

日医総研ワーキングペーパー

かかりつけ医機能と在宅医療について
の診療所調査結果（2016年11月実施）

No. 378

2017年2月28日

日本医師会総合政策研究機構

日本医師会保険医療部

かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果(2016年11月実施)

日本医師会総合政策研究機構(日医総研) 前田由美子

公益社団法人日本医師会 保険医療部

キーワード

- ◆ かかりつけ医
- ◆ 地域包括診療料(加算)
- ◆ 在宅医療
- ◆ 在宅療養支援診療所
- ◆ 長期処方
- ◆ 後発医薬品

ポイント

- ◆ 診療所のかかりつけ医機能や在宅医療への取り組みなどの実態を把握するため、診療所の開設者または管理者を対象にアンケート調査を実施した。対象者数3,416、有効回答数1,603(有効回答率46.9%)である。
- ◆ かかりつけ医機能を評価する診療報酬として、前回2014年度改定で、地域包括診療料(加算)が創設されたが、在宅患者への24時間対応がネックとなって、算定が拡大する見込みがない。また常勤医師2人以上も要件の1つであるが、多くの診療所では1人医師である。かかりつけ医確保のため、現実的な要件にすべきではないか。
- ◆ 訪問診療を行っている診療所の約半数は在支診以外である。2016年度改定で在支診に対する評価が行われたが、在支診のみならず在宅医療を行う診療所に対して広く評価が必要ではないか。
- ◆ 24時間の往診体制、24時間の連絡体制の負担が大きく、在宅医療が広がる見通しが無い。医師自身の体力の問題から、在宅医療から撤退するという診療所もある。在宅医療を担う診療所の負担軽減が必要である。
- ◆ 地域で在宅医療を拡大するためには、受け皿となる入院施設の確保も必須である。
- ◆ 家族の介護力の確保も不可欠とされている。家族の事情や地域の事情にあった診療報酬にとどまらない施策が求められる。

- ◆ 長期処方が増加しているが、長期処方による重症化の問題等も指摘されている。患者の理解も得て、是正していく必要があるのではないか。
- ◆ 薬局とのコミュニケーションがとれている診療所は、かかりつけ患者の医薬品の管理ができています。診療所と薬局との連携が重要である。
- ◆ 一般名処方加算を算定していない理由として「一般名での処方に抵抗がある」、「薬局や薬剤師の対応が不安」という回答は減少してきているが、「後発医薬品を信頼できない」という回答は依然として4割ある。また、後発医薬品について品質、効果に問題があると考えた医師がそれぞれ5割以上である。後発医薬品について、国としてさらに国民、医師に理解を得るよう努める必要があるのではないか。

目 次

1. 調査の目的と方法	1
1.1. 目的	1
1.2. 方法	1
1.3. 回収状況	1
1.4. 分析の方法	2
1.5. 留意点	2
2. 集計・分析	3
2.1. 基本情報	3
2.1.1. 診療科	3
2.1.2. 有床診療所	4
2.1.3. 医師など職員数	5
2.2. かかりつけ医	8
2.2.1. 結果の要約	8
2.2.2. 地域包括診療料（加算）等	10
2.2.3. かかりつけ医機能	12
2.2.4. かかりつけ医と介護保険	18
2.2.5. 小児のかかりつけ医	22
2.2.6. 日医かかりつけ医機能研修制度	26
2.3. 在宅医療	30
2.3.1. 結果の要約	30
2.3.2. 在宅療養支援診療所	32
2.3.3. 在宅医療への取り組み状況	36
2.3.4. 在宅医療の課題	47
2.4. 処方状況	58
2.4.1. 結果の要約	58
2.4.2. 院内処方・院外処方	59
2.4.3. 長期処方	60
2.4.4. 残薬の疑義照会・情報提供	68
2.5. 後発医薬品	71

2.5.1. 結果の要約	71
2.5.2. 一般名処方加算・外来後発医薬品使用体制加算	72
2.5.3. 後発医薬品についての問題	78
謝辞	80
3. 調査票	81

1. 調査の目的と方法

1.1. 目的

2016年度の診療報酬改定では、「患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることや、病気を治すだけでなく、『生活の質』を高める「治し、支える医療」を実現することが重要¹という視点から、かかりつけ医機能の評価が見直された。また、在宅医療を専門に行う医療機関の開設が認められたほか、地域包括ケアシステムの構築にむけて在宅医療の評価の見直しが行われた。これを踏まえて日本医師会では、次期診療報酬改定等の議論に資することを目的に、診療所のかかりつけ医機能や在宅医療への取り組みなどの実態を把握するためアンケート調査を行った。

1.2. 方法

調査対象は、公益社団法人日本医師会の会員のうち、診療所の開設者または法人の代表者で管理者を兼ねる医師から20分の1を無作為抽出した3,418人である。郵便の不達が2件あったので、最終的な対象者は3,416人である。調査票は2016年11月25日に郵送した。また、日本医師会のホームページからExcel形式の調査票をダウンロードし、メールで回答できるようにした。郵送、メールとも1月23日まで回答を受け付けた。

1.3. 回収状況

対象者数3,416、回答者数1,605（回答率47.0%）、有効回答数1,603（有効回答率46.9%）である。さらに調査項目によっては無効回答もあるので、集計項目ごとに有効回答数を記載している。

¹ 「平成28年度診療報酬改定の基本方針」2015年12月7日、社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000106247.pdf

1.4. 分析の方法

日本医師会が過去に実施した調査と同じ項目があるものについては、比較して分析を行った。

- 前回 2014 年調査（2014 年 10 月実施）

「2014年度 診療報酬改定に係る診療所調査結果—かかりつけ医機能と在宅医療を中心に—」

<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP330.pdf>

- 前々回 2012 年調査（2012 年 6 月実施）

「2012 年度 診療報酬改定についての調査結果報告」

<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP262.pdf>

図表中で、全体と診療科別が併記されているものについては、診療科は「再掲」である。

1.5. 留意点

本調査は公益社団法人日本医師会の会員を対象とした調査である。在宅医療専門の診療所などの中には医師会員ではないケースもあるが、それらは対象としていない。その点で、本調査は、基本的に外来を行っている「かかりつけ医」の調査である。

2. 集計・分析

2.1. 基本情報

2.1.1. 診療科

2016年11月1日現在の状況である。無床・有床別の回答割合は無床診療所90.9%、有床診療所8.5%であり、厚生労働省の「医療施設動態調査（平成28年10月末概数）」とほぼ同じである。診療科別では、本調査では、厚生労働省の「医療施設調査」にはない人工透析科を独立させていることもあり、内科の割合がやや低い（表2.1.1）。

表 2.1.1 診療科別回答数

診療科	無床	有床	無回答	計		全国 ※1 構成比(%)
					構成比(%)	
内科	759	36	5	800	49.9	55.2
小児科	88	2	0	90	5.6	5.5
精神科	47	0	1	48	3.0	3.2
外科	23	7	0	30	1.9	3.4
整形外科	111	14	0	125	7.8	7.2
皮膚科	91	0	0	91	5.7	4.6
婦人科	25	2	0	27	1.7	0.7
産科・産婦人科	17	40	0	57	3.6	2.9
眼科	113	18	0	131	8.2	7.2
耳鼻咽喉科	95	1	1	97	6.1	5.0
泌尿器科	31	2	0	33	2.1	1.6
脳神経外科	11	3	0	14	0.9	1.0
人工透析科	9	3	0	12	0.7	—
その他	31	8	0	39	2.4	2.8
無回答	6	1	2	9	0.6	—
計	1,457	137	9	1,603	100.0	
構成比(%)	90.9	8.5	0.6	100.0	—	
全国構成比(%) ※2	92.5	7.5	—			

※1 厚生労働省「平成26年医療施設（静態・動態）調査」

内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、

神経内科、糖尿病内科（代謝内科）、感染症内科

外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）

※2 厚生労働省「医療施設動態調査（平成28年10月末概数）」

2.1.2. 有床診療所

有床診療所において病床数 19 床が 132 施設中 49 施設（37.1%）を占めた（図 2.1.1）。平均病床数は 13.2 床である（図 2.1.2）。

図 2.1.1 有床診療所 病床数別回答施設数

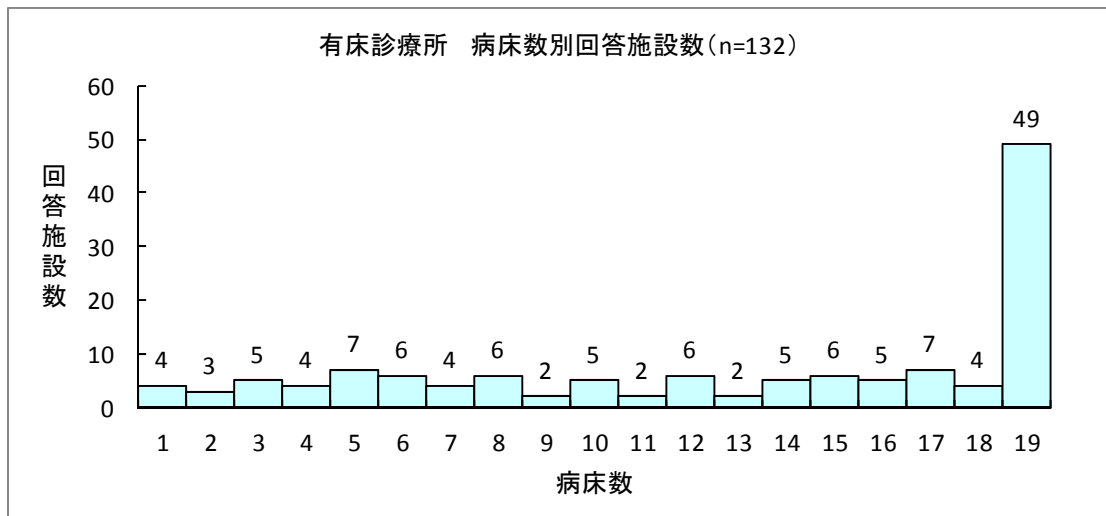
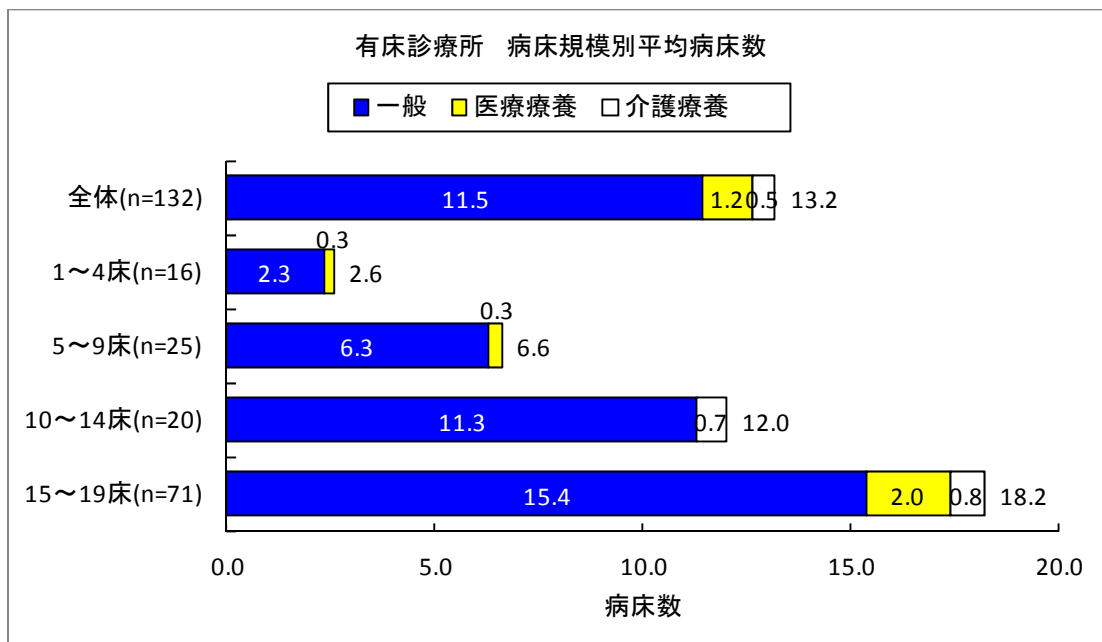


図 2.1.2 有床診療所 病床規模別平均病床数



2.1.3. 医師など職員数

診療所の8割以上は常勤医師数1人である(図2.1.3)。

図 2.1.3 常勤医師数別構成割合

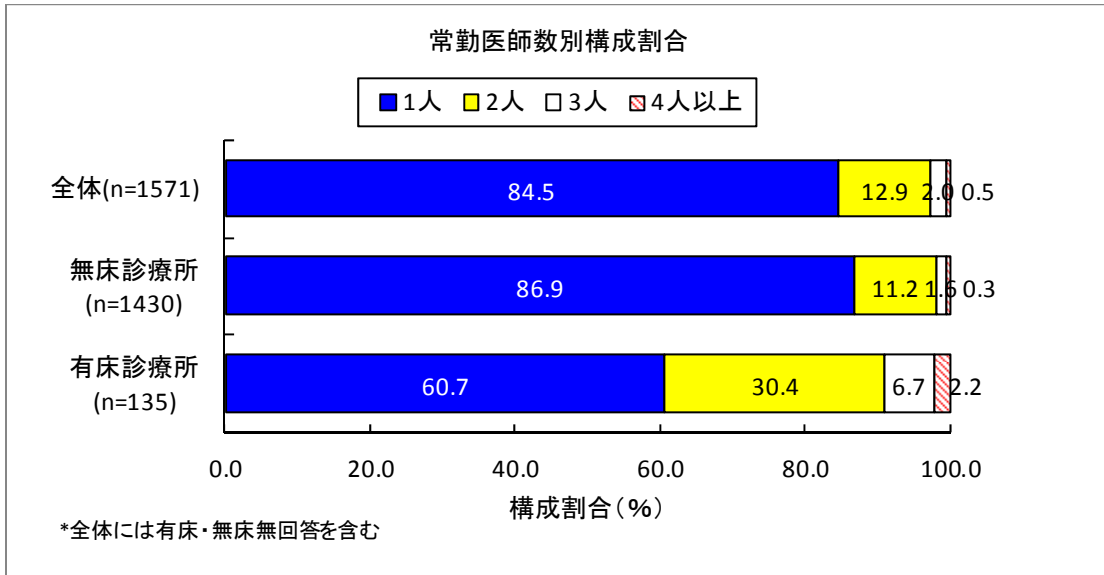
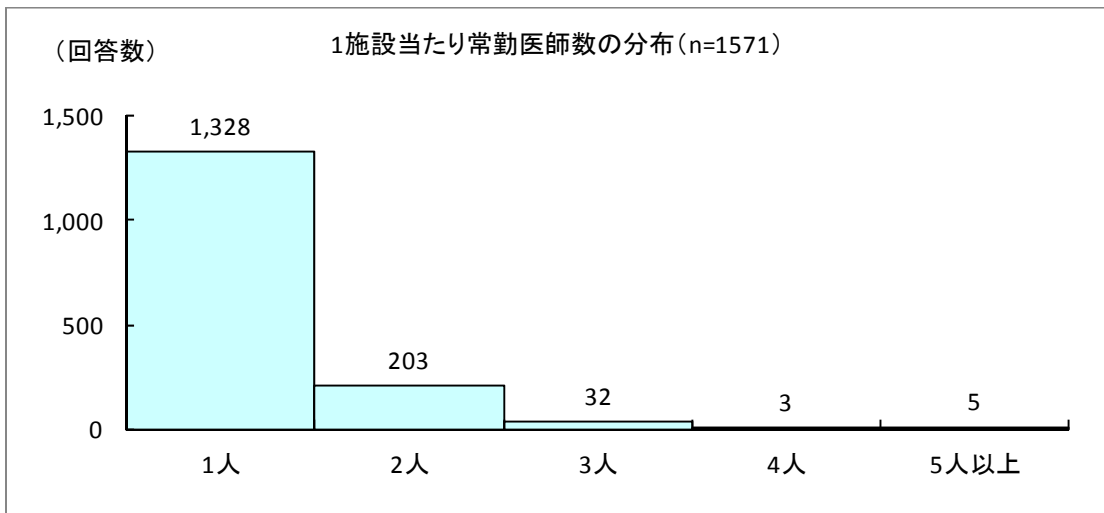


図 2.1.4 1施設当たり常勤医師数の分布



在宅医療を担当する医師については、無回答が多かったが、これは「特に決めていないケース」か「いない」ケースであると推察される。すなわち逆に在宅医療を担当する医師が「いる」ケースとは、在宅医療を担当する医師を明らかにしている診療所であり、内科の場合は約4割であった（図 2.1.5）。

また内科で在宅医療を担当する医師を明らかにしているケースでも、多くは1人で複数配置は少なかった（図 2.1.6）。

図 2.1.5 在宅医療を担当する常勤医師の配置

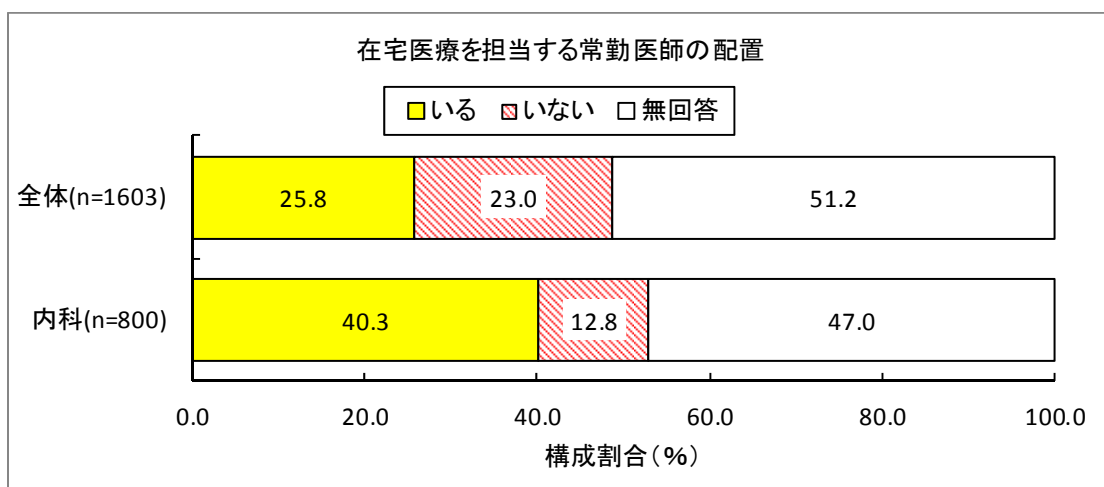
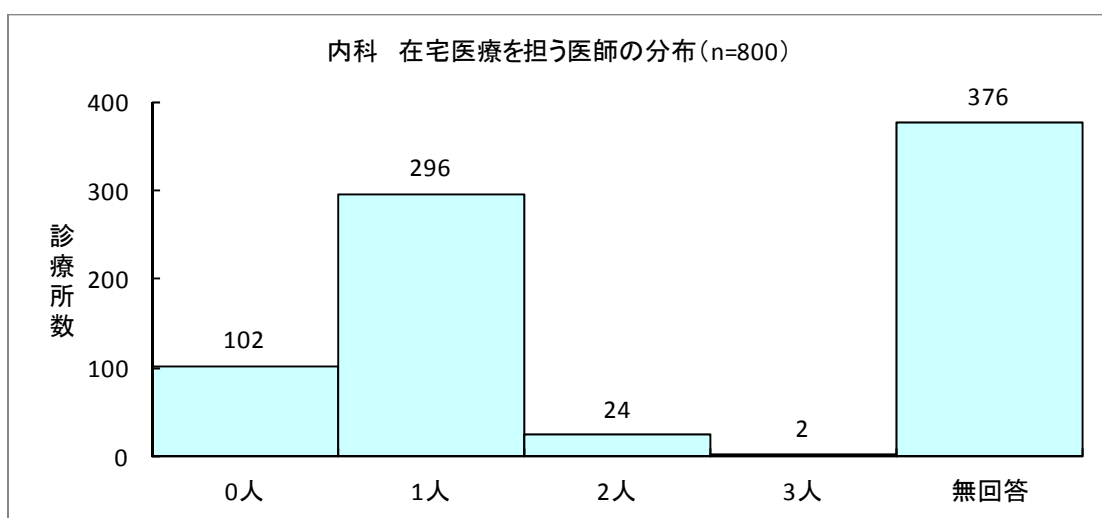


図 2.1.6 内科 在宅医療を担う医師の分布



無床診療所の常勤換算平均職員数はおおむね 4～5 人であるが、人工透析科は 9.9 人、脳神経外科は 7.1 人であった（表 2.1.2）。

表 2.1.2 1 施設当たり常勤換算平均職員数

無床診療所 (人)

診療科	回答数 ※			医師	薬剤師	看護師	准看護師	看護補助者	介護福祉士	その他 医療技術 従事者	事務職員 その他	合計
		常勤	非常勤									
内科	743	1.2	0.1	1.2	0.0	0.8	0.6	0.1	0.0	0.1	1.5	4.3
小児科	88	1.1	0.1	1.2	0.0	0.9	0.5	0.1	0.0	0.0	1.7	4.4
精神科	46	1.1	0.2	1.3	0.0	0.5	0.2	0.0	0.0	0.6	1.6	4.3
外科	23	1.1	0.0	1.1	0.0	0.4	0.5	0.1	0.0	0.1	0.7	2.9
整形外科	108	1.1	0.0	1.1	0.0	0.8	0.8	0.4	0.0	1.3	2.0	6.5
皮膚科	91	1.2	0.1	1.2	0.0	0.6	0.4	0.1	0.0	0.0	1.7	4.1
婦人科	24	1.1	0.0	1.2	0.0	0.6	0.2	0.2	0.0	0.1	1.2	3.5
産科・産婦人科	17	1.2	0.1	1.2	0.0	1.8	0.3	0.3	0.0	0.6	1.9	6.0
眼科	111	1.1	0.1	1.2	0.0	0.2	0.3	0.2	0.0	0.5	1.7	4.0
耳鼻咽喉科	94	1.2	0.0	1.2	0.0	0.4	0.3	0.5	0.0	0.1	1.7	4.4
泌尿器科	31	1.0	0.0	1.0	0.1	1.2	0.6	0.0	0.0	0.0	2.2	5.2
脳神経外科	10	1.4	0.1	1.5	0.0	1.2	0.7	0.3	0.0	1.3	2.2	7.1
人工透析科	9	1.2	0.3	1.5	0.1	2.5	1.6	0.1	0.2	1.4	2.6	9.9
その他	31	1.3	0.2	1.4	0.0	1.5	0.3	0.5	0.0	0.9	1.7	6.4

※常勤医師1人以上の回答があった診療所

有床診療所(回答数3以下の診療科は非表示) (人)

診療科	回答数 ※			医師	薬剤師	看護師	准看護師	看護補助者	介護福祉士	その他 医療技術 従事者	事務職員 その他	合計
		常勤	非常勤									
内科	36	1.5	0.2	1.7	0.1	2.1	2.8	1.3	0.6	0.9	4.4	14.0
外科	7	1.3	0.3	1.6	0.0	2.8	4.6	2.3	0.0	0.1	2.8	14.3
整形外科	14	1.4	0.1	1.4	0.2	1.3	4.4	1.1	0.4	2.8	4.0	15.6
産科・産婦人科	40	1.6	0.3	1.9	0.0	5.6	2.8	1.3	0.0	0.6	4.6	16.8
眼科	17	1.6	0.3	1.8	0.0	1.2	1.7	0.1	0.0	1.7	5.2	11.6

※常勤医師1人以上の回答があった診療所

2.2. かかりつけ医

2.2.1. 結果の要約

【地域包括診療料（加算）等】

- 地域包括診療料（加算）は、内科の1割強が届出しているが、今後（当面1年ぐらいで）、届出が大きく拡大する見込みはない。
- 認知症地域包括診療料（加算）の算定割合は、内科では今後も1割に満たない見込みである。

【かかりつけ医機能】

- かかりつけ医にとって、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」が重要と考えられており、内科ではそれぞれ3割で実施している。
- 「在宅患者に対する24時間対応」が可能な診療所は少なく、実施できていたとしても約半数は負担が大きいと回答している。

【かかりつけ医と介護保険】

- 地域包括診療料（加算）の要件のうち、かかりつけ医にとって重要と考えられているのは、「主治医意見書に関する研修会の受講」、重要と考えられていないのは「医師が介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格を保有」することである。
- 「介護認定審査会の委員の経験」はある程度重要と考えられているが、実施しているところの負担感はやや大きい。

【小児のかかりつけ医】

- 小児かかりつけ診療料は小児科で届出割合が1割であった。また届出割合に対して算定割合が低く、算定にハードルがあることがうかがえた。
- 小児のかかりつけ医にとって重要と考えられているのは、「定期予防接種の実施」、そのほか乳幼児健診、園医など、公務への関わりも重視されている。

【日医かかりつけ医機能研修制度】

- 2016年にスタートした日医かかりつけ医機能研修制度は、内科、外科では応用研修の受講が今後4割以上に拡大する見込みである。
- かかりつけ医として、小児科では9割近くが「学校医・園医」、外科では4割強が「産業医・地域産業保健センター」業務に従事している。

課題

- 在宅患者への24時間対応がネックとなって、地域包括診療料（加算）が広がる見込みがない。また常勤医師2人以上も要件の1つ（※）であるが、多くの診療所では1人医師である。かかりつけ医確保のため、診療所の医師の負担軽減も考慮して現実的な要件にすべきではないか。
※地域包括診療加算では、「時間外対応加算1又は2」、「常勤医師2人以上」、「在宅療養支援診療所」のいずれか1つを満たすことが要件。
地域包括診療料では「時間外対応加算1」、「常勤医師2人以上」、「在宅療養支援診療所」のすべてを満たすことが要件。

2.2.2. 地域包括診療料（加算）等

2016 年度診療報酬改定では、地域包括診療料（加算）の施設基準のひとつである常勤医師数 3 人以上が 2 人以上に見直され、認知症地域包括診療料（加算）が新設された（表 2.2.1）。

表 2.2.1 地域包括診療料（加算）等の概要

	地域包括診療料	認知症 地域包括診療料	地域包括診療加算	認知症 地域包括診療加算
点数	1月につき1,503点	1月につき1,515点	20点(再診料加算)	30点(再診料加算)
対象 疾患	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	認知症 +1疾患以上	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	認知症 +1疾患以上
診療 内容	担当医を決め、療養上の指導、他の医療機関での受診状況等の把握、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供、24時間の対応等を実施			
内服薬	要件なし	内服薬5種類以下 うち向精神薬3種類以下	要件なし	内服薬5種類以下 うち向精神薬3種類以下
主な 施設 基準	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講(担当医) ○診療所の場合以下のすべて ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上※ ・在宅療養支援診療所		○診療所 ○研修の受講(担当医) ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上※ ・在宅療養支援診療所	

※地域包括診療料・地域包括診療加算は2016年度改定以前は常勤医師3人以上

*出所：厚生労働省保険局医療課「平成28年度診療報酬改定の概要」

表 2.2.2 時間外対応加算

時間外対応加算1	診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。
時間外対応加算2	診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。
時間外対応加算3	(略)

*出所：厚生労働省「平成24年度診療報酬改定の概要」

今回の調査では、地域包括診療料（加算）の届出割合は全体では 7.4%、内科では 13.0%であるが、今後届出が大きく拡大する見込みはない（図 2.2.1）。認知症地域包括診療料（加算）の算定割合は、内科では現在 5.3%であり、今後 1 年ぐらいの間に若干拡大する見込みである（図 2.2.2）。

図 2.2.1 地域包括診療料（加算）の届出割合

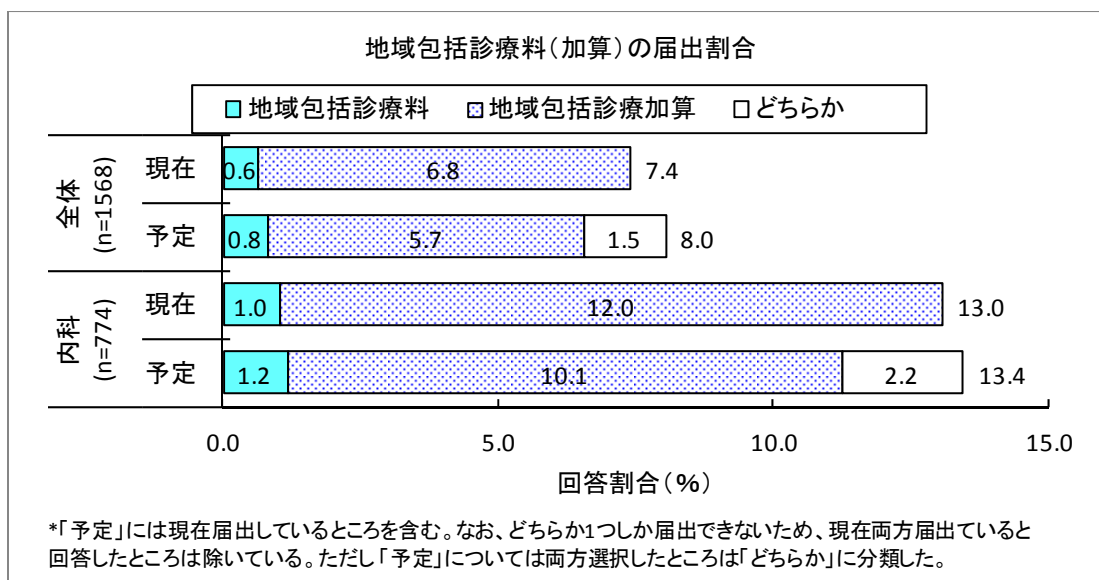
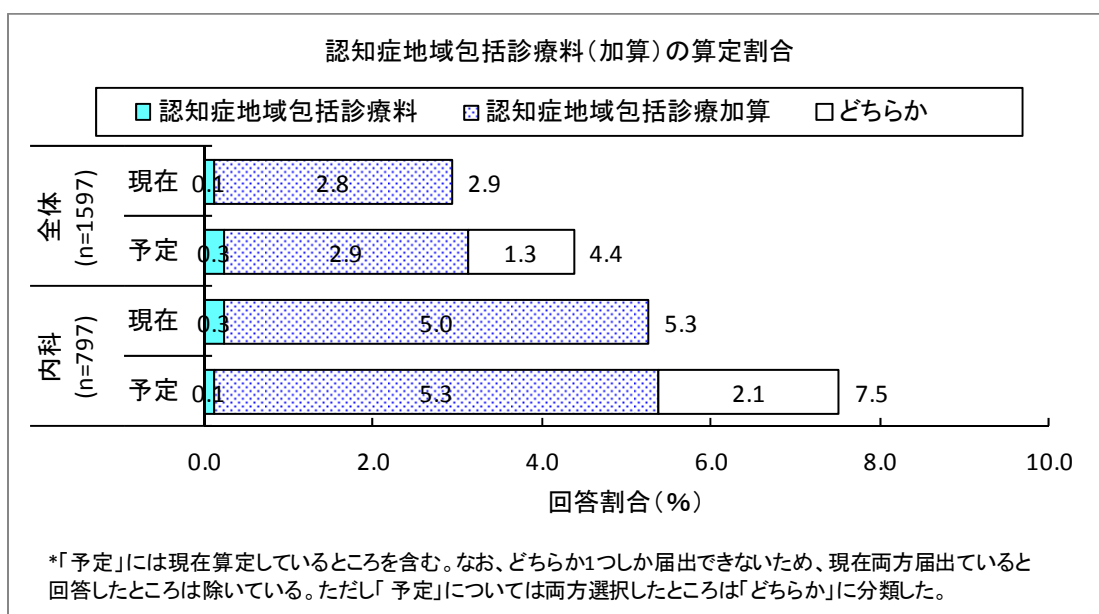


