

中医協 総－４

２９．１２．８

個別事項 (その７：その他の論点)

平成29年12月8日

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

1. 腎代替療法

【課題】

<透析医療の現状>

- 透析※患者は年々増加している。（※ 血液透析及び腹膜透析）
- 腎代替療法に至らないよう、重症化予防や生活習慣の改善を促す取組みを進める必要がある。
- 日本は諸外国と比較して、腎代替療法に占める血液透析の割合が高い一方で、腹膜透析や腎移植の割合が少ない。
- 腹膜透析は血液透析と比較して、生活の制約や食事・飲水の制限が少ない。

<透析医療に係る診療報酬上の評価>

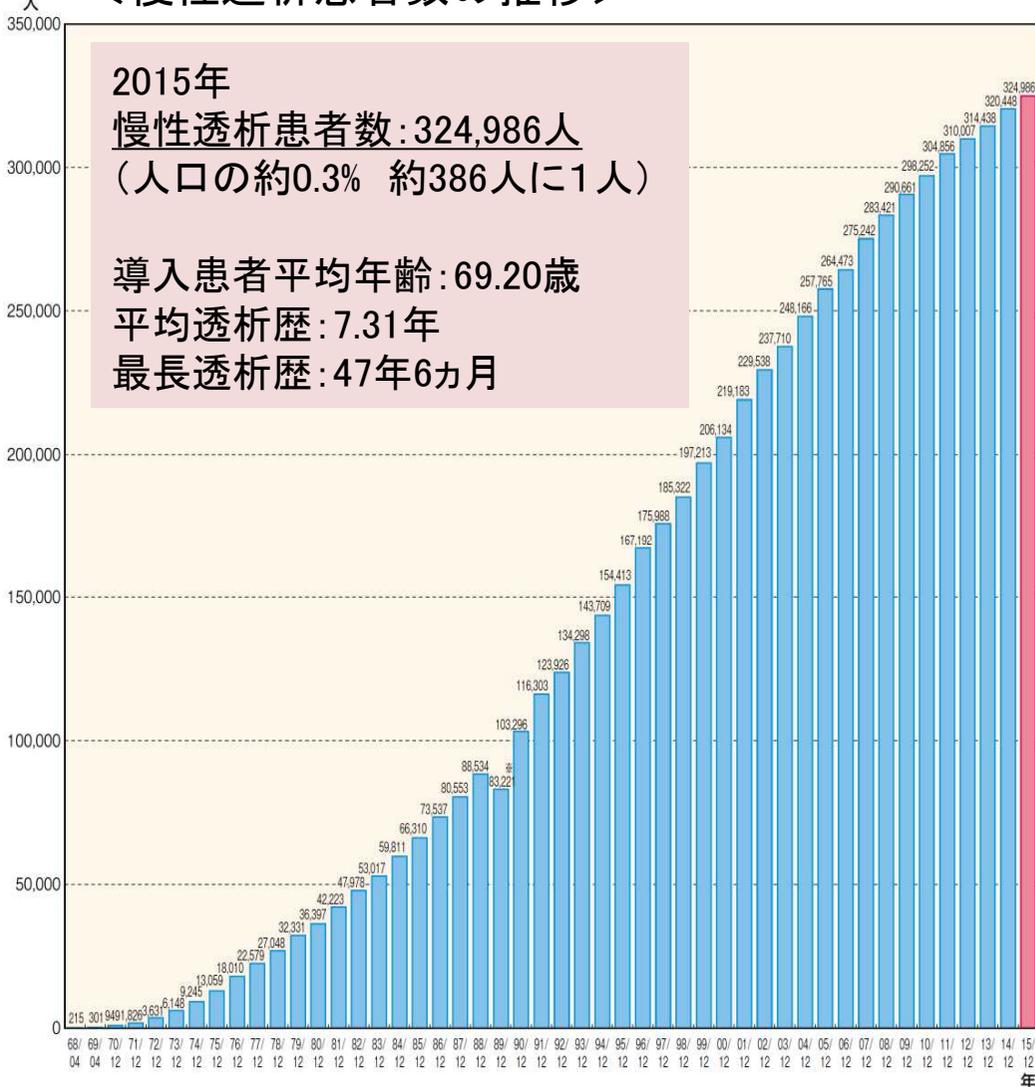
- これまで、医療技術の進歩を踏まえ、透析医療にかかる診療報酬についても累次の改定で対応してきた。
- 同時に、ダイアライザー（透析膜）の市場実勢価格に基づく保険償還価格の見直しや、透析の際に使用する薬剤（エリスロポエチン）の包括化を行うなど、適正化を実施してきた。
- 透析に係る診療報酬は、施設の規模等によらず一定の評価である一方で、施設によって規模等はさまざまである。
- 処置にかかる診療報酬が包括されている入院料においては、人工腎臓（血液透析）は包括外である一方で、腹膜灌流（腹膜透析）は包括であり、取扱いが異なっている。
- 血行動態の不安定な患者等、長時間の血液透析を要する場合があるが、5時間以上の血液透析は、診療報酬において一律に評価されている。

透析患者数について

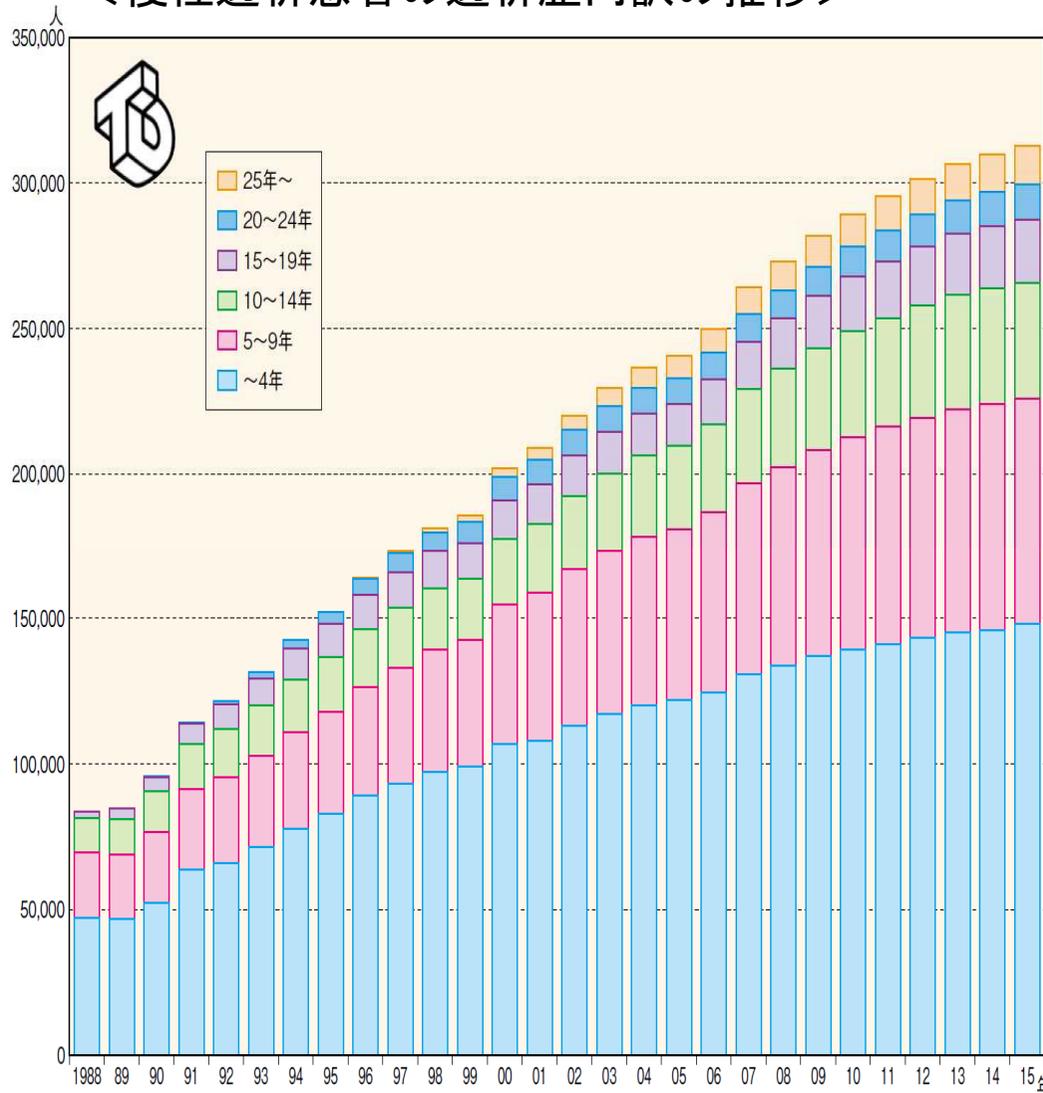
- 透析患者数は約32万人。
- 年々上昇傾向。(毎年約5000人増加)

- 新たな透析導入患者のみならず、10年以上の透析歴をもつ患者も増加傾向にある。

＜慢性透析患者数の推移＞



＜慢性透析患者の透析歴内訳の推移＞



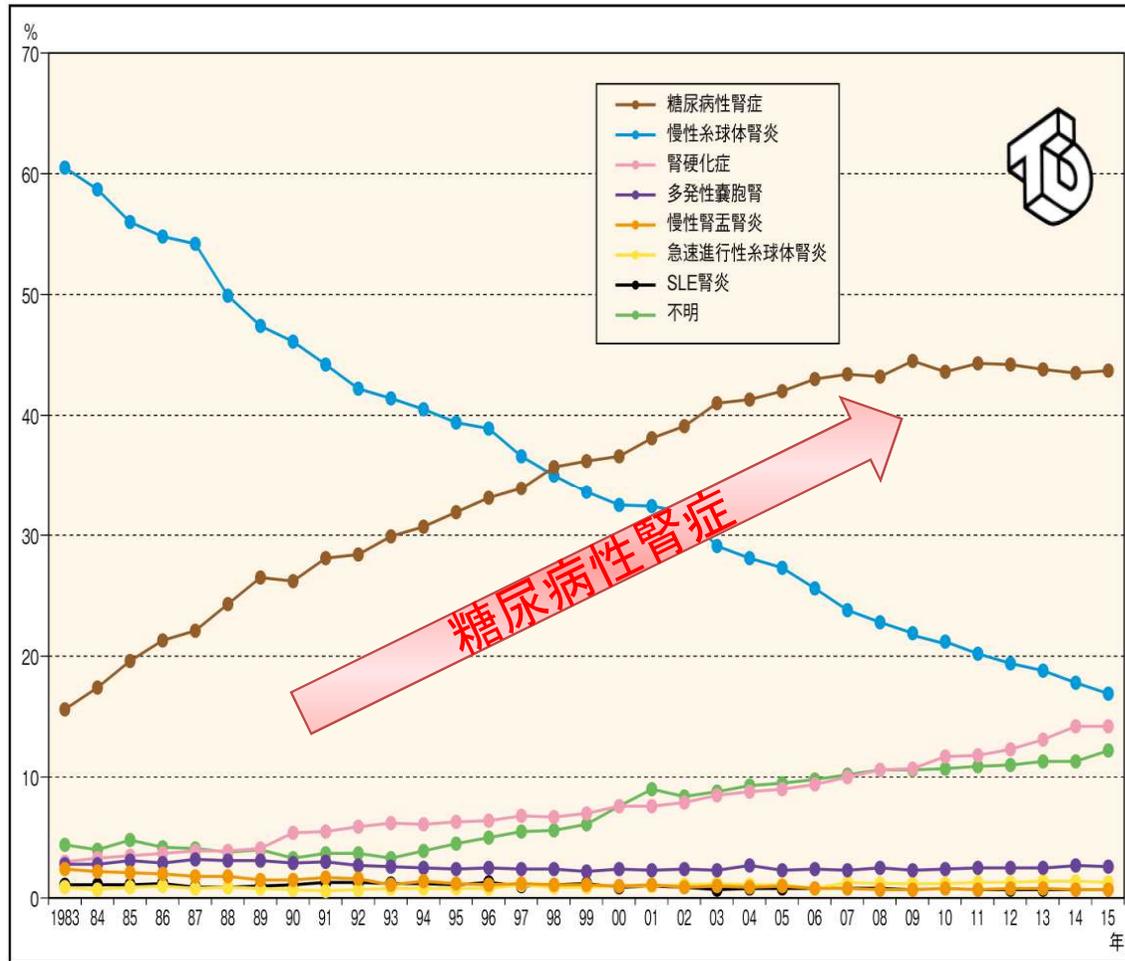
透析患者数の状況について

○ 近年、透析導入の原疾患として**糖尿病性腎症の割合が増加**

→慢性腎臓病(CKD)対策として、予防対策を総合的に推進。
(平成20年に厚労省で「今後の腎疾患対策の在り方について」をとりまとめ)

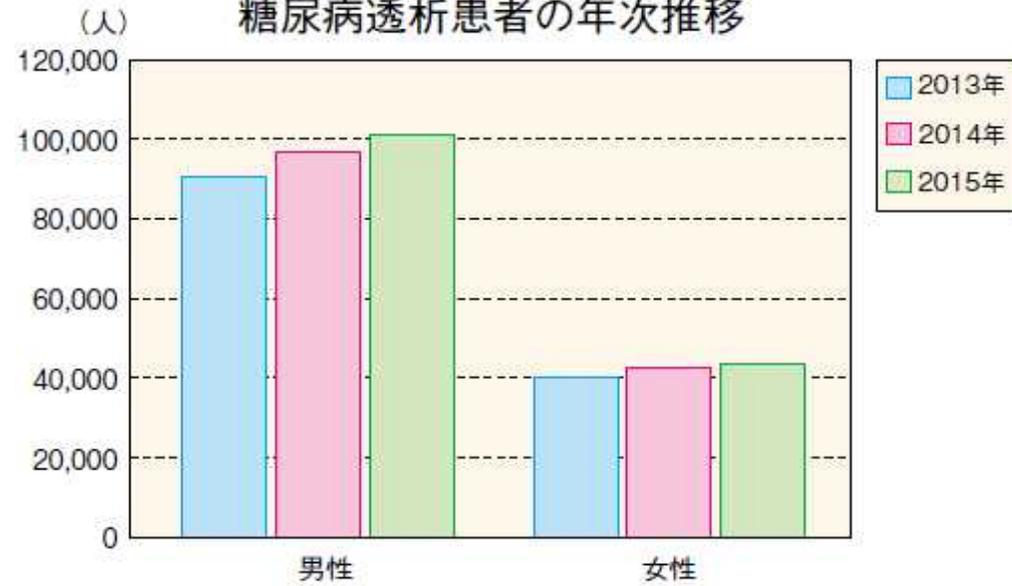
○ 近年、糖尿病を合併する透析患者が増加傾向。
○ 糖尿病を合併する透析患者は、糖尿病がない透析患者と比較して、心筋梗塞や脳梗塞、四肢切断の既往が明らかに多い。

<透析導入患者の主要原疾患の割合推移>

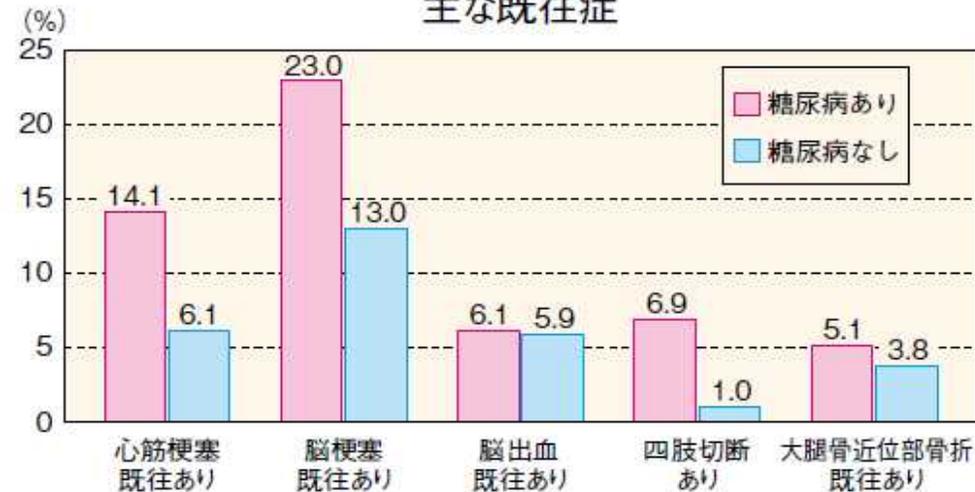


(出典) 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2015年)」

糖尿病透析患者の年次推移



主な既往症



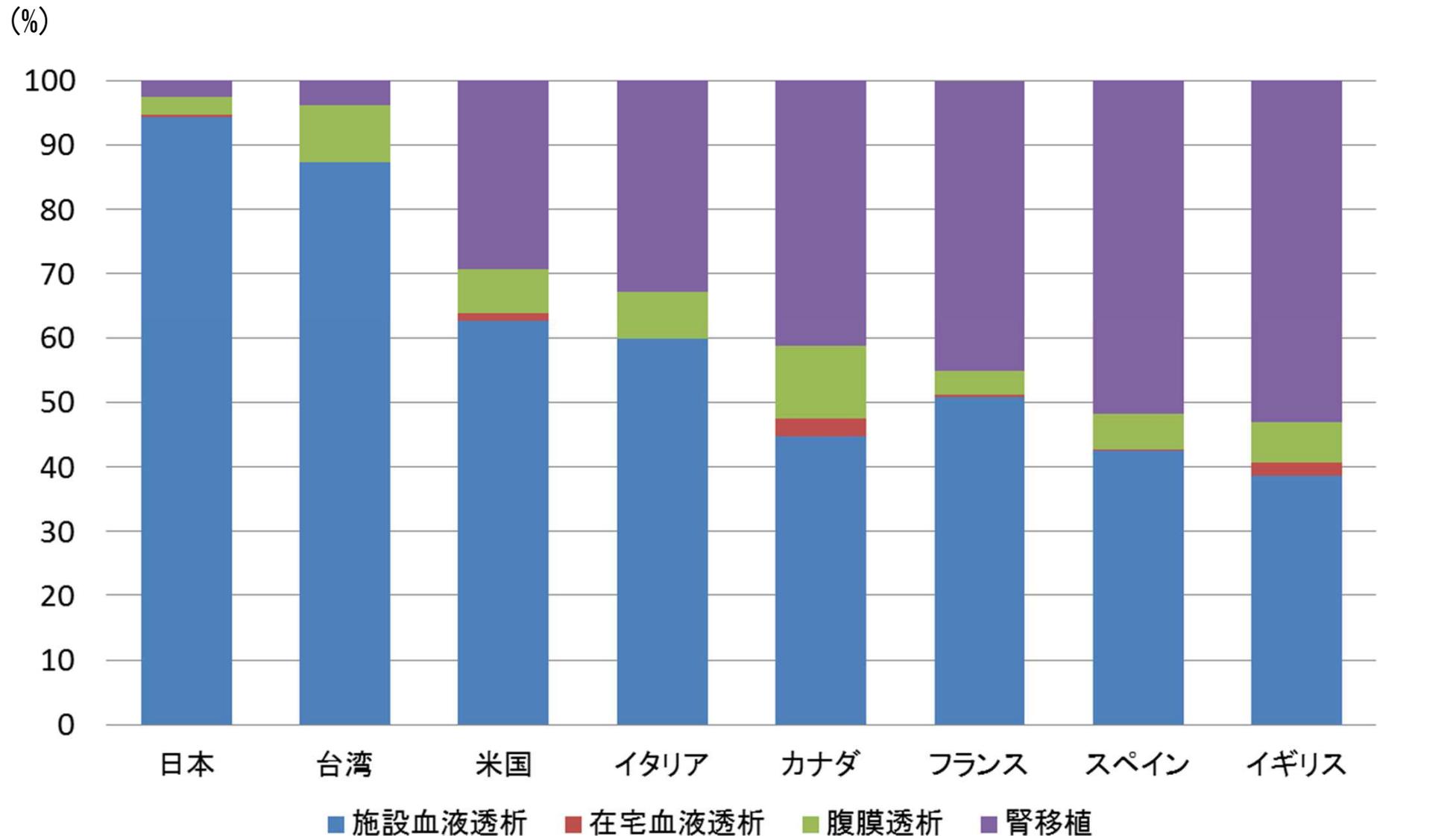
末期腎不全に対する治療手段の比較

- 末期腎不全の治療手段には、医学的条件だけでなく、ライフスタイルや年齢、性格なども考慮して治療法を選ぶ必要がある。
- 腹膜透析は血液透析と比較して、生活の制約や食事・飲水の制限が少なく、自由度が高い。

比較の観点	血液透析	腹膜透析	腎移植
必要な薬剤	貧血、骨代謝異常、高血圧などに対する薬剤		免疫抑制薬とその副作用に対する薬剤
生活の制約	<u>多い</u> (週3回、1回4時間程度の通院治療)	<u>やや多い</u> (自宅での透析液交換等)	ほとんどない
食事・飲水の制限	<u>多い</u> (蛋白・水・塩分・カリウム・リン)	<u>やや多い</u> (水・塩分・リン)	少ない
手術の内容	バスキュラーアクセス(シャント) (小手術・局所麻酔)	腹膜透析カテーテル挿入 (中規模手術)	腎移植術(大規模手術・全身麻酔)
通院回数	<u>週に3回</u>	<u>月に1~2回程度</u>	移植後の1年以降は月に1回
感染の注意	必要	やや必要	重要
その他	日本で最も実績のある治療法	<u>血液透析にくらべて自由度が高い</u>	透析による束縛がない

我が国及び諸外国における末期腎不全に対する腎代替療法の割合

○ 我が国では、血液透析を行う患者の割合が、その他の国に比べて、多い。



(2016USRDS annual data report)

透析にかかる主な診療報酬点数について

透析の技術料

J038 人工腎臓(1日につき)

1 慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,010点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,175点
ハ 5時間以上の場合	2,310点
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,225点
3 その他の場合	1,580点

<主な加算>

著しく人工透析が困難な患者等	120点
透析液水質確保加算1	8点
透析液水質確保加算2	20点
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	100点

※ 下肢末梢動脈疾患のリスク評価を全患者に行い、ABI、SPP検査の結果に基づいて専門医療機関への紹介を行った場合

J038-2 持続緩徐式血液濾過(1日につき)

<加算>	
著しく人工透析が困難な患者等	120点

J042 腹膜灌流(1日につき)

1 連続携行式腹膜灌流	330点
2 その他の腹膜灌流	1,100点

管理料等

<医学管理等>

B001 特定疾患治療管理料

慢性維持透析患者外来医学管理料 2,250点

※入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して、検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に月1回に限り算定。
(検査と画像診断の一部が包括されている。)

糖尿病透析予防指導管理料 350点

※医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めたと入院中の患者以外の患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定。

<在宅医療>(月1回)

C102在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点

※在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、指導管理を行った場合に算定する。

C102-2 在宅血液透析指導管理料 8,000点

※在宅血液透析を行っている患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合

透析にかかる診療報酬のこれまでの対応①

平成20年度診療報酬改定（人工腎臓の時間評価）

- 慢性維持透析について、患者の病態等に応じた医療を評価するため、時間に応じた評価体系を再導入。

時間によらず一律	2,250点
----------	--------



4時間未満	2,250点
4時間以上5時間未満	2,267点
5時間以上	2,397点

平成22年度診療報酬改定（透析液の水質管理）

- 人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設。
透析液水質確保加算 10点（1日につき）

平成24年度診療報酬改定（透析液の水質管理）

- 長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかになりつつある新しい治療法（いわゆるオンライン血液透析濾過）の評価を行い、より質の高い透析医療の推進を図る。
慢性維持透析濾過（複雑なもの（※）） 2,255点（1日につき）
※ 血液透析濾過のうち、透析液から分離作成した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいう。
- オンライン血液透析濾過で使用する透析液について、より厳格な水質管理が求められることから、透析液水質確保加算について段階的な評価を行う。

人工腎臓(1日につき)	
透析液水質確保加算	10点



人工腎臓(1日につき)	
1 透析液水質確保加算1	8点
2 透析液水質確保加算2	20点

透析にかかる診療報酬のこれまでの対応②

平成26年度診療報酬改定（診療報酬の適正化）

<慢性維持透析患者外来医学管理料>

- 慢性維持透析患者外来医学管理料に包括されている検体検査実施料等が実勢価格を踏まえて見直されてきたことを踏まえ適正化。
- また、慢性維持透析患者におけるHbA1cの測定について、学会のガイドラインにおいて参考程度に用いられるべきとされていることから、当該管理料と併せて算定できないこととする。

<人工腎臓>

- 包括薬剤の価格やエリスロポエチン製剤の使用実態に応じた点数の見直し。

平成28年度診療報酬改定（重症化予防の取組の推進）

<糖尿病透析予防指導管理料>

- 糖尿病性腎症の患者が重症化し、透析導入となることを防ぐため、進行した糖尿病性腎症の患者に対する質の高い運動指導を評価する。

糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算 100点

- 糖尿病透析予防指導管理料の算定要件に、保険者による保健指導への協力に関する事項を追加。

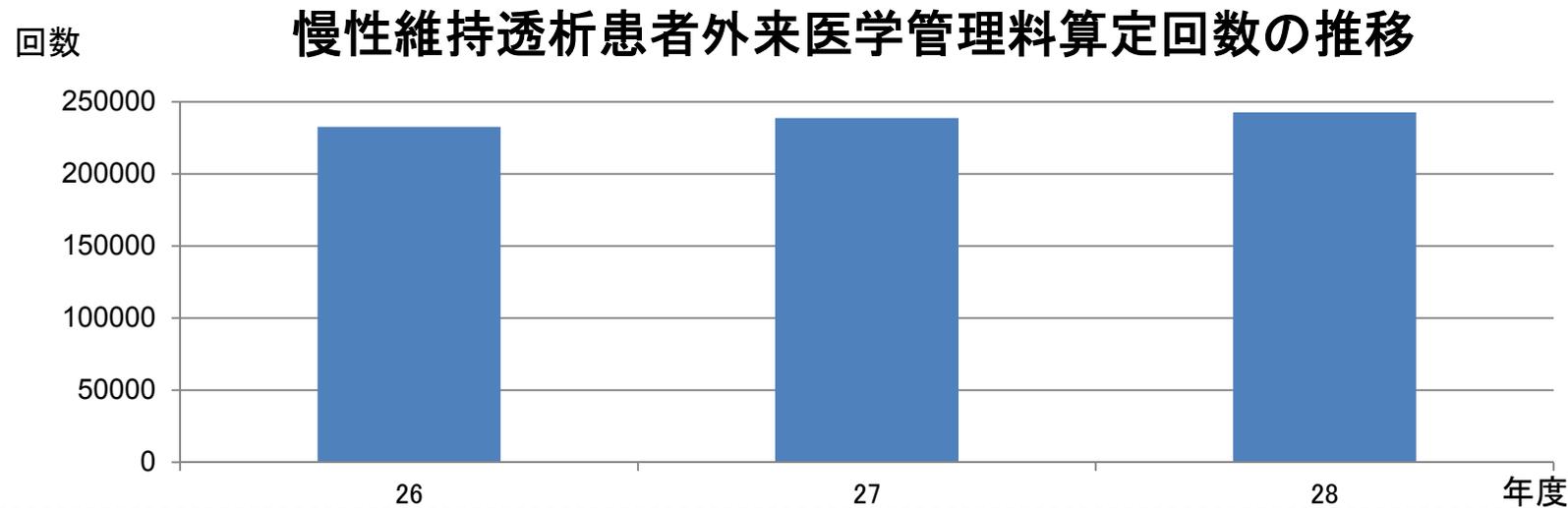
<人工腎臓>

- 包括化されているエリスロポエチン等の実勢価格が下がっていることを踏まえ、評価の見直しを行う。
- 慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾患について、下肢の血流障害を適切に評価し、他の医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価する。

下肢末梢動脈疾患指導管理加算 100点（1月につき）

慢性維持透析患者外来医学管理料

- 慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定するもの。
- 検査及び画像診断の一部を包括的に評価している。



慢性維持透析患者外来医学管理料に包括されている検査及び画像診断(例)

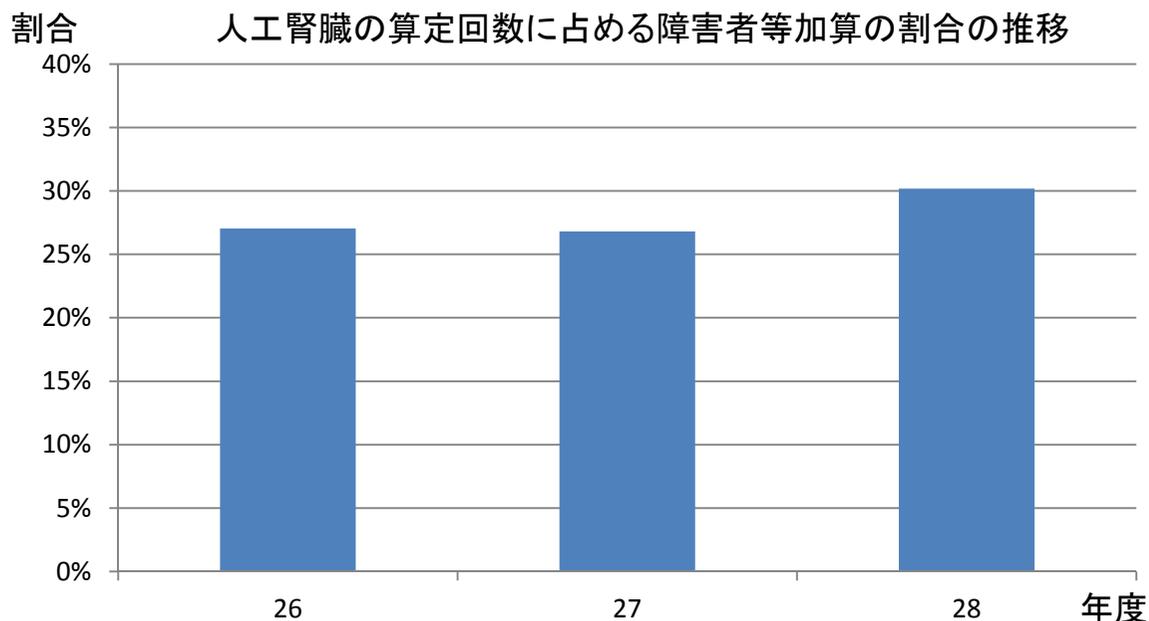
- ・ 血液形態・機能検査
赤血球沈降速度(ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)、ヘモグロビンA1C(HbA1C)
- ・ 出血・凝固検査
- ・ 血液化学検査
総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ(γ -GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄(Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)、1, 25-ジヒドロキシビタミンD3、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム(AI)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン
- ・ 内分泌学的検査
トリヨードサイロニン(T3)、サイロキシン(T4)、甲状腺刺激ホルモン(TSH)、副甲状腺ホルモン(PTH)、遊離トリヨードサイロニン(FT3)、C-ペプチド(CPR)、遊離サイロキシン(FT4)、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド(ANP)、脳性Na利尿ペプチド(BNP)
- ・ 血漿蛋白免疫学的検査
C反応性蛋白(CRP)、血清補体価(CH50)、免疫グロブリン、C3、C4、トランスフェリン(Tf)、 β 2-マイクログロブリン
- ・ 心電図検査
- ・ 写真診断

人工腎臓 「注3」著しく透析が困難な障害者等に対して行った場合の加算 (障害者等加算)

○ 著しく透析が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算することとしている。

□ 著しく透析が困難な障害者等

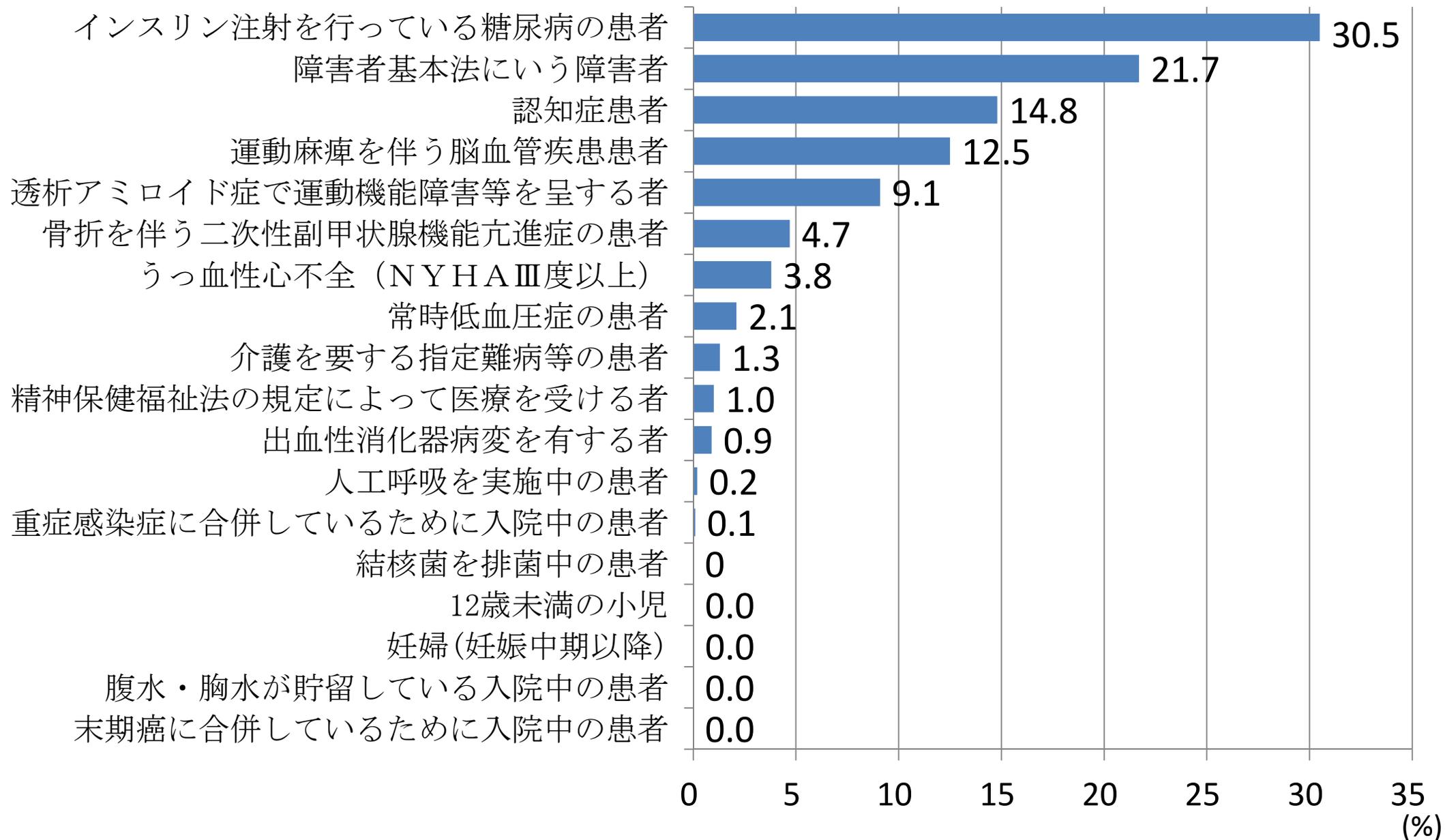
- ア 障害者基本法にいう障害者(腎不全以外には身体障害者手帳を交付される程度の障害を有さない者であって、腎不全により身体障害者手帳を交付されているものを除く。)
- イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者
- ウ 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病
- エ 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の患者
- オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者
- カ 認知症患者
- キ 常時低血圧症(収縮期血圧が90mmHg以下)の者
- ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者
- ケ 出血性消化器病変を有する者
- コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者
- サ 重症感染症に合併しているため入院中の患者
- シ 末期癌に合併しているため入院中の患者
- ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの
- セ 妊婦(妊娠中期以降)
- ソ うっ血性心不全(NYHAⅢ度以上)
- タ 12歳未満の小児
- チ 人工呼吸を実施中の患者
- ツ 結核菌を排菌中の患者



出典:社会医療診療行為別統計

障害者等加算を算定している患者の状態別割合

<患者の状態別割合>



長時間血液透析について

- 長時間血液透析(週3回、6時間以上)について、一定の条件に当てはまる症例については考慮すべきであるとされている。

日本透析医学会『維持血液透析ガイドライン:血液透析処方』(抜粋)

【定義】

標準血液透析 (intermittent conventional HD) : 週3回、3～6時間未満

長時間血液透析 (long intermittent HD) : 週3回、6時間以上

【適応】

1. 通常の血液透析では管理困難な兆候を有する症例

- ① 心不全兆候を認める、または血行動態の不安定な症例
- ② 適切な除水、適切な降圧薬管理、適切な塩分摂取管理を行っても高血圧状態が持続する症例
(理由)

長時間血液透析では、除水速度を小さくかつ総除水量を増加することができ体液コントロールの改善が得られるため、血行動態の安定に有効である。とくに高齢者など合併症を有する症例では、透析時間の延長は透析低血圧の頻度を減少する。

③ 高リン血症が持続する症例

血液透析時間延長の効果は、除去効率が拡散に依存する小分子溶質(尿素など)では相対的に少ない。しかしリンは小分子ではあるが、流血中に比して組織内に大量に存在し、さらにその移行速度には酸塩基平衡など多く要因が複雑に絡んでいるため、リンの除去量を増加させる方法のひとつとして、透析時間の延長は有用である。

2. 通常の血液透析により安定している症例で、さらに透析時間・回数を増加することにより、よりよい状態に維持できる可能性がある症例

人工腎臓、腹膜灌流にかかる診療報酬の入院料への包括

○ 処置にかかる診療報酬が包括されている入院料においては、人工腎臓は包括から除かれている一方で、腹膜灌流は包括から除かれておらず、腎代替療法の間で取扱が異なっている。

	地域包括ケア病棟入院料	療養病棟入院基本料	回復期リハビリテーション病棟入院料
B 医学管理等	○ 地域連携計画退院時指導料(Ⅰ)を除く	×	○ 地域連携計画退院時指導料(Ⅰ)を除く
C 在宅医療	×	×	×
D 検査	○	○	○
E 画像診断	○	単純撮影等は○	○
F 投薬	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○ 摂食機能療法を除く	×	×
I 精神科専門療法	○	×	○
J 処置	○ 人工腎臓を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 人工腎臓を除く
K 手術	×	×	○
L 麻酔	×	×	○
M 放射線治療	○	×	○
N 病理診断	○	○	○

透析液水質確保加算の施設基準の届出状況

- 大部分の血液透析実施施設において、透析液水質確保加算1又は2の施設基準を届け出ていると考えられる。

		届出医療機関数 (平成28年7月1日)	
透析液水質確保加算 1	診療所	816	
	病院	672	
透析液水質確保加算 2	診療所	1,297	
	病院	1,395	
合計		4,180	
血液透析実施施設数※		4,434	

※ 平成26年医療施設調査(報告書)より

J038 人工腎臓

- 人工腎臓には、血液透析のほか血液濾過、血液透析濾過が含まれる。

1 慢性維持透析を行った場合

イ 4時間未満の場合	2,010点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,175点
ハ 5時間以上の場合	2,310点

2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 2,225点

- 血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいい、次の全てを満たしている場合に限り算定する。
 - ア 月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること。
 - イ 透析用監視装置安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

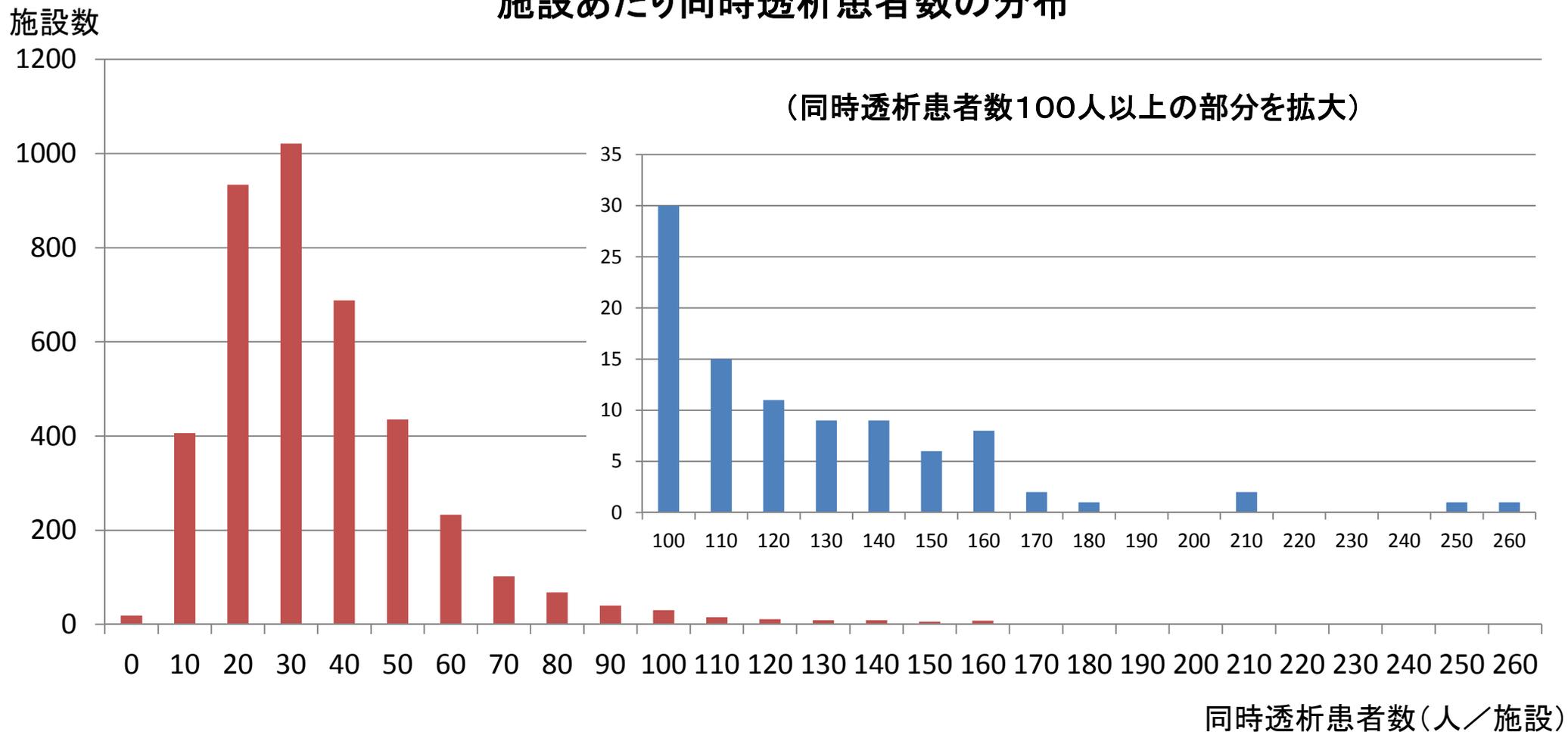
3 その他の場合 1,580点

- 次の場合に算定する。
 - ア 急性腎不全の患者に対して行った場合
 - イ 透析導入期(1月に限る。)の患者に対して行った場合
 - ウ 血液濾過又は血液透析濾過(「2」を算定する場合を除く。)を行った場合
 - エ 以下の合併症又は状態を有する患者((二)から(又)までについては入院中の患者に限る。)に対して行った場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合
 - (イ) 重大な視力障害にいたる可能性が著しく高い、進行性眼底出血(発症後2週間に限る。)
 - (ロ) 重篤な急性出血性合併症(頭蓋内出血、消化管出血、外傷性出血等)(発症後2週間に限る。)
 - (ハ) ヘパリン起因性血小板減少症、(ニ) 播種性血管内凝固症候群、(ホ) 敗血症、(ヘ) 急性膵炎、
 - (ト) 重篤な急性肝不全、(チ) 悪性腫瘍(注射による化学療法中のものに限る。)
 - (リ) 自己免疫疾患の活動性が高い状態
 - (又) 区分番号「L002」硬膜外麻酔、「L004」脊椎麻酔若しくは「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態(手術前日から術後2週間に限る。)

血液透析実施施設の規模の分布について

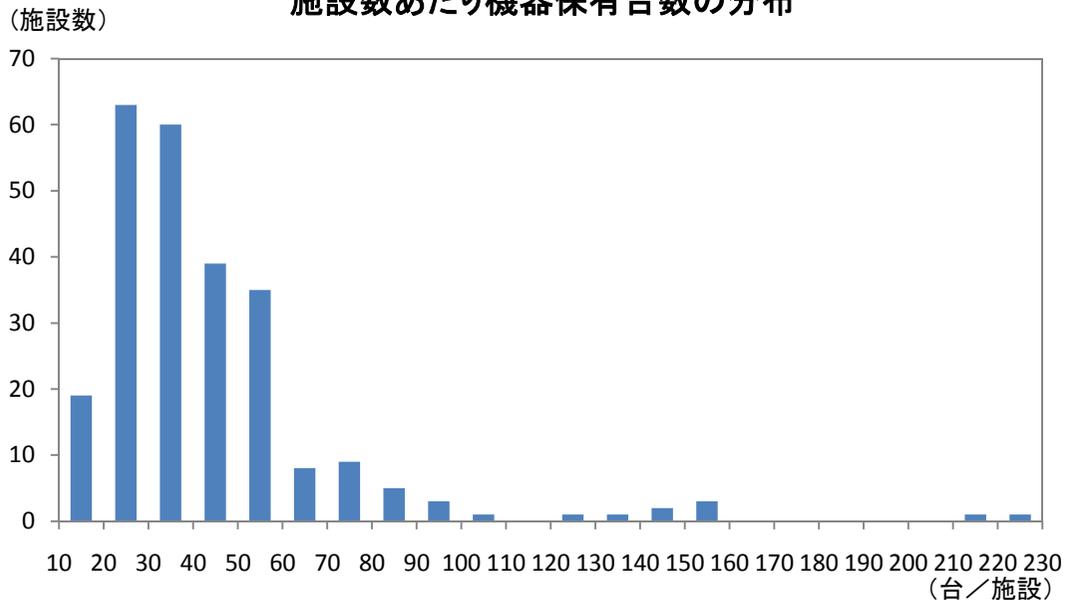
○ 施設あたりの同時透析患者数(同時に透析を施行可能な最大患者数)には、ばらつきが見られる。

施設あたり同時透析患者数の分布

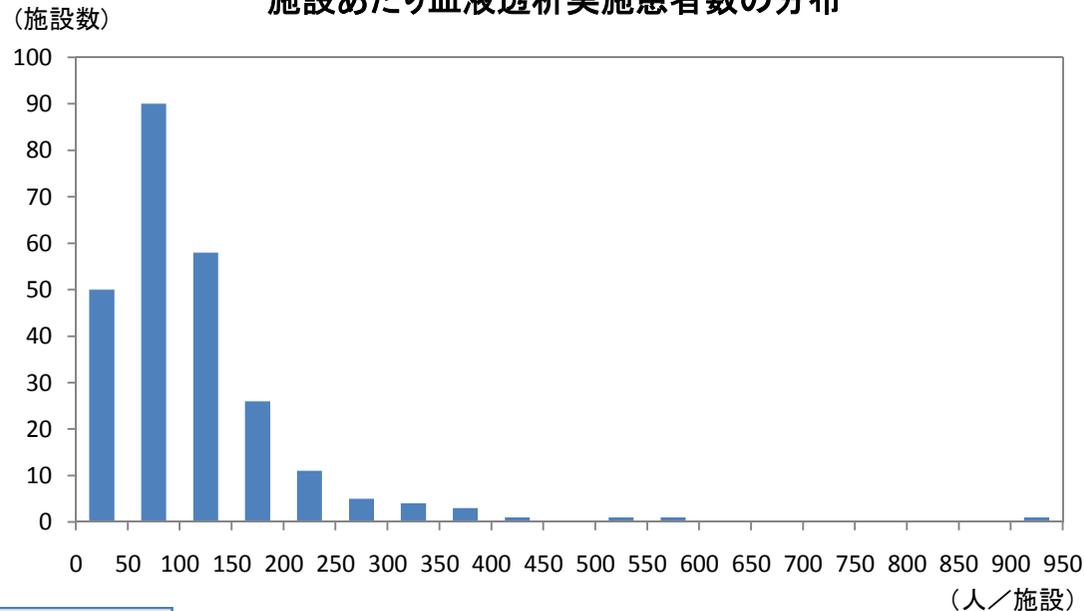


透析用監視装置1台あたり患者数の分布について

施設数あたり機器保有台数の分布

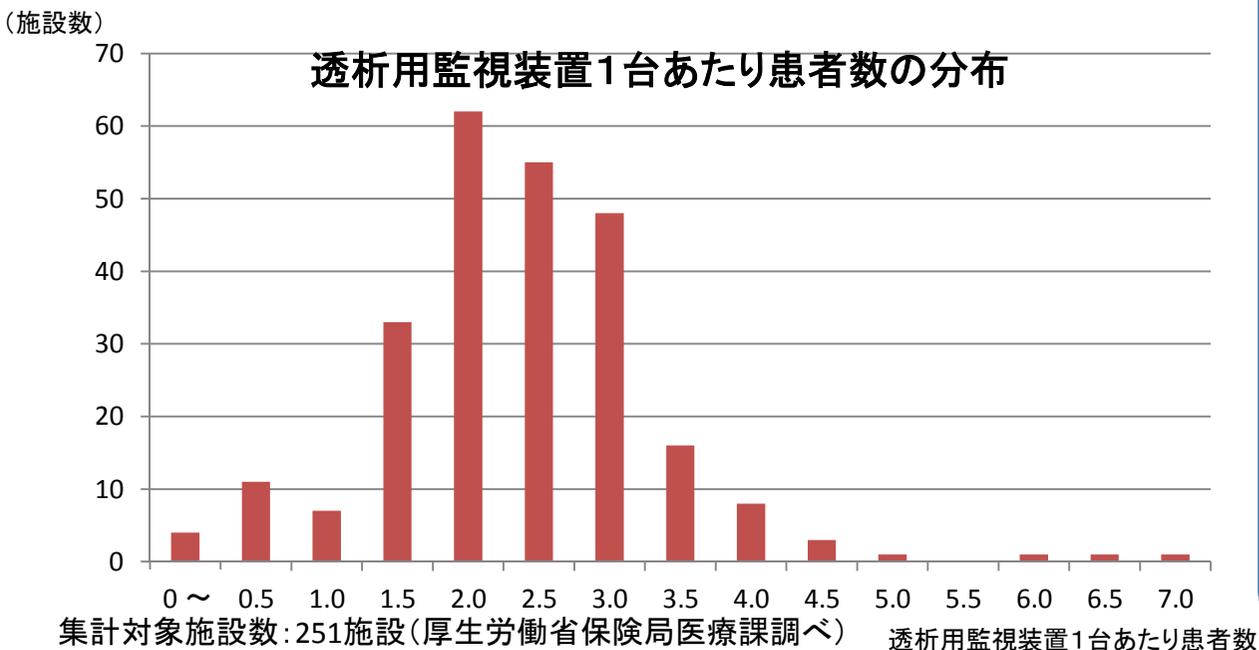


施設あたり血液透析実施患者数の分布



- 透析用監視装置1台あたり患者数が2以上3.5未満の施設が多い

透析用監視装置1台あたり患者数の分布



<透析用監視装置から見た透析のスケジュール(イメージ)>



		透析用監視装置保有台数	
		透析用監視装置 ①	透析用監視装置 ②
月曜日	午前	Aさん	Cさん
	午後	Bさん	Dさん
火曜日	午前	Xさん	Zさん
	午後	Yさん	(空き)
水曜日	午前	Aさん(再)	Cさん(再)
	午後	Bさん(再)	Dさん(再)

