

外来医療(その3)

平成27年11月18日

本日の内容

1. 外来医療の評価の現状
2. 主治医機能の評価について
3. 紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養について

1. 外来医療の評価の現状

外来医療の診療報酬の構造

初診料
282点

(病院・診療所共通)

(200床未満の病院、診療所)

再診料
72点

(200床以上の病院)

外来診療料
73点

初・再診料、外来診療料は初・再診の際の基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもので、以下のような簡単な検査、処置等の費用が含まれるものと考えられる。

- (1) 診察にあたって、個別技術にて評価されないような基本的な診察や処置等
 - ・ 視診、触診、問診等の基本的な診察方法
 - ・ 血圧測定、血圧比重測定、簡易循環機能検査等の簡便な検査
 - ・ 点眼、点耳、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置用の簡単な処置等
- (2) 診察にあたって、基本的な医療の提供に必要な人的、物的コスト
 - ・ 上記に必要な従事者のための人件費
 - ・ カルテ、基本的な診察用具等の設備
 - ・ 保険医療機関の維持に係る光熱費
 - ・ 保険医療機関の施設整備費 等

外来診療料については、左記に加えさらに尿検査や血液形態・機能検査、皮膚科軟膏処置等の一部が含まれている。

初診料について

中医協 総-4
27.4.8改

初診料282点

+

時間外等加算

	乳幼児	乳幼児 以外
時間外	200点	85点
時間外・特例	345点	230点
休日	365点	250点
深夜	695点	480点

夜間早朝等加算※1

50点

※1 診療所のみ

乳幼児加算※2

75点

※2 時間外等加算との併算定不可

初診料においては(1)6歳未満の乳幼児の受診、(2)夜間、早朝、休日等の受診に対し、加算を行う。

時間外等加算の具体的な時間は、

「夜間・早朝」(時間外):概ね午前6時～8時、午後6時(土曜は正午)～10時

「休日」:日曜日、祝日、12/29～1/3

「深夜」:午後10時～午前6時

再診料等について

再診料72点

外来診療料73点

+

時間外等加算

	乳幼児	乳幼児 以外
時間外	135点	65点
時間外・特例	250点	180点
休日	260点	190点
深夜	590点	420点

夜間早朝等加算※1

50点

※1 診療所のみ

乳幼児加算※2

38点

※2 時間外等加算との併算定不可

地域包括診療加算※3

20点

※3 診療所のみ

時間外対応加算※4

1-5点

※4 診療所のみ

外来管理加算※5

52点

※5 診療所・200床未満の病院のみ

明細書発行体制等加算※6

1点

※6 診療所のみ

再診料、外来診療料については、6歳未満の乳幼児の受診、夜間、早朝、休日等の受診に加え、丁寧・詳細な診療に基づく計画的な医学管理、継続的かつ全人的な医療、休日・夜間等の問い合わせや受診、明細書の発行等に対し、加算を行う。

初診料の評価の変遷

昭和
59年

昭和
60年

平成
4年

平成
6年

平成
8年

平成
10年

平成
12年

平成
14年

平成
16年

平成
18年

平成
20年

平成
22年

平成
24年

平成
26年



診療所

甲表160点
乙表135点

甲表180点
乙表150点

甲表208点
乙表205点

甲乙統一
221点

250点

270点

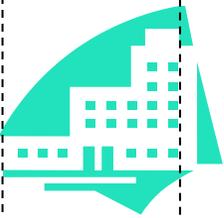
274点

病診統一

270点

282点

消費税率増への対応



病院

甲表198点
乙表195点

甲乙統一
208点

230点

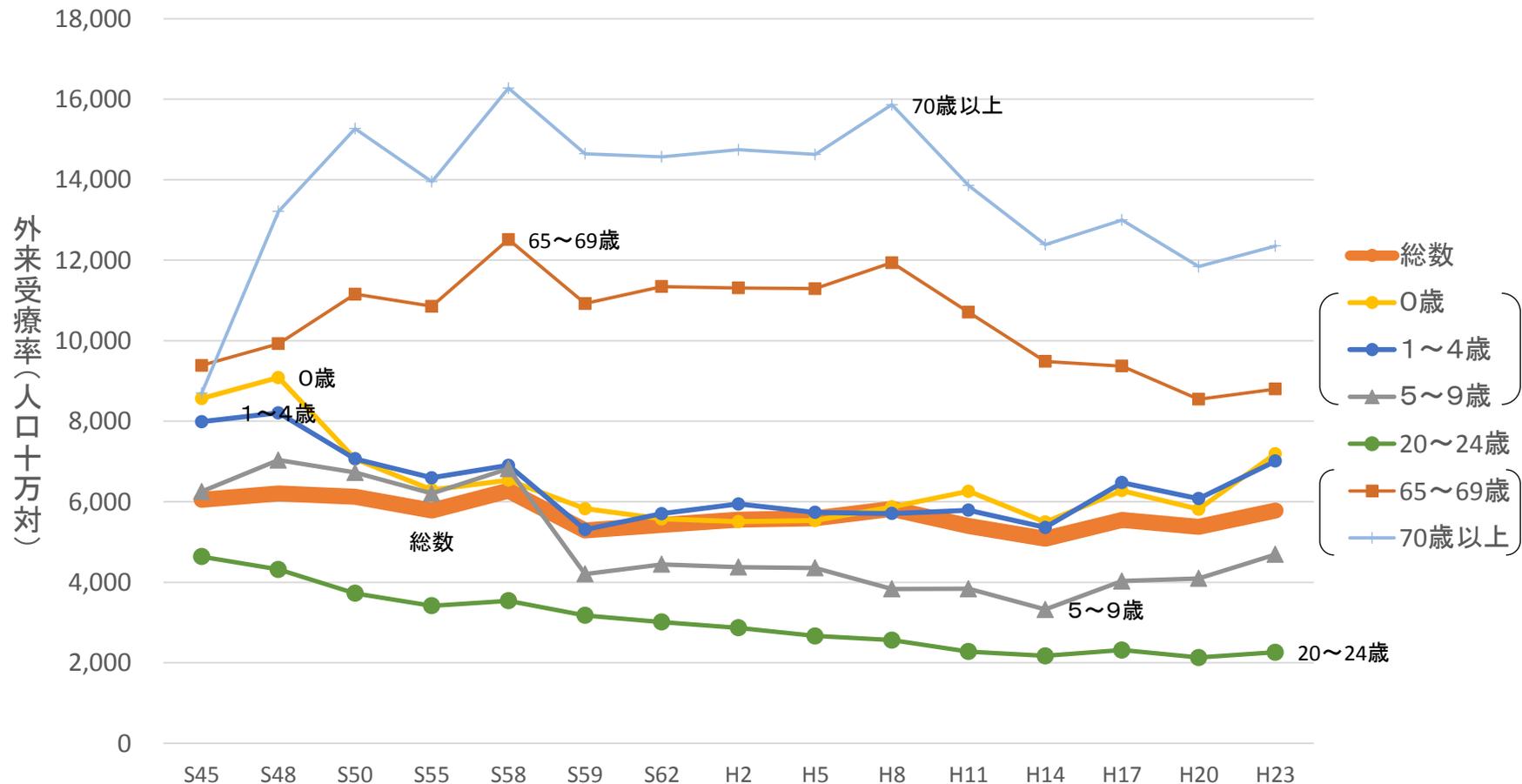
250点

255点

病院及び診療所について、それぞれ入院機能、外来機能を重点的に評価。初診料について病院と診療所での評価を設ける。

外来受療率の年次推移

- 外来受療率は高齢者と乳幼児で高く、若年者で低い。
- 外来受療率は全体としては近年概ね横ばいであるが、年齢別に見ると高齢者では減少、乳幼児ではやや増加している。

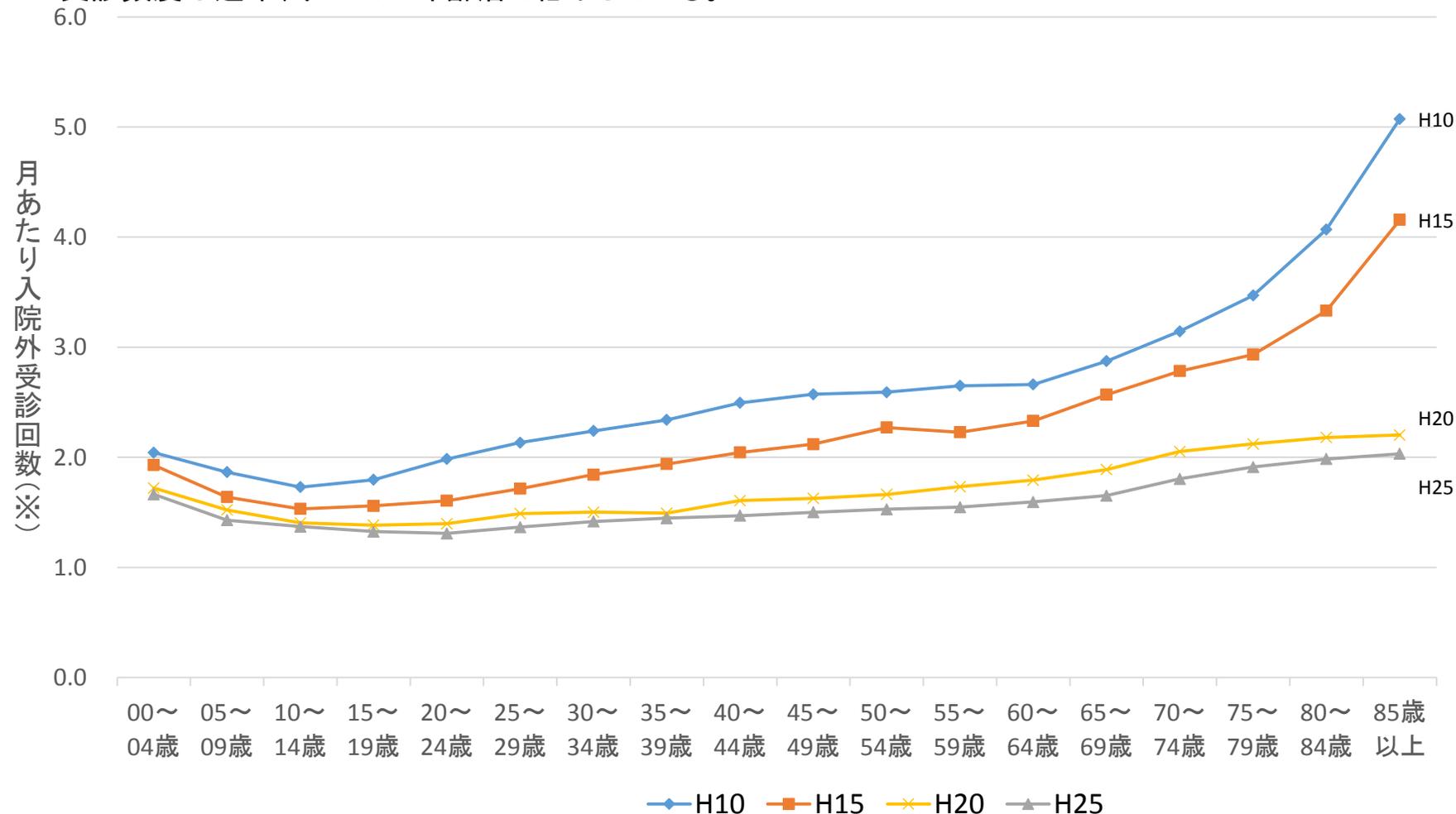


出典:患者調査

※外来受療率とは、推計外来患者数(調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者(往診、訪問診療を含む)の推計数)を人口10万対であらわした数である。

入院外受診頻度

- 受診頻度は年齢とともに増加する。
- 受診頻度は近年、すべての年齢層で低下している。



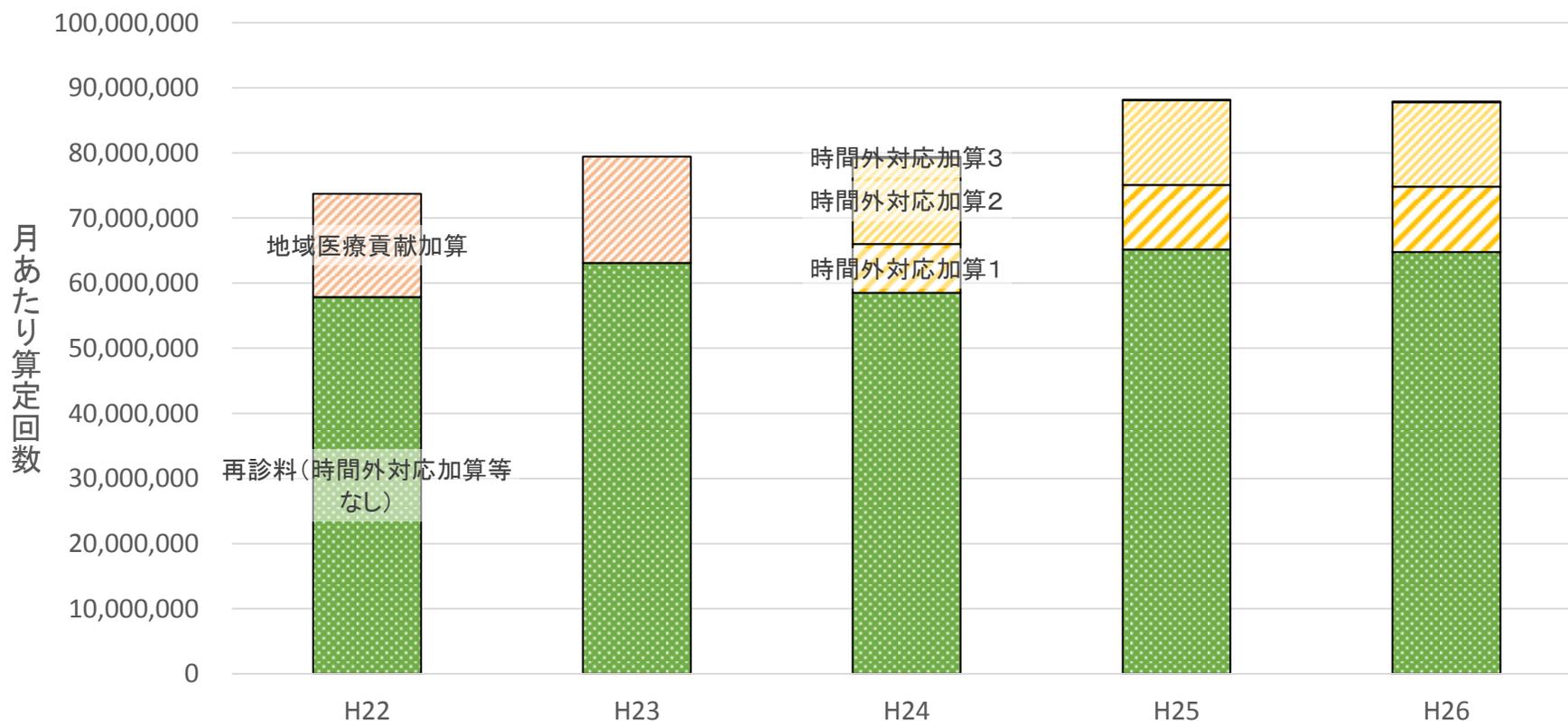
※月あたり入院外受診回数とは、入院外レセプト件数を診療実日数で除したものの。(各医療機関において、患者個々人が1ヶ月に受診した回数の平均値。)

社会医療診療行為別調査をもとに医療課で作成

時間外対応加算の算定状況

- 時間外対応加算等の算定は、再診料のおよそ4分の1程度の割合でなされている。

再診料と時間外対応加算等の算定状況の年次推移



出典:社会医療診療行為別調査

2. 主治医機能の評価について

1) 地域包括診療料、地域包括診療加算について

2) 小児の主治医機能の評価について

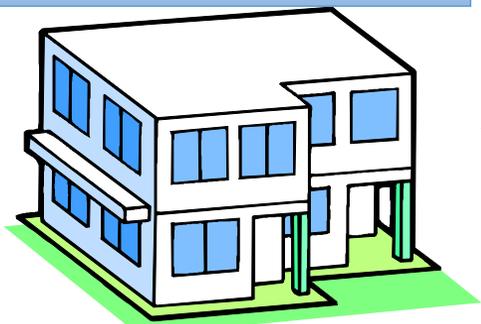
外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

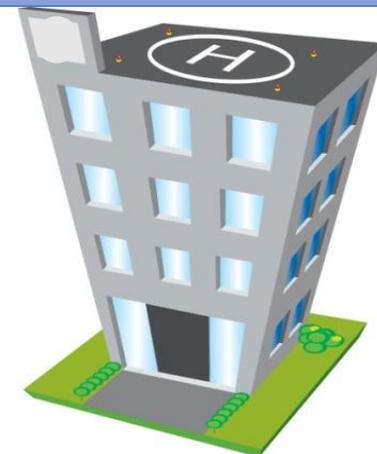
- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

紹介

逆紹介

外来
受診

介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、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、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を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**

※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる

※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価(その2)

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、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、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を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、診療所
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

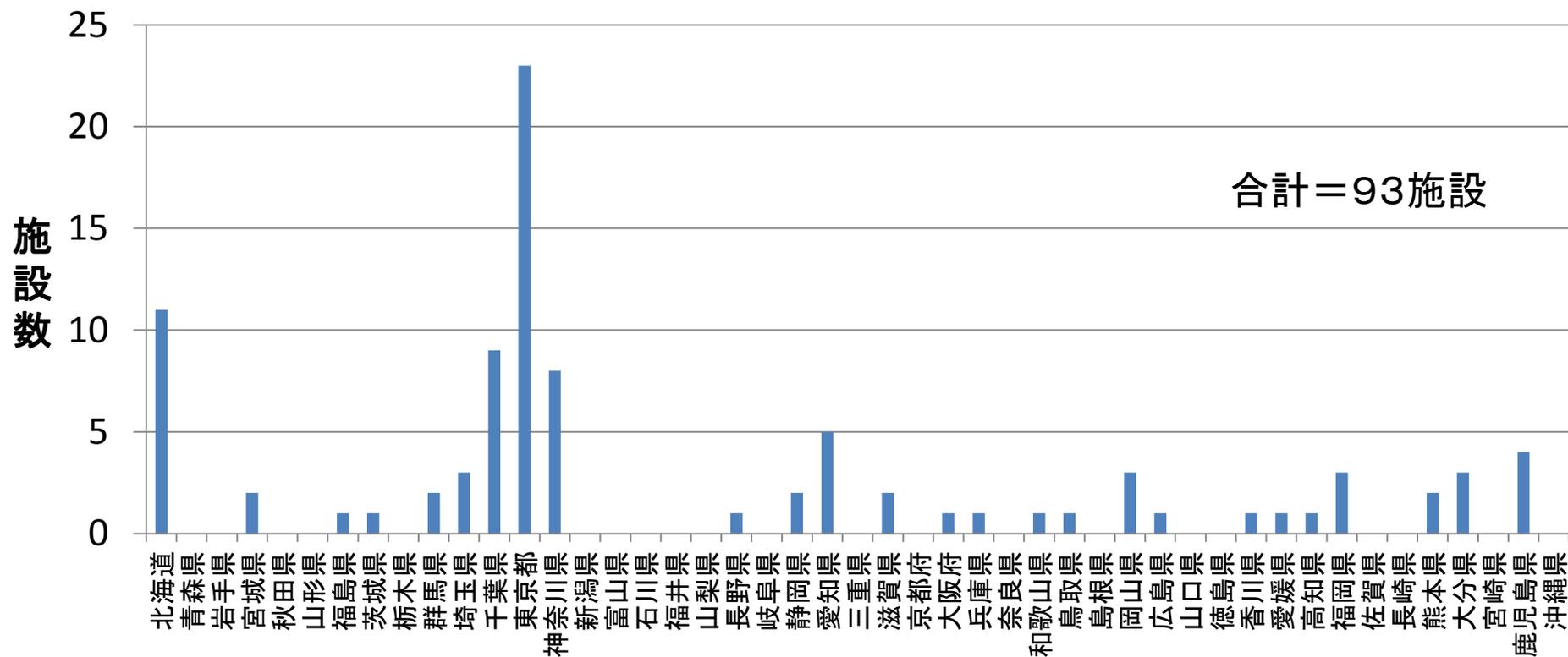
- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

主治医機能の評価について

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)。在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く。)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)。 ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。 ※当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 (患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。)	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑦所定の研修を受講 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑧医師がケアマネージャーの資格を有している ③居宅介護支援事業所の指定 ⑥介護認定審査会に参加 ⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること ・下記の すべて を満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ①時間外対応加算1の届出 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援病院 ③在宅療養支援診療所		
			・下記のうち いずれか1つ を満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況①

