

外来(その3)

1. 外来医療の現状等について

① 全般

② 外来機能の分化の推進について

③ 医療DXについて

2. かかりつけ医機能に係る評価について

外来医療に係る中医協総会における主なご意見①

<令和5年6月21日 中医協総会 外来について（その1）>

（かかりつけ医機能）

- 安心・安全で質の高い医療提供は医療DXの最大の目的であり期待される効果と考える。医療DXは始まったところであり普及には一定程度の時間がかかる。かかりつけ医機能の在り方の1つとして、複数の医療機関との緊密な連携が示されている。将来的には全国医療情報プラットフォームが構築されることで実現するが、実現までの間は現在利用可能な地域医療情報連携ネットワークや紙の文書も含めた、現状の医療提供体制を生かしながら評価の在り方を検討していくべき。
- 医療法改正に伴うかかりつけ医機能の整備強化の議論については、患者の一人一人が医療の質が向上したと確信を持てることが重要。普段の健康状態や服薬情報を把握した上での適切な初期診療、普段の健康相談、夜間休日対応、専門医療機関・介護サービス・障害福祉サービス等との連携が可能であると安心した診療を受けることができる。どの診療機関でも同じ対応ができること、どこにかかればこのような対応が可能なのか、判断できる実績を含めた情報を患者が把握できるような状況にすべき。
- 令和6年度改定においては、医療法改正に基づき、体系的な見直しを行うべき。
- 医療と介護（医師と介護支援専門員）との連携を、かかりつけ医機能に関する評価の要件とすることも考えられる。
- 医療法改正により、患者が希望する場合、かかりつけ医機能として提供する医療内容の書面交付が令和7年4月から施行となる。生活習慣病管理料の療養計画書と内容・役割が重なってくることも考えらる。医療DXを推進するなかで、より効率的な情報共有の方法について整理することが必要。特定疾患療養管理料についても計画書の作成について議論すべきではないか。
- 連携はかかりつけ医機能の重要な要素であるため、輪番を含めて、時間外の対応を進めるべき。
- 薬剤師薬局が、かかりつけ医との連携を推進することが重要。

（生活習慣病対策）

- 医科歯科連携による治療効果の改善がエビデンスとしても示されて、こうした連携を深めていくべき。
- 生活習慣病の管理をどういった形で評価していくのか、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料の対象となっている患者像を分析し、議論を深めていく必要がある。「計画的な管理」を評価している地域包括診療加算と特定疾患管理料が併算定できることも踏まえ、単純に加算を新設するといった発想ではなく、既存のかかりつけ医機能の評価について体系的に整理すべき。

（外来機能の分化の推進）

- 外来医療の需要が2040年に向けて減っていくが、最初から基幹病院に受診する患者がまだ多い。紹介受診重点医療機関を広げていくことが重要で、診療所についても特徴を出し、連携体制を構築していくことが重要。
- 拠点病院の外来診療のボリューム、また働き方改革の観点では夜間・休日の外来のボリュームを把握すべき。

外来医療に係る中医協総会における主なご意見②

<令和5年9月27日 中医協基本問題小委員会・総会>

- 特定疾患療養管理料等を算定している医療機関が地域で果たしているかかりつけ医機能について、時間外対応加算の届出状況だけではなく、より多面的な観点からの検討が必要である。
- 特定疾患療養管理料の対象疾患には、かかりつけ医機能が求められる疾患、例えば慢性腎炎、慢性腎臓病、腎不全、心臓病、認知症、更年期障害、白内障などが対象疾患に含まれておらず、対象疾患についてはかかりつけ医機能の発揮が求められる疾患という観点からも分析すべき。
- コロナ禍の影響で、生活習慣病患者に対する長期処方が増えた一方で、治療中断も見られるようになっている。医学管理の質の観点から診療報酬を検討するにあたり、どの程度長期処方が増えているのか、その結果として医療機関にどのような影響が出ているかについても分析・検討が必要ではないか。
- コロナ禍で定期的な受診ができなかった状況で、糖尿病の悪化がみられたというデータもあるため、定期的にしつかりした診療を受けられるようにすることが重要ではないか。
- 特定疾患療養管理料における医療法改正による書面交付への対応、生活習慣病管理料における療養計画書の見直しについては、医療の質・患者の負担・効率性の視点で更なる検討が必要である。
- 高血圧、糖尿病、脂質異常のいずれも再診患者のかなり多くに外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定が極めて少ない実態を考えると、かかりつけ医機能をどの診療報酬項目で評価すべきなのかを体系的に整理すべき時期に来ているのではないか。

<令和5年10月20日 中医協総会 個別事項（その3） 医療・介護・障害福祉サービスの連携>

- 医療と介護の連携については質的な視点が重要である。現在多くの主治医がサービス担当者会議や地域ケア会議にほぼ無償で参加しているが、これらは適切に評価されるべきである。会議を通じた連携は連携方法の中の1つであり、連携については現場にとって1番無理なく実効的な方法を検討すべきである。
- 医療と介護の連携を推進するために、サービス担当者会議への参加、あるいは介護支援専門員との相談時間の確保といった取組を地域包括診療料・加算の要件として明確化してはどうか。
- 主治医から介護支援専門員及び介護支援専門員から主治医への情報提供の実態は低調である。介護支援専門員から主治医への情報提供の書式の簡略化の見直しも検討されているが、このような書式が活用される仕組みの導入が求められる。
- サービス担当者会議を通じた連携も重要であるが、患者は日々症状が変わることもあり、その都度、介護支援専門員と直接会って会話をすることが重要である。かかりつけ機能として、主治医が、介護支援専門員、そして患者の3者で会話をし、連携を図っていくことが重要である。
- 主治医と介護支援専門員の連携について、主治医も介護保険のことをよく知る必要があり、介護支援専門員も医療のことを研修などを通じて把握していく必要がある。主治医が介護保険制度に対する知識を深める取組が必要である。
- 地域包括ケアを考える上で、多職種連携は欠かせないが、主治医と介護支援専門員の連携については、連携が難しい場合も少なくない。ICT等を活用した連携をさらに促進すべき。

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ける必要がある。
- 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と。

(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。

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）>

（かかりつけ医機能等）

- ・ 特定疾患療養管理料は、算定回数が多いが対象疾患が分かりにくく、見直しが必要との指摘があった。
- ・ 特定疾患療養管理料について、医療法改正に基づく書面交付を意識した対応を考える必要があるとの指摘があった。
- ・ 高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれも、再診患者の多くで外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定は極めて少なく、医学管理の質の観点で、どのような診療報酬が相応しいのか考えることが必要との指摘があった。またその際、併算定を検討する必要があるとの指摘もあった。
- ・ 施設が有するかかりつけ医機能について、患者票では求める機能として「どんな病気でもまずは診療してくれる」の割合が8割であるが、医療機関がこの機能の割合を有する割合は5割となっており、この乖離を今後どのように解消していくかが重要である、との指摘があった。
- ・ 医療機関における介護との連携の取組について、サービス担当者会議や地域ケア会議の参加は機能強化加算の届出がある施設でも5割に留まっており、これらの取組の推進が必要ではないか、との指摘があった。
- ・ 書面を使った説明について、患者票では「病状と治療について」の説明を7割が希望している一方で、医療機関がこれらについて説明している割合は5割程度となっており、乖離があるのは課題であり、本年に制定された医療法改正において患者への説明が努力義務化されたことを踏まえ診療報酬上でも検討していくべき、との指摘があった。

（生活習慣病対策）

- ・ 生活習慣病の管理について看護師による療養指導、多職種連携を評価する仕組みを検討すべきとの指摘があった。
- ・ 生活習慣病管理料の療養計画書について見直しが必要との指摘があった。
- ・ データ提出について、最終的に過不足がなく、現場の負担にも配慮した情報管理としてほしい、との指摘があった。

（外来機能の分化の推進）

- ・ 外来機能の分化・連携をさらに進める必要があるとの指摘があった。

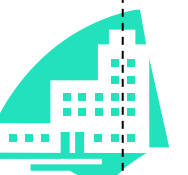
初診料の変化の変遷

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

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。

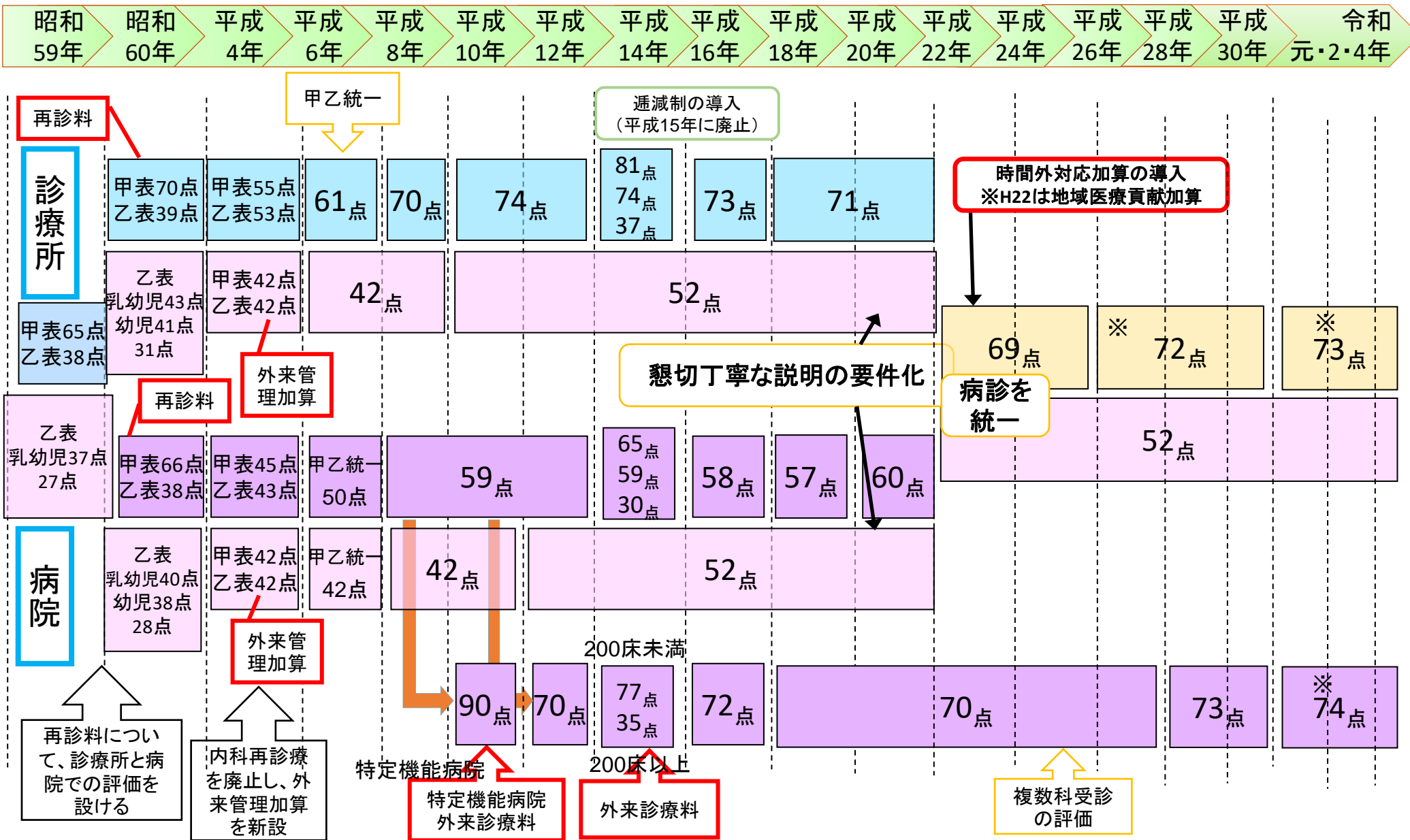
基準を病床数400床以上に変更。
(R2年) 基準を病床数200床以上に変更。

(R4年) 紹介受診重点医療機関を追加。

※平成26年、令和元年は消費税率の引上げに伴う改定

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



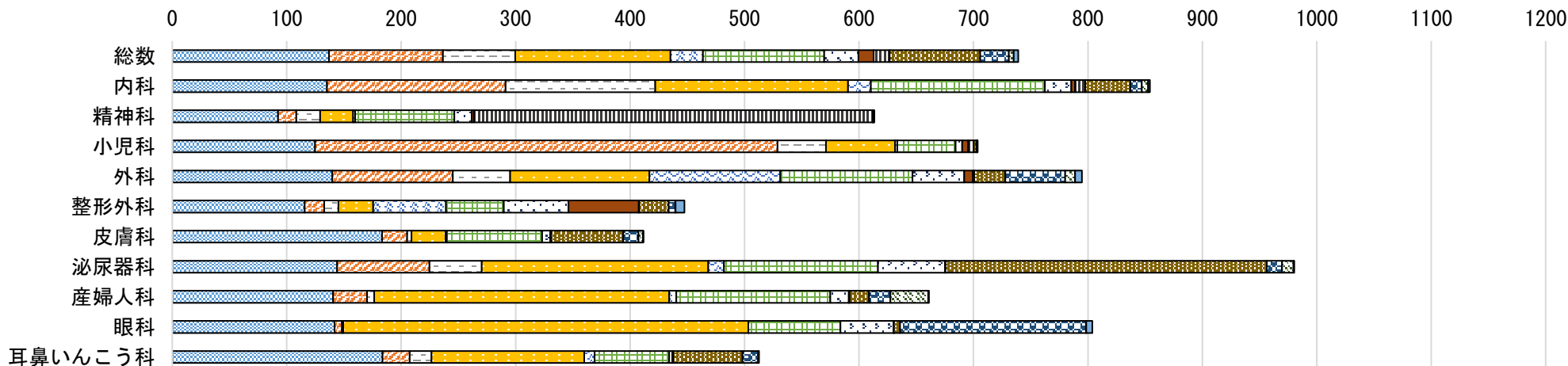
※平成26年、令和元年は消費税率の引上げに伴う改定

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。

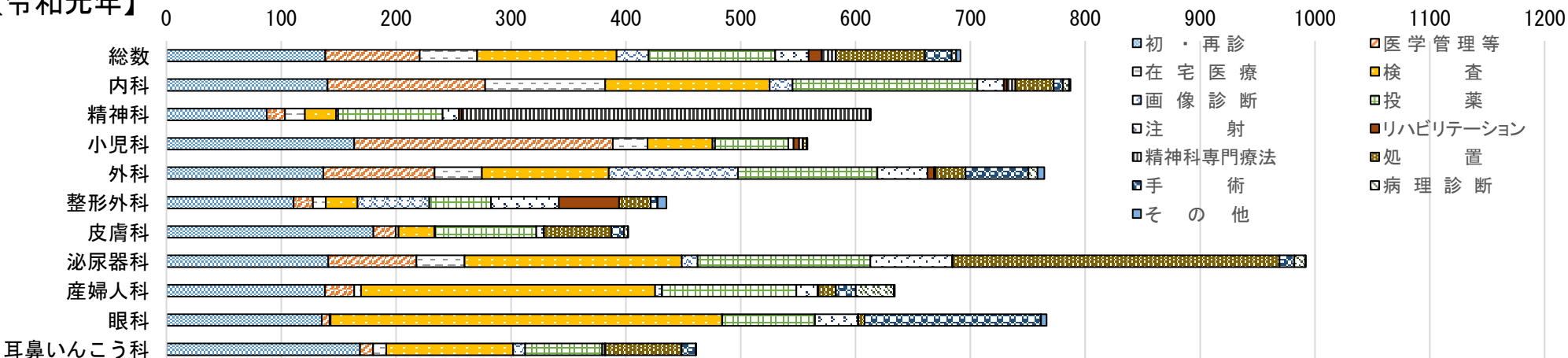
【令和3年】

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）

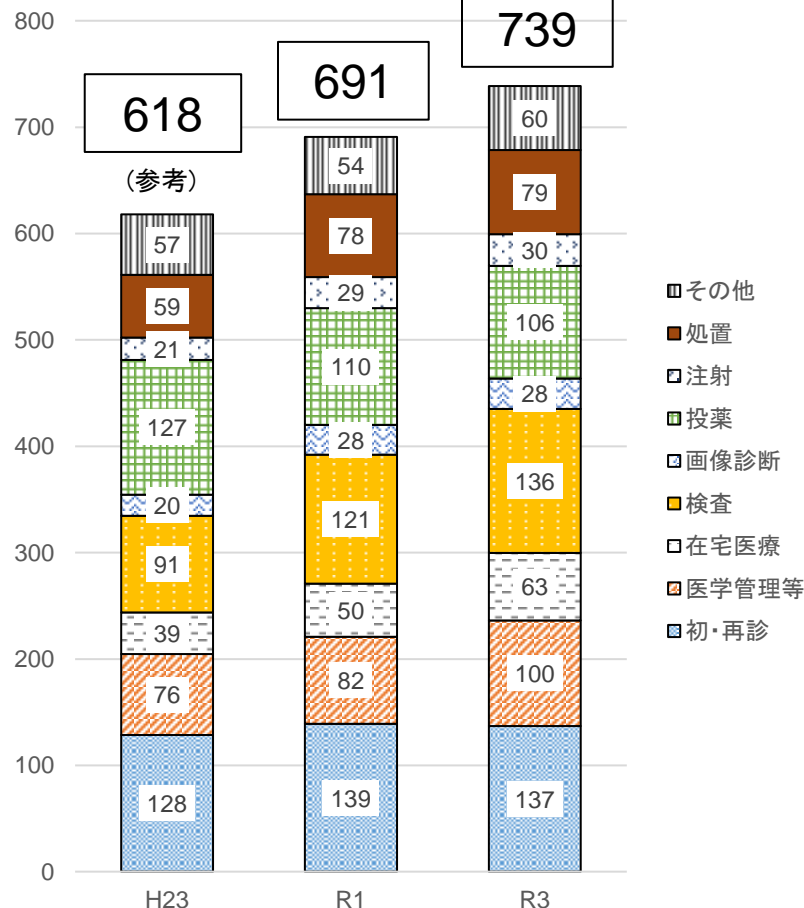


診療科目は、医療施設静態調査で、各診療所が「主たる診療科目」として回答したものに基づいて区分。「その他」には、麻酔、放射線治療、入院料等が含まれる。「泌尿器科」の処置には、人工腎臓及び特定保険医療材料等が含まれる。「小児科」の医学管理等には、小児かかりつけ診療料等が含まれる。

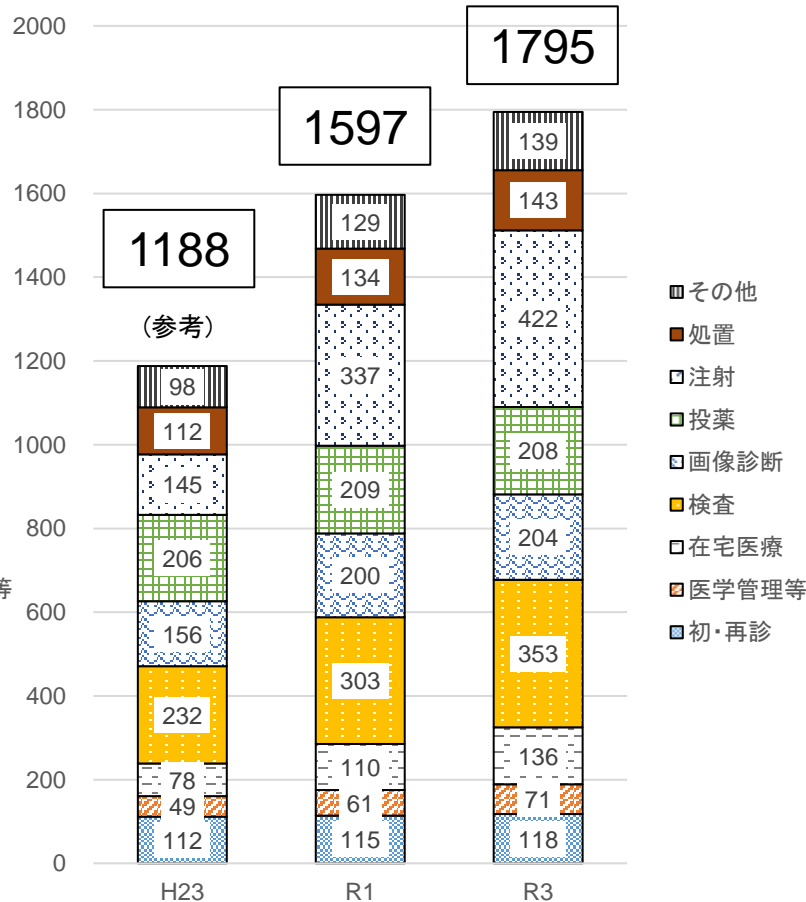
入院外一日当たりの診療報酬点数の推移

○ 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)



※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。

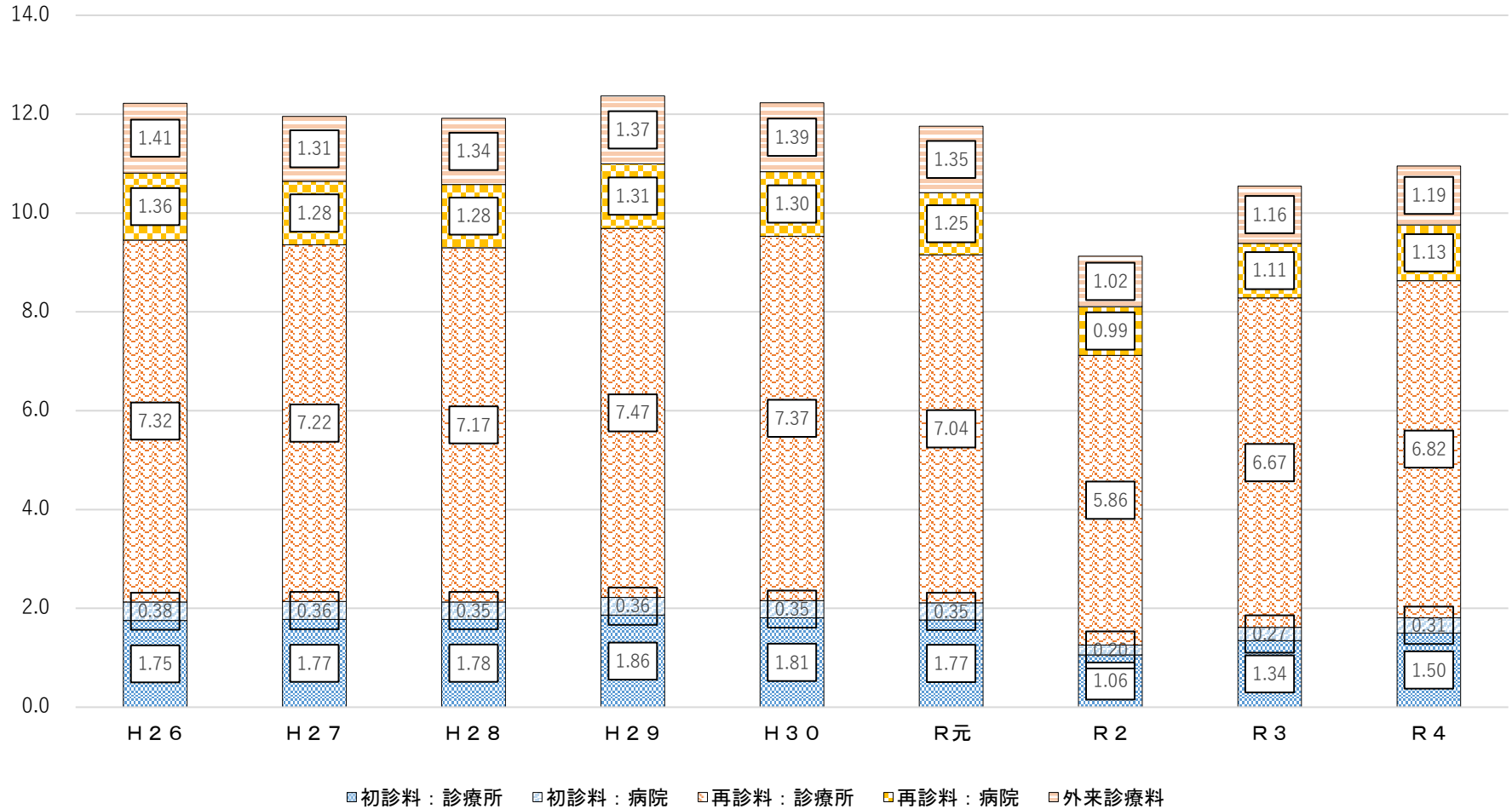
※各年6月審査分の診療報酬点数の総数を、診療実日数で除したものの。

病院・診療所別の初・再診料の算定回数の年次推移

○ 初・再診料の算定回数は、令和2年に減少したが、令和3年以降は増加に転じている。

(単位:千万回)

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

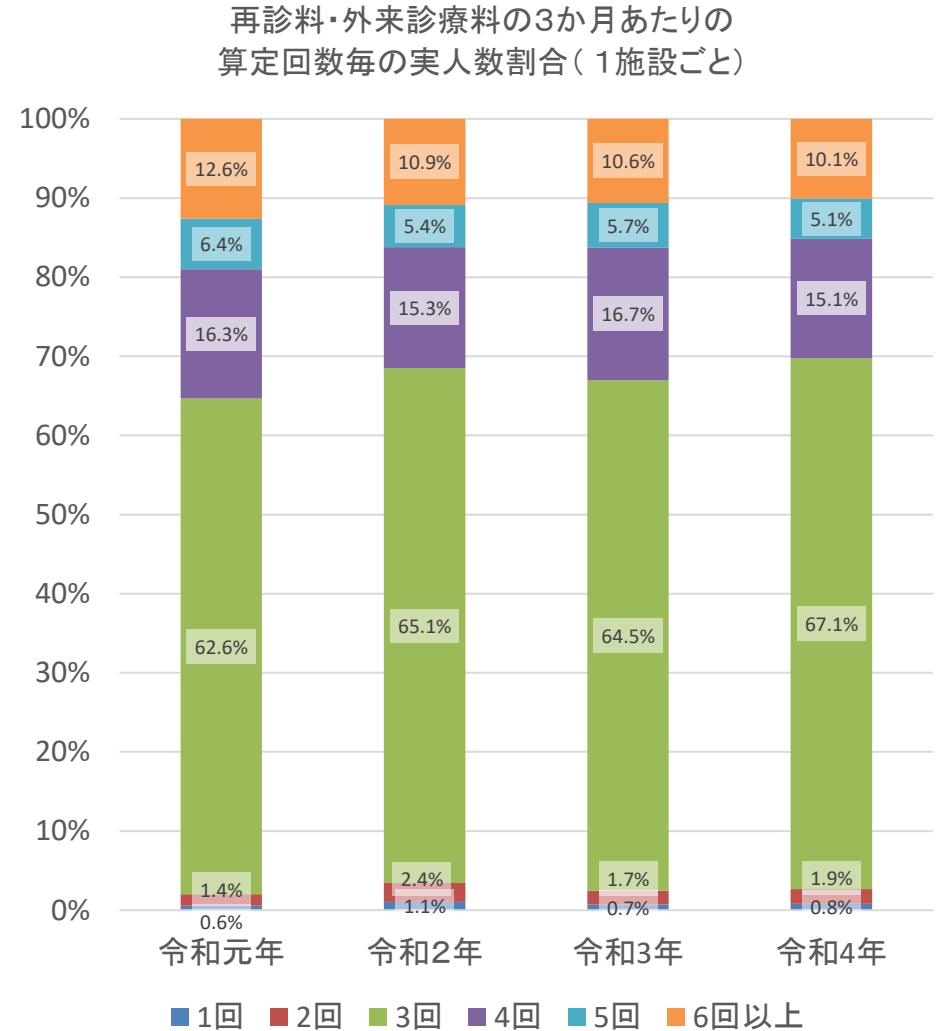
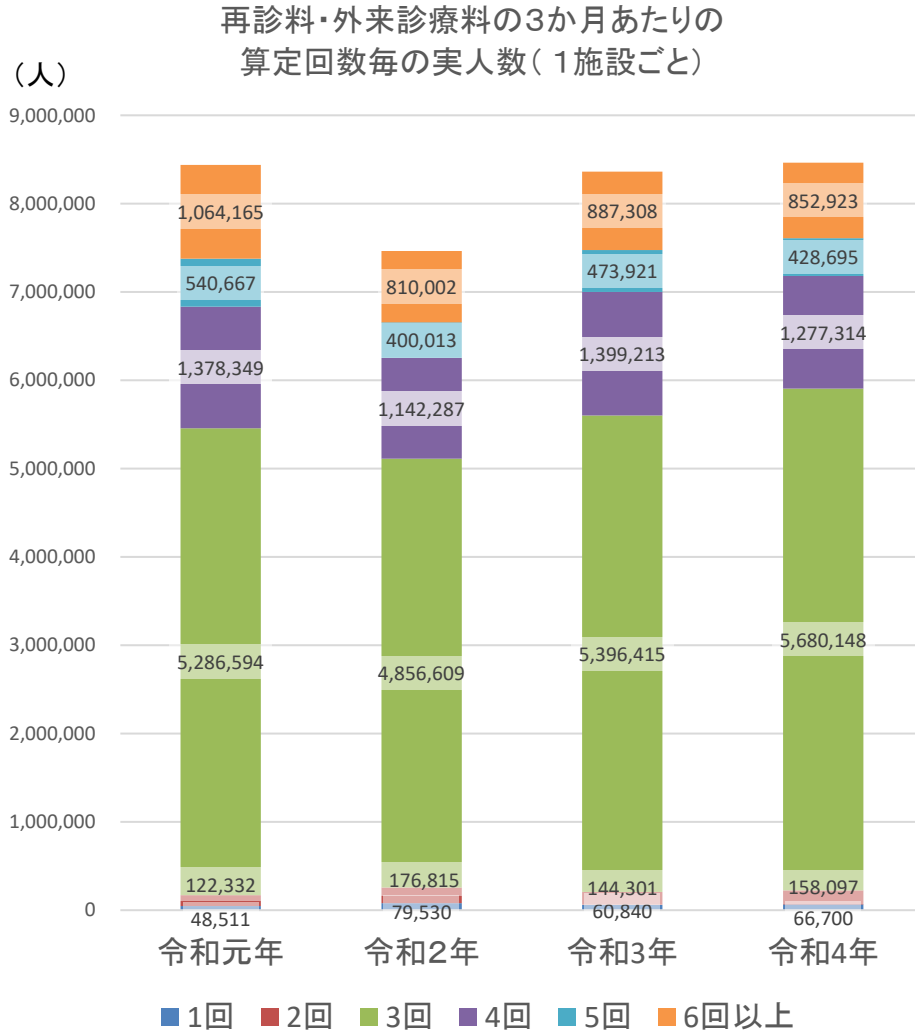


出典:社会医療診療行為別統計・調査(各年6月審査分)

※診療所について:平成25年以後は全数調査

再診料・外来診療料の3か月あたりの算定実人数

○ 高血圧・糖尿病・脂質異常症を主病とする患者における再診料・外来診療料は、3か月間に3回（1月に1回）算定されている患者が最多であった。再診料・外来診療料が3か月間に4回以上算定されている患者割合は令和元年から令和2年にかけて減少していた。



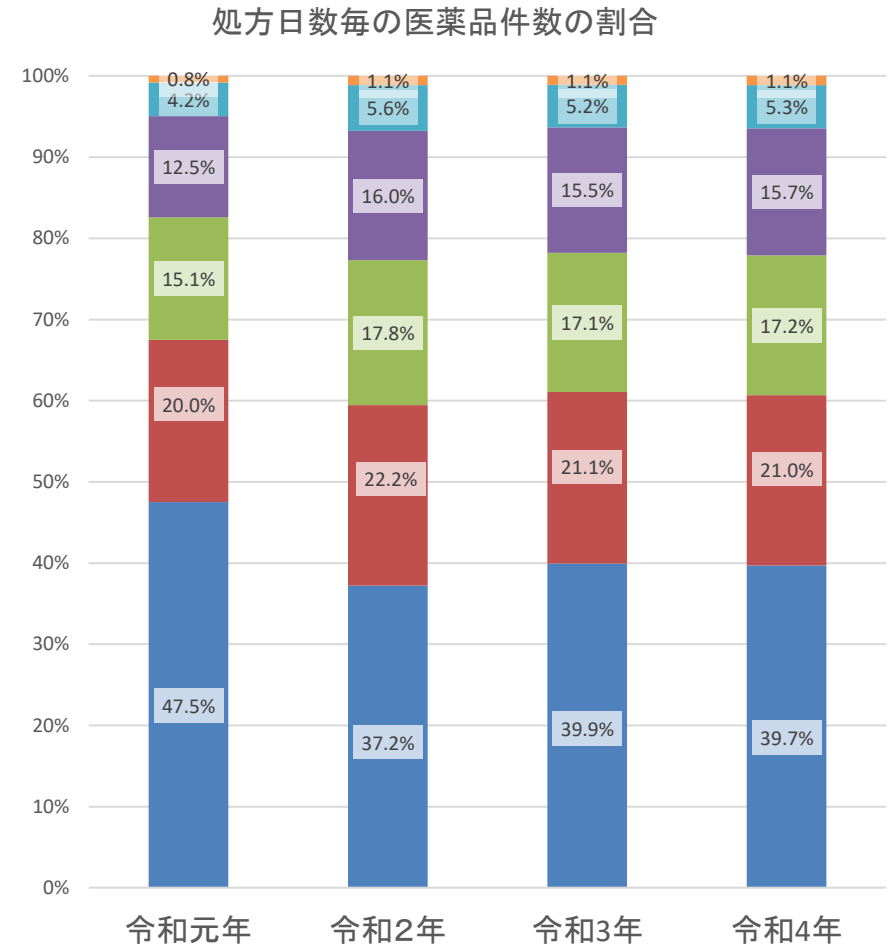
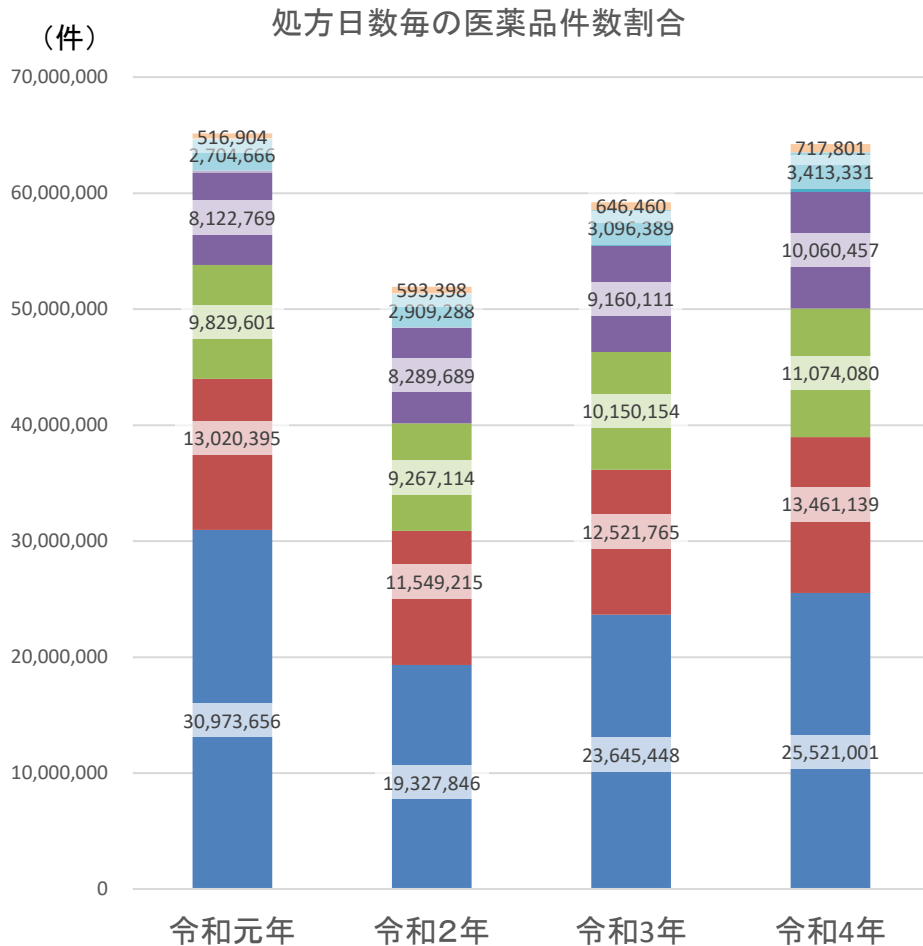
内服薬の投薬日数

○ 内服薬の投薬日数は令和元年度から令和2年度にかけ伸びを認めた。薬効分類としては、生活習慣病に係る血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤についても令和元年度から令和2年度にかけ投薬日数の伸びを認めた。

	実数(日)					
	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
総数	23.6	24.1	25.0	28.2	28.1	27.9
11 中枢神経系用薬	22.1	22.6	23.1	24.6	24.7	24.9
114 解熱鎮痛消炎剤	16.2	16.7	17.2	19.7	19.7	19.6
21 循環器官用薬	32.3	32.9	33.7	35.1	35.2	35.7
212 不整脈用剤	33.0	33.5	34.2	35.5	35.4	35.9
214 血圧降下剤	33.4	34.0	34.7	36.3	36.4	36.9
218 高脂血症用剤	34.3	34.9	35.8	37.4	37.5	38.1
22 呼吸器官用薬	8.5	8.7	9.1	12.7	11.6	10.7
396 糖尿病用剤	33.7	34.3	35.1	36.6	36.6	37.1
44 アレルギー用薬	17.7	18.5	19.7	24.0	23.7	23.8
61 抗生物質製剤	6.7	6.9	7.2	8.6	8.6	8.6
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	4.8	4.9	5.0	5.1	5.1	5.2
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	8.5	8.9	9.4	12.9	13.0	12.8
62 化学療法剤	10.6	10.3	11.7	15.4	15.6	14.6
624 合成抗菌剤	5.4	5.5	5.6	6.0	6.0	6.1
625 抗ウイルス剤	11.3	8.8	12.3	19.3	19.6	14.4

