中医協　総－６
元．５．１５

患者・国民に身近な医療の在り方について

- 患者・国民から見た医療について
  - 患者・国民から見た医療について
  - 紹介状なしの大病院受診時の定額負担について

- かかりつけ医機能等の在り方について
  - かかりつけ医機能について
  - かかりつけ歯科医機能について
  - かかりつけ薬剤師・薬局機能について

- 患者にとって必要な情報提供や相談支援の在り方について
  - 患者への情報提供について
  - 患者相談・支援について
  - 安全・安心な医療の提供について

患者・国民から見た医療について

○　わが国の医療の状況に対する全体的な満足度については、複数の調査において、経年的に上昇傾向

○　国民1人当たりの医療費負担について、「重いと感じる」「やや重いと感じる」人が約7割を占め、医療費負担の重さを感じる点については、「保険料」が約6割と最も多い

○　外来の受診回数については、乳幼児期から年齢が上がるにつれて減少傾向となり、20-24歳で最小となった後、増加傾向となり、80-84歳で最大となる

○　外来の受診回数が多い疾患については、年齢層ごとに異なる傾向を示す

○　紹介状なしで外来受診する患者の割合については、全体的に減少傾向であり、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

○　大病院受診時定額負担の仕組みの認知度について、仕組みがあることを知っていた人の割合は、いずれの病院区分においても6割を超えており、特に選定療養費徴収不可病院においては、約8割と最も高い

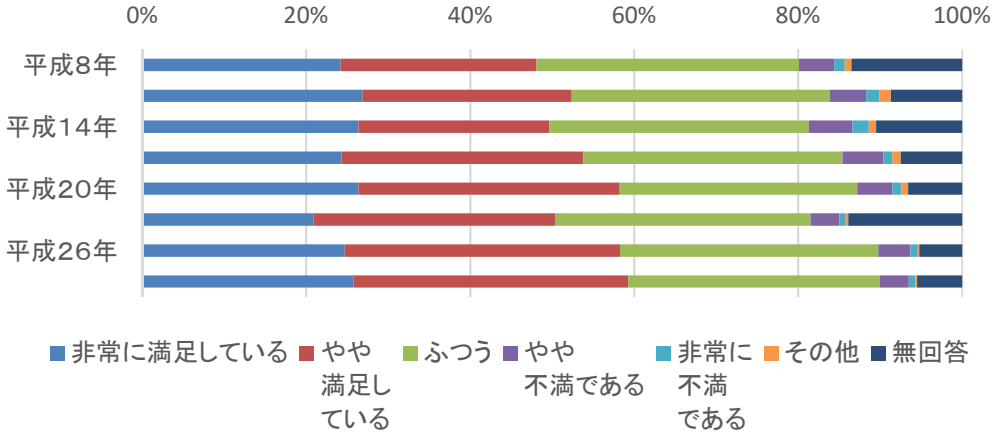
○　初診患者における定額負担の仕組み対象病院を受診した理由については、「どの診療科に行けば良いか分からないが、この病院は診療科の種類が多く、様々な病気に対応してくれるから」との回答割合が最も高かった

わが国の医療の状況に対する満足度について

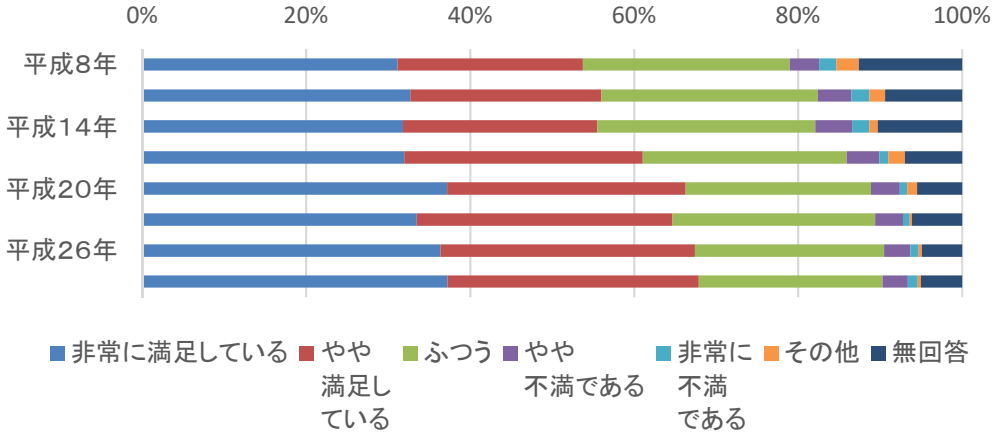
○　受療行動調査において、わが国の病院に対する全体的な満足度は、「非常に満足している」「やや満足している」が、外来患者で約5～6割、入院患者で約6割を占めており、経年的に増加傾向。

○　他の調査においても、わが国の医療に対する満足度は、概ね上昇傾向。

・　病院に対する全体的な満足度（外来患者）

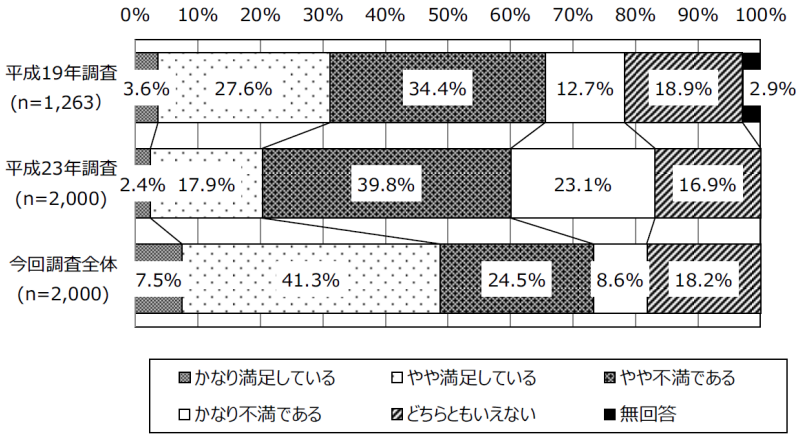


・　病院に対する全体的な満足度（入院患者）



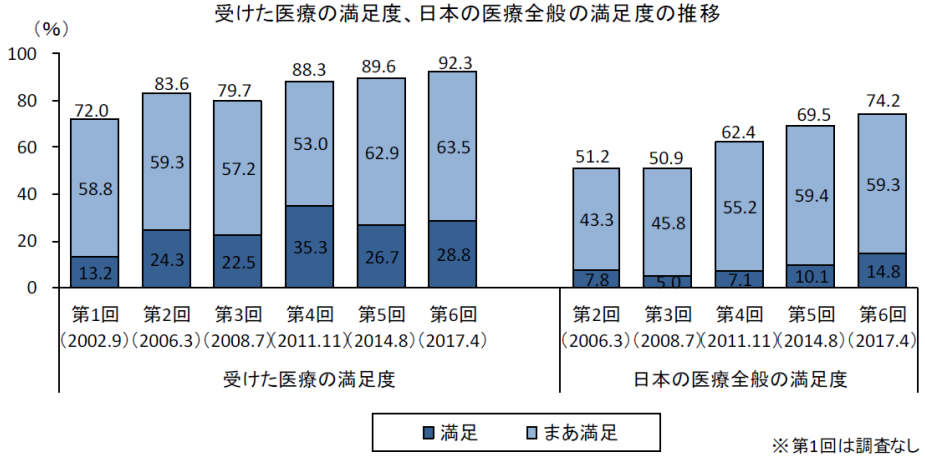
出典：平成29年度受療行動調査

図表 54　わが国の医療の状況に対する満足度（n=2,000 人）



出典：医療・医療保険制度に関する国民意識調査（健康保険組合連合会）

受けた医療の満足度、日本の医療全般の満足度の推移



※第1回は調査なし

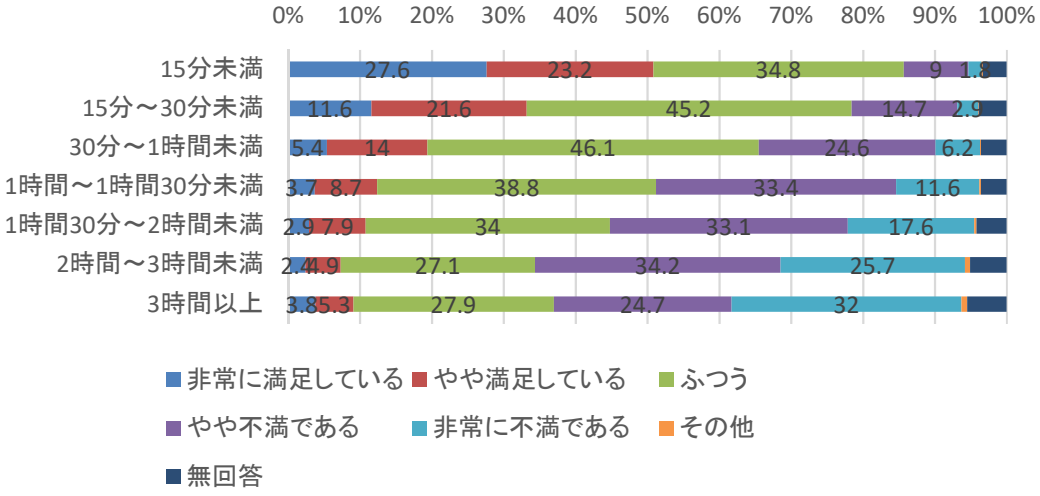
出典：第6回日本の医療に関する意識調査（日医総研ワーキングペーパー）

患者の満足度について

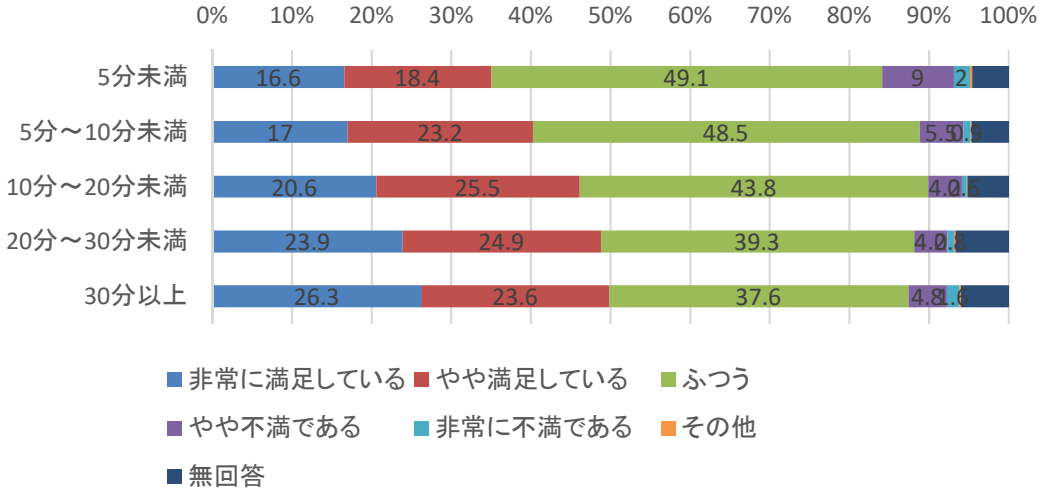
○　診察までの待ち時間に対する満足度は、待ち時間が短いほど高く、診察時間に対する満足度は、診察時間が長いほど高い傾向。

○　診療・治療内容に対する満足度は、予定された注射や処置、リハビリテーション等を実施された場合に、若干高い傾向。

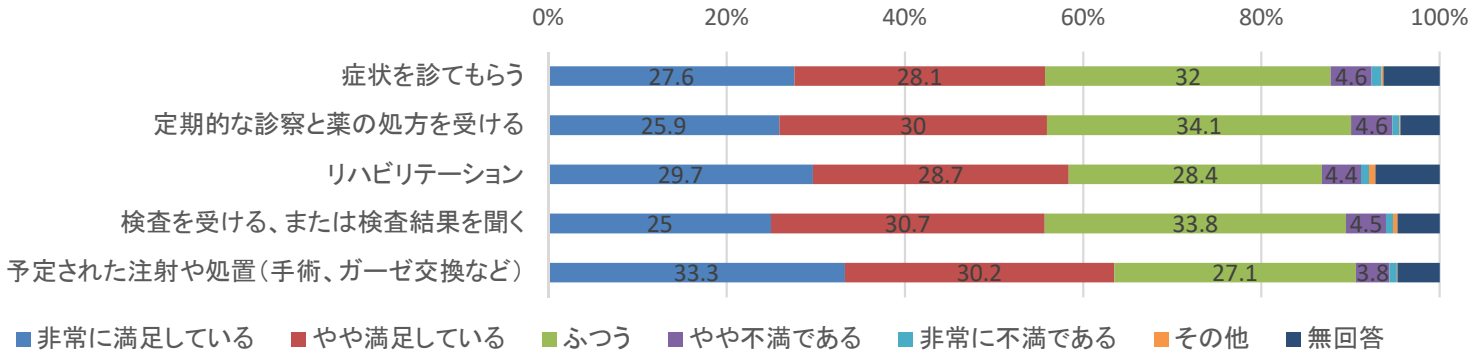
・　診察までの待ち時間に対する満足度



・　診察時間に対する満足度



・　診療・治療内容に対する満足度

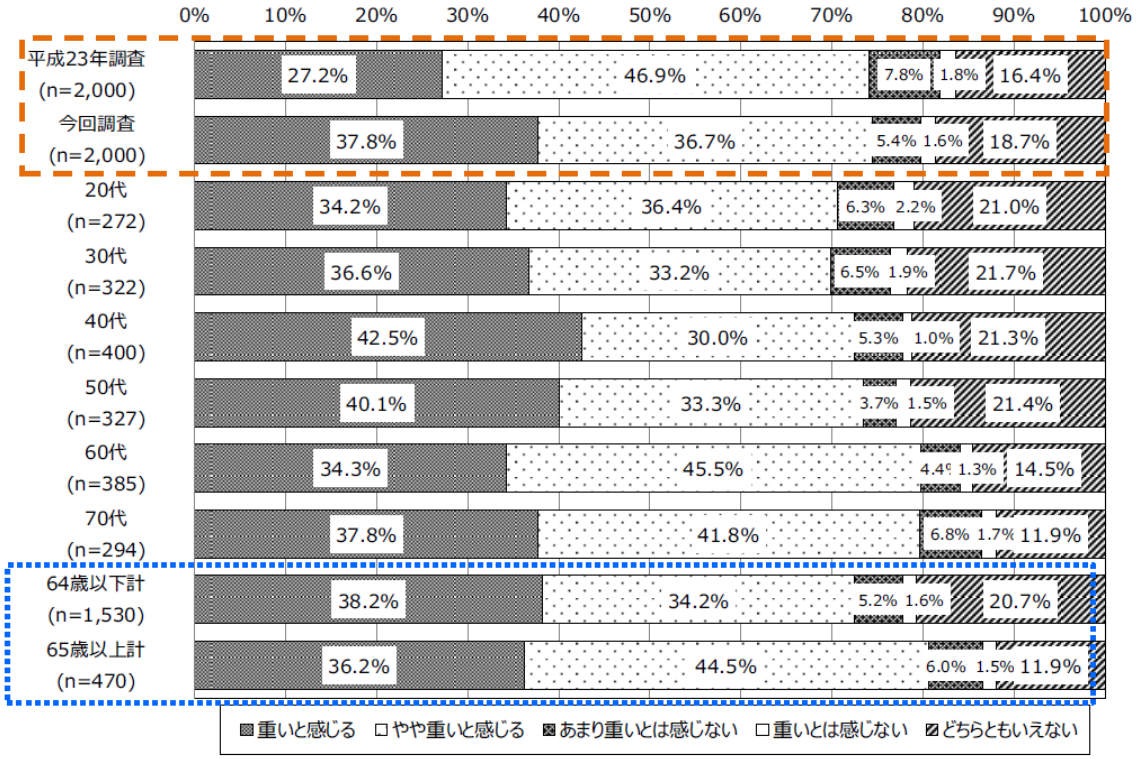


出典：平成29年受療行動調査

医療費負担に関する意識について

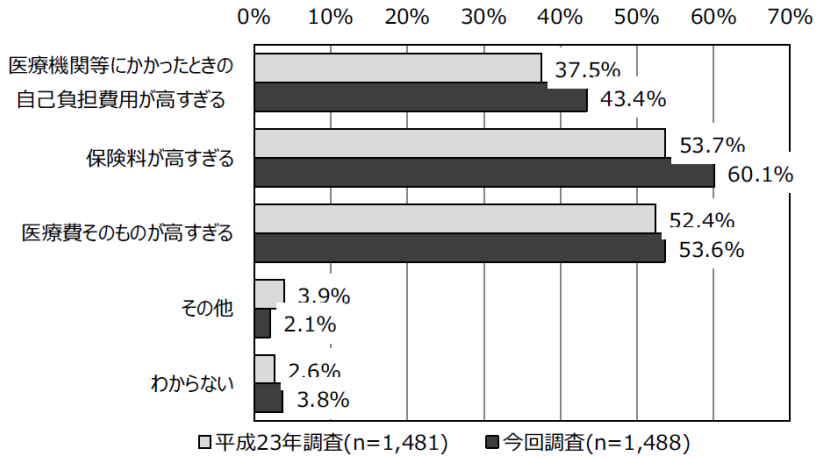
○　国民１人当たりの医療費負担について、「重いと感じる」「やや重いと感じる」人が、約7割を占める。
○　医療費負担の重さを感じる点については、「保険料」60.1%が最も多く、以下、「医療費そのもの」53.6%、「自己負担費用」43.4%と続く。

・　国民１人当たりの医療費負担について（n=2,000人）



・　医療費の負担について重いと思う点

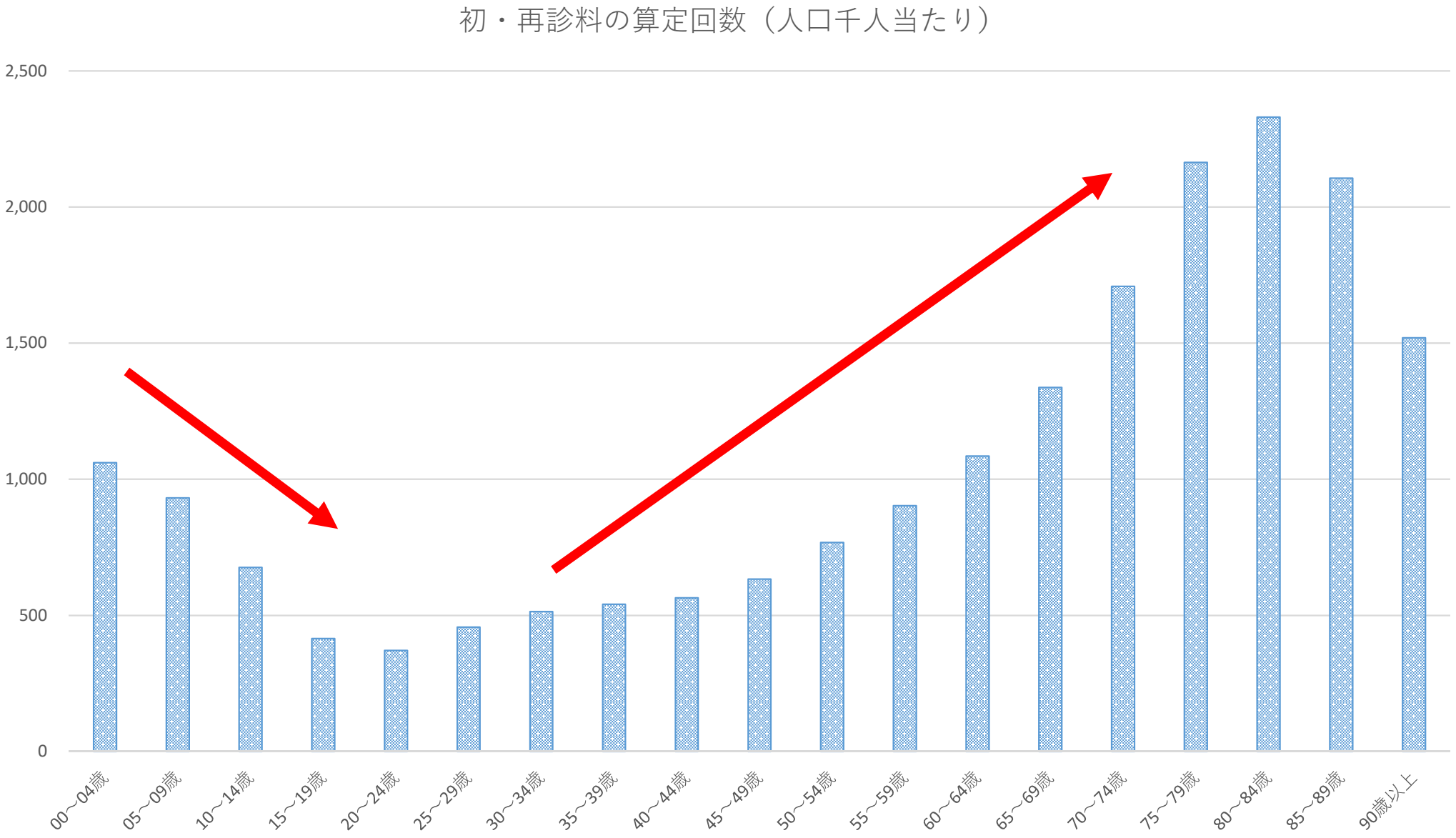
（n=「重いと感じる」「やや重いと感じる」と回答した 1,488 人）【複数回答】



出典：医療・医療保険制度に関する国民意識調査（健康保険組合連合会）

外来機能：年齢別の算定回数

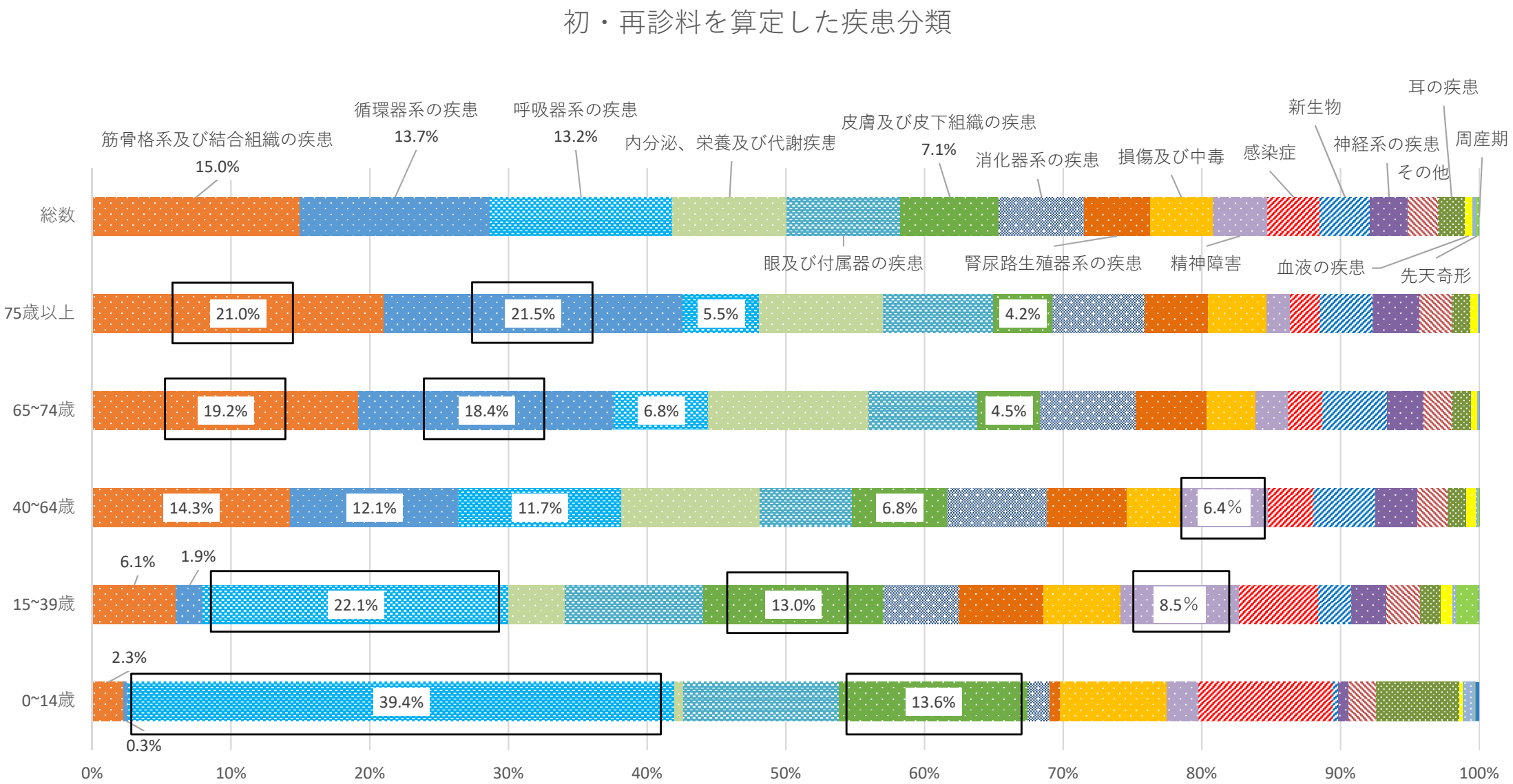
○　乳幼児期から年齢が上がるにつれて受診回数は減少し、20～24歳で最小となる
○　その後、年齢が上がるにつれて受診回数が増加し、80～84歳に最大となる



出典：平成29年度社会医療診療行為別統計、国立社会保障・人口問題研究所　より医療課作成

外来機能：初・再診料の算定回数が多い疾患分類

○　若年層では呼吸器や皮膚に係る疾患が多く、年齢を経ると筋骨格系や循環器に係る疾患が多くなる
○　15～64歳では、他の年齢層に比べ、精神障害の割合が高い



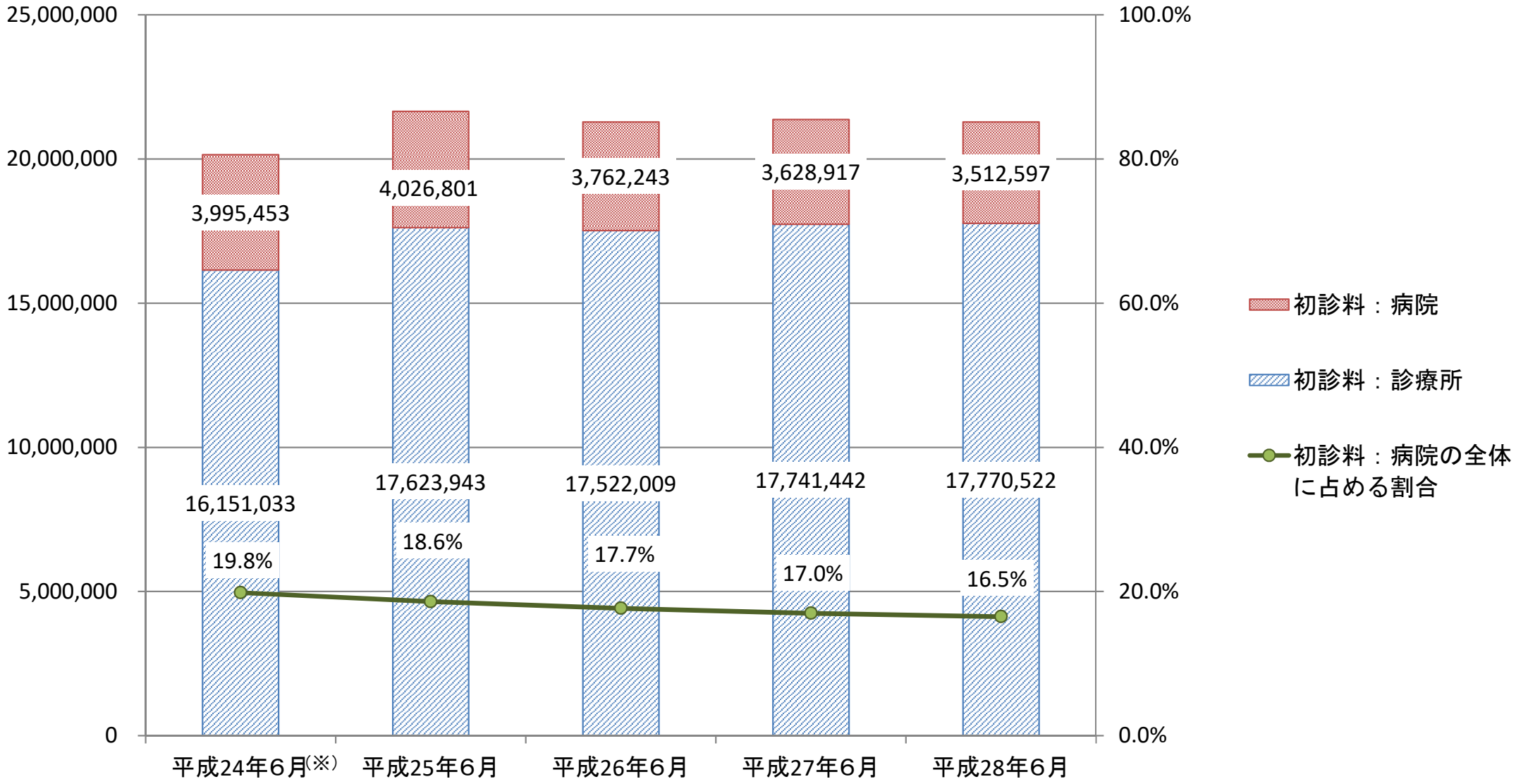
出典：平成29年度社会医療診療行為別統計

病院・診療所別の初診料の算定回数の年次推移

○　初診料の算定回数は、診療所が病院に比べ多く、また、病院の割合は減少傾向。

中医協　総－1
30.1.10

（単位：回）



※平成24年までは診療所は抽出調査、平成25年以降は全数調査

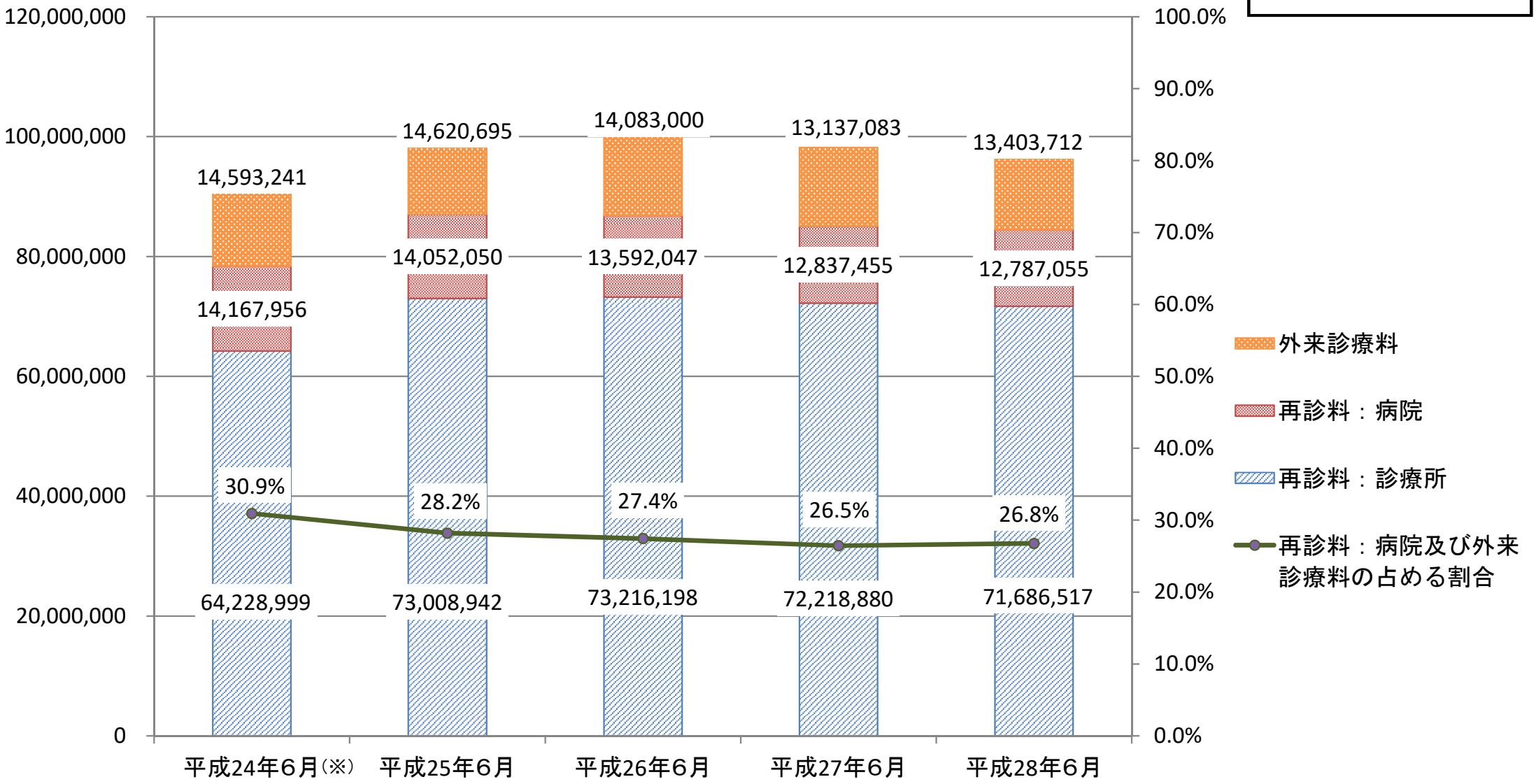
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移

○　再診料・外来診療料の算定回数は、全体として減少傾向であり、病院の占める割合も減少傾向。

（単位：回）

＜病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移＞



※平成24年までは診療所は抽出調査、平成25年以降は全数調査

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担

○　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）

○　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。

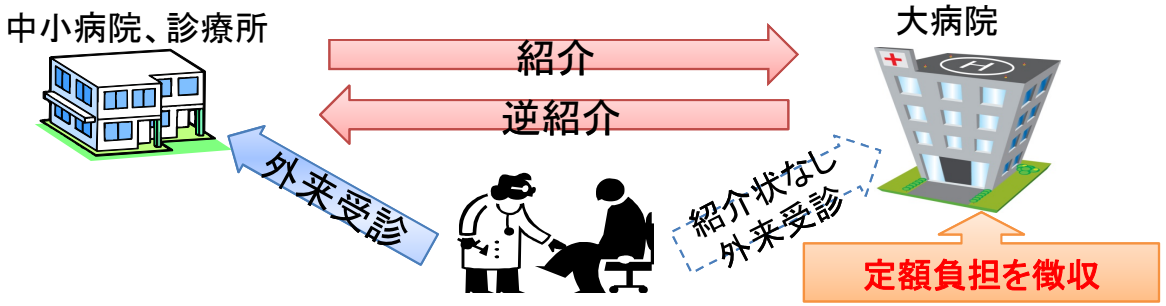
※　定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とされている。

※　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

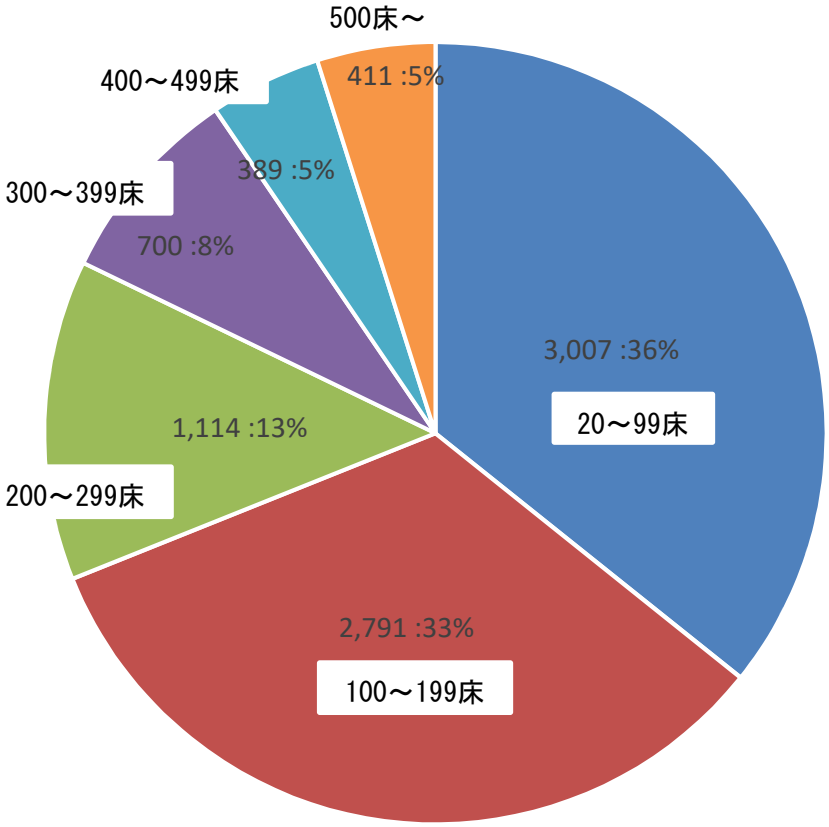
［その他、定額負担を求めなくて良い場合］
自施設の他の診療科を受診中の患者、医科と歯科の間で院内紹介した患者
特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者　　等

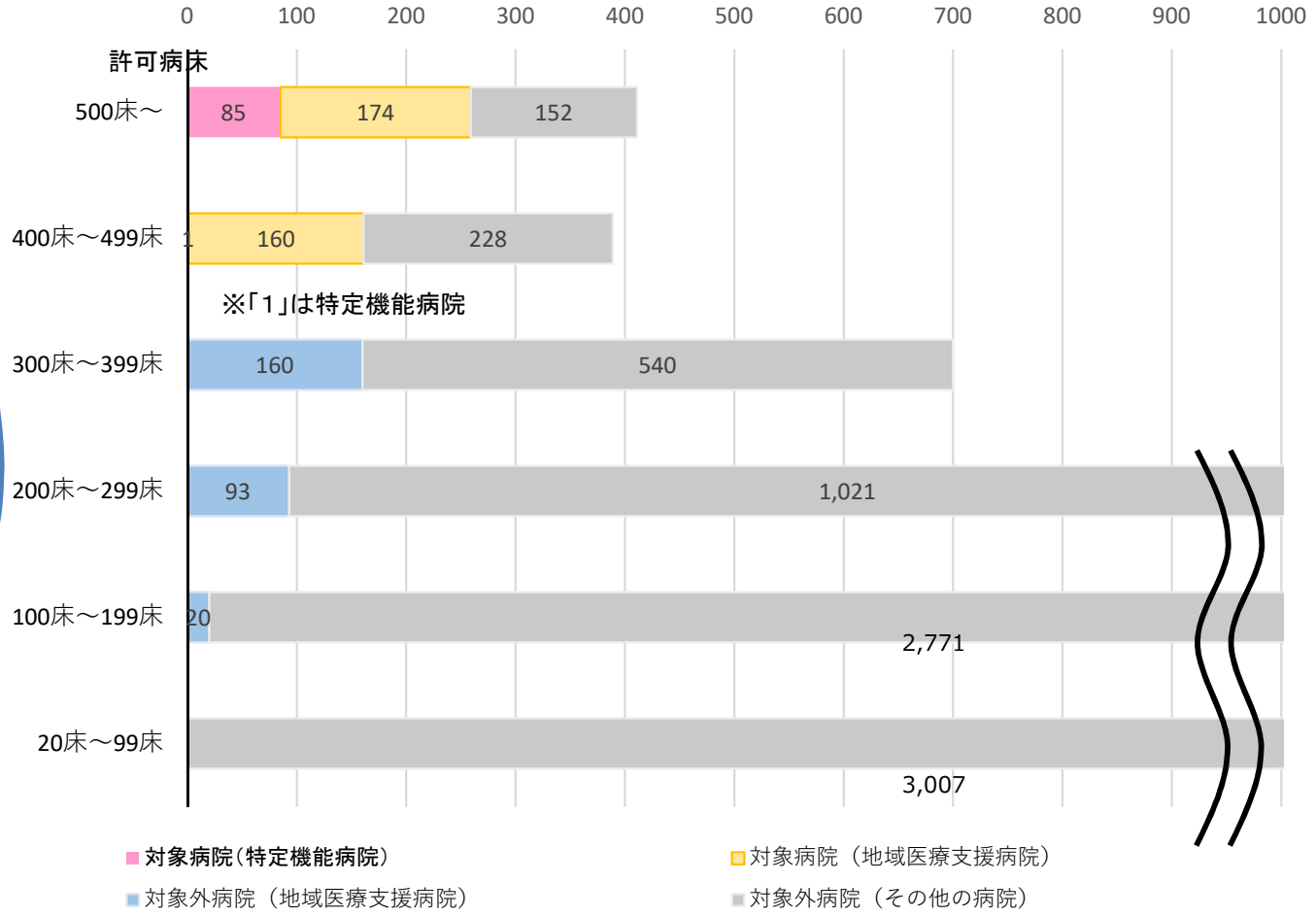
○　なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