図 2.2.2 認知症地域包括診療料（加算）の算定割合

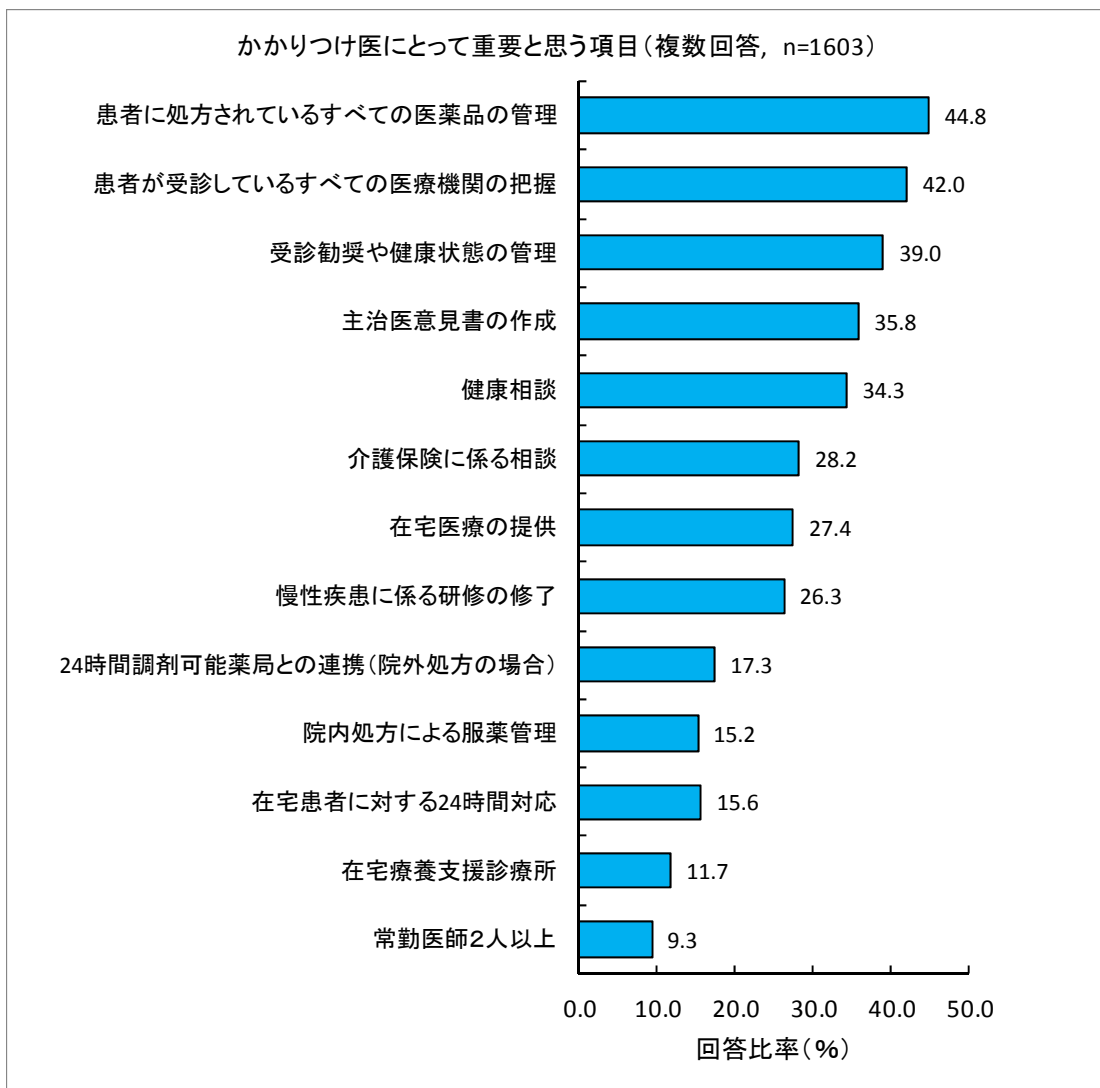


2.2.3. かかりつけ医機能

かかりつけ医にとって重要と考えられている項目の上位は、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」であった（図 2.2.3）。重要と考えられている割合が低かったのは「常勤医師 2 人以上」、「在宅療養支援診療所（であること）」など体制面であった。

※地域包括診療加算では、「時間外対応加算 1 又は 2」、「常勤医師 2 人以上」、「在宅療養支援診療所」のいずれか 1 つを満たすことが要件。

図 2.2.3 かかりつけ医にとって重要と思う項目



【かかりつけ医機能として重要と思われるものとして具体的な記述があったもの（要約）】

- ・ 標榜科以外の科を含め、身体の事に関して気がねなく相談できること。
- ・ すべての医療分野に対する豊富な経験と人柄。
- ・ 適切な医療機関、施設の紹介。
- ・ 患者家族、住民に対する情報発信、説明。
- ・ 患者家族とのコンタクト、家族の健康管理。
- ・ 在宅看取り。
- ・ 情報共有。
- ・ 地域の医療機関との連携、多職種協働。
- ・ 行政および福祉との連携。
- ・ 地域の健康町づくりへの参画。
- ・ 予防接種。
- ・ 嚙下機能評価。

【自由記述欄でのかかりつけ医についての記述】

- ・ 地域包括診療加算の要件には丸一日かかる研修もあり負担。医師として備えている内容は削除しコンパクトにするとともに e ラーニングを活用できるようにすべき。
- ・ かかりつけ医が行っている予防医学の啓発についての評価がない。
- ・ 眼科、耳鼻科など専門性の高い医療機関が、かかりつけ医機能の強化の中でどうなっていくのか不安。
- ・ 診療所開業医も専門医化が進んでおり、患者が消化器専門医や循環器専門医の診療所を併診しているケースもある。（経済財政諮問会議でかかりつけ医以外受診時の議論が俎上に上がっているが）複数のかかりつけ医を指定できる制度を望む。

「患者に処方されているすべての医薬品の管理」は内科では3割で実施している（図 2.2.4）。患者が受診しているすべての医療機関を把握している診療所の割合も同様である（図 2.2.5）。

図 2.2.4 患者に処方されているすべての医薬品を管理している診療所の割合

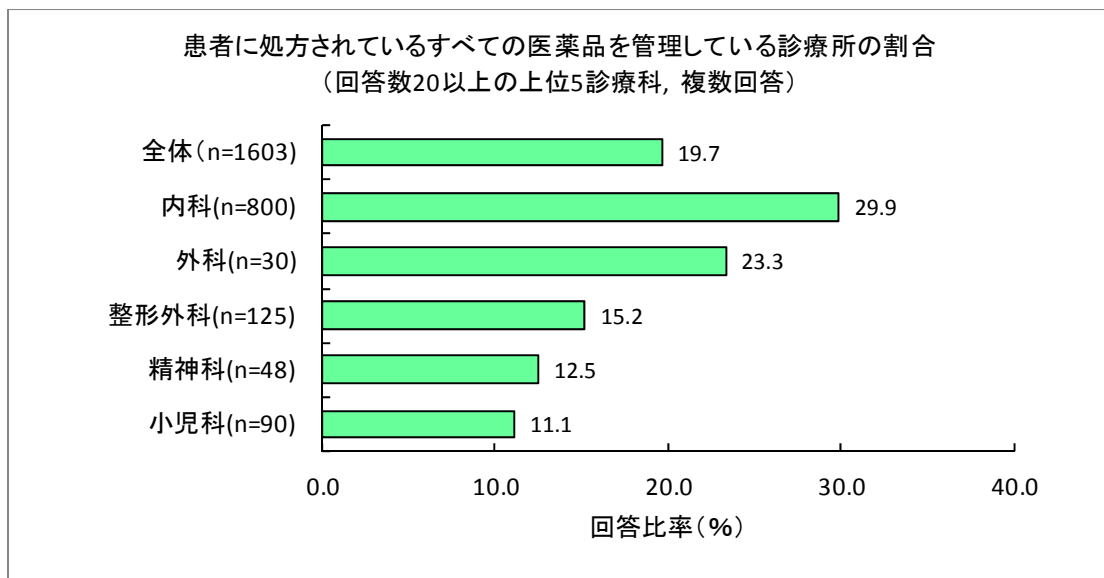
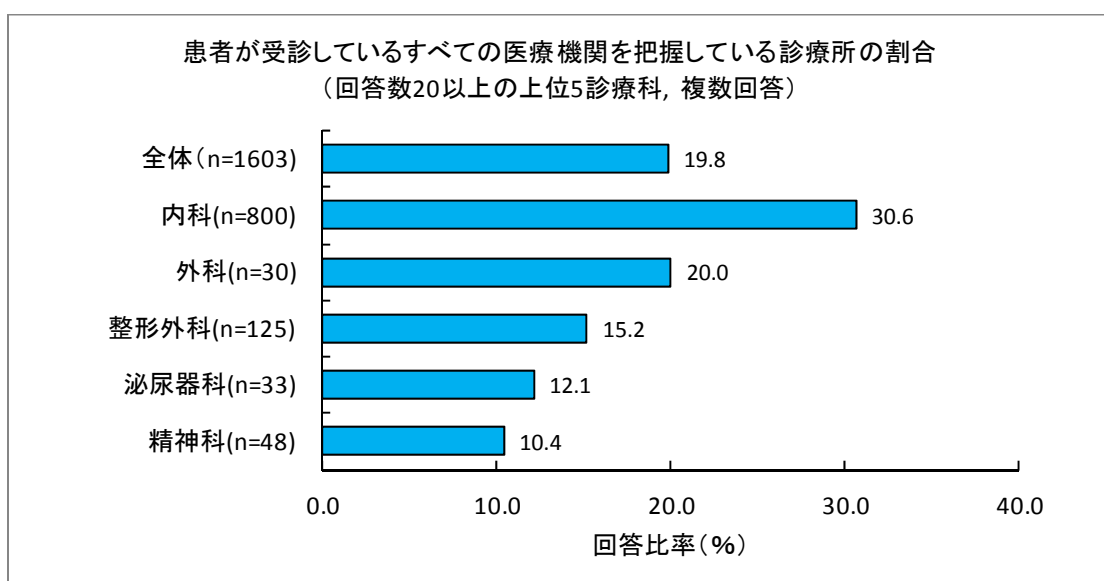
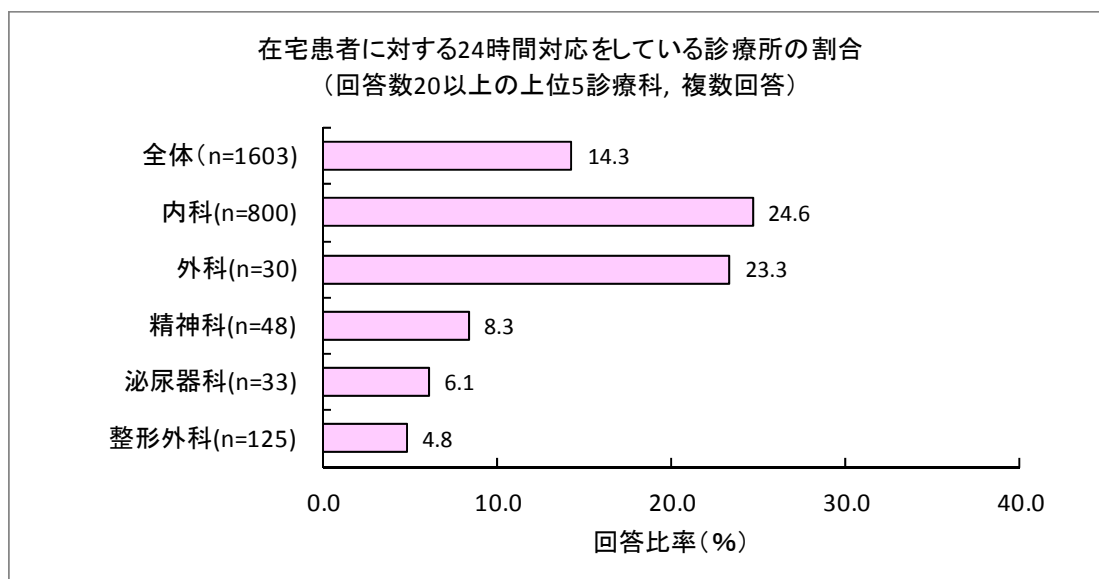


図 2.2.5 患者が受診しているすべての医療機関を把握している診療所の割合



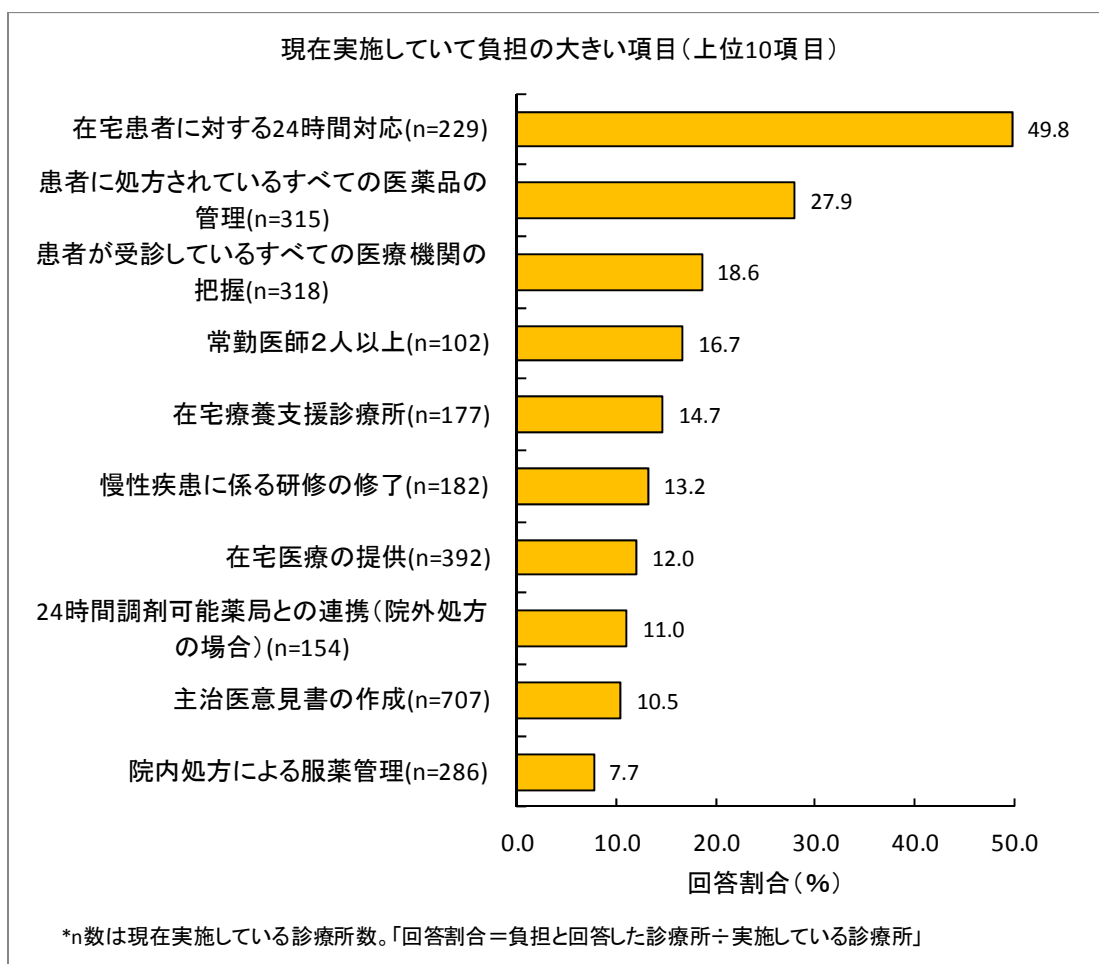
「在宅患者に対する 24 時間対応」を実施しているのは、内科、外科で 2 割強である（図 2.2.6）。

図 2.2.6 在宅患者に対する 24 時間対応をしている診療所の割合



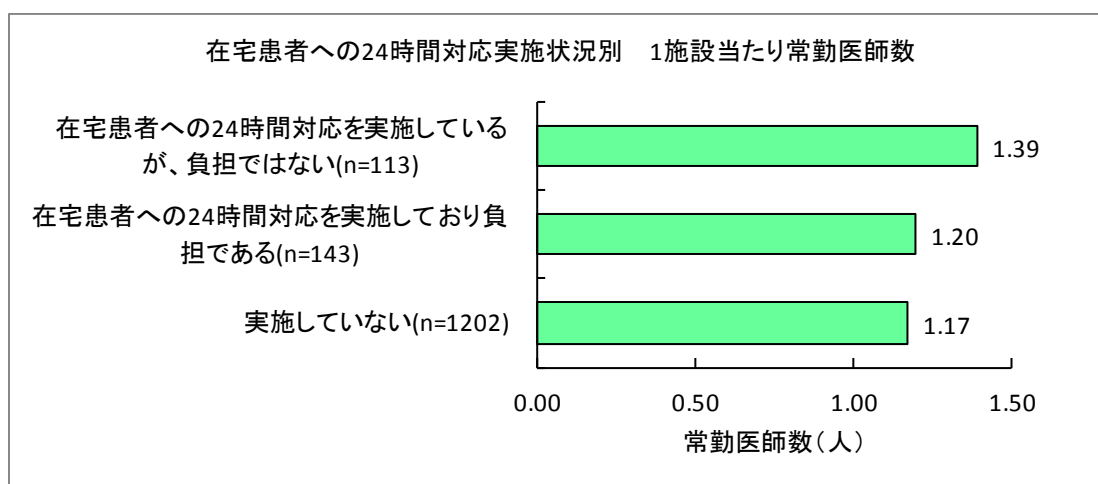
現在実施していて負担が大きいという回答がもっとも多かったのは、「在宅患者に対する24時間対応」であった（図 2.2.7）。

図 2.2.7 現在実施していて負担の大きい項目



「在宅患者に対する 24 時間対応」を実施していて負担ではないという診療所では 1 施設当たり常勤医師数が 1.39 人、実施していて負担という診療所は 1.20 人、実施していない診療所では 1.17 人であった（図 2.2.8）。

図 2.2.8 在宅患者への 24 時間対応実施状況別 1 施設当たり常勤医師数



2.2.4. かかりつけ医と介護保険

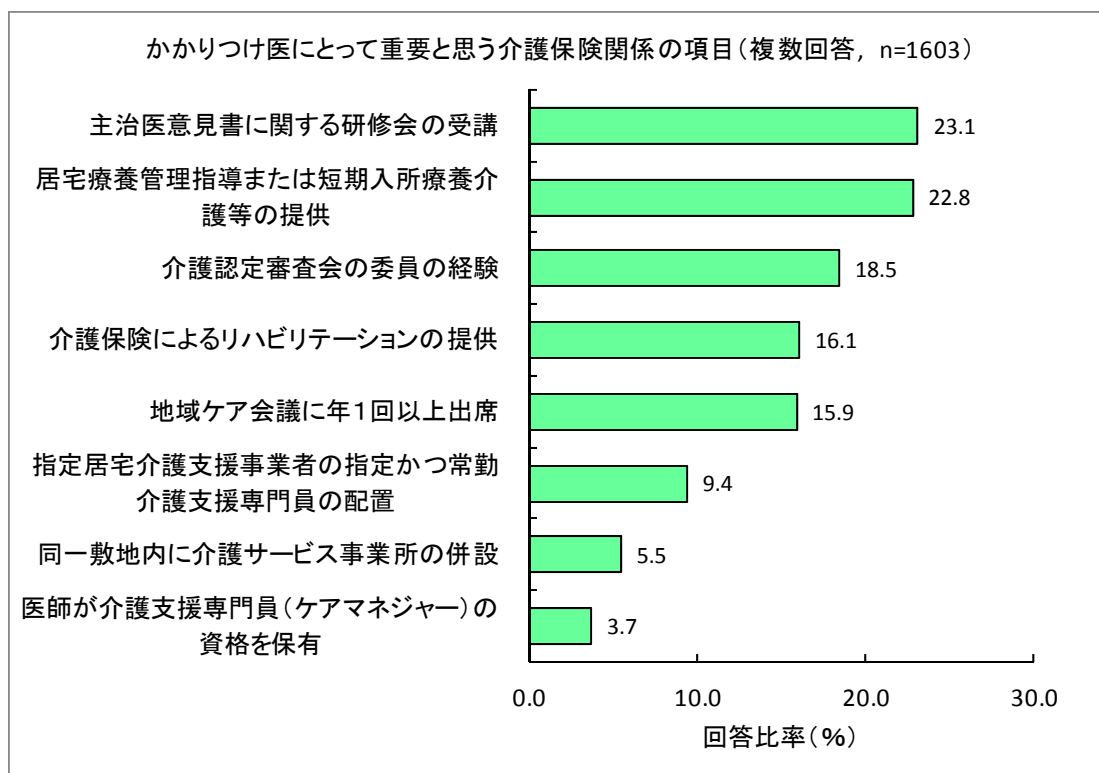
地域包括診療料（加算）では、介護保険に係る相談を行い、要介護認定に係る主治医意見書を作成していること等も要件になっている（表 2.2.3）。

表 2.2.3 地域包括診療料(加算)の要件（介護保険部分）

・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること	
・下記のいずれか一つを満たすこと	
① 居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供	⑥ 介護認定審査会の委員経験
② 地域ケア会議に年1回以上出席	⑦ 主治医意見書に関する研修会を受講
③ 指定居宅介護支援事業者の指定かつ常勤介護支援専門員の配置	⑧ 担当医が介護支援専門員(ケアマネジャー)の資格を有している
④ 介護保険の生活期リハの提供	⑨ (病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定
⑤ 介護サービス事業所の併設	

かかりつけ医にとって重要と考えられている項目の上位は「主治医意見書に関する研修会の受講」、「居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供」であった（図 2.2.9）。重要と考えられている割合がもっとも低いのは「医師が介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格を保有」で、前回 2014 年調査でももっとも低かった。

図 2.2.9 かかりつけ医にとって重要と思う介護保険関係の項目

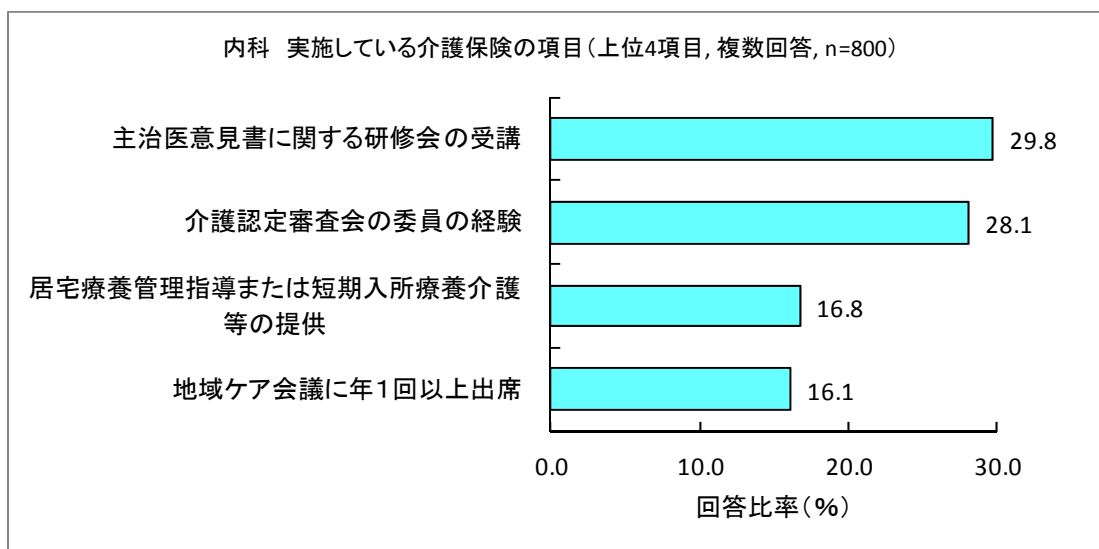


【かかりつけ医機能(介護保険関連)として重要と思われるものとして具体的な記述があったもの(要約)】

- ・ 独居やがん末期患者の介護の対応。
- ・ 介護サービス提供する側に専属医師配置が必要。
- ・ デイケアのリハビリがどこでどんな事をしているかの情報がほしい。
- ・ サービス担当者会議の参加が重要。地域ケア会議は行政が参加のチャンスを整えていない。

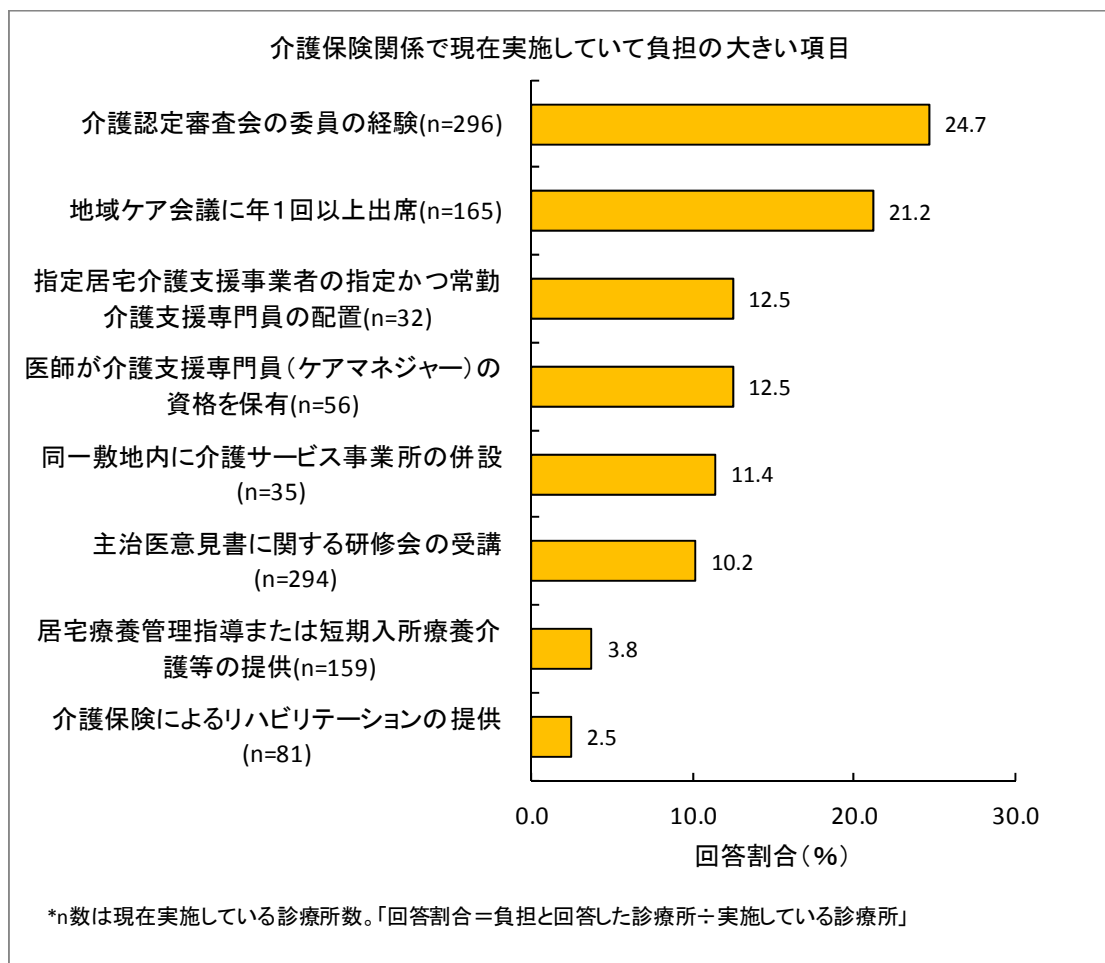
実施している項目については、内科では「主治医意見書に関する研修会の受講」、「介護認定審査会の委員の経験」がそれぞれ3割近くあった(図 2.2.10)。

図 2.2.10 内科 実施している介護保険の項目



介護保険関係で、現在実施していて負担が大きいという回答が特に多かったのは「介護認定審査会の委員の経験」、「地域ケア会議に年1回以上出席」でそれぞれ2割以上であった（図 2.2.11）。

図 2.2.11 介護保険関係で現在実施していて負担の大きい項目



2.2.5. 小児のかかりつけ医

2016 年度診療報酬改定では、未就学児を対象に小児かかりつけ診療料が新設された（表 2.2.4）。

表 2.2.4 小児かかりつけ診療料の概要

(新)小児かかりつけ診療料		
1 処方せんを交付する場合	イ 初診時	602点
	ロ 再診時	413点
2 処方せんを交付しない場合	イ 初診時	712点
	ロ 再診時	523点
<p>[主な算定要件(概略)]</p> <p>① 継続的に受診している未就学児(3歳以上の患者については、3歳未満から当該診療料を算定している患者限定)、当該保険医療機関の医師をかかりつけ医とすることについて同意を得ている患者。</p> <p>② 原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定。他の保険医療機関と連携し、患者が受診している保険医療機関をすべて把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。</p> <p>③ 電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において常時対応を行う。</p> <p>④ 健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じる。</p> <p>⑤ 予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行う。</p>		
<p>[施設基準(概略)]</p> <p>① 小児科外来診療料を算定</p> <p>② 時間外対応加算1又は2の届出を行っている</p> <p>③ 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師を配置</p> <p>④ 以下の要件のうち3つ以上に該当</p> <p>a. 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施</p> <p>b. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施</p> <p>c. 定期予防接種を実施</p> <p>d. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供</p> <p>e. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任</p>		

*出所:厚生労働省保険局医療課「平成28年度診療報酬改定の概要」

小児科で小児かかりつけ診療料の届出をしている診療所は 10.0%、算定している診療所は 6.7%であり、届出割合と算定割合とに差がある（図 2.2.12）。小児科では今後 1 年ぐらいの間に届出が 15.6%（現在届出しているところを含む）に広がる見通しである（図 2.2.13）。

