

医療保障総合政策調査・研究基金事業

政策立案に資する  
レセプト分析に関する調査研究Ⅴ  
新型コロナウイルス感染症の教訓を生かした医療  
(報告書)

令和3年9月  
健康保険組合連合会



## I. はじめに

新型コロナウイルス感染症の拡大を契機として医療を取り巻く環境は大きく変化した。コロナ禍によって発生した事象を把握することを出発点として、効率的・効果的で有事にも対応できるよう、医療のあり方を見直すことが問われている。

政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究V（以下、「本調査」）では、例年と異なる環境下にあることを考慮し、「新型コロナウイルス感染症の教訓を生かした医療」に焦点をあて、下記のテーマについて調査・分析を行った。

- 新型コロナウイルス感染症の教訓を生かした医療
  - 1. コロナ禍における受療行動の変容を検証
  - 2. 安心して効率的な治療の継続を実現
  - 3. かかりつけ医機能の評価を再構築

## 目次

I. はじめに.....	1
II. 検討体制.....	7
III. テーマの選定および収集データ .....	8
1. テーマの選定.....	8
2. 収集データ.....	9
IV. 分析結果.....	10
テーマ1：コロナ禍における受療行動の変容を検証.....	10
(1) 目的.....	10
(2) 調査の概要.....	10
(3) 方法.....	10
(4) 結果・考察.....	10
(5) 提言.....	15
(6) 資料.....	16
① 定義.....	16
② 文献調査.....	16
③ 分析対象.....	19
④ 定量分析.....	20
テーマ2：安心して効率的な治療の継続を実現.....	55
(1) 目的.....	55
(2) 調査の概要.....	55
(3) 方法.....	55
(4) 結果・考察.....	55
(5) 政策提言.....	57
(6) 資料.....	59
① 定義.....	59
② 文献調査.....	63
③ 分析対象.....	70
④ 定量分析.....	70
テーマ3：かかりつけ医機能の評価を再構築.....	87
(1) 目的.....	87
(2) 調査の概要.....	87
(3) 方法.....	87
(4) 結果・考察.....	87

(5) 政策提言.....	89
(6) 資料.....	90
① 定義.....	90
② 文献調査.....	91
③ 分析対象.....	96
④ 定量分析.....	96

## 図表目次

図表 1	延べ患者数の推移のパターン分類.....	12
図表 2	延べ患者数の推移のパターン分類イメージ.....	12
図表 3	パターン A の例.....	13
図表 4	医療費等の伸び率（対前年同月比）.....	16
図表 5	診療種別医療費の伸び率（対前年同期比）.....	16
図表 6	主な死因別の死者数（全国）の対前年増減（単位：人）.....	18
図表 7	2020 年 1~9 月における延べ患者数の前年との比較.....	20
図表 8	2020 年 1~9 月における外来延べ患者数の推移（対前年同月比）.....	21
図表 9	2020 年 1~9 月における入院延べ患者数の推移（対前年同月比）.....	21
図表 10	外来患者数の多い疾患の対前年比（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患）.....	22
図表 11	2020 年 1~9 月における外来患者数の多い疾患の延べ患者数の推移（対前年同月比） .....	22
図表 12	外来患者数の減少数の多かった疾患（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患）.....	23
図表 13	入院患者数の多い疾患の対前年比（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患）.....	23
図表 14	2020 年 1~9 月における入院患者数の多い疾患の延べ患者数の推移（対前年同月比） .....	24
図表 15	入院患者数の減少数の多かった疾患（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患）.....	24
図表 16	0~14 歳で外来患者数の多い疾患の対前年比（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患）.....	25
図表 17	0~14 歳で入院患者数の多い疾患の対前年比（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患）.....	25
図表 18	15~39 歳で外来患者数の多い疾患の対前年比（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患） .....	26
図表 19	15~39 歳で入院患者数の多い疾患の対前年比（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患） .....	26
図表 20	40~64 歳で外来患者数の多い疾患の対前年比（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患） .....	27
図表 21	40~64 歳で入院患者数の多い疾患の対前年比（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患） .....	27
図表 22	処方件数の多い医薬品の対前年比（医薬品、外来のみ）.....	28
図表 23	2020 年 1~9 月における処方件数の多い医薬品の推移（対前年同月比）.....	28
図表 24	保険給付範囲の適正化・明確化が行われた医薬品の処方件数の推移（対前年同月 比）.....	29
図表 25	患者数の多い診療行為の対前年比（外来のみ）.....	30
図表 26	延べ患者数の推移のパターン分類.....	31

図表 27	各パターン分類に当てはまる疾患、薬効分類、診療行為の数.....	32
図表 28	パターン分類別 外来疾患の患者数の対前年比の平均値の推移（2020年） ...	33
図表 29	B-1 および A-1 の拡大図（-20%～5%） .....	33
図表 30	パターン分類 A（大きく減少し、あまり戻らなかったもの）の該当例 .....	35
図表 31	パターン分類 A-1（大きく減少し、あまり戻らなかったもので、最大減少月の減少率が▲20%未満）の延べ患者数推移の一例 .....	36
図表 32	パターン分類 A-2（大きく減少し、あまり戻らなかったもので、最大減少月の減少率が▲20%以上）の延べ患者数推移の一例 .....	37
図表 33	パターン分類 B（大きく減少し、ある程度戻ったもの）の該当例 .....	39
図表 34	パターン分類 B-1（大きく減少し、ある程度戻ったもので、最大減少率▲20%未満）の延べ患者数推移の一例 .....	40
図表 35	パターン分類 B-2（大きく減少し、ある程度戻ったもので、最大減少率▲20%以上）の延べ患者数推移の一例 .....	41
図表 36	パターン分類 C（大きく減少しなかった、または増加したもの）の該当例 .....	43
図表 37	パターン分類 C（大きく減少しなかった、または増加したもの）の延べ患者数推移の一例 .....	44
図表 38	高血圧症の患者に処方される主要な医薬品の処方日数の推移.....	45
図表 39	脂質異常症の患者に処方される主要な医薬品の処方日数の推移 .....	46
図表 40	糖尿病の患者に処方される主要な医薬品の処方日数の推移 .....	46
図表 41	電話等再診料の算定割合（主な生活習慣病の患者） .....	47
図表 42	死亡者数の推移.....	49
図表 43	パターン分類 A のうち、感染症対策の奏功に関連すると考えられる主な急性疾患の医療費減少率（外来のみ） .....	51
図表 44	パターン分類 A のうち、感染症対策の奏功に関連すると考えられる主な急性疾患の医療費減少額（全国換算）の試算（外来のみ） .....	51
図表 45	インフルエンザの定点当たり報告数の推移（2015年第1週～2021年第27週） .....	52
図表 46	疾患名にインフルエンザを含む医科外来レセプトの医療費（2015～2019年） 53	
図表 47	オンライン診療等に関連する医科診療報酬の整理.....	61
図表 48	オンライン診療料の届出施設数累計（2018年4月～2020年9月） .....	64
図表 49	オンライン診療の一般的な利用方法（アメリカ医師会） .....	66
図表 50	遠隔診療（電話、ビデオ通話等）または対面診療に適したケース（イギリス医事委員会） .....	67
図表 51	オンライン診療料等の算定回数（診療年月、病診区分別） .....	71
図表 52	分析対象医学管理料の算定状況（2019年10月～2020年9月） .....	72
図表 53	オンライン医学管理料（特定疾患療養管理料）算定患者の主傷病名上位 10 位	

	(2020年4～9月) .....	73
図表 54	医学管理料（電話等・臨時的取扱い）算定患者の主傷病名上位10位（2020年4～9月） .....	74
図表 55	患者の背景要因（マッチング前後） .....	75
図表 56	対面診療群と電話等を用いた診療群における患者の入院発生の比較（マッチング前後） .....	76
図表 57	分割調剤ありの割合（施設数） .....	77
図表 58	分割調剤ありの割合（実患者数） .....	77
図表 59	長期Do処方患者の割合（延べ患者数ベース）2016年10月～2020年9月 ...	79
図表 60	長期Do処方患者の割合（延べ処方日数ベース）2016年10月～2020年9月	79
図表 61	長期Do処方患者の年間受診回数の分布（2019年10月～2020年9月） .....	80
図表 62	3カ月周期で病院を受診している長期Do処方患者と月1回以上診療所を受診している長期Do処方患者の疾患構成の比較（病診別、年齢階級別上位5位）	82
図表 63	各診療報酬の算定回数・医療費（2018年度NDBオープンデータ） .....	93
図表 64	外来管理加算等の算定要件の概要 .....	94
図表 65	年齢区分別・受診施設数別 外来患者数.....	96
図表 66	受診施設数・総受診回数別 受診1回当たりの基本診療料の平均点数.....	97
図表 67	かかりつけ医関連の診療報酬の算定割合.....	98
図表 68	かかりつけ医関連の診療報酬および外来管理加算の併算定状況.....	99
図表 69	かかりつけ医関連の診療報酬の算定施設数別 算定患者数 .....	101
図表 70	最頻受診施設および受診シェア率の定義イメージ .....	102
図表 71	総受診回数・最頻受診施設の受診シェア率別 外来患者数 .....	103
図表 72	かかりつけ医を持つ患者群／持たない患者群別 受診施設数分布 .....	104
図表 73	かかりつけ医を持つ患者群／持たない患者群別 年齢構成 .....	105
図表 74	かかりつけ医を持つ患者群／持たない患者群別 出現率上位の傷病.....	106
図表 75	年齢区分別 出現率上位の傷病 .....	107
図表 76	施設別 簡単な検査等の患者1人1日当たり平均点数の分布 .....	108



## II. 検討体制

本調査にあたっては、有識者アドバイザーからレセプト分析および政策提言等について複数回のヒアリングを実施した。政策提言は健康保険組合連合会の考えに基づくものであり、有識者アドバイザーには分析手法や結果の解釈等について技術的な視点からご助言をいただいた。

有識者アドバイザーおよび事務局の体制は次のとおり。

### 有識者アドバイザーおよび事務局

	氏名	職名
有識者アドバイザー	一戸 和成	北部上北広域事務組合 公立野辺地病院 病院事業管理者
	今村 知明	奈良県立医科大学 医学部公衆衛生学講座 教授
	印南 一路	慶應義塾大学 総合政策学部 教授
	山浦 克典	慶應義塾大学 薬学部 教授 附属薬局長

(敬称略、五十音順。職名は令和3年8月現在。)

事務局	企画：健康保険組合連合会 政策部 医療・診療報酬グループ
	委託先：株式会社 健康保険医療情報総合研究所

### III. テーマの選定および収集データ

#### 1. テーマの選定

本調査では、「新型コロナウイルス感染症の教訓を生かした医療」として、「新型コロナウイルス感染症の拡大前後における受療行動を検証」を出発点に、今後に必要な医療のあり方として、オンライン診療の拡大やリフィル処方への導入による「安心して効率的な治療の継続を実現」と、国民の安全・安心と医療資源の有効活用に向けた「かかりつけ医機能の評価を再構築」をとり上げた。

選定されたテーマとその目的

テーマ名	目的
新型コロナウイルス感染症の教訓を生かした医療	
1: コロナ禍における受療行動の変容を検証	新型コロナウイルス感染症の拡大前後における患者数や医療費の増減等を、年齢階級別、疾患別、薬効分類別、診療行為別等で調査し、受療行動の実態や新型コロナウイルス感染症防止策による他の感染症等への影響について検証する。
2: 安心して効率的な治療の継続を実現	患者の通院負担を軽減し、安心して効率的な治療の継続を実現できる環境を整備するために、オンライン診療の拡大や薬局で一定期間繰り返し利用可能な処方箋(リフィル処方箋)の導入を推進する。
3: かかりつけ医機能の評価を再構築	新型コロナウイルス感染症の拡大を契機として、国民の安全・安心な医療の確保と医療資源の有効活用が社会に認識されるようになった。特に外来医療においては、かかりつけ医の存在が重要であることから、かかりつけ医を推進するための環境整備として、現行の診療報酬における課題を整理し、かかりつけ医機能の評価を再構築する。

## 2. 収集データ

本調査では、108 健保組合の協力を得て、2018 年 10 月～2020 年 9 月の 24 カ月分のデータを収集し、本調査の分析に使用した。なお、テーマ 1 およびその他テーマの一部の分析では、より長期の推移をみるため、政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究ⅢおよびⅣのデータも使用した<sup>1</sup>。

収集データの期間と件数

(万件)

事業	収集したデータの期間	DPC レセプト	医科 レセプト	調剤 レセプト	歯科 レセプト	計*1
政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅲ (124 組合)*2	2014 年 10 月～ 2015 年 3 月	30	4,213	2,639	945	7,827
	2015 年 4 月～ 2016 年 3 月	61	8,427	5,219	2,137	15,844
	2016 年 4 月～ 2016 年 9 月	32	4,110	2,518	1,090	7,750
政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ (122 組合)*2	2016 年 10 月～ 2017 年 3 月	31	4,349	2,773	1,084	8,236
	2017 年 4 月～ 2018 年 3 月	63	8,525	5,388	2,224	16,200
	2018 年 4 月～ 2018 年 9 月	34	4,108	2,570	1,123	7,835
政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅴ (108 組合)	2018 年 10 月～ 2019 年 3 月	32	4,277	2,792	1,110	8,210
	2019 年 4 月～ 2020 年 3 月	64	8,161	5,268	2,268	15,762
	2020 年 4 月～ 2020 年 9 月	26	3,311	2,127	990	6,455

(注) \*1 端数処理により、各レセプト種類のデータ件数と合計は一致しない場合がある。

\*2 政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究ⅢおよびⅣのデータ件数は、データ収集終了後に提出されたデータを含む数値のため、各報告書記載のデータ件数と若干異なる場合がある。

以降の章において、特に明示せずに「健保組合レセプト」、または単に「医科（外来）レセプト」、「調剤レセプト」とした場合は、上記の収集データのうち対応するレセプト種類のデータを指すこととする。

<sup>1</sup> 分析で使用したデータの種類や期間の詳細は、各テーマの「分析対象」の項を参照。

## IV. 分析結果

### テーマ1：コロナ禍における受療行動の変容を検証

#### (1) 目的

- 新型コロナウイルス感染症の拡大前後における患者数や医療費の増減等を、年齢階級別、疾患別、薬効分類別、診療行為別等で調査し、受療行動の実態や新型コロナウイルス感染症防止策による他の感染症等への影響について検証する。

#### (2) 調査の概要

- 新型コロナウイルス感染症の流行前後における受療行動の変容を分析する。
- 新型コロナウイルス感染症防止策による他の感染症等への影響について分析する。

#### (3) 方法

1. (文献調査) 日本国内および海外での受療行動に関する調査・研究を整理する。
2. (定量分析) 2015年1月～2020年9月の健保組合レセプトデータを用いて集計・分析を行い、受療行動の動向を定量化する。

#### (4) 結果・考察

- 2020年1～9月累積の延べ患者数(対前年比)は、外来が▲16%で入院が▲12%だった。月毎の延べ患者数の推移をみると、外来は4、5月に大きく落ち込んだ後に回復傾向をたどったが、入院は外来に比べて4、5月の落ち込みが小さく、その後の回復も鈍かった。
  - 年齢階級<sup>2</sup>別に累積の延べ患者数をみると、0～14歳は外来が▲29%で入院が▲22%、15～39歳は外来が▲14%で入院が▲10%、40～64歳は外来が▲10%で入院が▲10%だった。
  - レセプト上位の疾患別に累積の延べ患者数をみると、外来では急性気管支炎が▲48%、急性上気道感染症が▲44%など感染性疾患の減少率が大きかった。感染性疾患の外来について、月毎の延べ患者数の推移をみると、4、5月に大きく落ち込んだ後に戻りが鈍かった。入院で一定程度の患者数<sup>3</sup>を持つ疾患において累積の延べ患者数が▲20%を超えて減少した疾患はなかった。
    - ◇ 0～14歳は、感染性疾患が大きく減少した影響を強く受けて、他の年齢階級に比べて累積の延べ患者数の減少率が大きくなったと考

<sup>2</sup> テーマ1では65歳以上の年齢階級を集計から除外した。

<sup>3</sup> 加入者100万人・1日当たり、患者数が100人以上のもの。

えられる。

- ◇ 15～39歳は、感染性疾患が大幅に減少したものの、相対的に他の疾患で減少率が小さいことが影響し、0～14歳ほど累積の延べ患者数の減少率が大きくならなかったと考えられる。
- ◇ 40～64歳は、感染性疾患の減少率が他の年齢階級より小さく、さらに患者数の多い生活習慣病で減少率が小さかった影響により、他の年齢階級に比べて累積の延べ患者数の減少率が小さくなったと考えられる。
- 処方件数の多い薬効分類について、外来における処方件数をみると、鎮咳去たん剤や解熱鎮痛消炎剤の減少率が大きく、呼吸器系の感染症との関連がうかがえた。
  - ◇ 近年に処方ルールが見直された医薬品について、外来における処方件数をみると、湿布薬を処方された患者数に一定の減少がみられた。
- 患者数上位の診療行為について、外来における累積の延べ患者数をみると、耳鼻咽喉科処置が▲39%、免疫学的検査が▲31%と減少率が大きかった。月毎の延べ患者数をみると、耳鼻咽喉科処置は4月が▲64%で9月が▲43%、免疫学的検査は4月が▲47%で9月が▲23%となっており、緊急事態宣言期間中に大きく減少した後に患者数が戻りきらなかった。
  - ◇ 眼科学的検査について、月毎の延べ患者数をみると、4月に▲44%だったのが9月に▲6%まで回復したが、コンタクトレンズ検査だけに限ると、4月に▲57%だったのが9月に▲28%と戻りが鈍かった。

● 受療動向のパターン分類

- 月毎の延べ患者数の推移について、一定の基準を設定し、3パターンに類型化した。

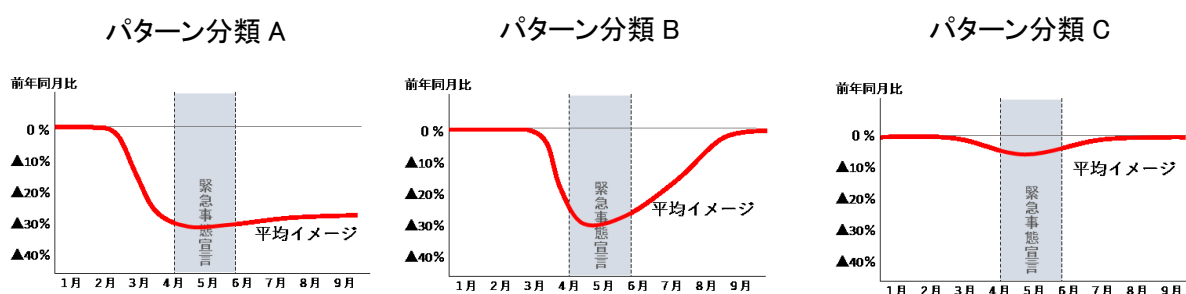
図表 1 延べ患者数の推移のパターン分類\*

	概要	基準 (2020年1~9月の各対前年同月比)
A	大きく減少し、あまり戻らなかったもの	最大減少月の減少率が▲10%以上かつ 9月時点における回復が最大減少月の3分の2以上に満たないもの
B	大きく減少し、ある程度戻ったもの	最大減少月の減少率が▲10%以上かつ 9月時点における回復が最大減少月の3分の2以上
C	大きく減少しなかった、または増加したもの	最大減少月の減少率が▲10%未満

(注) \*テーマ1 (6) ④定量分析では、AとBを最大減少月の減少率の大小で、さらに2パターンに分類して分析を行った。

図表 2 延べ患者数の推移のパターン分類イメージ

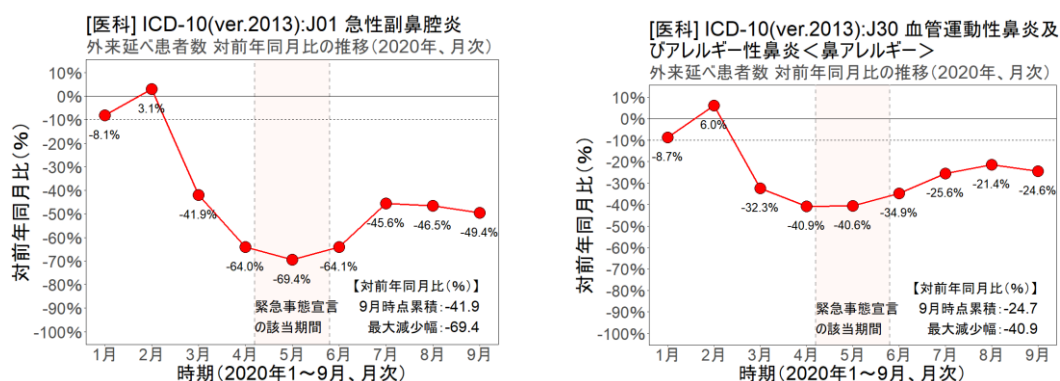
各パターン分類に該当する疾患別、薬効分類別、診療行為別の典型的な延べ患者数の推移を表したもの。実際には多種多様な波形がある。



- 外来でパターン A に該当した疾患は、急性鼻咽頭炎(感冒)、急性咽頭炎、急性気管支炎、鼻アレルギー、慢性副鼻腔炎、喘息、口内炎等だった。
- ◇ 患者数に一定の減少がみられた後に元の水準に戻らなかった要因として、マスク・うがい・手洗い、ソーシャル・ディスタンス等の感染症対策が背景にあると考えられる。

- ◇ 急性疾患（急性鼻咽頭炎、急性咽頭炎、急性気管支炎）の感染予防だけでなく、慢性疾患（鼻アレルギー、慢性副鼻腔炎、喘息）の症状抑制にもマスク着用等が影響した可能性がある。
- ◇ 口内炎等については、受療行動の変容が影響した可能性がある。
- ◇ 上記の急性疾患を中心に感染症対策が影響したと考えられる疾患については、引き続き感染予防や症状抑制により、今後も患者数が低調に推移する可能性がある。これらの疾患について、2020年1～9月の動向が12月まで続いた場合の影響を外來の医療費ベースで全国推計した結果、年間医療費の対前年減少額は0～64歳の合計が4,063億円で、このうち0～14歳が2,036億円と見込まれた。
  - ・ 医療費減少額の推計には、感染症対策が影響したと考えられる急性疾患が記載されているレセプトを用いた。一つのレセプトに複数の疾患が記載されている場合、複数の疾患を合計した値になることに留意が必要である。
  - ・ 急性感染症の代表例であるインフルエンザは、2020年冬に例年より著しく少なかったことが文献調査から示されたが、本分析は2020年9月までのレセプトが対象であるため、医療費減少額の推計にインフルエンザを含めなかった。なお、参考として分析対象健保組合のインフルエンザを含む医科外來レセプトの集計に基づき、2019年1～12月における0～64歳の医療費を全国推計した結果、合計は1,000億円規模だった。この推計については、65歳以上を含まないこと、インフルエンザの治療にかかった院外処方調剤医療費を含まないこと、一つのレセプトに複数の疾患が記載されている場合にインフルエンザ以外の医療費を含むこと等に留意が必要である。
  - ・ 今後、感染症対策の効果が期待される疾患について、様々な観点から検証する必要がある。

図表 3 パターン A の例



- 外来でパターン B に該当した疾患は、背部痛、膝関節症、鉄欠乏性貧血、骨粗鬆症、結膜炎、屈折及び調節の障害、外耳炎等だった。
  - ◇ 患者数が一時的に減少した後に概ね元の水準まで戻った背景として、一定の期間に限り受診を見合わせる事ができたまたは検査・健康診査の延期による影響等を受けたと考えられる。
  - ◇ OTC 薬が存在する疾患については、受診を見合わせた期間において OTC 薬を活用した可能性もある。
  - ◇ 疾患によっては、治療の中断や発見・治療の遅れによる重症化等が懸念される。
  
- 外来でパターン C に該当した疾患は、脂質異常症、2 型糖尿病、高血圧症、睡眠障害、心不全、慢性腎臓病、ざ瘡（ニキビ・吹き出物）等だった。
  - ◇ 患者数の減少が一定の範囲にとどまった背景として、生活習慣病や精神領域等で継続管理が必要であることまたは治療の中断が生命の危機に直結し得ること等が考えられる。精神領域については、経年的に増加傾向にあることも考慮する必要がある。
  - ◇ 継続的な治療が必要な場合、かかりつけ医によるオンライン診療やリフィル処方活用の活用による、より感染リスクが低く効率的な治療も期待される。
  
- 生活習慣病の受療行動
  - 生活習慣病治療薬の処方日数は、数日程度の延びにとどまった。処方日数の延びは病院に比べて診療所で小さい傾向がみられた。
    - ◇ 緊急事態宣言の前後で柔軟に処方日数を延ばす等の対応が限定的だったと考えられる。
  - 2020 年 4～5 月に高血圧症、脂質異常症、糖尿病で外来受診した患者のうち、電話等再診料の算定は 1.4～2.2%にとどまった。



## (5) 提言

- 新型コロナウイルス感染症の拡大以降、国民の努力によって感染症が抑制され、結果として医療費の節減につながった。これは個々人の行動変容がいかに重要であるかの証左である。
- 国民の健康を守り、限りある医療資源を有効活用するためには、「防げる疾病は自らの努力によって防ぐ」「体調管理にセルフメディケーションを実践する」「医療機関を受診する場合は、かかりつけ医を通じて自らの状態に対応した治療を選択する」等が重要である。そのため、以下の取組みを推進するべきである。
  - 国民は、新しい日常（アフターコロナ・ウィズコロナ）を意識し、感染症予防を継続する。また、かかりつけ医・かかりつけ薬剤師を活用しながらセルフケア・セルフメディケーションに努めるとともに、適切な受療行動を心掛ける。
  - 保険者は、疾病予防・健康づくり活動の強化、継続的な感染症予防の啓発、適切な受療行動の促進等により、これまで以上に保険者機能を発揮する。
  - かかりつけ医・かかりつけ薬剤師は、日頃からの健康管理・指導を含めて国民・患者の期待に応えられるよう、かかりつけ機能を向上させる。

## (6) 資料

### ① 定義

本調査では、特に断りがない場合には下記の定義を用いる。

- 緊急事態宣言

- 新型コロナウイルス感染症に対する新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言を指す。本分析における該当期間は、2020年4月7日～5月25日である。

### ② 文献調査

- 医療費の動向

- 2020年4～11月の医療費・受診延べ日数（対前年比）は、5月を最低値とし、6～10月は回復傾向にあったが、11月は減少となった [1]。
- ただし、診療種別（入院・入院外・歯科・調剤）の休日数等の補正後の医療費の伸び率においては、7月以降、▲1～3%程度で推移している。

図表 4 医療費等の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
医療費	▲8.8	▲11.9	▲2.4	▲4.5	▲3.5	▲0.3	1.5	▲3.8
受診延日数	▲17.9	▲18.5	▲8.2	▲10.5	▲7.5	▲5.5	▲1.3	▲9.1
1日当たり医療費	11.0	8.1	6.4	6.7	4.3	5.6	2.9	5.7

（出典）厚生労働省 [1]より事務局作成。

図表 5 診療種別医療費の伸び率（対前年同期比）

（単位：％）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
総計	▲11.1	▲12.6	▲6.1	▲1.8	▲1.2	▲3.0	▲2.9	▲1.1
入院	▲7.5	▲9.7	▲6.0	▲3.1	▲2.0	▲1.4	▲0.6	▲1.1
入院外	▲16.6	▲16.9	▲7.1	▲2.3	▲1.8	▲4.5	▲5.6	▲2.3
歯科	▲17.5	▲17.3	▲4.7	▲0.5	3.1	1.5	3.6	2.5
調剤	▲7.1	▲10.5	▲5.3	0.6	▲1.3	▲5.9	▲6.1	▲1.4

（出典）厚生労働省[1]より事務局作成。伸び率は休日数等を補正済み。

- 年齢階級別の医療費の動向
  - メディアスの月次報告を用いた年齢階級別の 1 人当たり医療費伸び率では、「0 歳以上 5 歳未満」「5 歳以上 10 歳未満」の減少幅が大きく、年齢による差がみられる [1]。
  
- 新型コロナウイルス感染症以外の感染症等の動向
  - 2020 年のインフルエンザの定点当たりの報告数は、第 53 週時点の累計で前年の 0.001 倍であった [2]。
  - 国立感染症研究所による感染症発生動向調査において、インフルエンザ以外の 5 類感染症（感染性胃腸炎、水痘、手足口病、ヘルパンギーナ等）についても、2020 年は前年と比べて報告数が減少していることが分かった [3]。
  
- 新型コロナウイルス感染症以外の感染症等の減少（海外の先行研究 1）
  - アメリカでの救急医療に関する先行研究（2019 年 3 月 31 日～4 月 27 日と 2020 年 3 月 29 日～4 月 25 日（パンデミック初期）の比較）において、次のことが分かった [4]。
    - ◇ 10 歳以下の小児で減少の大きい疾患は、「インフルエンザ（97%減）」「中耳炎（85%減）」「その他の上気道症状（84%減）」「悪心・嘔吐（84%減）」「喘息（84%減）」「ウイルス感染症（79%減）」等であった。
    - ◇ 全年齢で減少の大きい疾患は、「腹痛及びその他の消化器又は腹部の徴候及び症状」「腰痛以外の筋骨格痛」「本態性高血圧症」「悪心・嘔吐」「その他の特定の上気道感染症」等であった。
  
- 新型コロナウイルス感染症以外の感染症等の減少（海外の先行研究 2）
  - アメリカの入院医療に関する先行研究（2020 年 2～7 月、対前年比）において、特に肺炎と COPD<sup>4</sup>/喘息について、2020 年 4 月の落ち込みが大きく（50%以上減）、かつ 6～7 月も回復傾向が鈍いこと（40%以上減）が分かった [5]。