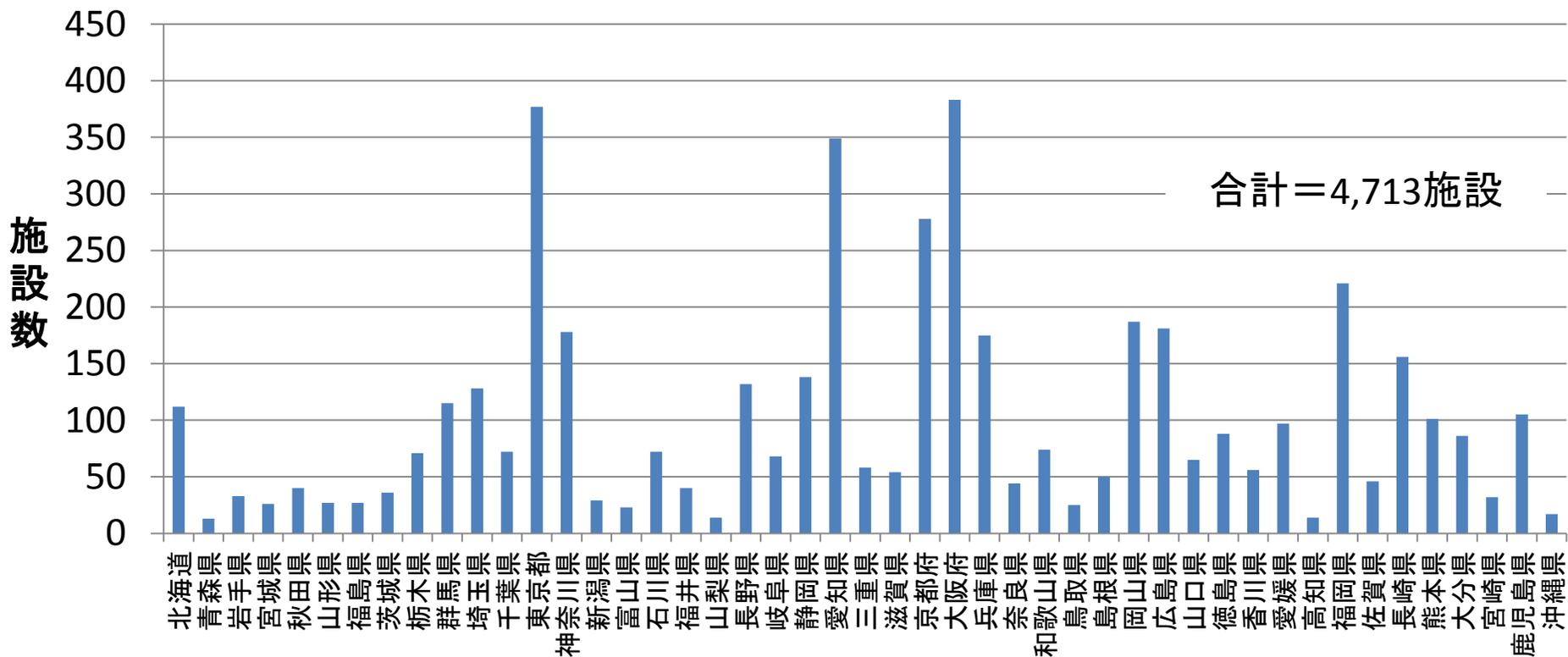
地域包括診療料を届け出た施設数



平成27年7月時点 医療課調べ(暫定値)

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況②

地域包括診療加算を届け出た施設数

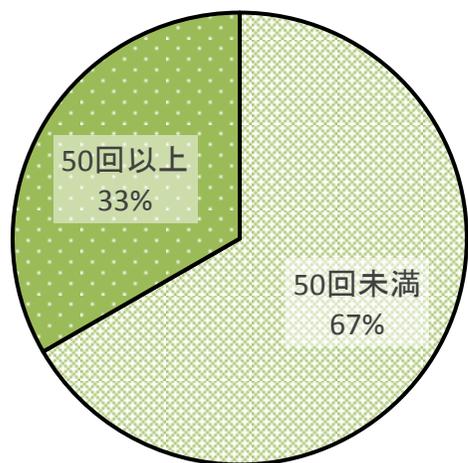


平成27年7月時点 医療課調べ(暫定値)

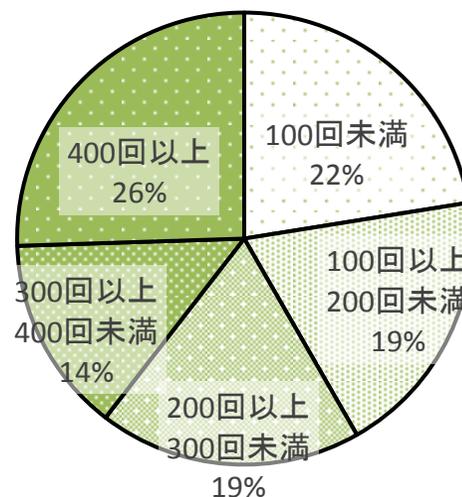
地域包括診療料・地域包括診療加算の算定状況

	算定施設数	算定件数	算定回数	1件あたり算定回数
地域包括診療料	48	3,262	3,262	1回／件
地域包括診療加算	3,477	643,136	1,038,242	1.6回／件

地域包括診療料の施設毎算定回数



地域包括診療加算の施設毎算定回数

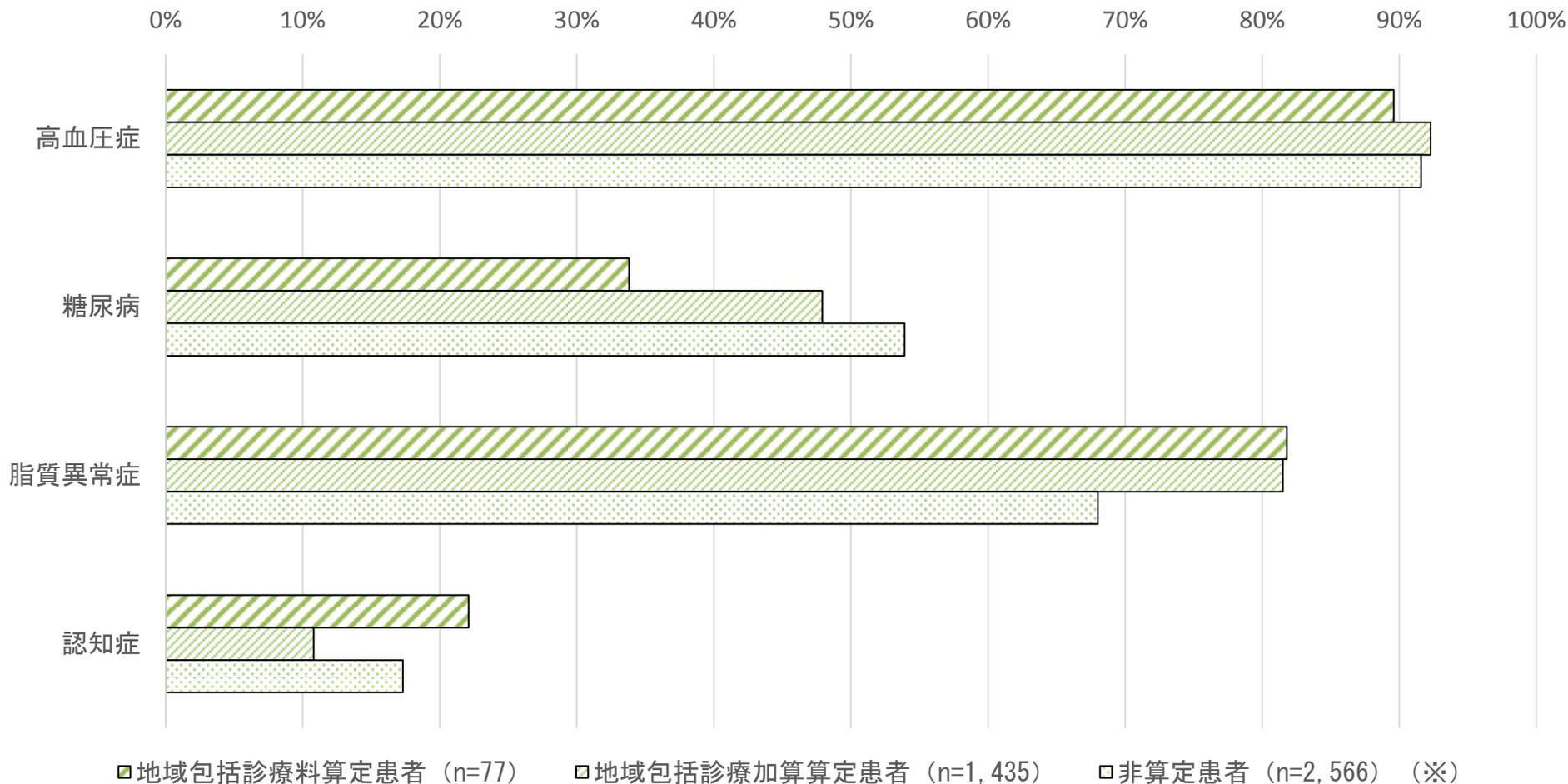


平成27年5月診療分NDBデータより集計

地域包括診療料算定患者等の慢性疾患の状況①

- 地域包括診療料、診療加算とも、対象疾患の中では高血圧症が最も多く、次いで脂質異常症、糖尿病、認知症の順であった。

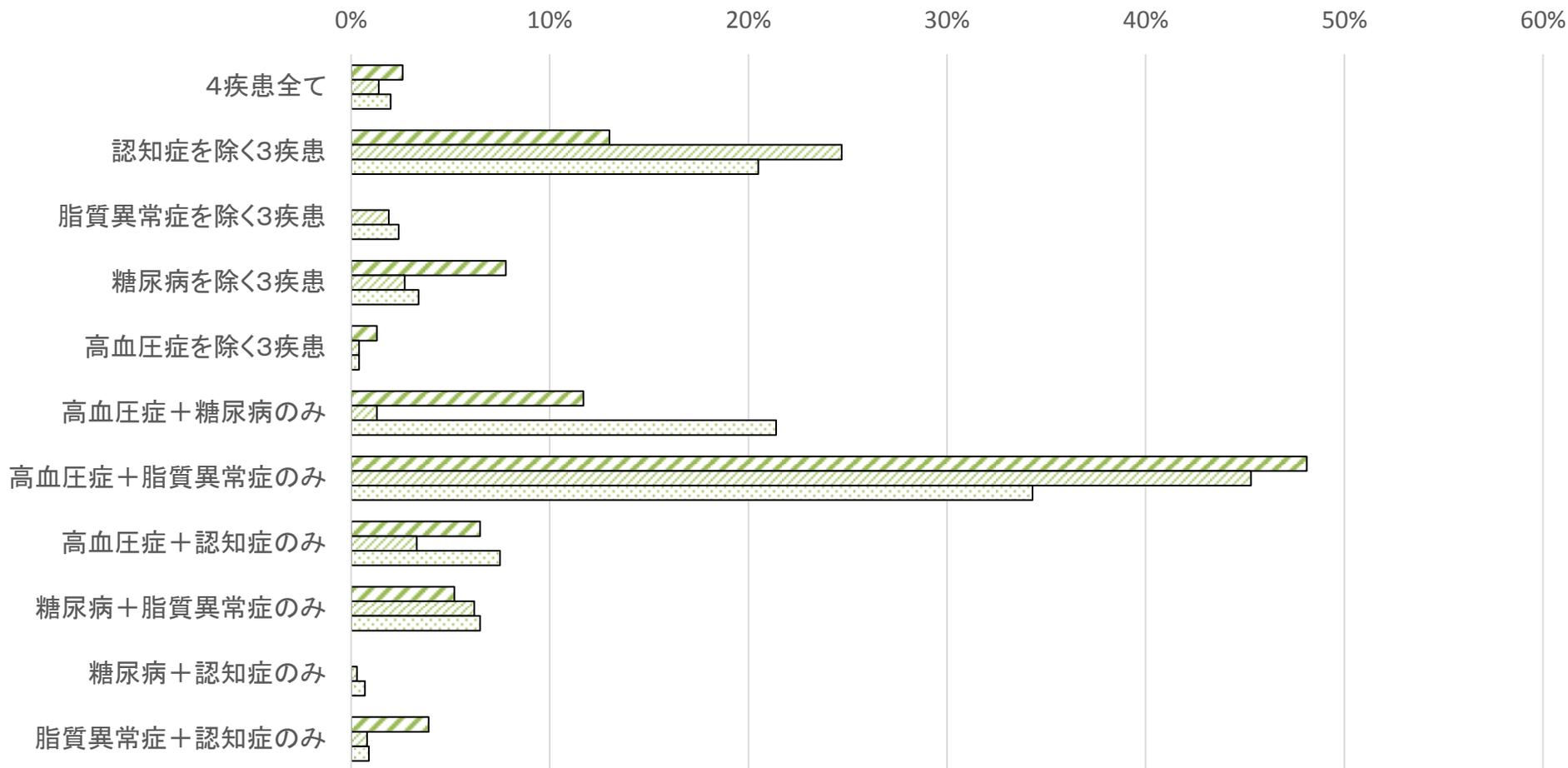
地域包括診療料等の対象慢性疾患の罹患割合



地域包括診療料算定患者等の慢性疾患の状況②

- 対象疾患の組み合わせとしては、高血圧症と脂質異常症のみの場合が最も多かった。

地域包括診療料等の対象慢性疾患の罹患割合



□地域包括診療料算定患者 (n=77)

□地域包括診療加算算定患者 (n=1,435)

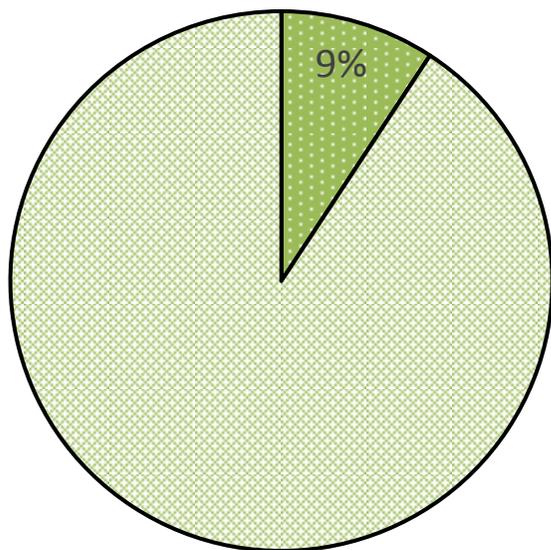
□非算定患者 (n=2,566) (※)

出典:平成27年検証調査

地域包括診療料等の算定状況

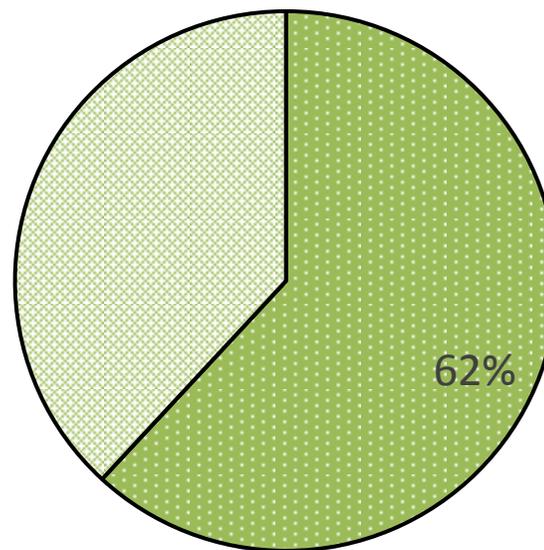
- 平成27年5月に地域包括診療料、地域包括診療加算を算定した医療機関において、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を有する患者で、実際に地域包括診療料、地域包括診療加算を算定された者の割合は、9%、62%であった。

地域包括診療料



■ 算定あり ■ 算定なし(※)

地域包括診療加算

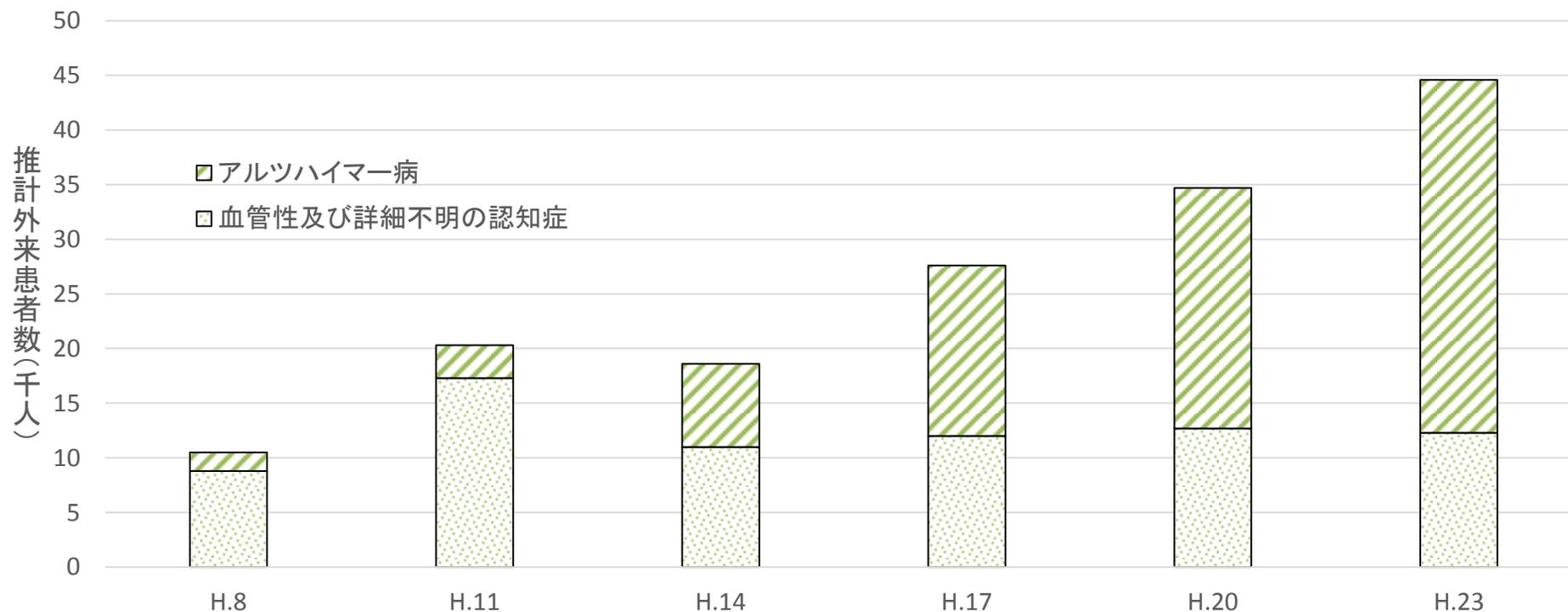


■ 算定あり ■ 算定なし(※)

※高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を有する患者で、地域包括診療料又は地域包括診療加算を算定されなかった者。

認知症の推計外来患者数の推移

- 認知症の推計外来患者数は増加傾向にあり、とりわけアルツハイマー病による認知症の増加が著しい。



出典: 患者調査

※その他、患者調査では統計上区分されていないが、レビー小体型認知症が認知症の相当部分(4.3%¹⁾—41.4%²⁾)を占めるという報告もある。

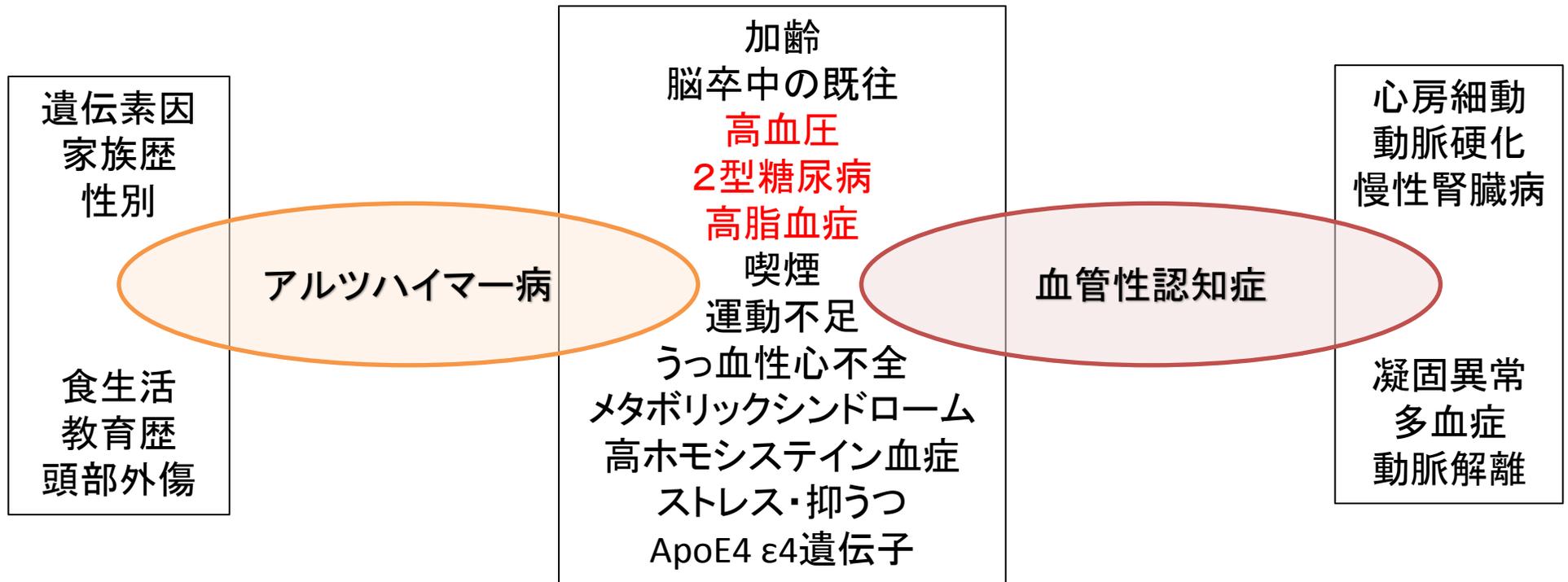
1) 朝田らによる疫学調査(平成23—24年構成労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業)