図 2.2.12 診療科別 小児かかりつけ診療料の届出・算定をしている診療所の割合

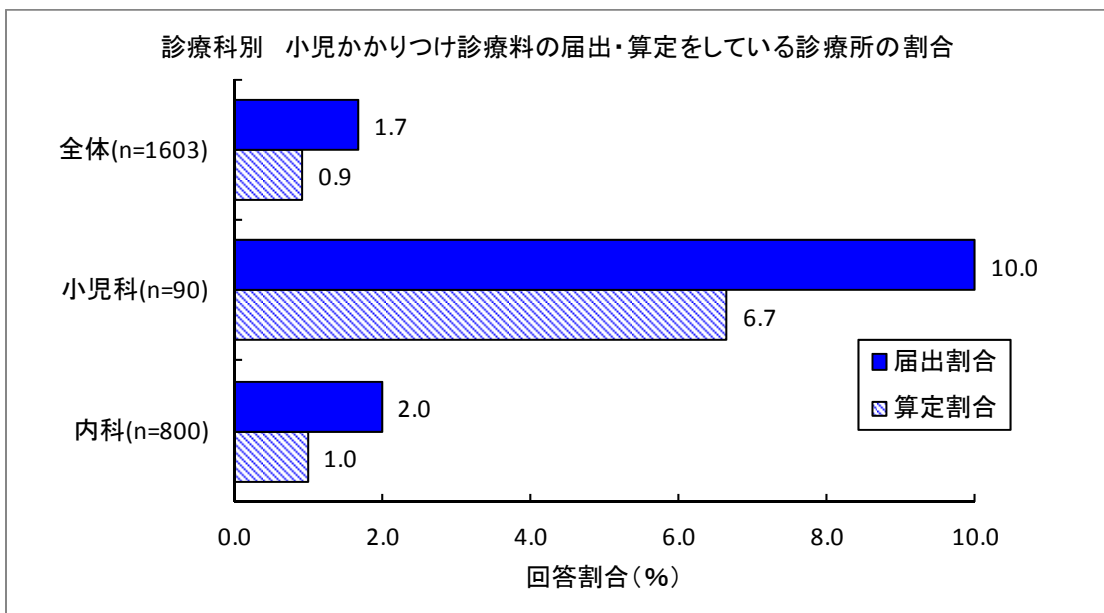
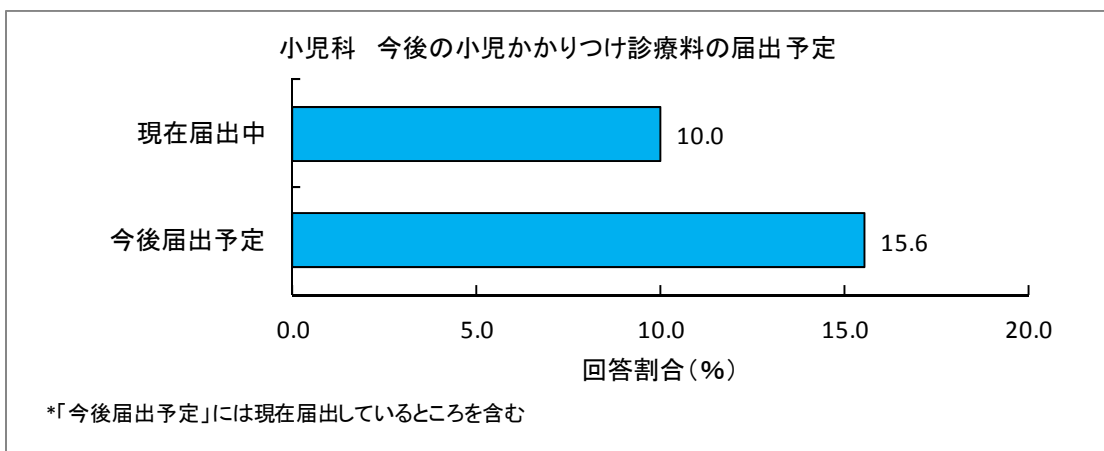
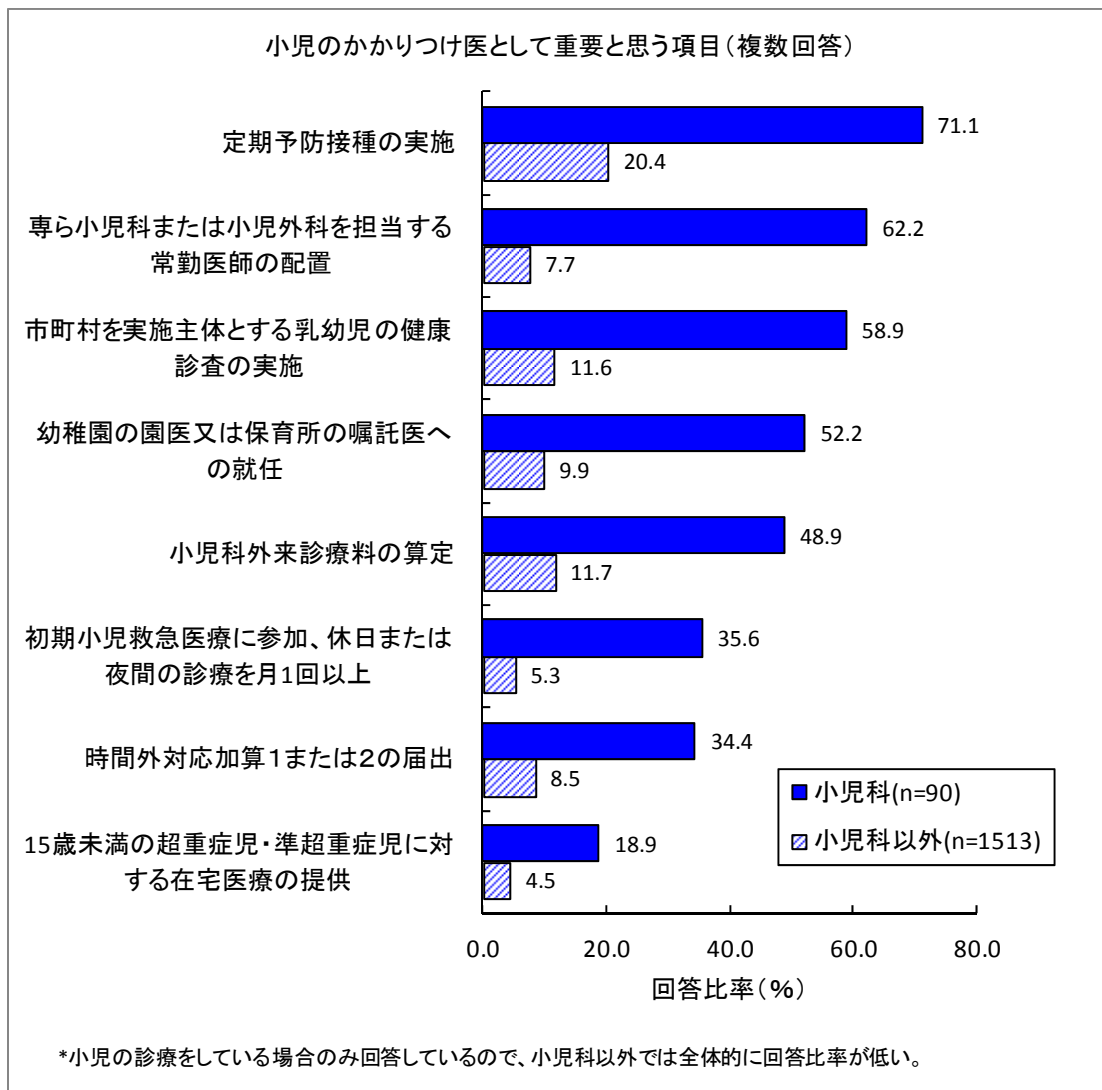


図 2.2.13 小児科 今後の小児かかりつけ診療料の届出予定



小児科では、小児のかかりつけ医にとって重要と考えられているのは、「定期予防接種の実施」、ついで「専ら小児科または小児外科を担当する常勤医師の配置」であった（図 2.2.14）。

図 2.2.14 小児のかかりつけ医として重要と思う項目

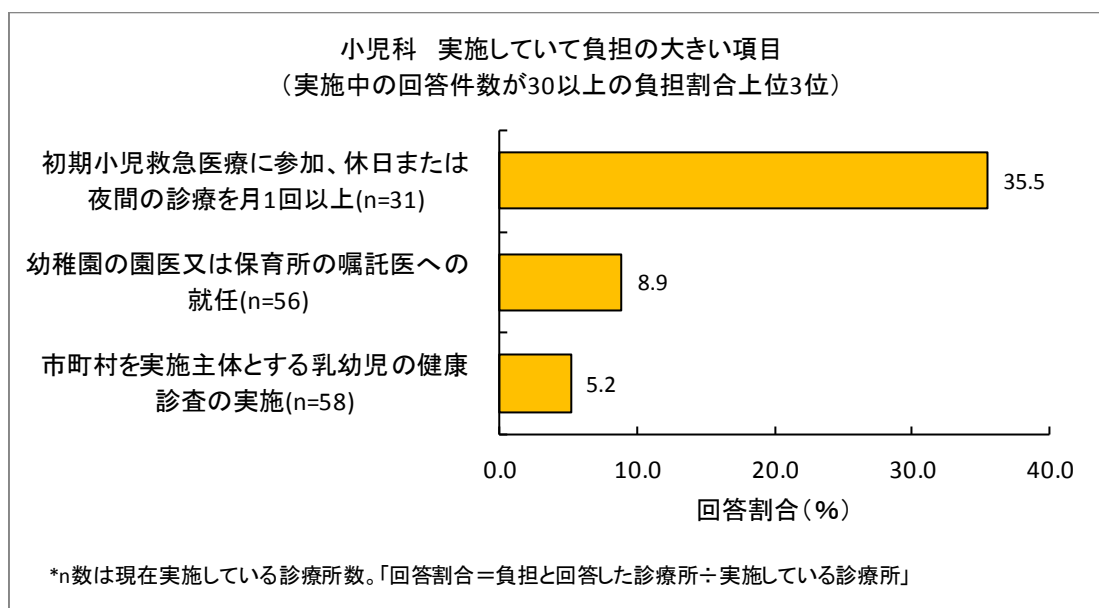


【小児のかかりつけ医機能として重要と思われるものとして具体的な記述があったもの（要約）】

- ・ 保護者の心の状態へのケア。
- ・ 行政、福祉との連携による育児支援。
- ・ 母親への教育。
- ・ 家族全員の状態を知ること。
- ・ 小児の外傷、学校検診の二次検診の担当。
- ・ 重大疾患の早期発見と必要な医療機関への紹介。
- ・ 身体的、精神的発達障害の早期発見。
- ・ 小児虐待の早期発見。
- ・ 小児科医ではない場合小児科医との連携は必須。

「初期小児救急医療に参加、休日または夜間の診療を月1回以上」は実施している診療所が少ない上、実施している診療所の約3分の1が負担であると回答していた（図 2.2.15）。

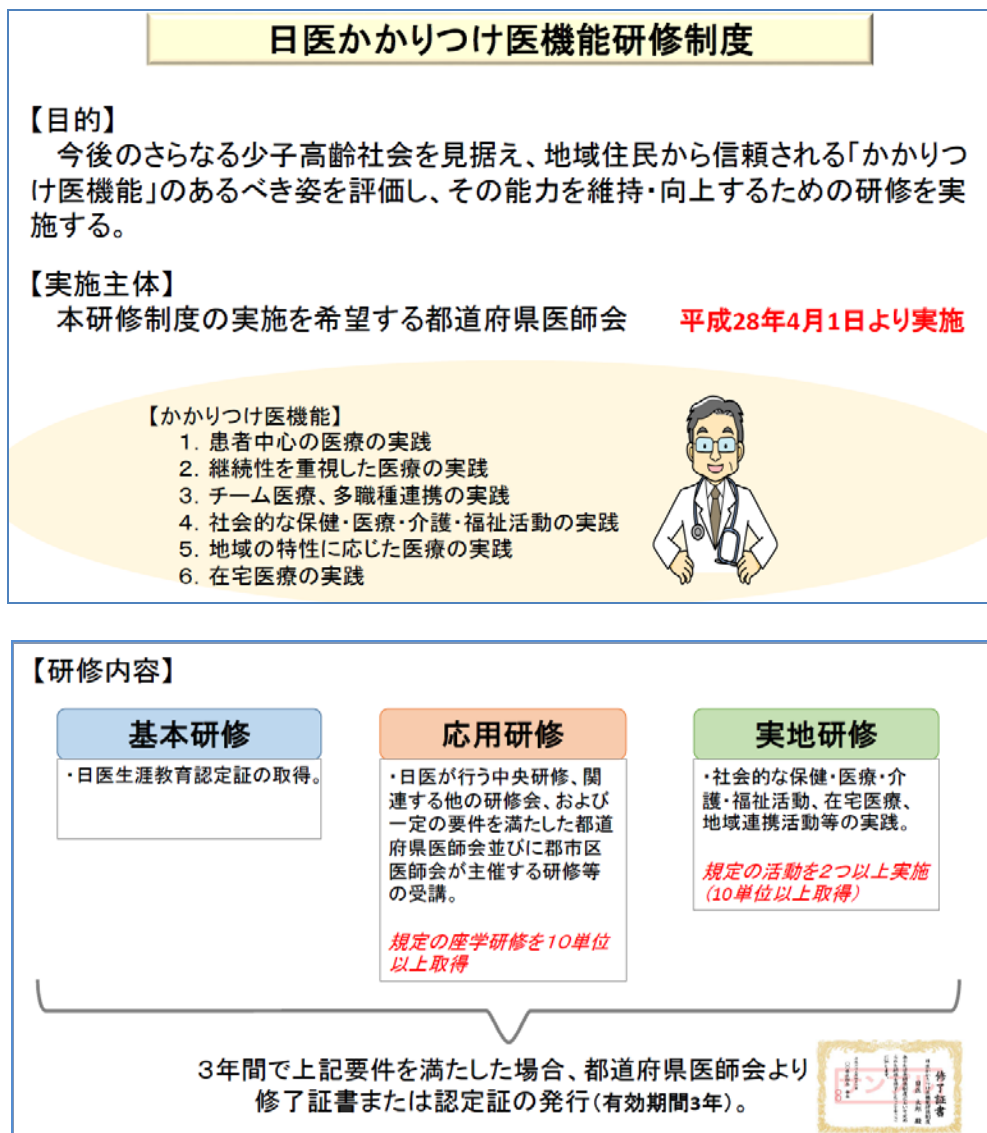
図 2.2.15 小児科 実施していて負担の大きい項目



2.2.6. 日医かかりつけ医機能研修制度

日本医師会は、「かかりつけ医機能」の維持・向上にむけ、2016年4月に「日医かかりつけ医機能研修制度」をスタートさせた（図 2.2.16）。

図 2.2.16 日医かかりつけ医機能研修制度の概要

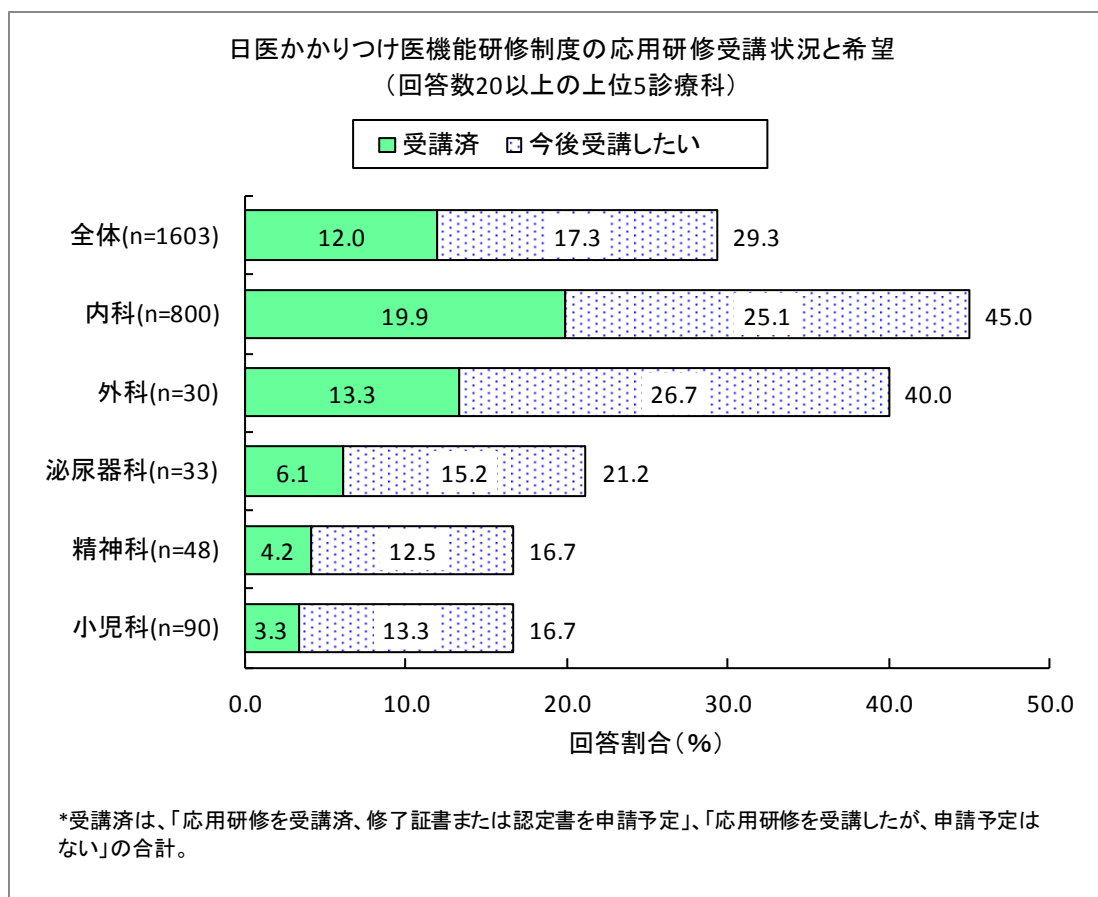


*出所：日本医師会「日医かかりつけ医機能研修制度ホームページ」

<http://www.med.or.jp/doctor/kakari/>

日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修の「受講済」と「今後受講したい」の合計は、内科、外科で4割以上であった（図 2.2.17）。

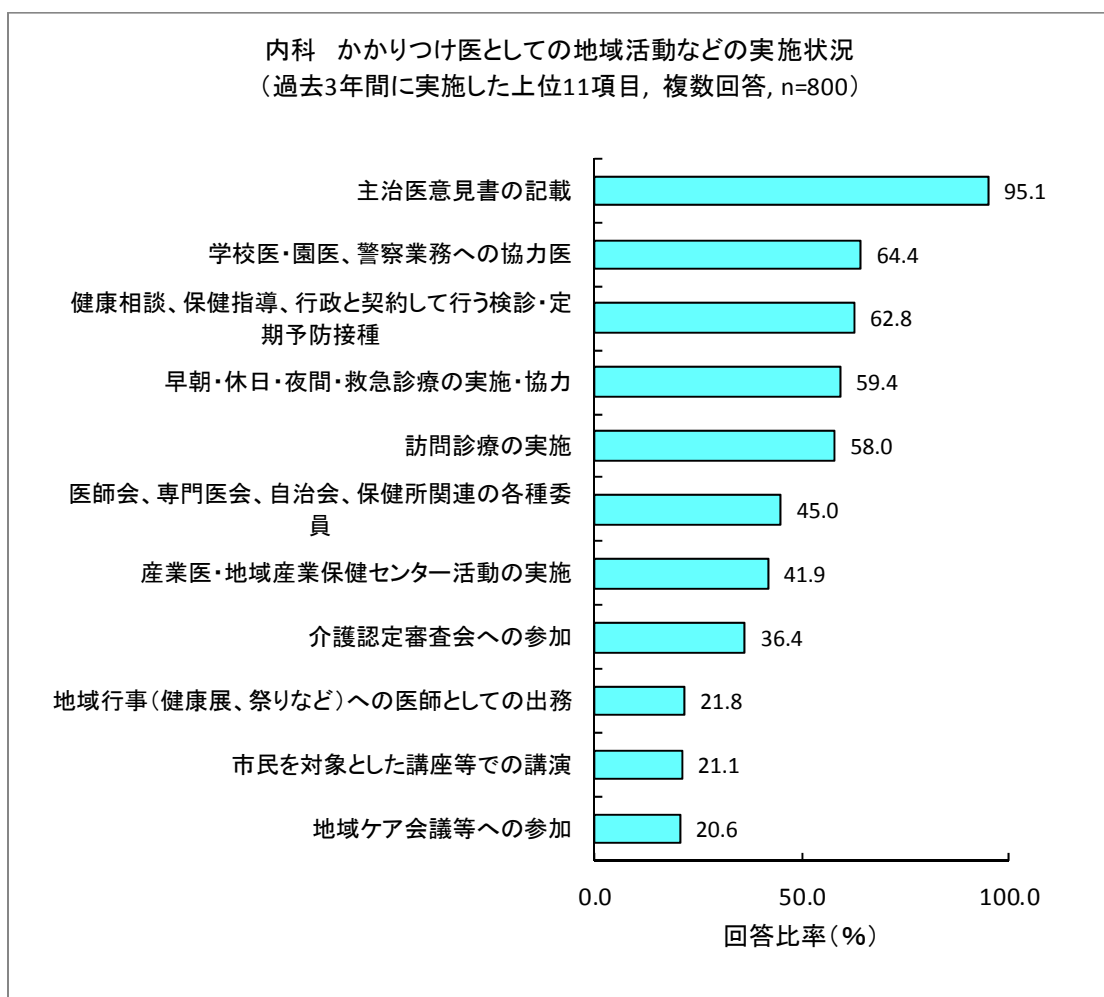
図 2.2.17 日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修受講状況と希望



日医かかりつけ医機能研修制度の实地研修では、修了申請時の前3年間において地域医療活動等16項目（詳細は調査票2（8）参照）から2つ以上実施していることを求めている。本調査では同制度の申請予定に係わらず、過去3年間に実施した活動を質問した。内科を例に見ると、ほとんどの診療所で「主治医意見書の記載」を実施していた。学校医・園医等、定期予防接種の実施も6割以上であった（図2.2.18）。

※前掲「かかりつけ医機能」では「主治医意見書の作成」について現在実施しているかを、ここでは過去3年間の実施経験を質問しているので回答割合が異なる。

図 2.2.18 内科 かかりつけ医としての地域活動などの実施状況



学校医・園医、警察業務への協力医を経験した割合は、小児科は9割近く、耳鼻咽喉科は約8割、眼科は7割強であった（図 2.2.19）。

産業医・地域産業保健センター活動を実施した割合は、外科、内科で4割を超えていた（図 2.2.20）。

図 2.2.19 学校医・園医、警察業務への協力医の割合

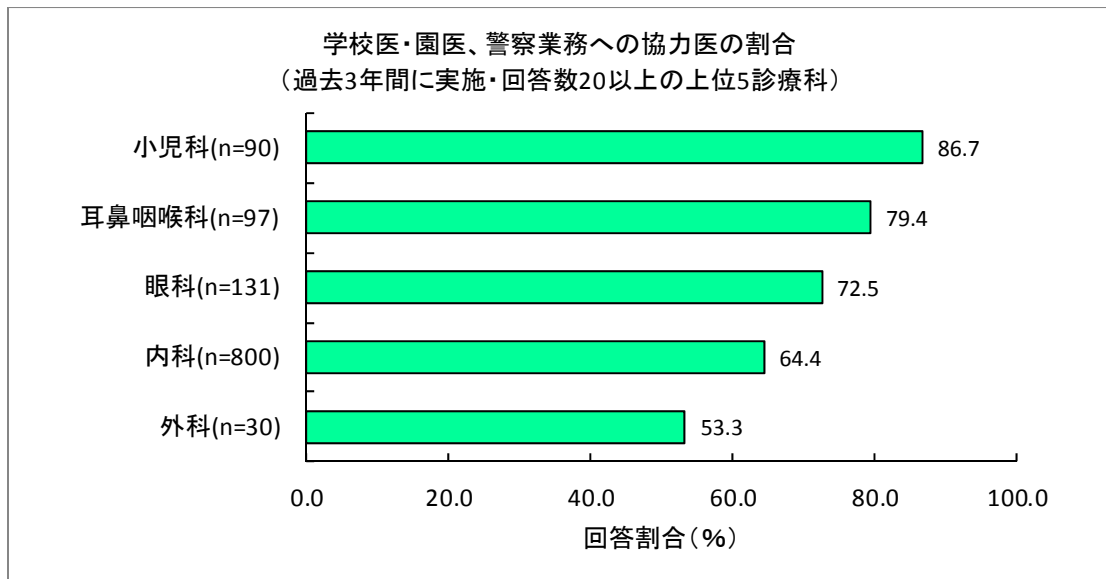
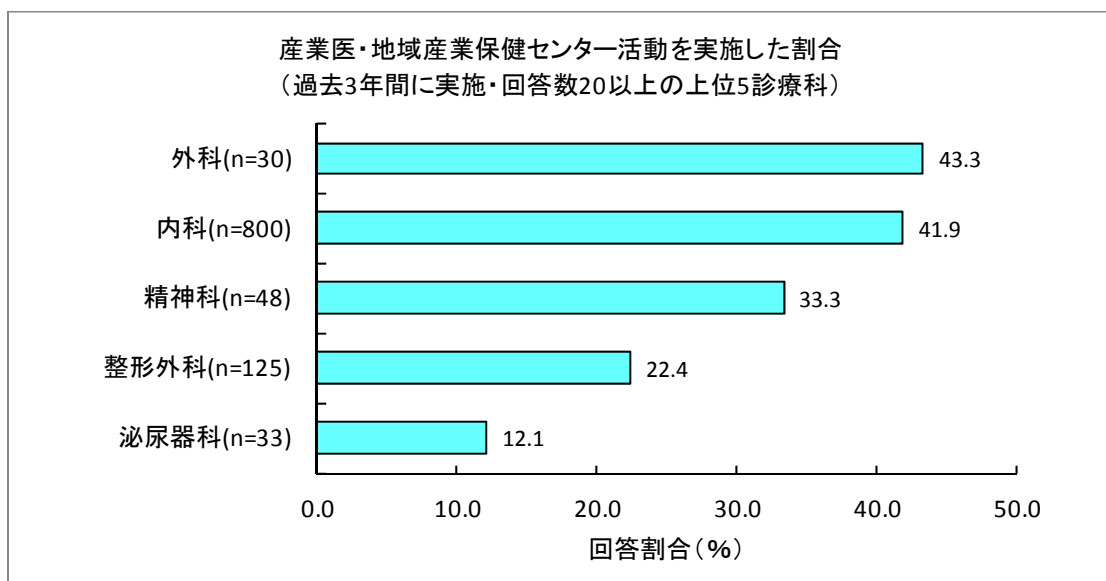


図 2.2.20 産業医・地域産業保健センター活動を実施した割合



2.3. 在宅医療

2.3.1. 結果の要約

【在宅療養支援診療所（在支診）】

- 内科では約4分の1が在支診であるが、在支診以外で訪問診療を行っているところもほぼ同じぐらいある。
- 全体で訪問診療を行っている診療所の約半数は在支診以外である。
- 機能強化型在支診（単独型）の約6割は在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出をしており、機能強化型以外の在支診の約3分の1は在宅療養実績加算の届出をしている。

【在宅医療への取り組み状況】

- 本調査では在宅医療専門診療所はほとんどなかった。
- 今後、在宅医療を行っていく意向のある診療所は前回2014年調査と比べてあまり増加していない。しかも現在訪問診療を行っている在支診以外の診療所では約3割が今後縮小・撤退予定である。
- これから在宅医療を始めようとするところは、看護師等の確保が大変と感じており、また在宅医療について相談・連携できる医師を求めている。

【在宅医療の課題】

- 在宅医療を進める上で、24時間の往診体制、24時間の連絡体制が大きな負担になっている。
- 在支診以外の診療所では、緊急時に入院できる病床の確保も負担である。さらに、地域で在宅医療を拡大するためには、受け皿となる入院施設がもっとも必要とされている。
- 地域で在宅医療を進めるために必要なことの二番目は、家族の介護力の確保であり、とくに在宅医療を実施している診療所でその実感が強い。

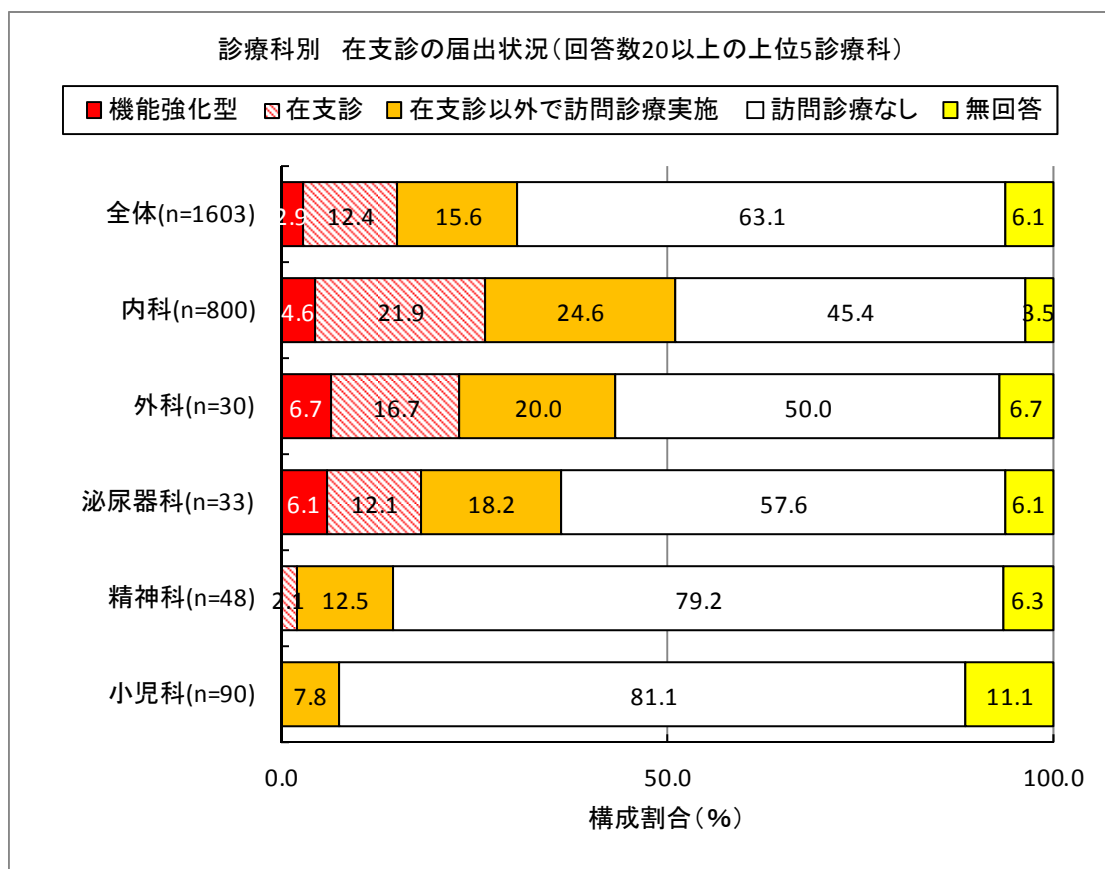
課題

- 訪問診療を行っている診療所の約半数は在支診以外である。2016年度の診療報酬改定で在支診に対する評価が行われたが、在支診のみならず在宅医療を行う診療所に対して広く評価が必要ではないか。
- 24時間の往診体制、24時間の連絡体制の負担が大きく、在宅医療が広がる見通しが無い。医師自身の体力の問題から、在宅医療から撤退するという診療所もある。在宅医療を担う診療所の負担軽減が必要である。
- また地域で在宅医療を拡大するためには、受け皿となる入院施設の確保は必須である。
- 家族の介護力の確保も不可欠とされている。家族の事情や地域の事情にあった診療報酬にとどまらない施策が求められる。

