

ヘルスケア業界ミニブック

— 地域連携のあり方、診療所概況及び医薬品動向 —

2021年5月



はじめに

高齢化が進むわが国の医療・介護を巡る環境は大きな変化を見せています。同時に足許では新型コロナウイルスへの対応が急務となっており、従来以上に変化に適応していくことがより重要になっています。

本書を監修する(株)日本政策投資銀行及び(株)日本経済研究所は、医療・介護分野に関して、従来から各種投融資業務、コンサルティング業務に加えて、「ヘルスケア業界データブック（日本医療企画刊）」や本書（「ヘルスケア業界ミニブック」）の発刊などの情報発信に取り組んできました。

今回の「ヘルスケア業界ミニブック」では、「医療、介護における地域連携のあり方」「一般診療所の概況」「バイオシミラーとオーソライズド・ジェネリック（AG）」「フォーミュラリー」という四つのテーマを取り上げています。

第1章では2020年度に実施した医療、介護における地域連携を進めていくうえでの課題について実施した調査結果の概要をまとめております。第2章では、「一般診療所の概況」として、在宅医療サービス等の動向にも着目しつつ、一般診療所の動向について都道府県毎のデータをまとめております。続く3、4章では、経営効率化や医療費適性化の観点から医薬品の分野で注目されている「バイオシミラーとオーソライズド・ジェネリック（AG）」の動きと、使用の観点から診療報酬でも議論されている「フォーミュラリー」について導入状況や事例をまとめました。

本書が、医療・介護関連産業に従事される皆様の業務やご議論をされる際の一助となれば幸いです。また、今後も皆様のご意見を頂戴しながら内容の改善・充実を図っていきたいと思います故、有益なご示唆を賜りますことを心よりお願い申し上げます。

(株)日本政策投資銀行・(株)日本経済研究所 ヘルスケア業界研究チーム

ヘルスケア業界ミニブック

— 地域連携のあり方、診療所概況及び医薬品動向 —

<目 次>

1	医療、介護における地域連携のあり方	1
(1)	地域連携体制構築への課題	1
(2)	地域連携の今後	5
2	一般診療所の概況	6
(1)	一般診療所の動向	6
(2)	都道府県別における一般診療所の動向	14
(3)	一般診療所動向のまとめ	21
3	バイオシミラーとオーソライズド・ジェネリック（AG）	22
(1)	バイオシミラー	22
(2)	オーソライズド・ジェネリック（AG）	27
(3)	後発品の薬価算定方式	28
(4)	医療費に与える影響	29
4	フォーミュラリー	31
(1)	フォーミュラリーとは	31
(2)	フォーミュラリーの導入状況	32
(3)	フォーミュラリーの導入事例	35
(4)	フォーミュラリーの導入の影響	39

1 医療、介護における地域連携のあり方

(1) 地域連携体制構築への課題

団塊の世代が75歳以上になる2025年を目前に、限られた医療資源により増大する医療需要に対応すべく、病床の機能分化・連携を進め、効率的かつ効果的な医療提供体制を実現しようとする動きが活発化している。地域で求められる医療・介護ニーズが増大する中にあるのは、医療機関同士で相互に機能分担しながら、また介護とも連携しつつ、効率的に医療提供体制の構築を進めていくことが求められている。

そこで、日本政策投資銀行グループでは、医療、介護における地域連携を進めていくうえでの課題を把握し、解決策を検討するため、医療機関、在宅医療事業者、介護事業者、調剤グループ、医薬品卸事業者、IT事業者等幅広くヒアリング等を行った。本章では、その一部を紹介したい。

■ 地域連携課題の抽出（ヒアリング等より抽出）

高度急性期・急性期病床	<p>【首都圏】「高度急性期、急性期の病院が多いため、競争が激しい」「安心して患者を送れる転院先の確保に難航」</p> <p>【地方部】「適度な役割分担ができていないが、役割を担った病院の診療機能が停止した場合、当該エリアから一部機能が喪失するリスクあり。」</p> <p>【共通】「病床転換は人材の離職等を考えると容易でない。」</p>
後方病床・在宅（病院側視点）※1	<ul style="list-style-type: none">在宅シフトの流れで、「回復期リハ」、「地域包括ケア」病床の必要性が高まっているが、医師・看護師等の人員・スキルが不足し、後方病床の活用度合い・医療提供レベルに差が出ている在宅医療の充実度は、各地域の在宅医・在宅看護師の数とスキルに依存している
在宅医療事業者	<ul style="list-style-type: none">在宅事業者が提供可能な医療・介護サービスの内容・範囲が知られていない
介護事業者	<ul style="list-style-type: none">展開エリアに在宅医が不足した場合、施設や在宅で受けられるサービスの幅が狭まる介護事業者が病院が行う退院支援に十分に関与できていないことにより、医療機関や家族に各サービスの特色や強みが伝わっていない
調剤グループ・医薬品卸事業者	<ul style="list-style-type: none">患者情報などのシステム連携が進んでいないため、服薬や検査などが重複している場合があるまた、患者情報が共有できる場合も、多職種カンファレンスに依存し、ハードルが高い
IT事業者	<ul style="list-style-type: none">医療・介護のICT連携がされていても、何が必要な情報が整理されておらず、活用されていない連携システムに参加する効果が十分に認識されていない

※1 ここでは後方病床という便宜的表現を用いているが、急性期より後の回復期、慢性期などの病状に対応した病床のことを指す（次ページ以降も同様）。

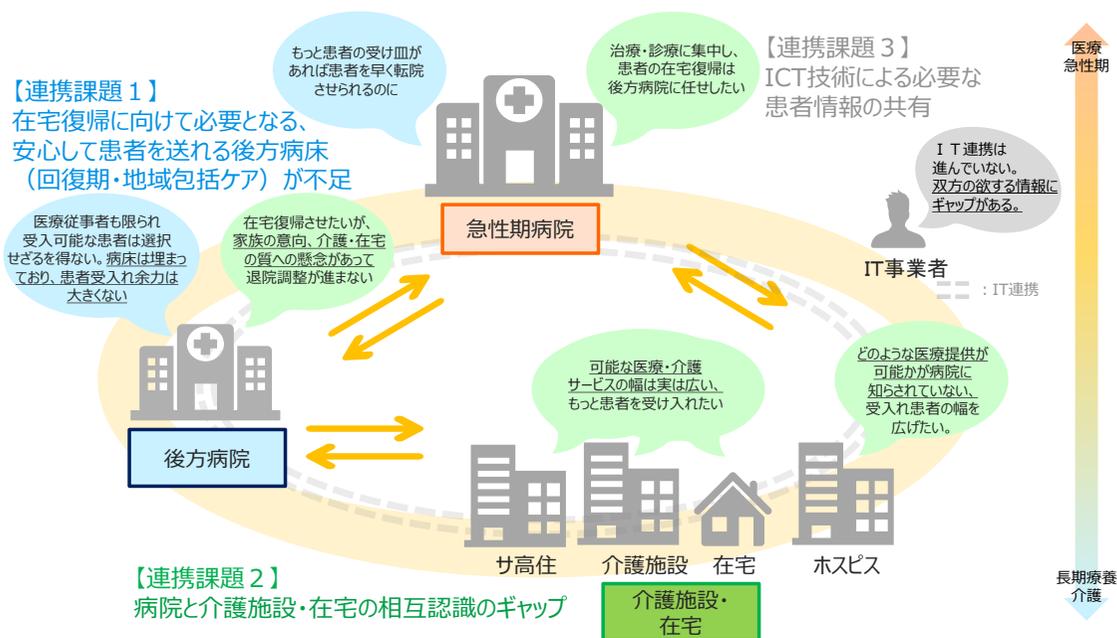
医療機関、及び民間事業者へのヒアリング等を基に医療、介護における地域連携の課題をそれぞれの立場からの視点でまとめると以下のような図となる。

急性期病院の視点に立つと、急性期機能に特化した病院を目指した場合、在院日数短縮の観点から、後方病院や介護施設・在宅などの転院先の確保が必要となる。他方、後方病院の立場としては、患者の受入れ体制が整っていないことや病床の不足などの理由により患者受入れの余力は大きくない場合も見受けられる。また、介護施設・在宅の立場としては、医療・介護のサービスの幅は実は広く、受け入れる患者をもっと増やしたいなどの意見があった。

また、IT事業者においては、病院と介護施設・在宅の双方が必要とする情報にギャップがあること、ICT連携を行うことのコスト対効果を十分に理解・共有が出来ていないことが課題としてあげられている。

次頁以降では、各課題について、それぞれの対応策の方向性を検討する。

■ 地域連携における課題のサークル



ア 安心して患者を送れる後方病床の不足

急性期病院からの主な転院先の選択肢の現状は、後方病院やグループ内外の介護施設や在宅が考えられるが、この「介護施設・在宅」での本来の受け皿機能を発揮することで早期の在宅復帰が実現可能となることが考えられる。

また、後方病床の不足については、首都圏及び地方部においても状況や課題点が異なるため、それぞれのエリア別に検討を行う。

<首都圏>

首都圏での対応としては、①後方病院の在院日数を短期化し、介護施設・在宅に早期に復帰させること、②介護施設・在宅が本来の受け皿機能を果たすとともに、その対応範囲を更に広げて（看護小規模多機能型居宅介護の開設等）後方病院の機能の一部を代替することが考えられる。

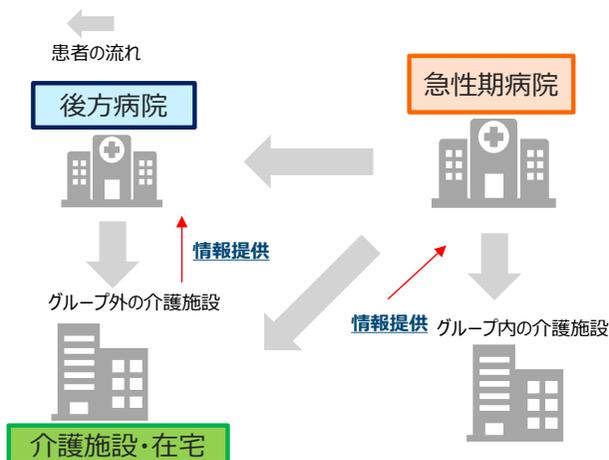
また、上記の対応の実現のためには、医療機関側から期待する本来の受け皿機能と、介護施設・在宅側が想定している受け皿機能には未だ認識ギャップと質のばらつきが存在しているため、相互の認識共有の場や仕組み作りが重要である。

<地方部>

地方部での対応としては、後方病床が足りない地域もあれば、多くて競争が激しい地域もあり、多様であるが、急性期病院・後方病院ともに診療内容の特色を強めつつ、需要に応じた医療資源の効率的な配置が必要となる。そのなかで、後方病院の質向上及び円滑な連携が期待される。

また、上記の対応の実現のためには、医療の質や継続性を担保した上での機能再編が必要であり、医師会・大学・自治体等からの機能転換に向けた各種バックアップも再編において重要である。

■ 転院先の選択肢



「介護施設・在宅」が本来の受け皿機能を発揮することによる早期在宅復帰の実現

ただし、実現には、民間の在宅医療事業・介護事業者総体として早急なレベルアップが不可欠

イ 病院と介護施設・在宅の相互認識のギャップ

医療、介護における地域連携の現状課題としては、それぞれの立場における必要な情報や有している情報にギャップが存在し、このことが連携促進の障壁となっていると考えられる。

上記の課題における対応としては、①医療・介護両方の現場をよく知る訪問看護師がハブとなり、医療機関の退院調整に早期に関与し、在宅の情報を提供すること、②退院後の居場所は、ケアの方針や費用等に関する適切かつ十分な情報を基に、患者・家族が自立的に決定することが考えられる。

また、上記の対応の実現のためには、介護・在宅側を巻き込んだ退院調整の場、つなぐ役割としての訪問看護師の地位確立とインセンティブ付与、他職種連携からのバックアップが必要である。

■ 地域連携時の情報の所在

必要な情報と、有している情報との間にギャップがある				
	医療機関 (医師・看護師)	在宅医療事業者・ 介護事業者	MSW ケアマネージャー	患者・家族
医療情報 (治療や疾患に 関する情報)	○ ・ 搬送時、治療・処置時に把握	○ ・ 患者・家族からの説明により把握	○ ・ 医療機関を起点に、MSWが本人や患者・家族に情報提供	○ ・ 医療機関、MSWからの説明により把握
在宅ケアや 介護サービスの 情報	△ ・ どの介護サービスでどこまでのケアに対応可能かは現状、MSWに依存	○ ・ サービス提供時に把握	○ ・ ケアマネージャーが医療機関と患者・家族に情報提供	△ ・ 必要なケアに対応可能な施設情報があまい
生活情報 (本人の意向、 家族の情報)	△ ・ 退院調整時に把握する場合もある	△ ・ 情報を事前に得られれば、より円滑に連携可	○ ・ MSW・ケアマネージャーが患者・家族から情報を吸い上げ、情報提供	○ ・ 患者本人の意向や家族のサポート可否、経済負担の方針

ウ ICT技術による必要な患者情報の共有

医療、介護における地域連携の現状課題としては、医療機関や介護事業者がICT連携を行うことで発生する費用に対し、効果やメリットを十分に理解・共有が出来ていないことが考えられる。

上記の課題における対応としては、①医療機関と介護施設・在宅では情報のニーズが異なるため、必要な情報を整理し、入力項目を絞り込むこと（例えば、連携の観点から服薬情報は必要）、②費用対効果を地域全体で具体的に認識し、（共同で）投資すべく合意形成を行うことが考えられる。

また、上記の対応の実現のためには、医療機関側・介護側双方のニーズの綿密な擦り合わせと、そのプロセスへのIT事業者の積極的な関与、更にはこうした取組みによるデファクトスタンダードの形成が必要である。

■ 患者情報の共有に伴う効果と費用

効果（削減コスト、提供価値の向上）

<共通>

- 紙での書類作成の手間、複数の事業体による二重入力削減
- 電話やFAXによるコミュニケーションコストの削減

<医療機関・介護施設・在宅>

- 予め患者の必要情報を登録することで、スムーズな診断、治療、ケアが可能となり、質の向上につながる

<患者・家族>

- 日頃の様子や容態の情報が蓄積されており、適切な治療・ケアが受けられ、サービス価値向上

費用（増加コスト）

- システムの設計、コンセプトを検討・調整する期間
- システムの導入・維持管理費用（将来の運用負担も含む）
- 情報の入力（一次情報の入力者：コンセプトの整理）
- 情報管理・漏洩に対するリスク

（2）地域連携の今後

医療機関及び民間事業者へのヒアリング等を基に、医療、介護における地域連携での課題抽出と対応の考察を行った。連携自体はコロナ禍以前からの課題ではあったが、新型コロナウイルス感染症流行により、急性期や後方病床等の病院機能の役割を再認識する又は見直す必要性はより高まっていると考えられる。

今後更なる大高齢化時代を迎えるにあたり後方病院や介護施設・在宅においては、在宅復帰に向けた本来の受け皿機能を発揮することで、急性期病院への支援に繋がり、より多くの急性期患者の対応が可能となる。

また、コロナ禍においてオンライン診療やWEB会議を実施するケースが医療機関でも増えており、ICT技術の活用必要性が再認識されることで、医療介護の連携においてもより一層のICT技術の活用が期待される。病院と介護施設・在宅間のコミュニケーションにおいても、ICT技術の活用は両者の相互認識のギャップ解消にも寄与することが考えられる。

2 一般診療所の概況

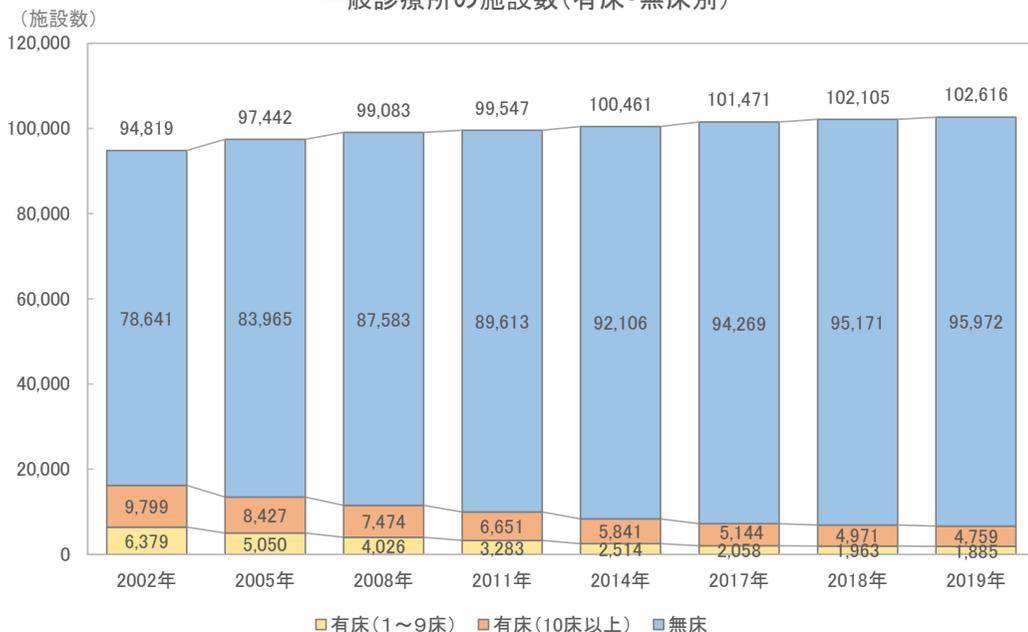
(1) 一般診療所の動向

ア 一般診療所の施設数

一般診療所は、医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所（歯科医業のみは除く。）であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するものをいう。

一般診療所の施設数は年々増加しており、有床・無床別にみると、無床診療所は増加している一方で、有床診療所は1～9床、10床以上ともに減少している。開設者別の構成割合は、多い順に医療法人42.5%、個人40.0%、社会福祉法人9.8%となっている。

一般診療所の施設数(有床・無床別)



	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2016年	2017年	2018年	2019年	構成割合(%)
総数	94,819	97,442	99,083	99,547	100,461	101,529	101,471	102,105	102,616	100.0
国	586	633	589	585	532	542	532	536	537	0.5
公的医療機関	4,186	3,964	3,743	3,632	3,593	3,610	3,583	3,550	3,522	3.4
社会保険関係団体	828	750	665	581	513	484	471	464	450	0.4
公益法人	942	899	912	854	568	556	506	499	509	0.5
医療法人	27,108	30,941	34,858	36,859	39,455	41,140	41,927	42,822	43,593	42.5
私立学校法人	124	146	164	174	178	181	183	187	188	0.2
社会福祉法人	5,101	6,202	7,117	7,818	8,788	9,339	9,592	9,853	10,015	9.8
医療生協	281	311	321	318	316	313	308	304	301	0.3
会社	2,550	2,318	2,244	2,130	1,983	1,875	1,757	1,712	1,676	1.6
その他の法人	787	585	403	369	672	719	720	734	752	0.7
個人	52,326	50,693	48,067	46,227	43,863	42,770	41,892	41,444	41,073	40.0

