

(令和7年度第4回)
入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年6月19日(木)

1. 外来医療について（その1）
2. データ提出加算（その1）
3. 情報通信機器を用いた診療について（その1）

1. 外来医療について（その1）

1－1. 背景

1－2. 体制整備に係る評価

1－3. 診療行為に係る評価

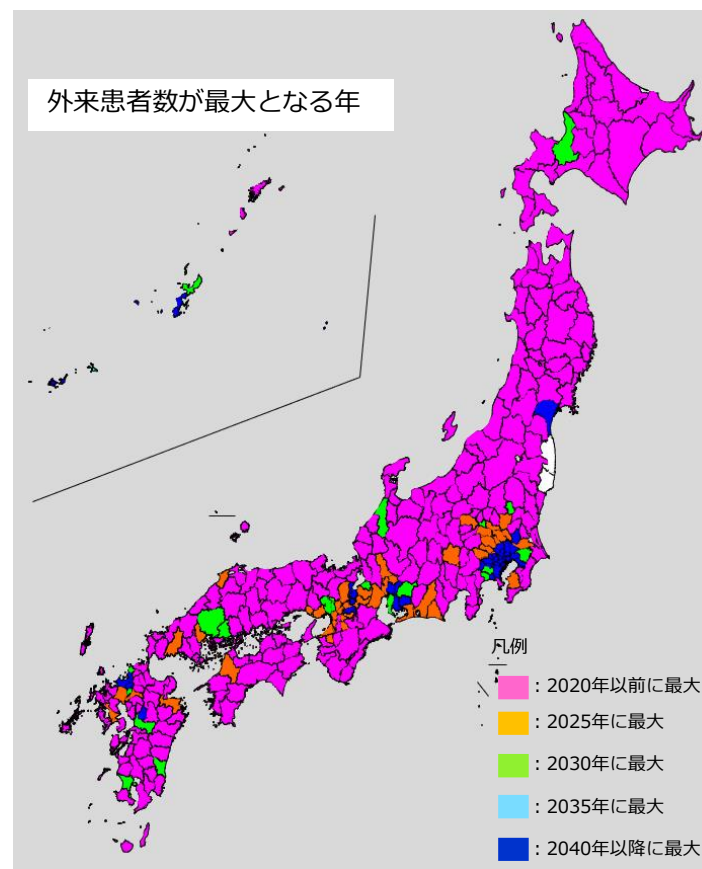
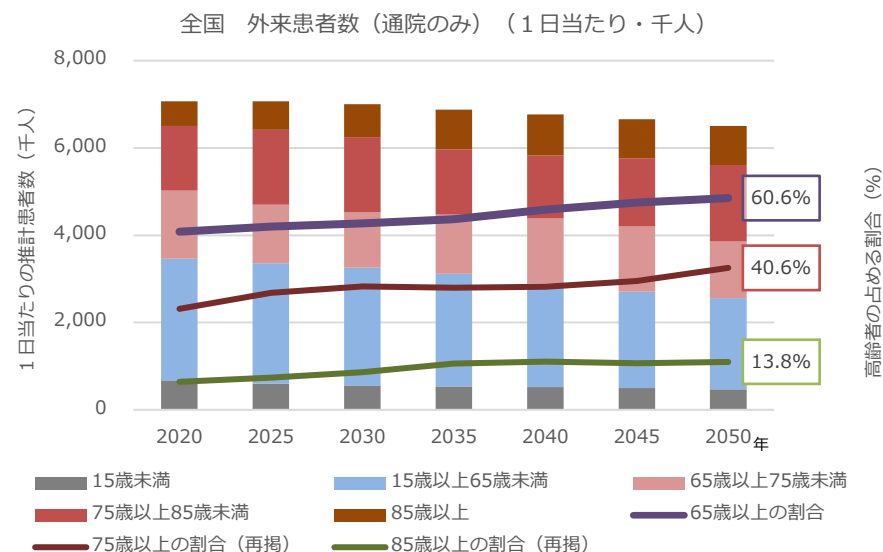
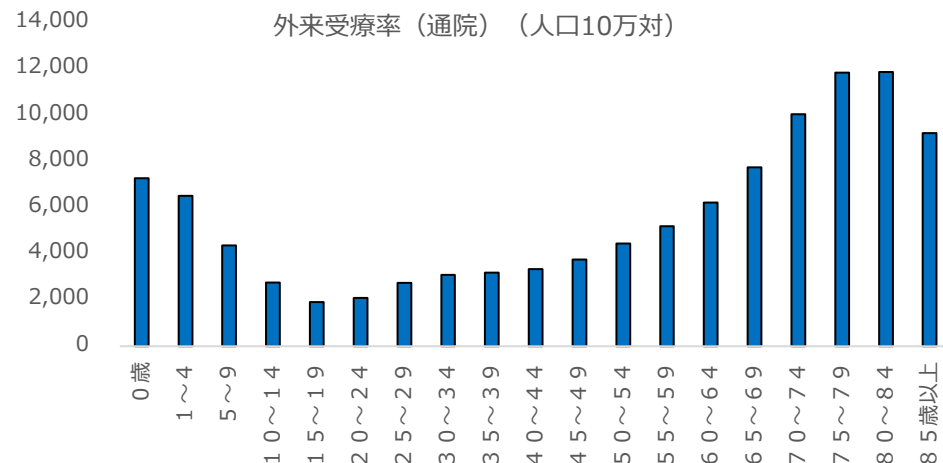
1. 外来医療について（その1）

1 - 1. 背景

- ① 高齢者の外来医療に係る医学的知見
- ② 医療法のかかりつけ医機能

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

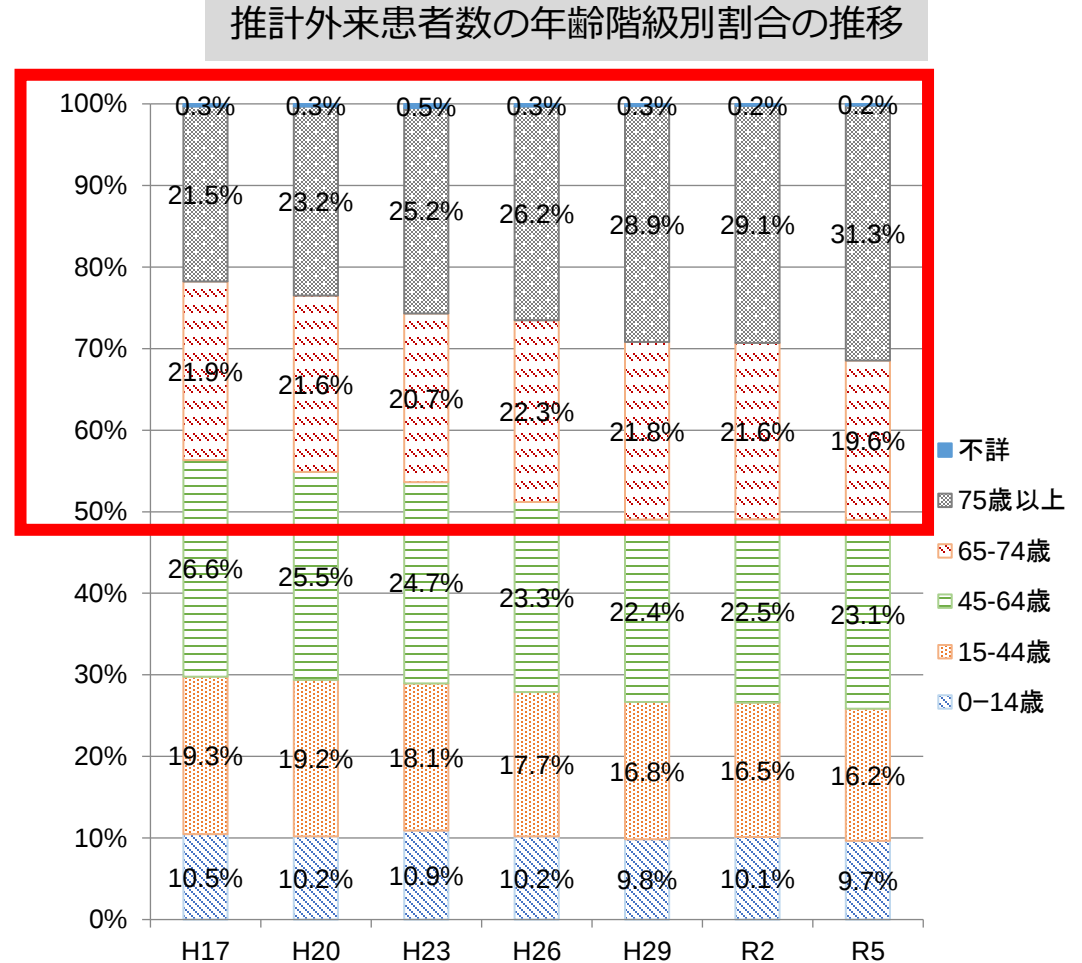
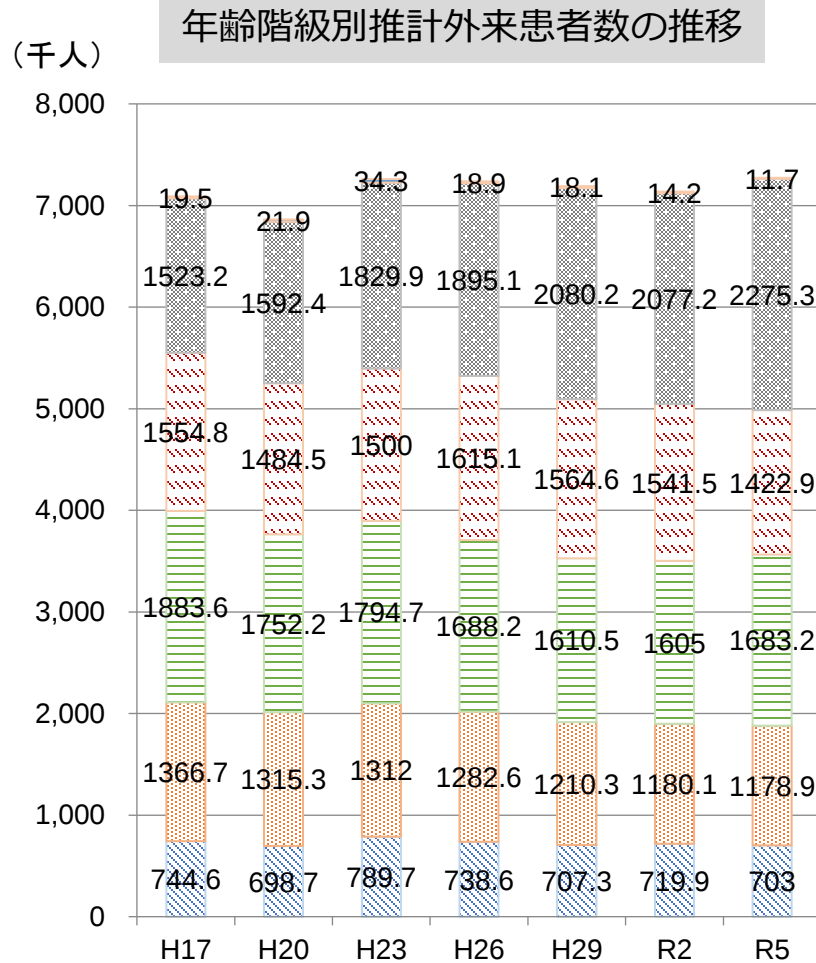
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

推計外来患者の年齢階級別の推移

- 推計外来患者の75歳以上の患者の割合は増加傾向である。



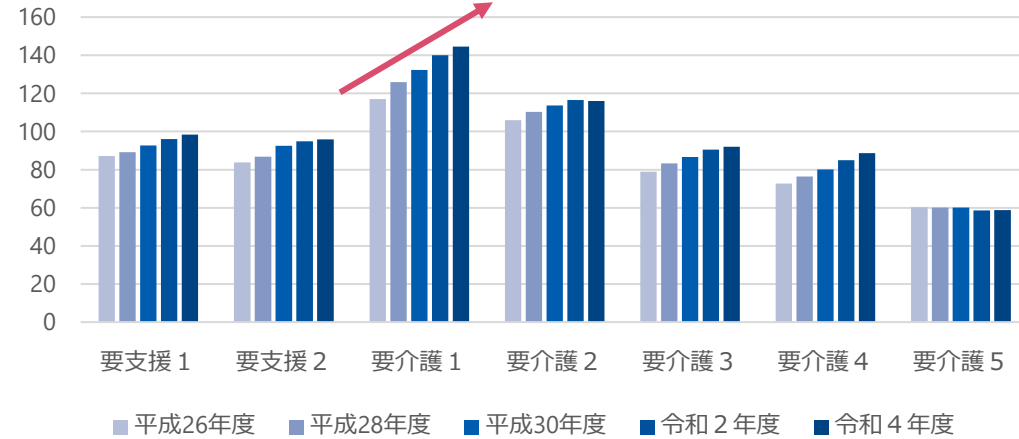
※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者（往診、訪問診療を含む）の推計数である。

要支援・要介護認定者数の経年推移

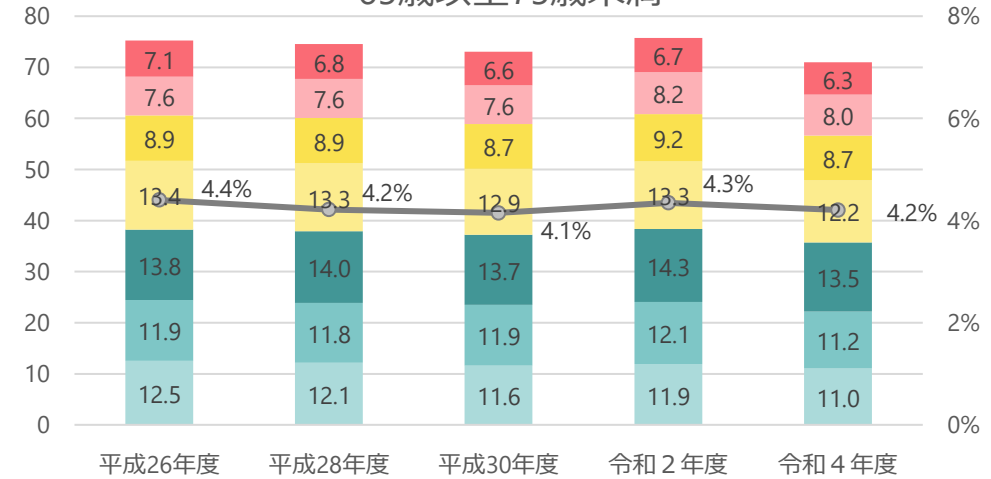
診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

- 要支援・要介護の認定者数は要介護5以外の全ての区分で漸増傾向であり、特に要介護1の増加が目立つ。
- 年代別の認定者数と認定割合をみると、認定割合は横ばい～漸減で推移している一方で、85歳以上においては人口増加のために要支援・要介護認定者の絶対数が増加している。

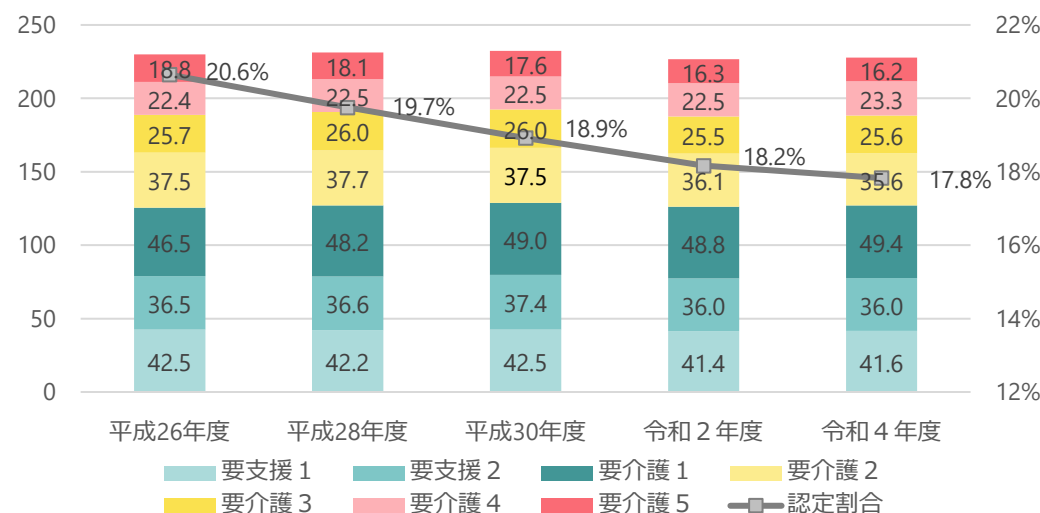
要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



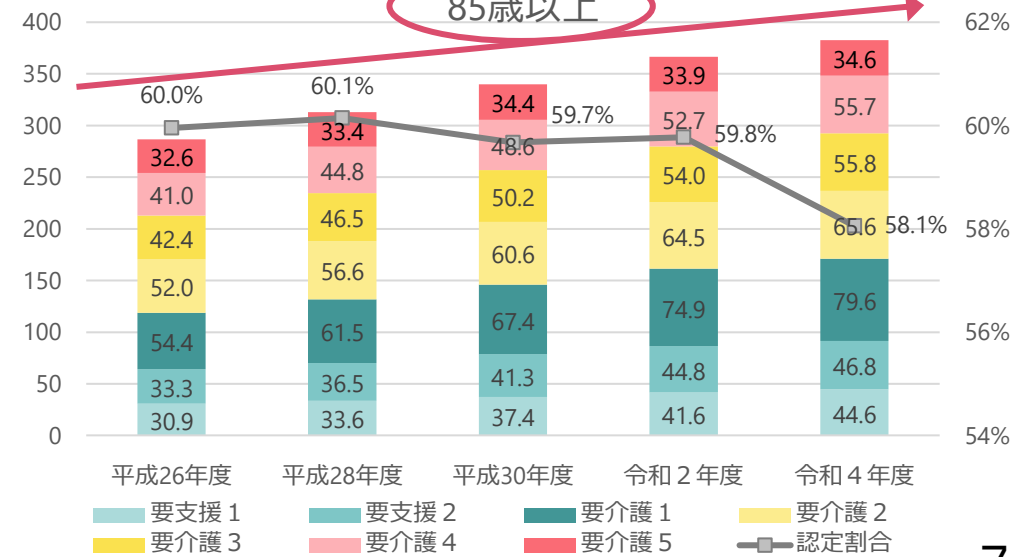
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



85歳以上



出典：各年度末認定者数（介護保険事業状況報告）及び各年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

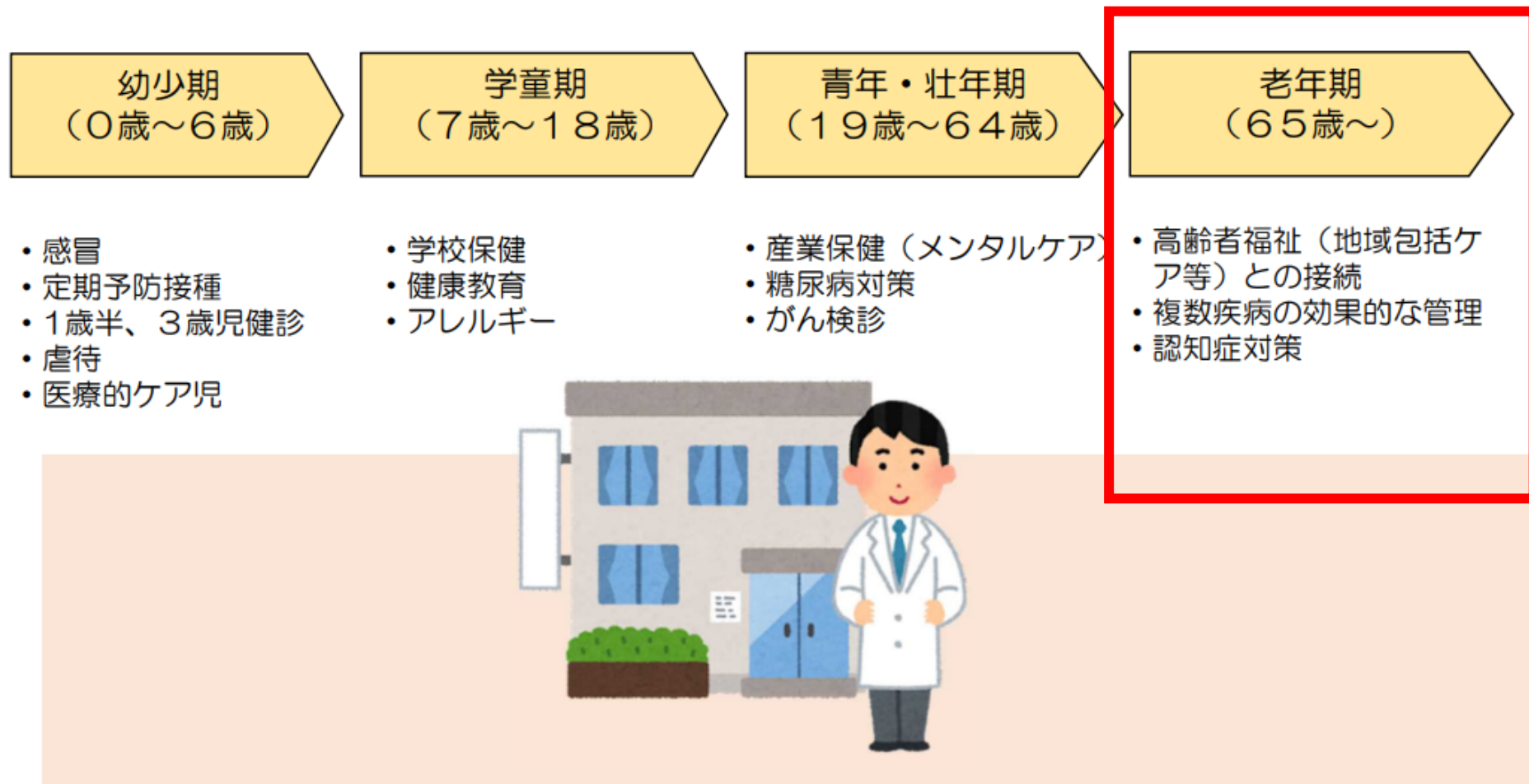
※縦軸の単位はすべて万人

ライフステージに応じた保健医療のニーズ

- ライフステージに応じて、外来医療のニーズは異なっている。

第8次医療計画等に関する検討会（令和4年9月9日）資料1（抜粋）

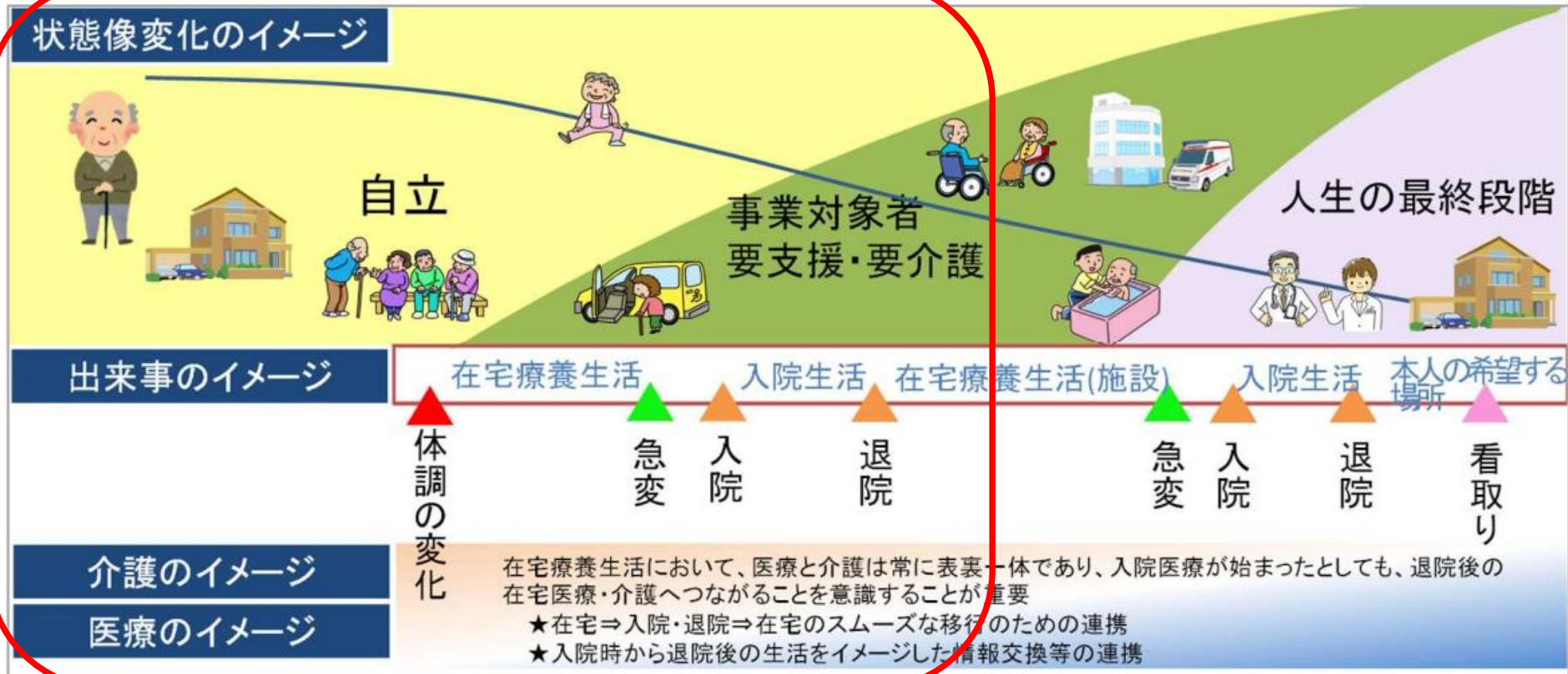
ライフステージ別に見た、保健医療のニーズ



高齢者の状態像変化と介護・医療

- 要支援・要介護高齢者の医療においては、在宅医療・介護へのつながりを意識した生活面の支援や介護予防が必要となる。

図 24 状態像変化・出来事・介護・医療のイメージ



「高齢者に対する適切な医療提供の指針」の概要

- 「高齢者に対する適切な医療提供の指針」において、医療従事者が高齢患者に対して医療提供を行う際に考慮すべき事柄や基本的な要件が示されている。

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

1. 「高齢者の多病と多様性」
 - ・ 高齢者の病態と生活機能、生活環境をすべて把握する。
2. 「QOL維持・向上を目指したケア」
 - ・ 生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す。
3. 「生活の場に則した医療提供」
 - ・ 患者のQOL維持に生活の場の問題は重要であり、適切な医療提供の場を選択する
 - ・ 医療提供の場を変更する際に生じる問題を理解し、予防に努める
4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
 - ・ 有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。
5. 「患者の意思決定を支援」
 - ・ 意思決定支援の重要性を理解し、医療提供の方針に関して合意形成に努める。
6. 「家族などの介護者もケアの対象に」
 - ・ 家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。
7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」
 - ・ 患者もチームの一員であることを理解し、患者本人の視点に立った多職種協働によるチーム医療を行う。

高齢者に対する医療提供にあたり考慮すべき事柄（1）

- 若年者と異なり、高齢者に対する医療提供にあたっては、全ての病態を把握した包括的な管理を目指すことが望ましいとされている。
- また、治癒を目指す治療よりも、生活機能の保持、症状緩和などにより、QOLの維持・向上を目指すことが重要とされている。

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

1. 「高齢者の多病と多様性」

- ・ 高齢者の病態と生活機能、生活環境をすべて把握する。

1.1. 老化の進行速度には大きな個人差があり、その上、老化の身体的・精神的・社会的な機能面に対する影響の大きさは個人によりそれぞれ異なっている。また、生活習慣病をはじめとする多くの疾患は高齢になるにつれて有病率が高まるため、高齢者は複数の疾患に罹患していることが多い。したがって、高齢者に対する医療提供にあたっては、かかりつけ医としての役割を意識し、全ての病態を把握した包括的な管理を目指すことが望ましい。

（中略）

2. 「QOL維持・向上を目指したケア」

- ・ 生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す。

（中略）

2.3. 高齢者の疾患は、その多くが治癒を期待できない慢性疾患である。このような慢性疾患に対しては治癒を目指したやみくもな治療よりも症状緩和が重要である。保健・医療・福祉の一体的な取り組みによって療養環境の整備、メンタルケア、栄養管理や口腔ケアを含めたヘルスケア、緩和ケア等を行い、QOLを低下させる症状の緩和と共にQOLの維持・向上に努める。

高齢者に対する医療提供にあたり考慮すべき事柄（2）

- 薬物療法では、有害事象が起こりやすいことや、服薬アドヒアランスを低下させる要因が多岐にわたることを踏まえた工夫や配慮が必要となる。
- また、家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行うことが重要であり、介護状況に応じた介護保険サービスの導入等の対応を行うことが望ましい。

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」

- ・ 有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。

4.1. 高齢者では有害事象が起こりやすい。薬物動態や薬力学の加齢変化を理解し、原則的に少量から薬物を開始し、薬物に対する反応・薬物有害事象をモニターしながら漸増する。多剤併用（特に6剤以上）に伴って予期せぬ相互作用や薬物有害事象の危険性は高くなるため、可能な限り多剤併用は避ける。また、高齢者に対して有害事象を起こしやすい薬物が知られており、それらの薬に関しては特に慎重に適用を考慮する。

4.2. 認知機能の低下、巧緻運動障害、嚥下障害、薬局までのアクセス不良、経済的事情、多剤併用など薬剤療法に対するアドヒアランスを低下させる要因は多岐に渡る。服薬アドヒアランスについて、本人だけでなく家族や介護者からも定期的に情報を収集し、アドヒアランスを低下させる要因を同定し、予防・改善に努める。また、合剤の使用や一包化、剤形の変更など服用が簡便になるよう工夫する。

（中略）

6. 「家族などの介護者もケアの対象に」

- ・ 家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。

（中略）

6.2. 本邦においては少子高齢化や核家族化の影響から、独居高齢者、高齢者が高齢者を介護するいわゆる「老老介護」、認知症患者が認知症患者を介護するいわゆる「認認介護」が社会問題化している。そうした介護状況には格別の注意が必要であり、早期に家族等と相談し、介護能力を考慮した上で、介護保険サービスの導入等の対応を行うことが望ましい。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

令和7年3月14日

第18回

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ

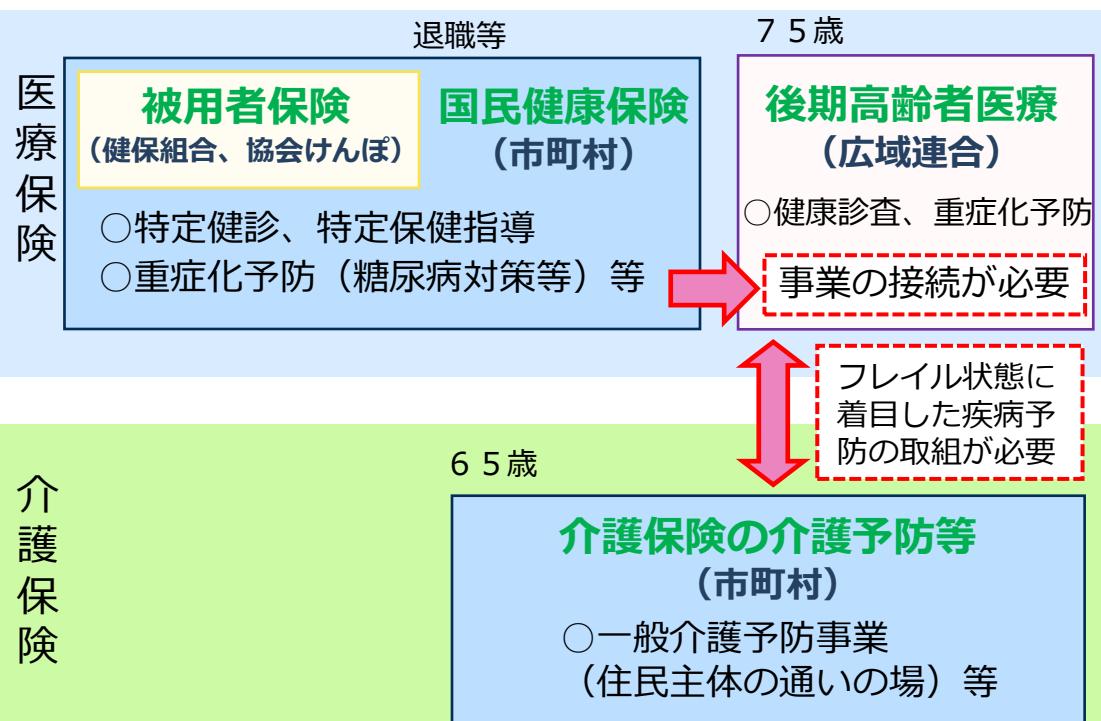
資料 1

- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

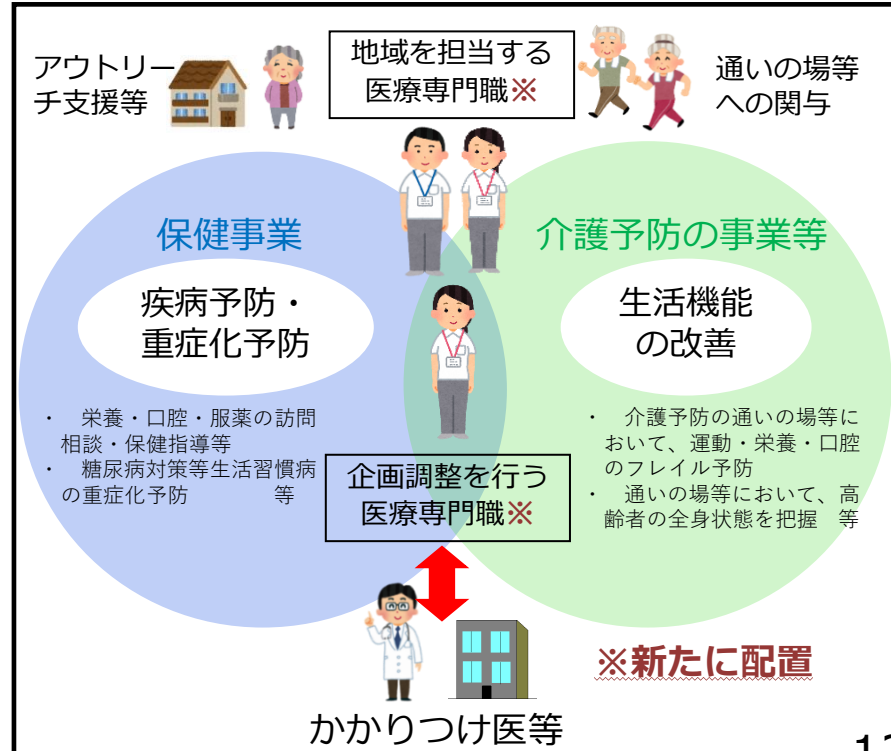
- 令和6年度において、ほぼ全ての市町村において一体的な実施を展開済み。
- 令和7年度以降においては、実施市町村における取組の量の増加と質の向上を目指す。

高齢者医療課調べ（令和6年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



高齢者に必要となる包括管理のイメージ

- 高齢者に必要となる包括管理には、Q O Lの維持、向上を目標とした医学管理と、生活の場に即した医療提供等が求められる。

	若年者 (働く世代)	高齢者
疾病管理	特定の疾病管理	併存する複数疾病の 優先順位をつけた管理
目標	疾病の治癒・合併症予防	症状の緩和 Q O Lの維持・向上
提供の場	主に外来	在宅医療を含む 生活の場に即した医療提供
服薬管理	長期的な服薬継続	一元管理 (服薬コンプライアンスの向上・ 重複投薬の防止)
介護保険サービスと連携した 医療提供の必要性	低い	高い
保健事業との連携	特定健診（メタボ等）・がん検診 産業保健（メンタルヘルス等）	介護予防事業 (運動・栄養・口腔のフレイル予防)
意思決定支援の必要性	低い	高い

1. 外来医療について（その1）

1 - 1. 背景

- ① 高齢者の外来医療に係る医学的知見
- ② 医療法のかかりつけ医機能

かかりつけ医機能

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要）（抜粋）

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場において報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
 - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

かかりつけ医機能に係る主な評価について

① 体制整備に対する評価	
時間外対応加算 （平成24年度改定で新設）	地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、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を評価するもの。 【届出医療機関数(令和5年)】（加算1）診療所 11,354 （加算2）診療所 15,943（加算3）診療所 364
機能強化加算 （平成30年度改定で新設）	- 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・加算や小児かかりつけ診療料等の届出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5年)】病院 1,289 診療所 13,518
在宅療養支援診療所・病院 （平成18年度改定で新設）	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で高い評価を設定） 【届出医療機関数(令和5年)】病院 2,021 診療所 14,755
② 診療行為に対する評価	
地域包括診療料・加算 （平成26年度改定で新設）	- 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5年)】（診療料）病院 51 診療所 226 （加算）診療所 5,956
小児かかりつけ診療料 （平成28年度改定で新設）	- 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5年)】（診療料1）診療所 1,992 （診療料2）病院 6 診療所 324
生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ) （令和6年度改定で再編）	- 脂質異常症、高血圧症又は糖尿病患者の治療における生活習慣に関する、療養計画書を用いた総合的な治療管理の評価。 - 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。 ※ 届出不要
③ その他、連携や紹介等に対する評価	
連携強化診療情報提供料 （令和4年度改定で改称等）	「紹介受診重点医療機関」や、かかりつけ医機能を有する医療機関において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合について評価。 ※ 届出不要
紹介割合等による減算 （平成24年度改定で新設）	紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等（注）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。（注）特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関、その他400床以上の医療機関 ※ 届出不要

かかりつけ医機能に係る評価の経緯（１）

改定年度	項目	概要
平成26年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	（新設） 複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成28年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	（施設基準の緩和） 病院の場合「二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） ・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。
	小児かかりつけ診療料	（施設基準の緩和） 在宅当番医制等に定期的に協力する常勤小児科医が配置された医療機関について、時間外の相談対応要件を緩和。

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） 時間外への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。
令和６年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	（要件見直し及び施設基準の見直し） ・以下の要件及び施設基準を追加。 ・認知症に係る研修を修了していることが望ましい ・長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示 ・介護支援専門員及び相談支援専門員との連携等 ・適切な意思決定支援に関する指針の整備 ・疾患名、治療計画等についての文書の交付・説明 等
	小児かかりつけ診療料	（要件見直し） ・発達障害の疑いがある患者の診察及び相談への対応、育児不安の相談への対応を要件に追加。

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

	加算等の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	継続的かつ全人的な医療を行うこと	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。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	継続的かつ全人的な医療を行うこと	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	継続的かつ全人的な医療を行うこと	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。
時間外対応加算	患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応	特段の要件なし（再診料を算定する全患者）。
機能強化加算	かかりつけ医機能を有する医療機関における初診	特段の要件なし（初診料を算定する全患者）。
生活習慣病管理料 (Ⅰ)(Ⅱ)	生活習慣に関する総合的な治療管理	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うこと	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、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（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、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、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

1. 外来医療について（その1）

1－1. 背景

1－2. 体制整備に係る評価

1－3. 診療行為に係る評価

かかりつけ医機能に係る主な評価について（再掲）

① 体制整備に対する評価

時間外対応加算 （平成24年度改定で新設）	地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、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を評価するもの。 【届出医療機関数(令和5年)】（加算1）診療所 11,354 （加算2）診療所 15,943 （加算3）診療所 364
機能強化加算 （平成30年度改定で新設）	- 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・加算や小児かかりつけ診療料等の届出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5年)】病院 1,289 診療所 13,518
在宅療養支援診療所・病院 （平成18年度改定で新設）	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で高い評価を設定） 【届出医療機関数(令和5年)】病院 2,021 診療所 14,755

② 診療行為に対する評価

地域包括診療料・加算 （平成26年度改定で新設）	- 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5年)】（診療料）病院 51 診療所 226 （加算）診療所 5,956
小児かかりつけ診療料 （平成28年度改定で新設）	- 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5年)】（診療料1）診療所 1,992 （診療料2）病院 6 診療所 324
生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ) （令和6年度改定で再編）	- 脂質異常症、高血圧症又は糖尿病患者の治療における生活習慣に関する、療養計画書を用いた総合的な治療管理の評価。 - 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。 ※ 届出不要

③ その他、連携や紹介等に対する評価

連携強化診療情報提供料 （令和4年度改定で改称等）	「紹介受診重点医療機関」や、かかりつけ医機能を有する医療機関において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合について評価。 ※ 届出不要
紹介割合等による減算 （平成24年度改定で新設）	紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等（注）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。（注）特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・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

1. 外来医療について（その1）

1－2. 体制整備に係る評価

① 時間外対応加算について

② 機能強化加算について

時間外対応加算の見直し

時間外対応加算の見直し

- 時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。

改定後

時間外対応加算 1 5 点

時間外対応加算 2 4 点

【施設規準】（抜粋）

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、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

時間外対応加算 3 3 点

時間外対応加算 4 1 点

時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

- 時間外対応加算の評価体系の見直しの趣旨を踏まえ、小児かかりつけ診療料について、要件を見直す。

現行

【小児かかりつけ診療料 1】

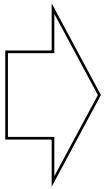
【施設基準】（抜粋）

- ・ 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する時間外対応加算 1 又は 時間外対応加算 2 に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料 2】

【施設基準】（抜粋）

- ・ 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する 時間外対応加算 3 に係る届出を行っていること。
 - イ （略）



改定後

【小児かかりつけ診療料 1】

【施設基準】（抜粋）

- ・ 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する時間外対応加算 1 又は 時間外対応加算 3 に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料 2】

【施設基準】（抜粋）

- ・ 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する 時間外対応加算 2 又は時間外対応加算 4 に係る届出を行っていること。
 - イ （略）

時間外対応加算

地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、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を評価するもの。
(平成24年度診療報酬改定において、従来の「地域医療貢献加算」を再編して新設。)

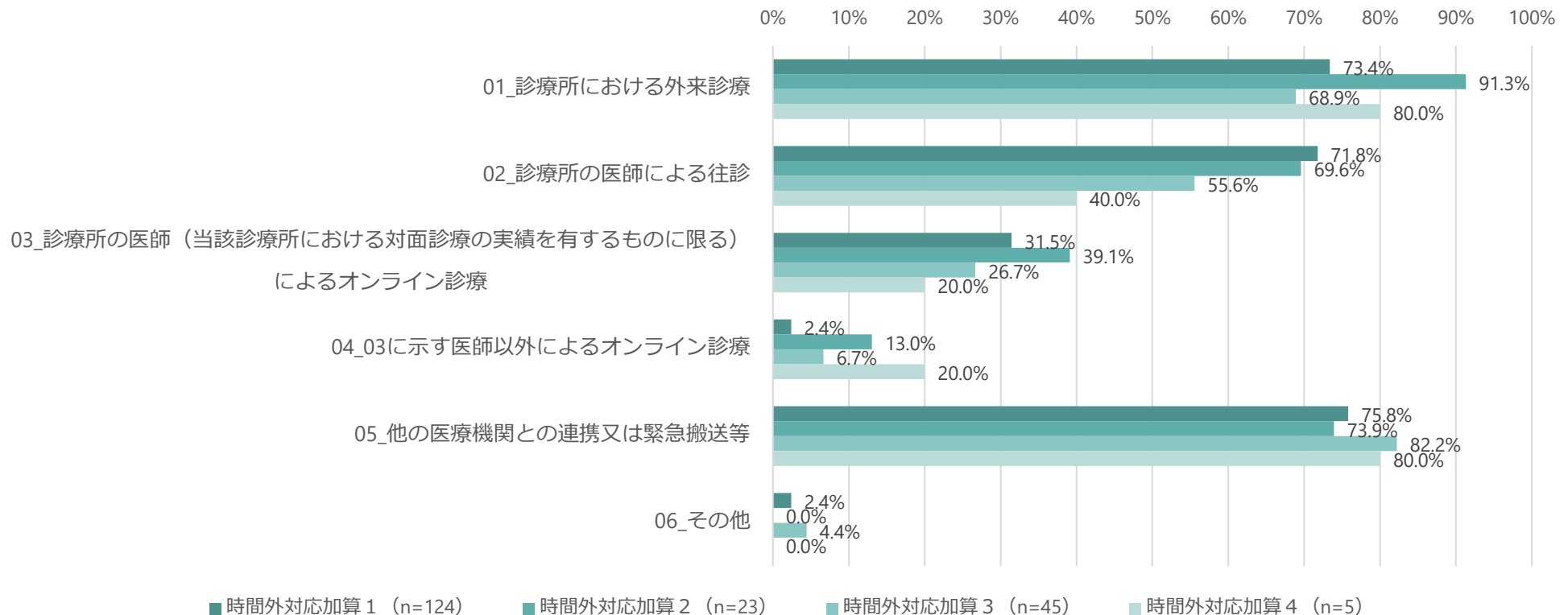
	時間外対応加算 1 5 点	時間外対応加算 2 4 点	時間外対応加算 3 3 点	時間外対応加算 4 1 点
算定対象患者	再診料を算定する患者			
対象医療機関	診療所			
主な算定要件	- 緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。 - 電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。			
主な施設基準	- 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対応する体制。 - やむを得ない事由により、問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制。			
	原則として当該診療所において、常時対応できる体制。	- 常時、電話等により対応できる体制。 - 必要に応じて診療録を閲覧することができる体制。	- 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。 - 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等の配慮をする。	- 複数の診療所（最大で 3 診療所）による連携で対応する体制。 - 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。 - 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等の配慮をする。
対応を行う者	- 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 - 週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等	当該診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等	- 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 - 週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等	当該診療所に勤務する医師、看護職員又は事務職員等