2.3.2. 在宅療養支援診療所

内科では約4分の1が在支診であり在支診以外も含めると約半数で訪問診療を実施している（図 2.3.1）。外科では約4割強、泌尿器科では4割弱で訪問診療を実施している。

図 2.3.1 診療科別 在支診の届出状況



訪問診療を行っている診療所に着目すると、その半数は、在支診以外の診療所であった（図 2.3.2）。

図 2.3.2 訪問診療を行っている診療所の在支診の届出状況

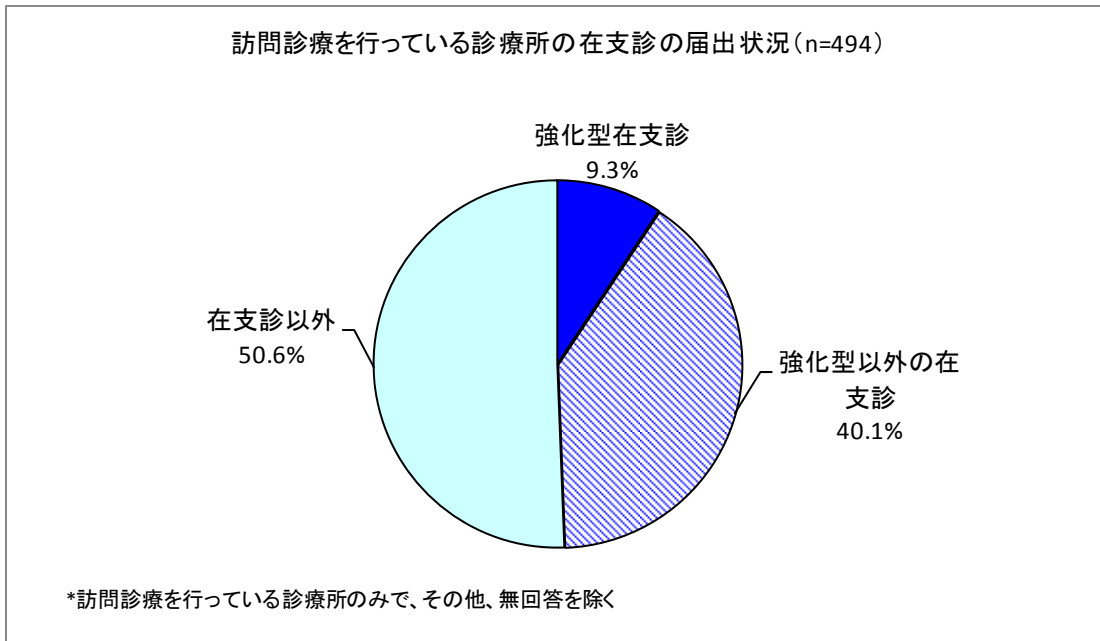


表 2.3.1 在支診の区分

在支診	機能強化型在支診	
	単独型	連携型
共通	24時間連絡を受ける体制の確保 24時間の往診体制 24時間の訪問看護体制	緊急時の入院体制 連携する医療機関等への情報提供 年に1回、看取り数等を報告
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療を担当する常勤の医師: 3人以上 ○ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ○ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか4件以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療を担当する常勤の医師: 連携内で3人以上 ○ 過去1年間の緊急往診の実績: 連携内で10件以上、各医療機関で4件以上 ○ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか2件以上

在宅患者が95%以上の在支診については上記以外の基準あり

*出所: 厚生労働省保険局医療課「平成28年度診療報酬改定の概要」

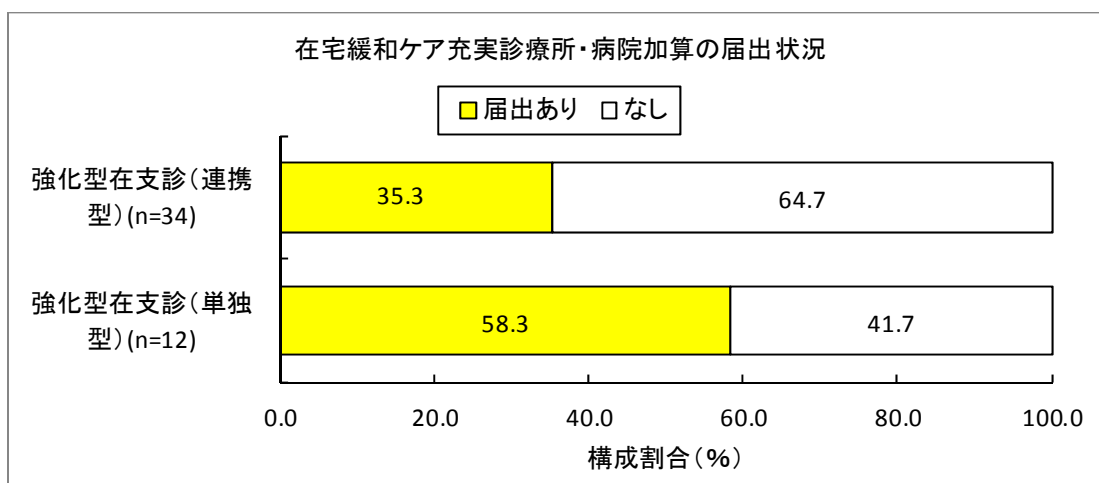
2016年度の診療報酬改定で、機能強化型在支診に在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が新設された(表 2.3.2)。在宅緩和ケア充実診療所・病院加算を届出ているのは、連携型で全体の35.3%、単独型で58.3%であった(図 2.3.3)。

表 2.3.2 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準の概要

(新)在宅緩和ケア充実診療所・病院加算			
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	100点	施設入居時等医学総合管理料	75～300点
ターミナルケア加算	1,000点	在宅がん医療総合診療料	150点
在宅時医学総合管理料	100～400点		
[施設基準(概略)]			
① 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。			
② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。			
③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。			
④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。			
⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。			
⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。			

*出所：厚生労働省保険局医療課「平成28年度診療報酬改定の概要」

図 2.3.3 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出状況



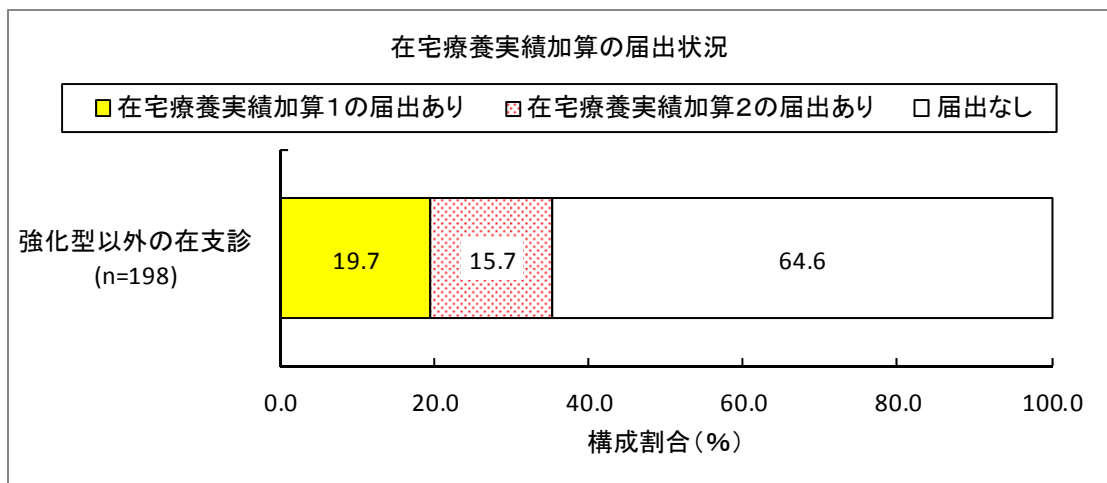
機能強化型以外の在支診には在宅療養実績加算 2 が新設された（表 2.3.3）。機能強化型以外の在支診で在宅療養実績加算 1 の届出ありは 19.7%、在宅療養実績加算 2 の届出ありは 15.7%であった（図 2.3.4）。

表 2.3.3 在宅療養実績加算

	在宅療養実績加算1	(新)在宅療養実績加算2
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	75点	50点
ターミナルケア加算	750点	500点
在宅時医学総合管理料	75～300点	50～200点
施設入居時等医学総合管理料	56～225点	40～150点
在宅がん医療総合診療料	110点	75点
過去1年間の緊急の往診の実績	10件以上	4件以上
過去1年間の在宅における看取りの実績	4件以上	2件以上
緩和ケアに係る研修		「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

*出所：厚生労働省保険局医療課「平成28年度診療報酬改定の概要」

図 2.3.4 在宅療養実績加算の届出状況



2.3.3. 在宅医療への取り組み状況

2016年度の診療報酬改定では、在宅医療を専門に行う医療機関の開設が認められた（表 2.3.4）。

表 2.3.4 在宅医療を専門に行う医療機関の開設要件

<p>在宅医療を専門に行う医療機関の開設</p> <p>[主な開設要件]</p> <ul style="list-style-type: none">① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること（地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない）。② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

*出所：厚生労働省保険局医療課「平成28年度診療報酬改定の概要」

本調査では訪問診療のみの診療所は0.3%であった（図 2.3.5）。

前回2014年調査と比べて全体的に訪問診療を実施している診療所は約3割で大きな変化はなかった（図 2.3.6）。

図 2.3.5 診療の状況

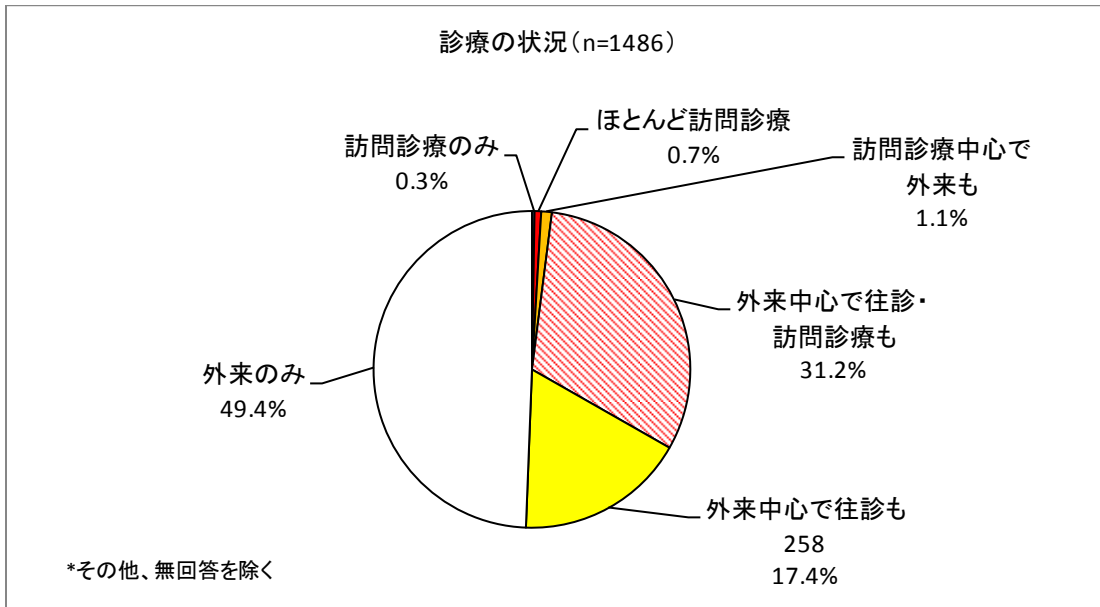
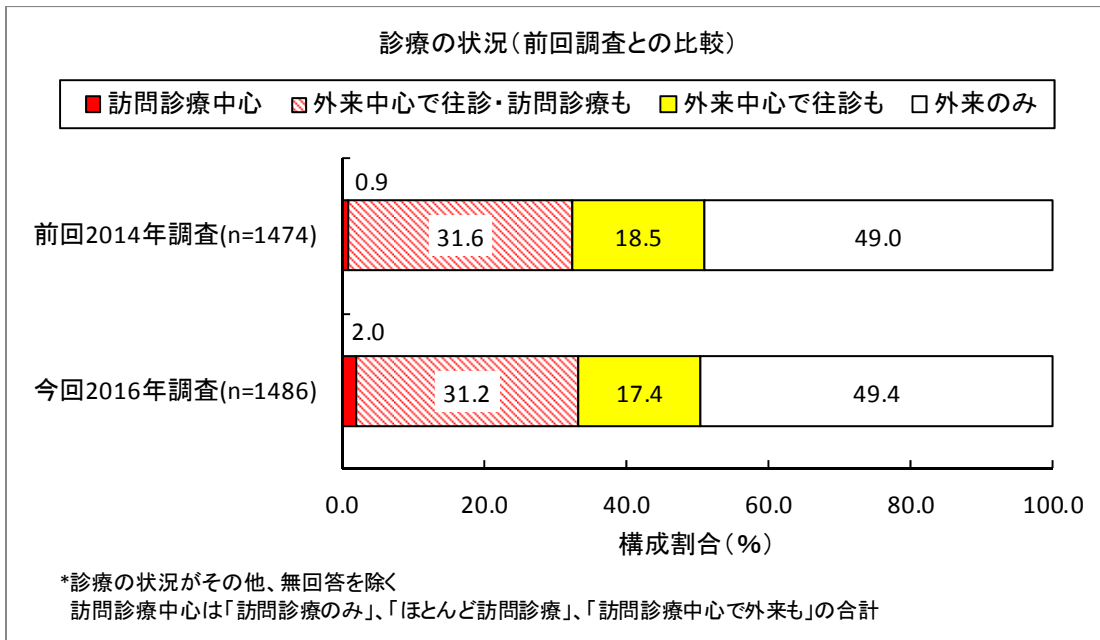
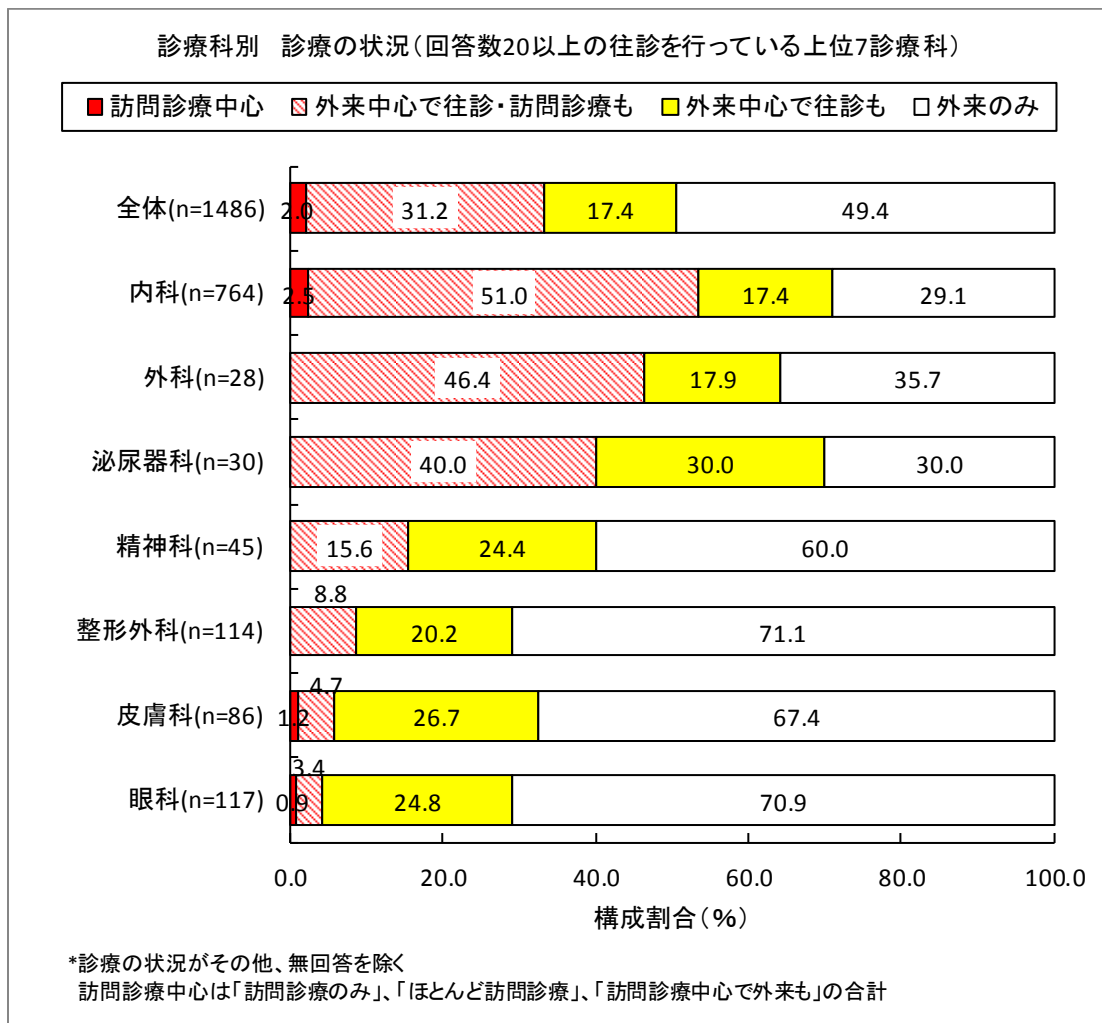


図 2.3.6 診療の状況 (前回調査との比較)



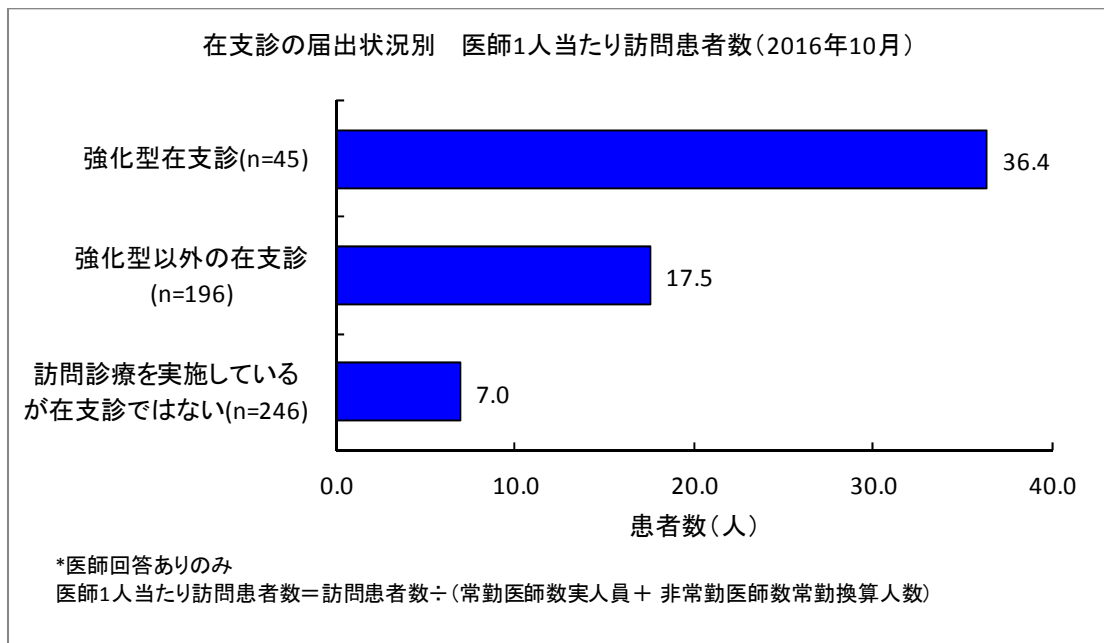
内科、外科では、約半数が外来中心で往診・訪問診療を行っている(図 2.3.7)。
皮膚科や眼科では内科等からの要請で往診をするケースもあり、外来中心で往診(訪問診療はなし)をしている診療所が4分の1程度ある。

図 2.3.7 診療科別 診療の状況



医師 1 人当たり 1 か月当たり訪問患者数は、強化型在支診 36.4 人、強化型以外の在支診 17.5 人、訪問診療を実施しているが在支診ではない診療所 7.0 人であった（図 2.3.8）。

図 2.3.8 在支診の届出状況別 医師 1 人当たり訪問患者数（2016 年 10 月）



患者1人1か月当たりの訪問回数は、強化型在支診および強化型以外の在支診では2回前後、訪問診療を実施しているが在支診ではない診療所は1.4回弱であった(図 2.3.9)。患者の重症度にもよるが、在支診のほうが訪問回数が多い。

常勤換算職員数は、強化型在支診7.2人、強化型以外の在支診5.7人、訪問診療を実施しているが在支診ではない診療所4.8人であった(図 2.3.10)。在支診はそれ以外と比べて医師以外の職員数が多い。

強化型在支診および強化型以外の在支診の患者のほとんどが、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料を算定しているが、訪問診療を実施しているが在支診ではない診療所では患者の6割近くがいずれも算定していなかった(図 2.3.11)。

図 2.3.9 在支診の届出状況別 患者1人1か月当たり訪問回数

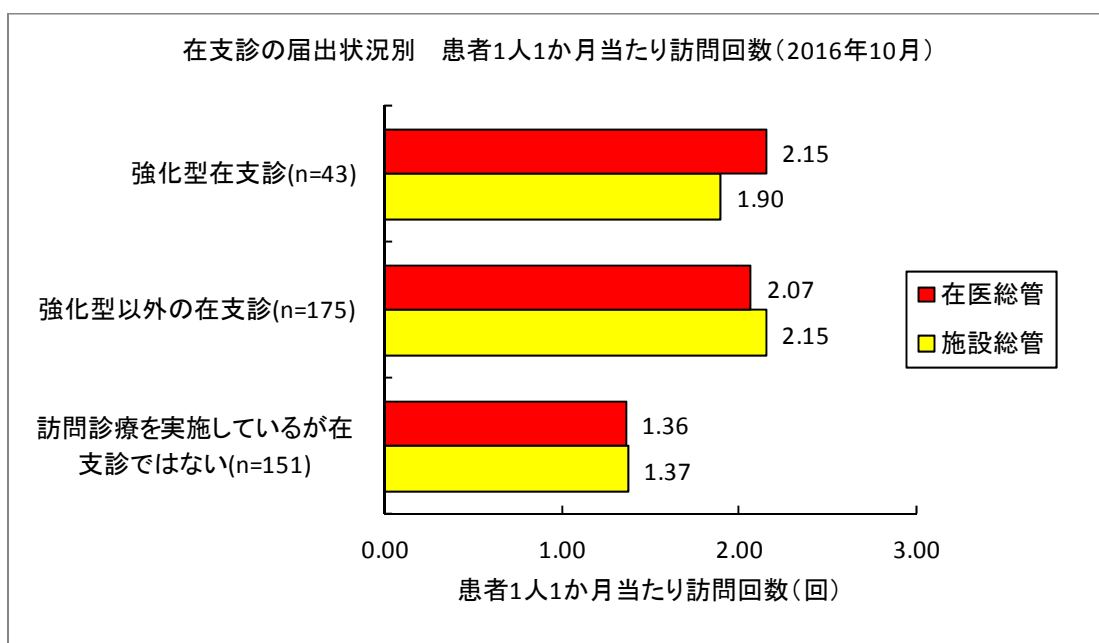


図 2.3.10 在支診の届出状況別 1施設当たり常勤換算職員数

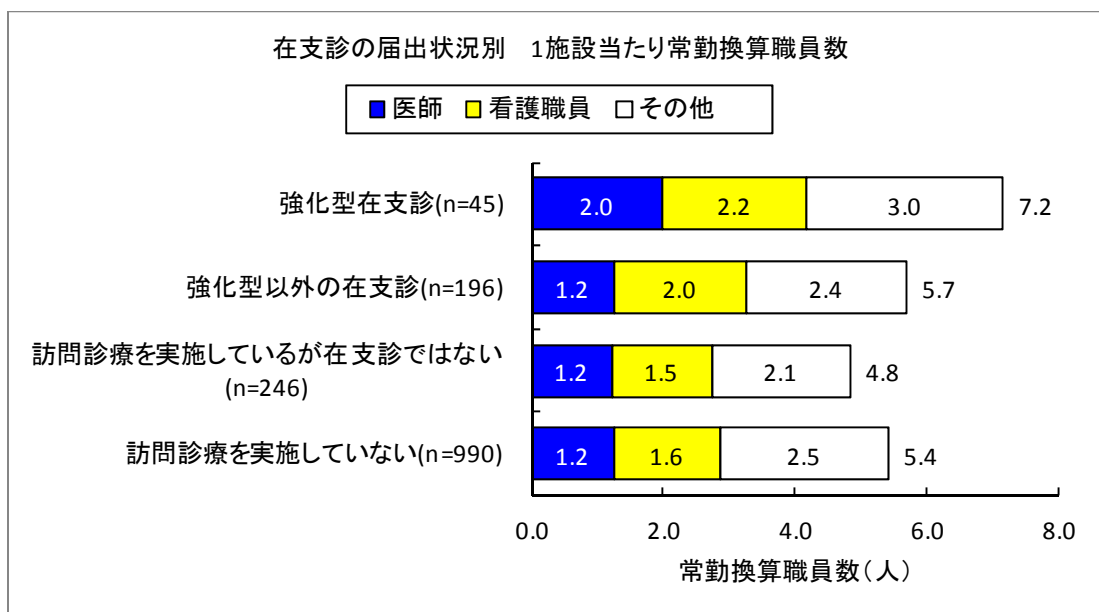
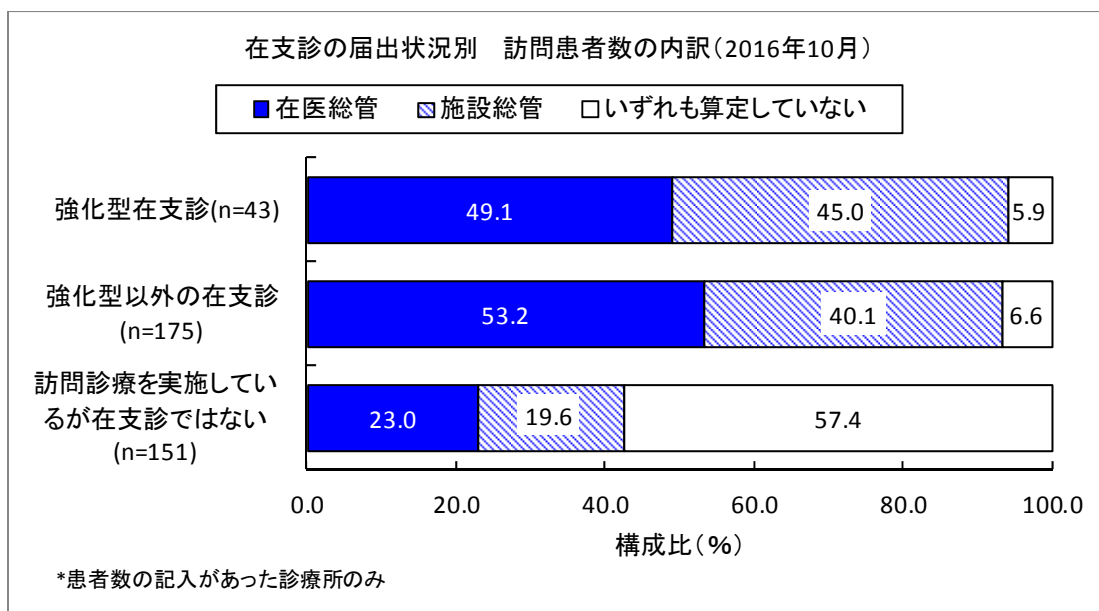
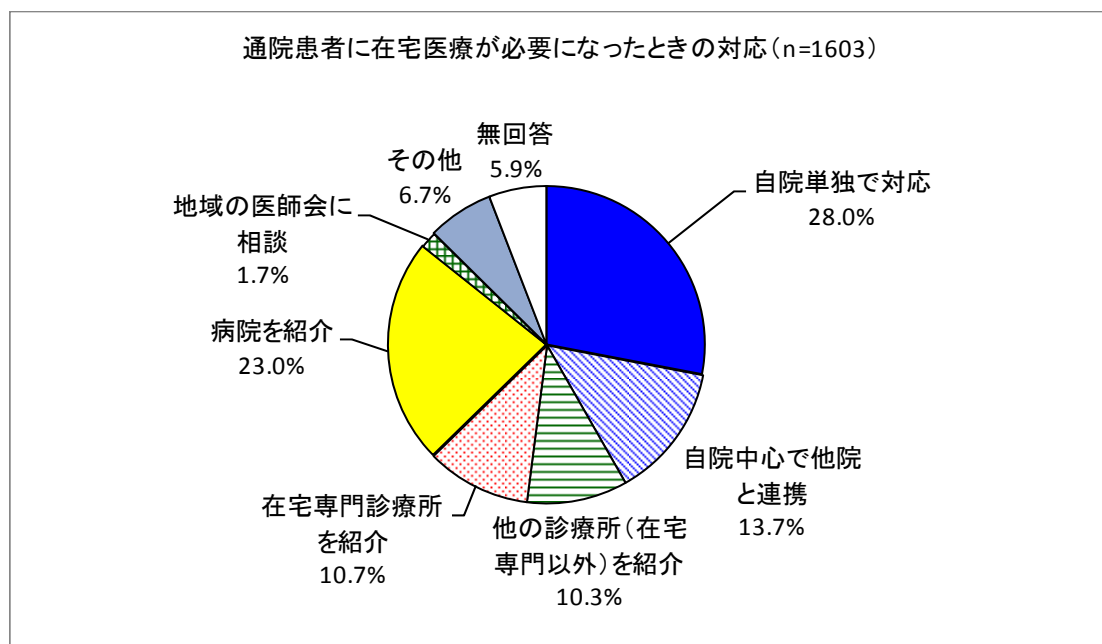


図 2.3.11 在支診の届出状況別 訪問患者数の内訳 (2016年10月)



