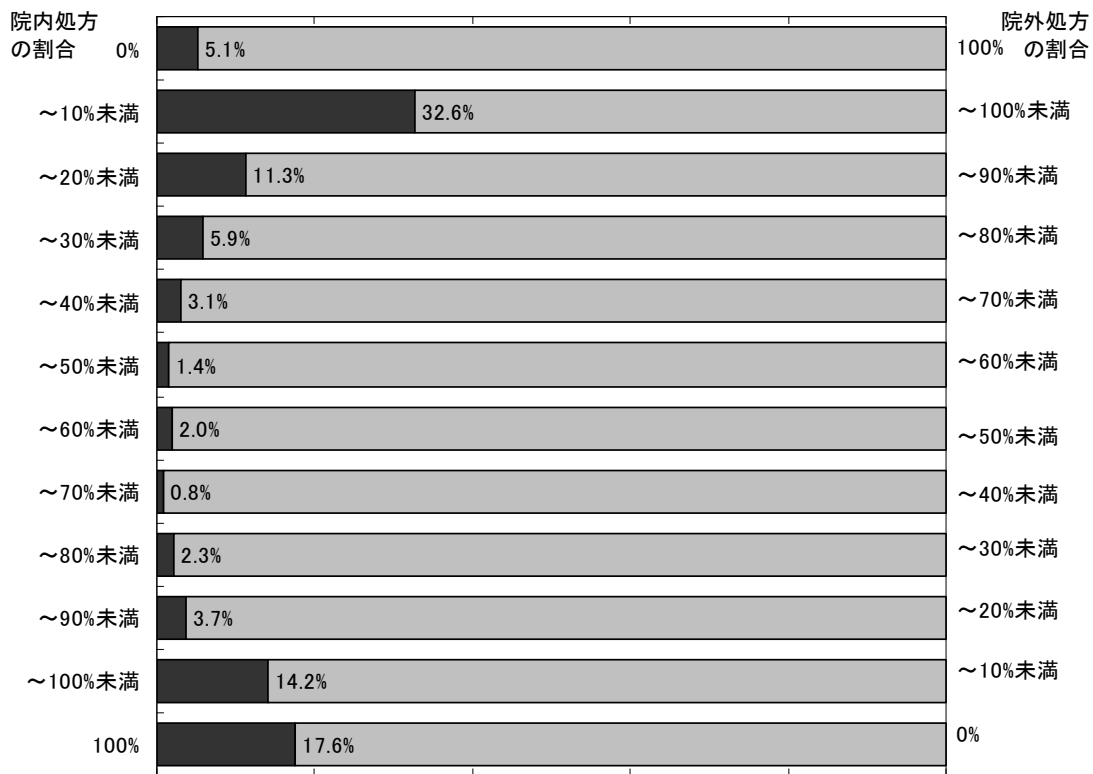
図表 71 院内処方と院外処方の割合

【診療所】 n=707



病院における院内処方と院外処方の割合をみると、院内処方の割合が「～10%未満」(32.6%)という施設が最も多かった。一方、院内処方の割合が「90%以上～100%未満」という施設が14.2%、「100%」が17.6%であった。

【病院】 n=353



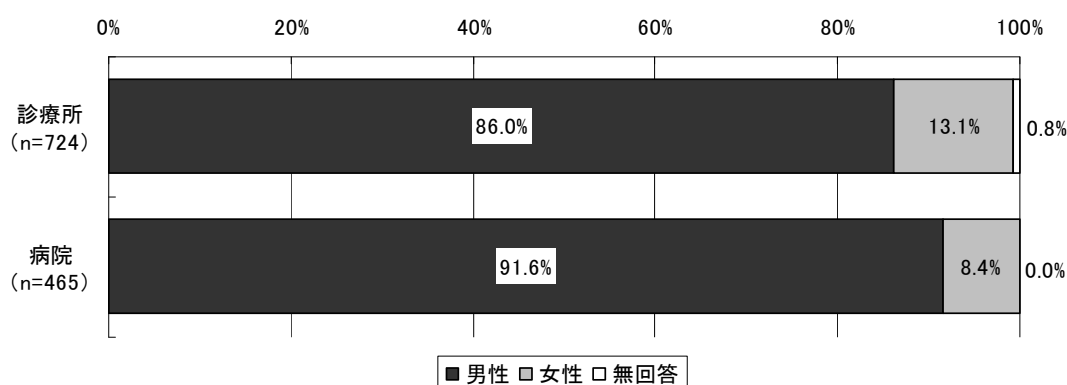


#### ④ 医師の属性

##### 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86.0%、「女性」が13.1%であった。また、病院の医師では、「男性」が91.6%、「女性」が8.4%であった。

図表 72 医師の性別

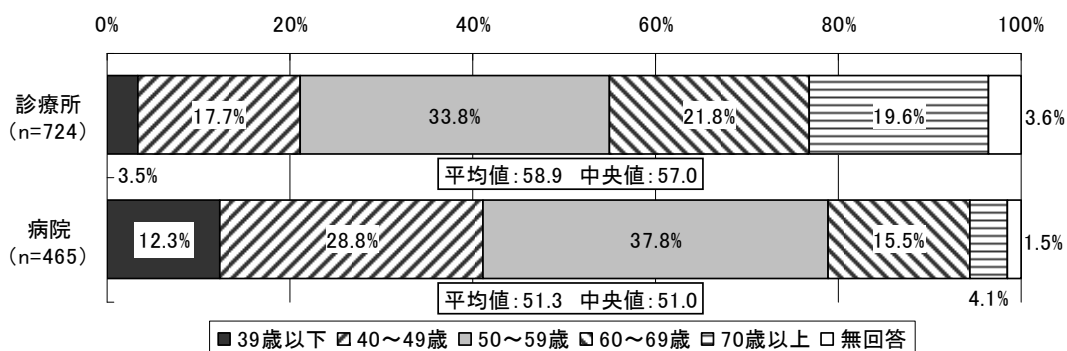


##### 2) 医師の年齢

医師の年齢についてみると、診療所では「50～59歳」(33.8%)が最も多く、次いで、「60～69歳」(21.8%)、「70歳以上」(19.6%)、「40～49歳」(17.7%)であった。平均は58.9歳(中央値57.0)であった。

病院では「50～59歳」(37.8%)が最も多く、次いで、「40～49歳」(28.8%)、「60～69歳」(15.5%)、「39歳以下」(12.3%)であった。平均は51.3歳(中央値51.0)であった。

図表 73 医師の年齢

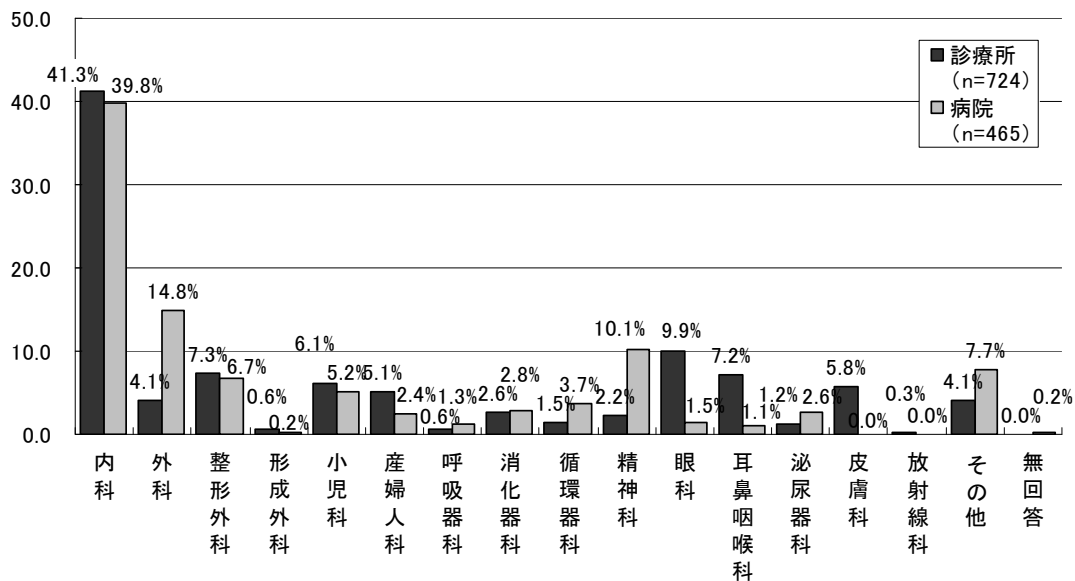


### 3) 医師の主たる担当診療科

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 41.3%、病院 39.8%）が最も多かった。次いで診療所では「眼科」（9.9%）、「整形外科」（7.3%）、「耳鼻咽喉科」（7.2%）であった。

病院では「外科」（14.8%）、「精神科」（10.1%）、「整形外科」（6.7%）であった。

図表 74 医師の主たる担当診療科



### ⑤ 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1施設当たり平均 1.3 人（標準偏差 1.0、中央値 1.0）であり、常勤の薬剤師数は1施設当たり平均 0.1 人（標準偏差 0.3、中央値 0.0）であった。

病院における常勤の医師数は1施設当たり平均 33.0 人（標準偏差 76.9、中央値 10.1）であり、常勤の薬剤師数は1施設当たり平均 6.8 人（標準偏差 10.2、中央値 3.3）であった。

図表 75 常勤の医師数・薬剤師数

（単位：人）

		平均値	標準偏差	中央値
診療所 (n=711)	医師数	1.3	1.0	1.0
	薬剤師数	0.1	0.3	0.0
病院 (n=347)	医師数	33.0	76.9	10.1
	薬剤師数	6.8	10.2	3.3

（注）医師数・薬剤師数ともに記載のあった施設のみを集計対象とした。

DPC 対応別に常勤の医師数と薬剤師数についてみると、DPC 対象病院における常勤の医師数は 1 施設当たり平均 107.6 人（標準偏差 140.5、中央値 68.0）であり、常勤の薬剤師数は 1 施設当たり平均 18.3 人（標準偏差 16.5、中央値 15.0）であった。

DPC 準備病院では、常勤の医師数は 1 施設当たり平均 32.8 人（標準偏差 37.6、中央値 21.3）であり、常勤の薬剤師数は 1 施設当たり平均 9.0 人（標準偏差 7.0、中央値 7.0）であった。

DPC に対応していない病院では、常勤の医師数は 1 施設当たり平均 11.2 人（標準偏差 14.1、中央値 8.0）であり、常勤の薬剤師数は 1 施設当たり平均 3.2 人（標準偏差 2.8、中央値 2.7）であった。

図表 76 常勤の医師数・薬剤師数（DPC 対応別、病院ベース）

（単位：人）

	医師数			薬剤師数		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
全体 (n=347)	33.0	76.9	10.1	6.8	10.2	3.3
DPC 対象病院 (n=74)	107.6	140.5	68.0	18.3	16.5	15.0
DPC 準備病院 (n=19)	32.8	37.6	21.3	9.0	7.0	7.0
対応していない (n=249)	11.2	14.1	8.0	3.2	2.8	2.7

（注）医師数・薬剤師数ともに記載のあった施設のみを集計対象とした。

## ⑥ 診療所・病院における医薬品の備蓄状況等

### 1) 診療所・病院における医薬品の備蓄状況等

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 121.7 品目（標準偏差 155.9、中央値 67.0）であった。このうち、後発医薬品の備蓄品目数は、平均 26.3 品目（標準偏差 50.8、中央値 10.0）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 21.6%（中央値 14.9）であった。

病院における医薬品の備蓄品目数は、平均 813.6 品目（標準偏差 460.2、中央値 700.0）であった。このうち、後発医薬品の備蓄品目数は、平均 99.8 品目（標準偏差 89.2、中央値 85.0）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 12.3%（中央値 12.1）であった。

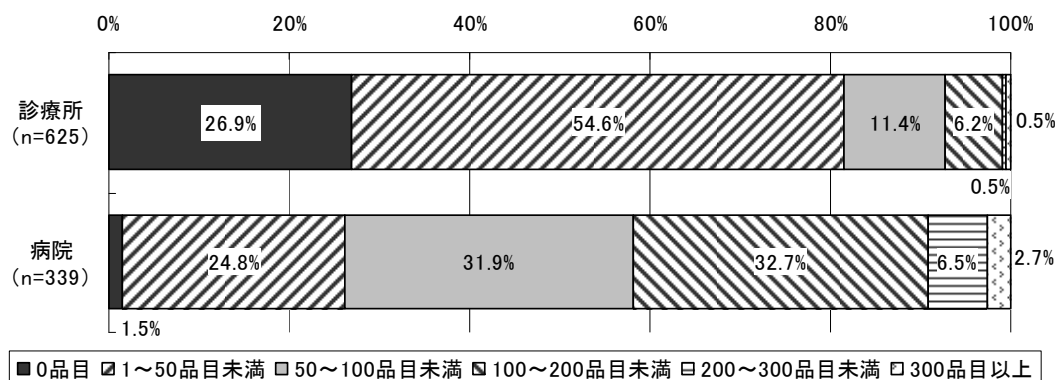
図表 77 医薬品の備蓄状況

	診療所 (n=625)			病院 (n=339)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
① 医薬品備蓄品目数 (品目)	121.7	155.9	67.0	813.6	460.2	700.0
② うち、後発医薬品の 備蓄品目数(品目)	26.3	50.8	10.0	99.8	89.2	85.0
③ ②/①	21.6%		14.9%	12.3%		12.1%

(注) すべての項目に回答のあった施設を対象に集計した。

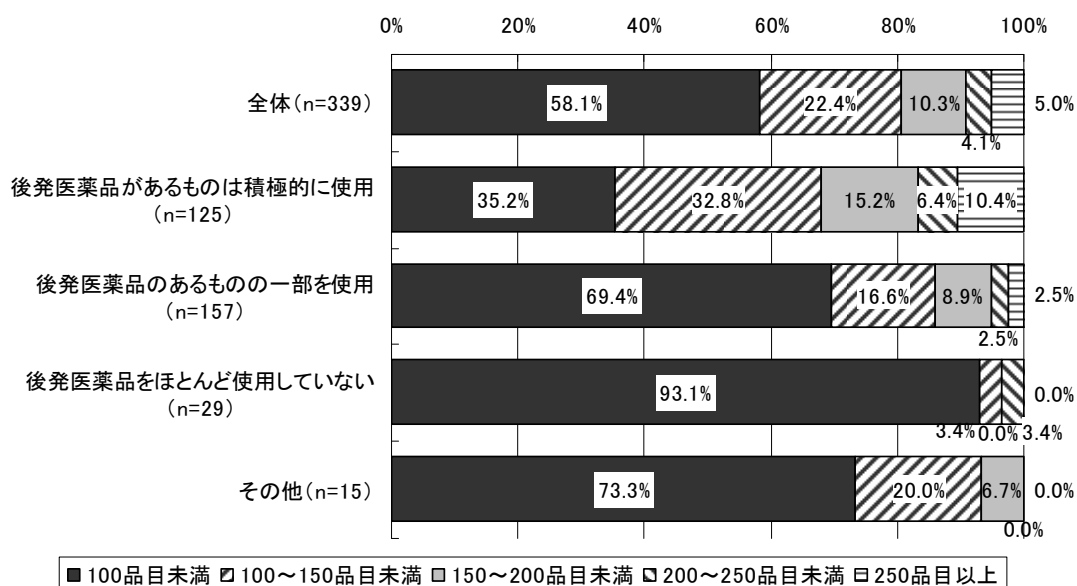
診療所・病院における後発医薬品の備蓄状況についてみると、診療所では「1～50品目未満」(54.6%)が最も多く、次いで「0品目」(26.9%)、「50～100品目未満」(11.4%)であった。一方、病院においては、「100～200品目未満」(32.7%)が最も多く、次いで、「50～100品目未満」(31.9%)、「1～50品目未満」(24.8%)であった。

図表 78 後発医薬品の備蓄状況



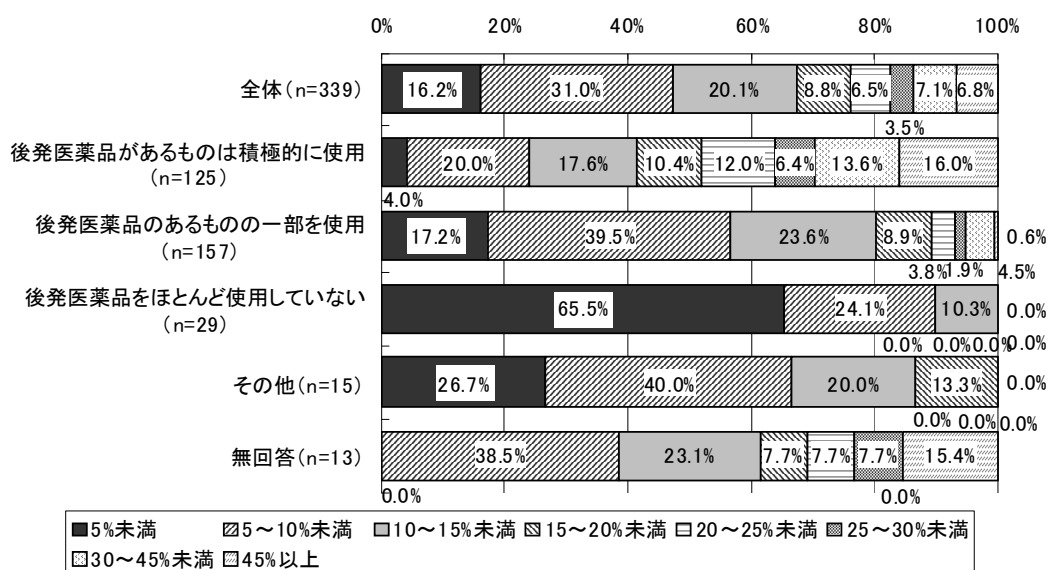
病院での入院患者に対する後発医薬品の使用状況別に後発医薬品の備蓄状況を見ると、後発医薬品があるものは積極的に使用している病院では、他の病院と比較して、「250品目以上」(10.4%)をはじめ、備蓄品目数の多いカテゴリの割合が相対的に高い結果となった。

図表 79 後発医薬品の備蓄状況(入院患者に対する後発医薬品の使用状況別・病院ベース)



病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況別に、医薬品備蓄品目数に占める後発医薬品備蓄品目数の割合をみると、後発医薬品があるものは積極的に使用している病院では、「45%以上」が16.0%となり、他の病院と比べ相対的に高い割合となった。一方、後発医薬品をほとんど使用していない病院では、「5%未満」が65.5%となり、他の病院と比べて相対的に高い割合となった。

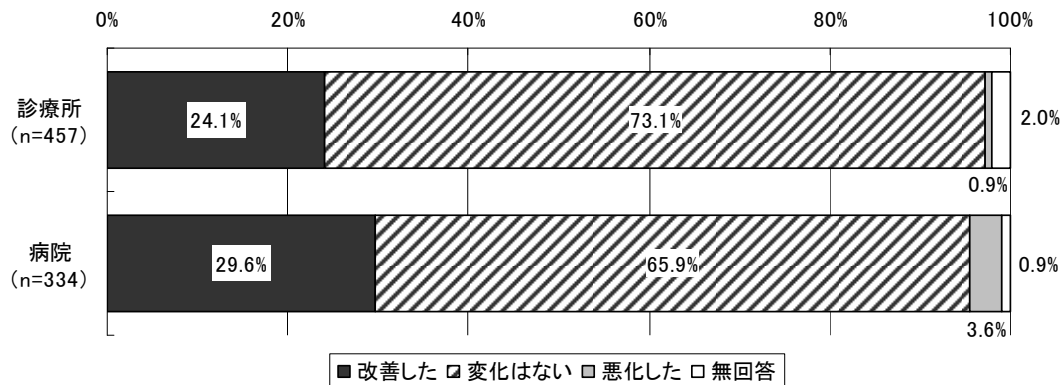
図表 80 医薬品備蓄品目数に占める後発医薬品の備蓄品目数の割合  
(入院患者に対する後発医薬品の使用状況別・病院ベース)



## 2) 後発医薬品の供給体制（1年前と比較して）

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、「変化はない」（有床診療所 73.1%、病院 65.9%）が最も多かった。また、「改善した」は有床診療所が 24.1%、病院が 29.6%であった。「悪化した」は有床診療所が 0.9%、病院が 3.6%であった。

図表 81 後発医薬品の供給体制（1年前と比較して）



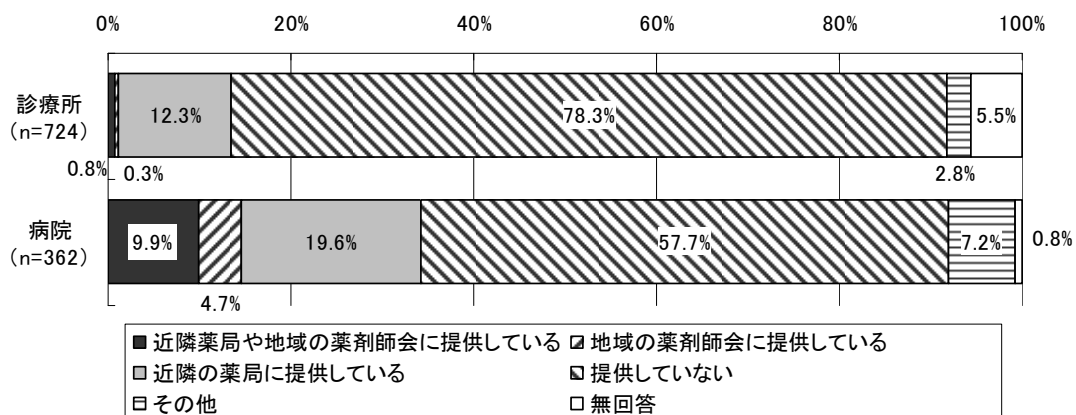
(注) 後発医薬品の備蓄品目数が「0」の施設を除いて集計した。

## 3) 診療所・病院で使用している後発医薬品リストの提供状況

医療機関が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みると、診療所では、「提供していない」（78.3%）が最も多く、次いで、「近隣の薬局に提供している」（12.3%）となった。

病院では、「提供していない」（57.7%）が最も多く、次いで、「近隣の薬局に提供している」（19.6%）、「近隣薬局や地域の薬剤師会に提供している」（9.9%）であった。

図表 82 診療所・病院で使用している後発医薬品リストの提供状況



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 21 年 7 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 10.0 人（標準偏差 8.0、中央値 9.1）であり、病院では平均 174.7 人（標準偏差 163.8、中央値 123.4）であった。

図表 83 平均在院患者数（平成 21 年 7 月 1 か月間）

	診療所 (n=62)			病院 (n=361)		
	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)	10.0	8.0	9.1	174.7	163.8	123.4

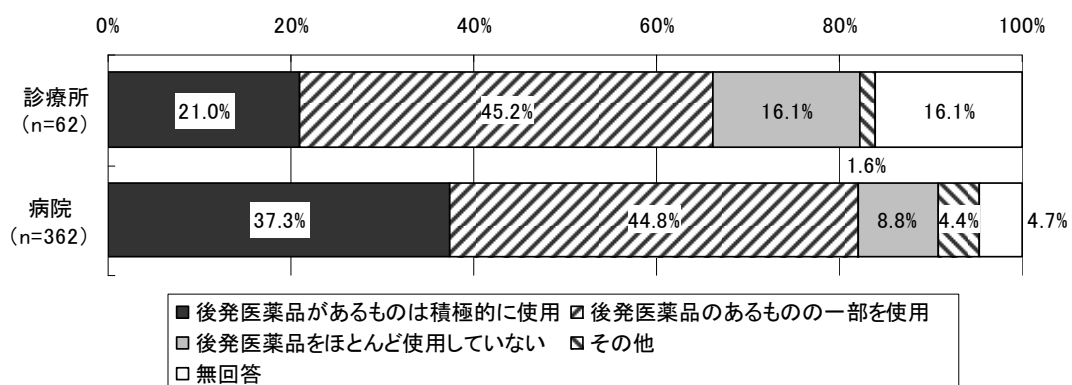
(注) 有床診療所 80 施設のうち平成 21 年 7 月 1 か月間の平均在院患者数 0 人という施設 18 施設、病院 362 施設のうち平成 21 年 7 月 1 か月間の平均在院患者数 0 人という施設 1 施設を除いて集計した。

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、有床診療所では、「後発医薬品のあるものの一部を使用」(45.2%) が最も多く、次いで、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(21.0%)、「後発医薬品をほとんど使用していない」(16.1%) であった。

病院では、「後発医薬品のあるものの一部を使用」(44.8%) が最も多く、次いで、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(37.3%)、「後発医薬品をほとんど使用していない」(8.8%) であった。

図表 84 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 21 年 7 月 1 か月間の平均在院患者数が「0」であった 18 施設を除いて集計した。

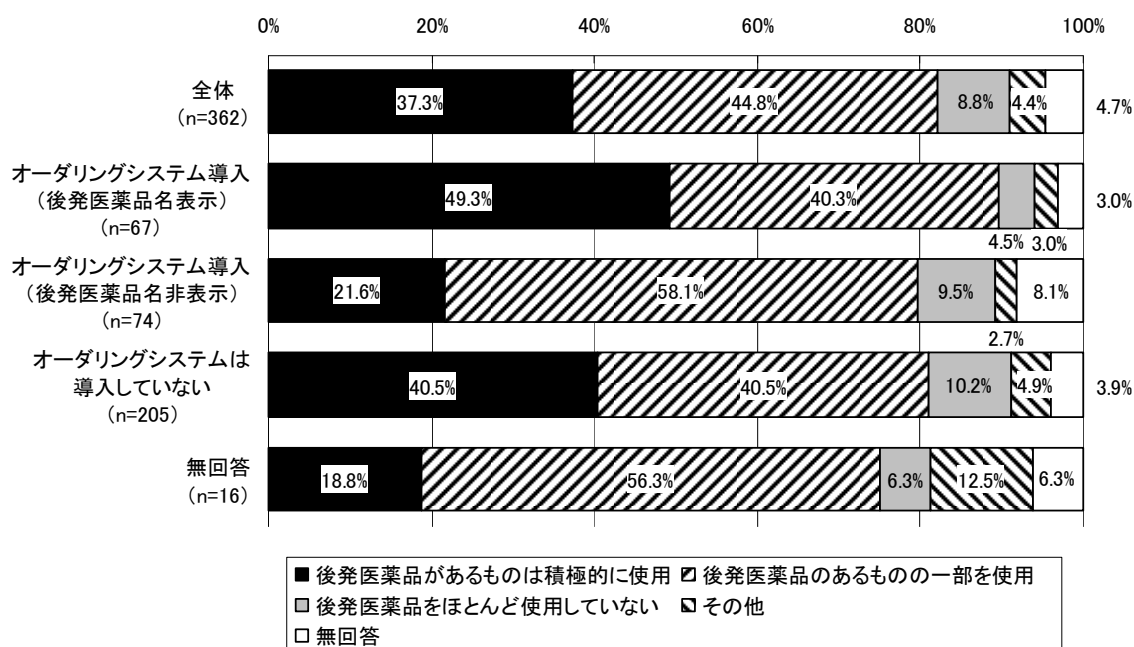


オーダーリングシステム導入状況別に、病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況をみると、後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している病院では、「後発医薬品があるものは積極的に使用」が49.3%、「後発医薬品名のあるものの一部を使用」が40.3%となった。

オーダーリングシステムは導入しているが、後発医薬品名は表示されない病院では、「後発医薬品があるものは積極的に使用」が21.6%、「後発医薬品のあるものの一部を使用」が58.1%となった。

オーダーリングシステムを導入していない病院では、「後発医薬品があるものは積極的に使用」が40.5%、「後発医薬品のあるものの一部を使用」が40.5%となった。

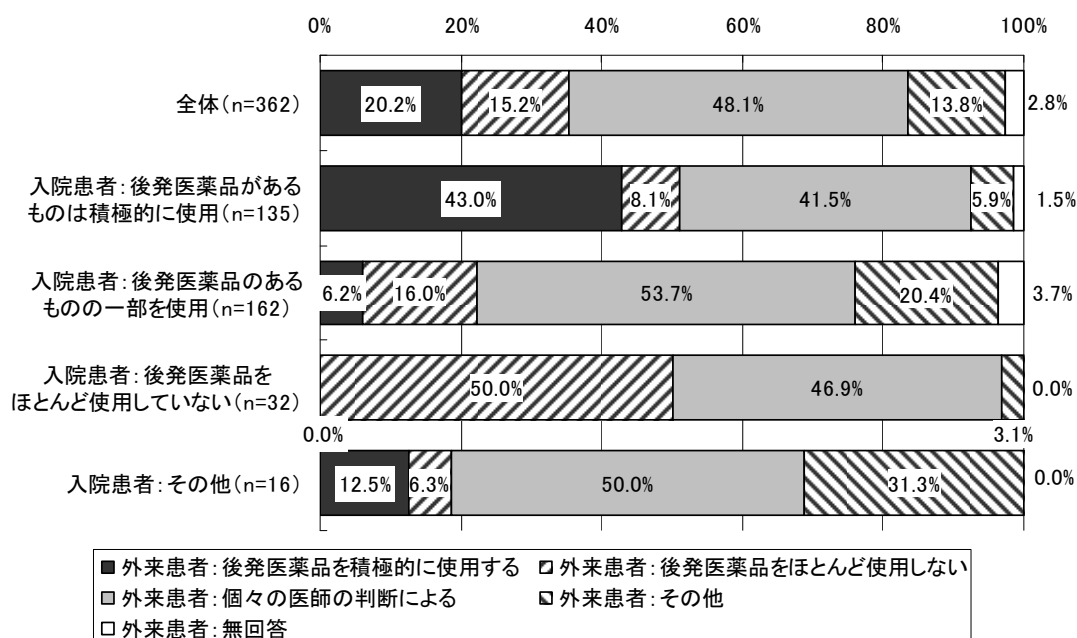
図表 85 入院患者に対する後発医薬品の使用状況  
(オーダーリングシステム導入別、病院ベース)



病院での入院患者に対する後発医薬品の使用状況別に、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応状況をみると、「入院患者に後発医薬品があるものは積極的に使用」している施設では、「外来患者に院内投薬する場合に後発医薬品を積極的に使用する」が43.0%となり、全体や他の施設と比較して相対的に高い割合となり、「外来患者に院内投薬する場合に後発医薬品をほとんど使用しない」は8.1%にとどまった。

一方、「入院患者に後発医薬品をほとんど使用していない」施設では、「外来患者に院内投薬する場合に後発医薬品を積極的に使用する」施設はなく、「外来患者に院内投薬する場合に後発医薬品をほとんど使用しない」が50.0%と高い割合を占めた。

図表 86 外来患者に後発医薬品を院内投薬する場合の施設としての対応状況  
(入院患者に対する後発医薬品の使用状況別、病院ベース)



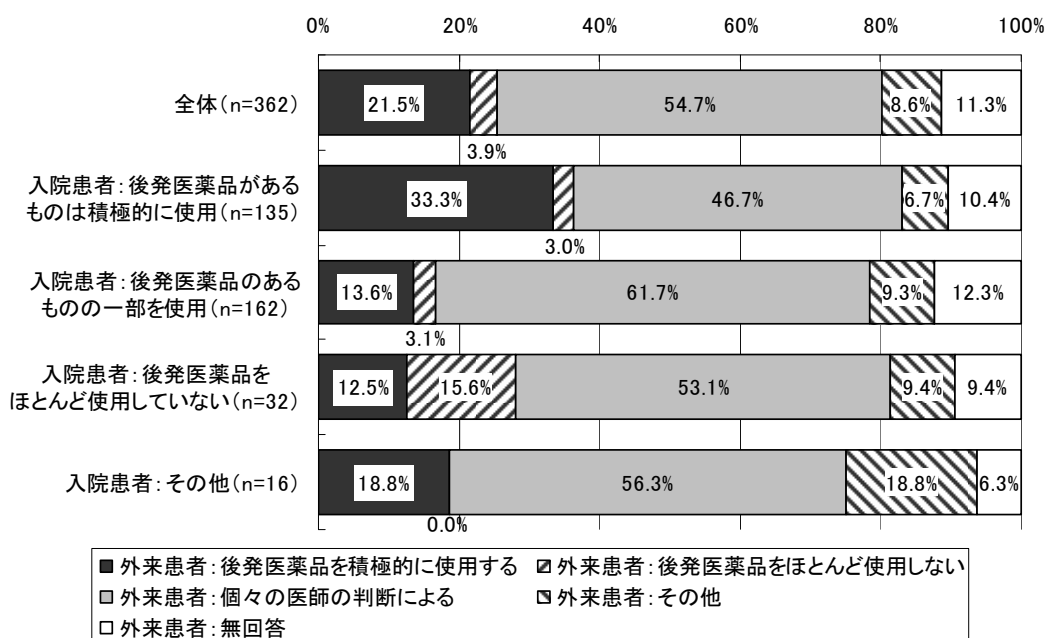
(注 1) 「全体」には「入院患者に対する後発医薬品の使用状況」が無回答だった17施設が含まれる。

(注 2) 本図表は「病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応」と「病院における後発医薬品の使用について、入院患者に処方する場合の施設としての対応」のクロス集計である。

病院での入院患者に対する後発医薬品の使用状況別に、外来患者に院外処方する場合の施設としての対応状況をみると、「入院患者に後発医薬品があるものは積極的に使用」している施設では、「外来患者に院外処方をする場合に後発医薬品を積極的に使用する」が33.3%となり、全体や他の施設と比較して相対的に高い割合を占め、「外来患者に院外処方をする場合に後発医薬品をほとんど使用しない」は3.0%にとどまった。

一方、「入院患者に後発医薬品をほとんど使用していない」施設では、「外来患者に院外処方をする場合に後発医薬品をほとんど使用しない」が15.6%となり、全体や他の施設と比較して相対的に高い割合を占め、「外来患者に院外処方をする場合に後発医薬品を積極的に使用する」は12.5%にとどまった。

図表 87 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状況  
(入院患者に対する後発医薬品の使用状況別、病院ベース)



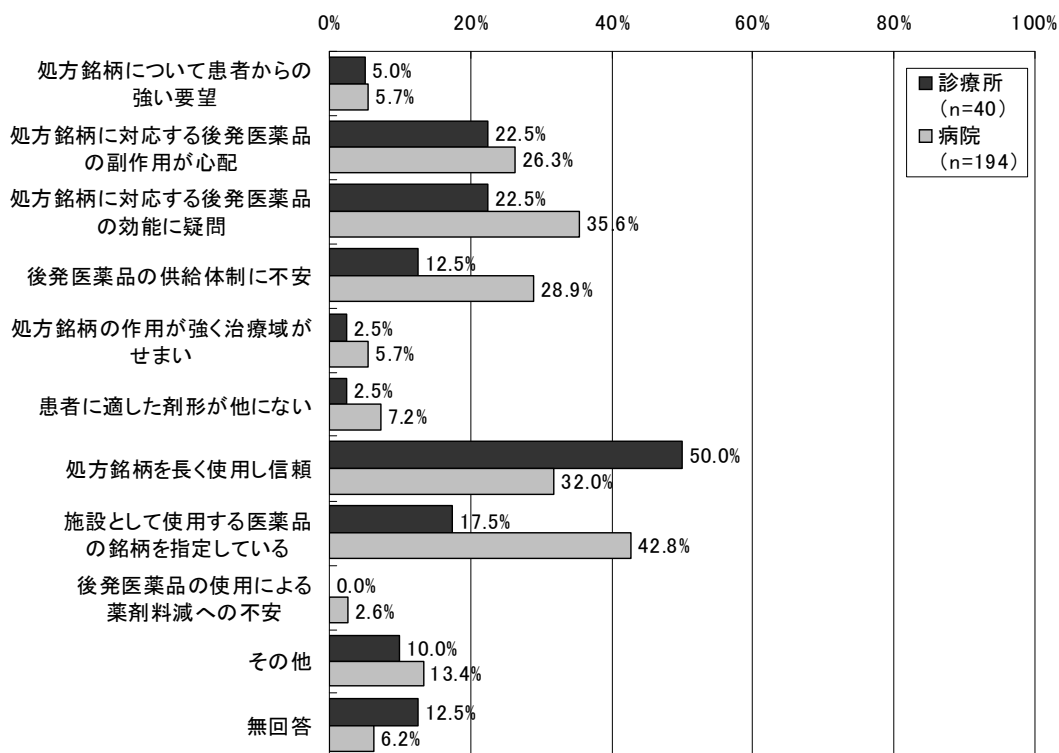
(注 1) 「全体」には「入院患者に対する後発医薬品の使用状況」が無回答だった17施設が含まれる。

(注 2) 本図表は「病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方する場合の施設としての対応」と「病院における後発医薬品の使用について、入院患者に処方する場合の施設としての対応」のクロス集計である。

入院患者に対して後発医薬品を積極的に使用しない理由をみると、診療所では、「処方銘柄を長く使用し信頼」(50.0%)が最も多く、次いで、「処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配」「処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問」(ともに22.5%)、「施設として使用する医薬品の銘柄を指定している」(17.5%)、「後発医薬品の供給体制に不安」(12.5%)となった。

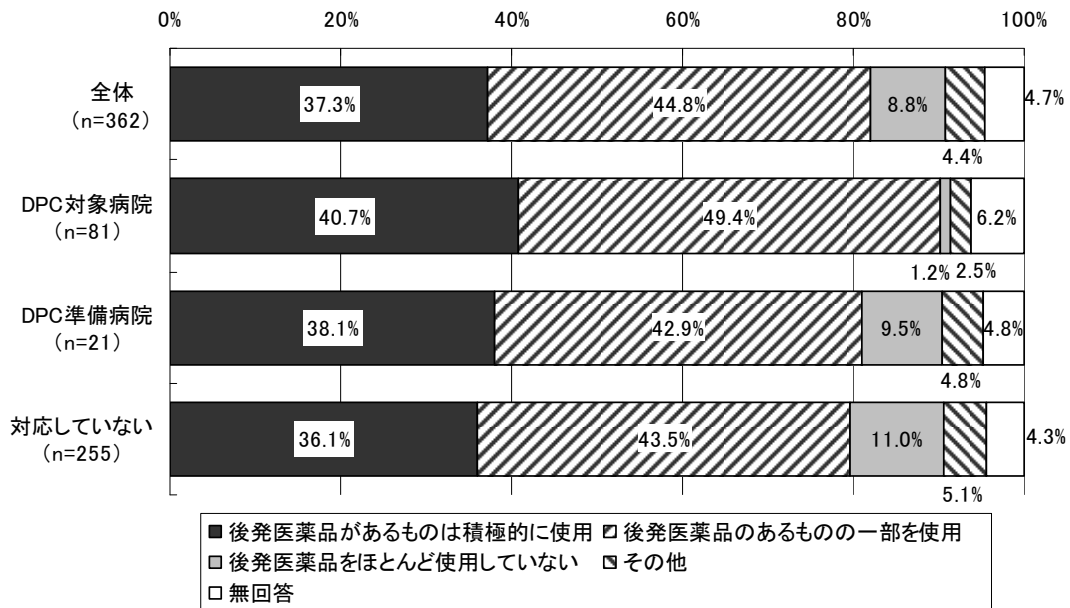
病院では、「施設として使用する医薬品の銘柄を指定している」(42.8%)が最も多く、次いで、「処方銘柄に対応する医薬品の効能に疑問」(35.6%)、「処方銘柄を長く使用し信頼」(32.0%)、「後発医薬品の供給体制に不安」(28.9%)、「処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配」(26.3%)となった。

図表 88 入院患者に対して後発医薬品を積極的に使用しない理由（複数回答）



DPC 対応別に、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、DPC 準備病院や DPC に対応していない病院と比べて、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(40.7%)、「後発医薬品のあるものの一部を使用」(49.4%) の割合が相対的に高い結果となった。

図表 89 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)



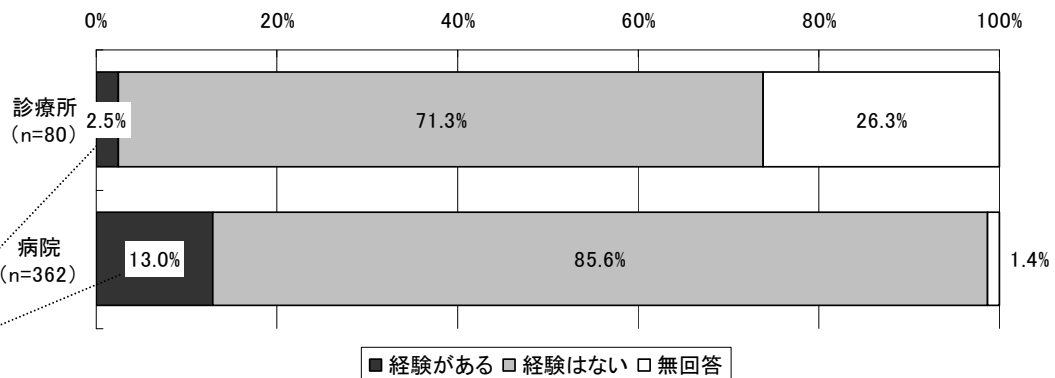
(注) 「全体」には、「DPC 対応状況」について無回答であった 5 施設が含まれる。

### 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

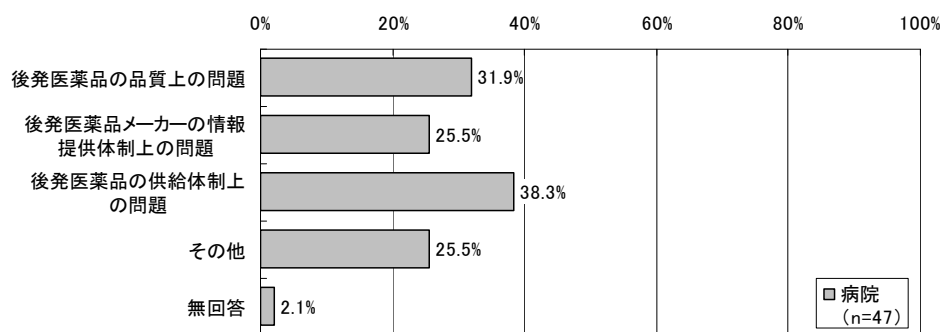
入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無についてみると、有床診療所、病院ともに「経験はない」（それぞれ71.3%、85.6%）という回答が大半を占めた。「経験がある」と回答した有床診療所は2.5%（2施設）、病院は13.0%（47施設）であった。