時間外対応加算の算定医療機関における対応

診調組 入-1参考
7. 5. 22 改

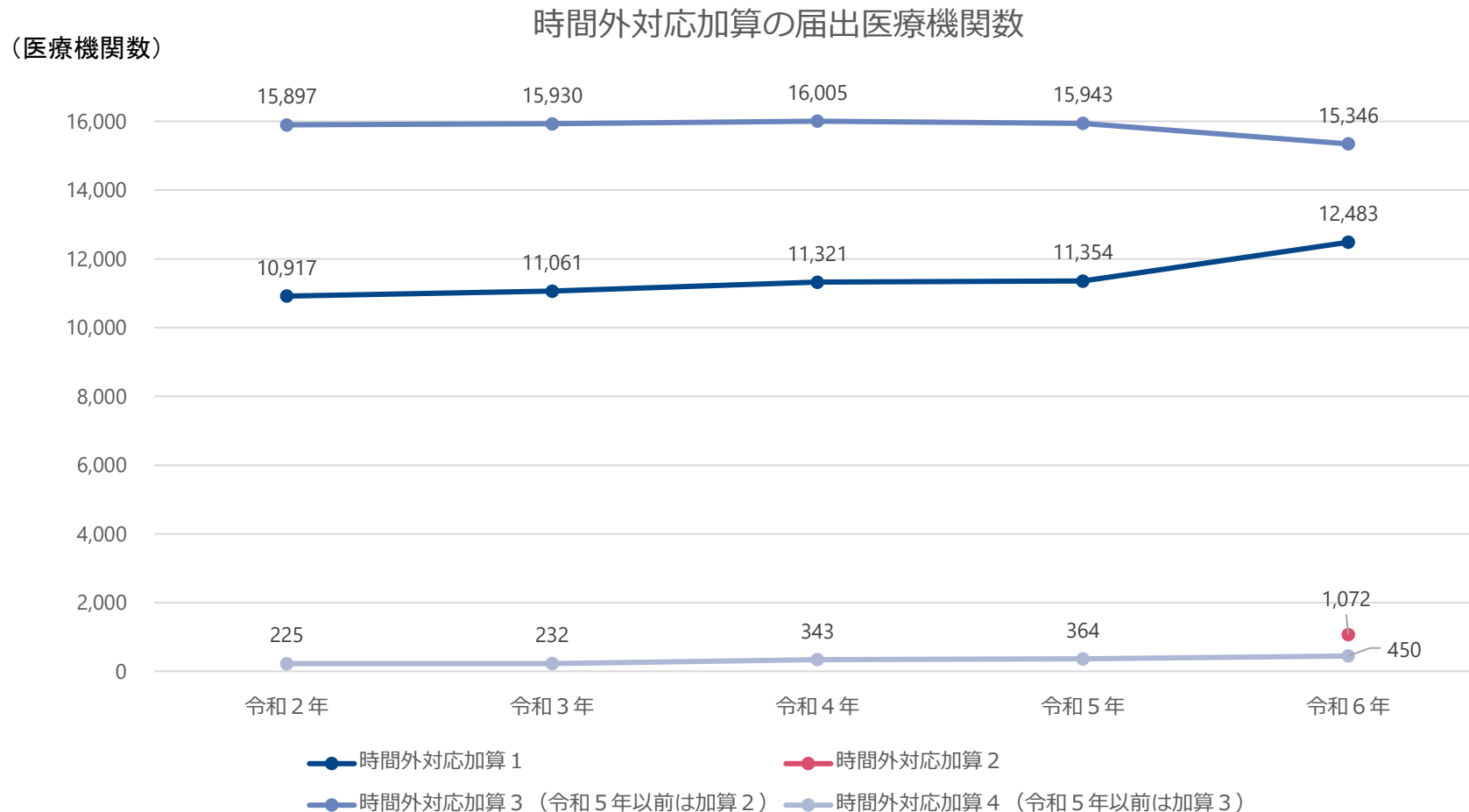
- 時間外対応加算の算定医療機関における、電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に実施可能な対応は以下のとおり。
- いずれの加算区分においても、外来診療による対応と、他の医療機関との連携又は救急搬送等が多い傾向があった。また、時間外対応加算 1、2 を算定する医療機関では、時間外対応加算 3、4 を算定する医療機関と比較して、往診が可能な医療機関が多い傾向があった。

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



時間外対応加算の届出医療機関数

- 時間外対応加算の届出医療機関数は近年横ばいであったが、令和6年改定以降、時間外対応加算3の届出医療機関数が減少した一方で、その他の加算の届出医療機関数が増加した。



1. 外来医療について（その1）

1－2. 体制整備に係る評価

① 時間外対応加算について

② 機能強化加算について

機能強化加算

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

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算 80点

[算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
 - (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
 - (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
 - (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
 - (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
 - (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- 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。
- 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）
- 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

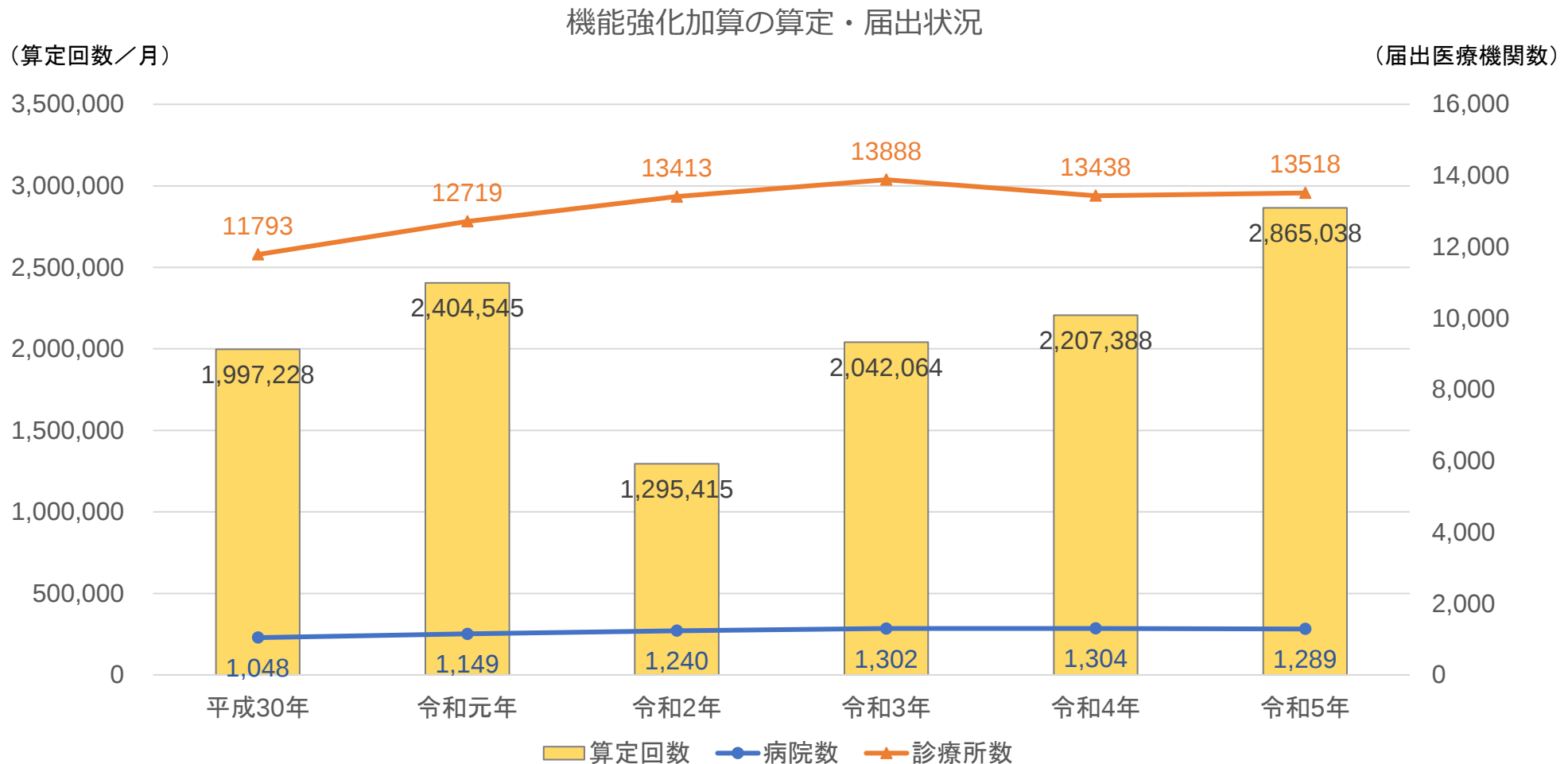
中 医 協 総 - 8
5 . 6 . 2 1

令和4年改定前	
届出・実績	次のいずれかの届出
	- 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	- 在宅時医学総合管理料 - 施設入居時等医学総合管理料 (在支診又は在支病に限る)
	—

改定後	
次のいずれかを満たしていること。	
- 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。 (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。 - 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。	以下のいずれも満たすものであること。 - 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年間ににおいて、次のいずれかを満たしていること。 - 地域包括診療加算2／地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 - 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。	
- 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料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。 (参考:機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間ににおいて、 (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)。	以下のいずれも満たすものであること。 - 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料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。 過去1年間ににおいて、 (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。
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。 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	

機能強化加算の算定・届出状況

- 機能強化加算の届出医療機関数は、令和3年までは増加傾向であったが、近年は横ばいである。
- 算定回数は、令和2年に大きく減少していたが、令和5年には令和元年以前よりも増加した。



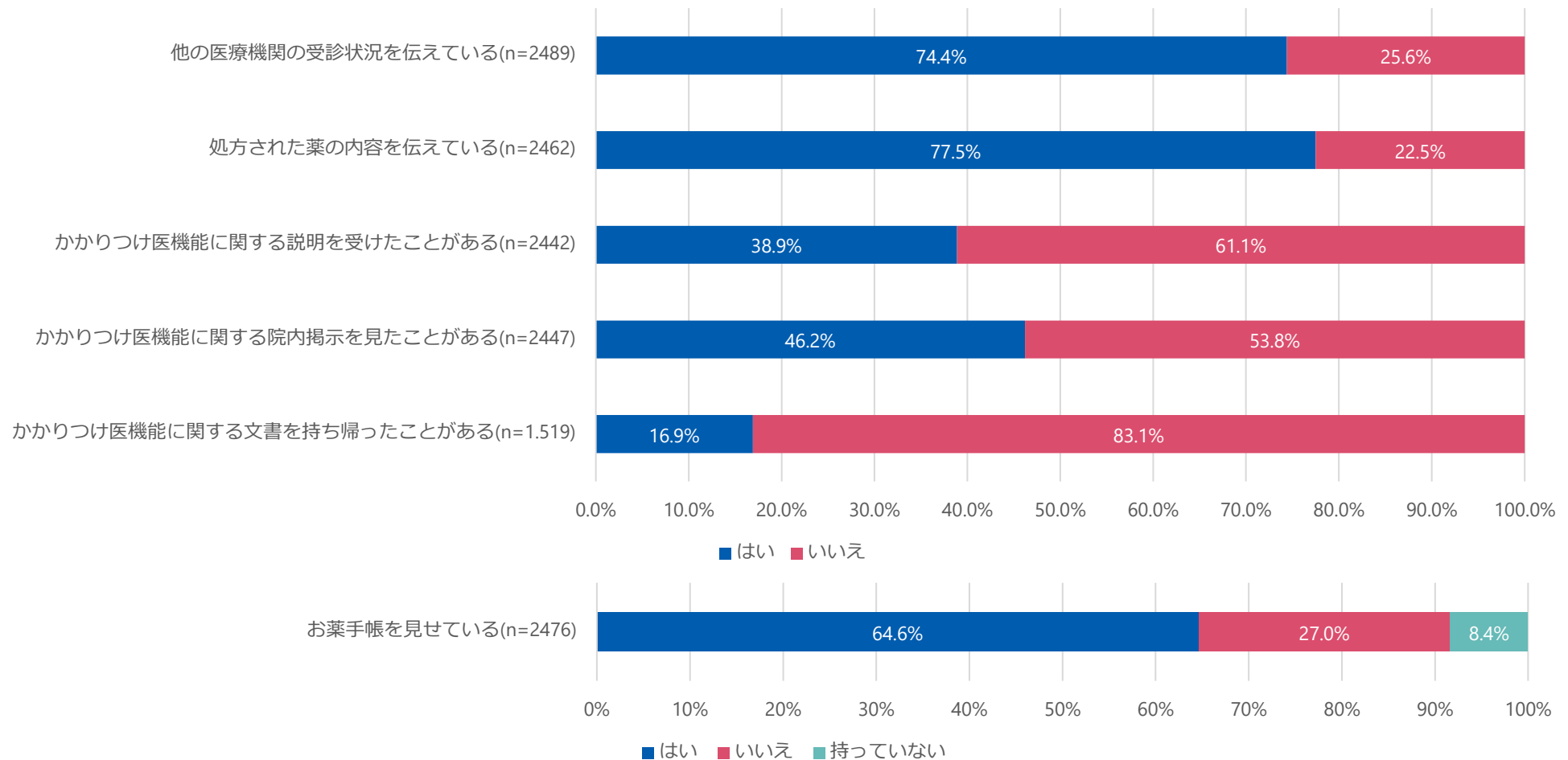
医療法のかかりつけ医機能報告と現行の診療報酬の比較

赤字：時間外対応加算・機能強化加算で体制整備を評価している機能

医療法上の主なかかりつけ医機能	関連する主な現行の診療報酬
1号機能 (日常的な診療の総合的・継続的实施)	機能の院内掲示による公表 機能強化加算の掲示要件
	かかりつけ医機能に関する研修等の修了 地域包括診療料・加算の研修要件
	一次診療の対応が可能な診療領域・疾患 -
	全国医療情報プラットフォームの参加・活用 医療DX推進体制整備加算等
	服薬の一元管理の実施 機能強化加算、地域包括診療料・加算等
2号機能	通常の診療時間外の診療 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
	入退院時の支援 在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟 入院料、入退院支援加算等
	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
その他 報告事項	法定健診・検診 機能強化加算、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料・加算
	定期予防接種 機能強化加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料
	学校医・警察医 機能強化加算、小児かかりつけ診療料
	産業医 (療養・就労両立支援指導料)
	臨床研修医等の教育 -

かかりつけ医機能に関する院内掲示等（外来患者調査）

- 外来受診した医療機関において「かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある」と回答した患者は、38.9%であり、「かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある」と回答した患者は、46.2%であった。



医療法のかかりつけ医機能報告と現行の診療報酬の比較（再掲）

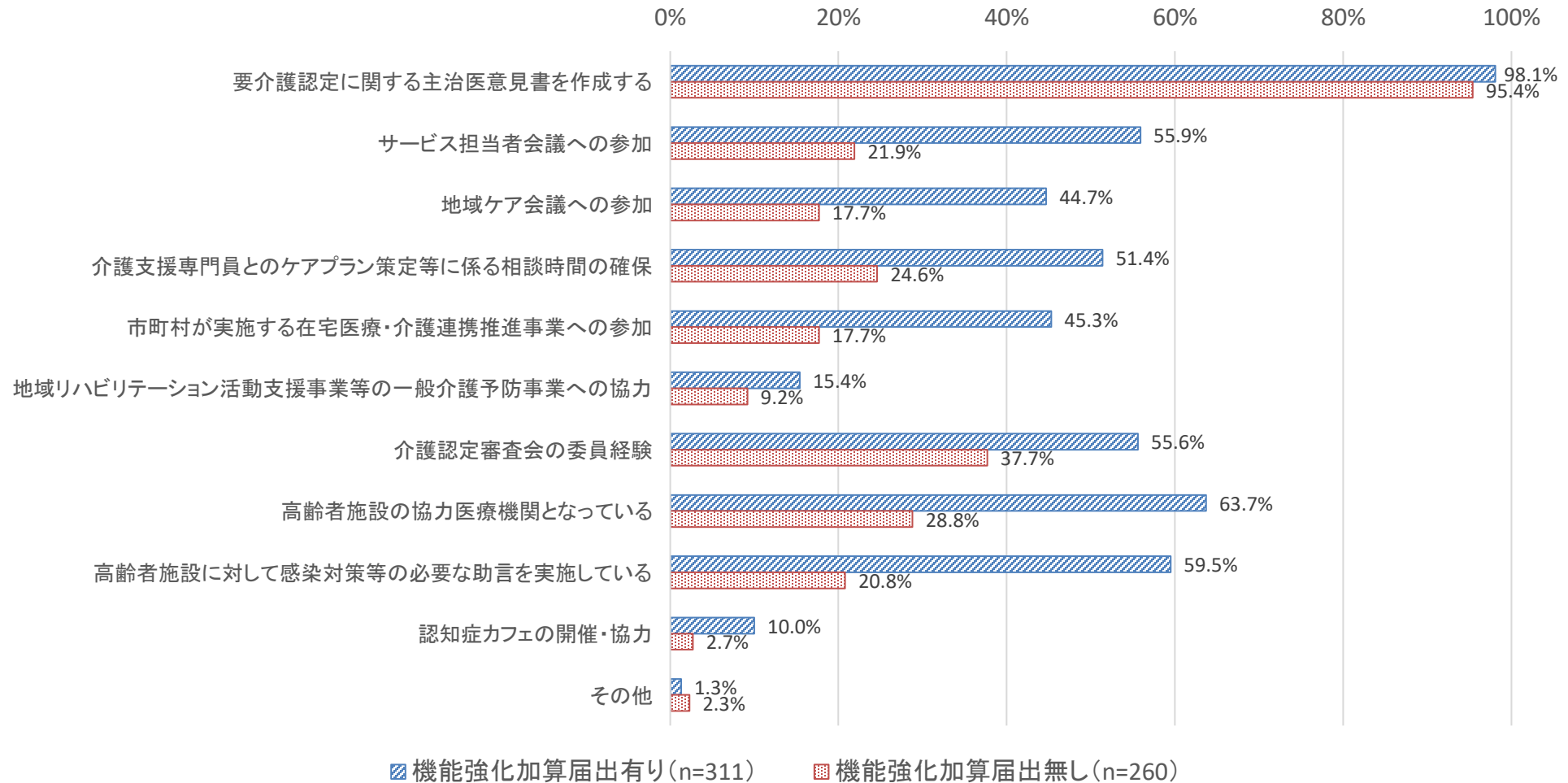
赤字：時間外対応加算・機能強化加算で体制整備を評価している機能

医療法上の主なかかりつけ医機能		関連する主な現行の診療報酬
1号機能 （日常的な診療の総合的・継続的实施）	機能の院内掲示による公表	機能強化加算の掲示要件
	かかりつけ医機能に関する研修等の修了	地域包括診療料・加算の研修要件
	一次診療の対応が可能な診療領域・疾患	-
	全国医療情報プラットフォームの参加・活用	医療DX推進体制整備加算等
	服薬の一元管理の実施	機能強化加算、地域包括診療料・加算等
2号機能	通常診療時間外の診療	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
	入退院時の支援	在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟 入院料、入退院支援加算等
	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
その他 報告事項	法定健診・検診	機能強化加算、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料・加算
	定期予防接種	機能強化加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料
	学校医・警察医	機能強化加算、小児かかりつけ診療料
	産業医	（療養・就労両立支援指導料）
	臨床研修医等の教育	-

介護との連携（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。



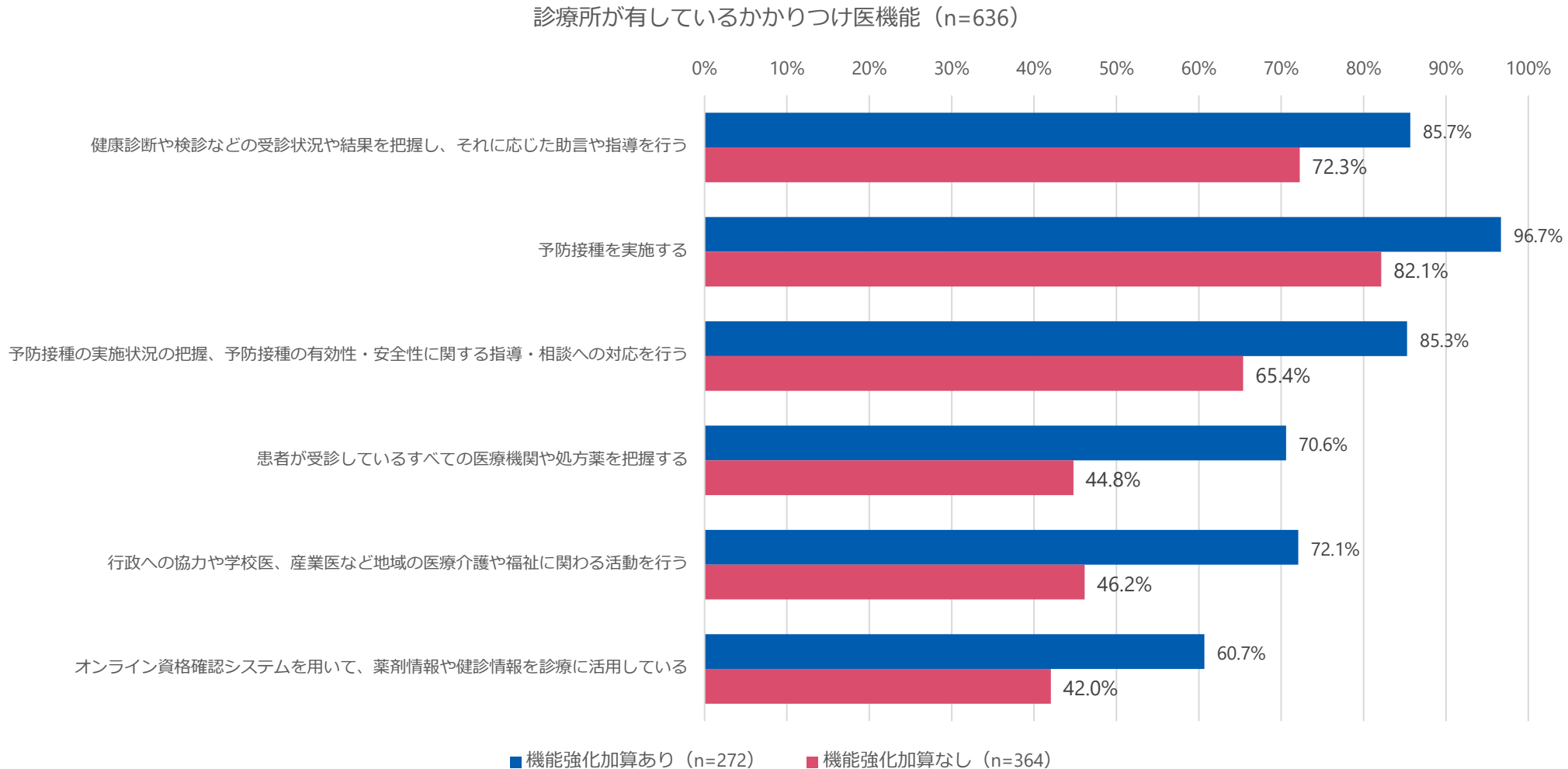
医療法のかかりつけ医機能報告と現行の診療報酬の比較（再掲）

赤字：時間外対応加算・機能強化加算で体制整備を評価している機能

医療法上の主なかかりつけ医機能		関連する主な現行の診療報酬
1号機能 （日常的な診療の総合的・継続的实施）	機能の院内掲示による公表	機能強化加算の掲示要件
	かかりつけ医機能に関する研修等の修了	地域包括診療料・加算の研修要件
	一次診療の対応が可能な診療領域・疾患	-
	全国医療情報プラットフォームの参加・活用	医療DX推進体制整備加算等
	服薬の一元管理の実施	機能強化加算、地域包括診療料・加算等
2号機能	通常の診療時間外の診療	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
	入退院時の支援	在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟 入院料、入退院支援加算等
	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
その他 報告事項	法定健診・検診	機能強化加算、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料・加算
	定期予防接種	機能強化加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料
	学校医・警察医	機能強化加算、小児かかりつけ診療料
	産業医	（療養・就労両立支援指導料）
	臨床研修医等の教育	-

機能強化加算届出医療機関の有するかかりつけ医機能

- 機能強化加算の届出医療機関は、機能強化加算の算定要件の一部となっている「処方薬の把握」「健診に関する相談」「予防接種」「学校医」等に関する機能を有している割合が大きかった。



医療法のかかりつけ医機能報告と現行の診療報酬の比較（再掲）

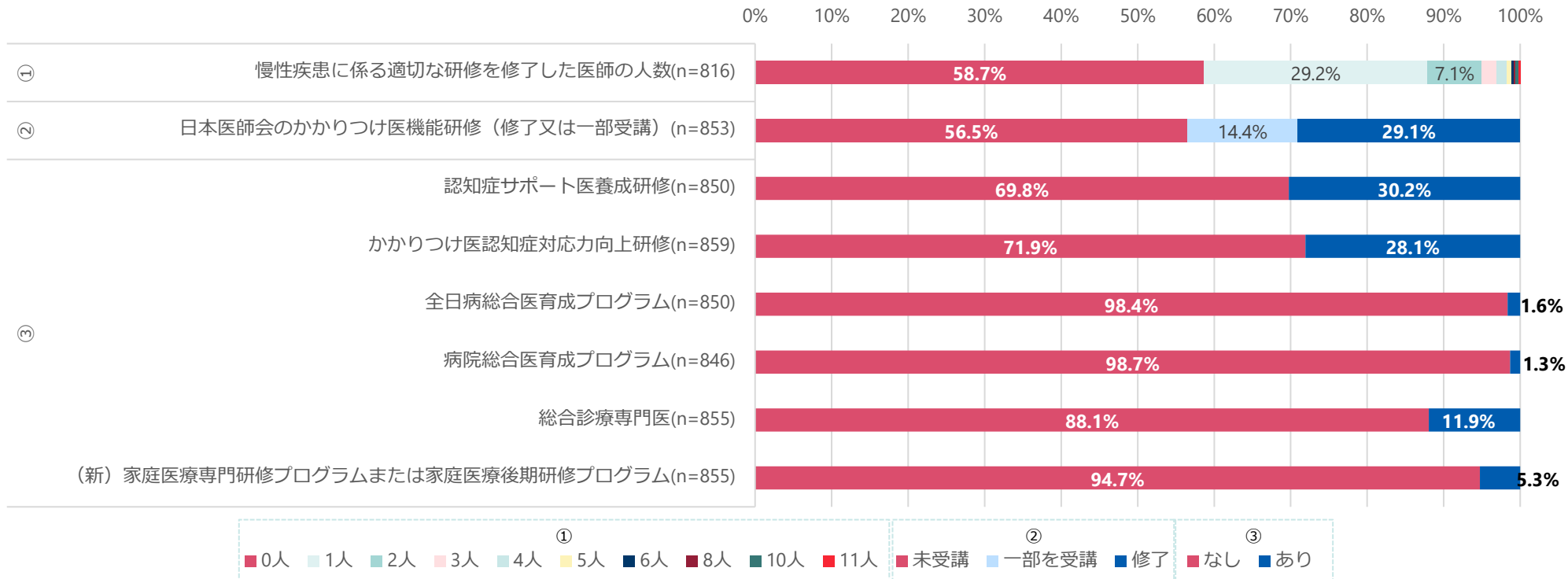
赤字：時間外対応加算・機能強化加算で体制整備を評価している機能

医療法上の主なかかりつけ医機能		関連する主な現行の診療報酬
1号機能 （日常的な診療の総合的・継続的实施）	機能の院内掲示による公表	機能強化加算の掲示要件
	かかりつけ医機能に関する研修等の修了	地域包括診療料・加算の研修要件
	一次診療の対応が可能な診療領域・疾患	-
	全国医療情報プラットフォームの参加・活用	医療DX推進体制整備加算等
	服薬の一元管理の実施	機能強化加算、地域包括診療料・加算等
2号機能	通常の診療時間外の診療	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
	入退院時の支援	在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟 入院料、入退院支援加算等
	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
その他 報告事項	法定健診・検診	機能強化加算、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料・加算
	定期予防接種	機能強化加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料
	学校医・警察医	機能強化加算、小児かかりつけ診療料
	産業医	（療養・就労両立支援指導料）
	臨床研修医等の教育	-

かかりつけ医に関連した研修等を修了した医師の割合

- 外来施設票の調査対象施設における、各種研修を修了した医師の在籍状況は以下のとおり。
- 各種研修のうち「日本医師会のかかりつけ医機能研修」を修了又は一部受講した医師の在籍割合が最も高く、43.5%であった。

各種研修を修了した医師の有無



- ・「慢性疾患の指導に係る適切な研修」は、地域包括診療料・加算の施設基準において定める研修
- ・「認知症サポート医養成研修」及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」は、都道府県及び指定都市が認知症地域医療支援事業として実施する研修事業
- ・「全日病総合医育成プログラム」は、全日本病院協会が実施する研修事業
- ・「病院総合医育成プログラム」は、日本病院会が実施する病院総合医育成事業
- ・「総合診療専門医」は、日本専門医機構が認定する専門医
- ・「新・家庭医療専門研修プログラム」及び「家庭医療後期研修プログラム」は日本プライマリ・ケア連合学会が実施するプログラム

医療法のかかりつけ医機能報告と現行の診療報酬の比較（再掲）

赤字：時間外対応加算・機能強化加算で体制整備を評価している機能

医療法上の主なかかりつけ医機能		関連する主な現行の診療報酬
1号機能 （日常的な診療の総合的・継続的实施）	機能の院内掲示による公表	機能強化加算の掲示要件
	かかりつけ医機能に関する研修等の修了	地域包括診療料・加算の研修要件
	一次診療の対応が可能な診療領域・疾患	-
	全国医療情報プラットフォームの参加・活用	医療DX推進体制整備加算等
	服薬の一元管理の実施	機能強化加算、地域包括診療料・加算等
2号機能	通常の診療時間外の診療	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
	入退院時の支援	在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟 入院料、入退院支援加算等
	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
その他 報告事項	法定健診・検診	機能強化加算、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料・加算
	定期予防接種	機能強化加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料
	学校医・警察医	機能強化加算、小児かかりつけ診療料
	産業医	（療養・就労両立支援指導料）
	臨床研修医等の教育	-

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患)

傷病名	推計外来患者数 (千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症 (関節リウマチ、脱臼)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科、17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	—
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児
うつ (気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス (神経症)	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数 (千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛 (片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎 (肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・脾臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032211984&fileKind=1>

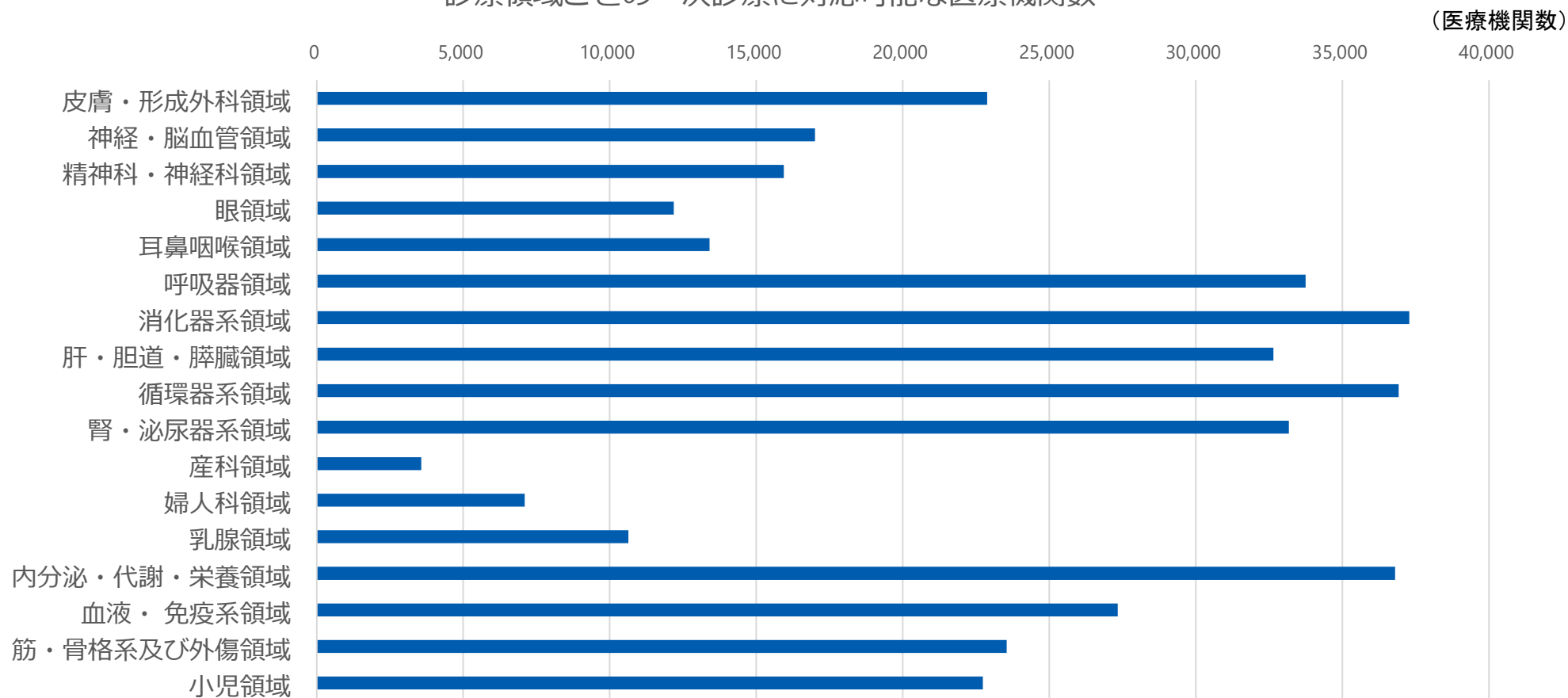
【上記例の設定の考え方】

- ・一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

診療領域ごとの一次診療に対応可能な医療機関数

- 医療法の「かかりつけ医機能報告」の「1号機能」として報告する17診療領域について、既に医療機能情報提供制度において報告されている各領域のそれぞれの一次診療に対応可能な医療機関数は以下のとおり。
- これらの情報は、厚生労働省の医療情報ネット（ナビイ）において公開されている。

診療領域ごとの一次診療に対応可能な医療機関数



医療法のかかりつけ医機能報告と現行の診療報酬の比較（再掲）

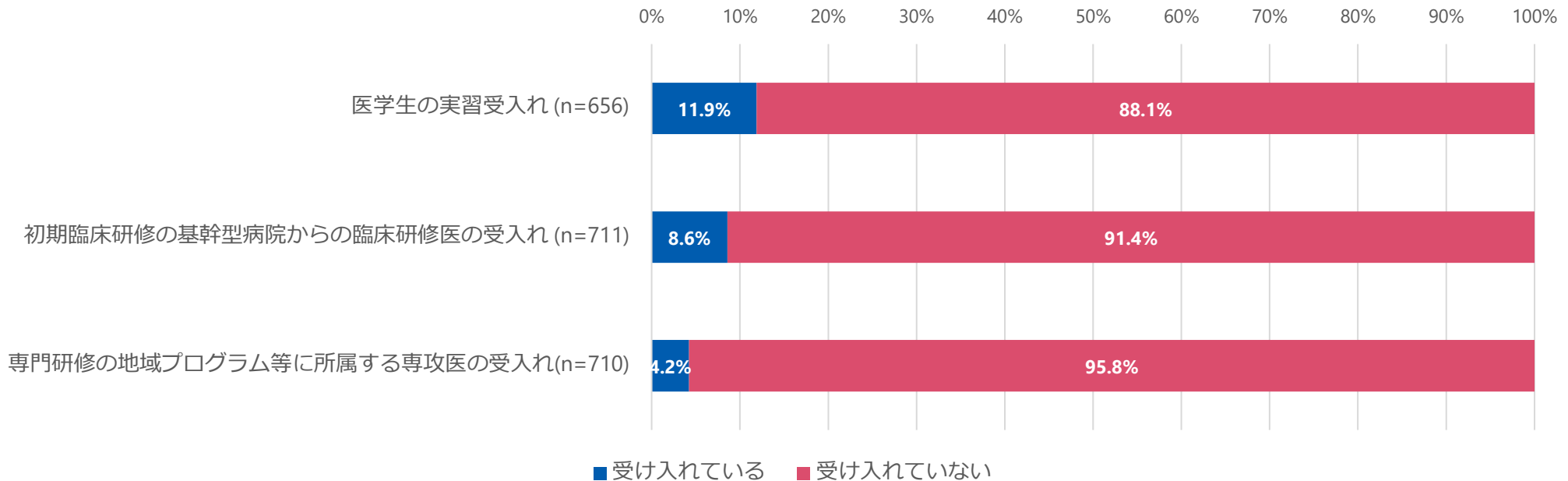
赤字：時間外対応加算・機能強化加算で体制整備を評価している機能

医療法上の主なかかりつけ医機能		関連する主な現行の診療報酬
1号機能 （日常的な診療の総合的・継続的实施）	機能の院内掲示による公表	機能強化加算の掲示要件
	かかりつけ医機能に関する研修等の修了	地域包括診療料・加算の研修要件
	一次診療の対応が可能な診療領域・疾患	-
	全国医療情報プラットフォームの参加・活用	医療DX推進体制整備加算等
	服薬の一元管理の実施	機能強化加算、地域包括診療料・加算等
2号機能	通常の診療時間外の診療	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
	入退院時の支援	在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟 入院料、入退院支援加算等
	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
その他 報告事項	法定健診・検診	機能強化加算、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料・加算
	定期予防接種	機能強化加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料
	学校医・警察医	機能強化加算、小児かかりつけ診療料
	産業医	（療養・就労両立支援指導料）
	臨床研修医等の教育	-

診療所の学生実習・臨床研修医等の受入れ状況

- 診療所における、専門研修の地域プログラム等に所属する専攻医の受入れ状況は以下のとおり。
- 医学生の実習、臨床研修医の受入れを行っている診療所は約10%前後であり、専攻医の受入れを行っている診療所はさらに少なく、4.2%であった。

実習・研修等の受入れを行っているか



現状と課題

（時間外対応加算について）

- 患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応すること等を評価する「時間外対応加算」があり、令和6年度診療報酬改定において、時間外の問い合わせに非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設した。
- 時間外対応加算の算定医療機関において、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は、「外来診療」と、「他の医療機関との連携又は救急搬送等」が多い傾向があった。
- 時間外対応加算の届出医療機関数は近年横ばいであったが、令和6年改定以降、時間外対応加算3の届出医療機関数が減少した一方で、その他の加算の届出医療機関数が増加した。

（機能強化加算について）

- かかりつけ医機能の体制整備に係る評価として「機能強化加算」がある。機能強化加算は、施設基準として、「地域包括診療料・加算」「小児かかりつけ診療料」「在宅時医学総合管理料・施設入居時医学総合管理料（在宅療養支援診療所・病院に限る。）」についての届出・実績等を要件としているほか、服薬管理や専門医療機関への紹介、健康管理に係る相談、時間外診療に関する情報提供等の対応を算定要件としている。
- 機能強化加算の届出医療機関数は、令和3年までは増加傾向であったが、近年は横ばいである。算定回数は、令和2年に大きく減少していたが、令和5年には令和元年以前よりも増加した。
- 医療法におけるかかりつけ医機能のうち、機能強化加算で体制整備を評価しているものとしては、「機能の院内掲示」「服薬の一元管理の実施」「介護サービス等との連携」「法定健診・検診」「定期予防接種」「学校医」等がある。
- 外来受診した医療機関において「かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある」と回答した患者は、38.9%であり、「かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある」と回答した患者は、46.2%であった。
- 機能強化加算の届出医療機関では、届出を行っていない医療機関と比較して、介護との連携に取り組んでいる傾向があった。
- 機能強化加算の届出医療機関は、機能強化加算の算定要件の一部となっている「処方薬の把握」「健診に関する相談」「予防接種」「学校医」等に関する機能を有している割合が大きかった。
- かかりつけ医に関連した研修等のうち、「日本医師会のかかりつけ医機能研修」を修了又は一部受講した医師の在籍割合が最も高く、43.5%であった。
- 医学生の実習、臨床研修医の受入れを行っている診療所は約10%前後であり、専攻医の受入れを行っている診療所はさらに少なく、4.2%であった。

【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、さらに検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 外来医療について（その1）

1－1. 背景

1－2. 体制整備に係る評価

1－3. 診療行為に係る評価

かかりつけ医機能に係る主な評価について（再掲）

① 体制整備に対する評価

時間外対応加算 （平成24年度改定で新設）	地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、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を評価するもの。 【届出医療機関数(令和5年)】（加算1）診療所 11,354 （加算2）診療所 15,943 （加算3）診療所 364
機能強化加算 （平成30年度改定で新設）	- 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・加算や小児かかりつけ診療料等の届出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5年)】病院 1,289 診療所 13,518
在宅療養支援診療所・病院 （平成18年度改定で新設）	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で高い評価を設定） 【届出医療機関数(令和5年)】病院 2,021 診療所 14,755

② 診療行為に対する評価

地域包括診療料・加算 （平成26年度改定で新設）	- 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5年)】（診療料）病院 51 診療所 226 （加算）診療所 5,956
小児かかりつけ診療料 （平成28年度改定で新設）	- 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5年)】（診療料1）診療所 1,992 （診療料2）病院 6 診療所 324
生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ) （令和6年度改定で再編）	- 脂質異常症、高血圧症又は糖尿病患者の治療における生活習慣に関する、療養計画書を用いた総合的な治療管理の評価。 - 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。 ※ 届出不要

③ その他、連携や紹介等に対する評価

連携強化診療情報提供料 （令和4年度改定で改称等）	「紹介受診重点医療機関」や、かかりつけ医機能を有する医療機関において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合について評価。 ※ 届出不要
紹介割合等による減算 （平成24年度改定で新設）	紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等（注）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。（注）特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・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等の対象患者（再掲）

	加算等の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	継続的かつ全人的な医療を行うこと	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。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	継続的かつ全人的な医療を行うこと	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	継続的かつ全人的な医療を行うこと	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。
時間外対応加算	患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応	特段の要件なし（再診料を算定する全患者）。
機能強化加算	かかりつけ医機能を有する医療機関における初診	特段の要件なし（初診料を算定する全患者）。
生活習慣病管理料 (Ⅰ)(Ⅱ)	生活習慣に関する総合的な治療管理	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うこと	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、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（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、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、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

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(Ⅰ)(Ⅱ)、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、③～⑦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(Ⅰ) 生活習慣病管理料(Ⅱ)	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
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、⑥特定疾患療養管理料は併算定可能。

1. 外来医療について（その1）

1－3. 診療行為に係る評価

① 地域包括診療料・加算について

② 生活習慣病管理料について

③ 小児かかりつけ診療料について

地域包括診療料・加算について

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月 1 回)		地域包括診療加算 1 28点 地域包括診療加算 2 21点 (1 回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) ・連携強化診療情報提供料 ・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。) ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)又は、認知症の6 疾病のうち2 つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。認知症に係る研修を修了していることが望ましい。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。 等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する。 ・原則として院内処方を行う。 ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・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。 ・28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。		
健康管理	・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	・介護保険に係る相談を受ける旨、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨の院内掲示。 ・主治医意見書の作成を行っていること。 ・サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること のいずれかを満たすこと。 等		
在宅医療の提供および24時間の対応	・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。) ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。(地域包括診療料 1 及び地域包括診療加算 1 に限る。)		
	・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	・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	・下記のうちいずれか 1 つを満たす。 ①時間外対応加算 1 ～4 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
その他	・適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ・患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。		

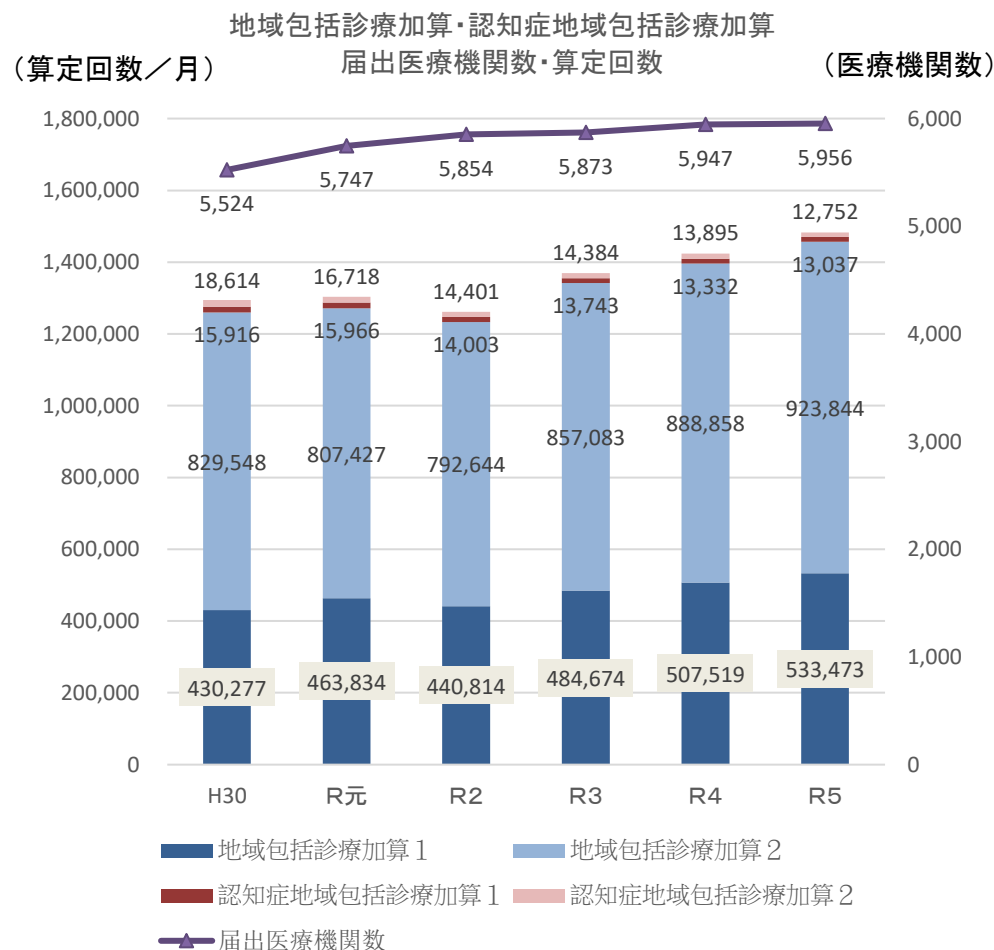
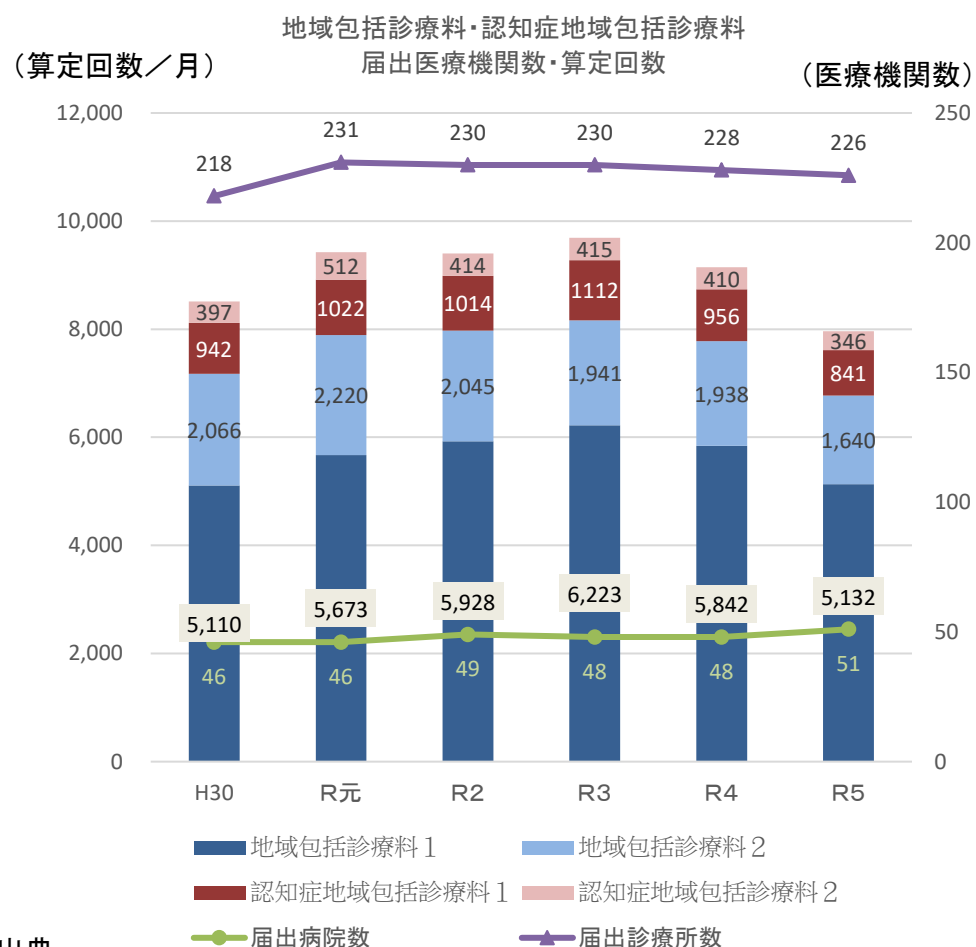
5