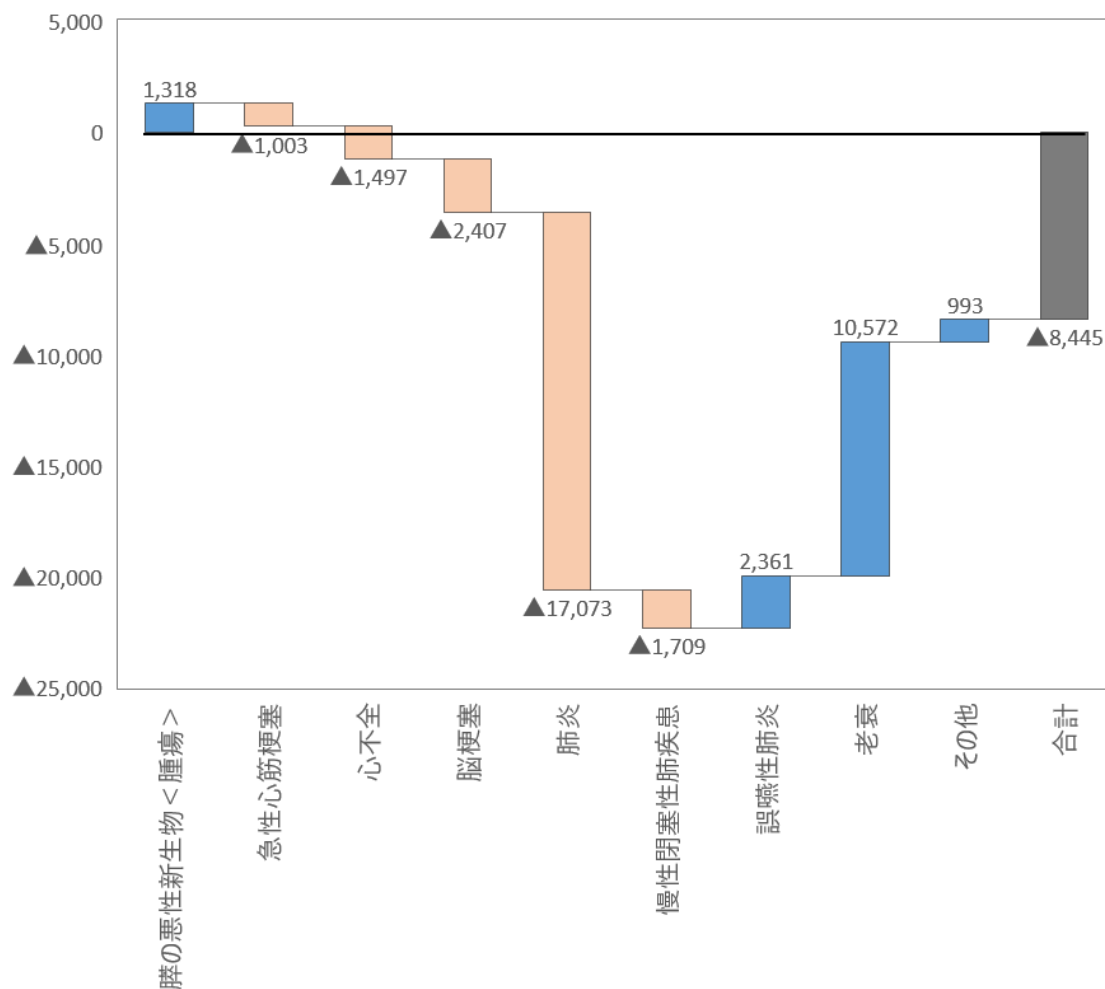
---

<sup>4</sup> 慢性閉塞性肺疾患の略称。

● 死亡者数の動向

- 令和2年(2020)人口動態統計月報年計(概数) [6]によれば、令和元年から令和2年の1年間で死亡者数は8,445人減少したが、減少に最も寄与したのは新型コロナウイルス感染症を除く肺炎(▲17,073人)であった。他には脳梗塞(▲2,407人)、心不全(▲1,497人)、急性心筋梗塞(▲1,003人)、慢性閉塞性肺疾患(▲1,709人)などが死亡者数の減少に寄与していた。一方、老衰が増加した(+10,572人)。
- 死亡者数については例年2万人程度の自然増が見込まれる [7]中で、死亡者数が8,445人減少していることを考えれば、死亡者数は通常より約3万人ほど減っている可能性がある。

図表 6 主な死因別の死者数(全国)の対前年増減(単位:人)



(出典) 厚生労働省 [6]より事務局作成。

### ③ 分析対象

- 定量分析の分析対象は以下の通りである。

項目	内容
対象期間	● 2015年1月～2020年9月
対象となるレコード*	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医科外来レセプト</li> <li>● 医科入院レセプト</li> <li>● DPCレセプト</li> <li>● 歯科レセプト</li> <li>● 調剤レセプト</li> </ul>

(注) \*今回の分析では65歳以上の年齢階級を集計から除外した。

- 加入者数の推移
  - 2020年1～9月に延べ患者数や処方日数がどのように変化したかを調査するにあたって、2015～2019年までの1～9月のレセプトデータを集計し比較の対象とした。

対象期間		2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
		1～9月	1～9月	1～9月	1～9月	1～9月	1～9月
組合数		124組合		122組合		108組合	
加入者数 (各期間の最初の月、万人)		1431.9	1366.0	1406.9	1404.8	1345.0	1347.8
レセプト件数 (万件)	DPC	45	47	47	49	49	42
	医科レセプト	6,203	6,352	6,300	6,392	6,244	5,335
	調剤レセプト	3,825	3,936	3,945	4,055	4,014	3,464
	歯科レセプト	1,556	1,628	1,658	1,678	1,693	1,552
	計	<b>11,630</b>	<b>11,962</b>	<b>11,951</b>	<b>12,175</b>	<b>12,000</b>	<b>10,393</b>

- また、医療費減少の試算等においては、年間当たりの医療費を算出する必要があったため、2015～2019年における10～12月分のレセプトデータも集計した。

対象期間		2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
		10～12月	10～12月	10～12月	10～12月	10～12月
組合数		124組合	122組合		108組合	
加入者数 (各期間の最初の月、万人)		1414.6	1405.1	1404.1	1344.5	1347.8
レセプト件数 (万件)	DPC	15	16	16	16	16
	医科レセプト	2,123	2,167	2,123	2,080	2,091
	調剤レセプト	1,325	1,376	1,354	1,345	1,364
	歯科レセプト	537	540	555	554	569
	計	<b>4,001</b>	<b>4,099</b>	<b>4,047</b>	<b>3,995</b>	<b>4,039</b>

#### ④ 定量分析

- 延べ患者数の合計および年齢階級別の推移について
  - 2020年1～9月累積の延べ患者数の対前年比は、外来▲16%、入院▲12%の減少となった（図表7）。
  - ◇ 年齢階級別にみると、0～14歳の減少率は外来、入院とも他の年齢階級の2倍以上であった。

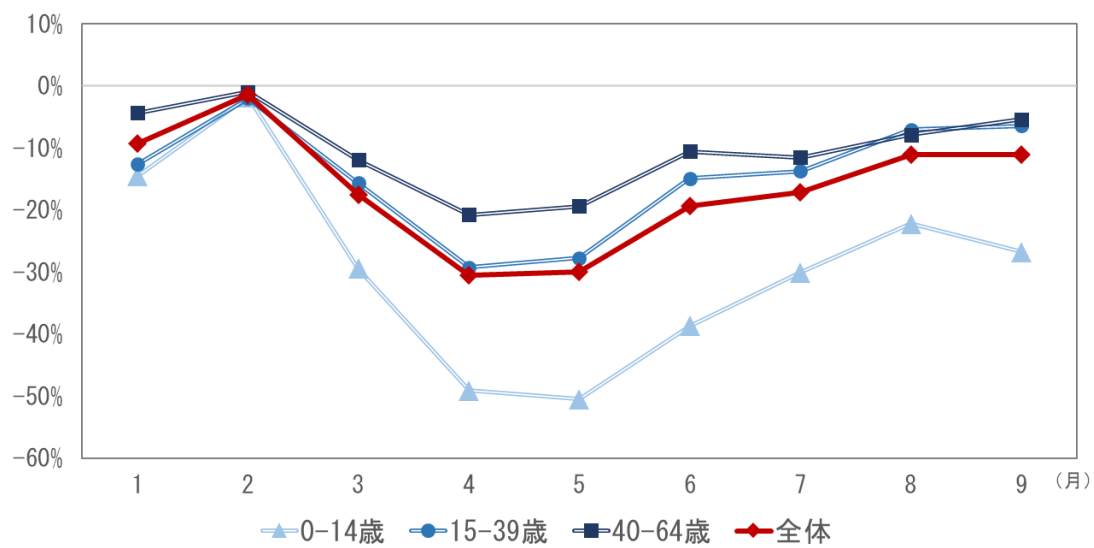
図表7 2020年1～9月における延べ患者数の前年との比較

		対前年比 (1～9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比	過去5年の平均* (人/100万人日)	2020年の平均 (人/100万人日)
0-14歳	外来	▲29%	▲51%	▲27%	31,887人	22,772人
	入院	▲22%	▲44%	▲44%	1,451人	1,141人
15-39歳	外来	▲14%	▲29%	▲6%	14,963人	13,106人
	入院	▲10%	▲18%	▲11%	1,268人	1,077人
40-64歳	外来	▲10%	▲21%	▲5%	24,511人	22,457人
	入院	▲10%	▲17%	▲13%	2,033人	1,768人
全体	外来	▲16%	▲31%	▲11%	22,115人	18,853人
	入院	▲12%	▲19%	▲18%	1,622人	1,383人

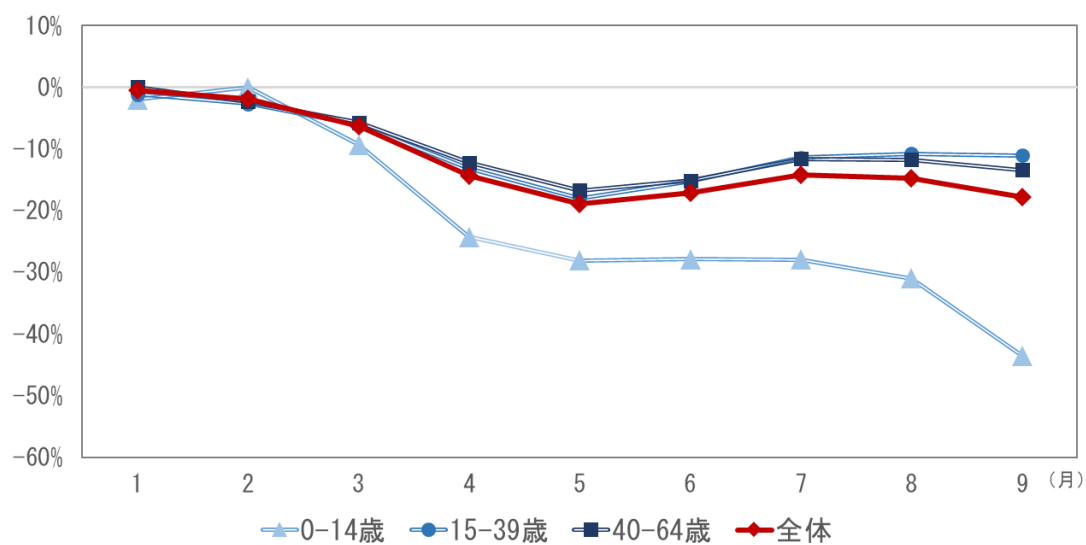
(注) \* 過去5年の平均とは2015～2019年における1月～9月の平均値。

- 月毎に延べ患者数の対前年比をみると、外来は2020年4、5月を底として6月以降は回復に転じた。入院は5月に下げ止まり傾向をみせたものの、その後の回復が鈍かった（図表8）。
- ◇ 0～14歳は、入院は9月の時点で対前年比の減少率が最大となり、外来においても他の年齢階級と比較して回復が鈍かった。
- ◇ 15～39歳は、外来、入院ともに他の年齢階級より患者数の回復が早かった。
- ◇ 40～64歳は、外来、入院とも他の年齢階級と比較して4、5月の減少率が小さかった。その後の回復も鈍く、9月時点では15～39歳と概ね同水準となった。

図表 8 2020年1~9月における外来延べ患者数の推移（対前年同月比）



図表 9 2020年1~9月における入院延べ患者数の推移（対前年同月比）

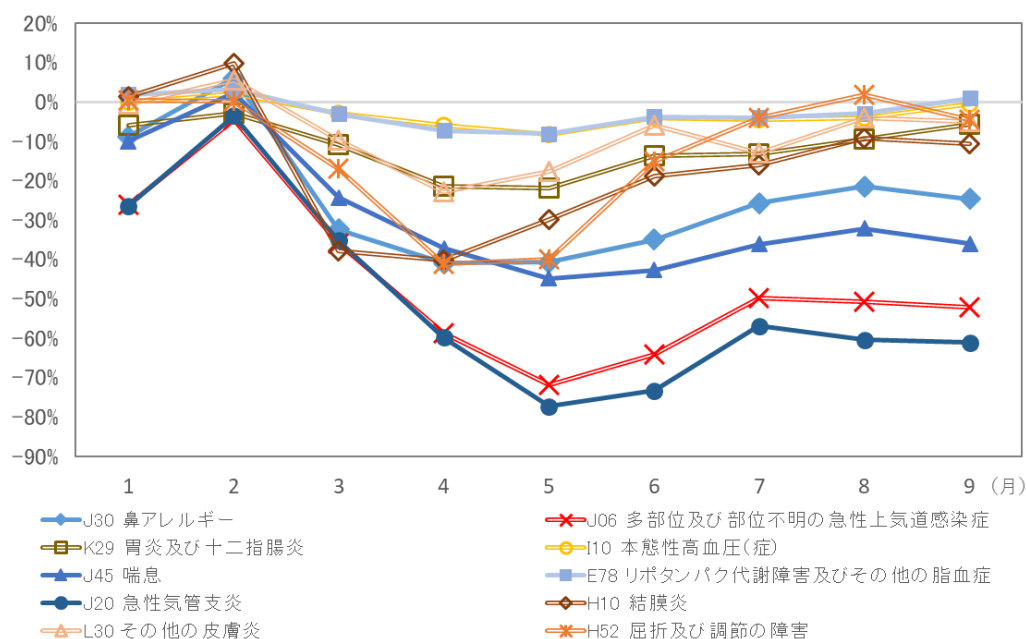


- 延べ患者数の疾患別の推移について
  - 外来患者数が一定規模<sup>5</sup>の疾患の中で、呼吸器系疾患は他の疾患と比較して減少後の戻りが鈍い傾向がみられた（図表 10、図表 11）。対前年の患者数の増減でみた場合も、同様に呼吸器系疾患や感染性疾患の患者数の減少幅が大きかった。（図表 12）。

図表 10 外来患者数の多い疾患の対前年比（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患）

疾患名	対前年比 (1~9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比
J30 血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	▲25%	▲41%	▲25%
J06 多部位及び部位不明の急性上気道感染症	▲44%	▲72%	▲52%
K29 胃炎及び十二指腸炎	▲12%	▲22%	▲6%
I10 本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	▲3%	▲8%	▲1%
J45 喘息	▲28%	▲45%	▲36%
E78 リポタンパク<蛋白>代謝障害及びその他の脂血症	▲3%	▲8%	1%
J20 急性気管支炎	▲48%	▲77%	▲61%
H10 結膜炎	▲20%	▲40%	▲11%
L30 その他の皮膚炎	▲8%	▲23%	▲5%
H52 屈折及び調節の障害	▲14%	▲41%	▲5%

図表 11 2020年1~9月における外来患者数の多い疾患の延べ患者数の推移（対前年同月比）



<sup>5</sup> 過去5年間（2015~2019年）の平均が1500人/100万人日以上。



図表 12 外来患者数の減少数の多かった疾患（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患）

疾患名	2019年1-9月平均 (人/100万人日)	2020年1-9月平均 (人/100万人日)	増減 2020年-2019年 (人/100万人日)	全体の増減に 占める割合*
J30 血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	4,337人	3,264人	▲1,073人	29.3%
J06 多部位及び部位不明の急性上気道感染症	2,383人	1,342人	▲1,041人	28.4%
J20 急性気管支炎	1,896人	982人	▲915人	24.9%
J45 喘息	2,051人	1,468人	▲583人	15.9%
J02 急性咽頭炎	1,067人	608人	▲459人	12.5%
H10 結膜炎	1,882人	1,505人	▲377人	10.3%
A09 その他の胃腸炎及び大腸炎, 感染症及び詳細不明の原因によるもの	1,099人	741人	▲358人	9.8%
J01 急性副鼻腔炎	777人	452人	▲325人	8.9%
K29 胃炎及び十二指腸炎	2,146人	1,899人	▲247人	6.7%
J00 急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒>	577人	334人	▲243人	6.6%

(注) \* 外来患者全体の減少数（100 万人日当たり▲3,666 人）に占める割合。

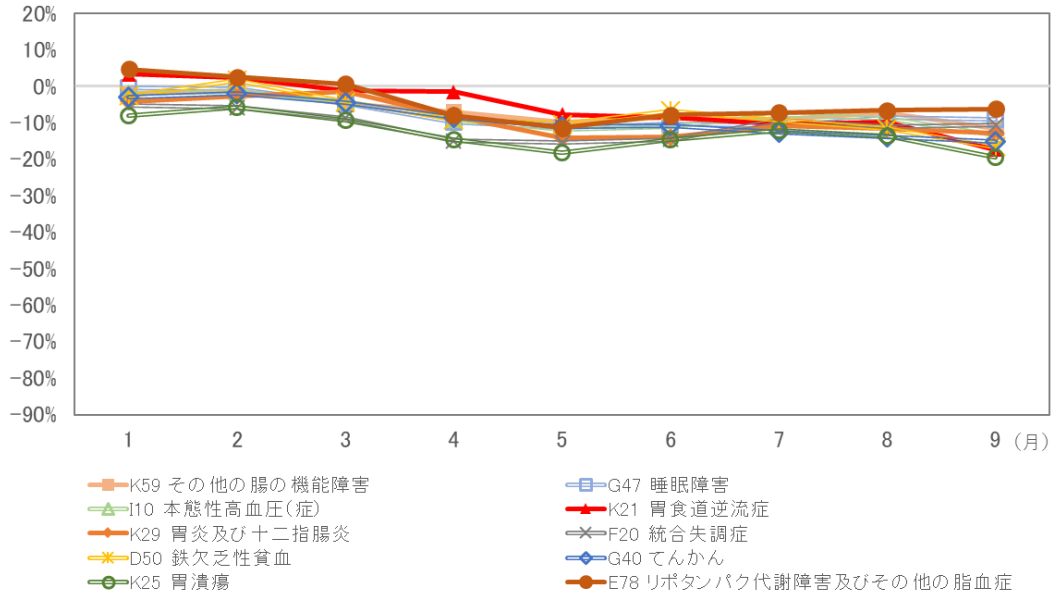
- 入院患者数についてみた場合、患者数が一定規模の疾患<sup>6</sup>の中では対前年同月比で▲20%を超えている疾患はみられなかった。また、疾患による差が外来ほど明確に出ていなかった（図表 13、図表 14）。対前年の患者数の増減でみた場合も上位の 3 疾患は同じであり、もともと患者数の多い疾患が一定の割合で減少したとみることができる（図表 15）。

図表 13 入院患者数の多い疾患の対前年比（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患）

疾患名	対前年比 (1~9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比	過去5年の平均 (人/100万人日)
K59 その他の腸の機能障害	▲7%	▲11%	▲11%	447人
G47 睡眠障害	▲7%	▲11%	▲9%	282人
I10 本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	▲8%	▲13%	▲13%	244人
K21 胃食道逆流症	▲6%	▲17%	▲17%	209人
K29 胃炎及び十二指腸炎	▲9%	▲14%	▲13%	175人
F20 統合失調症	▲11%	▲15%	▲11%	165人
D50 鉄欠乏性貧血	▲8%	▲17%	▲17%	165人
G40 てんかん	▲9%	▲15%	▲15%	162人
K25 胃潰瘍	▲13%	▲19%	▲19%	140人
E78 リポタンパク<蛋白>代謝障害及びその他の脂血症	▲4%	▲11%	▲6%	138人

<sup>6</sup> 過去 5 年間（2015～2019 年）の平均が 100 人/100 万人日以上。

図表 14 2020年1~9月における入院患者数の多い疾患の延べ患者数の推移（対前年同月比）



図表 15 入院患者数の減少数の多かった疾患（ICD 上 3 桁別、上位 10 疾患）

疾患名	2019年1-9月平均 (人/100万人日)	2020年1-9月平均 (人/100万人日)	増減 2020年-2019年 (人/100万人日)	全体の増減に 占める割合*
K59 その他の腸の機能障害	428人	399人	▲29人	15.6%
G47 睡眠障害	268人	249人	▲20人	10.6%
I10 本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	249人	230人	▲19人	10.3%
F20 統合失調症	157人	141人	▲17人	9.0%
J45 喘息	76人	60人	▲16人	8.4%
J20 急性気管支炎	37人	21人	▲16人	8.4%
K25 胃潰瘍	121人	106人	▲15人	8.3%
G40 てんかん	159人	145人	▲14人	7.8%
K29 胃炎及び十二指腸炎	157人	143人	▲14人	7.4%
K21 胃食道逆流症	215人	203人	▲12人	6.6%

(注) \* 入院患者全体の減少数（100万人日当たり▲185人）に占める割合。

- 0～14歳で上位を占めた疾患の動向
  - ◇ 外来では、患者数上位を占める鼻アレルギー、喘息、急性気管支炎等の呼吸器系疾患において、月毎の延べ患者数が最大で5～8割減少し、9月時点でも4～6割の減少となり、1～9月累積の延べ患者数が約4～5割の減少となった（図表16）。
  - ◇ 入院では、急性気管支炎や喘息等の呼吸器系疾患において、1～9月累積の延べ患者数が2～6割減少した。妊娠期間短縮及び低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの、新生児の呼吸窮促等<sup>7</sup>の周産期関連疾患は、月毎の延べ患者数が9月に最も減少しており、妊婦が外出を控えて安静にしていたことが要因となった可能性も考えられる<sup>7</sup>（図表17）。

図表 16 0～14歳で外来患者数の多い疾患の対前年比（ICD上3桁別、上位10疾患）

疾患名	対前年比 (1～9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比	過去5年の平均 (人/100万人日)
J30 血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	▲33%	▲55%	▲36%	7,945人
J45 喘息	▲37%	▲57%	▲47%	5,987人
J06 多部位及び部位不明の急性上気道感染症	▲46%	▲77%	▲52%	5,872人
J20 急性気管支炎	▲48%	▲81%	▲59%	5,484人
L30 その他の皮膚炎	▲18%	▲35%	▲17%	3,845人
L85 その他の表皮肥厚	▲11%	▲28%	▲9%	3,587人
H10 結膜炎	▲29%	▲50%	▲19%	3,040人
A09 その他の胃腸炎及び大腸炎、感染症及び詳細不明の原因によるもの	▲49%	▲79%	▲54%	2,862人
J02 急性咽頭炎	▲47%	▲77%	▲57%	2,468人
J01 急性副鼻腔炎	▲43%	▲72%	▲51%	2,083人

図表 17 0～14歳で入院患者数の多い疾患の対前年比（ICD上3桁別、上位10疾患）

疾患名	対前年比 (1～9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比	過去5年の平均 (人/100万人日)
P07 妊娠期間短縮及び低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの	▲12%	▲59%	▲59%	272人
K59 その他の腸の機能障害	▲5%	▲16%	▲16%	231人
P22 新生児の呼吸窮促等 <sup>7</sup>	▲10%	▲61%	▲61%	190人
J45 喘息	▲37%	▲53%	▲53%	187人
G40 てんかん	▲16%	▲25%	▲22%	154人
D50 鉄欠乏性貧血	▲14%	▲45%	▲45%	128人
P21 出生時仮死	▲11%	▲64%	▲64%	126人
J96 呼吸不全、他に分類されないもの	▲23%	▲40%	▲40%	126人
L85 その他の表皮肥厚	1%	▲9%	▲9%	122人
J20 急性気管支炎	▲58%	▲80%	▲80%	118人

<sup>7</sup> 海外においても同様の事象が報告されている。例えば、次の文献などを参照されたい。  
Lancet Public Health. 2020 Nov;5(11):e604-e611.

- 15～39歳で上位を占めた疾患の動向
  - ◇ 外来では、鼻アレルギー、多部位及び部位不明の急性上気道感染症、急性気管支炎等の呼吸器系疾患において、月毎の延べ患者数が最大で4割超の減少となり、9月時点でも2割超の減少となった。一方、胃炎及び十二指腸炎、結膜炎、屈折及び調節の障害は、月毎の延べ患者数が最大で3割超の減少となったものの、9月時点で1割程度まで戻った。その他の疾患は、月毎の延べ患者数が最大で1割程度の減少にとどまり、9月時点で前年の水準を上回った（図表18）。
  - ◇ 入院では、切迫早産及び早産において、月毎の延べ患者数が最大で3割近く減少し、1～9月累積の延べ患者数が2割近い減少となったが、その他の疾患は、累積の延べ患者数が1割未満の減少にとどまった。入院患者数の多い疾患において、9月時点で前年以上の水準まで戻している疾患はみられなかった（図表19）。

図表 18 15～39歳で外来患者数の多い疾患の対前年比（ICD上3桁別、上位10疾患）

疾患名	対前年比 (1～9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比	過去5年の平均 (人/100万人日)
J30 血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	▲27%	▲45%	▲26%	2,323人
J06 多部位及び部位不明の急性上気道感染症	▲43%	▲71%	▲52%	1,491人
K29 胃炎及び十二指腸炎	▲16%	▲31%	▲8%	1,424人
H52 屈折及び調節の障害	▲18%	▲48%	▲15%	1,366人
H10 結膜炎	▲20%	▲44%	▲9%	1,074人
J20 急性気管支炎	▲48%	▲77%	▲62%	968人
L30 その他の皮膚炎	2%	▲12%	8%	915人
G47 睡眠障害	▲0%	▲9%	5%	910人
L85 その他の表皮肥厚	8%	▲4%	15%	805人
F32 うつ病エピソード	1%	▲8%	7%	776人

図表 19 15～39歳で入院患者数の多い疾患の対前年比（ICD上3桁別、上位10疾患）

疾患名	対前年比 (1～9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比	過去5年の平均 (人/100万人日)
K59 その他の腸の機能障害	▲6%	▲10%	▲8%	397人
G47 睡眠障害	▲3%	▲10%	▲3%	222人
D50 鉄欠乏性貧血	▲5%	▲9%	▲9%	190人
F20 統合失調症	▲9%	▲15%	▲8%	176人
O60 切迫早産及び早産	▲16%	▲27%	▲27%	152人
G40 てんかん	▲8%	▲14%	▲9%	151人
K29 胃炎及び十二指腸炎	▲8%	▲13%	▲8%	142人
M54 背部痛	▲1%	▲6%	▲4%	113人
K21 胃食道逆流症	▲6%	▲19%	▲19%	99人
L30 その他の皮膚炎	▲4%	▲10%	▲1%	92人

- 40～64歳で上位を占めた疾患の動向
  - ◇ 外来では、患者数上位を占める本態性高血圧症、リポタンパク代謝障害及びその他の脂血症、詳細不明の糖尿病といった生活習慣病において、月毎の延べ患者数が最大で1割程度の減少にとどまり、9月時点で概ね前年の水準まで戻っていた。鼻アレルギーと屈折及び調節の障害は1～9月累積の延べ患者数で1割以上減少したが、いずれの減少率も15～39歳と比較して小さかった（図表20）。
  - ◇ 入院では、統合失調症、胃潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、睡眠障害において、1～9月累積の延べ患者数が1割以上減少し、15～39歳と比較して減少率の大きい疾患がやや多かった（図表21）。

図表 20 40～64歳で外来患者数の多い疾患の対前年比（ICD上3桁別、上位10疾患）

疾患名	対前年比 (1～9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比	過去5年の平均 (人/100万人日)
I10 本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	▲4%	▲9%	▲2%	4,594人
E78 リポタンパク<蛋白>代謝障害及びその他の脂血症	▲3%	▲9%	▲0%	4,140人
J30 血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	▲16%	▲29%	▲13%	3,794人
K29 胃炎及び十二指腸炎	▲10%	▲18%	▲5%	3,712人
G47 睡眠障害	▲3%	▲8%	▲0%	2,435人
K21 胃食道逆流症	▲3%	▲11%	2%	2,147人
M54 背部痛	▲6%	▲13%	▲2%	2,126人
H52 屈折及び調節の障害	▲11%	▲29%	▲9%	1,789人
E14 詳細不明の糖尿病	▲6%	▲11%	▲3%	1,770人
H10 結膜炎	▲13%	▲32%	▲6%	1,745人

図表 21 40～64歳で入院患者数の多い疾患の対前年比（ICD上3桁別、上位10疾患）

疾患名	対前年比 (1～9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比	過去5年の平均 (人/100万人日)
K59 その他の腸の機能障害	▲8%	▲13%	▲13%	591人
I10 本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	▲8%	▲14%	▲14%	517人
G47 睡眠障害	▲10%	▲15%	▲12%	419人
K21 胃食道逆流症	▲6%	▲18%	▲18%	379人
E78 リポタンパク<蛋白>代謝障害及びその他の脂血症	▲5%	▲13%	▲7%	289人
K29 胃炎及び十二指腸炎	▲10%	▲17%	▲16%	253人
K25 胃潰瘍	▲13%	▲22%	▲22%	231人
F20 統合失調症	▲13%	▲18%	▲13%	214人
E11 2型<インスリン非依存性>糖尿病<NIDDM>	▲6%	▲12%	▲11%	213人
M54 背部痛	▲7%	▲15%	▲15%	192人

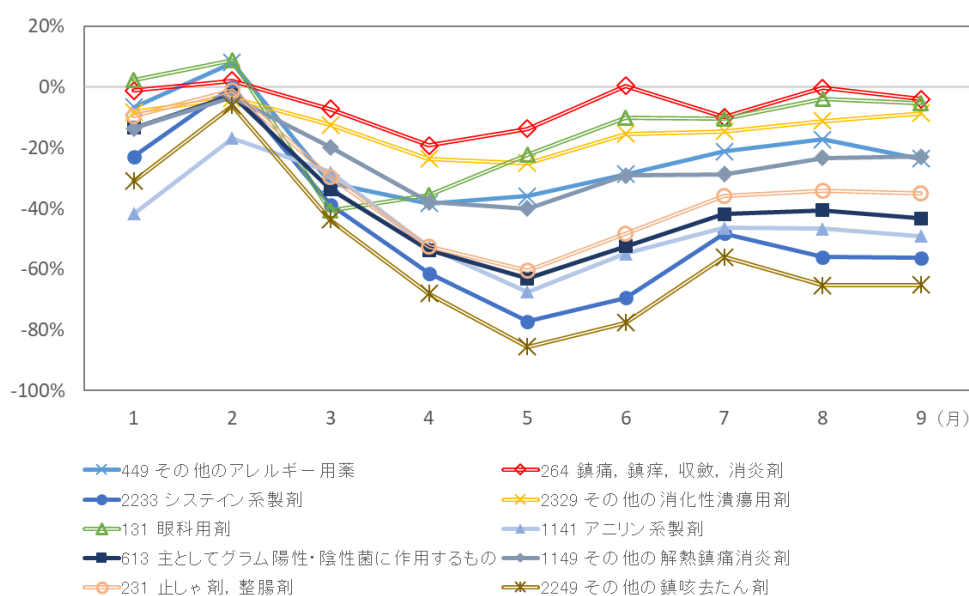
● 薬効分類別の推移について

- 一定規模の処方件数<sup>8</sup>がある薬効分類について、2020年1～9月の処方件数の対前年比をみると、感染症領域で用いられる医薬品に大幅な減少がみられた（図表22、図表23）。
  - ◇ 去たん薬（システイン系製剤）や解熱鎮痛剤（アニリン系製剤）において、1～9月累積の延べ患者数が4割超の減少となった。
  - ◇ 鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（外皮用薬）は1～9月累積の延べ患者数が1割以内の減少にとどまった。