処方日数毎の医薬品件数

○ 令和元年から令和2年にかけて処方日数が14日以内である医薬品件数の割合が減っており、令和2年以降は日数毎の件数割合は同様の傾向であった。

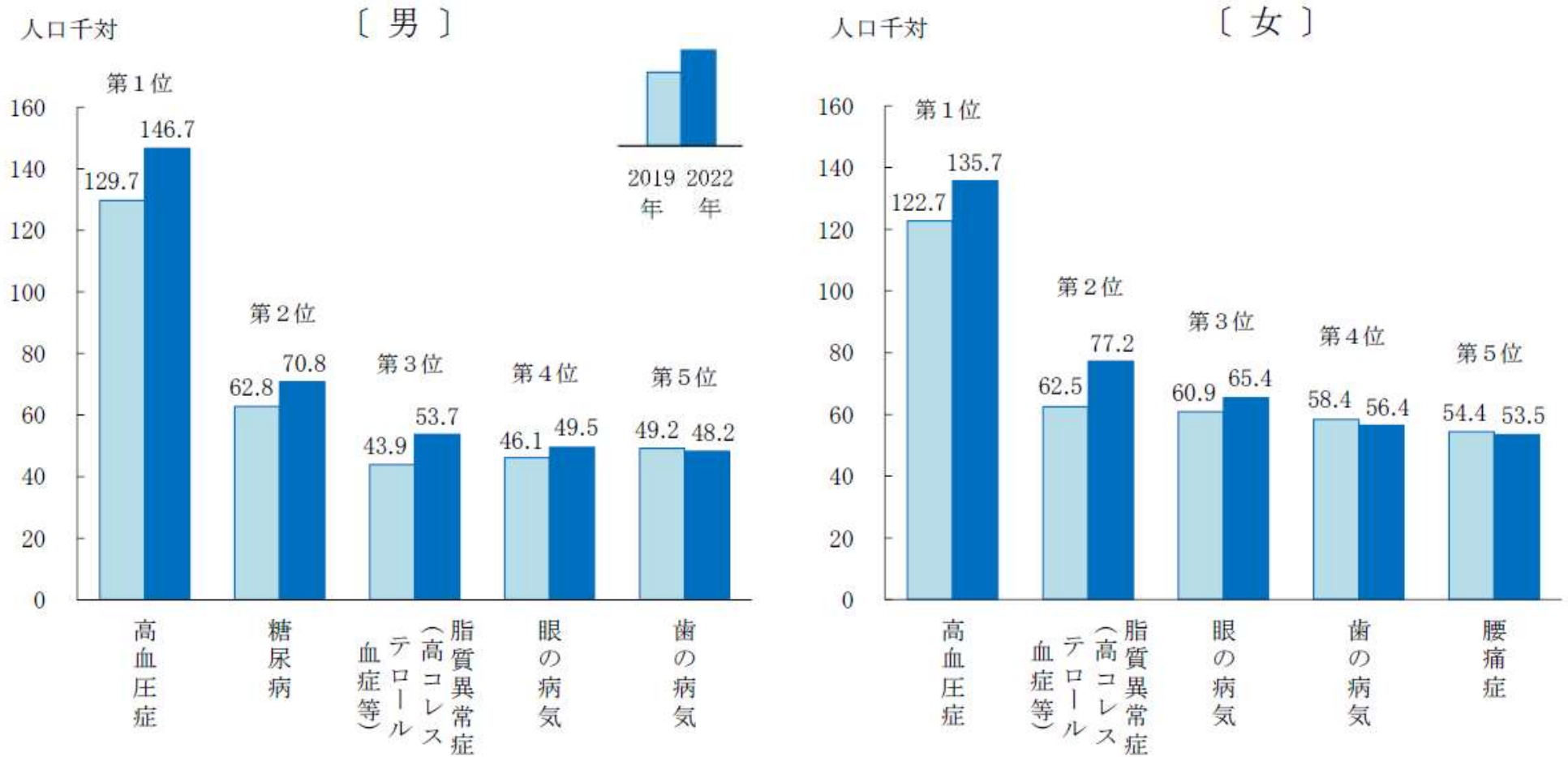


■ 14日以内 ■ 15日以上28日以内 ■ 29日以上30日以内
 ■ 31日以上60日以内 ■ 61日以上90日以内 ■ 91日以上

■ 14日以内 ■ 15日以上28日以内 ■ 29日以上30日以内
 ■ 31日以上60日以内 ■ 61日以上90日以内 ■ 91日以上

通院者数の推移

○ 傷病で通院している者〔通院者〕の上位3疾患は高血圧症、糖尿病、脂質異常症となっており、2019（令和元）年から2022（令和4）年にかけて通院者数は増加している。



生活習慣病に対する療養指導

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症に係る診療ガイドラインにおいて、生活習慣の指導の重要性が示されている。

高血圧治療ガイドライン2019

第4章 生活習慣の修正 総論(抜粋)

生活習慣の修正は、それ自身による降圧効果が期待されるだけでなく、高血圧予防の観点からも重要である。また、降圧薬服用患者においても降圧作用の増強や投与量の減量につながることを期待できるため、生活習慣の修正は、すべての高血圧患者に対して指導すべきである。

糖尿病診療ガイドライン2019

CQ 3-1 糖尿病の管理に食事療法は有効か？

○ 糖尿病の管理には、食事療法を中心とする生活習慣の是正が有効である。[推奨グレード A]

CQ 4-1 糖尿病の管理に運動療法は有効か

○ 2型糖尿病患者に対する有酸素運動やレジスタンス運動、あるいはその組み合わせによる運動療法は、血糖コントロールや、心血管疾患のリスクファクターを改善させる。2型糖尿病患者に対する有酸素運動とレジスタンス運動は、ともに単独で血糖コントロールに有効であり、併用によりさらに効果が高まる。[推奨グレード A]

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理 6 包括的リスク評価・管理の実際 Step 5 生活習慣の改善

生活習慣の改善は動脈硬化性疾患予防の根幹であり、安易な薬物療法導入は厳に慎むべきである。薬物治療中もこれらの非薬物療法の継続、すなわち生活習慣の改善指導を怠るべきではない。禁煙は動脈硬化性疾患の原因の中で最も介入が必要な因子であり、その予防にあっては性別を問わず全ての年齢層に対して禁煙を進めるべきである。

1. 外来医療の現状等について

① 全般

② 外来機能の分化の推進について

③ 医療DXについて

2. かかりつけ医機能に係る評価について

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、紹介受診重点外来の機能に着目して、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)を明確化する。

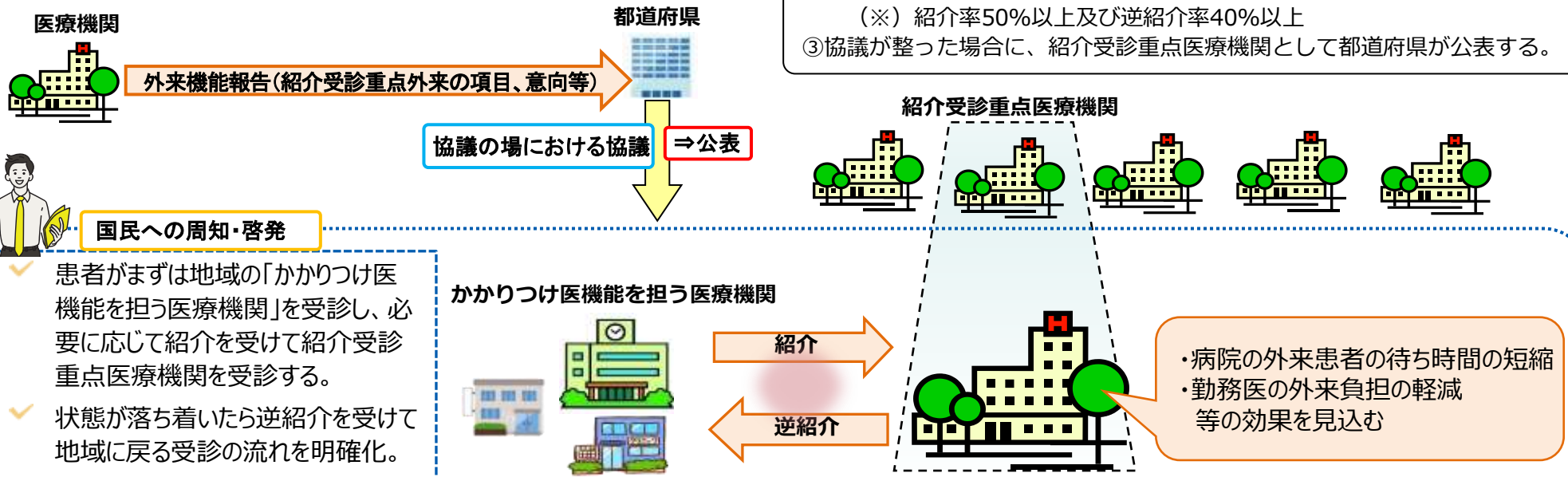
- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

【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、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

【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。



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）

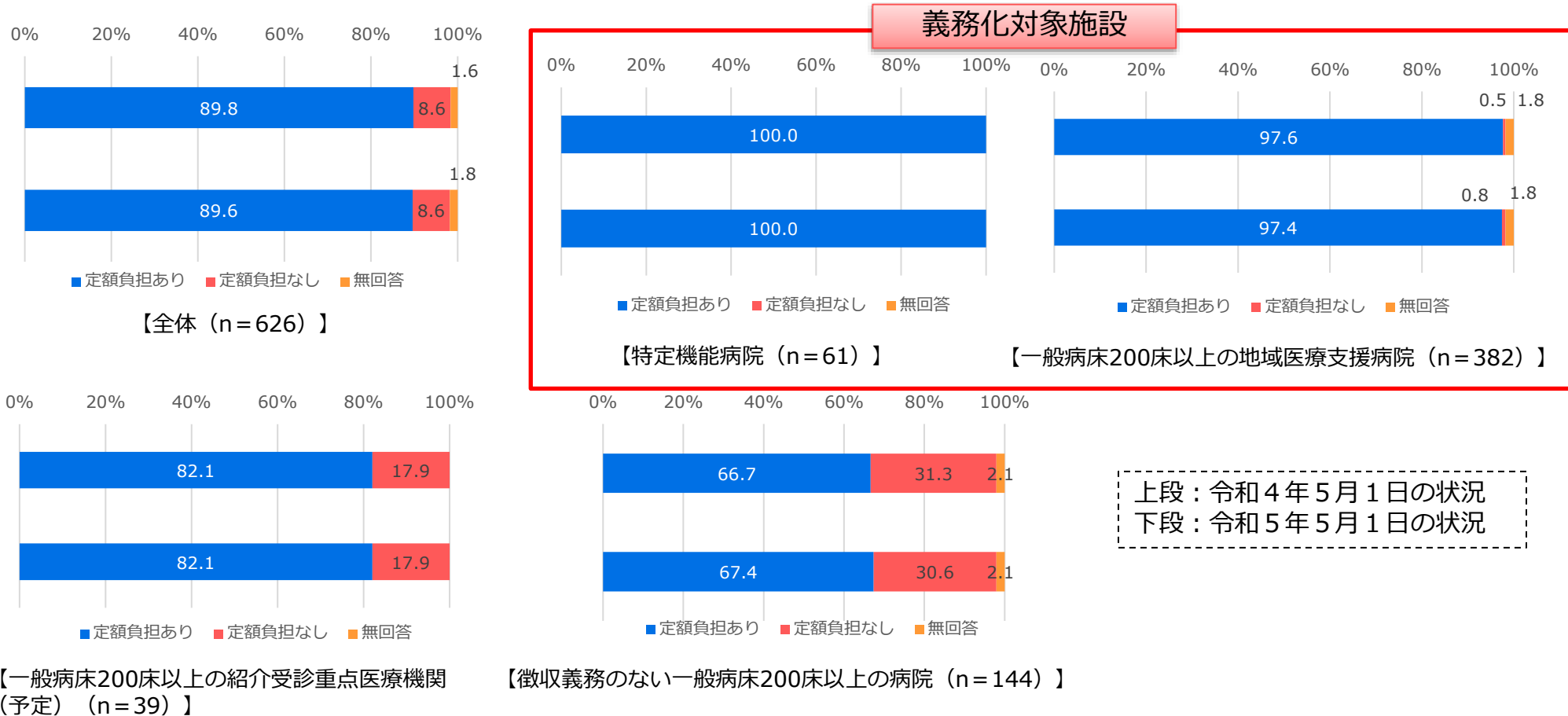
【再診の場合】

- 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。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入状況

- 令和4年5月1日の状況と、令和5年5月1日の状況をみると、導入状況に変化は見られなかった。
- 200床以上の紹介受診重点医療機関に新たに定額負担が義務化される予定であったが、紹介受診重点医療機関の公表時期が令和5年6月以降にずれ込んだことから、調査時点では増加は見られなかった。



※ A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。

※ 特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況（初診時）

診調組 入-2
5.10.12

- 令和4年5月1日と令和5年5月1日の設定金額の状況は以下のとおり。
- 令和4年10月より義務化対象施設(200床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院)の定額負担(告示に定める額)が2,000円増額になり、当該病院の平均値等も2,000円程度の上昇となっている。

令和4年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	550	5,065	5,500	440	11,000
義務化対象施設	424	5,817	5,500	3,300	11,000
特定機能病院	61	6,411	5,500	3,300	11,000
一般病床200床以上の地域医療支援病院	363	5,717	5,500	3,300	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	32	2,913	2,840	1,000	7,700
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	94	2,407	2,200	440	8,800

令和5年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	552	6,672	7,700	440	13,200
義務化対象施設	425	7,824	7,700	5,500	13,200
特定機能病院	60	8,614	7,700	5,500	13,200
一般病床200床以上の地域医療支援医療病院	365	7,694	7,700	5,500	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	32	3,410	2,930	1,000	7,700
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	95	2,614	2,200	440	8,800

※ A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。徴収する金額の最小値について、明らかに回答誤りと思われるものや無回答は集計から除いている。

※ 特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外して。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況（再診時）

診調組 入-2
5.10.12

- 令和4年5月1日と令和5年5月1日の設定金額の状況は以下のとおり。
- 令和4年10月より義務化対象施設の定額負担（告示に定める額）が500円（歯科は400円）増額になり、平均値等は600円程度の上昇となっている。

令和4年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	486	2,332	2,750	370	11,000
義務化対象施設	384	2,880	2,750	1,650	11,000
特定機能病院	56	2,943	2,750	2,500	5,500
一般病床200床以上の地域医療支援病院	329	2,869	2,750	1,650	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	31	193	0	0	3,300
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	71	273	0	0	3,300

令和5年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	510	2,839	3,300	370	11,000
義務化対象施設	408	3,476	3,300	2,090	11,000
特定機能病院	58	3,504	3,300	3,000	6,050
一般病床200床以上の地域医療支援病院	350	3,460	3,300	2,090	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	30	330	0	0	3,300
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	72	326	0	0	3,850

※ A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。徴収する金額の最小値について、明らかに回答誤りと思われるものや無回答は集計から除いている。

※ 特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

初診時に紹介状なしで受診した患者と定額負担を徴収した患者の割合

診調組 入 - 2
5 . 1 0 . 1 2

○ 令和4年5月と令和5年5月の状況を見ると、初診時に紹介状なしで受診した患者の割合は義務化対象施設で4.3ポイント減少している。

全体	令和4年5月 (N=505)	令和5年5月 (N=534)	義務化対象施設	令和4年5月 (N=367)	令和5年5月 (N=393)
①初診患者数(延べ人数)	1,567	1,524	①初診患者数(延べ人数)	1,637	1,587
②うち、紹介状なしの患者数(人)	767	680	②うち、紹介状なしの患者数(人)	710	620
③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	198	184	③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	159	143
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	48.9%	44.6%	紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	43.4%	39.1%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	12.6%	12.1%	定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	9.7%	9.0%
一般病床200床以上の地域医療支援病院	令和4年5月 (N=316)	令和5年5月 (N=337)	特定機能病院	令和4年5月 (N=51)	令和5年5月 (N=56)
①初診患者数(延べ人数)	1,574	1,517	①初診患者数(延べ人数)	2,031	2,009
②うち、紹介状なしの患者数(人)	726	632	②うち、紹介状なしの患者数(人)	613	549
③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	163	147	③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	138	119
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	46.1%	41.7%	紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	30.2%	27.3%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	10.4%	9.69%	定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	6.79%	5.92%
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	令和4年5月 (N=104)	令和5年5月 (N=107)	一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関(予定)	令和4年5月 (N=30)	令和5年5月 (N=30)
①初診患者数(延べ人数)	1,234	1,190	①初診患者数(延べ人数)	1,945	1,957
②うち、紹介状なしの患者数(人)	837	753	②うち、紹介状なしの患者数(人)	1,224	1,193
③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	257	249	③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	467	459
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	67.8%	63.3%	紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	62.9%	61.0%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	20.8%	20.9%	定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	24.0%	23.5%

※ A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。未回答は除いている。

※ 特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関(予定)の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関(予定)は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査(施設調査票(A票))

紹介受診重点医療機関の公表状況について（令和5年10月1日時点）

- 紹介受診重点医療機関として、令和5年10月1日時点で、930施設が公表※されている。
- 紹介受診重点医療機関930施設のうち、病院は914施設、有床診療所は14施設、無床診療所は2施設であった。
- 紹介受診重点医療機関である病院914施設のうち、特定機能病院は78施設、地域医療支援病院は591施設であった。
- 特定機能病院又は地域医療支援病院以外の病院245施設のうち、一般病床200床以上の病院は151施設であった。

※各都道府県HPにおいて、紹介受診重点医療機関リストが公表されているほか、厚労省HPにおいても、都道府県紹介受診重点医療機関リストを掲載し、随時更新している。

紹介受診重点医療機関の病院機関種別施設数

紹介受診重点 医療機関	病院	特定機能病院*	地域医療支援病院*	特定機能病院*又は地域医療 支援病院*以外の病院（245）		有床診療所	無床診療所
				一般病床** 200床以上	一般病床** 200床未満		
				930	914		

（出典）令和4年度外来機能報告

* 特定機能病院は令和4年12月1日時点、地域医療支援病院は令和4年9月1日時点の集計（地域医療計画課調べ）。**25**
 ** 病床数は、令和4年度病床機能報告等に基づく集計。

1. 外来医療の現状等について

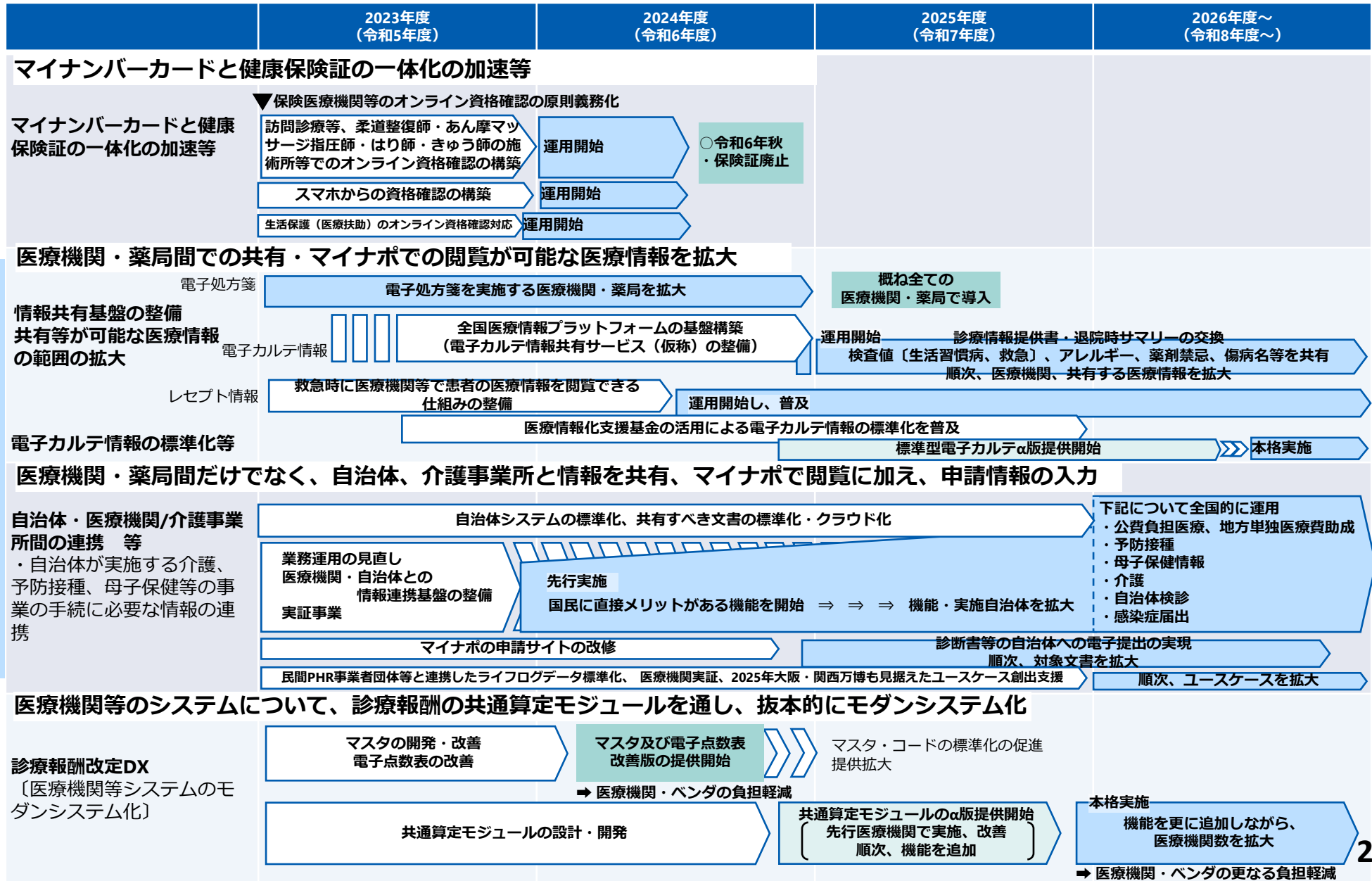
① 全般

② 外来機能の分化の推進について

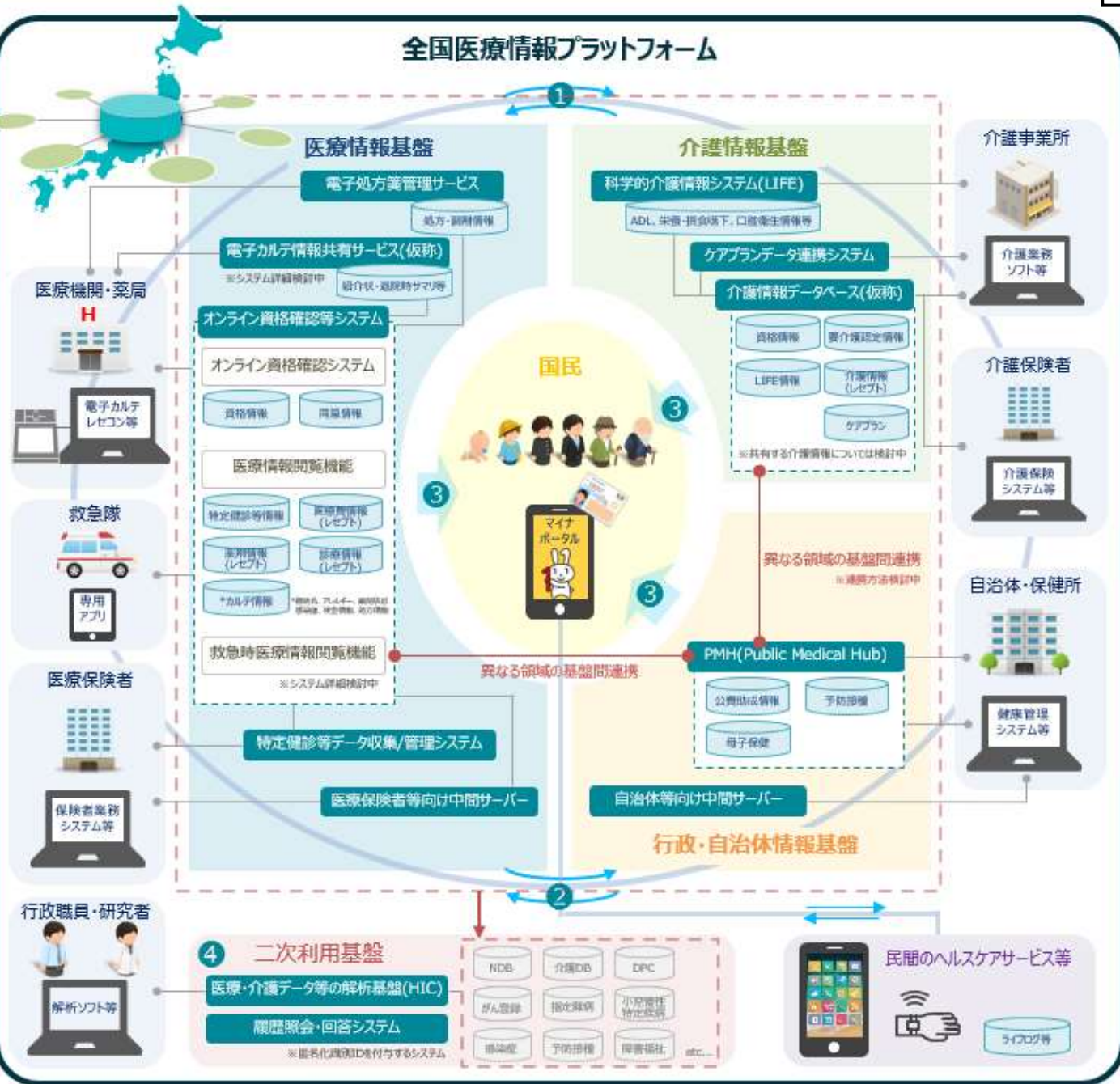
③ 医療DXについて

2. かかりつけ医機能に係る評価について

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



全国医療情報プラットフォームの構築



「医療DXのユースケース・メリット例」

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に確かな治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを受けられる。

2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。

3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や確かな診断が可能になる。

二次利用データベース群(例)

NDB	介護DB	DPC
がん登録	指定難病	小児慢性特定疾病
感染症	予防接種	障害福祉

各DBのデータ連携 → 解析基盤 → 行政職員・研究者 医薬品産業等

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

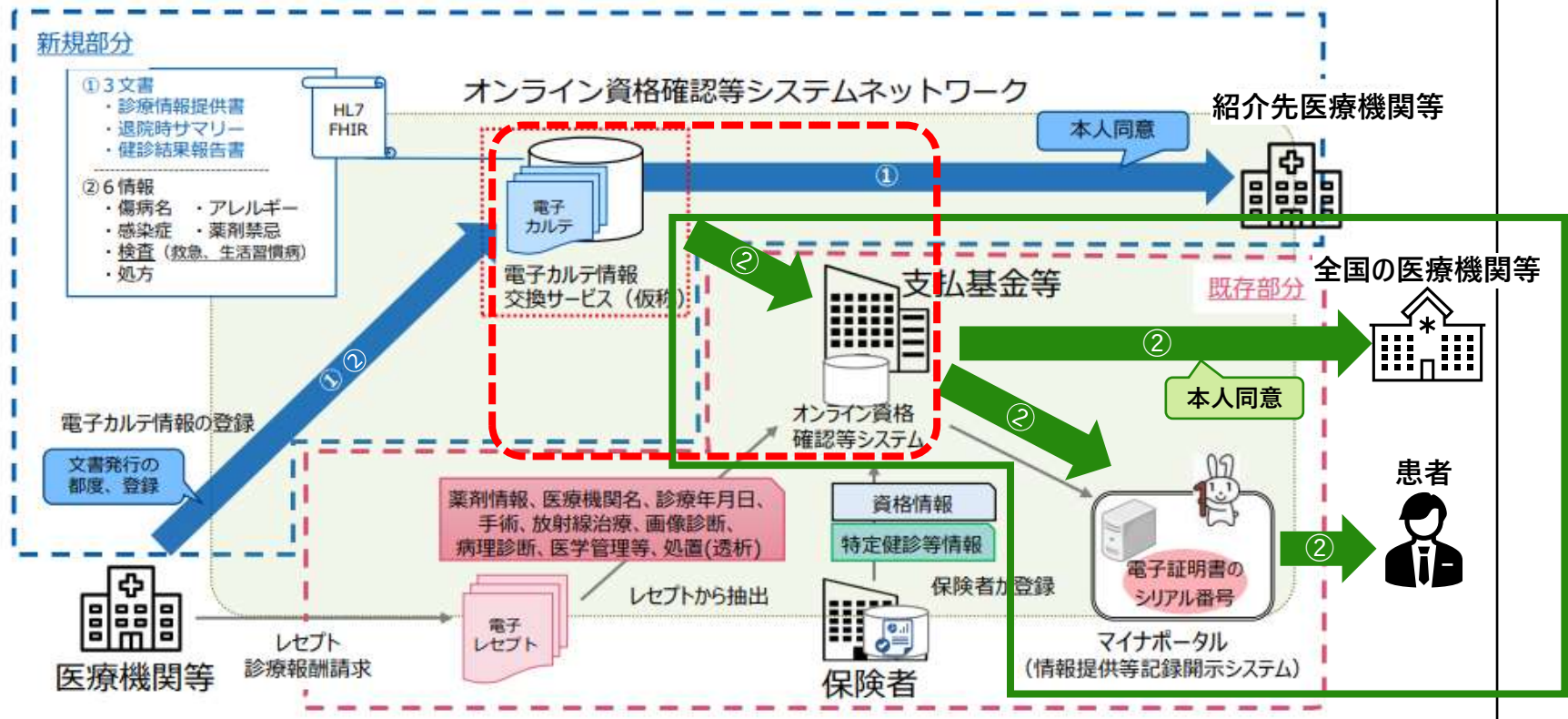
医療DXも踏まえた電子カルテ情報を共有できる仕組みの実装方法（イメージ）

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

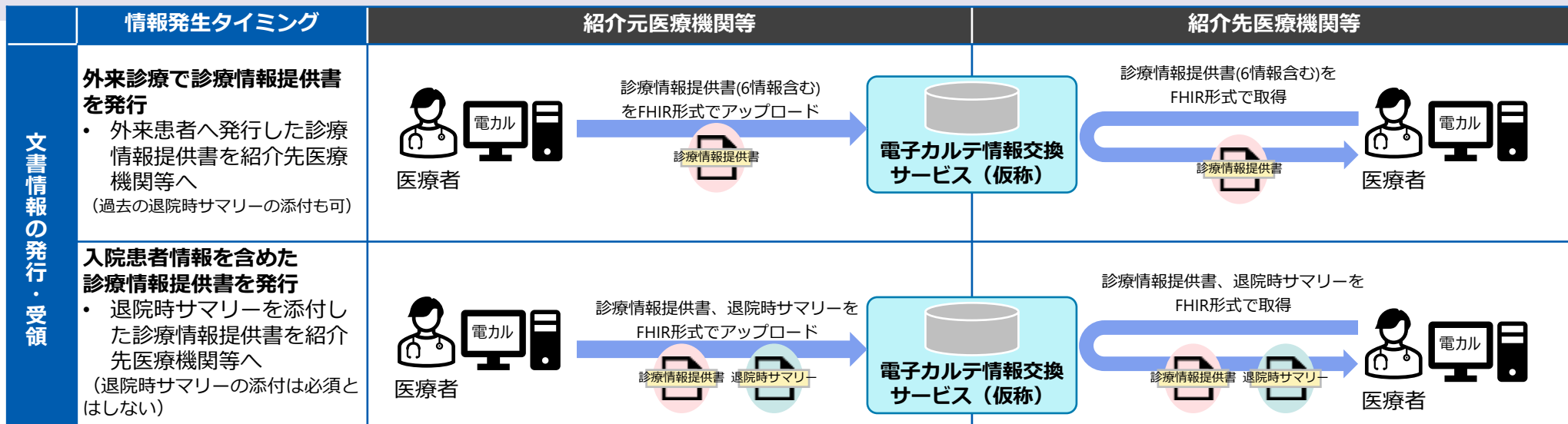
考えられる実装方法（イメージ）

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。

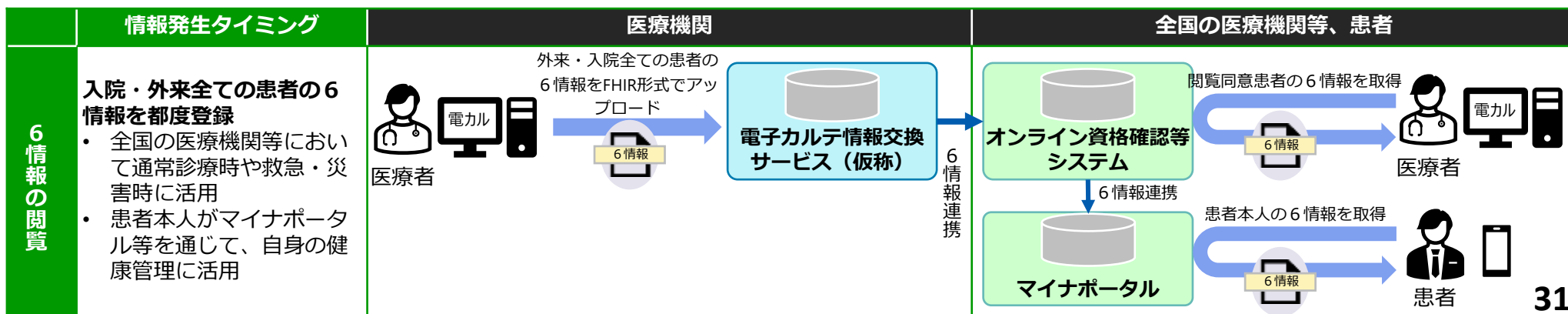


基盤を構築する上での情報の発生タイミング・登録の仕組みに関する想定

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。

デジタル社会の実現に向けた重点計画

- 令和5年6月9日に閣議決定された「デジタル社会の実現に向けた重点計画」において、医療分野におけるデジタル化の推進が示されている。具体的には、民間PHRサービスの利活用の促進、全国医療情報プラットフォーム、診療報酬改定DX、オンライン診療や院内掲示事項のデジタル化（ウェブサイトへの掲示）等が含まれる。

第3-2 2. 安全・安心で便利な暮らしのデジタル化

準公共分野等のデジタル化の推進



- 健康・医療・介護**
 - 民間PHRサービスの利活用を促進。
 - 全国医療情報プラットフォーム、電子カルテ情報の標準化等、診療報酬改定DXの取組を推進。
- 教育**
 - 学習者や教育者の日々の学習や実践の改善に資する教育データの利活用と、教育政策の立案・実行の改善に資する教育ビッグデータの利活用を、「データ駆動型の教育」を推進。
- 防災**
 - 災害対応に役立つ情報を集約し、災害対応機関で共有する防災デジタルプラットフォームを2025年(令和7年)までに構築。
 - 防災DX官民共創協議会等の枠組みを活用しながら、防災分野の優れたアプリやサービスについて、防災DXサービスマップやサービスカタログなどの形で整理。
- 子ども**
 - 教育・保育・福祉・医療等のデータを分野を越えて連携させ、真に支援が必要な子どもや家庭に対するニーズに応じたプッシュ型の支援に活用する実証事業を実施。
- モビリティ**
 - 協調領域としての空間情報の共有、制御の在り方、社会的責任分担の在り方等について検討を開始し、2023年度(令和5年度)中を目途に「モビリティ・ロードマップ(仮称)」を取りまとめる。
 - 4次元時空間IDを含めた空間情報基盤の整備。
- 取引(受発注・請求・決済)**
 - 中小企業のバックオフィス業務の効率化のため、受発注のデジタル化の推進、デジタルインボイスの普及・定着。
 - 契約から決済にわたる取引全体におけるデータ連携を可能とするため、必要なデータ利活用の取組を推進。

第2章 経済再生に向けた具体的施策

第4節 人口減少を乗り越え、変化を力にする社会 変革を起動・推進する

5. 人手不足等に対応する制度・規制改革及び外国人材の活用

（医療・介護分野におけるデジタル技術を活用した効率化）

診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、デジタル原則※1に倣い医療現場において電磁的方法の活用が進むよう、2024年度診療報酬改定において、関係ガイドラインを踏まえつつ、2023年度中に必要な検討を行った上で措置を講ずる。

※1 デジタル臨時行政調査会において、令和5年12月に策定され、「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（令和5年6月9日閣議決定）において、「デジタル社会の実現に向けての理念・原則」として位置づけられている。

1. 外来医療の現状等について

2. かかりつけ医機能に係る評価について

① 総論

② 時間外対応加算について

③ 書面を用いた説明について

④ 特定疾患療養管理料について

⑤ かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

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。

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

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)より抜粋

「かかりつけ医」とは(定義)