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 38点 認知症地域包括診療加算 2 31点 (1 回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) ・連携強化診療情報提供料 ・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。) ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象患者	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。認知症に係る研修を修了していることが望ましい。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。 等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する。 ・原則として院内処方を行う。 ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること のいずれかを満たすこと。 等		
在宅医療の提供	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。(地域包括診療料1及び地域包括診療加算1に限る。)		
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
その他	・適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ・患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。		

地域包括診療料・加算等の算定・届出状況

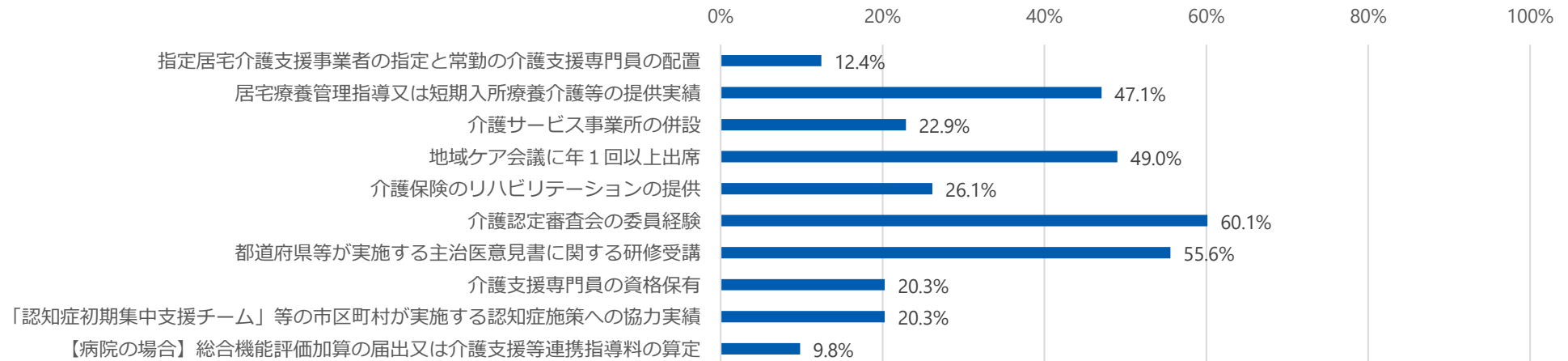
- 地域包括診療料の届出医療機関数は近年横ばいであるが、算定回数は減少傾向である。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数・算定回数は、地域包括診療料と比較して多く、近年増加傾向である。
- 認知症地域包括診療料・加算の算定回数は、地域包括診療料・加算の算定回数と比較して少ない。



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

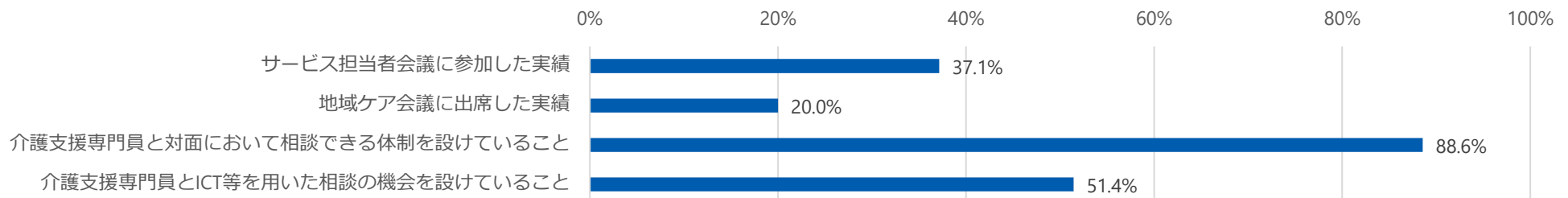
- 地域包括診療料又は地域包括診療加算を届け出ている医療機関において、当該診療料又は加算の施設基準のうち、介護保険制度に関連した要件に関する状況は以下のとおり。

満たすことができている介護保険制度に関する要件 (n=153)



※施設基準において、介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、上記選択肢のいずれか一つを満たしていることを要件としている。

満たすことができている要件 (n=140)



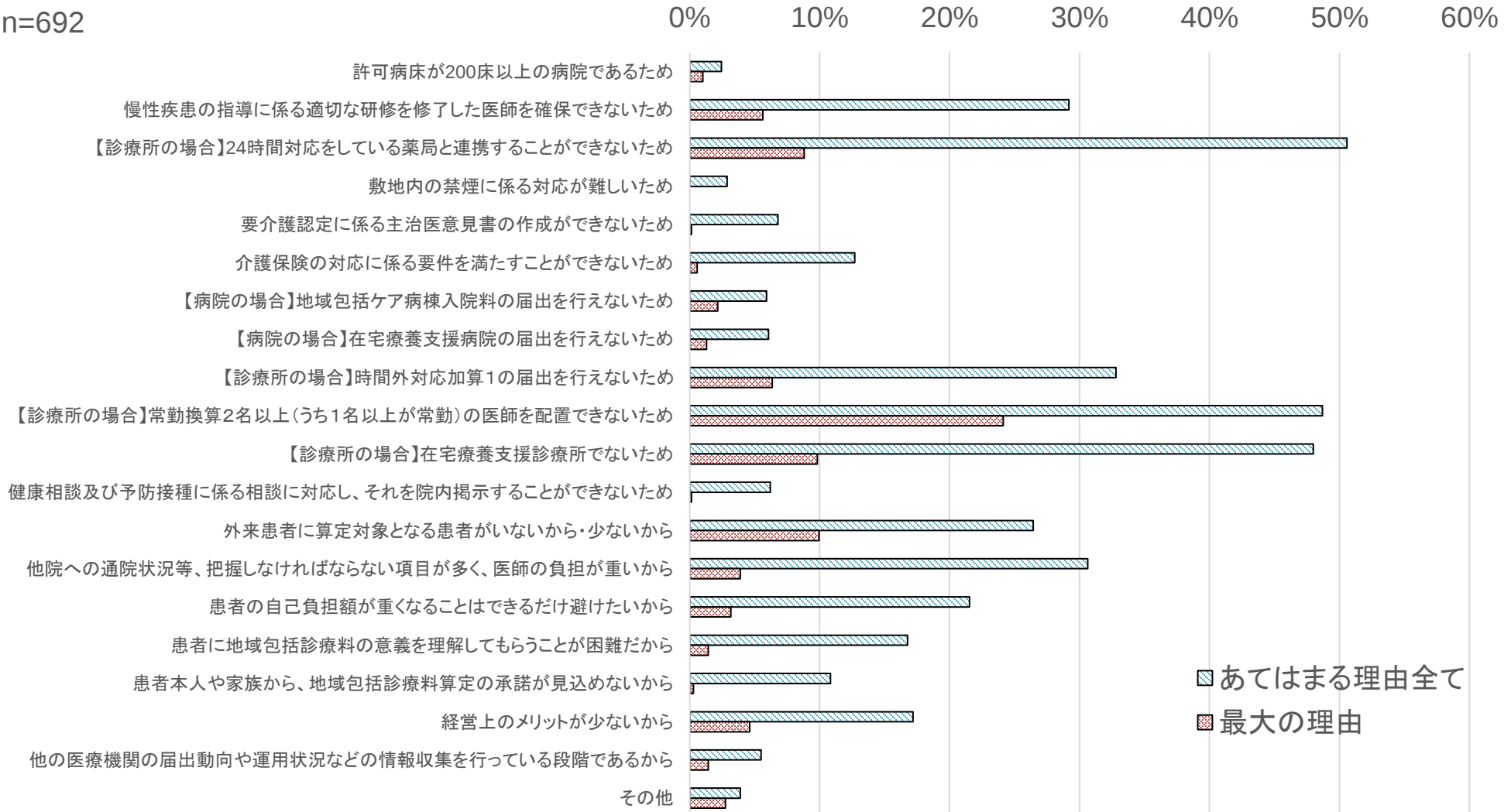
※施設基準において、上記選択肢のいずれか一つを満たしていることを要件としている。

地域包括診療料を届け出していない理由

診調組 入 - 1
5 . 6 . 8

○ 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

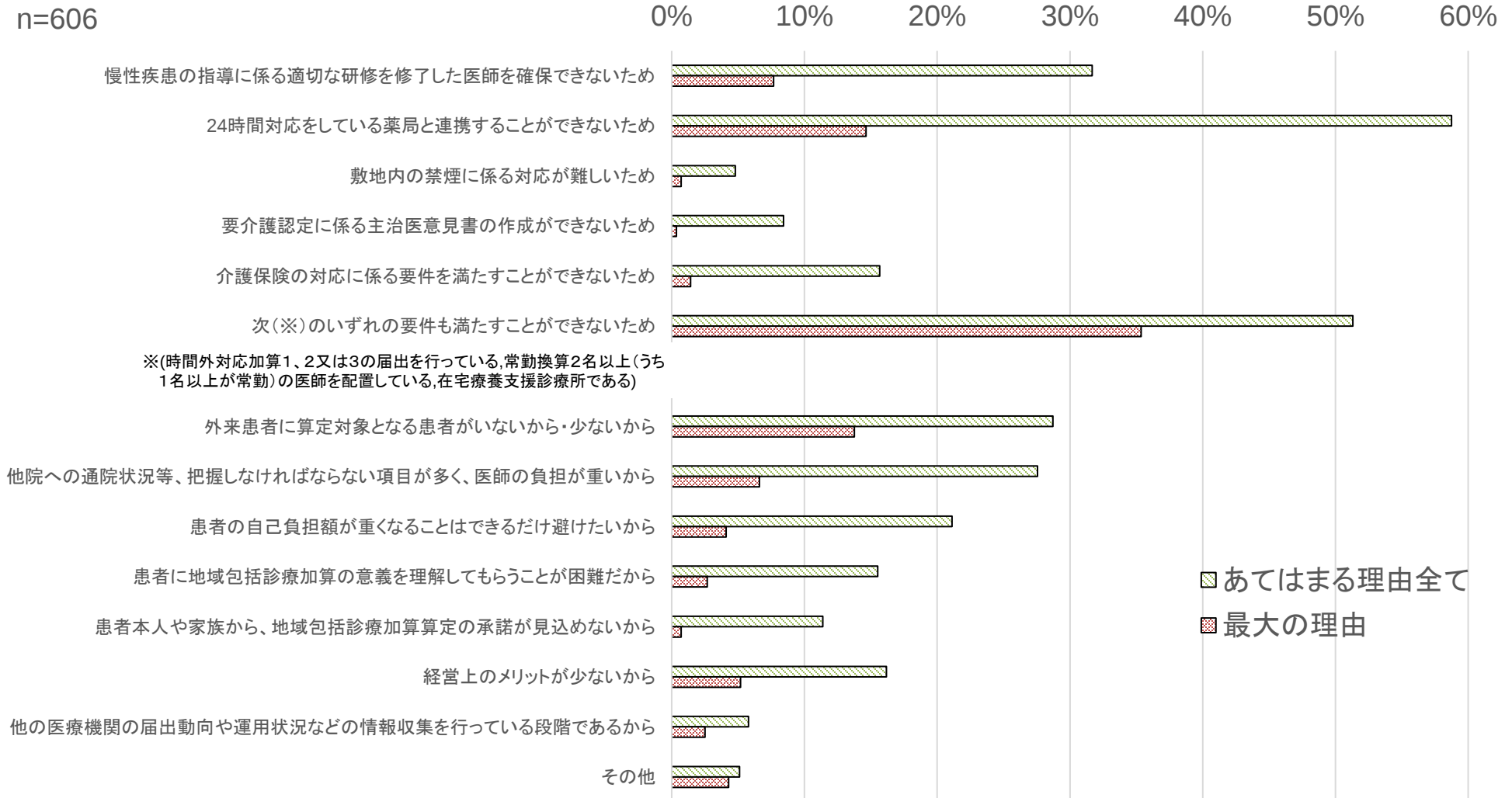


■ あてはまる理由全て
■ 最大の理由

地域包括診療加算を届け出ていない理由

診調組 入 - 1
5 . 6 . 8

- 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・加算算定施設の疾病別患者数

- 地域包括診療料又は地域包括診療加算を届け出ている医療機関において、令和6年10月の1か月間に、継続的かつ全人的に診療を行った患者数は以下のとおり。
- 対象患者要件となっている高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心不全に次いで、高尿酸血症、喘息、脳血管疾患等が多かった。

	回答数	平均	四分位数		
			25%Tile	中央値	75%Tile
脂質異常症を有する患者	146件	355.0人	100.5人	295.5人	500.5人
高血圧症を有する患者	146件	504.0人	220.8人	409.0人	639.3人
糖尿病を有する患者	144件	287.4人	80.3人	172.0人	382.5人
心不全を有する患者	144件	153.3人	21.0人	59.5人	168.0人
慢性腎臓病を有する患者	140件	52.7人	5.0人	19.5人	46.8人
高尿酸血症を有する患者	144件	107.1人	26.8人	80.5人	148.5人
胃潰瘍を有する患者	143件	61.0人	4.0人	20.0人	89.0人
脳血管疾患を有する患者	140件	91.1人	10.3人	37.0人	100.0人
虚血性心疾患を有する患者	142件	87.7人	6.0人	38.5人	122.5人
認知症を有する患者	145件	92.7人	11.0人	35.0人	101.5人
喘息を有する患者	144件	106.3人	15.0人	48.0人	134.5人
COPD（慢性閉塞性肺疾患）を有する患者	142件	24.8人	3.0人	8.5人	22.3人
がんを有する患者	135件	42.6人	4.0人	20.0人	50.0人
その他	46件	59.1人	0.0人	0.0人	0.0人

地域包括診療料・加算等の算定患者の主傷病名

- 地域包括診療料・加算及び認知症地域包括診療料・加算を算定した患者の主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 高血圧症、糖尿病、脂質異常症が比較的多い傾向であったが、傷病名は多岐にわたっていた。

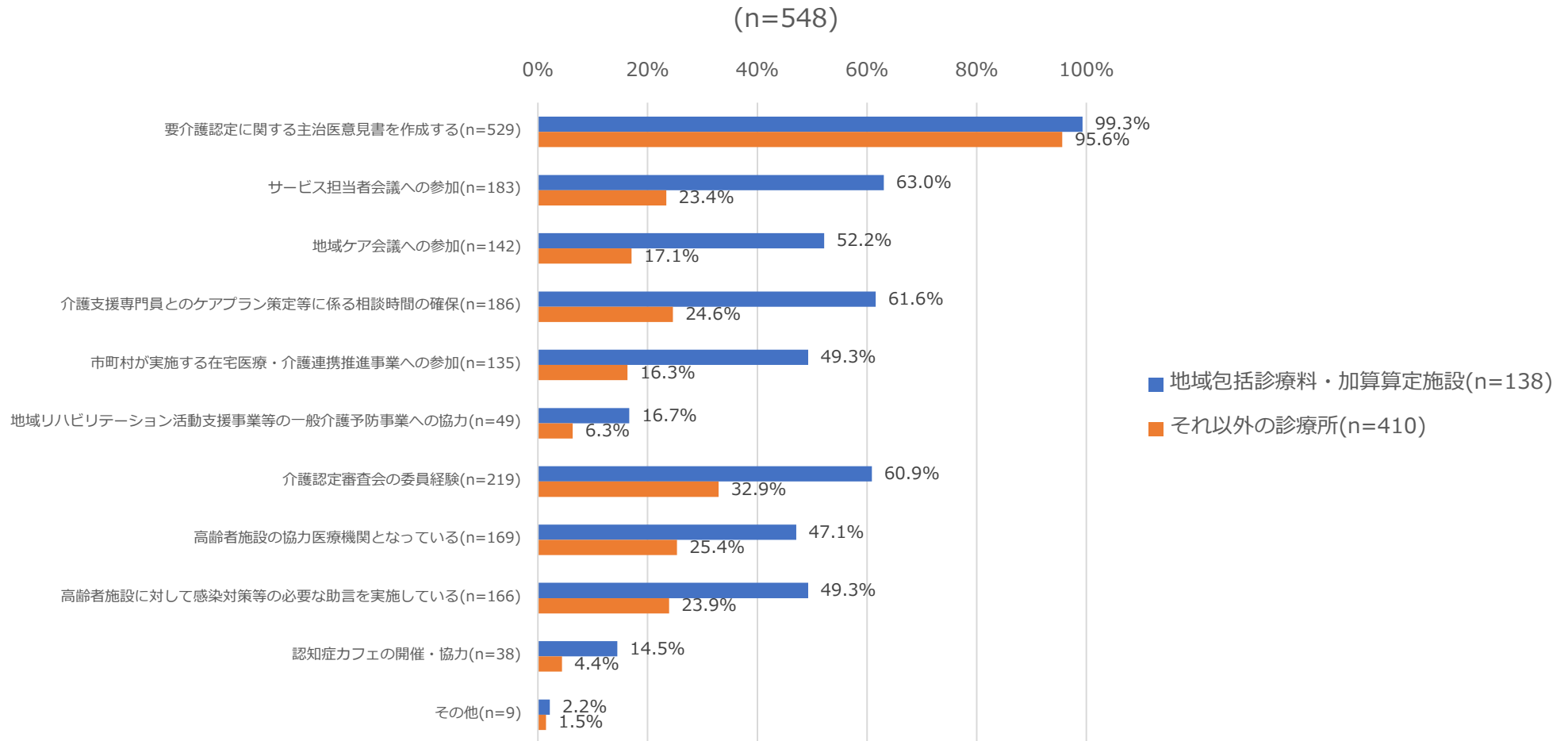
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
計	地域包括患者の全算定回数		1,768,637	100.0%
再掲	糖尿病		215,559	12.2%
	脂質異常症		182,258	10.3%
	高血圧症		512,935	29.0%
	心不全		101,556	5.7%
	慢性腎臓病		41,972	2.4%
	認知症		14,483	0.8%
1	高血圧症	I10	484,696	27.4%
2	2型糖尿病	E11	114,176	6.5%
3	糖尿病	E14	100,779	5.7%
4	高コレステロール血症	E780	77,776	4.4%
5	慢性心不全	I509	68,291	3.9%
6	狭心症	I209	68,045	3.8%
7	慢性胃炎	K295	54,721	3.1%
8	高脂血症	E785	51,910	2.9%
9	脂質異常症	E785	47,707	2.7%
10	気管支喘息	J459	30,721	1.7%
11	慢性腎不全	N189	29,134	1.6%
12	本態性高血圧症	I10	28,096	1.6%
13	脳梗塞	I639	22,465	1.3%
14	非弁膜症性心房細動	I489	18,440	1.0%
15	** 未コード化傷病名 **		17,027	1.0%
16	心不全	I509	16,617	0.9%
17	甲状腺機能低下症	E039	16,279	0.9%
18	脂肪肝	K760	14,569	0.8%
19	胃潰瘍	K259	13,696	0.8%
20	慢性肝炎	K739	13,492	0.8%
21	脳梗塞後遺症	I693	13,384	0.8%
22	心房細動	I489	12,635	0.7%

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
23	うつ血性心不全	I500	12,066	0.7%
24	胃炎	K297	10,988	0.6%
25	慢性気管支炎	J42	10,527	0.6%
26	アルツハイマー型認知症	G309	10,159	0.6%
27	COVID-19	U071	8,930	0.5%
28	慢性腎臓病	N189	7,604	0.4%
29	不整脈	I499	7,182	0.4%
30	便秘症	K590	6,960	0.4%
31	陳旧性心筋梗塞	I252	6,712	0.4%
32	腰痛症	M5456	6,598	0.4%
33	アレルギー性鼻炎	J304	6,334	0.4%
34	虚血性心疾患	I259	5,988	0.3%
35	湿疹	L309	5,288	0.3%
36	心室期外収縮	I493	5,020	0.3%
37	虚血性脳血管障害	I678	4,783	0.3%
38	急性気管支炎	J209	4,676	0.3%
39	心筋梗塞	I219	4,665	0.3%
40	高尿酸血症	E790	4,592	0.3%
41	骨粗鬆症	M8199	4,509	0.3%
42	慢性閉塞性肺疾患	J449	4,342	0.2%
43	逆流性食道炎	K210	4,281	0.2%
44	不眠症	G470	4,276	0.2%
45	睡眠時無呼吸症候群	G473	4,205	0.2%
46	変形性膝関節症	M171	4,009	0.2%
47	頻脈性不整脈	R000	3,854	0.2%
48	家族性高コレステロール血症	E780	3,788	0.2%
49	急性上気道炎	J069	3,568	0.2%
50	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	3,544	0.2%

診療所における介護連携の状況

- 地域包括診療料・加算の算定診療所では、それ以外の診療所と比較して、介護との連携に関する取組を実施している割合が高かった。

介護との連携について、実施している取組についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）



1. 外来医療について（その1）

1－3. 診療行為に係る評価

- ① 地域包括診療料・加算について
- ② 生活習慣病管理料について
- ③ 小児かかりつけ診療料について

② 生活習慣病管理料について

- ・ 令和 6 年度診療報酬改定の検証について
- ・ 高齢者の生活習慣病管理について
- ・ 療養計画書について
- ・ 質の高い生活習慣病管理に求められること
- ・ 専門医療機関への紹介について

生活習慣病対策

- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

1. 生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ－5－①）

- 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月1回に限る。）を新設する。

2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ－5－①）

- 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

3. 特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ－5－①）

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。

4. 特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ－5－②）

- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

5. 地域包括診療料等の見直し（Ⅱ－5－③）

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。

6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ－5－④）

- 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

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は生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたもの。（平成14年度診療報酬改定で新設、令和6年度診療報酬改定において再編）

	生活習慣病管理料（Ⅰ） 月1回 脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点	生活習慣病管理料（Ⅱ） 月1回 333点
対象患者	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者	
対象医療機関	許可病床数が200床未満の病院又は診療所	
包括範囲 (算定月に併算定不可)	- 外来管理加算（ただし、算定日とは別日であれば算定可） - 第1部医学管理等（ただし、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、慢性腎臓病透析予防指導管理料は併算定可能。） - 第3部検査 - 第6部注射 - 第13部病理	- 外来管理加算（ただし、算定日とは別日であれば算定可） - 第1節医学管理料等（ただし、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、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、慢性腎臓病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、プログラム医療機器等指導管理料、診療情報提供料（Ⅰ）、電子的診療情報評価料、診療情報提供料（Ⅱ）、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料は併算定可能。）
主な算定要件	- 初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。 - 糖尿病を主病とする場合にあっては、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。 - 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬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。（総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。） - 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。 - 算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意のもと必要な協力を行う。 - 糖尿病の患者について、年1回程度眼科受診を指導し、歯周病の診断と治療のため、歯科受診を促すこと。	
(療養計画書)	（初回）療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける。 （継続）療養計画書は、内容に変更があった場合又は概ね4月に1回は交付する。 - 電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。	
主な施設基準	- 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。 28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応が可能であること院内掲示する。	

・令和6年3月28日付け保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」（抜粋）

問 135 生活習慣病管理料（Ⅰ）と生活習慣病管理料（Ⅱ）は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。

（答）個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

生活習慣病に係る評価の経緯

改定年度	項目	概要
平成14年度	生活習慣病指導管理料	（新設） 生活習慣病の治療・指導のための評価を新設。
平成18年度	生活習慣病管理料	（改編） 特に院外処方の場合の点数を引き下げ、療養計画書の記載内容を具体的に定める等の改定の上、「生活習慣病指導管理料」から改編。
平成20年度	糖尿病合併症管理料	（新設） 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対する、糖尿病足病変に関する指導の評価を新設。
	生活習慣病管理料	（要件見直し） 普及・拡大を目指し、点数の引き下げ、療養計画書の内容・頻度に係る要件の見直しを実施。
平成24年度	糖尿病透析予防指導管理料	（新設） 糖尿病患者に対し、外来において透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設。
平成28年度	糖尿病透析予防指導管理料	（新設） 糖尿病透析予防指導管理料に腎不全期患者指導加算を追加。
		（要件見直し） 保険者から保険指導を行う目的で情報提供依頼があった場合に協力する。
平成30年度	生活習慣病管理料	（要件見直し） 血圧の目標値の明確化、特定健診・保健指導との連携、学会等の診療ガイドライン等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすることを追加。
	高度腎機能障害患者指導加算	（名称変更・要件見直し） 「腎不全期患者指導加算」から名称を改めるとともに、対象疾患拡大。
令和2年度	生活習慣病管理料	（要件見直し） 糖尿病患者に対する眼科受診勧奨、学会のガイドラインを踏まえ、歯科受診の状況確認を追加。
令和4年度	生活習慣病管理料	（包括範囲・評価・要件の見直し） 投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直し。 総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化。
令和6年度	生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)	（改編） 外来管理加算との併算定を不可とし、検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設。 月1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止。 療養計画書を簡素化、電子カルテ情報共有サービスの活用を可能とする。 多職種との連携が望ましい旨の要件追加、糖尿病患者への歯科受診推奨の要件を追加。

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	・「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	・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	・「思春期早発症」、「性染色体異常」を追加
令和6年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、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（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、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、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群	・「高血圧性疾患」「糖尿病」を除外 ・脂質異常症等を遺伝性疾患に限る ・「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」を追加

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 ICDコード	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 ICDコード	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	うつ血性心不全 I500	58,512	0.5%
49	過活動膀胱 N328	56,043	0.4%
50	胃癌 C169	55,021	0.4%

特定疾患療養管理料に係る主傷病名

- 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、気管支喘息が12.5%、慢性胃炎が9.2%であった。

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7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		10,733,011	100.0%
1	気管支喘息	J459	1,341,565	12.5%
2	慢性胃炎	K295	983,714	9.2%
3	狭心症	I209	625,869	5.8%
4	高血圧症	I10	402,145	3.7%
5	慢性心不全	I509	401,243	3.7%
6	脳梗塞	I639	297,506	2.8%
7	甲状腺機能低下症	E039	233,446	2.2%
8	胃潰瘍	K259	217,861	2.0%
9	非弁膜症性心房細動	I489	212,605	2.0%
10	胃炎	K297	194,087	1.8%
11	心房細動	I489	156,704	1.5%
12	慢性気管支炎	J42	134,501	1.3%
13	心不全	I509	132,325	1.2%
14	脳梗塞後遺症	I693	132,131	1.2%
15	脂肪肝	K760	130,161	1.2%
16	慢性肝炎	K739	113,617	1.1%
17	うつ血性心不全	I500	101,513	0.9%
18	高コレステロール血症	E780	100,638	0.9%
19	前立腺癌	C61	99,321	0.9%
20	** 未コード化傷病名 **		93,076	0.9%
21	糖尿病	E14	91,654	0.9%
22	乳癌	C509	91,060	0.8%

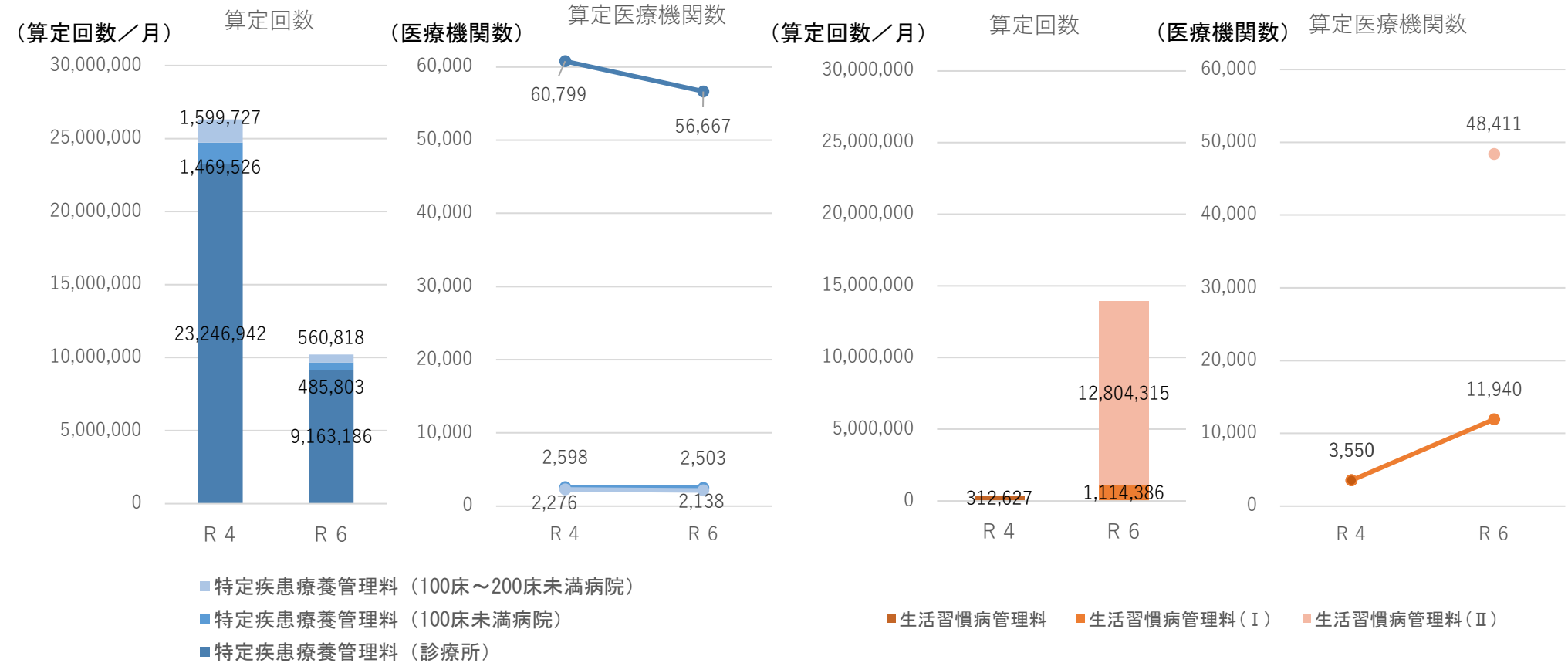
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
23	バセドウ病	E050	84,906	0.8%
24	アレルギー性鼻炎	J304	80,952	0.8%
25	高脂血症	E785	74,109	0.7%
26	陳旧性心筋梗塞	I252	72,634	0.7%
27	慢性閉塞性肺疾患	J449	69,913	0.7%
28	不整脈	I499	69,295	0.6%
29	慢性腎不全	N189	67,587	0.6%
30	心室期外収縮	I493	66,573	0.6%
31	急性気管支炎	J209	64,049	0.6%
32	2型糖尿病	E11	62,630	0.6%
33	萎縮性胃炎	K294	62,511	0.6%
34	C O V I D - 1 9	U071	61,629	0.6%
35	甲状腺機能亢進症	E059	61,220	0.6%
36	橋本病	E063	60,980	0.6%
37	発作性心房細動	I480	53,602	0.5%
38	脂質異常症	E785	52,327	0.5%
39	頻脈性不整脈	R000	47,368	0.4%
40	家族性高コレステロール血症	E780	46,864	0.4%
41	虚血性心疾患	I259	44,625	0.4%
42	便秘症	K590	44,268	0.4%
43	急性上気道炎	J069	43,994	0.4%
44	虚血性脳血管障害	I678	42,059	0.4%
45	逆流性食道炎	K210	41,871	0.4%
46	陳旧性脳梗塞	I693	41,047	0.4%
47	胃癌	C169	40,560	0.4%
48	内頸動脈狭窄症	I652	39,167	0.4%
49	喘息性気管支炎	J459	38,988	0.4%
50	心筋梗塞	I219	37,651	0.4%

特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料等の算定状況

○ 令和6年度診療報酬改定後、特定疾患療養管理料の算定回数が大幅に減少し、算定医療機関数はやや減少した一方で、生活習慣病管理料等の算定回数・算定医療機関数は増加した。

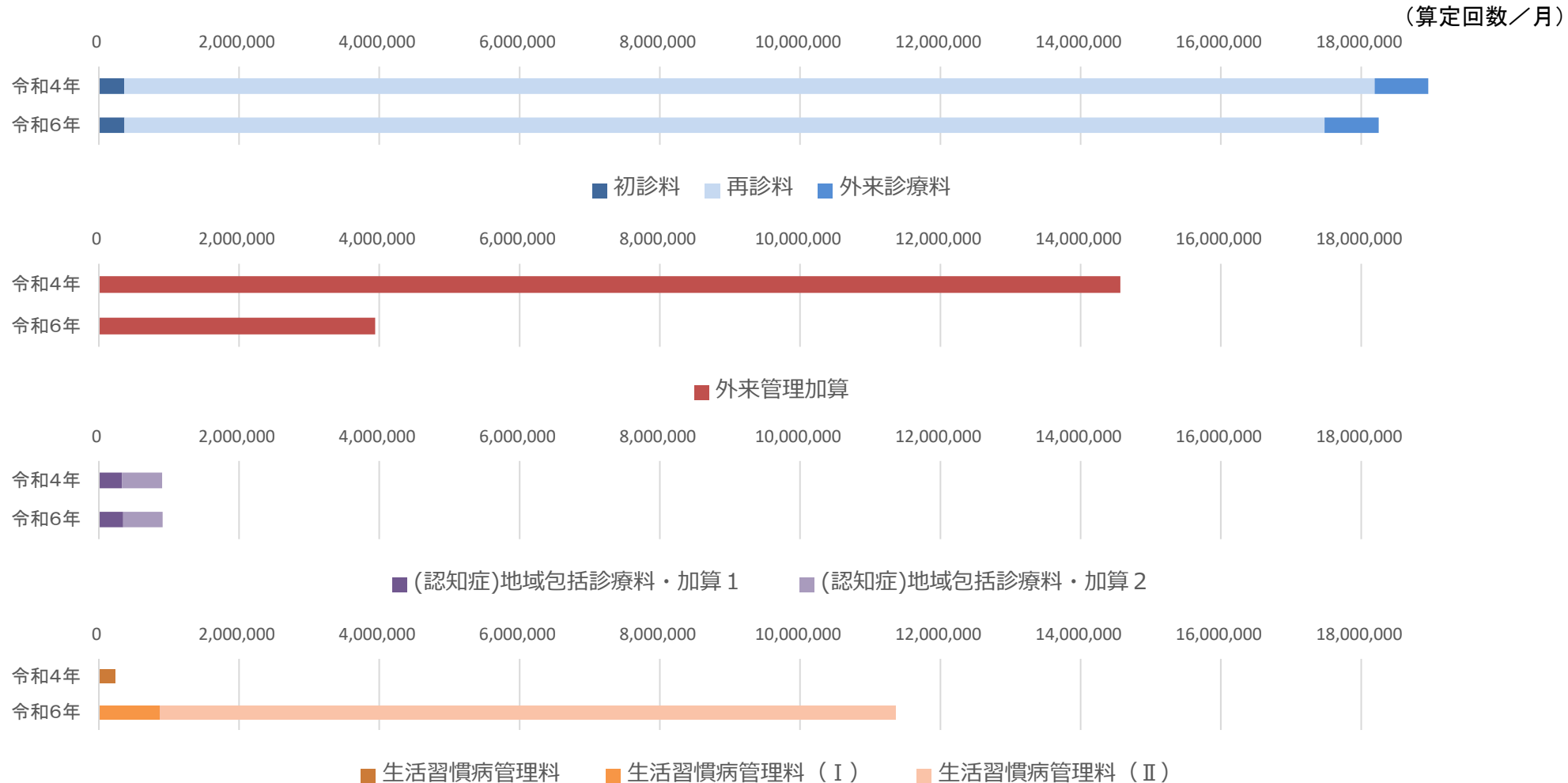
特定疾患療養管理料

生活習慣病管理料等

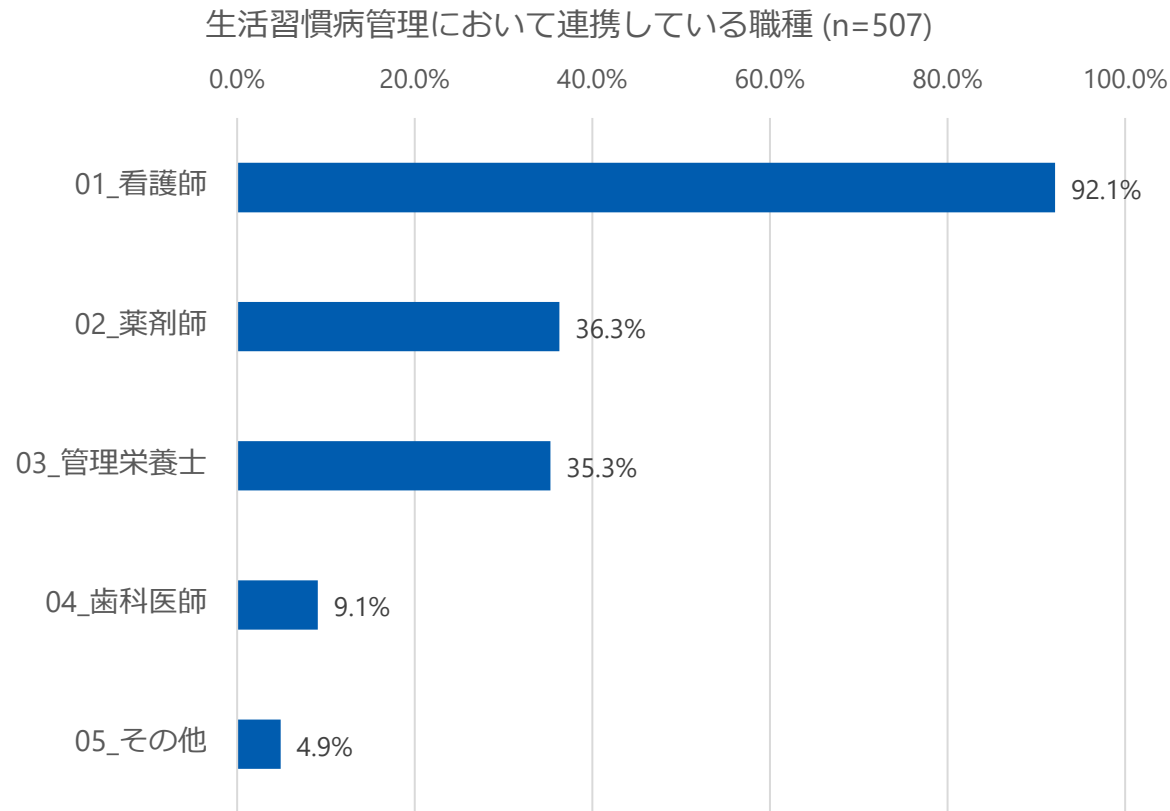


生活習慣病患者の外来診療における算定状況

- 主傷病名が糖尿病、高血圧症、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、令和4年では外来管理加算が最も多かったが、令和6年では、生活習慣病管理料(Ⅱ)が最も多かった。



- 生活習慣病管理料を算定する医療機関における、生活習慣に関する総合的な治療管理の実施において、連携している職種は以下のとおり。
- 「看護師」との連携が最も多く、次いで「薬剤師」「管理栄養士」との連携が多かった。



② 生活習慣病管理料について

- ・ 令和 6 年度診療報酬改定の検証について
- ・ 高齢者の生活習慣病管理について
- ・ 療養計画書について
- ・ 質の高い生活習慣病管理に求められること
- ・ 専門医療機関への紹介について

高齢者の生活習慣病管理の特徴

- 関係学会のガイドライン等において、高齢者の生活習慣病の管理にあたっては、フレイル、認知機能障害、ポリファーマシー等の特有な状態への配慮が必要とされている。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

第7章 高齢者

- ・ 前期高齢者（65歳以上75歳未満）では成人と同じく高LDLコレステロール血症が冠動脈疾患の重要な危険因子である。
- ・ 高齢者において冠動脈疾患の二次予防を目的としたスタチン治療が推奨できる。
- ・ 前期高齢者の高LDLコレステロール血症において冠動脈疾患、非心原性脳梗塞の一次予防を目的としたスタチン治療が推奨できる。
- ・ 後期高齢者（75歳以上）の高LDLコレステロール血症において冠動脈疾患や脳卒中の一次予防を目的とした脂質低下治療が提案できる。
- ・ フレイルは高齢者に合併しやすい病態であり、心血管リスクである。高齢者における包括的な管理に、フレイルの評価を行うことが提案できる。

高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

第8章 高齢者高血圧

1. 高齢者高血圧の特徴

（中略）高齢者は一般に多病であり、病態は非定型なことが多く、同じ年齢であっても生理機能の個人差が大きい。また、わが国では健康度を含めて510年程度の若返りが進んでいるとされる。高齢者を年齢によって一律に区分することには注意を要するが、特に75歳以上の高齢者では非高齢者と異なる病態生理的变化を有することが多く、フレイルや認知機能障害、ポリファーマシーなど特有な病態の合併が多くなる。

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

19章 高齢者の糖尿病（認知症を含む）

Q 19-1 高齢者糖尿病はどのような特徴があるか？

【ポイント】

- ・ 食後高血糖や低血糖を起こしやすく、低血糖に対する脆弱性を有する。
- ・ 腎機能障害やポリファーマシーから薬剤の有害作用が出やすい。
- ・ 動脈硬化に起因する合併症が多い。
- ・ 認知機能障害、フレイル、サルコペニア、ADL低下、転倒、うつ状態などの老年症候群をきたしやすい。

高齢者の糖尿病治療目標

- 関連学会のガイドラインによれば、高齢者の患者とそれ以外の患者では、治療目標の推奨が異なっている。また、高齢者の患者では、認知機能やADLに応じて、治療目標を変化させていく必要性が指摘されている。

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）

高齢者糖尿病診療ガイドライン2023 （日本老年医学会・日本糖尿病学会）

コントロール目標値 注4)			
目 標	血糖正常化を目指す際の目標 注1)	合併症予防のための目標 注2)	治療強化が困難な際の目標 注3)
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

- 注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。
- 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。
- 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。
- 注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

図3 血糖コントロール目標

65歳以上については「19章. 高齢者の糖尿病」を参照

(日本糖尿病学会(編・著): 糖尿病治療ガイド 2022-2023, 文光堂, p.34, 2022^{a)}より引用)

患者の特徴・健康状態 注1)	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下、基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など)の使用	なし 注2)	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり 注3)	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

図1 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c 値)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

注1: 認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ(www.jpn-geriat-soc.or.jp/)を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注2: 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注3: 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値などを勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

【重要な注意事項】

糖尿病治療薬の使用にあたっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

② 生活習慣病管理料について

- ・ 令和 6 年度診療報酬改定の検証について
- ・ 高齢者の生活習慣病管理について
- ・ 療養計画書について
- ・ 質の高い生活習慣病管理に求められること
- ・ 専門医療機関への紹介について

生活習慣病管理料 (Ⅰ) (Ⅱ) の療養計画書

- 生活習慣病管理料 (Ⅰ) (Ⅱ) の算定にあたり、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る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を原則としている。

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用		(記入日: 年 月 日)	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)		☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症	
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【目標】	☐ 目標: () ☐ BMI: () ☐ 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) ☐ HbA1c: (%)		
	【①達成目標】: 患者と相談した目標 () 【②行動目標】: 患者と相談した目標 ()		
【重点を置く領域と指導項目】	☐ 食事	☐ 食事摂取量を適正にする ☐ 食塩・調味料を控える ☐ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☐ 外食の際の注意事項 () ☐ 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす ☐ その他 () ☐ 節酒: (減らす(種類・量: を週 回)) ☐ 間食: (減らす(種類・量: を週 回)) ☐ 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) ☐ 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	☐ 運動	☐ 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) ☐ 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) ☐ 運動時の注意事項など ()	
	☐ たばこ	☐ 非喫煙者である ☐ 禁煙・節煙の有効性 ☐ 禁煙の実施方法等	
	☐ その他	☐ 仕事 ☐ 余暇 ☐ 睡眠の確保(質・量) ☐ 減量 ☐ 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) ☐ その他 ()	
【検査】	【血液検査項目】(採血日 月 日) ☐ 総コレステロール (mg/dl) ☐ 血糖(空腹時 随時 食後 () 時間) ☐ 中性脂肪 (mg/dl) ☐ HbA1c: (mg/dl) ☐ HDLコレステロール (mg/dl) ☐ LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 ☐ その他 ()		
	【その他】 ☐ 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) ☐ その他 ()		
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入			
患者署名		医師氏名	

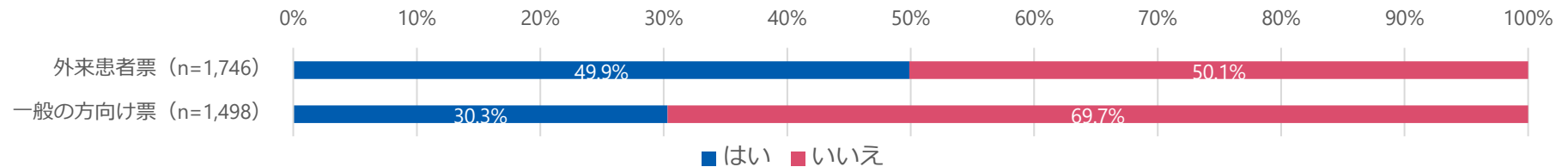
(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用		(記入日: 年 月 日) () 回目	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)		☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症	
ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること			
【目標】	☐ 目標: () ☐ BMI: () ☐ 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) ☐ HbA1c: (%)		
	【①目標の達成状況】 () 【②達成目標】: 患者と相談した目標 () 【③行動目標】: 患者と相談した目標 ()		
【重点を置く領域と指導項目】	☐ 食事	☐ 今回は、指導の必要なし ☐ 食塩・調味料を控える ☐ 食事摂取量を適正にする ☐ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☐ 外食の際の注意事項 () ☐ 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす ☐ その他 () ☐ 節酒: (減らす(種類・量: を週 回)) ☐ 間食: (減らす(種類・量: を週 回)) ☐ 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) ☐ 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	☐ 運動	☐ 今回は、指導の必要なし ☐ 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) ☐ 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) ☐ 運動時の注意事項など ()	
	☐ たばこ	☐ 禁煙・節煙の有効性 ☐ 禁煙の実施方法等	
	☐ その他	☐ 仕事 ☐ 余暇 ☐ 睡眠の確保(質・量) ☐ 減量 ☐ 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) ☐ その他 ()	
【検査】	【血液検査項目】(採血日 月 日) ☐ 総コレステロール (mg/dl) ☐ 血糖(空腹時 随時 食後 () 時間) ☐ 中性脂肪 (mg/dl) ☐ HbA1c: (mg/dl) ☐ HDLコレステロール (mg/dl) ☐ LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 ☐ その他 ()		
	【その他】 ☐ 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) ☐ その他 ()		
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入			
患者署名		医師氏名	
☐ 患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。 (なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない)			

