

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)の結果について(たたき台)

平成22年5月26日
中央社会保険医療協議会
診療報酬改定結果検証部会

1 特別調査(平成21年度調査)の実施について

診療報酬改定結果検証部会(以下、「検証部会」という。)では、平成20年5月21日に策定した「平成20年度診療報酬改定結果検証特別調査項目について」に掲げられた特別調査10項目のうち、平成20年度に調査を実施しなかった5項目に、継続して調査を実施することが適切とされた「後発医薬品の使用状況調査」を加えた以下の6項目について調査を行った。

- (1) 明細書発行の一部義務化の実施状況調査
- (2) 7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査
- (3) 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
- (4) 歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査
- (5) 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
- (6) 後発医薬品の使用状況調査

この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、関係者等により構成された「調査検討委員会」における具体的な調査設計及び集計・分析方法の検討を経て行った。

調査結果については、調査速報として平成21年11月10日に開催した当検証部会に報告を行い、さらに、調査報告書案として平成22年5月26日に開催した当検証部会に報告を行い、その評価についての検討を行った。その結果を取りまとめたので以下に報告する。

2 「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」の結果について

(1) 調査の目的

医療機関等における明細書発行状況及びその変化、患者の明細書受領状況、患者の明細書発行に関する意識等を把握することを目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の保険医療機関等（病院・一般診療所・歯科診療所・保険薬局・訪問看護ステーション）から無作為に抽出された 3,000 施設に対し、平成 21 年 7～8 月に調査票を配布。

<患者調査>

施設調査において回答の得られた施設の患者を対象とし、1 施設につき無作為に抽出された患者（病院 20 名、一般診療所 10 名、歯科診療所 10 名、保険薬局 5 名、訪問看護ステーション 5 名）、計 40, 000 名に対し、平成 21 年 7～8 月に対象施設を通じて調査票を配布し、患者から郵送により直接回収。

(3) 回収の状況

<施設調査> 回収数：1, 039 施設（回収率 34.6%）

①病院	回収数：445 施設（回収率 37.1%）
②一般診療所	回収数：189 施設（回収率 23.6%）
③歯科診療所	回収数：241 施設（回収率 40.2%）
④保険薬局	回収数：95 施設（回収率 47.5%）
⑤訪問看護ステーション	回収数：69 施設（回収率 34.5%）

<患者調査> 回収数：3, 718 人

①病院・一般診療所	回収数：2, 779 人
②歯科診療所	回収数：694 人
③保険薬局	回収数：143 人
④訪問看護ステーション	回収数：102 人

(4) 主な結果

<施設調査>

- ・ 明細書発行一部義務化についての認知度は、全ての施設において 80%以上

が「知っている」と回答している。(5 ページ：図表 2-2)

- ・ 患者への周知方法は、25.3%が「支払窓口に明記」、19.3%が「待合室にポスターを掲示」と回答しているが、最も多かったのは、「特に何もしていない」の49.0%であった。(6 ページ：図表 2-3 (複数回答))
- ・ 明細書発行の依頼頻度は、全ての施設において80%以上が「ほとんどない」と回答しているが、病院は他の施設と比較して「年に数回」(入院：12.4%、外来：12.1%)という回答が多い傾向にあった。(8 ページ：図表 2-5)
- ・ 明細書の発行状況については、全施設の7.5%が「全ての患者に対して発行」(病院：2.2%、一般診療所：6.9%、歯科診療所：12.9%、保険薬局：6.3%、訪問看護ステーション：26.1%)、31.4%が「一部の患者のみに発行」(病院：49.2%、一般診療所：22.2%、歯科診療所：17.8%、保険薬局：18.9%、訪問看護ステーション：5.8%)と回答しているが、全施設の56.9%は、「発行していない」(病院：45.8%以外は、全て60%以上)と回答している。(10 ページ：図表 2-7)

明細書を発行していない理由については、92.0%が「希望する患者がいない」と回答しており(30 ページ：図表 2-25 (複数回答))、明細書の今後の発行意向については、80.0%が「依頼があれば発行」と回答している。(32 ページ：図表 2-27)

- ・ 明細書の発行を開始した時期別にみると、明細書発行の一部義務化が施行された平成20年4月より前の時期には明細書を発行している施設の割合は10%台であったが、平成20年4月以降は、25%以上が全部又は一部の患者に対して明細書の発行を開始した旨回答している。(14~16 ページ：図表 2-11)
- ・ 明細書の費用徴収については、23.0%が「1件ごとに定額徴収」、2.2%が「ページ数ごとに定額徴収」と回答しているが、71.0%は「徴収していない」と回答している。なお、訪問看護ステーションでは、費用徴収しているという回答はなかった。(24 ページ：図表 2-18)

明細書の費用(費用徴収している施設のみ)については、最大3,000円(病院：2,100円、一般・歯科診療所：3,000円、保険薬局：1,050円)、平均527.6円(病院：452.2円、一般診療所：675.8円、歯科診療所：849.5円、保険薬局：705円)と回答している。(25 ページ：図表 2-19)

〈患者調査〉

- ・ 明細書発行の一部義務化については、30.9%が「知っている」、63.2%が

「知らない」と回答している。(48 ページ：図表 3-8)

