

中央社会保険医療協議会 総会（第 429 回） 議事次第

令和元年10月30日(水) 9 : 30～
於 厚生労働省講堂（低層棟 2階）

議 題

- 部会・小委員会に属する委員の指名等について
- 外来診療（その1）について
- 調剤報酬（その2）について
- 患者申出療養評価会議からの報告について

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時: 令和元年10月30日(水) 9:30~
会場: 中央合同庁舎第5号館 講堂(低層棟2階)

速記

中医協関係者

	秋山	中村	関	荒井	松原	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
松本									吉森	
城守									幸野	
猪口									佐保	
島									間宮	
林									宮近	
有澤									松浦	
									田村	
									半田	
									吉川	

中医協関係者

医療指導監査室長	歯科医療管理官	保険医療企画調査室長	医療技術評価推進室長	医療課長	薬剤管理官	総務課長	医療介護連携携政策課長	調査課長	調査課数理企画官
----------	---------	------------	------------	------	-------	------	-------------	------	----------

厚生労働省

厚生労働省

関係者席

関係者席

関係者席・日比谷クラブ

日比谷クラブ

一般傍聴席

一般傍聴席・厚生労働記者会

中央社会保険医療協議会委員名簿

令和元年10月30日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	吉 森 俊 和 幸 野 庄 司 <u>佐 保 昌 一</u> 間 宮 清 文 宮 近 清 文 松 浦 満 晴 染 谷 絹 代	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 <u>日本労働組合総連合会総合政策推進局長</u> 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 静岡県島田市市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	松 本 吉 郎 今 村 聡 城 守 国 斗 猪 口 雄 二 島 弘 志 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 全日本病院協会会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	荒 井 耕 関 ふ 佐子 ◎ 田 辺 国 昭 中 村 洋 秋 山 美 紀 松 原 由 美	一橋大学大学院経営管理研究科教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 慶應義塾大学環境情報学部教授 早稲田大学人間科学学術院准教授
4. 専門委員	岩 田 利 雄 吉 川 久美子 <u>半 田 一 登</u> 田 村 文 誉 平 野 秀 之 上 出 厚 志 村 井 泰 介 堀之内 晴 美 林 利 史 五 嶋 規 夫	千葉県東庄町長 日本看護協会常任理事 <u>チーム医療推進協議会代表</u> 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授 第一三共株式会社執行役員渉外部長 アステラス製薬株式会社上席執行役員渉外部長 株式会社ビタルケエスケー・ホールディングス代表取締役社長 東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長 株式会社やよい専務取締役

◎印：会長

総会名簿

令和元年10月30日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	吉 森 俊 和 幸 野 庄 司 <u>佐 保 昌 一</u> 間 宮 清 文 宮 近 清 文 松 浦 満 晴 染 谷 絹 代	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 <u>日本労働組合総連合会総合政策推進局長</u> 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 静岡県島田市市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	松 本 吉 郎 今 村 聡 城 守 国 斗 猪 口 雄 二 島 弘 志 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 全日本病院協会会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	荒 井 耕 関 ふ 佐子 ◎ 田 辺 国 昭 中 村 洋 秋 山 美 紀 松 原 由 美	一橋大学大学院経営管理研究科教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 慶應義塾大学環境情報学部教授 早稲田大学人間科学学術院准教授
4. 専門委員	岩 田 利 雄 吉 川 久美子 <u>半 田 一 登</u> 田 村 文 誉	千葉県東庄町長 日本看護協会常任理事 <u>チーム医療推進協議会代表</u> 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授

◎印：会長

診療報酬基本問題小委員会委員名簿

令和元年10月30日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	吉 森 俊 和 幸 野 庄 司 佐 保 昌 一 宮 近 清 文 染 谷 絹 代	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 静岡県島田市市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	松 本 吉 郎 今 村 聡 島 弘 志 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	荒 井 耕 関 ふ 佐子 ◎ 田 辺 国 昭 中 村 洋 秋 山 美 紀 松 原 由 美	一橋大学大学院経営管理研究科教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 慶應義塾大学環境情報学部教授 早稲田大学人間科学学術院准教授
4. 専門委員	吉 川 久美子	日本看護協会常任理事

◎印：小委員長

調査実施小委員会委員名簿（案）

令和元年10月30日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	吉 森 俊 和 幸 野 庄 司 <u>佐 保 昌 一</u> 宮 近 清 文 松 浦 満 晴	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 <u>日本労働組合総連合会総合政策推進局長</u> 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	今 村 聡 城 守 国 斗 猪 口 雄 二 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会副会長 日本医師会常任理事 全日本病院協会会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	荒 井 耕 田 辺 国 昭 秋 山 美 紀 松 原 由 美	一橋大学大学院経営管理研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 慶應義塾大学環境情報学部教授 早稲田大学人間科学学術院准教授

◎印：小委員長

診療報酬改定結果検証部会委員名簿

令和元年10月30日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 公益を代表する委員	荒井 耕	一橋大学大学院経営管理研究科教授
	○ 関 ふ佐子	横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授
	田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	中村 洋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
	秋山 美紀	慶應義塾大学環境情報学部教授
	◎ 松原 由美	早稲田大学人間科学学術院准教授

◎印：部会長 ○印：部会長代理

薬価専門部会委員名簿

令和元年10月30日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	吉 森 俊 和 幸 野 庄 司 <u>佐 保 昌 一</u> 宮 近 清 文	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 <u>日本労働組合総連合会総合政策推進局長</u> 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	松 本 吉 郎 今 村 聡 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	関 ふ 佐子 田 辺 国 昭 ◎ 中 村 洋 ○ 秋 山 美 紀	横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 慶應義塾大学環境情報学部教授
4. 専門委員	平 野 秀 之 上 出 厚 志 村 井 泰 介	第一三共株式会社執行役員渉外部長 アステラス製薬株式会社上席執行役員渉外部長 株式会社バイタルケエスケー・ホールディングス代表取締役社長

◎印：部会長 ○印：部会長代理

保険医療材料専門部会委員名簿

令和元年10月30日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	幸野庄司 佐保昌一 宮近清文 染谷絹代	健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 静岡県島田市市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	城守国斗 島弘志 林正純 有澤賢二	日本医師会常任理事 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	荒井耕 ◎ 関ふ佐子 中村洋 ○ 松原由美	一橋大学大学院経営管理研究科教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 早稲田大学人間科学学術院准教授
4. 専門委員	堀之内晴美 林利史 五嶋規夫	東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長 株式会社やよい専務取締役

◎印：部会長 ○印：部会長代理

費用対効果評価専門部会委員名簿

令和元年10月30日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	吉 森 俊 和 幸 野 庄 司 間 宮 清 宮 近 清 文 松 浦 満 晴 染 谷 絹 代	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 静岡県島田市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	松 本 吉 郎 城 守 国 斗 猪 口 雄 二 島 弘 志 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 全日本病院協会会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	◎ 荒 井 耕 関 ふ 佐子 田 辺 国 昭 ○ 中 村 洋	一橋大学大学院経営管理研究科教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専門委員	平 野 秀 之 上 出 厚 志 堀之内 晴 美 林 利 史	第一三共株式会社執行役員渉外部長 アステラス製薬株式会社上席執行役員渉外部長 東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長

◎印：部会長 ○印：部会長代理

<参考人>

- ・ 福 田 敬 (国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部長)
- ・ 池 田 俊 也 (国際医療福祉大学教授)

外来（その1）

（かかりつけ医機能、大病院受診時定額負担等）

外来（その1）

1. かかりつけ医機能に係る評価について

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

2. 大病院受診時定額負担について

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

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋 —

「かかりつけ医」とは(定義)

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

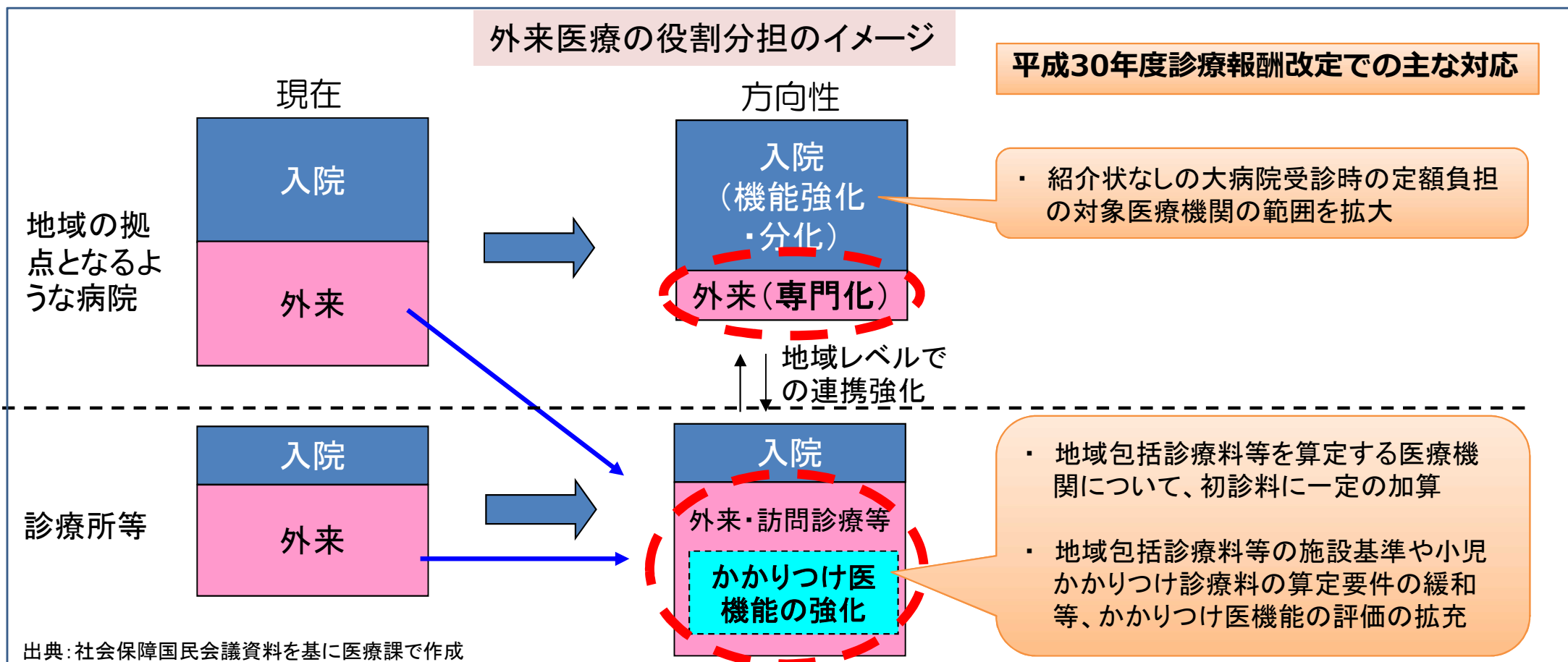
「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、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。

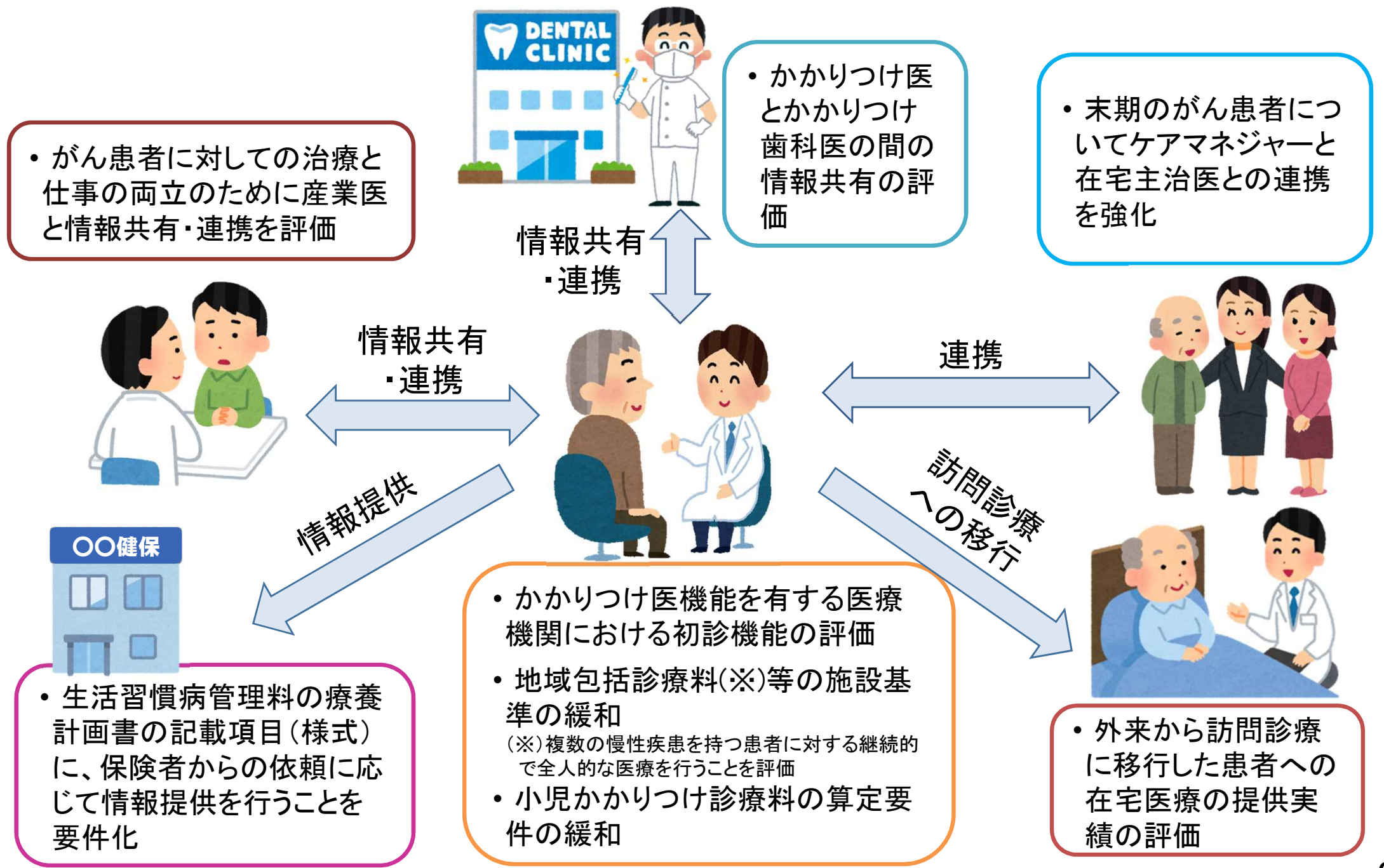
外来医療の今後の方向性(イメージ)

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



かかりつけ医機能評価の充実



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

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

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

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) **機能強化加算** 80点



【算定要件】

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

【施設基準】

- 以下のいずれにも該当すること。
 - (1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
 - (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ・ 地域包括診療加算
 - ・ 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。)
 - (3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問合せへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

届出医療機関数及び算定回数

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

(出典)
届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)
算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理①(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
施設の 種別	<ul style="list-style-type: none"> 診療所 在宅療養支援診療所の届出(*1) 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所 許可病床数200床未満 【病院の場合】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の届出 在宅療養支援病院の届出 	<ul style="list-style-type: none"> 小児科外来診療料を算定 	—	<ul style="list-style-type: none"> 診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 許可病床数200床未満の病院 半径4km以内に診療所が存在しない(半径4km以内に病院が存在しても差し支えない)
医師の 要件	<ul style="list-style-type: none"> 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(担当医)を配置 常勤換算2名以上の医師を配置(うち1名以上は常勤医師)(*1) 	<ul style="list-style-type: none"> 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(担当医)を配置 【診療所の場合】 <ul style="list-style-type: none"> 常勤換算2名以上の医師を配置(うち1名以上は常勤医師) 	<ul style="list-style-type: none"> 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師を1名以上配置 上記の医師が、以下のうち3つ以上に該当 <ul style="list-style-type: none"> ア 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上の頻度で実施 イ 母子保健法第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査を実施 ウ 予防接種法第5条第1項の規定による予防接種(定期予防接種)を実施 エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を担当する常勤医師 	【機能強化・単独型】 <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を担当する常勤医を3名以上配置 【機能強化・連携型】 <ul style="list-style-type: none"> 他の医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤医を3名以上配置 【従来型】 <ul style="list-style-type: none"> — 	
時間外、 緊急時等 の対応の 体制	<ul style="list-style-type: none"> 時間外対応加算1又は2の届出(*1) 	【診療所の場合】 <ul style="list-style-type: none"> 時間外対応加算1の届出 	<ul style="list-style-type: none"> 時間外対応加算1又は2の届出 	—	<ul style="list-style-type: none"> 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供 	

*1 いずれか1つを満たせばよい

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理②(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
実施する 取組等	<ul style="list-style-type: none"> 健康相談を実施している旨を院内掲示 敷地内(当該保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関が保有又は借用している部分)の禁煙 		—	—	—	—
他の医療 機関等との 連携	<p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> 院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携 		—	—	<ul style="list-style-type: none"> 当該地域において、他の保健医療サービスとの連携調整を担当する者と連携 <p>【医療機関・訪問看護ステーションとの連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に随時提供 	
介護サー ビスとの 連携	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示 要介護認定に係る主治医意見書を作成 以下のいずれか1つを満たす <ul style="list-style-type: none"> ア 介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員を配置 イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供 ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設 エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」に規定する地域ケア会議に年1回以上出席 オ 介護保険によるリハビリテーションを提供 カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有する キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講 ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有する(地域包括診療料・病院の場合) ケ 総合評価加算の届出又は介護支援等連携指導料を算定 		—	—	—	—
その他	—		—	—	<ul style="list-style-type: none"> 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制の整備 	

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理③(平成30年度診療報酬改定後)

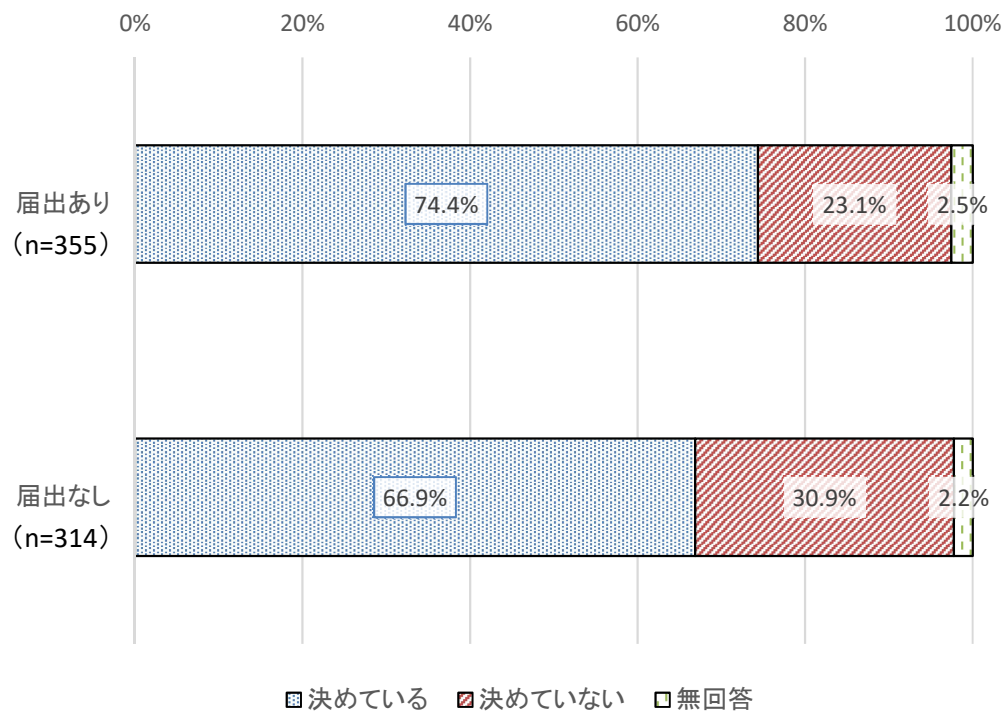
項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
在宅医療の 提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の提供及び当該患者に対する24時間の往診等の体制(*2) 在宅医療の提供及び当該患者に対する24時間の連絡体制(*3) 	—	—	—	<ul style="list-style-type: none"> 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の指名、担当日等を文書により患者に提供 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の指名、担当日等を文書により患者に提供 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等を届出 	
外来から訪 問診療への 移行実績	<ul style="list-style-type: none"> 以下の全てを満たしていること(*2) ア 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、C000往診料、C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」又はC001-2在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)を算定した患者の数の合計が <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所については10人以上 在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上 イ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満 		—	—		
その他実績	—	—	—	—	<ul style="list-style-type: none"> 年に1回、在宅看取り数等を報告【往診・訪問診療の患者の割合が95%以上の場合】 以下の全てを満たしていること <ul style="list-style-type: none"> 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から紹介を受けて往診又は訪問診療を実施 過去1年間の看取り実績20件以上又は重症児の十分な診療実績 直近1か月の在総管・施設総管算定患者のうち施設総管の患者割合が7割以下 直近1か月の在総管・施設総管算定患者のうち「要介護3以上」又は「別表8の2に該当する患者」の割合が5割以上 	

*2 地域包括診療加算1の要件
*3 地域包括診療加算2の要件

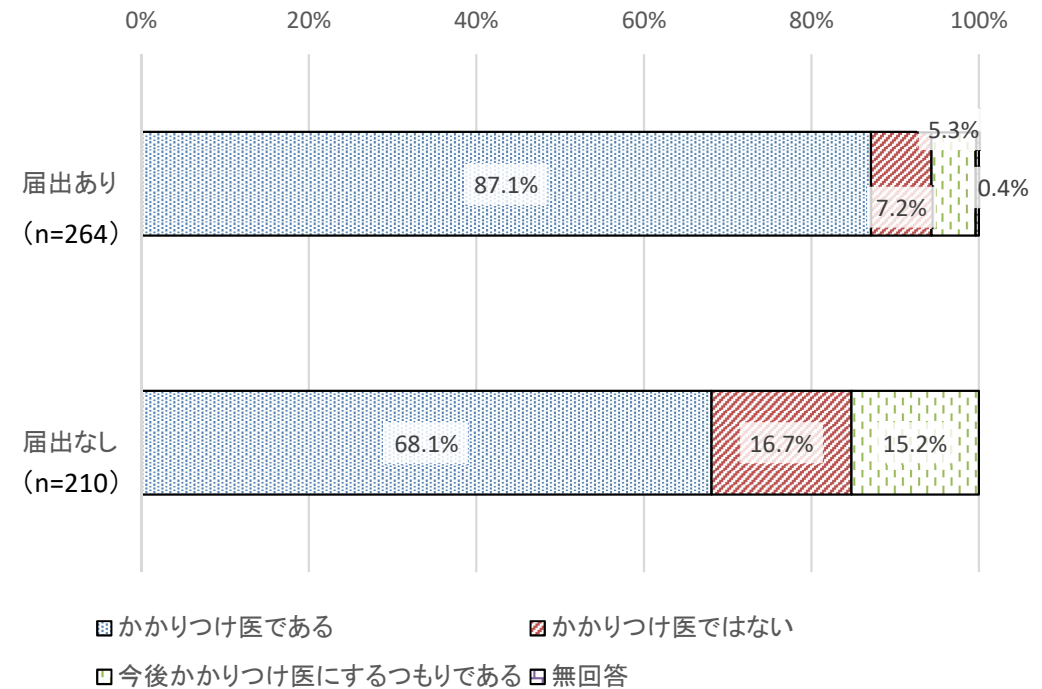
かかりつけ医の状況について①(機能強化加算の届出有無別)

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

かかりつけ医を決めているか



調査票を受け取った医療機関の医師がかかりつけ医かどうか



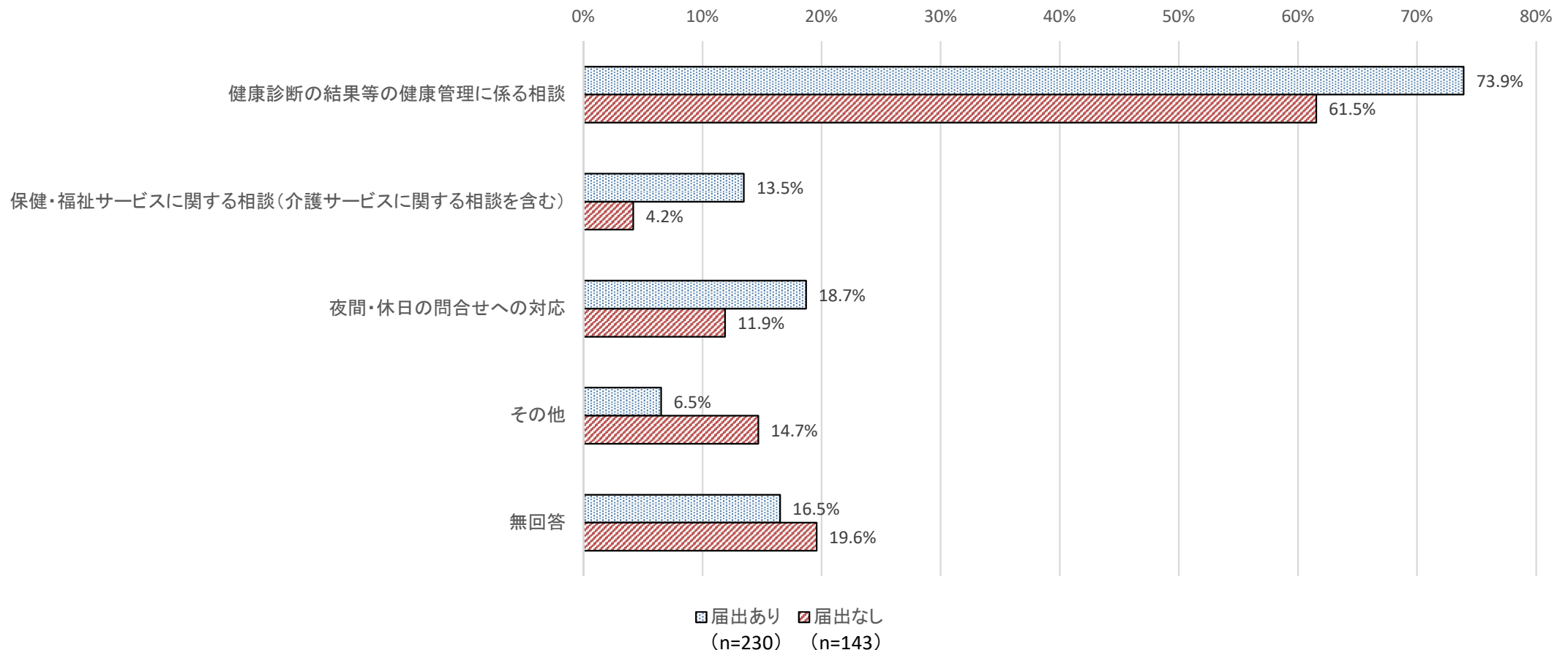
【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(患者票)(速報値)

○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算(未届出施設においては初診料)の算定患者を対象として調査を実施。

かかりつけ医の状況について②(機能強化加算の届出有無別)

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

調査票を受け取った医療機関でこれまで実施されたこと(複数回答)



■ 届出あり (n=230) ■ 届出なし (n=143)

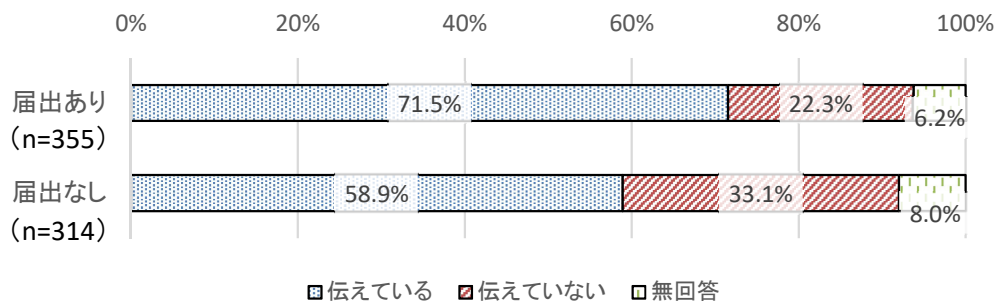
【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(患者票)(速報値)

○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算(未届出施設においては初診料)の算定患者を対象として調査を実施。

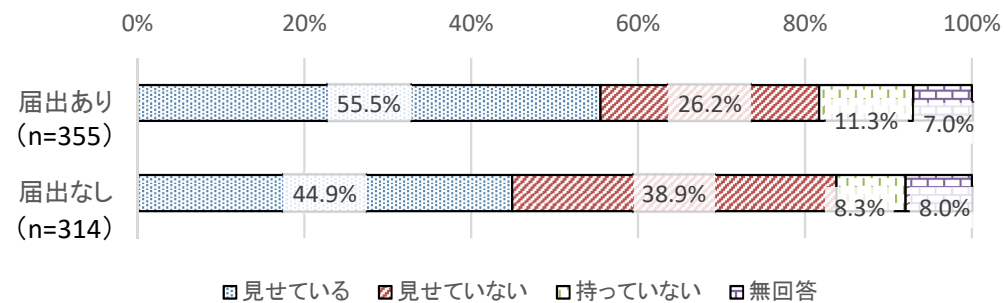
他の医療機関の受診状況等の情報共有について(機能強化加算の届出有無別)

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

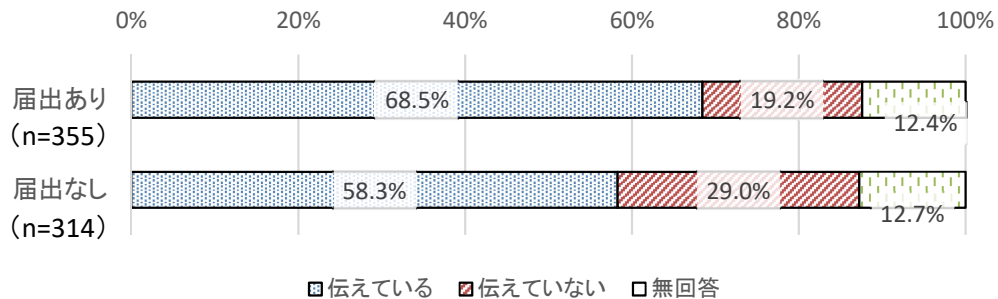
他の医療機関の受診状況



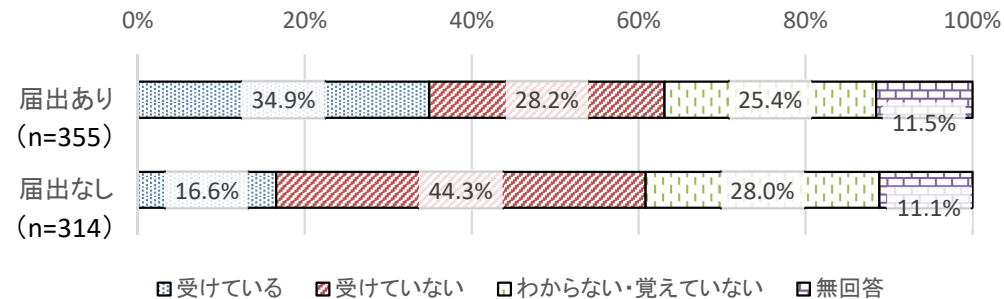
お薬手帳



他の医療機関で処方されている薬の内容



かかりつけ医の役割に関する説明



【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(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(患者票)(速報値)

○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算(未届出施設においては初診料)の算定患者を対象として調査を実施。

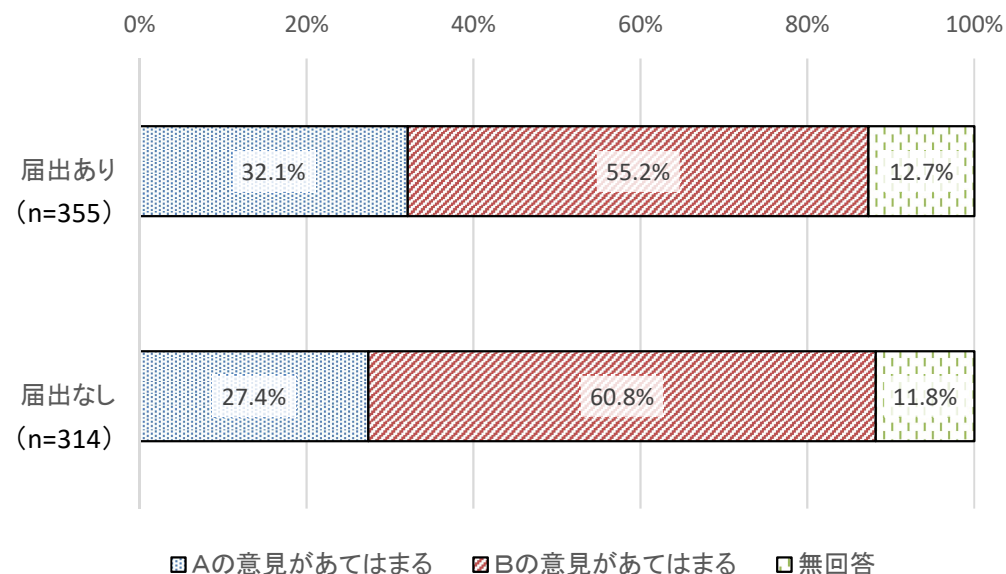
医療機関へのかかり方に関する考えについて(機能強化加算の届出有無別)

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

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

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

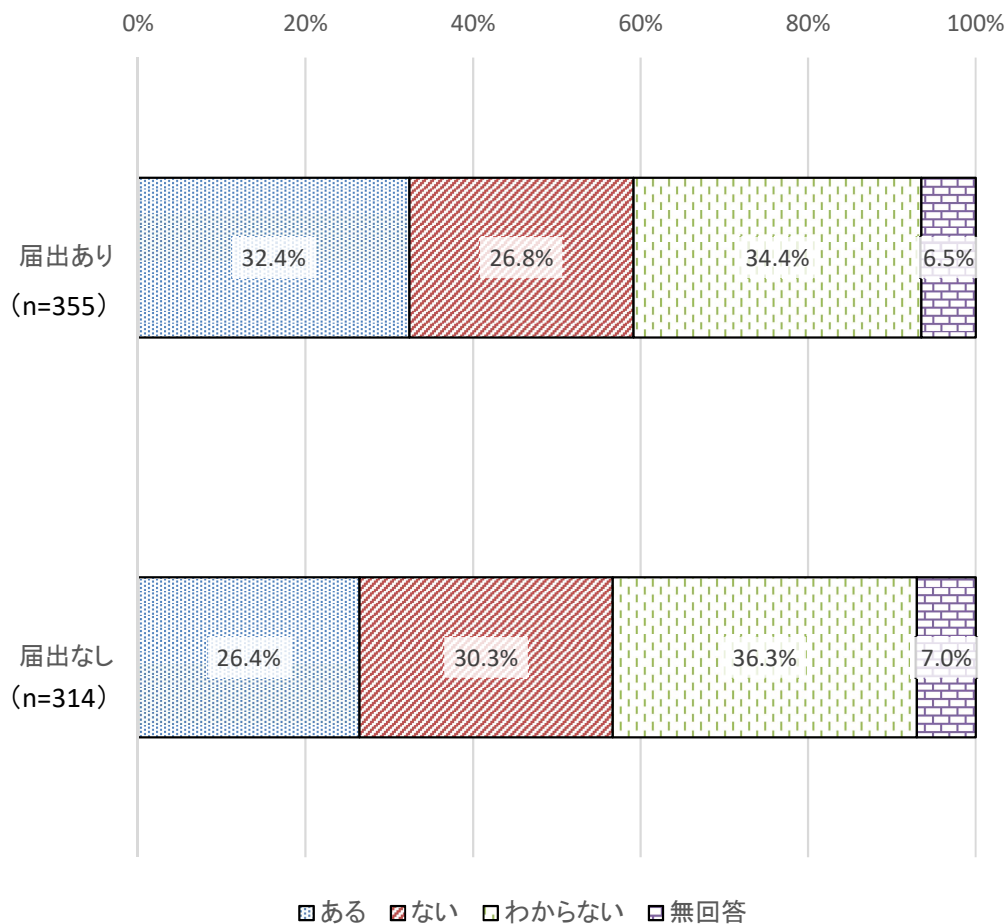
生活習慣病などにより継続的な通院が必要な状態となった
場合のかかりつけ医を受診する際の考え方