2) Wakisaka Y.らによる剖検の結果(*Acta Neuropathol* 2003; 106:374-382)(アルツハイマー病を合併したものを除くと17.2%)

認知症の危険因子

- 認知症のうち、血管性認知症とアルツハイマー病は危険因子をある程度共有しており、その中には地域包括診療料等の対象疾患が含まれる。レビー小体型認知症の危険因子は未だ明らかではない。

認知症の危険因子



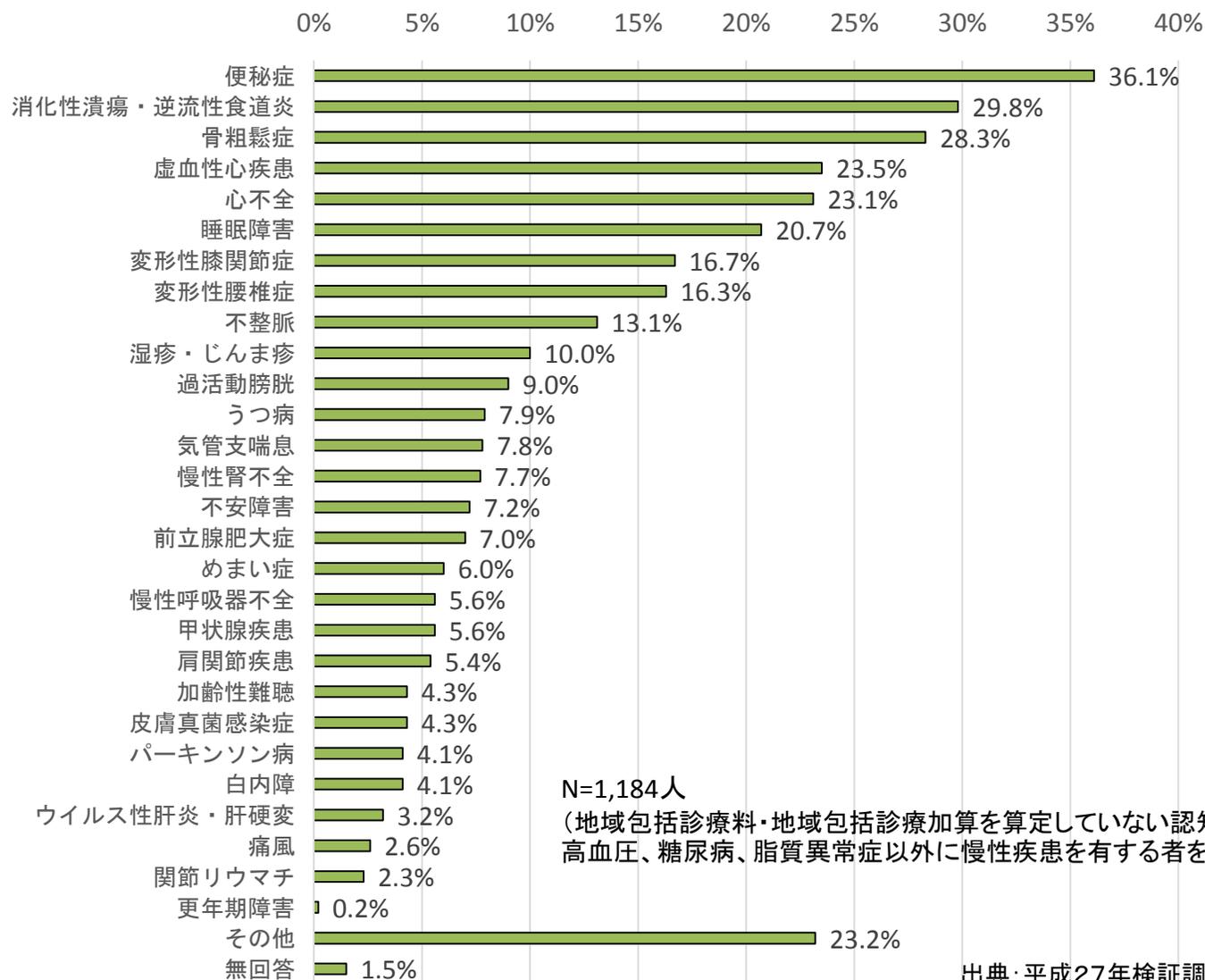
レビー小体型認知症



長田ら(平成23年)による図を元に作成

認知症患者の他疾患の罹患状況等

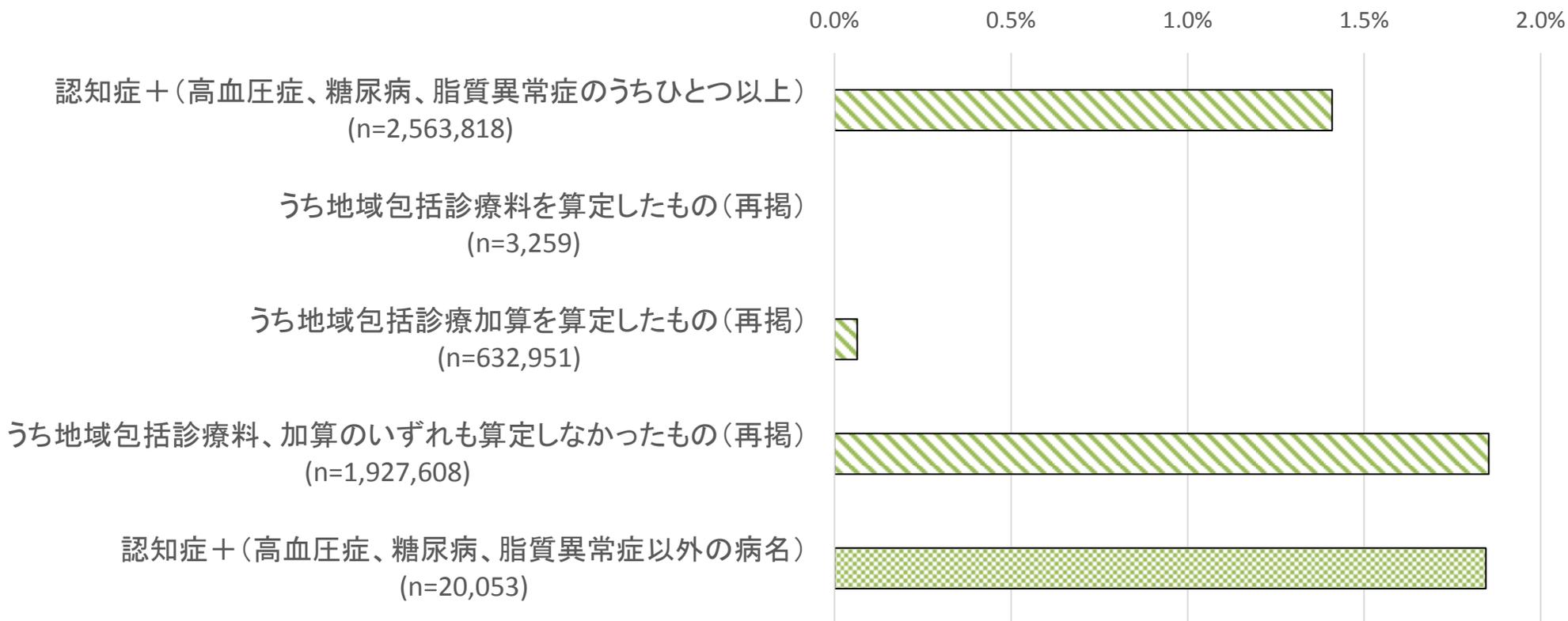
- 認知症患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症以外で有する慢性疾患としては、消化器疾患、運動器疾患、循環器疾患等が多い。



認知症患者の医療機関の受診状況等

- 認知症患者のうち、地域包括診療料や地域包括診療加算を算定していない者は、合併症の内容にかかわらず、2%弱が複数の医療機関を受診していた。

ひと月に複数の医療機関を受診した患者の割合

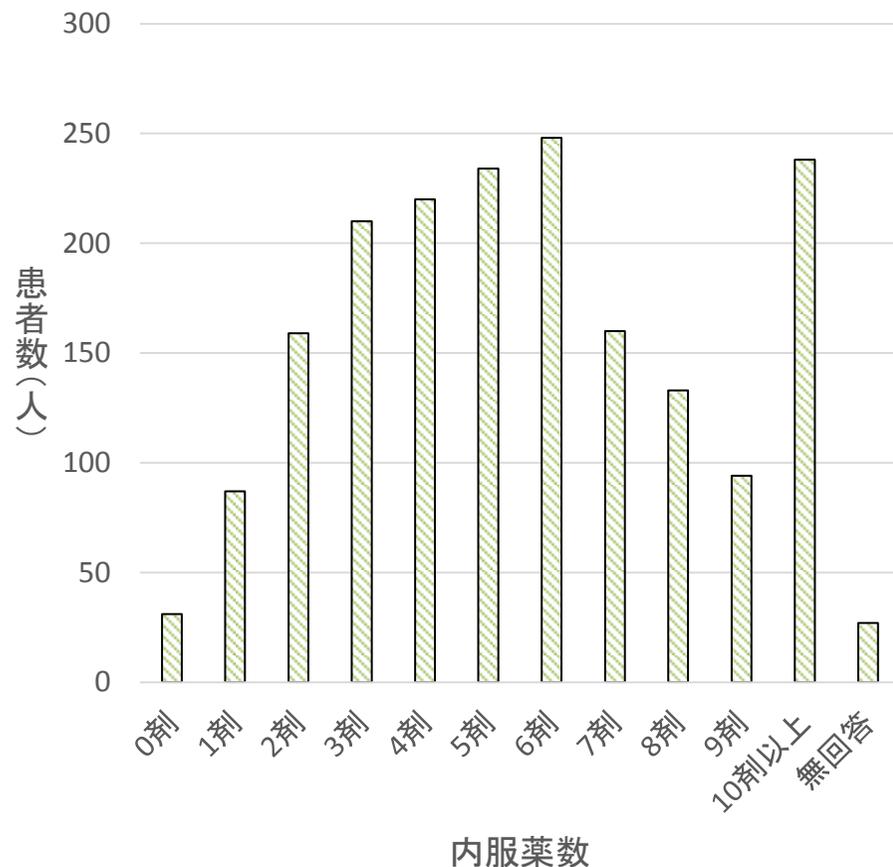


(※)平成27年5月診療分NDBデータを用いて、当該月間に地域包括診療料又は地域包括診療加算を算定した医療機関の入院外レセプトで、病名に「認知症」がある2,583,871レセプトを対象として分析。分類はレセプトに記載されている病名による。

平成27年5月診療分NDBデータより集計

認知症患者の内服薬数の状況

- 地域包括診療料、地域包括診療加算を算定していない認知症患者において、6種類以上の内服を行う患者は半数以上に上り、10種類以上の薬剤を内服している患者も1割程度みられた。



N=1,841人

(地域包括診療料・地域包括診療加算を算定していない認知症患者で、
高血圧、糖尿病、脂質異常症以外に慢性疾患を有する者を対象)

(参考)日本神経学会認知症疾患治療ガイドライン2010

CQ3A-4

高齢の認知症患者への薬物治療の注意点と原則は何か

(推奨)

高齢の認知症者では過剰反応や有害事象を生じやすい。薬物治療は少量で開始し、若年者の容量より少なく (small)、薬効を短期間 (short) で評価し、服薬方法は簡易 (simple) にする (3S)。

特有の有害事象に注意を払いながら、多剤服用をなるべく避けて定期的に薬剤の種類、過量投与、長期投与等処方の見直しを行い、服薬コンプライアンス (アドヒアランス) を確認することが重要である (グレードB)。

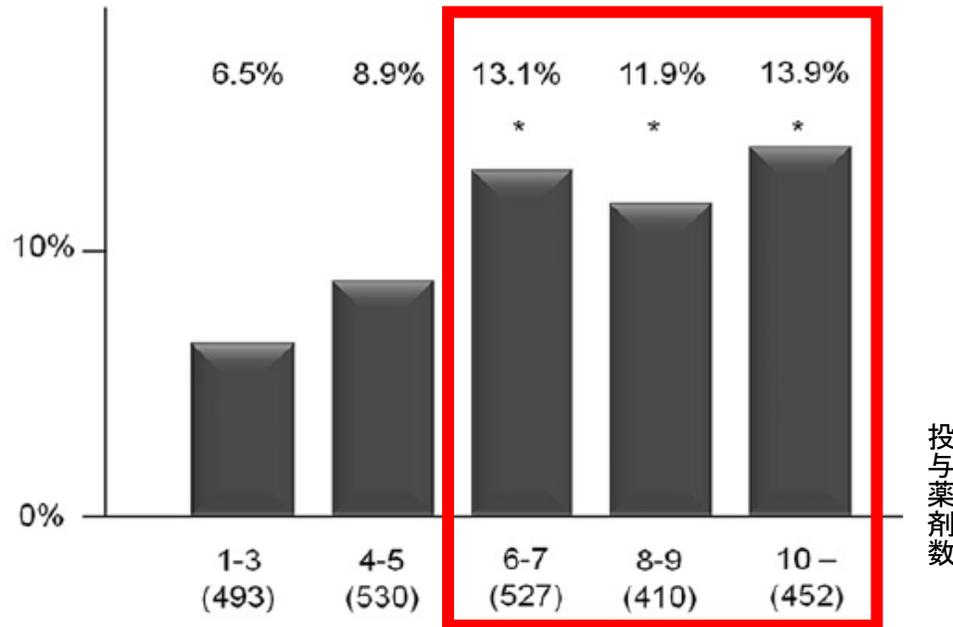
多剤処方の問題点 ①

～有害事象の発生～

- 高齢者では、6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している。
- 高齢者の薬物有害事象は、意識障害、低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき・転倒の順に多かった。

高齢者の投与薬剤数と有害事象の関係性

薬物有害事象発生率



投与薬剤数

高齢者の薬物有害事象の主な症状	薬物有害事象を呈した者の症状の内訳
意識障害	9.6%
低血糖	9.6%
肝機能障害	9.6%
電解質異常	7.7%
ふらつき・転倒	5.8%
低血圧	4.8%
無動・不随意運動	3.8%
便秘・下痢・腹痛	3.8%
食欲不振・吐き気	3.8%
徐脈	3.8%
出血・INR延長	3.8%

- 1995年～2010年に東京大学病院の老年病科に入院した65歳以上の高齢者2,412人(年齢:78.7±7.3歳、男性51.3%)の薬物による副作用を後向きに調査。
- 投与薬剤数は6.6±3.6剤。
- 252人(10.5%)に副作用を確認。

- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

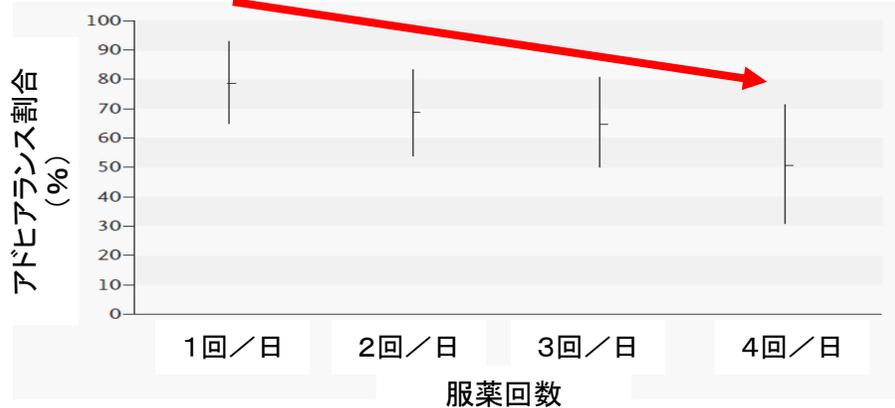
多剤処方の問題点 ②

～不適切な服用による薬剤治療機会の喪失～

- 服薬回数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる(服薬アドヒアランスが低下する)。
- 服薬する薬剤数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる。(服薬アドヒアランスが低下する)。

1日あたりの服薬回数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる。

1日当たりの服薬回数と、服薬アドヒアランス(処方された薬剤のうち適切に服用された薬剤の割合)の関係



- 服薬回数が1回/日の場合、3回/日及び4回/日より服薬アドヒアランスが高い。
- 服薬回数が2回/日の場合、4回/日より服薬アドヒアランスが高い。

<調査方法>

- 服薬頻度と服薬アドヒアランスの相関をみるためのシステムティック・レビュー。
- 76の調査結果をまとめたもの。
- 服薬アドヒアランスは、①dose-taking(処方された薬剤数を適切に服用しているか)、②dose-timing(処方薬を適切な時間に服用しているか)の2つの観点から定義した。

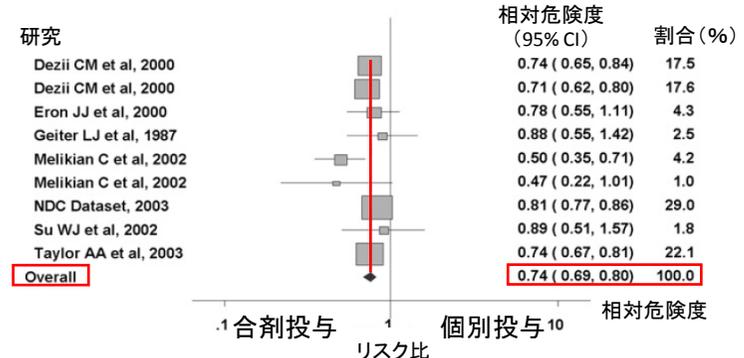
出典:

• Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-97.
• Claxton AJ, et al, A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther. 2001 Aug;23(8):1296-310.

服薬数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる。

①合剤は、薬剤の個別投与に比べ、服薬アドヒアランス低下のリスクが低い。

個別投与と比較した場合に、合剤が服薬コンプライアンスに及ぼす効果



- 合剤投与群の服薬コンプライアンス低下のリスクは、個別投与の服薬コンプライアンス低下のリスクより26%低い。(p<0.0001)

<調査方法>

- 9つの研究のメタアナリシスにより、計11,925人の合剤投与患者と8,317人の単剤投与患者を比較。

②退院時服薬数と、服薬アドヒアランスの低下には関連がある。

65歳以上の内科病棟を退院した患者を追跡調査。退院時服薬数と、患者が医師の処方通りに服用していることとの関連

- 退院15~30日後調査時: R²=0.8293
- 退院3ヶ月後調査時: R²=0.6276
- ※本研究では、R² ≥ 0.6の場合を相関ありとしている

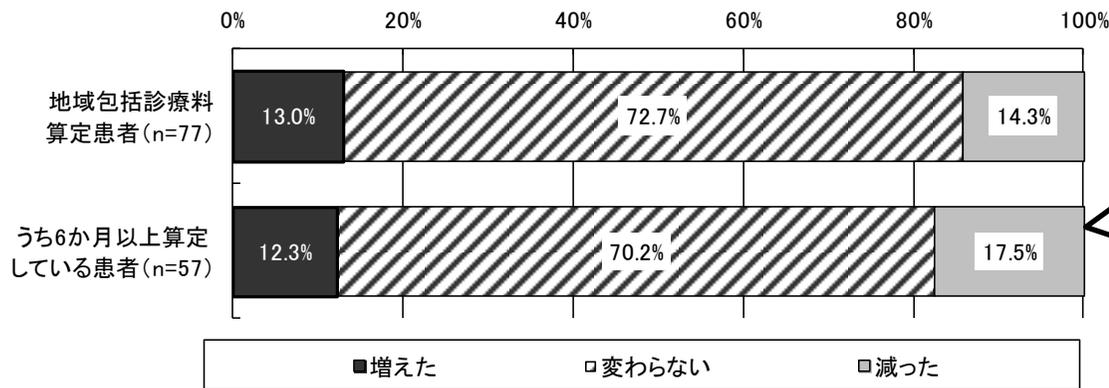
出典:

• Bangalore S, et al. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med. 2007 Aug;120(8):713-9.
• Pasina L et al, Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. Drugs Aging. 2014 Apr;31(4):283-9.