※ 水曜日は、Aさん、Bさん、Cさん、Dさん・・・が再び透析を行う。

施設あたり血液透析実施患者数

腎代替療法に関する論点(案)

【論点(案)】

- 腹膜透析や腎移植は、血液透析に比べ、患者のQOLが高いことから、透析医療に係る診療報酬において、腹膜透析や腎移植の推進に資する取組みや実績等を評価してはどうか。
- 合併症等のある患者への加算(障害者等加算)について、治療の質を確保する観点から、評価を充実してはどうか。
- 長時間の血液透析について、短時間に比べて、合併症のある患者等にとって、より質の高い治療となることから、6時間以上の長時間血液透析を評価してはどうか。
- 地域包括ケア病棟入院料等においては腹膜灌流は包括範囲に含まれているが、人工腎臓と腹膜灌流で取扱いが異なっていることから、腹膜灌流の普及の観点から、地域包括ケア病棟入院料等の包括範囲を見直してはどうか。
- 透析液水質確保加算について、大部分の血液透析実施施設が加算を算定できている状況を踏まえ、適正化してはどうか。
- 血液透析に係る診療報酬について、施設の規模や血液透析実施患者数によって効率性が異なっていることから、効率性を踏まえた評価となるよう適正化してはどうか。
- 慢性維持透析濾過(複雑なもの)について、現行、実施時間によらず一律の評価となっていることから、時間により区分を分けた評価に適正化してはどうか。

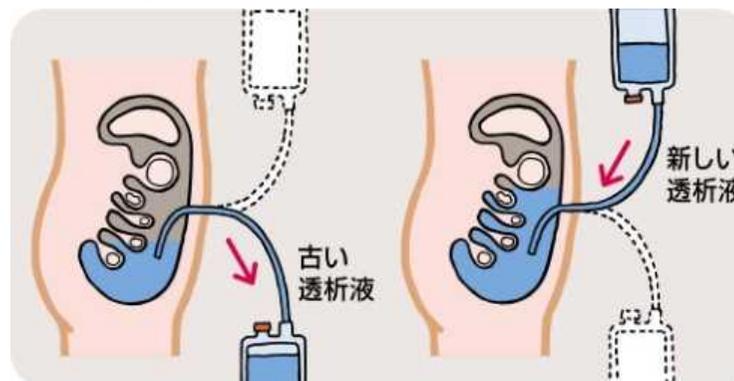
参考資料(腎代替療法)

腹膜透析

- 腹腔内に直接透析液を注入し、一定時間貯留している間に腹膜を介して血中の尿毒素、水分及び塩分等を透析液に移動させ血液浄化を行うもの。
- 腹膜透析液の交換は通常1回約30分であり、日常生活の制約が少ない。
- 日本の腹膜透析患者数は、概ね9,300人程度。



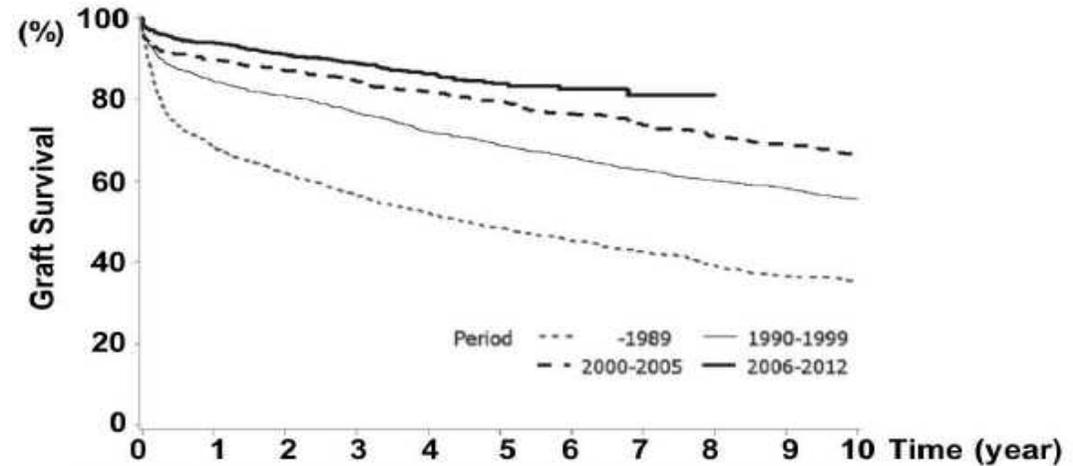
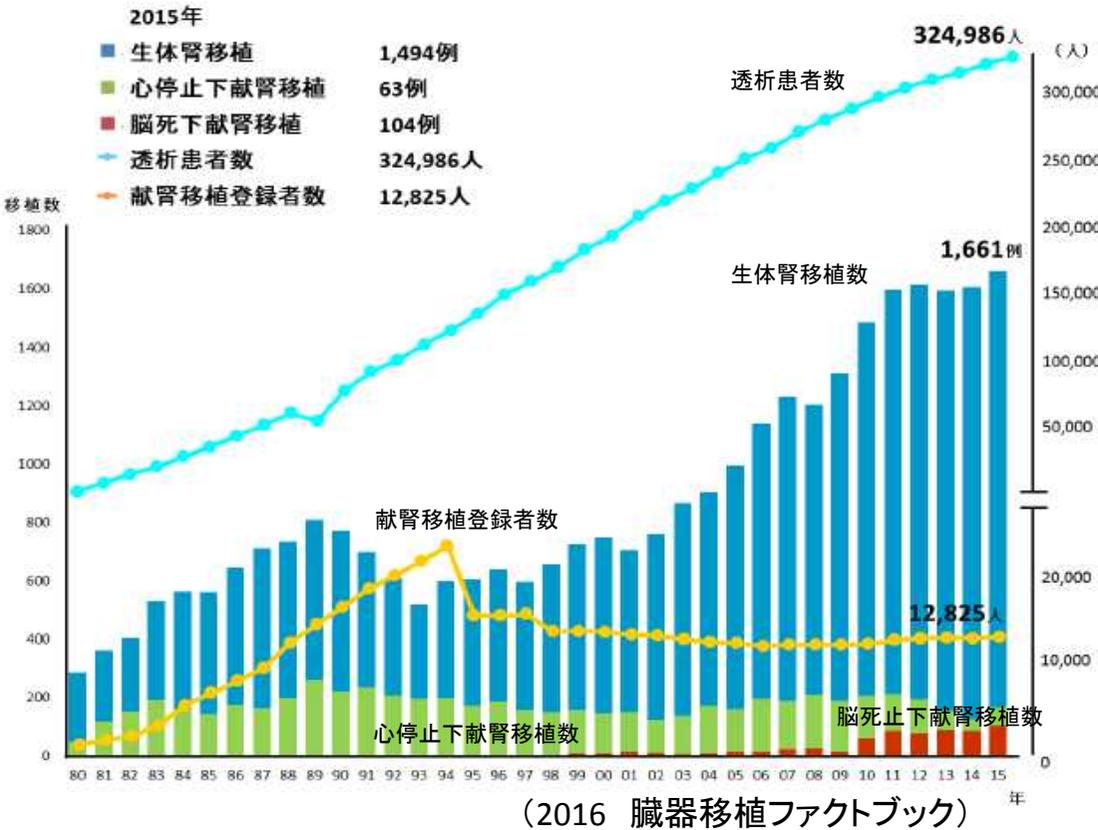
腹膜透析のイメージ



年末PD患者数およびPD導入患者数の年次推移

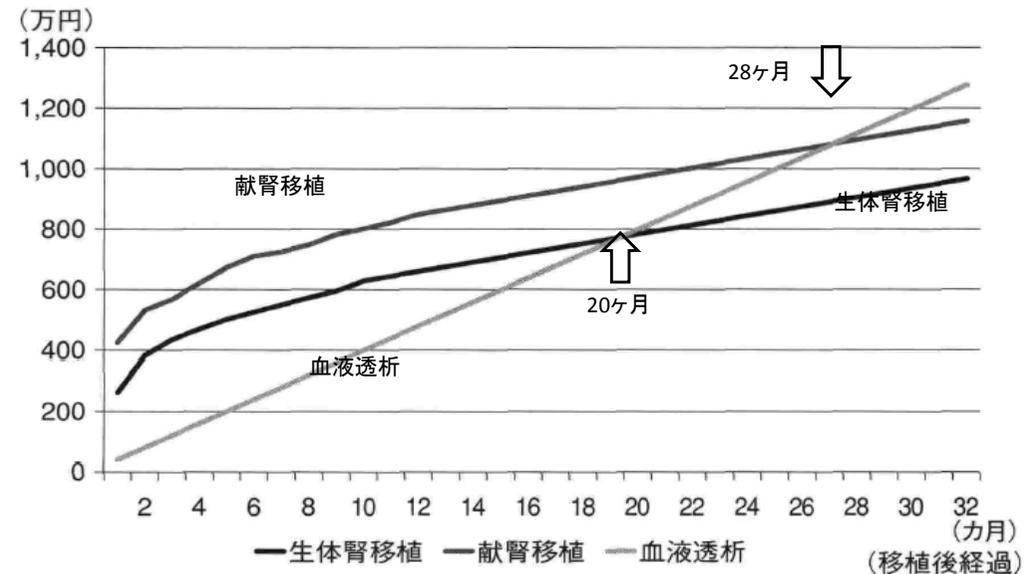


腎移植の現状(数・成績・医療費)



	症例数	1年	5年	10年	15年
~1989年	1,223	68.1%	48.6%	35.3%	26.5%
1990~1999年	1,508	84.5%	68.7%	55.7%	44.3%
2000~2005年	696	89.7%	79.2%	66.3%	—
2006~2012年	1,014	93.9%	83.9%	—	—

図7 生体腎移植、献腎移植と血液透析の積算医療費比較

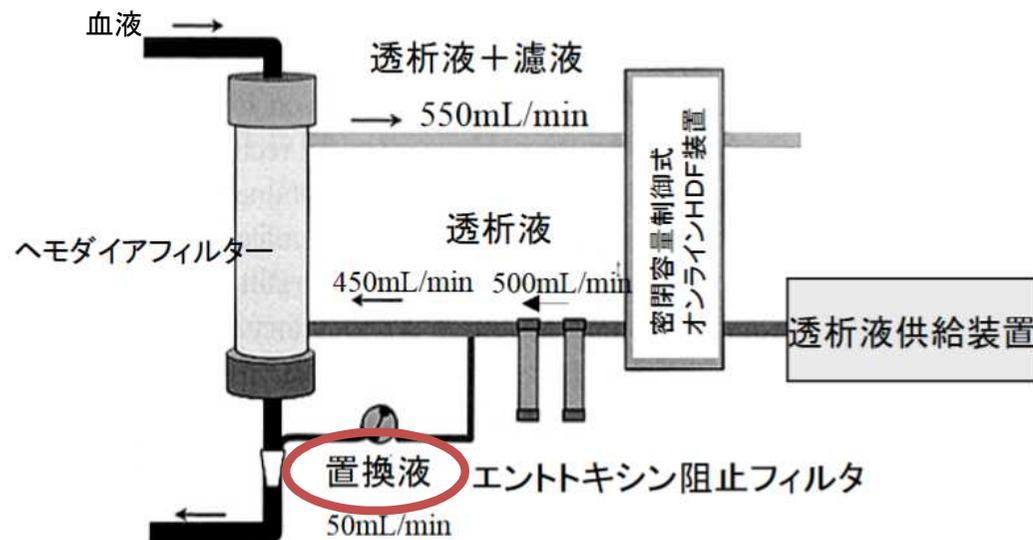


- ・腎移植は年間約1600件程度
- ・そのうち献腎移植(脳死・心停止下)は0.07%
- ・最近の移植後生着率は5年83.9%
- ・移植の積算医療費は生体腎移植で20ヶ月、献腎移植で28ヶ月で透析積算医療費を下回る

オンライン血液透析濾過（オンラインHDF）

○ オンライン血液透析濾過とは、血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいう。

回路図（例）



透析液水質基準

種類	項目	管理基準
透析用水	生菌数	100 CFU/ml未満
	E T	0.05 EU/ml未満
標準透析液	生菌数	100 CFU/ml未満
	E T	0.05 EU/ml未満
超純粋透析液	生菌数	0.1 CFU/ml未満
	E T	0.001 EU/ml未満
オンライン補充液	生菌数	10^{-6} CFU/ml未満
	E T	0.001 EU/ml未満

ET:エンドトキシン

出典:2016年版 透析液水質基準

オンライン（後希釈）HDF（前希釈の場合には流入側回路内へ注入する）

出典:平成23年度第1回診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会 医療技術評価提案書

- オンラインHDF療法は、その他の血液透析と異なり、
 - 専用の透析用監視装置を使用
 - 血液透析濾過膜（ヘモダイアフィルタ）を使用
 - 使用する透析液は超純粋透析液であり、置換液に関してはエンドトキシンで0.001EU/ml、細菌数で 10^{-6} CFU/mlという無菌レベルが必要である。

（出典:透析会誌47(11):663-670. 2014）

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

2. 遠隔病理診断

【課題】

(1) デジタル病理画像を用いた病理診断について

- 診療報酬上、病理診断については、標本(ガラススライド)を顕微鏡で観察すること(鏡検)により実施することとしており、デジタル病理画像のみによって実施することは認められていない。
- 関係学会によるガイドラインにおいては、一部の種類の病理検体については、デジタル病理画像による病理診断の精度は、鏡検と同等とされており、また、実施する際の使用機器等についても留意すべき事項がまとめられている。

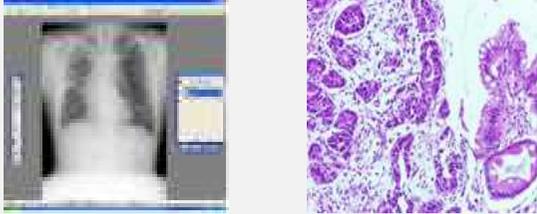
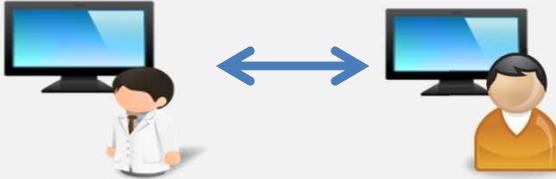
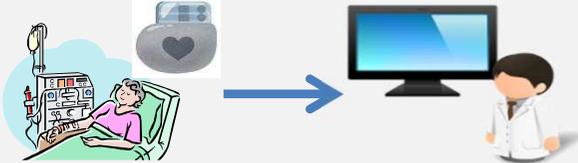
(2) 保険医療機関の病理医が保険医療機関外で業務を行うことについて

- 画像診断においては、送受信を行うにつき十分な環境がある場合に、保険医療機関の医師が自宅等で夜間又は休日に撮影された画像を読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととされたが、病理診断については、自宅等で実施した場合に対する評価はされていない。
- 病理診断科の医師は女性の割合が高く、また、育児中の女性医師は、働く日数や時間を減らした働き方を選択していることが多い。

(3) 保険医療機関間の連携による病理診断について

- 保険医療機関間の連携による病理診断においては、連携先の保険医療機関に標本を送付することとされており、送付側の保険医療機関は、自施設内で標本作製するか、衛生検査所に標本作製を委託する必要がある。
- 病理診断料や病理診断管理加算等について、連携先の体制に応じて算定できるのは、保険医療機関間の連携により実施した場合に限っているが、保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携により実施した場合も、病理診断料を算定可能にすべきとの指摘がある。

遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）と診療報酬上の評価

	診療形態	診療報酬での評価
医師対医師 (D to D)	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合 ※術中迅速病理検査の場合のみであり、その場合も鏡検の実施は必須としている。
医師対患者 (D to P)	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要の場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合
	<p>情報通信機器を用いた遠隔モニタリング</p> <p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合

デジタル病理画像を用いた病理診断の取扱い

- 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本の送付側の保険医療機関において、受取側の保険医療機関の体制に応じて病理診断料及び病診断管理加算を算定できる。
- デジタル病理画像を用いた連携については、術中迅速病理検査の場合のみ算定対象となっており、その場合も、事後に鏡検を行うこととしている。

○デジタル病理画像を用いた保険医療機関間の連携による病理診断の取扱い

- 遠隔病理診断により術中迅速病理組織診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において術中迅速病理組織標本作製及び病理診断料を算定できる。
- 遠隔病理診断により術中迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において術中迅速細胞診及び病理診断料を算定できる。

【施設基準】 送信側: 離島等に所在する保険医療機関であって、病理標本の作製を行うにつき十分な体制が整備されていること

受信側: 病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院

N003 術中迅速病理組織標本作製(1手術につき) 1,990点

手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製及び鏡検を完了した場合において、1手術につき1回算定する。

N003-2 術中迅速細胞診(1手術につき) 450点

手術の途中において腹水及び胸水等の体腔液を検体として標本作製及び鏡検を完了した場合において、1手術につき1回算定する。

デジタル病理画像による病理診断

- 生検材料等、一部の種類の検体については、デジタル病理画像を用いた病理診断が、標本（ガラススライド）を用いた病理診断と同等の精度を有するとの報告がある。

<デジタル病理画像による診断とガラススライドによる診断の比較> (2009年10月～2015年3月)

○95.1%の症例で、デジタル病理画像による診断とガラススライドによる診断が一致した。

材料	件数	判定一致		判定が異なるが、臨床上問題となることが少ない症例		判定が異なり、臨床上問題となる可能性のある症例	
上部消化管内視鏡、生検材料	2,441(42.7%)	2,352	96.4%	83	3.4%	6	0.3%
下部消化管内視鏡、生検材料	1,349(23.6%)	1,285	95.3%	63	4.7%	1	0.1%
上部消化管内視鏡、切除材料	56(0.9%)	54	96.4%	2	3.6%	0	0.0%
下部消化管内視鏡、切除材料	1,678(29.4%)	1,553	92.6%	124	7.4%	1	0.1%
胆嚢、摘出材料	133(2.3%)	133	100%	0	0.0%	0	0.0%
虫垂、摘出材料	30(0.5%)	30	100%	0	0.0%	0	0.0%
皮膚、生検材料	14(0.2%)	14	100%	0	0.0%	0	0.0%
その他	3(0.1%)	3	100%	0	0.0%	0	0.0%
合計	5,704	5,424	95.1%	272	4.8%	8	0.1%

出典：Whole Slide Imaging (WSI)による消化管生検および内視鏡的切除材料の病理診断一次診断の可能性（臨床病理：65：26-31，2017.）

デジタル病理画像による病理診断を実施する際の留意点

- 関係学会によるガイドラインにおいては、デジタル病理画像による病理診断を実施する際の検体の種類、使用機器、画像の転送方法等についての留意すべき事項がまとめられている。

✓ デジタル病理画像による病理診断が可能な検体の種類について

デジタルパソロジーは、消化管内視鏡、婦人科、乳腺、泌尿器、皮膚、前立腺等の一般的な生検材料に関しては、ガラススライドでの診断の観察者間不一致、同一観察者間不一致と比較して有意な差はないと考えられているが、血液疾患や悪性リンパ腫などに関してはまだ十分なコンセンサスは得られていない。また、手術検体あるいは細胞診に関しても同様である。これらの症例に関しては今後の症例の蓄積と検討を要する。また、生検検体であっても、WSI※で診断困難と判断した症例に関しては、速やかにガラススライドでの確認、免疫染色等を追加すべきである。

※WSI (whole slide imaging): スライドガラス標本全体、またはその一部を高精細にデジタル画像化したもの。

「デジタル病理画像を用いた病理診断のための手引き」(日本病理学会、2016年11月)より抜粋

✓ デジタル病理画像による病理診断に用いる機器について

- 画像取り込み装置(WSIスキャナー)の機能要件
 - ガラス標本を明視野方式で照明する光学系を備えること。
 - 画像取込装置は、ガラス標本を最低限20倍に拡大できる対物レンズを備えること。
 - 標本の全貌を俯瞰する全体像をデジタル画像情報に変換できる撮影装置を備えること。
 - 標本の光学的拡大像をデジタル画像情報に変換できる撮影装置を備えること。等

- 画像保存システムの機能要件
 - 必要に応じて、撮影した画像をDICOM Supplement 145に適合したフォーマットに変換可能なこと。等

- 画像表示装置の技術要件
 - 1280×1024以上の表示画素数を有すること。
 - 観察に適切な輝度(170c/m²以上)で表示できること。
 - 観察に適した輝度比(250:1以上)で表示できること。等

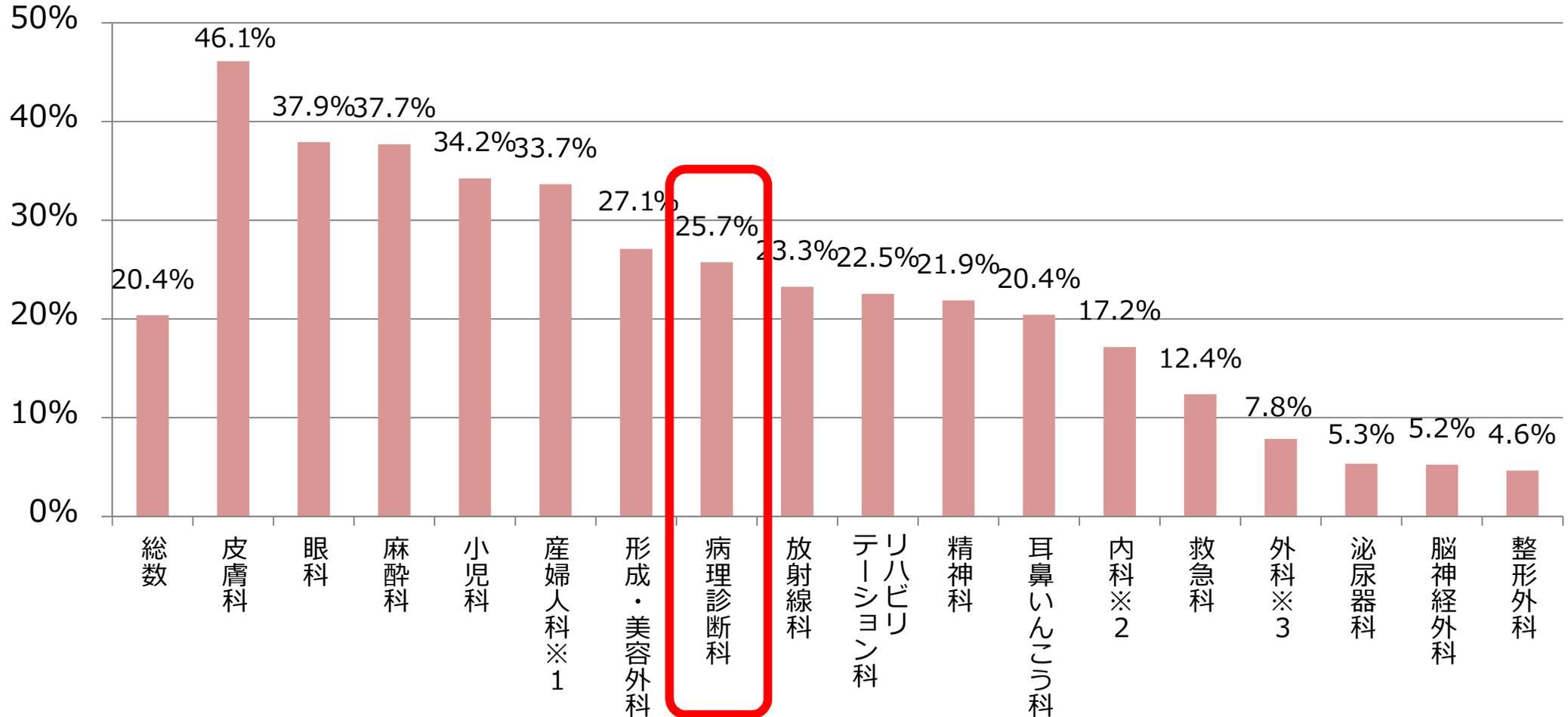
「病理診断のためのデジタルパソロジーシステム技術基準」(日本デジタルパソロジー研究会 デジタルパソロジー技術基準検討会、2016年10月)より抜粋

※「デジタル病理画像を用いた病理診断のための手引き」においては、デジタル病理画像による病理診断に用いる機器に関しては、「病理診断のためのデジタルパソロジーシステム技術基準」に準拠することが望ましいとしている。

- 画像診断管理加算は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合に算定できることとされている。
- 平成28年診療報酬改定において、夜間又は休日に撮影された画像については、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととされた。

	画像診断管理加算1	画像診断管理加算2
算定要件 (概要)	厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、 <u>画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合に算定できる。</u> なお、 <u>夜間又は休日に撮影された画像について、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる</u>	
対象画像	E001 写真診断 E004 基本的エックス線診断料 E102 核医学診断 E203 コンピュータ断層診断	E102 核医学診断 E203 コンピュータ断層診断
厚生労働大臣が定める施設基準 (通知抜粋)	<ul style="list-style-type: none"> 放射線科を標榜していること 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること 画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること 	<ul style="list-style-type: none"> 放射線科を標榜していること 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断及びコンピューター断層撮影診断について、上記の医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層撮影診断のうち、少なくとも8割以上のものの読影結果が、上記の医師により遅くとも撮影日の翌診察日までに主治医に報告されていること

- 医療施設従事医師数の女性割合は20.4%であり、平成24年の19.6%と比べて増加している。
- 病理診断科の医師数の女性割合は25.7%であり、平均より高値である。



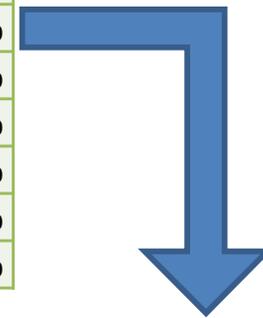
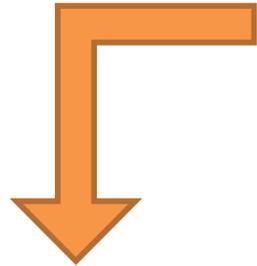
※1・・・産婦人科、産科、婦人科

※2・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

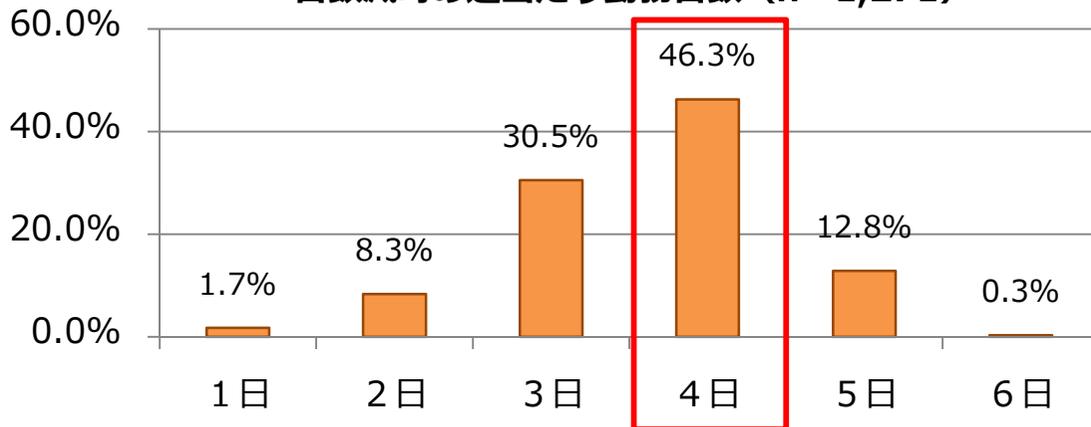
※3・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

- 育児中の女性医師の働き方は、25.6%が「日数減」、26.8%が「時間短縮勤務」を選択した。
- 「日数減」を選択した医師のうちでは、週当たり勤務日数は「4日」が最も多く、「時間短縮勤務」を選択した医師の内では、1日の勤務時間数は「6時間」「7時間」が多かった。

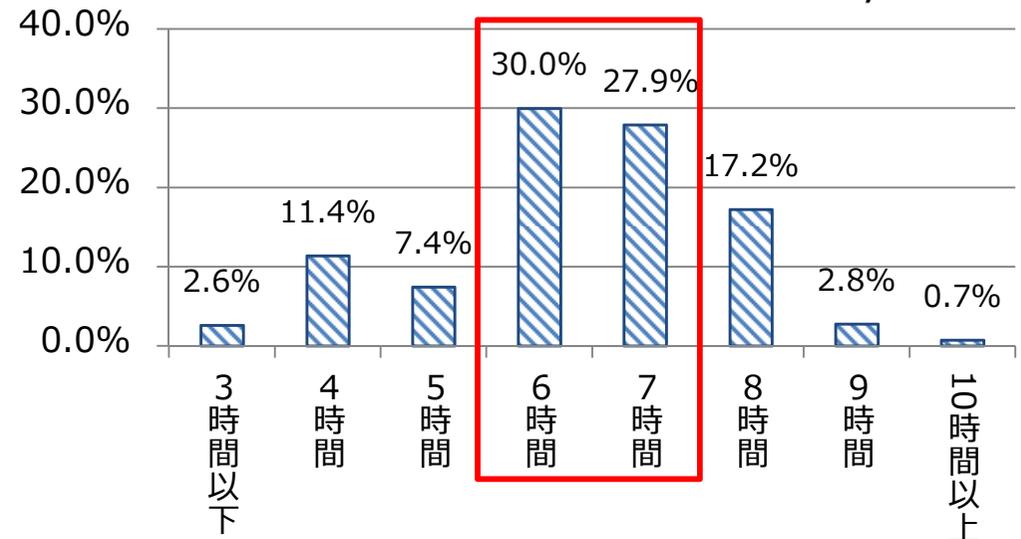
	回答件数	割合
業務内容軽減	2,204	42.2%
変化なし（通常勤務）	1,503	28.8%
時間短縮勤務	1,401	26.8%
日数減	1,339	25.6%
研究生・見学生・大学院	518	9.9%
休職・辞職	383	7.3%
その他	131	2.5%
合計	5,225	100.0%



日数減時の週当たり勤務日数 (n = 1,271)



時間短縮勤務時の1日の勤務時間数 (n = 1,265)



<参考> 調査の概要

全病院(8,475施設)に対して、病院に勤務する女性医師に調査票の配布を依頼。病院からは、関係医療機関(診療所)に勤務する女性医師へも一部配布。無記名で委託先へ直接返送してもらい回収。

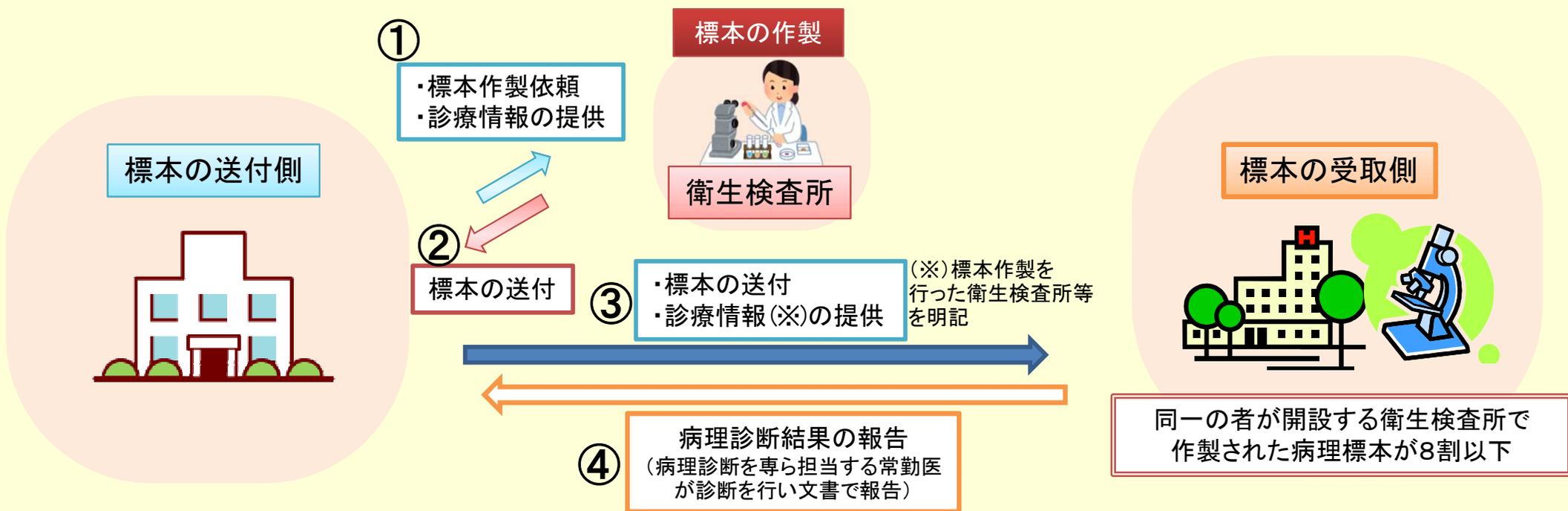
病院から医師への質問票配布数:30,323枚、回収数:10,612枚、有効回答数:10,373枚

出典:女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書(平成29年8月)日本医師会男女共同参画委員会、日本医師会女性医師支援センター

保険医療機関間の連携における標本送付

- 保険医療機関間の連携による病理診断においては、連携先の保険医療機関に、検体ではなく標本を送付することとしている。
- 送付側の保険医療機関に標本作製の体制がない場合は、衛生検査所で標本が作製された後に、連携先の保険医療機関に送付されている。

➤ 送付側の保険医療機関に標本作製の体制がない場合



[施設要件]

- ・常勤の検査技師1名以上(※)配置されていることが望ましい。
- (※)5年以上の病理診断業務の経験があり、病理組織標本を作成できる臨床検査技師又は衛生検査技師

[施設要件]

- ・病理診断管理加算を算定していること
- ・以下のいずれかであること
 - 特定機能病院
 - 臨床研修指定病院
 - へき地医療拠点病院
 - へき地中核病院
 - へき地医療支援病院
 - 病理診断科を標榜する医療機関等

他の医療機関への病理標本作製の委託

- 病理学的検査(病理標本の作製等)については、営利を目的とせず、病院本来の検体検査業務に支障が生じていない場合には、病院が他の医療機関から受託することが認められている。
- 病理学的検査を含む専門性の高い検体検査業務の委託及び受託については、その際に遵守すべき事項が定められている。

「病院における検体検査業務の受託について(抄)」(医政総発第0315001号 平成17年3月15日)

✓ 検体検査業務の委託及び受託において遵守すべき事項

- 受託病院は、医療法施行規則第9条の8第1項で定める基準※1を満たすこと。
- 受託病院は、委託医療機関において検体を受領し、当該受託病院まで搬送する場合には、衛生検査所と同様の基準※2を満たすこと。

※1 医療法施行規則第9条の8第1項で定める基準

- 受託する業務責任者として、検体検査の業務に関し相当の経験を有する医師が受託業務を行う場所に置かれているか、又は受託業務の責任者として検査業務に関し相当の経験を有する臨床検査技師が受託業務を行う場所に置かれ、かつ、受託業務を指導監督するための医師を選任していること
- 受託業務の従事者として、医師又は臨床検査技師その他の受託業務を行うために必要な知識及び技能を有する者が必要な数受託業務を行う場所に置かれていること
- 専ら精度管理を職務とする者として、医師又は臨床検査技師(検査業務に関し相当の経験を有し、かつ、精度管理に関し相当の知識及び経験を有する者に限る。)を有すること
- 従事者に対して、適切な研修を実施していること 等

※2 衛生検査所と同様の基準

- 検体受領標準作業書及び検体搬送標準作業書の作成
- 検体受領作業日誌及び検体搬送作業

✓ その他留意すべき事項

- 検体検査業務に係る施設、設備等について、当該業務の受託を主な目的として設置し、又は使用することは認められないこと
- 受託病院による検体検査業務の再委託は認めないこと

遠隔診療等における連携先の体制についての評価

- 病理診断、画像診断、脳波検査等については、当該診療に係る専門的な医師の配置や、十分な体制で実施された場合について、それぞれ病理診断料、病理診断管理加算、画像診断管理加算、脳波検査判断料1等で評価されている。
- 保険医療機関間の連携により実施した場合は、連携先の保険医療機関の体制に応じてこれらの加算等を算定できるが、個人の医師や学術機関等、保険医療機関以外との連携により実施した場合は算定できない。

	算定要件または施設基準	遠隔診療の場合の要件
病理診断料	病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、病理標本に基づく診断を行った場合に算定する。	保険医療機関間の連携により実施され、受信側の保険医療機関において以下を満たすこと <ul style="list-style-type: none"> ・ 病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務すること ・ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること
病理診断管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病理診断を専ら担当する常勤の医師の配置 ・ 病理標本作製及び病理診断の精度管理の体制 ・ 年間の剖検数・生検数が十分にあり等 	
画像診断管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 画像診断を専ら担当する常勤の医師の配置 ・ 画像診断管理を行うにつき十分な体制の整備等 	保険医療機関間の連携により実施され、受信側の保険医療機関が当該加算の施設基準に適合していること
脳波検査判断料1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳波診断に係る診療の経験を有する常勤の医師の配置 ・ 脳波検査の経験を有する常勤の臨床検査技師の配置等 	

個人の病理医との連携による病理診断

- 病理医の不足している地域等において、保険医療機関が、いずれの保険医療機関にも所属しない個人の病理医と連携して病理診断を実施した場合も、病理診断料を算定可能とすべきとの指摘がある。

➤ 保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携による病理診断が実施された場合

- 病理診断の業務量が予見できない場合にも、病理診断の柔軟な実施体制を構築でき、患者の病理診断へのアクセス向上につながる可能性がある。
- 現行の診療報酬では、連携先の保険医療機関に病理診断を専ら担当する常勤の医師の配置を求めているが、保険医療機関に所属しない個人の病理医と連携した場合は、当該病理医が日常的に病理診断を行っていることが担保されない。
- 現行の診療報酬では、連携先の保険医療機関※に、同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検を実施し、診断を行う体制を求めているが、保険医療機関に所属しない個人の病理医と連携した場合は、このような体制を求めることが困難と考えられる。
※ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の場合

【保険医療機関間の連携による病理診断における受取側保険医療機関の施設基準(抜粋)】

- 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。
- 病理診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。(専ら病理診断を担当した経験を7年以上担当した経験を有するものに限る。)
- 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する医療機関であること。
- 同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検を実施し、診断を行う体制が整備されていること。※特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の場合

遠隔病理診断における論点(案)

【論点(案)】

(1) デジタル病理画像を用いた病理診断について

- 現行の診療報酬では、病理診断は顕微鏡を用いた標本の観察(鏡検)により実施することを求めているが、デジタル病理画像を用いた病理診断の精度が鏡検と同等とされる種類の検体について、デジタル病理画像のみによって病理診断を行う場合も、病理診断料等を算定可能としてはどうか。

(2) 保険医療機関の病理医が保険医療機関外で業務を行うことについて

- 画像の送受信に十分な環境がある場合で、保険医療機関の病理医が自宅等においてデジタル病理画像を用いて病理診断を行う場合について、画像診断管理加算の取扱も踏まえ、評価を見直してはどうか。

(3) 保険医療機関間の連携による病理診断について

- 保険医療機関間の連携による病理診断において、連携先の医療機関に検体を送付し、受取側が標本作製した場合も、病理診断料等を算定可能としてはどうか。
- 病理診断料や病理診断管理加算等について、連携先の体制に応じて算定できるのは、保険医療機関間の連携により実施された場合に限ることについてどのように考えるか。

個別事項(その7:その他の論点)

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

3-1 小児かかりつけ診療料

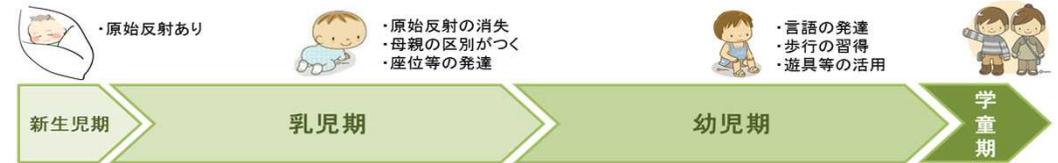
【課題】

○ 小児かかりつけ診療料

- ・小児外来診療料と小児かかりつけ診療料の算定回数合計をみると、小児かかりつけ診療料は全体の4%程度を占めていた。
- ・小児かかりつけ診療料の施設基準では、地域の保健活動等への参加に係る要件が設けられているが、参加状況にはばらつきがあり、初期救急への参加については61%程度だった。
- ・算定患者による電話問い合わせへの対応について、多くの医療機関が、「自院の医師が対応」と回答していた。
- ・小児かかりつけ診療料を算定する患者のうち、慢性疾患を有する患者は40%だった。
- ・小児科で継続的な管理が行われていない疾患の1つに、運動器疾患がある。

平成28年度改定 小児かかりつけ診療料

- 小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する。



(新) 小児かかりつけ診療料

1 処方せんを交付する場合

イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点

[主な算定要件]

- ① 対象は、継続的に受診している未就学児(3歳以上の患者にあつては、3歳未満から当該診療料を算定しているものに限る。)であつて、当該保険医療機関の医師をかかりつけ医とすることについて同意を得ている患者。
- ② 原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定することとし、他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関をすべて把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。
- ③ **当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において常時対応を行うこと。**
- ④ 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
- ⑤ 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。

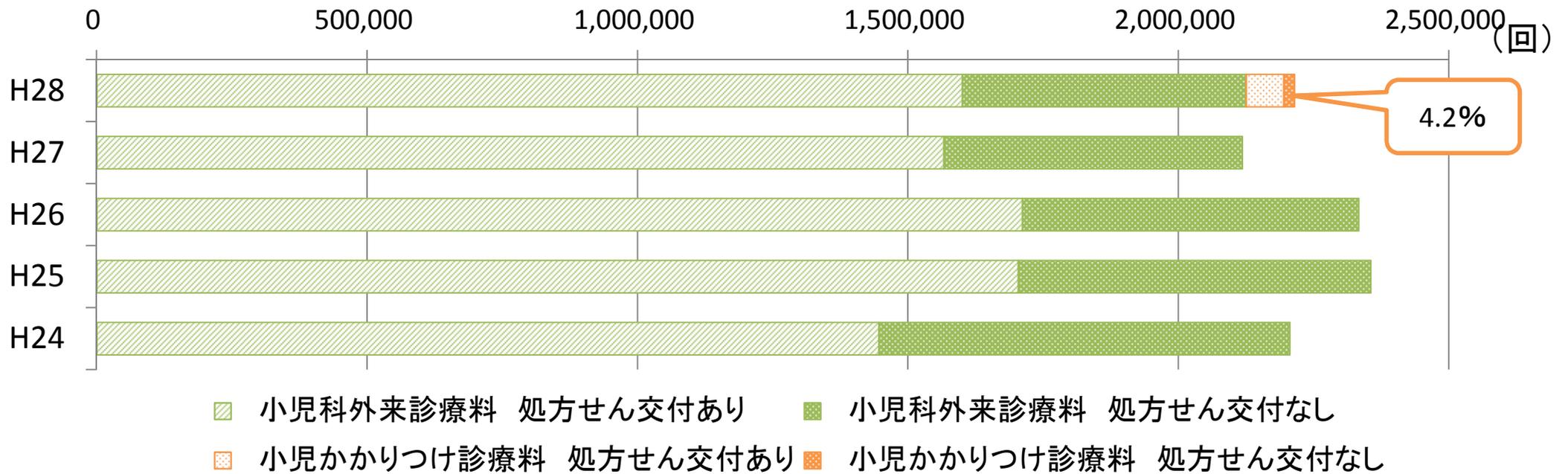
[施設基準]

- ① 小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。
- ② 時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。
- ③ 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されていること。
- ④ **以下の要件のうち3つ以上に該当すること。**
 - a. 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回以上実施
 - b. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施
 - c. 定期予防接種を実施
 - d. 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
 - e. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

小児かかりつけ診療料等の算定状況

○ 小児外来診療料と小児かかりつけ診療料の算定回数合計をみると、小児かかりつけ診療料は全体の4%程度を占めていた。

＜小児科外来診療料と小児かかりつけ診療料の算定回数の推移＞



出典：平成28年社会医療診療行為別統計

小児かかりつけ診療料の
届出医療機関の数(平成28年7月)

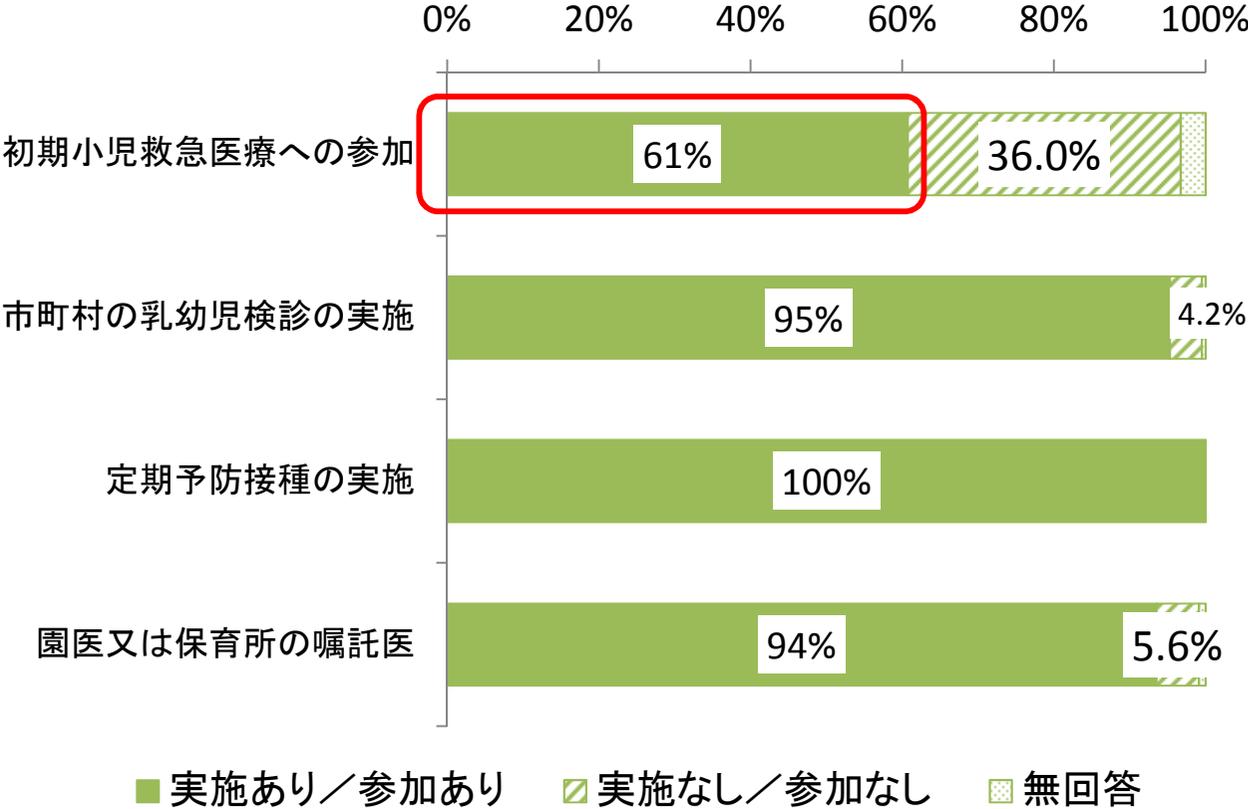
876医療機関

出典：保険局医療課調べ

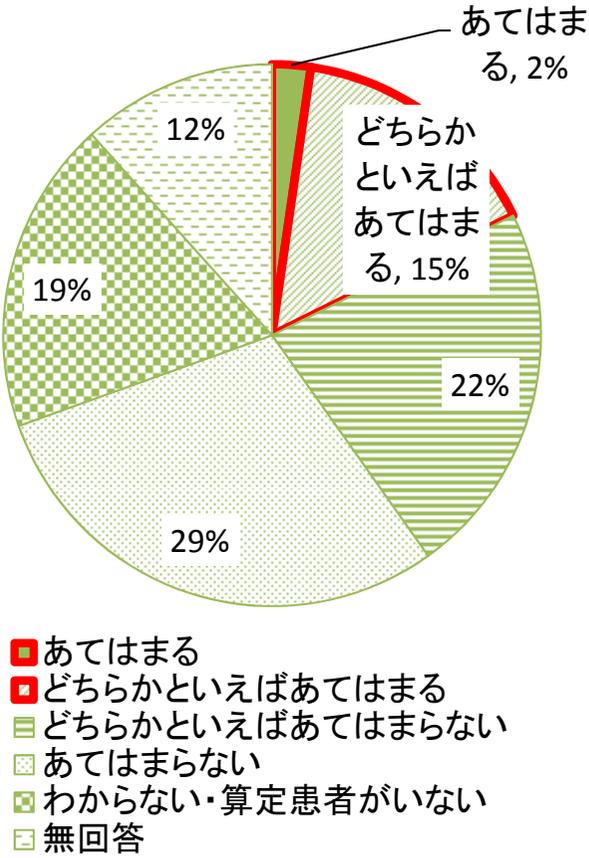
小児かかりつけ診療料の届出医療機関の状況①

- 小児かかりつけ診療料の届出医療機関による地域の保健活動等への参加状況にはばらつきがあり、初期救急への参加については、61%程度だった。
- 小児かかりつけ診療料の算定による影響として、地域の保健活動への参加機会が増加したかどうかについて、17%の医療機関が「あてはまる」「どちらかといえばあてはまる」と回答していた。