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

「かかりつけ医機能」

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

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

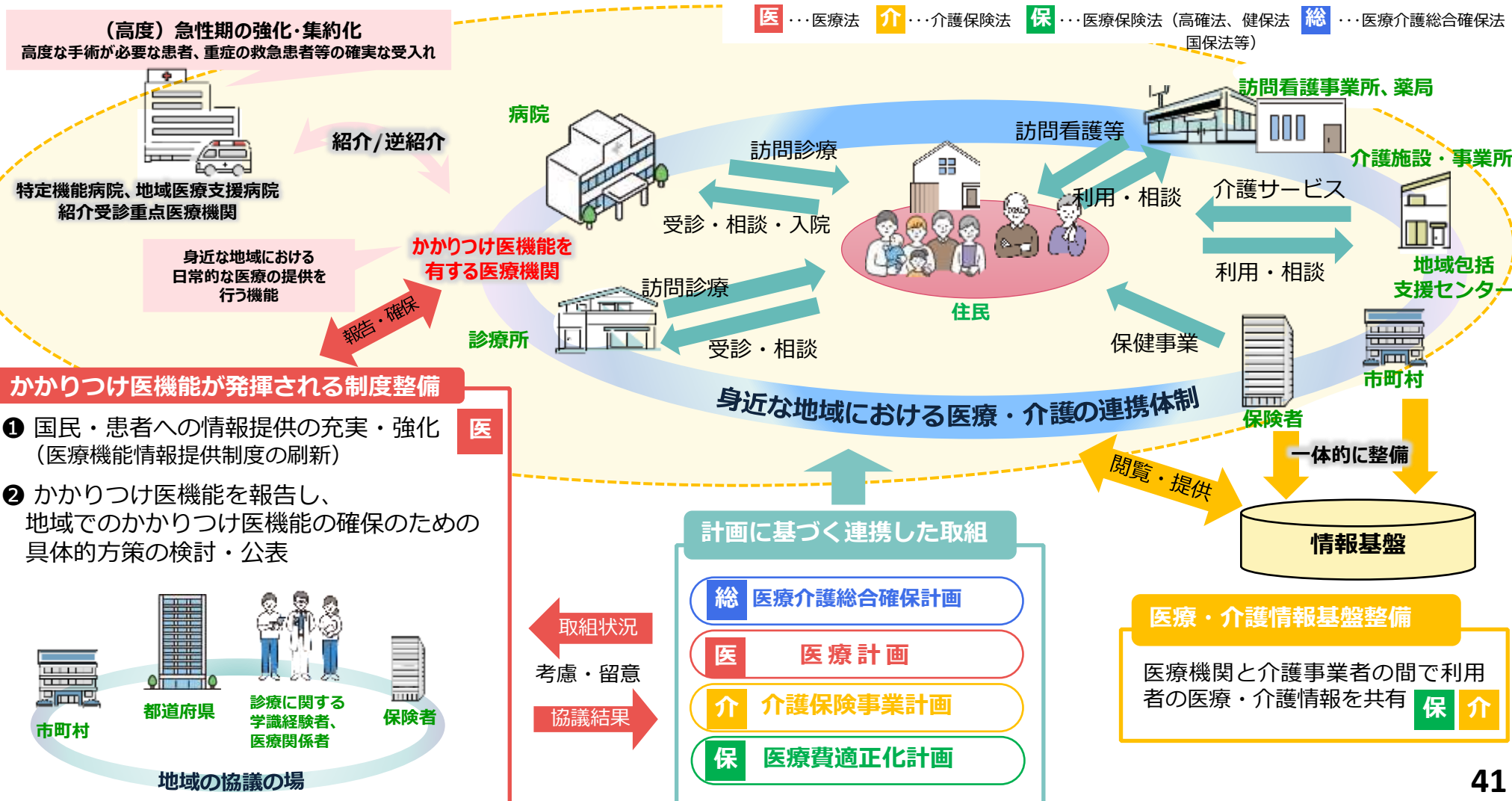
令和五年五月十一日
参議院厚生労働委員会

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。

かかりつけ医機能報告概要

- 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。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



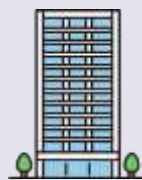
① かかりつけ医機能の報告

◆継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能の有無・内容

(第30条の18の4第1項)

<報告項目イメージ>

- 1: 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
- 2: 1を有する場合、
(1)時間外診療、(2)入退院支援、(3)在宅医療、(4)介護等との連携、(5)その他厚生労働省令で定める機能



都道府県

② 報告の内容

(第30条の18の4第7項)

③ 都道府県の確認

2(1)~(4)等の機能の確保に係る体制を確認(※)。
(第30条の18の4第2項)

- ・体制に変更があった場合は、再度報告・確認
(第30条の18の4第4項)

⑤ 確認結果の報告

(第30条の18の4第3項、第5項)

④ 確認結果

公表

⑥ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討 (第30条の18の5)

具体的方策の例

- ◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
- ◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
- ◆地域の医療機関間の連携の強化 など

外来医療に関する地域の協議の場

- ※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。
- ※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

⑦ 協議結果

公表

※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

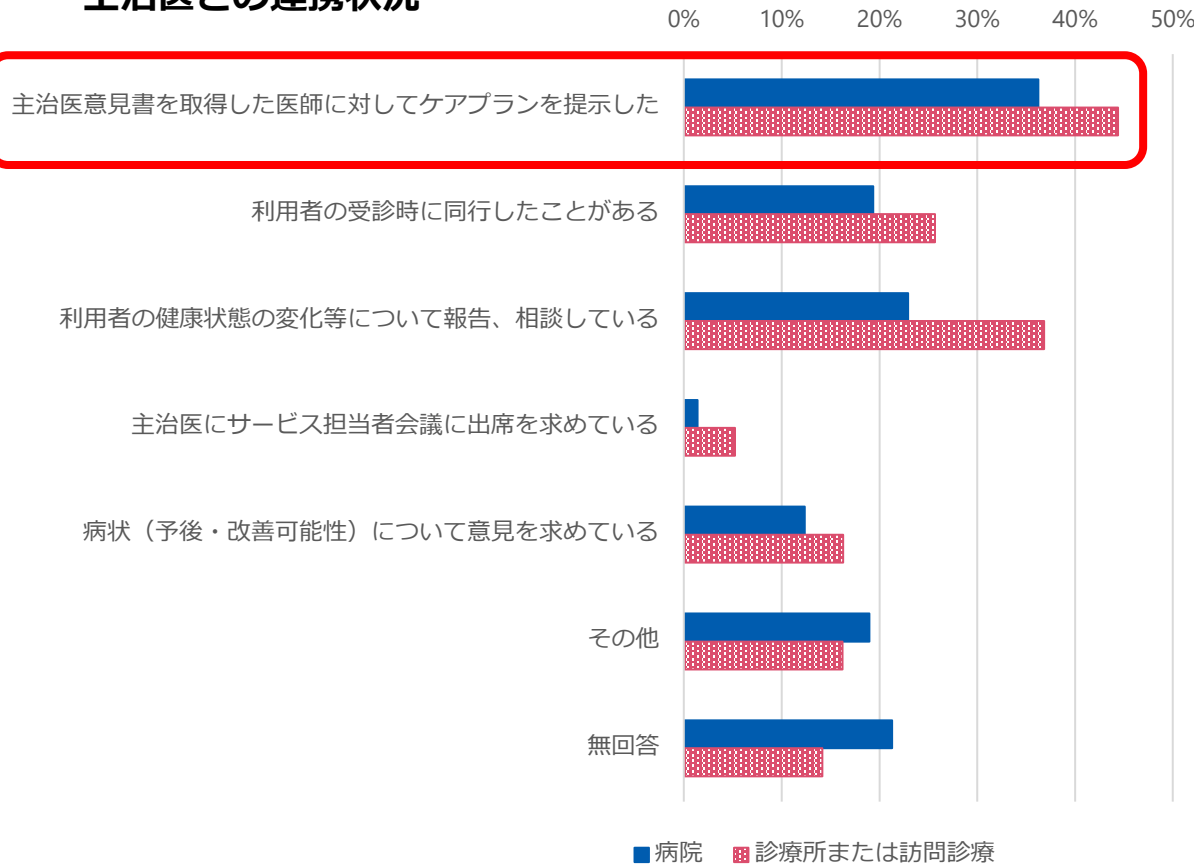
かかりつけ医機能と診療報酬上の対応

関連する制度・提言等	かかりつけ医機能	診療報酬上の主な対応
医療法によるかかりつけ医機能報告制度	日常的な診療の総合的・継続的实施	地域包括診療料・加算の研修要件
	夜間・休日の対応	時間外対応加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料 在宅療養支援診療所・病院等
	入退院支援	在宅療養支援診療所・病院等
	在宅医療の提供	在宅療養支援診療所・病院、地域包括診療料・加算等
	介護サービス等との連携	地域包括診療料・加算、機能強化加算等
医療法によるかかりつけ医機能の確認を受けた医療機関の努力義務	書面を用いた治療に関する計画等の説明	生活習慣病管理料(生活習慣に関する総合的な治療管理) 小児かかりつけ診療料(かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うこと等)
全世代型社会保障構築会議報告書(令和4年12月16日)	オンライン資格確認を活用した患者情報の一元的把握	— (地域包括診療料・加算は、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、カルテに記載することが要件)
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)	健診・がん検診	機能強化加算
	母子保健	—
	学校保健	小児かかりつけ診療料、機能強化加算等
	産業保健	(療養・就労両立支援指導料)

主治医と介護支援専門員との連携状況① (H30)

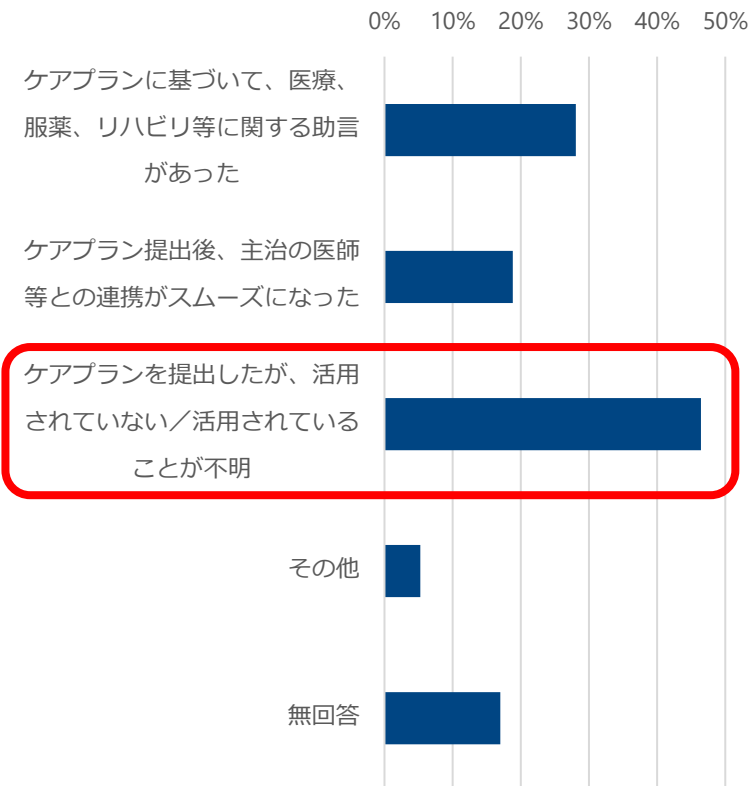
- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
- 一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じている。

■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



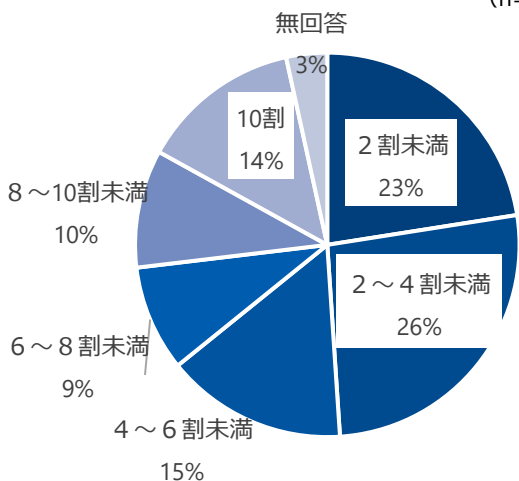
n=3,489 (ケアマネジャー調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

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。

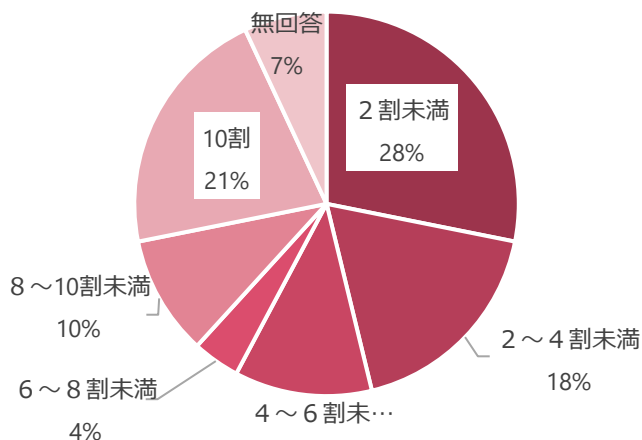
■ ① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
(n=1,279)



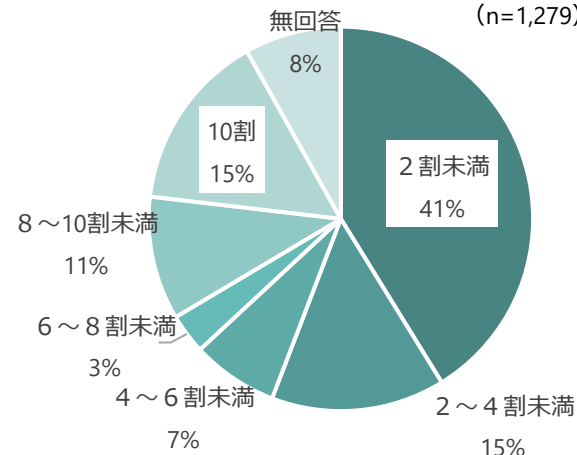
■ ② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
(n=1,279)

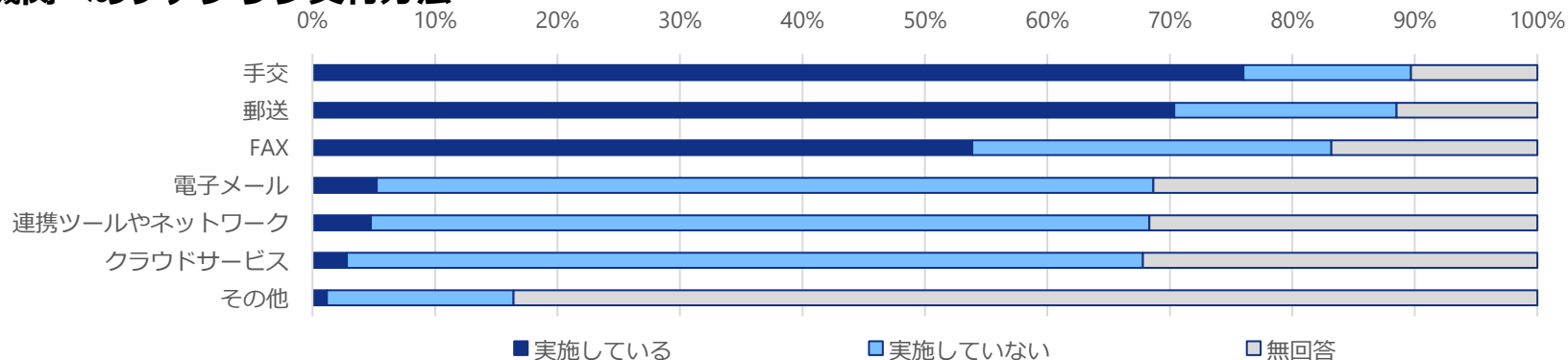


■ ③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

割合の平均：3.85
(n=1,279)



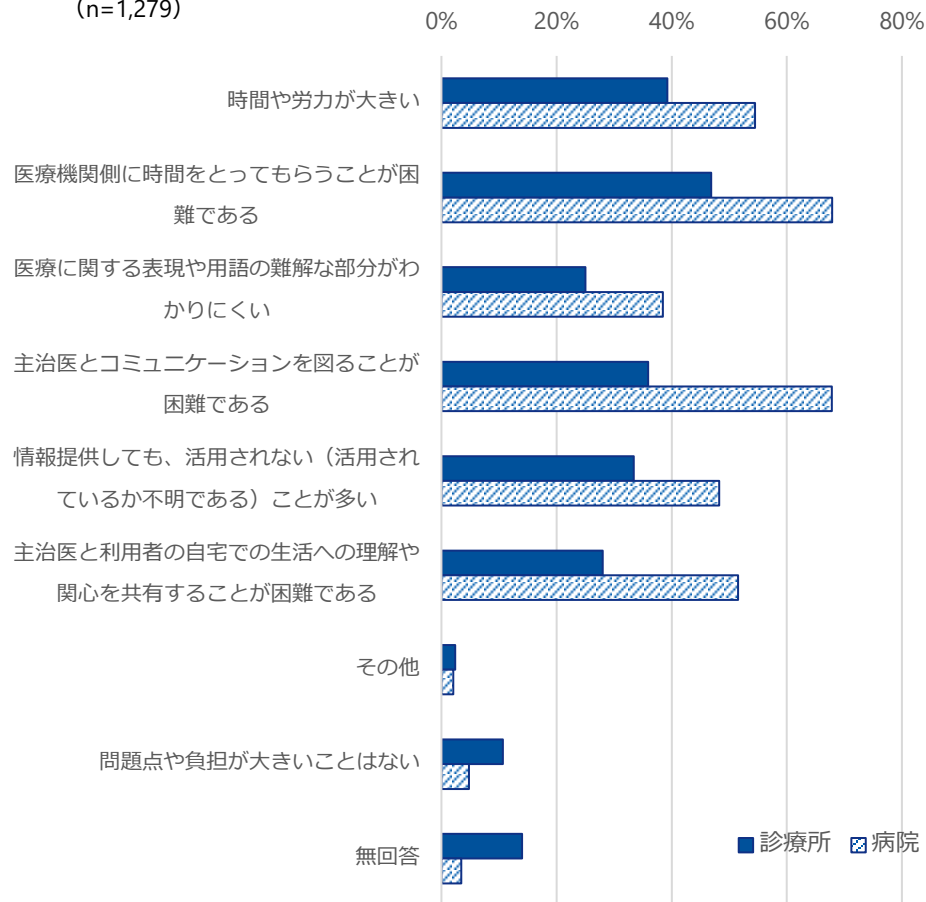
■ 医療機関へのケアプラン交付方法



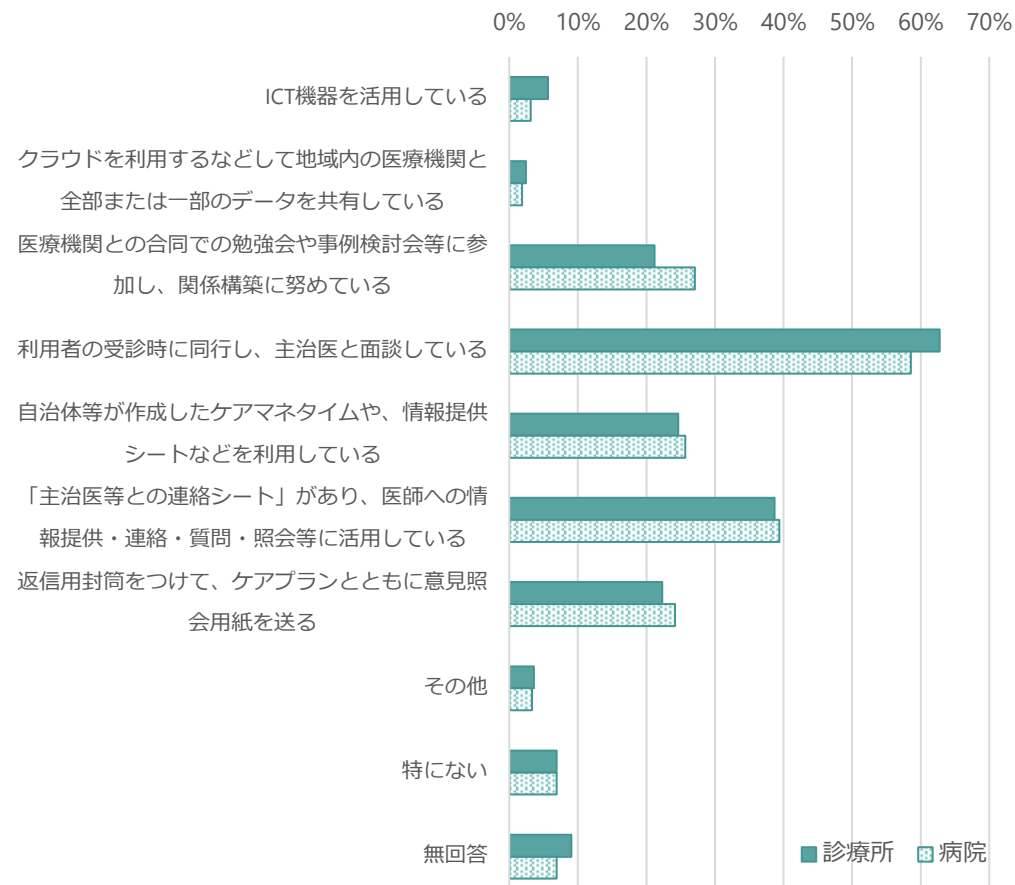
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

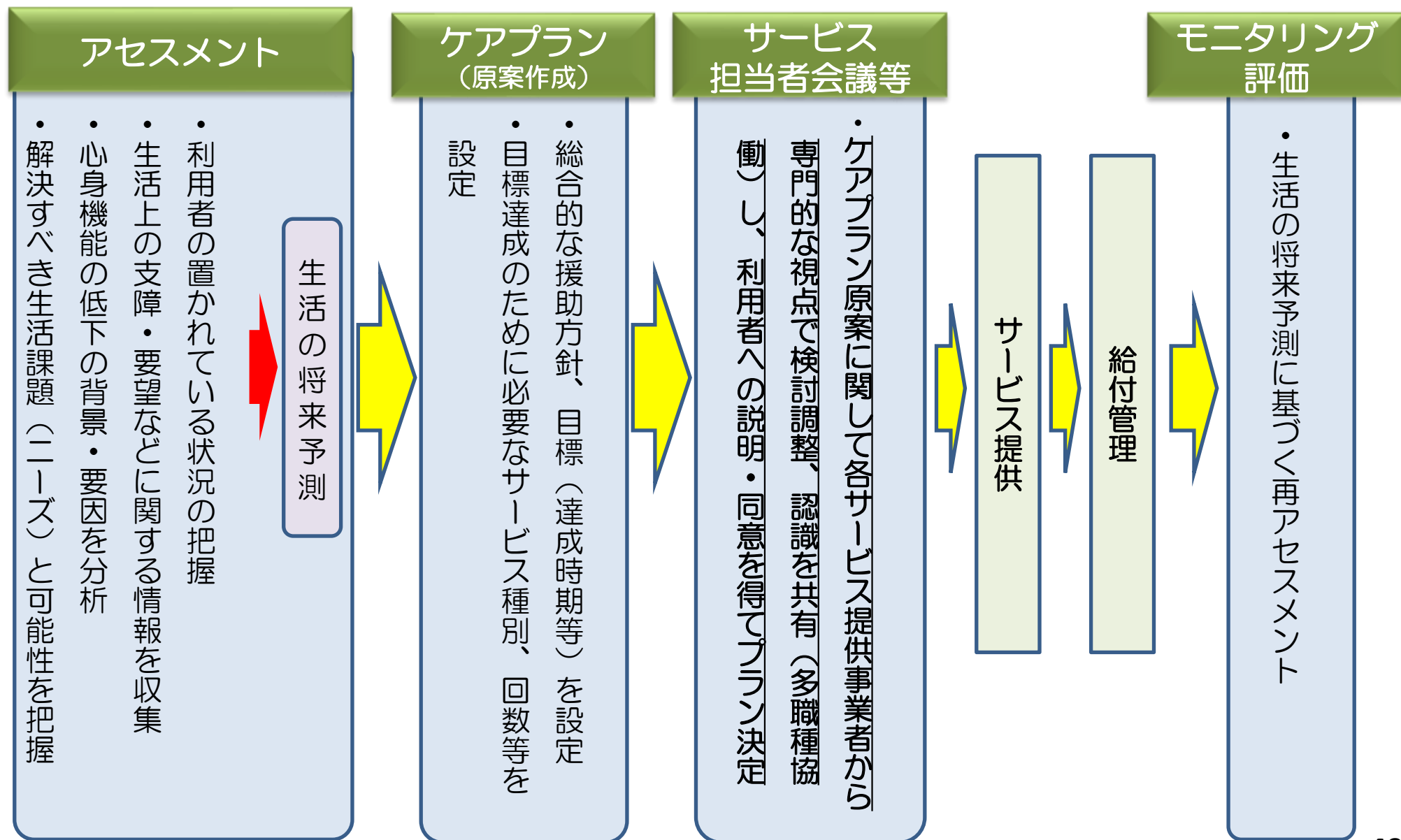
■ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと

(n=1,279)



■医療機関との情報共有における工夫





介護支援専門員が行うケアマネジメントに対する医師の役割

中医協 総-1
5. 10. 20

- 介護支援専門員(ケアマネジャー)の運営基準において、サービス担当者会議を通じて専門的な知見を求め、医療サービスを提供する際は医師の意見を求め、医師の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅サービス計画を策定することが規定されている。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 (省令)

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(抜粋)】

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議を招集して行う会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認められるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

解釈通知 (抜粋)

⑨ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取 (第9号)

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者等と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。(略)また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。(略)

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。)を活用して行うことができるものとする。(略)

○ 主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から、次のような利点が挙げられた。

① 利用者・家族が「チームによる支援」を感じる場となる

サービス担当者会議は、訪問診療ではなく、特に外来通院のみを受けている方について有効。

「私はまだ通えているから大丈夫」、「うちはまだ往診は必要ないから」という利用者・家族が、例えば自宅に来るヘルパー等の訪問スタッフではなく、自らが出向き通う先の、生活の場と離れた場にいる医師とのつながりからチームを実感し、チームの一体感を感じられる貴重な機会である。

また、早い時期に、全体に対して意向の確認ができる場になる。医療への期待や自身の将来、支援者への期待等について、本人・家族の気持ちを医師と共に確認できる重要な場となり、意思決定支援のはじめの一歩となることも多い。

② 要支援者や軽度者ほど、現実を直視する場となる

自立に近く、元気な方ほど現実とセルフイメージにギャップが生じている方が多い。健康寿命を左右する大切な時期を支える外来医療における主治医には重要な役割があり、定期的な担当者会議への参加は利用者・家族、医師をはじめとする支援者双方にとって、大変有効な機会となっている。利用者・家族にとっては元気高齢者であり続けるために、現実を正しく知ることからリスクや予防への意欲・目標意識が高まる場になる。主治医は在宅の状況や家族の事情を定期的に知り、情報を更新する良い機会となるため、急変時などの意思決定支援につながる情報を得る場となる。この時期に、利用者・家族、外来医師・ケアマネジャーがつながることにより、早期からの意思決定支援の開始、本人・家族状況の把握ができ、急変等の緊急時や災害時にも役立つ。

③ 客観的な立場から評価を得られる場となる

外来で付き添う家族や支援者へのアセスメント、客観的な評価が得られることも大きなポイント。ヤングケアラー問題、虐待予防や家族の心身の健康状態、栄養評価による生活困窮などの課題の早期発見、適切な支援者とのマッチング、など、要支援者・軽度者における早期の担当者会議への主治医の参画は様々な効果が得られる。

④ 主治の医師、医師それぞれの役割が明確になる

外来医療が中心となる時、利用者は様々な診療科にかかっている。ケアマネジャーがハブとなり、医師同士や病院間のつながりをつくりコンサルテーションを進めるきっかけになるのが担当者会議である。重度になってからより、元気な頃の方が進めやすく、それぞれの医師が自分の役割を認識し、横のつながりで協力し合うネットワークをつくってもらえると、重度化した際や、急変時には大変役立つネットワークとなる。

⑤ 外来の情報は宝の山であり、意思決定支援のはじめの一歩となる

のちに重要となる情報は外来医療の場にある。病気になった初期の反応や受け止め、意向や目標なども外来医師がよく把握している場合も多く、地域のかかりつけ医である場合には、その方が介護者であった時の頃のこと、近しいご親族の関係性などもよく知っていて介護や支援の入り口を教えてもらうことも多い。外来診療時の主治医へ、定期的な報告がケアマネジャーより蓄積されていけば入院時には医師間・支援者間に役立つ情報が主治医のもとに集積されており、緊急・災害時にも、入退院連携時にも役立つ。外来と病棟、外来と地域、外来と外来等、諸機関連携に大変重要な役割を担っている。

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

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

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

■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）

中医協 総－８
５．６．２１

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

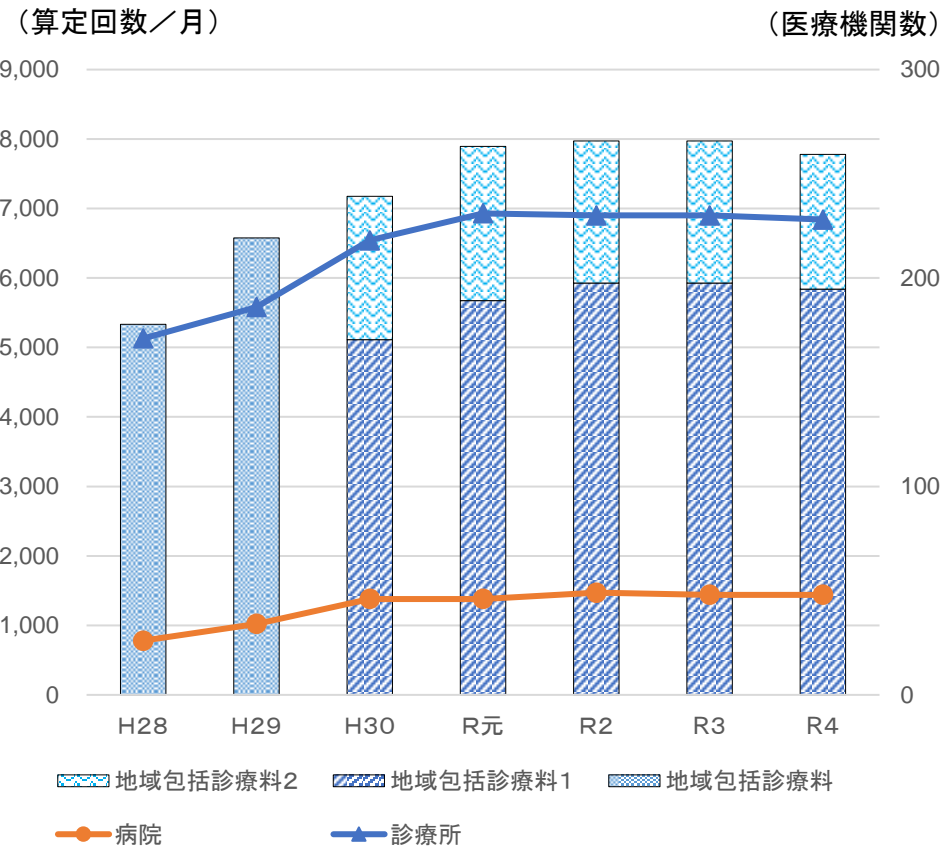
中医協 総-8
5. 6. 21

	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"> ・(再診療の)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	<p>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。)</p>		
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

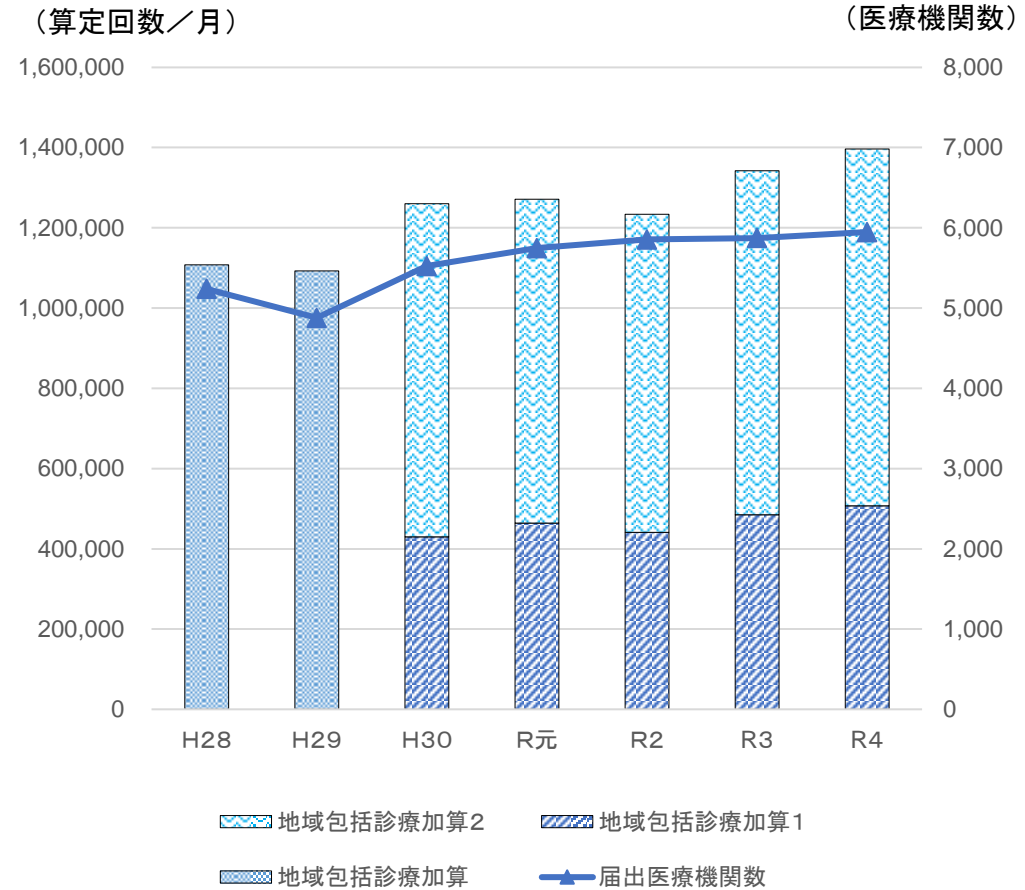
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 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は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。

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

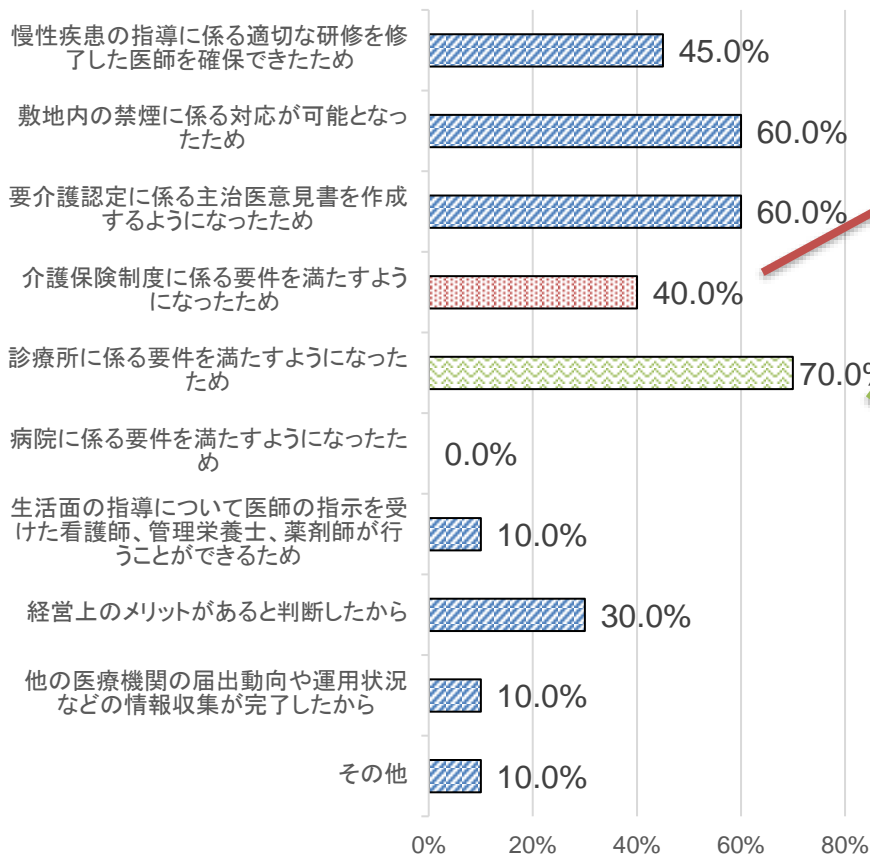


出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

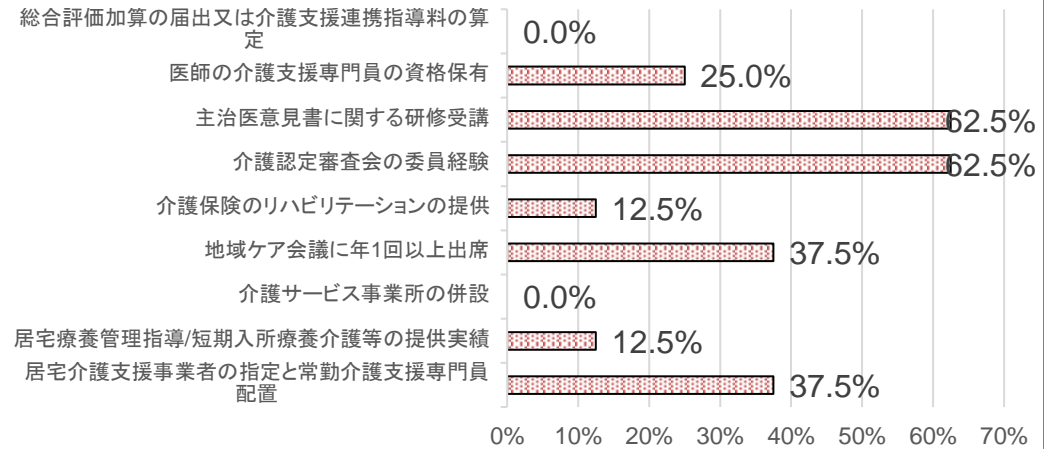
地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由

○ 令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った施設における、届出を行った理由としては「診療所にかかる要件を満たすようになったため」が最多であった。

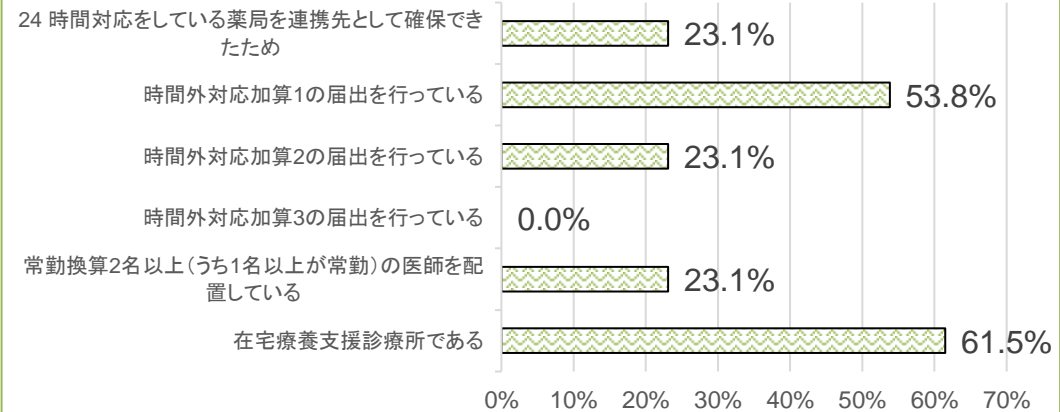
令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料
／地域包括診療加算の届出を行った理由
(n=20)