- ・ 明細書発行について知ったきっかけは、「施設内のポスター・掲示・パンフレット」(34.3%)、「新聞、インターネット等メディアから」(20.2%)、「施設側からの明細書発行」(15.8%)、「施設側からの紹介(口頭)」(11.9%)などとなっている。(50～51 ページ：図表 3-11)
- ・ 明細書を受け取った経験について、26.7%が「受け取ったことがある」、60.9%が「受け取ったことがない」と回答している。受け取った経験が多いのは、病院・一般診療所(29.3%)、訪問看護ステーション(35.3%)である。(53 ページ：図表 3-13)
- ・ 明細書の発行を依頼した経験について、「依頼したことがある」と回答したのは、わずか 3.5%であり、87.8%については、「依頼したことがない」との回答であった。(55 ページ：図表 3-16)
- ・ 明細書を受け取ってよかった点については「医療費の内訳が分かりやすくなった」が 44.0%、「治療・検査内容が分かりやすくなった」が 32.3%、「施設への安心感・信頼感が増した」が 16.3%となっている。(58～59 ページ：図表 3-20 (複数回答))
- ・ 明細書発行に係る手数料がかかったと回答したのは、病院・一般診療所(入院)が 2.5%、病院・一般診療所(外来)が 1.4%であった。(65 ページ：図表 3-25)
- ・ 明細書発行の希望については、「金額によらず希望する」が 9.9%、「無料であれば希望する」が 43.4%、「実費相当であれば希望する」が 3.2%、「希望しない」が 21.7%などとなっている。(68 ページ：図表 3-30)

(5) 検証部会としての評価

明細書については、平成 20 年 4 月から、レセプトのオンライン請求の義務化の対象となる医療機関において、患者の求めがあった場合に発行が義務づけられている。

施設調査結果によれば、医療機関の約 8 割は明細書発行の義務化について知っているが、患者に対する周知としては「特段の周知を行っていない」という回答が半数近くを占めている。前回調査(平成 18 年度)と比較すると、「支払い窓口への明記」「待合室にポスター掲示」といった具体的な行動をとっている医療機関の割合は増えているものの、20～25%程度にとどまっている。このように医療機関側による周知が必ずしも十分でないこともあり、患者調査結果では、明細書発行の一部義務化について知っている患者は約 3 割にとどまっている。

明細書の発行開始時期別にみた発行施設の割合は、明細書発行の一部義務化が施行された平成20年4月以降伸びていることから、一部義務化は一定の効果があつたものと考えられる。

しかし、明細書を発行していると回答した医療機関は全体の4割（うち、全ての患者に対して発行している医療機関は1割弱、一部の患者のみに発行している医療機関は3割程度）にとどまっている。明細書を発行していないと回答した医療機関のうちの9割以上は、発行していない理由を「患者からの希望がなかったため」と回答しており、今後の発行意向については、8割以上が「患者からの依頼があれば発行する」と回答している。

以上のような調査結果から見ると、明細書の発行が進まない背景としては、患者が明細書発行の一部義務化を知らないため発行を依頼せず、医療機関側も患者の依頼がなければ発行しないという状況があるためと考えられる。したがって、今後、医療の透明化の観点から明細書の発行を進めていくためには、国はもとより、医療機関、保険者などがそれぞれの立場で、患者への周知により一層の努力をしていくことが望まれる。

明細書の発行による変化については、患者の3～4割は明細書の発行によって「医療費の内訳が分かりやすくなった」「治療・検査内容がわかりやすくなった」と、また、2割弱が「施設への安心感、信頼感が増した」と回答しており、今のところ明細書を受け取った患者は少数ではあるものの、実際に明細書を受け取った患者は、明細書発行には利点があると感じているという結果となっている。

明細書発行の手数料については、6～7割の医療機関が無料発行しているが、患者側の意向として約4割が「無料であれば明細書の発行を依頼したい」と回答しており、手数料設定のあり方も、今後、明細書の発行を進めていくための考慮事項の一つと考えられる。

3 「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査」の結果について

(1) 調査の目的

急性期入院医療を行う7対1入院基本料算定病院、急性期治療を経過した患者に対し医療を提供している亜急性期入院医療管理料算定病院及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院における機能分化・連携の状況や患者像等の把握及び「地域連携クリティカルパス」に係る点数を算定している医療機関における連携状況等の把握を目的とした。

(2) 調査対象及び調査の概要

<施設調査>

下記の①、②の病院から無作為抽出した計3,500施設を対象（ただし、②の病院のうち亜急性期入院医療管理料の届出病院（1,174施設）及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病院（1,011施設）については全施設を対象とする。）とし、「病棟調査」と合わせて、平成21年7～8月に調査票を配布。

① 急性期入院医療を行う医療機関として、一般病棟入院基本料の7対1及び10対1入院基本料の届出病院及び地域連携診療計画管理料の届出病院

② 急性期治療を経過した患者に対し医療を提供している医療機関として、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病院、並びに地域連携診療計画退院時指導料の届出病院

<病棟調査>

「施設調査」に回答のあった病院の亜急性期病室、回復期リハビリテーション病棟、一般病棟（重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合の高い病棟及び低い病棟より各3病棟、計6病棟を選択）を対象とする。

<病棟患者調査>

「病棟調査」の対象となった各病棟のうち、亜急性期病室では平成21年6月の入院中患者、退院患者の全てを、回復期リハビリテーション病棟では平成21年6月の退棟患者の全てを、一般病棟では平成21年6月の退院患者24名（対象6病棟、各病棟4名）を、それぞれ調査対象とし、平成21年7～8月に対象施設を通じて調査票を配布、各施設においてとりまとめの上郵送回収。

※ 回復期リハビリテーション病棟に関する調査については、調査客体の負担軽減の観点から、同時期に実施している「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」で配布した調査票

による調査結果を活用するものとし、本調査では、調査票の配布は行わない。

<診療所調査>

地域連携診療計画退院時指導料の届出診療所とそれ以外の有床診療所から無作為抽出した計 1,000 施設を対象とし、平成 21 年 7~8 月に調査票を郵送。

(3) 回収の状況

<施設調査>

①7 対 1 入院基本料届出	回収数：413 施設（回収率 38.9%）
②10 対 1 入院基本料届出	回収数：507 施設（回収率 26.8%）
③亜急性期入院医療管理料届出	回収数：325 施設（回収率 36.3%）
④地域連携診療計画管理料等届出	回収数：744 施設（回収率 36.1%）