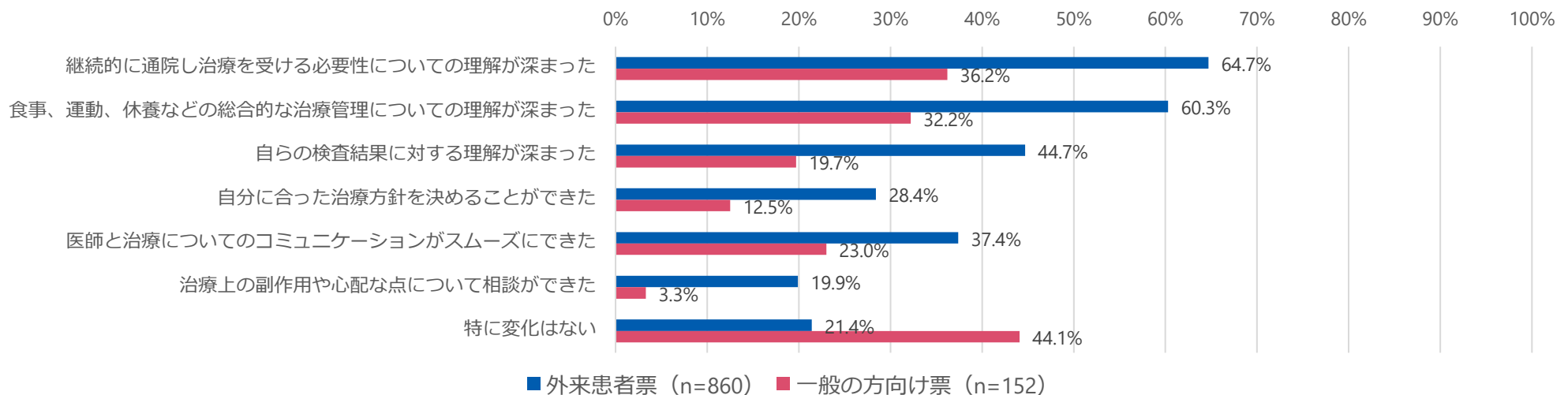
- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、交付を受けたことによる変化を聞いたところ、外来患者票では、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解が深まった」が多く、一般の方向け票では、「特に変化はない」「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」が多かった。

（「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について定期的に通院している場合）

令和6年6月以降から調査日（令和6年11月～1月）時点までに「生活習慣病療養計画書」の交付を受けたか



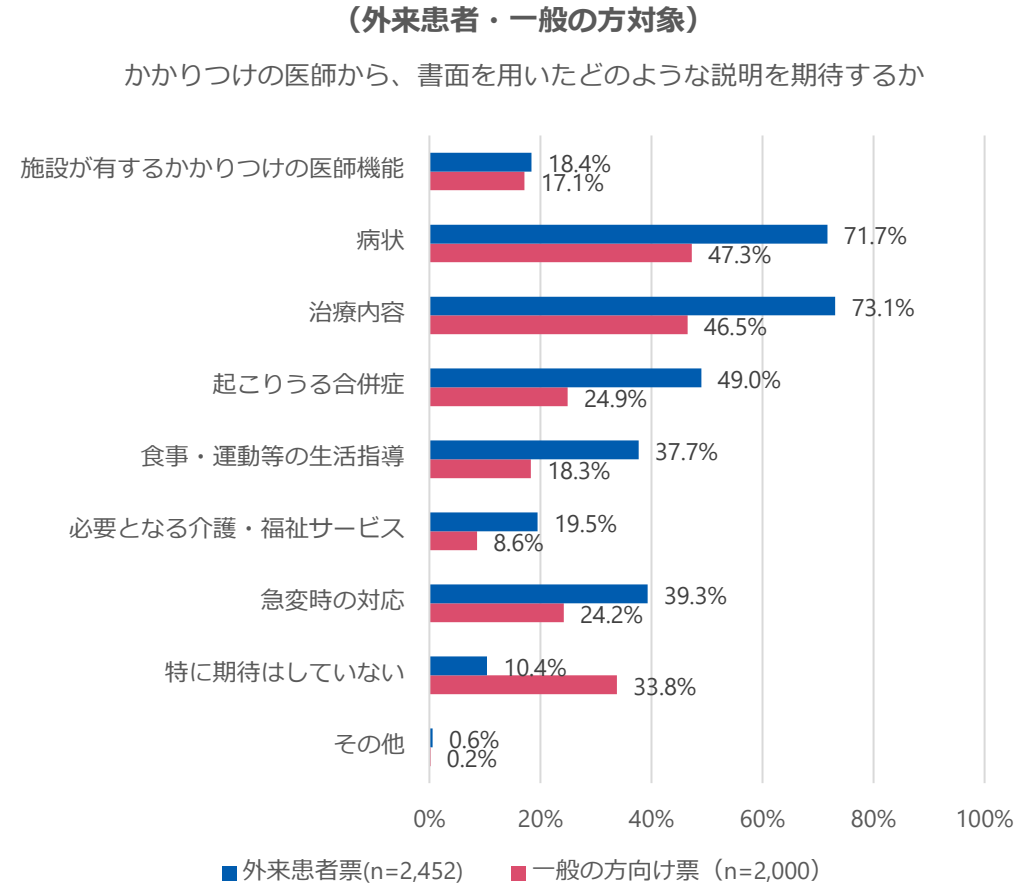
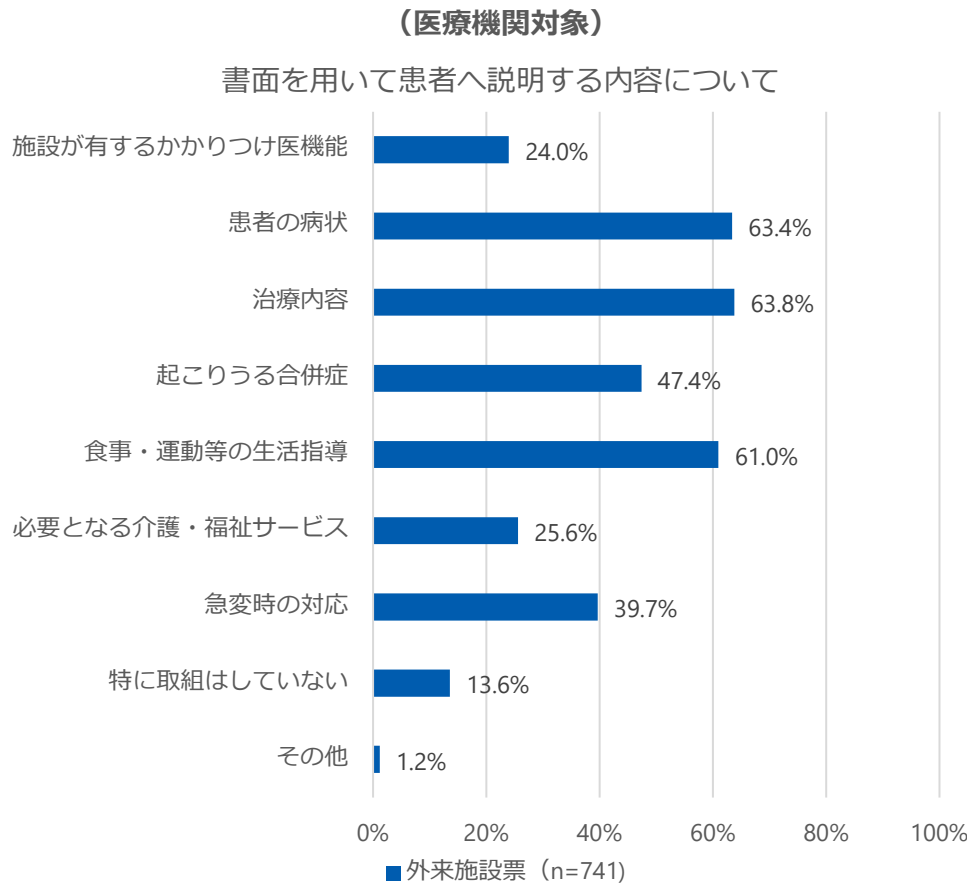
（交付を受けた場合）療養計画書の交付を受けたことによる変化について



書面を用いて外来患者へ説明する内容

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 医療機関に対して、「書面を用いて患者へ説明している内容」について聞いたところ、「治療内容」「患者の病状」「食事・運動等の生活指導」が多かった。
- 患者に対して、「かかりつけの医師から、書面を用いたどのような説明を期待するか」を聞いたところ、「治療内容」「病状」「起こりうる合併症」が多かった。

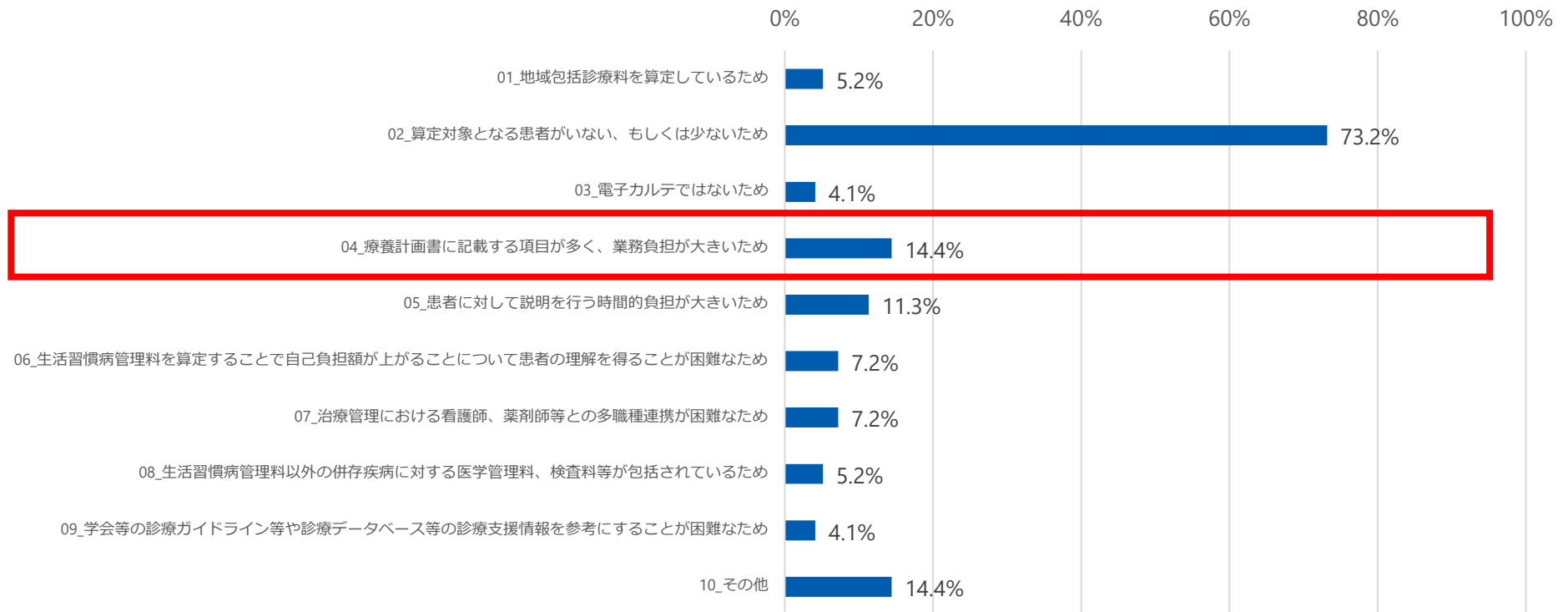


生活習慣病管理料を算定していない理由

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院に対して、生活習慣病管理料を算定していない理由を聞いたところ、「算定対象となる患者がいらない、もしくは少ないため」が73.2%と最も多く、次いで「療養計画書に記載する項目が多く、業務負担が大きいため」が14.4%であった。

生活習慣病管理料を算定していない理由 (n=97)

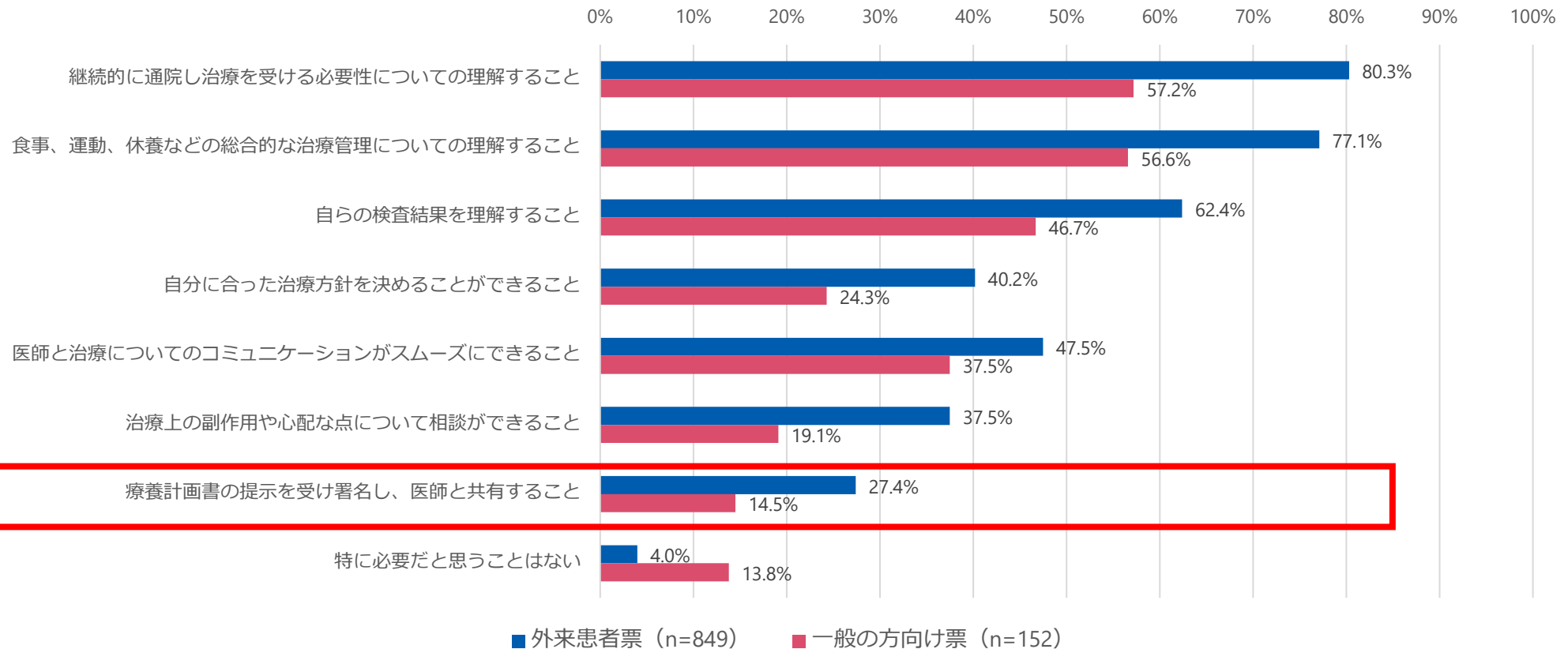


その他（自由記載欄）の主な記載例（一部要約）

- ・生活習慣病の診療を行っていないため
- ・専門の医師が不在のため
- ・整形外科、眼科、皮膚科等を専門としているため

- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うことについて聞いたところ、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解すること」、「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解すること」、「自らの検査結果を理解すること」が多かった。

「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続ける上で、必要と思うことについて



② 生活習慣病管理料について

- ・ 令和 6 年度診療報酬改定の検証について
- ・ 高齢者の生活習慣病管理について
- ・ 療養計画書について
- ・ 質の高い生活習慣病管理に求められること
- ・ 専門医療機関への紹介について

生活習慣病の治療継続の必要性

- 生活習慣病に関連するガイドラインでは、定期的な検査の必要性や、合併症等を予防するための治療継続の重要性について言及されている。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

4.4 薬物療法のフォローアップ

BQ21 薬物療法開始後には定期的な検査が必要か？

薬物療法開始後は、効果と安全性の確認のため、定期的な検査を行うのが望ましい。投与薬剤、患者背景を考慮して、検査項目を選択する。（エビデンスレベル：コンセンサス）

薬物療法開始後は、副作用に関連する症状に留意するとともに薬剤効果の確認と用量調節、生化学的検査による副作用確認と生活指導への活用のため、投与開始後半年間は2～3回程度、その後は3～6か月に一回程度、定期的に検査を行うのが望ましい。

4.6 アドヒアランス、Treat to Target

BQ24 服薬アドヒアランスは血清脂質レベルや動脈硬化性疾患の発症と関係するか？

スタチンの良好な服薬アドヒアランスは、血清脂質の改善や動脈硬化性疾患発症の減少と関連している。（エビデンスレベル：3）

BQ25 服薬アドヒアランスに影響する因子は何か？

服薬アドヒアランスに影響する因子として、年齢、性別、収入、心血管疾患の有無が知られている。医療従事者による継続的な働きかけや定期的な脂質検査はアドヒアランスを高める。（エビデンスレベル：2）

高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

長期治療の目的は、目標血圧レベルを長期間にわたり維持し、また血圧以外の危険因子も総合的に管理して脳心血管病や標的臓器障害を予防することである。高血圧は自覚症状に乏しく、治療は長期にわたるため、患者が途中で来院しなくなるおそれがある。降圧薬による血圧の低下が高血圧の治癒と誤解され、治療が中断されることもある。担当医師は患者と十分なコミュニケーションをとり、高血圧がどのような疾患であるか、その治療法と治療により期待される効果、起こりうる降圧薬の副作用などをよく説明し、患者参加型の治療を行うことが望ましい。そして、患者自身が生活習慣の修正を心がけ通院と服薬を継続するように努力、工夫することが重要である。

（注：長期治療における具体的な受診間隔に関する推奨はなし。）

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

慢性疾患である糖尿病において、合併症の発症、増悪を防ぐには、継続的治療が必須であり、チーム医療による糖尿病教育は糖尿病治療の根幹を成すものである。

糖尿病の重症化予防に向けた取組

- 糖尿病の重症化予防にあたっては、健診等の受診勧奨を受けた者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うことが求められる。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と、糖尿病の専門医・専門医療機関とが連携できる体制を構築することが望ましい。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」令和5年3月31日 糖尿病の医療体制構築に係る指針（抜粋）

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

(2) 糖尿病の重症化予防のための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】

② 医療機関に求められる事項

（中略）

- ・ 健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと

（中略）

- ・ 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること

出典：医政地発0331第14号 令和5年3月31日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（抜粋）

4. 地域における関係機関との連携

（中略）

- ・ 必要に応じて、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医とが連携できる体制を構築することが望ましい。日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準を定めている。また、糖尿病専門医・腎臓専門医間における紹介基準も定めており、これらを活用しながら医療機関における連携を更に進めていくことが重要である。地域の実情に合わせて地域連携パスなどを作成し、地域で運用することも考えられる。

出典：令和6年3月28日改定 日本医師会 日本糖尿病対策推進会議 厚生労働省 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」

糖尿病性腎症重症化予防プログラムに係る分析結果

- 人工透析に至る糖尿病該当者のうち1割以上は、人工透析導入 5 年前の時点で医療機関における血清クレアチニン検査ができていなかった。
- 特定健診での糖尿病該当者の翌年度継続受診者数は、70～74歳では72.2%であったのに対し、40歳～44歳では51.1%であった。

令和4年度厚生労働省委託事業 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証等事業報告書（抜粋）

2.3 ビッグデータ分析による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証

2.3.3 結果

(1) 分析1：透析導入や糖尿病性腎症病期の悪化要因の分析

（中略）

血清クレアチニン検査は、腎機能評価に必須の検査であるが、人工透析に至る糖尿病該当者のうち1割以上は人工透析導入 5 年前の時点で医療機関における血清クレアチニン検査ができていないことも明らかとなった。尿アルブミン定量は透析に至らない糖尿病該当者の方が実施割合が高く、また HbA1c の実施割合には大きな差は認められなかった。

（中略）特定健診で血清クレアチニン検査を受けることができた対象者の結果をみると、11～14%程度がeGFRが 60 ml/min1.73m2未満であり潜在的な慢性腎不全に該当する被保険者が存在することが明らかになった。

（中略）

(3) 分析3：保険者の取組や地域特性による糖尿病性腎症重症化予防の影響分析

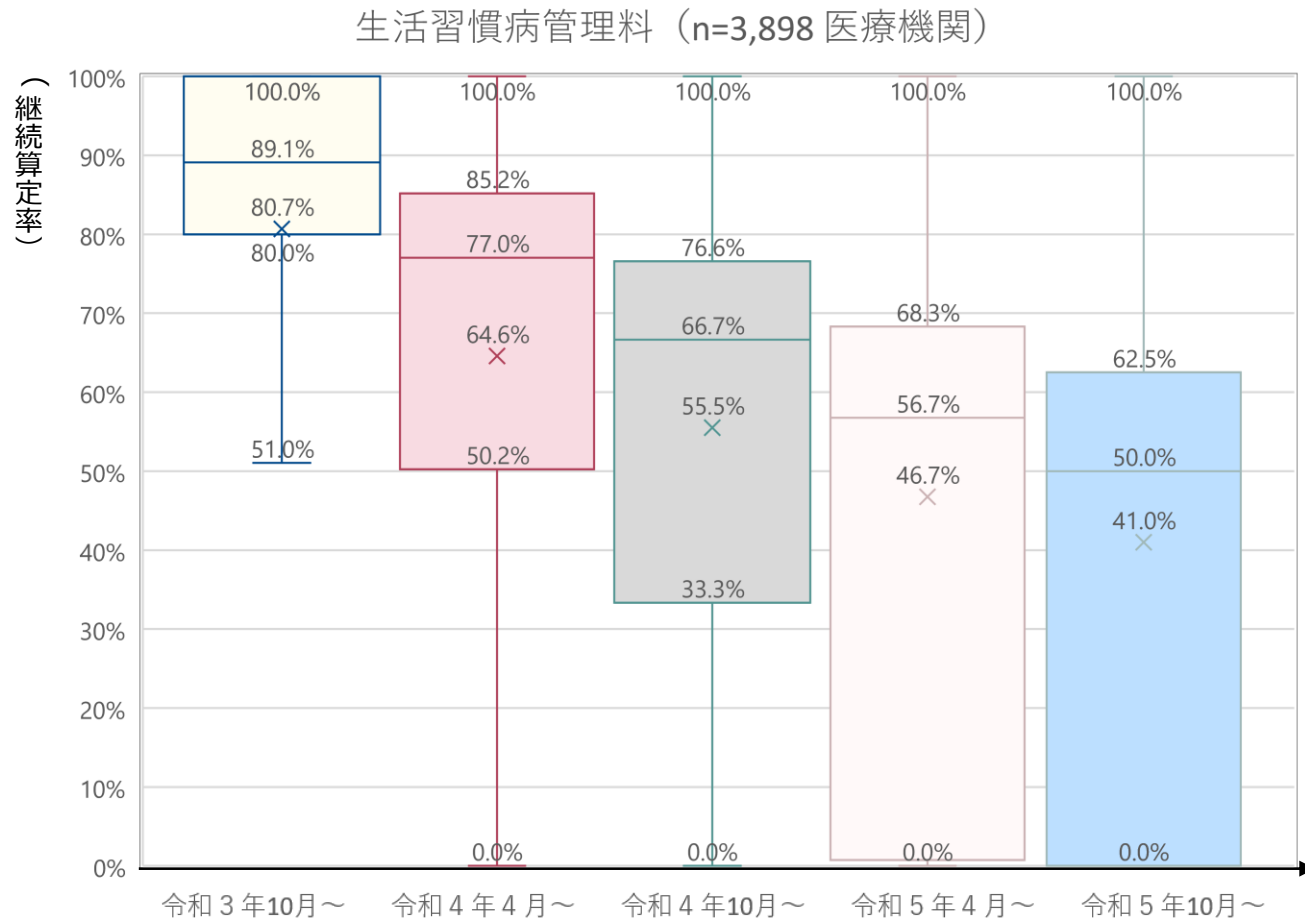
はじめに、実事業（3）で用いた NDB データにおける 2018 年度の特定健診受診者数、糖尿病該当者数、同年度医療機関受診者数、翌年度医療機関受診者数、同年度継続受診者数、翌年度継続受診者数を示す（図表 2-3-2）。（中略）

図表 2-3-2 受診に関する基礎集計（人数・割合）全体（一部抜粋）

	性別	全年齢 (40-7 歳)	40-44 歳	45-49 歳	50-54 歳	55-59 歳	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳
糖尿病該当者数 /特定健診受診者数(%)	男	12.0	4.1	6.8	10.3	14.0	17.3	19.7	21.4
	女	5.7	1.4	2.2	3.5	5.2	7.3	9.6	11.9
	総数	9.1	3.0	4.9	7.4	10.1	12.7	14.5	16.3
同年度医療機関受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	78.1	63.7	68.3	73.1	77.5	80.3	83.5	86.0
	女	80.9	65.2	69.8	74.6	78.5	81.4	84.1	85.9
	総数	78.9	64.0	68.6	73.4	77.7	80.6	83.7	85.9
翌年度医療機関受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	77.9	66.8	71.2	75.2	78.9	76.2	81.6	85.0
	女	80.5	66.2	70.9	75.7	78.3	78.8	84.0	85.0
	総数	78.6	66.7	71.1	75.3	78.7	76.9	82.4	85.0
同年度継続受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	62.8	44.0	50.5	56.9	62.8	62.9	69.3	74.9
	女	65.7	45.8	51.1	55.9	61.2	64.0	70.0	74.1
	総数	63.6	44.4	50.6	56.7	62.5	63.2	69.5	74.6
翌年度継続受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	65.0	50.9	56.6	62.1	65.6	63.5	71.0	72.4
	女	68.1	51.7	57.0	61.9	65.3	66.8	73.9	71.8
	総数	65.9	51.1	56.7	62.0	65.6	64.4	72.0	72.2

生活習慣病管理料の継続算定率

- 令和3年4月～9月に生活習慣病管理料（現在の「生活習慣病管理料(Ⅰ)」に相当）を算定された患者が、令和3年10月以降の6か月間ごとに、同一医療機関で同一の管理料を継続して算定された率（継続算定率）を、医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 医療機関ごとに、継続算定率にはばらつきがあった。

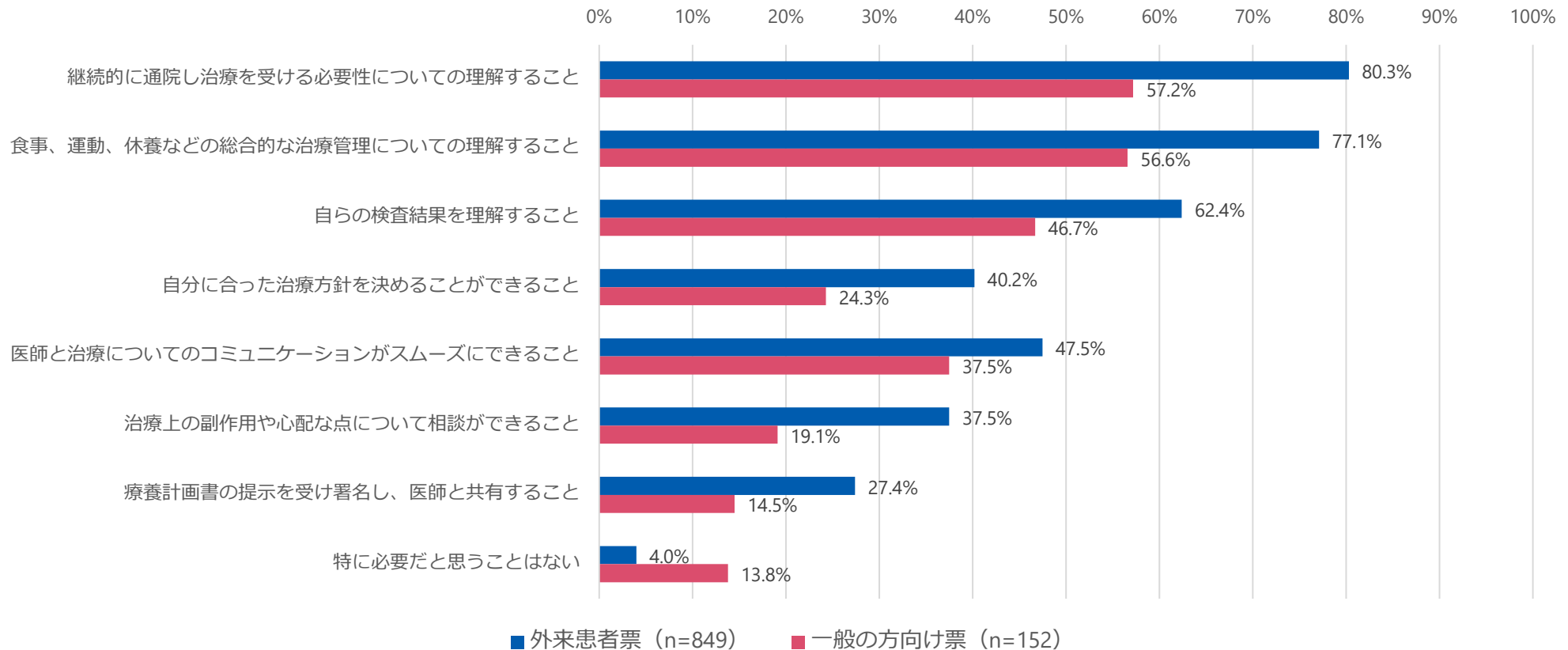


生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うこと（再掲）

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うことについて聞いたところ、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解すること」、「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解すること」、「自らの検査結果を理解すること」が多かった。

「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続ける上で、必要と思うことについて

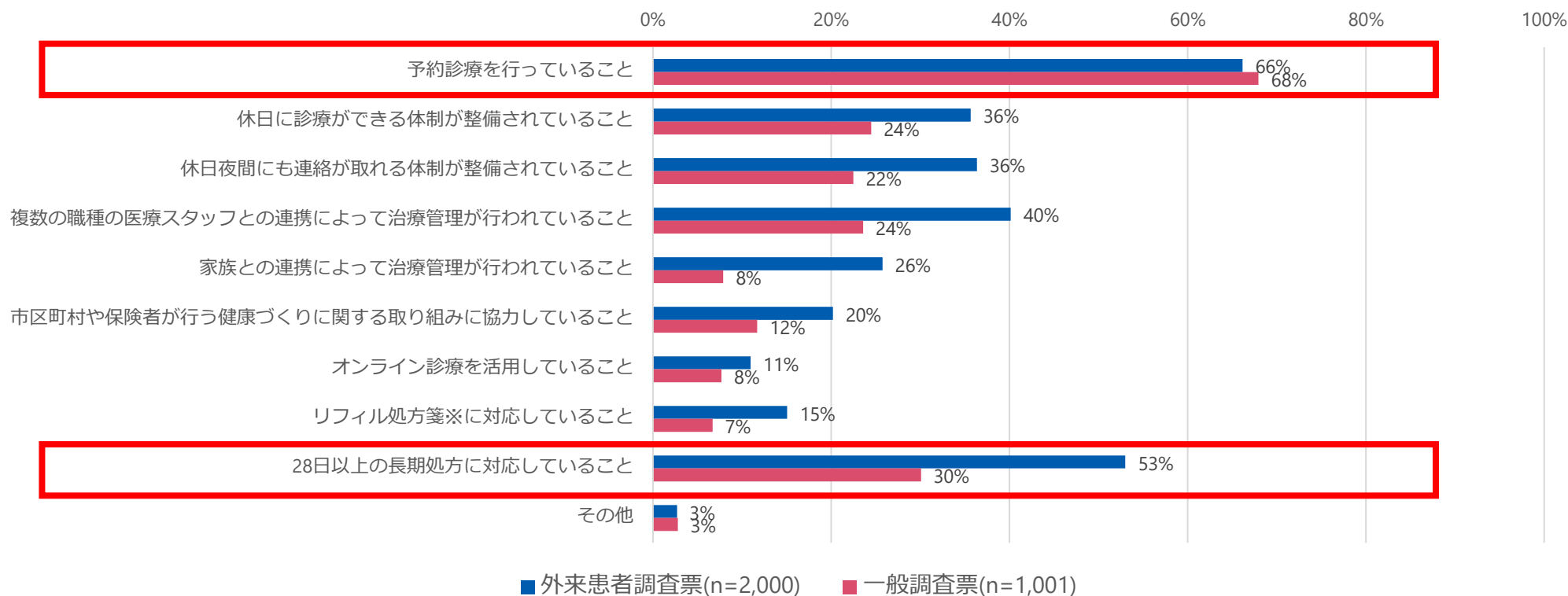


定期的な受診を続ける上で患者が必要と思うこと

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

- 外来患者及び一般の方を対象とした調査において、「定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと」を聞いたところ、「予約診療を行っていること」が最も多く、次いで「28日以上長期処方に対応していること」、「複数の職種の医療スタッフとの連携によって治療管理が行われていること」、「休日に診療ができる体制が整備されていること」等が多かった。

定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと（複数回答）



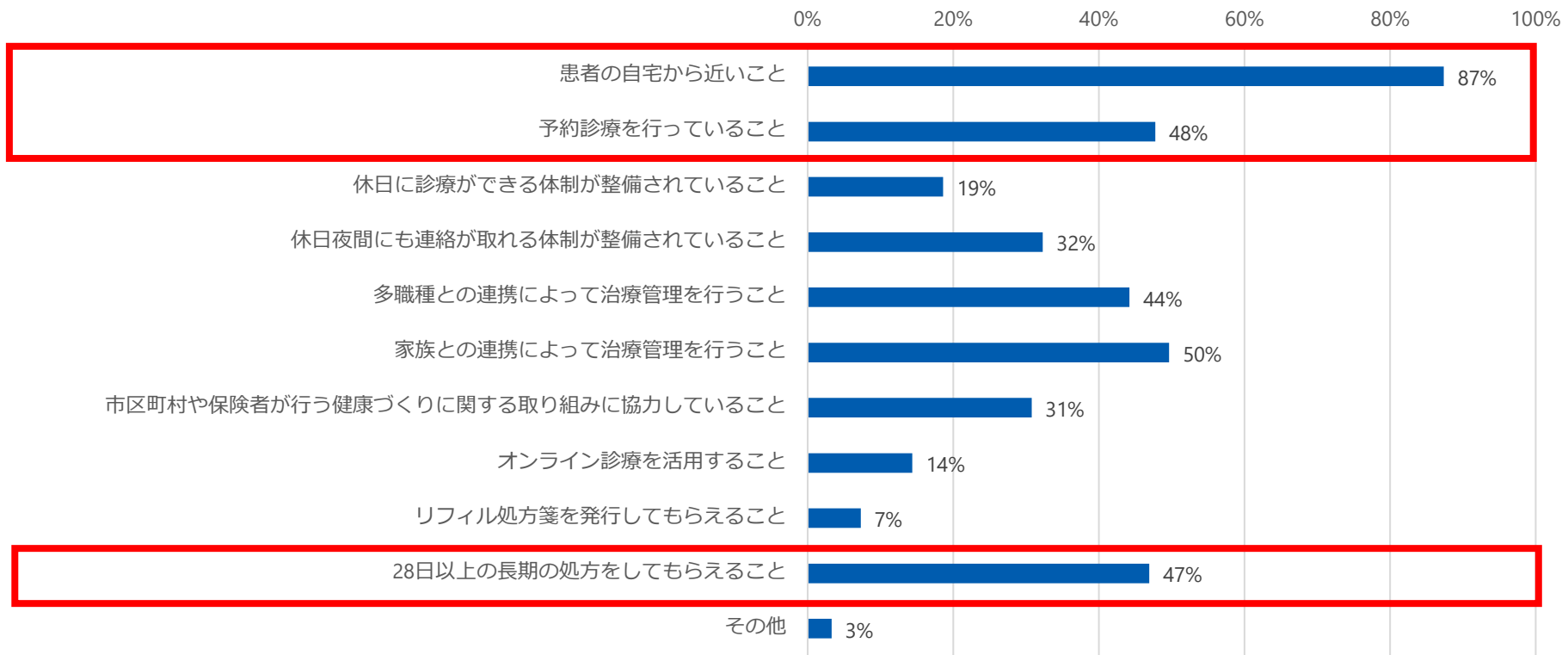
※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

- 医療機関を対象とした調査において、「患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと」を聞いたところ、「患者の自宅から近いこと」が約87%と最も多く、次いで「家族との連携によって治療管理を行うこと」、「予約診療を行っていること」、「28日以上 of 長期の処方をしてもらえること」等が多かった。

外来施設調査票：患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと (複数回答) (n=848)



・「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

② 生活習慣病管理料について

- ・ 令和 6 年度診療報酬改定の検証について
- ・ 高齢者の生活習慣病管理について
- ・ 療養計画書について
- ・ 質の高い生活習慣病管理に求められること
- ・ 専門医療機関への紹介について

生活習慣病患者の紹介

- 関連学会のガイドライン等において、生活習慣病管理に際しての専門医・専門医療機関への紹介基準が示されている。

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準 (作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版 (日本動脈硬化学会)

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準(作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)
～主に糖尿病治療ガイドより～

1. 血糖コントロール改善・治療調整

- 薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合(血糖コントロール目標※1)が達成できない状態が3ヵ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい。

※1. 血糖コントロール目標

- 新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。
- 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病等)。
- 低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
- 妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
- 感染症が合併している場合。

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

2. 教育入院

- 食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合(特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する)。

3. 慢性合併症

- 慢性合併症(網膜症、腎症※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合。
- 上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2. 腎機能低下やタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”を参照のこと。

4. 急性合併症

- 糖尿病性ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。
- ケトン体陰性でも高血糖(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合(高血糖高浸透圧症候群の可能性があるので速やかに紹介することが望ましい)。

5. 手術

- 待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。
- 緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

Step 1c 専門医への紹介必要性の判断

- ①脳卒中／一過性脳虚血発作・冠動脈疾患・心房細動等の不整脈・大動脈疾患や末梢動脈疾患の既往や合併が疑われる場合

②高血圧

二次性高血圧疑い(若年発症・急激な発症など)、妊娠高血圧症候群、高血圧緊急症・切迫症疑い(未治療で拡張期血圧 ≥ 120 mmHg)、治療抵抗性高血圧(治療中ではあるが $\geq 180/110$ mmHg または 3 剤併用でも降圧目標未達成)

③糖尿病

1 型糖尿病、HbA1c $\geq 8.0\%$ 、空腹時血糖 ≥ 200 mg/dL (または随時血糖 ≥ 300 mg/dL)、急性合併症(高血糖緊急症)、妊娠糖尿病

④脂質異常症

LDL-C ≥ 180 mg/dL、HDL-C < 30 mg/dL、空腹時 TG ≥ 500 mg/dL、non-HDL-C ≥ 210 mg/dL、原発性高脂血症疑い、二次性(続発性)脂質異常症疑い

⑤慢性腎臓病(CKD)

タンパク尿と血尿を両方認める CKD 患者。
eGFR < 45 mL/min/1.73 m² (G3b ～ 5)、またはタンパク尿区分 A3 (糖尿病では尿アルブミン/Cr 比 300 mg/gCr 以上の場合、それ以外では尿蛋白/Cr 比 0.5 g/Cr 以上)。40歳未満や A2区分 (糖尿病では尿アルブミン/Cr 比 30～299 mg/gCr、それ以外では尿蛋白/Cr 比 0.15～0.49 g/Cr) では、eGFR45～59でも紹介することが望ましい。

⑥肥満

高度肥満 (BMI ≥ 35)、二次性肥満 (症候性肥満) 疑い

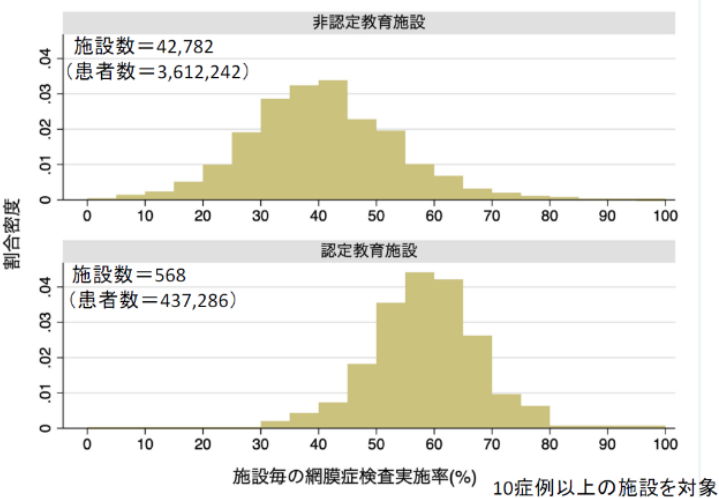
生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

➤ 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科の受診勧奨及び歯科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

- 生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する。
- 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に歯科受診の状況の記載欄を追加する。

(参考)

施設毎の網膜症検査実施率の分布
(施設認定有無別)



厚生労働科学研究(平成29年度～)
今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究
研究代表者:門脇 孝

歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2016」(日本糖尿病学会)

- 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている。
- 歯周炎の重症度が高いほど血糖コントロールが困難になる。

「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」(2014年)
(日本歯周病学会)

- 重症の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する、あるいは耐糖能異常を生じる可能性がある。

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組のイメージは以下のとおり。



治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明



医療DXを活用した情報共有の推進

診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理



歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による多職種連携

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨



リフィル処方及び長期処方の活用



生活習慣病を主病とする患者の状況

- 診療所又は200床未満の病院において、糖尿病を主病とする患者数は、平均で118.8人、中央値は38.5人であった。そのうち、眼科受診を指導した患者数は、平均で21.5人、中央値は0人であり、歯科受診を促した患者数は、平均で14.1人、中央値は0人であった。

	回答数		平均		四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
01_脂質異常症を主病とする患者の概ねの人数	685	件	130.5	人	4.0	人	46.0	人	150.0	人
02_01のうち、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した患者の概ねの人数	607	件	13.3	人	0.0	人	0.0	人	2.0	人
03_01のうち、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した患者の概ねの人数	647	件	80.9	人	0.0	人	25.0	人	102.0	人
04_01のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数	601	件	95.6	人	1.0	人	35.0	人	117.5	人
05_01のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数	581	件	14.8	人	0.0	人	0.0	人	6.0	人
06_高血圧を主病とする患者の概ねの人数	681	件	245.2	人	9.5	人	124.0	人	373.5	人
07_06のうち、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した患者の概ねの人数	609	件	36.1	人	0.0	人	0.0	人	10.0	人
08_06のうち、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した患者の概ねの人数	646	件	165.2	人	1.0	人	72.5	人	263.5	人
09_06のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数	601	件	194.7	人	4.0	人	100.0	人	294.0	人
10_06のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数	582	件	28.2	人	0.0	人	0.0	人	11.3	人
11_糖尿病を主病とする患者の概ねの人数	676	件	118.8	人	2.0	人	38.5	人	135.0	人
12_11のうち、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した患者の概ねの人数	606	件	11.6	人	0.0	人	0.0	人	1.0	人
13_11のうち、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した患者の概ねの人数	639	件	78.7	人	0.0	人	22.0	人	94.0	人
14_11のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数	597	件	86.9	人	1.0	人	29.0	人	103.0	人
15_11のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数	580	件	15.1	人	0.0	人	0.0	人	5.0	人

	回答数		平均		四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
01_眼科受診を指導した概ねの人数	620	件	21.5	人	0.0	人	0.0	人	10.0	人
02_歯科受診を促した概ねの人数	617	件	14.1	人	0.0	人	0.0	人	3.0	人

注) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院を対象として集計。

1. 外来医療について（その1）

1－3. 診療行為に係る評価

- ① 地域包括診療料・加算について
- ② 生活習慣病管理料について
- ③ 小児かかりつけ診療料について

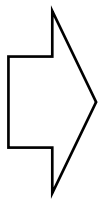
小児かかりつけ診療料の見直し

小児かかりつけ診療料の見直し

➤ 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、要件及び評価を見直す。

現行

- 【小児かかりつけ診療料】
- 1 小児かかりつけ診療料 1
- イ 処方箋を交付する場合
- (1) 初診時 641点 (2) 再診時 448点
- ロ 処方箋を交付しない場合
- (1) 初診時 758点 (2) 再診時 566点
- 2 小児かかりつけ診療料 2
- イ 処方箋を交付する場合
- (1) 初診時 630点 (2) 再診時 437点
- ロ 処方箋を交付しない場合
- (1) 初診時 747点 (2) 再診時 555点
- [算定要件] (抜粋)
- (6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。
- ア～エ (略)
- (新設)
- オ (略)
- [施設基準]
- (略)



改定後

- 【小児かかりつけ診療料】
- 1 小児かかりつけ診療料 1
- イ 処方箋を交付する場合
- (1) 初診時 **652点** (2) 再診時 **458点**
- ロ 処方箋を交付しない場合
- (1) 初診時 **769点** (2) 再診時 **576点**
- 2 小児かかりつけ診療料 2
- イ 処方箋を交付する場合
- (1) 初診時 **641点** (2) 再診時 **447点**
- ロ 処方箋を交付しない場合
- (1) 初診時 **758点** (2) 再診時 **565点**
- [算定要件] (抜粋)
- (6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。
- ア～エ (略)
- オ 発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。**
- カ 不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。**
- キ (略)
- [施設基準] (抜粋)
- 1 小児かかりつけ診療料 1 に関する施設基準
- (1) (略)
- (2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。**
- (3)・(4) (略)
- (5) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。**
- 2 小児かかりつけ診療料 2 に関する施設基準
- (1) 1 の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。
- (2) (略)



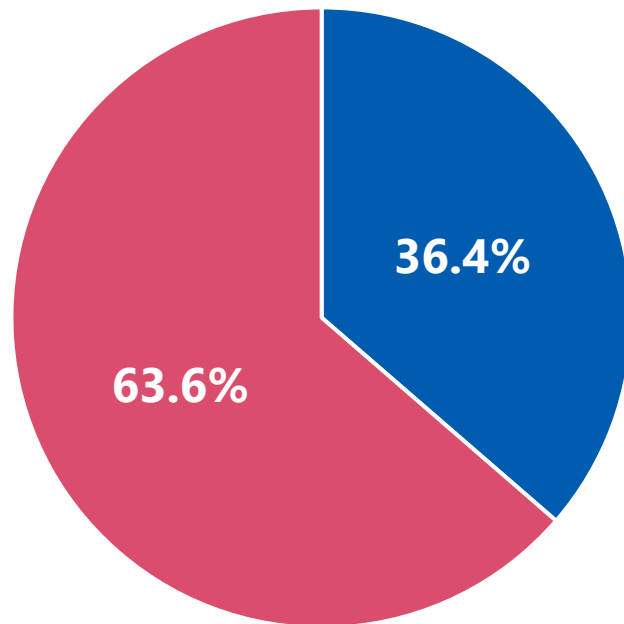
小児かかりつけ診療料算定医療機関における研修受講状況

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2 改

- 小児かかりつけ診療料を算定している医療機関において、施設基準において「専ら小児科等を担当する常勤の医師について、修了していることが望ましい」とされている研修の受講状況は以下のとおり。
- 「発達障害等に関する適切な研修」を受講した医師のいる施設は36.4%であり、「虐待に関する適切な研修」を受講した医師のいる施設は38.0%であった。