病床規模別病院数・定額負担の対象病院数

○　病院を病床規模で見ると、全病院の約7割が200床未満であり、200床～399床が約21%、400床以上は約10%。
○　紹介状なしで大病院を受診した場合に定額負担の徴収が義務づけられている病院は420病院。
（特定機能病院：86　地域医療支援病院：334　※特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点）





出典：平成29年医療施設調査、特定機能病院一覧等を基に医療課において作成

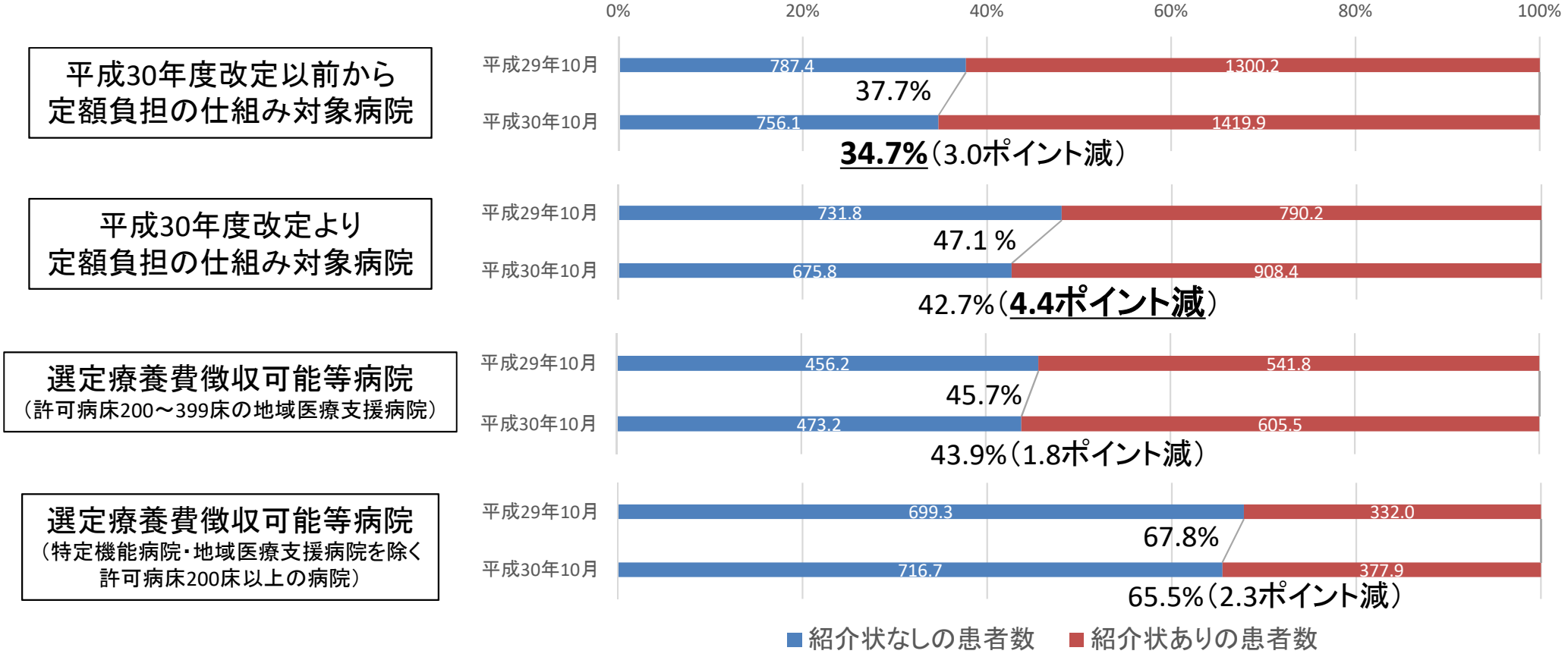
定額負担調査（施設調査）の結果

＜初診患者数に占める紹介状なしの患者比率＞（報告書p34～38）

中医協　検－２－１
３１．３．２７（改）

○　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。

○　初診患者における紹介状の有無について



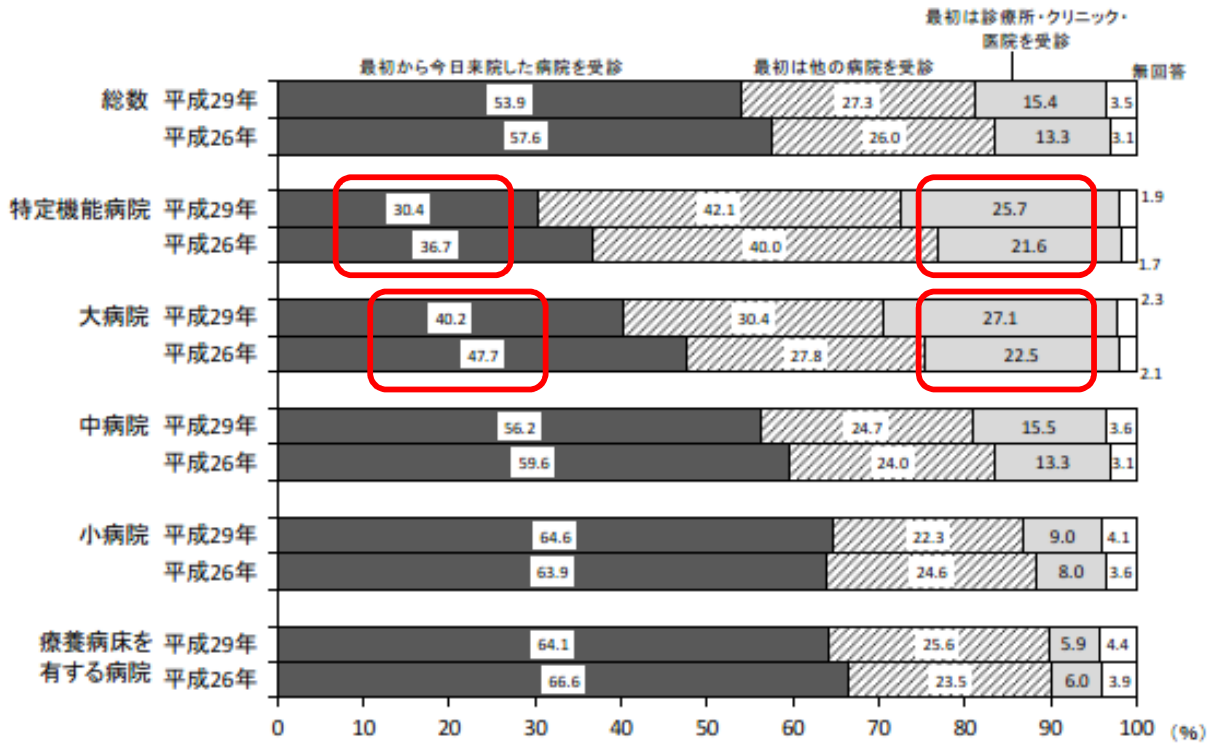
平成29年受療行動調査

平成29年受療行動調査において、外来患者における最初の受診場所を病院の種類別に見ると、

○　特定機能病院では、「最初から今日来院した病院を受診」が30.4ポイント（前回（平成26年）調査より▲6.3ポイント）、「最初は診療所・クリニック・医院を受診」は25.7ポイント（＋4.1ポイント）、500床以上の大病院では、「最初から今日来院した病院を受診」が40.2ポイント（▲7.5ポイント）、「最初は診療所・クリニック・医院を受診」は27.1ポイント（＋4.6ポイント）であった。

○　大病院受診時定額負担の導入前であった前回調査と比べると、特定機能病院及び大病院において、他の種類の病院よりも、「最初から今日来院した病院を受診」が大きく低下し、「最初は診療所・クリニック・医院を受診」については、大きく上昇している。

図７　病院の種類別にみた外来患者の最初の受診場所（基本集計）

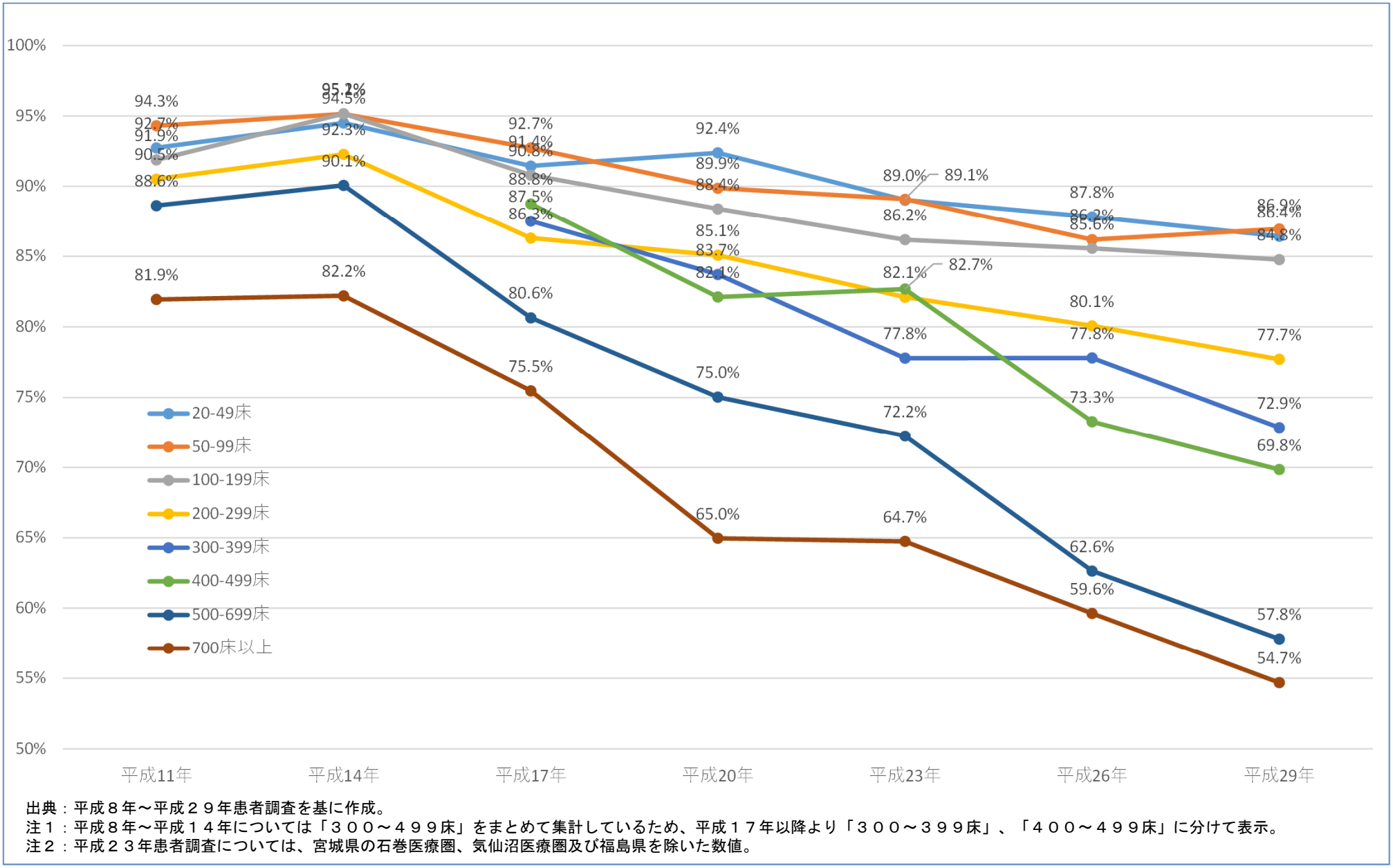


注：「診察・治療・検査などを受ける」ため来院した者の数値である。

大病院・・・特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で病床規模が500床以上
中病院・・・特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で病床規模が100～499床
小病院・・・特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で病床規模が20～99床
療養病床を有する病院・・・医療法第７条第２項第４号に規定する病院の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床を有する病院

紹介無しで外来受診した患者の割合の推移

○　紹介無しで外来受診した患者の割合は全体的に減少傾向にある。
○　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。



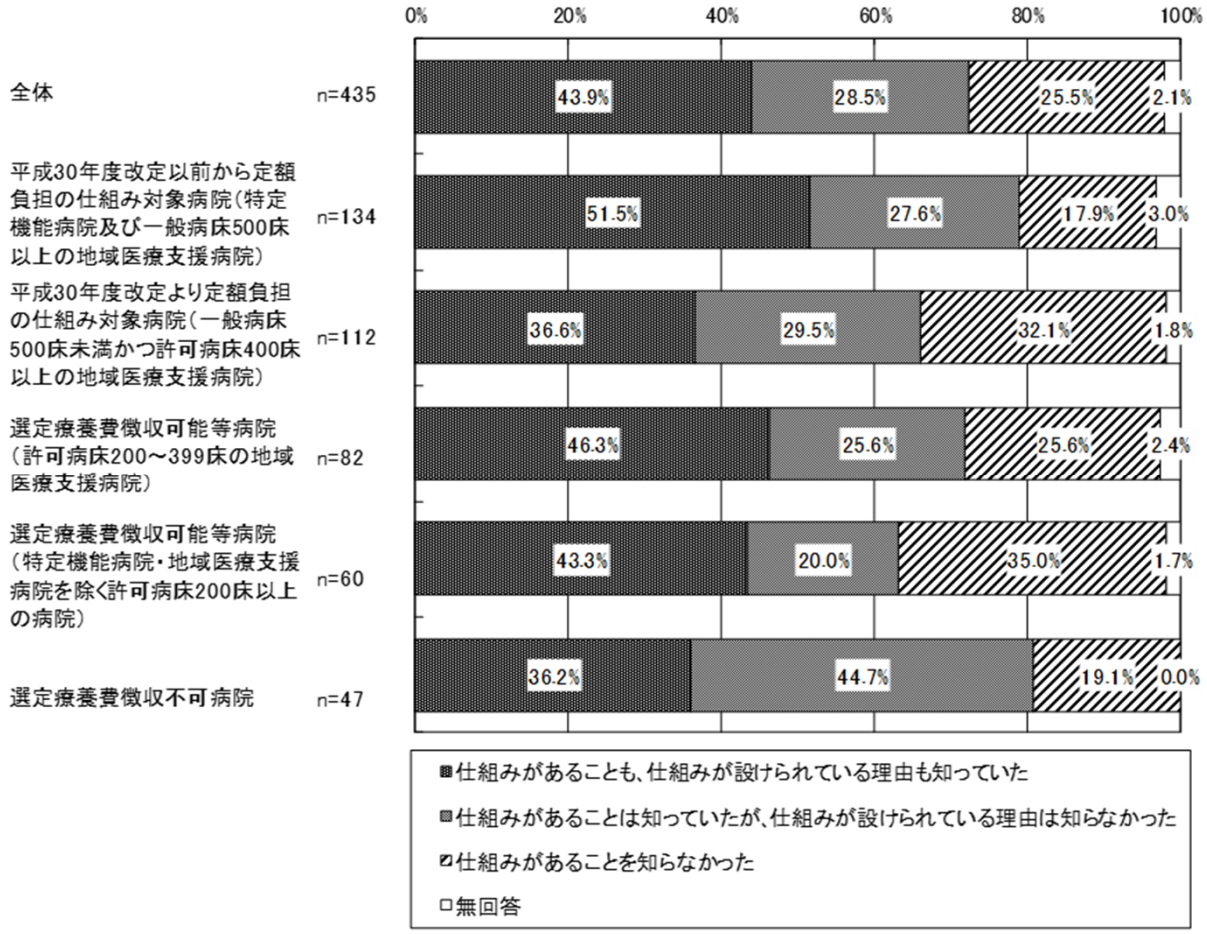
出典：平成８年～平成２９年患者調査を基に作成。
注１：平成８年～平成１４年については「３００～４９９床」をまとめて集計しているため、平成１７年以降より「３００～３９９床」、「４００～４９９床」に分けて表示。
注２：平成２３年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

定額負担調査（患者調査）の結果①

＜大病院受診時定額負担の仕組みについて①＞（報告書p60）

大病院受診時定額負担の仕組みの認知度について、「仕組みがあることも仕組みが設けられている理由も知っていた」又は「仕組みがあることは知っていたが、仕組みが設けられている理由は知らなかった」を選択した患者の割合(合計）はいずれの病院区分においても、60%を超えており、選定療養費徴収不可病院においては、80.9%で最も割合が高かった。

図表 77　大病院受診時定額負担の仕組みの認知度【初診患者】



（注）初診・再診のどちらであるかを問う設問において、「初診」との回答があった患者を集計対象とした。

定額負担調査（患者調査）の結果③

＜調査対象医療機関を受診した理由＞（報告書p65～67）

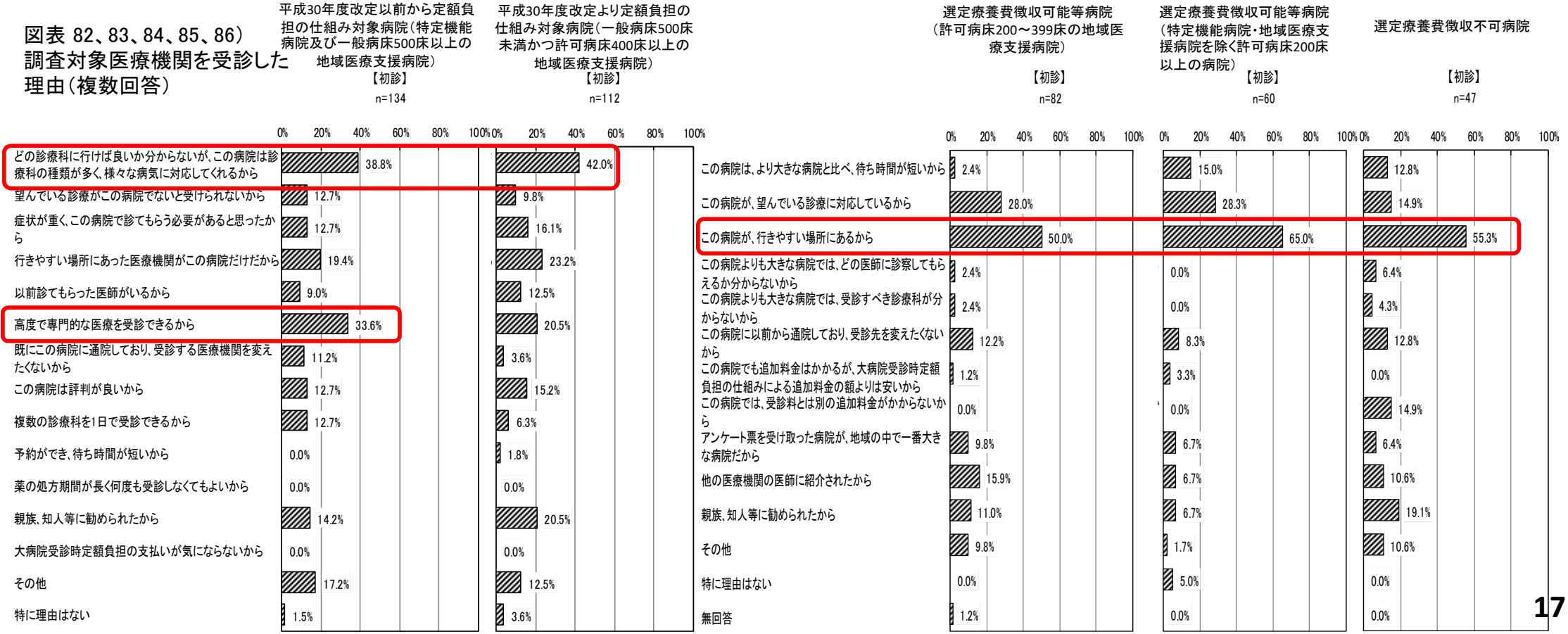
初診患者の調査対象医療機関を受診した理由について、病院区分ごとに見ると、

○　定額負担の仕組み対象病院においては、「どの診療科に行けば良いか分からないが、この病院は診療科の種類が多く、様々な病気に対応してくれるから」との回答割合が最も高かった。

○　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）では、「高度で専門的な医療を受診できるから」との回答割合も比較的高かった。

○　定額負担の仕組み対象病院以外の病院では、「この病院が行きやすい場所にあるから」との回答割合が最も高かった。

図表 82、83、84、85、86）
調査対象医療機関を受診した理由（複数回答）



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－２
２９．１１．８

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	①　自施設の他の診療科を受診している患者 ②　医科と歯科との間で院内紹介された患者 ③　特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 ④　救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 ⑤　外来受診から継続して入院した患者 ⑥　地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関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 ⑦　治験協力者である患者 ⑧　災害により被害を受けた患者 ⑨　労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 ⑩　その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

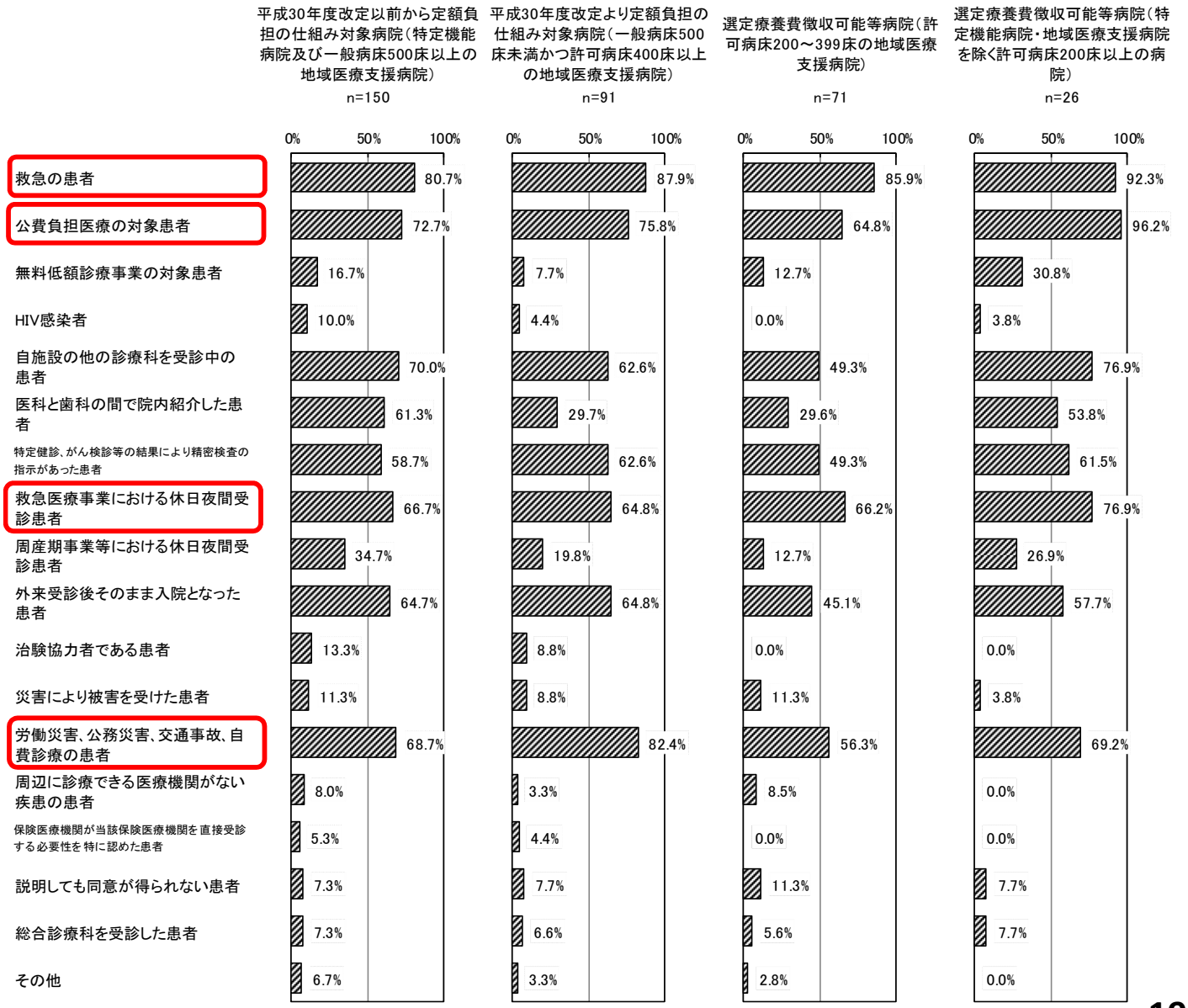
定額負担調査（施設調査）の結果⑤

＜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）

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）

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）



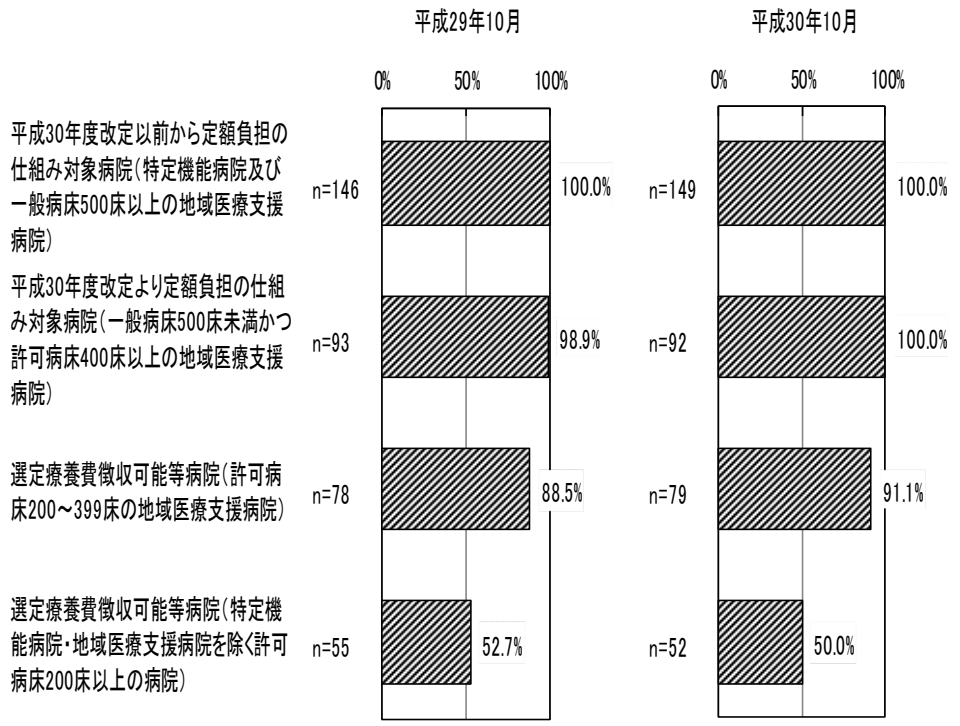
（注）平成30年10月時点において初診時の定額負担を導入していると回答した病院を集計対象とした。

定額負担調査（施設調査）の結果①

＜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



（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。

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（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29年10月	146	5,451.6	697.7	5,400	10,800	5,000
	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床の地域医療支援病院）	平成29年10月	66	2,611.3	853.6	2,700	5,400	810
	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・地域医療支援病院を除く許可病床200床以上の病院）	平成29年10月	29	2,582.5	1,573.5	2,160	8,640	972
	平成30年10月	26	2,618.9	1,640.8	2,160	8,640	972

（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。

定額負担調査（施設調査）の結果②

＜初診時の定額負担の金額分布＞（報告書p25）

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）における初診時の定額負担の金額分布について、平成30年10月時点で「5,000円以上6,000円未満」が96.6%、「6,000円以上」が3.4%であった。

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）については、平成30年10月時点で「5,000円以上6,000円未満」が100%であった。

図表 15　初診時の定額負担の金額分布

		施設数（件）	1,000円未満	1,000円以上2,000円未満	2,000円以上3,000円未満	3,000円以上4,000円未満	4,000円以上5,000円未満	5,000円以上6,000円未満	6,000円以上	無回答
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）	平成29年10月	146	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	97.3%	2.7%	0.0%
	平成30年10月	149	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	96.6%	3.4%	0.0%
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	0.0%	5.4%	44.6%	30.4%	5.4%	14.1%	0.0%	0.0%
	平成30年10月	92	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
選定療養費徴収可能等病院（許可病床200～399床の地域医療支援病院）	平成29年10月	69	2.9%	15.9%	36.2%	37.7%	1.4%	1.4%	0.0%	4.3%
	平成30年10月	72	2.8%	15.3%	33.3%	40.3%	1.4%	4.2%	0.0%	2.8%
選定療養費徴収可能等病院（特定機能病院・地域医療支援病院を除く許可病床200床以上の病院）	平成29年10月	29	3.4%	31.0%	34.5%	20.7%	0.0%	6.9%	3.4%	0.0%
	平成30年10月	26	3.8%	26.9%	38.5%	19.2%	0.0%	7.7%	3.8%	0.0%

（注）・初診時の定額負担を導入していると回答し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。

定額負担調査（患者調査）の結果④

＜大病院の受診時の追加料金に関する意識＞（報告書p70,71）

中医協　検－２－１
３１．３．２７（改）

紹介状なしでの初診外来受診時における、大病院受診時定額負担としての許容金額について、

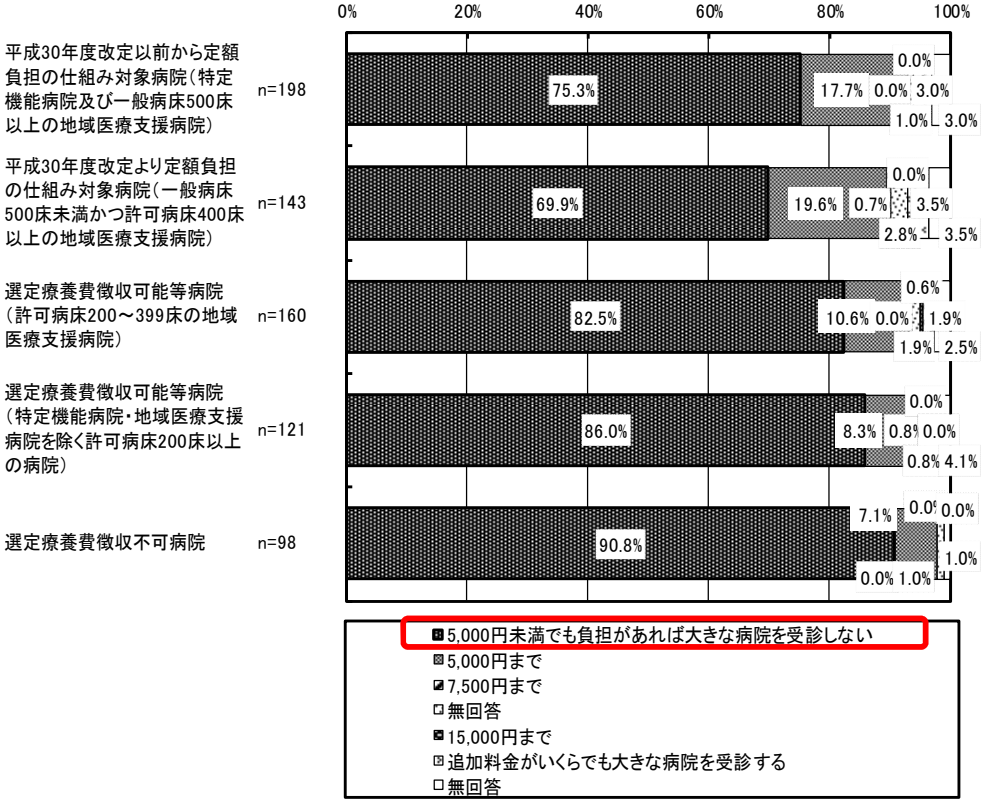
○　初診ケースA（比較的軽い症状）の場合、全ての病院区分で「5,000円未満でも負担があれば大きな病院を受診しない」の回答割合が最も高く、「5,000円まで」の回答を加えた割合は全ての病院区分で90%程度であり、選定療養費徴収不可病院で97.9%であった。

○　初診ケースB（比較的重い症状）の場合、全ての病院区分で「5,000円まで」の回答割合が最も高かったが、「追加料金がいくらでも大きな病院を受診する」との回答も一定の割合存在した。

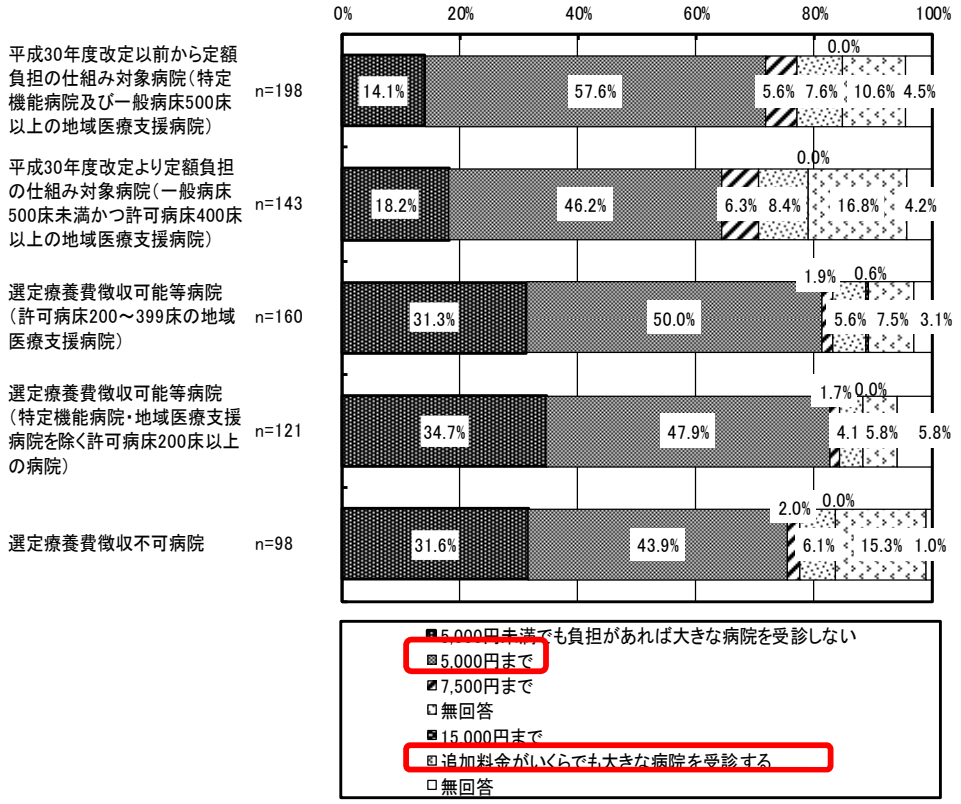
＜初診ケースA＞前日から、のどのいがらっぽさや痛み、鼻水が出て、少し体調が悪いと感じている。

＜初診ケースB＞数日前に、胸のあたりに圧迫感や締め付けられるような感じと、冷や汗が出たり呼吸しにくかったりする状態が続いた。その後症状は落ち着いたが、心配だ。

図表 87　初診ケースA時の紹介状なしでの初診外来受診時における、大病院受診時定額負担の許容金額



図表 88　初診ケースB時の紹介状なしでの初診外来受診時における、大病院受診時定額負担の許容金額



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
許可病床数200床未満	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
	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
許可病床数100床以上	精神疾患診療体制加算の算定要件
	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

かかりつけ医機能等の在り方について

- かかりつけ医機能について
- かかりつけ歯科医機能について
- かかりつけ薬剤師・薬局機能について

かかりつけ医機能について

○　平成30年度検証調査における、かかりつけ医に関する患者及び施設の認識は以下のとおり

- かかりつけ医を決めているのは、初診患者の５～６割、再診患者の９割
- 患者がかかりつけ医に求める役割のうち多いのは「どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる」、次いで「必要時に専門医、専門医療機関に紹介してくれる」
- 施設が有すると考えているかかりつけ医機能のうち多いのは「必要時に専門医、専門医療機関に紹介する」、次いで「要介護認定に関する主治医意見書を作成する」「生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行う」

○　医療機関のかかり方について、「最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する」という意見に「賛成」「どちらかといえば賛成」と回答した人は約５割を占めた

○　医療機関間の適切な役割分担を図る観点から、平成30年度診療報酬改定において、かかりつけ医機能に関連する以下の評価等を充実

- かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能
- 地域包括診療料等の施設基準の緩和

「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）

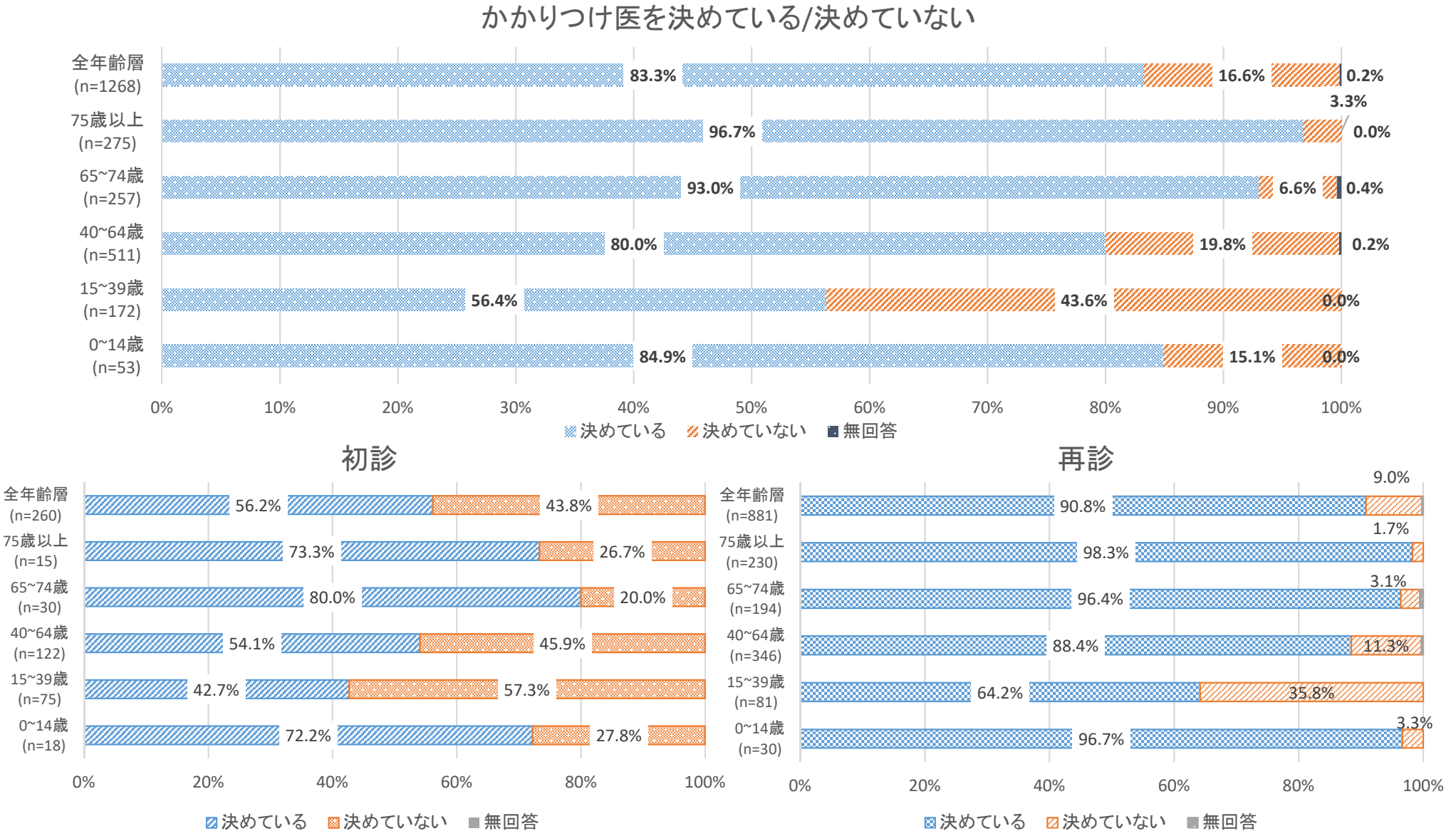
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「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、患者の生活背景を把握し、適切な診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、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間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。