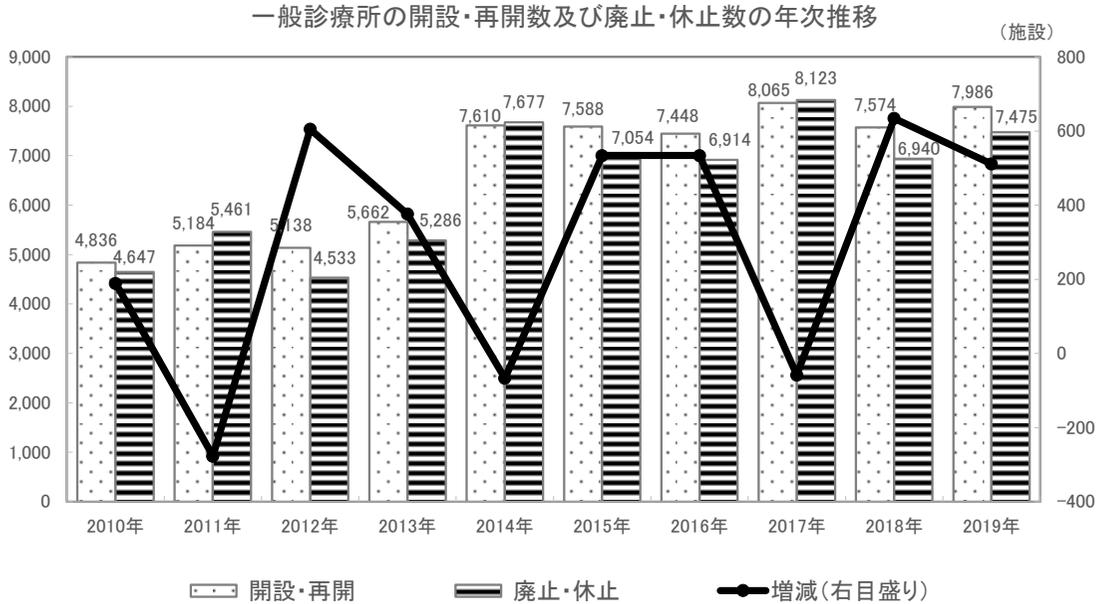
(注) 1. 国は、厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人等が含まれる。

2. 公的医療機関は、自治体、地方独立行政法人、日赤、済生会、厚生連、国民健康保険団体連合等が含まれる。

出典：厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」(2017年)、「医療施設(動態)調査」(2018年、2019年)を基に加工。

一般診療所の開設・再開数及び廃止・休止数の年次推移をみると、前者は 2014 年以降、7,000 施設～8,000 施設前後で推移している。また、後者も 2014 年以降、7,000 施設前後で推移している。

一般診療所の増減数は、2011 年・2014 年・2017 年にマイナスとなっているが、他の年度はプラスとなっている。



出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2017 年）、「医療施設（動態）調査」（2018 年、2019 年）を基に加工。

イ 一般診療所の診療科数

一般診療所の総数は、2002年から2017年にかけて増加している。

診療科ごとに増減トレンドをみると、内科や整形外科、皮膚科などを中心に増加傾向となっている。また、患者数が増加している糖尿病を治療する糖尿病内科など、細分化された診療科や新設された診療科も設置されている。

一方、減少傾向が特に目立つ診療科としては、外科、産婦人科、産科が挙げられる。

(単位：施設)

	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年	増減トレンド
総数	94,819	97,442	99,083	98,156	100,461	101,471	
内科	48,546	49,501	50,237	48,810	49,843	49,961	
呼吸器内科	245	267	276	359	380	402	
循環器内科	1,187	1,221	1,328	1,476	1,534	1,595	
消化器内科 (胃腸内科)	2,800	2,724	2,433	2,434	2,422	2,517	
腎臓内科	0	0	110	230	427	522	
神経内科	419	422	386	315	329	356	
糖尿病内科 (代謝内科)	0	0	129	264	401	531	
血液内科	0	0	3	21	13	14	
皮膚科	3,712	3,936	4,448	4,411	4,569	4,758	
アレルギー科	160	186	238	182	178	183	
リウマチ科	177	218	273	215	213	237	
感染症内科	0	0	25	18	19	19	
小児科	5,276	5,481	5,411	5,381	5,510	5,426	
精神科	1,878	2,269	2,585	2,909	3,160	3,439	
心療内科	300	483	608	659	730	747	
外科	4,344	3,950	3,343	3,049	2,739	2,388	
呼吸器外科	3	2	1	6	4	4	
心臓血管外科	3	10	26	32	41	73	
乳腺外科	0	0	64	133	166	198	
気管食道外科	4	5	53	29	17	17	
消化器外科 (胃腸外科)	0	0	290	230	187	170	
泌尿器科	1,137	1,304	1,437	1,517	1,616	1,712	
肛門外科	185	208	218	220	226	222	
脳神経外科	568	724	829	917	969	1,023	
整形外科	6,157	6,541	6,761	6,915	7,228	7,317	
形成外科	330	408	305	343	370	440	
美容外科	281	435	459	505	576	616	
眼科	7,305	7,472	7,261	7,167	7,177	7,211	
耳鼻いんこう科	4,838	4,859	4,825	4,842	4,977	4,956	
小児外科	3	8	14	21	27	27	
産婦人科	3,248	3,023	3,077	2,890	2,730	2,651	
産科	383	345	190	164	174	171	
婦人科	746	786	687	663	670	665	
リハビリテーション科	147	129	115	116	110	125	
放射線科	122	132	145	151	135	158	
麻酔科	230	301	373	383	399	391	
病理診断科	0	0	5	10	10	20	
臨床検査科	0	0	3	4	9	13	
救急科	0	0	4	5	9	14	
歯科	82	91	105	154	160	177	
矯正歯科	1	0	1	3	3	1	
小児歯科	0	0	1	0	1	0	
歯科口腔外科	2	1	1	3	3	4	

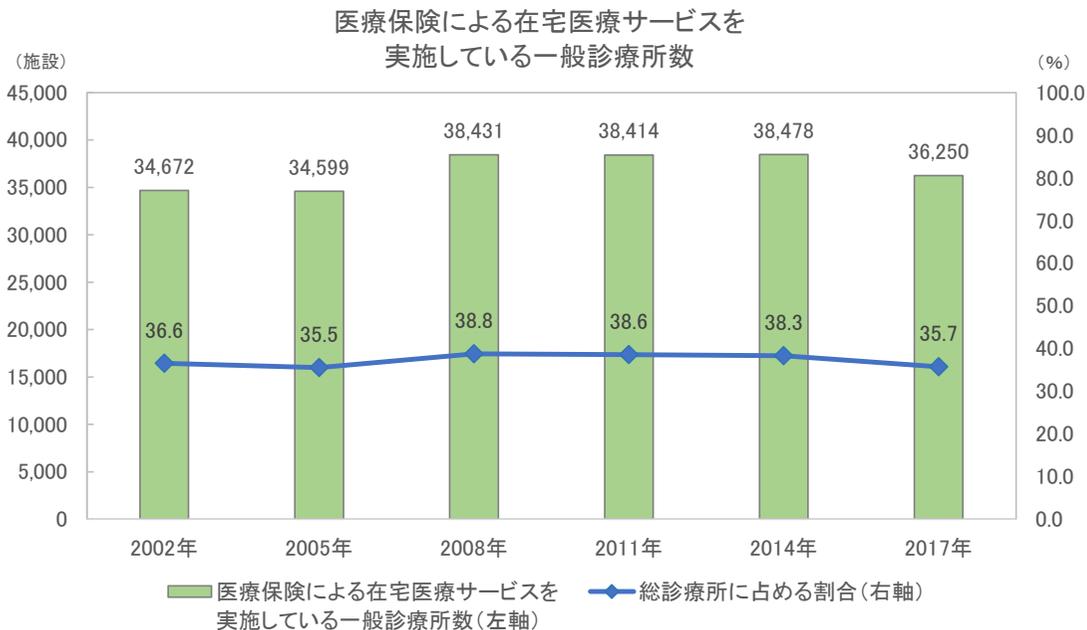
(注) 2つ以上の科を標榜している診療所については、そのうち主な1科(主たる診療科目)としている。

出典：厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」(2017年)を基に加工。

ウ 一般診療所における在宅医療サービス

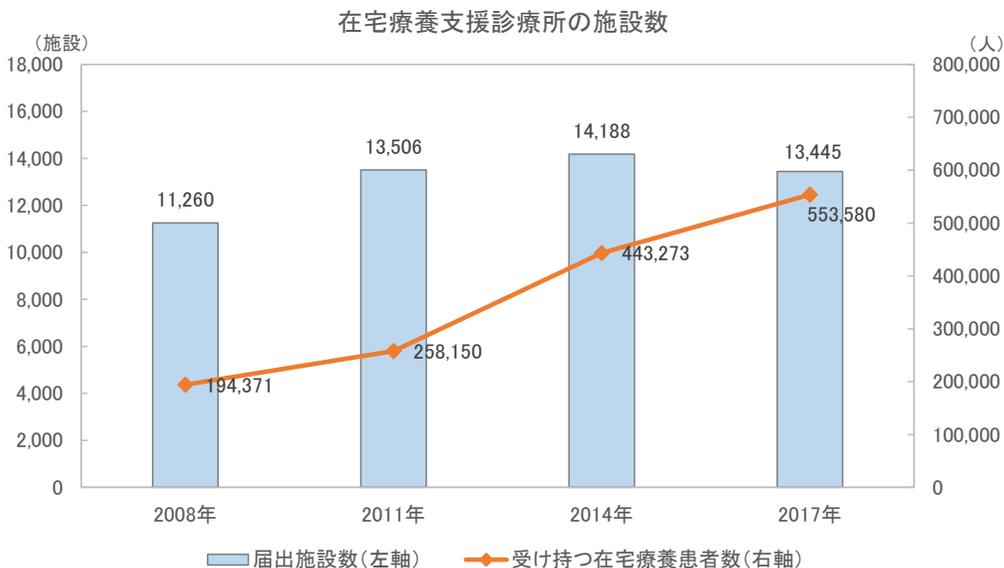
医療保険による在宅医療サービスを実施している一般診療所数は、2008年以降横ばい傾向にあったが、2017年は36,250施設と2014年と比較して減少している。

医療保険による在宅医療の各サービスの実施施設数と実施件数は、次頁のとおりである。

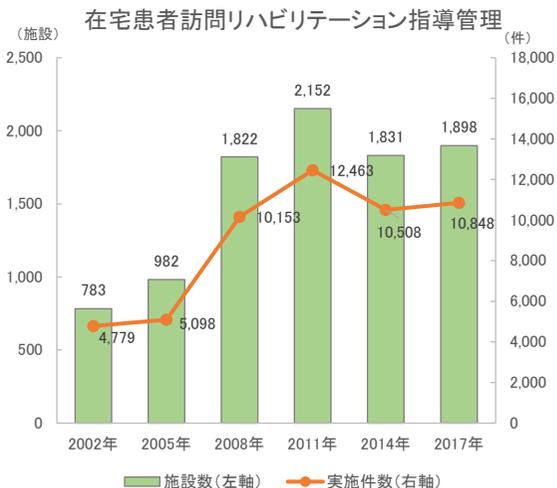


2006年度より創設された在宅療養支援診療所であるが、届け出を行っている診療所数は、2008年～2014年にかけて増加傾向であったが、2017年には減少している。

他方、在宅療養支援診療所で受け持つ在宅療養患者数は2008年以降、右肩上がりの増加を続けている。



出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2008、2011、2014、2017年）を基に加工。



(注) 1. 「在宅看取り」については、2002年及び2005年の該当するデータなし。
 2. 往診は通院不可の患者の要請に基づく診療であるのに対し、在宅患者訪問診療は定期的かつ計画的に訪問し、診療等を行うという違いがある。

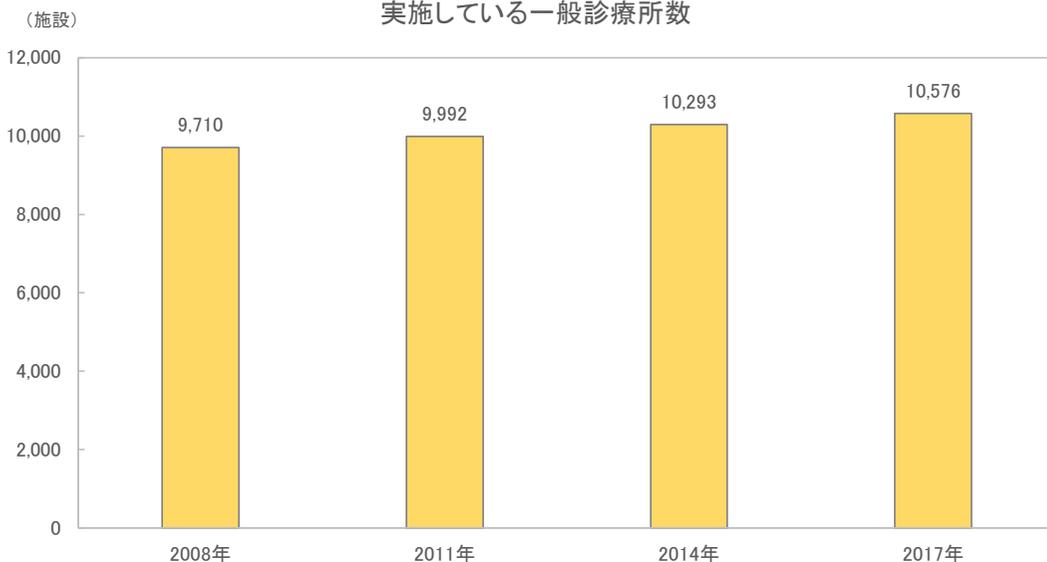
出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2008、2011、2014、2017年）を基に加工。

介護保険による在宅医療サービスを実施している一般診療所は、2008年以降、年々増加している。

介護保険による在宅医療サービスでは、特に訪問リハビリテーションを実施する一般診療所が増加しており、その実施件数も同様に増えている。

一方、介護保険による訪問看護を行う一般診療所は減少傾向にあり、その実施件数は2011年以降、ほぼ横ばいで推移している。

介護保険による在宅医療サービスを実施している一般診療所数



訪問リハビリテーション
(介護予防サービスを含む)



訪問看護
(介護予防サービスを含む)



出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2008、2011、2014、2017年）を基に加工。

エ 一般診療所の従事者数

一般診療所の従事者は、総数では70万人前後で推移しており、2017年は708,307人となっている。職種別にみると、増加傾向にある職種として医師、看護師等が挙げられ、特にリハビリテーションなどを担う理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、視能訓練士が近年、急激に増加している。

■ 一般診療所の従事者数（職種別）

（単位：人）

	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年
総数	607,673	669,325	699,202	730,546	681,101	708,307
医師	115,873	113,103	117,568	119,873	130,678	135,606
常勤	99,853	96,369	97,357	97,079	101,654	102,960
非常勤	16,020	16,734	20,211	22,794	29,024	32,646
歯科医師	1,706	1,789	1,881	1,978	1,884	2,088
常勤	1,088	1,195	1,257	1,157	1,161	1,297
非常勤	618	594	624	821	723	791
薬剤師	6,327	6,744	6,551	6,359	4,842	4,298
保健師	5,207	4,565	5,185	5,049	6,985	8,111
助産師	3,239	3,533	5,207	5,784	6,848	7,661
看護師	78,138	75,843	84,963	94,412	110,610	138,020
准看護師	122,803	101,544	89,697	82,549	86,491	87,910
看護業務補助者	32,925	33,753	31,932	31,900	22,177	19,152
理学療法士（PT）	3,458	4,471	6,683	9,821	10,988	13,256
作業療法士（OT）	1,079	1,312	1,805	2,407	2,350	2,687
視能訓練士	1,246	1,812	2,647	3,383	3,765	4,569
言語聴覚士	395	598	714	806	759	858
義肢装具士	71	75	81	74	42	44
歯科衛生士	1,425	1,628	1,604	1,627	1,580	1,628
歯科技工士	621	234	196	208	176	189
診療放射線技師	6,028	7,678	8,673	9,477	8,703	9,458
診療エックス線技師	1,382	1,353	1,498	1,197	1,175	1,103
臨床検査技師	9,530	11,330	12,388	12,686	11,119	11,906
衛生検査技師	377	303	321	370	217	351
臨床工学技士	2,870	3,746	4,627	5,415	5,823	6,859
あん摩マッサージ指圧師	4,978	5,193	4,639	4,055	2,952	2,379
柔道整復師	1,671	2,129	2,931	3,526	3,649	3,618
管理栄養士	-	-	-	-	4,027	4,193
栄養士	6,499	6,892	7,557	7,286	2,003	1,695
精神保健福祉士	596	1,058	1,433	1,668	1,635	1,708
社会福祉士	1,010	1,490	2,239	2,630	1,323	1,324
介護福祉士	10,940	15,943	24,656	31,646	14,785	15,022
保育士	-	-	-	1,881	1,080	1,360
その他の技術員	9,937	10,711	9,733	10,450	7,169	6,973
医療社会事業従事者	2,005	1,515	1,863	1,847	1,092	1,138
事務職員	170,177	184,252	195,937	206,430	180,858	173,292
その他の職員	5,157	64,728	63,994	63,753	43,320	39,854

