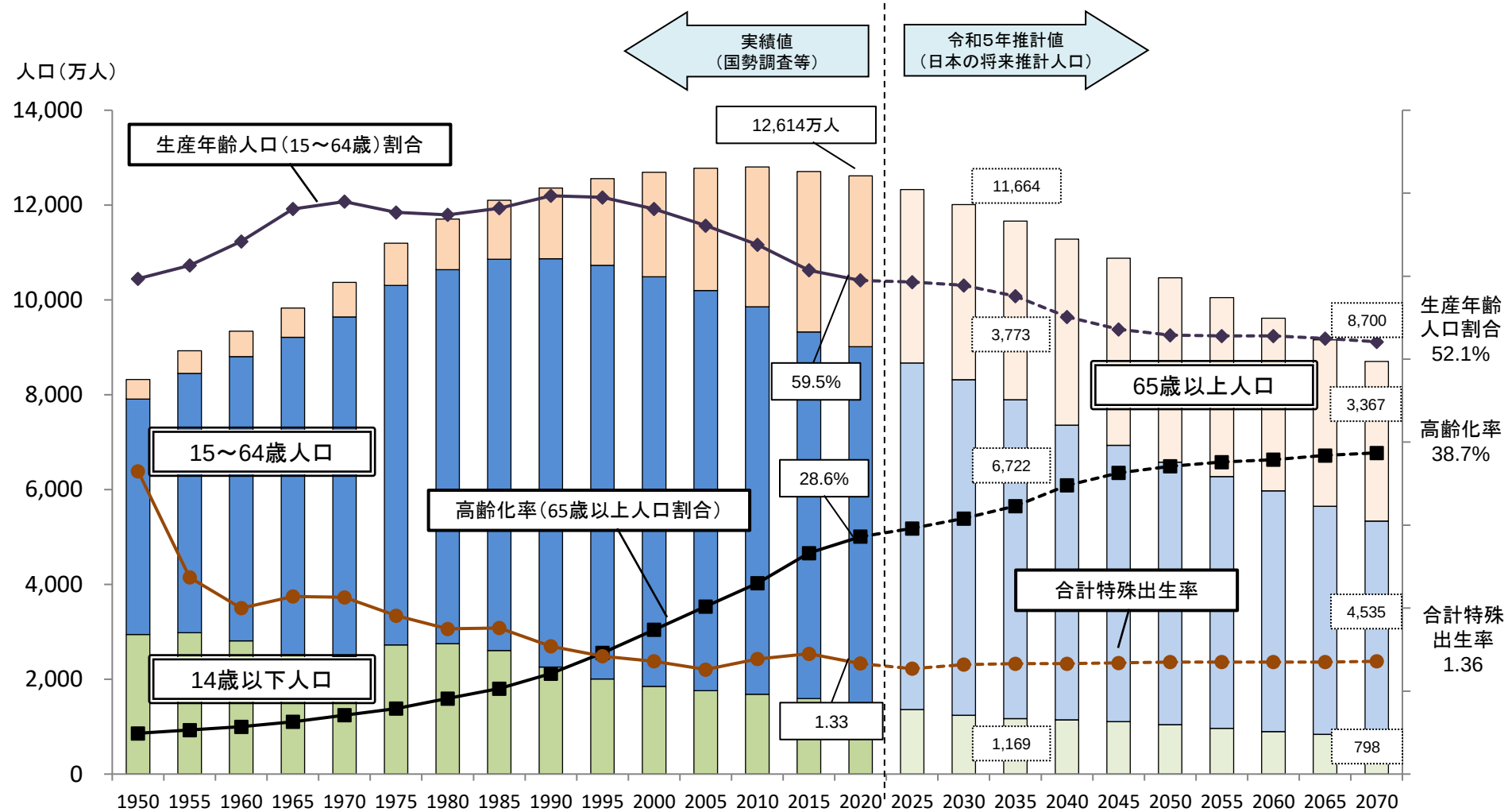


外来（その1）

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

日本の人口の推移

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

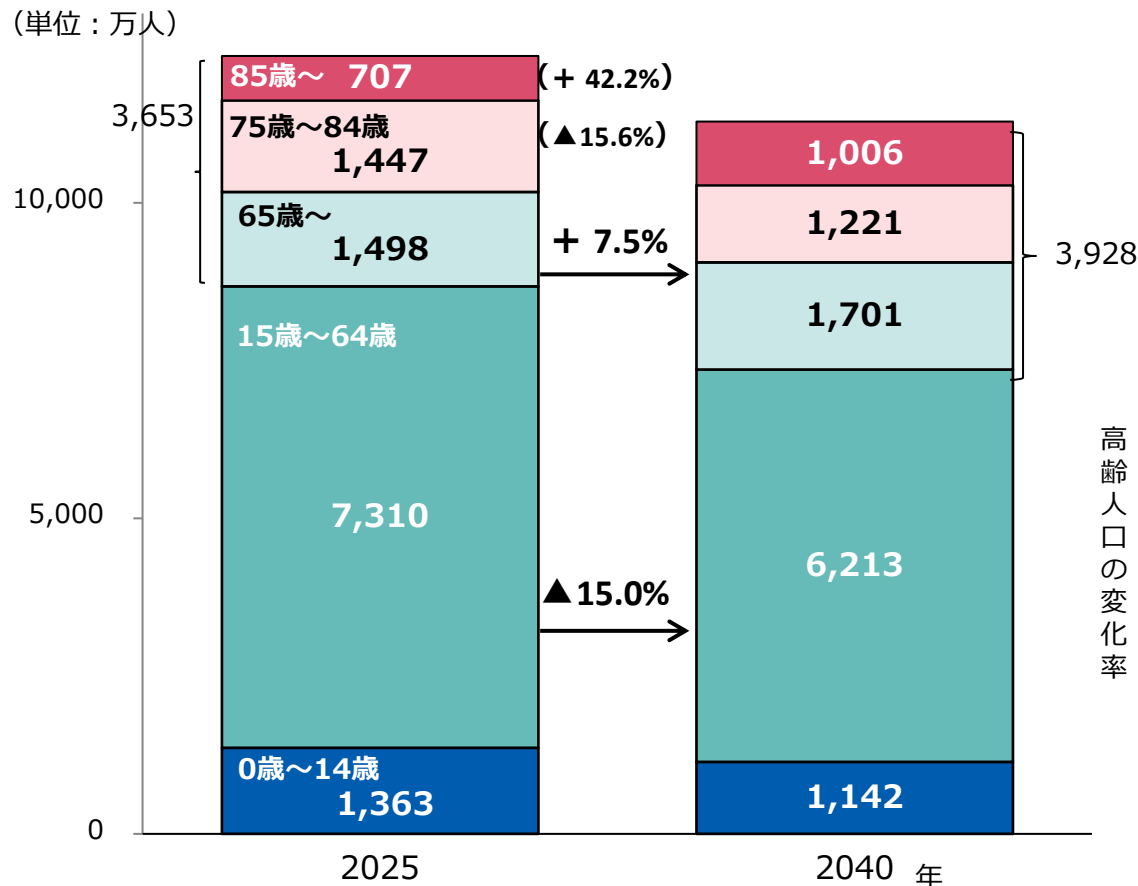


出典：2020年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」
 2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
 2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)：出生中位・死亡中位推計」

