

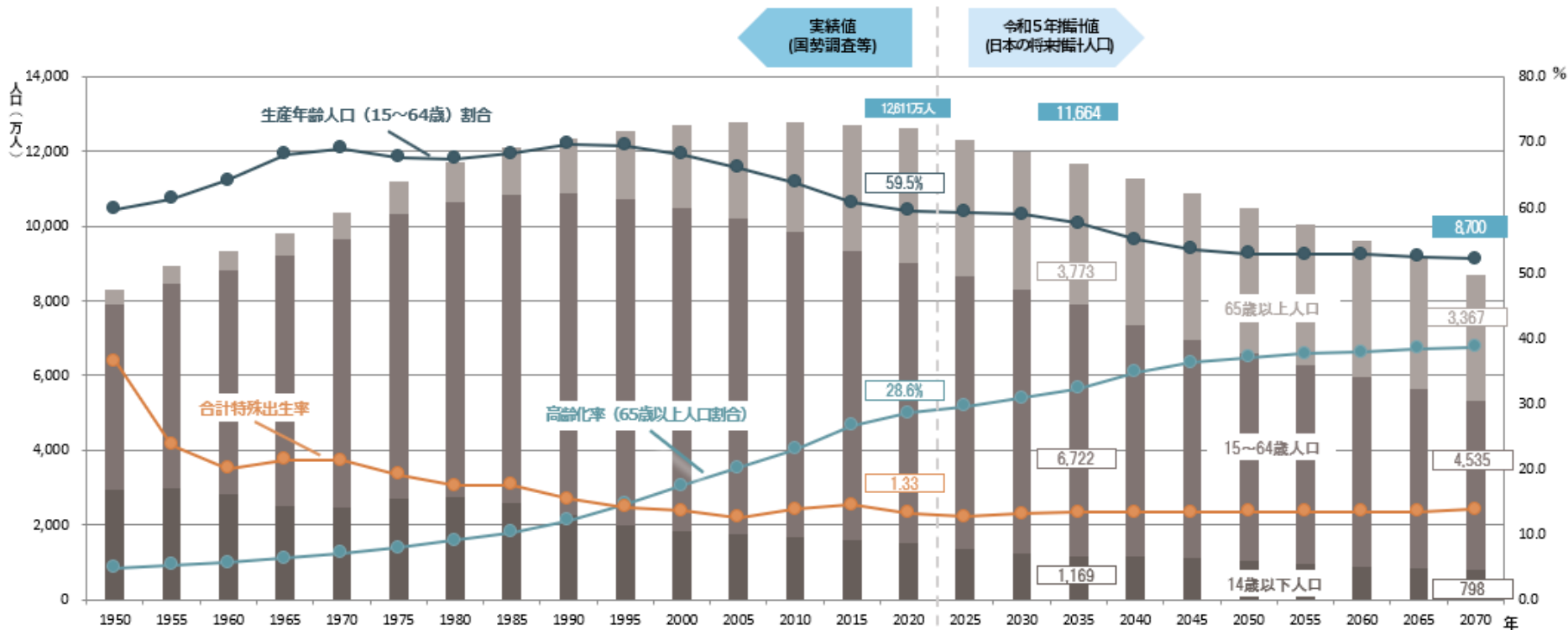
外来(その1)

1. 外来医療をとりまく環境について
2. 診療内容と医療費について
3. 外来診療に係る診療報酬上の評価について

日本の人口の推移

意見交換 資料-2改
R 5 . 3 . 1 5

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



	2015年	2020年	2025年	2070年
65歳以上高齢者人口 (割合)	3,387万人(26.6%)	3,604万人(28.6%)	3,653万人(29.6%)	3,367万人(38.7%)
75歳以上高齢者人口 (割合)	1,632万人(12.8%)	1,861万人(14.8%)	2,155万人(17.5%)	2,180万人(25.1%)

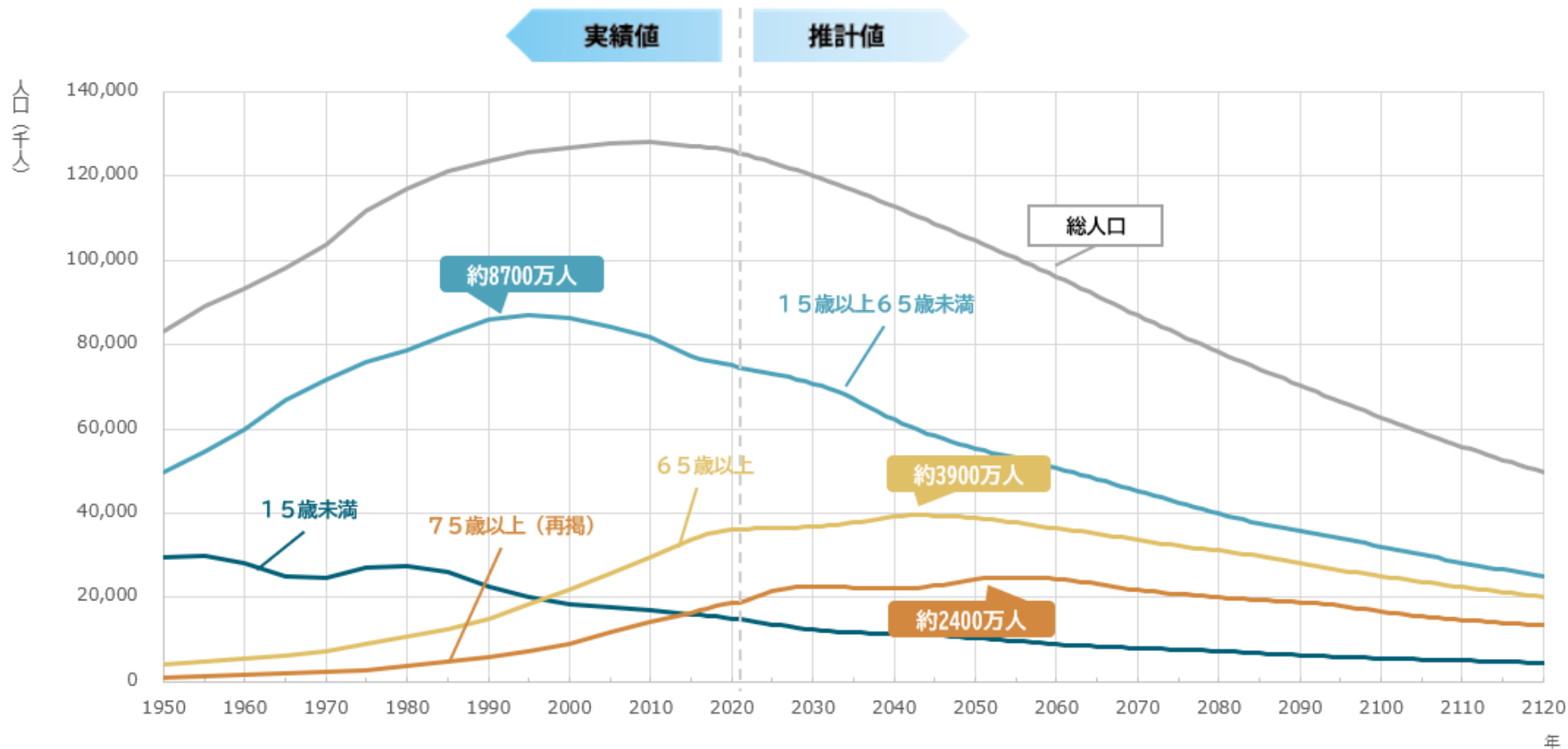
出典

2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」
2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

意見交換 資料-2改
R 5 . 3 . 1 5

- 現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。

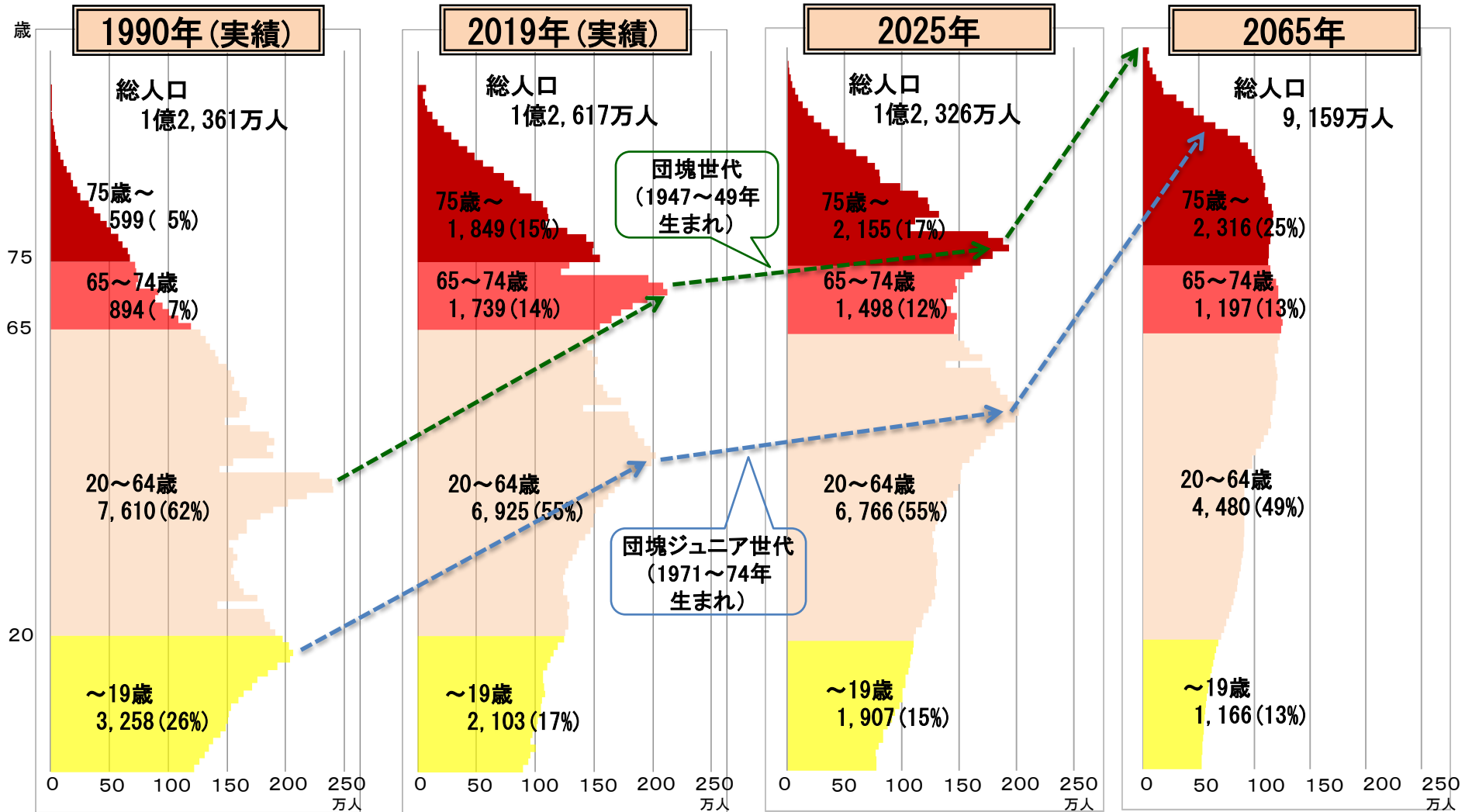


2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）
2022年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

出典

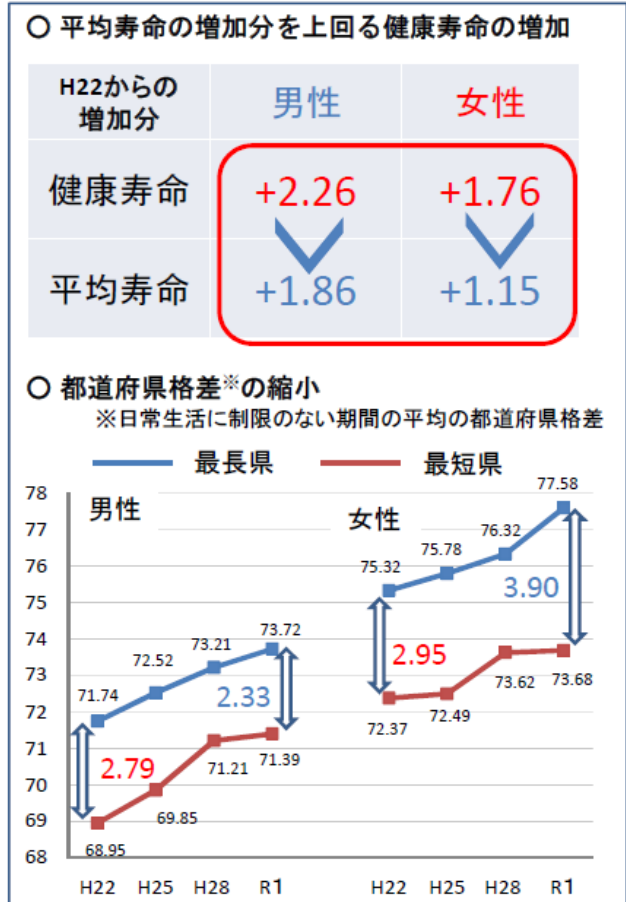
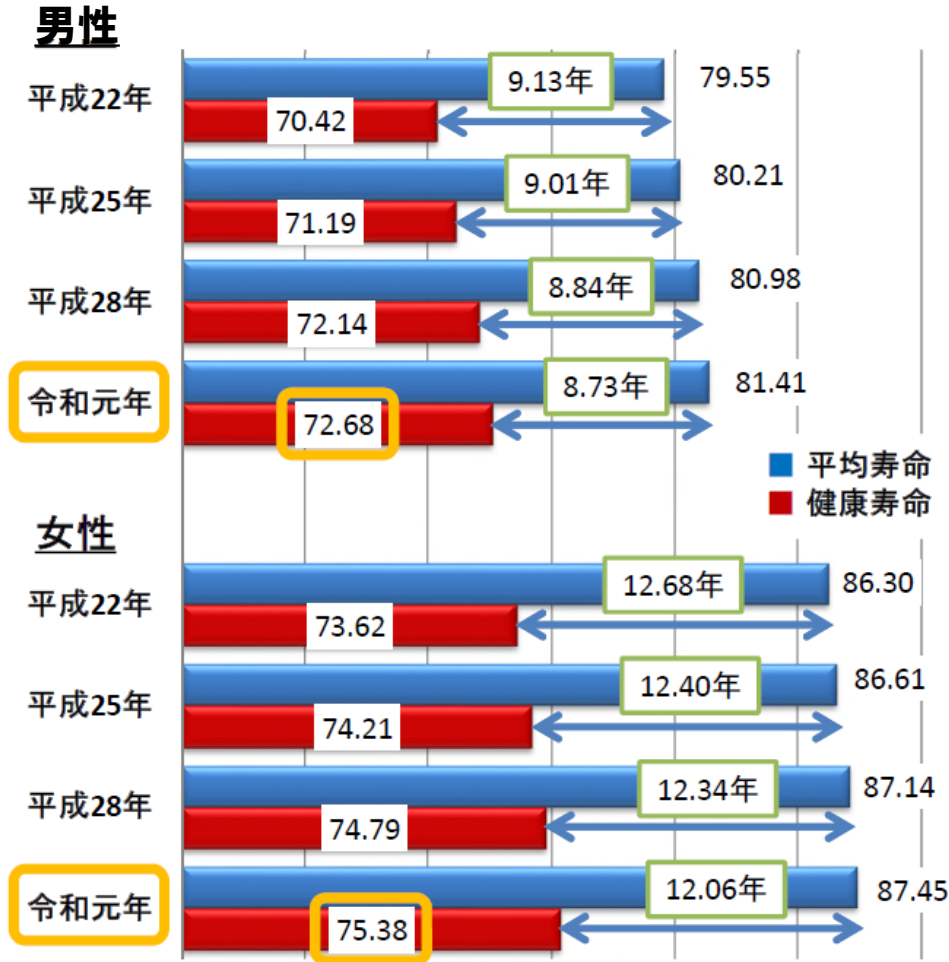
日本の人口ピラミッド変化

- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の17%となる。
- 2065年には、人口は9,159万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



健康寿命と平均寿命の推移

- 平成22年から令和元年については、男女ともに、
 - ・平均寿命・健康寿命は延伸している。
 - ・平均寿命と健康寿命の差である不健康期間は短縮している。
 - ・健康寿命の地域間格差は男性で縮小している一方で、女性では拡大している。



※厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」(研究代表者 辻一郎)において算出
 ■健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(令和4年度)
 ■健康寿命延伸プランの目標:健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(2016年比)、75歳以上とする(2040年)

○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」
 ○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年人口動態統計」
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年国民生活基礎調査」※
 総務省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年推計人口」より算出
 ※平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。

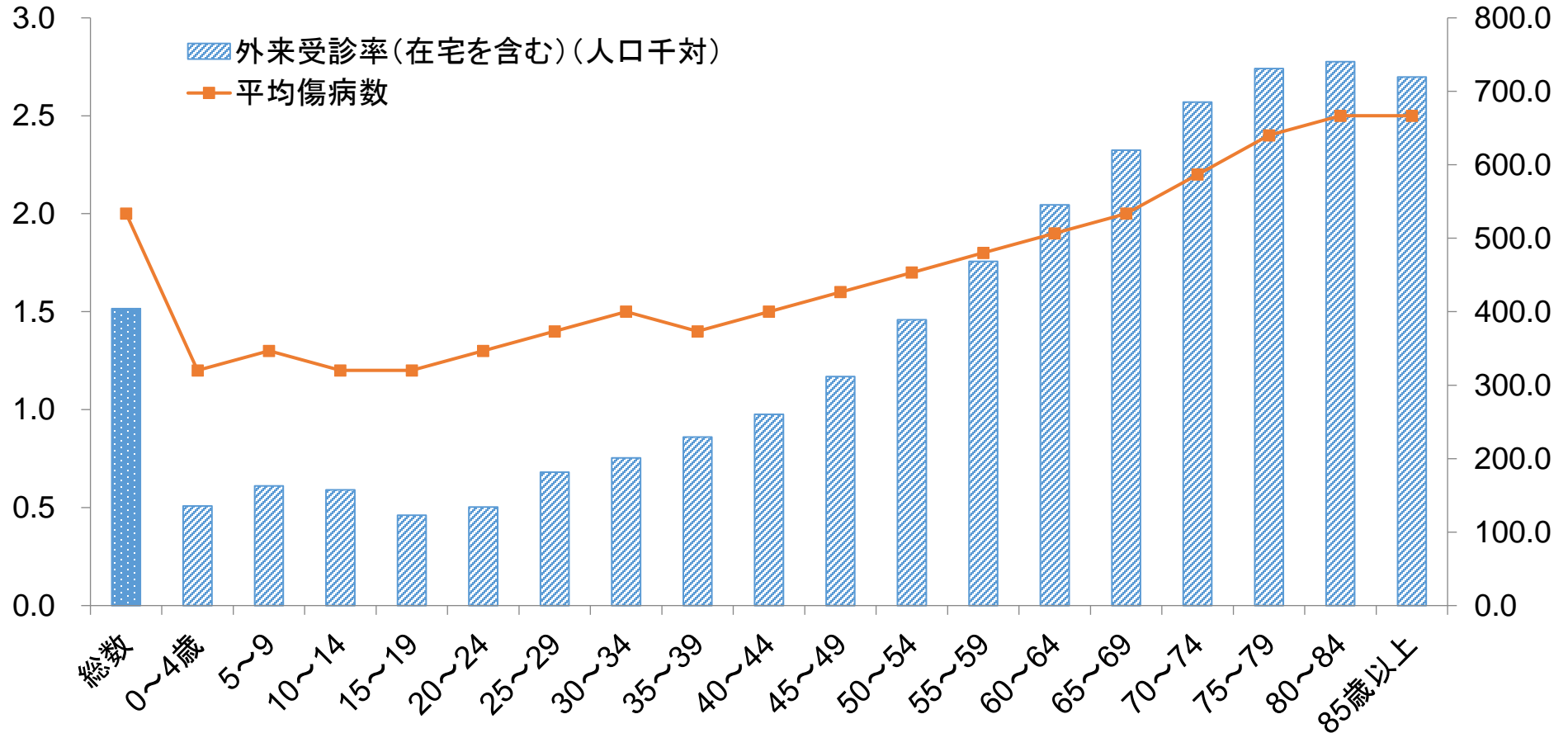
年齢別平均傷病数と外来受診率（在宅を含む）

○ 高齢者の方が、平均傷病数および外来受診率（在宅を含む）が高くなる傾向にある。

※外来受診率（在宅を含む）＝通院者数÷世帯人員数×1,000

平均傷病数

外来受診率（在宅を含む）（人口千対）

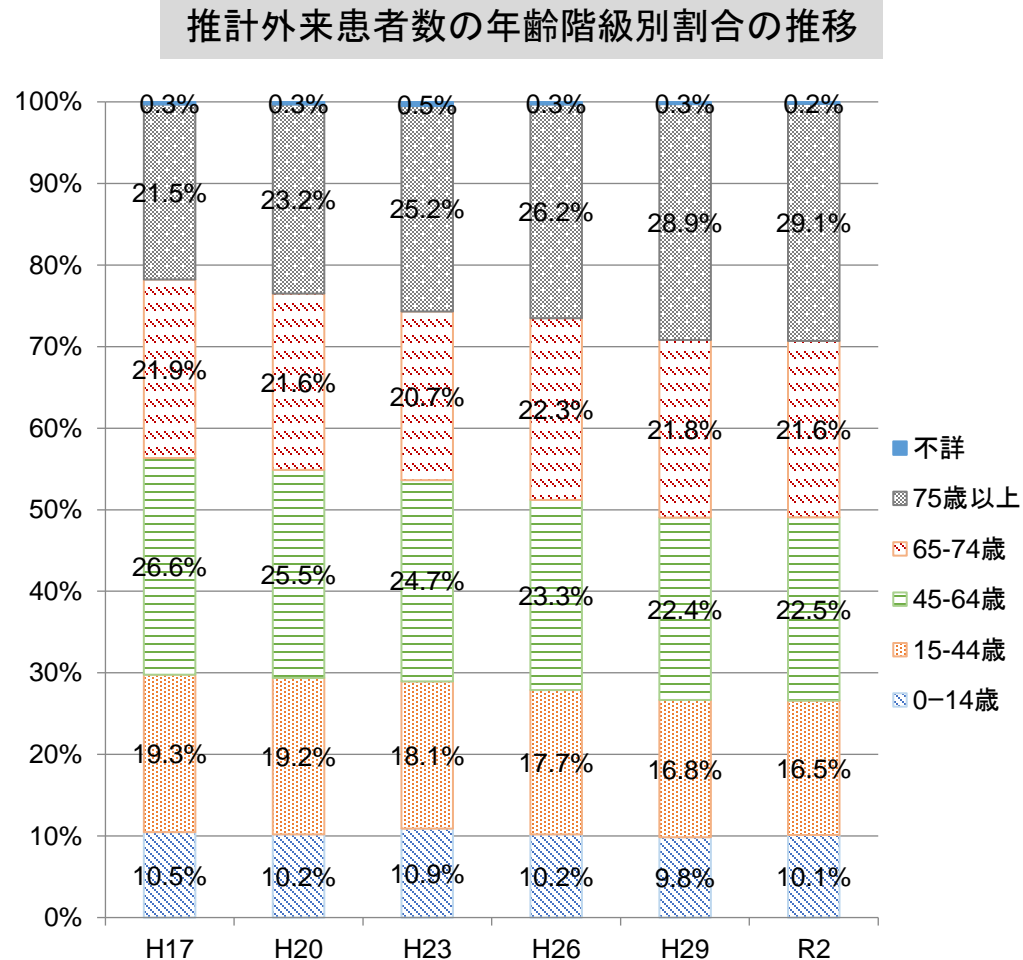
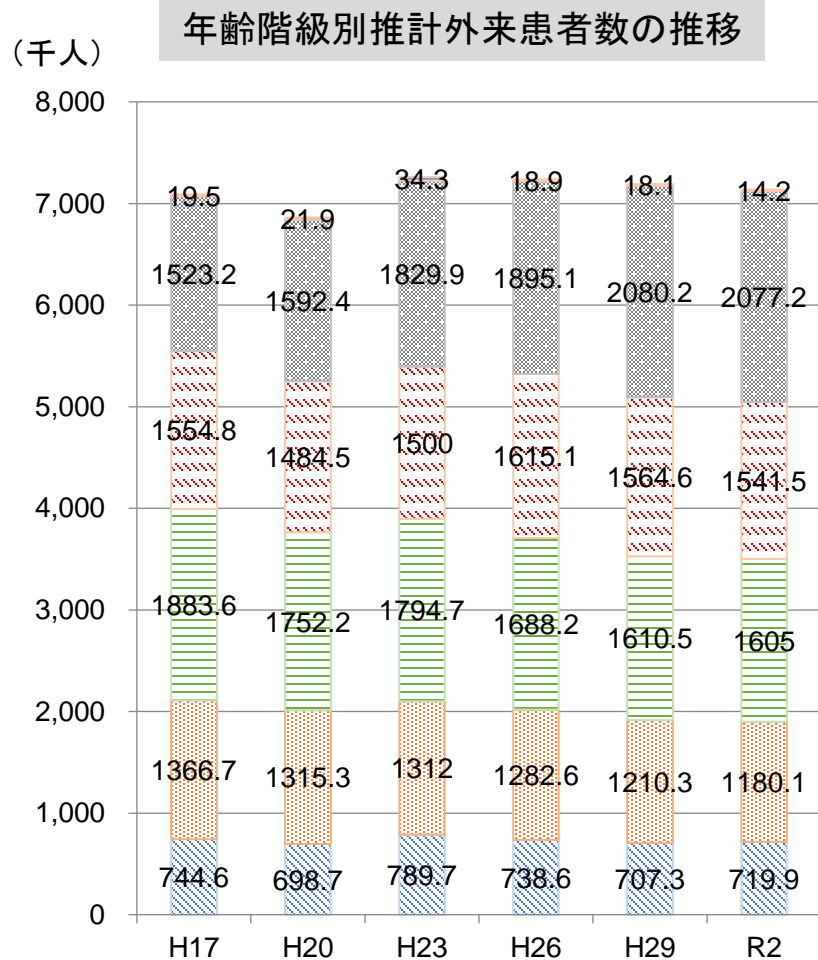


※ 通院者とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。（往診、訪問診療を含む。）

※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

推計外来患者の年齢階級別の推移

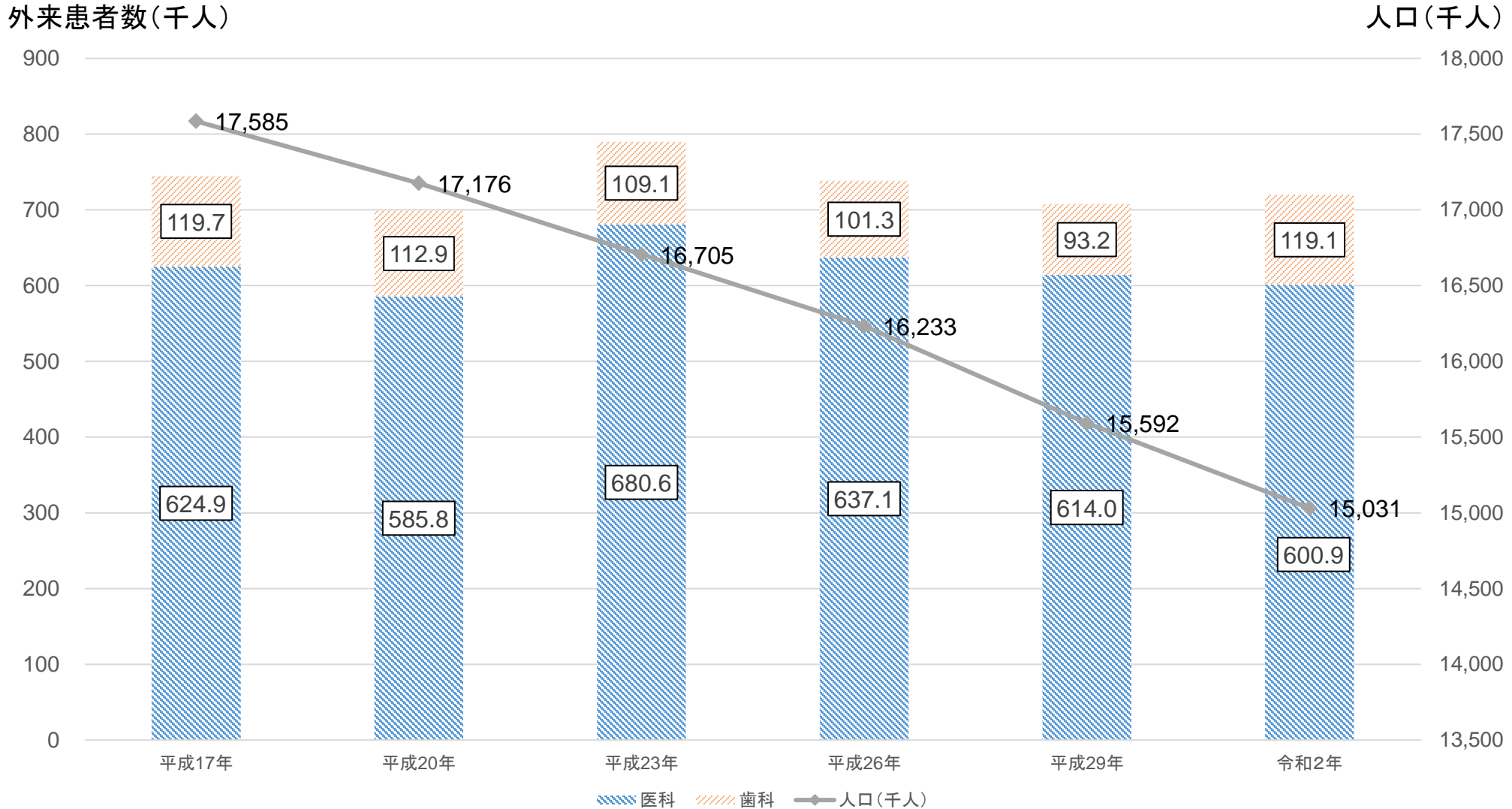
○ 推計外来患者の75歳以上の患者の割合は増加傾向である。



※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。

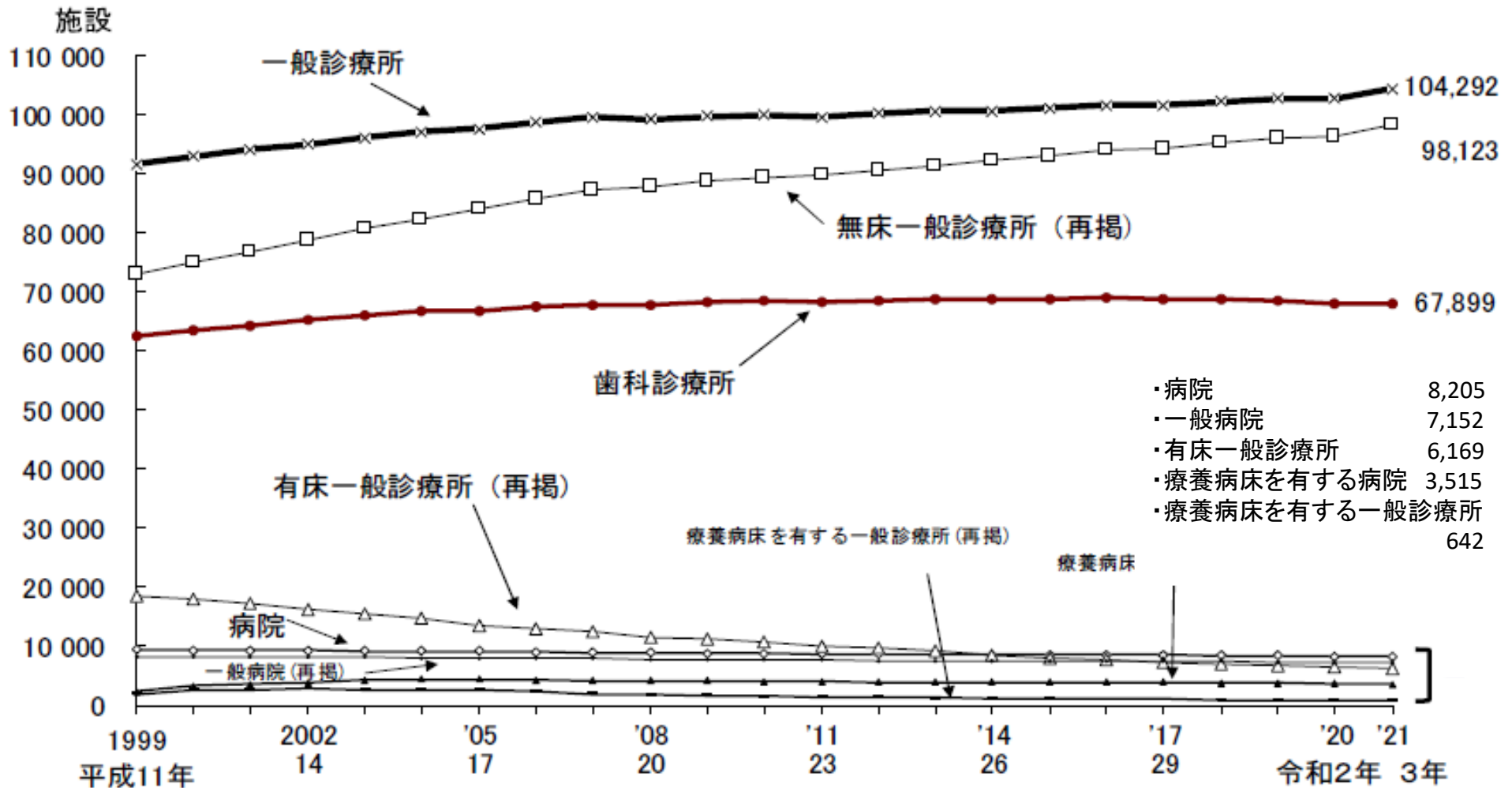
15歳未満の外来患者数・人口の推移

○ 15歳未満の人口は大きく減少しているが、外来患者数の減少はそれほど大きくない。



医療施設数の年次推移

- 医療施設数の年次推移は、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向である。
- 一般診療所の総数は近年増加傾向にある。



診療科別の医療施設数の年次推移

○ 診療科別に見た医療施設数の傾向として、小児科と外科は減少傾向にある。

一般病院・診療所における診療科目別に見た施設数の年次推移



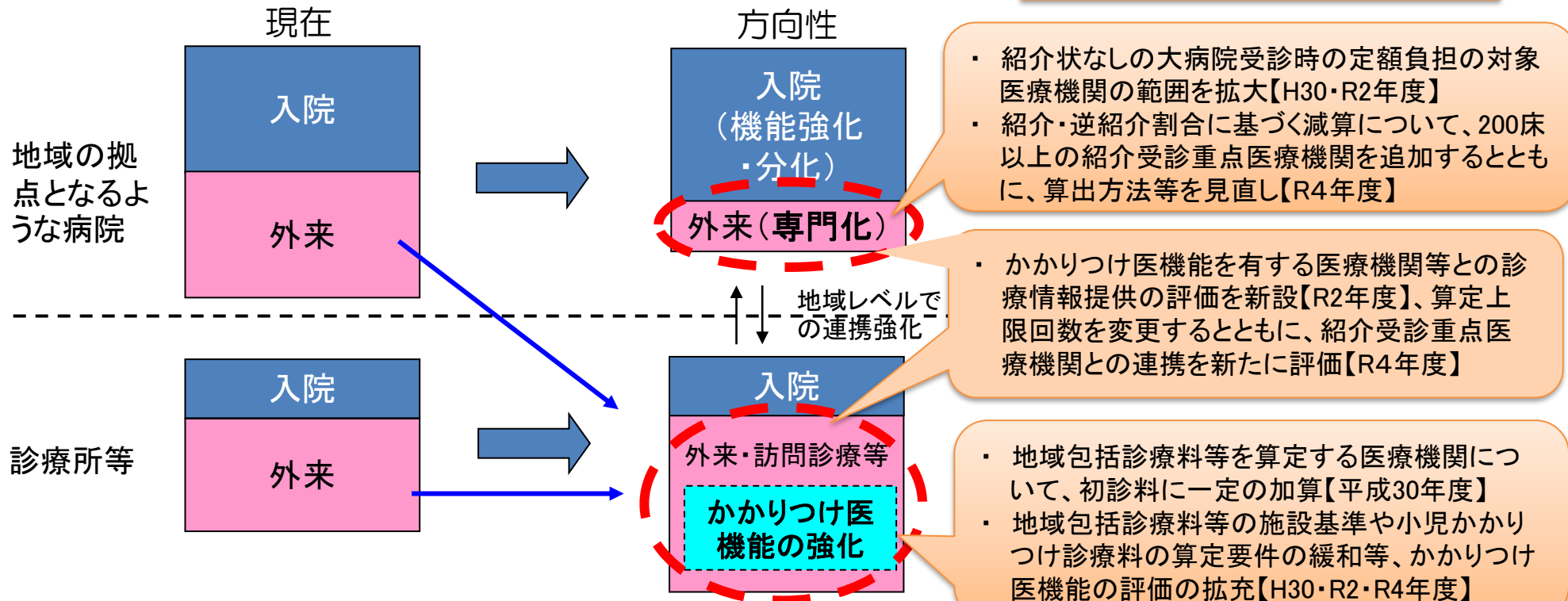
外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

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

外来医療の役割分担のイメージ

最近の診療報酬改定での主な対応



1. 外来機能の明確化・連携

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

〔現状及び課題〕

- 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面。外来医療の高度化も進展。このような地域の状況の変化に対応して、質の高い外来医療の提供体制を確保・調整していくことが課題。
- 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を強化していくことが課題。
- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られている状況とは言えない。患者にいわゆる大病院志向がある中で、再診患者の逆紹介が十分に進んでいないこと等により一定の医療機関の外来患者が多くなり、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題。
- 外来機能の明確化・連携は、これまで医療関係者の自主的な取組が進められてきたものの、地域によっては取組が進んでいないところもあり、これをさらに進めていくことが重要。

〔具体的方策・取組〕

(1) 全体の枠組み

- 紹介患者を基本とする外来として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を議論することは、外来医療全体の在り方の議論のために必要な第一歩。
- 各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能を報告し、その報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整。
- 患者の分かりやすさや地域の協議を進めやすくする観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化。地域の患者の流れがより円滑になり、病院の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に資すると期待。

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に次の機能が考えられるが、具体的な内容は、今後さらに検討。(※)

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

※ (2)～(4)において、「今後さらに検討」とした事項は、地域医療の担い手も参画するとともに、患者の立場も考慮した専門的な検討の場において検討。

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)の呼称は、患者の立場からみた呼称として、紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来などの意見。今般の趣旨を適切に表すことに留意しつつ、国民の理解が得られるよう、国民の分かりやすさの観点から、今後さらに検討。

(3) 外来機能報告（仮称）

- 病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行う。
- 外来機能報告（仮称）を行う医療機関は、まずは、併せて報告する病床機能報告と同様、一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本とし、無床診療所については、任意で外来機能報告（仮称）を行うことができる。
- 外来機能報告（仮称）の具体的な報告事項は、今後さらに検討。

(4) 地域における協議の仕組み

- 都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付ける。外来機能報告（仮称）を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行う。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告（仮称）の中で報告する。紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、(2)①～③の割合等の国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の呼称や、国の示す基準は、今後さらに検討。
- 診療科ごとの外来医療の分析、紹介・逆紹介の状況の分析等は、今後さらに検討。再診患者の逆紹介が適切に進むように配慮。

2. かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の促進

(1) かかりつけ医機能の強化

- かかりつけ医機能について、日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日・夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る。
- 医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。
- 医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

(2) 外来医療における多職種の役割

- 外来医療において、多職種が連携して、それぞれの専門性を発揮しており、チームとしての役割・連携を推進。

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

- 上手な外来医療のかかり方のポイント、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関・団体が周知・啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有。国においても、医療関係団体等の協力の下、国民・患者に対して積極的に周知・啓発。

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要

第79回社会保障審議会
医療部会
令和3年6月3日
資料
1改

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための 医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