かかりつけ医を決めている患者の割合

○ 回答患者のうち、全年齢層で約83%の患者がかかりつけ医を決めている。
○ 年齢層別に見ると、75歳以上は約97%がかかりつけ医を決めている一方で、15～39歳の患者は約56%と、差がある。
○ 初診患者に比べ、再診患者において、かかりつけ医を決めている割合が全年齢層で高い。

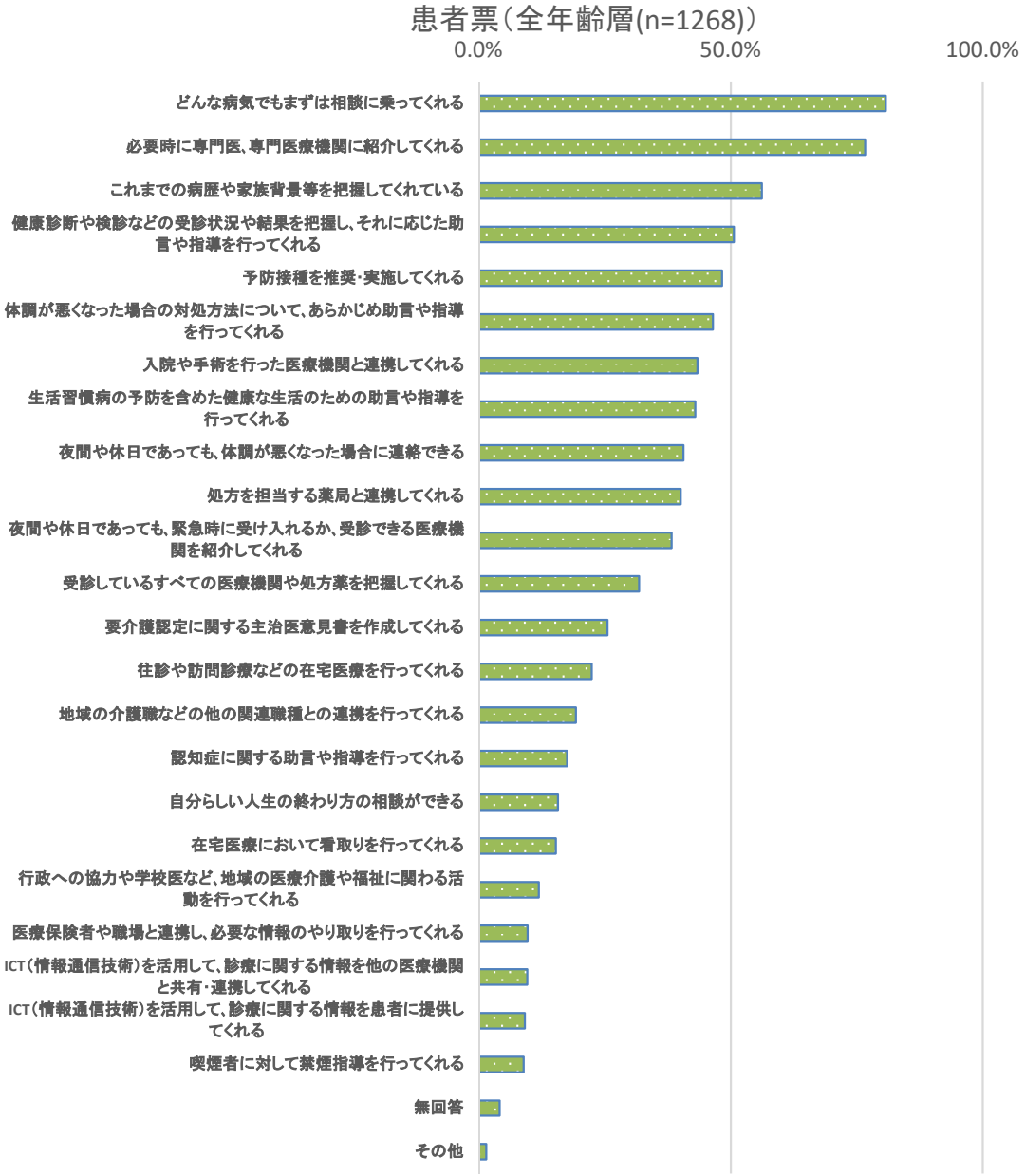


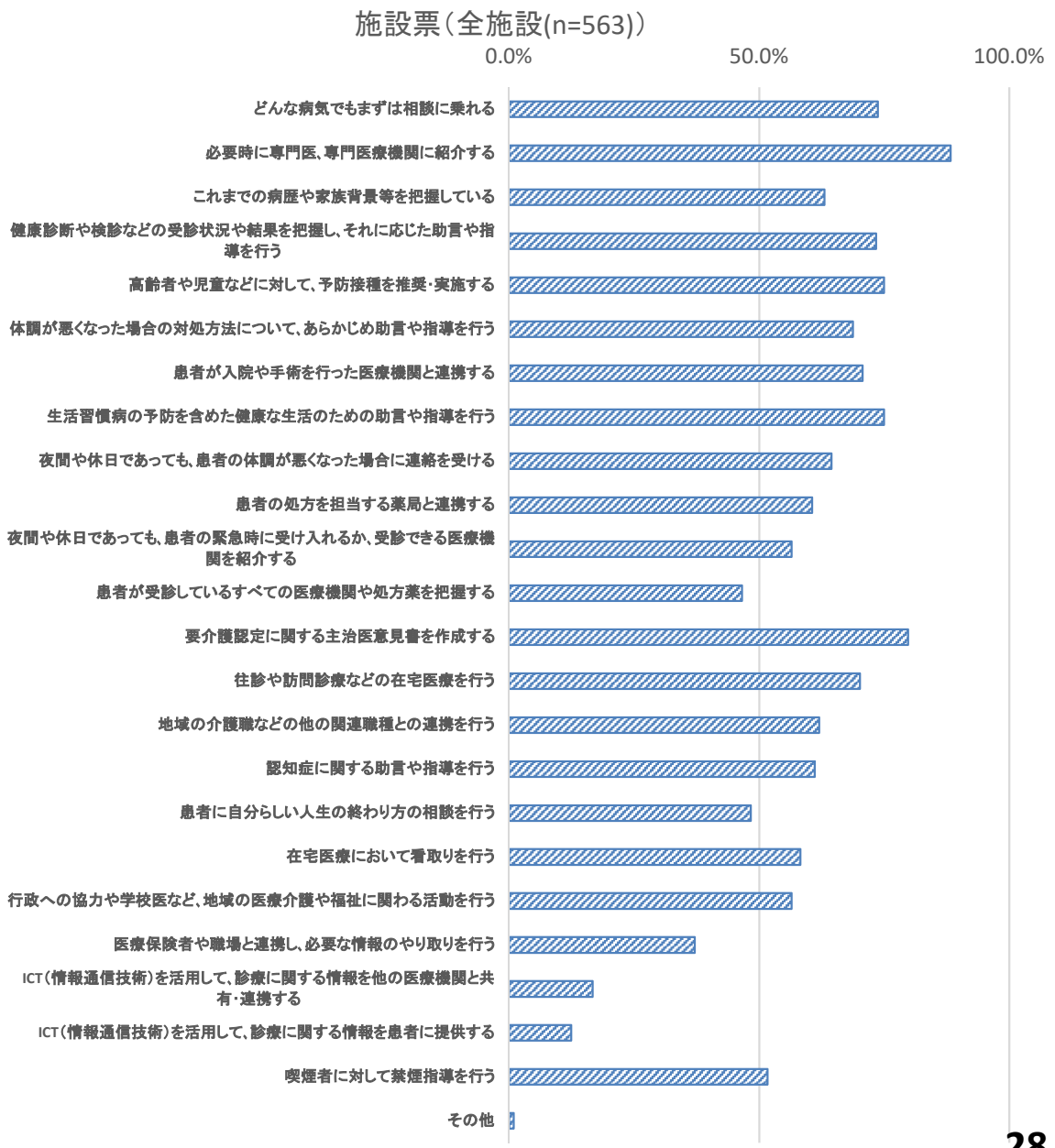
出典：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査　かかりつけ医に関する意識調査（患者票）

患者がかかりつけ医に求める役割と施設が有するかかりつけ医機能について

○ 回答患者がかかりつけ医に求める役割は、「どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる」が最多。

○ 回答施設が有しているかかりつけ医機能は、「必要時に専門医、専門医療機関に紹介する」が最多。





出典：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査　かかりつけ医に関する意識調査

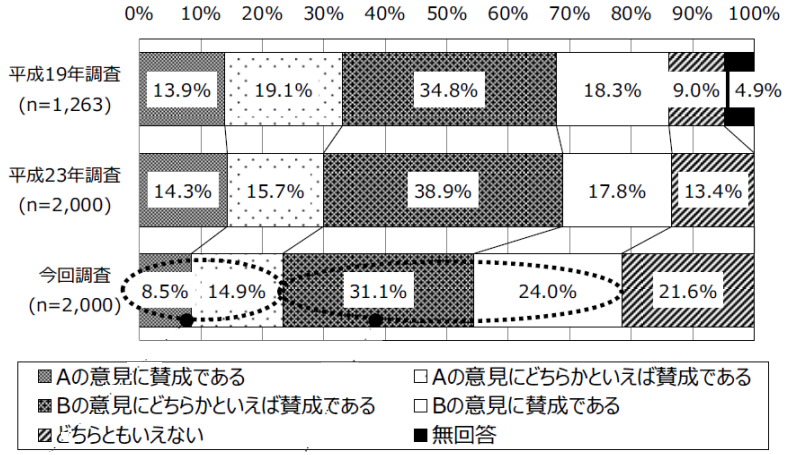
医療機関のかかり方に関する考え方について

○ 「A:病気の症状の程度に関わらず、医療機関の規模とは関係なしに自分の選んだ医療機関を受診する」「B:最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する」の2通りの考え方を提示したところ、Aの意見に「賛成」「どちらかといえば賛成」と回答した人は約2割、Bの意見に「賛成」「どちらかといえば賛成」と回答した人は約5割であった。

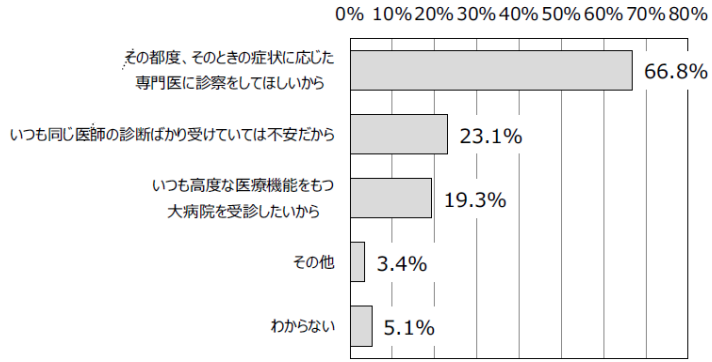
○ また、経年的に見ると、Aの意見に賛意を示す回答者は減少傾向であった。

図表 36 医療機関の受診の在り方に関する意見（n=2,000 人）

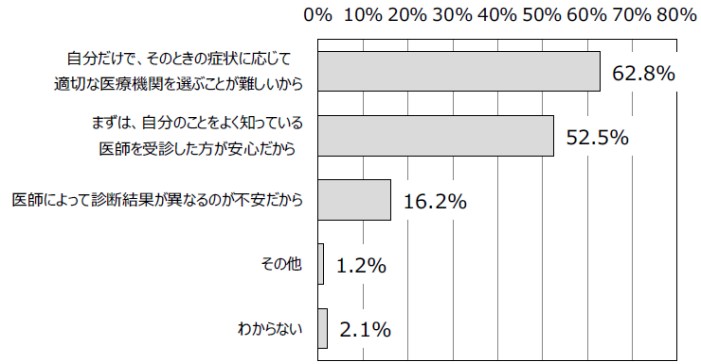
A. 病気の症状の程度に関わらず、医療機関の規模とは関係なしに自分の選んだ医療機関を受診する。
B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する。



図表 37 「A の意見に賛成である」「どちらかといえば賛成である」理由（n=467 人）【複数回答】



図表 38 「B の意見に賛成である」「どちらかといえば賛成である」理由（n=1,102 人）【複数回答】



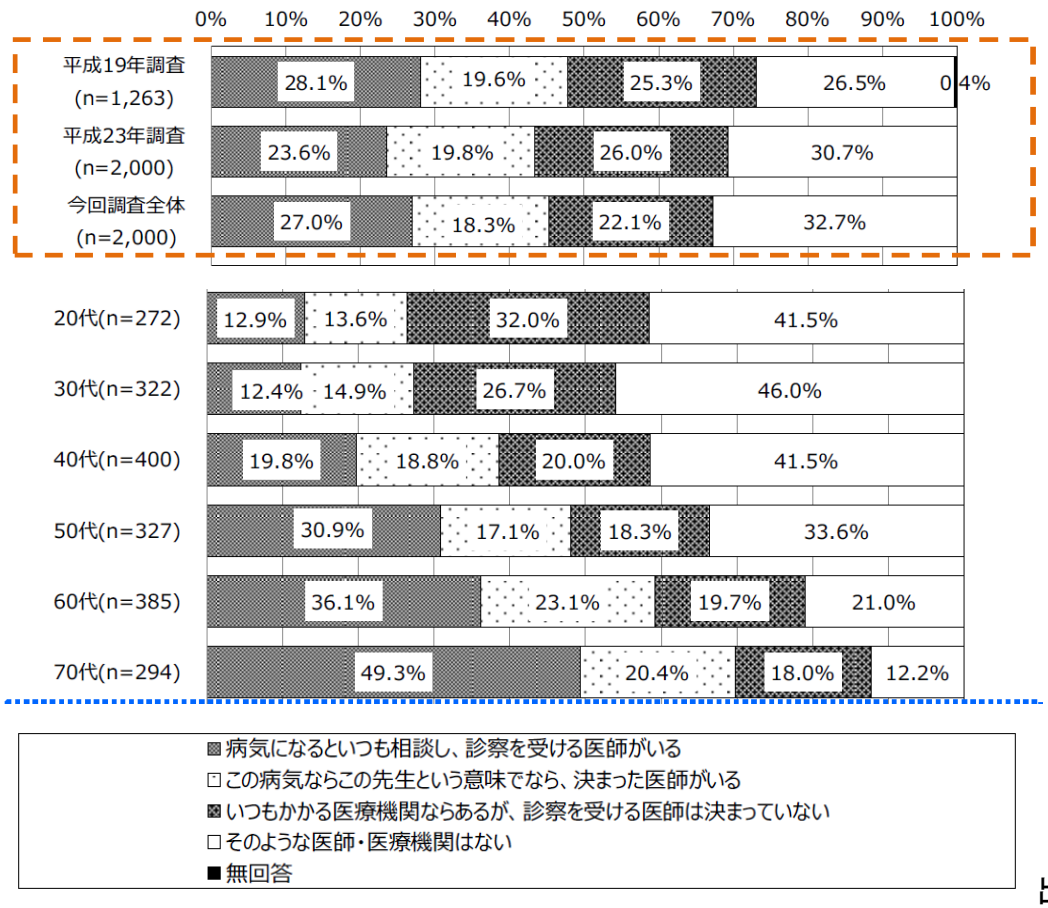
出典:医療・医療保険制度に関する国民意識調査（健康保険組合連合会）

日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関の有無等について　①

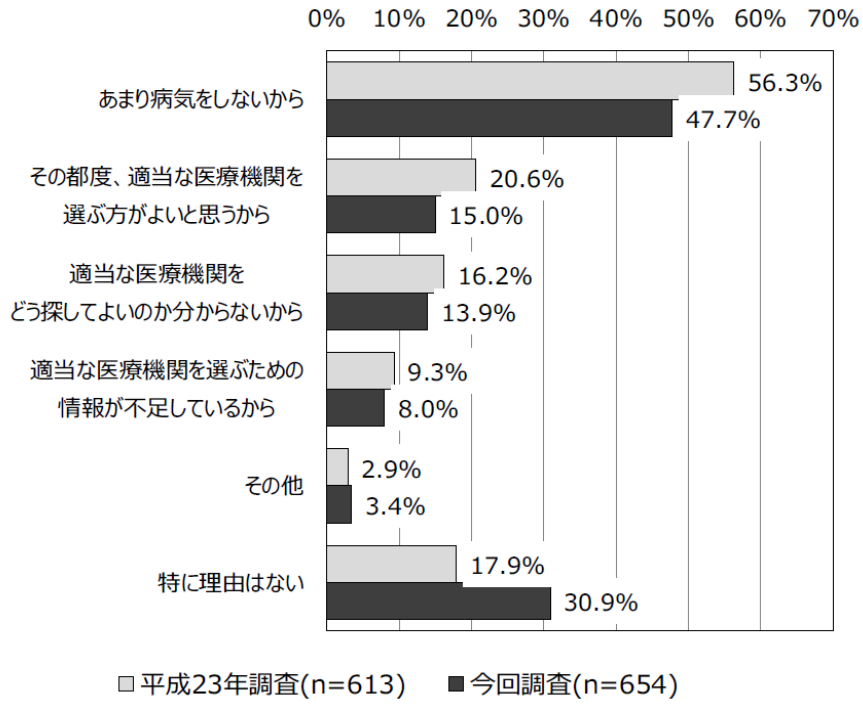
○　日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関の有無について、「病気になるといつも相談し、診察を受ける医師がいる」人が約3割を占める。

○　一方で、「日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関はない」人も約3割を占めており、その理由としては、「その都度適当な医療機関を選ぶ方が良い」「適当な医療機関をどう探して良いのか分からない」「適当な医療機関を選ぶための情報が不足している」との回答が見られた（※「あまり病気をしないから」という理由を除く。）。

図表 21　日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関の有無（n=2,000 人）



図表 23　日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関を持たない理由
（n=日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関はないと回答した 654 人）



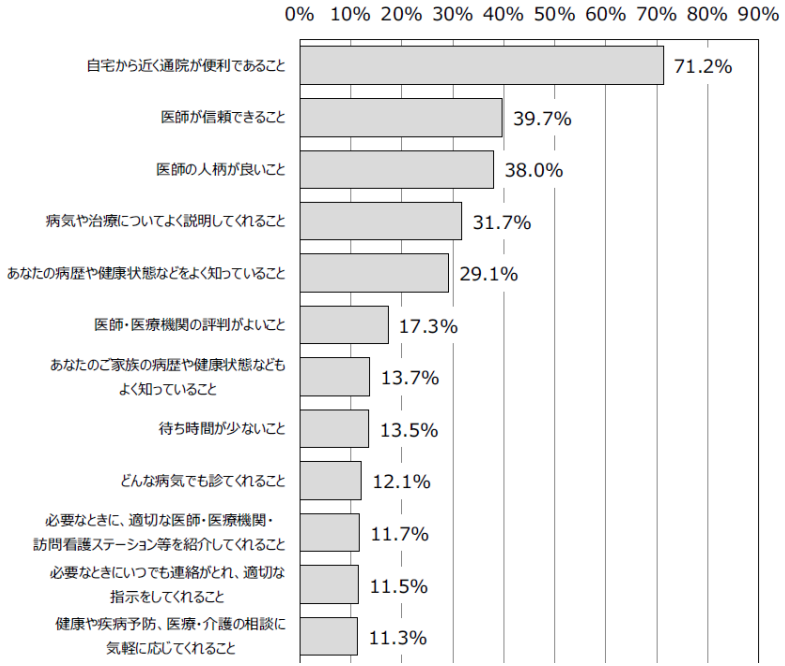
出典：医療・医療保険制度に関する国民意識調査（健康保険組合連合会）

日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関の有無等について ②

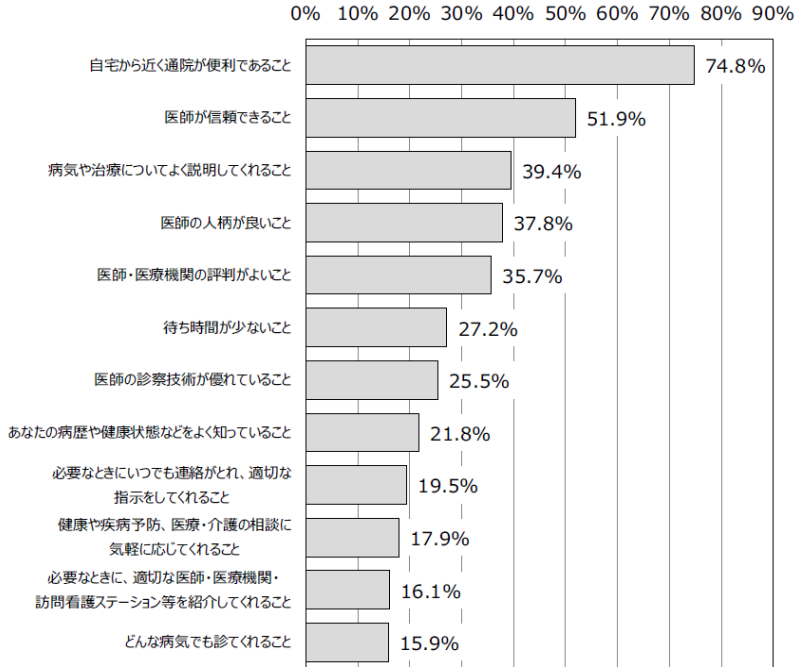
○ 「病気になるといつも相談し、診察を受ける医師がいる」と回答した人が、その医師に決めた理由としては、「自宅から近く通院が便利である」が最も多く、次いで「医師が信頼できる」「医師の人柄が良い」「病気や治療についてよく説明してくれる」「回答者の病歴や健康状態をよく知っている」という順であった。

○ 全回答者が、決まって診察を受ける医師・医療機関に期待することのうち、上位4項目は上記の理由とほぼ同様であった。

図表 24　日頃から決まって診察を受ける医師を決めた主な理由
（n=病気になるといつも相談し、診察を受ける医師がいると回答した 539 人）【複数回答】



図表 25　決まって診察を受ける医師・医療機関に期待すること（n=2,000 人）【複数回答】



出典：医療・医療保険制度に関する国民意識調査（健康保険組合連合会）

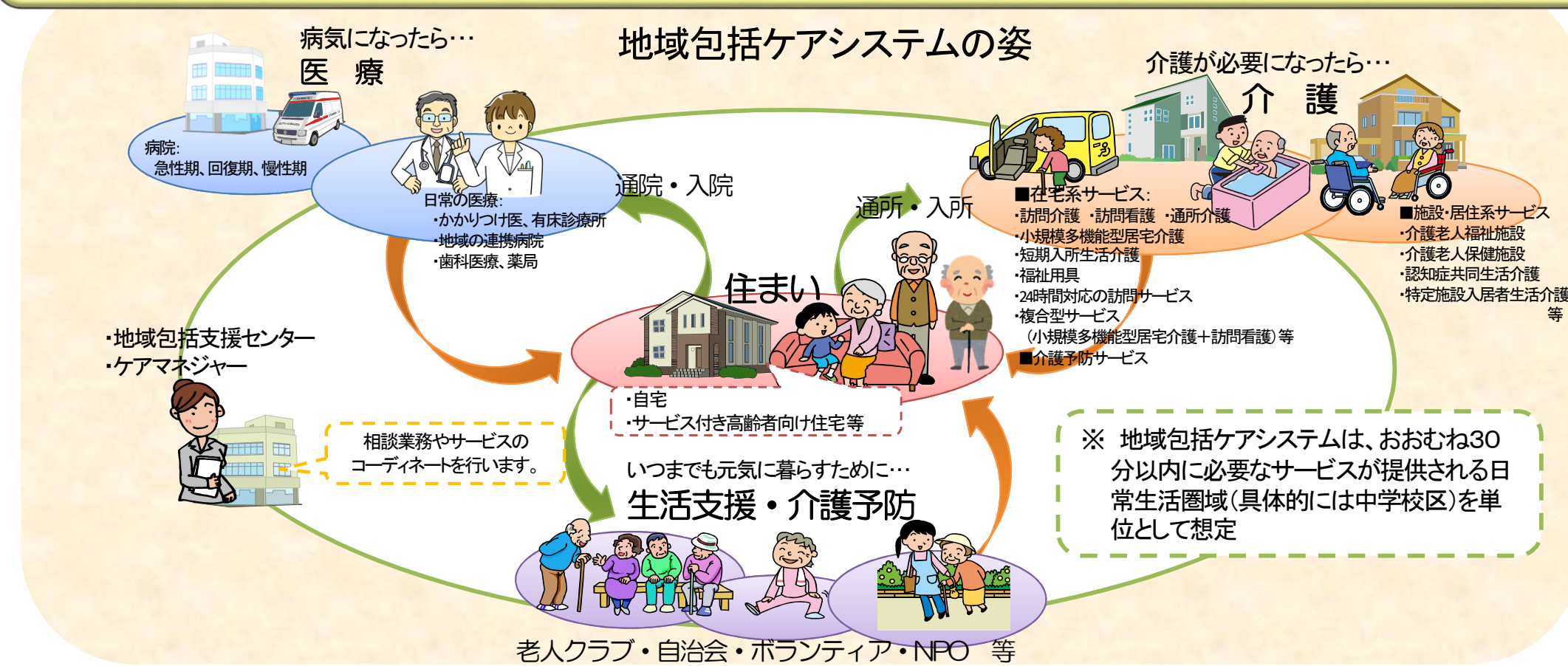
地域包括ケアシステムの構築について

○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現**。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○　地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。

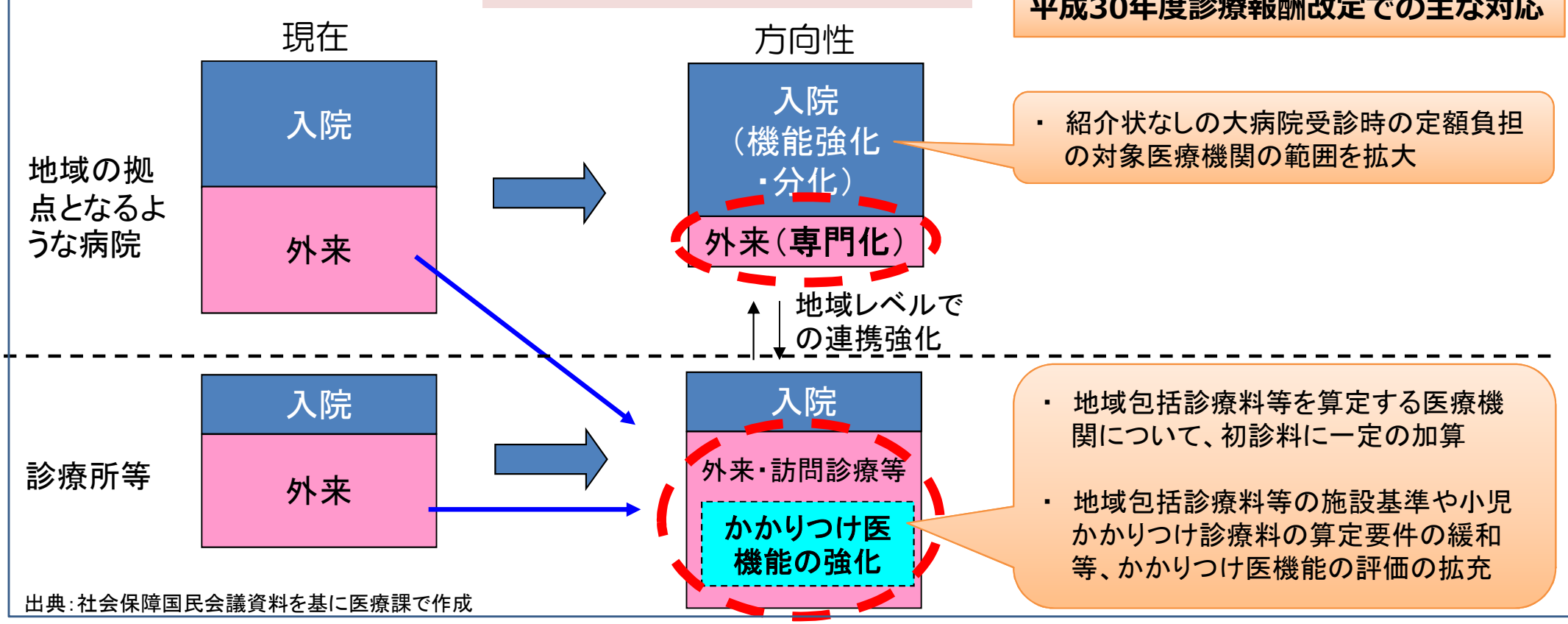


外来医療の今後の方向性（イメージ）

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
○　フリーアクセスの基本は守りつつ、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
○　大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談する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、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



平成30年度診療報酬改定での主な対応

- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象医療機関の範囲を拡大
- 地域包括診療料等を算定する医療機関について、初診料に一定の加算
- 地域包括診療料等の施設基準や小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和等、かかりつけ医機能の評価の拡充

出典：社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

かかりつけ医機能評価の充実

・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ージャーと在宅主治医との連携を強化

・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

情報共有・連携

連携

情報提供

訪問診療への移行

・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

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

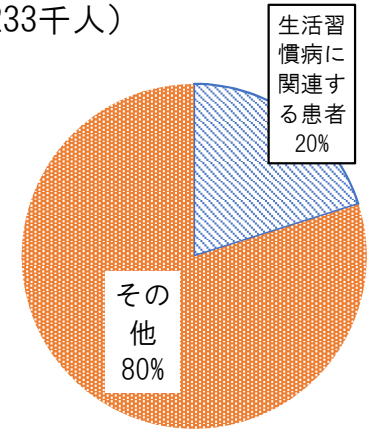
➢ かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

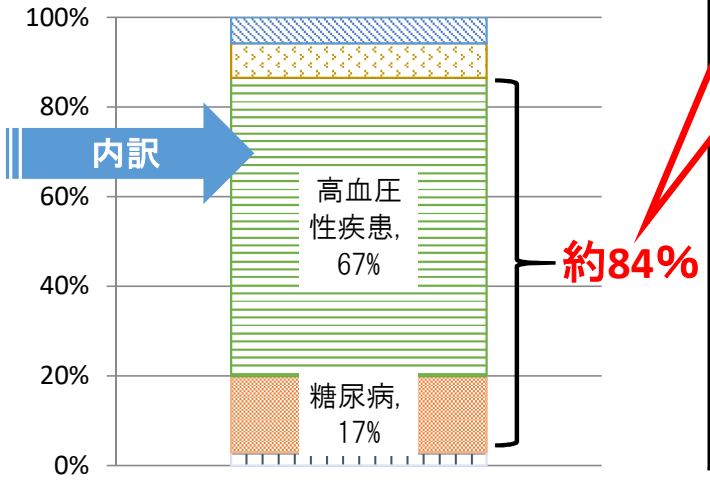
初診料
小児かかりつけ診療料（初診時）

（新）　機能強化加算　　80点

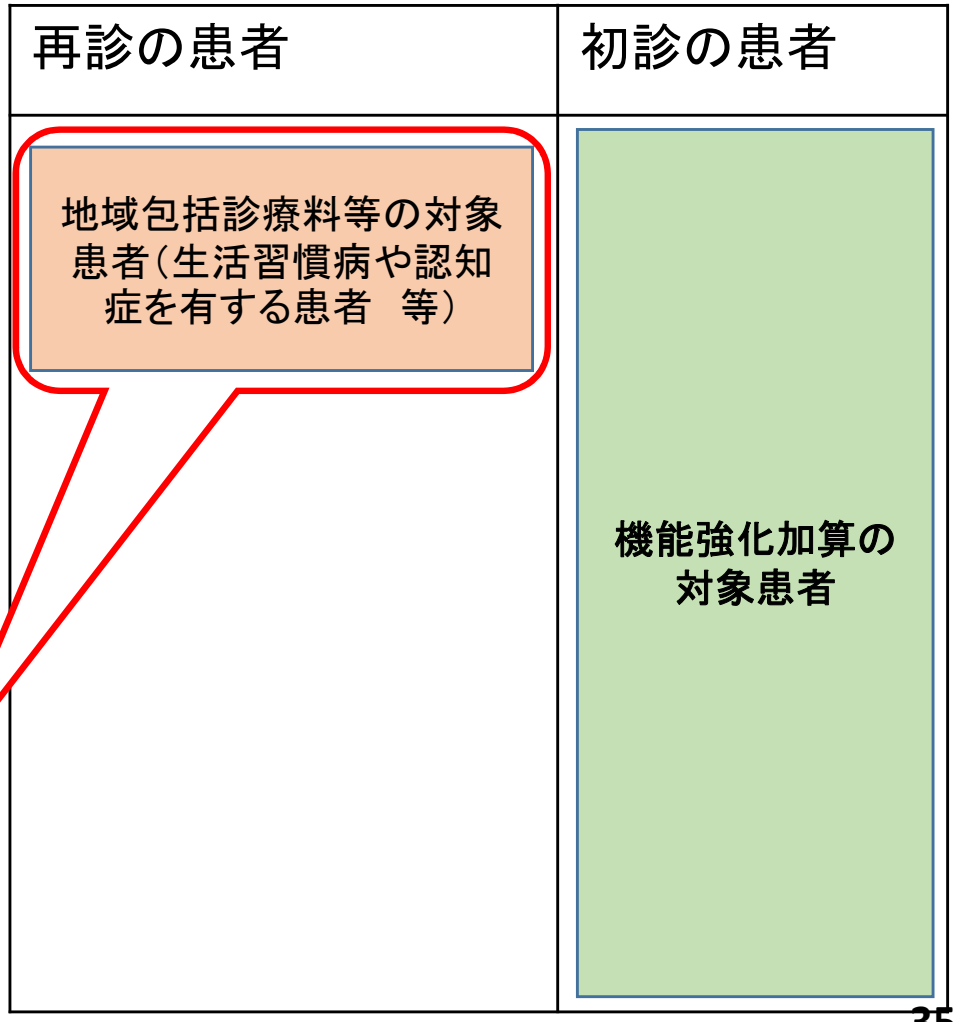
［算定要件］
地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）、施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出をしている保険医療機関（診療所又は 200床未満の保険医療機関に限る。）において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

＜一般診療所の推計外来患者数＞
（ 4, 233千人）





［評価の対象となる患者の範囲（イメージ）］



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
認知症地域包括診療料	1,515点

［施設基準（抜粋）］
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

改定後

【地域包括診療料等】

（新）	地域包括診療料１	1,560点
	地域包括診療料２	1,503点
（新）	認知症地域包括診療料１	1,580点
	認知症地域包括診療料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) 診療料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、在宅当番医制等により地域における夜間・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、地域の在宅当番医等を案内する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　28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。)

(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
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
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。

かかりつけ医機能等の評価

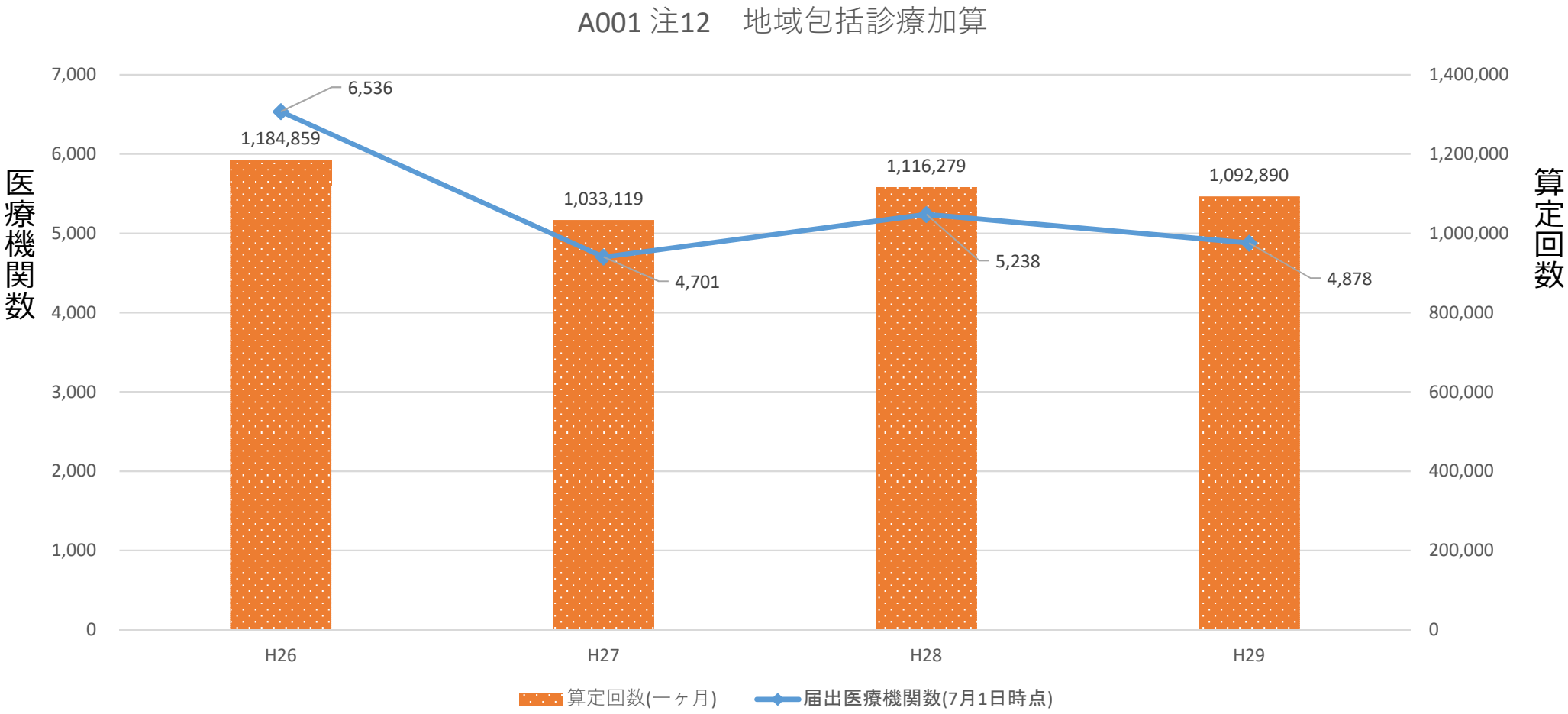
○　かかりつけ医等による、患者への全人的な医療の提供や専門医への紹介について診療報酬で評価を行っている。
○　平成30年度診療報酬改定においても、当該評価項目の追加を行っている。