満たすことができた介護保険制度に関する要件

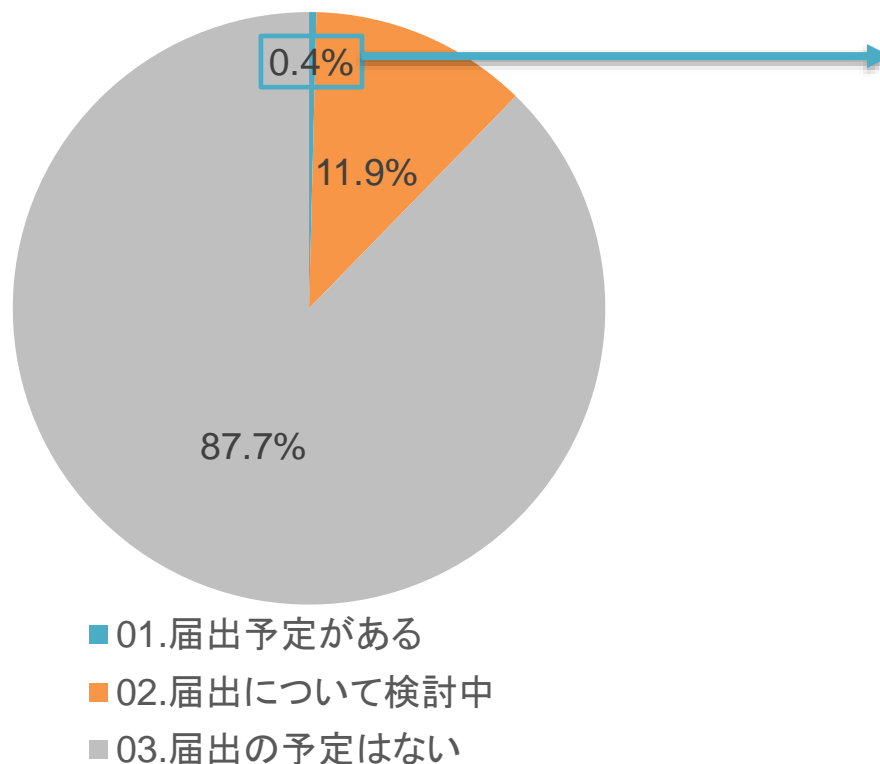


満たすことができた診療所に関する要件



○ 地域包括診療料／地域包括診療加算の未届出施設のうち、届出の予定があるのは0.4%であり、11.9%は検討中、残りの87.7%は届出の予定はないとしていた。

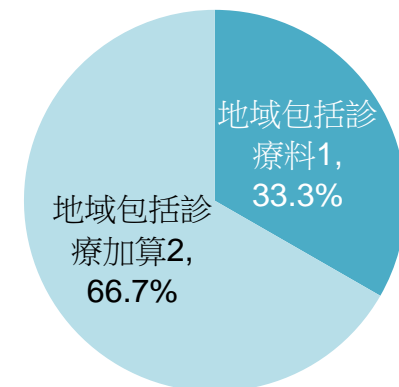
今後の地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向について
(n=699)



届出予定時期 (n=2)



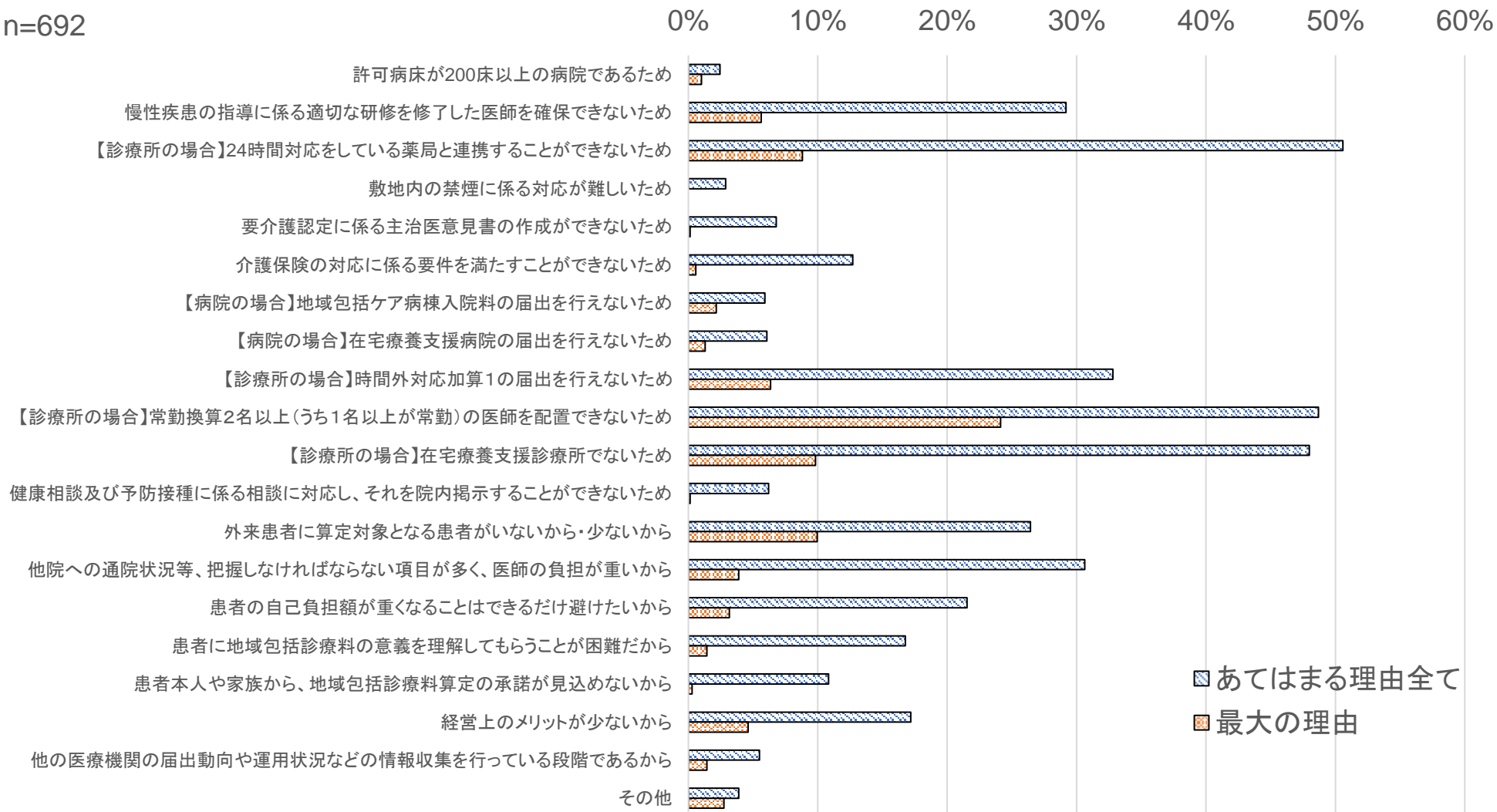
届出予定の項目について (n=3)



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。

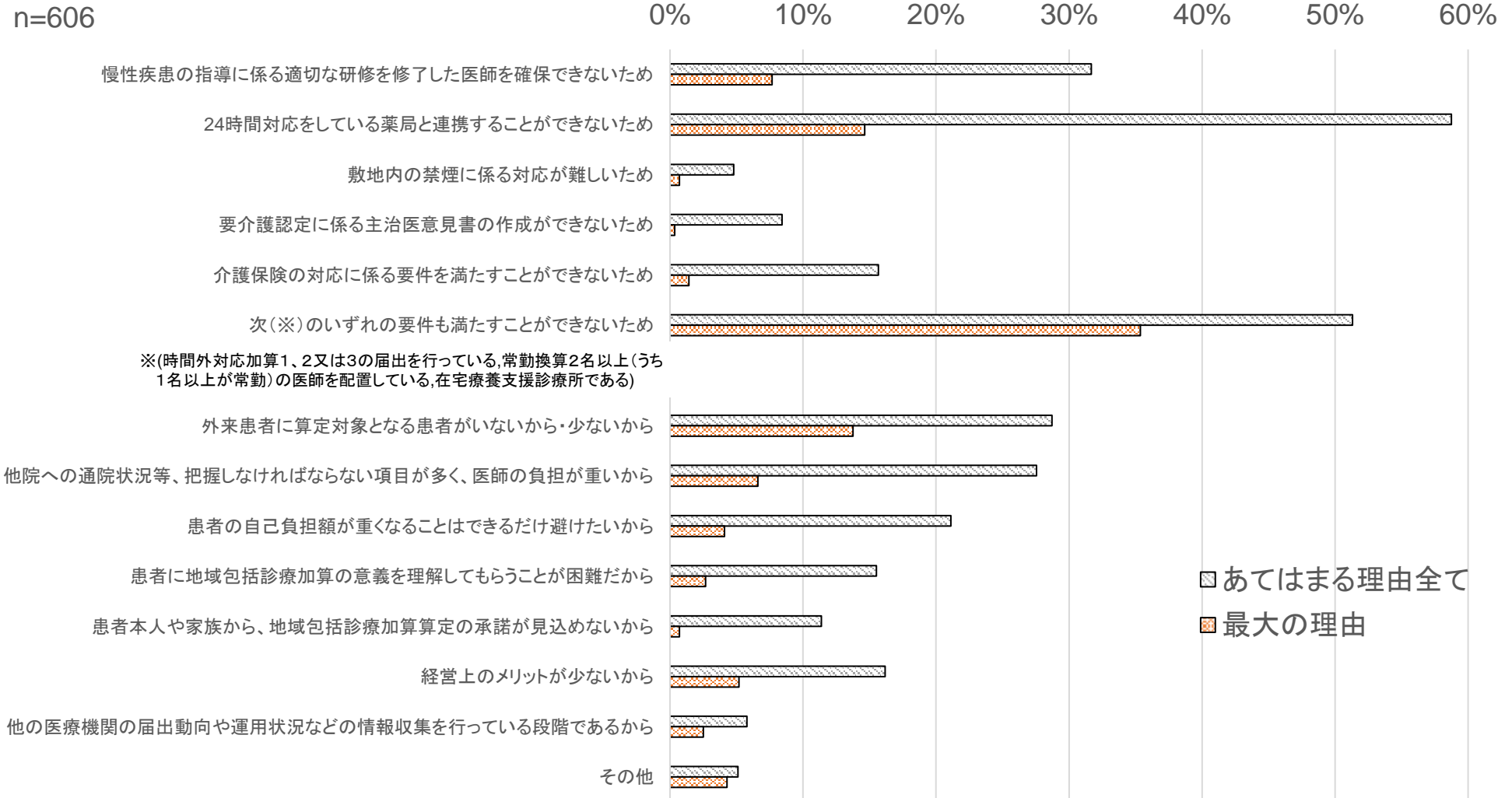
n=692



■ あてはまる理由全て
■ 最大の理由

地域包括診療加算を届け出ていない理由

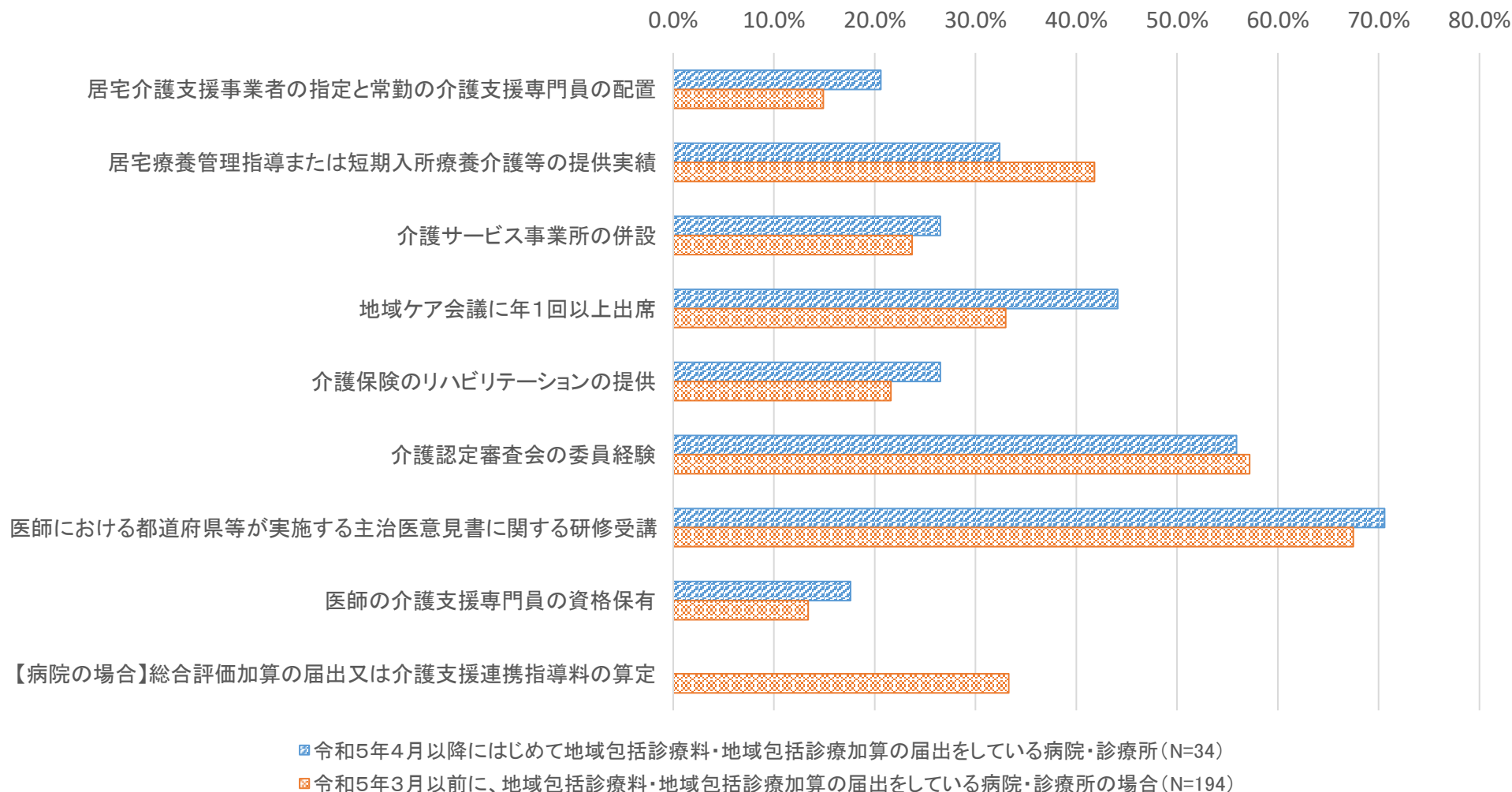
○ 地域包括診療加算を届け出ていない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



地域包括診療料・加算の介護保険制度に関する要件

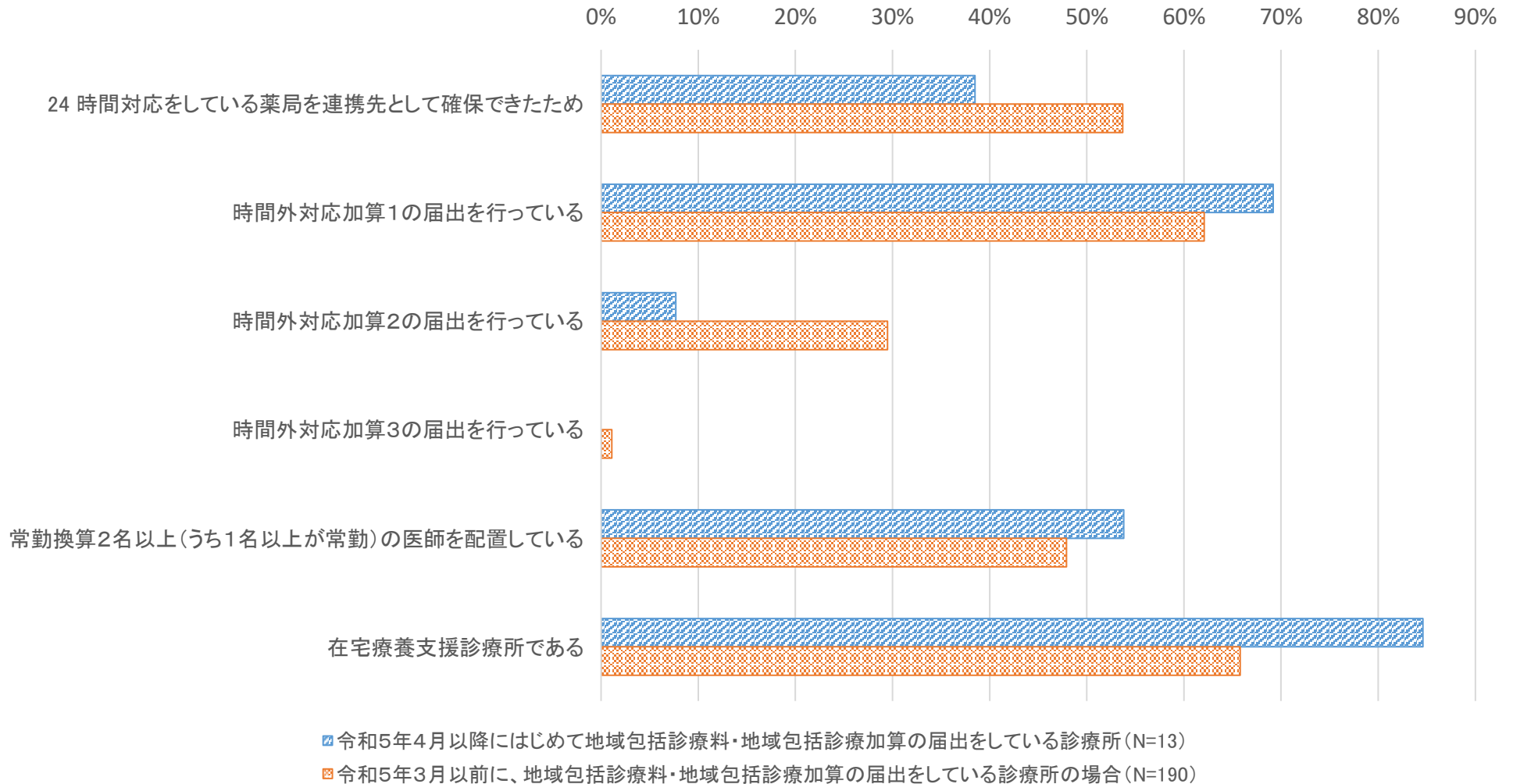
診調組 入-5
5.10.5

- 地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件は以下のとおり。
- 令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている施設それぞれにおいて、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。



地域包括診療料・加算の診療所に関する要件

- 地域包括診療料・加算における満たすことができている診療所・病院の要件は以下のとおり。
- 令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている診療所それぞれにおいて、「在宅療養支援診療所である」が最多であった。



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。 <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
対象患者	以下の全ての要件を満たす認知症患者 <ul style="list-style-type: none"> ・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	<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 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<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	<ul style="list-style-type: none"> ・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

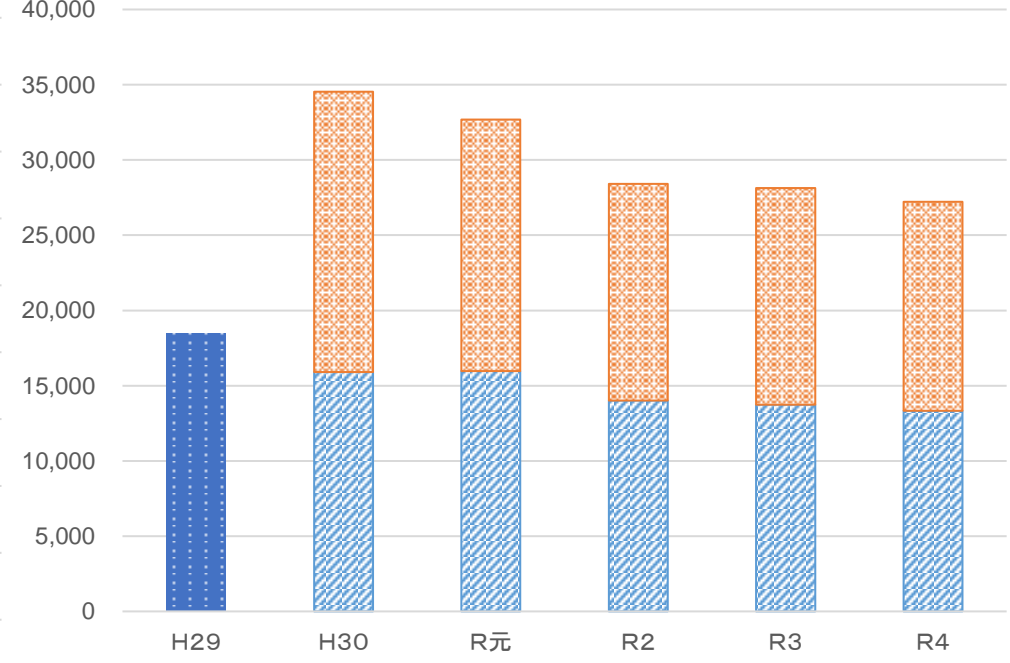
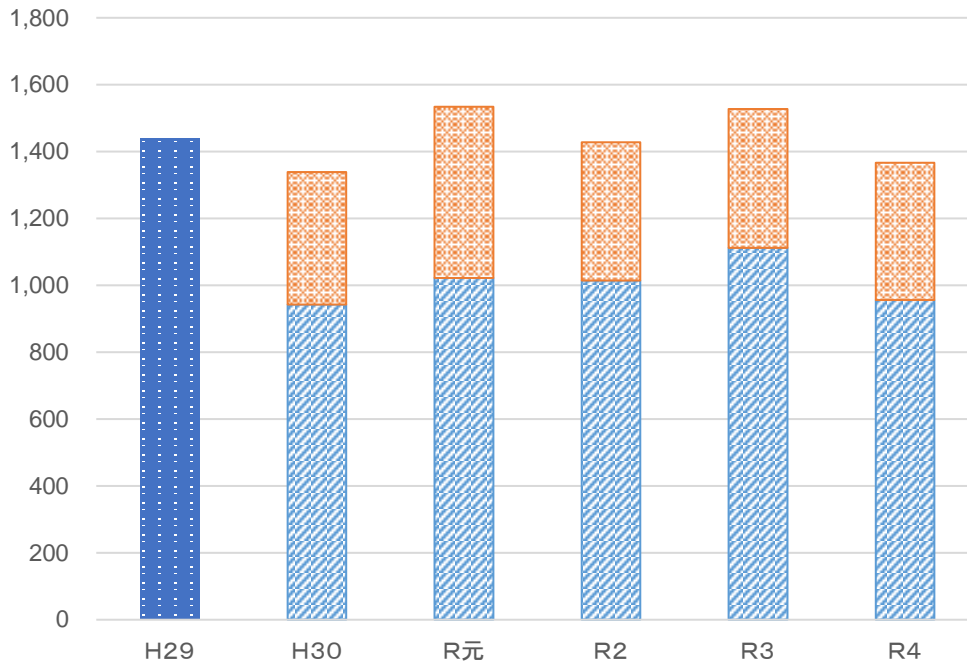
- 認知症地域包括診療料の算定回数は月当たり約1,400回で推移している。
- 認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成30年に増加し、以降は低下傾向である。

認知症地域包括診療料
算定回数

認知症地域包括診療加算
算定回数

(算定回数/月)

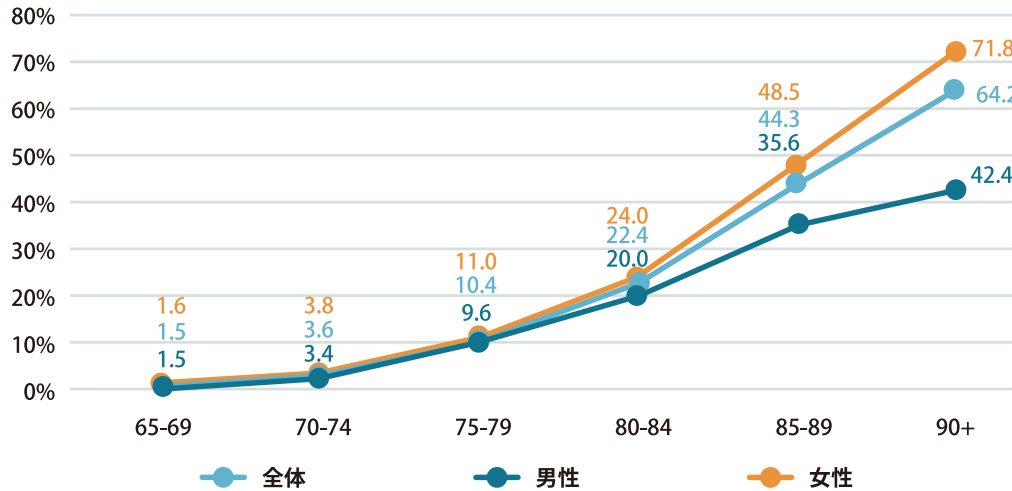
(算定回数/月)



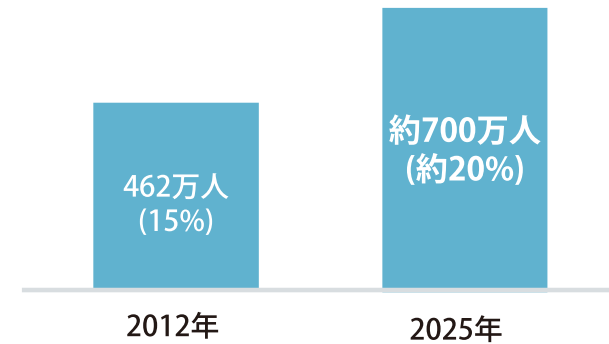
■ 認知症地域包括診療料2
■ 認知症地域包括診療料1
■ 認知症地域包括診療料

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

年齢階級別の認知症有病率について



(括弧内は65歳以上人口対比)



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) を元に推計

日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果 (解析対象5,073人)
研究代表者二宮治 (九州大学大学院) 提供のデータより作図

認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 (※) 人数/率		525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

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

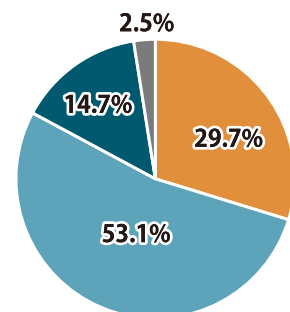
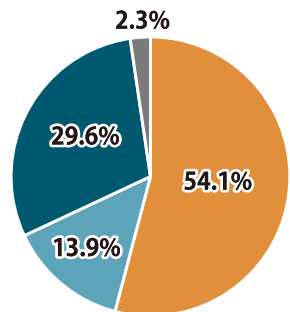
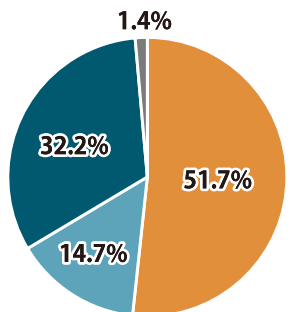
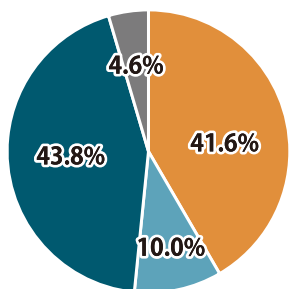
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(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。

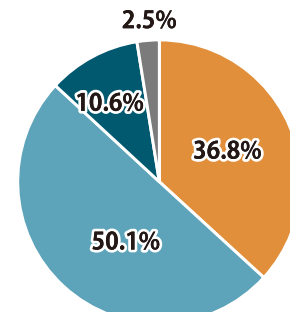
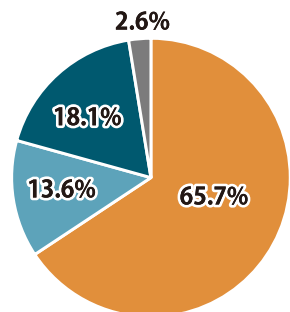
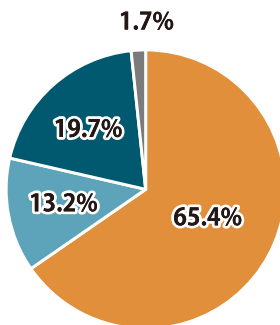
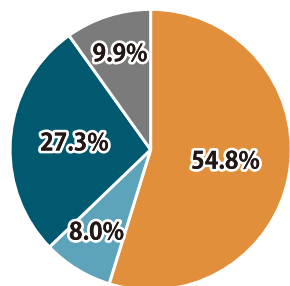
(あなたの病状)
慢性的重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(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



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。

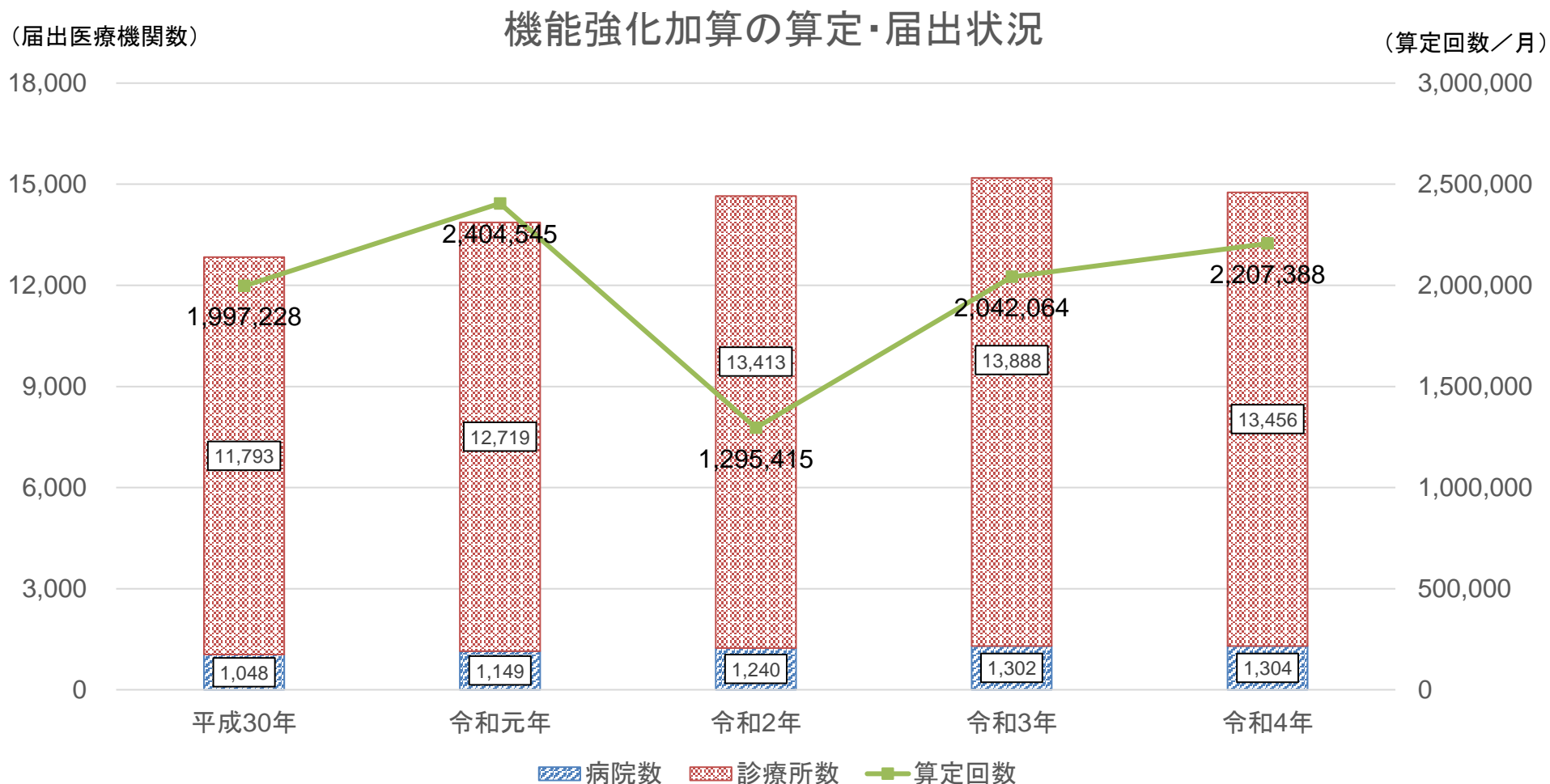
機能強化加算の届出・実績等について

令和4年改定前	
届出・実績	次のいずれかの届出
	<ul style="list-style-type: none"> 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
配置医師	—

改定後	
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1／地域包括診療料1の届出を行っていること。 <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。
<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。 	
<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。</p> <p>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)。 	<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以外の在支診又は在支病であること。 以下のいずれかを満たしていること。 <p>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3件以上。 (在支病の場合)緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3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1件以上。
<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>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 エ 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</p>	

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3年に増加した。



機能強化加算に係る傷病名

- 機能強化加算の算定時に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 同加算の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は1.9%、糖尿病は0.7%、脂質異常症は0.8%、認知症は0.4%、心不全は0.2%、慢性腎臓病は0.1%であった。

No.	傷病名	ICDコード	令和4年度	
			5月診療月	
			回数	構成比%
計	機能強化加算の全算定回数		2,207,388	100.0%
再掲	糖尿病(計)		15,363	0.7%
	脂質異常症(計)		17,508	0.8%
	高血圧症(計)		41,724	1.9%
	心不全(計)		4,546	0.2%
	慢性腎臓病(計)		1,574	0.1%
	認知症(計)		7,936	0.4%
	1	COVID-19	U071	288,639
2	急性上気道炎	J069	186,008	8.4%
3	急性気管支炎	J209	146,990	6.7%
4	急性咽頭炎	J029	54,031	2.4%
5	気管支喘息	J459	43,527	2.0%
6	高血圧症	I10	41,721	1.9%
7	アレルギー性鼻炎	J304	41,128	1.9%
8	急性胃腸炎	A099	37,619	1.7%
9	湿疹	L309	36,852	1.7%
10	** 未コード化傷病名 **	-	34,001	1.5%
11	咽頭炎	J029	27,277	1.2%
12	発熱	R509	24,957	1.1%
13	慢性胃炎	K295	20,051	0.9%
14	頭痛	R51	19,986	0.9%
15	コロナウイルス感染症	B342	19,768	0.9%
16	感冒	J00	18,972	0.9%
17	便秘症	K590	18,065	0.8%
18	じんま疹	L509	15,651	0.7%
19	感染性胃腸炎	A090	15,548	0.7%
20	変形性膝関節症	M171	15,249	0.7%
21	急性咽頭喉頭炎	J060	15,205	0.7%
22	気管支炎	J40	14,293	0.6%

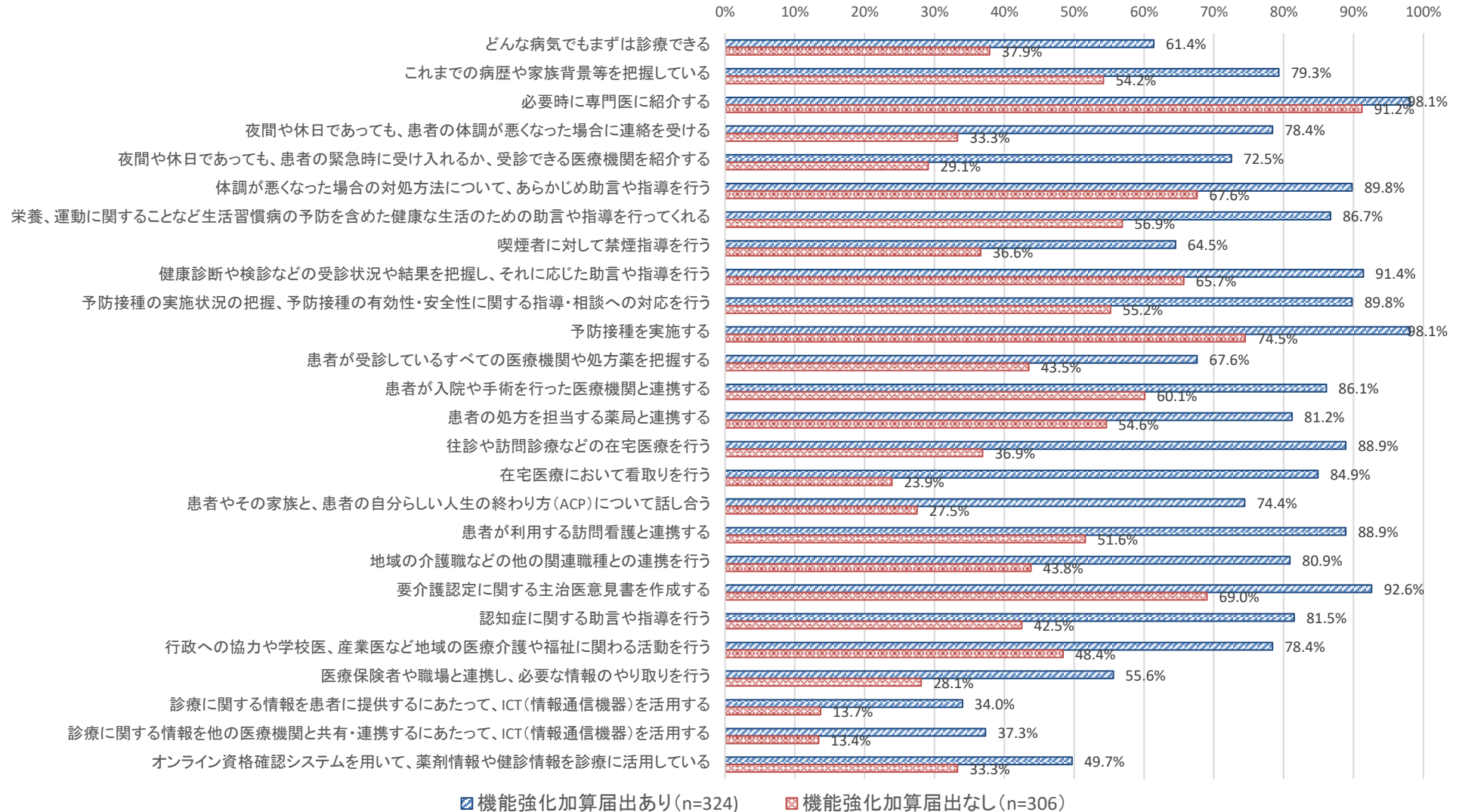
No. (続き)	傷病名	ICDコード	令和4年度	
			5月診療月	
			回数	構成比%
23	腰痛症	M5456	13,151	0.6%
24	喘息性気管支炎	J459	12,499	0.6%
25	急性胃炎	K291	12,420	0.6%
26	皮脂欠乏症	L853	12,364	0.6%
27	アトピー性皮膚炎	L209	11,016	0.5%
28	下痢症	A099	10,664	0.5%
29	逆流性食道炎	K210	10,624	0.5%
30	皮脂欠乏性湿疹	L853	10,606	0.5%
31	急性腸炎	A099	9,568	0.4%
32	胃炎	K297	9,521	0.4%
33	膀胱炎	N309	9,146	0.4%
34	糖尿病	E14	8,869	0.4%
35	感染性腸炎	A090	8,345	0.4%
36	咽頭喉頭炎	J060	8,234	0.4%
37	肩関節周囲炎	M750	8,183	0.4%
38	変形性腰椎症	M4786	7,621	0.3%
39	皮膚炎	L309	7,480	0.3%
40	腰部脊柱管狭窄症	M4806	7,200	0.3%
41	胃潰瘍	K259	7,190	0.3%
42	片頭痛	G439	7,046	0.3%
43	不眠症	G470	6,996	0.3%
44	急性湿疹	L309	6,970	0.3%
45	打撲傷	T140	6,882	0.3%
46	急性扁桃炎	J039	6,634	0.3%
47	急性鼻咽頭炎	J00	6,554	0.3%
48	嘔吐症	R11	6,536	0.3%
49	高コレステロール血症	E780	6,440	0.3%
50	内痔核	K649	6,365	0.3%