令和3年6月3日
医療部会資料改

令和3年5月20日 参議院厚生労働委員会②

- 十、医師の労働時間短縮に向けた医療機関内のマネジメント改革を進めるため、医療機関の管理者、中間管理職の医師等に対し、労働法制に関する研修・教育を推進すること。また、医療機関において管理職の地位にある勤務医が、労働基準法上の管理監督者には該当しないにもかかわらず、労働時間規制が適用除外されるものと取り扱われることがないように周知・啓発を行うこと。
- 十一、医療機関における医師の時間外労働・休日労働に対する割増賃金の支払状況や、健康確保措置の実施状況などの実態を踏まえ、医療機関が労働法制を遵守しつつ、医師、看護師等の医療従事者を確保できるよう、診療報酬における対応も含め、医療機関への財政支援措置を講ずること。
- 十二、診療以外の研究、教育においても重要な役割を担う大学病院において労働時間短縮の取組を着実に進めるため、大学病院における医師の働き方の諸課題について文部科学省と厚生労働省が連携して速やかに検討を開始するとともに、その検討結果に基づいて財政上の措置を含めた必要な支援を行うこと。
- 十三、在宅医療や看取りなど地域包括ケアを進める上で重要な役割を担う診療所の医師の働き方改革についても検討を加え、その結果に基づいて必要な支援を行うこと。
- 十四、医学部教育と臨床研修を切れ目なくつなぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に即した技能習得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討すること。
- 十五、医療機関における育児休業制度の規定状況、利用状況等について調査を実施し、臨床研修以降の研さん期間中の医師が育児休業を取得しやすくなるような方策の検討を含め、出産・育児期の女性医師を始めとする子育て世代の医療従事者が、仕事と出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備するとともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること。
- 十六、外来機能の明確化・連携に当たっては、診療科ごとの外来医療の分析、紹介・逆紹介の状況の分析等をできる限り行うとともに、紹介を基本とする医療機関からの逆紹介の促進を図ること。また、かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、その好事例の横展開を図るとともに、国民・患者がかかりつけ医機能を担う医療機関等を探しやすくするための医療情報の提供内容等の在り方について検討すること。
- 十七、地域医療構想については、各地域において、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により生じた医療提供体制に係る課題を十分に踏まえ、地域包括ケアの観点も含めた地域における病床の機能の分化及び連携の推進の在り方について検討し、その結果を踏まえつつ、必要な取組を進めること。また、検討に当たっては、地域の様々な設置主体の医療機関の参画を促すこと。
- 十八、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により生じた医療提供体制に係る課題を十分に踏まえ、地域の医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携、医師の地域間及び診療科間の偏在の是正等に係る調整の在り方その他地域における良質かつ適切な医療を提供する体制の確保に関し必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずること。
- 十九、都道府県における適切な医療提供体制の確保を図る観点から、第八次医療計画における五疾病・六事業については、ロジックモデル等のツールを活用した実効性ある施策の策定など、医療提供体制の政策立案から評価、見直しに至るPDCAサイクルの実効性の確保に努めること。
- 二十、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等に伴い医療機関が厳しい経営状況に置かれていることに鑑み、医療機関の経営状況について速やかに把握し、その状況等を踏まえ、医療機関に対し財政上の支援等必要な措置を講ずること。また、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症がまん延した場合等において医療提供体制の確保を図るため、医療機関及び医療関係者に対する支援その他の必要な措置の在り方を検討すること。
- 二十一、将来に向けて、質の高い地域医療提供体制を守るため、医師の働き方改革や医師の偏在対策、地域医療構想、外来医療の機能の明確化・連携などを丁寧かつ着実に進めることが重要であり、それらを医療機関に寄り添って進める都道府県の業務体制の強化を推進すること。

右決議する。

概要

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づく、**医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの**である。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、**協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表**。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

② 外来機能報告を踏まえた「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」(紹介受診重点医療機関)*

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に**外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)**し、「地域の協議の場」において、**外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**。「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関**(紹介受診重点医療機関)**を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの**医療機器の配置状況を可視化**し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

* 令和4年4月施行

外来医療の協議の場 (外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン)

(区 域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

(構成員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)が成立・公布され、医療法に新たに規定された(令和4年4月1日施行)。

参考：医療法(一部抜粋)

第30条の18の2 病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの(以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の**都道府県知事に報告しなければならない**。

第30条の18の3 患者を入院させるための施設を有しない診療所(以下この条において「**無床診療所**」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の**都道府県知事に報告することができる**。

目的

- 「紹介受診重点医療機関(医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関)」の明確化
- 地域の外来機能の明確化・連携の推進

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。

報告項目

- (1) **医療資源を重点的に活用する外来の実施状況**
- (2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- (3) **地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項**
紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数)等

「地域の協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。

対象医療機関

義務： 病院・有床診療所
任意： 無床診療所

報告頻度

年1回
(10～11月に報告を実施)

医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
例) 悪性腫瘍手術の前後の外来
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
例) 外来化学療法、外来放射線治療
- 特定の領域に特化した機能を有する外来
例) 紹介患者に対する外来

紹介受診重点医療機関の基準

意向はあるが基準を満たさない場合

- 上記の外来の件数の占める割合が
- 初診の外来件数の40%以上かつ
 - 再診の外来件数の25%以上

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- 紹介率50%以上かつ
- 逆紹介率40%以上

1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 - ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

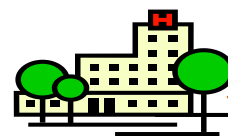
➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与

かかりつけ医機能を担う医療機関



かかりつけ医機能の強化
(好事例の収集、横展開等)

紹介受診重点医療機関



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革

外来機能報告、「地域の協議の場」での協議、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

紹介

逆紹介

〈「医療資源を重点的に活用する外来」〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来(以下「紹介受診重点外来」※1という。)の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関※2)を明確化する。

- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

※1 令和四年三月三十一日厚生労働省告示第百十二号による。

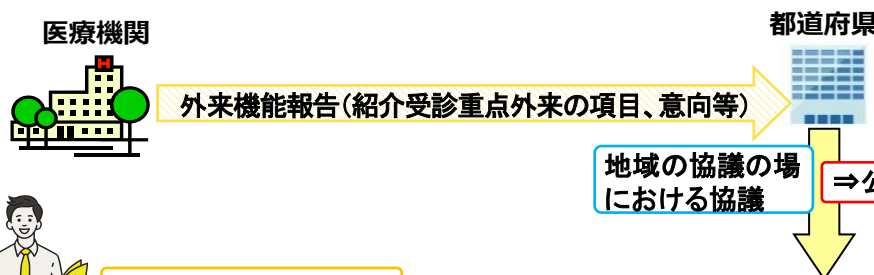
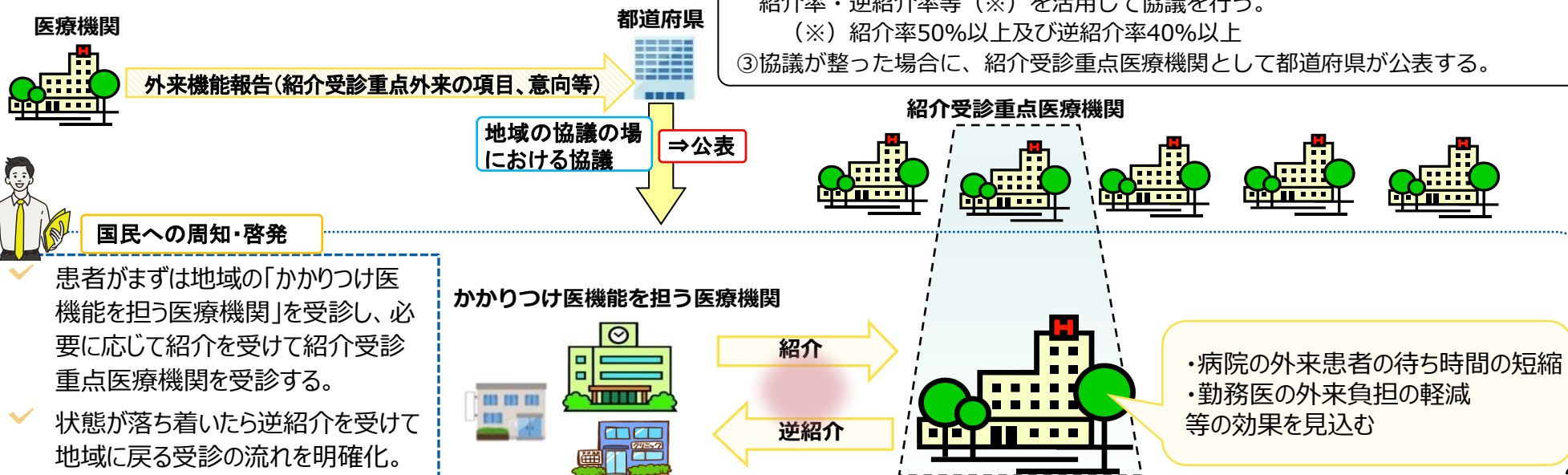
※2 紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

- 紹介受診重点外来等の実施状況
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

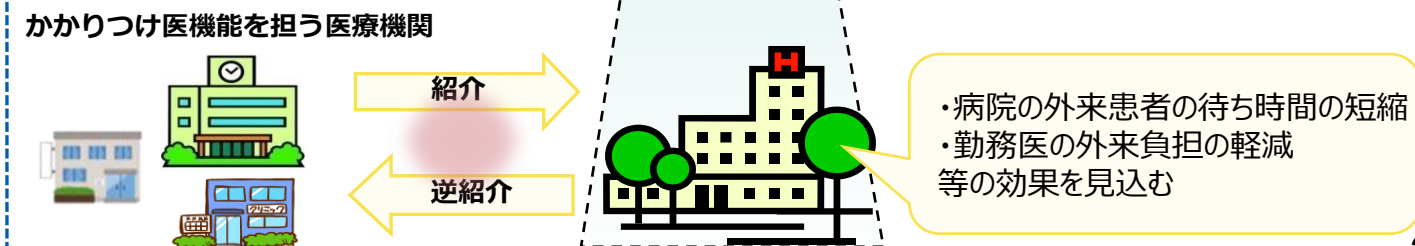
【地域の協議の場】

- ① 紹介受診重点外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。
 - (※) 初診に占める紹介受診重点外来の割合40%以上 かつ
再診に占める紹介受診重点外来の割合25%以上
- ② 紹介受診重点外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
 - (※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



患者がまずは地域の「かかりつけ医療機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診する。

状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻る受診の流れを明確化。



Ⅲ 各分野における改革の方向性 3. 医療・介護制度の改革 (2) 取り組むべき課題 ② 医療提供体制

◆ かかりつけ医機能が発揮される制度整備

今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、その早急な実現に向けて、以下に整理した基本的な考え方のもとで、必要な措置を講ずるべきである。その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要がある。

また、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっては、医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべきである。さらに、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方のもとで、地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきである。

- ✓ かかりつけ医機能の定義については、現行の医療法施行規則に規定されている「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」をベースに検討すべきである。
- ✓ こうした機能の一つとして、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認も活用して患者の情報を一元的に把握し、日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行うことが考えられる。そのほか、例えば、休日・夜間の対応、他の医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療、介護施設との連携などが考えられる。
- ✓ このため、医療機関が担うかかりつけ医機能の内容の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる。
- ✓ かかりつけ医機能の活用については、医療機関、患者それぞれの手挙げ方式、すなわち、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式とすることが考えられる。そのため、医療機能情報提供制度を拡充することで、医療機関は自らのかかりつけ医機能に関する情報について住民に分かりやすく提供するとともに、医療機関が自ら有するかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度を創設することで、都道府県が上記の機能の充足状況を把握できるようにすることが考えられる。また、医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容を書面交付などにより説明することが重要である。
- ✓ 特に高齢者については、幅広い診療・相談に加え、在宅医療、介護との連携に対するニーズが高いことを踏まえ、これらのかかりつけ医機能をあわせもつ医療機関を都道府県が確認・公表できるようにすることが重要である。同時に、かかりつけ医機能を持つ医療機関を患者が的確に認識できるような仕組みを整備すべきである。
- ✓ 地域全体で必要な医療が必要なときに提供できる体制が構築できるよう、都道府県が把握した情報に基づいて、地域の関係者が、その地域のかかりつけ医機能に対する改善点を協議する仕組みを導入すべきである。

これらの枠組みが導入された後、国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取組が必要であり、今回の制度整備はそれに向けた第一歩と捉えるべきである。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)より抜粋

「かかりつけ医」とは(定義)

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

「かかりつけ医機能」

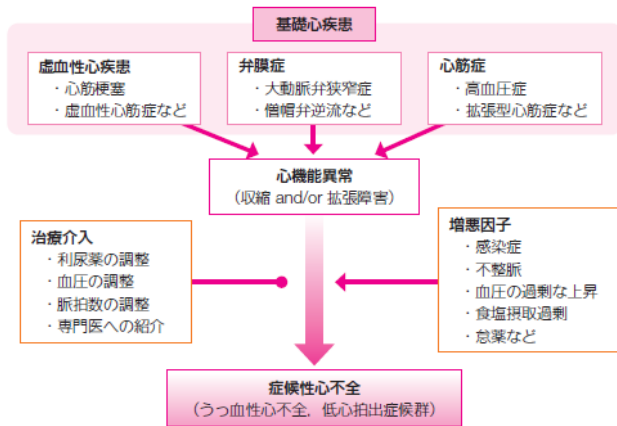
- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・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

○ 例えば、慢性心不全や慢性腎臓病等の慢性疾患の診療については、かかりつけ医における、日常的な医学管理と重症化予防、専門医療機関や介護等との連携、在宅医療の提供等を含む、継続的かつ全人的な医療の提供が求められている。

(例)

慢性心不全

- 日本における死因については、心疾患による死亡は悪性新生物（癌）に次ぎ2番目に多く、そのなかでも心不全による死亡は最も多い。
- 心不全は心収縮力に関わらず、経時的に進行しかつ入院を繰り返しやすい慢性疾患であり、症候性心不全の予防や、再発・重症化予防が必要な疾患である。
- 日常診療においては、生活習慣病を含む基礎疾患に対する治療を継続しながら、生活指導と薬物療法による継続的な加療が求められている。



慢性腎臓病 (CKD)

- 日本人のCKD患者数は約1,330万人と推計され、また、慢性透析患者数は令和元年末で34万人を超えている。
- CKDは進行すると末期腎不全に至り透析療法等が必要となる他、心血管疾患や死亡リスクを上昇させることから、重症化の予防が必要な疾患である。
- CKD診療においては、基礎疾患の治療、生活習慣の改善、ステージに応じた食事療法、血圧・血糖・脂質等の管理など、集学的治療が求められる。

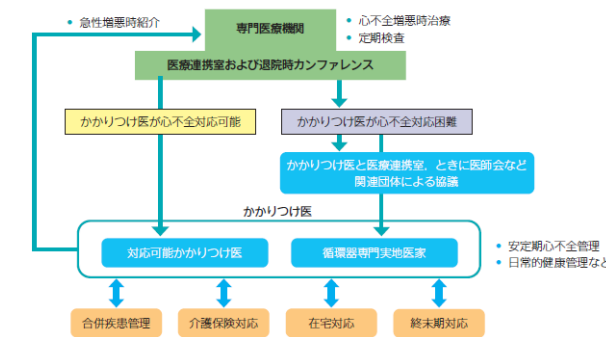


図 15 専門急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携フローチャート
急性期病棟に入院した心不全患者が退院する場合、本来のかかりつけ医が安定期の心不全治療に対応困難な場合は、退院時カンファレンスや医師会を通して心不全対応可能な実地医家や在宅医を探してもらい、かかりつけ医の了承のもとで安定期心不全治療を、その医療機関で行ってもらうことも考慮する。

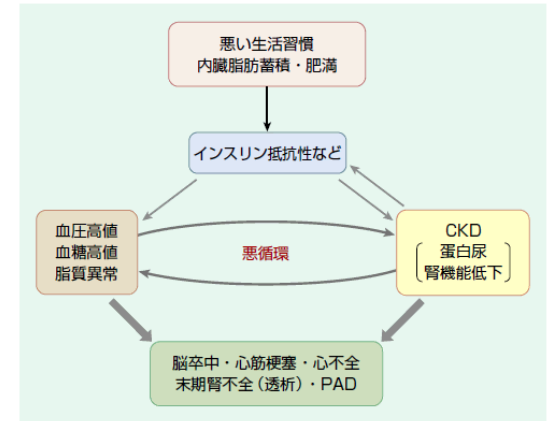


図 13 生活習慣と心腎連関の概念
PAD: peripheral artery disease 末梢動脈疾患

参照：「地域のかかりつけ医と多職種のための心不全診療ガイドブック」（厚生労働科学研究費補助金「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班）、「急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）」（日本循環器学会／日本心不全学会合同ガイドライン）、「CKD診療ガイド2012」（日本腎臓学会）、「CKD診療ガイドライン2018」（日本腎臓学会）、「わが国の慢性透析療法の現況（2019年12月31日現在）」（日本透析医学会）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための 健康保険法等の一部を改正する法律に係る附帯決議【参議院】①

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する付帯決議
附帯決議

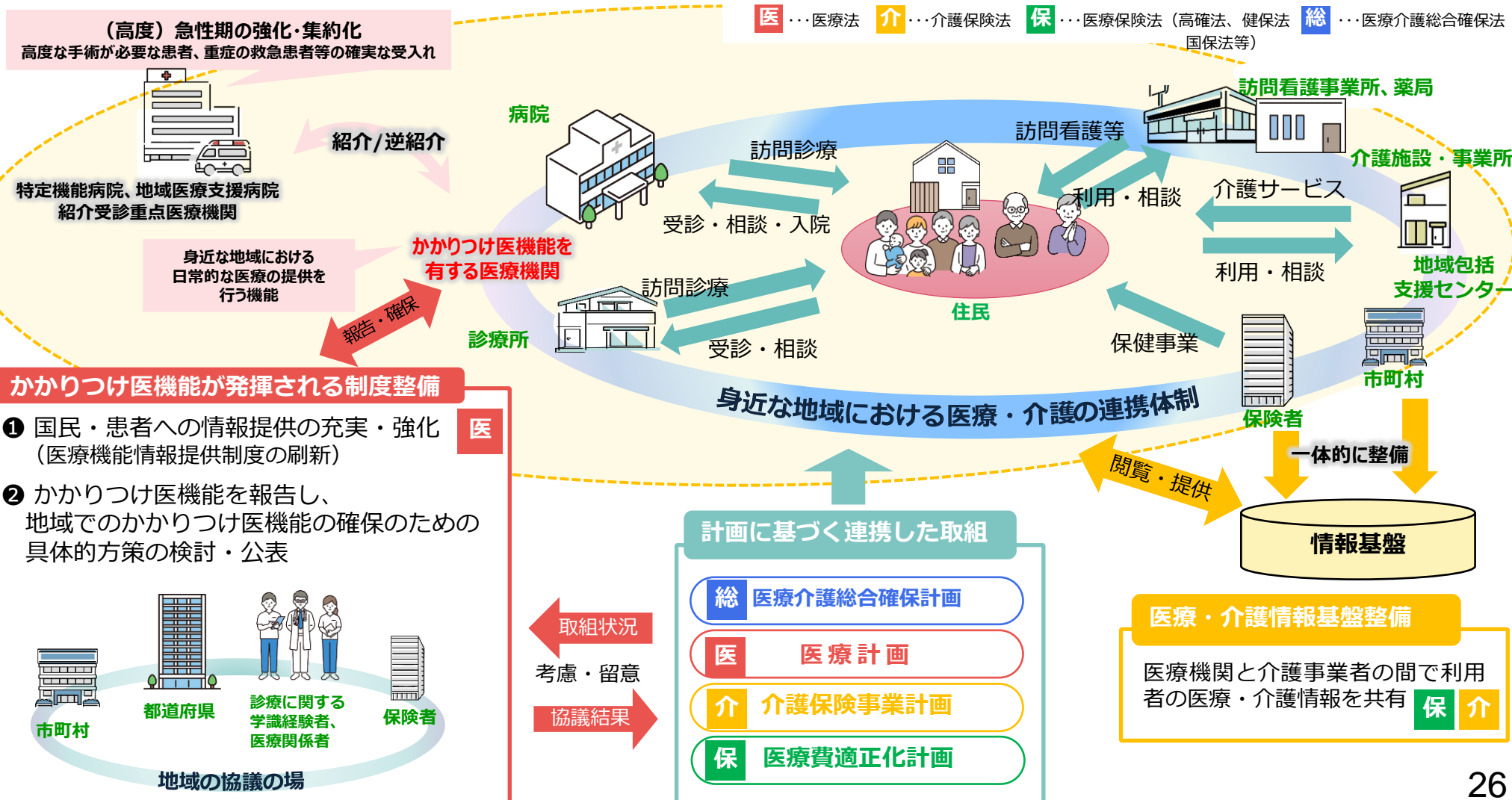
令和五年五月十一日
参議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一、後期高齢者支援金及び前期高齢者納付金の増大等により、財政運営が極めて困難な健康保険組合が急増していること等を踏まえ、特に財政状況が厳しい健康保険組合に対する継続的な財政支援を行うこと。
- 二、前期財政調整における報酬調整については、保険者機能への配慮や保険者間の公平性の観点を踏まえ、過重な財政調整とならないようにすること。
- 三、後期高齢者医療制度については、現役並み所得の後期高齢者に係る医療費給付について公費負担が行われておらず、現役世代に対する過重な負担となっていること等を踏まえ、後期高齢者医療制度における財源の在り方について検討を行うこと。
- 四、都道府県に必置とされる保険者協議会について、保険者だけでなく、医療関係者が構成員として参画することを積極的に促すとともに、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供など、実効性のある医療費適正化の取組を進めること。また、レセプト分析を通じた医療費適正化のエビデンスの収集等に関して、保険者協議会と社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会の連携を進めること。
- 五、住民の健康増進等を通じた医療費の更なる適正化の推進を図る観点から、第四期医療費適正化計画の策定や計画期間中の改訂に当たっては、ロジックモデル等のツールの活用を促すことなどを検討し、PDCAサイクルに基づく計画の立案、評価及び見直しなど、実効的な計画の策定等が行われるよう努めること。
- 六、予防・健康づくりについて、健康や生活の質の向上に与える効果に関するエビデンスを収集し、将来的な健康寿命の延伸や医療費の削減効果が見込まれる取組が積極的に実施されるよう環境を整備すること。
- 七、新たに刷新・創設される医療機能情報提供制度及びかかりつけ医機能報告制度について、医療機関に報告を求める項目等の詳細が厚生労働省令に委任され、本法の審査過程において当該厚生労働省令の具体的内容が明らかとならず、その詳細が本法成立後の有識者等による検討に委ねられたこと等を踏まえ、当該有識者等による検討結果や検討過程における議論の内容について、本法施行に先立ち、明らかにすること。また、当該有識者等による検討の場やその構成員について、決定次第、明らかにすること。
- 八、本法のかかりつけ医機能に関する制度改正については、同機能が発揮される第一歩と位置付け、全ての国民・患者がそのニーズに応じて同機能を有する医療機関を選択して利用できるよう、速やかに検討し、制度整備を進めること。また、同機能を有する医療機関に勤務しようとする者への教育及び研修の充実に加え、処遇改善やキャリアパスの構築支援等、これらの者が増加するような取組を推進すること。
- 九、かかりつけ医機能報告の対象となる慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者については、障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるなど適切に定め、将来は、継続的な医療を要しない者を含め、かかりつけ医機能報告の対象について検討すること。

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

医療機能情報提供制度 (H18)

入院	病床機能報告 (H26)
外来	有床診・病院 外来機能報告 (R3) (紹介受診重点医療機関の確認)
	無床診 かかりつけ医機能報告 (新設)
在宅	

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- 都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表(※)**。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「**かかりつけ医機能**」を**確保する具体的方策を検討・公表**。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和5年6月16日閣議決定）（抜粋）

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

医療・介護サービスの提供体制については、今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応し、限りある資源を有効に活用しながら質の高い医療介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保する観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保・育成、働き方改革、医療・介護ニーズの変化やデジタル技術の著しい進展に対応した改革を早期に進める必要がある。

このため、1人当たり医療費の地域差半減に向けて、都道府県が地域の実情に応じて地域差がある医療への対応などの医療費適正化に取り組み、引き続き都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進するとともに、都道府県のガバナンス強化、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進、地域医療連携推進法人制度の有効活用、地域で安全に分娩できる周産期医療の確保、ドクターヘリの推進、救急医療体制の確保、訪問看護の推進、医療法人等の経営情報に関する全国的なデータベースの構築を図る。実効性のある医師偏在対策、医療専門職のタスク・シフト/シェア、薬局薬剤師の対人業務の充実、対物業務の効率化、地域における他職種との連携等を推進する。その中で、医師が不足する地域への大学病院からの医師の派遣の継続を推進する。また、関係者・関係機関の更なる対応により、リフィル処方[※]の活用を進める。

※下線は事務局が追加

外来に係る同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

(テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携)

- 情報提供の仕組みとして、ホームヘルパーから介護支援専門員、主治医へ報告する仕組みはできているが、主治医からも発信できるようにすることで双方向にしていく必要がある。
- 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報(例: 家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

(テーマ5: 認知症)

- 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。
- 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

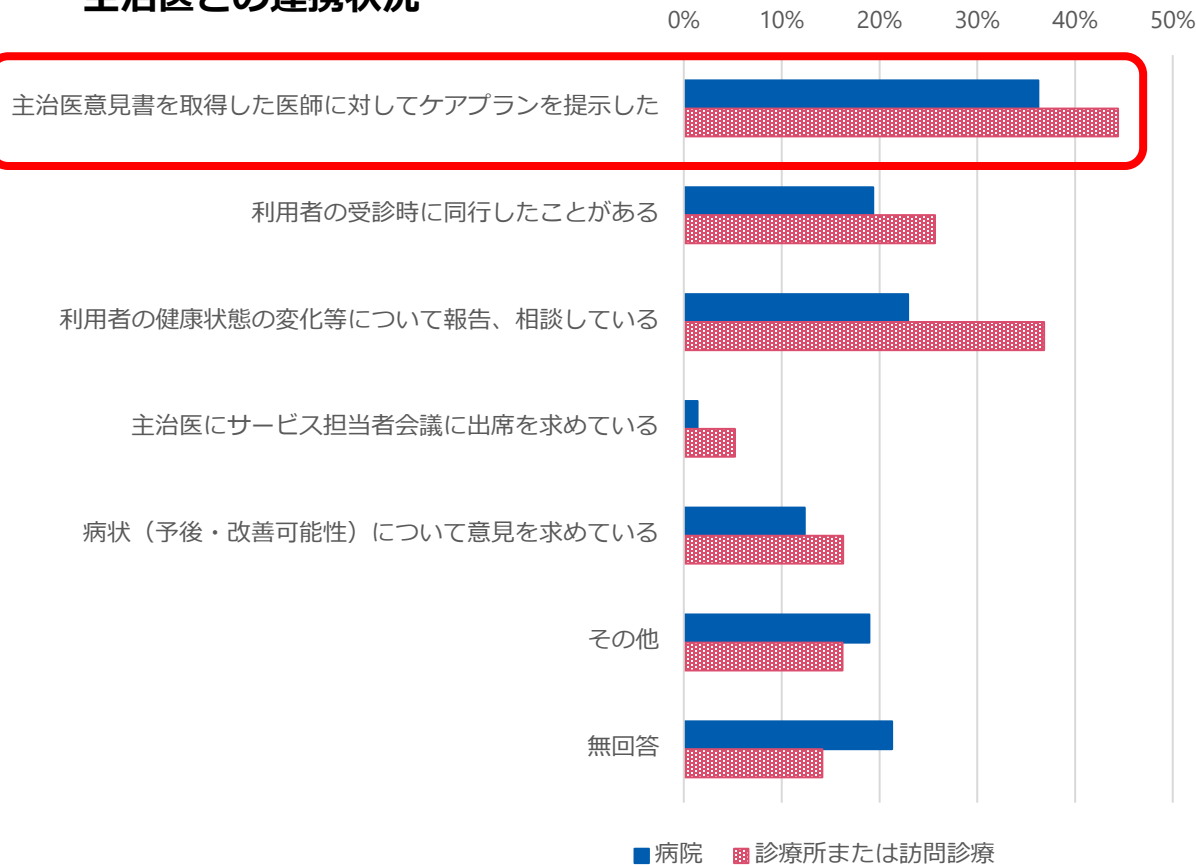
(テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護)

- いずれの場面においても意思決定を支援する取組は重要であり、認知症患者の増加を踏まえると、あらかじめ本人の意思を共有していくことは推進すべき。ただし、急性疾患において性急に意思決定を促すことや、救急隊の現場での負担軽減などを目的として強制的に推進することが起こらないよう、その推進の方法は慎重であるべき。
- 日々の診療や介護の中で、丁寧に本人の意思を確認することが大切であり、その意思は刻々と変わりゆくものであることを踏まえると、リアルタイムにその情報をICT等を用いて医師が医療関係者や介護関係者と共有することが非常に有効。
- 患者の意思決定支援は、療養病棟や在宅医療を実施している医療機関だけでなく、全ての医療機関が共通認識の下で取り組む必要があり、より多くの患者に早期から意思決定支援を行うということであれば、診療所等の外来で患者のことを最も理解している「かかりつけ医」が対応することが重要。

主治医と介護支援専門員との連携状況① (H30)

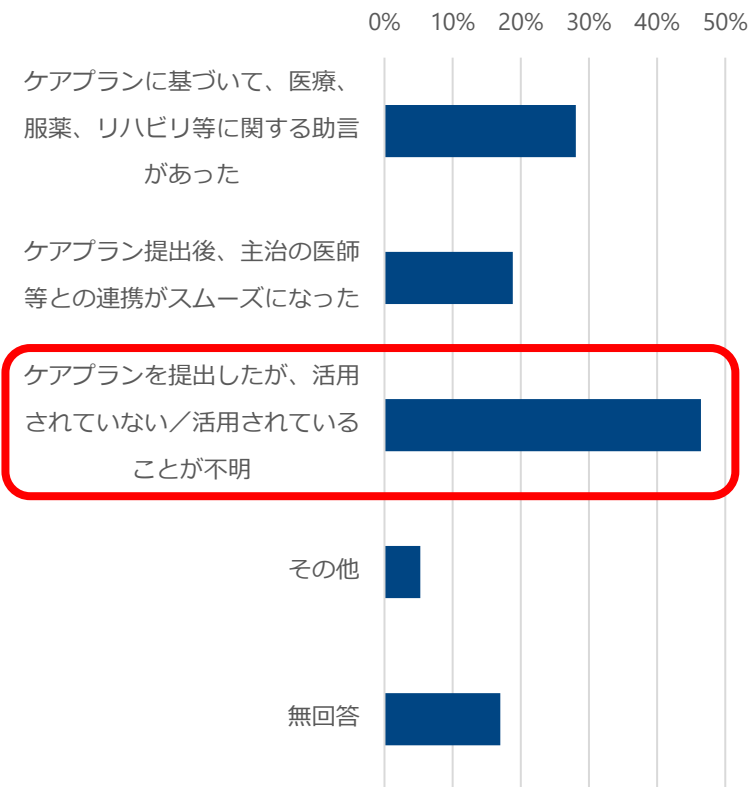
- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
- 一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない/活用されていることが不明と感じている。

■入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者における主治医との連携状況



n=2,381 (利用者調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

■主治医等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携



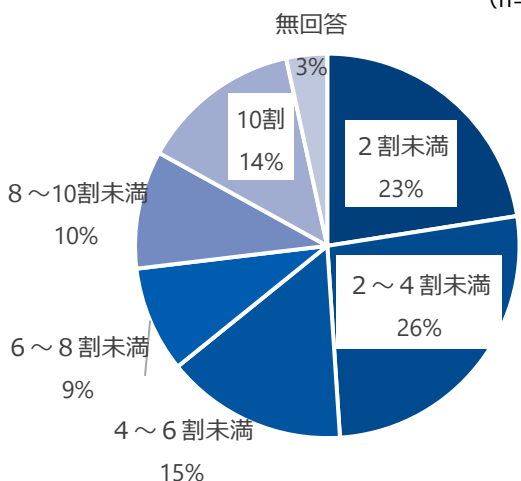
n=3,489 (ケアマネジャー調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

主治医と介護支援専門員との連携状況② (R2)

- 介護支援専門員は、4割超のケアプランを主治医へ提出していた。提出したケアプランのうち、5割弱は、主治医に意見を求めている。主治医に意見を求めたうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合は4割弱であった。
- 介護支援専門員から医療機関へのケアプラン交付方法は、手交と郵送が最も多い。

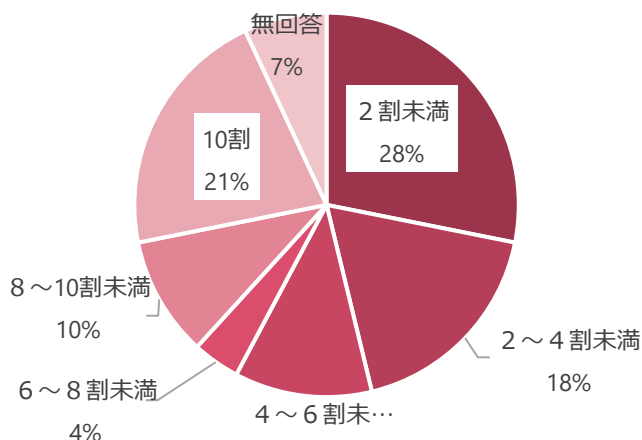
■ ① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
(n=1,279)



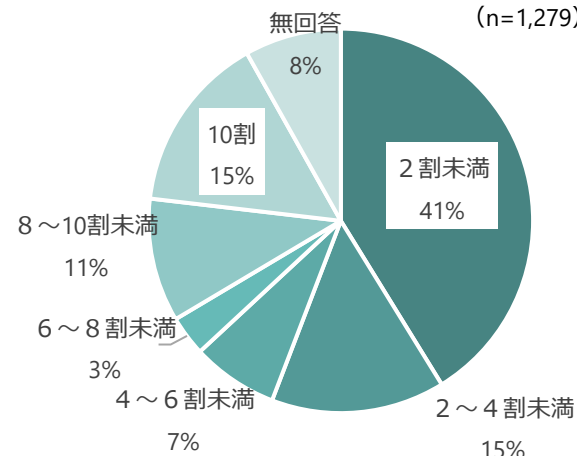
■ ② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
(n=1,279)

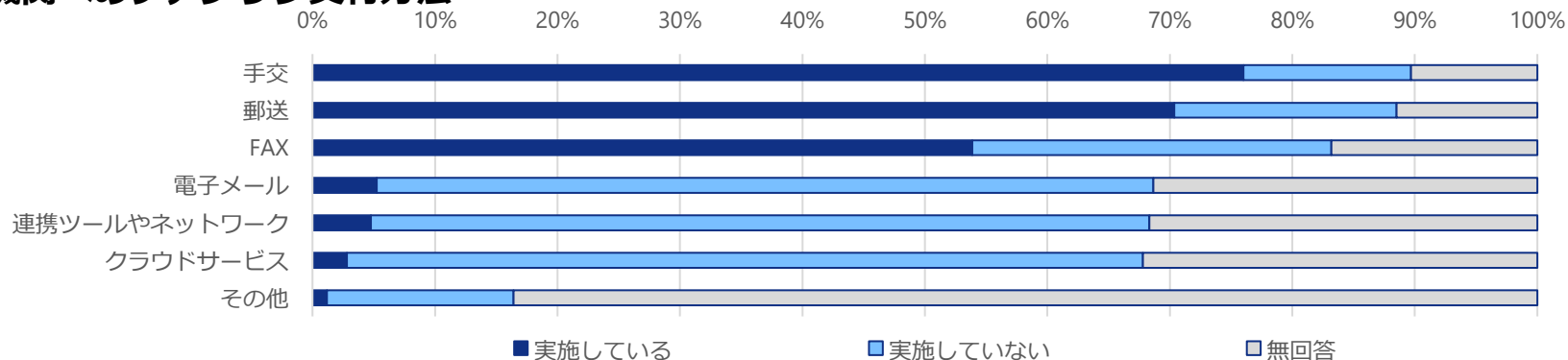


■ ③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

割合の平均：3.85
(n=1,279)



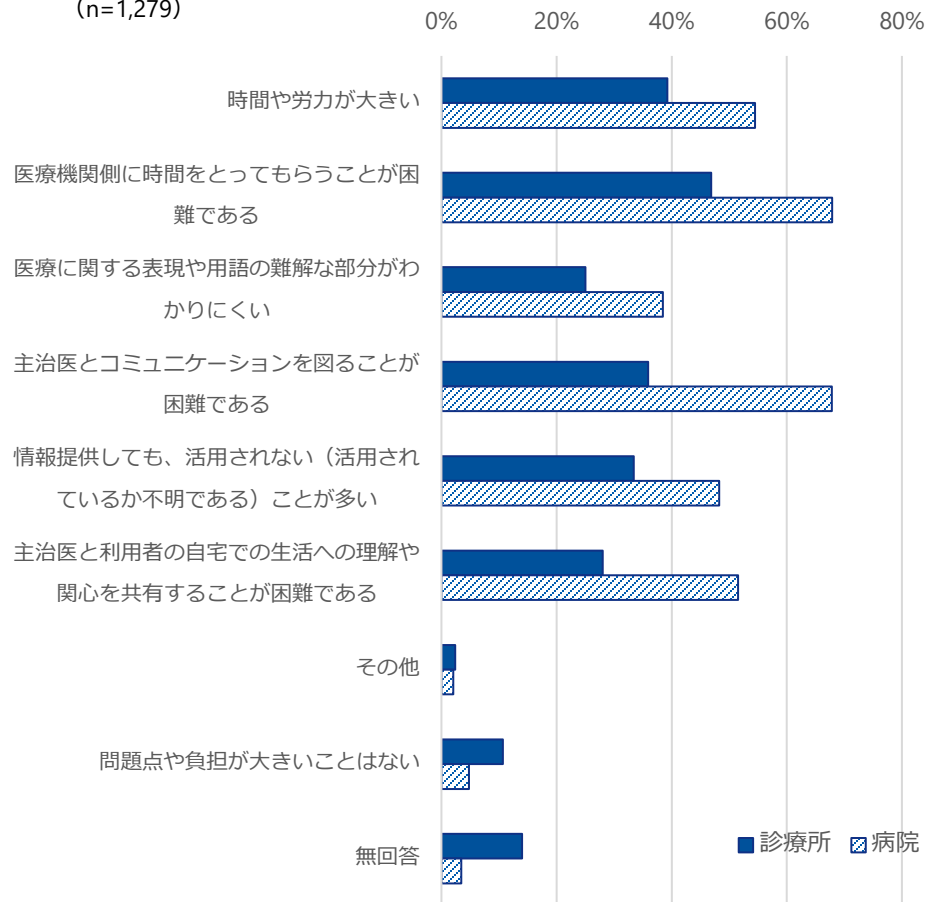
■ 医療機関へのケアプラン交付方法



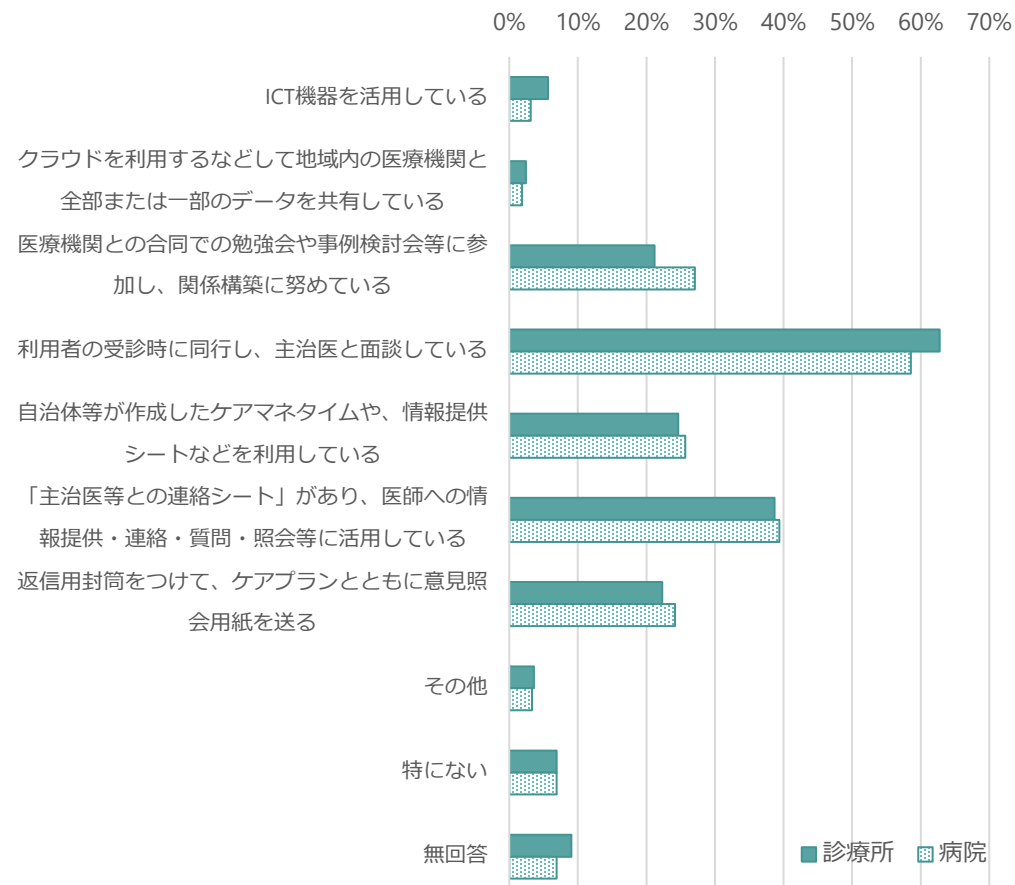
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

■ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと

(n=1,279)



■医療機関との情報共有における工夫



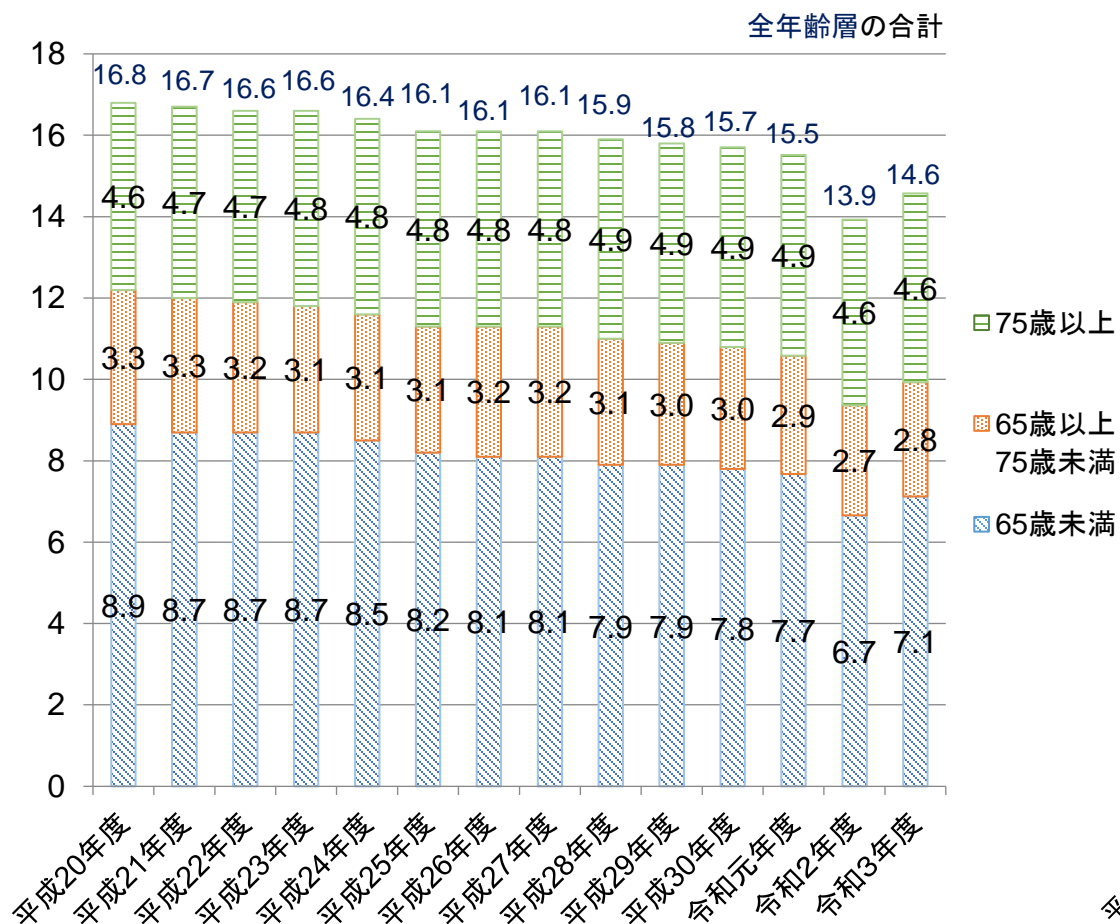
1. 外来医療をとりまく環境について
2. 診療内容と医療費について
3. 外来診療に係る診療報酬上の評価について

入院外受診延日数/年齢階級別の割合の推移

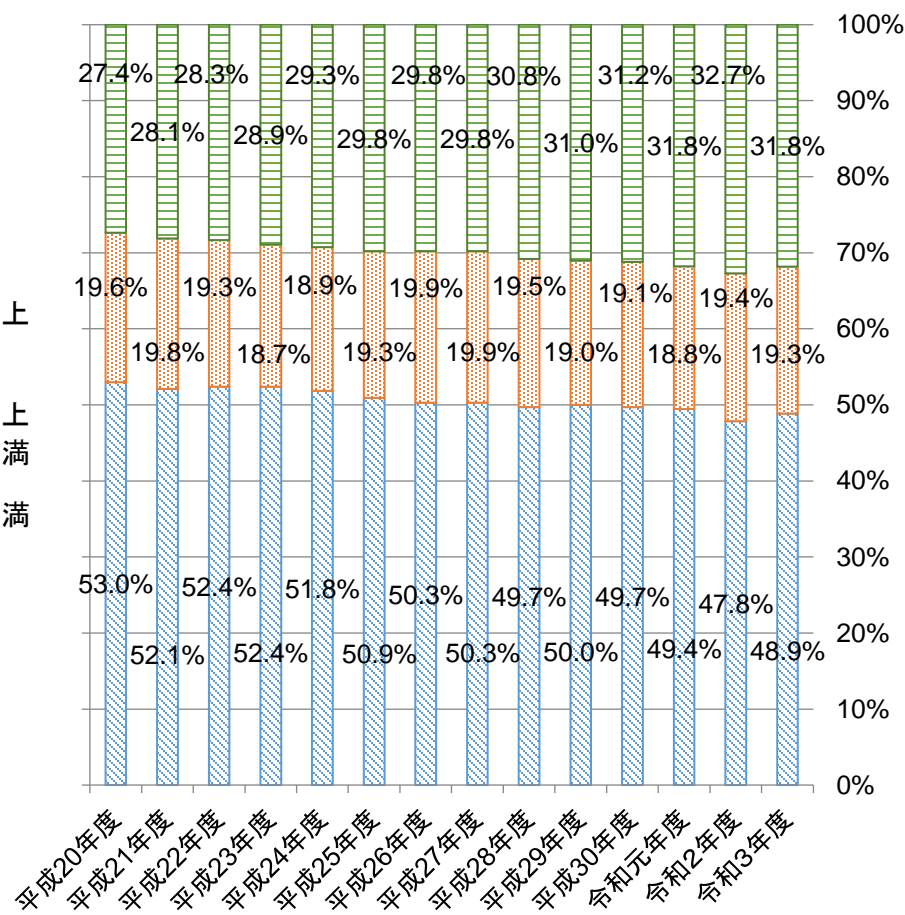
- 入院外受診延日数(※)はやや減少傾向にある。
- 特に、令和2・3年度は顕著に減少している。

入院外受診延日数

(億日)



入院外受診延日数の年齢階級別の割合



※入院外受診延日数は、入院外の診療報酬明細書に記録される診療実日数を積算したものである。

(ただし公費のみの明細書は集計対象に含まない)

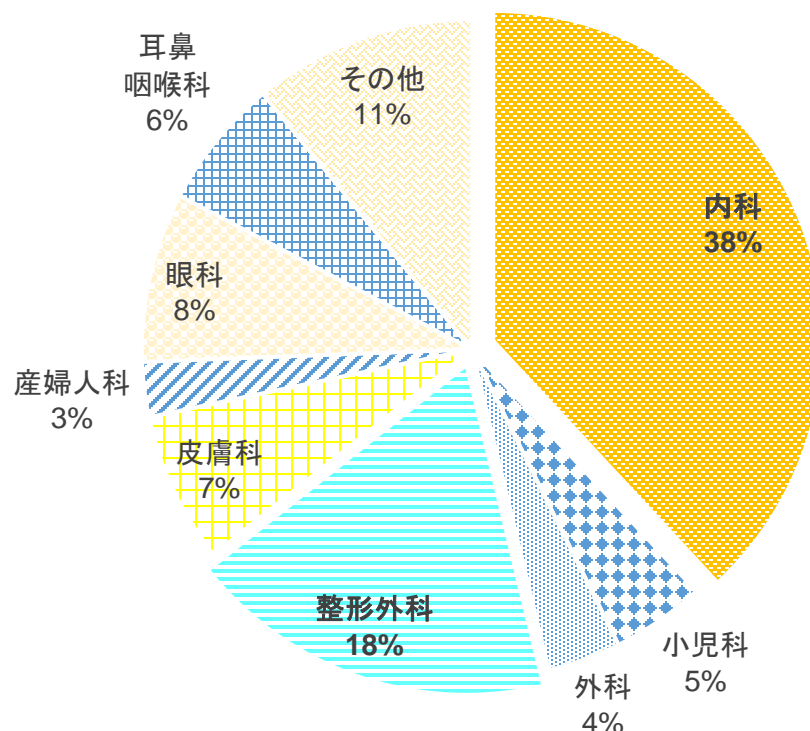
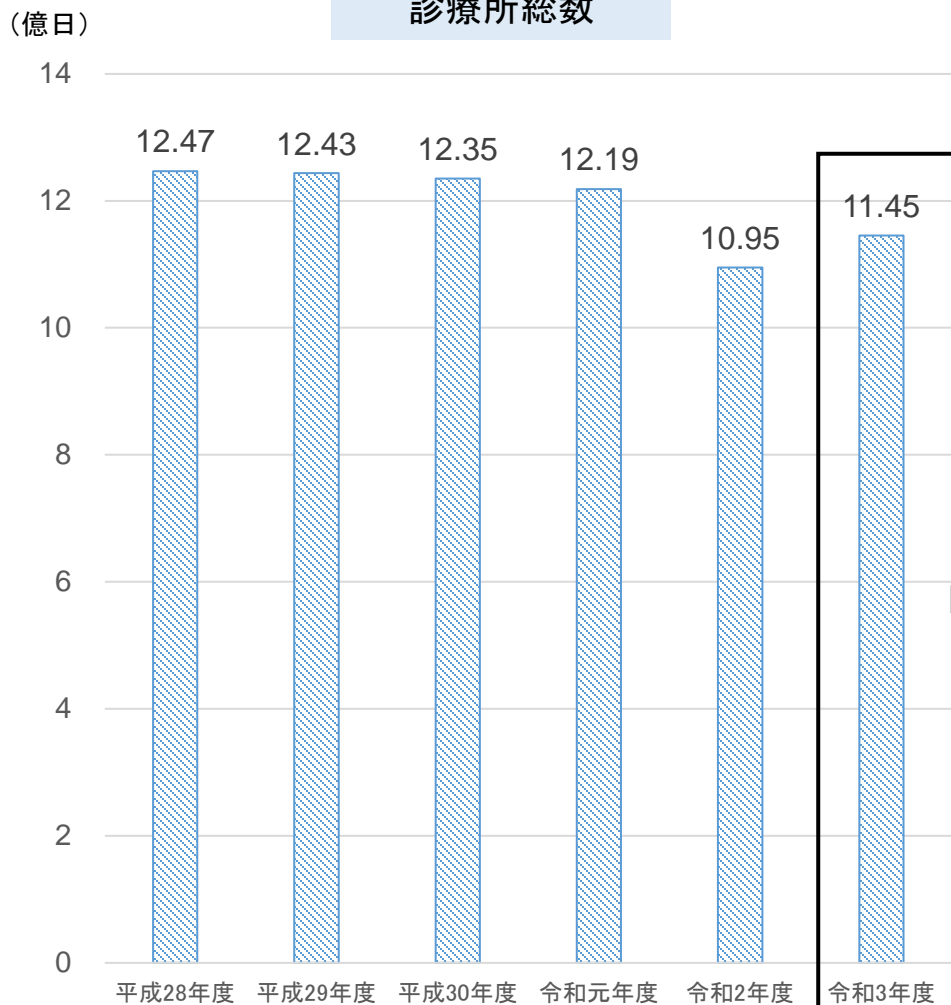
診療所の入院外受診延日数の診療科別内訳

○ 診療所の入院外受診延日数を診療科別に見ると、内科が最も多く、次いで整形外科が多い。

※入院外受診延日数は、入院外の診療報酬明細書に記録される診療実日数を積算したものである。

診療所総数

主たる診療科別
(令和3年度)



調査方法

審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会)より、制度別、医療機関種類別の医療費(点数)、件数、受診延日数、加入者数データの提供を受け、集計・分析を行う。

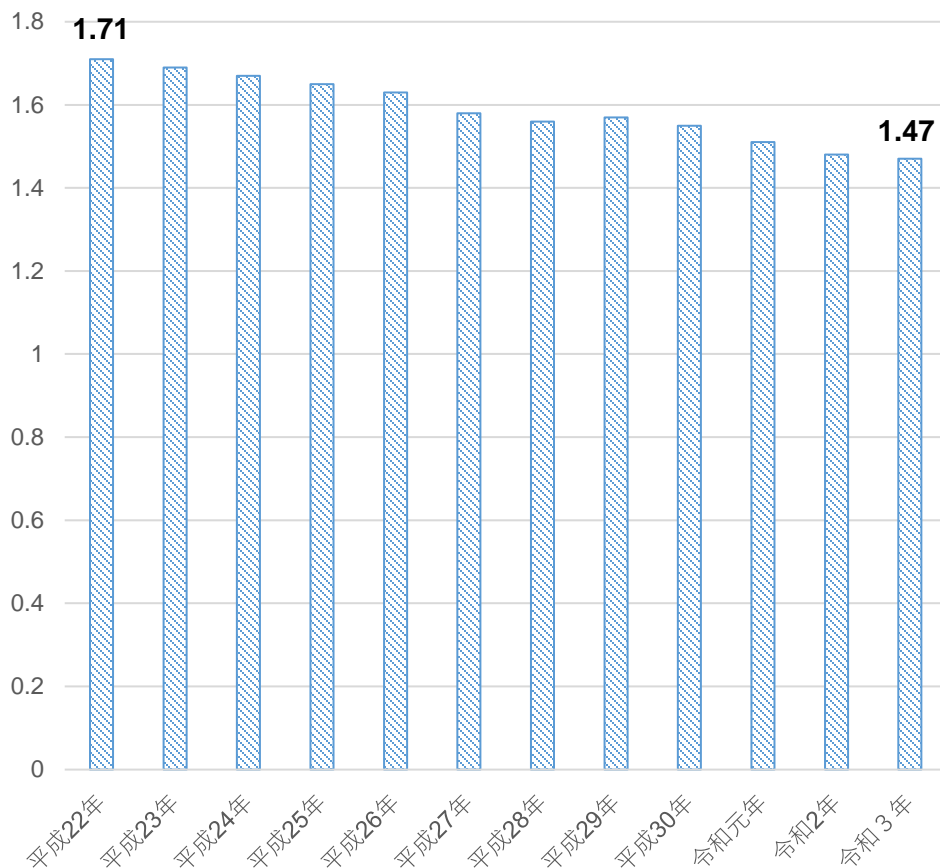
調査対象

審査支払機関において処理された令和3年度の診療報酬明細書、調剤報酬明細書、訪問看護療養費明細書の情報 約 19.5 億件分

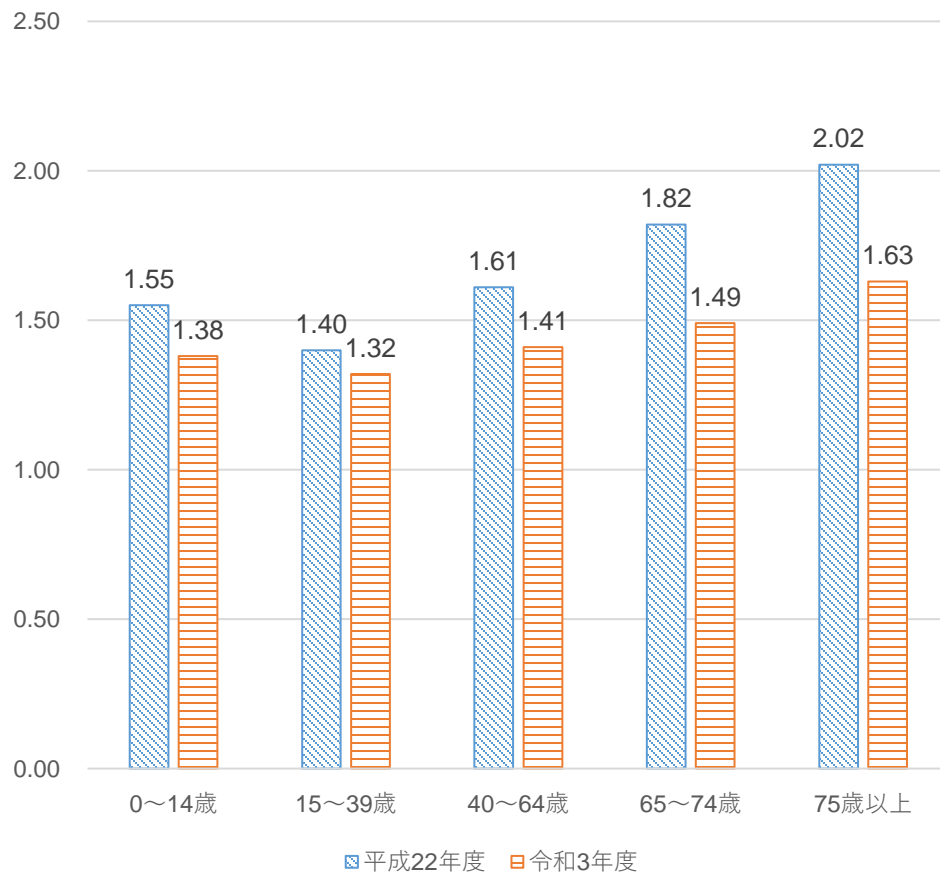
年齢別の入院外一件当たり受診日数／年齢階級別の推移

- 入院外一件当たり受診日数は近年減少傾向である。
- 入院外一件当たり受診日数は、平成22年と比較すると、年齢が上がるにつれ減少幅が大きくなる。

入院外一件当たり受診日数



入院外一件当たり受診日数の年齢階級別の推移



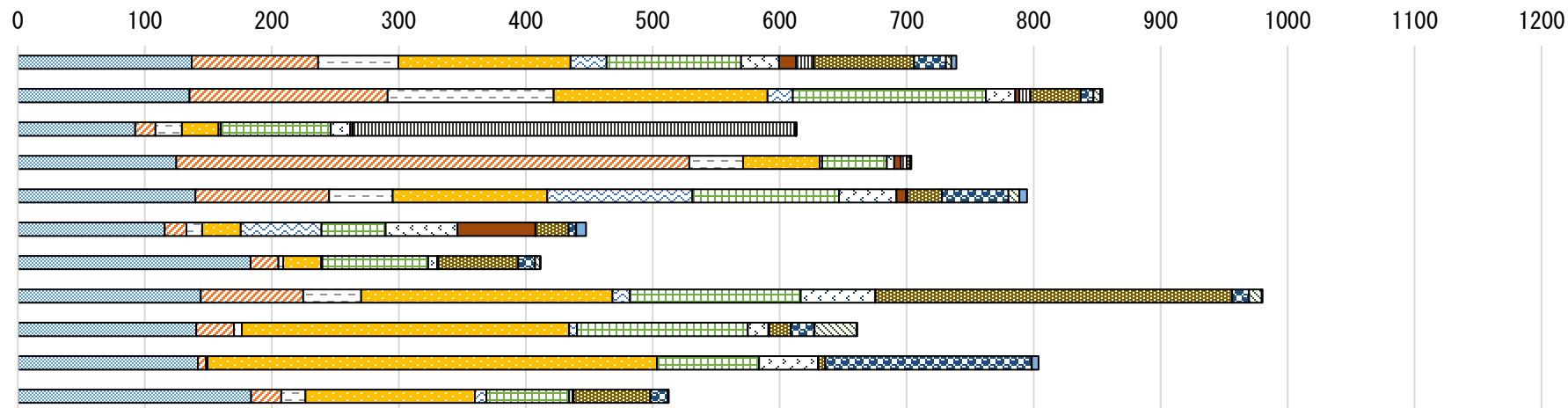
※入院外一件当たり受診日数とは、診療実日数を入院外レセプト件数で除したものの。(各医療機関において、患者個々人が1ヶ月に受診した回数の平均値。)

受診1回当たりの診療報酬構成（診療所、診療科別）

○ 診療所受診1回当たりの診療報酬には、診療科目ごとに構成要素に多様性があり、令和3年と令和元年と比較し、変化しているものもある。

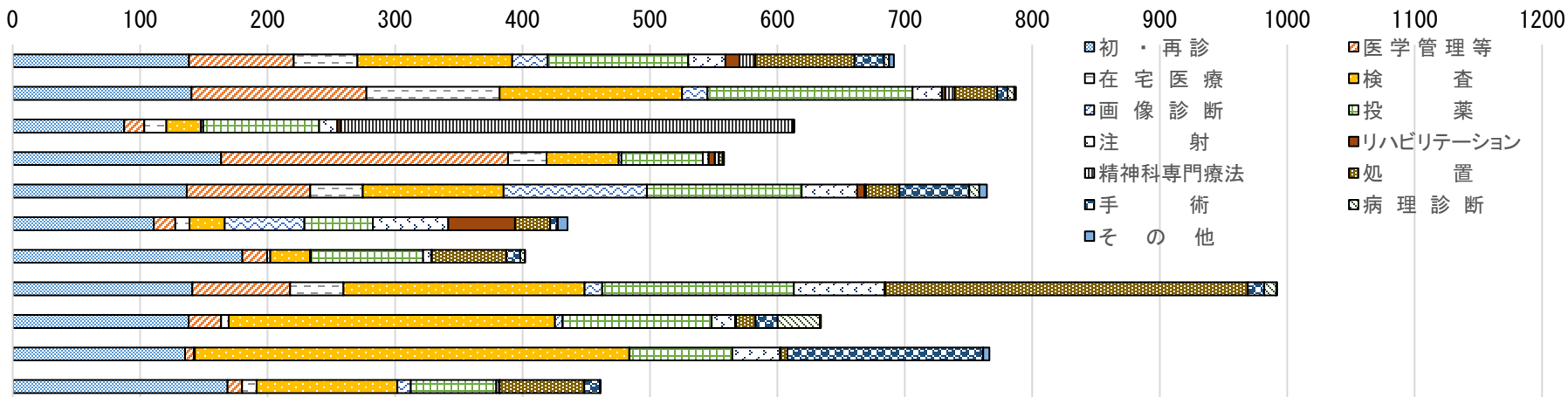
【令和3年】

入院外診療1日当たり診療報酬（点）



【令和元年】

入院外診療1日当たり診療報酬（点）



診療科目は、医療施設静態調査で、各診療所が「主たる診療科目」として回答したものに基づいて区分。「その他」には、麻酔、放射線治療、入院料等が含まれる。「泌尿器科」の処置には、人工腎臓及び特定保険医療材料等が含まれる。「小児科」の医学管理等には、小児かかりつけ診療料等が含まれる。

出典：令和元年・令和3年社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

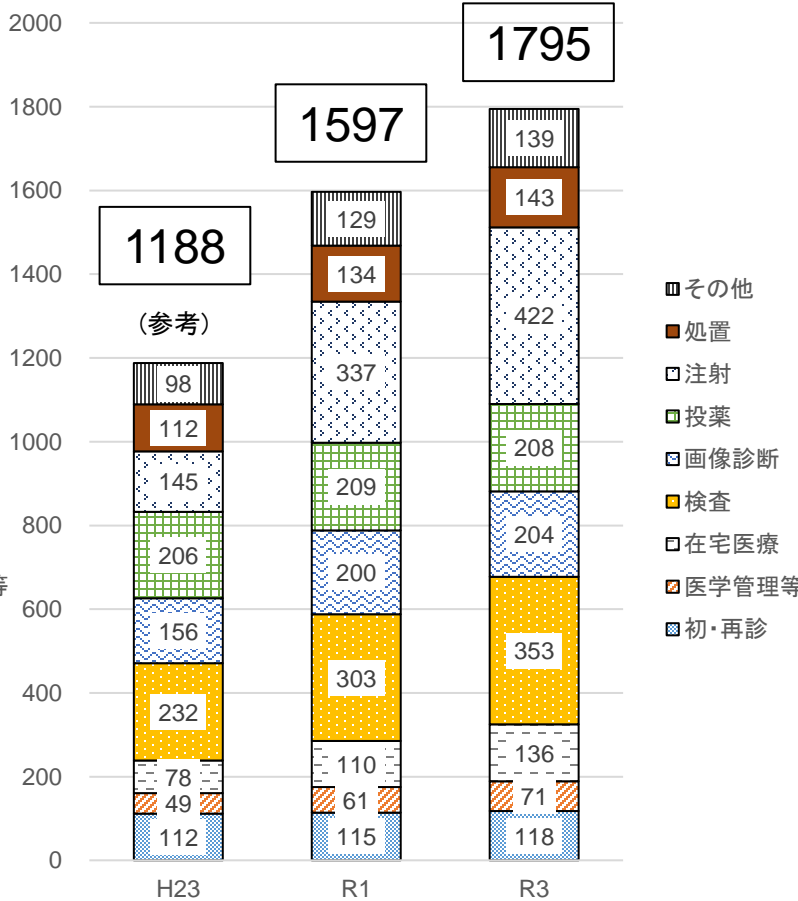
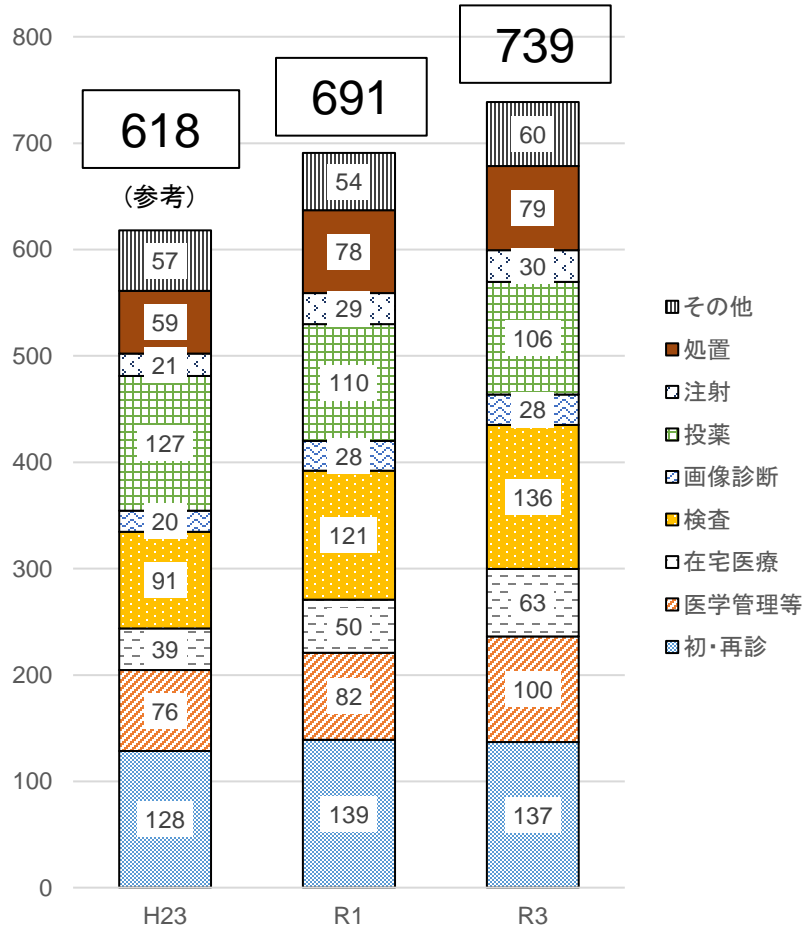
入院外一日当たりの診療報酬点数の推移

○ 診療所における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、順に、医学管理等、検査、在宅医療の診療報酬が寄与している。

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移
(診療所)

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移
(病院)

(点)



※寄与率(%) = (当該項目の増減 / 全体の増減) × 100 R1とR3の比較

	寄与率 (診療所)	寄与率 (病院)
初・再診	-4%	2%
医学管理等	37%	5%
在宅医療	28%	13%
検査	31%	25%
画像診断	1%	2%
投薬	-9%	0%
注射	2%	43%
処置	3%	0%
その他	13%	10%

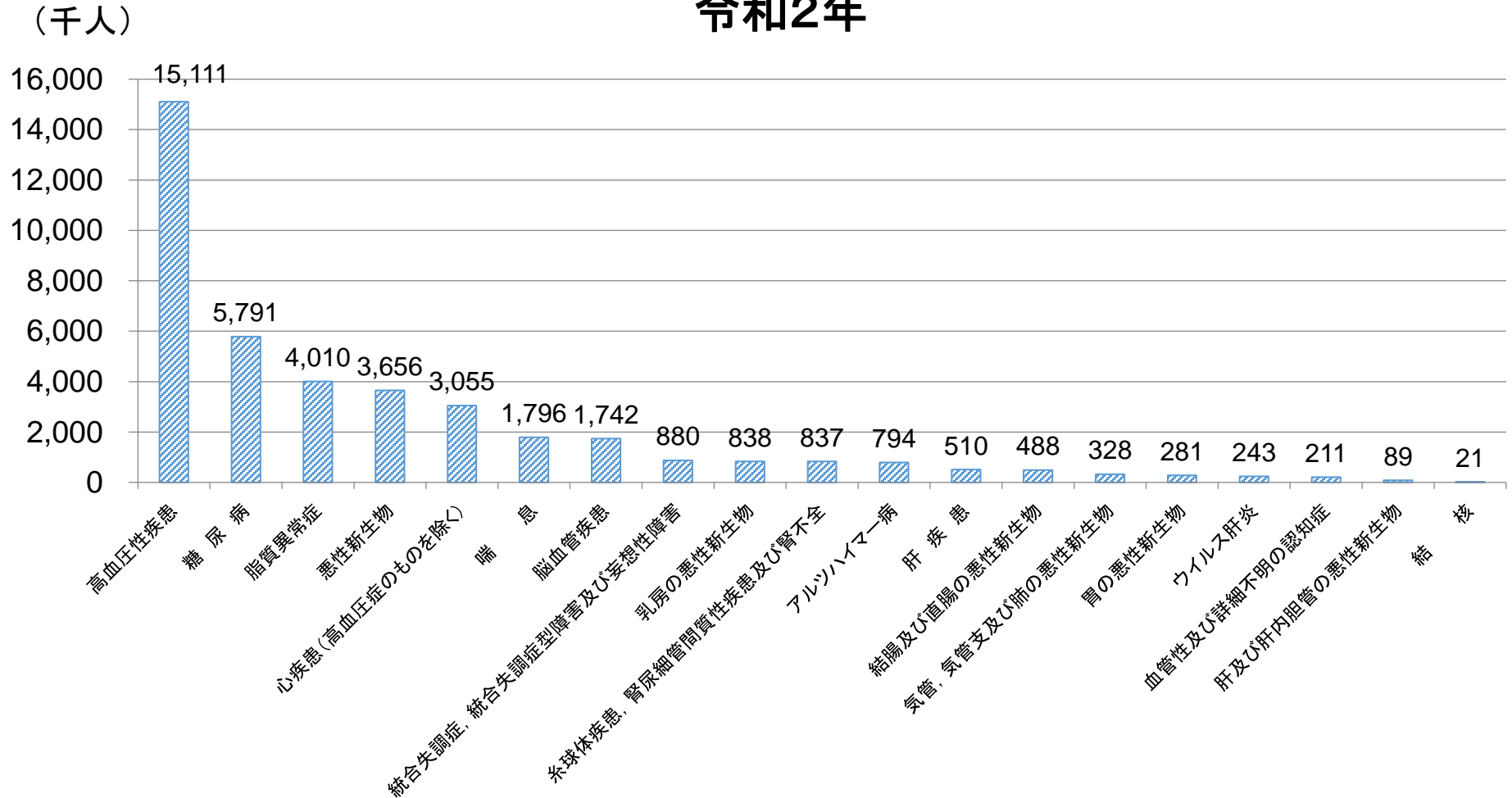
※「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断等が含まれる。

※各年6月審査分の診療報酬点数の総数を、診療実日数で除したものの。

主な傷病の総患者数

○ 主な傷病の総患者数を比較すると、生活習慣病、悪性新生物、心疾患が上位を占める。

令和2年



1. 外来医療をとりまく環境について
2. 診療内容と医療費について
3. 外来診療に係る診療報酬上の評価について

- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 外来機能の分化の推進について
- ⑤ 情報連携に係る評価について
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

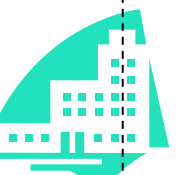
初診料の変化の変遷

昭和59年 昭和60年 平成4年 平成6年 平成8年 平成10・12・14年 平成16年 平成18年 平成20年 平成22年 平成24年 平成26年 平成28年 平成30年 令和元・2・4年



診療所

甲160点
乙135点



病院

甲180点
乙150点

甲208点
乙205点

甲乙統一
221点

250点

270点

274点

病診統一

270点

※ 282点

※ 288点

甲198点
乙195点

甲乙統一
208点

230点

250点

255点

200点

※ 209点

※ 214点

基準を病床数
400床以上に
変更。

(R2年) 基準
を病床数200
床以上に変更。

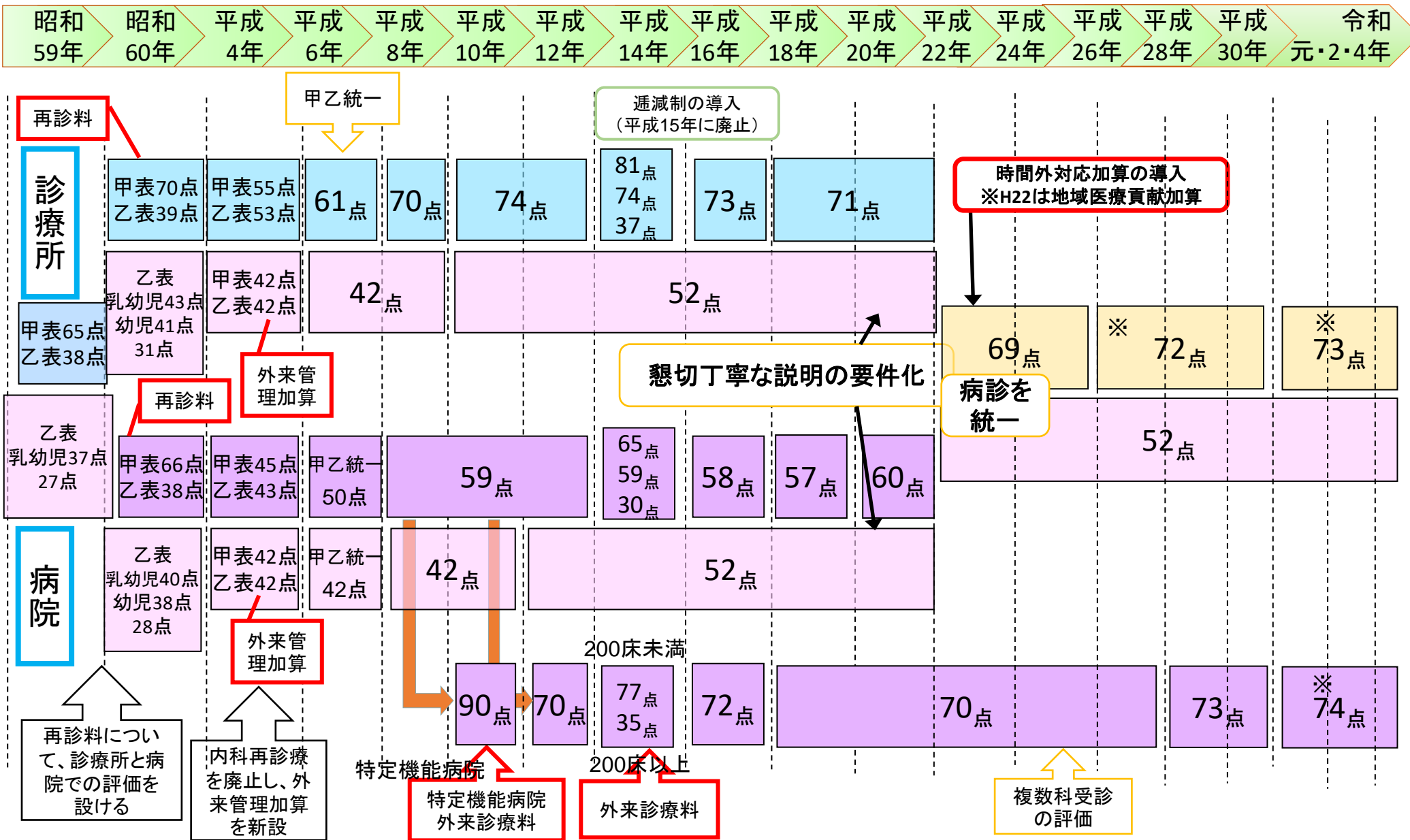
(R4年) 紹介
受診重点医療
機関を追加。

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

紹介率・逆紹介率の低い、特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料を適正化。

再診料・外来管理加算の評価の変遷

診療所、病院それぞれ上段が再診料、下段が外来管理加算の変遷を示す

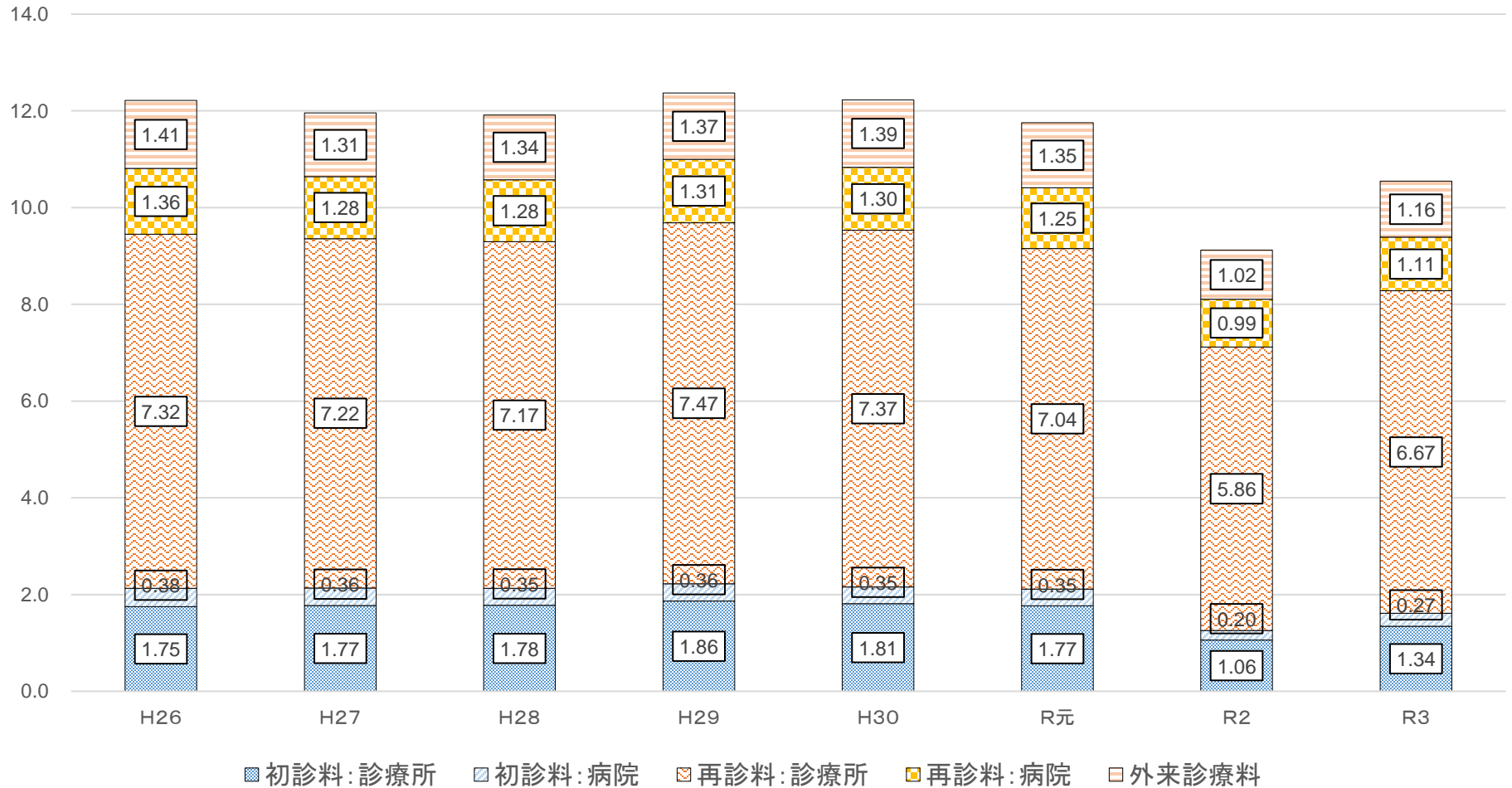


病院・診療所別の初・再診料の算定回数 of 年次推移

○ 初・再診料の算定回数は、令和2年に減少したが、令和3年に増加に転じた。

病院・診療所別の初診料・再診料・外来診療料の算定回数の年次推移

(単位:千万回)