2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

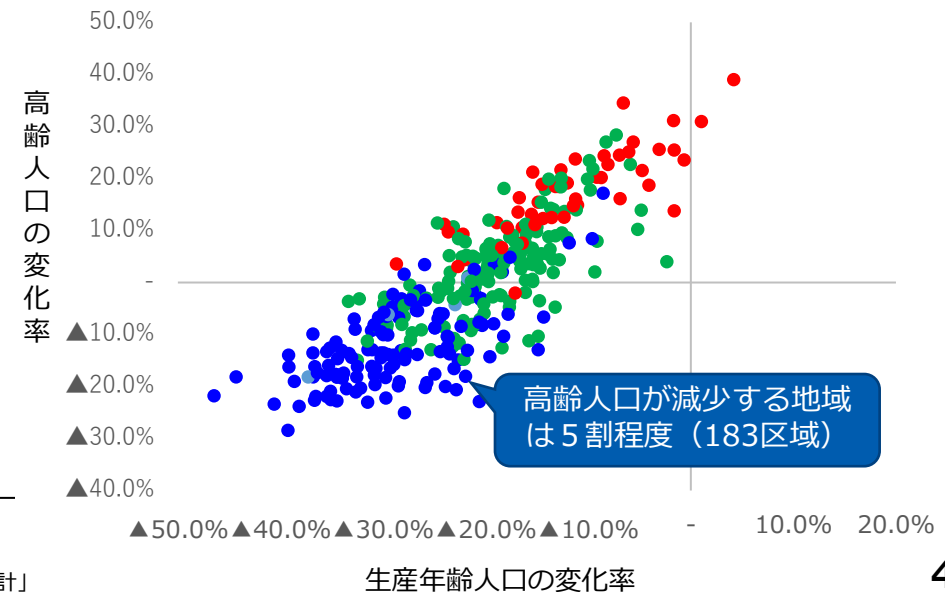
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

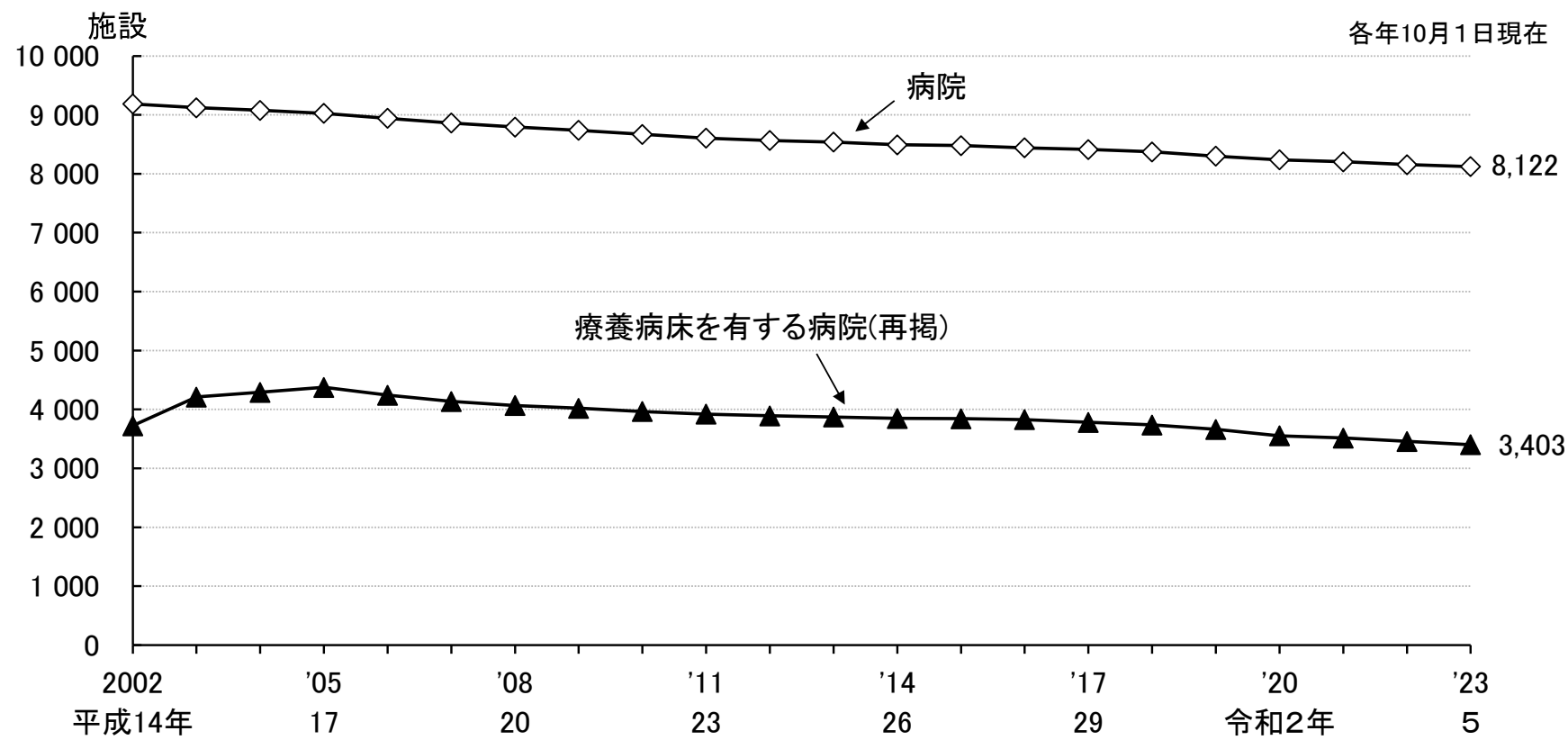
	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%