かかりつけ医機能（機能強化加算届出有無）

診調組 入-5
5.10.5改

○ 施設が有するかかりつけ医機能としては、機能強化加算の届出がある施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高かった。

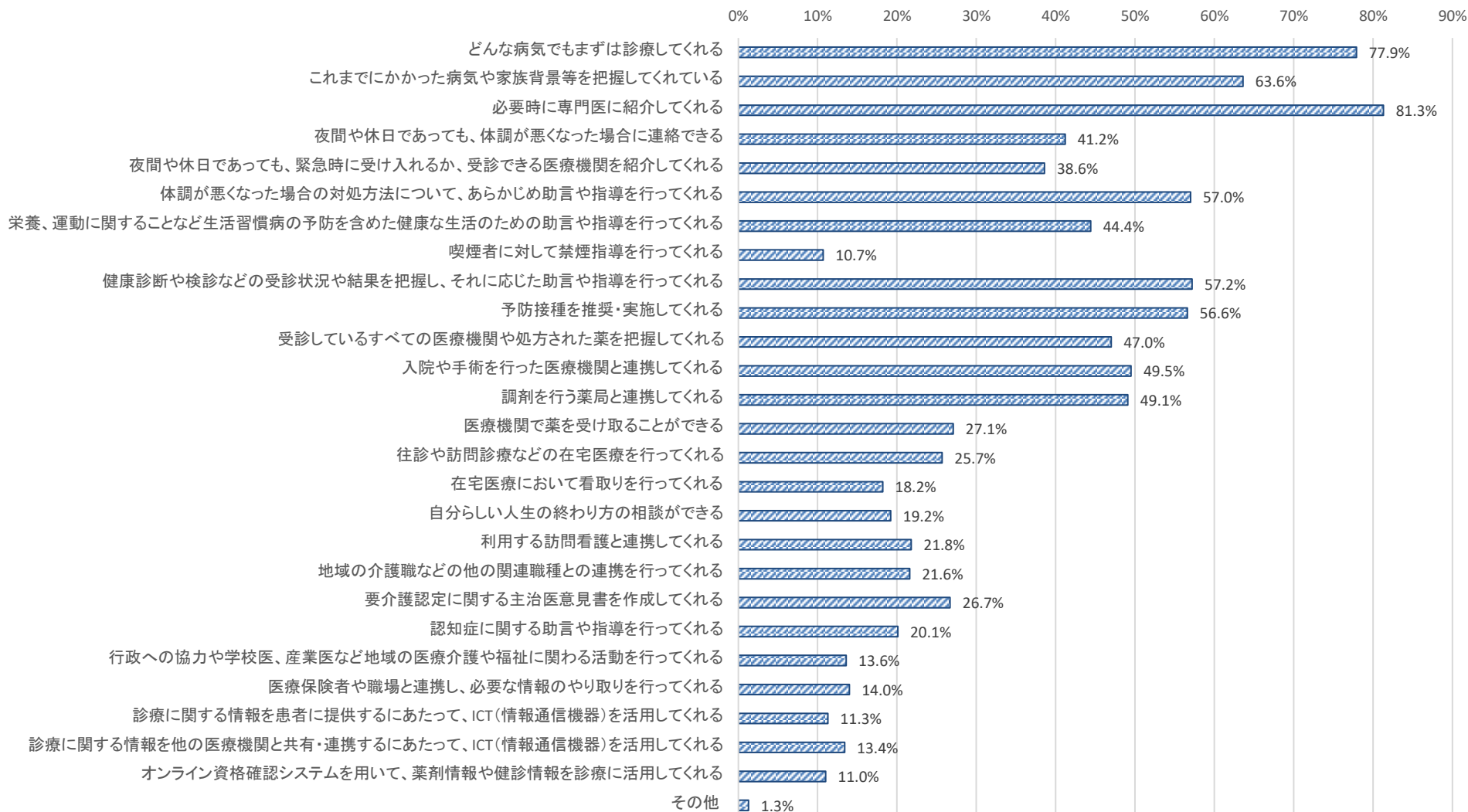
施設が有しているかかりつけ医機能（外来施設票、n=650）



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

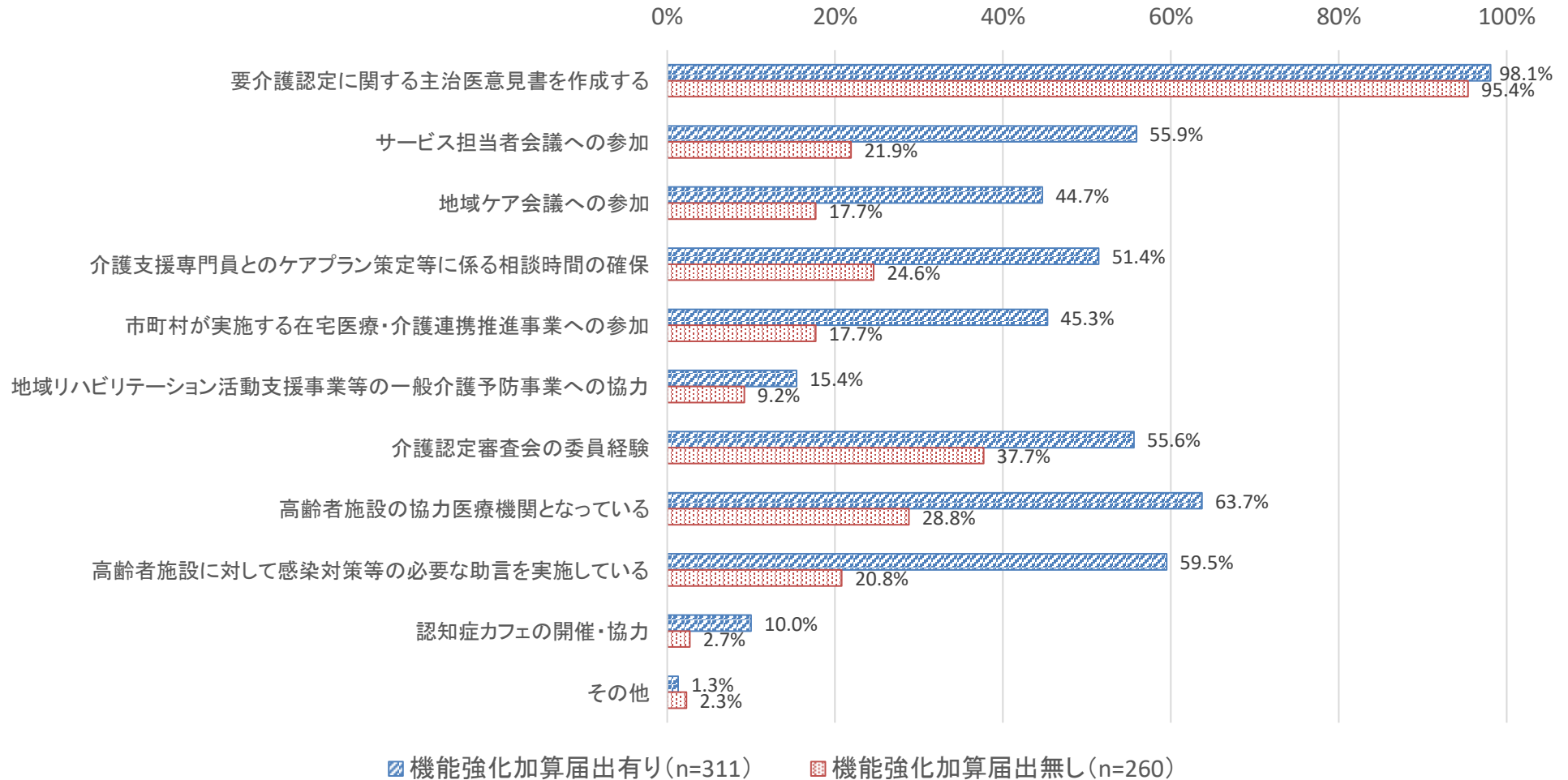
○ 患者が「かかりつけ医」に求める役割としては、「必要時に専門医に紹介する」が最多であった。

あなたにとっての「かかりつけ医」に求める役割は何ですか（外来患者票、n=2,705）



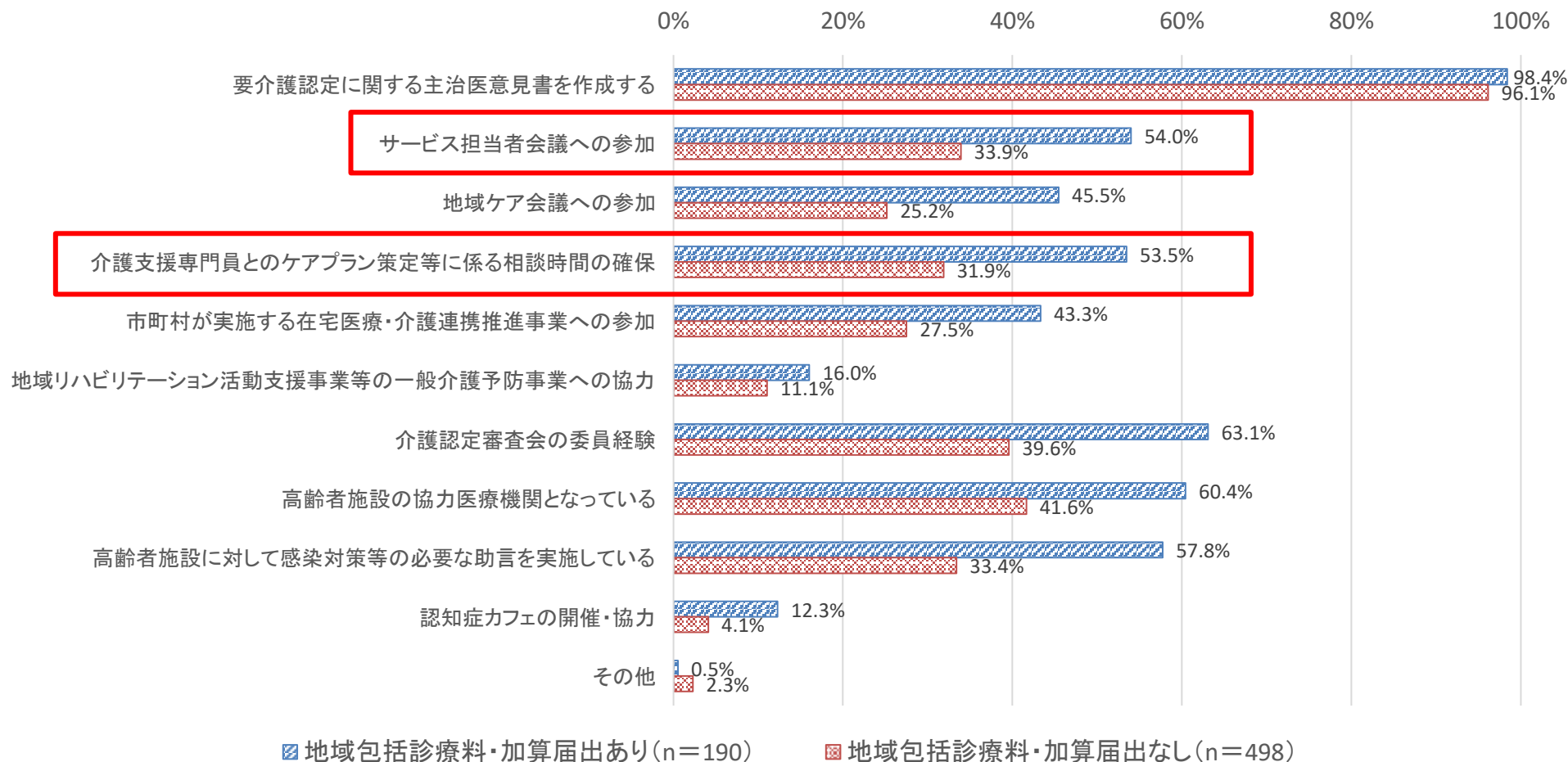
介護との連携（機能強化加算届出有無）

- 医療機関における介護との連携について、「要介護認定に関する主治医意見書の作成」は9割以上が取り組んでいた。
- 機能強化加算を届出している医療機関の方が介護との連携に取り組んでいた。



介護との連携についての取組

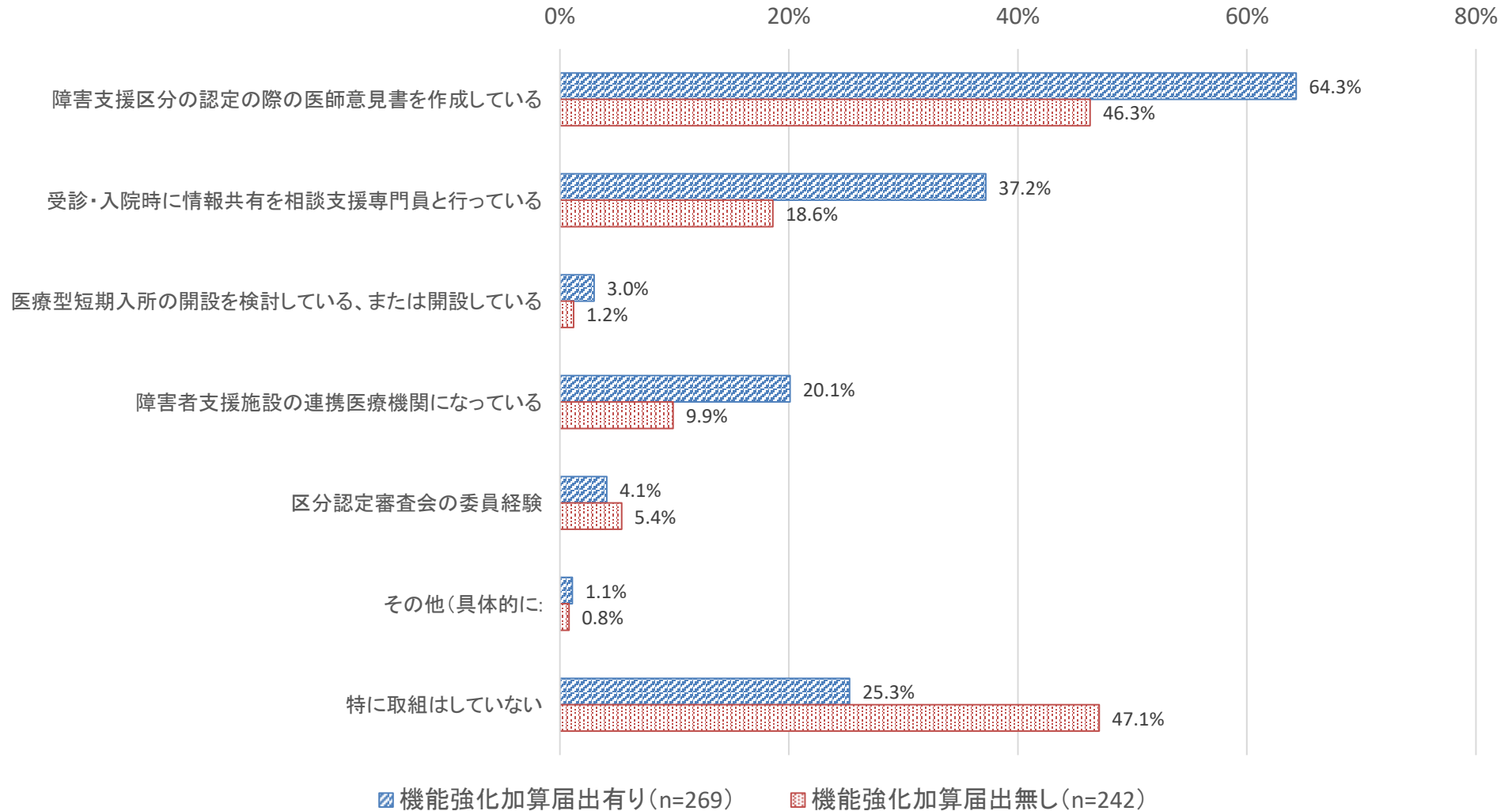
- 医療機関における介護との連携の取組について、要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。
- 「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。



障害福祉サービスとの連携（機能強化加算届出有無）

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

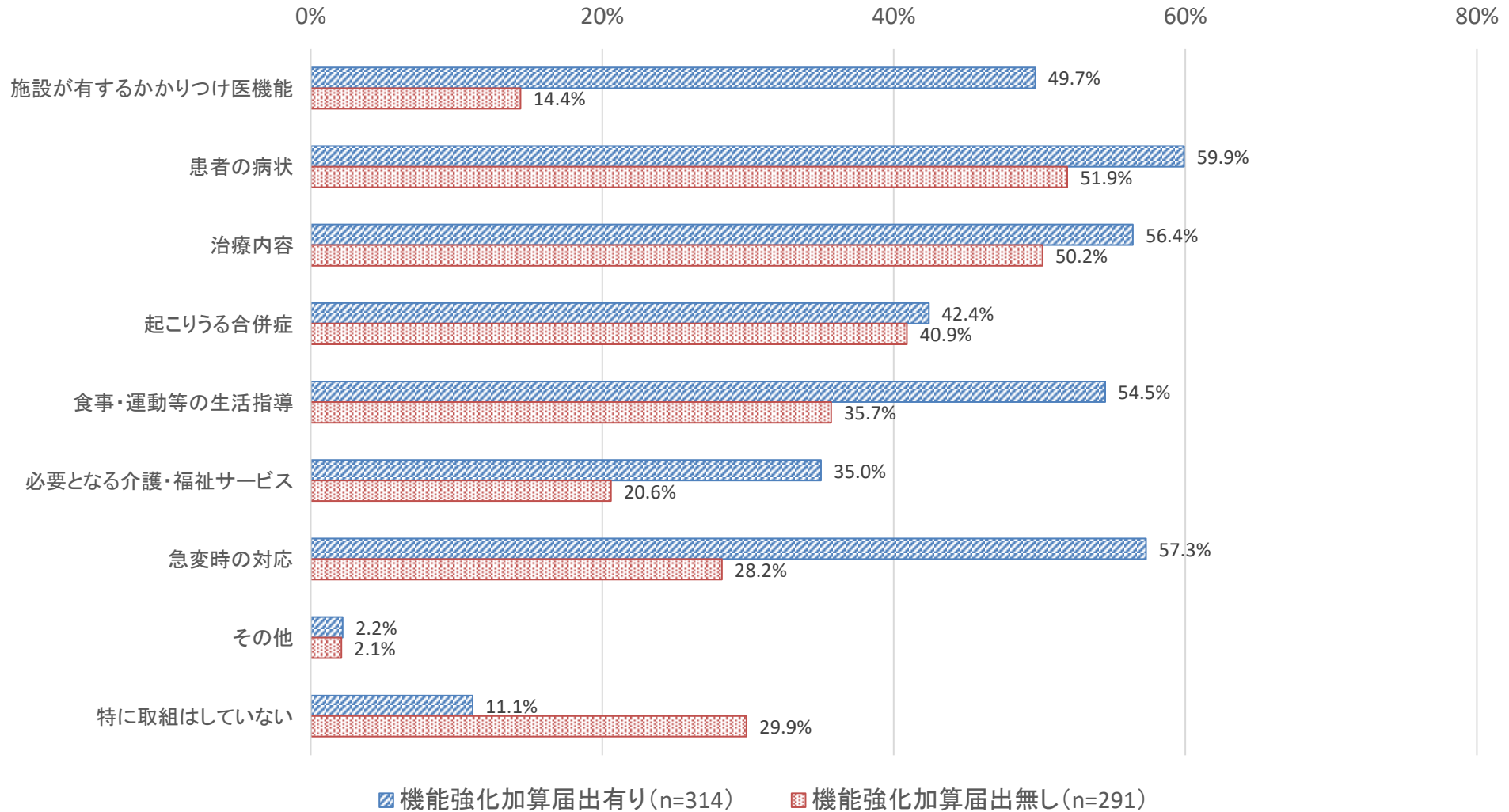
○ 医療機関における障害福祉サービスとの連携について、「障害支援区分の認定の際の医師意見書の作成」等の取り組みについて、機能強化加算を届出している医療機関の方が取り組んでいた。



書面を用いた患者への説明（機能強化加算届有無）

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

○ 医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。機能強化加算を届出している医療機関の方が、それ以外より、積極的に書面を用いた説明を実施していた。

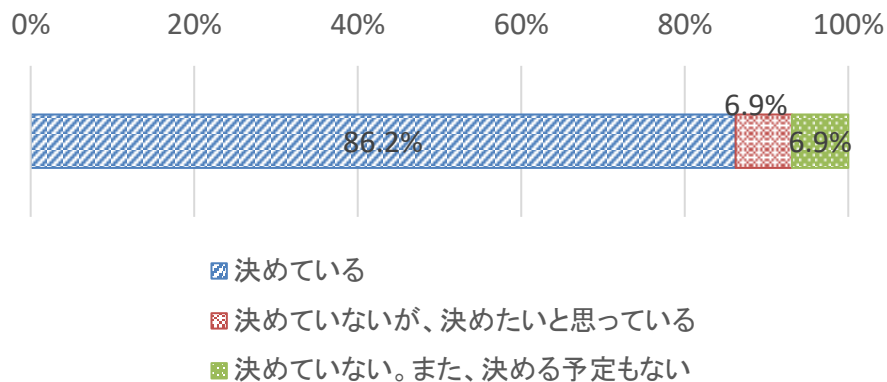


患者がかかりつけ医を決めていない理由等（患者票）

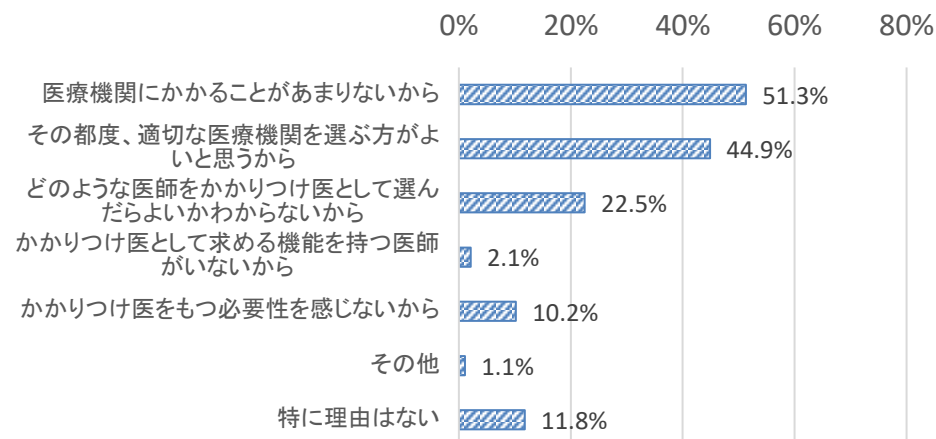
診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

- 86.2%の患者がかかりつけ医を決めていたが、6.9%の患者はかかりつけ医を決めておらず、決める予定もなかった。かかりつけ医を決めていない理由としては、医療機関にかかることがあまりない、その都度適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うが多かった。
- 複数の医療機関を受診している患者について、紹介状をもらわずに受診している患者が47.9%であった。

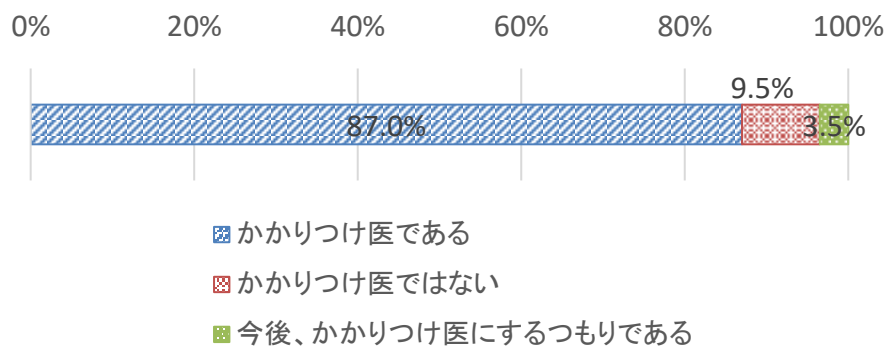
かかりつけ医を決めているかどうか(N=2,730)



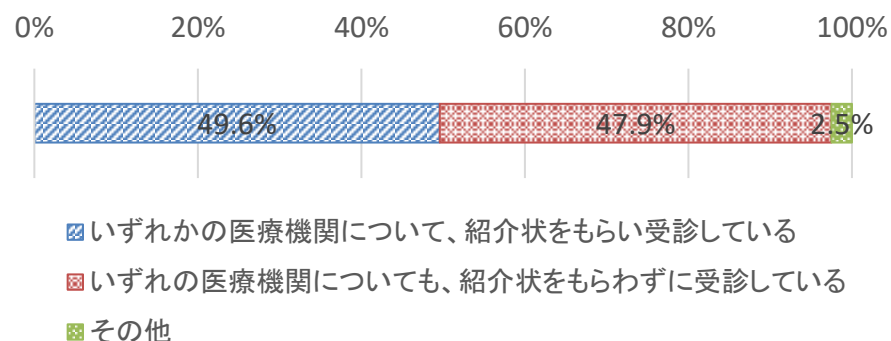
かかりつけ医を決めていない理由(N=187)



本日受診した医師は、あなたのかかりつけ医かどうか(N=2,519)



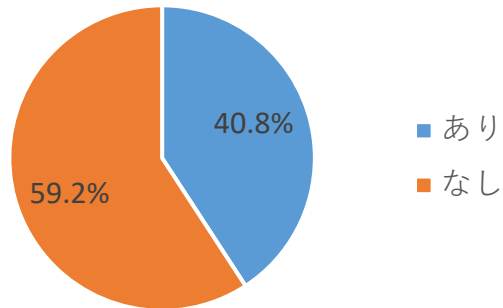
定期的(3カ月に1回以上)に通院している医療機関の数が2箇所以上の場合の紹介状について(N=289)



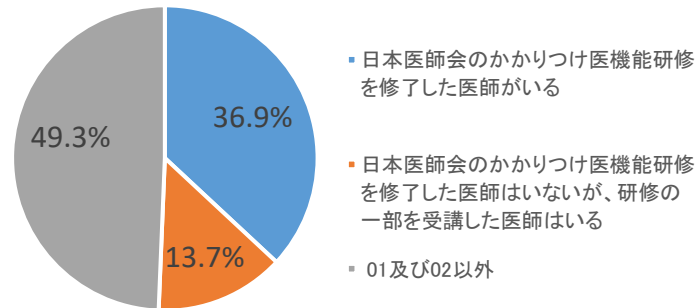
医師に係る研修の修了状況

- 医療機関における研修を修了した医師の状況は以下のとおり。
- 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師は40.8%、日本医師会のかかりつけ医機能研修を全て修了した医師は36.9%の医療機関に配置されていた。

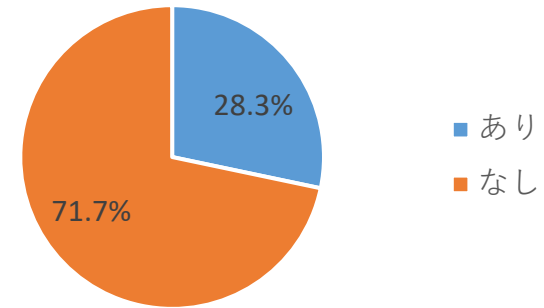
慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無(n=684)



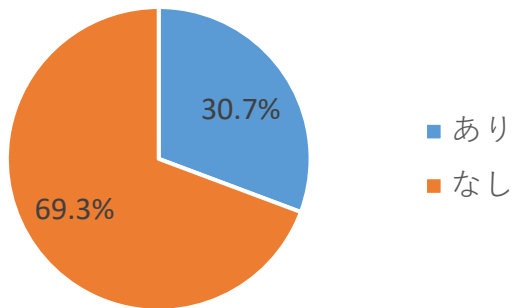
日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無(n=685)



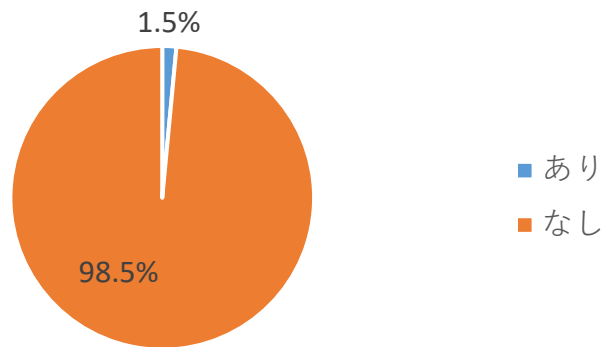
「認知症サポート医養成研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



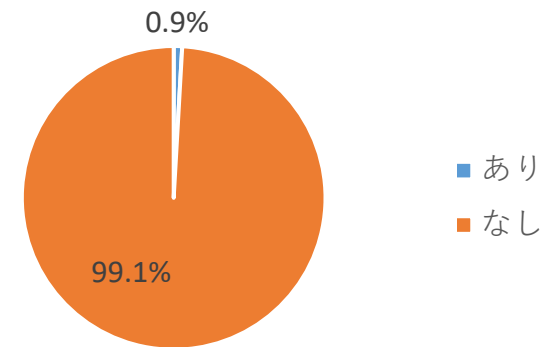
「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



全日本病院協会による「全日病総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=672)



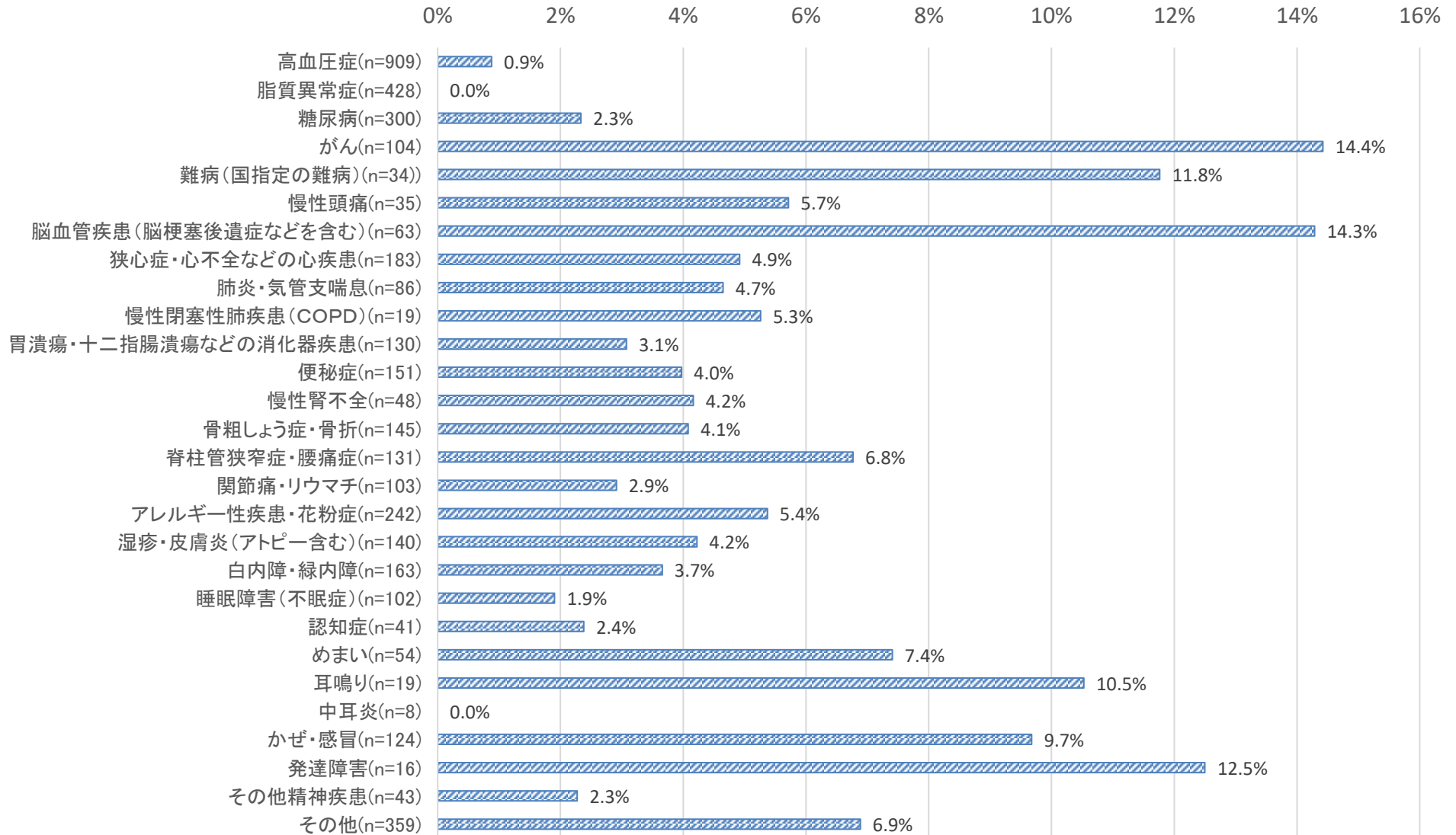
日本病院会による「病院総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=675)



疾病毎の複数医療機関受診割合（患者票）

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

○ 疾病に対して定期的(3か月に1回以上)に通院している医療機関が2以上の患者割合は以下のとおり。
 高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については2以上の医療機関を受診している割合は0~2%であった。