「経験がある」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、「後発医薬品の供給体制上の問題」（「経験がある」と回答した病院の38.3%）が最も多く、次いで「後発医薬品の品質上の問題」（同31.9%）、「後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題」（同25.5%）であった。

図表 90 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 91 「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）



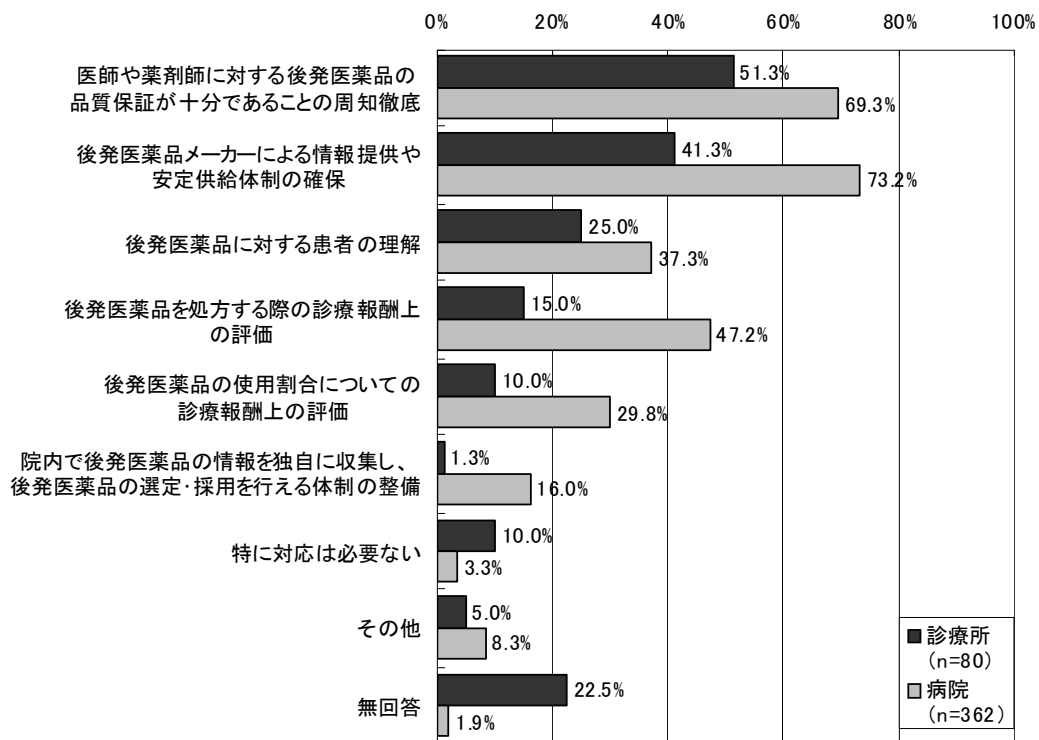
(注) 有床診療所2件の回答はいずれも「後発医薬品の品質上の問題」であった。

4) 今後どのような対応が進めば施設として入院患者に対して後発医薬品の使用を進めてもよいか

今後どのような対応が進めば施設として入院患者に対して後発医薬品の使用を進めてもよいか尋ねたところ、診療所では「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」(51.3%)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」(41.3%)、「後発医薬品に対する患者の理解」(25.0%)であった。

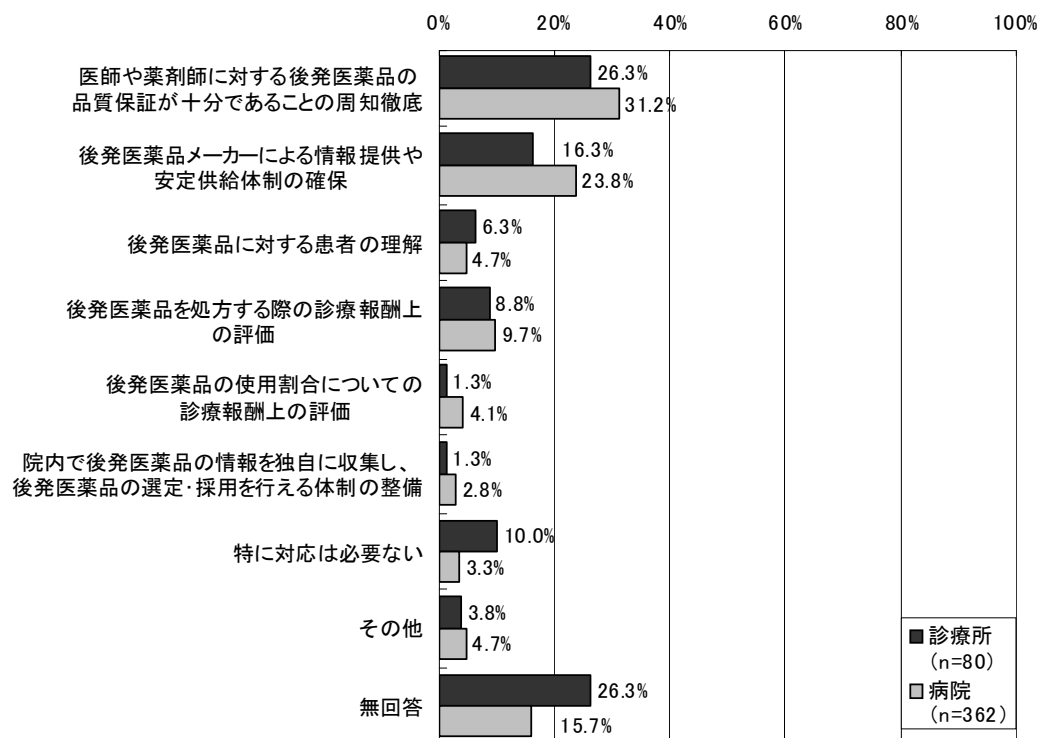
病院では「後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保」(73.2%)が最も多く、次いで「医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」(69.3%)、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」(47.2%)であった。

図表 92 今後どのような対応が進めば施設として入院患者に対して後発医薬品の使用を進めてもよいか（複数回答）



今後どのような対応が進めば施設として入院患者に対して後発医薬品の使用を進めてもよいと思うか、最も重要な要件を尋ねたところ、診療所、病院ともに「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 26.3%、31.2%）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 16.3%、23.8%）となった。

図表 93 今後どのような対応が進めば施設として入院患者に対して後発医薬品の使用を進めてもよいか（最も重要なもの、単数回答）



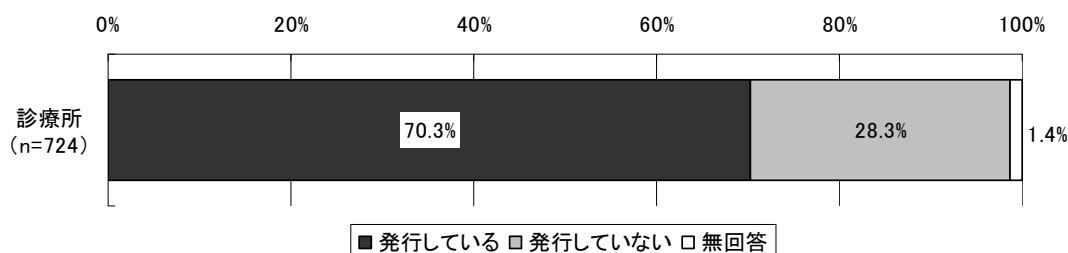


⑧ 外来患者に対する後発医薬品の使用状況等

1) 診療所における院外処方せん発行状況（平成 21 年 4 月以降）

診療所 724 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 70.3%（509 施設）、「発行していない」診療所は 28.3%であった。

図表 94 診療所における院外処方せん発行状況（平成 21 年 4 月以降）



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みると、診療所は平均 21.5 日（標準偏差 3.3、中央値 21.5）、病院は平均 23.3 日（標準偏差 3.0、中央値 24.0）であった。

1 か月間の外来延べ患者数をみると、診療所は平均 1,280.0 人（標準偏差 1,336.9、中央値 1,007.0）、病院は平均 7,328.1 人（標準偏差 9,940.7、中央値 3,567.5）であった。

また、1 か月間の院外処方せん発行枚数をみると、診療所は平均 680.8 枚（標準偏差 906.3、中央値 500.0）、病院は平均 3,280.9 枚（標準偏差 5,604.3、中央値 1,493.0）であった。

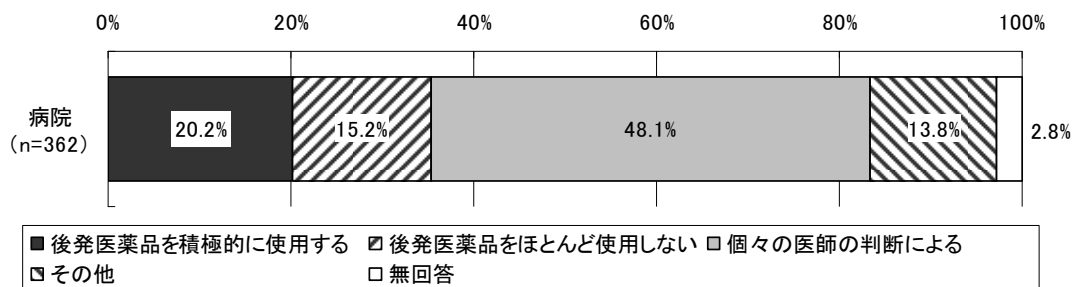
図表 95 診療所・病院における外来診療の状況

	診療所 (n=509)			病院 (n=362)		
	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)	21.5	3.3	21.5	23.3	3.0	24.0
②1か月間の外来延べ患者数(人)	1,280.0	1,336.9	1,007.0	7,328.1	9,940.7	3,567.5
③1か月間の院外処方せん発行枚数(枚)	680.8	906.3	500.0	3,280.9	5,604.3	1,493.0

3) 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応方針

病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の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」(48.1%)が最も多く、次いで「後発医薬品を積極的に使用する」(20.2%)、「後発医薬品をほとんど使用しない」(15.2%)であった。

図表 96 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応

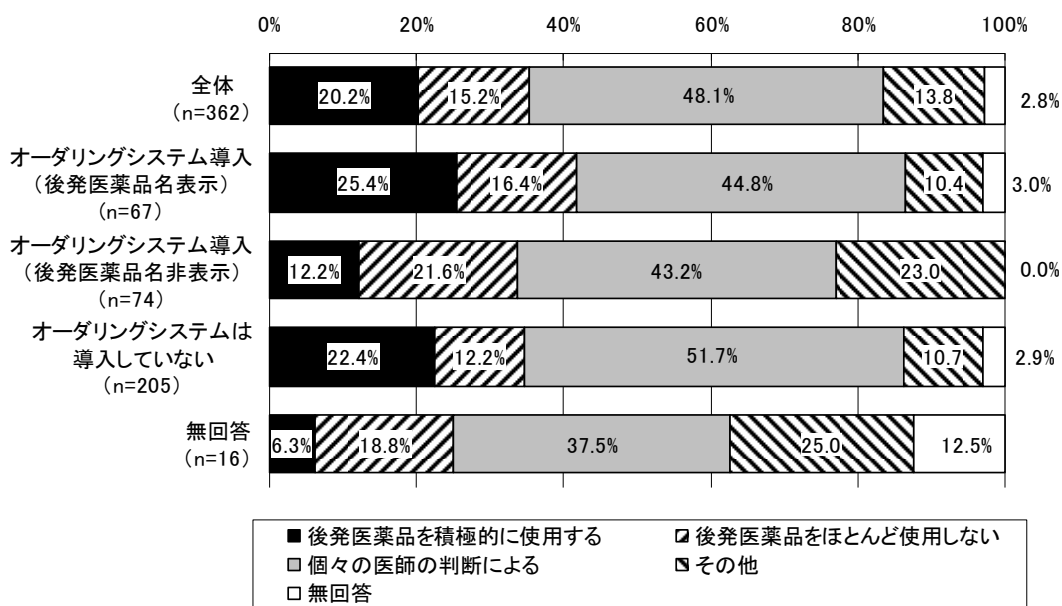


オーダーリングシステム導入別に、病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応方針をみると、後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している病院では、「後発医薬品を積極的に使用する」が25.4%となり、「後発医薬品をほとんど使用しない」(16.4%)を9.0ポイント上回る結果となった。

オーダーリングシステムは導入しているが、後発医薬品名は表示されない病院では、「後発医薬品を積極的に使用する」が12.2%となり、「後発医薬品をほとんど使用しない」(21.6%)を9.4ポイント下回る結果となった。

オーダーリングシステムは導入していない病院では「後発医薬品を積極的に使用する」が22.4%となり、「後発医薬品をほとんど使用しない」(12.2%)を10.2ポイント上回る結果となった。

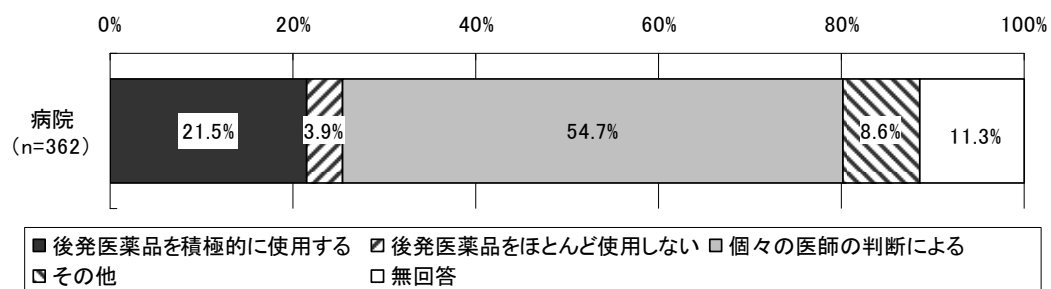
図表 97 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応（オーダーリングシステム導入別）



4) 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方する場合の施設としての対応方針

病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方する場合の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」(54.7%)が最も多く、次いで、「後発医薬品を積極的に使用する」(21.5%)、「後発医薬品をほとんど使用しない」(3.9%)であった。

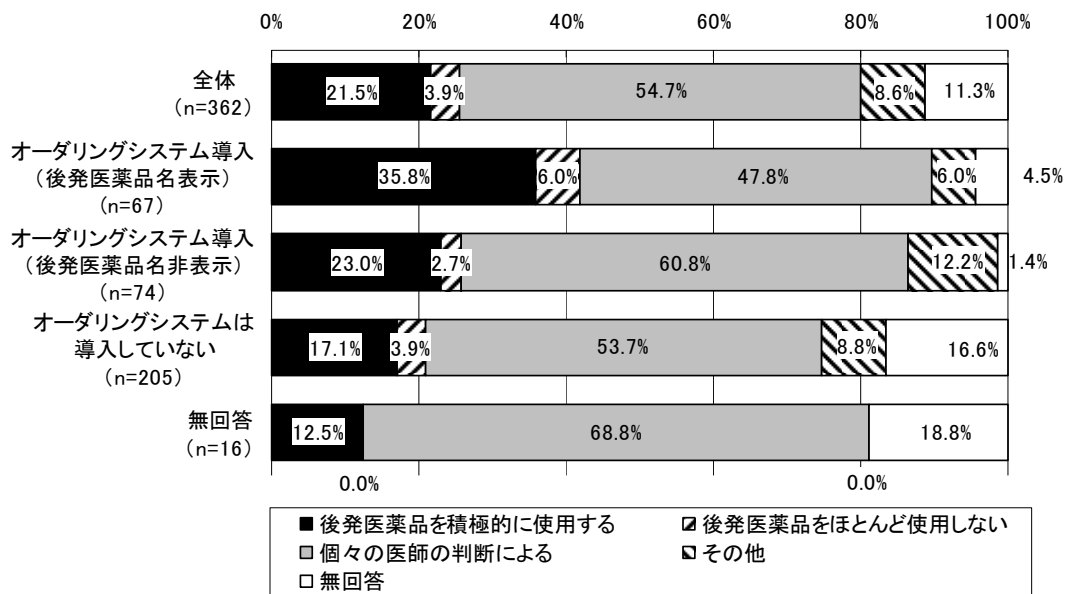
図表 98 病院における後発医薬品の使用について、  
外来患者に院外処方する場合の施設としての対応



(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。

オーダーリングシステム導入別に、病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方する場合の施設としての対応方針をみると、後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している病院では、「後発医薬品を積極的に使用する」(35.8%)の回答割合が、他の病院と比較して相対的に高い結果となった。

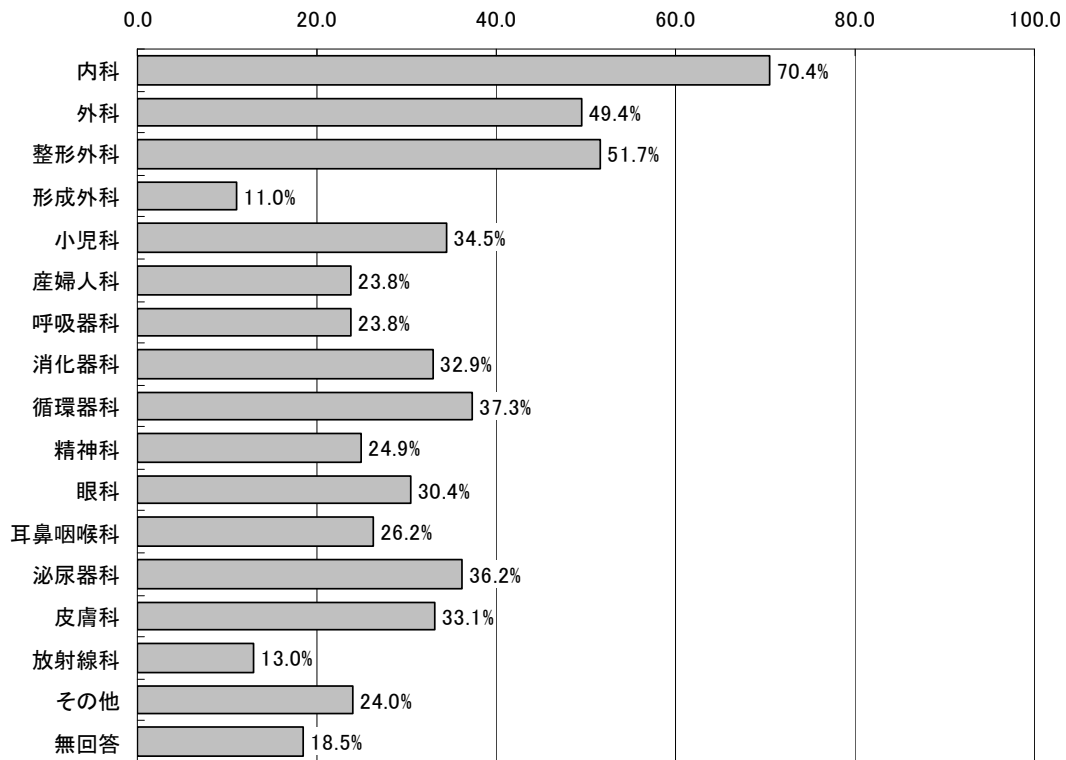
図表 99 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方する場合の施設としての対応（オーダーリングシステム導入別）



5) 病院における院外処方せんを発行している診療科

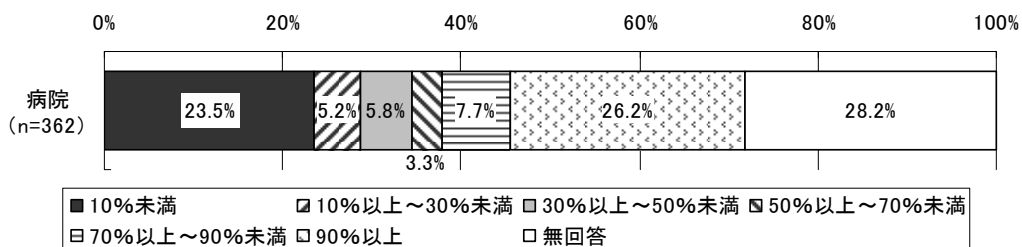
病院における院外処方せんを発行している診療科についてみると、「内科」(70.4%)が最も多く、次いで、「整形外科」(51.7%)、「外科」(49.4%)となった。

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)



病院において、平成 21 年 7 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をみると、「90%以上」(26.2%)が最も多く、次いで「10%未満」(23.5%)となった。

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)

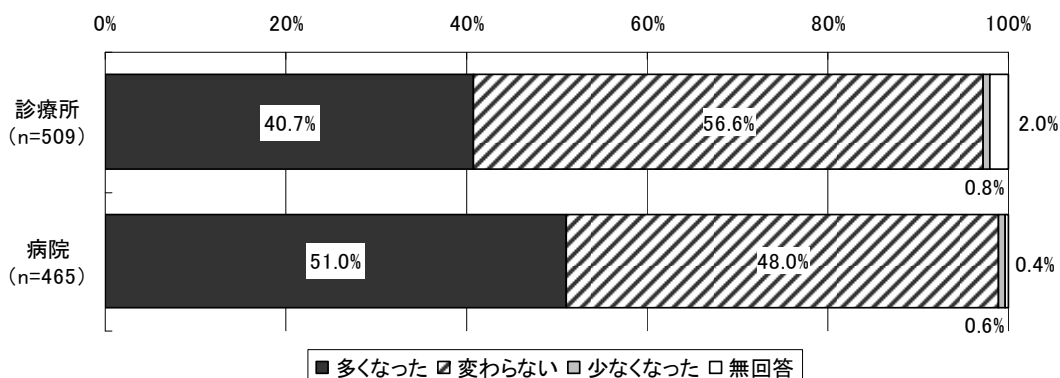


(注) 無回答が多いのは、院外処方せんを発行していない医療機関が含まれているため。

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・病院の医師に尋ねたところ、診療所では、「多くなった」が40.7%、「変わらない」が56.6%であった。病院では、「多くなった」が51.0%となり、「変わらない」（48.0%）をやや上回る結果となった。

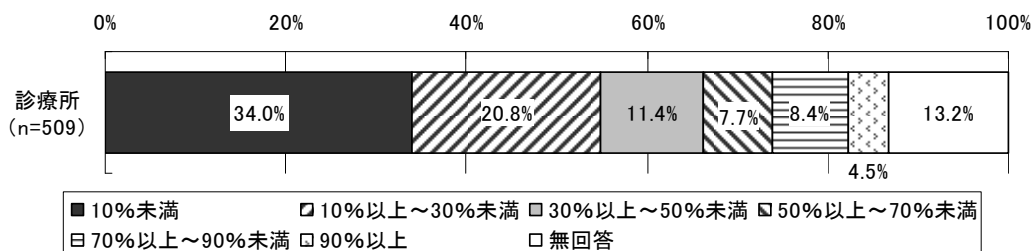
図表 102 外来診療における後発医薬品の処方の変化（1年前と比較して）（医師ベース）



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

診療所において、平成21年7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」（34.0%）が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」（20.8%）、「30%以上～50%未満」（11.4%）となった。

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）

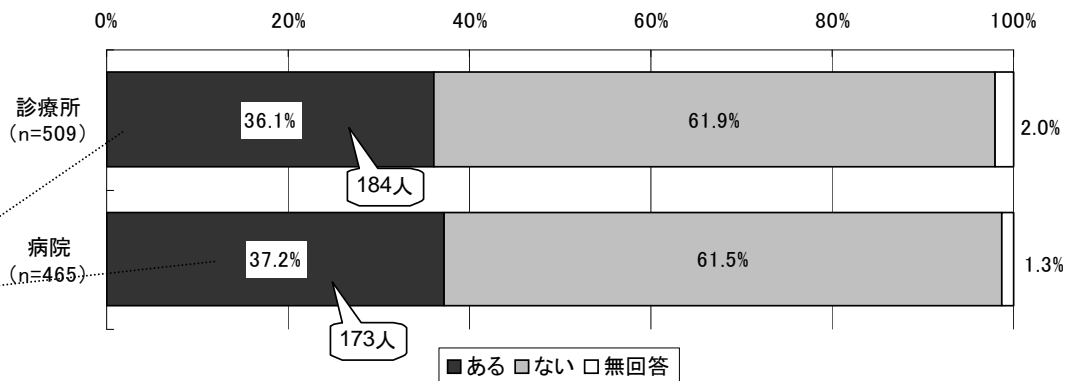


8) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験等（平成21年4月以降）

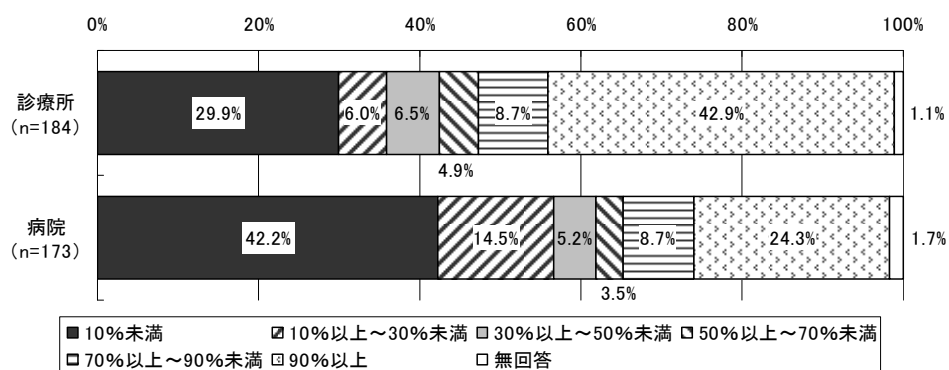
平成21年4月以降に「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無について、診療所・病院の医師に尋ねたところ、「ある」と回答した医師は、診療所が36.1%（184人）、病院が37.2%（173人）であった。

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、診療所では「90%以上」が42.9%で最も多く、次いで、「10%未満」が29.9%となった。病院では、「10%未満」が42.2%で最も多く、次いで、「90%以上」が24.3%となり、診療所と病院では異なる結果となった。

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）

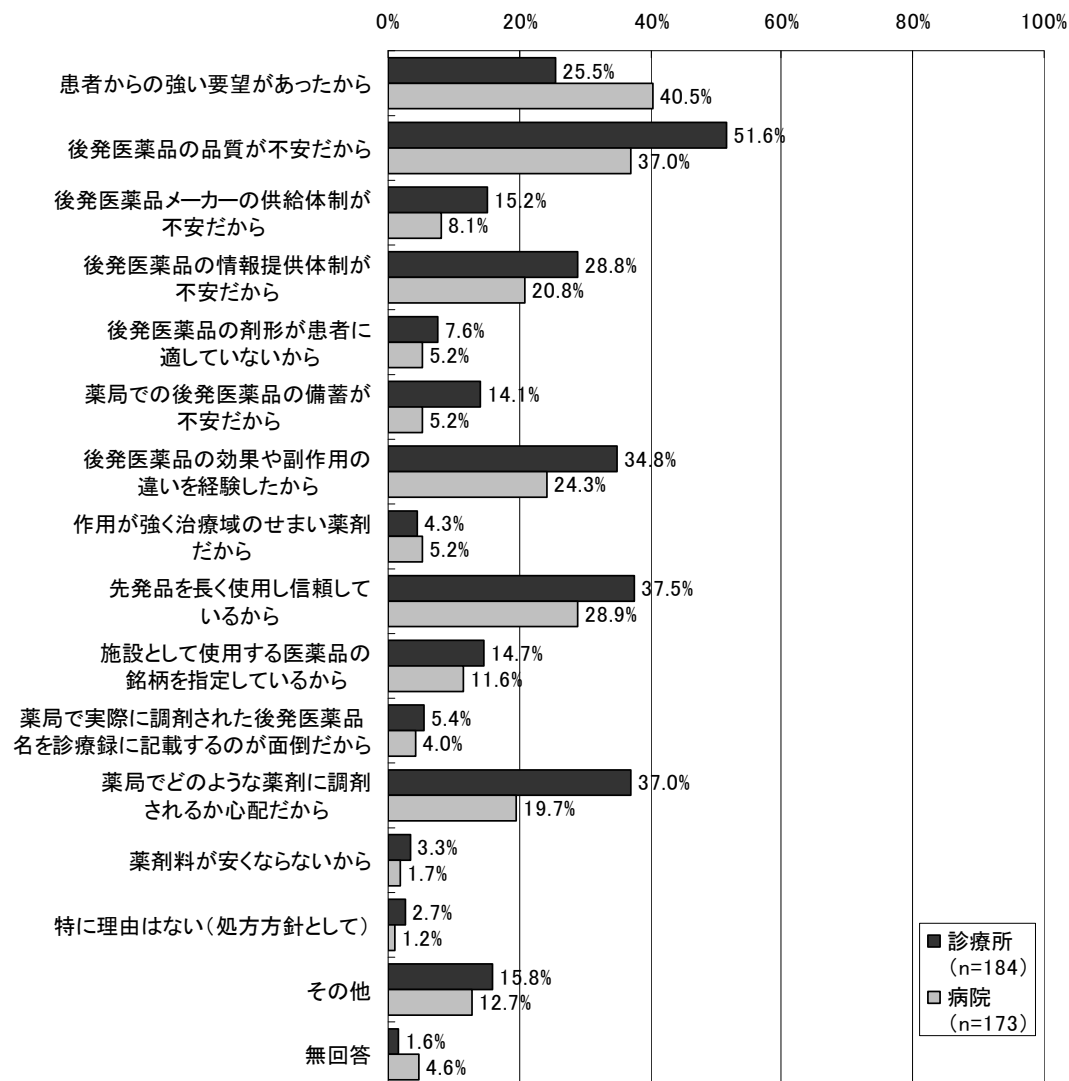




#### 9) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由

「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・病院の医師に尋ねたところ、診療所では、「後発医薬品の品質が不安だから」(51.6%)が最も多く、次いで「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」(37.5%)、「薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから」(37.0%)、「後発医薬品の効果や副作用の違いを経験したから」(34.8%)となった。病院では、「患者からの強い要望があったから」(40.5%)が最も多く、次いで「後発医薬品の品質が心配だから」(37.0%)、「先発品を長く使用し信頼しているから」(28.9%)、「後発医薬品の効果や副作用の違いを経験したから」(24.3%)となった。

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）

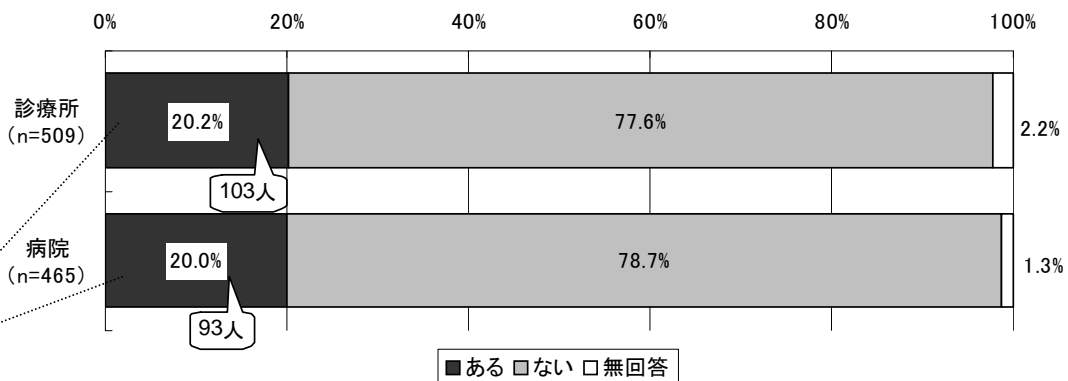


10) 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験（平成 21 年 4 月以降）

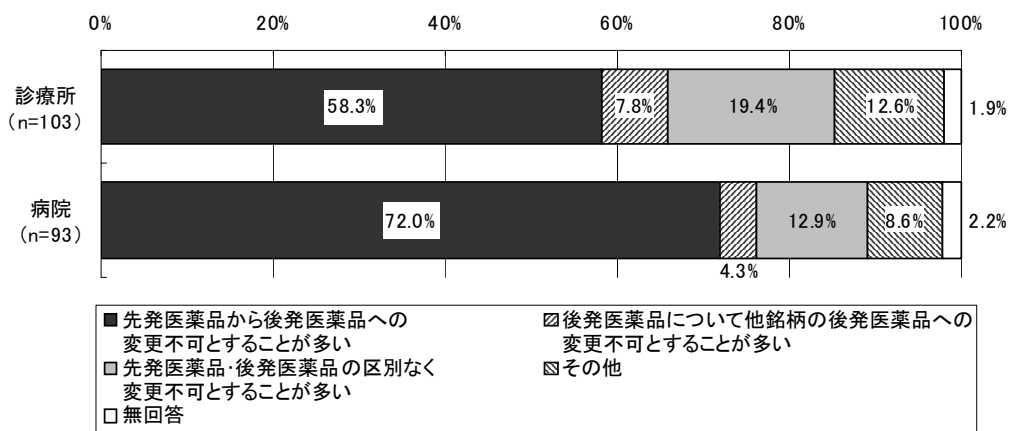
一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験の有無について、診療所・病院の医師に尋ねたところ、「ある」と回答した医師は、診療所が 20.2%（103 人）、病院が 20.0%（93 人）であった。

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をみると、「先発医薬品から後発医薬品への変更不可とすることが多い」という回答が、診療所では 58.3%、病院では 72.0%と最も多かった。また、「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」が診療所では 19.4%となり、病院（12.9%）に比べ 6.5 ポイント高い結果となった。

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）

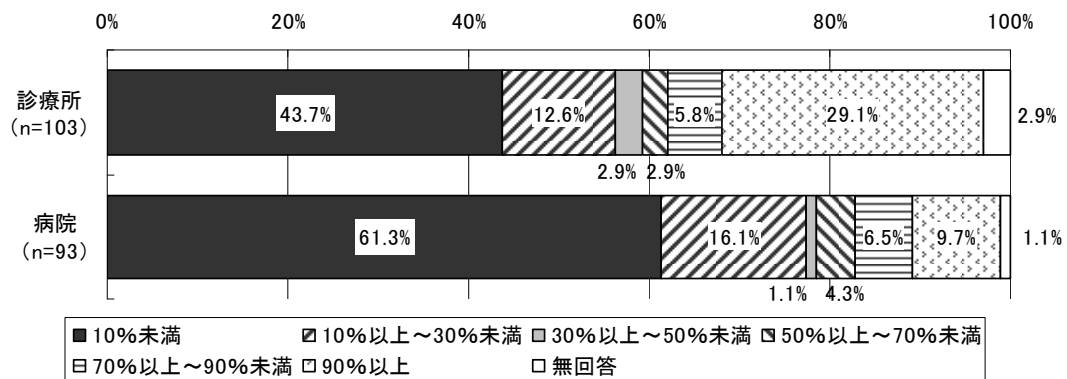


図表 108 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするケースで最も多いもの（医師ベース）



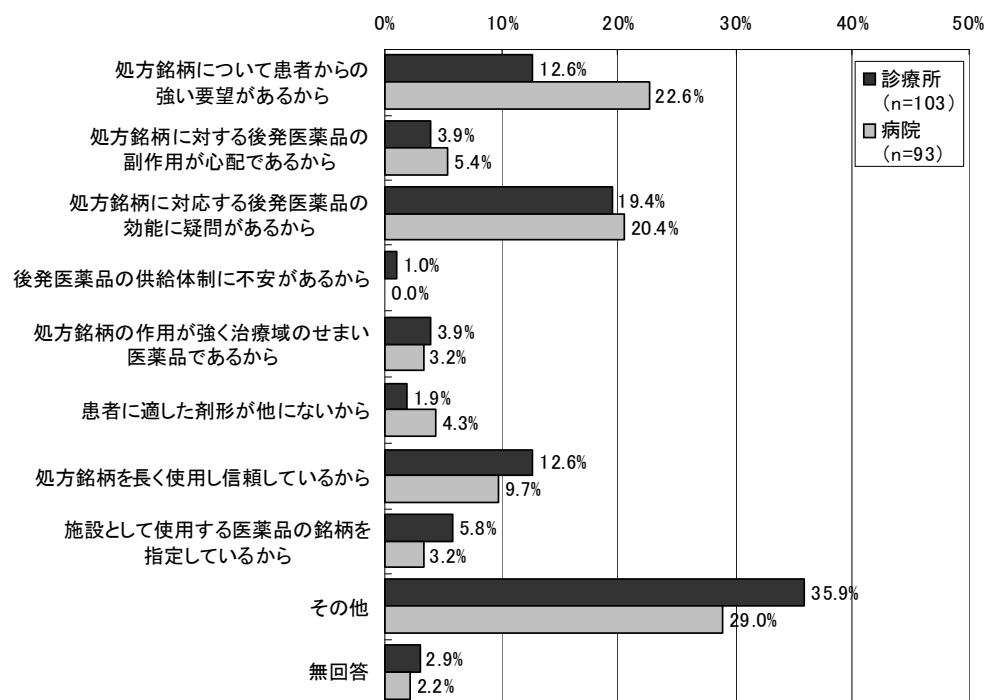
院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合について、診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「10%未満」（それぞれ43.7%、61.3%）が最も多かった。また、診療所では、「90%以上」が29.1%と比較的高い割合となった。

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）



一部の医薬品について「変更不可」とする最も多い理由を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所では、「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」（19.4%）が最も多く、次いで「処方銘柄について患者からの強い要望があるから」「処方銘柄を長く使用し信頼しているから」（ともに 12.6%）となった。病院では、「処方銘柄について患者からの強い要望があるから」（22.6%）が最も多く、次いで「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」（20.4%）となった。

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）



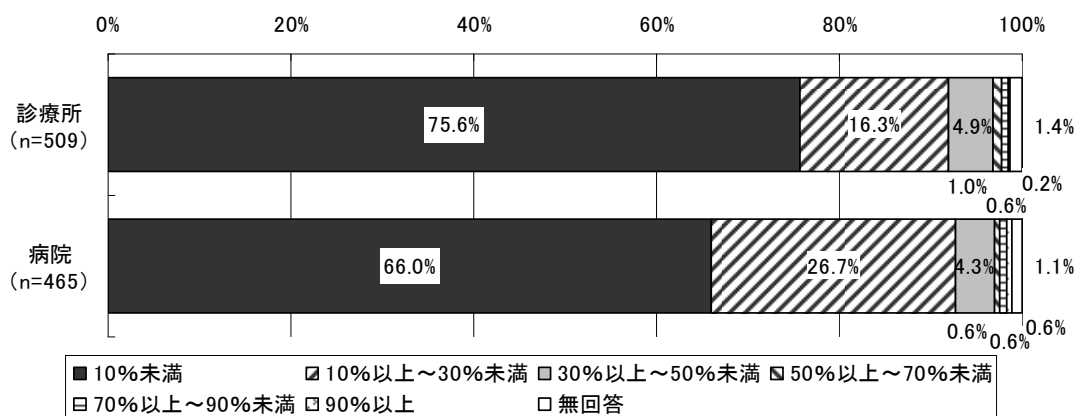
※「その他」には、複数の選択肢に○がついている回答が含まれる。その他の内容は以下のとおりである。

	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

11) 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）

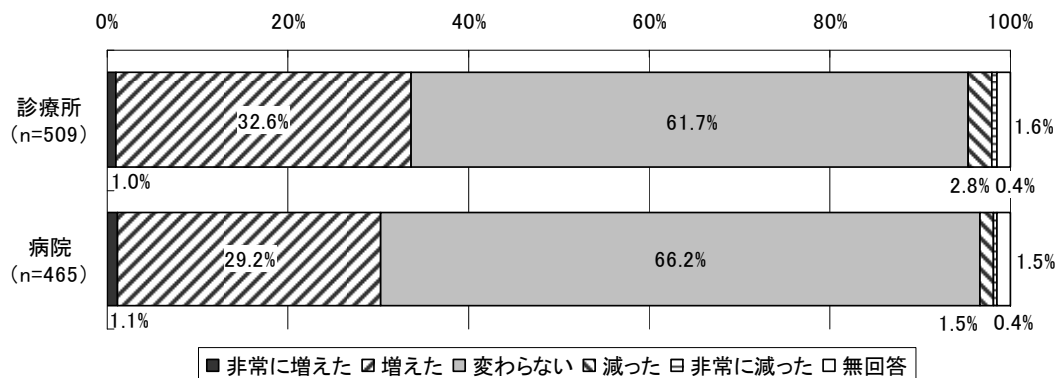
外来患者のうち、後発医薬品について関心がある（医師に質問する、使用を希望する）患者の割合を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「10%未満」（それぞれ 75.6%、66.0%）の回答が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」（それぞれ 16.3%、26.7%）となった。

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）



1年前と比較して、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）患者数の変化を診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「変わらない」（それぞれ 61.7%、66.2%）が最も多く、次いで「増えた」（それぞれ 32.6%、29.2%）となった。