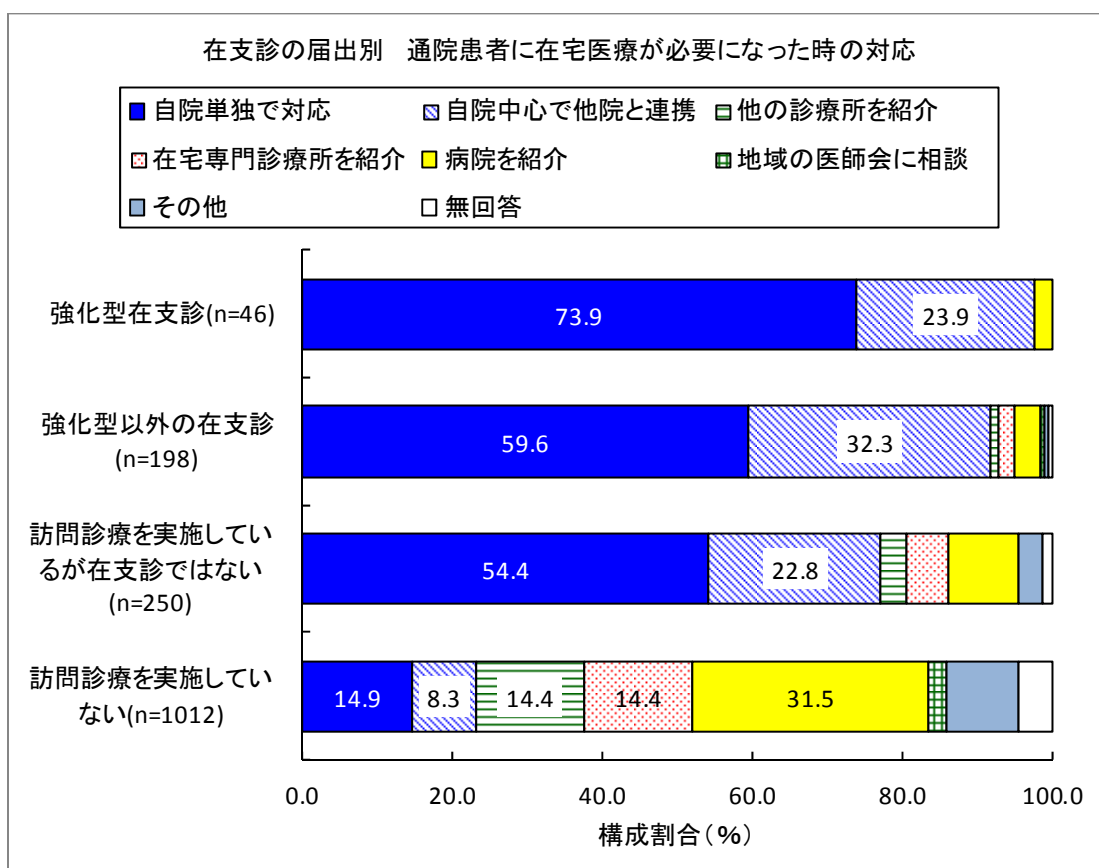
通院患者に在宅医療が必要になったときの対応について、「自院で対応（自院単独で対応、自院中心で他院と連携）する」と回答したのは4割強であった（図 2.3.12）。

図 2.3.12 通院患者に在宅医療が必要になったときの対応



強化型在支診ではほとんど自院（自院中心で他院と連携を含む）で対応可能であった。また、強化型以外の在支診では約 9 割、訪問診療を実施しているが在支診ではない診療所でも 8 割近くが自院で対応可能であった（図 2.3.13）。なお、「その他」のほとんどが、「これまで該当患者がいない」、「経験がない」という回答であった。これらのほか訪問看護ステーションと連携して対応するという回答が複数あった。

図 2.3.13 在支診の届出別 通院患者に在宅医療が必要になった時の対応



新たに在宅医療に取り組む意向のある診療所も含めて、今後在宅医療を行う診療所は全体では約4割であった(図 2.3.14)。「その他」は未定、わからない、必要に応じて行うなどであった。

診療科別では、内科、外科で今後在宅医療を行う診療所は6割以上であった(図 2.3.15)。

また前回2014年調査と比べて、今後在宅医療を行う診療所は若干の増加であった(図 2.3.16)。

図 2.3.14 在宅医療への取り組み

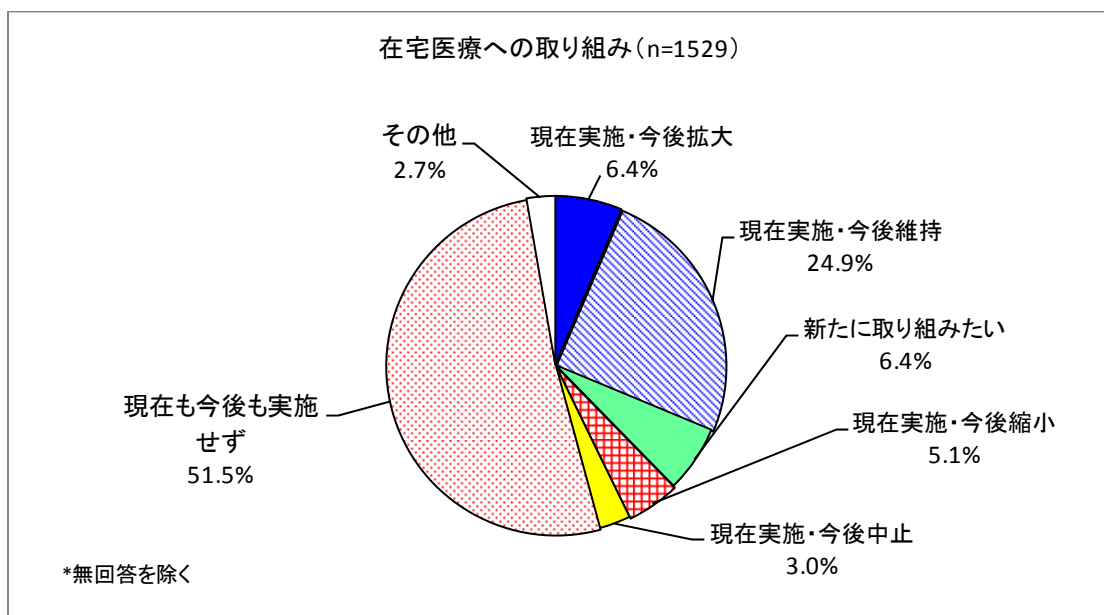


図 2.3.15 今後在宅医療に取り組む診療所の割合（上位の診療科）

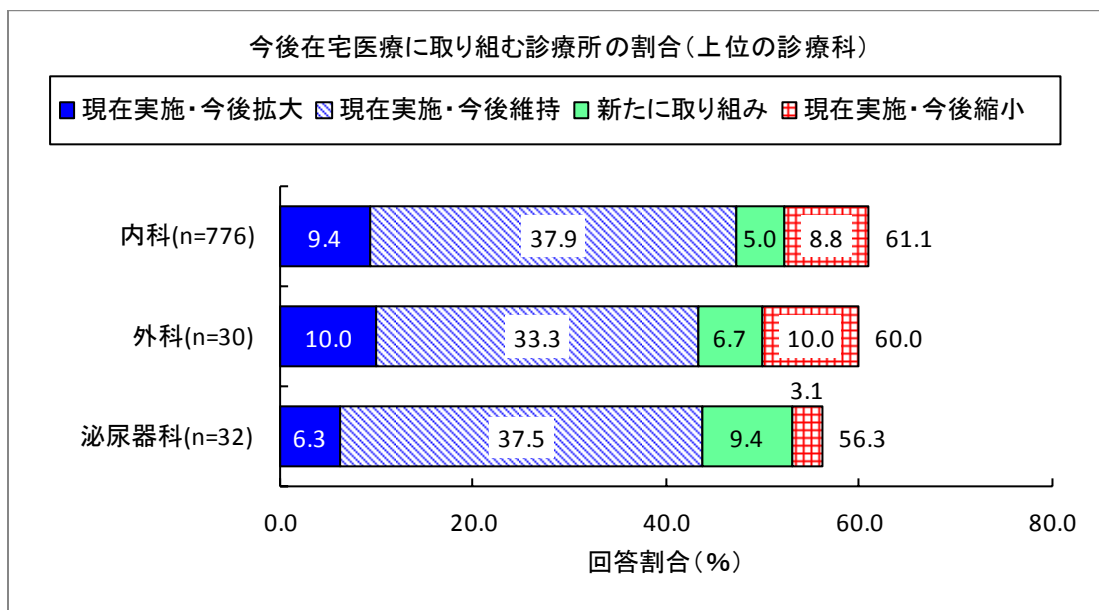
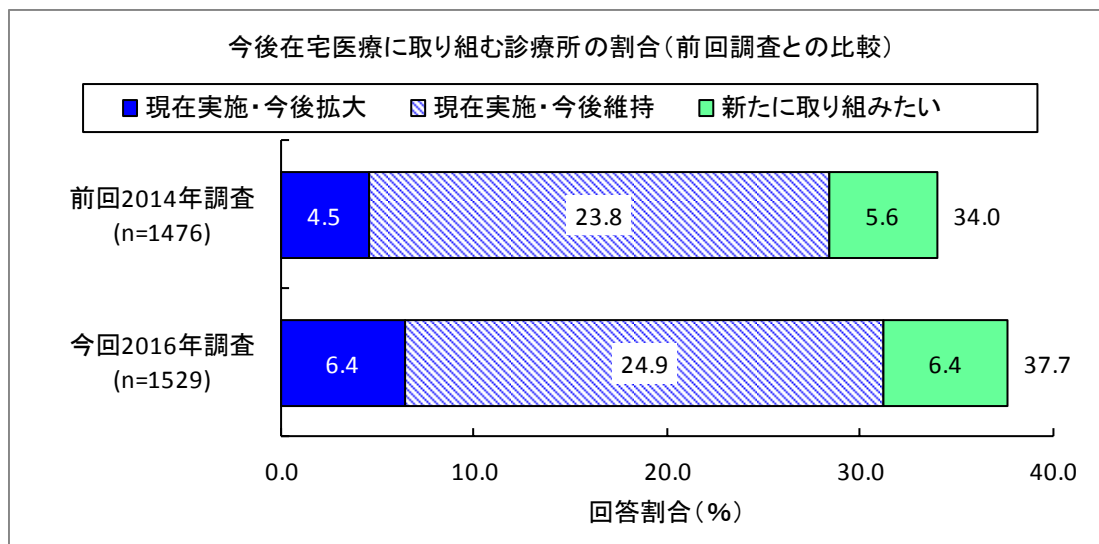


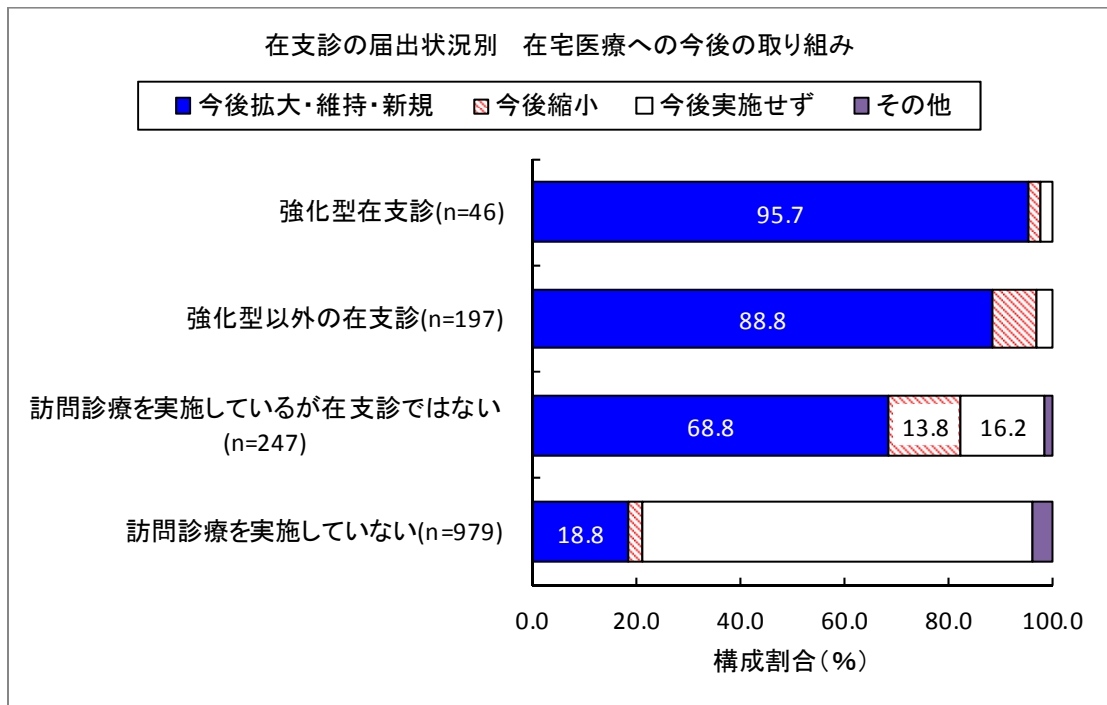
図 2.3.16 今後在宅医療に取り組む診療所の割合（前回調査との比較）



訪問診療を実施しているが在支診ではない診療所の中には、今後在宅医療を縮小あるいは在宅医療から撤退するというのが約3割ある（図 2.3.17）。後述するように24時間往診体制の負担や、自身の体力の問題による。

一方で、現在は訪問診療を実施していないが、今後取り組むというところも18.8%ある。

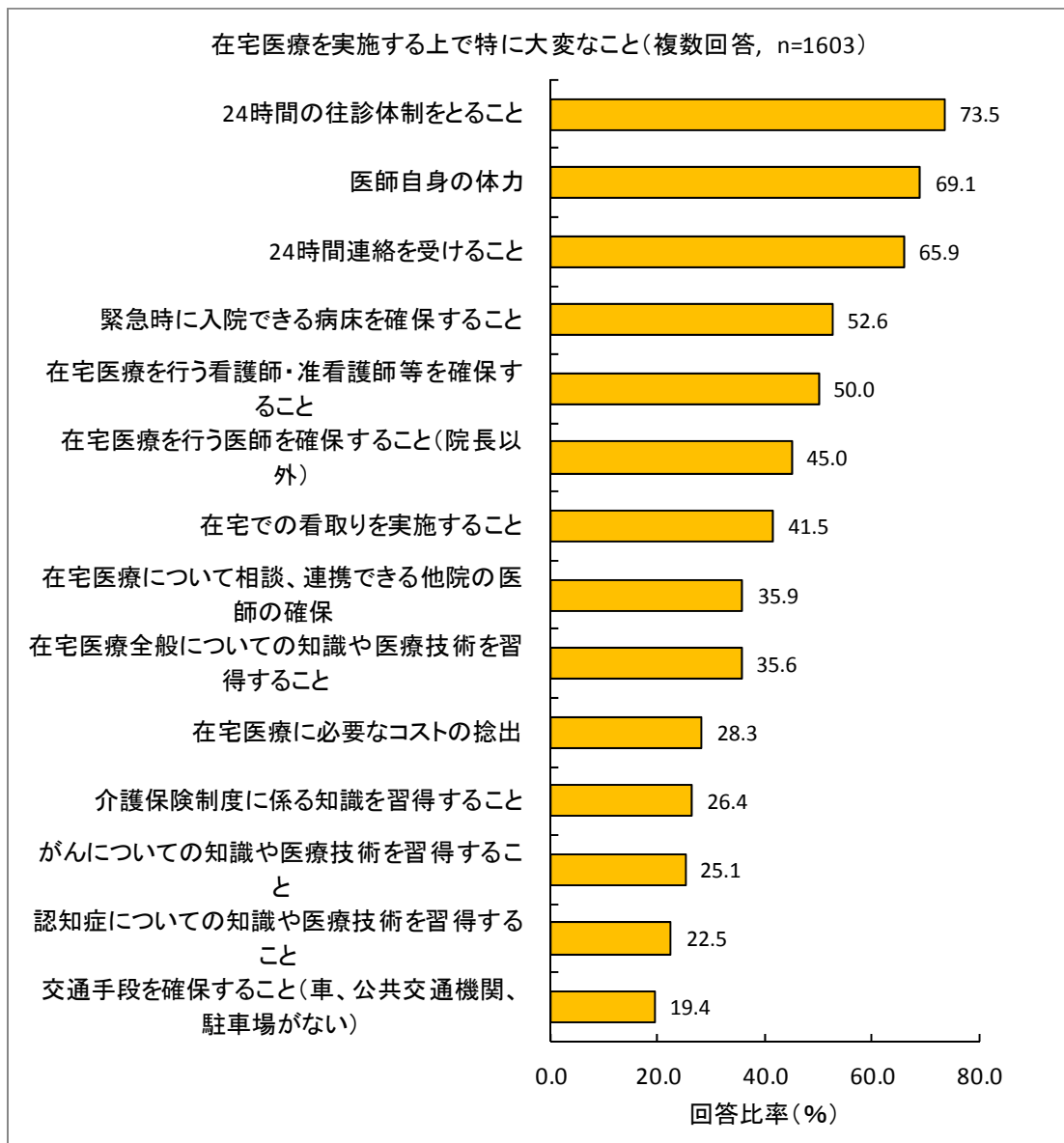
図 2.3.17 在支診の届出状況別 在宅医療への今後の取り組み



2.3.4. 在宅医療の課題

在宅医療を実施する上で特に大変なことは、「24時間の往診体制をとること」、
「医師自身の体力」、「24時間連絡を受けること」であった（図 2.3.18）。

図 2.3.18 在宅医療を実施する上で特に大変なこと



【在宅医療を実施する上で、特に大変であることとして具体的記述があったもの（要約）】

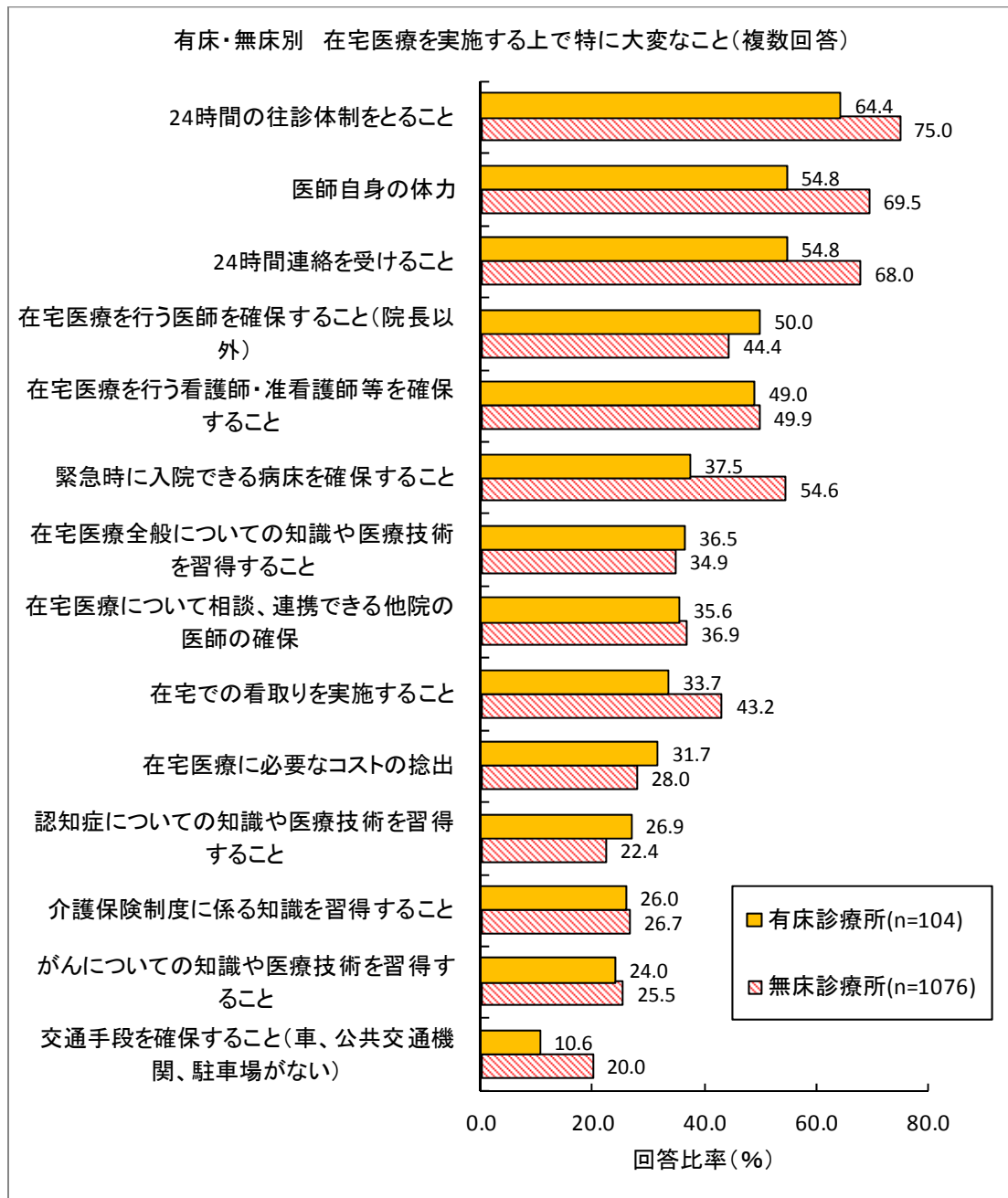
- ・ 医師、看護師の確保。
- ・ 訪問看護ステーションとの連携。
- ・ 保険請求のルールが複雑・煩雑、書類が多い。
- ・ 休日夜間緊急時にスムーズに医薬品を入手しにくい。
- ・ 高齢。
- ・ 時間的余裕がない。
- ・ 代診を見つけること、その報酬。
- ・ (医師自身の) 自宅が診療所から遠い。
- ・ 患者家族および住民の理解、家族との信頼関係。
- ・ 医師以上に介護、看護に当たる家族の負担が大変。
- ・ 患者の経済的負担。

【自由記述欄での在宅医療に関する記述（要約）】

- ・ 在宅療養支援診療所を増やし、24 時間対応を増やすためには、訪問診療を行う診療所が複数集まって、当番で夜間対応するような形が望ましい。
- ・ 個人の診療所では連携して体制をとるにしても、医師会が指導するなどしないと、個人の診療所では連携施設を見つけることは困難。
- ・ 在宅医療は多職種連携が極めて重要であると思うが、ICT の活用について、セキュリティー上の問題がある。日本医師会が IT を使った情報共有のあり方の規準を作成してほしい。
- ・ 内科だけが在宅にかかわっていくのは無理。専門科の医者とも共同で対応できるようにすべき。
- ・ 在宅医療を担う医師の高齢化が進んでいる。在宅医療を行う若手医師の増加が課題。

無床診療所は有床診療所に比べて 24 時間対応がより負担になっている。また無床診療所は「緊急時に入院できる病床を確保すること」も負担である（図 2.3.19）。

図 2.3.19 有床・無床別 在宅医療を実施する上で特に大変なこと



在支診の届出状況別に負担感を比較した（図 2.3.20）。

1. 強化型在支診

- 強化型在支診であっても、24 時間の往診体制をとることは大変だと感じている。以下、24 時間の往診体制はすべてのカテゴリで負担である。

2. 強化型以外の在支診

- 強化型在支診に比べると、緊急時に入院できる病床を確保することが大変である。

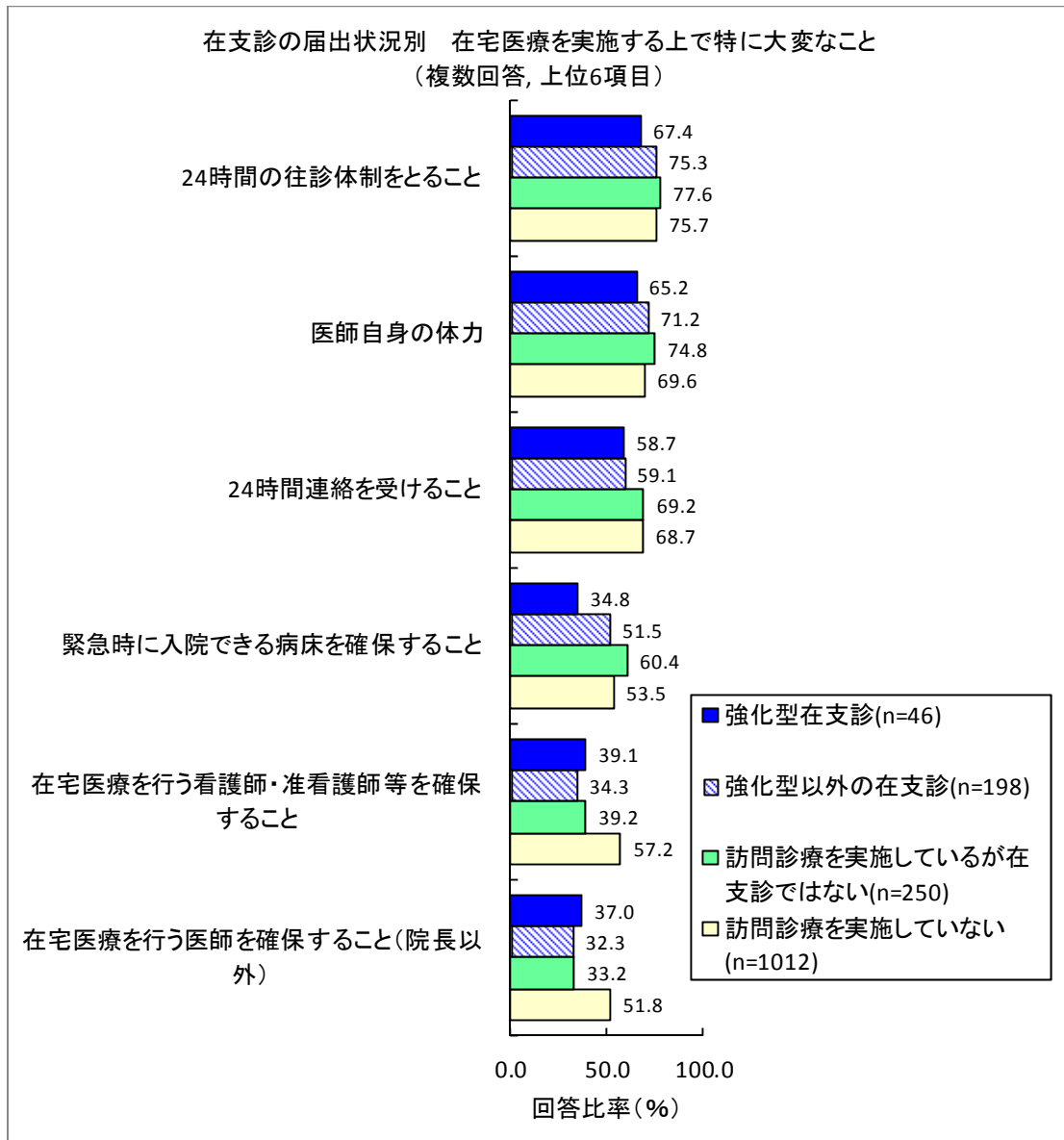
3. 訪問診療を実施しているが在支診ではない診療所

- 自身の体力、24 時間連絡体制が負担である。

4. 訪問診療を実施していない診療所

- 現在訪問診療を実施していないわけだが、他のカテゴリに比べると在宅医療を行う際には医師、看護師の確保が大変であろうと感じている。

図 2.3.20 在支診の届出状況別 在宅医療を実施する上で特に大変なこと



在宅医療への取り組みタイプ別に負担感を比較した（図 2.3.21）。

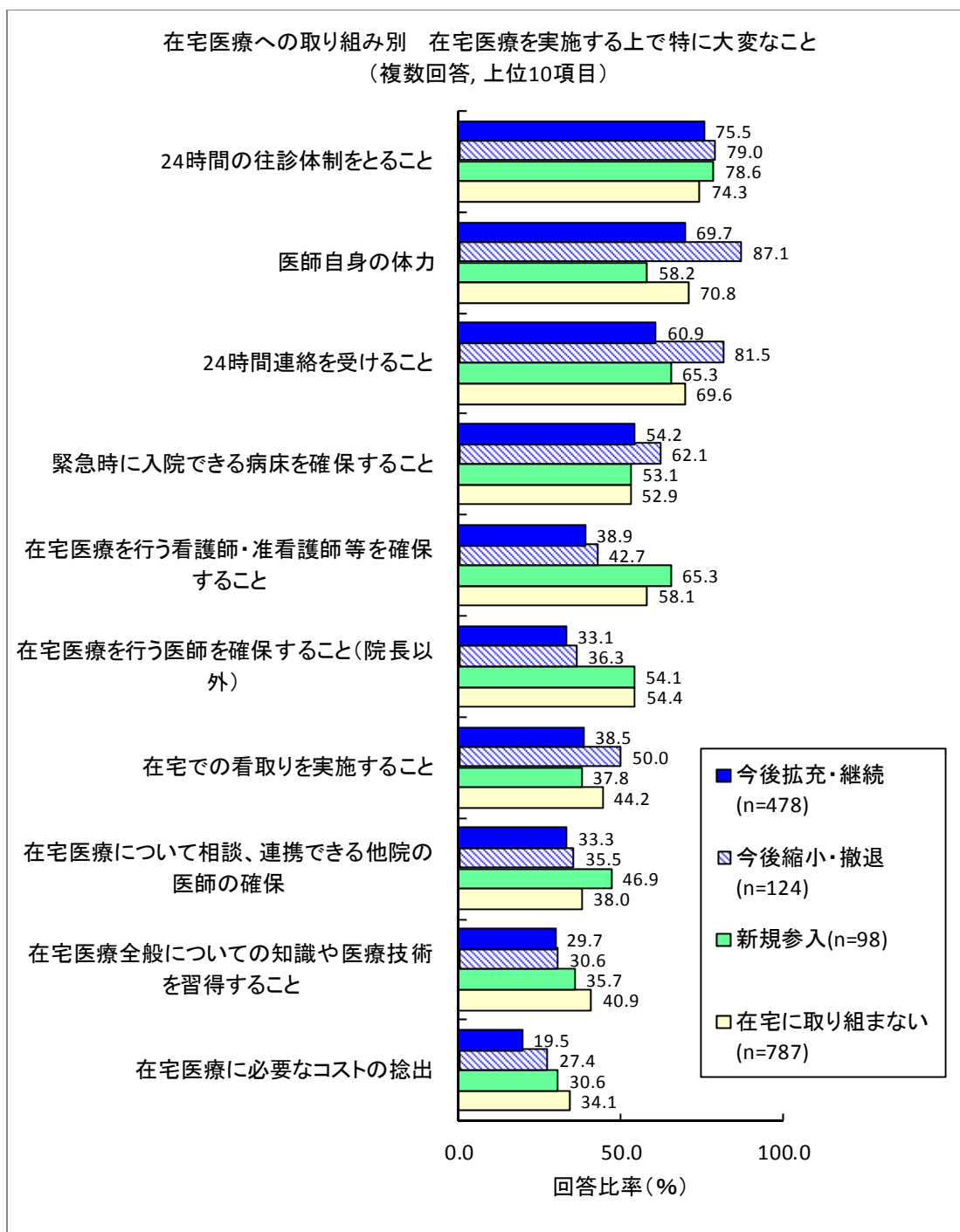
1. 今後拡充・継続：「現在、在宅医療を行っており、今後はさらに増やしたい」、
「現在、在宅医療を行っており、今後もこれまでどおり続けたい」
 - 24 時間往診体制、24 時間連絡体制は負担であるが、職員の手当はついており、コスト負担もそれほど強くない。