1. 外来医療の現状等について

2. かかりつけ医機能に係る評価について

① 総論

② 時間外対応加算について

③ 書面を用いた説明について

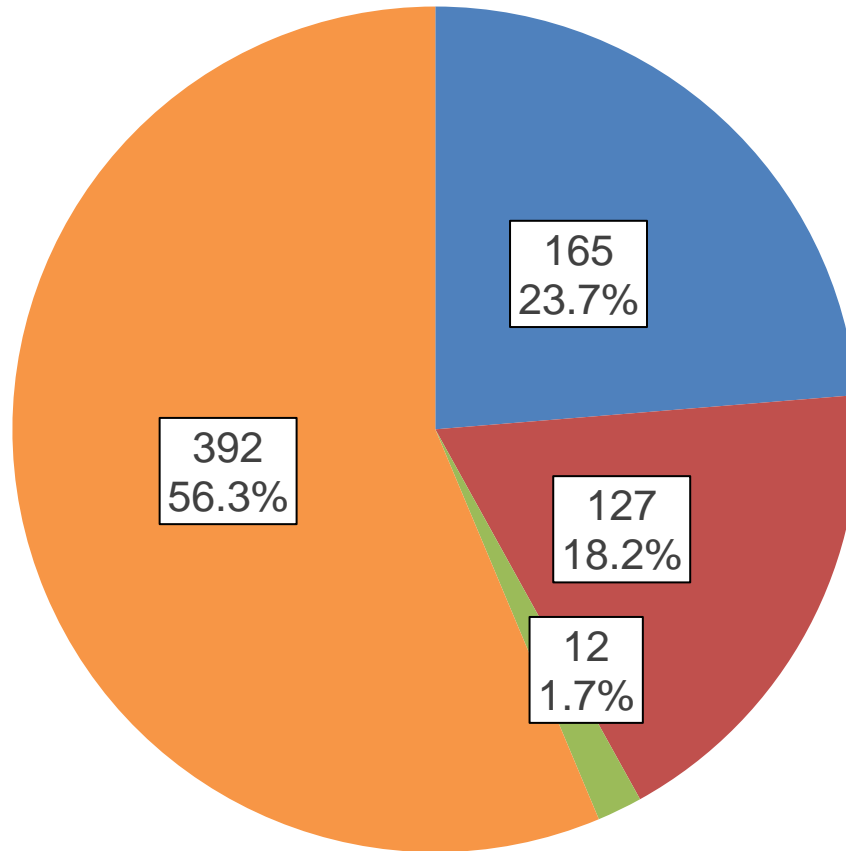
④ 特定疾患療養管理料について

⑤ かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

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

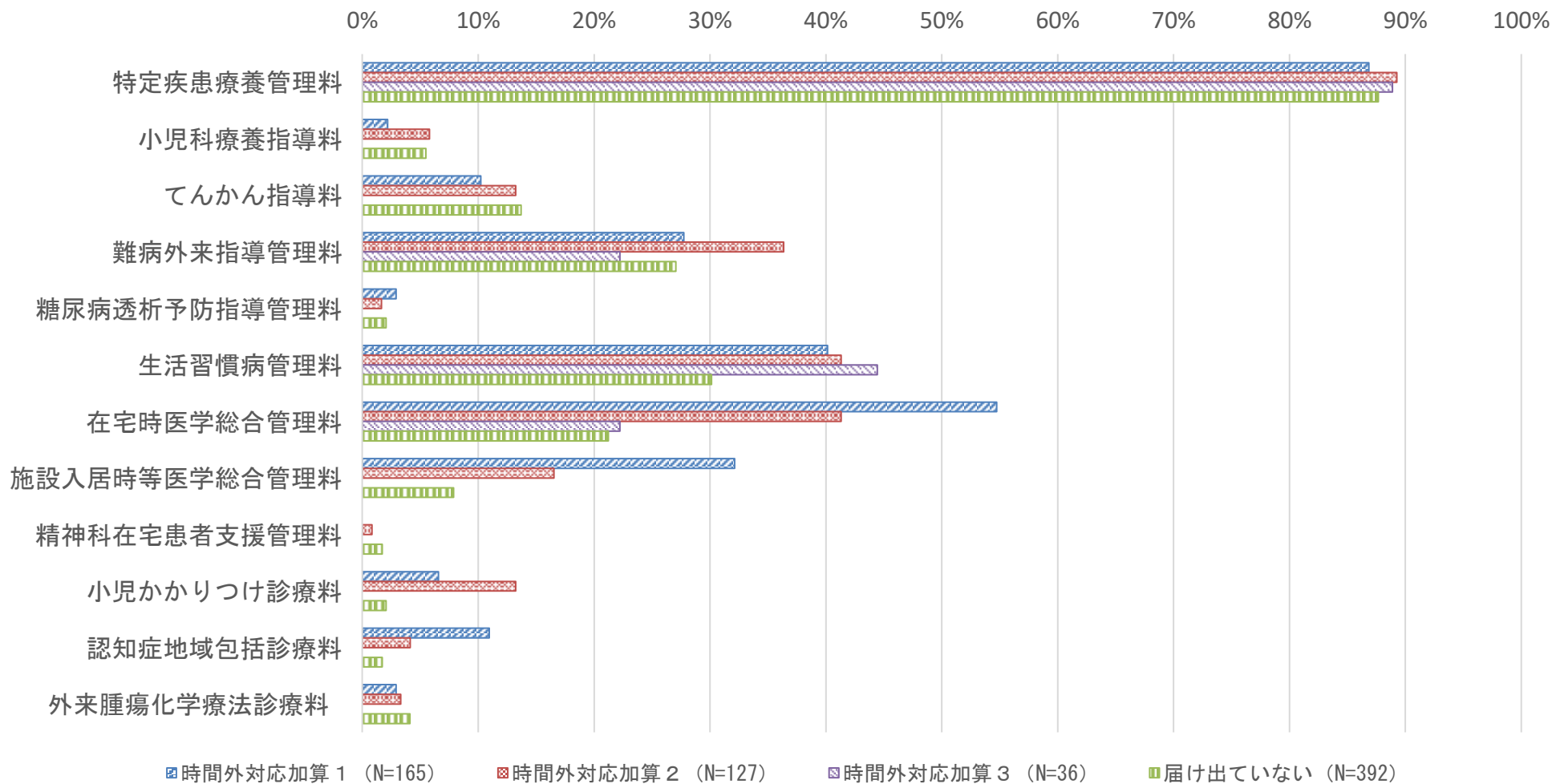
当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

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

特掲診療料の届出又は算定状況（時間対応加算の届出別）

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

- 対象施設の時間対応加算の届出別の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
- 時間外対応加算1・2の届出をしている医療機関の方が、他の医療機関より、在医総管・施設総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料の届出又は算定している割合が多かったが、特定疾患療養管理料等ではこうした差は見られなかった。

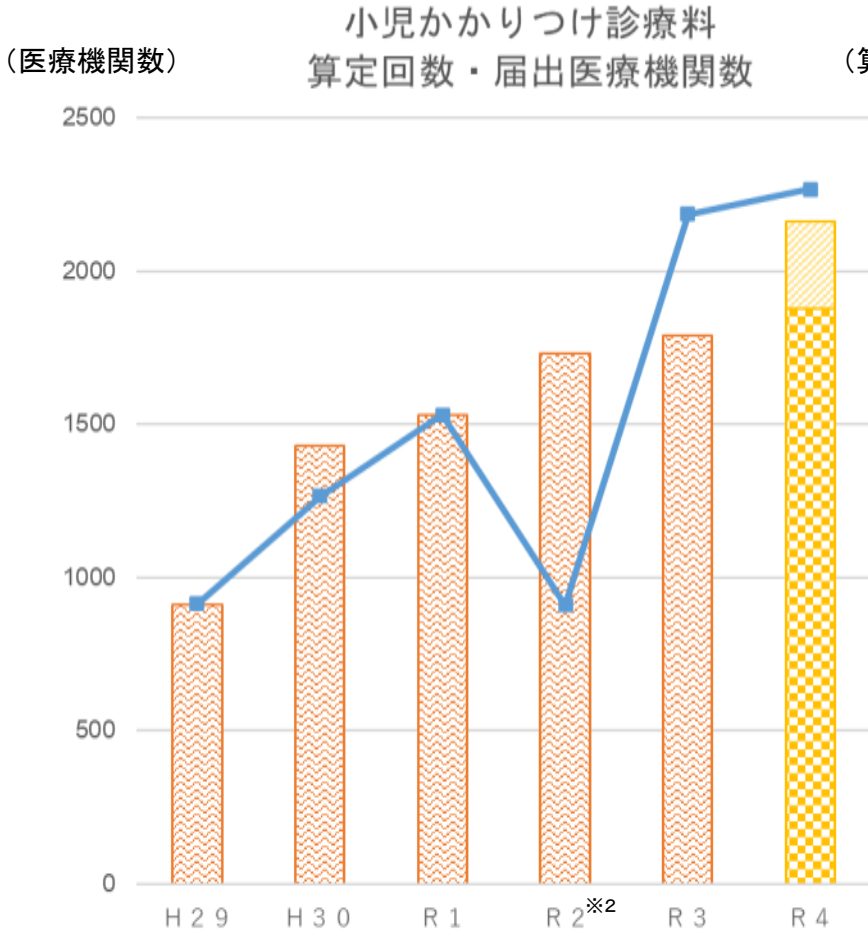


小児科の外来診療の評価について

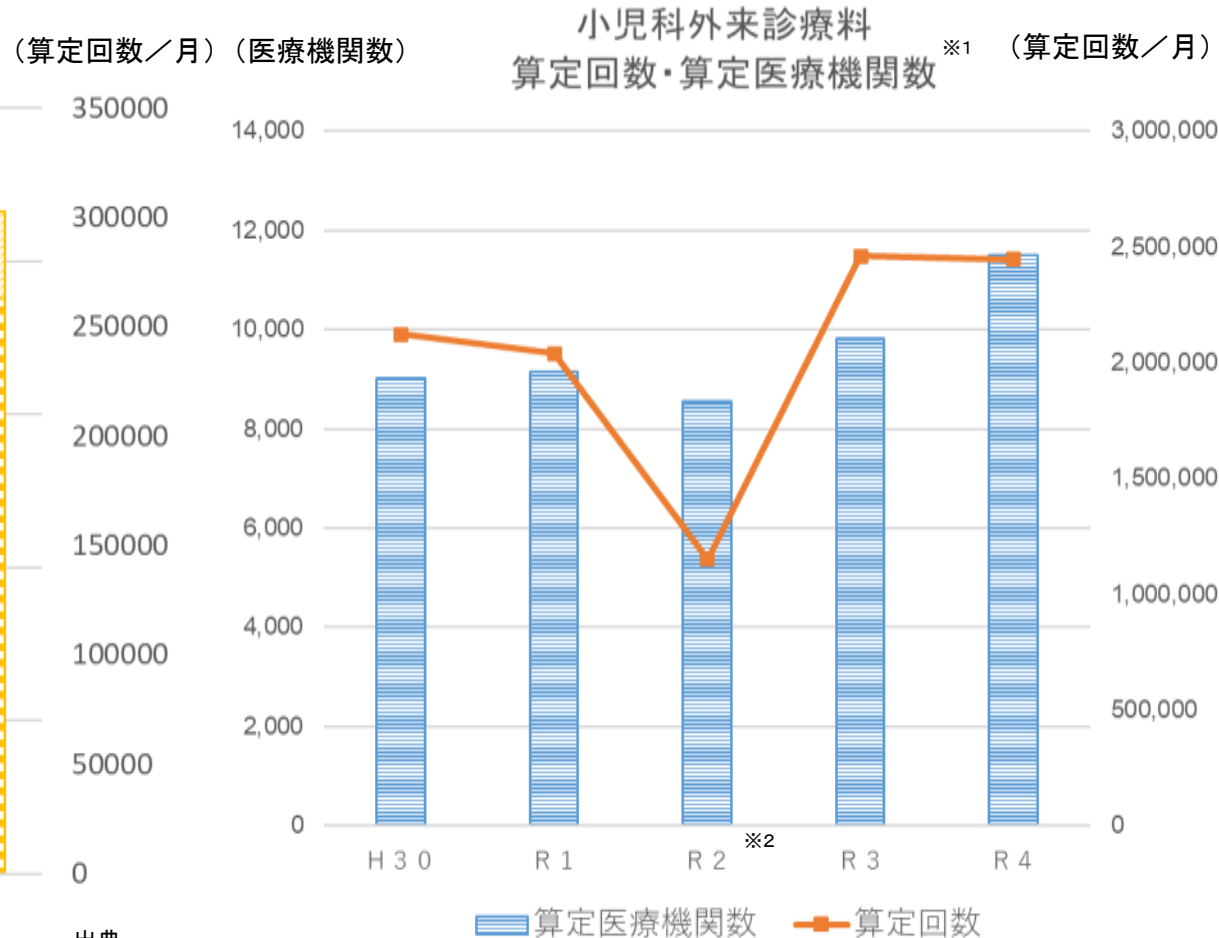
	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料1	小児かかりつけ診療料2
点数	(1日につき) 1. 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 初診時:599点、再診時:406点 2. 1. 以外の場合 初診時:716点、再診時:524点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時:641点、再診時:448点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時:758点、再診時:566点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時:630点、再診時:437点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時:747点、再診時:555点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・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した。



- 小児かかりつけ診療料 届出医療機関数
- 小児かかりつけ診療料2 届出医療機関数
- 小児かかりつけ診療料1 届出医療機関数
- 小児かかりつけ診療料 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)

※1 小児科外来診療料の算定医療機関数はNDBより保険局医療課にて集計。

※2 R2年度改定にて、対象年齢を3歳未満から6歳未満に拡大した

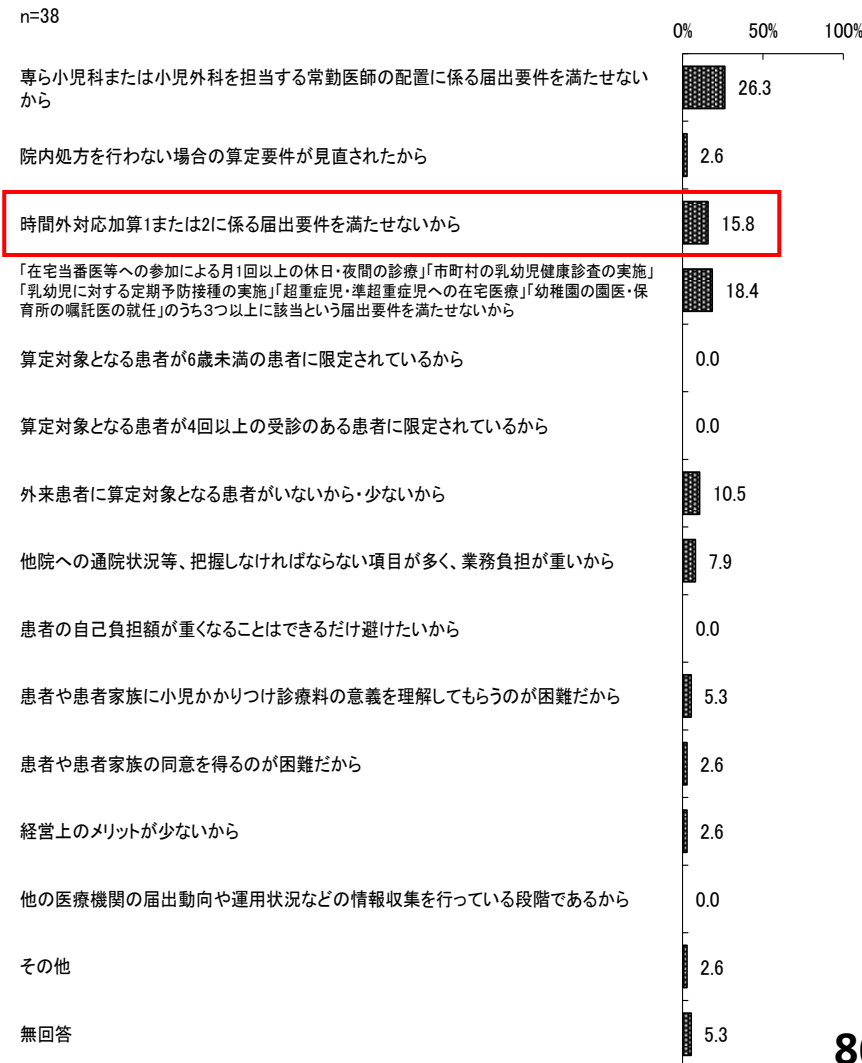
小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由

○ 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由として、小児科医の配置に係る要件を満たせない、在宅当番医等への参加に係る要件を満たせない、に次いで、時間外対応加算1または2の届出要件を満たせない、という回答が多かった。

小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由
(複数回答、令和2年10月1日現在において小児かかりつけ診療料の届出なし)



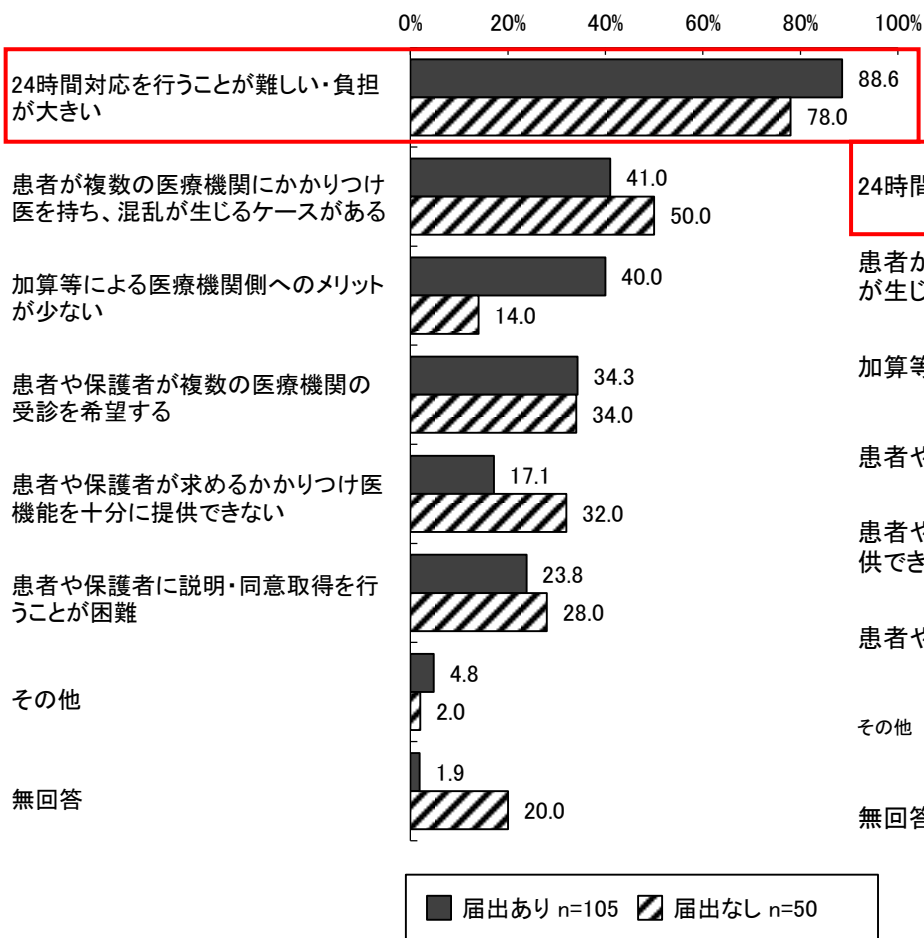
小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない最大の理由
(単数回答、令和2年10月1日現在において小児かかりつけ診療料の届出なし)



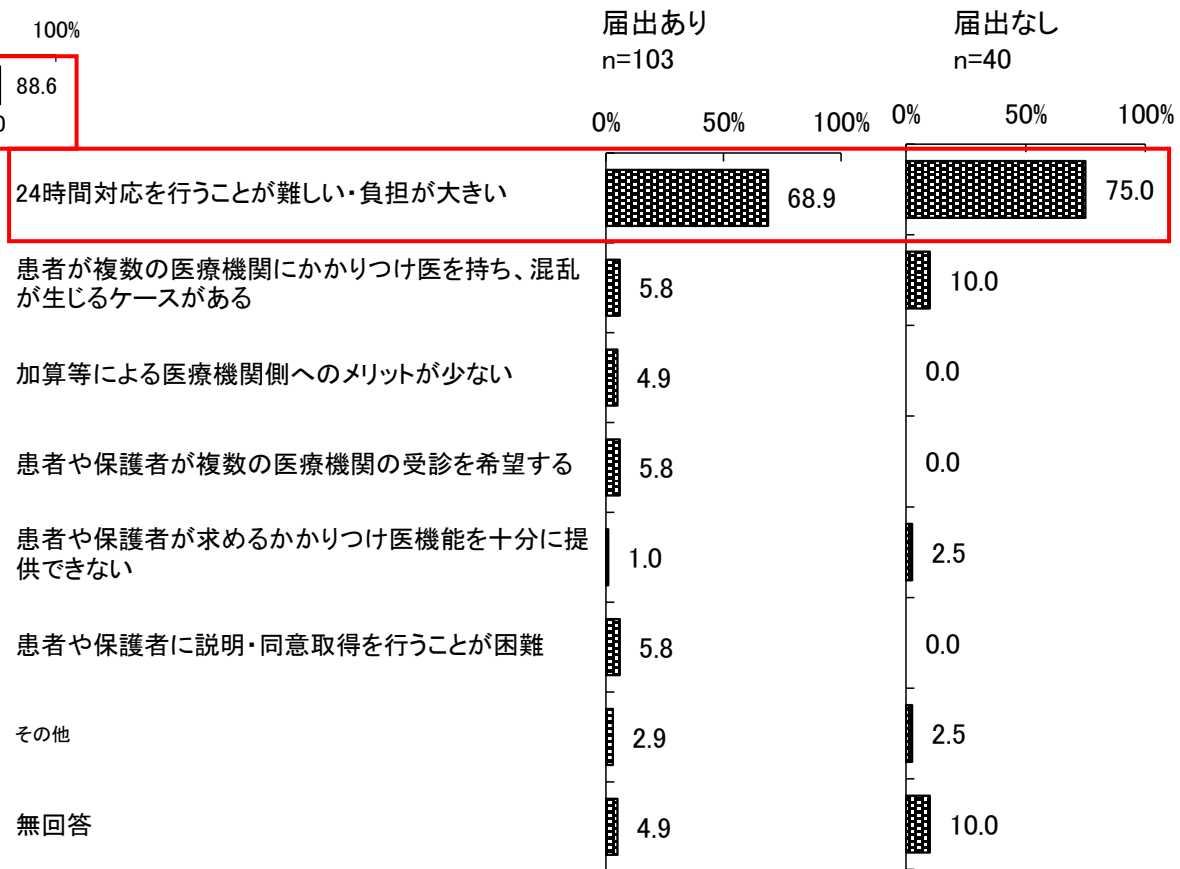
小児かかりつけ医機能を推進する上での課題

○ 小児かかりつけ医機能を推進する上での課題として、小児かかりつけ診療料の届出有無に関わらず、約8割の医療機関が、「24時間対応を行うことが難しい・負担が大きい」と回答している。

小児かかりつけ医機能を推進する上での課題
(小児かかりつけ診療料の届出状況別、複数回答)



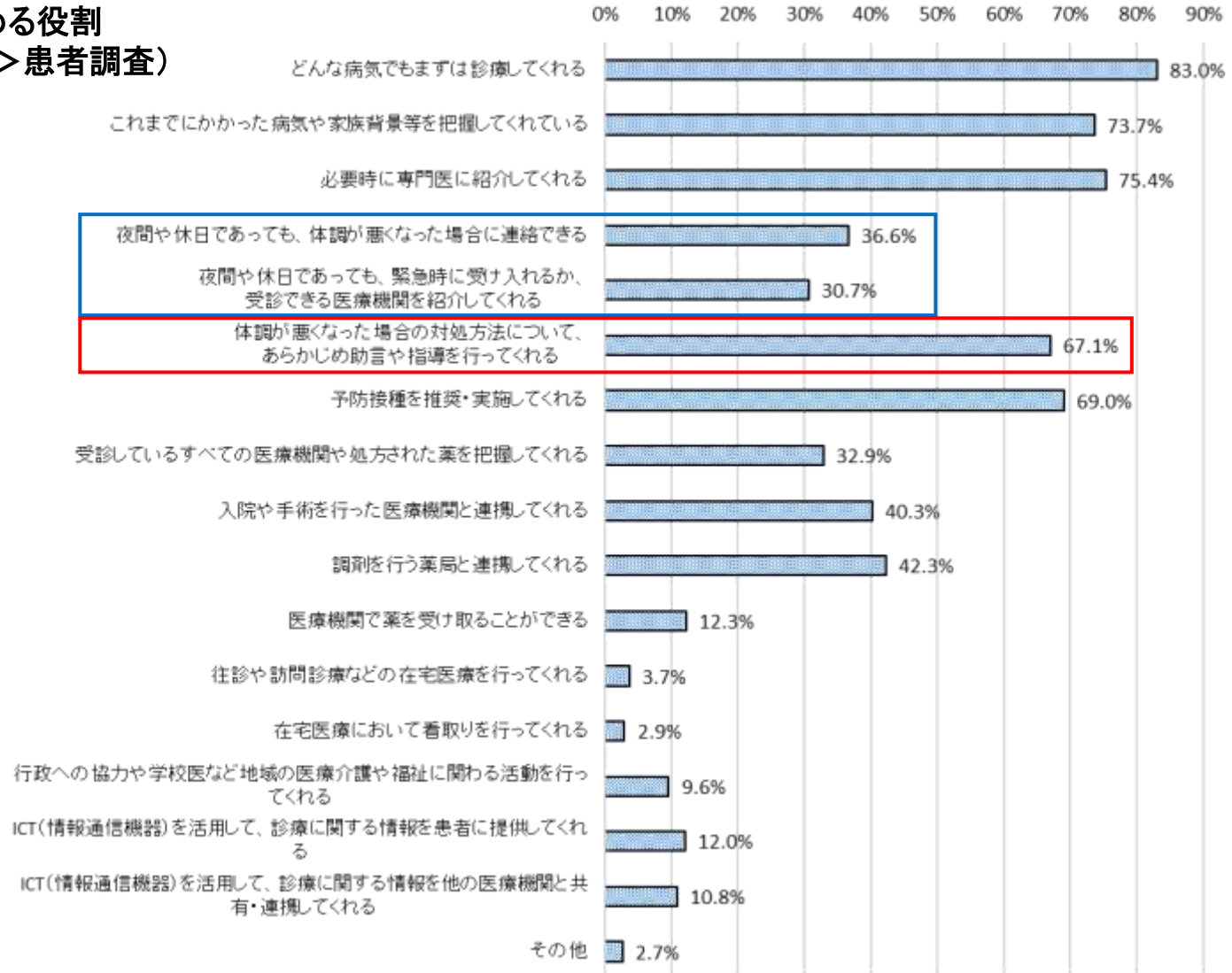
小児かかりつけ医機能を推進する上での最大の課題
(小児かかりつけ診療料の届出状況別、単数回答)



小児における、かかりつけ医に求める役割

○ 小児の患者の保護者に対して、かかりつけ医に求める役割を聞いたところ、夜間や休日であっても「体調が悪くなった場合に連絡できる」や「緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる」よりも、「体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる」を選択している割合が高かった。

かかりつけ医に求める役割
(かかりつけ医<小児科>患者調査)
(複数回答)



出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価などに関する実施状況調査結果(「かかりつけ医<小児科>調査(患者調査)」)を用いて医療課で集計

	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。

救急外来や外来診療の機能分化の推進③

平成24年度診療報酬改定
説明資料

初・再診料及び関連する加算の評価

- 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

地域医療貢献加算	3点



【改定後】時間外対応加算

(新) 時間外対応加算1	5点
(改) 時間外対応加算2	3点
(新) 時間外対応加算3	1点

[算定要件]

時間外対応加算1: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。

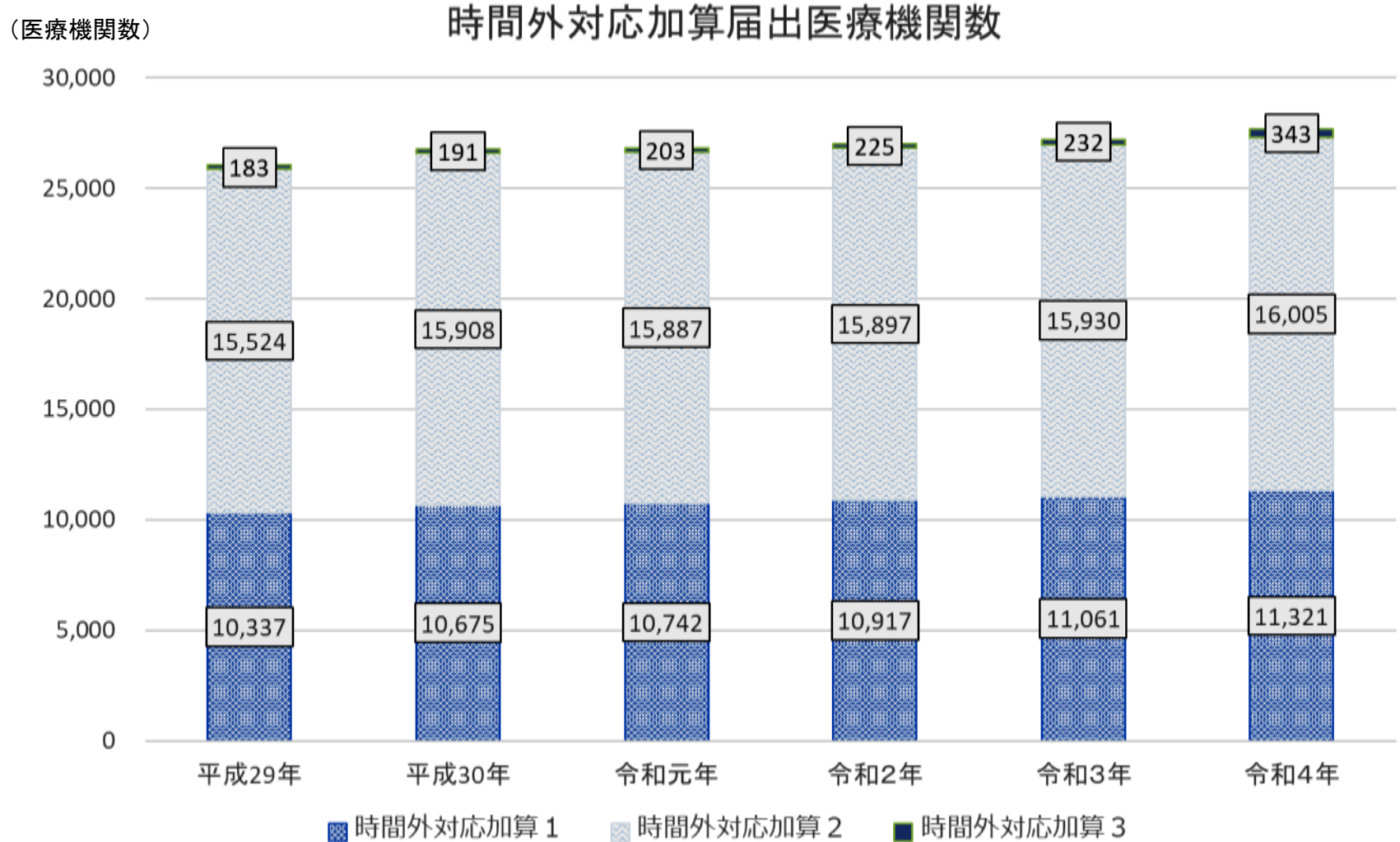
時間外対応加算2: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

時間外対応加算3: 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は最大で3つまでとすること。

時間外対応加算届出医療機関数

中医協	総	-	2
5	.	8	.
			2

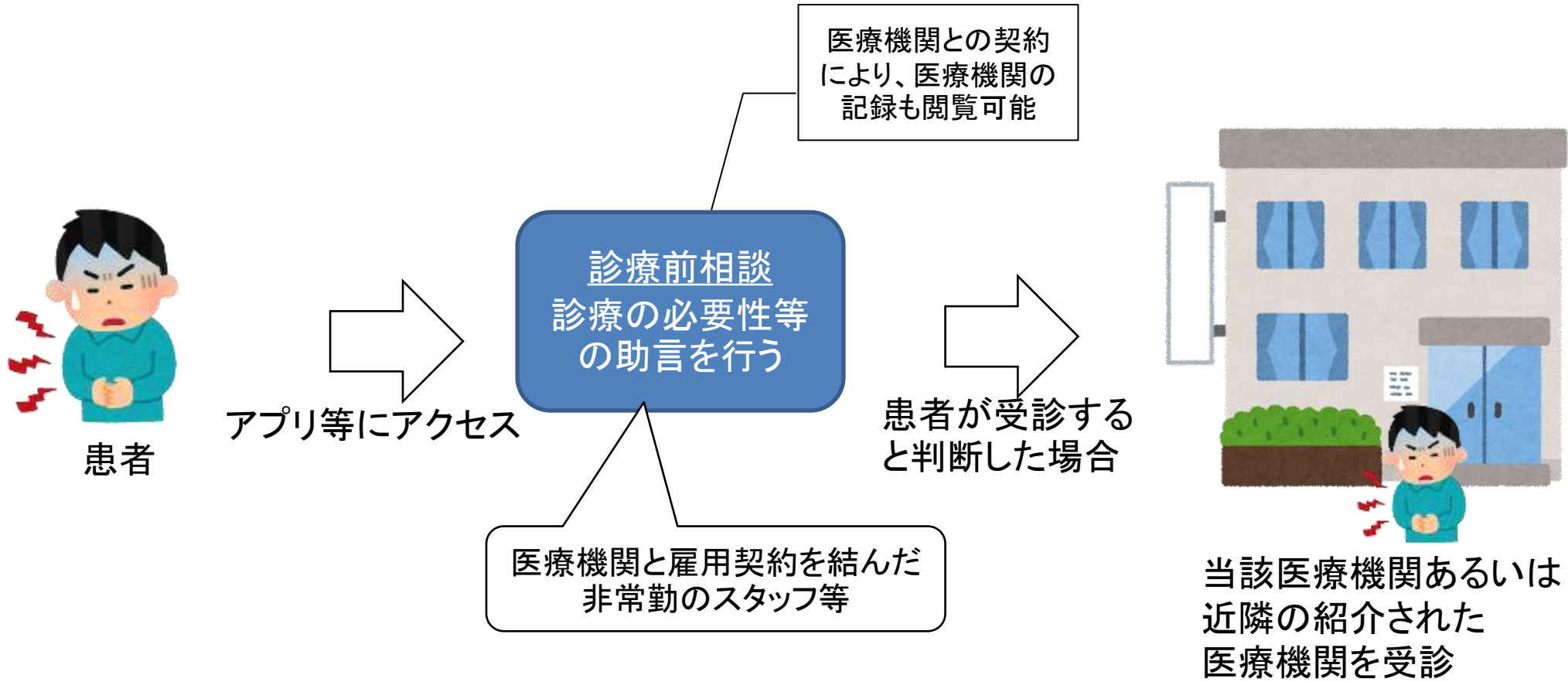
○ 時間外対応加算の届出医療機関数は横ばいである。



近年見られる時間外対応を行うサービスについて

- 近年、情報化社会の進展に伴い、診療所の時間外対応を補助する多様なサービスが見られる。

時間外対応を行うサービス(イメージ)



時間外対応加算に係る体制

- 時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制としては、加算1～3全てにおいて、診療所に勤務している常勤の医師が対応する体制が多かった。
- 相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応については、他の医療機関との連携又は緊急搬送等が最多であった。

時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制	01_診療所に勤務している常勤の医師が対応	02_診療所に勤務している非常勤の医師が対応	03_診療所に勤務している看護職員が対応	04_診療所に勤務している事務職員が対応	05_その他
時間外対応加算 1 (n=213)	84.0%	14.1%	43.7%	22.5%	1.4%
時間外対応加算 2 (n=110)	89.1%	6.4%	18.2%	12.7%	6.4%
時間外対応加算 3 (n=8)	87.5%	12.5%	12.5%	12.5%	0.0%

※ 時間外対応加算3については当番日に限る

電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応について	01_診療所における外来診療	02_診療所の医師による往診	03_診療所の医師（当該診療所における対面診療の実績を有するものに限る）によるオンライン診療	04_03に示す医師以外によるオンライン診療	05_他の医療機関との連携または緊急搬送等	06_その他
時間外対応加算 1 (n=217)	70.0%	67.7%	13.4%	0.9%	81.6%	0.9%
時間外対応加算 2 (n=112)	66.1%	52.7%	7.1%	1.8%	85.7%	1.8%
時間外対応加算 3 (n=8)	62.5%	50.0%	12.5%	0.0%	50.0%	0.0%

1. 外来医療の現状等について

2. かかりつけ医機能に係る評価について

① 総論

② 時間外対応加算について

③ 書面を用いた説明について

④ 特定疾患療養管理料について

⑤ かかりつけ医機能に係る評価の併算定等について

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）

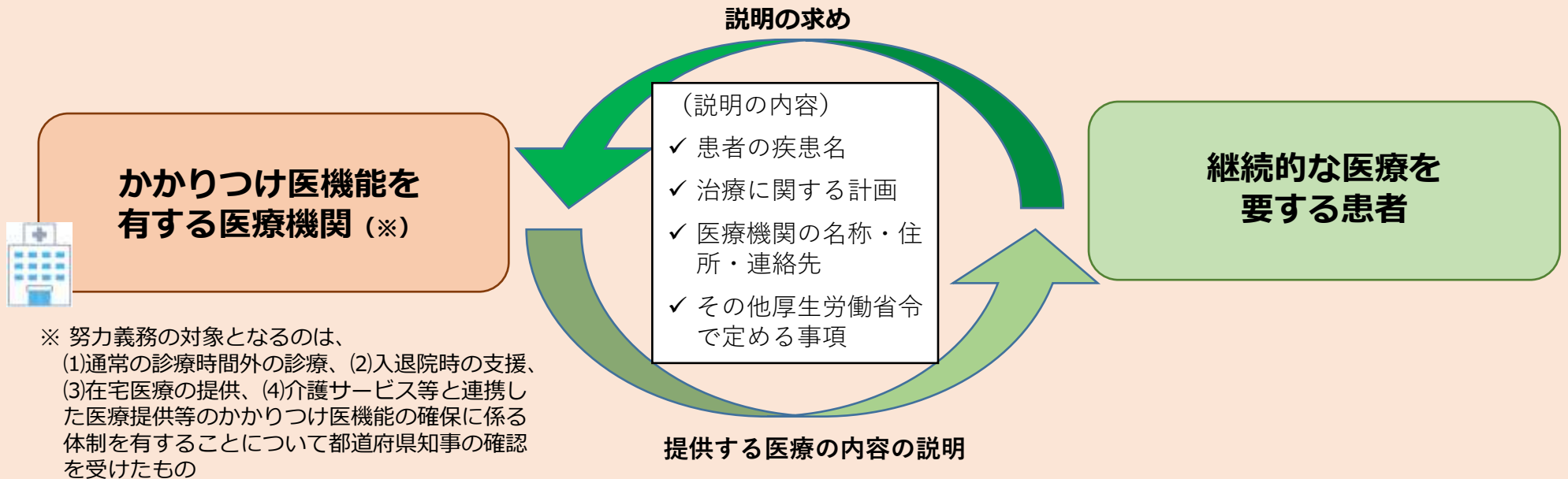
- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

- ▶ かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

- 対象医療機関：かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関
- 対象患者：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者
- 対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる



※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

医療法上の患者への説明に係る規定と診療報酬上の対応

- 入院診療計画書は医療法の規定に沿い、診療報酬において施設基準で策定と説明を義務づけている。
- 外来における患者への説明については以下のとおり医療法の改正がなされたところ。