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）



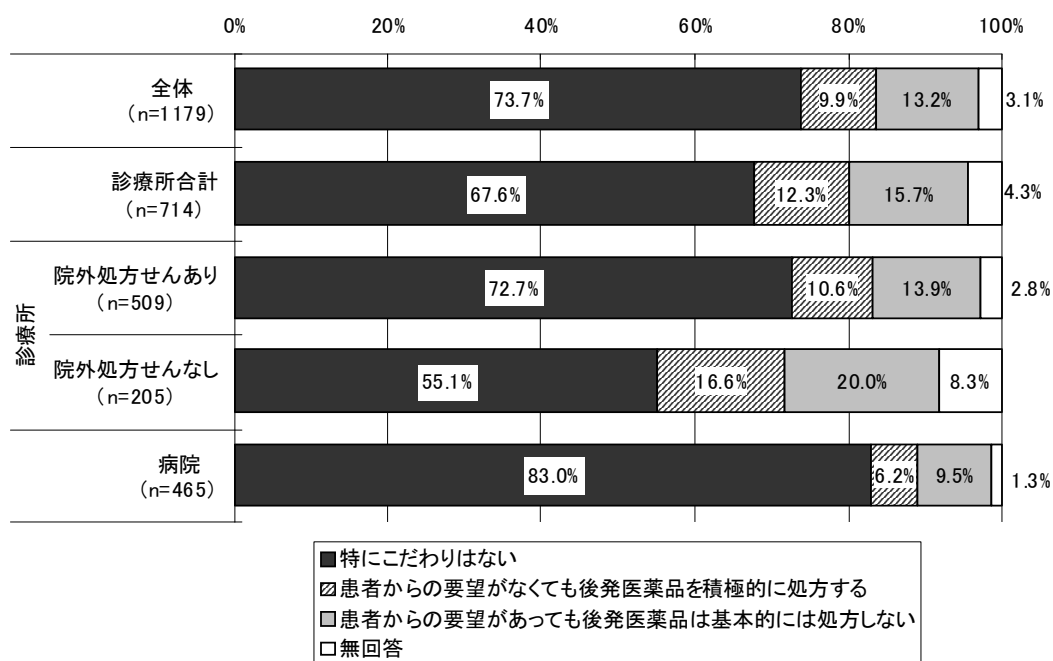
## 12) 医師における、外来診療時の後発医薬品の処方に関する考え

外来診療時における後発医薬品の処方に関する考え方について、診療所・病院の医師に尋ねたところ、医師全体では「特にこだわりはない」という回答が 73.7%と最も多く、次いで「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」が 13.2%、「患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方する」が 9.9%であった。

病院の医師は、診療所の医師（診療所合計）と比較して「特にこだわりはない」という回答割合が 15.4 ポイント高い結果となった。

また、「患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方する」は、診療所の医師（診療所合計）では 12.3%、病院の医師では 6.2%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」は診療所の医師（診療所合計）では 15.7%、病院の医師では 9.5%と診療所の医師が 6.2 ポイント高い結果となった。

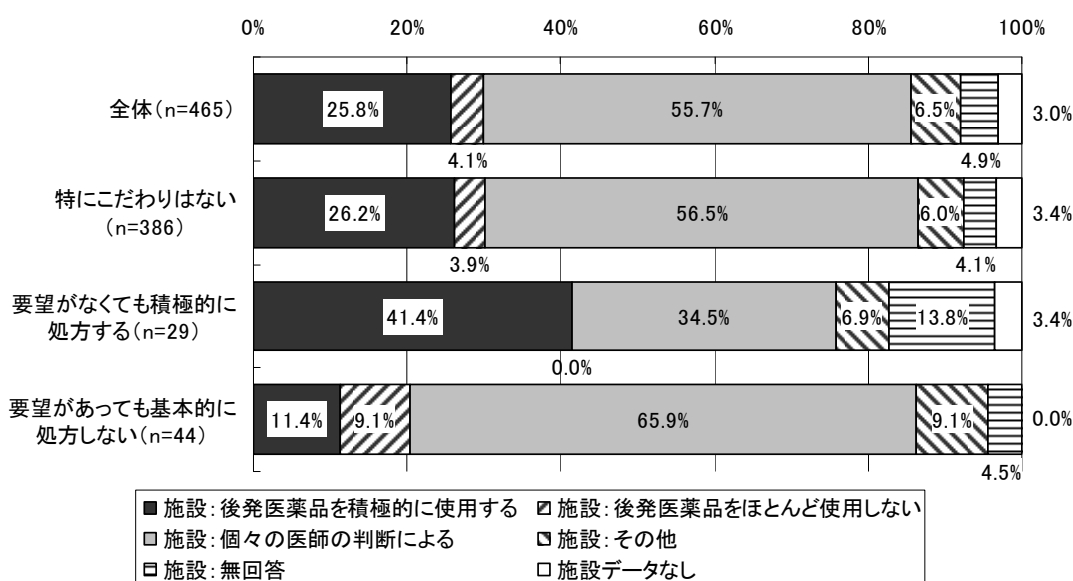
図表 113 外来診療における後発医薬品の処方に関する考え方（医師ベース）



病院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別に、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状況をみると、「要望がなくても積極的に処方する」医師が属している施設では、「後発医薬品を積極的に使用する」という施設の割合が41.4%と全体や他の施設と比較して相対的に高かった。

また、「要望があっても基本的に処方しない」医師が属している施設では「後発医薬品をほとんど使用しない」と回答している割合が9.1%と全体や他の施設と比較して相対的に高かった。

図表 114 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状況  
(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別、病院ベース)

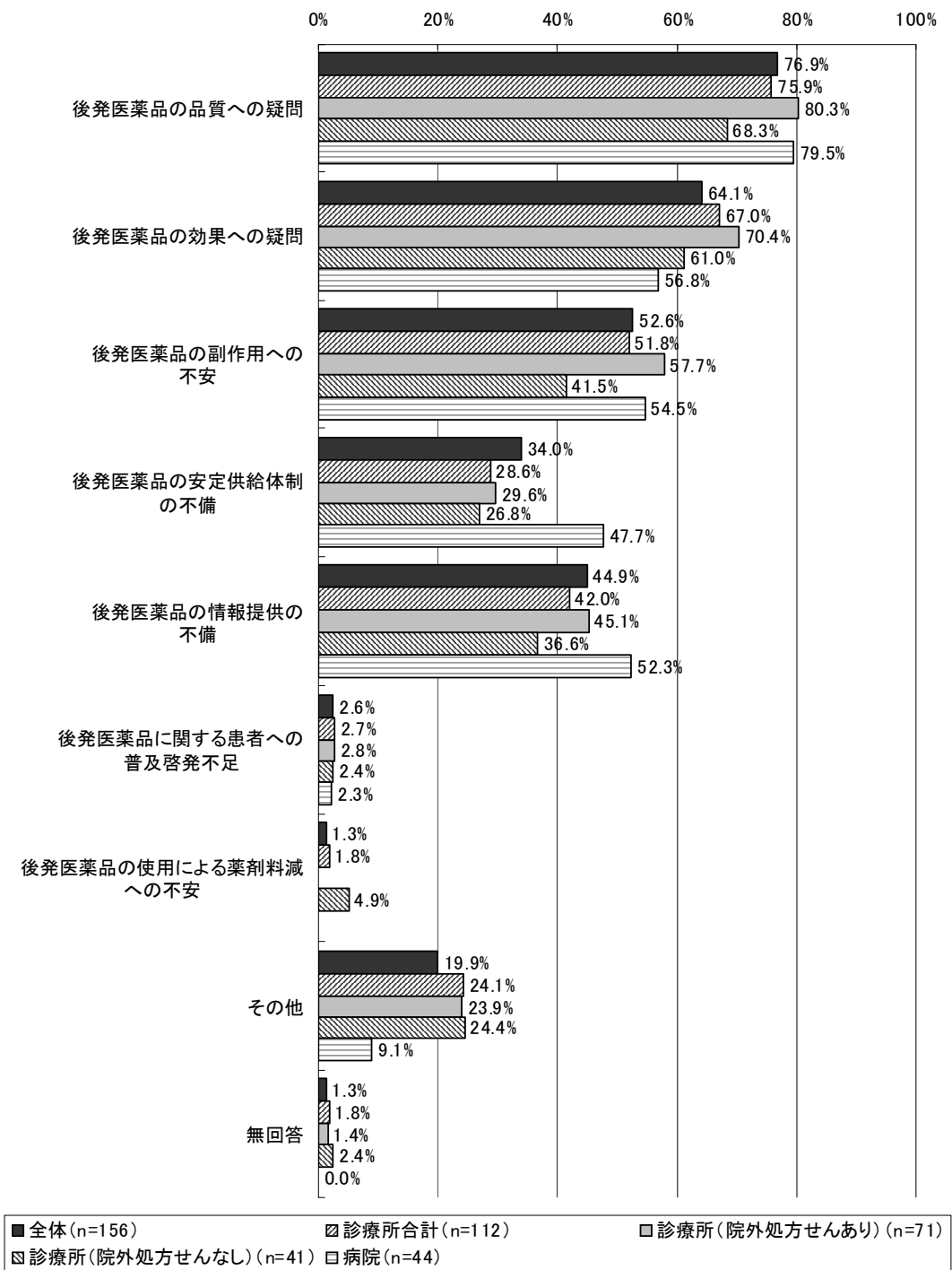


(注)「全体」には「外来診療における医師の後発医薬品の処方に関する考え方」が無回答だった6名が含まれる。

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・病院の医師（診療所医師 112 人、病院医師 44 人）にその理由を尋ねたところ、「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 75.9%、病院医師 79.5%）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 67.0%、病院医師 56.8%）、「後発医薬品の副作用への不安」（同、診療所医師 51.8%、病院医師 54.5%）といった回答も多かった。



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）



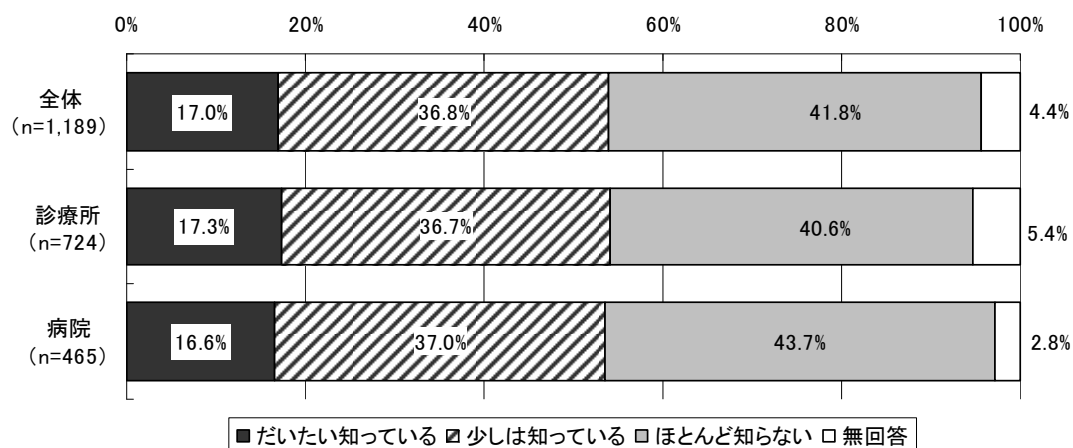
(注) 「後発医薬品の使用による薬剤料減への不安」については、「診療所（院外処方せんなし）」のみの選択肢となっている。

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）

後発医薬品の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を診療所・病院の医師に尋ねたところ、医師全体では「ほとんど知らない」（41.8%）が最も多く、次いで「少しは知っている」（36.8%）、「だいたい知っている」（17.0%）となった。この傾向は、診療所と病院でも同様であった。

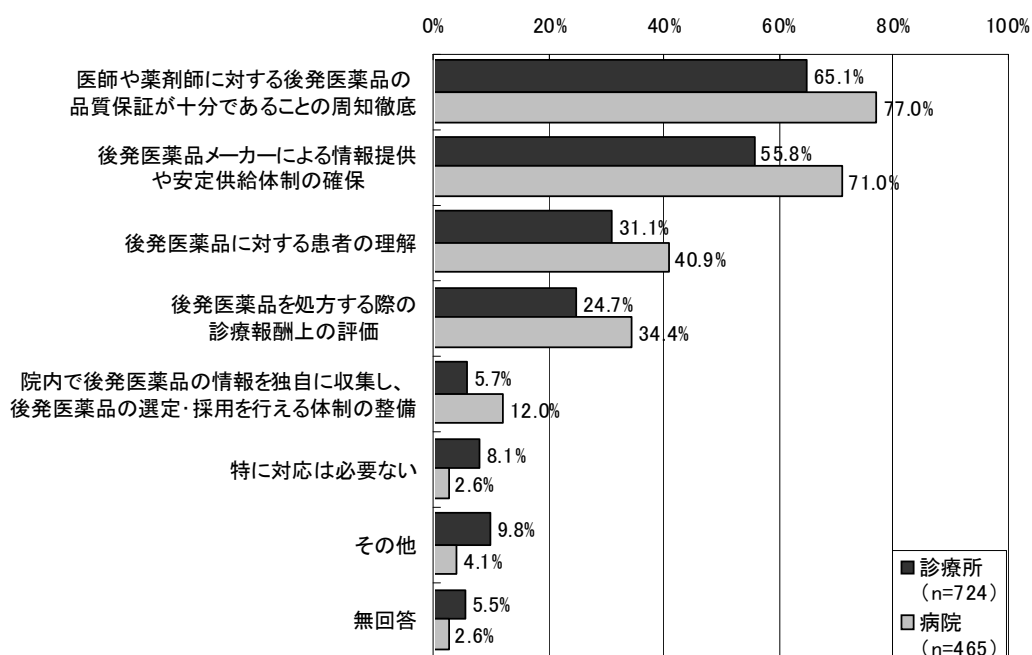
図表 116 薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るために必要なデータの内容に関する認知状況（医師ベース）



## 2) 後発医薬品の処方を進めるための環境

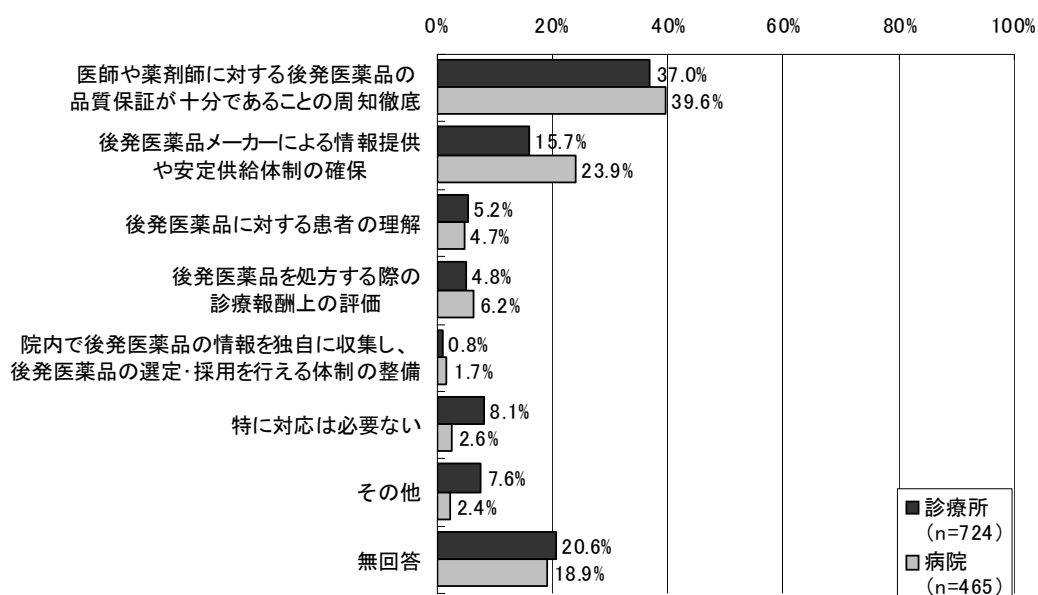
後発医薬品の処方を進めるための環境について、診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」(それぞれ 65.1%、77.0%) が最も多く、次いで、「後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保」(それぞれ 55.8%、71.0%)、「後発医薬品に対する患者の理解」(それぞれ 31.1%、40.9%)、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」(それぞれ 24.7%、34.4%) となった。

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)



後発医薬品の処方を進めるための環境について、最も重要なものを診療所・病院の医師に尋ねたところ、診療所・病院ともに「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37.0%、39.6%）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15.7%、23.9%）となった。

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）

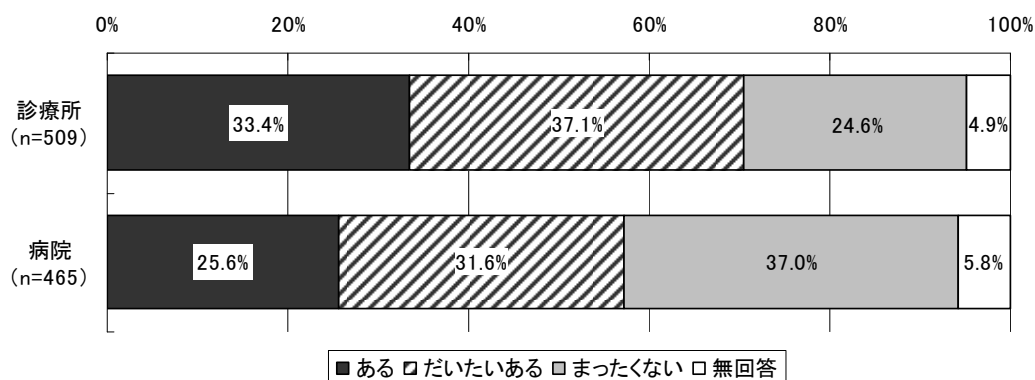


⑩ 保険薬局からの情報提供についての意向

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

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・病院の医師に尋ねたところ、診療所では、「ある」が 33.4%、「だいたいある」が 37.1%となり、両者を合わせると 70.5%となった。病院では、「ある」が 25.6%、「だいたいある」が 31.6%となり、両者を合わせると 57.2%となり、診療所と比較すると低い結果となった。病院では、「まったくない」が 37.0%で最も多く、診療所 (24.6%) と比較しても相対的に高い結果となった。

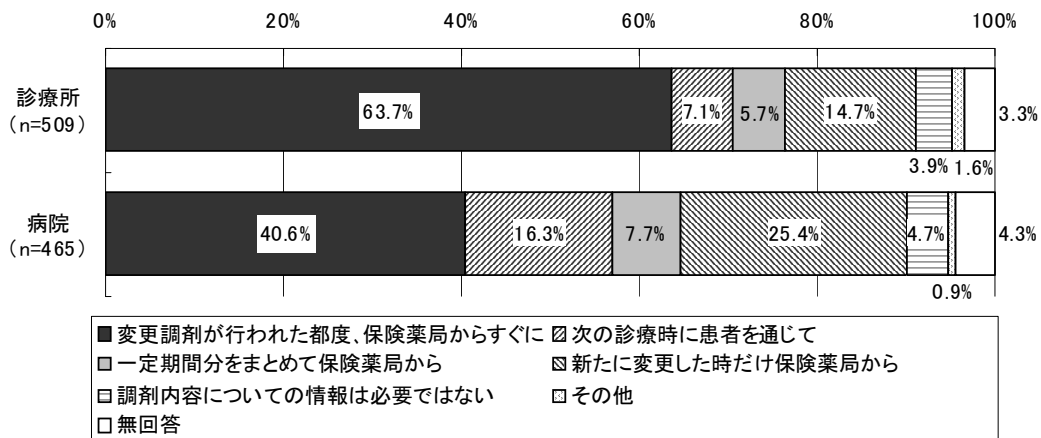
図表 119 保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等についての情報提供の有無（医師ベース）



## 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

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を診療所・病院の医師に尋ねたところ、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 63.7%、40.6%）が最も多くなった。特に診療所では病院と比較して 23.1 ポイント高い結果となった。次いで、「新たに変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい」（それぞれ 14.7%、25.4%）となった。

図表 120 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)

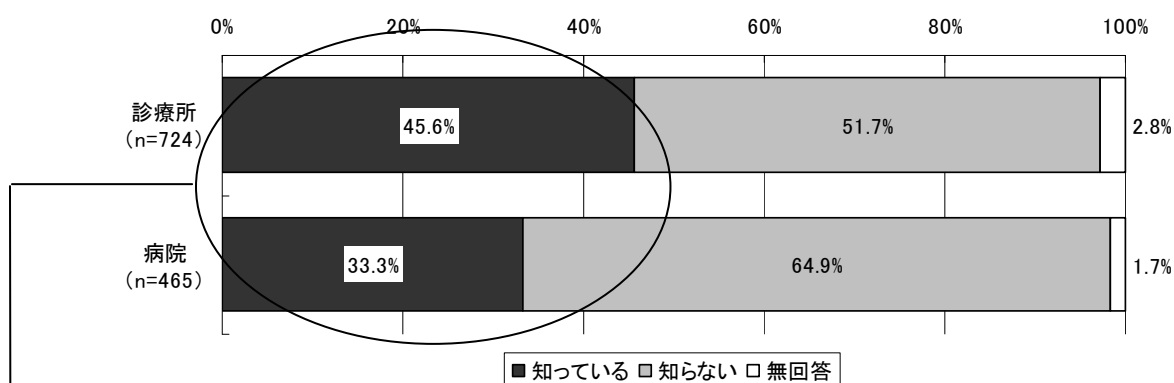


⑪ ジェネリック医薬品希望カードについて

1) 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度

医師の「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度をみると、診療所では「知っている」が45.6%、「知らない」が51.7%となった。病院では、「知っている」が33.3%、「知らない」が64.9%となった。

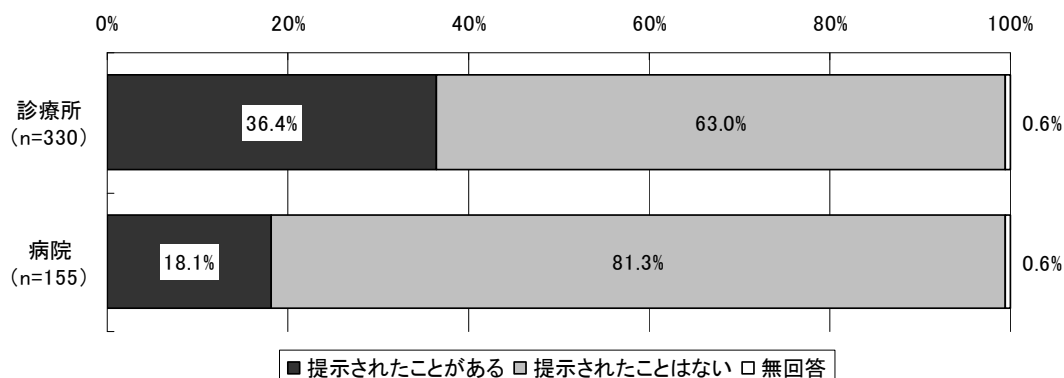
図表 121 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度（医師ベース）



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

「ジェネリック医薬品希望カード」を「知っている」と回答した医師に対して、患者から提示された経験を尋ねたところ、診療所では、「提示されたことがある」が36.4%、「提示されたことはない」が63.0%となった。病院では、「提示されたことがある」が18.1%、「提示されたことはない」が81.3%となった。

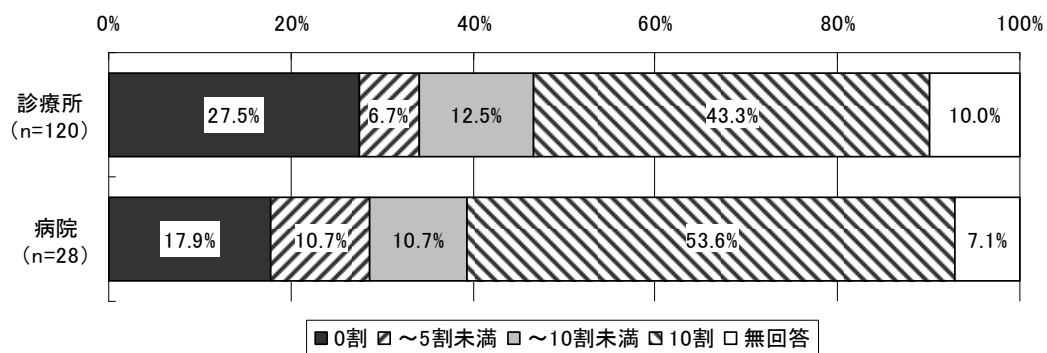
図表 122 「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示された経験（医師ベース）



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

「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を尋ねたところ、診療所・病院ともに、「10割」（それぞれ43.3%、53.6%）が最も多かった。一方で、「0割」という回答が診療所では27.5%、病院では17.9%であった。

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）

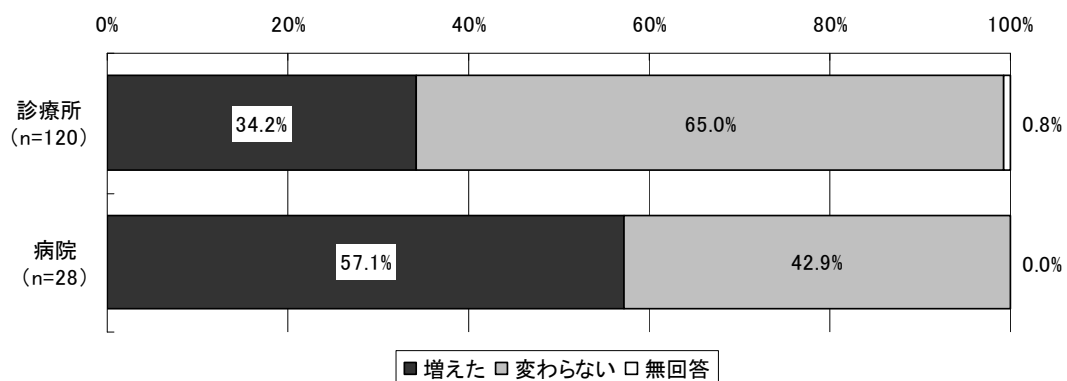




#### 4) 「ジェネリック医薬品希望カード」配布開始後（平成 21 年 4 月以降）における後発医薬品を希望する患者の割合の変化

「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の割合の変化を尋ねたところ、診療所では「増えた」が 34.2%、「変わらない」が 65.0%であった。病院では「増えた」が 57.1%、「変わらない」が 42.9%であった。

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）

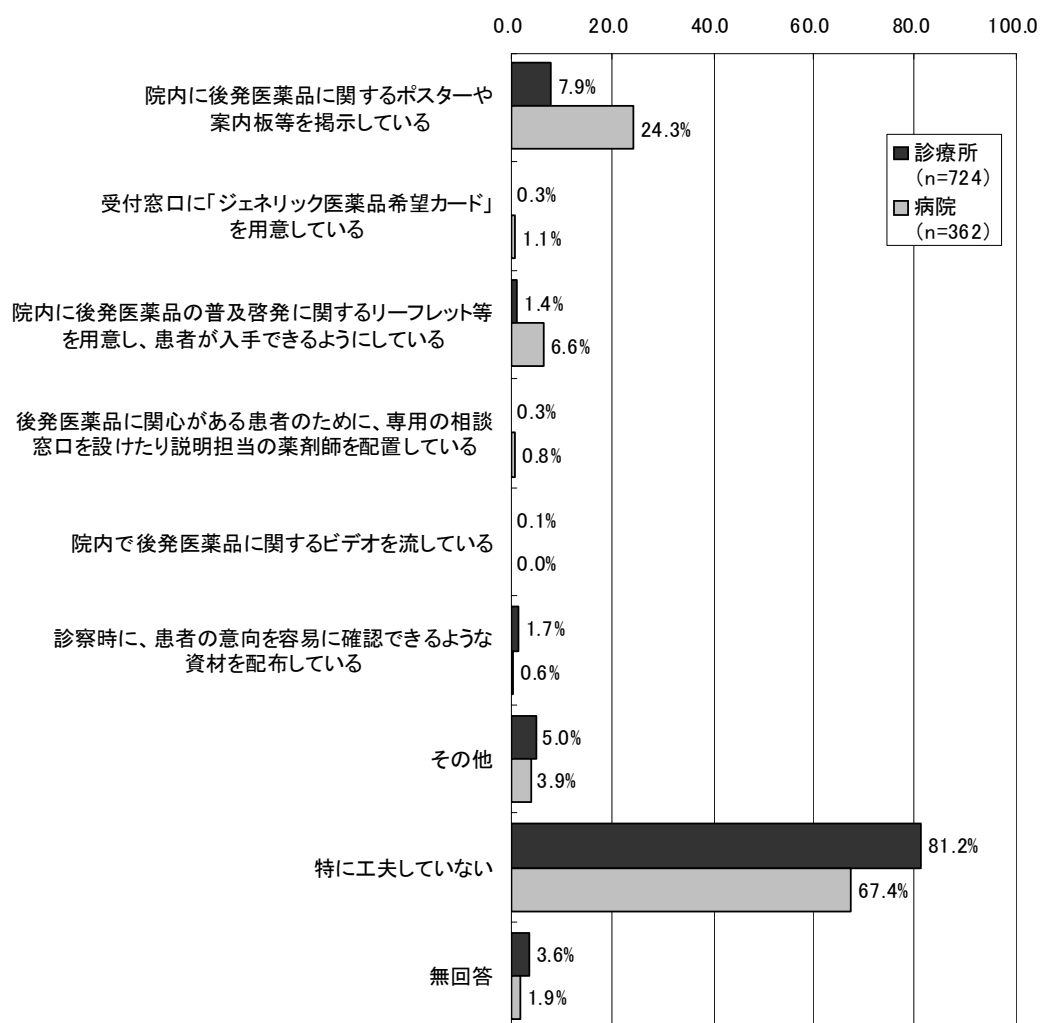


※平成 21 年 4 月以降、被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が順次配布されるようになった。

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

患者が後発医薬品を頼みやすくするよう施設としての工夫をみると、診療所・病院ともに「特に工夫していない」（それぞれ 81.2%、67.4%）が最も多かった。「院内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している」が診療所では 7.9%、病院では 24.3%であったが、他の項目については回答割合が低い結果となった。

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

### 【後発医薬品の供給体制】

- ・ 在庫がなく、発注しても間に合わないことがある。
- ・ 安全供給体制を確保してほしい。

### 【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。

### 【後発医薬品の採用】

- ・ 患者を多く紹介する病院で使用されている医薬品を、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。
- ・ 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。
- ・ 院内薬の採用に当たって、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。
- ・ 麻酔や救急に関わる特殊薬剤は、一部を除き使用頻度が少ないため、後発医薬品への変更が難しい。

### 【後発医薬品の商品名表示】

- ・ 「一般名+製薬メーカー名」に統一された事情は十分理解できるが、医療サイドも患者サイドも、読みづらく分かりづらいカタカナにうんざりである。ジェネリックの統一名を決めることが大切だと考える。
- ・ ジェネリック名を募集して名称をつけてはどうか。例えば、「メバロチン」は「メバリッチ」とする。「メバロチン」の後発医薬品名が「プラバスタチン」というよりもずっと受け入れられやすい。

### 【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。
- ・ 同一成分でも、剤形により吸収・濃度が全く異なる。「同じカプセルでも（同じ錠剤でも）飲みこむときの感触が異なるので飲めない」「匂いがひどいため飲めない」「カプ

セルのまま便に出たので、吸収されていない」といった意見が散見される。

- ・ 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。
- ・ 点眼を処方した際、先発医薬品ではしみなかったのが、ジェネリックではしみる、と訴えのあったケースがある。
- ・ 刻印のずれ、コーディングのムラなど、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。
- ・ 特に循環器系の薬剤においては、品質保証が最重要と考える。
- ・ 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、その効果や副作用についての厚労省への提出を徹底してほしい。
- ・ 原材料そのものの品質を管理し、原産国までチェックする体制はできているのか。全ての情報開示をする必要があると考える。品質の管理、安全性の確保、効果の判定等の全てを検証し、全ての情報開示を求める。
- ・ 後発医薬品の認可については、臨床試験の義務化が必要と考える。海外では義務化していると聞いている。

#### 【後発医薬品に関する情報・情報提供】

- ・ 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、医師側に提供してほしい。
- ・ 近年ジェネリック医薬品が多数出回るようになったが、処方する医師の立場からみると、メーカーの質、医薬品の品質についての情報が極めて乏しい。頭の中で患者の病状とジェネリック薬品名が全く結びつかない。
- ・ 後発医薬品は、突然の製造中止等が多い。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。

#### 【後発医薬品処方における薬局との関係】

- ・ 最適な処方を、知識・経験に基づき、責任を持って行うにあたって、薬剤師や、単に安価だからという理由などに、判断を委ねたくない。
- ・ 医師の印が押してなければ、薬局で勝手に、そのとき在庫していた医薬品を選べる、という制度は、医師の処方せんの意味を全く無視するもの。これはあたかも、医師から、たとえば「風邪だから貴薬局で風邪薬を適当に調剤してください」「感染症だから、高血圧症だから、薬局在庫の後発医薬品を適宜あげてください」と言うかのような、おかしい制度だと思われる。

#### 【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ほしい。

#### 【後発医薬品の使用にあたっての責任の所在】

- ・ 抗生剤でトラブルがあると、その後の診療上で困るので、どうしても先発医薬品を使うことになる。
- ・ 多くの場合、ジェネリック医薬品と先発医薬品がまったく同じものとはなっていないと思う。それなのに、その全ての責任を医師がとるのは困難である。
- ・ 副作用が起こったときに、対応してくれるジェネリック医薬品の会社がどのくらいあるのか。
- ・ 厚生労働省は、責任をもって副作用の問題に対応できるのか。効果がなく、症状が悪化したときの責任を、厚生労働省は考慮しているのか。
- ・ 後発医薬品により不都合な事が起こった（効かない、副作用が生じた等）場合、責任は誰にあるのかという点に不安がある。薬局で当院の処方と違った後発医薬品に変更したときは、すぐ文書により知らせてほしい。
- ・ 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になってしまう。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。

#### 【その他】

- ・ 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、一般人に対して十分に広報する必要がある。
- ・ 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ほしい。
- ・ 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。そうでないと、同等の薬であるにかかわらず、薬価が低い理由を明瞭に説明できない。

## 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

### 【後発医薬品メーカーの対応不備等】

- ・ メーカーの合併、販売中止、移管等に振り回されたことがある。供給等に問題がある。
- ・ 一部後発医薬品があるので副作用のデータを依頼したが、まったく回答がなかった。
- ・ 後発医薬品メーカーに対して問い合わせても、満足のいく回答が返ってこないことが多い。
- ・ 情報の提供については、先発医薬品と後発医薬品とを比較すると、量の問題ではなく、質の問題が残ると思われる。
- ・ 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。
- ・ 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が限られているため、選択肢が少なくなってしまう。
- ・ 後発医薬品メーカーに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では、価格提示でしか差別化ができない。これでは社会資源の無駄であり、またメーカーのモラルハザードも進むのではないかと懸念する。

### 【後発医薬品の採用】

- ・ 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。
- ・ 後発医薬品の採用にあたっては、薬剤部が情報提供・評価して、候補薬の絞込みを行い、薬剤委員会の審議を経て決定している。この作業に係わる時間は膨大であり、薬剤部の負担も大きく、また責任も重い。
- ・ 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、外用などの剤形違いは除く）。
- ・ ジェネリック医薬品の数が多く、品質やデータなどが入手しにくいいため、国立病院採用薬品を参考にしている。

### 【後発医薬品への切り替えが難しいケース】

- ・ 抗がん剤では、後発医薬品が存在しない場合が多い。
- ・ 精神科のため、後発医薬品へ切り替える際、患者の状態も考慮し、単純な切り替え（形状・色調等）ができない場合が多い。
- ・ 薬価収載されているジェネリックでも、専門の卸が少なく、また実際には発売されていないものもあるため、事実上、すべて入手することは不可能な状況である。それで仕方なく先発医薬品となることが多くある。

- ・ 薬剤名が長いと覚えづらく、当院のようにオーダーリングシステムを導入していない場合には、医師がいつまでも前薬の薬剤名を記載してしまう。
- ・ オーダーリングシステムを導入している場合、後発医薬品を導入するなら、先発医薬品を処方すると変換され、後発医薬品名で印字され、現場の看護師もわかるように後発医薬品名と先発医薬品や成分名が表示されるようにしなくてはならない。しかしこれにはシステムの改造が必要で費用がかかりすぎる。

### 【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）など、使用の際における安全性等のデータがない状態では、とても同じ製品とは思えない。現在これだけ食品等でも安全性が叫ばれているのに、「薬だけは別」とは言えないだろう。

### 【後発医薬品使用に当たっての責任の所在】

- ・ 先発医薬品と後発医薬品の適応病名が異なる場合、その責任が病院側にあるという厚労省見解があり、査定されるのは、後発医薬品を可とする上で非常に不合理である。保険薬局は数十か所以上あり、すべての薬局で後発医薬品の保険病名を把握することはできない。

### 【病院経営に与える影響】

- ・ 医療経営が厳しい中、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。
- ・ 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。

### 【後発医薬品使用促進のための環境整備】

- ・ 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ほしい。
- ・ 後発医薬品使用に対しては、数々のインセンティブが考えられるが、特に有害事象発生時の補償なども考える必要がある。
- ・ 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。
- ・ 医師が積極的に後発医薬品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。
- ・ アメリカとの比較を宣伝されるが、FDAは独自に後発医薬品を検査し、その薬効の保証をしているが、日本の厚労省はこれを省略しており、根本的に異なるものとする。

- 後発医薬品メーカーの生物学的同等性データのみで判断するのではなく、申請データの信頼性を公的機関で確認してほしい。
- 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。
- 第三者機構による同成分の後発医薬品同士の比較が必要である。



## 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

### 【後発医薬品メーカーの対応不備等】

- ・ 後発医薬品の中には包装や本体への識別コードについて記載不備のものがある。患者は一包化した薬を持参することもあるので、最低でも分かりやすい識別コード表示が望ましい。
- ・ 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である。
- ・ 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。MRの顔さえもほとんど見ない。インターネットからも情報提供が得られない。
- ・ 後発医薬品を使用しているも、突然廃止になることがあるので、詳しい情報を提供してほしい。
- ・ 知らない会社の医薬品を使用しなければならないことに疑問を覚える。

### 【後発医薬品の品質等】

- ・ 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ることができないものが多い。
- ・ 後発医薬品の中で、時々、薬効不十分を感じることもある。後発医薬品は品質保証チェックがきちんと行われているのかどうか不安である。
- ・ 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ほしい。
- ・ 後発医薬品に変更されたことによる治療効果の減弱等の経験があり、一概に変更していくことへの不安を拭いきれない。薬効成分以外の薬剤の問題や溶解性の問題等、明らかにすべき点がある。
- ・ 一部の後発医薬品に関しては、明らかに薬効が劣る製品がある。この事実を、厚生労働省としてしっかり把握する必要があると考える。
- ・ 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。
- ・ 同成分・同効果というだけで、添加成分に差がある場合もあると聞く。小児に使用する際、アレルギーの問題は大きい。それにもかかわらず、添加成分のデータなどが十分に開示されていない。
- ・ 効能は保証されても安全性は全く同一ではないと感じる。
- ・ 効果や安全性に対する国としての評価の確立が必要である。
- ・ 副作用等に関する情報が皆無に近い。
- ・ 副作用の記載を先発医薬品の場合と全く同じでなく、独自の内容にしてはどうか。
- ・ 後発医薬品の人への投与の血中濃度や副作用などを、薬品会社が提示することを義務付

けるべきである。

#### 【後発医薬品の商品名表示等】

- ・ 後発医薬品の名前を覚えきれず、また、後発医薬品がある薬剤かどうかも不明であり、処方せんに後発医薬品の薬剤名を記入するのが大変である。
- ・ 調剤薬局のほうで変更調剤される後発医薬品について、時に名称が難しい印象を受ける。そのためカルテに転記する際などに、煩わしさを感じる。
- ・ 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＋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、誤りが起こりにくいのではないか。

#### 【後発医薬品の適応】

- ・ 先発医薬品に比べて、適応疾患が少ないことがあり、レセプトで削られる可能性がある。そのため、適応症を的確に覚えておく必要があるが、実際には大変である。
- ・ 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ほしい。

#### 【後発医薬品使用促進のための環境整備】

- ・ 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。
- ・ 患者が希望すればジェネリックを処方するようにしているものの、ジェネリックを希望する患者がまだとても少ない。
- ・ 後発医薬品の薬効に対しては特に疑問を持ったことがなく、患者の理解度が最も大切と思われる。患者側にある不安を払拭する必要がある。
- ・ 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。

#### 【後発医薬品処方における薬局との関係】

- ・ 当院では、近隣の保険薬局が処方する後発医薬品のメーカーがほぼ決まっている（約2社）のが現状で、非常に疑問を感じる。こちらは、いろいろなメーカーの、優れていると思われる薬剤をチョイスしているのに、実際に患者の手に渡るのは、後発医薬品の約2社の製品だと思いとやる気がなくなる。
- ・ 医療機関からの処方せんで、薬局が薬剤を後発医薬品としたが、適応がない薬剤に変更した。そのため保険者から、処方せん発行元の医療機関に査定減額が回った。こんな理

不十分な事があってよいのか。責任は変更した薬局にあると考えるのが妥当である。厚生労働省は「適応に差のある後発医薬品がある薬剤は変更不可にすればいい」と言うが、現実的に不可能であることは明らかだ。

- ・ 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。
- ・ 複数の施設から患者が処方を受けると、同成分なのに医薬品名が異なる薬剤が重なって処方される危険がある。間違っ重なって服用してしまわないためのシステムが必要だ。
- ・ 信頼できる後発医薬品を使用するのは問題ないが、どんな後発医薬品も自由に調剤薬局で薬剤変更できることに問題がある。
- ・ 後発医薬品になると適応が変わるものがあるため、機械的な変更をしないよう、薬局を指導してほしい。

#### 【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。
- ・ 副作用等の責任は医師にあると考えているため、ほとんどを変更不可にしている。
- ・ 病院や処方医は薬品名の記載とし、薬局はそこから製品を選ぶ。その際、副作用や障害が起きた場合の責任を病院に負わせない、というようにしてほしい。

#### 【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ほしい。
- ・ ライセンスが切れた段階で、先発メーカーが直ちに薬価を下げられないのは、逆に平等な競争の原則に反するのではないかと思う。
- ・ 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、国民に対する情報が、コスト安や先発⇄後発など、あまりにも一側面に偏りすぎていると思う。国として、欠点も開示する責任があると思う。