「発達障害等に関する適切な研修」の受講状況

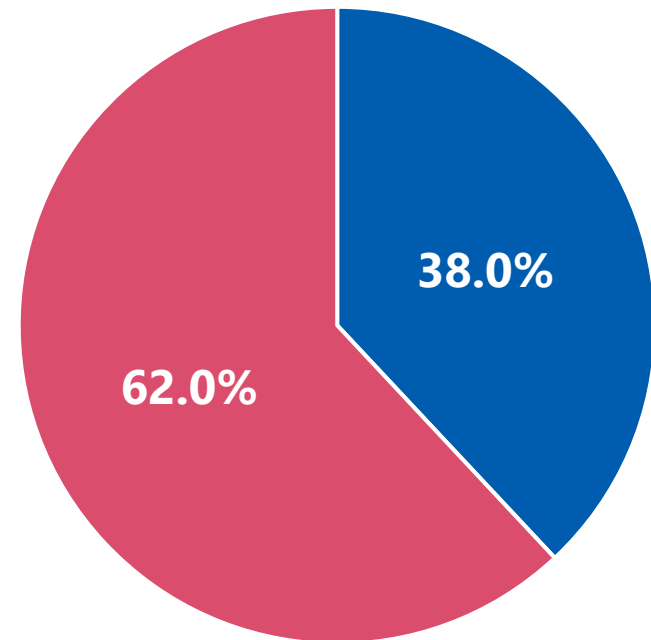
(n=66)



■ 受講している ■ 受講していない

「虐待に関する適切な研修」の受講状況

(n=71)



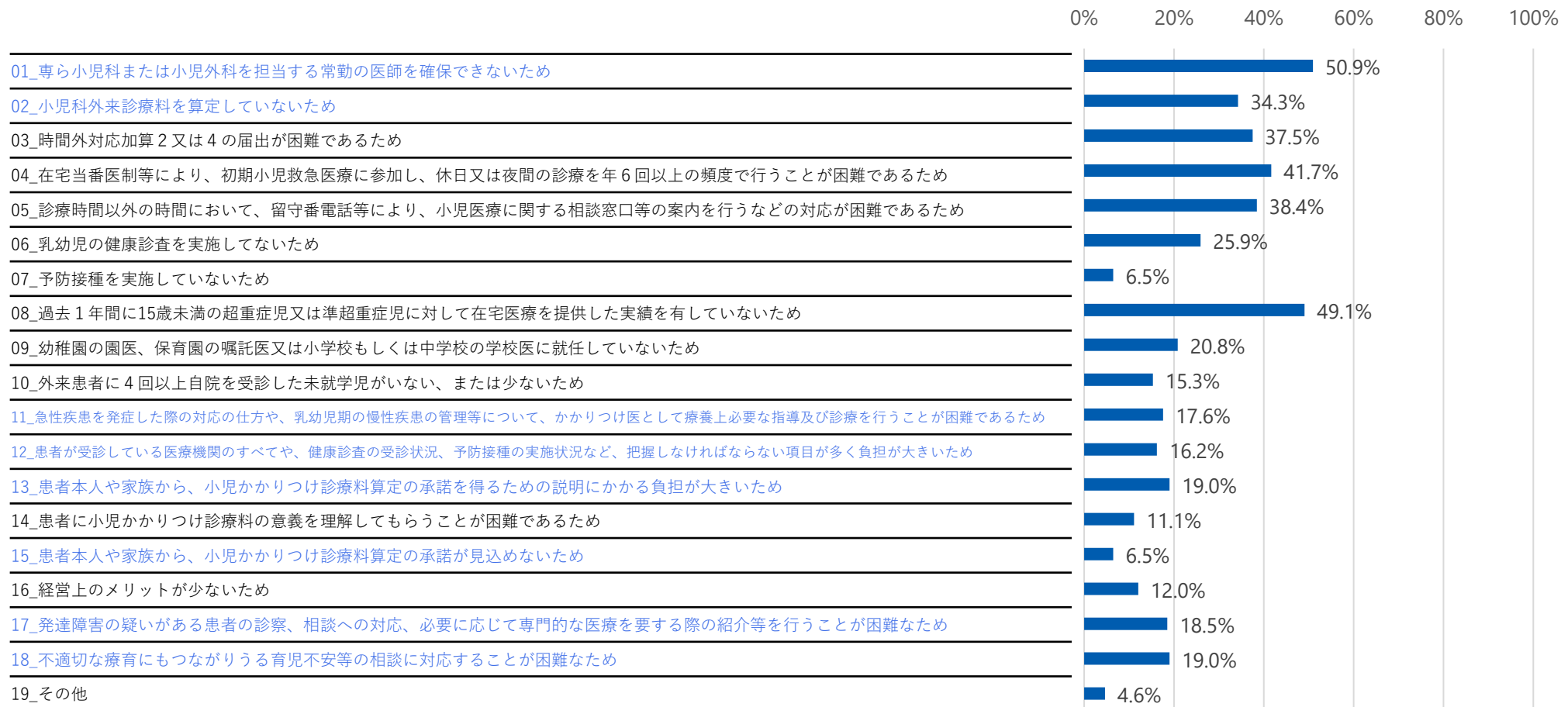
■ 受講している ■ 受講していない

小児かかりつけ診療料の算定状況

診調組 入-1参考
7. 5. 22 改

- 小児科を標榜している医療機関について、小児かかりつけ診療料を届け出していない理由を聞いたところ、「専ら小児科または小児外科を担当する常勤の医師を確保できないため」が最も多かった。

小児かかりつけ診療料を届け出していない理由 (n=216)

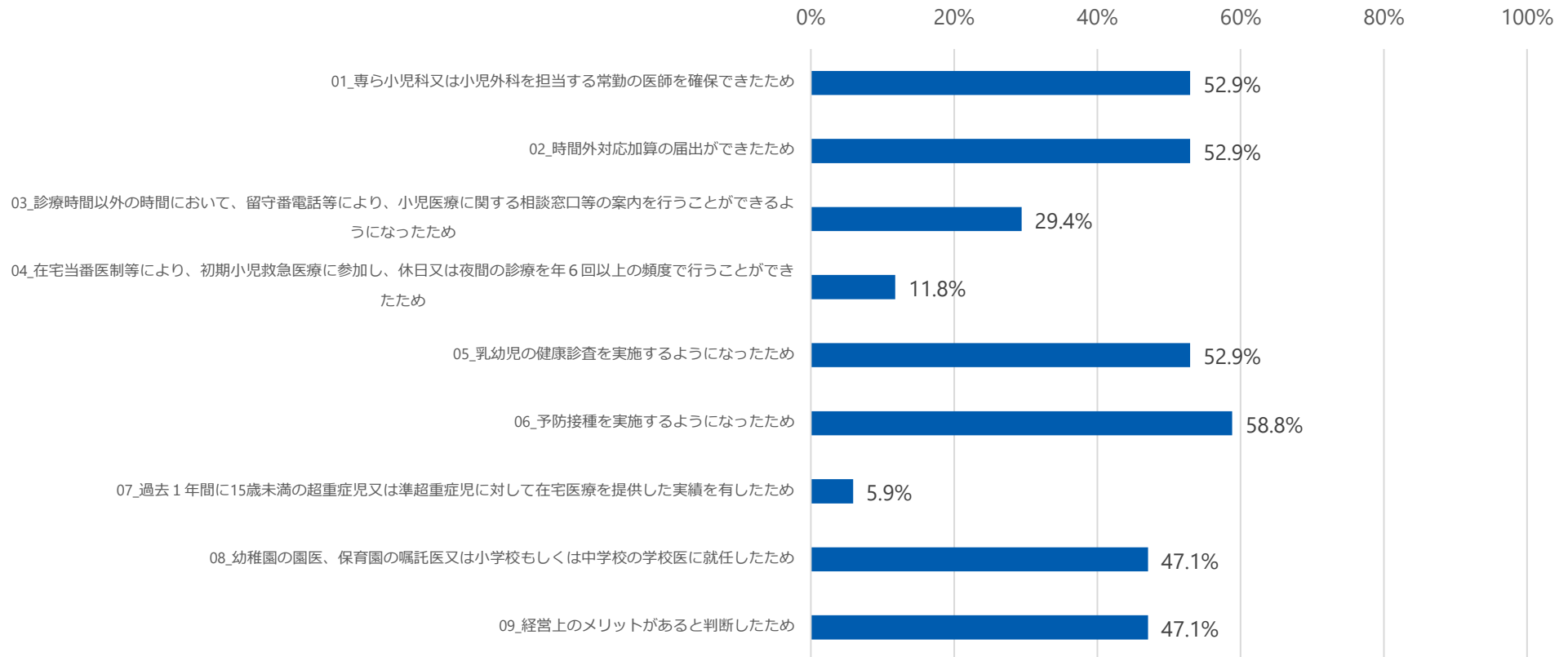


※青字は、算定にあたって必須である要件。

- 令和6年6月以降にはじめて小児かかりつけ診療料の届出をした医療機関について、届出を行った理由を聞いたところ、「予防接種を実施するようになったため」が最も多かった。

令和6年6月以降にはじめて小児かかりつけ診療料の届出をしている病院・診療所

小児かかりつけ診療料の届出を行った理由 (n=17)



現状と課題

（高齢者の生活習慣病管理に必要とされることについて）

- ・ 若年者とは異なり、複数の疾患を合併する高齢者の外来診療では、かかりつけ医としての役割を意識し、全ての病態や生活の場を把握した包括的な管理が重要である。
- ・ かかりつけ医機能の診療行為に係る評価として、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価した「地域包括診療料・加算」を設けている。
- ・ 「地域包括診療料・加算」は、「高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病、認知症」の6疾病のうち2つ以上を有する患者を対象としており、服薬管理、健康管理、介護保険制度、在宅医療の提供等に関する算定要件・施設基準を設けている。
- ・ 地域包括診療料の届出医療機関数は近年横ばいであるが、算定回数は減少傾向である。地域包括診療加算の届出医療機関数・算定回数は、地域包括診療料と比較して多く、近年増加傾向である。
- ・ 地域包括診療料・加算等の算定患者の主傷病名は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症が比較的多い傾向であったが、多岐にわたっていた。
- ・ 地域包括診療料・加算の算定診療所では、それ以外の診療所と比較して、介護との連携に関する取組を実施している割合が高かった。

（生活習慣病管理料の算定状況について）

- ・ 令和6年度診療報酬改定において、特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外するとともに、検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設した。
- ・ 特定疾患療養管理料を算定する患者の主傷病名は、令和6年度改定以前は生活習慣病が多くを占めていたが、改定以後は気管支喘息や慢性胃炎の占める割合が増加し、算定回数は大幅に減少、算定医療機関数はやや減少した。
- ・ 主傷病名が糖尿病、高血圧症、脂質異常症である外来患者が算定された診療報酬は、令和4年では外来管理加算が最も多かったが、令和6年では、生活習慣病管理料(Ⅱ)が最も多かった。

（生活習慣病管理料の療養計画書について）

- ・ 生活習慣病管理においては、若年者と高齢者で重視される点は異なっている。関係学会のガイドライン等においては、高齢者の生活習慣病の管理にあたっては、特有な状態への配慮が必要とされている。糖尿病の管理にあたっては、高齢者の患者とそれ以外の患者では、治療目標の推奨が異なっている。
- ・ 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定にあたり、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る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を原則としている。
- ・ 診療所又は許可病床数が200床未満の病院に対して、生活習慣病管理料を算定していない理由を聞いたところ、「療養計画書に記載する項目が多く、業務負担が大きい」が14.4%であった。

現状と課題

（質の高い生活習慣病管理に求められることについて）

- 生活習慣病に関連するガイドラインでは、定期的な検査の必要性や、合併症等を予防するための治療継続の重要性について言及されている。
- 糖尿病の重症化予防にあたっては、健診等の受診勧奨を受けた者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うことが求められる。
- 生活習慣病管理料を算定された患者について、6か月ごとの継続算定率は、医療機関ごとにばらつきがあった。
- 外来患者及び一般の方を対象とした調査において、「定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと」を聞いたところ、「予約診療を行っていること」が最も多く、次いで「28日以上 of 長期処方に対応していること」が多かった。

（糖尿病患者の眼科受診及び歯科受診について）

- 糖尿病の管理においては、合併症予防のための眼科受診や、歯周病の診断と治療が重要とされていることから、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）において、糖尿病患者に対して眼科受診及び歯科受診を勧奨することを算定要件としている。
- 診療所又は200床未満の病院において、糖尿病を主病とする患者数は、平均で118.8人、中央値は38.5人であった。そのうち、眼科受診を指導した患者数は、平均で21.5人、中央値は0人であり、歯科受診を促した患者数は、平均で14.1人、中央値は0人であった。

（小児かかりつけ診療料について）

- 令和6年度診療報酬改定において、小児かかりつけ診療料の施設基準に、「専ら小児科等を担当する常勤の医師について、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。」との要件を追加した。
- 小児かかりつけ診療料を算定している医療機関において、「発達障害等に関する適切な研修」を受講した医師のいる施設は36.4%であり、「虐待に関する適切な研修」を受講した医師のいる施設は38.0%であった。

【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、さらに検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 外来医療について（その1）
2. データ提出加算（その1）
3. 情報通信機器を用いた診療について（その1）

データ提出加算の概要

1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 145点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 215点

2 データ提出加算2・4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 155点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 225点

- ・ データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- ・ データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

データ提出加算の施設基準

(1) 「A 2 0 7」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、特定入院料（「A 3 1 7」特定一般病棟入院料を除く。）のみの届出を行う保険医療機関にあつては、「A 2 0 7」診療録管理体制加算 1、2 又は 3 の施設基準を満たしていれば足りること。

(2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず 2 名指定すること。

(3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算 1 及び 3 にあつては入院患者に係るデータを、データ提出加算 2 及び 4 にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。

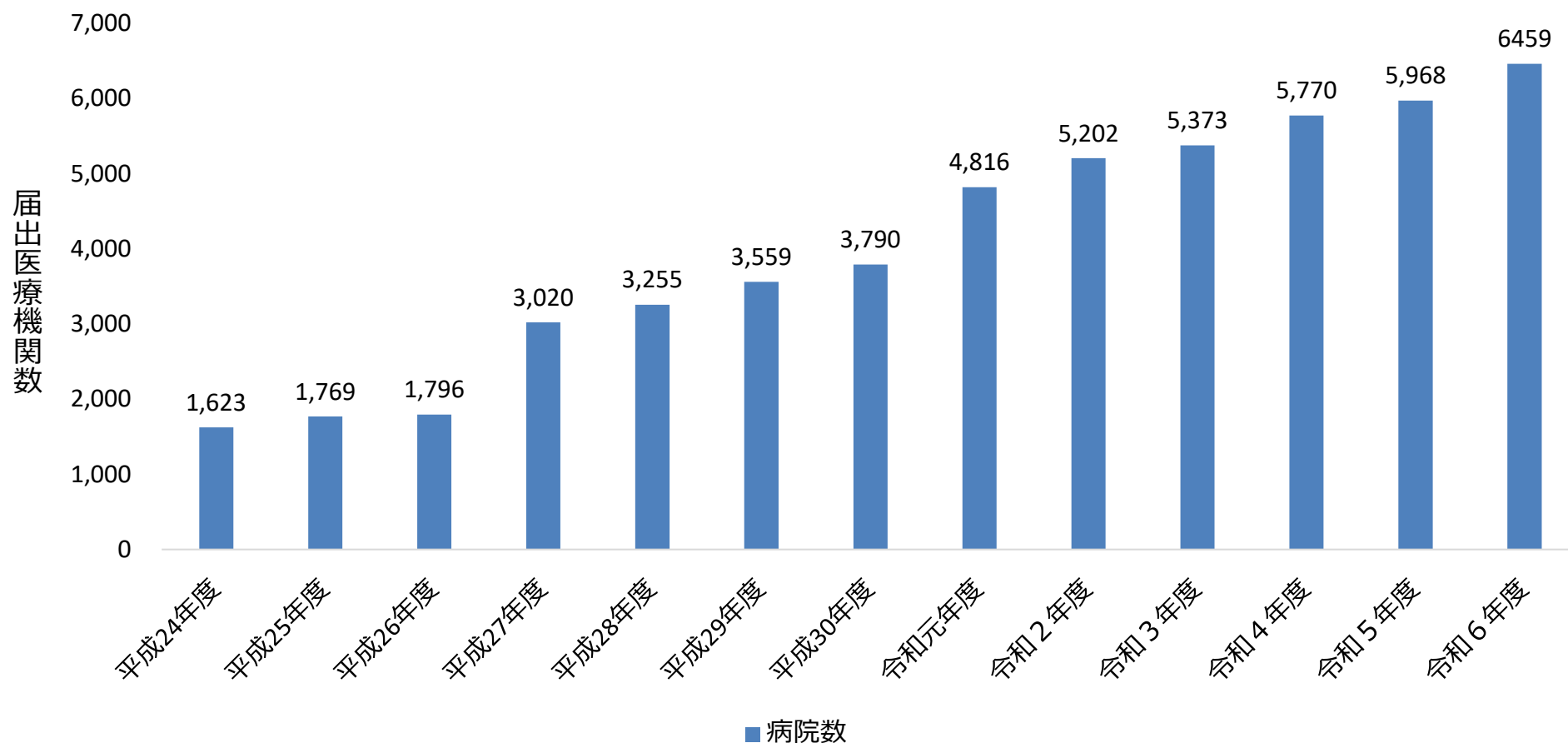
(4) 「適切なコーディングに関する委員会」（※）を設置し、年 2 回以上当該委員会を開催すること。

（※） コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。

データ提出加算の届出医療機関数の推移

- データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。
- 届出医療機関数は、経時的に増加している。

データ提出加算の届出状況



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）
※令和6年度については速報値

DPCデータに含まれるデータ

- 厚生労働省が毎年実施する「DPCの評価・検証等に係る調査関連情報」に準拠したデータ（DPCデータ）には、以下の内容が含まれる。
- 提出されるDPCデータは、DPC/PDPSにおける診断群分類点数表の作成に用いられるほか、急性期から慢性期まで入院医療に係る分析等に広く活用されている。

様式名	内容	入力される情報
様式 1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式 4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式 3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況
Kファイル	3 情報から生成した一次共通 I D に関する情報	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通 I D、被保険者番号等

退院患者調査の見直し①

➤ 適切な診断群分類の設定及び適切な入院医療の評価を行う観点から、調査項目を見直す。

様式1の見直し①

[様式1の主な見直し内容（全ての病棟を対象とする項目）]

項目名	対象病棟等の指定	必須条件	見直しの内容
【削】心不全患者情報/ 左室駆出率			
【新】心不全患者情報/ バイオマーカー	—	必須	医療資源病名が050130（心不全）に定義される傷病名である場合、BNP値又はNT-proBNP値を入力する。
【新】解離性大動脈瘤情報/ 発症時期	—	必須	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、発症の時期を入力する。
【新】川崎病患者情報/ ガンマグロブリン	—	必須	医療資源病名が150070（川崎病）に定義される傷病名である場合、ガンマグロブリンの追加投与の有無を入力する。
身長・体重	—	必須	体重について、入院時に加え退院時の体重の入力を必須とする。
低栄養の有無	—	任意	血中アルブミン値等に基づく入力（必須）を廃止し、GLIM基準に基づく入力（任意）とする。
P/F比	—	必須	救急医療入院(呼吸不全又は心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。酸素投与の有無及びFiO2の入力を必須とする。
NYHA	—	必須	救急医療入院(心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。
血行動態的特徴	—	必須	対象疾患を見直すとともに、救急医療入院(心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。循環作動薬の使用の入力を必須とする。

【削】：項目の削除、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

様式 1 の詳細

○ データ等提出加算においては、様式 1 として、例えば以下のような情報の提出を求めている。

すべての患者に関する項目（抜粋）	
入院情報	入院年月日
	入院経路
	他院よりの紹介の有無
	自院の外来からの入院
	予定・救急医療入院
	救急車による搬送の有無
	入院前の在宅医療の有無
	自傷行為・自殺企図の有無
	過去の自傷行為・自殺企図の有無
診療科	診療科コード
	転科の有無
患者プロフィール/身長・体重	身長
	入院時体重
	退院時体重
患者プロフィール/喫煙指数	喫煙指数
要介護度	要介護度
栄養情報	低栄養の有無（様式 1 開始日時点）
	摂食・嚥下機能障害の有無（様式1 開始日時点）
	経管・経静脈栄養の状況（様式1 開始日時点）
	入院後48 時間以内の栄養アセスメントの実施

転倒・転落	転倒・転落回数
	インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落
身体的拘束	身体的拘束日数
診断情報	ICD10コード
	傷病名コード
	主傷病名
ADLスコア	入院時及び退院時のADLスコア

急性期の病棟や特定の疾患等に関する項目（抜粋）	
がん患者/UICC TNM	UICC病期分類（T）
	UICC病期分類（N）
	UICC病期分類（M）
	UICC病期分類（版）
JCS	入院時意識障害がある場合のJCS
脳卒中患者	発症前 Rankin Scale
	脳卒中の発症時期
	退院時 modified Rankin Scale
肺炎患者	肺炎の重症度分類
	医療介護関連肺炎に該当の有無
解離性大動脈瘤	Stanford A/B 型
	解離性大動脈瘤の発症時期
手術情報	手術日
	点数表コード
	手術基幹コード

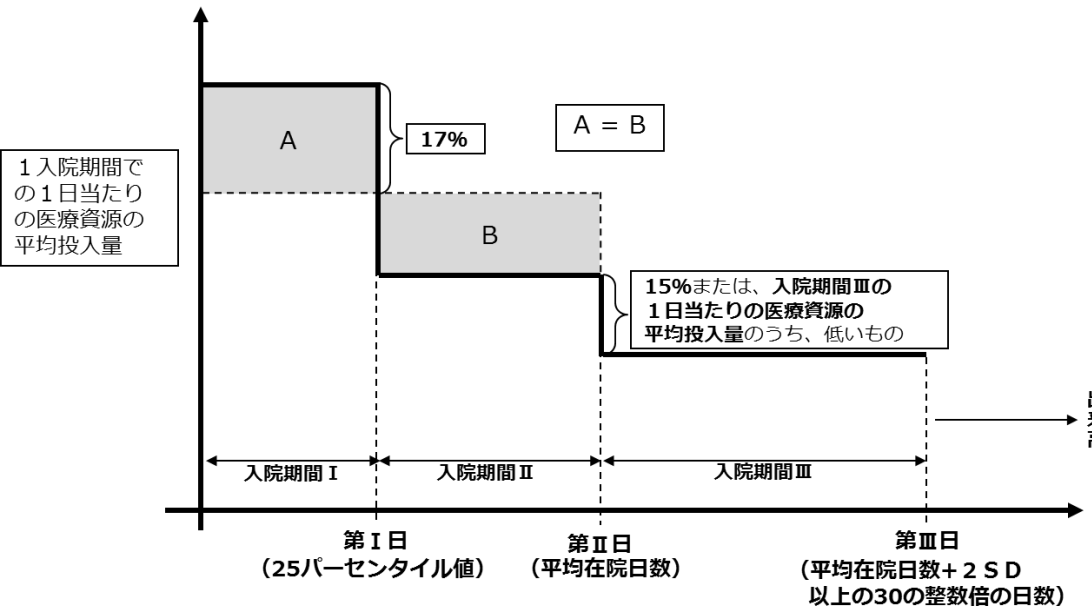
回復期、慢性期や精神病棟に関する項目（抜粋）	
FIM	入棟日、入棟中及び退棟日のFIM得点
退院に向けた会議の開催状況	入棟後に初めて行われた、当該患者の退院に向けた会議の実施日
	当該患者の退院に向けた会議の開催回数
	当該患者の退院に向けた会議への参加職種
個別支援の実施状況	薬剤師による服薬指導の実施回数
	作業療法士による個別作業療法の実施回数
	精神保健福祉士による個別相談支援の実施回数
	公認心理士による個別心理支援の実施回数
外出又は外泊の実施状況	入院中に患者が患家等を訪問した回数
	患者の患家等への訪問に同行した職種
	入院中に患者が外泊を行った回数
障害福祉サービス等との連携に関する情報	障害福祉サービス等事業所（介護給付）との面談回数
	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（介護給付）
	障害福祉サービス等事業所（訓練等給付）との面談回数
	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（訓練等給付）
	障害福祉サービス等事業所（相談支援）との面談回数
	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（相談支援）

※患者の状態や入院する病棟等に応じて、必須とされる項目は異なる

提出されたデータの活用例

- データ提出加算により収集されたデータは、DPC制度における診断群分類点数表や機能評価係数Ⅱの設定、及び診療報酬改定に向けた各種の分析等に用いられている。

○診断群分類点数表の設定

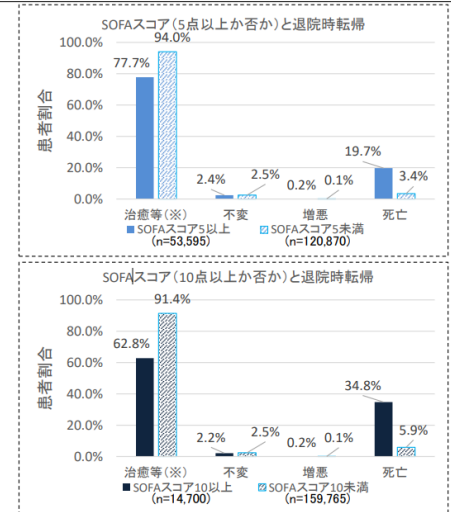
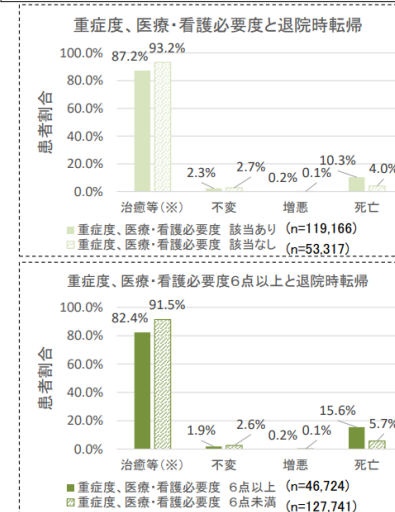


○DPCデータを用いた分析例

入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアと退院時の転帰

診療組 入-1
5 . 9 . 6

- 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。重症度、医療・看護必要度の該当と比較し、SOFAスコア5点以上、10点以上の方が退院時の転帰とよく相関していた。



出典：DPCデータ(令和4年4月～12月)

※ 治癒等は、治癒、軽快及び寛解

23

診療実績データ等に基づく施設基準

- 診療報酬上、一部の加算等については、診療実績データ等を基にした施設基準が設定されており、医療機関等において診療実績データ等を集計した上で、施設基準の届出が行われている。
- これらの診療実績データ等の中には、DPCデータ等※1により集計可能なものも存在する。

診療報酬データを用いる施設基準の例

診療項目名（順不同）	診療実績データ	集計主体	対応するDPCデータ等
後発医薬品使用体制加算	当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合	医療機関	入院及び外来EF統合ファイル※2
バイオ後続品使用体制加算	当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合等	医療機関	入院及び外来EF統合ファイル
総合入院体制加算	全身麻酔による手術件数等	医療機関	入院及び外来EF統合ファイル
小児入院医療管理料1	新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数及び年間の小児緊急入院患者数	医療機関	様式1
ニコチン依存症管理料	ニコチン依存症管理料の平均継続回数	医療機関	外来EF統合ファイル
抗菌薬適正使用体制加算	入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうちAccess抗菌薬に分類されるものの使用比率	J-SIPHE※4	外来EF統合ファイル
医療DX推進体制整備加算	マイナ保険証利用率	社会保険診療報酬支払基金	なし

※1 「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」により収集されたデータを含む

※2 入院患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報及び外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報

※3 患者属性や病態等の情報

※4 厚生労働省委託事業AMR臨床リファレンスセンター 感染対策連携共通プラットフォーム

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

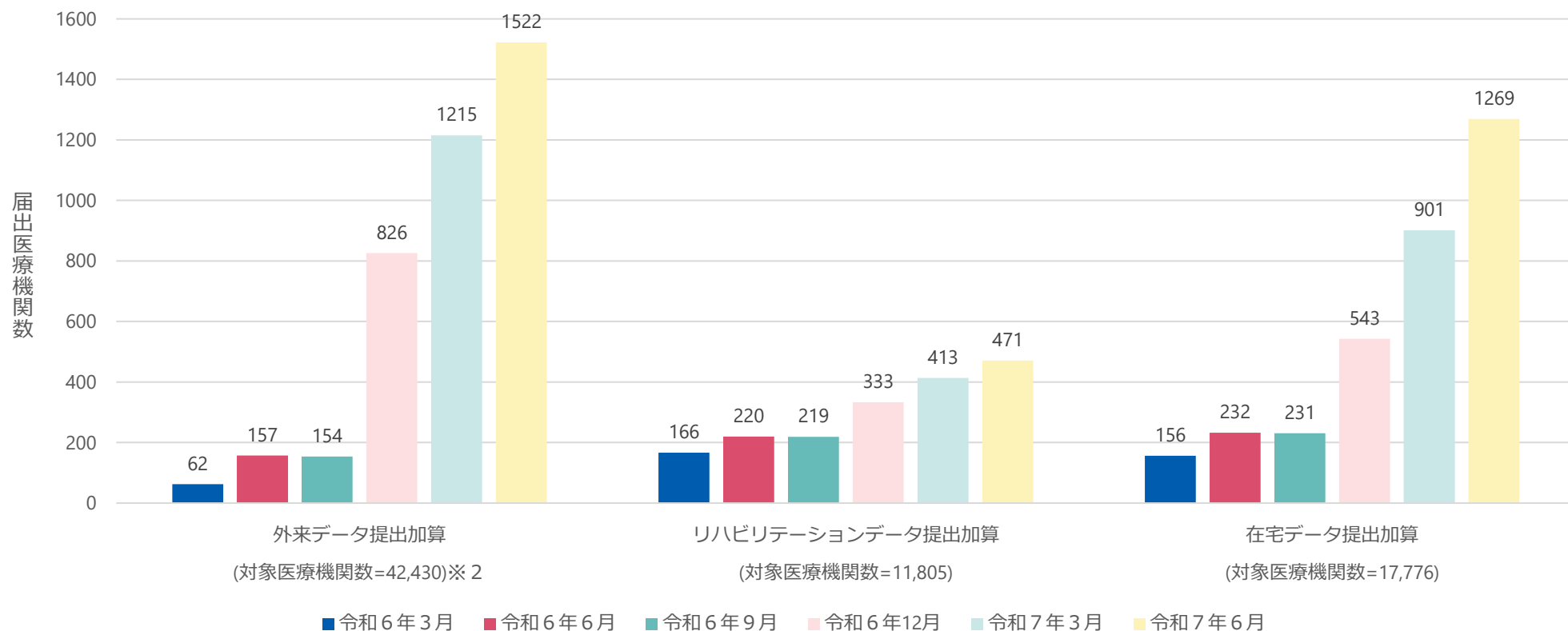
(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

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

外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移

○ 外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移は、以下のとおり。

外来データ等提出加算の3カ月毎の届出状況※ 1



出典：保険局医療課調べ

※ 1 データの抽出時期や条件等により、他の公開資料とは異なる数値となることがある。

※ 2 対象医療機関数については、令和6年7月NDBにおいて、外来データ等提出加算を算定しうる診療報酬項目（※ 3）を、1回以上算定している医療機関数。

※ 3 外来データ提出加算においては生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を、在宅データ提出加算においては在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を、リハビリテーションデータ提出加算においては疾患別リハビリテーション料を指す。

外来様式 1 の詳細①

○ 外来データ等提出加算※においては、外来様式 1 として、例えば以下のような情報の入力を求めている。

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

外来データ提出加算特有の項目（抜粋）	
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病	糖尿病の有無
	自院管理の有無
	診断年月
	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症	高血圧症の有無
	自院管理の有無
	診断年月
	血圧分類
	収縮期血圧
脂質異常症	拡張期血圧
	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
	診断年月
	リスク分類
LDLコレステロール	

脳卒中	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
急性冠症候群	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

※外来データ提出加算、在宅データ提出加算及びリハビリテーションデータ提出加算

外来様式 1 の詳細②

○ 外来データ等提出加算※においては、外来様式 1 として、例えば以下のような情報の入力を求めている。

在宅データ提出加算特有の項目（抜粋）	
療養情報	在宅療養を始めた年月
	療養を行っている場所
開始前情報	訪問診療開始前の往診日または外来受診日
訪問の状況	訪問診療日
	主たる訪問診療を行う医療機関
	単一建物診療患者数
	訪問看護日
	自院での実施の有無
	自院診断の有無
	ICD10コード
	修飾語コード
	傷病名
救急受診の状況	救急受診日
	受診先
	受診経路
	転帰
入院の状況	入院年月日
	退院年月日
	受診先
	ICD-10コード
	傷病名コード
	主病名
短期入所の状況	入所年月日
	退所年月日
	短期入所利用サービス

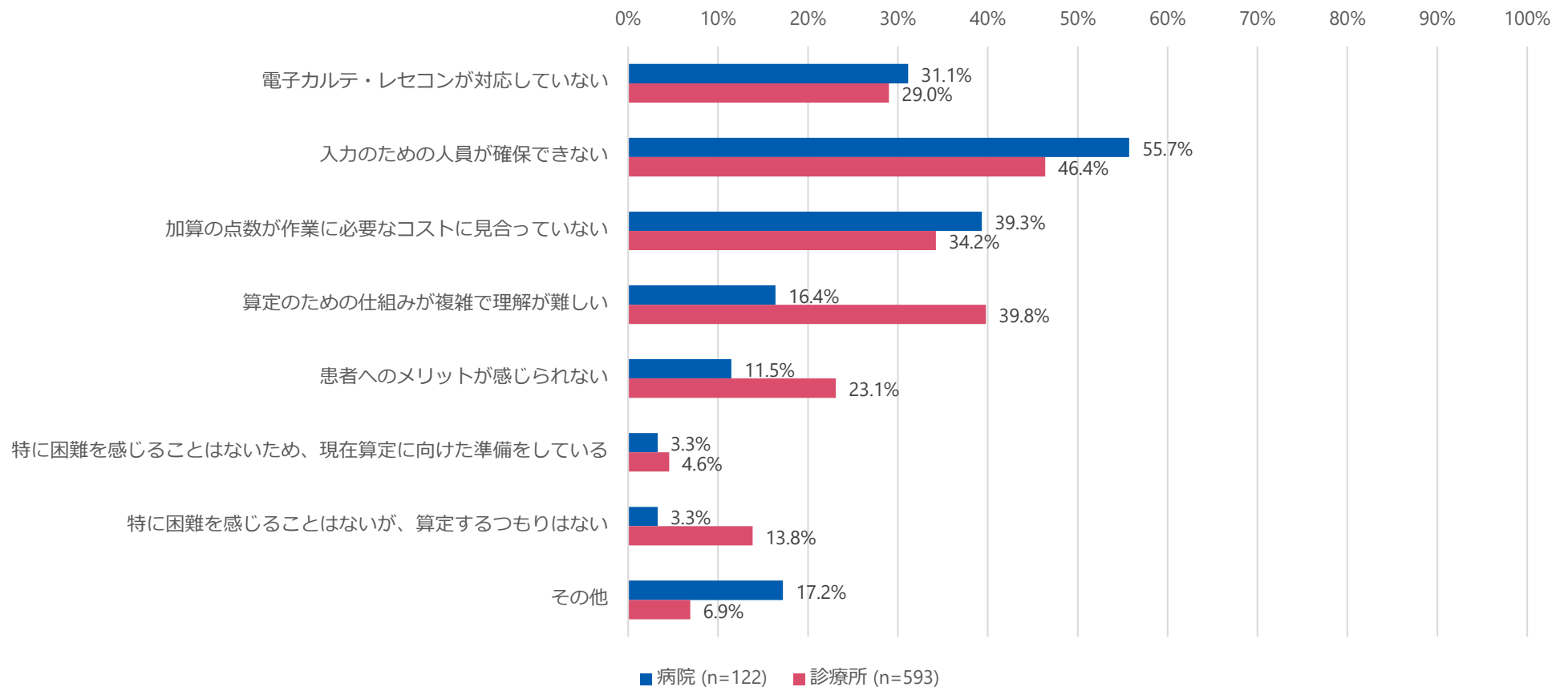
往診の状況	往診日
	療養を行っている場所
開始前情報	主たる訪問診療を行う医療機関
訪問の状況	ICD-10コード
	傷病名コード
	傷病名
患者の状況	患者の状態
	バーセルインデックス
	排泄の状況
	ブリストルスケール
	排尿の状況
	褥瘡の状態
	低栄養の有無
	摂食・嚥下障害の有無
	経管・経静脈栄養の状況
	自院診断の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
	ステージ分類
	UICC 病期分類(T)
	UICC 病期分類(N)
	UICC 病期分類(M)
	UICC 病期分類(版權)
	NRS

リハビリテーションデータ提出加算特有の項目	
外来受診情報	受診年月日
	初診の有無
	他院による紹介の有無
	診療科コード
受診の状況	開始年月日
	リハビリテーションが必要となった主病名の発症年月日
	上限日数を迎えた年月日
	ICD-10コード
	傷病名コード
	傷病名
退院	退院年月日
患者の状況	バーセルインデックス
	FIM
訓練内容	入所年月日
	退所年月日
	短期入所利用サービス

※外来データ提出加算、在宅データ提出加算及びリハビリテーションデータ提出加算

- 外来データ提出加算を算定していない理由、又は算定しているが困難に感じていることとしては、「入力のための人員が確保できない」が最も多かった。

外来データ提出加算を算定していない理由、又は算定しているが困難に感じていることについて（複数選択可）



データ提出加算に係る現状と課題

(データ提出加算の更なる活用について)

- データを用いた診療実績の適切な評価を行う観点から、入院医療について、診療等のデータを継続して厚生労働省に提出している場合には、データ提出加算として、一定の評価を行っている。
- 収集するデータの内容については、MDC 毎の診断群分類見直し技術班での検討や、データ提出加算を要件とする入院料の範囲の拡大に伴い、拡充されてきた。
- 収集されたデータは、DPC制度における診断群分類点数表の設定や、診療報酬改定に向けた各種分析等に活用されている。
- 診療報酬上、一部の評価については、医療機関において集計された診療実績データを基に行っているが、DPCデータ等による評価が可能なものも存在する。

(外来データ等提出加算等で提出を求める項目について)

- 令和4年度診療報酬改定において、データに基づく適切な評価を推進する観点から、外来、在宅及びリハビリテーション医療についても、診療等のデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価が新設された。
- 外来様式1においては、検査値等を含む、多様な項目の入力を求めている。
- 令和6年度入院・外来医療等における実態調査において、外来データ提出加算を算定していない理由、又は算定しているが困難に感じていることとしては、病院・診療所ともに、「入力のための人員が確保できない」が最も多かった。

【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 外来医療について（その1）
2. データ提出加算（その1）
3. 情報通信機器を用いた診療について（その1）

3．情報通信機器を用いた診療について（その1）

3－1．総論

3－2．D to P

3－3．D to P with D

3－4．D to P with N

3－5．へき地等におけるオンライン診療

3. 情報通信機器を用いた診療について（その1）

3－1. 総論

3－2. D to P

3－3. D to P with D

3－4. D to P with N

3－5. へき地等におけるオンライン診療

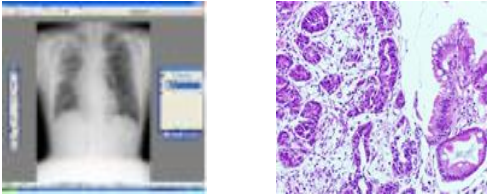
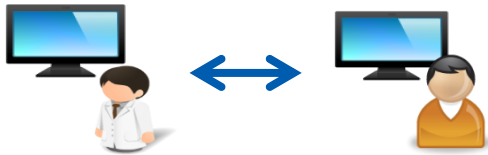
オンライン診療にかかる評価の経緯

中医協 総－8
5 . 6 . 2 1

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

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

診療報酬における遠隔医療への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持つ医師に送信しその読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・遠隔ICU（特定集中治療室遠隔支援加算） ・その他（超急性期脳卒中加算、脳血栓回収療法連携加算、遠隔脳波診断、遠隔放射線治療計画加算）
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診療	[D to P] 患者側に医療従事者の同席なしで、医師と患者間で診療を行う  ・情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料 ・情報通信機器を用いた医学管理料 ・情報通信機器を用いた在宅時医学総合管理料 訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づき、計画的な療養上の医学管理を行うことを評価 ・情報通信機器を用いた通院精神療法（再診） ※ 電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要のある場合であって、患者等から電話等により治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能
	[D to P with D] 患者が医師という場合のオンライン診療	・遠隔連携診療料 ・遠隔連携遺伝カウンセリング 
	[D to P with N] 患者が看護師等という場合のオンライン診療	・看護師等遠隔診療補助加算（再診料等） 
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの  ・遠隔モニタリング加算（心臓ペースメーカー指導管理料、在宅患者酸素療法指導料、在宅患者持続陽圧呼吸療法、在宅自己腹膜灌流指導管理料、在宅血液透析指導管理料） 対象患者に対して、情報通信機能を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

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



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師－患者間において行われるもの

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



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

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

オンライン診療の提供体制に関する事項

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

その他オンライン診療に関連する事項

- 医師教育／患者教育
- 質評価／フィードバック
- エビデンスの蓄積

オンライン診療その他の遠隔医療に関する事例集

- 「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」（令和5年6月30日）に加え、オンライン診療その他の遠隔医療に関する事例集を2回に渡り公表。

オンライン診療その他の遠隔医療 に関する事例集

令和5年8月

厚生労働省医政局総務課



3. 情報通信機器を用いた診療について（その1）

3-1. 総論

3-2. D to P

3-3. D to P with D

3-4. D to P with N

3-5. ヘキ地等におけるオンライン診療



事例1

大林クリニック

所在地 栃木県宇都宮市

事例のポイント

- 働き盛りで通院が難しい頭痛患者に対するオンライン診療を実施し診療継続
- 頭痛専門医が少なく、県内の遠方から通院していた患者の通院負担を軽減

医療機関の概要		遠隔医療の実施状況	
設立主体	個人	開始時期	2016年11月
病床数	—（無床診療所）	診療科	脳神経外科、内科、リハビリテーション科
診療科	内科、脳神経外科、リハビリテーション科	対象患者	頭痛患者等
職員数	医師1人、看護職員3人、事務スタッフ3人	患者数	約170人（2023年12月）

1 オンライン診療の導入の経緯

頭痛患者は働き盛りが多く、通院により一時的に快方に向かっているが、仕事があるため診療継続が難しく悪化してしまうことも多かった。また、県内全域に患者がいたため、遠方からの通院負担を軽減したいと考えた。そのような背景があり、導入に至った。

2 オンライン診療の導入までの流れ

オンライン診療システムの選定については、学会の展示会などで情報収集した。オンライン診療システム提供事業者と保険診療に関する情報交換なども行うことができたため、現在のシステムを選定した。

導入時は、対面診療の際に院長から患者に説明し同意を得るとともに、患者へのアプリの説明や情報通信機器への接続も院長1人で行った。まず院長が全体を把握した上で、事務スタッフにアプリの説明や機器への接続作業を振り分けていった。

対象患者

当院に通院経験のある頭痛患者を対象にしている。オンライン診療の特徴を生かして診療の質を上げることと、対面診療を継続することが難しい患者の治療継続につなげることを目的としている。

初診は原則対象にしていない。例外として、別の医療機関で頭痛診療を受けていたが転居によりその医療機関への通院ができなくなってしまう方などで、診療情報を十分に把握可能な場合などには初診からのオンライン診療を実施している。

実際に診療している患者は、経産働いている世代（20代後半～50代）が多くオンライン診療患者全体の80%である。主婦で子供のいる方も、感染症に対する不安がありオンライン診療の受診が増えた。患者によっては、地域の医療機関と連携して、頭痛診療を実施している。

3 オンライン診療の実施の流れ

予約	● 患者がオンライン診療システム上で予約。 ● 患者がオンライン診療システム上に健診データや頭痛日記の画像をアップロード。（必要に応じて患者にアップロードするよう依頼） ● 対面診療の場合は時間指定ではなく順番予約だが、オンライン診療の場合は30分1枠の時間指定。医師が2つの診察室を利用して対面診療を行いながら、オンライン診療の予約時間になったら看護スタッフが、空いている診察室でオンライン接続し、医師が移動してオンライン診療を開始。
診療	● 医師が、患者側のカメラから得られた情報をモニターを介して確認。患者が事前にアップロードした頭痛日記等のデータも確認し診療。 ● 個々の患者にあわせて対面診療・オンライン診療を組み合わせしており、例えば生活習慣病患者に対しては採血が必要なタイミングに応じて対面診療。頭痛診療では状態が安定している場合は、来院での検査等も不要な場合が多いため、オンライン診療を継続するが、異変を感じた場合はすぐに来院するよう指示。
支払い	● オンライン診療システム上でクレジットカード決済。
処方箋・処方薬の受け渡し	● オンライン服薬指導を希望する患者は、患者が希望する薬局がオンライン服薬指導に対応していることを確認した上で、郵便等で薬局に処方箋を送付。それ以外の患者は、患者の居宅に処方箋を送付。単身赴任の患者など郵送先が変わることがあるため、送付前に事務スタッフが現在の住所を確認する場合もある。

4 オンライン診療を実施する際の課題と工夫点等

導入初期は、特に患者側の通信トラブルが多かった。通信環境の悪い建物にいる場合は、移動してもらったり、音声がつながらない場合は、並行して電話をかけたことで対応した。

順番予約の対面診療と比較し、時間予約のオンライン診療のほうがキャンセルによる医療者側の負担が大きい。無断キャンセルなどを繰り返すような方はオンライン診療をやめて対面に戻す方針にしている。お知らせなどにもその点を記載し事前に知らせることで円滑に実施できるよう工夫した。

5 オンライン診療の効果と今後の展望

把握した効果等

患者にアンケートを実施した。対面での診療継続が難しい働き盛りの患者にとって通院負担の軽減になっていることや、交通費が不要なため特に遠方の方は金銭的な負担軽減にもつながっていることがわかった。地理的な問題や仕事や家庭の都合などで対面診療の継続が難しい方でもオンライン診療との組み合わせにより診療継続ができていると感じる。

今後の展望

2020年に立ち上げた栃木オンライン診療研究会において、外国のオンライン診療に精通している医師や、オンライン診療に利用可能なデバイス開発に関わっている医師、オンライン服薬指導に早くから関わっている薬剤師等を講師として招いて勉強会を開催した。勉強会では、オンライン診療を実施している医療機関同士で、オンライン診療の最新の動向から、専門の異なるそれぞれの診療科の医師がどのようにオンライン診療を行っているかなどの現場のことまで、今後の診療の向上を目指して議論している。適切なオンライン診療普及のため、引き続き地域での情報交換や連携を進めていきたい。