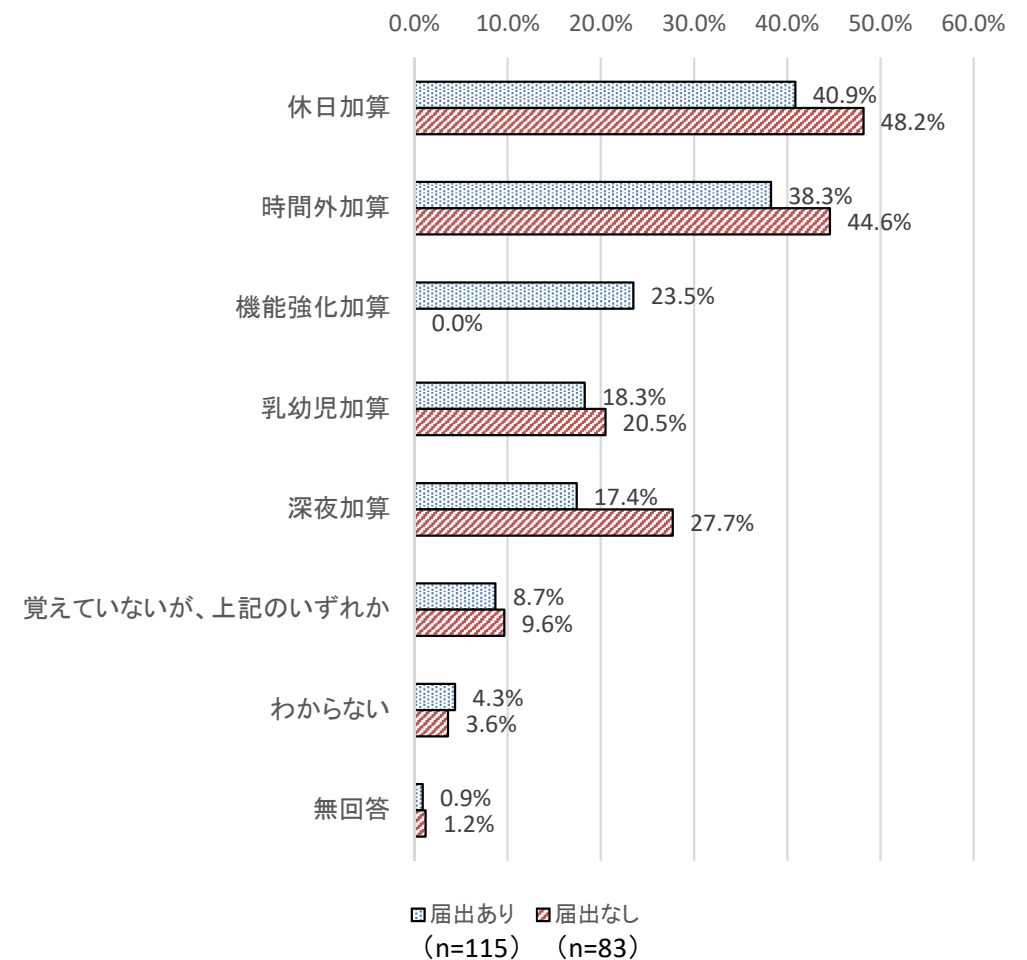
医師の診察を受けた場合の費用について①(機能強化加算の届出有無別)

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

費用(加算)の支払経験の有無



算定された費用(加算)の種類(複数回答)

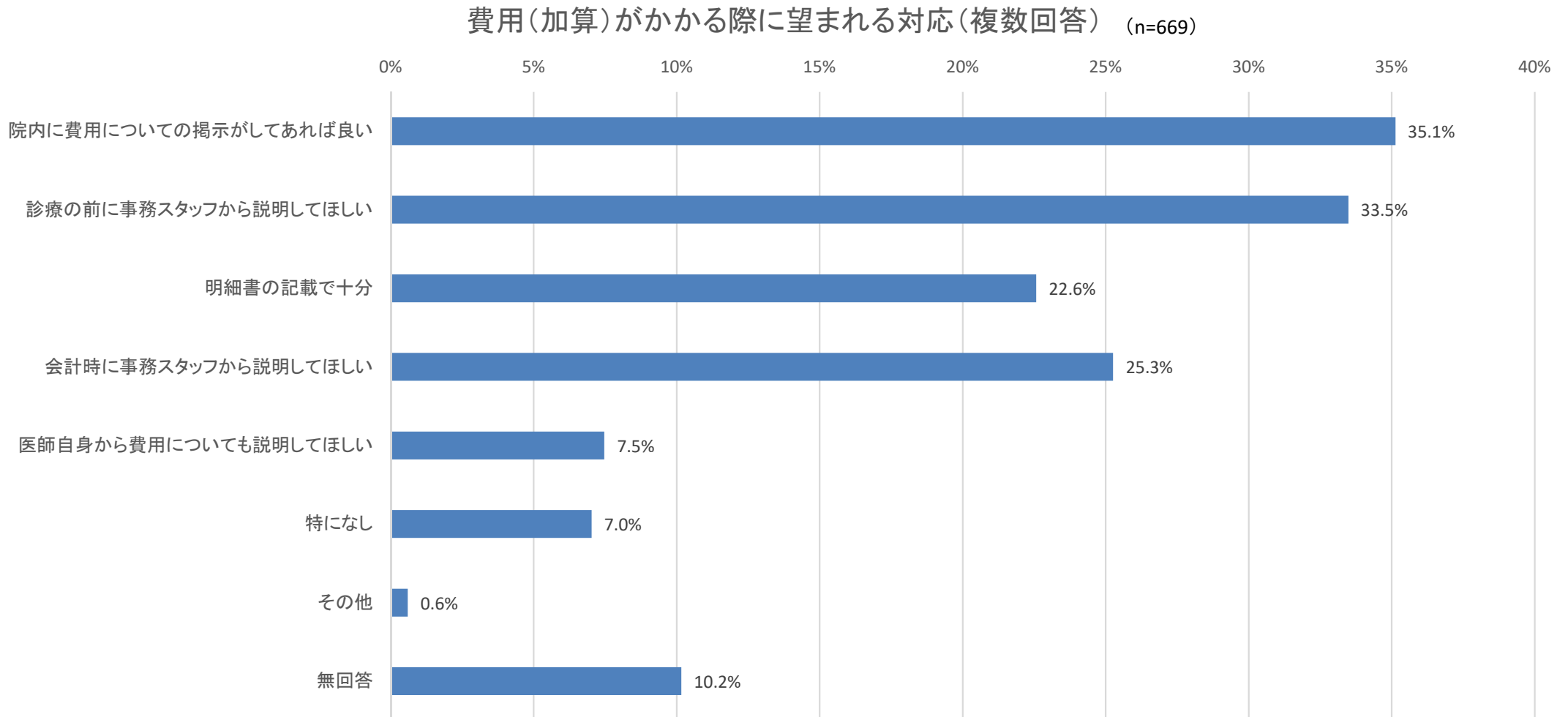


【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(患者票)(速報値)

○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算(未届出施設においては初診料)の算定患者を対象として調査を実施。

医師の診察を受けた場合の費用について②

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



【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(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(患者票)(速報値)

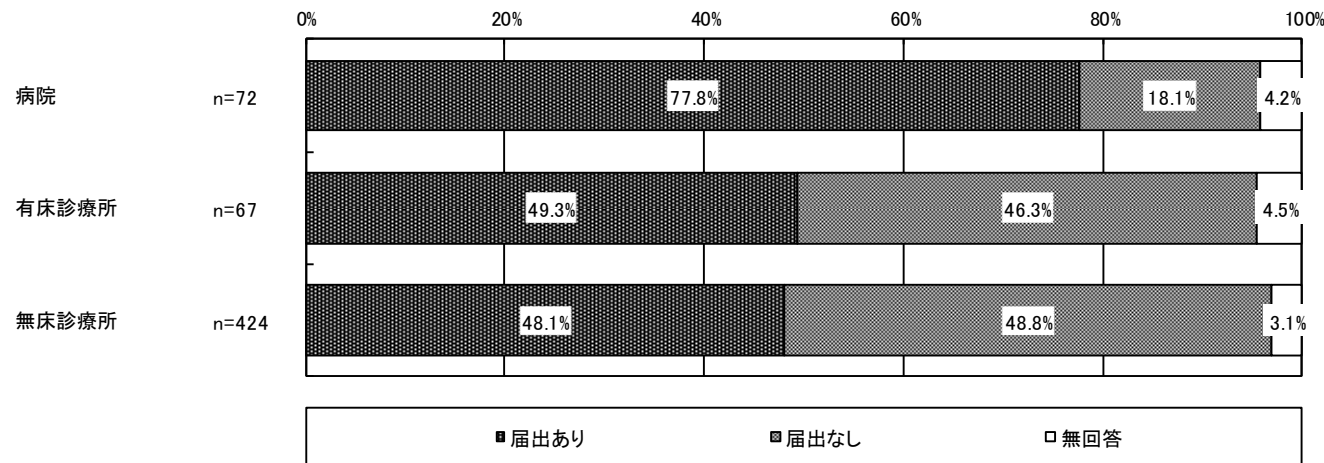
○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算(未届出施設においては初診料)の算定患者を対象として調査を実施。

かかりつけ医調査(施設調査)の結果⑥

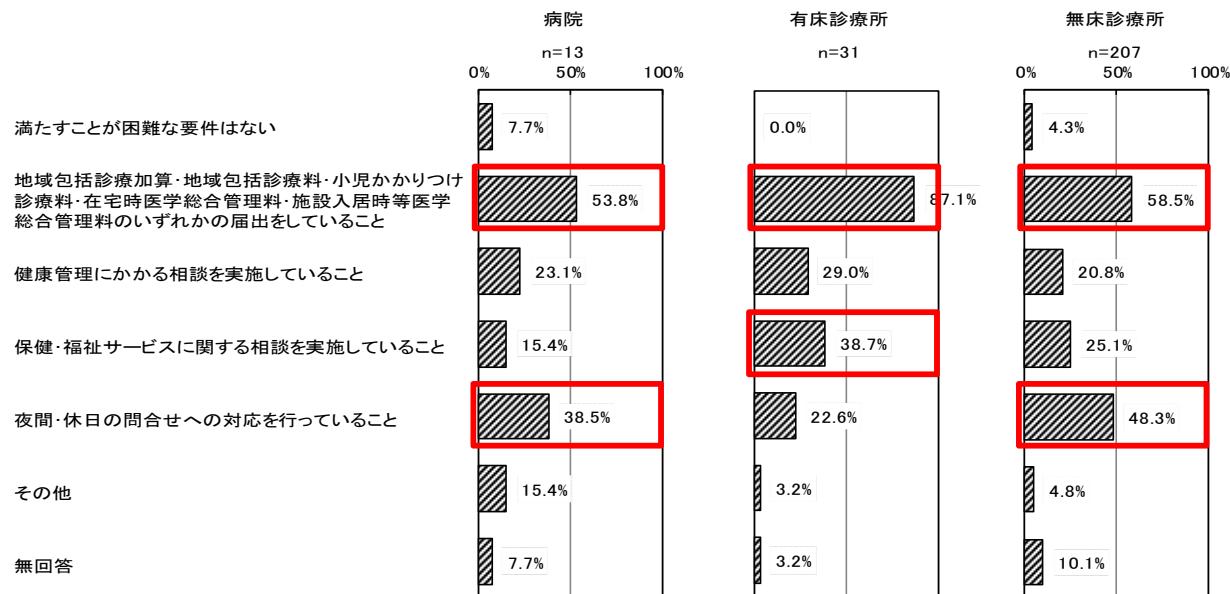
＜機能強化加算の施設基準の届出状況等＞(報告書p131,132)

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

図表 190 機能強化加算の施設基準の届出状況



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



地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

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

現行	改定後
<p>【地域包括診療料等】</p> <p>地域包括診療料 1,503点</p> <p>認知症地域包括診療料 1,515点</p> <p>[施設基準(抜粋)] 以下の全ての要件を満たしていること。</p> <p>ア 診療所の場合</p> <p>(イ) 時間外対応加算1の届出</p> <p>(ロ) 常勤医師2名以上の配置</p> <p>(ハ) 在宅療養支援診療所</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>(イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出</p> <p>(ロ) 在宅療養支援病院の届出</p>	<p>【地域包括診療料等】</p> <p>(新) 地域包括診療料1 1,560点 ←</p> <p>地域包括診療料2 1,503点</p> <p>(新) 認知症地域包括診療料1 1,580点 ←</p> <p>認知症地域包括診療料2 1,515点</p> <p>[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。</p> <p>ア 診療所の場合</p> <p>(イ) 時間外対応加算1の届出</p> <p>(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</p> <p>(ハ) 在宅療養支援診療所</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>(イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。</p> <p>(ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。</p> <p>(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。</p>

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

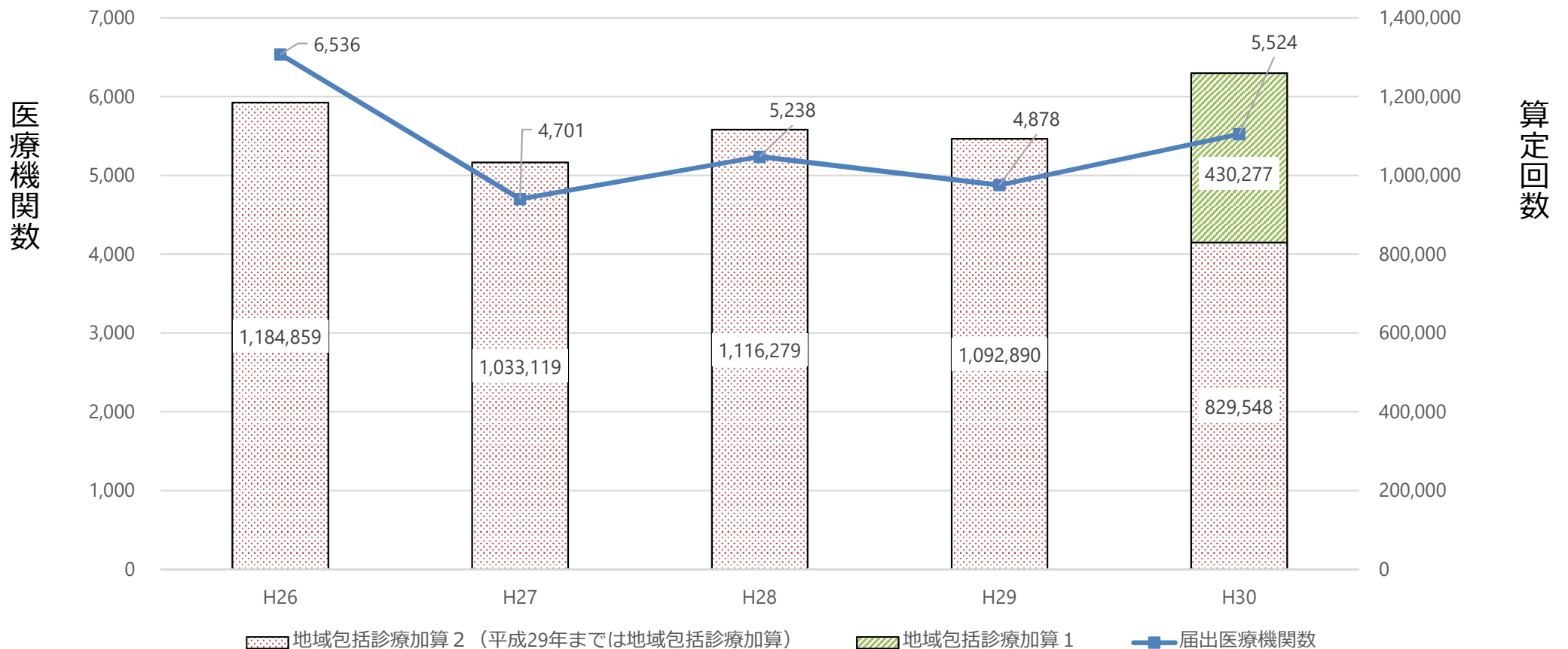
現行	改定後
<p>【地域包括診療料等】</p> <p>地域包括診療加算 20点</p> <p>認知症地域包括診療加算 30点</p> <p>[施設基準(抜粋)]</p> <p>(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること。</p> <p>(2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算1又は2の届出 イ 常勤の医師を2名以上配置 ウ 在宅療養支援診療所</p>	<p>【地域包括診療料等】</p> <p>(新) <u>地域包括診療加算1</u> 25点 ←</p> <p>地域包括診療加算2 18点</p> <p>(新) <u>認知症地域包括診療加算1</u> 35点 ←</p> <p>認知症地域包括診療加算2 28点</p> <p>[施設基準(抜粋)]</p> <p>(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し <u>24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)</u></p> <p>(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 <u>常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上</u> ウ 在宅療養支援診療所</p> <p>(3) <u>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。</u></p>

- 地域包括診療料等の要件である患者の受診医療機関や処方薬の把握について看護師等が実施可能であることを明確化する。

○ 地域包括診療加算について、届出医療機関数及び算定回数は、概ね横ばい。

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。
---------	---	---

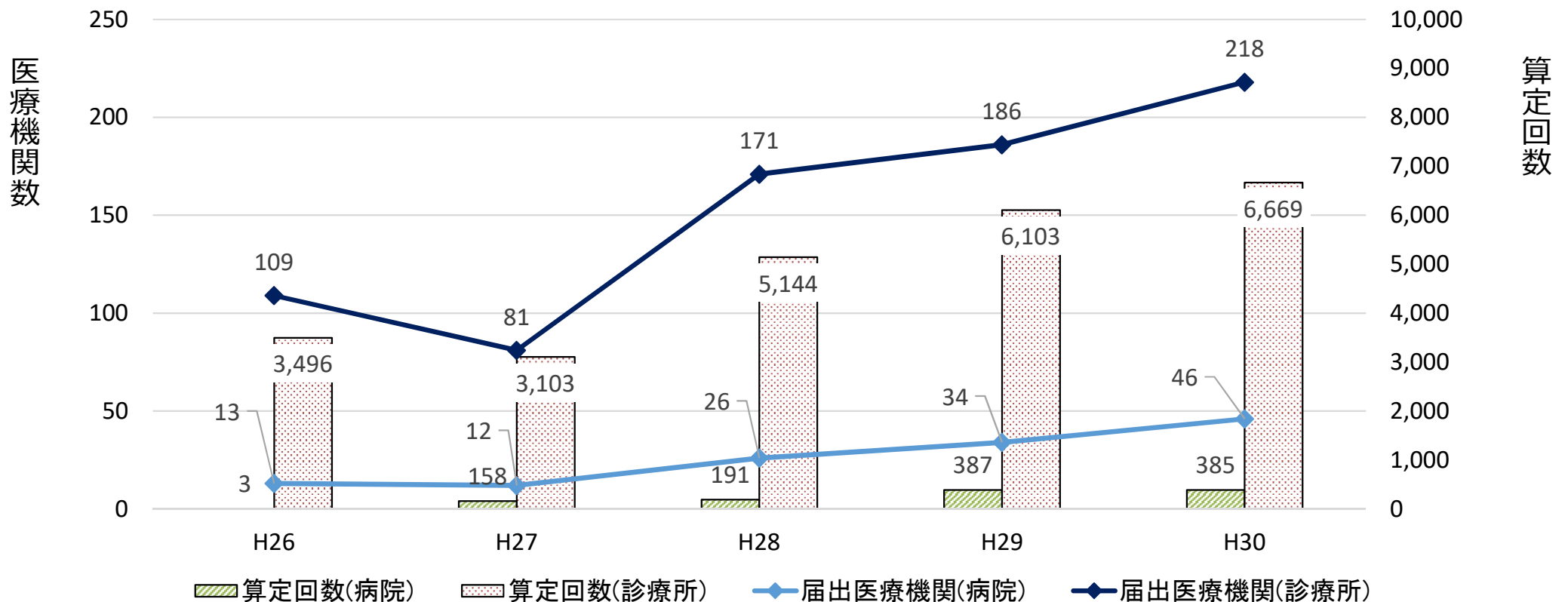
A001 注12 地域包括診療加算



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

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

B001-2-9 地域包括診療料

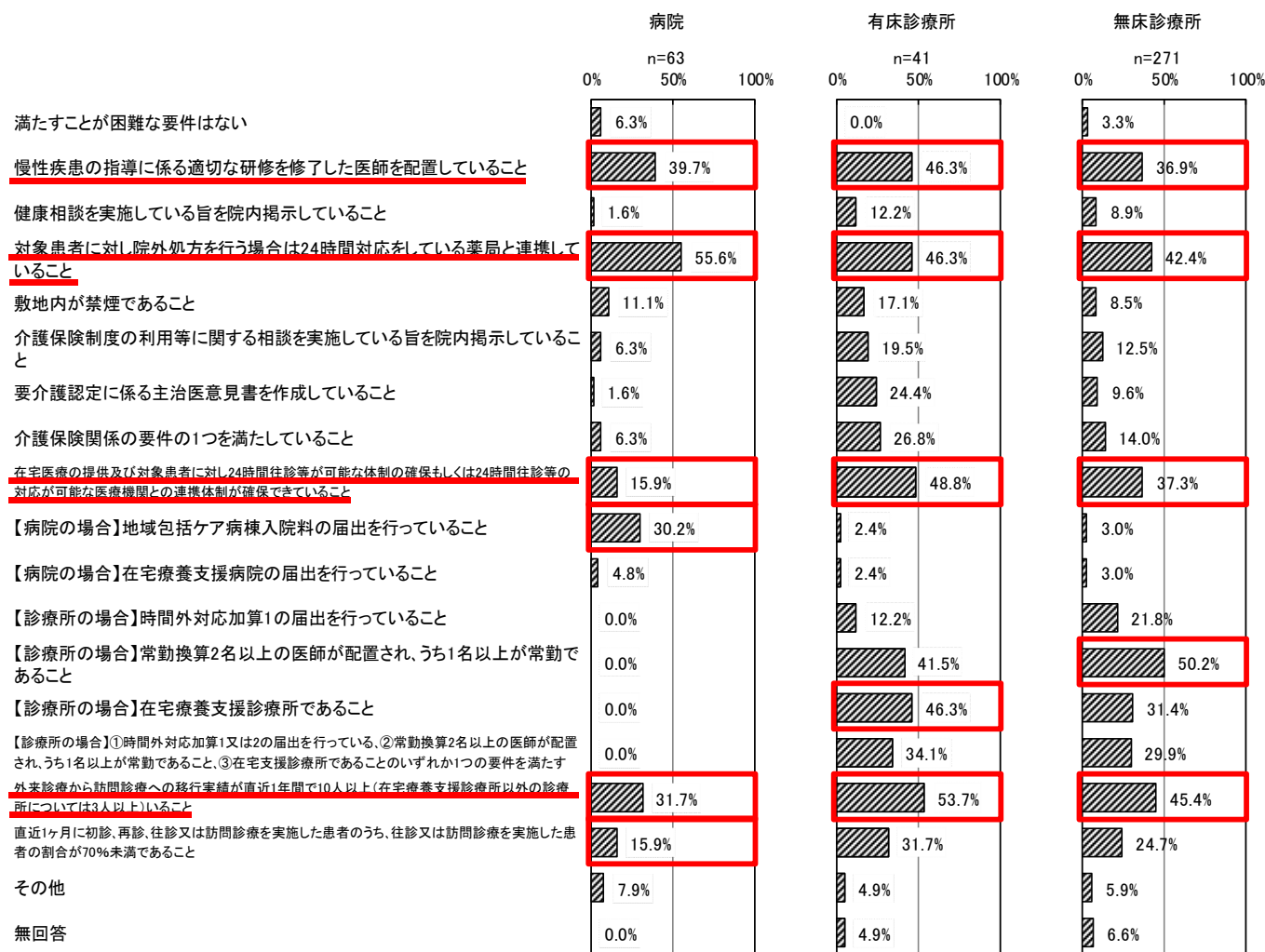


かかりつけ医調査(施設調査)の結果④

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

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

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



かかりつけ医調査(施設調査)の結果⑦

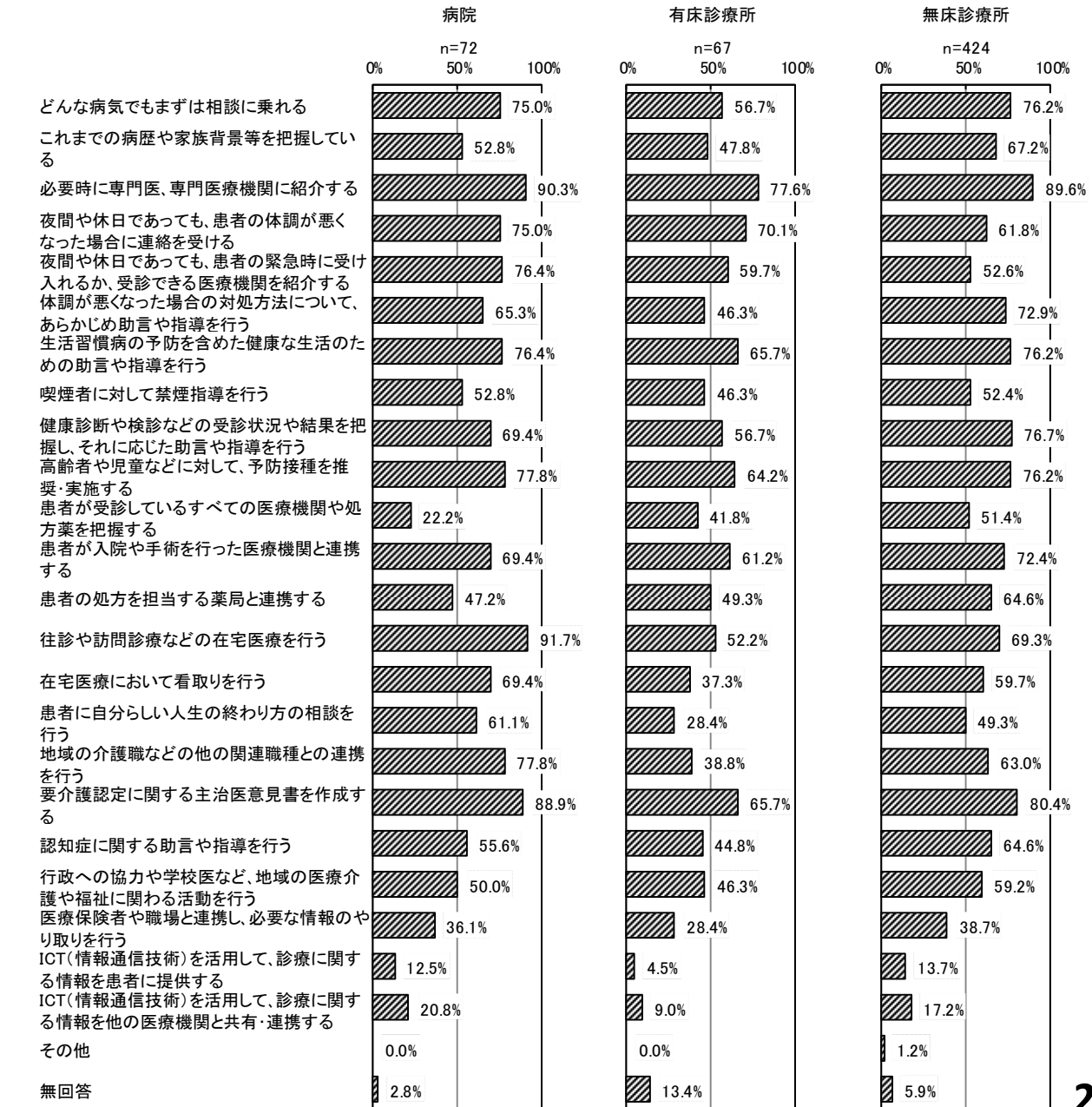
＜施設が有するかかりつけ医機能＞(報告書p136)

図表 199 施設が有するかかりつけ医機能(複数回答)

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

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

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

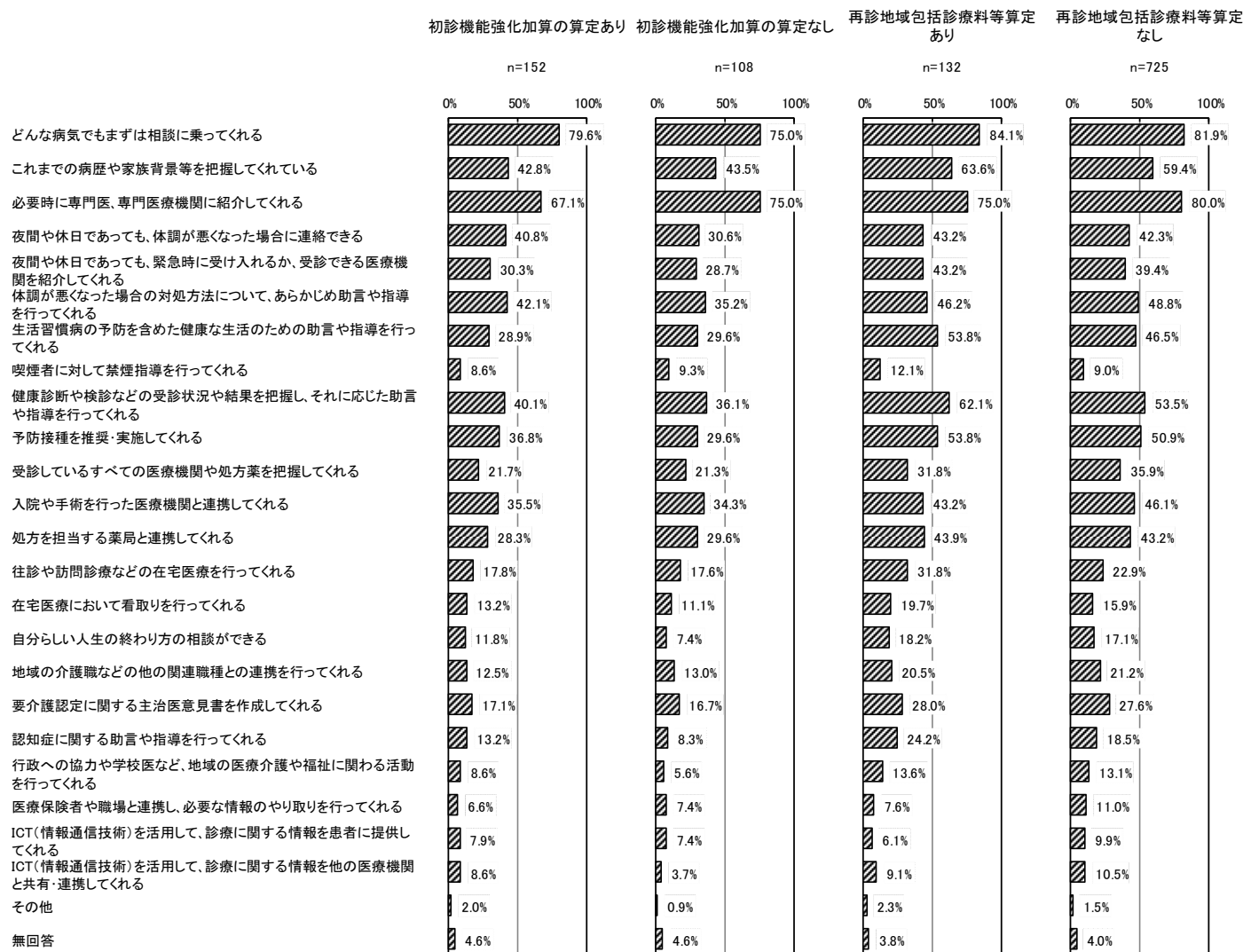


かかりつけ医調査(患者調査)の結果②

＜かかりつけ医に求める役割＞(報告書p159)

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

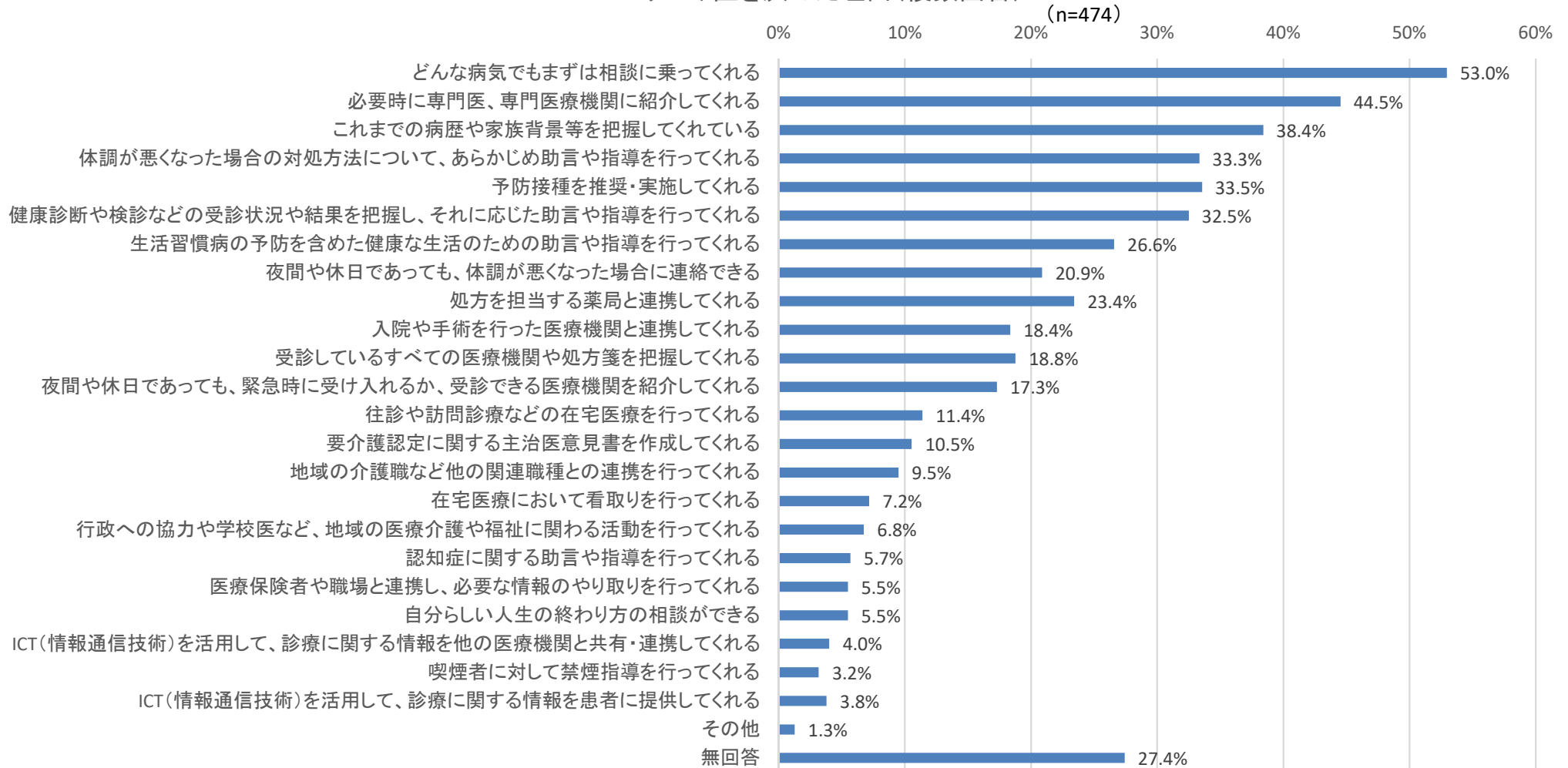
図表 243 かかりつけ医に求める役割
(複数回答)



かかりつけ医を決めた理由について

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

かかりつけ医を決めた理由(複数回答)



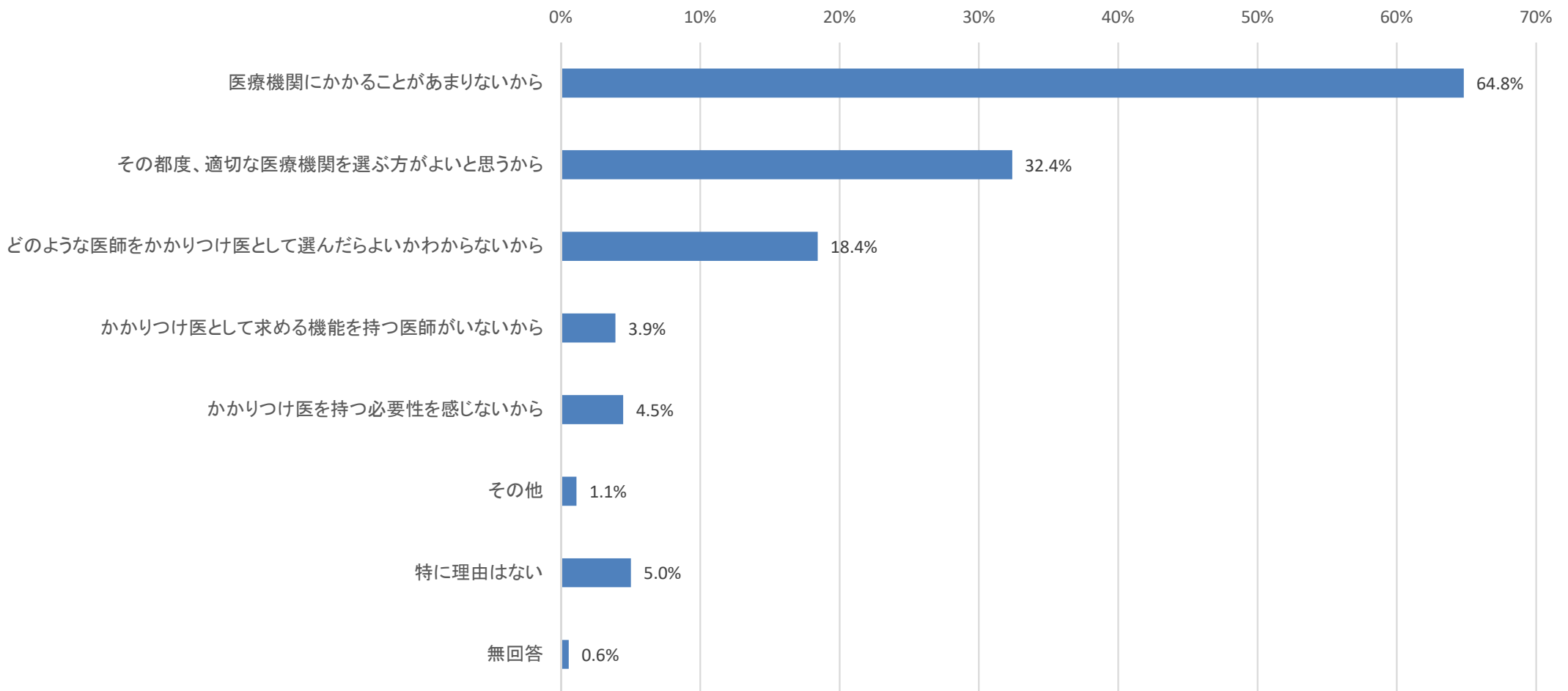
【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(患者票)(速報値)

○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算(未届出施設においては初診料)の算定患者を対象として調査を実施。

かかりつけ医を決めていない理由について

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

かかりつけ医を決めていない理由(複数回答) (n=179)



【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(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(患者票)(速報値)

○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算(未届出施設においては初診料)の算定患者を対象として調査を実施。