A000注12	初診料　機能強化加算　80点　※平成30年度新設
A001注12	再診料　イ　地域包括診療加算１　25点　ロ　地域包括診療加算２　18点
B000 1	特定疾患療養管理料　診療所の場合　225点
B000 2	特定疾患療養管理料　許可病床数が100床未満の病院の場合　147点
B000 3	特定疾患療養管理料　許可病床数が100床以上200症未満の病院の場合　87点
B001-2-2 1	地域連携小児夜間・休日診療料　地域連携小児夜間・休日診療料１　450点
B001-2-2 2	地域連携小児夜間・休日診療料　地域連携小児夜間・休日診療料２　600点
B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料　200点
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
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
B001-2-10 1	認知症地域包括診療料（月１回）　認知症地域包括診療料１　1,580点
B001-2-10 2	認知症地域包括診療料（月１回）　認知症地域包括診療料２　1,515点
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
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　最新時　523点
B001-9	療養・就労両立支援指導料　1000点　※平成30年度新設
B004 1	退院時共同指導料１　在宅療養支援診療所の場合　1,500点
B004 2	退院時共同指導料１　1以外の場合　900点
B005	退院時共同指導料２　400点
B005-6 1	がん治療連携計画策定料　がん治療連携計画策定量１　750点
B005-6 2	がん治療連携計画策定料　がん治療連携計画策定量２　300点
B005-6-2	がん治療連携指導料　300点
B005-7 1	認知症専門診断管理料　認知症専門診断管理料１ イ　基幹型又は地域型の場合　700点　ロ　連携型の場合　500点
B005-7 2	認知症専門診断管理料　認知症専門診断管理料２　300点
C002	在宅時医学総合管理料
C002-2	施設入居時等医学総合管理料

A001注12 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減少傾向～横ばい。

A001注12	再診料 イ　地域包括診療加算１　25点 ロ　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。

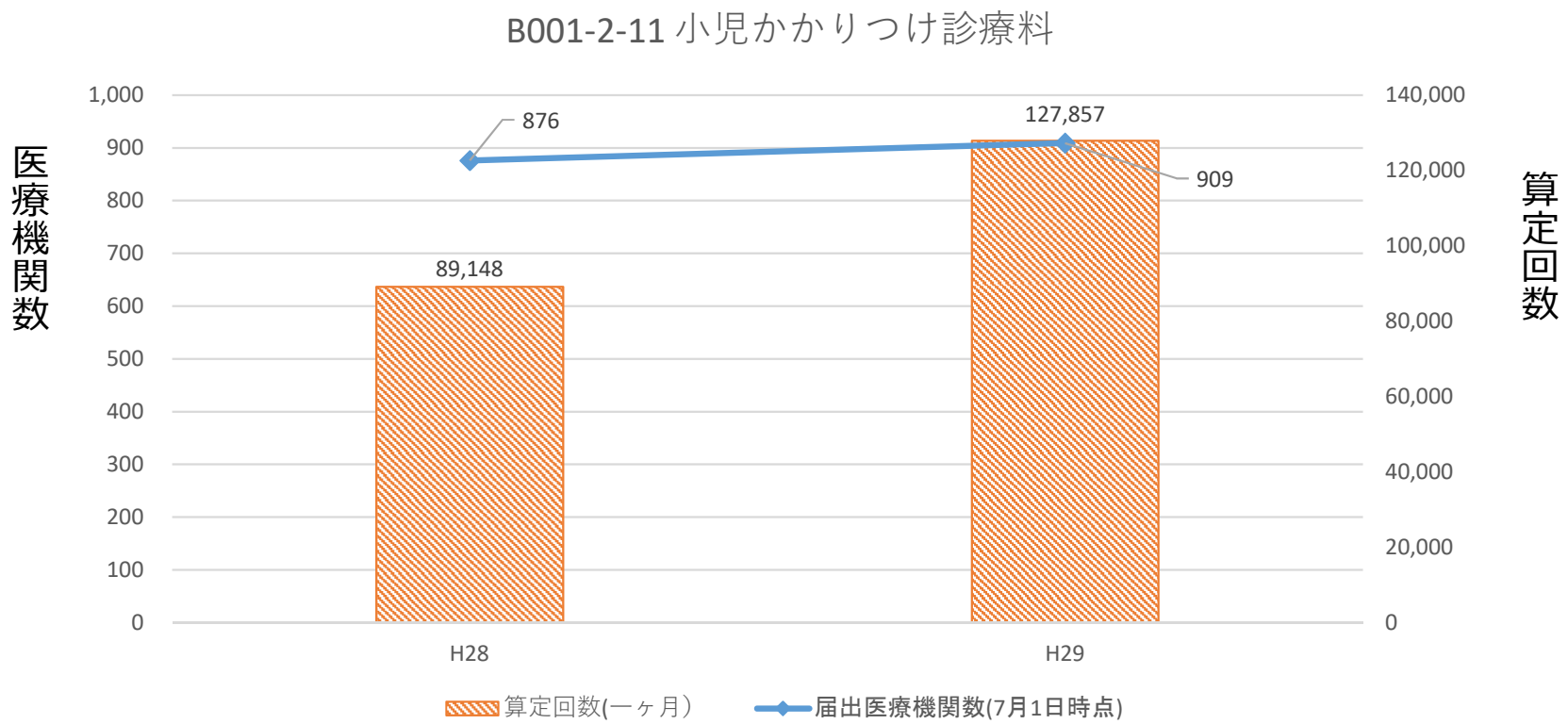


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）　（各年６月審査分）
保険局医療課調べ（各年７月１日現在）

B001-2-11 小児かかりつけ診療料

○　小児かかりつけ診療料について、届出医療機関数は横ばい、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継続的かつ全人的な医療を行う事について評価したもの。 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 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	

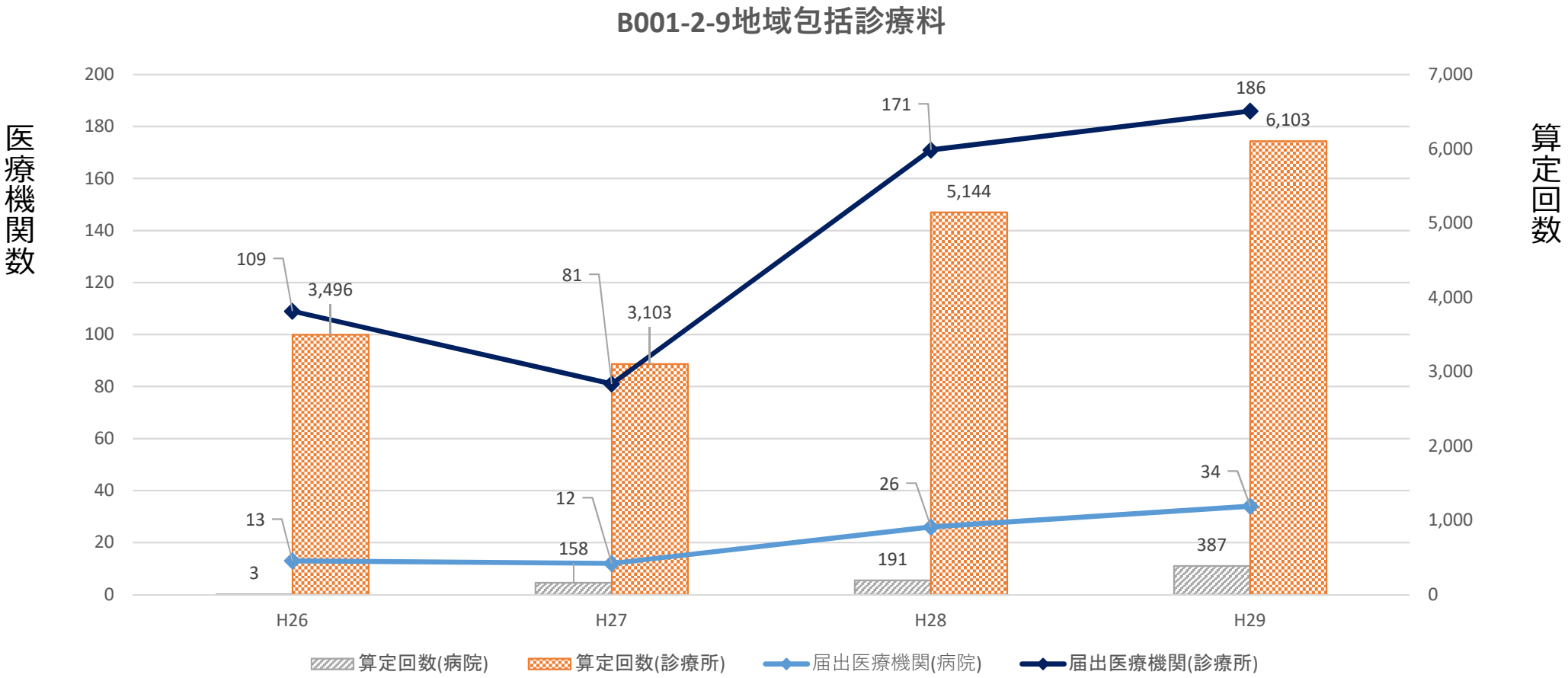


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）　（各年６月審査分）
保険局医療課調べ（各年７月１日現在）

B001-2-9 地域包括診療料

○　地域包括診療料について、病院・診療所共に、届出医療機関数及び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を行う事を評価したもの。
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	

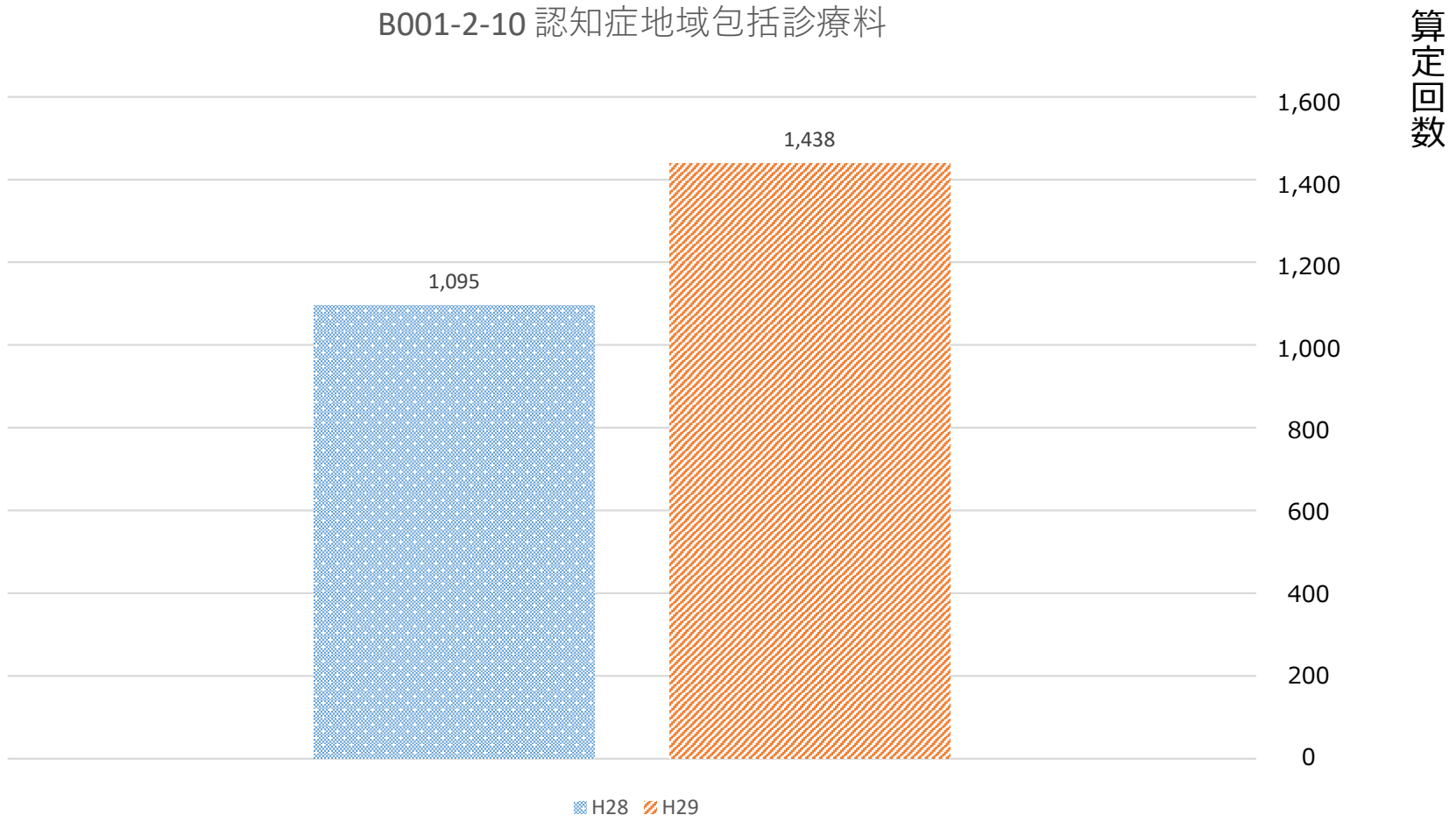


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）　（各年６月審査分）
保険局医療課調べ（各年７月１日現在）

B001-2-10 認知症地域包括診療料

○　認知症地域包括診療料について、算定回数は少ないものの、増加傾向。

B001-2-10 1	認知症地域包括診療料（月１回） 認知症地域包括診療料１　1,580点	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った医師が、認知症患者であって要件を満たす患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行う事を評価したもの。
B001-2-10 2	認知症地域包括診療料（月１回） 認知症地域包括診療料２　1,515点	

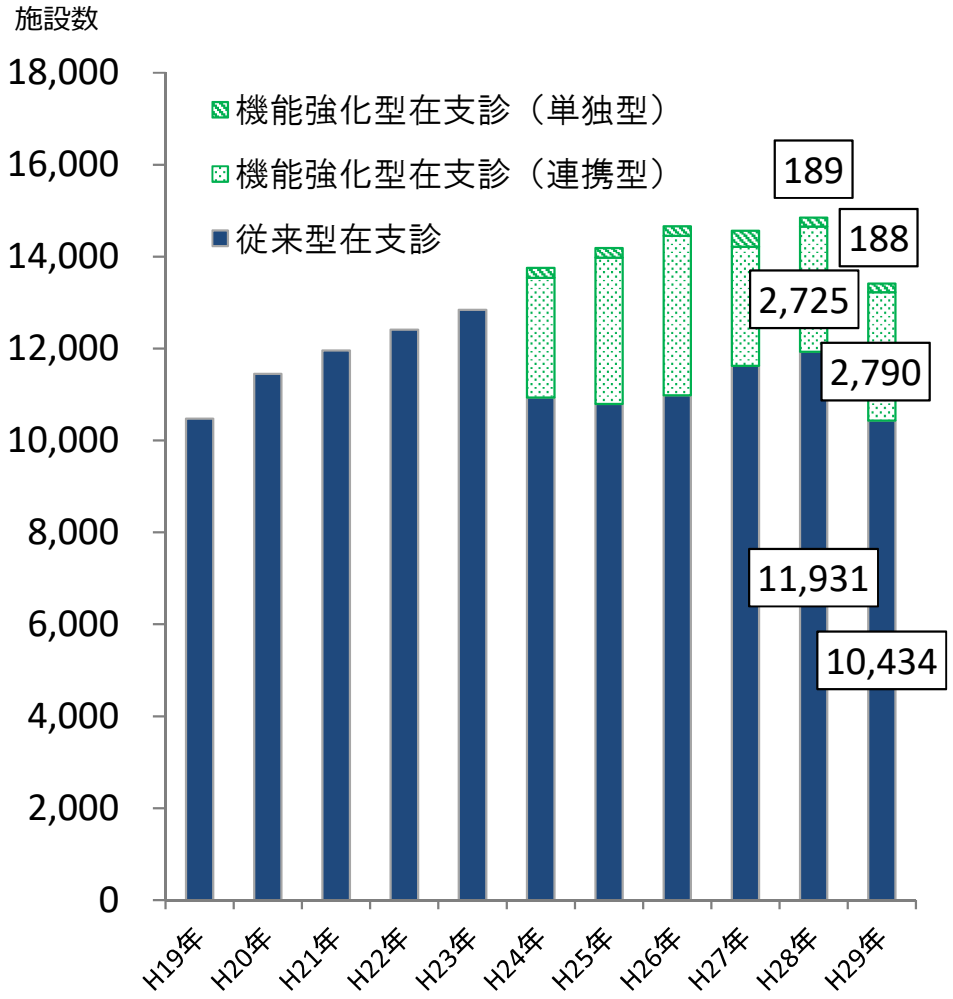


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）　（各年６月審査分）
保険局医療課調べ（各年７月１日現在）

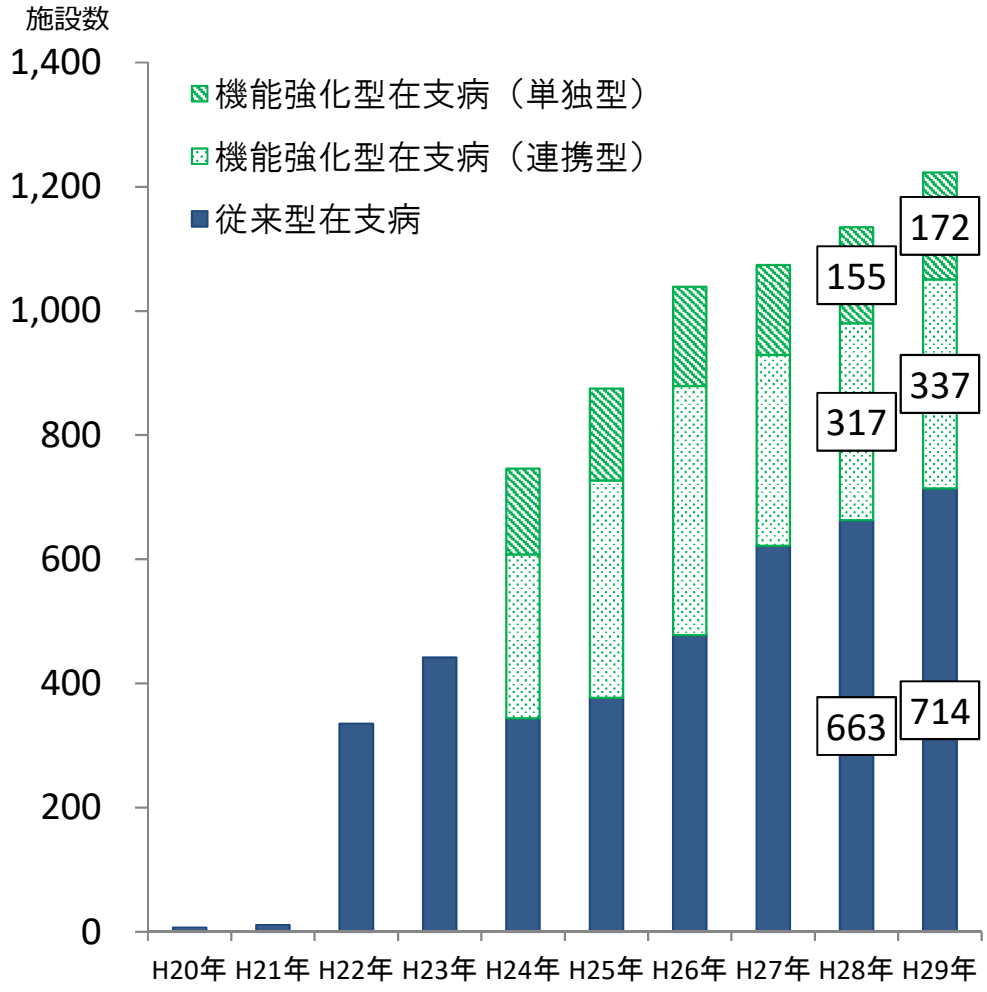
在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。

＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞

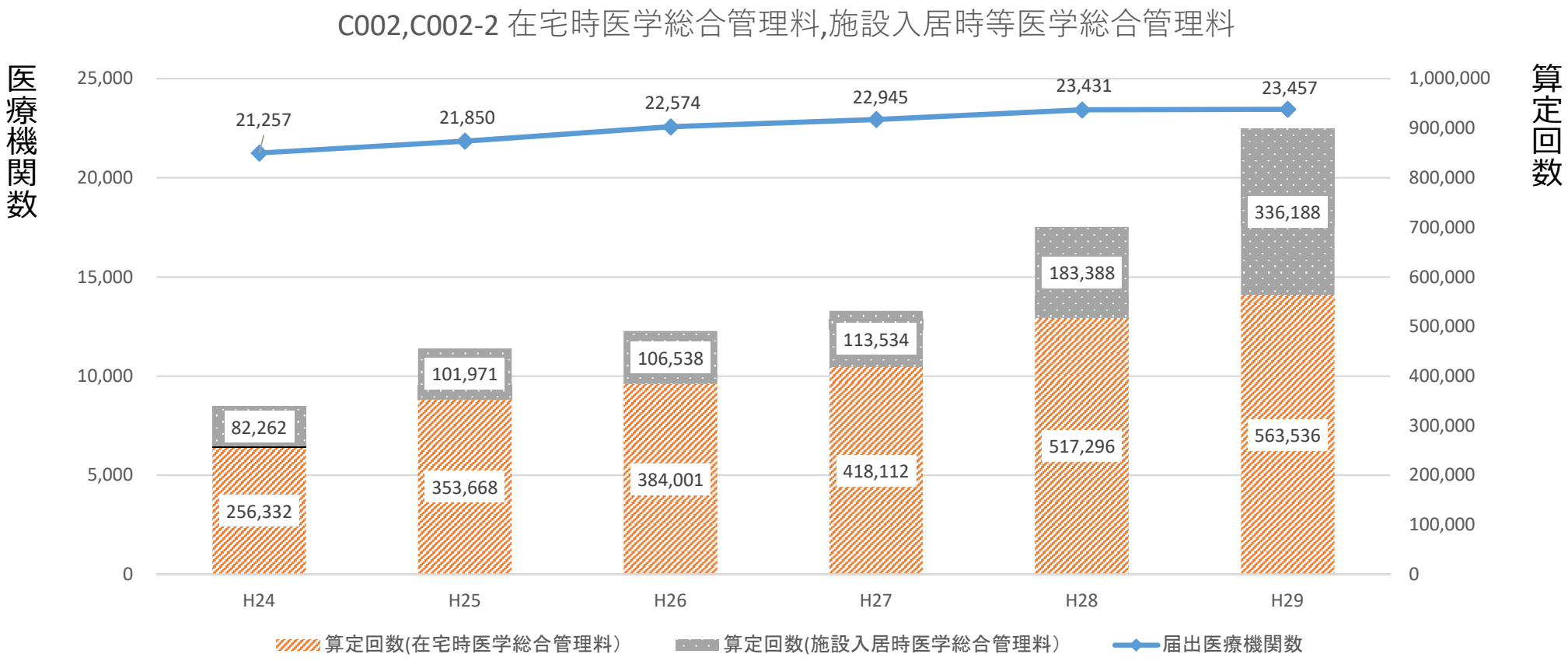


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

C002 在宅時医学総合管理料　C002-2 施設入居時等医学総合管理料

○　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

C002	在宅時医学総合管理料	在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るもの。 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理料を行った場合の評価。
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	



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日現在）

かかりつけ歯科医機能について

○　直近で受療した歯科医師・歯科医院を選んだ理由は、「かかりつけの歯科医だから」が最も多く、約46％であった。

○　かかりつけ歯科医がいる者の割合は約63％であった。

○　かかりつけ歯科医の機能として、口腔疾患の重症化予防のための継続的な管理を通じて、地域住民の健康の維持・増進に寄与すること等が挙げられる。

○　平成30年度診療報酬改定において、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準にかかる要件の見直しを行った。

歯科医師・歯科医院を選んだ理由

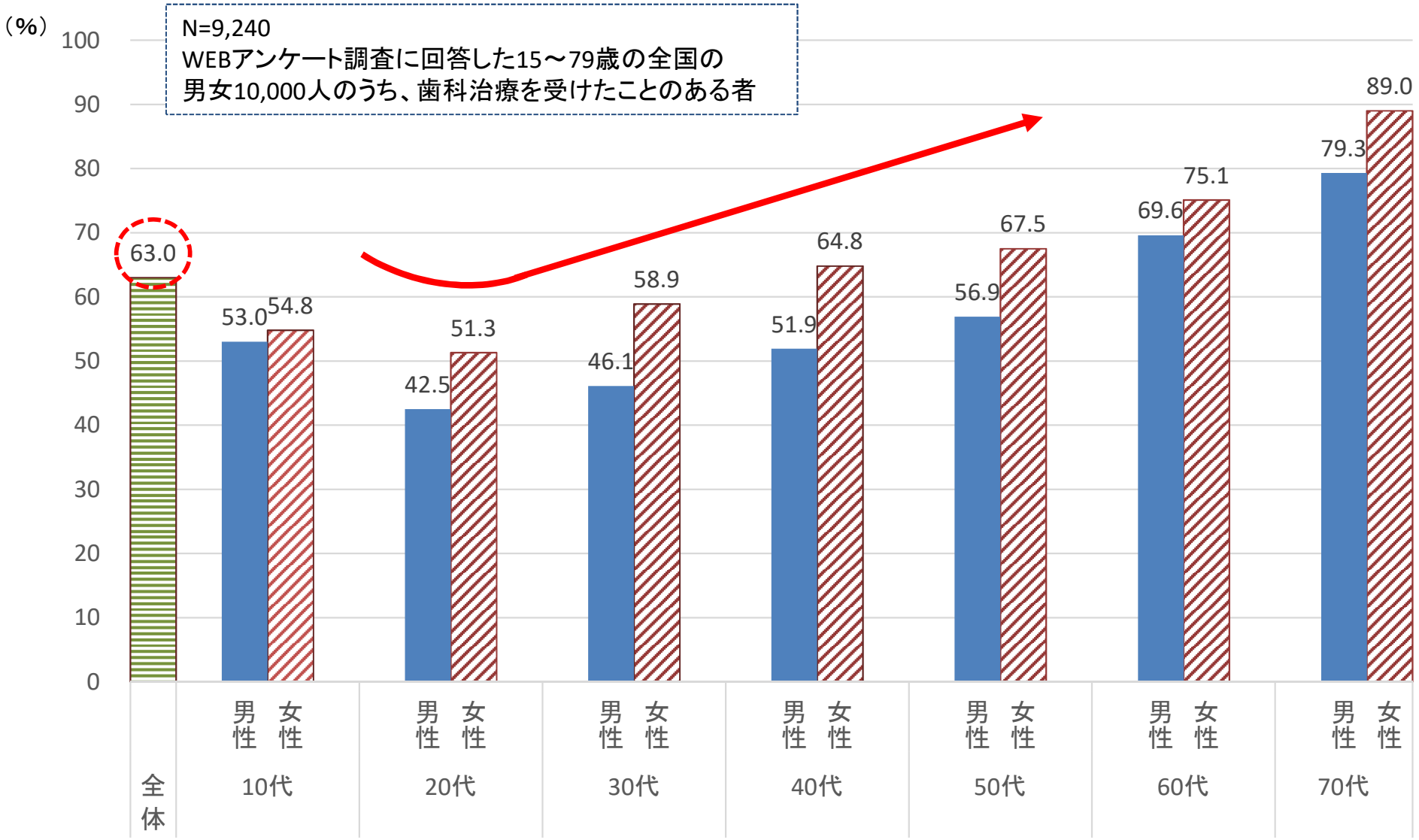
○　直近で受療した歯科医師・歯科医院を選んだ理由は、「かかりつけの歯科医だから」が最も多く、45.6%であった。次いで、「近所や通勤・通学の途中など、通院に便利な場所にあるから」「以前、治療を受けた・チェックを受けたことのある歯科医師・歯科医院だから」であった。

N=9,240
WEBアンケート調査に回答した15～79歳の全国の男女10,000人のうち、歯科治療を受けたことのある者

出典：2018年歯科医療に関する一般生活者意識調査（日本歯科医師会）

かかりつけ歯科医の有無

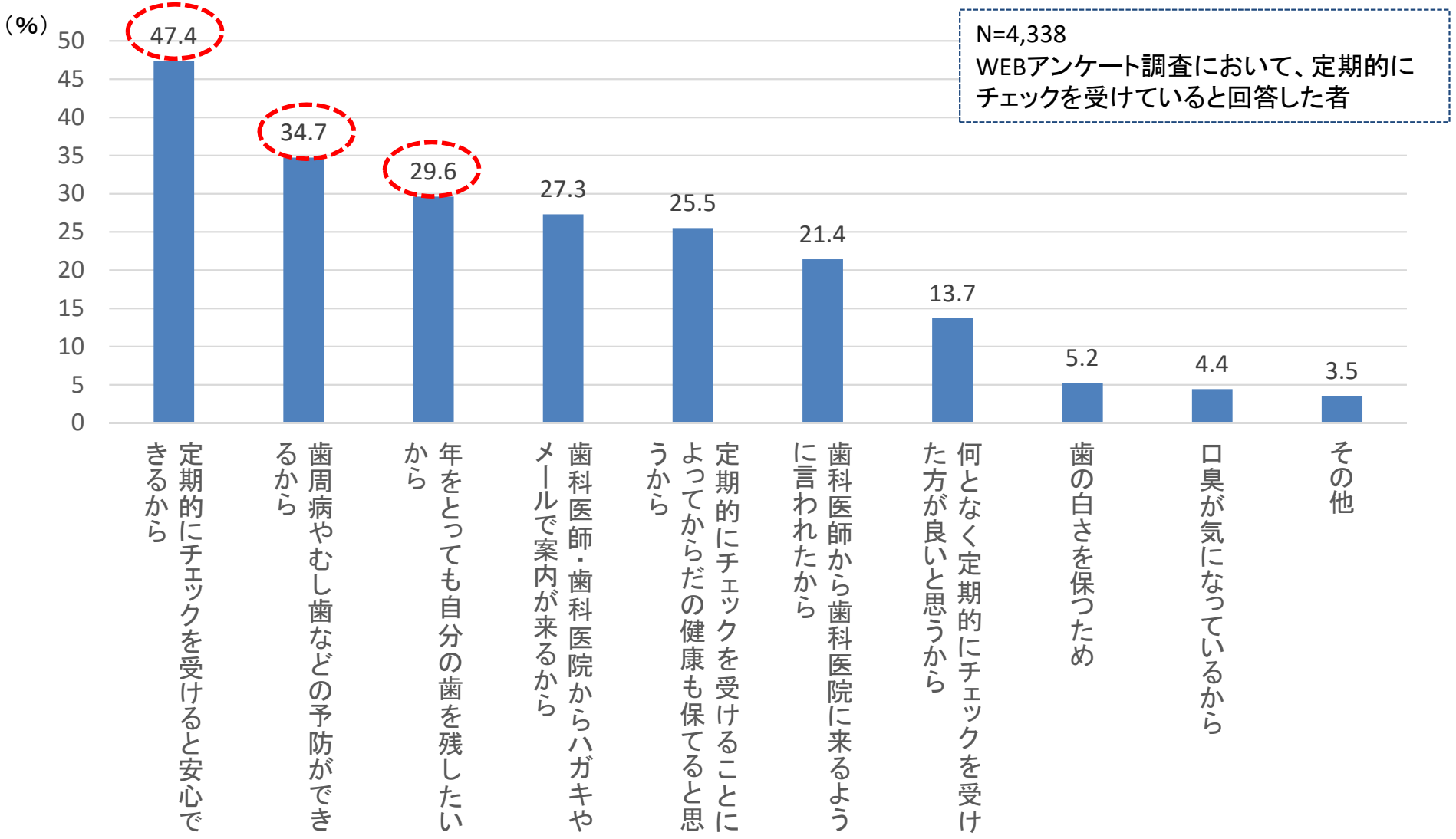
○　かかりつけ歯科医がいる者の割合は63.0%であった。
○　かかりつけ歯科医がいる者の割合は、全年齢階級において男性よりも女性の方が高かった。



出典：2018年歯科医療に関する一般生活者意識調査（日本歯科医師会）

定期的に受診する理由

○　定期的にチェックを受ける理由を尋ねたところ、「定期的にチェックを受けると安心できるから」が47.4%と最も多く、次いで、「歯周病やむし歯などの予防ができるから」、「年をとっても自分の歯を残したいから」であった。



出典：2018年歯科医療に関する一般生活者意識調査（日本歯科医師会）

かかりつけ歯科医の効果について

中医協　総－3
２７．７．２２

新しいう蝕の発生と フォローアップ回数の関連

○ 歯科診療所に通院している2～18歳を対象とした調査において、フォローアップ回数が10回を超えると1回と比較して、有意に新しいう蝕ができにくくなっていた。

フォローアップの回数

1回	1.0	
2-4回	0.608	p=0.134
5-9回	0.415	p=0.065
10回以上	0.473	p=0.010

対象：2002年から2008年に歯科診療所に通院している2歳から18歳の651人
分析方法：「新しくできたむし歯の数」を目的変数としてロジスティック回帰分析を実施

出典：Effect of Preventive Oral Hygiene Measures on the Development of New Carious lesions, (Oral Health Prev. Dent, 12, 2014)

かかりつけ歯科医の有無と 現在歯数との関連

○ 65歳以上の高齢者を対象とした調査において、3年以上同じ「かかりつけ歯科医」がいない者は現在歯数20本未満となるリスクが高くなっていた。

現在歯数が20本未満と関連する要因

		男性	女性
3年以上同じかかりつけ歯科医	あり	1.0	1.0
	なし	10.21（3.06～34.08）	6.66（1.43～30.97）

対象：65歳以上の高齢者
現在歯数19本以下の高齢者79人（男性19人、女性60人）
現在歯数20本以上の高齢者85人をコントロール
調査方法：質問紙調査
※「かかりつけ歯科医」：「かかりつけの歯医者（3年以上同じ）がありますか」の問いに対して「はい」「いいえ」で回答する形式により把握。

出典：高齢者で歯を20本以上保つ要因について～北海道道東地域におけるケース・コントロール研究～（口衛誌61, 2011）

かかりつけ歯科医の機能・役割

○　**かかりつけ歯科医は、地域包括ケアシステムの一翼を担い、地域保健活動や外来受診患者の口腔疾患の重症化予防のための継続的な管理を通じて、地域住民の健康の維持・増進に寄与すべきである。**

患者の身体状況・住まい等が変わっても、関係者と連携しつつ切れ目なくサービスを提供するなど、ライフステージに応じ、患者のニーズにきめ細やかに対応し、安全・安心な歯科保健医療サービスを提供することが求められる。

○　すなわち、かかりつけ歯科医は以下に示す3つの機能を有することで、住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目ない提供体制の確保、他職種との連携を実現することが求められる。

Ⅰ　住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応

- 歯科疾患の予防・重症化予防や口腔機能に着目した歯科医療の提供
- 患者に対する歯科医療機関の医療安全体制等の情報提供
- 地域保健活動への参画や、住民に対する健康教育、歯科健診等の実施

Ⅱ　切れ目ない提供体制の確保

- 外来診療に加え、患者の状態に応じた、病院や在宅等への訪問歯科診療の実施（訪問歯科診療を実施していない場合は、当該診療を実施している歯科医療機関と連携体制を確保するなど、役割分担の明確化）
- 休日・夜間等の対応困難なケースにおいては、対応可能な歯科医療機関を事前に紹介するなど、歯科医療機関間の連携体制の確保

Ⅲ 他職種との連携

- 医師や看護師等の医療関係職種、介護支援専門員（ケアマネージャー）等の介護関係職種等と口腔内状況の情報共有等が可能な連携体制の確保
- 食支援等の日常生活の支援を目的とした他職種連携の場への参画

出典：「歯科医師の資質向上等に関する検討会」中間報告書　～「歯科保健医療ビジョン」の提言～　平成29年12月25日

かかりつけ歯科医機能評価の充実

○　かかりつけ歯科医機能をより一層推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の見直しや、かかりつけ医との情報共有・連携の評価を行う。

・ う蝕・歯周病の継続管理の算定実績の明確化

連携

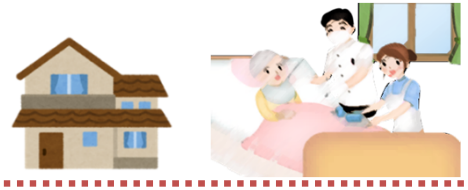
・学校歯科医等の実績を評価

・在宅療養支援歯科診療所との連携を評価

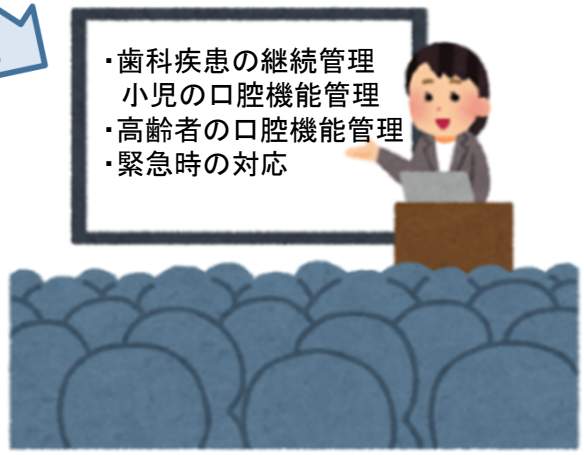
連携

・在宅医療、介護に関する連携等を評価
・多職種連携の評価　等

歯科訪問診療への移行



・外来から歯科訪問診療に移行した場合を評価



・研修内容の見直し

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所①

○　平成30年度診療報酬改定において、う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績を要件として追加する等の要件の見直しを行った。

【施設基準】 ※令和2年3月31日まで経過措置　　※下線部はH30改定で見直しを行った主な内容

○　過去1年間に歯周病安定期治療（Ⅰ）又は歯周病安定期治療(Ⅱ)をあわせて30回以上算定実績。
○　過去1年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算をあわせて10回以上算定実績。
○　クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨の届出。
○　歯科初診料の注1に規定する施設基準の届出。
○　過去1年間に歯科訪問診療1若しくは歯科訪問診療2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1若しくは在宅療養支援歯科診療所2に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて5回以上であること。
○　過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて5回以上算定している実績があること。
○　当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修（口腔機能の管理を含む）、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。
○　以下のうちの3つ以上に該当していること。
・過去1年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。
・地域ケア会議に年1回以上出席。
・介護認定審査会の委員の経験。
・在宅医療に関するサービス担当者会議、病院・介護保険施設等で実施される多職種連携会議等に参加。
・栄養サポートチーム等連携加算1又は栄養サポートチーム等連携加算2を算定実績。
・在宅医療・介護等に関する研修を受講。
・過去1年間に、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。
・認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講。
・自治体等が実施する事業に協力。
・学校歯科医等に就任。
・歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定実績。