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

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

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

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

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

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

〔算定要件〕（初診の場合）

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

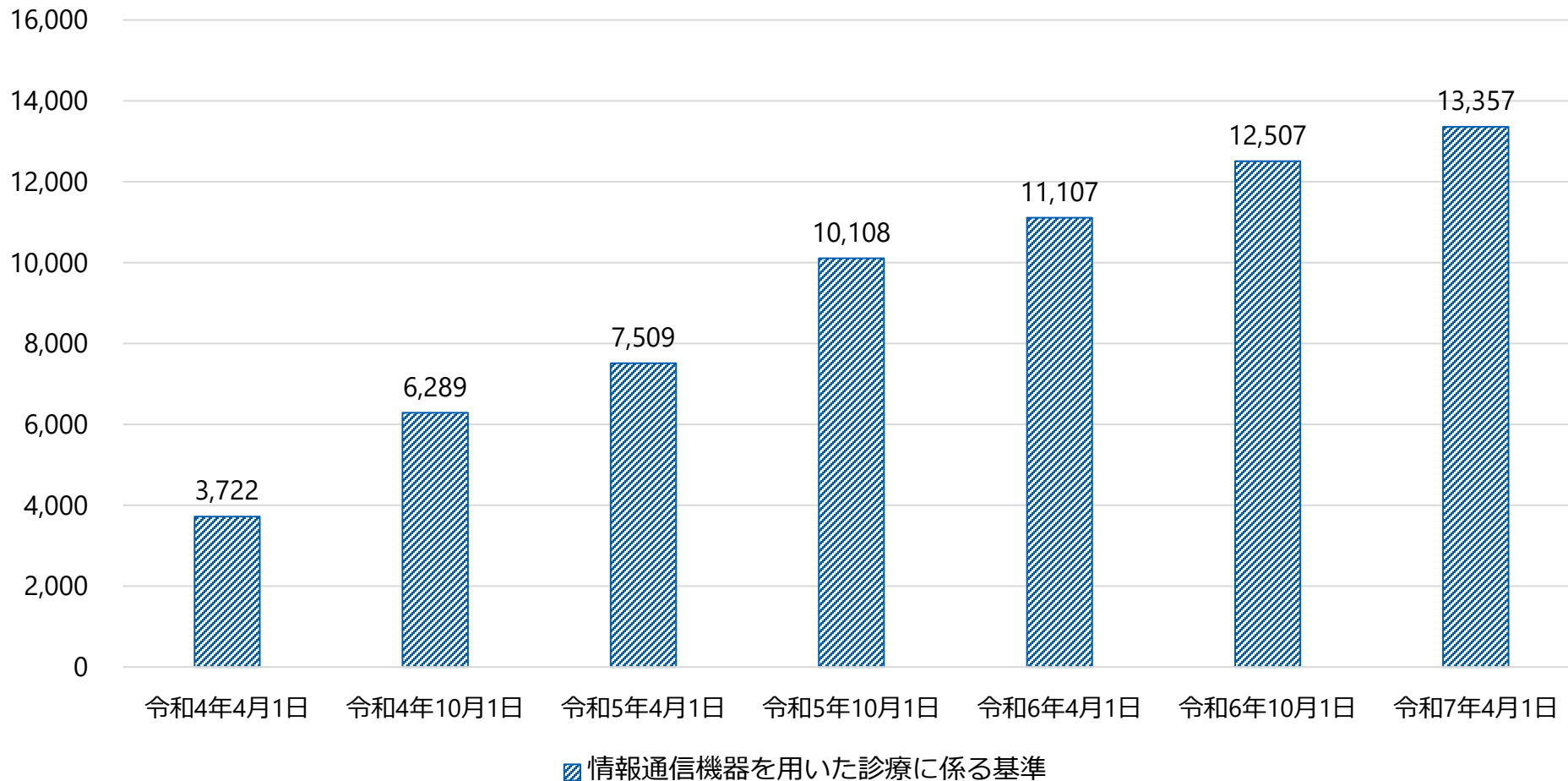
〔施設基準〕

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

- 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和7年4月1日時点において約13,400医療機関となっている。

(届出医療機関数)

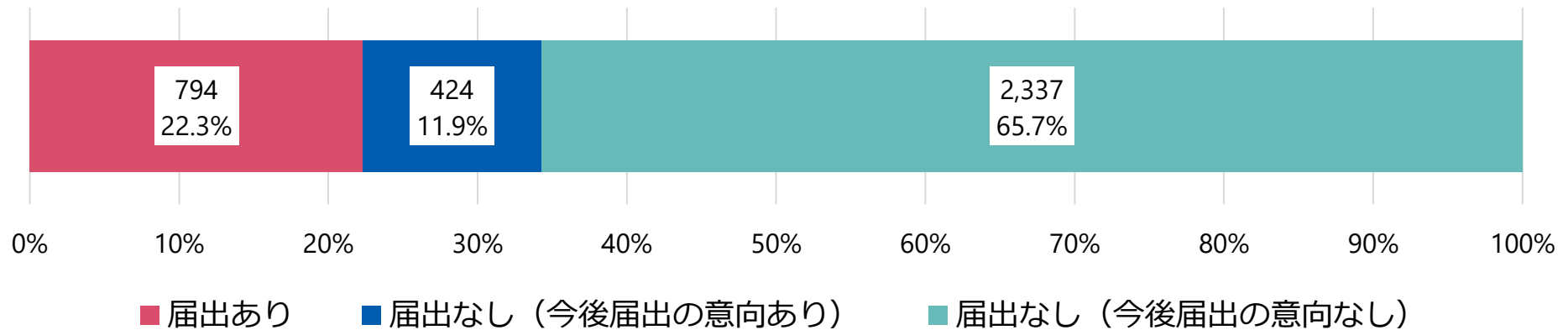


出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

※元となるデータベース及びデータ抽出タイミングにより他の公表データと一致しない場合がある

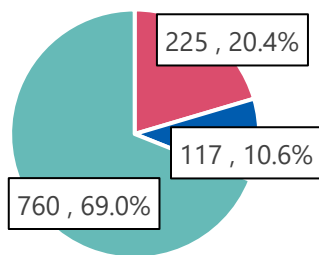
- 情報通信機器を用いた初診料等の施設基準を届け出ていたのは、回答施設の22.3%であった。
- 区分別では、E区分での届出医療機関割合が高かった。

情報通信機器を用いた診療の届出状況 (n=3,555)

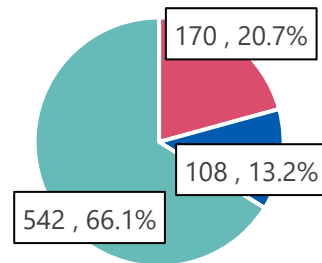


(参考) 各区分における届出状況

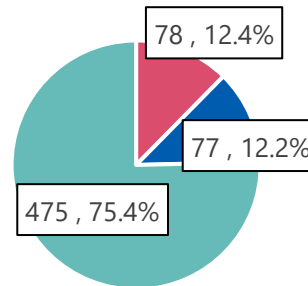
A区分 (n=1,102)



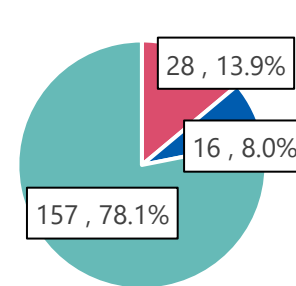
B区分 (n=820)



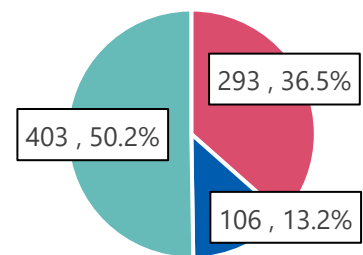
C区分 (n=630)



D区分 (n=201)



E区分 (n=802)

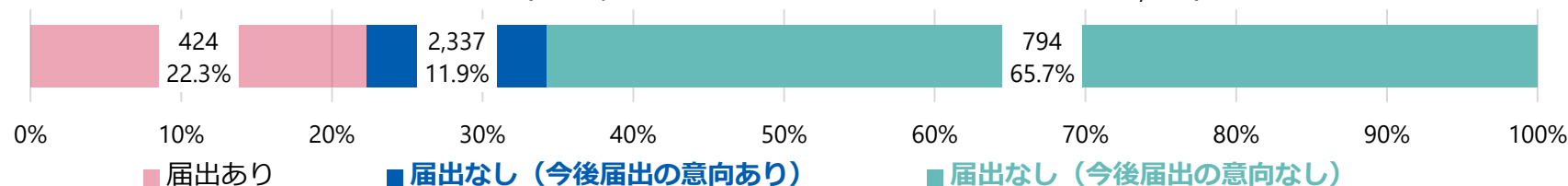


情報通信機器を用いた診療の届出の意向と理由

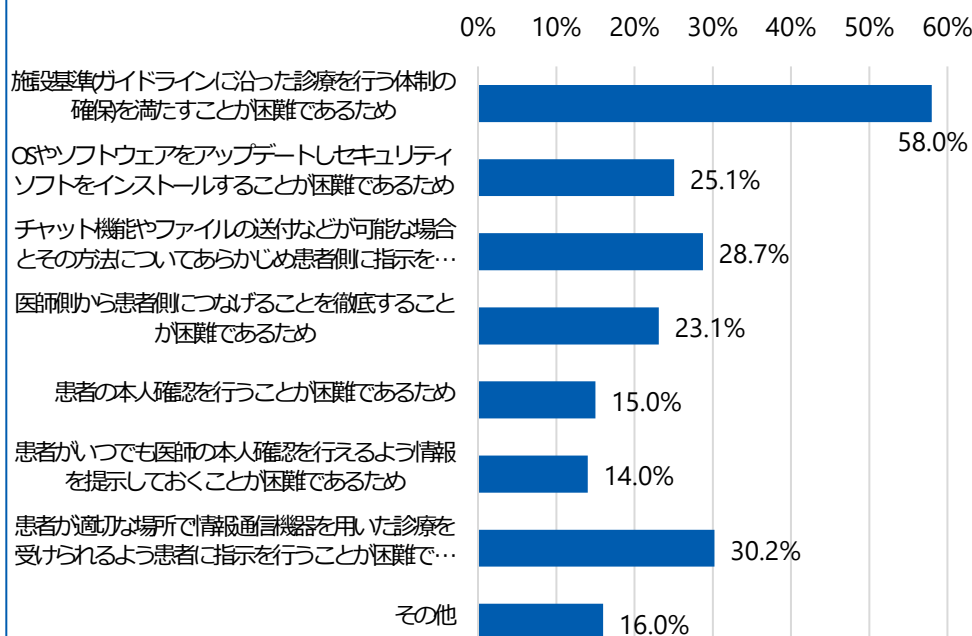
診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

- 情報通信機器を用いた診療の届出の意向があるが届出できていない理由として、施設基準（ガイドラインに沿った診療体制の確保）を満たすことが困難と回答した施設が58%、患者に対する受診場所の指示が困難と回答した施設が30.2%であった。
- 今後の届出の意向なしと回答した理由として、「患者のニーズがない・少ないため」（55.7%）、「システム導入・運用コストが高い」（47.5%）、「メリットが手間やコストに見合わない」（45.0%）という回答であった。

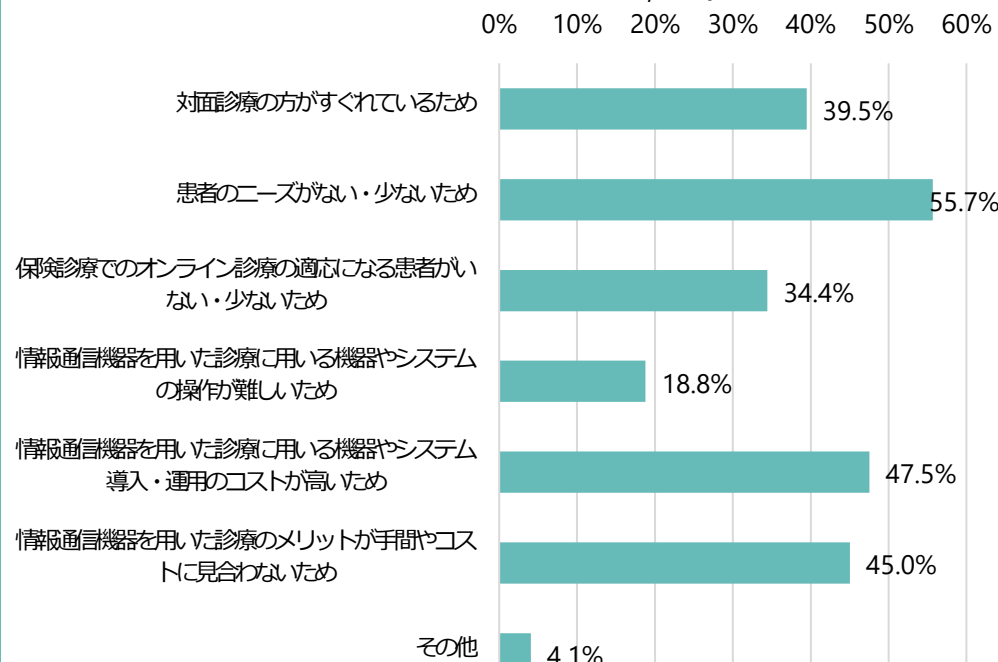
（再掲）情報通信機器を用いた診療の届出状況（n=3,555）



届出の意向はあるが、届出できていない理由
(n=407)



届出の意向がない理由 (n=2,305)

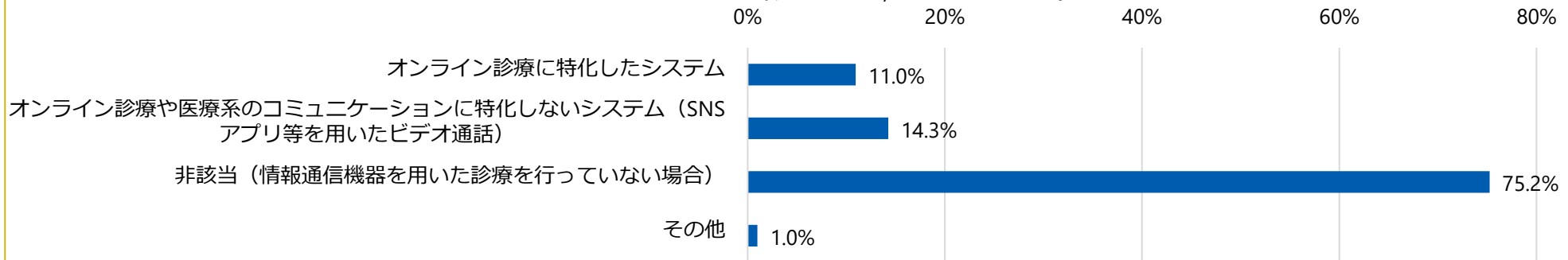


オンライン診療に使用しているシステム等について（医療機関調査）

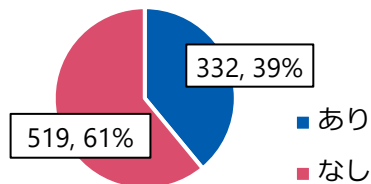
診調組 入-1
7.5.22

- 医療機関におけるオンライン診療のシステム導入時の初期費用の中央値は27.5万円、月額維持費用の中央値は1万円/月であった。
- システム利用に係る患者からの費用徴収をしている医療機関は約29%、徴収額の中央値は600円であった。

利用しているシステム概要（n=3,511、複数回答）

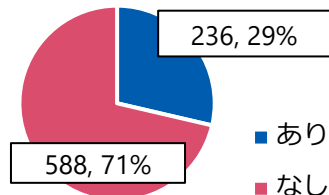


- システム利用に係るシステム提供者への費用の支払い（n=851）



	回答数	平均値	四分位数					
			25%Tile		50%Tile		75%Tile	
導入時初期費用	193件	779,887 円	36,500	円	275,000	円	475,000	円
月額維持費用	205件	22,216 円/月	5,000	円/月	10,000	円/月	24,250	円/月

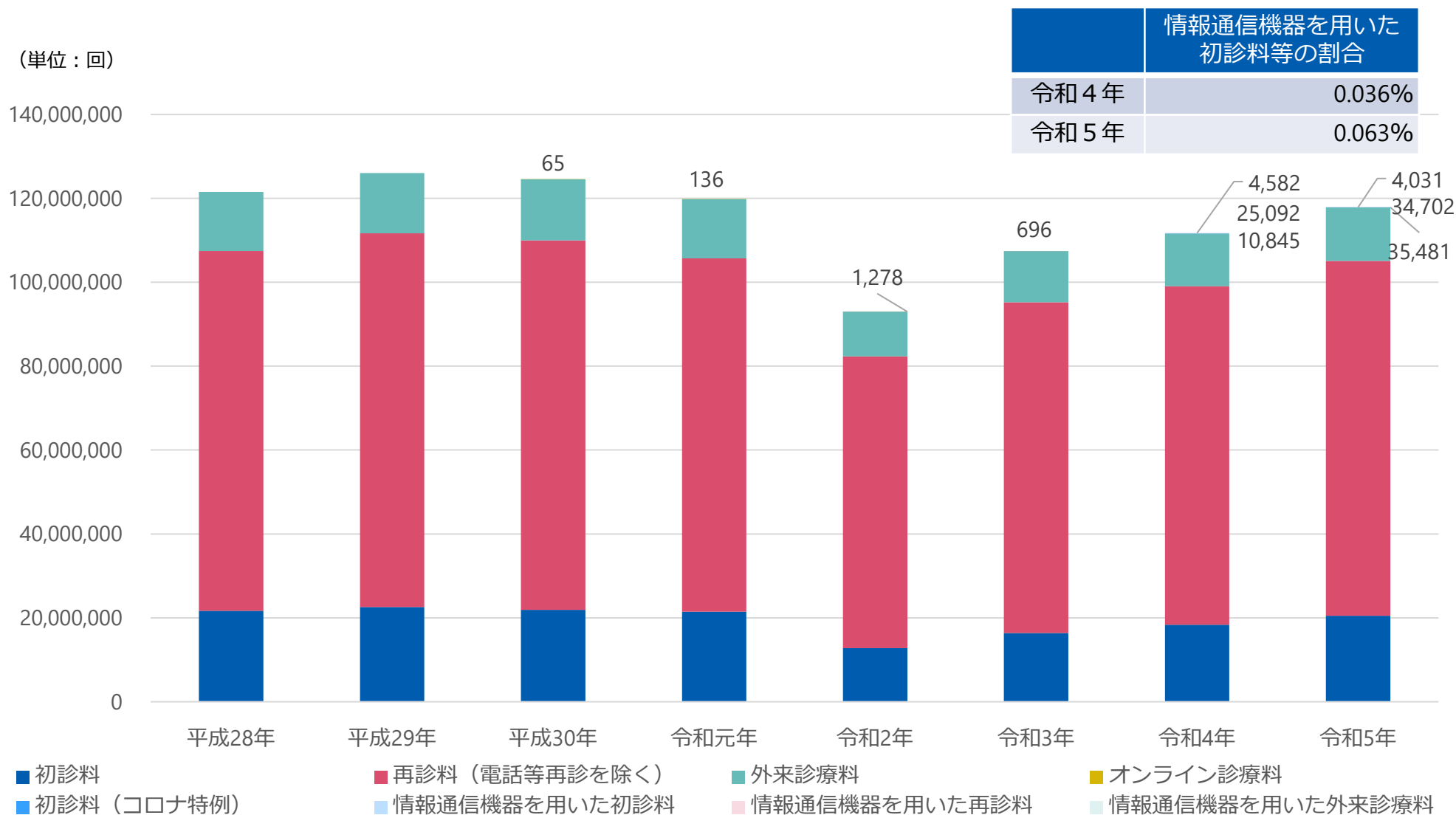
- システム利用に係る患者からの費用徴収（n=824）



	回答数	平均値	四分位数					
			25%Tile		50%Tile		75%Tile	
システム利用に係る患者1人当たりの平均徴収額	222件	891.3 円	500	円	600	円	1,000	円

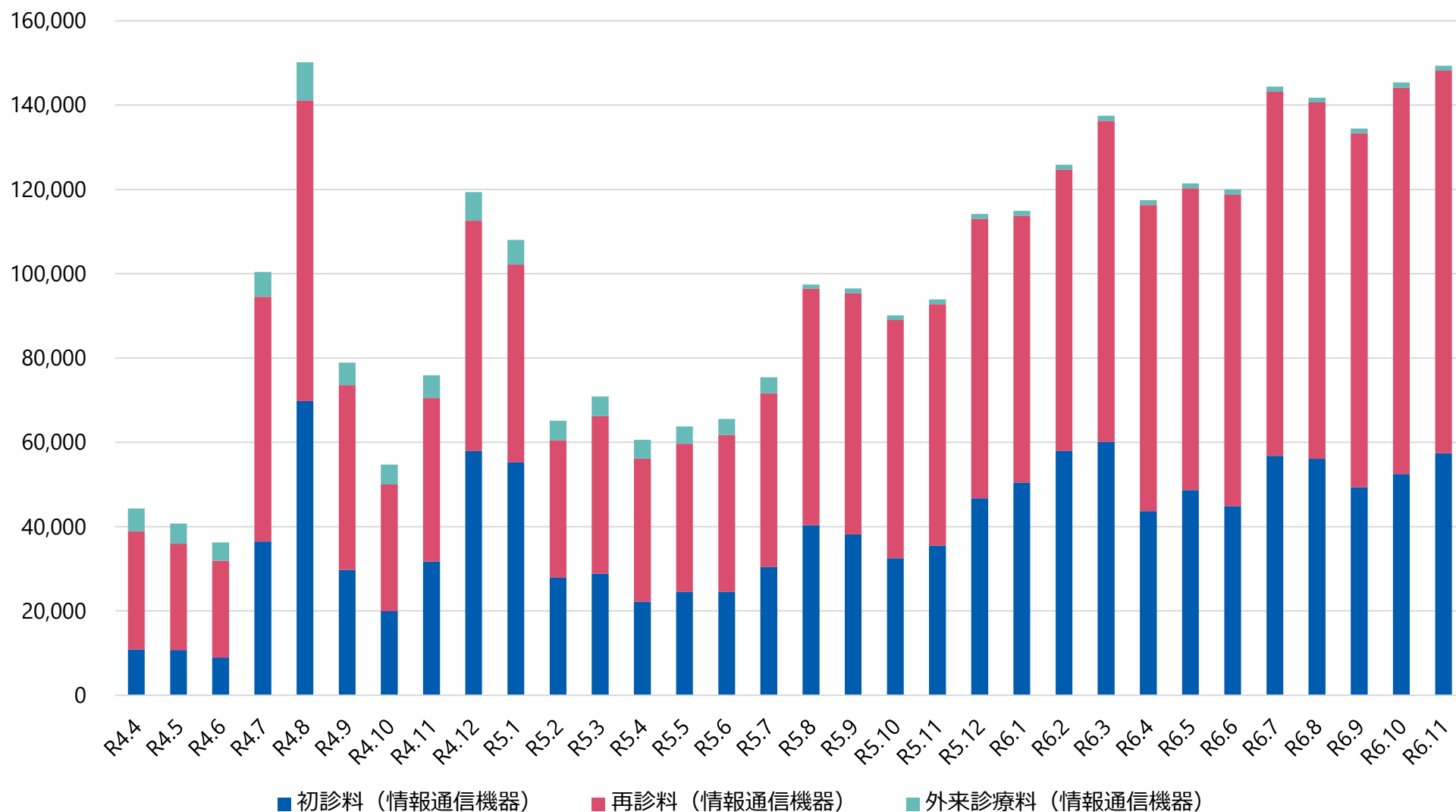
情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○ 令和5年における情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は初・再診料等全体の0.063%を占める。



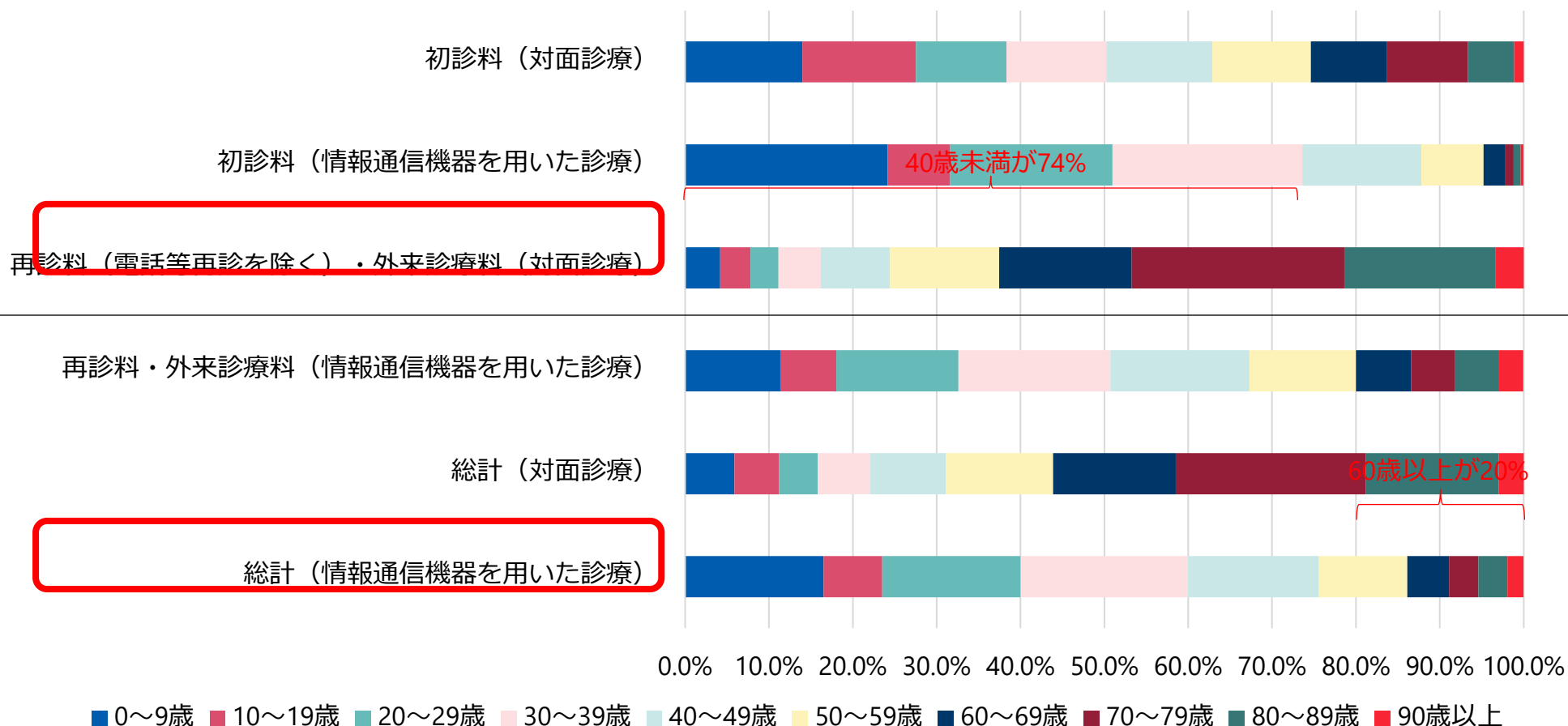
情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は、令和5年4月以降は増加傾向。



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数（年齢分布）

- 情報通信機器を用いた初診料の年齢構成について、対面診療では40歳未満の割合が50%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は74%となっている。
- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療の年齢構成について、対面診療では60歳以上の割合が63%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は20%となっている。



情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。
情報通信機器を用いた初診における傷病名としては急性上気道炎が21.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数		100.0%
1	急性上気道炎	12,214	21.5%
2	COVID-19	5,090	9.0%
3	適応障害	3,133	5.5%
4	手足口病	2,138	3.8%
5	急性気管支炎	1,935	3.4%
6	急性胃腸炎	1,344	2.4%
7	急性咽頭炎	1,212	2.1%
8	気管支喘息	1,181	2.1%
9	尋常性ざ瘡	1,053	1.9%
10	感冒	988	1.7%
11	多汗症	942	1.7%
12	じんま疹	895	1.6%
13	湿疹	883	1.6%
14	アレルギー性鼻炎	865	1.5%
15	アトピー性皮膚炎	847	1.5%
16	不眠症	794	1.4%
17	口唇ヘルペス	596	1.0%
18	うつ病	526	0.9%
19	うつ状態	525	0.9%
20	膀胱炎	515	0.9%

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による初診の算定回数		100.0%
1	COVID-19	1,537,680	6.9%
2	急性気管支炎	807,739	3.6%
3	急性上気道炎	747,594	3.3%
4	アレルギー性鼻炎	610,533	2.7%
5	近視性乱視	586,053	2.6%
6	急性咽頭喉頭炎	491,660	2.2%
7	湿疹	452,709	2.0%
8	急性咽頭炎	356,724	1.6%
9	気管支喘息	349,538	1.6%
10	急性副鼻腔炎	339,804	1.5%
11	アトピー性皮膚炎	310,623	1.4%
12	耳垢栓塞	195,555	0.9%
13	咽頭炎	193,892	0.9%
14	アレルギー性結膜炎	181,197	0.8%
15	皮脂欠乏性湿疹	174,503	0.8%
16	変形性膝関節症	167,690	0.7%
17	じんま疹	167,040	0.7%
18	遠視性乱視	166,920	0.7%
19	尋常性ざ瘡	158,923	0.7%
20	結膜炎	157,712	0.7%

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。
出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。
情報通信機器を用いた初診における傷病名としてはCOVID-19が56.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	10,682	100.0%
1	COVID-19	6,035	56.5%
2	急性上気道炎	2,120	19.8%
3	急性気管支炎	1,756	16.4%
4	アレルギー性鼻炎	1,083	10.1%
5	急性咽頭炎	669	6.3%
6	発熱	646	6.0%
7	咽頭炎	642	6.0%
8	コロナウイルス感染症	542	5.1%
9	気管支喘息	420	3.9%
10	急性胃腸炎	377	3.5%
11	扁桃炎	306	2.9%
12	湿疹	268	2.5%
13	急性咽頭喉頭炎	234	2.2%
14	不眠症	232	2.2%
15	感冒	226	2.1%
16	咽頭喉頭炎	211	2.0%
17	頭痛	177	1.7%
18	急性胃炎	154	1.4%
19	じんま疹	152	1.4%
20	下痢症	151	1.4%
21	廃用症候群	134	1.3%
22	皮脂欠乏症	134	1.3%
23	急性扁桃炎	129	1.2%
24	皮脂欠乏性湿疹	128	1.2%
25	嘔吐症	121	1.1%

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による初診の算定回数	18,097,507	100.0%
1	COVID-19	2,226,897	12.3%
2	アレルギー性鼻炎	1,562,467	8.6%
3	近視性乱視	1,138,705	6.3%
4	急性気管支炎	975,795	5.4%
5	急性上気道炎	892,046	4.9%
6	湿疹	742,671	4.1%
7	急性咽頭喉頭炎	678,311	3.7%
8	アレルギー性結膜炎	548,146	3.0%
9	糖尿病	524,424	2.9%
10	耳垢栓塞	519,903	2.9%
11	急性副鼻腔炎	498,260	2.8%
12	気管支喘息	461,144	2.5%
13	急性咽頭炎	443,514	2.5%
14	皮脂欠乏症	428,591	2.4%
15	高血圧症	404,342	2.2%
16	遠視性乱視	385,952	2.1%
17	アトピー性皮膚炎	381,011	2.1%
18	慢性胃炎	365,715	2.0%
19	発熱	356,222	2.0%
20	皮脂欠乏性湿疹	350,153	1.9%
21	胃炎	315,687	1.7%
22	腰痛症	312,640	1.7%
23	ドライアイ	298,589	1.6%
24	頭痛	296,906	1.6%
25	肝機能障害	295,340	1.6%

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面による再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としては適応障害が9.1%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、精神疾患に類する傷病名が占める割合が高い。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	適応障害	8,003	9.1%
2	高血圧症	4,833	5.5%
3	気管支喘息	3,660	4.2%
4	うつ病	3,257	3.7%
5	アレルギー性鼻炎	3,252	3.7%
6	不眠症	2,855	3.3%
7	月経困難症	2,496	2.9%
8	うつ状態	1,803	2.1%
9	アトピー性皮膚炎	1,761	2.0%
10	急性上気道炎	1,752	2.0%
11	睡眠時無呼吸症候群	1,635	1.9%
12	慢性胃炎	1,629	1.9%
13	湿疹	1,397	1.6%
14	片頭痛	1,299	1.5%
15	COVID-19	1,209	1.4%
16	尋常性ざ瘡	1,171	1.3%
17	スギ花粉症	1,055	1.2%
18	不安神経症	1,008	1.2%
19	急性気管支炎	948	1.1%
20	パニック障害	898	1.0%

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	高血圧症	9,545,663	9.2%
2	変形性膝関節症	2,689,408	2.6%
3	気管支喘息	2,207,287	2.1%
4	2型糖尿病	1,953,540	1.9%
5	高コレステロール血症	1,832,608	1.8%
6	慢性胃炎	1,762,346	1.7%
7	糖尿病	1,675,078	1.6%
8	アレルギー性鼻炎	1,551,541	1.5%
9	腰部脊柱管狭窄症	1,442,194	1.4%
10	慢性腎不全	1,402,271	1.4%
11	うつ病	1,196,874	1.2%
12	肩関節周囲炎	1,153,572	1.1%
13	高脂血症	1,153,564	1.1%
14	狭心症	1,076,890	1.0%
15	脂質異常症	1,029,275	1.0%
16	変形性腰椎症	1,021,543	1.0%
17	アトピー性皮膚炎	937,661	0.9%
18	骨粗鬆症	934,318	0.9%
19	近視性乱視	896,805	0.9%
20	慢性心不全	821,488	0.8%

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。
出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面診療における再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としてはCOVID-19が27.2%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が高い。

No.	傷病名	令和4年度 5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診・外来診療料の算定回数	24,880	100.0%
1	COVID-19	6,765	27.2%
2	アレルギー性鼻炎	6,702	26.9%
3	高血圧症	3,884	15.6%
4	急性上気道炎	3,657	14.7%
5	気管支喘息	3,340	13.4%
6	便秘症	2,805	11.3%
7	急性気管支炎	2,791	11.2%
8	不眠症	2,754	11.1%
9	アレルギー性結膜炎	2,113	8.5%
10	皮脂欠乏症	2,071	8.3%
11	慢性胃炎	2,061	8.3%
12	高コレステロール血症	1,973	7.9%
13	糖尿病	1,791	7.2%
14	湿疹	1,734	7.0%
15	腰痛症	1,687	6.8%
16	急性咽頭炎	1,405	5.6%
17	高脂血症	1,396	5.6%
18	鉄欠乏性貧血	1,345	5.4%
19	アトピー性皮膚炎	1,256	5.0%
20	皮脂欠乏性湿疹	1,210	4.9%
21	コロナウイルス感染症	1,128	4.5%
22	骨粗鬆症	1,113	4.5%
23	逆流性食道炎	1,108	4.5%
24	胃潰瘍	1,079	4.3%
25	頭痛	1,007	4.0%

No.	傷病名	令和4年度 5月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による再診・外来診療料の算定回数	62,206,981	100.0%
1	高血圧症	19,348,105	31.1%
2	アレルギー性鼻炎	8,944,790	14.4%
3	不眠症	8,730,208	14.0%
4	便秘症	8,206,032	13.2%
5	糖尿病	8,024,647	12.9%
6	高コレステロール血症	7,770,380	12.5%
7	慢性胃炎	7,157,835	11.5%
8	高脂血症	7,092,086	11.4%
9	腰痛症	6,844,633	11.0%
10	骨粗鬆症	5,421,005	8.7%
11	変形性膝関節症	4,636,653	7.5%
12	逆流性食道炎	4,552,906	7.3%
13	2型糖尿病	4,465,986	7.2%
14	脂質異常症	4,446,350	7.1%
15	高尿酸血症	4,366,523	7.0%
16	アレルギー性結膜炎	4,248,100	6.8%
17	気管支喘息	4,179,183	6.7%
18	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	4,048,947	6.5%
19	湿疹	3,521,267	5.7%
20	狭心症	3,318,654	5.3%
21	近視性乱視	3,202,902	5.1%
22	鉄欠乏性貧血	3,141,966	5.1%
23	皮脂欠乏症	3,079,372	5.0%
24	胃潰瘍	3,032,102	4.9%
25	肩関節周囲炎	2,897,913	4.7%

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(外来医療)

- 11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。
加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。
- 14 情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。**

(在宅医療等)

- 16 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(精神医療)

- 17 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

(リハビリテーションへの対応等)

- 18 回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

(医療技術の評価)

- 19 保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。
また、革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

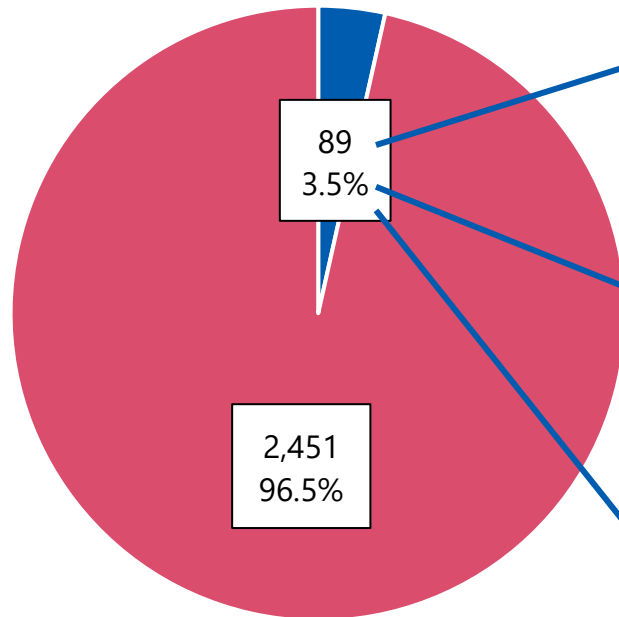
- 20 かかりつけ歯科医の機能の評価に係る施設基準の見直し等の影響や回復期リハビリテーション病棟等の入院患者に対する口腔管理・多職種連携の状況等を調査・検証し、口腔疾患の継続的な管理の在り方や口腔管理に係る関係者との連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

オンライン診療の受診状況（患者調査）

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

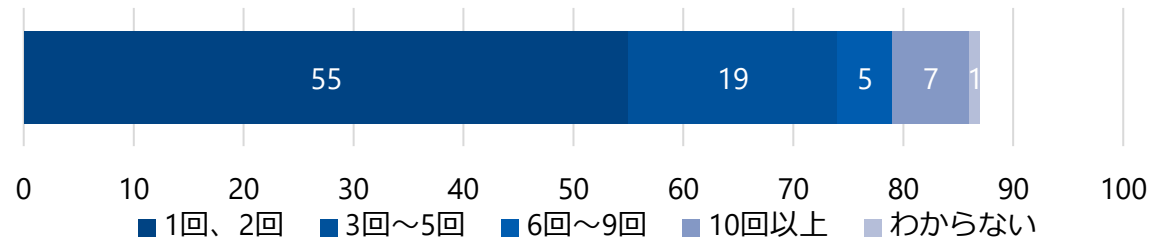
- 回答者の3.5%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は19.1%であった。

オンライン診療受診歴
(n=2,540)



- 1_受けたことがある(n=89)
- 2_受けたことがない(n=2451)

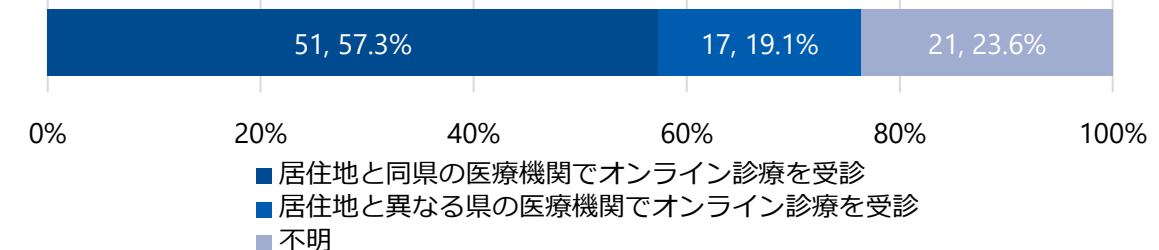
オンライン診療の受診回数 (n=87)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=87)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=89)

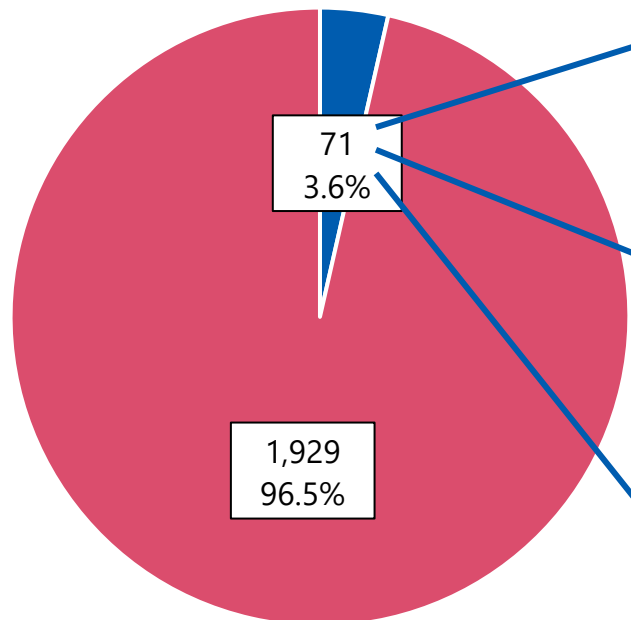


オンライン診療の受診状況（インターネット調査）

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

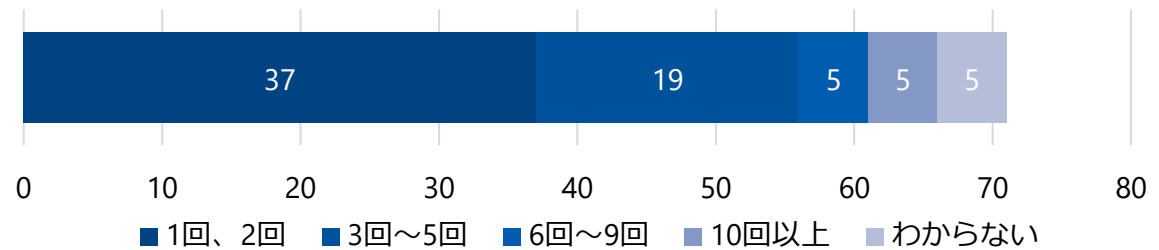
- 回答者の3.6%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は18.3%であった。

オンライン診療受診歴
(n=2,000)

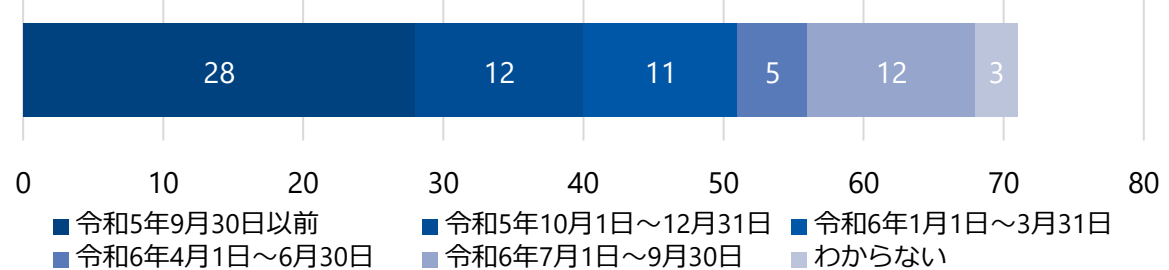


■ 受けたことがある ■ 受けたことがない

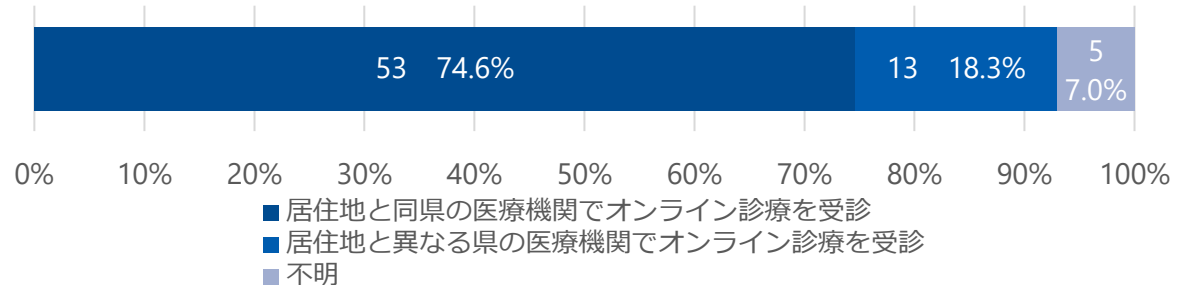
これまでにオンライン診療を受けた回数 (n=71)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=71)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=71)



情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

- 初・再診料等に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の医療機関分布は、以下のとおり。
- 初診料のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は262施設（18.6%）であり、5割を超える医療機関は76施設（5.4%）であった。

（医療機関数）



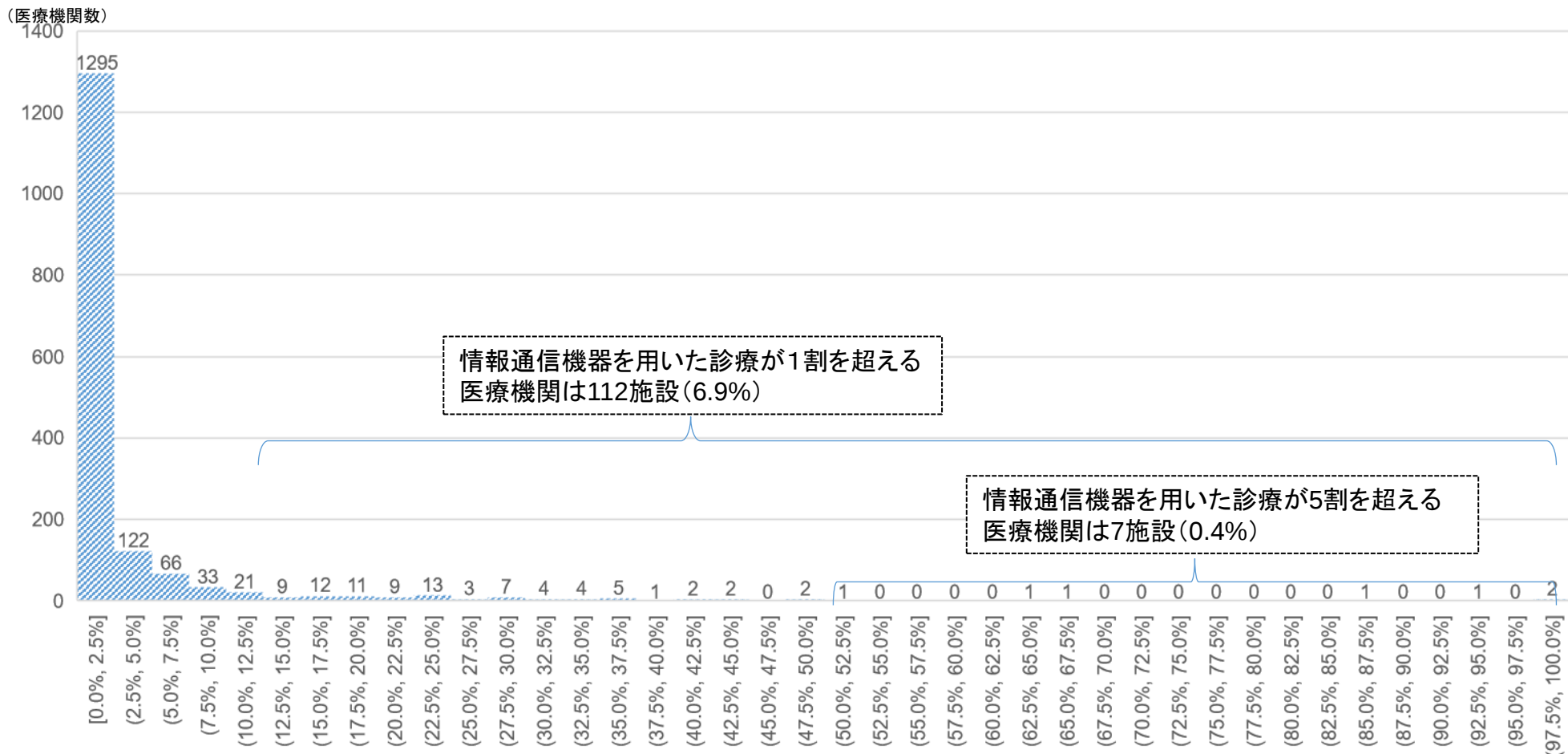
※ 情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料（以下「初診料等」とする。）を算定した1,405施設、3,876施設、107施設を対象に、初診料等全体に占める情報通信機器を用いた診療の割合を算出。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