図表22 処方件数の多い医薬品の対前年比（医薬品、外来のみ）

薬効分類名	対前年比 (1～9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比	過去5年の平均 (人/100万人日)
449 その他のアレルギー用薬	▲22%	▲38%	▲24%	3,255人
264 鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤(外皮用薬)	▲6%	▲19%	▲4%	2,435人
2233 システイン系製剤(去たん剤)	▲46%	▲77%	▲56%	2,340人
2329 その他の消化性潰瘍用剤	▲14%	▲25%	▲9%	1,540人
131 眼科用剤	▲16%	▲41%	▲5%	1,363人
1141 アニリン系製剤;メフェナム酸,フルフェナム酸等(解熱鎮痛消炎剤)	▲43%	▲68%	▲49%	1,357人
613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの	▲38%	▲63%	▲43%	1,320人
1149 その他の解熱鎮痛消炎剤	▲24%	▲40%	▲23%	1,264人
231 止しゃ剤, 整腸剤	▲34%	▲60%	▲35%	1,179人
2249 その他の鎮咳去たん剤	▲53%	▲86%	▲65%	1,010人

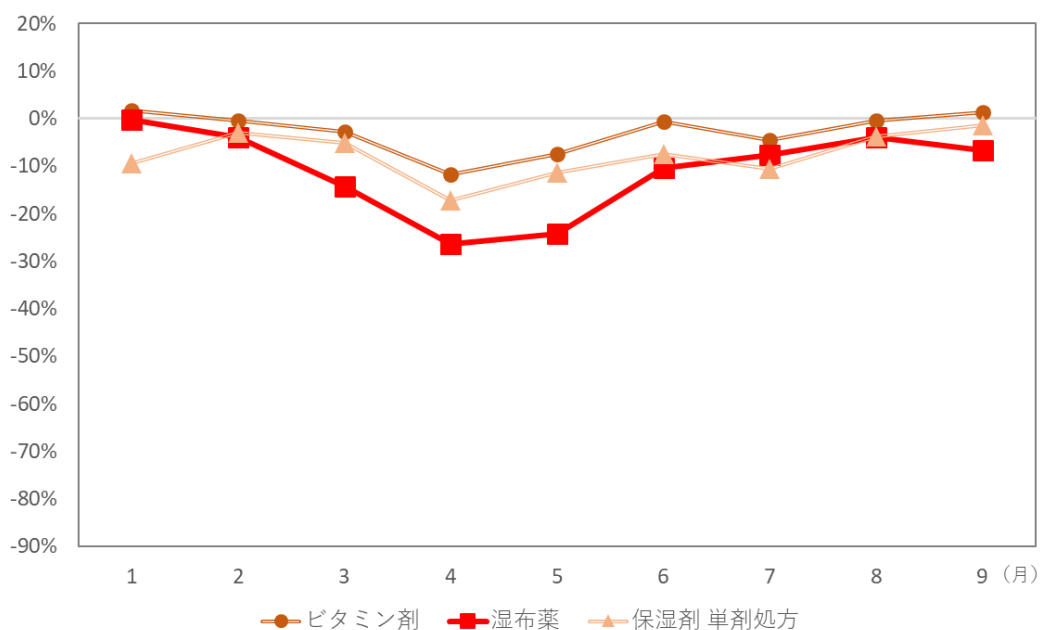
図表23 2020年1～9月における処方件数の多い医薬品の推移（対前年同月比）



<sup>8</sup> 過去5年間（2015～2019年）の処方件数（医薬品を処方された外来の延べ患者数）の平均が1,000人/100万人日以上。

- 近年に保険給付範囲の適正化または明確化が行われたビタミン剤、湿布薬、保湿剤の外来処方について、月毎の処方件数を対前年比でみると、4、5月に1~2割程度の減少がみられた（図表 24）。
  - ◇ ビタミン剤の処方件数は、4月に▲11%、5月に▲7%と落ち込んだが、その後は▲5%以上の範囲で推移し、9月時点で対前年比でプラスに転じた。
  - ◇ 湿布薬の処方件数は、4月に▲25%、5月に▲23%と他に比べて大きく減少した。その後6月には▲10%となり前年の水準に近づいた。
  - ◇ 保湿剤の単剤での処方件数は、1~9月を通じて前年の水準を下回ったが、4月に▲17%となった後、9月時点で▲1%と前年とほぼ同水準となった。保湿剤については、給付範囲の明確化が行われて以降も処方件数が増加傾向にある。

図表 24 保険給付範囲の適正化・明確化が行われた医薬品の処方件数の推移（対前年同月比）



- 延べ患者数の診療行為別の推移について
  - 一定規模の患者数<sup>9</sup>がある診療行為について、2020年1～9月の外来延べ患者数の対前年比をみると、1～9月累積の延べ患者数は全ての診療行為で減少したが、月毎の延べ患者数は9月時点で対前年比プラスに転じた診療行為があった（図表25）。
    - ◇ 精神科専門療法、リハビリテーション、超音波検査等、皮膚科処置、生化学的検査(2)、コンピューター断層撮影が実施された月毎の延べ患者数は、9月時点で対前年比プラスに転じていた。
    - ◇ 耳鼻咽喉科処置は4月の6割減が9月に4割減、免疫学的検査は4月の5割減が9月に2割減となっており、いずれも一定の戻りはみられたが、9月時点でも前年を大きく下回った。
  - 眼科学的検査は4月の▲44%が9月に▲6%まで戻った。このうちのコンタクトレンズ検査は4月に▲57%と大きく落ち込み、9月でも▲28%と戻りが鈍く、緊急事態宣言等の影響を受けやすいと考えられる。

図表 25 患者数の多い診療行為の対前年比（外来のみ）

診療行為	前年比 (1～9月の累積)	最大減少月の 対前年比	9月の 対前年比	過去5年の平均 (人/100万人日)
J095～J115 耳鼻咽喉科処置	▲39%	▲64%	▲43%	2,100人
D011～D016 免疫学的検査	▲31%	▲47%	▲23%	1,907人
D255～D282 眼科学的検査	▲16%	▲44%	▲6%	1,698人
うちD282-3 コンタクトレンズ検査	▲25%	▲57%	▲28%	482人
D007～D007 生化学的検査(1)	▲6%	▲19%	0%	1,609人
D005～D006 血液学的検査	▲8%	▲23%	▲3%	1,468人
E002～E004 エックス線	▲15%	▲35%	▲7%	1,221人
I000～I008 精神科専門療法	▲2%	▲11%	3%	1,029人
G000～G018 注射	▲14%	▲28%	▲11%	849人
J116～J119 整形外科的処置	▲13%	▲30%	▲5%	840人
D000～D004 尿・糞便等検査	▲11%	▲25%	▲6%	774人
D215～D217 超音波検査等	▲9%	▲30%	4%	762人
J053～J057 皮膚科処置	▲3%	▲20%	2%	756人
H000～H008 リハビリテーション	▲2%	▲17%	7%	726人
J000～J043 一般処置	▲6%	▲17%	▲0%	557人
D008～D010 生化学的検査(2)	▲5%	▲24%	5%	449人
D017～D024 微生物学的検査	▲14%	▲28%	▲12%	402人
E200～E203 コンピューター断層撮影	▲8%	▲25%	3%	367人
D295～D325 内視鏡検査	▲20%	▲43%	▲7%	337人
D200～D214 呼吸循環機能検査等	▲12%	▲30%	▲3%	284人
D243～D254 耳鼻咽喉科学的検査	▲18%	▲38%	▲10%	244人
J071～J085 産婦人科処置	▲6%	▲17%	▲2%	133人

<sup>9</sup> 過去5年間（2015～2019年）の平均が100人/100万人日以上。



- 受療動向のパターン分類について
  - 一定規模の患者数がある疾患分類、薬効分類、診療行為について、2020年1～9月における月毎の延べ患者数の推移<sup>10</sup>に着目し、「最大減少月の対前年減少率」と「9月時点における最大減少月からの回復度合い」を指標として、以下の基準でパターン分類を行った（図表 26）。
    - A. 最大減少月の減少率が▲10%以上、かつ9月時点の回復度合いが3分の2未満を「大きく減少し、あまり戻らなかったもの」とみなす。このうち最大減少月の減少率が▲20%未満をA-1、▲20%以上をA-2とする。
    - B. 最大減少月の減少率が▲10%以上、かつ9月時点の回復度合いが3分の2以上を「大きく減少し、ある程度戻ったもの」とみなす。このうち最大減少月の減少率が▲20%未満をB-1、▲20%以上をB-2とする。
    - C. 最大減少月の減少率が▲10%未満を「大きく減少しなかった、または増加したもの」とみなす。

図表 26 延べ患者数の推移のパターン分類

パターン分類の概要		2020年1～9月	
		最大減少月 対前年減少率	9月時点 回復度合い
A-1	大きく減少し、あまり戻らなかったもの	▲10～20%	最大減少月から3分の2以上回復しなかったもの
A-2		▲20%以上	
B-1	大きく減少し、ある程度戻ったもの	▲10～20%	最大減少月から3分の2以上回復したものの
B-2		▲20%以上	
C	大きく減少しなかった、または増加したもの	▲10%未満	

<sup>10</sup> 推移を評価するにあたり、「対前年」との比較を用いた。過去5年（2015～2019年）平均との比較も行ったが、経年でトレンド傾向をもつ疾患等については対前年で比較した方が比較の起点となる2020年1、2月との乖離が少ないためである。

またレセプトに記載されている病名は、複数病名が記載されている患者の場合、新しく罹患した病名のみならず、以前より罹患していた病名も記載されることになる。このように延べ患者数にはバイアスが含まれるため、2019年と2020年の変化のみに注目した方が、もともとのバイアスを軽減でき、変化や変化率についてはある程度の信頼性が保てると思われる。

- 一定規模の延べ患者数<sup>11</sup>がある外来の疾患別、薬効分類別、診療行為別と入院の疾患別の延べ患者数について、月毎の推移をパターン分類したところ、外来の疾患別ではAに2割、Bに6割、Cに2割が該当し、入院の疾患別ではAに9割、Cに1割が該当した（図表 27）。

図表 27 各パターン分類に当てはまる疾患、薬効分類、診療行為の数

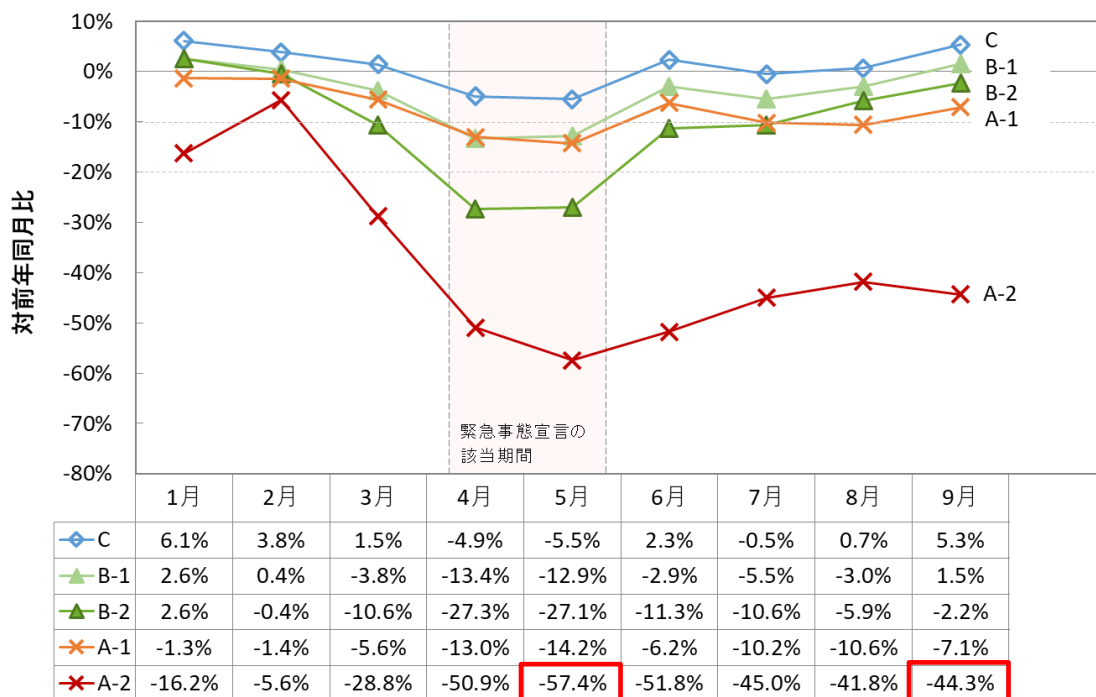
分類	外 来			入 院
	疾患分類	薬効分類	診療行為	疾患分類
A-1	4 (3%)	5 (6%)	0 (0%)	46 (63%)
A-2	23 (17%)	29 (35%)	4 (16%)	19 (26%)
B-1	55 (41%)	15 (18%)	8 (32%)	0 (0%)
B-2	25 (19%)	4 (5%)	13 (52%)	0 (0%)
C	26 (20%)	30 (36%)	0 (0%)	8 (11%)
全体	133 (100%)	83 (100%)	25 (100%)	73 (100%)

(注) カッコ内は全体に占める割合 (%)。

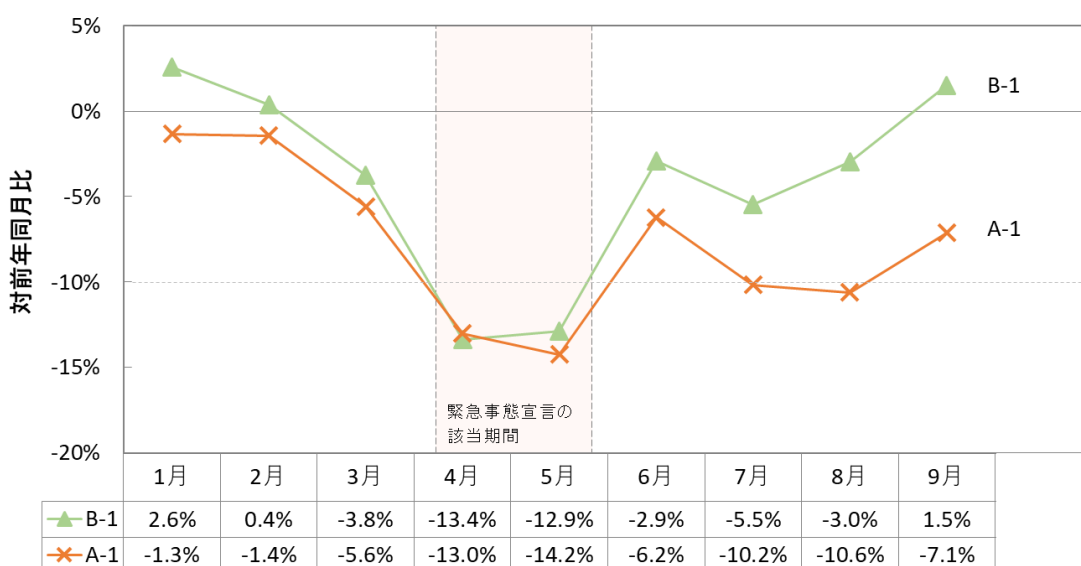
<sup>11</sup> 過去5年間（2015～2019年）の平均が外来100人/100万人日以上、薬効分類50人/100万人日以上、診療行為30人/100万人日以上、入院30人/100万人日以上のもの。

- ▶ 外来における疾患別の各パターン分類について、月毎の延べ患者数の対前年比の平均値を算出したところ、A-2は対前年比で最も落ち込んだ5月に平均6割減少した後、2〜3割しか戻らず、9月時点で平均4割超の減少となった（図表28、図表29）。

図表 28 パターン分類別 外来疾患の患者数の対前年比の平均値の推移（2020年）



図表 29 B-1 および A-1 の拡大図（-20%～5%）



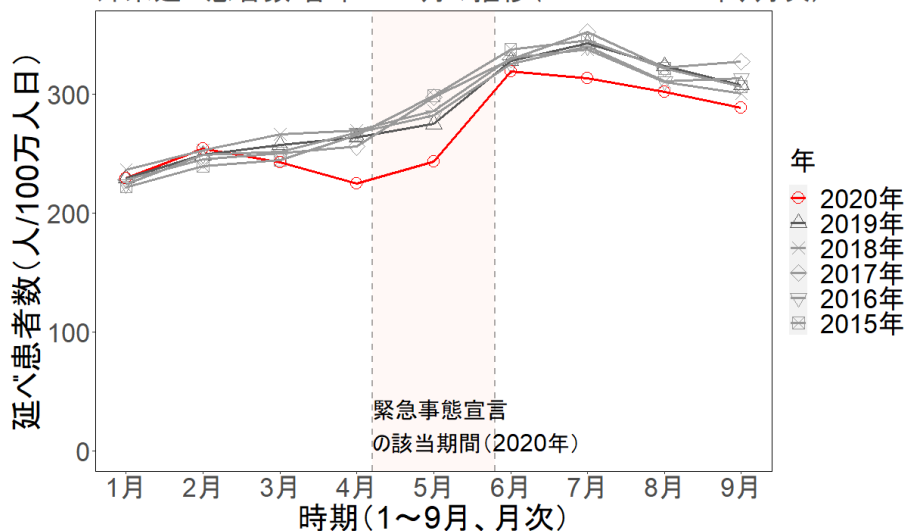
- ▶ パターン分類 A (大きく減少し、あまり戻らなかったもの) の特徴
  - ◇ 呼吸器系疾患、耳鼻咽喉科疾患が多く該当した (図表 30)。
  - ◇ 考えられる背景を次の通り整理した。
    - ・ 感染症対策が影響したもの
      - 急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>、急性副鼻腔炎 (図表 32) アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>、喘息 等
    - ・ 外出・行動自粛の影響が長期間続いた、または遅れて現れたもの
      - 皮膚糸状菌症 (図表 31)、体液量減少、妊娠期間短縮及び低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの
    - ・ 入院や手術の延期等が影響したもの
      - 本態性 (原発性<一次性>) 高血圧 (症)、胃食道逆流症 等
  - ◇ 感染症対策により予防や軽症化が可能と考えられるものについては、引き続きの感染症対策によって患者数の減少が一過性のものとならない可能性がある。
    - ・ 急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>等の呼吸器系疾患については、感染症対策と関わりが深い。
    - ・ 口内炎及び関連病変、血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>等の OTC 薬が存在する疾患については、セルフメディケーションの有用性を検証する必要がある。
  - ◇ 外出・行動自粛の影響が関わるものとしては、体液量減少、皮膚糸状菌症や入院での妊娠期間短縮及び低出産体重に関連する障害等があげられる。
    - ・ 周産期における疾患については、2020 年 9 月が最大減少月になるものがあつた。これらの疾患については、緊急事態宣言の期間中は概ね例年通りに推移し、その後、徐々に減少する傾向がみられた。

図表 30 パターン分類 A (大きく減少し、あまり戻らなかったもの) の該当例

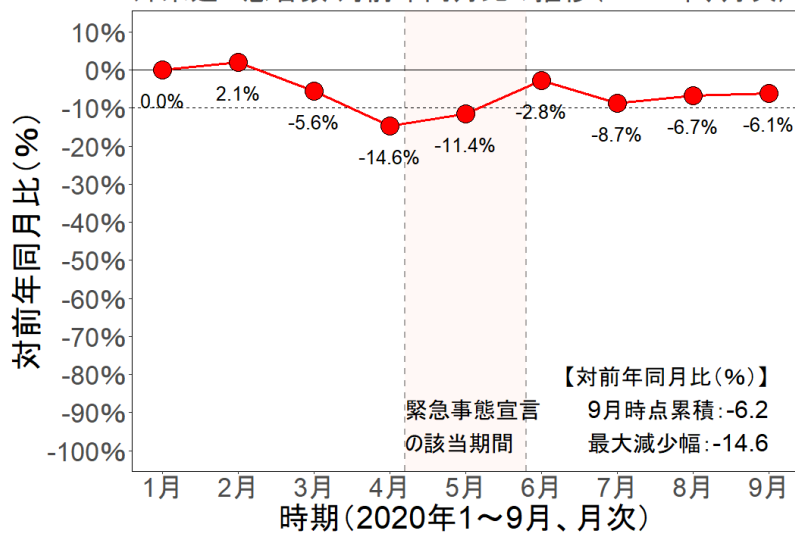
入 外	項目	最大減少月の 対前年減少率	該当例
外 来	疾患分類	▲10～20%	B35 皮膚糸状菌症 B37 カンジダ症 N30 膀胱炎(15～39 歳) 等
		▲20%以上	A09 その他の胃腸炎及び大腸炎, 感染症及び詳細不明の原因によるもの B08 皮膚及び粘膜病変を特徴とするその他のウイルス感染症, 他に分類されないもの E86 体液量減少(症) J00 急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒> J01 急性副鼻腔炎(0～14 歳) J02 急性咽頭炎 J03 急性扁桃炎 J04 急性喉頭炎及び気管炎 J20 急性気管支炎 J30 血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー> J31 慢性鼻炎, 鼻咽頭炎及び咽頭炎 J32 慢性副鼻腔炎 J40 気管支炎, 急性又は慢性と明示されないもの J45 喘息 K12 口内炎及び関連病変 L22 おむつ<ナプキン>皮膚炎(0～14 歳) T63 有毒動物との接触による毒作用(0～14 歳) 等
	薬効分類	▲10～20%	3131 ビタミン B2 剤 252 生殖器官用剤(性病予防剤を含む。) 等
		▲20%以上	2233 システイン系製剤(去たん剤) 613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの(抗生物質製剤) 231 止しゃ剤, 整腸剤 等
	診療行為	▲10～20%	J058～J070 泌尿器科処置 K538～K628 心・脈管
		▲20%以上	J095～J115 耳鼻咽喉科処置 D011～D016 免疫学的検査 G000～G018 注射 等
入 院	疾患分類	▲10～20%	I10 本態性(原発性<一次性>)高血圧(症) K21 胃食道逆流症 F20 統合失調症 G40 てんかん 等
		▲20%以上	J45 喘息 J46 喘息発作重積状態(0～14 歳) J30 血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー> P07 妊娠期間短縮及び低出産体重に関連する障害, 他に分類されないもの 等

図表 31 パターン分類 A-1 (大きく減少し、あまり戻らなかったもので、最大減少月の減少率が▲20%未満) の延べ患者数推移の一例

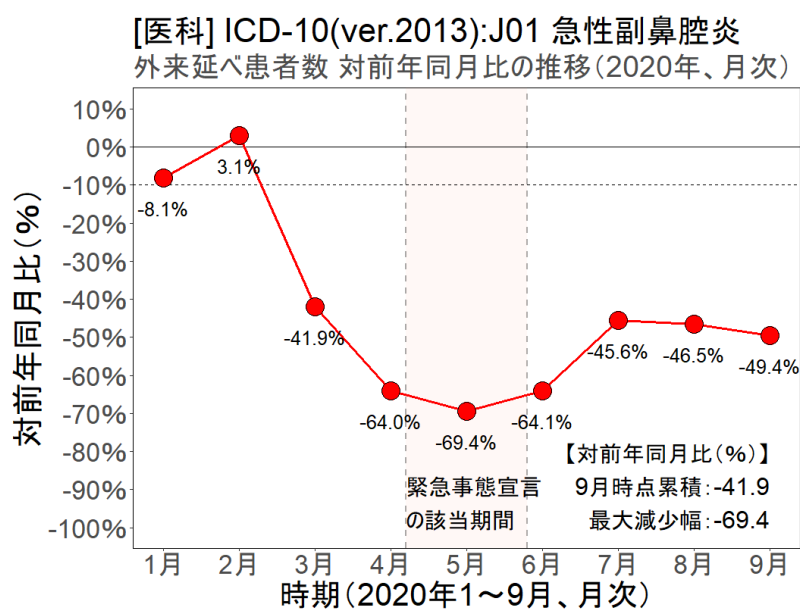
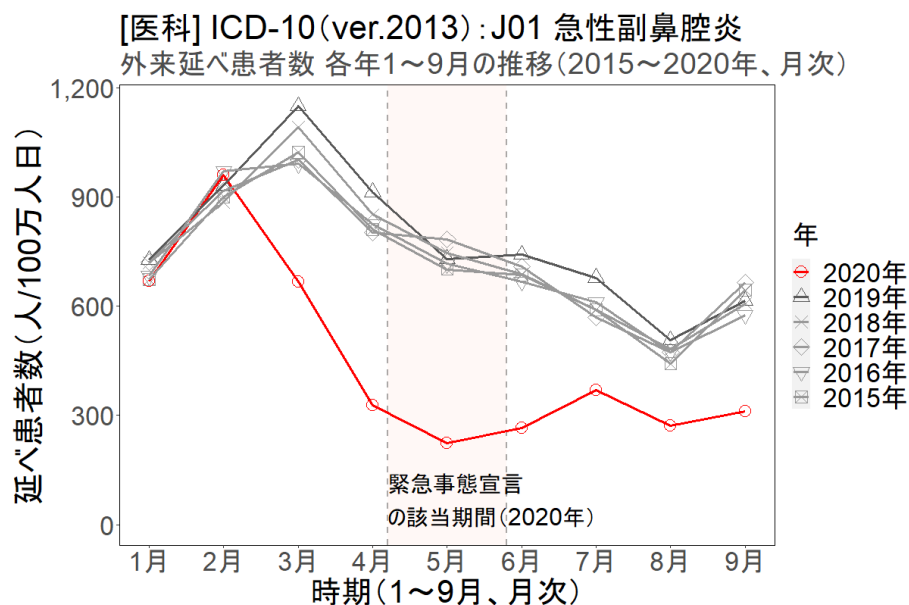
[医科] ICD-10(ver.2013):B35 皮膚糸状菌症  
 外来延べ患者数 各年1~9月の推移(2015~2020年、月次)



[医科] ICD-10(ver.2013):B35 皮膚糸状菌症  
 外来延べ患者数 対前年同月比の推移(2020年、月次)



図表 32 パターン分類 A-2 (大きく減少し、あまり戻らなかったもので、最大減少月の減少率が▲20%以上) の延べ患者数推移の一例



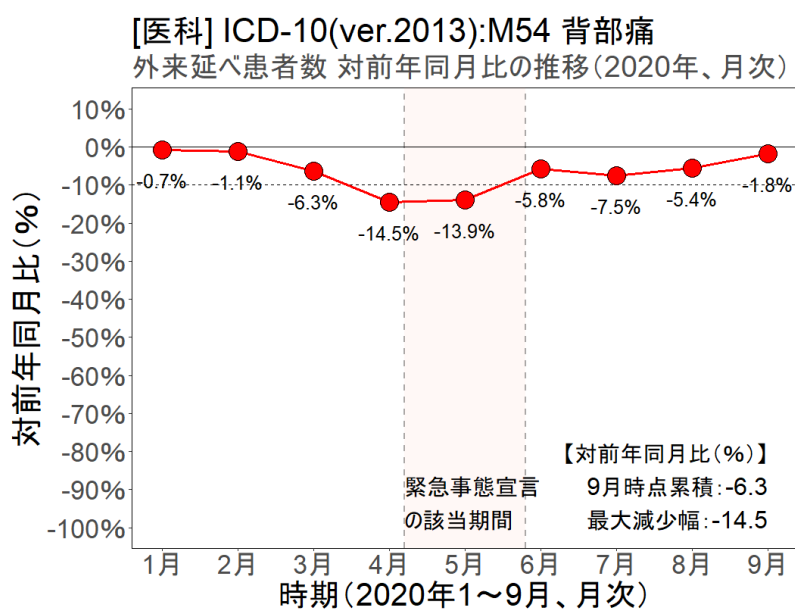
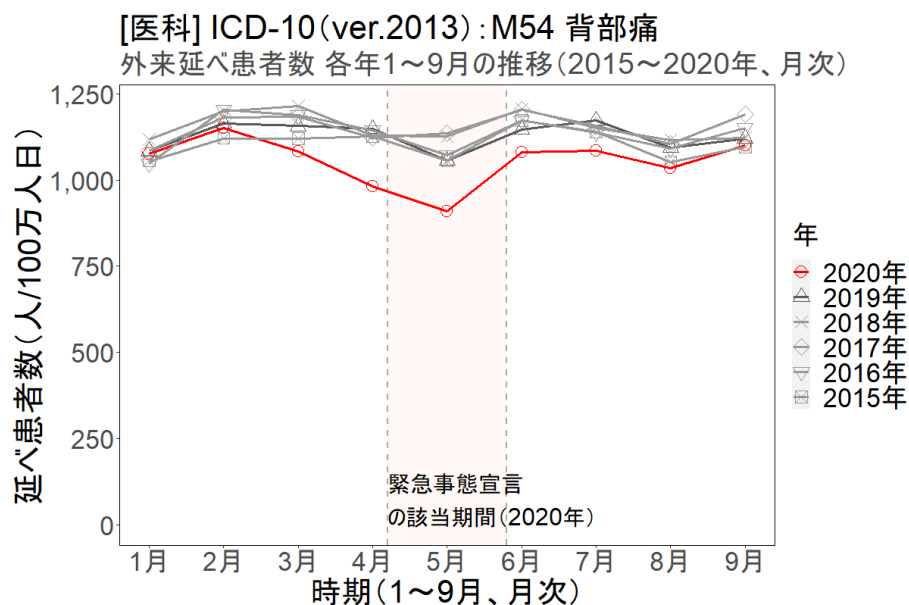
- ▶ パターン分類 B (大きく減少し、ある程度戻ったもの) の特徴
  - ◇ 整形外科領域や眼科、耳鼻咽喉科領域等が該当した (図表 33)。
  - ◇ 考えられる背景を次の通り整理した。
    - ・ 受診を見合わせる事ができたもの
      - 屈折及び調節の障害、骨粗しょう病<鬆>症、めまい<眩暈>感及びよろめき感
    - ・ 外出・行動自粛の影響により罹患するリスクが減少したもの
      - 膝関節症 (40~60 歳)、背部痛、頭部の表在損傷、結膜炎、外耳炎
    - ・ 検査・健康診査が一時的に延期されたもの
      - 狭心症、屈折及び調節の障害、伝音及び感音難聴、乳房の悪性新生物<腫瘍>
  - ◇ 患者もしくは医療機関の判断により受診より新型コロナウイルスの感染リスク軽減を優先させたこと、国民の行動変容が影響した可能性がある。背部痛 (図表 34)、結膜炎、外耳炎 (図表 35) 等の OTC 薬が存在する疾患については、セルフメディケーションの有用性を検証する必要がある。