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所②

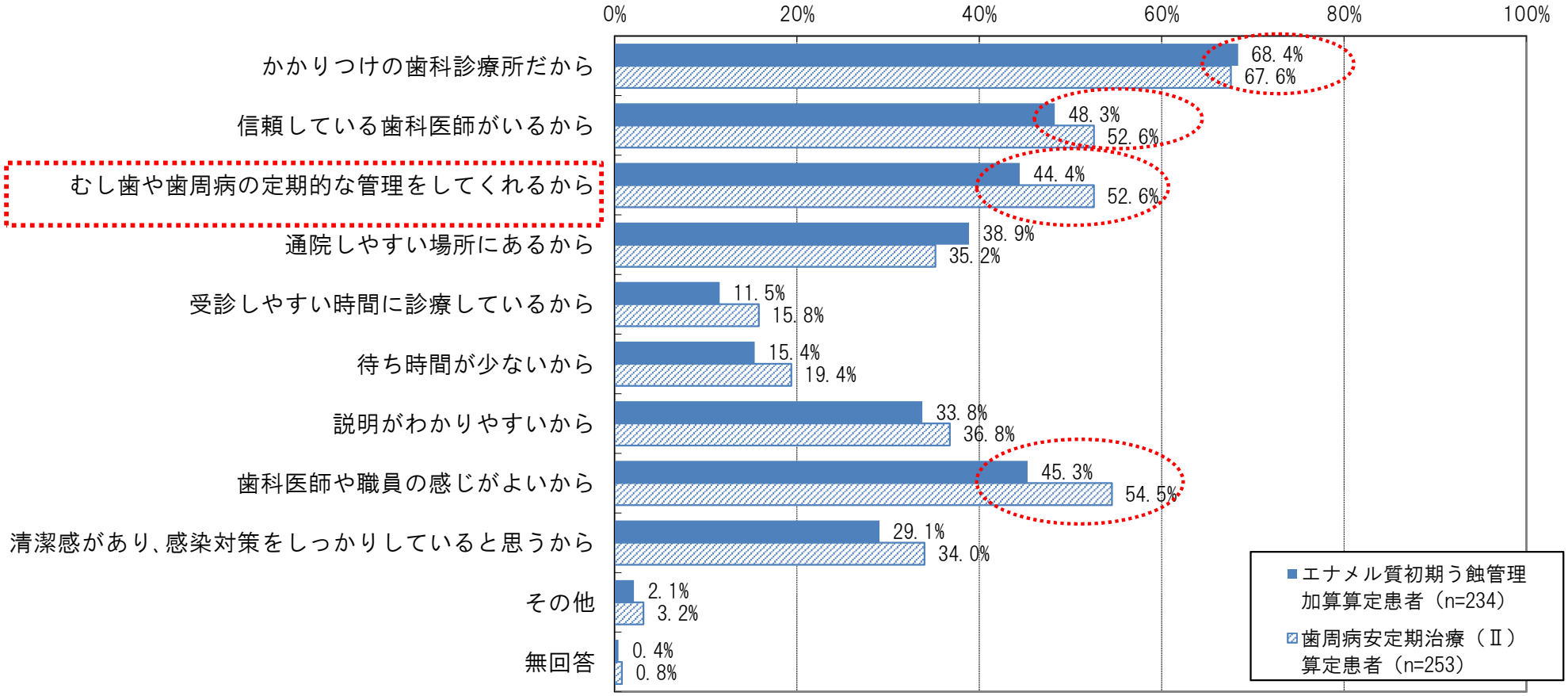
○　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、
平成28年７月１日現在の届出医療機関数は3,834施設、
平成29年７月１日現在の届出医療機関数は7,525施設であった。

＜かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の診療報酬上の評価＞

区分	かかりつけ機能強化型歯科診療所	その他
エナメル質初期う蝕管理加算	260点	―
歯科訪問診療補助加算	同一建物居住者以外の場合115点、 同一建物居住者の場合50点	同一建物居住者以外の場合90点、 同一建物居住者の場合30点
歯科訪問診療移行加算	150点	100点
在宅患者 訪問口腔リハビリテーション 指導管理料	右記　＋75点	10歯未満　350点 10歯以上20歯未満　450点 20歯以上　550点
小児在宅患者 訪問口腔リハビリテーション 指導管理料	右記　＋75点	450点
歯周病安定期治療(Ⅱ)	10歯未満　380点 10歯以上20歯未満　550点 20歯以上　830点	―

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を選んだ理由

○　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に通院中の患者が当該歯科診療所を選んだ理由は、「かかりつけの歯科診療所だから」の他に、「歯科医師や職員の感じがよいから」「信頼している歯科医師がいるから」「むし歯や歯周病の定期的な管理をしてくれるから」が多かった。

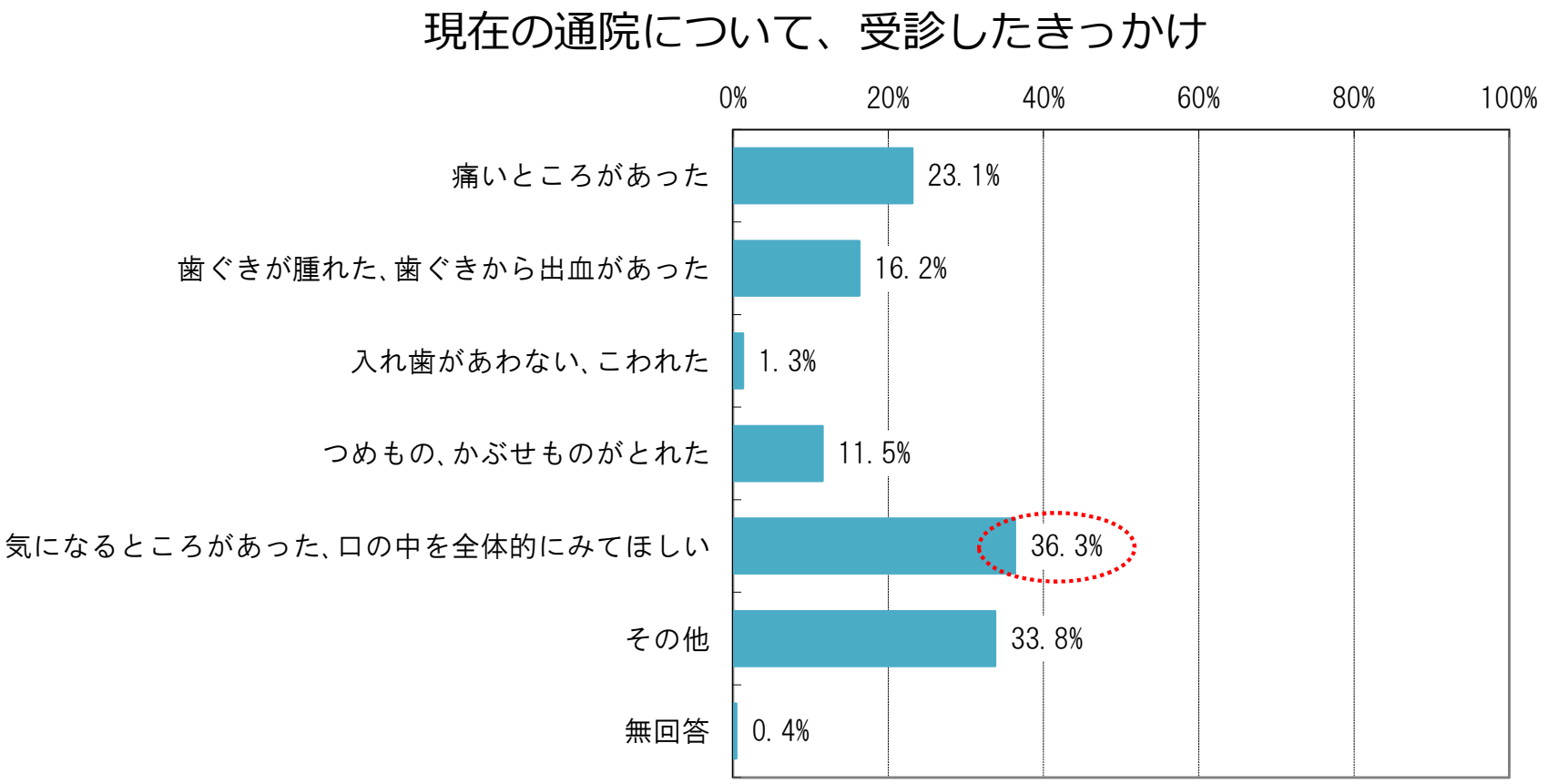


回答者：かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を受診し、H28.8.1～10.31の間にエナメル質初期う蝕管理加算又は歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した患者

出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度）　※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に通院したきっかけ

○　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に通院中の患者について、現在の通院のきっかけは「気になるところがあった、口の中を全体的にみてほしい」が約36%で最も多かった。



回答者：かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を受診し、H28.8.1～10.31の間にエナメル質初期う蝕管理加算又は歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した患者

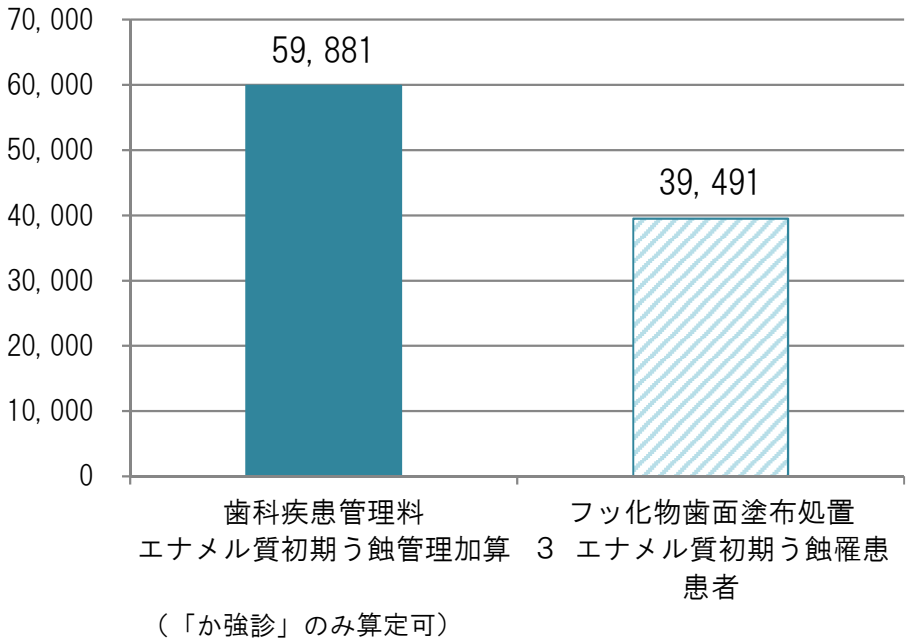
出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度）　※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の状況

○　平成29年4月現在のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（「か強診」）の届出数は7,031施設であり、歯科診療所の約10%であった。

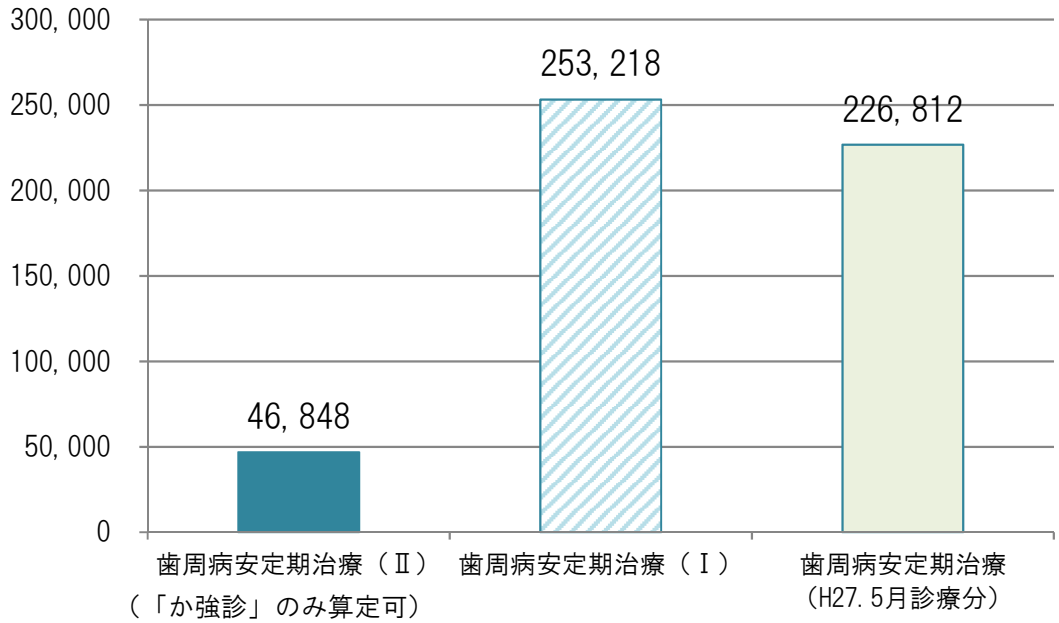
○　エナメル質初期う蝕管理の算定回数は、「か強診」のみ算定可能な「エナメル質初期う蝕管理加算」の方が多いが、歯周病安定期治療についてはすべての歯科医療機関が算定可能な歯周病安定期治療（Ⅰ）の方が多かった。

エナメル質初期う蝕管理の算定回数



（「か強診」のみ算定可）

歯周病安定期治療の算定回数



（「か強診」のみ算定可）

出典：NDBデータH28.5月診療分（保険局医療課調べ）

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出施設数（H29年4月1日現在）：7, 031施設
※H28. 5. 1時点：2, 636施設
（参考：平成28年4月1日現在　歯科保険医療機関数（診療所）：69, 618施設）　保険局医療課調べ

歯科初診料、再診料の注1に関する届出

○　平成30年度診療報酬改定において、院内感染対策を推進する観点から歯科初診料及び歯科再診料の見直しを行った。

○　平成31年４月１日現在の届出医療機関数は、65,211施設（約95%）であった。

※保険局医療課において集計した速報値

【施設基準】

１　歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
（患者ごとの交換、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理）

２　歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。

３　歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。

４　歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。

＜歯科初診料の届出にかかる診療報酬上の評価＞

区分	届出あり	届出なし
歯科初診料	237点	226点
歯科再診料	48点	41点

かかりつけ薬剤師・薬局機能について

○ 「薬機法等制度改正に関するとりまとめ」において、医薬分業の現状、今後のあり方等がまとめられている

○ かかりつけ薬剤師は、日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師。服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導、医療機関との連携等が期待されている

○ 患者が薬局を選ぶ上で考慮する理由として、医療機関から近いことを挙げる割合は全年代を通じて多い。ただし、年齢があがるにつれて、信頼できる薬剤師の存在等を挙げる割合が増える

○ 受診する医療機関が増えるほど、来局する薬局数も増える傾向にある。3箇所以上の薬局に来局する患者もいる

○ かかりつけ薬剤師指導料の算定実績は全体の約1.5%程度で、算定回数は最近は横ばい

○ かかりつけ薬剤師を持つ患者では、①残薬整理、②検査値の活用、③調剤後の電話での状況確認、④時間内／時間外を問わない相談について、「受けたことがある」、又は「受けたことがないが今後受けてみたい」と回答したのは7割～8割程度

○ かかりつけ薬剤師では、処方医への疑義照会や重複投薬防止の取組の割合が通常よりも高いというデータがある

○ お薬手帳を持っていくと患者負担が少なくなることを約7割の患者が知っており、6ヶ月以内に薬局を再来局した患者では、約7割がお薬手帳を持参していた

平成30年10月18日 第７回
医薬品医療機器制度部会
資料２

医薬分業が目指すもの

○　医薬分業とは、医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することによって、医療の質の向上を図ることを目指すもの

医師と薬剤師が相互に専門性を発揮することによる効果

○　薬剤師が、薬剤服用歴（服薬状況、副作用やアレルギー歴などの状況、相談内容等）の確認などにより、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握した上で、薬剤師の持つ薬理学、薬物動態学、製剤学などの薬学的知見に基づいて薬学的管理・指導が行われることにより、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無の確認などが可能となること。

○　薬剤師が、処方した医師・歯科医師と連携して、薬の効果、副作用、用法などについて患者に説明（服薬指導）することにより、患者の薬に対する理解が深まり、調剤された薬を適切に服用することが期待できること。

↓

薬物療法の有効性、安全性の向上

↓

医療の質の向上

医薬分業の今後のあり方について①

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

１．医薬分業の現状

○　（前略）厚生労働省の調査では、薬局において応需した処方箋のうち約2.8%について疑義照会が行われ、応需処方箋の約1.0%が処方変更につながっていることが示されるなど、一定の役割を果たしてきた。その一方で近年、これまで長らく薬局においては概して調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務が行われるにとどまり、薬剤師による薬学的管理・指導が十分に行われているとはいえず、そのような状況下での医薬分業については、患者にとってのメリットが感じられないとの指摘や、公的医療保険財源や患者の負担に見合ったものになっていないとの指摘がされるようになってきている。

○　（前略）1970年代以降、診療報酬で処方箋料の引上げや薬価差解消等の措置がとられたこともあり、処方箋受取率は上昇を続け、現在では処方箋受取率７割 、薬局数は５万９千を超えている。費用面では、調剤技術料は調剤報酬改定での引上げもあって直近で1.8兆円に達しており、収益を内部留保として積み上げている薬局もある。

○　このような中で、厚生労働省は、平成27年に患者本位の医薬分業の実現に向けて「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進して、薬剤師の業務を対物業務から対人業務を中心とした業務へシフトさせ、薬剤師がその専門性を発揮するよう、医療保険制度等における対応も含めて施策を進めてきた。

○　今回、本部会では、薬剤師・薬局のあり方と併せて医薬分業のあり方に関して議論してきたが、医薬分業により、医療機関では医師が自由に処方できることや医薬品の在庫負担がないことに加え、複数の医療機関を受診している患者について重複投薬・相互作用や残薬の確認をすることで、患者の安全につながっているという指摘がある一方で、現在の医薬分業は、政策誘導をした結果の形式的な分業であって多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていないという指摘や、単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで業が成り立っており、多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がないという指摘、さらには、薬剤師のあり方を見直せば医薬分業があるべき姿になるとは限らず、この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきであるという指摘があった。このことは関係者により重く受け止められるべきである。

医薬分業の今後のあり方について②

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

２．今後の地域における薬物療法の提供に当たっての患者支援のあり方

○　（前略）患者は、外来、在宅、入院、介護施設など複数の療養環境を移行することから、療養環境に関わらず、医師と薬剤師が密に連携し、他の職種や関係機関の協力を得ながら、患者の服薬状況等の情報を一元的・継続的に把握し、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが重要となっている。

○　（前略）がんの薬物療法に関して、経口薬が増加して外来で処方される機会が多くなっているなど、専門性が高い薬学的管理が継続的に必要となる薬物療法が提供される機会が増加している。このような状況に適切に対応するためには、臨床現場で専門性が高く、実践的な経験を有する医療機関の薬剤師が中心的な役割を果たしつつも、地域の実情に応じて、一定の資質を有する薬局の薬剤師が医療機関の薬剤師と連携しながら対応することが望ましいと考えられる。

○　（前略）薬剤師・薬局が経済的な利益の追求や効率性にのみ目を奪われ、このような機能を果たさず、調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務にとどまる場合には、患者にとってメリットが感じられないものとなり、今後の患者に対する医薬分業の地域医療における意義は非常に小さくなると言わざるを得ない。

○　本部会での議論では、現在の薬局薬剤師と比較して、医療機関の薬剤師は医療への貢献度が他の職種から見てもわかりやすく、その役割が見える存在になっている一方で、医療機関の薬剤師業務が十分評価されておらず、医療機関の薬剤師の総数が薬局の薬剤師に比較して増えていないとの指摘があった。

○　今後、薬局薬剤師と医療機関の薬剤師が連携して、外来や入退院時に患者情報等の共有を行いながら切れ目のない薬学的管理と患者支援を行うことが一層求められると考えられるが、そのためには、医療機関の薬剤師の役割はさらに重要になってくる。

医薬分業の今後のあり方について③

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

３．おわりに

○　本部会では、今回、薬剤師・薬局のあり方と医薬分業のあり方に関して幅広く議論してきたが、これには、薬剤師法や薬機法上の措置のほか、医療保険制度や介護保険制度における報酬上の措置、医療法における医療計画上の措置など関連制度が密接に関係する。そのため、それら関連制度の検討に当たっては、今回の本部会での議論を踏まえることが期待される。

○　（前略）医療保険制度における対応においては、平成28年度改定以降の調剤報酬改定において、患者本位の医薬分業となるよう、累次にわたる改定で見直しを進めるとされたが、今回の制度部会での議論も十分踏まえ、患者のための薬局ビジョンに掲げた医薬分業のあるべき姿に向けて、診療報酬・調剤報酬において医療機関の薬剤師や薬局薬剤師を適切に評価することが期待される。

かかりつけ薬剤師・薬局

かかりつけ薬剤師

日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師

＜かかりつけ薬剤師・薬局に求められること＞

- 地域における必要な医薬品（要指導医薬品等を含む。）の供給拠点であること
- 医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在であること
- 患者からの選択に応えられるよう、かかりつけ医との連携の上で、在宅医療も含め、患者に安全で安心な薬物療法を提供すること
- **地域における総合的な医療・介護サービス（地域包括ケア）を提供する一員**として、患者ごとに最適な薬学的管理・指導を行うこと

「患者のための薬局ビジョン」より

「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

平成27年10月23日公表

健康サポート薬局

健康サポート機能

☆ 国民の**病気の予防や健康サポートに貢献**
- 要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
- 健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
- 専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援　等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

☆ **副作用や効果**の継続的な確認

☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**

○ ＩＣＴ（電子版お薬手帳等）を活用し、
- 患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
- 一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
- 24時間の対応
- 在宅患者への薬学的管理・服薬指導

※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

☆ 疑義照会・処方提案

☆ 副作用・服薬状況のフィードバック

☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有

☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応

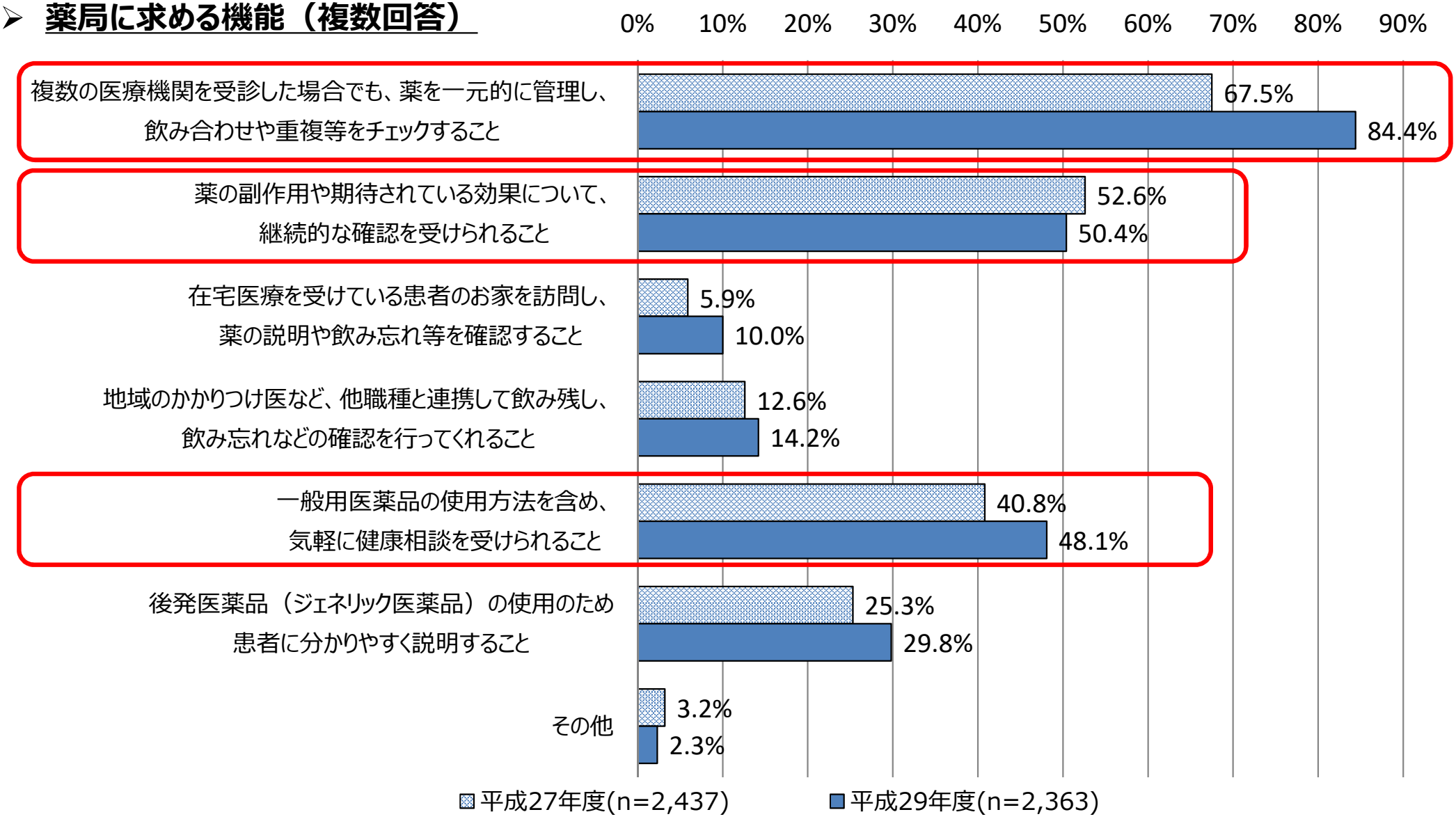
☆ 医療機関への受診勧奨

患者が薬局に求める機能

中医協　総－3
29.12.8

○　患者が薬局に求める機能としては、薬の一元的・継続的な確認や気軽に健康相談を受けられることの回答が多く、2年前に比べて増加傾向にある。

➢ 薬局に求める機能（複数回答）



医療課委託調査（薬局の機能に係る実態調査、平成27・29年度）

かかりつけ薬剤師・薬局が必要となる患者像

「患者のための薬局ビジョン」から抜粋・要約

（１）特にかかりつけ薬剤師・薬局が重要な場合

以下のような服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者

① 高齢者
② 生活習慣病などの慢性疾患を有する患者
③ 重篤あるいは希少な疾患等の患者
④ 妊婦
⑤ 乳幼児　など

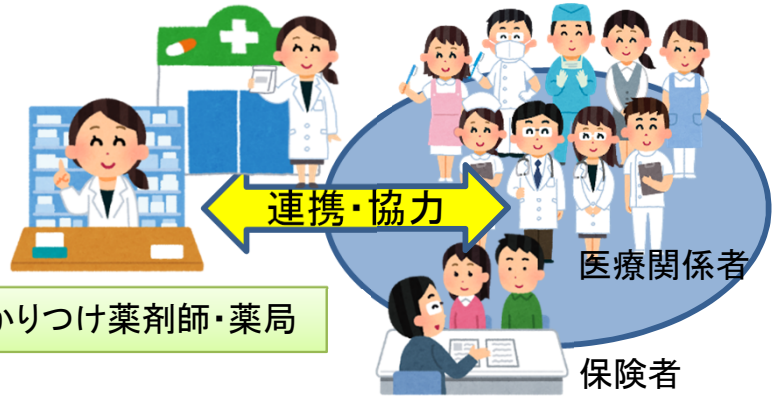
（２）かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶことが望ましい場合（日頃からの健康管理に関する支援等として）

① 生活習慣病の予備群
② 日常の健康管理が求められる層

服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者、
日常の健康管理が求められる層

薬学的管理、日常の健康管理に関する支援等

個々のニーズに合わせて自ら選択

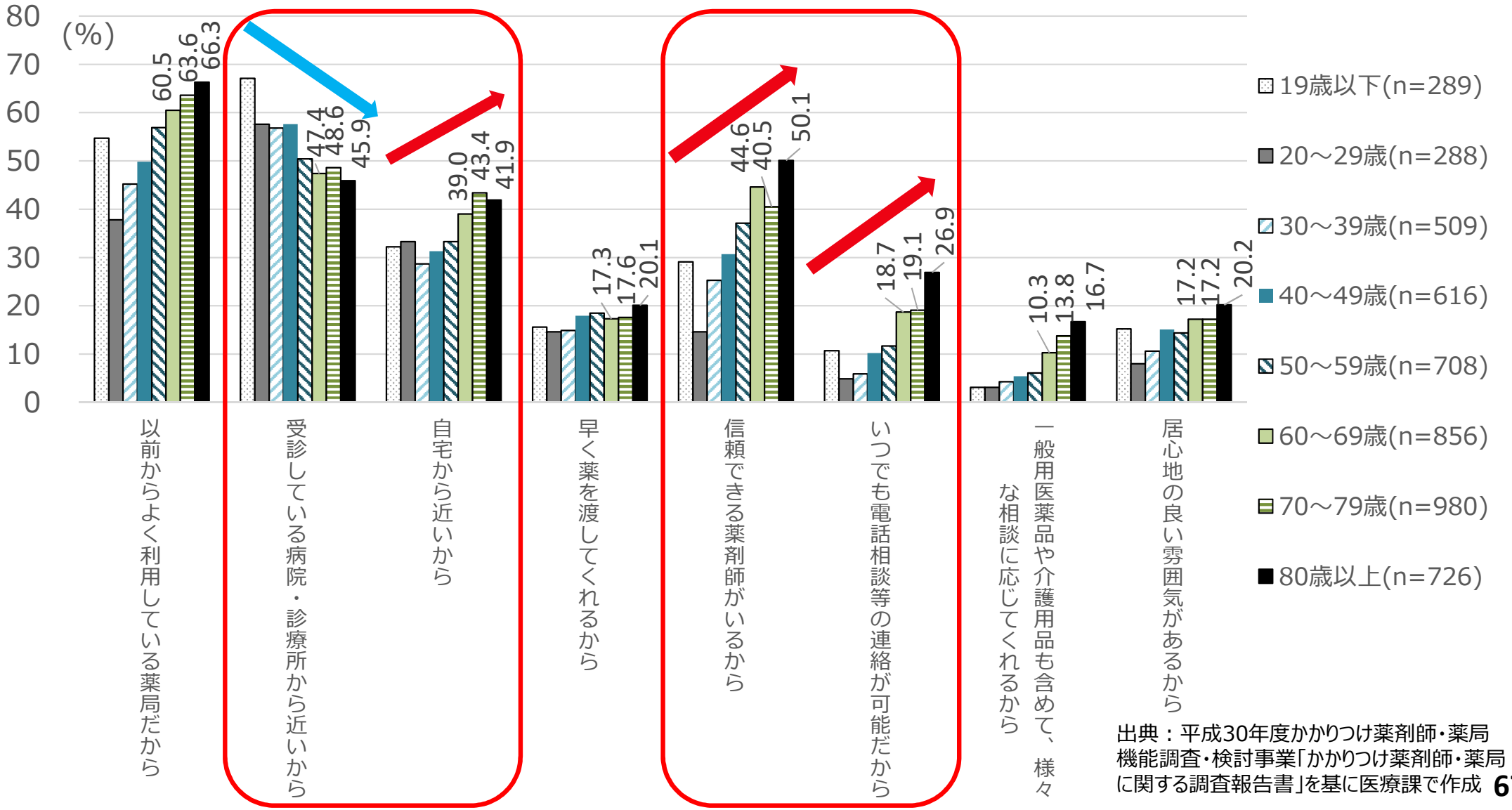


かかりつけ薬剤師・薬局

患者が薬局を選択する理由

○　薬局を選ぶ観点は、医療機関から近いことが全年代を通じて多いが、年齢があがるにつれてその割合は減少傾向。
○　一方で、年齢があがるにつれて、自宅から近いこと、信頼できる薬剤師がいること、いつでも電話相談等が可能であることなどの割合が増加傾向。

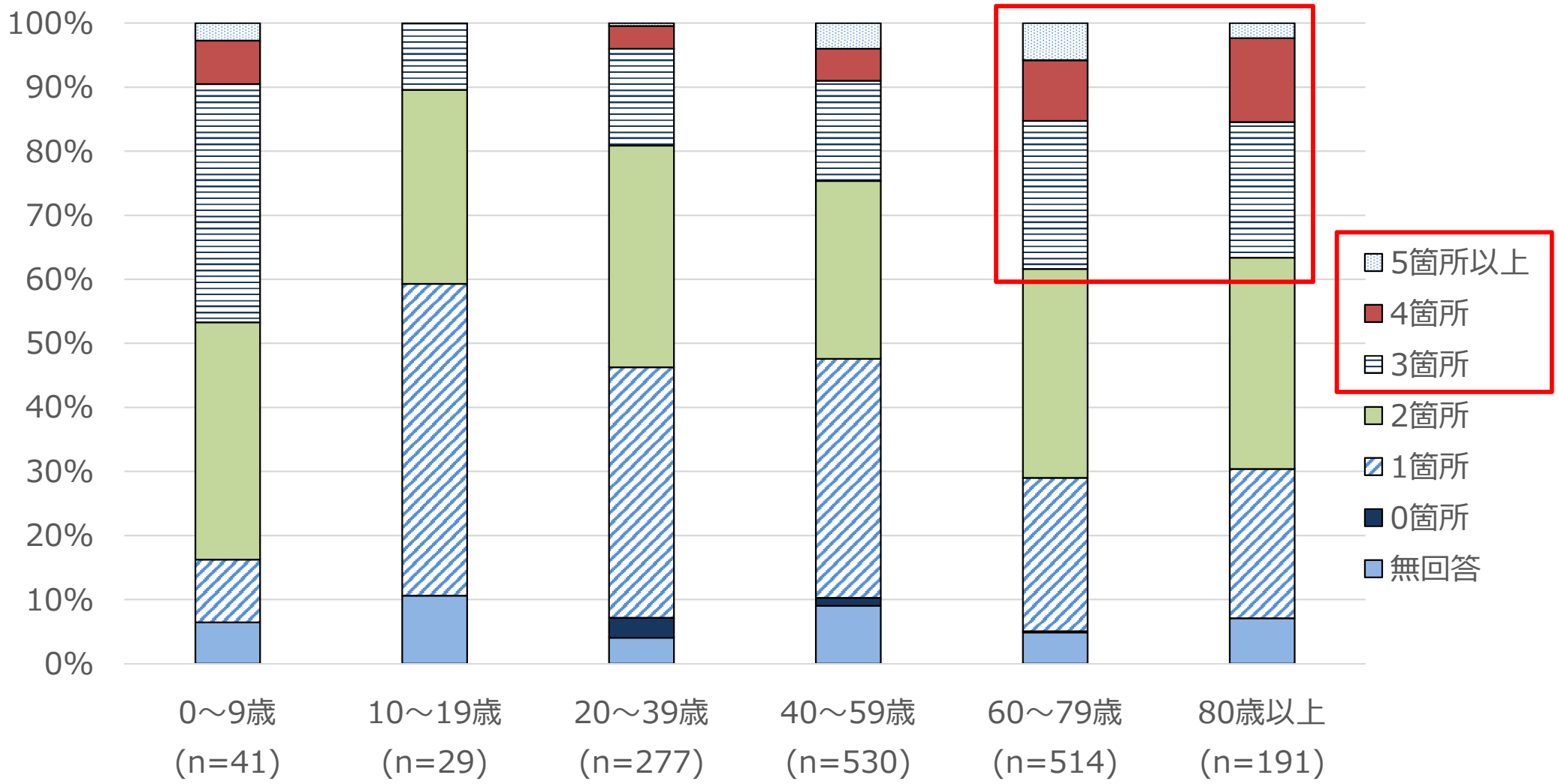
➢ **利用する薬局を選ぶ観点（複数回答 患者調査）**



出典：平成30年度かかりつけ薬剤師・薬局機能調査・検討事業「かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査報告書」を基に医療課で作成

年齢別の医療機関受診数（６ヶ月）

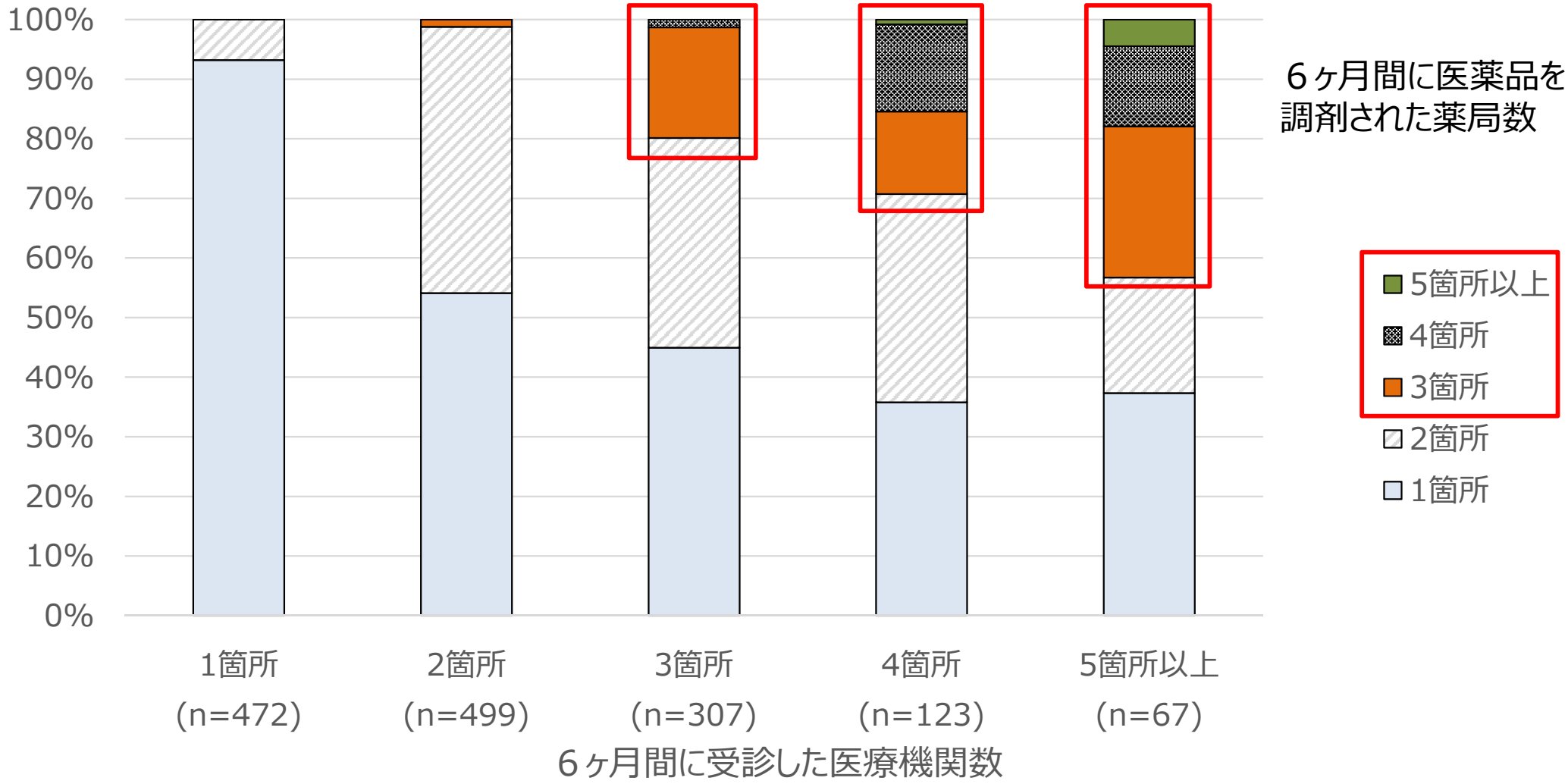
○　高齢者では、複数の医療機関を受診する割合が多い。



出典：薬局の機能に係る実態調査（平成30年度医療課委託調査）に基づき医療課が作成

受診医療機関別の来局薬局数（６ヶ月間）

○　受診する医療機関が増えるほど、来局する薬局数も増える傾向にある。
○　３箇所以上の薬局に来局する患者が一定数いる。
（３箇所の医療機関を受診する場合で約20%、４箇所の医療機関を受診する場合で約30%、5箇所以上の医療機関を受診する場合で約40%いた。）