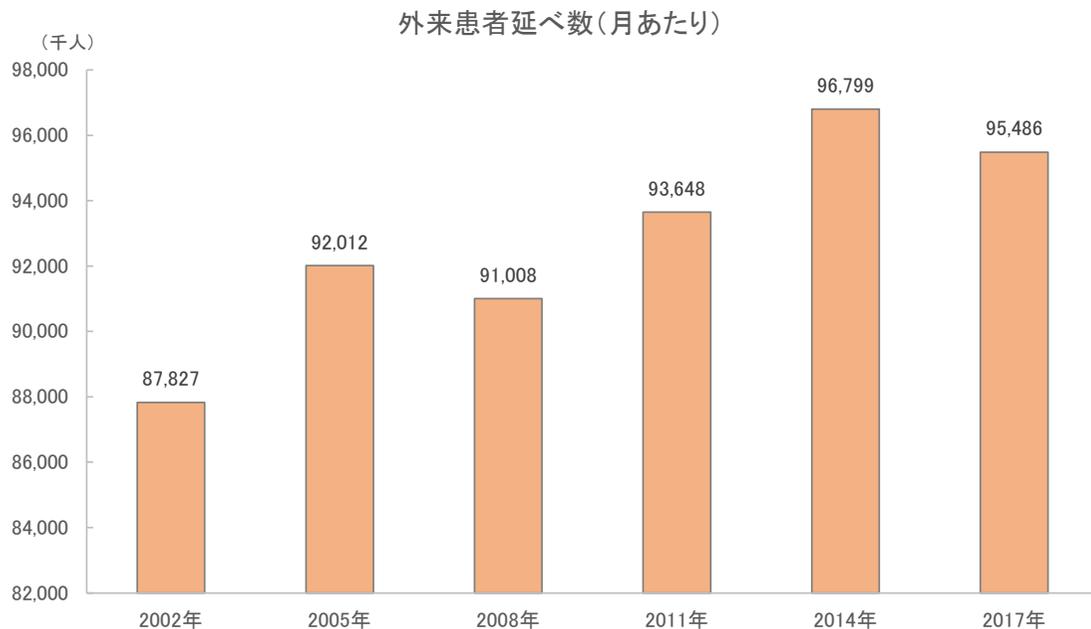
（注）常勤換算は、その職務に従事した1週間の勤務時間（残業は除く。）を当該医療機関施設の通常の1週間の勤務時間で除した数である。

出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2008、2011、2014、2017年）を基に加工。

オ 一般診療所の外来患者数

下記のグラフは、2002年～2017年の各年度における9月中の一般診療所の外来患者数を示したものである。

一般診療所における月あたりの外来患者延べ数は概ね増加傾向にあり、2005年に9千万人を超え、2014年以降は、9千万人台の後半で推移している。



(注) 外来患者は、新来、再来、往診及び巡回診療患者の区別なく、すべてを合計したものをいい、同一患者が2つ以上の診療科で診療を受け、それぞれの科で診療録が作成した場合は、それぞれの診療科の外来患者として取り扱っている。

出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2008、2011、2014、2017年）を基に加工。

(2) 都道府県別における一般診療所の動向

ア 一般診療所の施設数

都道府県別の一般診療所数を人口 10 万人あたりの診療所数で見ると、施設が多い順に和歌山県 110.8、島根県 106.1、長崎県 103.3 となっている（青色の網掛け）。

反対に、施設数が少ないのは、埼玉県の 59.6、千葉県 の 61.0、茨城県の 61.2 である（ピンク色の網掛け）。

■ 都道府県別の一般診療所数

（単位：施設、カッコは2002年と比較した増減率）

	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年	2018年	2019年		人口10万人 対診療所数
全 国	94,819	97,442	99,083	99,547	100,461	101,471	102,105	102,616	(8.2%)	81.3
01 北 海 道	3,344	3,363	3,375	3,377	3,377	3,384	3,392	3,397	(1.6%)	64.7
02 青 森	974	972	938	903	895	881	885	877	(-10.0%)	70.4
03 岩 手	882	914	924	902	902	874	882	879	(-0.3%)	71.6
04 宮 城	1,540	1,575	1,580	1,571	1,626	1,659	1,673	1,671	(8.5%)	72.5
05 秋 田	803	807	813	821	822	804	814	802	(-0.1%)	83.0
06 山 形	893	930	931	920	932	926	919	919	(2.9%)	85.3
07 福 島	1,401	1,434	1,468	1,391	1,366	1,355	1,351	1,346	(-3.9%)	72.9
08 茨 城	1,601	1,661	1,687	1,711	1,722	1,728	1,738	1,749	(9.2%)	61.2
09 栃 木	1,331	1,372	1,422	1,411	1,424	1,442	1,458	1,460	(9.7%)	75.5
10 群 馬	1,477	1,527	1,561	1,555	1,555	1,563	1,550	1,551	(5.0%)	79.9
11 埼 玉	3,590	3,778	3,960	4,081	4,148	4,261	4,328	4,378	(21.9%)	59.6
12 千 葉	3,538	3,620	3,642	3,678	3,710	3,759	3,791	3,818	(7.9%)	61.0
13 東 京	11,848	12,269	12,572	12,612	12,780	13,257	13,429	13,707	(15.7%)	98.5
14 神 奈 川	5,761	6,053	6,277	6,424	6,556	6,661	6,739	6,820	(18.4%)	74.1
15 新 潟	1,725	1,692	1,688	1,675	1,687	1,675	1,671	1,671	(-3.1%)	75.2
16 富 山	772	782	774	773	768	760	764	762	(-1.3%)	73.0
17 石 川	828	855	852	871	874	876	873	872	(5.3%)	76.6
18 福 井	556	576	594	591	582	575	575	573	(3.1%)	74.6
19 山 梨	624	642	662	679	688	692	695	698	(11.9%)	86.1
20 長 野	1,457	1,509	1,549	1,553	1,561	1,581	1,574	1,574	(8.0%)	76.8
21 岐 阜	1,419	1,503	1,522	1,570	1,579	1,585	1,590	1,587	(11.8%)	79.9
22 静 岡	2,555	2,627	2,666	2,693	2,685	2,708	2,718	2,732	(6.9%)	75.0
23 愛 知	4,559	4,785	4,986	5,058	5,227	5,347	5,404	5,455	(19.7%)	72.2
24 三 重	1,373	1,439	1,484	1,506	1,527	1,525	1,529	1,519	(10.6%)	85.3
25 滋 賀	870	913	961	1,004	1,035	1,070	1,089	1,091	(25.4%)	77.2
26 京 都	2,492	2,504	2,516	2,481	2,459	2,459	2,461	2,451	(-1.6%)	94.9
27 大 阪	7,951	8,116	8,198	8,225	8,307	8,400	8,481	8,533	(7.3%)	96.9
28 兵 庫	4,631	4,800	4,908	4,967	4,983	5,053	5,071	5,125	(10.7%)	93.8
29 奈 良	1,037	1,096	1,145	1,165	1,187	1,204	1,211	1,215	(17.2%)	91.4
30 和 歌 山	1,075	1,083	1,070	1,059	1,070	1,035	1,034	1,025	(-4.7%)	110.8
31 鳥 取	555	542	527	517	511	497	502	497	(-10.5%)	89.4
32 島 根	759	762	745	732	723	721	723	715	(-5.8%)	106.1
33 岡 山	1,591	1,616	1,626	1,622	1,653	1,648	1,654	1,650	(3.7%)	87.3
34 広 島	2,562	2,602	2,617	2,611	2,591	2,546	2,550	2,563	(0.0%)	91.4
35 山 口	1,319	1,321	1,294	1,276	1,274	1,268	1,263	1,240	(-6.0%)	91.3
36 徳 島	776	783	778	759	743	730	730	727	(-6.3%)	99.9
37 香 川	805	806	819	818	822	834	822	825	(2.5%)	86.3
38 愛 媛	1,213	1,208	1,237	1,239	1,247	1,245	1,244	1,226	(-1.1%)	91.6
39 高 知	594	599	574	580	569	560	560	549	(-7.6%)	78.7
40 福 岡	4,281	4,374	4,448	4,491	4,587	4,666	4,699	4,713	(10.1%)	92.3
41 佐 賀	670	686	694	691	684	689	689	691	(3.1%)	84.8
42 長 崎	1,429	1,439	1,438	1,414	1,409	1,380	1,383	1,371	(-4.1%)	103.3
43 熊 本	1,466	1,479	1,453	1,459	1,471	1,457	1,463	1,469	(0.2%)	84.0
44 大 分	937	955	965	973	972	965	955	949	(1.3%)	83.6
45 宮 崎	878	903	900	899	891	884	888	899	(2.4%)	83.8
46 鹿 児 島	1,365	1,404	1,437	1,409	1,406	1,400	1,397	1,374	(0.7%)	85.8
47 沖 縄	712	766	806	830	874	882	894	901	(26.5%)	62.0

出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2017年）、「医療施設（動態）調査」（2018年、2019年）を基に加工。

イ 在宅医療サービスのうち往診を行う一般診療所数

都道府県別の往診を行う一般診療所数を人口 10 万人あたりの診療所数でみると、施設が多い順に和歌山県 37.0、島根県 31.1、徳島県 26.8 となっている（青色の網掛け）。

反対に、施設数が少ないのは、沖縄県の 6.4、埼玉県の 8.4、北海道の 8.7 である（ピンク色の網掛け）。

■ 往診を行う一般診療所数

（単位：施設、カッコは2002年と比較した増減率）

	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年	人口10万人 対診療所数
全 国	27,852	26,626	25,936	24,038	23,358	20,851 (-25.1%)	16.5
01 北 海 道	760	684	615	547	517	465 (-38.8%)	8.7
02 青 森	233	226	201	171	152	139 (-40.3%)	10.9
03 岩 手	177	161	172	134	146	115 (-35.0%)	9.2
04 宮 城	383	362	348	258	277	234 (-38.9%)	10.1
05 秋 田	233	210	230	194	181	164 (-29.6%)	16.5
06 山 形	334	339	314	287	264	234 (-29.9%)	21.2
07 福 島	453	459	440	-	317	285 (-37.1%)	15.1
08 茨 城	413	381	377	339	316	275 (-33.4%)	9.5
09 栃 木	420	401	357	361	300	283 (-32.6%)	14.5
10 群 馬	567	530	514	468	426	388 (-31.6%)	19.8
11 埼 玉	895	766	790	703	700	611 (-31.7%)	8.4
12 千 葉	718	713	702	610	614	566 (-21.2%)	9.1
13 東 京	2,534	2,559	2,498	2,447	2,318	2,041 (-19.5%)	14.9
14 神 奈 川	1,289	1,244	1,293	1,283	1,199	1,123 (-12.9%)	12.3
15 新 潟	627	582	545	503	458	436 (-30.5%)	19.2
16 富 山	275	258	273	235	207	178 (-35.3%)	16.9
17 石 川	269	248	236	253	222	208 (-22.7%)	18.1
18 福 井	163	165	177	165	146	134 (-17.8%)	17.2
19 山 梨	192	161	176	162	139	135 (-29.7%)	16.4
20 長 野	524	538	558	518	477	442 (-15.6%)	21.3
21 岐 阜	527	492	492	504	497	478 (-9.3%)	23.8
22 静 岡	693	663	616	569	559	481 (-30.6%)	13.1
23 愛 知	1,416	1,305	1,287	1,221	1,196	1,066 (-24.7%)	14.2
24 三 重	519	481	488	463	428	381 (-26.6%)	21.2
25 滋 賀	313	294	302	298	265	271 (-13.4%)	19.2
26 京 都	847	723	728	761	710	661 (-22.0%)	25.4
27 大 阪	2,275	2,280	2,144	2,137	2,235	1,938 (-14.8%)	22.0
28 兵 庫	1,546	1,567	1,508	1,498	1,451	1,349 (-12.7%)	24.5
29 奈 良	322	335	361	364	355	292 (-9.3%)	21.7
30 和 歌 山	452	449	423	409	406	350 (-22.6%)	37.0
31 鳥 取	187	216	186	172	158	133 (-28.9%)	23.5
32 島 根	309	303	281	268	255	213 (-31.1%)	31.1
33 岡 山	619	562	531	499	483	393 (-36.5%)	20.6
34 広 島	971	934	912	877	805	714 (-26.5%)	25.2
35 山 口	433	388	384	330	284	274 (-36.7%)	19.8
36 徳 島	315	285	275	248	231	199 (-36.8%)	26.8
37 香 川	292	277	283	259	257	230 (-21.2%)	23.8
38 愛 媛	436	382	393	374	368	328 (-24.8%)	24.0
39 高 知	162	152	146	128	121	72 (-55.6%)	10.1
40 福 岡	1,295	1,259	1,194	1,039	1,008	860 (-33.6%)	16.8
41 佐 賀	221	210	194	180	186	167 (-24.4%)	20.3
42 長 崎	471	449	463	419	423	359 (-23.8%)	26.5
43 熊 本	572	523	432	416	380	329 (-42.5%)	18.6
44 大 分	360	321	325	287	255	245 (-31.9%)	21.3
45 宮 崎	266	239	244	194	169	154 (-42.1%)	14.1
46 鹿 児 島	471	458	447	390	405	366 (-22.3%)	22.5
47 沖 縄	103	92	81	96	92	92 (-10.7%)	6.4

出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2008、2011、2014、2017年）を基に加工。

ウ 在宅医療サービスのうち訪問診療を行う一般診療所数

都道府県別の往診を行う一般診療所数を人口 10 万人あたりの診療所数でみると、施設が多い順に和歌山県 33.5、島根県 31.1、長崎県 26.7 となっている（青色の網掛け）。

反対に、施設数が少ないのは、沖縄県の 7.3、千葉県の 7.6、埼玉県の 7.7 である（ピンク色の網掛け）。

■ 訪問診療を行う一般診療所数

（単位：施設、カッコは2002年と比較した増減率）

	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年	人口10万人 対診療所数
全 国	16,864	16,920	19,501	19,950	20,597	20,167 (19.6%)	15.9
01 北 海 道	422	400	468	500	496	485 (14.9%)	9.1
02 青 森	176	165	151	147	167	144 (-18.2%)	11.3
03 岩 手	99	101	118	120	124	116 (17.2%)	9.2
04 宮 城	218	207	242	189	233	214 (-1.8%)	9.2
05 秋 田	159	169	198	207	192	176 (10.7%)	17.7
06 山 形	212	231	252	240	232	211 (-0.5%)	19.1
07 福 島	315	320	362	-	308	278 (-11.7%)	14.8
08 茨 城	236	242	271	277	270	266 (12.7%)	9.2
09 栃 木	193	189	201	225	212	221 (14.5%)	11.3
10 群 馬	308	317	360	375	380	387 (25.6%)	19.7
11 埼 玉	425	394	519	530	555	564 (32.7%)	7.7
12 千 葉	353	403	473	449	491	476 (34.8%)	7.6
13 東 京	1,502	1,566	1,898	1,840	1,871	1,724 (14.8%)	12.6
14 神 奈 川	678	762	975	1,042	1,051	1,047 (54.4%)	11.4
15 新 潟	350	336	396	394	416	413 (18.0%)	18.2
16 富 山	171	174	208	212	207	209 (22.2%)	19.8
17 石 川	174	163	205	213	211	218 (25.3%)	19.0
18 福 井	105	110	134	150	145	144 (37.1%)	18.5
19 山 梨	67	65	83	82	107	107 (59.7%)	13.0
20 長 野	359	352	435	445	436	435 (21.2%)	21.0
21 岐 阜	367	361	407	463	457	455 (24.0%)	22.7
22 静 岡	454	444	489	513	503	453 (-0.2%)	12.3
23 愛 知	910	904	1,037	1,102	1,104	1,099 (20.8%)	14.6
24 三 重	272	276	323	343	345	338 (24.3%)	18.8
25 滋 賀	187	198	240	266	269	277 (48.1%)	19.6
26 京 都	510	467	550	594	568	618 (21.2%)	23.8
27 大 阪	1,424	1,463	1,590	1,847	1,990	1,968 (38.2%)	22.3
28 兵 庫	966	970	1,196	1,271	1,264	1,289 (33.4%)	23.4
29 奈 良	175	196	244	273	290	269 (53.7%)	20.0
30 和 歌 山	282	294	312	336	339	317 (12.4%)	33.5
31 鳥 取	151	159	166	170	164	149 (-1.3%)	26.4
32 島 根	235	236	247	243	230	213 (-9.4%)	31.1
33 岡 山	445	403	440	448	449	423 (-4.9%)	22.2
34 広 島	631	648	690	717	721	691 (9.5%)	24.4
35 山 口	288	282	291	290	278	284 (-1.4%)	20.5
36 徳 島	180	163	182	186	187	197 (9.4%)	26.5
37 香 川	177	179	197	212	210	204 (15.3%)	21.1
38 愛 媛	246	245	284	282	294	276 (12.2%)	20.2
39 高 知	90	96	110	117	105	95 (5.6%)	13.3
40 福 岡	739	771	939	953	984	1,019 (37.9%)	20.0
41 佐 賀	199	191	184	172	181	172 (-13.6%)	20.9
42 長 崎	309	301	339	338	361	361 (16.8%)	26.7
43 熊 本	343	283	312	320	339	323 (-5.8%)	18.3
44 大 分	199	192	226	250	245	235 (18.1%)	20.4
45 宮 崎	135	133	146	152	157	146 (8.1%)	13.4
46 鹿 児 島	363	333	339	351	356	355 (-2.2%)	21.8
47 沖 縄	65	66	72	104	103	106 (63.1%)	7.3

出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2008、2011、2014、2017年）を基に加工。

エ 在宅医療サービスのうち訪問看護ステーションへの指示書交付を行う一般診療所数
都道府県別の往診を行う一般診療所数を人口 10 万人あたりの診療所数でみると、
施設が多い順に和歌山県 28.9、島根県 23.4、広島県 20.7 となっている（青色の網掛け）。