＜地域の保健活動等への参加状況(n=214)＞



＜小児かかりつけ診療料の算定による影響(地域の保健活動への参加機会増加)(n=214)＞

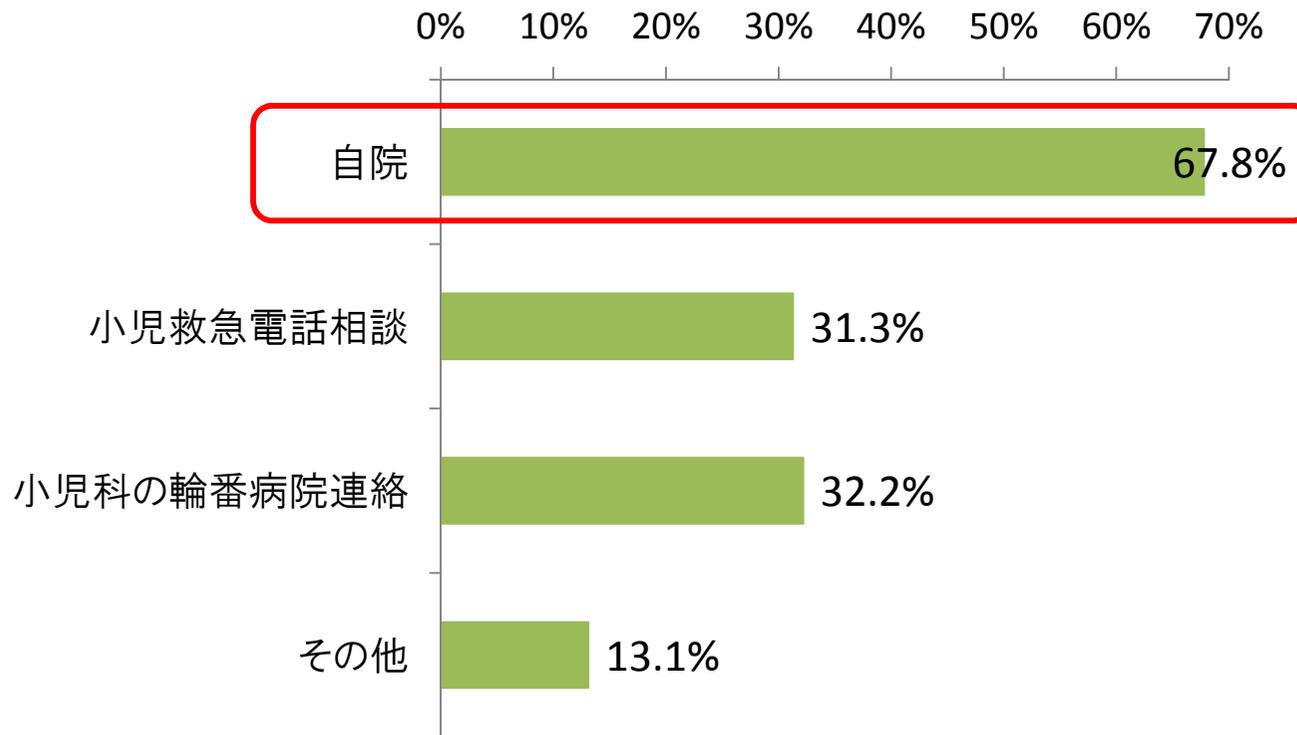


出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度)

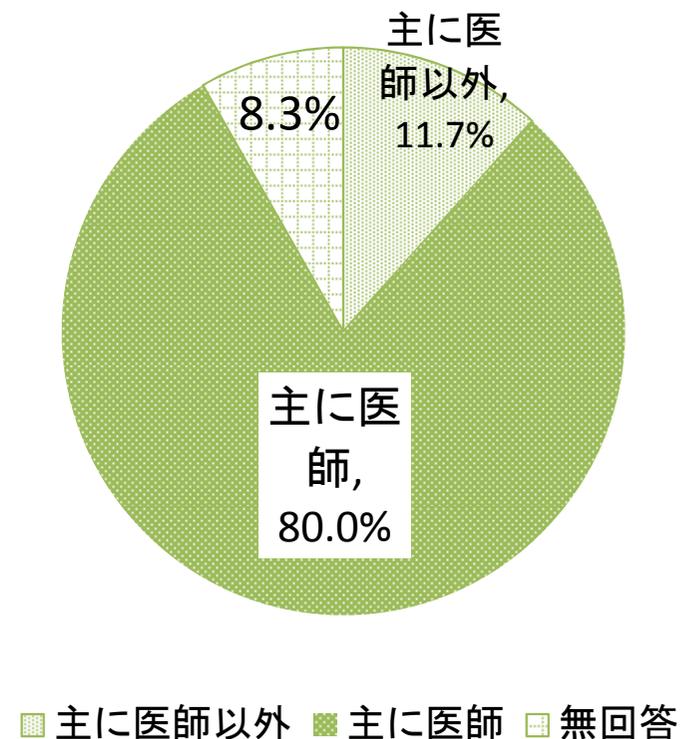
小児かかりつけ診療料の届出医療機関の状況②

- 小児かかりつけ診療料を算定する患者に案内する、診療時間外の最初の連絡先については、「自院」としている医療機関が最も多く、68%だった。
- 具体的な対応者については、「主に医師」と回答した医療機関がもっとも多く、80%だった。

＜診療時間外の最初の連絡先(n=214)＞



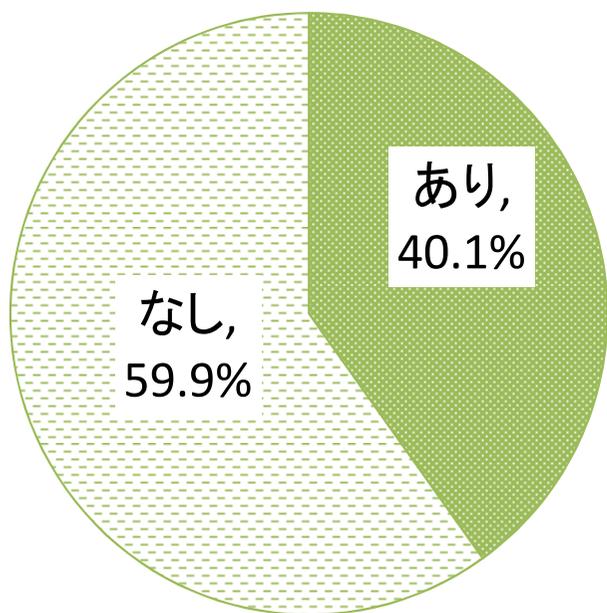
＜自院の場合の対応者(n=145)＞



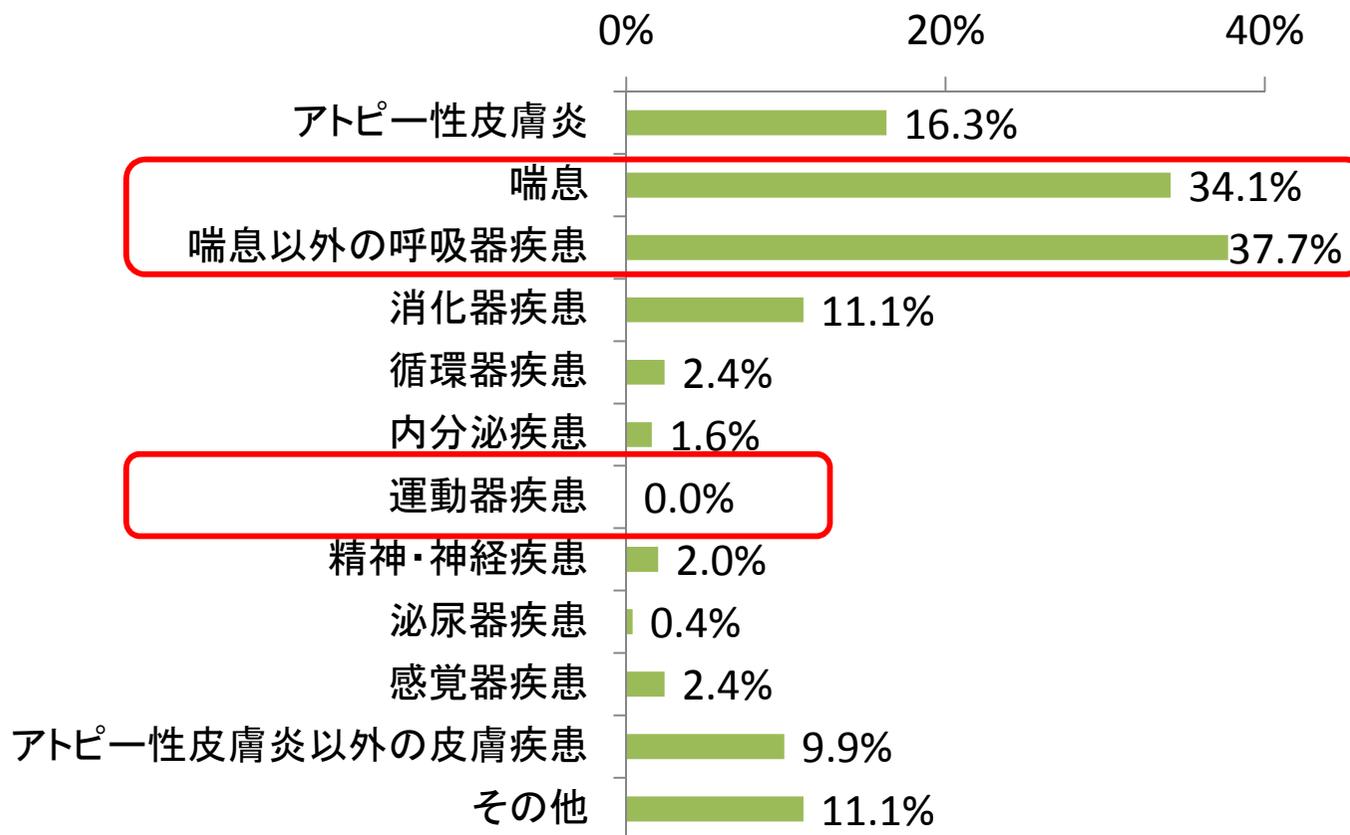
小児かかりつけ診療料を算定する患者の疾患

- 小児かかりつけ診療料を算定する患者のうち、継続的な管理が必要な慢性疾患を有する患者の割合は40%だった。
- 慢性疾患の種類については、「喘息以外の慢性疾患」と「喘息」が多く、それぞれ38%、34%を占めた。運動器疾患は0%だった。

＜継続的な管理が必要な慢性疾患の有無
(n=629)＞



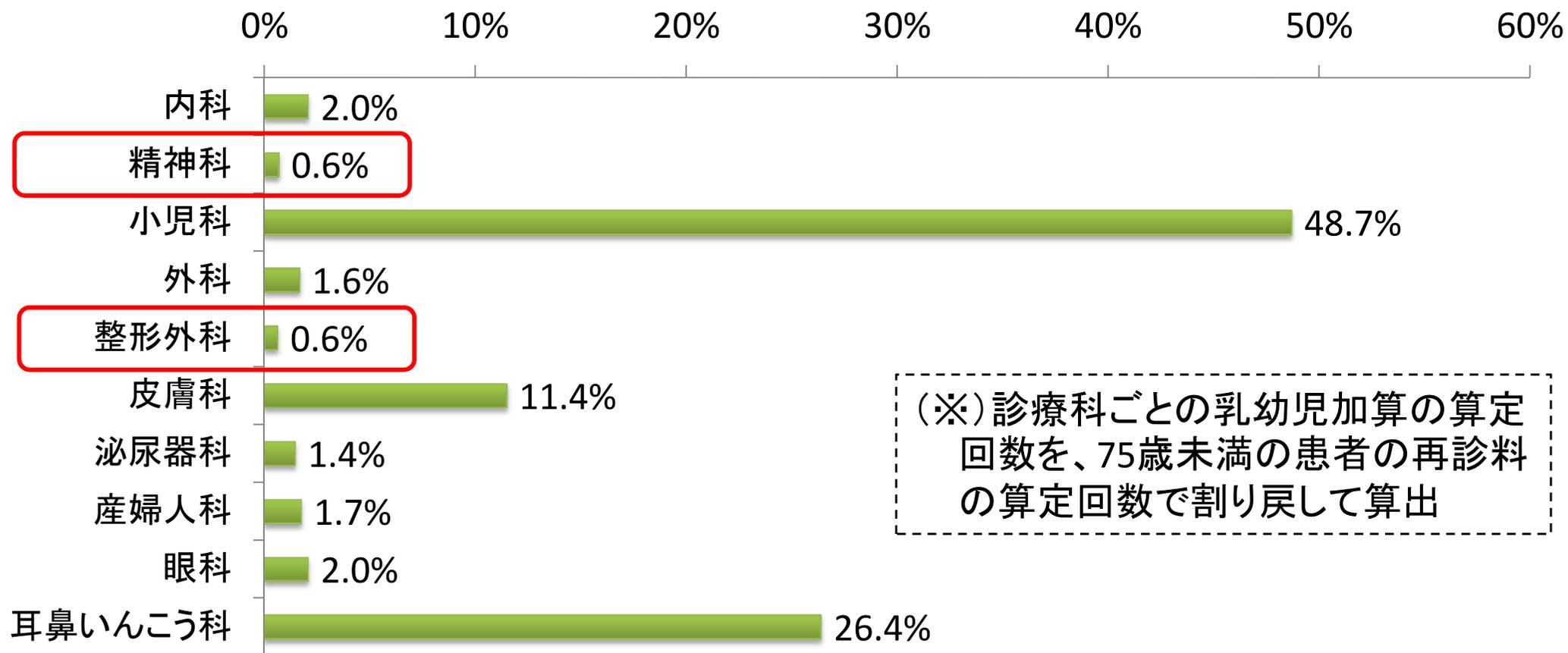
＜管理を必要とする慢性疾患の種類(n=252)＞



診療所における小児患者の診療状況

○ 診療所において、6歳未満の小児を診察している割合は、整形外科と精神科で0.6%となっている。

診療所における再診料の乳幼児加算の算定割合



(参考) 小児の運動器疾患

○ 小児の運動器疾患には、リハビリや定期的な観察を必要とするものがある。

	頻度	好発年齢	治療や医学管理の方針
脊柱側弯症（先天性、特発性）	全体1～2% 小学生 0.4% 中学女子2.5%	小学生、中学生	軽症は3カ月から6カ月に一度来院してチェック、重症は装具療法や手術
腰椎分離（すべり）症	約5%	小学高学年から中学生	新鮮例はコルセットなどで固定し治療 陳旧例では動作の指導や運動療法 3から6カ月毎のチェック
脳性麻痺	約0.25%	生後4週	完治は不可 早期治療(リハビリテーションなど)で障害を克服する新しい方法を学習する 診断確定後より治療必要
脊髄性小児麻痺	2000年10月京都会議 で根絶宣言 今後は輸入例	5歳以下が多い	発症例は対症療法
先天性股関節脱臼	0.1～0.3% 女子に多い	出生後(乳幼児健診3-4カ月で発見される場合が多い)	新生児期は経過観察する施設が多い 乳児期リーメンビューゲル法(毎月チェック) 整復困難例は手術
斜頸	約1%	出生直後	1歳半までに80-90%治癒(毎月チェック)
内反足	約0.1%	出生直後	発見時よりギプス治療(週1回) 1歳頃矯正不能例は手術
ペルテス病	約0.005%男子に多い	4～8歳	早期で計症例は経過観察 4歳以上で美容層範囲の大きいものは免荷、装具療法(1～1.5年) 高度変形例は手術
大腿骨頭通り症	約0.02%	10～14歳	ほとんどの症例で手術 後療法リハビリテーション
オスグッド病		10～15歳 男子に多い	ほとんど保存療法(リハビリテーション)で治療 治療効果がないものは手術
野球肘	少年野球 約20% 中学生 約40%	小学生～高校生	投球数管理、投球フォームチェックなどのリハビリ
その他骨端軟骨障害 (ケーラー病など)			各骨端症により発生が異なる

3－(2)小児科療養指導料

【課題】

- 小児科療養指導料は、小児科を担当する医師が外来において慢性疾患を有する小児又は家族に対して療養上の指導を行った場合に算定する。
- 小児科療養指導料の算定回数は、平成22～27年は横ばいであったが、平成28年でそれまでと比較して大きく増加している。
- 小児やその家族に対する外来での指導に関する評価において、実施者に関する規定は「小児科を担当する医師」、「標榜診療科の専任の医師」、「規定なし」と様々である。
- いわゆる医療的ケア児の数が増加傾向にある。

小児科療養指導料

- 小児科療養指導料は、小児科を担当する医師が外来において慢性疾患を有する小児又は家族に対して療養上の指導を行った場合に算定する。
- 小児科療養指導料の算定回数は、平成22～27年は横ばいであったが、平成28年でそれまでと比較して大きく増加している。

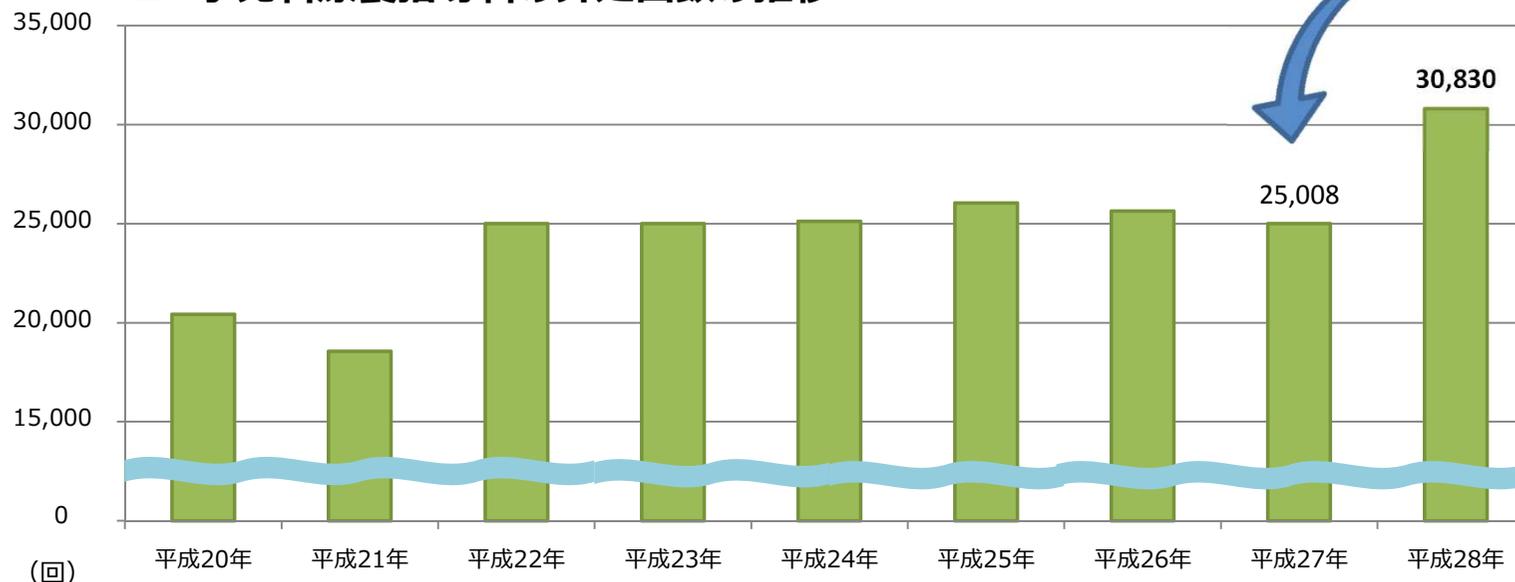
小児科療養指導料 270点

- ・ 厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、**小児科を担当する医師**が、**慢性疾患**であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外の者又は家族に対して、必要な**生活指導（治療計画に基づく療養上の指導）**を継続して行った場合に、月1回に限り算定

【対象疾患・患者】

- 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病並びに児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）。
- 出生時の体重が1,500g未満であった6歳未満の者についても対象。

■ 小児科療養指導料の算定回数の推移



児童福祉法の一部改正 (平成27年1月1日施行)

小児慢性特定疾病児童等（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等）に係る法定給付としての小児慢性特定疾病医療費の支給や小児慢性特定疾病児童等自立支援事業が法に位置づけられた。

小児や家族に対する指導に関する評価

○ 小児やその家族に対する外来での指導に関する評価において、実施者に関する規定は「小児科を担当する医師」、「標榜診療科の専任の医師」、「規定なし」と様々である。

<p>小児科療養指導料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外の者又は家族に対して、必要な生活指導（治療計画に基づく療養上の指導）を継続して行った場合に、月1回に限り算定 	<p>医師限定</p>
<p>小児悪性腫瘍患者指導管理料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 小児科を標榜する保険医療機関において、小児悪性腫瘍、白血病又は悪性リンパ腫の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定 	
<p>難病外来指導管理料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定 	

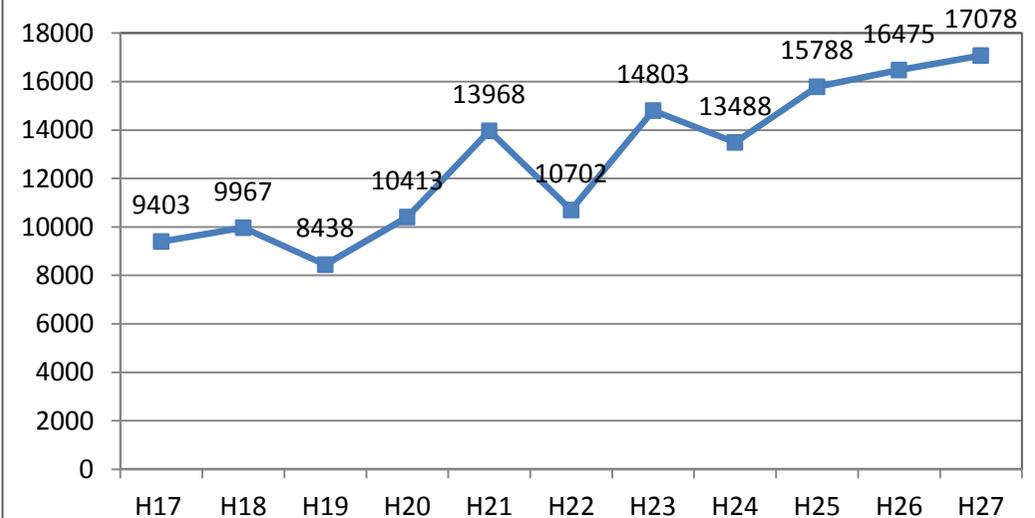
医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児のこと。
- 全国の医療的ケア児は約1.7万人〈推計〉 [平成28年厚生労働科学研究田村班中間報告]

- 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
- 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要
例) 気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養 等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。[岡田.2012推計値]

医療的ケア児数



(平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)」の中間報告)

児童福祉法の改正

(平成28年5月25日成立・同年6月3日公布)

第五十六条の六第二項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」

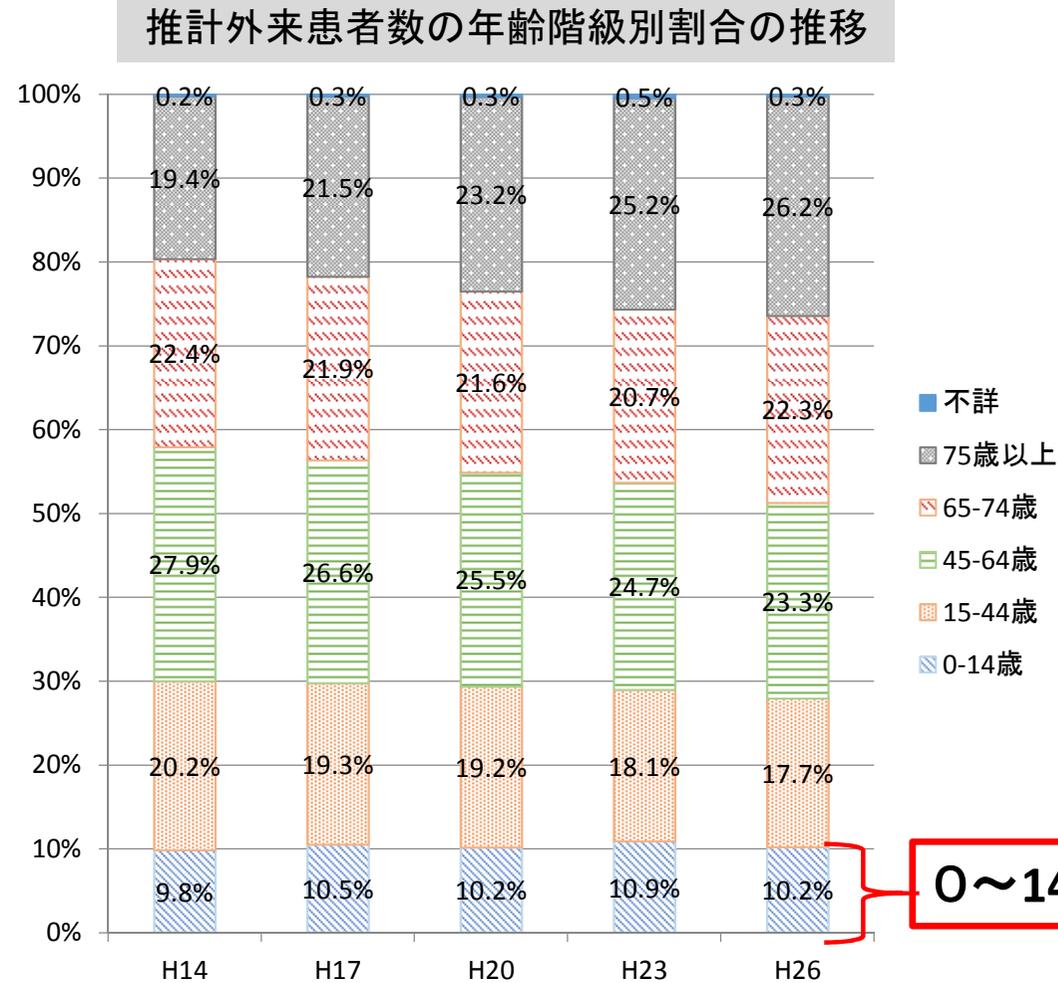
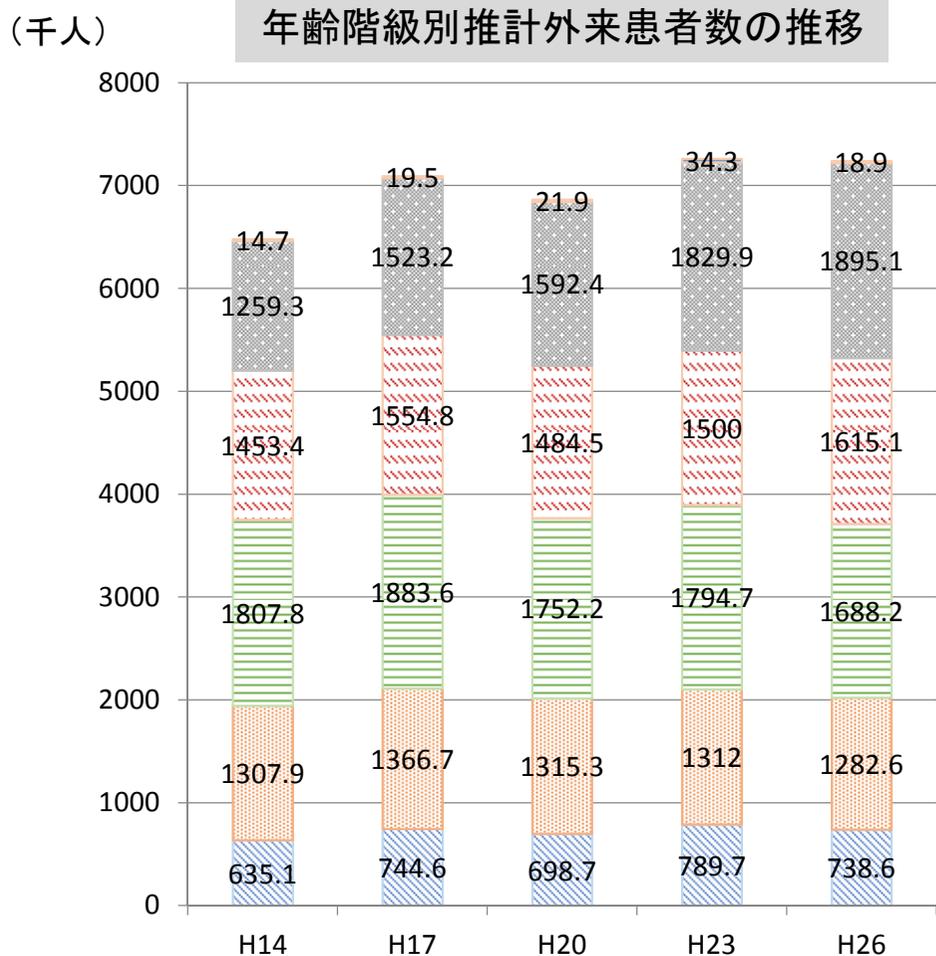
3- (3). 抗菌薬の適正使用

【課題】

- 年齢別の推計外来患者数をみると、0～14歳は約1割で推移。
- 年齢別に経口抗菌薬の使用量をみると、約1/4が15歳未満の患者への使用となっており、外来患者数の年齢別の割合と比較すると、多くなっている。抗菌薬の使用数のうち、約8割弱が広域抗菌薬である。
- 抗菌薬の適正使用の推進のため、外来診療における抗微生物薬適正使用の手引き(厚生労働省)が公表されている。
- 抗菌薬に関する正しい知識を得ようとする時に利用する情報源としては、医師(74%)を挙げた人がもっとも多く、ついで薬剤師(42%)であった。
- 急性気道感染症において抗菌薬を処方される患者の割合は、約60%程度との報告がある。
- 外来における小児患者の医学管理に対する報酬として、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料がある。これらの点数は、投薬、検査等が包括されており、別途算定できない。

推計外来患者の年齢階級別の推移

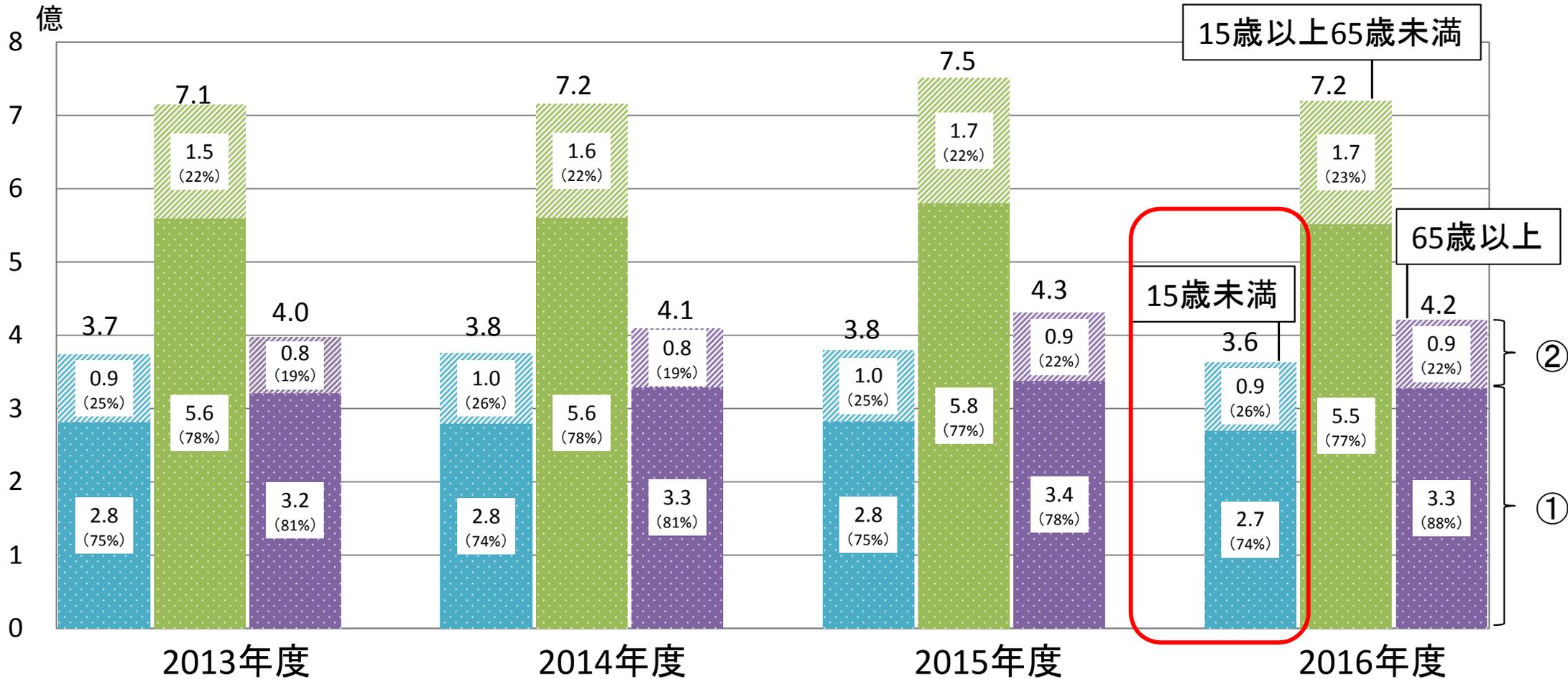
○ ここ数年、推計外来患者の75歳以上の患者の割合は増加傾向である。



※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者(往診、訪問診療を含む)の推計数である。

一般感染症に用いられる経口抗菌薬の数量の推移(2013年度～2016年度)

○ 一般感染症に用いられる経口抗菌薬の使用量は、近年ほぼ一定で推移しており、使用割合を見ると広域抗菌薬が8割程度を占めている。



注1) 薬効大分類61抗生物質製剤、62化学療法剤に該当する以下の医薬品の数量を集計したものである。

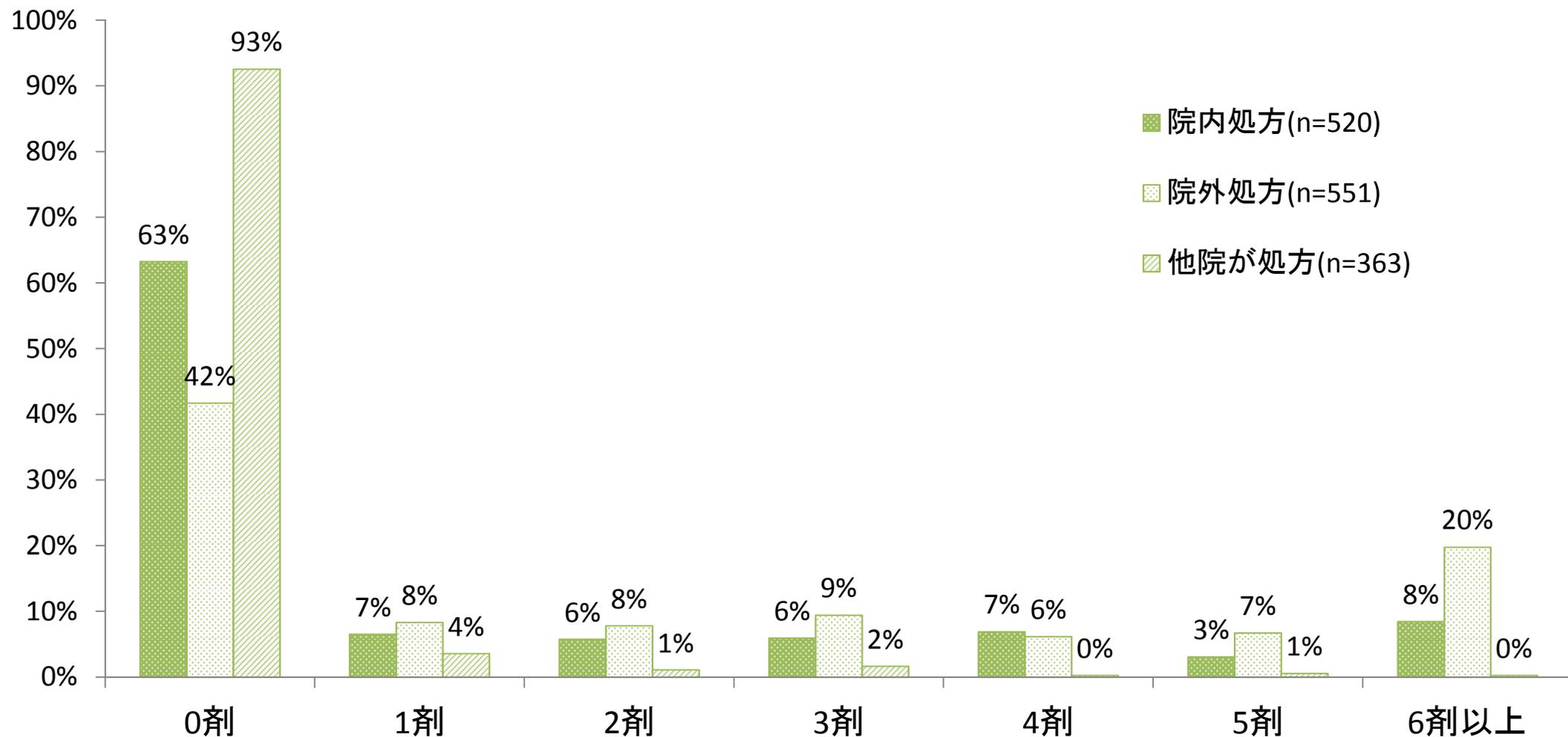
①広域抗菌薬(第3世代セフェム、フルオロキノロン系、マクロライド系、カルバペネム系)

②その他の抗菌薬

注2) 数量とは、薬価基準告示上の規格単位で数えた数量をいう。

小児かかりつけ診療料を算定する患者の投薬状況

- 小児かかりつけ診療料を算定する患者に処方された処方薬数をみると、薬剤数が0剤の割合が最も多く、薬剤が処方されている場合の剤数は、1剤～6剤以上まで多様である。院外処方の場合を中心に、6剤以上の処方されているケースが20%あった。



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)

小児科外来診療料の概要

○ 小児科外来診療料については、検査、投薬等の費用が包括されている。

○ 小児科外来診療料(1日につき)

1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合

イ 初診時 572点

ロ 再診時 383点

2) 1以外の場合

イ 初診時 682点

ロ 再診時 493点

[対象施設]

小児科を標榜する保険医療機関

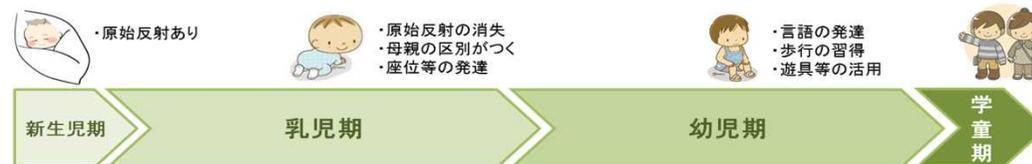
[評価の概要]

- 本診療料の届出を行った保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、**3歳未満の全ての患者を対象**に算定を行う(対象患者に対する診療報酬の請求は原則小児科外来診療料により行う)
- 時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(II)並びに往診料を除き、**原則として全て所定点数に含まれる。**

小児かかりつけ診療料の概要

- 小児かかりつけ診療料については、検査、投薬等の費用が包括されている。抗菌薬の処方の要否の判断に際して微生物検査を行っても検査料が算定できない。

- 小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する。



小児かかりつけ診療料

1 処方せんを交付する場合

イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点

[対象施設]

小児科を標榜する保険医療機関

[評価の概要]

- 本診療料の届出を行った保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、未就学児（3歳以上の患者にあっては、3歳未満から当該点数を算定しているものに限る）のかかりつけの患者が対象。
- 時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(II)並びに往診料を除き、原則として全て所定点数に含まれる

抗微生物薬適正使用に向けた取り組み

中医協 総 - 1

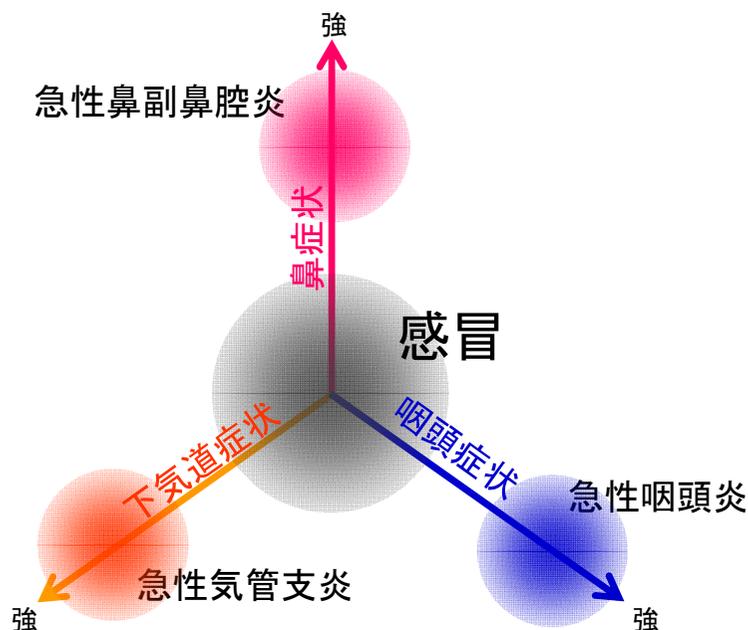
29.12.1

- ・日本で使用される抗菌薬のうち約**90%**は外来診療で処方される**経口**抗菌薬である。

- ・**外来診療**の現場で活用できる「**抗微生物薬適正使用の手引き 第一版**」を平成29年6月1日発表

急性気道感染症

診断・治療の考え方



患者・家族への説明内容

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

急性下痢症

診断・治療の考え方

- ・細菌性・ウイルス性に関わらず、多くは自然に治るため、抗菌薬は不要。
- ・対症療法や水分摂取励行が重要。

- ✓ 全身状態(日常生活への支障程度)
 - ✓ 海外渡航歴
 - ✓ 血性下痢
 - ✓ 発熱
- 等を踏まえて、便の検査や抗菌薬処方を検討。

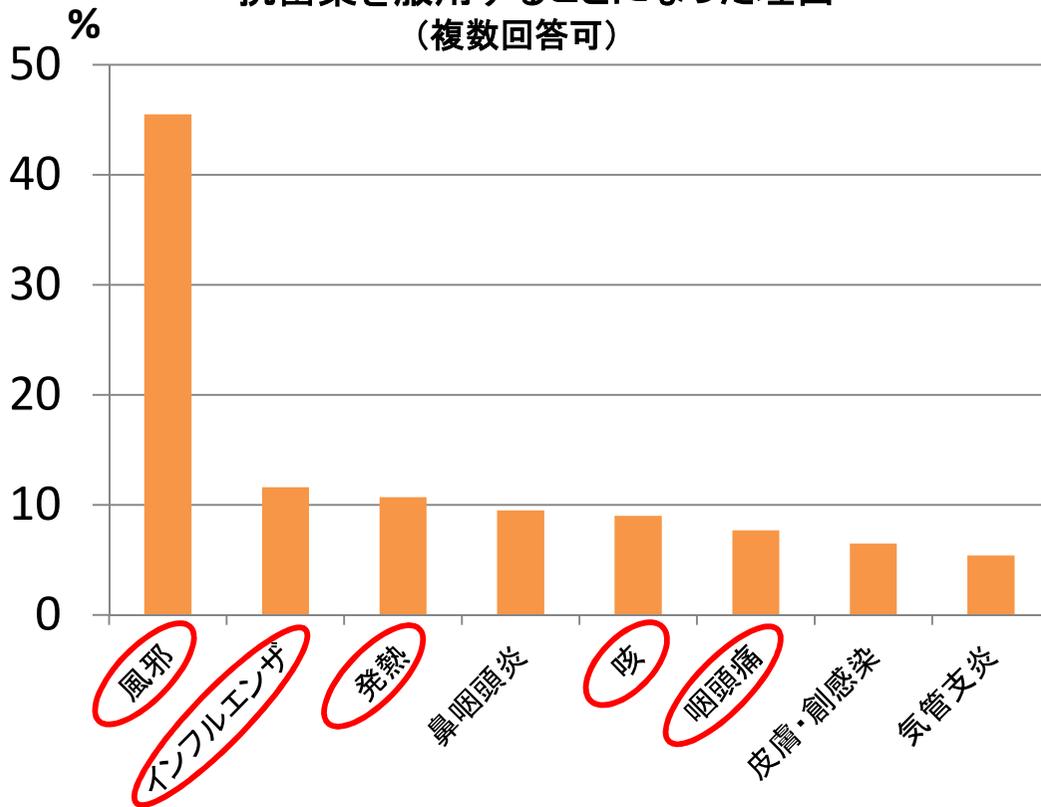
患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬の使用は、腸内細菌叢を乱す可能性あり。
- ・糖分、塩分の入った水分補給が重要。
- ・感染拡大防止のため、手洗いを徹底。
- ・改善しない場合の再受診を。

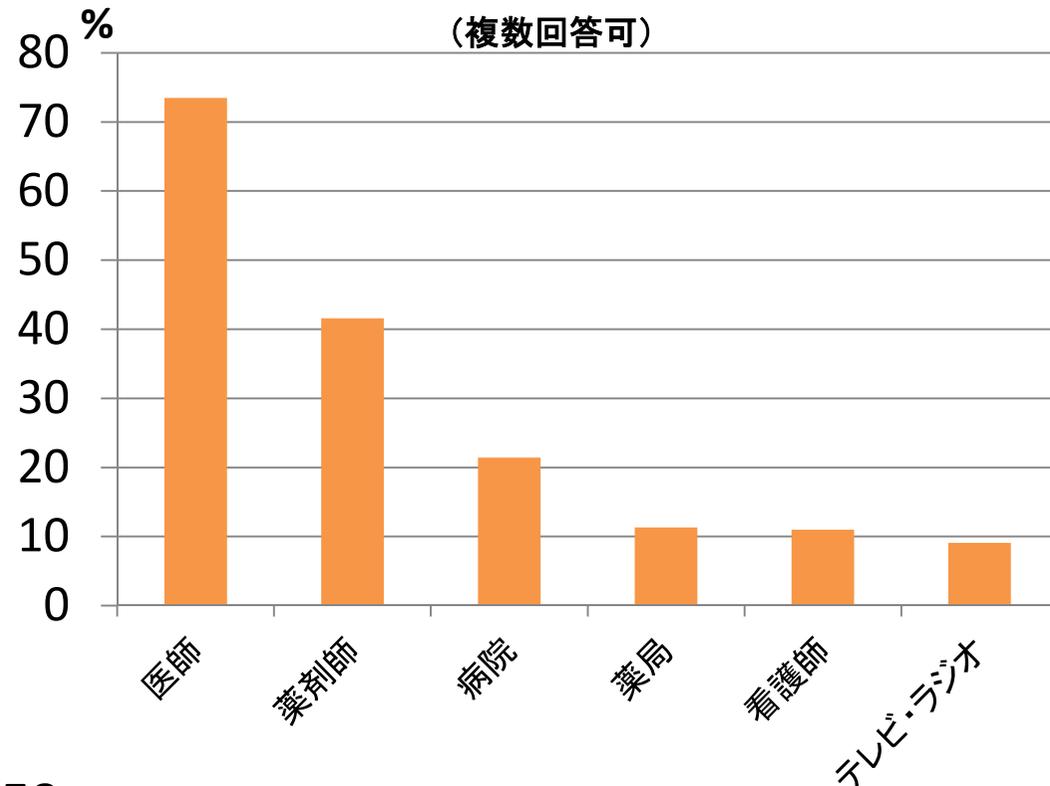
患者の抗菌薬に関する意識調査

- 国民に対する抗菌薬意識調査(2017年、インターネット調査、N=3,390)によると、抗菌薬がインフルエンザや風邪に効くと思っている人の割合は40%を超えている。
- 抗菌薬に関する正しい知識を得ようとする時に利用する情報源としては、医師(74%)を挙げた人がもっとも多く、ついで薬剤師(42%)であった。