#### (4) 患者調査の結果概要

##### 【調査対象等】

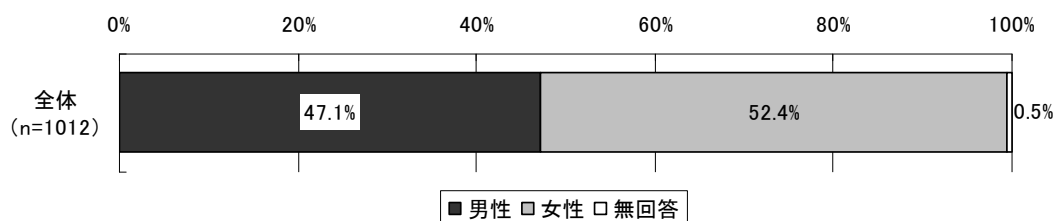
- 調査対象：「保険薬局調査」の対象施設に調査日に処方せんを持って来局した患者。  
ただし、1施設につき最大4名の患者を対象とした（4名の内訳は、65歳以上の男性・女性各1名、65歳未満の男性・女性各1名）。
- 回答数：1,012人
- 回答者：患者本人または家族
- 調査方法：調査対象薬局を通じて配布。回収は各患者から調査事務局宛の返信用封筒にて直接回収

#### ① 回答者の属性

##### 1) 性別

回答者の性別についてみると、「男性」が47.1%、「女性」が52.4%であった。

図表 126 性別

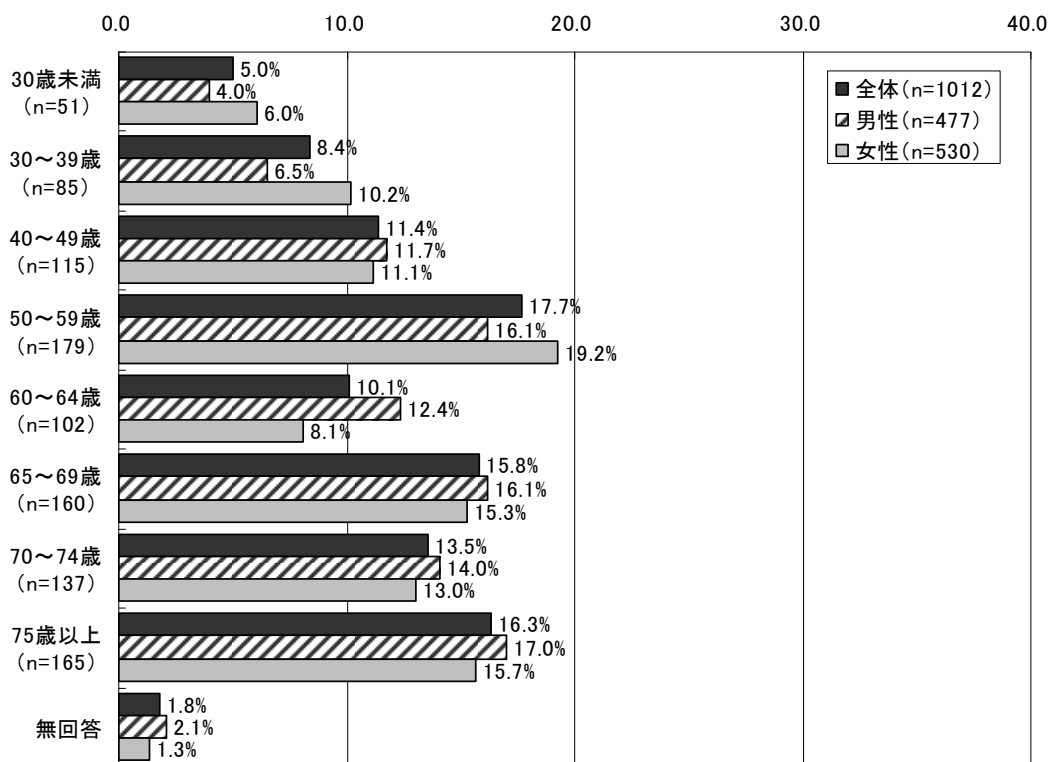


## 2) 年齢

回答者の年齢についてみると、全体では「50～59歳」（17.7%）が最も多く、次いで「75歳以上」（16.3%）、「65～69歳」（15.8%）となった。

年齢の平均は 59.5 歳（標準偏差 17.6、中央値 63.0）であった。

図表 127 男女別 年齢分布



(注) 「全体」には、「性別」について無回答の5人を含む。

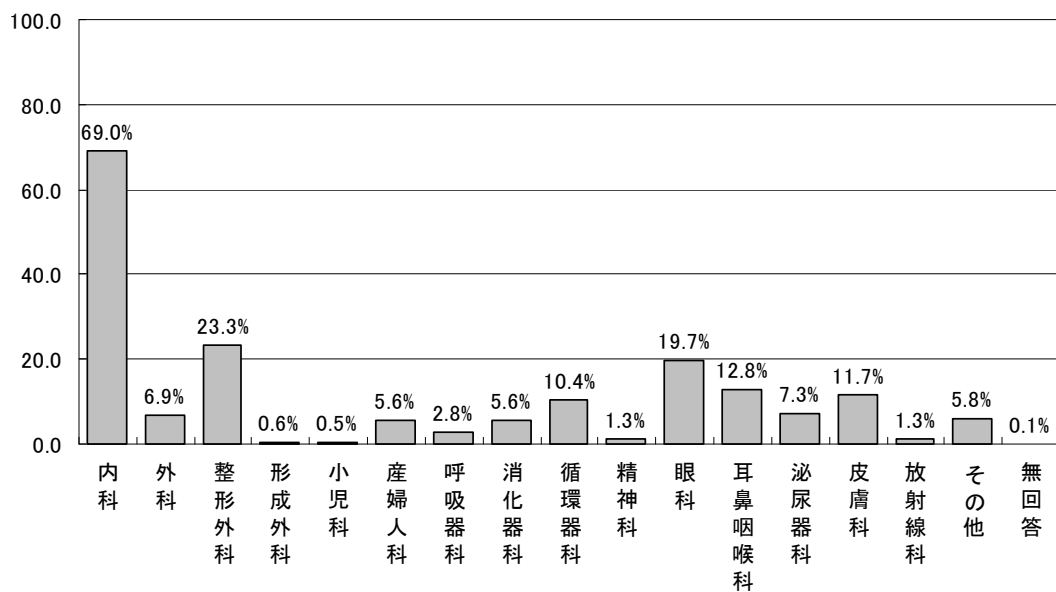
図表 128 平均年齢

	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

受診した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」(23.3%)、「眼科」(19.7%)、「耳鼻咽喉科」(12.8%)、「皮膚科」(11.7%)、「循環器科」(10.4%)であった。

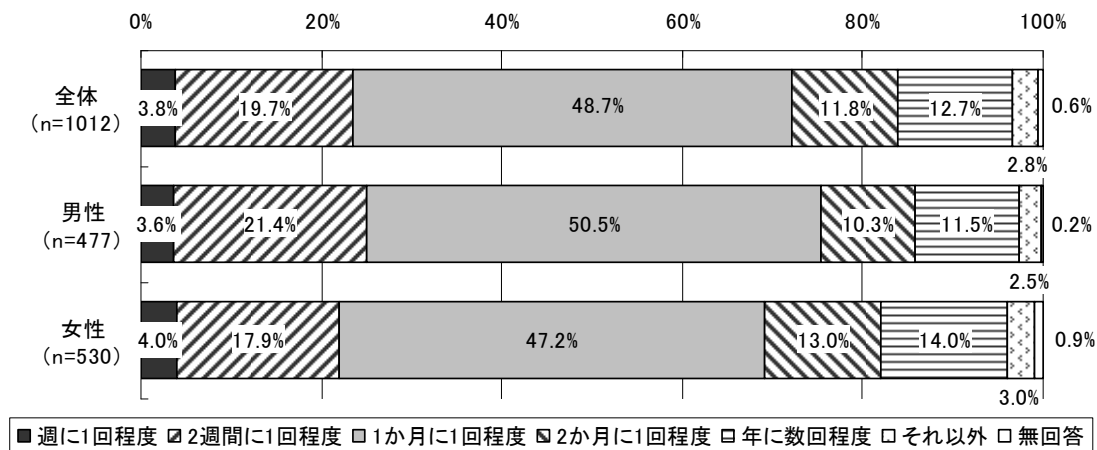
図表 129 受診した診療科（複数回答、n=1012）



#### 4) 薬局への来局頻度

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」(48.7%)が最も多く、次いで、「2週間に1回程度」(19.7%)、「年に数回程度」(12.7%)、「2か月に1回程度」(11.8%)であった。男女別にはあまり大きな差はみられなかった。

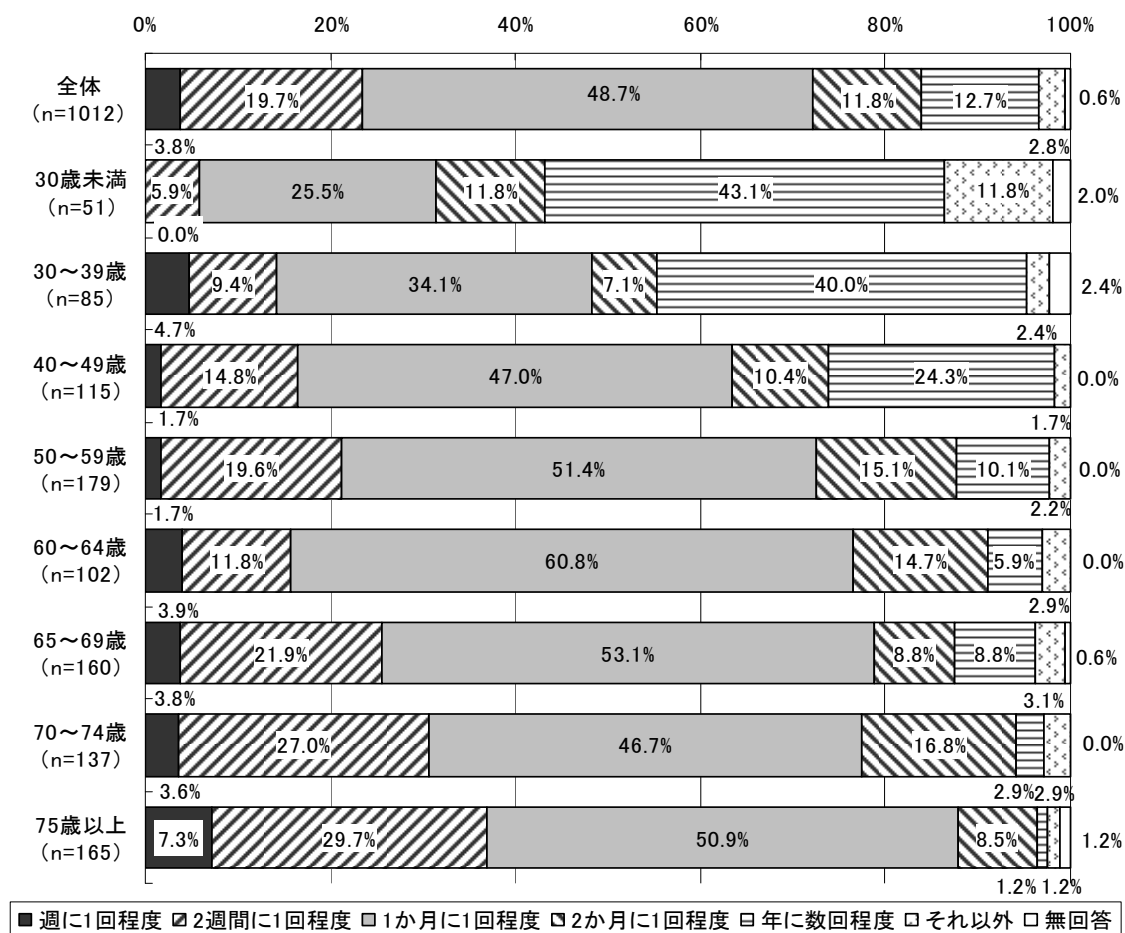
図表 130 薬局への来局頻度 (男女別)



(注) 「全体」には、「性別」について無回答の5人を含む。

年齢階級別に、薬局への来局頻度をみると、40歳以上ではどの年齢階級においても「1か月に1回程度」が最も多かった。また、65歳以上では年齢階級が高くなるほど「2週間に1回程度」の回答割合が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78.8%、「70～74歳」では77.3%、「75歳以上」では87.9%であった。

図表 131 薬局への来局頻度（年齢階級別）



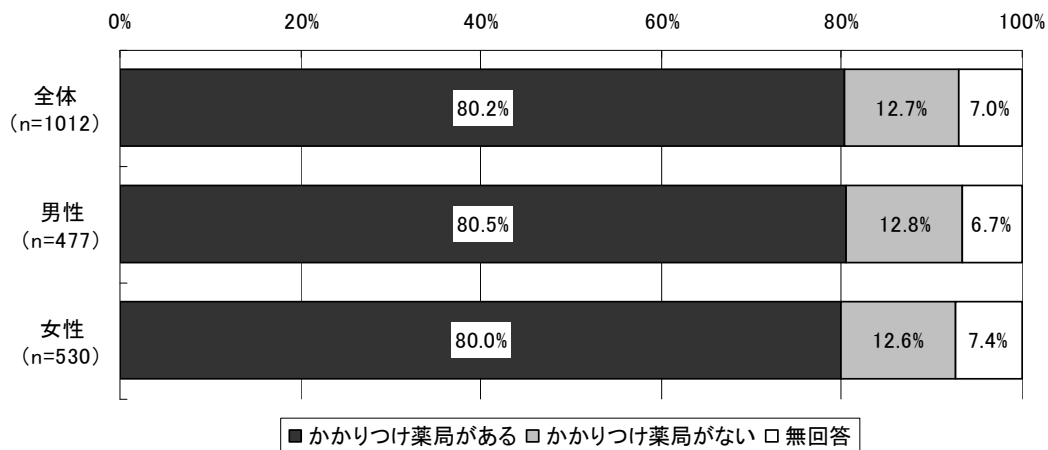
(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の18人を含む。



### 5) かかりつけ薬局の有無

かかりつけ薬局の有無についてみると、全体では、かかりつけ薬局が「ある」が80.2%、かかりつけ薬局が「ない」が12.7%となった。また、男女別にみても、男女ともに「ある」という回答が8割近くとなった。

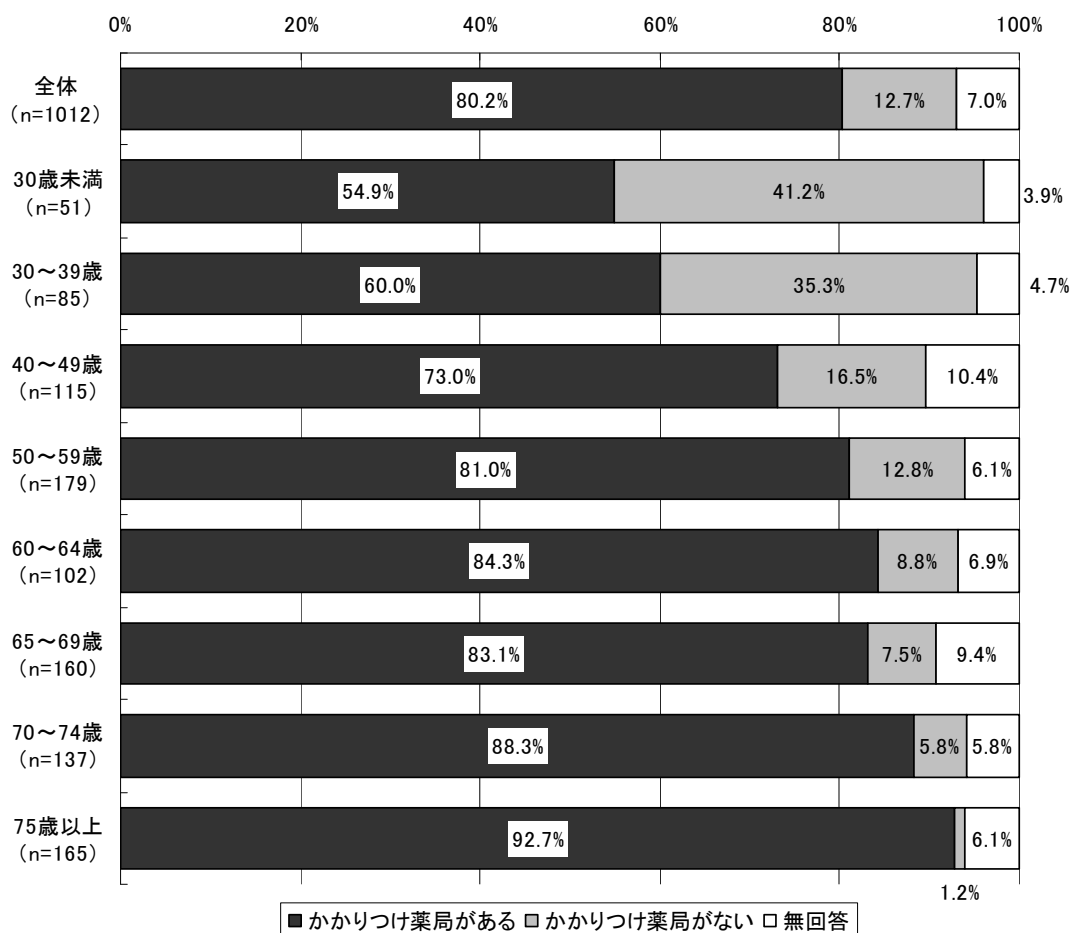
図表 132 かかりつけの薬局の有無（男女別）



(注) 「全体」には、「性別」について無回答の5人を含む。

年齢階級別に、かかりつけ薬局の有無をみると、40歳未満では「ある」という回答は6割以下であるが、40歳以上の各年齢階級においては、「ある」という回答が7割を超えている。特に「75歳以上」では、「ある」(92.7%)が9割を超えた。

図表 133 かかりつけの薬局の有無（年齢階級別）



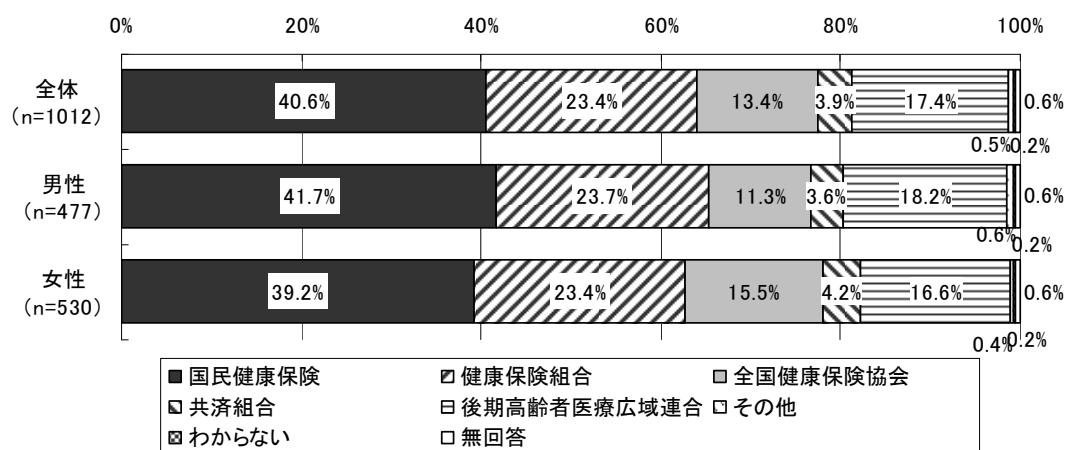
(注) 「全体」には、「年齢」について無回答の18人を含む。

## 6) 医療保険の種類

医療保険の種類をみると、全体では、「国民健康保険」(40.6%)が最も多く、次いで、「健康保険組合」(23.4%)、「後期高齢者医療広域連合」(17.4%)、「全国健康保険協会」(13.4%)、「共済組合」(3.9%)となった。

男女別にみると、女性では男性に比べて「全国健康保険協会」の割合が相対的にやや高い結果となったが、大きな相違はみられなかった。

図表 134 医療保険の種類（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答の5人を含む。

年齢階級別に、医療保険の種類をみると、60歳未満では「健康保険組合」が最も多いが、60歳以上75歳未満では「国民健康保険」が最も多い結果となった。なお、75歳以上ではすべて「後期高齢者医療広域連合」であった。

図表 135 医療保険の種類（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	1,012 100.0	411 40.6	237 23.4	136 13.4	39 3.9	176 17.4	5 0.5	2 0.2	6 0.6
30歳未満	51 100.0	12 23.5	20 39.2	15 29.4	2 3.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 3.9
30～39歳	85 100.0	20 23.5	33 38.8	29 34.1	3 3.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
40～49歳	115 100.0	27 23.5	46 40.0	34 29.6	6 5.2	0 0.0	0 0.0	1 0.9	1 0.9
50～59歳	179 100.0	47 26.3	78 43.6	32 17.9	20 11.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 1.1
60～64歳	102 100.0	62 60.8	23 22.5	12 11.8	3 2.9	0 0.0	1 1.0	0 0.0	1 1.0
65～69歳	160 100.0	126 78.8	22 13.8	8 5.0	3 1.9	0 0.0	1 0.6	0 0.0	0 0.0
70～74歳	137 100.0	107 78.1	13 9.5	5 3.6	1 0.7	7 5.1	3 2.2	1 0.7	0 0.0
75歳以上	165 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	165 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

（注）「全体」には、「年齢」について無回答であった18人が含まれる。

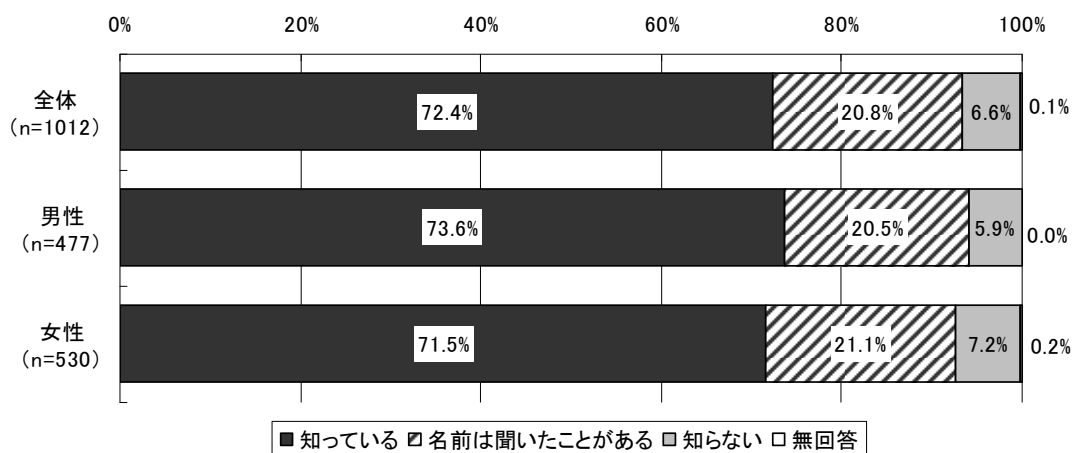
## ② 後発医薬品の使用状況

### 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 72.4%、「名前は聞いたことがある」が 20.8%、「知らない」が 6.6%であった。

男女別にみても大きな差はみられなかった。

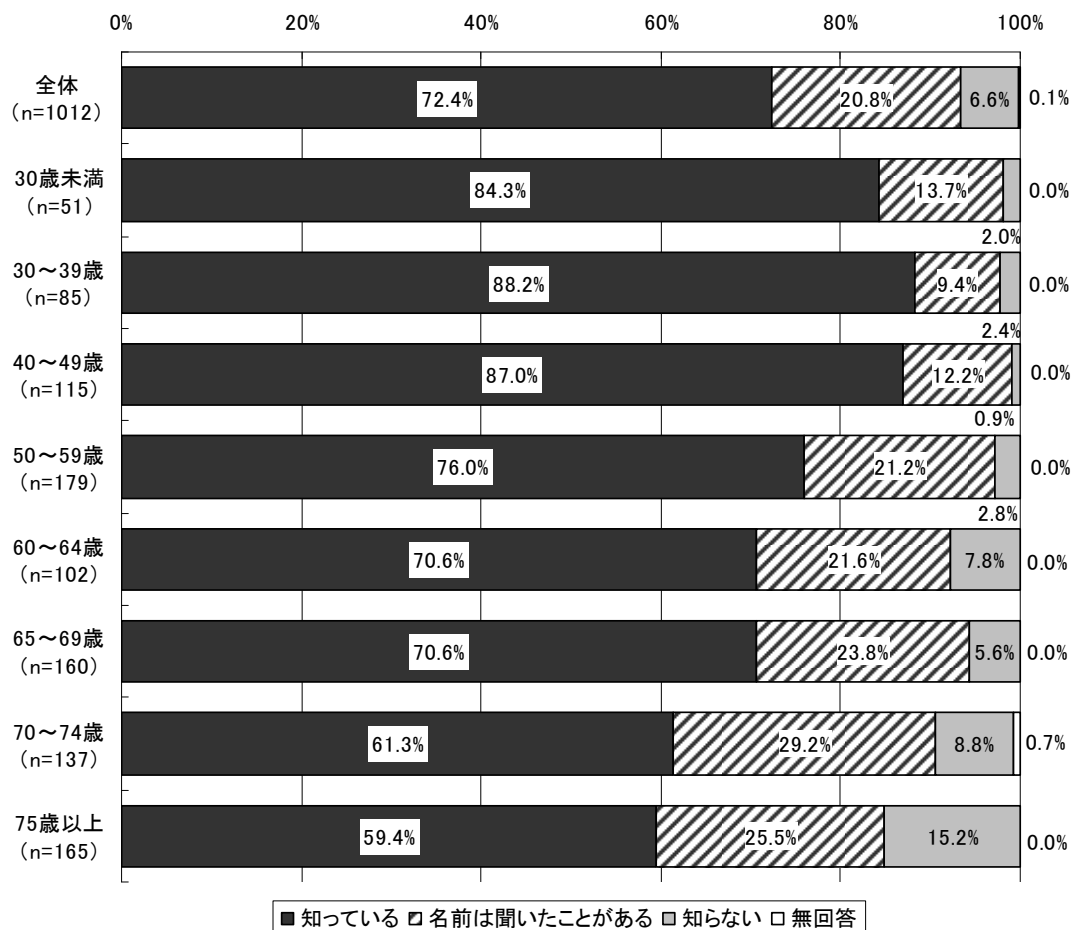
図表 136 後発医薬品の認知状況（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答であった5人が含まれる。

後発医薬品の認知状況について年齢階級別にみると、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「知っている」が59.4%と約6割にとどまった。また、後発医薬品を「知らない」が15.2%となり、全体と比較して2倍以上の高さになった。

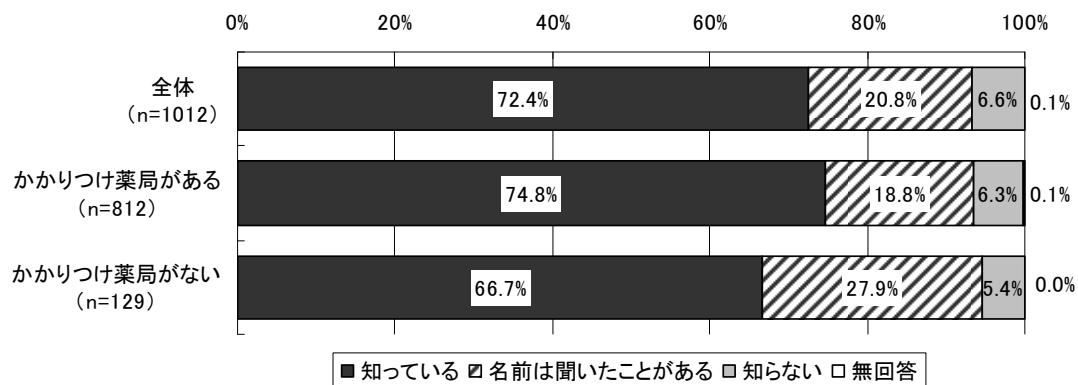
図表 137 後発医薬品の認知状況（年齢階級別）



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答であった18人が含まれる。

かかりつけ薬局の有無別に、後発医薬品の認知状況をみると、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 74.8%、「かかりつけ薬局がない」患者では 66.7%となり、8.1 ポイントの差があった。

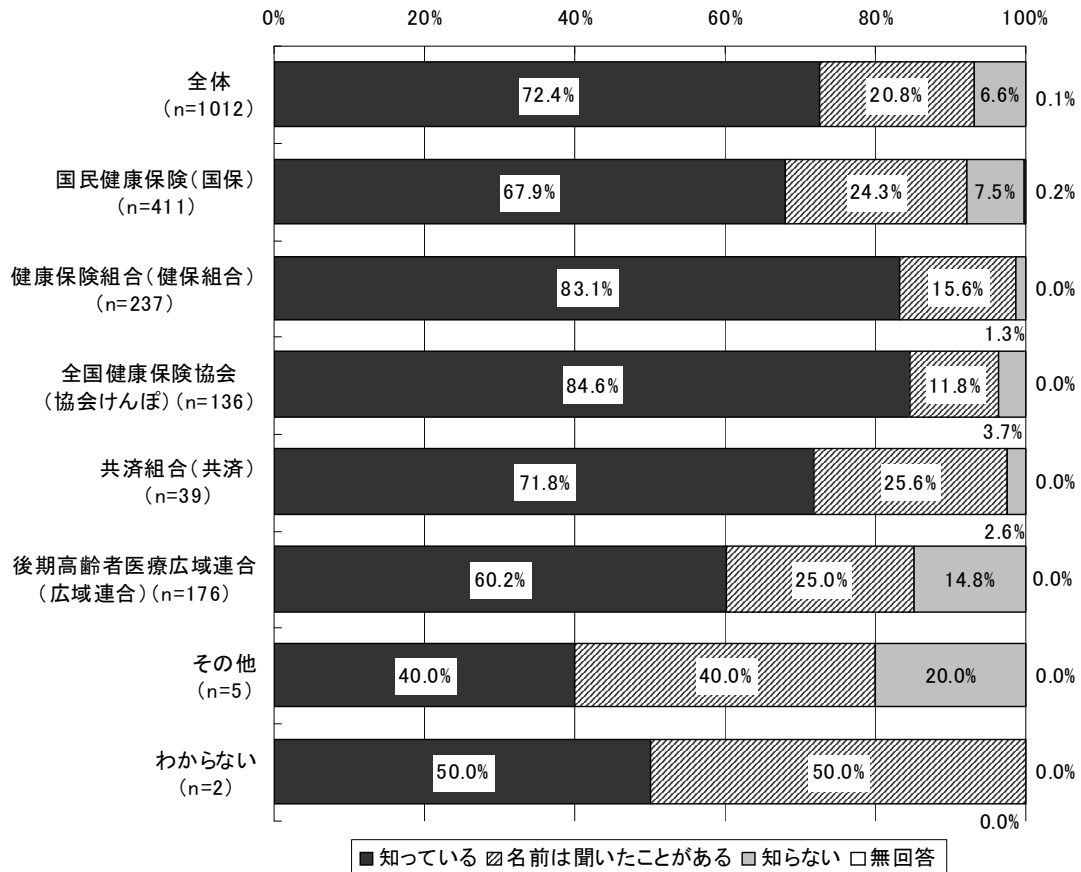
図表 138 後発医薬品の認知状況（かかりつけ薬局の有無別）



(注)「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。

医療保険の種類別に、後発医薬品の認知状況をみると、「全国健康保険協会」と「健康保険組合」では、後発医薬品を「知っている」と回答した割合が 8 割を超えており、他の医療保険に比べ相対的に高い結果となった。

図表 139 後発医薬品の認知状況（医療保険の種類別）



(注)「全体」には、「医療保険の種類」について無回答であった 6 人が含まれる。

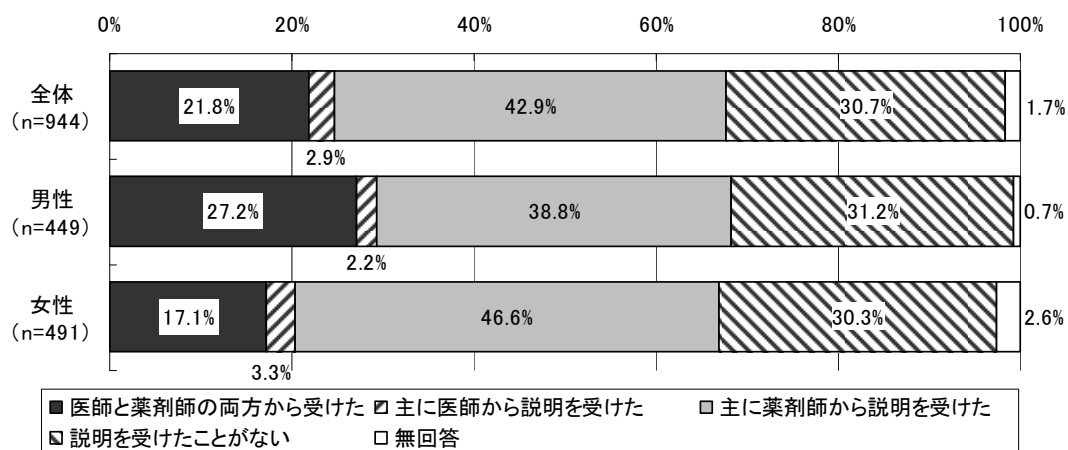


## 2) 後発医薬品の主な説明者

後発医薬品を知っている人に対して後発医薬品の主な説明者を尋ねたところ、「主に薬剤師から」(42.9%)が最も多く、次いで「説明を受けたことがない」が30.7%、「医師と薬剤師の両方から受けた」が21.8%、「主に医師から説明を受けた」が2.9%であった。

男女別にみると、男女とも「主に薬剤師から説明を受けた」(それぞれ38.8%、46.6%)が最も多く、特に女性は男性に比べて7.8ポイント高い結果となった。男性は女性に比べて「医師と薬剤師の両方から受けた」(それぞれ27.2%、17.1%)が10.1ポイント高い結果となった。

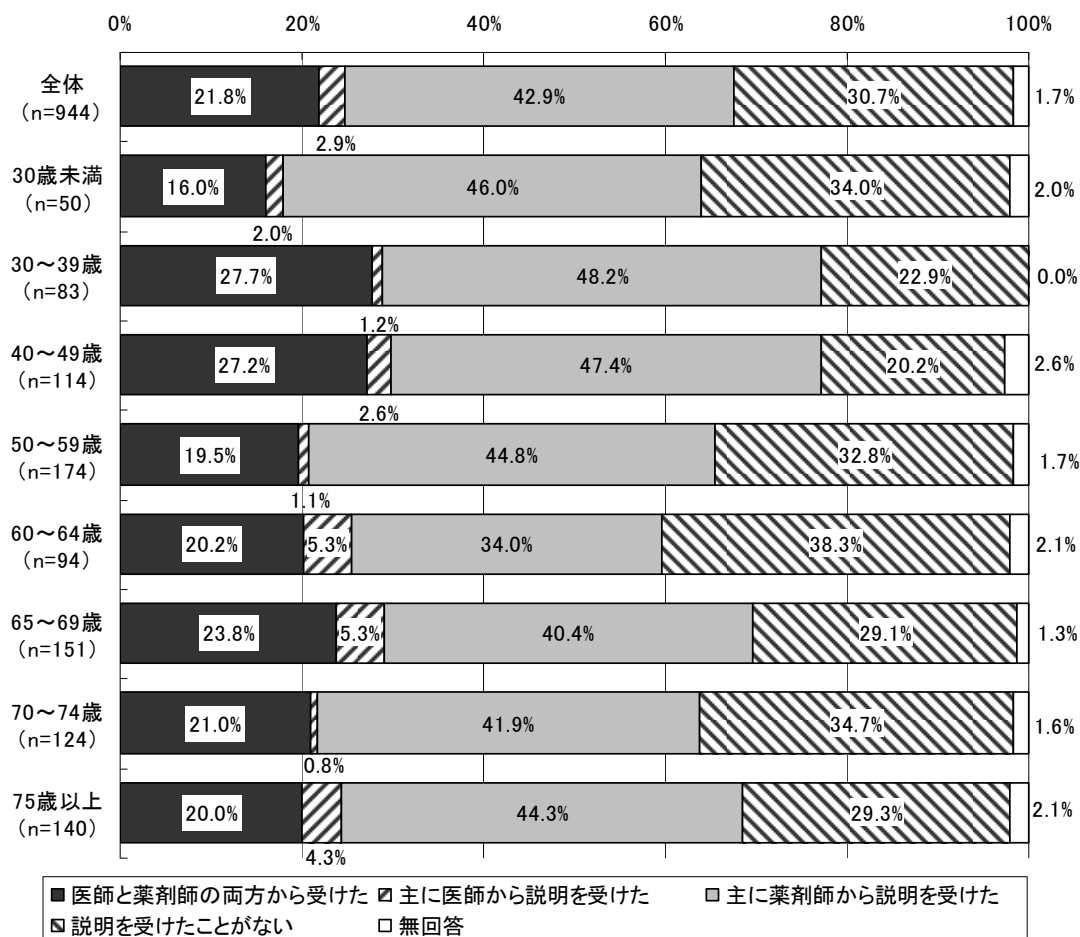
図表 140 後発医薬品の主な説明者（後発医薬品を知っている人、男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答であった4人が含まれる。

後発医薬品を知っている人について年齢階級別に、後発医薬品の主な説明者をみると、「30～39歳」「40～49歳」で、「医師と薬剤師の両方から受けた」（それぞれ27.7%、27.2%）が約3割となり、他の年齢階級や全体と比べて相対的に高い結果となった。

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、年齢階級別）



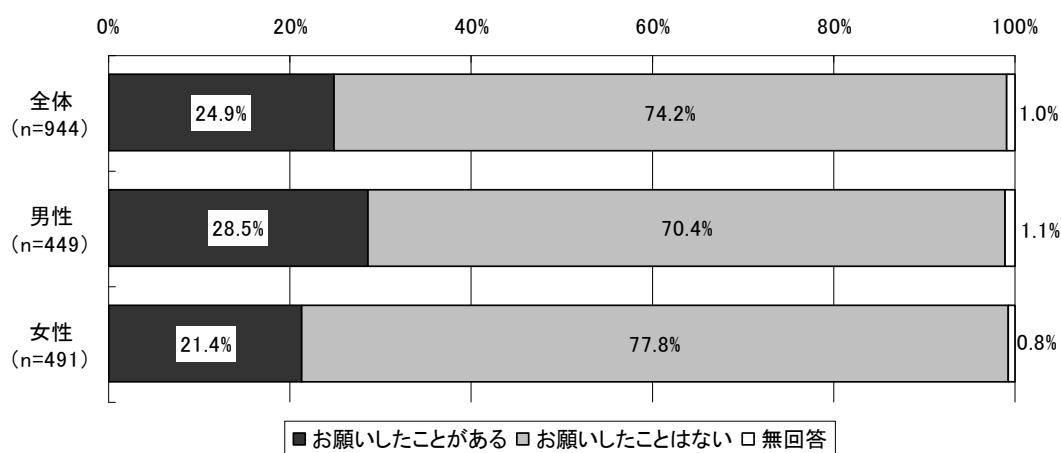
(注) 「全体」には、「年齢」について無回答であった14人が含まれる。

### 3) 後発医薬品の処方や調剤の依頼経験の有無

後発医薬品を知っている人に対して、後発医薬品の処方や調剤の依頼経験の有無を尋ねたところ、全体では、後発医薬品の処方や調剤を「お願いしたことがある」が24.9%、「お願いしたことはない」が74.2%であった。

男女別にみると、男性では「お願いしたことがある」が28.5%となり、女性（21.4%）より7.1ポイント高い結果となった。

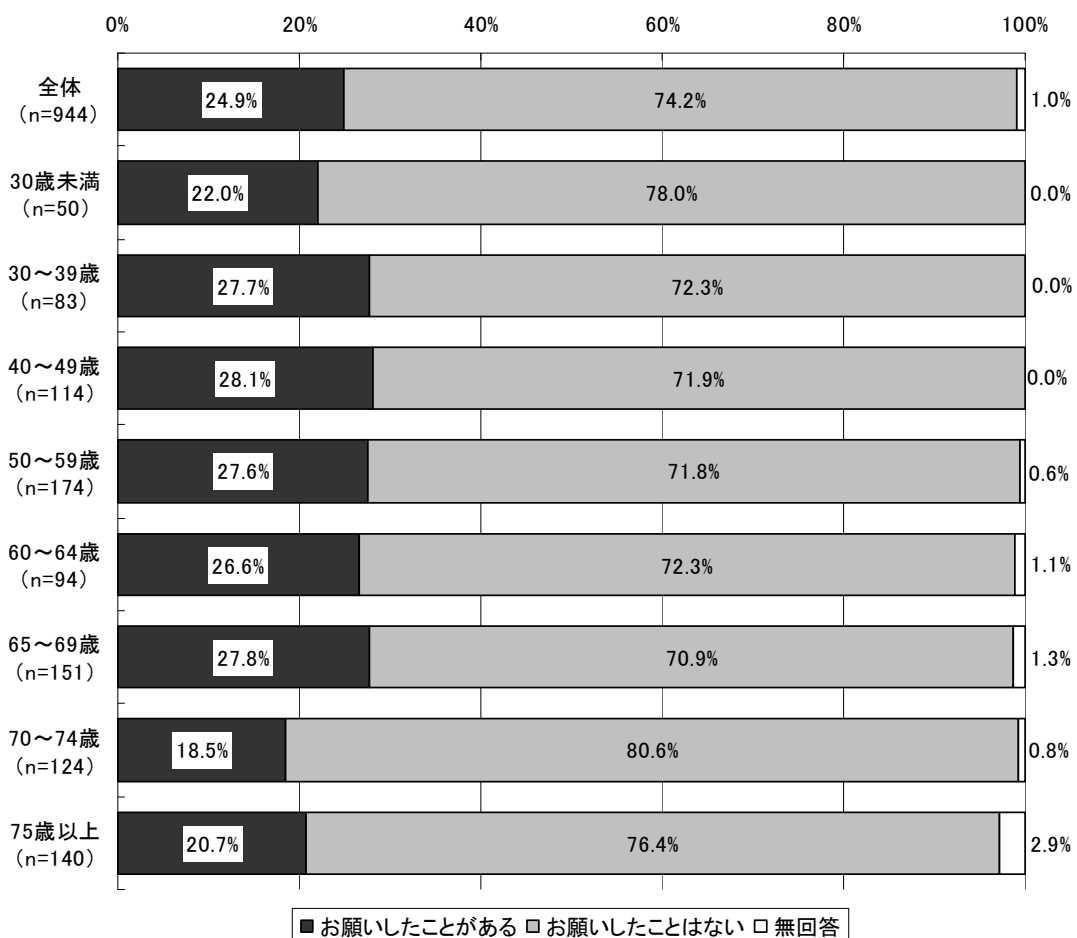
図表 142 後発医薬品の処方や調剤の依頼経験の有無  
(後発医薬品を知っている人、男女別)