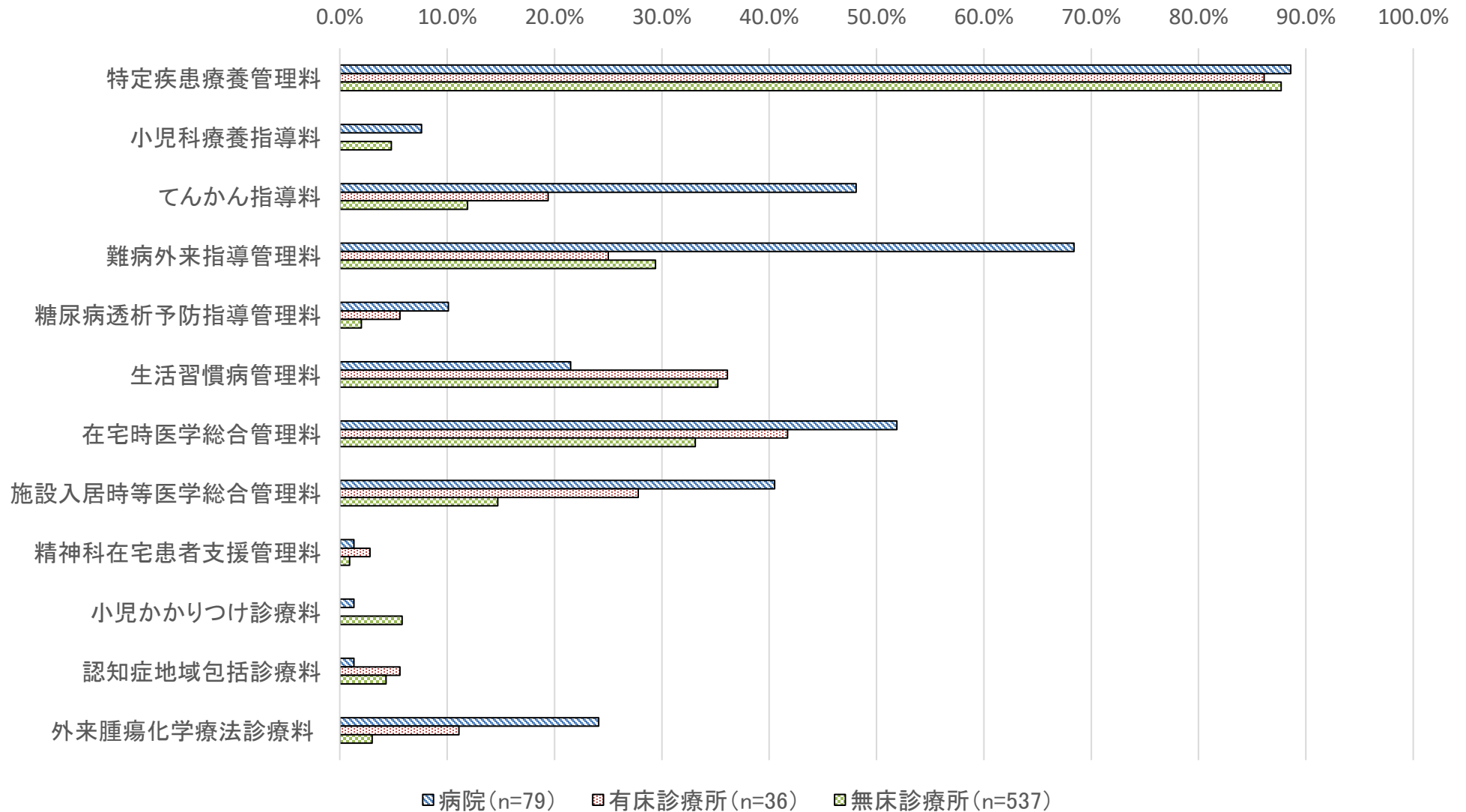


出典:社会医療診療行為別統計・調査(各年6月審査分)

※診療所について:平成25年以後は全数調査

特掲診療料の届出又は算定状況

- 対象施設の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
- 約9割の医療機関で特定疾患療養管理料を算定していた。

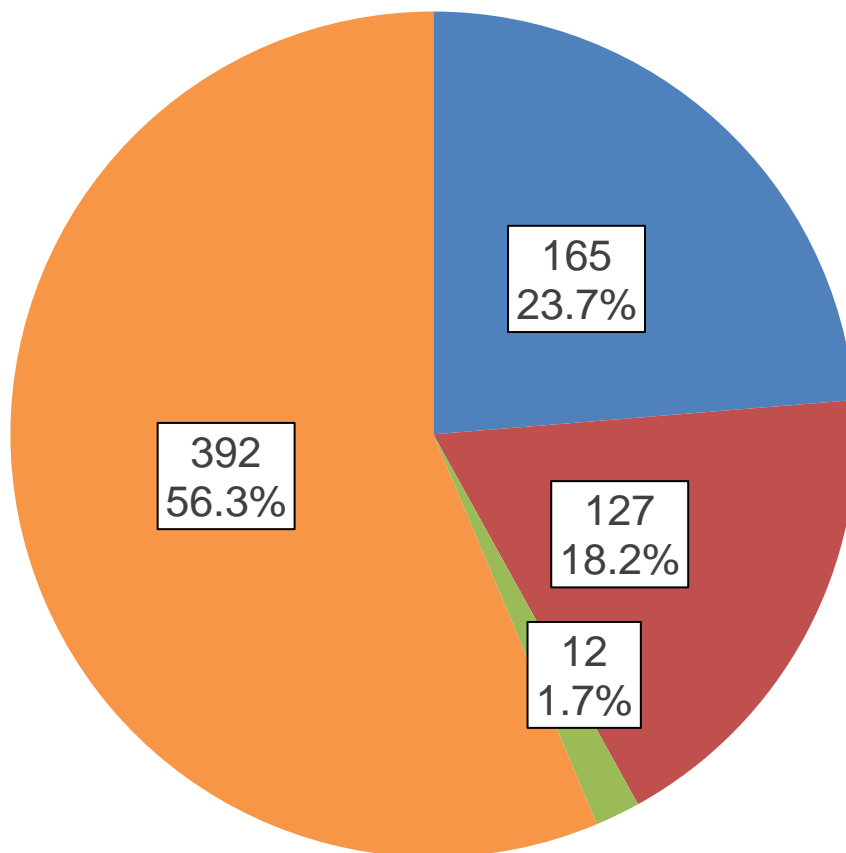


■ 病院 (n=79) ■ 有床診療所 (n=36) ■ 無床診療所 (n=537)

時間外対応加算の種類

- 時間外対応加算の届出種類は以下のとおり。
- 届け出られている時間外対応加算の種類としては、時間外対応加算1が23.7%と多かった。

n=696(診療所のみ)



時間外対応加算の施設基準

(1) 時間外対応加算1の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

(2) 時間外対応加算2の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

(3) 時間外対応加算3の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

■ 時間外対応加算1 ■ 時間外対応加算2 ■ 時間外対応加算3 ■ 届け出ていない

- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 外来機能の分化の推進について
- ⑤ 情報連携に係る評価について
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

かかりつけ医機能に係る評価について（概要）

① 診療行為に対する評価

■地域包括診療料、加算（H26改定で新設）

- 複数の慢性疾患（高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症、慢性心不全又は慢性腎臓病の6つのうち2つ以上）を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価。（診療料は月1回の包括点数）
- 上記の患者に対し、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制（研修を受けた医師等）が整備されている必要がある。

【届出医療機関数(令和3年)】

診療料 病院 48 診療所 230
加算 診療所 5,873

■小児かかりつけ診療料（H28改定で新設）

- 小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価。
- 小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。

【届出医療機関数(令和3年)】

病院 1 診療所 1,788

② 体制整備に対する評価

■機能強化加算（H30改定で新設）

- 専門医療機関への受診の要否の判断、一元的な服薬管理等を含めた、診療機能を評価する加算。（初診料への加算）
- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制（地域包括診療料の届出等や保健福祉サービスを担う医師の配置等）が整備されている必要がある。

【届出医療機関数(令和3年)】

病院 1,302 診療所 13,888

■在宅療養支援診療所・病院（H18改定で新設）

- 地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所・病院を評価。
（在宅時医学総合管理料等において、高い評価を設定）

【届出医療機関数(令和3年)】

病院 1,587 診療所 14,513

※1 機能強化加算は、地域包括診療料・加算あるいは小児かかりつけ診療料などの届け出が要件

③ そのほか、連携や紹介等に対する評価

■連携強化診療情報提供料（R4改定で改称等）

- 「紹介受診重点医療機関」や、かかりつけ医機能を有する医療機関において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合について評価。

※届出不要

■紹介割合等による減算（H24改定で新設）

- 紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等（※）を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料を減算する規定。
※特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関、その他400床以上の医療機関

※届出不要

かかりつけ医機能に係る評価の経緯（１）

改定年度	項目	概要
平成26年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	（新設） 複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成28年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	（施設基準の緩和） 病院の場合「２次救急指定病院または救急告示病院」である必要があったところを削除。診療所における医師の配置基準を緩和。
	認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療加算	（新設） 複数疾患を有する認知症患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
	小児かかりつけ診療料	（新設） ３歳未満の小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成30年度	機能強化加算	（新設） かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する加算を新設。
	地域包括診療料 地域包括診療加算 認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療加算	（医師配置基準の緩和・在宅への移行実績を評価） <ul style="list-style-type: none"> 診療所における医師の配置基準を緩和。患者の受診医療機関・処方薬の把握を看護師等も実施可能であることを明確化。 在宅への移行実績を評価する診療料１・加算１を設定。 加算について、24時間対応の要件を緩和。

かかりつけ医機能に係る評価の経緯（2）

改定年度	項目	概要
令和2年度	地域包括診療加算	（施設基準の緩和） 時間外に対応に係る要件を緩和。
	小児かかりつけ診療料 小児外来診療料	（要件緩和等） 算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大。院内処方を行わない場合の取扱いの見直し。
	機能強化加算	（要件見直し） 院内の掲示等の情報提供に係る要件について、必要に応じて専門医又は専門医療機関への紹介を行っている等を追加。また当該内容を持ち帰れる形で置くことを追加。
	診療情報提供料（Ⅲ）	（新設） かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元の医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を新設。
令和4年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	（対象患者の拡大・算定要件及び施設基準の見直し） ・地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。 ・患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加。
	小児かかりつけ診療料	（要件見直し） ・時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直し（時間外対応加算3に係る届出を行っているところを小児かかりつけ診療料2として設定等）。
	機能強化加算	（要件見直し） ・かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件をそれぞれ追加。
	連携強化診療情報提供料	（名称変更・対象患者及び算定回数の変更） ・診療情報提供料（Ⅲ）から連携強化診療情報提供料に名称を変更。 ・対象患者に、紹介重点医療機関からの患者等を追加、さらに算定可能回数を3月に1回から1月に1回に変更。

地域包括診療料・加算について

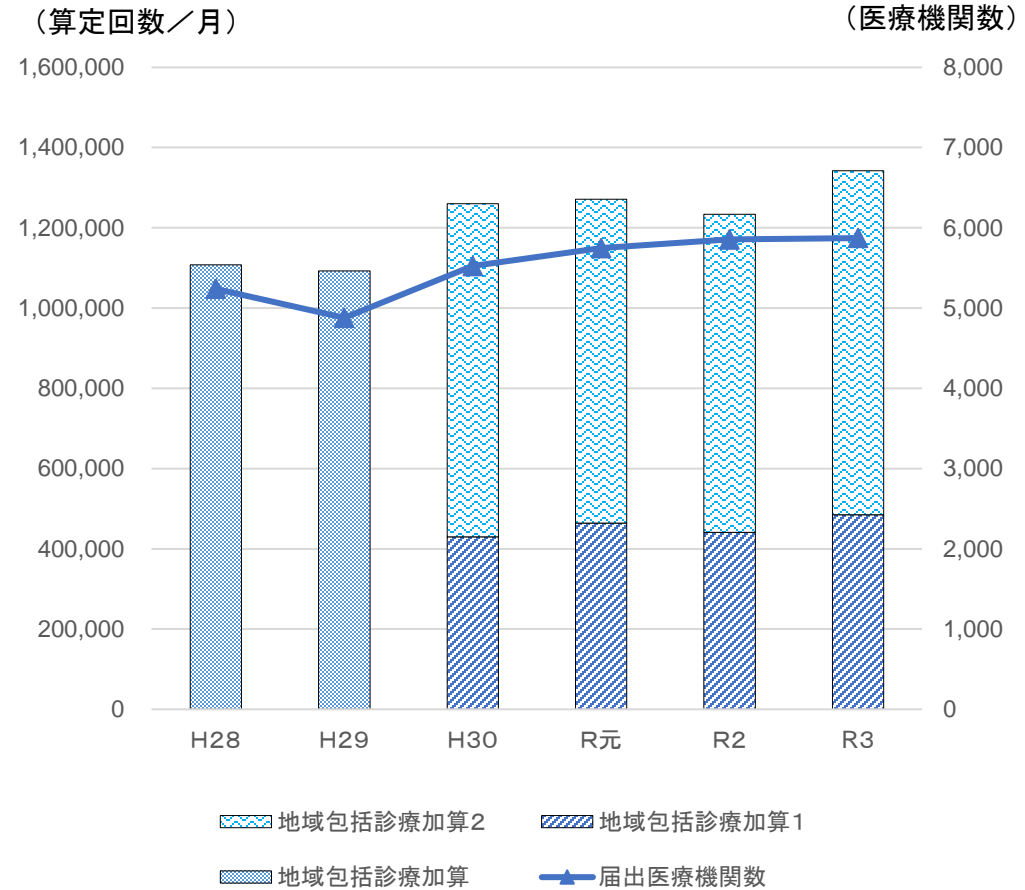
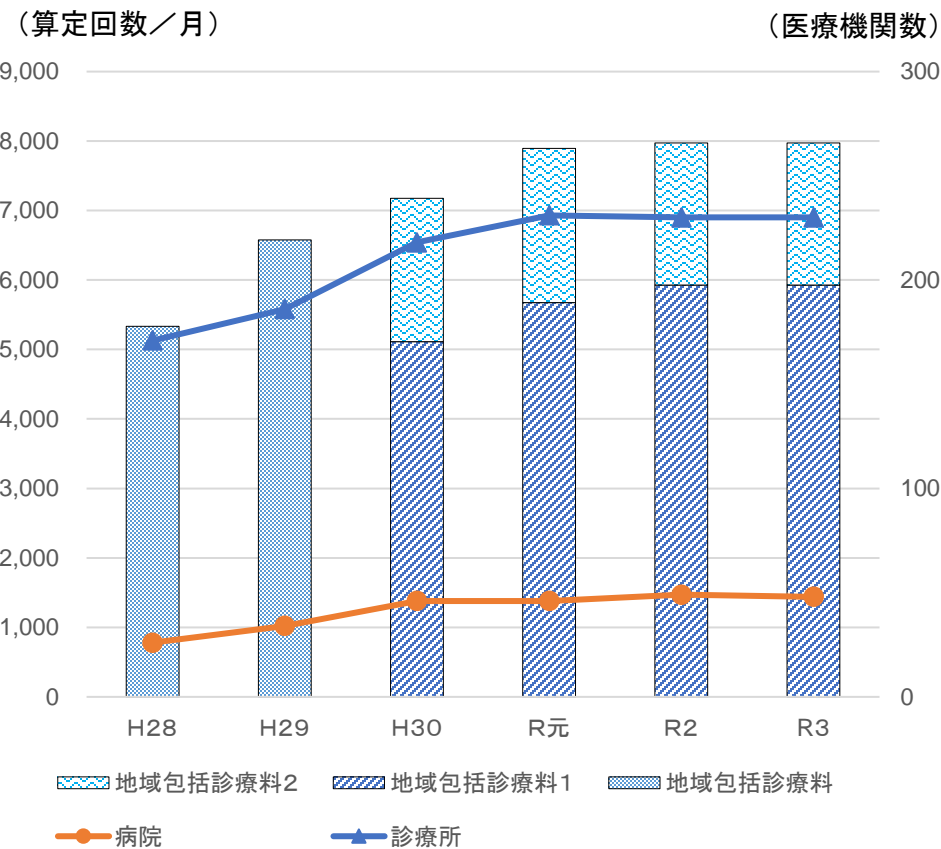
	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。) 又は、認知症の 6 疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料・加算の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数・算定回数は、地域包括診療料より多かった。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数

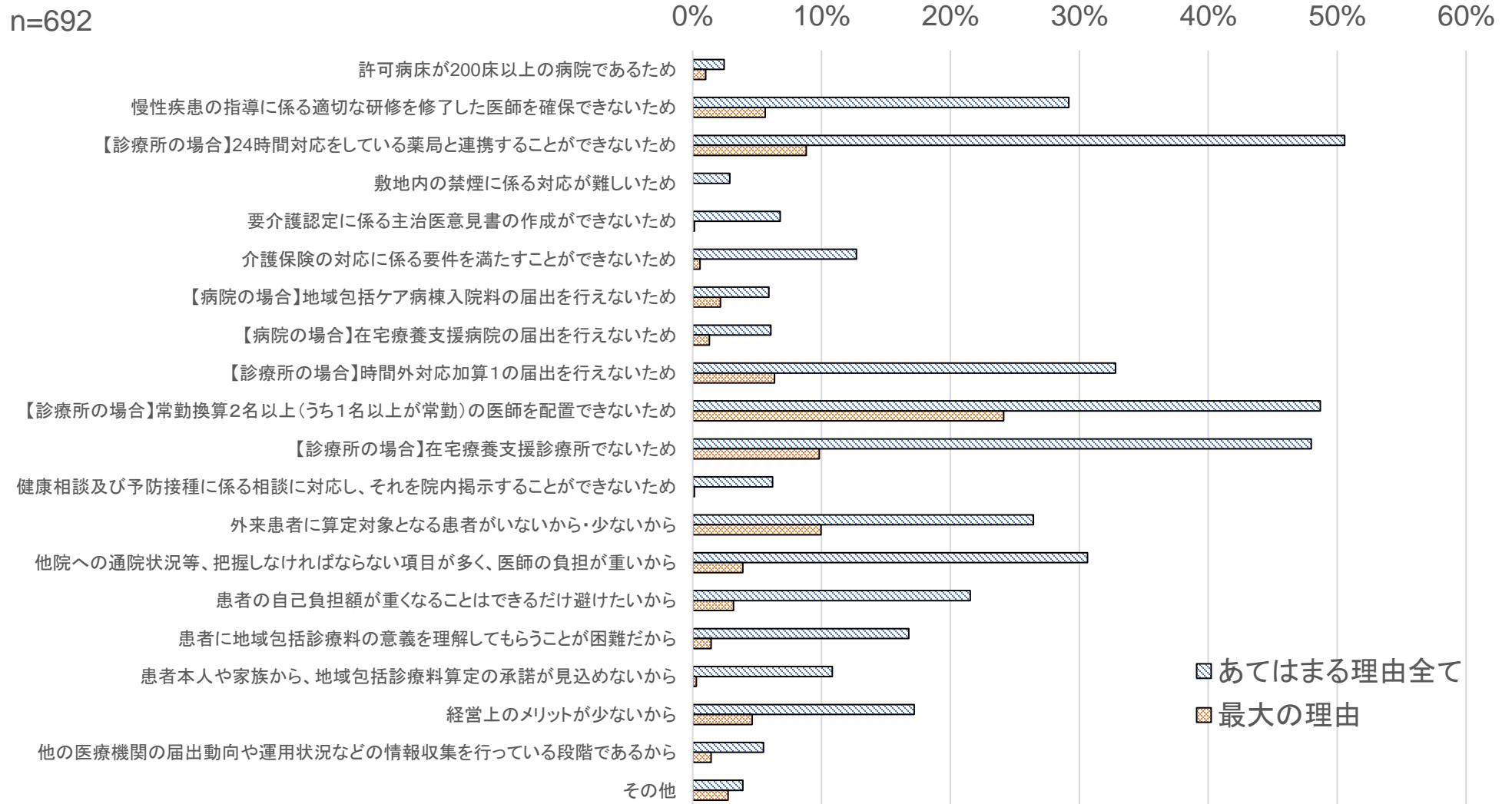
地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数



出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

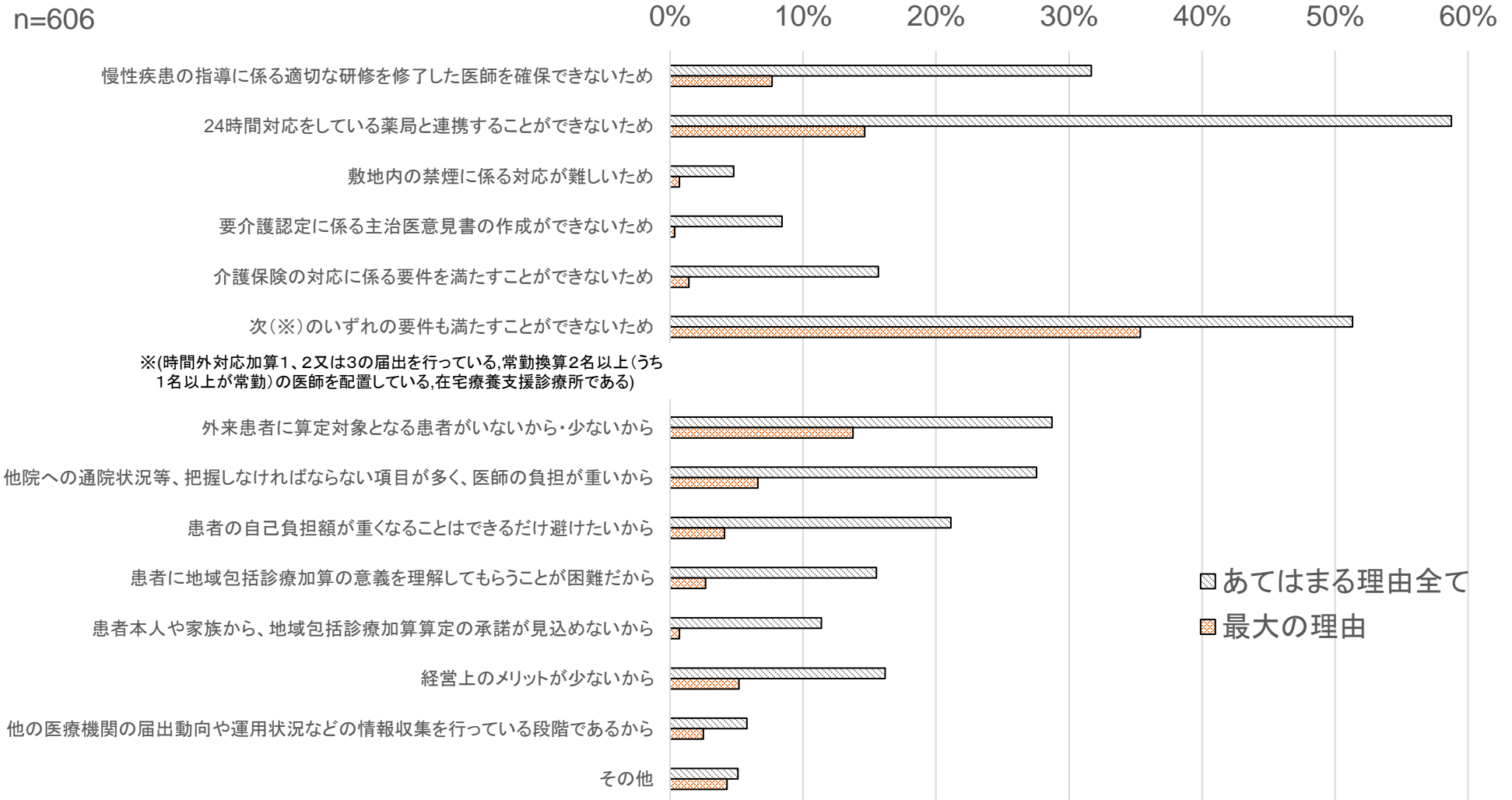
地域包括診療料を届け出していない理由

○ 地域包括診療料を届け出していない理由としては、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」に加え、「在宅療養支援診療所でない」を挙げた施設が多かった。



地域包括診療加算を届け出ていない理由

○ 地域包括診療加算を届け出ていない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



認知症地域包括診療料・加算について

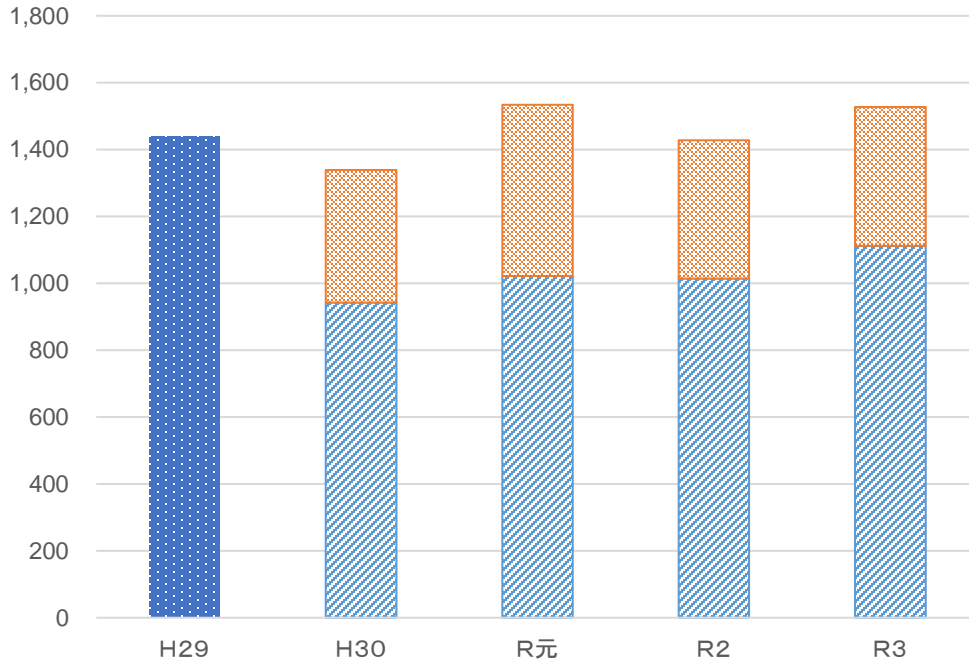
	認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回)		認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象患者	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)		
施設基準	それぞれ以下の届出を行っていること 診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2		それぞれ以下の届出を行っていること 加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2

認知症地域包括診療料・加算の算定状況

- 認知症地域包括診療料の算定回数は月当たり約1,400回で推移している。
- 認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成30年に増加し、以降は低下傾向である。

認知症地域包括診療料
算定回数

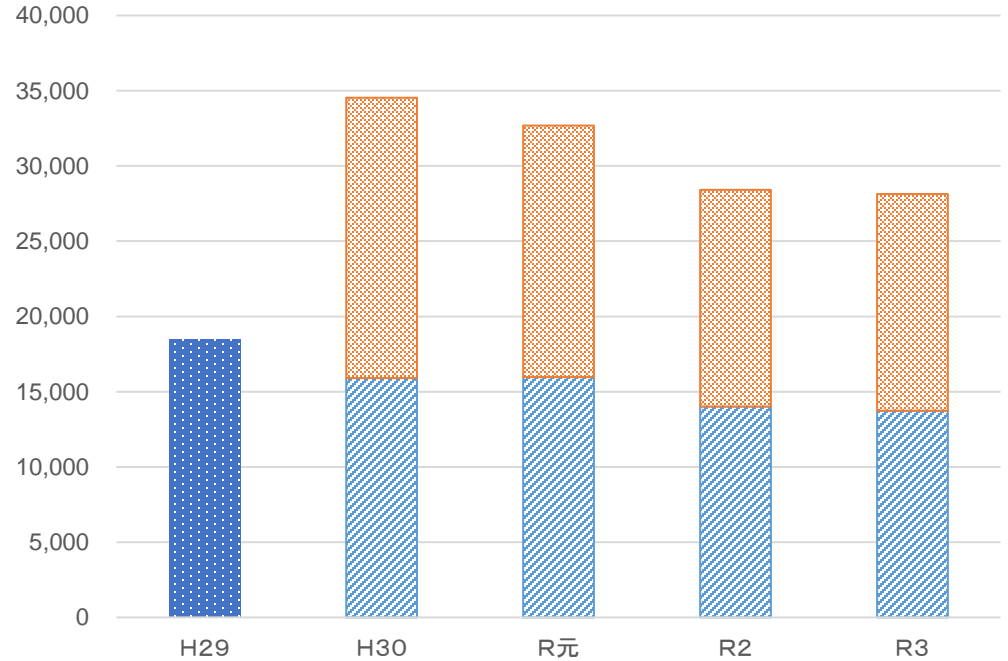
(算定回数/月)



- 認知症地域包括診療料2
- 認知症地域包括診療料1
- 認知症地域包括診療料

認知症地域包括診療加算
算定回数

(算定回数/月)

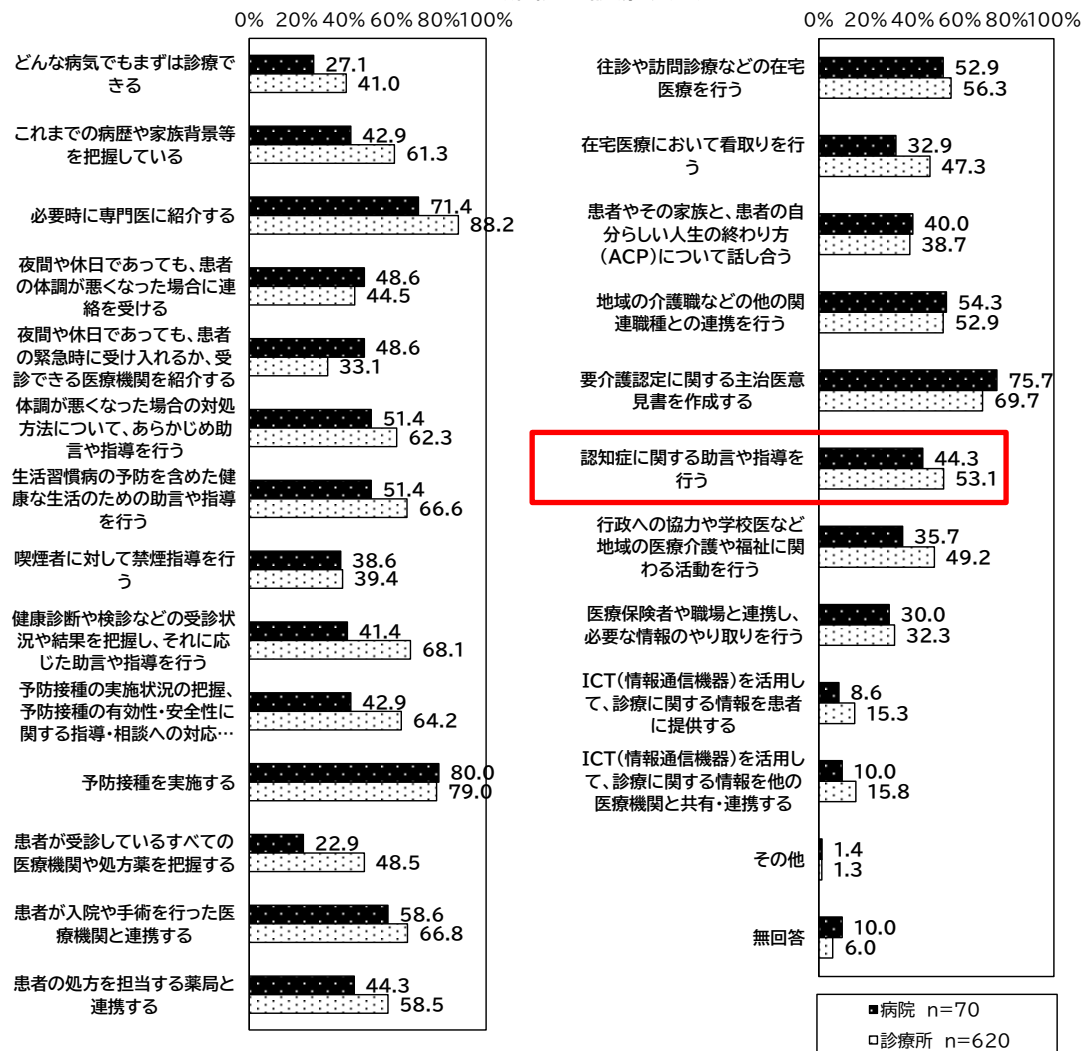


- 認知症地域包括診療加算2
- 認知症地域包括診療加算1
- 認知症地域包括診療加算

かかりつけ医調査(施設調査)の結果②⑤

施設が有するかかりつけ医機能について、「認知症に関する助言や指導を行う」の選択割合は病院で44.3%、診療所で53.1%であった。

図表 2-252 施設が有しているかかりつけ医機能（複数回答）
（病院・診療所別）



※ 令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

意見交換 資料-2
R 5 . 3 . 1 5

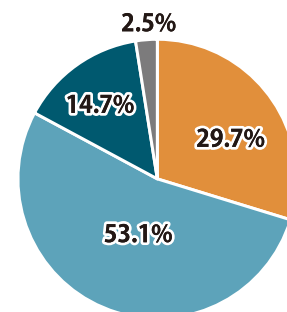
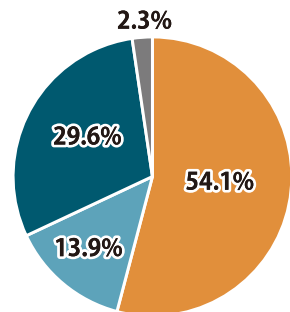
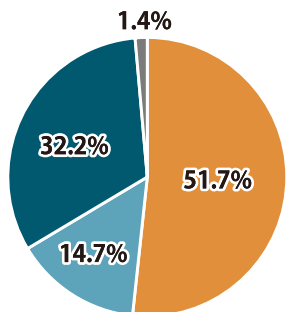
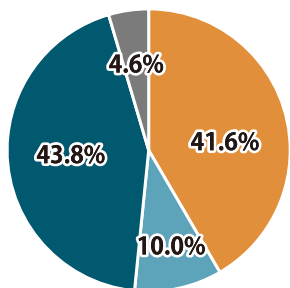
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

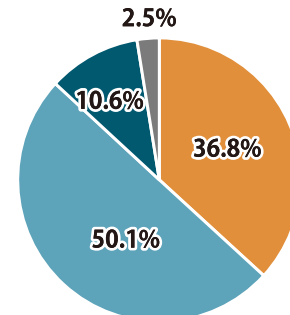
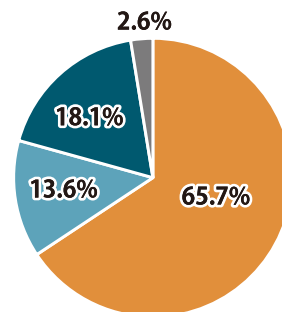
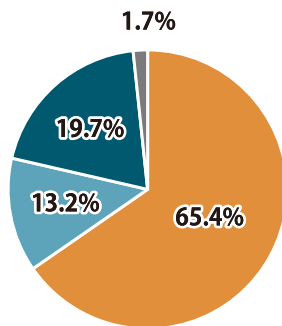
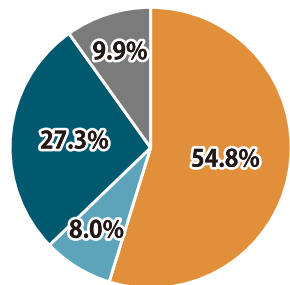
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関 介護施設 自宅 無回答

出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」(速報値)
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある
 ※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

【研修の対象・目的】

※平成18年度～開始

高齢者等が日ごろ受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

【実施主体】

都道府県及び指定都市

※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。

【研修対象者および修了者数】

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師
72,229人（令和3年度実績）※「認知症施策推進大綱」KPI：2025年までに9万人

【カリキュラム内容】

- かかりつけ医の役割（30分）
認知症を取り巻く施策、かかりつけ医に期待される役割、早期発見・早期対応の意義、本人の視点を重視したアプローチ、診断後支援
- 基本知識（60分）
認知症の原因疾患、診断基準、診断のポイント、認知症と鑑別すべき他の疾患
- 診療における実践（60分）
認知症初期の対応のポイント、認知症の問診・アセスメント、認知症の診療におけるマネジメント（非薬物・薬物療法等）、BPSDに対する対応、認知症治療における留意点、本人・家族（介護者）への対応
- 地域・生活における実践（60分）
認知症ケア・支援の基本、認知症の人の意思決定支援について、認知症の医療・介護に関する施策・制度等、多職種連携

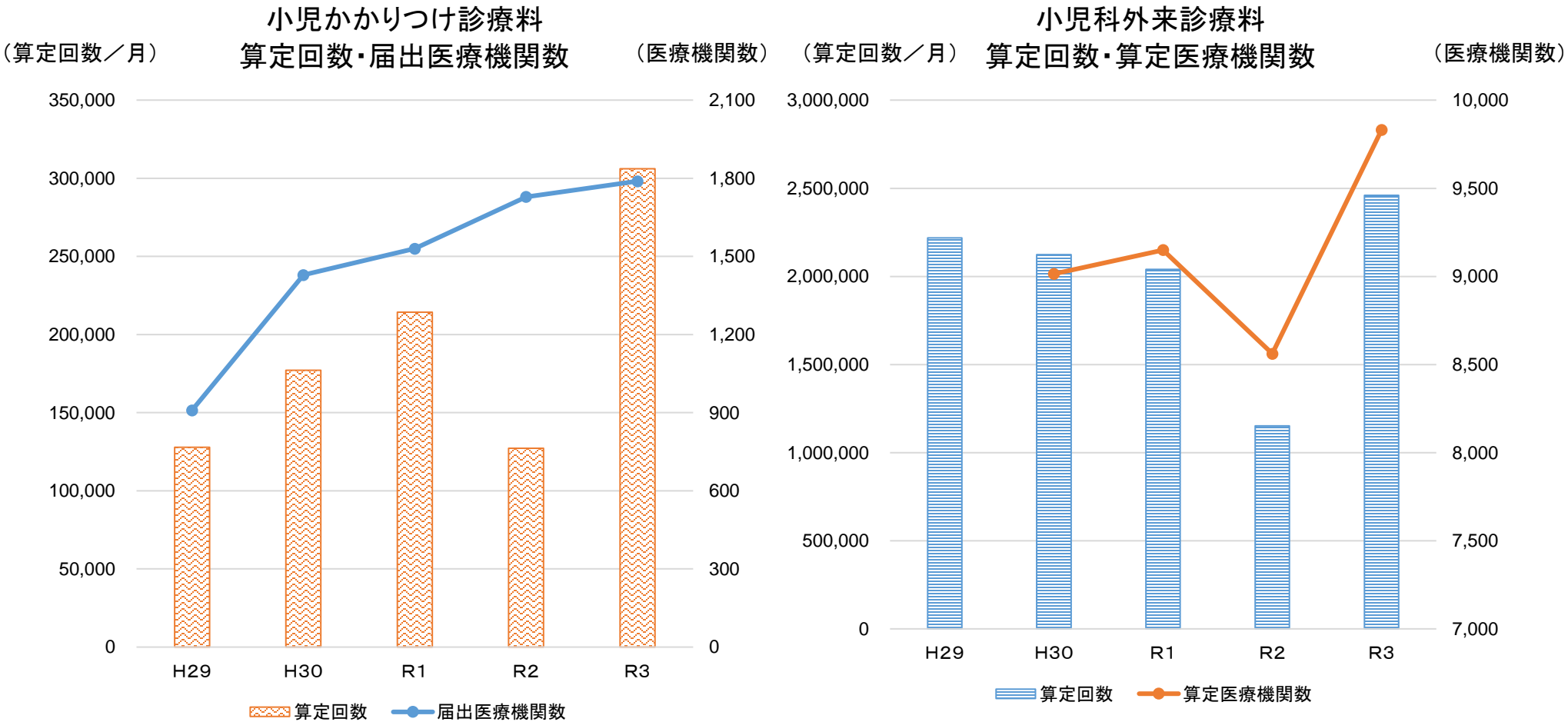


小児科の外来診療の評価について

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料1	小児かかりつけ診療料2
点数	(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箋を交付する場合 初診時:599点、再診時:406点 2. 1. 以外の場合 初診時:716点、再診時:524点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時:641点、再診時:448点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時:758点、再診時:566点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時:630点、再診時:437点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時:747点、再診時:555点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算・地域連携小児夜間・休日診療料・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ)・院内トリアージ実施料・往診料	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算・地域連携小児夜間・休日診療料・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料	
対象疾患	・入院中の患者以外の患者(6歳未満の乳幼児に限る)。(小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びバリビズマブを投与している患者(投与当日に限る。))については、算定対象とならない。	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る)の患者であって入院中の患者以外のもの。	
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。等	・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。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導等を行う。	等
施設基準	小児科を標榜している 医療機関であること。	① 小児科を標榜している 医療機関であること。 ② 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ③ ②の医師について、以下の要件のうち2つ以上に該当すること。 a. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 b. 定期予防接種を実施 c. 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 d. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任	
施設基準(時間外要件)		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。	次のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。 イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の算定・届出状況