抗菌薬を服用することになった理由
(複数回答可)



抗菌薬に関する正しい情報を得ようとする時の情報源
(複数回答可)

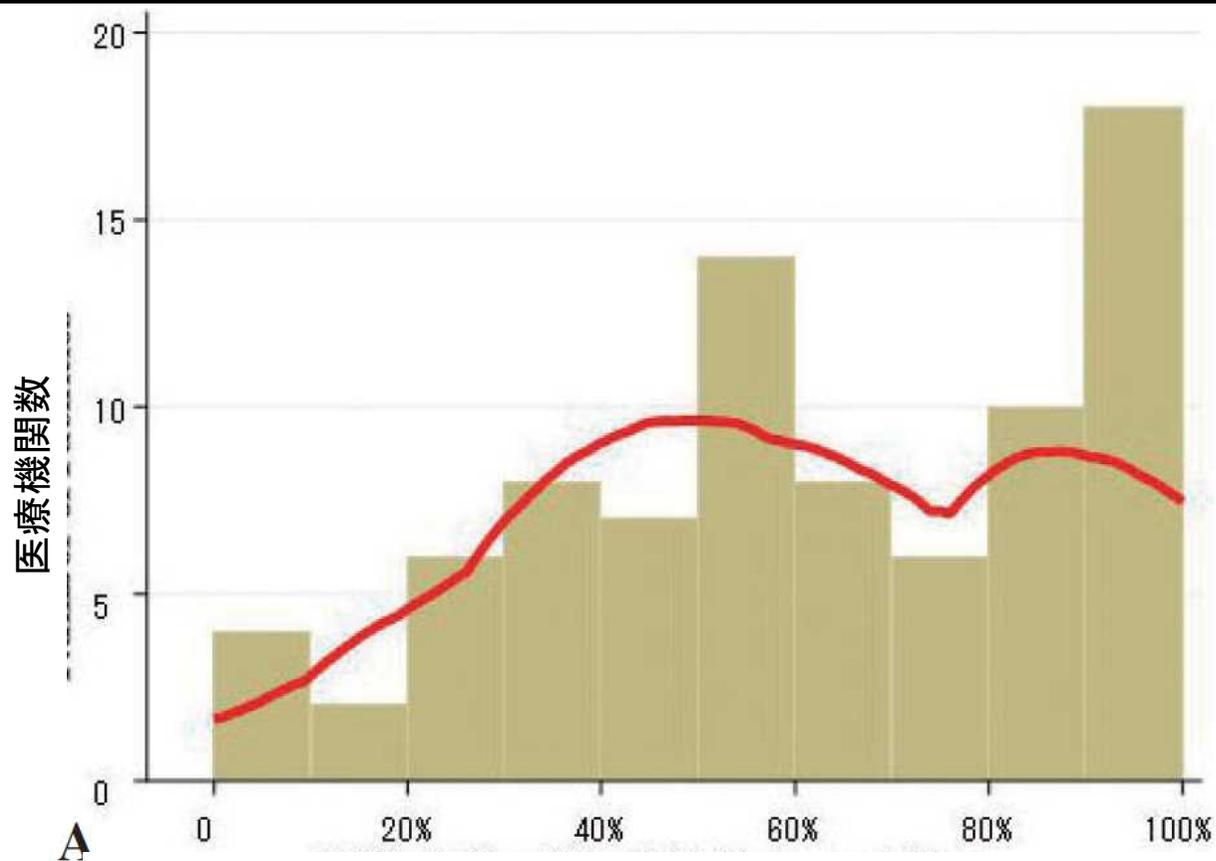


59

平成28年度 厚生労働科学研究:医療機関における薬剤耐性菌の感染制御に関する研究
分担研究報告書「国民の薬剤耐性に関する意識についての研究」

外来診療における経口抗菌薬投与の実状

- 急性気道感染症において抗菌薬を処方される患者の割合は、約60%程度と報告されている。
- 我が国における、急性上気道炎による外来受診を解析した調査では、抗菌薬の処方される割合は、成人/小児、院内/院外薬局、医療機関の種類、地域による差が認められる。



Higashi T, Fukuhara S. Antibiotic Prescription for Upper Respiratory Tract Infection in Japan. *Inter Med.* 2009;48:1369-75

医療機関において急性気道感染症に対して抗菌薬を処方していた割合

小児への対応に係る論点(案)①

【論点(案)】

○ 小児かかりつけ診療料

- ・ 小児かかりつけ診療料の施設基準において、参加することとされている地域の保健活動等のうち、医師の負担が大きいと考えられる業務に従事している場合には、状態が安定した患者について診療時間外の問い合わせ対応に係る算定要件を、一部緩和してはどうか。
- ・ かかりつけ医からの紹介を受けて、整形外科において小児の運動器疾患に対し継続的な管理が行われる場合を、評価してはどうか。

○ 小児科療養指導料

- ・ 小児科療養指導料の実施においては、小児科の医師が行うとの規定になっているが、複数の職種による診療実態等を踏まえ、医師の治療計画に基づいて療養上の指導を複数の職種が行えるとの規定に見直してはどうか。
- ・ 小児慢性疾患等の現行の対象患者には該当していないが、医師等による療養上の指導が必要な、いわゆる医療的ケアが必要な児についても、対象患者に追加してはどうか。
- ・ 学校との情報共有・連携について、算定要件に明確化してはどうか。

小児への対応に係る論点(案)②

【論点(案)】

○ 小児における抗菌薬の適正使用

- ・ 小児科外来診療料や小児かかりつけ診療料を算定する患者が、急性気道感染症や急性下痢症で受診した場合に、簡易検査等の活用や、患者・家族に十分な理解を得る説明を行うなど、広域抗菌薬を使用しない取り組みに対して、抗菌薬の適正使用の推進の観点から、評価を検討してはどうか。
- ・ また、評価にあたっては、患者・家族等への文書の提供や、抗菌薬の処方状況等などの報告を求めることとしてはどうか。

個別事項(その7:その他の論点)

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

4. 医療機関と薬局の情報共有・連携

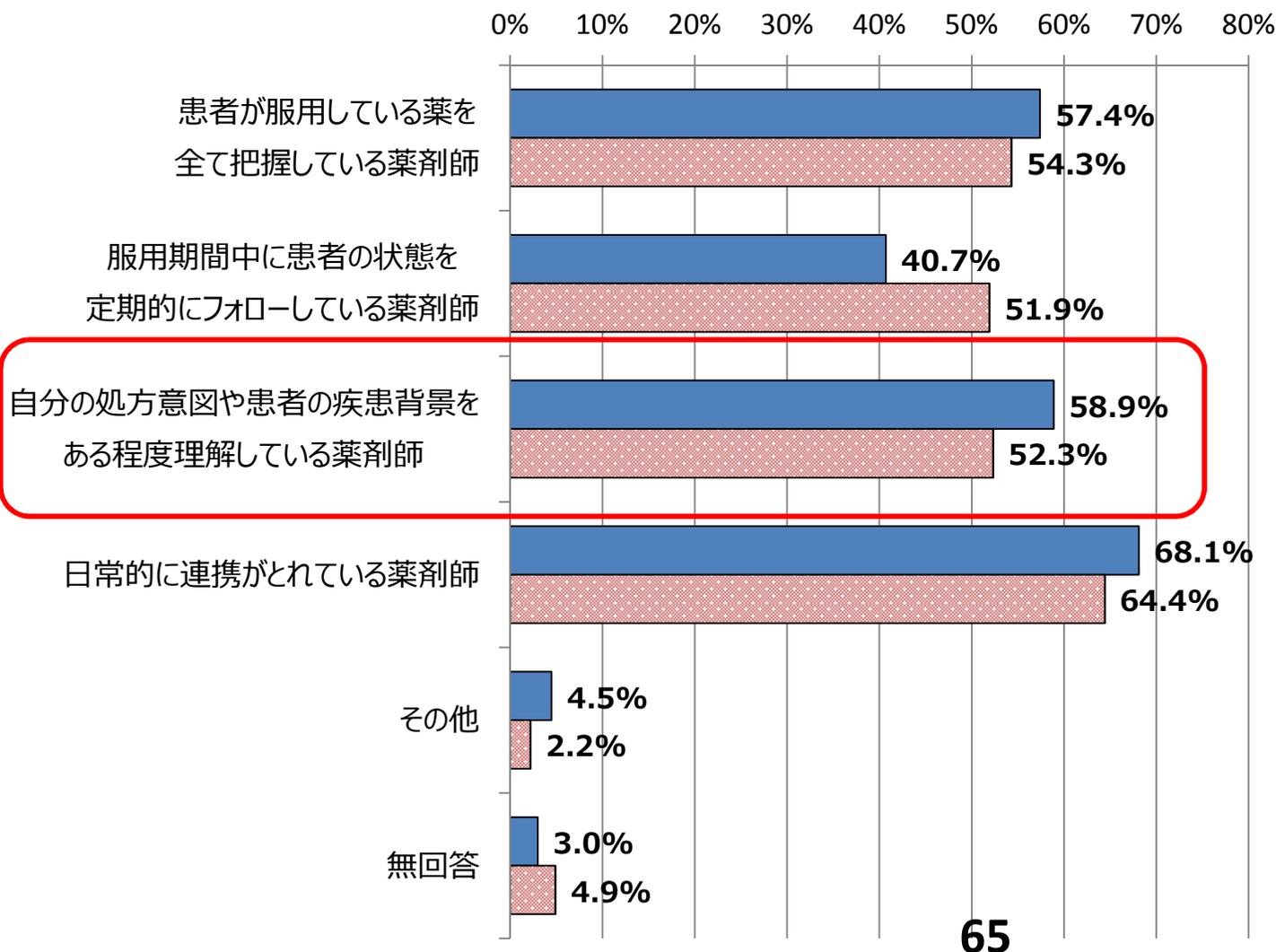
【課題】

- 医師が、医薬品適正使用を進める上で、連携を図りたいと考える薬剤師として、自分の処方意図や患者の疾患背景をある程度理解している薬剤師があげられる。
- 医療機関から薬局に対し検査値等が提供された場合、薬局薬剤師が検査値等を踏まえて疑義照会を行い医師による処方変更に至るなど、医師と薬剤師の連携により薬物療法の安全性の向上につながっている。他方で、こうした情報を提供していない医療機関や受け取っていない薬局も存在する。
- 患者に対して、かかりつけ薬剤師・薬局を持っている患者の方が、検査値等を薬局に提示した経験が多く、医療機関からの検査値等の提供にあたっては、患者や医師との信頼関係が構築されていることが重要である。
- 医療機関において、薬局からの問い合わせへの対応方法は様々で、特定の問い合わせ窓口を設定している医療機関は少ない。

薬剤の適正使用を進める上で医療機関が求める薬局薬剤師

○ 残薬、重複投薬・多剤投薬の改善など薬剤の適正使用を進めるにあたり、どのような薬局薬剤師であれば連携を図りたいと考えるか尋ねたところ、診療所、病院ともに「日常的に連携がとれている薬剤師」が最も多かった。次いで、診療所では「自分の処方意図や患者の疾患背景をある程度理解している薬剤師」が、病院では「患者が服用している薬を全て把握している薬剤師」が多かった。

➤ 薬剤の適正使用を進める上で連携を図りたいと考える薬局薬剤師（複数回答）



■ 診療所(n=467)

■ 病院(n=449)

(注)「その他」の内容として、以下の内容が挙げられた。

診療所:「生活指導や地域包括ケアシステムに明るい薬剤師」、「認知症の患者等にきちんと内服するよう指導できる薬剤師」、「訪問してチェックしてくれる薬剤師」等。

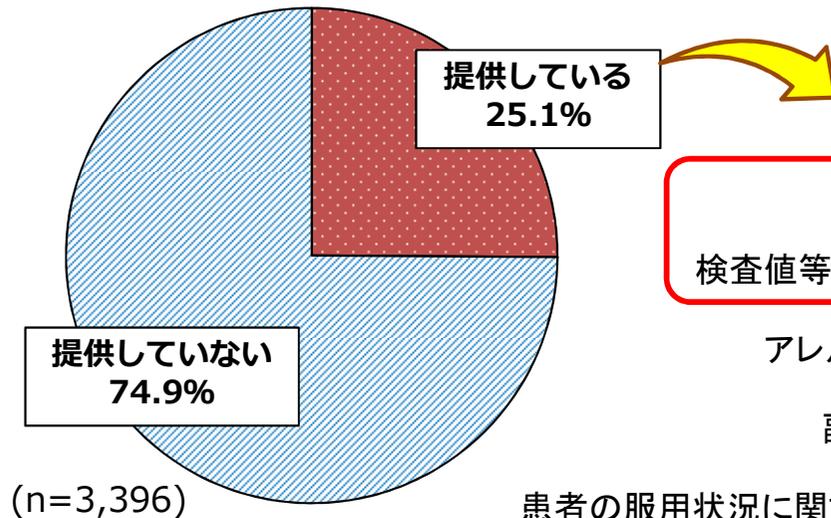
病院:「信頼関係が築けている薬剤師」、「精神疾患を有する患者、家族への理解が深い薬剤師」、「患者と信頼関係のある薬剤師」、「近い存在でコミュニケーションが十分にとれる薬剤師」、「連携システムが導入されている薬局の薬剤師」、「残薬調整をしっかりとっている薬剤師」、「服薬アドヒアランスの把握ができていない薬剤師」、「患者にきっちりと指導できる薬剤師」等。

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)

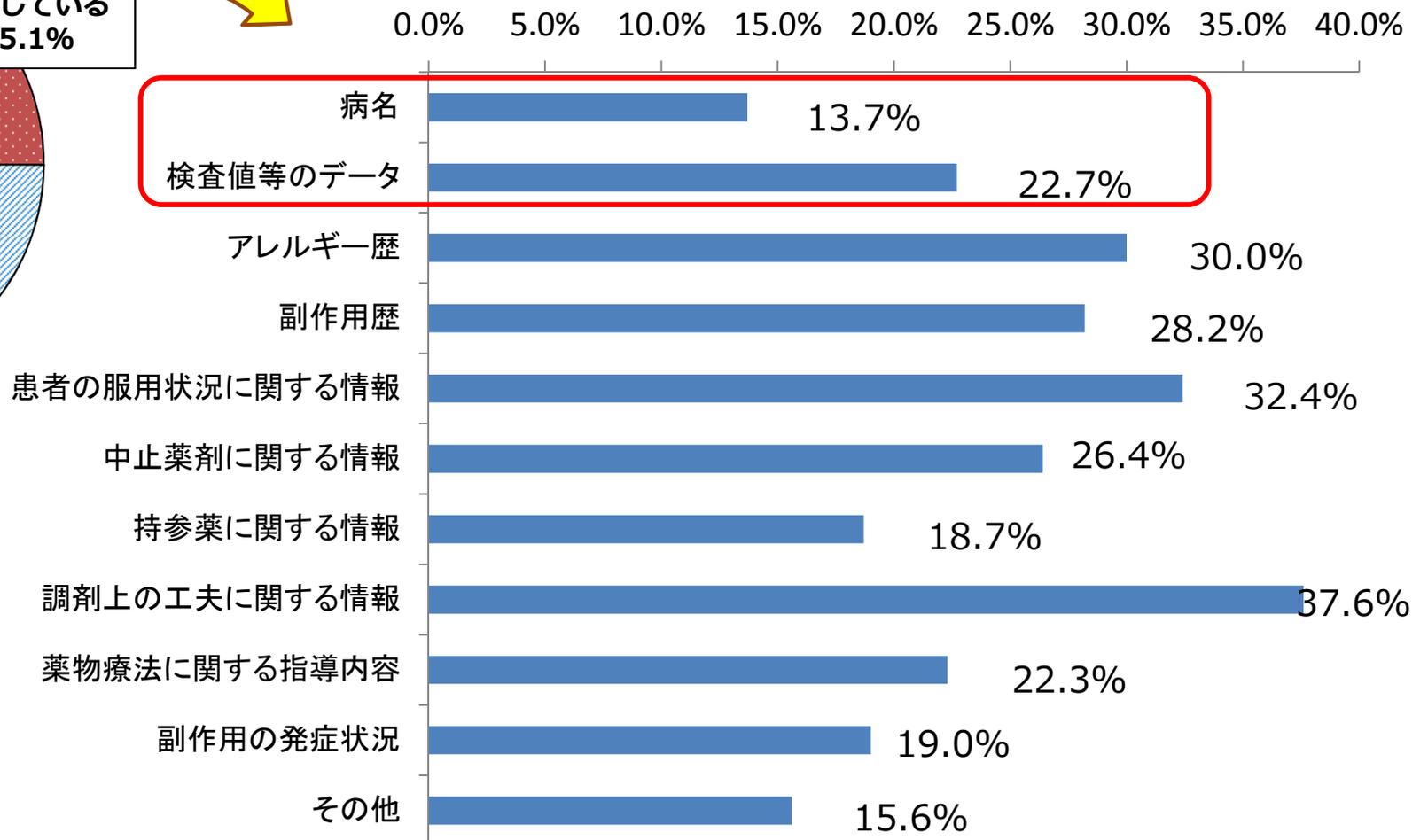
医療機関から保険薬局に提供している患者情報（外来）

- 外来時に保険薬局に患者情報を提供していると回答した施設は25.1%であった。また、提供している患者情報は、「調剤上の工夫に関する情報」が最も多く37.6%であった。検査値等や病名といった情報を提供している医療機関も見られた。

保険薬局に患者情報を提供している割合



保険薬局に提供している患者情報別の割合（外来）

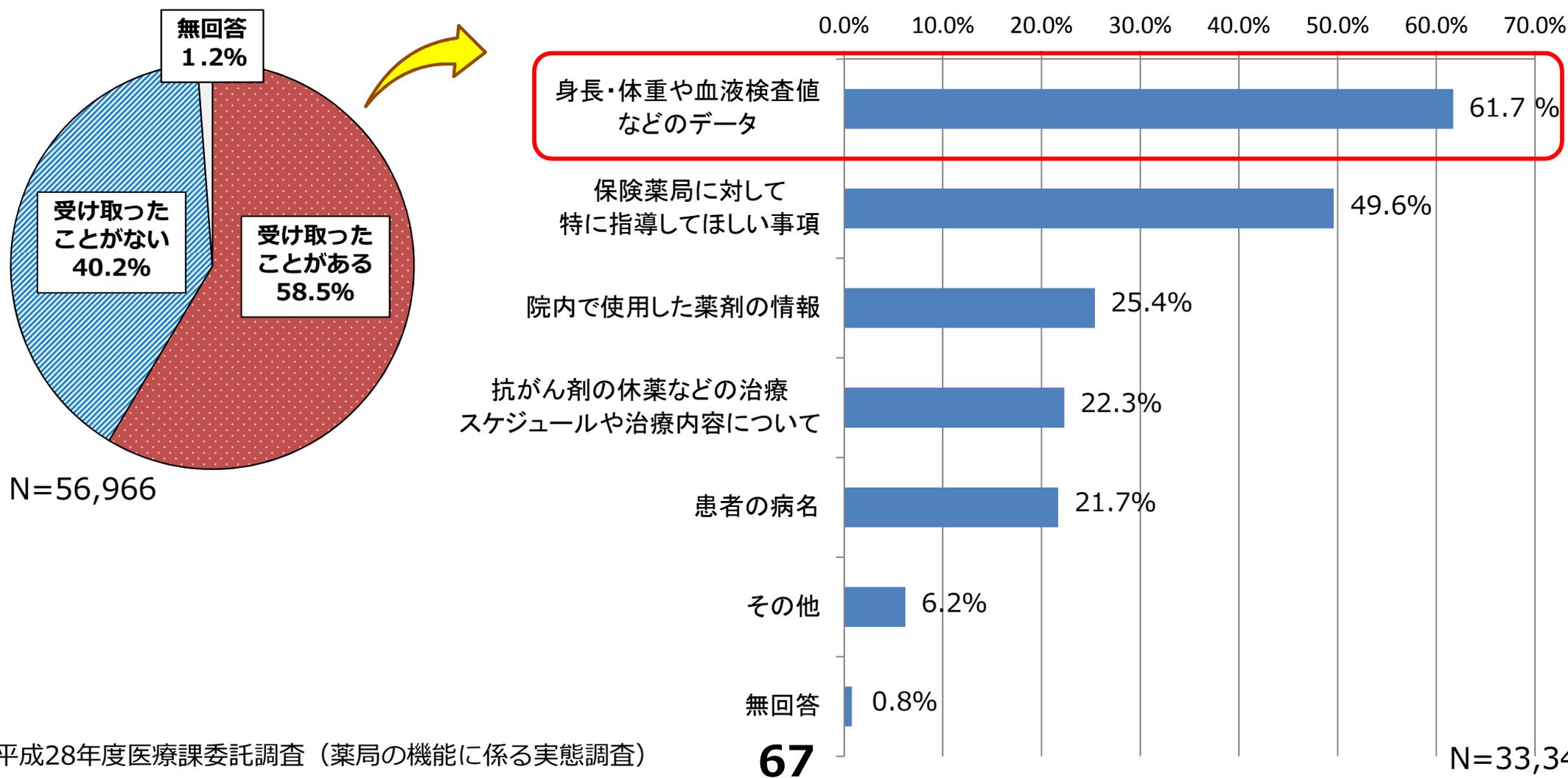


保険医療機関と保険薬局の連携状況①

- 処方箋とあわせて、医療機関から外来患者に関する情報を受け取ったことがある薬局は58.5%であり、その内容は「身長・体重や血液検査値などのデータ」が最も多かった。

医療機関から保険薬局への外来患者に関する情報（処方箋以外）の受け取りの有無とその内容

※薬局調査

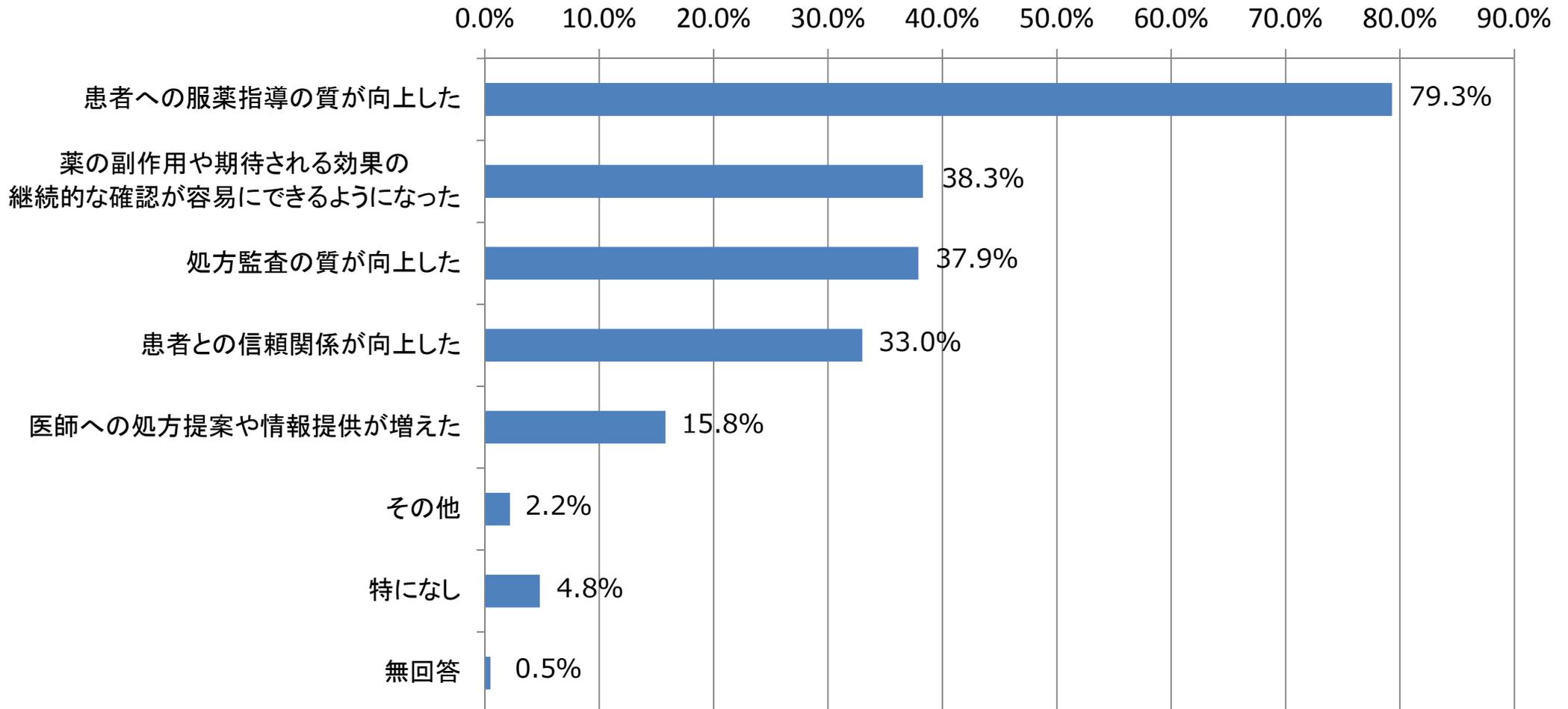


保険医療機関と保険薬局の連携状況②

- 医療機関から外来患者に関する情報（処方箋以外）を受け取ることで業務等に生じた変化は、「患者への服薬指導の質が向上した」が最も多く、次いで「薬の副作用や期待される効果の継続的な確認が容易にできるようになった」、「処方監査の質が向上した」であった。

医療機関から保険薬局への外来患者に関する情報（処方箋以外）を受け取ることによる効果

※薬局調査



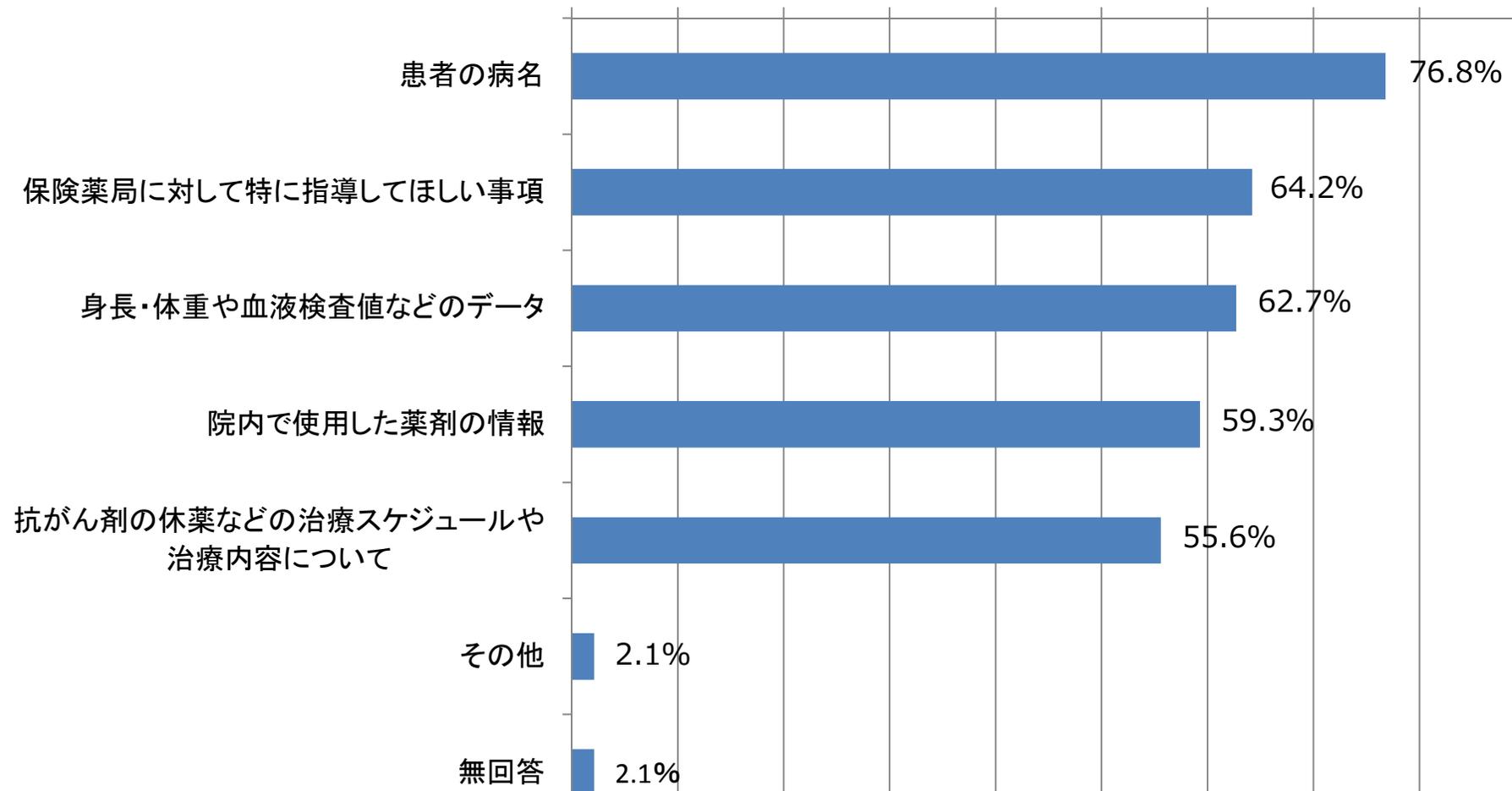
保険医療機関と保険薬局の連携状況③

- 服薬指導業務に役立つと考えられる、医療機関から得る外来患者に関する情報（処方箋以外）は、「患者の病名」が76.8%と最も多く、次いで「保険薬局に特に指導してほしい事項」、「身長・体重や血液検査値などのデータ」であった。

服薬指導業務に役立つと考えられる、医療機関から得る外来患者に関する情報（処方箋以外）の内容

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0% 80.0% 90.0%

※薬局調査

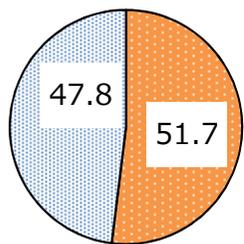


N=56,966

保険医療機関と保険薬局の連携状況④

○ 薬局において、医療機関から検査値等の情報提供があったのは51.7%であり、医療機関から様々な検査値が提供されている。他方、こうした情報を受け取っていない薬局も半数程度存在する。

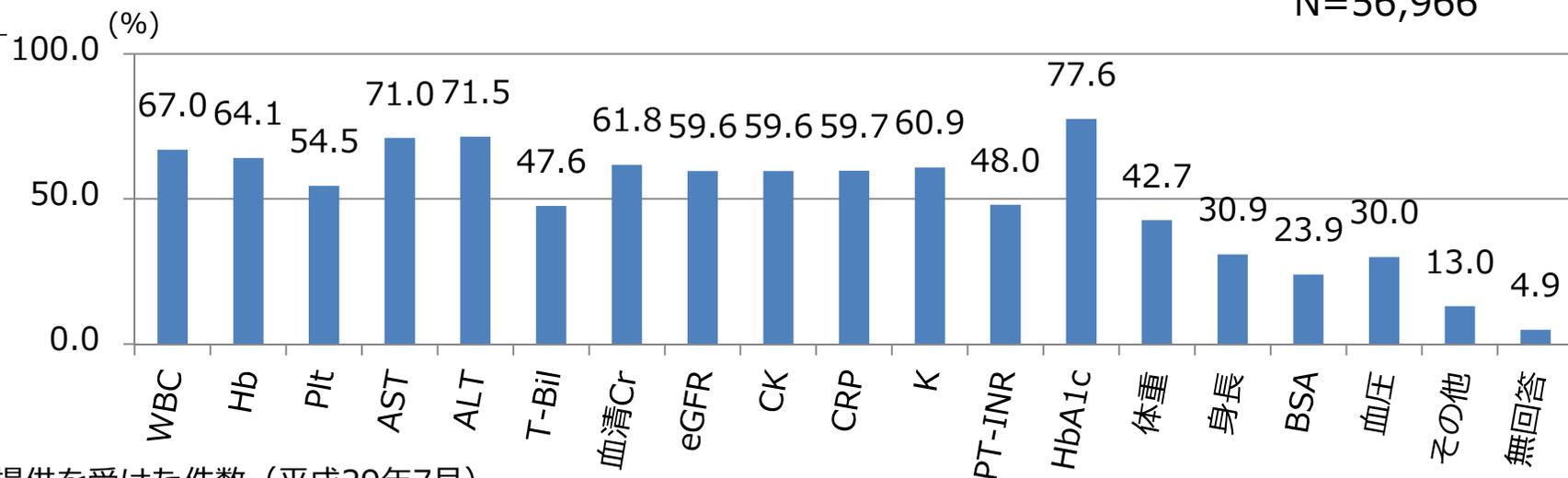
医療機関からの検査値等の
情報提供の有無（平成29年7月）



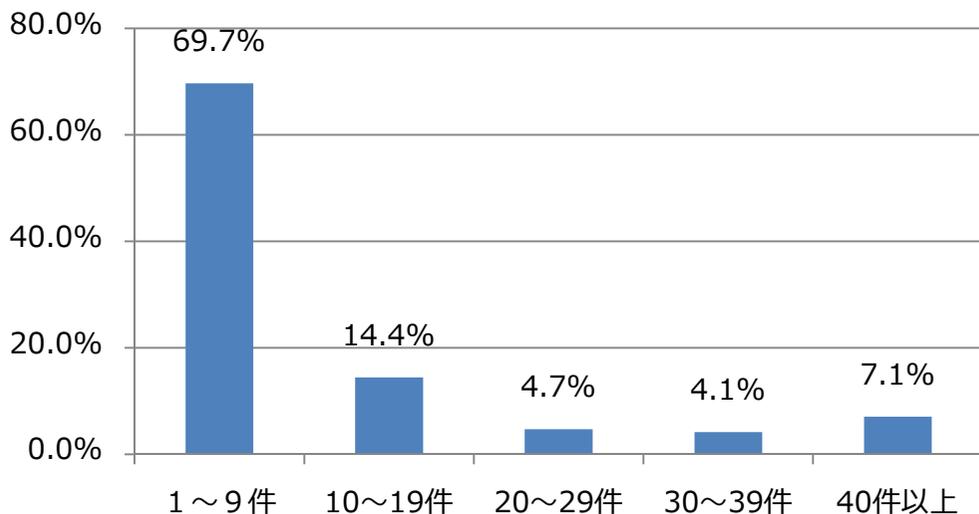
■ ある ■ ない

情報提供を受けたことがある検査値等の種類（複数回答）

N=56,966



医療機関から検査値等の情報提供を受けた件数（平成29年7月）



(無回答を除く)

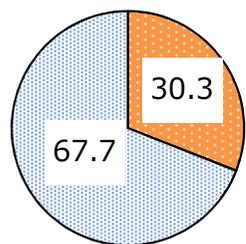
平成29年度医療課委託調査（薬局の機能に係る実態調査）

WBC：白血球数、Hb：ヘモグロビン値、Plt：血小板数、AST：アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（肝機能マーカー）、ALT：アラニンアミノトランスフェラーゼ（肝機能マーカー）、T-Bil：ビリルビン（肝機能マーカー）、血清Cr：血清クレアチニン（腎機能マーカー）、eGFR：推定糸球体濾過量（腎機能マーカー）、CK：クレアチニンキナーゼ、CRP：C反応性タンパク、K：カリウム、Pt-INR：プロトロンビン時間（国際標準化比）（血液凝固能マーカー）、HbA1C：ヘモグロビンA1C（血糖コントロールマーカー）、BSA：体表面積

保険医療機関と保険薬局の連携状況⑤

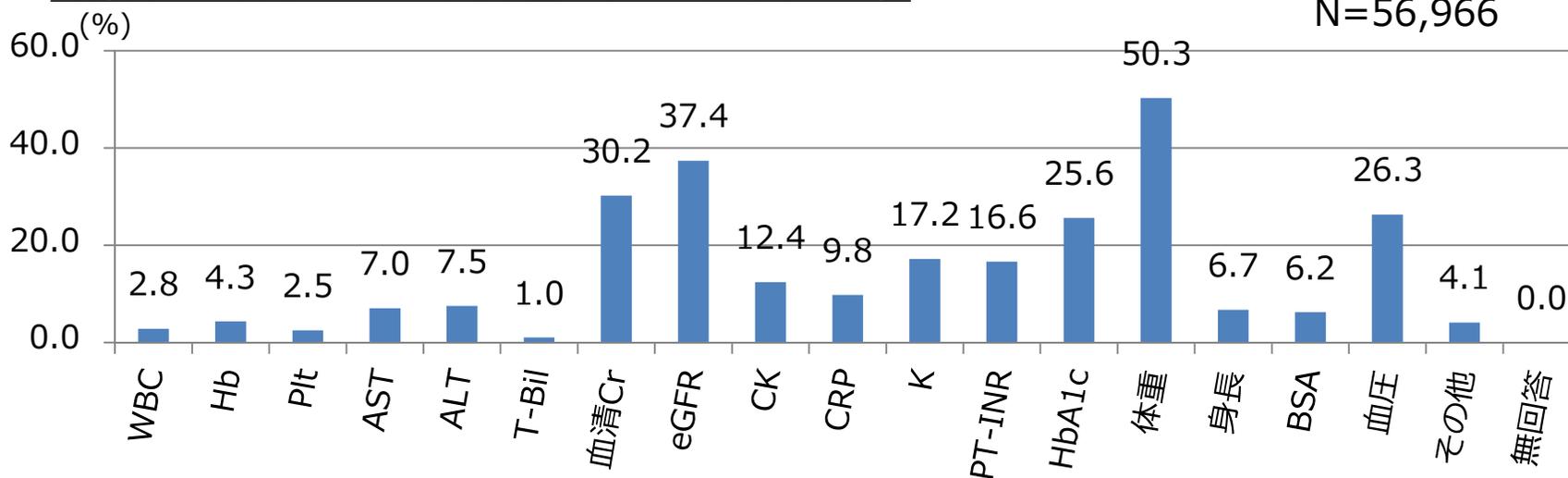
○ 体重や腎機能マーカーなどを中心に様々な検査値等を踏まえて、疑義照会が実施されており、こうした検査値等の情報は医師との連携にあたって必要性が高いと考えられている。

疑義照会に検査値等を
活用した経験の有無



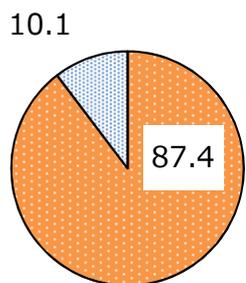
■ある □ない

疑義照会に活用したことがある検査値等の種類 (複数回答)



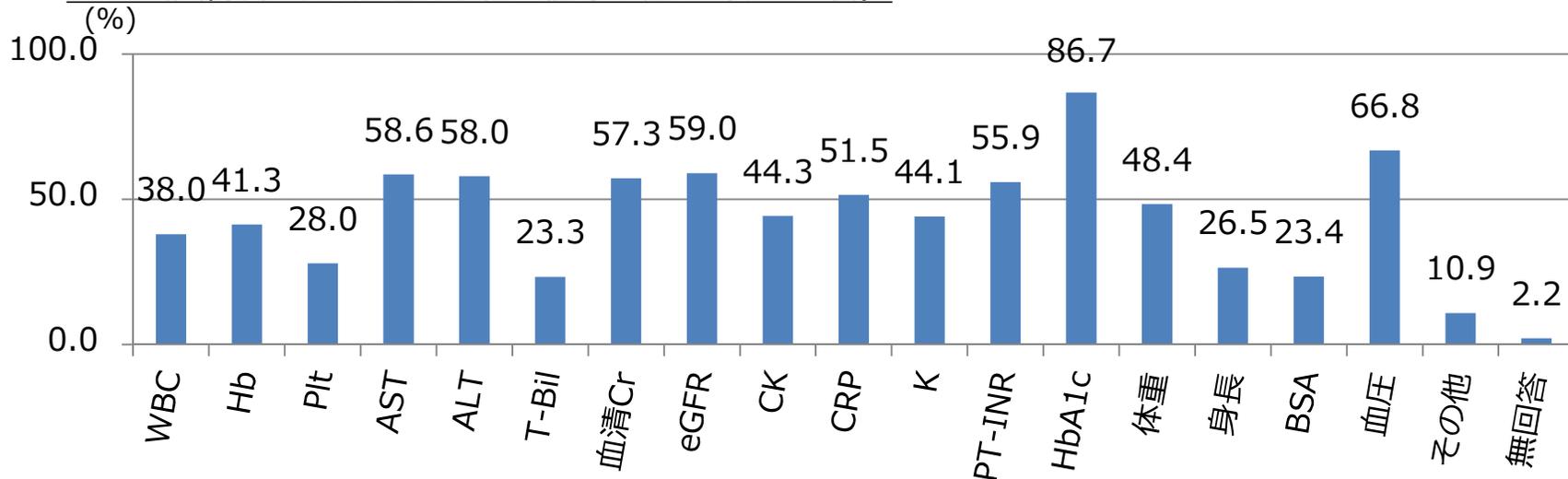
N=56,966

今後、検査値等の情報提供
の必要性の有無



■ある □ない

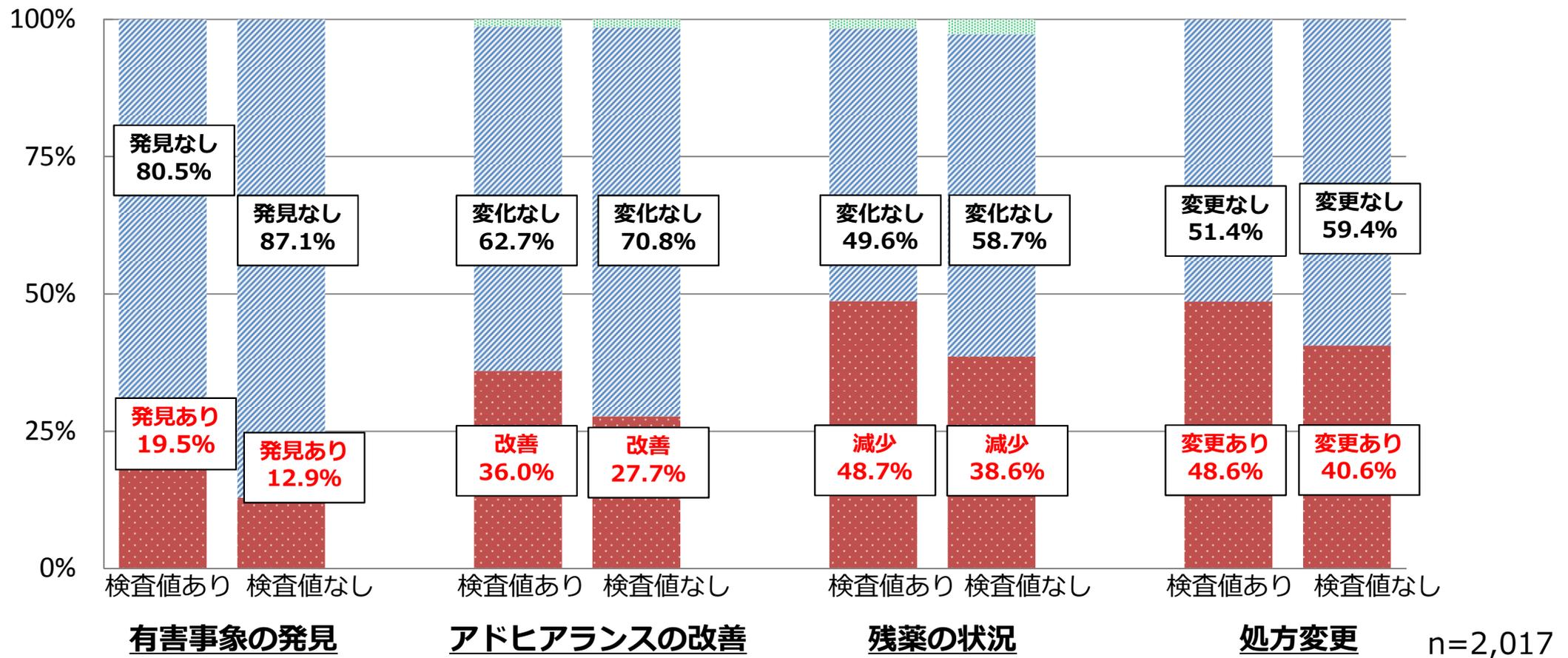
今後、情報提供が必要と思う検査値等の種類 (複数回答)



検査値の共有によるアウトカムの改善

- 検査値を共有した場合の方が、共有していない場合に比べ、アドヒアランスの改善や残薬の減少などのアウトカムが向上した。

検査値提供の有無によるアウトカムの差異



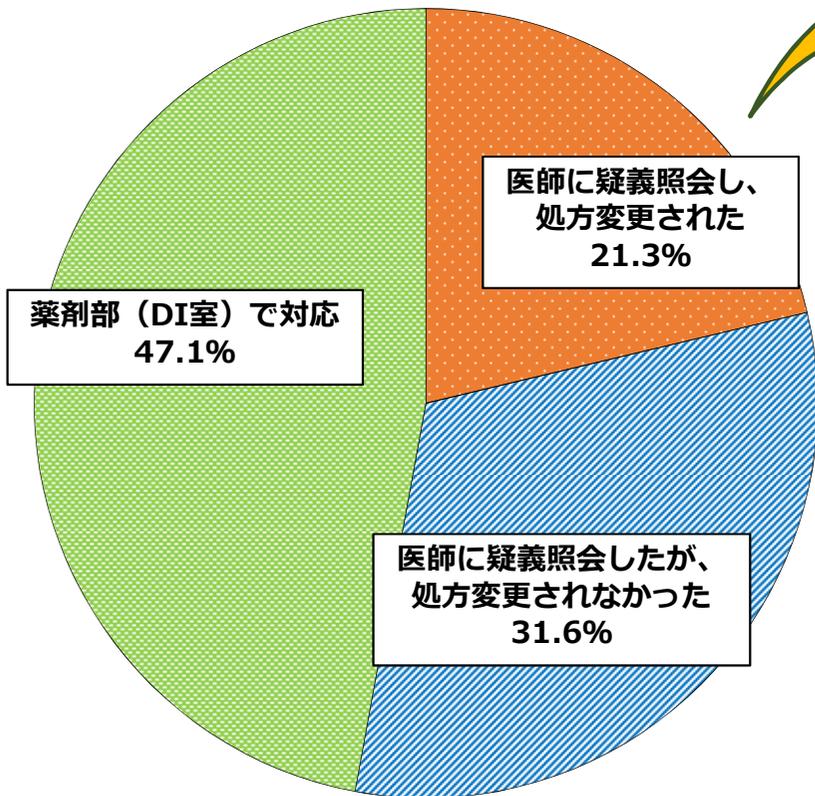
注) 薬剤師が在宅訪問薬剤管理を実施している例を対象に解析したもの

【出典】平成25年度厚生労働科学研究費補助金「地域医療における薬剤師の積極的な関与の方策に関する研究（研究代表者：今井博久）」

検査値に関連した疑義照会の内訳

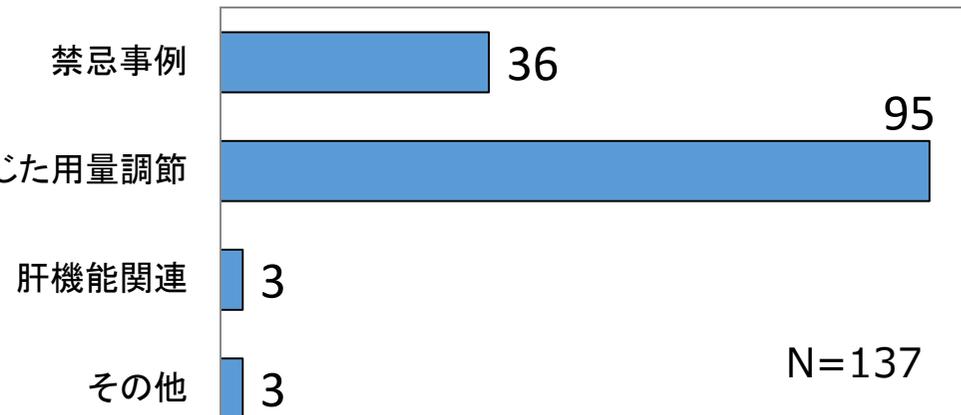
- 検査値を処方箋に記載したところ、薬局からの検査値に関連した問い合わせが643件あり、そのうち、医師に疑義照会し、処方変更されたものは137件（21.3%）であった。137件の処方変更の中では、「腎機能に応じた投与量の変更」が最も多く、95件だった。