反対に、施設数が少ないのは、沖縄県の 4.0、千葉県の 5.8、北海道の 6.3 である
（ピンク色の網掛け）。

■ 訪問看護ステーションへの指示書交付を行う一般診療所数

（単位：施設、カッコは2002年と比較した増減率）

	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年	人口10万人 対診療所数
全 国	7,994	8,964	12,521	13,172	14,513	15,629 (95.5%)	12.3
01 北 海 道	205	197	303	293	326	333 (62.4%)	6.3
02 青 森	63	67	86	89	93	94 (49.2%)	7.4
03 岩 手	48	63	93	95	89	101 (110.4%)	8.0
04 宮 城	145	149	189	163	184	196 (35.2%)	8.4
05 秋 田	57	68	88	103	107	112 (96.5%)	11.2
06 山 形	84	106	152	140	163	149 (77.4%)	13.5
07 福 島	136	164	220		224	222 (63.2%)	11.8
08 茨 城	112	138	190	204	199	205 (83.0%)	7.1
09 栃 木	87	104	126	145	147	182 (109.2%)	9.3
10 群 馬	141	157	254	235	257	299 (112.1%)	15.3
11 埼 玉	278	265	395	366	413	474 (70.5%)	6.5
12 千 葉	161	200	293	308	336	360 (123.6%)	5.8
13 東 京	673	816	1,201	1,222	1,363	1,429 (112.3%)	10.4
14 神 奈 川	414	472	663	706	747	817 (97.3%)	8.9
15 新 潟	176	195	257	275	274	292 (65.9%)	12.9
16 富 山	75	85	138	145	142	141 (88.0%)	13.4
17 石 川	83	86	124	129	122	152 (83.1%)	13.3
18 福 井	63	59	92	109	109	119 (88.9%)	15.3
19 山 梨	48	45	64	74	84	82 (70.8%)	10.0
20 長 野	187	228	304	330	345	354 (89.3%)	17.1
21 岐 阜	147	158	254	292	303	347 (136.1%)	17.3
22 静 岡	218	215	340	362	413	421 (93.1%)	11.5
23 愛 知	434	518	622	708	799	865 (99.3%)	11.5
24 三 重	131	126	205	225	227	248 (89.3%)	13.8
25 滋 賀	113	146	194	220	210	223 (97.3%)	15.8
26 京 都	239	269	370	419	437	492 (105.9%)	18.9
27 大 阪	694	830	1,104	1,254	1,527	1,623 (133.9%)	18.4
28 兵 庫	508	561	835	901	1,004	1,083 (113.2%)	19.7
29 奈 良	121	129	172	224	218	233 (92.6%)	17.3
30 和 歌 山	131	173	230	244	260	273 (108.4%)	28.9
31 鳥 取	59	72	85	93	92	94 (59.3%)	16.6
32 島 根	105	117	161	142	154	160 (52.4%)	23.4
33 岡 山	187	190	280	276	279	307 (64.2%)	16.1
34 広 島	375	338	445	554	590	586 (56.3%)	20.7
35 山 口	122	147	194	228	190	231 (89.3%)	16.7
36 徳 島	87	94	138	131	137	130 (49.4%)	17.5
37 香 川	51	60	72	78	101	118 (131.4%)	12.2
38 愛 媛	114	128	177	188	206	221 (93.9%)	16.2
39 高 知	35	43	42	57	65	56 (60.0%)	7.8
40 福 岡	353	392	563	580	628	703 (99.2%)	13.8
41 佐 賀	38	43	68	58	67	85 (123.7%)	10.3
42 長 崎	85	110	170	172	187	217 (155.3%)	16.0
43 熊 本	133	133	184	218	217	240 (80.5%)	13.6
44 大 分	80	80	110	123	135	152 (90.0%)	13.2
45 宮 崎	75	83	100	95	113	132 (76.0%)	12.1
46 鹿 児 島	102	113	141	151	174	219 (114.7%)	13.5
47 沖 縄	21	32	33	48	56	57 (171.4%)	4.0

出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2008、2011、2014、2017年）を基
に加工。

オ 一般診療所における従事者数

下記の表は、都道府県別の一般診療所の職種ごとの従事者数と人口 10 万人あたりの従事者数を示したものである。人口 10 万人あたりの従事者数が多い上位 3 都府県に青色の網掛けを、下位の 3 都府県にピンク色の網掛けをしている。いずれの職種についても概ね西日本で多く、東日本で少ない西高東低の傾向がみられる。

■ 一般診療所の従事者数①【医師～看護師】

(単位：人、カッコ内は対10万人あたりの従事者数)

	医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師
全 国	135,606 (107.0)	4,298 (3.4)	8,111 (6.4)	7,661 (6.0)	138,020 (108.9)
01 北 海 道	4,389 (82.5)	105 (2.0)	512 (9.6)	305 (5.7)	5,754 (108.2)
02 青 森	1,042 (81.5)	28 (2.2)	41 (3.2)	40 (3.1)	1,452 (113.6)
03 岩 手	1,004 (80.0)	30 (2.4)	38 (3.0)	74 (5.9)	1,700 (135.5)
04 宮 城	2,109 (90.8)	56 (2.4)	85 (3.6)	163 (7.0)	2,544 (109.5)
05 秋 田	856 (85.9)	19 (1.9)	43 (4.3)	41 (4.1)	1,226 (123.1)
06 山 形	1,074 (97.5)	18 (1.7)	32 (2.9)	43 (3.9)	1,389 (126.0)
07 福 島	1,719 (91.4)	41 (2.2)	107 (5.7)	121 (6.4)	1,914 (101.7)
08 茨 城	2,407 (83.2)	70 (2.4)	56 (2.0)	127 (4.4)	2,454 (84.9)
09 栃 木	1,970 (100.7)	68 (3.5)	148 (7.5)	136 (7.0)	2,118 (108.2)
10 群 馬	2,068 (105.5)	88 (4.5)	59 (3.0)	105 (5.3)	2,058 (105.0)
11 埼 玉	6,140 (84.0)	224 (3.1)	134 (1.8)	359 (4.9)	5,265 (72.0)
12 千 葉	5,153 (82.5)	183 (2.9)	148 (2.4)	395 (6.3)	4,752 (76.1)
13 東 京	20,702 (150.8)	567 (4.1)	1,544 (11.2)	589 (4.3)	15,153 (110.4)
14 神 奈 川	9,601 (104.8)	253 (2.8)	282 (3.1)	522 (5.7)	8,565 (93.5)
15 新 潟	1,834 (80.9)	45 (2.0)	174 (7.7)	165 (7.3)	2,374 (104.7)
16 富 山	913 (86.4)	43 (4.1)	44 (4.2)	69 (6.6)	1,220 (115.5)
17 石 川	1,001 (87.2)	48 (4.2)	83 (7.2)	70 (6.1)	1,306 (113.9)
18 福 井	669 (85.9)	38 (4.9)	54 (6.9)	22 (2.8)	800 (102.6)
19 山 梨	801 (97.3)	23 (2.8)	26 (3.1)	25 (3.0)	764 (92.8)
20 長 野	1,854 (89.3)	57 (2.8)	86 (4.1)	120 (5.8)	2,221 (107.0)
21 岐 阜	2,012 (100.2)	80 (4.0)	344 (17.1)	178 (8.9)	2,064 (102.8)
22 静 岡	3,475 (94.5)	87 (2.4)	273 (7.4)	216 (5.9)	4,055 (110.3)
23 愛 知	7,421 (98.6)	260 (3.5)	912 (12.1)	586 (7.8)	8,554 (113.7)
24 三 重	1,898 (105.5)	71 (3.9)	49 (2.7)	87 (4.8)	1,713 (95.2)
25 滋 賀	1,307 (92.5)	47 (3.3)	47 (3.3)	152 (10.7)	1,414 (100.1)
26 京 都	3,107 (119.6)	109 (4.2)	78 (3.0)	152 (5.8)	2,523 (97.1)
27 大 阪	11,308 (128.2)	428 (4.8)	1,003 (11.4)	524 (5.9)	9,457 (107.2)
28 兵 庫	6,283 (114.2)	227 (4.1)	180 (3.3)	282 (5.1)	5,937 (107.9)
29 奈 良	1,299 (96.4)	66 (4.9)	82 (6.1)	62 (4.6)	1,151 (85.4)
30 和 歌 山	1,256 (132.9)	66 (7.0)	42 (4.4)	58 (6.1)	1,111 (117.6)
31 鳥 取	633 (112.0)	10 (1.8)	22 (3.8)	55 (9.7)	547 (96.7)
32 島 根	830 (121.2)	24 (3.5)	26 (3.7)	42 (6.1)	771 (112.5)
33 岡 山	2,183 (114.5)	67 (3.5)	116 (6.1)	116 (6.1)	2,774 (145.5)
34 広 島	3,195 (112.9)	109 (3.9)	171 (6.0)	123 (4.3)	3,156 (111.5)
35 山 口	1,459 (105.5)	52 (3.8)	59 (4.3)	63 (4.5)	1,749 (126.5)
36 徳 島	918 (123.5)	47 (6.3)	21 (2.8)	25 (3.4)	986 (132.7)
37 香 川	1,067 (110.3)	51 (5.3)	43 (4.4)	29 (3.0)	1,277 (132.0)
38 愛 媛	1,539 (112.8)	68 (5.0)	48 (3.5)	84 (6.2)	1,984 (145.5)
39 高 知	638 (89.4)	33 (4.7)	35 (4.8)	28 (3.9)	724 (101.4)
40 福 岡	6,574 (128.7)	125 (2.5)	289 (5.7)	510 (10.0)	7,537 (147.6)
41 佐 賀	928 (112.7)	29 (3.5)	41 (4.9)	82 (9.9)	1,418 (172.0)
42 長 崎	1,685 (124.4)	46 (3.4)	59 (4.4)	160 (11.8)	1,880 (138.8)
43 熊 本	1,861 (105.4)	60 (3.4)	161 (9.1)	117 (6.6)	2,451 (138.9)
44 大 分	1,299 (112.8)	40 (3.5)	103 (8.9)	113 (9.8)	1,625 (141.0)
45 宮 崎	1,126 (103.4)	32 (2.9)	51 (4.6)	83 (7.7)	1,929 (177.1)
46 鹿 児 島	1,807 (111.1)	46 (2.8)	117 (7.2)	154 (9.5)	2,555 (157.1)
47 沖 縄	1,194 (82.7)	16 (1.1)	47 (3.2)	94 (6.5)	1,654 (114.6)

出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2017年）を基に加工。

■ 一般診療所の従事者数②【理学療法士（PT）～事務職員】

（単位：人、カッコ内は対10万人あたりの従事者数）

	理学療法士（PT）	作業療法士（OT）	視能訓練士	介護福祉士	事務職員
全 国	13,256 (10.5)	2,687 (2.1)	4,569 (3.6)	15,022 (11.9)	173,292 (136.8)
01 北海道	499 (9.4)	151 (2.8)	285 (5.4)	562 (10.6)	6,046 (113.6)
02 青 森	50 (3.9)	24 (1.8)	25 (1.9)	229 (17.9)	1,423 (111.4)
03 岩 手	69 (5.5)	37 (3.0)	64 (5.1)	151 (12.0)	1,642 (130.8)
04 宮 城	96 (4.1)	35 (1.5)	142 (6.1)	258 (11.1)	3,129 (134.7)
05 秋 田	31 (3.2)	17 (1.7)	30 (3.0)	249 (25.0)	1,221 (122.6)
06 山 形	53 (4.8)	39 (3.5)	45 (4.1)	477 (43.2)	1,550 (140.6)
07 福 島	80 (4.3)	25 (1.3)	68 (3.6)	348 (18.5)	2,272 (120.7)
08 茨 城	167 (5.8)	17 (0.6)	56 (1.9)	332 (11.5)	3,247 (112.3)
09 栃 木	168 (8.6)	48 (2.4)	81 (4.1)	436 (22.3)	2,758 (140.9)
10 群 馬	174 (8.9)	21 (1.1)	83 (4.3)	233 (11.9)	2,808 (143.3)
11 埼 玉	473 (6.5)	106 (1.4)	257 (3.5)	714 (9.8)	7,417 (101.5)
12 千 葉	830 (13.3)	80 (1.3)	145 (2.3)	654 (10.5)	6,687 (107.1)
13 東 京	1,061 (7.7)	239 (1.7)	621 (4.5)	1,119 (8.2)	22,131 (161.3)
14 神 奈 川	656 (7.2)	134 (1.5)	226 (2.5)	894 (9.8)	12,131 (132.4)
15 新 潟	91 (4.0)	27 (1.2)	202 (8.9)	427 (18.8)	2,830 (124.8)
16 富 山	69 (6.6)	10 (1.0)	26 (2.5)	160 (15.2)	1,072 (101.5)
17 石 川	79 (6.9)	13 (1.1)	14 (1.2)	8 (0.7)	1,291 (112.6)
18 福 井	121 (15.5)	30 (3.9)	7 (0.9)	219 (28.1)	989 (126.9)
19 山 梨	107 (13.0)	30 (3.7)	11 (1.4)	27 (3.3)	996 (121.0)
20 長 野	149 (7.2)	46 (2.2)	68 (3.3)	405 (19.5)	2,042 (98.4)
21 岐 阜	268 (13.3)	32 (1.6)	59 (2.9)	183 (9.1)	2,791 (139.0)
22 静 岡	367 (10.0)	65 (1.8)	128 (3.5)	235 (6.4)	5,001 (136.1)
23 愛 知	1,140 (15.1)	131 (1.7)	309 (4.1)	732 (9.7)	10,348 (137.5)
24 三 重	128 (7.1)	24 (1.3)	29 (1.6)	124 (6.9)	2,336 (129.8)
25 滋 賀	114 (8.1)	16 (1.2)	42 (3.0)	173 (12.2)	1,886 (133.5)
26 京 都	157 (6.0)	68 (2.6)	77 (3.0)	439 (16.9)	4,110 (158.1)
27 大 阪	761 (8.6)	174 (2.0)	300 (3.4)	405 (4.6)	13,485 (152.8)
28 兵 庫	555 (10.1)	91 (1.7)	222 (4.0)	516 (9.4)	8,651 (157.2)
29 奈 良	51 (3.8)	12 (0.9)	27 (2.0)	104 (7.7)	1,737 (128.9)
30 和 歌 山	185 (19.5)	26 (2.8)	5 (0.5)	121 (12.8)	1,760 (186.2)
31 鳥 取	16 (2.7)	4 (0.6)	7 (1.2)	112 (19.7)	648 (114.6)
32 島 根	49 (7.1)	30 (4.4)	37 (5.4)	164 (23.9)	864 (126.1)
33 岡 山	227 (11.9)	65 (3.4)	123 (6.4)	393 (20.6)	2,890 (151.6)
34 広 島	410 (14.5)	112 (4.0)	82 (2.9)	370 (13.1)	3,860 (136.5)
35 山 口	155 (11.2)	34 (2.5)	26 (1.9)	171 (12.4)	1,897 (137.2)
36 徳 島	133 (17.9)	38 (5.2)	21 (2.8)	99 (13.3)	949 (127.7)
37 香 川	119 (12.3)	30 (3.1)	22 (2.3)	185 (19.1)	1,372 (141.9)
38 愛 媛	188 (13.8)	29 (2.1)	18 (1.3)	254 (18.6)	1,990 (145.9)
39 高 知	164 (23.0)	22 (3.1)	6 (0.8)	103 (14.4)	911 (127.5)
40 福 岡	1,013 (19.8)	165 (3.2)	190 (3.7)	812 (15.9)	7,623 (149.3)
41 佐 賀	216 (26.2)	27 (3.3)	25 (3.0)	114 (13.8)	1,504 (182.5)
42 長 崎	328 (24.2)	60 (4.4)	29 (2.1)	249 (18.4)	2,184 (161.3)
43 熊 本	315 (17.8)	42 (2.4)	78 (4.4)	174 (9.9)	2,820 (159.8)
44 大 分	174 (15.1)	60 (5.2)	118 (10.3)	214 (18.5)	1,724 (149.7)
45 宮 崎	179 (16.4)	57 (5.3)	71 (6.5)	230 (21.1)	1,674 (153.7)
46 鹿 児 島	552 (33.9)	87 (5.4)	42 (2.6)	222 (13.6)	2,573 (158.2)
47 沖 縄	272 (18.9)	58 (4.0)	22 (1.5)	223 (15.4)	2,023 (140.2)

出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2017年）を基に加工。

カ 一般診療所における外来患者数

以下は、都道府県別の月あたりの外来患者数の推移を示したものであるが、2002年と2017年の2か年の外来患者数の増減率をみると、増加率が高い順に沖縄県44.6%、神奈川県42.4%、東京都32.5%となっている（青色の網掛け）。

反対に、減少率が高いのは、高知県の▲23.7%、島根県の▲20.0%、徳島県の▲15.4%などである（ピンク色の網掛け）。

■ 外来患者数の推移（月あたり・都道府県別）

（単位：人、カッコは2002年と比較した増減率）

	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年	
全 国	87,827,397	92,012,029	91,007,830	93,648,084	96,799,331	95,486,083	(8.7%)
01 北 海 道	3,505,213	3,472,469	3,390,737	3,417,282	3,374,318	3,264,021	(-6.9%)
02 青 森	1,286,279	1,297,086	1,272,991	1,228,506	1,162,126	1,117,448	(-13.1%)
03 岩 手	979,607	1,063,216	1,081,492	1,060,531	1,044,499	1,003,446	(2.4%)
04 宮 城	1,708,542	1,826,947	1,841,266	1,821,155	1,946,994	1,835,654	(7.4%)
05 秋 田	873,578	854,626	808,280	843,795	824,260	794,091	(-9.1%)
06 山 形	970,627	1,044,071	1,016,869	1,026,721	993,488	967,941	(-0.3%)
07 福 島	1,432,944	1,550,184	1,565,590	-	1,511,772	1,405,946	(-1.9%)
08 茨 城	1,485,222	1,699,624	1,680,787	1,827,170	1,884,929	1,865,883	(25.6%)
09 栃 木	1,395,646	1,523,645	1,378,035	1,502,644	1,473,055	1,544,036	(10.6%)
10 群 馬	1,389,078	1,451,097	1,386,015	1,480,604	1,537,223	1,501,136	(8.1%)
11 埼 玉	3,715,702	3,687,834	3,978,861	4,122,711	4,301,946	4,544,553	(22.3%)
12 千 葉	3,039,785	3,511,038	3,612,174	3,640,679	3,921,179	3,862,707	(27.1%)
13 東 京	8,155,711	9,093,893	9,554,894	10,034,988	10,633,689	10,808,779	(32.5%)
14 神 奈 川	4,654,699	5,190,033	5,333,397	6,015,001	6,372,812	6,629,565	(42.4%)
15 新 潟	1,652,484	1,676,821	1,791,223	1,762,293	1,664,124	1,683,233	(1.9%)
16 富 山	720,676	719,808	726,705	752,314	717,623	707,076	(-1.9%)
17 石 川	737,179	711,405	686,820	759,130	740,189	745,909	(1.2%)
18 福 井	514,237	565,235	538,315	577,973	544,874	498,304	(-3.1%)
19 山 梨	535,155	564,472	556,705	603,948	584,113	598,686	(11.9%)
20 長 野	1,290,838	1,322,231	1,314,944	1,392,382	1,338,601	1,299,351	(0.7%)
21 岐 阜	1,527,739	1,620,520	1,605,485	1,751,189	1,723,107	1,720,413	(12.6%)
22 静 岡	2,544,696	2,481,757	2,502,579	2,650,737	2,825,567	2,799,277	(10.0%)
23 愛 知	5,119,199	5,275,613	5,299,213	5,639,829	5,863,050	6,043,579	(18.1%)
24 三 重	1,405,466	1,427,802	1,450,712	1,416,685	1,508,296	1,464,001	(4.2%)
25 滋 賀	749,467	794,535	859,838	907,347	937,335	918,291	(22.5%)
26 京 都	1,817,562	1,843,985	1,657,713	1,756,514	1,743,161	1,771,812	(-2.5%)
27 大 阪	6,222,925	6,623,219	6,075,026	6,462,020	7,065,733	6,925,591	(11.3%)
28 兵 庫	4,289,690	4,446,753	4,372,747	4,453,259	4,507,028	4,452,064	(3.8%)
29 奈 良	738,998	771,330	733,443	909,696	883,036	772,412	(4.5%)
30 和 歌 山	881,216	941,652	861,913	873,543	905,192	832,515	(-5.5%)
31 鳥 取	424,855	503,013	468,699	445,703	455,030	394,153	(-7.2%)
32 島 根	670,410	663,652	588,651	624,782	604,552	536,343	(-20.0%)
33 岡 山	1,480,815	1,536,525	1,491,341	1,509,566	1,507,932	1,417,179	(-4.3%)
34 広 島	2,728,117	2,769,239	2,557,911	2,750,201	2,605,202	2,325,338	(-14.8%)
35 山 口	1,303,448	1,312,334	1,326,654	1,395,723	1,288,481	1,228,402	(-5.8%)
36 徳 島	700,466	682,325	670,136	650,848	615,775	592,260	(-15.4%)
37 香 川	909,394	859,827	850,635	876,090	902,962	837,490	(-7.9%)
38 愛 媛	1,254,838	1,231,345	1,227,723	1,293,805	1,221,870	1,148,463	(-8.5%)
39 高 知	584,479	569,175	552,753	526,371	517,690	445,999	(-23.7%)
40 福 岡	4,469,706	4,625,742	4,400,396	4,685,382	4,551,437	4,541,115	(1.6%)
41 佐 賀	872,665	878,246	851,237	852,245	857,529	823,243	(-5.7%)
42 長 崎	1,375,515	1,439,277	1,350,215	1,433,007	1,331,266	1,220,388	(-11.3%)
43 熊 本	1,781,722	1,760,624	1,688,719	1,723,838	1,672,850	1,647,098	(-7.6%)
44 大 分	913,870	948,739	921,578	964,180	949,681	898,650	(-1.7%)
45 宮 崎	1,006,182	999,295	990,013	997,112	987,442	916,771	(-8.9%)
46 鹿 児 島	1,449,891	1,487,323	1,427,727	1,441,614	1,412,685	1,324,223	(-8.7%)
47 沖 縄	560,864	692,447	708,673	786,971	783,628	811,248	(44.6%)