図表 33 パターン分類 B (大きく減少し、ある程度戻ったもの) の該当例

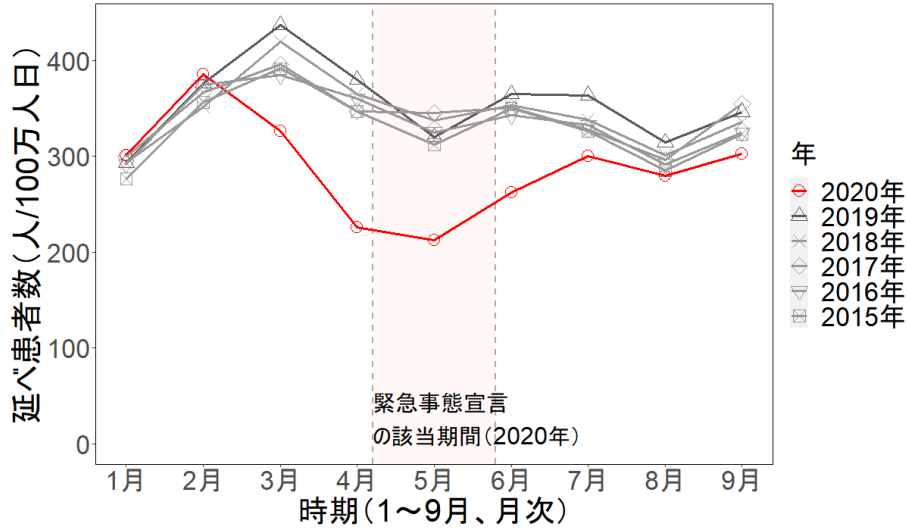
入外	項目	最大減少月の対前年減少率	該当例	
外来	疾患分類	▲10~20%	C50 乳房の悪性新生物<腫瘍> D50 鉄欠乏性貧血 I20 狭心症 M17 膝関節症 (40~64 歳) K21 胃食道逆流症 (15~39 歳、40~64 歳) M51 その他の椎間板障害 (40~64 歳) M54 背部痛 M81 骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、病的骨折を伴わないもの R42 めまい<眩暈>感及びよろめき感 等	
		▲20%以上	D25 子宮平滑筋腫 G80 脳性麻痺 (0~14 歳) H10 結膜炎 H52 屈折及び調節の障害 H60 外耳炎 H90 伝音及び感音難聴 (0~14 歳) N97 女性不妊症 (15~39 歳) S00 頭部の表在損傷 等	
	薬効分類	▲10~20%	133 鎮暈剤 264 鎮痛, 鎮痒, 収斂, 消炎剤 3179 その他の混合ビタミン剤 (ビタミン A・D 混合製剤を除く。) 等	
		▲20%以上	131 眼科用剤 132 耳鼻科用剤 2325 H2 遮断剤 等	
	診療行為	▲10~20%	D007~D007 生化学的検査 (1) I000~I008 精神科専門療法 J053~J057 皮膚科処置 等	
		▲20%以上	D255~D282 眼科学的検査 J116~J119 整形外科的処置 E200~E203 コンピューター断層撮影 等	
	入院	疾患分類	▲10~20%	F50 摂食障害 M41 (脊柱) 側弯 (症) F10 アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害 等
			▲20%以上	D25 子宮平滑筋腫 M16 股関節症 [股関節部の関節症] S32 腰椎及び骨盤の骨折 等

図表 34 パターン分類 B-1（大きく減少し、ある程度戻ったもので、最大減少率▲20%未満）の延べ患者数推移の一例

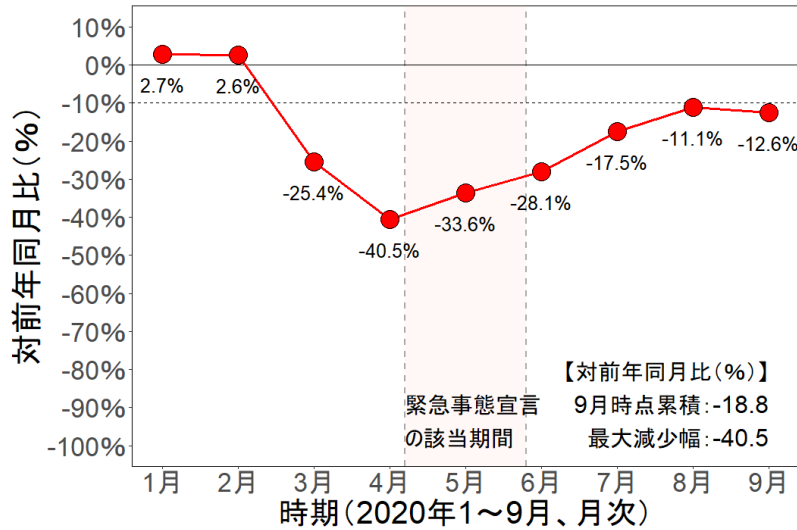


図表 35 パターン分類 B-2 (大きく減少し、ある程度戻ったもので、最大減少率▲20%以上) の延べ患者数推移の一例

[医科] ICD-10(ver.2013):H60 外耳炎  
 外来延べ患者数 各年1~9月の推移(2015~2020年、月次)



[医科] ICD-10(ver.2013):H60 外耳炎  
 外来延べ患者数 対前年同月比の推移(2020年、月次)



- ▶ パターン分類 C (大きく減少しなかった、または増加したもの) の特徴
  - ☆ 精神領域や生活習慣病等が該当した (図表 36)。
  - ☆ 考えられる背景を次のとおり整理した。
    - ・ 継続的な治療管理が必要なもの
      - 生活習慣病：リポタンパク<蛋白>代謝障害及びその他の脂血症、本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)(図表 37)、2型<インスリン非依存性>糖尿病<NIDDM>
      - 精神領域：統合失調症、睡眠障害等
    - ・ 療養の中断が生命の危機に直結し得るもの
      - 心不全、慢性腎臓病、慢性肝炎 等
    - ・ コロナ禍の前から患者数が増加していたもの
      - うつ病エピソード、双極性感情障害<躁うつ病> 等
    - ・ マスク着用等により増加したもの
      - ざ瘡<アクネ> 等
  - ☆ コロナ禍の中にあって患者数が大きく減少しなかったということは、感染リスクを抱えながら多くの診療が行われたことを意味する。特に生活習慣病については、延べ患者数が緊急事態宣言の期間中にやや減少したものの、概ね例年と同様の傾向であり、オンライン診療の充実やリフィル処方導入 (テーマ2参照)、かかりつけ医機能の推進 (テーマ3参照) 等による、より感染リスクが低くて効率的な治療を継続することが望まれる。

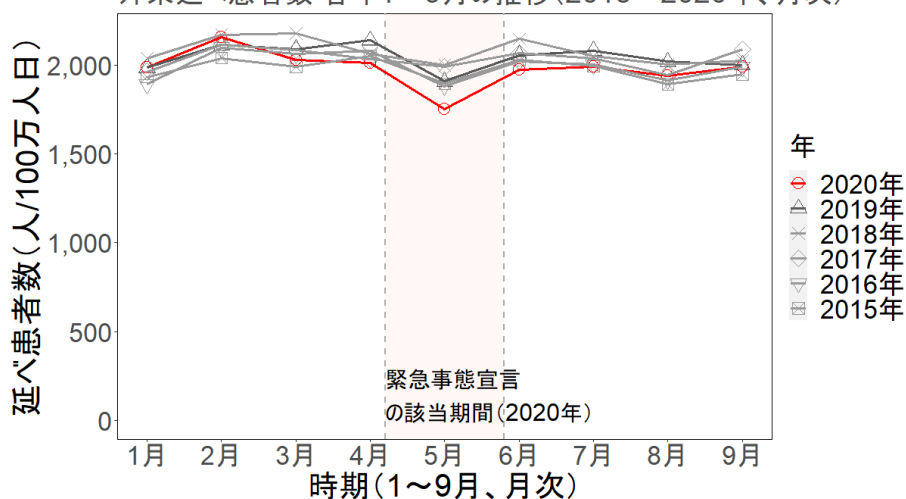
図表 36 パターン分類 C (大きく減少しなかった、または増加したもの) の該当例

入 外	項目	該当例
外 来	疾患分類	E11 2型<インスリン非依存性>糖尿病<NIDDM> E78 リポタンパク<蛋白>代謝障害及びその他の脂血症 F20 統合失調症 (15~39 歳、40~64 歳) F31 双極性感情障害<躁うつ病> (40~64 歳) F32 うつ病エピソード G43 片頭痛 (40~64 歳) G47 睡眠障害 I10 本態性 (原発性<一次性>) 高血圧 (症) I50 心不全 K73 慢性肝炎, 他に分類されないもの L20 アトピー性皮膚炎 (15~39 歳) L70 ざ瘡<アクネ> N18 慢性腎臓病 等
	薬効分類	1179 その他の精神神経用剤 2149 その他の血圧降下剤 2189 その他の高脂血症用剤 等
	診療行為	該当なし
入 院	疾患分類	062 娩出力の異常 等

図表 37 パターン分類 C (大きく減少しなかった、または増加したもの) の延べ患者数推移の一例

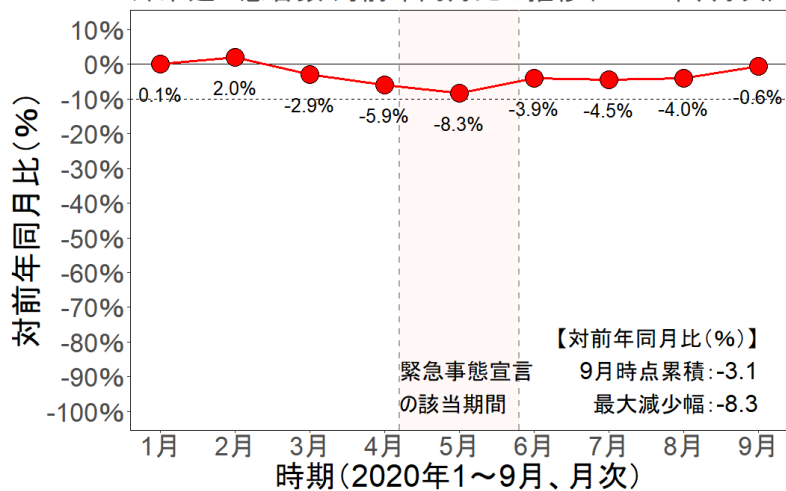
[医科] ICD-10(ver.2013):I10 本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)

外来延べ患者数 各年1~9月の推移(2015~2020年、月次)



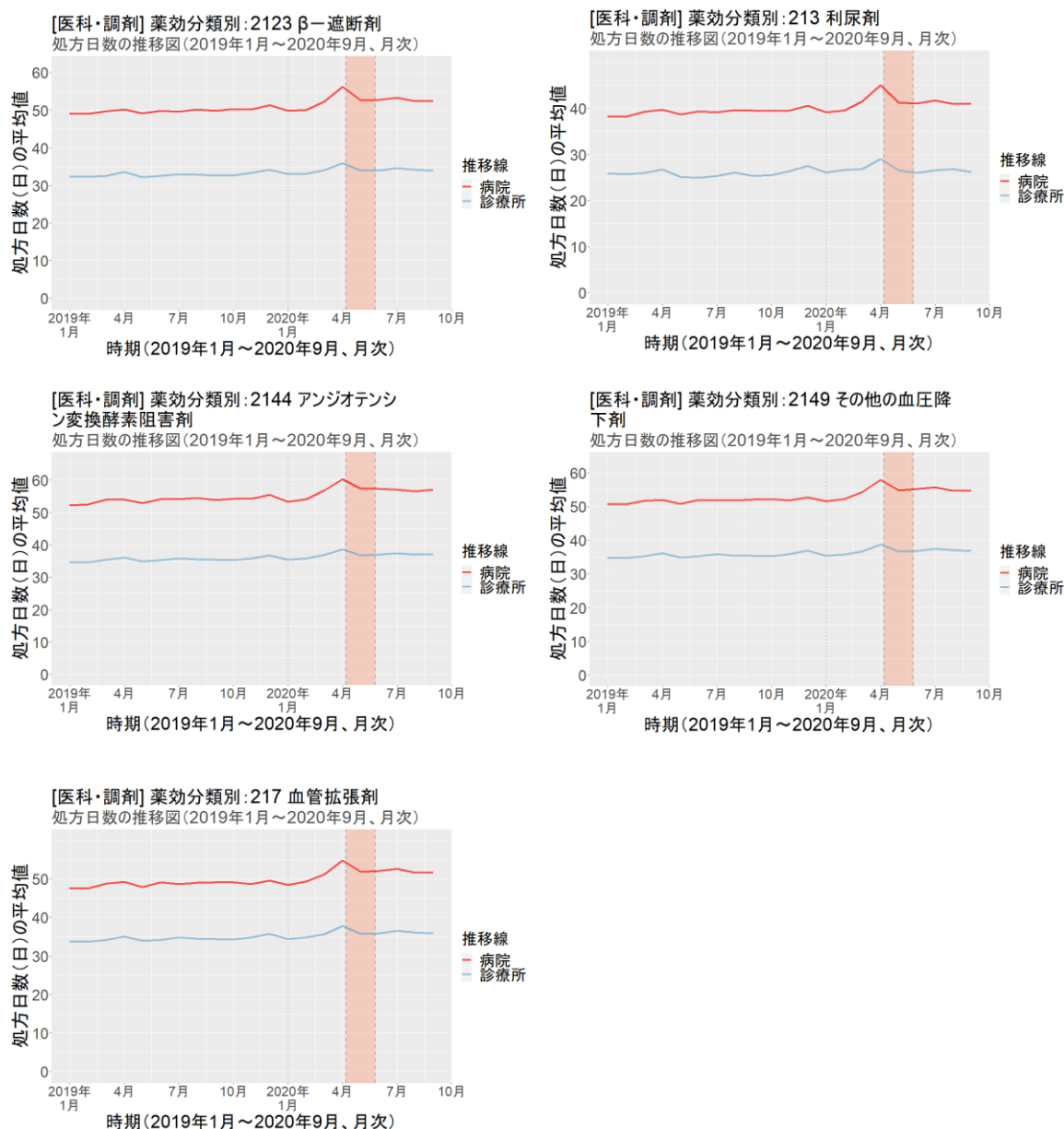
[医科] ICD-10(ver.2013):I10 本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)

外来延べ患者数 対前年同月比の推移(2020年、月次)



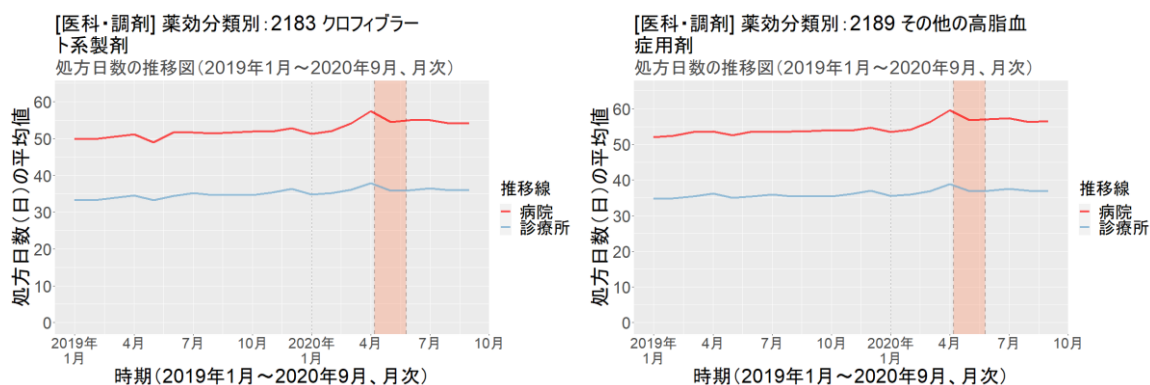
- 生活習慣病患者の受療動向について
  - 主要な生活習慣病治療薬について、薬効分類別に処方日数（平均値）の推移を分析したところ<sup>12</sup>、緊急事態宣言の前に処方日数が一時的に数日程度増加したが、その後、ほどなく概ね元の水準に戻った。
  - 同一の薬効分類であっても、病院の方が診療所に比べて一貫して処方日数が長い傾向がみられ、緊急事態宣言時における処方日数の変化も診療所に比べて病院で大きかった（図表 38、図表 39、図表 40）。

図表 38 高血圧症の患者に処方される主要な医薬品の処方日数の推移

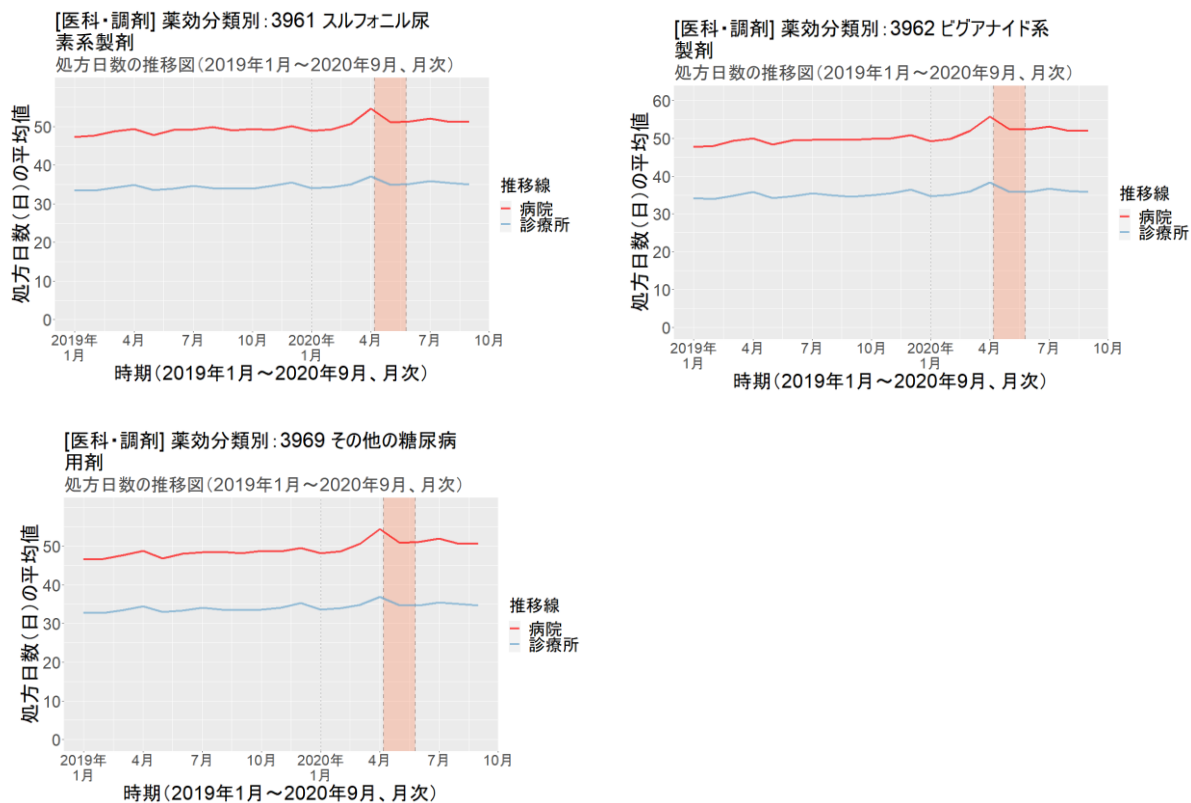


<sup>12</sup> 内服薬のみ。

図表 39 脂質異常症の患者に処方される主要な医薬品の処方日数の推移



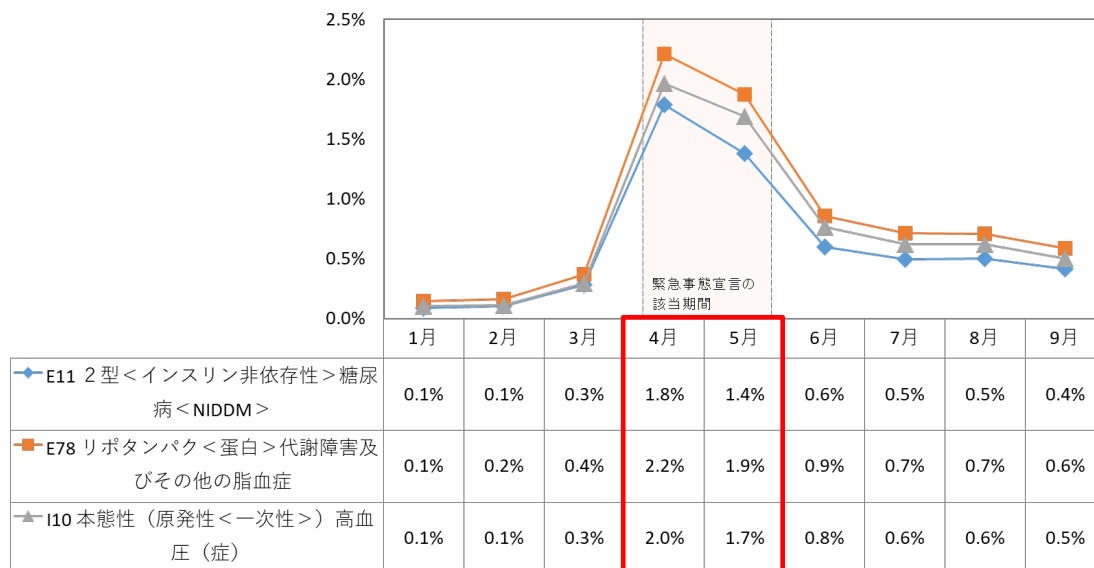
図表 40 糖尿病の患者に処方される主要な医薬品の処方日数の推移





- 生活習慣病の外来患者のうち、電話等再診料を算定した延べ患者数は2020年4～5月の間においても1.4～2.2%にとどまった（図表41）。

図表 41 電話等再診料の算定割合（主な生活習慣病の患者）



- 生活習慣病については、治療薬の処方日数と電話等再診の活用のいずれも、コロナ禍の中での変化は限定的だった。課題となるオンライン診療の拡充やリフィル処方の導入については「テーマ2」で詳述する。

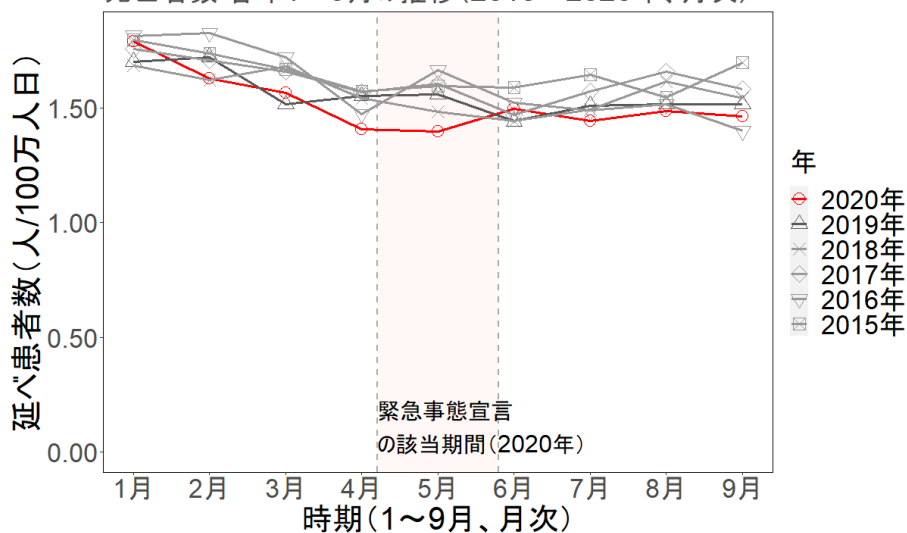
- 死亡患者数の動向について
  - 2020年1～9月のレセプトの転帰情報を基に死亡患者数を集計し、前年と比較した(図表42)。また、過去2年間の1～9月について、レセプトの転帰情報を基に死亡した患者の疾患を集計した<sup>13</sup>。
    - ◇ 急性心筋梗塞(▲25.3%)、肺炎(▲35.1%)、心不全(▲42.3%)の死亡者数については、人口動態統計月報年計(図表6)と同様の減少傾向を示した。
    - ◇ 膵の悪性新生物<腫瘍>(＋17.9%)は人口動態統計月報年計と同様に増加傾向を示した。その他にも直腸の悪性新生物<腫瘍>(＋58.6%)、乳房の悪性新生物<腫瘍>(＋8.3%)、呼吸器及び消化器の続発性悪性新生物<腫瘍>(＋20.4%)といった悪性新生物に罹患した患者の死亡者数が増加した。

---

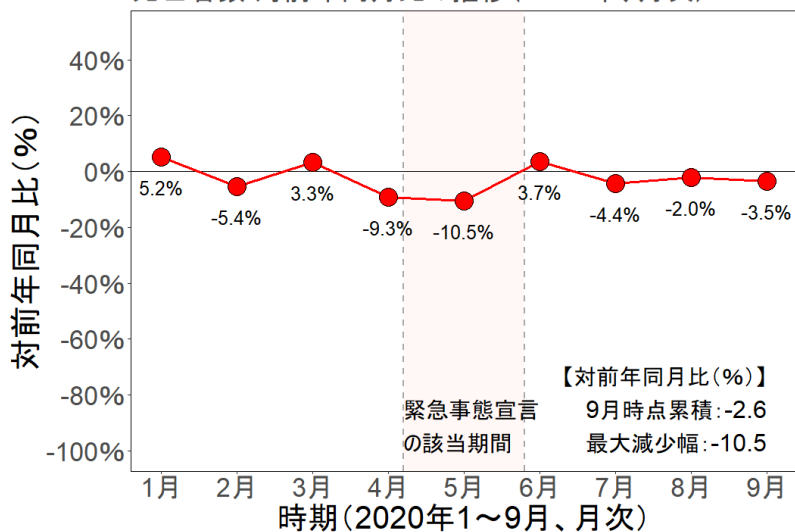
<sup>13</sup> 主病名フラグがついている疾患をベースに集計した。人口動態調査のような死因による分類ではないことに留意されたい。

図表 42 死亡者数の推移

[医科・DPC] 全体  
死亡者数 各年1～9月の推移(2015～2020年、月次)



[医科・DPC] 全体  
死亡者数 対前年同月比の推移(2020年、月次)



- 感染症対策による医療費減少の試算について
  - 感染症対策の影響を検証するための指標の一つとして、延べ患者数の推移に関するパターン分類で A（大きく減少し、あまり戻らなかったもの）に該当し、感染症対策と関連があると考えられる疾患<sup>14</sup>を含む外来レセプトを用い、医療費への影響額を推計した<sup>15</sup>。
    - ☆ 2020 年 1～9 月における医療費の減少率（図表 43）が今後も続くと仮定した場合、0～64 歳の外来医療費は、全国換算で年間 4,063 億円の減少と見込まれた（図表 44）。
    - ☆ 2020 年 1～9 月に減少率が特に大きかった 0～14 歳においては、外来医療費が年間 2,036 億円減少すると見込まれた。

---

<sup>14</sup> 疾患の選定にあたっては、パターン A のうち外来の急性疾患に限定した。またインフルエンザは年ごとの医療費のばらつきが大きいいため減少額の試算からは除外した。インフルエンザの医療費については（参考）に別途記載する。

<sup>15</sup> 試算にあたっては、まず 2020 年 1～9 月のレセプトデータより、各疾患がみられたレセプトの加入者 1 人日当たりの医療費を集計し、同条件で抽出した 2019 年の医療費と比較して減少率を算出した。次に 2019 年のレセプトデータから、各疾患がみられたレセプトの 1 人当たりの年間医療費を算出し、これを総務省統計局の各年齢階級の人口推計に掛けて年間当たりの医療費とした。最後に年間当たりの医療費に減少率を掛け、これを減少額の試算とした。

図表 43 パターン分類 A のうち、感染症対策の奏功に関連すると考えられる主な急性疾患の医療費減少率（外来のみ）

	1～9月の医療費(円/人日)*1,2						医療費の減少率(A)		
	0-14歳		15-39歳		40-64歳		0-14歳	15-39歳	40-64歳
	2019	2020	2019	2020	2019	2020			
A09 その他の胃腸炎及び大腸炎, 感染症及び詳細不明の原因によるもの	17.2	9.6	6.1	5.5	12.1	12.1	▲44.3%	▲10.0%	▲0.1%
B08 皮膚及び粘膜病変を特徴とするその他のウイルス感染症, 他に分類されないもの	4.6	2.0	0.1	0.0	0.0	0.0	▲56.3%	▲58.4%	▲37.8%
J00 急性鼻咽喉炎[かぜ]<感冒>	8.6	4.9	1.9	1.3	2.9	2.1	▲43.1%	▲33.5%	▲27.3%
J01 急性副鼻腔炎	9.9	5.9	2.7	1.6	2.3	1.4	▲40.0%	▲41.3%	▲36.7%
J02 急性咽喉炎	13.6	7.6	4.9	3.2	7.2	5.7	▲43.8%	▲33.6%	▲20.8%
J03 急性扁桃炎	2.9	1.6	2.0	1.3	1.8	1.3	▲44.6%	▲34.7%	▲30.5%
J04 急性喉頭炎及び気管炎	1.5	0.8	0.7	0.4	0.7	0.5	▲47.0%	▲42.1%	▲31.6%
J06 多部位及び部位不明の急性上気道感染症	33.0	19.2	9.4	5.8	10.6	7.1	▲41.9%	▲38.4%	▲33.3%
J20 急性気管支炎	31.3	17.3	6.2	3.6	8.2	5.0	▲44.9%	▲42.2%	▲39.4%
J40 気管支炎, 急性又は慢性と明示されないもの	5.2	2.8	1.6	1.0	2.9	2.3	▲46.6%	▲38.7%	▲22.2%
<b>全体</b>	<b>85.5</b>	<b>50.0</b>	<b>24.5</b>	<b>17.1</b>	<b>36.3</b>	<b>29.2</b>	<b>▲41.6%</b>	<b>▲30.3%</b>	<b>▲19.6%</b>