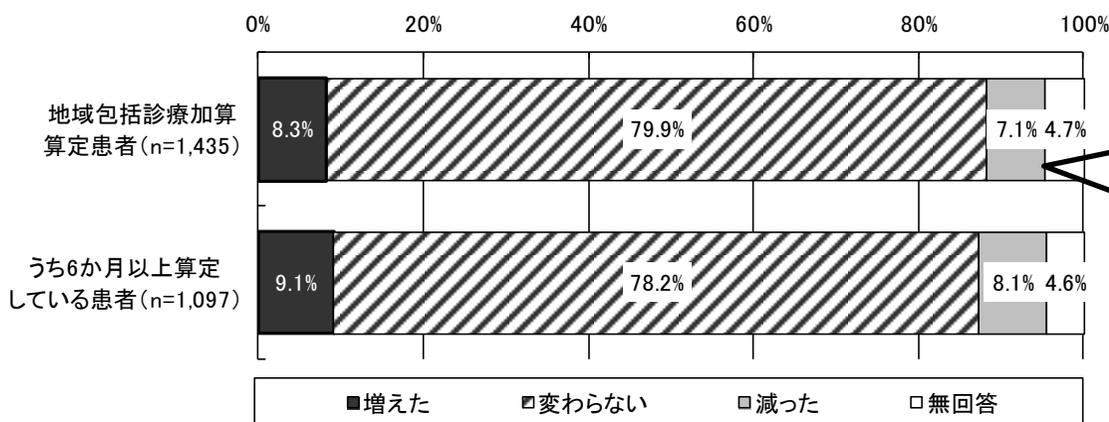
地域包括診療料等算定患者における薬剤数の増減

- 地域包括診療料、地域包括診療加算を算定した患者においても、重複薬の整理等、医師の考えによって薬剤数を減少させている例は多くなかった。

算定当初と比較した内服薬数の変化



「減った」もののうち90%が患者の病状に変化があったためであり、重複薬の整理等、医師の考えによるものは10% (1例)



「減った」もののうち27.5%が、重複薬の整理等、医師の考えによるもの

認知症患者に求められる医療の役割

- 認知症対策において求められている医療の役割と、地域包括診療料が評価する内容には共通する部分が多い。

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)(抄)

(1)本人主体の医療・介護等の徹底

- 認知症の人の状態は、周囲の人々やケアの状態を反映する鏡とも言われる。認知症医療・介護等に携わる者は、認知症の人を、各々の価値観や個性、想い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できないことではなくできることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、支援していくことが重要である。
- このような本人主体の医療・介護等の原則は、その提供に携わるすべての者が、認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の容態の変化に応じたすべての期間を通じて共有すべき基本理念であることを改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を図っていく。



地域包括診療料(抄)

- (1) 地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、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、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であり、…

認知症対策における主治医機能の重要性

- 認知症対策においては、主治医機能を持つ医師に重要な役割が期待されている。

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)(抄)

- 本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による健康管理や・・・認知症の疑いがある人に早期に気付いて適切に対応していくことができるような体制を構築していく。
- ...まず何よりも身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要である。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進めるほか・・・
- 認知症は今や一般的な病気(Common Disease)であり、診療科を超えて連携して対応していく必要があるほか、介護による生活の支援がないと医療での対応だけでは支援が成り立たないという特徴がある。・・・かかりつけ医等と介護支援専門員等を中心として、医療・介護関係者が顔の見える関係を築き、コミュニケーションを取りながら連携を図っていくことが重要である。

認知症診療において期待される主治医機能の具体的内容

- 認知症診療においては、主治医機能として、早期の診断、適切な紹介、日常的な管理のほか、介護サービスの利用の支援等、介護に関する療養上の指導とも必要とされている。

【かかりつけ医の役割】

目の前の患者さんについて、認知症の疑いがあることに気がつき、必要に応じ専門家や専門医療機関に紹介することが「かかりつけ医」として最も重要である。それだけではなく、日常的な生活管理や必要な介護サービスを家族とともに検討し実現することも大切である。

さらに、認知症の人本人や家族の不安を理解し軽減し、日頃の適切な対応を指導することが、身近に存在する「かかりつけ医」には望まれている。

地域包括診療料、地域包括診療加算に係る課題と論点

【課題】

- 外来の機能分化の更なる推進においては、診療所や中小病院の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことが重要である。
- 平成26年診療報酬改定においては、このような観点から、地域包括診療料、地域包括診療加算が設けられ、その届出は地域包括診療料では93医療機関、地域包括診療加算では4,713医療機関に達した。
- 地域包括診療料等を届け出て実際に算定している医療機関において、対象疾患を有する患者のすべてに当該点数が算定されているわけではなく、特に地域包括診療料については算定患者は対象疾患を有する患者の9%にとどまる。
- 認知症患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症以外にも様々な慢性疾患を合併し、またこれらの合併症がある場合、複数の医療機関を受診することが多い。また、認知症患者の適切なケアのためには、医学的な指導管理だけでなく、介護サービスの利用の支援等、介護に関する療養上の指導も必要である。
- 認知症患者は多剤服用を避けることが推奨されているが、地域包括診療料等を算定していない患者では、6種類以上の内服を行う患者は約半数に上り、10種類以上の内服薬を処方されている患者も1割程度みられる。
- 認知症患者への対応において求められる、患者を全人的に捉え主体として尊重することや、地域社会の中で継続して支援していくことは、地域包括診療料等において評価されている内容と共通する。

【論点】

- 高血圧症、糖尿病、高脂血症以外の疾患を有する認知症患者に対して、介護に関連する療養上の指導を含め、継続的かつ全人的な医療を実施するとともに、多剤投与などの薬剤の投与を適正化しつつ適切な服薬管理を行う場合については、主治医機能としての評価をおこなうこととしてはどうか。

2. 主治医機能の評価について

1) 地域包括診療料、地域包括診療加算について

2) 小児の主治医機能の評価について

小児における主治医機能の評価に関する論点

○ 小児医療における主治医機能の評価についてどう考えるか

➤ 平成26年度診療報酬改定において、高齢者を中心とした主治医機能に対する評価が新設されたが、小児医療における主治医機能の評価についてどう考えるか

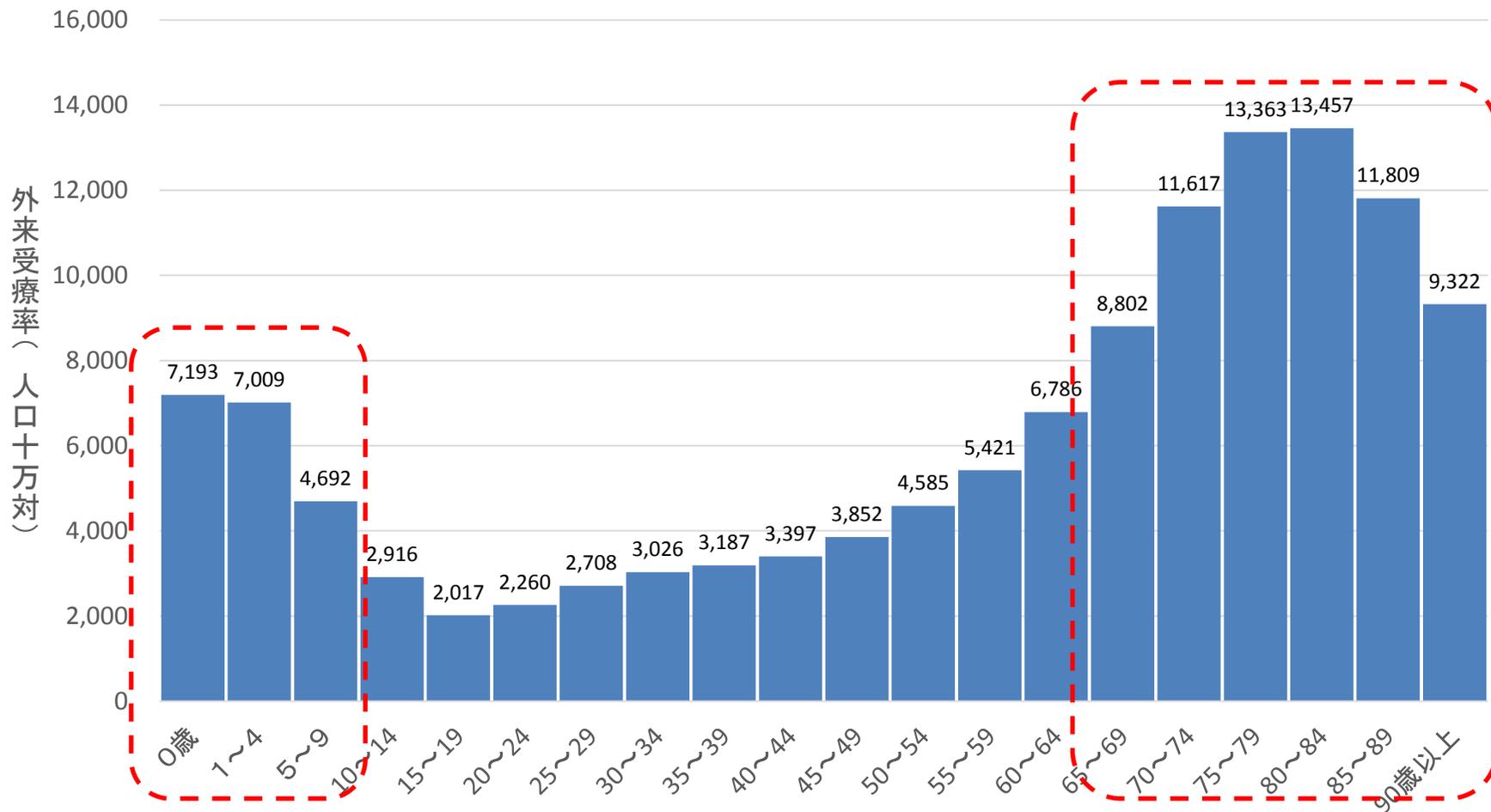
➤ 小児医療における主治医機能としてどの様な機能が求められるか

(例)

- 中小病院や診療所における継続的かつ全人的な診療と、大病院における専門的な診療との連携
- 乳幼児期を通じた継続的な健康管理
- 予防接種のスケジュール管理、健診結果の把握や指導への活用等
- 時間外の対応体制

年齢階級別の外来受療率

- 外来受療率は乳幼児と高齢者で二峰性をなしている。



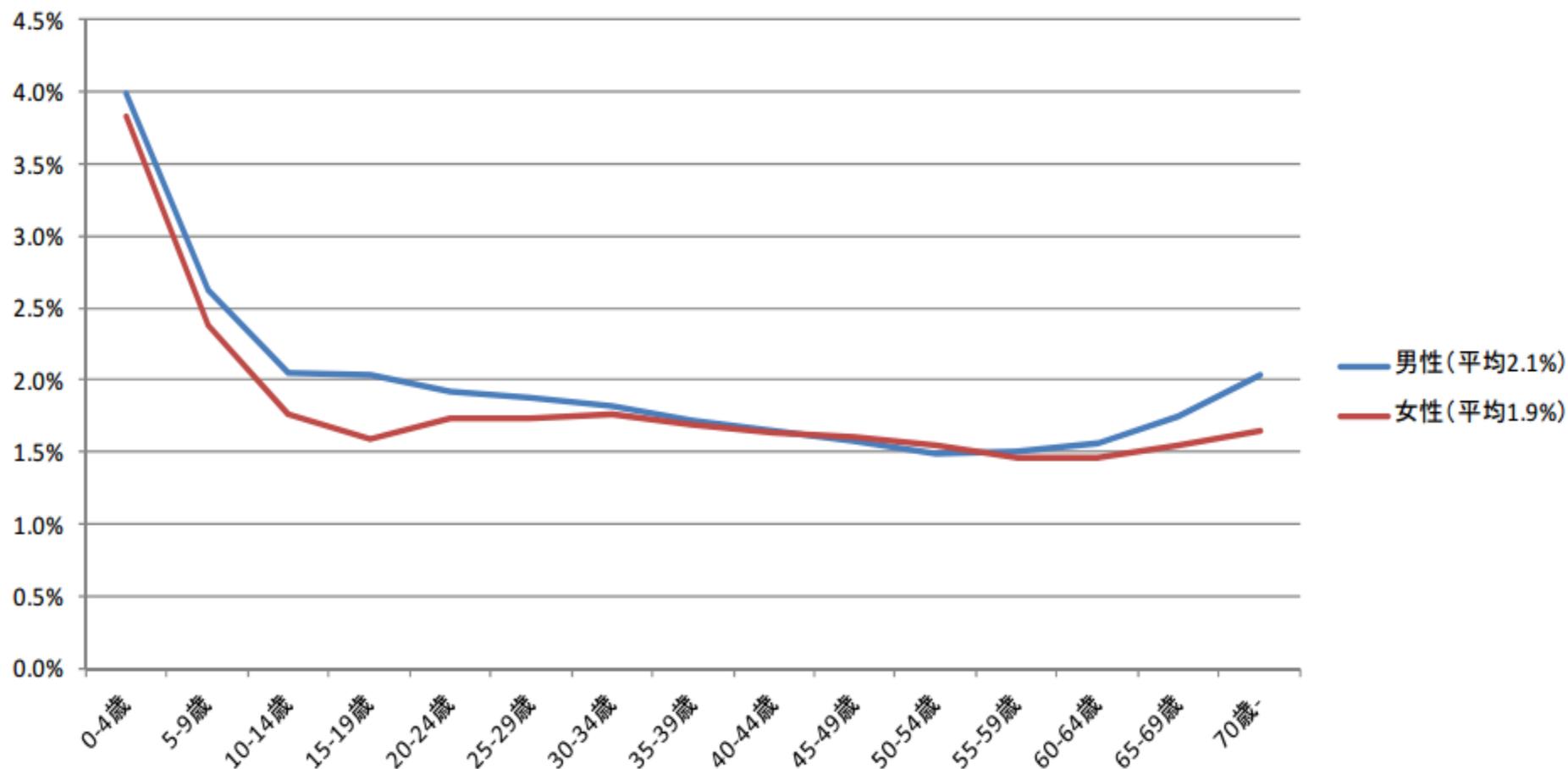
※外来受療率とは、推計外来患者数（調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者（往診、訪問診療を含む）の推計数）を人口10万対であらわした数である。

出典：平成23年患者調査

年齢階級別の重複受診の頻度

中医協 総-3
27.4.8

- 同一傷病名により複数の医療機関を受診する「重複受診」が年齢を問わず存在する。
- 年齢別に見ると、小児に比較的多く、高齢者もやや多い傾向がある。



重複受診における傷病分類別構成割合

中医協 総 - 3
27.4.8

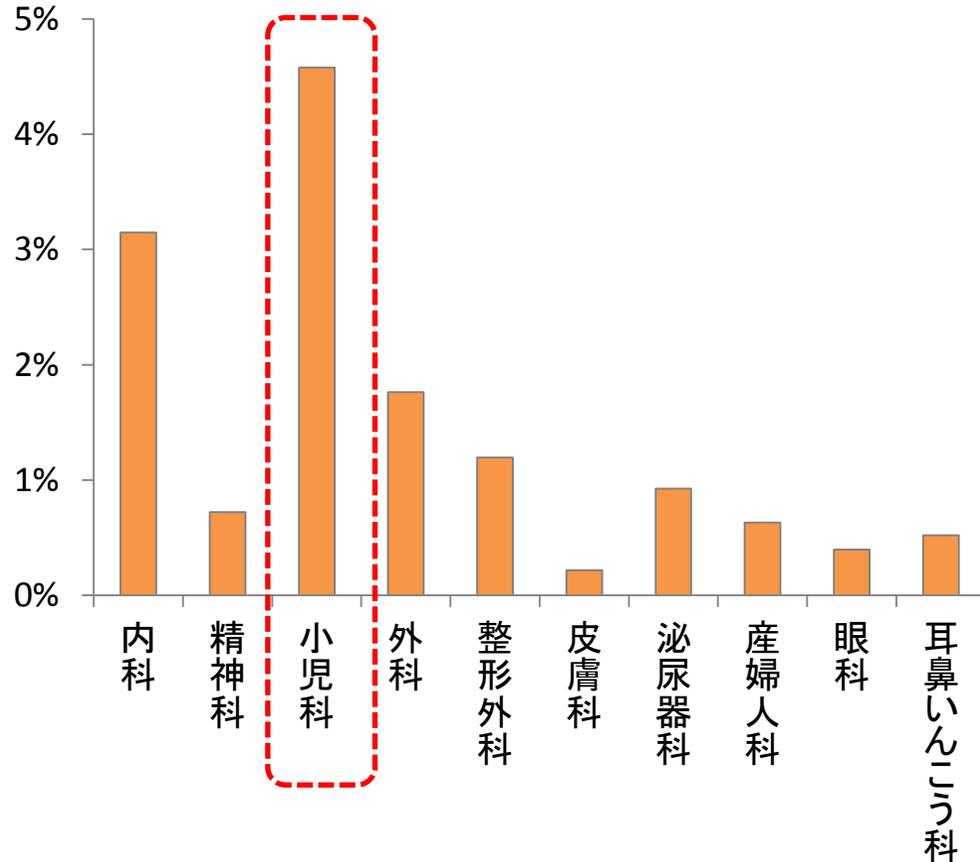
- 重複受診が見られる疾患としては、乳幼児では呼吸器疾患が、高齢者では生活習慣病や整形外科疾患が多い。

	0-4歳		5-9歳		40-44歳		65-69歳		70歳以上	
1	他の急性 上気道感 染	21.5%	喘息	17.7%	他の上気 道感染症	6.7%	糖尿病	26.3%	糖尿病	25.4%
2	喘息	13.5%	他の急性 上気道感 染症	17.0%	糖尿病	6.6%	高血圧性 疾患	11.0%	高血圧性 疾患	13.4%
3	急性気管 支炎及び 細気管支 炎	10.4%	急性気管 支炎及び 細気管支 炎	8.3%	他の損傷 及び他の 外因の影 響	5.4%	脊椎障害 (脊椎症 を含む)	3.6%	脊椎障害 (脊椎症 を含む)	5.2%
4	皮膚炎及 び湿疹	10.1%	腸管感染 症	5.7%	良性新生 物	5.1%	他の悪性 新生物	3.5%	関節症	4.0%
5	腸管感染 症	8.9%	皮膚炎及 び湿疹	5.2%	他の神経 系の疾患	4.6%	関節症	2.5%	他の悪性 新生物	3.4%

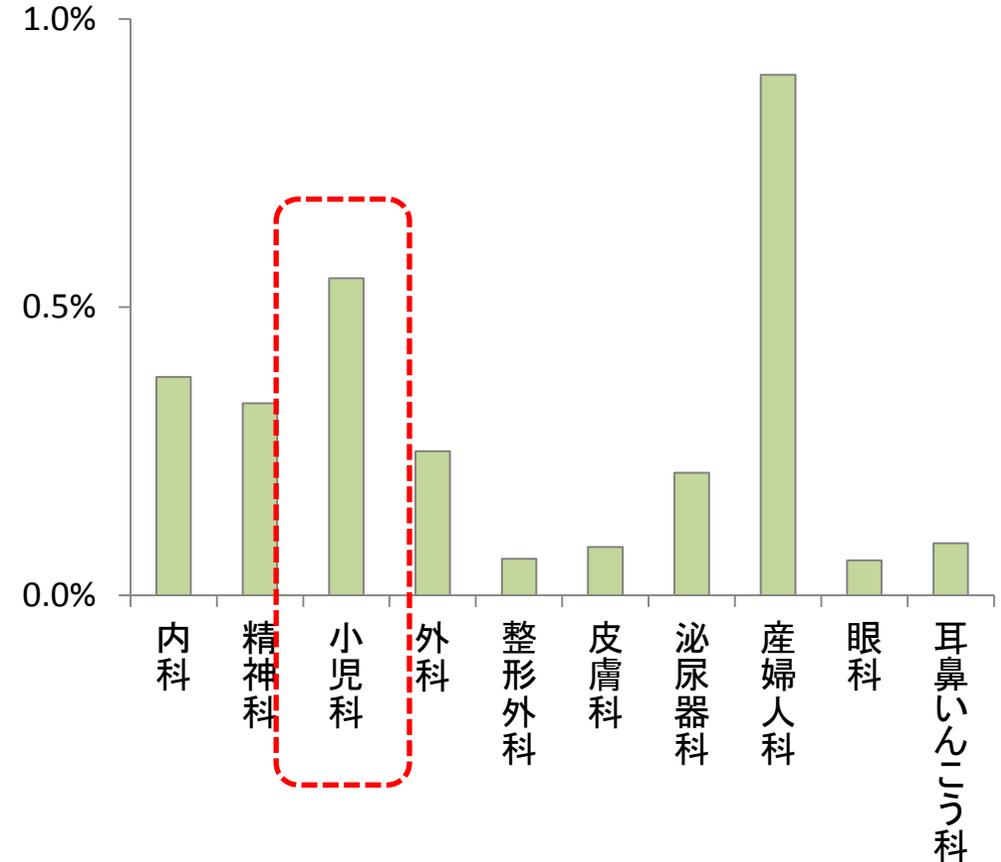
診療科別の時間外診療状況

- 小児科では、他の診療科と比較して時間外・休日・深夜加算の算定割合が高い。

初診料に占める
時間外・休日・深夜加算の算定割合



再診料に占める
時間外・休日・深夜加算の算定割合



乳幼児期の健康管理について(イメージ)