（注）2011年は東日本大震災による影響で、福島県の全域を除いた数値である。

出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2008、2011、2014、2017年）を基に加工。

(3) 一般診療所動向のまとめ

これまでの一般診療所の動向をまとめていくと、一般診療所の総数は年々増加傾向にあり、その内訳を診療科ごとにみると、糖尿病を治療する糖尿病内科など、細分化とともに専門の診療科の診療所が増えてきているという傾向もみられた。糖尿病等の慢性疾患や筋骨格系の疾患を抱える高齢者が増えていることも一因と考えられる。

また、在宅医療という視点では、高齢化が進んでいく中でそのニーズは年々増加しており、特に在宅患者訪問診療や看取り、訪問看護ステーションへの指示書の交付などの件数は急速に増加している。他方、都道府県別に在宅医療の指標をみていくと、増加トレンドに地域差が見受けられ、地域ごとに在宅医療の普及スピードや提供の量に差が出てきていることがわかる。このことは地域ごとの課題が大きく影響しており、医療・介護資源の不足のほか、医療・介護の担い手不足、高齢化のスピード、独居老人の割合など様々な要因により、地域差が生じているものと考えられる。

今後は上記にある課題などをより円滑な医療、介護における地域連携やICTの更なる活用などでカバーしていけるような取り組みが期待される。

【参考文献】

- ・厚生労働省「医療施設（動態）調査」（2018、2019年）
- ・厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（2008、2011、2014、2017年）

3 バイオシミラーとオーソライズド・ジェネリック（AG）

（1）バイオシミラー

化学合成医薬品・バイオ医薬品（含むジェネリック、バイオシミラー）の市場規模推移において、市場全体に占めるバイオ医薬品の市場規模が拡大するなか、特許切れ等で後続品市場が盛り上がっている。こういった状況の中で、本章では、バイオシミラーとオーソライズド・ジェネリックを取り上げる。

ア バイオ医薬品と化学合成医薬品の違い

バイオ医薬品は、有効成分がタンパク質由来（成長ホルモン、インスリン、抗体など）である医薬品、あるいは細胞、ウイルス、バクテリアなどの生物から産出される物質に由来する医薬品である。化学合成医薬品に比べて分子量が大きくて複雑であり、一般的に各バイオ医薬品の特性や性質は製造工程自体に依存している。

他方、化学合成医薬品は、段階的な化学合成の工程を経て産出される医薬品である。特徴としては低分子でごくわずかな機能的分子集団を含む比較的単純な有機化合物となっている。

バイオ医薬品の意義としては、がんや自己免疫疾患等の難治性疾患への治療効果が期待できることや、有効成分がタンパク質であり、標的分子への特異性が高いため、オフターゲットによる副作用が少ないことが挙げられる。

■ バイオ医薬品と化学合成医薬品の比較

項目	バイオ医薬品	化学合成医薬品
製造方法	細胞で生産	化学合成
製造プロセス	コントロールのためにはより多くのデータが必要 (近年:製法・分析手法の進歩)	コントロール可能
製造コスト	非常に高い	低い
薬価	高額	比較的低い
製品数	約130種類	数多くの医薬品
剤形	主に注射剤	錠剤等多種類
分子量	非常に大きい(数千~15万程度)	小さい(多くは500以下)
構造	分子量が大きく、有効成分に糖鎖構造等の不均一性がある	明確に定義され安定した化学構造
特性解析	多面的評価が必要	物理化学的評価で明確
血中半減期	数時間~数週間程度(IgGやアルブミン)	数時間~数日程度
後発品/後続品	バイオシミラー(バイオ後続品) ⇒同等性/同質性の証明	ジェネリック医薬品(後発医薬品) ⇒有効成分の同一性と製剤の生物学的同等性の証明

出典：厚生労働省「バイオ医薬品とバイオシミラーの基礎知識」を基に作成。

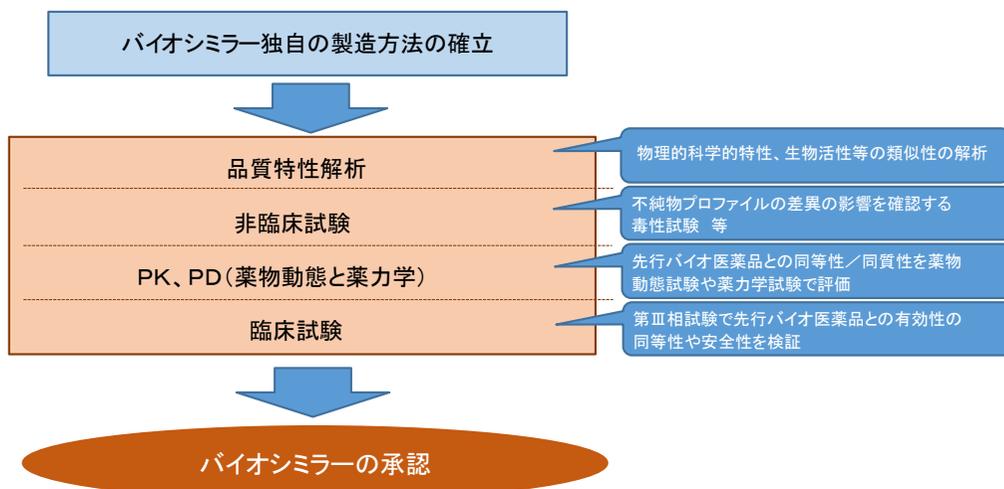
イ バイオシミラーとは

遺伝子組換え技術や細胞培養技術などのバイオテクノロジーを活用して作られたバイオ医薬品の後続品とも言われ、先行バイオ医薬品と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者によって開発された医薬品を指している。バイオシミラー（別名：バイオ後続品）とジェネリック医薬品（化学合成医薬品の後発品）については、先行医薬品がバイオ医薬品か化学合成医薬品かという違いがあり、主な違いを整理すれば、以下のとおりである。

項目	バイオシミラー	ジェネリック医薬品
先発／先行医薬品	バイオ医薬品	化学合成医薬品
後発／後続医薬品に求められる条件	同等性／同質性（類似性）	先発医薬品と同一の有効成分 先発医薬品と同一の用法・用量で同一の 効能・効果を示す
剤形	注射剤	多様
製法開発における重要ポイント	主に原薬	主に製剤
臨床試験	先行バイオ医薬品との 同等性／同質性を評価する	使用時に水溶液である静脈注射用製剤以外について基本的に生物学的同等性試験による評価が必要
製造販売後調査	原則として実施する	原則として実施しない

上記のバイオシミラーにおける「同等性／同質性」とは、先行バイオ医薬品に対して、バイオ後続品の品質特性がまったく同一であることを意味するのではなく、品質特性において類似性が高く、かつ、品質特性に何らかの差異があったとしても、最終製品の安全性や有効性に有害な影響を及ぼさないと科学的に判断できることを意味している。

■ バイオシミラーの同等性／同質性の検証



出典：厚生労働省「バイオ医薬品とバイオシミラーの基礎知識」を基に作成。

ウ バイオシミラーの開発

先行バイオ医薬品の製法に関する情報を入手することは通常困難であるため、バイオシミラーの開発では、新有効成分を含有するバイオ医薬品を開発するときと同様に、関連するガイドライン等を参考に、独自に恒常性と頑健性が担保された製法を開発・確立する必要がある。そのため、このような製法上の違いがあることを十分に考慮したうえで、先行バイオ医薬品とバイオシミラーとの同等性／同質性を明らかにしていくことが求められる。また、バイオシミラーの開発は、先行バイオ医薬品の承認からかなりの期間を経た後に行われることから、バイオシミラーの製法開発にあたっては、その時点における最新の知見に基づいた安全性確保のための対策等が適用可能な場合には、有効性に影響しない範囲において、それを積極的に採用することが推奨されている。

また、薬事申請上、バイオシミラーは、新薬ともジェネリック医薬品（化学合成医薬品の後発品）とも異なる新しい区分として分類されているが、一般的な認識としては後発品として扱われていることが多い。

また、ジェネリック医薬品と違い、バイオシミラーは先行バイオ医薬品との同一性を示すことが困難であるため、品質、安全性、有効性に関して、先行バイオ医薬品との同等性／同質性を検証することが求められ、バイオシミラーの承認申請においては、臨床試験成績を含め、新薬に準ずる申請資料の提出が必要となる。

■ バイオシミラーの対象成分

対象となるもの	
1	目的有効成分を明確に規定することができ、高度に精製され、十分な品質特性解析が可能な組換えタンパク質、ポリペプチド、それらの誘導体並びにそれらを構成成分とする医薬品。
2	遺伝子組換えワクチンやポリエチレングリコール結合組換えタンパク質等
3	細胞培養技術により生産されるタンパク質医薬品や、組織及び体液から精製される生体由来タンパク質。
対象とならないもの	
1	従来ワクチンやヘパリンなどの多糖類
2	国内において審査経験／使用実績のない製品
3	バイオ後続品に対するバイオ後続品（将来的な可能性としてはあり得る）

エ バイオシミラーの製造販売後調査

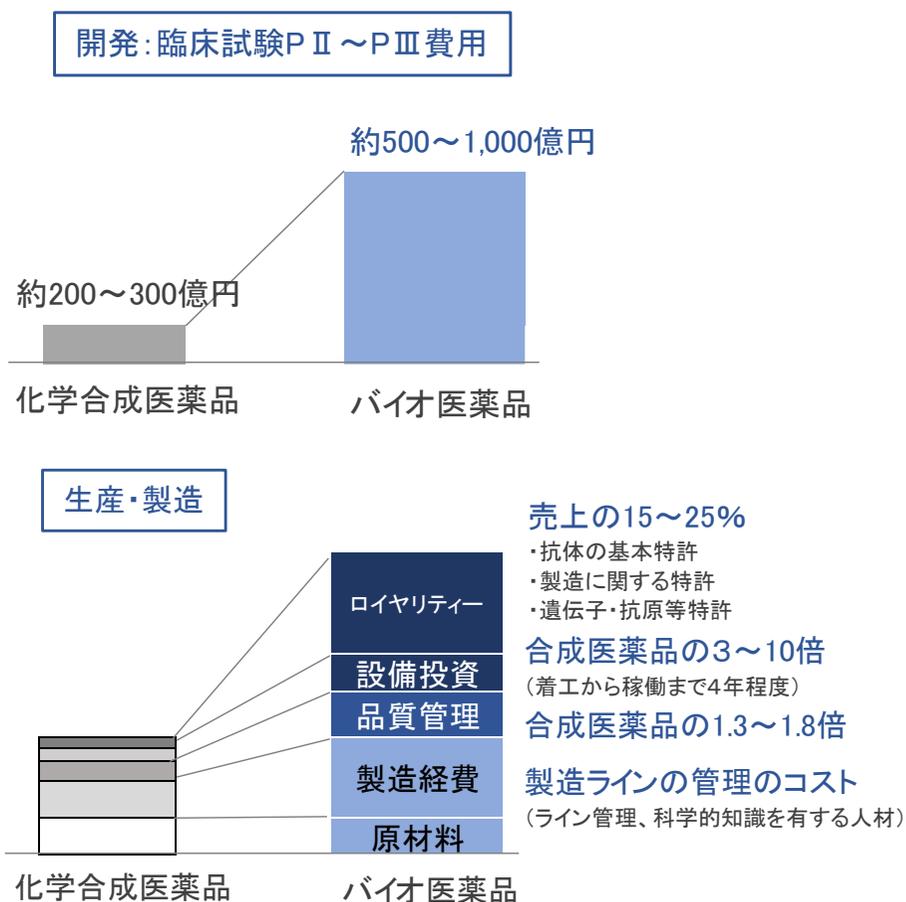
バイオシミラーは、バイオ医薬品の一種であるため、免疫原性等、化学合成医薬品の後発品とは異なる要素があり、製造販売後調査にはバイオシミラーの特性を考慮した適切なリスク管理及び情報提供が求められる。そのため、開発段階において先行バイオ医薬品との同等性／同質性評価で十分に評価できなかった事項を考慮し、製造販売後に収集すべき情報の有無とその内容を明確にするとともに、適切な医薬品リスク管理計画を立案する必要がある。承認申請に際しては、医薬品安全性監視活動（情報収集活動）等の計画の全体を取りまとめた医薬品リスク管理計画（案）を提出することが求められ、詳細については承認審査の過程で規制当局と議論することとなる。また、承認後、医薬品安全性監視活動の経過及び結果については、事前に医薬品リスク管理計画書で定めた時期に規制当局に報告する必要がある。また、結果の適切な公開方法については、検討しておくことが望ましい。

オ バイオ医薬品の費用

バイオ医薬品は、一般的な医薬品（化学合成物）と比較して、開発費用、生産・製造費用が高くなっており、バイオ医薬品の治療対象患者は、がん、関節リウマチ等、難治性疾患や希少疾患のため、少ないのが特徴的なところである。少ない患者で費用分担しなくてはならないため、簡単に価格を下げることはできないと言われている。バイオ医薬品の中でも抗体医薬品等は画期的な薬剤であることから、類似薬との比較が困難であるため、原価を算定する方式で薬価が算出される方法が取られ、特に高額になることが多くなっている。

バイオ医薬品の開発費用は、化学合成医薬品と比べ難治性の疾病への適応が期待されるがゆえに臨床試験に参加させる患者のリクルートが難しく、一般的に開発期間が長くなることを理由に高くなる傾向がある。また、生産・製造費用においても、バイオ医薬品独自の特許関連によりロイヤリティーが高くなり、設備・製造方法も化学合成医薬品と比べ複雑になるため、高くなる傾向になっている。

■ 化学合成医薬品とバイオ医薬品の費用比較

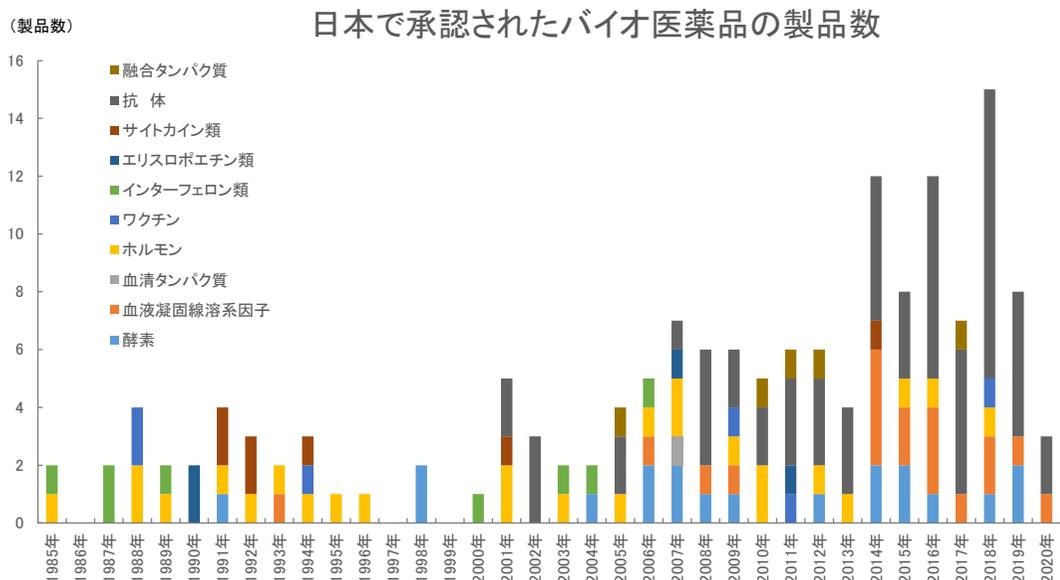


出典：バイオシミラー協議会「バイオ医薬品・バイオシミラー」を基に作成。

カ バイオ医薬品の製品数

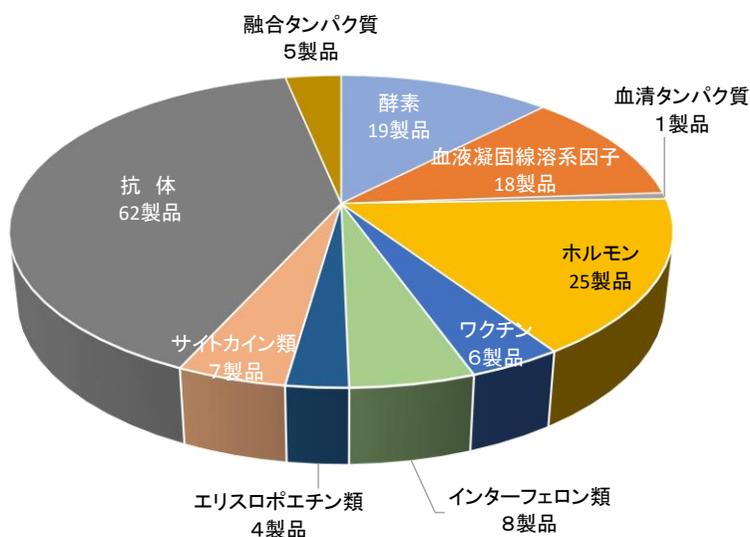
日本で承認されたバイオ医薬品の製品数は、1985年のインターフェロン類やホルモンの承認から始まり、2000年代に入り、その数は急速に増加傾向を示している。