- 小児かかりつけ診療料の算定回数は、令和2年に一時的に減少したが、令和3年に増加した。
- 小児科外来診療料の算定回数は、令和2年までは減少傾向であったが、令和3年は算定回数・算定医療機関数ともに増加に転じた。



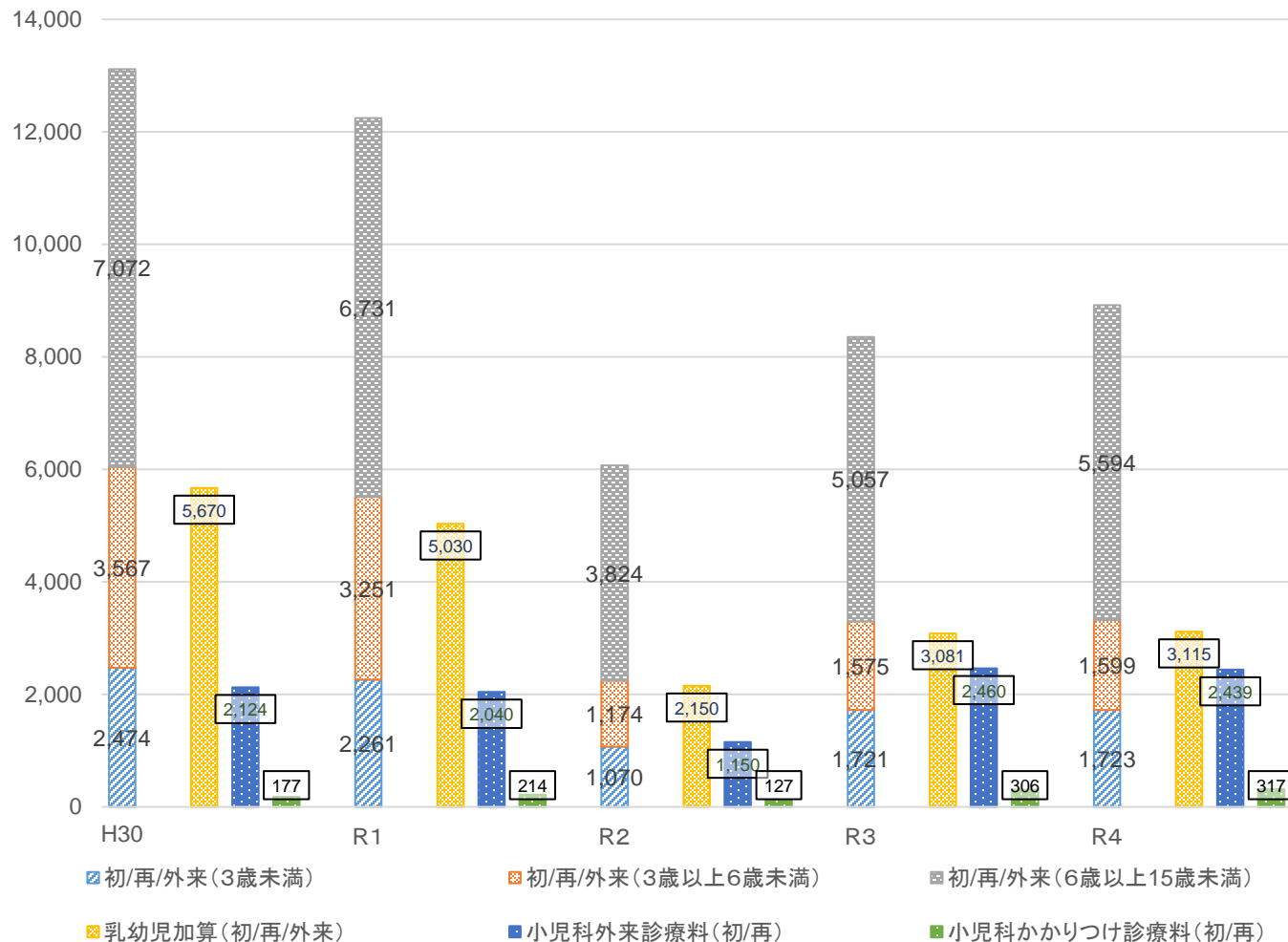
出典：
 (届出医療機関数) 各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数、医療機関数) 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)
 ※平成30年～令和2年の算定回数・算定医療機関数(初診の算定医療機関数を表示)はNDBより保険局医療課にて集計。

小児に係る初再診料等の算定状況

○ 令和3・4年において、初再診料・外来診療料における6歳未満の小児の算定回数と比較して、小児科外来診療料は70%程度、小児かかりつけ診療料は10%程度だった。

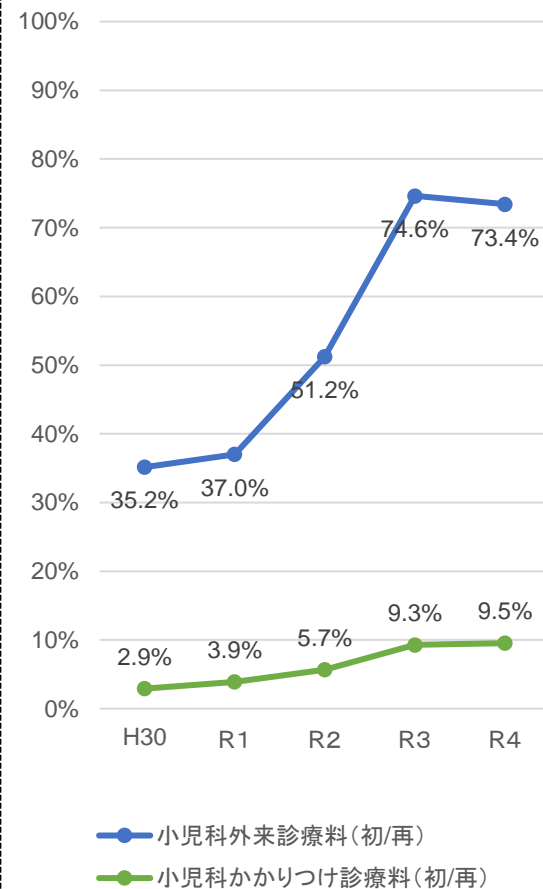
小児に係る初再診料の算定回数

(単位:千回)



小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の算定率※

※算定率=各算定回数÷6歳未満の初再診料・外来診療料



出典: 保険局医療課にて各年5月診療分のレセプトを集計。

機能強化加算について

機能強化加算

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算 80点

[算定要件]

・外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、(略)初診料を算定する場合に、加算することができる。

・必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。

(イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。

なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。

(ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。

(ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。

(ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

① 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。

② 次のいずれかにおける届出を行っている。

ア 地域包括診療加算

イ 地域包括診療料

ウ 小児かかりつけ診療料

エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）

オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）

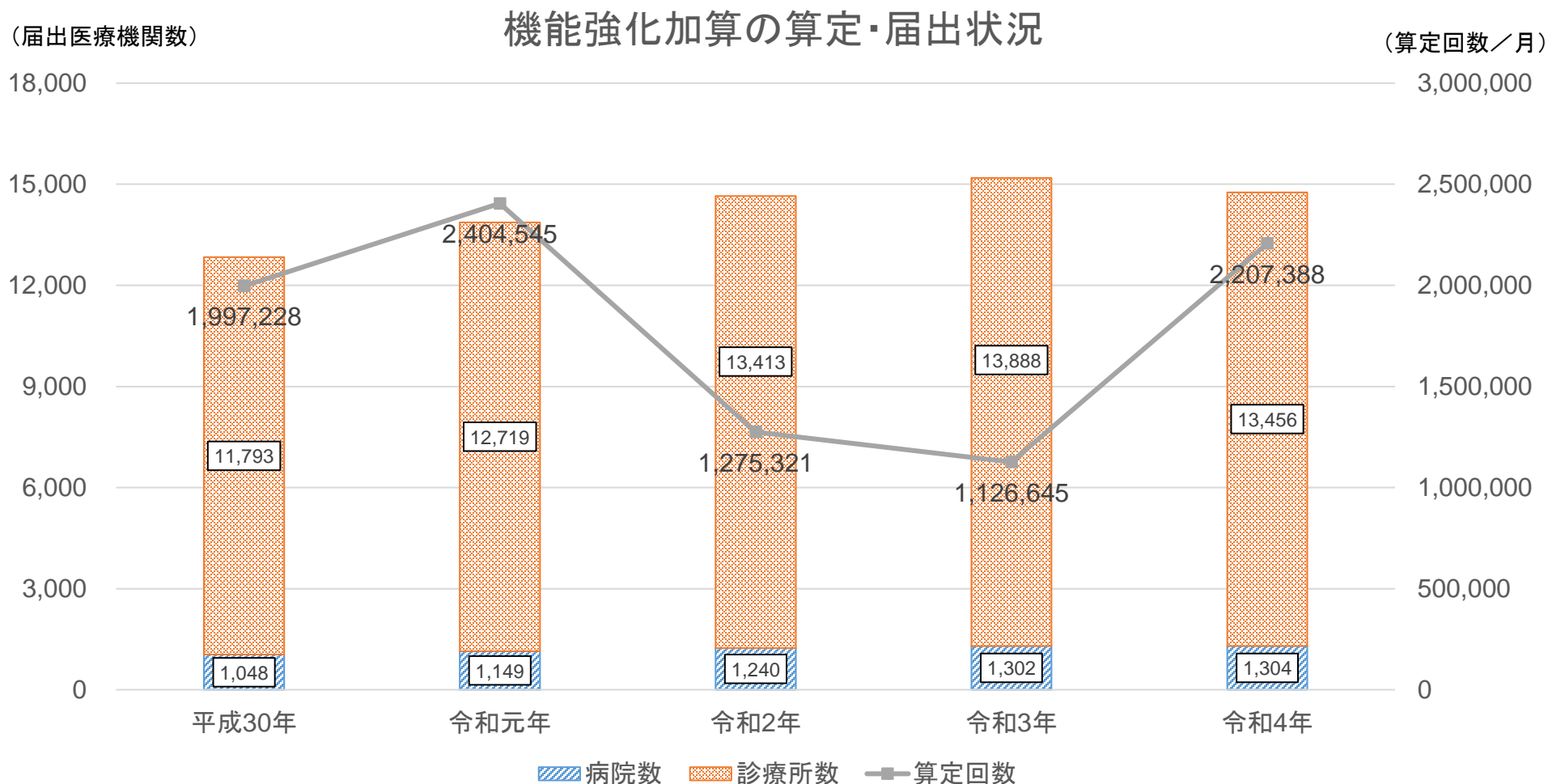
③ 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所 及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

機能強化加算の届出・実績等について

令和4年改定前		改定後	
届出・実績	次のいずれかの届出	次のいずれかを満たしていること。	
	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算 地域包括診療料 	<ul style="list-style-type: none"> <u>地域包括診療加算1／地域包括診療料1の届出を行っていること。</u> <p>(参考:地域包括加算1／診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。 	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算2／地域包括診療料2の届出を行っていること。 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算2／地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
	小児かかりつけ診療料	<ul style="list-style-type: none"> 小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。 	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 <p>(参考:機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間において、</p> <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合)緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。 (在支病の場合)緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。
配置医師	—	<ul style="list-style-type: none"> <u>以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。</u> ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力 ウ 乳幼児健診を実施 工 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席 キ 一般介護予防事業に協力 	

機能強化加算の算定・届出状況

- 機能強化加算の届出施設数は、令和3年までは増加傾向であったが、令和4年に微減した。
- 算定回数は令和元年以降減少していたが、令和4年に増加した。



- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ **生活習慣病に係る評価について**
- ④ 外来機能の分化の推進について
- ⑤ 情報連携に係る評価について
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

生活習慣病に係る評価の経緯

改定年度	項目	概要
平成14年度	生活習慣病指導管理料	(新設) 生活習慣病の治療・指導のための評価を新設。
平成18年度	生活習慣病管理料	(改編) 特に院外処方の場合の点数を引き下げ、療養計画書の記載内容を具体的に定める等の改定の上、「生活習慣病指導管理料」から改編。
平成20年度	糖尿病合併症管理料	(新設) 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対する、糖尿病足病変に関する指導の評価を新設。
	生活習慣病管理料	(要件見直し) 普及・拡大を目指し、点数の引き下げ、療養計画書の内容・頻度に係る要件の見直しを実施。
平成24年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病患者に対し、外来において透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設。
平成28年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病透析予防指導管理料に腎臓病期患者指導加算を追加。 (要件見直し) 保険者から保険指導を行う目的で情報提供依頼があった場合に協力する。
令和30年度	生活習慣病管理料	(要件見直し) 血圧の目標値の明確化、特定健診・保健指導との連携、学会等の診療ガイドライン等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすることを追加。
	高度腎機能障害患者指導加算	(名称変更・要件見直し) 「腎臓病期患者指導加算」から名称を改めるとともに、対象疾患拡大。
令和2年度	生活習慣病管理料	(要件見直し) 糖尿病患者に対する眼科受診勧奨、学会のガイドラインを踏まえ、歯科受診の状況確認を追加。
令和4年度	生活習慣病管理料	(包括範囲・評価・要件の見直し) 投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直し。 総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化。

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

- 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直す。

現行

【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点／1,175点
- ロ 高血圧症を主病とする場合 700点／1,035点
- ハ 糖尿病を主病とする場合 800点／1,280点

[算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬、注射及び病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。



改定後

【生活習慣病管理料】

- (改)** 1 脂質異常症を主病とする場合 **570点**
- 2 高血圧症を主病とする場合 **620点**
- 3 糖尿病を主病とする場合 **720点**

[算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った**医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用**は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

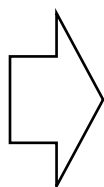
算定要件の見直し

- 生活習慣に関する総合的な治療管理については、多職種と連携して実施しても差し支えないことを明確化する。また、管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

現行

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。



改定後

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

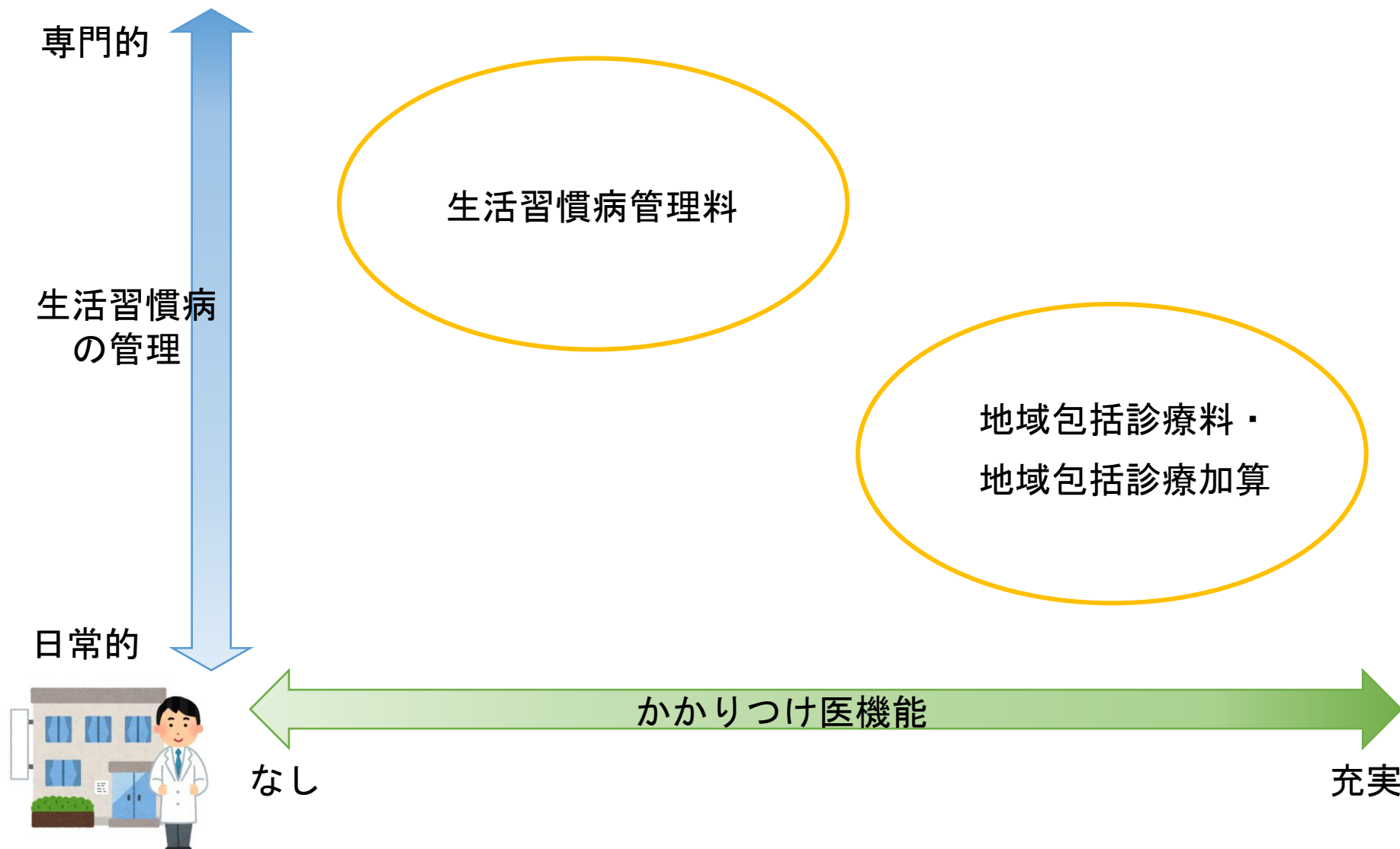
- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。**この場合において、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。**
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。
(削除)

生活習慣病の診療の評価について

	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	570～720点（月1回）	170点（月1回）	350点（月1回）	100点
概要	治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たった問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	ヘモグロビンA1cが6.1%(JDS)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第2期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73m ² 未満の患者に、医師が、腎機能を維持するために運動の種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導した場合に算定。
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 療養計画書を作成。 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う。<u>この場合、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の他職種と連携して実施しても差し支えない。</u> 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録。 学会等の診療ガイドライン等を参考にする。 糖尿病患者に対しては年1回程度眼科の診察を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 指導計画を作成。 ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載。 	<ul style="list-style-type: none"> 「透析予防診療チーム」（糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を持つ、専任の医師、専任の看護師（保健師）及び管理栄養士からなる）が、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき指導を行う。 指導計画を作成する。 保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病透析予防指導管理料を算定している。
対象疾患	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
対象医療機関・施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 200床未満の病院及び診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病・糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師1名以上配置。 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した専任の看護師を1名以上配置。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤。 薬剤師、理学療法士が配置されることが望ましい。 糖尿病教室を定期的実施している。 算定した患者の状態の変化等を厚生局長に報告している。 	次の②の①に対する割合が5割以上。 ① 3か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者 ② ①から3月以上経過した時点で、血清クレアチニン等が改善した患者
包括範囲	在宅自己注射指導管理料、 <u>医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料を除く）、検査、注射、病理診断</u>		外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、特定疾患療養管理料	

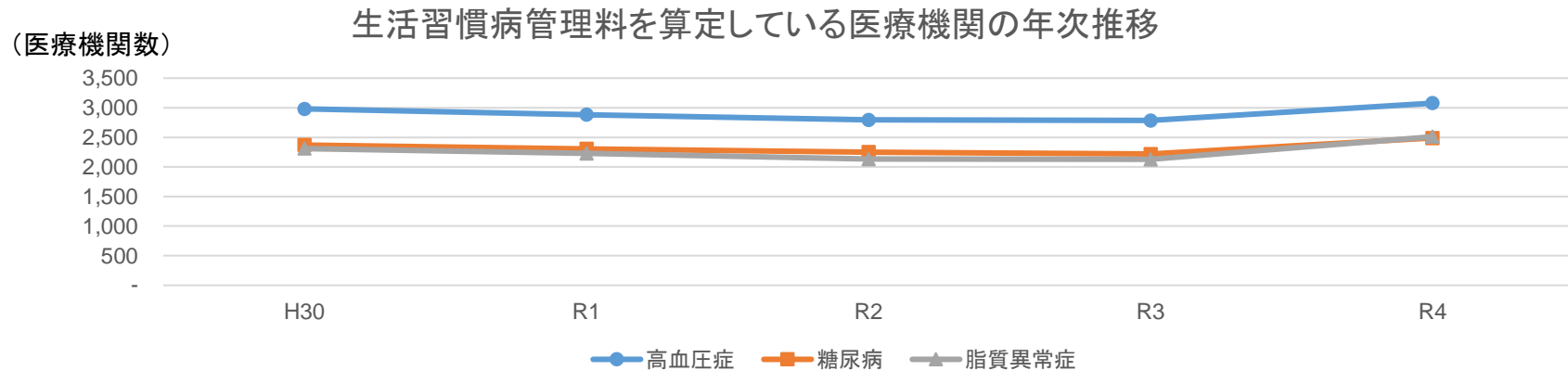
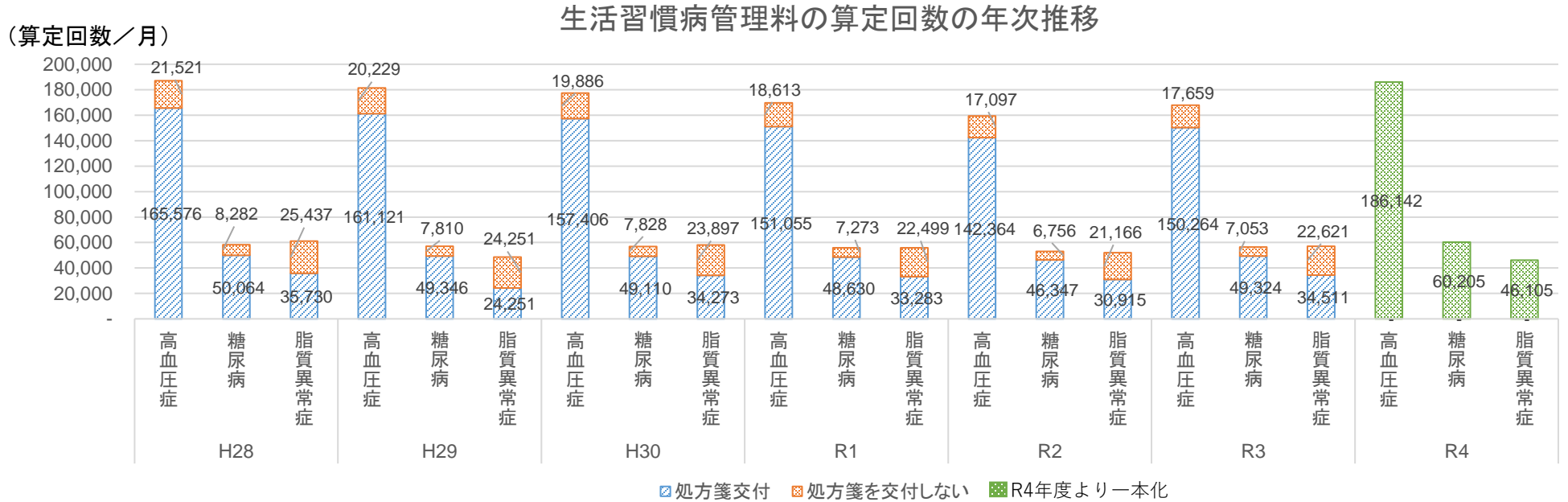
生活習慣病の管理を中心とした評価のイメージ

200床未満の病院及び診療所における 生活習慣病の管理を中心とした評価



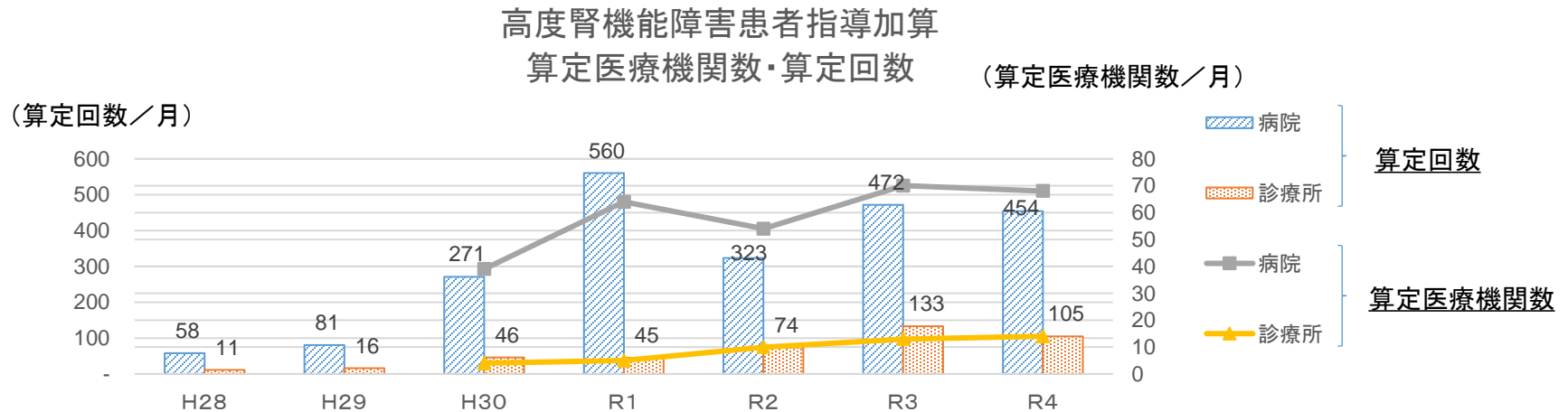
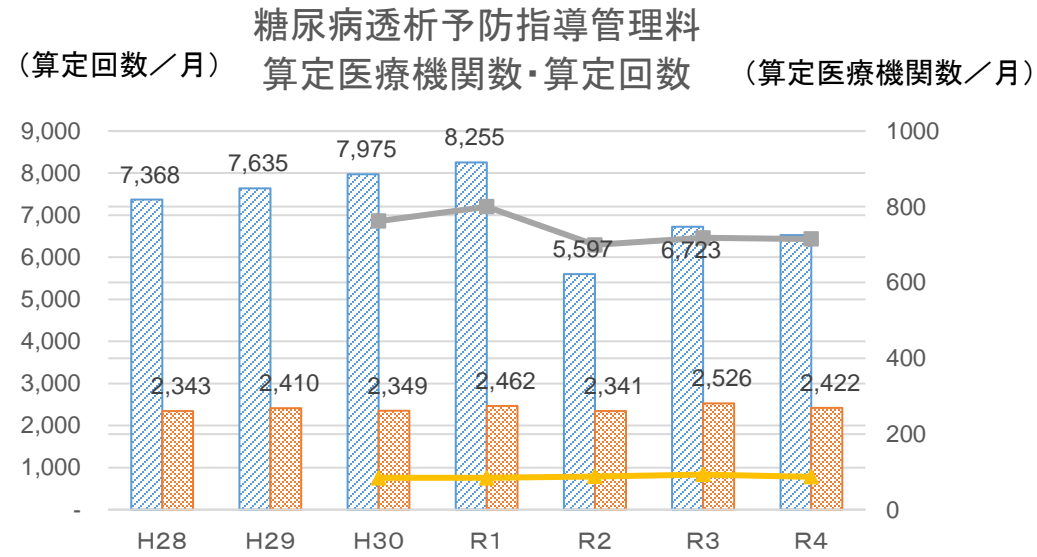
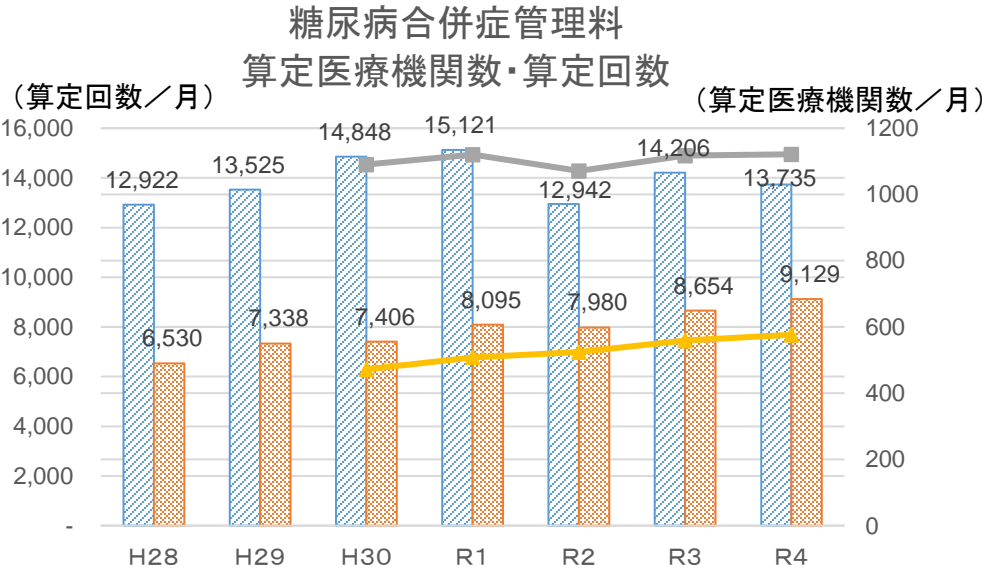
生活習慣病管理料の算定状況

○ 生活習慣病管理料を算定している回数・医療機関ともに若干上昇している。



生活習慣病の管理に係る報酬の算定状況

○ 生活習慣病の管理に係る報酬の算定回数はいずれも平成28年から令和元年にかけては増加傾向であるが、令和2年には特に病院における算定医療機関数・算定回数が減少し、以降横ばいで推移している。

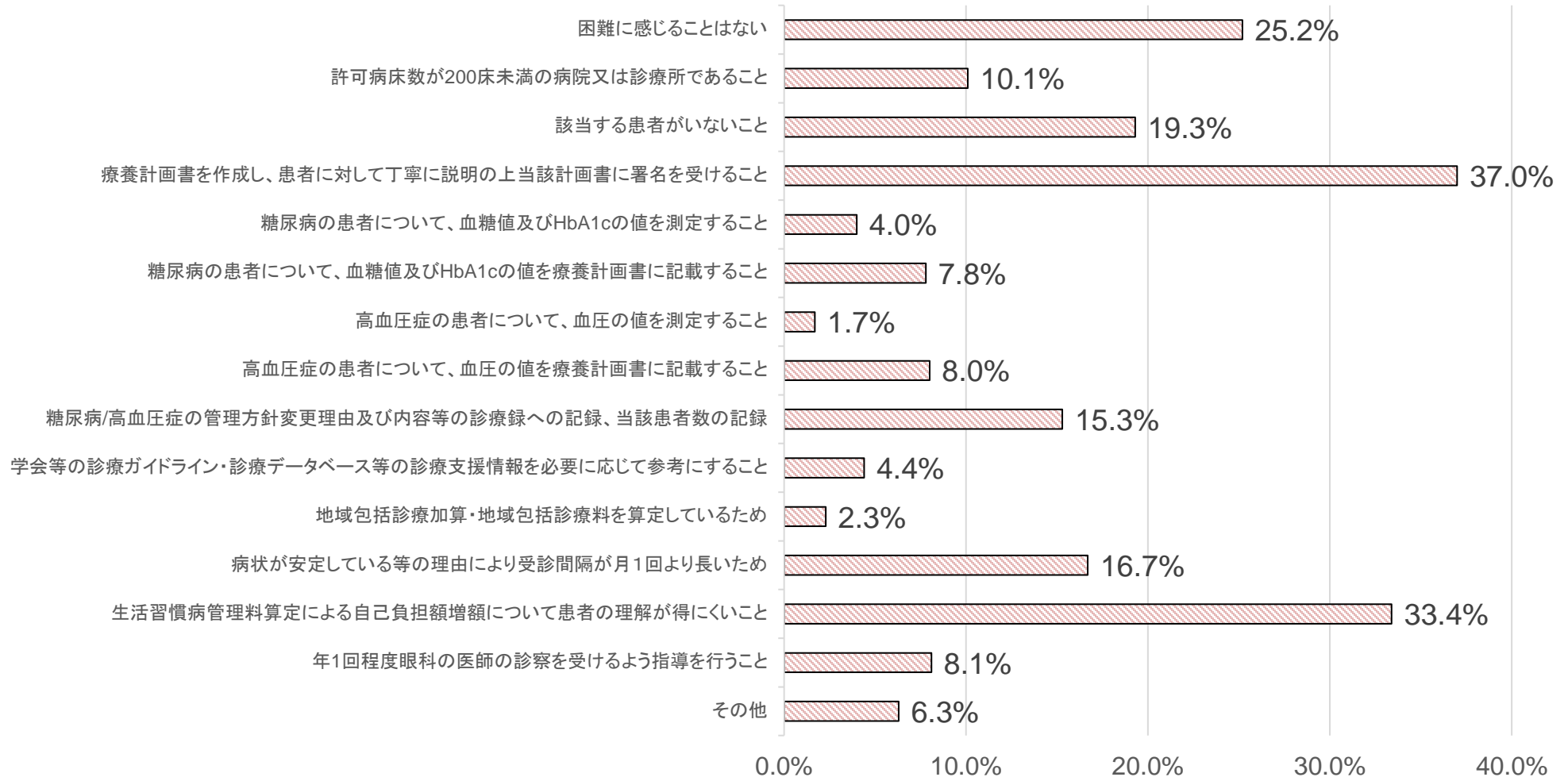


生活習慣病管理料の算定について困難を感じること

診調組 入-1
5 . 6 . 8

○ 生活習慣病管理料の算定について困難を感じることとして、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多かった。

n=652



生活習慣病管理料の療養計画書

○ 生活習慣病管理料において、検査・問診、重点を置く領域と指導項目(食事、運動、たばこ等)、服薬指導等についての療養計画書を作成し、患者に対し説明の上当該計画書に署名を受けることが求められる。

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用		(記入日: 年 月 日)	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【検査項目】	□身長 (cm)	□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)	【血液検査項目】(採血日 月 日)
	□体重: 現在(kg) → 目標(kg)	□HbA1c: 現在(%) → 目標(%)	□総コレステロール (mg/dl)
【問診】	□BMI ()	□HbA1c: 現在(%) → 目標(%)	□中性脂肪 (mg/dl)
	□腹囲: 現在(cm) → 目標(cm)	□HDLコレステロール (mg/dl)	□LDLコレステロール (mg/dl)
【問診】	□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	□HDLコレステロール (mmHg)	□その他 ()
	□収縮期/拡張期血圧: 現在(/) → 目標(/)	□LDLコレステロール (mmHg)	□その他 ()
【問診】	□運動負荷心電図	□その他 ()	□その他 ()
	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()
【問診】 <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 歯科の受診状況 <input type="checkbox"/> その他の生活			
【①達成目標】: 患者と相談した目標			
【②行動目標】: 患者と相談した目標			
			医師氏名 (印)
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	□食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える	担当者の氏名 (印)
	□運動	□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項()	
【重点を置く領域と指導項目】	□たばこ	□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()	担当者の氏名 (印)
	□その他	□節酒: [減らす(種類・量:)を週(回)] □間食: [減らす(種類・量:)を週(回)] □食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) □食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
【服薬指導】 □処方なし □薬の説明 担当者の氏名 (印)			
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
【特定健康診査の受診の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【特定保健指導の利用の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入		患者署名	
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		医師氏名 (印)	

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用		(記入日: 年 月 日)()回目	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること			
【検査項目】	□体重: 現在(kg) → 目標(kg)	□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)	【血液検査項目】(採血日 月 日)
	□BMI ()	□HbA1c: 現在(%) → 目標(%)	□総コレステロール (mg/dl)
【問診】	□腹囲: 現在(cm) → 目標(cm)	□HbA1c: 現在(%) → 目標(%)	□中性脂肪 (mg/dl)
	□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	□HDLコレステロール (mmHg)	□LDLコレステロール (mg/dl)
【問診】	□収縮期/拡張期血圧: 現在(/) → 目標(/)	□LDLコレステロール (mmHg)	□その他 ()
	□運動負荷心電図	□その他 ()	□その他 ()
【問診】	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()
	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()
【目標の達成状況と次の目標】: 患者と相談した目標			
【①達成目標】: 患者と相談した目標			
【②行動目標】: 患者と相談した目標			
			医師氏名 (印)
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	□今回は、指導の必要なし □食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える	担当者の氏名 (印)
	□運動	□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項()	
【重点を置く領域と指導項目】	□たばこ	□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()	担当者の氏名 (印)
	□その他	□節酒: [減らす(種類・量:)を週(回)] □間食: [減らす(種類・量:)を週(回)] □食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) □食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
【服薬指導】 □処方なし □薬の説明 担当者の氏名 (印)			
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
【特定健康診査の受診の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【特定保健指導の利用の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入		患者署名	
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		医師氏名 (印)	

糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性

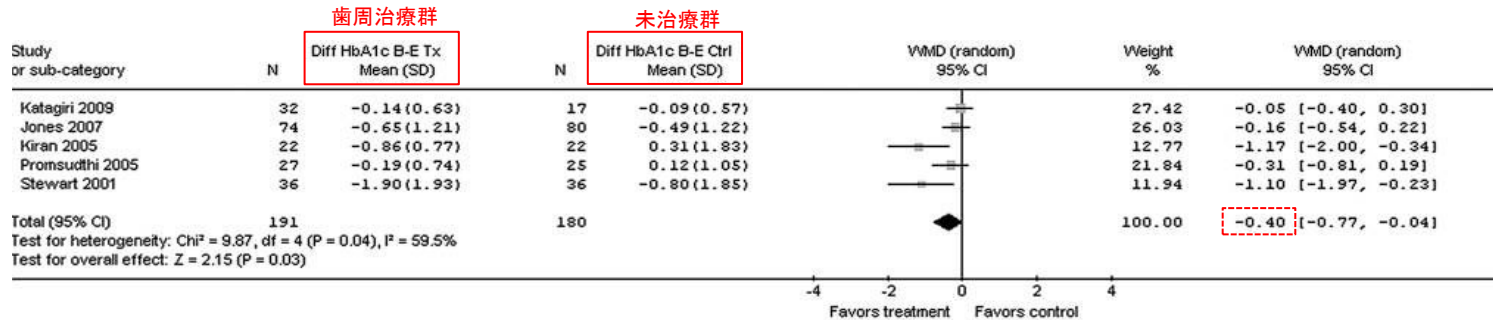
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

- ・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- ・2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される（推奨グレードA）《参考1》
（※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29～0.66%低下することが示されている）

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第2版 2014（日本歯周病学会）

- ・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病患者に比較して有意に歯周病の発症率が高い《参考2》
- ・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
- ・複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる

○歯周治療による血糖コントロール改善効果：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが -0.40%有意に改善されることが示された。