(注) \*1 一つのレセプトには複数疾患が記載されているケースもあるため、各疾患の医療費は当該疾患のみに費やされた医療費とは限らない。全体の医療費は上記の疾患いずれかに該当するレセプトの医療費の合計となり、各疾患の数字の縦計とは等しくならない。

\*2 医療費は、医科外来のみの金額であり、院外処方の調剤医療費は含まない。

図表 44 パターン分類 A のうち、感染症対策の奏功に関連すると考えられる主な急性疾患の医療費減少額（全国換算）の試算（外来のみ）

2019年の年間当たり医療費(億円)*1,2 (B)			医療費減少額(億円) (B×A)			医療費減少総額 (各年齢階級の合計)
0-14歳	15-39歳	40-64歳	0-14歳	15-39歳	40-64歳	
4,898	2,965	5,756	▲2,036	▲897	▲1,130	▲4,063

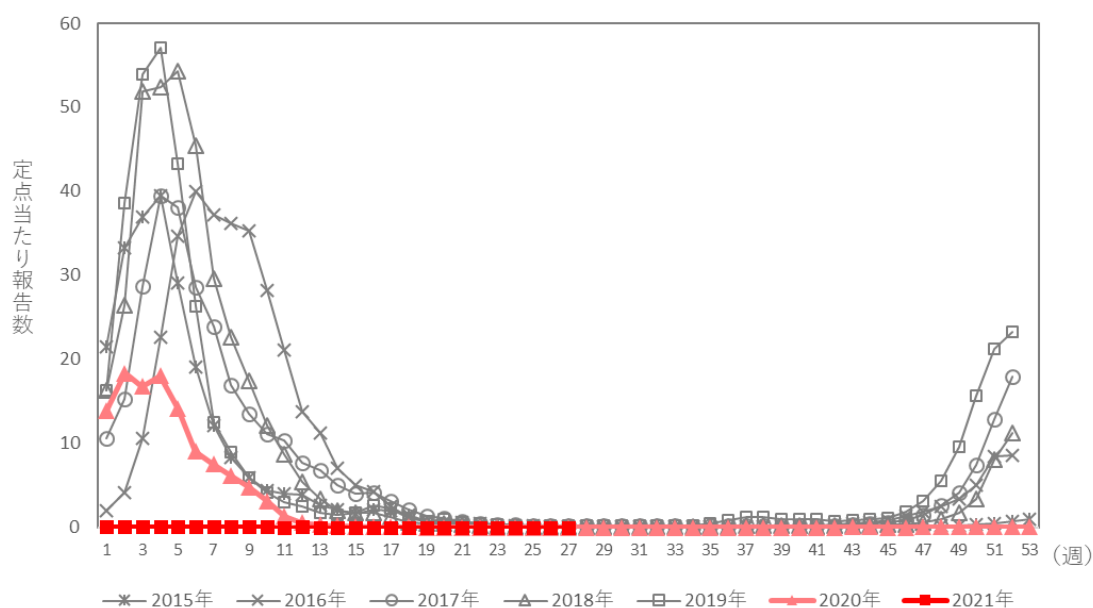
(注) \*1 「2019年の年間当たり医療費」は、2019年における各疾患が記載されたレセプトデータから、年齢階級別に加算者当たりの年間平均医療費を算出し、これを総務省統計局の年齢階級別の人口推計 [8]を掛け合わせて算出した。

\*2 医療費は、医科外来のみの金額であり、院外処方の調剤医療費は含まない。

(参考) : インフルエンザに係る医療費について

- インフルエンザは 2020 年第 13 週頃より定点当たりの報告数が 0 に近くなり、2021 年 7 月 14 日現在もこの状況が継続している (図表 45)。インフルエンザは年次によって患者数や医療費の推移が大きいため、医療費減少額ではなく、2015～2019 年における疾患名にインフルエンザ<sup>16</sup>が含まれる医科外来レセプトの医療費を参考値として図表 46 に記載する。

図表 45 インフルエンザの定点当たり報告数の推移 (2015 年第 1 週～2021 年第 27 週)



(出典) 国立感染症研究所 [9]より事務局作成。

<sup>16</sup> J10 その他のインフルエンザウイルスが分離されたインフルエンザ、J11 インフルエンザ、インフルエンザウイルスが分離されないもの。

図表 46 疾患名にインフルエンザを含む医科外来レセプトの医療費\*1,2 (2015～2019年)

年齢階級	分析対象レセプトの各年の医療費*3 (億円)					加入者1人当 たり医療費 (円)	医療費の 全国推計値*4 (億円)
	2015	2016	2017	2018	2019	2019	2019
0-14歳	42	75	68	77	77	3,234	492
15-39歳	32	45	47	50	55	1,083	355
40-64歳	31	48	46	61	56	1,029	436
全体(0-64歳)	105	169	161	187	188	1,457	1,282

(注) \*1 疾患名にインフルエンザ (J10 または J11) が記載されたレセプトデータの医療費。一つのレセプトには複数疾患が記載されているケースもあるため、医療費は当該疾患のみに費やされた医療費とは限らない。

\*2 医療費は、医科外来のみの金額であり、院外処方調剤の医療費は含まない。

\*3 分析対象レセプトの各年の医療費については加入者数の増減は加味されていない。

\*4 医療費の全国推計値は、疾患名にインフルエンザ (J10 または J11) が記載されたレセプトデータを基に、年齢階級別に加入者1人当たりの2019年の平均医療費を算出し、これに総務省統計局の年齢階級別の人口推計を掛け合わせて算出した。

## 引用文献

- [1] 厚生労働省 第143回社会保障審議会, 医療保険制度における新型コロナウイルス感染症の影響について, 25 6 2021. [Online]. Available: [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200722\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200722_2.pdf). [Accessed 1 7 2021].
- [2] 厚生労働省, インフルエンザに関する報道発表資料, [Online]. Available: [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kekka-kansenshou01/houdou\\_00008.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekka-kansenshou01/houdou_00008.html). [Accessed 13 1 2021].
- [3] 厚生労働省／国立感染症研究所, Infectious Diseases Weekly Reports Japan 感染症発生動向調査 感染症週報 2020年第43週, vol. 22, no. 43, 2020.
- [4] K.Hartnett et al., Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020, Morbidity and Mortality Weekly Report, vol. 69, no. 23, pp. 699-700, 2020.
- [5] J.Birkmeyer et al., The Impact Of The COVID-19 Pandemic On Hospital Admissions In The United States, Health Affairs, vol. 39, no. 11, pp. 2014-2015, 2020.
- [6] 厚生労働省, 令和2年(2020)人口動態統計月報年計(概数)の概況 第6表 死亡数・死亡率(人口10万対), 死因簡単分類別, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai20/dl/h6.pdf>. [Accessed 1 7 2021].
- [7] 厚生労働省, 令和2年(2020)人口動態統計月報年計(概数)の概況 結果の概要 図4 死亡数及び死亡率(人口千対)の年次推移, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai20/dl/kekka.pdf>. [Accessed 21 7 2021].
- [8] 総務省統計局, 人口推計, [Online]. Available: [https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200524&tstat=000000090001&cycle=1&year=20210&month=12040606&tclass1=000001011678&result\\_back=1&tclass2val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200524&tstat=000000090001&cycle=1&year=20210&month=12040606&tclass1=000001011678&result_back=1&tclass2val=0). [Accessed 21 7 2021].
- [9] 国立感染症研究所, IDWR 速報データ 2021年第27週 疾病毎定点当たり報告数～過去10年間との比較～, [Online]. Available: <https://www.niid.go.jp/niid/ja/data/10515-idwr-sokuho-data-j-2127.html>. [Accessed 21 7 2021].



## テーマ 2 : 安心して効率的な治療の継続を実現

### (1) 目的

- 患者の通院負担を軽減し、安心して効率的な治療の継続を実現できる環境を整備するために、オンライン診療の拡大や薬局で一定期間繰り返し利用可能な処方箋（リフィル処方箋）の導入を推進する。

### (2) 調査の概要

- コロナ禍において生活習慣病の患者数の減少が他の疾患と比べて相対的に少なかったとの結果を踏まえ、オンライン診療による医学管理の普及およびリフィル処方の円滑な導入について検討を行う。
  - オンライン診療については、治療の継続という観点で医学管理に焦点を当て、有用性を検討する。
  - リフィル処方については、対象となり得る患者の動向や分割調剤の推移を検証する。

### (3) 方法

1. (文献調査) オンライン診療およびリフィル処方に関連する現在までの議論を整理し、先行研究および諸外国における導入状況等について調査を行う。
2. (定量分析) オンラインによる医学管理の実施状況について分析を行う。
3. (定量分析) 分割調剤の実施状況、リフィル処方の導入に適した患者について分析を行う。

### (4) 結果・考察

(オンライン診療)

- 継続治療を必要とする患者からオンライン診療のニーズがあった一方、普及が進んでいない。
  - 健保連が 2020 年 9 月に実施した国民アンケート調査で、持病がある成人の約半数は「再診の際にオンライン診療をとっても利用したい、または利用したい」と回答した。
  - 新型コロナウイルス感染症の拡大期において電話やオンラインによる診療が一定程度行われたが、十分に活用されているとは言えない。
    - ☆ オンラインによる医学管理の実施数は 2020 年 3 月まで月平均 80 回程度だったが、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い電話やオンラインによる診療を幅広く認める通知<sup>17</sup>が厚生労働省から 4 月に発出され、電話等を用いた医学管理が月平均 2.9 万回程度に増加したもの

<sup>17</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 10）（2020 年 4 月 10 日）

の、6月から減少に転じた。また、コロナ拡大の前後（2020年3月以前と4月以降）の各6カ月間について、電話やオンラインによる医学管理料の算定回数を比較した結果、コロナ前に約500回だったのがコロナ後に約11万回まで増加したが、全医学管理料に占める構成割合はコロナ前が0.01%で、コロナ後においても1.5%にとどまった。

☆ 生活習慣病については、新型コロナ拡大期においても処方日数があまり延びず、従来通りの対面診療が概ね継続され、生活習慣病の外来患者数のうち電話等再診の延べ患者数は、2020年4～5月においても2%程度にとどまった。詳細は「テーマ1」参照。

- 新型コロナ拡大前から継続的に対面で医学管理を受けていた患者について、性別、年齢、疾患等の背景要因を統計的に調整し<sup>18</sup>、2020年4～5月の医学管理が「対面診療」か「電話等を用いた診療<sup>19</sup>」かに分け、その後に入院へ移行した患者の割合を比較した。その結果、6～9月の入院発生割合は対面診療の場合が2.1%、電話等を用いた診療の場合が1.8%であった。
  - 本分析の限られた対象や期間において、電話等を用いた診療は、入院発生割合が対面診療と概ね同等だった。オンライン診療については、様々な視点で検証する必要がある、診療データの集積が期待される。
- イギリスではオンライン診療の推進がNHS<sup>20</sup>の長期計画<sup>21</sup>に定められており、イギリスおよびアメリカでは慢性疾患の管理等にオンライン診療が推奨されている。

（リフィル処方）

- 2020年4～9月の期間に分割調剤の処方箋を発行した医療機関の割合は0.1%、分割調剤が処方された患者の割合は0.02%だった。
- 同じ内容の処方が180日以上続く、「長期Do<sup>ドゥ</sup>処方」の患者割合について、過去4年間<sup>22</sup>の推移を分析した結果、年々増加する傾向がみられた。

<sup>18</sup> 傾向スコアマッチング分析を指す。患者の背景要因として、性別、年齢、2019年1月～2020年3月の間の診療月数、診療実日数、医療費（外来医療費、外来処置および検査費）、分析対象医学管理料の算定有無、傷病等、120の変数を用いて調整した。

<sup>19</sup> 電話またはビデオ通話による診療を指す。

<sup>20</sup> National Health Service（国民保健サービス）の略称。

<sup>21</sup> The NHS Long Term Plan, <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>. [Accessed 29 10 2020]

<sup>22</sup> 2015年10月～2019年9月の4年間を、各年10月～翌年9月の1年単位で区切って分析を行った。

- 直近<sup>23</sup>の長期 Do 処方患者割合は 3 年前と比較して、延べ患者数ベースで 40～64 歳は 8.1%が 12.1%、65 歳以上は 11.8%が 15.3%となり、いずれも 4 ポイント程度増加し、延べ処方日数ベースで 40～64 歳は 38.4%が 45.8%、65 歳以上は 44.0%が 50.0%となり、約 6～7 ポイント増加した。
- 65 歳以上では、延べ処方日数ベースで 50%が長期 Do 処方だった。
- 長期 Do 処方患者の推移から、リフィル処方の導入によって通院の負担を軽減できる可能性のある患者の増加が示唆された。
- 長期 Do 処方患者のうち月 1 回以上受診している患者の割合は、病院を受診する患者で約 7%、診療所を受診する患者で約 38%だった。
  - 病院を受診する長期 Do 処方患者の場合、3 カ月毎に受診し、90 日処方を受けていると考えられる患者の割合が 41%と最も多かった。
  - 長期間にわたり処方内容が変わらずに毎月受診している患者は、リフィル処方に移行しやすい可能性がある。

#### (5) 政策提言

- オンライン診療による医学管理の充実および長期 Do 処方患者に対するリフィル処方の導入を進め、医療の安全と質を確保した上で、患者の通院負担を軽減し、多様で効率的な医療を実現すべきである。
  - 平時および感染症の拡大期間等のいずれにおいても、オンライン診療を実施できるかかりつけ医を増やすべきである。併せて、オンライン診療を実施する医療機関から診療データを収集する仕組みも必要である。
  - 現行の分割調剤は普及が期待できないことから、慢性疾患等の長期にわたる薬物治療が必要で、病状が安定した患者を対象にリフィル処方を早期に導入し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携の下で実施できるようにすべきである。
    - ◇ 薬剤師には、服薬期間中に継続的かつ的確な服薬状況等の把握および服薬指導を実施し、その結果を必要に応じて処方医等へ情報提供するだけでなく、リフィル有効期限内<sup>24</sup>に患者の病態等を把握し、必要に応じて医師への受診を勧奨することが求められる。
    - ◇ 1 回に調剤する投薬日数<sup>25</sup>については、医師との連携を前提に、薬剤師が変更できるようにすることを検討すべきである。

<sup>23</sup> 2019 年 10 月～2020 年 9 月を指す。

<sup>24</sup> リフィル処方においては 120 日や 180 日といった長期間の有効期限を想定する。

<sup>25</sup> リフィル処方箋に記載の有効期限の範囲内において、薬剤師がリフィルのタイミングを調整できるようにすることを想定する。

- 中長期的には、特定の条件下においてオンライン診療とリフィル処方を組み合わせ、医療の質と安全を担保しながら、さらに効率的に治療を継続することも検討すべきである。

## (6) 資料

### ① 定義

本調査では、特に断りがない場合には下記の定義を用いる。

(オンライン診療関連) (図表 47)

- 診療形態を対面診療、オンライン診療および電話等を用いた診療に区分する。
  - 対面診療は、医師が患者に対面して行う診療とする。
  - オンライン診療は「ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用した診療」とする。
  - 電話等を用いた診療は以下からなるものとする。
    - ◇ 電話等再診料
      - ・ 2020年3月以前: 「再診料」(A001)注9の「電話等(電話又はビデオ通話)によって治療上の意見を求められて指示をした場合」を示す。定期的な医学管理を前提として行われる場合には算定できない。
      - ・ 2020年4月以降: 「再診料」(A001)注9を示す。慢性疾患等を有する定期受診患者等に対して全例で算定可能である。
    - ◇ 「慢性疾患を有する定期受診患者に対する診療(新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い)」(B000)(後述)
- オンライン診療料
  - 「オンライン診療料」(A000)を指す。
- 分析対象医学管理料
  - 改定前管理料オンライン<sup>26</sup>
  - オンライン診療料または「慢性疾患を有する定期受診患者に対する診療(新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い)」(B000)の算定対象となる管理料。いわゆる「オンライン診療対象管理料等」と同じであり、以下の管理料等からなるものとする。
    - ◇ 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料(オンライン在宅管理料)、精神科在宅患者支援管理料、在宅自己注射指導管理料。

<sup>26</sup> 2020年度診療報酬改定で廃止されたオンライン医学管理料(B000)は、「改定前管理料オンライン」と定義する。

- オンライン医学管理料
  - オンライン診療料を算定する際に算定すべき分析対象医学管理料をオンライン診療で行った場合を指すこととする。
  
- 医学管理料（電話等・臨時的取扱い）
  - 「慢性疾患を有する定期受診患者に対する診療（新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い）」（B000）を指す。算定対象となる医学管理料は、分析対象医学管理料と同じである。

図表 47 オンライン診療等に関連する医科診療報酬の整理（太枠内は本項での主な分析対象範囲）

診療形態		再診時の算定項目 再診料算定の可否	慢性疾患等を有する 定期受診患者に対する 医学管理での算定項目	
2020 年 3 月 以前	対面診療	再診料(A001、73 点)ま たは外来診療料(A002、 74 点)を算定する ○	疾患等に応じた医学管理料を算定 する	
	オンライン診療	オンライン診療料(A003、 71 点)を算定する ×	改定前管理料オンライン(B000、100 点)を算定する 本項では「 <u>オンライン医学管理料</u> 」と 呼称する	
	電話等を 用いた診 療	医学管理 あり	×	—
		医学管理 なし	電話等再診料(A001、73 点)を算定する ○	—
2020 年 4 月 以降	対面診療	2020 年 3 月以前と同様		
	オンライン診療	オンライン診療料(A003、 71 点)を算定する ×	分析対象医学管理料の「 <u>情報通信機器 を用いた場合</u> 」(100 点)を算定する 本項では「 <u>オンライン医学管理料</u> 」と 呼称する	
	電話等を 用いた診 療	医学管理 あり	電話等再診料(A001、73 点)を算定する ○	要件を満たせば「慢性疾患を有する 定期受診患者に対する診療」 (B000、147 点)を算定可能 本項では「 <u>医学管理料(電話等・臨 時的取扱い)</u> 」と呼称する
		医学管理 なし	電話等再診料(A001、73 点)を算定する ○	—

(出典) 厚生労働省 [1]および医科診療報酬点数表を基に事務局作成。

(リフィル処方関連)

- リフィル処方
  - 一定期間内に処方箋を繰り返し利用することができる仕組み<sup>27</sup>。
    - ✧ リフィル処方時に用いる処方箋を指す場合は、リフィル処方箋と呼ぶ。
  
- <sup>ドッ</sup>Do処方
  - 患者が外来で処方を受けるに当たり、処方元の医療機関で前回と同じ内容の処方<sup>28</sup>を受けることをDo処方とする。
  
- 長期Do処方
  - 本調査においては、処方日数にして180日以上にわたってDo処方が続く場合を長期Do処方とする。
    - ✧ いわゆる「お薬受診」を行うような患者の多くは本定義に該当する可能性がある。
  
- 分割調剤
  - 医師が処方時に指示した場合に薬局で調剤回数を分割する、2016年度診療報酬改定で導入された制度を指す。
  - 本調査では医師の指示による分割調剤のみを分析対象とする。

---

<sup>27</sup> 財政制度等審議会、「財政健全化に向けた建議」(2021年5月21日)

<sup>28</sup> 本調査では薬価基準コード9桁が前回の処方と同じ場合、Do処方と扱う。2剤以上の医薬品が処方された場合、処方された医薬品ごとに薬価基準コード9桁の一致をもってDo処方とする。なお、本調査における分析対象は内服薬に絞っている。

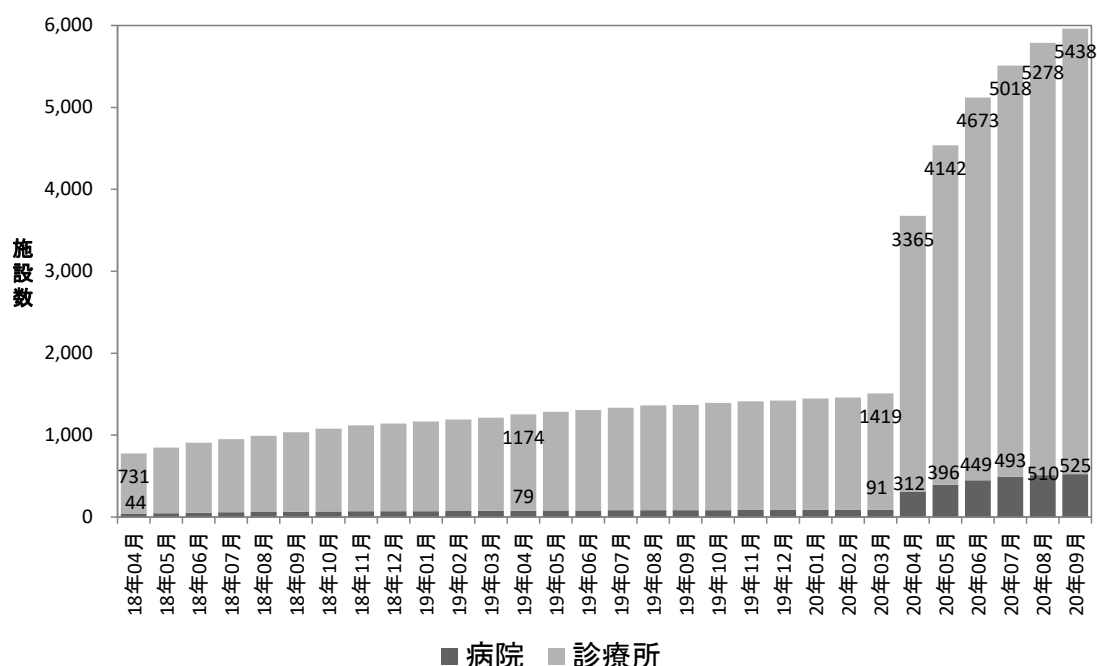


## ② 文献調査

(オンライン診療)

- オンライン診療の政策動向
  - 政府の方針として、オンライン診療の実施について下記が示されている。
    - ☆ 「初診からの実施は原則かかりつけ医によるとしつつ、事前に患者の状態が把握できる場合にも認める方向で具体案を検討する」(経済財政運営と改革の基本方針 2021) [2]。
    - ☆ 「オンライン診療・オンライン服薬指導の特例措置の恒久化」について 2021 年度より検討開始し、2022 年度に順次実施する(規制改革実施計画) [3]。
    - ☆ 2021 年秋を目途に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を改定する(厚生労働省) [4]。
  
- オンライン診療料の届出施設数
  - オンライン診療料の届出施設数は、届出が開始された 2018 年 4 月から 2020 年 3 月の 2 年間で約 1.9 倍に増加した。
    - ☆ 特に、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い [1]が開始された 2020 年 4 月に大きく増加し、同年 3 月比約 2.4 倍の約 3,700 施設、2020 年 9 月は同約 3.9 倍の約 6,000 施設となった(図表 48)。
  - 電話や情報通信機器を用いた診療を実施できると登録した医療機関は、2020 年 10 月には全国の医療機関の約 15.0% (約 1.7 万施設) となり、2020 年 4 月 24 日時点 (約 1.1 万施設、同約 9.7%) と比較して約 5.3 ポイント増加した [5]。

図表 48 オンライン診療料の届出施設数累計（2018年4月～2020年9月）



（出典）各都道府県厚生局<sup>29</sup>を基に事務局作成。

- コロナ禍におけるオンライン診療の実施状況
  - 2020年7～9月の期間に電話診療またはオンライン診療が行われた疾患や症候は、14歳以下では上気道炎（32%）、15歳以上では発熱（17～22%）の割合が高かった [5]。
  - テーマ1の結果では、2020年4～9月の対前年同月比で、生活習慣病はパターンCの「患者数が大きく減少しなかった、または増加したもの」に分類され、コロナ禍においても受療行動の変容が相対的に少なかった可能性が高かった。ただし、生活習慣病患者のうち、2020年4～5月に電話等再診料を算定した患者の割合は約2%にとどまった。
  - オンライン診療の要件が満たされないケースについて、麻薬・向精神薬を「受診をしたくないという患者からの要望に対しやむを得ず処方」、「処方した医薬品がハイリスク薬に該当することを認識していなかった」等が報告されている [5]。
  - 健保連が2020年9月に実施したアンケート調査では、持病がある群の約半数が「再診の際にオンライン診療をととても利用したいと思う、または利用したいと思う」と回答した [6]。

<sup>29</sup> 保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況（2018年4月～2020年9月）

- 諸外国におけるオンライン診療の実施状況
  - イギリスの NHS は 2019 年に発表した長期計画を達成するため、かかりつけ医との契約の要件にオンライン相談<sup>30</sup>の利用を奨励する、全ての患者がオンライン相談およびビデオ通話による診療をかかりつけ医から受けられるようにすること等を定めた [7, 8]。
  - 2020 年の NHS イングランドにおけるかかりつけ医の診療件数<sup>31</sup>は、新型コロナウイルス感染拡大の影響<sup>32</sup>を受け、従来の対面診療に代わり電話診療の割合が前年と比較して増えた。
    - ◇ 2019 年（コロナ前）の各月は、対面診療の割合が 80～82%と高く、電話診療の割合は 12～14%であった [9]。
    - ◇ 新型コロナウイルスの影響により、対面診療の割合が 2020 年 3 月に約 66%、4～6 月の期間は約 47%に減少した一方で電話診療の割合が増え、特に 2020 年 4～6 月は約 48%と割合が高かった [10]。

---

<sup>30</sup> スマートフォン、タブレット端末またはパソコン使用によるかかりつけ医や専門家への相談のことであり、多くのかかりつけ医は質問票またはオンラインフォームを使用している。

<sup>31</sup> 予約時点での件数である。

<sup>32</sup> イギリス全土において 2020 年 3 月 25 日にロックダウンが宣言されている。

- アメリカおよびイギリスでは、慢性疾患患者のフォローアップ等にオンライン診療を推奨している（図表 49、図表 50） [11, 12]。

図表 49 オンライン診療の一般的な利用方法（アメリカ医師会）

患者のフォローアップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 綿密なフォローアップと複数回の通院により、コンプライアンス順守と服薬管理を確実にを行う必要がある患者</li> <li>● 慢性疾患や複数の疾患を持つ患者の診療のうち、検査結果についての実質的な指導、症状のトリアージ、生活習慣の管理、患者の遠隔モニタリング</li> <li>● 術後の創傷ケア</li> <li>● 糖尿病患者に対する食事、運動および健康増進についての集団指導</li> </ul>
精神・心理領域の治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 農村部および医療資源の少ない地域の患者を専門医へつなぎ、メンタルヘルスサービスの不足への対応 等</li> </ul>
移動に関連する障害がなくなるケース	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者の自宅からの受診が都合の良い患者</li> <li>● 自分自身での移動が困難かつ通院に際し介護者や支援者からの援助を得られない患者</li> <li>● 低リスクかつ治療方法が確立された症状の患者に対する緊急ケア、結膜炎や尿路感染症などの感染症患者</li> <li>● 長期間治療をしている患者が一時的に州外に転居する場合</li> <li>● 整形外科手術前の準備</li> <li>● 臨床試験の参加拡大および迅速化</li> </ul>

（出典）アメリカ医師会 [11]より事務局作成。

図表 50 遠隔診療（電話、ビデオ通話等）または対面診療に適したケース（イギリス医事委員会）

<p>電話、ビデオ通話、インターネットによる遠隔診療が適しているケース</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● かかりつけ医が電話、インターネットまたはビデオ通話を用いて、患者が要求する全ての治療に関する情報を提供できる場合</li> <li>● かかりつけ医が処方をするために安全なシステムを保持している場合</li> <li>● かかりつけ医が患者の診療録にアクセスできる場合</li> <li>● 検査をする必要がない患者</li> <li>● 処置内容を自分で判断できる患者</li> <li>● 必要とされる治療または治療の要求が複雑ではない患者</li> </ul>
<p>対面診療が適しているケース</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● かかりつけ医が担当していない患者、治療の継続やモニタリングが必要な場合に患者情報の共有に同意しない患者</li> <li>● かかりつけ医が患者の診療録にアクセスできない場合</li> <li>● 検査をする必要がある患者</li> <li>● 臨床的に複雑な診療内容が必要またはハイリスクな処置を要求する患者</li> <li>● かかりつけ医が、治療の選択について、患者が要求したり必要としたりする全てのことを電話、ビデオ通話またはオンラインで行うことが難しい場合</li> <li>● 処置の内容について自分で判断できるのか疑わしい患者</li> <li>● 美容整形に用いる注射（ボトックス等）で、電話、ビデオ通話またはオンラインで処方できない注射類の処方が必要な患者</li> </ul>

（出典）イギリス医事委員会 [12]より事務局作成。

(リフィル処方)

- リフィル処方および効率的な服薬指導に関連する政策動向
  - 2016年度の診療報酬改定で医師の指示による分割調剤が導入された。
  - 2019年の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（薬機法）改正により、薬局薬剤師による指導および情報提供が法制化され、服薬期間を通じて薬局薬剤師が処方元医療機関と連携して患者をフォローアップする環境が整ってきている [13]。
    - ◇ 薬剤師が、調剤時に限らず、必要に応じて患者の薬剤の使用状況の把握や服薬指導を行う義務が法制化されている。
    - ◇ 薬局薬剤師が、患者の薬剤の使用に関する情報を他医療提供施設の医師等に提供する努力義務が法制化されている。
  - 経済財政運営と改革の基本方針 2021 では、「症状が安定している患者について、医師及び薬剤師の適切な連携により、医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策を検討し、患者の通院負担を軽減する」との方針が示されている [2]。
  
- 新型コロナウイルスの影響等による処方日数の動向
  - **テーマ 1**の結果では、2020年1～9月の外来延べ患者数の処方件数を薬効分類別にみた場合、急性の呼吸器系疾患で▲40%を超える大幅な減少がみられたが、生活習慣病等は▲10%と減少が相対的に限定的だった。
  - **テーマ 1**の結果では、生活習慣病患者の1診療当たりの処方日数に大きな変化がみられなかった。
  - 2020年4月の新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識に関するインターネット調査において、定期的な通院が必要な一部の患者の処方が普段より長期の処方へ変更されていたとの結果が示された [6]。
    - ◇ 定期的な通院を行う持病があるにもかかわらず、緊急事態宣言が出ていた2020年4～5月頃に「通院するのをやめた」、または「通院する頻度を少なくしていた」ことによる受診控えをした回答者割合は約25%であった。
      - ・ うち、受診控えの理由を「普段よりも長い日数分の薬の処方を受けていたから」と回答した者の割合は約20%であった。
    - ◇ 「普段より長い日数の処方あり」の回答者割合が高かった上位5疾患は、脂質異常症（コレステロール値、中性脂肪値の異常など）、高血圧症、循環器系の疾患（不整脈など）、消化器系の疾患（胃炎など）、花粉症であり、その割合は約24～36%であった。

