中 医 協 総 - 2元 . 1 0 . 3 0

外来 (その1)

(かかりつけ医機能、大病院受診時定額負担等)

外来 (その1)

- 1. かかりつけ医機能に係る評価について
- (1) かかりつけ医機能に係る経緯について
- (2) 現在の算定状況等について
- (3) 小児に対する診療に係る評価について

2. 大病院受診時定額負担について

- (1)かかりつけ医機能に係る経緯について
- (2) 現在の算定状況等について
- (3) 小児に対する診療に係る評価について

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

- 日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)より抜粋 -

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

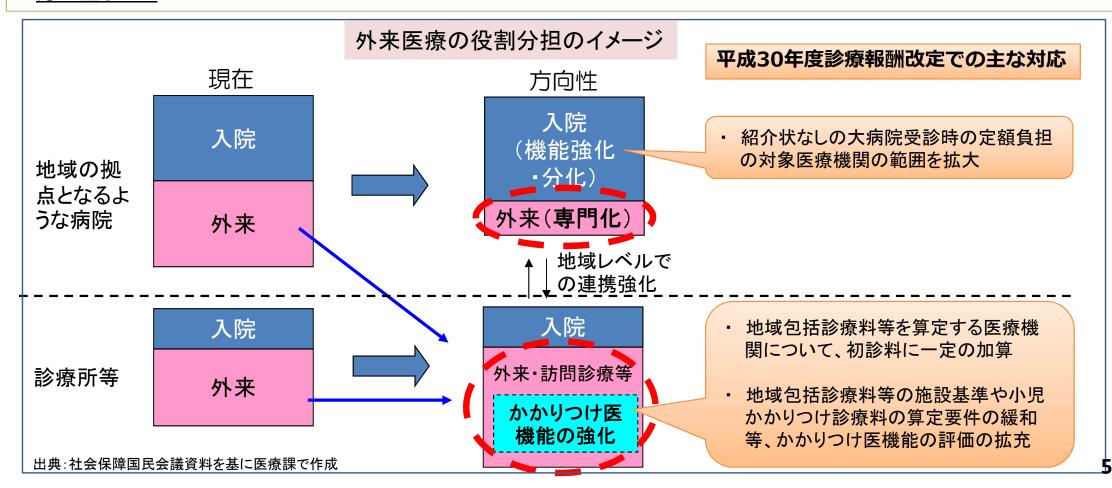
「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、<u>患者の生活背景を把握</u>し、適切な<u>診</u>療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、<u>自己の診療時間外も</u>患者にとって最善の医療が継続されるよう、 地域の医師、医療機関等と<u>必要な情報を共有</u>し、<u>お互いに協力</u>して<u>休日や夜間</u>も患 者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が<u>大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない</u>
- <u>フリーアクセスの基本は守りつつ</u>、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 〇 <u>大病院の外来は紹介患者を中心</u>とし、<u>一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談する</u>ことを基本とするシステムの 普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、<u>気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の</u> 方が望ましい



かかりつけ医機能評価の充実

・がん患者に対しての治療と 仕事の両立のために産業医 と情報共有・連携を評価



情報共有

•連携

かかりつけ医とかかりつけ 歯科医の間の情報共有の評価

・末期のがん患者についてケアマネジャーと在宅主治医との連携を強化



情報共有 •連携



連携

のを示



〇〇健保



生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に、保険者からの依頼に応じて情報提供を行うことを要件化

- かかりつけ医機能を有する医療 機関における初診機能の評価
- 地域包括診療料(※)等の施設基準の緩和
 - (※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的 で全人的な医療を行うことを評価
- ・小児かかりつけ診療料の算定要 件の緩和



外来から訪問診療 に移行した患者への 在宅医療の提供実 績の評価

- (1) かかりつけ医機能に係る経緯について
- (2) 現在の算定状況等について
- (3) 小児に対する診療に係る評価について

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

初診料 小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) 機能強化加算

80点



【算定要件】

○ かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する観点から、右の施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

【施設基準】

- 以下のいずれにも該当すること。
- (1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - · 地域包括診療加算
 - · <u>地域包括診療料</u>
 - 小児かかりつけ診療料
 - 在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)
 - 施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅 療養支援病院に限る。)
- (3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問合せへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

	届出医療機関数	算定回数
機能強化加算	(病院) 1,048 (診療所) 11,793	1,783,064

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理①(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
施設の 種別	診療所在宅療養支援診療所の届出(*1)	・診療所・許可病床数200床未満【病院の場合】・地域包括ケア病棟入院料の届出・在宅療養支援病院の届出	・ 小児科外来診療料を算定	_	∙診療所	 許可病床数200床未満の病院 半径4km以内に診療所が存在しない(半径4km以内に病院が存在しないのではないのではないのでは、
医師 <i>の</i> 要件	・慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(担当医)を配置 ・常勤換算2名以上の医師を配置(うち1名以上は常勤医師)(*1)	・慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(担当医)を配置 【診療所の場合】 ・常勤換算2名以上の医師を配置(うち1名以上は常勤医師)	 ・専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師を1名以上配置 ・上記の医師が、以下のうち3つ以上に該当ア在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日教度で実施イ母子保健法第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査を実施ウラ防接種法第5条第1項の規定による予防接種法第5条第1項の規定による予防接種法第5条第1項の規定による予防接種(定期予防接種)を実施 エ過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供オが種園の園医又は保育所の嘱託医に就任 	・ 在宅医療を担当 する常勤医師	【機能強化・単独型】 ・ 在宅医療を担当する常 【機能強化・連携型】 ・ 他の医療機関と併せて 勤医を3名以上配置 【従来型】	常勤医を3名以上配置
時間外、 緊急時等 の対応の 体制	・ 時間外対応加算1又は2 の届出(*1)	【診療所の場合】 ・ 時間外対応加算1の届出	・ 時間外対応加算1又は2の届出	-	医又は看護職員をあら 当該担当者及び当該担 連絡先電話番号等、 <u>緊</u> て、事前に患者又はその 説明の上、文書により提 ※ 曜日、時間帯ごとに担当	── 6者が異なる場合には、それ 2当者及び当該担当者と直接

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理②(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
実施する 取組等	健康相談を実施している旨を敷地内(当該保険医療機関かされている場合は、当該保険医る部分)の禁煙	が建造物の一部分を用いて開設	-	-	-	-
他の医療 機関等との 連携	「 等との ・ 院が加去を行う場合は 24時間対応をしている薬具を連携		_	_		≟連携
介護サー ビスとの 連携	との 所を併設					_
その他		_	_	-	患者に関する診療記録 体制の整備	常管理を行うにつき必要な

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理③(平成30年度診療報酬改定後)

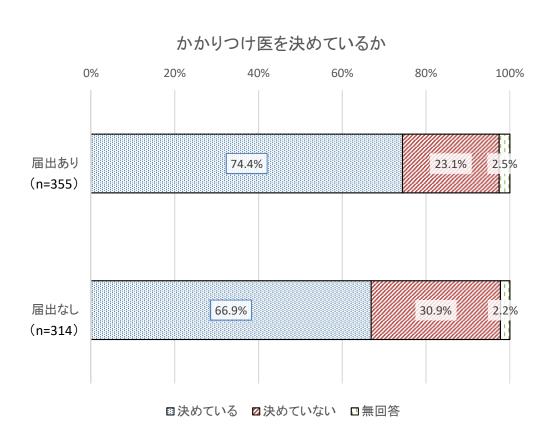
項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
在宅医療の 提供体制	 在宅医療の提供及び当該 患者に対する24時間の往診 等の体制(*2) 在宅医療の提供及び当該 患者に対する24時間の連絡 体制(*3) 		_	_	 ・ 当該診療所において、又は別の保険医療機関保険医との連携により、<u>患家の求めに応じて、20時間往診が可能な体制を確保</u>し、往診担当医の指名、担当日等を文書により患家に提供 ・ 当該診療所において、又は別の保険医療機関しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保護医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の指名、当日等を文書により患家に提供 ・ 当該診療所において、又は別の保険医療機関の連携により、緊急時に居宅において療養を行ている患者が入院できる病床を常に確保し、受力医療機関の名称等を届出 	
外来から訪 問診療への 移行実績	療への定した患者の数の合計が		_	-		_
その他実績		_	_	_	・以下の全てを満たして ・直近1年間に5つ以」 紹介を受けて往診又は ・過去1年間の看取り の十分な診療実績 ・直近1か月の在総管 施設総管の患者割合な ・直近1か月の在総管	D割合が95%以上の場合】 いること この病院又は診療所から :訪問診療を実施 実績20件以上又は重症児 ・施設総管算定患者のうち

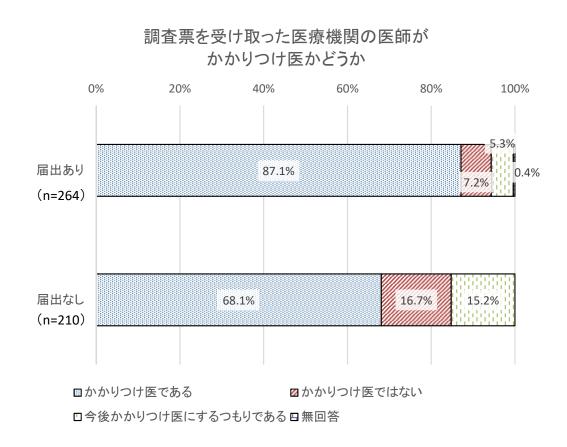
^{*2} 地域包括診療加算1の要件

^{*3} 地域包括診療加算2の要件

かかりつけ医の状況について(1)(機能強化加算の届出有無別)

- 機能強化加算の届出の有無別に、かかりつけ医の状況を見ると、届出のある医療機関の患者では74.4%、届出のない医療機関の患者では66.9%が「かかりつけ医を決めている」と回答した。
- また、かかりつけ医を決めている患者のうち、機能強化加算の届出のある医療機関の患者では87.1%、届出のない医療機関の患者では68.1%が「調査票を受け取った医療機関がかかりつけ医である」と回答した。