- 乳幼児期には、発達の段階に応じた継続的な健康管理や予防接種の実施、急性疾患・慢性疾患の管理等が重要となる。



・原始反射あり



・原始反射の消失
・母親の区別がつく
・座位等の発達



・言語の発達
・歩行の習得
・遊具等の活用



新生児期

乳児期

幼児期

学
童
期

1歳6か月～2歳児

3歳～4歳児

※母子保健法に定められた健康診査

健康診査

健康・発達に関する相談

予防接種の実施

気管支炎等の急性疾患の治療

アトピー性皮膚炎・喘息等の慢性疾患の管理

乳幼児検診について

- 乳幼児健診は、個別の対象者の健康状況を把握し保健指導に繋げるとともに、地域の健康状況把握にも活用されている。

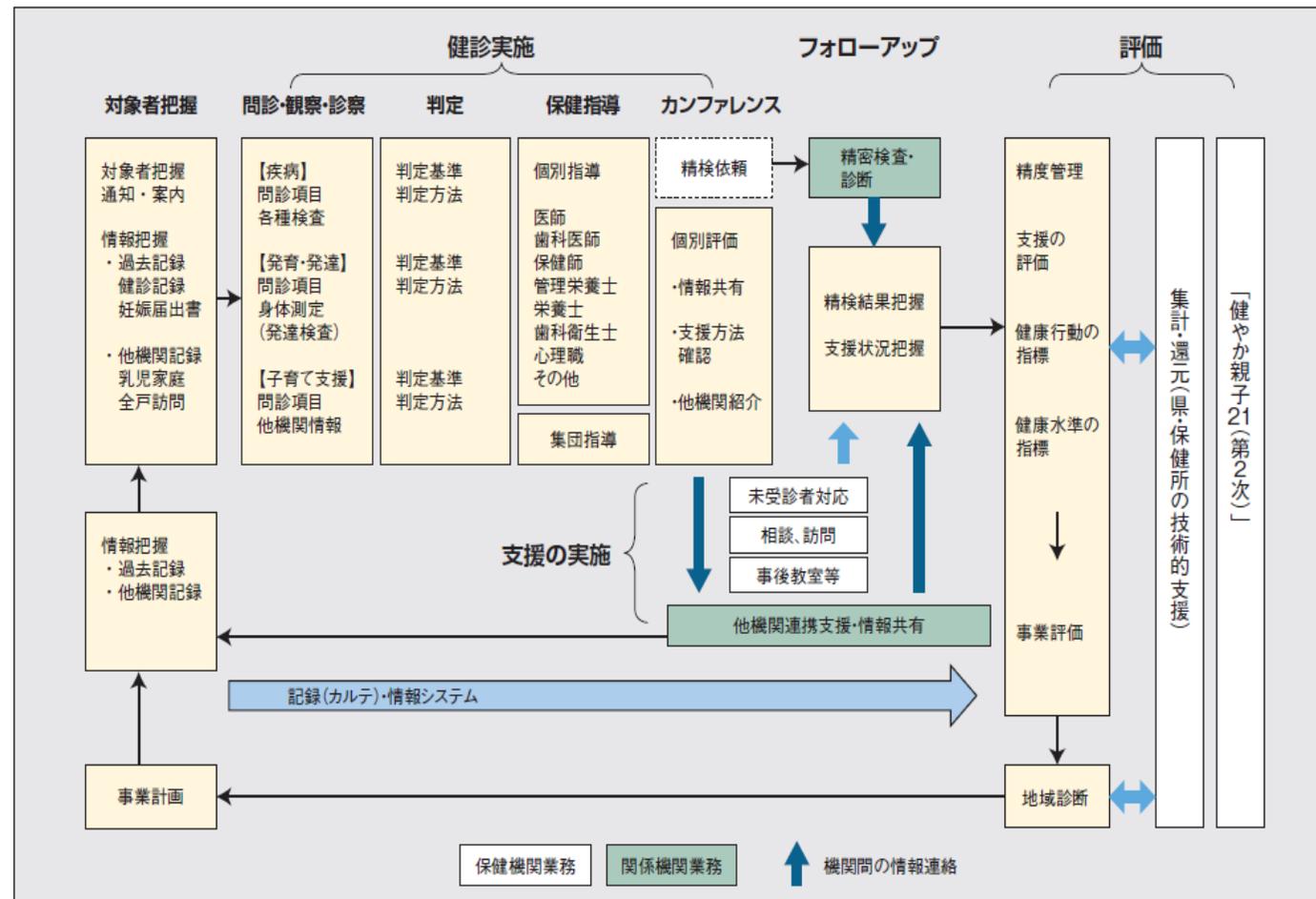
乳幼児健診の 実施割合と受診率

	3～5か月児	
	実施割合	受診率
集団健診	67.3%	99.5%
医療機関 委託健診	32.7%	87.2%

	1歳6か月児	
	実施割合	受診率
集団健診	85.2%	96.2%
医療機関 委託健診	14.8%	86.8%

	3歳児	
	実施割合	受診率
集団健診	93.0%	93.8%
医療機関 委託健診	7.0%	82.5%

標準的な乳幼児健診(集団健診)のモデル



予防接種法の概要

- 近年、新たに複数の疾病が定期接種に追加されており、予防できる疾病の範囲が拡大している。

目的

- 伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために、予防接種を行い、公衆衛生の向上及び増進に寄与する
- 予防接種による健康被害の迅速な救済を図る

概要

対象疾患:

■ A類疾病

ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、麻疹、風疹、
日本脳炎、破傷風、結核、痘そう

■ B類疾病

インフルエンザ

近年、新たに追加された疾病

肺炎球菌感染症(小児)、
ヒトパピローマウイルス感染症、
Hib感染症、
水痘

肺炎球菌感染症(高齢者)

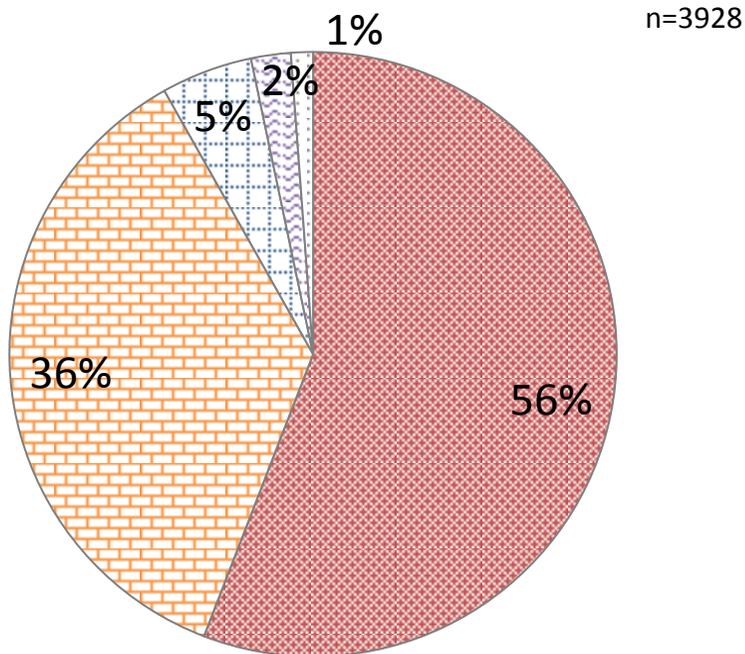
実施主体:市町村

- 定期接種にかかる費用は、市町村が負担
(経済的困窮者を除き、被接種者からの実費徴収が可能。)
- 予防接種により健康被害が生じた場合には、医療費・医療手当、死亡した場合の補償(死亡一時金等)、障害年金等が支払われる

地域における小児科医の役割

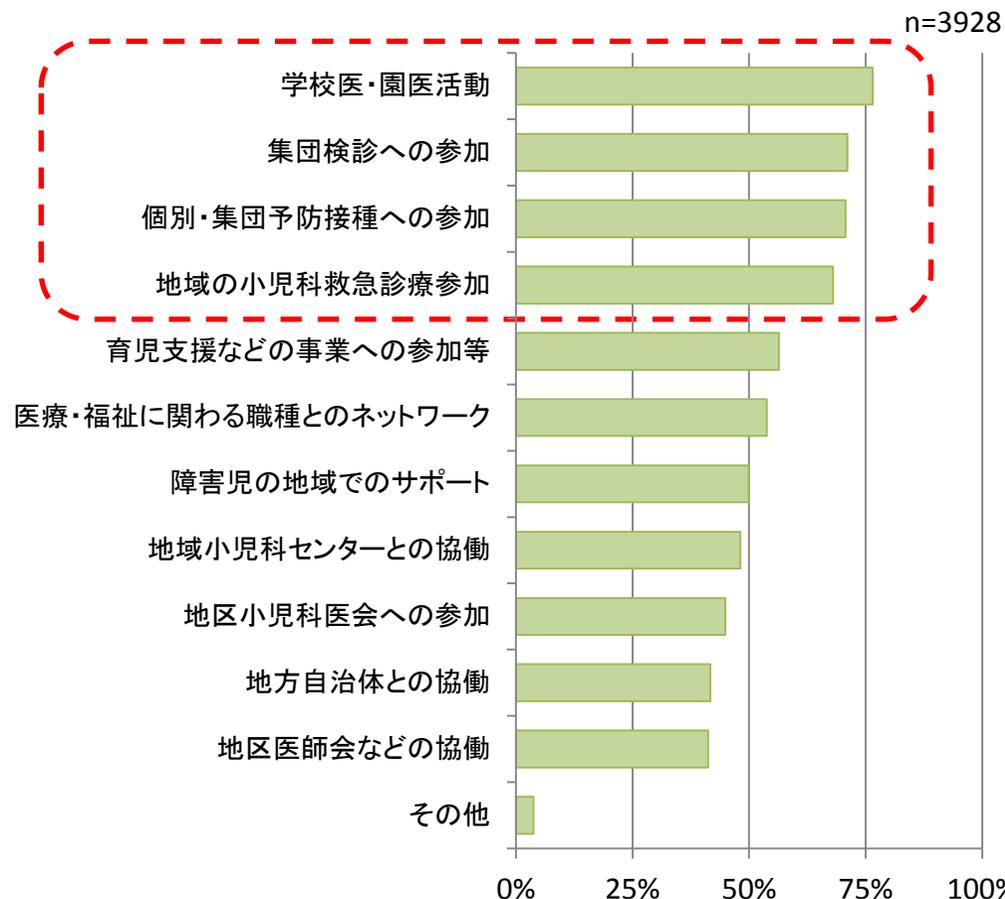
- 地域における小児科の役割として社会的活動への参加が「必須」「やや必須」と回答した医師は、全体の90%を超えた。
- また、具体的な社会的活動としては「学校医・園医活動」「集団検診への参加」「個別・集団予防接種への参加」「地域の小児科救急診療参加」等が挙げられた。

地域における小児科の役割としての社会的活動への参加について



- 必須である
- やや必須である
- あまり必須ではない
- 必須ではない
- 無回答

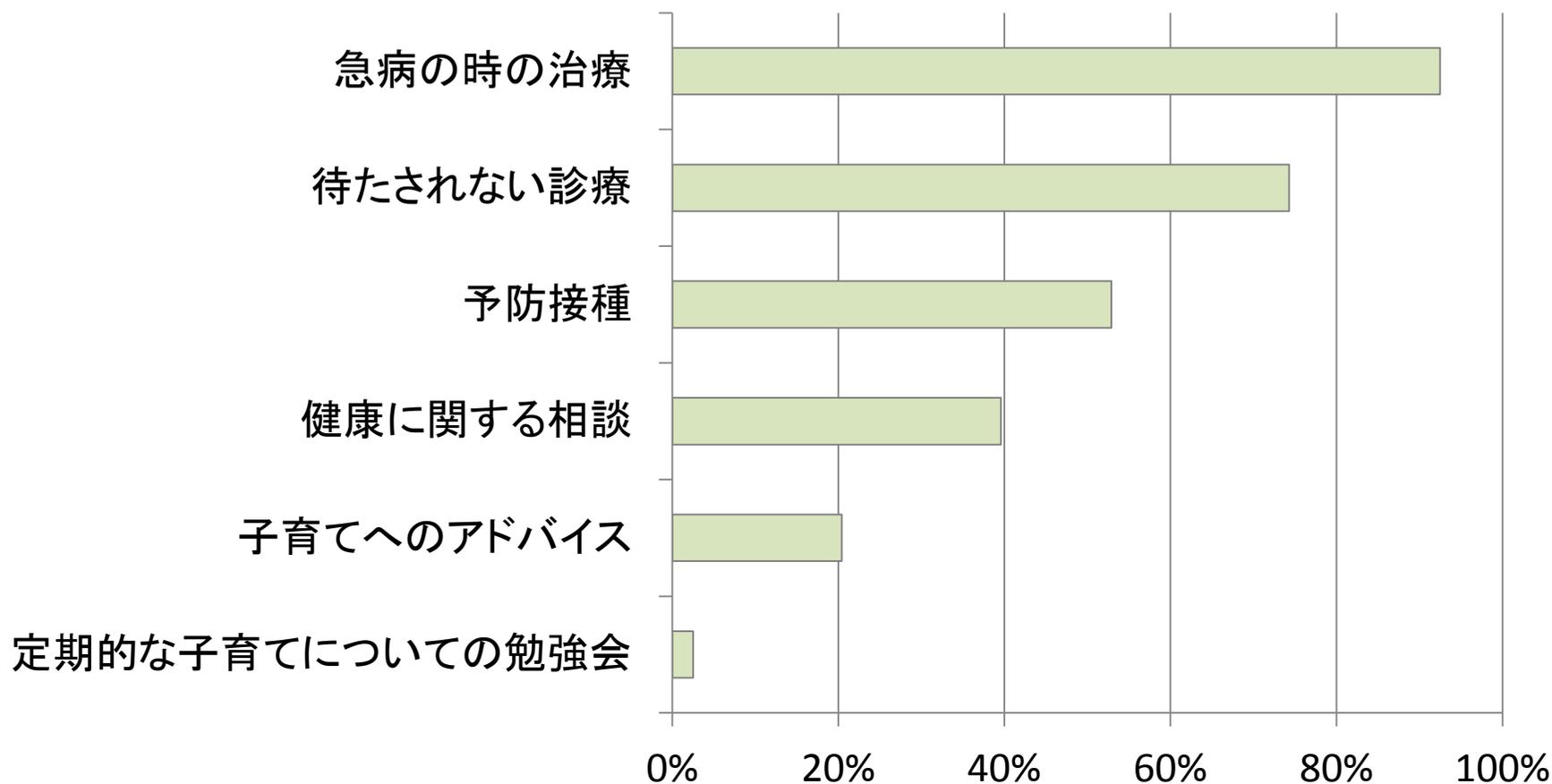
どのような社会的活動への参加が必須だと考えるか ※複数回答



子育て中の親がかかりつけ医に望むこと

- 子育て中の親がかかりつけ医に望むこととしては、「急病の時の治療」「待たされない診療」「予防接種」「健康に関する相談」等が多くみられた。

子育て中の親がかかりつけ医に望むこと



小児科外来診療料の概要

○ 小児科外来診療料(1日につき)

1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合

イ 初診時 572点

ロ 再診時 383点

2 1以外の場合

イ 初診時 682点

ロ 再診時 493点

[対象施設]

小児科を標榜する保険医療機関

[評価の概要]

- 本診療料の届出を行った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歳未満の全ての患者を対象**に算定を行う(対象患者に対する診療報酬の請求は原則小児科外来診療料により行う)
- 時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(II)並びに往診料を除き、**原則として全て所定点数に含まれる**

時間外対応加算の概要

- 時間外対応加算1 5点
- 時間外対応加算2 3点
- 時間外対応加算3 1点

[対象施設]

- 診療所
- 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、緊急時の対応体制等について患者に周知していること

[評価の概要]

- 地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少等に繋がる取組を評価
- 時間外における定められた対応を行うとともに、緊急時の対応体制や連絡先等を周知
- 電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、必要な医学的対応を行う

<時間外において求められる対応体制>

- ・時間外対応加算1; 患者からの電話等に対し常時対応できる体制がとられていること等
- ・時間外対応加算2; 標榜時間外の夜間の数時間は対応できる体制がとられていること等
- ・時間外対応加算3; 複数の診療所による連携により標榜時間外の夜間の数時間は対応できる体制がとられていること等

小児における主治医機能の評価について

【課題】

- 平成26年度診療報酬改定において、外来医療における継続的かつ全人的な医療を行う「主治医機能」に対する評価が新設された。
- 年齢階級別にみた場合、外来受療率や重複受診の頻度は、高齢者だけでなく乳幼児においても高い数値を示している。また、重複受診がみられる疾患は、高齢者の様に生活習慣病ではなく呼吸器疾患が中心であった。
- 小児科では、他の診療科と比較して時間外・休日・深夜での対応が多い傾向がみられた。
- 乳幼児期の健康管理について、健康診査を含めた継続的な健康管理、予防接種の実施、急性疾患・慢性疾患の管理等が重要であると考えられた。
- 小児科医の多くが、地域の社会的活動への参加が重要であると考えていた。具体的な取組としては、「学校医・園医活動」「集団健診」「個別・集団予防接種」「小児科救急診療」への参加等が挙げられた。
- 子育て中の親がかかりつけ医に望むこととしては「急病の時の治療」「待たされない診療」「予防接種」「健康に関する相談」等が挙げられた。
- 現在、乳幼児に対する診療を総合的に評価している項目として小児科外来診療料が挙げられる。当該報酬は3歳未満の児を対象としており、一部の加算等を除いて、原則として全ての診療報酬が包括されている。また、診療所における時間外の対応に対する評価として時間外対応加算が存在する。



【論点】

- 小児医療について、継続的に受診する患者の同意の下、当該医療機関において慢性疾患の継続的な管理や急性疾患の診療、時間外の対応を行うとともに、必要に応じて専門医療機関への紹介等を行う他、予防接種の状況や健診の結果等を踏まえた健康管理を総合的に実施し、継続的かつ全人的な診療を行う主治医機能について評価することとしてはどうか。その際、現行の小児科外来診療料の評価方法を基調としつつ、3歳以降も、一定の年齢まで引き続いて評価してはどうか。

3. 紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養について

前回中医協(9/30)での主なご意見①

○①定額負担を求める大病院の範囲、②定額負担を求めない患者・ケース、③定額負担の設定の仕方、④定額負担の金額、⑤現行の初診料・外来診療料の評価等について、平成27年9月30日の中医協でご議論いただいたところ。

○9月30日の中医協での主な意見は以下のとおりであった。

①定額負担を求める大病院の範囲

- ・今回の制度は、病院勤務医の負担軽減及び特定機能病院等が本来の役割を集中して行えるようにするための取組みと認識。その点で、大病院の範囲はおおむね良い。
- ・病床数ではなく、病院の機能に着目した決め方もあるのではないか。

②定額負担を求めない患者・ケース

- ・現行の選定療養で対象外とされている患者・ケースは、今回の制度でも対象外とすべき。
- ・緊急に該当するかどうかの判断は医療機関に委ねるべき。
- ・地域に他に診療所等がなく大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者、健康診断で受診を勧められた患者及び被災地の患者については、定額負担を求めないこととしてほしい。
- ・歯科における臨床研修に協力する患者については、定額負担を求めないこととしてほしい。

③・④定額負担の設定の仕方・金額

- ・最低金額の設定が良いが、地域性を反映できるような価格にしてほしい。再診は初診の2分の1程度が良い。
- ・最低金額を設定した上で、実際にどのような価格にするかは、その地域の実情を踏まえた病院の裁量とすべき。
- ・地域ごとに異なる金額を設定することは、患者にとって差別感を生ずるので、慎重に考えるべき。
- ・医科・歯科併設の医療機関においては、医科・歯科で異なる金額設定(歯科を下げる)としてほしい。

⑤現行の初診料・外来診療料の評価等

- ・定額負担を徴収する場合の初診料及び外来診療料の評価、また、現行の紹介率・逆紹介率が低い医療機関における減点の取扱いについては、現状どおりで良い。

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入に関する論点①

○ 定額負担を求める大病院の範囲についてどう考えるか。

- 特定機能病院に加え、地域医療支援病院の中でも大規模(500床以上)な病院を定額負担を求める大病院とすることとしてはどうか。
- この場合の病床数の基準(500床以上)に関して、医療法の一般病床以外の病床(精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床)をどのように取り扱うか。また、一般病床であっても、病床数の基準に関し、取扱いを検討すべきものはあるか。

(例)児童福祉法に基づく指定発達支援医療機関及び医療型障害児入所施設における一般病床

医療型障害児入所施設・指定発達支援医療機関

○ サービス内容

- 障害児入所施設又は指定発達支援医療機関に入所等をする障害児にたいして、保護、日常生活指導及び知識技能の付与並びに治療を行う。

○ 主な人員配置

- 医療法に規定する病院として必要とされる従業者
 - ・同法に規定する病院として必要とされる数
- 児童指導員及び保育士
 - ・主として自閉症児を入所させる施設 6.7:1以上
 - ・主として肢体不自由児を入所させる施設
 - 乳児又は幼児 10:1以上
 - 少年 20:1以上
 - ・児童指導員 1人以上
 - ・保育士 1人以上
- 児童発達支援管理責任者 1人以上

○ 報酬単価（平成27年4月～）

■ 基本報酬（医療型障害児入所施設の場合）

- 主として自閉症児を入所させる施設 323単位（有期有目的の支援を行う場合（入所日数に応じた単位を設定） 291～355単位）
- 主として肢体不自由児を入所させる施設 148単位（有期有目的の支援を行う場合（入所日数に応じた単位を設定） 133～163単位）
- 主として重症心身児を入所させる施設 880単位（有期有目的の支援を行う場合（入所日数に応じた単位を設定） 792～968単位）

■ 主な加算

心理担当職員配置加算(26単位)

- 心理担当職員を配置している場合に加算。
- ※主として重症心身障害児を入所させる施設及び指定発達支援医療機関を除く。

小規模グループケア加算(240単位)