(注)「全体」には、「性別」について無回答であった4人が含まれる。

後発医薬品を知っている人について、年齢階級別に後発医薬品の処方や調剤の依頼経験の有無をみると、30歳以上70歳未満の各年齢階級では、「お願いしたことがある」という回答が約3割となったが、「30歳未満」(22.0%)、「70～74歳」(18.5%)、「75歳以上」(20.7%)では、全体と比較して相対的に低い結果となった。

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)



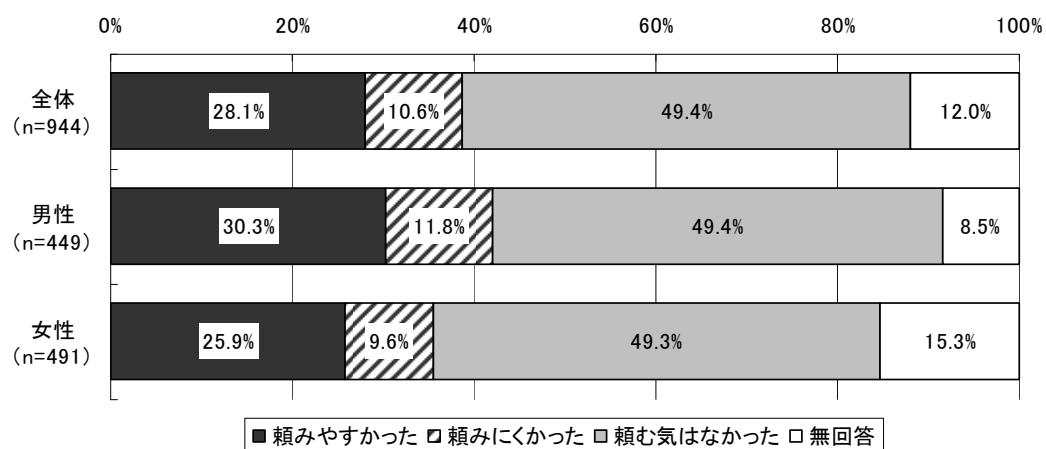
(注)「全体」には、「年齢」について無回答であった14人が含まれる。

#### 4) 医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさ

後発医薬品を知っている人に対して、医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさを尋ねたところ、「頼みやすかった」が28.1%、「頼みにくかった」が10.6%、「頼む気はなかった」が49.4%となった。

男女別にみると、男性は女性と比べて「頼みやすかった」（それぞれ30.3%、25.9%）が4.4ポイント高かった。

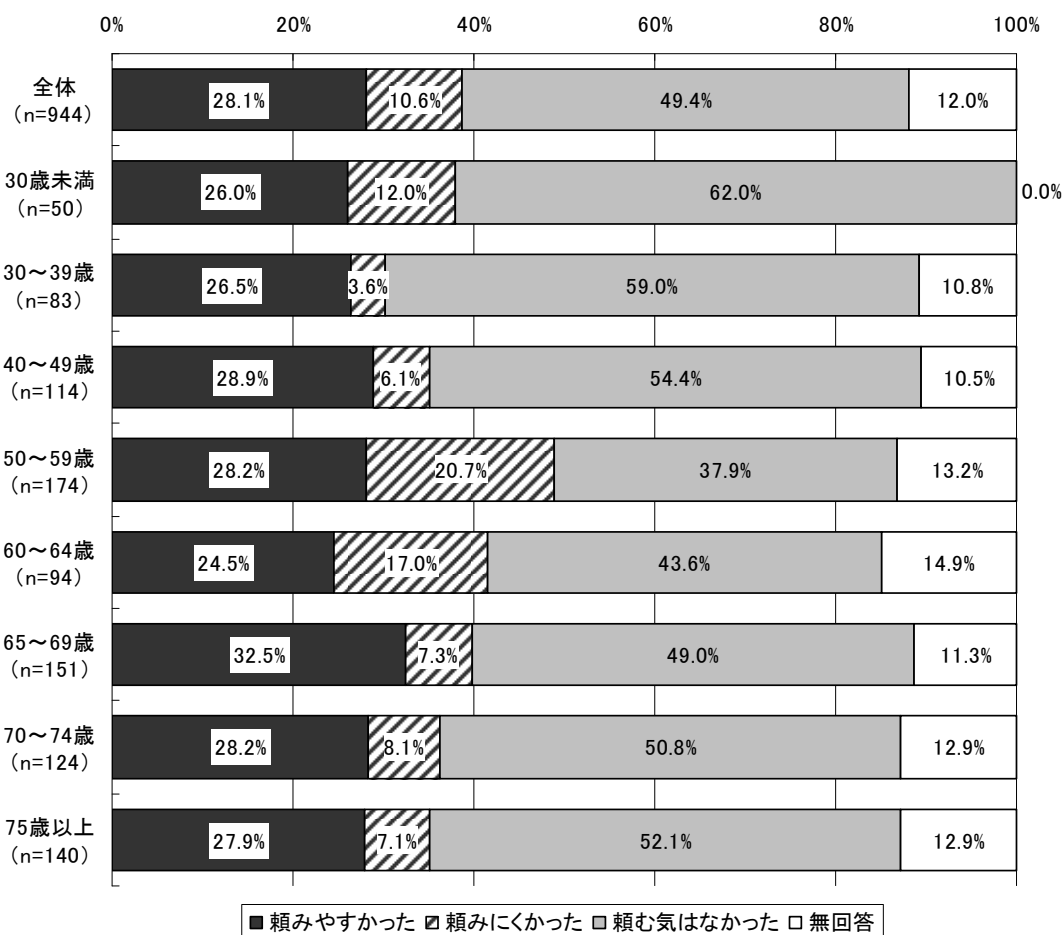
図表 144 医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさ  
(後発医薬品を知っている人、男女別)



(注) 「全体」には「性別」について無回答であった4人が含まれる。

後発医薬品を知っている人について、年齢階級別に医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさをみると、「30歳未満」「50～59歳」「60～64歳」では「頼みにくかった」と回答した割合が全体と比べると相対的に高かった。また、「30歳未満」「30～39歳」「40～49歳」「70～74歳」「75歳以上」では「頼む気はなかった」と回答した割合が5割を超え、全体と比べても相対的に高い結果となった。

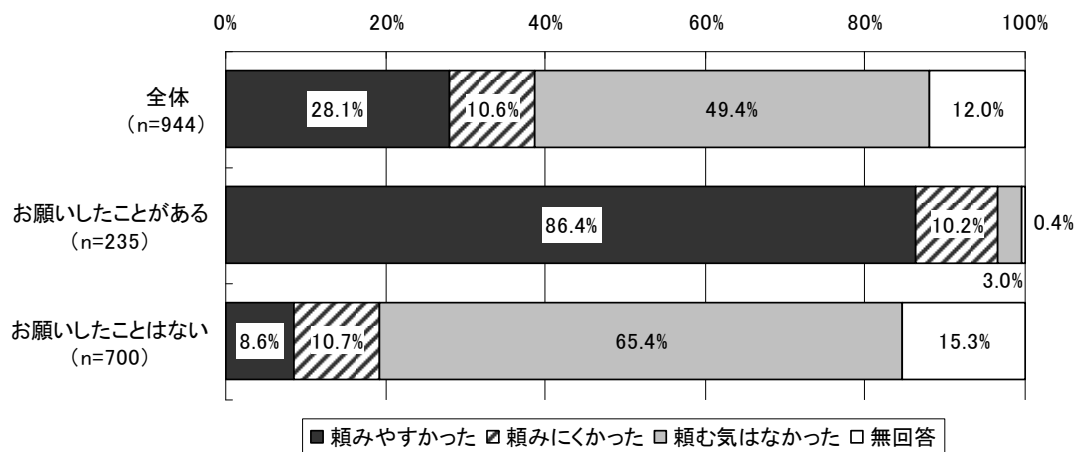
図表 145 医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさ  
(後発医薬品を知っている人、年齢階級別)



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答であった14人が含まれる。

後発医薬品を知っている人について、後発医薬品の依頼経験の有無別に医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさをみると、後発医薬品の処方や調剤を「お願いしたことがある」患者では「頼みやすかった」が 86.4%となった。一方、後発医薬品の処方や調剤を「お願いしたことはない」患者では「頼む気はなかった」が 65.4%で最も多く、次いで、「頼みにくかった」が 10.7%となった。

図表 146 医師や薬剤師に対する後発医薬品の頼みやすさ  
(後発医薬品を知っている人、後発医薬品の依頼経験の有無別)

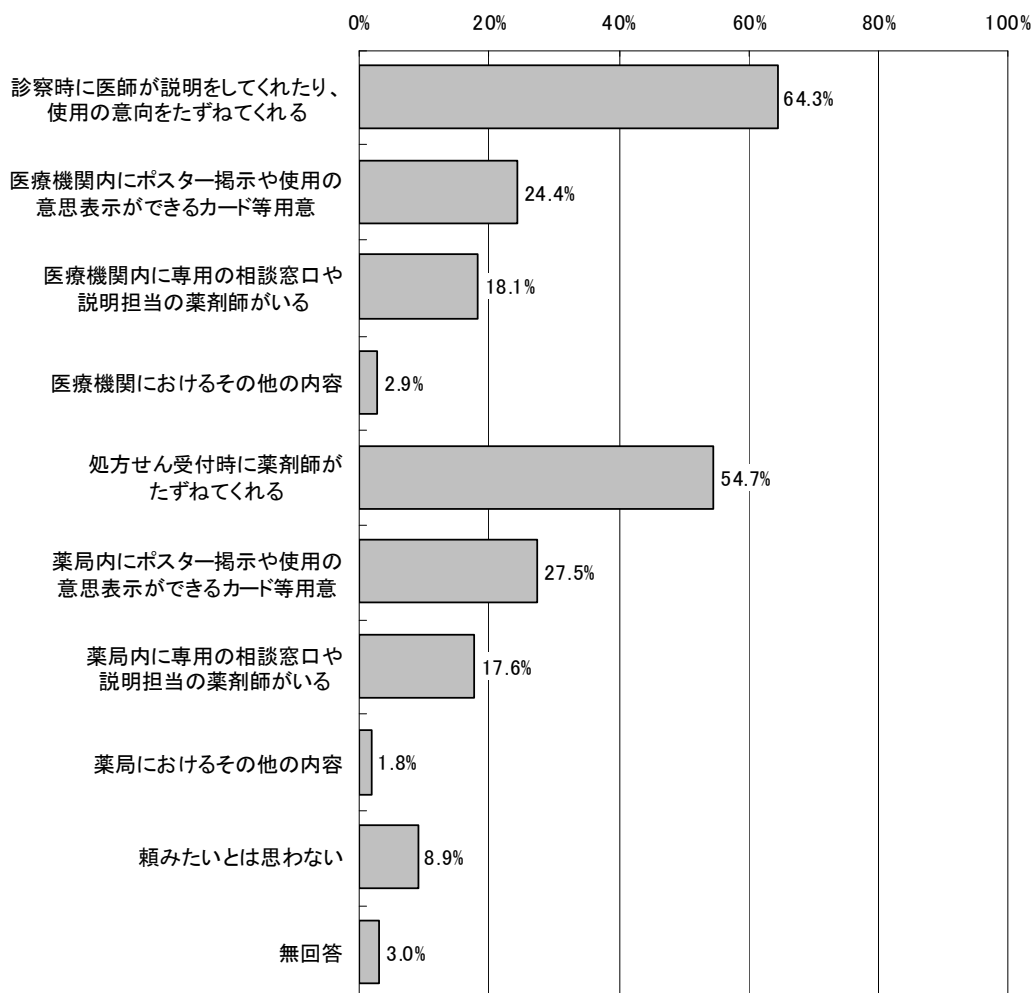


(注)「全体」には、「後発医薬品依頼経験の有無」について無回答であった9人が含まれる。

### 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

後発医薬品を知っている人について、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をみると、「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」(64.3%)が最も多く、次いで「処方せん受付時に薬剤師がたずねてくれる」(54.7%)、「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」(27.5%)、「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」(24.4%)、「医療機関内に専用の相談窓口や説明担当の薬剤師がいる」(18.1%)、「薬局内に専用の相談窓口や説明担当の薬剤師がいる」(17.6%)となった。

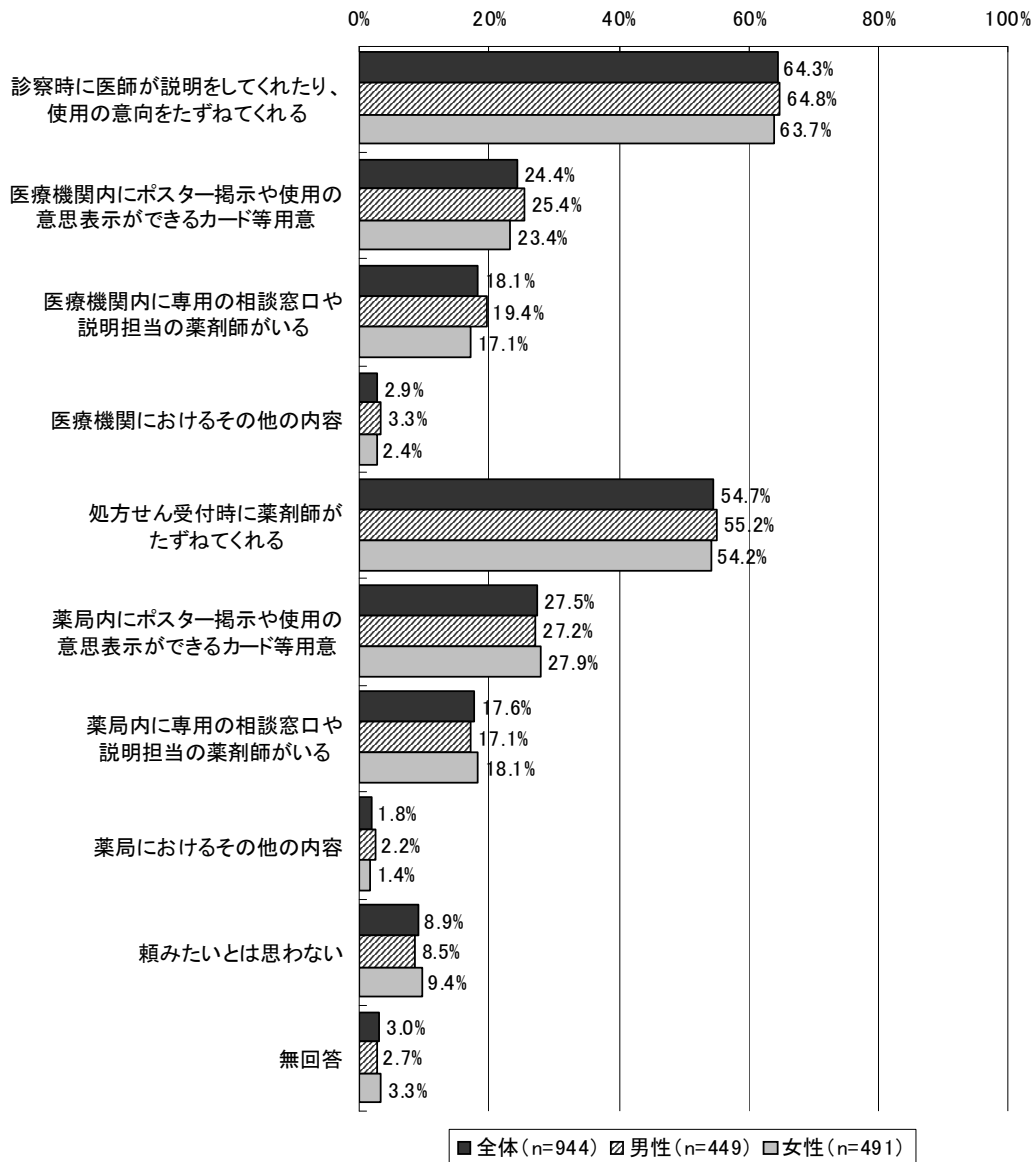
図表 147 後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために求める対応  
(後発医薬品を知っている人、複数回答、n=944)





後発医薬品を知っている人について、男女別に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をみると、男女による大きな差異はみられなかった。

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  
(後発医薬品を知っている人、男女別)



(注)「全体」には「性別」について無回答であった4人が含まれる。

後発医薬品を知っている人について、年齢階級別に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をみると、65歳未満では「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」が66%以上を占め、全体と比較しても高い回答割合となった。

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  
(後発医薬品を知っている人、年齢階級別)

(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	医療機関内に専用の相談窓口や	医療機関におけるその他の対応	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	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	944 100.0	607 64.3	230 24.4	171 18.1	27 2.9	516 54.7	260 27.5	166 17.6	17 1.8	84 8.9	28 3.0		
30歳未満	50 100.0	33 66.0	15 30.0	5 10.0	1 2.0	28 56.0	15 30.0	8 16.0	1 2.0	3 6.0	0 0.0		
30～39歳	83 100.0	60 72.3	22 26.5	11 13.3	3 3.6	48 57.8	24 28.9	14 16.9	1 1.2	10 12.0	0 0.0		
40～49歳	114 100.0	76 66.7	28 24.6	19 16.7	2 1.8	66 57.9	32 28.1	22 19.3	2 1.8	11 9.6	2 1.8		
50～59歳	174 100.0	115 66.1	44 25.3	34 19.5	5 2.9	95 54.6	50 28.7	33 19.0	1 0.6	12 6.9	3 1.7		
60～64歳	94 100.0	71 75.5	15 16.0	14 14.9	2 2.1	55 58.5	24 25.5	18 19.1	1 1.1	6 6.4	3 3.2		
65～69歳	151 100.0	86 57.0	41 27.2	25 16.6	3 2.0	75 49.7	43 28.5	25 16.6	2 1.3	17 11.3	5 3.3		
70～74歳	124 100.0	74 59.7	33 26.6	31 25.0	3 2.4	71 57.3	36 29.0	22 17.7	4 3.2	11 8.9	5 4.0		
75歳以上	140 100.0	82 58.6	31 22.1	30 21.4	7 5.0	69 49.3	33 23.6	23 16.4	5 3.6	13 9.3	9 6.4		

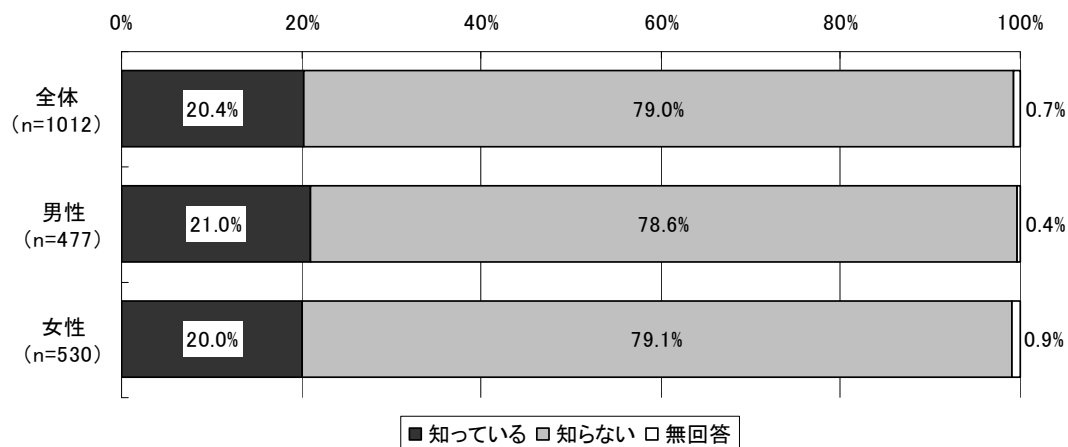
(注)「全体」には、「年齢」について無回答であった14人が含まれる。

## 6) 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度

「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度についてみると、「知っている」が 20.4%、「知らない」が 79.0%となった。

男女別にみると、男女による差異はみられなかった。

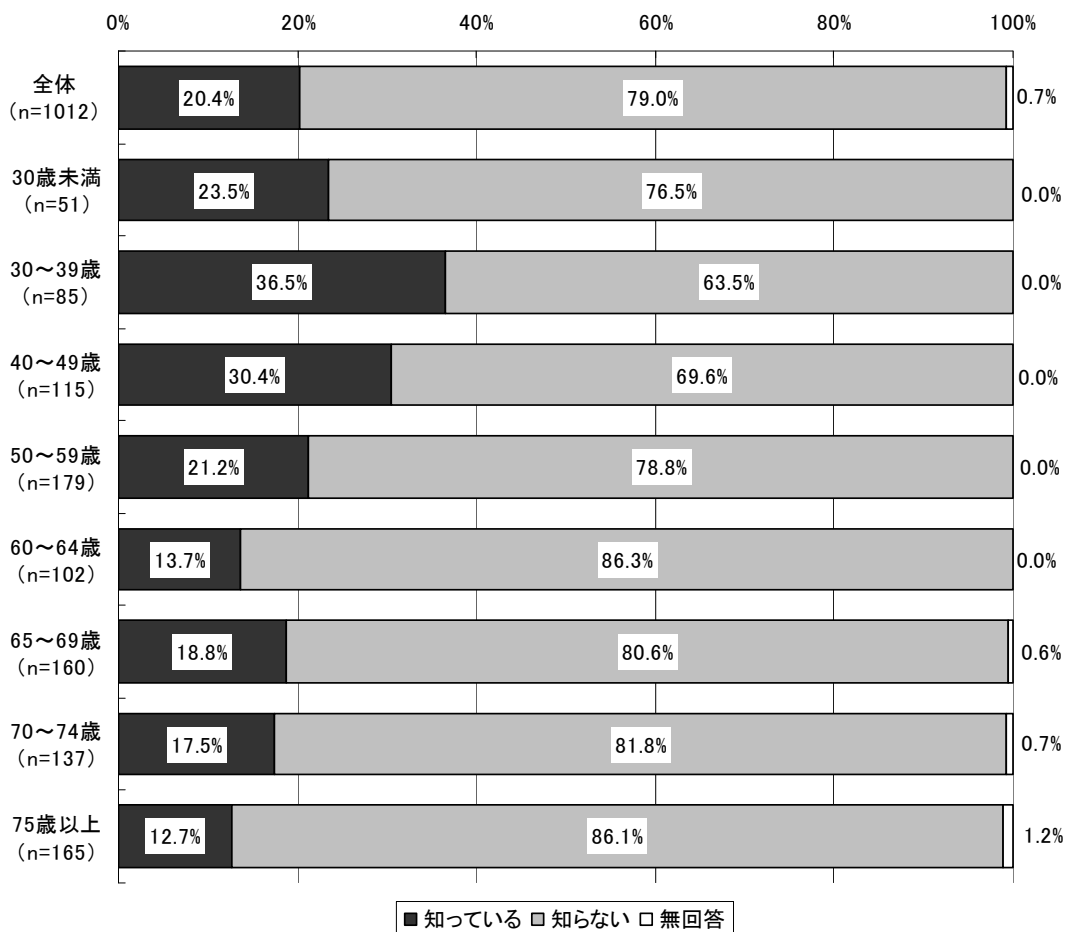
図表 150 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度（男女別）



(注) 「全体」には「性別」について無回答であった5人が含まれる。

年齢階級別に、「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度をみると、「30～39 歳」、「40～49 歳」では、「知っている」の回答割合が 3 割以上となっており、全体や他の年齢階級と比較して相対的に高かった。一方、60 歳以上では、「知らない」が 8 割を超える結果となった。

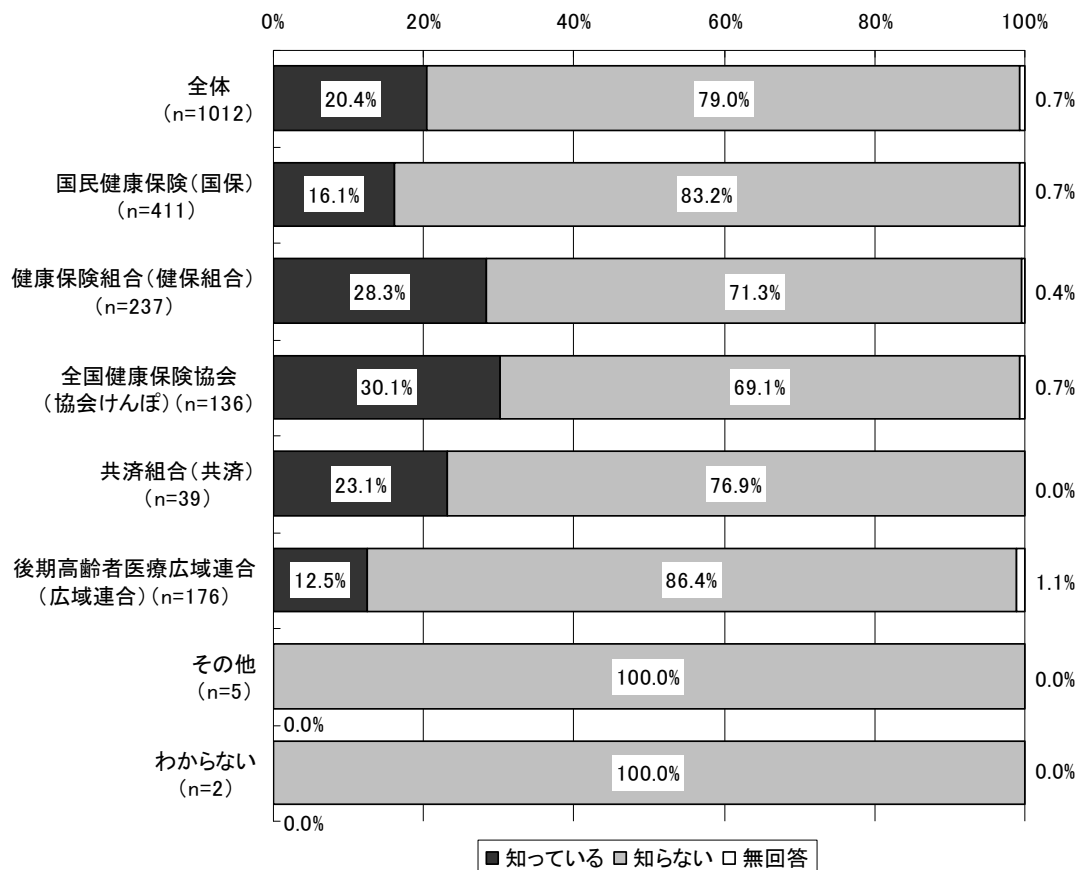
図表 151 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度（年齢階級別）



(注) 「全体」には、「年齢」について無回答であった 18 人が含まれる。

医療保険の種類別に、「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度をみると、「全国健康保険協会（協会けんぽ）」「健康保険組合（健保組合）」「共済組合（共済）」では、「知っている」という回答が全体と比較して相対的に高い割合となった。一方、「後期高齢者医療広域連合（広域連合）」や「国民健康保険（国保）」では、「知らない」が8割を超える結果となった。

図表 152 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度（医療保険の種類別）



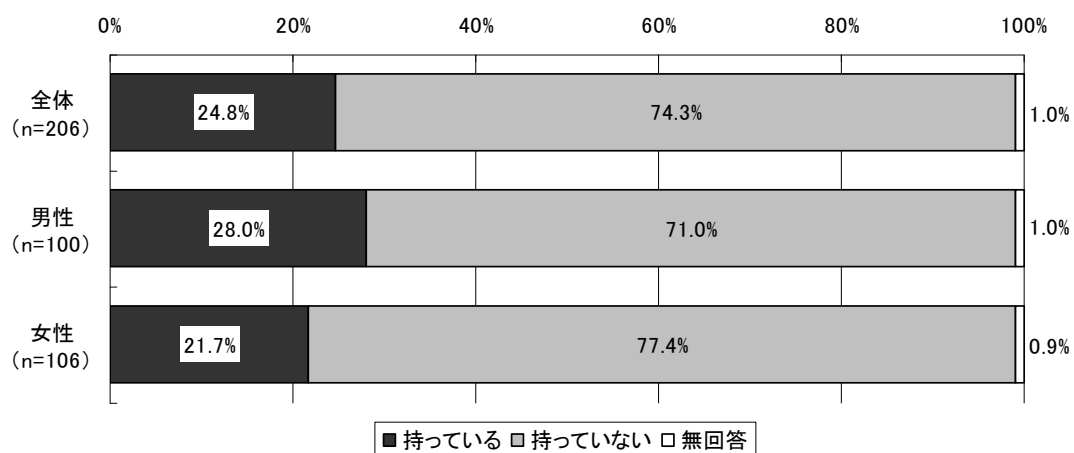
(注)「全体」には「医療保険の種類」について無回答であった6人が含まれる。

## 7) 「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」と回答した人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況を尋ねたところ、「持っている」が 24.8%、「持っていない」が 74.3%となった。

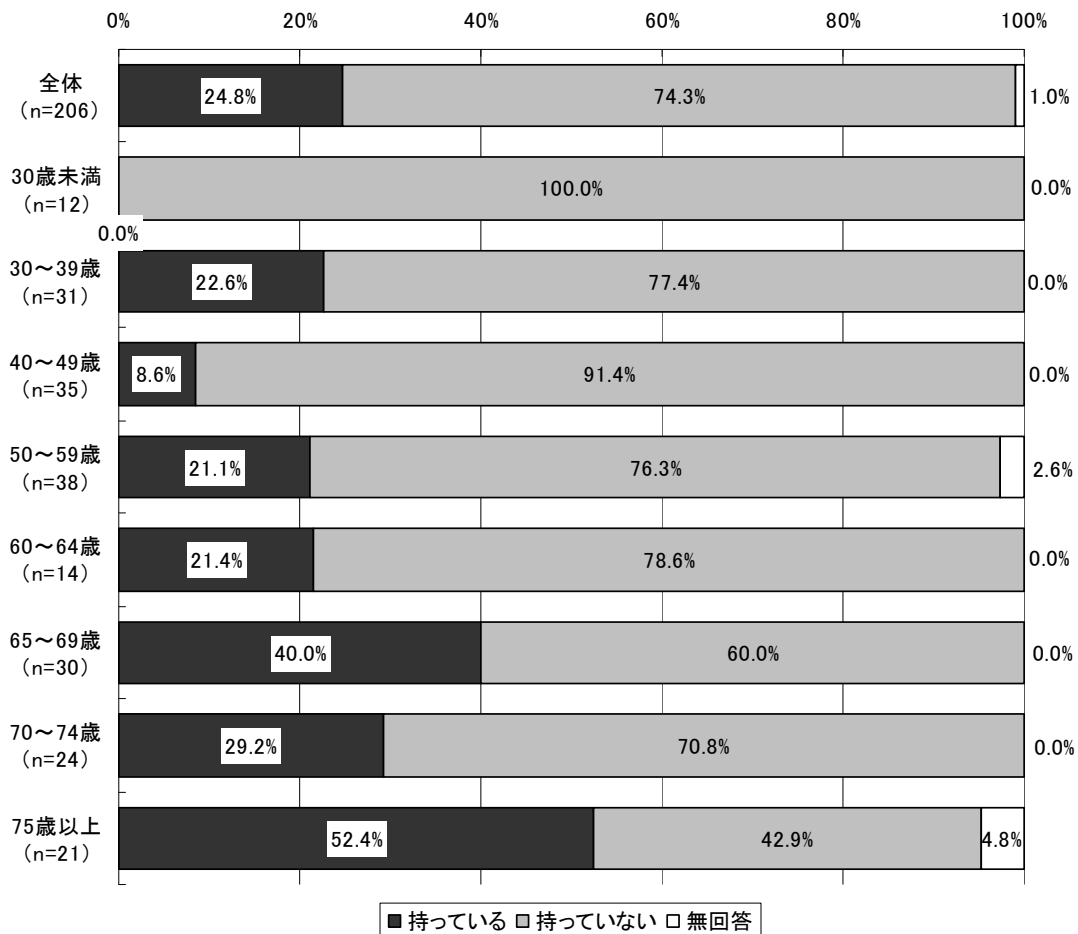
男女別にみると、男性では「持っている」が 28.0%となり、女性（21.7%）と比べると 6.3 ポイント高かった。

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）



「ジェネリック医薬品希望カード」を知っている人について、年齢階級別に「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況をみると、「65～69歳」と「75歳以上」で「持っている」と回答した割合が4割以上となり、全体と比べて相対的に高い結果となった。

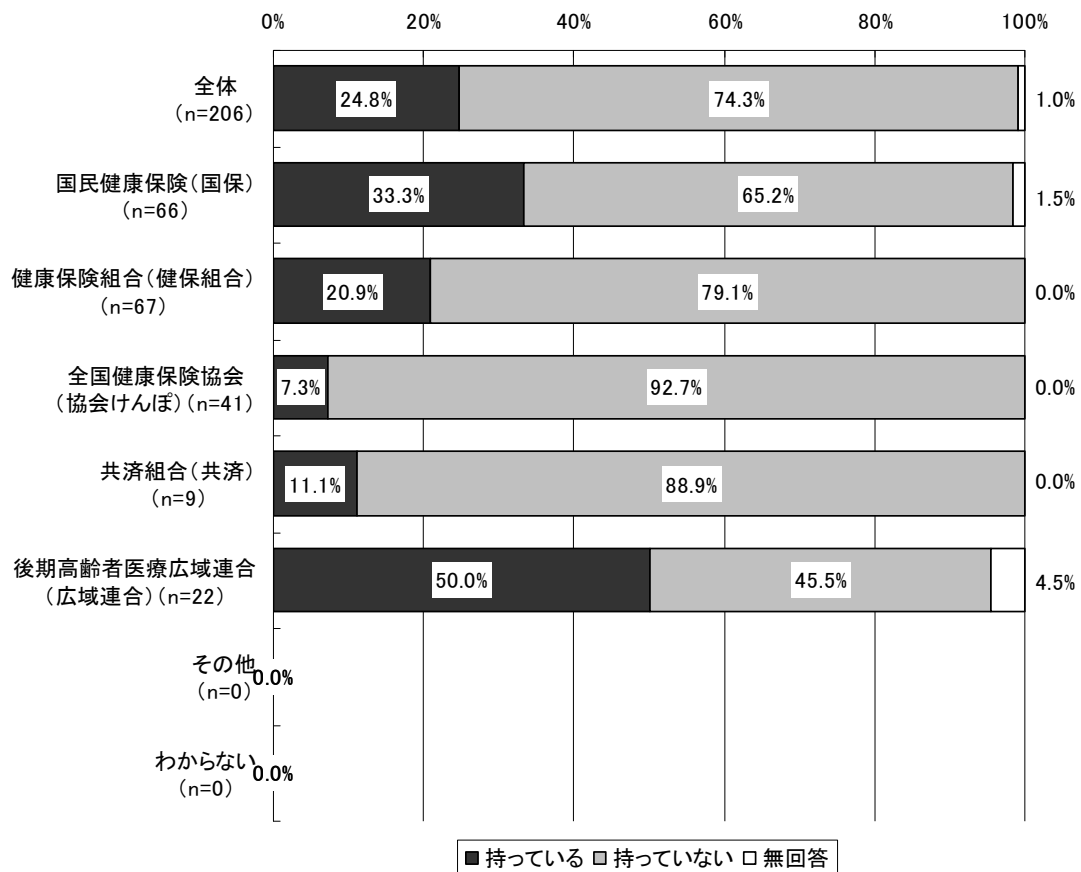
図表 154 「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況  
(「ジェネリック医薬品希望カード」を知っている人、年齢階級別)



(注)「全体」には、「年齢」について無回答であった1人が含まれる。

「ジェネリック医薬品希望カード」を知っている人について、医療保険の種類別に「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況をみると、「国民健康保険（国保）」、「後期高齢者医療広域連合（広域連合）」では「持っている」という回答割合が全体と比べ相対的に高かった。

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、医療保険の種類別）



(注) 「全体」には「医療保険の種類」について無回答であった1人が含まれる。

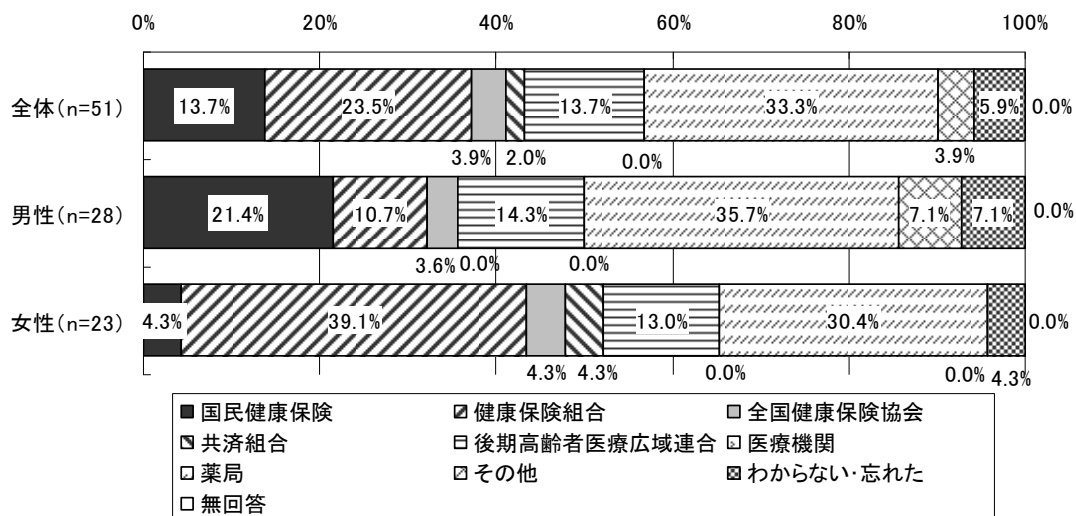


### 8) 「ジェネリック医薬品希望カード」の配布元

「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人について「ジェネリック医薬品希望カード」の配布元をみると、全体では、「医療機関」(33.3%)が最も多く、次いで「健康保険組合」(23.5%)、「国民健康保険」、「後期高齢者医療広域連合」(ともに13.7%)となった。

男女別にみると、男性では、「医療機関」(35.7%)が最も多く、次いで「国民健康保険」(21.4%)、「後期高齢者医療広域連合」(14.3%)となった。女性では、「健康保険組合」(39.1%)が最も多く、次いで「医療機関」(30.4%)、「後期高齢者医療広域連合」(13.0%)となった。

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)

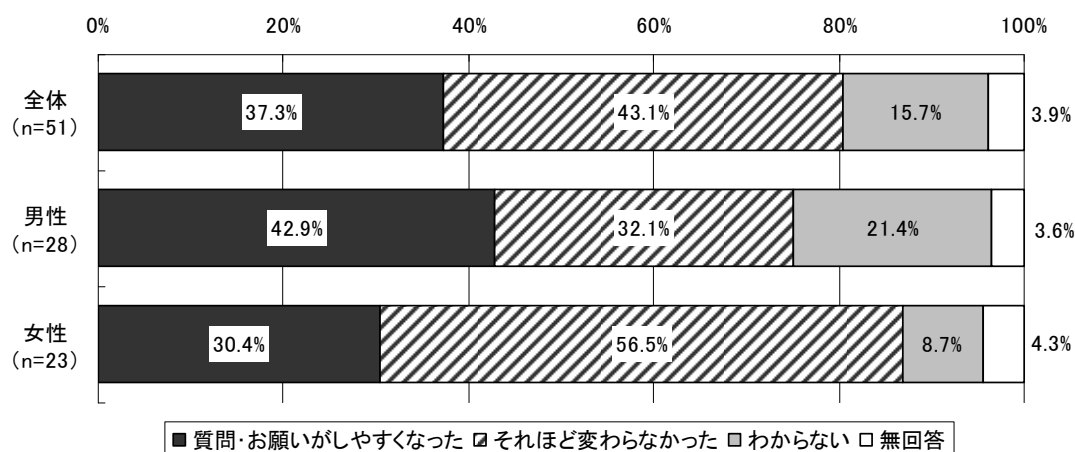


### 9) 「ジェネリック医薬品希望カード」による医師や薬剤師への依頼のしやすさ

「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」によって医師や薬剤師に後発医薬品について質問やお願いがしやすくなったかどうかを尋ねたところ、「質問・お願いがしやすくなった」が 37.3%、「それほど変わらなかった」が 43.1%、「わからない」が 15.7%となった。

男女別にみると、男性では、「質問・お願いがしやすくなった」が 42.9%となり、女性（30.4%）よりも 12.5 ポイント高かった。また、女性では「それほど変わらなかった」が 56.5%となり、男性（32.1%）より 24.4 ポイント高かった。