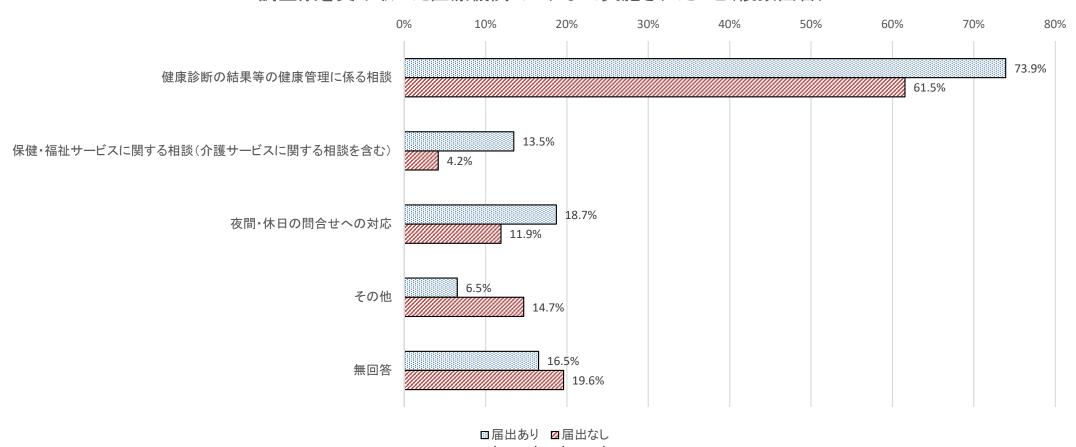




かかりつけ医の状況について②(機能強化加算の届出有無別)

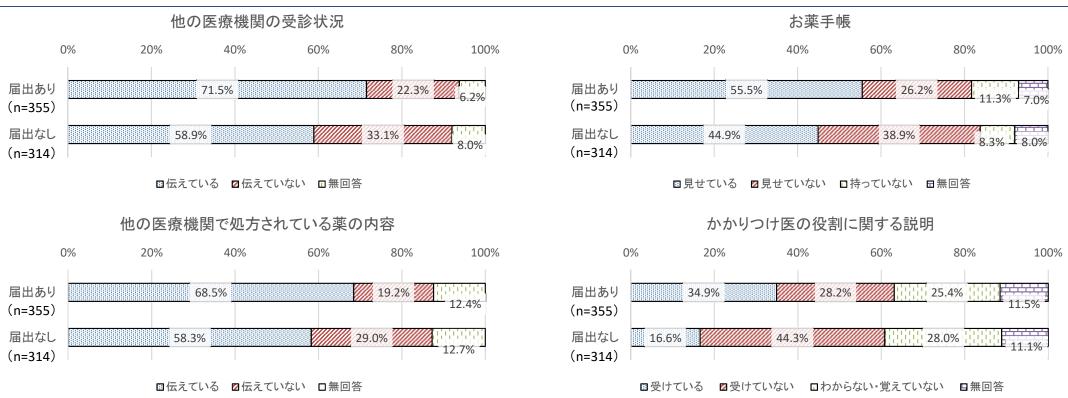
○ かかりつけ医を決めている患者に対して、調査票を受け取った医療機関でこれまで実施されたことを尋ねたところ、機能強化加算の届出のある医療機関の患者において「健康診断の結果等の健康管理に係る相談」、「保健・福祉サービスに関する相談(介護サービスに関する相談を含む)」、「夜間・休日の問合せへの対応」を実施された者の割合が、いずれも届出のない医療機関の患者に比べて高い傾向であった。

調査票を受け取った医療機関でこれまで実施されたこと(複数回答)



他の医療機関の受診状況等の情報共有について(機能強化加算の届出有無別)

- 〇 機能強化加算の届出の有無別に、他の医療機関の受診状況等の情報共有の状況を見ると、
 - ・他の医療機関の受診状況については、届出のある医療機関の患者では71.5%、届出のない医療機関の患者では58.9%が「(受診した医療機関に)伝えている」と回答した。
 - 他の医療機関で処方されている薬の内容については、届出のある医療機関の患者では68.5%、届出のない医療機関の 患者では58.3%が「伝えている」と回答した。
 - ・ お薬手帳については、届出のある医療機関の患者では55.5%、届出のない医療機関の患者では44.9%が「見せている」 と回答した。
 - ・ かかりつけ医の役割に関する説明を受けているかどうかについては、届出のある医療機関の患者では34.9%、届出のない医療機関の患者では16.6%が「受けている」と回答した。

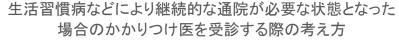


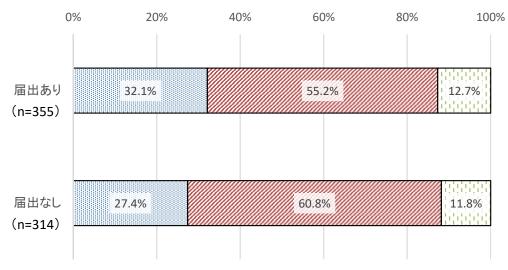
医療機関へのかかり方に関する考えについて(機能強化加算の届出有無別)

○ 生活習慣病などにより、継続的な通院が必要な状態となった場合に、かかりつけ医を受診する際の考え方として提示した、下記A及びBについての意見を見ると、機能強化加算の届出のある医療機関の患者では32.1%、届出のない医療機関では27.4%が「Aの意見があてはまる」と回答した。

【継続的な通院が必要な状態となった場合に、かかりつけ医を受診する際の考え方】

- A. 何でも相談でき、必要な時には専門医や専門医療機関に紹介してくれる、といった、かかりつけ医としての機能を有する医師・医療機関については、その機能に対する評価として、受診した場合の費用は高くてもよい。
- B. かかりつけ医としての機能を有する医師・医療機関であっても、そうでない医師・医療機関であっても、受診した場合の費用は同じがよい。

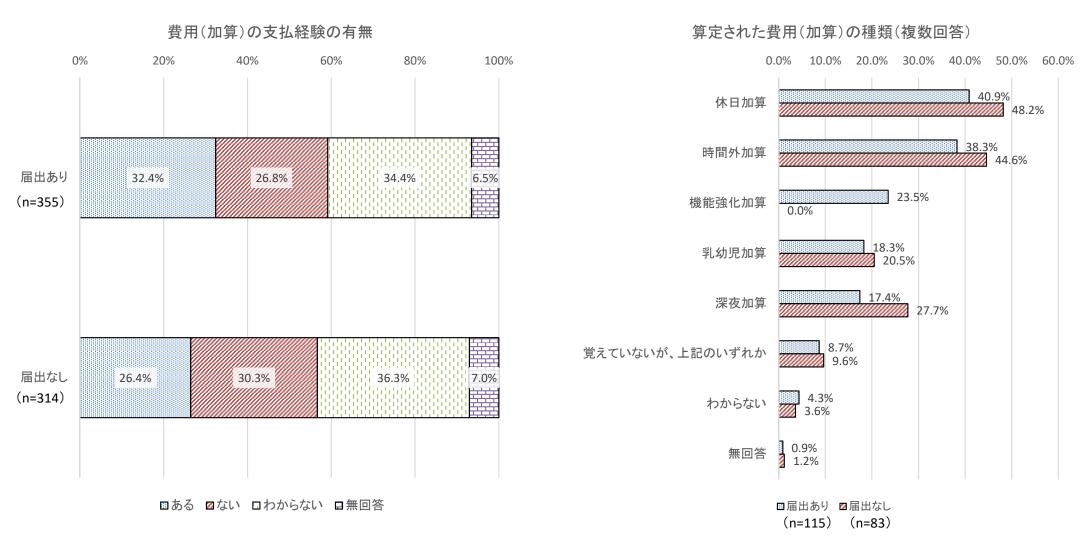




■Aの意見があてはまる ■Bの意見があてはまる □無回答

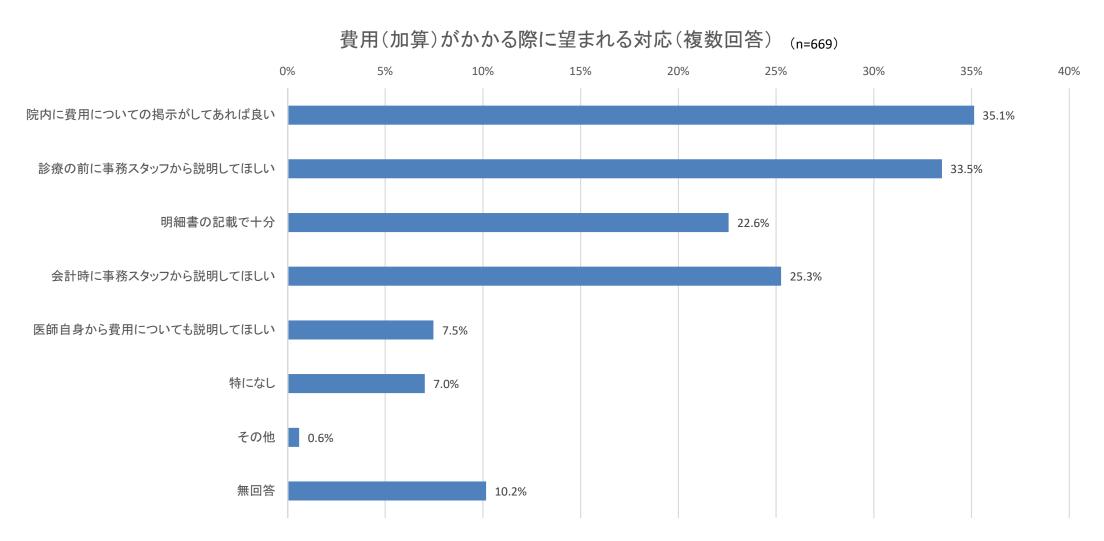
医師の診察を受けた場合の費用について①(機能強化加算の届出有無別)

- 医師の診察を受けた場合の費用(加算)の支払い経験の有無について見ると、機能強化加算の届出のある医療機関の患者では32.4%、届出のない医療機関では26.4%が「ある」と回答した。
- 〇 また、加算の算定された経験のある患者に対して、加算の種類を尋ねたところ、以下のとおりであった。