- 障害児に対して、小規模なグループによるケアを行った場合に加算。

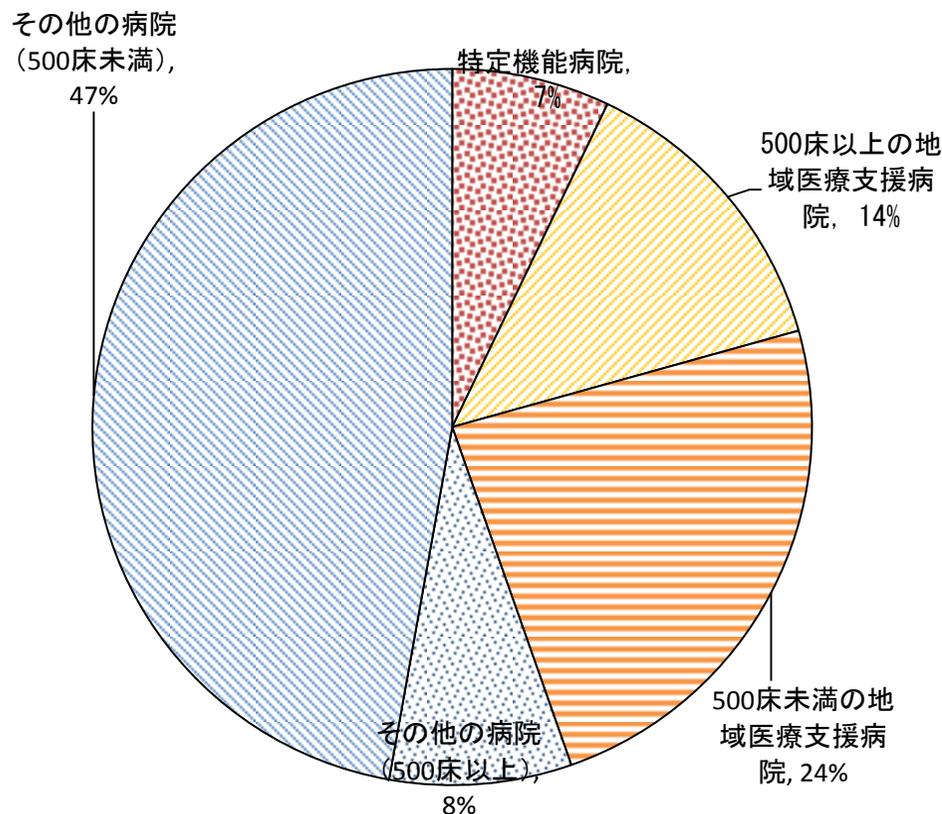
福祉専門職員配置等加算(4～10単位)

- ①常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士、介護福祉士又は精神保健福祉士の資格保有状況に応じて加算、②児童指導員又は保育士等のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上。

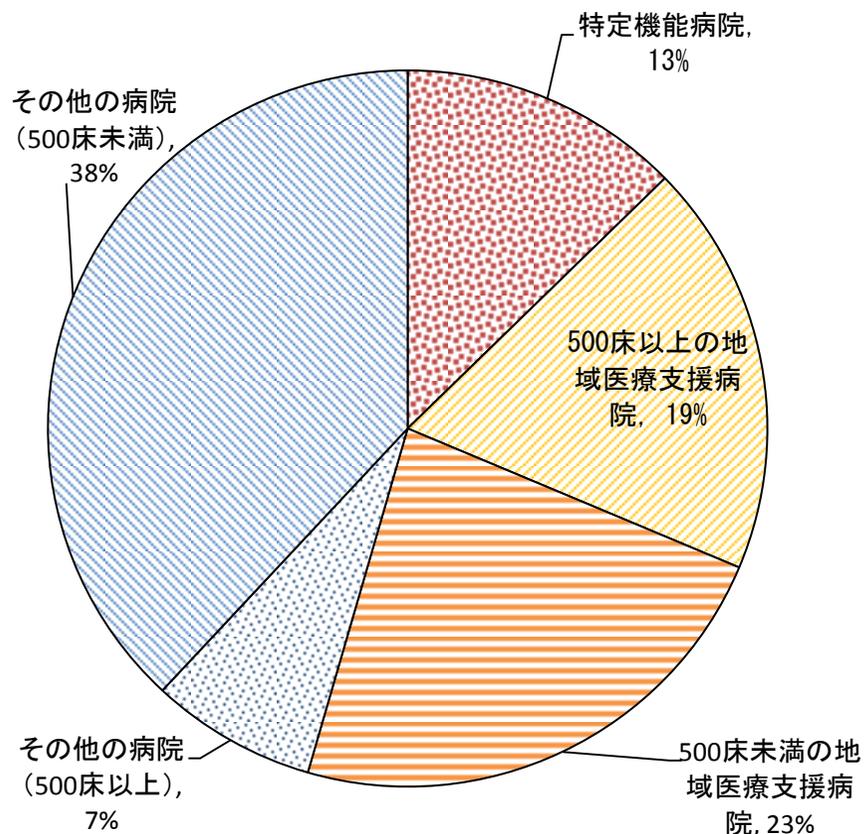
現行制度における初・再診時の特別の料金の徴収状況

○現行の選定療養制度において、初・再診時に特別の料金を徴収している医療機関のうち、一定割合が特定機能病院、500床以上の地域医療支援病院、及び500床未満の地域医療支援病院だった。

初診において特別の料金を徴収している医療機関 (N=1,210)



再診において特別の料金を徴収している医療機関 (N=134)

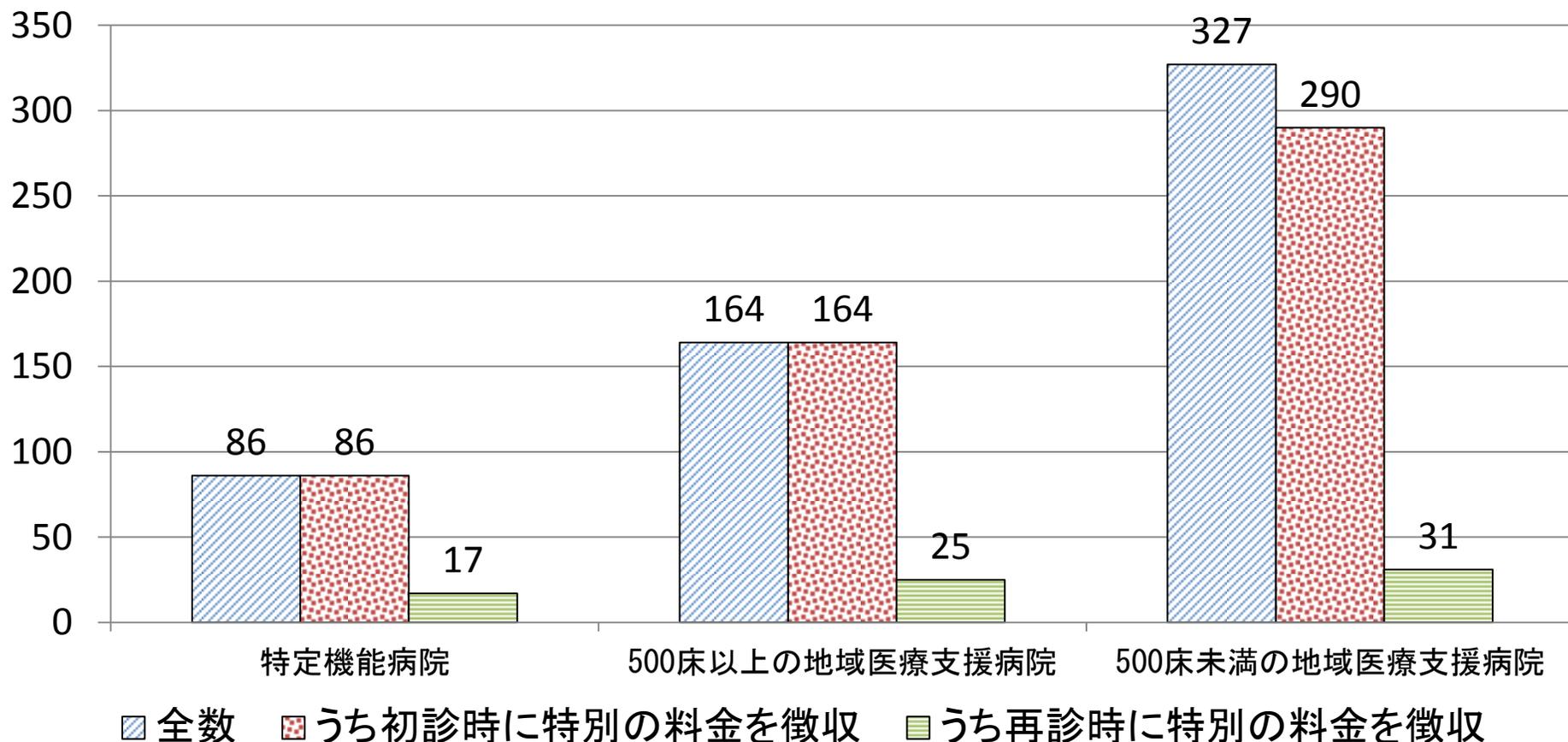


(参考) 地域医療支援病院

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病院について、医療法に基づき都道府県知事が個別に承認するもの 平成27年4月現在 医療課調べ

現行制度における初・再診時の特別の料金の徴収状況

○現行の選定療養制度において、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院のすべて、及び500床未満の地域医療支援病院の多くが初診時に特別の料金を徴収していた。一方で、再診時の特別の料金の徴収は多くなかった。



紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入に関する論点②

○ 定額負担を求めない患者・ケースについてどう考えるか。

- 現行制度においても負担を求めてはならないこととされている、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)については、定額負担を求めないこととしてはどうか。
- この点について、緊急に該当するかどうかの判断は、現行制度と同様、医療機関に委ねることとしてはどうか。
 - ※ 他方、その他の事情(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)に該当する場合には、例外なく対象外としてはどうか。
- その他、定額負担を求めなくてもよい患者・ケースについて、どのようなものが考えられるか。

紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養について（現行制度）

- 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、一般病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初・再診において特別の料金を徴収できる。

※初診については、平成8年度診療報酬改定において導入され、再診については、平成14年度診療報酬改定において導入。

現行の取扱い

- 初・再診において、特別の料金を以下の患者から徴収できる。
 - 《初診》
他の保険医療機関等からの紹介なしに病院を受診した患者。
 - 《再診》
病院が他の医療機関（一般病床200床未満）に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者。
- 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、特別の料金を徴収してはならない。
- 特別の料金は、徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
- 特別の料金を徴収しようとする場合には、患者への十分な情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意があった場合に限られ、また、初・再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示する。

導入状況（H27.4.1現在）

- 《初診》 1,210施設（平均2,408円）
- 《再診》 134施設（平均1,218円）

現行制度において特別の料金を徴収してはならない場合

※現行の選定療養制度においては、「緊急その他やむを得ない事情がある場合」には初診及び再診に係る特別の料金を徴収してはならないこととされており、具体的には、以下の場合を告示及び通知において定めている。

○ 救急で来院した患者

○ 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場合、特定の障害、疾病等に関する事業のみ。

○ 無料低額診療事業の対象患者

- ・ 事業の実施医療機関における初・再診のみ。

○ HIV感染者

- ・ エイズ拠点病院における初・再診のみ。

現行制度において特別の料金を徴収していない事例①

○ 現行制度において、特別の料金を徴収していない事例を各医療機関(約10施設)に聞き取った結果。

特定機能病院	500床以上	200床～500床
○外来受診後、そのまま入院することとなった患者	○交通事故、労災、自費にて受診した患者	○救急外来を受診した患者
○市民健診結果の際に、本院への受診指示があった患者	○別の診療科に通院中の患者	
○治験で来院した患者	○入院中の歯科初診	
○労災の患者	○時間外・深夜・休日等の加算を算定する患者	
○市町村がん検診に係る精密検査受診患者	○被災者	

現行制度において特別の料金を徴収していない事例②

○ 平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成27年度調査)「主治医機能の評価の新設や紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化による影響を含む外来医療の機能分化・連携の実施状況調査」の結果(速報)

回答施設:661施設

①特定機能病院:69施設、②500床以上の地域医療支援病院:95施設、

③500床未満の地域医療支援病院:157施設、④その他の大病院(一般病床200床以上の病院):340施設

特別の料金を徴収しないケース(複数回答:通知で定める場合以外の回答を抜粋)	①	②	③	④
・自施設の他の診療科を受診中の患者	79.7%	73.7%	66.0%	67.7%
・医科と歯科の間で院内紹介した患者	68.1%	53.7%	24.2%	31.9%
・施設の健康診断で外来受診を勧められた患者	40.6%	63.2%	68.0%	65.2%
・市町村検診の結果により受診指示があった患者	36.2%	58.9%	56.2%	39.4%
・救急医療事業における休日夜間受診患者	26.1%	48.4%	62.1%	55.0%
・外来受診後そのまま入院となった患者	18.8%	43.2%	43.8%	32.6%
・周産期事業等における休日夜間受診患者	17.4%	30.5%	17.0%	20.2%
(その他回答)				
・周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者				
・小児科又は歯科を受診する患者				
・総合診療科を受診する患者				
・治験協力者である患者				
・災害により被害を受けた患者				
・自施設の職員である患者				
・説明しても同意が得られない患者				
・当該医療機関の医師の指示により受診する必要を認めた患者				
・労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者				

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入に関する論点②（続）

○ 定額負担を求めない患者・ケースについてどう考えるか。

- その他、定額負担を求めなくてもよい患者・ケースについて、例えば、以下の場合が考えられるのではないか。
 - ✓ 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
 - ✓ 健康診断の結果により受診指示があった患者
 - ✓ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
 - ✓ 外来受診後そのまま入院となった患者
 - ✓ 地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
 - ✓ 治験協力者である患者
 - ✓ 災害により被害を受けた患者
 - ✓ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
 - ✓ その他、医療機関の判断により受診する必要を認めた患者

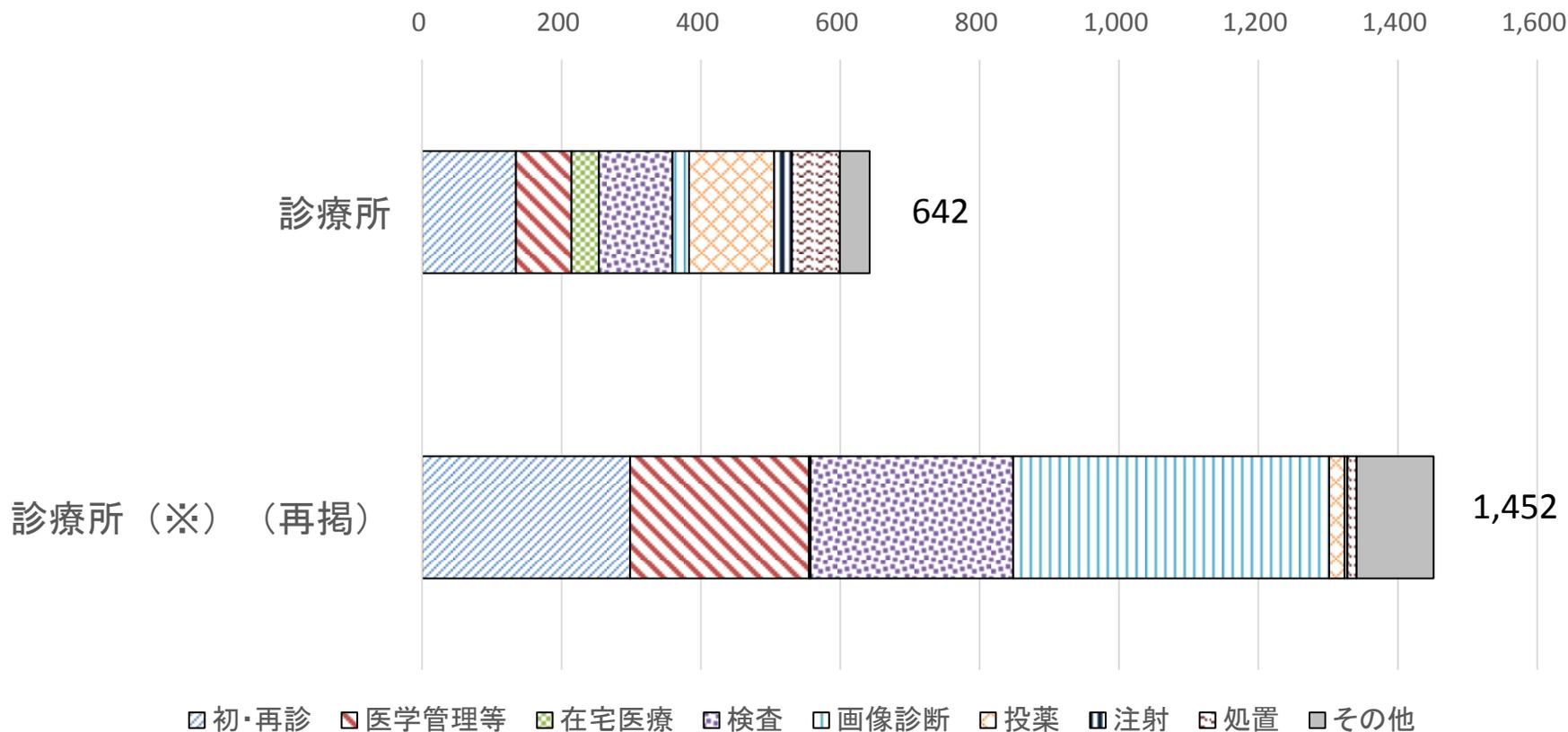
紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入に関する論点③

- 定額負担の金額(初・再診)についてどう考えるか。
- 定額負担は、徴収する金額の最低金額として、国において設定することとしてはどうか。その上で、定額負担の金額について、本制度の趣旨、現行制度における特別の料金の設定状況、地域の実情等に鑑み、どう考えるか。
- 医科・歯科併設の医療機関において、医科・歯科で異なる金額設定とすることについて、その金額を含めどう考えるか。