薬局からの検査値関連問い合わせ
件数：643件

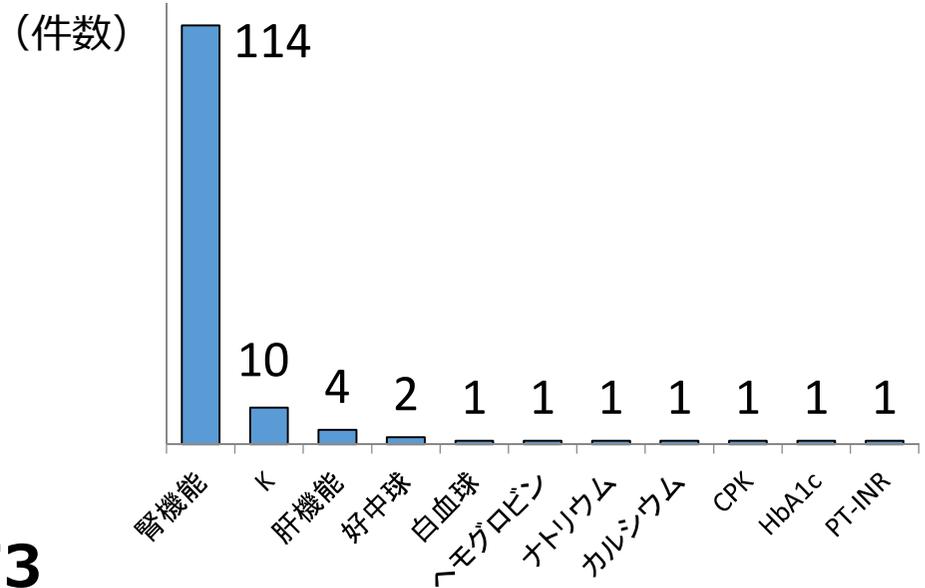


調査期間：2014年11月～2015年10月

処方変更された事例の内訳（件数）



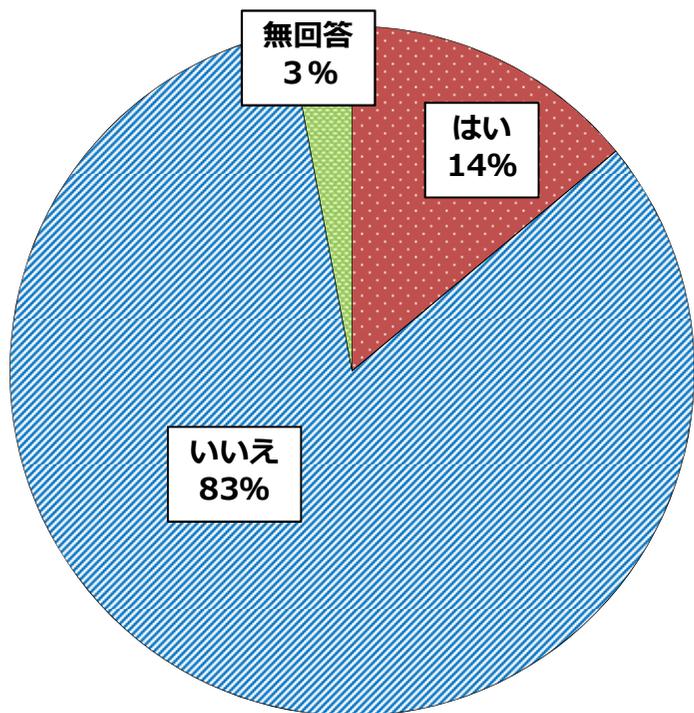
検査項目の内訳



かかりつけ薬剤師の有無と検査値提示の有無

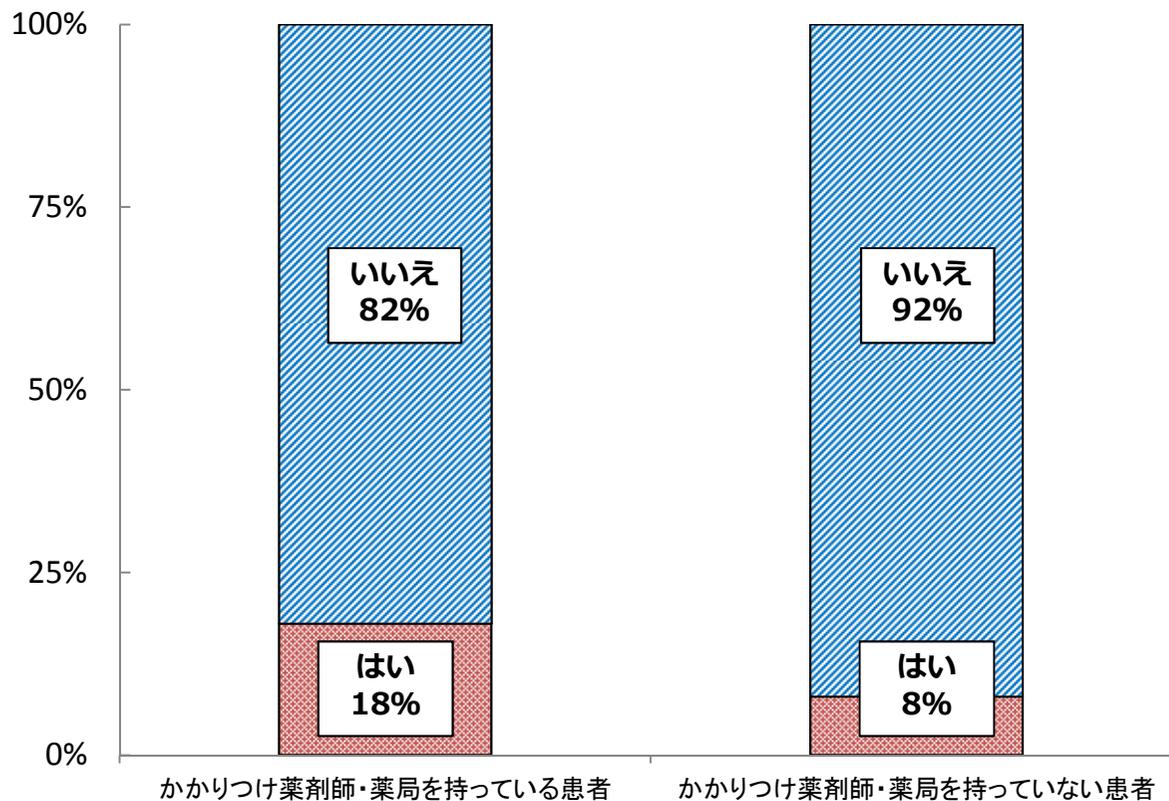
- 検査値を処方箋と一緒に薬局に提出したことがある患者は14%であった。また、かかりつけ薬剤師・薬局を持っている患者では、18%の患者が薬局に検査値を提出したことがあり、持っていない患者と比較して提出した経験がある割合が高い傾向が見られた。

検査結果の報告書を処方せんと一緒に薬局に提出したことがありますか



N=1,299

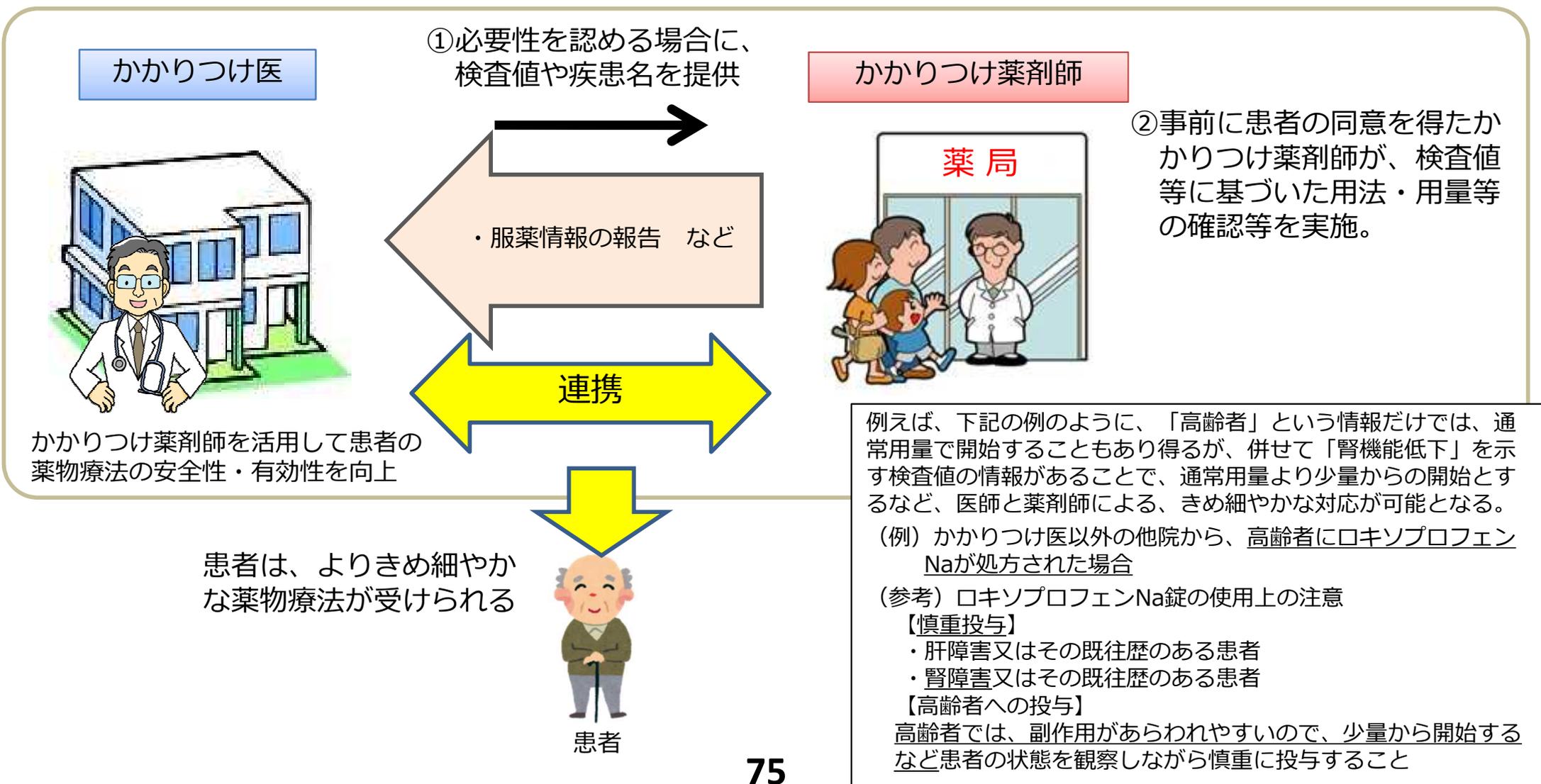
検査結果の報告書を処方せんと一緒に薬局に提出したことがありますか



N=1,299

かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携による薬物療法の安全性向上（イメージ）

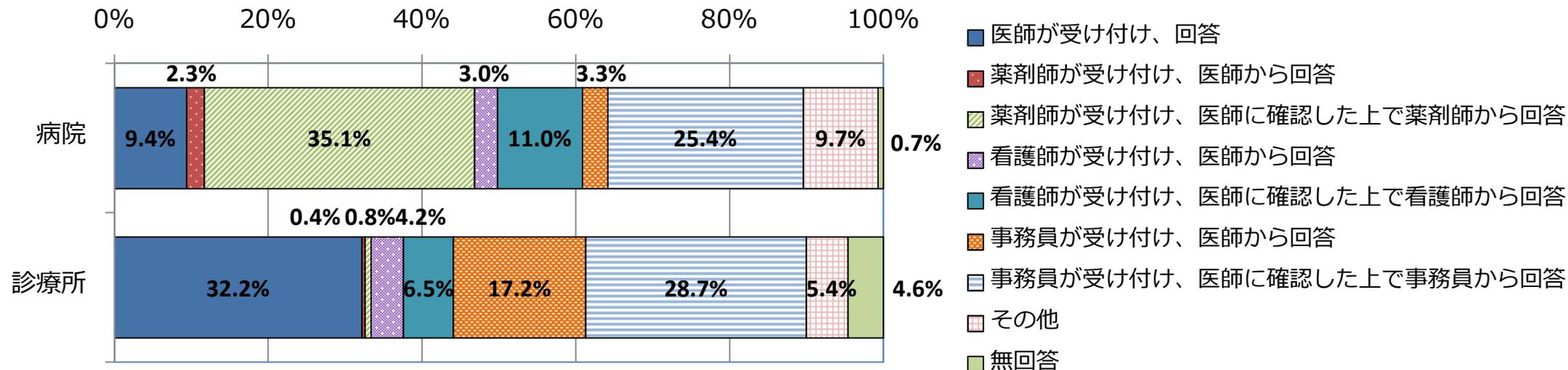
かかりつけ医が必要性を認める場合に、患者の服薬情報等を一元的・継続的に把握するかかりつけ薬剤師に対して検査値等を提供し、かかりつけ薬剤師が用法・用量等を確認する。こうした取組により、他院の処方薬などの場合でも、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師が連携して対応することで、患者に対し、よりきめ細やかな薬物療法が提供できる。



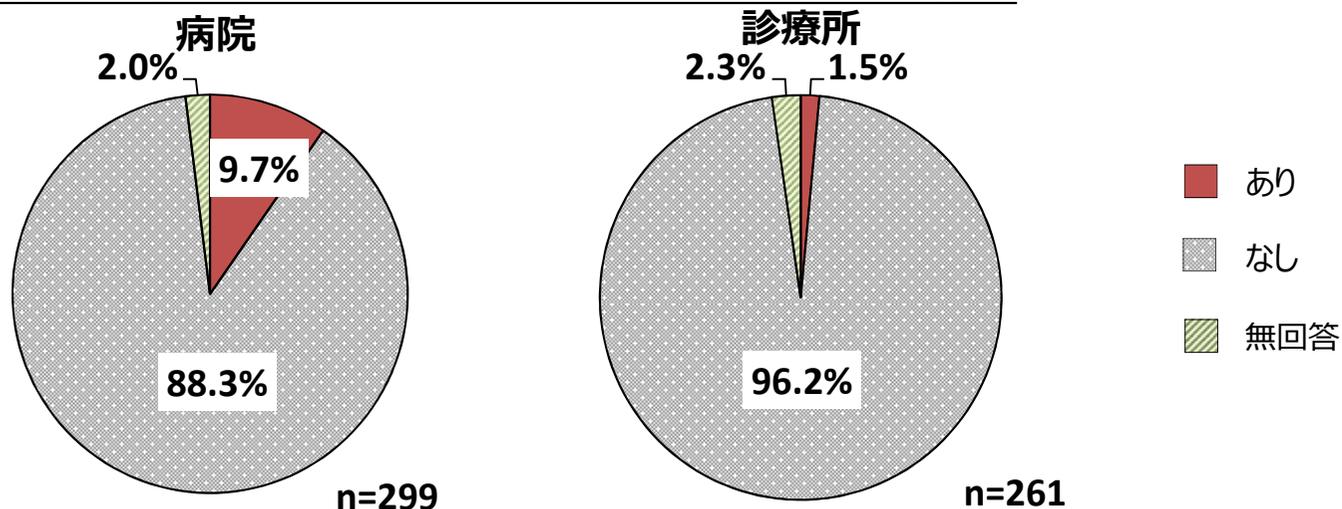
医療機関と薬局の連携に関する課題

○ 医療機関と薬局の連携に際して、薬局からの問い合わせに対する医療機関の対応方法は様々で、特定の問い合わせ窓口を設定している医療機関は少ない。

➤ 保険薬局からの処方せんに関する問い合わせへの対応方法



➤ 保険薬局からの問い合わせに対する専用の窓口の有無



平成29年度医療課委託調査（医療機関調査）

医療機関と薬局の情報共有・連携に係る論点(案)

【論点(案)】

- 効果的な薬物療法や服薬指導の推進のため、医療機関からかかりつけ薬剤師に対して検査値等や診療上の留意点等に関する情報提供の推進に資する評価を検討してはどうか。
- また、こうした連携がより有用性の高いものとなるよう、保険薬局からのフィードバックを受け取る連携担当者・窓口の明確化等を、医療機関から薬局への情報提供に係る評価の要件にしてはどうか。

個別事項(その7:その他の論点)

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

5-(1)リハビリ専門職の常勤要件の取扱い

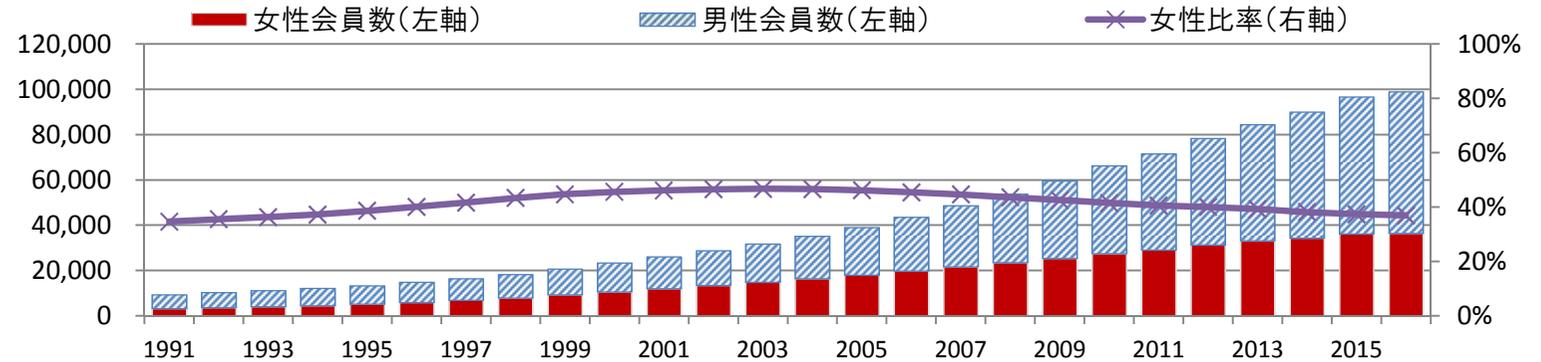
【課題】

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の女性割合は、それぞれ約4割、約6割、約8割である。
- リハビリテーションに関する診療報酬項目には、リハビリ専門職の専従・常勤配置等が施設基準の要件となっているものがある。
- 育児・介護休業法において、3歳に達するまでの子を養育する労働者について、短時間勤務の措置(1日原則6時間)が義務づけられている。

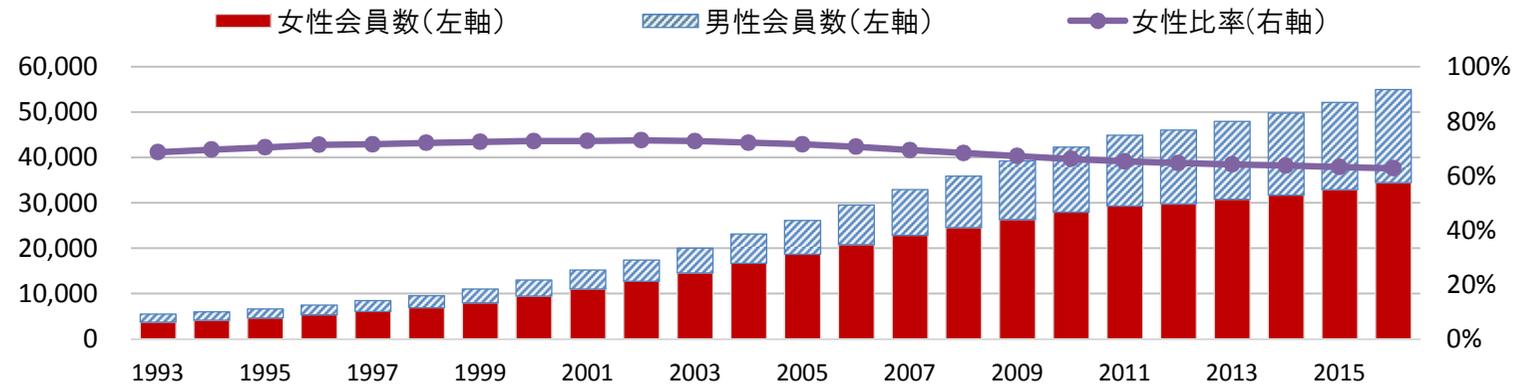
リハビリ専門職の女性割合

○ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の女性割合は、それぞれ約4割、約6割、約8割。

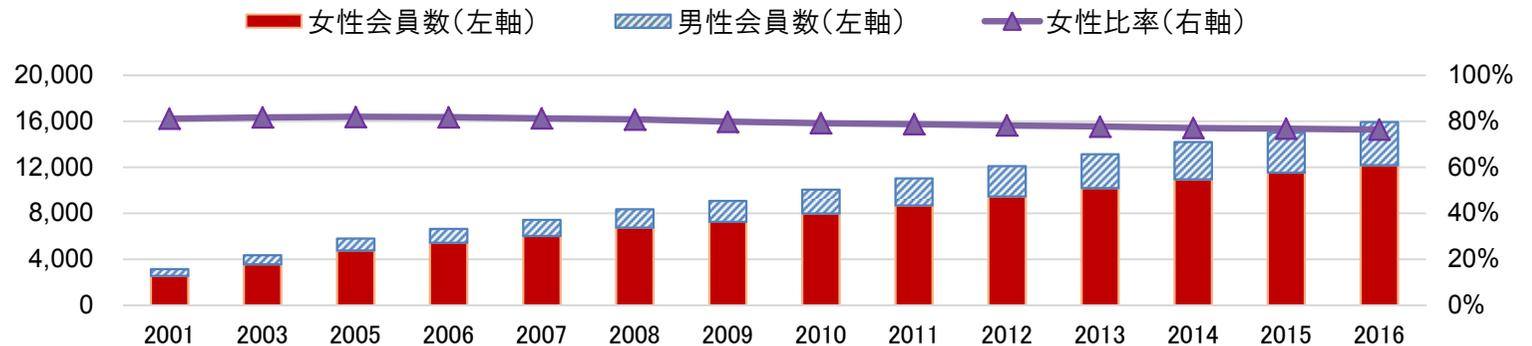
■ 男女別の理学療法士数推移¹⁾



■ 男女別の作業療法士数推移²⁾



■ 男女別の言語聴覚士数推移³⁾



出典 1) 理学療法白書2016 2) 作業療法白書2015及び日本作業療法士協会提供資料 3) 日本言語聴覚士協会提供資料

リハビリ専門職の専従・常勤配置等が要件となっている主な診療報酬項目①

○ リハビリテーションに関する診療報酬項目には、リハビリ専門職の専従*・常勤配置等が施設基準の要件となっているものがある。

項目名	リハビリ職の配置に関する施設基準	点数
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	入院料1:当該病棟に専従のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上の常勤配置を行う 入院料2、3:当該病棟に専従のPT2名以上及びOT1名以上の常勤配置を行う	1日につき 1,657～2,025点
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤PT、専従の常勤OT又は専従の常勤STが1名以上配置されている	1日につき 2,058～2,558点
H000 心大血管疾患リハビリテーション料	I:心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤PT及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤PT若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上が勤務していること。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えない II:心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従のPT又は看護師のいずれか1名以上が勤務している。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい	1単位 125～205点
H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	I:ア 専従の常勤PTが5名以上勤務している イ 専従の常勤OTが3名以上勤務している ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤STが1名以上勤務している エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務する 言語聴覚療法のみを実施する場合は、専従の常勤STが1名以上勤務している II:ア 専従の常勤PTが1名以上勤務している イ 専従の常勤OTが1名以上勤務している ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤STが1名以上勤務している エ アからウまでの専従の従事者が合わせて4名以上勤務している III:専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上が勤務している	1単位 100～245点
H001-2 廃用症候群リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)を届け出ている	1単位 77～180点

*専従:他の業務との兼務が原則不可 ※理学療法士をPT、作業療法士をOT、言語聴覚士をSTと記載

リハビリ専門職の専従・常勤配置等が要件となっている主な診療報酬項目②

項目名	リハビリ職の配置に関する施設基準	点数
H002 運動器リハビリテーション料	I：専従の常勤PT又は専従の常勤OTが合わせて4名以上勤務している II：次のアからウまでのいずれかを満たしている ア 専従の常勤PTが2名以上勤務している イ 専従の常勤OTが2名以上勤務している ウ 専従の常勤PT及び専従の常勤OTが合わせて2名以上勤務している III：専従の常勤PT又は常勤OTがいずれか1名以上勤務している	1単位 85～185点
H003 呼吸器リハビリテーション料	I：呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤PT1名を含む常勤PT又は常勤OTが合わせて2名以上勤務している II：専従の常勤PT又は常勤OTが1名以上勤務している	1単位 85～175点
H004 摂食機能療法 経口摂取回復促進加算	当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤STが1名以上勤務している	1単位 20～185点
H006 難病患者リハビリテーション料	専従する2名以上の従事者（PT又はOTが1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）が勤務している	1単位 640点
H007 障害児（者）リハビリテーション料	ア又はイのいずれかに該当している。 ア 専従の常勤PT若しくは常勤OTが合わせて2名以上勤務している イ 専従の常勤PT又は常勤OTのいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2名以上が勤務している	1単位 155～225点
H007-2 がん患者リハビリテーション料	当該保険医療機関内にがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STが2名以上配置されていること	1単位 205点
H007-3 認知症患者リハビリテーション料	専従の常勤PT、上記OT又は上記STが1名以上勤務している	1単位 240点
H007-4 リンパ浮腫複合的治療料	当該保険医療機関に、専任の常勤看護師、常勤PT又は常勤OT1名以上が勤務している	1単位 100～200点
H008 集団コミュニケーション療法料	専従する常勤STが1名以上勤務する	1単位 50点

*専従：他の業務との兼務が原則不可 ※理学療法士をPT、作業療法士をOT、言語聴覚士をSTと記載

5- (2) 専従要件の取扱い

【課題】

- 診療報酬項目においては、医療従事者が専従（他の業務との兼務が原則不可）であることを要件としているものがあるが、
 - ① チームのうちいずれか1人が専従であれば可としているもの
 - ② 担当する患者数が一定程度以下の場合は専任でも可とするもの
 - ③ リハビリについて、当該業務を実施していない時間帯については、関連する他の業務に従事することを可能とするものなど、さまざまな緩和措置が存在している。
- 現行の診療報酬においても、専従要件の緩和措置が可能と考えられる項目が存在する。

専従要件の考え方の整理 (1) 現行の運用の例

- 診療報酬項目においては、医療従事者が専従（他の業務との兼務が原則不可）であることを要件としているもののうち、
 - ① 担当する患者数が一定程度以下の場合は専任でも可とするもの
 - ② チームの構成員が、業務内容が類似する他の診療報酬であれば、兼任を可としているもの
 - ③ 当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事することを可能とするもの
 など、さまざまな運用が存在する。

緩和措置	現行の診療報酬項目の例	
	項目名	職員の配置に関する施設基準等(概要)
①	A230-4 精神科リエゾンチーム加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1週間当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。 ・ 以下の3名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチームが設置されている。 <ul style="list-style-type: none"> ア 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師 イ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師 ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人。ただし、当該精神科リエゾンチームが診察する患者数が週に15人以内である場合は、精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人で差し支えない。この場合であっても、週16時間以上精神科リエゾンチームの診療に従事する必要があること。

専従要件の考え方の整理 (2) 現行の運用の例

緩和措置	現行の診療報酬項目の例	
	項目名	職員の配置に関する施設基準等(概要)
②	A226-2 緩和ケア 診療加算	<p>当該医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 <p><u>また、緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料にかかる緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。</u></p>
③	H004 摂食機能療法 経口摂取回復促進加算1	<p>当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。当該専従の言語聴覚士は、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、<u>摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。</u></p>

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件の緩和

- 医療資源の少ない地域（特定地域）においては、入院基本料の算定、人員配置、専従要件、夜勤の要件が緩和の対象となっている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主要要件緩和等	緩和の対象
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 退院支援加算2*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上※ ¹ 、看護職員の最小必要数の4割以上※ ² が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※ ¹ 特定地域以外では、13対1以上 ※ ² 特定地域以外では、7割以上	人員配置
A317 特定一般病棟入院料	・一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） ・看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 ・看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

* 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

医療従事者の多様な働き方の論点(案)

【論点(案)】

○ リハビリ専門職の常勤要件の取扱い

- ・ リハビリ専門職は女性の割合が多いことや、医師の指示の下で専門性の高い医療を提供していることを踏まえ、リハビリ専門職の専従・常勤配置等が要件となっている項目については、週一定時間の勤務を行っている複数の非常勤従事者の組み合わせにより、常勤配置されているものとみなしてはどうか。

○ 専従要件の取扱い

- ・ 医療従事者の専従要件については、より効率的な医療提供を可能とする観点から、
 - ・ 業務内容の類似性や対象患者数に応じた弾力的な現行の運用や、
 - ・ 医療資源の少ない地域において適用されている緩和措置等を参考に、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるよう必要な見直しを検討してはどうか。
また、検討にあたっては、対象患者数が一定程度以下の場合や、当該業務を実施していない時間帯の取扱い等の視点で検討してはどうか。

参考資料(医療従事者の多様な働き方)

育児休業

- 子が1歳(保育所に入所できないなど、一定の場合は、最長2歳)に達するまでの育児休業の権利を保障
- 父母ともに育児休業を取得する場合は、子が1歳2か月に達するまでの間の1年間【パパ・ママ育休プラス】
- 父親が出産後8週間以内に育児休業を取得した場合、再度の育児休業の取得が可能

子の看護休暇

- 小学校就学前の子を養育する場合に年5日(2人以上であれば年10日)を限度として取得できる(1日又は半日単位)

介護休業

- 対象家族1人につき、通算93日の範囲内で合計3回まで、介護休業の権利を保障

※ 有期契約労働者は、下記の要件を満たせば取得可能(介護も同趣旨)

- ① 同一の事業主に引き続き1年以上雇用
- ② 子が1歳6か月になる前日までに労働契約(更新される場合には更新後の契約)の期間が満了することが明らかでないこと

介護休暇

- 介護等をする場合に年5日(対象家族が2人以上であれば年10日)を限度として取得できる(1日又は半日単位)

所定外労働・時間外労働・深夜業の制限

- 3歳に達するまでの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、所定外労働を制限
- 小学校就学前までの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、月24時間、年150時間を超える時間外労働を制限
- 小学校就学前までの子を養育し、又は介護を行う労働者が請求した場合、深夜業(午後10時から午前5時まで)を制限

短時間勤務の措置等

- 3歳に達するまでの子を養育する労働者について、**短時間勤務の措置(1日原則6時間)**を義務づけ
- 介護を行う労働者について、3年の間で2回以上利用できる次のいずれかの措置を義務づけ
 - ①短時間勤務制度 ②フレックスタイム制 ③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ ④介護費用の援助措置

不利益取扱いの禁止等

- 事業主が、育児休業等を取得したこと等を理由として解雇その他の不利益取扱いをすることを禁止
- 事業主に、上司・同僚等からの育児休業等に関するハラスメントの防止措置を講じることを義務付け

実効性の確保

- 苦情処理・紛争解決援助、調停
- 勧告に従わない事業所名の公表

A307 小児入院医療管理料(1日につき)

小児入院医療管理料1 4,584点、小児入院医療管理料2 4,076点、小児入院医療管理料3 3,670点
小児入院医療管理料4 3,060点、小児入院医療管理料5 2,145点

入院中の15歳未満の患者(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者)を対象に算定する。

＜医師の配置に関する施設基準＞

管理料1	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が二十名以上配置されていること。
管理料2	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が九名以上配置されていること。
管理料3	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が五名以上配置されていること。
管理料4	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が三名以上配置されていること。
管理料5	当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が一名以上配置されていること。

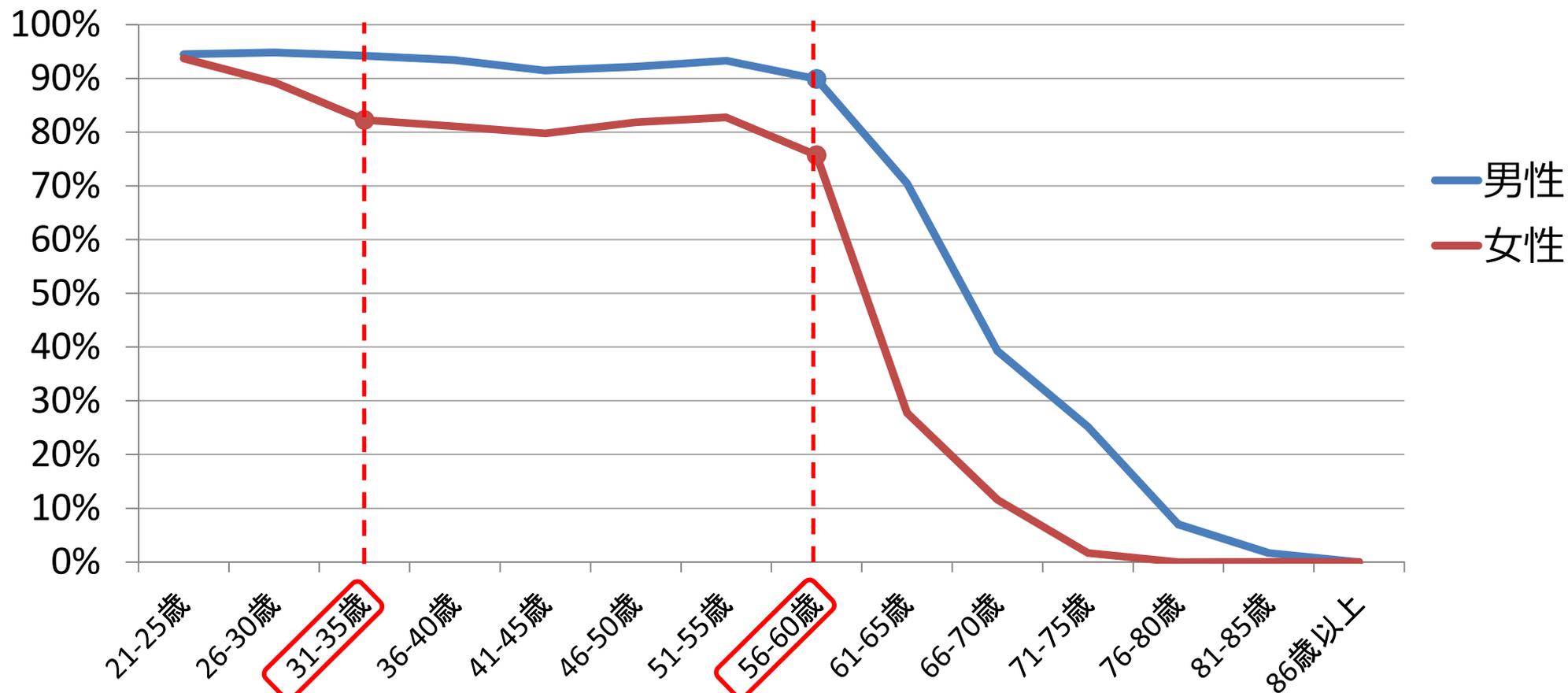
- 小児入院医療管理料において、小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。
- 小児入院医療管理料において、少なくとも所定労働時間が週24時間程度の勤務を行っている複数の小児科又は小児外科の医師を組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師と同じ時間医師を配置する場合には、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなす。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなすことができるのは、10名までに限る。

※ 小児入院医療管理料における常勤要件の見直しについて

平成18年度診療報酬改定において、小児医療の提供体制の確保を図る観点から、子育てしながら働くことができる環境の整備を進めるため、小児科の医師の常勤要件について、複数の小児科の医師が共同して常勤の場合と同等の時間を勤務できている場合には、常勤として取り扱うこととされた。

理学療法士会員における性別・年代別の就業率※

60歳までの就業率は、男性は約90%、女性は約80%であった。また、女性では31歳以上から就業率が約80%となるが、それ以降は横ばいである。



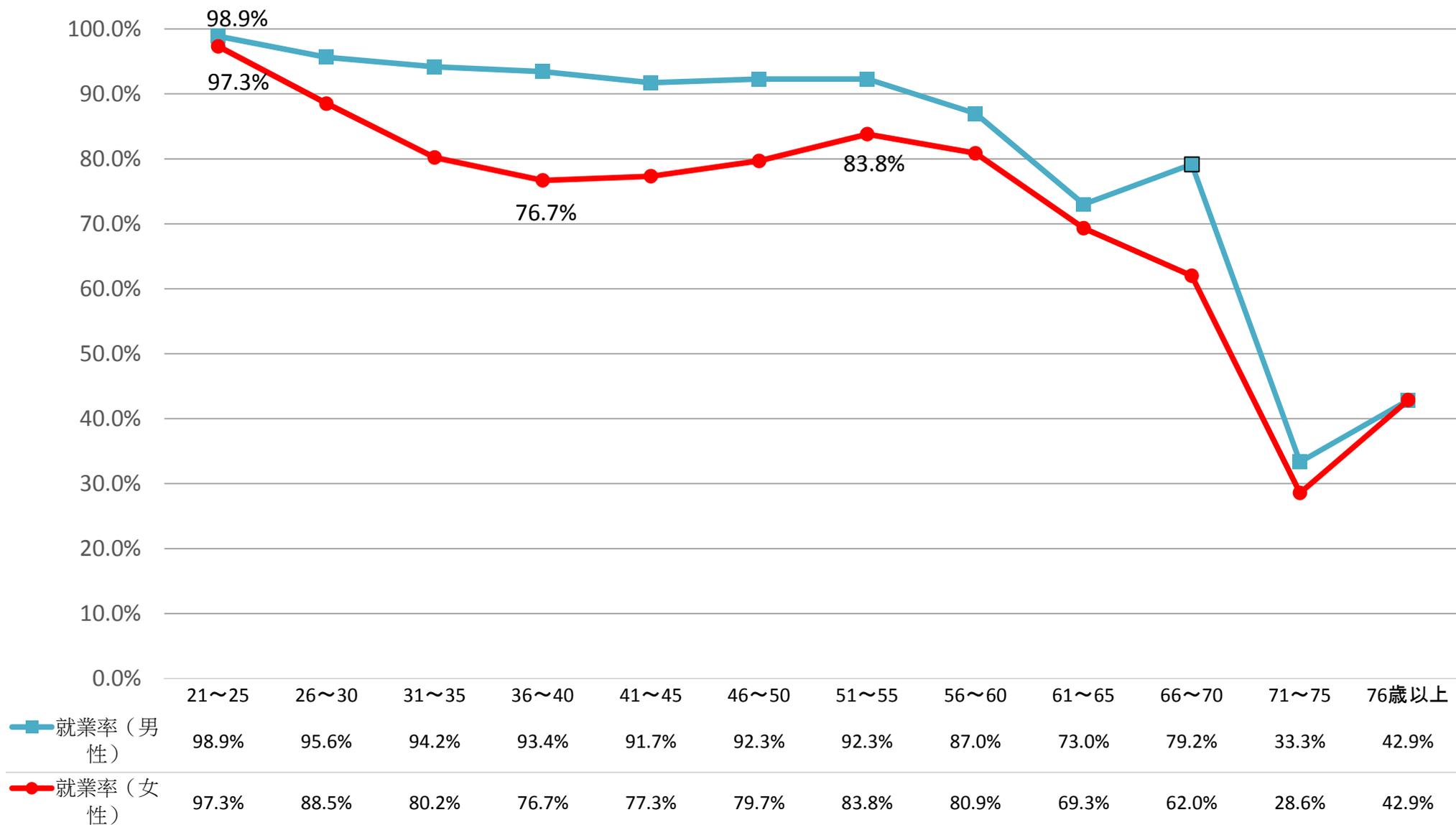
※就業率の計算方法

分子：総会員数から休会者と自宅会員数を引いた数（自宅会員を非就業者とした）

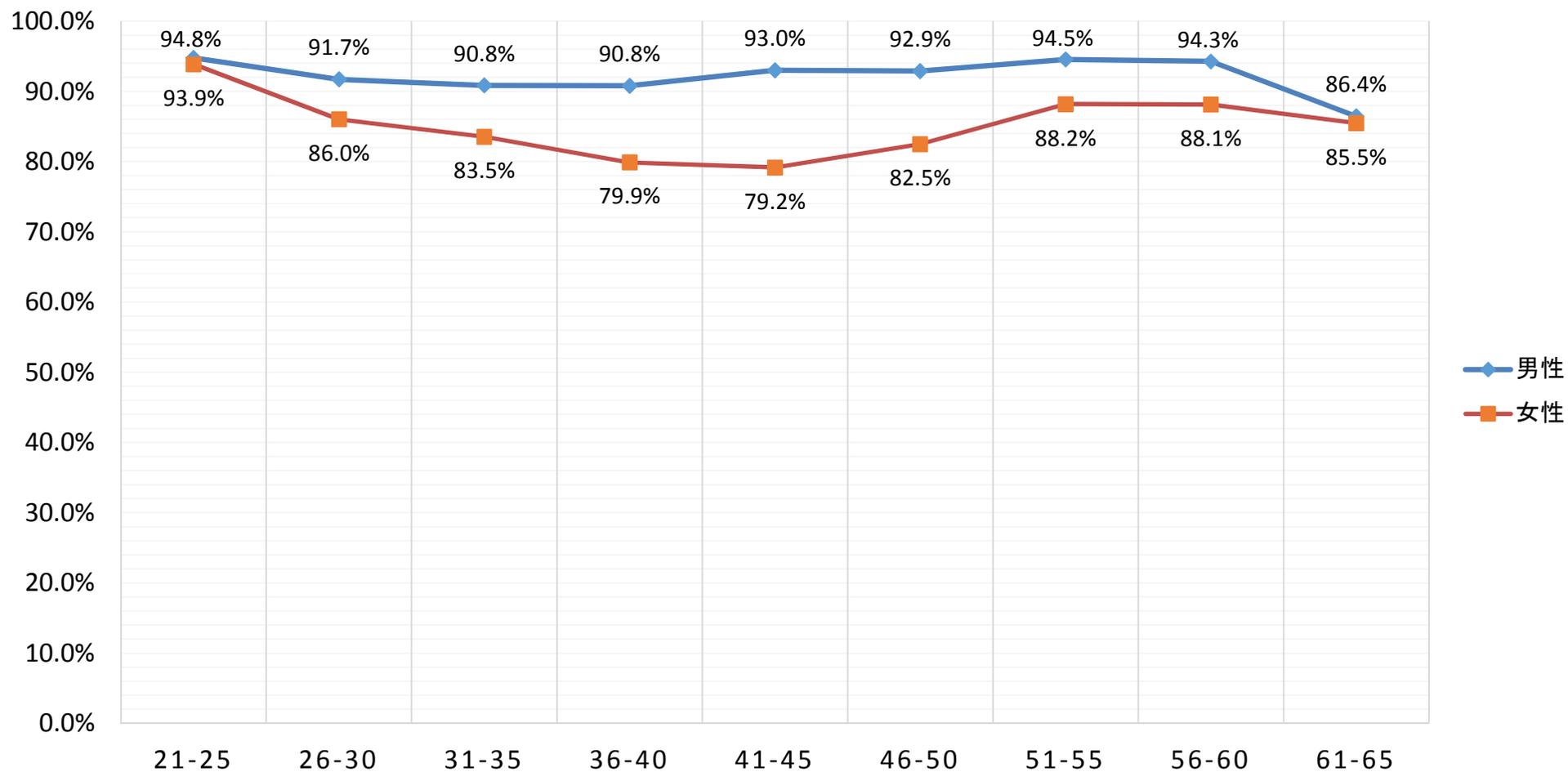
分母：総会員数から休会者を引いた数

H24.4～H28.1年の日本理学療法士協会会員情報から作成

日本作業療法士協会員性別・年齢別就業状況(2014年度)



日本言語聴覚士協会員性別・年齢別就業状況



個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. **公認心理師**
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

6. 公認心理師

【課題】

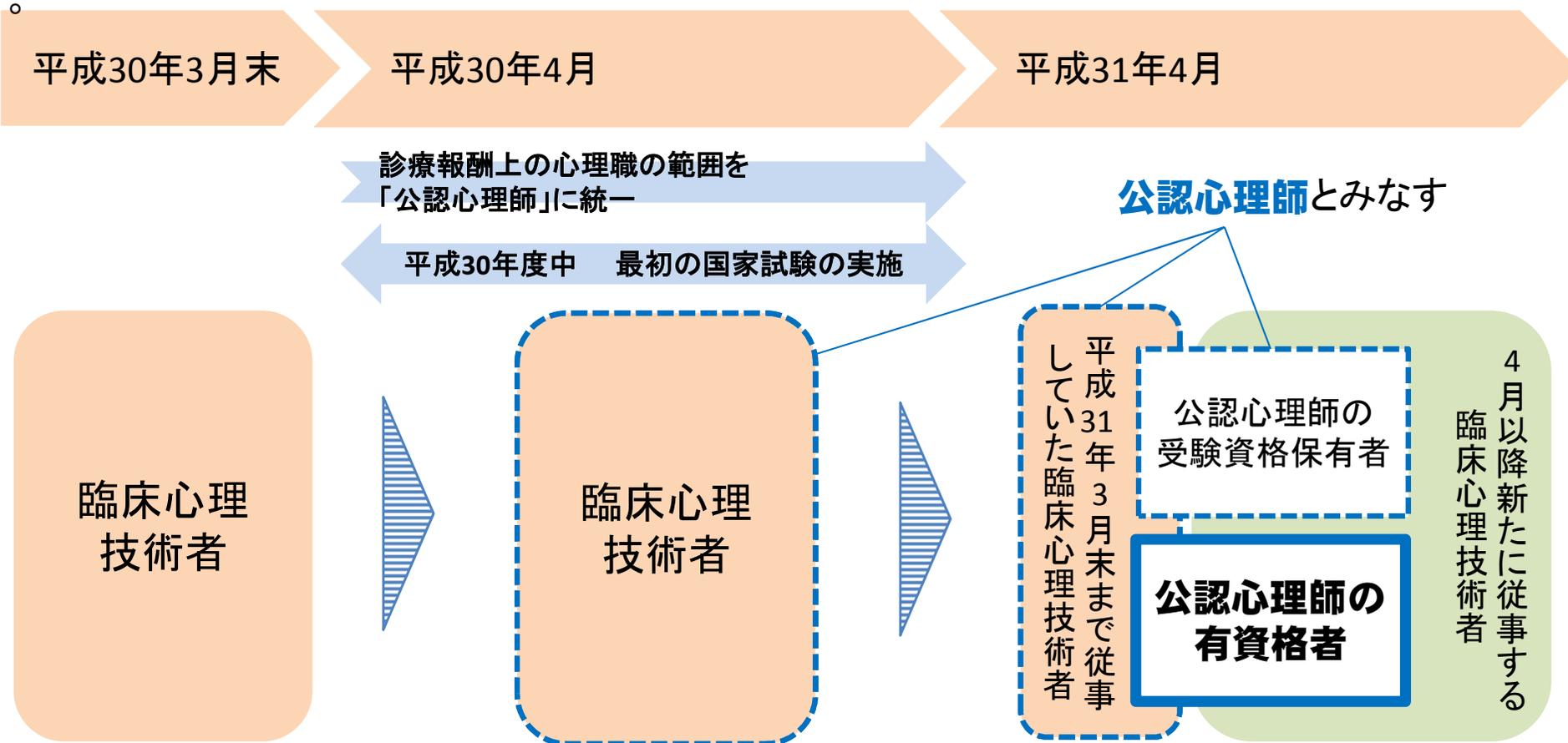
- 診療報酬では、心理学に関する専門職として、心理に関する専門課程を修了した者等を「臨床心理技術者」として、評価している。
- 今般、公認心理師法が施行され、平成30年9月に最初の国家試験が実施される予定。

臨床心理技術者に関連する主な診療報酬上の評価

	主な施設基準	届出医療機関数(H27.7)
<u>精神科リエゾンチーム加算</u> (週1回) 300点	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に以下から構成される精神科リエゾンチームが設置されている ア 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科医師 イ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤看護師 ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人 	71医療機関
<u>摂食障害入院医療管理加算</u> ～30日 200点 31日～ 100点	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び臨床心理技術者がそれぞれ1名以上 	94医療機関
<u>児童・思春期精神科入院医療管理料</u> 2,957点	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2名以上(うち、精神保健指定医1名以上) ・病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の臨床心理技術者がそれぞれ1名以上 	32医療機関 1,102床
<u>通院・在宅精神療法 児童・思春期精神科専門管理加算</u> 16歳未満 500点 20歳未満 1,200点	<ul style="list-style-type: none"> ・20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上 	(H28新設)

平成30年度以降の診療報酬上の公認心理師の取扱い（案）

- 平成30年4月以降、原則として、診療報酬上の心理職の範囲を公認心理師としてはどうか。
- 公認心理師が一定程度養成されるまでの当面の間、以下の取扱いとしてはどうか。
 - ・ 最初の国家試験が行われる平成30年度については、従来の臨床心理技術者に該当する者を、公認心理師とみなす。
 - ・ 最初の国家試験の実施後は、平成31年3月末まで保険医療機関で従事していた臨床心理技術者と、4月以降新たに臨床心理技術者として従事する者のうち公認心理師の受験資格を有する者を、公認心理師とみなす。



公認心理師の資格取得方法について

公認心理師資格（登録）

公認心理師試験

A

B

C

D

E

F

G

大学院において省令で定める科目を履修

省令で定める期間の実務経験

第1号及び第2号と同等以上の知識及び技能を有すると認定された者

施行前に大学院において省令で定める科目を履修（又は履修中）

施行後に大学院において省令で定める科目を履修

省令で定める期間の実務経験

講習の受講

4年制大学において省令で定める科目を履修

4年制大学において省令で定める科目を履修

施行前に、4年制大学において省令で定める科目を履修（又は履修中）

実務経験5年

第7条第1号※

第7条第2号※

第7条第3号

経過措置（附則第2条第1項第1号及び第2号）

経過措置※（附則第2条第1項第3号及び第4号）

経過措置※（附則第2条第2項）

注)下線部は省令委任事項。

※該当条文に基づく受験資格取得者に「準ずるもの」を省令で定めることとされている。

公認心理師に係る評価の論点(案)

【論点(案)】

- 平成30年度に、公認心理師に係る国家試験が開始されることを踏まえ、平成30年度以降、診療報酬上の心理職の評価を公認心理師に統一することとしてはどうか。
- 公認心理師が一定程度養成されるまでの間、従来の臨床心理技術者等についても、公認心理師とみなすこととしてはどうか。