医師の診察を受けた場合の費用について②

○ 加算を算定された経験のある患者に対して、費用(加算)がかかる際に望まれる対応を尋ねたところ、「院内に費用についての掲示がしてあれば良い」が最も多く、次いで「診療の前に事務スタッフから説明してほしい」が多かった。

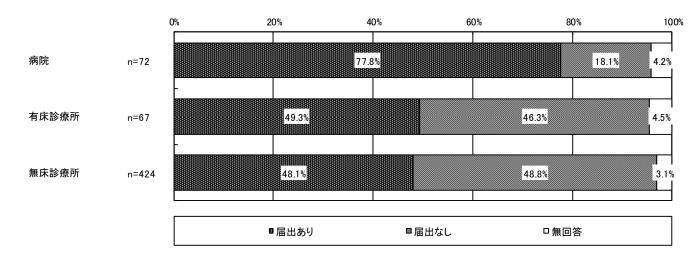


かかりつけ医調査(施設調査)の結果⑥

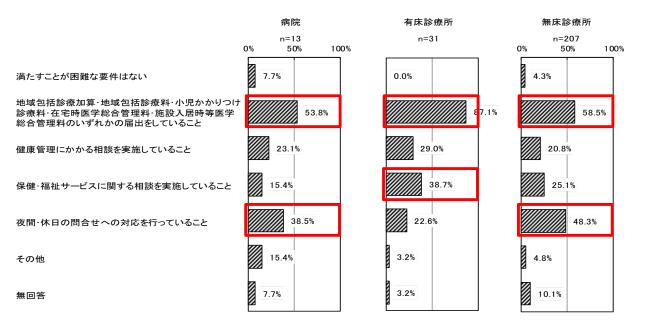
<機能強化加算の施設基準の届出状況等>(報告書p131,132)

初診料の機能強化加算の施設基準の届出状況及び施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件は次のとおりである。

図表 190 機能強化加算の施設基準の届 出状況



図表 191 機能強化加算の施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件 (機能強化加算の施設基準届出なし施設、複数回答)



地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

かかりつけ医機能を推進する観点から、医師の配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行	
【地域包括診療料等】	
地域包括診療料 1,503点	

[施設基準(抜粋)]

認知症地域包括診療料

以下の全ての要件を満たしていること。

- ア 診療所の場合
 - (イ) 時間外対応加算1の届出
 - (ロ) 常勤医師2名以上の配置
 - (ハ) 在宅療養支援診療所
- イ 病院の場合
- (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出
- (ロ) 在宅療養支援病院の届出



1.515点

改定後

【地域包括診療料等】

(新)	地域包括診療料1	1 <u>,560点</u> ◀
	地域包括診療料2	1,503点
(辛氏)	認知序地域与任 验虚拟1	1 500占 🗸

図知症地域包括診療料 1 1,580点 2 1,515点

「施設基準(抜粋)]

- (1) 診療料については、以下の全ての要件を満たしていること。
 - ア 診療所の場合
 - (イ) 時間外対応加算1の届出
 - →(ロ) 常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上
 - (ハ) 在宅療養支援診療所
 - イ 病院の場合
 - (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
 - (ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。
- (2) <u>診療料1</u>を算定する場合には、<u>外来中心の医療機関</u>であり、<u>当該</u> 医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が10人 以上であること。

小児かかりつけ診療料の見直し

→ 小児科医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、<u>在宅当番医制等</u>により<u>地域における夜間・</u> <u>休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医</u>が配置された医療機関について、時間外の相 談対応について、<u>地域の在宅当番医等を案内する</u>ことでもよいこととする。

地域包括診療加算等の見直し

▶ かかりつけ医機能を推進する観点から、24時間対応や医師配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行

【地域包括診療料等】

地域包括診療加算 20点

認知症地域包括診療加算 30点

[施設基準(抜粋)]

- (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の対応を実施している旨を院内掲 示していること。
- (2) 以下のいずれかを満たしていること。ア時間外対応加算1又は2の届出イ 常勤の医師を2名以上配置 ———
 - ウ 在宅療養支援診療所

改定後

【地域包括診療料等】

(新)	地域包括診療加算1	25点 ◆	
	地域包括診療加算2	18点	
(新)	認知症地域包括診療加算1	35点 ◀	
	認知症地域包括診療加算2		

「施設基準(抜粋)]

- (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し <u>24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)</u>
- (2)以下のいずれかの要件を満たしていること。 ア 時間外対応加算1又は2の届出
 - ▶ <u>イ 常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上</u> ウ 左字療養支援診療所
 - ウ 在宅療養支援診療所
- (3) 加算1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が3人(在宅療養 支援診療所の場合は10人)以上であること。
- ▶ 地域包括診療料等の要件である患者の受診医療機関や処方薬の把握について看護師等が実施可能であることを明確化する。

地域包括診療加算

○ 地域包括診療加算について、届出医療機関数及び算定回数は、概ね横ばい。

| 冉談 | A001注12 | イ

再診料

- イ 地域包括診療加算1 25点
- 口 地域包括診療加算2 18点

主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの。

A001 注12 地域包括診療加算



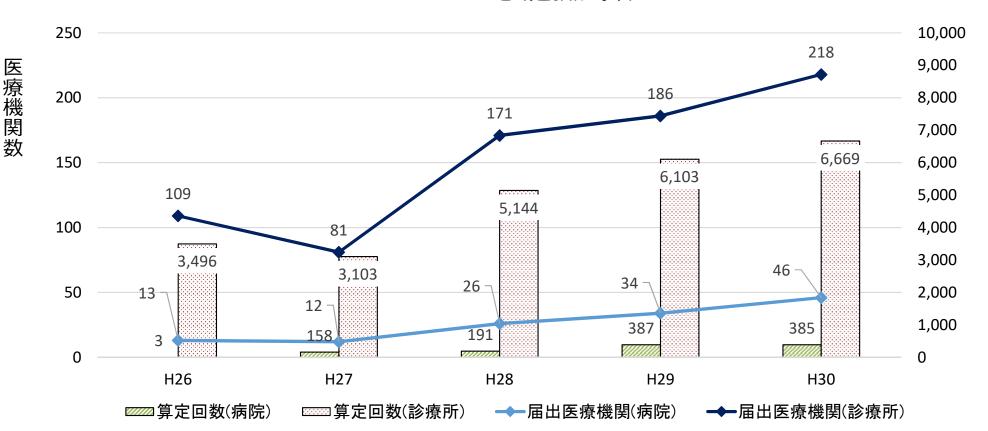
出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分) 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

算定回数

○ 地域包括診療料について、病院・診療所ともに、届出医療機関数は増加傾向であり、診療所にお ける算定回数は増加傾向。

B001-2-9 1	地域包括診療料(月1回) 地域包括診療料1 1,560点	 主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数 の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療
B001-2-9 2	地域包括診療料(月1回) 地域包括診療料2 1,503点	を行う事を評価したもの。

B001-2-9 地域包括診療料

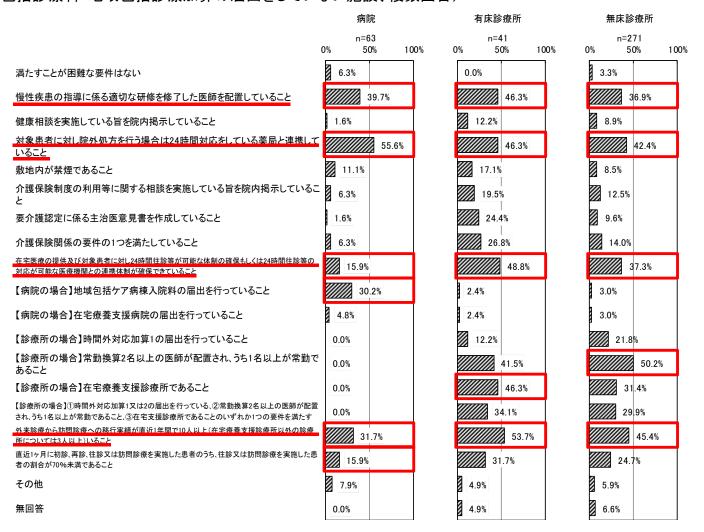


かかりつけ医調査(施設調査)の結果④

<地域包括診療料等の施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件>(報告書p91)

病院については「地域包括診療料」の、診療所については「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を届出ていない施設に対して、施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件を尋ねた結果は以下のとおり。

図表 119 地域包括診療料等の施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件 (地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設、複数回答)



かかりつけ医調査(施設調査)の結果(7)

中医協 検-2-1 31.3.27

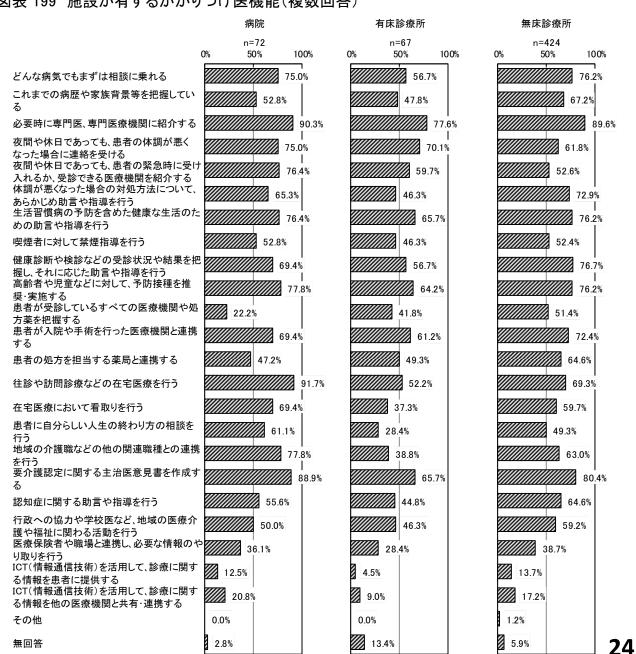
<施設が有するかかりつけ医機能>(報告書p136)

施設が有すると考えているかかりつ け医機能について尋ねたところ、病院 については「往診や訪問診療などの 在宅医療を行う」が91.7%と最も多く、 次いで「必要時に専門医、専門医療機 関に紹介する」が90.3%であった。