- イギリスにおけるリフィル処方の実施状況
  - イギリスでは電子処方サービスが普及しており、2018～2019年にイングランドの薬局<sup>33</sup>で調剤された処方薬の約65%は電子処方箋利用によるもので、2014～2015年と比較して約50ポイント増加した [14]。
  - 電子処方箋の利用により、処方医は処方箋に係る処理時間を短縮でき、薬局は紙の削減、在庫管理の改善および患者サービスの向上が可能となったとされる [15]。また、患者は電子処方箋をリフィル処方箋として使用することにより、かかりつけ医を受診しなくても薬局で医薬品を受け取ることができる [15]。
    - ☆ NHSはリフィル処方箋に係るアプリケーションを提供しており、患者はアプリケーションを使ってリフィル処方箋に係る履歴確認、薬の処方状況や調剤状況の確認、NHSのwebサイトから電子処方箋の送付等を行うことができる [16]。
  - イギリスでは、医薬品乱用規則 (MDR<sup>34</sup>) に則り、一部の医薬品<sup>35</sup>はリフィル処方をする際に以下の規制がされている [17, 18, 19]。
    - ☆ MDRがSchedule1、2または3の場合、リフィル処方不可である。アニレリジン (鎮痛剤) やベンゾイルエクゴニン (局所鎮痛剤) 等が該当する。

---

<sup>33</sup> コミュニティ薬局を指す。2019年3月末時点でイングランドに約12,000のコミュニティ薬局がある。

<sup>34</sup> The Misuse of Drugs Regulations の略称。

<sup>35</sup> 中毒性があり、危険薬物であるとの政府の決定に基づき、規制対象とされている薬物。

### ③ 分析対象

- 本分析では分析対象を下記の通りとした。

レセプトの種類	対象期間
医科レセプト	● 2019年1月～2020年9月
DPCレセプト	● 2019年1月～2020年9月
調剤レセプト	● 2016年10月～2020年9月

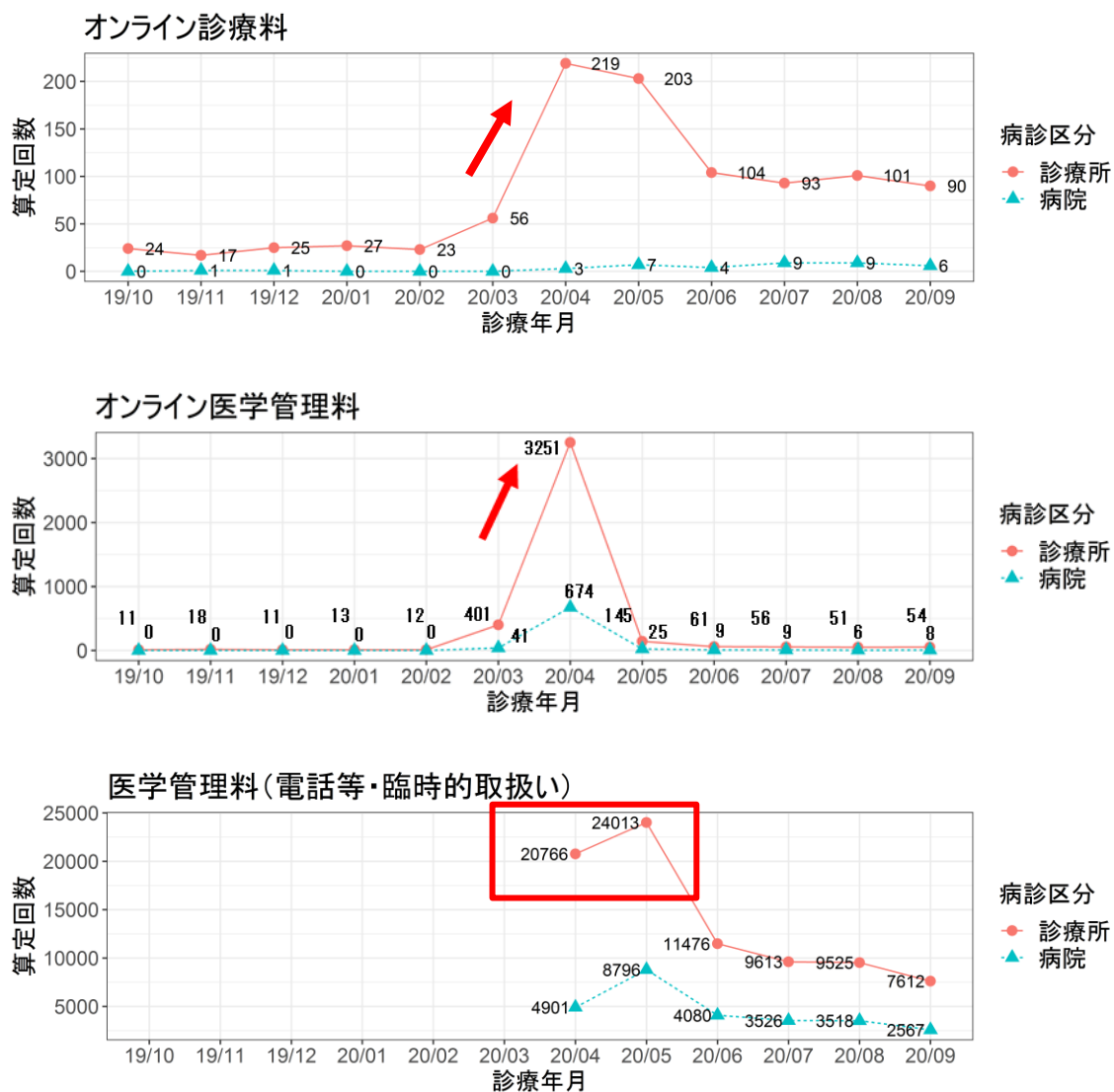
### ④ 定量分析

(オンライン診療)

- オンライン診療料、オンライン医学管理料および医学管理料（電話等・臨時的取扱い）の算定状況（図表 51）
  - オンライン診療料の算定回数は、2020年3月までは月平均約30回であったが、2020年4月に対前月比約4倍の約220回に増えた。
  - オンライン医学管理料の算定回数は、2020年3月までは月平均約80回であったが、2020年4月は同年3月と比較して約9倍の約4,000回に増えた。
  - 2020年4～5月の医学管理料（電話等・臨時的取扱い）の算定回数は平均2.9万回であり、同年4月の算定回数は同年同月のオンライン医学管理料と比較して約7倍であった。
  - コロナ禍により、コロナ前はほとんど行われていなかったオンライン診療または電話等による診療による医学管理が急増したが、2020年6月以降は減少に転じた。



図表 51 オンライン診療料等の算定回数（診療年月、病診区分別）



- 分析対象医学管理料の算定状況（図表 52）
  - コロナ前<sup>36</sup>におけるオンライン医学管理料の算定回数は約 500 回であり、当該期間における全分析対象医学管理料の 0.1%未満であった。
  - コロナ後<sup>37</sup>のオンライン医学管理料の算定回数は、特定疾患療養管理料が約 4,000 回と最も多かったが、対面も含めた当該管理料合計の 0.1%にとどまった。
  - 同期間に医学管理料（電話等・臨時的取扱い）は約 11 万回算定され、当該期間における分析対象の全医学管理料の約 1.5%であった。また、医学管理料（電話等・臨時的取扱い）の構成割合は、同期間のオンライン医学管理料の構成割合 0.06%と比較すると、約 1.4 ポイント高かった。
  - 対面以外での医学管理は、コロナ前のほぼ 0%からコロナ後は増加したが、対面を含めた全体の 1.5%にとどまる。

図表 52 分析対象医学管理料の算定状況（2019年10月～2020年9月）

区分	コロナ前 (2019年10月～2020年3月)			コロナ後 (2020年4月～2020年9月)			
	対面以外	対面	合計	対面以外	対面	合計	
算定回数	改定前管理料オンライン	507	-	507	-	-	-
	特定疾患療養管理料	-	7,680,843	7,680,843	3,934	6,585,333	6,589,267
	小児科療養指導料	-	36,175	36,175	20	32,293	32,313
	てんかん指導料	-	124,851	124,851	163	110,808	110,971
	難病外来指導料	-	195,378	195,378	150	186,446	186,596
	糖尿病透析予防指導管理料	-	2,554	2,554	0	2,213	2,213
	地域包括診療料	-	450	450	0	459	459
	認知症地域包括診療料	-	23	23	0	20	20
	生活習慣病管理料	-	76,290	76,290	15	72,643	72,658
	在宅時医学総合管理料(オンライン在宅管理料)	1	12,427	12,428	31	13,606	13,637
	在宅自己注射指導管理料	0	308,675	308,675	42	307,070	307,112
	精神科在宅患者支援管理料	0	171	171	0	163	163
	小計	508	8,437,837	8,438,345	4,355	7,311,054	7,315,409
	医学管理料(電話等・臨時的取扱い)	-	-	-	110,438	-	110,438
	全体	508	8,437,837	8,438,345	114,793	7,311,054	7,425,847
構成割合	改定前管理料オンライン	0.01%	99.99%	100.0%	-	-	-
	特定疾患療養管理料	-	100.0%	100.0%	0.1%	99.9%	100.0%
	小児科療養指導料	-	100.0%	100.0%	0.1%	99.9%	100.0%
	てんかん指導料	-	100.0%	100.0%	0.1%	99.9%	100.0%
	難病外来指導料	-	100.0%	100.0%	0.1%	99.9%	100.0%
	糖尿病透析予防指導管理料	-	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	地域包括診療料	-	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	認知症地域包括診療料	-	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	生活習慣病管理料	-	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	在宅時医学総合管理料(オンライン在宅管理料)	0.0%	100.0%	100.0%	0.2%	99.8%	100.0%
	在宅自己注射指導管理料	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	精神科在宅患者支援管理料	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	小計	0.01%	99.99%	100.0%	0.06%	99.94%	100.0%
	医学管理料(電話等・臨時的取扱い)*	-	-	-	1.5%	-	-
	全体	0.01%	100.0%	100.0%	1.5%	98.5%	100.0%

(注) \* 医学管理料（電話等・臨時的取扱い）の構成割合の分母は全体の合計回数

<sup>36</sup> コロナ前は 2019 年 10 月～2020 年 3 月の期間とした。

<sup>37</sup> コロナ後は 2020 年 4～9 月の期間とした。

- オンライン医学管理料、医学管理料（電話等・臨時的取扱い）算定患者の主傷病
  - 継続治療が必要な生活習慣病の患者には、オンライン等による診療に対するニーズが一定程度存在していた。
    - ◇ オンライン医学管理料(特定疾患療養管理料)が算定された患者では、高血圧性疾患、代謝障害、糖尿病いずれかの生活習慣病を主傷病とする患者が40歳以上で1～3位を占め、15～39歳では4～6位であった（図表53）。
    - ◇ 医学管理料（電話等・臨時的取扱い）が算定された40歳以上の患者では、高血圧性疾患、代謝障害、糖尿病いずれかの生活習慣病を主傷病とする患者が1～3位を占めた（図表54）。

図表 53 オンライン医学管理料（特定疾患療養管理料）算定患者の主傷病名上位10位  
（2020年4～9月）

年齢階級	順位	ICD10中分類項目名	実患者数
15歳未満	1	慢性下気道疾患(J40-J47)	164
	2	上気道のその他の疾患(J30-J39)	21
	3	皮膚炎及び湿疹(L20-L30)	12
	4	外因のその他及び詳細不明の作用(T66-T78)	4
	5	腸のその他の疾患(K55-K64)	3
	6	皮膚及び皮下組織のその他の障害(L80-L99)	3
	7	心理的発達の障害(F80-F89)	2
	8	食道、胃及び十二指腸の疾患(K20-K31)	2
	9	結膜の障害(H10-H13)	2
	10	神経系のその他の障害(G90-G99)	1
15～39歳	1	慢性下気道疾患(J40-J47)	70
	2	食道、胃及び十二指腸の疾患(K20-K31)	42
	3	甲状腺障害(E00-E07)	34
	4	代謝障害(E70-E90)	32
	5	高血圧性疾患(I10-I15)	24
	6	糖尿病(E10-E14)	19
	7	肝疾患(K70-K77)	9
	8	挿入性及び発作性障害(G40-G47)	9
	9	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(F40-F48)	7
	10	循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	6
40～64歳	1	高血圧性疾患(I10-I15)	994
	2	代謝障害(E70-E90)	669
	3	糖尿病(E10-E14)	328
	4	食道、胃及び十二指腸の疾患(K20-K31)	216
	5	慢性下気道疾患(J40-J47)	211
	6	甲状腺障害(E00-E07)	95
	7	脳血管疾患(I60-I69)	75
	8	その他の型の心疾患(I30-I52)	71
	9	肝疾患(K70-K77)	64
	10	虚血性心疾患(I20-I25)	63
65歳以上	1	高血圧性疾患(I10-I15)	323
	2	代謝障害(E70-E90)	196
	3	糖尿病(E10-E14)	99
	4	食道、胃及び十二指腸の疾患(K20-K31)	60
	5	虚血性心疾患(I20-I25)	31
	6	その他の型の心疾患(I30-I52)	30
	7	慢性下気道疾患(J40-J47)	25
	8	甲状腺障害(E00-E07)	24
	9	脳血管疾患(I60-I69)	20
	10	肝疾患(K70-K77)	10

図表 54 医学管理料（電話等・臨時的取扱い）算定患者の主傷病名上位 10 位  
（2020 年 4～9 月）

年齢階級	順位	ICD10中分類項目名	実患者数
15歳未満	1	慢性下気道疾患(J40-J47)	3,682
	2	心理的発達の障害(F80-F89)	633
	3	挿間性及び発作性障害(G40-G47)	603
	4	上気道のその他の疾患(J30-J39)	450
	5	小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(F90-F98)	348
	6	皮膚炎及び湿疹(L20-L30)	277
	7	皮膚及び皮下組織のその他の障害(L80-L99)	200
	8	神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害(F40-F48)	130
	9	全身症状及び徴候(R50-R69)	125
	10	外因のその他及び詳細不明の作用(T66-T78)	115
15～39歳	1	気分[感情]障害(F30-F39)	1,885
	2	挿間性及び発作性障害(G40-G47)	1,844
	3	神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害(F40-F48)	1,656
	4	慢性下気道疾患(J40-J47)	1,175
	5	心理的発達の障害(F80-F89)	808
	6	食道, 胃及び十二指腸の疾患(K20-K31)	805
	7	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害(F20-F29)	697
	8	代謝障害(E70-E90)	552
	9	甲状腺障害(E00-E07)	469
	10	高血圧性疾患(I10-I15)	413
40～64歳	1	高血圧性疾患(I10-I15)	12,054
	2	代謝障害(E70-E90)	8,077
	3	糖尿病(E10-E14)	3,633
	4	気分[感情]障害(F30-F39)	3,369
	5	食道, 胃及び十二指腸の疾患(K20-K31)	3,198
	6	慢性下気道疾患(J40-J47)	2,544
	7	神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害(F40-F48)	2,086
	8	挿間性及び発作性障害(G40-G47)	1,300
	9	甲状腺障害(E00-E07)	1,194
	10	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害(F20-F29)	907
65歳以上	1	高血圧性疾患(I10-I15)	3,676
	2	代謝障害(E70-E90)	2,163
	3	糖尿病(E10-E14)	1,128
	4	食道, 胃及び十二指腸の疾患(K20-K31)	694
	5	慢性下気道疾患(J40-J47)	371
	6	虚血性心疾患(I20-I25)	331
	7	その他の型の心疾患(I30-I52)	306
	8	脳血管疾患(I60-I69)	285
	9	気分[感情]障害(F30-F39)	233
	10	甲状腺障害(E00-E07)	181

- 対面診療と電話等を用いた診療による医学管理の比較<sup>38</sup>
  - 患者の背景要因を統計的に調整し(図表 55)、2020年4~5月の間に「対面診療」で医学管理が行われた患者と、「電話等を用いた診療」で医学管理が行われた患者の2群に分けて入院の発生状況を比較した。
    - ◇ 2020年6~9月の入院発生割合は、対面診療群が2.1%、電話等を用いた診療群が1.8%であった(p値<0.001)(図表 56)。
    - ◇ 本分析の限られた対象や期間においては、外来から入院への移行を指標とした場合、電話等を用いた診療は対面診療に対し劣っていない可能性が示唆された。

図表 55 患者の背景要因 (マッチング前後)

患者の主たる背景要因	単位	マッチング前			マッチング後		
		対面診療群 (1,205,348人) (平均)	電話等を用いた診療群 (37,704人) (平均)	標準化差	対面診療群 (37,701人) (平均)	電話等を用いた診療群 (37,701人) (平均)	標準化差
男女区分(女性)	%	42.1	46.3	0.084	46.2	46.2	0.001
年齢(2020年9月末日時点)	歳	52.0	49.5	0.153	49.4	49.5	0.009
診療月数	月	11.3	11.2	0.042	11.1	11.2	0.013
診療実日数	日	21.8	22.7	0.046	22.5	22.7	0.016
通院施設数	施設	3.4	4.0	0.281	4.0	4.0	0.010
外来医療費	円	202,802	179,916	0.035	183,161	179,875	0.006
処置、検査費	円	46,073	49,866	0.081	49,416	49,847	0.009
特定疾患療養管理料あり	%	92.1	91.7	0.015	92.1	91.7	0.016
小児科療養指導料あり	%	0.4	0.8	0.054	0.8	0.8	0.005
てんかん指導料あり	%	2.0	5.3	0.177	4.9	5.3	0.016
高血圧症あり	%	53.0	46.8	0.124	46.6	46.8	0.005
高コレステロール血症あり	%	24.2	22.4	0.043	22.3	22.4	0.002
糖尿病あり	%	21.0	17.4	0.090	17.1	17.4	0.008
脂質異常症あり	%	15.4	17.3	0.051	17.5	17.3	0.006

<sup>38</sup> 分析内容の詳細については、テーマ 2 末の参考に記した。

図表 56 対面診療群と電話等を用いた診療群における患者の入院発生の比較  
(マッチング前後)

評価指標	単位	マッチング前			マッチング後		
		対面診療群	電話等を用いた診療群	p値	対面診療群	電話等を用いた診療群	p値
合計	人	1,205,348	37,704	-	37,701	37,701	-
うち) 入院あり	人	23,957	668	-	808	668	-
	%	2.0	1.8	0.003	2.1	1.8	<0.001

(リフィル処方)

- 分割調剤の動向
  - 分割調剤を実施した医療機関の割合は、2020年度診療報酬改定前（2019年10月～2020年3月）および同改定後（2020年4～9月）の両期間ともに0.1%と低かった（図表57）。
  - 分割調剤の処方を受けた実患者数の割合は、2020年度診療報酬改定前に0.03%だったのが、改定後に0.01ポイント減少して0.02%となった（図表58）。
  - 分割調剤は2016年度の導入以降、数回の改定を経たが、浸透しているとは言い難く、見直しが必要である。

図表 57 分割調剤ありの割合（施設数）

区分	診療報酬改定前 (2019年10月～2020年3月)			診療報酬改定後 (2020年4月～2020年9月)		
	施設数(施設)		分割調剤 ありの 割合*	施設数(施設)		分割調剤 ありの 割合*
	分割調剤 あり	30日を超 える処方 あり		分割調剤 あり	30日を超 える処方 あり	
診療所	39	62,319	0.06%	34	62,631	0.05%
病院	29	6,541	0.44%	35	6,539	0.54%
合計	68	68,860	0.10%	69	69,170	0.10%

(注) \* 分割調剤ありの割合の分母は、「30日を超える処方あり」の施設数とした。

図表 58 分割調剤ありの割合（実患者数）

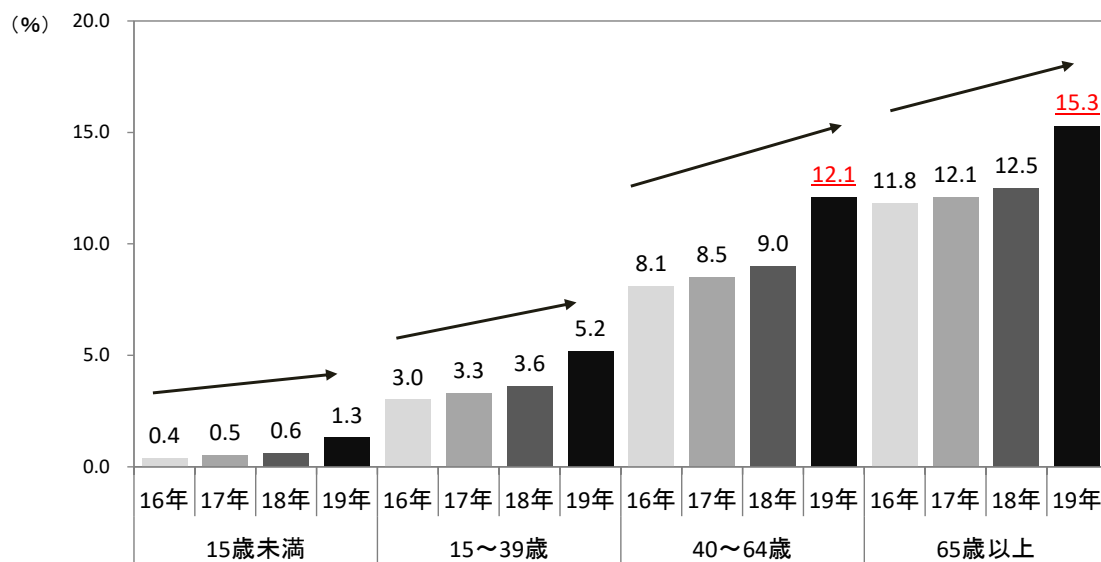
区分	診療報酬改定前 (2019年10月～2020年3月)			診療報酬改定後 (2020年4月～2020年9月)		
	実患者数(人)		分割調剤 ありの 割合*	実患者数(人)		分割調剤 ありの 割合*
	分割調剤 あり	30日を超 える処方 あり		分割調剤 あり	30日を超 える処方 あり	
0～14歳	78	284,600	0.03%	59	246,429	0.02%
15～39歳	148	647,341	0.02%	69	548,608	0.01%
40～64歳	613	1,651,297	0.04%	381	1,563,480	0.02%
65歳以上	95	316,151	0.03%	73	290,278	0.03%
全患者	934	2,899,389	0.03%	582	2,648,795	0.02%

(注) \* 分割調剤ありの割合の分母は、「30日を超える処方あり」の実患者数とした。

- 長期 Do 処方（リフィル処方に近い受療パターン）の推移
  - 長期 Do 処方患者の割合は、延べ患者数ベースおよび延べ処方日数ベースともに、全年齢階級において、2016 年 10 月～2020 年 9 月の 4 年間で年々増加した（図表 59）。
  - 直近 1 年間における延べ患者数ベースでの長期 Do 処方患者の割合は、40～64 歳で 12.1%、65 歳以上で 15.3%と高かった（図表 59）。
    - ◇ 40～64 歳における延べ患者数ベースでの長期 Do 処方患者の割合は、4 年間に約 4 ポイント上昇し、特に前年からの伸びが約 3 ポイントと大幅だった（図表 59）。
  - 直近 1 年間における延べ処方日数ベースでの長期 Do 処方患者の割合は、40～64 歳で約 46%、65 歳以上で約 50%といずれも当該年齢階級における全処方日数の約半分を占めていた（図表 60）。
    - ◇ 延べ処方日数ベースの長期 Do 処方患者の割合は、4 年間に全年齢階級で 6 ポイント以上の上昇がみられ、特に前年からの伸びが約 5～6 ポイントと高かった（図表 60）。
    - ◇ テーマ 1で判明した、コロナ禍により急性期疾患（感冒等）の処方が減った一方で、慢性疾患患者の処方は継続された影響を受け、長期 Do 処方患者の割合が一層増えたと考えられる。

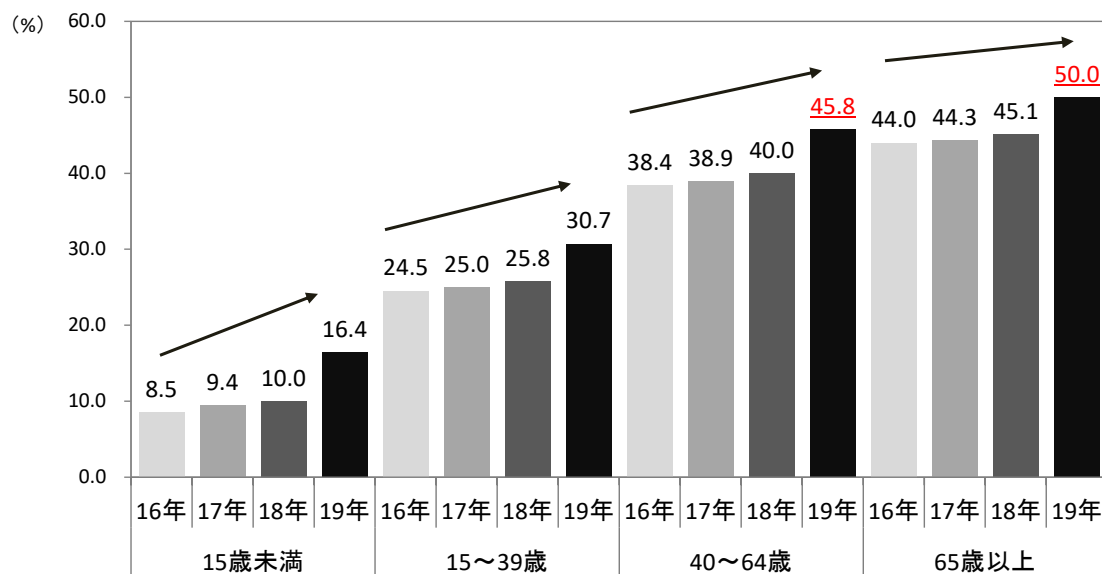


図表 59 長期 Do 処方患者の割合（延べ患者数ベース）  
2016年10月～2020年9月



(注) \* 各年10月～翌年9月の12カ月間

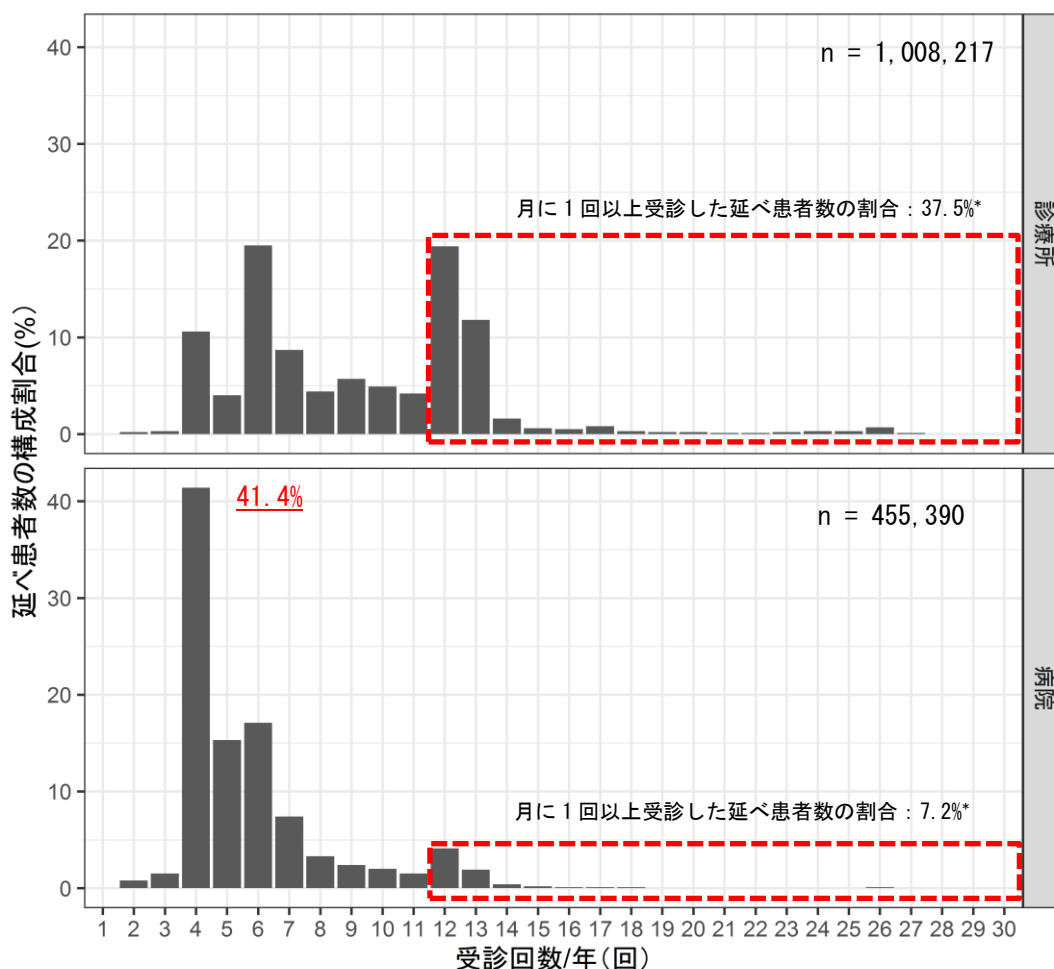
図表 60 長期 Do 処方患者の割合（延べ処方日数ベース）  
2016年10月～2020年9月



(注) \* 各年10月～翌年9月の12カ月間

- 長期 Do 処方患者の年間受診回数
  - 処方元の「病院」を月 1 回以上受診する長期 Do 処方患者は約 7%であった一方、処方元の「診療所」を月に 1 回以上受診する長期 Do 処方患者は約 38%だった（図表 61）。
    - ◇ 病院を受診する長期 Do 処方患者では、3 カ月に 1 回受診している患者（90 日処方を受けていると考えられる患者）が約 41%と最も多かった（図表 61）。
    - ◇ 長期間にわたり処方内容が変わらずに毎月受診している患者は、リフィル処方に移行しやすい可能性がある。