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



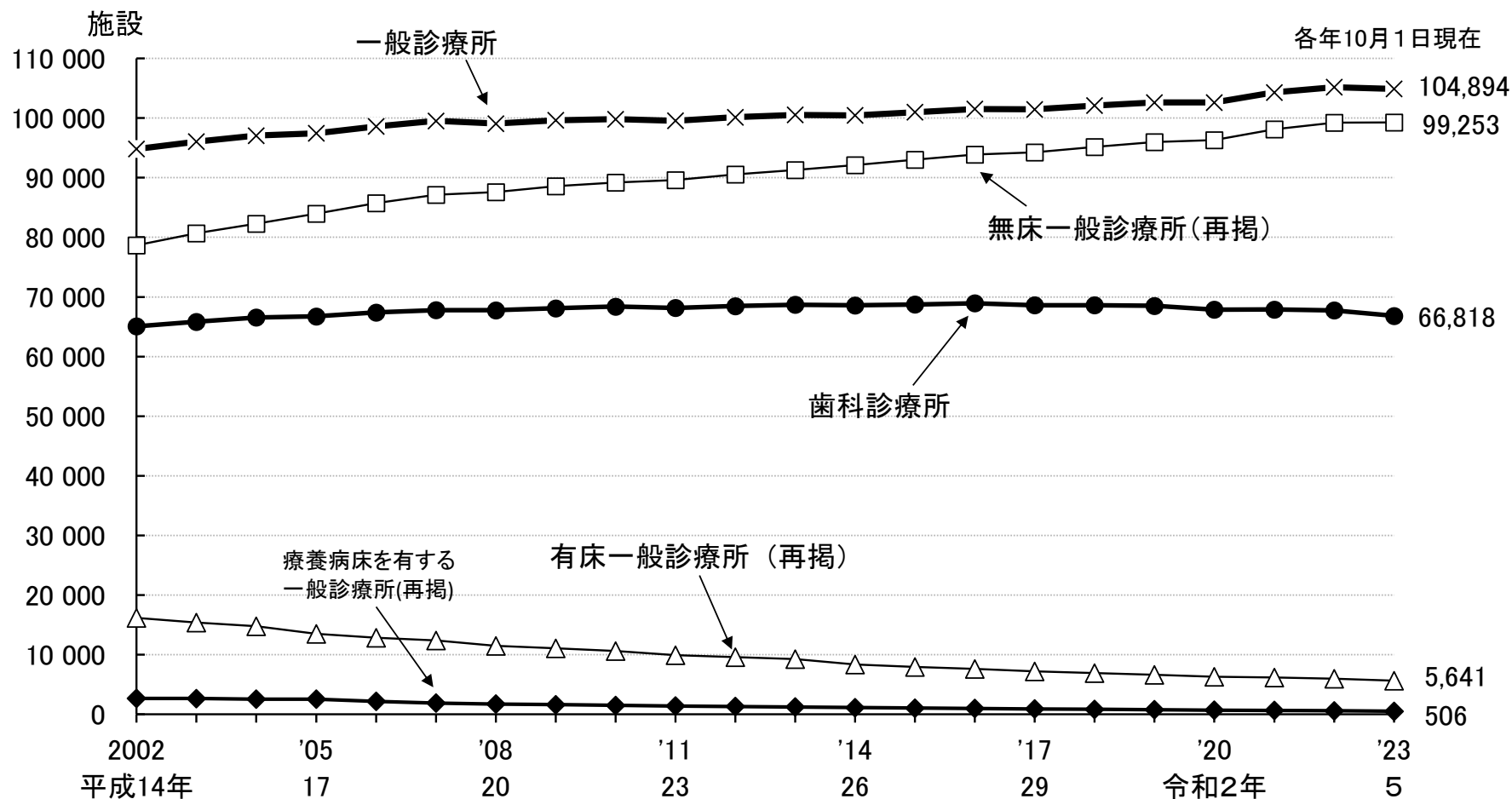
病院数の年次推移（2002年→2023年）

病院の総数は減少傾向にある。



診療所数の年次推移（2002年→2023年）

無床診療所の総数は増加傾向にある。一方、有床診療所の総数は減少傾向にある。



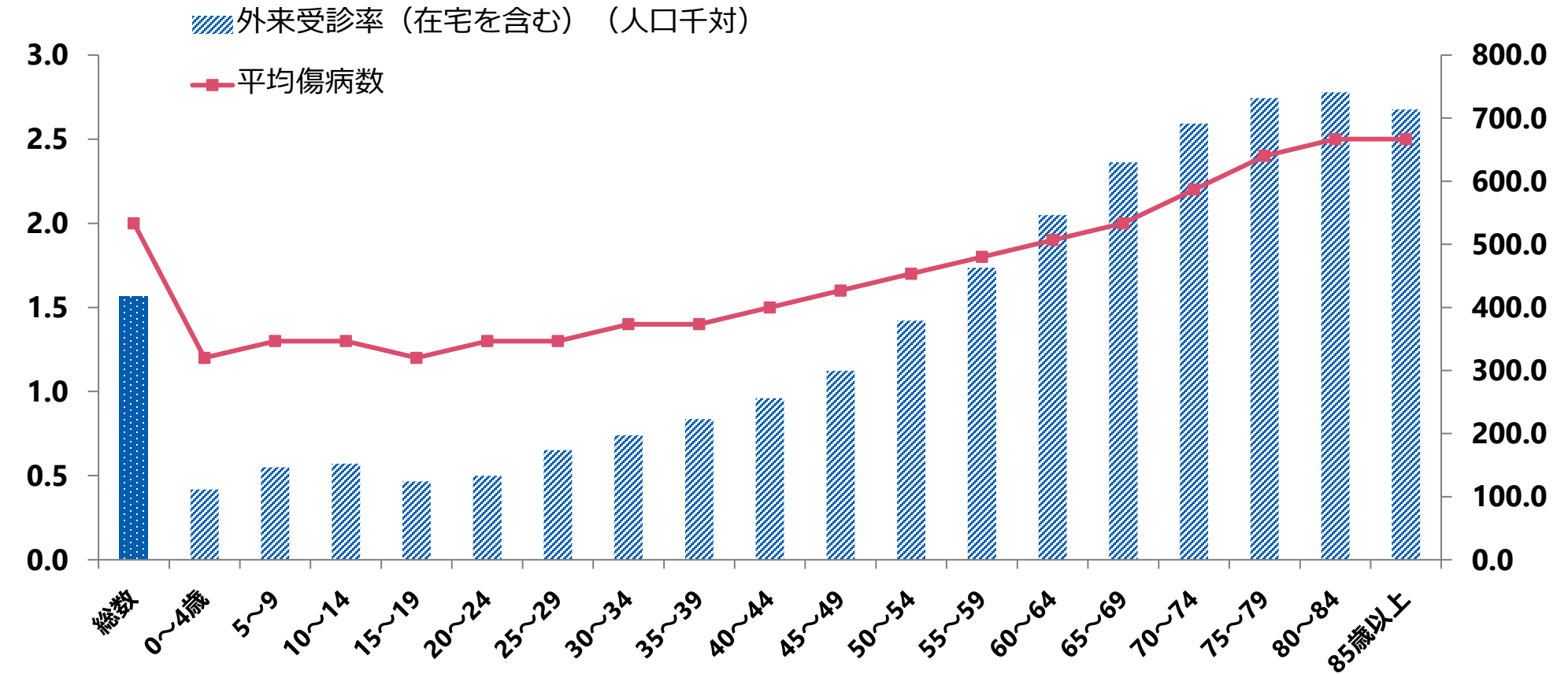