	医療法上の規定	診療報酬上の対応
入院（入院診療計画書）における患者への説明	<p>第二章 医療に関する選択の支援等 第一節 医療に関する情報の提供等 第六条の四 病院又は診療所の管理者は、患者を入院させたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該患者の診療を担当する医師又は歯科医師により、次に掲げる事項を記載した書面の作成並びに当該患者又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。ただし、患者が短期間で退院することが見込まれる場合その他の厚生労働省令で定める場合は、この限りでない。</p> <p>一 患者の氏名、生年月日及び性別 二 当該患者の診療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名 三 入院の原因となつた傷病名及び主要な症状 四 入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画 五 その他厚生労働省令で定める事項</p>	<p>施設基準告示 第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥（じよく）瘡（そう）対策及び栄養管理体制の基準</p> <p>一 入院診療計画の基準 (1) 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。 (2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。 (3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。</p>
外来における患者への説明	<p>第二章 医療に関する選択の支援等 第一節 医療に関する情報の提供等 第六条の四の二 第三十条の十八の四第二項の規定による確認を受けた病院又は診療所であつて、同項の厚生労働省令で定める要件に該当する体制を有するもの（他の病院又は診療所と相互に連携して同項に規定する当該機能を確保する場合を含む。）の管理者は、同条第一項に規定する継続的な医療を要する者に対して居宅等において必要な医療の提供をする場合その他外来医療を提供するに当たつて説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であつて、当該継続的な医療を要する者又はその家族からの求めがあつたときは、正当な理由がある場合を除き、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により、その診療を担当する医師又は歯科医師により、当該継続的な医療を要する者又はその家族に対し、次に掲げる事項の適切な説明が行われるよう努めなければならない。</p> <p>一 疾患名 二 治療に関する計画 三 当該病院又は診療所の名称、住所及び連絡先 四 その他厚生労働省令で定める事項</p>	<p>一</p>

生活習慣病の診療の評価について

中医協 総-8
5.6.21

	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ての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。 	<p>次の②の①に対する割合が5割以上。</p> <p>① 3か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者</p> <p>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</p>
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D)

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: 男・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	
<p>おたが、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</p>			
検査・問診	<p>【検査項目】</p> <p>□身長 () cm</p> <p>□体重:現在 () kg →目標 () kg</p> <p>□BMI ()</p> <p>□腹囲:現在 () cm →目標 () cm</p> <p>□栄養状態 (栄養状態の恐れ 良好 肥満)</p> <p>□収縮期/拡張期血圧:現在 () mmHg →目標 () mmHg</p> <p>□運動負荷心電図</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【血液検査項目】 (採血日 月 日)</p> <p>□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)</p> <p>□HbA1c:現在 () % →目標 () %</p> <p>□総コレステロール () mg/dl</p> <p>□中性脂肪 () mg/dl</p> <p>□HDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□LDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【問診】 □食事の状況 □運動の状況 □たばこ □薬剤の受診状況 □その他の生活</p> <p>【①達成目標】:患者と相談した目標</p> <p>【②行動目標】:患者と相談した目標</p>
	<p>【医師氏名】 (印)</p>		
重点を置く領域と指導項目	<p>□食事摂取量を適正にする</p> <p>□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす</p> <p>□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()</p> <p>□食事: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□間食: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□食べ方: (ゆっくり食べる・その他())</p> <p>□食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくする</p>	<p>□食塩・調味料を控える</p> <p>□外食の際の注意事項()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□運動処方: 種類(ウォーキング・)、頻度(ほぼ毎日・週)、時間(30分以上・)、強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 散歩 拍/分 or)</p> <p>□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)</p> <p>□運動時の注意事項など()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□たばこ □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□仕事 □余暇 □睡眠 □睡眠の確保(質・量) □減量</p> <p>□家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等)</p> <p>□その他()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
【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患者の同意】 <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D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: 男・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	
<p>おたが、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</p>			
検査・問診	<p>【検査項目】</p> <p>□体重:現在 () kg →目標 () kg</p> <p>□BMI ()</p> <p>□腹囲:現在 () cm →目標 () cm</p> <p>□栄養状態 (栄養状態の恐れ 良好 肥満)</p> <p>□収縮期/拡張期血圧:現在 () mmHg →目標 () mmHg</p> <p>□運動負荷心電図</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【血液検査項目】 (採血日 月 日)</p> <p>□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)</p> <p>□HbA1c:現在 () % →目標 () %</p> <p>□総コレステロール () mg/dl</p> <p>□中性脂肪 () mg/dl</p> <p>□HDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□LDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標</p> <p>【①達成目標】:患者と相談した目標</p> <p>【②行動目標】:患者と相談した目標</p>
	<p>【医師氏名】 (印)</p>		
重点を置く領域と指導項目	<p>□今回は、指導の必要なし</p> <p>□食事摂取量を適正にする</p> <p>□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす</p> <p>□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()</p> <p>□食事: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□間食: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□食べ方: (ゆっくり食べる・その他())</p> <p>□食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくする</p>	<p>□食塩・調味料を控える</p> <p>□外食の際の注意事項()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□今回は、指導の必要なし</p> <p>□運動処方: 種類(ウォーキング・)、頻度(ほぼ毎日・週)、時間(30分以上・)、強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 散歩 拍/分 or)</p> <p>□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)</p> <p>□運動時の注意事項など()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□たばこ □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□仕事 □余暇 □睡眠 □睡眠の確保(質・量) □減量</p> <p>□家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等)</p> <p>□その他()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
【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患者の同意】 <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)	

1. 外来医療の現状等について

2. かかりつけ医機能に係る評価について

① 総論

② 時間外対応加算について

③ 書面を用いた説明について

④ 特定疾患療養管理料について

⑤ かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

特定疾患療養管理料

➤ 生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価。

1 診療所の場合	225点	
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	(月2回に限り)

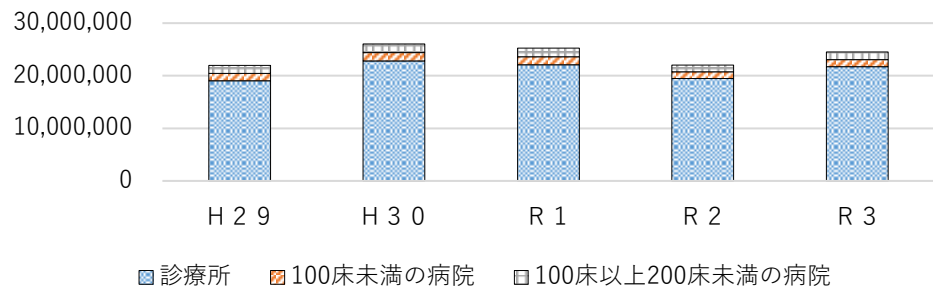
[算定要件]

- ・ 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- ・ 第1回目の特定疾患療養管理料は、A000初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- ・ 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- ・ 管理内容の要点を診療録に記載する。
- ・ 同一保険医療機関において、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- ・ 実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている医療機関では算定できない。
- ・ 在宅療養指導管理料又は皮膚科特定疾患指導管理料の患者に対して行った管理の費用は、それぞれの指導管理料に含まれる。

[厚生労働大臣が定める疾患(抜粋)]

結核、悪性新生物、甲状腺障害、糖尿病、
高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、
脳血管疾患、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、
十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患、
慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性肝炎等

算定回数(1か月あたり)の推移



特定疾患処方管理加算

F100 処方料

注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)に対して処方を行った場合は、**特定疾患処方管理加算1**として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。

注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合には、**特定疾患処方管理加算2**として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

F400 処方箋料

4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)に対して処方箋を交付した場合は、**特定疾患処方管理加算1**として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。

5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合には、**特定疾患処方管理加算2**として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

(留意事項通知)

ア 特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、**プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり**、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ 処方期間が28日以上の場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を加算する。なお、同一暦月に区分番号「F100」処方料と区分番号「F400」処方箋料を算定する場合にあっては、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

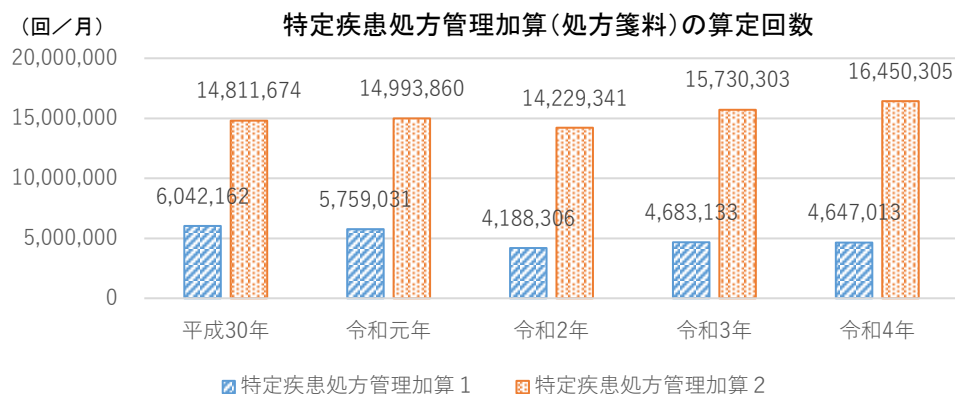
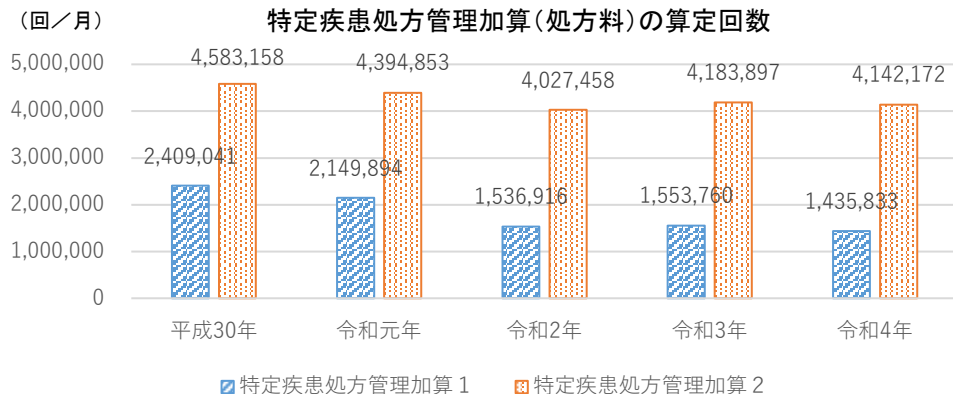
ウ 処方期間が28日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て28日以上である必要はない。

エ イに該当する場合以外の場合には、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り1処方につき18点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方箋料を算定する場合であっても、処方箋料の当該加算と合わせて2回を限度とする。

オ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

カ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

キ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。



特定疾患療養管理料の評価・要件の経緯

昭和33年	新設	慢性疾患を主病とする者に対して、栄養、安静、運動その他療養上必要な指導をした場合の評価として、慢性疾患指導料（13点（甲表））を新設
昭和47年	拡充	慢性疾患指導料の点数（13→26点）を引き上げるとともに、乙表においても新設
昭和56年	名称変更	慢性疾患指導料を慢性疾患指導管理料に名称変更
昭和63年	要件変更	慢性疾患指導管理料を慢性疾患指導料（診療所150点、病院90点（甲表）120点（乙表））と慢性疾患外来学管理料（150点）に分離
平成4年	新設	（慢性疾患指導料及び慢性疾患外来医学管理料を廃止し、）厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対し、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合の評価を新設（月2回限度）。（※慢性疾患指導料等で一部趣旨に合わない疾患が含まれていたこと、地域のかかりつけ医のプライマリ・ケア機能を踏まえ、改定） ・ 診療所 170点、100床未満の病院 100点、200床未満の病院 50点
平成8年	点数引き上げ	点数引き上げ ・ 診療所 170→190点、100床未満の病院 100→130点、200床未満の病院 50→75点
平成8年	点数引き上げ	点数引き上げ ・ 診療所 190→200点、100床未満の病院 130→135点、200床未満の病院 75→80点
平成9年	点数引き上げ（消費税増税に伴うもの）	点数引き上げ ・ 診療所 200→202点、100床未満の病院 135→137点、200床未満の病院 80点（据え置き）
平成12年	点数引き上げ	老人慢性疾患生活指導料の評価に合わせ点数引き上げ ・ 診療所 202→225点、100床未満の病院 137→147点、200床未満の病院 80→87点
平成18年	名称変更	特定疾患療養指導料→特定疾患療養管理料 老人慢性疾患生活指導料を特定疾患療養管理料に統合

※算定要件の変更は文言等の観点のみ

特定疾患療養管理料の対象疾患の経緯

平成4年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、狭心症、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	
平成6年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	<ul style="list-style-type: none"> ・「脂質異常症」を追加 ・「狭心症」を「虚血性心疾患」に拡大
平成8年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎	<ul style="list-style-type: none"> ・病名の大幅変更
平成10年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常	<ul style="list-style-type: none"> ・「思春期早発症」、「性染色体異常」を追加

※平成10年以降、対象疾患の改定なし

特定疾患療養管理料に係る傷病名

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

- 特定疾患療養管理料の算定時に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は57.7%、糖尿病は16.2%、脂質異常症は23.9%、心不全は2.3%であった。

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	特定疾患療養管理料の全算定回数	12,937,842	100.0%
再掲	糖尿病(計)	2,092,986	16.2%
	脂質異常症(計)	3,092,941	23.9%
	高血圧症(計)	7,459,040	57.7%
	心不全(計)	292,875	2.3%
1	高血圧症 I10	7,458,725	57.7%
2	高コレステロール血症 E780	1,453,006	11.2%
3	糖尿病 E14	1,081,173	8.4%
4	2型糖尿病 E11	994,862	7.7%
5	高脂血症 E785	989,977	7.7%
6	気管支喘息 J459	925,271	7.2%
7	慢性胃炎 K295	742,738	5.7%
8	脂質異常症 E785	629,425	4.9%
9	本態性高血圧症 I10	429,611	3.3%
10	狭心症 I209	295,917	2.3%
11	アレルギー性鼻炎 J304	256,012	2.0%
12	胃潰瘍 K259	209,380	1.6%
13	脳梗塞 I639	197,959	1.5%
14	便秘症 K590	171,476	1.3%
15	胃炎 K297	170,414	1.3%
16	腰痛症 M5456	159,965	1.2%
17	慢性腎不全 N189	151,821	1.2%
18	逆流性食道炎 K210	147,866	1.1%
19	甲状腺機能低下症 E039	147,114	1.1%
20	慢性心不全 I509	136,812	1.1%
21	高尿酸血症 E790	135,955	1.1%
22	不眠症 G470	131,632	1.0%
23	肝機能障害 K769	109,162	0.8%

No. (続き)	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
24	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎 K210	108,900	0.8%
25	前立腺癌 C61	107,572	0.8%
26	変形性膝関節症 M171	105,192	0.8%
27	慢性気管支炎 J42	104,927	0.8%
28	湿疹 L309	103,063	0.8%
29	脂肪肝 K760	102,149	0.8%
30	骨粗鬆症 M8199	98,959	0.8%
31	非弁膜症性心房細動 I489	92,547	0.7%
32	心房細動 I489	92,171	0.7%
33	心不全 I509	90,796	0.7%
34	脳梗塞後遺症 I693	80,414	0.6%
35	乳癌 C509	75,967	0.6%
36	アレルギー性結膜炎 H101	74,012	0.6%
37	慢性肝炎 K739	72,277	0.6%
38	鉄欠乏性貧血 D509	71,524	0.6%
39	頭痛 R51	69,632	0.5%
40	バセドウ病 E050	66,639	0.5%
41	急性気管支炎 J209	65,314	0.5%
42	前立腺肥大症 N40	64,057	0.5%
43	萎縮性胃炎 K294	62,497	0.5%
44	不整脈 I499	62,298	0.5%
45	アルツハイマー型認知症 G309	61,009	0.5%
46	肩関節周囲炎 M750	61,001	0.5%
47	急性上気道炎 J069	58,753	0.5%
48	うっ血性心不全 I500	58,512	0.5%
49	過活動膀胱 N328	56,043	0.4%
50	胃癌 C169	55,021	0.4%

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

診調組 入-1
5. 7. 20 改

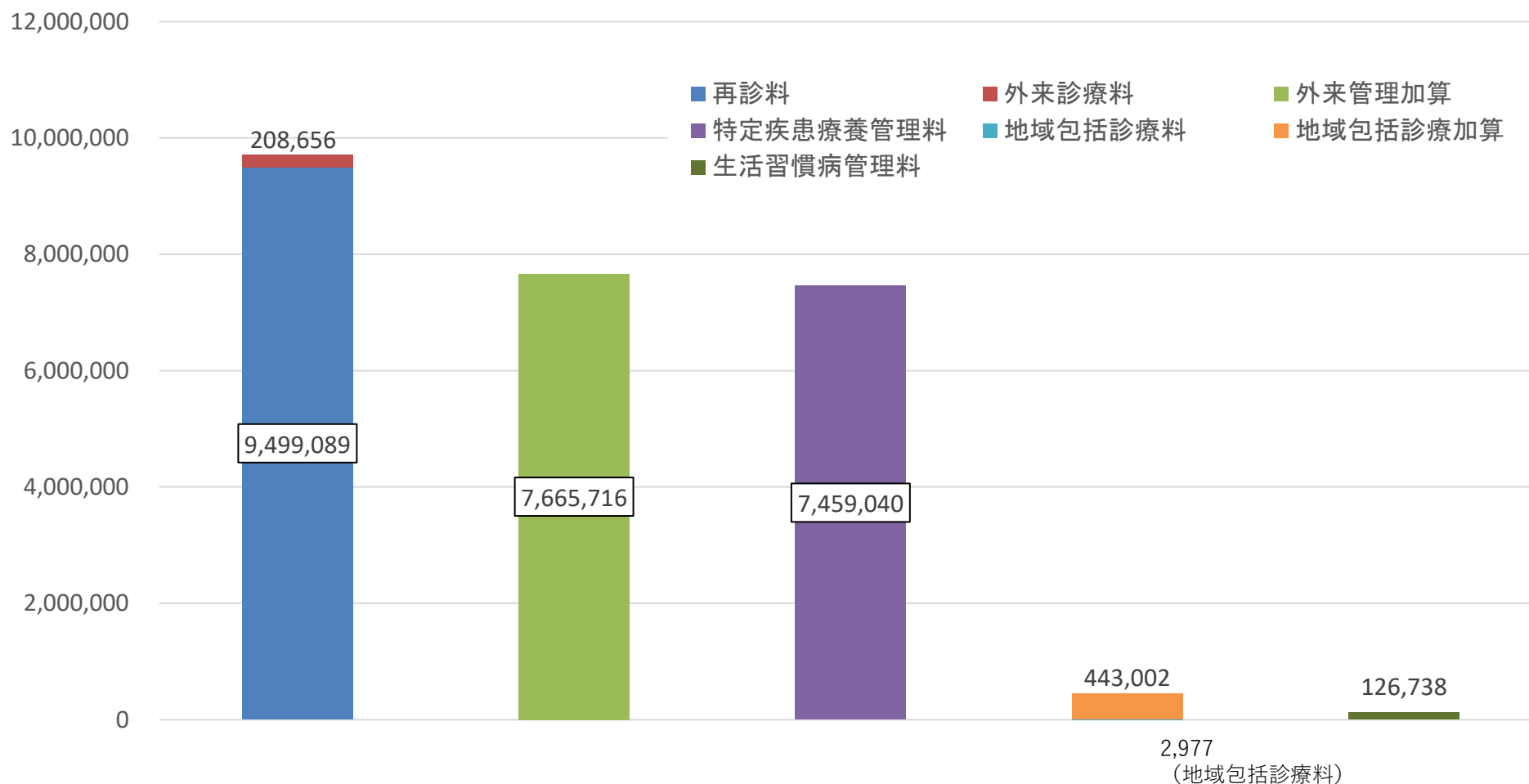
	加算の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	かかりつけ医機能	高血圧症、糖尿病、脂質異常症 、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っているものに限る。）又は、認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	かかりつけ医機能	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・ 認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） ・ 同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医機能	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあつては、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）の患者であつて入院中の患者以外のもの。
機能強化加算	かかりつけ医機能	特段の要件なし（初診料算定時）。
生活習慣病管理料	疾患管理	脂質異常症、高血圧症、糖尿病
特定疾患療養管理料	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合の評価	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、 糖尿病 、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及び その他の脂（質）血症 、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、 高血圧性疾患 、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常

高血圧患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が高血圧である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が高血圧の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数

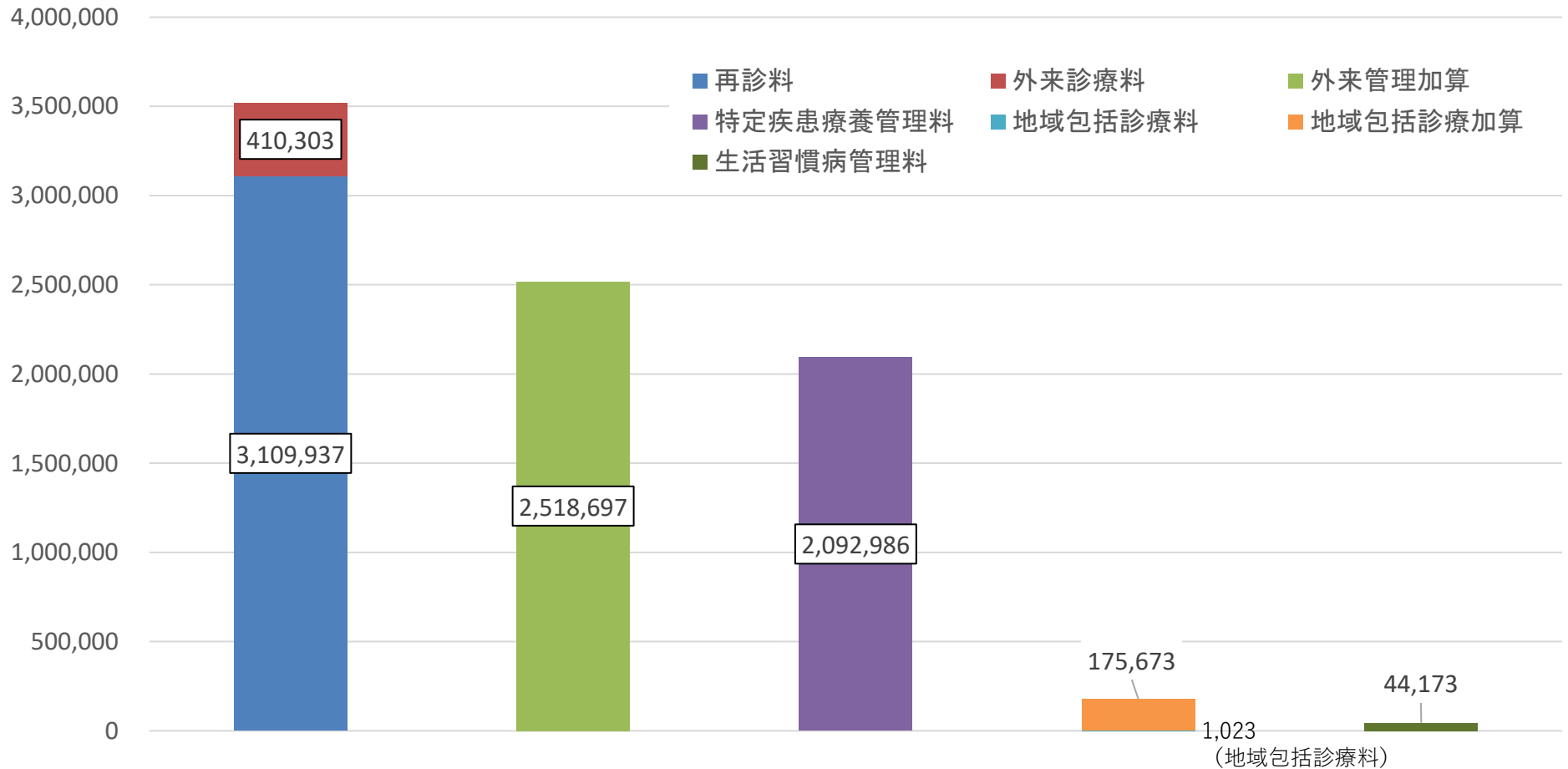


糖尿病患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が糖尿病である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が糖尿病の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数

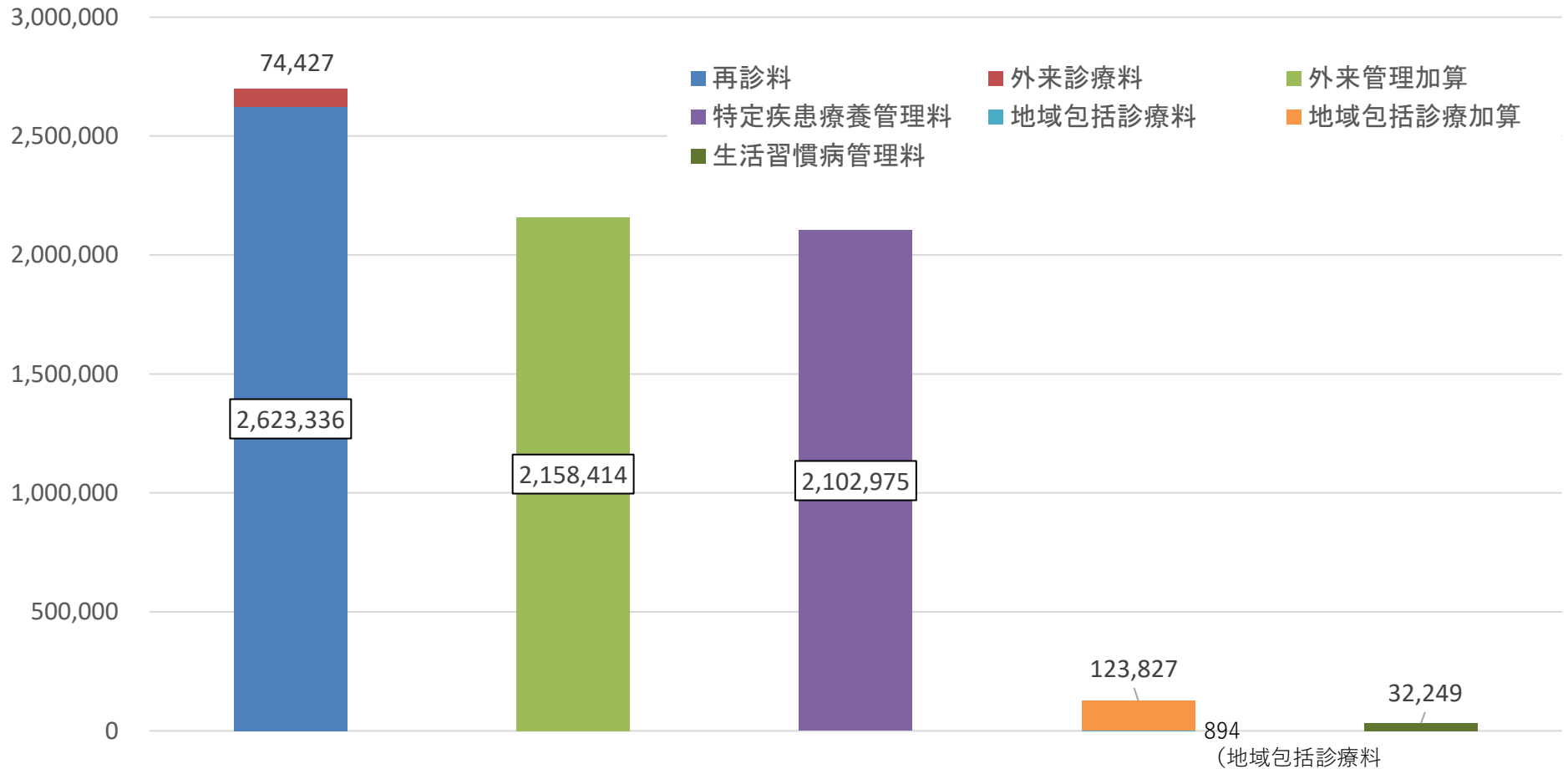


脂質異常症患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

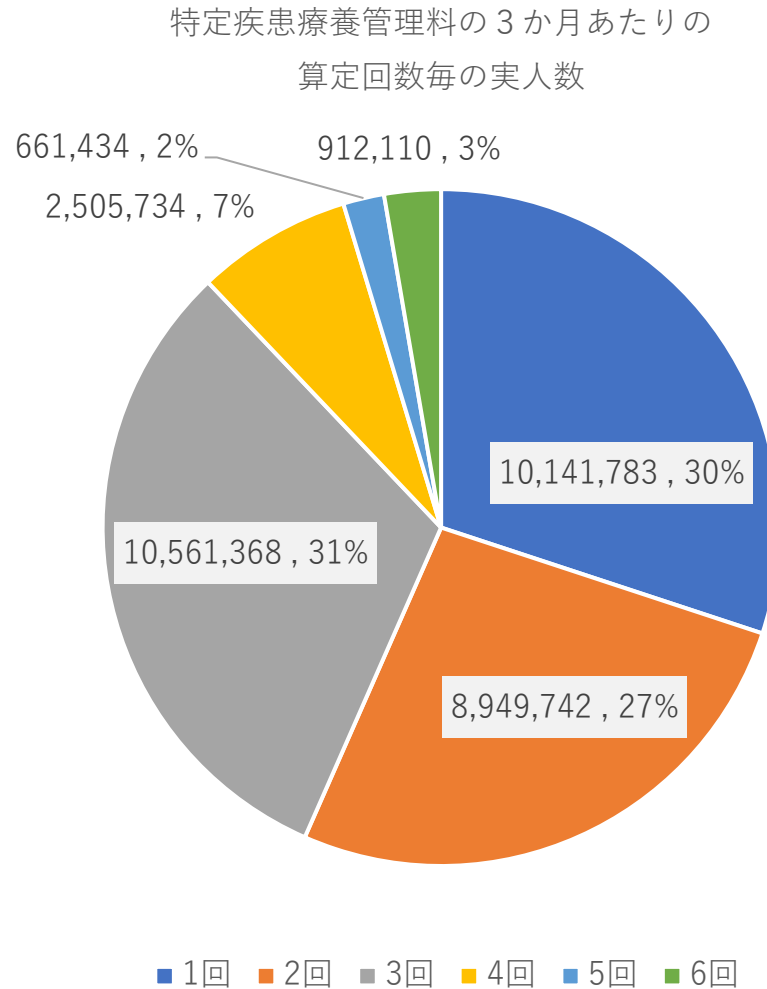
○ 主傷病名が脂質異常症である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が脂質異常症の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



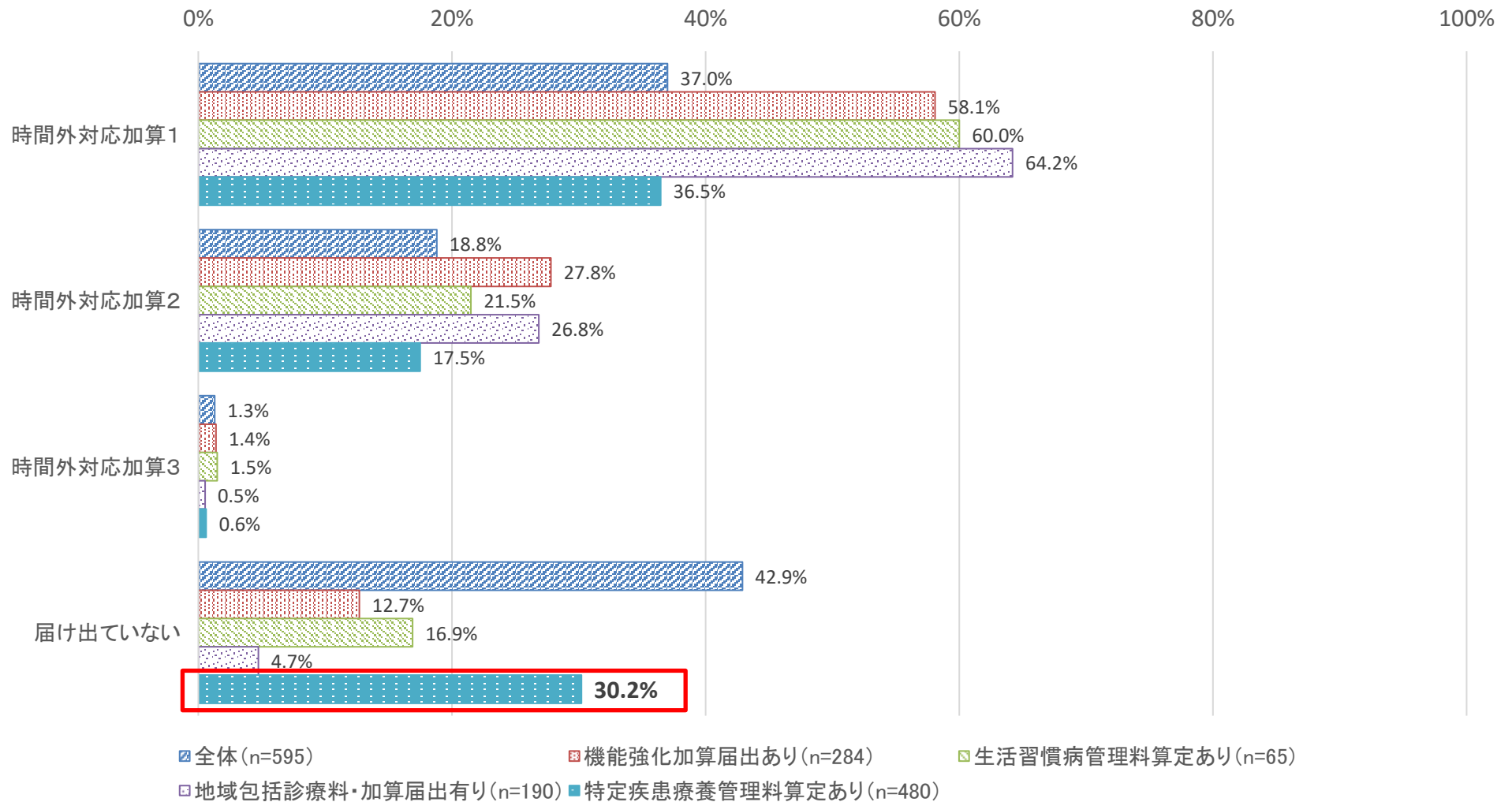
特定疾患療養管理料の3か月あたりの算定実人数

○ 特定疾患療養管理料は3か月間に3回算定されている患者が最多であった。特定疾患療養管理料が3か月間に4回以上算定されている患者は12.1%であった。



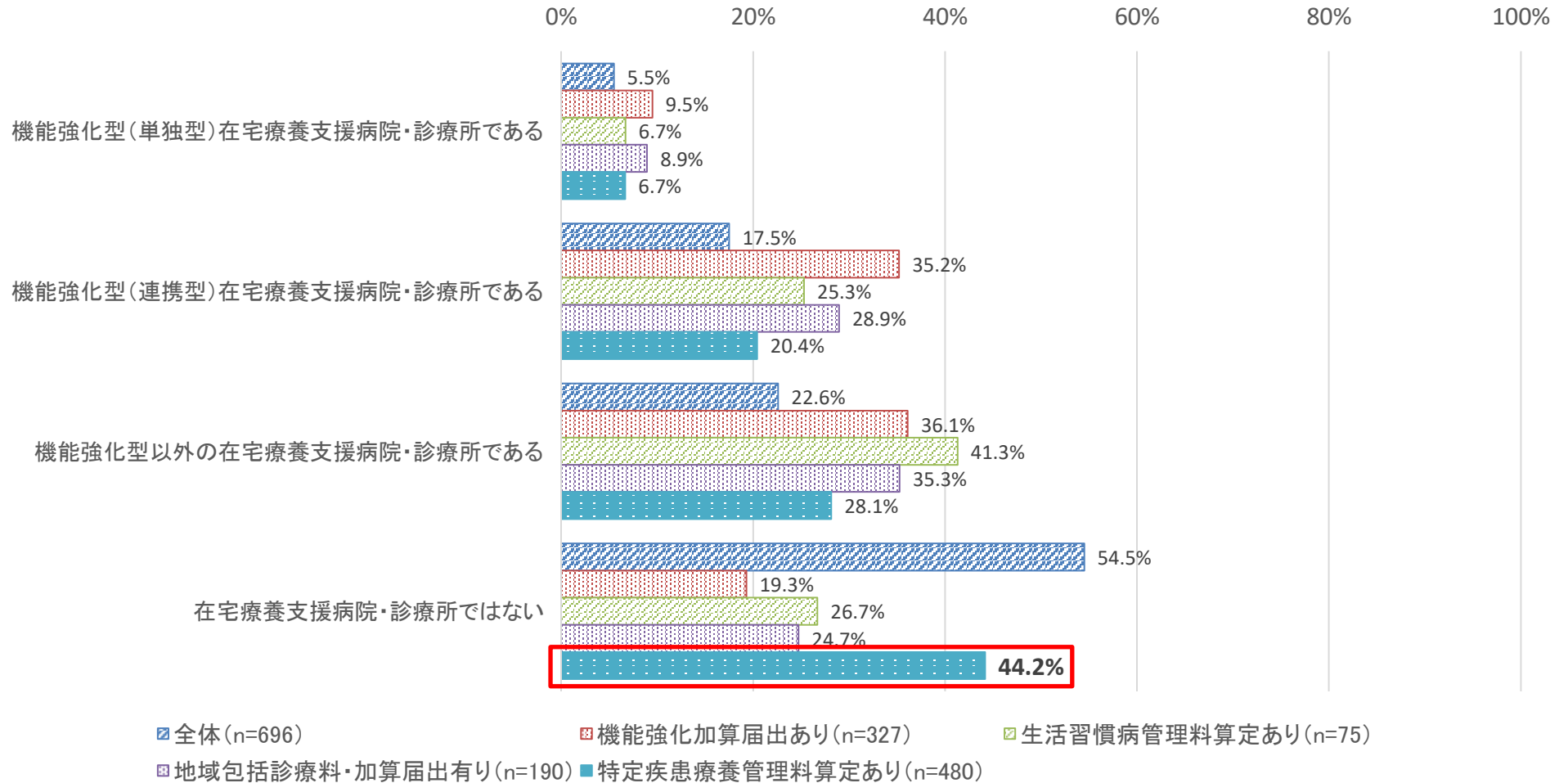
時間外対応加算の届出

○ 特定疾患療養管理料を算定している施設の30.2%は時間外対応加算を届け出ていない。



在支病・在支診の届出

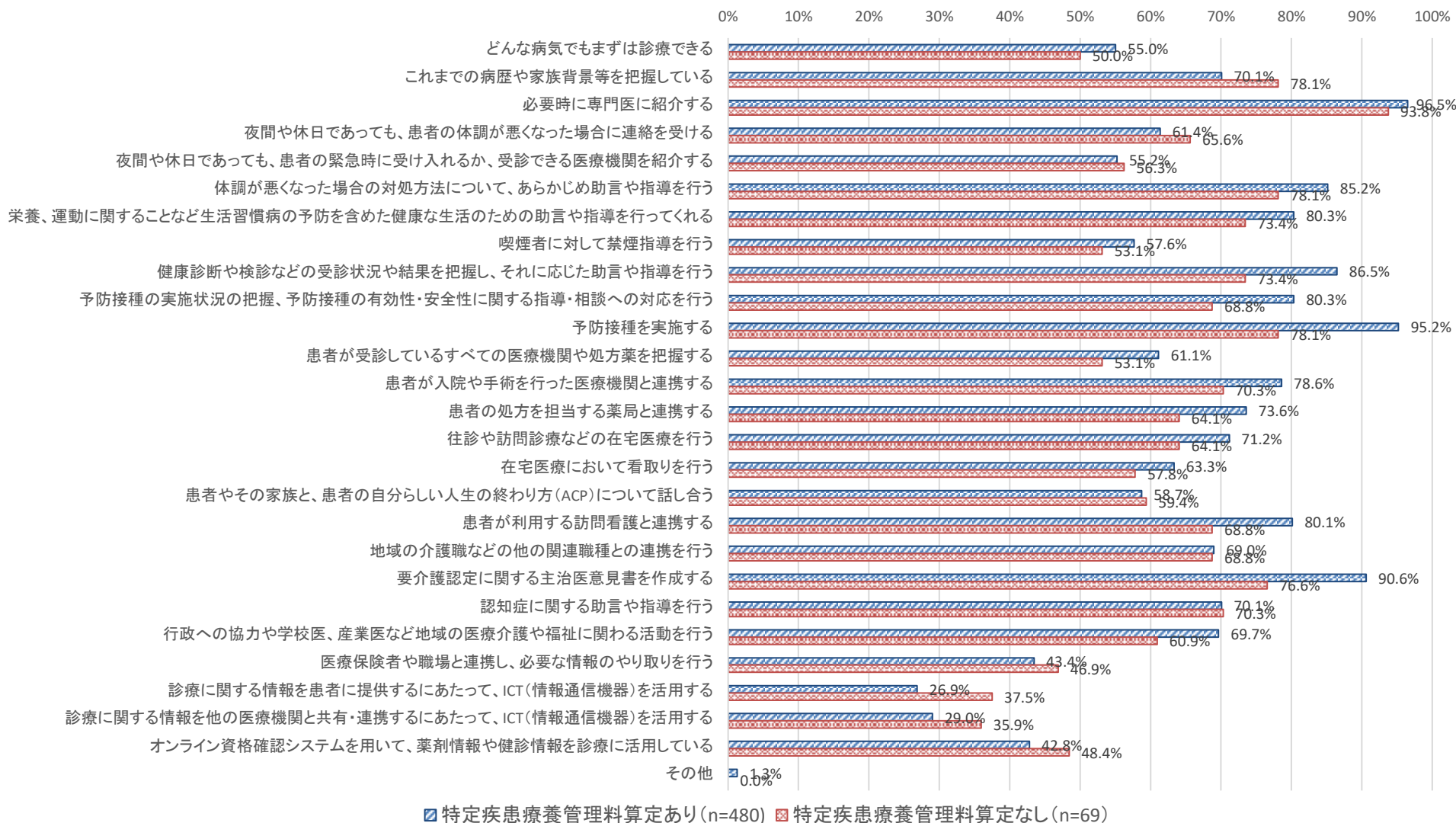
○ 特定疾患療養管理料を算定している施設の44.2%は在支病・在支診を届け出ていない。