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

小児かかりつけ診療料の見直し

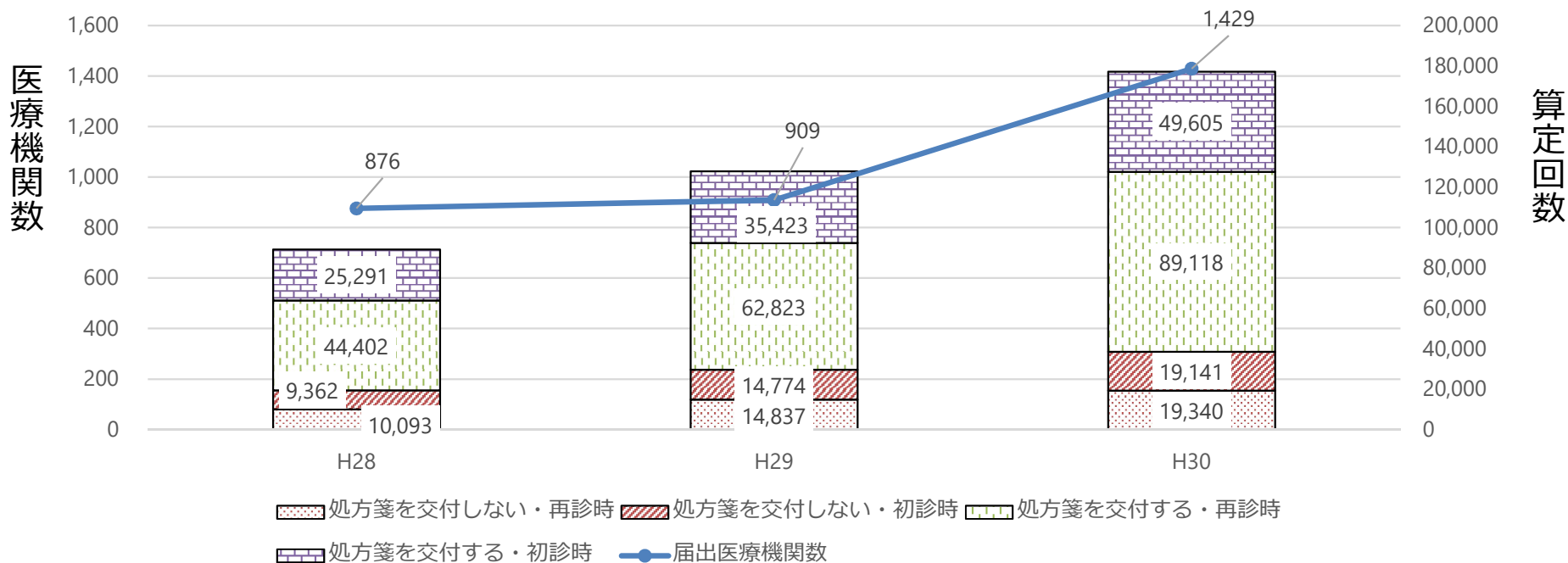
小児かかりつけ診療料の見直し

- 小児科医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、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。

○ 小児かかりつけ診療料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

B001-2-11 1	小児かかりつけ診療料(1日につき) 処方箋を交付する場合 イ 初診時 602点 ロ 再診時 413点	かかりつけ医として、緊急時や明らかに専門外の場合を除き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	

B001-2-11 小児かかりつけ診療料

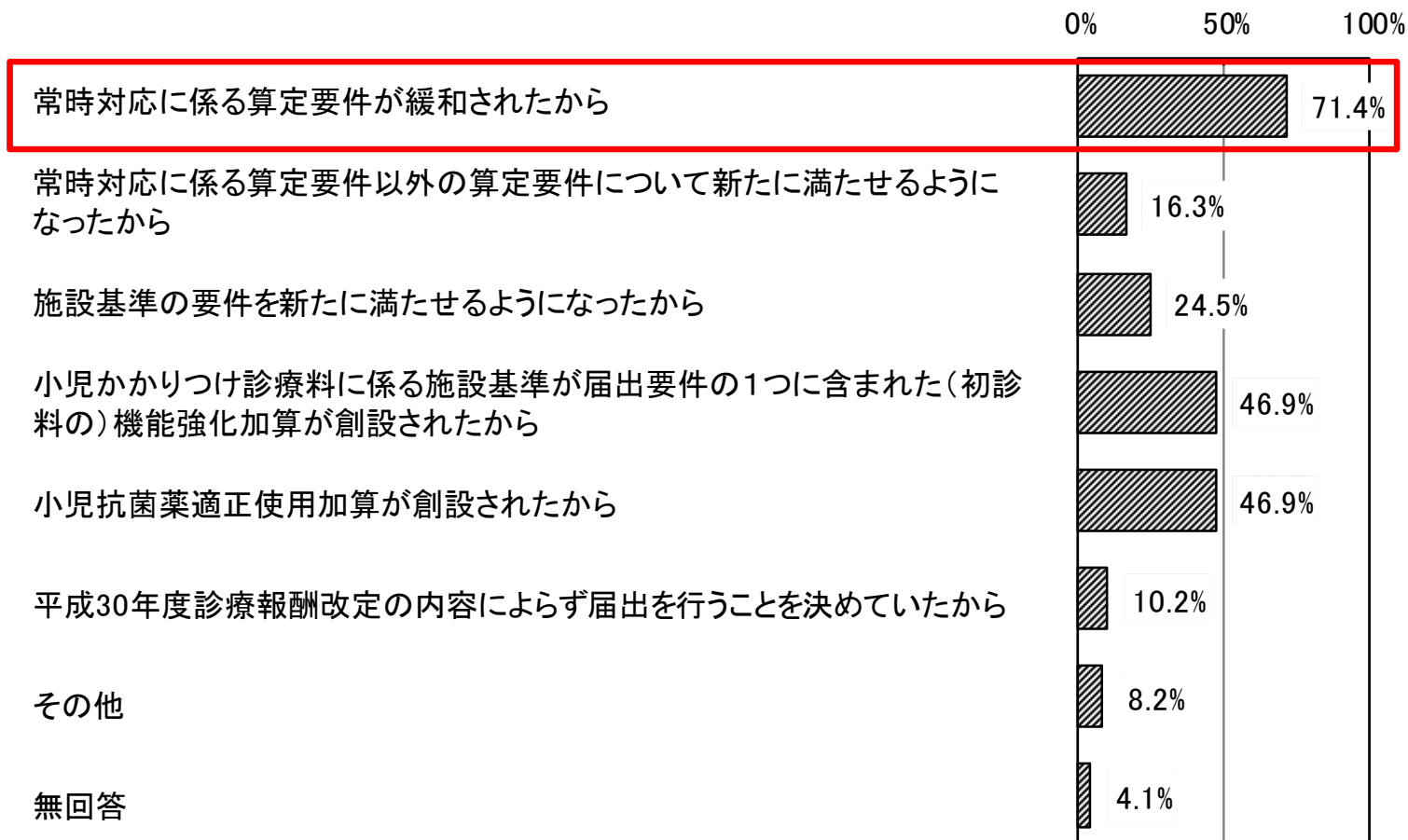


小児科調査(施設調査)の結果①

＜小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行った理由＞(報告書p182)

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

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



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

小児科調査(施設調査)の結果②

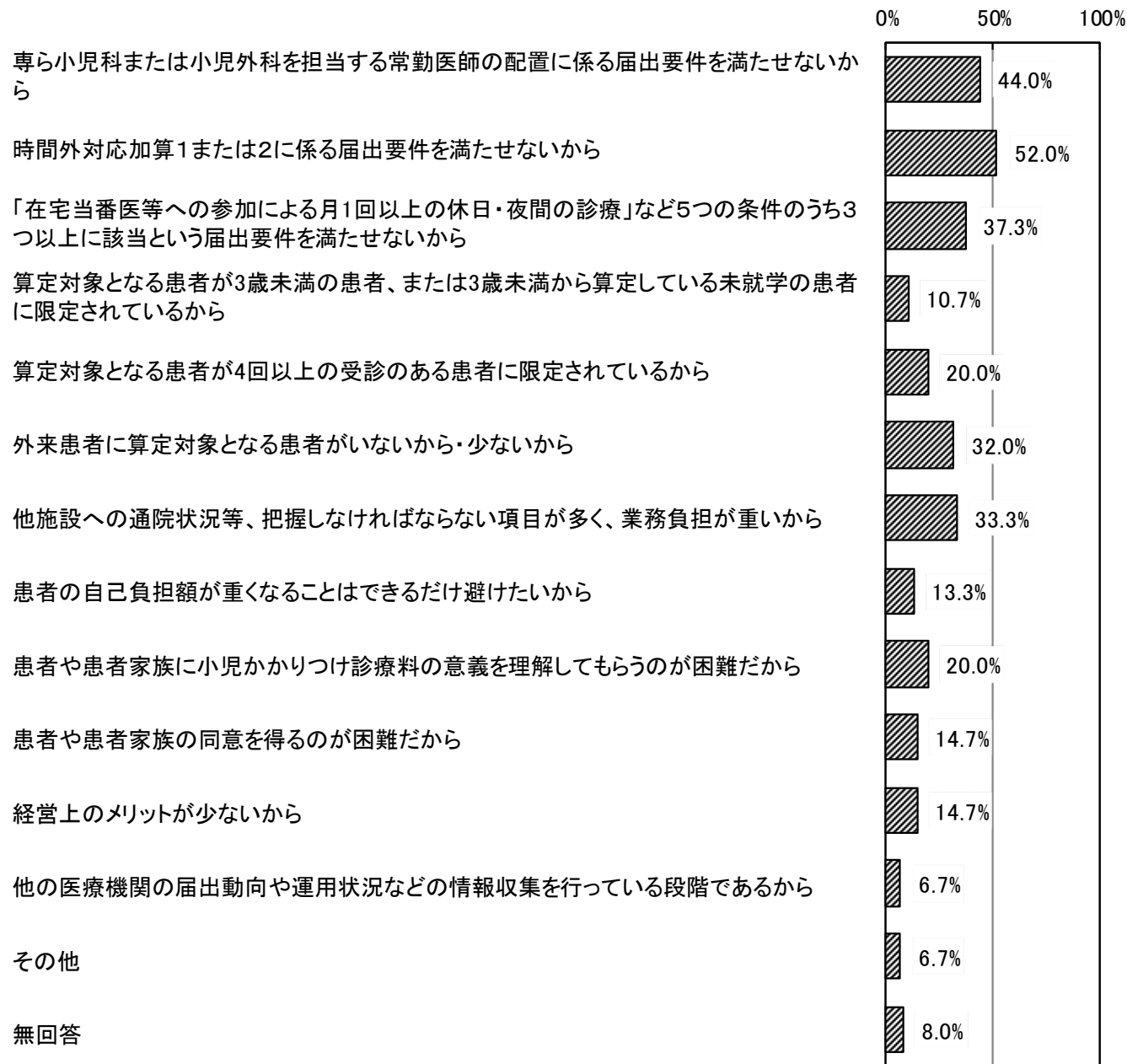
＜小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由＞(報告書p184)

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

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

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

(注)小児かかりつけ診療料について、平成30年10月1日現在、施設基準の届出をしていない施設を集計対象とした。



0～19歳における年齢ごとの受診理由

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

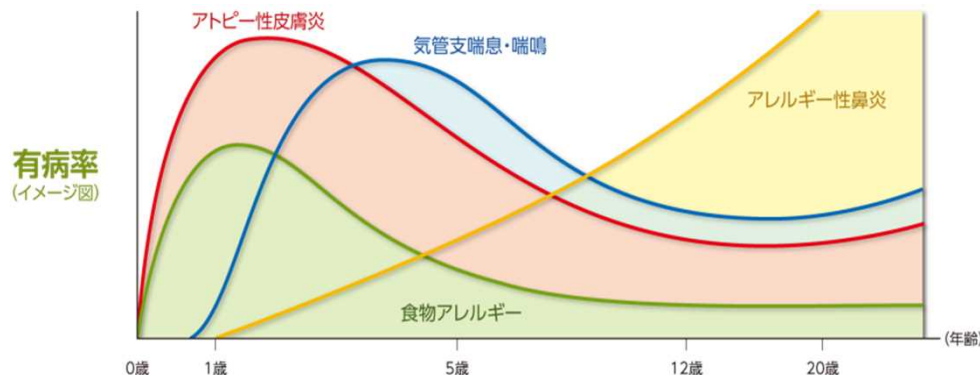
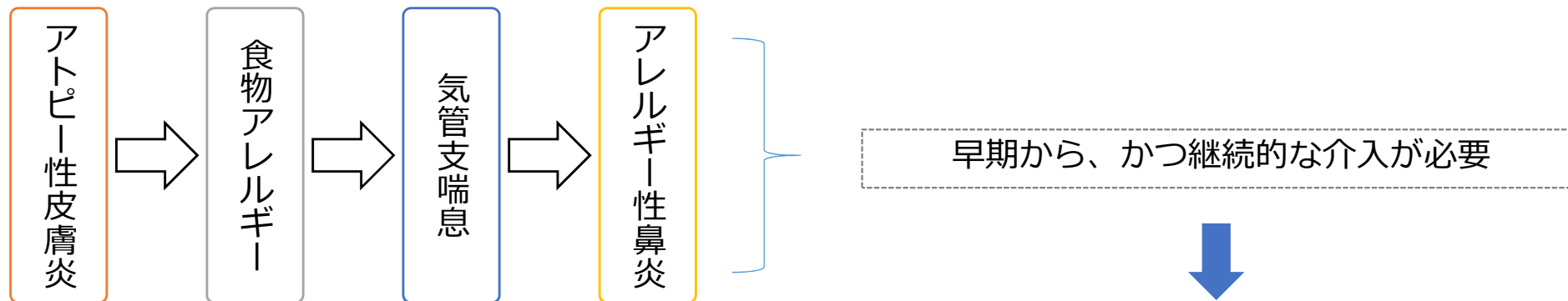
年齢	0歳	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳
最多 人数(万人)	予防接種 12.4	喘息 20.7	喘息 15.0	アレルギー性鼻炎 8.1	ざ瘡(アクネ) 4.8
2番目	乳幼児の 検査・健診・管理 4.0	予防接種 14.3	アレルギー性鼻炎 10.6	その他の保健サービス 8.0	その他の保健サービス 4.7
3番目	その他の皮膚炎及び 湿疹 2.2	急性気管支炎 11.3	皮膚及び粘膜の病変を 伴うその他の ウイルス性疾患 6.8	喘息 5.5	屈折及び調節の障害 (眼) 3.7
4番目	アトピー性皮膚炎 2.1	その他の 急性上気道感染症 7.2	その他の精神及び 行動の障害 6.6	その他の精神及び 行動の障害 5.4	その他の精神及び 行動の障害 3.4
5番目	急性気管支炎 2.1	アトピー性皮膚炎 6.8	その他の保健サービス 6.5	皮膚及び粘膜の病変を 伴うその他の ウイルス性疾患 4.4	アレルギー性鼻炎 3.2
6番目	その他の 急性上気道感染症 2.0	急性咽頭炎及び 急性扁桃炎 5.6	アトピー性皮膚炎 4.9	その他の四肢の骨折 4.0	アトピー性皮膚炎 2.8
7番目	その他の皮膚及び 皮下組織の疾患 1.9	アレルギー性鼻炎 5.5	予防接種 4.8	屈折及び調節の障害 (眼) 3.3	神経症性障害、 ストレス関連障害及び 身体表現性障害 2.5

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

アレルギーマーチ

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

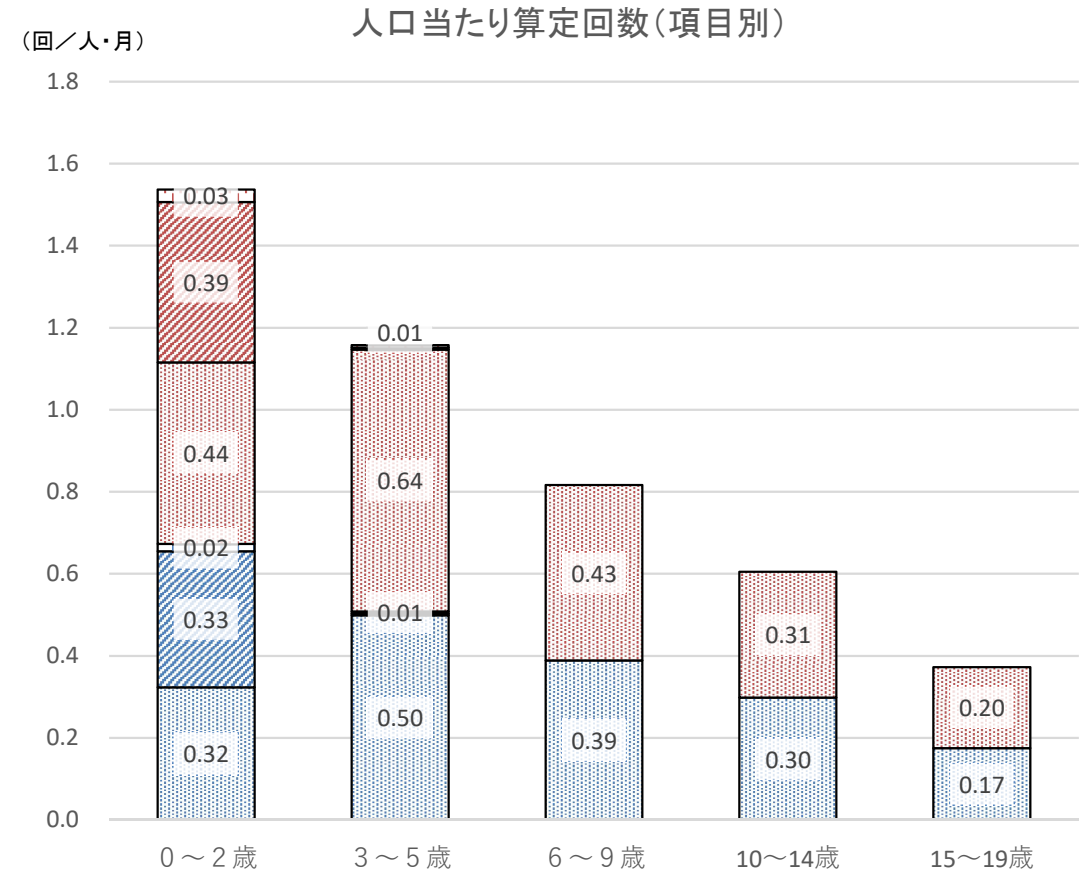
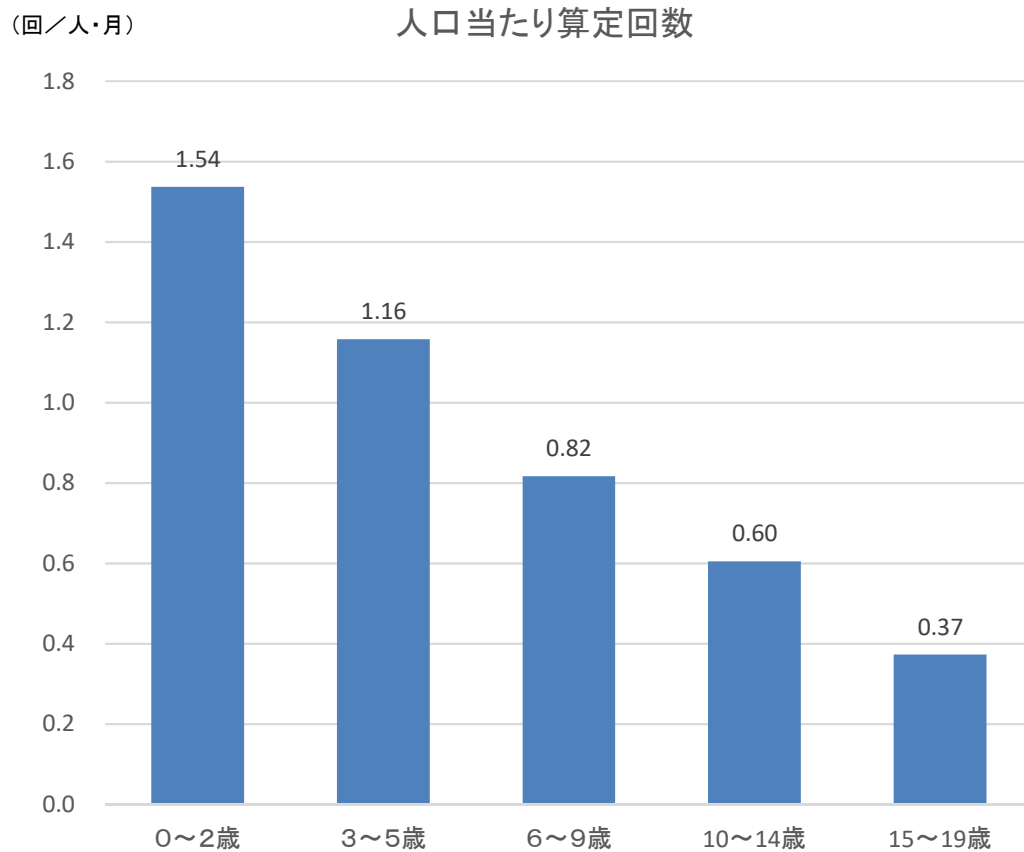
早期からの介入が必要であることに加え、標準治療薬であるステロイド外用薬を中心とした治療を継続して実施する必要がある。



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

小児の年齢階級別の初・再診料等の算定回数について

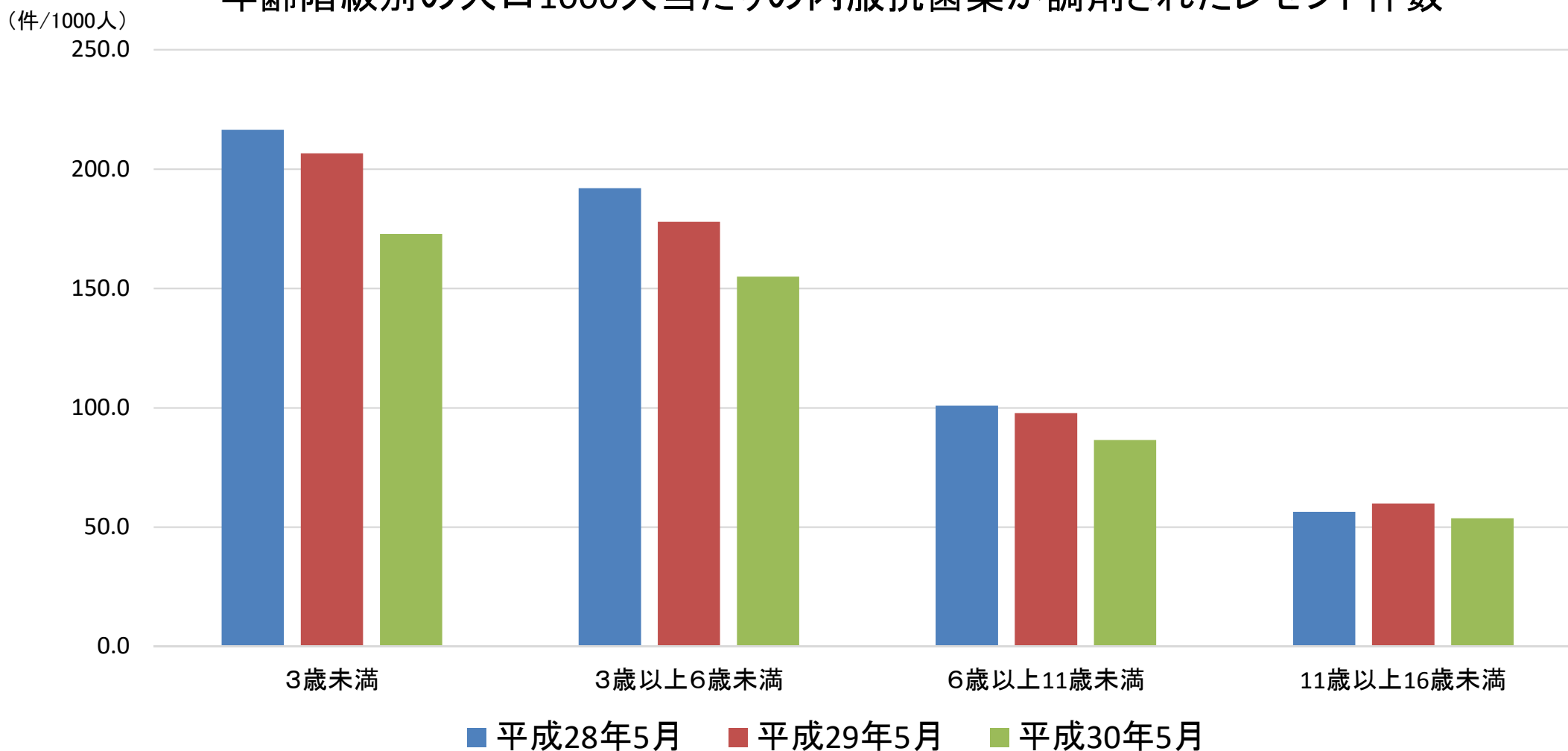
○ 0歳から19歳までの初・再診料等の人口当たり算定回数を見ると、以下のとおり、年齢が上がるごとに減少傾向となっている。



- 初診料
- 小児科外来診療料(初診)
- 小児かかりつけ診療料(初診)
- 再診料
- 小児科外来診療料(再診)
- 小児かかりつけ診療料(再診)

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

年齢階級別の人口1000人当たりの内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数



外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

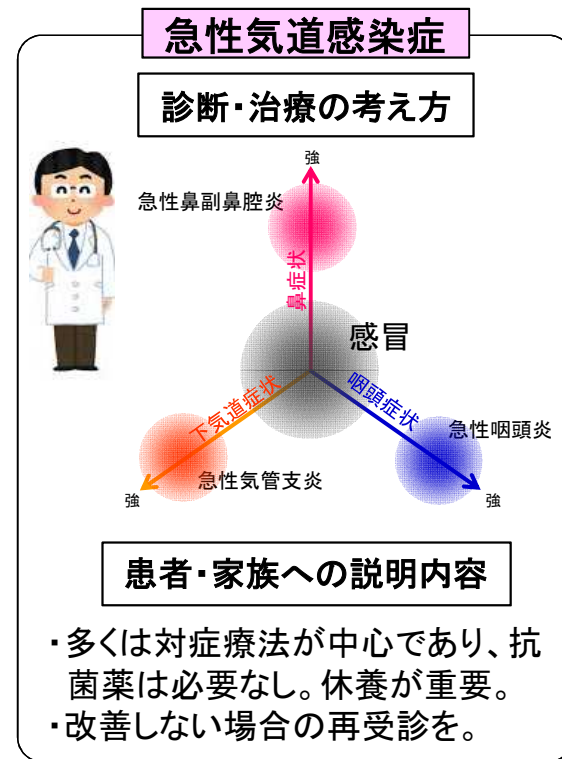
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

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

[施設基準]

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



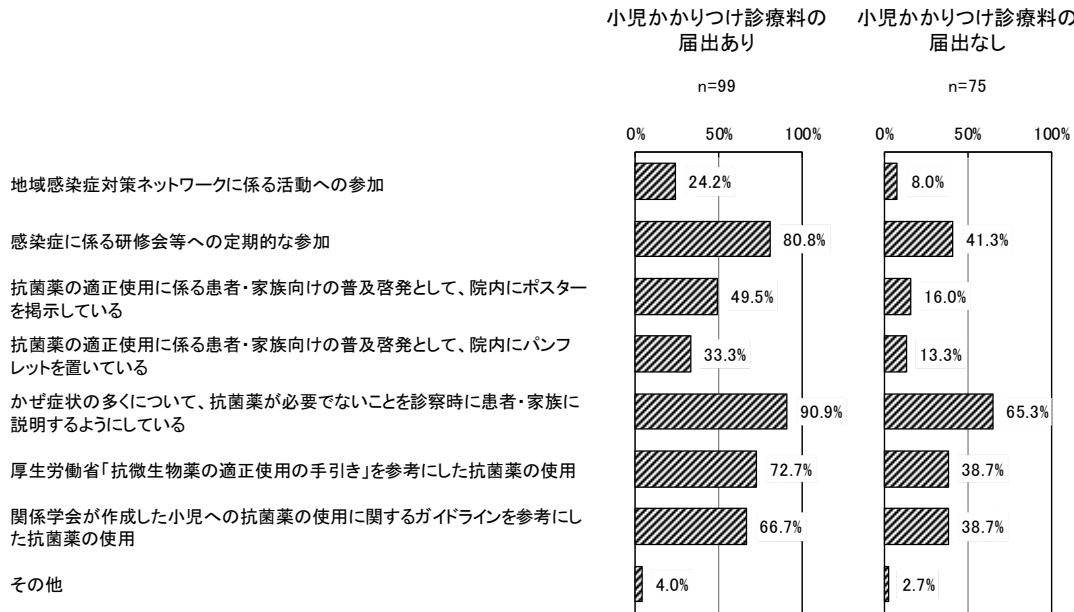
「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

届出医療機関数及び算定回数

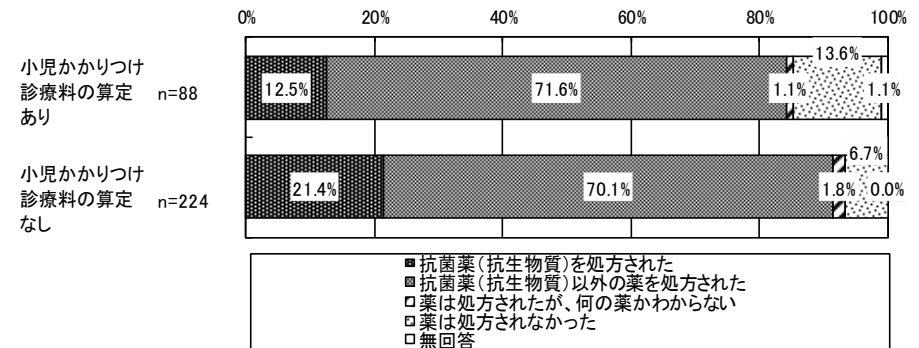
	届出医療機関数	算定回数
小児抗菌薬適正使用支援加算	(届出不要)	242,576

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

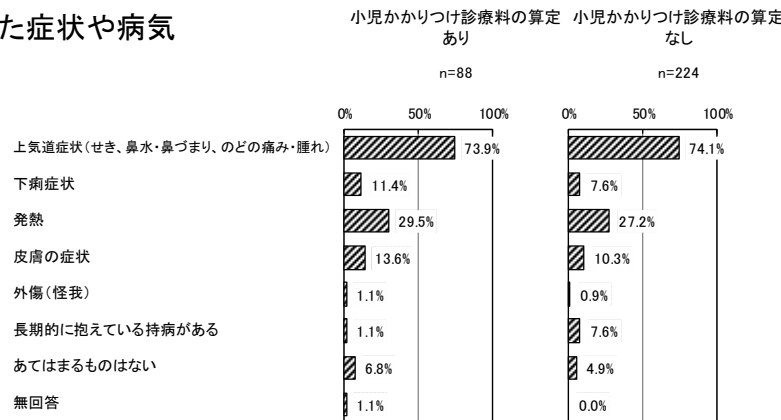
○ 小児科・小児外科患者への抗菌薬の適正使用に関する取組状況



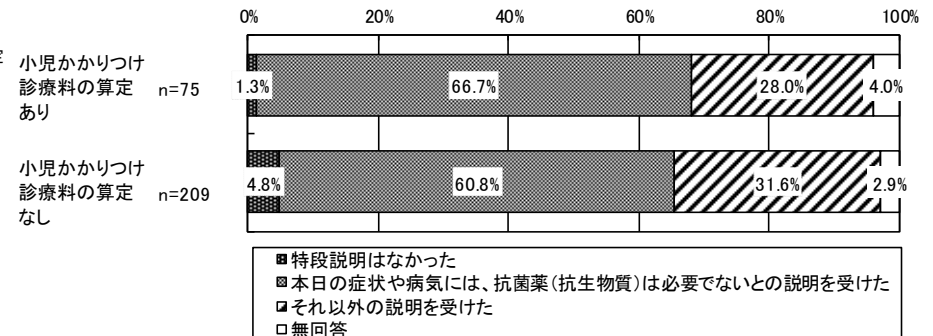
○ 薬の処方の状況



○ 受診の理由となった症状や病気



○ 薬の処方の医師による説明



B001-2-11 小児かかりつけ診療料

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

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

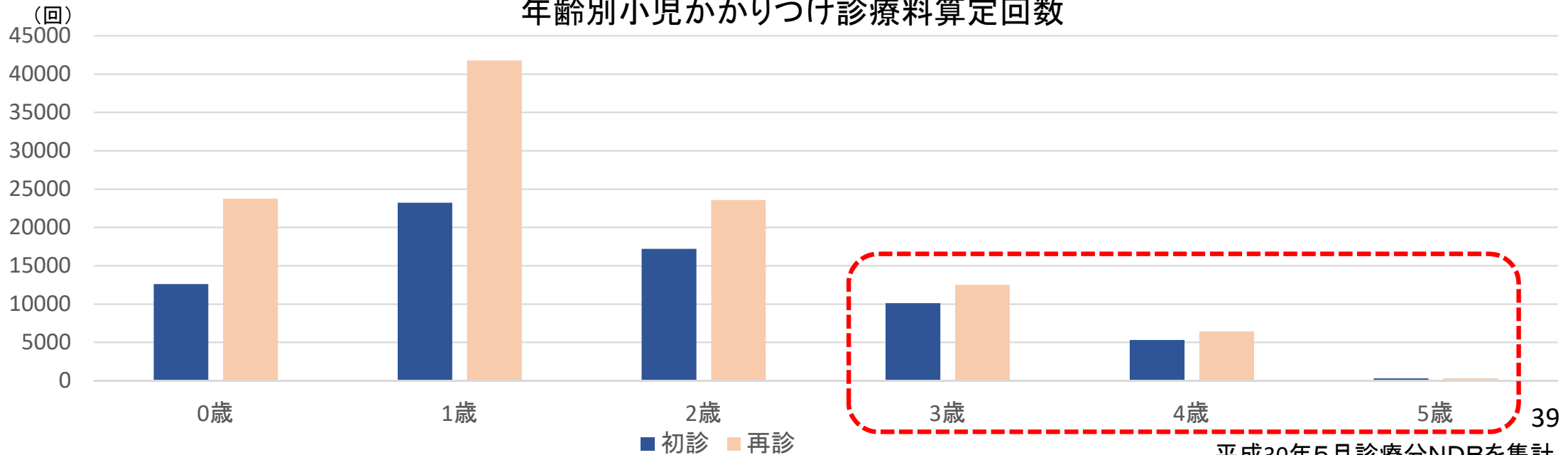
【対象患者】

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

【算定要件】

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

年齢別小児かかりつけ診療料算定回数



小児科外来診療料について

B001-2

小児科外来診療料(1日につき)

1 処方箋を交付する場合	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

【算定要件】(抜粋)

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

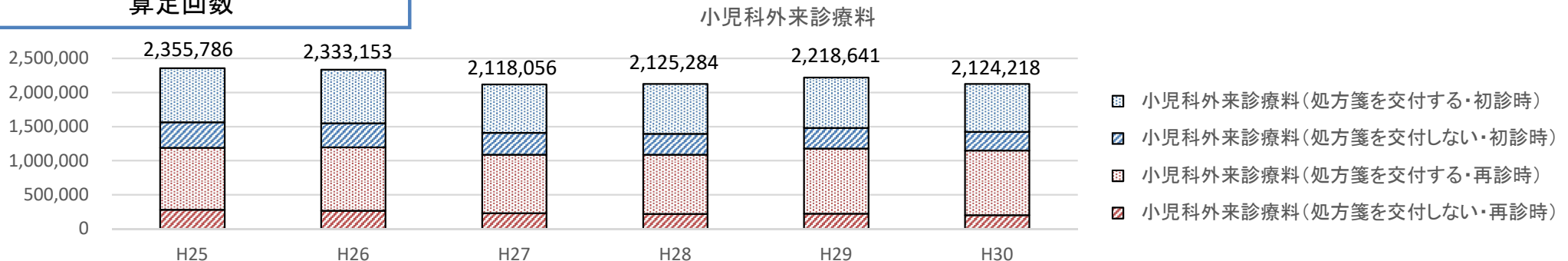
【小児科外来診療料の施設基準】(※届出不要)

- 小児科を標榜する保険医療機関であること。

【小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準】(※届出不要)

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

算定回数



(出典)
算定回数:社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

かかりつけ医機能に係る現状及び課題

【現状及び課題】

【かかりつけ医機能の評価について】

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

【小児の診療に係る評価について】

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

【論点】



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

外来（その1）

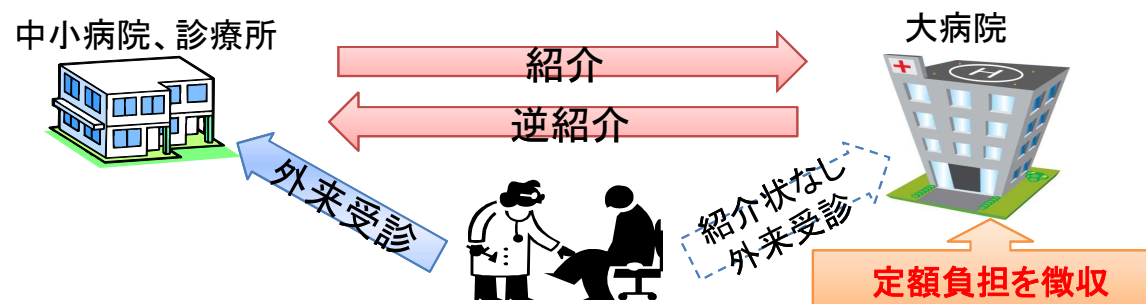
1. かかりつけ医機能に係る評価について

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

2. 大病院受診時定額負担について

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担

- 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。



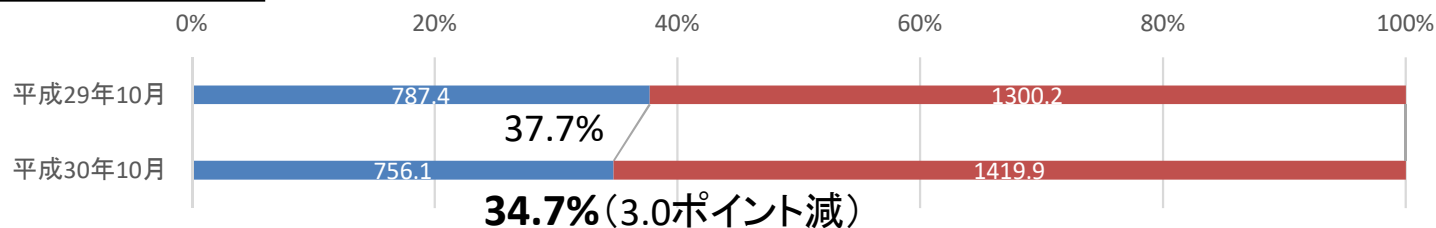
定額負担調査(施設調査)の結果

＜初診患者数に占める紹介状なしの患者比率＞(報告書p34～38)