有床診療所については「必要時に専 門医、専門医療機関に紹介する」が 77.6%と最も多く、次いで「夜間や休日 であっても、患者の体調が悪くなった 場合に連絡を受ける」が70.1%であっ た。

無床診療所については「必要時に専 門医、専門医療機関に紹介する」が 89.6%と最も多く、次いで「要介護認定 に関する主治医意見書を作成する」が 80.4%であった。

図表 199 施設が有するかかりつけ医機能(複数回答)



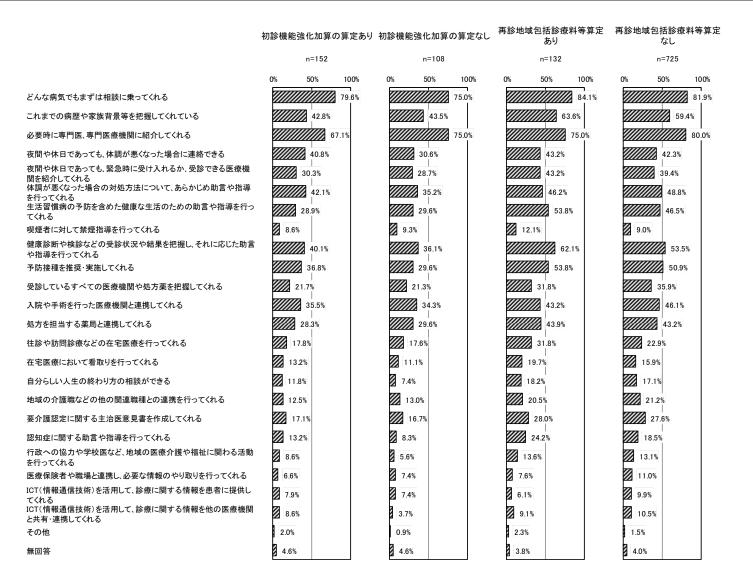
中医協 検-2-1 3 1 . 3 . 2 7

かかりつけ医調査(患者調査)の結果②

くかかりつけ医に求める役割>(報告書p159)

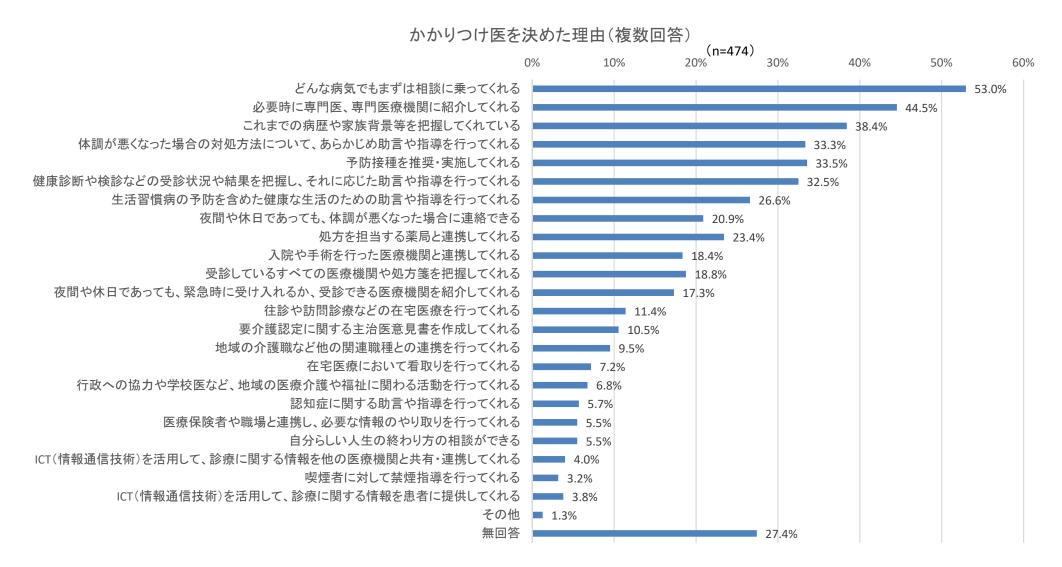
回答患者が、かかりつけ医に求める役割を尋ねたところ、いずれの場合も、最も多いのは「どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる」で、次いで「必要時に専門医、専門医療機関に紹介してくれる」であった。

図表 243 かかりつけ医に求める役割 (複数回答)



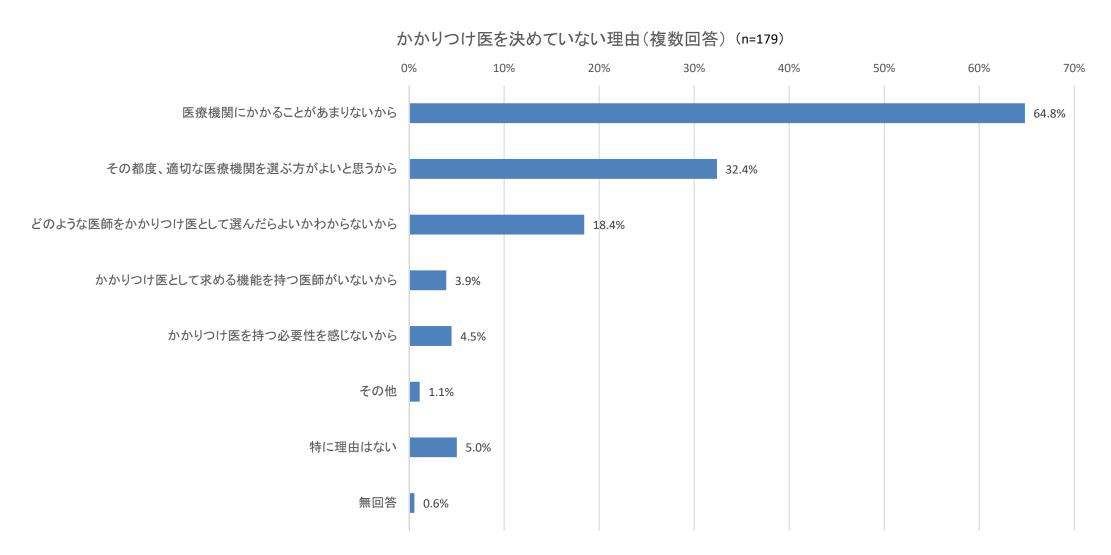
かかりつけ医を決めた理由について

○ かかりつけ医を決めている患者に対してその理由を尋ねたところ、「どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる」が最も多く、次いで「必要時に専門医、専門医療機関に紹介してくれる」が多かった。



かかりつけ医を決めていない理由について

○ かかりつけ医を決めていない患者に対してその理由を尋ねたところ、「医療機関にかかることがあまりないから」が最も多く、次いで「その都度、適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うから」が多かった。



- (1) かかりつけ医機能に係る経緯について
- (2) 現在の算定状況等について
- (3) 小児に対する診療に係る評価について

小児かかりつけ診療料の見直し

小児かかりつけ診療料の見直し

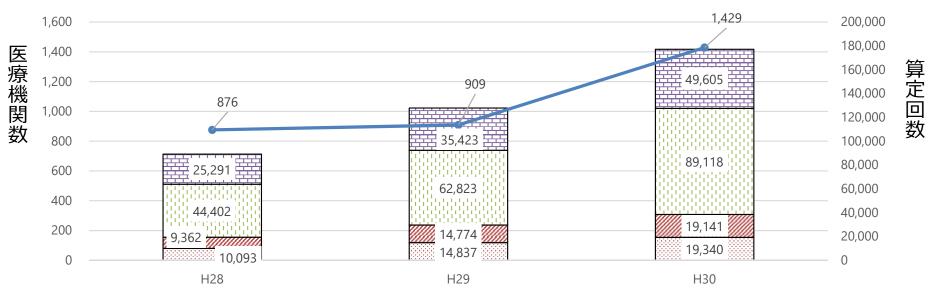
▶ 小児科医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、<u>在宅当番医制等</u>により <u>地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医</u>が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、<u>地域の在宅当番医等を</u> 案内することでもよいこととする。

小児かかりつけ診療料

○ 小児かかりつけ診療料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

B001-2-11 1	小児かかりつけ診療料(1日につき) 処方箋を交付する場合 イ 初診時 602点 ロ 再診時 413点	かかりつけ医として、緊急時や明らかに専門外の場合を除き 続的かつ全人的な医療を行う事について評価したもの。		
B001-2-11 2	小児かかりつけ診療料(1日につき) 処方箋を交付しない場合 イ 初診時 712点 ロ 再診時 523点	当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等 に対しては、原則として当該保険医療機関において常時対応を 行う。		

B001-2-11 小児かかりつけ診療料



型型処方箋を交付する・初診時 → 届出医療機関数

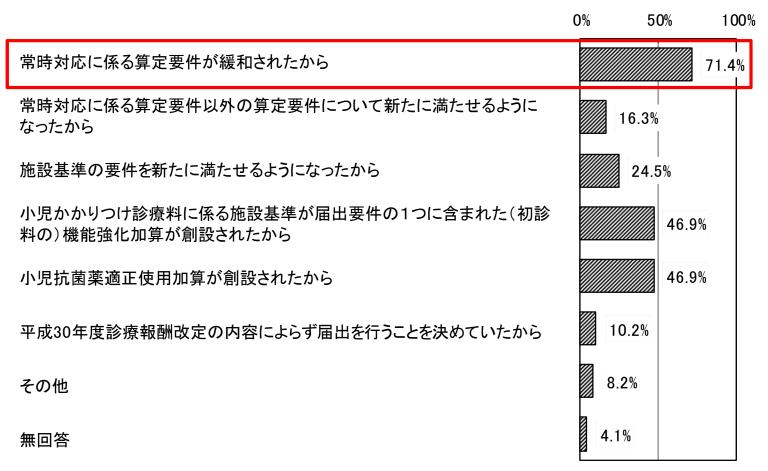
出典:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分) 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

小児科調査(施設調査)の結果①

<小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行った理由>(報告書p182)

平成30年4月以降に小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行った施設が、届出を行った理由は次のとおりである。「常時対応に係る算定要件の緩和」が最も多く、70%以上の施設が理由の1つとして挙げ、また60%以上の施設が最大の理由としている。

図表 288 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行った理由(複数回答)(n=49)