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

7. 外来における相談・連携

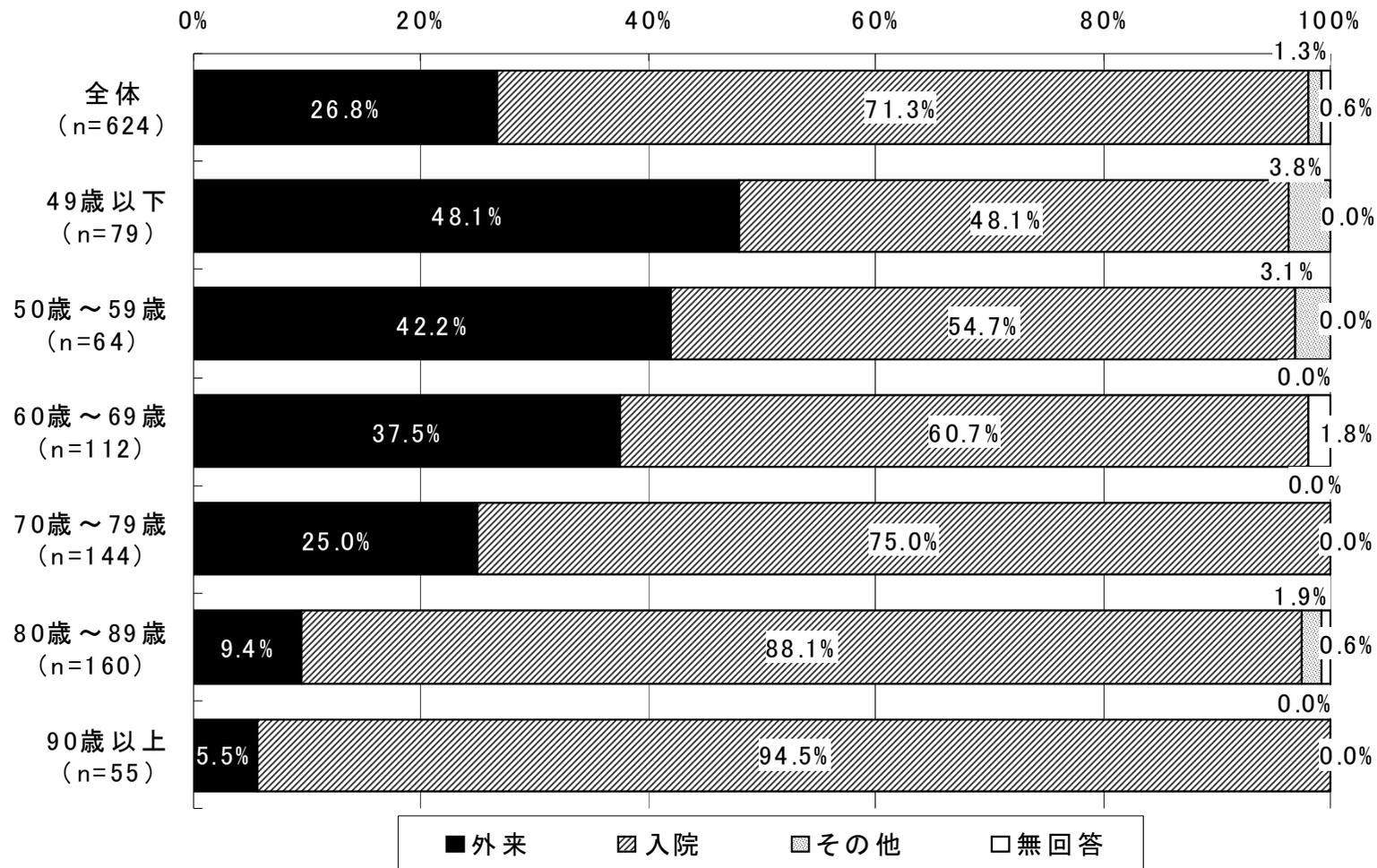
【課題】

- 患者の相談窓口の利用状況について、外来患者と入院患者を比較すると、利用数は入院患者のほうが多いが、年齢が若くなるにつれて、外来患者の利用割合が増えている。窓口利用において、外来患者は「病気のこと」が最も多く、看護職員が対応している割合が多い。
- 外来患者の相談件数は増加しており、特に急性期病院での延べ相談件数の増加が著しい。
- 新規の外来患者の相談内容としては、「制度の利用」「経済的な問題」と同程度の約7割の医療機関で「在宅ケア」の相談内容が占めている。

患者の相談窓口の利用状況①～年齢

- 患者の相談窓口の利用状況を見ると、外来時の利用が約3割、入院時の利用が7割となっており、入院中の利用が多い。
- 年齢階級別で利用状況を見ると、40歳以下で入院時と外来時が同じくらいの利用となっており、年齢が若くなるほど、外来での利用が増えている。

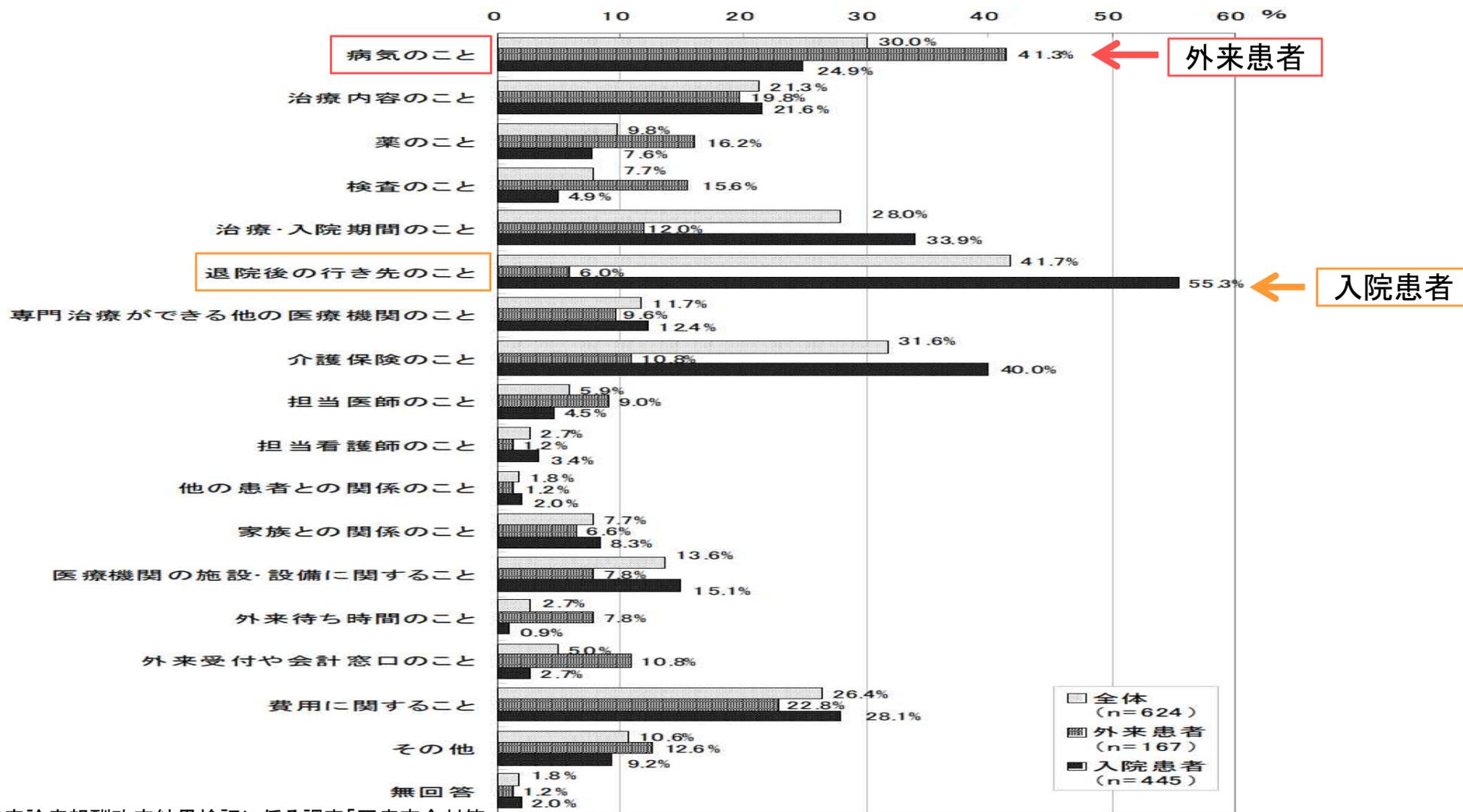
＜年齢階級別患者相談窓口利用状況(入院・外来別)＞



患者の相談窓口の利用状況②～利用内容

○ 患者の相談窓口の利用内容をみると外来時は「病気のこと」が最も多く、入院時は「退院後の行き先のこと」「介護保険のこと」が多く、外来と入院では利用内容が違っている。

＜患者相談窓口の利用内容(外来・入院別)＞

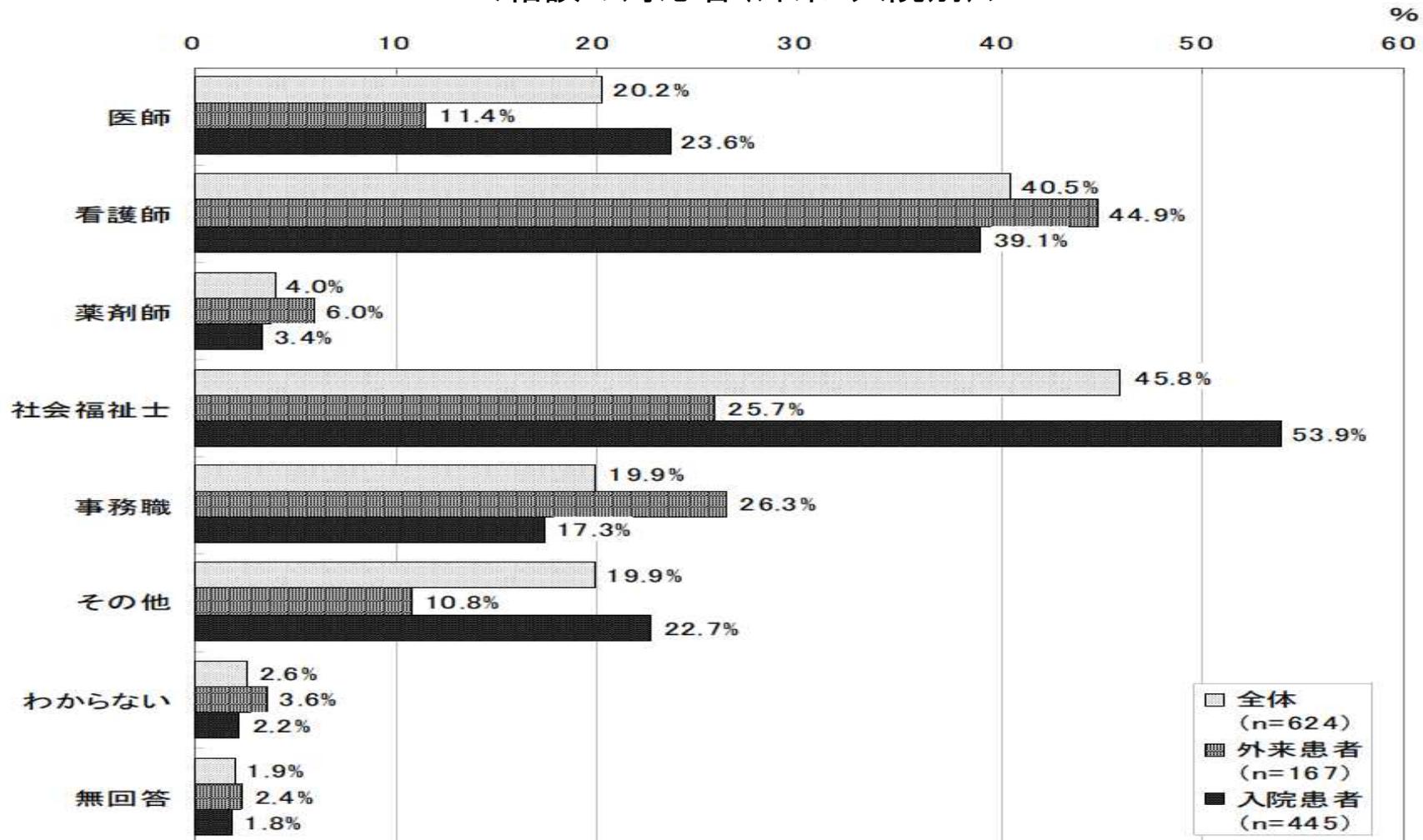


出典：平成24年度診療報酬改定結果検証に係る調査「医療安全対策や患者サポート体制に係る評価についての影響調査」

患者の相談窓口の利用状況③～対応者

○ 患者の相談窓口の対応者をみると、外来患者は看護職員、入院患者は社会福祉士が最も多い。

＜相談の対応者(外来・入院別)＞

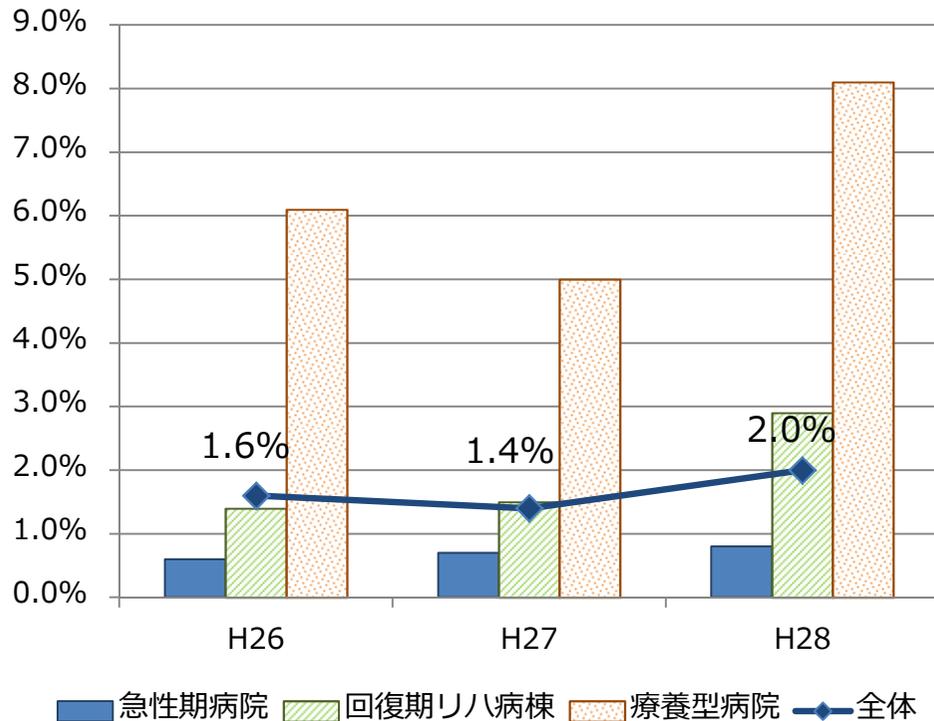


外来患者の相談件数推移

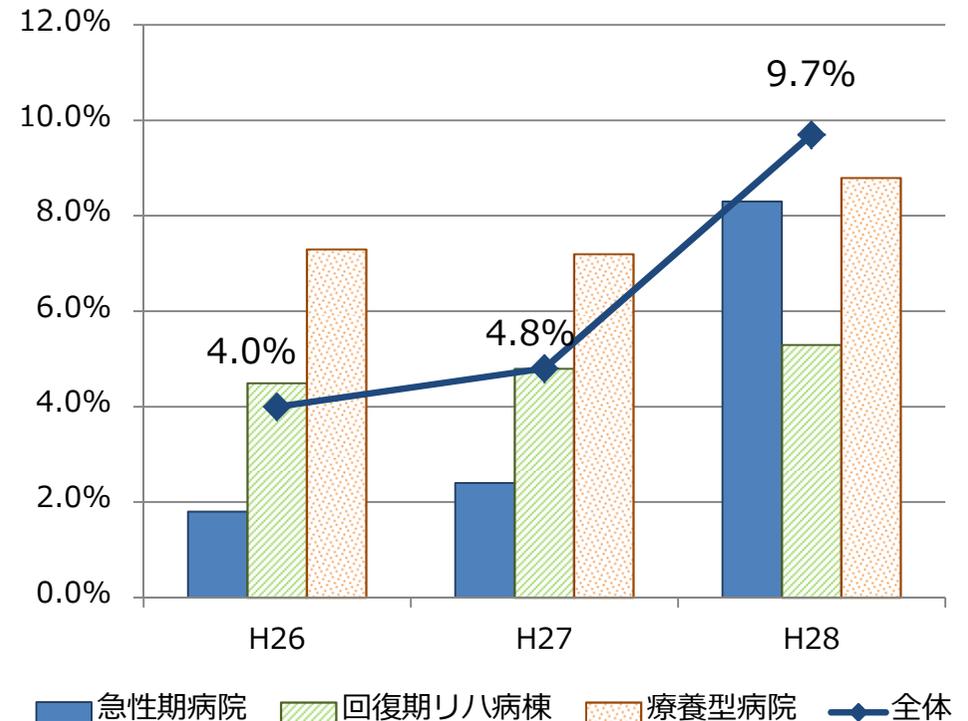
○ 外来患者の相談件数は増加しており、特に急性期病院での延べ相談件数の増加が著しい。

外来患者総数に占める相談件数の割合※の推移

■ 外来新規相談件数



■ 外来延べ相談件数

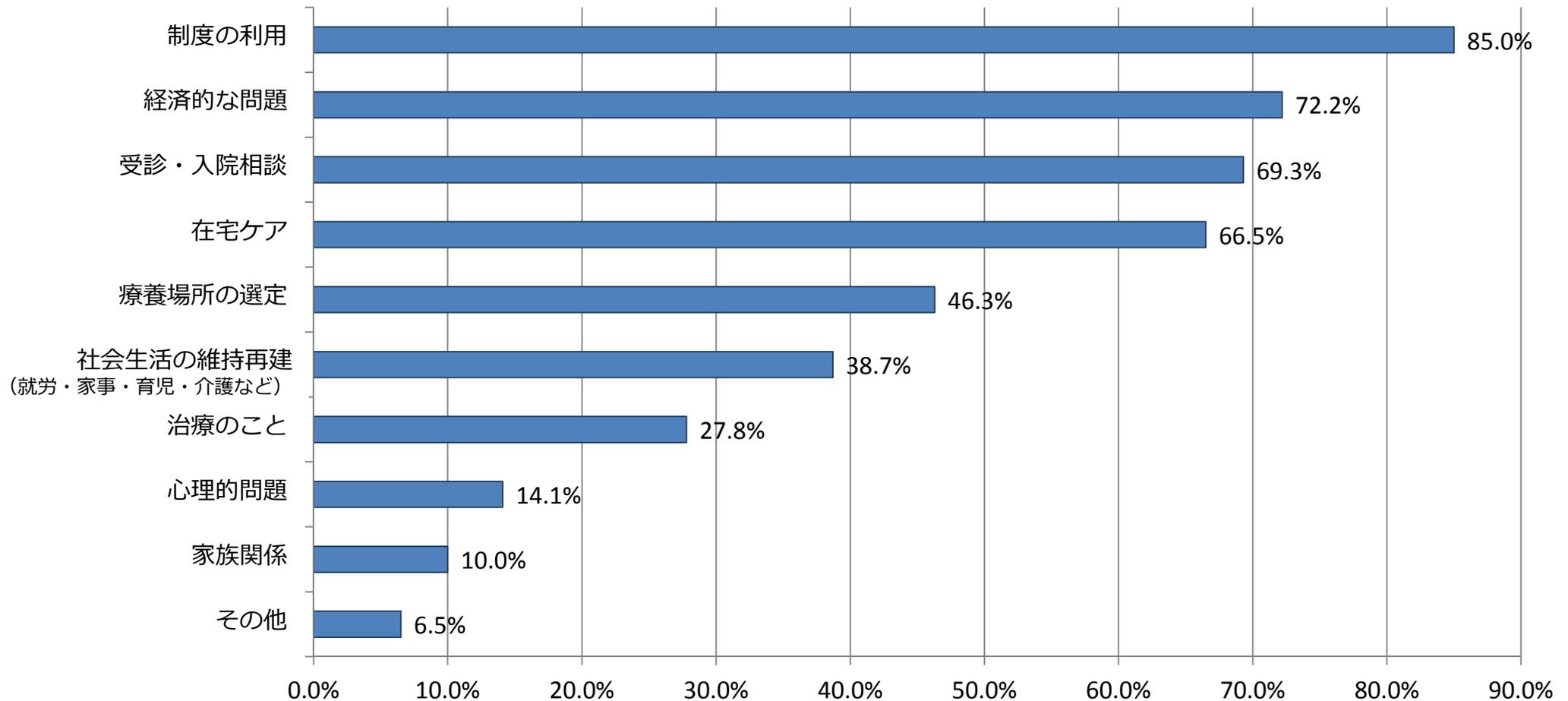


[調査期間] 平成29年 9月
[回答医療機関数] 460施設

※ 外来患者数に占める相談件数を、医療機関毎に算出し平均を算出

外来患者の新規の相談内容

○ 外来患者の新規相談内容をみると、「制度の利用」が多く、次いで、「経済的な問題」「受診・入院相談」と同じくらい「在宅ケア」の相談も多い。



【調査期間】 平成29年 9月
【回答医療機関数】 460施設
各医療機関の社会福祉士が、相談件数で多い内容上位5つを回答したものを集計

患者の相談支援・連携にかかる診療報酬

○ 入院中の患者に対する相談支援の評価は充実してきており、多くの医療機関で相談窓口が設置されている。

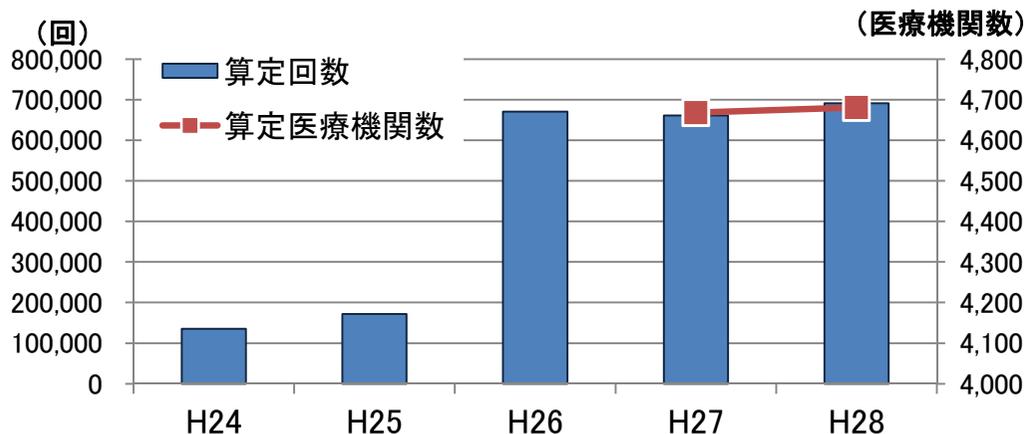
患者サポート体制充実加算(入院初日) 70点

➤ 医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等に対する支援体制を評価。当該保険医療機関に相談支援窓口を設置し、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応することを求めている。

[施設基準]

- 相談窓口に、専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応出来る体制をとっている必要がある。
- 患者等に対する支援体制が整備されていること。

■患者サポート体制充実加算の算定回数・算定医療機関数の推移 (H24新設)

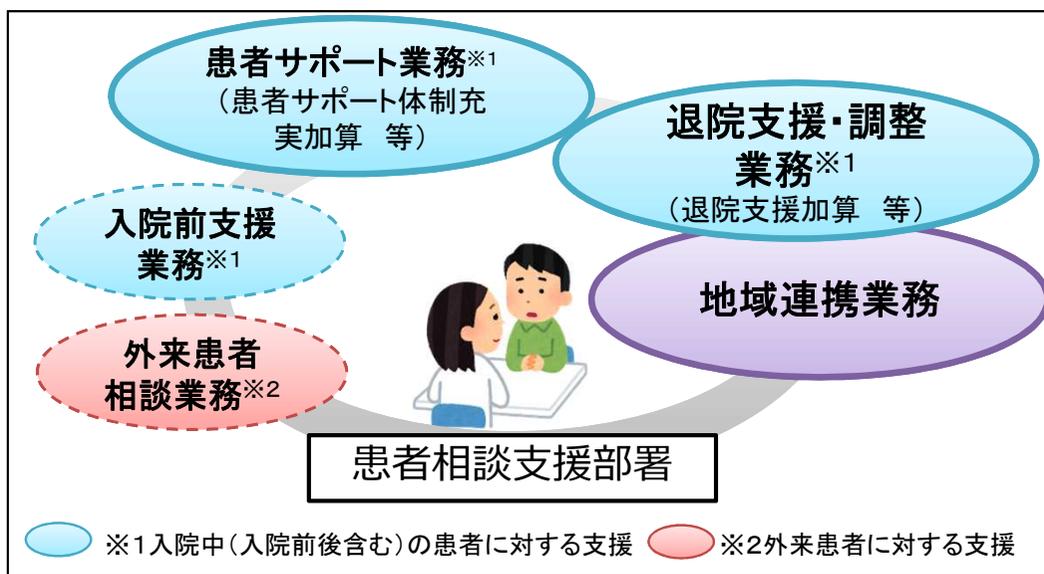


退院支援加算1, 2

➤ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進するための評価。

[算定要件・施設基準]

- 退院困難な患者の早期抽出
- 入院早期の患者・家族との面談
- 多職種によるカンファレンスの実施
- 退院調整部門の設置
- 病棟への退院支援職員の配置
- 医療機関間の顔の見える連携の構築
- 介護保険サービスとの連携



外来における相談・連携の論点(案)

【論点(案)】

(外来における相談・連携)

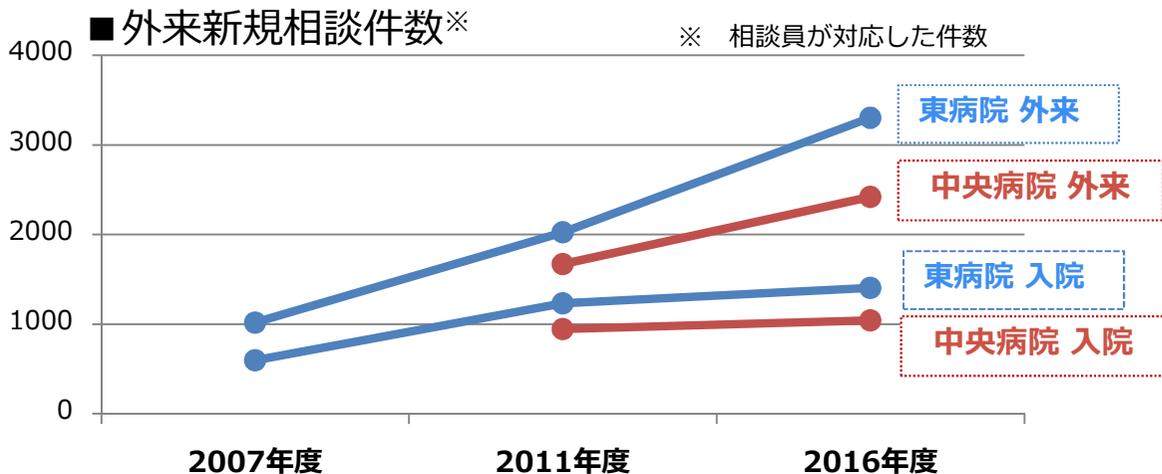
- 入院患者については、早期に退院して社会復帰できるようにする観点から、様々な相談支援が診療報酬で評価されている。他方、外来患者については、社会生活を送りながら治療を続けているため、治療継続のために必要とされる支援や要望が多岐にわたっており、様々な機関との連携が必要になる一方、医療保険以外の公的制度等が支援を担うべきサービス内容も多い。

このような実態を踏まえ、外来患者への相談支援について、他の公的サービスとの整合性等も踏まえ、診療報酬での対応の在り方をどのように考えるか。

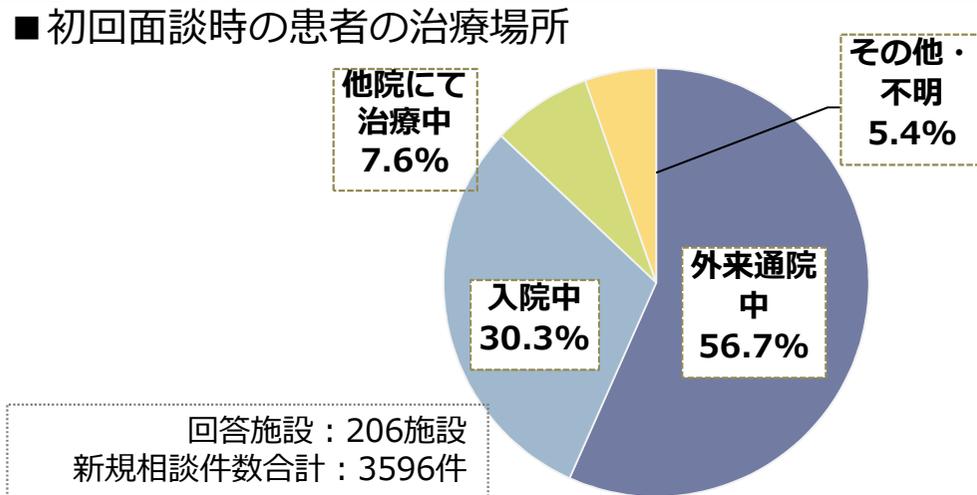
参考資料(外来における相談・連携)

がん患者の外来での相談支援

- がん患者の相談は、外来通院中が多く、件数も伸びている。
- がん患者の就労に関する相談については、治療スケジュールや支援制度について知りたいという内容が、初診時に多い。

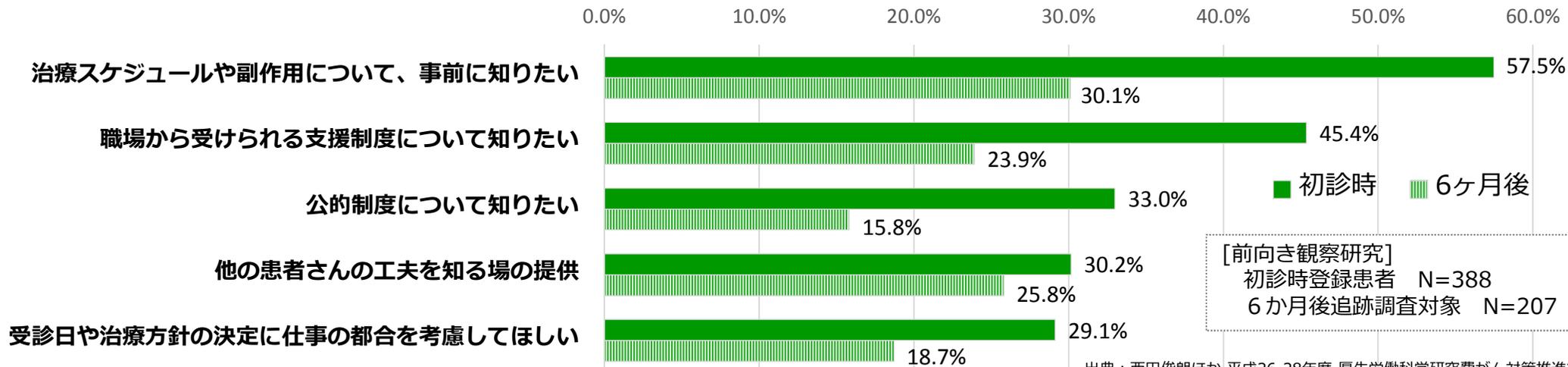


出典：国立がん研究センター東病院・
国立がん研究センター中央病院 (中央病院は2007年度データなし)



出典：西田俊朗ほか, 平成29年度厚生労働科学研究費がん対策推進総合研究事業
「がん患者の就労継続および社会復帰に資する研究」(主任研究者：若尾文彦)
分担研究「医療機関におけるがん患者の就労支援体制に関する実態調査」

■ 患者が希望している就労相談内容（上位5項目／がん専門病院初診時・初診より6か月後）

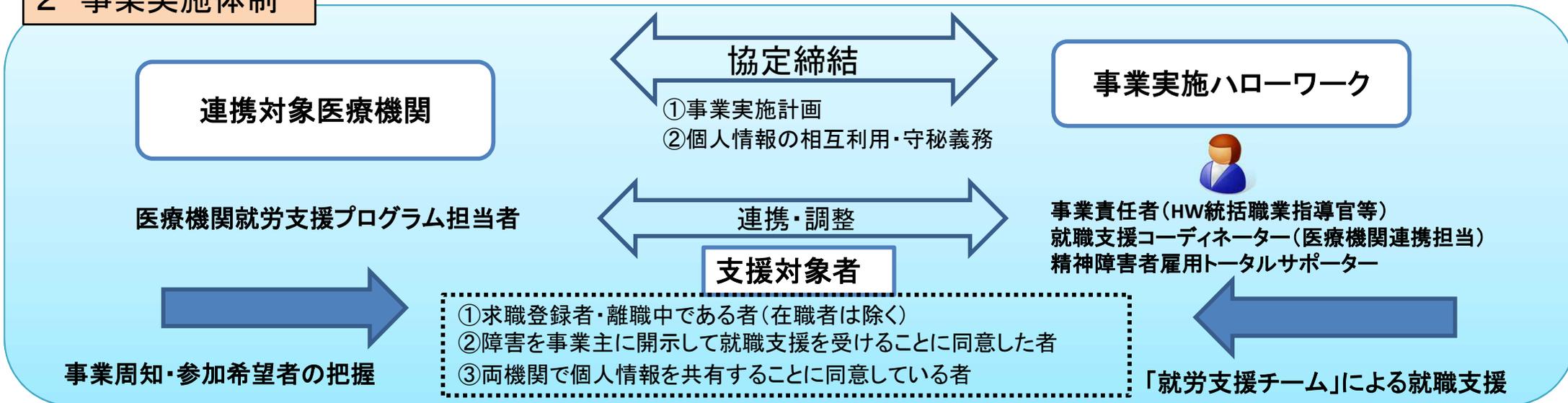


出典：西田俊朗ほか, 平成26-28年度 厚生労働科学研究費がん対策推進総合研究事業
「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究」(主任研究者：高橋都)
分担研究「がん患者の仕事と治療の両立に関する調査研究」

1 目的

精神障害者の更なる雇用の推進のため、ハローワークにおいて、就労支援プログラム等を実施する医療機関と連携したモデル事業を実施し、当該医療機関との信頼関係を構築するとともに、地域の他の医療機関に対してもハローワークでの取組状況について普及・啓発を図り、医療機関との連携を推進することとする。

2 事業実施体制



3 事業内容等

- 主治医等として医療機関の関与は継続。就労支援の観点から支援対象者を医療機関からハローワークに引き継ぐ。
- 支援方法については、「チーム支援事業」を活用し、支援期間は原則6ヶ月以内とする。
- 想定される支援内容は次のとおり。
 - ①連携対象医療機関を利用している精神障害者に対して就職に関する知識や技術を付与するためのジョブガイダンスの実施
 - ②職業相談・紹介、キャリアコンサルティング、職業訓練あっせん等の就労支援サービス
 - ③職場実習等の機会の積極的な提供
 - ④3ヶ月目と支援期間終了時に医療機関側の担当者を含めたケース会議の開催
 - ⑤職場定着支援等のフォローアップ支援の実施

4 実施労働局

平成29年度38労働局



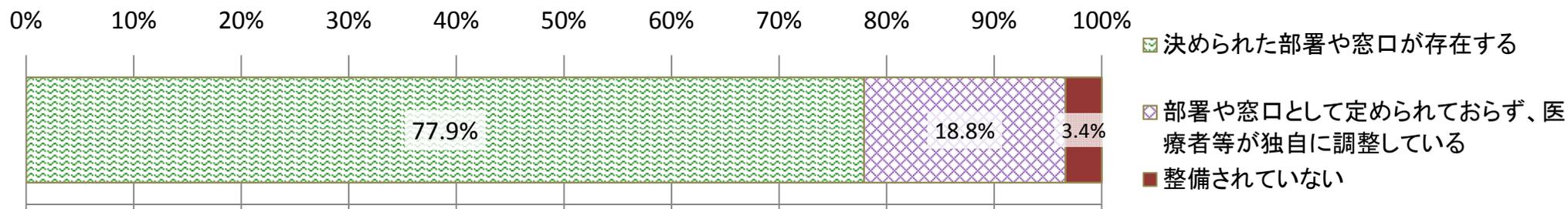
平成30年度(要求)47労働局

外来部門と他医療機関との連携

○外来通院中の患者が、他院に入院する場合や在宅に移行する場合の連携の仕組みとして、急性期病院の約8割で「決められた部署や窓口が存在」しているが、約2割は医療者が独自に調整、あるいは整備されていない状況がある。

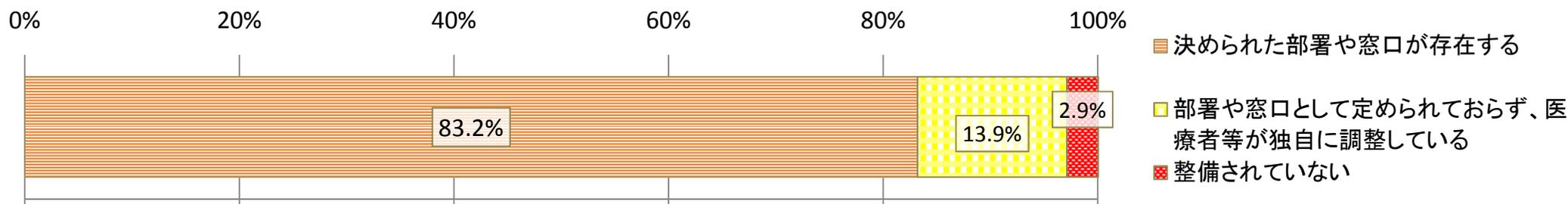
＜外来通院中の患者が他院に入院する場合の連携＞

(n=208) (平成28年12月1日時点)



＜外来通院中の患者が在宅に移行する場合の連携＞

(n=208)



【調査対象】 7対1一般病棟入院基本料又は10対1一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関で無作為抽出した1,000施設の外来部門
 【調査期間】 平成29年1月

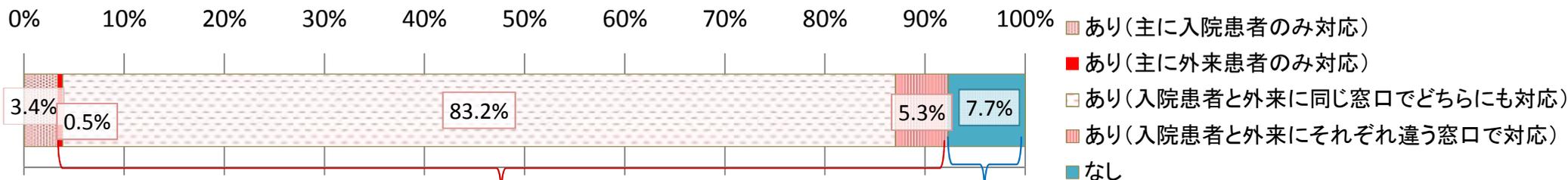
患者の相談窓口設置状況

- 患者からの生活上の不安や疾病に関する医学的な質問等の様々な相談に対応する窓口は、多くの医療機関で設置されており、相談窓口の多くが入院患者と外来患者両方に対応している。
- 相談窓口の職員は、多くが社会福祉士等であり、相談窓口がない医療機関では、看護職員が相談に対応していた。

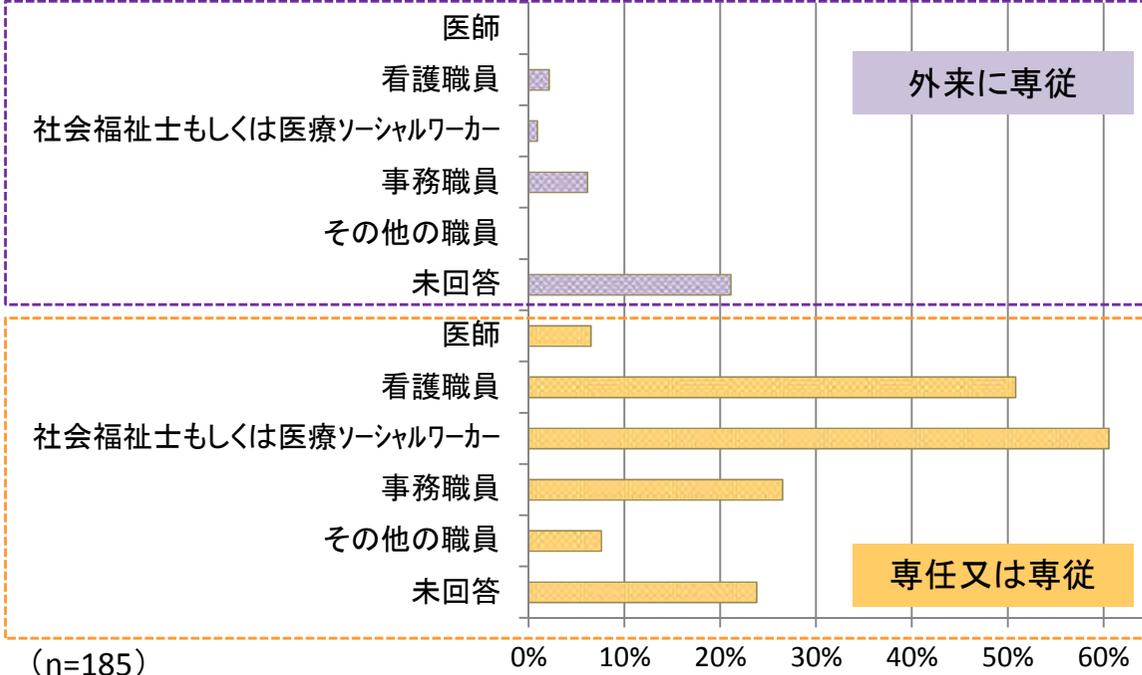
＜患者からの相談窓口の設置の有無＞

(n=208)

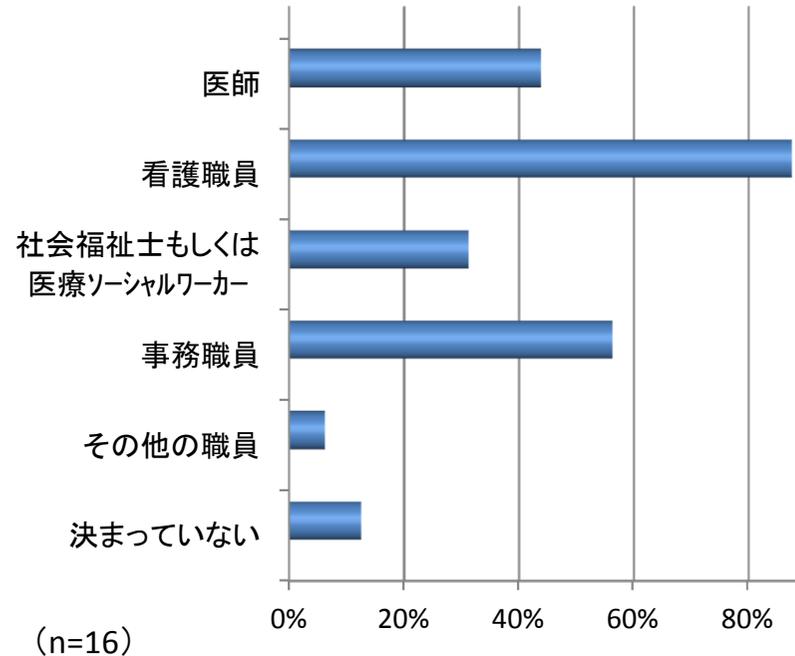
(平成28年12月1日時点)



＜相談窓口※に配置されている職種＞



＜相談に対応する職種＞



※ 「主に入院患者のみ対応」の窓口を除く

【調査対象】 7対1一般病棟入院基本料又は10対1一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関で無作為抽出した1,000施設の外来部門
 【調査期間】 平成29年1月

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

8. 明細書の無料発行

【課題】

- 平成20年度以降、累次の診療報酬改定において、明細書の無料発行を進めて来ており、病院においては、明細書の無料発行が義務づけられている。
- 診療所・薬局においては、正当な理由がある場合は、明細書は無料で発行する必要はない。正当な理由があるとして届出を行っている施設は減少傾向にある。
- 電子レセプトの普及状況を見ると、総計で約93%が電子レセプトに対応している。
- 検証調査の結果、全ての施設において、明細書を受け取って良かったこととして、「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」、「医療費の内訳がわかりやすくなった」が上位にあげられていた。一方、歯科診療所・保険薬局においては、明細書を受け取った人の30%が「特になし」と回答していた。
- 検証調査の結果、全ての施設において、明細書発行を希望しない理由として、「明細書をもらっても内容がよく分からないため」、「領収証の内容で十分なため」が上位にあげられていた。また、明細書発行を希望しない人の概ね20%が「個人情報であり廃棄方法が不安であるため」と回答していた。

明細書の無料発行の経緯①

【平成20年度診療報酬改定時】

(療担則)

- 厚生労働大臣の定める保険医療機関^(※1)は、患者から求められたときは、明細書を交付しなければならない取扱いとする。

【平成22年度診療報酬改定時】

(療担則)

- 厚生労働大臣の定める保険医療機関^(※1)は、患者の求めにかかわらず、明細書を交付しなければならない取扱いとする。また、明細書を交付する際は、正当な理由^(※2)がある場合を除き、無償で行わなければならない旨明記。
- なお、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由^(※2)がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りることとする。

(薬担則)

- 厚生労働大臣の定める保険薬局^(※1)は、患者の求めにかかわらず、明細書を交付しなければならない取扱いとする。また、明細書を交付する際は、正当な理由^(※2)がある場合を除き、無償で行わなければならない旨明記。
- なお、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由^(※2)がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りることとする。

(※1) 電子レセプト請求を行っている施設

(※2) 正当な理由: 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

明細書の無料発行の経緯②

【平成24年度診療報酬改定時】

(療担則)【平成26年4月1日施行】

- 病床数が400床以上の保険医療機関においては、正当な理由の有無にかかわらず、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。
- 病床数が400床未満の保険医療機関において、正当な理由^(※2)がある場合は、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こととし、有償で行うことができることとする。

(薬担則)【平成26年4月1日施行】

- 厚生労働大臣の定める保険薬局^(※1)において、正当な理由^(※2)がある場合は、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こととし、有償で行うことができることとする。

【平成26年度診療報酬改定時】

(療担則)

- 病院においては、正当な理由の有無にかかわらず、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。【平成28年4月1日施行】

【平成28年度診療報酬改定時】

(療担則・薬担則)

- 厚生労働大臣の定める保険医療機関及び保険薬局^(※1)においては、公費負担医療により自己負担のない患者に対して、患者から求めがあったときは、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。
- 正当な理由^(※2)がある場合は、平成30年3月31日までの間(診療所については当分の間)、明細書を交付することを要さず、有償で行うことができることとする。

(※1) 電子レセプト請求を行っている施設

(※2) 正当な理由: 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 **117**

(参考) 明細書の無料発行の現状

自己負担の有無	自己負担ありの患者	自己負担なしの患者
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	患者から求めがあれば 無料発行義務あり (平成29年度末までの間、正当な理由※2がある場合は、 交付することを要さず、有償で行うことができる。)
診療所 (歯科診療所を含む。) 【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 (当分の間、正当な理由※2がある場合は、 患者から求められたときに交付することで足り、 有償で行うことができる。)	患者から求めがあれば 無料発行義務あり (当分の間、正当な理由※2がある場合は、 交付することを要さず、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 (当分の間、正当な理由※2がある場合は、 患者から求められたときに交付することで足り、 有償で行うことができる。)	患者から求めがあれば 無料発行義務あり (平成29年度末までの間、正当な理由※2がある場合は、 交付することを要さず、有償で行うことができる。)
電子レセプト請求を行っていない病院、診療所(歯科診療所を含む。)、保険薬局※1	特に規定なし	
訪問看護ST	患者から求めがあれば 発行に努める	