《参考1》出典:Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

○糖尿病患者の歯周病発症率：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第6の合併症」とされる）

	N	Relative Risk	95%CI	p value	Relative Risk	95%CI	p value
HbA1c < 6.5%	5,706	1			1		
HbA1c ≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319				1		
22-25	2,153				1.12	1.04-1.22	0.005
25-30	1,244				1.23	1.12-1.34	0.001
> 30	140				1.41	1.16-1.70	0.001
Smoking status							
Never smoked	2,484				1		
Former smoker	1,360				1.12	1.02-1.24	0.022
Current smoker	2,012				1.52	1.40-1.66	0.001
Sex							
Men	4,511				1		
Women	1,345				0.90	0.81-1.00	0.044
Age, yrs							
					1.03	1.02-1.03	0.001

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≥6.5%の群で歯周病の発生率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

《参考2》出典:Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al Relationship between periodontal status and levels of glycosylated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- ▶ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

- 別に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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
- データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）

10月からは、3か月毎に提出（※3）。

医療機関

①データ作成開始前に
保険局医療課に届出
（※1）

②6,7月分のデータ
（試行データ）
を作成
※連続する少なくとも
2か月分のデータ

③ソフトウェア
による試行データの自己チェックを行う

④試行データを
事務局に提出

⑦通知を
元に厚生局に届出

10月1日より
⑧外来データ提出加算等
算定

⑨10~12月分を作成
→令和6年1月提出

調査実施
説明資料
を公表

⑤判定

⑥通知
内容が適切であれば通知

厚生労働省
（調査事務局）

令和5年5月

6~7月

8月

9月

10月

※1 5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

外来データ提出加算での主な入力項目について

〈共通〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈外来データ提出加算〉

大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無（初発）	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
脳卒中（初発以外）	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
急性冠症候群の有無（初発）	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
急性冠症候群の（初発以外）	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無（初発）	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
急性大動脈解離（初発以外）	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 外来機能の分化の推進について**
- ⑤ 情報連携に係る評価について
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

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

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

【再診の場合】

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点
(情報通信機器を用いた初診については186点)

外来診療料の注2、3 55点

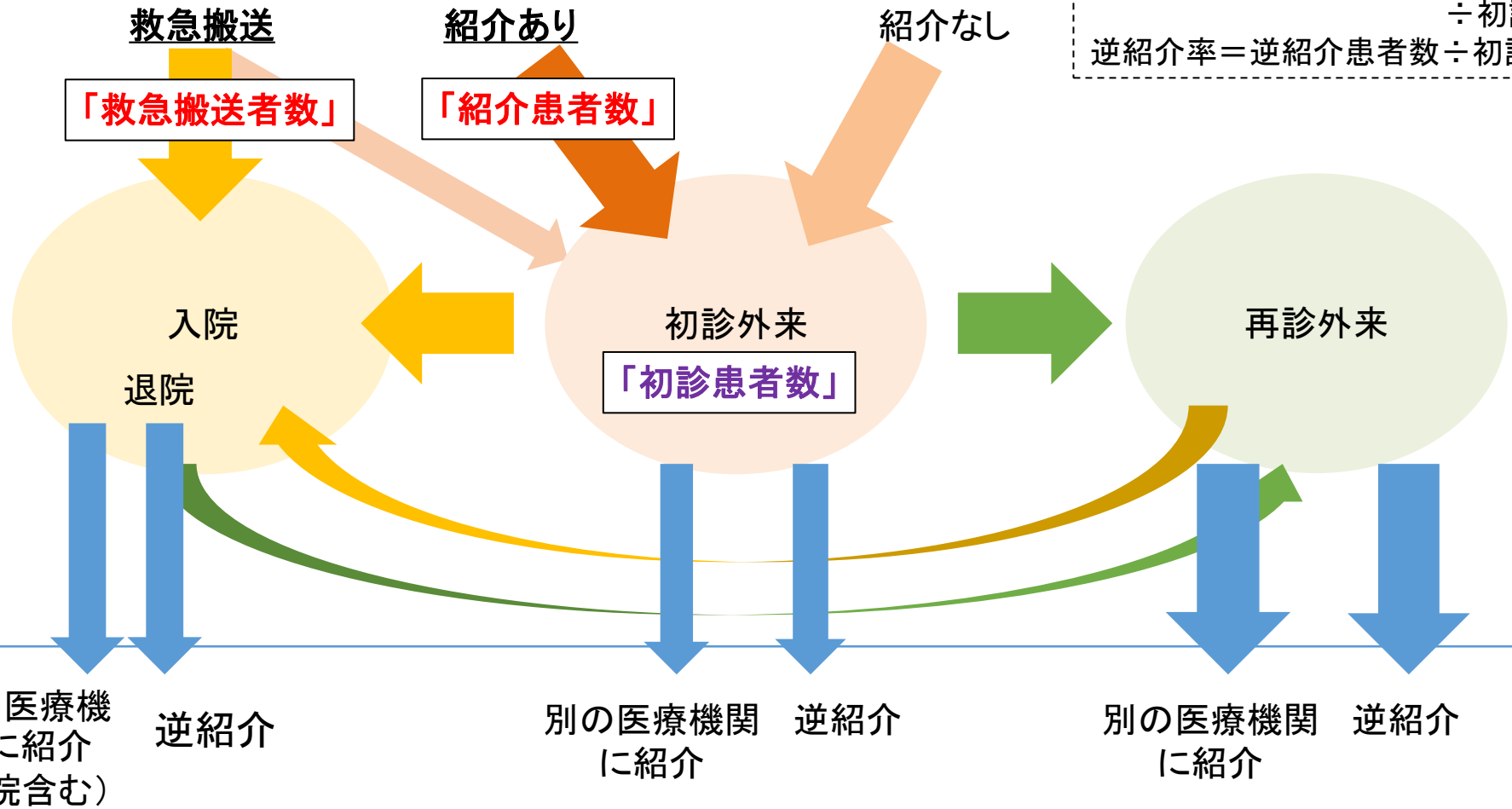
	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ <u>救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者</u>			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</u>			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ <u>B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。</u> ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。</u>			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算の変遷

		対象医療機関	評価
平成24年	新設	<ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院のいずれか 紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院 	<ul style="list-style-type: none"> 紹介のない場合の初診料 200点 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 52点
平成26年	対象拡大	<ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院、許可病床500床以上の地域医療支援病院であって、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の病院 許可病床500床以上の全ての病院（一般病床200床未満を除く）であって、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院 	<ul style="list-style-type: none"> 紹介のない場合の初診料 209点 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 54点
平成30年	対象拡大	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院とその他の病院について、許可病床400床以上の病院に拡大。 	
令和元年	点数変更		<p>それぞれ以下のとおり点数を改定</p> <ul style="list-style-type: none"> 紹介のない場合の初診料 209点→214点 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 54点→55点
令和2年	対象拡大	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院について、一般病床200床以上に拡大。 	
令和4年	対象拡大	<ul style="list-style-type: none"> 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加。 「紹介率」・「逆紹介率」について算出方法、項目の定義及び基準を見直し。 	

外来医療における患者の流れと、紹介率・逆紹介率（イメージ）

○ 外来医療における患者の流れを踏まえ、現行の紹介率・逆紹介率について、算出方法に含まれる数値を表現した場合のイメージは以下のとおり。



$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}}{\text{初診患者数}}$$
$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数}}$$

※ 「初診患者数」について、
・ 特定機能病院の場合は救急搬送者数を含む。
・ 地域医療支援病院、その他の400床以上の病院は救急搬送者数を含まない。 85

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- ▶ 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

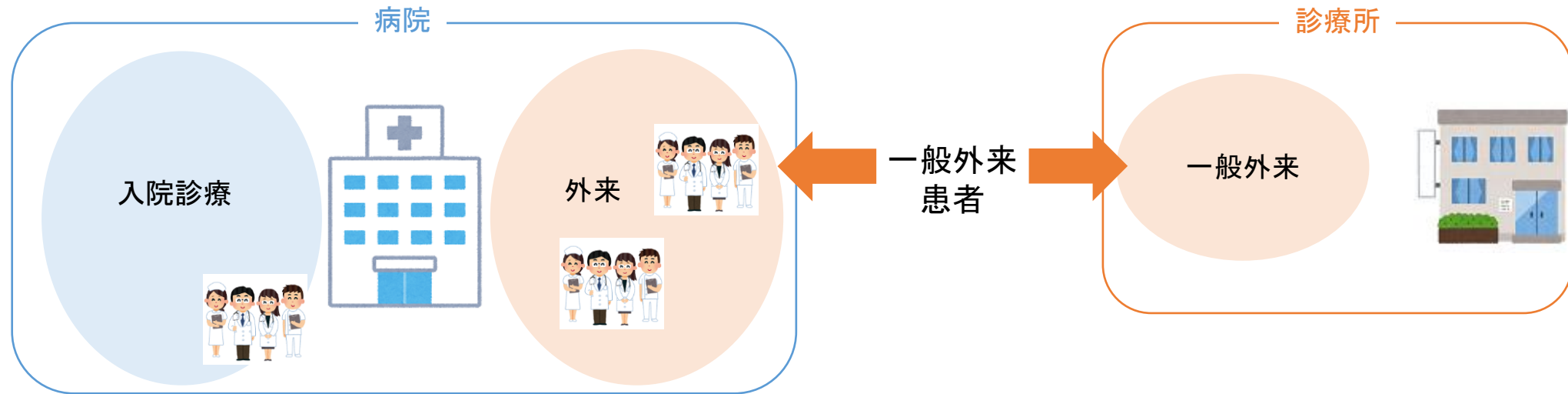
(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

[算定要件]

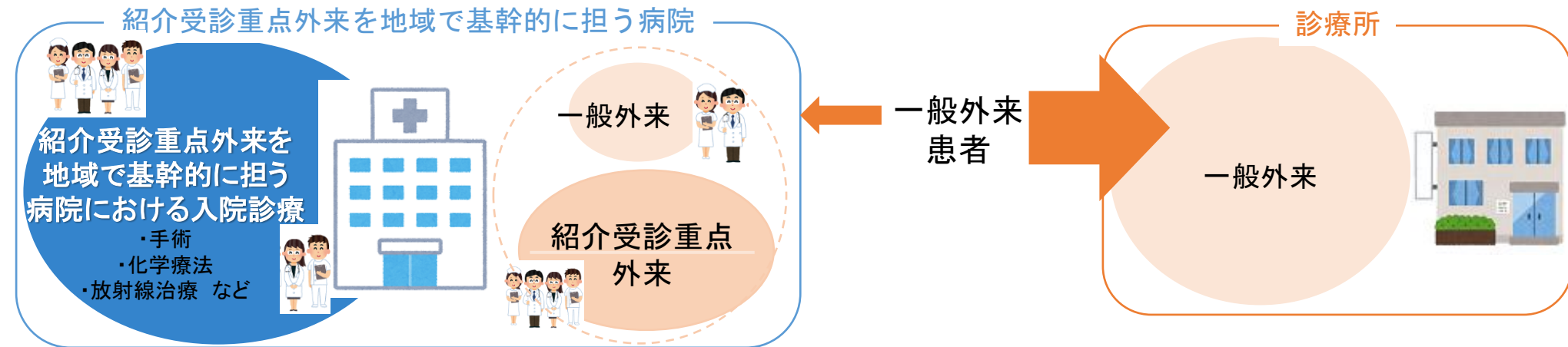
- (1) **外来機能報告対象病院等**（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、**一般病床の数が200未満であるものを除く。**）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院初日に限り**所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。**

機能分化・強化による入院医療を含む病院の機能への効果

機能分化・強化を行っていない場合



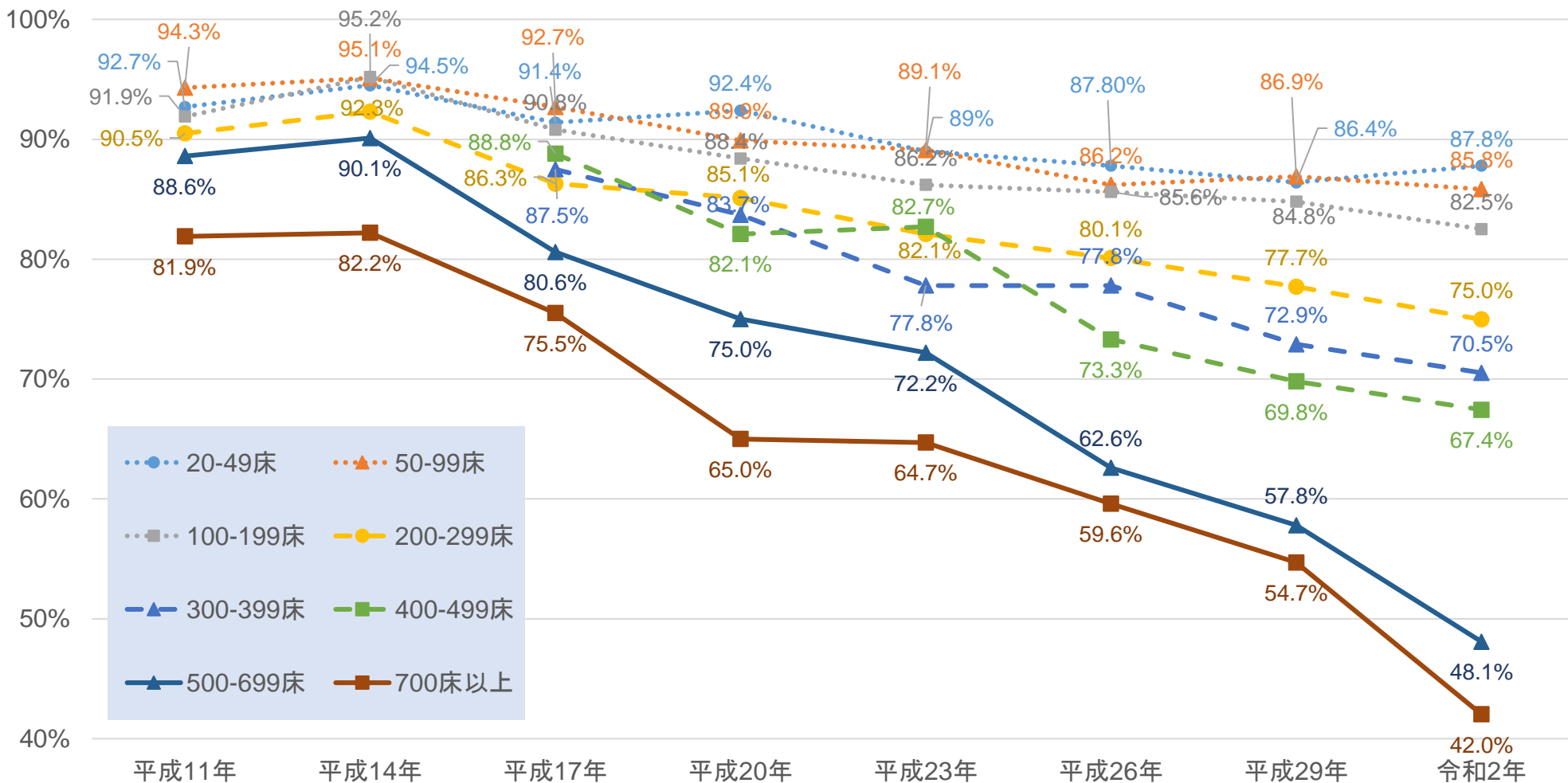
機能分化・強化を行っている場合



紹介受診重点外来を中心とした外来機能分化・強化を進めることにより、入院機能が強化され、さらに、紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う病院において、勤務医の外来負担の軽減等、医師の働き方改革に資すると考えられる。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において比較的減少傾向が顕著であり、令和2年は500床以上の病床規模においては5割以下になった。



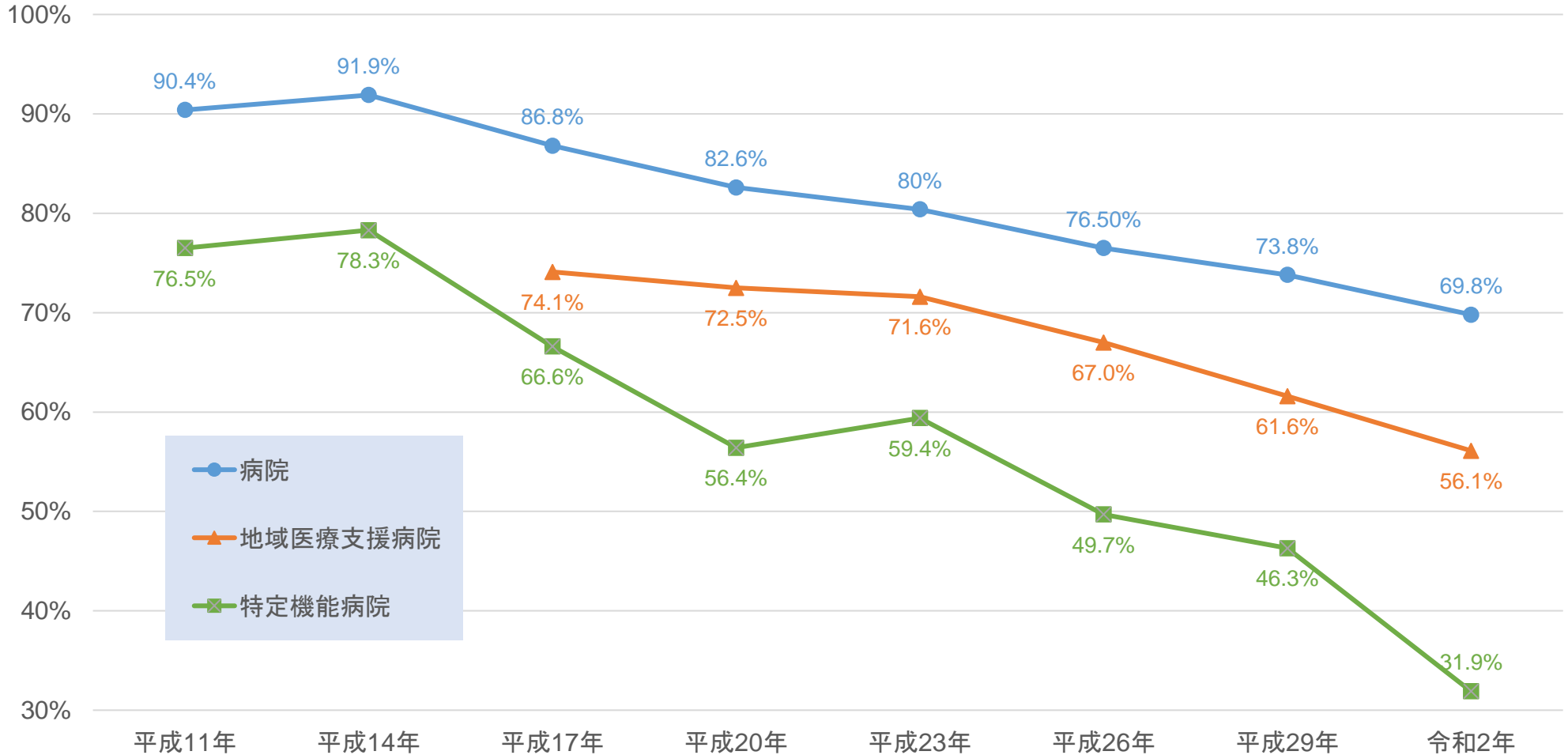
出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

注1：平成11年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

注2：平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を機能別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、令和2年は特定機能病院では31.9%、地域医療支援病院では56.1%であった。



出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

注：平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

病院区分別の紹介・逆紹介割合

- 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
- 特定機能病院においては逆紹介割合の基準を超えていない施設が7.9%であった。地域医療支援病院では紹介割合の基準は2.0%、逆紹介割合の基準は1.3%が超えていなかった。許可病床400床以上病院では紹介割合の基準は2.3%、逆紹介割合の基準は1.2%の施設が超えていなかった。

病院区分別基準値の充足状況

特定機能病院(n=51)

地域医療支援病院(n=296)

		紹介割合				紹介割合			
		50%以上		50%未満		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30%以上	47施設	92.2%	0施設	0.0%	287施設	97.0%	5施設	1.7%
	30%未満	3施設	5.9%	1施設	2.0%	3施設	1.0%	1施設	0.3%

許可病床400床以上(n=264)

		紹介割合			
		40%以上		40%未満	
逆紹介割合	20%以上	256施設	97.0%	5施設	1.9%
	20%未満	2施設	0.8%	1施設	0.4%

初診料及び外来診療料の減算対象

紹介割合・逆紹介割合の分布

紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援 病院 (n=296)	許可病床400床 以上病院 (n=264)
第3四分位点	90.4	92.1	92.9
中央値	85.3	82.8	84.0
第1四分位点	77.2	70.9	72.2
平均値	81.8	83.4	82.4

逆紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援 病院 (n=296)	許可病床400床 以上病院 (n=264)
第3四分位点	46.3	93.0	82.4
中央値	39.7	71.6	59.3
第1四分位点	33.1	54.1	43.6
平均値	42.4	82.9	70.7

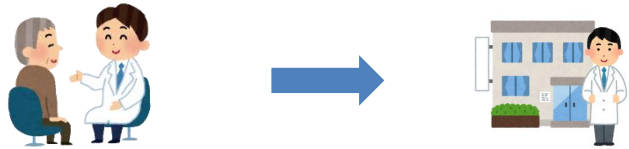
- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 外来機能の分化の推進について
- ⑤ 情報連携に係る評価について
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

診療情報提供料（Ⅰ）概要

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

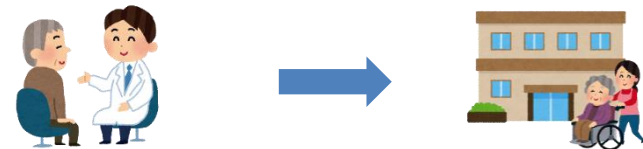
① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



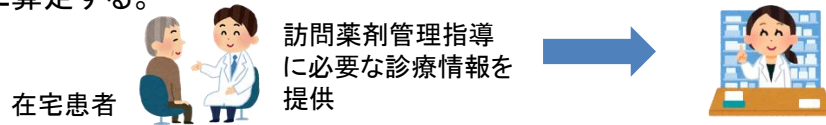
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



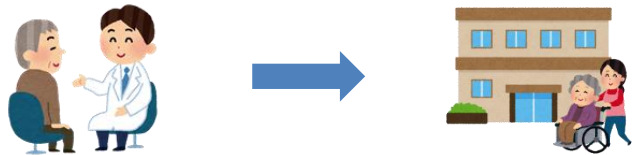
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



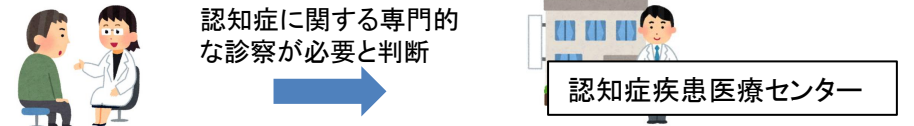
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



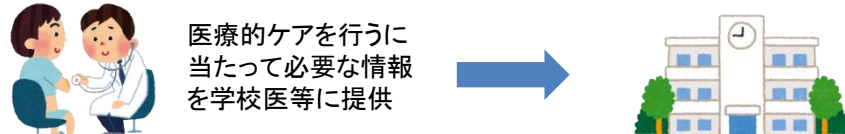
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
(患者1人につき月1回に限り)

診療情報提供料（I）において算定可能な加算等

① 治療計画などの情報添付による加算

保険医療機関が、別の保険医療機関等に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合には**200点**を加算する。

② ハイリスク妊婦紹介加算

ハイリスク妊産婦共同管理料(I)の施設基準に適合している保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別の医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合、当該患者の**妊娠中1回に限り200点**を加算。

③ 認知症専門医療機関紹介加算

保険医療機関が、その必要性を認め、認知症専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添え、当該患者の紹介を行った場合に下記の点数を加算する。

- ・認知症の疑いのある患者→**100点**
- ・認知症と既に診断された患者→**50点**

④ 精神科医連携加算

精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、うつ病等の精神疾患が疑われる患者について、精神科を標榜する別の保険医療機関に紹介を行った場合、**200点**を加算する。

⑤ 肝炎インターフェロン治療連携加算

長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者について、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に**50点**を加算する。

⑥ 歯科医療機関連携加算

- ・**歯科医療機関連携加算1**: 患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合に**100点**を加算する。
- ・**歯科医療機関連携加算2**: 周術期などにおける口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する他の保険医療機関に対して、当該患者の予約を行った上で紹介を行った場合に**100点**を加算する。

⑦ 地域連携診療計画加算

連携する保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定し、当該連携保険医療機関を退院した患者について、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に**50点**を加算する。

⑧ 療養情報提供加算

保険医療機関が、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、定期的に療養を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合に**50点**を加算する

⑨ 検査・画像情報提供加算

患者の紹介を行う際に、検査結果等のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により、閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合、下記の点数を加算する。

- イ. 退院する患者→**200点**
- ロ. 入院中の患者以外の患者→**30点**

⑩ 電子的診療情報評価料


別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報等を電子的方法により閲覧又は受信し診療に活用した場合、**30点**を算定する。

診療情報提供料（Ⅱ）概要

B010 診療情報提供料（Ⅱ） 500点（月1回）

【算定要件】

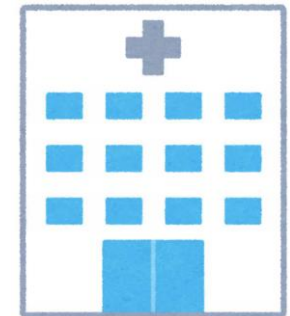
- 診療情報提供料（Ⅱ）は、診療を担う医師以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を求める患者又はその家族からの申し出に基づき、診療を担う医師が、治療計画、検査結果、画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できる。
- 診療情報提供料（Ⅱ）は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う診療情報提供料（Ⅰ）とは明確に区別されるべきものである。
- 助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させるものであること。



※患者又はその家族から希望があった旨を診療録に記載



他医療機関



他の医師が助言を行うために必要な情報を添付した文書を患者又はその家族に提出

患者又はその家族の希望は治療計画に十分反映させる

セカンド・オピニオン

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

- かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

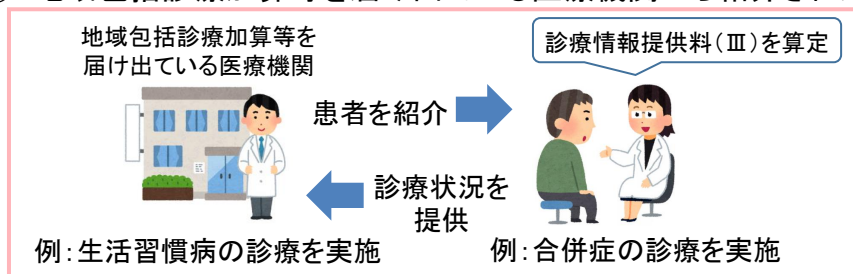
(新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

[算定要件]

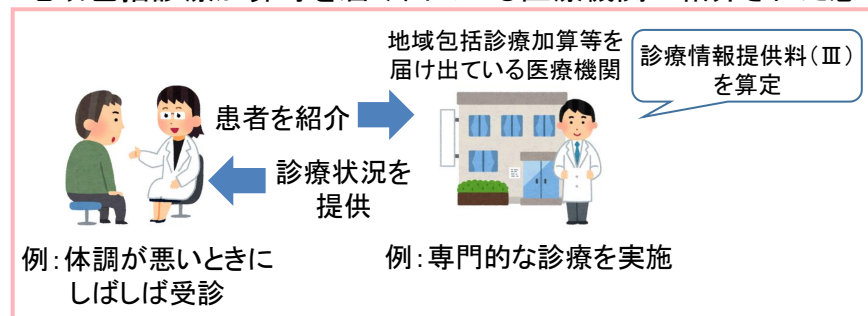
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

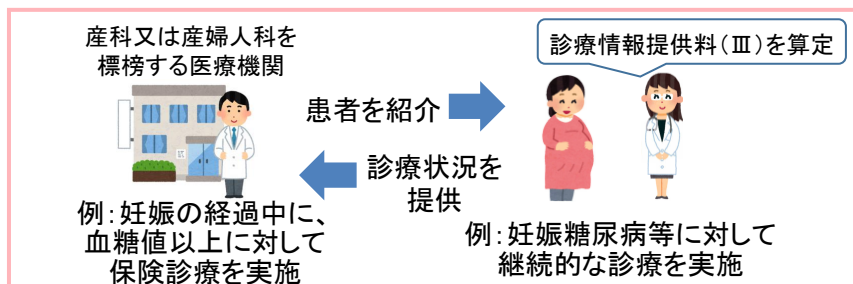
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



- ③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



- ② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を指す。

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

- ▶ 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について、
 - 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

[算定要件]

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

[対象患者]

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

改定後

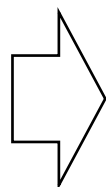
（改）【連携強化診療情報提供料】 150点

[算定要件]

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき**月1回**に限り算定する。

[対象患者]

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者**
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



（新）

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



患者を紹介

診療状況を
提供



連携強化診療情報
提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

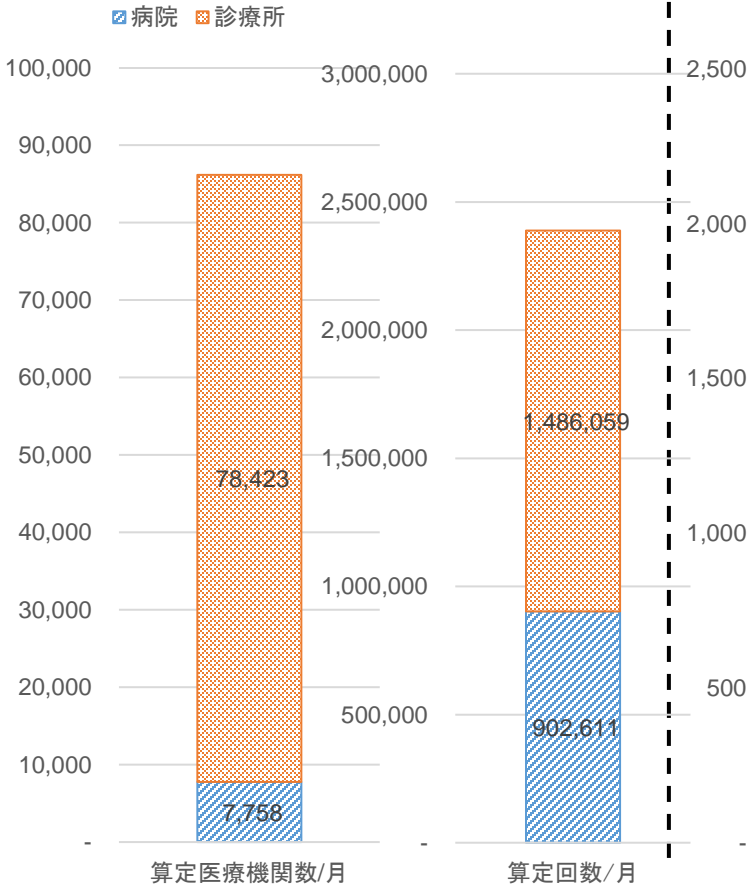
連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

注番号	紹介元	患者	紹介先 (紹介元に診療情報を提供した場合に、 <u>連携強化診療情報提供料が算定可能</u>)	算定回数の制限
1	かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり	-	禁煙	<u>月に1回</u>
2	<u>以下のいずれか</u> ・ <u>200床未満の病院</u> ・ <u>診療所</u>	-	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>紹介受診重点医療機関</u> ・ <u>禁煙</u>	
3	-	-	以下のいずれも満たす ・ かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり ・ 禁煙	
4	-	<u>難病（疑い含む）の患者</u> <u>てんかん（疑い含む）の患者</u>	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院</u> ・ <u>禁煙</u> <u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>てんかん支援拠点病院</u> ・ <u>禁煙</u>	
5	-	妊娠中の患者	-	3月に1回
	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	<u>月に1回</u>
	-		以下のいずれも満たす ・ 産科又は産婦人科を標榜 ・ 妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している	

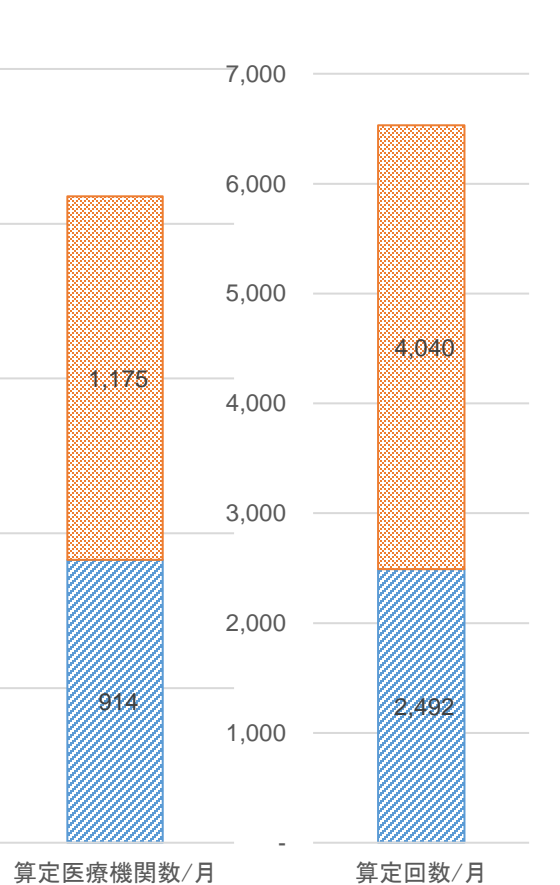
診療情報提供料に係る報酬の算定状況

○ 診療情報提供料 I・II 及び連携強化診療情報提供料の算定状況は以下のとおり。

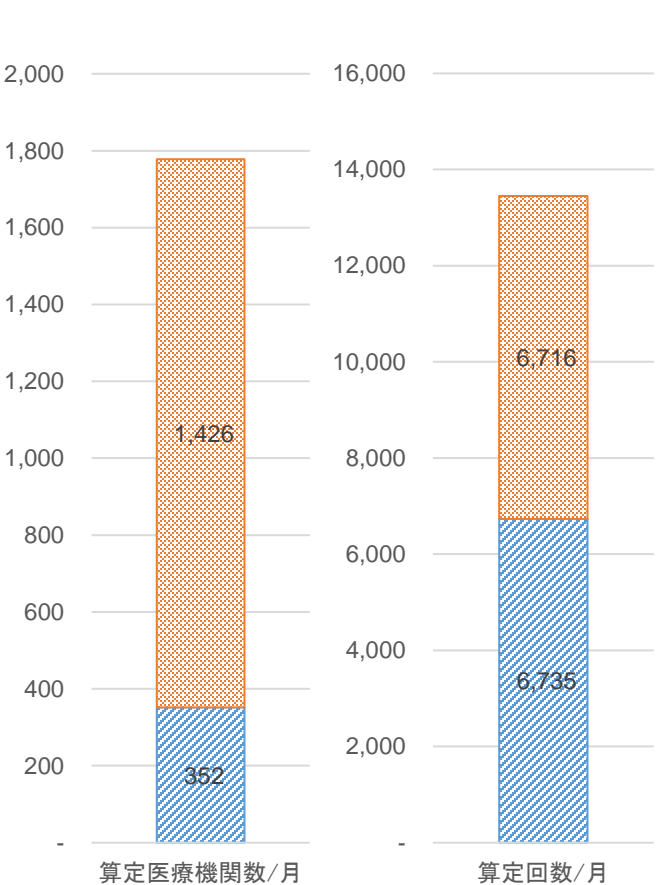
診療情報提供料 I (入院外)
算定医療機関数・回数



診療情報提供料 II (入院外)
算定医療機関数・回数

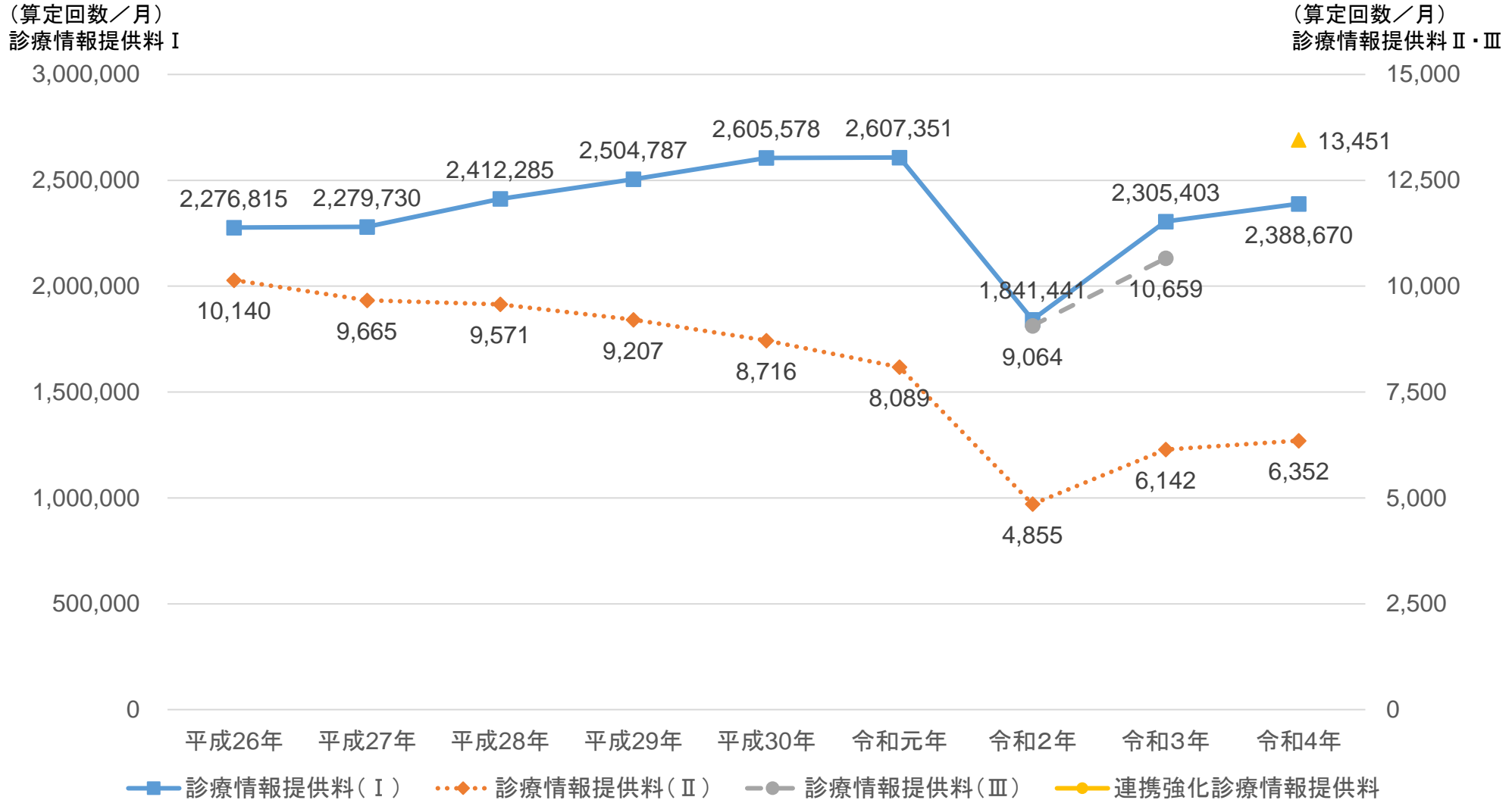


連携強化診療情報提供料 (入院外)
算定医療機関数・回数



診療情報提供料の算定回数

○ 診療情報提供料の算定回数は、令和2年に低下し、令和3年以降は増加している。



「全国医療情報プラットフォーム」 (将来像)