<病棟調査>

①一般病棟（7 対 1 届出）	回収数：1,725 件
②一般病棟（10 対 1 届出）	回収数：1,142 件
③亜急性期病室	回収数：395 件

<病棟患者調査>

①一般病棟（7 対 1 届出）	回収数：6,821 件
②一般病棟（10 対 1 届出）	回収数：4,493 件
③亜急性期病室（入院中）	回収数：2,966 件
④亜急性期病室（退室）	回収数：2,883 件

<診療所調査> 回収数：200 件（回収率 20.0%）

(4) 主な結果

<7 対 1 入院基本料算定病棟>

- ・ 7 対 1 入院基本料を算定している病院の承認等の状況を見ると、二次救急医療機関が 69.2%、災害拠点病院が 34.9%、がん診療連携拠点病院が 26.6%、総合周産期母子医療センターが 7.3%等となっており、10 対 1 入院基本料を算定している病院と比較すると、いずれも割合が高くなっている。（7 ページ：図表 2-2（複数回答））また、診療報酬に係る届出状況を見ると、入院基本料等加算では、医療安全対策加算が 67.6%、医師事務作業補助体制加算が 43.3%、超急性期脳卒中加算が 38.0%等となっており、特定入院料では、救命救急入院料が 17.6%、特定集中治療室管理料が 42.5%、新生児特定集中治療室管理料が 17.0%等となっており、10 対 1 入院基本料を算定している病院と比較すると

いずれも割合が高くなっている。(8ページ：図表2-3(複数回答)、9ページ：図表2-6(複数回答))

- ・ 連携する医療機関数に対する意向については、74.3%が「増やしたい」と回答している。連携先として増やしたい医療機能としては、回復期リハビリ機能(41.0%)、療養機能(42.7%)、亜急性期医療機能(27.4%)等となっている。また、それら医療機能の地域における充足状況について、「地域に十分ない」が、それぞれ63.5%、71.8%、69.0%となっている。(20ページ：図表2-19(複数回答)、図表2-20(複数回答))
- ・ 平成21年4月～6月の7対1病棟の平均在院日数は16.7日であり、これは10対1病棟の19.4日よりも短く、前年同期間(17.1日)と比較しても短縮している。(34ページ：図表2-34)
- ・ 病棟調査から見た在院患者の入退院の状況について、入院前の居場所としては「在宅」が最も多く73.6%となっており、退院患者の退院・転院・転棟先についても「在宅」が最も多く75.2%となっている。(33ページ：図表2-33、37ページ：図表2-39)
- ・ 重症度・看護必要度の基準を満たす割合の平均は、7対1病棟(17.6%)よりも10対1病棟(19.0%)が高くなっているが、これは10対1病棟の有効回答数が非常に少ないことや重症度・看護必要度の測定が義務化されていないにも関わらず必要度を測定している医療機関が調査の対象となっていることが背景にあると考えられる。(38ページ：図表2-40)
- ・ 入棟患者の主傷病を見ると、7対1病棟では「その他の消化器系の疾患(7.5%)」「その他の悪性新生物(6.3%)」「骨折(5.0%)」「肺炎(4.5%)」などが多くなっており、10対1病棟では「肺炎(7.4%)」「骨折(5.7%)」「脳梗塞(4.1%)」等となっている。(49ページ：図表2-46)
- ・ 入棟中の患者状況を見ると、手術の実施が38.9%、うち全身麻酔が55.7%となっており、侵襲性の高い検査の実施が12.3%、侵襲性の高い処置の実施が7.6%となっている。(56ページ：図表2-58)また、「A. モニタリング及び処置等」の点数が5～10点でかつ「B. 患者の状況等」の点数が6～12点の患者の割合は、入棟期間中の最高点時において15.6%となっており、これは10対1病棟(12.5%)より高くなっている。(56～57ページ：図表2-59)
- ・ なお、今回の調査では10対1入院基本料届出医療機関からの回答率が低かったため、10対1病棟の調査結果は参考値としての取扱いとした。

〈亜急性期入院医療管理料算定病棟〉

- ・ 平成21年4月～6月の亜急性期入院医療管理料算定病棟における亜急性期病室の平均在院日数は、管理料1算定病棟で34.5日、管理料2算定病棟で27.5日であり、これは、前年同期間（管理料1で36.5日、管理料2で29.0日）と比較しても短縮している。（79ページ：図表3-31）
- ・ 病棟調査から見た在院患者の入退院の状況について、入院前の居場所としては「自院の病床」が最も多く、管理料1で96.4%、管理料2で96.9%となっている。（82ページ：図表3-35、84ページ：図表3-38）一方、退院患者の退院・転院・転棟先については「在宅」が最も多く管理料1で74.2%、管理料2で76.1%となっている。（85ページ：図表3-40、86ページ：図表3-42）
- ・ 入棟患者の主傷病を見ると、骨折や関節症が多く、管理料1では41.0%、管理料2で40.1%となっている。（87ページ：図表3-43）
- ・ 入棟中の患者状況を見ると、リハビリテーションの実施が管理料1で86.0%、管理料2が86.2%と高く、リハビリの種類としては、運動器が管理料1で75.1%、管理料2で73.5%といずれも高くなっている。（89ページ：図表3-47）

〈地域連携クリティカルパス〉

- ・ 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の算定病院の状況を見ると、計画管理料を算定している病院は、7対1病棟（64.9%）、10対1病棟（27.6%）などが多く、退院時指導料を算定している病院は、回復期リハビリテーション病棟（63.0%）、亜急性期入院医療管理料算定病棟（29.4%）などが多くなっている。（122ページ：図表4-1）
- ・ 算定患者の状況を見ると、まず、大腿骨頸部骨折については計画管理料を算定している患者の割合は29.5%、退院指導料を算定している患者の割合は26.3%となっている。（125ページ：図表4-4、126ページ：図表4-5）一方、脳卒中については、計画管理料を算定している患者の割合は13.2%、退院指導料を算定している患者の割合は16.1%となっている。（127ページ：図表4-6、128ページ：図表4-7）