(注)小児かかりつけ診療料について、平成30年3月以前には施設基準の届出をしていなかったが、平成30年10月1日現在では届出をしている施設を集計対象とした。

中医協 検-2-1 3 1 . 3 . 2 7

小児科調査(施設調査)の結果②

<小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由>(報告書p184)

小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない施設が、届出を行っていない理由として挙げたものは、次のとおりである。

施設基準の届出要件のうち、 小児科・小児外科を担当する 常勤医師の配置や、時間外対 応加算に係る基準を満たせな いことを理由として挙げる施設 が多い。

図表 290 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を 行っていない理由(複数回答)(n=75)

(注)小児かかりつけ診療料について、平成30年 10月1日現在、施設基準の届出をしていない施 設を集計対象とした。 専ら小児科または小児外科を担当する常勤医師の配置に係る届出要件を満たせないから

時間外対応加算1または2に係る届出要件を満たせないから

「在宅当番医等への参加による月1回以上の休日・夜間の診療」など5つの条件のうち3つ以上に該当という届出要件を満たせないから

算定対象となる患者が3歳未満の患者、または3歳未満から算定している未就学の患者に限定されているから

算定対象となる患者が4回以上の受診のある患者に限定されているから

外来患者に算定対象となる患者がいないから・少ないから

他施設への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、業務負担が重いから

患者の自己負担額が重くなることはできるだけ避けたいから

患者や患者家族に小児かかりつけ診療料の意義を理解してもらうのが困難だから

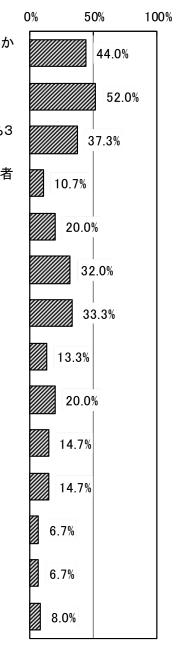
患者や患者家族の同意を得るのが困難だから

経営上のメリットが少ないから

他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから

その他

無回答



O~19歳における年齢ごとの受診理由

 中医協 総 - 4

 3 1 4 1 0

○ 0歳では予防接種等の保健サービスの利用が多い。全ての年齢で喘息等の呼吸器系の疾患やアトピー性皮膚炎等の皮膚の疾患が多く見られる。また、5歳以降になると精神及び行動の障害が見られる。

年齢	O歳	1~4歳	5~9歳	10~14歳	15~19歳
最多 人数(万人)	予防接種 12.4	喘息 20.7	喘息 15.0	アレルギー性鼻炎 8.1	ざ瘡(アクネ) 4.8
2番目	乳幼児の 検査・健診・管理 4.0	予防接種 14.3	アレルギー性鼻炎 10.6	その他の保健サ ー ビス 8.0	その他の保健サ ー ビス 4.7
3番目	その他の皮膚炎及び 湿疹 2.2	急性気管支炎 11.3	皮膚及び粘膜の病変を 伴うその他の ウイルス性疾患 6.8	喘息 5.5	屈折及び調節の障害 (眼) 3.7
4番目	アトピー性皮膚炎 2.1	その他の 急性上気道感染症 7.2	その他の精神及び 行動の障害 6.6	その他の精神及び 行動の障害 5.4	その他の精神及び 行動の障害 3.4
5番目	急性気管支炎 2.1	アトピー性皮膚炎 6.8	その他の保健サ ー ビス 6.5	皮膚及び粘膜の病変を 伴うその他の ウイルス性疾患 4.4	アレルギー性鼻炎 3.2
6番目	その他の 急性上気道感染症 2.0	急性咽頭炎及び 急性扁桃炎 5.6	アトピー性皮膚炎 4.9	その他の四肢の骨折 4.0	アトピー性皮膚炎 2.8
7番目	その他の皮膚及び 皮下組織の疾患 1.9	アレルギー性鼻炎 5.5	予防接種 4.8	屈折及び調節の障害 (眼) 3.3	神経症性障害、 ストレス関連障害及び 身体表現性障害 2.5

出典:平成29年患者調査

小児期における継続的な介入の重要性の例

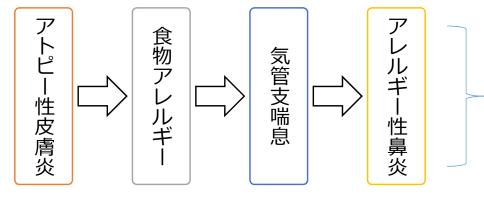
中 医 協 総 一 4 3 1. 4. 1 0 (改)

- 小児期においては、早期発見・早期治療のみならず、成長や発達、環境の変化等を踏まえ た継続的な介入・支援が重要。
- 例えば「アレルギーマーチ」の進行を予防するためには、<u>乳児期から幼児・学童期に至る</u> <u>までの継続的な管理</u>が重要である。

アレルギーマーチ

乳児期のアトピー性皮膚炎が原因で、皮膚によるバリア機能が低下することにより、後年、食物アレルギーや気管支喘息等を発症するリスクが増加するという考え方。

早期からの介入が必要であることに加え、標準治療薬であるステロイド外用薬を中心とした治療を継続して実施する必要がある。



早期から、かつ継続的な介入が必要

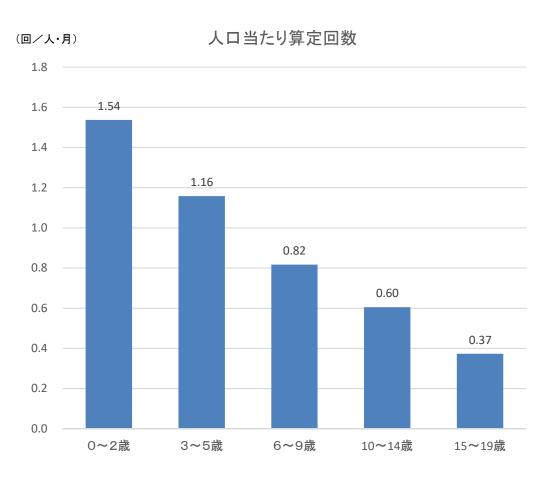


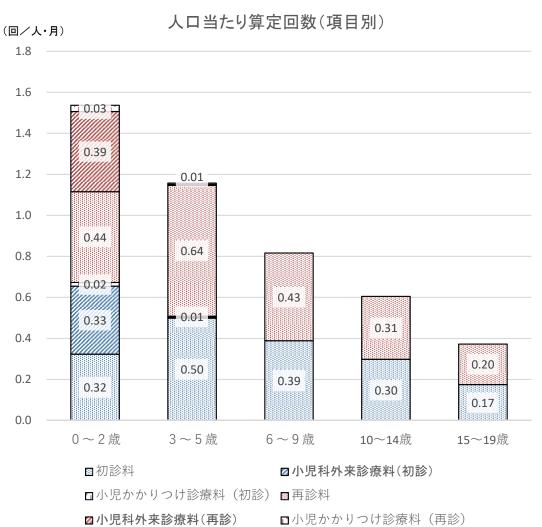
- 有病率 (イメージ図)
 食物アレルギー
 (年記)

 0歳 1歳 5歳 12歳 20歳
 20歳
- ※ B001-2-11 小児かかりつけ診療料
- かかりつけ医として、未就学児に対して、 患者の同意を得た上で、頻繁に見られる慢性 疾患(アトピー性皮膚炎等)の管理や、発達 段階に応じた助言・指導等、継続的かつ全人 的な医療を行うことに対する評価。

小児の年齢階級別の初・再診料等の算定回数について

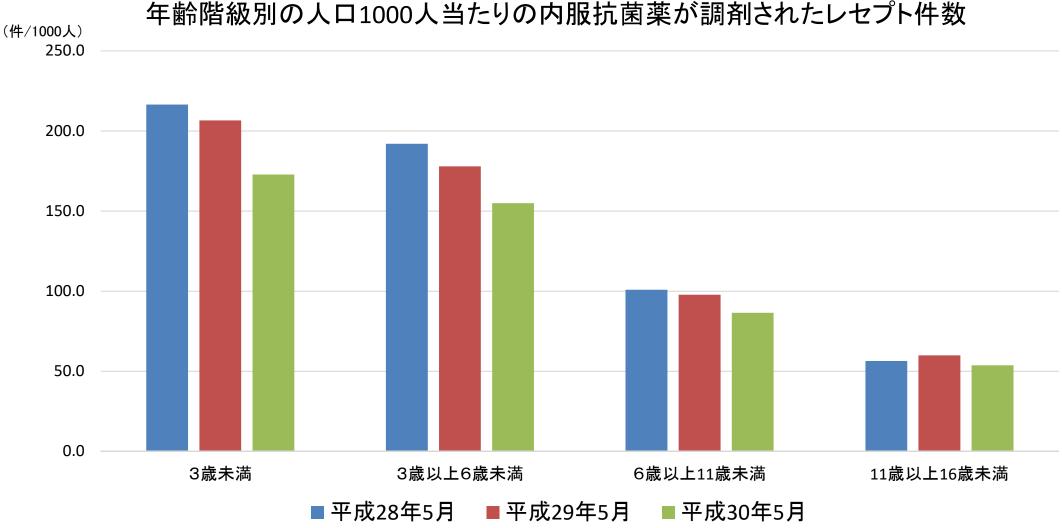
〇 O歳から19歳までの初・再診料等の人口当たり算定回数を見ると、以下のとおり、年齢が上がるごとに減少傾向となっている。





年齢階級別の内服抗菌薬の状況

- 〇 いずれの年齢階級においても、平成29年と平成30年を比較すると、内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数は減少している。
- 内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数は3歳未満が最も多く、次いで3歳以上6歳未満が多い。



平成30年度診療報酬改定 Ⅱ -1-5)感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進③

外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

中医協 総 一 1 元 . 9 . 1 1 中医協 総 - 2

元. 10. 18

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上

に資する診療を評価する加算を新設する。

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

「算定要件」

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、 抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な 指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任 する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはイン フルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

「施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成 28 年4月5日 国際的に脅威となる感染症 対策関係閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動 に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