機能別にみた入院外診療1日あたりの診療報酬

○ 診療所において、診療情報提供料（I）が算定される初診の単価は、約1,450点（自己負担割合が3割の場合、自己負担額約4,350円に相当。）であった。

入院外診療1回あたり診療報酬（点）

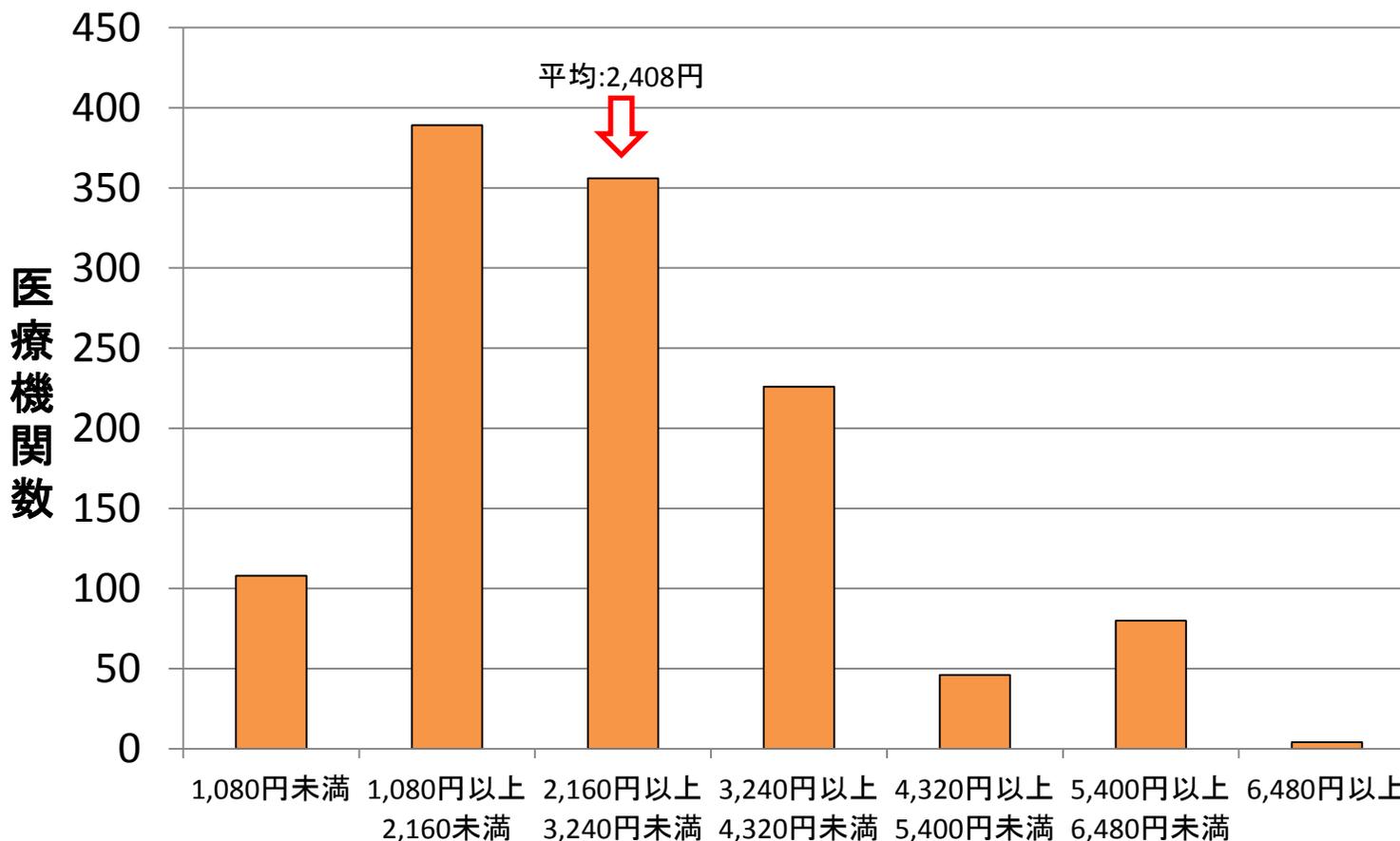


（※）診療日数が1日で、初診料と診療情報提供料（I）が算定されているレセプトに限って集計した場合。

現行制度における初診時の特別の料金の徴収状況

- 初診における特別の料金の徴収の多くは1,080円以上4,320円未満の範囲内であった。

初診における特別の料金の徴収額

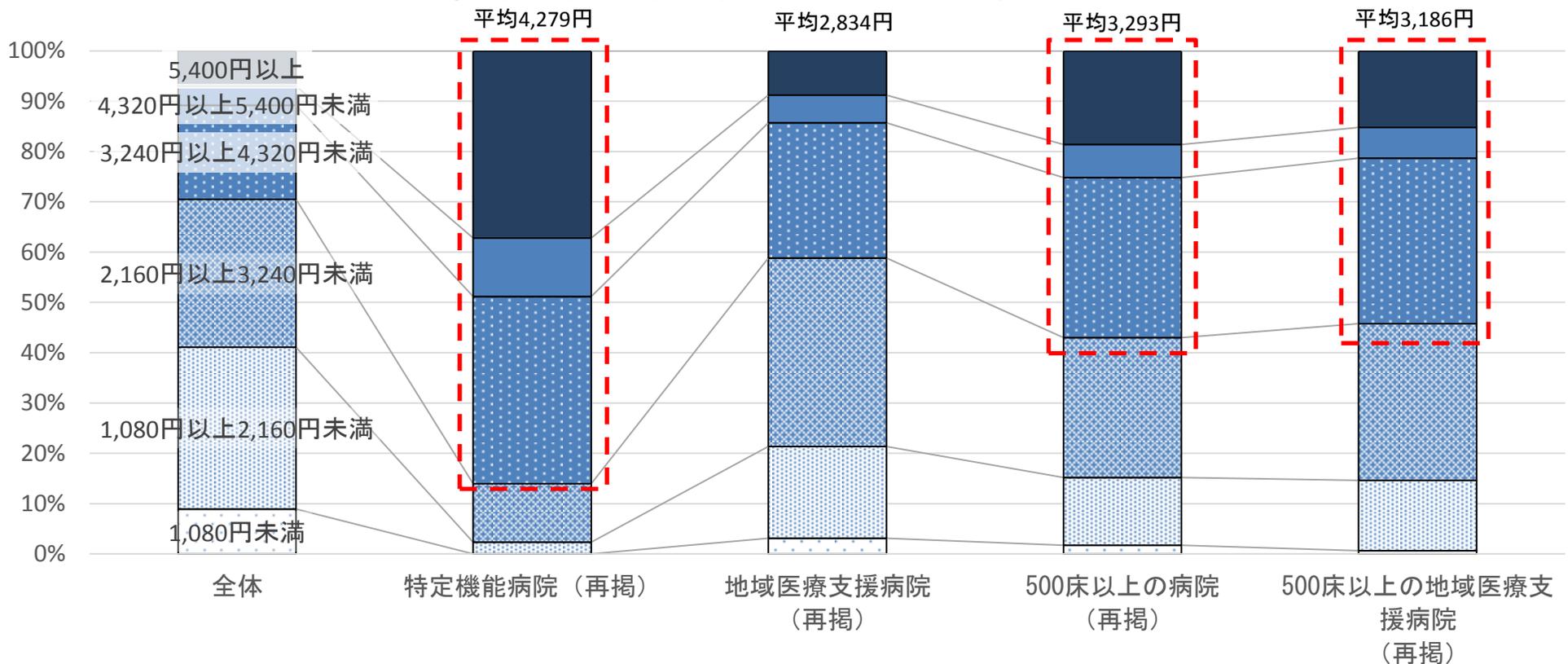


平成27年4月現在 医療課調べ

現行制度における初診時の特別の料金の徴収状況

- 現行制度において、初診時の特別の料金を徴収している医療機関のうち、特定機能病院の大半、及び500床以上の病院の過半数において、徴収額は3,240円(税込)を超えていた。

初診における特別の料金の徴収額の分布



□ 1,080円未満 ■ 1,080円以上2,160円未満 ■ 2,160円以上3,240円未満 ■ 3,240円以上4,320円未満 ■ 4,320円以上5,400円未満 ■ 5,400円以上

現行制度における初診時の特別の料金の徴収状況

○ 現行制度において、初診時の特別料金を徴収している特定機能病院のうち、徴収額が5,400円以上の病院の割合は、都市部で高くなる傾向にあった。

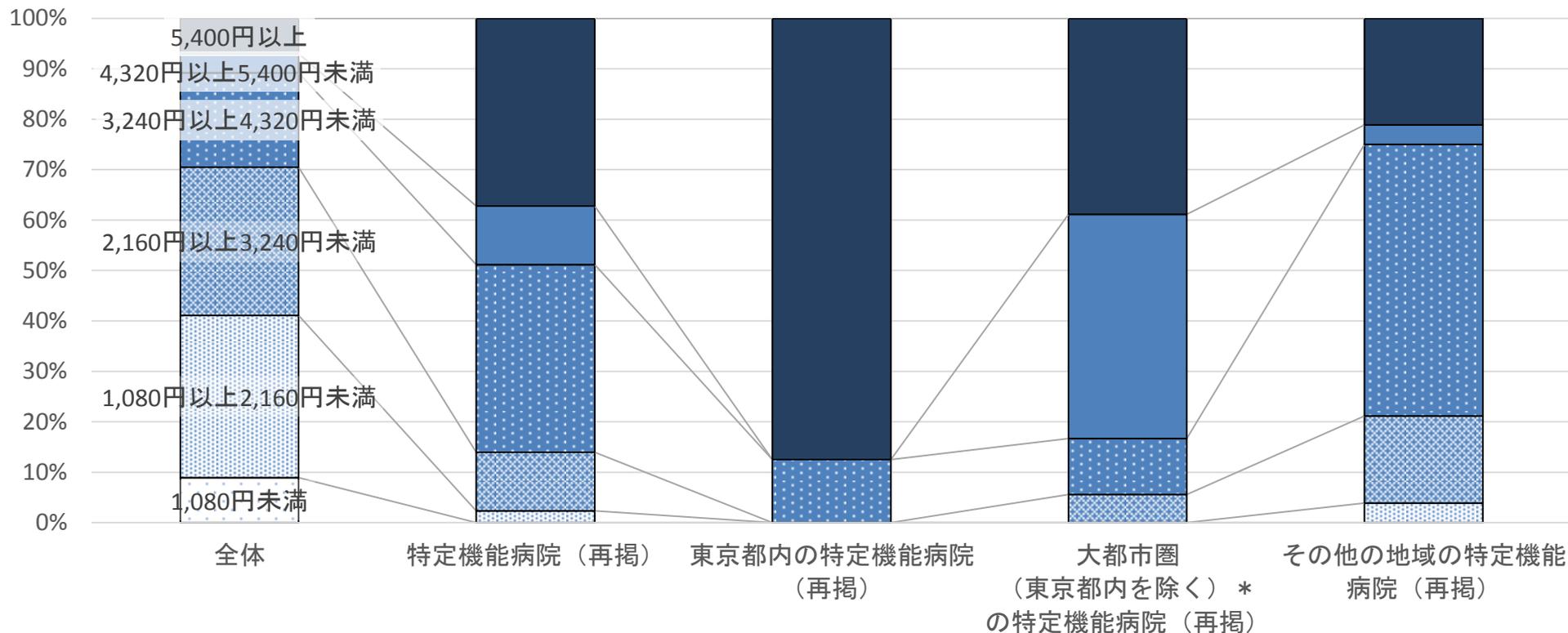
初診における特別の料金の徴収額の分布

平均4,279円

平均5,535円

平均4,933円

平均3,666円



※大都市圏(東京都内を除く)とは、埼玉県、千葉県、神奈川県、愛知県、大阪府を指す。

□ 1,080円未満 □ 1,080円以上2,160円未満 ■ 2,160円以上3,240円未満 ■ 3,240円以上4,320円未満 ■ 4,320円以上5,400円未満 ■ 5,400円以上

平成27年4月現在 医療課調べ

現行制度における初診時の特別の料金の徴収状況

○ 現行制度において、初診時の特別の料金を徴収している500床以上の地域医療支援病院のうち、徴収額が5,400円以上の病院の割合は都市部で高くなる傾向にあった。

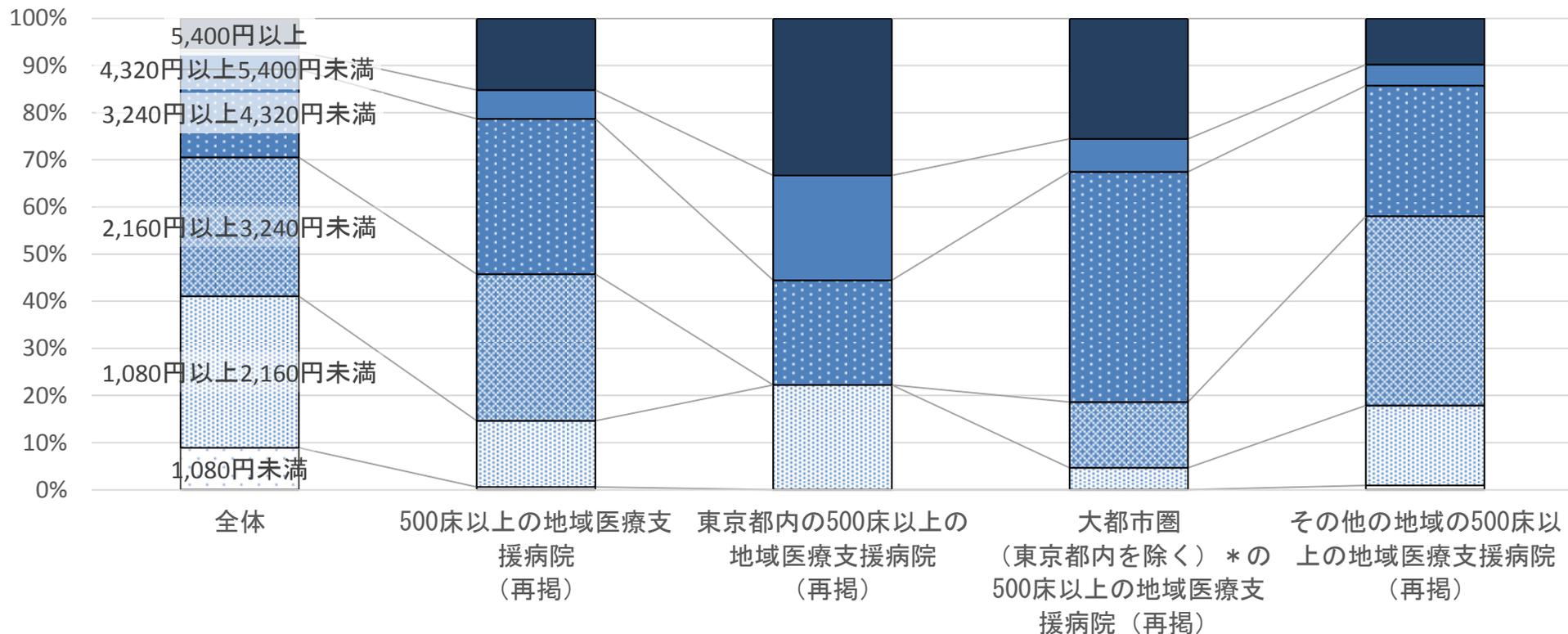
初診における特別の料金の徴収額の分布

平均3,186円

平均3,833円

平均3,797円

平均2,900円



※大都市圏(東京都内を除く)とは、埼玉県、千葉県、神奈川県、愛知県、大阪府を指す。

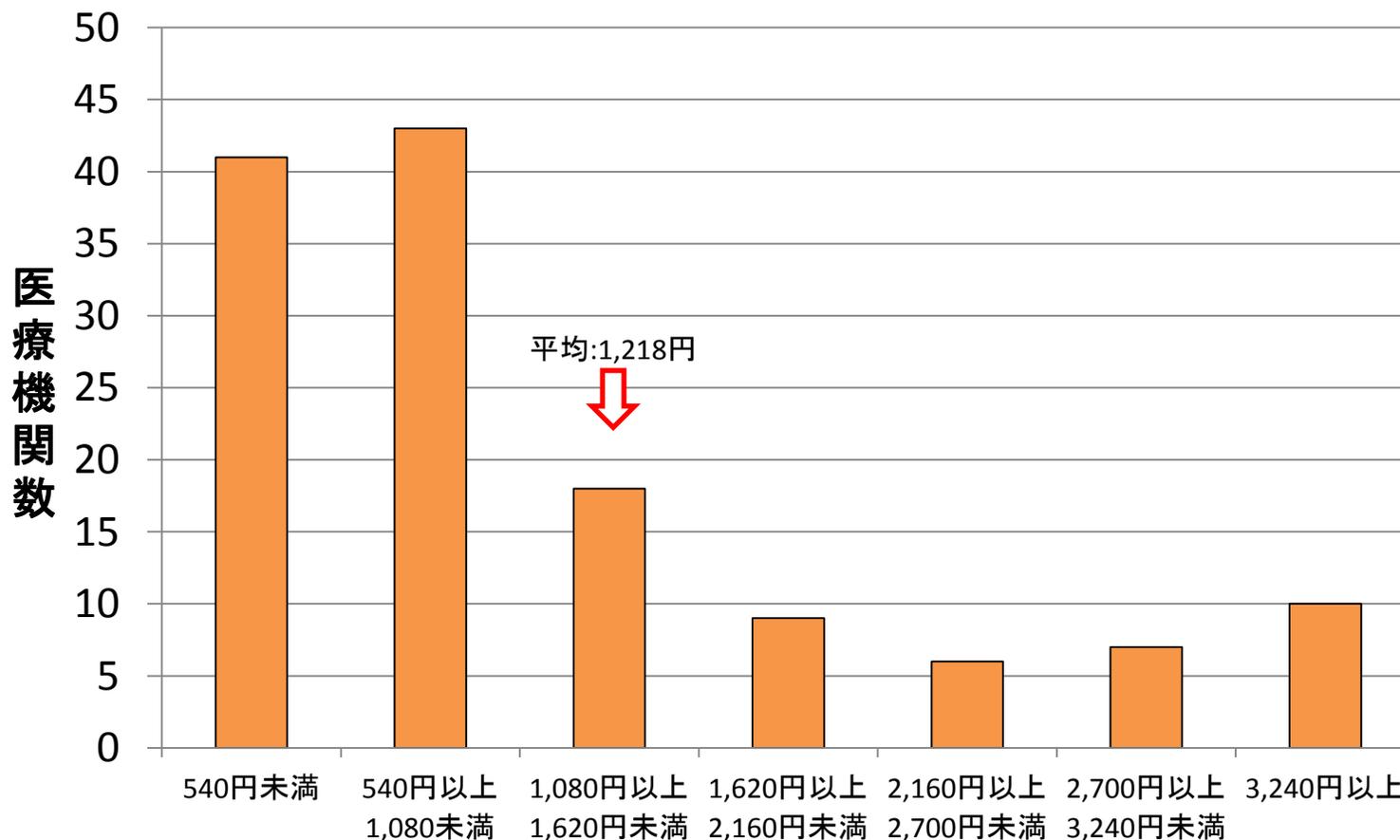
□ 1,080円未満 ■ 1,080円以上2,160円未満 ▨ 2,160円以上3,240円未満 ▩ 3,240円以上4,320円未満 ■ 4,320円以上5,400円未満 ■ 5,400円以上

平成27年4月現在 医療課調べ

現行制度における再診時の特別の料金の徴収状況

- 再診における特別の料金の徴収の多くが1,080円未満であった。

再診における特別の料金の徴収額

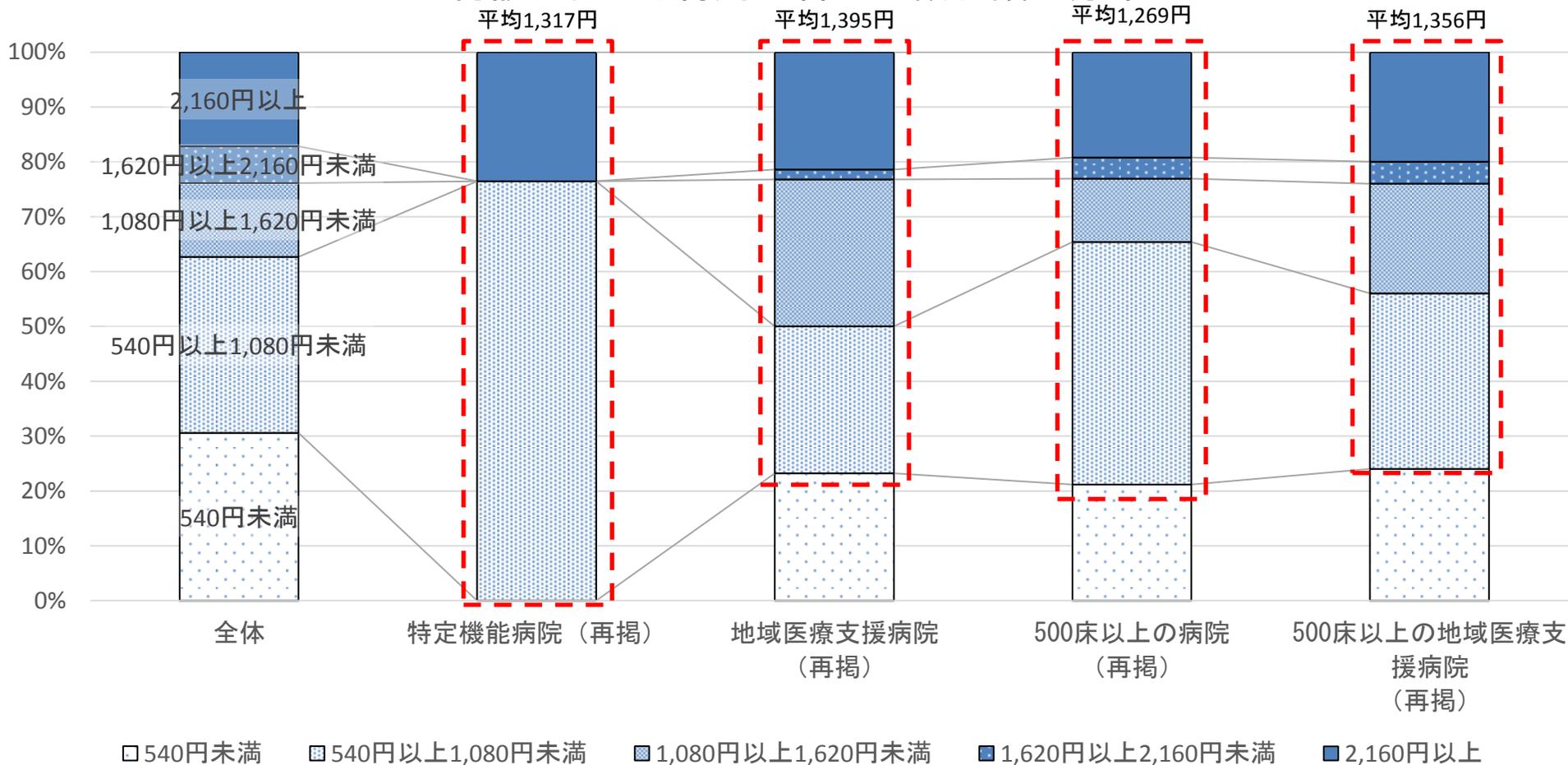


平成27年4月現在 医療課調べ

現行制度における再診時の特別の料金の徴収状況

- 現行制度において、再診時の特別の料金を徴収している医療機関のうち、特定機能病院、地域医療支援病院、及び500床以上の病院の過半数において、徴収額は540円(税込)を超えていた。

再診における特別の料金の徴収額の分布



平成27年4月現在 医療課調べ

歯学部のある国公立大学の附属病院の状況

- 外来患者の診療単価については、医科16,078円、歯科6,028円であった。
- 入院患者の診療単価については、医科72,144円、歯科52,739円であった。
- 初診時の特別の料金については、医科3,583円、歯科2,375円であり、歯科は医科の約66%であった。

		医科	歯科
外来	延べ患者数	413,761人	170,924人
	患者紹介率	82.3%	49.7%
	外来診療単価	16,078円／人・日	6,028円／人・日
入院	延べ患者数	273,858人	9,838人
	平均在院日数	15.6日	11.5日
	病床稼働率	86.0%	81.3%
	手術件数	7,737件	706件
	入院診療単価	72,144円／人・日	52,739円／人・日
	初診時の特別の料金	3,583円	2,375円