図表 61 長期 Do 処方患者の年間受診回数の分布（2019 年 10 月～2020 年 9 月）



(注) \* 年換算で 30 回を超える受診は非表示とした。

- 3カ月周期で病院を受診している長期 Do 処方患者と月 1 回以上診療所を受診している長期 Do 処方患者の疾患構成の比較
  - 2019 年 10 月～2020 年 9 月の期間中、処方元の病院を平均 3 カ月周期で受診している長期 Do 処方患者と、処方元の診療所を平均月 1 回以上受診している長期 Do 処方患者は、15～39 歳を除いて同様の疾患構成であった（図表 62）。
    - ◇ 40 歳以上では、代謝障害、高血圧性疾患、糖尿病の生活習慣病や食道、胃及び十二指腸等が、両群で多かった（図表 62）。
      - ・ 特に、代謝障害や高血圧性疾患の長期 Do 処方患者は、両群で約 3～6 割と多かった（図表 62）。
    - ◇ 15 歳未満では、いずれも上気道のその他の疾患、慢性下気道疾患、皮膚炎及び湿疹、皮膚及び皮下組織のその他の障害が多かった（図表 62）。
  - 同じような疾患構成でありながら、処方元が病院と診療所の長期 Do 処方患者では受診間隔が異なることから、処方元の診療所を月 1 回以上受診している長期 Do 処方患者は、リフィル処方に移行しやすい可能性がある。

図表 62 3カ月周期で病院を受診している長期 Do 処方患者と月 1 回以上診療所を受診している長期 Do 処方患者の疾患構成の比較 (病診別、年齢階級別上位 5 位)

年齢階級	診療所		病院	
	平均して月1回以上受診している長期Do処方患者		平均して3カ月周期で受診している長期Do処方患者	
	傷病名	構成割合 (%)	傷病名	構成割合 (%)
15歳未満	上気道のその他の疾患 (J30-J39)	51.3	挿間性及び発作性障害 (G40-G47)	33.1
	慢性下気道疾患 (J40-J47)	37.1	慢性下気道疾患 (J40-J47)	27.9
	皮膚炎及び湿疹 (L20-L30)	37.1	皮膚炎及び湿疹 (L20-L30)	27.6
	皮膚及び皮下組織のその他の障害 (L80-L99)	28.3	上気道のその他の疾患 (J30-J39)	26.8
	結膜の障害 (H10-H13)	18.9	皮膚及び皮下組織のその他の障害 (L80-L99)	22.9
15～39歳	気分[感情]障害 (F30-F39)	29.7	挿間性及び発作性障害 (G40-G47)	35.7
	挿間性及び発作性障害 (G40-G47)	28.0	代謝障害 (E70-E90)	18.1
	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F40-F48)	25.2	食道、胃及び十二指腸の疾患 (K20-K31)	17.3
	皮膚炎及び湿疹 (L20-L30)	19.5	上気道のその他の疾患 (J30-J39)	16.1
	上気道のその他の疾患 (J30-J39)	19.5	腸のその他の疾患 (K55-K64)	11.9
40～64歳	代謝障害 (E70-E90)	39.4	代謝障害 (E70-E90)	38.8
	高血圧性疾患 (I10-I15)	38.0	高血圧性疾患 (I10-I15)	34.4
	挿間性及び発作性障害 (G40-G47)	22.4	食道、胃及び十二指腸の疾患 (K20-K31)	32.4
	食道、胃及び十二指腸の疾患 (K20-K31)	22.0	糖尿病 (E10-E14)	19.4
	糖尿病 (E10-E14)	18.9	挿間性及び発作性障害 (G40-G47)	15.5
65歳以上	高血圧性疾患 (I10-I15)	56.2	代謝障害 (E70-E90)	46.5
	代謝障害 (E70-E90)	53.5	高血圧性疾患 (I10-I15)	44.7
	食道、胃及び十二指腸の疾患 (K20-K31)	30.7	食道、胃及び十二指腸の疾患 (K20-K31)	40.1
	糖尿病 (E10-E14)	28.6	糖尿病 (E10-E14)	27.3
	上気道のその他の疾患 (J30-J39)	15.6	腸のその他の疾患 (K55-K64)	19.5

(注) \* 対象期間は 2019 年 10 月～2020 年 9 月の 1 年間である。

(参考)：対面診療と電話等を用いた診療による医学管理の比較

- 分析対象レセプト
  - ◇ 2019年1月～2020年9月の医科およびDPCレセプトを使用した。
- 各期間の設定
  - ◇ マッチング期間、介入期間および観察期間を下記の通り定めた。
    - ・ マッチング期間（患者の背景要因を調整する期間）は2019年1月～2020年3月（15カ月間）とした。
    - ・ 介入期間（対面診療か電話等を用いた診療かの判別期間）は2020年4～5月（2カ月間）とした。
    - ・ 入院発生有無の観察期間は2020年6～9月（4カ月間）とした。
- 分析対象患者
  - ◇ 分析対象は下記の条件を満たす患者とした。
    - ・ マッチング期間中に分析対象医学管理料が算定された患者。
    - ・ 介入期間中に分析対象医学管理料または医学管理料（電話等・臨時的取扱い）が算定された患者。
    - ・ マッチング期間、介入期間および観察期間のいずれの期間においても受診が確認できた患者。
  - ◇ 下記の患者については分析対象から除外した。
    - ・ マッチング期間中または介入期間中に入院した患者。
    - ・ マッチング期間中に分析対象医学管理料が算定された患者のうち、オンライン医学管理料が算定された<sup>39</sup>患者。
    - ・ 介入期間中に分析対象医学管理料が算定された患者のうち、オンライン医学管理料が算定された<sup>39</sup>患者。
- 各群の定義
  - ◇ 対面診療群
    - ・ 介入期間中に医学管理料（電話等・臨時的取扱い）が算定されていない、かつ分析対象医学管理料が算定されている患者。
  - ◇ 電話等を用いた診療群
    - ・ 介入期間中に医学管理料（電話等・臨時的取扱い）が算定されている患者。
- 評価指標（アウトカム）
  - ◇ 評価指標（アウトカム）は観察期間における入院発生の有無とした。
- 傾向スコアの計算

<sup>39</sup> 医学管理料（電話等・臨時的取扱い）算定有無による効果を測定するため、オンライン医学管理料の算定患者を除外した。

- ◇ 各患者が医学管理料（電話等・臨時的取扱い）を算定する確率（傾向スコア）を計算するため、医学管理料（電話等・臨時的取扱い）の算定有無を被説明変数、患者の背景要因を説明変数とするロジスティック回帰分析を行い、傾向スコアを算出した。
  - ・ 患者の背景要因は、男女区分、年齢、診療月数、診療実日数、医療費、分析対象医学管理料の算定有無、傷病等 120 の変数を投入した。
- マッチング（調整）
  - ◇ 対面診療群と、電話等を用いた診療群から 1 対ずつ傾向スコアが近接しているペアを抽出し、両群間で患者の背景要因をマッチングした。
- マッチング前後の結果
  - ◇ マッチング前の対面診療群は約 120.5 万人、電話等を用いた診療群は 3.8 万人であった（図表 55）。
  - ◇ マッチング前の患者の背景要因は、男女区分（標準化差:0.084）、年齢（同 0.153）、高血圧症あり（同 0.124）等、両群間で差異があるものが多かった（図表 55）。
  - ◇ マッチング前の電話等を用いた診療群と対面診療群の患者群間で、入院患者の発生割合を比較した結果、電話等を用いた診療群は 1.8%、対面診療群は 2.0%であった（図表 56）。
  - ◇ マッチング後の分析対象患者は、両群ともに 3 万 7,701 人であった（図表 55）。
    - ・ 患者の背景要因は両群間での差異が調整され、前述した標準化差は男女区分では 0.001、年齢では 0.009、高血圧症ありでは 0.005 であった（図表 55）。

## 引用文献

- [1] 厚生労働省, 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて (その 10) , 10 4 2020. [Online]. Available: [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/020413\\_003.pdf](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/020413_003.pdf). [Accessed 29 10 2020].
- [2] 内閣府, 経済財政運営と改革の基本方針 2021, 18 6 2021. [Online]. Available: [https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2021/2021\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2021/2021_basicpolicies_ja.pdf). [Accessed 22 6 2021].
- [3] 内閣府, 規制改革実施計画, 18 6 2021. [Online]. Available: <https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/publication/keikaku/210618/keikaku.pdf>. [Accessed 21 6 2021].
- [4] 厚生労働省 第 13 回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会, 今後の検討のスケジュールについて, 21 12 2020. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000707387.pdf>. [Accessed 22 12 2020].
- [5] 厚生労働省 第 11 回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会, 令和 2 年 7 月～9 月の電話診療・オンライン診療の実績の検証の結果, 2 11 2020. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000690548.pdf>. [Accessed 4 11 2020].
- [6] 健康保険組合連合会, 新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査報告書, 2 2021. [Online]. Available: <https://www.kenporen.com/include/press/2021/20210326.pdf>. [Accessed 7 6 2021].
- [7] NHS, [Online]. Available: <https://www.england.nhs.uk/gp/digital-first-primary-care/>. [Accessed 29 10 2020].
- [8] NHS, [Online]. Available: <https://www.nhs.uk/nhs-app/nhs-app-help-and-support/appointments-and-online-consultations-in-the-nhs-app/online-consultations/>. [Accessed 8 7 2021].
- [9] NHS, Appointments in General Practice December 2019, 30 1 2020. [Online]. Available: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/appointments-in-general-practice/december-2019>. [Accessed 23 12 2020].
- [10] NHS, Appointments in General Practice October 2020, 26 11 2020. [Online]. Available: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/appointments-in-general-practice/october-2020>. [Accessed 23 12 2020].

- [11] American Medical Association, Telehealth Implementation Playbook, 2020. [Online]. Available: <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-04/ama-telehealth-playbook.pdf>. [Accessed 5 1 2021].
- [12] The General Medical Council, [Online]. Available: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-hub/remote-consultations>. [Accessed 25 1 2021].
- [13] 厚生労働省, 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第 63 号）の概要, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000665345.pdf>. [Accessed 29 10 2020].
- [14] NHS. [Online]. Available: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/general-pharmaceutical-services/in-2008-09---2018-19-ns>. [Accessed 5 1 2021].
- [15] NHS, [Online]. Available: <https://digital.nhs.uk/services/electronic-prescription-service>. [Accessed 5 1 2021].
- [16] NHS, [Online]. Available: <https://www.nhs.uk/nhs-services/online-services/nhs-app/nhs-app-help-and-support/repeat-prescriptions>. [Accessed 5 1 2021].
- [17] NHS, [Online]. Available: <https://www.england.nhs.uk/south/info-professional/safe-use-of-controlled-drugs/>. [Accessed 5 1 2021].
- [18] Government Digital Service, [Online]. Available: <https://www.gov.uk/government/publications/controlled-drugs-list-2/list-of-most-commonly-encountered-drugs-currently-controlled-under-the-misuse-of-drugs-legislation#contents>. [Accessed 4 1 2021].
- [19] PSNC, [Online]. Available: <https://psnc.org.uk/dispensing-supply/receiving-a-prescription/is-this-prescription-form-valid/period-of-validity/>. [Accessed 4 1 2021].



## テーマ3：かかりつけ医機能の評価を再構築

### (1) 目的

- 新型コロナウイルス感染症の拡大を契機として、国民の安全・安心な医療の確保と医療資源の有効活用が社会に認識されるようになった。特に外来医療においては、かかりつけ医の存在が重要であることから、かかりつけ医を推進するための環境整備として、現行の診療報酬における課題を整理し、かかりつけ医機能の評価を再構築する。

### (2) 調査の概要

- 診療報酬によるかかりつけ医機能の推進策を検討するため、関連する既存の加算や医学管理料等の算定状況の分析および諸外国におけるかかりつけ医評価等について調査を行う。

### (3) 方法

1. (文献調査) 諸外国におけるかかりつけ医制度および日本国内における医療のかかり方に関する国民の意識等について調査を行う。
2. (定量分析) 現役世代等の医療機関の受診状況について分析する。
3. (定量分析) 既存の加算や医学管理料等の算定状況を分析する。

### (4) 結果・考察

- かかりつけ医機能に関する現行の評価体系は、かかりつけ医の推進につながっていない可能性がある。
  - レセプトデータより、外来患者のうち、かかりつけ医関連の診療報酬<sup>40</sup>を算定している患者は1%であった。
    - ◇ 現行のかかりつけ医関連の診療報酬の対象は、年齢や疾患が実質的に限定されている。
  - 施設基準を満たす医療機関を受診した全患者に算定可能<sup>41</sup>な場合、その患者のかかりつけ医であるかどうかは考慮されていない。
  - 特定疾患療養管理料は、「かかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価する」とされており、レセプトデータより、外来患者のうち20%で算定されているが、患者の同意が要件となっていない。
    - ◇ かかりつけ医であるかどうかについて、患者の視点が考慮されない。

<sup>40</sup> 地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料。

<sup>41</sup> 初診料の機能強化加算は、施設基準を満たす医療機関を受診した初診患者全員が対象。当該加算のあり方については、令和元年8月に公表した健保連「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」において提言。

- 健保連のアンケート調査において、かかりつけ医を起点とした受診に賛成の意見が、全ての年齢階級で4割以上を占めた。
- 多くの医療機関を受診することは、患者にとって初診料や検査・薬剤の重複等による医療費負担の増加となり得るため、まずはかかりつけ医を受診することが望まれ、かかりつけ医には、幅広い疾患に対応できることが求められる。
  - レセプトデータより、1年間に複数回の外来受診があった患者のうち、約3割は特定の施設に受診が集中しており、かかりつけ医を持っていることが推測された。
    - ◇ 外来実患者数でみた場合、1施設のみ受診した患者数は31.4%であり、この結果からも、かかりつけ医を約3割の患者が持っていることが推測された。
  - レセプトデータより、外来患者のうち、特定のかかりつけ医を持っていないことが推測された患者では、その約7割が1年間に3施設以上を受診していた。
  - レセプトデータより、かかりつけ医を持っていない患者群とかかりつけ医を持つ患者群では、傷病名上位に大きな違いはみられなかった（出現率トップ3はいずれの患者群もアレルギー性鼻炎、急性気管支炎、急性上気道炎）。
  - レセプトデータより、1年間の総受診回数が同じであっても、受診施設数が多い患者ほど受診1回当たりの基本診療料<sup>42</sup>の平均点数が高い傾向にあった。
  - 患者がかかりつけ医に求める主な役割としては「必要時に専門医に紹介してくれる」「どんな病気でもまずは診療してくれる」「健康診断や検診などの受診状況や結果を把握しそれに応じた助言や指導を行ってくれる」等上位となっている。
- 患者にとって分かりやすく、合理性のある診療報酬を検討する必要がある。
  - かかりつけ医関連の診療報酬の算定要件には外来管理加算の算定要件（計画的な管理）が実質的に包含されているにもかかわらず、レセプトデータより、かかりつけ医関連の診療報酬を算定している患者の94～98%は外来管理加算を併算定していた。
    - ◇ 特定疾患療養管理料の算定要件にも外来管理加算の算定要件（計画的な管理）が実質的に包含されているにもかかわらず、レセプトデータより、特定疾患療養管理料を算定している患者の96%は外来管理加算を併算定していた。
    - ◇ かかりつけ医関連の診療報酬を算定している患者の78～82%は特定

<sup>42</sup> 受診時に必ず掛かる診療報酬（例えば初診料や再診料など）。

疾患療養管理料と外来管理加算を併算定していた。

- レセプトデータより、簡単な検査等<sup>43</sup>について施設別に患者 1 人 1 日当たりの平均点数をみると、平均値の周りに分布が概ね集中していた。
- 日本では一部の検査<sup>44</sup>に限って検査値のレセプトへの記載が要件化されている。
- イギリスのイングランドでは、各医療機関のアウトカム評価指標を NHS の web サイトで一般に公表している。

## (5) 政策提言

- 現行の診療報酬の問題点を解消し、かかりつけ医機能の評価を再構築すべきである。
  - 慢性疾患の患者を想定し、既存の診療報酬について、患者による同意を必須とし、評価の重複等を整理しつつ算定要件等を見直し、かかりつけ医による計画的な医学管理を徹底する。
  - 慢性疾患以外の患者を含めて幅広い患者を想定し、下記の視点でかかりつけ医の新たな評価を新設すべき。
    - ◇ 1 人の患者を原則 1 人の医師または 1 か所の医療機関が担当し、患者の同意に基づき、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明し、患者の疑問や不安を解消する。
    - ◇ かかりつけ医・かかりつけ医療機関には、幅広い疾患に対応し、必要に応じて専門医・専門医療機関を紹介および予約できること等が求められる。
    - ◇ 計画的な医学管理や基本的な診療行為等を含む包括報酬とする。
- 患者がかかりつけ医を選ぶためには、情報提供の環境整備が重要であることから、特にアウトカム等の「見える化」を推進するべきである。

---

<sup>43</sup> 外来管理加算、明細書発行体制等加算、550 点未満の検査、550 点未満の処置、550 点未満の画像診断、550 点未満の精神科専門療法。

<sup>44</sup> レセプトへの検査値の記載が要件化されているものは下記の通り。

- ・前立腺特異抗原 (PSA) を 2 回以上算定する場合、同検査値を記載。
- ・抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量を 2 回以上算定する場合、同検査値を記載。
- ・腎代替療法指導管理料を算定する慢性腎臓病の患者であって、3 月前までの直近 2 回の eGFR (mL/分/1.73m<sup>2</sup>) がいずれも 30 未満の場合、eGFR の検査値を記載。

## (6) 資料

### ① 定義

本調査では、特に断りがない場合には下記の定義を用いる。

- かかりつけ医関連の診療報酬
  - 本調査では下記をかかりつけ医関連の診療報酬として分析を行った。
    - ◇ 地域包括診療加算
    - ◇ 認知症地域包括診療加算
    - ◇ 地域包括診療料
    - ◇ 認知症地域包括診療料
    - ◇ 小児かかりつけ診療料
- かかりつけ医機能に準じた診療報酬
  - 本調査では下記をかかりつけ医機能に準じた診療報酬として分析を行った。
    - ◇ 特定疾患療養管理料
    - ◇ 生活習慣病管理料
    - ◇ 療養・就労両立支援指導料

## ② 文献調査

- ドイツ・フランス・イギリスのかかりつけ医制度の概要
  - ドイツでは国民の 90%以上が実態としてかかりつけ医を有しており、制度<sup>45</sup>上のかかりつけ医を選択している国民は 5%である [1]。
    - ◇ かかりつけ医制度への参加に対するインセンティブとして診療時間の延長、自己負担軽減、報奨金支給等が行われている [2, 3]。
  - フランス・イギリスにおいても年齢や疾患を問わず全国民を対象としたかかりつけ医制度が実施されている [4, 5]。
  
- ドイツ・フランス・イギリスのかかりつけ医関連の診療報酬
  - ドイツのかかりつけ医には、当該医療機関をかかりつけ医として登録および受診した患者 1 人につき 4 ユーロが四半期ごとに支払われる<sup>46</sup> [6]。
  - フランスならびにイギリスのかかりつけ医には、受診の有無によらず、かかりつけ医登録者の人数に応じた報酬が支払われる [4, 5]。
  
- イギリス・アメリカのアウトカム評価指標の事例
  - イギリス<sup>47</sup>では、2004 年 4 月より診療報酬の一環として診療所を対象としたアウトカム評価制度 (Quality and Outcomes Framework, QOF) が導入されている [7]。下記ではイングランドの取組み例を示す<sup>48</sup>。
    - ◇ アウトカム評価の領域として大きく 3 つの領域 (臨床領域、公衆衛生領域、品質改善領域) が定められており、指標の総数は 68 個設定されている (2019 年時点) [8]。
    - ◇ 具体的な指標としては、血圧や血糖値のコントロールが良好である患者の割合、適切な介入および治療の実施に関する指標などが設定されている [9]。
    - ◇ 各診療所の電子カルテには、アウトカム評価の各指標に関するデータを抽出・集計する仕組みが備えられており、各診療所は集計結果を NHS にオンラインで報告する<sup>49</sup> [9, 10]。

---

<sup>45</sup> 家庭医中心診療を指す。

<sup>46</sup> ただし、投薬確認 (5 成分以上の医薬品を処方されている患者について処方内容の妥当性を確認) をした場合は 80 ユーロ、投薬に関して他の医療従事者と相談した場合は 160 ユーロを 1 回限り算定。

<sup>47</sup> 2016 年 4 月以降、スコットランドではアウトカム評価が廃止され、イングランド、ウェールズ、北アイルランドでは引き続き実施されている [21]。

<sup>48</sup> アウトカム評価制度は年度単位 (4 月始まり) で実施されており、各診療所の参加は任意である (2019 年度の参加率は 96.2%)。達成率に応じたポイントが指標ごとに設定されており、各診療所では当該ポイントの合計値をもとに報酬が支払われる [9, 20]。

<sup>49</sup> 具体的には General Practice Extraction Service (GPES) と呼ばれるツールを用いて電子カ

- ◇ 各診療所のアウトカム評価結果は NHS の web サイトにおいて公表されている [8]。
- アメリカでは、例えばメディケアの支払方式の一プログラムである Medicare Shared Savings Program（以下「MSSP」と呼ぶ）において、医療の質の評価が導入されている。
  - ◇ 同プログラムは、地域の病院や診療所等が自発的にアカウントブル・ケア組織（ACO）と呼ばれるネットワーク組織を形成し、医療費の節減および医療の質向上へのインセンティブを付与するために開始された<sup>50</sup> [11, 12]。
  - ◇ 医療の質に関する評価指標として 23 指標（2019 年時点）が定められており、各 ACO は評価指標の結果が一定の水準に達しない場合、報奨が減額される [12, 13]。
    - ・ 評価指標としては、予定外入院の割合、検診の実施割合、ハイリスク患者の割合などが定められている [13, 14]。
  - ◇ 評価指標に関するデータは、指標ごとに 3 つの方法（患者へのアンケート調査、診療報酬請求データ、施設への web 調査）によって収集されている [13, 14]。

---

ルテよりデータが抽出され、Calculating Quality Reporting Service（CQRS）と呼ばれるシステムに報告する。

<sup>50</sup> 過去の実績コスト等に基づくベンチマークと比べて医療費が抑制された ACO に対して、医療費の抑制額の一部が報奨として支払われる。ベンチマークは、各 ACO の過去の実績コストに、各 ACO がカバーする被保険者数およびリスク構成の変化等を加味した金額である。

- かかりつけ医関連の診療報酬の算定状況
  - 再診料の算定患者のうち、地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算・地域包括診療料・認知症地域包括診療料・小児かかりつけ診療料を算定している患者は0.0～1.5%にとどまる（図表 63）。
  - 外来管理加算は年間約 5 億回算定されており、再診料の算定回数の約半数に上る（図表 63）。

図表 63 各診療報酬の算定回数・医療費（2018 年度 NDB オープンデータ）

項目		点数	算定回数 (年間)	再診料の算 定回数に占 める回数の 割合	医療費 (年間)
再診料*		72	約 10 億回	100.0%	約 7,529 億円
再 診 料 加 算	外来管理加算	52	約 5 億回	49.7%	約 2,704 億円
	時間外対応加算	1～5	約 3 億回	26.3%	約 106 億円
	地域包括診療加算	18～25	約 0.2 億回	1.5%	約 32 億円
	認知症地域包括診療加算	28～35	約 42 万回	0.0%	約 1 億円
医 学 管 理	地域包括診療料	1,503～ 1,560	約 9 万回	0.0%	約 14 億円
	認知症地域包括診療料	1,515～ 1,580	約 2 万回	0.0%	約 3 億円
	小児かかりつけ診療料(再 診時)	413～ 523	約 145 万回	0.1%	約 63 億円

(注) \* 同日再診料、電話等再診料、特定妥結率再診料、同一日複数科受診時の 2 科目を除く。

(出典) 厚生労働省 [15]を基に事務局作成。

- かかりつけ医関連の診療報酬の算定要件
  - 地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算・特定疾患療養管理料・生活習慣病管理料の各算定要件には、外来管理加算の算定要件である「計画的な医学管理の実施」が実質的に包含されている（図表 64）。
  - 現行の診療報酬では「地域包括診療加算・特定疾患療養管理料・生活習慣病管理料を算定した患者は外来管理加算を算定できない」という要件は定められていない。

図表 64 外来管理加算等の算定要件の概要

	算定要件および留意事項(一部抜粋)
外来管理加算	「ア 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等(診療報酬点数のあるものに限る。)を行わずに <u>計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。</u> 」 「イ 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行い、それらの結果を踏まえて、 <u>患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明する(後略)</u> 」
地域包括診療加算、 認知症地域包括診療 加算	「(前略)患者の同意を得て、 <u>計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。(後略)</u> 」
特定疾患療養管理料	「別に厚生労働大臣が定める疾患*を主病とする患者に対して、 <u>治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月 2 回に限り算定する。</u> 」
生活習慣病管理料	「(前略)脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、 <u>当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。</u> 」

(注) \* 結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患など。

(出典) 令和 2 年厚生労働省告示第 57 号、令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号より抜粋。



- 新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査 [16]
  - 医療機関の受診のあり方について「A. 病気の症状の程度に関わらず、医療機関の規模とは関係なしに自分の選んだ医療機関を受診する」「B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する」の2つの考え方のうち、Bの意見に「賛成」「どちらかといえば賛成」と答えた人は回答者全体のうち57.0%を占めた。
    - ◇ 年齢階級別にみた場合も、Bの意見に「賛成」「どちらかといえば賛成」の割合は全ての年齢階級で40%以上であった。
  
- 令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 [17]
  - 患者<sup>51</sup>がかかりつけ医に求める役割として回答の多かったものとして下記等がある。
    - ◇ 「必要時に専門医に紹介してくれる」(80.7%)
    - ◇ 「どんな病気でもまずは診療してくれる」(71.9%)
    - ◇ 「健康診断や検診などの受診状況や結果を把握しそれに応じた助言や指導を行ってくれる」(60.1%)
    - ◇ 「これまでにかかった病気や家族背景等を把握してくれている」(59.6%)
    - ◇ 「予防接種を推奨・実施してくれる」(52.2%)
    - ◇ 「生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行ってくれる」(50.4%)
    - ◇ 「体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる」(49.1%)
  
- 政府の方針
  - 「経済財政運営と改革の基本方針2021」において、かかりつけ医の普及を進める旨の方針が提示されている。
    - ◇ 「かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進、更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し、診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進」 [18]
  - 財政制度等審議会の「財政健全化に向けた建議（令和3年5月21日）」において、かかりつけ医に関する以下の提言が行われている。
    - ◇ 「(略)『かかりつけ医』の普及のための包括化の推進等により、医療機関相互の役割分担や連携を評価し、促すとともに、地域ごとの実情

<sup>51</sup> 地域包括診療料等の届出施設の受診患者（初診の機能強化加算算定なし）。

を反映できるものとしていく必要がある。」 [19]

### ③ 分析対象

- 現役世代の受診状況等を分析するため、分析対象を下表の通り設定した。

項目	内容
対象期間	● 2019年1～12月
レセプトの種類	● 医科レセプト(外来のみ)
対象施設	● 以下を除く病院および診療所 ➤ 眼科の単科施設

### ④ 定量分析

- 受診施設数別の外来患者数
  - 1施設のみを受診している患者がいる一方で、複数施設を受診している患者も多数存在した(図表65)。
  - ◇ 14歳以下は、他の年齢区分と比較して2施設以上受診の割合が高い傾向にあった(81.9%)(図表65)。

図表 65 年齢区分別・受診施設数別 外来患者数

年齢区分	上段:外来実患者数 下段:構成割合		
	計	うち) 1施設のみ受診	うち) 2施設以上受診
14歳以下	2,316,810 (100.0%)	418,589 (18.1%)	1,898,221 (81.9%)
15～39歳	4,235,130 (100.0%)	1,548,211 (36.6%)	2,686,919 (63.4%)
40～64歳	4,771,409 (100.0%)	1,601,803 (33.6%)	3,169,606 (66.4%)
65歳以上	556,712 (100.0%)	164,742 (29.6%)	391,970 (70.4%)
全体	11,880,061 (100.0%)	3,733,345 (31.4%)	8,146,716 (68.6%)

- 受診1回当たりの基本診療料の平均点数
  - 1年間の総受診回数と同じであっても、受診施設数が多い患者ほど受診1回当たりの基本診療料の平均点数が高い傾向にあった（図表66）。
    - ◇ 例えば1年間の総受診回数が5回の患者のうち、受診施設数が1施設の患者の基本診療料は受診1回当たり平均139点だが、5施設の患者は同301点であった（図表66）。
    - ◇ 複数施設を受診している患者は初診による受診が多く、再診料よりも点数の高い初診料を多く算定されていることが点数が高い要因である。
    - ◇ はしご受診は患者にとって医療費負担の増加となり得ることから、基礎的な疾患に対応でき、専門医等を必要に応じて紹介してくれる等の機能を持つかかりつけ医の普及が望まれる。

図表 66 受診施設数・総受診回数別 受診1回当たりの基本診療料の平均点数

		総受診回数									
		1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	(参考) 10回～
受診施設数	1施設	284	208	178	151	139	128	124	121	119	105
	2施設		291	239	211	188	173	161	152	145	116
	3施設			296	256	231	212	197	185	175	129
	4施設				299	267	245	227	214	202	141
	5施設					301	274	255	239	226	149
	6施設						304	280	262	247	154
	7施設							306	285	267	157
	8施設								304	286	158
	9施設									298	158
	10施設～										157

- かかりつけ医関連の診療報酬の算定割合
  - 外来患者のうち、かかりつけ医関連の診療報酬（地域包括診療加算・地域包括診療料・認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料・小児かかりつけ診療料）のいずれかを算定している患者の割合は0.8%であった（図表 67）。
    - ◇ 「小児かかりつけ診療料」は、他のかかりつけ医関連の診療報酬と比べて算定率が高い傾向にあった（5.3%）（図表 67）。
  - 参考までに外来患者のうち、特定疾患療養管理料を算定している患者の割合は20.4%であった（図表 67）。

図表 67 かかりつけ医関連の診療報酬の算定割合

	算定割合
下記診療報酬のうち、いずれか1つ以上を算定した患者	0.8%
地域包括診療加算 を算定した患者 <sup>*1</sup>	3.7%
地域包括診療料 を算定した患者 <sup>*1</sup>	0.0%
認知症地域包括診療加算 を算定した患者 <sup>*2</sup>	1.2%
認知症地域包括診療料 を算定した患者 <sup>*2</sup>	0.1%
小児かかりつけ診療料 を算定した患者 <sup>*3</sup>	5.3%
(参考)特定疾患療養管理料 を算定した患者	20.4%

(注) \*1 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2疾患以上を有する患者のうち、当該診療報酬を算定した患者の割合。