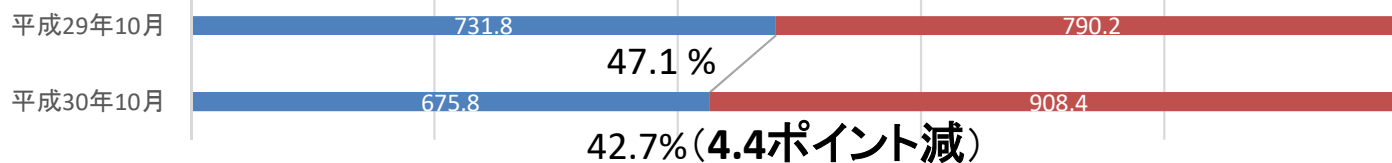
- 平成30年10月の「紹介状なしの患者比率」を病院区分で比較すると、平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院が最も比率が低かった。
- 前年同月の比率との比較では、平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院が▲4.4ポイントと最も大きく比率が低下していた。

○ 初診患者における紹介状の有無について

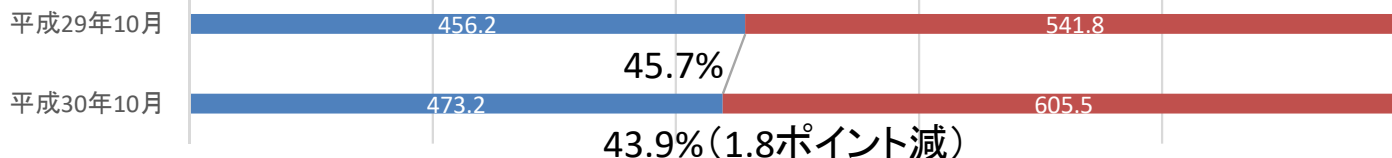
平成30年度改定以前から
定額負担の仕組み対象病院



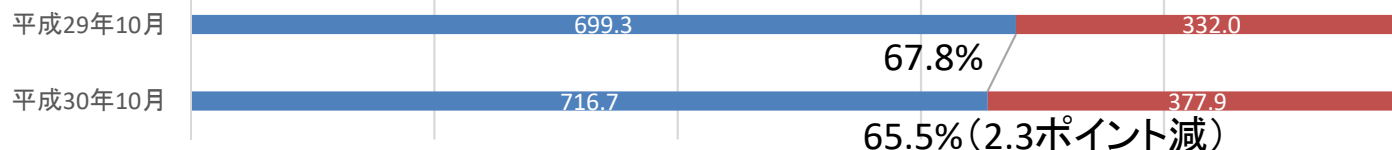
平成30年度改定より
定額負担の仕組み対象病院



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)



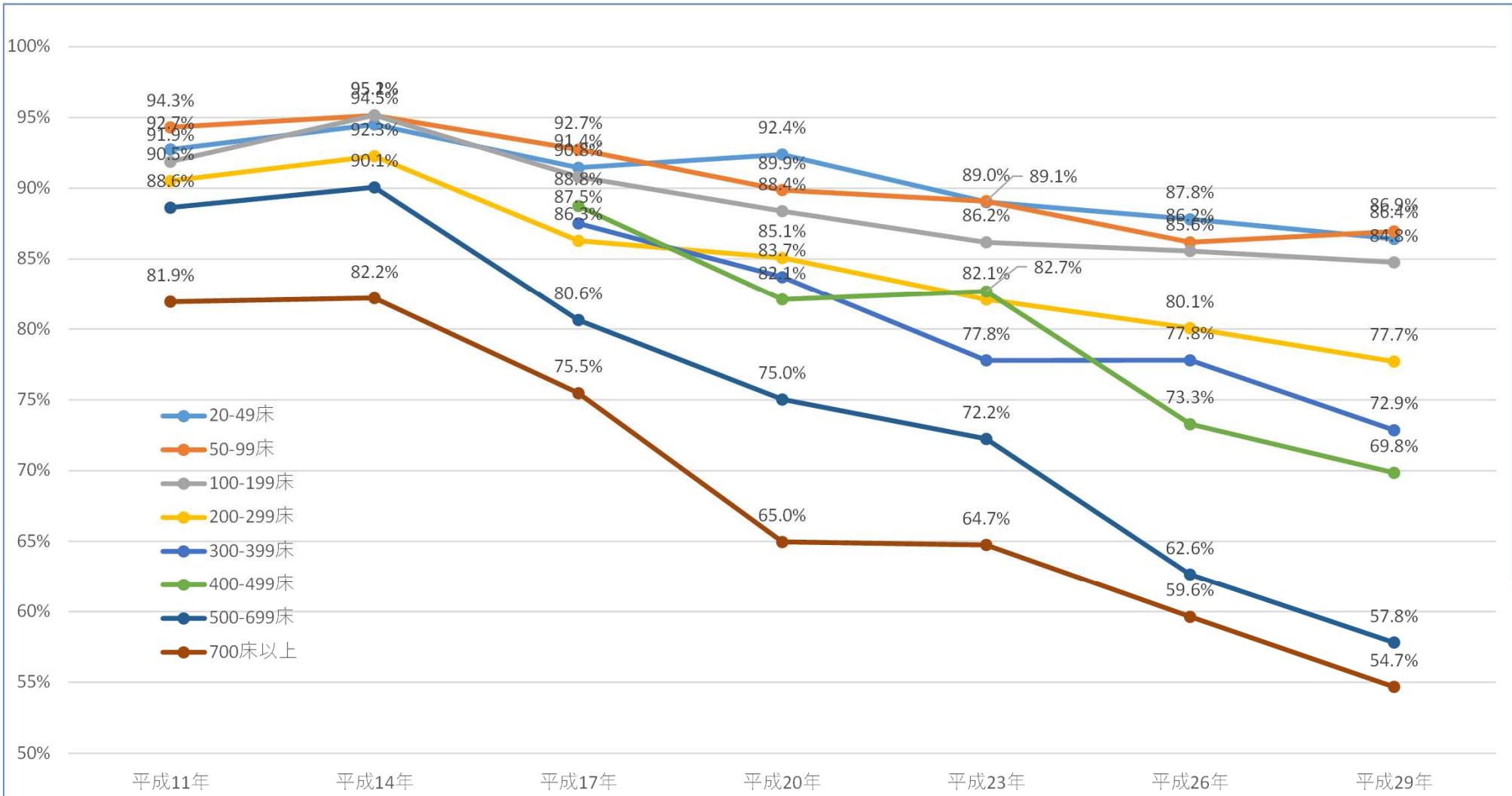
選定療養費徴収可能等病院
(特定機能病院・地域医療支援病院を除く
許可病床200床以上の病院)



■ 紹介状なしの患者数 ■ 紹介状ありの患者数

紹介無しで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

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



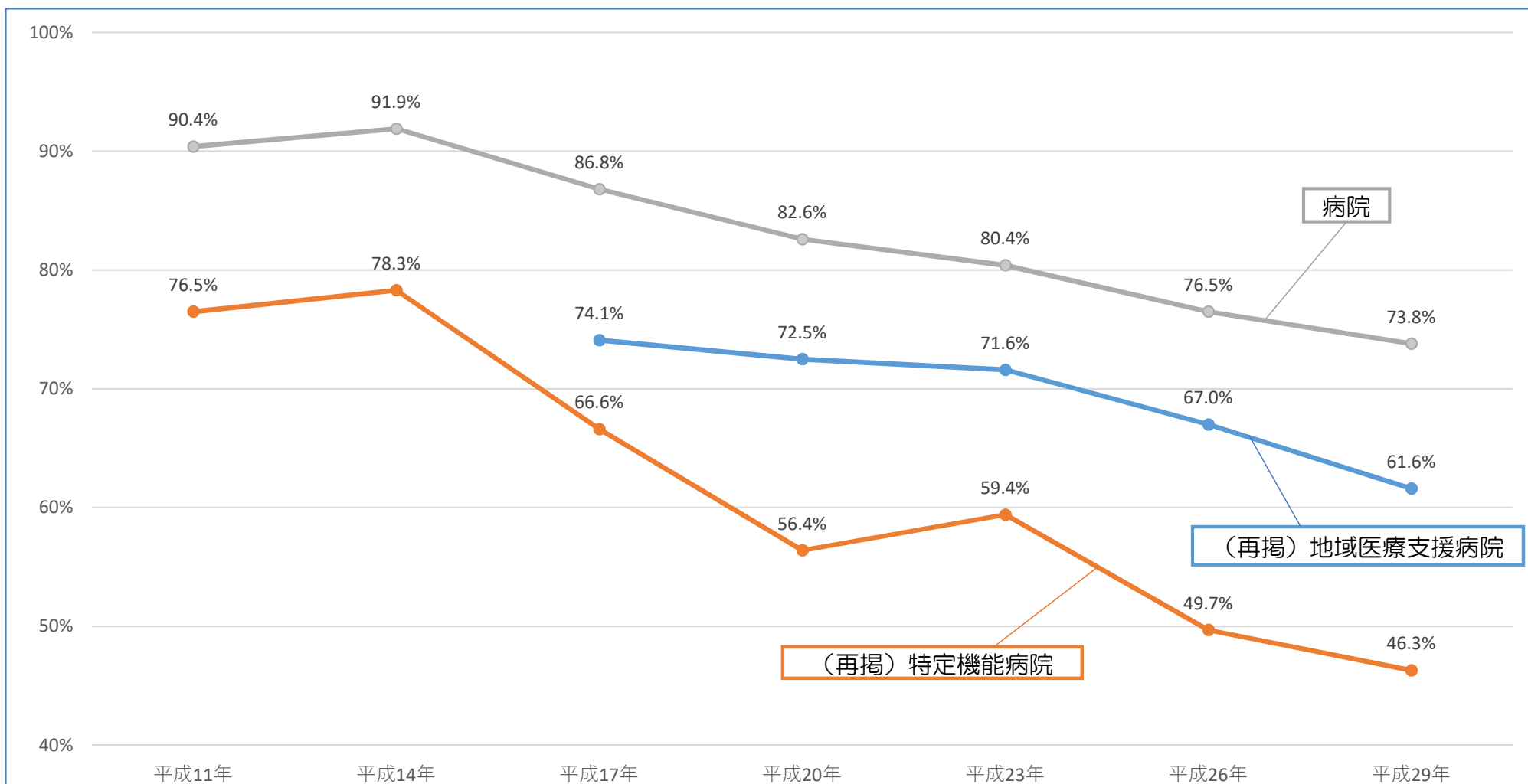
出典：平成8年～平成29年患者調査を基に作成。

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。

紹介無しで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

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



出典：平成8年～平成29年患者調査を基に作成。

注：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。

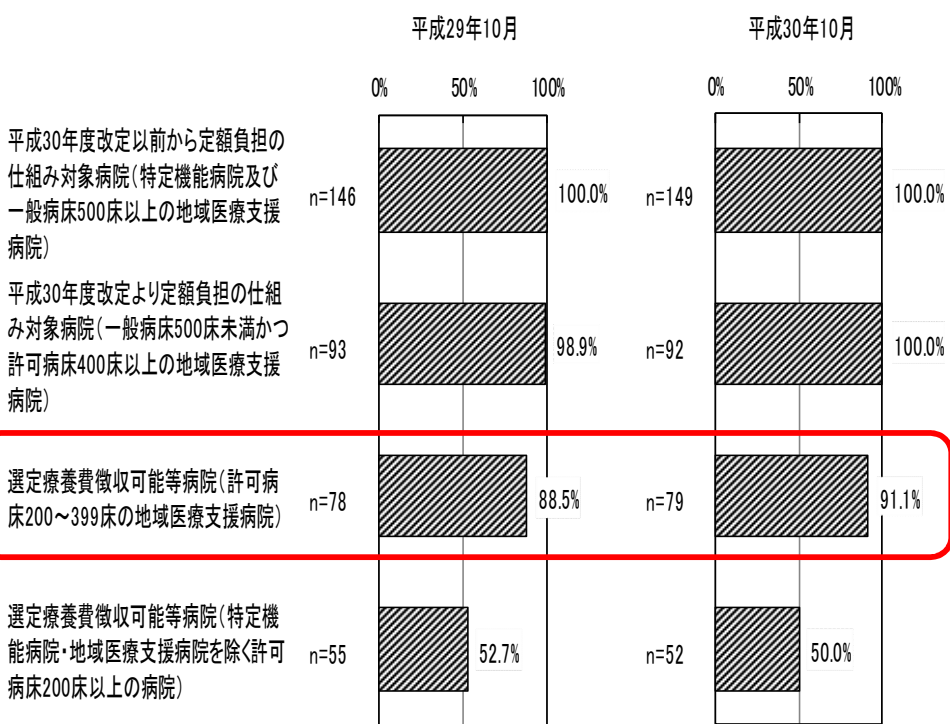
定額負担調査(施設調査)の結果①

＜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

図表 14 初診時の定額負担の金額



病院種別	調査時点	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かった病院がある。
 ・ 上記を踏まえ、本図においては、地域医療支援病院に指定された・減床した等のある病院については、「平成29年10月時点」「平成30年10月時点」でどの区分に該当するかによって集計を行った。

特定機能病院及び地域医療支援病院の概要

	特定機能病院	地域医療支援病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	86 (平成31年4月時点)	607 (平成30年12月時点)
主な要件	<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。 ○ 紹介率50%以上、逆紹介率40%以上であること。 ○ 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 紹介率が80%以上 ② 紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上 ③ 紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上 ○ <u>原則として200床以上</u>の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 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

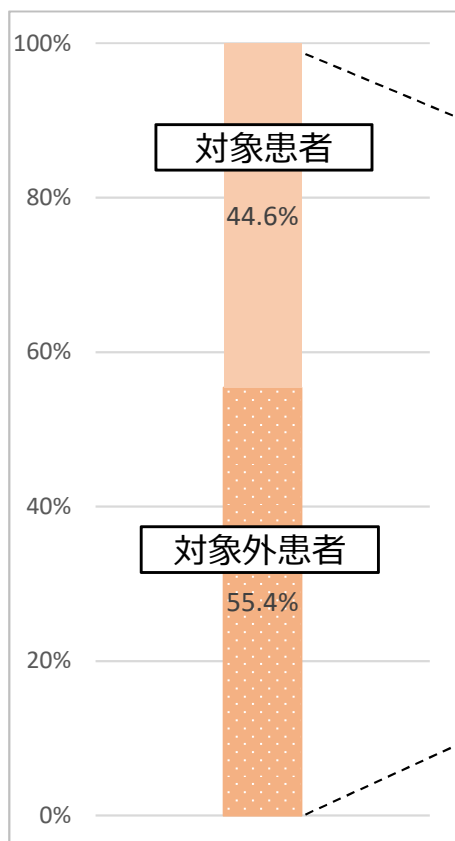
定額負担調査(施設調査)の結果

中医協 検 - 2 - 2
31.3.27(改)

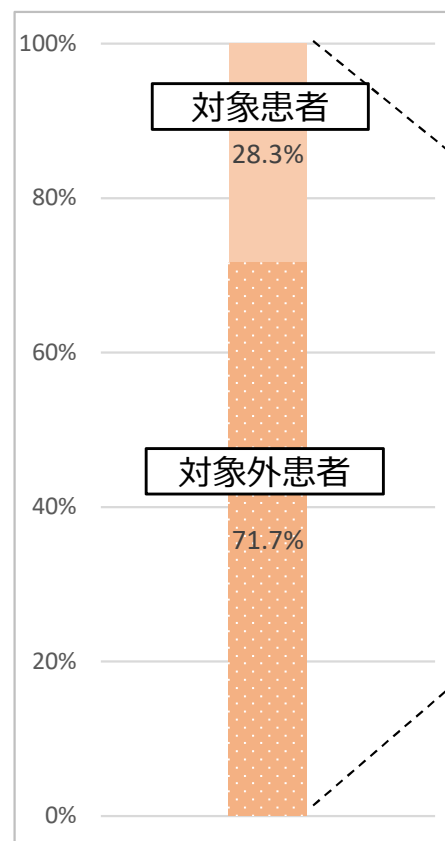
＜紹介状なしの初診患者又は他医療機関を紹介したにもかかわらず、
自院を受診した患者に占める定額負担徴収対象患者比率＞(報告書p33,50)

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

初診



再診



紹介状なしの患者

36.9%

63.1%

紹介状ありの患者

他の病院又は診療所を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者

0.7%

99.3%

対象から除く患者	
<p>料金の徴収を行うことは認められない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
<p>金額の支払を求めないことができる</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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

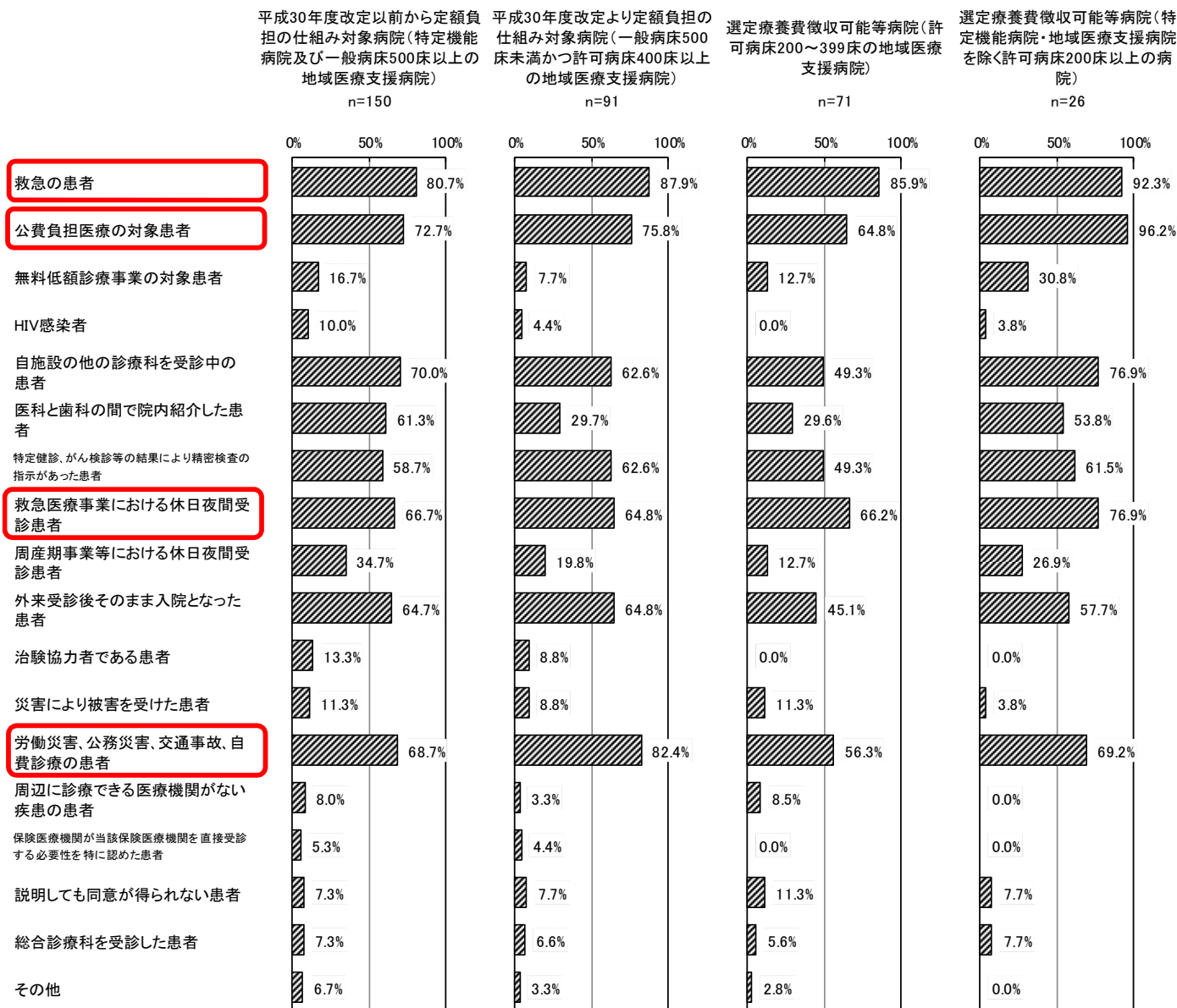
定額負担調査(施設調査)の結果⑤

＜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)

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

紹介状を持たない初診の患者であるものの、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)



(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。

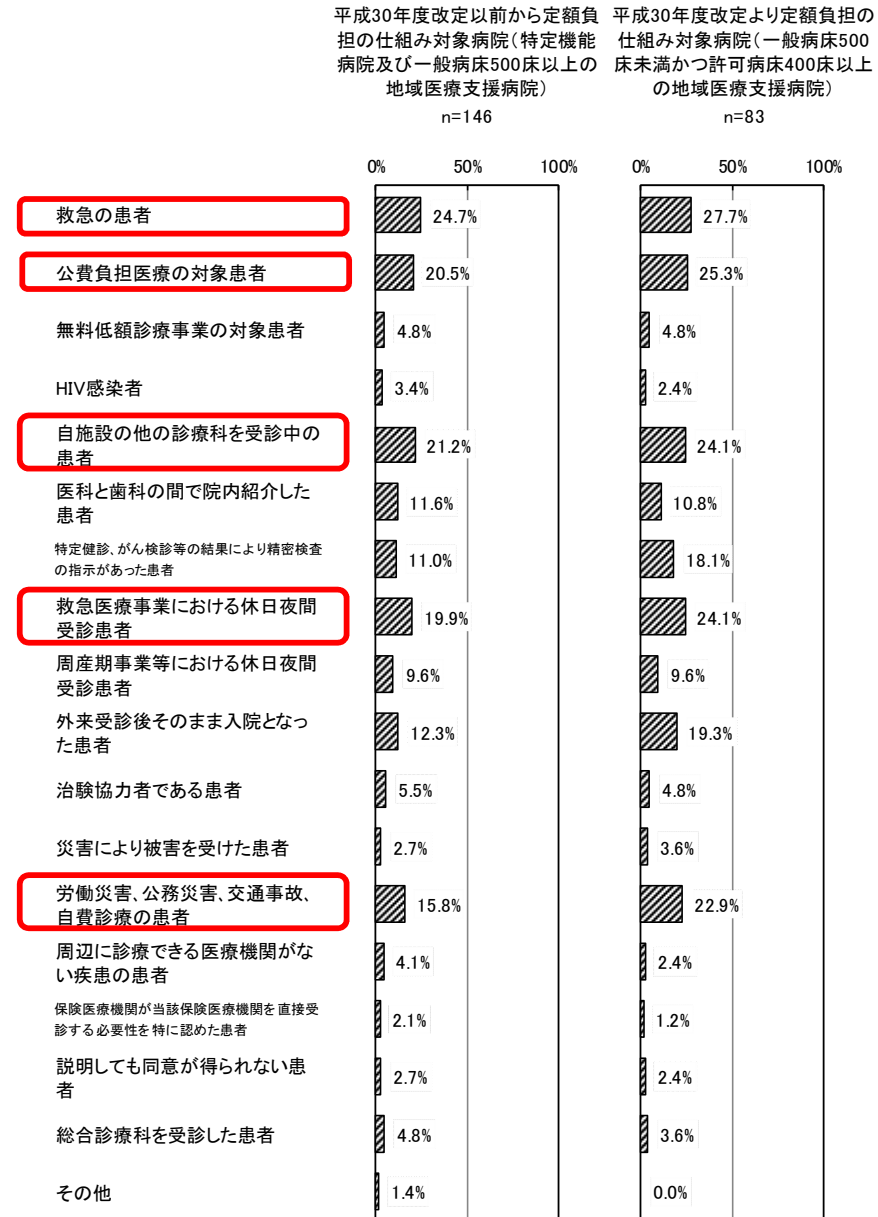
定額負担調査(施設調査)の結果

＜再診時に定額負担を徴収しなかった患者の事由＞(報告書p52)

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

他医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者について、定額負担を徴収しなかった事由について調査したところ、「救急の患者」、「公費負担医療の対象患者」、「自施設の他の診療科を受診中の患者」、「救急医療事業における休日夜間受診患者」、「労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者」について、該当する病院の割合が高かった。

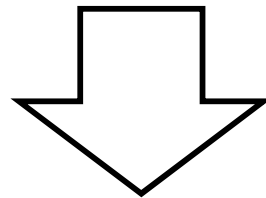
(平成30年11月1日～14日の間で調査)



紹介状なしの大病院受診時の定額負担に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

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



【論点】

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

調剤報酬（その2）

調剤報酬（その2）

1. 調剤料②（医療機関における薬剤師の業務及び医療機関と薬局の比較という視点での検討）
2. 調剤基本料①
3. 地域支援体制加算

調剤報酬（その2）

1. 調剤料②（医療機関における薬剤師の業務及び医療機関と薬局の比較という視点での検討）
2. 調剤基本料①
3. 地域支援体制加算

医療機関及び薬局の施設数、薬剤師数、処方箋発行枚数

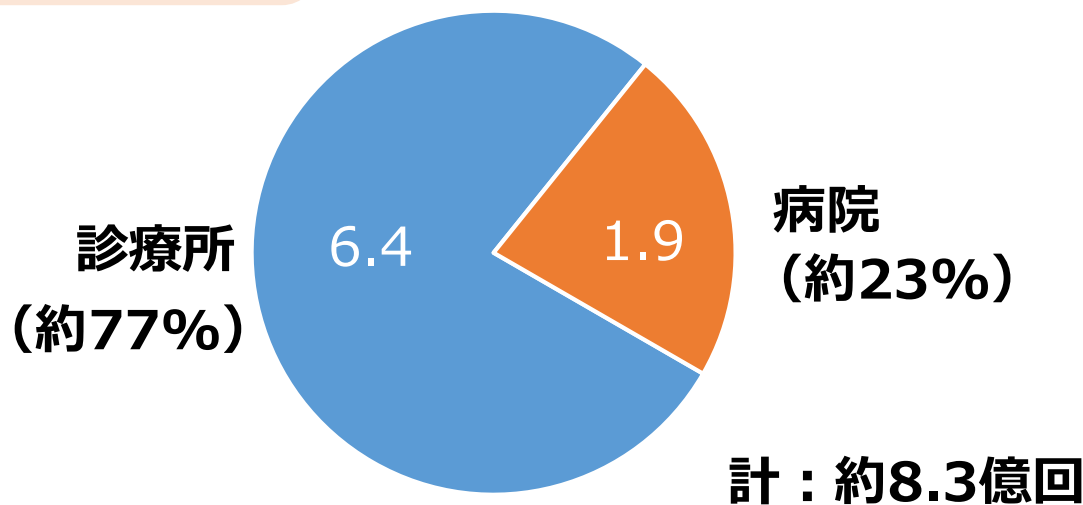
中医協 総-3
元. 9. 25

- 薬局では、約5.9万施設に約17万人の薬剤師が従事。一方、病院では、約8,400施設に約5.2万人の薬剤師が従事。また、診療所では、約10.1万施設に約5,900人の薬剤師が従事。
- 処方箋の発行元は診療所が約8割。

1 施設数、薬剤師数



2 年間処方箋受付回数（億回）



出典：以下の情報に基づき医療課において作成

①医療機関の施設数：医療施設（静態・動態）調査（平成29年度）、②薬局の施設数：衛生行政報告例（平成29年度）、③薬剤師数：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年度）、④処方箋発行枚数：調剤医療費（電算処理分）の動向（平成29年度）

病院の薬剤師の業務と役割

- 病院の薬剤師の業務は、調剤のみではなく、チーム医療に積極的に参加し、病棟における服薬指導等を行うことが必要であり、これらの業務は医療技術の進展等により高度化・多様化している。

病院薬剤師のあるべき業務と役割 「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書」（平成19年8月10日）から抜粋・要約

（１）医療・薬物治療の安全確保と質の向上のための業務

- ① 医療の安全確保のための薬歴に基づく処方監査の充実（特にハイリスク薬が処方されている患者）
- ② 患者情報に基づく服薬指導と薬学的ケアの実施（病棟における医薬品関連業務への参画）
- ③ 入院患者の持参薬管理（持参薬の確認と情報収集・評価を行い、必要な情報を医師等に提供し服薬管理）
- ④ 注射剤の処方箋に基づく調剤の実施
- ⑤ がん化学療法への参画（レジメンの監査・登録・管理、支持療法への支援、無菌調製、患者への治療内容の説明、副作用対策等）
- ⑥ 手術室、集中治療室等における医薬品の適正管理
- ⑦ 高齢者に対する適切な薬物療法への参画（多剤併用や腎機能・肝機能低下など患者の状態等に合わせた薬物療法の実施、服薬支援等）
- ⑧ 精神科領域薬物療法における患者の服薬遵守の向上（薬物療法に関する情報を患者やその家族に説明、医師、看護師等に得られた情報を共有）
- ⑨ チーム医療への参画による安全性の確保と質の向上
- ⑩ 個々の患者に応じた薬物療法への参画（院内製剤業務、薬物血中濃度の測定・解析）
- ⑪ 夜間・休日における業務の実施

（２）医療の安全確保のための情報に関する業務

- ① 医療安全確保のための情報の共有化（製薬企業、厚生労働省等からの医薬品に関する情報の収集、回診同行、カンファレンス等への参画）
- ② 医薬品の採用に必要な情報の収集と提供（国内外の治験成績等の情報収集・評価、薬剤経済学的な検討）

（３）その他取組むべき業務

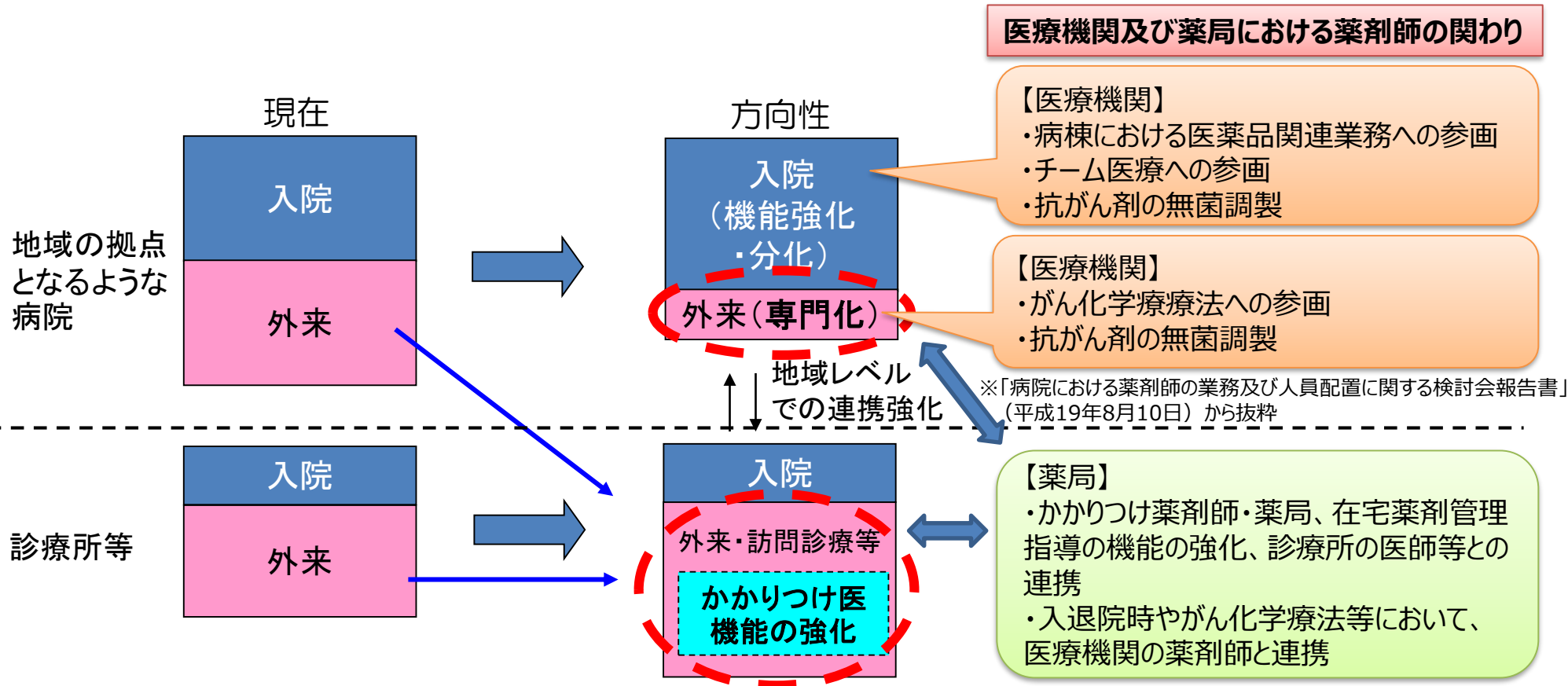
- ① 教育・研修への積極的な関与（薬学教育6年制での長期実務実習の受入、薬剤師養成等の卒後教育の充実）
- ② その他（小児や妊産婦に対する適切な薬物療法への参画、治験への参画、在宅療養への関与など）

外来医療における医療機関及び薬局薬剤師の関わり

- 外来患者に対する医療機関の薬剤師の専門的な業務としては、がん化学療法、抗がん剤等の無菌調製がある。
- 一方、入院患者に対する業務としては、調剤業務以外では、病棟薬剤業務、チーム医療への参画等がある。

外来医療の役割分担のイメージ

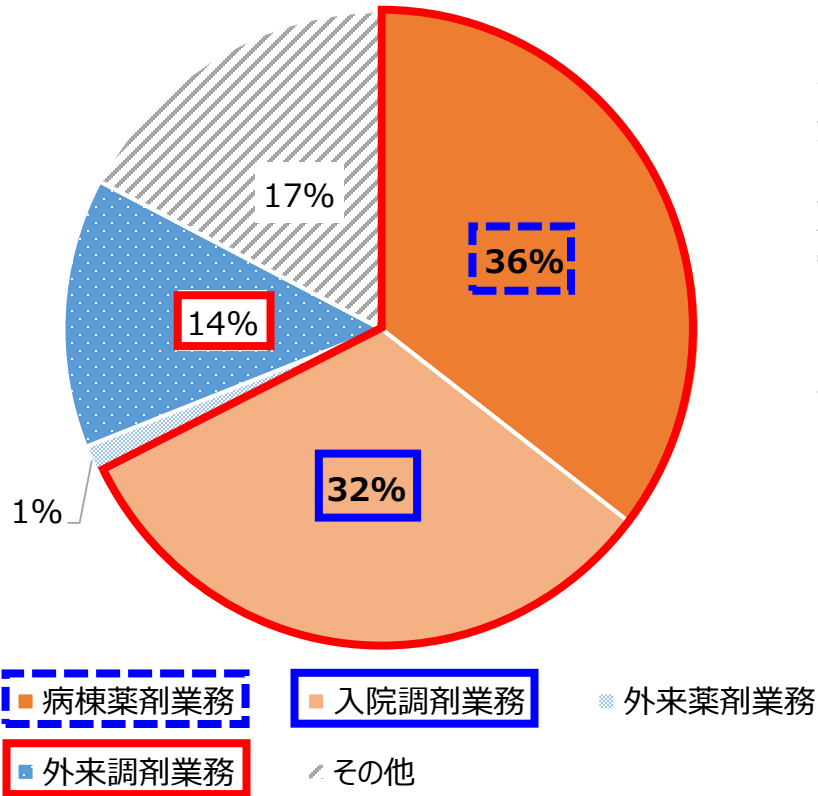
中医協 総 - 1
30.1.10(改)