（5）検証部会としての評価

本調査は、急性期入院医療を行う7対1入院基本料算定病院、急性期治療を経過した患者に対して医療を提供する亜急性期入院医療管理料算定病院における

患者像や機能分化・連携状況の把握、さらに、地域連携クリティカルパスに係る点数を算定している医療機関における連携状況の把握を目的として実施した。

調査結果を見ると、まず、7対1入院基本料算定病院は、救急医療、災害医療など地域医療の中核機能を担っている病院の割合が高いことが分かる。また、入棟患者の状況を見ると、手術や侵襲性の高い検査・処置の実施割合が高くなっておりなど、おおむね急性期医療を提供する病院において想定される患者像となっていたことが分かった。

病棟調査から見ると患者の入退院の経路としては在宅が最も多いが、一方で約7割の病院が連携する医療機関を増やしたいと回答している。具体的には回復期リハビリ機能、療養機能、亜急性期医療機能などを有する医療機関との連携希望はあるものの、これらの機能を有する医療機関は、現状では地域に必ずしも十分にはないとの回答も多く、急性期病院からの円滑な退院先の確保という観点からは、今後更なる検討が必要であろう。

次に亜急性期入院医療管理料算定病院について見ると、入院前の居場所としては9割が自院の病床となっており、また、入棟患者の主傷病で見ても、骨折や関節症などの運動器系の傷病が4割を占めているなど、急性期入院医療を提供する病院とはかなり異なる患者像が示唆された。こうした患者の状況を反映して提供されている医療サービスとしても運動器リハビリテーションがかなりの割合で実施されており、亜急性期入院医療管理料の今後の在り方については、こうした患者像を踏まえた検討が必要である。

地域連携クリティカルパスについては、現行では大腿骨頸部骨折と脳卒中の2つの疾病についての算定となっているが、検証結果を見ると大腿骨頸部骨折では約3割の患者が算定されているのに対し、脳卒中では算定割合は2割を下回っていた。脳卒中については平成20年改定で新たに追加されたこともあってまだ普及が十分でないことが示唆されるが、今後、周知も含め、さらなる普及が望まれる。また、地域連携クリティカルパスに係る点数の算定状況を見ると、計画管理料の算定は7対1病棟などの急性期入院医療を提供する病院で多く、退院時指導料の算定は回復期リハビリテーション病棟などの急性期後の医療を提供する病院で多くなっており、おおむね想定された結果となっていた。

4 「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」の結果について

(1) 調査の目的

医療機関等における回復期リハビリテーション病棟の入退棟時の患者の状況及び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提供状況を把握することを目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

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全ての保険医療機関に対し、平成21年7～8月に調査票を配布。

<病棟調査>

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を算定している全ての病棟を対象とし、平成21年7～8月に調査票を配布。

<退棟患者調査>

施設調査の対象病棟において、平成21年6月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を対象とし、平成21年7～8月に調査票を配布し、各施設においてとりまとめの上、郵送回収。

(3) 回収の状況

<施設調査> 回収数： 501件（回収率49.6%）

<病棟調査> 回収数： 652件

<退棟患者調査> 回収数：9,735人

(4) 主な結果

<施設調査>

- 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体制について見ると、まず、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（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等）の出勤状況は100床当たり17.8人であった。土曜日〔平成21年7月4日（土）〕では13.3人で平日の出勤者数の72.7%。日曜日〔平成21年7月5日（日）〕では7.0人で平日の出勤者数の36.6%であった。（10～12ページ：図表2-15、2-17、2-19）

〈病棟調査〉

- ・ 回復期リハビリテーション病棟における診療報酬の算定状況は、入院料1が88.0%、入院料2が12.0%、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の算定病棟のうち、平成20年4月以降の基準取得が79.5%、平成20年3月以前の基準取得が20.5%であった。(17ページ：図表3-1)
- ・ 平日[平成21年6月1日(月)]における職種別・時間別の体制を見ると、7時、21時、2時といった早朝や夜間・深夜帯で理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの職員数が0.0~0.1人程度と少なくなっていた。(20ページ：図表3-9)
- ・ 平成21年4~6月の新規入棟患者の日常生活機能評価の点数の分布を見ると、10点以上の重症患者の割合は、入院料1・重症患者回復病棟加算有りの場合で29.3%、入院料1・重症患者回復病棟加算なしの場合で29.2%、入院料2では、平成20年4月以降の基準取得病棟で27.2%、平成20年3月以前の基準取得病棟で16.5%であった。(22ページ：図表3-14)
- ・ 新規入棟患者の主たる原因疾患は、「脳血管疾患」が46.0%で最も多く、次いで「大腿骨、骨盤等の骨折、二肢以上の多発骨折(33.4%)」「廃用症候群(11.0%)」等となっている。また、入棟前の居場所は、他院の一般病床が47.4%、自院の一般病床が46.4%で、併せて93.8%が一般病床となっている。(23ページ：図表3-15、24ページ：図表3-16)
- ・ 平成21年4~6月の退棟患者の日常生活機能の改善状況を見ると、入棟時に10点以上の重症者であった者のうち、退棟時に点数が3点以上改善していた患者の割合は58.1%であった。(25ページ：図表3-17)
- ・ 退棟患者の退棟後の居場所については、在宅が68.6%と最も多く、次いで介護老人保健施設(7.3%)、他院の一般病床(6.4%)等となっている。(26ページ：図表3-18) また、平成21年1~6月の半年間の退棟患者の在宅復帰率は平均で75.5%、重症患者の回復率は平均で54.8%であった。(29ページ：図表3-20、30ページ：図表3-21)
- ・ リハビリテーションの実施状況について、患者1人1日当たりのリハビリテーション実施単位数で見ると、理学療法、作業療法、言語療法を併せた全体の平均は5.5単位で、分布をみると8単位以上が8.6%ある一方、3単位未満も8.3%となっていた。(32~33ページ：図表3-22)