かかりつけ医機能について（特定疾患療養管理料算定別）

○ 施設が有するかかりつけ医機能としては、特定疾患療養管理料の算定がある施設の方が割合が高い機能もあれば、算定がある施設の方が割合が低い機能もあった。

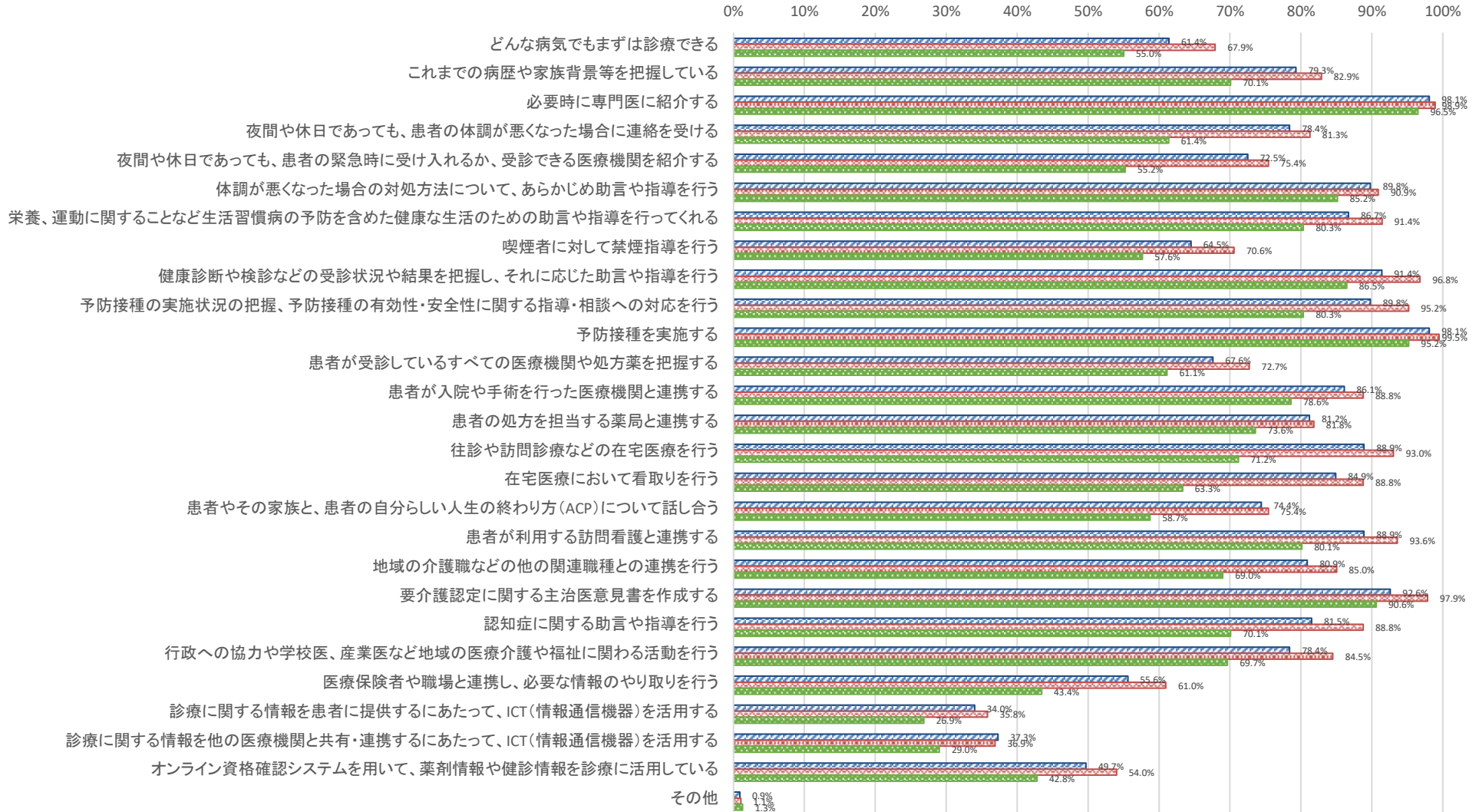
施設が有しているかかりつけ医機能（外来施設票、n=549）



施設が有しているかかりつけ医機能

○ 特定疾患療養管理料を算定している施設が有しているかかりつけ医機能は、機能強化加算及び地域包括診療料・加算の届出がある施設より、全ての項目において該当している割合が低かった。

施設が有しているかかりつけ医機能(外来施設票、n=650)



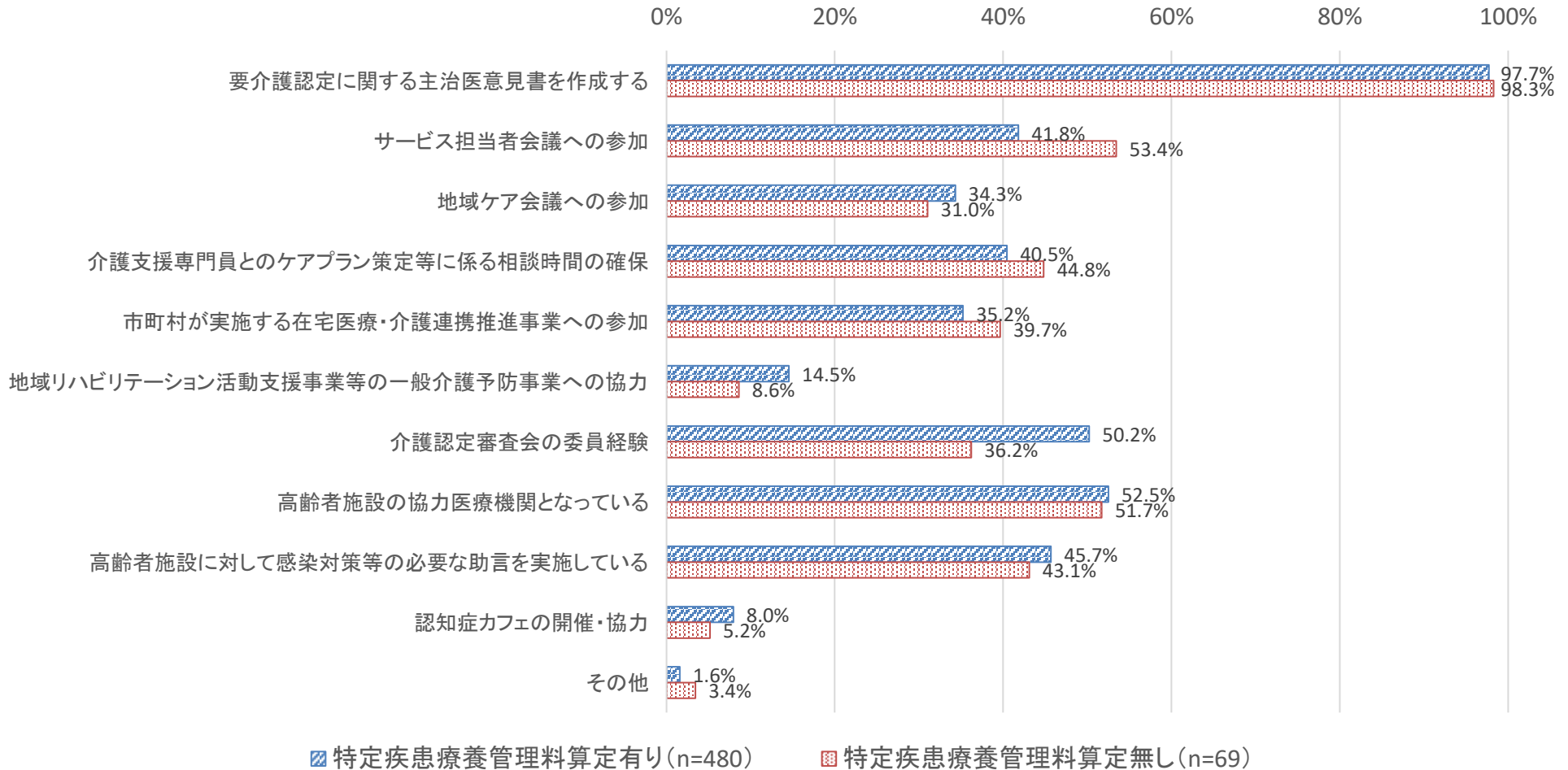
機能強化加算届出あり(n=324)

地域包括診療料・加算届出あり(n=190)

特定疾患療養管理料算定あり(n=480)

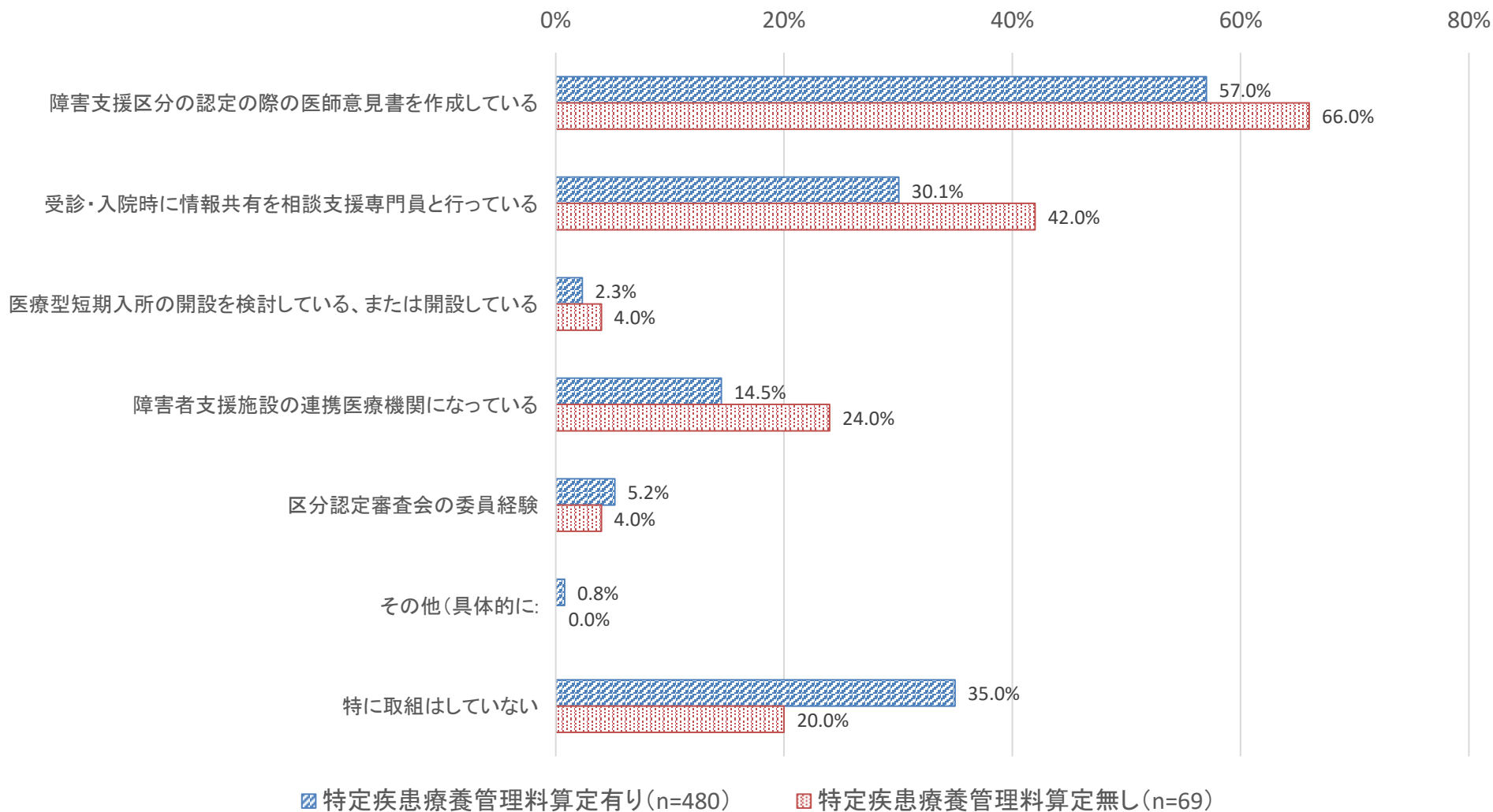
介護との連携（特定疾患療養管理料算定別）

○ 介護との連携について、特定疾患療養管理料の算定がある施設の方が割合が高い取組もあれば、算定がある施設の方が割合が低い取組もあった。



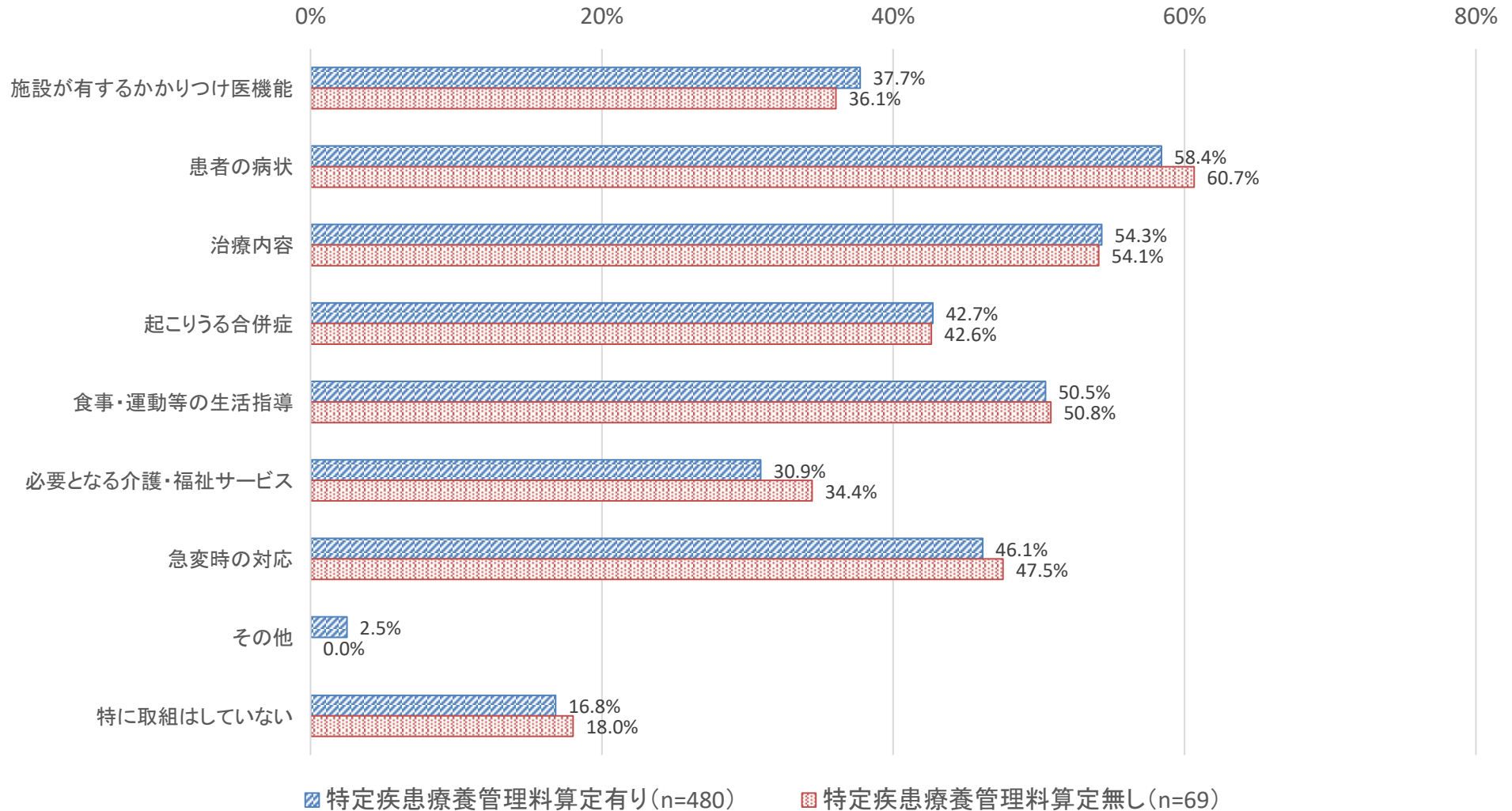
障害福祉サービスとの連携（特定疾患療養管理料算定別）

○ 医療機関における障害福祉サービスとの連携について、特定疾患療養管理料の算定がある施設の方が割合が高い取組もあれば、算定がある施設の方が割合が低い取組もあった。



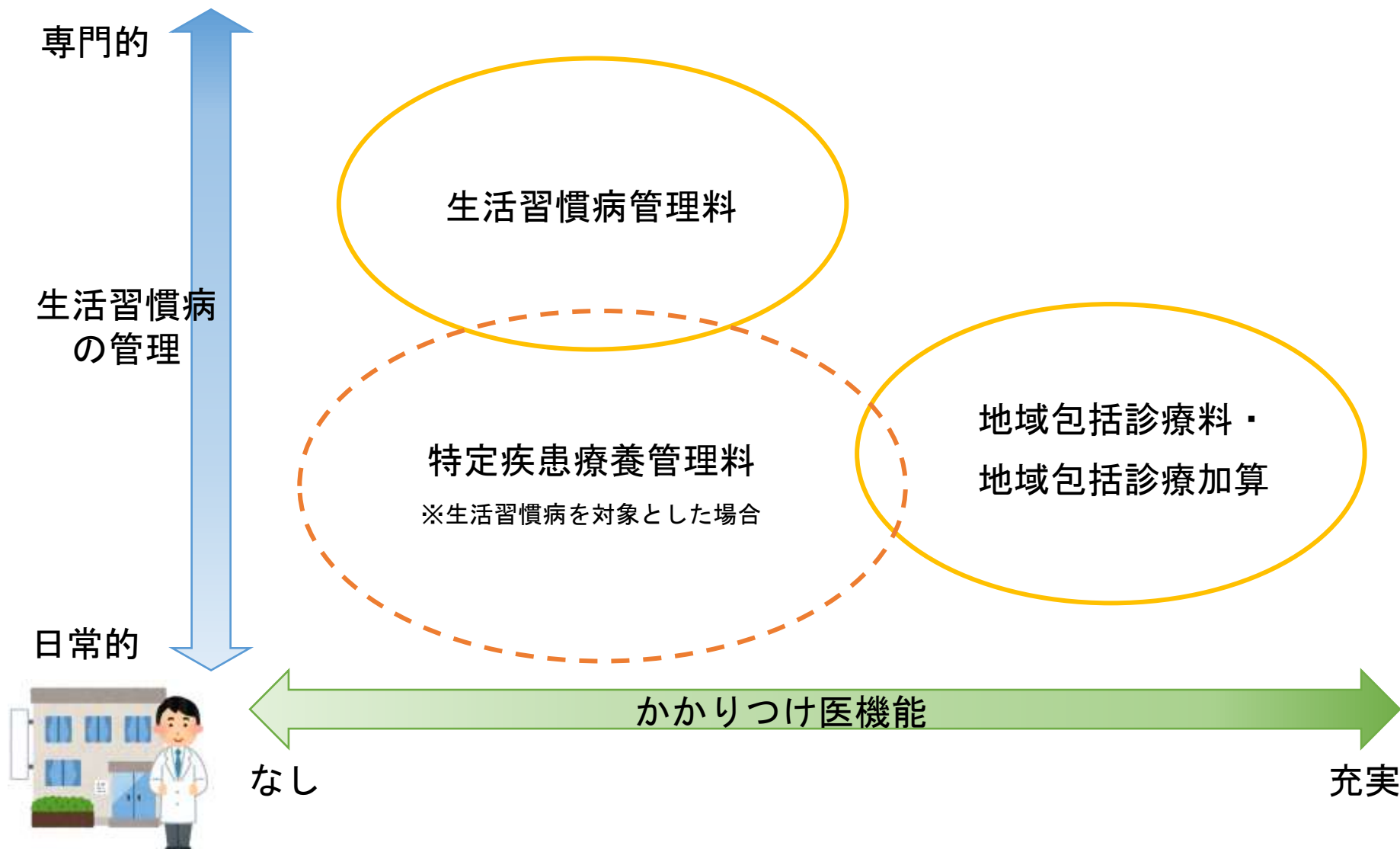
書面を用いた患者への説明（特定疾患療養管理料算定別）

○ 医療機関における書面を用いた患者への説明について、特定疾患療養管理料の算定有無による大きな違いは認めなかった。



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



1. 外来医療の現状等について

2. かかりつけ医機能に係る評価について

① 総論

② 時間外対応加算について

③ 書面を用いた説明について

④ 特定疾患療養管理料について

⑤ かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

外来管理加算

- 検査、リハビリテーション、精神科精神療法、処置、手術等をおこなわずに計画的な医学管理をおこなった場合の評価。

外来管理加算 52点

[算定要件]

- ① 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等(診療報酬点数のあるものに限る。)を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。
- ② 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。
- ③ 診察に当たっては、②に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。
- ④ 外来管理加算は、標榜する診療科に関係なく算定できる。ただし、複数科を標榜する保険医療機関において、外来患者が2以上の傷病で複数科を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科においては外来管理加算は算定できない。
- ⑤ 区分番号「C000」往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。
- ⑥ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等を理由に、②に該当する診療行為を行わず、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。
- ⑦ 厚生労働大臣が別に定める検査とは、第2章第3部第3節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいう。
 - ・ 超音波検査等、脳波検査等、神経・筋検査、耳鼻咽喉科学的検査、眼科学的検査、負荷試験等、ラジオアイソトープを用いた諸検、内視鏡検査

※ 慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わない場合に算定可能。

外来管理加算等の評価・要件の経緯

昭和42年	新設	・ 理学療法、精神病特殊療法並びの処置及び手術を行った場合に算定しうる評価として、内科加算（甲表）を新設
昭和45年	新設	・ 内科加算（甲表）を廃止し、内科再診料を新設（乙表）
昭和53年	要件変更	・ 内科診療料について、内科的診療を主に行う保険医療機関において行われた内科的疾患に係る処置以外の臨時的処置（通常2～3回の処置によって治癒が予見される軽度の傷病に対する処置）を行った場合でも算定ができることとした。
平成4年	新設	・ 内科再診料を廃止し、一定の処置や検査等を必要としない患者に対して、計画的な医学的管理を行った場合の評価として、外来管理加算（42点）を創設。
平成12年	点数引き上げ	・ 外来管理加算を引き上げ（42点→52点）
平成20年	要件変更	・ 医師が患者の療養上の疑問に答え、概ね5分を超えて疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行う場合に加算できることとした。
平成22年	要件変更	・ 外来管理加算の算定要件における時間の目安（いわゆる5分ルール）を廃止。

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

	評価の概要	算定のタイミング	併算定可能なもの
① 地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	初診時以外	⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料、⑦外来管理加算は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。
② 地域包括診療料 認知症地域包括診療料		初診時以外	①～⑦全て不可。
③ 小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	初再診時	④機能強化加算は併算定可能。
④ 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	初診料算定時	③小児かかりつけ診療料は併算定可能。
⑤ 生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと	初診料算定翌月以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑥ 特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと	初診料算定1か月超過以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑦ 外来管理加算（※）	処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行うこと	再診時	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態

○ かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態は以下のとおり。

①地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	外来管理加算
件数	3,178,441	97,593	2,889,436	2,877,823
割合		3.1%	90.9%	90.5%

②認知症地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	認知症地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	外来管理加算
件数	58,356	2,024	47,267	50,901
割合		3.5%	81.0%	87.2%

③小児かかりつけ診療料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	小児かかりつけ診療料	機能強化加算
件数	596,098	326,596
割合		54.8%

④生活習慣病管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	生活習慣病管理料	地域包括診療加算	外来管理加算	認知症地域包括診療加算
件数	882,563	97,593	835,280	2,024
割合		11.1%	94.6%	0.2%

⑤特定疾患療養管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	特定疾患療養管理料	地域包括診療加算	外来管理加算	認知症地域包括診療加算
件数	67,656,142	2,889,436	60,506,063	47,267
割合		4.3%	89.4%	0.1%

⑥外来管理加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	外来管理加算	地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	認知症地域包括診療加算
件数	104,744,719	2,877,823	835,280	60,506,063	50,901
割合		2.7%	0.8%	57.8%	0.0%

生活習慣病に係る診療のレセプトのイメージ

特定疾患療養管理料を算定する場合		特定疾患療養管理料と地域包括診療料加算を算定する場合		生活習慣病管理料を算定する場合		生活習慣病管理料と地域包括診療加算を算定する場合	
再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点
外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点
特定疾患療養管理料 (診療所)	225点	特定疾患療養管理料 (診療所)	225点	生活習慣病管理料	570～ 720点	生活習慣病管理料	570～ 720点
処方箋料(リフィル以外・ その他)	68点	処方箋料(リフィル以外・ その他)	68点	処方箋料(リフィル以外・ その他)	68点	処方箋料(リフィル以外・ その他)	68点
特定疾患処方管理加算 2(処方箋料)	66点	特定疾患処方管理加算 2(処方箋料)	66点	特定疾患処方管理加算 2(処方箋料)	66点	特定疾患処方管理加算 2(処方箋料)	66点
		地域包括診療加算	18～ 25点			地域包括診療加算	18～25 点
請求点数	484点	請求点数	502～ 509点	請求点数	829～ 979点	請求点数	847～ 1004点

※ 200床未満の病院又は診療所において検査・処置等を実施せず処方箋を交付する場合

※ 生活習慣病管理料は検査・注射などの費用が包括されているため特定疾患療養管理料との単純比較は困難

課題①

(外来医療の現状等について)

(総論)

- 初・再診料の算定回数は、令和2年に減少したが、令和3年以降は増加に転じている。
- 高血圧・糖尿病・脂質異常症を主病とする患者における再診料・外来診療料は、3か月間に3回(1月に1回)算定されている患者が最多であった。再診料・外来診療料が3か月間に4回以上算定されている患者割合は令和元年から令和2年にかけて減少していた。
- 内服薬の投薬日数は令和元年度から令和2年度にかけ伸びを認めた。薬効分類としては、生活習慣病に係る血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤についても令和元年度から令和2年度にかけ投薬日数の伸びを認めた。
- 令和元年から令和2年にかけて処方日数が14日以内である医薬品件数の割合が減っており、令和2年以降は日数毎の件数割合は同様の傾向であった。

(外来機能の分化の推進について)

- 令和4年度診療報酬改定において、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した。
- 初診時については令和4年10月より義務化対象施設の定額負担(告示に定める額)が2,000円増額になり、当該病院の平均値等も2,000円程度の上昇となっていた。再診時については、令和4年10月より義務化対象施設の定額負担が500円(歯科は400円)増額になり、平均値等は600円程度の上昇となっていた。
- 令和4年5月と令和5年5月の状況については、初診時に紹介状なしで受診した患者の割合は義務化対象施設で4.3ポイント減少していた。
- 紹介受診重点医療機関として、令和5年10月1日時点で、930施設が公表されており、うち110施設が、200床未満の特定機能病院または地域医療支援病院以外の病院または診療所となっていた。

(医療DXについて)

- 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。
- 「デジタル社会の実現に向けた重点計画」等において、院内掲示のデジタル化(ウェブサイトへの掲示)や、民間PHRサービスの利活用の促進、書面についての電磁的方法での提供等を推進することが示されている。

課題②

(かかりつけ医機能に係る評価について)

(総論)

- 全世代型社会保障構築会議報告書(令和4年12月16日)において、かかりつけ医機能が発揮される制度整備に係る改革の方向性が示されている。
- 令和5年の医療法改正では、かかりつけ医機能報告を創設し、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された。各医療機関から都道府県知事に報告するかかりつけ医機能には介護サービス等との連携が含まれる。
- 介護支援専門員と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。
- 主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から聞き取った結果、患者の意思決定支援のはじめの一步となる等の利点が挙げられた。
- 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。
- 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。
- 認知症高齢者数は、2012(平成24)年で462万人と推計されており、2025(令和7)年には約700万人(65歳以上の高齢者の約5人に1人)、2040(令和22)年には約800~950万人(65歳以上の高齢者の約4~5人に1人)に達することが見込まれている。
- 機能強化加算の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は1.9%、糖尿病は0.7%、脂質異常症は0.8%、認知症は0.4%、心不全は0.2%、慢性腎臓病は0.1%であった。
- 施設が有するかかりつけ医機能としては、機能強化加算の届出がある施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高かった。
- 医療機関における介護との連携の取組について、要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。

課題③

(かかりつけ医機能に係る評価について(続き))

(総論(続き))

- 医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。機能強化加算を届出している医療機関の方が、それ以外より、積極的に書面を用いた説明を実施していた。
- 86.2%の患者がかかりつけ医を決めていたが、6.9%の患者はかかりつけ医を決めておらず、決める予定もなかった。かかりつけ医を決めていない理由としては、「医療機関にかかることがあまりない」、「その都度適切な医療機関を選ぶ方が良いと思う」が多かった。
- 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師は40.8%、日本医師会のかかりつけ医機能研修を全て修了した医師は36.9%の医療機関に配置されていた。
- 疾病に対して定期的(3か月に1回以上)に通院している医療機関が2以上の患者割合は以下のとおり。高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については2以上の医療機関を受診している割合は0~2%であった。

(時間外対応加算について)

- 小児かかりつけ医機能を推進する上での課題として、小児かかりつけ診療料の届出有無に関わらず、約8割の医療機関が、「24時間対応を行うことが難しい・負担が大きい」と回答している。
- 小児の患者の保護者に対して、かかりつけ医に求める役割を聞いたところ、夜間や休日であっても「体調が悪くなった場合に連絡できる」や「緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる」よりも、「体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる」を選択している割合が高かった。
- 近年、情報化社会の進展に伴い、診療所の時間外対応を補助する多様なサービスがみられている。
- 時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制としては、加算1~3全てにおいて、診療所に勤務している常勤の医師が対応する体制が多かった。相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応については、他の医療機関との連携又は緊急搬送等が最多であった。

課題④

(かかりつけ医機能に係る評価について(続き))

(書面を用いた説明について)

- 本年の医療法改正において、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならないものとされた。
- 入院診療計画書は医療法の規定に沿い、診療報酬としては施設基準で策定と説明を義務づけている。
- 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。

(特定疾患療養管理料について)

- 特定疾患療養管理料の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は57.7%、糖尿病は16.2%、脂質異常症は23.9%、心不全は2.3%であった。特定疾患療養管理料は3か月間に3回算定されている患者が最多であった。
- 特定疾患療養管理料が3か月間に4回以上算定されている患者は12.1%であった。
- 特定疾患療養管理料を算定している施設のうち、30.2%は時間外対応加算、44.2%は在支病・在支診を届け出していない。
- 施設が有するかかりつけ医機能は、特定疾患療養管理料の算定がある施設の方が割合が高い機能もあれば、算定がある施設の方が割合が低い機能もあった。特定疾患療養管理料を算定している施設が有しているかかりつけ医機能は、機能強化加算及び地域包括診療料・加算の届出がある施設より、全ての項目において該当している割合が低かった。

(かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について)

- かかりつけ医機能に係る評価等である地域包括診療加算、小児かかりつけ診療料、機能強化加算、生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料、外来管理加算については併算定が可能な組合せがある。特定疾患療養管理料と外来管理加算、地域包括診療加算は併算定が可能である。生活習慣病管理料と外来管理加算と特定疾患処方管理加算の併算定が可能となっている。
- 地域包括診療料加算の算定した同日に特定疾患療養管理料を算定している割合は90.9%であった。生活習慣病管理料を算定した同日に外来管理加算を算定している割合は94.6%であった。特定疾患療養管理料を算定した同日に外来管理加算を算定している割合は89.4%であった。

外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点①

【論点】

(外来医療に係る現状等について)

- 紹介状なしで受診した患者等からの受診時定額負担に係る改定の影響及び紹介受診重点医療機関の公表状況等を踏まえ、外来機能の分化・連携を更に推進することについてどのように考えるか。
- 医療DXを推進する観点から、外来診療においてもデジタル原則に基づき、患者自身による自らの医療情報の活用(PHR等)等のための基盤の構築を促進することについてどのように考えるか。

外来医療全般及びかかりつけ医機能についての論点②

【論点】

(かかりつけ医機能に係る評価等について)

- 地域包括診療料・加算や機能強化加算を届け出ている施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高い実態があるものの、地域包括診療料・加算の届出のある施設においてもサービス担当者会議への割合は5割強に留まっている。介護とのさらなる有機的な連携が求められている中で、主治医と介護支援専門員双方向のコミュニケーションを促すことについてどのように考えるか。
- また、医療DXの推進等を踏まえ、かかりつけの患者の診療情報を一元的に医療情報プラットフォームを活用して管理することも想定される。このような現状や今後高齢者や認知症患者が増えることを踏まえ、かかりつけ医機能をより強化するために診療報酬上の評価としてどのような対応が考えられるか。

(時間外対応加算について)

- 時間外対応加算は、診療所の時間外の電話対応等を評価しているが、近年の情報化社会の進展により、ICTを活用して時間外の患者の相談に対応するサービスがみられる。このようなICT等を活用した新たな取組みについての時間外対応加算としての評価の在り方にどのように考えるか。また、このような取組みと、小児かかりつけ診療料等のかかりつけ医機能の評価に係る診療報酬との関係についてどのように考えるか。

(書面を用いた説明について)

- かかりつけ医機能として、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行うことが求められており、改正医療法により、かかりつけ医機能を持つ医師には文書により患者に対して適切な説明を行うことが努力義務とされていることを踏まえ、文書交付(電磁的なものも含む)による患者への適切な説明を推進するための方策についてどのように考えるか。

(特定疾患療養管理料について)

- 生活習慣病には計画的な療養指導が求められ、生活習慣病管理料には詳細な療養計画書の作成と計画書を用いた患者への説明が求められている。一方、特定疾患療養管理料は生活習慣病の患者も対象とされているが、療養計画書の作成は要件化されていない。また、特定疾患療養管理料の算定がある施設について、それ以外の施設と比べ、かかりつけ医機能が高いといえない現状を踏まえ、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進に向け、生活習慣病に係る診療報酬上の療養指導の評価の在り方についてどのように考えるか。

(かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について)

- 地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、外来管理加算、生活習慣病管理料等の評価について、それぞれの診療報酬上の評価の趣旨を踏まえ、併算定の関係についてどのように考えるか。