歯科の初診時の特別の料金
→医科の約66%

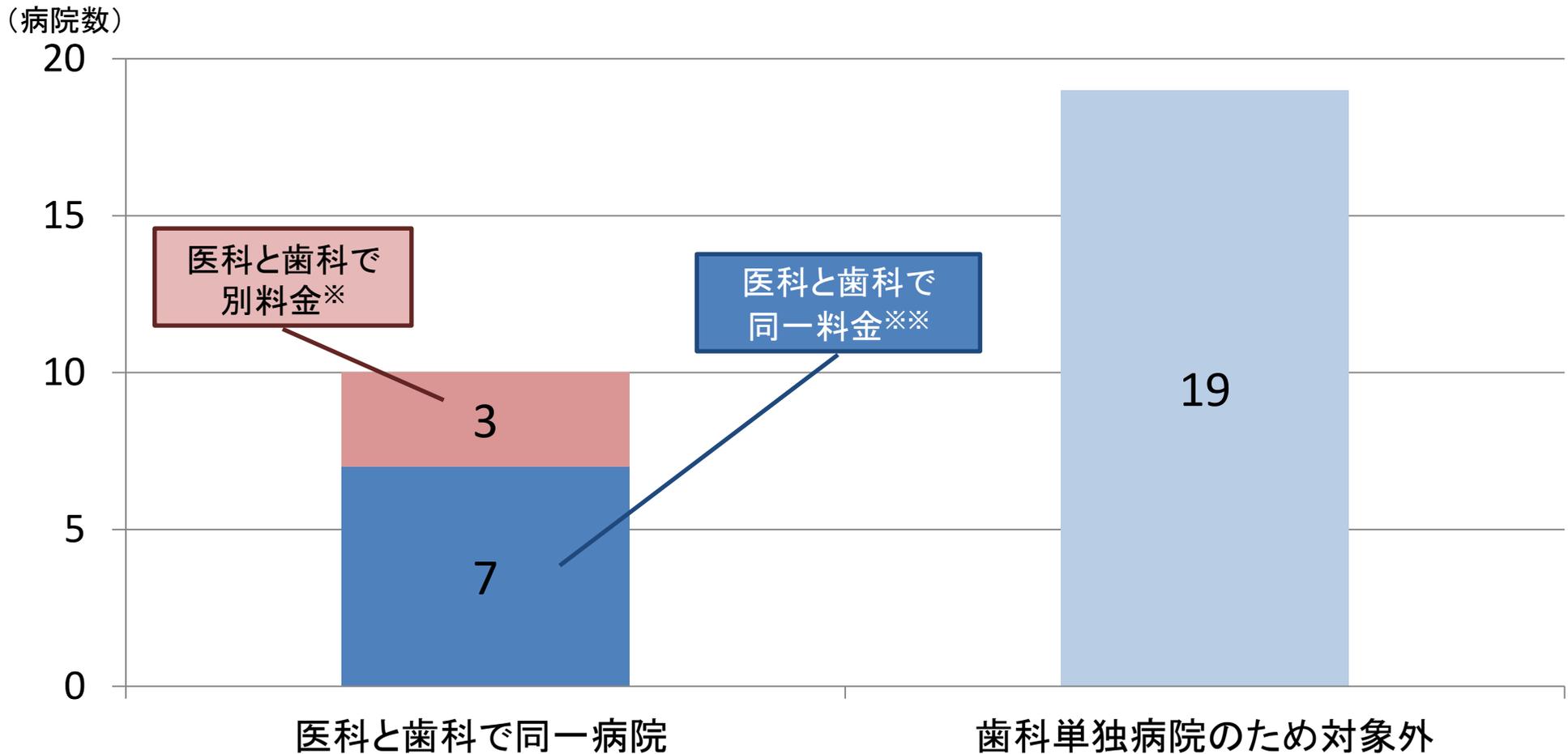
※ 歯学部のある国公立大学の12病院(北海道大学、東北大学、新潟大学、東京医科歯科大学、大阪大学、岡山大学、広島大学、徳島大学、九州大学、長崎大学、鹿児島大学、九州歯科大学)における、平成26年度の平均値

※ 初診時の特別の料金の平均は平成27年6月11日現在

出典： 国立大学歯学部長・歯学部附属病院長会議より提供資料

～歯学部・歯科大学における初診時の選定療養の現状～

- 歯学部・歯科大学29校の内、医科と歯科が同一病院は10病院であり、そのうち初診時の特別の料金の金額が医科と歯科で同一なのは7病院で、残りの3病院は医科と歯科で異なる料金であった。
- 残りの19病院は、200床未満の歯科単独病院のため、選定療養の対象外であった。

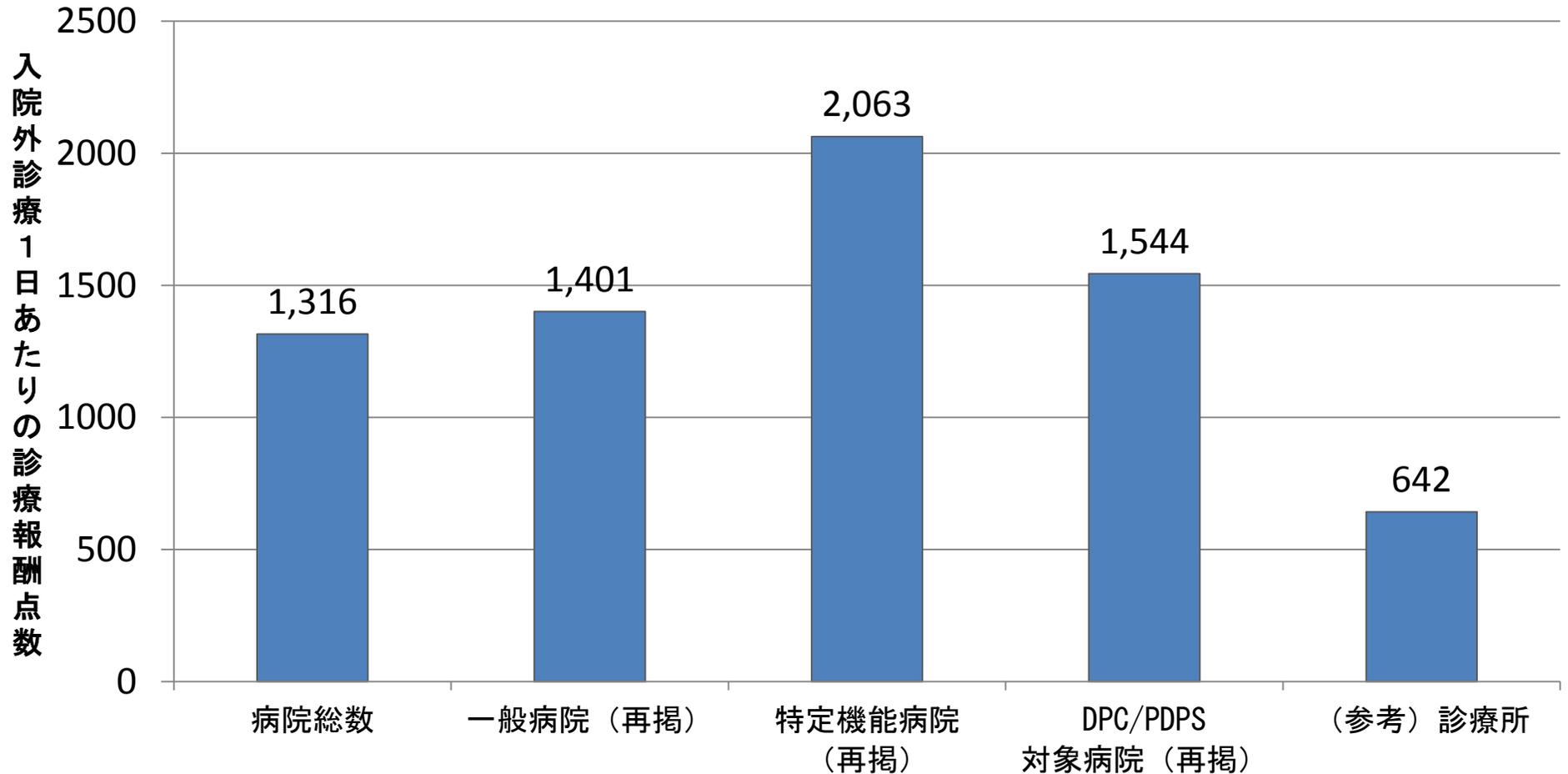


※ 医科5000円、歯科3000円が1病院。医科5000円、歯科2500円が1病院。医科3000円、歯科0円が1病院。

※※ 5000円が1病院。3000円が6病院。

医療機関機能別にみた入院外診療1日あたりの診療報酬

- 入院外診療1日あたりの診療報酬は、病院全体では約1,300点、特定機能病院に限ると2,000点以上であった。一方、診療所では642点であった。



紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入に関する論点③（続）

○ 定額負担の金額(初・再診)についてどう考えるか。

- 初診時の特別の料金の最低金額を設定する場合、額に関する以下の案についてそれぞれどう考えるか。

(例)

A	3,000円程度	現に大病院で特別の料金として徴収されている額の平均と同程度の水準。
B	5,000円程度	診療所を初診で訪れ、他院へ紹介された場合の自己負担額(3割)を超える水準。患者の受診行動に影響を与えるとされる水準。現行の徴収金額の地域差に配慮した水準。
C	10,000円程度	現行で徴収されている金額を上回り、外来の機能分化を更に進めるための水準。大規模医療機関と診療所での1日あたり入院外診療費の差に近い水準。

- 再診時の特別の料金の最低金額を設定する場合、額に関する以下の案についてそれぞれどう考えるか。

(例)

D	1,000円程度	現に大病院で特別の料金として徴収されている額の平均と同程度の水準。
E	初診時の特別の料金の最低金額の約4分の1	現行の初診料と外来診療料が4対1の比率になっていることを参考とした水準。
F	初診時の特別の料金の最低金額の約2分の1	現に特別の料金として徴収されている初診における額の平均と、再診における額の平均の差に近い水準。

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入に関する論点③（続）

○ 定額負担の金額（初・再診）についてどう考えるか。

- 現行の選定療養の実態に鑑み、医科・歯科で異なる金額設定とすることについてどう考えるか。
- その場合、歯科の額に関する以下の案についてそれぞれどう考えるか。

（例）

G	医科における特別の料金の最低金額の6割程度	初診時の特別の料金について、医科と比べた歯科の水準。
H	医科における特別の料金の最低金額と同等程度	

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入に関する論点④

- 現在の初診料、外来診療料の評価等についてどのように考えるか。
 - 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入に伴い定額負担を徴収する場合の初診料及び外来診療料の評価、また、現行の紹介率・逆紹介率が低い医療機関における減点の取扱いについては、現状を維持しつつ、今後、定額負担の導入による外来の機能分化の状況等を踏まえ検討することとしてはどうか。

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く500床以上の全ての病院（一般病床が200床未満の病院を除く。）については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料及び外来診療料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費（選定療養）の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 209点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 54点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

※対象病院については、一部の薬剤を除き、**原則的に30日分以上の投薬に係る評価（処方料、処方せん料、薬剤料）を60/100に適正化**する。

※年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生（支）局長等に報告する（毎年10月報告）

[経過措置] 平成27年3月31日まで(平成24年度改定の取扱いについては、平成27年3月31日まで継続)

[対象病院]

- ① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率**50%**未満かつ逆紹介率**50%**未満の施設
- ② 許可病床数が500床以上の全ての病院（特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに一般病床が200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率**40%**未満かつ逆紹介率**30%**未満の施設

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}}$$

※②に係る紹介率等の定義については、地域医療支援病院の定義に準ずる

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様(なお、初診の患者数のうち、夜間又は休日に受診したものの数は除く。)

紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養についての論点

【論点】

- 定額負担を求める大病院の範囲についてどう考えるか。
 - ・ 特定機能病院に加え、地域医療支援病院の中でも大規模(500床以上)な病院を定額負担を求める大病院とすることとしてはどうか。
 - ・ この場合の病床数の基準(500床以上)に関して、医療法の一般病床以外の病床(精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床)をどのように取り扱うか。また、一般病床であっても、その取扱いを検討すべきものはあるか。(例)児童福祉法に基づく指定発達支援医療機関及び医療型障害児入所施設における一般病床
- 定額負担を求めない患者・ケースについてどう考えるか。
 - ・ 現行制度においても負担を求めてはならないこととされている、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)については、定額負担を求めないこととしてはどうか。
 - ・ この点について、緊急に該当するかどうかの判断は、現行制度と同様、医療機関に委ねることとしてはどうか。
※ 他方、その他の事情(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)に該当する場合については、例外なく対象外としてはどうか。
 - ・ その他、定額負担を求めなくてもよい患者・ケースについて、どのようなものが考えられるか。
- 定額負担の金額(初・再診)についてどう考えるか。
 - ・ 定額負担は、徴収する金額の最低金額として、国において設定することとしてはどうか。その上で、定額負担の金額について、本制度の趣旨、現行制度における特別の料金の設定状況、地域の実情等に鑑み、どう考えるか。
 - ・ 医科・歯科併設の医療機関において、医科・歯科で異なる金額設定とすることについて、その金額を含めどう考えるか。
- 定額負担を求める制度を導入した場合の初診料、外来診療料の評価等についてどう考えるか。
 - ・ 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入に伴い定額負担を徴収する場合の初診料及び外来診療料の評価、また、現行の紹介率・逆紹介率が低い医療機関における減点の取扱いについては、現状を維持しつつ、今後、定額負担の導入による外来の機能分化の状況等を踏まえ検討することとしてはどうか。

參考資料

保険外併用療養費制度について

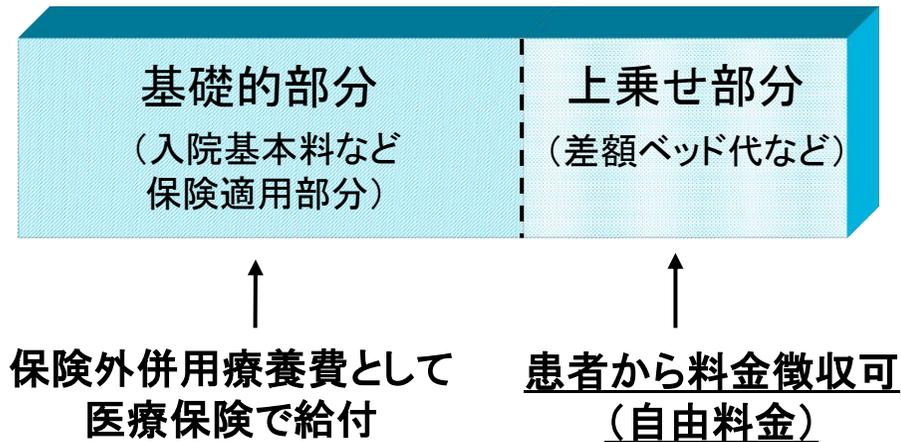
平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

※②は平成28年4月施行

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- 保険導入のための評価を行うもの
- 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [選定療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○ 評価療養

- ・ 先進医療(先進A:60技術、先進B:48技術 平成27年4月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養 ※平成28年4月施行

○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入について

これまでの経緯

- 平成27年1月13日の社会保障制度改革推進本部において、紹介状なしで特定機能病院及び500床以上の病院を受診する場合等には、選定療養として、初診時又は再診時に原則的に定額負担を求めることとすることが決定された。定額負担の額は、例えば5,000円～1万円などが考えられるが、今後検討することとされている。
- これを受けて、特定機能病院や一定規模以上の保険医療機関は、外来の機能分化を進める観点から、医療機関相互間の機能分化・業務連携を推進するための措置を講じる責務があることが健康保険法に規定された。
- 法律上、責務規定の内容、責務規定の対象となる医療機関の範囲は、いずれも省令で定めることとされており、これらの省令の制定は、中医協への諮問を要することとされている。
- その後、医療保険部会において、施行(平成28年4月)に向けた議論については、主として中医協で行うこととされた。



今後の方向性(案)

- 責務規定の内容(定額負担の金額、負担を求めない個別ケース等)、責務規定の対象となる医療機関の範囲について、中医協で議論することとしてはどうか。
- その上で、現行の選定療養については、保険医療機関及び保険医療養担当規則(療担規則)において、一部負担金の徴収が可能(任意)である旨が規定されているが、これに加え、療担規則を改正し、一定規模以上の医療機関について、定額の徴収を責務としてはどうか。

特別な機能を有する病院等

	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26年4月1日時点)	492 (平成26年8月末時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ <u>紹介率50%以上、逆紹介率40%以上</u>であること。 ○ 病床数は<u>400床以上</u>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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① <u>紹介率が80%以上</u> ② <u>紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上</u> ③ <u>紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上</u> ○ <u>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</u>を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。

病院外来受診時の一定定額自己負担制度導入に関する調査研究（概要）

（平成25年度厚生労働科学特別研究事業 - 研究代表者 菅原琢磨（法政大学経済学部教授））

1. 研究方法

<ウェブ調査>

- ①軽症・初診、②軽症・再診、③重症・初診、④重症・再診の4つのケースについて、定額負担として i) 0円、ii) 1,000円、iii) 5,000円、iv) 10,000円、v) 20,000円の5つの金額を想定し、a) 大病院を受診、b) 診療所を受診、c) 受診しない、という3つの受診行動のいずれを選ぶか、ウェブ上でアンケートを実施（n=1,849）。

<ヒアリング調査>

- 13の医療機関に対してヒアリングを実施し、病院外来の現状を把握するとともに、定額負担の導入に当たっての課題を整理。

2. 調査結果

<ウェブ調査>

- 軽症（風邪）・初診であっても大病院を選好するサンプルは約2割。
- 重症（心筋梗塞の前哨）の場合には、初診・再診ともに約7割が大病院を選好。
- 一定規模以上の病院において**5,000円以上**の定額負担を設定することで、軽症の場合に当該病院の受診を控える可能性。

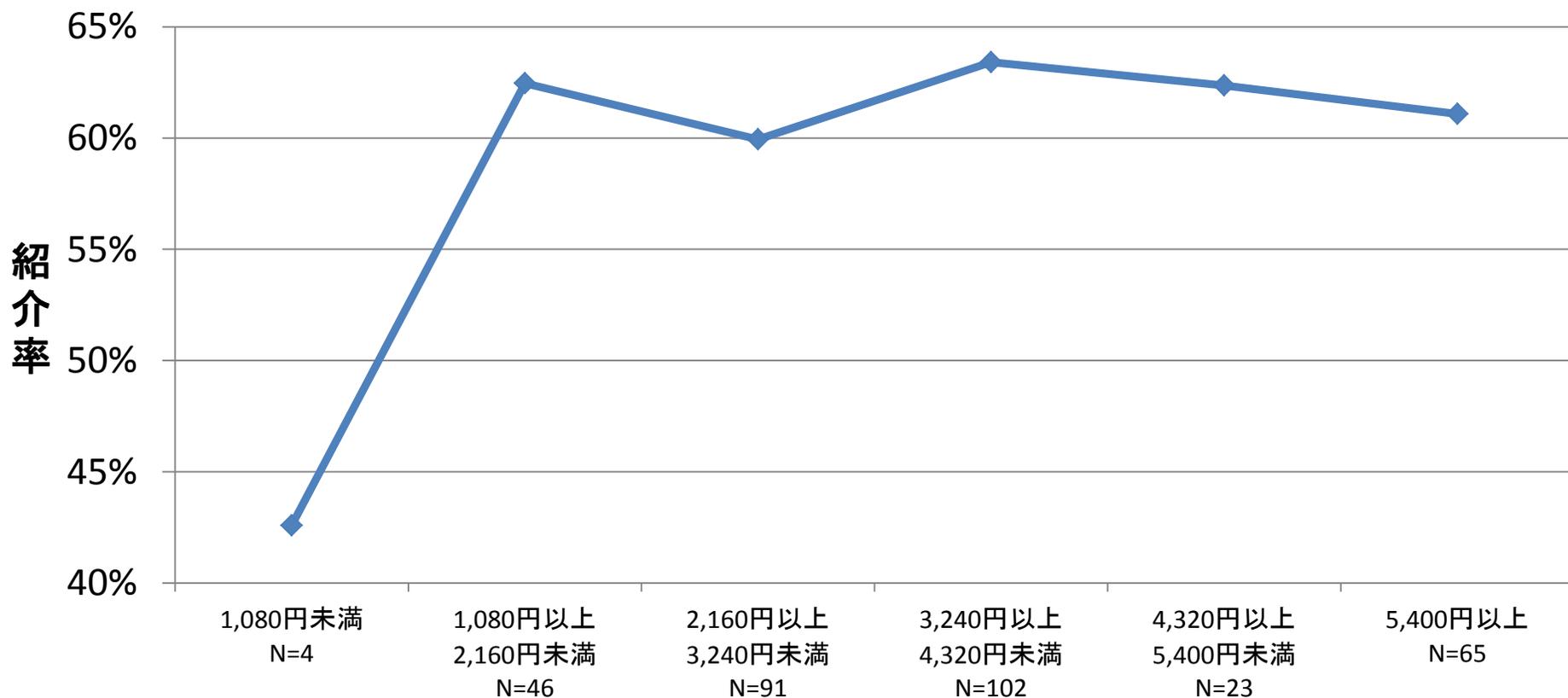
<ヒアリング調査>

- 外来における紹介状なし初診の割合は1～2割程度。
- 医療機関、診療科ごとに「初診」「再診」の定義・期間が異なっている。院内の他科受診の場合に「再診」扱いとなる場合もある。
- 自己負担を回避するための救急車の不適切利用の増加や安易な紹介状作成ニーズの増大の懸念。
- 5,000円以上の定額負担の導入により、軽症受診者数はかなり抑制されるのではないかと懸念。

初診時の特別の料金の徴収額と紹介率等の関係

- 紹介率は、初診時の特別の料金の徴収額が増えるとともに概ね上昇する傾向にあった。

初診時の特別の料金の徴収額と紹介率の関係



平成26年4月現在 医療課調べ

再診時の特別の料金の徴収額と逆紹介率等の関係

- 再診時の特別の料金については、徴収する医療機関が少なく、その徴収額と逆紹介率の間の関係の判断は難しい。

再診時の特別の料金の徴収額と逆紹介率の関係