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希望カード」を持っている人、男女別）

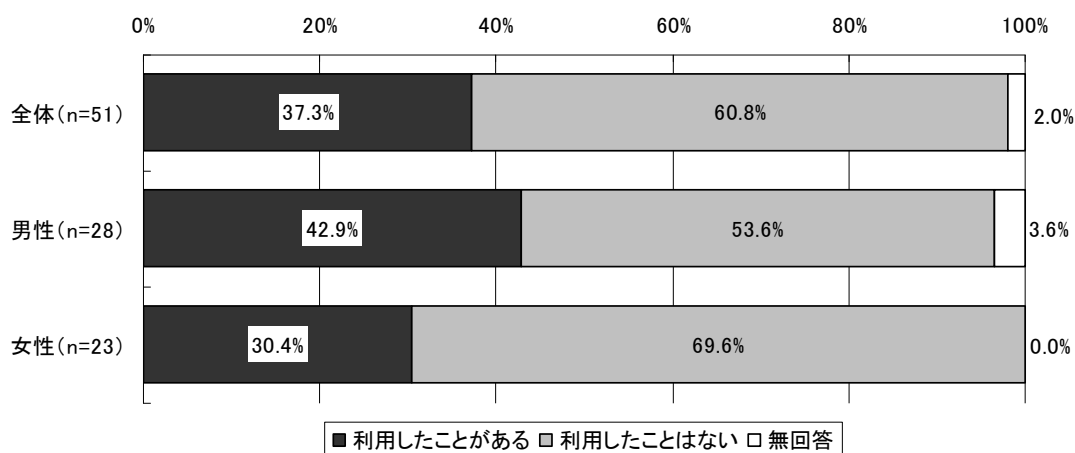


#### 10) 「ジェネリック医薬品希望カード」の利用の有無

「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」の利用の有無を尋ねたところ、「利用したことがある」が 37.3%、「利用したことはない」が 60.8%となった。

男女別にみると、男性では、「利用したことがある」が 42.9%となり、女性（30.4%）よりも 12.5 ポイント高かった。

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希望カード」を持っている人、男女別）

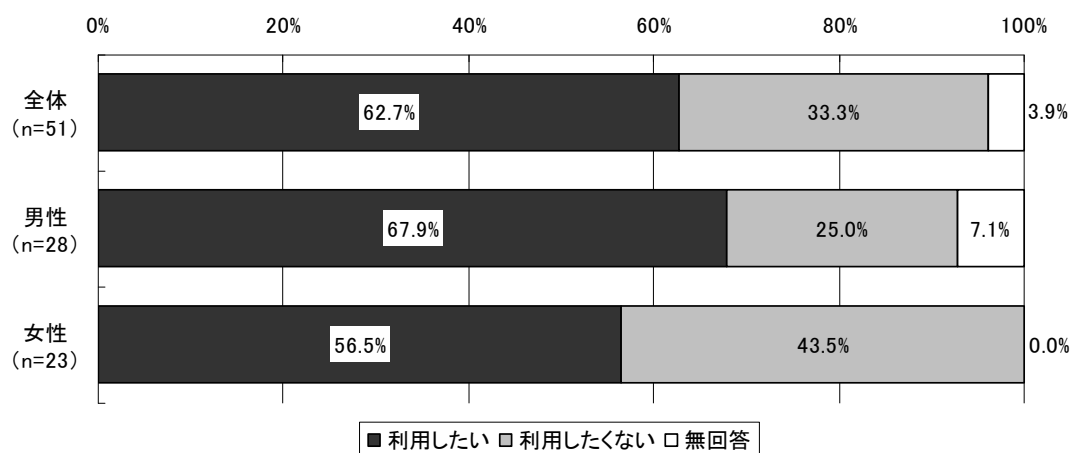


### 11) 「ジェネリック医薬品希望カード」の利用意向

「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」の利用意向を尋ねたところ、「利用したい」が62.7%、「利用したくない」が33.3%となった。

男女別にみると、男性では、「利用したい」が67.9%となり、女性（56.5%）よりも11.4ポイント高かった。

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希望カード」を持っている人、男女別）

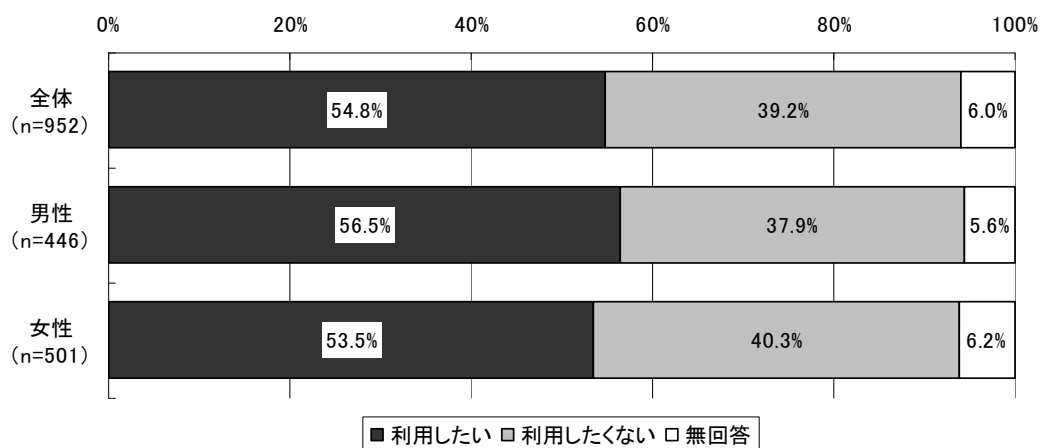


## 12) 「ジェネリック医薬品希望カード」を知らない人の今後の利用意向

「ジェネリック医薬品希望カード」を「知らない」と回答した人に対して、「ジェネリック医薬品希望カード」を今後利用したいかどうかを尋ねたところ、「利用したい」が54.8%、「利用したくない」が39.2%となった。

性別による大きな差異はみられなかった。

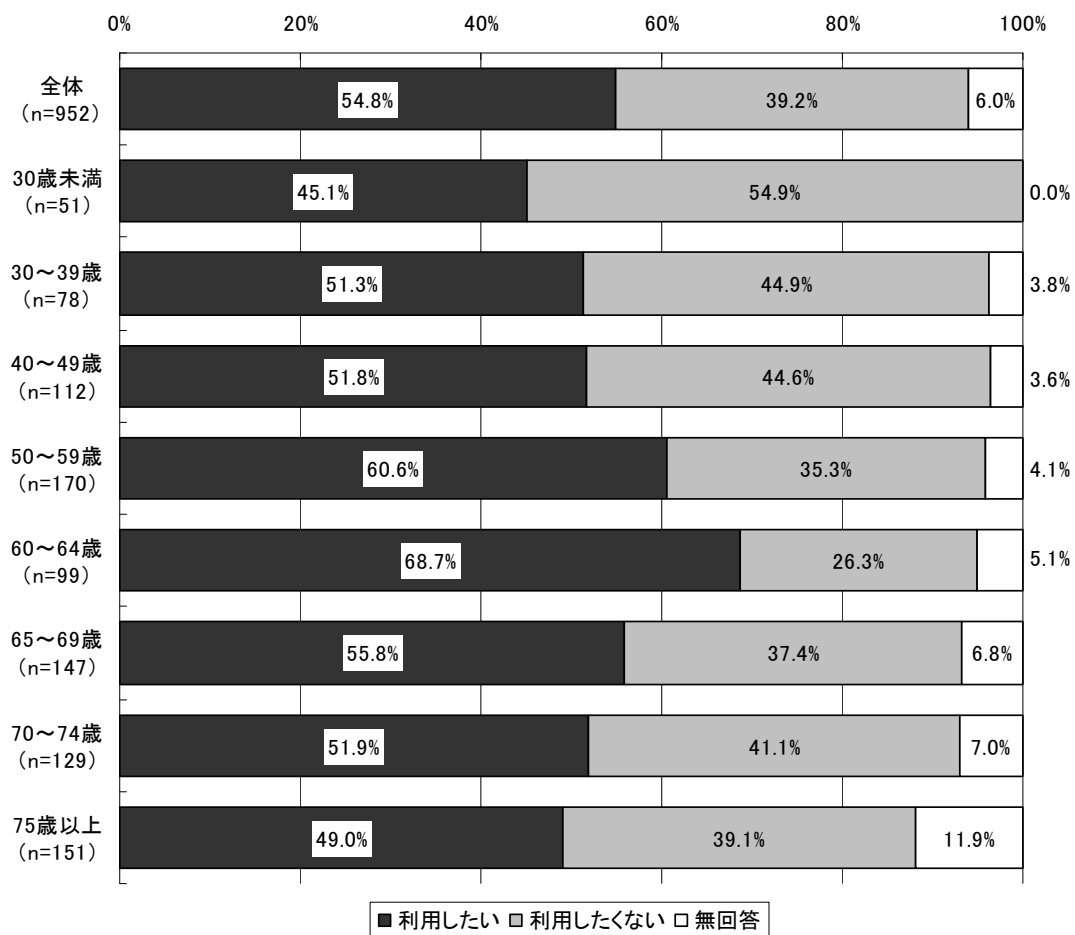
図表 160 「ジェネリック医薬品希望カード」の今後の利用意向  
(「ジェネリック医薬品希望カード」を知らない人、男女別)



(注)「全体」には「性別」について無回答であった5人が含まれる。

「ジェネリック医薬品希望カード」を知らない人について、年齢階級別に「ジェネリック医薬品希望カード」の今後の利用意向をみると、「50～59歳」、「60～64歳」では「利用したい」と回答した割合が6割を超え、全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった。

図表 161 「ジェネリック医薬品希望カード」の今後の利用意向  
 (「ジェネリック医薬品希望カード」を知らない人、年齢階級別)



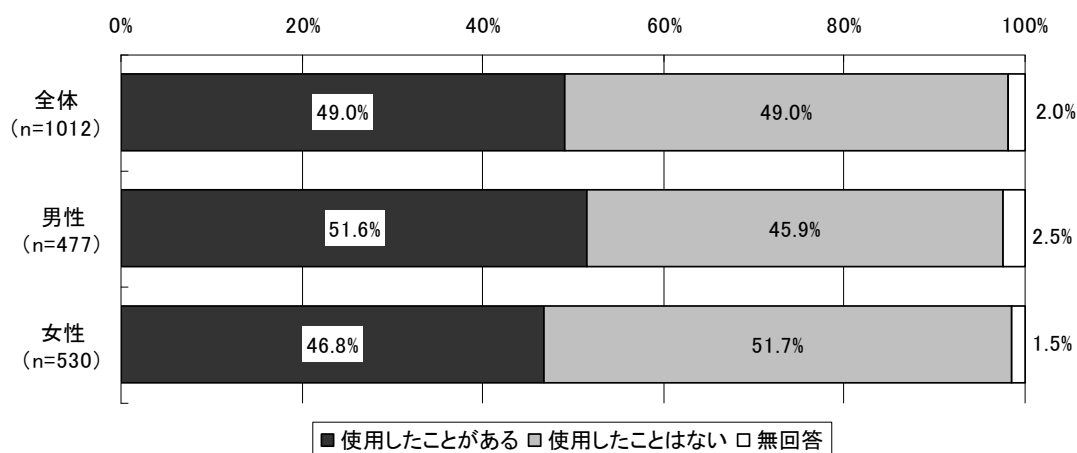
(注)「全体」には、「年齢」について無回答であった15人が含まれる。

### 13) 後発医薬品の使用経験

後発医薬品の使用経験の有無についてみると、後発医薬品の使用経験が「ある」という回答が49.0%、「ない」が49.0%で同じ割合であった。

男女別にみると、男性（51.6%）は女性（46.8%）と比較して「ある」という回答が4.8ポイント高い結果となった。

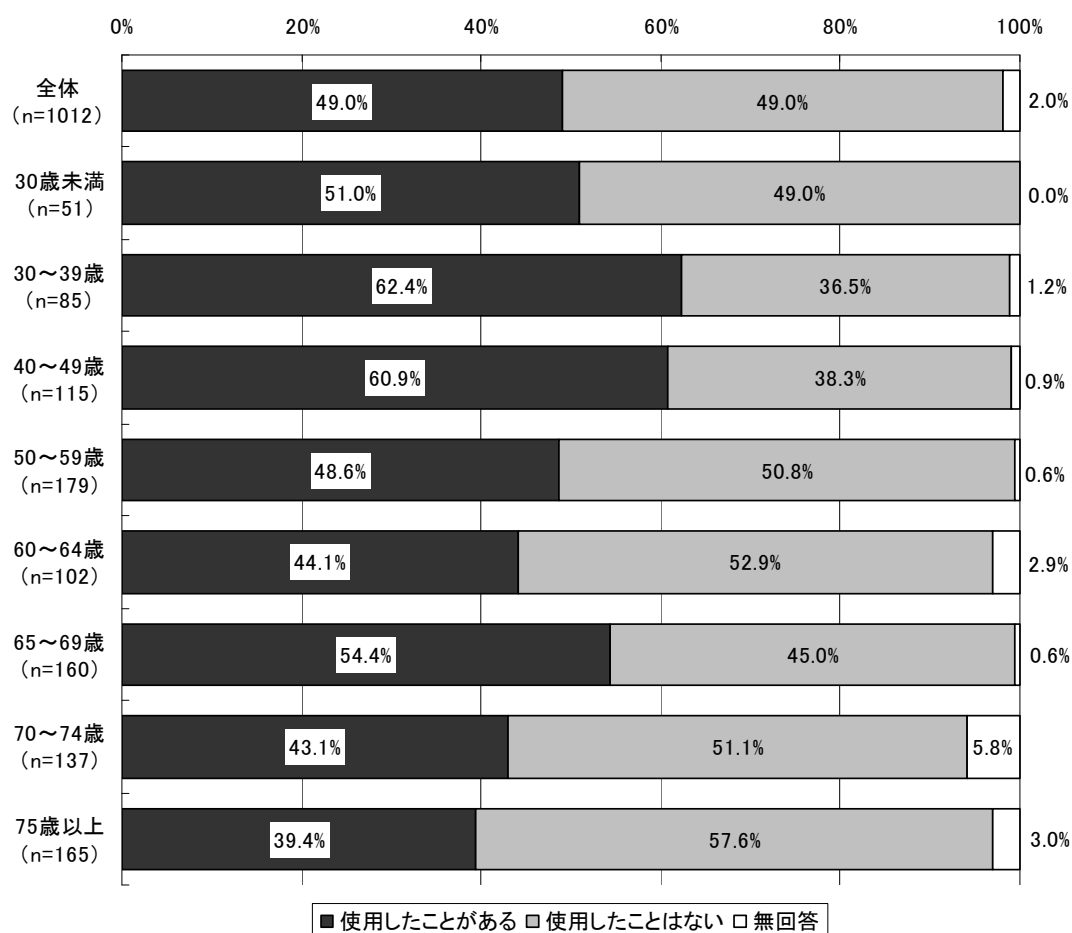
図表 162 後発医薬品の使用経験（男女別）



(注)「全体」には「性別」について無回答であった5人が含まれる。

年齢階級別に、後発医薬品の使用経験の有無をみると、「30～39 歳」「40～49 歳」では、「使用したことがある」という回答が 6 割を超え、全体や他の年齢階級と比較して相対的に高い結果となった。一方、「50～59 歳」「60～64 歳」「70～74 歳」「75 歳以上」では、「使用したことがない」という回答が「使用したことがある」という回答を上回った。特に「75 歳以上」では「使用したことがある」(39.4%) が 4 割に届かず、他の年齢階級と比べて最も低い結果となった。

図表 163 後発医薬品の使用経験（年齢階級別）



(注)「全体」には、「年齢」について無回答であった 18 人が含まれる。

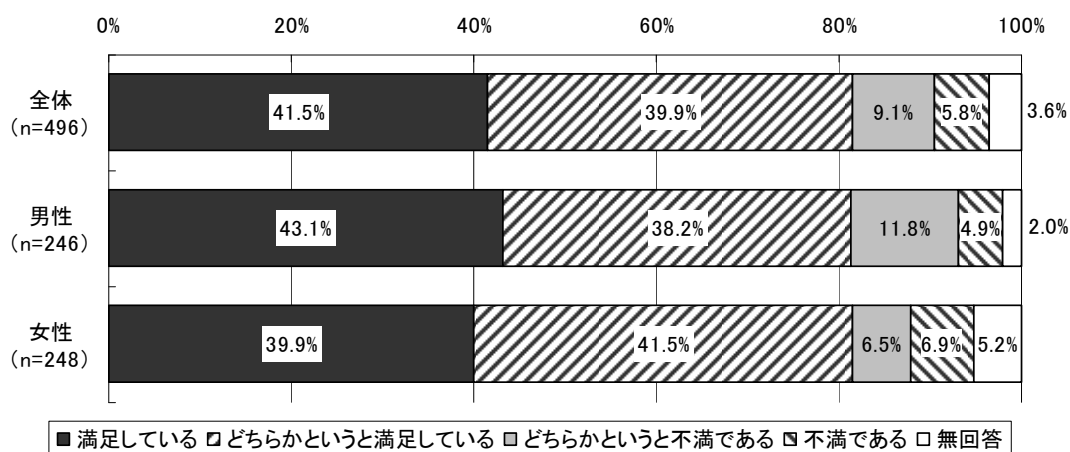


#### 14) 後発医薬品の満足度

後発医薬品を使用した経験がある人に対して、後発医薬品を使用した満足度を尋ねたところ、「満足している」が 41.5%、「どちらかという満足している」が 39.9%となり、両者を合わせると 8 割を超えた。また、「どちらかという不満である」が 9.1%、「不満である」が 5.8%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（「どちらかという不満である」と「不満である」を合計した割合）は 2 割弱となった。男性は女性と比べて「満足している」という回答が 3.2 ポイント高かった。

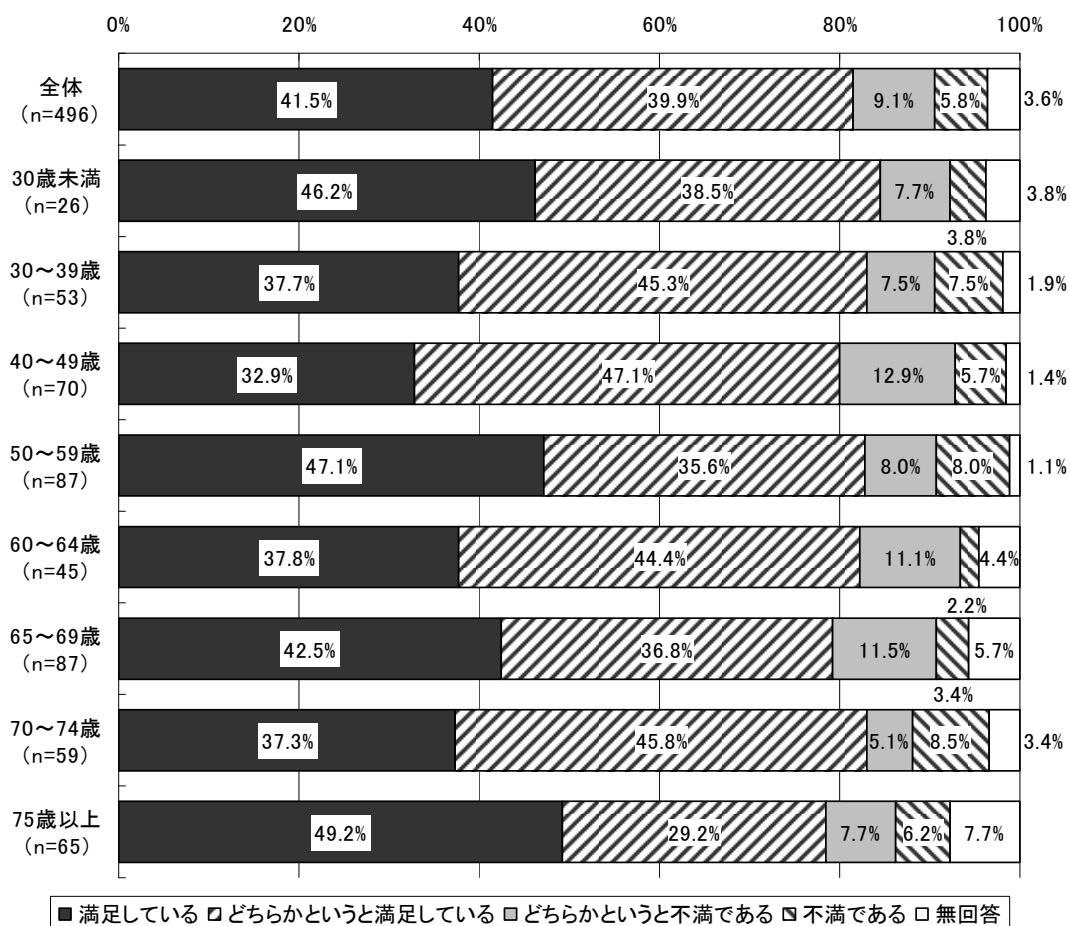
図表 164 後発医薬品の満足度（後発医薬品を使用した経験がある人、男女別）



(注) 「全体」には、「性別」について無回答であった 2 人が含まれる。

後発医薬品を使用した経験がある人において年齢階級別に、後発医薬品を使用した満足度についてみると、満足とする回答（「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、「65～69歳」で79.3%、「75歳以上」で78.4%とやや低くなっているものの、他の年齢層では8割以上となった。

図表 165 後発医薬品の満足度（後発医薬品を使用した経験がある人、年齢階級別）



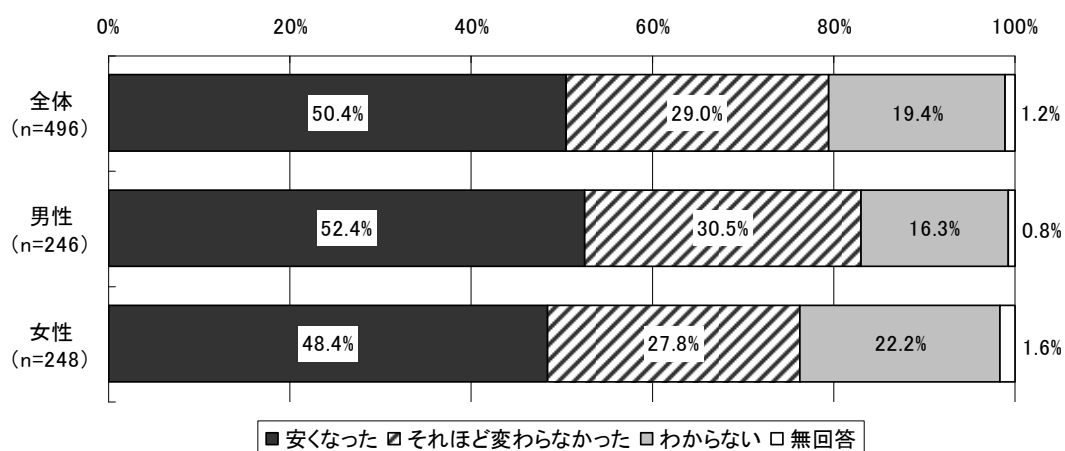
(注)「全体」には、「年齢」について無回答であった4人が含まれる。

### 15) 窓口での薬代の負担感

後発医薬品を使用した経験がある人に対して、医療機関や薬局窓口での薬代の負担感について尋ねたところ、「安くなった」が50.4%、「それほど変わらなかった」が29.0%、「わからない」が19.4%であった。

男女別にみると、男性では「安くなった」が52.4%となり、女性（48.4%）よりも4.0ポイント高い結果となった。

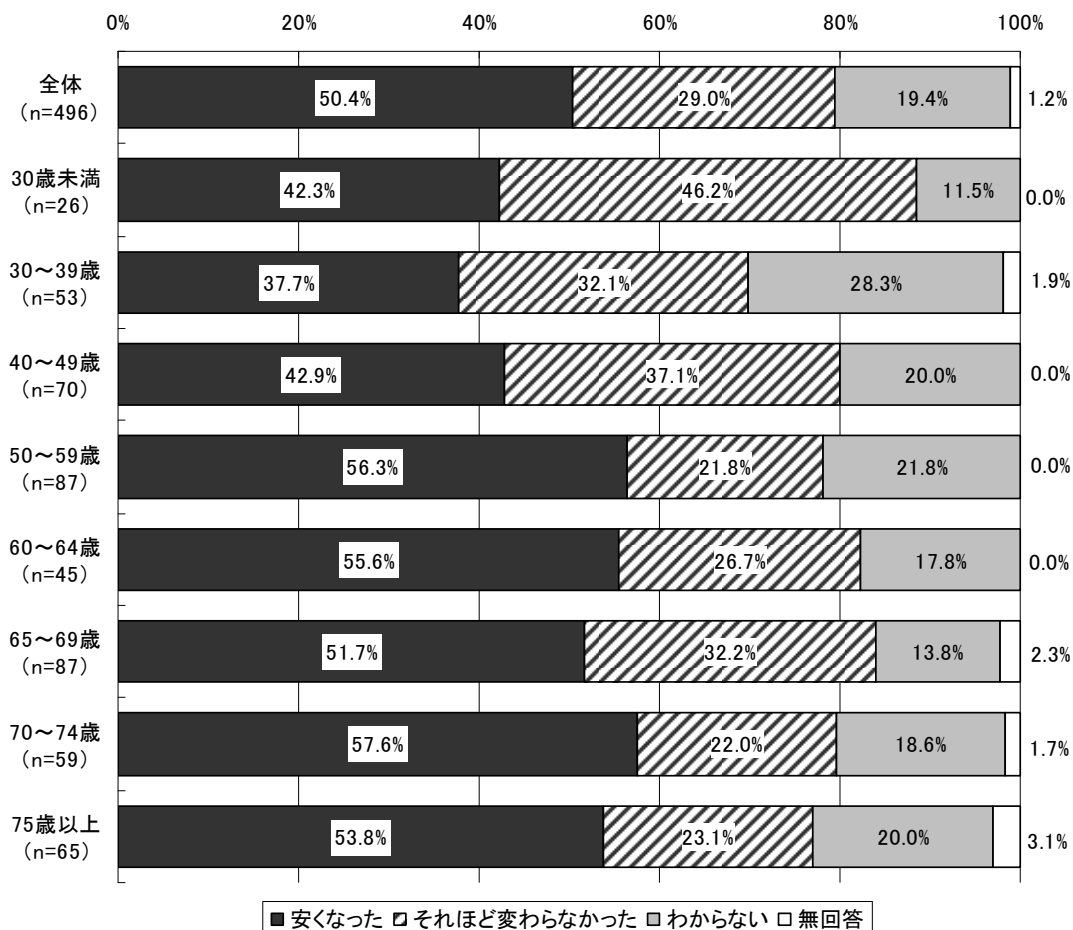
図表 166 窓口での薬代の負担感  
(後発医薬品を使用した経験がある人、男女別)



(注) 「全体」には「性別」について無回答であった2人が含まれる。

後発医薬品を使用した経験がある人について、年齢階級別に窓口での薬代の負担感をみると、50歳以上の各年齢階級では「安くなった」という回答割合が5割を超えたが、50歳未満の各年齢階級では4割程度となり、全体と比べても相対的に低い結果となった。

図表 167 窓口での薬代の負担感  
(後発医薬品を使用した経験がある人、年齢階級別)



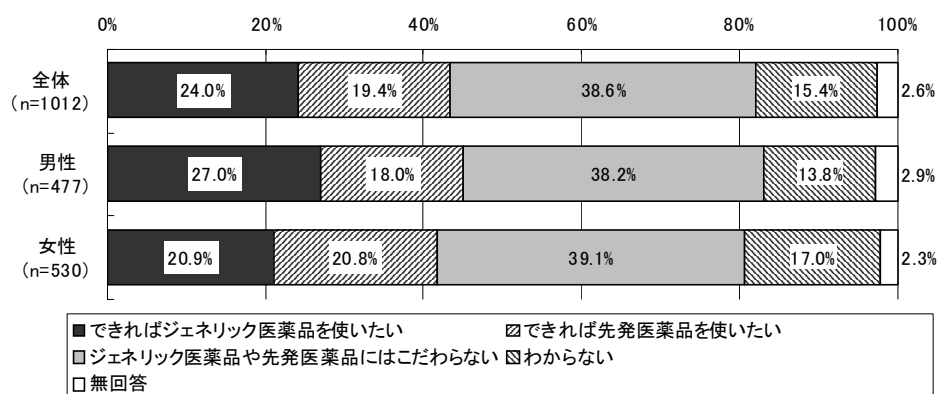
(注)「全体」には、「年齢」について無回答であった4人が含まれる。

### 16) 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、「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」が 38.6%で最も多く、次いで「できればジェネリック医薬品を使いたい」が 24.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が 19.4%、「わからない」が 15.4%となった。

男女別にみると、男性では「できればジェネリック医薬品を使いたい」が 27.0%となり、女性（20.9%）と比較して、6.1ポイント高い結果となった。

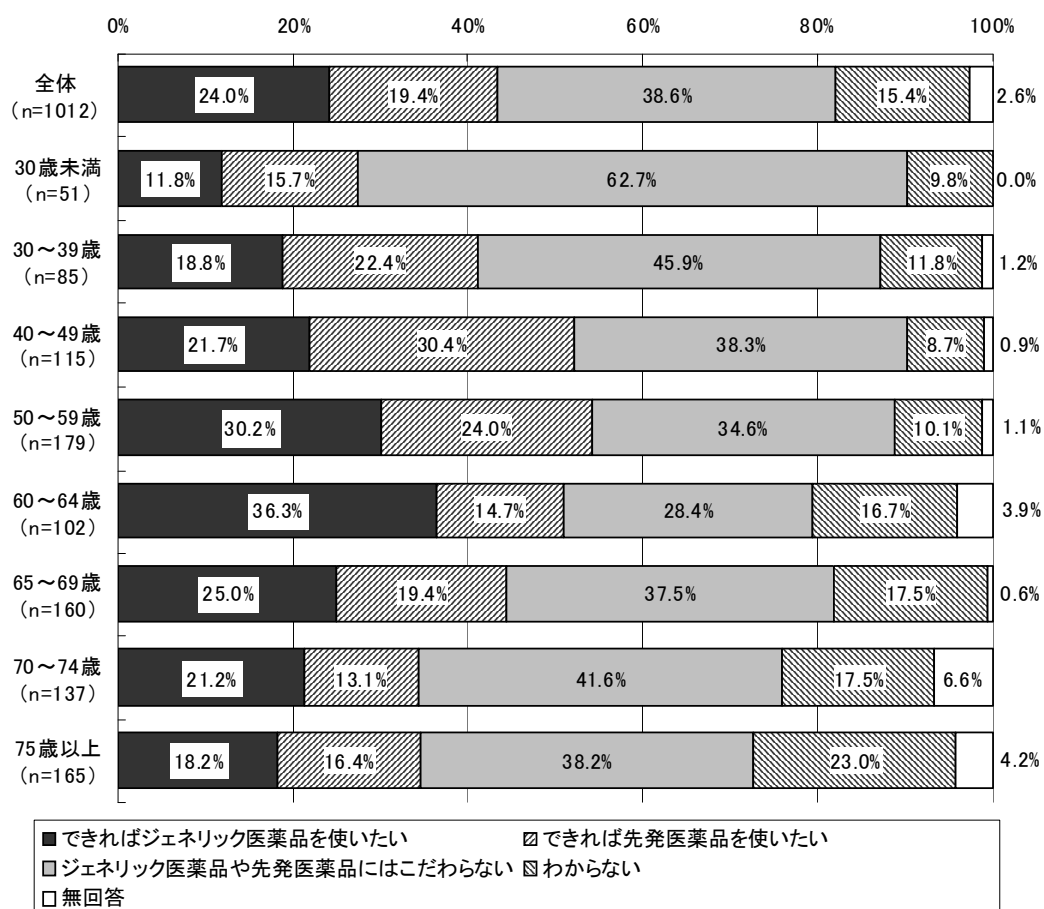
図表 168 後発医薬品使用に対する考え方（男女別）



(注)「全体」には、「性別」について無回答であった5人が含まれる。

年齢階級別に、後発医薬品使用に対する考え方をみると、「60～64歳」を除く各年齢階級で「ジェネリック医薬品や先発医薬品にこだわらない」という回答が最も多かった。特に「30歳未満」では、この回答が62.7%と全体や他の年齢階級と比較して高い結果となった。また、50歳未満の各年齢階級では、「できればジェネリック医薬品を使いたい」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歳以上の年齢階級では逆転しており、「できればジェネリック医薬品を使いたい」が「できれば先発医薬品を使いたい」を上回る結果となった。特に「60～64歳」では、「できればジェネリック医薬品を使いたい」(36.3%)が「できれば先発医薬品を使いたい」(14.7%)を21.6ポイント上回った。

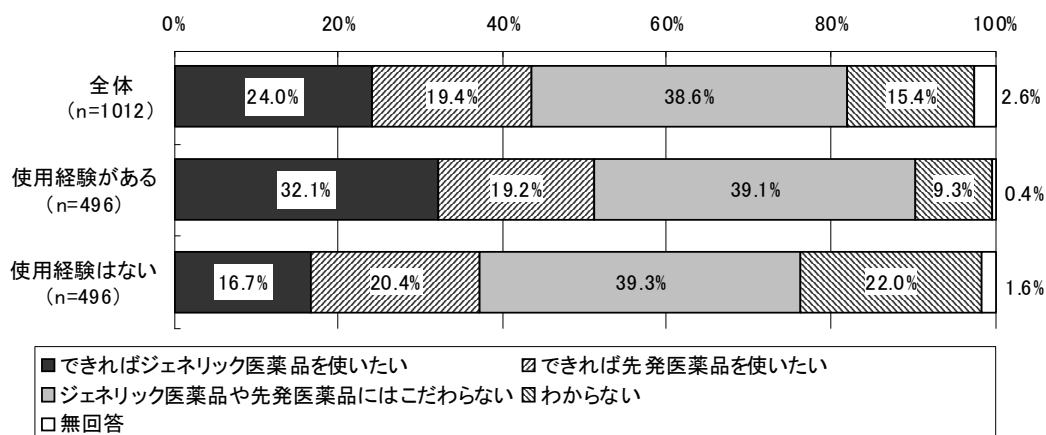
図表 169 後発医薬品使用に対する考え方（年齢階級別）



(注)「全体」には、「年齢」について無回答であった18人が含まれる。

後発医薬品の使用経験別に、後発医薬品使用に対する考え方をみると、「使用経験がある」患者では「できればジェネリック医薬品を使いたい」が32.1%となり、「使用経験はない」患者の回答（16.7%）と比較して15.4ポイント高い結果となった。

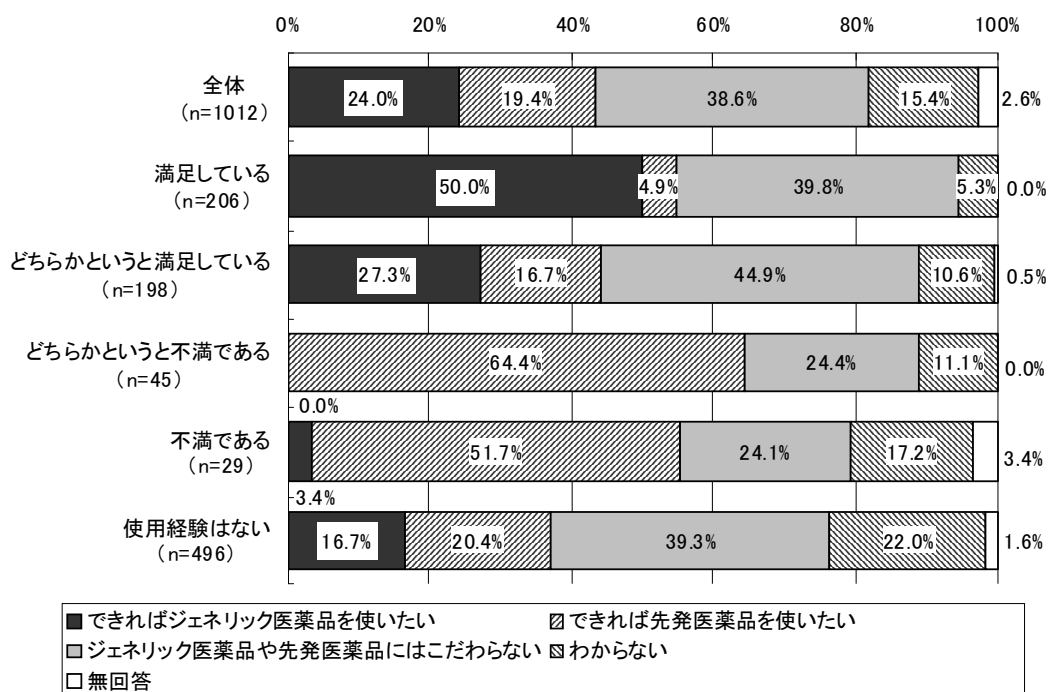
図表 170 後発医薬品使用に対する考え方（後発医薬品の使用経験別）



(注)「全体」には、「後発医薬品使用経験」について無回答であった20人が含まれる。

後発医薬品に対する満足度別に、後発医薬品使用に対する考え方をみると、「後発医薬品に満足している」患者では「できればジェネリック医薬品を使いたい」(50.0%)が最も多く、次いで「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(39.8%)、「できれば先発医薬品を使いたい」(4.9%)の順となった。また、「どちらかという満足している」患者では「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(44.9%)が最も多く、次いで「できればジェネリック医薬品を使いたい」(27.3%)、「できれば先発医薬品を使いたい」(16.7%)の順となった。「どちらかという不満である」患者では「できれば先発医薬品を使いたい」(64.4%)が最も多く、次いで「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(24.4%)の順となった。「不満である」患者では「できれば先発医薬品を使いたい」(51.7%)が最も多く、次いで「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(24.1%)の順となった。「不満である」患者では「できれば先発医薬品を使いたい」(51.7%)が最も多く、次いで「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(24.1%)の順となった。

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）

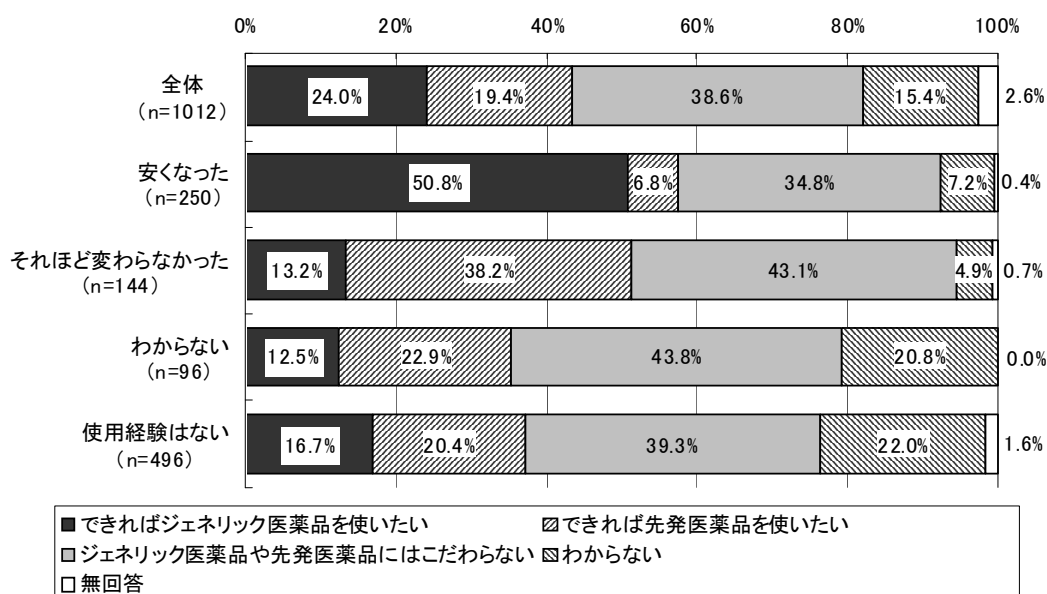


(注)「全体」には、「後発医薬品の満足度」について無回答であった38人が含まれる。



窓口での薬代の負担感別に、後発医薬品使用に対する考え方をみると、「安くなった」という患者では「できればジェネリック医薬品を使いたい」(50.8%)が最も多く、次いで「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(34.8%)、「できれば先発医薬品を使いたい」(6.8%)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「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」(43.1%)が最も多く、次いで「できれば先発医薬品を使いたい」(38.2%)、「できればジェネリック医薬品を使いたい」(13.2%)となった。