急性気道感染症 診断・治療の考え方 急性鼻副鼻腔炎 感冒 急性咽頭炎 患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗 菌薬は必要なし。休養が重要。
- ・改善しない場合の再受診を。

「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省 健康局結核感染症課)を参考に作成

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
小児抗菌薬適正使用支援加算	(届出不要)	242,576

抗菌薬の適正使用に係る取組

中医協 総-4 元 2 6

医協 元 10. 1 8

- 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出がある施設の方が、届出のない施設に比べて、抗菌薬の適正 使用に関する取組を行っている割合が高かった。
- 小児かかりつけ診療料の算定があった患者の方が、抗菌薬を処方された割合が少なかった。
- 小児科・小児外科患者への抗菌薬の適正使用に関する取組状況

薬の処方の状況

小児かかりつけ

小児かかりつけ

あり

なし



感染症に係る研修会等への定期的な参加

抗菌薬の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発として、院内にポスター を掲示している

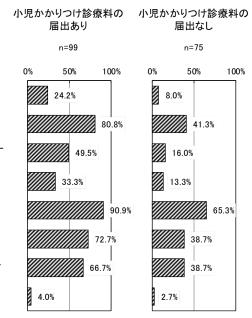
抗菌薬の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発として、院内にパンフ レットを置いている

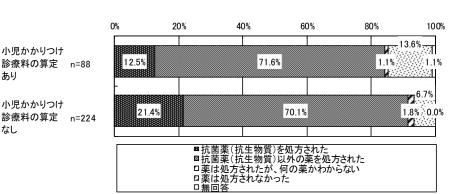
かぜ症状の多くについて、抗菌薬が必要でないことを診察時に患者・家族に 説明するようにしている

厚生労働省「抗微生物薬の適正使用の手引き」を参考にした抗菌薬の使用

関係学会が作成した小児への抗菌薬の使用に関するガイドラインを参考にし た抗菌薬の使用

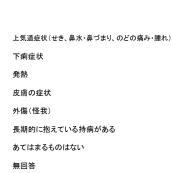
その他

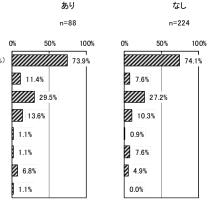




薬の処方の医師による説明

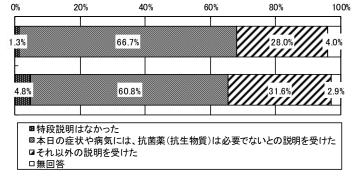
受診の理由となった症状や病気





小児かかりつけ診療料の算定 小児かかりつけ診療料の算定

小児かかりつけ 診療料の算定 n=75 小児かかりつけ 診療料の算定 n=209



小児かかりつけ診療料の概要

中医協 総一431.4.10

B001-2-11 小児かかりつけ診療料

処方箋交付あり 初診時 602点 再診時 413点、 処方箋交付なし 初診時 712点 再診時 523点

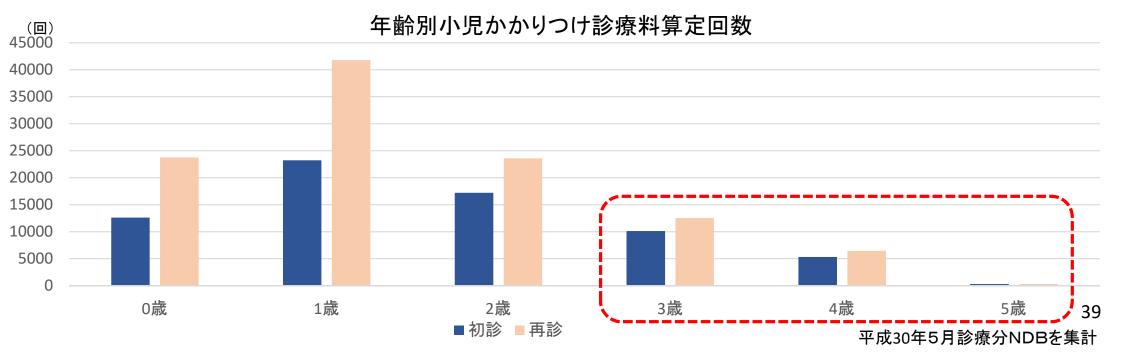
○ かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの。

【対象患者】

- 当該保険医療機関を予防接種等を含め4回以上受診した<u>未就学児</u>(3歳以上の患者については、3歳未満から当該診療料を算定していた患者に限る。)
- ※ 過去に当該診療料の算定を行っていた患者が、当 該診療料の算定を行わなくなった場合、3歳以上の患 者については、再度、当該診療料を算定することはで きない。

【算定要件】

- ア 急性疾患の対応、アトピー性皮膚炎、喘息その他乳幼児 期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等。
- イ 他の保険医療機関との連携、受診医療機関の把握。
- ウ 健康診査の受診状況及び受診結果を、助言・指導。
- エ 予防接種の把握、指導やスケジュール管理等。
- オ 緊急の相談への対応。(場合により#8000等)
- り かかりつけ医として、上記アから才までに掲げる指導等 を行う旨を患者に対して書面を交付して説明し、同意を得 ること。



小児科外来診療料について

B001-2	小児科外来診療料(1日につ	き)		
	1 処方箋を交付する場合	1	初診時	572点
			再診時	383点
	2 1以外の場合	1	初診時	682点
			再診時	493点

【算定要件】(抜粋)

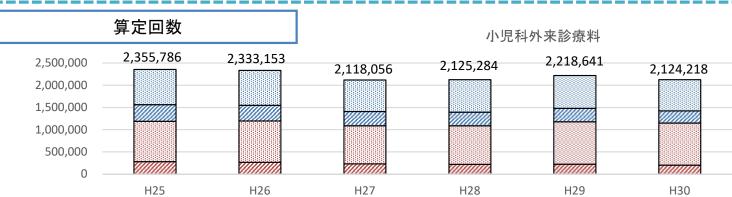
- (1) 施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、3歳未満の全ての者を対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の 請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。
- (2) 小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、B001-2-11小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者(他の保険医療機関で算定している患者を含む。)及びパリビズマブを投与している患者(投与当日に限る。)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。
- (3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、A000初診料、A001再診料及びA002外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、A000初診料の機能強化加算、B001-2-2地域連携小児夜間・休日診療料、B001-2-5院内トリアージ実施料、B001-2-6夜間休日救急搬送医学管理料、B010診療情報提供料(Ⅱ)並びにC000往診料(往診料の加算を含む。)を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、A000初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、A001再診料及びA002外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。
- (4) 同一日において、同一患者の再診が2回以上行われた場合であっても、1日につき所定の点数を算定する。

【小児科外来診療料の施設基準】(※届出不要)

○ 小児科を標榜する保険医療機関であること。

【小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準】(※届出不要)

○ 薬剤耐性(AMR)対策アクションプランに位置づけられた「地域感染症対策 ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定 期的に参加していること。



- 小児科外来診療料(処方箋を交付する・初診時)
- ☑ 小児科外来診療料(処方箋を交付しない・初診時)
- 小児科外来診療料(処方箋を交付する・再診時)
- ☑ 小児科外来診療料(処方箋を交付しない・再診時)

(出典)

算定回数:社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

かかりつけ医機能に係る現状及び課題

【現状及び課題】

【かかりつけ医機能の評価について】

- 平成30年度診療報酬改定において、かかりつけ医機能の評価を充実させる観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の 評価としての機能強化加算の新設や、地域包括診療料等の施設基準の見直し等を実施した。
- 機能強化加算の届出を行っている医療機関に通院している患者の状況を見ると、かかりつけ医の有無や、健康診断の結果等の健康管理に 係る相談等の実施率、他の医療機関の受診状況を把握している割合等について、届出を行っていない医療機関に通院する患者に比べて、 高い傾向にあった。
- 機能強化加算の届出基準を満たすに当たって困難な要件として最も多かったのは、「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、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料のいずれかの届出をしていること」であった。
- 地域包括診療料の届出基準を満たすに当たって困難な要件として、「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること」 「24時間対応をしている薬局と連携していること」「在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間往診が可能な体制の確保等」「外来診療から 訪問診療への移行実績」が多かった。
- 患者がかかりつけ医に求める機能として最も多かったのは「どんな病気でもまずは診てくれる」というものだった。

【小児の診療に係る評価について】

- 小児期においては、早期発見・早期治療のみならず、成長や発達、環境の変化等を踏まえた、乳児期から幼児・学童期に至るまでの継続的な介入・支援が重要である。
- 小児かかりつけ診療料は、未就学児を対象とした包括的診療を評価するものであり、その算定要件として、3歳以上の児については、診療開始時点が3歳未満であったものに限ることとしている。また、小児科外来診療料の算定対象は、3歳未満の児となっている。
- 内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数は3歳未満が最も多く、次いで3歳以上6歳未満が多い。
- 小児かかりつけ診療料の算定があった患者の方が、抗菌薬を処方された割合が少なかった。

【論点】



- かかりつけ医機能の評価として、現行の機能強化加算及び地域包括診療料等について、患者がかかりつけ医に求める機能等を踏まえ、算 定要件及び施設基準等を見直すことについて、どのように考えるか。
- 小児かかりつけ診療料及び小児科外来診療料について、それらの趣旨を踏まえ、対象患者等の要件を見直すことについて、どのように考えるか。

外来 (その1)

- 1. かかりつけ医機能に係る評価について
- (1) かかりつけ医機能に係る経緯について
- (2) 現在の算定状況等について
- (3) 小児に対する診療に係る評価について

2. 大病院受診時定額負担について

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担

- 〇 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の病院について、定額の徴収を責務とした。(対象となる病院は特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院)
- 〇 平成30年度改定において、対象となる病院を特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援 病院に拡大した。
 - ※ 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は 3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とされている。
 - ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととしている。その他、 定額負担を求めなくても良い場合が定められている。

[緊急その他やむを得ない事情がある場合] 救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

[その他、定額負担を求めなくて良い場合] 自施設の他の診療科を受診中の患者、医科と歯科の間で院内紹介した患者 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者

○ なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。

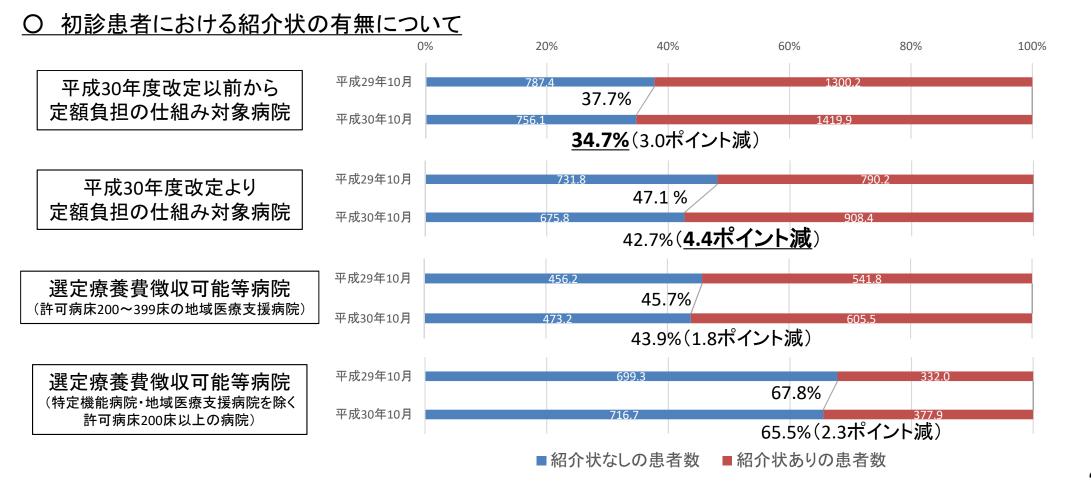


定額負担調査(施設調査)の結果

中医協 檢 - 2 - 1 31.3.27(改)

<初診患者数に占める紹介状なしの患者比率>(報告書p34~38)

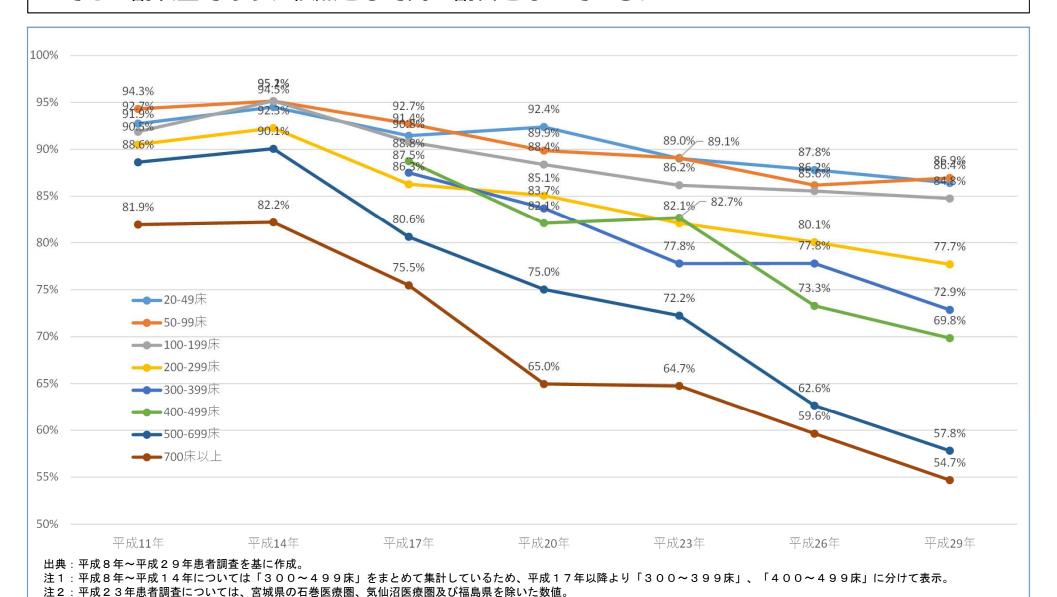
- 〇 平成30年10月の「紹介状なしの患者比率」を病院区分で比較すると、平成30年度改定 以前から定額負担の仕組み対象病院が最も比率が低かった。
- 前年同月の比率との比較では、平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院が ▲4.4ポイントと最も大きく比率が低下していた。



紹介無しで外来受診した患者の割合の推移(病床規模別)

中医協 総 - 6 元. 5. 15(改)

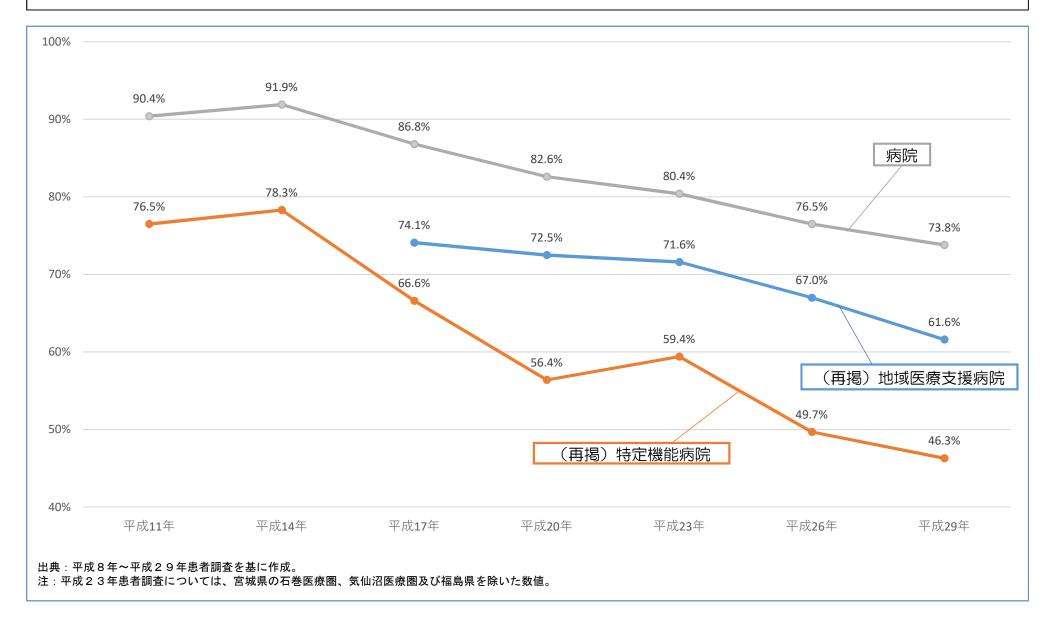
○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において比較的減少傾向が顕著であるが、いずれの病床規模においても5割以上であり、依然として高い割合となっている。



45

紹介無しで外来受診した患者の割合の推移(機能別)

○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を機能別に見たところ、全体的に減少傾向にあるものの、特定機能病院では46.3%、地域医療支援病院では61.6%と依然として高い割合となっている。



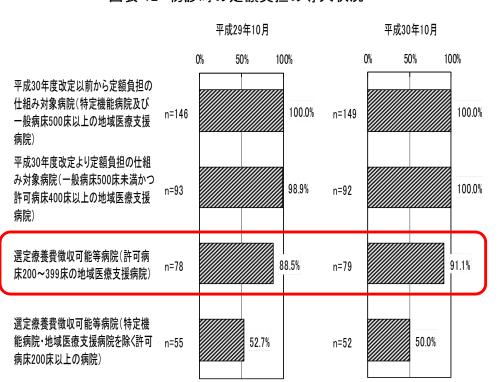
定額負担調査(施設調査)の結果①

中 医 協 (検 - 2 - 1)3 1 . 3 . 2 7 (改)

<初診時の定額負担の導入状況及び初診時の定額負担の金額>(報告書p22,24)

平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)のうち、平成29年10月時点から初診時の定額負担を導入している病院は98.9%であり、初診時の定額負担の金額(平均値)は平成29年10月時点で3,131.6円、平成30年10月時点では5,352.2円であった。

図表 12 初診時の定額負担の導入状況



図表 14 初診時の定額負担の金額

			施設数 (件)	平均値	標準 偏差	中央値	最大値	最小値
	平成30年度改定以前から 定額負担の仕組み対象病 院(株会機能を原みび	平成29年10月	146	5,451.6	697.7	5,400	10,800	5,000
般病床500	院(特定機能病院及び一 般病床500床以上の地域 医療支援病院)	平成30年10月	149	5,489.5	816.2	5,400	10,800	5,000
	平成30年度改定より定額 負担の仕組み対象病院 (一般病床500床未満か つ許可病床400床以上の 地域医療支援病院)	平成29年10月	92	3,131.6	1,118.9	2,850	5,400	1,080
		平成30年10月	92	5,352.2	129.8	5,400	5,400	5,000
	選定療養費徴収可能等病院(許可病床200~399床	平成29年10月	66	2,611.3	853.6	2,700	5,400	810
	の地域医療支援病院)	平成30年10月	70	2,729.8	924.5	2,700	5,400	810
	選定療養費徴収可能等病 院(特定機能病院·地域医	平成29年10月	29	2,582.5	1,573.5	2,160	8,640	972
	療支援病院を除く許可病 床200床以上の病院)	平成30年10月	26	2,618.9	1,640.8	2,160	8,640	972

- (注)・「平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院)」の中には、平成29年10月より後に地域医療支援病院に指定された等の理由から、平成29年10月時点では定額負担の仕組み対象ではなかった病院がある。
 - ・「平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)」の中には、発送名簿作成時点以降に減床して許可病床400床未満となった等の理由から、平成30年10月時点では定額負担の仕組み対象ではなくなった病院がある。
 - ・上記を踏まえ、本図においては、地域医療支援病院に指定された・減床した等のある病院については、「平成29年10月時点」「平成30年10月時点」でどの区分に該当するかによって集計を行った。

- (注)・初診時の定額負担の金額について記入のあった施設を集計対象とした。
 - 「平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院)」の中には、平成29年10月より後に地域医療支援病院に指定された等の理由から、平成29年10月時点では定額負担の仕組み対象ではなかった病院がある。
 - 「平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)」の中には、発送名簿作成時点以降に減床して許可病床400床未満となった等の理由から、平成30年10月時点では定額負担の仕組み対象ではなくなった病院がある。
 - ・上記を踏まえ、本図においては、地域医療支援病院に指定された・減床した等のある病院については、「平成 29 年10月時点」「平成30年10月時点」でどの区分に該当するかによって集計を行った。