出典：薬局の機能に係る実態調査（平成30年度医療課委託調査）に基づき医療課が作成

かかりつけ薬剤師の評価

かかりつけ薬剤師の評価

➢　患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

かかりつけ薬剤師指導料　　73点（1回につき）

※　薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。）と同時に算定できない。

[算定要件]

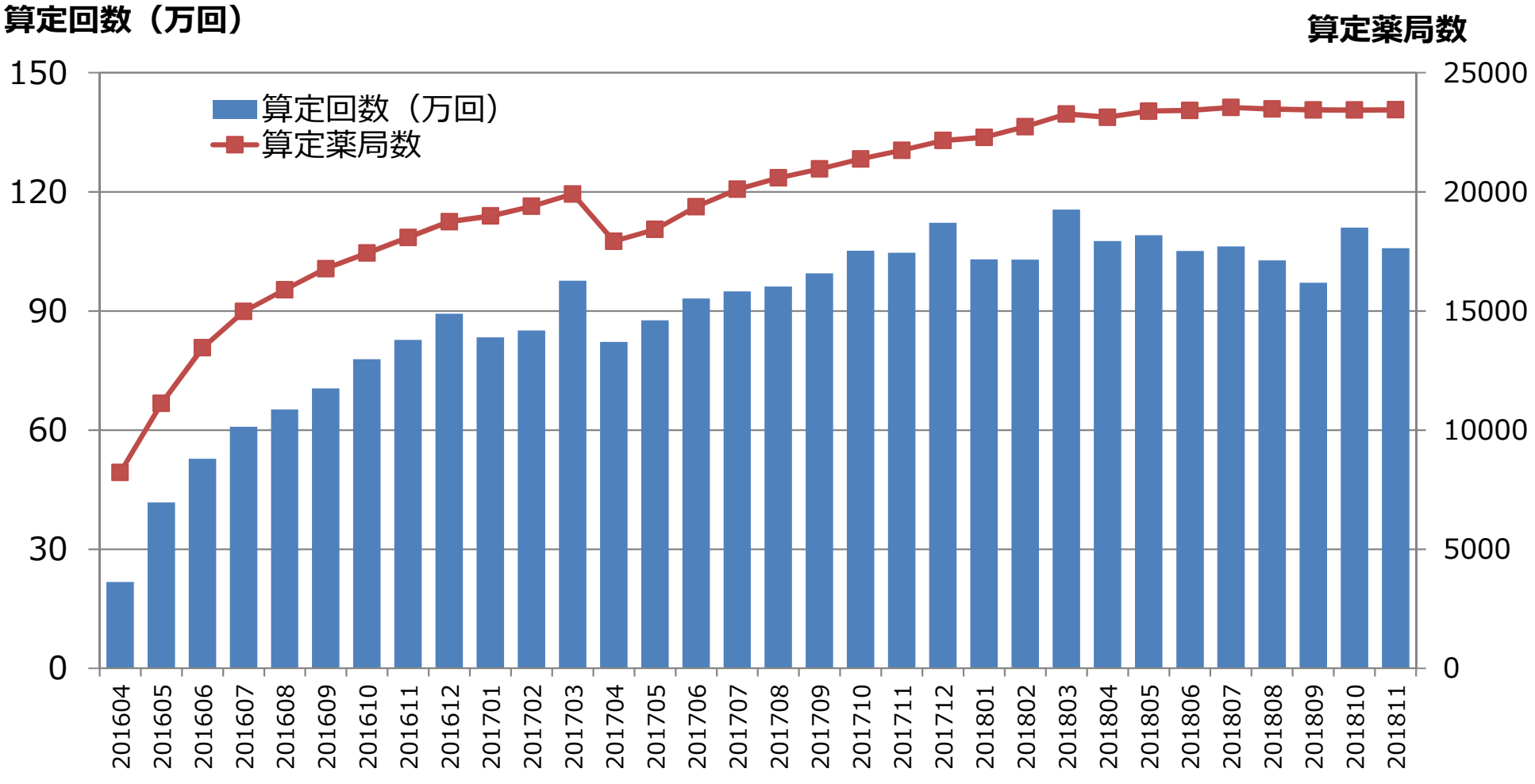
① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。
② 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。
③ 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない（要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料は算定できる。）。
④ 手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。
⑤ 担当患者に対して以下の業務を実施すること。
　ア　薬剤服用歴管理指導料に係る業務
　イ　患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬等の情報を把握
　ウ　担当患者から24時間相談に応じる体制をとり、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付（やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可）
　エ　調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案
　オ　必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を実施
　カ　必要に応じ、患者の同意を得て、患者が入手している血液・生化学検査結果の情報を参考に薬学的管理及び指導を実施

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。
(1)　以下の経験等を全て満たしていること。
　　ア　施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
　　イ　当該保険薬局に週32時間以上（32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあっては、週 24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。）勤務していること。
　　ウ　施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。
(2)　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。
(3)　医療に係る地域活動の取組に参画していること。

かかりつけ薬剤師指導料の算定状況（2018年11月まで）

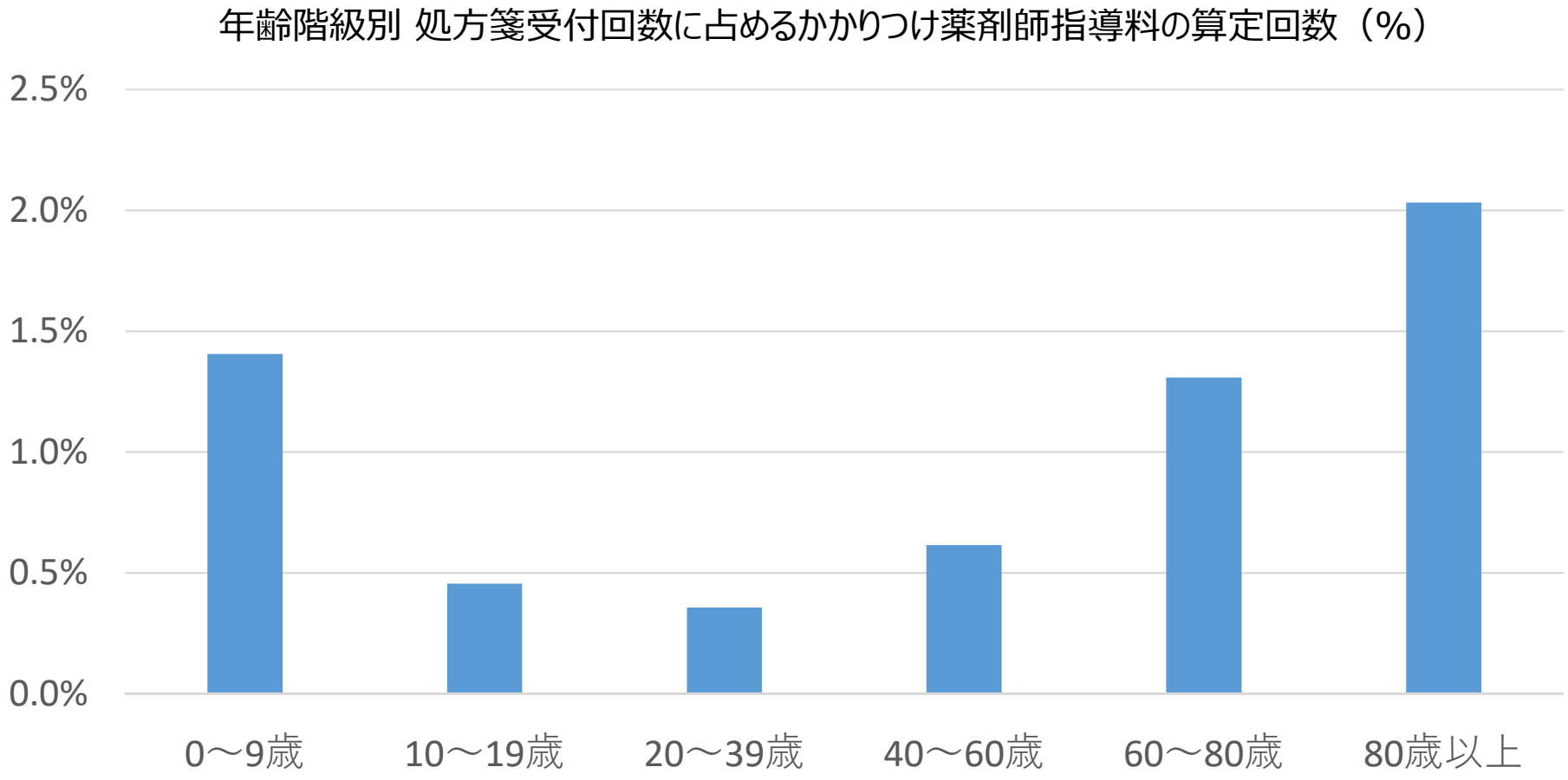
○　かかりつけ薬剤師指導料の算定回数、算定薬局数は最近は横ばい。平成30年11月の算定回数は、全処方箋枚数7,068万枚の1.50%に相当する。



〔出典〕「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）特別集計

年齢別のかかりつけ薬剤師指導料等の算定回数

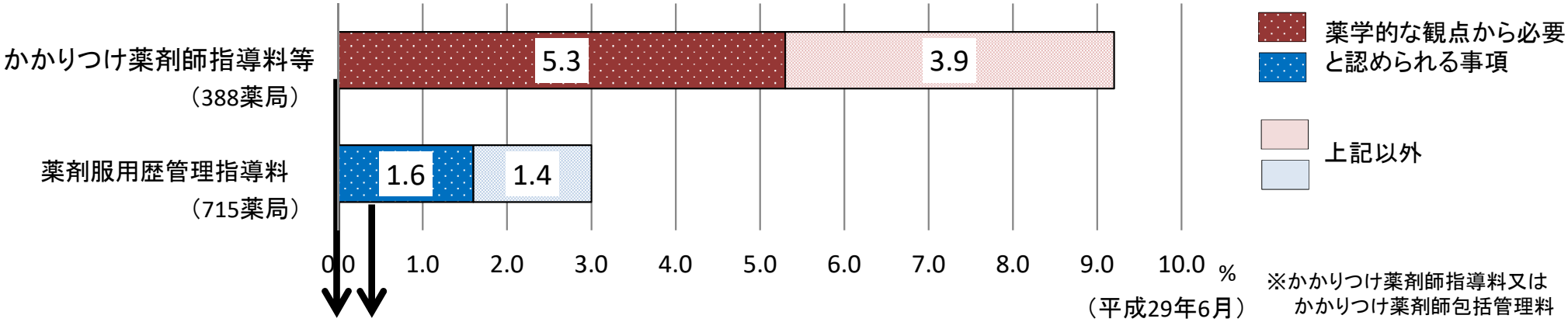
○　10歳未満、60歳以上でかかりつけ薬剤師指導料等*の算定回数の割合が多い。



出典：平成29年社会医療診療行為別統計　６月審査分
*かかりつけ薬剤指導料及びかかりつけ薬剤師包括指導料の合計

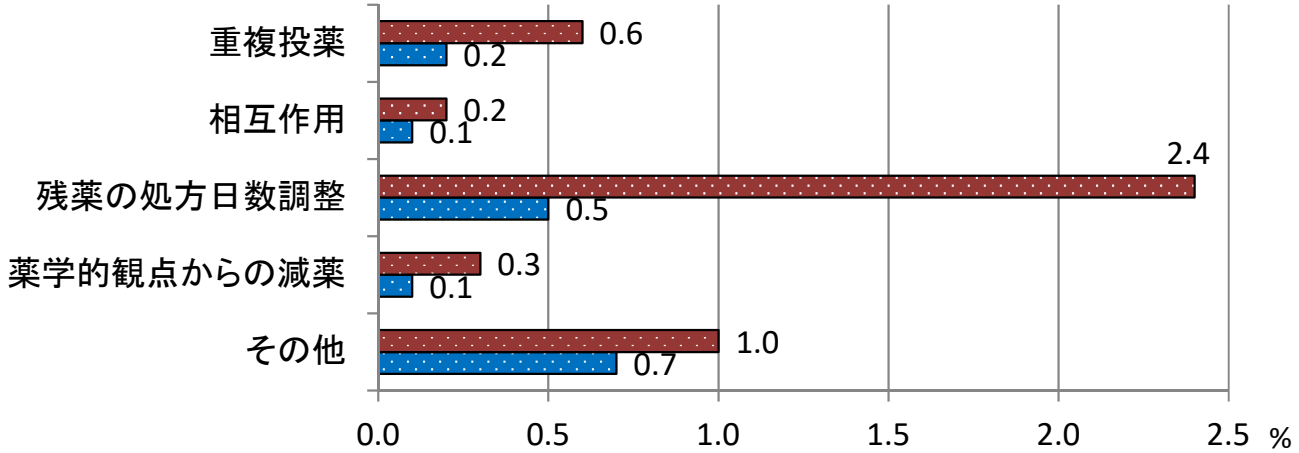
かかりつけ薬剤師とそれ以外の場合の疑義照会の取組

○　疑義照会の割合は、かかりつけ薬剤師指導料等を算定した場合で9.2%、薬剤服用歴管理指導料を算定した場合で3.0%であった。
○　疑義照会の内容別に分けても前者の方がそれぞれ高い傾向にあり、かかりつけ薬剤師の方が医師との連携が図れていることがうかがえる。

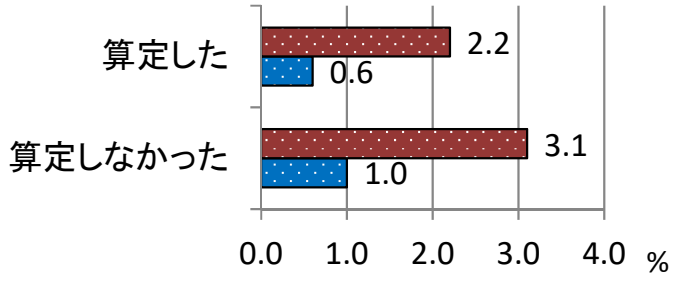


「薬学的な観点から必要と認められる事項」の内訳

● 疑義照会の内容



● 重複投薬･相互作用等防止加算の算定

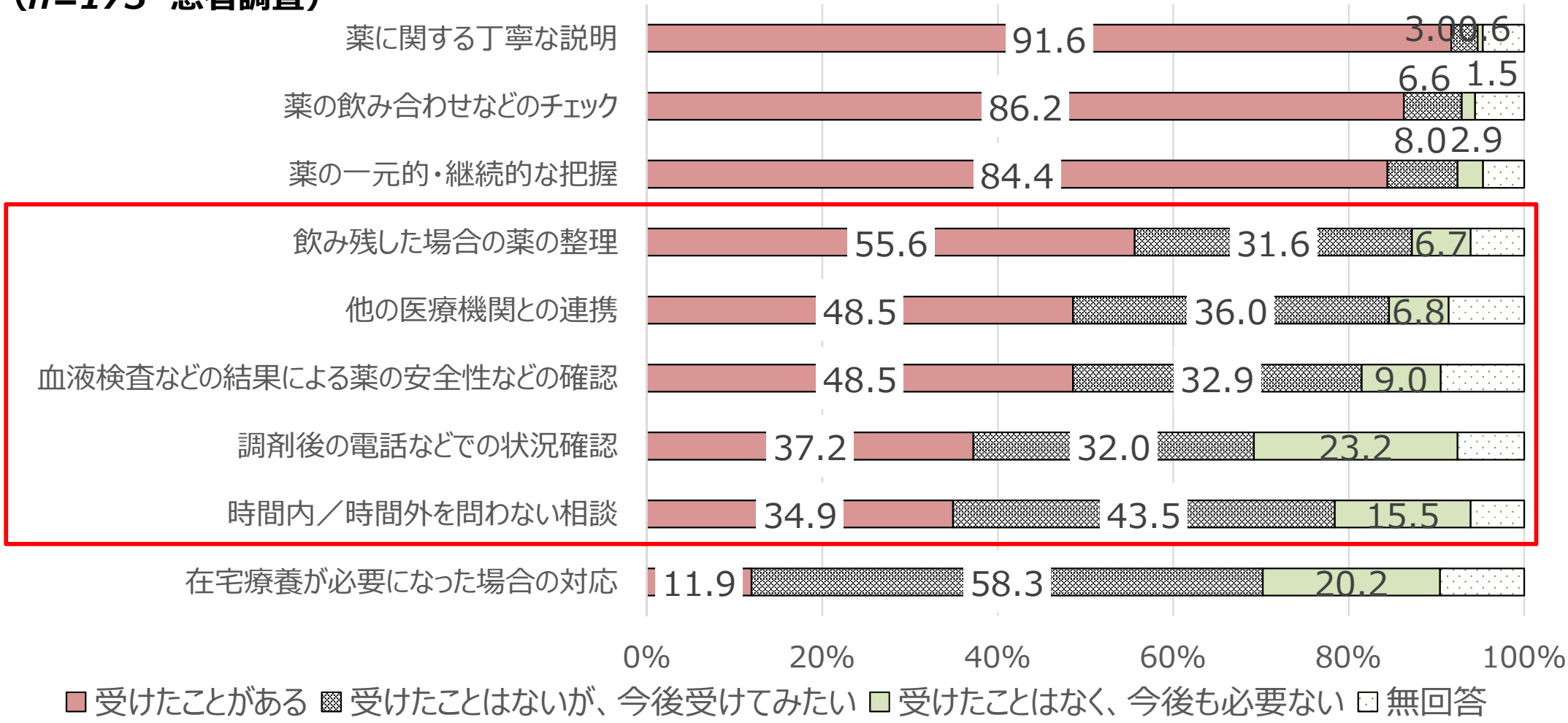


出典）診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29かかりつけ薬剤師調査)

かかりつけ薬剤師による薬学管理の状況等

○　かかりつけ薬剤師指導料の同意書のサインをしたことがある患者では、①残薬整理、②検査値の活用、③調剤後の電話での状況確認、④時間内／時間外を問わない相談を受けたことがあるのは４割～５割程度であり、受けたことがないが今後受けてみたいとの回答を含めると７割～８割程度であった。

かかりつけ薬剤師指導料の同意書にサインをしたことがある患者に対する薬学管理の状況等
（*n=173*　患者調査）



出典：薬局の機能に係る実態調査（平成30年度医療課委託調査）に基づき医療課が作成

お薬手帳について

意義と役割

利用者自身が、

- ①自分の服用している医薬品について把握するとともに正しく理解し、②服用した時に気付いた副作用や薬の効果等の体の変化や服用したかどうか等を記録することで、医薬品に対する意識を高める。
- 複数の医療機関を受診する際及び薬局にて調剤を行う際に、③利用者がそれぞれの医療機関の医師及び薬局の薬剤師等にお薬手帳を提示することにより、相互作用や重複投与を防ぎ、医薬品のより安全で有効な薬物療法につなげる。

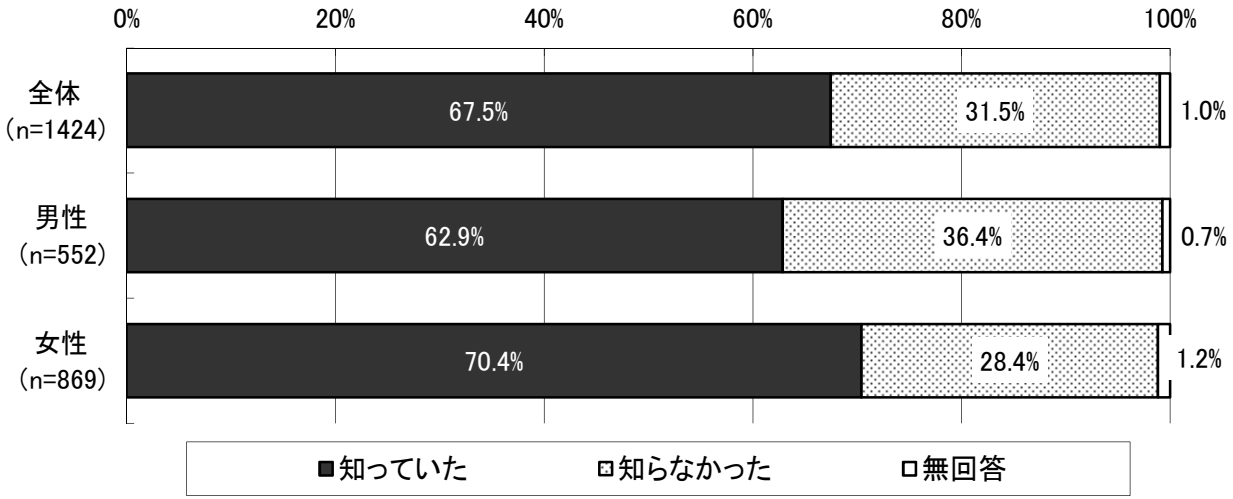
お薬手帳の取扱い（薬剤服用歴管理指導料の算定要件抜粋）

- 手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。
- 患者に対して、手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供する。

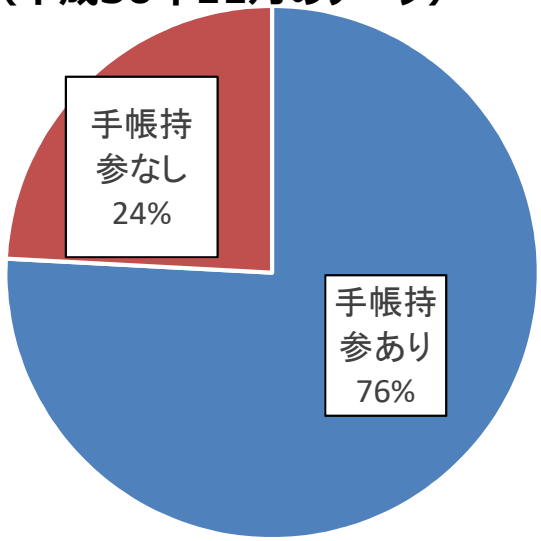
お薬手帳の活用状況

○　お薬手帳を持っていくと患者負担が少なくなることを約７割の患者が知っていた。
○　６ヶ月以内に同一薬局を再度来局した患者では、７割以上がお薬手帳を持参していた。

お薬手帳を持っていくと患者負担が少なくなることの認知状況（男女別） 1）



手帳の持参状況（６ヶ月以内に同一薬局に再度来局した患者）（平成30年11月のデータ） 2）



薬剤服用歴管理指導料

【薬剤服用歴管理指導料】
1　原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合　41点
2　1の患者以外の患者に対して行った場合　53点
3　特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合　41点

注1　1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、53点を算定する。

1）　出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別集計（H29かかりつけ薬剤師調査）
2）　出典：「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）特別集計

患者・国民から見た医療について
かかりつけ医機能等の在り方について

【論点】

○　医療機関の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の在り方について、どのように考えるか。

○　医療機関間の適切な役割分担を図るため、患者・国民が求める役割等を踏まえたかかりつけ医機能の在り方について、どのように考えるか。

○　かかりつけ医機能の評価について、これまでの診療報酬改定における対応を踏まえ、専門医との連携や他職種との連携等を含め、どのように考えるか。

○　かかりつけ歯科医機能の評価について、口腔疾患の重症化予防のための継続的な管理を通じた地域住民の健康の維持・増進を図る観点から、これまでの診療報酬改定における対応を踏まえ、どのように考えるか。

○　かかりつけ薬剤師・薬局の推進について、現在の普及状況や複数の薬局を利用する患者が一定数いることなどを踏まえ、どのように考えるか。

患者にとって必要な情報提供や相談支援等の在り方について

- 患者への情報提供について
- 患者相談・支援について
- 安全・安心な医療の提供について

患者への情報提供について

○　都道府県は、医療機関及び薬局の情報を患者・国民へ提供するためのホームページを設けているが、その認知度は低い。一方で、利用者のうち、役だったと回答した者の割合は、約9割と高い

○　一部の加算や指導料等において、文書による交付・説明を要件としている

○　薬局・医療機関では、薬剤情報提供文書の他、患者向けRMP資材等が活用される場合がある

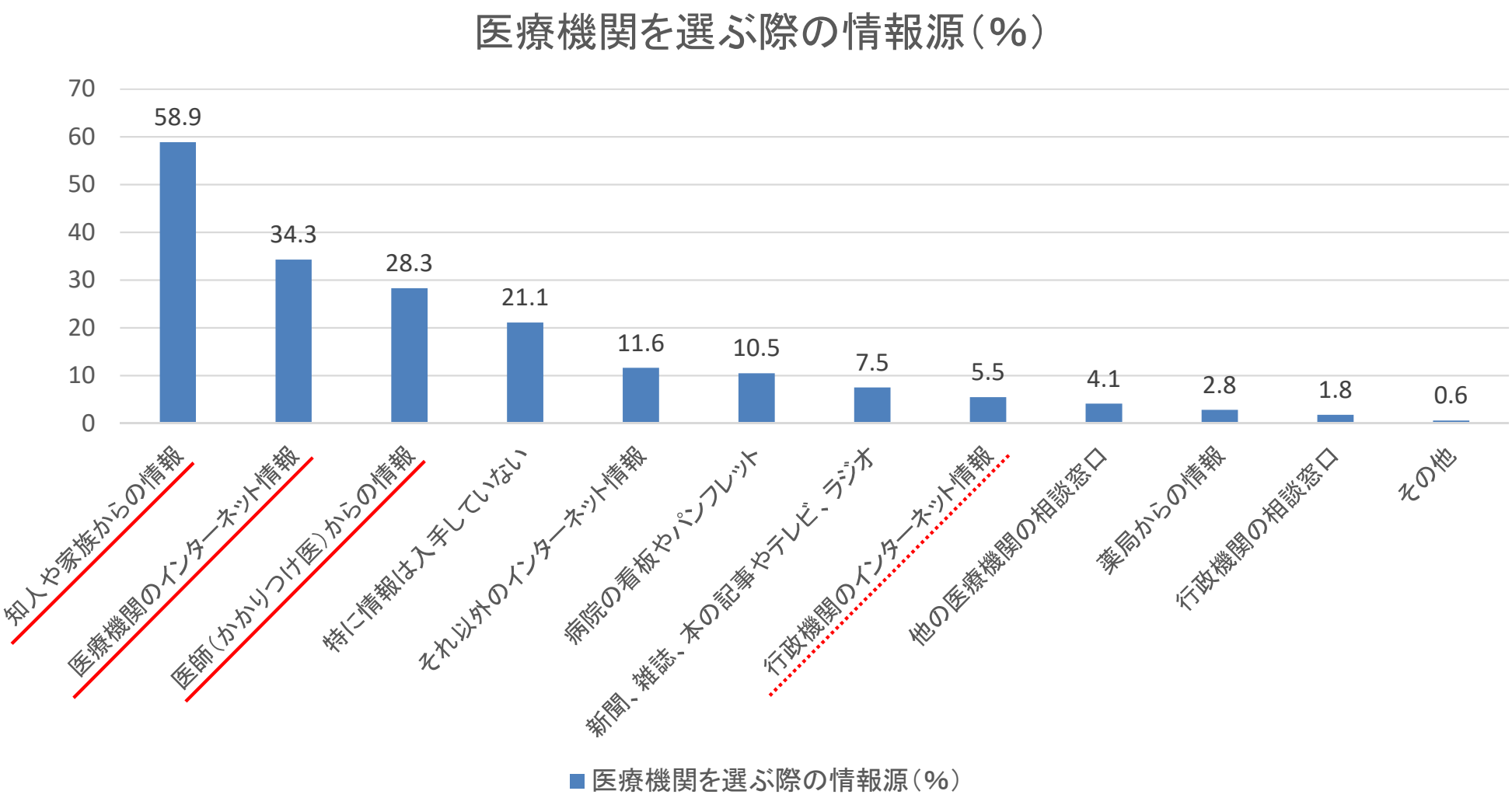
○　電子レセプト請求を行っている病院、診療所、保険薬局については、明細書の無料発行を義務づけている※

※　診療所については、正当な理由がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付する、交付を有償で行う、交付を要さないなどの措置が設けられている

○　全ての患者に明細書を発行していない診療所数は減少傾向であり、明細書を受け取れることに関する患者の認知度も高い

医療機関を選ぶ際の情報源

(N=2875　複数回答)



出典：平成29年度厚生労働科学研究（研究代表者：福井次矢、研究課題：医療情報の適切な評価・提供及び公表等の推進に関する研究）

医療機能情報提供制度について（平成19年4月～）

医療機関等に対して、医療を受ける者が医療機関等の選択を適切に行うために必要な情報（医療機能情報）について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、わかりやすく提供する制度

現行制度

医療機関等
- 医療機能情報を都道府県に報告
- 医療機能情報を医療機関等において閲覧に供すること（インターネット可）
- 正確かつ適切な情報の提供
- 患者等からの相談に適切に応ずること（努力義務）

→

都道府県
- 集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
- 医療安全支援センター等による相談対応・助言

→

住民
- インターネット上の公表システム（医療情報ネット）に必要な情報を入力すると、目的に応じた医療機関が検索可能

医療機能情報の具体例

① **管理・運営・サービス等に関する事項**（基本情報（診療科目、診療日、診療時間、病床数等）、アクセス方法、外国語対応、費用負担等）

② **提供サービスや医療連携体制に関する事項**（専門医（広告可能なもの）、保有設備、対応可能な疾患・治療内容・在宅医療・介護サービス、セカンドオピニオン対応、クリティカルパス実施、地域医療連携体制（医療機関等以外との連携含む）等）

○地域医療連携体制の項目にかかりつけ医機能を追加

平成31年3月14日（平成31年厚生労働省令第23号及び平成31年厚生労働省告示第65号）公布及び告示

かかりつけ医機能

- 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
- 機能強化加算
- 日常的な医学管理と重症化予防
- 地域の医療機関等との連携
- 在宅療養支援、介護等との連携
- 適切かつわかりやすい情報の提供

③ **医療の実績、結果等に関する事項**（医療安全対策、院内感染対策、診療情報管理体制、治療結果分析の有無、患者数、平均在院日数等）

愛知県提供 愛知県の病院・診療所・歯科診療所・薬局・助産所などの医療機能情報を検索できる情報サイト

あいち医療情報ネット
Aichi Medical Information Network

トップページ | 医療機関をさがす | 助産所をさがす | 薬局をさがす | お知らせ

医療機関をさがす
- 一覧からさがす
- 地域名からさがす
- 地図からさがす
- 駅からさがす
- 名前からさがす
- 機能からさがす
- Hospital,Clinic (search in English)

助産所をさがす
- 一覧からさがす
- Midwifery center (search in English)

救急医療情報 あいち救急医療ガイド
今、受診できる病院・診療所が検索できます。地図検索も便利です。

こどもの救急 (PDF) 小児救急医療電話相談
日本小児学会ホームページ

薬局をさがす
- 一覧からさがす
- 地域名からさがす
- 地図からさがす
- 駅からさがす
- 名前からさがす
- 機能からさがす
- Pharmacy,Drugstore (search in English)

医療機関を駅からさがす

医療機関の駅および条件を検索

各項目の検索条件を選択し、[検索]ボタンをクリックしてください。

・複数の選択肢がある項目にて未選択の場合は、各項目における全ての選択肢が検索対象となります。
・「路線から駅を表示して選択」は、路線名をクリックすると、一覧表の下から駅の選択肢が表示されます。

路線から駅を表示して選択

JR東海	東海道新幹線	JR中央本線	JR飯田線	JR東海道本線	JR武豊線	JR関西本線
名古屋鉄道	名鉄名古屋本線	名鉄豊川線	名鉄西尾線	名鉄蒲郡線	名鉄三河線	名鉄豊田線
	名鉄空港線	名鉄常滑線	名鉄河和線	名鉄知多新線	名鉄築港線	名鉄瀬戸線
	名鉄津島線	名鉄尾西線	名鉄犬山線	名鉄広見線	名鉄小牧線	
名古屋市交通局	名古屋市営地下鉄東山線	名古屋市営地下鉄名城線	名古屋市営地下鉄名港線	名古屋市営地下鉄鶴舞線	名古屋市営地下鉄桜通線	名古屋市営地下鉄上飯田線
豊橋鉄道	豊橋鉄道渥美線	豊橋鉄道東田本線				
その他	近鉄名古屋線	あおなみ線	東海交通事業城北線	愛知環状鉄道線	リニモ	ゆとりーとライン

医療機関の機能、対応することができる疾患・治療内容および条件を検索

各項目の検索条件を選択し、[検索]ボタンをクリックしてください。

・複数の選択肢がある項目にて未選択の場合は、各項目における全ての選択肢が検索対象となります。
・「医療機能を選択」は、機能名をクリックすると、一覧表の下から関連する選択肢が表示されます。
・「対応することができる疾患・治療内容から選択」は、領域名をクリックすると、一覧表の下から関連する選択肢が表示されます。

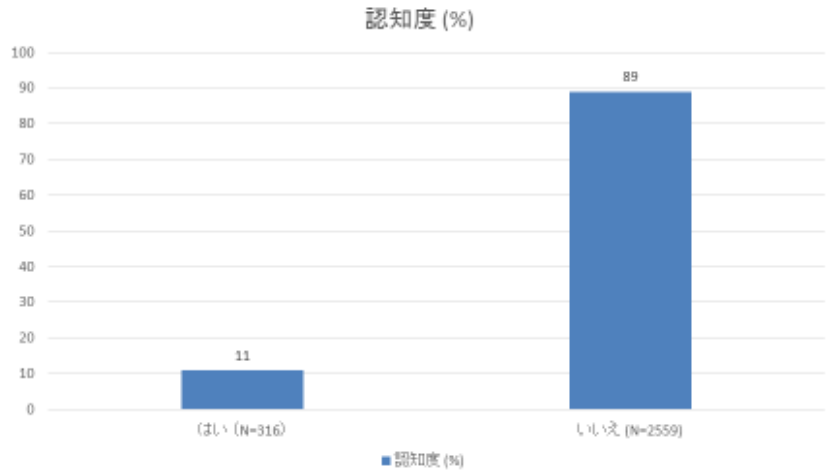
医療機能を選択

医療機関内サービス	対応することができる外国語の種類	保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類
専門医の種類	保有する施設設備	対応することができる短期滞在手術
専門外来の有無及び内容	健康診断及び健康相談の実施	対応することができる予防接種
対応することができる在宅医療	対応することができる介護サービス	併設している介護施設
セカンド・オピニオンに関する状況	地域医療連携体制、地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無	医療の実績、結果に関する事項

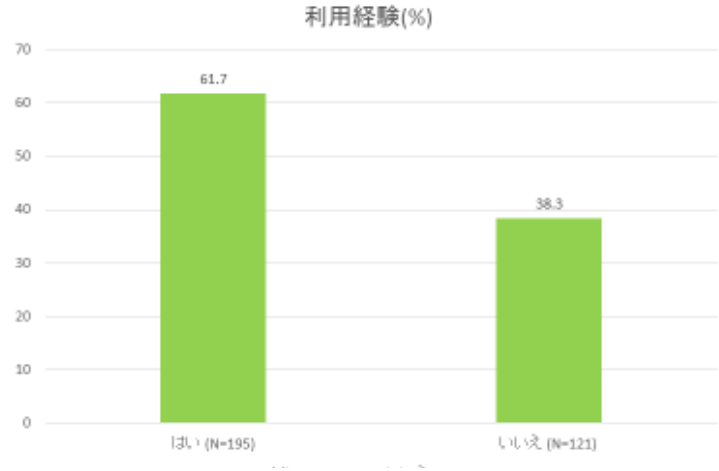
医療機能情報提供制度の利用実態

○　医療機能情報提供制度の認知度は11%。利用者のうち91%は役立ったと評価している。

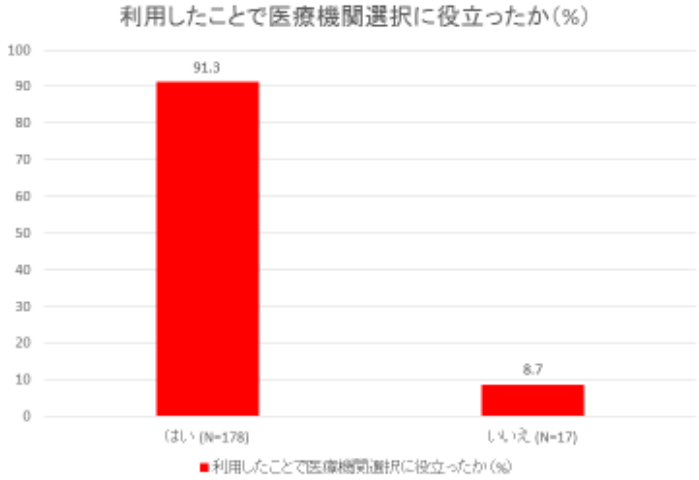
医療機関検索サイトを知っていますか？
（N=2875　単一回答）



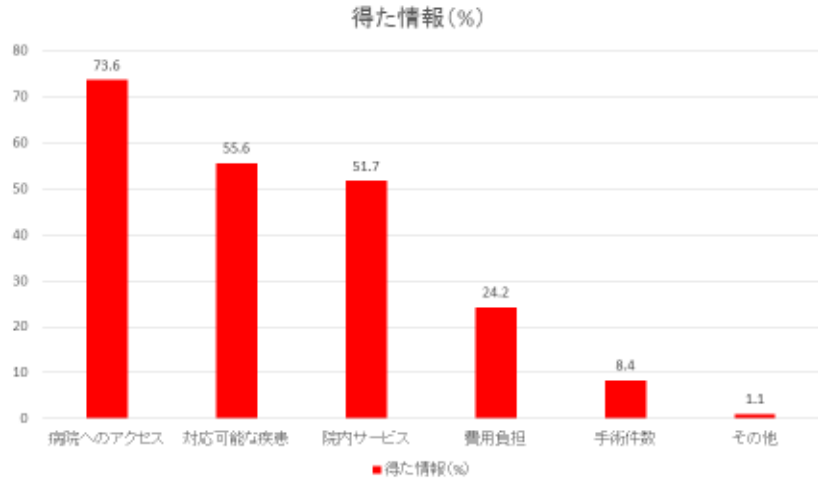
医療機関検索サイトを利用したことがありますか？
（知っている人；N=316）



医療機関検索サイトは医療機関選びに役立ったか？
（利用したことある人；N=195）



医療機関検索サイトから得た情報
（利用したことある人；N=195　複数回答）



出典：平成29年度厚生労働科学研究（研究代表者：福井次矢、研究課題：医療情報の適切な評価・提供及び公表等の推進に関する研究）

薬局機能情報提供制度の概要

平成30年６月28日
第10回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会　資料１－３

薬局

薬局の開設者に対し、薬局機能に関する一定の情報について、報告を義務化

都道府県

集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供

住民

○「一定の情報」は薬局でも閲覧可能
○正確かつ適切な情報の積極的な提供を行うよう努める責務
○患者等からの相談に応ずる必要な措置

※該当条文　：　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第八条の二

薬局機能情報提供制度における対象項目

平成30年６月28日
第10回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会　資料１－３

※医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則別表第一より。
　平成29年の省令改正により、情報提供項目を拡充。