図表 172 後発医薬品使用に対する考え方（窓口の負担感別）

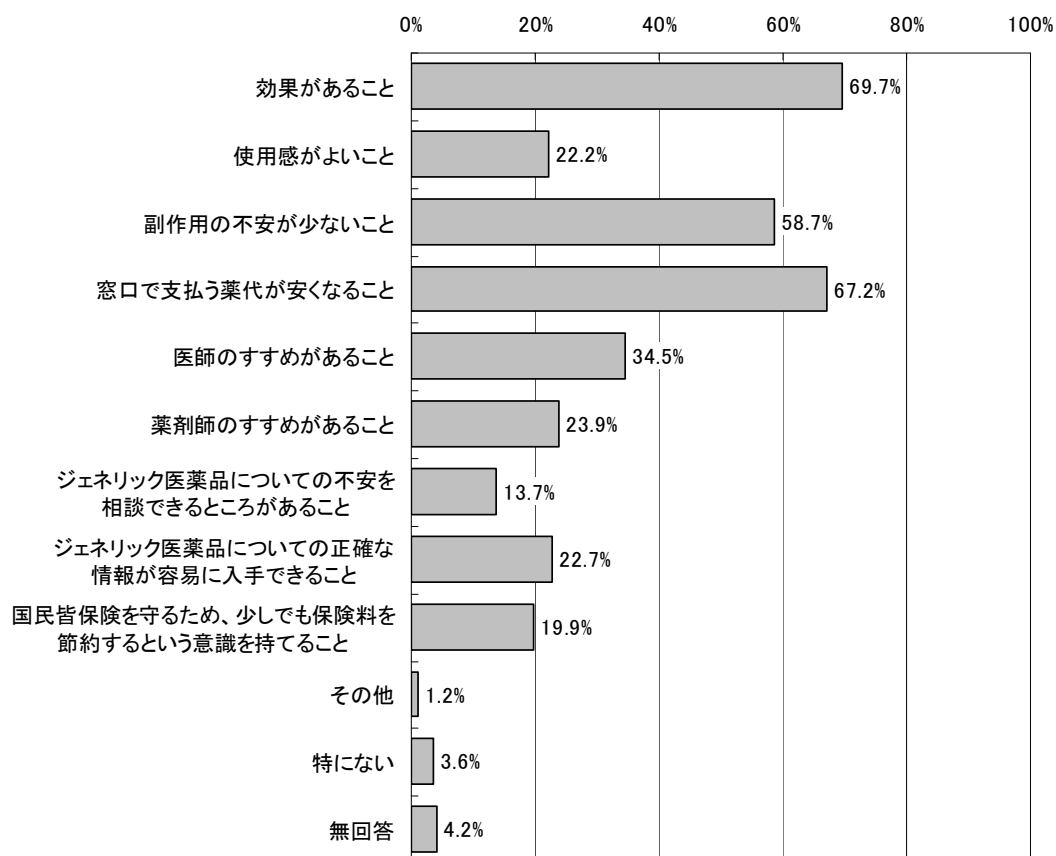


(注)「全体」には、「窓口の負担感」について無回答であった 26 人が含まれる。

### 17) 後発医薬品の使用の際に必要なこと

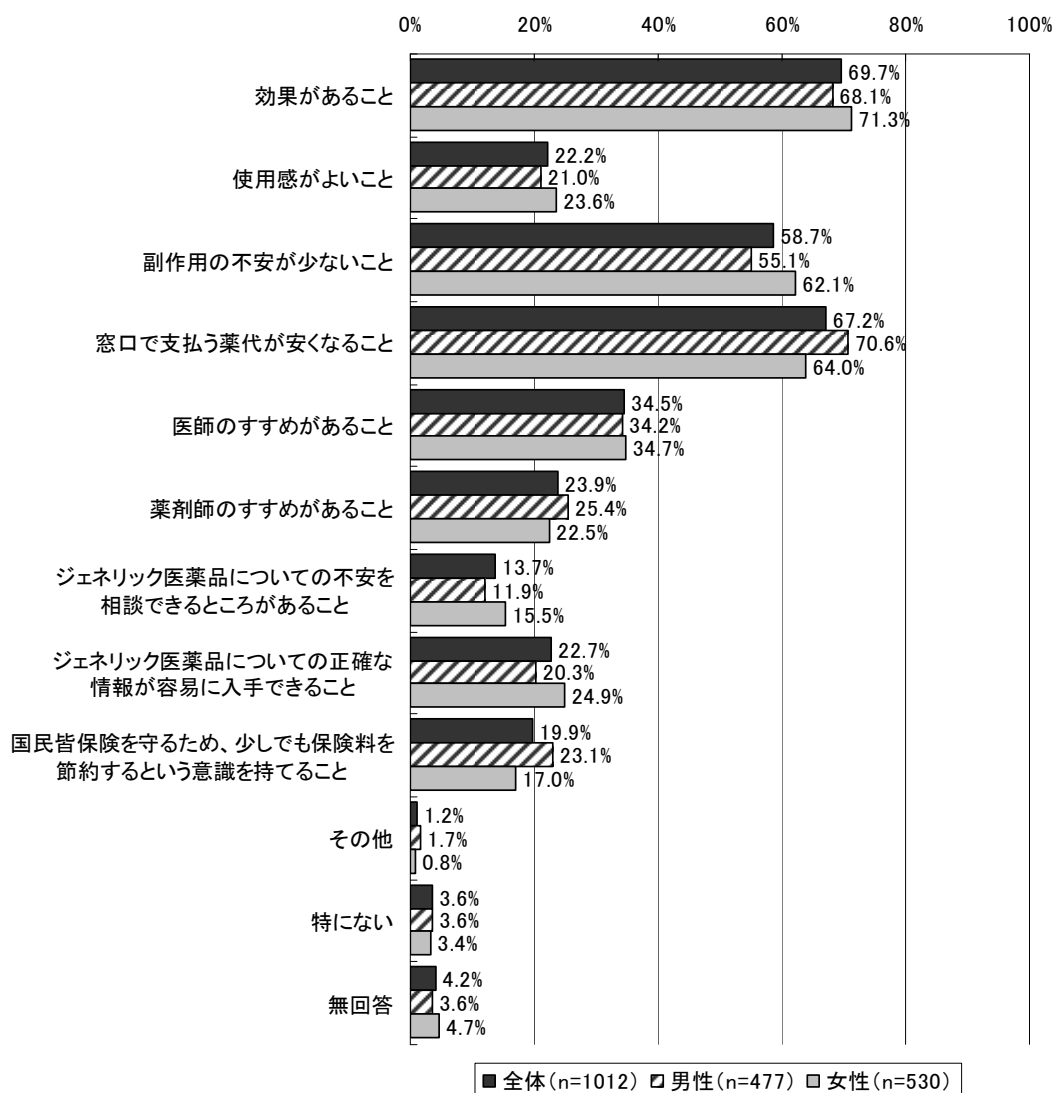
後発医薬品を使用するにあたって必要なことを尋ねたところ、「効果があること」(69.7%)最も多く、次いで「窓口で支払う薬代が安くなること」(67.2%)、「副作用の不安が少ないこと」(58.7%)、「医師のすすめがあること」(34.5%)、「薬剤師のすすめがあること」(23.9%)、「ジェネリック医薬品についての正確な情報が容易に入手できること」(22.7%)、「使用感がよいこと」(22.2%)となった。

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）



男女別に、後発医薬品を使用するにあたって必要なことをみると、男性では、「窓口で支払う薬代が安くなること」が70.6%で最も多く、女性（64.0%）と比べても6.6ポイント高かった。次いで「効果があること」（68.1%）、「副作用の不安が少ないこと」（55.1%）となった。女性では、「効果があること」（71.3%）が最も多く、次いで「窓口で支払う薬代が安くなること」（64.0%）、「副作用の不安が少ないこと」（62.1%）となった。女性では「副作用の不安が少ないこと」が男性（55.1%）より7.0ポイント高かった。

図表 174 後発医薬品の使用の際に必要なこと（男女別）



(注) 「全体」には「性別」について無回答であった5人が含まれる。

年齢階級別に、後発医薬品を使用するにあたって必要なことをみると、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」が上位を占めた。50歳以上の各年齢階級では、50歳未満の各年齢階級と比べて、「医師のすすめがあること」の割合が高かった。

図表 175 後発医薬品の使用の際に必要なこと（年齢階級別）

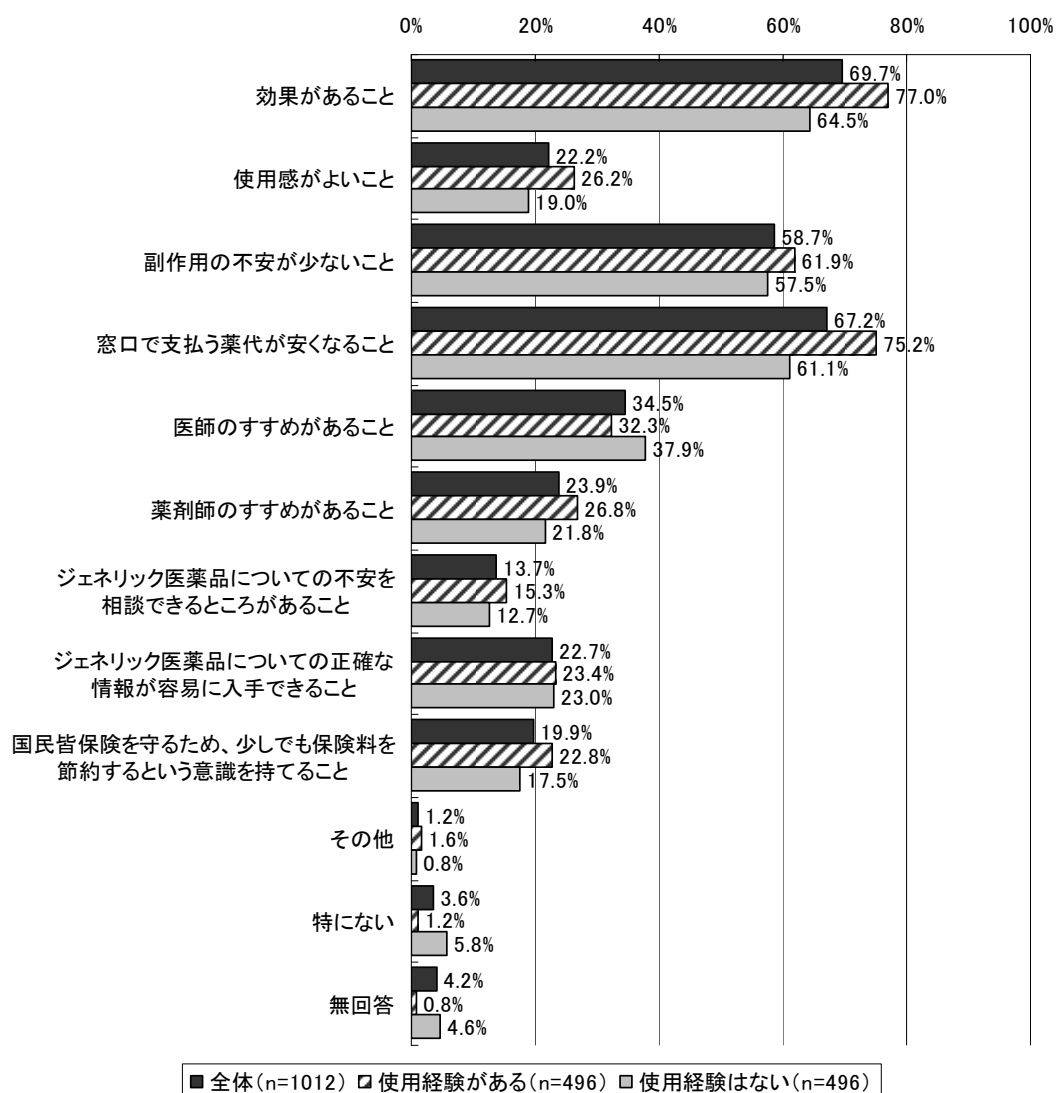
（単位：上段「人」／下段「%」）

	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	ジエ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	ジエ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てること	その他	特になし	無回答
全体	1,012 100.0	705 69.7	225 22.2	594 58.7	680 67.2	349 34.5	242 23.9	139 13.7	230 22.7	201 19.9	12 1.2	36 3.6	42 4.2
30歳未満	51 100.0	42 82.4	17 33.3	33 64.7	38 74.5	10 19.6	11 21.6	8 15.7	11 21.6	6 11.8	3 5.9	1 2.0	0 0.0
30～39歳	85 100.0	67 78.8	26 30.6	60 70.6	62 72.9	21 24.7	16 18.8	10 11.8	23 27.1	15 17.6	3 3.5	0 0.0	1 1.2
40～49歳	115 100.0	89 77.4	29 25.2	77 67.0	76 66.1	29 25.2	20 17.4	15 13.0	29 25.2	8 7.0	1 0.9	6 5.2	0 0.0
50～59歳	179 100.0	146 81.6	42 23.5	110 61.5	135 75.4	79 44.1	51 28.5	23 12.8	46 25.7	35 19.6	2 1.1	1 0.6	7 3.9
60～64歳	102 100.0	64 62.7	13 12.7	55 53.9	67 65.7	36 35.3	20 19.6	13 12.7	22 21.6	26 25.5	0 0.0	5 4.9	5 4.9
65～69歳	160 100.0	104 65.0	30 18.8	87 54.4	106 66.3	57 35.6	38 23.8	21 13.1	29 18.1	30 18.8	2 1.3	6 3.8	9 5.6
70～74歳	137 100.0	78 56.9	29 21.2	72 52.6	86 62.8	51 37.2	35 25.5	22 16.1	34 24.8	32 23.4	1 0.7	6 4.4	8 5.8
75歳以上	165 100.0	106 64.2	37 22.4	91 55.2	98 59.4	62 37.6	48 29.1	25 15.2	35 21.2	47 28.5	0 0.0	9 5.5	11 6.7

（注）「全体」には、「年齢」について無回答であった18人が含まれる。

後発医薬品の使用経験の有無別に、後発医薬品の使用の際に必要なことをみると、使用経験の有無にかかわらず「効果があること」（「使用経験がある」77.0%、「使用経験はない」64.5%）が最も高く、次いで「窓口で支払う薬代が安くなること」（同75.2%、61.1%）、「副作用の不安が少ないこと」（同61.9%、57.5%）となった。これらの項目については、いずれも「使用経験がある」患者のほうが「使用経験はない」患者よりも回答割合が高かった。「使用経験はない」患者のほうが「使用経験がある」患者よりも回答割合が高かったのは、「医師のすすめがあること」（「使用経験がある」32.3%、「使用経験はない」37.9%）であった。

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）



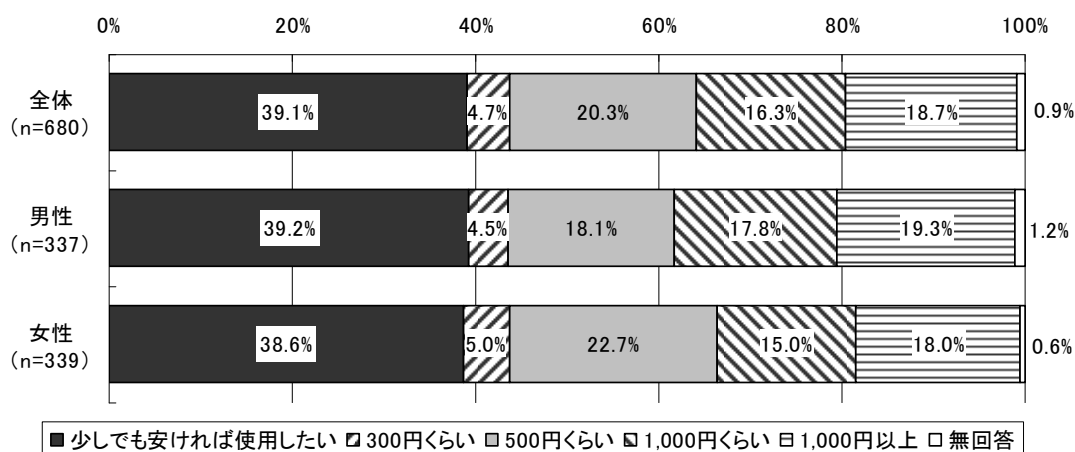
(注) 「全体」には、「後発医薬品使用経験の有無」について無回答であった 20 人が含まれる。

### 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

後発医薬品を使用するにあたって「窓口で薬代が安くなること」が必要と回答した人に対して、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を尋ねたところ、「少しでも安ければ使用したい」(39.1%)が最も多く、次いで「500円くらい」(20.3%)、「1,000円以上」(18.7%)、「1,000円くらい」(16.3%)となった。

男女別にみると、男女ともに「少しでも安ければ使用したい」(それぞれ39.2%、38.6%)が最も多かった。次いで多かったのが、男性では「1,000円以上」(19.3%)、女性では「500円くらい」(22.7%)であった。

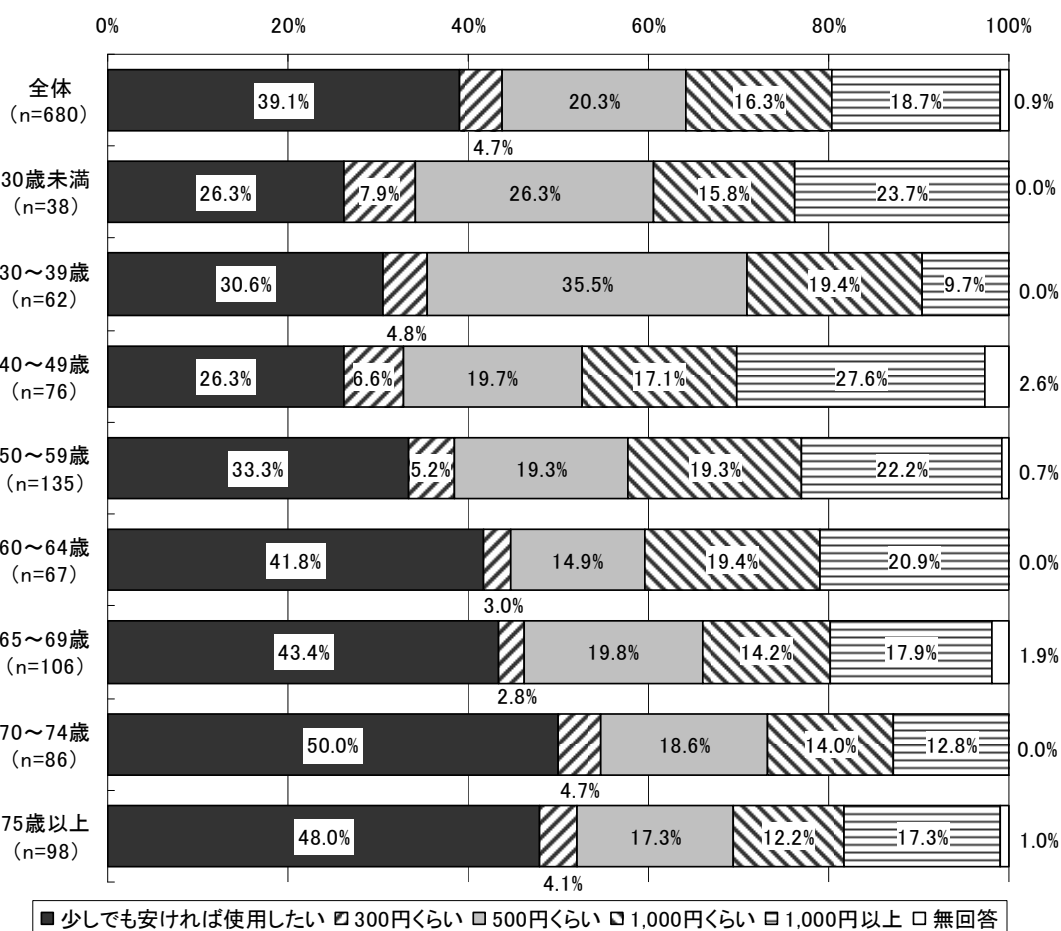
図表 177 1回に支払う金額がいくら安くなれば後発医薬品を使用したいか  
(窓口で支払う薬代が安くなることが使用する際に必要な人、男女別)



(注)「全体」には「性別」について無回答であった4人が含まれる。

窓口で支払う薬代が安くなることが後発医薬品を使用する際に必要とした人について、年齢階級別に、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をみると、年齢階級が高くなるほど「少しでも安ければ使用したい」と回答している割合が高くなる傾向がみられた。

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)



(注)「全体」には、「年齢」について無回答であった12人が含まれる。

### ③ 患者が後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

#### 【後発医薬品を使用した感想】

- ・ 1か月に1回、皮膚科を受診している。内服薬が高価なためジェネリックを服用したが、先発医薬品と同等の効果があり満足している。しかし、普段常用している鎮痛剤などは先発医薬品を服用したい。
- ・ 薬代で毎月3,500円ほどかかったのが、後発医薬品の使用により3,200円ほどになった。しかし、もう少し(2,500円くらいに)安くなってほしいと思う。
- ・ 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。
- ・ 後発医薬品で一度じんま疹が出たことがある。その恐さが今もあり、後発医薬品を使用できない。
- ・ 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。
- ・ 製薬会社よりダイレクトメールが来て、ジェネリックがあることを知り、それから医師や薬局に効果や副作用等について聞き、使用するようになった。

#### 【後発医薬品を使用できなかったケース】

- ・ 後発医薬品のポスターを表示してある薬局で、後発医薬品を指定したが在庫がなく、薬局からは「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。
- ・ 何の薬にジェネリックがあるのか分からない。病院でジェネリックの処方せんをもらっても、近所の薬局に在庫がなかったことがあり、すぐにもらえなかった。
- ・ 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。

#### 【後発医薬品使用の条件】

- ・ 後発医薬品の使用条件としては、効果が第1、値段が第2である。安くて効果があれば、なお良い。
- ・ 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。
- ・ 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ほしい。
- ・ 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があれば処方されても良い。インターネット等で調べてみると、成分だけが同じで、効果を人で検査していない薬があることが分かる。そのような薬は飲みたくない。
- ・ 効果があり、副作用の不安が少なく、金額が安くなるのであれば、使用者として大変ありがたい。ずっと薬を使用しなければ健康維持できない者として、金銭的なことは非常に大きな問題である。



- ・ 医師からの薦めがあれば使用したい。
- ・ こちらから願ひする、しないではなく、「あなたの症状にはこの薬が一番合っているの」と、納得のいく説明を受け、かかりつけの医師が処方した薬であれば、先発医薬品か後発医薬品かにかかわらず信頼して使用できると思う。
- ・ 医者が処方時にジェネリックを勧めれば反対する患者はいないだろう。保険を節約するという意識は患者も当然持つべきだが、それ以上に医師・薬剤師が持てば飛躍的に改善すると思う。
- ・ 先発医薬品とジェネリックの内容に変わりがなければ、ジェネリックを使いたい。薬剤師に聞いたときに、自信を持って「変わりはない」と言われたらジェネリックにする。
- ・ 薬局のビデオでジェネリックを勧めていたのでジェネリックにしたが、薬局の方に「先生（医師）が何か言っていないでしたか」と問いかけられたので、医師と薬局との間の溝を少し感じた。ジェネリックの正確な情報を多くの皆さんに理解して頂くことと、医師の協力、どちらも必要だと思った。
- ・ 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。
- ・ 大きな病院で、受診の時に先生にジェネリックの話をゆっくりと聞く時間がなく、また病院によってはジェネリックを使えないところもあるので、病院自体がもっとジェネリックを使うことに前向きになってほしい。
- ・ 「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。

#### 【医師に対する要望・不安】

- ・ 担当医師に自分から「ジェネリック医薬品を希望する」と話すのは非常にやりづらいのが現状である。なかなか診察室では言い出せない。
- ・ 長年の信頼関係で医師から処方された薬を服用してきた患者としては、後発医薬品に変えることによって、何らかの不都合が生じた場合、スムーズに問題解決ができるのか不安である。
- ・ 薬局で後発医薬品に変えると、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である。
- ・ 自分自身と扶養家族の薬代を合わせると大変な負担である。しかし、処方せんにはジェネリックへの変更不可欄に印が押印されている。薬剤師には聞けるが医者には聞きづらい。特に、成分は同じでも効き方にばらつきがあり、ジェネリックを嫌いな医者もいると思う。結局、医者が納得しなければジェネリックは浸透しないのではないかと思う。
- ・ 医師からわかりやすい説明がほしい。金額もはっきりと教えてほしい。
- ・ 後発医薬品について薬剤師は頑張って宣伝しているようだが、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。
- ・ ジェネリックが多すぎて、患者側が選ぶのは大変である。医師の処方の段階でジェネリックを処方してもらおうと、不安が減り安心である。
- ・ 自分が服用している薬にジェネリックがあるのかわからないので、医師が処方するとき

に説明してほしい。初診時の問診票などに、希望するかどうかの質問項目があったらよいのではないか。売薬（ビタミン剤等）の購入では、ジェネリックらしいものがあれば成分を確認して安いものを買っているが、医療機関ではこの情報がないので、医師の書いた処方せん通りに薬を服用することになる。

#### 【後発医薬品メーカーに対する要望】

- ・ 医師がなかなかジェネリック使用をしないのは、ジェネリックに対する「効かない」「情報がない」「副作用などの調査をしていない」という考えがあるからで、それを取り除くことが必要ではないか。ジェネリック医薬品メーカーも先発医薬品メーカーと同じ安心感を医師に与える活動をしたらどうか。
- ・ ジェネリック医薬品を製造・販売しているメーカーは、いまひとつ聞き覚えのないメーカーであることが、普及を抑えてしまっている原因ではないか。もっと製薬会社全体がジェネリック医薬品に力を入れていけば、医療保険制度を守っていただけるのではないか。
- ・ 薬剤師と相談したが、ジェネリックの会社が多すぎてどれにするのか迷った。なぜメーカーがこんなに多いのか。

#### 【後発医薬品情報】

- ・ ジェネリック医薬品についての情報が少ないため、個人では検討することもできない。どの程度価格が安くなるのか、効果は同じなのか、理解していない。
- ・ 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ほしい。
- ・ どの薬品が後発医薬品への変更が可能なのかわかるような方法がほしい。
- ・ 自分が服用しているのが先発医薬品なのかジェネリックなのか、それさえもわからない。ジェネリックの名称には「先発医薬品の名称+ジェネリック」と補記されていればよいと思う。
- ・ もっとわかりやすくすることが第一である。ジェネリックの良い点ばかりを聞かされるが、「皆が使用しないということは、良くない点（マイナス面）があるからでは」と誰しも不安になる。だから、普及させるには皆を啓蒙することが一番だと思う。
- ・ ジェネリックに変えることによって何らかの不都合が生じた場合、スムーズに問題解決ができるのか、やはりその点が一番の不安としてある。安さだけを前面に打ち出すのではなく、そういう問題が生じた場合の詳しい説明を、理解しやすい情報として明確に公表してもらうことが必要だ。
- ・ 錠剤などにきちんと刻印してほしい。何の薬かを調べたい時に調べられない。
- ・ 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というのは無理がある。
- ・ ジェネリックというものはテレビ等で見える程度でありよく知らない。具体的な説明を高齢者にも分かりやすくしてほしい。高額な先発医薬品のジェネリックを作してほしい。3割負担だときつい。
- ・ ジェネリック医薬品についての仕組みがよくわからない。

## 【その他】

- 安全で効果があつて、医療費が個人でも全体でも安くなればよいと思う。
- いつも使っているジェネリックを風邪のついでに別の病院で処方してもらったところ、同成分の別会社のジェネリックを処方された。先発医薬品よりは安いですが、いつものジェネリックより 1錠当たりの値段が高かった。「先発医薬品からジェネリック」だけではなく、「ジェネリックからジェネリック」「ジェネリックから先発医薬品」の選択肢もほしい。
- 年金生活者にとって、一番大切なことは健康である。しかし高齢と共に身体の悪いところが多くなり、医師や薬に頼らざるを得ない。その薬代が少しでも安くなることは、大変ありがたいことだ。
- 持病の薬には後発医薬品がないので、負担が軽くなるという実感はない。
- 薬価の高価なものに代わるジェネリック医薬品の掘り出しをお願いしたい。許されるなら海外のものにも目を向けてもらいたい。
- 他の患者（同じ場所にいる人）に、ジェネリックを使用していることをあまり知られたくない。
- 今回のアンケートによって、自分がジェネリック医薬品を使用していたことを知った。使用時に医師からの説明がなかった。

## 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、「法人」が 86.6%、「個人」が 12.9%であった（図表 2）。法人の種類は、「有限会社」が法人薬局の 51.4%、「株式会社」が 45.3%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 97.7%、「調剤基本料（18 点）」が 1.8%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 46.1%、「基準調剤加算 2（30 点）」が 14.1%、「算定していない」が 38.5%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 80.6%、「算定していない」が 18.6%であった（図表 8）。
- ・ 平成 21 年 1 月から 7 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 44.2%、中央値が 42.5%であったのが、7 月の平均値は 42.6%、中央値は 40.3%となった。また、平成 21 年と平成 20 年の同月の後発医薬品調剤率を比べてみると、平均値、中央値とも、いずれの月においても平成 21 年の割合が高かった（図表 9）。
- ・ 平成 21 年 7 月に薬局で受け付けた処方せんの発行医療機関数の、1 薬局当たりの平均は 40.72 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 割以上ある医療機関数は平均 6.53 件であり、処方せん発行医療機関全体に占める割合は 16.0%となった（図表 11）。
- ・ 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）が「70%超」と回答した薬局が 61.5%で最も多かった（図表 13）。
- ・ 平成 21 年 7 月 21 日から 7 月 27 日までの 1 週間のすべての取り扱い処方せん 132,045 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は、「署名なし」が 68.5%（90,511 枚）、「署名あり」が 31.5%（41,534 枚）であった（図表 18）。また、「署名等なし」の処方せん 90,511 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 5.5%、「以前に後発医薬品に変更し、処方医が後発医薬品の銘柄処方に切り替えた」処方せんは 2.4%、「後発医薬品のみが記載された」処方せんは 4.1%であった。一方、「後発医薬品に変更しなかった」処方せんは 66.2%、「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 11.2%、「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 10.7%であった（図表 19）。
- ・ 平成 21 年 7 月 21 日から 7 月 27 日までの 1 週間の処方せんで「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 41,534 枚のうち、「後発医薬品の銘柄指定あり」は 44.0%、「後発医薬品の銘柄指定なし」は 56.0%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ない処方せんを 1 枚以上取り扱っ

た薬局のうち「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70.6%であった(図表22)。

- 平成21年7月21日から7月27日までの1週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24.7%で最も多く、次いで「20%以上30%未満」が16.4%、「10%未満」が12.0%、「30%以上40%未満」が10.6%となった(図表24)。また、平均値は24.4%、中央値は20.1%であった(図表25)。
- 後発医薬品の説明・調剤では「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」が43.1%と最も多かった。次いで「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」が33.2%となった(図表26)。その理由としては、「後発医薬品の備蓄増に伴う不良在庫の拡大など、在庫管理の負担が大きいため」が68.1%と最も多く、次いで「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため」が43.1%、「後発医薬品の説明に時間がかかるため」が28.7%、「後発医薬品の効果に疑問があるため」が27.7%であった(図表27)。
- 後発医薬品の品質保証方法について「十分に理解している」が11.7%、「ある程度理解している」が66.4%、「あまり理解していない」が18.7%であった(図表28)。
- 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、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37.6%と最も多かった。次いで「10%以上~30%未満」が25.3%となった(図表29)。
- 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者に後発医薬品についての説明をしなかった理由は、「患者が急いでおり、説明不要と言われたから」(49.5%)が最も多く、次いで「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」(48.8%)、「後発医薬品の備蓄品目数が少ないから」(33.2%)であった。また、説明をしなかった「最大」の理由は「待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから」(25.6%)が最も多く、次いで「患者が急いでおり、説明不要と言われたから」(16.4%)、「後発医薬品の備蓄品目数が少ないから」(16.1%)であった(図表30)。
- 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、後発医薬品について簡潔な説明だけを行った患者の割合は、「10%未満」が40.6%と最も多く、次いで「10%以上~30%未満」が24.0%、「30%以上~50%未満」が12.5%となった(図表33)。
- 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、後発医薬品への変更をすすめた患者の割合については、「10%未満」が45.1%と最も多く、次いで「10%以上~30%未満」が24.4%、「30%以上~50%未満」が10.4%となった(図表34)。
- 後発医薬品への変更が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は、「30%以上~50%未満」が20.3%で最も多かった。(図表35)。患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由としては、「薬剤料等(患者自己負担額)の差額が小さいから」(36.2%)、「後発医薬品に対する不安があるから」(31.6%)であった(図表36)。
- 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は、「0%超～10%未満」が53.0%で最も多くなった（図表39）。使用を希望しなかった理由については、「使用した後発医薬品の効果に疑問があったため」（32.6%）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」（26.4%）、「使用した後発医薬品により体調不良となったため」（22.0%）であった（図表40）。

- 患者1人に要する「後発医薬品説明＋一般的服薬指導時間」（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10.8分、2回目以降が5.7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42）。
- 平成21年4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変更した患者数の割合については、「0%」が30.0%と最も多く、次いで「10%未満」が18.2%となった。一方、「90%以上」と回答した薬局も9.4%あった（図表43）。
- 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が、「10%未満」という薬局が42.2%で最も多かった。一方で、50%以上という薬局を合計すると16.0%となった（図表44）。
- 後発医薬品の備蓄品目数は、平成20年7月時点では平均117.4品目であったが、平成21年7月時点では平均145.0品目となり、増加率は23.5%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20年7月時点では14.0%であったが、平成21年7月時点では16.3%とシェアが増加した（図表45）。
- 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3.7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46）。
- 在庫がなく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、平均が309.9品目、中央値が200.0品目であった（図表47）。
- 処方せん受付時に患者に対して「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」の両方を「行っている」薬局が36.6%、「行っていない」薬局は61.7%であった（図表48）。処方せん受付時に説明・確認を「行っていない」薬局において、いつ説明・確認を「行っているか」を尋ねたところ、「説明・確認を調剤室での薬の取り揃えの後に行っている」が38.7%、「説明は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている」が37.5%となった（図表49）
- 採用している後発医薬品を選択した理由については、「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79.3%と最も多く、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53.9%、「近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度」が44.0%となった（図表50）。
- 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を

尋ねたところ、「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」が 65.2%と最も多く、次いで「後発医薬品に対する患者の理解」が 54.9%、「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 53.7%、「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」が 51.8%、「後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬剤料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価」が 50.0%となった（図表 51）。

- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度は、「知っている」が 81.4%、「知らない」が 17.3%であった（図表 52）。
- ・ 「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については、「提示されたことがある」が 36.6%、「提示されたことはない」が 62.5%となった（図表 53）。提示した患者のうち、先発医薬品から後発医薬品に変更調剤を行った患者の割合をみると、「8割超〜」が 30.4%で最も多かった（図表 54）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」配布開始後における後発医薬品希望の患者数の変化については、「変わらない」が 73.1%、「増えた」が 23.9%であった（図表 55）。
- ・ 患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫としては、「薬局内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している」が 85.3%で最も多く、次いで「薬局内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている」が 52.3%となった（図表 56）。
- ・ 調査票の様式 2 に記載のあった処方せん 5,964 枚の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 985.9 点であった。一方、実際に調剤した薬剤料は平均 790.9 点で、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に対する、実際に調剤した薬剤料の割合は、平均 80.2%であった（図表 58）。
- ・ 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対する、実際に調剤した薬剤料の割合は、1割負担で 81.5%、3割負担で 77.9%であった（図表 59）。

#### 【診療所・病院・医師調査】

- ・ 診療所・病院における「医薬品備蓄品目数」（それぞれ平均値は 121.7 品目、813.6 品目）のうち「後発医薬品の備蓄品目数」（同 26.3 品目、99.8 品目）の占める割合は、診療所が 21.6%、病院が 12.3%であった（図表 77）。
- ・ 後発医薬品の備蓄状況は、診療所では「1〜50 品目未満」が 54.6%で最も多かった。また、「0 品目」が 26.9%であった。病院では「100〜200 品目未満」が 32.7%で最も多く、次いで「50〜100 品目未満」が 31.9%、「1〜50 品目未満」が 24.8%となった（図表 78）。
- ・ 病院での入院患者に対する後発医薬品の使用状況別に、後発医薬品の備蓄状況をみると、後発医薬品があるものは積極的に使用している病院では、他の病院と比較して、後発医薬品の備蓄品目数が「250 品目以上」（10.4%）をはじめ、備蓄品目数の多いカテゴリの割合が相対的に高い結果となった（図表 79）。また、同様に医薬品備蓄品目数

に占める後発医薬品の備蓄品目数の割合においても「45%以上」が 16.0%と全体や他の病院と比較して相対的に高い割合となった（図表 80）。

- 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、「変化はない」（それぞれ 73.1%、65.9%）が最も多かった。また、「改善した」は有床診療所が 24.1%、病院が 29.6%であり、「悪化した」は少なかった（それぞれ 0.9%、3.6%）（図表 81）。
- 医療機関が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、診療所では「提供していない」（78.3%）が最も多く、次いで「近隣の薬局に提供している」（12.3%）となった。病院では、「提供していない」（57.7%）が最も多く、次いで「近隣の薬局に提供している」（19.6%）、「近隣薬局や地域の薬剤師会に提供している」（9.9%）であった（図表 82）。
- 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 45.2%、44.8%）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 21.0%、病院が 37.3%であった（図表 84）。
- 入院患者に対して後発医薬品を積極的に使用しない理由としては、診療所では、「処方銘柄を長く使用し信頼」が 50.0%と最も多く、病院では、「施設として使用する医薬品の銘柄を指定している」が 42.8%で最も多くなった（図表 88）。
- DPC 対応別に、病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況をみると、DPC 対象病院では、DPC 準備病院や DPC に対応していない病院と比べて、「後発医薬品があるものは積極的に使用」（40.7%）、「後発医薬品のあるものの一部を使用」（49.4%）の割合が相対的に高い結果となった（図表 89）。
- 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「経験はない」（それぞれ 71.3%、85.6%）が大半を占めた（図表 90）。一方で、「経験がある」と回答した 47 病院における、生じた問題の内容についてみると、「後発医薬品の供給体制上の問題」（「経験がある」と回答した病院の 38.3%）、「後発医薬品の品質上の問題」（同 31.9%）、「後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題」（同 25.5%）であった（図表 91）。
- 今後どのような対応が進めば施設として入院患者に対して後発医薬品の使用を進めてもよいと思うかを尋ねたところ、診療所では、「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」（51.3%）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」（41.3%）、「後発医薬品に対する患者の理解」（25.0%）であった。病院では、「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」（73.2%）が最も多く、次いで「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」（69.3%）、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」（47.2%）であった（図表 92）。
- 今後どのような対応が進めば施設として入院患者に対して後発医薬品の使用を進めて



もよいと思うか、最も重要な要件を尋ねたところ、診療所、病院ともに「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 26.3%、31.2%）、「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」（それぞれ 16.3%、23.8%）となった（図表 93）。

- 診療所 724 施設における院外処方せんの発行状況は、院外処方せんを「発行している」が 70.3%（509 施設）であった（図表 94）。
- 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の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」が 48.1%と最も多く、次いで「後発医薬品を積極的に使用」が 20.2%、「後発医薬品をほとんど使用しない」が 15.2%であった（図表 96）。
- オーダリングシステム導入別に、病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院内投薬する場合の施設としての対応方針をみると、「後発医薬品名が表示されるオーダリングシステムを導入している」病院では、「後発医薬品を積極的に使用する」が 25.4%となり、「後発医薬品をほとんど使用しない」（16.4%）を 9.0 ポイント上回る結果となった。また、オーダリングシステムは導入しているが、後発医薬品名は表示されない病院では、「後発医薬品を積極的に使用する」が 12.2%となり、「後発医薬品をほとんど使用しない」（21.6%）を、9.4 ポイント下回る結果となった（図表 97）。
- 病院における後発医薬品の使用について、外来患者に院外処方する場合の施設としての対応方針は、「個々の医師の判断による」が 54.7%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 21.5%、「後発医薬品をほとんど使用しない」が 3.9%であった（図表 98）。
- 病院で平成 21 年 7 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は、「90%以上」が 26.2%で最も多く、次いで「10%未満」が 23.5%であった（図表 101）。
- 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・病院の医師に尋ねたところ、診療所では、「多くなった」が 40.7%、「変わらない」が 56.6%であった。病院では、「多くなった」が 51.0%、「変わらない」が 48.0%であった（図表 102）。
- 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についてみると、「10%未満」（34.0%）が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」（20.8%）、「30%以上～50%未満」（11.4%）であった（図表 103）。
- 平成 21 年 4 月以降に「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・病院の医師に尋ねたところ、「ある」と回答した医師が、診療所では 36.1%、病院では 37.2%であった（図表 104）。これらの医師において、院外処方せん枚数全体に占める「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの割合は、診療所では「90%以上」が 42.9%、「10%未満」が 29.9%となり、病院では、「10%未

満」が42.2%、「90%以上」が24.3%となった（図表105）。

- ・ 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由としては、診療所では「後発医薬品の品質が不安だから」が51.6%と最も多く、次いで「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」が37.5%、「薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから」が37.0%、「後発医薬品の効果や副作用の違いを経験したから」が34.8%であった。病院では「患者からの強い要望があったから」が40.5%と最も多く、次いで「後発医薬品の品質が不安だから」が37.0%、「先発品を長く使用し信頼している」が28.9%、「後発医薬品の効果や副作用の違いを経験したから」が24.3%となった（図表106）。
- ・ 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、「ある」と回答した医師は、診療所では20.2%、病院では20.0%であった（図表107）。その内容として最も多いケースは、診療所・病院ともに「先発医薬品から後発医薬品への変更不可とすることが多い」（それぞれ58.3%、72.0%）であった（図表108）。
- ・ 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としては、診療所・病院ともに「10%未満」（それぞれ43.7%、61.3%）が最も多かった。また、診療所では、「90%以上」が29.1%と相対的に高い割合となった（図表109）。
- ・ 一部の医薬品について「変更不可」とする最も多い理由としては、診療所では、「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」が19.4%と最も多く、次いで「処方銘柄について患者からの強い要望があるから」「処方銘柄を長く使用し信頼しているから」がともに12.6%であった。病院では、「処方銘柄について患者からの強い要望があるから」が22.6%と最も多く、次いで「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」が20.4%であった（図表110）。
- ・ 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75.6%、66.0%）とする回答が最も多かった（図表111）。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61.7%、病院66.2%）という回答が最も多く、次いで「増えた」（同32.6%、29.2%）となった（図表112）。
- ・ 外来診療時における後発医薬品の処方に関する考え方としては、診療所・病院ともに「特にこだわりはない」（それぞれ67.6%、83.0%）が最も多かった。また、「患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方する」は、診療所の医師では12.3%、病院の医師では6.2%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」は診療所の医師では15.7%、病院医師では9.5%であった（図表113）。
- ・ 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理由としては、「後発医薬品の品質への疑問」（診療所医師75.9%、病院医師79.5%）、「後発医薬品の効果への疑問」（同67.0%、56.8%）、「後発医薬品の副作用への不安」（同51.8%、54.5%）が多かった（図表115）。