\*2 高血圧症、糖尿病、脂質異常症のうち1疾患以上および認知症を有する患者のうち、当該診療報酬を算定した患者の割合。

\*3 6歳未満の患者のうち、当該診療報酬を算定した患者の割合。

- かかりつけ医関連の診療報酬および外来管理加算の併算定の状況
  - 所定の検査・処置・リハビリ等<sup>52</sup>を実施しておらず、かつ地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算・特定疾患療養管理料のいずれかを算定している患者の94～98%は外来管理加算を併算定していた（図表68）。
    - ◇ 地域包括診療加算または認知症地域包括診療加算を算定している患者（所定の検査・処置・リハビリ等を非実施）の78～82%は、特定疾患療養管理料と外来管理加算を併算定していた（図表68）。
    - ◇ かかりつけ医の評価は、他の診療報酬項目との重複評価とにならないよう設計する必要がある。

図表 68 かかりつけ医関連の診療報酬および外来管理加算の併算定状況

<地域包括診療加算を算定している患者>

算定パターン			延べ患者数	構成割合	延べ患者数 (所定の検査等*を非実施の患者)	構成割合	
地域包括診療加算	外来管理加算	特定疾患療養管理料					
算定	算定	算定	275,330	73.6%	275,266	82.0%	} 外来管理加算の併算定割合 94.5%
		非算定	42,079	11.3%	42,022	12.5%	
	非算定	算定	27,816	7.4%	14,984	4.5%	} 地域包括診療加算・外来管理加算・特定疾患療養管理料の併算定割合 82.0%
		非算定	28,618	7.7%	3,318	1.0%	
合計			373,843	100.0%	335,590	100.0%	

<認知症地域包括診療加算を算定している患者>

算定パターン			延べ患者数	構成割合	延べ患者数 (所定の検査等*を非実施の患者)	構成割合	
認知症地域包括診療加算	外来管理加算	特定疾患療養管理料					
算定	算定	算定	345	72.6%	345	78.1%	} 外来管理加算の併算定割合 98.9%
		非算定	92	19.4%	92	20.8%	
	非算定	算定	7	1.5%	2	0.5%	} 認知症地域包括診療加算・外来管理加算・特定疾患療養管理料の併算定割合 78.1%
		非算定	31	6.5%	3	0.7%	
合計			475	100.0%	442	100.0%	

<sup>52</sup> 慢性疼痛疾患管理、厚生労働大臣が別に定める検査（超音波検査等、脳波検査等、神経・筋検査、耳鼻咽喉科学的検査、眼科学的検査、負荷試験等、ラジオアイソトープを用いた諸検査、内視鏡検査）、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔および放射線治療。

<特定疾患療養管理料を算定している患者>

算定パターン			延べ患者数	構成割合	延べ患者数 (所定の検査 等*を非実施 の患者)	構成割合
特定疾患療 養管理料	外来管理加 算	地域包括診 療加算				
算定	算定	算定	275,330	1.8%	275,266	2.0%
		非算定	13,233,087	88.0%	13,229,068	94.0%
	非算定	算定	27,816	0.2%	14,984	0.1%
		非算定	1,507,651	10.0%	554,742	3.9%
合計			15,043,884	100.0%	14,074,060	100.0%

} 外来管理加算  
の併算定割合  
96.0%

<(参考)生活習慣病管理料を算定している患者>

算定パターン			延べ患者数	構成割合
生活習慣病 管理料	外来管理加 算	地域包括診 療加算		
算定	算定	算定	9,198	6.1%
		非算定	135,133	89.0%
	非算定	算定	399	0.3%
		非算定	7,033	4.6%
合計			151,763	100.0%

} 外来管理加算  
の併算定割合  
95.1%

(注) \* 慢性疼痛疾患管理、厚生労働大臣が別に定める検査（超音波検査等、脳波検査等、神経・筋検査、耳鼻咽喉科学的検査、眼科学的検査、負荷試験等、ラジオアイソトープを用いた諸検査、内視鏡検査）、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔および放射線治療。

(参考) 外来管理加算等の算定要件の概要（再掲）

- 外来管理加算：
  - ◇ 「外来管理加算は、処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。」
- 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算：
  - ◇ 「患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。」
- 特定疾患療養管理料：
  - ◇ 「別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2回に限り算定する。」
- 生活習慣病管理料：

☆ 「(前略) 脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。」

- 同一患者のかかりつけ医関連の診療報酬の算定施設数
  - 地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算・地域包括診療料・小児かかりつけ診療料を算定している患者の97~100%は、1施設でのみ当該診療報酬を算定していた(図表69)。

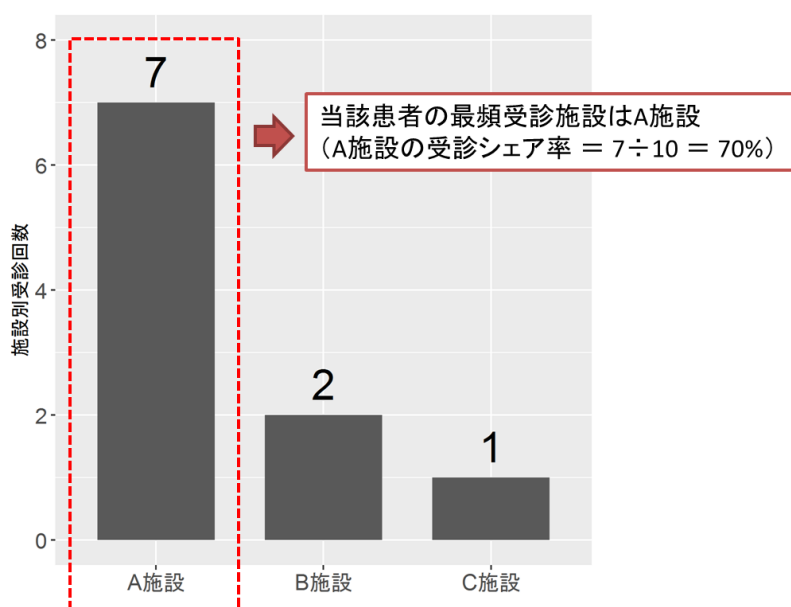
図表 69 かかりつけ医関連の診療報酬の算定施設数別 算定患者数

	上段: 同診療報酬算定施設数別の算定患者数 下段: 構成割合					計
	1施設	2施設	3施設	4施設	5施設以上	
地域包括診療加算	38,458 (99.2%)	296 (0.8%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	38,755 (100.0%)
地域包括診療料	126 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	126 (100.0%)
認知症地域包括診療加算	62 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	62 (100.0%)
認知症地域包括診療料	7 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (100.0%)
小児かかりつけ診療料	49,377 (97.6%)	1,201 (2.4%)	11 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	50,589 (100.0%)
特定疾患療養管理料	2,206,949 (91.2%)	196,397 (8.1%)	14,849 (0.6%)	1,206 (0.0%)	176 (0.0%)	2,419,577 (100.0%)
生活習慣病管理料	24,936 (99.0%)	241 (1.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	25,178 (100.0%)
療養就労両立支援指導料	55 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	55 (100.0%)

- 「かかりつけ医を持つ患者群」の定義
  - 以下の全てに該当する患者群を、「最頻受診施設をかかりつけ医として利用していると想定される患者群」（以下、便宜的に「かかりつけ医を持つ患者群」と呼ぶ）と定義した。
    - ◇ 2019年の年間総受診回数が2回以上である患者
    - ◇ 最頻受診施設の受診シェア率が70%以上である患者（最頻受診施設および受診シェア率の定義は図表70を参照）
    - ◇ 最頻受診施設が診療所または200床未満の病院である患者

図表 70 最頻受診施設および受診シェア率の定義イメージ

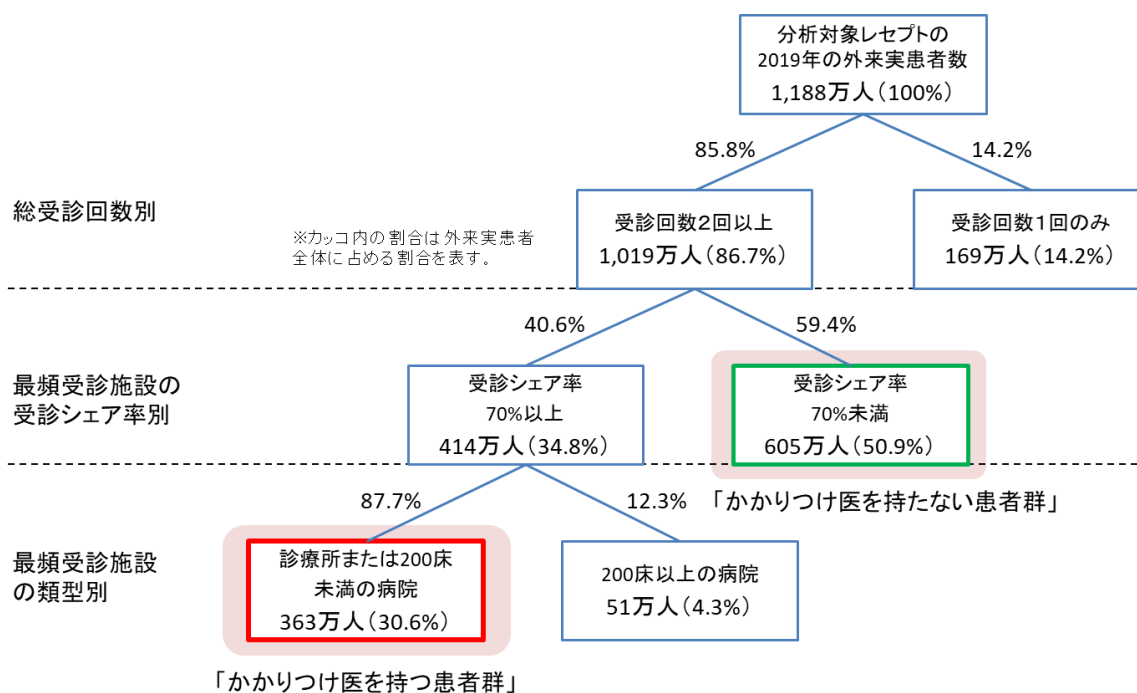
総受診回数10回の患者の施設別受診回数の一例





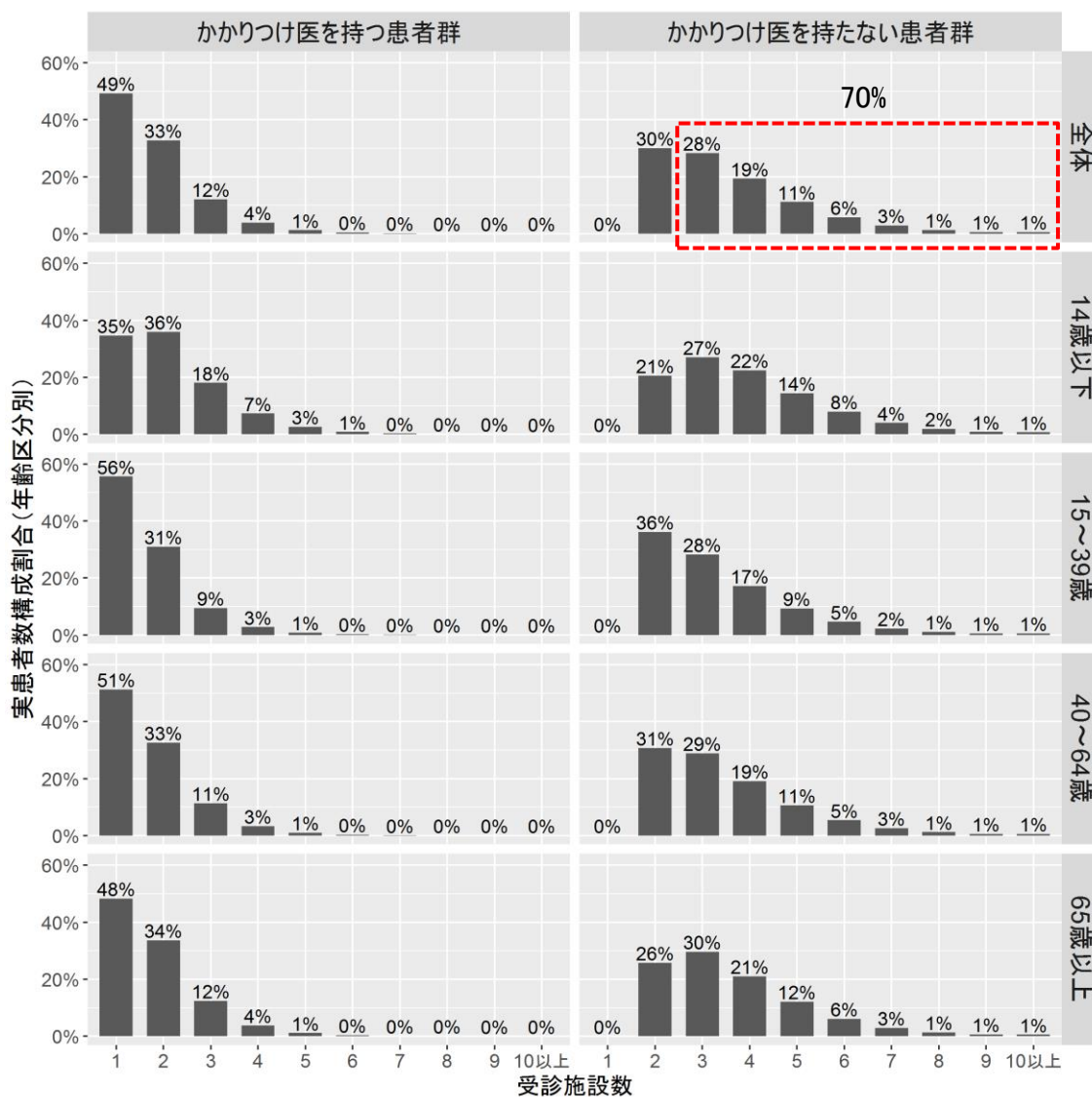
- 「かかりつけ医を持つ患者群」の割合
  - 外来患者のうち、「かかりつけ医を持つ患者群」の定義に該当する患者は3割であった。受診シェア率が70%未満の患者（以下、便宜的に「かかりつけ医を持たない患者群」と呼ぶ）は5割であった（図表71）。
    - ◇ 2019年の外来の実患者数1,188万人のうち、「かかりつけ医を持つ患者群」の定義に該当する患者は363万人（30.6%）であった。
    - ◇ 「かかりつけ医を持たない患者群」は605万人（50.9%）であった。
    - ◇ 200床以上の病院をかかりつけの医療機関としている患者（受診シェア率70%以上の最頻受診施設が200床以上の病院である患者）は51万人（4.3%）であった。

図表 71 総受診回数・最頻受診施設の受診シェア率別 外来患者数



- 受診施設数の分布
  - 「かかりつけ医を持たない患者群」では、受診施設数が 3 施設以上の患者が 70%を占めていた。

図表 72 かかりつけ医を持つ患者群／持たない患者群別 受診施設数分布



- 年齢構成および生活習慣病の罹患率
  - 「かかりつけ医を持つ患者群」は40～64歳および65歳以上の構成割合がそれぞれ45.3%、6.1%であり、「かかりつけ医を持たない患者群」(36.8%、4.2%)と比較して高い傾向にあった(図表73)。
  - 生活習慣病を有する患者の割合は、「かかりつけ医を持つ患者群」(25.4%)の方が「かかりつけ医を持たない患者群」(17.4%)と比べて高い傾向にあった(図表73)。
  - 「かかりつけ医を持つ患者群」と「かかりつけ医を持たない患者群」の実患者数合計のうち、「かかりつけ医を持つ患者群」の占める割合は年齢区分が上がるにつれ、高まる傾向にあった(図表73)。
  - ◇ 14歳以下および15～39歳においても「かかりつけ医を持つ患者群」の割合は3割以上であった(図表73)。

図表 73 かかりつけ医を持つ患者群／持たない患者群別 年齢構成

年齢区分	かかりつけ医を持つ患者群		かかりつけ医を持たない患者群		かかりつけ医を持つ患者群の構成割合 A/(A+B)
	実患者数 A	構成割合	実患者数 B	構成割合	
14歳以下	676,085	18.6%	1,430,640	23.6%	32.1%
15～39歳	1,088,516	30.0%	2,137,220	35.3%	33.7%
40～64歳	1,644,864	45.3%	2,226,570	36.8%	42.5%
65歳以上	220,317	6.1%	255,582	4.2%	46.3%
全体	3,629,782	100.0%	6,050,012	100.0%	37.5%
(再掲)生活習慣病* を有する患者	923,013	25.4%	1,053,748	17.4%	46.7%

(注) \* 地域包括診療料の算定要件の高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれか。

- 出現率上位の傷病
  - 「かかりつけ医を持つ患者群」「かかりつけ医を持たない患者群」とともに出現率トップ3は同じ傷病（アレルギー性鼻炎、急性気管支炎、急性上気道炎）であった（実患者ベース）（図表74）。
  - 「かかりつけ医を持つ患者群」は「かかりつけ医を持たない患者群」と比べて、出現率上位に生活習慣病が入る傾向にあった（図表74、図表75）。

図表 74 かかりつけ医を持つ患者群／持たない患者群別 出現率上位の傷病

順位	全体			
	かかりつけ医を持つ患者群		かかりつけ医を持たない患者群	
	傷病名	出現率	傷病名	出現率
1	アレルギー性鼻炎	35%	アレルギー性鼻炎	49%
2	急性気管支炎	24%	急性気管支炎	36%
3	急性上気道炎	19%	急性上気道炎	30%
4	高血圧症	16%	急性咽頭喉頭炎	21%
5	気管支喘息	14%	気管支喘息	20%
6	アレルギー性結膜炎	11%	湿疹	17%
7	湿疹	11%	急性副鼻腔炎	16%
8	急性咽頭喉頭炎	10%	急性咽頭炎	16%
9	急性咽頭炎	10%	アレルギー性結膜炎	15%
10	慢性胃炎	8%	皮脂欠乏症	12%
11	皮脂欠乏症	8%	インフルエンザA型	12%
12	インフルエンザA型	8%	咽頭炎	11%
13	急性副鼻腔炎	7%	慢性胃炎	11%
14	高脂血症	7%	高血圧症	9%
15	咽頭炎	7%	胃炎	9%

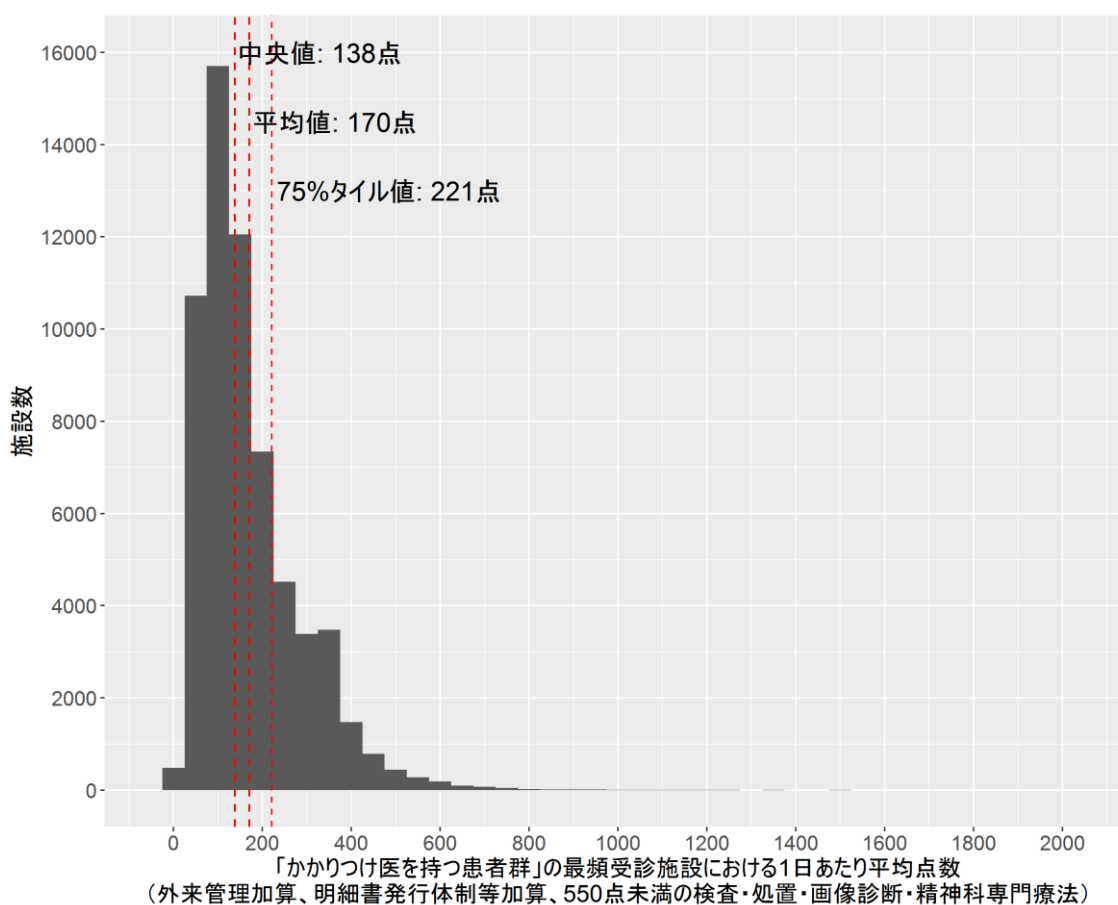
図表 75 年齢区分別 出現率上位の傷病

順位	14歳以下				15～39歳			
	かかりつけ医を持つ患者群		かかりつけ医を持たない患者群		かかりつけ医を持つ患者群		かかりつけ医を持たない患者群	
	主傷病名	出現率	主傷病名	出現率	主傷病名	出現率	主傷病名	出現率
1	アレルギー性鼻炎	50%	アレルギー性鼻炎	62%	アレルギー性鼻炎	33%	アレルギー性鼻炎	47%
2	急性気管支炎	48%	急性気管支炎	56%	急性気管支炎	20%	急性気管支炎	33%
3	急性上気道炎	40%	急性上気道炎	49%	急性上気道炎	16%	急性上気道炎	28%
4	気管支喘息	31%	気管支喘息	35%	急性咽頭喉頭炎	11%	急性咽頭喉頭炎	23%
5	湿疹	26%	湿疹	31%	アレルギー性結膜炎	10%	急性副鼻腔炎	16%
6	皮脂欠乏症	21%	急性副鼻腔炎	26%	気管支喘息	10%	急性咽頭炎	15%
7	急性咽頭炎	19%	耳垢栓塞	26%	急性咽頭炎	9%	気管支喘息	15%
8	インフルエンザA型	18%	皮脂欠乏症	25%	アトピー性皮膚炎	8%	アレルギー性結膜炎	14%
9	急性胃腸炎	16%	急性咽頭炎	24%	急性副鼻腔炎	8%	湿疹	13%
10	アレルギー性結膜炎	16%	急性咽頭喉頭炎	24%	湿疹	8%	咽頭炎	12%
11	急性副鼻腔炎	14%	インフルエンザA型	21%	尋常性ざ瘡	7%	インフルエンザA型	11%
12	急性咽頭喉頭炎	14%	急性胃腸炎	19%	インフルエンザA型	7%	急性胃炎	10%
13	耳垢栓塞	14%	アレルギー性結膜炎	19%	皮脂欠乏症	7%	胃炎	10%
14	咽頭炎	10%	皮脂欠乏性湿疹	16%	咽頭炎	7%	尋常性ざ瘡	10%
15	喘息性気管支炎	10%	アトピー性皮膚炎	14%	胃炎	6%	頭痛	9%

順位	40～64歳				65歳以上			
	かかりつけ医を持つ患者群		かかりつけ医を持たない患者群		かかりつけ医を持つ患者群		かかりつけ医を持たない患者群	
	主傷病名	出現率	主傷病名	出現率	主傷病名	出現率	主傷病名	出現率
1	アレルギー性鼻炎	31%	アレルギー性鼻炎	45%	高血圧症	53%	高血圧症	50%
2	高血圧症	26%	急性気管支炎	29%	アレルギー性鼻炎	27%	アレルギー性鼻炎	39%
3	急性気管支炎	18%	急性上気道炎	22%	高脂血症	22%	慢性胃炎	26%
4	急性上気道炎	14%	高血圧症	19%	高コレステロール血症	22%	高脂血症	23%
5	慢性胃炎	12%	急性咽頭喉頭炎	18%	糖尿病	20%	高コレステロール血症	23%
6	高脂血症	12%	慢性胃炎	17%	慢性胃炎	17%	急性気管支炎	23%
7	高コレステロール血症	12%	気管支喘息	16%	急性気管支炎	15%	糖尿病	22%
8	気管支喘息	11%	アレルギー性結膜炎	15%	腰痛症	15%	腰痛症	20%
9	アレルギー性結膜炎	11%	湿疹	12%	脂質異常症	12%	逆流性食道炎	20%
10	糖尿病	9%	腰痛症	12%	不眠症	12%	便秘症	20%
11	腰痛症	9%	胃炎	12%	逆流性食道炎	12%	不眠症	19%
12	高尿酸血症	9%	急性副鼻腔炎	12%	高尿酸血症	12%	急性上気道炎	17%
13	不眠症	8%	逆流性食道炎	12%	便秘症	12%	変形性膝関節症	15%
14	急性咽頭喉頭炎	8%	急性咽頭炎	12%	急性上気道炎	12%	気管支喘息	15%
15	脂質異常症	8%	不眠症	11%	2型糖尿病	10%	脂質異常症	15%

- 簡単な検査等の平均点数の分布
  - 地域包括診療料に包括されている診療報酬の一部（外来管理加算、明細書発行体制等加算、550点未満の検査、550点未満の処置、550点未満の画像診断）<sup>53</sup>および550点未満の精神科専門療法について、施設別に患者1人1日当たりの平均点数をみると、平均値（170点）の周りに分布が概ね集中していた（図表76）。

図表 76 施設別 簡単な検査等の患者1人1日当たり平均点数の分布\*1,2



- (注) \*1 「かかりつけ医を持つ患者群」に該当する患者が10人以上の施設を対象に集計。  
 \*2 個々の診療報酬項目の合算点数であり、検査料の多項目包括規定に該当する場合等については実際の請求点数と若干異なり得る。

<sup>53</sup> 地域包括診療料では、「患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれる」とされている。

## 引用文献

- [1] 厚生労働省, 横断的事項 かかりつけ医機能 (その1), 22 2 2017.  
[Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000152695.pdf>. [Accessed 26 5 2021].
- [2] 田中伸至, ドイツの外来医療における主治医機能と遠隔診療, 健保連海外医療保障, no. 120, pp. 1-9, 2018.
- [3] Bayerischen Hausärzterverband, Das Hausarztprogramm für Patienten - Einfach besser versorgt, [Online]. Available: <https://www.hausaerzte-bayern.de/index.php/hzv/warum-hzv/vorteile-patienten>. [Accessed 28 6 2021].
- [4] 伊奈川秀和, フランスの「主治医機能」について, 健保連海外医療保障, no. 120, pp. 10-17, 2018.
- [5] 一圓光彌 and 田畑雄紀, イギリスの家庭医制度, 健保連海外医療保障, no. 93, pp. 23-30, 2012.
- [6] KBV, Hausarztvertrag mit der Knappschaft, [Online]. Available: <https://www.kbv.de/html/7578.php>. [Accessed 5 7 2021].
- [7] NHS Scotland, Quality and Outcomes Framework, [Online]. Available: <https://www.isdscotland.org/health-topics/general-practice/quality-and-outcomes-framework/>. [Accessed 7 4 2021].
- [8] NHS, QOF 2019-20 results, [Online]. Available: <https://qof.digital.nhs.uk/>. [Accessed 4 12 2020].
- [9] NHS England, 2019/20 General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF), 4 2019. [Online]. Available: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/05/gms-contract-qof-guidance-april-2019.pdf>. [Accessed 4 12 2020].
- [10] M. Roland and B. Guthrie, Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?, BMJ, vol. 354, no. 8069, pp. 1-4, 2016.
- [11] 高山一夫, 現代米国における医療提供体制の改革—アカウントブル・ケア組織とセーフティネット・プロバイダーを中心に—, 京都橘大学研究紀要, pp. 121-36, 2017.
- [12] 前島優子, 「医療・介護に関する研究会」報告書 第5章 米国における医療の質向上と費用抑制の両立のための取り組み—ACOについて—, 5 2016. [Online]. Available: [https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2015/zk104\\_mokuji.htm](https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2015/zk104_mokuji.htm). [Accessed 22 6 2021].

- [13] CMS, Medicare Shared Savings Program Quality Measure Benchmarks For The 2019 Performance Year, 2019. [Online]. Available: <https://www.cms.gov/files/document/2019-ssp-quality-measures-benchmark.pdf>. [Accessed 7 4 2021].
- [14] CMS, Measures Inventory Tool, [Online]. Available: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ListMeasures](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ListMeasures). [Accessed 7 4 2021].
- [15] 厚生労働省, 第5回NDBオープンデータ, [Online]. Available: [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221\\_00008.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00008.html). [Accessed 14 1 2021].
- [16] 健康保険組合連合会, 新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査 報告書, 2 2021. [Online]. Available: <https://www.kenporen.com/include/press/2021/20210326.pdf>. [Accessed 21 7 2021].
- [17] 厚生労働省 中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会, 令和 2 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和 2 年度調査)の報告案について, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768007.pdf>. [Accessed 26 5 2021].
- [18] 内閣府, 経済財政運営と改革の基本方針 2021, 18 6 2021. [Online]. Available: [https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2021/2021\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2021/2021_basicpolicies_ja.pdf). [Accessed 28 6 2021].
- [19] 財務省 財政制度等審議会, 財政健全化に向けた建議, 21 5 2021. [Online]. Available: [https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia20210521/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia20210521/01.pdf). [Accessed 26 5 2021].
- [20] NHS Digital, Quality and Outcomes Framework, 2019-20, [Online]. Available: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/quality-and-outcomes-framework-achievement-prevalence-and-exceptions-data/2019-20#:~:text=Key%20Facts,-6%2C720%20practices%20included&text=Participation%20in%20QOF%20is%20voluntary,cover>. [Accessed 7 4 2021].
- [21] BMA, Quality and outcomes framework, 18 1 2021. [Online]. Available: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/funding-and-contracts/quality-and-outcomes-framework-qof>. [Accessed 28 6 2021].





医療保障総合政策調査・研究基金事業  
政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅴ  
新型コロナウイルス感染症の教訓を生かした医療  
報告書

---

令和3年9月発行  
健康保険組合連合会  
〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4  
TEL 03-3403-0987

---

※本報告書の無断引用、転載を禁じます。