第一　管理、運営、サービス等に関する事項

一　基本情報

（１）薬局の名称
（２）薬局開設者
（３）薬局の管理者
（４）薬局の所在地
（５）電話番号及びファクシミリ番号
（６）営業日
（７）開店時間
（８）開店時間外で相談できる時間

二　薬局へのアクセス

（１）薬局までの主な利用交通手段
（２）薬局の駐車場
　(i)　駐車場の有無
　(ii)　駐車台数
　(iii)　有料又は無料の別
（３）ホームページアドレス
（４）電子メールアドレス

三　薬局サービス等

（１）健康サポート薬局である旨の表示の有無
（２）相談に対する対応の可否
（３）薬剤師不在時間の有無
（４）対応することができる外国語の種類
（５）障害者に対する配慮
（６）車椅子の利用者に対する配慮
（７）受動喫煙を防止するための措置

四　費用負担

（１）医療保険及び公費負担等の取扱い
（２）クレジットカードによる料金の支払の可否

薬局機能情報提供制度における対象項目

平成30年６月28日
第10回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会　資料１－３

※平成29年省令改正による追加事項を**赤字**で記載

第二　提供サービスや地域連携体制に関する事項

一　業務内容、提供サービス

（１）　認定薬剤師（中立的かつ公共性のある団体により認定され、又はそれらと同等の制度に基づいて認定された薬剤師をいう。）の種類及び人数

（２）　健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師の人数

（３）　薬局の業務内容

（ｉ）　無菌製剤処理に係る調剤の実施の可否

（ii）　一包化薬に係る調剤の実施の可否

（iii）　麻薬に係る調剤の実施の可否

（iv）　浸煎せん薬及び湯薬に係る調剤の実施の可否

（ｖ）　薬局製剤実施の可否

（vi）　医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施の可否

（vii）　薬剤服用歴管理の実施

イ　薬剤服用歴管理の実施の有無

ロ　電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施の有無

（viii）　薬剤情報を記載するための手帳の交付

イ　薬剤情報を記載するための手帳の交付の可否

ロ　薬剤情報を電磁的記録により記載するための手帳を所持する者の対応の可否

（４）　地域医療連携体制

（ｉ）　医療連携の有無**（例：地域におけるプレアボイドの取組）**

（ii）　地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無

（iii）　退院時の情報を共有する体制の有無

（iv）　受診勧奨に係る情報等を医療機関に提供する体制の有無

（ｖ）　地域住民への啓発活動への参加の有無

二　実績、結果等に関する事項

（１）　薬局の薬剤師数

（２）　医療安全対策の実施

（ｉ）　副作用等に係る報告の実施件数

（ii）　医療安全対策に係る事業への参加の有無

（３）　情報開示の体制

（４）　症例を検討するための会議等の開催の有無

（５）　処方せんを応需した者（以下この表において「患者」という。）の数

（６）　医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施件数

（７）　健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師が地域ケア会議（行政職員をはじめとした地域の関係者から構成される会議体をいう。）その他地域包括ケアシステムのための会議に参加した回数

（８）　患者の服薬情報等を医療機関に提供した回数

（９）　患者満足度の調査

（ｉ）　患者満足度の調査の実施の有無

（ii）　患者満足度の調査結果の提供の有無

薬局機能情報提供ページ（例：東京都）

平成30年６月28日
第10回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会　資料１－３

かかりつけ薬局リストに登録　　閉じる

[redacted]薬局　　最終更新日 2018/05/08 13:33

〒111-0051[redacted]

☎（開店時間内・開店時間外）[redacted]

MAP

基本情報 | 薬局へのアクセス | 薬局サービス等 | 費用負担 | 業務内容、提供サービス | 実績、結果等に関する事項

名称 » 開設者 » 管理者 » 所在地 » 営業日及び開店時間（対面販売） » 休業日

薬局の名称　利用される場合は直接薬局へご

フリガナ	[redacted]ヤッキョク
名称	[redacted]薬局
略称フリガナ	[redacted]ヤッキョク
略称	[redacted]薬局
ローマ字	[redacted]Yak

薬局開設者

フリガナ	カブシキガイシャファ
開設者氏名	株式会社[redacted]

薬局の管理者

フリガナ	[redacted]
管理者氏名	[redacted]

薬局の所在地

郵便番号	111-0051
フリガナ	タイトウククラマエ4
所在地（ビル名）	台東区蔵前４丁目２１
英語表記	４－２１－９　Kur

1 薬局[redacted]
(開店時間内)[redacted]
(開店時間外)[redacted]
1F

2 [redacted]薬局
(開店時間内)[redacted]

3 [redacted]薬局
(開店時間内)[redacted]
(開店時間外)[redacted]

4 薬局[redacted]
(開店時間内)[redacted]
(開店時間外)03-3851-4193

[redacted]薬局
(開店時間内)[redacted]
(開店時間外)[redacted]

文書による交付・説明を要件としている加算、指導料等

○　一部の加算や指導料等は、患者や家族への文書による説明や交付が要件となっている。
○　診療、検査や施術の必要性、危険性等について説明を行い、文書を交付する。

・主に入院中に算定

A100一般病棟入院基本料注11
A101療養病棟入院基本料
A108有床診療所入院基本料
A109有床診療所療養病床入院基本料
A206在宅患者緊急入院診療加算
A207-2医師事務作業補助体制加算
A226-2緩和ケア診療加算
A226-3有床診療所緩和ケア診療加算
A227-2精神科措置入院退院支援加算
A230-4精神科リエゾンチーム加算
A231-3重度アルコール依存症入院医療管理加算
A233-2栄養サポートチーム加算
A246入退院支援加算
A308-3地域包括ケア病棟入院料
A311精神科救急入院料
A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料
A400短期滞在手術等基本料
B001・16喘息治療管理料
B004退院時共同指導料１
B005退院時共同指導料２
B014退院時薬剤情報管理指導料
C103在宅酸素療法指導管理料
I014医療保護入院等診療料
J001-5長期療養患者褥瘡等処置
K656-2腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）
K920輸血
L100神経ブロック
M000-2放射性同位元素内用療法管理料

・調剤報酬において定められているもの

薬剤服用歴管理指導料１～３
かかりつけ薬剤師指導料
かかりつけ薬剤師包括管理料

・主に外来にて算定

A001再診料注10時間外対応加算
A001再診料注11地域包括診療加算
A001再診料注14薬剤適正使用連携加算
B001・23がん患者指導管理料
B001・24外来緩和ケア管理料
B001-2小児科外来診療料
B001-2-8外来放射線照射診療料
B001-2-9地域包括診療料
B001-2-11小児かかりつけ診療料
B001-3生活習慣病管理料
B001-3-2ニコチン依存症管理料
B001-4手術前医学管理料
B005-6がん治療連携計画策定料
B005-7認知症専門診断管理料
B005-7-3認知症サポート指導料
B005-10ハイリスク妊産婦連携指導料
B010-2診療情報連携共有料
B011-3薬剤情報提供料
B013療養費同意書交付料
在宅患者診療・指導料通則
C002在宅時医学総合管理料
C003在宅がん医療総合診療料
C005 在宅患者訪問看護・指導料
C101在宅自己注射指導管理料
D291-2小児食物アレルギー負荷検査
D291-3内服・点滴誘発試験
リハビリテーション通則
H000心大血管疾患リハビリテーション料
I008-2精神科ショート・ケア
I016精神科在宅患者支援管理料
M001体外照射
M001-4粒子線治療
第6部注射通則　外来化学療法加算

※法令に定められているもの（医療法）

入院診療計画書

・歯科点数表において定められているもの

B000-4　歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回、継続）
B000-4　歯科疾患管理料フッ化物洗口指導加算
B000-4　歯科疾患管理料小児口腔機能管理加算
B000-4　歯科疾患管理料口腔機能管理加算
B000-5　周術期等口腔機能管理計画策定料
B000-6　周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)
B000-7　周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)
B000-8　周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）
B001-2　歯科衛生実地指導料
B002　歯科特定疾患療養管理料
B004-1-3　がん患者指導管理料
B004-9　介護支援等連携指導料
B006-3　がん治療連携計画策定料
B006-3-2　がん治療連携指導料
B006-3-4　療養・就労両立支援指導料
B011-3　薬剤情報提供料
B013　新製有床義歯管理料
B013-3　広範囲顎骨支持型補綴物管理料
B014 退院時共同指導料１
B015 退院時共同指導料２
C000　歯科訪問診療料（在宅療養者以外）
C000　歯科訪問診療料　地域医療連携体制加算
C001　訪問歯科衛生指導料
C001-3　歯科疾患在宅療養管理料
F100　処方料
第6部注射通則　外来化学療法加算
G004　点滴注射　血漿成分製剤加算
G005　中心静脈注射　血漿成分製剤加算
I011-2　歯周病安定期治療（Ⅰ）
I011-2-2　歯周病安定期治療（Ⅱ）
M000-2　クラウン・ブリッジ維持管理料
M025-2　広範囲顎骨支持型補綴
N000　歯科矯正診断料
N001　顎口腔機能診断料
N002　歯科矯正管理料　※医科点数表を準用するものを除く

患者に交付する文書の様式例

○　A226-2 緩和ケア診療加算

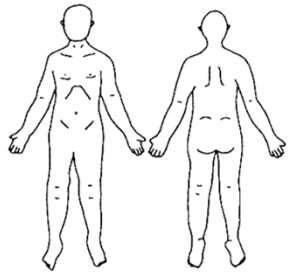
（別紙様式3）

緩和ケア実施計画書

氏名	（ふりがな）	年齢	ID
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日	歳	
主訴			
診断	1）　2）　3）　4）　5）　6）　7）　8）		
現病歴	年　月　日		
既往歴	年　月　日		

身体症状

	【重症度】	【症状の性質、分布】
1. 痛み	□なし □軽 □中 □重	
2. 呼吸困難	□なし □軽 □中 □重	
3. 倦怠感	□なし □軽 □中 □重	
4. 発熱	□なし □軽 □中 □重	
5. 口渇	□なし □軽 □中 □重	
6. 咳・痰	□なし □軽 □中 □重	
7. 食欲不振	□なし □軽 □中 □重	
8. 嘔気・嘔吐	□なし □軽 □中 □重	
9. 腹部膨満感	□なし □軽 □中 □重	
10. 便秘	□なし □軽 □中 □重	
11. 尿閉、失禁	□なし □軽 □中 □重	
12. 浮腫	□なし □軽 □中 □重	
13. 栄養障害	□なし □軽 □中 □重	
14. その他（具体的に）		



身体活動状態　全般　□0. 問題なし　□1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能　□2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている
□3. しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している　□4. 常に介助が必要、終日臥床している
歩行 □問題なし □要介助 □不可　排泄 □問題なし □ポータブル □要介助
食事 □問題なし □要介助 □不可　入浴 □問題なし □要介助 □不可

精神状態	【重症度】
1. 不安	□なし □軽 □中 □重
2. 抑うつ	□なし □軽 □中 □重
3. せん妄	□なし □軽 □中 □重
4. 不眠	□なし □軽 □中 □重
5. 眠気	□なし □軽 □中 □重
6. その他（具体的に）	

その他の問題
□家族
□経済
□仕事・趣味・交際などの活動や生きがい
□その他

本人の希望　／　家族の希望

治療目標	（優先順に）	②	③
①			

緩和治療・検査計画
□薬物療法
□精神療法（カウンセリング、リラクセーション）
□理学・作業療法
□栄養食事管理
□その他

備考

説明日	年　月　日		
本人の署名		家族の署名	（続柄　）
主治医		精神科医	
緩和ケア医		緩和ケア担当看護師	
緩和ケア担当薬剤師		（緩和ケア担当管理栄養士）	

○　B001-3 生活習慣病管理料

（別紙様式9）

生活習慣病　療養計画書　初回用　（記入日：　年　月　日）

患者氏名：　（男・女）	主病：
生年月日：明・大・昭・平　年　月　日生（　才）	□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症

ねらい：検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】

【検査項目】	【血液検査項目】（採血日　月　日）
□身　長　（　cm）	□血糖（□空腹時 □随時 □食後（　）時間）
□体　重：現在（　kg）→目標（　kg）	（　mg/dl）
□BMI　（　）	□HbA1c：現在（　%）→目標（　%）
□腹　囲：現在（　cm）→目標（　cm）	□総コレステロール（　mg/dl）
□栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）	□中性脂肪（　mg/dl）
□収縮期／拡張期血圧：現在（　／　mmHg）	□HDLコレステロール（　mg/dl）
→目標（　／　mmHg）	□LDLコレステロール（　mg/dl）
□運動負荷心電図	□その他（　）
□その他　（　）	

【問　診】　□食事の状況　□運動の状況　□たばこ　□その他の生活

【①達成目標】：患者と相談した目標
（　）

【②行動目標】：患者と相談した目標
（　）　医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事
□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　）
□油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　）
□節酒：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕
□間食：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕
□食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　））　担当者の氏名　（印）
□食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□運動
□運動処方：種類（ウォーキング・　）
時間（30分以上・　）、頻度（ほぼ毎日・週　日）
強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　拍/分 or　）
□日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　）　担当者の氏名　（印）
□運動時の注意事項など（　）

□たばこ
□非喫煙者である
□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等　担当者の氏名　（印）

□その他
□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）□減量
□家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）　担当者の氏名　（印）
□その他（　）

【服薬指導】　□処方なし　□薬の説明　担当者の氏名　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	
【特定健康診査の受診の有無】	□有　□無
【特定保健指導の利用の有無】	□有　□無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	□有　□無

※実施項目は、□にチェック、（　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名　（印）

薬局・医療機関で患者に提供される医薬品に関する文書等①

○　薬局・医療機関では主に薬剤情報提供文書が使用されている。

薬剤情報提供文書

➢医薬品の名称、写真、効能・効果、服薬方法、副作用等が簡潔に記載された文書。

氏名や調剤日、服薬方法等の　患者ごとの情報を記載

重大な副作用や患者に説明する必要がある重要な基本的注意等を記載

調剤した薬局・医療機関の情報を記載

・薬剤服用歴管理指導料（調剤）と薬剤情報提供料（医科）の算定要件の一つとして、それぞれ薬局薬剤師と医療機関が薬剤情報提供文書を患者に提供する、としている。
・医薬品医療機器法第９条の３第１項と同施行規則第15条の12第２項において、原則、薬局は薬剤情報を文書で提供する、としている。

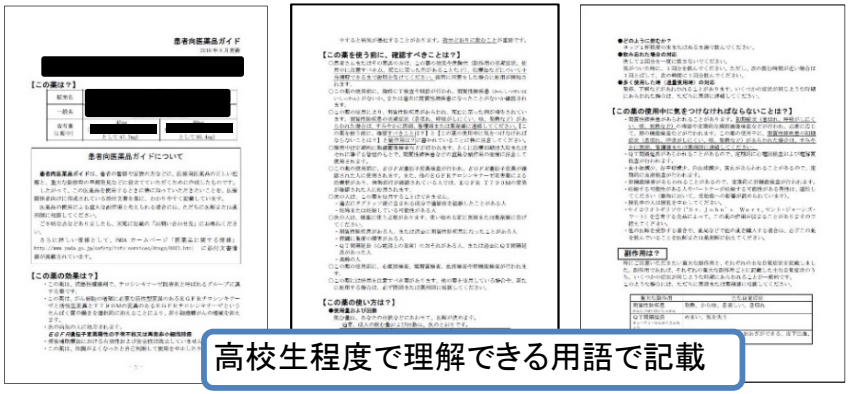
薬局・医療機関で患者に提供される医薬品等に関する文書等②

○　薬剤情報提供文書の他、患者向けRMP※資材等が活用される場合がある。

※RMP（医薬品リスク管理計画）：医薬品の副作用（リスク）等に係る検討事項及び市販後に実施する情報提供・情報収集の活動計画を一元化した文書。新医薬品や新たに安全性の懸念が判明した医薬品が作成対象。

患者向医薬品ガイド

➢ 添付文書の内容を患者向けにわかりやすい言葉で記載した文書（いわゆる「患者用添付文書」）。

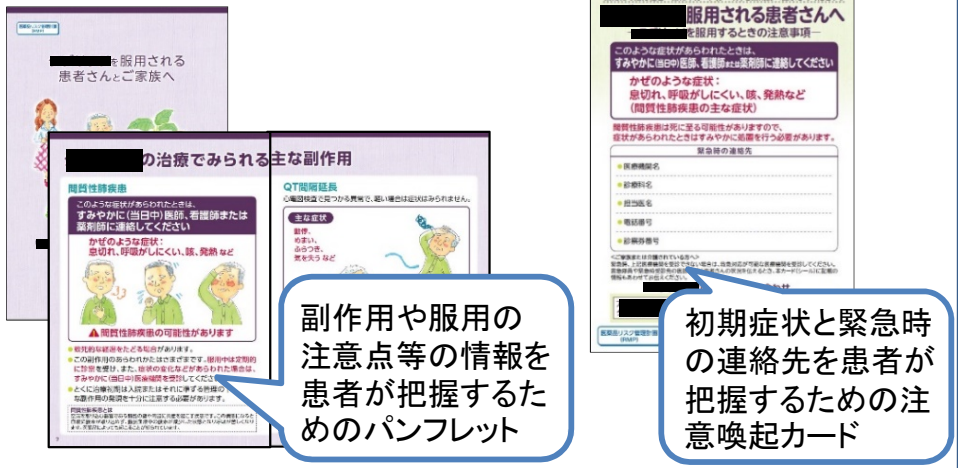


高校生程度で理解できる用語で記載

作成対象：特に患者へ注意喚起をすべき適正使用に関する情報を有する医薬品（添付文書に「警告」や「患者に説明することとされている重要な基本的注意」がある医薬品etc.）

患者向けRMP資材

➢ 添付文書等による情報提供では不足している副作用や適正使用について患者向けにわかりやすく示した資材。



副作用や服用の注意点等の情報を患者が把握するためのパンフレット

初期症状と緊急時の連絡先を患者が把握するための注意喚起カード

作成対象：RMPで医薬品の特性を踏まえて、添付文書等の他に追加で情報提供が必要と判断された医薬品

その他企業が作成する適正使用等に係る資材

➢ 上記の他に企業が適正使用等のために企業が自主的に作成した資材。

当該医薬品を服薬するために必要な検査等について説明したパンフレット

・「「患者向医薬品ガイドの作成要領」について」（平成17年6月30日薬食発第06300001号厚生労働省医薬食品局長通知）と「医薬品リスク管理計画指針について」（平成24年4月11日薬食安発0411第1号薬食審査発0411第2号）に基づき、それぞれ患者向医薬品ガイドと患者向けRMP資材は、PMDAと協議のうえ企業が作成する、としている。

明細書の無料発行の現状（平成30年4月～）

	自己負担のある患者	自己負担のない患者
病院 （電子レセプト請求を行っているものに限る）	無料発行義務あり	無料発行義務あり
診療所（医科・歯科） （電子レセプト請求を行っているものに限る）	無料発行義務あり （正当な理由※1がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りる） （正当な理由※1がある場合、当分の間、交付を有償で行うことができる）	無料発行義務あり （正当な理由※2がある場合、当分の間、交付を要さない） （正当な理由※2がある場合、当分の間、交付を有償で行うことができる）
保険薬局 （電子レセプト請求を行っているものに限る）	無料発行義務あり	無料発行義務あり
訪問看護ST	患者から求めがあれば発行に努める	
電子レセプト請求免除（未対応）の施設※3	特に規定なし	

※１　明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のある患者）
①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
②自動入金機の改修が必要な場合。

H24改正省令附則第２条

※２　明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のない患者）
①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
②自動入金機の改修が必要な場合

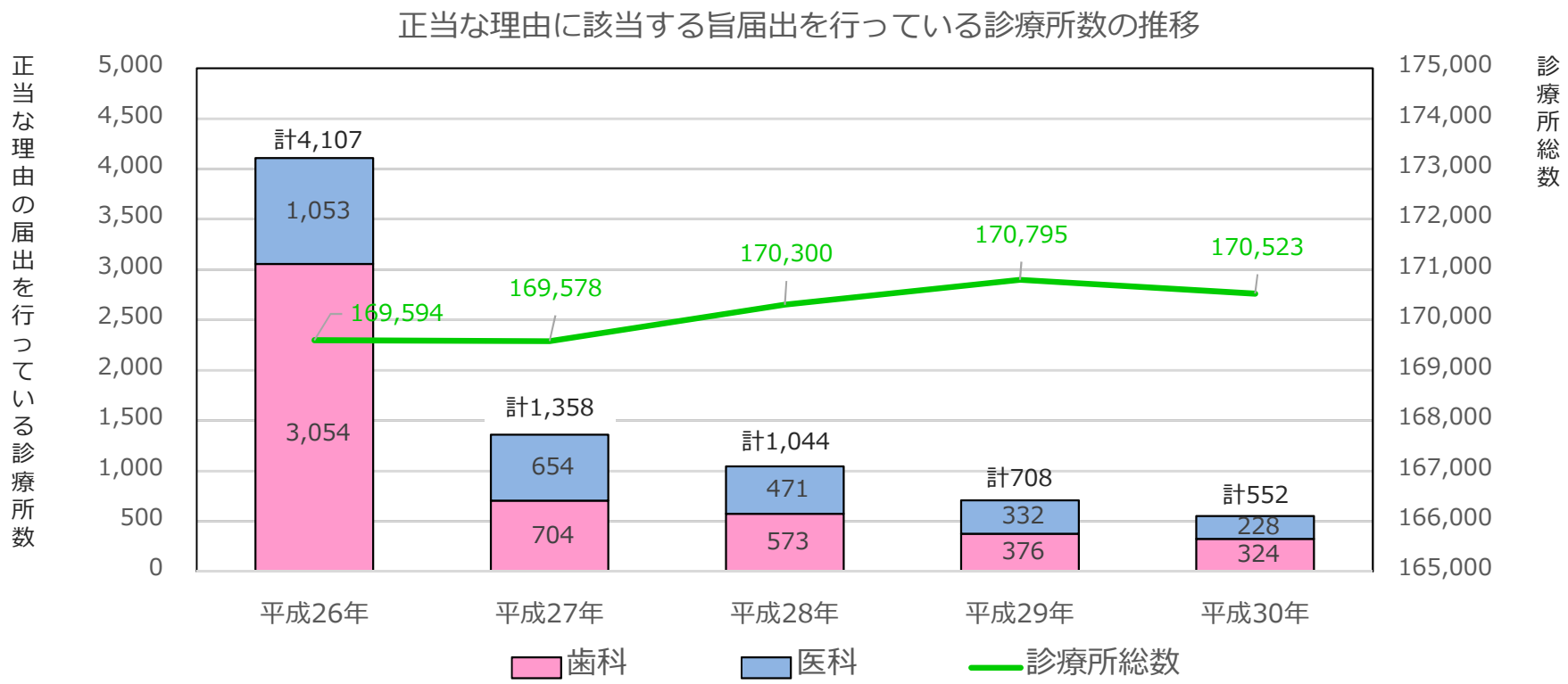
H28改正省令附則第３条

※３　電子レセプト請求免除（未対応）の施設
①レセコンを使用しておらず紙レセプト請求の保険医療機関、保険薬局
②常勤の医師、歯科医師、薬剤師が以下の時点で65歳以上であった診療所、保険薬局
・　医科診療所：H22.７.１（レセコン使用の場合）、H23.４.１（紙レセプトの場合）
・　歯科診療所：H23.４.１
・　保険薬局：H21.４.１（レセコン使用の場合）、H23.４.１.（紙レセプトの場合）

未対応施設の割合（医療機関数・薬局数ベース）
【平成31年1月診療分】
総計：6.1%（医科：5.0%　歯科：11.0%　調剤：2.2%）
（社会保険診療報酬支払基金ホームページより）

「正当な理由」に該当し明細書の無料発行をしていない施設の状況

①全ての患者に明細書を発行していない診療所



②自己負担のある患者には明細書を発行しているが、自己負担のない患者には発行していない施設

正当な理由に該当する旨届出を行っている診療所数【平成30年時点数】

医科	歯科
3	5

出典：保険局医療課調べ（毎年７月現在の届出状況報告及び医療施設動態調査より）
※①及び②について、届出状況の報告書において、「明細書を無料で交付していない患者」が「全ての患者」又は「公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者」のいずれに該当するかの記載がなかった施設の数を算入していない。

施設調査・患者調査の結果

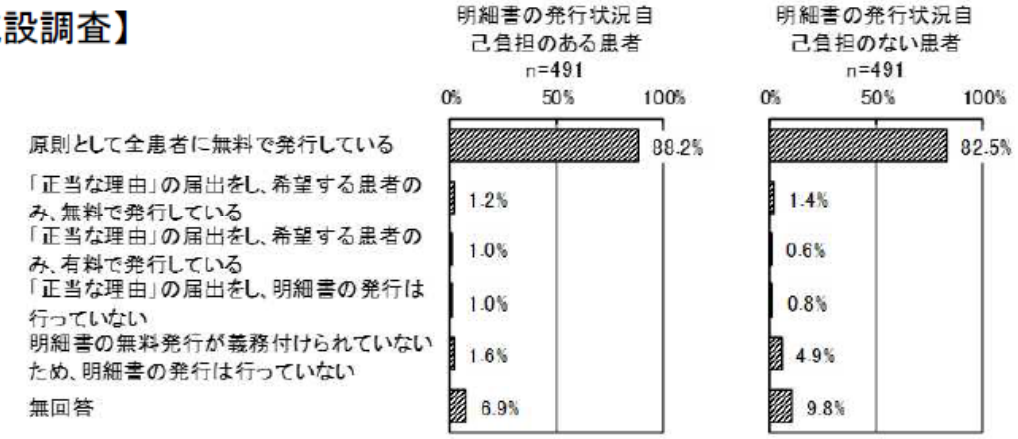
＜明細書の発行状況等＞（報告書p147,163）

診療所に対し、明細書の発行について尋ねたところ、自己負担のある患者、自己負担のない患者ともに、「原則として全患者に無料で発行している」が最も多く、それぞれ88．2%と82．5%であった。

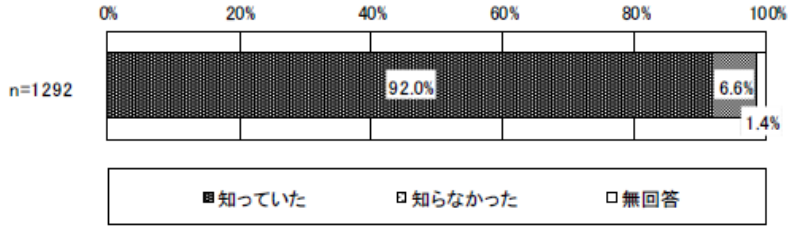
患者に対し、医療機関で明細書を受け取れることを知っていたかについて尋ねたところ、92．0%が知っていた。

また、明細書の原則無料発行に対する考えについて尋ねたところ、「必要だと思う」または「どちらかというと必要だと思う」を選択した患者は、病院で83．9%、診療所で81．5%であった。

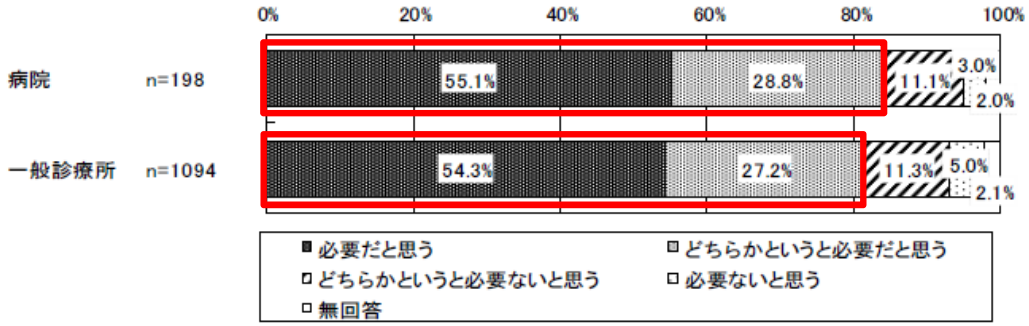
図表 224　明細書の発行状況（診療所）【施設調査】



図表 249　明細書を受け取れることの認知度【患者調査】



図表 250 明細書の原則無料発行に対する考え【患者調査】



患者相談・支援について

○　医療機関を受診した患者のうち、5割以上が医師・看護師・管理栄養士などから生活習慣上の助言や指導を受けており、特に、腎不全、糖尿病、脳血管疾患、心疾患、高血圧性疾患等の生活習慣病患者において、助言や指導を受けた者の割合が高い

○　平成24年度から、患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を設けており、その算定件数は増加傾向

○　平成30年度診療報酬改定において、がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、療養・就労両立支援指導料等を新設

○　平成30年度診療報酬改定において、入院前からの支援の強化や、退院時の地域の関係者との連携の推進等の観点から、退院支援加算及び退院時共同指導等の評価を見直し

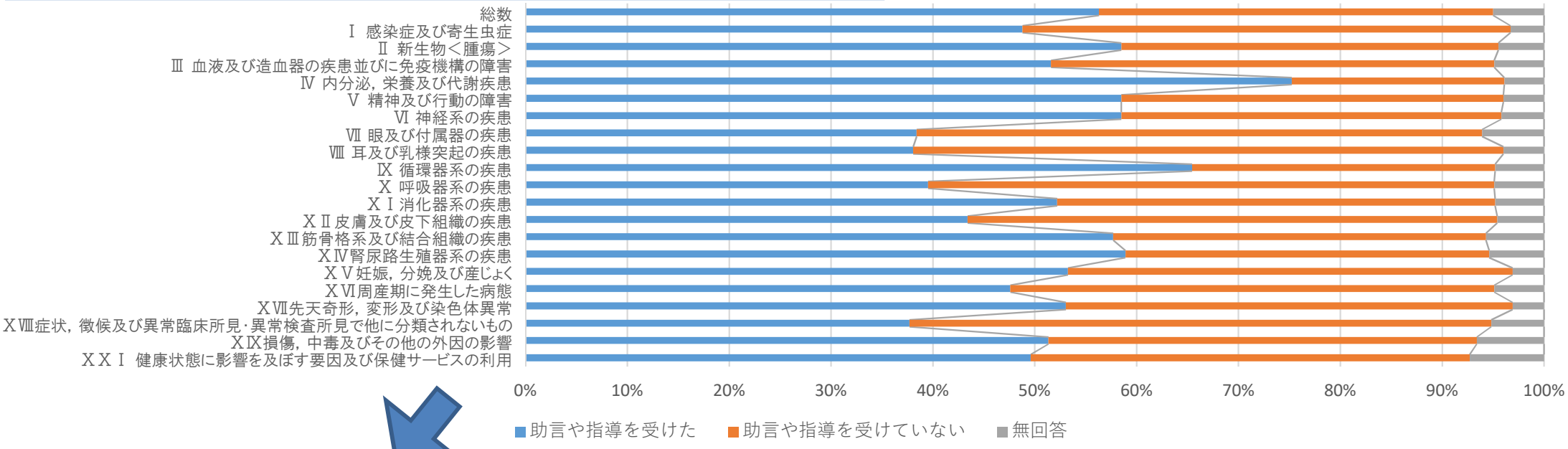
○　薬局において、病院薬剤師との連携や退院時カンファレンスへの参加ができているとの回答は少ない（病院薬剤師との連携：26%、過去１年間の退院時カンファレンスの参加：15%）。一方、主治医、ケアマネージャーとの連携はできているとの回答は比較的多い（いずれも約70%）。

傷病分類別の生活習慣上の助言や指導の有無とその内容

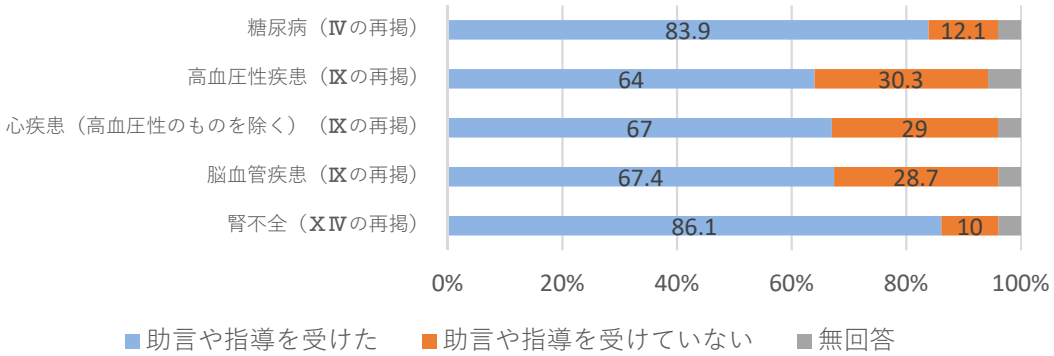
○　医師・看護師・管理栄養士などから生活習慣上の助言や指導を受けた方は、全体の約5割、生活習慣病の方の約6～8割を占める。

○　生活習慣病の方に対する助言や指導の内容は「栄養・食生活」「身体活動・運動」が多い。

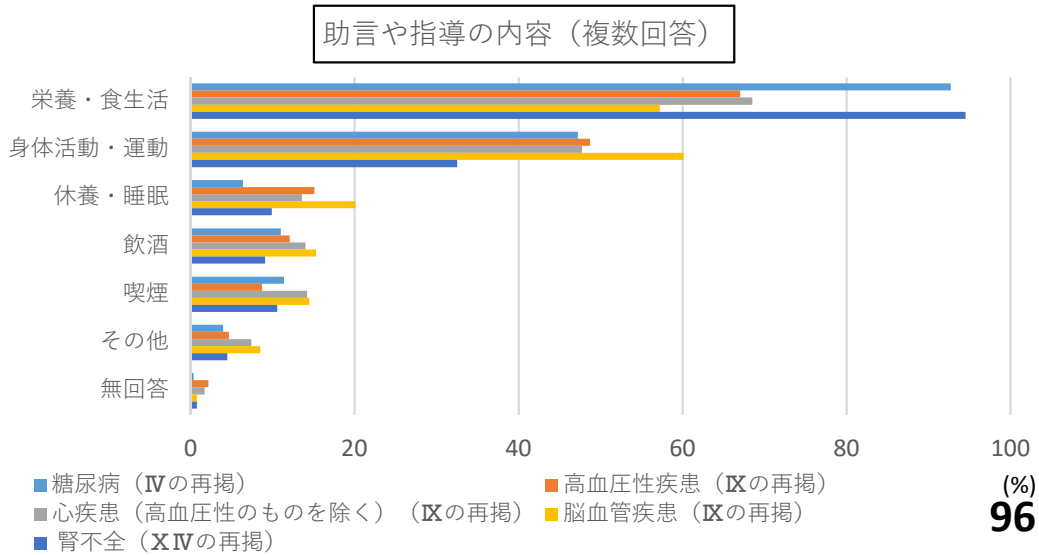
傷病分類別の医師・看護師・管理栄養士などからの生活習慣上の助言や指導の有無



主な生活習慣病（抜粋）



助言や指導の内容（複数回答）



出典：平成29年受療行動調査

患者サポート体制の評価

患者サポート体制の評価

➢ 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

（新） 患者サポート体制充実加算　　70点（入院初日）

［施設基準］

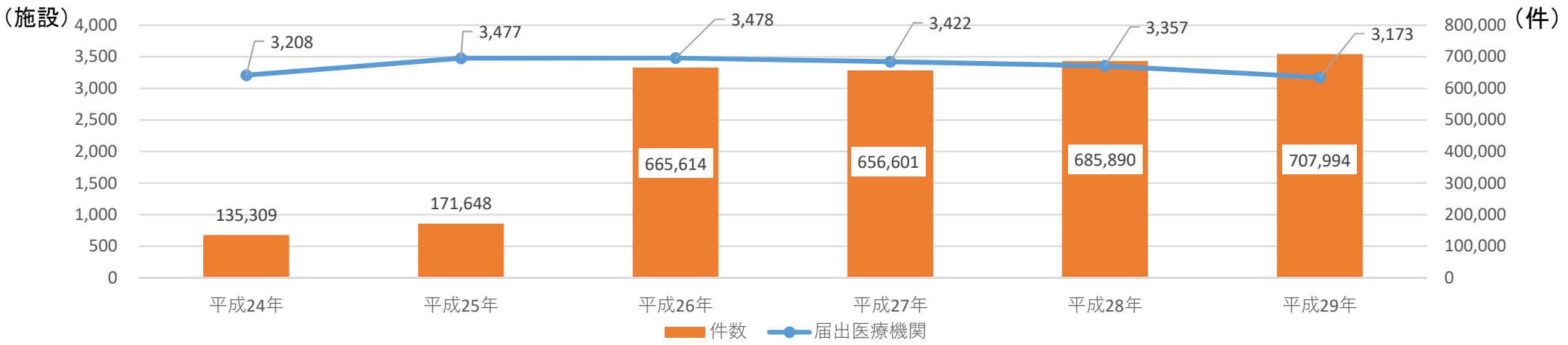
医療安全対策加算に規定する窓口と兼用可

① 患者からの相談に対する窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。

② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

（参考） 患者サポート体制充実加算※の届出医療機関数と算定件数の推移

※「がん拠点病院加算」を算定している場合は算定不可



出典：保険局医療課調べ（各年7月１日現在）
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）

がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

- がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

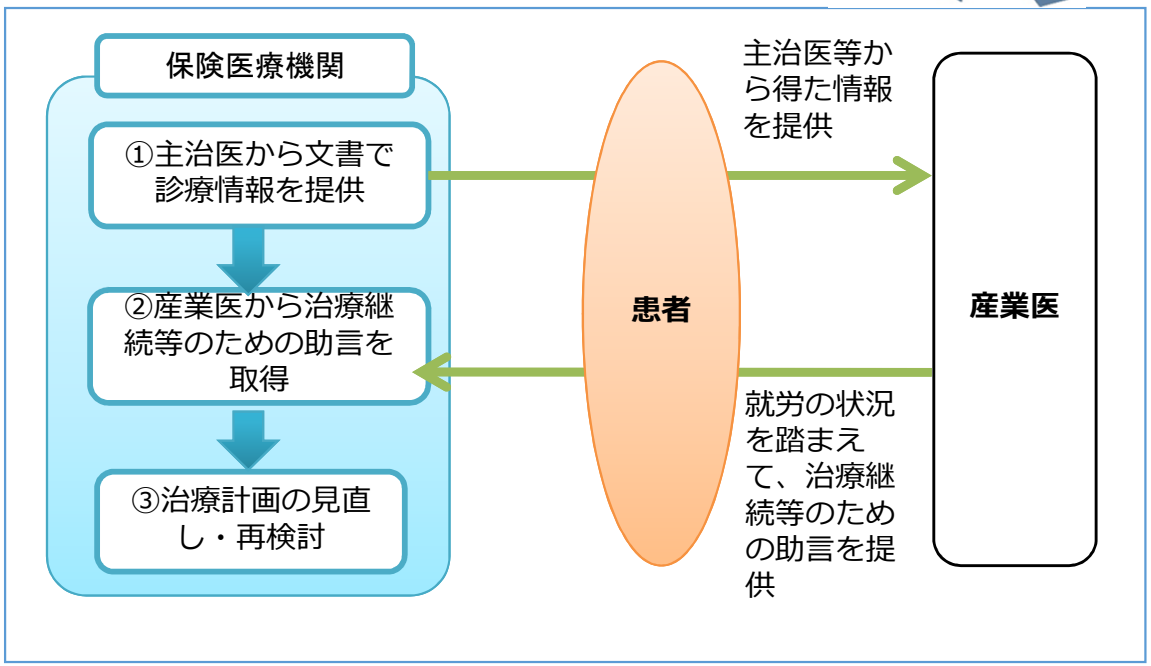
（新）

療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点

［算定要件］
就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。
(1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
(2) 医師又は医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
(3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
(4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