2. 今後縮小・撤退：「現在、在宅医療を行っているが、今後は減らしたい」、
「現在、在宅医療を行っているが、今後は中止したい」
 - 24 時間往診体制、24 時間連絡体制の負担に加え、医師自身の体力の問題がある。医師の高齢化も一因と推察される。

3. 新規参入：「現在、在宅医療を行っていないが、新たに在宅医療に取り組みたい」
 - 24 時間往診体制、24 時間連絡体制の不安に加え、関係職種の確保が課題となっている。在宅医療について相談、連携できる他院の医師も求められている。

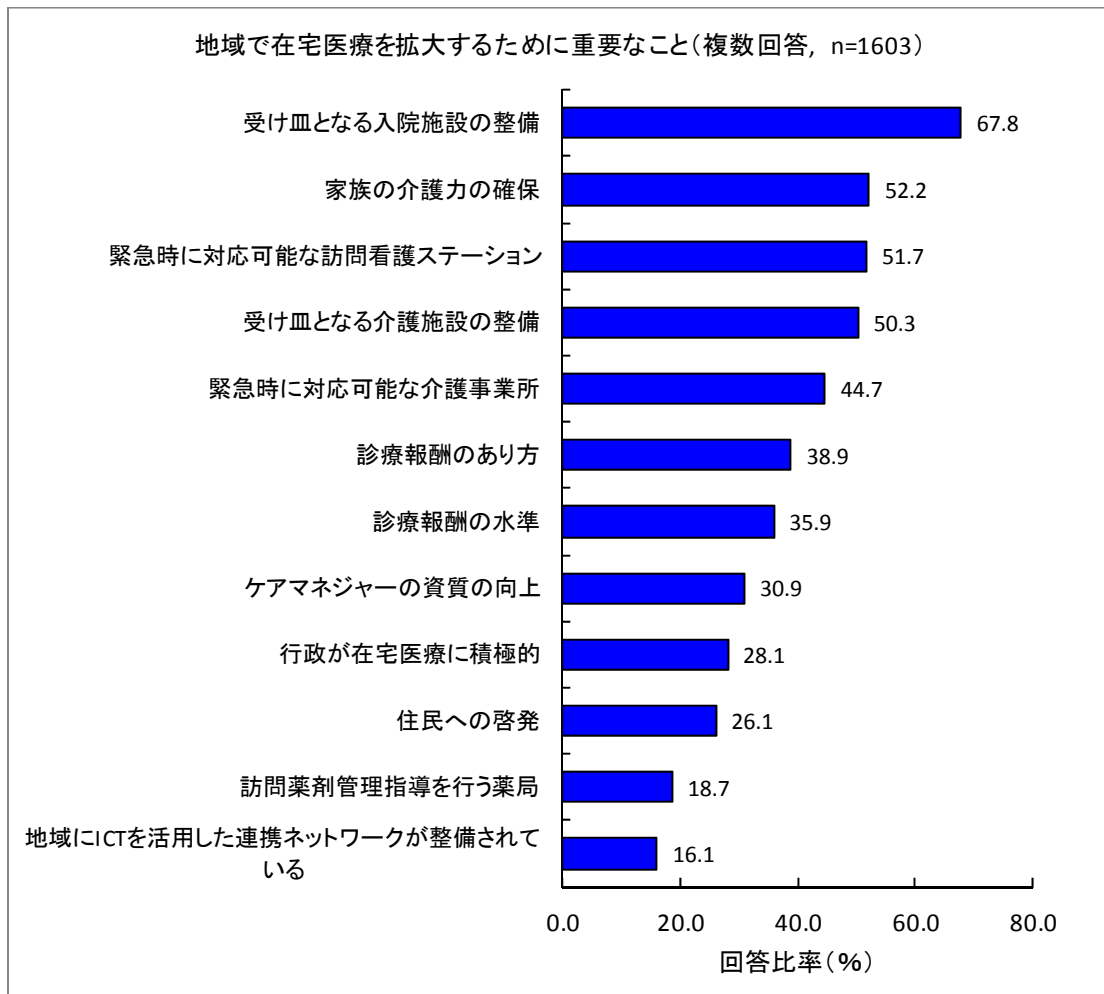
4. 在宅医療に取り組まない：「現在、在宅医療を行っておらず、今後も取り組まない」
 - 在宅医療を行う医師・看護師等の確保ができない上、在宅医療に係る知識や技術の習得のハードルが高い。

図 2.3.21 在宅医療への取り組み別 在宅医療を実施する上で特に大変なこと



地域で在宅医療を拡大するために重要と考えられていることでもっとも多かったのは、「受け皿となる入院施設が整備されていること」であった（図 2.3.22）。

図 2.3.22 地域で在宅医療を拡大するために重要なこと



【地域で在宅医療を拡大しようとする場合、特に重要なこととして具体的な記述があったもの（要約）】

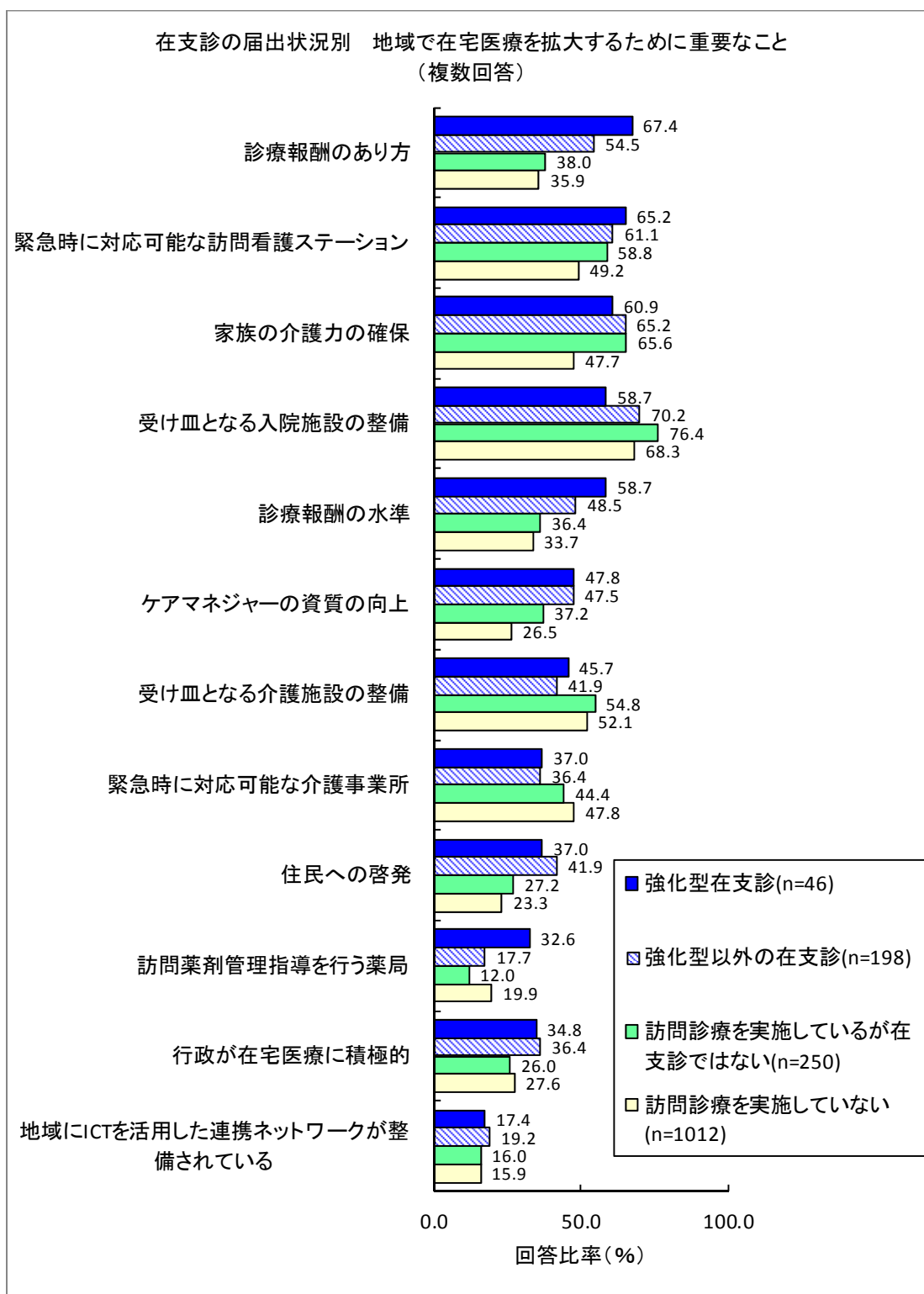
（課題等も記述されている）

- ・独居、いわゆる老々介護。
- ・訪問診療のキャパオーバーになった時のコントロールセンター。自分が倒れた時に在宅患者をどうするか不安。
- ・地域の医師会が各診療所に呼びかけて、連携型の在宅診療ができるようにしてほしい。自分だけで他の医療機関を見つけることは難しい。
- ・高齢独居者は同一建物に入居せざるを得ない。高齢者の在宅医療は認知症、脳血管障害、悪性腫瘍などの進行度により難易度が区分される。住居先で診療報酬が大きく影響を受けることは医療の過少評価につながる。
- ・診療報酬が毎回変わるため長期的な計画を立てられない。
- ・保険請求の簡素化。
- ・状態急変時、受けた連絡で入院等必要と判断した場合も自身が出向き、紹介状など手配して受け入れ先を探してとなると緊急性が保てない。個人医師で対応している場合は、複数医師で往診専門としている医療機関にお願いするようになってしまう。
- ・「小児包括ケアセンター」が、行政を中心に整備されると可能となるかもしれない。
- ・休日夜間等に対応できる複数医師との連携体制。

地域で在宅医療を拡大するために重要と考えられていることについて、在支診では「緊急時に対応可能な訪問看護ステーション」、在支診以外では「受け皿となる入院施設の整備」が求められている。

診療報酬については、その水準よりもあり方（同一建物の訪問診療の算定方式など）が重要と考えられている。また、「家族の介護力の確保」は、訪問診療を行っているところでより重要という回答が多い（図 2.3.23）。

図 2.3.23 在支診の届出状況別 地域で在宅医療を拡大するために重要なこと



2.4. 処方状況

2.4.1. 結果の要約

【長期処方（30日超）】

- 長期処方の患者が増えた診療所のほうが多い。
- 院内処方のほうが院外処方よりも長期処方が少ない。
- 2016年度の診療報酬改定で、長期処方の場合に分割指示処方せんで対応できることが明確化されたが、分割指示処方せんはほとんど交付されていない。
- 長期処方（他院での長期処方を含む）が原因と考えられる事例として、「病状が改善しなかったことがある」経験をした診療所が3分の1ある。前回2014年調査でもほぼ同じである。

【薬局との連携】

- 薬局からの疑義照会や情報提供は、診療所での処方内容の見直しに結びついている。

課題

- 長期処方が原因と考えられる事例が発生することについて、患者の理解を進めることも必要ではないか。
- 薬局とのコミュニケーションがとれている診療所は、かかりつけ患者の医薬品の管理ができている。診療所と薬局との連携が重要である。

2.4.2. 院内処方・院外処方

院内処方は38.1%（一部院外処方を含む）、院外処方は61.9%（一部院内処方を含む）である（図 2.4.1）。診療科別では院内処方の診療所は、婦人科81.5%、産科・産婦人科55.4%、外科50.0%、内科43.1%などである（図 2.4.2）。

図 2.4.1 処方の状況

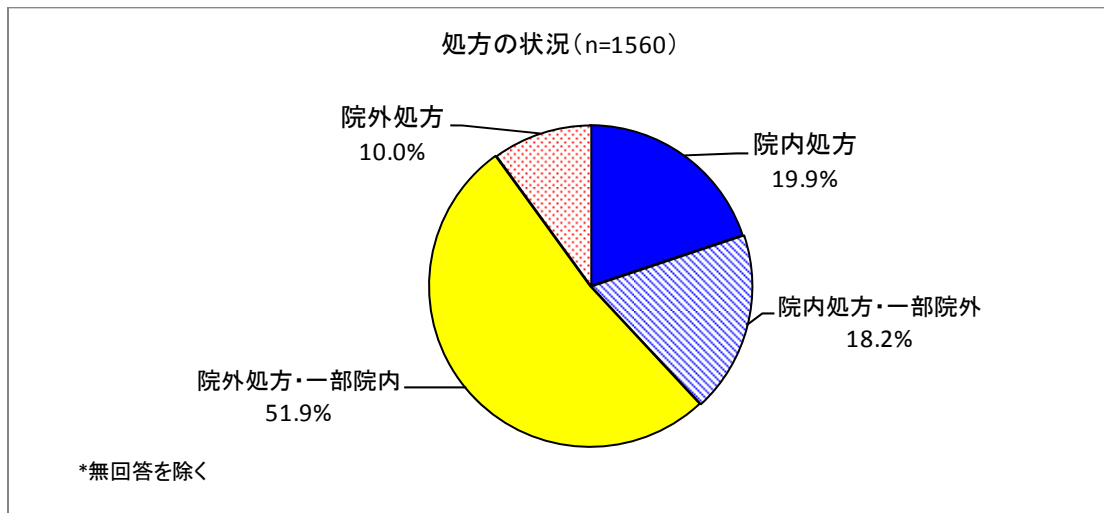
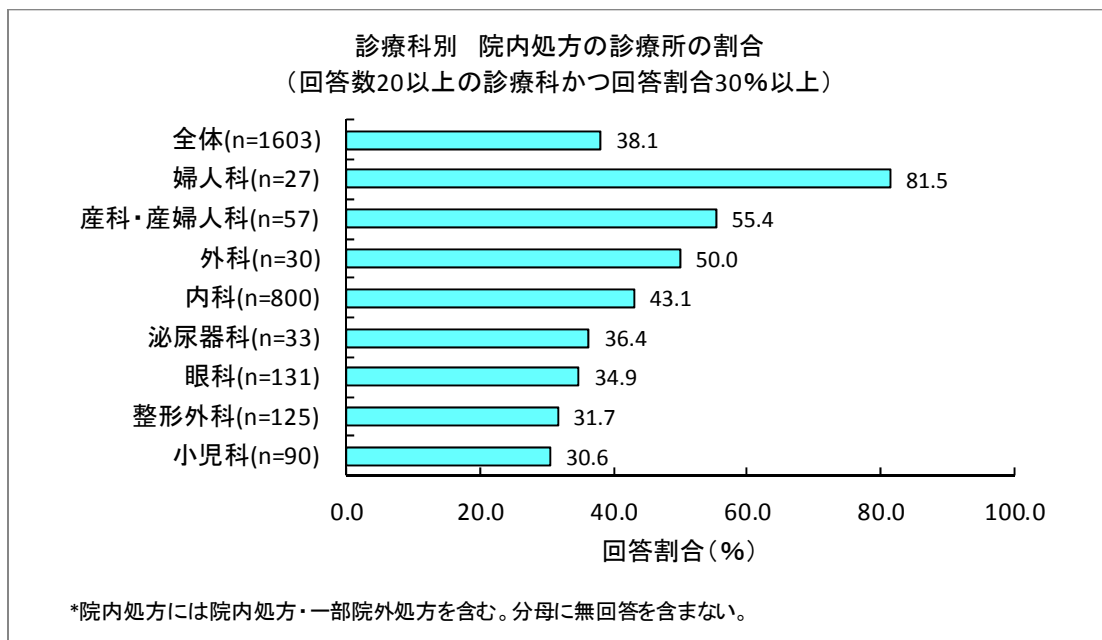


図 2.4.2 診療科別 院内処方の診療所の割合



2.4.3. 長期処方

長期処方の患者の割合が8割以上の診療所は5.4%であった。5割以上の診療所は14.5%であった(図2.4.3)。院外処方のほうが長期処方の患者割合が高い診療所が多く、長期処方「まったくない」は院内処方17.0%、院外処方10.5%であった(図2.4.4)。

図 2.4.3 長期処方の患者割合別診療所内訳

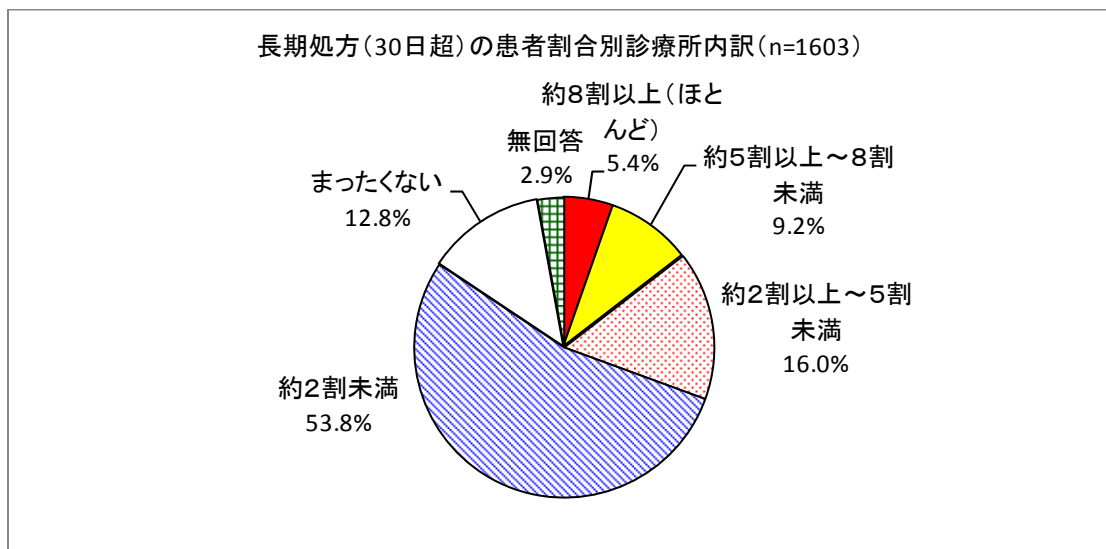
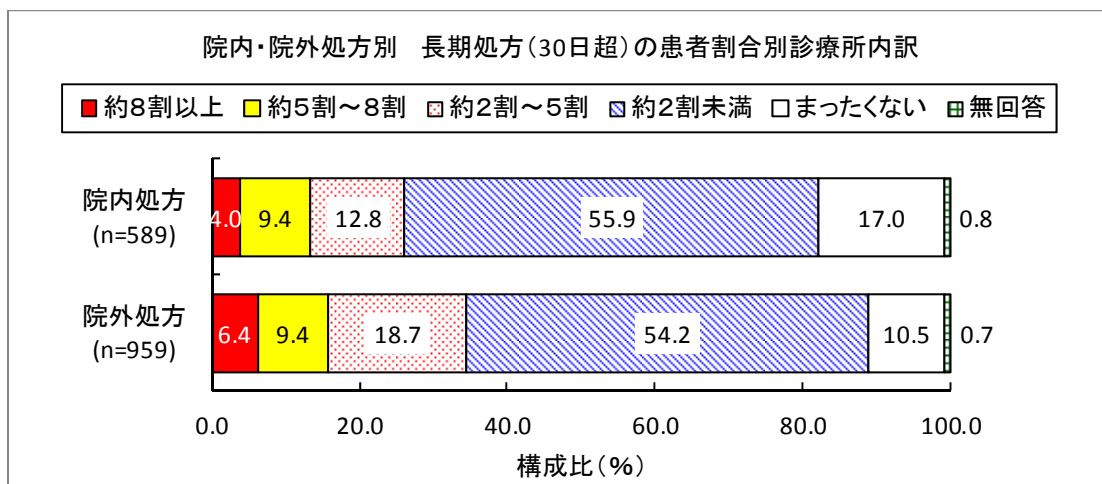
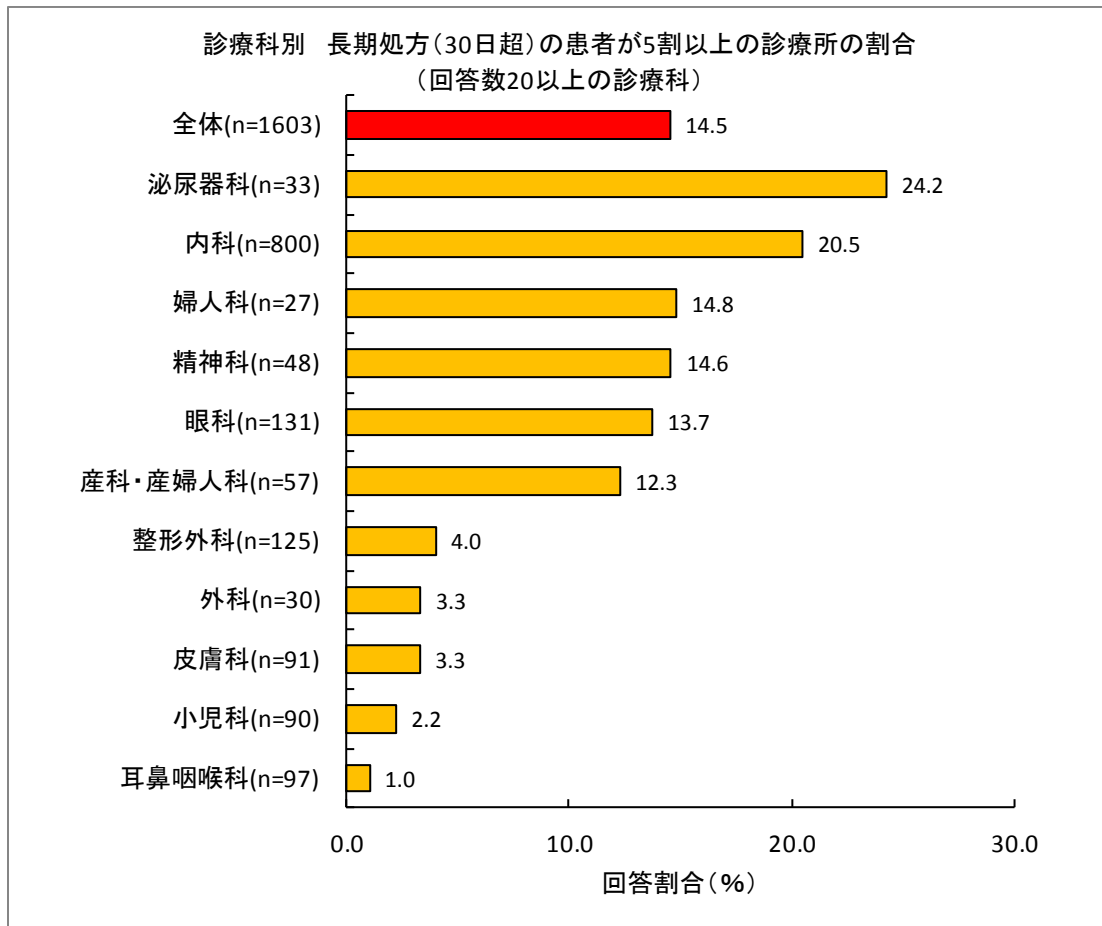


図 2.4.4 院内・院外処方別 長期処方の患者割合別診療所内訳



診療科別では、長期処方（30日超）の患者が5割以上の診療所は、泌尿器科で24.2%、内科で20.5%であった（図2.4.5）。

図 2.4.5 診療科別 長期処方（30日超）の患者が5割以上の診療所の割合



2016年度の診療報酬改定では、長期投薬（30日超）の取り扱いが明確化された（表 2.4.1）。

約1年前と比べて長期処方（30日超）の患者が増えた（かなり増えた、やや増えた）診療所は約3分の1であり、減った（かなり減った、やや減った）診療所は1割未満であった（図 2.4.6）。

長期処方を行っている診療所のうち、長期投薬が可能な程度に病状が安定し、患者（家族）が服薬管理を行うことを確認できた場合以外（以下、病状安定・服薬管理可能以外）で、長期処方を行っている診療所が12.7%あった（図 2.4.7）。

表 2.4.1 長期投薬についての取り扱い

<p>医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととされており、長期の投薬にあたっては、以下のような取扱いとする。</p> <p>① 30日を超える投薬を行う際には、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認する。病状が変化した際の対応方法等を患者に周知する。</p> <p>② ①の要件を満たさない場合には、原則として以下のいずれかの対応を行うこととする。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 30日以内に再診する・ 200床以上の保険医療機関にあつては、200床未満の医療機関又は診療所に文書による紹介を行う旨の申出を行う・ 患者の病状は安定しているが服薬管理が難しい場合は、分割指示処方せんを交付する。
--

*出所：厚生労働省保険局医療課「平成28年度診療報酬改定の概要」

図 2.4.6 長期処方の変化

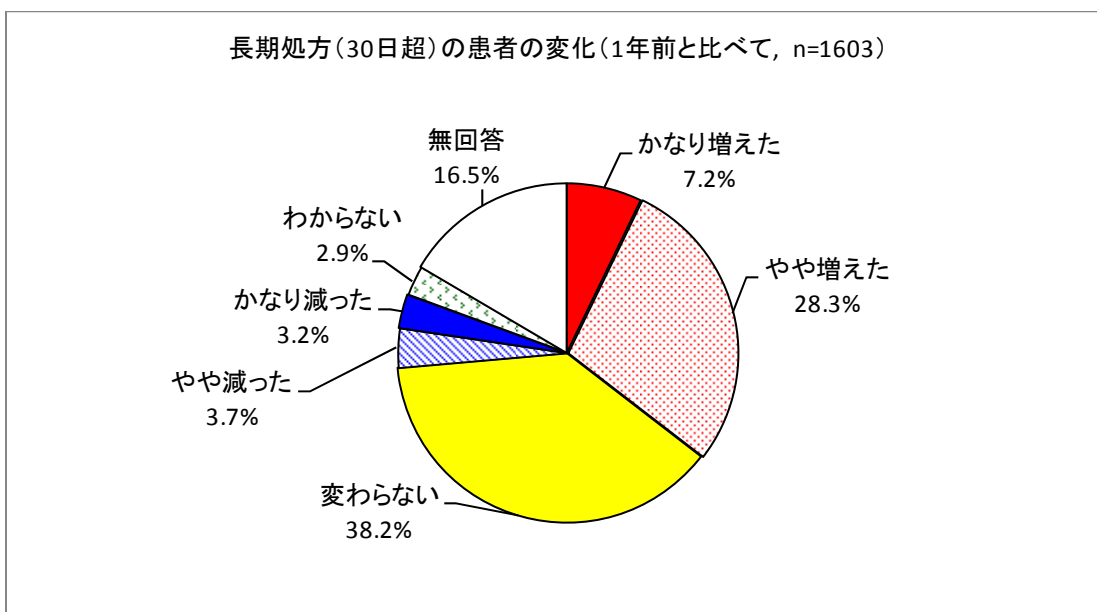
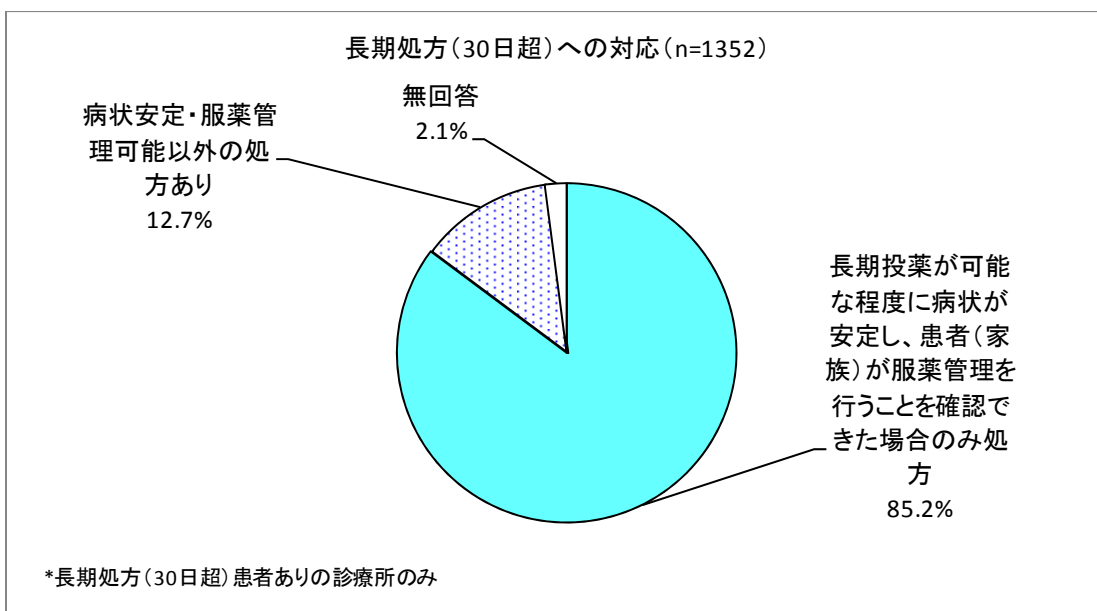


図 2.4.7 長期処方への対応



2016年度の診療報酬改定で、病状安定・服薬管理可能な場合以外に長期処方を行う際、診療所は、30日以内に再診する、もしくは分割指示処方せんを交付することが明確化された。しかし対応内容について無回答が23.3%あったほか(図2.4.8)、対応内容「その他」も処方理由を記載したものが多かった。病状安定・服薬管理可能な場合以外の長期処方への対応が浸透していない可能性がある。なお、分割指示処方せんは、ほとんど交付されていなかった(図2.4.9)。