〈退棟患者調査〉

- ・ 退棟患者の入棟時における原因疾患は入院料1算定患者では脳血管疾患が最も多く、入院料1（加算あり）算定患者の47.1%、入院料1（加算なし）算定患者の45.0%であった。一方、入院料2算定患者では骨折・多発骨折が最も多く、40.8%であった。（41ページ：図表4-7）
- ・ 入棟前の居場所については、自院・他院の一般病床が最も多く、入院料1（加算あり）算定患者の79.9%、入院料1（加算なし）算定患者の73.6%、入院料2算定患者の75.3%であった。（48ページ：図表4-14）また、退棟後の居場所については、在宅が最も多く、入院料1（加算あり）算定患者の68.8%、入院料1（加算なし）算定患者の68.6%、入院料2算定患者の65.6%であった。（76ページ：図表4-39）
- ・ 日常生活機能の改善状況を見ると、入棟時に10点以上の重症者であった者のうち、退棟時に点数が3点以上改善していた患者の割合は入院料1（加算あり）算定患者で60.8%、入院料1（加算なし）算定患者で59.3%、入院料2算定患者で52.5%であった。（61～62ページ：図表4-32）
- ・ 退棟決定の状況については、「予定よりも早く退棟できた」「特に問題なく、予定どおりに退棟できた」患者の割合が、入院料1（加算あり）では72.1%、入院料1（加算なし）では72.3%、入院料2では74.2%であった。（79ページ：図表4-41）

（5）検証部会としての評価

回復期リハビリテーション病棟入院料については、平成20年度改定において「質の評価」が試行的に導入され、入院料1の算定に当たり、①新規患者の15%以上が重症患者（日常生活機能評価が10点以上の患者）であること、②退院患者の在宅復帰率が60%以上、という要件が設定された。また、新設の重症患者回復病棟加算の算定に当たっては、日常生活機能改善率（3点以上改善）が30%以上とされた。

今回の検証調査結果を見ると、まず、調査対象病棟の約8割が入院料1を算定しており、また、①新規入棟患者に占める重症患者の割合は平均30%程度、②退院患者の在宅復帰率は平均76%程度と、いずれも算定基準を相当程度上回る実績となっていることから、質の評価導入後も、多くの病院が入院料1の算定に向けて新基準を満たすための努力をしてきたことが分かる。

また、算定基準に在宅復帰率を入れたことにより、入棟患者について軽症者を受け入れるような傾向になるのではないかと、という懸念については、①質の評価

基準を導入していない入院料2と比較すると、入院料1算定病棟の方が新規入棟患者に占める重症患者の割合が高いこと、②入院料2で見ると、診療報酬改定前の平成20年3月以前から継続算定している病棟よりも、改定後に基準を取得した病棟の方が重症患者の割合が高いこと、などから見て、そのような患者の選別は起こっていないことも示唆された。

さらに、患者の入退院の流れを見ると、大半の患者が一般病棟から入棟し、退棟先は自宅復帰となっていること、また、退棟決定については、7割の患者について「予定よりも早く退棟できた」「予定どおりに退棟できた」となっているなど、復帰先と退棟のタイミングの双方で望ましい動きが見られた。

これらの結果から、試行的に導入された質の評価は、全体としては、患者の状態の改善に資する影響を与えていると考えられる。

一方、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実施体制・実施状況を見ると、まず、土日や朝晩におけるリハビリテーション提供体制がやや手薄になっている状況が見受けられる。また、患者1人1日当たりのリハビリテーションの実施状況にもかなりのばらつきがあることが見て取れる。より充実したリハビリテーションの提供という観点からは、休日も含め、いつでもリハビリテーションが行える体制や、より充実したリハビリテーションを実施している施設を評価していくことが望まれる。

5. 「歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査」の結果について

(1) 調査の目的

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、医科の医療機関との連携状況等、医療安全に対する歯科医療機関の取組み内容及び職員意識の変化等や患者の安心感等について把握することを目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

〈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保険医療機関の中から無作為抽出した 1,000 施設に対し、平成 21 年 7～8 月に調査票を配布。

〈患者調査〉

上記「施設調査」の対象施設に来院し、歯科外来診療環境体制加算を算定した患者を対象として、同対象施設を通じて 1 施設当たり 4 名分の調査票を平成 21 年 7～8 月に配布し、各患者から郵送により直接回収。

(3) 回収の状況

〈施設調査〉

発送数：1,000 施設 回収数：562 施設（回収率 56.2%）

〈患者調査〉

1,570 人

(4) 主な結果

〈施設調査〉

- ・ 本加算の施設基準の届出受理時期は、本加算の施設基準の届出が受理された医療機関のうち 39.1% が平成 20 年 4 月であった。医療機関別にみると、診療所は 36.9%、病院は 53.8%、歯科大学もしくは歯学部附属病院は 100% であった。また、本加算の算定率は平成 20 年 4 月には 20.7% であったが、平成 21 年 4 月では 24.2% となった。（14 ページ：図表 14、16 ページ：図表 15）
- ・ 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、歯科医療機関全体の 80.4% が外部の医科の保険医療機関と、9.8% が併設されている医科診療部門と、6.8% がその両方と、それぞれ連携をとっている

と回答している。(21ページ：図表22)