年齢別平均傷病数と外来受診率（在宅を含む）

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

※外来受診率（在宅を含む） = 通院者数÷世帯人員数×1,000

平均傷病数

外来受診率（在宅を含む（人口千対）



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

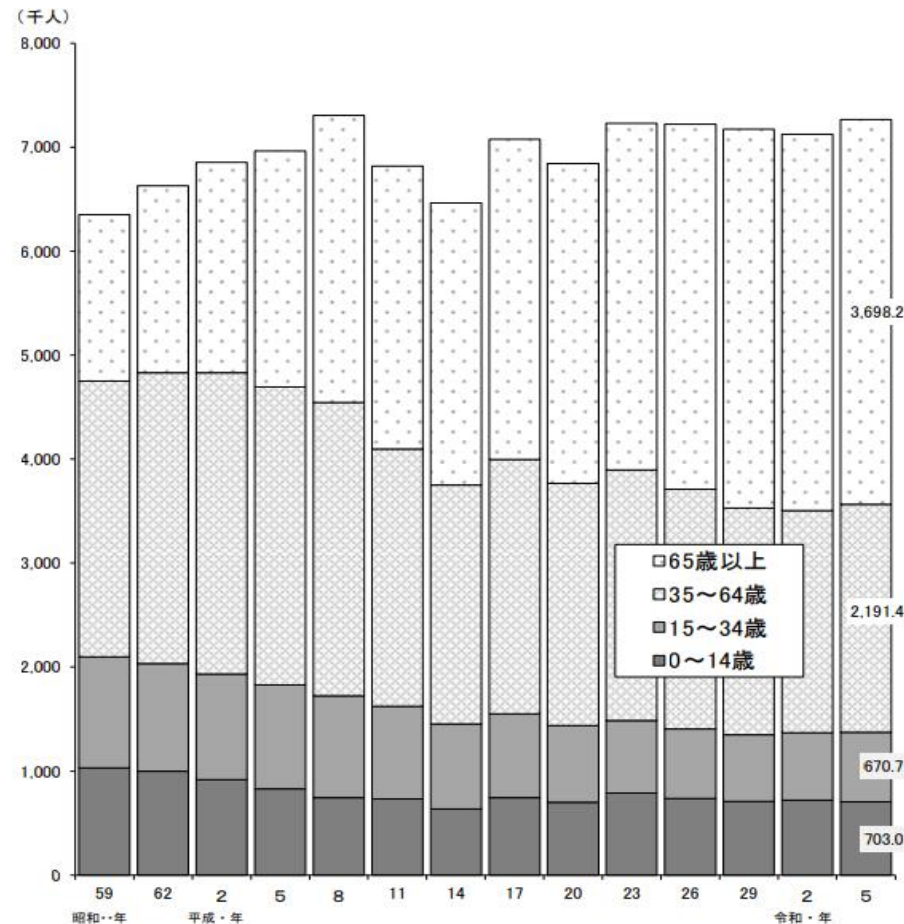
※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典：令和4年 国民生活基礎調査を基に医療課で作成 ※元資料から「通院者率」の文言を「外来受診率（在宅を含む）」に修正

年齢階級別にみた推計外来患者数の年次推移

- 年齢階級別に推計外来患者数の年次推移をみると、「65 歳以上」の推計外来患者数が増加している。その他の年齢階級の推計外来患者数は、平成23年以降ほぼ横ばいとなっている。