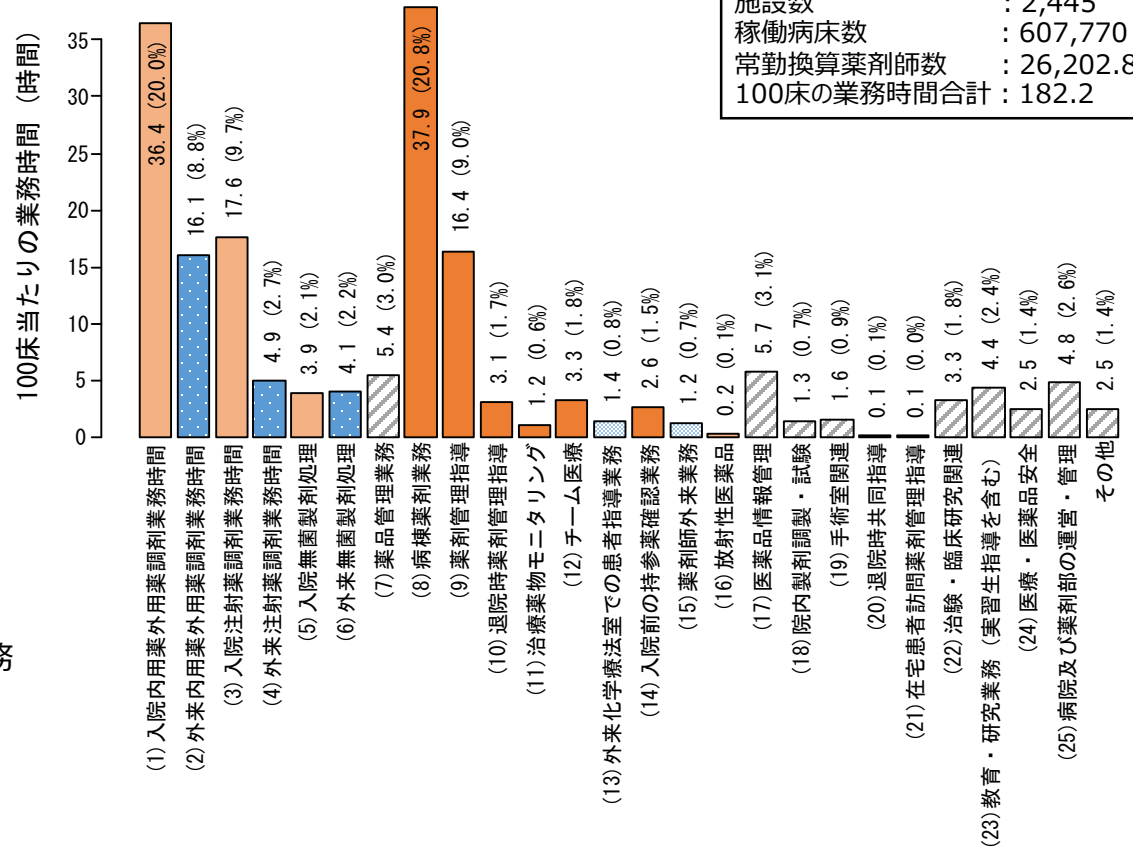
病院薬剤師の業務時間の分布状況

○ 病院薬剤師の業務時間数（100床あたり）の割合は、入院患者に対する病棟薬剤業務及び調剤業務の割合は約70%で、外来患者に対する調剤業務の割合は約15%であった。

各業務時間数の割合



100床あたりの各薬剤業務時間数（1週間）の比較（全施設対象）



全回答施設	
施設数	: 2,445
稼働病床数	: 607,770
常勤換算薬剤師数	: 26,202.8
100床の業務時間合計	: 182.2

医療機関の薬剤師の調剤、服薬指導、病棟業務等の評価の経緯①(S61～H6)

- 昭和63年度診療報酬改定時に、入院患者に対する薬剤師の服薬指導が「調剤技術基本料」の枠内で評価された（100点/月）。平成6年度診療報酬改定時に、「薬剤管理指導料」へと変更された。
- 平成2年度診療報酬改定時に、外来における内服薬等の調剤料が1日あたりから1回あたりとされた。

	外来		入院		病棟業務	
	調剤業務		調剤業務			
1986年 (S61)	調剤技術基本料 (5点/月)	調剤料(10単位超に限る) 内服薬等(1点/1剤/日) 頓服薬(1点/1回分) 外用薬・注射薬(2点/1調剤) 麻薬等加算(1点) ※処方箋料(55点)	無菌製剤処理加算 中心静脈栄養 (10点/日)1週間 まで	調剤技術基本料 (15点/月)	調剤料 (3点/日) 麻薬等加算(1点)	
1988年 (S63)	(7点/月)	内服薬等(1点/1剤/日) 頓服薬(1点/1回分) 外用薬(2点/1調剤) 麻薬等加算(1点)		調剤技術基本料 直接服薬指導 (100点/月) 服薬指導なし (15点/月)		
1990年 (H2)		調剤料 内服薬等(4点/回) 頓服薬(1点/回) 外用薬(2点/回) 麻薬等加算(1点)	抗悪性腫瘍剤 (10点/日) 中心静脈栄養 (20点/日)1週間 まで	直接服薬指導 (200点/月) 服薬指導なし (15点/月)		
1992年 (H4)		※処方箋料(74点)	抗悪性腫瘍剤 (10点/日) 中心静脈栄養 (30点/日)1週間 まで	直接服薬指導 (400点/月) 服薬指導なし (40点/月) 院内製剤加算(5点)	※処方料(24点)	
1994年 (H6)	(8点/月) 院内製剤 加算 (10点)	内服薬等(5点/回) ※頓服薬が内服薬等に包含 外用薬(2点/回) 麻薬等加算(1点) ※処方箋料(76点)	抗悪性腫瘍剤 (10点/日) 中心静脈栄養 (30点/日)	調剤技術基本料 (42点/月) 院内製剤加算(10点)	※処方料(26点)	薬剤管理指導料 (600点/月) ※投薬の項(調剤技術基本 料)から指導管理等の項に 変更

医療機関の薬剤師の調剤、服薬指導、病棟業務等の評価の経緯②(H8～H18)

○ 平成10年、12年度診療報酬改定時に、調剤料の評価が上げられ、平成8年、10年、12年度診療報酬改定時に、薬剤管理指導料の評価が引き上げられた。

	外来		入院			
	調剤業務		病棟業務			
1996年 (H8)	調剤技術基本料 (8点/月)	調剤料 内服薬等(5点/回) 外用薬(2点/回) ※処方箋料(76点)	無菌製剤処理加算 抗癌性腫瘍剤(40点/日) 中心静脈栄養(40点/日)	調剤技術基本料 (42点/月)	調剤料 (3点/日) ※処方料(26点)	薬剤管理指導料 (450点/週・月2回まで) 麻薬管理指導加算(50点)
1998年 (H10)		内服等(7点/回) 外用薬(4点/回) ※処方箋料(81点)			(5点/日) ※処方料(37点)	(480点/週・月2回まで) 麻薬管理指導加算(50点)
1998年 (H10) 12月	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 医療法の病院薬剤師配置の標準数の見直し →調剤数80に1人から、入院患者数70に1人、外来処方箋枚数75に1人に変更 (一般病床の場合) </div>					
2000年 (H12)		内服等(9点/回) 外用薬(6点/回)			(7点/日) ※処方料(42点)	(350点/週・月4回まで) 麻薬管理指導加算(50点) 退院時服薬指導加算(50点)
2002年 (H14)		※処方箋料(71点)				
2004年 (H16)						
2006年 (H18)		※処方箋料(70点)				

医療機関の薬剤師の調剤、服薬指導、病棟業務等の評価の経緯③(H19～H24)

- 薬剤管理指導料の評価の引上げが行われるとともに、平成24年度診療報酬改定時に「病棟薬剤業務実施加算」が新設された。
- 調剤業務については、「無菌製剤処理料」が新設され、抗悪性腫瘍剤の評価が引き上げられた。

	外来			入院		
	調剤業務			病棟業務		
2007年 (H19) 8月	<p>病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書 →業務実態等の調査結果とともに今後の病院薬剤師のあるべき業務と役割を整理</p>					
2008年 (H20)	<p>調剤技術基本料 (8点/月)</p>	<p>調剤料 内服等(9点/回) 外用薬(6点/回) ※処方箋料(68点)</p>	<p>無菌製剤処理料 1:抗悪性腫瘍剤 (50点/日) 2:中心静脈栄養等 (40点/日)</p>	<p>調剤技術基本料 (42点/月)</p>	<p>調剤料 (7点/日) ※処方料(42点)</p>	<p>薬剤管理指導料 1:救急救命病棟等(430点/週) 2:ハイリスク薬(380点/週) 3:1,2以外(325点/週) 麻薬管理指導加算(50点) 退院時服薬指導加算(50点) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料 (100点/退院時)</p>
2010年 (H22)			<p>1:抗悪性腫瘍剤 イ:閉鎖式接続器具使用 (100点/日) ロ:イ以外(50点/日) 2:中心静脈栄養等 (40点/日)</p>			<p>薬剤管理指導料 (430/380/325点) 麻薬管理指導加算(50点) 医薬品安全性情報等管理体制加算(50点) 退院時薬剤情報管理指導料 (90点/退院時)</p>
2010年 (H22) 4月	<p>医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について(医政局長通知) →「チーム医療の推進について」(報告書)を踏まえ薬剤師が実施することができる業務を例示</p>					
2012年 (H24)			<p>1:抗悪性腫瘍剤 イ:閉鎖式接続器具使用 (1)揮発性の高い薬剤 (150点/日) (2)(1)以外(100点/日) ロ:イ以外(50点/日) 2:中心静脈栄養等(40点/日)</p>			<p>薬剤管理指導料 (430/380/325点) 麻薬管理指導加算 (50点) 退院時薬剤情報管理指導料 (90点/退院時)</p> <p>病棟薬剤業務実施加算 (100点/週) ※療養・精神 病棟は4週まで</p>

医療機関の薬剤師の調剤、服薬指導、病棟業務等の評価の経緯④(H26～H30)

○ 引き続き、抗悪性腫瘍剤の評価や、病棟業務の評価の拡充等が行われた。

	外来					入院	
	調剤業務					病棟業務	
2014年 (H26)	調剤技術 基本料 (8点/月)	調剤料 内服等(9点/回) 外用薬(6点/回) ※処方箋料(68点)	無菌製剤処理料 1:抗悪性腫瘍剤 イ:閉鎖式接続器具使用 (1)揮発性の高い薬剤 (150点/日) (2)(1)以外(100点/日) ロ:イ以外(50点/日) 2:中心静脈栄養等 (40点/日)	調剤技術基本料 (42点/月)	調剤料 (7点/日) ※処方料(42点)	薬剤管理指導料 (430/380/325点) 麻薬管理指導加算 (50点) 退院時薬剤情報管理 指導料 (90点/退院時)	病棟薬剤業務 実施加算 (100点/週) ※療養・精神 病棟は8週まで
2016年 (H28)			無菌製剤処理料 1:抗悪性腫瘍剤 イ:閉鎖式接続器具使用 (180点/日) ロ:イ以外の場合(45点/日) 2:中心静脈栄養等 (40点/日)			薬剤管理指導料 1:ハイリスク薬 (380点/週) 2:1以外 (325点/週) 退院時薬剤情報管理 指導料 (90点/退院時)	病棟薬剤業務 実施加算 1:入院基本料 (100点/週) 2:救命救急等 算定治療室 (80点/日)
2018年 (H30)							

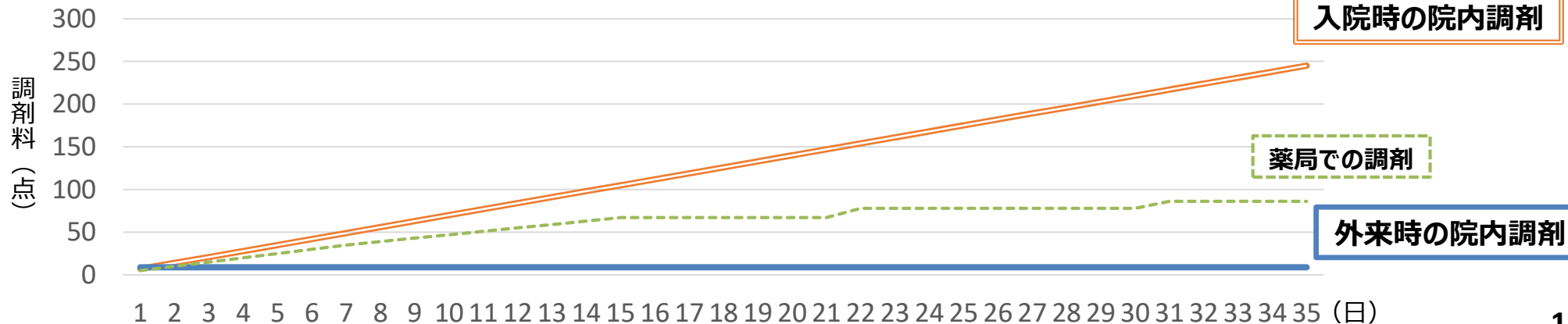
院内処方と院外処方における調剤料等の比較

- 「調剤に関する基本料」としては、薬局では調剤基本料、医療機関では調剤技術基本料がそれぞれ設定されている。このほか、医療機関では診療にあたって基本的な医療の提供に必要な設備や従事者の人件費等を評価する入院基本料、初診料・再診料が設定されている。
- 「調剤料」については、外来時では薬局の調剤に比べて院内調剤の点数は低く設定されている（医療機関では薬剤師がいない場合でも算定可）。また、外来時では入院時の院内調剤に比べて低く設定されている。

		入院基本料	初診料／再診料	基本料	調剤料
外来	医療機関		288点／73点	8点※ ※薬剤師が常時勤務する場合のみ算定可能	9点※（定額） ※内服薬等
	薬局			11～42点 医薬品備蓄、調剤用機器等の経費など薬局の運営維持費を評価	内服薬1剤の場合（3剤まで算定可能） 処方日数：1日～7日 5点／日 処方日数：8日～14日 4点／日 処方日数：15日～21日 67点（定額） 処方日数：22日～30日 78点（定額） 処方日数：31日～ 86点（定額）
入院		1,650点 （急性期一般入院料1の場合）		42点※ ※薬剤師が常時勤務する場合のみ算定可能	7点／日

基本料：医療機関においては、調剤技術基本料、薬局においては調剤基本料

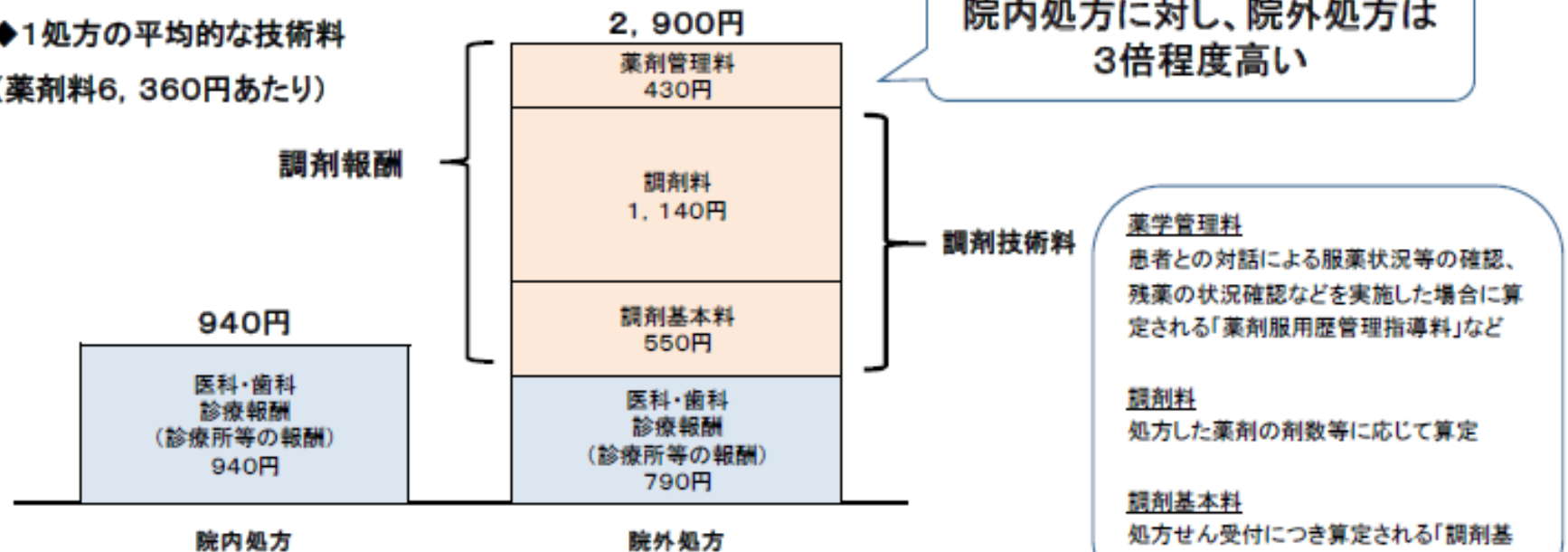
処方日数による調剤料の推移（内服薬1剤の場合）



院内処方と院外処方のコスト差

- 処方する薬剤が同じ金額の場合でも、院内処方と院外処方では診療報酬(技術料)に大きな差が生じている。

◆1処方の平均的な技術料
(薬剤料6,360円あたり)



(出典)厚生労働省「社会医療診療行為別統計(2016年)」

(注1)院内処方は処方料、院外処方は処方箋料の算定回数に基づき1処方あたり金額を計算

(注2)院内処方・院外処方を通じた1処方あたり薬剤料は約6,360円

(財務省「財政制度等審議会(財政制度分科会)」提出資料(平成29年10月25日)より)

医療機関における調剤料等の算定回数（調剤業務）

- 病院における調剤料の算定回数は、1月あたり外来で約450万回、入院で約1,800万回であり、入院の方が多い。
- 診療所における調剤料の算定回数は、1月あたり外来で約2,000万回、入院で約70万回であった。また、診療所では薬剤師が少ないことなどから、調剤技術基本料の算定回数が、処方料の算定回数に比べて約1/10であった。

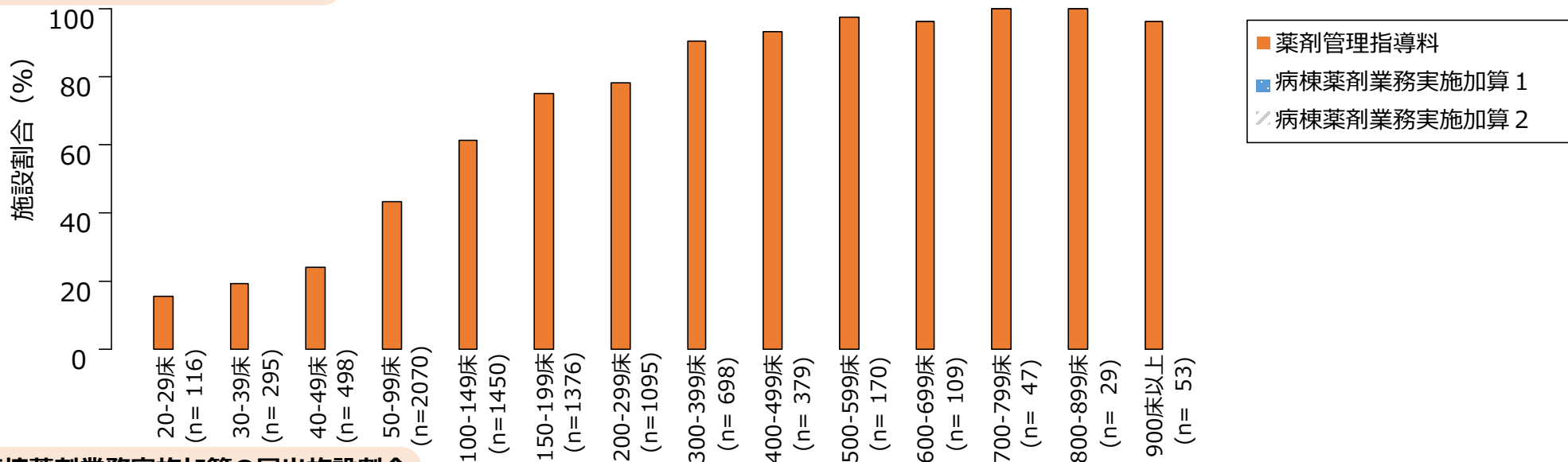
	点数	算定回数		備考	
		病院	診療所		
外来	調剤技術基本料	8	2,776,591	1,621,834	薬剤師が常時勤務する医療機関において投薬を行った場合に月1回算定
	調剤料（内服薬・浸煎薬・頓服薬）	9	3,420,204	12,566,689	
	調剤料（外用薬）	6	1,247,004	7,401,361	
	（参考）処方料 （7種類以上内服薬又は向精神薬 長期処方、向精神薬多剤投与以外）	42	3,728,664	16,077,153	
入院	調剤技術基本料	42	618,177	8,139	薬剤師が常時勤務する医療機関において投薬を行った場合に月1回算定
	調剤料	7	17,763,868	706,065	

医療機関	
外来	薬剤情報提供料： 10点/月
	○主に薬剤師が行う業務
	がん患者指導管理料 Ⅷ： 200点
	特定薬剤治療管理料
	薬物血中濃度を測定・治療管理： 470点/月
	サリドマイド等を治療管理： 100点/月
	在宅患者訪問薬剤管理指導料： 290点～650点/週
	○他職種と連携して行う業務
	外来化学療法加算 A（15歳以上）： 470点/600点
	外来緩和ケア管理料： 290点/月
移植後患者指導管理料： 300点/月	
治療抵抗性統合失調症治療指導管理料： 500点/月	
入院	○主に薬剤師が行う業務
	薬剤管理指導料
	特に安全管理が必要な医薬品： 380点/週
	それ以外： 325点/週
	退院時薬剤情報管理指導料： 90点
	病棟薬剤業務実施加算1： 100点/週
	病棟薬剤業務実施加算2： 80点/日
	特定薬剤治療管理料
	薬物血中濃度を測定・治療管理： 470点/月
	サリドマイド等を治療管理： 100点/月
	○他職種と連携して行う業務
	薬剤総合評価調製加算： 250点
	緩和ケア診療加算： 390点/日
	栄養サポートチーム加算： 200点/週
	精神科リエゾンチーム加算： 300点
	感染防止対策加算1： 390点
感染防止対策地域連携加算： 100点	
抗菌薬適正使用支援加算： 100点	
感染防止対策加算2： 90点	
治療抵抗性統合失調症治療指導管理料： 500点/月	

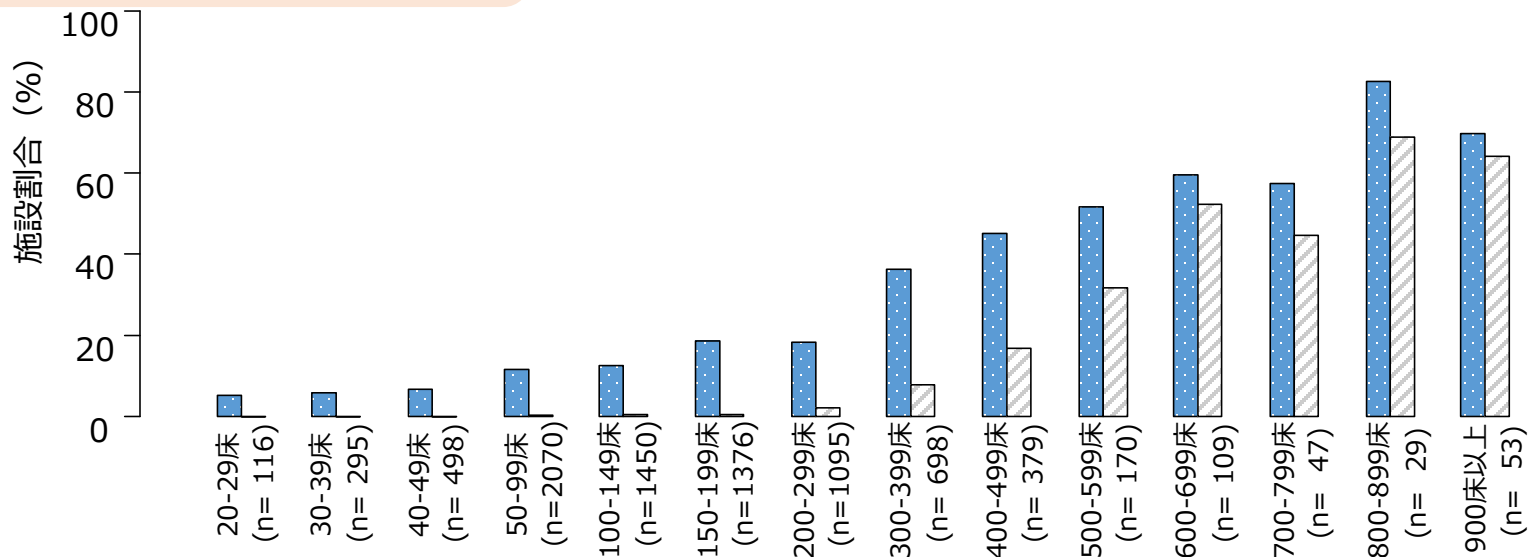
薬剤管理指導料、病棟薬剤業務実施加算の届出施設の状況

○ 薬剤管理指導料、病棟薬剤業務実施加算の届出施設割合は、病床数が少ない施設で小さい。

薬剤管理指導料の届出施設割合



病棟薬剤業務実施加算の届出施設割合



出典：日本病院薬剤師会提供資料（平成29年度医療施設調査）

薬局	
薬剤服用歴管理指導料：	41点／53点
かかりつけ薬剤師指導料：	73点
重複投薬・相互作用等防止加算	
残薬調整に係るもの以外：	40点
残薬調整に係るもの：	30点
特定薬剤管理指導加算：	10点
服薬情報等提供料	
医療機関の求めがあった場合：	30点
患者・家族等の求め又は薬剤師が必要性を 認めた場合：	20点
外来服薬支援料：	185点／月
服用薬剤調整支援料：	125点／月
在宅患者訪問薬剤管理指導料：	290点～650点／週

調剤報酬（その2）

1. 調剤料②（医療機関における薬剤師の業務及び医療機関と薬局の比較という視点での検討）
2. 調剤基本料①
3. 地域支援体制加算

調剤基本料(令和元年改定時)

項目	要件	点数 ※ ¹
調剤基本料1	調剤基本料2、3-イ、3-ロ、特別調剤基本料以外 (医療資源の少ない地域にある薬局は、処方せん集中率の状況等によらず、調剤基本料1)	42点
調剤基本料2	次のいずれかに該当 ①処方せん受付回数が <u>月4,000回超</u> ＋処方せん集中率 <u>70%超</u> ②処方せん受付回数が <u>月2,000回超</u> ＋処方せん集中率 <u>85%超</u> ③いわゆる医療モール内の医療機関からの処方せん受付回数の合計が <u>月4,000回超</u> など	26点
調剤基本料3	イ <u>同一グループ薬局</u> ※ ² による処方せん受付回数が <u>月4万回超40万回以下</u> で、次のいずれかに該当 ①処方せん集中率 <u>85%超</u> ②医療機関との間で不動産の賃貸借取引:有	21点
※ 特別調剤基本料に該当する場合は、特別調剤基本料を優先	ロ <u>同一グループ薬局</u> ※ ² による処方せん受付回数が <u>月40万回超</u> で、次のいずれかに該当 ①処方せん集中率 <u>85%超</u> ②医療機関との間で不動産の賃貸借取引:有	16点
特別調剤基本料	次のいずれかに該当 ①病院と不動産取引等その他の特別な関係:有＋処方せん集中率 <u>95%超</u> (いわゆる敷地内薬局等を想定) ②地方厚生局に調剤基本料に係る届出を行わなかった場合	11点

※1 医薬品の取引価格の妥結率が50%以下である場合等は、点数が50%減算される。

※2 同一グループ薬局は、当該薬局にとっての、①最終親会社、②最終親会社の子会社、③最終親会社の関連会社、④①～③とフランチャイズ契約を締結している会社、が該当。

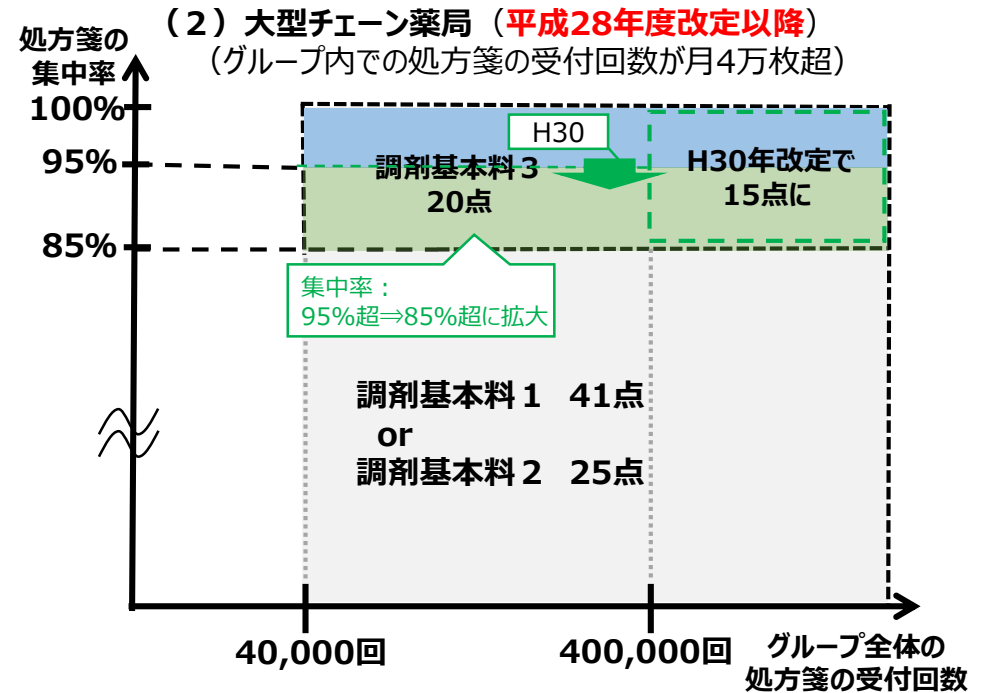
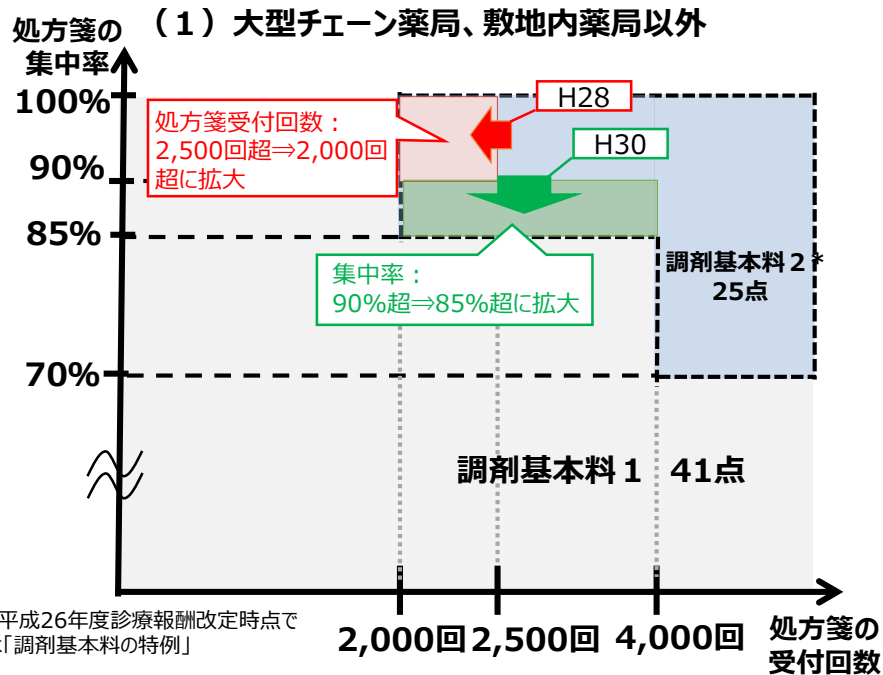
調剤基本料の見直しについて（平成28年度、平成30年度分）

○ 調剤基本料は、医薬品の備蓄等の効率性や収益状況等を踏まえ、いわゆる門前薬局や大型チェーン薬局で引き下げを行っている。

<主な改正内容>

	「大型チェーン薬局」・「敷地内薬局」以外	大型チェーン薬局	敷地内薬局
H28年度改定	調剤基本料25点の範囲を拡大 (処方箋受付回数：2,500回超⇒2,000回超)	大型チェーン薬局を想定した調剤基本料20点を新設 （グループ全体の処方箋：月4万回超＋集中度：95%超）	
H30年度改定	調剤基本料25点の範囲を拡大 (処方箋の集中度：90%超⇒85%超)	調剤基本料20点（大型チェーン薬局）の範囲を拡大 (処方箋の集中度：95%⇒85%超) 超大型チェーン薬局を想定した調剤基本料15点を新設 （グループ全体の処方箋：月40万回超＋集中度：85%超）	特別調剤基本料10点を新設 （病院と不動産取引等その他の特別な関係：有＋処方箋集中度95%超）

<適正化の変遷イメージ>



*平成26年度診療報酬改定時点では「調剤基本料の特例」

(3) 敷地内薬局（平成30年度以降）

病院と不動産取引等その他の特別な関係が有＋処方箋集中度95%超⇒10点

薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する、地域支援体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中度が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある



医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価



一定の基準を満たす薬局は、地域支援体制加算が算定可能

<施設基準>

調剤基本料 1

調剤基本料 1 以外

- 地域医療に貢献することを体制を有することを示す実績
- 24時間調剤、在宅対応体制の整備 等

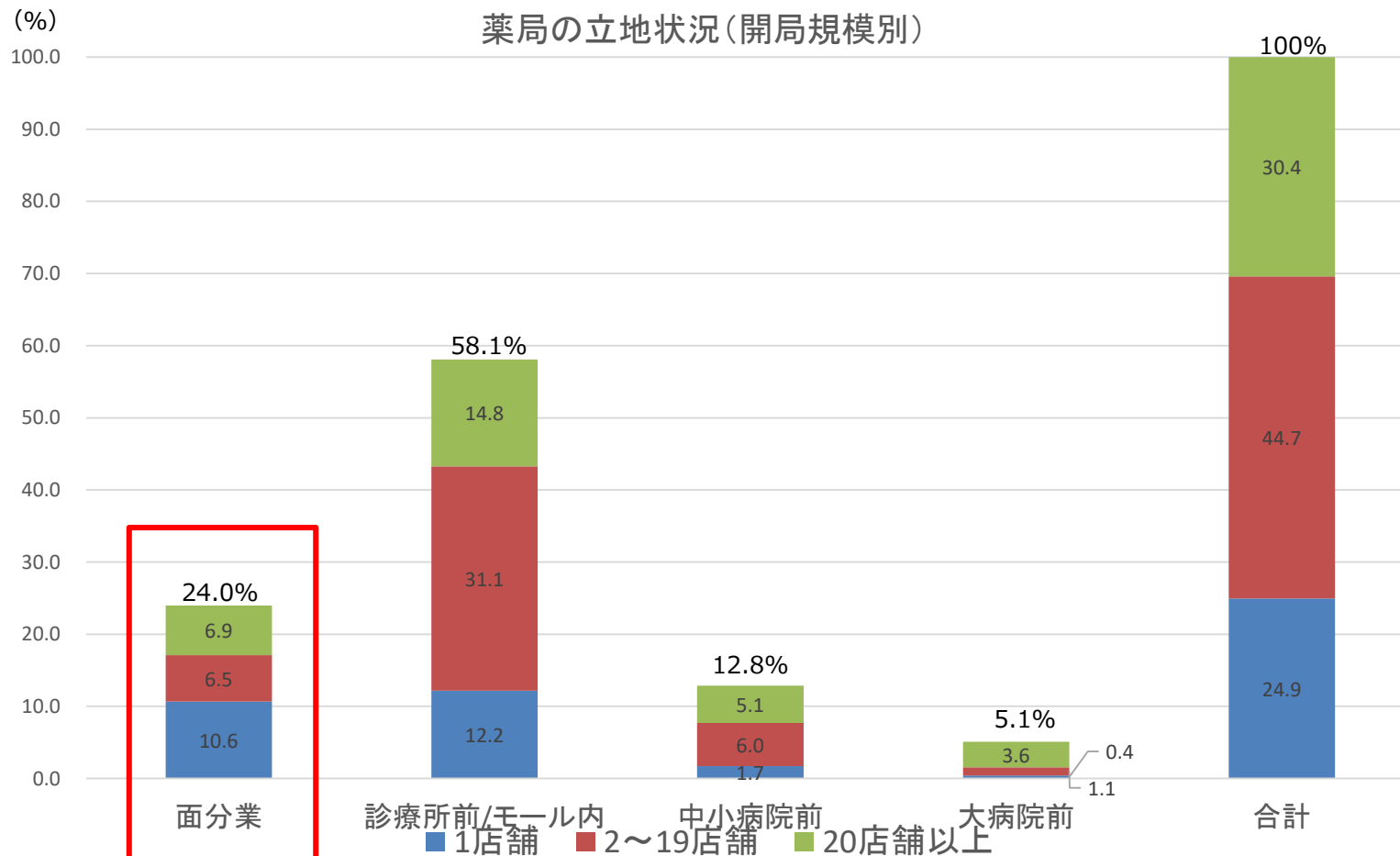
- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

- 1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること
- ① 夜間・休日等の対応実績 400回
 - ② 麻薬指導管理加算の実績 10回
 - ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回
 - ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回
 - ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回
 - ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回
 - ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 12回
 - ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回