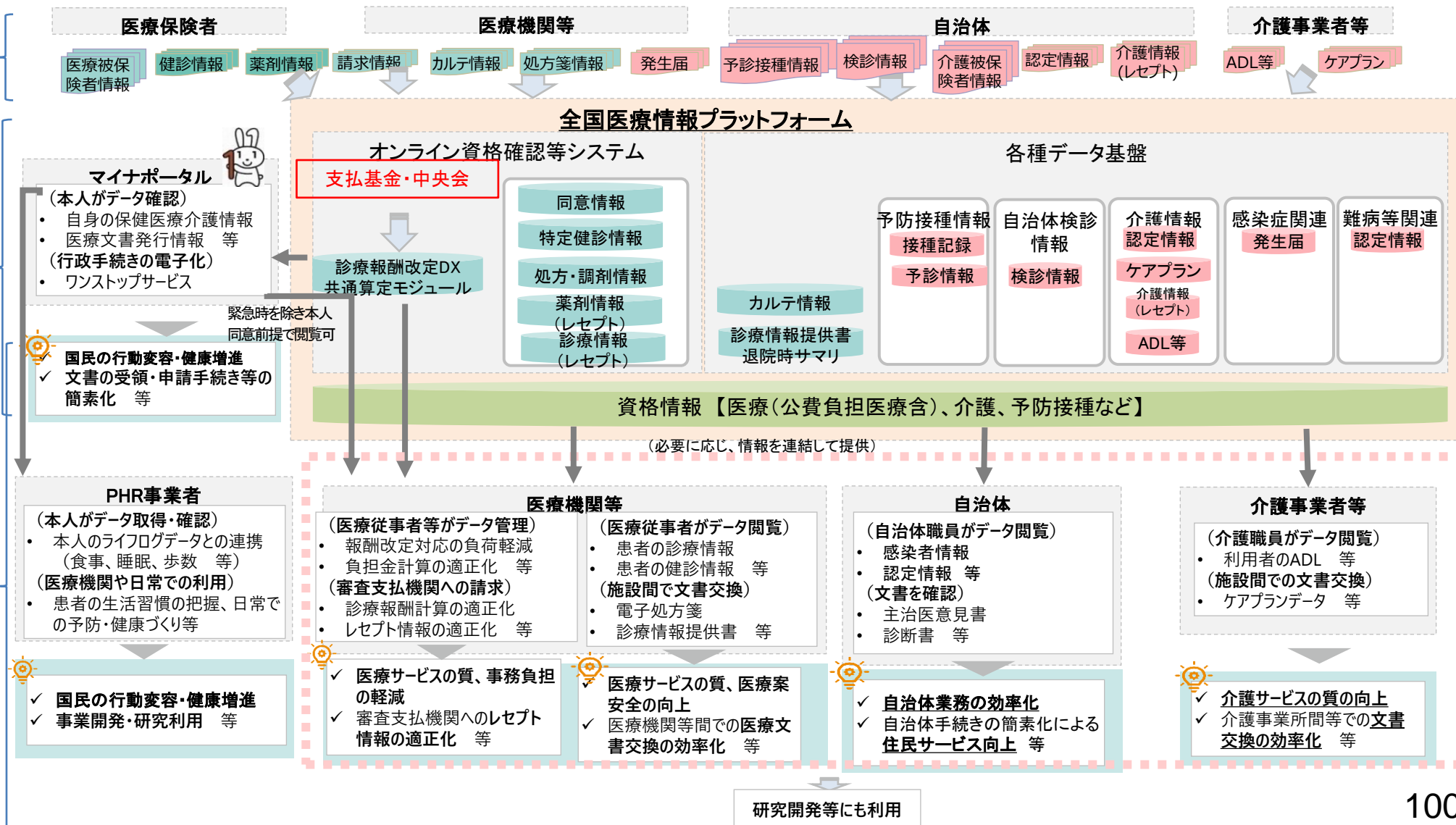
第1回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム (令和4年9月22日) 資料1を一部改変

- オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報 (介護含む) について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要なときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとする。
- これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるとともに、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。

情報を作成

情報を収集

情報を活用



医療DXに関する施策の現状と課題② (電子カルテ情報の標準化等)

現状

- 電子カルテについては、**ベンダーごとに異なる情報の出入力方式が採用**されており、**異なるベンダーの電子カルテを導入している医療機関の間では、情報の共有が困難**。
- これまで、データヘルス改革において、電子カルテ情報の標準化を進めるべく取り組んできており、令和4年3月に、医療現場における有用性等の観点を踏まえ、まずは3文書6情報(※)について、情報の共有にあたっての標準規格を決定(厚生労働省標準規格)し、まずは診療情報提供書・退院時サマリーに関して交換・共有の仕組みに取り組む。

(※) 3文書：①診療情報提供書、②退院時サマリー、③健診結果報告書

6情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、⑤検査情報(救急、生活習慣病)、⑥処方情報

課題

- 標準化されている情報の種類が限定的
- 電子カルテシステムを導入している医療機関が限定的

今般の医療DXの推進により実現すること

- 共有できる情報の範囲を広げるため、**標準規格を定める情報の範囲を拡大**
(令和4年度は、透析情報及び一部の感染症発生届について標準規格を定める予定)
- **医療機関にて作成される文書のうち行政手続に使用されるものを標準化・デジタル化し、行政手続のワンストップ化の促進を検討**
- 小規模な医療機関向けに、**標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ(標準型電子カルテ)の開発**を検討

- 全国医療情報プラットフォームの拡大に寄与

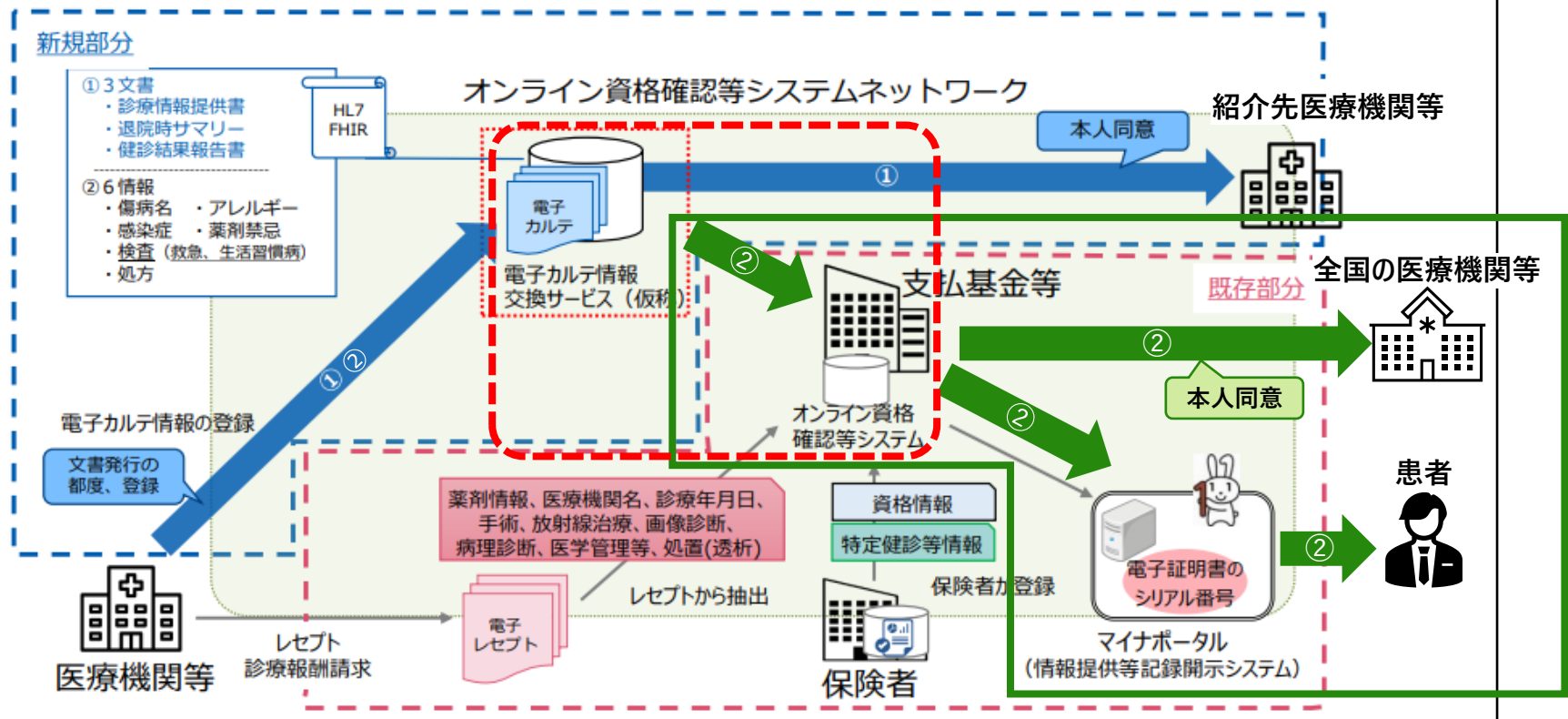
医療DXも踏まえた電子カルテ情報を共有できる仕組みの実装方法（イメージ）

具体的には患者の健康管理に有用な一部の電子カルテ情報について、マイナポータル等を通じて本人が閲覧できる仕組みとすると共に、本人同意の下、全国の医療機関等でも患者自身が閲覧可能な情報を共有できる仕組みを検討したい

第4回 健康・医療・介護情報活用検討会
医療情報ネットワークの基盤に関するWG
(令和4年5月16日) 資料1

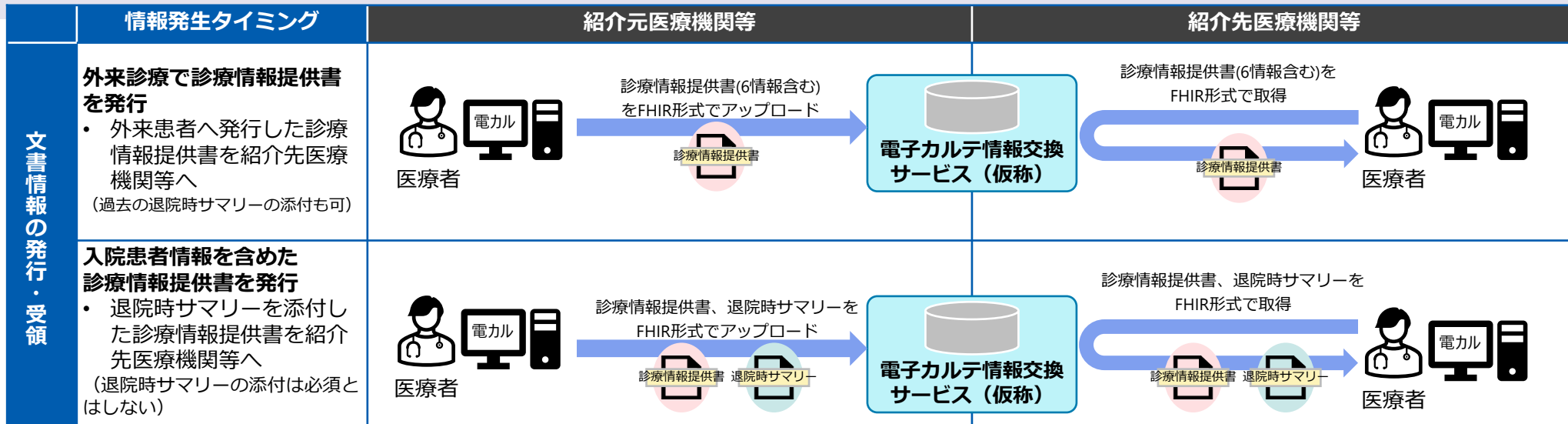
考えられる実装方法（イメージ）

全国的に電子カルテ情報を医療機関等で閲覧可能とするため、以下の実装方法についてどのように考えるか。

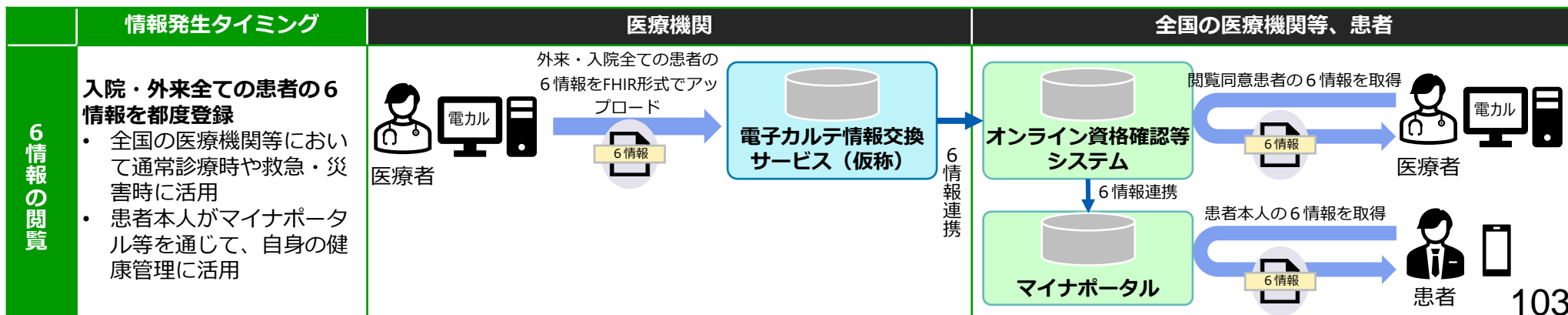


基盤を構築する上での情報の発生タイミング・登録の仕組みに関する想定

- ①電子カルテ情報を使用している全国の医療機関等との連携（医療機関同士での救急・災害時に有用となる情報や生活習慣病関連の情報の交換等）、②患者自身による自らの医療情報の活用等のための基盤となることを想定している。
※ 健診結果に関しては、HL7-FHIRの標準化を待たずして既に自治体間やマイナポータルとの情報連携が開始されているため、まずは他の2文書に関して実装を進める



※退院時サマリー単独の取扱いに関しては引き続き検討



これまでの議論を踏まえた 医療機関等の中で電子カルテ情報を電子的に交換することによるメリット

全国医療情報プラットフォームで共有される情報の一部である電子カルテ情報の共有にあたっては、それぞれの関係者がメリットを実感できるような仕組みとする必要がある。

文書の発行・受領プロセスにおいて、紙の文書の内容を電子化することによるメリット

患者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 文書（診療情報提供書やその添付文書を含む。）の作成による待ち時間や、事前に紹介・受診先医療機関が文書情報を確認することによる待ち時間が短縮できる。 ■ 紙の文書の持参忘れを防止でき、紛失により自身の情報が漏洩するリスクを防止できる。 ■ 文書の受け取りのための来院が不要になる。
紹介元 医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> ■ 紹介先医療機関等以外への誤FAXの防止や、紙の文書の印刷・郵送の手間及びコストの削減が可能となる。 ■ 6情報を参考に診療情報提供書を作成し紹介先医療機関等に提供することが可能となる。
紹介先 医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者の来院前に紹介先医療機関等が文書情報を確認することが可能となる。 ■ 紹介元医療機関等をシステム上で特定できることで、提供者が不明確な状態での文書の受け取りを防止できる。

患者本人、及び全国の医療機関等に電子化した電子カルテ情報を共有することによるメリット

患者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者自らが6情報を確認することができ、自身の健康管理に役立てることができる。 ■ 受診の際にマイナポータル等で6情報を閲覧しながら問診に答えられることで、正確な情報の記載・回答が可能となるとともに、その場で思い出す手間が削減できる。
全国の 医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急・災害時を含めて、患者の6情報に関して迅速かつ正確に把握できる。 ■ 地域を越えた専門性の高い医療機関との連携にもつながり、より質の高い医療の提供に資することができる。 ■ 患者がマイナポータル等で電子カルテ情報を閲覧しながら問診票等を記録できること等により、患者から情報を聞き取る手間の削減、及び電子カルテ等への転記作業の省力化が可能となる。
保険者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 全国の医療機関等間で情報共有されることにより、一部の重複検査の防止等につながる。 ■ 救急等で6情報を把握することで、高額治療をする際の医療費の削減につながる可能性がある。

※ 今後全国医療情報プラットフォームの構築により、取り扱う情報及び当該情報を共有する機関が拡大する予定であり、より多くの関係者がメリットを享受できる見込み。

- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 大病院受診の適正化に係る評価について
- ⑤ 情報連携に係る評価について
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

オンライン診療にかかる評価の経緯

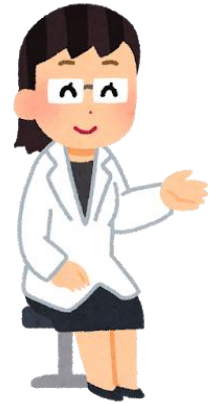
- オンライン診療の適切な実施に関する指針は、平成30年3月に策定された。
- その後、新型コロナの特例的な取扱いを実施するなか、令和4年1月の指針の一部改定、令和4年度診療報酬改定により、平時においても初診からのオンライン診療を可能とした。

	制度(医師法など)	診療報酬
平成30年3月 4月	「オンライン診療の適切な実施に関する指針」策定 ・再診でのオンライン診療は可能だが、原則初診は不可。	平成30年度 診療報酬改定 ・「オンライン診療料」を新設(対象は再診のみ) ・対象疾病は限定的で、緊急時対応の要件など厳しい条件あり。
令和2年4月	新型コロナの時限的・特例的取扱い (4月10日付け事務連絡) ・医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療・電話診療が認められた。	新型コロナの診療報酬の特例措置 (4月10日付け事務連絡)
令和3年6月	「規制改革実施計画」閣議決定 ・オンライン診療の特例措置の恒久化の方針	
令和4年1月	指針の一部改定 ・一定の要件を満たし、医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療が認められた。	
令和4年4月		令和4年度 診療報酬改定 ・指針の改定を踏まえオンライン診療の評価を新設 ▶初診:診療報酬の評価を新設 ▶再診:対象者の制限を緩和し、緊急時対応の要件等を撤廃。

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

	定義	本指針の適用
診断等の 医学的判断 を含む	オンライン診療 診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン受診勧奨 医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な 情報提供	遠隔健康医療相談 一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

- 医師-患者関係/患者合意
- 適用対象
- 診療計画
- 本人確認
- 薬剤処方・管理
- 診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

- 医師の所在
- 患者の所在
- 患者が看護師等といる場合のオンライン診療
- 患者が医師といる場合のオンライン診療
- 通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

- 医師教育/患者教育
- 質評価/フィードバック
- エビデンスの蓄積

指針改訂の概要

令和4年3月15日
第5回 デジタル田園都市国家構想実現会議
厚生労働省資料

規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定)において、初診からのオンライン診療について、原則としてかかりつけ医によるほか、それ以外に実施可能な場合について一定の要件を含む具体案を検討するとされたことを受け、「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』の見直しに関する検討会」(第16回-19回)において検討し、令和4年1月に指針を改訂した。

初診に必要な医学的情報

初診からのオンライン診療は、原則として日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師（「かかりつけの医師」）が行うこと。ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳、PHR等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも実施できる（後者の場合、事前に得た情報を診療録に記載する必要がある。）。

診療前相談について

診療前相談は、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合（医師が患者の医学的情報を十分に把握できる場合を除く。）に、医師-患者間で映像を用いたリアルタイムのやりとりを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を実施することが可能である（オンライン診療を実施する場合においては、診療前相談で得た情報を診療録に記載する必要がある。オンライン診療に至らなかった場合にも診療前相談の記録は保存しておくことが望ましい。）。

なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為である。

診療前相談により対面受診が必要と判断した場合であって、対面診療を行うのが他院である場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行うこと。

診療前相談を行うにあたっては、結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等について医療機関のホームページ等で示すほか、あらかじめ患者に十分周知することが必要である。

症状について

オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施する(対面診療が可能な医療機関を紹介する場合も含む。)こと。なお、緊急性が高い症状の場合は速やかに対面受診を促すことに留意する。

処方について

現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。

患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

対面診療の実施体制

「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、

- 「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合
- 患者に「かかりつけの医師」がいない場合
- 「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with Dの場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合

が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められる。

オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される（ただし、オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる。）。

オンライン診療の適切な実施に向けての対応

指針の見直し（案）

- 指針に以下の内容を追加することとする。
 - オンライン診療においては、対面診療と比べて、医療へのアクセスが容易になるという側面を考慮し、安全性・必要性・有効性の観点から、各学会の対面診療においても用いられる診療ガイドライン等を踏まえた適切な診療を実施しなければならない。
 - オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

国民への周知

- オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤の周知
- GLP-1受容体作動薬の不適切使用の周知 等

オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直し

指針の見直し方針（案）

○サイバー攻撃事案のリスクが高まっている現状も踏まえ、実効性が高く、より確実にセキュリティを担保できるよう、以下の方針で指針の見直しを行う。

1. 情報セキュリティ対策について、医療機関等の管理者が行うべき事項を明確にするとともに、オンライン診療に伴う情報セキュリティのリスクについては、医療機関側から患者に十分に説明した上で、医療機関側と患者双方が情報セキュリティに関するリスクについて合意した旨を診療録に記載する。
2. 医療機関が、医療情報を取得する目的で医療情報システムと、PHRを含む外部の健康情報システムを接続する場合には、医療情報安全管理関連ガイドラインを参照する旨を記載する。また、医療機関が医療情報システム側に影響を与えずに外部の健康情報システムを利用する場合については、指針でその取扱いについて記載する。
3. 医療機関は汎用サービスと医療情報システムを連結しない設定とすること。また、汎用サービスを利用する場合は、オンライン診療実施時に第三者が紛れ込むような三者通信が起こり得るリスクが特に高いため、医師は、意図せぬ三者通信が起こらないことをオンライン診療実施時に確認する旨と、意図せぬ三者通信の例（患者が医師の説明を一緒に聞いてもらうために第三者を呼び込む場合等）を記載する。
4. チャット機能やダウンロード機能については、リスクとベネフィットのバランスが重要であり、診療上必要で、かつ、リスクが低減されているものに限って使用可能である旨を記載する。例えば、医師が患者からのリンク等のないチャットを「参照」することについては、リスクが低減されているものと考えられるが、どのような範囲であれば「参照」とされるかについて、例示する。
5. オンライン診療システム事業者と医療機関との間で、責任分界点を踏まえた記載とする。

GLP-1受容体作動薬の不適切使用に関する注意喚起

○ GLP-1受容体作動薬の不適切使用に関し、日本糖尿病学会より以下のとおり注意喚起がなされている。

2023年4月12日

GLP-1受容体作動薬およびGIP/GLP-1受容体作動薬の適応外使用に関する 日本糖尿病学会の見解

一般社団法人 日本糖尿病学会

今般、一部のクリニック等において、2型糖尿病治療薬であるGLP-1受容体作動薬やGIP/GLP-1受容体作動薬を、適応外使用である美容・痩身・ダイエット等を目的として自由診療での処方进行宣传する医療広告が散見されます。また、肥満症を適応とする新規薬剤の臨床試験では、BMIならびに肥満に関連して有する健康障害についての参加基準が厳格に定められています。

医師とくに本学会員においては、不適切な薬物療法によって患者さんの健康を脅かす危険を常に念頭に置き、誤解を招きかねない不適切な広告表示を厳に戒め、国内承認状況を踏まえた薬剤の適正な処方を行ってください。また、特に本学会専門医による不適切な薬剤使用の推奨は、糖尿病専門医に対する国民の信頼を毀損するもので本学会として認められるものでないことを警告します。

以上

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

➤ 令和4年1月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1. 今回改定においては、オンライン診療について、令和2年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和2年4月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - 1号側からは、算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではないとの意見があった。また、点数水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要との意見があった。
 - 2号側からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべきという意見があった。
3. 算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、患者が適切にオンライン診療を受けられることができる環境を整備することが重要となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。
4. 以上を踏まえると、オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべきである。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせを行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関において、対面診療を提供できる体制を有すること、また、「指針」において、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべきである。
5. 点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が214点に設定され、対面診療の場合の初診料288点と比較して、約74%の水準となっている。
6. オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当であると考えられる。一方、オンライン診療のみで診療を終え得ることや、国民にオンラインでも適切に診療を届けていくことの重要性も勘案すると、オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当である。
7. また、医学管理料については、対面診療の場合の点数が87点から1,681点までであるところ、オンライン診療の場合では一律100点に設定されている。また、「時限的・特例的な対応」においては一律147点となっている。オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当である。
8. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

(新)	初診料（情報通信機器を用いた場合）	251点
(新)	再診料（情報通信機器を用いた場合）	73点
(新)	外来診療料（情報通信機器を用いた場合）	73点

[算定要件]（初診の場合）

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
 - (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
 - (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
 - (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
 - (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせる行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
 - (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - (7) (8) 略
- [施設基準]
- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

- ▶ 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

- ・ ウイルス疾患指導料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料
- ・ がん患者指導管理料
- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 移植後患者指導管理料
- ・ 腎代替療法指導管理料
- ・ 乳幼児育児栄養指導料
- ・ 療養・就労両立支援指導料
- ・ がん治療連携計画策定料2
- ・ 外来がん患者在宅連携指導料
- ・ 肝炎インターフェロン治療計画料
- ・ 薬剤総合評価調整管理料

(※) 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

- ① 入院中の患者に対して実施されるもの
- ② 救急医療として実施されるもの
- ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
- ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
- ⑤ 精神医療に関するもの

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

➤ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点
B001 5 小児科療養指導料	270点	235点
B001 6 てんかん指導料	250点	218点
B001 7 難病外来指導管理料	270点	235点
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	305点
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	1,070点
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	566点
ロ 月28回以上の場合	750点	653点

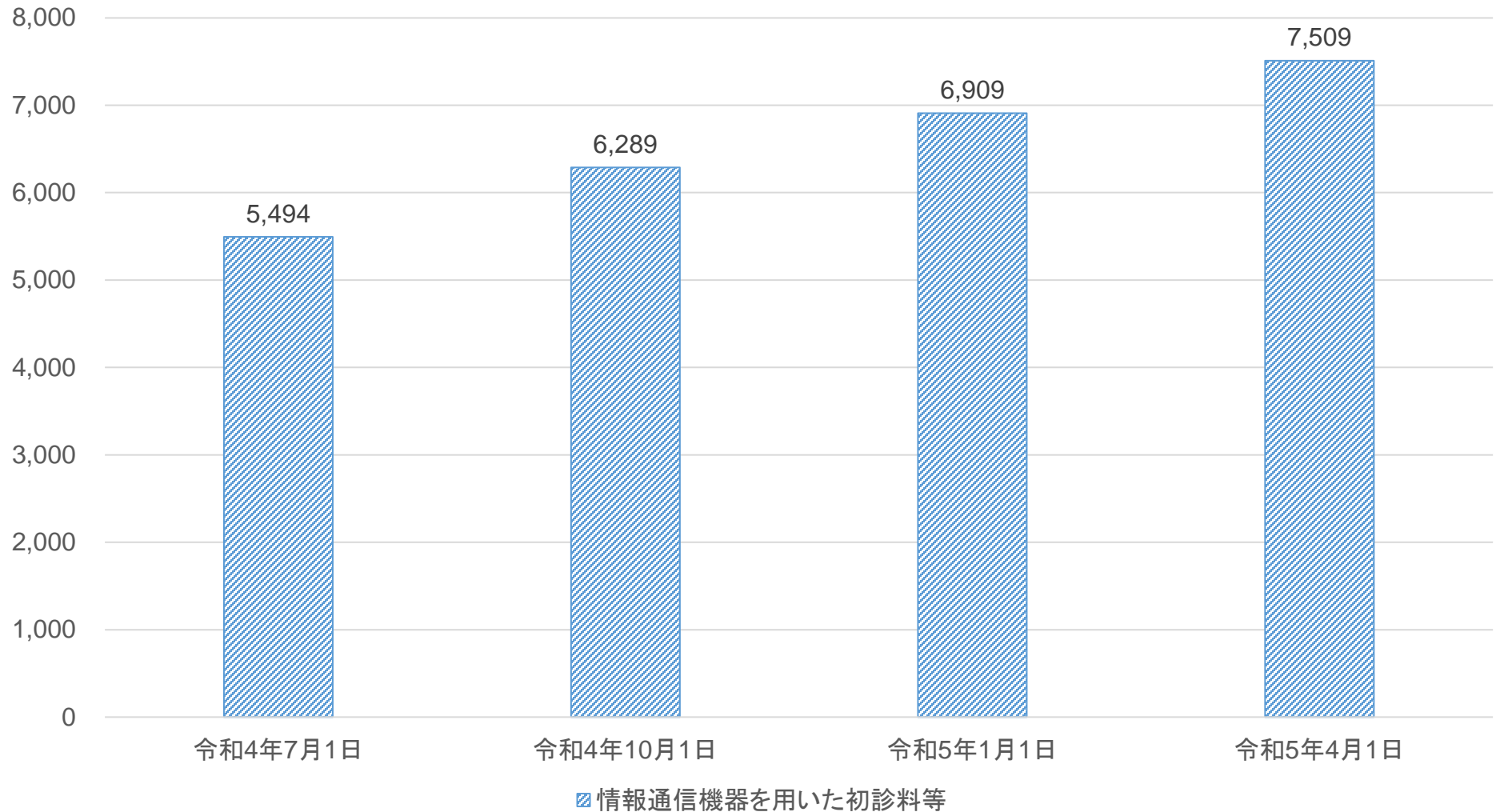
➤ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料 1	240点	209点
ウイルス疾患指導料 2	330点	287点
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点	218点
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点	87点
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
B001 23 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	435点
ロ 略	200点	174点
ハ 略	200点	174点
ニ 略	300点	261点
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	252点
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	261点
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	261点
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	435点
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	696点
2 2回目以降	400点	348点
B005-6 がん治療連携計画策定料 2	300点	261点
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	609点
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

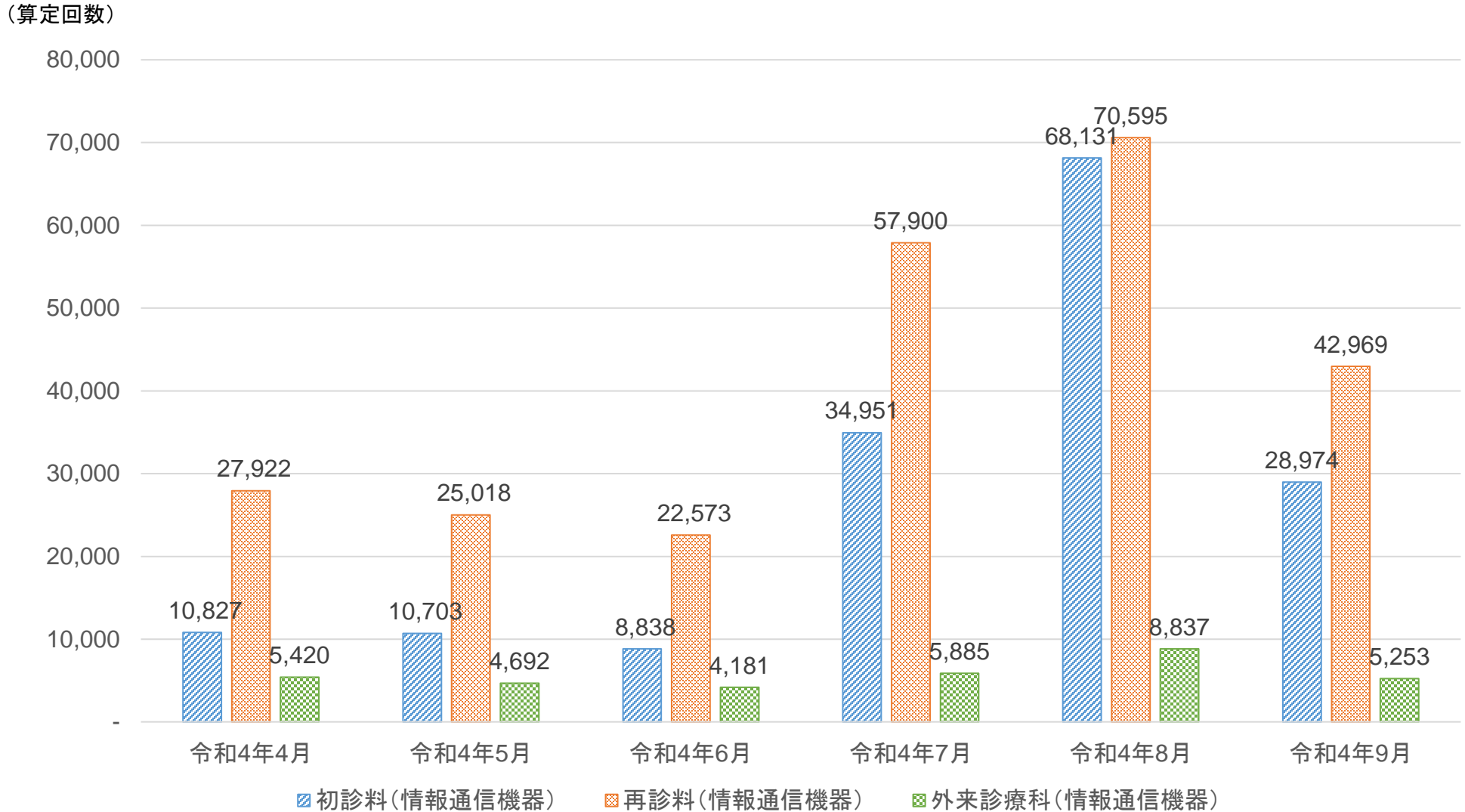
○ 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年4月1日時点において約7,500医療機関となっている。

(届出医療機関数)



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は令和4年8月まで増加し、令和4年9月には減少した。

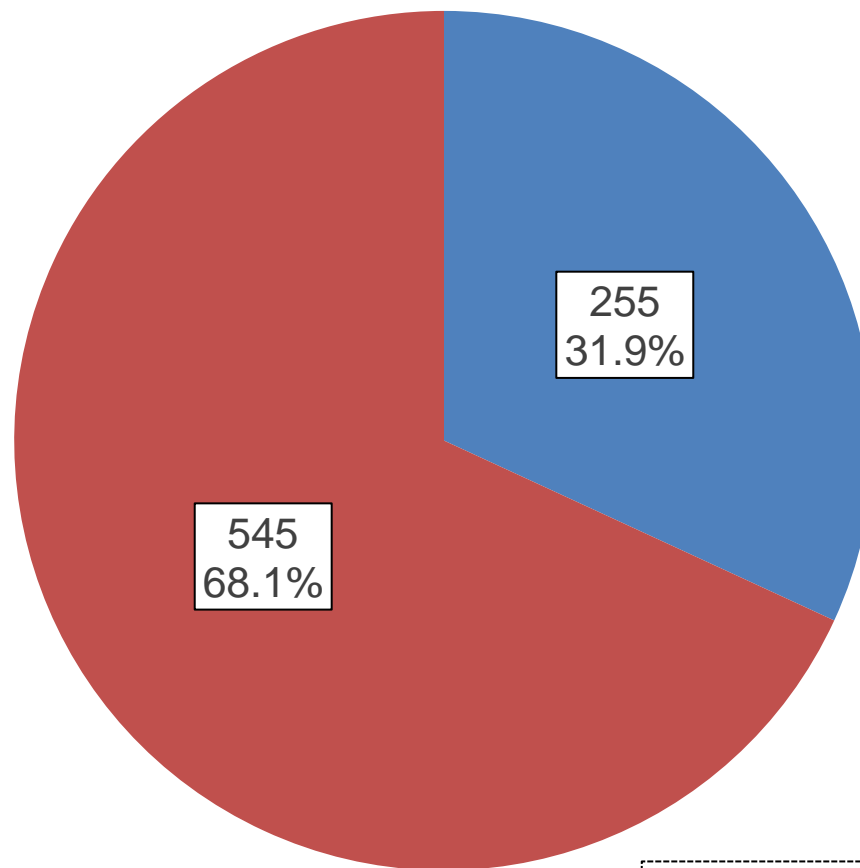


情報通信機器を用いた初診料等の施設基準の届出状況

○ 情報通信機器を用いた初診料等の施設基準を届け出ているのは、回答施設の31.9%であった。

n=800

■ 届け出ている ■ 届け出していない

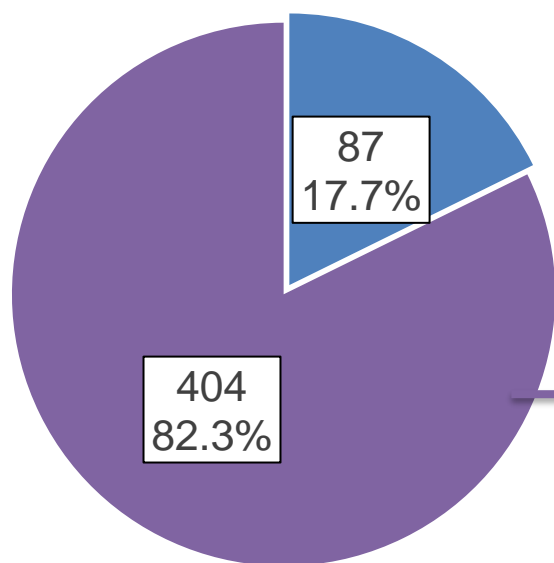


調査対象：情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関

情報通信機器を用いた診療の届出の意向

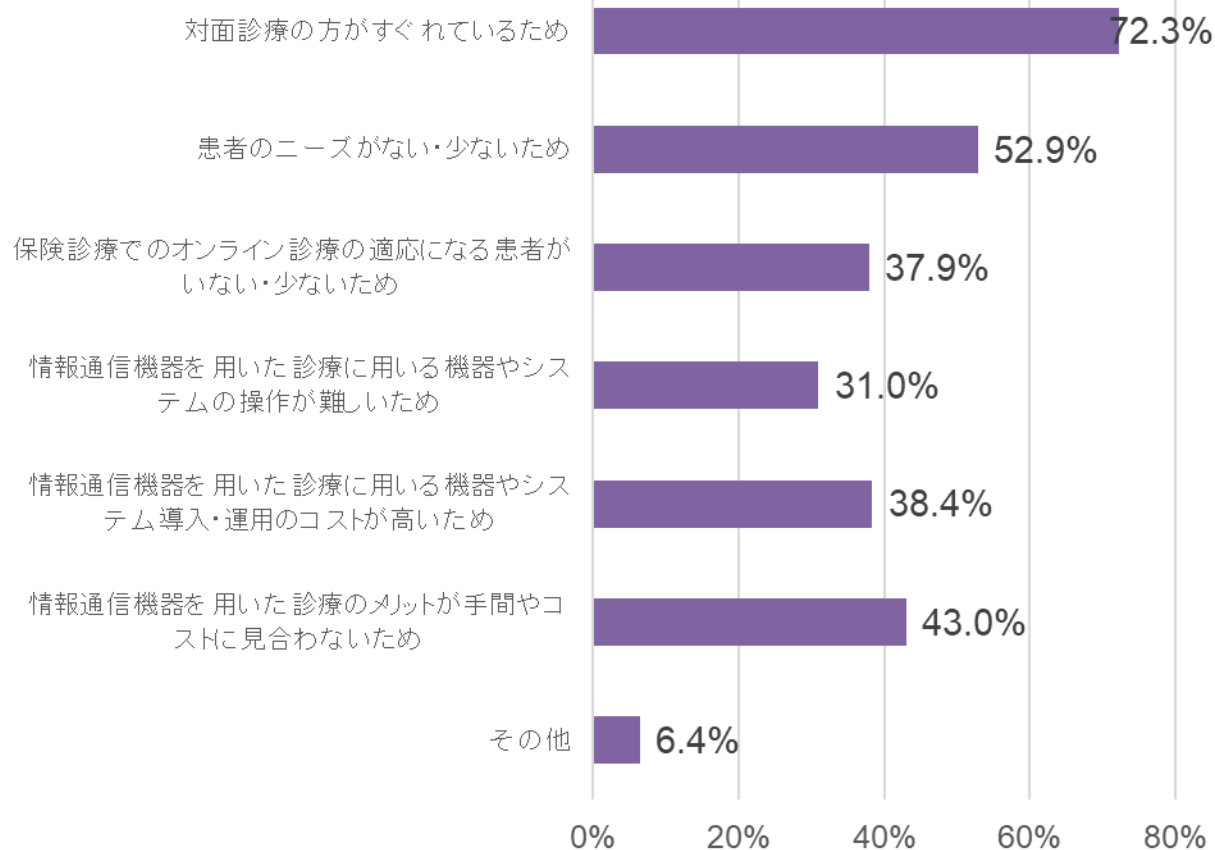
- 情報通信機器を用いた診療の施設基準の届出を行っていない医療機関に対して、今後、オンライン診療料の届出を行う意向について、届出の意向なしと回答した医療機関の割合が82.3%であった。
- これらの医療機関に対して、情報通信機器を用いた診療の届出を行う意向がない理由としては、「対面診療の方がすぐれているため」との回答が284施設(72.3%)、「患者のニーズがない・少ないため」が208施設(52.9%)、「オンライン診療のメリットが手間やコストに見合わないため」が169施設(43.0%)であった。

情報通信機器を用いた診療にかかる届出の意向(n=491)