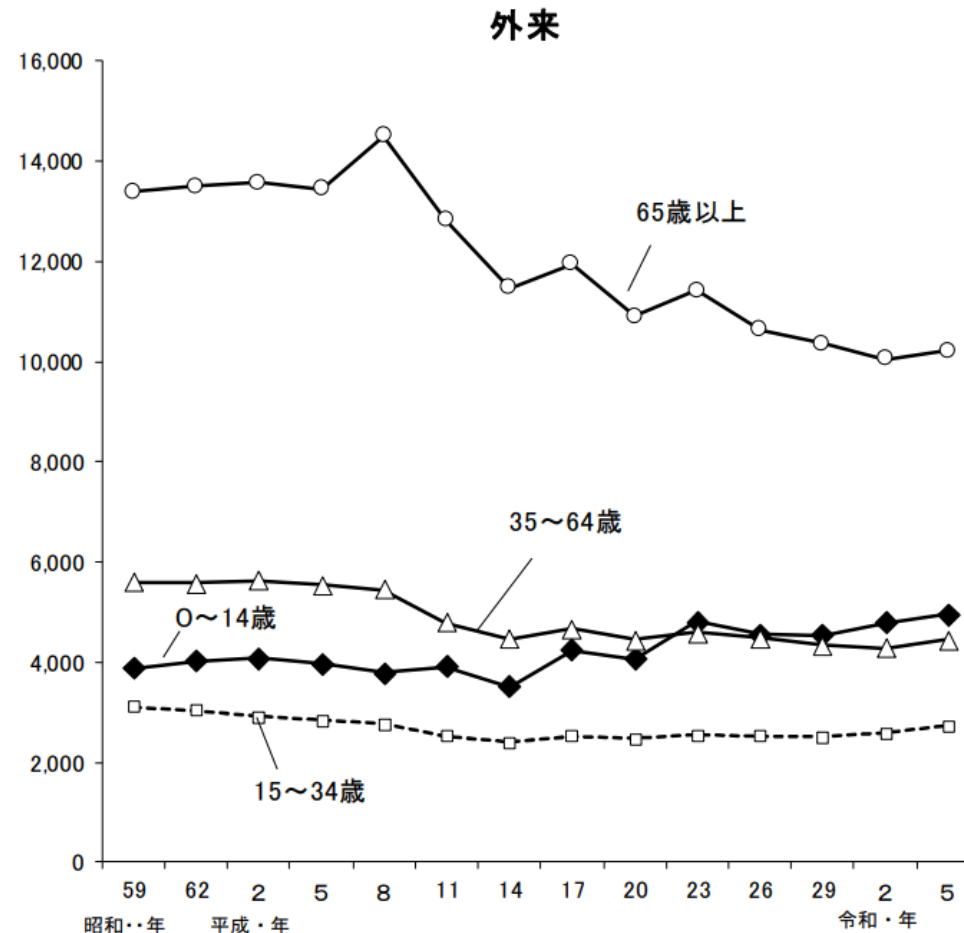
年齢階級別にみた推計外来患者数の年次推移



年齢階級別にみた受療率の年次推移

- 年齢階級別に受療率（人口 10 万対）の年次推移をみると、いずれの年次でも「65 歳以上」が最も高くなっている。
- 15歳以上の年齢階級における受療率はいずれも横ばい～減少傾向であるのに対して、「0～14歳」の受療率はやや増加傾向である。