日本で承認されているバイオ医薬品を、分類別に見ると、抗体が62製品と最も多く、次にホルモンの25製品となっている。



※ 2020年の承認数においては、2020年5月19日時点までをカウントしている。
出典：国立医薬品食品衛生研究所生物部「承認されたバイオ医薬品」を基に作成。

日本で承認されている分類別バイオ医薬品の製品数



出典：国立医薬品食品衛生研究所生物部「承認されたバイオ医薬品」を基に作成。

(2) オーソライズド・ジェネリック (AG)

オーソライズド・ジェネリック (AG) については、明確な定義はされていないが、一般的には、有効成分のみならず、原薬、添加物、製法等が先発品と同一である後発品をいう。後発品メーカーが、先発品メーカーの許諾 (Authorize) を受けて、製造販売するため、「オーソライズド・ジェネリック (AG)」と呼ばれている。

オーソライズド・ジェネリックの特徴としては、一般的な後発品に比べ、先発品との共通点が多いことや、一般的な後発品よりも早く販売できる場合がある点である。現行の薬価制度において、後発品は、同一の有効成分を有する先発品の再審査期間が切れていることや、当該先発品と製造販売業者が異なることと定義されている。先発品企業との契約関係や、原薬、添加物、製法等の異同は考慮していないため、オーソライズド・ジェネリックは、薬価制度上は一般的な後発品と同様に取り扱われる。

■ オーソライズド・ジェネリックの考え方

項目	後発医薬品	
	通常の後発医薬品	オーソライズド・ジェネリック (AG)
考え方	・ 有効成分が先発医薬品と同じ	・ 有効成分のみならず、原薬、添加物、製法等が先発医薬品と同一である後発品
薬価制度上の扱い	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先発医薬品とは別品目。 ・ AGも、先発医薬品メーカーの許諾はあるものの、先発医薬品とは別品目。(先発医薬品のデータ、権利関係を引き継いでいるわけではない。) 	
特徴及び実質的な役割分担	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期収載品に比べ、品目に係る蓄積された情報は少ない。 ・ 医療機関からの問合せや医療機関への情報提供に対応することが比較的少ない。 	
市場での位置づけ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の後発医薬品より先に発売されることがあるほか、先発医薬品との類似性から、他の後発医薬品より優位。 	

出典：中央社会保険医療協議会薬価専門部会「次期薬価制度改革に向けて」(2019年10月23日)

■ オーソライズド・ジェネリックの製造展開パターン (先発品との比較)

	企業	有効成分	原薬製造	添加物	製法	製造所	名称	販売時期
一般的な後発品	先発品企業と無関係	同じ	異なる	異なる	異なる	異なる	異なる	特許期間・再審査期間終了後
AG(パターン1)	先発品企業と契約関係	同じ	同じ	同じ	同じ	異なる	異なる	再審査期間終了後 一般的な後発品より半年程度早く 販売される場合がある
AG(パターン2)	先発品企業と契約関係	同じ	同じ	同じ	同じ	同じ	異なる	
AG(パターン3)	先発品企業とグループ会社	同じ	同じ	同じ	同じ	同じ	異なる	

出典：中央社会保険医療協議会薬価専門部会「次期薬価制度改革に向けて」(2019年10月23日)

(3) 後発医薬品の薬価算定方式

後発医薬品の薬価算定方式は、下記に記載するとおり、化学合成品等の後発医薬品とバイオシミラーとで異なる。なお、通常の後発医薬品であるかオーソライズド・ジェネリック（AG）であるかは、薬価算定方式には影響しない。

ア 後発医薬品が初めて掲載される場合

- 化学合成品等の後発医薬品は新薬として掲載された先発品の薬価に 0.5 を乗じた額とする。
(ただし、内服薬について銘柄数が 10 を超える場合は、0.4 を乗じた額)
- バイオシミラーについては、先行バイオ医薬品の薬価に 0.7 を乗じた額とする。
(内用薬について銘柄数が 10 を超える場合は、0.6 を乗じた額)
⇒臨床試験の充実度に応じて、10%を上限として加算

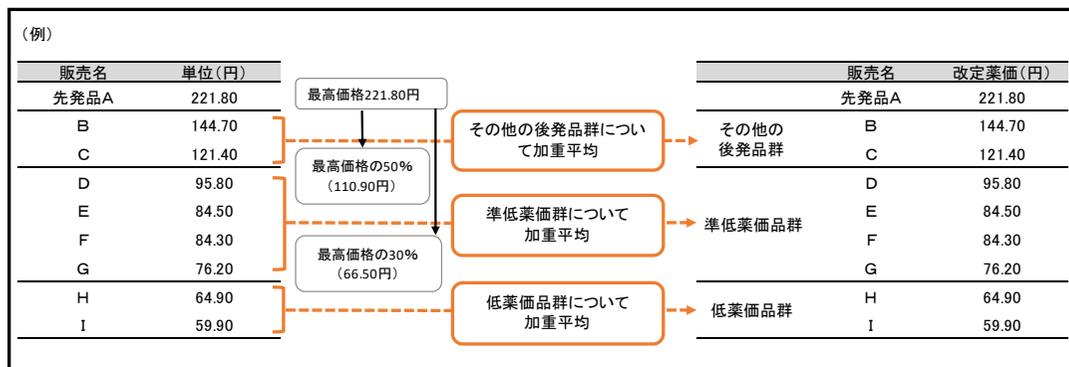
イ 後発医薬品が既に掲載されている場合

- 後発品のうち最低価格の製品と同価格とする。

なお、後発医薬品等の価格帯は、組成・剤形区分・規格が同一である全ての類似品について、以下の区分ごとに加重平均により価格帯が集約されている。

- ① 最高価格の 30%を下回る算定額となる後発品を一つの価格（加重平均値）として掲載（統一名掲載）
- ② 最高価格の 30%以上、50%を下回る算定額となる後発品を一つの価格（加重平均）として掲載
- ③ 最高価格の 50%以上の算定額となる後発品を一つの価格（加重平均値）として掲載

■ 後発品の薬価算定方式



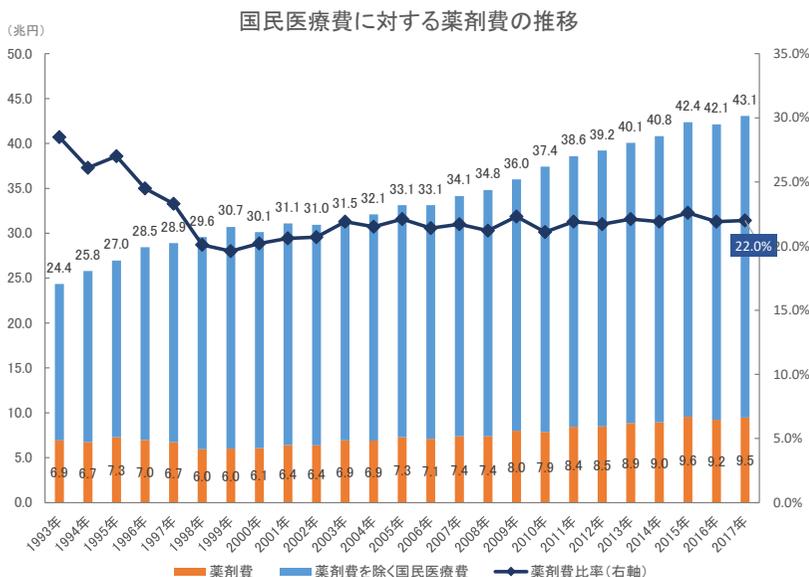
出典：中央社会保険医療協議会薬価専門部会「薬価制度の抜本改革について」（2017年8月9日）

(4) 医療費に与える影響

2017年度の国民医療費は43.1兆円であり、うち薬剤費は9.5兆円となっている。国民医療費に対する薬剤費比率は22.0%となり、近年は横ばい傾向が続いている。

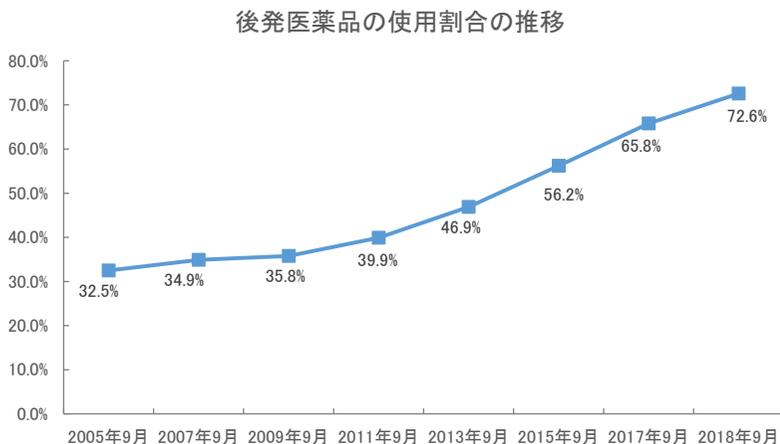
薬剤費に占める後発医薬品の使用割合は、2018年9月時点では、72.6%と近年は右肩上がりの上昇を続けている。2019年の「経済財政運営と改革の基本方針2019」においても「安定供給や品質の更なる信頼性確保を図りつつ、2020年9月までの後発医薬品使用割合80%の実現に向け、インセンティブ強化も含めて引き続き取り組む」と記載されるなど、社会保障改革を進める上で重要な柱となっている。しかし、2020年12月の厚生労働省の発表によると、2020年9月時点での後発医薬品使用割合は78.3%と目標には届かなかった。

また、バイオ医薬品及びバイオシミラーにおいても、研究開発支援方策等を拡充しつつ、医療費適正化効果額・金額シェアを公表するとともに、品目数倍増（成分数ベース）を目指すとしている。



※ バイオシミラーやオーソライズド・ジェネリックは上記には含まない。

出典：中央社会保険医療協議会薬価専門部会「薬価改定の経緯と薬剤費及び推定乖離率の年次推移について」（2019年11月8日）を基に作成。



出典：厚生労働省「後発医薬品の市場シェア【新目標】」を基に作成。

以下の推計は、各年度の薬価調査の結果から、取引された全ての後発医薬品について、個別に対応する先発医薬品（同一剤形・規格の先発品）が取引されていた場合を想定し、実際の取引額（後発医薬品の薬価ベース）と仮想の取引額（先発医薬品の薬価ベース）の差を後発医薬品への置換えによる医療費適正効果額としたものである。

医療費適正効果額は、下記の表から 2005 年～2015 年にかけて、右肩上がりの上昇傾向を示しており、前頁の後発医薬品の使用割合の推移と合わせて考慮すると、この傾向は 2018 年まで持続していると考えられる。

■ 後発医薬品への置換えによる医療費適正効果額の推計

(単位: 億円)

	2005年	2007年	2009年	2011年	2013年	2015年
後発品販売額(月)	153	183	284	334	453	759
推定先発相当額(月)	337-323	397-383	587-569	678-671	903-896	1,549-1,538
適正効果額(月)	183-169	214-200	303-285	344-337	450-443	790-779
年間適正効果額	2,201-2,033	2,569	3,637-3,423	4,128-4,045	5,560-5,439	9,479-9,345
年間平均効果額	2,117	2,484	3,530	4,087	5,500	9,412

※ 後発品販売額は、全後発品のうち、同一剤形・規格の先発医薬品があるものについての販売額の合計

出典：中央社会保険医療協議会薬価専門部会「薬価制度の抜本改革について」（2017 年 4 月 26 日）

【参考文献】

- ・ 厚生労働省「バイオ医薬品とバイオシミラーの基礎知識」
- ・ バイオシミラー協議会「バイオ医薬品・バイオシミラー」
- ・ 国立医薬品食品衛生研究所生物部「承認されたバイオ医薬品」
- ・ 中央社会保険医療協議会薬価専門部会「次期薬価制度改革に向けて」（2019 年 10 月 23 日）
- ・ 中央社会保険医療協議会薬価専門部会「薬価制度の抜本改革について」（2017 年 8 月 9 日）
- ・ 中央社会保険医療協議会薬価専門部会「薬価改定の経緯と薬剤費及び推定乖離率の年次推移について」（2019 年 11 月 8 日）
- ・ 厚生労働省「後発医薬品の市場シェア【新目標】」
- ・ 中央社会保険医療協議会薬価専門部会「薬価制度の抜本改革について」（2017 年 4 月 26 日）

4 フォーマュラリー

(1) フォーマュラリーとは

フォーマュラリーとは、一般的には、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられており、院内フォーマュラリーと地域フォーマュラリーに大別されている。

また、米国病院薬剤師会においては、「疾患の診断、予防、治療や健康増進に対して、医師を始めとする薬剤師・他の医療従事者による臨床的な判断を表すために必要な継続的にアップデートされる薬のリストと関連情報」と定義されている。

フォーマュラリー導入の基本的な考えとしては、複数採用のある同種・同効医薬品等について病院薬剤師等が作成したフォーマュラリー案を薬事委員会等で承認されるような下記の運用イメージが一般的なものとなる。

ア フォーマュラリー導入の基本的な考え

<フォーマュラリーの運用（イメージ）>

- ① 複数採用のある同種・同効医薬品、後発医薬品及びバイオシミラーの採用がある領域について、有効性、安全性、経済性に関するエビデンスを病院薬剤師等が収集、分析、評価し、医師と協議してフォーマュラリー案を検討
※ 検討にあたっては、当該病院に専門医がいるか、対象患者の偏りなどの地域性が考慮される
- ② 薬事委員会等においてフォーマュラリーを決定
- ③ 必要に応じて、処方オーダー時に情報提供・注意喚起などを設定
- ④ 同種・同効の新薬が発売等された場合、必要な見直しを行う
※ 必要に応じて、策定したフォーマュラリーを公表し、地域医療機関に情報共有する
※ 必要に応じて、フォーマュラリーによる効果について院内での検証を行う

イ フォーマュラリー導入のメリット

医療機関がフォーマュラリーを作成するメリットとしては、下記のような点が挙げられる。

- ① 採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価し、医薬品使用の基本的な考え方に係る指針を提供することにより、薬剤の適正使用に貢献すること
- ② 経済性を踏まえた後発医薬品等の使用を推進すること

■ 院内フォーマュラリー及び地域フォーマュラリーについて

	院内フォーマュラリー	地域フォーマュラリー
作成者	院内の医師や薬剤師	地域の医師（会）、薬剤師（会） 中核病院
ステークホルダー （意思決定者）	少ない （理事長・オーナー、薬剤部長 など）	多い （診療所、薬局、中核病院、 地域保険者、自治体など）
管理運営	病院薬剤部	薬剤師会（医師会）
難易度	易	難
地域の医療経済への影響度	小さい	大きい

出典：中央社会保険医療協議会総会「医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について」（2019年6月26日）

(2) フォーマリナーの導入状況

厚生労働省「平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)」においては、保険薬局調査、診療所調査、病院調査の一部項目としてフォーマリナーの導入に対する状況を調査している。以下では、この調査内容の一部を抜粋し、フォーマリナーの導入状況を示す。

【調査目的】

本調査では、平成30年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策により、保険薬局における一般名処方に記載された処方箋の受付状況、後発医薬品の調剤状況や備蓄状況、保険医療機関における一般名処方の実施状況、後発医薬品の使用状況や医師の処方がどのように変化したかを調査するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識等について調査を行い、改定結果検証を行うことを目的としている。

【調査対象】

- ① 保険薬局調査
 - ・ 全国の保険薬局の中から無作為抽出した保険薬局 1,500 施設
- ② 診療所調査
 - ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した一般診療所 1,500 施設
- ③ 病院調査
 - ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した病院 1,000 施設

■ 有効回答数

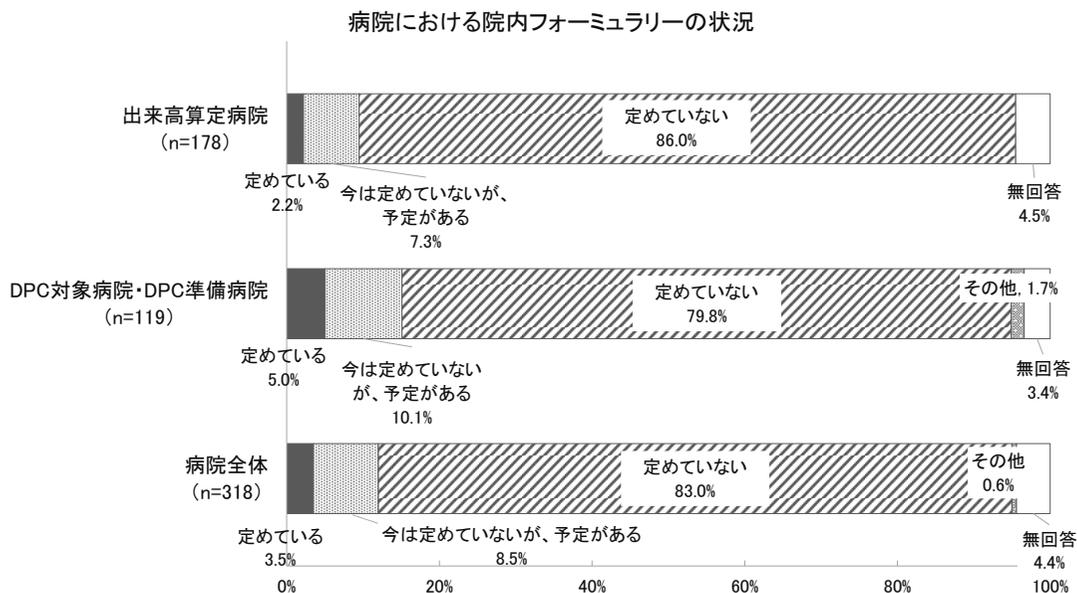
	発送数	回収数	回収率	有効回答数	有効回答率
①保険薬局調査	1,500	744	49.6%	744	49.6%
②診療所調査	1,500	664	44.3%	659	43.0%
③病院調査	1,000	319	31.9%	318	31.8%