- 届出の意向あり
- 届出の意向なし

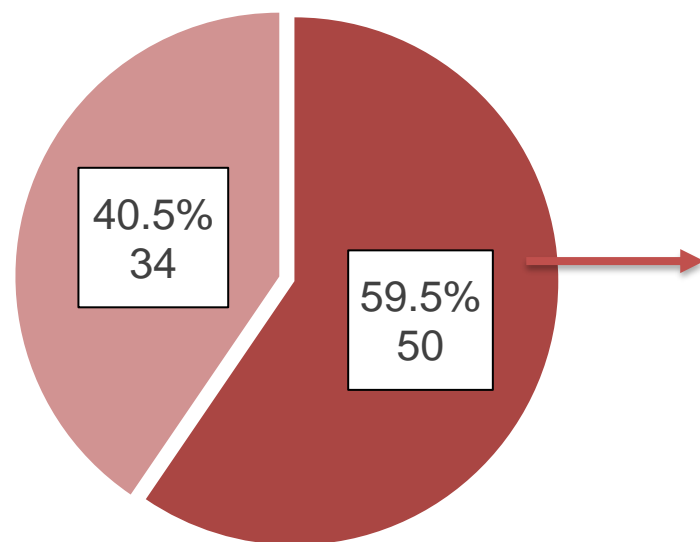
届出の意向がない理由(n=393)



情報通信機器を用いた診療の届出を行わない理由

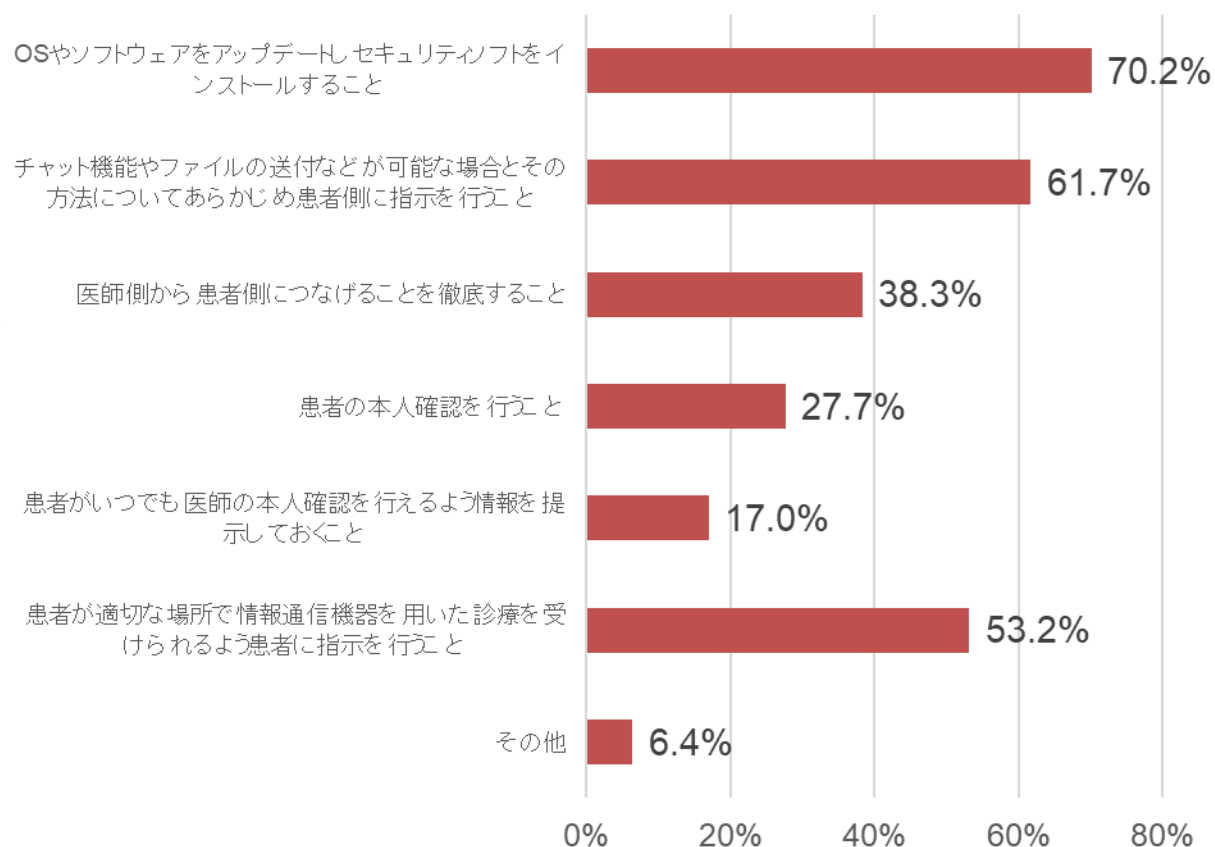
- 情報通信機器を用いた診療の届出の意向があるが、回答時点において届出を行わない理由として、「施設基準を満たすことが困難であるため」と回答した施設が約60%であった。
- 施設基準を満たすことが困難な理由として、ソフトウェアの問題が70.2%、患者へのチャット機能・ファイル送付方法に関する指示の問題が61.7%、患者への受診場所の指示の問題が53.2%であった。

現時点で届出を行わない理由
(n=84)



- 施設基準(ガイドラインに沿った診療を行う体制の確保)を満たすことが困難であるため
- その他

施設基準を満たすことが困難である理由 (n=47)

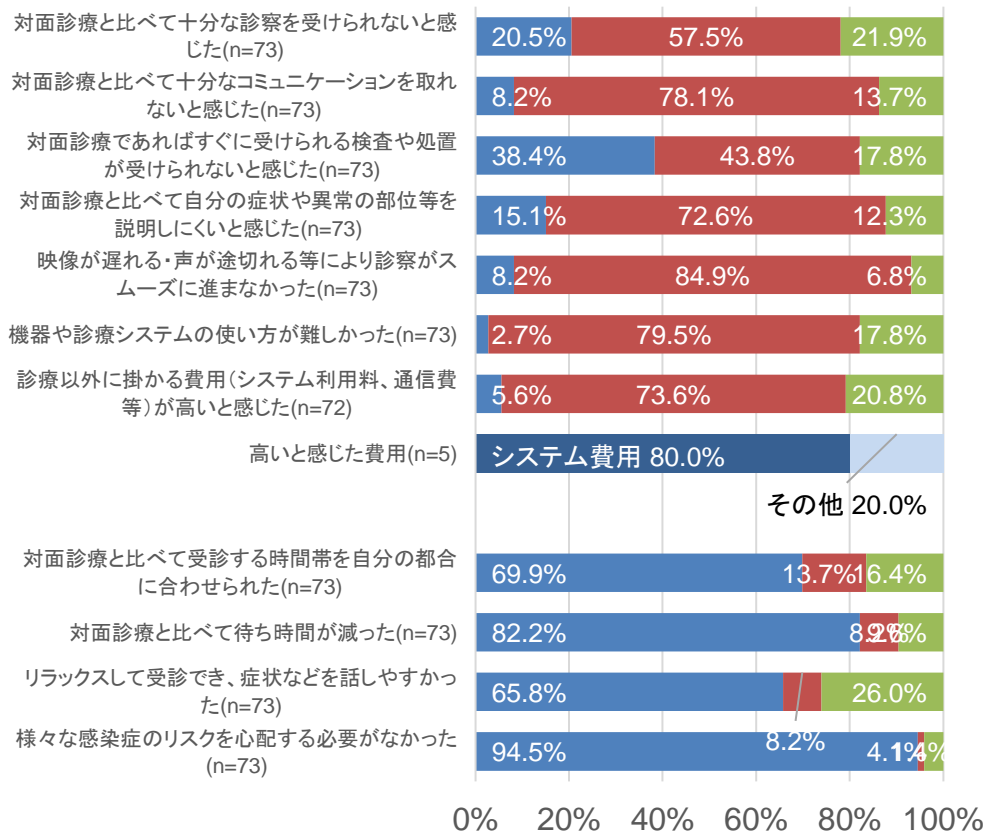


オンライン診療を受けた患者の状況等(患者調査)

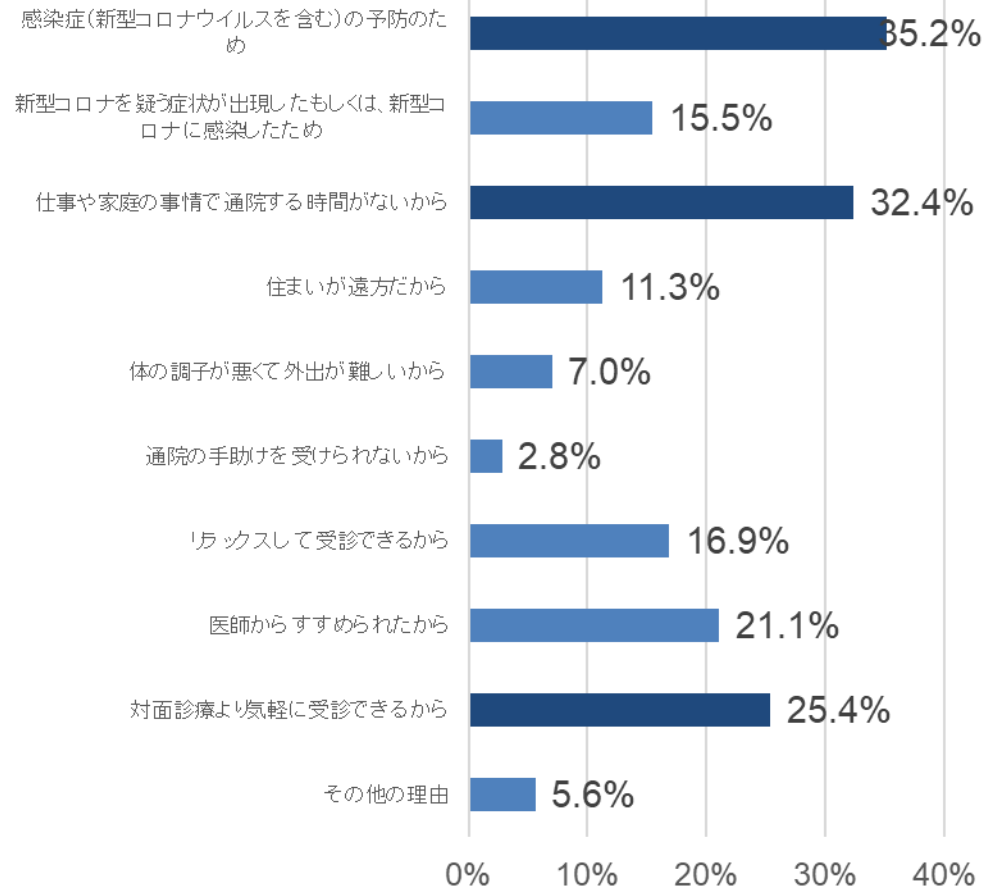
- オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者を対象とした、オンライン診療を受診した感想については、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が38.4%、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が20.5%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」が5.6%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は94.5%であった。
- オンライン診療を受けた理由について、「感染症の予防のため」「通院する時間がないから」が多かった。

オンライン診療を受診した感想

■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない



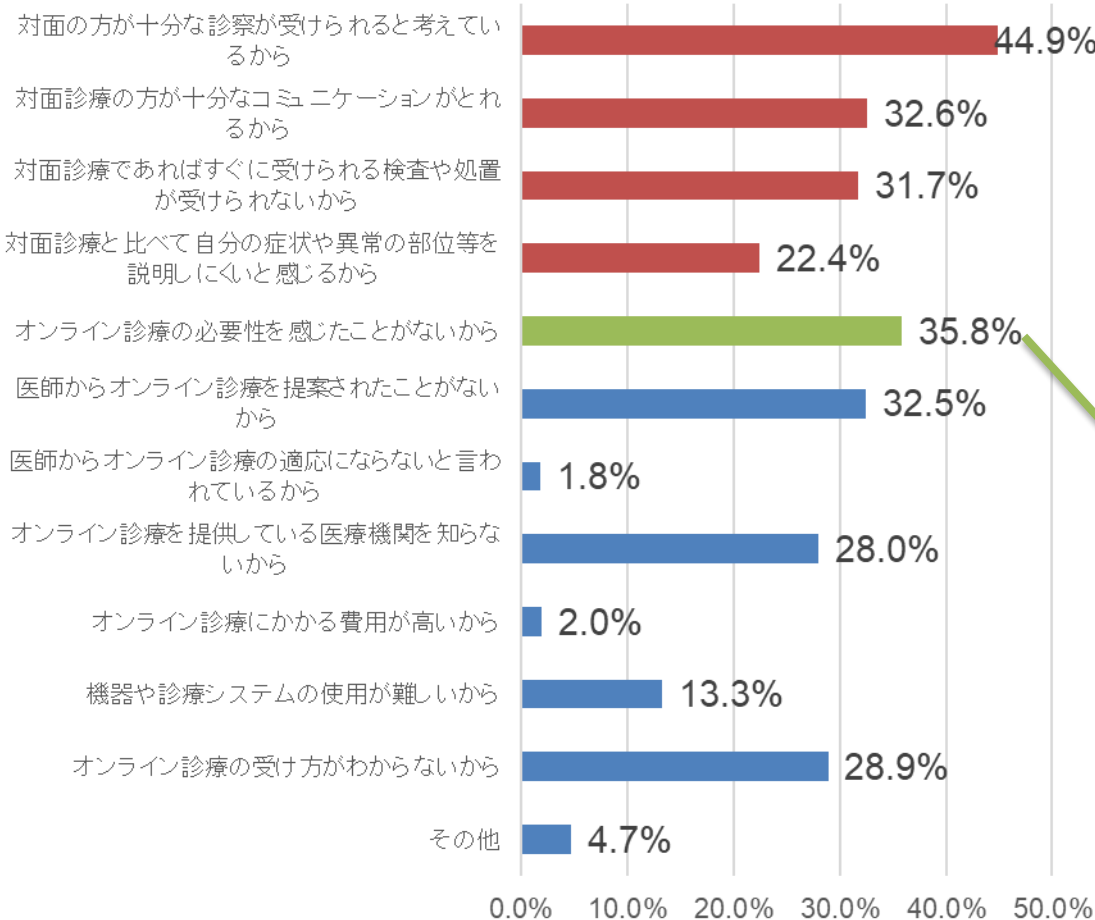
オンライン診療を受けた理由(n=71)



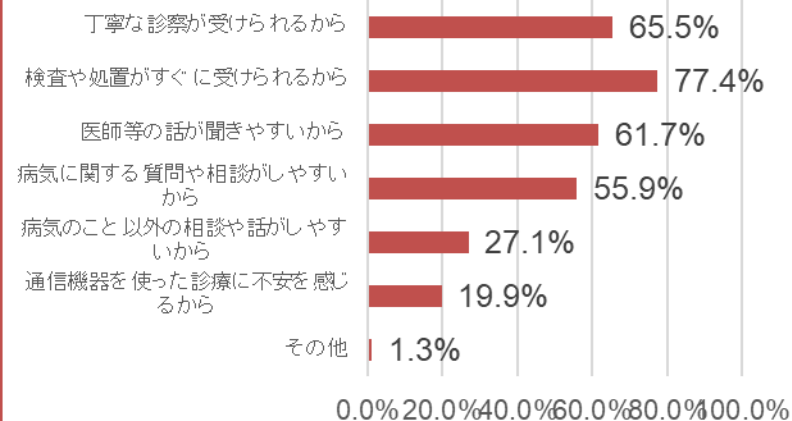
オンライン診療を受けたことがない患者の状況等(患者調査)

- オンライン診療を受診したことがない患者を対象とした、オンライン診療を受けたことがない理由については、「対面の方が十分な診察が受けられると考えているから」が44.9%と最多であった。
- オンライン診療より対面診療を希望する理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が77.4%で最も多かった。

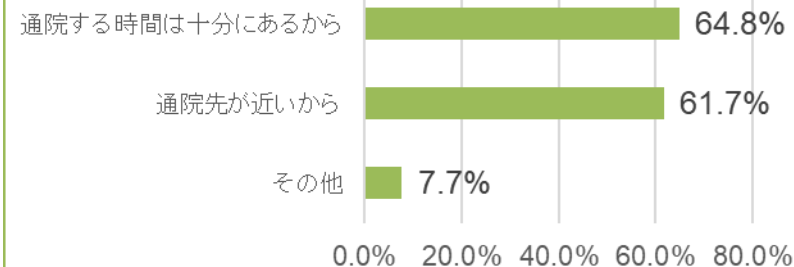
オンライン診療を受けたことがない理由 (n=1,229)



オンライン診療より対面診療の方を希望する理由 (n=669)



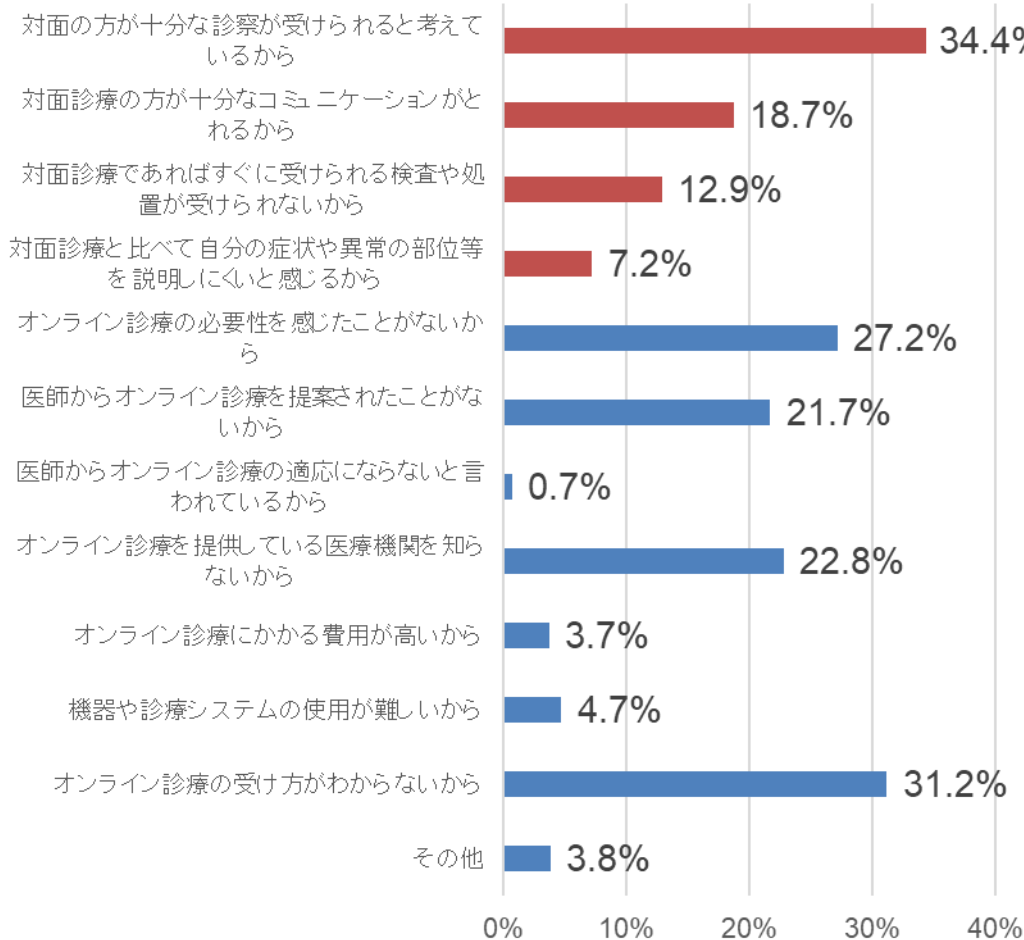
「オンライン診療の必要性を感じたことがない」理由 (n=415)



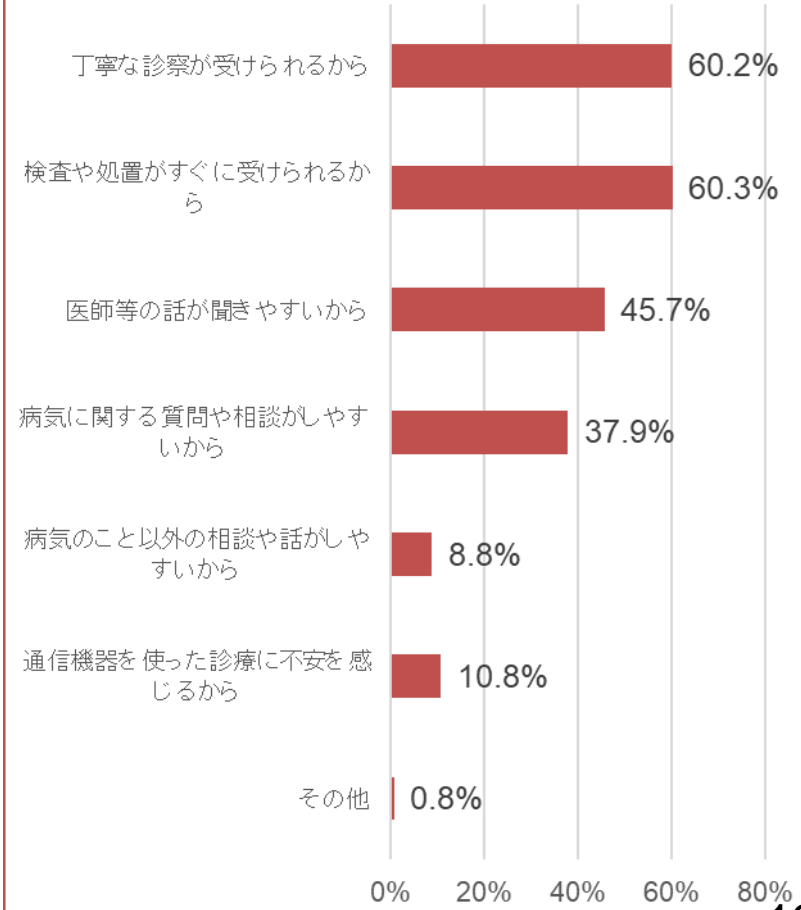
オンライン診療を受けたことがない患者の状況等(インターネット調査)

- オンライン診療を受診したことがない患者を対象とした、オンライン診療を受けたことがない理由については、「対面の方が十分な診察が受けられると考えているから」が34.4%と最多であった。
- オンライン診療より対面診療を希望する理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が60.3%で最も多かった。

オンライン診療を受けたことがない理由 (n=1,934)



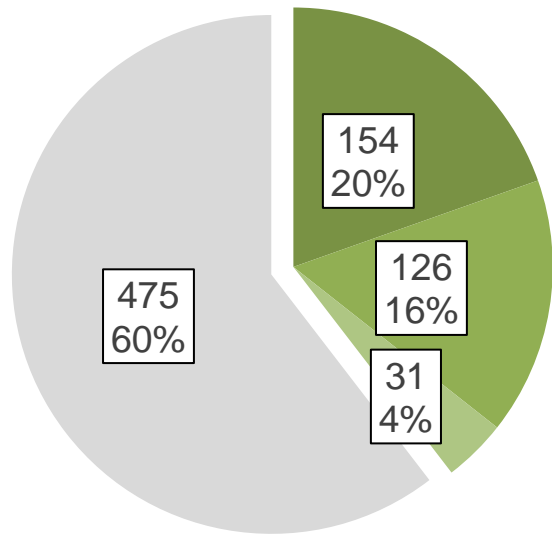
オンライン診療より対面診療を希望する理由 (n=831)



オンライン診療に使用しているシステム等について(医療機関調査)

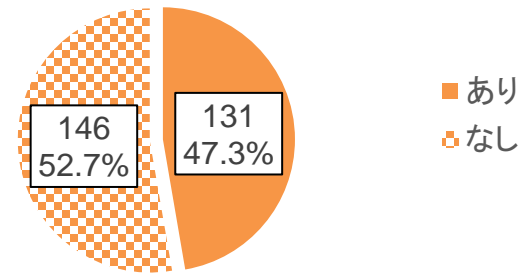
- オンライン診療で、オンライン診療に特化したシステムを用いている医療機関は154施設(20.3%)、オンライン診療や医療系コミュニケーションに特化しないシステムを用いている医療機関は126施設(16.6%)であった。
- システムの利用に係る患者からの費用徴収をしている医療機関は36.6%であり、徴収額の中央値は500円であった。

利用しているシステムの概要 (n=758)

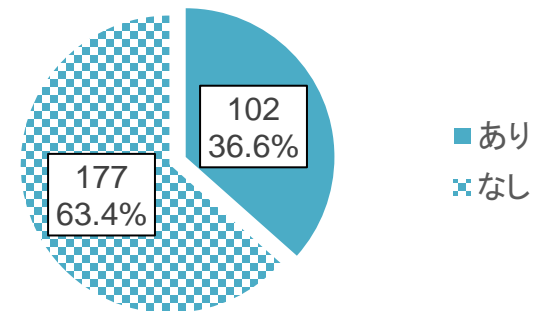


- オンライン診療に特化したシステム
- オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム (SNSアプリ等を用いたビデオ通話)
- その他
- 非該当 (情報通信機器を用いた診療を行っていない場合)

システム利用に係るシステム提供者への費用の支払い (n=277)



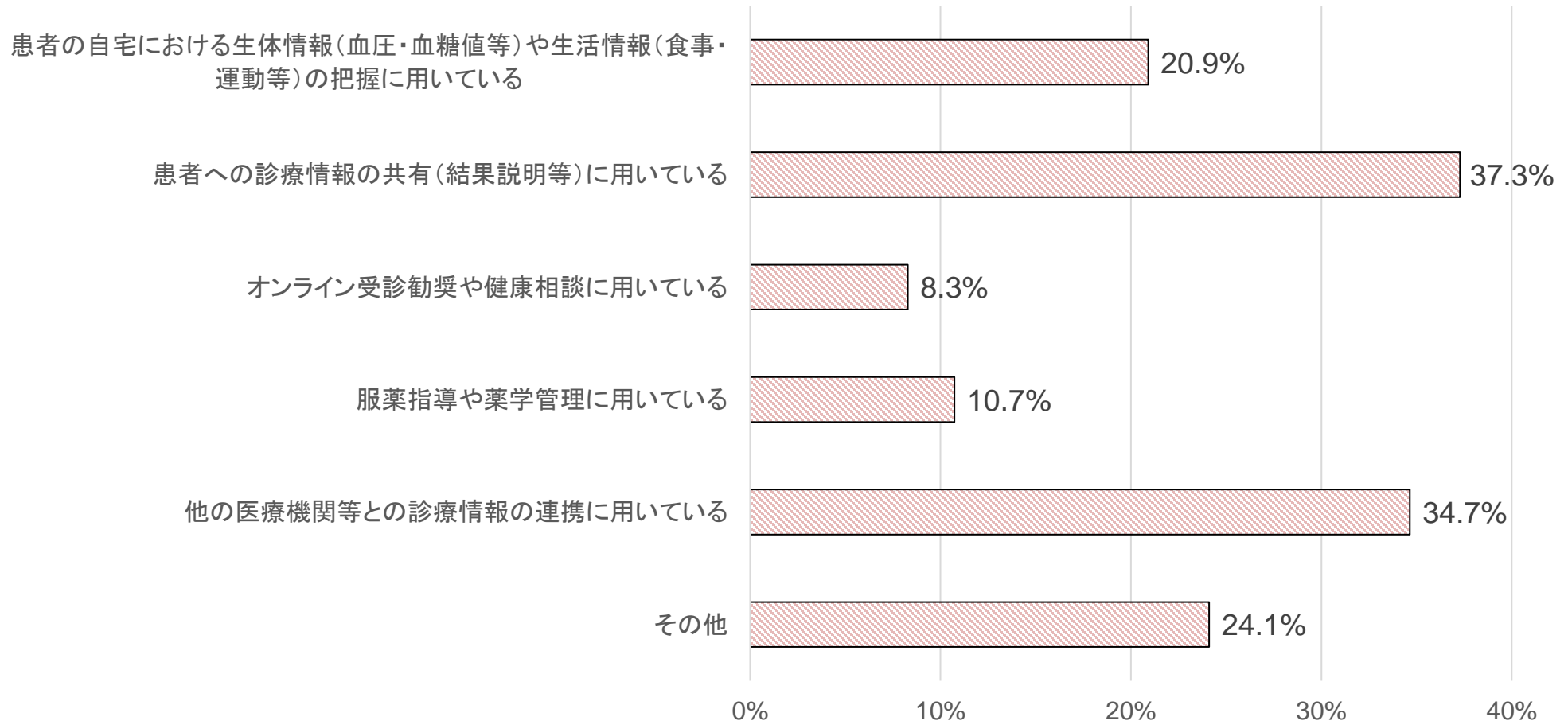
システム利用に係る患者からの費用徴収の有無 (n=279)



回答数	平均	四分位数		
		25%Tile	中央値	75%Tile
24 件	773.3 円/月	275.0 円/月	500.0 円/月	910.0 円/月

○ 情報通信機器・電話を用いた診療以外で、自施設の患者に対するICTの活用方法について、「患者への診療情報の共有」は37.3%、「他の医療機関との診療情報の連携に用いている」は34.7%であった。20.9%の施設が「患者の自宅における生体情報・生活情報把握」にICTを活用していた。

n=531

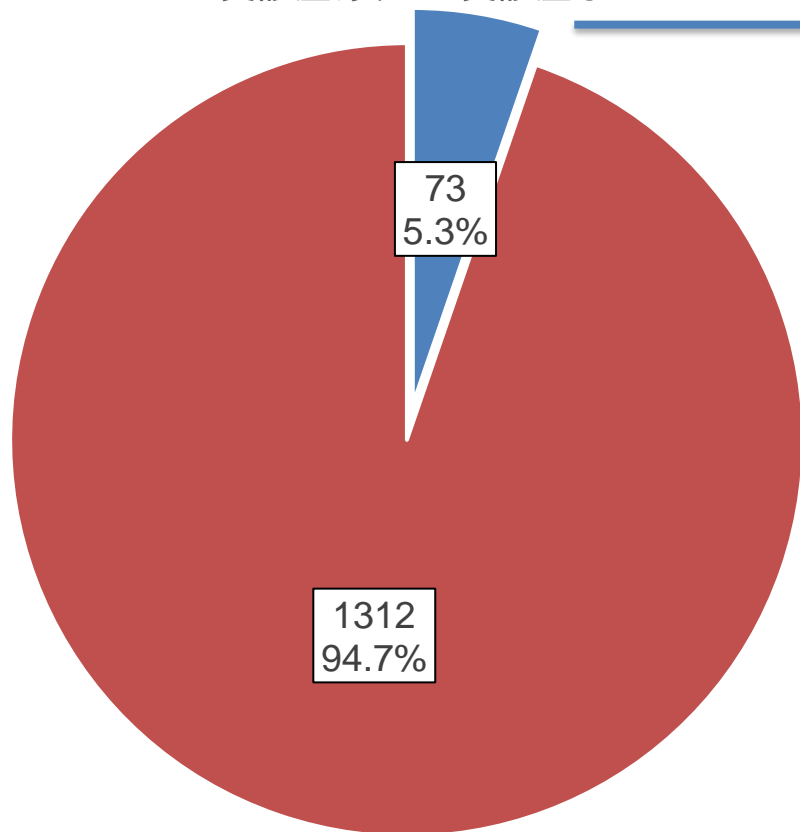


オンライン診療の受診歴及び受診医療機関の所在地（患者調査）

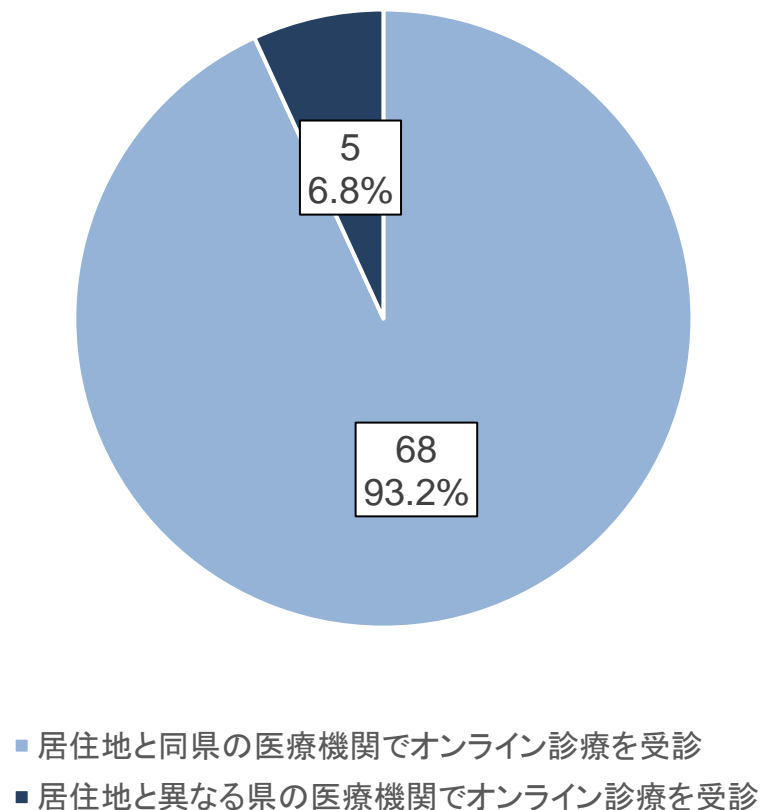
○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。

オンライン診療受診歴 (n=1,385)

■ 受診歴あり ■ 受診歴なし



受診医療機関の所在地 (n=73)



※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地(都道府県単位)が異なる場合を抽出

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。

(新) 遠隔連携診療料 500点

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている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ものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

[対象患者]

- ・ 指定難病の疑いがある患者
- ・ てんかん(外傷性のてんかんを含む)の疑いがある患者

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院
- ・ てんかん診療拠点機関

[算定要件]

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意

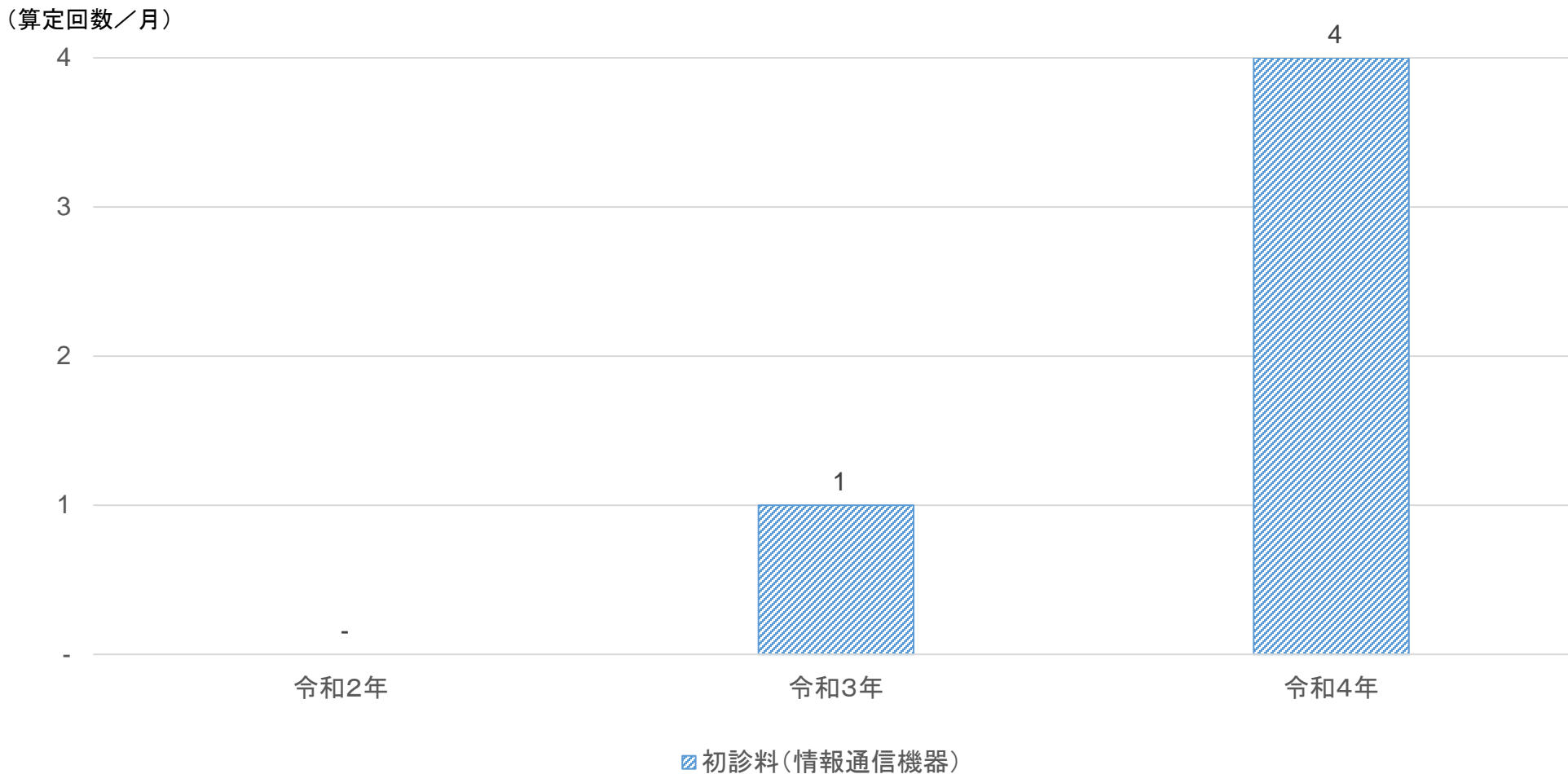


主治医のもとで遠隔地の医師がオンライン診療を行う(初診も可)



遠隔連携診療料の算定回数

○ 遠隔連携診療料の1月あたりの算定回数は以下のとおり。



外来医療についての課題と論点

(かかりつけ医機能・医療機関連携)

- ・ 主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、平成26年度診療報酬改定において地域包括診療料・加算を、平成28年度改定において認知症地域包括診療料・加算を新設し、評価を行っている。
- ・ また、小児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について、小児かかりつけ診療料を平成28年度改定において新設し、評価を行っている。
- ・ さらに、平成30年度改定においては、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、機能強化加算を新設した。
- ・ 令和4年度診療報酬改定においては、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加した。機能強化加算について、かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件をそれぞれ追加した。さらに、診療情報提供料(Ⅲ)から連携強化診療情報提供料に名称を変更し、対象患者に、紹介重点医療機関からの患者等を追加した。
- ・ 医療DXとして、全国医療情報プラットフォームの構築や電子カルテ情報の標準化において、情報の共有にあたっての標準規格化された3文書(診療情報提供書および退院サマリー、健診結果報告書)、およびそれに含まれる6情報を普及促進し、医療の質向上のために活用されていくこととされている。
- ・ 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会において、外来医療に関し、主治医と介護支援専門員等との連携、認知症患者への対応、人生の最終段階における医療・介護についての意思決定支援をより早期からの行うこと等についてご意見を頂いたところ。
- ・ 令和5年の医療法改正では、かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映することとされている。

(生活習慣病対策)

- ・ 生活習慣病患者の生活習慣に関する総合的な治療管理のため、平成14年度改定において、生活習慣病管理料が新設された。平成30年度、令和2年度診療報酬改定においては、生活習慣病の算定要件について、生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、関係学会のガイドラインを踏まえ、算定要件を見直した。令和4年度診療報酬改定においては、投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し評価を見直すとともに、総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化した。

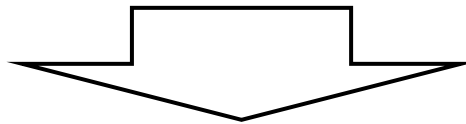
外来医療についての課題と論点

(外来機能の分化の推進)

- ・ 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、紹介率や逆紹介率が低い場合の初診料等の減算や、紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入を、診療報酬改定において実施してきている。
- ・ 令和4年度診療報酬改定においては、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲に紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上に限る)を追加し、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直した。

(オンライン診療)

- ・ オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和2年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いを実施し、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行ったところ。
- ・ 令和4年1月の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、令和4年度診療報酬改定においては、情報通信機器を用いた場合の初診料の新設を行い、算定できる医学管理料を拡充するとともに、算定要件の緩和等の見直しをおこなった。



【論点】

- 中長期的に地域の医療提供体制が人口減少や高齢化等に直面する中、令和5年の医療法改正を踏まえたかかりつけ医療機能の強化等や外来機能の明確化・連携を推進し、患者にとって安心・安全で質の高い外来医療の提供を実現するための、診療報酬の在り方について、今後の医療DXの推進も踏まえ、どのように考えるか。
- 生活習慣病対策、外来機能の分化を推進していく観点から、効果的・効率的な医療を提供するための、診療報酬の在り方についてどのように考えるか。
- 前回改定を踏まえ、今後のオンライン診療の適切な評価についてどのように考えるか。