診調組 入-1
5 . 6 . 8

- 外来診療に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の分布は、以下のとおり。
- 全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は112施設(6.9%)であり、5割を超える医療機関は7施設(0.4%)であった。



情報通信機器を用いた初診・再診・外来診療料を算定した1628医療機関を対象
初診・再診・外来診療料に占める情報通信機器を用いた初診・再診・外来診療料の割合を算出

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名(対面診療の割合5割未満)

○対面診療の割合が5割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の5割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。傷病名としては初診では急性上気道炎が24.3%、再診料・外来診療料では適応障害が22.2%と最多であった。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数		100.0%
1	急性上気道炎	10,497	24.3%
2	COVID-19	3,117	7.2%
3	適応障害	2,965	6.9%
4	手足口病	1,921	4.5%
5	急性胃腸炎	1,220	2.8%
6	急性気管支炎	1,066	2.5%
7	急性咽頭炎	990	2.3%
8	尋常性ざ瘡	967	2.2%
9	感冒	869	2.0%
10	じんま疹	770	1.8%
11	気管支喘息	748	1.7%
12	多汗症	739	1.7%
13	湿疹	701	1.6%
14	アトピー性皮膚炎	628	1.5%
15	不眠症	596	1.4%
16	口唇ヘルペス	532	1.2%
17	うつ状態	488	1.1%
18	膀胱炎	476	1.1%
19	うつ病	469	1.1%
20	アレルギー性鼻炎	423	1.0%

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	適応障害	7,496	22.2%
2	うつ病	2,083	6.2%
3	不眠症	1,952	5.8%
4	うつ状態	1,533	4.5%
5	急性上気道炎	1,197	3.6%
6	高血圧症	1,119	3.3%
7	尋常性ざ瘡	1,011	3.0%
8	湿疹	913	2.7%
9	アトピー性皮膚炎	815	2.4%
10	アレルギー性鼻炎	772	2.3%
11	気管支喘息	744	2.2%
12	パニック障害	705	2.1%
13	不安神経症	690	2.0%
14	片頭痛	604	1.8%
15	多汗症	568	1.7%
16	皮脂欠乏症	468	1.4%
17	じんま疹	467	1.4%
18	スギ花粉症	441	1.3%
19	不安障害	420	1.2%
20	注意欠陥多動障害	380	1.1%

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名（対面診療の割合 5 割未満）

診調組 入 - 1
5 . 7 . 2 0

- 対面診療の割合が5割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の5割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。傷病名としては初診ではCOVID-19が37.9%、再診料・外来診療料では不眠症が39.7%と最多であった。

No.	初診料に係る傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	807	100.0%
1	COVID-19	306	37.9%
2	咽頭炎	268	33.2%
3	不眠症	165	20.4%
4	廃用症候群	134	16.6%
5	神経痛	111	13.8%
6	アレルギー性鼻炎	46	5.7%
7	腰痛症	36	4.5%
8	喘息性気管支炎	32	4.0%
9	頸肩腕症候群	32	4.0%
10	急性上気道炎	28	3.5%
11	湿疹	15	1.9%
12	気管支喘息	15	1.9%
13	皮脂欠乏症	15	1.9%
14	睡眠時無呼吸症候群	15	1.9%
15	胃炎	12	1.5%
16	便秘症	10	1.2%
17	急性胃腸炎	8	1.0%
18	虫刺性皮膚炎	7	0.9%
19	肩関節炎	6	0.7%
20	皮膚そう痒症	6	0.7%
21	浮腫	5	0.6%
22	慢性便秘	5	0.6%
23	咽頭喉頭炎	5	0.6%
24	更年期症候群	5	0.6%
25	変形性膝関節症	4	0.5%

No.	再診料・外来診療料に係る傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数	973	100.0%
1	不眠症	386	39.7%
2	アレルギー性鼻炎	296	30.4%
3	高血圧症	239	24.6%
4	気管支喘息	229	23.5%
5	高コレステロール血症	184	18.9%
6	急性胃炎	156	16.0%
7	変形性腰椎症	149	15.3%
8	COVID-19	143	14.7%
9	2型糖尿病	139	14.3%
10	便秘症	135	13.9%
11	慢性胃炎	133	13.7%
12	頸肩腕症候群	123	12.6%
13	糖尿病	115	11.8%
14	逆流性食道炎	112	11.5%
15	胃炎	101	10.4%
16	アトピー性皮膚炎	90	9.2%
17	高脂血症	87	8.9%
18	アレルギー性結膜炎	86	8.8%
19	変形性膝関節症	83	8.5%
20	浮腫	83	8.5%
21	神経症	79	8.1%
22	低酸素血症	77	7.9%
23	皮脂欠乏症	70	7.2%
24	慢性心不全	65	6.7%
25	急性上気道炎	60	6.2%

(参考) オンライン診療で初診から診断書を発行可能としている医療機関

北海道 から 沖縄 まで
全国どこでも
初診から
オンライン診療での対応！



プライバシーも安心！
オンラインでの診療

主に休職・復職相談に特化し、
全国からオンラインで受診できる初めてのクリニックです。
診断書、傷病手当金申請書、就労可否証明書
すべての書類の作成が可能！
また、休職の診断書はPDFデータで即日受取可能です。

LINE で診断書がもらえる

オンライン診療対応のメンタルクリニック

スマホでかんたん！ 診断書がもらえる
スマホ で診療が受けられる
メンタルクリニック

心療内科 精神科

通院不要
スマホで完結

診断書の
即日発行可能

24時間 LINE
予約可能

休職の
相談

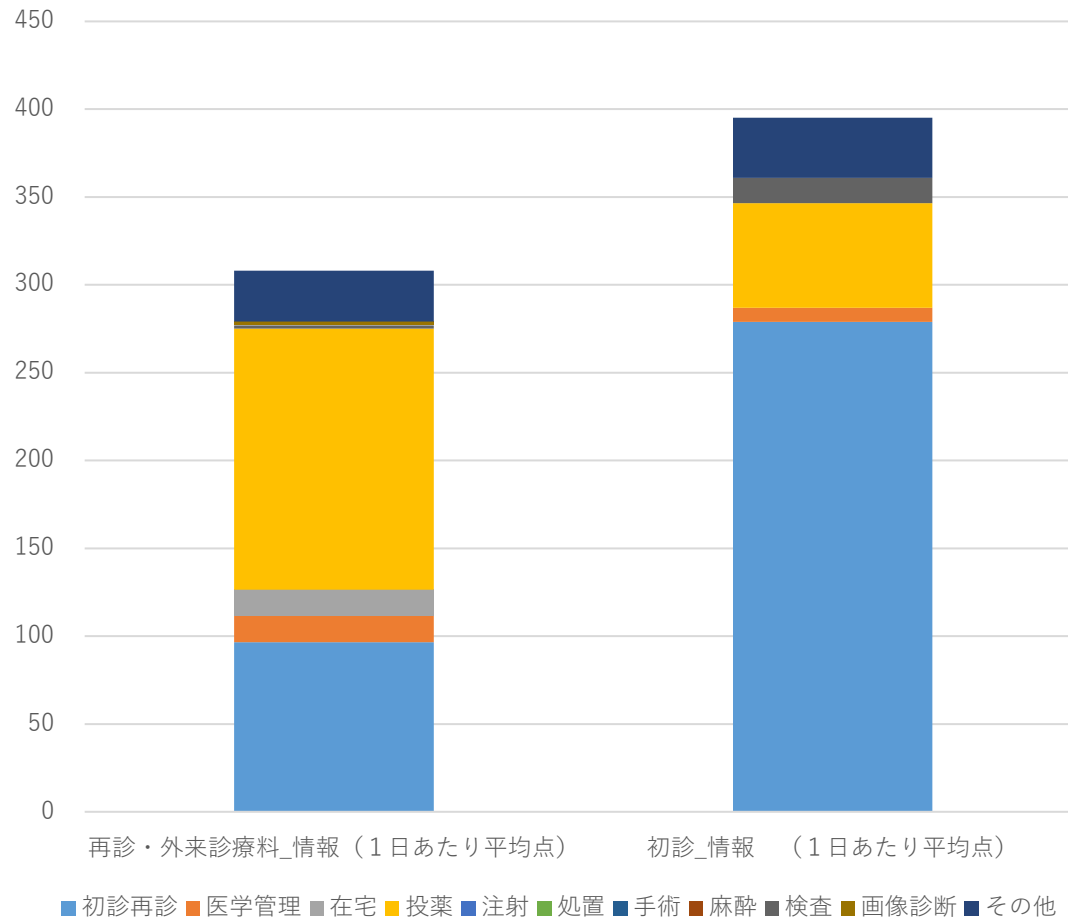
※当院は、休職相談をメインとしたクリニックです。
※医師の診察により、診断書の発行ができない場合もあります。

不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

中医協 総 - 4
5. 11. 8

- 不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。投薬が一定の割合を占めていた。
- 情報通信機器を用いた診療日において、初診から向精神薬が処方されている実態があった。

「不眠症」を主傷病とする患者に対し、「情報通信機器を用いた初診料」あるいは「情報通信機器を用いた再診料・外来診療料」を算定した日における、各診療区分毎の診療費の平均値(令和4年12月診療分)



「不眠症」を主傷病とする患者に対し、情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料を算定した日における向精神薬の処方回数(処方料のみ、令和4年10～12月診療分)

再診・外来診療料

成分名	算定回数
ブロチゾラム	68
ゾピクロン	30
ゾルピデム酒石酸塩	602
アルプラゾラム	120
トリアゾラム	37
フルニトラゼパム	86
エチゾラム	80

初診

成分名	算定回数
トリアゾラム	28

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

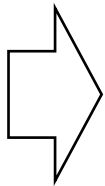
情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、情報通信機器を用いた診療の初診の場合には、向精神薬を処方しないことをウェブサイト等に掲示していることを追加する。

現行

【情報通信機器を用いた診療】
【施設基準】

- 第1 情報通信機器を用いた診療
1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。
ア～ウ (略)
(新設)



改定後

【情報通信機器を用いた診療】
【施設基準】

- 第1 情報通信機器を用いた診療
1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。
ア～ウ (略)
エ 情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイト等に掲示していること。

(参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針 (平成30年3月 (令和5年3月一部改訂))

(5)薬剤 処方・管理

②最低限遵守する事項

- i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。
ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。
- ・ 麻薬及び向精神薬の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方
- また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。
- ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

(参考) D to P の事例② (医学管理等)



事例13

井上病院

所在地 長崎県長崎市

事例のポイント

- 病状が安定しておりCPAP治療を行っている睡眠時無呼吸症候群の患者、過眠症患者や生活習慣病患者などに対して、自覚症状や睡眠時刻、服薬状況などをアプリ上で確認しながらオンライン診療を実施
- 患者の家族等にオンライン診療支援者（サポーター）として協力を依頼し、オンライン診療前の接続確認等を行うことで円滑に実施

医療機関の概要

設立主体	社会医療法人
病床数	112床
診療科	消化器内科、総合内科、呼吸器内科、循環器内科、腎臓内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、皮膚科
職員数	医師26人、看護職員131人、事務スタッフ52人

遠隔医療の実施状況

開始時期	2020年5月
診療科	呼吸器内科
対象患者	睡眠時無呼吸症候群の患者(※)、生活習慣病を有する患者、過眠症患者等(※) 2023年5月8日以降対面診療に移行
患者数	90人(2023年4月)

1 オンライン診療の導入の経緯

新型コロナウイルス感染症流行下において、患者の受診控え、外来患者数の制限、緊急性のない検査の延期、長期処方、電話再診による医療の質の低下への懸念等があった。

新型コロナウイルス感染症流行下では、院内滞在時間の短縮、生活情報を活用した質の高い医療の提供、病診連携の強化が求められ、症状・データのモニタリングを活用しながらのオンライン診療、病院におけるチーム医療促進、地域医療情報ネットワークの活用が求められた。

2015年より遠隔CPAPモニタリングを開始していた素地もあり、定期受診が必要なCPAP患者や、データをもとにした生活習慣病の指導等はオンライン診療が向いていると考え、導入に至った。

2 オンライン診療の導入までの流れ

オンライン診療システムの選定については、長崎県においては地域医療連携ネットワーク（あじさいネット）と特定のオンライン診療システムが連携しており、電子カルテ端末からオンライン診療を行うことが可能であったため、当該システムを選定した。

オンライン診療時のPCの接続等は医師事務作業補助者が実施することとした。

小児や高齢者患者の家族等をオンライン診療支援者（サポーター）として、オンライン診療時の通話接続等のサポートを依頼することとした。

対象患者

オンライン診療導入当初の対象患者は、睡眠時無呼吸症候群患者、生活習慣病を有する患者、過眠症患者、慢性閉塞性肺疾患患者などとした。

現在は「睡眠・覚醒障害」が疑われる患者の初診をオンライン診療で実施したり、過眠症患者に対して対面診療の合間にオンライン診療を活用するなど組み合わせて実施している。

3 オンライン診療の実施の流れ

予約	● 対面診療時に患者がオンライン診療アプリをインストールし、アプリ上で予約。 ● 患者家族等のサポーターと、医師事務作業補助者が事前の通信テストを実施。 ● 生活習慣病を有する患者の場合は、患者がアプリ上に体重・血圧・食事の画像等の情報を記録。過眠症患者の場合は、患者が眠気などの自覚症状・睡眠時刻・服薬状況などをアプリ上で記録。
診療	● 医師事務作業補助者がPC等接続。診療中も医師の隣で電子カルテに代行入力。 ● アプリ上にアップロードされた患者の画像や記録等を確認しながら、医師がオンライン診療を実施。 ● 過眠症患者で中枢神経覚醒薬を服用すれば社会生活をスムーズに送れるような患者に対しては、月1回程度オンライン診療を実施し状況確認するとともに、必要に応じて対面診療を実施。
支払い	● クレジットカード決済、銀行振込、インターネットバンキング、または次回対面診療時に窓口で支払い。
処方箋・処方箋の受け渡し	● 医師事務作業補助者が患者の希望する薬局に処方箋をFAX送付するとともに原本を送付。

4 オンライン診療を実施する際の課題と工夫点等

システムにうまく接続できない患者はオンライン診療を継続しなくなるため、患者家族等をオンライン診療支援者（サポーター）として選定し、診療10分前などにサポーターと医師事務作業補助者の間で通信テストを実施している。

5 オンライン診療の効果と今後の展望

把握した効果等

新型コロナウイルス感染症流行下において井上病院からオンライン診療で継続的なフォローを受けたCPAPユーザーに対して、2021年と2023年に実態調査を実施した。

医師とのコミュニケーション、アプリの操作、通信費、待ち時間、満足感、受診間隔などの項目においてオンライン診療について高評価が得られた。一度オンライン診療の有用性を感じた患者は恒久的にオンライン診療が使用できることを希望している。また、対面診療からオンライン診療に変わったこと、CPAPの月あたりの使用日数や4時間以上の使用率など、CPAPアドヒアランスの低下は見られなかった。

今後の展望

あじさいネットを活用するとD to P with Dなどのオンライン診療で、電子カルテや問診データを供覧しながらオンライン診療を行うことも可能である。あじさいネットには現在医療機関が参加しているが、介護施設も紐づけ、患者の食事の写真・情報登録も可能になれば、オンライン診療システムを用いて施設入居者の遠隔モニタリングが可能になると考える。

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

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

- ・ ウイルス疾患指導料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料
- ・ がん患者指導管理料
- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 移植後患者指導管理料

- ・ 腎代替療法指導管理料
- ・ 乳幼児育児栄養指導料
- ・ 療養・就労両立支援指導料
- ・ がん治療連携計画策定料2
- ・ 外来がん患者在宅連携指導料
- ・ 肝炎インターフェロン治療計画料
- ・ 薬剤総合評価調整管理料

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

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

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

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

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

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

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

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

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設

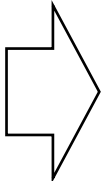
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における 情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設

- 情報通信機器を用いた診療における閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸（CPAP）療法を実施する際の基準を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理について、新たな評価を行う。

現行

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】
[算定要件]
(新設)

[施設基準]
(新設)



改定後

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】
[算定要件]
注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、2の所定点数に代えて、218点を算定する。

[施設基準]
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

情報通信機器を用いた診療による医学管理料の算定状況

- 情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数は以下のとおり。
- 令和 6 年度改定前から算定可能な医学管理料の多くで増加傾向であり、令和 4 年度改定により算定可能な医学管理料では乳幼児育児栄養指導料が3,535回、令和 6 年度改定により算定可能な医学管理料では、生活習慣病管理料 2 が4,612回で最多であった。

		R2	R3	R4	R5	R6（7月診療分）
令和 4 年度改定前 から算定可能な 医学管理料	特定疾患療養管理料	1,138	384	4,603	6,821	7,822
	小児科療養指導料	6	3	26	75	28
	てんかん指導料	54	33	173	186	351
	難病外来指導管理料	119	49	378	465	396
	糖尿病透析予防指導管理料	0	0	1	1	0
令和 4 年度改定 から算定可能な 医学管理料	ウイルス疾患指導料			5	9	9
	皮膚科特定疾患指導管理料			277	750	1,901
	小児悪性腫瘍患者指導管理料			0	0	4
	がん性疼痛緩和指導管理料			2	6	22
	がん患者指導管理料			6	1	2
	外来緩和ケア管理料			0	0	1
	移植後患者指導管理料			1	11	10
	腎代替療法指導管理料			0	0	0
	乳幼児育児栄養指導料			72	1,660	3,535
	療養・就労両立支援指導料			0	1	0
	がん治療連携計画策定料 2			0	0	0
	外来がん患者在宅連携指導料			1	0	1
	肝炎インターフェロン治療計画料			0	0	0
	薬剤総合評価調整管理料			0	0	1
令和 6 年度改定 から算定可能な 医学管理料	慢性腎臓病透析予防指導管理料					0
	生活習慣病管理料 2					4,612
	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料					1,975
	医療的ケア児（者）入院前支援加算					0

(参考) D to P の事例③ (訪問診療)

事例15



キラメキテラスヘルスケアホスピタル ・加治木温泉病院

所在地 鹿児島県始良市

事例の ポイント

- 法人事務局遠隔医療推進室がオンライン診療の実施の流れなどの説明資料を作成し、院内で医師向けなどの説明を実施
- 在宅施設への訪問診療を一部オンラインで実施し状況確認

医療機関の概要		遠隔医療の実施状況	
設立主体	医療法人	開始時期	2021年1月
病床数	198床（キラメキテラスヘルスケアホスピタル） 290床（加治木温泉病院）	診療科	内科・泌尿器科（キラメキテラスヘルスケアホスピタル） 内科（加治木温泉病院）
診療科	内科、腎臓科（人工透析）、呼吸器科、消化器科、循環器科、呼吸器科、糖尿病科、脳神経科、心臓科、泌尿器科、皮膚科、リハビリテーション科、整形外科（キラメキテラスヘルスケアホスピタル） 内科、腎臓科（人工透析）、リハビリテーション科、整形外科、脳神経科、脳神経外科、消化器科、消化器外科、外科、肝臓科、循環器科、糖尿病科、耳鼻咽喉科・口腔顎顔外科、皮膚科、泌尿器科、心臓科、歯科（加治木温泉病院）	対象患者	再診患者（定期投薬等検査の必要性の低い患者）（キラメキテラスヘルスケアホスピタル） 関連在宅施設において訪問診療を利用されている方（加治木温泉病院）
職員数	医師15人、看護職員102人、事務スタッフ33人（キラメキテラスヘルスケアホスピタル） 医師14人、看護職員140人、事務スタッフ32人（加治木温泉病院）	患者数	8人（2023年12月） （キラメキテラスヘルスケアホスピタル、加治木温泉病院の合計）

1 オンライン診療等の導入の経緯

新型コロナウイルス感染症流行下などの緊急時及び平時の地域医療を維持していくにはオンライン診療が不可欠と考え検討を開始した。内科などの投薬中心の外來患者や訪問診療を実施している患者に対してオンライン診療を活用することとなり、2021年に法人内のキラメキテラスヘルスケアホスピタルにおいてオンライン診療の導入に至った。

2 オンライン診療の導入までの流れ

法人事務局遠隔医療推進室が複数のオンライン診療システム提供事業者と打合せを行い、主にシステム機能に関して情報収集した。収益のシミュレーションを行い、収益も考慮して初期費用が不要な現在のシステムを選定した。

遠隔医療推進室がオンライン診療の流れなどの院内向け資料を作成し、医師や事務スタッフなどに説明を行った。

対象患者

再診患者で、定期投薬による経過観察が可能な方、検査等が不要な方を対象にしている。初診患者を対象とするためには、患者側へのアプリインストールや電子カルテシステムの新規患者登録（本人確認）、予約管理の煩雑性など課題が多く残っている。一方、再診患者の場合は、アプリインストール時に事務スタッフのサポートのもとで実施ができること、検査不要等の判断がしやすいこと、電子カルテシステム上の患者情報にて診察時に次回予約日時の調整も可能である。よって、まずは再診患者のうち、定期投薬等の経過観察が可能、かつ検査等が不要な患者を対象としている。

関連在宅施設において訪問診療を利用されている入居者。

月に2回、関連の在宅施設への訪問診療を実施しているが、一部の入居者に対しては、うち1回をオンラインにて診療している。

3 オンライン診療の実施の流れ

予約	● 患者がオンライン診療システム上で予約、問診記入。 ● 事務スタッフが患者の予約内容を確認。 ● 看護師が問診結果を確認し、必要があれば電子カルテに転記。
診療	● 看護師がオンライン診療システムを操作し患者と接続。 ● 医師のオンライン診療中、看護師も立ち合い。 ● 訪問診療の患者は、医師から本人及び家族に説明し同意が得られた方に限り、月2回の定期往診のうち1回をオンライン診療に切り替え。
支払い	● オンライン診療システム上でクレジットカード決済。
処方箋・処方箋の受け渡し	● 院外処方の場合は、事務スタッフが患者の希望する薬局に処方箋をFAX送付するとともに原本を送付。 ● 院内処方の場合は、事務スタッフが薬を患者居宅に郵送。

4 オンライン診療を実施する際の課題と工夫点等

かかりつけ患者を対象に地域医療の一環としてオンライン診療に取り組んでいるが、患者にオンライン診療の案内をする中で、オンライン診療を知っている方が少ないと感じた。

そこで、法人主体で実施している地域の健康イベントに遠隔医療ブースを設置したところ、盛況だった。興味のある方は多く、地域で周知して広げていく必要性を感じた。

5 オンライン診療の効果と今後の展望

把握した効果等

オンライン診療は医師の負担、患者の負担を軽減していると感じる。より多くの方に効果を実感していただくため、数値で示していけたら良いと思っている。

今後の展望

電子聴診器自体は法人で有しているため、オンライン診療にも活用していきたい。

法人事務局と共同研究を進めているAMI株式会社が開発している“心疾患診断アシスト機能付き遠隔医療対応聴診器「超聴診器」”を起点としたオンライン診療サービス（D to P with N）を通じ、オンライン診療における心疾患のスクリーニング検査の実施等、更に質の高い遠隔医療の提供へ貢献していきたい。

地域中心の医療になっていく中で地域と医療をつなぐためオンライン診療を活用したい。地域とのつながりを増やしていきたい。

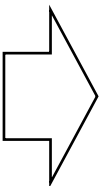
情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について①

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

- 在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせる実施した場合の評価を新設するとともに、オンライン在宅管理料を廃止する。
- 施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせる実施した場合の評価を新設する。

現行

【オンライン在宅管理料】
月1回以上の訪問診療を行っている場合に算定できる。



改定後

在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料についても同様）に**情報通信機器を用いた場合の評価**を設定
（例：機能強化型在支診・在支病（病床あり）の場合）
※ 機能強化型在支診・在支病（病床なし）、在支診・在支病、その他についても同様。

	1人	2～9人	10人～
①月2回以上訪問（重症患者）	5,400点	4,500点	2,880点
②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点
③（うち1回は 情報通信機器を用いた診療 ）	3,029点	1,685点	880点
④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点
⑤（うち2月目は 情報通信機器を用いた診療 ）	1,515点	843点	440点

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について②

※ 在宅療養支援診療所：在支診 在宅療養支援病院：在支病		機能強化型在支診・在支病（病床あり）			機能強化型在支診・在支病（病床なし）			在支診・在支病			その他		
在宅時医学総合管理料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
	①月2回以上訪問（重症患者）	5,400点	4,500点	2,880点	5,000点	4,140点	2,640点	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
	②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点	4,100点	2,200点	1,100点	3,700点	2,000点	1,000点	2,750点	1,475点	750点
	③（うち1回は情報通信機器を用いた診療）	3,029点	1,685点	880点	2,789点	1,565点	820点	2,569点	1,465点	780点	2,029点	1,180点	660点
	④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点	2,520点	1,380点	720点	2,300点	1,280点	680点	1,760点	995点	560点
	⑤（うち2月目は情報通信機器を用いた診療）	1,515点	843点	440点	1,395点	783点	410点	1,285点	733点	390点	1,015点	590点	330点
施設入居時等医学総合管理料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
	①月2回以上訪問（重症患者）	3,900点	3,240点	2,880点	3,600点	2,970点	2,640点	3,300点	2,700点	2,400点	2,450点	2,025点	1,800点
	②月2回以上訪問	3,200点	1,700点	1,200点	2,900点	1,550点	1,100点	2,600点	1,400点	1,000点	1,950点	1,025点	750点
	③（うち1回は情報通信機器を用いた診療）	2,249点	1,265点	880点	2,069点	1,175点	820点	1,909点	1,105点	780点	1,549点	910点	660点
	④月1回訪問	1,980点	1,080点	780点	1,800点	990点	720点	1,640点	920点	680点	1,280点	725点	560点
	⑤（うち2月目は情報通信機器を用いた診療）	1,125点	633点	440点	1,035点	588点	410点	955点	553点	390点	775点	455点	330点155

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し①

➤ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設するとともに、処方箋料の再編に伴い、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					在支診・在支病					その他				
	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
在宅時 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問 (難病等)	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③ (うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月1回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤ (うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③ (うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤ (うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

情報通信機器を用いた在宅管理等の算定状況

- 情報通信機器を用いた診療により算定可能な在宅管理等の算定回数は以下のとおりで、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料における総算定回数に占める情報通信機器を用いた診療の割合は、それぞれ0.038%、0.029%であった。
- 在宅自己注射指導管理料の算定回数は増加傾向。

情報通信機器を用いた在宅管理等の算定状況

		H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
在宅時 医学総合管理料	オンライン在宅管理料	4	36	73	47			
	機能強化型在支診・在支病（病床あり）					120	68	143
	機能強化型在支診・在支病（病床なし）					20	29	26
	在支診・在支病					26	35	130
	その他					7	4	25
施設入居時等 医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病（病床あり）					124	88	591
	機能強化型在支診・在支病（病床なし）					55	3	99
	在支診・在支病					16	35	166
	その他					22	30	53
在宅自己注射指導管理料				117	20	244	318	637

総算定回数に占める情報通信機器を用いた診療の割合

	R4	R5	R6
在宅時医学総合管理料	0.052%	0.038%	
施設入居時等医学総合管理料	0.043%	0.029%	

3. 情報通信機器を用いた診療について（その1）

3-1. 総論

3-2. D to P

3-3. D to P with D

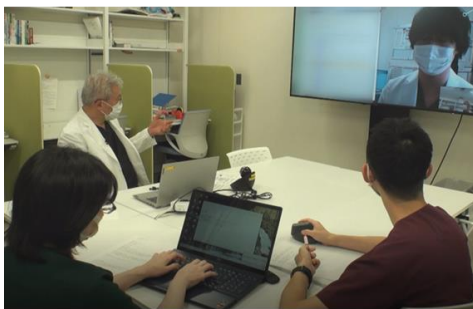
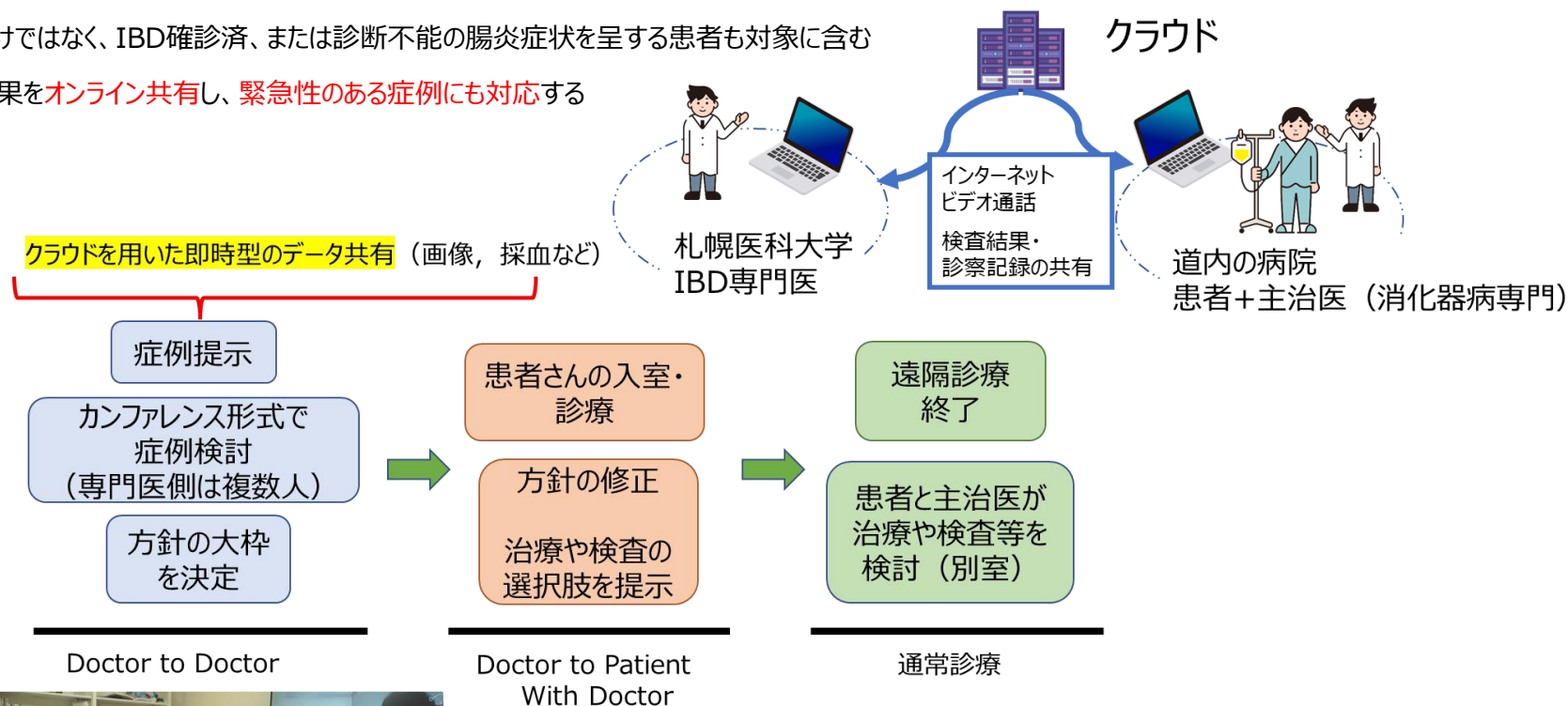
3-4. D to P with N

3-5. へき地等におけるオンライン診療

○ D to P with Dを炎症性腸疾患の診療に実践している事例がある。

【札幌医科大学のモデル診療体制の特徴】

- 札幌医科大学と、道内4病院をクラウドで接続し、炎症性腸疾患（IBD）の専門医療を提供する
- 対象患者：IBD疑いだけではなく、IBD確診済、または診断不能の腸炎症状を呈する患者も対象に含む
- 画像を含む各種検査結果をオンライン共有し、緊急性のある症例にも対応する



医療の均霑化につながっているとともに、
研修医のスキルアップに有効

診察前準備（事前提供の診療情報のチェック）：15-30分
D to Dのカンファレンス：10-15分
D to P with D：10-15分
専門施設側のカルテ記載処理等：10分
専門医1-2人体制で1診察あたり合計：45-70分

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

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

(新) 遠隔連携診療料 500点

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

[対象患者]

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

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院
- ・ てんかん診療拠点機関

[算定要件]

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

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意



主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う(初診も可)



知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

遠隔連携診療料の評価等の見直し

- 遠隔連携診療料の対象患者に、知的障害を有するてんかん患者が含まれることを明確化し、知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設する。

現行

【遠隔連携診療料】

500点

〔算定要件〕

注1 略
(新設)

〔施設基準〕

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

- イ (略)
- てんかん（外傷性のてんかんを含む。）の疑いがある患者



改定後

【遠隔連携診療料】

(改) 1 診断を目的とする場合 **750点**
(改) 2 その他の場合 **500点**

〔算定要件〕

- 注1 略
- 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的**として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

〔施設基準〕

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

- イ (略)
- てんかん（外傷性のてんかん及び**知的障害を有する者に係るもの**を含む。）の疑いがある患者

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

- 指定難病患者に対する治療について患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）が有効であることが示されたことを踏まえ、治療を目的とする場合の遠隔連携診療料の対象患者に、指定難病患者を追加する。

現行

【遠隔連携診療料】

【算定要件】

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、てんかんの治療を目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

【施設基準】

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

(1)・(2) (略)

(3) 遠隔連携診療料の注2に規定する対象患者
てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）

改定後

【遠隔連携診療料】

【算定要件】

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

【施設基準】

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

(1)・(2) (略)

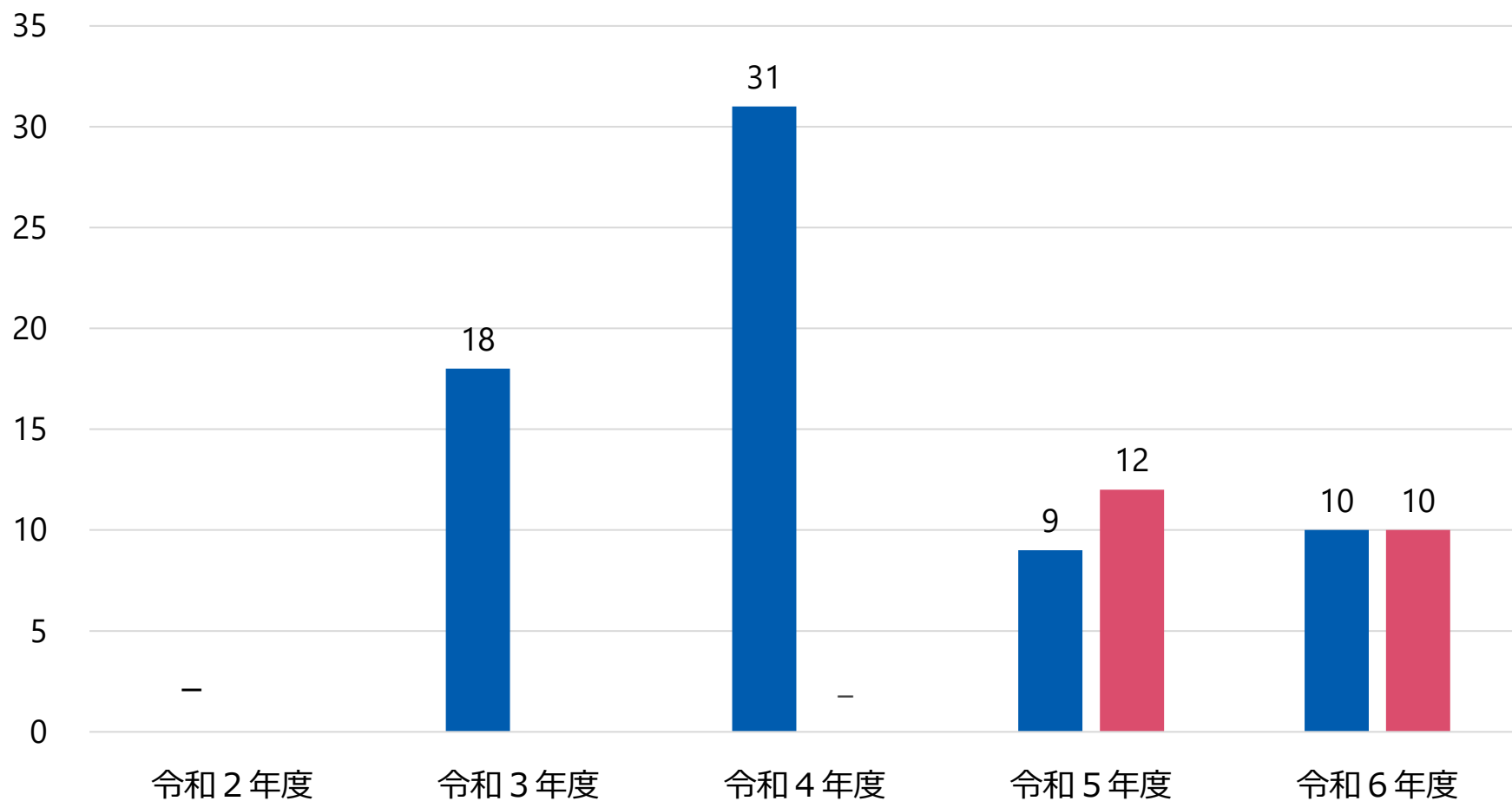
(3) 遠隔連携診療料の注2に規定する対象患者

イ てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）

ロ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者

遠隔連携診療料の算定回数

○ 遠隔連携診療料の算定回数は以下のとおり。



■ 遠隔連携診療料（診断を目的）

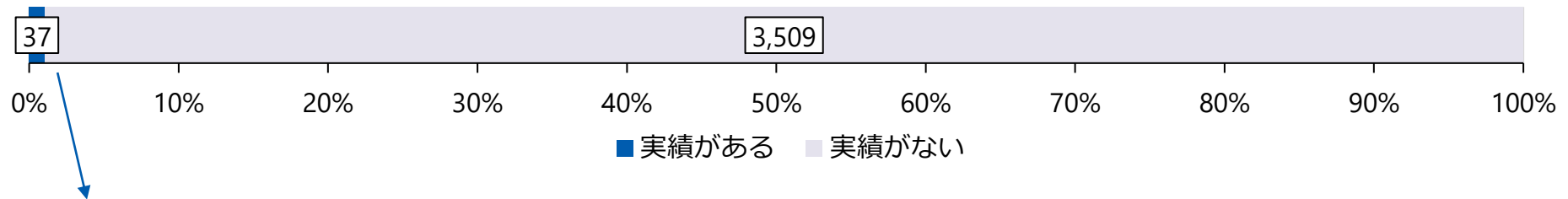
■ 遠隔連携診療料（その他）

（※）令和6年度は4月～11月まで

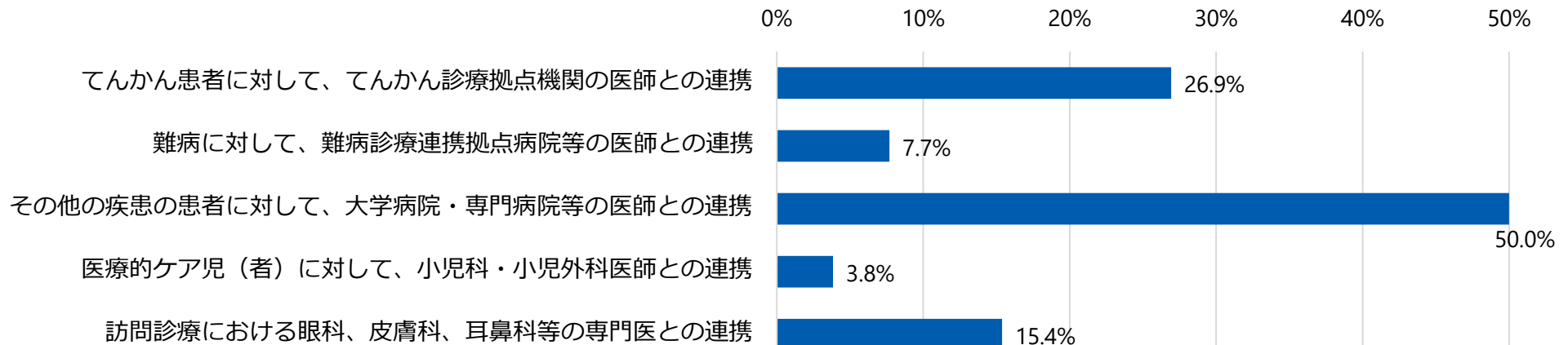
患者が医師という場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）の実施状況

- 過去1年間にD to P with Dによるオンライン診療を実施した医療機関は1.0%であった。
- 遠隔連携診療料を算定できる状況（てんかん患者、難病患者）以外でも医療的ケア児との連携や、訪問診療における眼科・皮膚科・耳鼻科等の専門医と連携している事例も見られた。

過去1年間において、患者が自院に来院したとき又は訪問診療を実施したときに、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、事前に診療情報提供を行った他の医療機関の医師と連携し、診療を行った実績（n=3,546）



連携を行った状況（n=26、複数回答）



その他の疾患：循環器疾患・呼吸器疾患の術後患者、先天性心疾患、皮膚疾患等

3. 情報通信機器を用いた診療について（その1）

3-1. 総論

3-2. D to P

3-3. D to P with D

3-4. D to P with N

3-5. へき地等におけるオンライン診療

(参考) D to P with Nの事例

Case9 鳥羽市立神島診療所

一基礎情報一

所在地 : 三重県鳥羽市神島 (人口 17,525 人) (参考 神島 309 人)

設立主体 : 公立 (鳥羽市)

病床数 : ー

医療機関種別 : 診療所

主な診療科 : 内科

勤務医師数

- 常勤医 : 1 名

- 非常勤医 : 0 名

利用システム : 専用システム

主な特徴

導入費用	運営費用	予約	ビデオ通話	決済
有	有	無	有	無



一導入経緯一

- 近隣地域のへき地診療所当たりの患者数が年々減少しているため、各へき地診療所に医師が常駐するよりも少ない医師で対応できるグループ診療の仕組みを 2020 年に取り入れた。
- グループ診療の仕組みにおいて、医師が島外の診療所に勤務している場合でも、島内の患者を診療できるよう、オンライン診療を導入することとした。また、島外でも患者の医療情報を参照するために、クラウド型の電子カルテシステムを併せて導入した。

一実施しているオンライン診療の特徴一

(利用方法)

- 週 4 回は島を訪れての対面診療を実施しており、オンライン診療は、それ以外の曜日や夜間・休日、船の欠航等により島を訪問できない日の代替手段として実施している。
- 島内に居住する看護師が常駐し、患者の来院に対応している。患者が診療所に来院し、診療所内に設置したデバイスを用いてオンライン診療を実施する。患者のほとんどが高齢者のため、オンライン診療を実施する際は看護師の補助が必須である。機会は少ないが、夜間・休日等に看護師が患者宅を訪問した上でオンライン診療を実施することもある。
- 初診からのオンライン診療は行っていない。

(利用する患者像)

- 患者は島内の居住者に限られており高齢者が多い。担当の医師はほとんどの島民と面識がある。
- どのような疾患であっても、希望があれば一度はオンライン診療に応じ、対面診療への切替えの

必要性については適宜医師が判断することとしている。

(職員や患者への理解促進)

- 離島という性質上、職員全員がオンライン診療の必要性、意義を理解している。通信機器の使用方法については、導入時にベンダーによる説明会を開催して理解を促進した。
- 日々の対面診療で患者との信頼関係を構築できている、高齢の患者もオンライン診療を受け入れている。通信機器の使用は看護師や事務職員が行うため、患者は不安なく利用できている。
- (処方箋・薬剤の受渡し方法)
- 島内に薬局がないため、患者に本土の薬局まで行ってもらうこともある。2022 年 12 月から一部薬剤について、本土の薬局からのオンライン服薬指導+患者宅への配送の運用を開始している。

(受診料の回収方法)

- 受診料については、患者が診療所に来院してオンライン診療を受けるため、その場で看護師又は事務職員へ支払う。夜間・休日等に看護師が患者宅へ訪問した上でオンライン診療を行う場合は、翌営業日に患者が診療所にて支払う仕組みとしている。

(その他の工夫)

- 在宅患者のベッド付近にバイタルアラートとスマートフォンを付けて、バイタル危険値が出た場合には、医師が所持する iPad に連絡が届く仕組みを利用している。



バイタルサインを測定する

スマートフォンのイメージ

一課題と解決策一

- 課題
- 市立の診療所であるため、導入するシステム等については、市役所担当職員との調整が必要となる。2017 年ごろから電子カルテやオンライン診療の導入を市役所と調整しているが、医療機関側の意向と合致せずに導入が困難であった。

- 解決
- 市役所担当職員と地域医療体制を検討する上で、継続的な議論を続け、電子カルテやオンライン診療の導入が実現。
- さらに、国土交通省「スマートアイランド推進実証調査」を活用して導入費用を確保し、導入に至ることができた。

一導入の効果一

(医療機関)

- クラウド型電子カルテと併用することで、医師が島外に居ながらにして、患者情報を閲覧できるとともに、即時に処方箋を交付できることで、オンライン診療時にも対面診療とほとんど変わらない対応が可能になった。

(患者)

- 情報基盤が拡充されたことにより、情報の面でも不安なく、画面越しに医師の顔を見ながら診療を受けられるようになり、継続的に適切に診療を受けることができるようになった。

オンライン診療の提供体制に関する事項 患者が看護師等という場合のオンライン診療

1. 考え方等

患者が看護師等という場合のオンライン診療（以下「D to P with N」という。）は、患者の同意の下、オンライン診療時に、患者は看護師等が側にいる状態で診療を受け、医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能になるもの。

D to P with Nにおいても、指針に定められた「最低限遵守すべき事項」等に則った診療を行うこと。

2. 実施可能な診療の補助行為

医師の指示による診療の補助行為の内容としては、「診療計画」及び訪問看護指示書に基づき、予測された範囲内において診療の補助行為を行うこと。

オンライン診療を行った際に、予測されていない新たな症状等が生じた場合において、医師が看護師等に対し、診断の補助となり得る追加的な検査を指示することは可能である。

3. 提供体制

D to P with Nを行う医師は、原則、訪問診療等を定期的に行っている医師であり、看護師等は同一医療機関の看護師等あるいは訪問看護の指示を受けた看護師等である。

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

- へき地医療において、患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with Nを実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

（新） 看護師等遠隔診療補助加算

50点

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

〔施設基準〕

次のいずれにも該当すること。

- (1) 「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。
- (2) 当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修な研修を修了した医師を配置していること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。