- ・ 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」と「平成20年4月より前」とを比較すると、歯科医療機関全体では、51.8%から72.4%へと連携体制を整えた施設数の割合が伸びている。特に、歯科診療所は49.2%から71.2%と大幅に伸びている。月別にみると、平成20年4月に体制整備を行った歯科診療所が多い。(22ページ：図表24、23ページ：図表26、24ページ：図表28)
- ・ 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・器具の導入時期についてみると、自動体外式除細動器(AED)や経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)については、平成20年4月に導入した施設が多い。(28ページ：図表32、30ページ：図表34)
- ・ 歯科外来診療環境体制加算の整備について、「大いに役立つ」「やや役立つ」とした歯科医療機関の割合は、「誤飲・誤嚥、患者の急変時等の発生時の初期対応に係る歯科医師の研修(94.3%)」「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%)」「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%)」などとなっている。(40ページ：図表43)
- ・ 歯科外来診療における患者の急変時の状況については、歯科診療所では「歯科麻酔時」が38.5%と最も多かったのに対し、病院では「手術時」が38.6%と最も多かった。また、急変時の患者の状態については「気分が悪くなった」(54.9%)が最も多く、次いで「誤嚥・誤飲」(24.6%)、「血圧低下」(17.9%)等となっている。さらに急変時の具体的な対応については、「院内施設での安静」(45.1%)、「医療機器を使用した対応」(44.0%)、「連携施設への搬送」(28.0%)等となっている。(60ページ：図表66、61ページ：図表67(複数回答)、62ページ：図表68(複数回答))

〈患者調査〉

- ・ 患者調査の結果を見ると、全体の59.0%が「歯科外来診療環境体制加算」の対象施設であることを認知しており、92.1%がこうした施設で歯科治療を受けることで安心できると回答している。(83ページ：図表87、84ページ：図表88、85ページ：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の認知度を見ると「気づかなかった」と回答した患者の割合は、全体で41.8%、診療所で39.7%、病院で60.3%、大学歯学部附属病院または歯科大学病院では

58. 3%であった。(87ページ：図表91)

- ・ 歯科診療を受ける際に不安になることとしては、「治療のときの痛み」(55.0%)が最も多く、次いで「さまざまな器械の操作音」(35.7%)、「器具、器械の消毒・滅菌」(29.2%)等となっている。(96ページ：図表99(複数回答))
- ・ さらに、歯科医療機関に対する安心感が高まるための医療機関の取組みとしては「機器の消毒や滅菌処理の徹底など十分な感染症対策」「医療事故、感染症対策等に関連する研修を歯科医師が終了」「緊急時の適切な対応ができるよう他の病院等との連携」などを挙げる者の割合が高かった。(100ページ：図表102)

(5) 検証部会としての評価

本加算は、安全で安心できる歯科医療を提供する環境整備を目的として平成20年度の診療報酬改定で新設されたが、その算定に当たっては、①医療安全・感染症対策等に関する歯科医師等の研修、②自動体外式除細動器(AED)等の機器整備、③医科医療機関との連携などが要件とされている。自動体外式除細動器(AED)などの機器等の整備については、平成20年4月以降にこれらの機器を設置する歯科医療機関が急増する等、本加算が一つの契機となって体制整備が行われたことが伺われる。このことは、特に歯科診療所において顕著であり、安全で安心できる歯科医療を提供する環境整備への取組が歯科診療所にも拡大していることが伺われる。

また、①届出歯科医療機関の9割程度が本加算の要件となっている歯科医師等の研修、機器等の整備、医科医療機関との連携などについて、安全・安心な歯科外来診療を提供するために有効であると回答していること、②患者調査においても9割程度がこうした要件を満たす歯科医療機関で治療を受けることにより安心度が高まると回答していること等から見ても、本加算における要件設定は概ね適切であったと評価できる。

なお、本加算の要件として医療安全対策に係る院内掲示が義務づけられているが、患者調査による院内掲示の認知度を見ると、診療所では39.7%、病院では60.3%の患者が「気づかなかった」と回答しており、患者への周知に関しては歯科医療機関における更なる努力が必要である。

6 「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」の結果について

(1) 調査の目的

ニコチン依存症管理料の算定状況、算定している医療機関における9ヶ月後の禁煙成功率及び禁煙指導体制について把握することを目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

「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の中から無作為抽出した保険医療機関 1,500 施設に対し、平成 21 年 7～8 月に調査票を配布。

<患者調査>

調査対象となった保険医療機関において、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対象とし、保険医療機関が患者に対して電話調査を実施。

(3) 回収の状況

<施設調査>

712 施設 (回収率 47.5%)

<患者調査>

3,471 人

(4) 主な結果

<施設調査>

- ・ ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期を見ると 69.7% が、本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 月となっていた。また、自由診療による禁煙治療の実施状況は、施設基準届出前よりも行っている施設が 25.8%。施設基準届出以降から行っている施設が 16.7% となっていた。(7 ページ：図表 8、8 ページ：図表 9)
- ・ 禁煙治療の体制については、病院の場合は「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」が 41.5% であったのに対し、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」が 89.1% であった。(14 ページ：図表 19)

- ・ 禁煙指導の実施者は60.3%の施設が「医師に加えて他の医療職種も指導している」と回答しており、他の医療職種の内容としては、看護師が93.5%と最も多かった。(15ページ：図表20、16ページ：図表21(複数回答))
また、患者に対する1回あたりの医師の平均指導時間は初回指導では19.1分、2回目以降の指導では10.4分であった。(17ページ：図表23、20ページ：図表29)