- ・ 後発医薬品の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としては、「だいたい知っている」が 17.0%、「少しは知っている」が 36.8%、「ほとんど知らない」が 41.8%であった（図表 116）。
- ・ 後発医薬品の処方を進めるための環境としては、診療所・病院の医師ともに「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 65.1%、77.0%）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 55.8%、71.0%）、「後発医薬品に対する患者の理解」（それぞれ 31.1%、40.9%）、「後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価」（それぞれ 24.7%、34.4%）であった（図表 117）。そのうち最も重要だと思われるものとしては、「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 37.0%、39.6%）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 15.7%、23.9%）となった（図表 118）。
- ・ 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、診療所では「ある」が 33.4%となり、病院（25.6%）と比較して相対的に高かった。一方、病院では、「まったくない」が 37.0%となり、診療所（24.6%）と比較して相対的に高かった（図表 119）。
- ・ 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・病院の医師ともに「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 63.7%、40.6%）が最も多かった（図表 120）。
- ・ 診療所・病院の医師の「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度は、「知っている」（それぞれ 45.6%、33.3%）、「知らない」（それぞれ 51.7%、64.9%）であった（図表 121）。「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は、「提示されたことがある」（それぞれ 36.4%、18.1%）、「提示されたことはない」（それぞれ 63.0%、81.3%）であった（図表 122）。「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）に後発医薬品を希望する患者の割合は、診療所の医師では「増えた」が 34.2%、「変わらない」が 65.0%であった。病院の医師では「増えた」が 57.1%、「変わらない」が 42.9%であった（図表 124）。
- ・ 患者が後発医薬品を頼みやすくするような施設の工夫について、診療所・病院の医師ともに「特に工夫していない」（それぞれ 81.2%、67.4%）が最も多かった。次いで「院内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している」（それぞれ 7.9%、24.3%）となった（図表 125）。

#### 【患者調査】

- ・ 患者の性別は「男性」が 47.1%、「女性」が 52.4%であった（図表 126）。また、平均年齢は 59.5 歳（中央値 63.0）であった（図表 128）。
- ・ 受診した診療科は「内科」が 69.0%と最も多く、次いで「整形外科」が 23.3%、「眼科」が 19.7%、「耳鼻咽喉科」が 12.8%、「皮膚科」が 11.7%、「循環器科」が 10.4%であっ

た（図表 129）。

- ・ 薬局への来局頻度は、「1 か月に 1 回程度」が 48.7%で最も多く、次いで「2 週間に 1 回程度」が 19.7%であった（図表 130）。
- ・ かかりつけ薬局の有無は、かかりつけ薬局が「ある」が 80.2%、「ない」が 12.7%であった（図表 132）。
- ・ 医療保険の種類は、「国民健康保険」が 40.6%と最も多く、次いで「健康保険組合」が 23.4%、「後期高齢者医療広域連合」が 17.4%、「全国健康保険協会」が 13.4%、「共済組合」が 3.9%であった（図表 134）。
- ・ 後発医薬品の認知状況は、「知っている」が 72.4%、「名前は聞いたことがある」が 20.8%、「知らない」が 6.6%であった（図表 136）。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（図表 137）。
- ・ 後発医薬品を知っている人における後発医薬品の主な説明者は、「主に薬剤師から」が 42.9%で最も多かった。次いで「説明を受けたことがない」が 30.7%、「医師と薬剤師の両方から受けた」が 21.8%、「主に医師から説明を受けた」が 2.9%であった（図表 140）。
- ・ 後発医薬品を知っている人に対して、後発医薬品の処方や調剤を依頼した経験の有無を尋ねたところ、後発医薬品の処方や調剤を「お願いしたことがある」が 24.9%、「お願いしたことはない」が 74.2%であった。男性では「お願いしたことがある」が 28.5%となり、女性（21.4%）と比較すると、7.1 ポイント高かった（図表 142）。
- ・ 後発医薬品を知っている人における後発医薬品の頼みやすさについては、「頼みやすかった」が 28.1%、「頼みにくかった」が 10.6%、「頼む気はなかった」が 49.4%となった（図表 144）。
- ・ 後発医薬品を知っている人における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としては、「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」が 64.3%と最も多く、次いで「処方せん受付時に薬剤師がたずねてくれる」が 54.7%となった（図表 147）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」の認知度については、「知っている」が 20.4%、「知らない」が 79.0%であった（図表 150）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を知っている人における「ジェネリック医薬品希望カード」の所有状況については、「持っている」が 24.8%、「持っていない」が 74.3%となった。男性では「持っている」が 28.0%となり、女性（21.7%）と比較すると 6.3 ポイント高かった（図表 153）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人における「ジェネリック医薬品希望カード」の配布元は、「医療機関」が 33.3%と最も多く、次いで「健康保険組合」が 23.5%となった（図表 156）。
- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人における「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では、「質問・お願いがしやすくな

った」が 37.3%、「それほど変わらなかった」が 43.1%、「わからない」が 15.7%となった。男性では、「質問・お願いがしやすくなった」が 42.9%となり、女性（30.4%）よりも 12.5 ポイント高かった（図表 157）。

- ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人における「ジェネリック医薬品希望カード」の利用の有無については、「利用したことがある」が 37.3%、「利用したことはない」が 60.8%であった。男性では、「利用したことがある」が 42.9%となり、女性（30.4%）よりも 12.5 ポイント高かった（図表 158）。また、「ジェネリック医薬品希望カード」を持っている人の今後の利用意向は、「利用したい」が 62.7%、「利用したくない」が 33.3%であった（図表 159）。「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は、「利用したい」が 54.8%、「利用したくない」が 39.2%であった（図表 160）。
- ・ 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 49.0%、「使用したことはない」が 49.0%であった（図表 162）。
- ・ 後発医薬品を使用した経験がある人に満足度を尋ねた結果、「満足している」が 41.5%、「どちらかという満足している」が 39.9%、「どちらかという不満である」が 9.1%、「不満である」が 5.8%となった（図表 164）。
- ・ 後発医薬品を使用した経験がある人に対し、後発医薬品を使用した際に窓口での薬代の負担感がどうなったか尋ねたところ、「安くなった」が 50.4%、「それほど変わらなかった」が 29.0%、「わからない」が 19.4%となった（図表 166）。
- ・ 後発医薬品に対する考え方についてみると、「ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない」が 38.6%で最も多く、次いで、「できればジェネリック医薬品を使いたい」が 24.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が 19.4%、「わからない」が 15.4%であった（図表 168）。後発医薬品の使用経験がある患者では「できればジェネリック医薬品を使いたい」が 32.1%となり、「使用経験なし」の患者（16.7%）と比較して 15.4 ポイント高かった（図表 170）。
- ・ 後発医薬品を使用するにあたって必要なこととしては、「効果があること」が 69.7%と最も多く、次いで「窓口で支払う薬代が安くなること」（67.2%）、「副作用の不安が少ないこと」（58.7%）となった（図表 173）。「窓口で支払う薬代が安くなること」と回答した人に対して、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を尋ねた結果、「少しでも安ければ使用したい」が 39.1%で最も多く、次いで「500 円くらい」（20.3%）、「1,000 円以上」（18.7%）、「1,000 円くらい」（16.3%）となった（図表 177）。

## 参 考 資 料



2. 貴薬局の処方せん受付状況(平成 21 年 7 月 1 日～31 日の期間)についてお伺いします。

①上記期間中に受け付けた処方せんの発行医療機関数、また処方せん枚数を( )内にご記入ください。					
医療機関種別	1) 処方せん発行医療機関数	2) 1)のうち、「変更不可」欄に処方医の署名等が9割以上ある機関数	3) 2)のうち、主として先発医薬品を銘柄指定している機関数	4) 2)のうち、主として後発医薬品を銘柄指定している機関数	5) 処方せん枚数
			( ) 施設	( ) 施設	
病院	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 枚
一般診療所	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 枚
歯科診療所	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 枚
合計	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 枚

② 上記①の医療機関のうち、上記期間中の処方せん枚数の最も多い1医療機関の処方せん枚数	( ) 枚
③ 貴薬局の半径 200m 以内に医療機関は何施設程度ありますか。	( ) 施設程度



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。

(1) 平成 21 年 7 月 21 日(火)~27 日(月)の取り扱い処方せん枚数について、( )内に枚数をご記入ください。	
① すべての取り扱い処方せん ※③と④の合計数になります。ご確認ください。	( ) 枚
② ①のうち、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん	( ) 枚
③ ①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」欄に処方医の署名等がない処方せん	( ) 枚
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 (初めての变更に限らず、以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む)	( ) 枚
⑤ ④のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん	( ) 枚
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	( ) 枚
⑦ ③のうち、今回は、先発医薬品を後発医薬品に変更しなかったが、以前に一度、先発医薬品から後発医薬品に変更し、これを受けて処方医が、当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた処方せん	( ) 枚
⑧ 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	( ) 枚
⑨ ③のうち、処方せんに記載されたすべての先発医薬品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	( ) 枚
⑩ ③のうち、後発医薬品のみが記載された処方せん(上記⑦に該当するものを除く。)	( ) 枚
⑪ ③のうち、「後発医薬品についての説明」※1(P.5 参照)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、今回も後発医薬品への変更をしなかった場合を含む)	( ) 枚
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	
⑫ 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	( ) 枚
⑬ ⑫のうち、薬価収載されていないため	( ) 枚
⑭ ⑫のうち、在庫として備蓄していなかったため	( ) 枚
⑮ 先発医薬品の剤形(ただし、OD錠除く)に対応した後発医薬品がなかったため	( ) 枚
⑯ ⑮のうち、薬価収載されていないため	( ) 枚
⑰ ⑮のうち、在庫として備蓄していなかったため	( ) 枚
⑱ 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	( ) 枚
⑲ ⑱のうち、薬価収載されていないため	( ) 枚
⑳ ⑱のうち、在庫として備蓄していなかったため	( ) 枚
㉑ ①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」欄に処方医の署名等がある処方せん	( ) 枚
㉒ ㉑のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん	( ) 枚
㉓ 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	( ) 枚
㉔ ㉓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	( ) 枚
㉕ ㉓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	( ) 枚
(2) 平成 21 年 7 月 1 か月間に調剤したすべての医薬品の数量(薬価基準の規格単位ベース)のうち、後発医薬品の割合	( ) %

※③+④=①となります。ご確認ください

※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。

4. 後発医薬品への対応状況についてお伺いします。(平成 21 年 4 月以降)

(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。 ※○は1つだけ

1. 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
2. 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
3. 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
4. その他 (具体的に )

▶ 4-(1)-1 どのような理由によるものでしょうか。

※あてはまる番号すべてに○

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. 近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため
8. 後発医薬品の説明に時間がかかるため
9. 後発医薬品の調剤による薬剤料減に不安があるため
10. 後発医薬品の備蓄増に伴う不良在庫の拡大など、在庫管理の負担が大きいため
11. 調剤室での薬の取り揃えの前に後発医薬品を説明する業務手順となっていないため
12. その他 (具体的に )

【1～5 を選ばれた方】  
4-(1)-1-1 経験や問題点を具体的にお書きください。

▶ 4-(1)-2 上記の選択肢1～12のうち、最もあてはまる番号を 1つだけ お書きください。

(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のかご存知ですか。 ※○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  |

※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**変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等**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。

※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」欄に処方医の署名等がなく、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。

(3) 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21年4月以降、現在までに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       |

(4) 上記(3)で、**後発医薬品についての説明をしなかった理由**としては、次のうちのどれですか。  
 ※あてはまる番号すべてに〇

1. 待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから
2. 患者が急いでおり、説明不要と言われたから
3. 患者が後発医薬品について十分理解していたから
4. 調剤室での薬の取り揃えの前に後発医薬品について説明する業務手順になっていないから
5. システム上、薬剤料の差額がすぐに計算できないので、患者の質問にその場で答えることができないから
6. 後発医薬品の備蓄品目数が少ないから
7. 説明しなければならぬという認識が不足していたから
8. その他(具体的に )

(4)-1 上記(4)の選択肢1～7のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。

(5) 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簡潔な説明だけを行った患者**(後発医薬品に関する説明を記載した文書を患者に手渡し、希望の有無等を確認した場合を含む。)は、平成21年4月以降、現在までに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       |

(6) 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、**後発医薬品への変更をすすめた患者は**、平成21年4月以降、現在までに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       |

(7) 上記(3)の後発医薬品についての説明※1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

0. 希望しなかった患者はいなかった(0%)→質問(9)へ
1. 0%超～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

(8) 上記(7)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、次のうちのどれですか。  
 ※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か、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 )

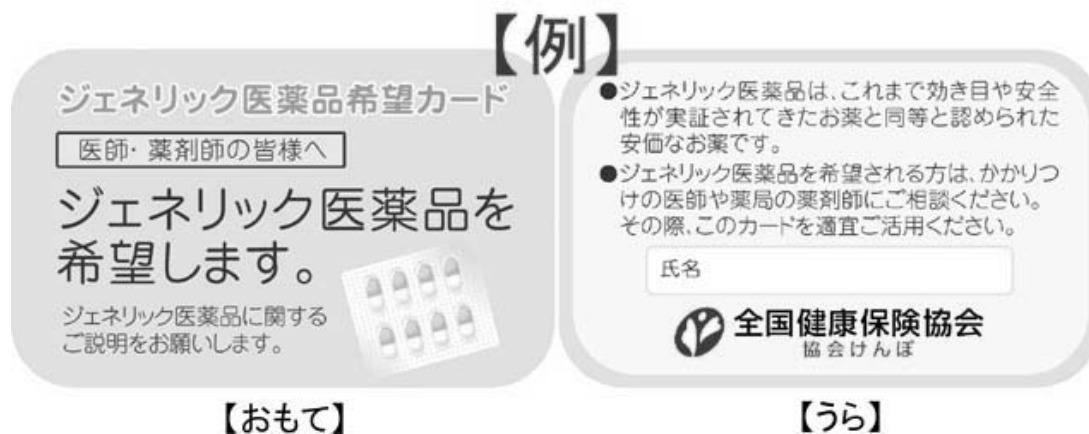
(9) 後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、 <u>2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者は</u> 、平成 21 年 4 月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※○は1つだけ			
0. 希望しなかった患者はいなかった(0%) → 質問(11)へ			
1. 0%超～10%未満		2. 10%以上～30%未満	
4. 50%以上～70%未満		6. 90%以上	
3. 30%以上～50%未満		5. 70%以上～90%未満	
(10) 上記(9)で、 <u>患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由</u> として、最も多いものは、次のうちのどれですか。 ※○は1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 )			
(11) 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、 <u>患者1人当たりどの程度の時間(後発医薬品説明＋一般的服薬指導の合計時間)</u> がかかりますか。説明を行った患者がいなかった場合は「－」をご記入ください。 ※おおよその時間で結構です。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人当たりどの程度の時間がかかりますか。		約 ( ) 分	
(12) 平成 21 年 4 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 ( ) %	
(13) 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ちに切り替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。 ※○は1つだけ			
1. 10%未満		3. 30%以上～50%未満	
4. 50%以上～70%未満		6. 90%以上	
2. 10%以上～30%未満		5. 70%以上～90%未満	
(14) 医薬品の備蓄状況等			
		(ア) 全品目	(イ) うち、後発医薬品
	①平成 20 年 7 月	約 ( ) 品目	約 ( ) 品目
	②平成 21 年 7 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 α 10mg 後発医薬品 A 10mg 後発医薬品 B 10mg 先発医薬品 α 20mg 後発医薬品 A 20mg 後発医薬品 B 20mg ) →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 OD 錠 → ( ) 品目 2) 上記 1) 以外 → ( ) 品目	
	⑤上記質問(13)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	

(15) 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。 ※あてはまる番号すべてに○	
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. 患者の使用感がよい（例；味がよい、臭いが気にならない、貼付感がよい） 6. 調剤がしやすい（例；容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい） 7. その他（具体的に	)
(16) 処方せん受付時に、患者に対して、「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」の両方を行っていますか。 ※○は1つだけ	
1. はい 2. いいえ	
↓ (16)-1 説明や確認を行っているのはいつですか。 ※○は1つだけ	
1. 「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」のいずれについても、調剤室での薬の取り揃えの後に行っている 2. 「後発医薬品についての説明」は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている 3. 「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている 4. その他（具体的に	)
(17) 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てもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
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. 後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬剤料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価 6. 調剤室での薬の取り揃えの前に患者に後発医薬品について説明する等、薬局における調剤手順の見直し 7. 特に対応は必要ない 8. その他（具体的に	)
(17)-1 上記の選択肢1～8のうち、最もあてはまる番号を <u>1つだけ</u> お書きください。	

5. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を希望する旨が記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことです。



※ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、健康保険組合などにお問い合わせください。

(1) 「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※〇は1つだけ	
1. 知っている	2. 知らない
(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ことがありますか。 ※〇は1つだけ	
1. 提示されたことがある	2. 提示されたことはない →質問(4)へ
(3) 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された患者に対して、先発医薬品から後発医薬品に変更調剤を行った割合は、患者ベースでどのくらいですか。	
( ) 割	
(4) 被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が配布されるようになった平成 21 年 4 月以降、後発医薬品を希望する患者は増えましたか。 ※〇は1つだけ	
1. 増えた	2. 変わらない
(5) 貴薬局では、患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫をされていますか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
1. 薬局内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している 2. 受付窓口に「ジェネリック医薬品希望カード」を用意している 3. 薬局内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている 4. 後発医薬品に関心がある患者のために、専用の相談窓口を設けたり、説明担当の薬剤師を配置している 5. 薬局内で後発医薬品に関するビデオを流している 6. 処方せん受付時に、患者の意向を容易に確認できるような資材を配布している 7. その他（具体的に ) 8. 特に工夫していない	

6. 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いたします。







② 医師や薬剤師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。

※〇は1つだけ

1. 医師と薬剤師の両方からジェネリック医薬品について説明を受けたことがある
2. 主に医師からジェネリック医薬品について説明を受けたことがある
3. 主に薬剤師からジェネリック医薬品について説明を受けたことがある
4. 医師や薬剤師からジェネリック医薬品について説明を受けたことがない

③ 平成21年4月以降に医師や薬剤師に「ジェネリック医薬品の処方や調剤」をお願いしたことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. お願いしたことがある
2. お願いしたことはない

④ 医師や薬剤師に「ジェネリック医薬品の処方や調剤」は頼みやすかったですか。 ※〇は1つだけ

1. 頼みやすかった
2. 頼みにくかった
3. 頼む気はなかった

⑤ どうすれば、より、「ジェネリック医薬品の処方や調剤」を頼みやすくなると思いますか。

※以下1～9のうち、あてはまる番号すべてに〇

医療機関における対応

1. 診察時に、医師がジェネリック医薬品について説明をしてくれたり、使用に関する意向をたずねてくれること
2. 医療機関内に、ジェネリック医薬品を希望する患者は医師に相談してほしい旨のポスター等を掲示したり、使用の意思表示ができるカード等を用意していること
3. 医療機関内に、ジェネリック医薬品に関する専用の相談窓口があったり、説明担当の薬剤師がいること
4. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

薬局における対応

5. 処方せん受付時に、薬剤師がジェネリック医薬品の使用に関する意向をたずねてくれること
6. 薬局内に、ジェネリック医薬品を希望する患者は薬剤師に相談してほしい旨のポスター等を掲示したり、使用の意思表示ができるカード等を用意していること
7. 薬局内に、ジェネリック医薬品に関する専用の相談窓口があったり、説明担当の薬剤師がいること
8. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

その他

9. 頼みたいとは思わない  
→具体的に理由をご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]



⑧ 「ジェネリック医薬品希望カード」を利用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. 利用したことがある                      2. 利用したことはない

⑨ 「ジェネリック医薬品希望カード」を今後利用したいと思いませんか。 ※〇は1つだけ

1. 利用したい                                  2. 利用したくない

→質問⑩へお進みください。

【質問⑥で「2. 知らない」、質問⑦で「2. 持っていない」とお答えいただいた方のみご回答ください。】

⑩ 「ジェネリック医薬品希望カード」が手元があれば、それを利用したいと思いませんか。  
※〇は1つだけ

1. 利用したい                                  2. 利用したくない

【すべての方におうかがいします】

⑪ ジェネリック医薬品を使用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある    2. ない→質問⑫へ

<上記⑪でジェネリック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。>

⑪-1 ジェネリック医薬品の効果（効き目）に満足していますか。 ※〇は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

↳ ⑪-1-1 不満に感じられた点を具体的にお書きください。

⑪-2 窓口での薬代の負担感をお聞かせください。 ※〇は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

【すべての方におうかがいします】

⑫ ジェネリック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。 ※〇は1つだけ

1. できればジェネリック医薬品を使いたい  
2. できれば先発医薬品を使いたい  
3. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない  
4. わからない

⑬ あなたがジェネリック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→質問⑬-1へ
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. 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
8. 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
9. 国民皆保険（医療保険制度）を守るため、少しでも保険料を節約するという意識を持てること
10. その他（具体的に \_\_\_\_\_）
11. とくにない

⑬-1 1回にあなたが支払う金額がいくらぐらい安くなるのであれば、ジェネリック医薬品を使用したいと思いますか。 ※○は1つだけ

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. 少しでも安くなるのであれば使用したい | 2. 300円くらい   |
| 3. 500円くらい            | 4. 1,000円くらい |
| 5. 1,000円以上           |              |

3. ジェネリック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。

**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(平成 21 年度調査)**  
**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設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 21 年 7 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。

①性別	1. 男性	2. 女性	②年齢	( ) 歳
③主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 形成外科
	5. 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(具体的に )			

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①医療機関名	( )
②所在地	( ) 都・道・府・県
③開設者	1. 個人      2. 法人      3. その他
④種別 ※○は1つだけ	1. 無床診療所 2. 有床診療所 → 許可病床数 ( ) 床
⑤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. 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(具体的に )
⑥オーダーリングシステム ※○は1つだけ	1. 後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している 2. オーダーリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない 3. オーダーリングシステムは導入していない
⑦院内処方と院外処方の割合	院内処方 ( ) % + 院外処方 ( ) % = 100% ※処方せん枚数ベース
⑧医師数(常勤のみ)	( ) 人
⑨薬剤師数(常勤のみ)	( ) 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。
⑩医薬品の備蓄状況	
1) 医薬品備蓄品目数	約 ( ) 品目 ※平成 21 年 7 月末現在
2) 上記 1) のうち後発医薬品の備蓄品目数	約 ( ) 品目 ※平成 21 年 7 月末現在
⑪後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どう思いますか。 ※○は1つだけ	1. 改善した      2. 変化はない      3. 悪化した

<p>⑫ 貴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。 ※○は1つだけ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 近隣薬局や地域の薬剤師会に提供している</li> <li>2. 地域の薬剤師会に提供している</li> <li>3. 近隣の薬局に提供している</li> <li>4. 提供していない</li> <li>5. その他（具体的に )</li> </ol>
--	---

2. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成21年7月末現在または平成21年7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。）

<p>① 平均在院患者数 ※小数点以下第1位まで</p>	<p>( . ) 人 ※平成21年7月1か月間</p>
<p>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。 ※最も近いものの番号に1つだけ○</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品があるものは積極的に使用</li> <li>2. 後発医薬品のあるものの一部を使用</li> <li>3. 後発医薬品をほとんど使用していない</li> <li>4. その他（具体的に )</li> </ol> <p>→ ②-1 上記の理由としてあてはまる番号すべてに○をつけてください。</p> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 処方銘柄について患者からの強い要望</li> <li>2. 処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配</li> <li>3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問</li> <li>4. 後発医薬品の供給体制に不安</li> <li>5. 処方銘柄の作用が強く治療域がせまい</li> <li>6. 患者に適した剤形が他にない</li> <li>7. 処方銘柄を長く使用し信頼</li> <li>8. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定している</li> <li>9. 後発医薬品の使用による薬剤料減への不安</li> <li>10. その他（具体的に )</li> </ol> </div>
<p>③ 平成21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すか。 ※1つだけ選択し、「ある」場合は、③-1の質問についてあてはまる番号すべてに○をつけてください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ない</li> <li>2. ある</li> </ol> <p>→ ③-1 「ある」場合、その内容はどのようなものでしたか。 次の中からあてはまる番号すべてに○をつけてください。</p> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品の品質上の問題</li> <li>2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題</li> <li>3. 後発医薬品の供給体制上の問題</li> <li>4. その他（具体的に )</li> </ol> </div>
<p>④ 今後、どのような対応が進めば、診療所として、入院患者への投薬・注射及び外来患者への院内投薬における後発医薬品の使用を進めてもよいと思えますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>3. 後発医薬品に対する患者の理解</li> <li>4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価</li> <li>5. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価</li> <li>6. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備</li> <li>7. 特に対応は必要ない</li> <li>8. その他（具体的に )</li> </ol>

④-1 上記2. ④の選択肢1～8のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	
---	--

3. 貴施設における院外処方せん発行状況等（平成21年7月1か月間）についてお伺いします。

①貴施設では、平成21年4月以降、院外処方せんを発行していますか。 ※○は1つだけ	1. 発行している 2. 発行していない
---	-------------------------

→ 院外処方せんを発行していない場合は、6ページの「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」へお進みください。

②外来診療の状況についてお伺いします。	
1) 1か月の外来診療実日数（平成21年7月1か月間） ※半日診療は「0.5日」としてください。小数点以下第1位まで	(            .            ) 日
2) 1か月の外来延べ患者数（平成21年7月1か月間）	(            ) 人
③外来における院外処方せん発行枚数（平成21年7月1か月間）	(            ) 枚

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＞

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 ……………▶ 質問②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*する ……………▶ 質問②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①-1の後、質問②へ *後発医薬品の銘柄処方のほか、「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みます。	
＜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（    ）内に記入してください。	
1. 後発医薬品の品質への疑問 3. 後発医薬品の副作用への不安 5. 後発医薬品の情報提供の不備 →①-1-1 どのような情報が必要ですか。 { 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 }	2. 後発医薬品の効果への疑問 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備 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 }
……………▶ 質問②へお進みください	





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. 処方銘柄の作用が強く治療域のせまい医薬品であるから
  6. 患者に適した剤形が他にないから
  7. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから
  8. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定しているから
  9. その他（具体的に \_\_\_\_\_）
- ……………▶ 質問⑤へお進みください

⑤平成21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21年7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。お考えに最も近いものの番号に1つだけ○をつけてください。 ※○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 \_\_\_\_\_）

……………▶ 7ページの「6. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします」へお進みください。

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＞

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 ……………▶ 7 ページの 6. の質問①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する ……………▶ 7 ページの 6. の質問①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①-1 へ

＜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（ ）内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

→①-1-1 どのような情報が必要ですか。

（ 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 ）

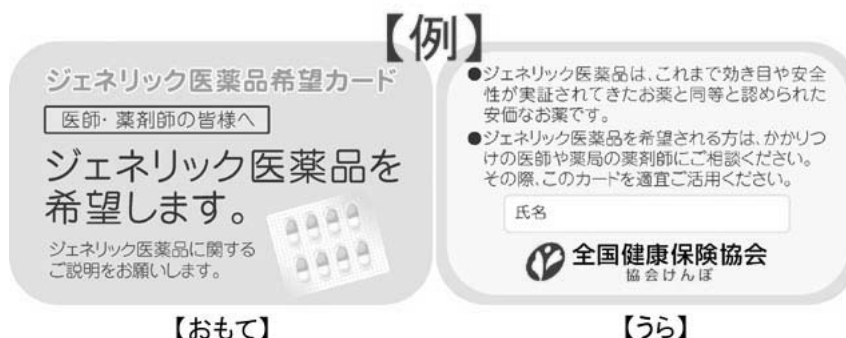
- 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足
- 7. 後発医薬品の使用による薬剤料減への不安
- 8. その他（具体的に

……………▶ 6. の質問①へ

6. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。〈全施設の方にお伺いします〉

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を希望する旨が記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことです。



※ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、健康保険組合などにお問い合わせください。

①「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※〇は1つだけ	
1. 知っている	2. 知らない→質問⑤へ
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ことがありますか。 ※〇は1つだけ	
1. 提示されたことがある	2. 提示されたことはない→質問⑤へ
③「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された患者に対して後発医薬品の処方又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを発行した割合をご記入ください。	
( ) 割	
④被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が配布されるようになった平成21年4月以降、後発医薬品を希望する患者は増えましたか。 ※〇は1つだけ	
1. 増えた	2. 変わらない
⑤貴施設では、患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫をされていますか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
1. 院内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している 2. 受付窓口に「ジェネリック医薬品希望カード」を用意している 3. 院内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている 4. 後発医薬品に関心がある患者のために、専用の相談窓口を設けたり、説明担当の薬剤師を配置している 5. 院内で後発医薬品に関するビデオを流している 6. 診察時に、患者の意向を容易に確認できるような資材を配布している 7. その他（具体的に ) 8. 特に工夫していない	

7. 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〉

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今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
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. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備	
6. 特に対応は必要ない	
7. その他（具体的に _____ ）	
②-1 上記7. ②の選択肢1～7のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。	

8. 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。

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。









<p>③平成 21 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。</p> <p>※1 つだけ選択し、「ある」場合は、③-1 の質問についてあてはまる番号すべてに○をつけてください。</p>	<p>1. ない</p> <p>2. ある</p> <p>→ ③-1 「ある」場合、その内容はどのようなものでしたか。 次の中からあてはまる番号すべてに○をつけてください。</p> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <p>1. 後発医薬品の品質上の問題</p> <p>2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題</p> <p>3. 後発医薬品の供給体制上の問題</p> <p>4. その他（具体的に _____ ）</p> </div>
<p>④今後、どのような対応が進めば、病院として、入院患者への投薬・注射及び外来患者への院内投薬における後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>3. 後発医薬品に対する患者の理解</p> <p>4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価</p> <p>5. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価</p> <p>6. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備</p> <p>7. 特に対応は必要ない</p> <p>8. その他（具体的に _____ ）</p>
<p>④-1 上記④の選択肢 1～8のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

4. 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。

「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。



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みます）は、変化しましたか。 ※○は1つだけ		
1. 多くなった	2. 変わらない	3. 少なくなった
③平成 21 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		
1. ある	2. ない → 質問④へ	
▶ 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		
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
③-2 「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○		
1. 患者からの強い要望があったから 2. 後発医薬品の品質が不安だから 3. 後発医薬品メーカーの供給体制が不安だから 4. 後発医薬品の情報提供体制が不安だから 5. 後発医薬品の剤形が患者に適していないから 6. 薬局での後発医薬品の備蓄が不安だから 7. 後発医薬品の効果や副作用の違いを経験したから 8. 作用が強く治療域のせまい薬剤だから 9. 先発医薬品を長く使用し信頼しているから 10. 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 11. 薬局で実際に調剤された後発医薬品名を診療録に記載するのが面倒だから 12. 薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから 13. 薬剤料が安くないから 14. 特に理由はない（処方方針として） 15. その他（具体的に _____） .....▶ 質問④へお進みください		
④平成 21 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		
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○をつけてください。 ※○は1つだけ		
1. 先発医薬品から後発医薬品への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。 ※○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○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. 処方銘柄の作用が強く治療域のせまい医薬品であるから
6. 患者に適した剤形が他にないから
7. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから
8. 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
9. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

……………▶ 質問⑤へお進みください

---

⑤平成21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21年7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
-------	-----------	-----------

---

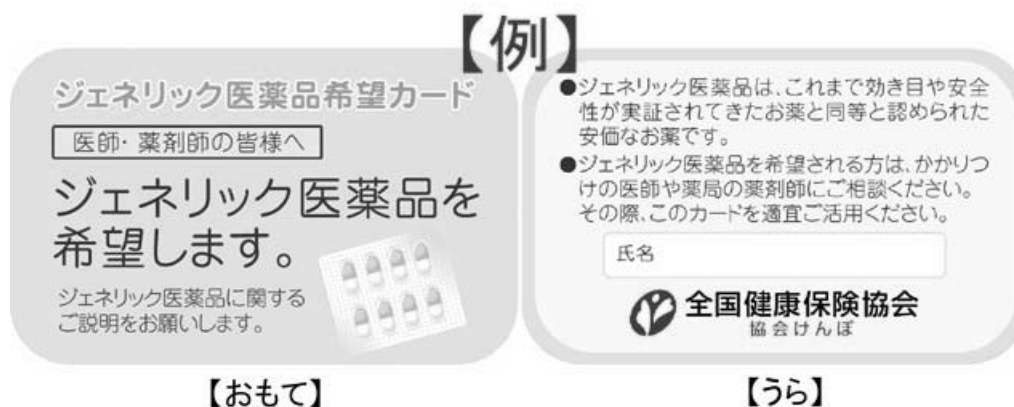
⑨保険薬局で後発医薬品へ変更した場合に、どのような情報提供が望ましいと思いますか。お考えに最も近いものの番号に1つだけ○をつけてください。 ※○は1つだけ

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 \_\_\_\_\_）

3. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を希望する旨が記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことです。



※ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、健康保険組合などにお問い合わせください。

①「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※〇は1つだけ	
1. 知っている	2. 知らない →5ページの4.へ
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ことがありますか。 ※〇は1つだけ	
1. 提示されたことがある	2. 提示されたことはない →5ページの4.へ
③「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された患者に対して後発医薬品の処方又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを発行した割合をご記入ください。	
(                      ) 割	
④被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が配布されるようになった平成21年4月以降、後発医薬品を希望する患者は増えましたか。 ※〇は1つだけ	
1. 増えた	2. 変わらない

4. 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今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
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. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備	
6. 特に対応は必要ない	
7. その他（具体的に _____ ）	
②-1 上記4. ②の選択肢1～7のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。	

5. 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。

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22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成22年度調査)の実施について(案)

### 1. 目的

中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会(以下「検証部会」という。)において策定された「平成22年度診療報酬改定結果検証特別調査項目について」に基づき、特別調査(平成22年度調査)を実施し、検証部会における平成22年度診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。

### 2. 調査の実施方法

特別調査は、外部委託により実施することとし、実施に当たっては、調査機関、検証部会委員、関係学会等により構成された「調査検討委員会」により、具体的な調査設計及び集計・分析方法の検討を行う。

### 3. 調査項目

以下に掲げる5項目について、平成22年度調査として着手することとする。

- (1) 救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査(別紙1)
- (2) 外来管理加算の要件見直し及び地域医療貢献加算創設の影響調査(別紙2)
- (3) 歯科技工加算創設の影響調査(別紙3)
- (4) 後発医薬品の使用状況調査(別紙4)
- (5) 明細書発行原則義務化後の実施状況調査(別紙5)

## 救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査（案）

### 1. 調査の目的

平成 22 年度改定における新生児集中治療や小児救急医療の評価、急性期後の受け皿としての後方病床機能の評価などが、救急医療等の充実・強化に与えた影響を調べるため、これらに関連した入院料等を算定している保険医療機関における診療体制や診療内容、患者の状況、他の医療機関との連携状況などについて調査を行う。

### 2. 調査客体

次の入院料等の算定に関する届出を行っている保険医療機関

- ・救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、地域連携小児夜間・休日診療料 等  
(抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定)

### 3. 主な調査項目

- ・施設及び病棟の状況  
～人員体制、在院日数、病床利用率等
- ・患者の状況  
～主傷病、主な診療行為実施状況、入院元・退院先等
- ・他医療機関との連携の状況 等

### 4. 調査スケジュール

平成 22 年

7～ 8 月 調査機関の選定

9～10 月 調査検討委員会における調査設計、調査票等の検討  
調査客体の選定

11～12 月 調査実施

平成 23 年

1 月 調査票回収、集計

2～3 月 調査結果取りまとめ



## 外来管理加算の要件見直し及び地域医療貢献加算創設の影響調査(案)

### 1. 調査の目的

平成22年度改定で算定要件の見直しを行った「外来管理加算」、休日・夜間等の標榜時間外においても患者からの問い合わせ等に対応できる体制の整備を評価する観点から創設された「地域医療貢献加算」について、保険医療機関の診療体制・診療内容の現状、患者の意識等の調査を行う。

### 2. 調査客体

外来管理加算については病院及び一般診療所、地域医療貢献加算については診療所(具体的な抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定)

(参考)

平成20年度外来管理加算調査における客体数(括弧内は回収状況)

病院(200床未満): 1,500施設(32.4%)

診療所: 2,000施設(29.3%)

患者: 調査日に来院した再診の患者、1施設最大4人(1,933人)

### 3. 主な調査項目

(外来管理加算)

- ・外来診療の状況  
～患者数、主な診療内容、患者への説明内容、診察時間等
- ・外来管理加算についての医師の意識
- ・医師の説明内容に対する患者の理解度、満足度 等

(地域医療貢献加算)

- ・標榜時間外における患者からの問い合わせ等への対応体制
- ・患者からの問い合わせ等の状況(件数、問い合わせ内容、対応等)
- ・地域医療貢献加算についての医師、患者の意識 等

### 4. 調査スケジュール

平成22年

7～8月 調査機関の選定

9～10月 調査検討委員会における調査設計、調査票等の検討  
調査客体の選定

11～12月 調査実施

平成23年

1月 調査票回収、集計

2～3月 調査結果取りまとめ

## 歯科技工加算創設の影響調査(案)

### 1. 調査の目的

平成22年度診療報酬改定において、歯科技工士を配置し、その技能を活用している保険医療機関の取組を評価する観点から創設された歯科技工加算について、当該加算の届出を行っている保険医療機関における有床義歯修理の体制整備の状況や院内歯科技工士の活用の効果、患者の意識等について調査を行う。

### 2. 調査客体

歯科技工加算の届出を行っている保険医療機関及び当該保険医療機関を受診した患者(具体的な抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定)

### 3. 主な調査項目

- ・歯科技工の体制整備の状況(歯科技工士の配置時期及び配置数、歯科技工室を整備した時期等)
- ・有床義歯修理の状況(修理の実施件数、修理の内容、修理に要する日数等)
- ・歯科技工士の活用の効果(同一患者における他の治療への影響、他の患者の診療への影響等)
- ・有床義歯の修理に関する患者の意識 等

### 4. 調査スケジュール

平成22年

7～8月 調査機関の選定

9～10月 調査検討委員会における調査設計、調査票等の検討  
調査客体の選定

11～12月 調査実施

平成23年

1月 調査票回収、集計

2～3月 調査結果取りまとめ

## 後発医薬品の使用状況調査 (案)

### 1. 調査の目的

平成 22 年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策により、保険医療機関における後発医薬品の使用状況や医師の処方、保険薬局における後発医薬品の調剤状況などがどのように変化したかを調査するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識の調査等を行う。

### 2. 調査客体

保険薬局、保険医療機関及び患者（具体的な抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定）

(参考)

平成 21 年度調査における客体数（括弧内は回収状況）

保険薬局：1,000 施設(56.6%)

保険医療機関：病院 1,000 施設(36.2%)、診療所 2,000 施設(36.2%)

患者：調査日に保険薬局に来局した患者、1 施設最大 4 人(1,012 人)

### 3. 主な調査項目

- ・ 保険薬局で受け付けた処方せんについて、「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名の状況
- ・ 保険薬局における後発医薬品への変更調剤（含量違い又は類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤を含む。）の状況、後発医薬品についての患者への説明状況
- ・ 後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化
- ・ 保険医療機関（入院・外来）における後発医薬品の使用状況（後発医薬品使用体制加算の算定状況を含む。）
- ・ 後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識 等

### 4. 調査スケジュール

平成 22 年

6～7 月 調査機関の選定

8 月 調査検討委員会における調査設計、調査票等の検討、調査客体の選定

9 月 調査実施

10 月 調査票回収、集計

11～12 月 調査結果（速報）報告

平成 23 年

2～3 月 調査結果取りまとめ

## 明細書発行原則義務化後の実施状況調査（案）

### 1. 調査の目的

明細書発行の原則義務化を踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーションにおける明細書の発行状況、発行事務の現状、患者への影響等を調査するとともに、明細書発行に対する患者の意識の調査等を行う。

### 2. 調査客体

保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション及び患者（具体的な抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定）

（参考）

平成 21 年度調査における客体数（括弧内は回収状況）

保険医療機関：病院 1,200 施設(37.1%)、一般診療所 800 施設(23.6%)  
                  歯科診療所 600 施設(40.2%)

保険薬局：200 施設(47.5%)

訪問看護ステーション：200 施設(34.5%)

患者：施設調査で回答の得られた施設の患者を対象（3,718 人）

### 3. 主な調査項目

- ・ 明細書の発行実態（発行枚数、費用徴収の有無及びその金額）
- ・ 明細書発行の事務・費用負担の実態（患者からの照会件数、照会への対応体制確保の状況、設備整備に要する費用等）
- ・ 患者への影響（待ち時間の増減、苦情の有無等）
- ・ 患者の明細書の受領状況及び明細書発行に関する意識 等

### 4. 調査スケジュール

平成 22 年

7～ 8 月 調査機関の選定

9～10 月 調査検討委員会における調査設計、調査票等の検討  
          調査客体の選定

11～12 月 調査実施

平成 23 年

1 月 調査票回収、集計

2～3 月 調査結果取りまとめ

## 平成22年度診療報酬改定の結果検証項目（案）について

平成22年度診療報酬改定の基本方針及び答申に当たっての中医協意見を踏まえ、以下のような検証項目案が考えられるがどうか。

### 1. 重点課題

#### (1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

○新生児集中治療や小児救急医療の評価、急性期後の受け皿としての後方病床機能の評価など、救急医療の充実・強化のための見直しの影響

#### (2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

○病院勤務医の負担の軽減及び処遇改善に係る措置の影響

○チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化

### 2. 4つの視点

#### (1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

○精神入院医療における重症度評価導入後の影響

○在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況

○歯科技工加算の創設による影響

#### (2) 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

○明細書発行の原則義務化後の実施状況及び影響

○外来管理加算の要件見直し、地域医療貢献加算の創設による影響

#### (3) 医療と介護の機能分化と連携の推進を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

○回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響

○在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況

#### (4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

○後発医薬品の処方・調剤の状況