※1 : ①手書きレセプト請求を行っている保険医療機関・保険薬局、②常勤の医師、歯科医師、薬剤師が高齢の診療所・保険薬局 等

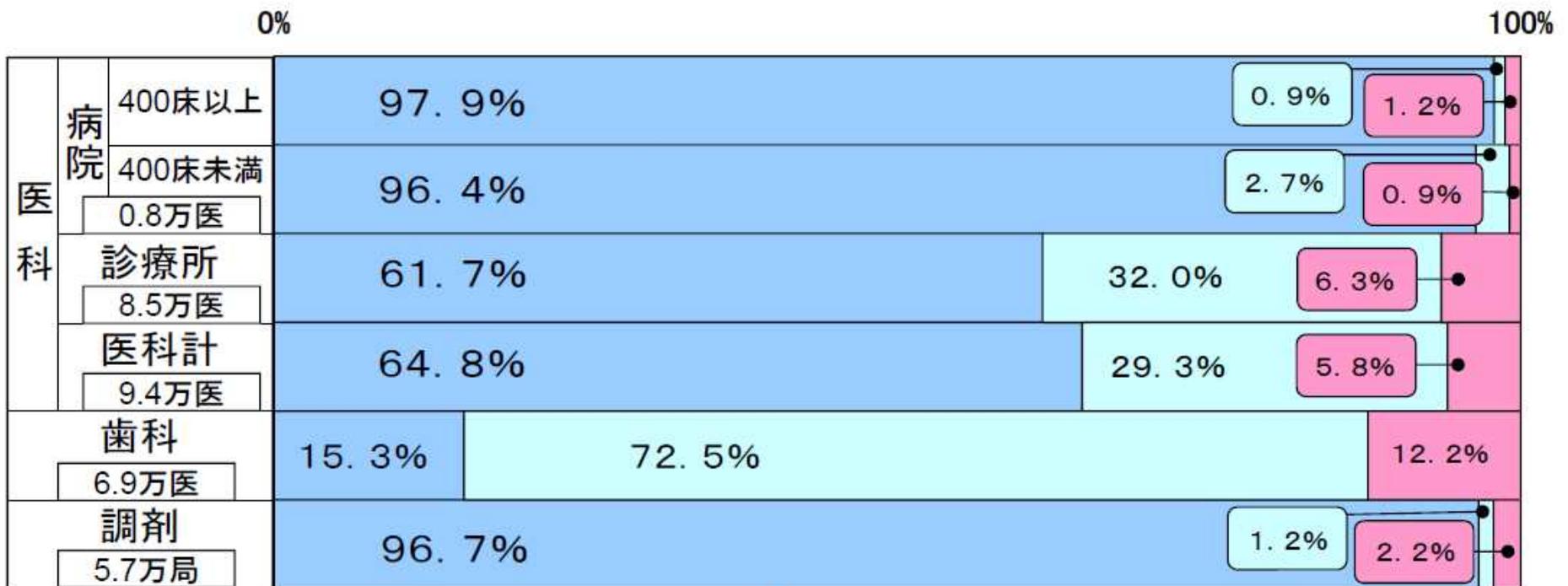
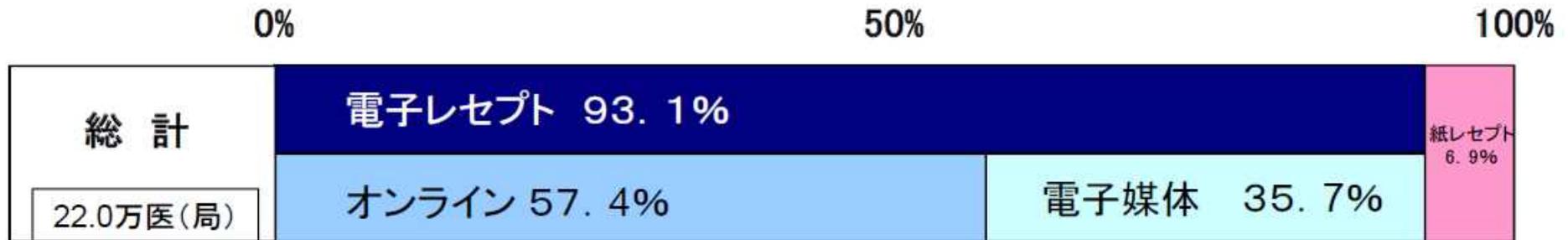
※2 : 正当な理由は、①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合又は②自動入金機の改修が必要な場合。
 この場合、自己負担ありの患者については、交付は患者から求められたときでよく、有償でもよい。自己負担なしの患者については、交付することを要さず、交付する場合有償でもよい。

現時点において明細書無料発行義務のない施設等

自己負担ありの患者	自己負担なしの患者
<p>電子レセプト請求免除(未対応)の施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ※電子レセプト請求を行える体制を整備する努力義務規定あり ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・医科診療所：平成22年7月1日(レセコン使用の場合)、平成23年4月1日(紙レセプトの場合) ・歯科診療所：平成23年4月1日 ・保険薬局：平成21年4月1日(レセコン使用の場合)、平成23年4月1日(紙レセプトの場合) <p style="text-align: right;">等</p>	
<p>「正当な理由」がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保険薬局（当分の間） ○診療所(歯科診療所含む。)（当分の間） <p>【正当な理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 自動入金機の改修が必要な場合 	<p>「正当な理由」がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院、保険薬局（平成29年度末まで） ○診療所(歯科診療所含む。)（当分の間） <p>【正当な理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己負担の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 ・ 自動入金機の改修が必要な場合

電子レセプトの普及状況

請求状況(医療機関数・薬局数ベース)【平成29年7月診療分】

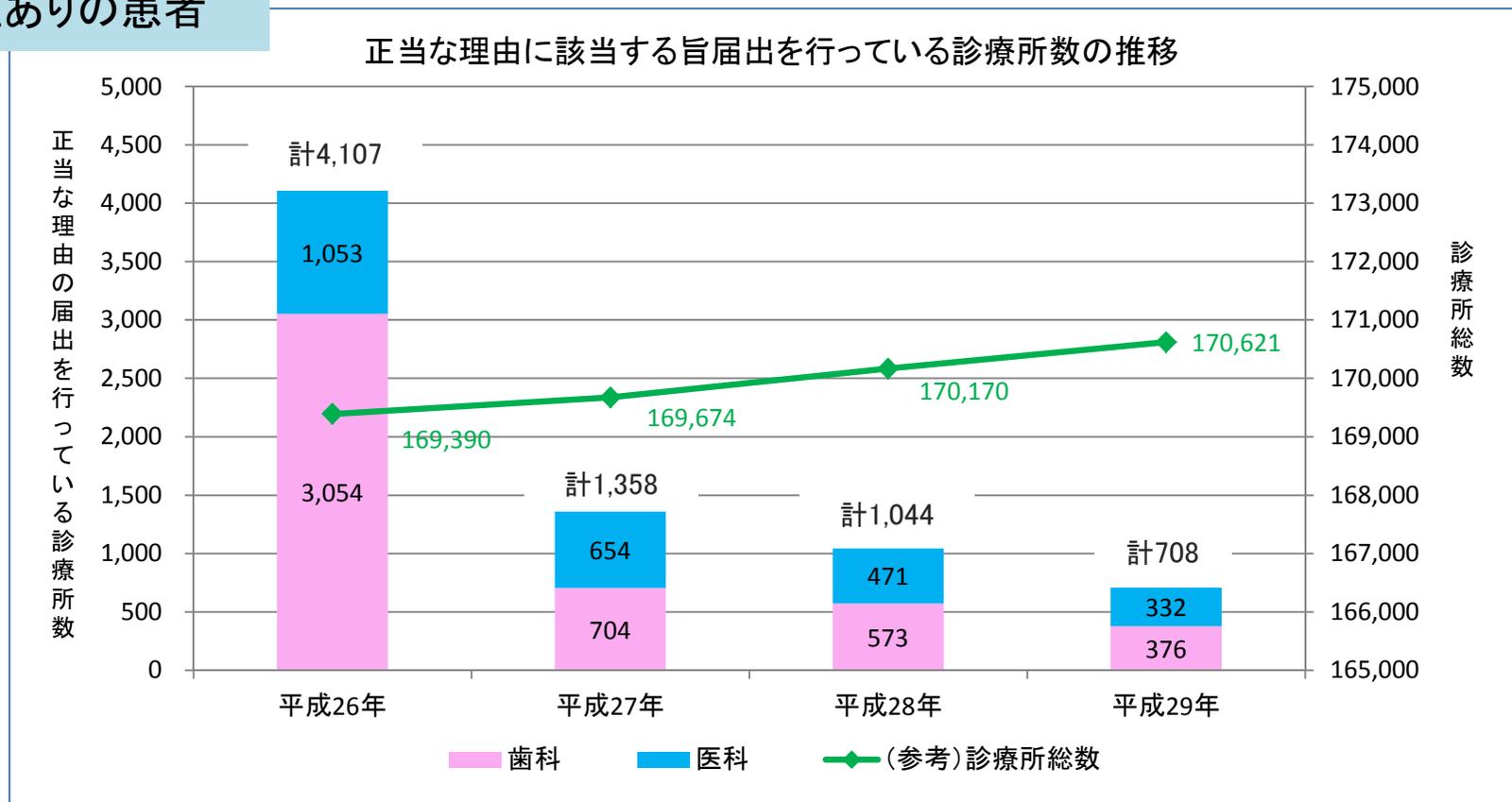


※各項目ごとに割合等を算出しているため、合計が不一致となる場合がある。

出典: 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」に該当し明細書無料発行義務がない施設の状況

自己負担ありの患者



自己負担なしの患者

正当な理由に該当する旨届出を行っている施設数【平成29年時点数】

病院	保険薬局	診療所
7	0	12

出典: 保険局医療課調べ(毎年7月1日現在の届出状況報告及び医療施設動態調査より)

※「自己負担ありの患者」及び「自己負担なしの患者」の平成29年の数値については、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(医科99、歯科114、計213)を算入していない。

(参考)領収証と明細書(医科)

○ 領収証は、全ての保険医療機関・保険薬局・訪問看護ステーションにおいて、無料で発行が義務づけられている。

領 収 証

患者番号		氏 名		請求期間 (入院の場合)			
		様		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			平成 年 月 日				
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
点	点	点	点	点	点	点	
病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養				
点	点	円	円				
保険外負担	評価療養・選定療養	その他					
	(内訳)	(内訳)					
				保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担	
				合 計	円	円	円
				負担額	円	円	円
				領収額			円
				合 計			円

診療明細書(記載例)

入院		保険		
患者番号	氏名	〇〇 〇〇 様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科				
部	項目名	点数	回数	
医学管理	*薬剤管理指導料(救命救急入院料等算定患者)	430	1	
注射	*点滴注射 サークルス注0.1% 0.1%100mL1瓶 生理食塩液500mL 1瓶 *点滴注射料 *無菌製剤処理料2	276 95 40	1 1 1	
処置	*救命のための気管内挿管 *カウンターショック(その他) *人工呼吸(5時間超) 360分 *非開胸的心マッサージ 60分	500 3500 819 290	1 1 1 1	
検査	*微生物学的検査判断料 *検体検査管理加算(2) *HCV核酸定量	150 100 450	1 1 1	
リハビリ	*心大血管疾患リハビリテーション料(1) 早期リハビリテーション加算 初期加算	280	12	
入院料	*一般病棟入院10対1入院基本料 一般病棟入院期間加算(14日以内) *医師事務作業補助体制加算1(50対1) *救命救急入院料1(3日以内) *救命救急入院料1(4日以上7日以内)	1782 270 9869 8929	7 1 3 2	

診療明細書(記載例)

入院外		保険		
患者番号	氏名	〇〇 〇〇 様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科				
部	項目名	点数	回数	
基本料	*外来診療料	73	1	
在宅	*在宅自己注射指導管理料(月28回以上) *血糖自己測定器加算(月100回以上)(1型糖尿病の患者に限る)	810 1320	1 1	
処方	*処方せん料(その他)	68	1	
検査	*生化学的検査(1)判断料 *血液学的検査判断料 *B-V *検体検査管理加算(1) *血中微生物 *生化学的検査(1)(10項目以上) ALP LAP γ-GTP CK ChE Amy TP Alb BIL/総 BIL/直	144 125 20 40 40 117	1 1 1 1 1 1	
画像診断	*胸部単純撮影(デジタル撮影) 画像記録用フィルム(半切) 1枚	173	1	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇〇〇

領収印

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

(参考)領収証と明細書(歯科・調剤・訪問看護)

歯科

領収証

患者番号	氏名	請求期間 (入院の場合)					
	様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
		平成 年 月 日					
保険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注射	リハビリテーション	処置	手術	麻酔	放射線治療	歯冠修復及び欠損補綴
	点	点	点	点	点	点	点
	歯科矯正	病理診断	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			
保険外負担	評価療養・選定療養	その他		保険	保険 (食事・生活)	保険外負担	
	(内訳)	(内訳)		円	円	円	
				円	円	円	
領収額合計						円	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇〇〇

領収印

診療明細書(記載例)

患者番号	氏名	〇〇〇様	受診日	YYYY/MM/DD
部	項目名	点数	回数	
基本料	歯科初診料	234	1	
医学管理	歯科疾患管理料	110	1	
	薬剤情報提供料	10	1	
検査	歯周基本検査20歯~	200	1	
画像診断	歯科パノラマ断層撮影(デジタル)	307	1	
	電子画像管理加算	95	1	
投薬	処方料	42	1	
	調剤料(内)	9	1	
	〇〇錠 × mg 1日3回分×3日分	55	1	
処置	機械的歯面清掃処置	60	1	
手術	拔牙(臼歯)	260	1	
歯冠修復・欠損補綴	充填	126	1	
	充填(単)	102	1	
	充填用材料I(複合レジン系・単)	11	1	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

訪問看護

領収証

領収書No.	患者番号	氏名	請求期間				
		様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
発行日	負担割合	本・家	区分				
平成 年 月 日							
保険適用負担	保険負担分項目	単価	数量	金額			
	(内訳)						
保険外負担	保険外負担分項目	単価	数量	金額			
	(内訳)						
提供日	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				
備考							
保険外負担	保険外負担分項目	単価	数量	金額	税	消費税等	
	(内訳)						
明細合計額		円		円			
課税対象額							
領収額合計							円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇 訪問看護ステーション 〇〇〇〇

領収印

調剤

領収証

患者番号	氏名	請求期間			
	様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
領収証No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	
	平成 年 月 日				
保険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料	
	点	点	点	点	
保険外負担	評価療養・選定療養	その他		保険	保険外負担
	(内訳)	(内訳)		円	円
				円	円
領収額合計				円	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇薬局 〇〇〇〇

領収印

調剤明細書(記載例)

患者番号	氏名	〇〇〇様	調剤日	YYYY/MM/DD
区分	項目名	点数	備考	
調剤技術	調剤基本料	41		
	基準調剤加算1	12		
	後発医薬品調剤体制加算1	18		
調剤料	内服薬(28日分)	81		
	内服薬(14日分)	63		
	屯服薬	21		
薬学管理	薬剤服用歴管理指導料	41		
	特定薬剤管理指導加算	4		
薬剤料	A錠 1日2錠×28日分	60	後発医薬品	
	B錠 1日1錠×14日分	60		
	C錠 1回1錠×5回分	35		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

患者調査の結果②-1

<明細書を受け取って良かったこと(病院の患者)>(報告書p99、100)

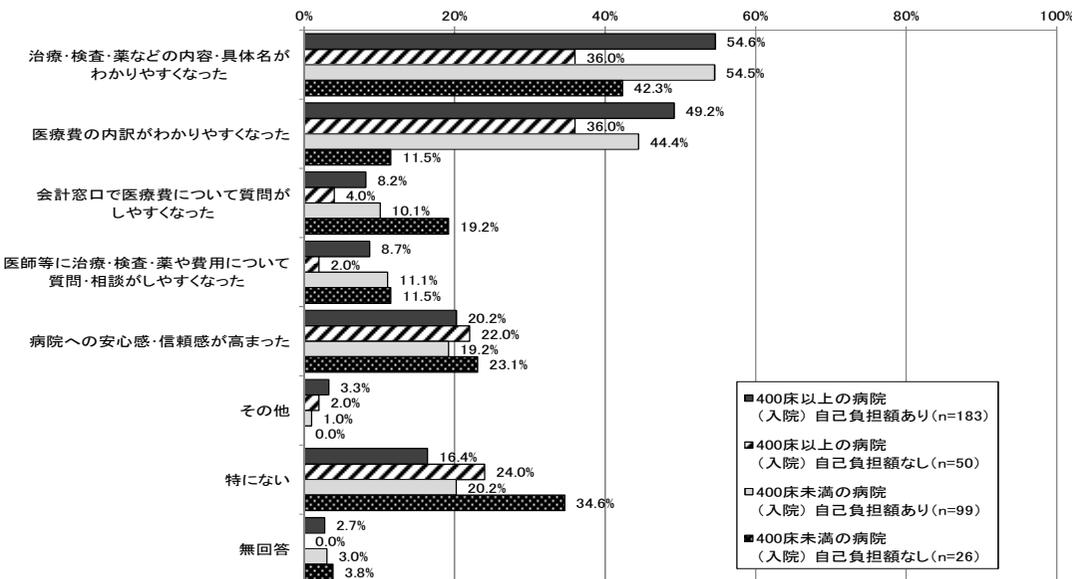
病院入院患者について、明細書を受け取って良かったことをみると、自己負担額ありの患者については、400床以上の病院、400床未満の病院いずれも「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「医療費の内訳がわかりやすくなった」であった。

自己負担額なしの患者については、400床以上の病院では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」と「医療費の内訳がわかりやすくなった」が最も多かった。400床未満の病院では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多かった。また、400床未満の病院の自己負担額なしの患者では、「会計窓口で医療費について質問がしやすくなった」が19.2%であった。

病院外来患者については、自己負担額ありの患者は、400床以上の病院では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」と「医療費の内訳がわかりやすくなった」が最も多かった。400床未満の病院では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「医療費の内訳がわかりやすくなった」であった。

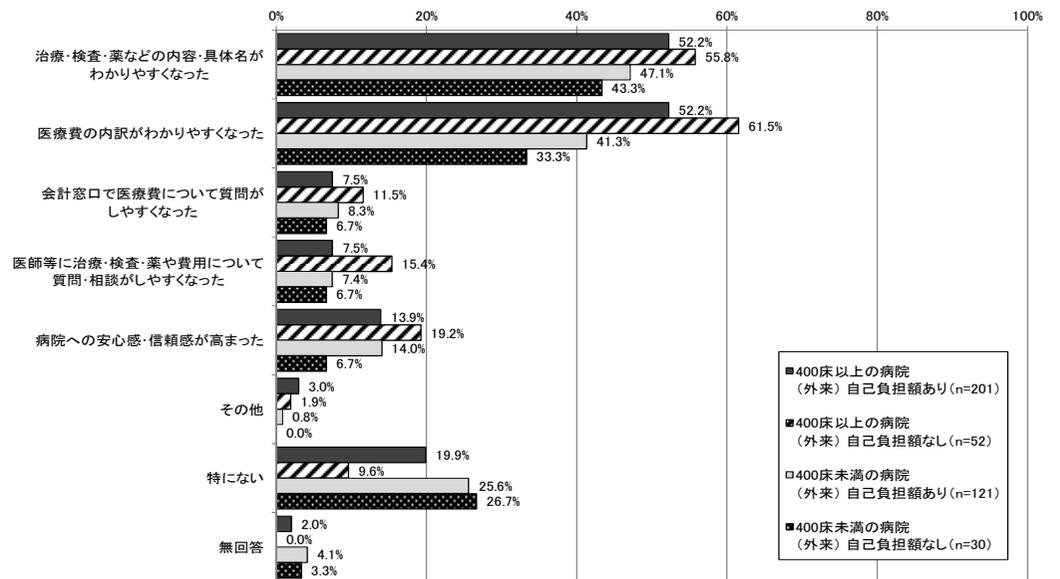
自己負担額なしの患者については、400床以上の病院では「医療費の内訳がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」であった。400床未満の病院では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「医療費の内訳がわかりやすくなった」であった。

図表 156 明細書を受け取って良かったこと(病院(入院)患者)
(明細書を受け取った人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「保険金請求のため」、「家族や主治医に行った治療内容を見せることができる」等が挙げられた。

図表 157 明細書を受け取って良かったこと(病院(外来)患者)
(明細書を受け取った人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「保険金請求のため」、「他の病院と比較できた」等が挙げられた。

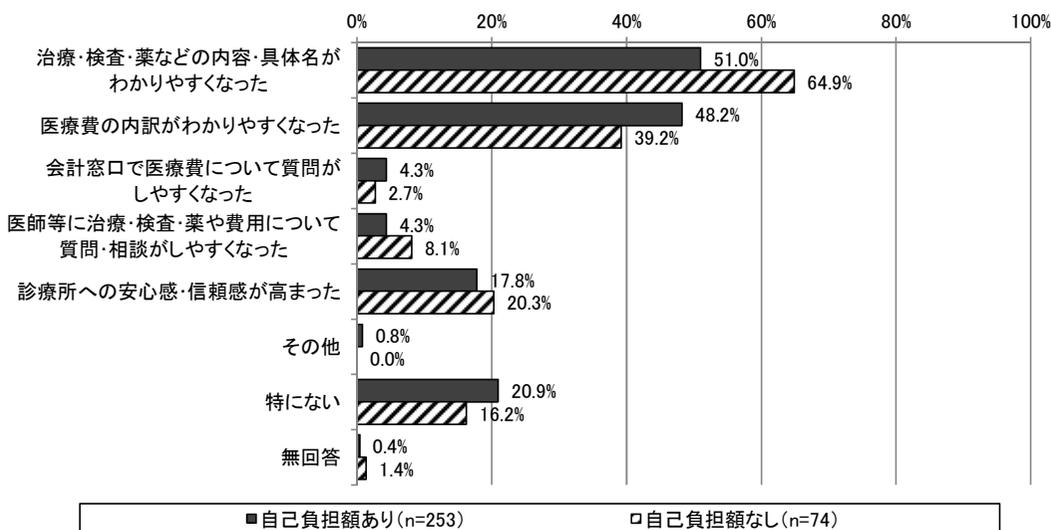
患者調査の結果②-2

＜明細書を受け取って良かったこと(一般診療所及び歯科診療所の患者)＞(報告書p101、102)

一般診療所の患者について、明細書を受け取って良かったことをみると、自己負担額ありの患者、自己負担なしの患者のいずれも「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「医療費の内訳がわかりやすくなった」であった。

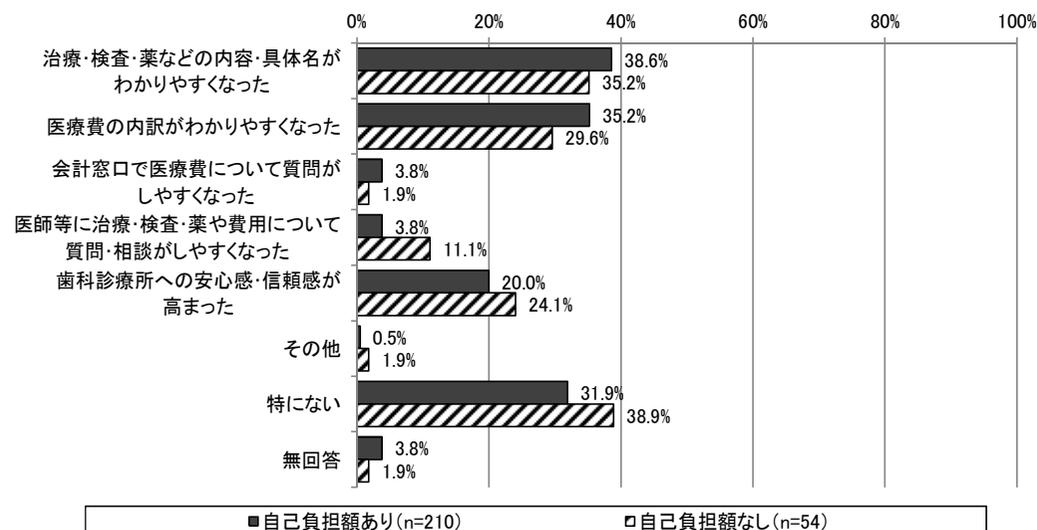
歯科診療所の患者について、明細書を受け取って良かったことをみると、自己負担額ありの患者では「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」が最も多く、次いで「医療費の内訳がわかりやすくなった」であった。

図表 158 明細書を受け取って良かったこと(一般診療所の患者)(明細書を受け取った人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「他の病院等を受診する際に検査内容を提示できる」等が挙げられた。

図表 159 明細書を受け取って良かったこと(歯科診療所の患者)(明細書を受け取った人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「処置内容について記録しやすい」等が挙げられた。

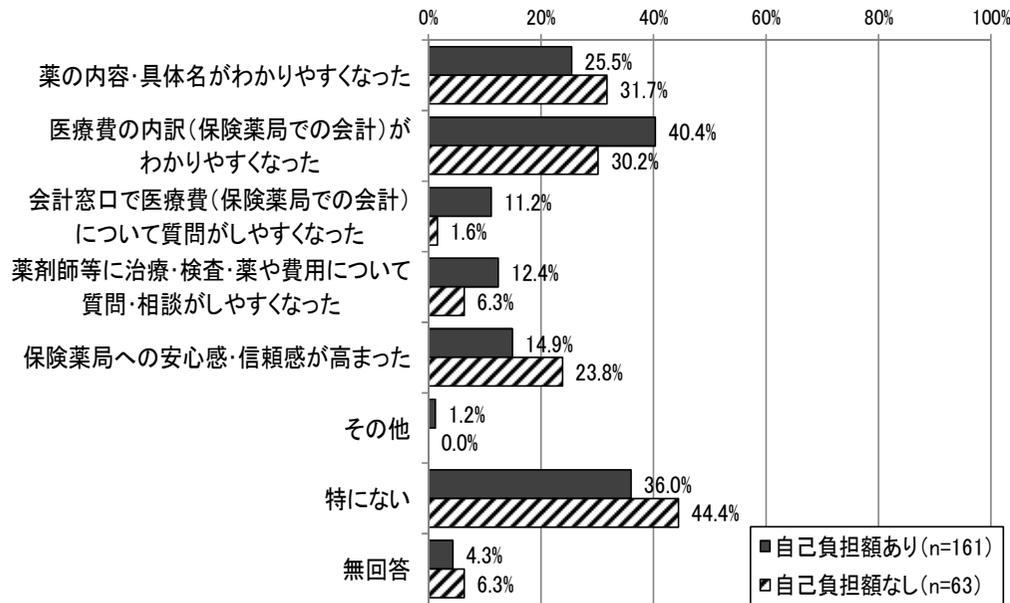
患者調査の結果②-3

＜明細書を受け取って良かったこと(保険薬局の患者及び訪問看護ステーションの利用者)＞
(報告書p103、104)

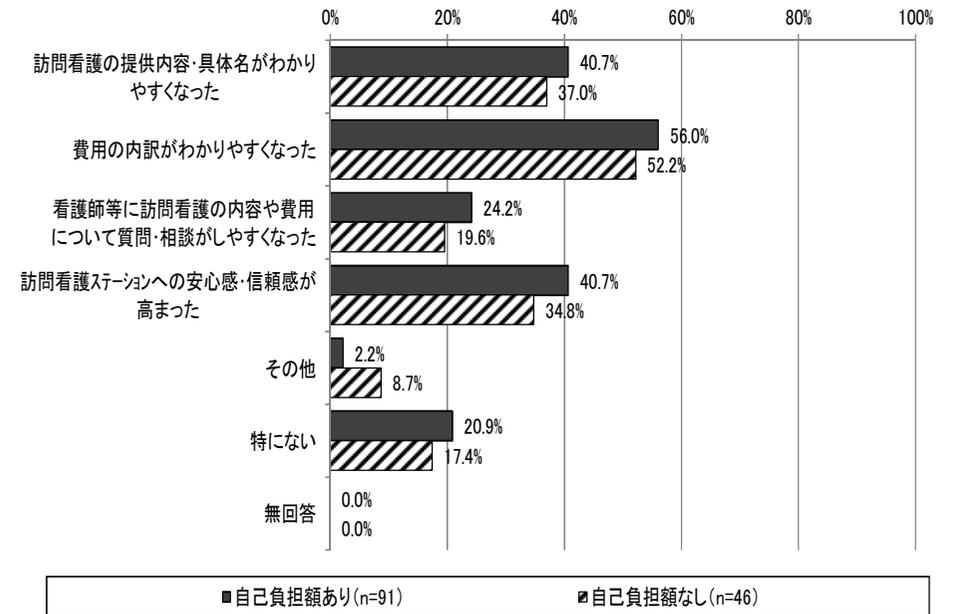
保険薬局の患者について、明細書を受け取って良かったことをみると、自己負担額ありの患者では「医療費の内訳(保険薬局での会計)がわかりやすくなった」が最も多かった。

訪問看護ステーションの利用者について、明細書を受け取って良かったことをみると、自己負担額ありの患者、自己負担額なしの患者いずれも「費用の内訳がわかりやすくなった」が最も多かった。

図表 160 明細書を受け取って良かったこと(保険薬局の患者)(明細書を受け取った人、複数回答)



図表 161 明細書を受け取って良かったこと(訪問看護ステーションの利用者)(明細書を受け取った人、複数回答)



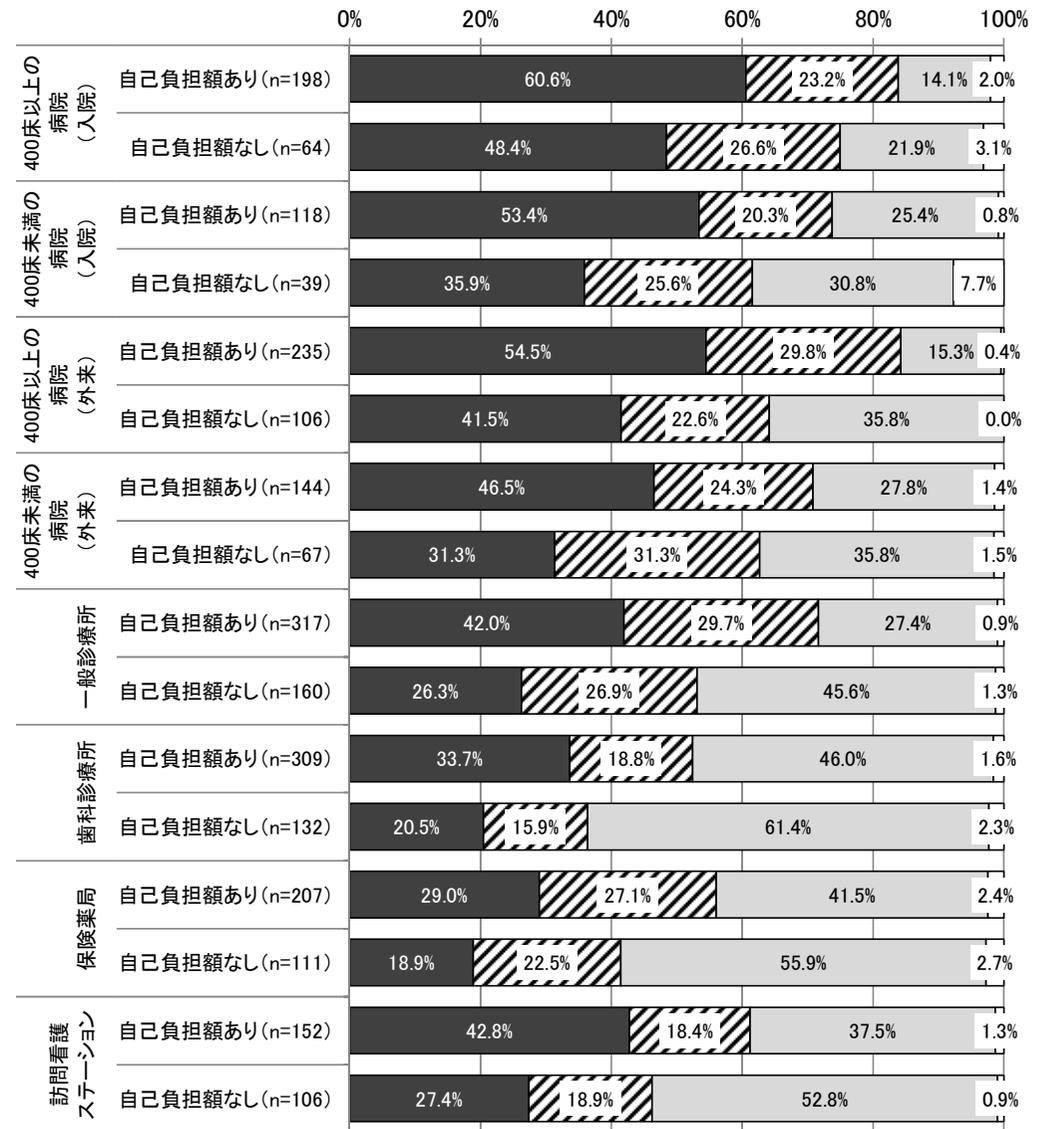
(注)「その他」の内容として、「内容・日数が同じの場合に比較して確認できる」が挙げられた。

患者調査の結果③

＜明細書発行に関する今後の希望＞（報告書p105）

明細書発行に関する今後の希望についてみると、自己負担額ありの患者・利用者では、400床以上の病院（入院）、400床未満の病院（入院）、400床以上の病院（外来）、400床未満の病院（外来）、一般診療所、訪問看護ステーションでは「会計の都度、明細書の発行を希望する」が最も多かった。歯科診療所、保険薬局では「希望しない」が最も多かった。

図表 162 明細書発行に関する今後の希望



■ 会計の都度、明細書の発行を希望する 1)
 □ 治療内容変更時など、場合により明細書の発行を希望する
 □ 希望しない
 □ 無回答

(注)1) 訪問看護ステーションでは「訪問看護の内容に変更があった時など、場合により発行を希望する」。

患者調査の結果④-1

<明細書発行を希望しない理由(病院の患者)>(報告書p106、108)

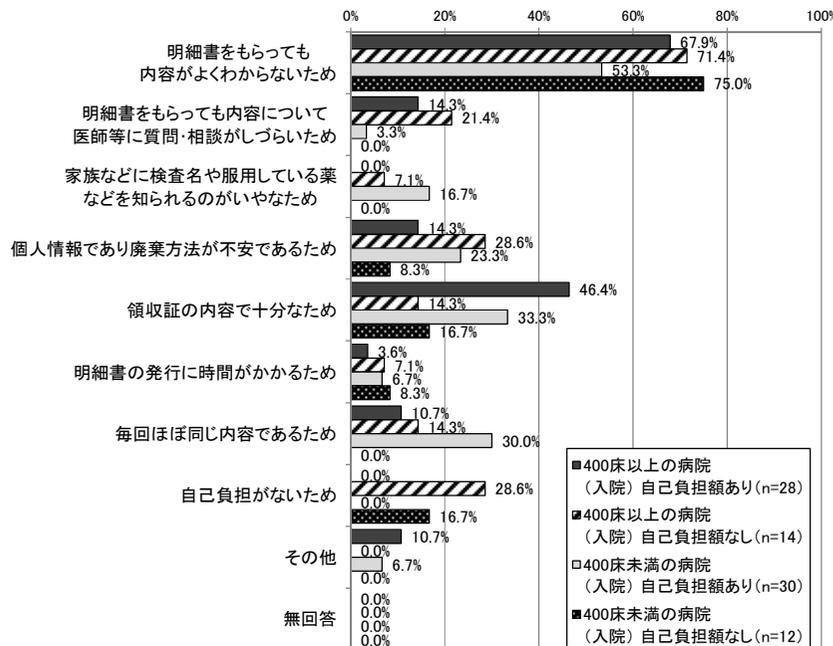
病院入院患者で、明細書発行を希望しない人に、明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの患者については、400床以上の病院、400床未満の病院いずれも「明細書をもらっても内容がよくわからないため」がそれぞれ67.9%、53.3%で最も多かった。

自己負担額なしの患者についても、400床以上の病院、400床未満の病院いずれも「明細書をもらっても内容がよくわからないため」がそれぞれ71.4%、75.0%で最も多かった。

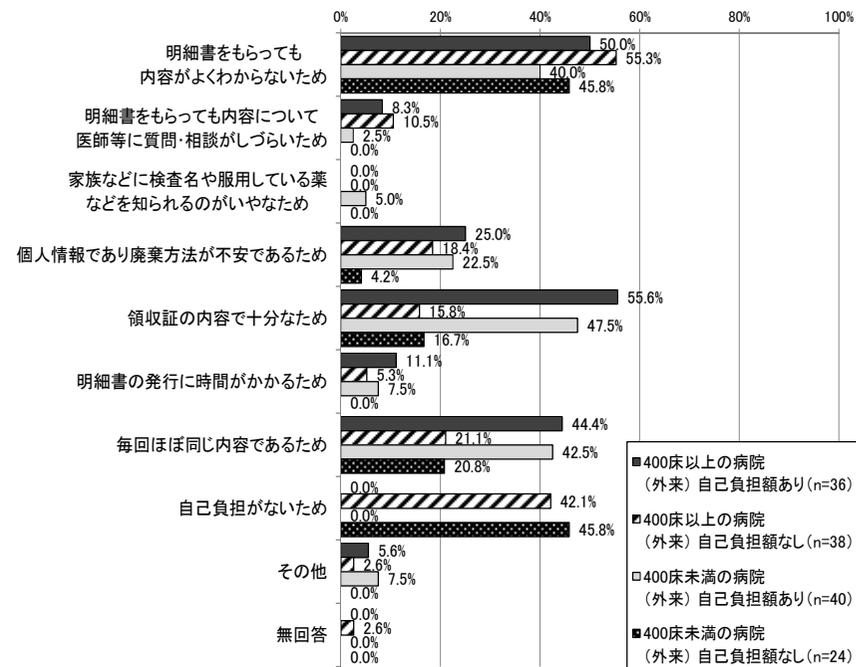
病院外来患者で、明細書発行を希望しない人に、明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの患者については、400床以上の病院、400床未満の病院いずれも「領収証の内容で十分であるため」がそれぞれ55.6%、47.5%で最も多かった。

自己負担額なしの患者については、400床以上の病院では「明細書をもらっても内容がよくわからないため」が55.3%で最も多く、400床未満の病院では「明細書をもらっても内容がよくわからないため」と「自己負担がないため」がそれぞれ45.8%で最も多かった。

図表 163 明細書発行を希望しない理由(病院(入院)患者)(明細書発行を希望しない人、複数回答)



図表 165 明細書発行を希望しない理由(病院(外来)患者)(明細書発行を希望しない人、複数回答)



(注)「その他」の内容として、「特に必要と感じない」、「用紙の無駄」、「書類が多過ぎる」、「紙の無駄」、「どう見るか等わからない」等が挙げられた。

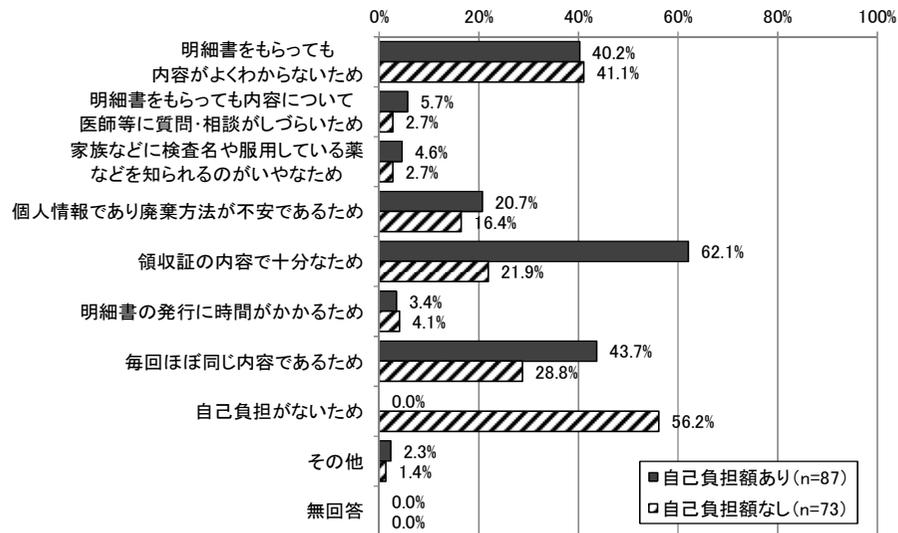
患者調査の結果④-2

＜明細書発行を希望しない理由（一般診療所及び歯科診療所の患者）＞（報告書p110、111）

一般診療所の患者で、明細書発行を希望しない人に明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの患者では「領収証の内容で十分であるため」が62.1%で最も多かった。また、自己負担額なしの患者では「自己負担がないため」が56.2%で最も多かった。

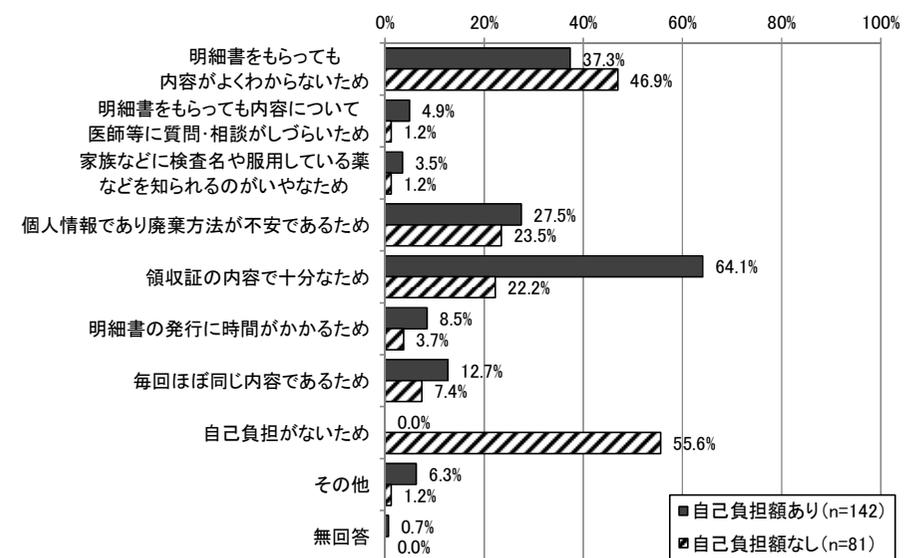
歯科診療所の患者で、明細書発行を希望しない人に明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの患者では「領収証の内容で十分であるため」が64.1%で最も多かった。また、自己負担額なしの患者では「自己負担がないため」が55.6%で最も多かった。

図表 167 明細書発行を希望しない理由（一般診療所の患者）（明細書発行を希望しない人、複数回答）



(注)「その他」の内容として、「年にまとめて明細書を受領している」等が挙げられた。

図表 169 明細書発行を希望しない理由（歯科診療所の患者）（明細書発行を希望しない人、複数回答）



(注)「その他」の内容として、「治療の内容を丁寧に説明してもらっている」、「特に見ない」等が挙げられた。

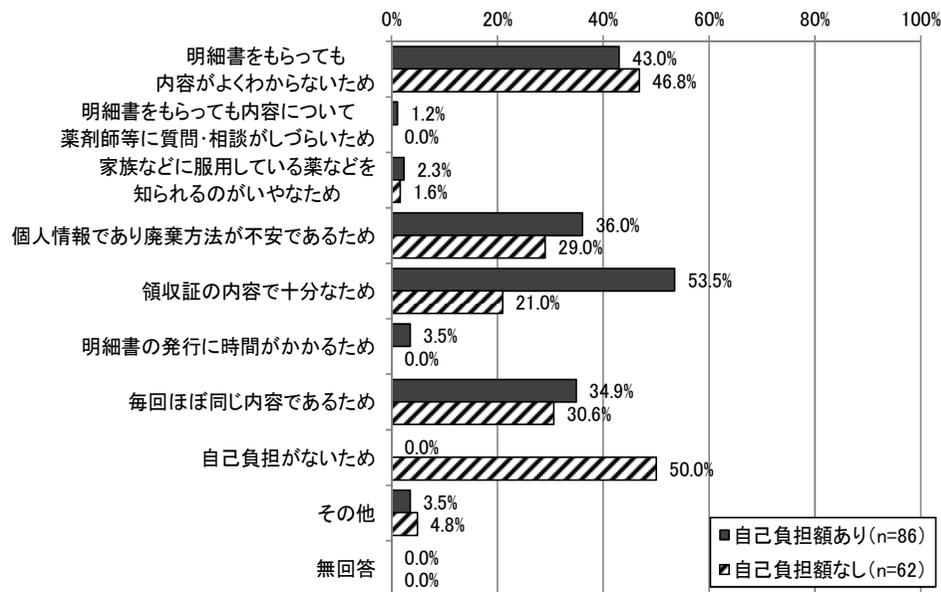
患者調査の結果④-3

＜明細書発行を希望しない理由(保険薬局の患者及び訪問看護ステーションの利用者)＞
(報告書p112、113)

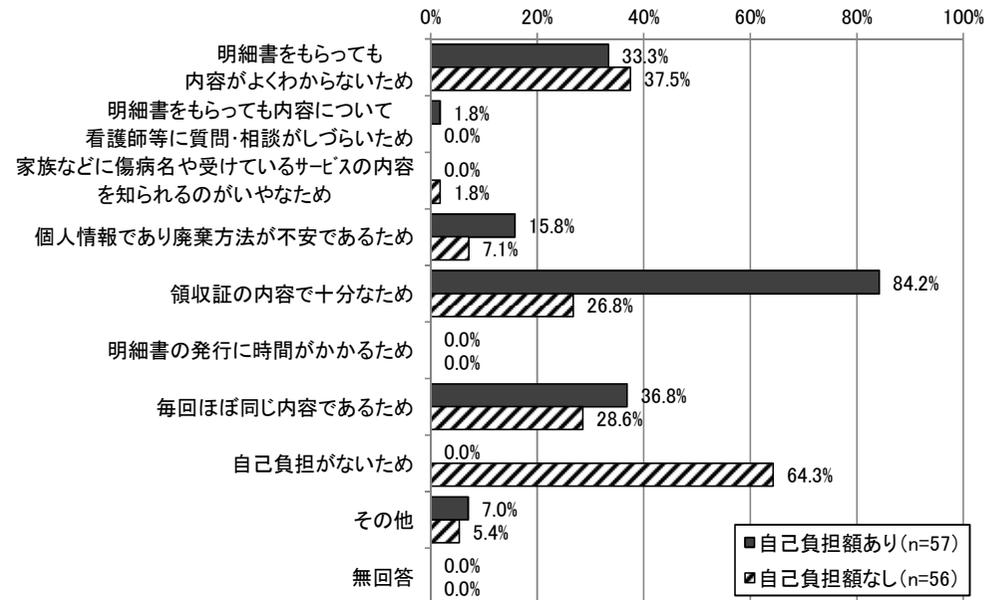
保険薬局の患者で、明細書発行を希望しない人に明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの患者では「領収証の内容で十分であるため」が53.5%で最も多かった。また、自己負担額なしの患者では「自己負担がないため」が50.0%で最も多かった。

訪問看護ステーションの利用者で、明細書発行を希望しない人に明細書発行を希望しない理由を尋ねたところ、自己負担額ありの利用者では「領収証の内容で十分であるため」が84.2%で最も多かった。また、自己負担額なしの利用者では「自己負担がないため」が64.3%で最も多かった。

図表 171 明細書発行を希望しない理由(保険薬局の患者)
(明細書発行を希望しない人、複数回答)



図表 173 明細書発行を希望しない理由(訪問看護ステーションの利用者)
(明細書発行を希望しない人、複数回答)



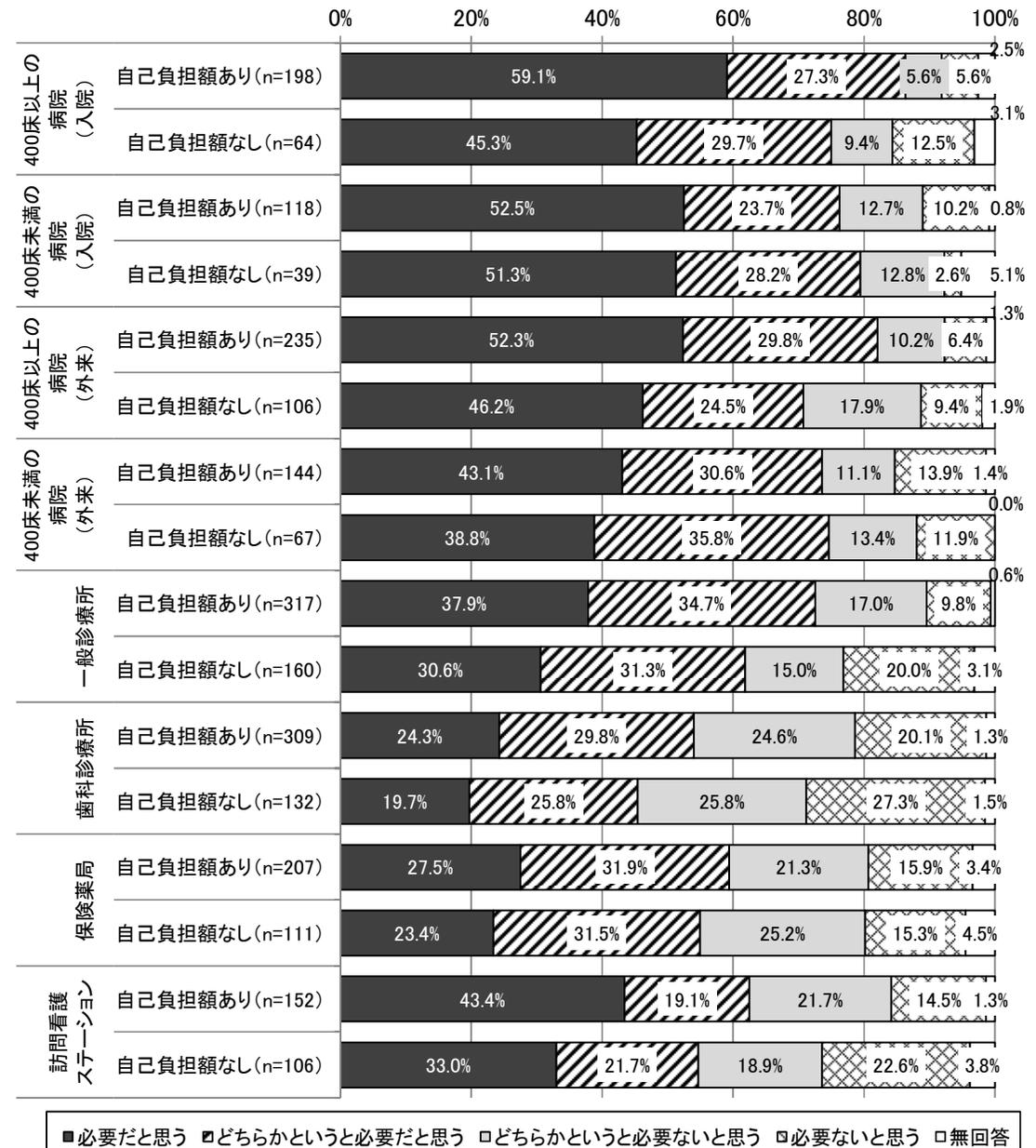
(注)「その他」の内容として、「明細書をもらう必要がない」、「老眼のためもらっても見られない」等が挙げられた。