［相談体制充実加算の施設基準］
(1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
(2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。

患者サポート体制充実加算に規定する窓口と兼用可



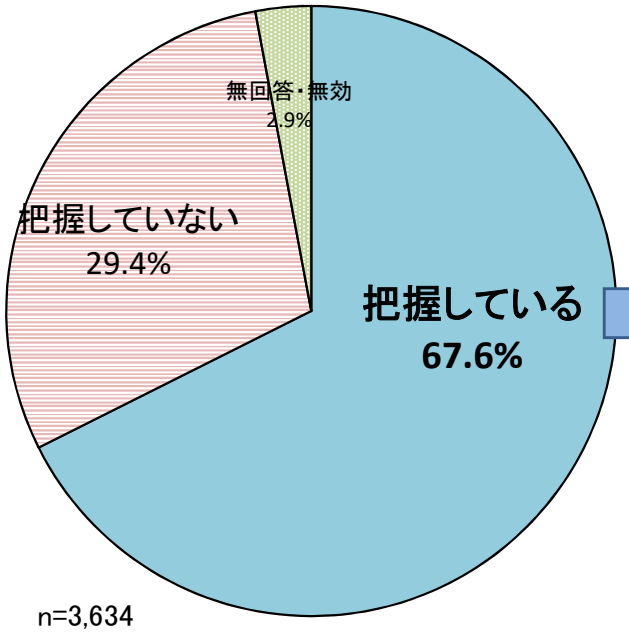
［両立支援の流れ（イメージ）］

病院の外来における在宅療養支援の状況①

○　外来受診者の中で、治療中の疾患以外の面も含めて地域で生活するために支援・介入が必要な患者について、6割以上の病院が患者を把握している。

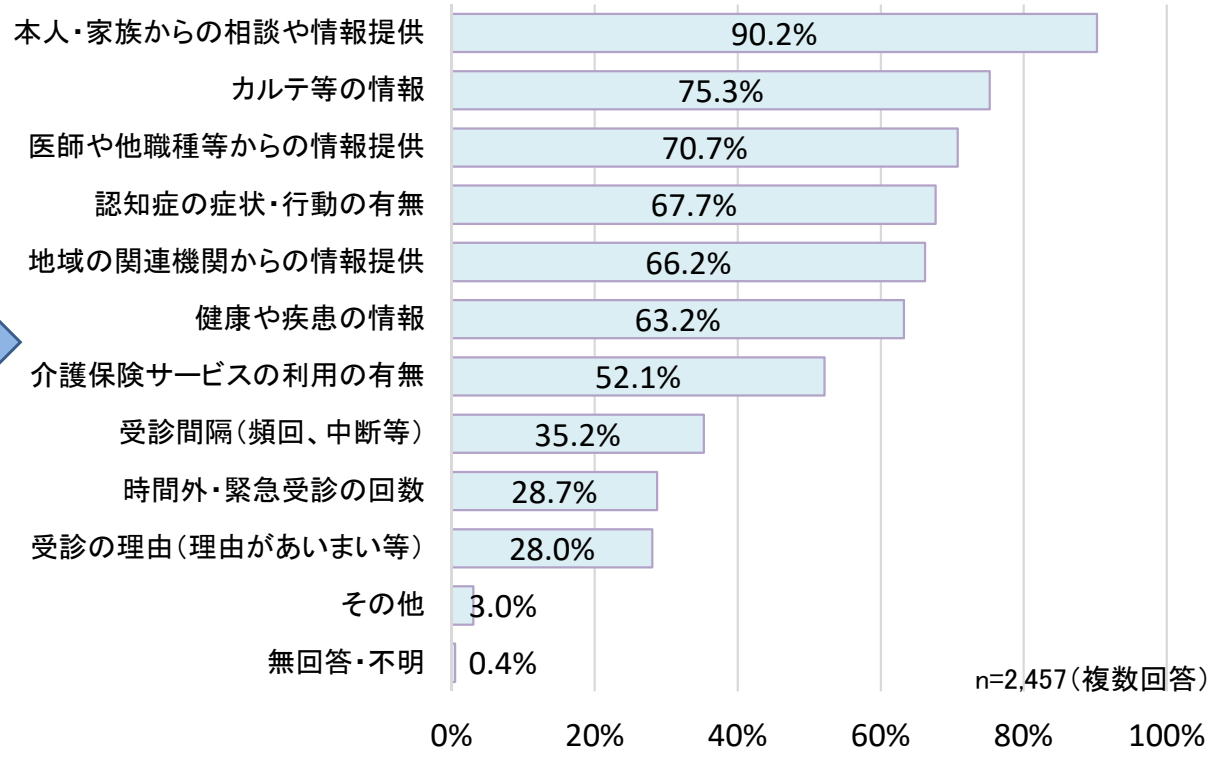
○　病院が患者を把握している場合、支援・介入の必要性の判断方法は、「本人・家族からの相談や情報提供」「カルテ等の情報」「医師や他職種等からの情報提供」の順で多い。

外来における在宅療養支援患者の把握



n=3,634

地域で生活するための支援・介入の必要性の判断方法



※外来における在宅療養支援患者の把握をしていると回答した者の回答

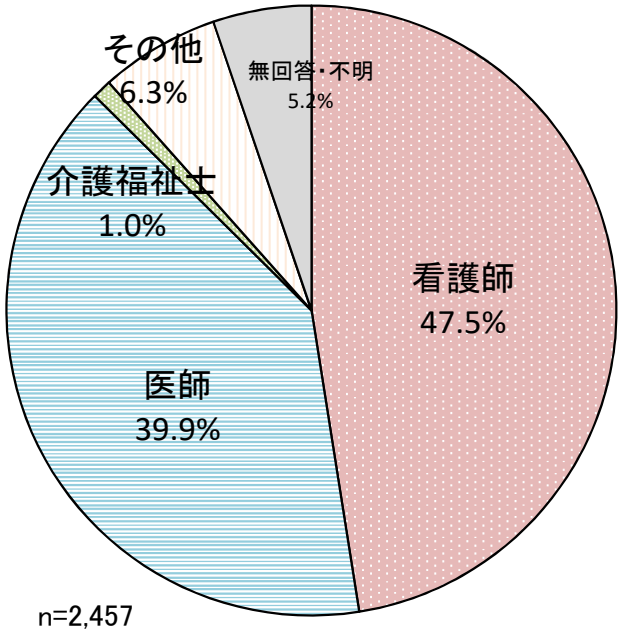
【出典】日本看護協会調査研究報告 No.49 2019, 2018年病院看護実態調査
対象：全国8,361病院の看護部長　有効回収数：3,634（有効回収率 43.5%）　調査実施日：2018年10月1～15日

病院の外来における在宅療養支援の状況②

○　地域で生活するために支援・介入が必要な外来患者を把握するのは主に看護師及び医師である。

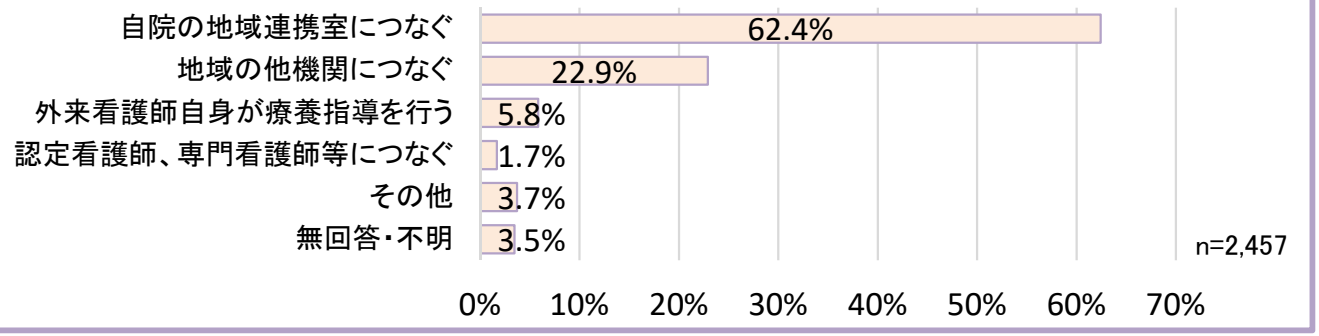
○　患者への対応・支援方法は、「自院の地域連携室につなぐ」「地域の他機関につなぐ」等が多く、地域の他機関としては地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業所・ケアマネジャー等が多い。

地域で生活するための支援・介入の必要性を最終的に判断する職種

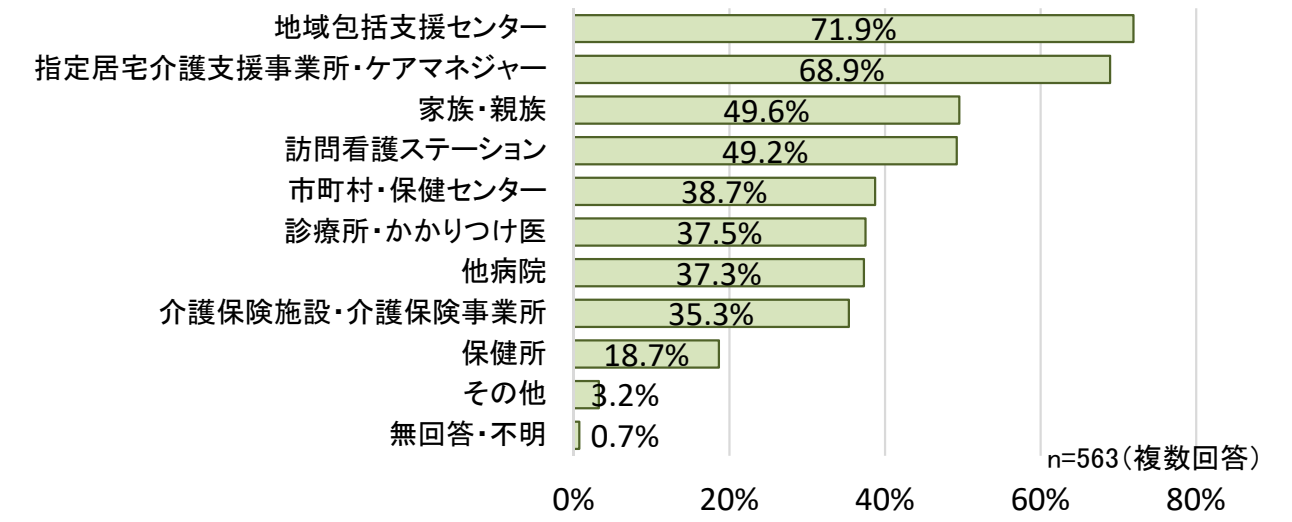


※いずれも、外来における在宅療養支援患者の把握をしていると回答した者の回答

支援・介入の必要性があると判断した患者への対応・支援



支援・介入が必要な患者をつなぐ地域の他機関



※対応・支援方法として「地域の他機関につなぐ」と回答した者の回答

【出典】日本看護協会調査研究報告 No.49 2019, 2018年病院看護実態調査
対象：全国8,361病院の看護部長　有効回収数：3,634（有効回収率 43.5%）　調査実施日：2018年10月1～15日

入退院支援の評価（イメージ）

➢ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設
- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加
- 退院時共同指導料の見直し

外来・在宅 → 入院 → 外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】
- （入院前に）利用しているサービスの利用状況の確認
- 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- 入院生活に関するオリエンテーション
- 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成　等

病棟

≪入退院支援の対象となる患者≫
- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院　／　・要介護認定が未申請
- **虐待を受けている又はその疑いがある**
- **生活困窮者**
- 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- 排泄に介助を要する
- 同居者の有無に関わらず、必要な**養育又は**介護を十分に提供できる状況にない
- 退院後に医療処置が必要
- 入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】
- 医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は
【情報提供】
- 療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

入院前からの支援の機能強化（イメージ）

従来

外来

●治療方針の説明

入院

検査・治療
●検査・治療内容の説明
✓持参薬の確認

療養の支援
●入院生活の説明
✓患者情報（入院前のサービス利用等）の確認
✓療養上のリスクアセスメント（転倒・転落、褥瘡、認知症 等）

退院調整
✓退院支援スクリーニング

外来（地域、在宅）

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいた、、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、、

入院前からの支援の機能強化

外来

外来において、
・入院生活のオリエンテーション
・患者情報（入院前のサービス利用等）や服薬中の薬剤の確認
・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング　等を事前に実施

入院

検査・治療
療養の支援
退院調整

外来（地域、在宅）

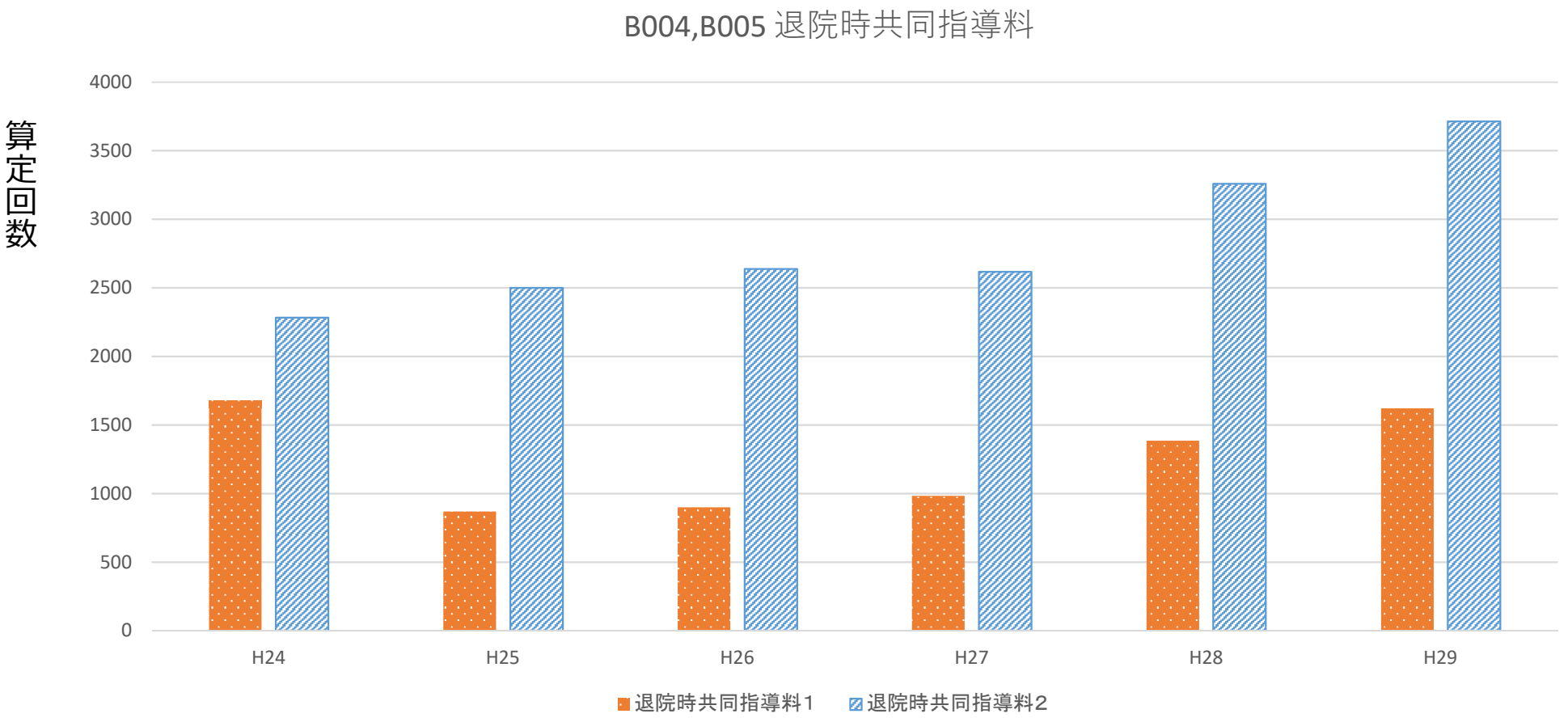
患者は、**入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める**。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

B004 退院時共同指導料

○　退院時共同指導料について、算定回数は増加傾向。

B004 1	退院時共同指導料１ 在宅療養支援診療所の場合　1,500点	保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の指示を受けた医療従事者が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の医療従事者と共同で行った上で、文章により情報提供した場合に算定する。	入院中１回
B004 2	退院時共同指導料１ 1以外の場合　900点		
B005	退院時共同指導料２　400点		



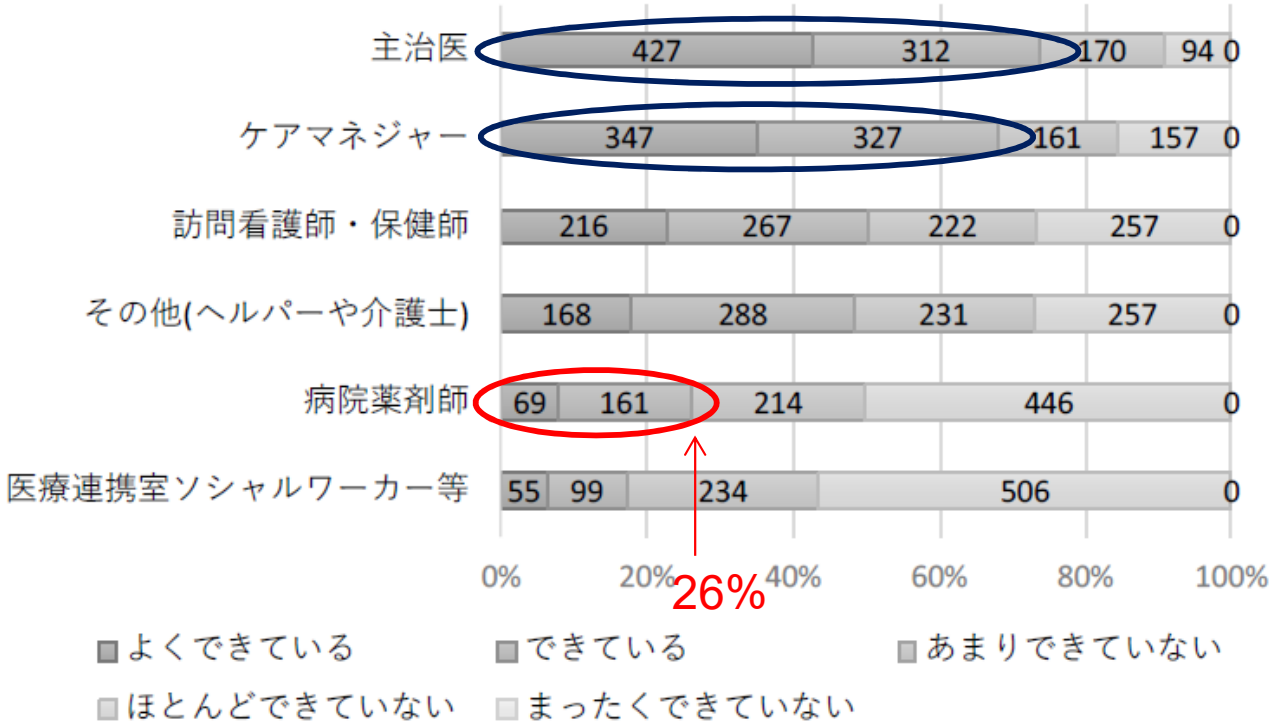
出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）　（各年６月審査分）

在宅訪問業務に係る薬局薬剤師と病院薬剤師の連携状況

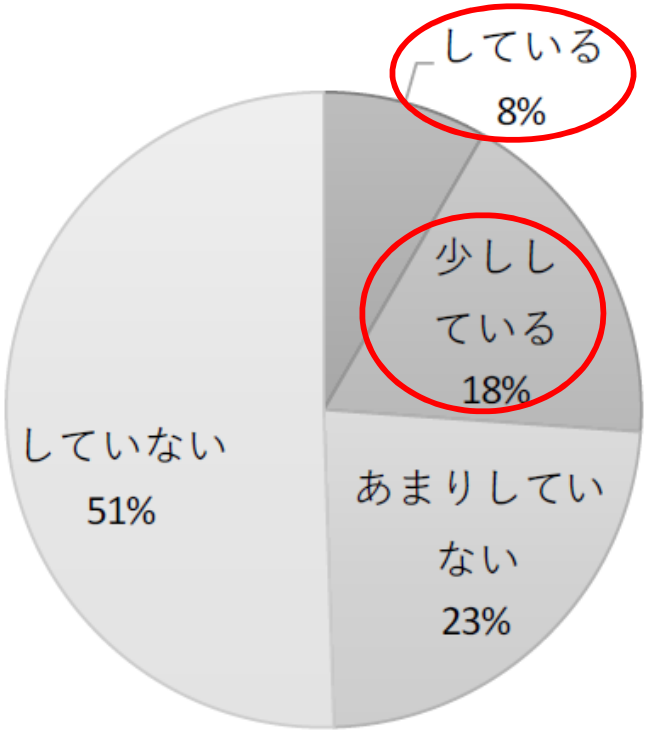
病院薬剤師との連携が「よくできている」又は「できている」薬局の割合は、26%にとどまる（主治医、ケアマネージャーとの連携はそれぞれ、74%、68%）。

病院薬剤師と在宅訪問や専門性に関して何らかの情報交換をしている薬局の割合は26%。

また、過去１年間に退院時カンファレンスに参加した薬局は15%。



地域の医療介護系多職種との連携の程度に関する薬局の割合



地域の病院薬剤師と専門性に関する情報交換をしている薬局の割合 （n=992）

出典：平成28年度厚労科研「地域のチーム医療における薬剤師の本質的な機能を明らかにする実証研究」（研究代表者 今井 博久先生）

退院時における保険医療機関と薬局の連携

退院時薬剤情報管理指導料

➢ 退院時薬剤情報管理指導料について、患者の退院時における保険医療機関から保険薬局への情報提供に関する記載について見直しを行う。

［留意事項通知（抜粋）］

（1） 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、**必要に応じ保険薬局に照会するなどして**薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（区分番号「B011－3」薬剤情報提供料の（2）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日１回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第１章第２部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

（2）、（3）略

（4） 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導（保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方箋を提出する際に手帳を掲示する旨の指導を含む。）を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載すること。**なお、退院後、在宅療養を必要とする患者であって、手帳にかかりつけ薬剤師の氏名が記載されている場合は、退院後の薬学的管理及び指導に関しかかりつけ薬剤師への相談を促すように努めること。**

また、入院時に当該患者が持参した医薬品の服薬状況等について保険薬局から提供を受けた場合には、患者の退院に際して、患者の同意を得たうえで、当該保険薬局に対して当該患者の入院中の使用薬剤や服薬の状況等について情報提供すること。

薬局における退院時共同指導料の算定回数の推移

○　薬局での退院時共同指導料の算定回数は増加傾向であるが、多くない。

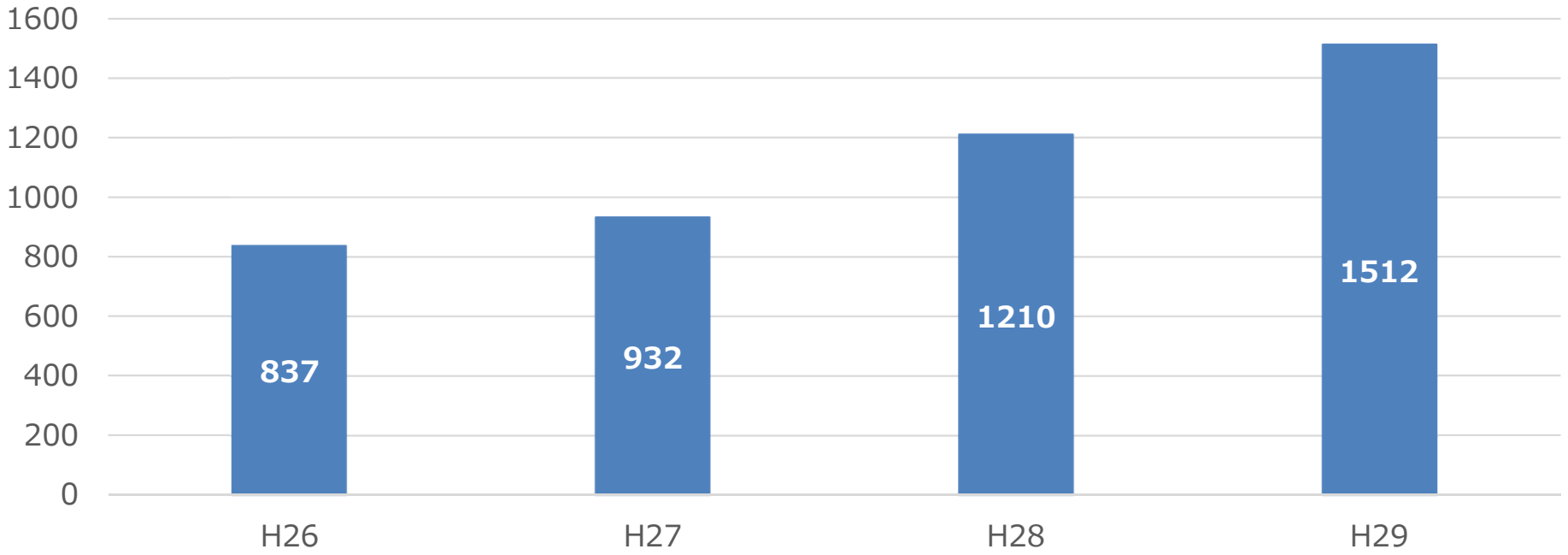
退院時共同指導料　６００点

【算定要件】

保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。

※原則として、薬局の薬剤師が医療機関に赴いて行われるが、医療資源の少ない地域に属するものであって、やむを得ない事情により、医療機関に赴くことができないときは、ビデオ通話を用いて共同指導を行った場合でも算定可能である。

退院時共同指導料の算定回数（回数／年）



出典：「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）特別集計

安全・安心な医療の提供について

○　これまで、厚生労働省において、以下の医療安全施策を実施

平成13年　医療安全推進室を設置

平成14年　「医療安全推進総合対策」策定

平成15年　特定機能病院・臨床研修病院に、医療安全専任管理者・部門・患者相談窓口配置義務

平成16年　特定機能病院に、医療事故情報等の報告義務

平成19年　病院及び有床診療所に加え、無床診療所、助産所にも、医療安全管理体制整備

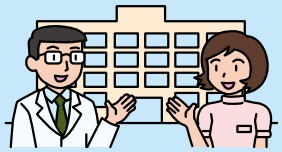
平成19年　都道府県に、医療安全支援センター設置義務

○　平成30年度診療報酬改定において、医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数についての見直しを実施

これまでの厚労省における医療安全施策

平成13年 4月	厚生労働省に医療安全推進室設置、医療安全対策検討会議を開催
14年 4月	医療安全対策検討会議にて、「医療安全推進総合対策」策定
10月	病院及び有床診療所に、医療安全管理のための整備確保義務（省令改正）
15年 4月	特定機能病院・臨床研修病院に、医療安全専任管理者・部門・患者相談窓口配置義務（省令改正）
12月	「厚労大臣医療事故対策緊急アピール」：医療安全を医療政策の最重要課題のひとつ
16年10月	特定機能病院等に、医療事故情報等の報告義務（省令改正）
17年　5月	「医療安全対策検討会議」報告書（医療事故未然防止対策等）
18年 6月	第5次改正医療法公布（法改正）
19年 4月	第5次改正医療法施行（法改正） 病院及び有床診療所に加え、無床診療所、助産所にも、医療安全管理体制整備、 及び、都道府県に、医療安全支援センター設置義務　等
26年 6月	第6次改正医療法公布（法改正）
27年10月	医療事故調査制度施行（法改正）

医療事故情報報告システム



医療機関

Web報告

公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部

医療事故情報

①報告義務

大学病院
国立研究開発法人
国立病院機構
特定機能病院
（276施設）

②任意参加

病院、診療所
（773施設）

事例情報
①選択項目
②記述項目
事故の内容
背景・要因
改善策

文書による問合せ
訪問調査
（任意）

運営委員会

総合評価部会
専門分析班会議
（医療安全の専門家）

事務局

ヒヤリ・ハット事例
（発生件数情報・事例情報）

任意参加

（約1,200 施設）

発生件数

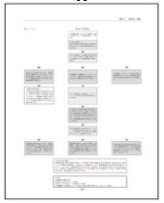
事例情報

報告書・年報

医療安全情報

事例
データベース

研修
会



国　民

医療機関

関係学会・
団体

行政機関

など

医療安全情報

画像診断報告書の確認不足（第2報）（2018年5月）

医療事故情報収集等事業

公益財団法人 日本医療機能評価機構

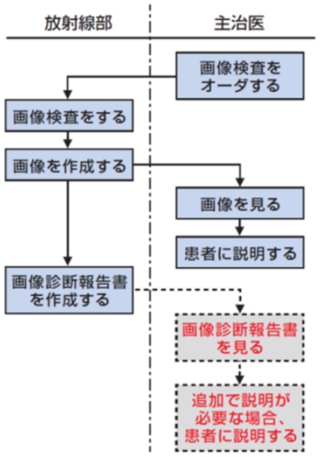
医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.138　2018年5月

画像診断報告書の確認不足（第2報）

「画像診断報告書の確認不足」を医療安全情報No.63（2012年2月）で取り上げました。その後、画像診断報告書を確認しなかった事例が37件報告されていますので再度情報提供します（集計期間:2015年1月1日～2018年3月31日）。この情報は、第51回報告書「再発・類似事例の分析」の内容をもとに作成しました。

画像を確認した後、画像診断報告書を確認しなかったため、検査目的以外の所見に気付かず、治療が遅れた事例が報告されています。

画像検査の流れの一例



画像診断報告書を確認しなかった主な背景
画像で検査目的の部位を見て患者に説明した際、画像診断報告書が作成されておらず、その後見るのを忘れた
画像診断報告書を見る習慣がなかった
CT検査とMRI検査を同時期に行い、MRI検査の結果で診断が確定できたため、CT検査の画像診断報告書を見なかった
専門領域の読影に自信があり、画像診断報告書を見なかった
前年の同月の画像診断報告書を当日の報告書だと誤認した

◆37件のうち、36件がCT検査の事例です。

医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.138　2018年5月

画像診断報告書の確認不足（第2報）

事例1

外来診察日に肝内胆管癌術後のフォローアップでCT検査を行った。CT検査後、主治医は画像を見て患者に説明し、その後画像診断報告書の確認を忘れた。5ヶ月後、再度CT検査を行った。放射線科医師が過去のCT画像と比較しようとしたところ、5ヶ月前の画像診断報告書が未読であり、肺癌疑いと記載されていることに気付き、主治医に連絡した。

事例2

外来診察日に腎癌の精査で造影CT検査を行った。医師は外来診察中に画像を見て患者に説明し、その後画像診断報告書の確認を忘れた。患者が腎癌の手術目的で入院した際、担当医は3ヶ月前に実施した造影CT検査の画像診断報告書に肝臓に悪性腫瘍の転移が疑われ精査するよう記載されていることに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 画像診断報告書を確認してから患者に説明する。
- 画像診断報告書が未読の場合に気付ける仕組みを構築する。

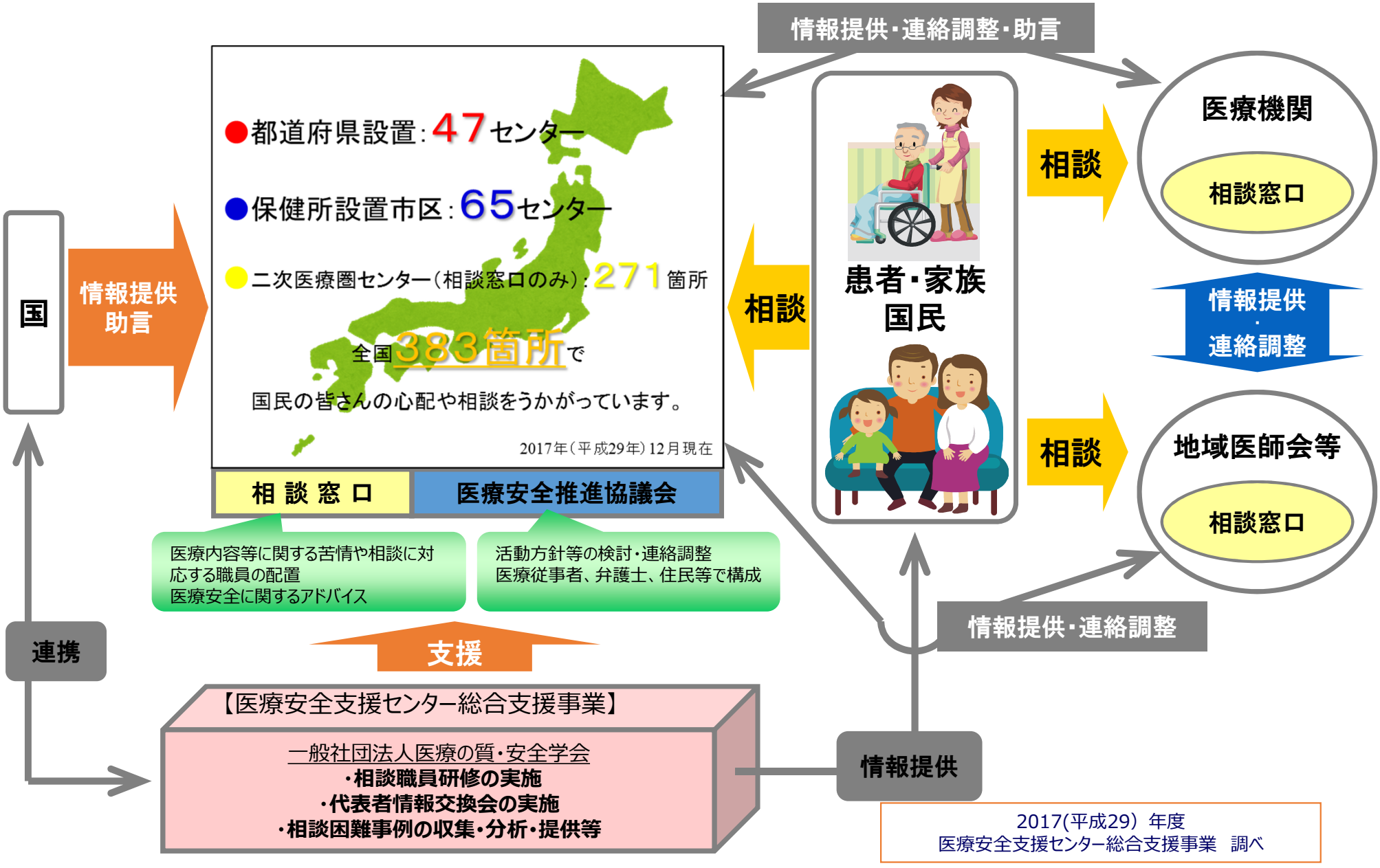
総合評価部会の意見

- 「画像検査～画像診断報告書の確認～患者への説明」の流れを整理し、業務工程を確立しましょう。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。http://www.med-safe.jp/
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061　東京都千代田区神田三崎町1-4-17　東洋ビル
電話：03-5217-0252（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
http://www.med-safe.jp/

◆◆◆　医療安全支援センター体制図　◆◆◆



医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設

➢ 医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

医療安全対策加算

（新）　**医療安全対策地域連携加算**

イ　医療安全対策地域連携加算１　　50点（入院初日）

ロ　医療安全対策地域連携加算２　　20点（入院初日）

［施設基準］

医療安全対策地域連携加算１

(1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。

(2) 医療安全対策加算１の届出を行っていること。

(3) 医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。

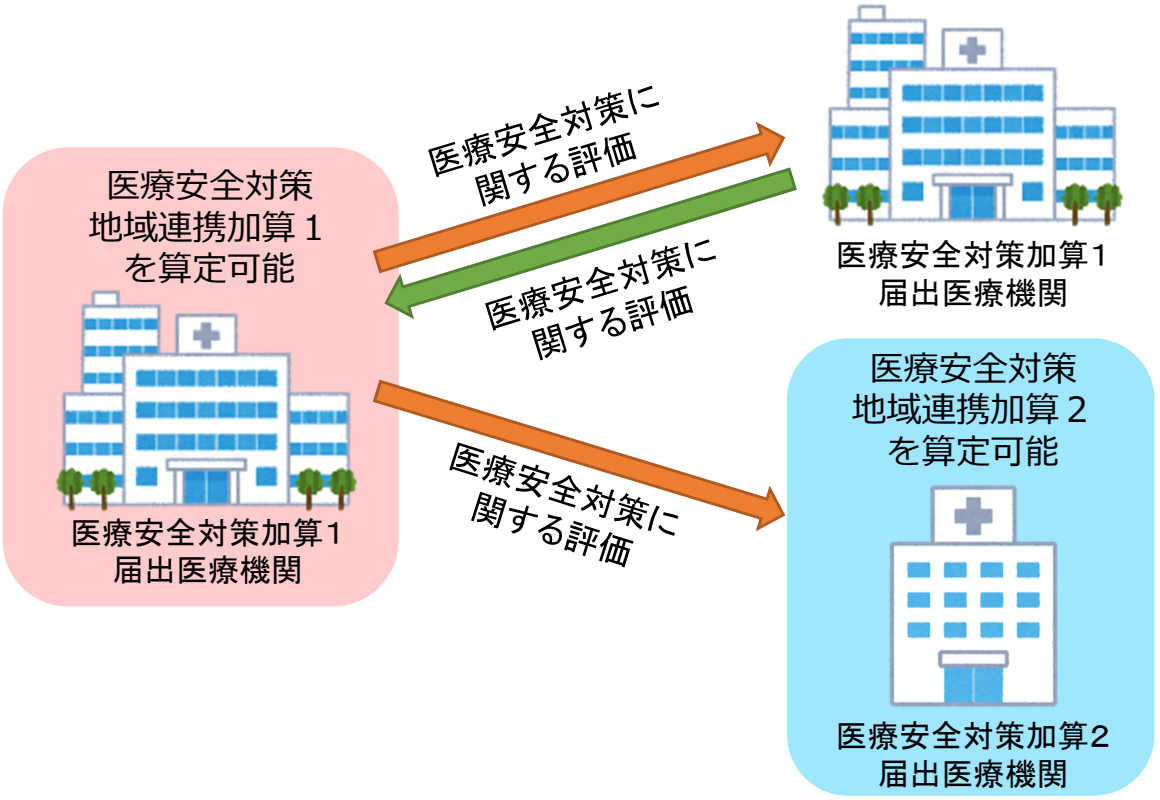
(4)医療安全対策加算１の届出医療機関及び医療安全対策加算２の届出医療機関それぞれについて医療安全対策に関して評価を実施。また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

医療安全対策地域連携加算２

(1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。

(2) 医療安全対策加算２の届出を行っていること。

(3) 医療安全対策加算１の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。



現行	
1　医療安全対策加算１	85点
2　医療安全対策加算２	35点

改定後	
1　医療安全対策加算１	85点
2　医療安全対策加算２	30点

患者にとって必要な情報提供や相談支援の在り方について

【論点】

○　患者・国民に対する、医療機関等の選択を適切に行うために必要な情報提供や、受けた医療の内容に関する情報提供の在り方について、どのように考えるか。

○　患者等からの相談に幅広く対応し、患者・国民が、それぞれの実情に応じて、住み慣れた地域で継続して生活できるような相談・支援の在り方について、どのように考えるか。

○　医療安全対策の評価に関して、平成30年度診療報酬改定における見直しを踏まえ、どのように考えるか。