I.(1) 医薬分業とかかりつけ薬剤師・薬局について
薬局の立地や開設規模に関する現状

平成30年7月5日 第4回
 医薬品医療機器制度部会
 資料1

○ 薬局の立地に関する現状については、診療所の門前や医療モール内が約6割と最も多く、次いで面分業が約2割であった。

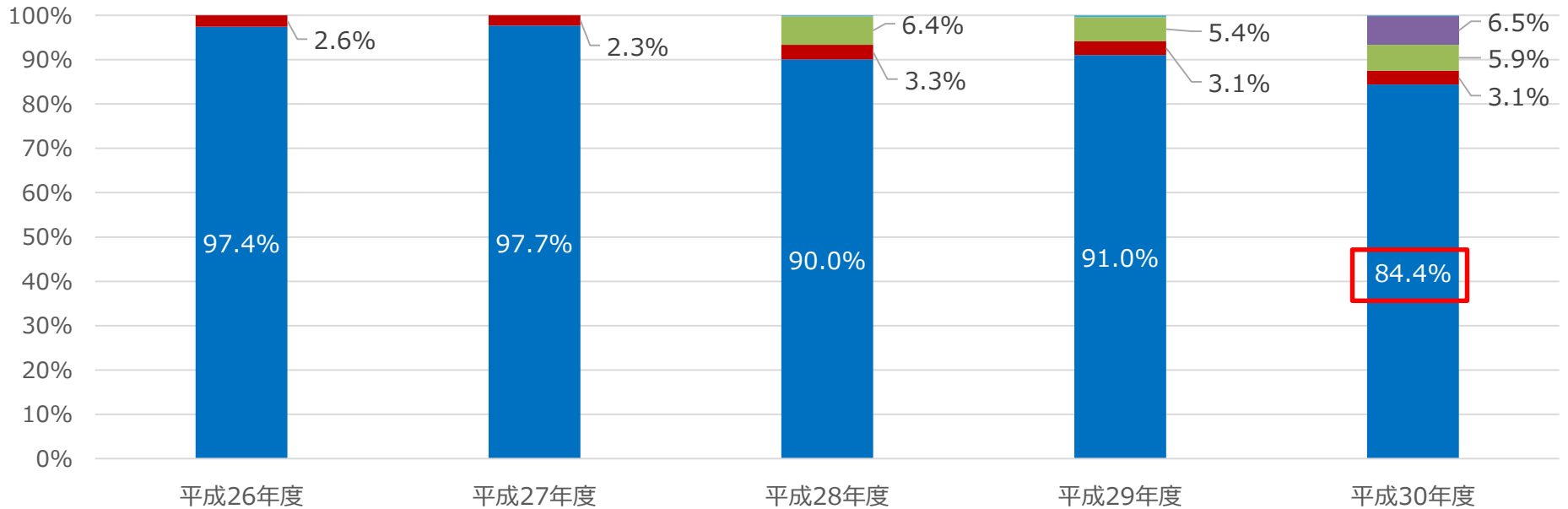


平成29年度かかりつけ薬剤師・薬局機能調査・検討事業「かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査報告書」(一部抜粋)
 調査時期：平成29年11月22日～平成30年2月9日 回答薬局数：2237件

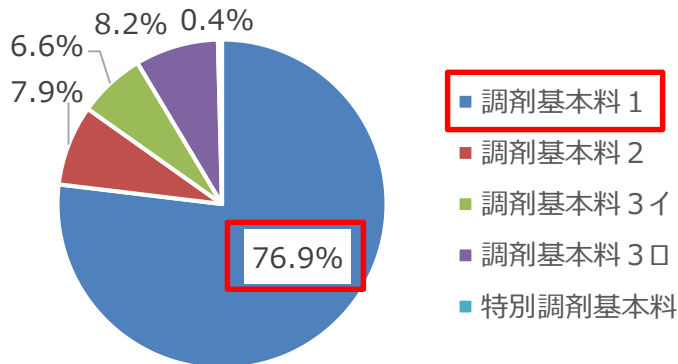
調剤基本料の構成比の推移等

- 調剤基本料 1 を算定する薬局の割合は減少しており、平成30年度末では約84%であった。
- 算定回数については、調剤基本料 1 の占める割合は平成30年度では約77%であった。

各調剤基本料の構成比の推移（各年度末時点の施設基準の届出状況）



各調剤基本料の算定回数の割合（平成30年6月審査分）



■ 調剤基本料 通常(41点)（～平成27年度） ■ 調剤基本料 1 (41点)（平成28年度～）

■ 調剤基本料 特例(25点)（～平成27年度） ■ 調剤基本料 2 (25点)（平成28年度～）

■ 調剤基本料 3 (20点)（平成28～29年度） / 調剤基本料 3イ(20点)（平成30年度～） ■ 調剤基本料 3ロ(15点)（平成30年度～）

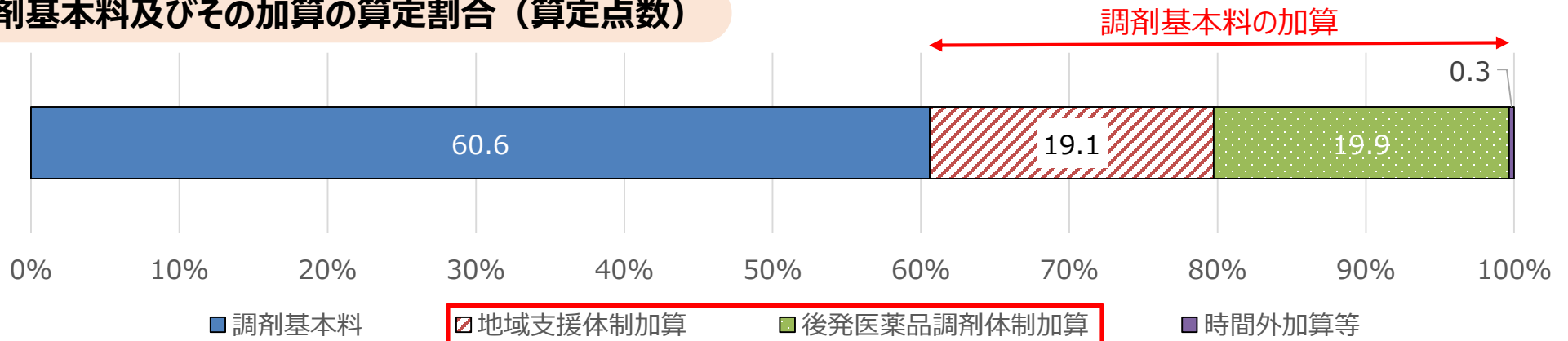
■ 調剤基本料 4 (31点)（平成28～29年度） ■ 特別調剤基本料(15点)（平成28～29年度） / 特別調剤基本料(10点)（平成30年度～）

出典：
 各調剤基本料の構成比の推移：保険局医療課調べ（各年3月31日時点の届出状況）
 算定回数の割合：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

調剤基本料及びその加算

○ 調剤基本料及びその加算のうち、地域支援体制加算及び後発医薬品調剤体制加算がそれぞれ2割ずつを占めている。

調剤基本料及びその加算の算定割合（算定点数）



出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

調剤基本料の主な加算

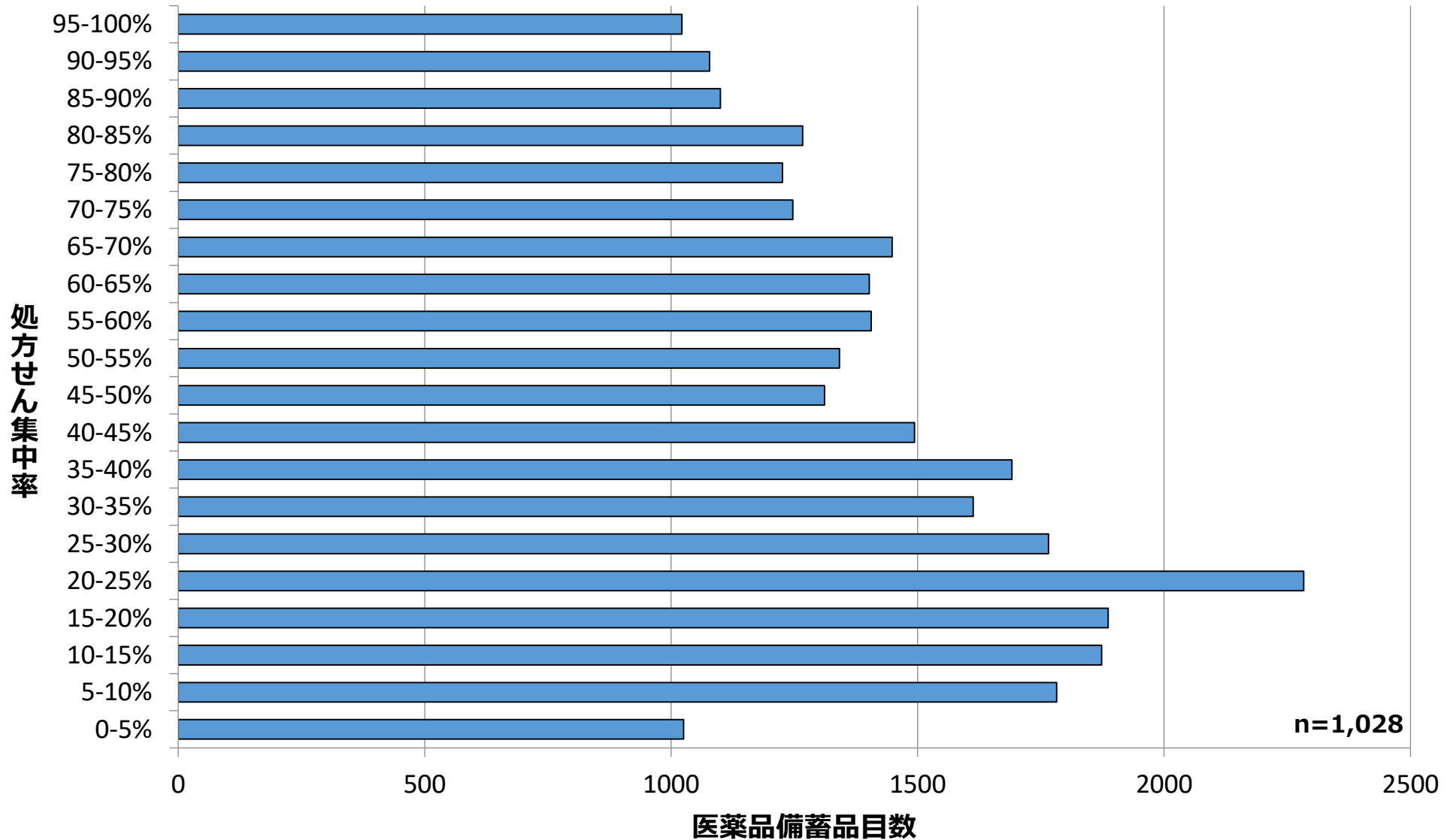
		点数
地域支援体制加算		35点
後発医薬品調剤体制加算	後発医薬品調剤体制加算 1（調剤数量割合75%以上）	18点
	後発医薬品調剤体制加算 2（調剤数量割合80%以上）	22点
	後発医薬品調剤体制加算 3（調剤数量割合85%以上）	26点
時間外加算等	時間外加算	調剤技術料（基礎額※）の100分の100
	休日加算	調剤技術料（基礎額）の100分の140
	深夜加算	調剤技術料（基礎額）の100分の200

※調剤基本料（加算等を含む）、調剤料、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額

薬局における医薬品等の備蓄状況（集中率別）①

中医協 総-3
29.12.8

○ 集中率が高いほど、医薬品の備蓄品目数は少ない傾向にある。



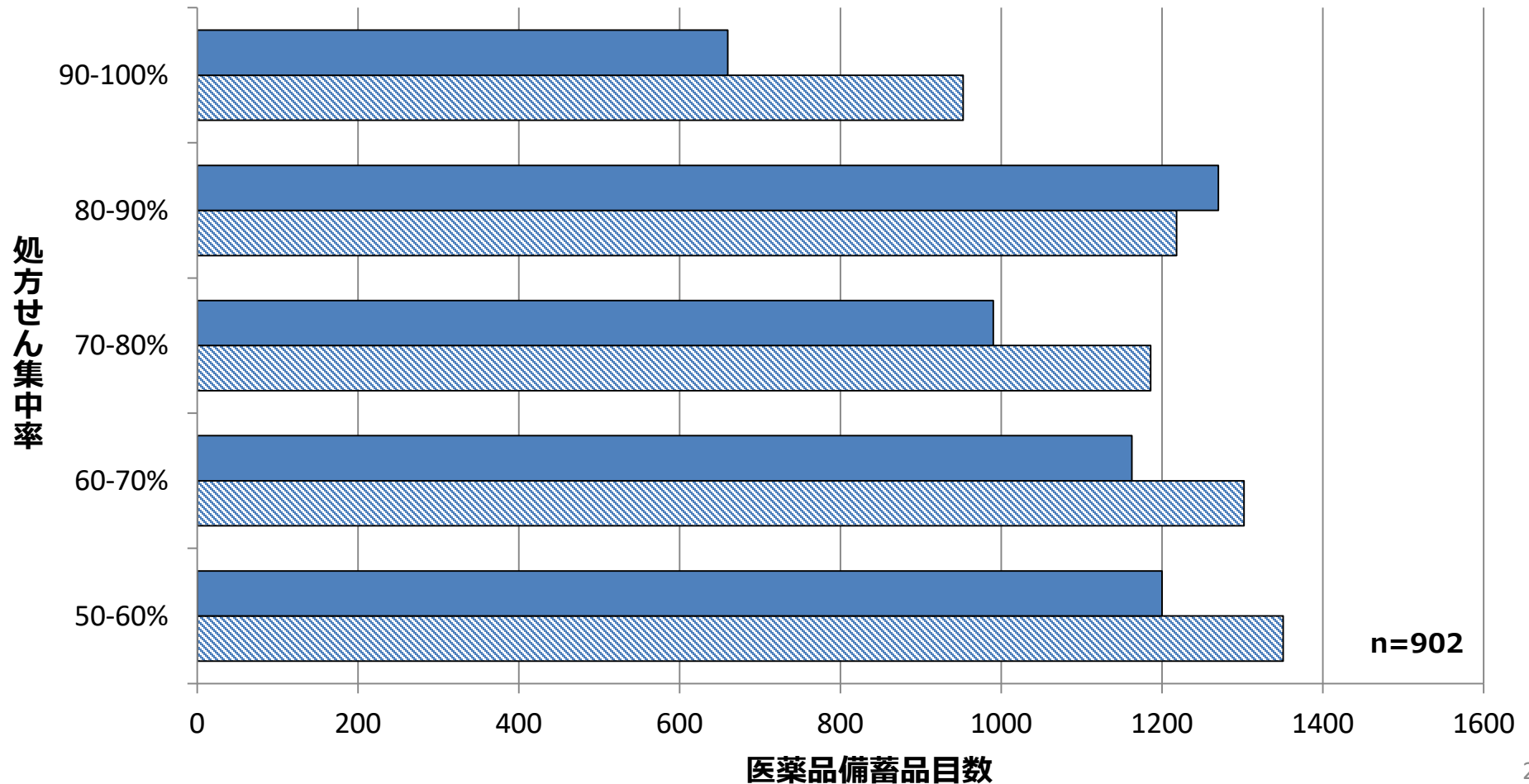
薬局における医薬品等の備蓄状況（集中率別）②

中医協 総-3
29.12.8

○ 医療機関と不動産の賃貸借関係がある薬局では、他の薬局と比較して同じ集中率でも医薬品の備蓄品目数が少ない傾向が見られる。

➤ 医療機関との不動産賃貸借関係の有無別医薬品備蓄品目数

■ 不動産賃貸借関係あり ■ 不動産賃貸借関係なし



1 店舗あたりの保険薬局の店舗別損益状況

中医協 総 - 3
29.12.8

○ 同一法人の保険薬局の店舗は、多店舗化するにつれ収益率が高くなる傾向がある。

1店舗あたりの状況	同一法人の保険薬局の店舗数			
	1店舗	2～5店舗	6～19店舗	20店舗以上
I. 収益	150,076	157,490	154,771	220,134
II. 介護収益	79	186	648	563
III. 費用	144,444	151,440	142,442	194,036
1. 給与費	32,500	30,871	28,493	29,514
2. 医薬品等費	95,374	105,641	99,781	141,903
IV. 総損益差額 (構成比率 ; %)	5,710 (3.8%)	6,235 (4.0%)	12,976 (8.3%)	26,661 (12.1%)

(単位：千円)

[出典]第21回医療経済実態調査 (医療機関等調査) 報告

調剤報酬（その2）

1. 調剤料②（医療機関における薬剤師の業務及び医療機関と薬局の比較という視点での検討）
2. 調剤基本料①
3. 地域支援体制加算

地域医療に貢献する薬局の評価

地域支援体制加算の新設

○ かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。

(新) 地域支援体制加算 35点

○地域支援体制加算の施設基準

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること。

① 夜間・休日等の対応実績	400回
② 麻薬指導管理加算の実績	10回
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	40回
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績	40回
⑤ 外来服薬支援料の実績	12回
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績	1回
⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	12回
⑧ 服薬情報等提供料の実績	60回

○基準調剤加算は廃止する


平成30年	届出薬局数 (全薬局数に対する割合)	15,382 (27.6%)
-------	-----------------------	-------------------

調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

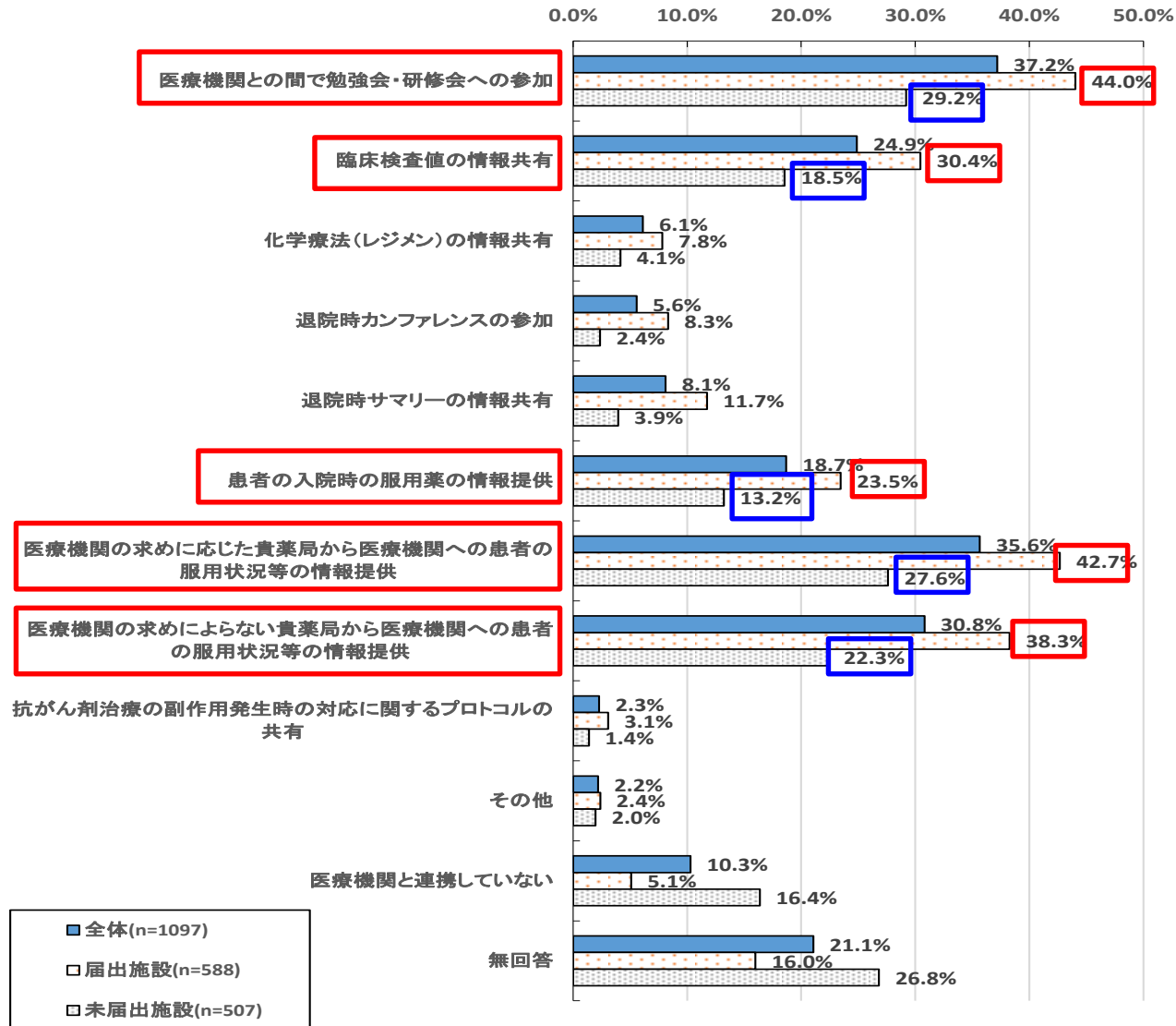
基準調剤加算と地域支援体制加算の主な施設基準の比較

- 平成30年度診療報酬改定では、地域に貢献する薬局を評価する観点から、基準調剤加算を廃止し、地域支援体制加算を新設。
- 基準調剤加算は調剤基本料 1 のみが算定可能だが、地域支援体制加算は要件を満たせば調剤基本料 1 以外でも算定可能。

	基準調剤加算 (32点)	地域支援体制加算(35点)
調剤基本料の区分	<p>○調剤基本料 1 を算定する薬局のみ算定可</p> <p>調剤基本料 1 以外を算定する薬局でも、実績を満たせば算定可能となった。</p> 	<p>○調剤基本料の区分に関わらず算定可。ただし、調剤基本料 1 以外の場合は 8 つの実績要件が適用される</p> <p>○調剤基本料 1</p> <p>① 麻薬小売業者の免許を受けていること</p> <p>② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること</p> <p>③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること</p> <p>※ 基準調剤加算においても同様の要件あり</p> <p>○調剤基本料 1 以外</p> <p>1年に常勤薬剤師 1人当たり、以下の全ての実績を有すること。</p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 (400回)</p> <p>② 麻薬指導管理加算の実績 (10回)</p> <p>③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 (40回)</p> <p>④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 (40回)</p> <p>⑤ 外来服薬支援料の実績 (12回)</p> <p>⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 (1回)</p> <p>⑦ 単一建物診療患者が 1人の在宅薬剤管理の実績 (12回)</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 (60回)</p>
開局時間	○平日は 1日 8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局	
医薬品の備蓄品目数	○1,200品目以上	
かかりつけ薬剤師指導料	○届出あり	
24時間体制	○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携 (連携する薬局数は3以下)	
在宅	<p>○在宅業務の体制整備</p> <p>※①在宅業務実施体制の周知、②医療材料・衛生材料の供給体制、③在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーションとの連携体制、④その他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携体制等</p> <p>○在宅の業務実績 (1回/年以上)</p>	
後発医薬品	○集中率が90%を超える薬局：後発医薬品の調剤割合が30%以上	○集中率が85%を超える薬局：後発医薬品の調剤割合が50%以上
医療安全	○PMDAメディナビの登録	○PMDAメディナビの登録 ○プレアボイド事例の報告、副作用報告の体制
その他	<p>○定期的な研修実施</p> <p>○プライバシーに配慮した構造</p> <p>○一般医薬品の販売及び購入者の薬剤服用歴に基づいた情報提供、健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示</p>	

地域支援体制加算の届出状況別の医療機関との連携状況

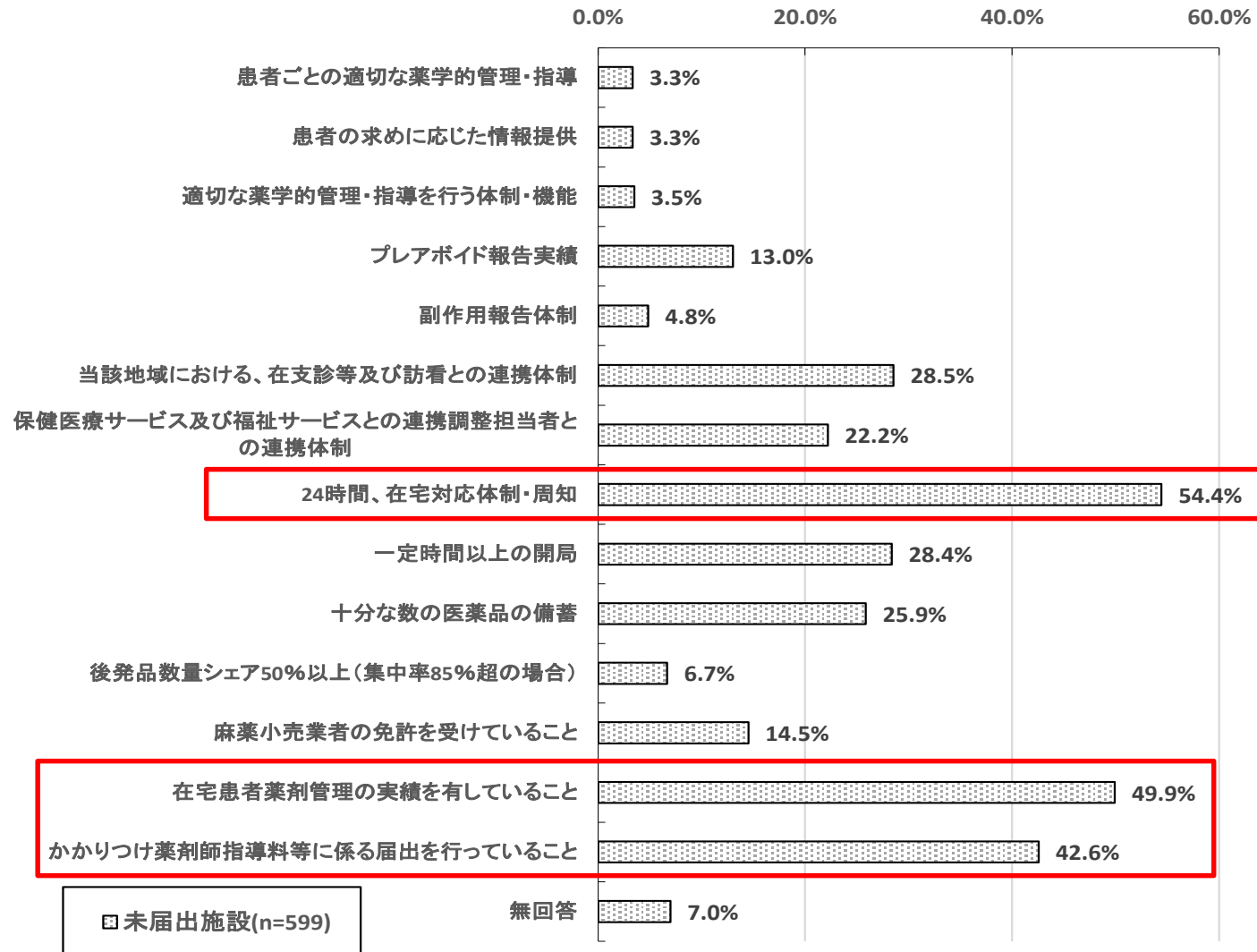
- 地域支援体制加算を届け出ている薬局では、未届出の薬局に比べて医療機関と連携している傾向があった。
- 未届出の薬局と比較して10ポイント程度以上差があった項目として、①医療機関との勉強会・研修会への参加、②臨床検査値の情報共有、③患者の入院時の服用薬の情報共有、④患者の服薬状況等の情報提供が挙げられる。



！：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度かかりつけ薬剤師調査）速報値

地域支援体制加算の届出が困難な理由（調剤基本料 1）

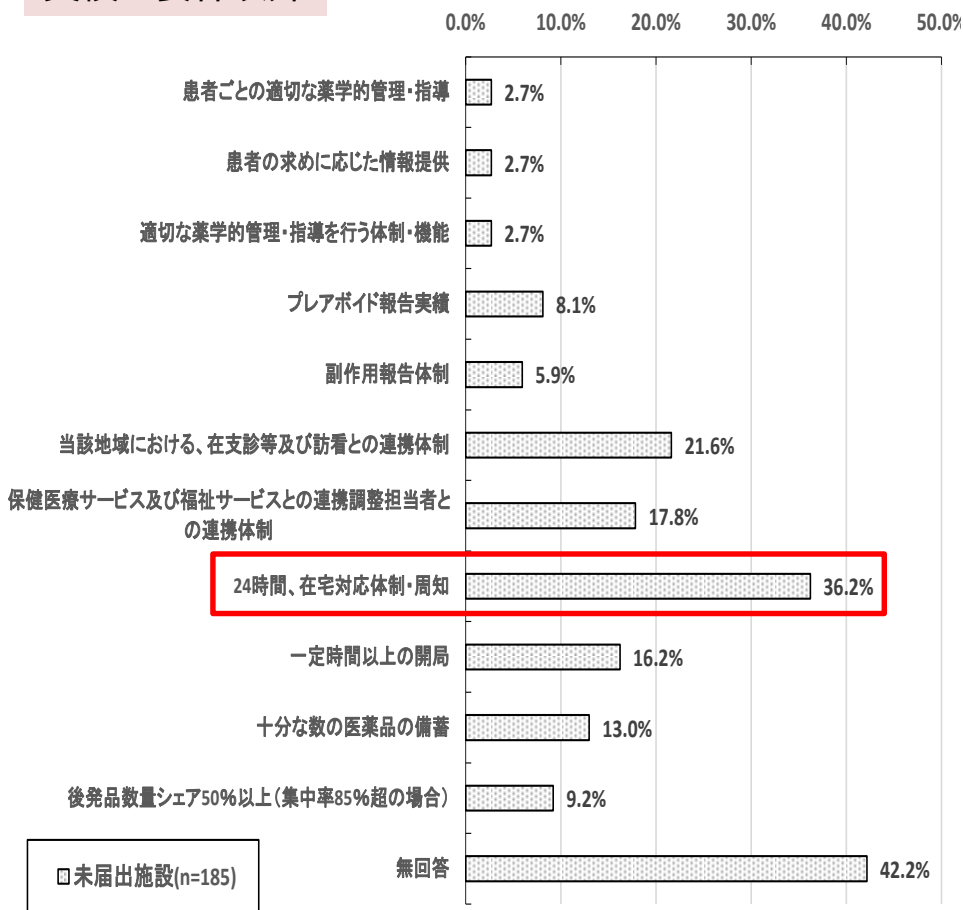
○ 調剤基本料 1 を算定する薬局においては、地域支援体制加算の届出が困難な理由として、「24時間、在宅対応体制・周知」、「在宅患者薬剤管理の実績を有していること」、「かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること」を挙げる割合が多かった。



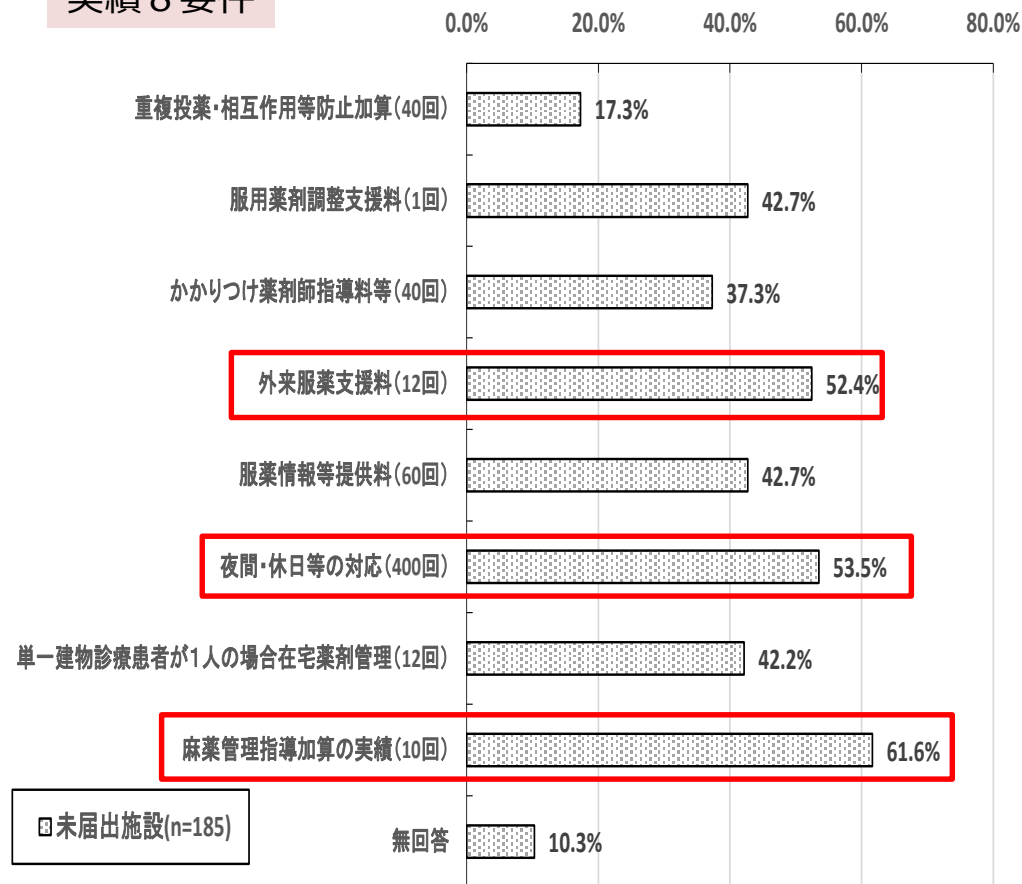
地域支援体制加算の算定が困難な理由（調剤基本料 1 以外）

- 調剤基本料 1 以外を算定する薬局においては、地域支援体制加算の届出が困難な理由として、実績 8 要件以外では「24時間、在宅対応体制・周知」を挙げる割合が多かった。
- 一方、実績 8 要件については、全体的に割合が高かったが、50%を超えたのは外来服薬支援料（12回）、夜間・休日等の対応（400回）、麻薬管理指導加算の実績（10回）であった。

実績 8 要件以外



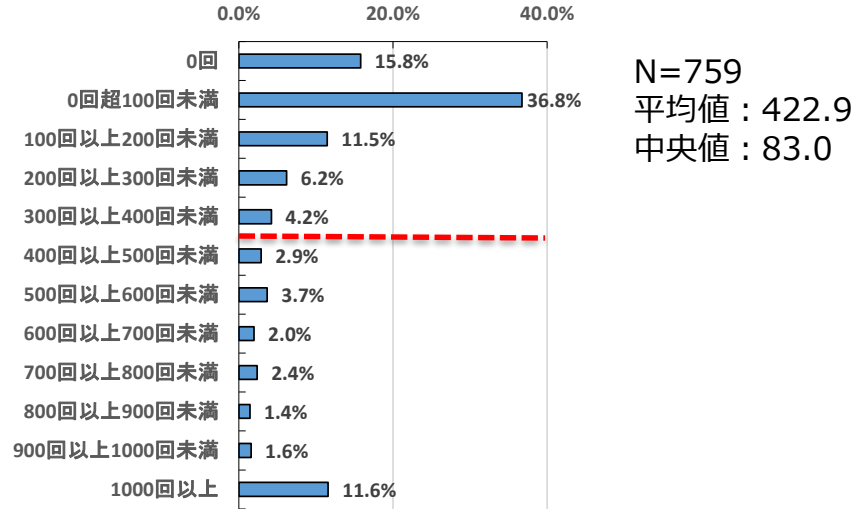
実績 8 要件



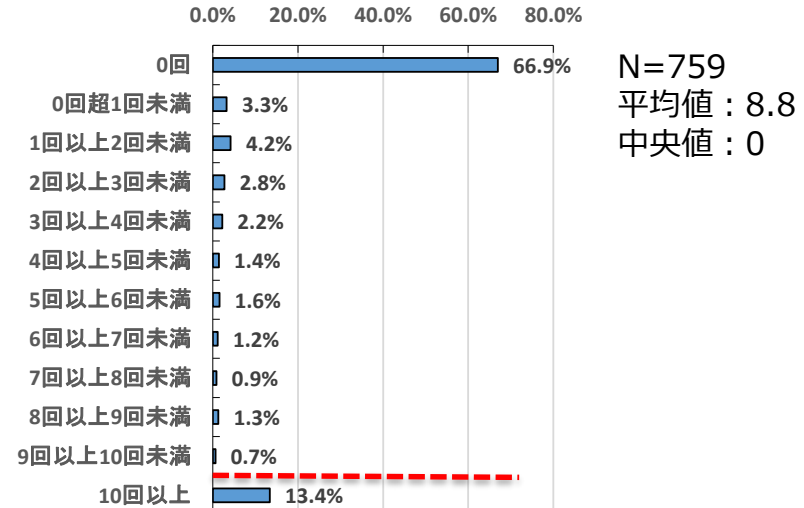
地域支援体制加算の要件に関連する項目の算定状況（薬剤師 1 人年間あたり）①

○ 地域支援体制加算の施設基準に関連する8つの項目について、基準となる実績回数を達成できている薬局は現時点では少なかった。 ※ 調剤基本料の区分に関わらず集計している

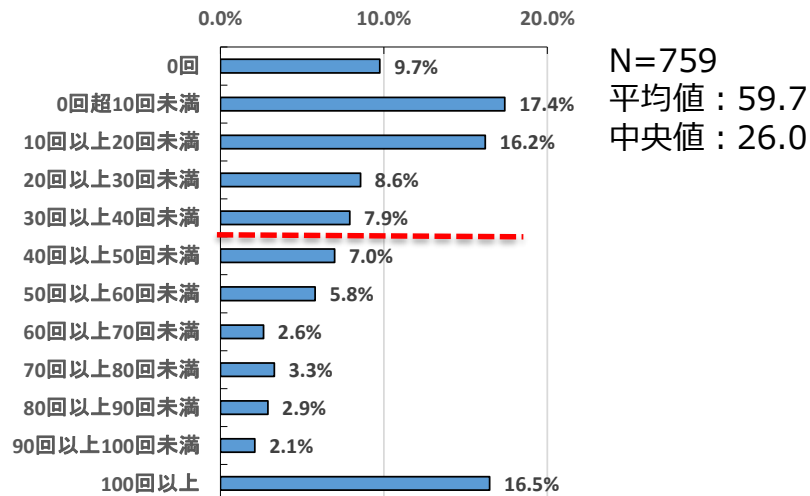
(1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算（400回／年）