特定機能病院及び地域医療支援病院の概要

中医協 総 - 2 2 9 . 11 . 8 (改)

	·	
	特定機能病院	地域医療支援病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度 の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院に ついて、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、 地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等 を有するものについて、都道府県知事が個別に承認す るもの。
病院数	86 (平成31年4月時点)	607 (平成30年12月時点)
主な要件	○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ 紹介率50%以上、逆紹介率40%以上であること。 ○ 病床数は400床以上であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。	 ○ 以下のいずれかを満たすこと。 ① 紹介率が80%以上 ② 紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上 ③ 紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上 ○ 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 対急医療を提供する能力を有すること。 ○ 対急医療を提供する能力を有すること。 ○ 対急医療を提供する能力を有すること。 ○ 対急医療を提供する能力を有すること。 ○ 対急医療を提供する能力を有すること。 ○ 対急医療を提供する前側を年間12回以上主催していること。

中医協 総 - 6

病床数が要件に含まれる診療報酬項目

○ 病床規模に応じた医療機関の機能等を踏まえ、以下のとおり病床数が施設基準等の要件に含まれる項目が存在する。

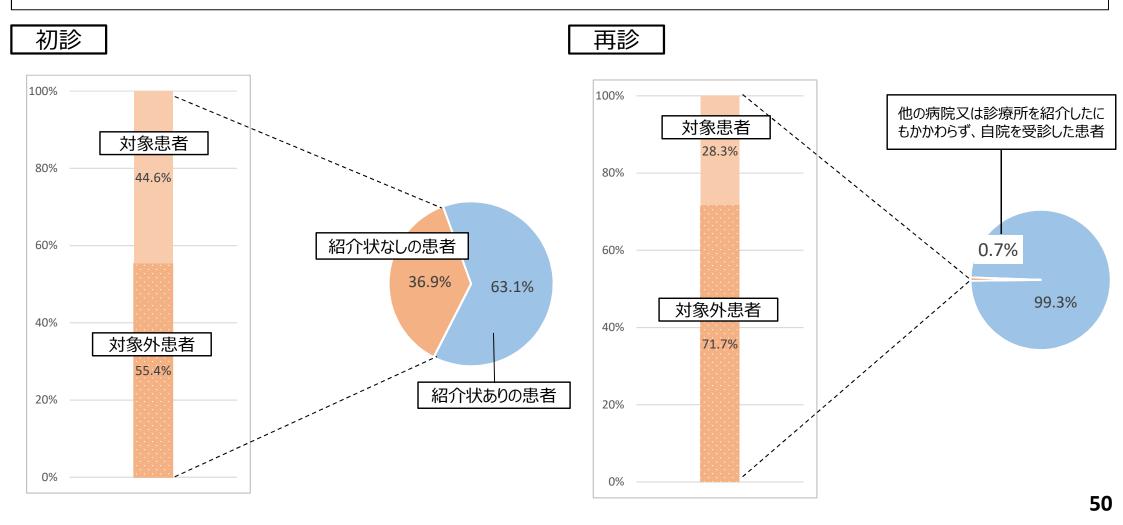
	主な項目
許可病床数400床以上	初診料・外来診療料における特定の点数(209点、54点 ^{※1})の算定要件 ※1 通常の点数はそれぞれ282点、73点
	地域包括ケア病棟入院料における届出可能な病棟数の制限
許可病床数400床未満	在宅患者共同診療料の算定要件
一般病床数200床以上	外来診療料の算定要件
一般病床数200床未満	再診料の算定要件
許可病床数200床以上	在宅療養後方支援病院の要件、療養病棟入院基本料等においてデータ提出が要件
	機能強化加算、地域包括診療料、在宅時医学総合管理料等の算定要件
許可病床数200床未満	処方料、処方せん料における加算の要件、データ提出加算における特定の点数(加算1 200点、2 210点 ^{※2})の算定要件 ※2 許可病床数200症以上はそれぞれ150点、160点
	精神疾患診療体制加算の算定要件
許可病床数100床以上	精神科急性期医師配置加算の算定要件 ^{※3} ※3 精神病床を除く許可病床数が100床以上の場合

定額負担調査(施設調査)の結果

中 医 協 検 - 2 - 2 3 1 . 3 . 2 7 (改)

<紹介状なしの初診患者又は他医療機関を紹介したにもかかわらず、 自院を受診した患者に占める定額負担徴収対象患者比率>(報告書p33,50)

- 定額負担の仕組み対象病院において、初診患者に占める「紹介状なしの患者」の割合は 36.9%、再診患者に占める「他の病院又は診療所を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者」の割合は0.7%であった。
- そのうち、定額負担の徴収対象外患者の割合は、初診では55.4%、再診では71.7%であった。



徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者

中 医 協 総 - 6

	対象から除く患者			
料金の徴収を 行うことは認め られない	○ 救急の患者○ 国の公費負担医療制度の受給対象者○ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着目しているものに限る)○ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者○ エイズ拠点病院におけるHIV感染者			
金額の支払を 求めないことが できる				

定額負担調査(施設調査)の結果⑤

中医協 檢 - 2 - 1 3 1 . 3 . 2 7 (改)

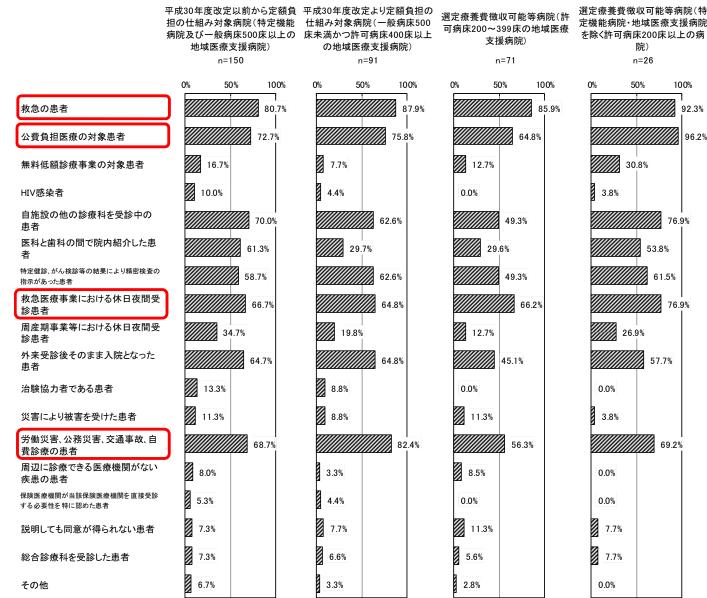
<初診時に定額負担を徴収しなかった患者の事由>(報告書p39)

図表 48 紹介状を持たない初診の患者であるものの、 定額負担を徴収しなかった施設割合(複数回答)

紹介状を持たない初診の患者であるものの、<u>定額負担を</u> 徴収しなかった事由について 調査したところ、

「救急の患者」、「公費負担医療の対象患者」、「救急医療事業における休日夜間受診患者」、「労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者」については、いずれの病院区分においても、該当する病院の割合が50%を超えていた。

(平成30年11月1日~14日の間で調査)



定額負担調査(施設調査)の結果

中医協 檢 - 2 - 2 3 1 . 3 . 2 7 (改)

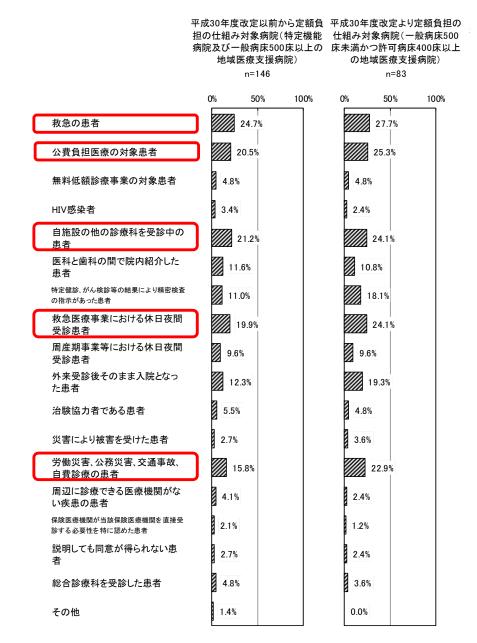
<再診時に定額負担を徴収しなかった患者の事由>(報告書p52)

図表70 他医療機関を紹介したにもかかわらず、自施設の再診の患者であるものの 定額負担を徴収しなかった施設割合(複数回答)

他医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者について、定額負担を徴収しなかった事由について調査したところ、「救急の患者」、「公費負担医療の対象患者」、「自施設の他の診療科

「救急の患者」、「公費負担医療の対象患者」、「自施設の他の診療科を受診中の患者」、「救急医療事業における休日夜間受診患者」、「労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者」について、該当する病院の割合が高かった。

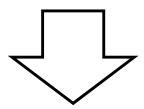
(平成30年11月1日~14日の間で調査)



紹介状なしの大病院受診時の定額負担に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担について、平成30年度改定において、対象となる病院を特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大。
- 紹介状なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるが、大規模病院においても高い割合となっており、引き続き、 外来医療の機能分化を推進する取組が必要。
- 地域医療支援病院の病床数要件及び診療報酬上の病床数要件の多くは許可病床200床としている。
- 平成30年度改定検証調査結果によると、
 - 紹介状なしで外来受診する患者の割合について、特に、平成30年度改定より定額負担の仕組みの対象となった病院において、大きく減少していた。
 - ・ 許可病床200~399床の地域医療支援病院においても、90%以上の病院が選定療養として特別の料金の徴収を導入。
 - ・ 紹介状なしの初診患者又は他の病院又は診療所を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者(再診患者)のうち、定額負担を徴収していない患者が一定の割合存在していた。



【論点】

- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象となる病院について、平成30年度改定後の状況や診療報酬上の基準等を踏まえ、引き続き、外来医療の機能分化を進めていく観点から、対象となる病院について、拡大することとしてはどうか。
- 定額負担の徴収を行わなかった患者が一定割合存在することについて、その実態等を把握する仕組みを設けることと してはどうか。