【調査実施期間】

2018年10月～2019年1月

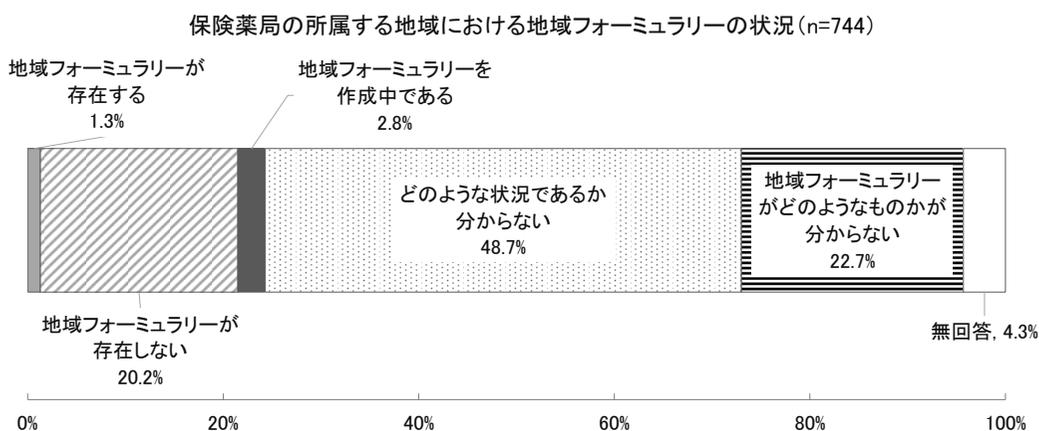
ア 病院における院内フォーミュラーの状況

病院において、院内フォーミュラーが定められているか否かについては、「定めている」が3.5%、「今は定めていないが、予定がある」が8.5%、「定めていない」が83.0%となっていた。



イ 保険薬局の所属する地域における地域フォーミュラーの状況

保険薬局の所属する地域における地域フォーミュラーの状況については、「どのような状況であるか分からない」が48.7%と最も多く、次いで「地域フォーミュラーがどのようなものかが分からない」が22.7%であった。「地域フォーミュラーが存在する」との回答は1.3%であった。

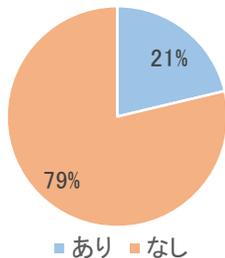


出典：中央社会保険医療協議会「平成30年診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）の報告案について」（2019年3月27日）

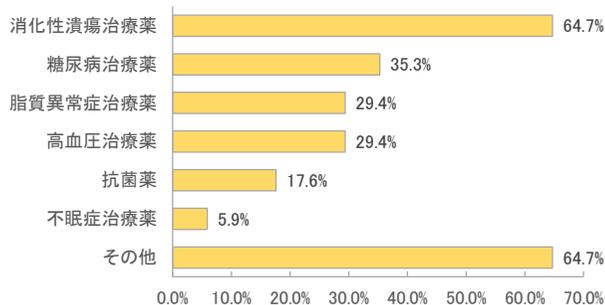
【参考】特定機能病院におけるフォーミュラーの導入状況

特定機能病院におけるフォーミュラー

院内フォーミュラー策定の有無
(特定機能病院)



フォーミュラーを作成している薬効群

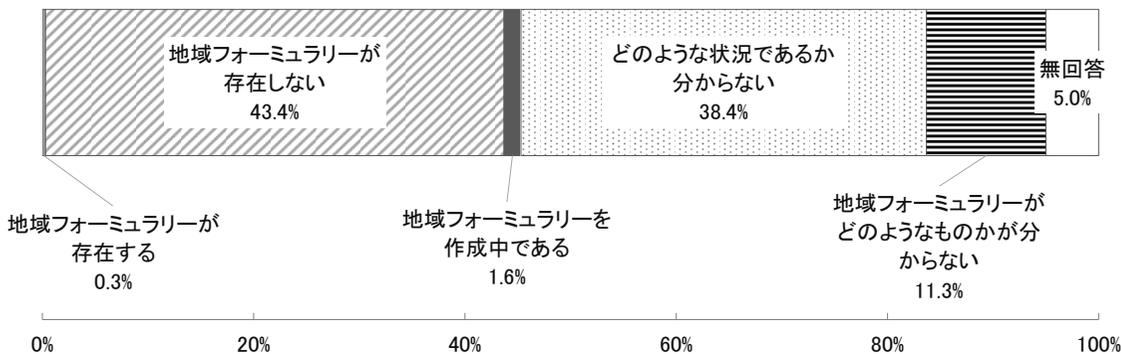


出典：中央社会保険医療協議会総会「医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について」
(2019年6月26日)

ウ 病院の所属する地域における地域フォーミュラーの状況

病院の所在地域における地域フォーミュラーの状況については、「地域フォーミュラーは存在しない」が43.4%で最も多く、次いで「どのような状況であるか分からない」(38.4%)が多かった。

病院の所属する地域における地域フォーミュラーの状況(n=318)



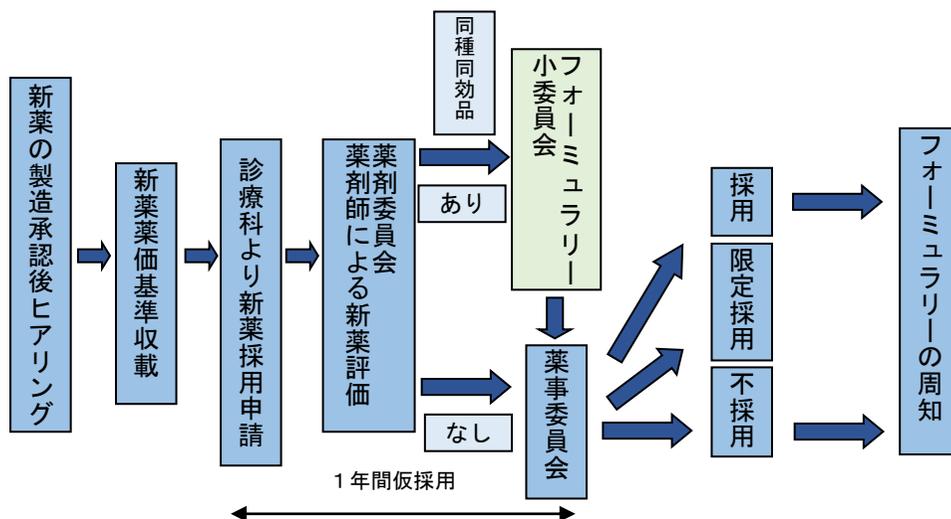
出典：中央社会保険医療協議会「平成30年診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)の報告案について」(2019年3月27日)

(3) フォーマリラーの導入事例

ア 聖マリアンナ医科大学病院での院内フォーマリラー

2014年の聖マリアンナ医科大学病院における院内フォーマリラーの運用が日本初となる院内フォーマリラーの導入となった。重症例や難治症例に対しての有用な新薬を使用できる環境を維持するとともに、既存治療薬のある薬剤について費用対効果を重視するために、院内フォーマリラーを作成している。

■ 新薬におけるフォーマリラーの検討手順



■ 院内フォーマリラー例

薬効群	第一選択薬	第二選択薬	備考
PPI治療薬	オメプラゾール注用（後発品）	タケブロン静注用（先発品）	
H2遮断薬（内服用）	ファモチジン（後発品） ラニチジン（後発品）		
α グルコシダーゼ阻害薬	ボグリボース（後発品） ミグリトール（後発品）		
グリニド系薬	ミチグリニド（後発品） シュアポスト（先発品）		
スタチン系薬	アトルバスタチン（後発品） ロスバスタチン（後発品）	プラバスタチン（後発品） ビタバスタチン（後発品）	
ACE阻害薬/ARB	ACE阻害薬（後発品） ロサルタン（後発品） カンデサルタン（後発品） オルメサルタン（後発品） テルミサルタン（後発品）	アジルバ 40mg（先発品）	40mg 以上必要な患者限定・分割不可
ビスフォスホネート剤	アレンドロン酸塩錠 35mg（後発品） リセドロン酸塩錠 17.5mg（後発品）	アレンドロン酸点滴静注用（後発品） リクラスト点滴静注液（先発品）	立位・座位を保てない患者
PPI経口薬	オメプラゾール（後発品） ランソプラゾール（後発品） ラベプラゾール（後発品）	パリエット 5mg（先発品） 第三選択：タケキャブ（先発品） ネキシウム顆粒（先発品）	タケキャブ（診療科限定） ネキシウム顆粒（小児限定）
G-C-S-F製剤	フィルグラスチムBS（後発品）	ノイトロジン注（先発品）	
口腔咽頭および食道カンジダ症	フルコナゾールカプセル（後発品） イトラコナゾール錠（後発品）	イトリゾール内用液（先発品） ポリコナゾール錠（先発品）	軽症者限定： ハリゾンシロップ フロリードゲル経口用

出典：中央社会保険医療協議会総会「医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について」（2019年6月26日）

イ 浜松医科大学医学部附属病院での院内フォーミュラリー

浜松医科大学医学部附属病院では経済性の観点だけではなく、採用薬を基本とした標準的な医薬品の選択基準や投与指針を事前に定めておくことにより、標準的な薬物治療では対応できない一部の患者において必要かつ有用な薬物治療を吟味することを目的として、フォーミュラリーを作成している。

院内フォーミュラリーの作成は関連する院内部門・委員会、診療科及び薬剤部が連携して行っており、フォーミュラリーの指針、検討手順は下記のような流れとなっている。これまで、13 薬効分類に対するフォーミュラリーが作成されている。

■ 院内フォーミュラリーの指針

【フォーミュラリーの指針】(抜粋)

採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価しておくことで、簡便かつ効率的な治療が行うことができる。(中略)

この「フォーミュラリー」の作成は経済性のみでなく、質と安全性の高い薬物治療を効率的に実施する上で必要不可欠なものである。

■ 院内フォーミュラリーの検討手順

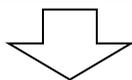
薬剤部、関連する院内部門・委員会、診療科

【手順1：院内フォーミュラリー作成対象領域の選定】

- ・ 複数採用のある同種・同効医薬品、後発医薬品及びバイオシミラーの採用がある領域について、院内フォーミュラリー案の作成を検討する。

【手順2：院内フォーミュラリー案の立案】

- ・ 薬剤部にて院内フォーミュラリー案を作成し、根拠となるガイドライン、参考文献や経済効果を示した上で、薬剤部及び関連する診療科等において協議し、院内フォーミュラリーの原案を作成する。



薬剤管理委員会

【手順3：薬剤管理委員会での承認】

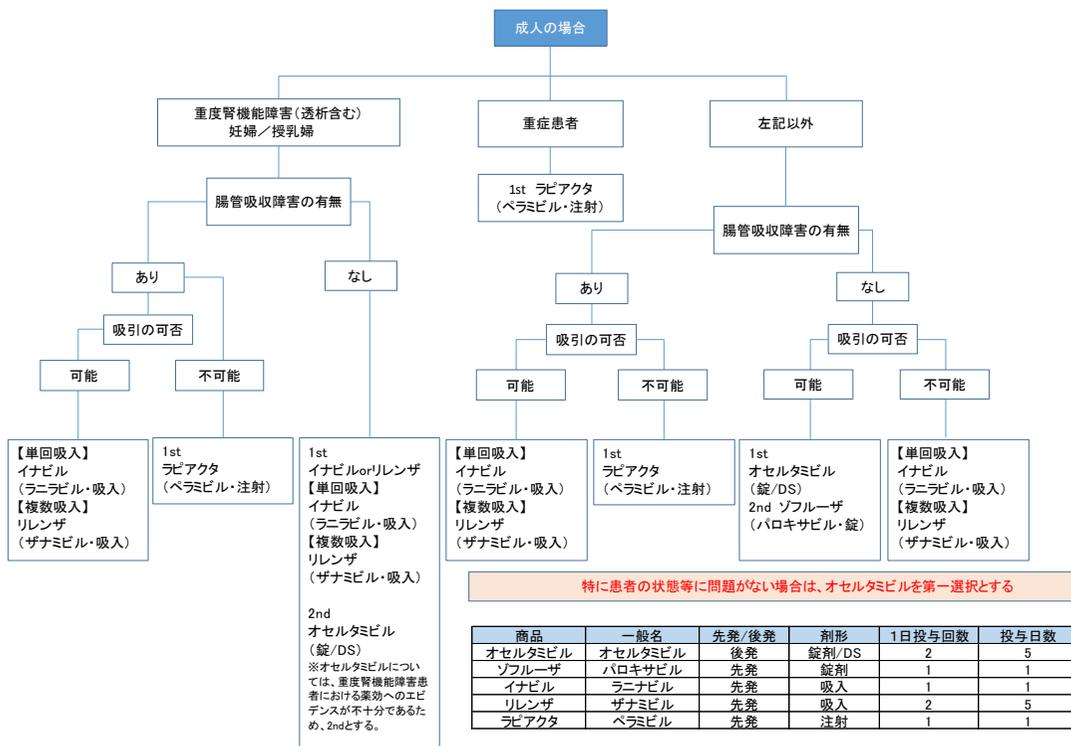
- ・ 院内フォーミュラリー案を審議、承認する。

【手順4：院内フォーミュラリーの周知・活用】

- ・ 薬剤管理委員会事務局より、すべての診療科にメールにて連絡を行うとともに、院内ポータルサイトにて周知する。
- ・ 必要に応じて、処方オーダー時に情報提供・注意喚起などを設定し、院内フォーミュラリーを周知する(薬剤師は処方提案、医師からの薬剤選択に関する問い合わせの回答に当該院内フォーミュラリーを活用)。

出典：中央社会保険医療協議会総会「医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について」(2019年6月26日)

■ 院内フォーミュラリー例（抗インフルエンザウイルス薬）



■ 院内フォーミュラリー薬効群リスト

抗インフルエンザウイルス薬	経口抗菌薬
広域スペクトルラム抗菌薬	抗MRSA薬
整腸剤	ヘルペスウイルス治療薬
インフリキシマブ製剤	リツキシマブ製剤
強オピオイド系抗菌薬	便秘症治療薬
ピソプロロール・テブ剤	ヨード造影剤
プロトンポンプインヒビター	

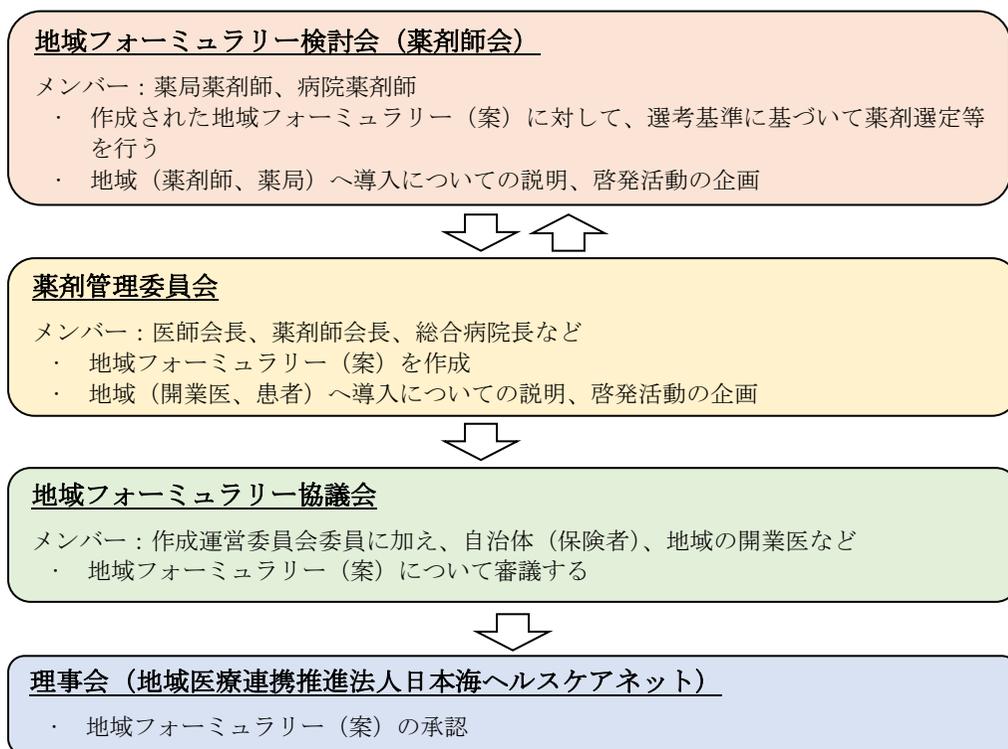
出典：中央社会保険医療協議会総会「医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について」
(2019年6月26日)

ウ 日本海ヘルスケアネットでの地域フォーミュラリー

山形県酒田市の地域医療連携推進法人である日本海ヘルスケアネットでは、病院機構、医師会、薬剤師会等が連携し、病院、診療所が活用する地域全体の地域フォーミュラリーの作成を行っている。

地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネットの業務概要には、人事交流・職員派遣体制の整備・職員の共同研修、維持透析機能の重点・集約化、検査機能の重点・集約化、高額医療機器（CT、MRI等）の共同利用、患者・住民向けのセミナーの開催などが掲げられているが、その業務概要の一つとして、地域フォーミュラリー作成についても挙げられている。

■ 地域フォーミュラリーの検討手順



■ 院内フォーミュラリー薬効群リスト

対象薬効群	薬剤名
PPI 経口薬	ランソプラゾール
	ラベプラゾール
	オメプラゾール
α グルコシダーゼ阻害薬	ボグリボース
	ミグリトール
アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬	テルミサルタン
	オルメサルタン
	カンデサルタン
HMG-C o A還元酵素阻害薬	ロスバスタチン
	ピタバスタチン
バイオシミラー製剤	インフリキシマブ
ビスフォスホネート製剤	アレンドロン酸ナトリウム
	リセドロン酸ナトリウム

出典：中央社会保険医療協議会総会「医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について」（2019年6月26日）

(4) フォーマュラリー導入の影響

地域フォーマュラリーの導入による地域への影響は、大きく分けて3つあるといわれている。

1つ目には患者への影響がある。具体的には、①薬剤が精選され、漫然投与や薬剤の成分重複、併用禁忌の投与回避などポリファーマシーが削減されること、②医療費減により患者負担が減少することが挙げられる。