〈患者調査〉

- ・ 禁煙指導開始時における合併症の有無を見ると46.6%が合併症ありと回答しており、具体的には、高血圧(36.6%)、脂質異常(20.5%)、呼吸器疾患(19.9%)、糖尿病(19.1%)などとなっていた。(34ページ：図表50、図表51(複数回答))性別にみると、男性は糖尿病(男性：22.0%、女性10.8%)、心臓病(男性：15.8%、女性8.0%)などの割合が高く、女性は精神疾患(男性：8.9%、女性：21.8%)の割合が高かった。(36ページ：図表54)
- ・ ニコチン依存症管理料の算定回数の状況を見ると、5回目まで全て終了した患者の割合は35.5%であり前回(平成18年度)調査における割合(30.0%)よりも改善していた。(37ページ：図表55)また、5回の指導を終了した患者の指導終了時の状況を見ると、4週間禁煙の割合が78.5%となっており、これも前回調査の72.3%と比較すると改善していた。(43ページ：図表65)
- ・ ニコチン依存症指導中止時の状況を見ると、43.8%は「中止時に禁煙」となっており、これは指導回数が増えるほど高くなり、4回目で中止した場合には、66.9%が「中止時に禁煙」となっていた。(50ページ：図表76)
- ・ 5回の治療を全て終了した患者について、治療終了時から9ヶ月後の状況を見ると、49.1%が禁煙継続となっており、前回調査の45.7%よりも改善していた。(55ページ：図表82)
- ・ 5回の治療を全て終了した患者と、指導中止時に禁煙だった者を併せた指導終了9ヶ月後の状況を見ると、58.3%が禁煙継続となっており、前回調査の55.3%よりも改善していた。(67ページ：図表102)

〈多変量ロジスティック回帰分析〉

また、患者の属性等が禁煙成功率に与える影響については、クロス集計では必ずしも明確に出なかったこともあり、今回の調査では多変量解析の手法を用

いた分析も行った。

指導終了後9ヶ月後の禁煙継続の状況を被説明変数とし、単変量ロジスティック回帰分析によって有意差（5%水準）を認めた11項目を説明変数として多変量ロジスティック回帰分析を行った。まず、患者の属性としては、「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」「精神疾患の有無」の6項目について有意差（5%水準）が認められ、①年齢が高い、②喫煙年数が短い、③喫煙本数が少ない、④TDS 点数が低い、⑤保険再算定がない、⑥精神疾患がない患者ほど禁煙継続の傾向が見られた。また、患者の治療内容としては、「算定回数」「保険適用中の禁煙補助剤の使用状況」について有意差が見られ、具体的には算定回数が多いほど禁煙継続の傾向にあり、また、禁煙補助剤については「バレニクリンのみ使用」の患者の方が「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の傾向があった。

（5）検証部会としての評価

本調査は、平成18年度、19年度に続く3回目の調査であるが、今回の調査では、「ニコチン依存症管理料」を算定している患者における指導終了時及び指導終了9ヶ月後の禁煙成功率の把握、禁煙指導体制の把握を主な目的として実施した。

禁煙指導体制については、病院は約4割が専門外来等を設置しているのに対し、診療所は約9割が通常の診療の中で行っているとの違いがあるが、禁煙指導の実施者、平均的な指導時間についてはあまり大きな違いは見られなかった。

禁煙成功率については、指導終了時及び指導終了9ヶ月後のいずれの場合も前回調査よりも高くなっている。また、指導中止者についても、指導回数が増加するほど中止時以降の禁煙率が高まっていることから、本管理料で評価している禁煙治療は一定の効果を挙げていると評価することができる。

7 「後発医薬品の使用状況調査」の結果について

(1) 調査の目的

保険薬局における「後発医薬品への変更不可」とされた処方せんの受付状況や後発医薬品の患者への説明・調剤の状況、医療機関における後発医薬品の使用状況、医療機関・医師、保険薬局及び患者の後発医薬品使用についての意識等を把握することを目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の施設の中から無作為抽出した保険薬局 1,000 施設、診療所 2,000 施設、病院 1,000 施設に対し、平成 21 年 7～8 月に調査票を配布。

<医師調査>

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

<患者調査>

調査対象となった保険薬局に調査日に来局した患者、1 施設につき最大 4 名に対し、保険薬局を通じて調査票を配布し、各患者から郵送により直接回収。

(3) 回収の状況

- ①保険薬局 回収数： 566施設（回収率 56.6%）
（処方せん枚数 5,964枚（339薬局分））
- ②診療所 回収数： 724施設（回収率 36.2%）
- ③病院 回収数： 362施設（回収率 36.2%）
- ④医師 回収数： 465人
- ⑤患者 回収数：1,012人

(4) 主な結果

<保険薬局調査>

- ・ 薬局で受け付けた処方せんの発行医療機関のうち、「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の割合は 16.0%であった。
（13 ページ：図表 11）
- ・ 平成 21 年 7 月 21 日～27 日の 1 週間の処方せんにおける、1 品目でも後

後発医薬品を調剤した処方せんの割合は 42.3%であった。(16 ページ：図表 16) また「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名は、「署名なし」が 68.5%、「署名あり」が 31.5%であった。(15 ページ：図表 15)

- ・ 「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)のうち、「1 品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せん」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。(18 ページ：図表 19)
- ・ 後発医薬品の説明・調剤に関する考え方について 33.2%の薬局が「あまり積極的には取り組んでいない」と回答し、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」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(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%)」等となっている。(24 ページ：図表 26、27(複数回答))
- ・ 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、36.2%の薬局が「薬剤料等(患者自己負担額)の差額が小さいから」、31.6%の薬局が「後発医薬品に対する不安があるから」と回答している。(30 ページ：図表 36)
- ・ 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としては、「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」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(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銘柄変更調剤ができる環境の整備(51.8%)」等となっている。(41 ページ：図表 51(複数回答))
- ・ ジェネリック医薬品希望カードの認知度については、81.4%が「知っている」と回答しているが、患者から提示された経験については、62.5%が「提示されたことはない」と回答している。(42 ページ：図表 52、53)