図 2.4.8 病状安定・服薬管理可能以外の長期処方時の対応

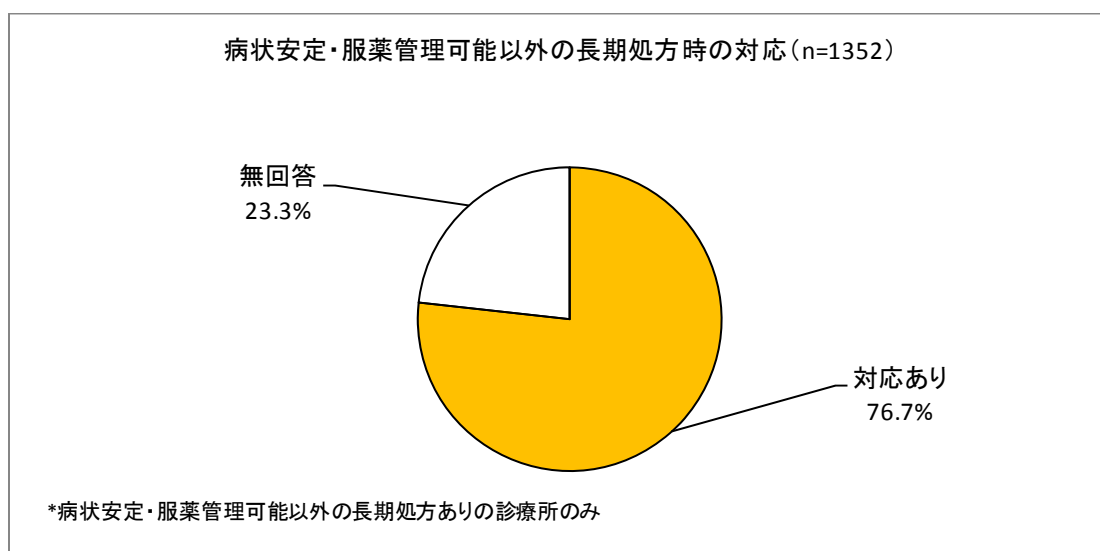
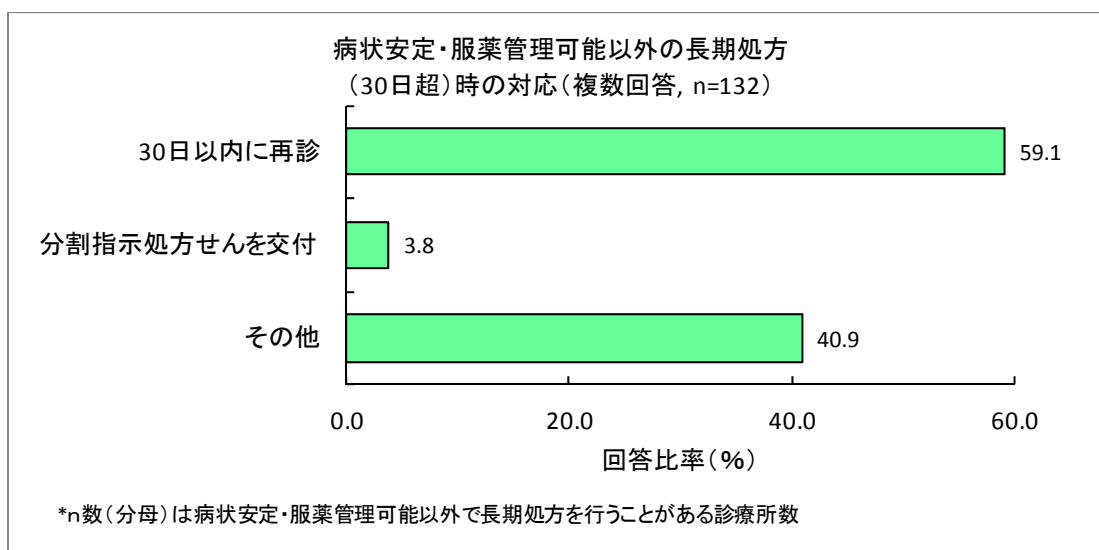


図 2.4.9 病状安定・服薬管理可能以外の長期処方時の対応



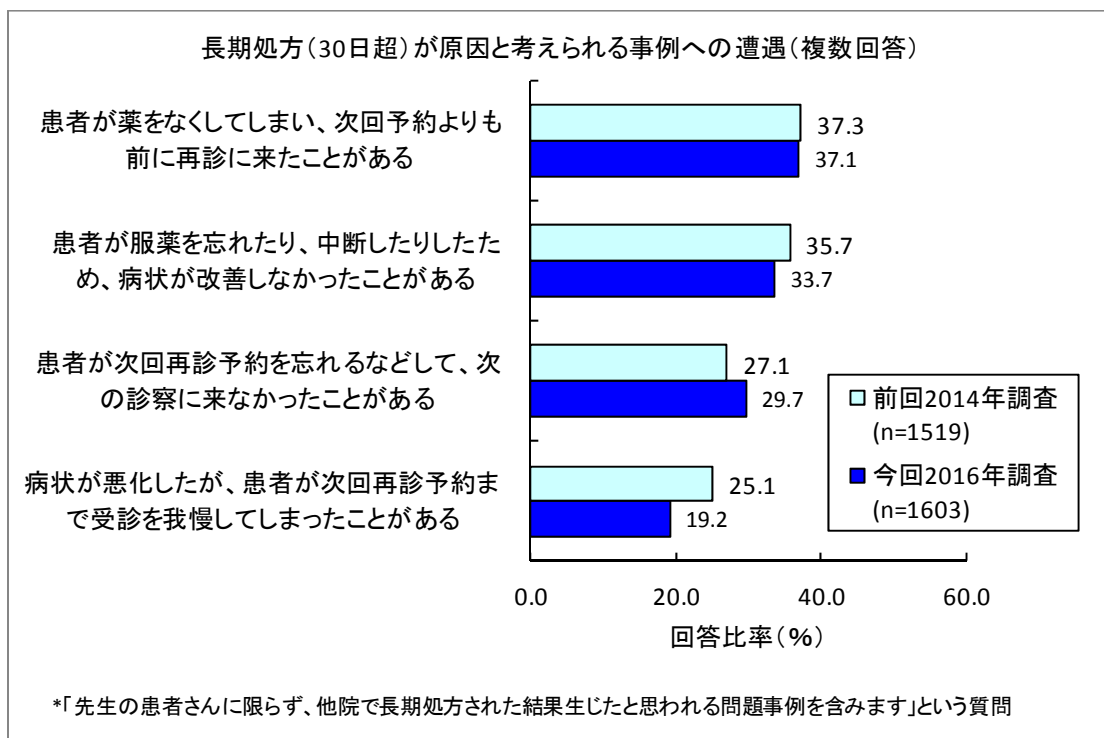
【病状安定・服薬管理可能以外の長期処方の対応「その他」の回答(要約)】

(長期処方の理由が記載されていたものが多い)

- ・ 病院で長期処方をしているため。
- ・ 必要時に再診。
- ・ 年末年始、お盆、冬季(降雪)、長期・海外出張。
- ・ 通院が困難(高齢、交通の便)。
- ・ 患者の要望。

過去1年ぐらいの間に遭遇した、長期処方（他院での長期処方を含む）が原因と考えられる事例について、「次回予約よりも前に再診に来たことがある」が37.1%、「病状が改善しなかったことがある」が33.7%、「次の診察に来なかったことがある」が29.7%であり、前回2014年調査と大きな変化は見られなかった（図 2.4.10）。

図 2.4.10 長期処方（30日超）が原因と考えられる事例への遭遇



【長期処方原因と考えられる事例として具体的な記述があったもの（要約）】

（他院での長期処方による事例を含む）

- ・大病院で3か月投与（降圧剤）されて、低血圧になった。
- ・降圧剤の長期処方により、血圧のコントロールが不良になった。
- ・患者が経済的な理由から受診回数を減らしたいと希望する。
- ・過量服薬して救急搬送、または友人に譲渡。
- ・患者が副作用と思い込んで薬を中止したため、次回受診まで服薬なしで過ごしてしまった。
- ・病院では長期処方をしているからと患者から要求される。
- ・コスト削減のため投与量や飲み方を自己調整する患者が増加。

2.4.4. 残薬の疑義照会・情報提供

2016年度の診療報酬改定で、処方せんに薬局が残薬を確認した場合の対応についてチェック欄が設けられた。「保険医療機関等へ疑義照会した上で調剤」が19.8%、「保険医療機関へ情報提供」が11.7%であった。「どちらにもチェックしていない」は56.8%であった（図 2.4.11）。

薬局からの残薬の疑義照会や情報提供の頻度は、数回程度も含めて「ある」が59.6%、「なかった」は34.5%であった（図 2.4.12）。

薬局からの残薬の疑義照会や情報提供を受けて処方内容を変更したことがあるかどうかについては、「ある」が93.3%（よくある21.6%、たまにある71.7%）であった（図 2.4.13）。

図 2.4.11 院外処方 薬局が残薬を確認した場合の対応

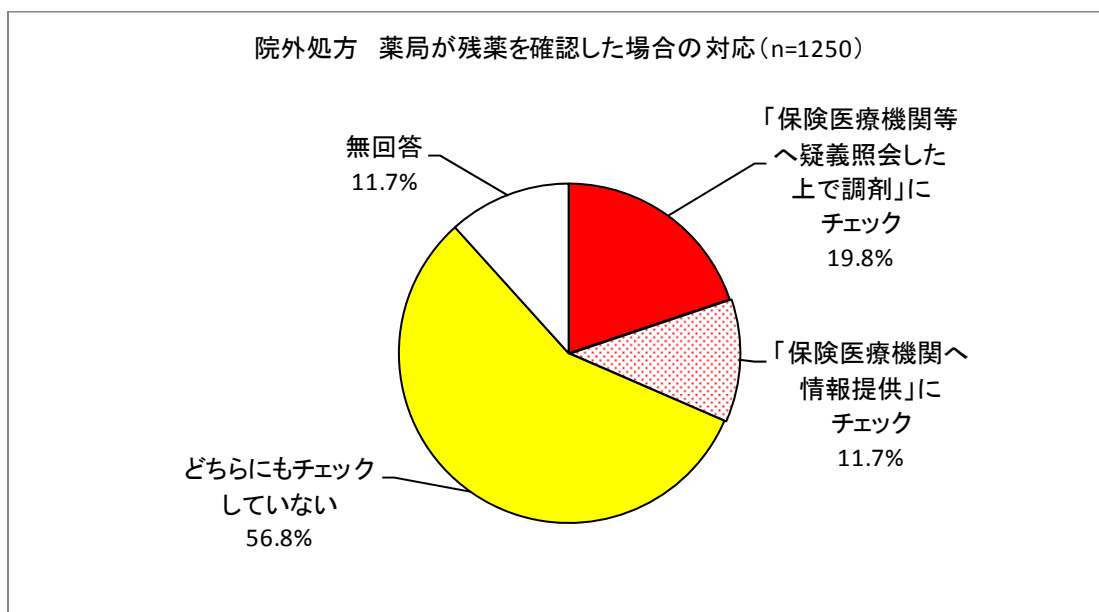


図 2.4.12 院外処方 薬局からの残薬の疑義照会や情報提供

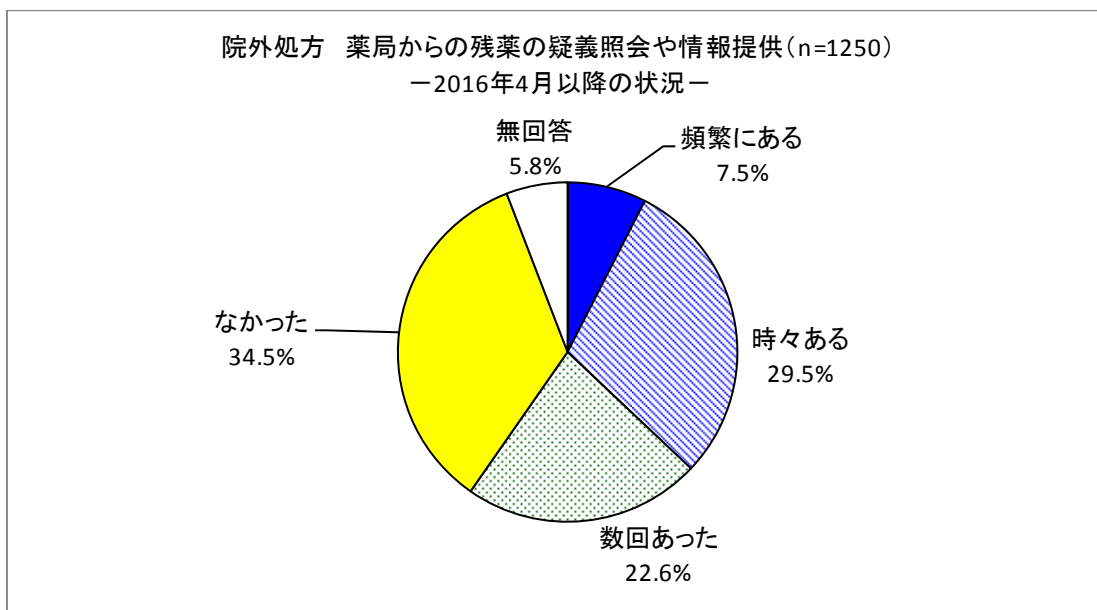
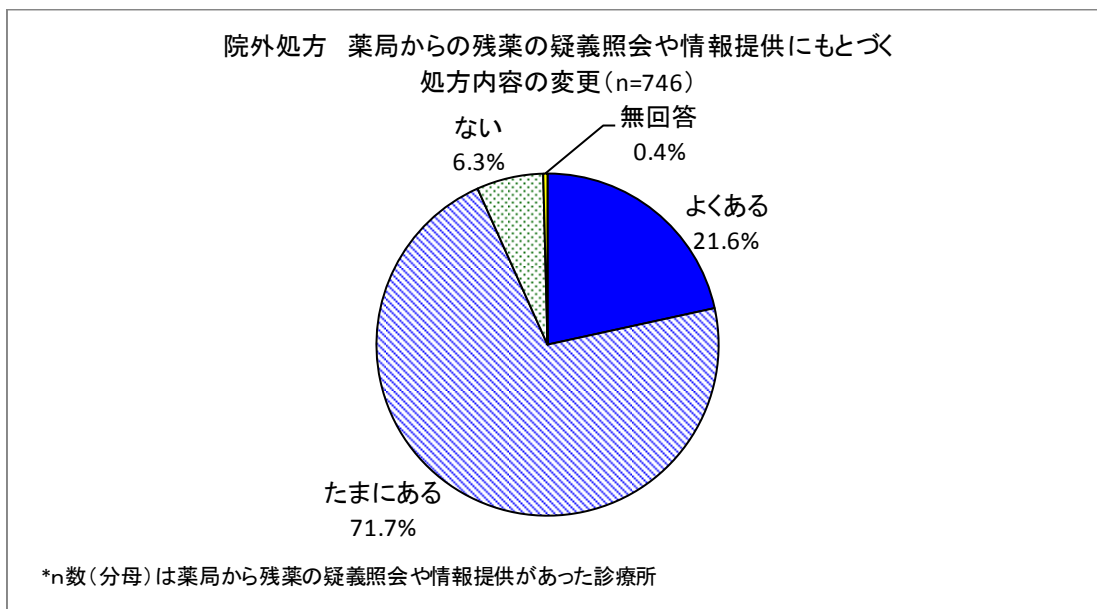


図 2.4.13 院外処方 薬局からの残薬の疑義照会や情報提供にもとづく
 処方内容の変更



薬局からの残薬の疑義照会や情報提供が多い診療所ほど、処方内容の変更頻度が高く（図 2.4.14）、「かかりつけの患者に処方されているすべての医薬品の管理」を実施している割合がやや高い（図 2.4.15）。

図 2.4.14 院外処方 薬局からの残薬の疑義照会や情報提供の頻度と処方内容の変更頻度

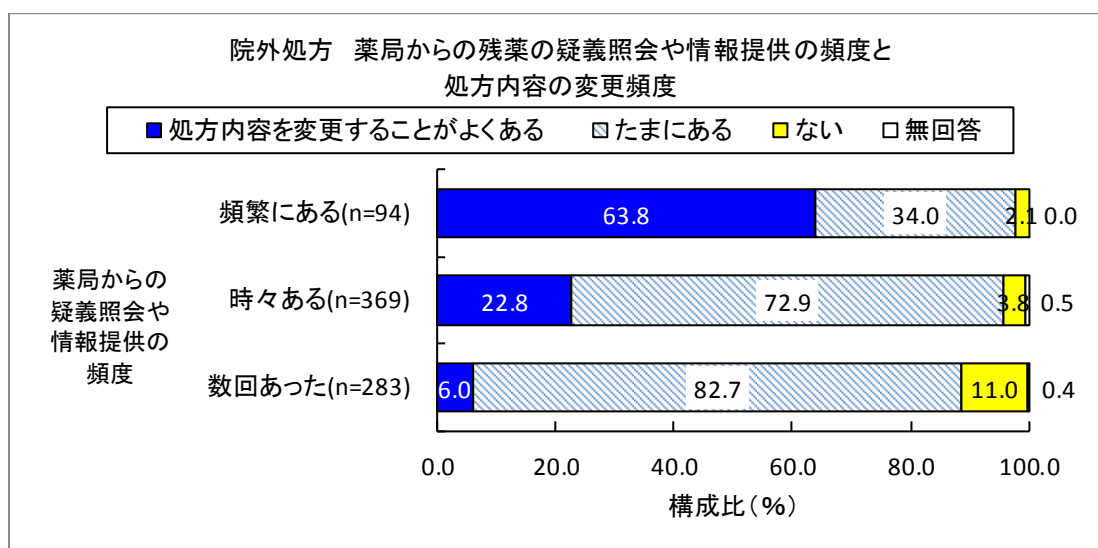
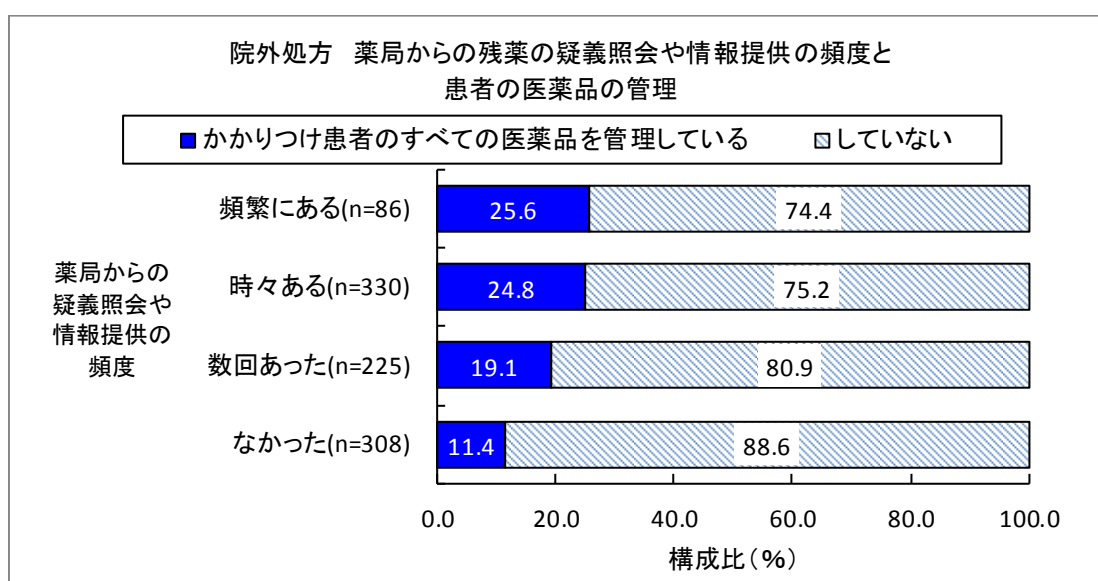


図 2.4.15 院外処方 薬局からの残薬の疑義照会や情報提供の頻度と患者の医薬品の管理



2.5. 後発医薬品

2.5.1. 結果の要約

- 院外処方で、一般名処方加算を算定していない診療所は約 3 割あるが、その理由として、「一般名での処方に抵抗がある」、「薬局や薬剤師の対応が不安」という回答は減少してきており、一般名での処方がある程度定着しているようにも見受けられる。
- 院内処方で、外来後発医薬品使用体制加算を算定していない診療所は約 7 割ある。算定していない理由の上位は「使用割合の基準が厳しい」、「使用割合の計算や届出が煩雑」であり、いずれも診療報酬の要件そのものの問題である。
- 診療所の約半数は、後発医薬品の品質、効果に問題があると感じており、過去の調査からも変化していない。

課題

- 2016 年度の診療報酬改定で創設された外来後発医薬品使用体制加算は、届出の要件が複雑かつ基準が厳しいために活用されていないことから、要件を見直す余地があるのではないかと。
- 後発医薬品の品質、効果について、国としてさらに国民、医師に理解を得るよう努める必要があるのではないかと。

2.5.2. 一般名処方加算・外来後発医薬品使用体制加算

院外処方では一般名で処方した場合に一般名処方加算があり、2016年度の診療報酬改定で、「後発医薬品が存在するすべての医薬品が一般名で処方されている場合」が新設され、従来の「1品目でも一般名処方が含まれている場合」と2区分になった。院内処方では、2016年度の診療報酬改定で外来後発医薬品使用体制加算が新設された（表 2.5.1）。

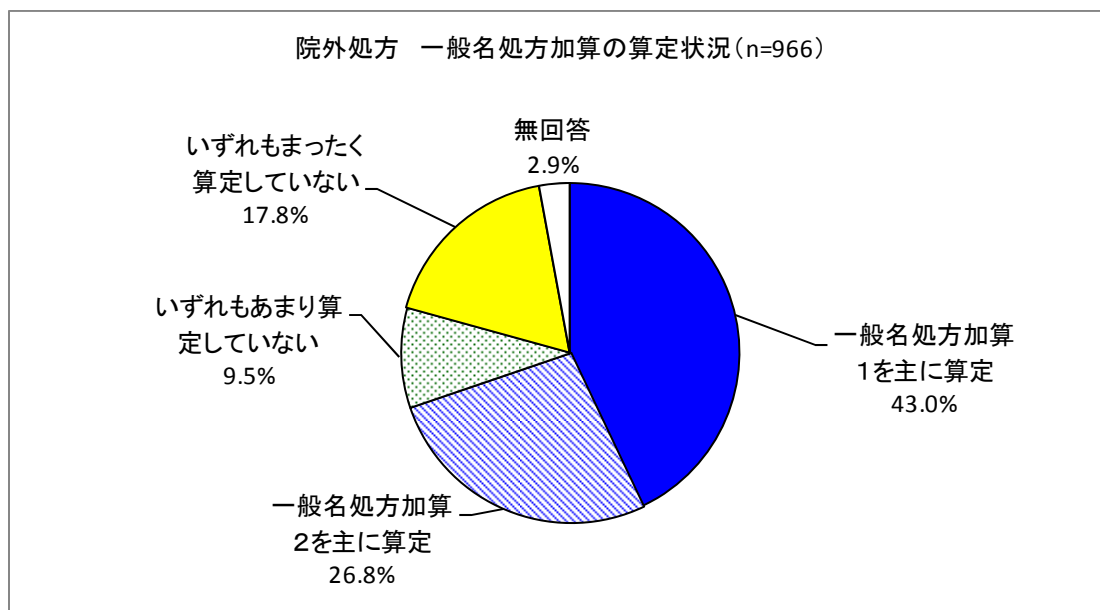
表 2.5.1 一般名処方加算・外来後発医薬品使用体制加算

院外 処方	一般名処方加算	
	改定前	2016年度改定
	一般名処方加算 1点 交付した処方せんに1品目でも 一般名処方が含まれている場合	一般名処方加算1 3点 後発医薬品が存在する全ての医薬 品が一般名処方されている場合 一般名処方加算2 2点 交付した処方せんに1品目でも一般 名処方が含まれている場合
院内 処方	<p>(新)外来後発医薬品使用体制加算(処方料の加算)</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算1(後発品割合70%)以上 4点</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算2(後発品割合60%)以上 3点</p> <p>[施設基準(概略)]</p> <p>① 診療所。薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制を整備</p> <p>② 後発医薬品割合60%以上(外来後発医薬品使用体制加算1は70%以上)</p> <p>③ 後発医薬品調剤比率(規格単位数量)50%以上</p> <p>④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を掲示</p>	

*出所:厚生労働省保険局医療課「平成28年度診療報酬改定の概要」

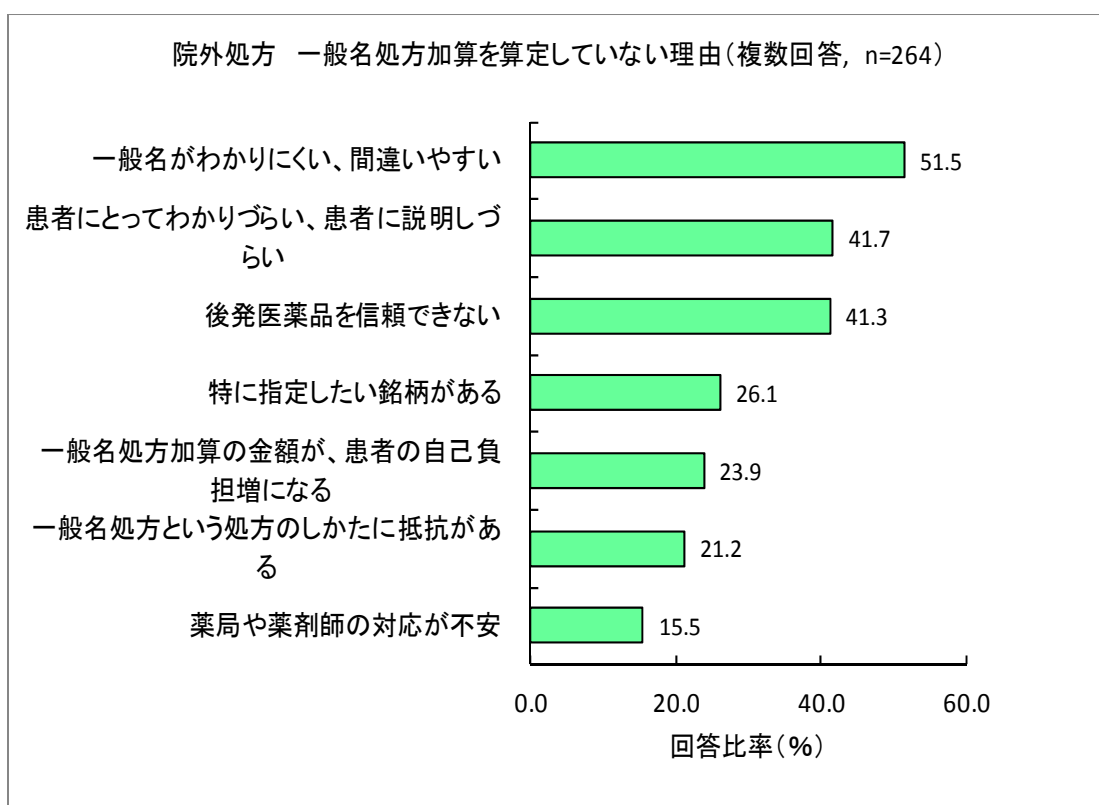
院外処方の診療所で一般名処方加算1または2を算定しているのは約7割であった(図 2.5.1)。

図 2.5.1 院外処方 一般名処方加算の算定状況



一般名処方加算を算定していない理由は、「一般名がわかりにくい、間違いやすい」が 51.5%、「患者にとってわかりづらい、患者に説明しづらい」が 41.7%、「後発医薬品を信頼できない」が 41.3%であった（図 2.5.2）。

図 2.5.2 院外処方 一般名処方加算を算定していない理由

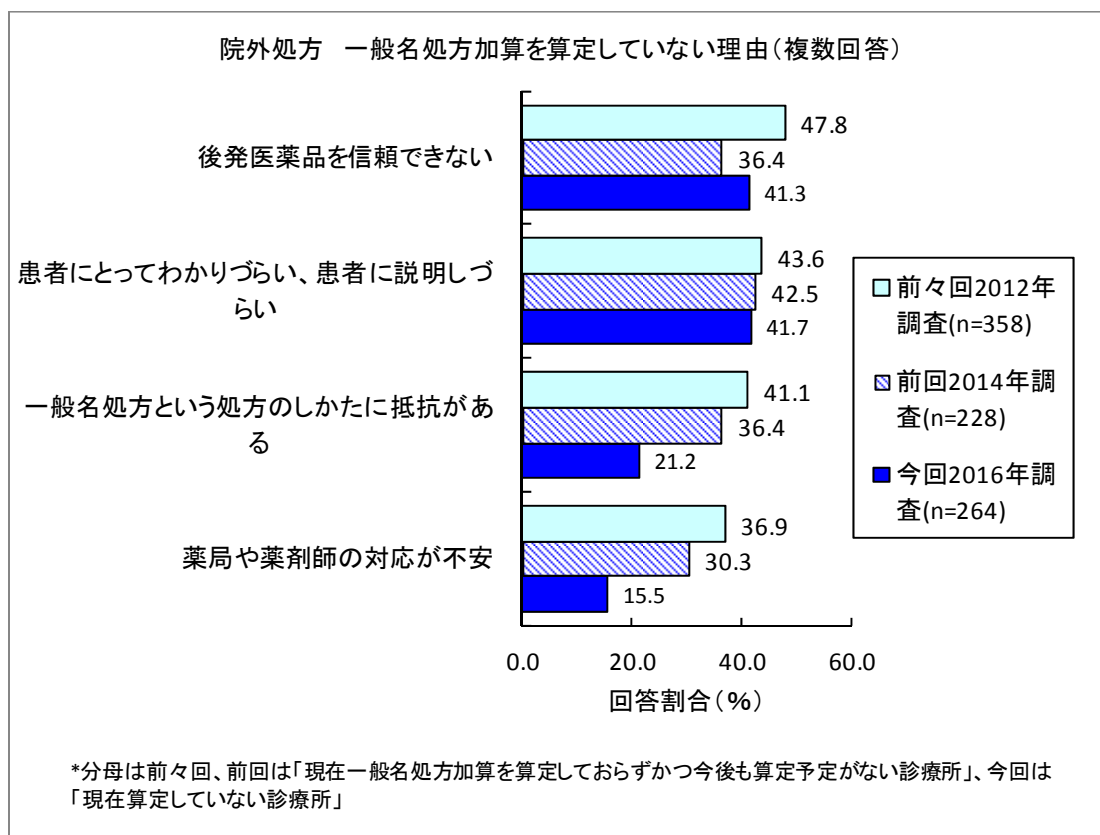


【一般名処方加算を算定していない理由として具体的な記述があったもの（要約）】

- ・薬局が医薬品を間違ったことがある。
- ・電子カルテに機能がない。
- ・後発医薬品の効果が不十分。
- ・患者が希望しない。

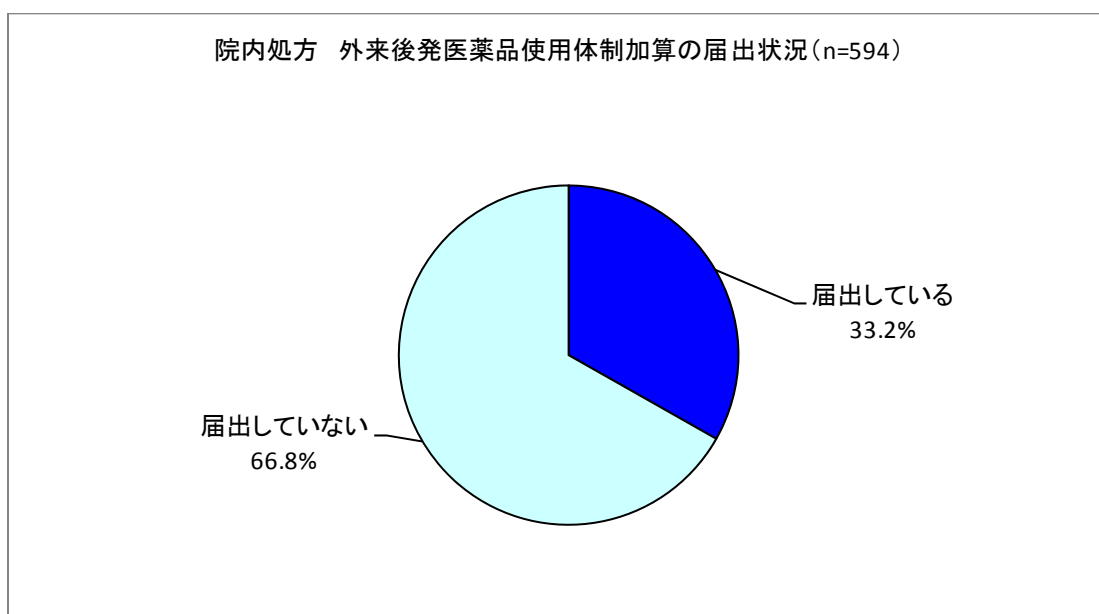
院外処方で一般名処方加算を算定していない理由として、過去の調査と参考までに（選択肢と集計方法が若干異なる）比較すると、「一般名処方という処方のしかたに抵抗がある」、「薬局や薬剤師の対応が不安」という回答が減少している（図 2.5.3）。