2つ目は医療機関への影響であり、①基幹病院が地域フォーマュラリーに参加することにより、「紹介・逆紹介」を経て薬剤の使用品目が収束し、患者の管理が行いやすくなること、②薬剤費用の節減、在庫減となり、経営改善に寄与することなどが挙げられる。

3つ目は薬局への影響であり、①病院薬剤師と薬局薬剤師の連携がさらに密になること、②服薬指導、患者管理が効率化され、その精度管理も飛躍的に高められること、③質の高い医薬品の確保と提供ができること、④多品種少量在庫が見直され、薬剤購入の計画性が図られ在庫管理がスムーズになることなどが挙げられる。

このような地域への影響のほか、後発医薬品の使用促進や医療費の削減に寄与することも注目されており、近年ではフォーマュラリーが診療報酬へ組込まれることも検討されている。

そのため、中央社会保険医療協議会総会では、後発医薬品の推進や病院経営の効率化の観点からも推進すべきという意見がある一方で、患者の個別性を制約することの懸念や保険者等のチェック機能が必要ではないかなど、診療報酬上で評価することに懐疑的な意見もある。2020年度の診療報酬改定時においても、フォーマュラリーを作成、運用している医療機関を診療報酬上で評価することが中央社会保険医療協議会で検討されていたが、フォーマュラリーの策定プロセスが確立していないことや評価に見合うだけの薬剤費削減につながるエビデンスがないことなどを理由に評価反映は見送られた。

厚生労働省は、2022年度診療報酬改定に向けても、病院におけるフォーマュラリーの取扱いを議論するためのエビデンスの準備として、フォーマュラリー導入施設に関する特別調査や標準的手法開発等に引き続き着手をしている。

【参考文献】

- ・ 中央社会保険医療協議会総会「医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について」（2019年6月26日）
- ・ 中央社会保険医療協議会「平成30年診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）の報告案について」（2019年3月27日）

株式会社日本政策投資銀行（DBJ）のご案内

株式会社日本政策投資銀行は、1999年10月1日に日本開発銀行と北海道東北開発公庫の一切の権利・義務を承継して設立され、2007年6月に成立した株式会社日本政策投資銀行法に基づき、2008年10月1日に民営化（株式会社化）しました。

代表取締役社長	渡辺 一
職員数	1,195名（2020年3月末）
資本金	1兆4億2,400万円（全額政府出資）
本店所在地	〒100-8178 東京都千代田区大手町一丁目9番6号 大手町フィナンシャルシティサウスタワー
URL	https://www.dbj.jp/
支店・事務所	支店10か所、事務所8か所、海外現地法人4か所
総資産	17兆4,194億円（2020年3月末）
貸出金	12兆5,213億円（2020年3月末）

《DBJの企業理念》

DBJは「金融力で未来をデザインします」を企業理念として掲げています。これは、創造的金融活動による課題解決でお客様の信頼を築き、豊かな未来をともに実現していきます、という決意を表明したものです。

DBJでは、①長期的な視点と行動、②中立性の維持、③パブリックマインド、④信頼される組織、の4つを共有する価値観、DNAと位置づけており、これらを活かして参ります。



《DBJのサービスのご案内》

中長期の資金供給をはじめとする投融資一体型の金融サービスの提供を通じて、お客様の課題解決に取り組みます。

■ 融資

- 中長期の融資
- 独自の高付加価値の金融サービスを提供（環境・社会的責任投資、防災・安全対策、技術の事業化等の評価付き金融など）
- さまざまなニーズに対応するためノンリコースローン、担保・仕組みを工夫したファイナンス（DIP、在庫担保、知的財産権担保など）を開発・提供

■ 投資

- 事業再生・再編、成長戦略、国際競争力強化、インフラ事業向けにメザニン・ファイナンス、エクイティなどのリスクマネーを提供

■ コンサルティング／アドバイザー

- M&Aアドバイザーサービス
- 産業調査力と新金融技術開発力を活用した提案
- 仕組み金融などのファイナンスのアレンジメント

《ヘルスケア室のご案内》

DBJ及び株式会社日本経済研究所は、医療・福祉分野、ライフサイエンス分野それぞれにおきましても、各種融資対応、コンサルティング業務及び「ヘルスケア業界ハンドブック」の発刊などによる情報提供等の取組みを通して、当該分野での付加価値提供を目指してまいりました。このような取組みを推進する観点から、2013年4月1日付で「医療・生活室」を改組し、「ヘルスケア室」を設立しました。

今後とも長期資金や年度資金のご融資などを通じて、お客様のニーズにあわせた解決策をご提案し、資金調達及び経営改善のお手伝いをさせていただきます。

《DBJの医療・福祉分野におけるサービスのご案内》

■ 融資

- 病院建替・増改築時に必要となる、長期の資金調達の支援
- 医療機器の取得・更新時の支援
- 介護事業進出時の資金調達の支援
- 経営承継（M&A）資金の資金調達の支援
（各種公的医療施設等の民間承継に対する支援も含む）
- DBJビジョナリーホスピタル認定制度
公益財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価」の認定を受けた病院を対象に、環境配慮、防災・事業継続対策に優れた病院をDBJ独自の評価システムによって「DBJビジョナリーホスピタル」と認定し、評価に応じた融資条件を設定する融資メニュー
- DBJ健康経営（ヘルスケアマネジメント）格付
従業員の健康配慮への取組みが優れた企業を独自の評価システムにより評価して優れた企業を選定し融資するメニュー

■ M&Aアドバイザー

- 内外拠点/人的ネットワークに加え、全国の地域金融機関と提携
- 各種業界に関する豊富な知識と経験、公共性の高い案件へのノウハウ

■ ヘルスケアファンド

医療・介護事業者を対象にしたヘルスケアファンドを設立し、以下のような業務を行っております。

- ・ 医療機関等に対する劣後ローンの供給
- ・ 医療機関等に対し、金融機関が保有する貸出債権の買い取り
- ・ 医療・介護施設の不動産流動化

■ コンサルティング

DBJ及びグループ会社の㈱日本経済研究所による、中立的・公益的・長期的な視点からの医療事業向けコンサルティング業務

①財務、②経営、③資産活用 の3点から、各種提案及び実行支援

■ レポート等の発信

- 「ヘルスケア業界ハンドブック」の作成
- 「ヘルスケアレポート」の作成（当行ウェブサイト）

《DBJのライフサイエンス分野におけるサービスのご案内》

■ 融資

- 工場の建設・建替時に必要となる長期の資金調達の支援
- 設備の取得・更新時の支援
- M&A、一部株式取得等におけるバックファイナンスの支援
- 更なる成長のためのハイブリッドファイナンス、劣後融資などのリスクマネー提供
- DBJサステナビリティ評価認証融資

企業の非財務情報を評価して優れた企業を選定し融資するメニューで、それぞれ、従業員に関する健康経営、事業継続及び危機管理の経営(BCM)、環境経営を評価

■ 投資（共同投資等）

- 成長加速、資本増強のための優先株式取得又は普通株式取得を通じた支援
- 新規事業獲得、販路獲得、生産拠点の獲得を目的にした中規模以上のM&A時における買収対象会社への共同投資
- ノンコア事業切り出し、新規事業ジョイントベンチャー設立時の共同投資支援

■ M&Aアドバイザー

- (株)日本経済研究所とも連携しながら、業界に関する豊富な知識と経験、ノウハウを提供
- 内外拠点/人的ネットワークに加え、海外のM&Aアドバイザーファームと提携

■ ベンチャー企業支援

グループ会社のDBJキャピタル㈱を通じたベンチャー企業投資

■ レポート等の発信

- 「ヘルスケアレポート」の作成（当行ウェブサイト）

■ 株式会社日本政策投資銀行 本支店一覧（国内）

本店 東京

〒100-8178 東京都千代田区大手町1丁目9番6号（大手町フィナンシャルシティタワー）
03-3270-3211（大代表）

北海道支店 札幌

〒060-0003 札幌市中央区北3条西4丁目1番地（日本生命札幌ビル）
011-241-4111（代表）

東北支店 仙台

〒980-0021 仙台市青葉区中央一丁目6番35号（東京建物仙台ビル）
022-227-8181（代表）

新潟支店 新潟

〒951-8066 新潟市中央区東堀前通六番町1058番地1（中央ビルディング）
025-229-0711（代表）

北陸支店 金沢

〒920-0031 金沢市広岡三丁目1番1号（金沢パークビルディング）
076-221-3211（代表）

東海支店 名古屋

〒450-6420 名古屋市中村区名駅3丁目28番12号（大名古屋ビルディング）
052-589-6891（代表）

関西支店 大阪

〒541-0042 大阪市中央区今橋4丁目1番1号（淀屋橋三井ビルディング）
06-4706-6411（代表）

中国支店 広島

〒730-0036 広島市中区袋町5番25号（広島袋町ビルディング）
082-247-4311（代表）

四国支店 高松

〒760-0050 高松市亀井町5番地の1（百十四ビル）
087-861-6677（代表）

九州支店 福岡

〒810-0001 福岡市中央区天神2丁目12番1号（天神ビル）
092-741-7734（代表）

南九州支店 鹿児島

〒892-0842 鹿児島市東千石町1番38号（鹿児島商工会議所ビル）
099-226-2666（代表）

函館事務所 函館

〒040-0063 函館市若松町14番10号（函館ツインタワー）
0138-26-4511（代表）

釧路事務所 釧路

〒085-0847 釧路市大町1丁目1番1号（道東経済センタービル）
0154-42-3789（代表）

青森事務所 青森

〒030-0861 青森市長島2丁目10番3号（青森フコク生命ビル）
017-773-0911（代表）

富山事務所 富山

〒930-0005 富山市新桜町6番24号（C O I 富山新桜町ビル）
076-442-4711（代表）

松江事務所 松江

〒690-0887 松江市殿町111番地（松江センチュリービル）
0852-31-3211（代表）

岡山事務所 岡山

〒700-0821 岡山市北区中山下1丁目8番45号（N T T クレド岡山ビル）
086-227-4311（代表）

松山事務所 松山

〒790-0003 松山市三番町7丁目1番21号（ジブラルタ生命松山ビル）
089-921-8211（代表）

大分事務所 大分

〒870-0021 大分市府内町3丁目4番20号（大分恒和ビル）
097-535-1411（代表）

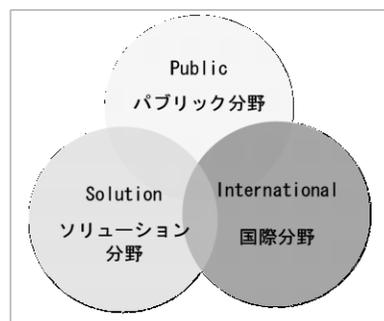
株式会社日本経済研究所（J E R I）のご案内

株式会社日本経済研究所は、わが国経済社会の望ましい発展のため、知恵・情報・解決策を広く発信し続け、公平・中立な立場から長期的な視点に立ち、公共セクターや民間企業に対する調査・コンサルティングを行う株式会社 日本政策投資銀行の関連シンクタンクです。2009年4月、財団法人日本経済研究所の受託調査及び関連事業を受け継ぎ、財団法人日本経済研究所が築いてきた伝統と実績を更に発展させていく所存です。

設立	1989年12月
代表取締役社長	高橋 洋
職員数	143名（2020年7月末現在）
資本金	480百万円
所在地	〒100-0004 東京都千代田区大手町一丁目9番2号 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15階
URL	https://www.jeri.co.jp/
連絡先	公共デザイン本部 【パブリック分野（医療・福祉チームを含む。）】 TEL:03-6214-4613 E-mail:public-design@jeri.co.jp 国際本部 【国際分野】 TEL:03-6214-4630 E-mail:kokusai@jeri.co.jp ソリューション本部 【ソリューション分野】 TEL:03-6214-4640 E-mail:solution@jeri.co.jp

《J E R I の調査・コンサルティング分野》

3つの調査分野のシナジー効果を活かし、総合的な観点からお客様のニーズにあったコンサルティングを実施します。



- **パブリック分野** —— 国や地方自治体に対する様々な提言や構想、計画、政策、施策の立案等に係る調査・コンサルティングを行います。
- **ソリューション分野** —— 民間企業等に対する企業価値向上、事業評価、新たなビジネス展開等に係わる調査・コンサルティングを行います。
- **国際分野** —— 民間企業の海外事業展開等のクロスボーダーやODA関連業務に関わる調査・コンサルティングを行います。

◆ **パブリック分野** ◆ **地域と共に地域の課題を解決！**

P F I

導入可能性調査、アドバイザー、ガイドライン策定、モニタリング

P P P ・ 民営化

事業手法検討、業務アドバイザー、事業価値評価、ファイナンシャル・アドバイザー
経済、産業

産業政策、景気調査、基本構想・基本計画、経済波及効果調査

地域開発、まちづくり

中心市街地活性化、地域振興政策

環境・エネルギー

温室ガス対策、環境配慮、省エネルギー

病院事業

病院経営アドバイザー、病院事業手法検討

◆ **ソリューション分野** ◆ **金融から防災まで総合力で対応！**

経営マネジメント

財務分析、事業戦略策定、事業再生

事業価値評価、プロジェクトフィージビリティスタディ

新規事業F S、事業価値試算

公共サービスサポートビジネス（P F I、指定管理者、市場化テスト等）

業務アドバイザー、提案書作成支援

B C P、リスクマネジメント

B C P計画策定、B C P研修策定、防災関連

金融、事業手法

証券化、プロジェクトファイナンス

不動産開発

資産活用、開発計画策定

◆ **国際分野** ◆ **欧米のほか、アジア・メコン地域での豊富な経験を活用！**

海外進出支援、海外投資環境調査

海外市場調査

ODA関連（産業政策、金融政策、中小企業振興、事業評価等）

人材育成・研修

《**J E R Iの医療・病院コンサルティングサービスのご案内**》

株式会社 日本経済研究所では、我が国の経済社会が直面する地域医療や病院経営など「医療」をめぐる諸課題について、豊富な経験やネットワークをフル活用し、広範な視点から自治体立病院、民間病院など様々なお客様のニーズにあったコンサルティングを行っています。

■ JERIの医療・病院コンサルティングサービスの特色

特色1：豊富な経験に基づく「3つの力」の結合

60年以上に及ぶシンクタンク業務で培った豊富な経験に基づく弊研究所ならではの「3つの力」—すなわち、①俯瞰力（時代潮流や国・地域社会の動向を把握）、②現場力（医療現場の課題等に精通）、③事業力（病院経営や事業計画を的確に分析、誘導）を結合し、総合的かつ的確な医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

特色2：中立的・公益的・長期的視点に立った信頼ある取組み

常に中立的・公益的かつ長期的な視点に立った業務への取組みは、地方自治体をはじめ多くの皆様から高いご評価を頂いております。地域社会にも貢献できるシンクタンクとして、信頼性のある医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

特色3：高度な知見を有するネットワークの活用

これまでの業務経験で培った弊研究所オリジナルのネットワークの中から、医療・システム・施設・制度・人材・会計・法務等医療関連の各分野に高度な知見を有する有識者、コンサルタント等を結集することにより、広範多岐にわたって的確な医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

■ JERIの医療・病院コンサルティングサービスの内容(重点分野)

● 公立病院

- ① 病院改革プラン策定などの経営コンサルティング業務
 - ・病院改革プランの策定支援
 - ・病院経営分析、病院経営診断
 - ・財務内容健全化、経営効率化等に向けた経営コンサルティング 等
- ② 病院基本構想・基本計画づくりなどのプランニング業務
 - ・病院の新設、再整備等に当たっての基本構想、基本計画づくり
 - ・病院経営に関する中長期計画、将来構想、経営計画づくり 等
- ③ 民間活力導入等、「経営形態見直し」のためのアドバイザー業務
 - ・望ましい病院経営形態の検討（地方公営企業全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入、民間移譲等）
 - ・PFI導入可能性調査、PFI導入アドバイザー業務
 - ・指定管理者制度導入アドバイザー、民間委譲アドバイザー業務 等

● 民間病院等

- ④ 経営分析、事業計画づくりなどの経営コンサルティング業務
 - ・経営分析（財務分析、マーケティング調査、診療機能・運営状況調査等）
 - ・経営ビジョン、経営計画（収支計画等）、事業計画等策定
 - ・経営改善策のご提案（増収増益策、現場業務改善提案等）
 - ・病院及び病院経営体の事業価値評価 等

● その他

- ⑤ 医療をめぐる諸課題等に関する調査研究業務
 - ・医療政策・医療制度等に関する調査研究
 - ・地域医療計画等のプランニング
 - ・医療サービスに対するニーズ調査
 - ・病院経営の一般的分析、課題と対応の検討 等

本書の取扱いについて

- 本ミニブック自体の著作権（編集著作権）は弊行に帰属します。また、本ミニブックに掲載しているデータ・図表等の著作権は、その出典元に帰属します。取扱いは、データ・図表等の著作権の帰属先によって次のとおり異なりますので、ご注意ください。
- 1 官公庁、独立行政法人に帰属するデータ・図表等の場合
基本的には、お客様の責任において自由にご使用ください。禁転載等の表記のあるものはそれに従ってください。
- 2 弊行以外の個別の企業・団体に帰属するデータ・図表等の場合
ご使用の際は、当該企業・団体に直接お問い合わせ願います。
- 3 弊行に帰属するデータ・図表等の場合
使用に際して、他媒体（ホームページ、雑誌、書籍、その他独自の資料等）への転載や編集加工等が発生する場合には弊行企業金融第6部 ヘルスクエア室までお問い合わせください。
- データ等の内容の正確性には十分注意を払っておりますが、万一、本ミニブック記載のデータ等を利用したことによって直接又は間接に不具合が生じた場合でも、弊行及び弊研究所はその責を負いかねます。

ヘルスケア業界ミニブックー地域連携のあり方、診療所概況及び医薬品動向ー

2021年5月28日 初版発行

発行 株式会社 日本政策投資銀行
株式会社 日本経済研究所

<お問合せ先>

(株式会社 日本政策投資銀行)

〒100-8178 東京都千代田区大手町1-9-6
大手町フィナンシャルシティサウスタワー
株式会社 日本政策投資銀行 企業金融第6部 ヘルスケア室
TEL : 03-3244-1730
<https://www.dbj.jp>

(株式会社 日本経済研究所)

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15階
株式会社 日本経済研究所 公共デザイン本部 医療・福祉チーム
TEL : 03-6214-4613
<https://www.jeri.co.jp>