患者調査の結果⑤

＜明細書が無料発行される制度の必要性＞（報告書p114）

明細書が無料発行される制度の必要性をみると、自己負担額ありの患者・利用者では、いずれの施設・事業所でも「必要だと思う」と「どちらかという必要だと思う」を合わせた割合が5割を超えていた。

自己負担額なしの患者・利用者も、歯科診療所以外の施設では「必要だと思う」と「どちらかという必要だと思う」を合わせた割合が5割を超えていた。



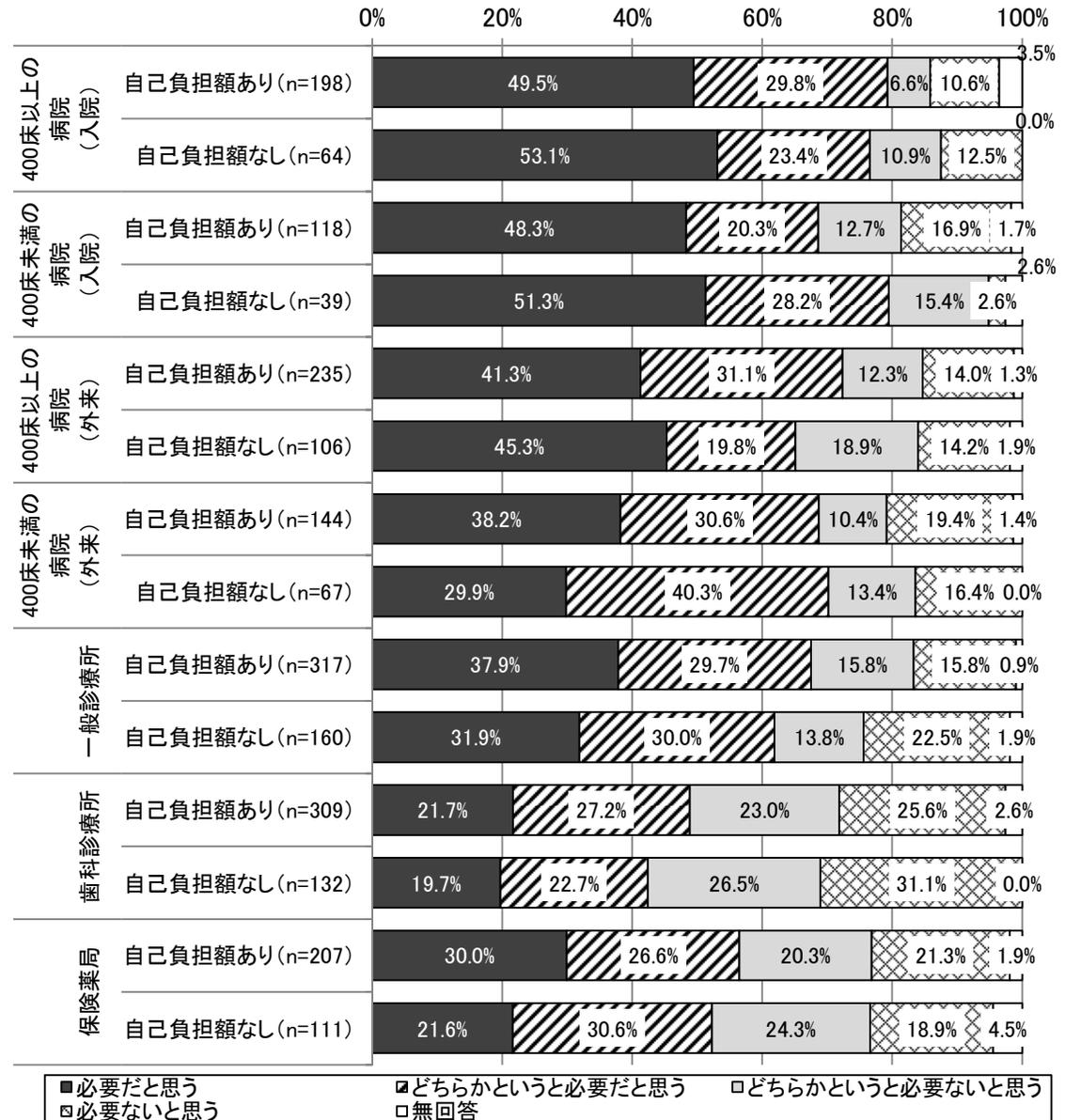
図表 175 明細書が無料発行される制度の必要性

患者調査の結果⑥

＜自己負担額がない患者に対して明細書が無料発行される制度の必要性＞（報告書p115）

自己負担額がない患者に対して明細書が無料発行される制度の必要性をみると、歯科診療所以外の施設では、自己負担額ありの患者、自己負担額なしの患者のいずれも「必要だと思う」と「どちらかという必要だと思う」を合わせた割合が5割を超えていた。

図表 176 自己負担額がない患者に対して明細書が無料発行される制度の必要性(病院(入院)・病院(外来)・一般診療所・歯科診療所・保険薬局の患者)



(注)訪問看護ステーションの利用者には本設問は尋ねていない。

明細書の無料発行に関する論点(案)

【論点(案)】

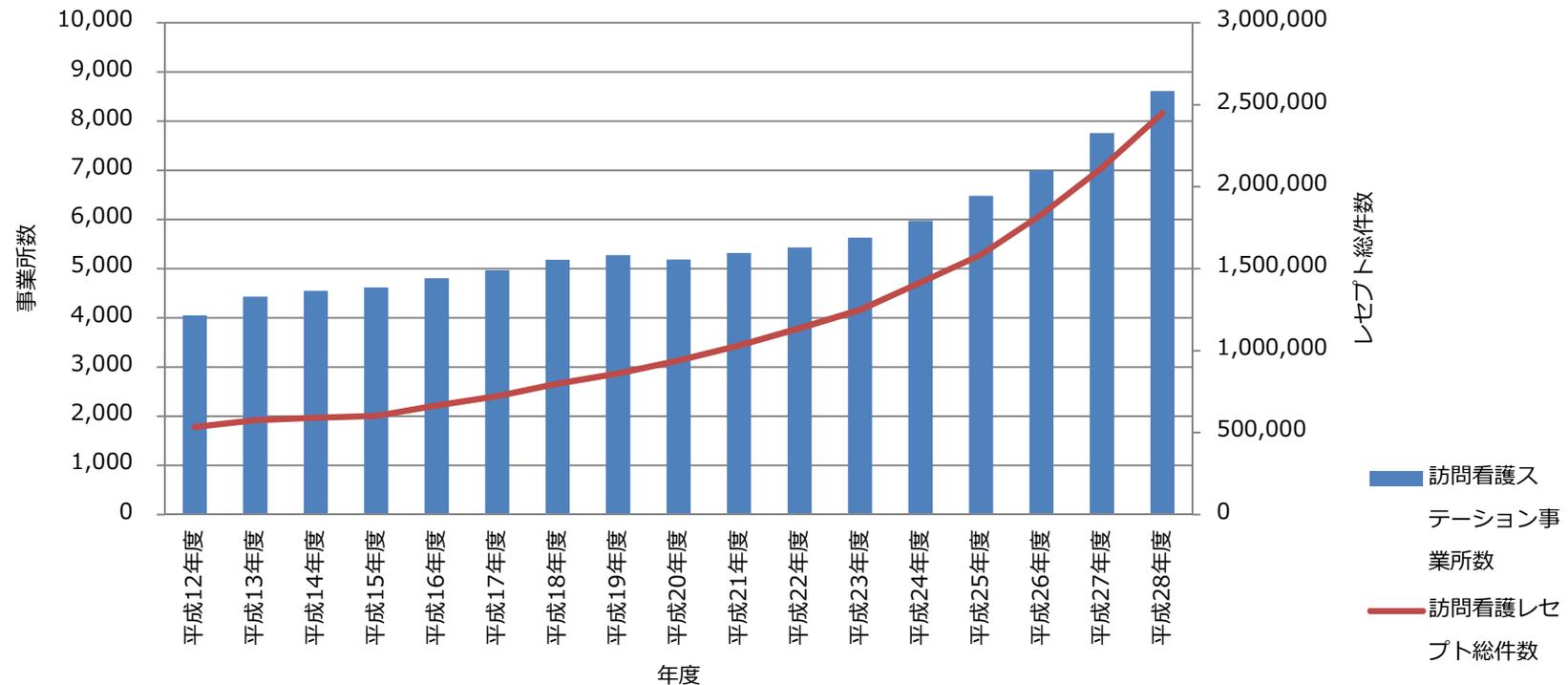
- 現在、領収証と明細書はそれぞれ別の様式を定めており、それぞれ発行することとなっているが、検証調査の結果、明細書を受け取ってよかったこととしては、「治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった」、「医療費の内訳がわかりやすくなった」といった回答が多かった一方、明細書を希望しない理由としては、「領収証の内容で十分なため」、「個人情報であり廃棄方法が不安であるため」といった回答が多かったことについて、どう考えるか。
- 領収証と明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態、そして現行レセプト様式の見直しが平成32年度に予定されていることを踏まえ、今後の明細書発行にかかる対応についてどう考えるか。

参考資料(明細書の無料発行)



医療保険における訪問看護療養費にかかるレセプト請求の現状

訪問看護ステーション事業所数（レセプト総件数）推移



出典) 厚生労働省平成12～27年度「医療費の動向調査」(年度版) 最近の医療費の動向〔概算医療費データベース〕制度別医療機関種類別 医療費
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken03/03.html>

- 訪問看護ステーションの事業所数は、平成12年度に4,049事業所に対し、平成28年度には8,613事業所まで増加（約2倍）している。また、訪問看護レセプトの総件数は、平成12年度に535,110件に対し、平成28年度には2,448,372件まで増加（約4倍）している。

※ 1施設当たりの請求件数について2倍強の伸び率（平成12年度：132件と平成28年度：284件）

- 介護保険における訪問看護費は主に電子請求されている一方で、医療保険における訪問看護療養費の請求については、「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」に基づき、厚生労働大臣の定める様式（紙）で行われている。

訪問看護レセプトの電子化（案）

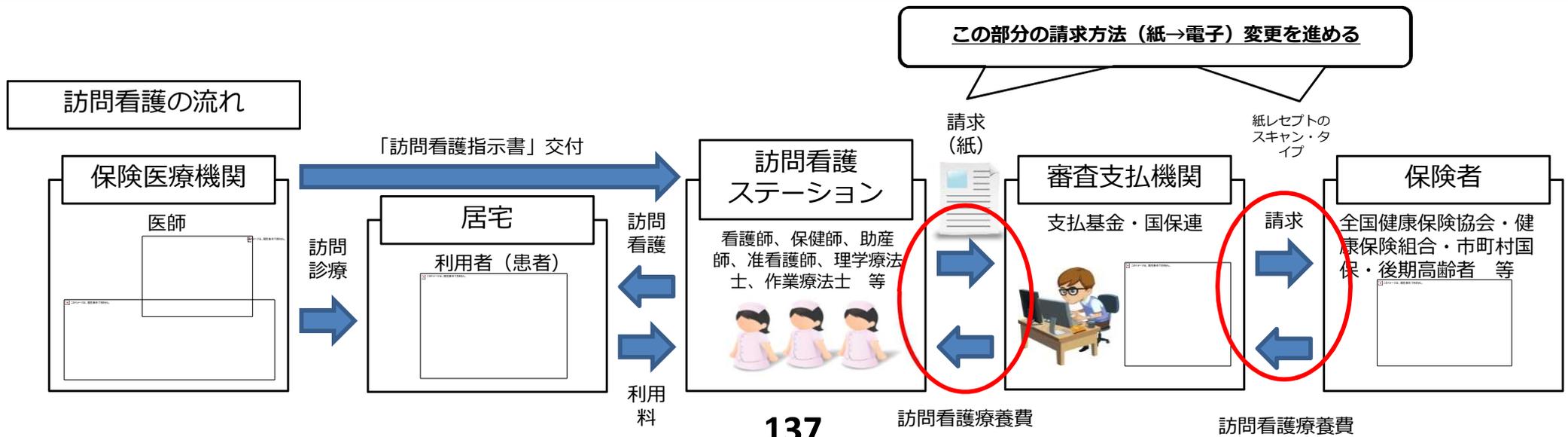
基本的な考え方

- 我が国における高齢化の進展に伴い、訪問看護の事業所数・レセプト件数はこの数年で大幅に増加しており、訪問看護ステーションにおけるレセプト請求事務や審査支払機関等におけるレセプト処理事務の効率化が必要。
- 地域医療や在宅医療の実態を把握していく上でも、今まで悉皆データがなかった医療保険分野における訪問看護においてレセプトが電子化され、介護と合わせた訪問看護全体の分析が可能になることは重要。



当面の方針案

- 今後、平成29年度の調査研究事業の中で開催予定の仕様調整会議（日本看護協会、全国訪問看護事業協会、日本訪問看護財団、日本医師会、医療保険者、審査支払機関、JAHIS等で構成）を開催し、関係者参加のもと、訪問看護療養費のレセプト電子請求のためのマスター、記録条件仕様等の作成を行う。
- 訪問看護療養費のレセプト電子請求の開始時期や実施方法等については、上記調査研究事業等での検討を踏まえ、関係者と協議の上決定する。



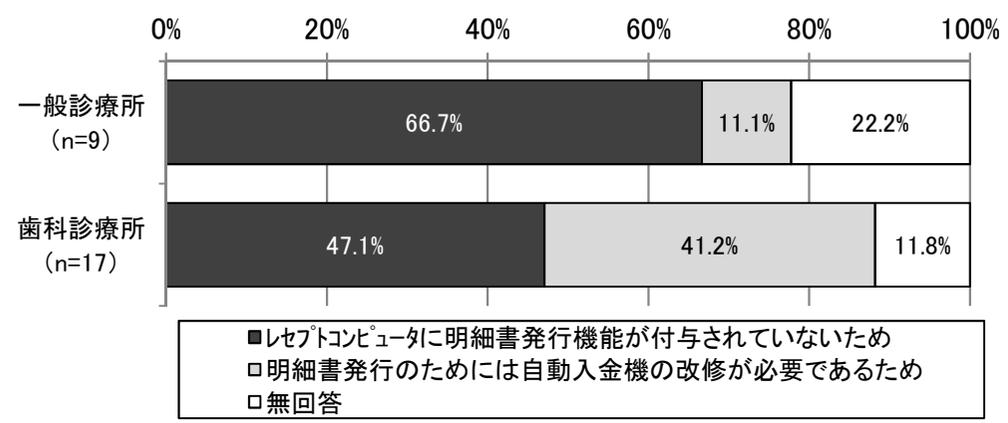
施設調査の結果② (一般診療所・歯科診療所)

＜自己負担額のある患者への明細書発行について「正当な理由」を届出し、全患者への明細書無料発行を行っていない施設の状況(診療所)＞(報告書p25)

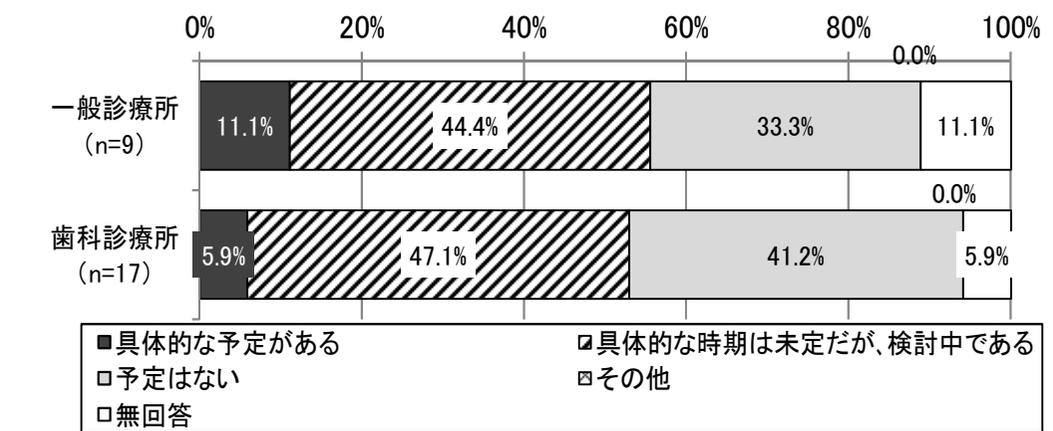
自己負担額のある患者への明細書発行について「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ無料又は有料で明細書を発行している診療所に、該当する「正当な理由」を尋ねたところ、一般診療所では「レセプトコンピュータに明細書発行機能が付与されていないため」が66.7%、「明細書発行のためには自動入金機の改修が必要であるため」が11.1%であった。歯科診療所では「レセプトコンピュータに明細書発行機能が付与されていないため」が47.1%、「明細書発行のためには自動入金機の改修が必要であるため」が41.2%であった。

自己負担額のある全患者への明細書無料発行体制の整備予定を尋ねたところ、一般診療所、歯科診療所のいずれも「具体的な時期は未定だが、検討中である」がそれぞれ44.4%、47.1%で最も多く、次いで「予定はない」(それぞれ33.3%、41.2%)であった。

図表 41 自己負担額のある患者への明細書発行について、自施設が該当する「正当な理由」(「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ無料又は有料で明細書を発行している診療所)



図表 42 自己負担額のある全患者への明細書無料発行体制の整備予定(「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ無料又は有料で明細書を発行している診療所)



138 (注) 具体的な予定があるとし発行予定時期を回答した診療所は、一般診療所では「平成29年7月頃」(1施設)、歯科診療所では「平成30年1月頃」(1施設)であった。

施設調査の結果④ (病院・一般診療所・歯科診療所・保険薬局)

＜自己負担額のない患者への明細書発行について「正当な理由」を届出している施設の状況＞
(報告書p45、46)

「正当な理由」の届出をし、自己負担額のない患者に対して明細書の発行を行っていない施設に、明細書を発行していない理由を尋ねたところ、一般診療所と歯科診療所では「明細書の発行を希望する患者がいないため」がそれぞれ60.0%、38.5%で最も多かった。
また、自己負担額のない患者に対する明細書無料発行体制の整備予定を尋ねたところ、一般診療所と歯科診療所では「予定はない」がそれぞれ63.6%、42.9%で最も多かった。

図表 72 自己負担額のない患者に対して明細書の発行をしていない理由(複数回答)
(「正当な理由」の届出をし、明細書の発行を行っていない施設)

(単位:上段「件」、下段「%」)

	処方がない場合、患者は受付・会計窓口へ寄せずに帰宅するため1)	明細書の発行に負担を感じるため	明細書の発行を希望する患者がいないため	その他	無回答
病院(400床以上) (n=1)	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0
病院(400床未満) (n=2)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	1 50.0
一般診療所 (n=10)	1 10.0	0 0.0	6 60.0	0 0.0	4 40.0
歯科診療所 (n=13)	1 7.7	3 23.1	5 38.5	1 7.7	6 46.2
保険薬局 (n=2)	- -	0 0.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0

図表 73 自己負担額のない患者に対する明細書無料発行体制の整備予定
(「正当な理由」の届出をしている施設)

(単位:上段「件」、下段「%」)

	具体的な予定がある	具体的な時期は未定だが、検討中である	予定はない	その他	無回答
病院(400床以上) (n=1)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0
病院(400床未満) (n=2)	0 0.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0	1 50.0
一般診療所 (n=11)	0 0.0	1 9.1	7 63.6	0 0.0	3 27.3
歯科診療所 (n=14)	0 0.0	5 35.7	6 42.9	0 0.0	3 21.4
保険薬局 (n=2)	0 0.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0

(注)1) 保険薬局では本選択肢は設定していない。
・「その他」として、病院では「自己負担額のない患者は領収証の発行がないため」、**139** 科診療所では「レセコンがないため」が挙げられた。

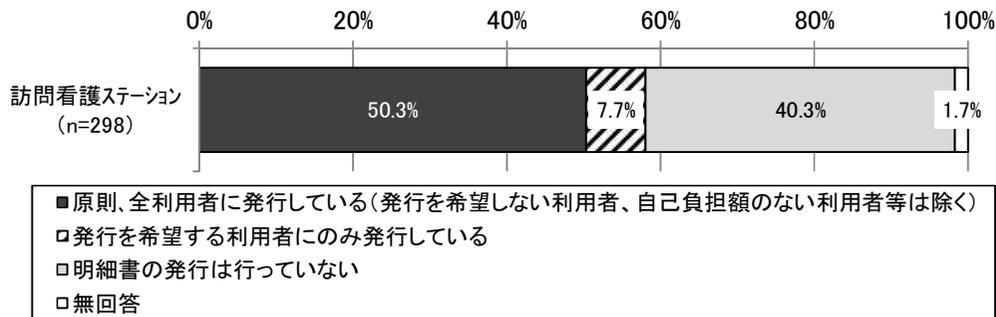
施設調査の結果⑦ (訪問看護ステーション)

<明細書の発行状況> (報告書p71)

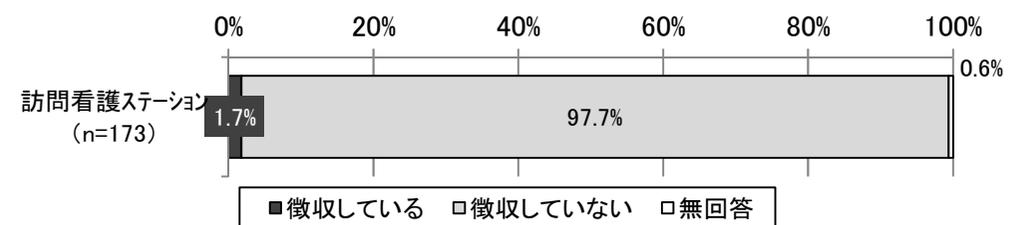
訪問看護ステーションにおける明細書の発行状況をみると、「原則、全利用者に発行している(発行を希望しない利用者、自己負担額のない利用者等は除く)」が50.3%で最も多く、次いで「明細書の発行は行っていない」が40.3%であった。

また、明細書発行にかかる費用徴収の有無をみると、「徴収している」は1.7%であった。

図表 113 明細書の発行状況



図表 114 明細書発行にかかる費用徴収の有無



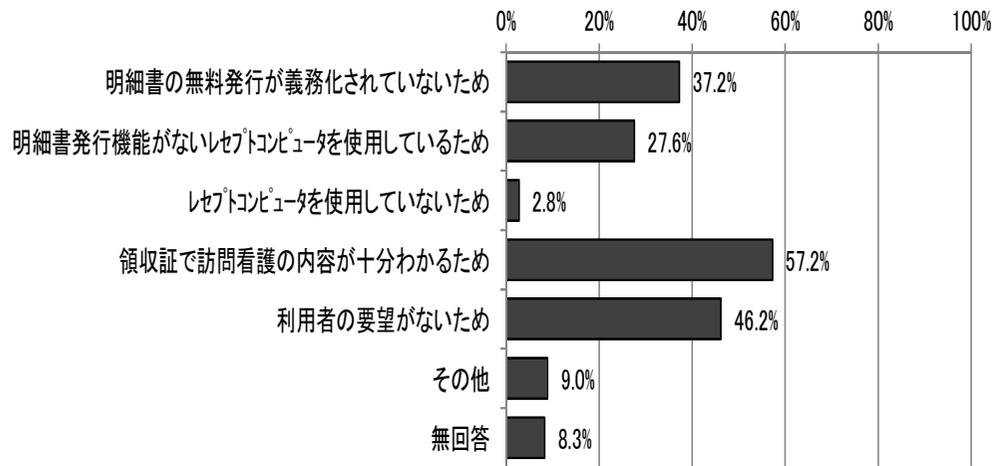
施設調査の結果⑨(訪問看護ステーション)

＜全利用者に明細書の無料発行を行っていない事業所の状況＞(報告書p81、82)

全利用者に明細書の無料発行を行っていない理由をみると、「領収証で訪問看護の内容が十分わかるため」が57.2%で最も多く、次いで「利用者の要望がないため」が46.2%であった。

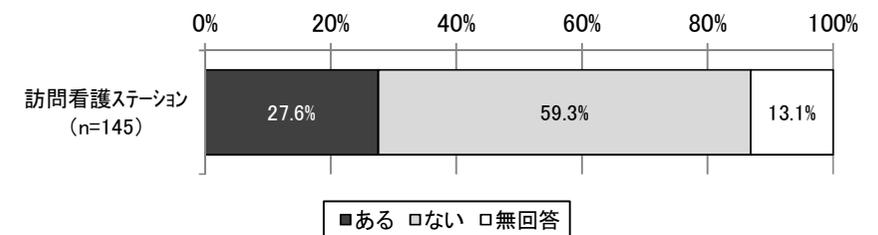
全利用者への明細書を無料発行する場合に困ることの有無をみると、「ある」が27.6%、「ない」が59.3%であった。

図表 135 全利用者に明細書の無料発行を行っていない理由
(全利用者に明細書の無料発行を行っていない事業所、複数回答、n=145)



(注)「その他」の内容として、「定額(月1回の訪問)のため」、「請求のない利用者の明細書は発行できない」、「事務量削減」、「領収証兼明細書として発行」、「紙が多くて管理できない利用者が多く、困らせることになる」等が挙げられた。

図表 137 全利用者に明細書を無料発行する場合に困ることの有無
(全利用者に明細書の無料発行を行っていない事業所)



図表 138 全利用者に明細書を無料発行する場合に困ることの内容(自由記述式)
(全利用者に明細書を無料発行する場合に困る事業所)

- ・ システムが明細書発行に非対応であり、プリンターも別途購入等が必要となる。
- ・ システムの更新で対応可能かがわからない。
- ・ ランニングコストがかかる。請求書と領収証に同じ内容が載っているため、利用者に「いらぬ」と言われる可能性の方が高い。
- ・ 請求書と領収証に明細があり、手間や用紙代が負担に感じる。利用者には複数の事業所から様々な書類が送付されており、管理できていないのが現実。 / 等

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

9. 歯科診療報酬点数表の「特定薬剤」等の算定方法

【課題】

- 歯科診療報酬点数表の第8部処置及び第9部手術では、歯科治療中に使用する薬剤の一部を「特定薬剤」として規定している。
- 「特定薬剤」料の算定方法は、1回の処置又は手術に使用した薬価が40円を超える場合に、「薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数」によるとなっている。さらに、薬価が40円以下である場合は算定できない取扱いである。
- また、第10部麻酔の薬剤料についても「特定薬剤」と同様の算定方法となっており、一般的な薬剤料(医科診療報酬点数表の第11部麻酔の薬剤料を含む。)の算定方法とは異なっている。
- 「特定薬剤」は、歯科診療報酬点数表が定められた昭和30年代から規定されていたが、「購入価格を10円除した点数」で算定できる取扱であった。
- その当時、1回の治療で複数の薬剤を使用することも多かったことから、事務手続きの簡略化等の観点で、昭和47年に「使用した薬価の合計から40円を控除する」算定方法になった。
- しかし、現在「特定薬剤」の中で最も使用されているものは、昭和47年には使用されていなかったものであり当時とは状況が異なってきている。

- 歯科診療報酬点数表の第8部処置及び第9部手術では、歯科治療中に使用する薬剤の一部を「特定薬剤」として規定している。

歯科診療報酬点数表の「特定薬剤」とは

- 歯科診療報酬点数表の第8部処置及び第9部手術には、通常の「薬剤料」とは別に、それぞれ第3節及び第5節に「特定薬剤料」があり以下のとおり「特定薬剤」が規定されている。

(第8部処置) 第3節特定薬剤

「特掲診療料の施設基準等」の第十一の「三」に規定する薬剤

- ・使用薬剤の薬価(薬価基準)別表第4部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤
- ・別表第十一の「一」に掲げる薬剤(口腔用ケナログ、歯科用(口腔用)アフタゾロン、テラコートリル軟膏、デルゾン口腔用)

(第9部手術) 第5節特定薬剤

「特掲診療料の施設基準等」の第十二の「四」に規定する薬剤

- ・使用薬剤の薬価(薬価基準)別表第4部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤
- ・別表第十一の「二」に掲げる薬剤(口腔用ケナログ、歯科用(口腔用)アフタゾロン、テラコートリル軟膏、デルゾン口腔用、生理食塩水)

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表第4部歯科用薬剤外用薬（1）に掲げる薬剤

品名	規格単位	薬価（円）	薬効分類名
オキシテトラコーン歯科用挿入剤5mg	5mg1個	16.9	歯科用抗生物質製剤（挿入剤）
コーパロン歯科用表面麻酔液6%	1枚	12.8	歯科用局所表面麻酔剤
サージカルパック口腔用	散財（液剤を含む） 1g	65.4	歯科用繃帯剤
歯科用TDゼット液	1 mL	293.8	口腔内局所止血剤
歯科用TDゼット・ゼリー	1g	304.6	口腔内局所止血剤
ジンジカインゲル20%	1g	66.7	歯科用局所表面麻酔剤
テトラサイクリン塩酸塩パスタ3%「昭和」	30mg1g	228.7	歯科用抗生物質製剤
テトラサイクリン・プレステロン歯科用軟膏	1 g	233.3	歯科用抗生物質製剤
ネオザロカインパスタ	1g	115.7	歯科用局所表面麻酔剤
ハリケインゲル歯科用20%	1g	66.7	歯科用局所表面麻酔剤
ビーゾカイン歯科用ゼリー20%	1g	66.7	歯科用局所表面麻酔剤
ヒノポロン口腔用軟膏	1g	127.7	歯周疾患治療剤
プロネスパスタアロマ	1g	88.3	歯科用局所表面麻酔剤
ペリオクリン歯科用軟膏	10mg0.5g1シリンジ	607.3	歯科用抗生物質製剤（歯周炎治療薬）
ペリオフィール歯科用軟膏	10mg0.5g1シリンジ	399.5	歯科用抗生物質製剤（歯周炎治療薬）

歯科診療報酬における「特定薬剤」の算定方法

- 「特定薬剤」の薬剤料(特定薬剤料)は、1回の治療に使用する薬価の合計から40円を控除する取扱いであり、歯科診療報酬点数表の一般的な薬剤とは異なる算定方法になっている。

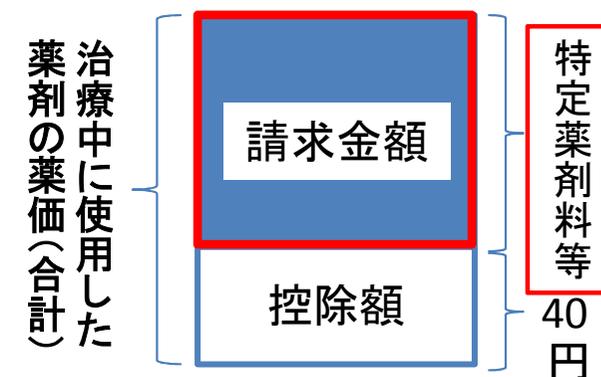
「特定薬剤」の算定方法

「特定薬剤」の薬剤料の算定方法は以下のとおり。

- 薬価が40円を超える場合は、**薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数**につき1点未満の端数を切り上げて得た点数
- 1回の治療に使用する薬価の合計が40円を超える場合、薬価の合計から40円を控除した金額を請求する。

※120点以上の処置/手術又は特に規定する処置/手術に「特定薬剤」を使用した場合は技術料に含まれ、別に算定できない。

＜特定薬剤の算定イメージ＞



一般的な薬剤料の算定方法

一般的な薬剤の請求ルールは以下のとおり(医科診療報酬点数表も同様)。

- 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

(参考) 特定薬剤の算定例

○薬価が40円以下である場合： 算定できない

【例：パスタ】

製品名		ヒノポロン口腔用軟膏		テラ・コートリル軟膏	
薬価		1g 172.70 (円)		1g 32.40 (円)	
点数		薬価から計算した点数(点)	請求点数(点)	薬価から計算した点数(点)	請求点数(点)
	1歯	0.5	0	0.1	0
	1/3顎	1.2	0	0.3	0
	2/3顎	2.3	0	0.6	0
	1顎	3.5	0	1.0	0

○薬価が40円を超える場合： 薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数

【例：歯科用軟膏】

製品名		ペリオクリン歯科用軟膏		ペリオフィール歯科用軟膏2%	
薬価		10mg0.5g 1シリンジ 607.30(円)		10mg0.5g 1シリンジ 399.50 (円)	
点数	薬価を10円で除した 点数 (点)	請求点数(点)	薬価を10円で除した 点数 (点)	請求点数(点)	
		60.7	57	40.0	36

- 第10部麻酔の薬剤については、「特定薬剤」と同様の算定方法になっており、一般的な薬剤料(医科診療報酬点数表「第11部麻酔」も含む。)と算定方法が異なっている。

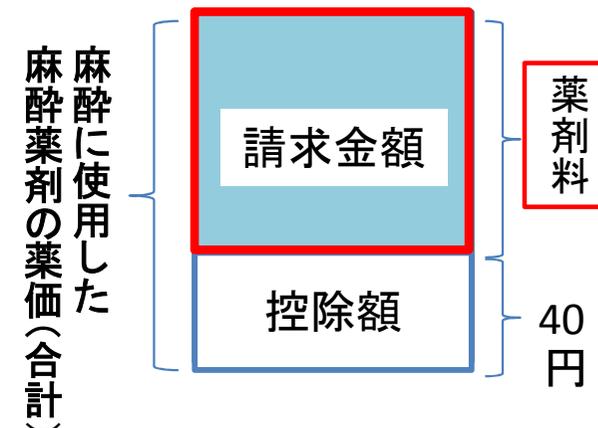
第10部麻酔第2節薬剤料の算定方法

第10部麻酔の薬剤料の算定方法は、「特定薬剤」と同様であり、以下のとおり。

- 薬価が40円を超える場合は、**薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数**につき1点未満の端数を切り上げて得た点数
- 1回の麻酔に麻酔薬剤を2種以上使用する場合であっても、薬価の合計が40円を超える場合、合計から40円を控除した金額を請求する。

※第9部手術、所定点数が120点以上の処置、特に規定する処置、区分番号M001に掲げる歯冠形成は、浸潤麻酔が含まれ別に算定できない。

<第10部麻酔の算定イメージ>



第10部麻酔で使用される麻酔薬剤の例

【K000伝達麻酔、K001浸潤麻酔に使用される薬剤の例】

品名	規格単位	薬価 (円)	薬効分類名
(歯科用薬剤 注射薬)			
エピリシド配合注歯科用カートリッジ1.8mL	1.8mL1管	60.90	局所麻酔剤
オーラ注歯科用カートリッジ1.0mL	1mL1 管	59.60	歯科用局所麻酔剤
オーラ注歯科用カートリッジ1.8mL	1.8mL1管	58.00	歯科用局所麻酔剤
キシレステシンA注射液 (カートリッジ)	1.8mL1管	60.90	局所麻酔剤
歯科用キシロカインカートリッジ	1.8mL1管	78.20	局所麻酔剤
歯科用シタネスト-オクタプレシンカートリッジ	1.8mL1管	68.80	局所麻酔剤
スキャンドネストカートリッジ	3%1.8mL1管	92.00	歯科用局所麻酔剤
(注射薬)			
キシロカイン注射液「1%」エピレナミン (1:100,000) 含有 1%10mL	1%10mLバイアル	106	局所麻酔剤
キシロカイン注射液1%	1%10mLバイアル	111	局所麻酔剤

【K003静脈内鎮静法に使用する薬剤の例】

品名	規格単位	薬価 (円)	薬効分類名
ミダゾラム注10mg 「サンド」	10mg2mL1管	69.00	催眠鎮静剤
ホリゾン注射液10mg	10mg1管	93.00	マイナートランクライザー

「特定薬剤」が設けられた経緯

○ 当時の状況

- ✓ 歯科診療報酬点数表が定められた昭和30年代から、「処置」の部で使用する薬剤は、「特定薬剤」として規定され、「購入価格を10円で除して得た点数」で算定する取扱いであった。
- ✓ 当時の「特定薬剤」には、現在の特定薬剤に含まれている歯科用抗生物質製剤、歯科用局所表面麻酔剤、歯科用繃帯剤の他に、根管処置に使用する薬剤やセメント等も含まれていた。

※根管処置に使用する薬剤については、現在は「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」の中で規定され、薬価は設定されていない。

○ 現在の算定方法が設けられた経緯

(以下、「歯科界への提言」稲葉利正著 昭和63年歯科医療研究会発行より引用)

- 当初の保険における処置の点数は現在と比較すると非常に低く、その低い点数のなかに処置に使用する薬も含まれるとするには無理があった。
- 当時1回の使用の価格が10円を超えるものを算定できるようにした結果、種類が増加した。
- また、同時に2種類以上を使用するケースも増え、請求事務が煩雑化した。
- 処置の点数が見直されてきたため、事務請求の簡素化を考慮した。

→昭和47年に薬剤の価格から40円を控除した額を請求するルールに変更

<抗生剤歯科用円錐(コーン)>

塩酸テトラサイクリン
 オキシテトラサイクリン
 クロラムフェニコール
 オキサトロン
 マイシリン
 ロイコマイシンS
 トロンボコーンL
 テトラサイクリンノボビオシン
 トロンビン
 フラジオマイシン・セルデント「クーゲル」
 セルデント「コンク」

<歯科用局所表面麻酔剤等>

サホライドカルボカイトスプレー
 コーパロン
 ネオザロカインパスタ
 ホモカイン
 歯科用キシロカインスプレー
 プロネスパスタ
 キシロカイン軟膏
 トピケイル液
 トピケイル軟膏
 歯科用5%キシレステジン軟膏
 ヘモデントコード

<根管治療薬、歯周炎治療薬等>

歯科用クロラムフェニコール
 歯科用複方ロイコマイシン液
 歯科用ユージノールセメント
 ノブダイ
 カルビタール
 エヌ・ツー・メヂカル
 エヌ・ツー
 キャナルス
 クレオドンパスタ
 ペリオドン
 メトコール
 歯科用モルホニン
 ネオクリナー「セキネ」
 ヒポクロリットソリューション10%「日薬」
 歯科用サージカルパック
 セロパック
 ヒノポロン

<歯科用抗生物質製剤等>

歯科用オキシテトラサイクリンパスタ
 歯科用テトラサイクリンパスタ
 歯科用クロラムフェニコールパスタ
 歯科用ペニシリンパスタ
 エルエフゾロンパスタ
 歯科用フラジオマイシン貼付剤
 ロイコセルシート
 プレステロン歯科用軟膏
 ゼヒドリン軟膏
 テトラコーチゾン軟膏
 テトラサイクリンプレステロン軟膏
 テラ・コートリル軟膏
 トリアムシノロンアセトナイド軟膏
 歯科用(口腔用)アフタゾロン

全53種類

- ・青字→現在も「特定薬剤」に含まれているもの
- ・赤字→根管治療薬等
 現在は技術料に包括され算定できない取扱い
 (販売されていないものも含む)

「特定薬剤」の算定状況

- 「特定薬剤」のなかで最も算定回数が多いのは、ペリオフィール歯科用軟膏2%であり、先発品であるペリオクリン歯科用軟膏とあわせて、歯周病の治療時に用いる歯科用抗生物質製剤が約7割を占めている。
- ペリオフィール歯科用軟膏2%は平成19年、ペリオクリン歯科用軟膏は平成2年にそれぞれ薬価収載され、1回の治療で1シリンジを使い切るものであり、少量の薬剤を複数使用することが多かった「特定薬剤」に対して算定方法が変更された昭和47年当時には想定されていなかった使用方法である。

＜特定薬剤の算定回数＞

特定薬剤名	算定回数	割合
ペリオフィール歯科用軟膏2%	186,572	43.5%
ペリオクリン歯科用軟膏	95,116	22.2%
アフタゾロン口腔用軟膏	49,720	11.6%
ヒノポロン口腔用軟膏	35,192	8.2%
ケナログ口腔用軟膏	26,782	6.2%
テトラサイクリン・プレステロン 歯科用軟膏	13,844	3.2%
生理食塩液	9,962	2.3%
デルゾン口腔用軟膏	2,336	0.5%
ハリケインゲル歯科用20%	1,948	0.5%
テラ・コートリル軟膏	1,356	0.3%
コーパロン歯科用表面麻酔液	1,188	0.3%

特定薬剤名	算定回数	割合
ジンジカインゲル20%	1,135	0.3%
プロネスパスタアロマ	754	0.2%
ビーゾカイン歯科用ゼリー20%	636	0.1%
サージカルパック口腔用	644	0.2%
テトラサイクリン塩酸塩パスタ3%	658	0.2%
ネオザロカインパスタ	362	0.1%
ハリケインリキッド歯科用20%	216	0.1%
オキシテトラコロン歯科用挿入剤	95	0.0%
アクリノール	36	0.0%
歯科用TDゼット液	*	-
歯科用TDゼット・ゼリー	-	-
合計（歯科用TDゼットを除く）	428,552	

歯科診療報酬点数表の「特定薬剤」等の算定方法に関する論点(案)

【論点(案)】

- 歯科診療報酬点数表に規定される「特定薬剤」及び第10部麻酔の薬剤の算定方法について、一般的な薬剤料と同じ算定方法となるよう、見直すことにはどうか。

個別事項（その7：その他の論点）

1. 腎代替療法
2. 遠隔病理診断
3. 小児への対応
4. 医療機関と薬局の情報共有・連携
5. 医療従事者の多様な働き方
6. 公認心理師
7. 外来における相談・連携
8. 明細書の無料発行
9. 歯科の特定薬剤等の算定方法
10. 新医薬品の処方日数制限の取扱い

10. 新医薬品の処方日数制限の取り扱い

【課題】

- 14日処方制限について、副作用の早期発見など、安全性確保のために必要な診察頻度等に留意しつつ、処方日数のあり方や、処方日数制限の対象品目など、具体的な見直しの選択肢について検討する必要がある。

規制改革実施計画（平成29年6月9日閣議決定）

II 分野別実施事項

4. 医療・介護・保育分野

(2) 個別実施事項

⑥ 新医薬品の14日間処方日数制限の見直し

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管府省
26	新医薬品の14日間処方日数制限の見直し	新医薬品の処方日数制限について、現行の14日間よりも長い日数制限とすることを含めた具体的な見直し案の選択肢を検討し、結論を得る。その際、患者の利便性に加えて、副作用の早期発見など、安全性確保に留意する。	平成29年度検討・結論	厚生労働省

規制改革WGでの指摘（抜粋）

平成28年4月1日 健康・医療WG

- 実際の中医協の議論では、例えば14日が適切なのか、例えば28日でも変わらず安全性が担保されるのではないかと、そういった議論が必要だったのではないかと。
- 安全性が確認されるのであれば、処方制限を外し、働きながら病気と闘っている方が新しいお薬を十分使えるような環境を作るべきではないかと。

平成29年4月17日 医療・介護・保育WG

- 無制限に投与すればいいわけではないが、14日間という期間は短すぎるのではないかと。
- 最近、多くの新薬が出ている中で、2週間に1度という頻度では医療機関に行けない患者が大勢いる。14日という期間に合理性がないのではないかと。
- 原則30日として、特殊なものに関して更に厳しくするというやり方もあるのではないかと。

平成29年11月6日 医療・介護・保育WG

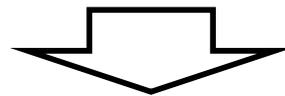
- 安全性に疑念があるもの、例えば新しいメカニズムの医薬品が出たというケースであれば、それは14日でもやむを得ない。あるいは治験において、必ずしも安心できないようなデータがあれば、議論の上で14日というのもあり得る。一方で、同じメカニズムの薬が既にあり、5番目に上市されたような医薬品は14日でなくても良いのではないかと。

中央社会保険医療協議会総会に提示した課題と論点

「平成27年11月6日中央社会保険医療協議会総会 個別事項(その4 薬剤使用の適正化等について)」

【課題】

- 近年、経年的にみて、投薬期間(処方日数)が長くなる傾向がみられる。また、大規模な病院ほど、慢性疾患の薬剤に関する投薬期間(処方日数)が長い傾向がある。
- 高齢者の外来受診頻度は若年者よりも高く、高齢化は医療需要を増やす方向に作用する一方、近年では、特に高齢者の外来受療率や外来受診頻度が低下する傾向にある。
- 医師が、長期処方をしている理由としては、「病状の安定」「患者からの要望」「患者の通院負担の軽減」が多くなっている。一方、「患者が薬をなくしてしまい、次回予約よりも前に再診に来たことがある」や「服薬を忘れて中断したため病状が改善しなかったことがある」などの指摘がある。
- 多くの患者が残薬の経験があるが、その発生状況について、処方日数の違いによる差は大きくない。また、処方日数制限については、新薬に関して安全性確保の観点から設けられている制度であるが、疾患によっては投薬のための通院が負担になる場合もあるとの指摘がある。



【論点】

- 近年、処方日数が徐々に増加し、より長期の処方が増加する傾向にあり、何らかの制限を設けるべきとの意見もあるが、処方日数に関する現状やルールについてどう考えるか。
- また、新医薬品の処方日数制限について、対応できる医療機関が限られている場合に負担が大きいと指摘されているが、これらの対応についてどう考えるか。

中央社会保険医療協議会総会で出た主な意見の概要

「平成27年11月6日中央社会保険医療協議会総会 個別事項(その4 薬剤使用の適正化等について)」

○診療側委員

- ・治験が終わって、大量に使うと、思ってもみない副作用が1年以内には出ることがある。腎機能障害が出たり、肝機能障害が出たり、それは定期的に見ていかないといけないので、原則として、14日処方制限は守るべき。
- ・新医薬品の日数制限は、厳正に守るべき。

○支払側委員

- ・患者にとって安全かどうかが重要なので、制限を付けることには賛成。個別の医薬品で安全性が担保されるのであれば、その医薬品を例外として取り扱う措置は、検討してもよいのではないか。
- ・患者の負担や個別的な理由等の観点から検討していくことは間違いであり、あくまで安全性という観点から議論していくべきで、基本は厳守していくことが妥当。

※ 平成27年12月25日 平成28年度診療報酬改定に関する1号側(支払側)意見(抜粋)
新薬の処方日数制限(14日まで)については、安全性確保の観点から厳守すべきである。

- 平成13年度までは、内服薬・外用薬の一般的な投与期間は14日を限度とされており、特定の疾患・医薬品に限り、原則30日分の長期投与が可能とされていたところ。
- しかしながら、慢性疾患の増加等に伴い、投薬治療が長期に及ぶものが増加し、長期投与の対象とする医薬品を拡充する必要性が関係学会等から多数寄せられていたことから、平成14年度診療報酬改定の際に、原則として疾患名又は医薬品名を限定した投与日数の制限を行わないこととされた。
- ただし、実地医療の場で初めて使用される段階の新医薬品については、処方医による一定の診察頻度を確保し、患者の観察を十分に行う必要があるという観点から、引き続き、原則として投与日数を14日とすることとされた。
- なお、新医薬品であっても、処方日数制限を行うことが不合理と考えられる場合には、個別に中央社会保険医療協議会の了承を得た上で、以下のような例外的な取扱いとしている。
 - ・ 同様の効能・効果、用法・用量の既収載品の組合せと考えられる新医療用配合剤など、有効成分にかかる効能・効果、用法・用量について、実質的に、既収載品によって1年以上の臨床使用経験があると認められる新医薬品については、新医薬品に係る処方日数制限を設けない
 - ・ 疾患の特性や、含有量が14日分を超える製剤のみが存在しているといった製剤上の特性から、1回の投薬期間が14日を超えることに合理性があり、かつ、投与初期から14日を超える投薬における安全性が確認されている新医薬品については、薬価基準収載の翌月から1年間は、処方日数制限を、製剤の用法・用量から得られる最少日数に応じた日数とする。

新医薬品の処方日数制限の取扱いに係る論点(案)

【論点(案)】

- 新医薬品の14日間処方日数制限の対応について、例えば、以下のような選択肢が考えられるが、それぞれの選択肢についてどう考えるか。
- 1) 処方日数制限について、現状の14日から21日、28日、30日等に延長。
 - 2) 個別の患者の事情を勘案し、患者の状況に応じて処方日数を延長。
 - 3) 処方日数制限を行わないとしている現在の取扱い(実質的に、既収載品によって1年以上の臨床使用経験があると認められる新医薬品等)に、次の場合を追加。
 - ・ 既収載品の有効成分(ラセミ体)を光学分割した場合
 - ・ 既収載品の有効成分の代謝物や代謝前の成分の場合
 - ・ 既収載品と同一成分・同一投与経路であり、同様の効能・効果であるが、用法・用量が既収載品と著しく異なる配合剤の場合
 - 4) 現行の取扱いを維持。

投与期間の限度

対象となる医薬品

14日

- 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第二条第一号に規定する麻薬(30日を限度とされているものを除く。)
- 麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬(30日又は90日を限度とされているものを除く。)
- 新医薬品**(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(昭和三十五年法律第百四十五号)第十四条の四第一項第一号に規定する新医薬品をいう。)**であって、使用薬剤の薬価(薬価基準)への掲載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年(厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間)を経過していないもの**(抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。)

30日

- 内服薬**
アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、プロチゾラム、ブロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、ロフラゼプ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、メペンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤
- 外用薬**
フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬
- 注射薬**
フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬

90日

- ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