図 2.5.3 院外処方 一般名処方加算を算定していない理由（過去の調査との比較）



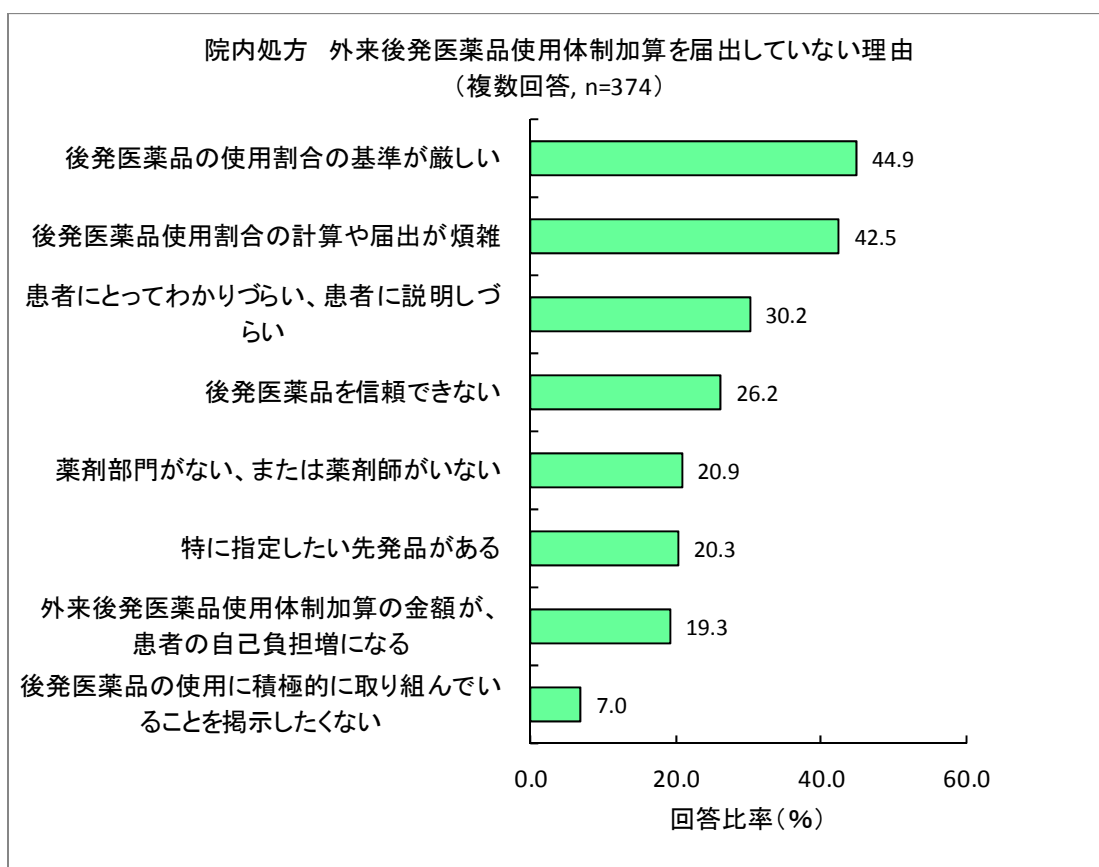
院内処方以外来後発医薬品使用体制加算は、診療所の3割強で届出されている（図 2.5.4）。なお院外処方の一般名処方加算は約7割で算定されている（前述）。

図 2.5.4 院内処方 外来後発医薬品使用体制加算の届出状況



院内処方以外来後発医薬品使用体制加算を届出していない理由は、「使用割合の基準が厳しい」が44.9%、「使用割合の計算や届出が煩雑」が42.5%であった（図 2.5.5）。

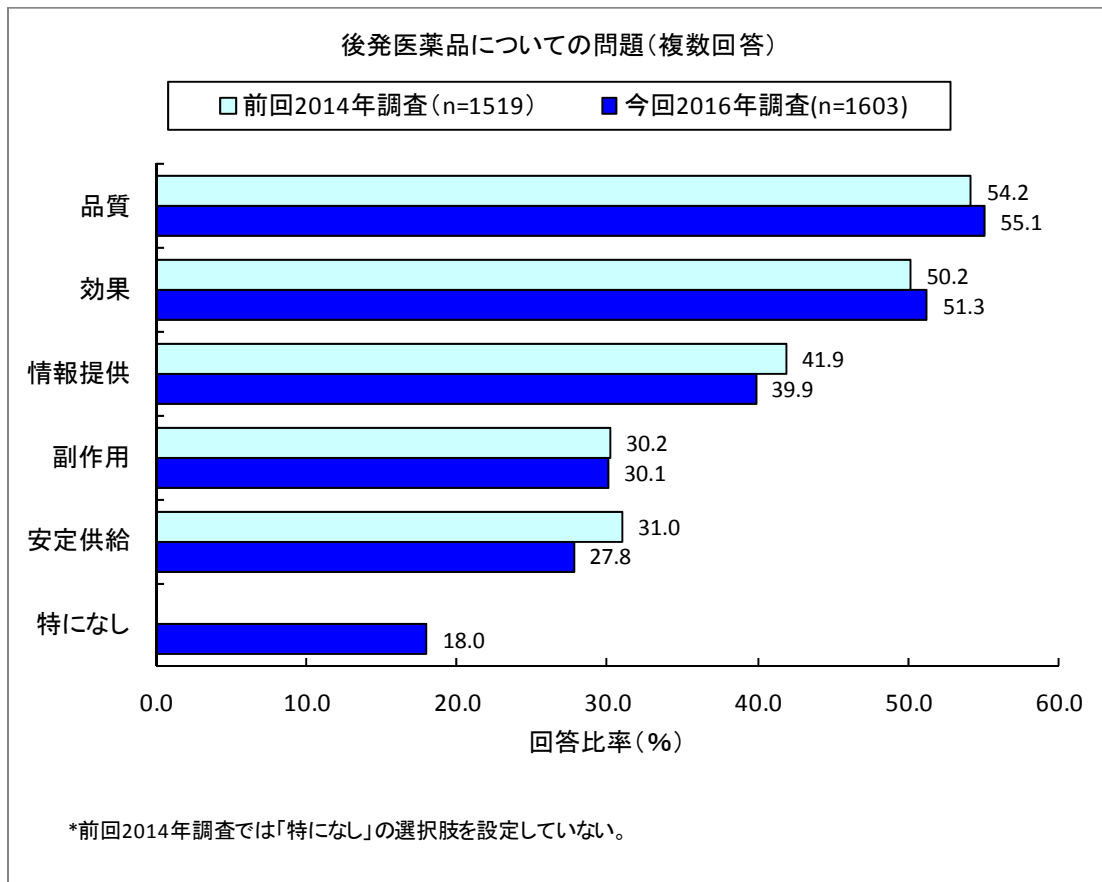
図 2.5.5 院内処方 外来後発医薬品使用体制加算を届出していない理由



2.5.3. 後発医薬品についての問題

後発医薬品について問題があると思われるもの（複数回答）として、「品質」が55.1%、「効果」が51.3%と、いずれも5割を超えている（図 2.5.6）。

図 2.5.6 後発医薬品についての問題



【後発医薬品の問題として具体的な記述があったもの（要約）】

- 粒子が不ぞろいで溶解性に問題がある。
- 味が異なる。味にバラつきがあることがある。
- 剤形が異なる。
- 患者が効かないと言うケースがある。患者から先発品に戻して欲しいという要望がある。
- 患者が一般名を覚えられない。
- 患者が行く薬局によって何が処方されるか異なるので不安。
- 薬剤の名前が複雑。品名がわかりにくい。
- 外用剤を混合調剤する場合、配合変化が問題。
- 適応症が異なる。薬効適応症の全てが後発品にない。
- 薬局に、処方した会社の後発品（在庫）がないことがある。
- 後発医薬品を処方して薬効が充分でなかったとき、その患者だけ無効だったのか、品質不良なのか不安。
- 外用薬は会社ごとに基剤が異なる。成分が同一であっても基剤が異なる。
- 添加物によるアレルギーの可能性。添加剤の先発品との違いが開示されていない。
- 先発メーカーと同じ市販後調査としっかりとした情報提供が必要。安全性や効果比較のデータが乏しい。
- 万一の場合の責任、賠償。

謝辞

本アンケートは次回診療報酬改定にむけて診療所評価のあり方を検討するため、このタイミングで実施しました。年末のご多用の時期に多くの質問項目にご回答いただきました先生方に、感謝申し上げます。おかげさまで、医療現場の実態について貴重な情報を得ることができました。

本報告書では自由記述欄の内容など集計結果を掲載していないものもありますが、すべてのご回答を有効に活用してまいります。あらためて御礼申し上げます。ご協力ありがとうございました。

3. 調査票

かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査

(1) 本調査の目的と結果の発表

本調査は、かかりつけ医機能と在宅医療を中心に診療所の実態を把握し、次期診療報酬改定の議論を行うに当たっての基礎資料作成を目的として実施するものです。

結果については、日本医師会定例記者会見で報告するとともに、日医総研のワーキングペーパーとしてホームページ等で公表します。また、厚生労働省の審議会や中央社会保険医療協議会(中医協)などで使用します。

(2) 客体の抽出と個人情報

公益社団法人日本医師会のA1会員のうち、診療所の開設者または法人の代表者で管理者を兼ねる医師から20分の1を無作為抽出した3418名にお送りしております。お答えいただいた情報は統計的に処理し、個々の医療機関名を公表することは一切ありません。

(3) 回答方法

以下の①または②のいずれか一方をお選び下さい。なお、締切は平成28年12月8日(木)です。

①紙の調査票で回答する

調査票に回答を記入し、同封の返信用封筒でご返送下さい。切手は不要です。

なお、紙の調査票で回答する場合でも、16ページ6の自由記述のみwebから回答いただけます。

②Excelファイルで回答する

Excelファイルをダウンロードしたうえで回答し、Eメールで hses@po.med.or.jp へてに送信して下さい。

・URL等

自由記述のみwebから回答する場合ならびにExcelファイルで回答する場合は以下にアクセスして下さい。

URL : <http://www.med.or.jp/hoken/>

ユーザー名 : hoken2016

パスワード : 3693

(4) 記載要領

- ・ 1つだけ選択するものは回答欄に数字を記入（入力）して下さい。
- ・ 複数回答のものは回答欄に○を記入（Excelの場合は「1」を入力）して下さい。
- ・ 「その他」を選択された場合には、具体的な内容を記入して下さい（回答欄をはみ出しても構いません）。
- ・ 数字を記入する欄で、「なし」の場合は「0（ゼロ）」を記入（入力）し、わからない場合は空欄として下さい。

(5) お問い合わせ先

日本医師会医療保険課 かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査係

住所 : 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

TEL : 03-3946-2121 (受付時間: 10:00~17:00 (土日・祝日を除く))

メール: hsurv@po.med.or.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、メールでご連絡いただけますと幸いです。折り返し、メールでご回答を差し上げるか、担当者から電話をさせていただきます。

かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査 調査票

1. 基本情報 (2016年11月1日現在)

(1) 医療機関名			
(2) 客体ID		本調査票1ページ右上の4桁の数字を記入して下さい。	
(3) 所在地		都道府県	
			市区町村
(4) 区分	1つだけ選択して下さい。		回答欄
	1 無床診療所	2 有床診療所	回答欄
(5) 許可病床数(有床診療所のみ) 病床数を記入して下さい。			
	一般	医療療養	介護療養
	合計		
	(床)		
(6) 保険請求割合のもっとも大きい診療科を1つだけ選択して下さい。			
1 内科	2 小児科	3 精神科	4 外科
5 整形外科	6 皮膚科	7 婦人科	8 産科・産婦人科
9 眼科	10 耳鼻咽喉科	11 泌尿器科	12 脳神経外科
13 人工透析科	14 その他		
(7) 職員数	常勤換算は小数点第1位まで記入して下さい。		
	実人員	常勤換算	
常勤医師			(人)
うち在宅を担当する医師		/	
非常勤医師			
薬剤師			
看護師			
准看護師			
看護補助者			
介護福祉士			
その他の医療技術従事者			
事務職員その他			
合計			
<p>常勤換算の方法(例) 貴院の1週間の勤務時間が40時間のとき、週20時間勤務の方 実人数1人、常勤換算人数0.5人(20時間÷40時間) 複数の資格を有する従事者は主たる業務のほうでご回答下さい。</p>			

2. かかりつけ医機能について

(1) 地域包括診療加算等の算定状況について、
該当する欄すべてに○を記入して下さい(複数回答可)。

- ① 今年10月末時点で届出をされているもの
- ② 今年10月中に算定されたもの(1人でも算定されていれば○)

		①届出あり	②算定あり
1	地域包括診療料		
2	地域包括診療加算		
3	認知症地域包括診療料	/	
4	認知症地域包括診療加算	/	
5	小児かかりつけ診療料		

(2) 今後(当面1年以内ぐらいの間)、地域包括診療加算等の届出(算定)予定はありますか。
該当する欄すべてに○を記入して下さい(複数回答可)。
すでに届出済の先生も今後の予定をご回答下さい。

		届出(算定)予定 (継続を含む)
1	地域包括診療料	
2	地域包括診療加算	
3	認知症地域包括診療料	
4	認知症地域包括診療加算	
5	小児かかりつけ診療料	

(3) かかりつけ医機能について、該当する欄すべてに○を記入して下さい(複数回答可)。
現在、地域包括診療加算等を算定しているかどうかは問いません。

- ① かかりつけ医にとって、重要と思われる項目はどれですか。
以下の項目は、地域包括診療料・加算の要件ですが、要件として適切かどうかにかかわらず、かかりつけ医の役割・機能として重要かという視点でお答え下さい。
- ② 現在、実施されている項目はどれですか。
→いずれも実施していない場合は(4)にお進み下さい。
- ③ 現在実施していて、負担の大きい項目はどれですか。

		①重要	②実施中	③負担
1	慢性疾患の指導に係る研修の修了			
2	かかりつけの患者が受診しているすべての医療機関の把握			
3	かかりつけの患者に処方されているすべての医薬品(他の医療機関が処方しているものを含む)の管理			
4	院内処方による服薬管理			
5	院外処方の場合、24時間調剤が可能な体制の薬局(連携薬局)との連携 ※1			
6	健康相談			
7	健康診断や検診の受診勧奨、結果等の診療録への記載、患者の健康状態の管理			
8	介護保険に係る相談			
9	要介護認定に係る主治医意見書の作成			
10	在宅医療の提供			
11	在宅医療を行っている患者に対する24時間対応 ※2			
12	常勤医師2人以上在籍			
13	在宅療養支援診療所			
14	その他:特に重要と思われるかかりつけ医機能がありましたらご記入下さい			

※1 要件としては患者の同意があれば連携薬局以外での処方も可能です

※2 地域包括診療加算は時間外対応加算1又は2、地域包括診療料は時間外対応加算1が要件

(4) 介護保険について、該当する欄すべてに○を記入して下さい(複数回答可)。
現在、地域包括診療加算等を算定しているかどうかは問いません。

- ① かかりつけ医にとって、重要と思われる項目はどれですか。
以下の項目は、地域包括診療料・加算の要件ですが、要件として適切かどうかにかかわらず、かかりつけ医の役割・機能として重要かという視点でお答え下さい。
- ② 現在、実施されている項目はどれですか。
→いずれも実施していない場合は(5)にお進み下さい。
- ③ 現在実施していて、負担の大きい項目はどれですか。

		①重要	②実施中	③負担
1	居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供			
2	地域ケア会議に年1回以上出席			
3	指定居宅介護支援事業者の指定かつ常勤介護支援専門員の配置			
4	介護保険によるリハビリテーションの提供			
5	同一敷地内に介護サービス事業所の併設			
6	介護認定審査会の委員の経験			
7	都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会の受講			
8	医師が介護支援専門員(ケアマネジャー)の資格を保有			
9	その他:介護保険について特に重要な機能がありましたらご記入下さい			

(5) 標榜科や診療科にかかわらず小児の診療をされている先生にお伺いします。
該当する欄すべてに○を記入して下さい(複数回答可)。
小児科外来診療料や小児かかりつけ診療料を算定されているかどうかは問いません。

- ① かかりつけ医にとって、重要と思われる項目はどれですか。
以下の項目は、小児かかりつけ診療料の要件ですが、要件として適切かどうかにかかわらず、かかりつけ医の役割・機能として重要かという視点でお答え下さい。
- ② 現在、実施されている項目はどれですか。
→いずれも実施していない場合は(6)にお進み下さい。
- ③ 現在実施していて、負担の大きい項目はどれですか。

		①重要	②実施中	③負担
1	小児科外来診療料の算定			
2	時間外対応加算1または2の届出			
3	専ら小児科または小児外科を担当する常勤医師の配置			
4	初期小児救急医療に参加し、休日または夜間の診療を月1回以上実施			
5	市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査の実施			
6	15歳未満の超重症児又は準超重症児に対する在宅医療の提供			
7	定期予防接種の実施			
8	幼稚園の園医又は保育所の嘱託医への就任			
9	その他:小児のかかりつけ医として特に重要と思われる機能がありましたらご記入下さい			

(6) 「日医かかりつけ医機能研修制度」についてお伺いします。
1つだけ選択して下さい。

- 1 応用研修を受講済、修了証書または認定証を申請予定
- 2 応用研修を受講したが、申請予定はない
- 3 今後、応用研修を受講したい
- 4 応用研修を受講する予定はない
- 5 「日医かかりつけ医機能研修制度」を知らない

回答欄

日医 かりつけ医機能研修制度の修了要件

【基本研修】 日医生涯教育認定証の取得(認定期間内のもの)

【応用研修】 規定の座学研修を10単位以上取得(原則 1時間 /1 単位)

【実地研修】 規定の活動 2つ以上実施(1つの活動につき 5単位 で10 単位以上取得)

※本研修制度の修了証書または認定有効期間は3年間です

(7) 「日医かかりつけ医機能研修制度」についてご意見がありましたら、ご記入下さい。

--

(8) 過去3年間に実施された項目すべてに○を記入して下さい(複数回答可)。

「日医かかりつけ医機能研修制度」の申請予定の有無は問いません。

		回答欄
1	学校医・園医、警察業務への協力医	
2	健康スポーツ医活動	
3	感染症定点観測への協力	
4	健康相談、保健指導、行政(保健所)と契約して行っている検診・定期予防接種の実施	
5	早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力	
6	産業医・地域産業保健センター活動の実施	
7	訪問診療の実施	
8	家族等のレスパイトケアの実施	
9	主治医意見書の記載	
10	介護認定審査会への参加	
11	退院カンファレンスへの参加	
12	地域ケア会議等※への参加(※会議名称は異なっても可)	
13	医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員	
14	看護学校等での講義・講演	
15	市民を対象とした講座等での講演	
16	地域行事(健康展、祭りなど)への医師としての出務	

3. 在宅医療について

(1) 現在、在宅医療を行っていますか。1つだけ選択して下さい。

- 1 外来のみ →(5)にお進み下さい。
- 2 外来中心で、往診も行っている(訪問診療は行っていない) →(5)にお進み下さい。
- 3 外来中心で、往診・訪問診療も行っている
- 4 訪問診療中心で、外来も行っている
- 5 ほとんど訪問診療で、外来はほとんど行っていない
- 6 訪問診療のみで、外来は行っていない
- 7 その他

回答欄

(2) 現在、在宅療養支援診療所の届出をされていますか。1つだけ選択して下さい。

- 1 機能強化型(単独型)在宅療養支援診療所で、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出あり
- 2 機能強化型(単独型)在宅療養支援診療所で、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出なし
- 3 機能強化型(連携型)在宅療養支援診療所で、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出あり
- 4 機能強化型(連携型)在宅療養支援診療所で、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出なし
- 5 在宅療養支援診療所で在宅療養実績加算1の届出あり
- 6 在宅療養支援診療所で在宅療養実績加算2の届出あり
- 7 在宅療養支援診療所(在宅療養実績加算の届出なし)
- 8 在宅療養支援診療所ではない

回答欄

(3) 今年10月に訪問診療を行った患者数(実人数)は何人、何回ですか。

※貴施設の在宅担当医師すべての訪問診療患者数を合計して下さい。

実施されていない場合も0(ゼロ)と記入して下さい。

		①患者数		②延べ訪問回数	
1	訪問診療を行った患者		人		回
	2 うち在宅時医学総合管理料算定患者		人		回
	3 うち施設入居時等医学総合管理料算定患者		人		回

(4) 今年10月に訪問診療を行った患者のうち、現在施設入居待ちの方あるいは入居待ちをしていない方は何人ですか。

		患者数	
1	特養入居待ち		人
2	その他の施設入居待ち		人
3	施設の入居待ちをしていない		人
4	不明		人

(5) 通院患者さんが在宅医療が必要になった場合、どのように対応されていますか。
もっとも近いものを1つだけ選択して下さい。

- 1 基本的に自院単独で対応している
- 2 自院中心で他院と連携して対応している
- 3 他の有床診療所(外来も在宅医療も実施)を紹介している
- 4 他の無床診療所(外来も在宅医療も実施)を紹介している
- 5 在宅専門の診療所を紹介している
- 6 病院を紹介している
- 7 地域の医師会に相談している
- 8 その他

回答欄

(6) 今後、在宅医療への取り組みを拡大されますか。1つだけ選択して下さい。

- 1 現在、在宅医療を行っており、今後はさらに増やしたい
- 2 現在、在宅医療を行っており、今後もこれまでどおり続けたい
- 3 現在、在宅医療を行っていないが、新たに在宅医療に取り組みたい
- 4 現在、在宅医療を行っているが、今後は減らしたい
- 5 現在、在宅医療を行っているが、今後は止めたい
- 6 現在、在宅医療を行っておらず、今後も取り組まない
- 7 その他

回答欄

(7) 在宅医療を実施する上で、特に大変であると感じていることは何ですか。
該当するものすべてに○を記入して下さい(複数回答可)。

現在、在宅医療を実施されていない先生も、今後実施するとしたら、何が
大変かという視点でお答え下さい。

			回答欄
緊急・看取り	1	24時間連絡を受けること	
	2	24時間の往診体制をとること	
	3	在宅での看取りを実施すること	
知識・技術	4	在宅医療全般についての知識や医療技術を習得すること	
	5	認知症についての知識や医療技術を習得すること	
	6	がんについての知識や医療技術を習得すること	
	7	介護保険制度に係る知識を習得すること	
自院の体制	8	医師自身の体力	
	9	在宅医療を行う医師を確保すること(院長以外)	
	10	在宅医療を行う看護師・准看護師等を確保すること	
	11	在宅医療に必要なコストの捻出	
	12	交通手段を確保すること(車、公共交通機関、駐車場がない)	
他院との連携	13	在宅医療について相談、連携できる他院の医師の確保	
	14	緊急時に入院できる病床を確保すること	
15 その他	ご自由にご記入下さい		

(8) 先生の地域で在宅医療を拡大しようとする場合、特に重要とお考えのことは何ですか。

該当するものすべてに○を記入して下さい(複数回答可)。

現在、在宅医療を実施されていない先生も、ご回答下さい。

			回答欄
診療報酬	1	診療報酬のあり方(同一建物の訪問診療の算定方式など)	
	2	診療報酬の水準	
地域の医療・介護資源	3	緊急時に対応可能な介護事業所があること	
	4	緊急時に対応可能な訪問看護ステーションがあること	
	5	訪問薬剤管理指導を行う薬局があること	
	6	ケアマネジャーの資質の向上	
	7	受け皿となる入院施設が整備されていること	
	8	受け皿となる介護施設が整備されていること	
	9	行政が在宅医療に積極的であること	
	10	地域にICTを活用した連携ネットワークが整備されていること	
患者・住民	11	家族の介護力の確保	
	12	住民への啓発	
13 その他	自由にご記入下さい		

4. 処方状況について

(1) 現在、院内処方ですか、院外処方ですか。また、今後のご予定はいかがですか。
現在、今後、それぞれ1つ選択して下さい。

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1 院内処方 | 2 院内処方中心で一部院外処方 |
| 3 院外処方 | 4 院外処方中心で一部院内処方 |
| 5 (今後)未定・わからない | |

回答欄	
現在	今後

(2) 30日を超える処方をされている患者の割合はどのぐらいですか。
1つだけ選択して下さい。

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1 約8割以上(ほとんど) | 2 約5割以上～8割未満(半分以上) |
| 3 約2割以上～5割未満 | 4 約2割未満 |
| 5 まったくない →(6)にお進み下さい。 | |

回答欄

(3) 30日を超える処方について、どのように対応されていますか。
1つだけ選択して下さい。

- 1 長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、患者(家族)が服薬管理を行うことを確認できた場合のみ処方→(5)にお進み下さい。
- 2 上記1以外で30日超の処方を行うこともある

回答欄

(4) 上記(3)の2を選択された先生にお伺いします。どのような対応を行われていますか。
該当するものすべてに○を記入して下さい(複数回答可)。

		回答欄
1	30日以内に再診を受けてもらっている。(60日分処方するが、1か月後に再診を受けてもらうケースなど)	
2	分割指示処方せんを交付している	
3	その他	

(5) 1年前と比べて、30日を超える処方をされている患者の割合が変化しましたか。
1つだけ選択して下さい。

- | | | |
|----------|----------|---------|
| 1 かなり増えた | 2 やや増えた | 3 変わらない |
| 4 やや減った | 5 かなり減った | 6 わからない |

回答欄

(6) 過去1年ぐらいの間に、比較的長期の処方(30日超)が原因と考えられる以下の事例に遭われたことがありますか。「ある」ものすべてに○を記入して下さい(複数回答可)。

※ 先生の患者さんに限らず、他院で長期処方された結果生じたと思われる問題事例を含みます。

		回答欄
1	症状が悪化したが、患者が次回再診予約まで受診を我慢してしまったこと	
2	患者が、服薬を忘れてたり、中断したりしたため、病状が改善しなかったこと	
3	患者が次回再診予約を忘れるなどして、次の診察に来なかったこと	
4	患者が薬をなくしてしまい、次回予約よりも前に再診に来られたこと	
5	上記以外で、問題事例に遭われたことがある先生は、具体的内容をご記入下さい。	

院外処方をされている先生にお伺いします。

院内処方みの先生は5(3)にお進み下さい。

(7) 薬局が残薬を確認した場合の対応について、処方せんにどのチェックをされていますか。もっとも多いものを1つだけ選択して下さい。

- 1 「保険医療機関等へ疑義照会した上で調剤」にチェックしている
- 2 「保険医療機関へ情報提供」にチェックしている
- 3 どちらにもチェックしていない

回答欄

(8) 2016年4月以降、薬局から残薬の疑義照会や情報提供はありますか。1つだけ選択して下さい。

- 1 頻繁にある
- 2 時々ある
- 3 数回あった
- 4 なかった → (10)にお進みください

回答欄

(9) 薬局から残薬の疑義照会や情報提供を受けて処方内容を変更されたことがありますか。

- 1 よくある
- 2 たまにある
- 3 ない

回答欄

(10) この1年ぐらいの間に、薬局から減薬の提案を受けたことがありますか。
1つだけ選択して下さい。

- 1 頻繁にある
- 2 時々ある
- 3 数回あった
- 4 なかった → 次頁にお進みください

回答欄

--

(11) 薬局からの減薬の提案を受けて処方内容を変更されたことがありますか。
1つだけ選択して下さい。

- 1 よくある
- 2 たまにある
- 3 ない

回答欄

--

5. 後発医薬品の使用について

院外処方されている先生にお伺いします。

- (1) 現在、一般名処方加算を算定されていますか。1つだけ選択して下さい。
もっとも近いものを1つだけ選択して下さい。

- 1 一般名処方加算1を主に算定
- 2 一般名処方加算2を主に算定
- 3 いずれもあまり算定していない
- 4 いずれもまったく算定していない

回答欄

- (2) 一般名処方加算を算定されない理由は何ですか。
該当するものすべてに○を記入して下さい(複数回答可)。

		回答欄
1	患者にとってわかりづらい、患者に説明しづらい	
2	一般名処方加算の金額が、患者の自己負担増になる	
3	特に指定したい銘柄がある	
4	後発医薬品を信頼できない	
5	薬局や薬剤師の対応が不安	
6	一般名処方という処方のしかたに抵抗がある	
7	一般名がわかりにくい、間違いやすい	
8	その他	

院内処方されている先生にお伺いします

- (3) 現在、外来後発医薬品使用体制加算を届出されていますか。1つだけ選択して下さい。

- 1 届出している→(5)にお進み下さい
- 2 届出していない

回答欄

- (4) 外来後発医薬品使用体制加算を届出されない理由は何ですか。
該当するものすべてに○をつけて下さい(複数回答可)。

		回答欄
1	後発医薬品の使用割合の基準が厳しい	
2	患者にとってわかりづらい、患者に説明しづらい	
3	外来後発医薬品使用体制加算の金額が、患者の自己負担増になる	
4	後発医薬品を信頼できない	
5	特に指定したい先発品がある	
6	薬剤部門がない、または薬剤師がいない	
7	後発医薬品使用割合の計算や届出が煩雑	
8	後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいることを掲示したくない ※	
9	その他	

※ 外来後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の使用促進に積極的に取り組んでいることを掲示することが要件です

すべての先生にお伺いします。

(5) 後発医薬品について問題があると思われるものに○を記入して下さい(複数回答可)。

	回答欄		回答欄		回答欄
1	品質	2	効果	3	副作用
4	安定供給	5	情報提供	6	特にない
7	その他				

6. 自由記述

かかりつけ医機能、在宅医療、その他診療報酬等についてご意見がありましたら、自由にご記入下さい。

(webから送信できます。以下のURLにアクセスして下さい。)

<http://www.med.or.jp/hoken/>

ユーザー名:hoken2016、パスワード:3693

以上でアンケート調査は終わりです。
ご協力ありがとうございました。

調査結果は、日医総研のホームページで公表予定です。