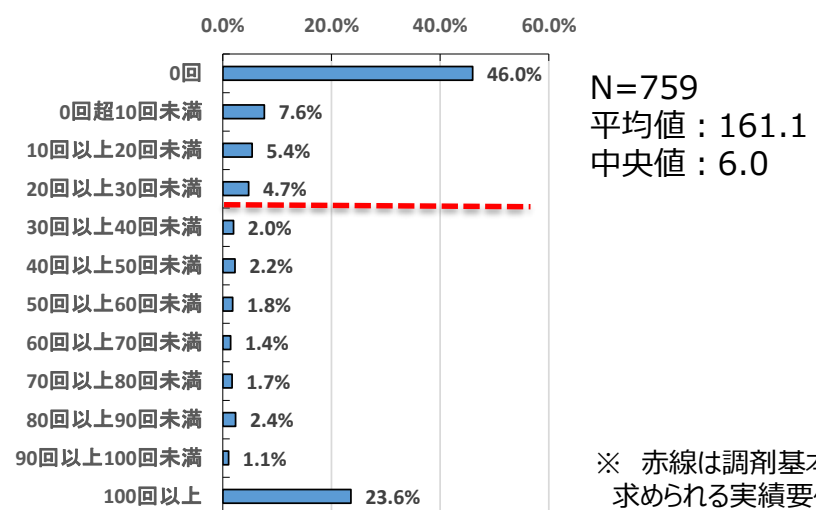
(2) 麻薬管理指導加算（10回／年）



(3) 重複投薬・相互作用等防止加算（40回／年）



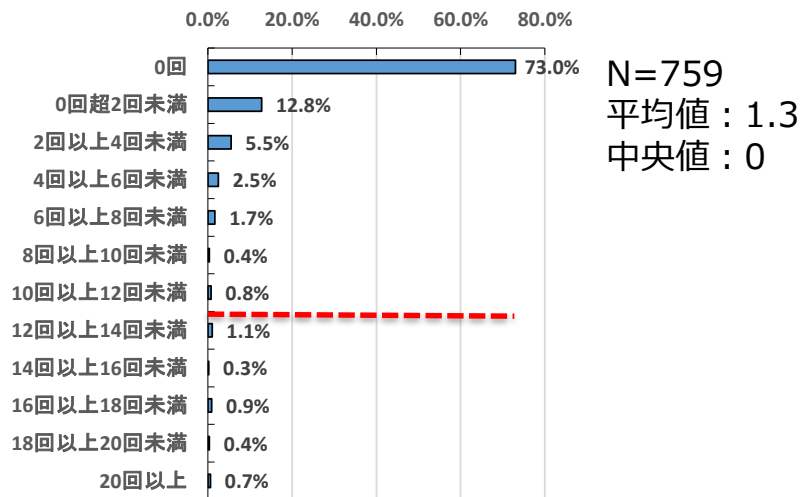
(4) かかりつけ薬剤師指導料等（40回／年）



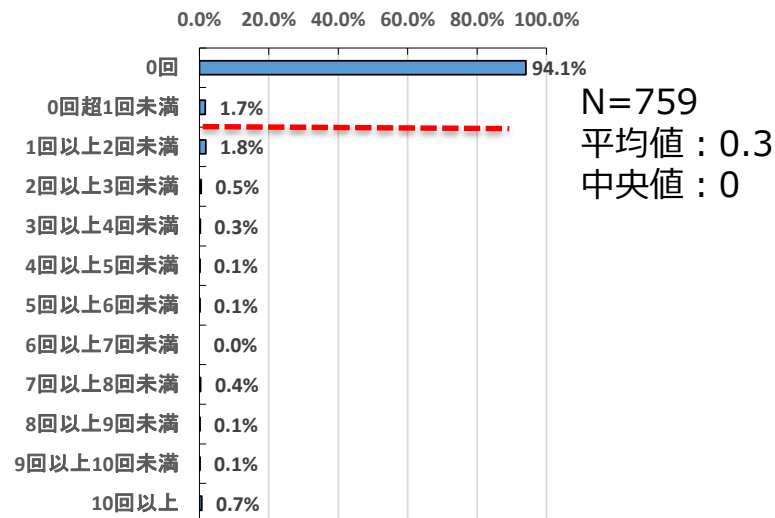
※ 赤線は調剤基本料1以外で求められる実績要件の基準

地域支援体制加算の要件に関連する項目の算定状況（薬剤師 1 人年間あたり）②

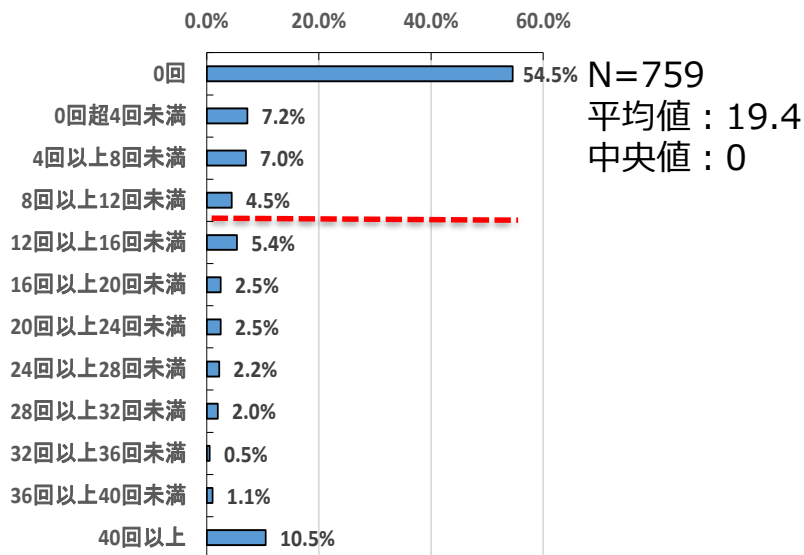
(5) 外来服薬支援料（12回／年）



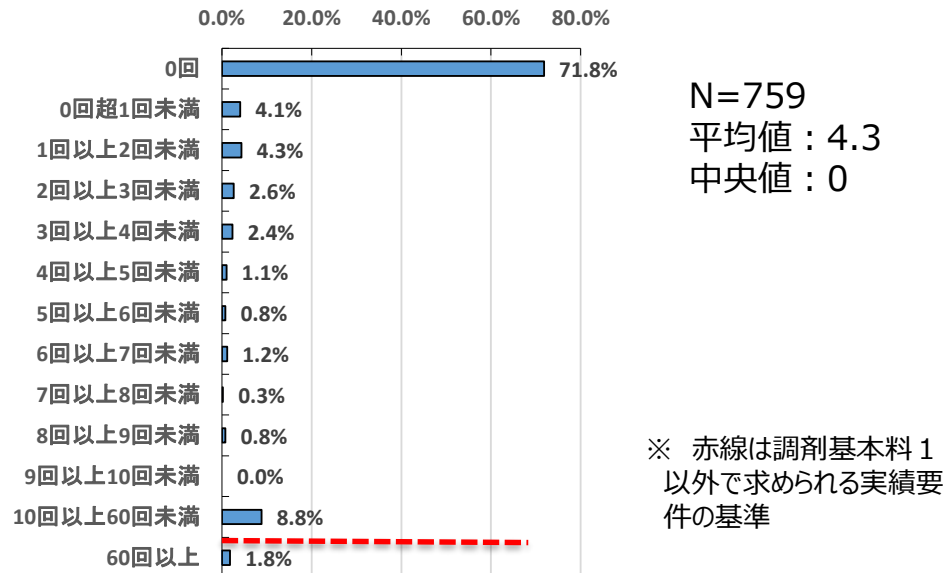
(6) 服用薬剤調整支援料（1回／年）



(7) 単一建物診療患者の在宅薬剤管理の実績（12回／年）



(8) 服薬情報等提供料（60回／年）



KPIの設定・把握

- 経済・財政アクション・プログラム2016（平成28年12月21日）において、「患者のための薬局ビジョン」の進捗状況を把握・評価する指標（KPI）として、『「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数』が位置づけられた。
- このKPIについては、薬局機能情報提供制度に追加する項目のうち、次の項目を毎年全国集計し、把握する。

KPI： 「患者のための薬局ビジョン」に基づき設定する医薬分業の質を評価できる指標の進捗状況

KPIの定義： 「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数

「患者のための薬局ビジョン」で求められている機能	評価する項目	薬局機能情報提供制度の該当項目
患者の服薬情報の一元的・継続的把握	電子版お薬手帳又は電子薬歴システム等、ICTを導入している薬局数	第二の一（3）の（vii）の□と（viii）の□
薬学的管理・指導の取組	医師へ患者の服薬情報等を文書で提供した薬局数（過去1年間に平均月1回）	第二の二（8）
在宅業務への対応	在宅業務を実施した薬局数（過去1年間に平均月1回以上）	第二の二（6）
医療機関等との連携	健康サポート薬局研修を修了した薬剤師が地域ケア会議等の地域の多職種と連携する会議に出席している薬局数（過去1年間に1回以上）	第二の二（7）

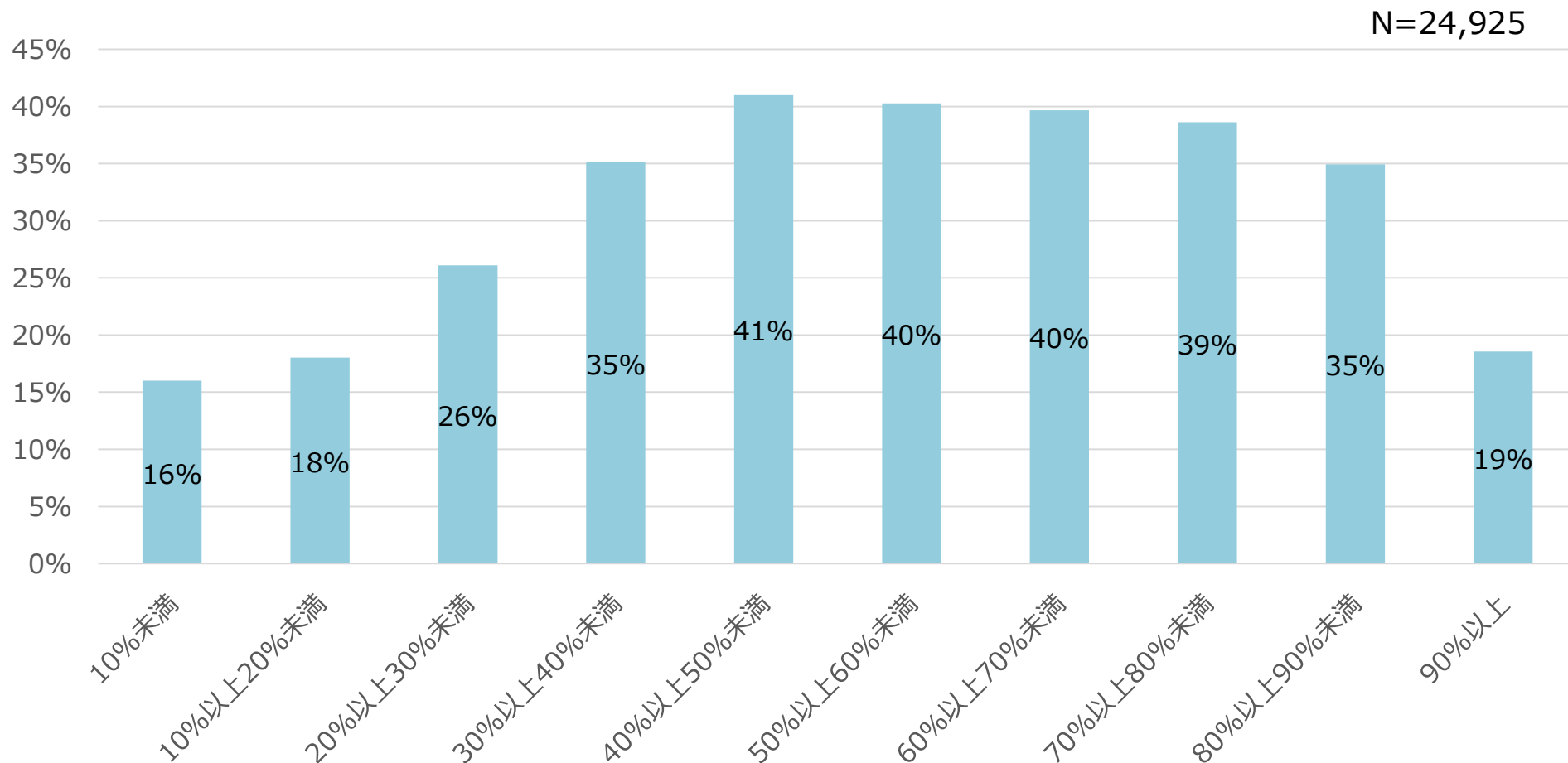
<参考> 経済・財政再生アクション・プログラム2016 参考資料（主要分野のKPI）

KPI 「患者のための薬局ビジョン」に基づき設定する医薬分業の質を評価できる指標の進捗状況

KPIの定義、測定 の考え方	「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定件数	重複投薬・相互作用防止に係る調剤報酬（重複投薬・相互作用防止加算・処方箋変更あり）の算定件数	各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数（見える化）	調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数	後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア

処方箋の集中率別の地域支援体制加算の届出状況

- 調剤基本料1を算定する薬局のうち、処方箋集中率が30%～70%程度では地域支援体制加算の届出をしている割合が多かった。
- 一方で、処方箋の集中率が高い薬局でも地域支援体制加算の届出は一定程度なされていた。



出典：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）

薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する、地域支援体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある



医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価



一定の基準を満たす薬局は、地域支援体制加算が算定可能

<施設基準>

調剤基本料 1

調剤基本料 1 以外

- 地域医療に貢献することを体制を有することを示す実績
- 24時間調剤、在宅対応体制の整備 等

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

- 1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること
- ① 夜間・休日等の対応実績 400回
 - ② 麻薬指導管理加算の実績 10回
 - ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回
 - ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回
 - ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回
 - ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回
 - ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 12回
 - ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回

調剤報酬に関する現状・課題

【現状・課題】

(1) 調剤料

- 病院の薬剤師の業務は、調剤のみではなく、チーム医療に積極的に参加し、病棟における服薬指導等を行うことが必要。また、これらの業務は高度化・多様化している。病院薬剤師の全体の業務時間数のうち、入院患者に対する病棟薬剤業務及び調剤業務の割合は約70%で、外来患者に対する調剤業務の割合は約15%であった。
- 医療機関の調剤業務等の評価の最近の経緯としては、平成10、12年度診療報酬改定時に、薬剤管理指導料及び調剤料の評価を引き上げた。その後は、薬剤管理指導料の評価の引上げ、抗がん剤の無菌調製を行った場合の評価、病棟薬剤業務の評価の拡充等を行った。
- 薬局では、調剤基本料、調剤料が設定されており、調剤料については、外来時の院内調剤は薬局の調剤に比べて低く設定されている（医療機関では薬剤師がない場合でも算定可）。また、外来時では入院時の院内調剤に比べて低く設定されている。医療機関では、調剤技術基本料、調剤料のほか、診療にあたって基本的な医療の提供に必要な設備や従事者の人件費等を評価する入院基本料、初診料・再診料が設定されている。
- 薬剤管理指導料、病棟薬剤業務実施加算の届出施設割合は、病床数が少ない施設で小さい。

(2) 調剤基本料

- 調剤基本料1を算定する薬局の割合は減少しており、平成30年度末では約84%であった。
- 調剤基本料の区分は薬局経営の効率性を踏まえて設定している。一方で、一定の機能を有する薬局の体制を評価するものとして、地域支援体制加算がある。
- 平成30年度診療報酬改定では、医療経済実態調査の結果（同一法人の保険薬局の店舗数別の収益率）等を踏まえ調剤基本料の見直しを行っている。

【現状・課題】

(3) 地域支援体制加算

- 地域支援体制加算を届け出ている薬局では、未届出の薬局に比べて医療機関と連携している傾向があった。
- 調剤基本料1を算定する薬局では、地域支援体制加算の届出が困難な理由として、「24時間、在宅対応体制・周知」、「在宅患者薬剤管理の実績を有していること」、「かかりつけ薬剤指導料等に係る届出を行っていること」を挙げる割合が多かった。

一方、調剤基本料1以外を算定する薬局では、「24時間、在宅対応体制・周知」や8つの実績要件を地域支援体制加算の届出が困難な理由として挙げる場合が多かった。
- 経済・財政アクションプログラム2016における『「患者のための薬局ビジョン」に基づき設定する医薬分業の質を評価できる指標』及びこれに基づく具体的な指標において、重複投薬・相互作用等防止加算の件数、在宅業務の件数、医師への患者の服薬情報等を文書で提供した薬局数等が設定されている。

調剤報酬に関する論点

【論点】

(1) 調剤料

- 医療機関の薬剤師の業務については、医薬分業の進展も相まって、入院時では病棟業務やその他のチーム医療に関連する業務、外来時では抗がん剤治療等の高度な薬学管理を中心に評価を行ってきた。これらの状況、医療機関の薬剤師に期待される役割、医療機関と薬局での報酬体系の違いなどを踏まえ、医療機関における薬剤師の業務の評価についてどのように考えるか。
- 薬局における調剤料については、医療機関と薬局の報酬体系や調剤業務の特徴の違いなどを踏まえ、どのような対応が必要と考えられるか（薬局の調剤料の見直しを検討する上で、医療機関との比較の観点において特に留意すべき点はあるか。）。

(2) 調剤基本料

- 平成30年度診療報酬改定では、医療経済実態調査の結果等を踏まえ見直しの検討を行ったところであり、医療経済実態調査や検証調査等の結果がまとめ次第、対応を検討してはどうか。

(3) 地域支援体制加算

- 調剤基本料1を算定する薬局に求める要件及び調剤基本料1以外を算定する薬局に求める要件について、地域に貢献する薬局を適切に評価する観点から、どのように考えるか。

參考資料

調剤報酬（その1）

1. 薬局、薬剤師の概況
2. 薬局に関する指摘事項等
3. 平成30年度調剤報酬改定の主な事項
4. 調剤料①（薬局における調剤業務という視点での検討）
 - ※ 調剤基本料、薬学管理料については、次回以降に議論予定

- 薬剤師が行う内服薬の調剤業務には、①計数調剤、②計量混合、③自家製剤、④一包化等がある。
- 調剤料は、処方内容の確認、医師への問合せ、薬剤調製などに係る技術料を評価したもの。

1. 調剤の主な種類（内服薬）

	主な内容例
計数調剤	PTPシートの薬剤の調剤
計量混合	散剤（粉薬）、液剤（水剤）などを計量し、混合
自家製剤	錠剤を粉砕して散剤化
一包化	服用方法の異なる複数薬剤を服用時点ごとに分包化

2. 調剤料の位置づけ

処方内容の確認、医師への問合せ（疑義照会を含む）、薬剤調製、調剤録の作成・保存等の業務に係る技術料

【参考】

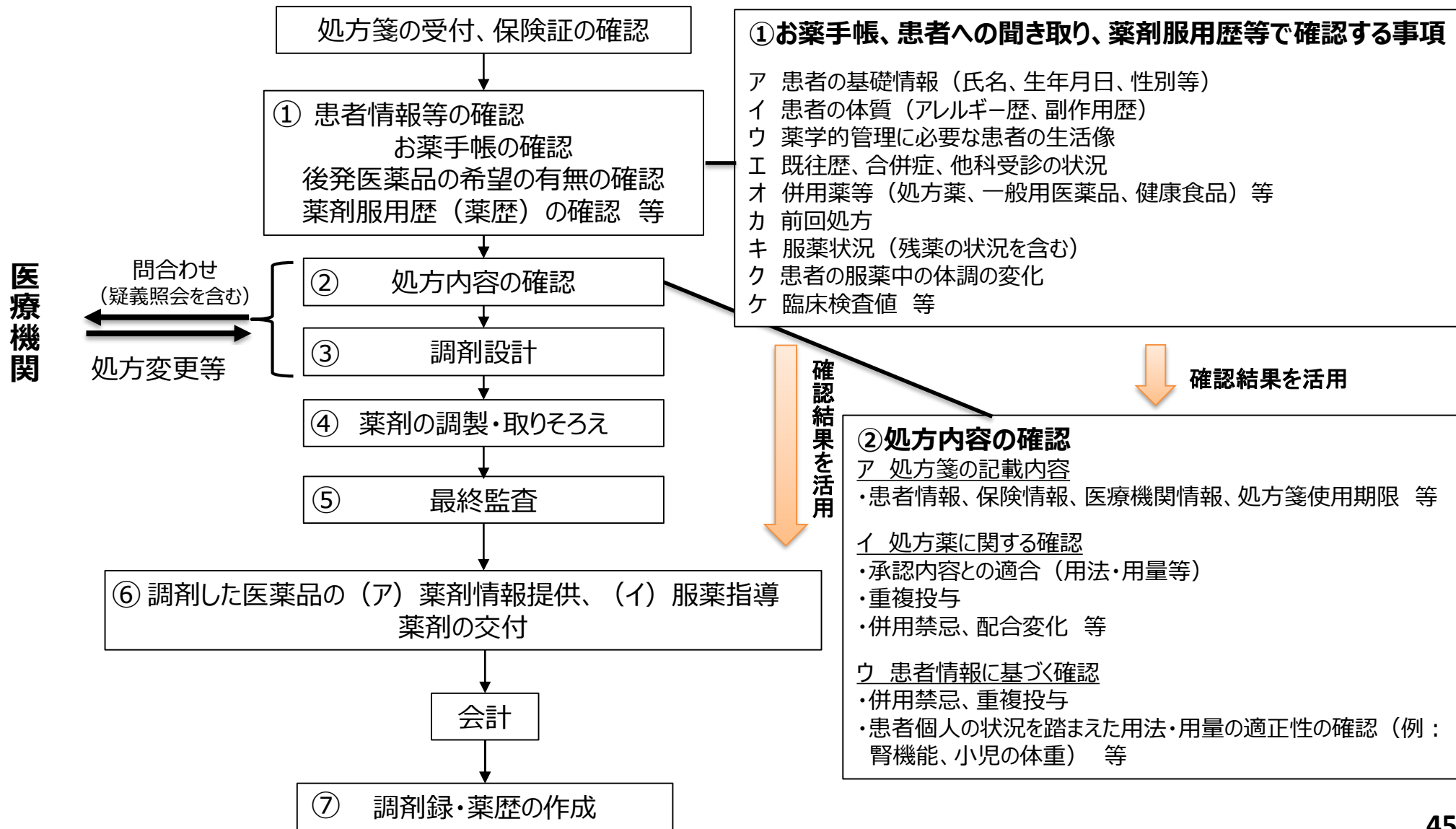
○調剤基本料

医薬品の備蓄（廃棄、損耗を含む）、建物、調剤用機器等の体制整備に関する経費

○薬学管理料

薬剤情報提供文書を用いた説明・服薬指導、医療機関への情報提供、患者の残薬の整理等の業務に関する技術料

- 薬局の調剤業務は、①患者情報等の確認、②処方内容の確認、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成される。



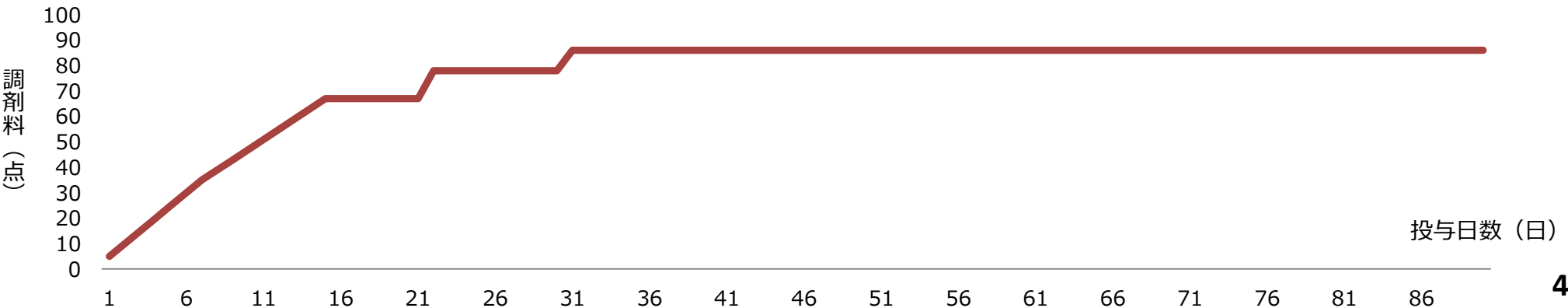
調剤料（内服薬）について

○ 内服薬の調剤料は、14日目までは1日ごとに増加し、その後は日数に応じた一定の点数となる。

<p>調剤料</p> <p>処方内容の確認、医師への問合せ（疑義照会を含む）、薬剤調製、調剤録の作成・保存等の業務に係る技術料</p>	<p>内服薬 1 剤の場合</p> <p>①処方日数：1日～14日</p> <p style="padding-left: 40px;">1日～7日</p> <p style="padding-left: 40px;">8日～14日</p>	<p>5点 / 1日</p> <p>4点 / 1日</p>
	<p>②処方日数：15日～21日</p> <p>③処方日数：22日～30日</p> <p>④処方日数：31日～</p>	<p>67点（定額）</p> <p>78点（定額）</p> <p>86点（定額）</p>

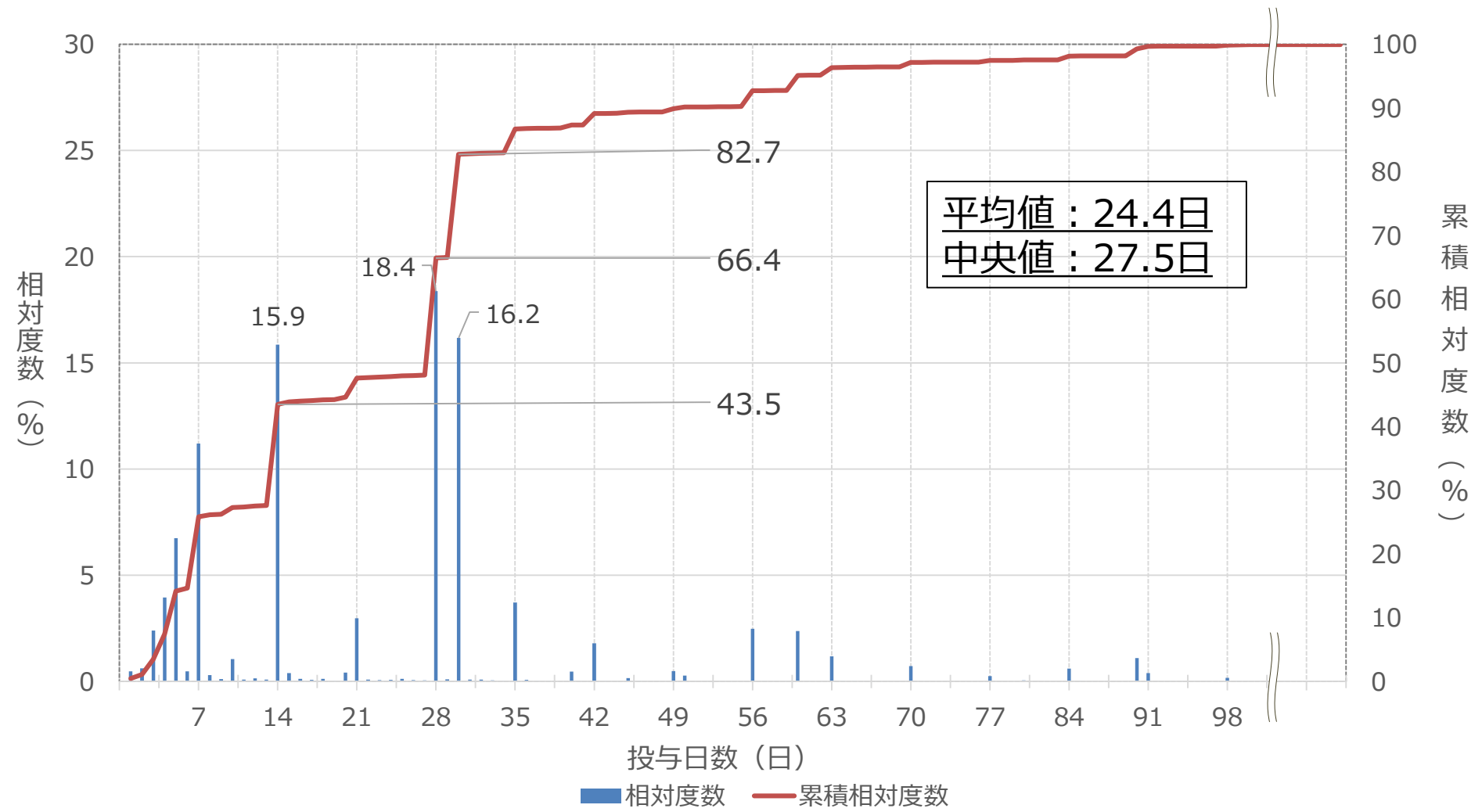
【14日分までの調剤料の点数】

日数（日）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
点数（点）	5	10	15	20	25	30	35	39	43	47	51	55	59	63



内服薬の投与日数の分布

- 内服薬の投与日数では、14日分、28日分及び30日分の割合が多い。
- 全体の約45%が14日分以下の投与日数であった。



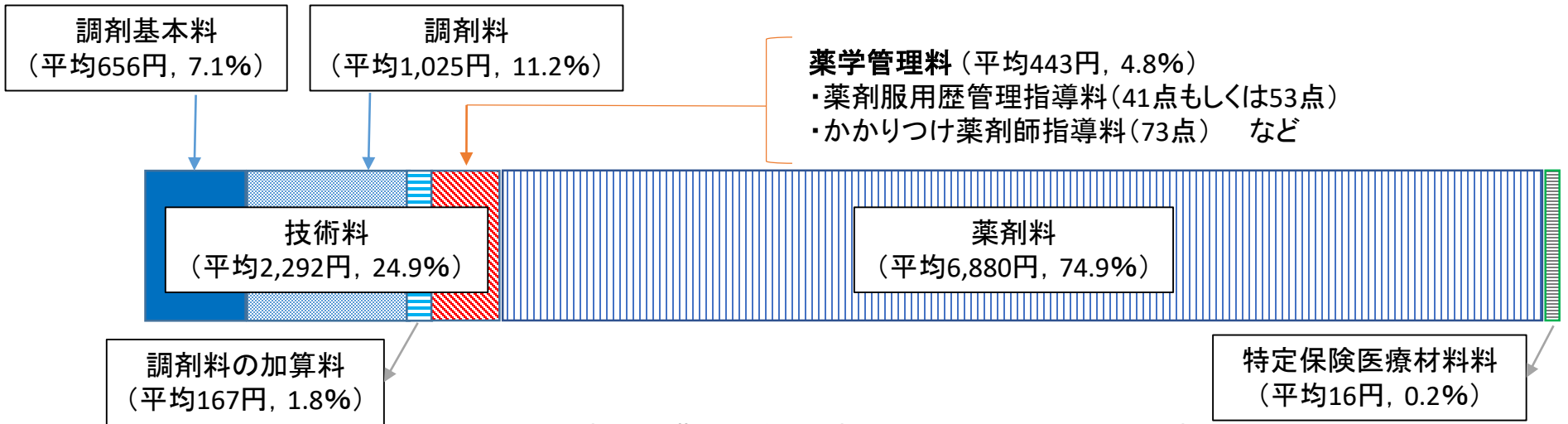
調剤医療費の内訳（平成29年度分）

- 平成29年度の調剤医療費の内訳は、技術料が約1.9兆円、薬剤料が約5.7兆円であった。
- 技術料（約1.9兆円）の内訳は、調剤基本料が約5,500億円、調剤料が約9,900億円、薬学管理料が約3,700億円であった。

調剤医療費の内訳（平成29年度分）

	技術料				薬剤料
	調剤基本料	調剤料	薬学管理料	技術料小計	
金額（億円）	5,478	9,945	3,699	19,122	57,413

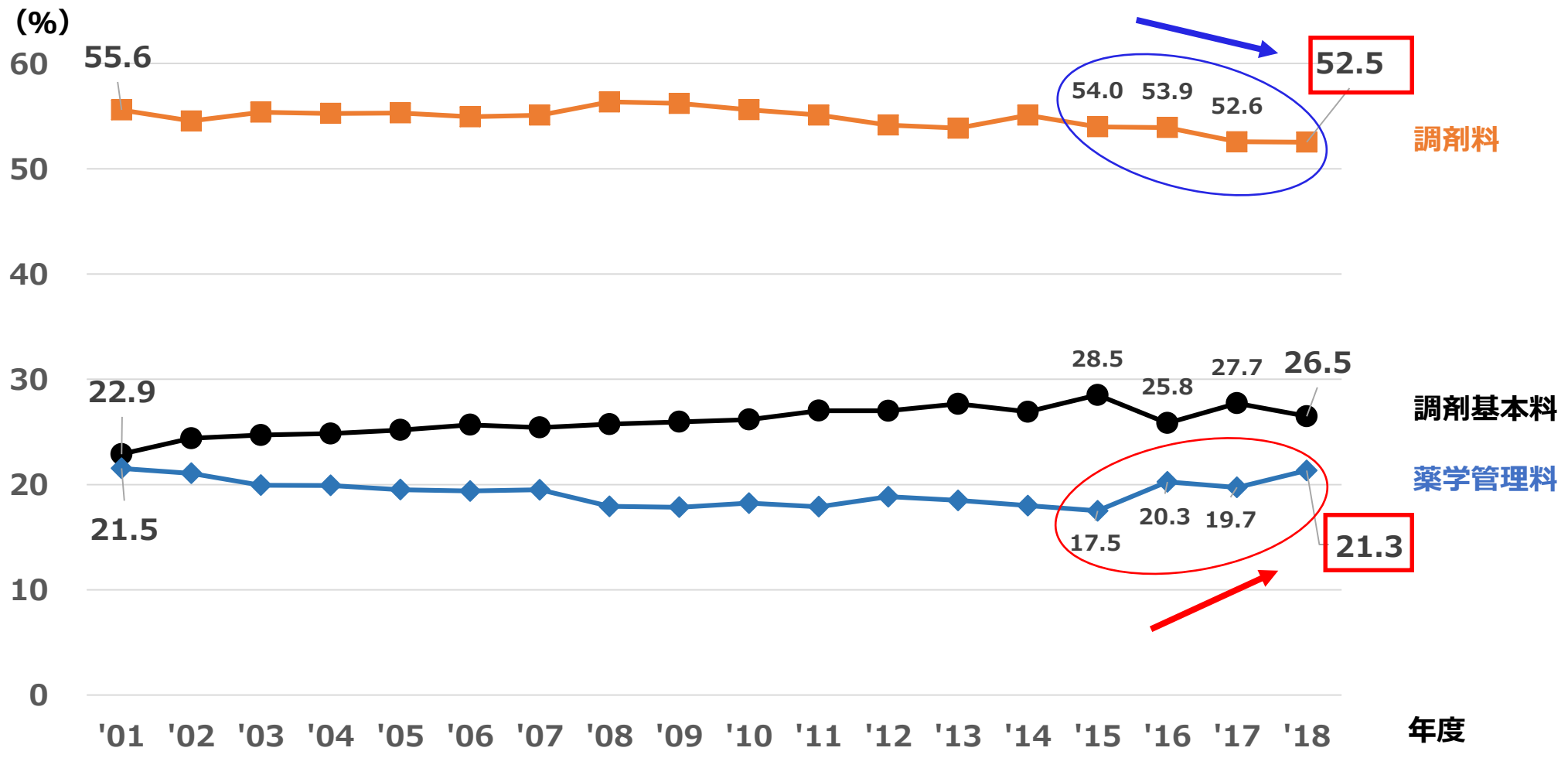
（参考）処方箋1枚あたりの調剤報酬（平均9,187円,平成29年度）の内訳



出典)調剤医療費の動向(平成29年度)より医療課にて作成

技術料に占める調剤基本料、調剤料、薬学管理料（点数ベース）の割合

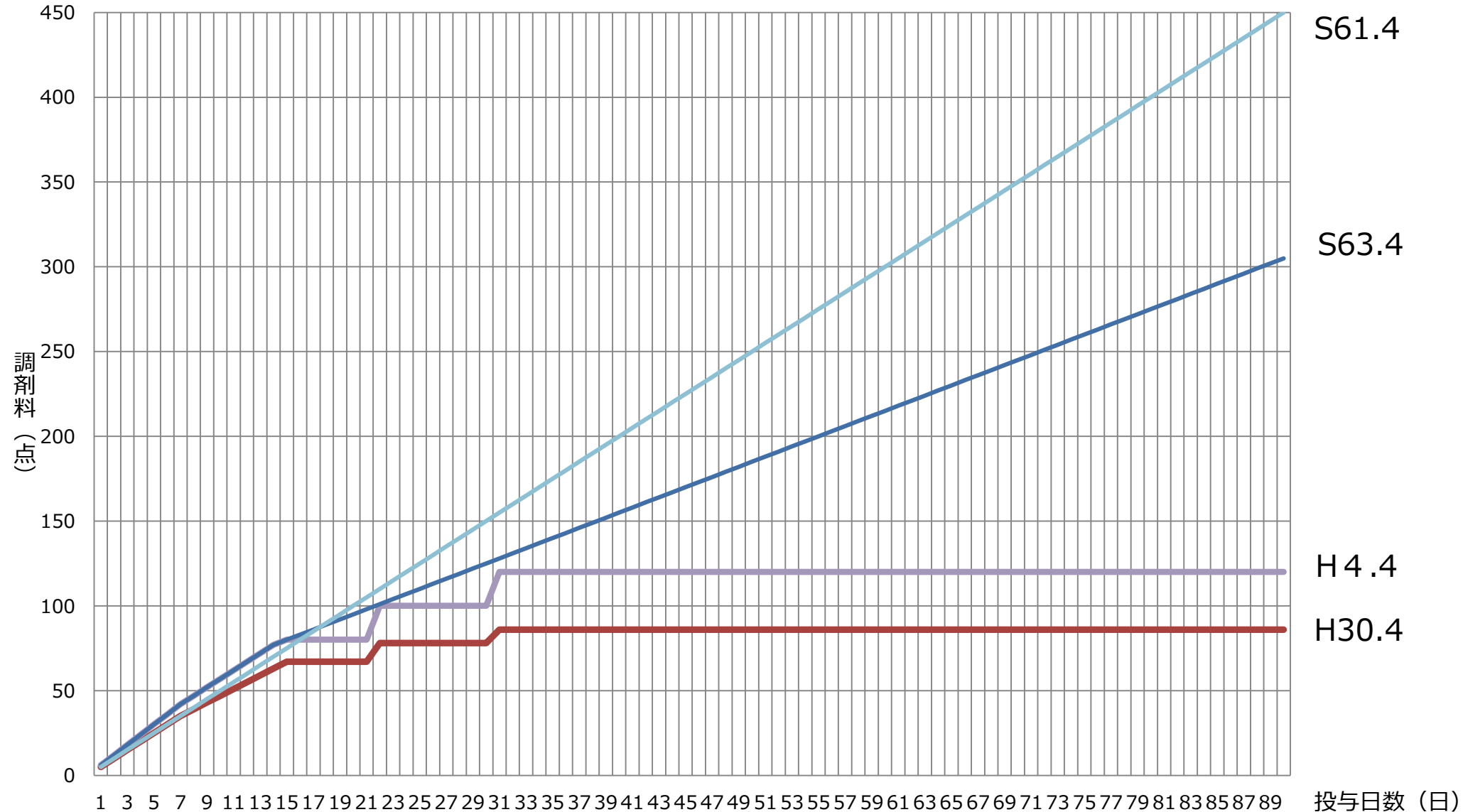
- 「調剤料」の占める割合は近年減少傾向にあるが、引き続き技術料の50%を超えている。
- 対人業務を評価する「薬学管理料」の占める割合は、近年増加傾向にあるものの、20%程度。