〈医療機関調査・医師調査〉

- ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況については、診療所の 66.2%、病院の 82.1%が「積極的に使用」あるいは「一部を使用」と回答している。(69 ページ：図表 84) また、入院患者に対して後発医薬品を積極的に使用している病院の 43.0%が外来患者の院内投薬に後発医薬品を積極的に使用、33.3%が外来患者の院外処方にも後発医薬品を積極的に使用していると回答している。(71 ページ：図表 86、72 ページ：図表 87)
- ・ 「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は、診療所の医師の 61.9%、病院の医師の 61.5%が「署名したことはない」と回答している。(85 ページ：図表 104) その一方で、外来診療時の後発医薬品の処方に関する考えは、「患者からの要望がなくても積極的に処方」が 9.9%、「患者からの要望があっても基本的に処方しない」が 13.2%であり、最も回答が多かったのは「特にこだわりのない」で 73.7%であった。(92 ページ：図表 113) このうち、外来診療において患者から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、その理由をたずねたところ、「品質への疑問」(76.9%)、「効果への疑問」(64.1%)、「副作用への不安」(52.6%) 等であった。(94 ページ：図表 115 (複数回答))
- ・ 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という問いに対しては、「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(診療所 65.1%、病院 77.0%)」、「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(診療所 55.8%、病院 71.0%)」などの回答が多かった。(96 ページ：図表 117 (複数回答))
- ・ ジェネリック医薬品希望カードの認知度については、診療所の医師の 45.6%、病院の医師の 33.3%が「知っている」と回答し、また、患者から提示された経験については、診療所の医師の 36.4%、病院の医師の 18.1%が「提示されたことがある」と回答している。(100 ページ：図表 121、122)

〈患者調査〉

- ・ 患者の 72.4%は、後発医薬品を「知っている」と回答しており、年齢階級別に見ると、30歳台、40歳台及び30歳未満で「知っている」と回答した者の割合が高かった。(122 ページ：図表 136、123 ページ：図表 137)
- ・ 後発医薬品を知っていると回答した者に主に誰から説明を受けたか尋ねたところ、「主に薬剤師から説明を受けた」が 42.9%で最も多かった。(126 ページ：図表 140) また、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(54.7%)」であった。(133ページ：図表147(複数回答))

- ・ 後発医薬品の使用経験については、49.0%が「ある」と回答しており、年齢階級別に見ると30歳台、40歳台で「ある」と回答した者の割合が6割程度で高かった。(148ページ：図表162、149ページ：図表163) また、後発医薬品の使用経験のある者の81.4%が「満足している」あるいは「どちらかと言えば満足している」と回答している。(150ページ：図表164)
- ・ 後発医薬品使用に対する考えは、「できれば後発医薬品を使いたい」という患者が24.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が19.4%であった。最も回答が多かったのは「後発・先発医薬品にこだわらない」で38.6%であった。(154ページ：図表168) また、「できれば後発医薬品を使いたい」と回答した割合は、後発医薬品の使用経験のある人で32.1%、後発医薬品の使用経験がない人で16.7%であった。(156ページ：図表170)
- ・ 後発医薬品の使用の際に必要なことをたずねたところ、「効果があること」(69.7%)、「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%)等であった。(159ページ：図表173(複数回答))

(5) 検証部会としての評価

薬局調査の結果を見ると、処方医の約7割は、「後発医薬品への変更不可」欄に署名していないにも関わらず、薬局における後発医薬品への変更調剤の割合は、「以前に後発医薬品へ変更して処方したことを受けて、処方医が後発医薬品へ切り替えた処方せん」を含めても1割未満と低く、依然として薬局における後発医薬品の調剤はあまり進んでいない。後発品の調剤にあまり積極的に取り組まない理由としては、「後発品の備蓄等による在庫管理の負担」を挙げる回答が約7割と最も多くなっている。一方、今後、薬局として、後発医薬品への変更を進めるための要件としては、「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」「後発医薬品に対する患者の理解」「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」のほか、「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」も挙げられている。薬局における後発医薬品の調剤を進めていくためには、こうした回答も参考にしつつ、具体策を検討する必要がある。

医療機関・医師調査の結果を見ると、病院の約8割は、入院患者に対する後発医薬品の使用について「積極的に使用」「一部を使用」と回答している。ま

た、入院患者に対して後発医薬品を「積極的に使用」と回答している病院ほど、外来患者への後発医薬品の使用や処方に積極的であるという結果も出ており、今後は、外来だけでなく入院においても後発医薬品の積極的な使用を進めていくための方策を検討する必要がある。

また、医師の処方行動について見ると、「後発医薬品への変更不可」欄への署名について、約6割の医師が「署名したことはない」と回答しており、必ずしも後発医薬品の使用に消極的ではない。しかし、一方で患者から要望があっても後発医薬品を処方しないと回答した医師の中には「品質への疑問」「効果への疑問」「副作用への不安」等を挙げる者が多く、また、今後、どのような対応がなされれば後発医薬品の処方を進めてもよいかという点については「品質保証が十分であることの周知徹底」などを挙げる回答が多かったことなどから見ても、後発医薬品に対する医師の疑問を解消していくための更なる取り組みが必要であると考えられる。

一方、患者側について見れば、後発医薬品の認知度は約7割であるが、実際に使用した経験のある者は約5割となっている。後発医薬品の使用経験がある患者の8割は「満足している」あるいは「どちらかと言えば満足している」と回答しており、今後の後発医薬品使用についても、「できれば後発医薬品を使用したい」と回答した患者の割合は、使用経験のある者は、使用経験のない者の2倍となっていることから、使用経験の有無が、患者の後発医薬品に対する考え方にも大きく影響していると考えられる。

また、後発医薬品の処方や調剤を頼みやすくするために患者が求める対応としては、「医師や薬剤師からの説明、患者に対する後発医薬品の利用意向の確認」を挙げる回答が多かったことは、患者の側における後発医薬品の使用を進めていくための方策を考える上で参考になると考える。