へき地診療所又はへき地医療拠点病院の医師



情報通信機器を用いた診療



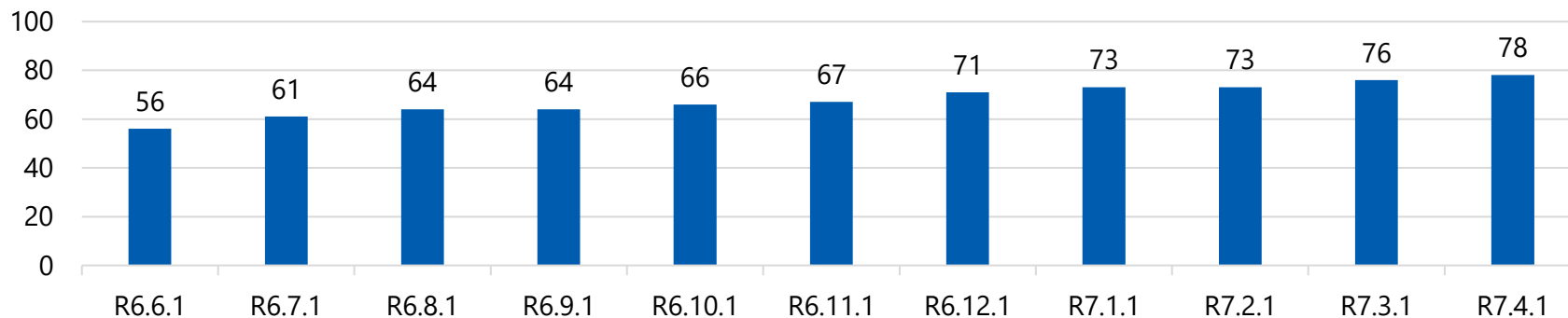
患者が看護師等という場合

看護師等遠隔診療補助加算

- 看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数、算定回数、研修受講者数は以下のとおり。
- 届出医療機関数は増加傾向、要件となっている研修も約4,000名が受講している。

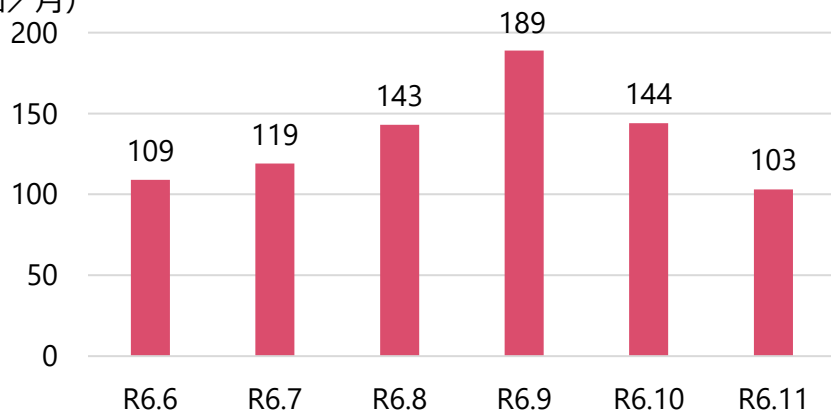
(届出医療機関数)

看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数

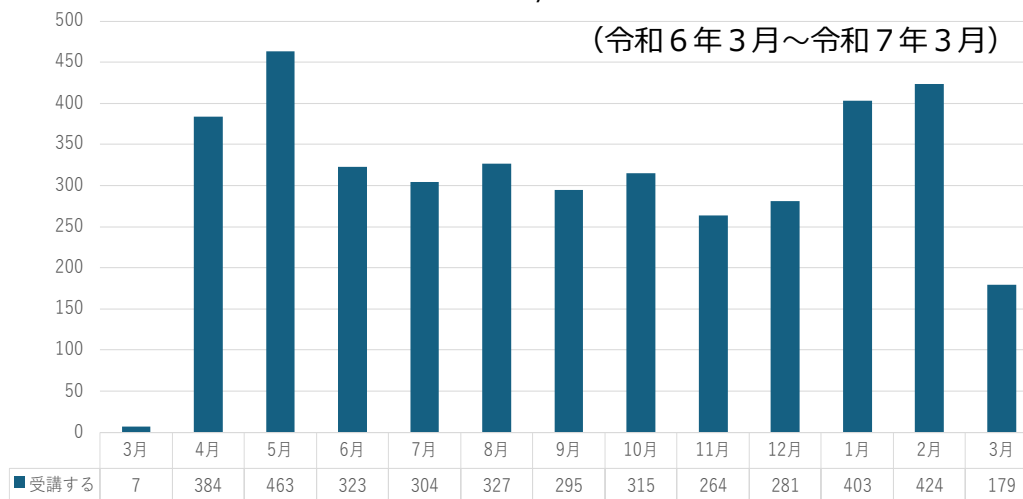


看護師等遠隔診療補助加算の月別算定回数

(回/月)



へき地における患者が看護師等という場合のオンライン診療に関する研修月別受講者数 3,969名 (2025年3月17日時点)



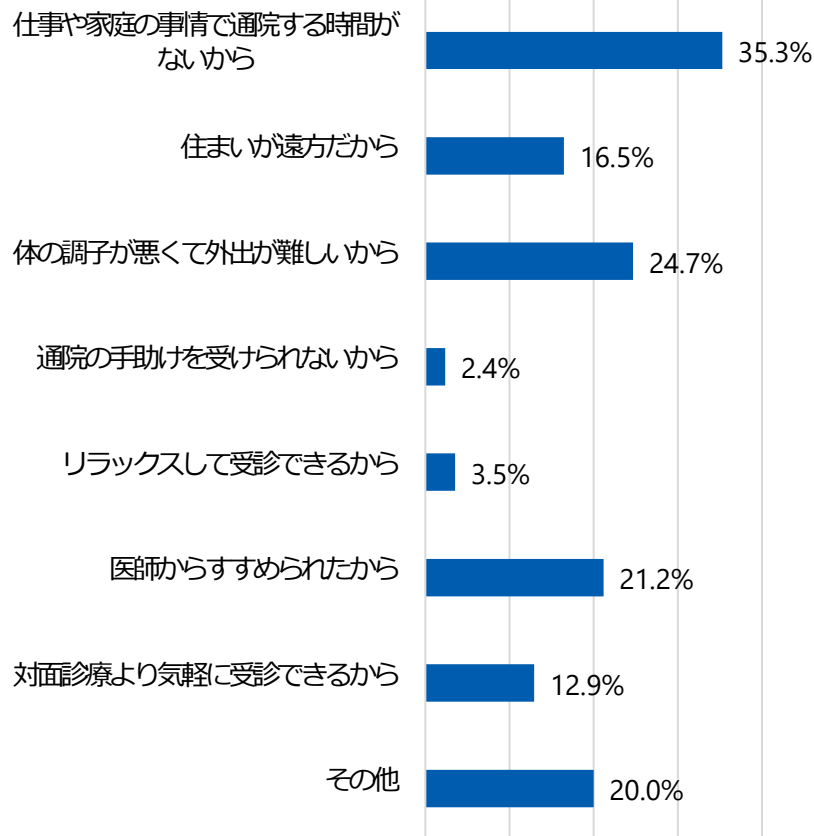
オンライン診療を受けた患者の状況等（患者調査）

診調組 入－1
7 . 5 . 2 2

- オンライン診療を受けた理由について、「通院する時間がない」「体の調子が悪く外出が難しい」が多かった。
- オンライン診療を受けた感想としては、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が45.3%、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が29.1%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は77.9%であった。

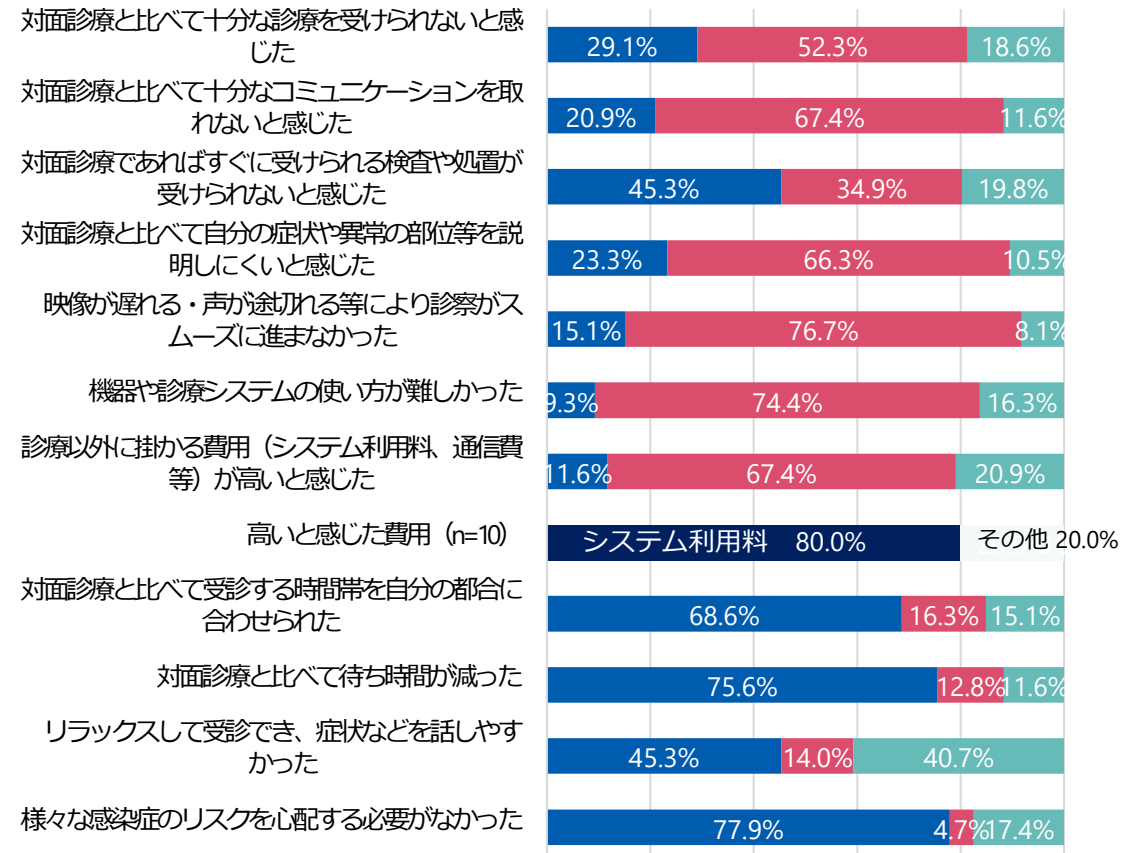
直近のオンライン診療を受けた理由（n=85）

0% 10% 20% 30% 40% 50%



オンライン診療を受けた際に感じたこと（n=86）

0% 20% 40% 60% 80% 100%



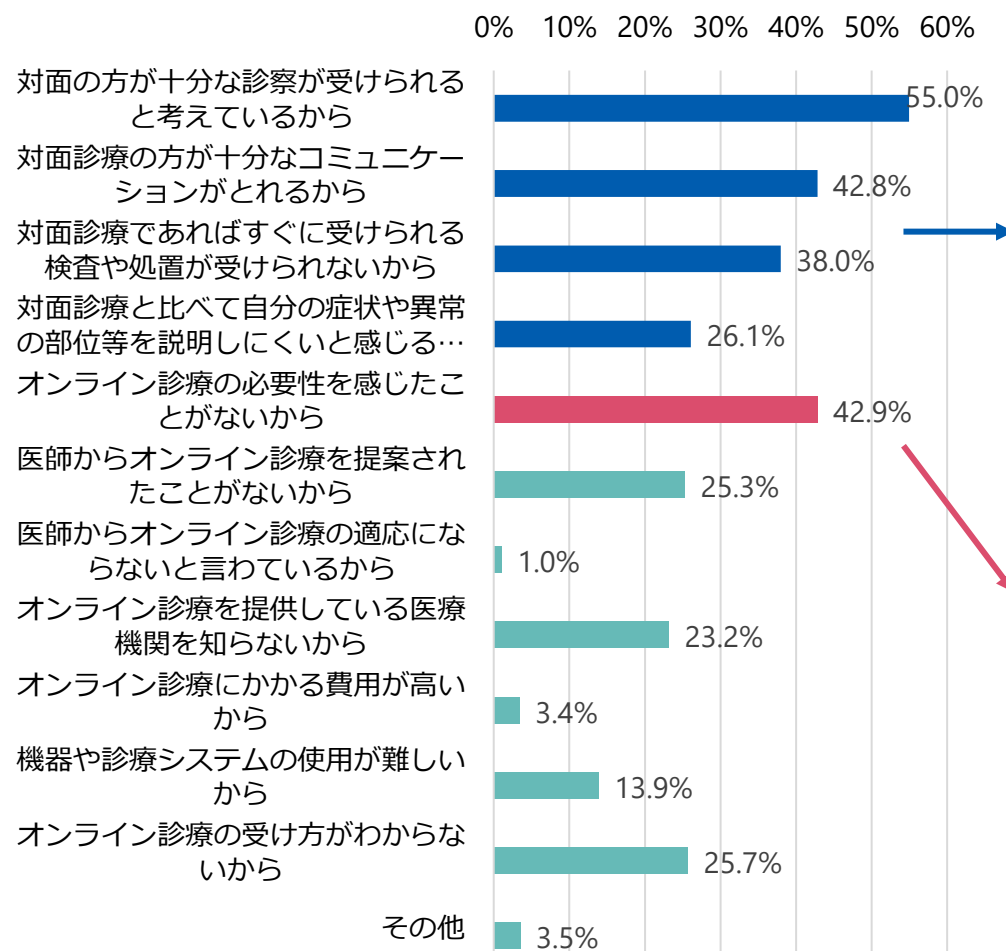
■ 1_そう思う ■ 2_そう思わない ■ 3_どちらでもない

オンライン診療を受けたことがない患者の状況等（患者調査）

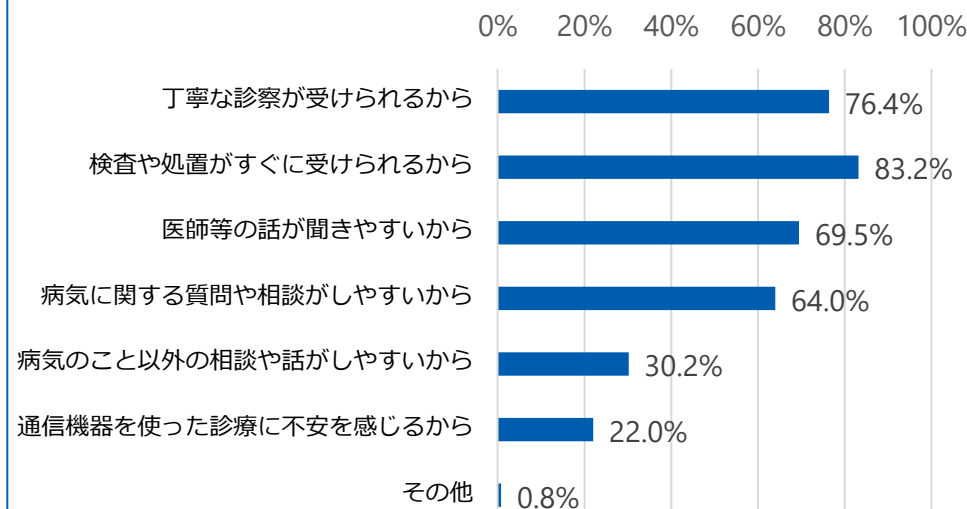
診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

- オンライン診療を受診したことがない患者における、受診したことがない理由については、「対面の方が十分な診察が受けられると考えているから」が55.0%で最多であった。
- オンライン診療より対面診療を希望する理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が83.2%で最多であった。

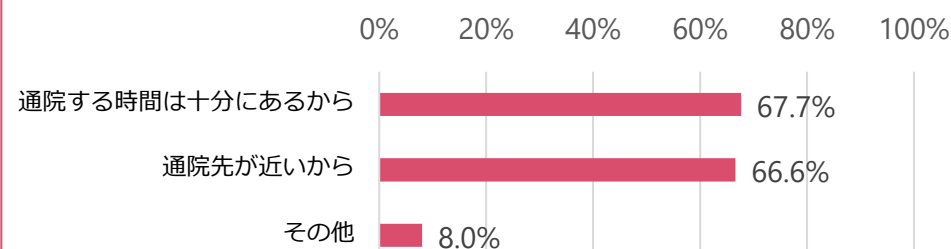
オンライン診療を受けたことがない理由
(n=2,342)



オンライン診療より対面診療を希望する理由 (n=1,474)



オンライン診療の必要性を感じたことがない理由
(n=949)



Ⅱ 実施事項

1. 地方創生

(3) 健康・医療・介護

No.1 地域におけるオンライン診療の更なる普及及び円滑化

C 厚生労働省は、オンライン診療に係る診療報酬上の評価について、以下の指摘があることを踏まえ、明確化や見直しの可否を検討し、必要に応じて所要の措置を講ずる。

- ・ 現行のオンライン診療指針上、D to P with N において医師の指示による点滴、注射、血液検査、尿検査等の診療の補助行為を看護師等が行うことは可能とされているが、当該補助行為に係る診療報酬の算定方法に不明確な部分がある。
- ・ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、関連学会の指針においてオンライン診療での疾病管理の有効性・安全性を担保するために、診断、症状の改善及びC P A P（持続的気道陽圧）の使用状況の確認ができるまでは対面診療を実施することとされていることを踏まえ、オンライン診療を行う場合であっても、対面診療を併せて実施することを前提とした算定要件となっており、外来栄養食事指導料については対面とオンラインを組み合わせた指導計画策定が算定要件とされている。一方でこれらの算定要件は、オンライン診療の特性を十分に活かした活用が進まない一因となっている。

3. 情報通信機器を用いた診療について（その1）

3-1. 総論

3-2. D to P

3-3. D to P with D

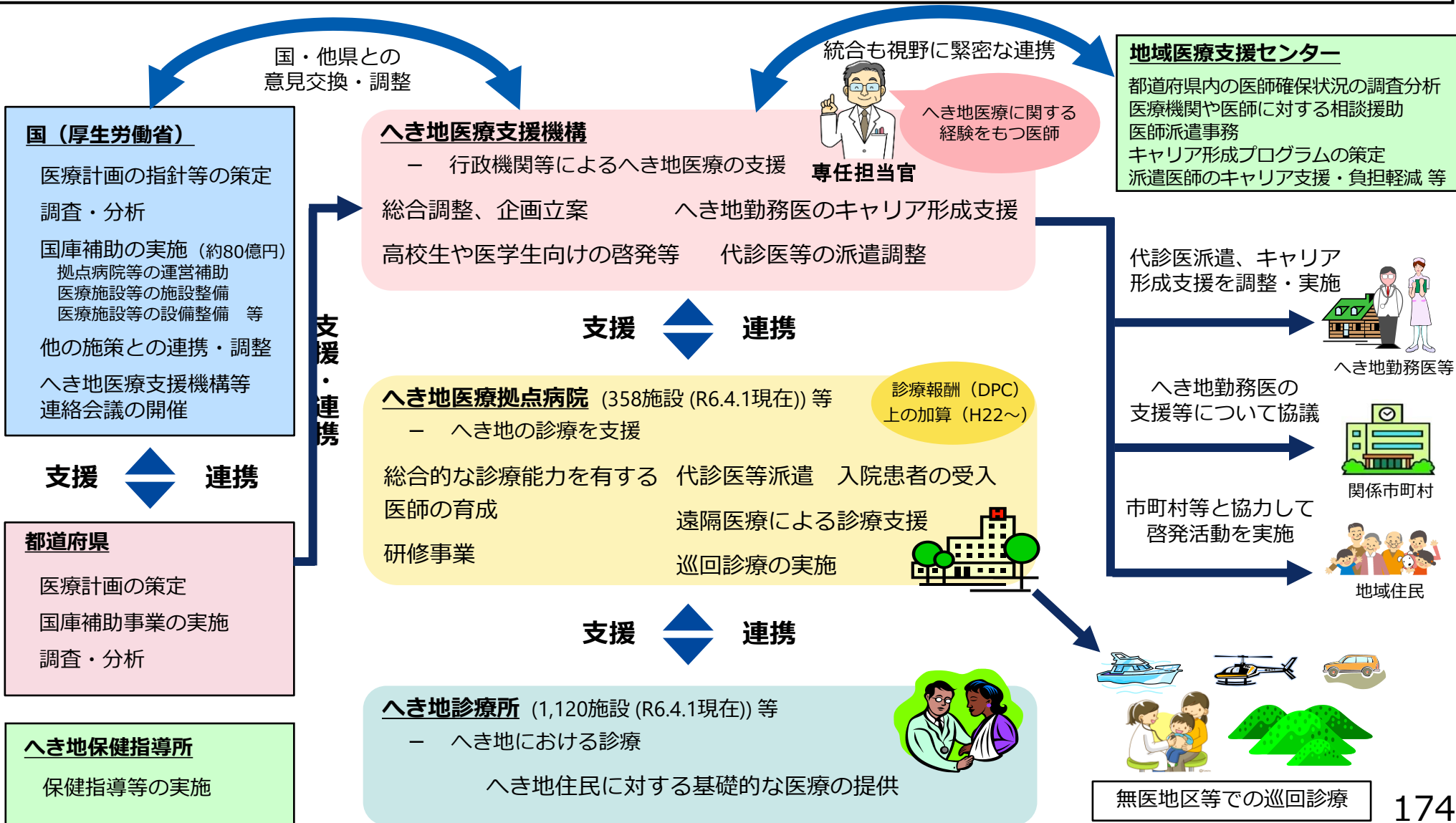
3-4. D to P with N

3-5. ヘキ地等におけるオンライン診療

へき地における医療の体系図

令和4年7月27日第11回
第8次医療計画等に関する検討会資料1一部改

- へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



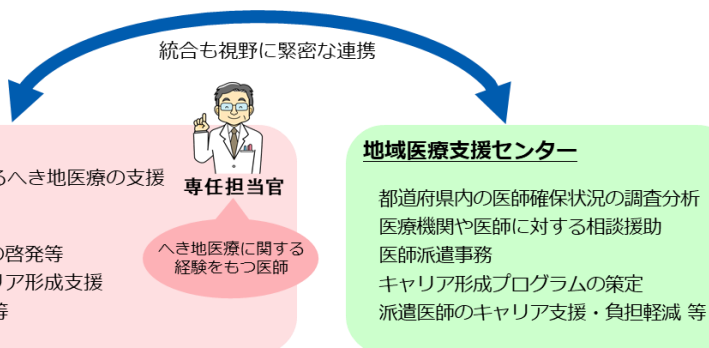
へき地の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- へき地における医師の確保については、引き続きへき地の医療計画と医師確保計画を連動して進める。
- へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行う。
- へき地医療拠点病院の主要3事業（へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、へき地の医療の確保を図るための取り組みを着実に進める。

へき地で勤務する医師の確保

- へき地医療支援機構は、医師確保計画とへき地の医療計画を連携させるために、地域枠医師等の派遣を計画する地域医療支援センターと引き続き緊密な連携や一体化を進めることとする。



へき地医療拠点病院の事業

【遠隔医療の活用】

- 都道府県においてオンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を行うよう、へき地の医療体制構築に係る指針で示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や、好事例の紹介等による技術的支援を行う。

【主要3事業の評価】

- オンライン診療を活用して行った巡回診療・代診医派遣についても、主要3事業の実績に含めることを明確化する。但し、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	253(72.1%)	286(81.5%)	89(25.4%)	147(41.9%)	50(14.2%)	121(34.5%)
未実施施設数	98(27.9%)	65(18.5%)	262(74.6%)	204(58.1%)	301(85.8%)	230(65.5%)
計	351※1					

※1 令和6年度見直し調査によるへき地医療拠点病院の数から、令和6年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績

令和4年7月27日第11回
第8次医療計画等に関
する検討会資料1一部改

- へき地医療拠点病院が特に取り組むこととされている事業であるへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼ぶ。
- また、主要3事業と、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔医療を合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 令和5年度に主要3事業の取組を年12回以上実施したへき地医療拠点病院は、全体の72.1%。

へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実施状況（令和5年度）

うち、オンライン診療を実施している医療機関は31病院（8.8%）

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	253(72.1%)	286(81.5%)	89(25.4%)	147(41.9%)	50(14.2%)	121(34.5%)
未実施施設数	98(27.9%)	65(18.5%)	262(74.6%)	204(58.1%)	301(85.8%)	230(65.5%)
計	351※1					

(参考) 令和4年度実績

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	245(70.6%)	280(80.7%)	89(25.6%)	141(40.6%)	47(13.5%)	111(32.0%)
未実施施設数	102(29.4%)	67(19.3%)	258(74.4%)	206(59.4%)	300(86.5%)	236(68.0%)
計	347※2					

※1 令和6年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、令和6年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。
※2 令和5年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、令和5年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

へき地医療におけるオンライン診療の活用状況

- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っているへき地医療拠点病院は83施設、へき地診療所は134施設。
- へき地拠点病院において、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関は7施設であり、実施した巡回診療のうちほとんどをオンライン診療で実施している医療機関もみられた。
- へき地診療所におけるオンライン診療について、受診者が患家にいる場合よりも診療所にいる場合の方が多い。

	施設数（※1）	情報通信機器を用いた診療の届出数（※2）
へき地医療拠点病院	358施設	83施設
へき地診療所	1,120施設（※3）	134施設

※1 令和6年4月1日時点
 ※2 令和7年4月1日時点、
 ※3 全体の施設数には歯科診療所を含む

○ へき地拠点病院

巡回診療を実施した医療機関のうち、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関数	7 / 98 (7.1%)
代診医派遣を実施した医療機関のうち、オンライン診療による代診医派遣を実施した医療機関数	0 / 100 (0%)
ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む	31 / 358 (8.7%)

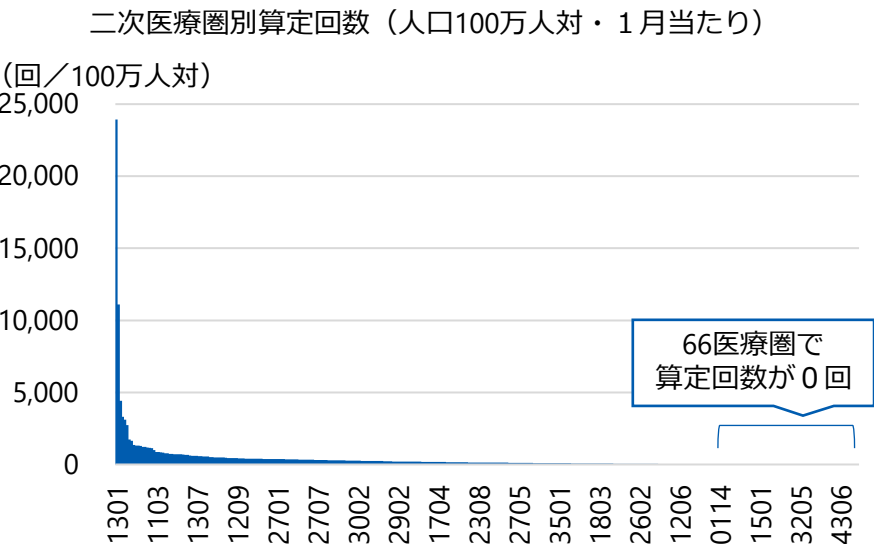
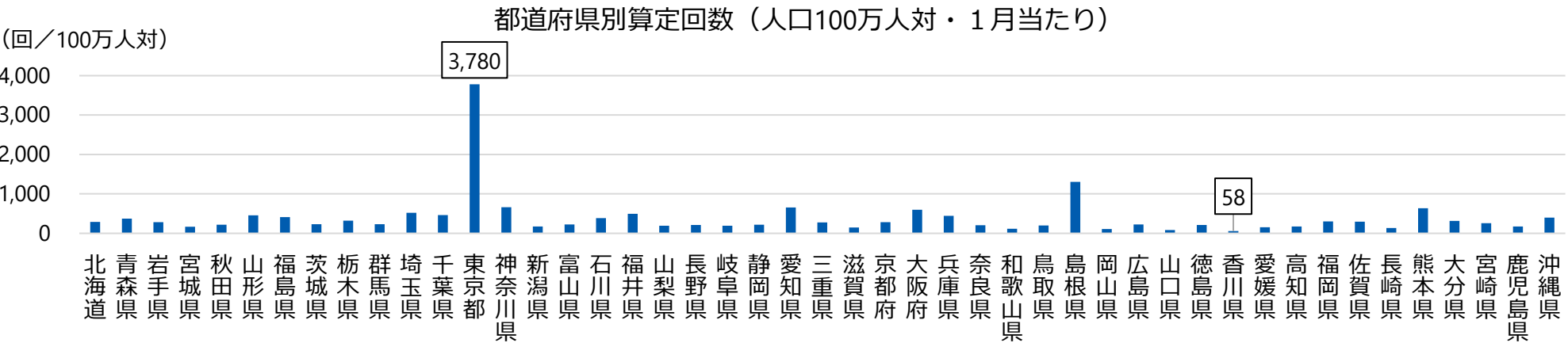
	延べ実施回数	延べ受診患者数
北部上北広域事務組合公立野辺地病院（青森県）	8 / 22 (36.4%)	37 / 91 (40.7%)
村上総合病院（新潟県）	153 / 155 (98.7%)	513 / 1,382 (37.1%)
長野県立木曽病院（長野県）	4 / 12 (33.3%)	4 / 12 (33.3%)
独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター（山口県）	12 / 24 (50.0%)	31 / 175 (17.7%)
山口県立総合医療センター（山口県）	4 / 98 (4.1%)	19 / 472 (4.0%)
小国公立病院（熊本県）	23 / 23 (100%)	12 / 12 (100%)
県立大島病院（鹿児島県）	10 / 51 (19.6%)	201 / 1,110 (18.1%)

○ へき地診療所

ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む	75 / 1,120 (6.7%)
上記医療機関におけるオンライン診療のうち受診者が患家にいるケースの件数	462件
上記医療機関におけるオンライン診療のうち受診者が診療所にいるケースの件数	3,604件

都道府県・二次医療圏別の情報通信機器を用いた診療の算定回数（医療機関住所地）

- 医療機関住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和5年4月～令和6年3月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で3,780回、最も少ない香川県で58回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約29,000回で最も多く、人口当たりの算定回数が上位5医療圏で総算定回数の5割を占めている。また、66医療圏で算定回数が0回であった。



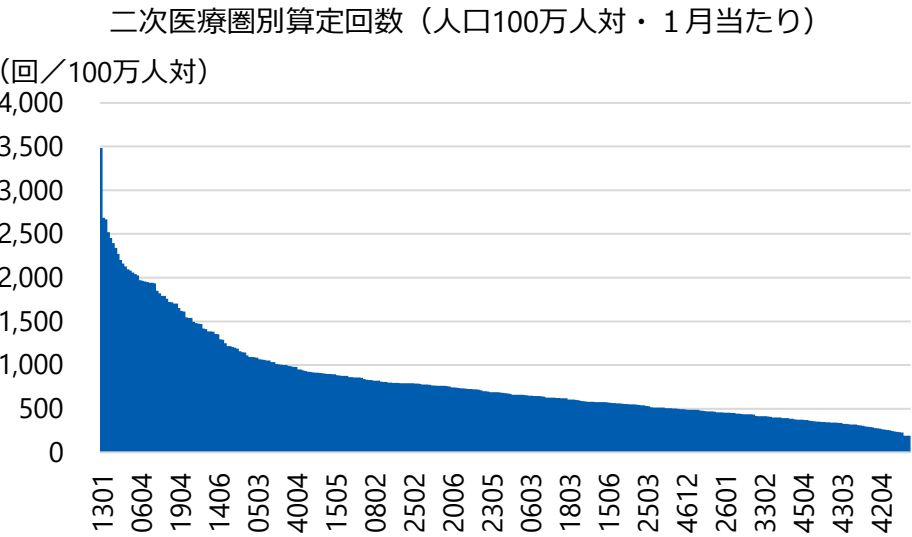
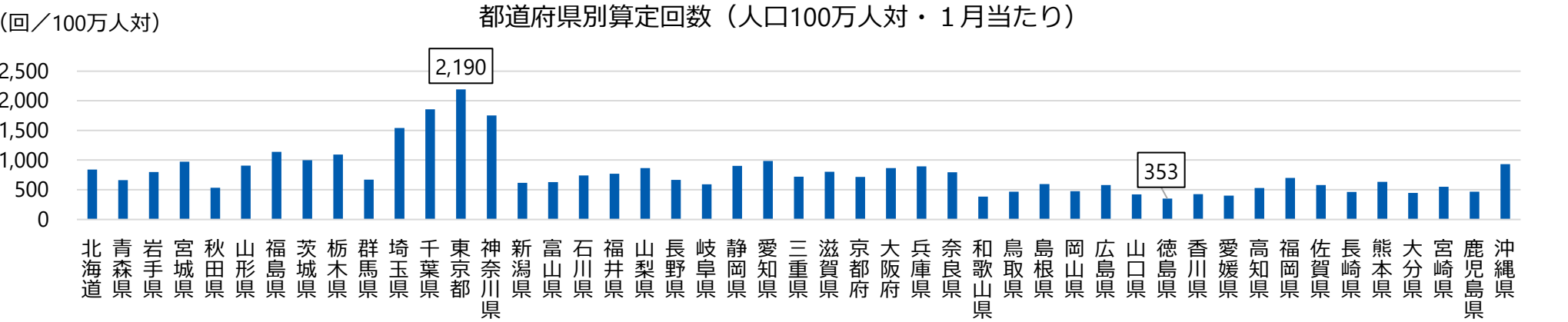
人口100万人対・1月当たりの
算定回数上位5医療圏

		算定回数 (人口100万人 対・1月当たり)	算定回数	総算定回数に 占める割合（累積）
1301	区中央部	23,915	284,715	24.7%
1304	区西部	11,104	173,265	39.8%
3203	出雲	4,411	9,002	40.6%
1306	区東北部	3,309	54,592	45.3%
1303	区西南部	3,121	55,409	50.1%

出典：令和5年度NDBオープンデータ初再診料（都道府県別算定回数、二次医療圏別算定回数）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

都道府県・二次医療圏別の情報通信機器を用いた診療の算定回数（患者住所地）

- 患者住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和6年9～11月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で2,190回、最も少ない徳島県で353回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約3,500回で最も多く、有田（和歌山県）が190回で最も少なかった。また、算定回数が0回の医療圏は無かった。



人口100万人対・1月当たりの
算定回数上位5医療圏

		算定回数 (人口100万人対・1月当たり)	算定回数
1301	区中央部	3,481	10,361
2201	賀茂	2,685	434
1303	区西南部	2,665	11,828
0121	根室	2,519	503
1313	島しよ	2,455	169

出典：NDBデータ（令和6年9～11月診療分）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

二次医療圏別の情報通信機器を用いた診療の算定回数（医療機関住所地）

- 医療機関住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口10万人当たりの算定回数について、大都市型の算定回数が最も多いが、その中でも東京都23区内での算定回数が特に多い。

人口10万人当たりの情報通信機器を用いた初・再診料等の算定回数（医療圏類型別）

	初診料	再診料	外来診療料	初・再診料等 全体	全国平均よりも 人口当たり算定回数が多い医療圏数
全国	377	536	21	934	—
大都市型	751	916	30	1,697	13／46（28.3%）
東京都（23区内）	3,343	2,825	140	6,308	6／7（85.7%）
東京都（23区外）	160	330	2	492	0／4（0%）
東京都以外	204	527	7	738	7／35（20.0%）
地方都市型	62	226	13	300	6／150（4.0%）
過疎地域型	49	146	7	202	5／137（3.6%）

<類型>

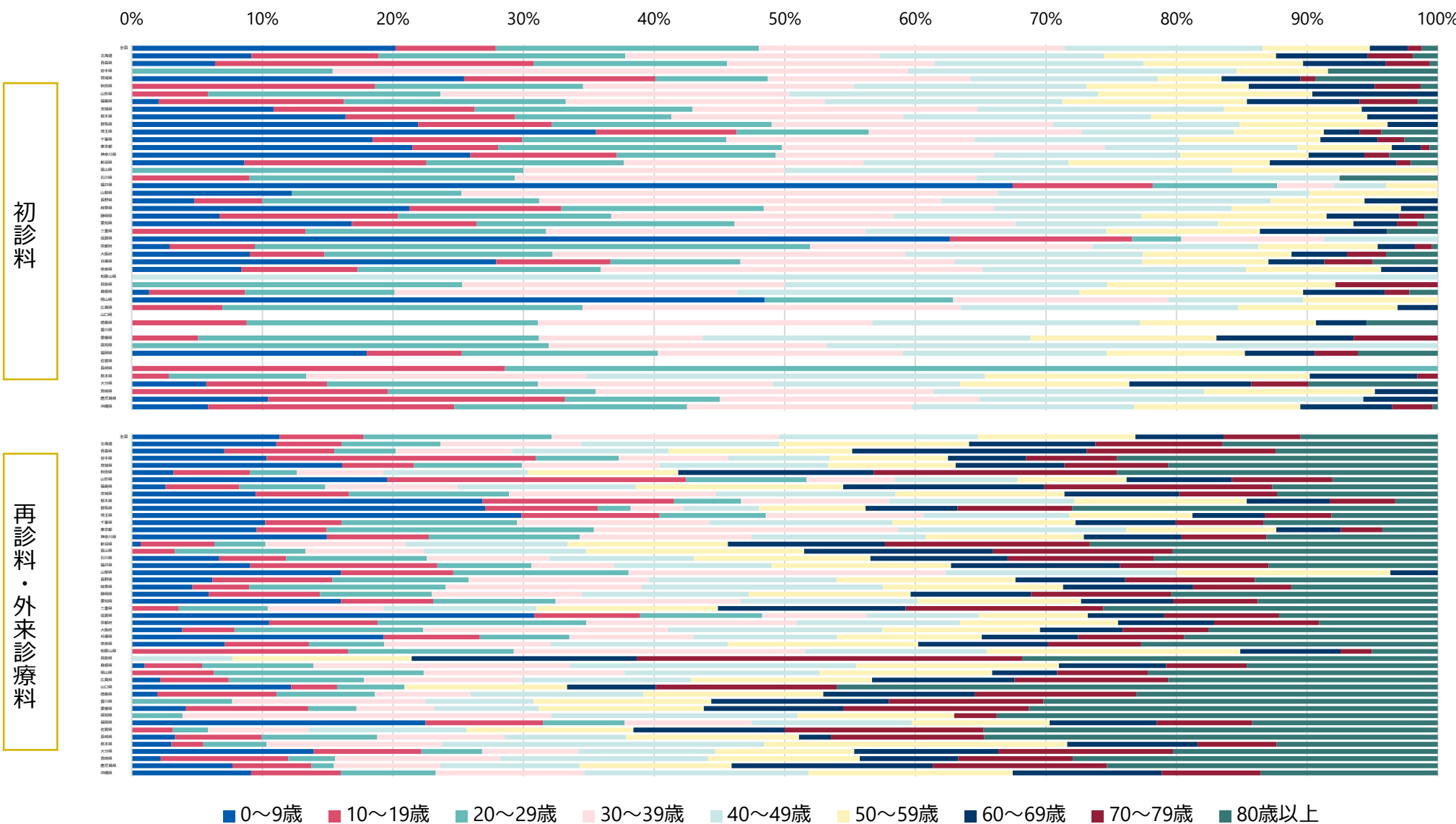
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上

地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上

過疎地域型：上記以外

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数の年齢分布（医療機関住所地別）

○ 情報通信機器を用いた診療の年齢構成について、再診料・外来診療料では、年齢構成に地域差が見られる。



二次医療圏別の情報通信機器を用いた診療の算定回数（患者住所地）

- 患者住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口10万人当たりの算定回数について、大都市型の算定回数が最も多いが、その中でも東京都23区内での算定回数が多い。外来診療料に関しては過疎地域型が最も多い。

人口10万人当たりの情報通信機器を用いた初・再診料等の算定回数（医療圏類型別）

	初診料	再診料	外来診療料	初・再診料等 全体	全国平均よりも 人口当たり算定回数が多い医療圏数
全国	129	216	2.8	348	—
大都市型	182	274	2.5	458	28／46（60.9%）
東京都（23区内）	273	430	3.5	706	7／7（100%）
東京都（23区外）	258	293	1.9	553	4／4（100%）
東京都以外	154	236	2.3	392	17／35（48.6%）
地方都市型	76	151	2.5	230	15／150（10.0%）
過疎地域型	52	148	5.0	205	14／137（10.2%）

<類型>

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上

地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上

過疎地域型：上記以外

へき地医療拠点病院運営事業（モデル事業分）

令和6年度補正予算額 20百万円 (3.7億円)

※ () 内は前年度当初予算額（モデル事業分以外の通常事業分）

1 事業の目的・内容

医療資源の乏しいへき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、オンライン診療を含む遠隔医療の有用性が示唆されており、このため、各都道府県において、第8次医療計画に基づき、へき地医療拠点病院の主要な業務である巡回診療及び代診医派遣におけるオンライン診療を含む、へき地医療の支援等が行われている。

本事業においては、既存のへき地医療拠点病院運営事業の枠組みを拡充・活用し、

- ・巡回診療や代診医派遣を、オンライン診療を活用して行う
- ・へき地医療拠点病院からへき地診療所等に対し看護師を派遣し、へき地医療拠点病院の医師がオンライン診療を行う
- ・へき地診療所に実際に派遣する医師・看護師等の処遇改善を行う
- ・へき地診療所に派遣する予定の看護師等に対し研修等を行う

等の取組みを、各都道府県により策定された第8次医療計画に沿って、数か所のへき地医療拠点病院がモデル的に行い、課題や論点、好事例などを収集することで、第8次医療計画の方向性の検証や見直し等に活用するとともに、将来の人口動向の変化も踏まえた医療提供対策の検討に資するものとする。

2 実施主体・補助率等

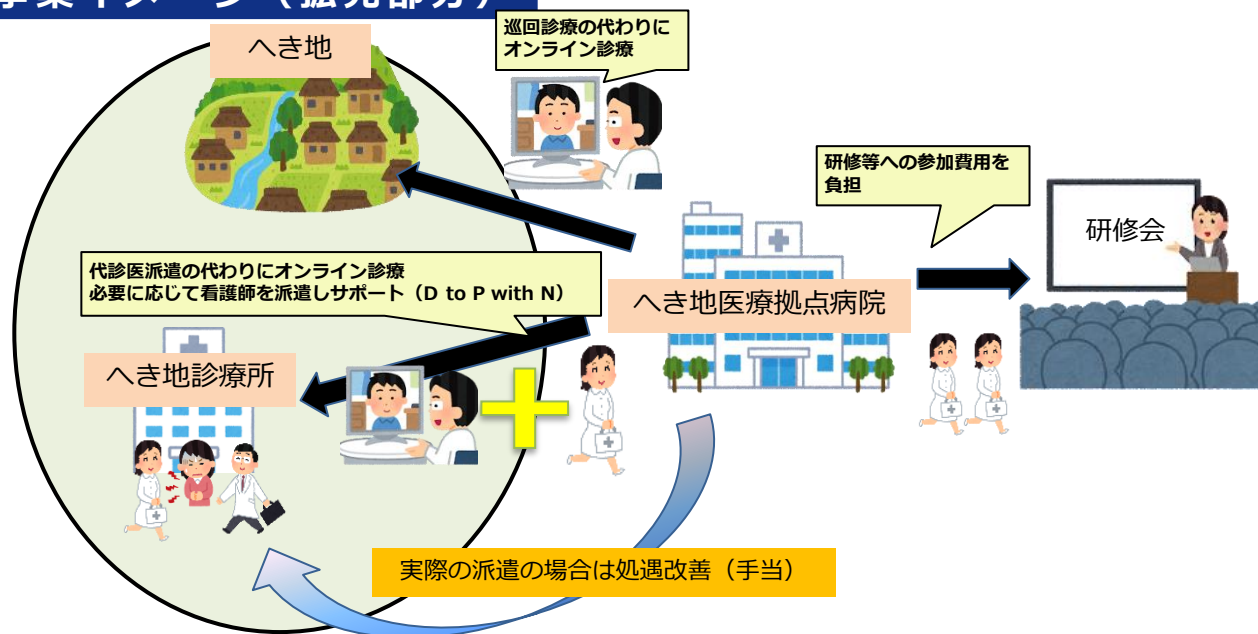
拡充事業部分

- ・実施主体：都道府県等（へき地医療拠点病院）
- ・想定補助先：1件
- ・補助率：10/10

※参考 既存事業部分

- ・実施主体：都道府県等（へき地医療拠点病院）
- ・補助率：1/2

3 事業イメージ（拡充部分）



現状と課題

(D to Pのオンライン診療の適切な推進に係る評価について)

- 令和4年度診療報酬改定における情報通信機器を用いた診療の見直し以降、情報通信機器を用いた診療の届出医療機関数は増加傾向であり、初・再診料等の算定回数も増えている。
- 年齢階級別の算定回数については、対面診療と比較して若年者の算定割合が高く、再診料・外来診療料では年齢構成に地域差が見られる。
- 情報通信機器を用いた診療における傷病名としては、初診料は呼吸器感染症、再診料等は精神疾患に類する傷病名が占める割合が大きく、対面診療の割合が5割未満の医療機関でも同様の傾向であった。
- 令和6年度入院・外来医療等における実態調査によると、受診者のうち受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は19.1%であった。
- 情報通信機器を用いた医学管理料については、特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料、乳幼児育児栄養指導料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料の順番に多い。
- 情報通信機器を用いた在宅管理等については、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅自己注射指導管理料の算定回数は増加傾向であった。

(D to P with Dのオンライン診療の算定回数や実施状況を踏まえた評価について)

- 遠隔連携診療料は令和2年度に新設されて以降、算定回数は限られている。
- 令和6年度入院・外来医療等における実態調査によると、過去1年間にD to P with Dによるオンライン診療を実施した医療機関は1.0%で、遠隔連携診療料を算定できる状況以外でも医療的ケア児との連携や、訪問診療における眼科・皮膚科・耳鼻科等の専門医と連携している事例も見られた。

(D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化について)

- 令和6年度診療報酬改定において再診料・外来診療料に係る看護師等遠隔診療補助加算が新設され、届出医療機関数は令和7年4月1日時点で87施設となっており、研修受講者も合計約4,000名程度となっている。
- 令和6年度入院・外来医療等における実態調査によると、オンライン診療を受けた感想として、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」と回答した患者が45.3%、オンライン診療より対面診療を希望する理由として、「検査や処置がすぐに受けられるから」が83.2%で最多であった。
- 規制改革実行計画（令和7年6月13日閣議決定）において、D to P with Nにおける診療報酬の算定方法に不明確な部分があるとの指摘があった。

現状と課題

（へき地等におけるオンライン診療の活用について）

- 第8次医療計画におけるへき地の医療提供体制において、主要3事業の評価のうち、オンライン診療を活用して行った巡回診療・代診医派遣についても、主要3事業の実績に含めることが明確化されたところ。
- 令和5年度実績によると、巡回診療を実施したへき地拠点病院のうち、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関数が7施設（7.1%）であった。また、へき地診療所において、へき地の住民に対するオンライン診療で活用したと回答した医療機関は75施設（6.7%）で、受診者が患家にいるケースよりも受診者が診療所にいるケースの件数が多かった。
- 二次医療圏別の算定回数について、医療機関住所地ベースでは、東京都（23区内）での算定回数が多く、66の二次医療圏で算定回数が0回であった。患者住所地ベースでは、全ての二次医療圏で算定されていた。



【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。