出典) 社会医療診療行為別統計に基づき医療課が作成

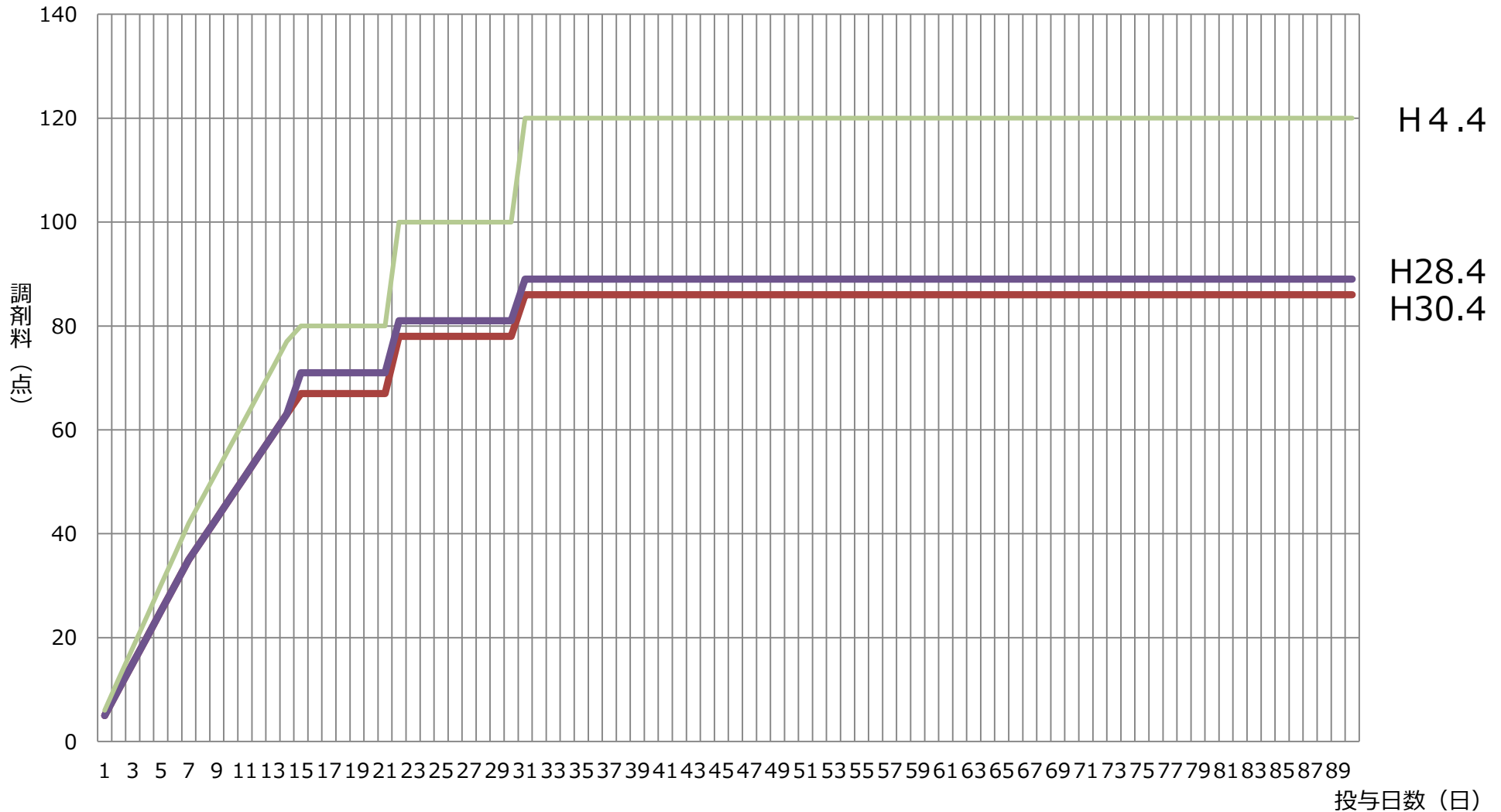
薬局の調剤料（内服薬）の変遷①（昭和61年度～）

- 平成3年度までの調剤料は、投与日数に完全に比例した点数であった。
- 平成4年度以降の調剤料は、一定以上の投与日数では定額の点数となった。



薬局の調剤料（内服薬）の変遷②（平成4年度～）

○ 内服薬の調剤料は、長期的には平成4年度の点数に比べて低い点数となっている。

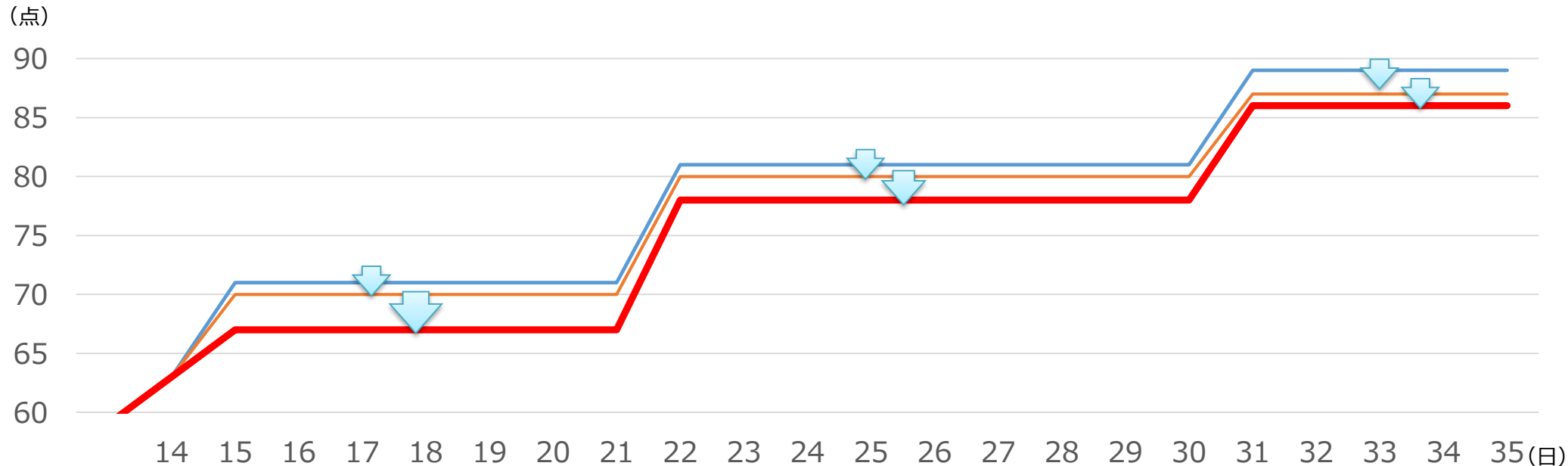


薬局の調剤料（内服薬）の変遷③（平成22年度～）

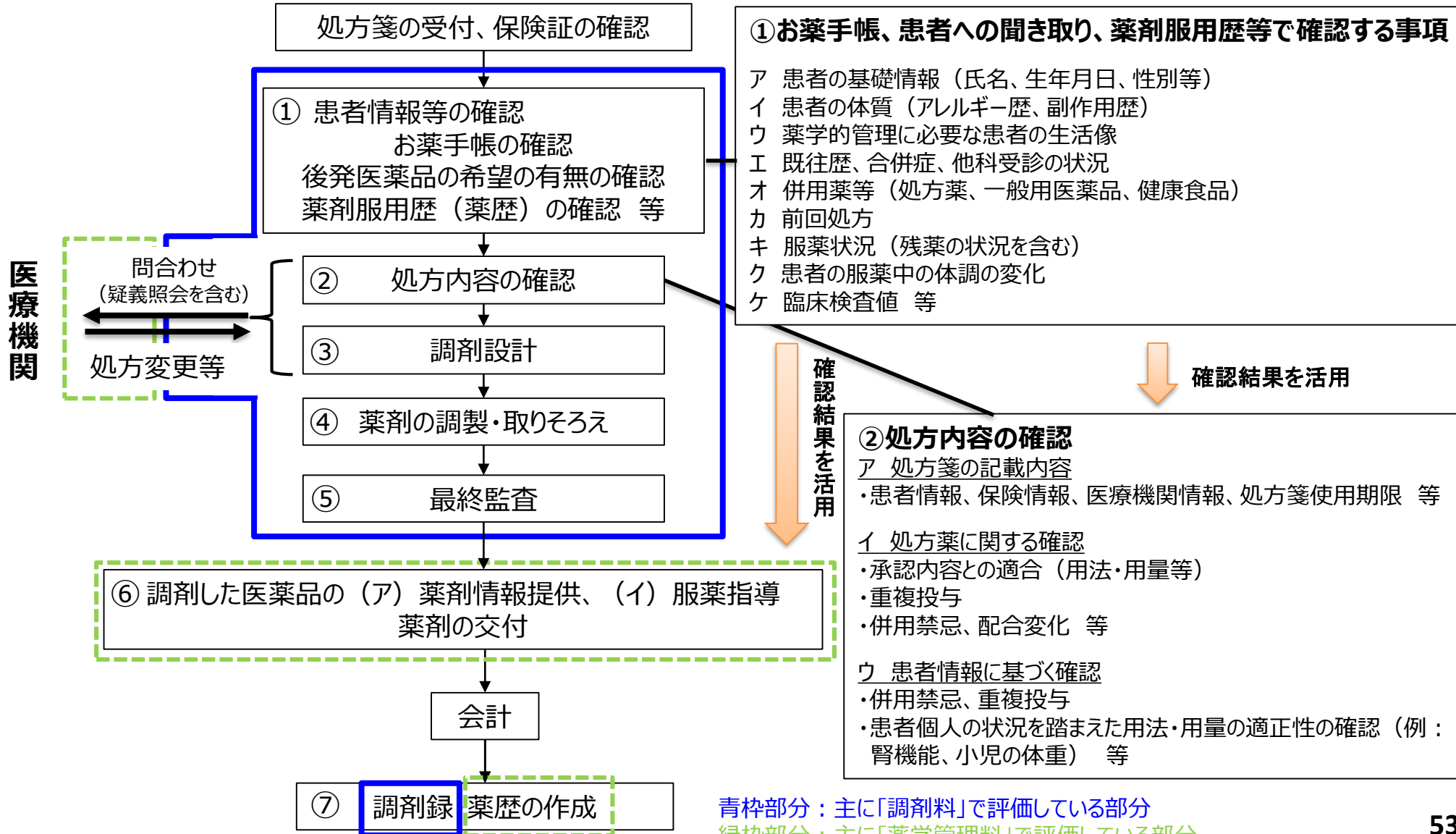
○ 平成22年度以降では、投与日数が15日分以上の点数が引き下げられている。

	15～21日	22～30日	31日～
平成22年度改定	71点	81点	89点
平成28年度改定	70点	80点	87点
平成30年度改定	67点	78点	86点

■ 処方日数による調剤料の推移（内服薬1剤の場合）



- 薬局の調剤業務は、①患者情報等の確認、②処方内容の確認、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成される。



【現状・課題】

- 薬局数は増加している（平成29年度では約5.9万）。20店舗以上を経営する薬局の割合は増加傾向にある（全体の20～30%）。一方、個人又は1店舗の薬局の割合は減少傾向にある（全体の10%程度）。
- 平成30年度調剤報酬改定において、ポリファーマシーへの対応、医療機関等への情報提供、重複投薬への対応等の評価や調剤料の適正化を行い、対物業務から対人業務への転換を進めた。また、いわゆる門前薬局や大型チェーン薬局の調剤基本料の適正化を行った。
- 調剤料は、処方内容の確認、医師への問合せ（疑義照会を含む）、薬剤調製等の業務に係る技術料。調剤業務は、①患者情報等の確認、②処方内容の確認、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への情報提供、服薬指導、⑦調剤録・薬歴の作成などのステップから構成される。
- 内服薬の投与日数は、全体の約45%が14日分以下となっている。
- 平成29年度の技術料の内訳は、調剤基本料が約5,500億円、調剤料が約9,900億円、薬学管理料約3,700億円であり、調剤料がその約半分を占めている。
- 技術料に占める調剤料の割合は近年減少傾向にある。対人業務を評価する薬学管理料の占める割合は約20%程度。

【論点】

<総論>

- 患者本位の医薬分業の実現に向けて、医薬分業の進展も相まって、平成30年度調剤報酬改定の影響を検証しつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進を進めるため、どのような対応が必要と考えるか。

<調剤料>

- 内服薬の調剤料は投与日数により、5点（1日分の調剤）から86点（31日分以上の調剤）まで変動する。薬局の調剤業務の内容を踏まえつつ、調剤料をどのように見直していくべきか。
- 調剤技術料に占める調剤料の割合は大きく、調剤料の見直しによる薬局への影響は大きい。このことを踏まえ、対物業務から対人業務への転換をどのように進めていくべきか。

いわゆる門前薬局等の評価の見直し①(特例の拡大)

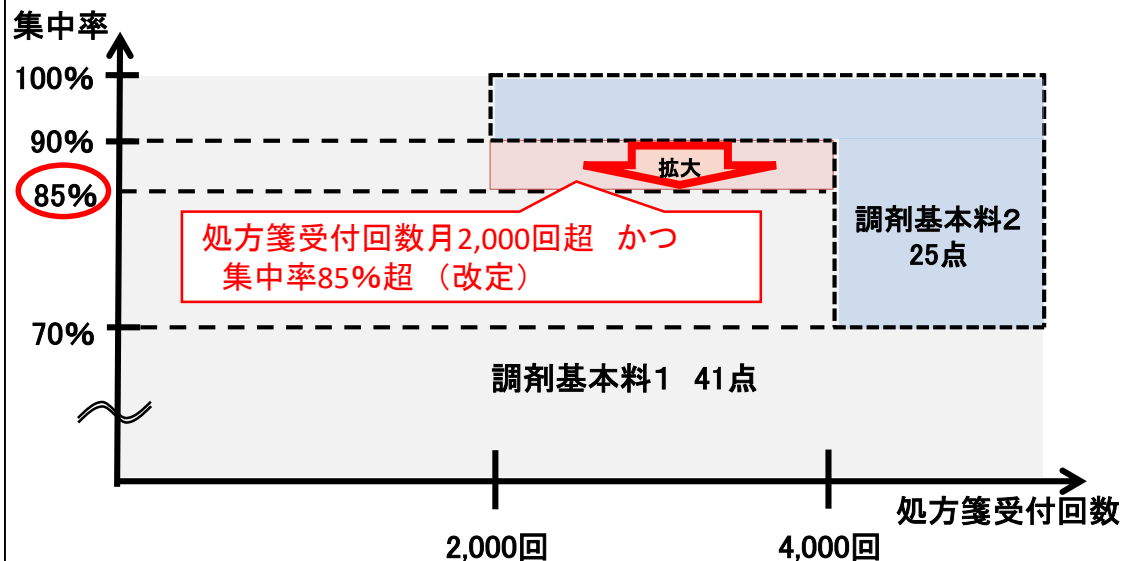
- ▶ 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【薬局グループ】 ⇒グループ全体の処方箋受付回数が月4万回超



調剤基本料3-イ (グループ全体4万回超から40万回以下) 20点	
①処方箋集中率が95%超の薬局 ⇒ 集中率が85%超の薬局(改正)	
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	
(新)調剤基本料3-ロ (グループ全体40万回超) 15点	
①処方箋集中率が85%超の薬局	
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	

- ▶ 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点
・処方箋受付回数月4,000回超 かつ集中度70%超
・処方箋受付回数月2,000回超 かつ集中度90%超
⇒処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中度85%超 (改正)

調剤基本料2 25点
・特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超 (集中度にかかわらず対象)
上記に以下の場合を追加
① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が月4,000回を超える場合。
② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が月4,000回を超える場合。

いわゆる門前薬局等の評価の見直し②

同一敷地内薬局の評価の見直し

- 特定の医療機関との不動産取引の関係がある等のいわゆる同一敷地内薬局に対する評価を見直す（特別調剤基本料）

（新）特別調剤基本料

10点

[調剤基本料注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局]

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

- (1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該病院に係る処方箋による調剤の割合が95%を超えること。
- (2) 調剤基本料1、2、3のイ及び3の口のいずれにも該当しない保険薬局

医療資源の少ない地域の薬局

- 医療資源の少ない地域の薬局について、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

[調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準]

(1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。

- イ 「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)の別表第六の二に規定する地域に所在すること。
- ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数(歯科医療を担当するものを除く。)の数が10以下であって、許可病床の数が200床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が70%を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。
- ハ 処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。

- その他、処方箋集中率の算出に当たり同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋は、除外する。

かかりつけ薬剤師について

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。

[かかりつけ薬剤師の主な業務]

- ・薬の一元的・継続的な把握
- ・薬の飲み合わせなどのチェック
- ・薬に関する丁寧な説明
- ・時間外の電話相談
- ・他の医療関係者との連携
- ・飲み残した場合の薬の整理
- ・調剤後のフォロー
- ・在宅療養が必要になった場合の対応
- ・血液・生化学検査結果等をもとにした説明

[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つては、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。

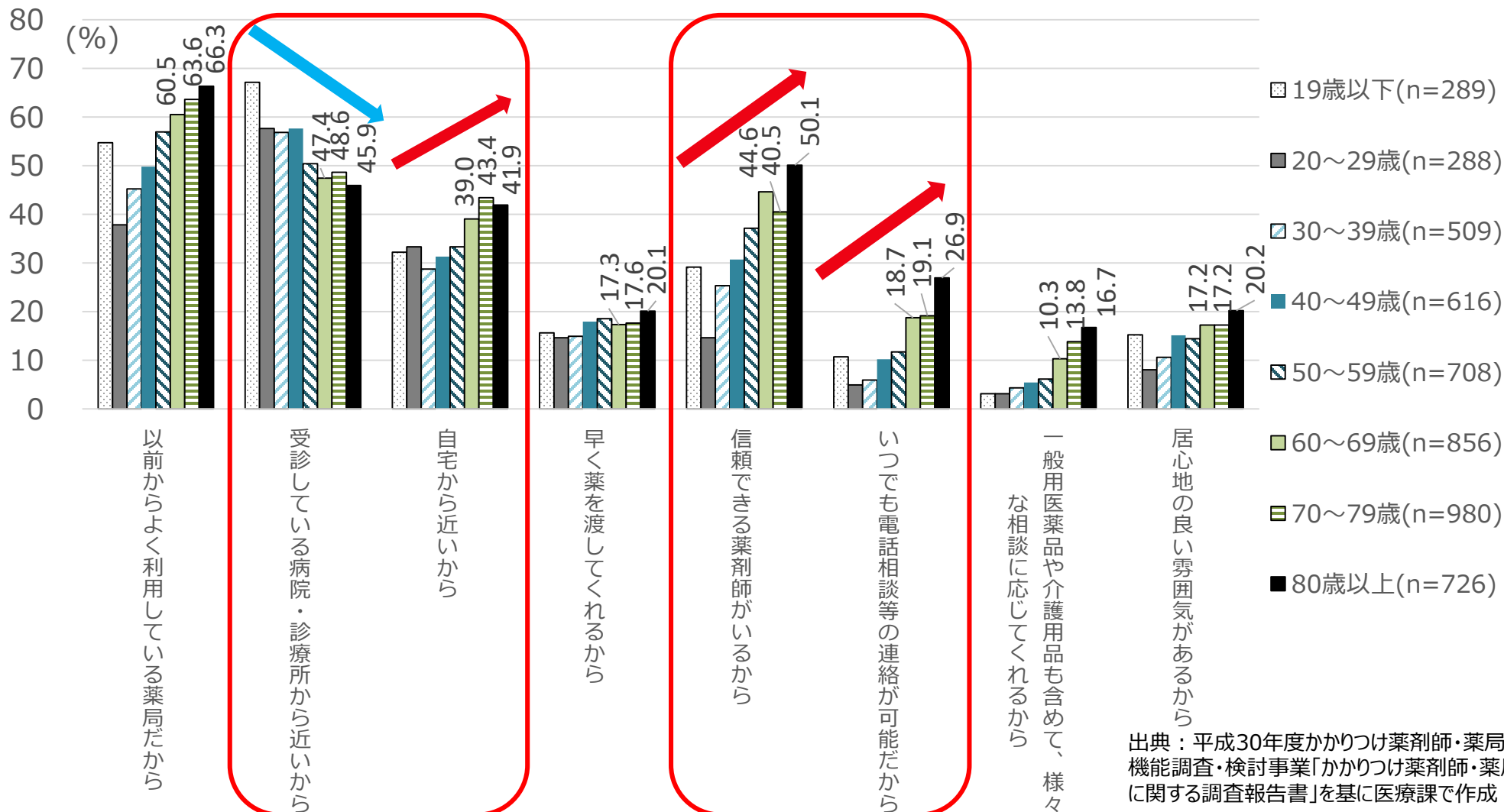
(2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

(3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

患者が薬局を選択する理由

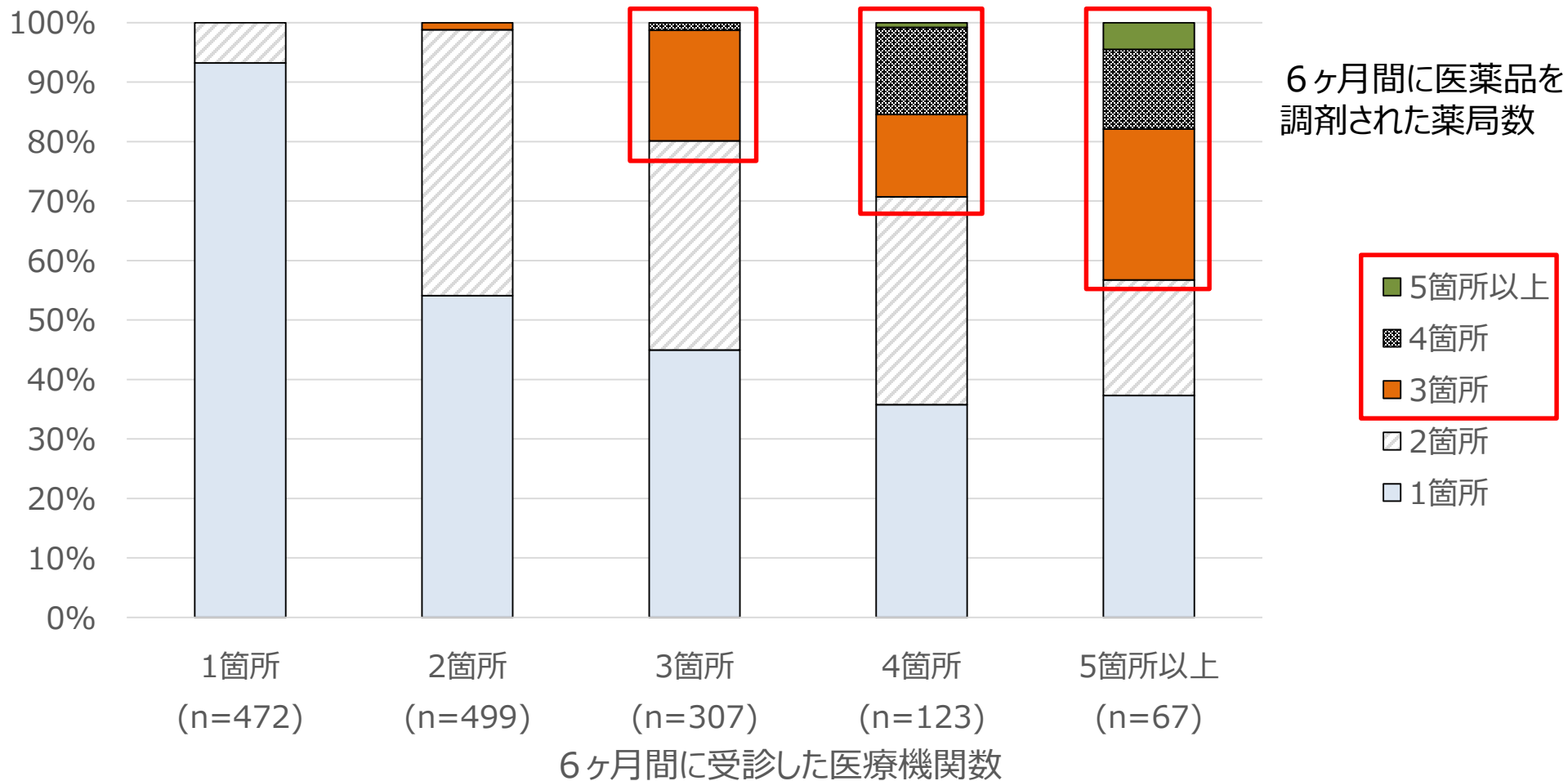
- 薬局を選ぶ観点、医療機関から近いことが全年代を通じて多いが、年齢があがるにつれてその割合は減少傾向。
- 一方で、年齢があがるにつれて、自宅から近いこと、信頼できる薬剤師がいること、いつでも電話相談等が可能であることなどの割合が増加傾向。

➤ 利用する薬局を選ぶ観点（複数回答 患者調査）



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。)



平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

- 1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

- 3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

- 6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。61

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(医療と介護の連携)

9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、

- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
- ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
- ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進

に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

(データの利活用)

11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

12 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。

13 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

14 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見③

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(後発医薬品の使用促進)

15 後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(薬価制度の抜本改革)

16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。

また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

(費用対効果評価)

17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。

(明細書の無料発行)

18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価(分類)について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

(その他)

20 ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

第17回患者申出療養評価会議(令和元年9月12日)における患者申出療養の科学的評価結果

整理番号	技術名	適応症等	受理日並びに告示適用日	医薬品・医療機器等情報	臨床研究中核病院	保険給付されない費用※1※2 (「患者申出療養に係る費用」)	保険給付される費用※2 (「保険外併用療養費に係る保険者負担」)	保険外併用療養費分に係る一部負担金	総評	その他(事務的対応等)
008	遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく複数の分子標的治療に関する患者申出療養	2019年6月1日時点において、わが国で保険適用済み、あるいは、評価療養として実施された遺伝子パネル検査でactionableな遺伝子異常を有する固形腫瘍	受理日 令和元年9月2日 告示適用日 令和元年10月1日	・ジカディアカプセル ・グリベック錠 ・アフィニール錠 ・アフィニール分散錠 ・タフィンラーカプセル ・メキニスト錠 ・ヴォトリエント錠 ・タシグナカプセル ・ジャカビ錠 (ノバルティスファーマ株式会社)	国立研究開発法人 国立がん研究センター 中央病院	36万7千円	13万2千円	5万7千円	適	別紙資料

※1 医療機関は患者に自己負担額を求めることができる。

※2 典型的な1症例に要する費用として申請医療機関が記載した額。(四捨五入したもの)

令和元年 10 月 30 日

**「遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく複数の分子標的治療に関する患者申出療養（整理番号008）」の患者申出療養評価会議における
評価結果の概要について**

1. 患者申出療養の概要

<p>患者申出療養の名称： 遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく複数の分子標的治療に関する患者申出療養</p>	
<p>適応症：2019年6月1日時点において、わが国で保険適用済み、あるいは、評価療養として実施された遺伝子パネル検査でactionableな遺伝子異常を有する固形腫瘍</p>	
<p>内容：</p> <p>（概要）</p> <p>本療養は、遺伝子パネル検査を受け、actionable な遺伝子異常を有することが判明した患者の申出に基づき、当該遺伝子異常に対応する適応外薬を患者申出療養制度に基づいて投与することを目的とする。</p> <p>（効果）</p> <p>予想される利益</p> <p>本療養は、標準治療が存在しない、あるいは、標準治療が既に行われた後の患者を対象としており、そうした患者にはエビデンスレベルが低い全身治療のみしか存在しないことから、本療養により、新規の治療選択肢が増えるという利益が期待される。</p> <p>予想される危険と不利益</p> <p>本療養による有害事象や緩和ケアを十分に受ける機会の喪失の可能性といった不利益が考えられる。この不利益を含めて、本療養実施前に十分な患者説明を行って同意を得る。</p> <p>（患者申出療養に係る費用）</p> <p>本医療技術に係る総費用は 556,384 円である。患者申出療養に係る費用は 367,474 円で、薬剤は企業からの無償提供となるため、薬剤費としての患者負担額は 0 円である。よって、患者負担額は、被保険者負担額と患者申出療養に係る費用の合計 424,147 円である。</p>	
臨床研究中核病院	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院
協力医療機関	なし

2. 患者申出療養評価会議における審議概要及び審議結果

(1) 開催日時：令和元年9月12日（木）

第17回患者申出療養評価会議

(2) 審議概要及び審議結果

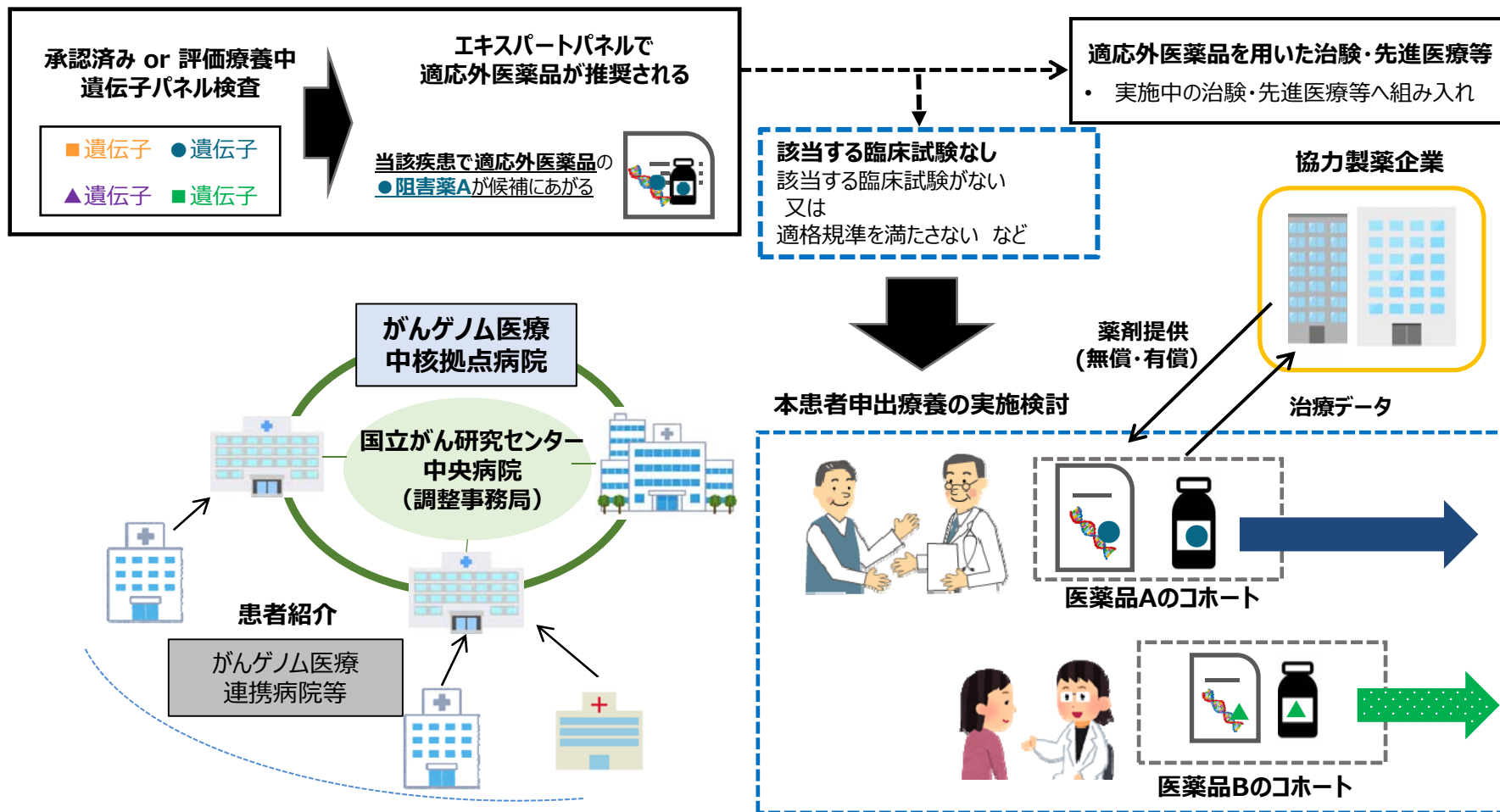
国立がん研究センター中央病院を介して、前例のない患者申出療養として患者より申出のあった新規医療技術に関して、患者申出療養評価会議において有効性・安全性、技術的妥当性、保険給付との併用の適否等にかかる観点から論点整理を進め、当会議からの指摘事項が意見書等に適切に反映されたことをうけ、当該新規技術の申請内容が患者申出療養として妥当であると判断した。

(議論の概要等)

- ・ がん遺伝子パネル検査としては、令和元年6月1日に2種類の製品が保険償還され、また、先進医療としても別途2種類のがん遺伝子パネル検査が実施されている。がん遺伝子パネル検査の結果、効果が期待できる治療薬が見つかりながら、治療が受けられない患者（希少がんや既存の治験等の適格基準を満たさない患者等）が生じた場合には、患者申出療養としての申請がなされる可能性があり、こうした患者からの申請に迅速に対応するため、第12回患者申出療養評価会議（平成30年11月22日）での協議結果を踏まえ、厚生労働省健康局がん疾病対策課から国立がん研究センター中央病院に研究計画書等の作成を予め依頼した。
- ・ 今回の患者申出療養は、がん遺伝子パネル検査を受け、actionableな遺伝子異常を有することが判明した患者の申出に基づき、当該遺伝子異常に対応する適応外薬を患者申出療養制度に基づいて投与することを希望し、上記の研究計画書等に基づき、申請がなされたもの。
- ・ 事前評価担当構成員から研究計画書や患者説明文書の修正等の必要性につき指摘があったものの、いずれも適切な回答・対応が得られたため事前の総合評価としては「適」と判断された。
- ・ 患者申出療養評価会議においては、患者の利便性等の観点から実施施設を拡大する方向で検討すること、また、患者が正しく理解できるよう丁寧な説明をすることとして「適」とされた。

医療技術の概要図

(遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく
複数の分子標的治療に関する患者申出療養)



- 国立がん研究センター中央病院が全体の調整事務局となり、**がんゲノム医療中核拠点病院で行う多施設共同研究。**
- 賛同が得られた製薬企業からは**医薬品の提供を受けて実施する。**
- 遺伝子パネル検査の結果に基づいてエキスパートパネルが推奨した治療（医薬品）ごとに、複数コホートで適応外医薬品の治療を行うバスケット型・アンブレラ型の臨床研究として実施する。

薬事承認に向けたロードマップ

【患者申出療養】

遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく複数の分子標的治療に関する患者申出療養

○対象：2019年6月1日時点において、我が国で保険適用済み、あるいは評価療養として実施された遺伝子パネル検査でactionableな遺伝子異常を有する固形腫瘍

○目的：遺伝子パネル検査を受け、actionableな遺伝子異常を有することが判明した患者の申出に基づき、当該遺伝子異常に対応する適応外薬を患者申出療養制度に基づいて投与すること。

○評価項目：

主要；各医薬品コホートにおける、測定可能病変を有する患者の治療開始後16週までの最良総合効果に基づく奏効割合
副次；全生存期間、無増悪生存期間、病勢制御割合、有害事象発現割合

○予定登録期間：5年間

○実施医療機関：1) がんゲノム医療中核拠点病院、2) 重篤な有害事象が発生した場合、24時間、365日適切に対応できる体制が確保されている

○主な選択基準：

- ・固形腫瘍と診断されている（原発不明がんを含む）
- ・治癒切除不能な進行性（転移性および/または局所進行）の病変を有し、標準治療（もしくは標準治療に準じる治療）が存在しない又は当該標準治療が中止された
- ・年齢が16歳以上
- ・遺伝子パネル検査を受け、actionableな遺伝子異常を有することが判明している
- ・当該患者において、actionableな遺伝子異常とそれに基づく治療選択肢を検討したエキスパートパネルの検討結果を証する書類を有している（レポートや、診療録、会議録の写しを含む）
- ・研究責任医師あるいは研究分担医師と患者の相談により、治療薬（患者が申出た医薬品）を選定したことについて診療録に記録がされている
- ・治療薬について、当該疾患では薬事承認が得られていない（治療薬が患者にとって適応外薬となる）
- ・日本国内の医療機関において実施中の企業治験、医師主導治験、先進医療の対象ではない
- ・がんゲノム情報管理センター（C-CAT）へ患者情報を登録し、本研究のために利用することへ同意している
- ・本研究のために収集したデータを、当該医薬品を無償提供した製薬企業に提供することへ同意している

*医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議