年齢階級別にみた受療率（人口 10 万対）の年次推移

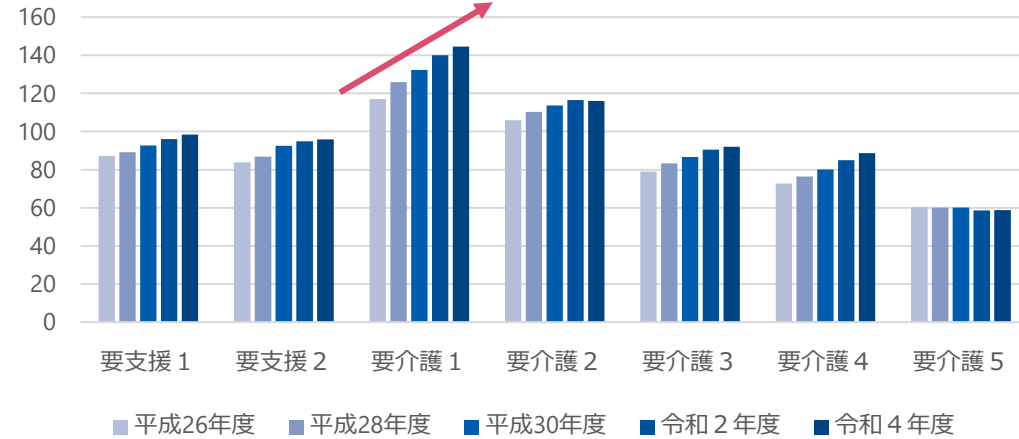


要支援・要介護認定者数の経年推移

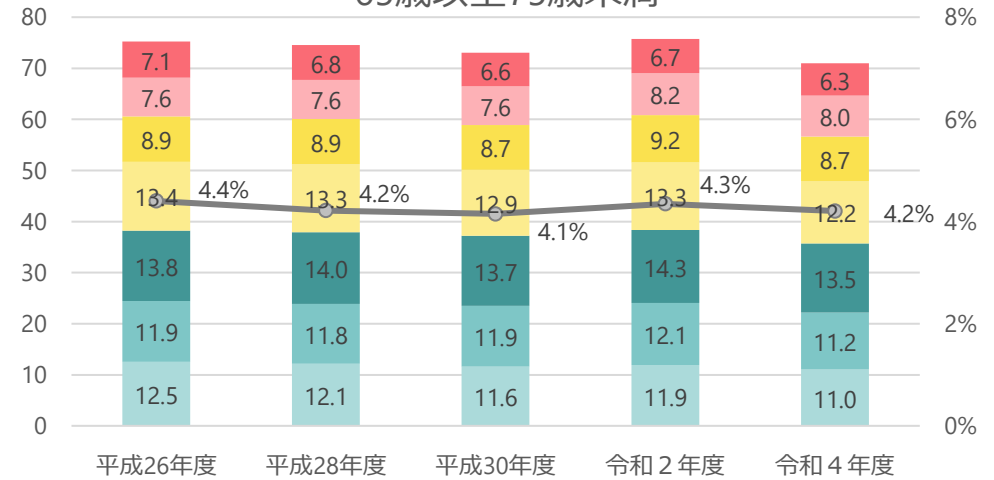
診調組 入 - 1
 7 . 6 . 1 3

- 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。

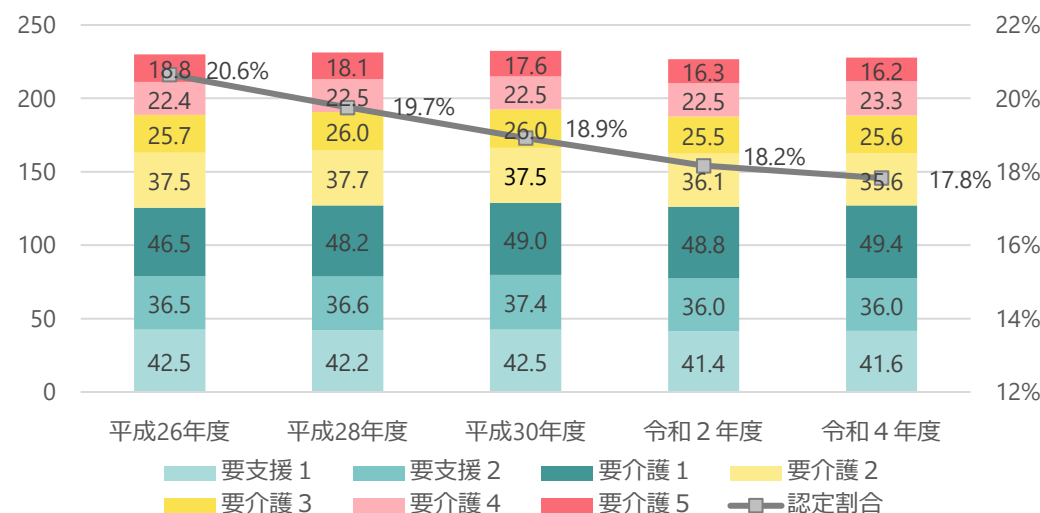
要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



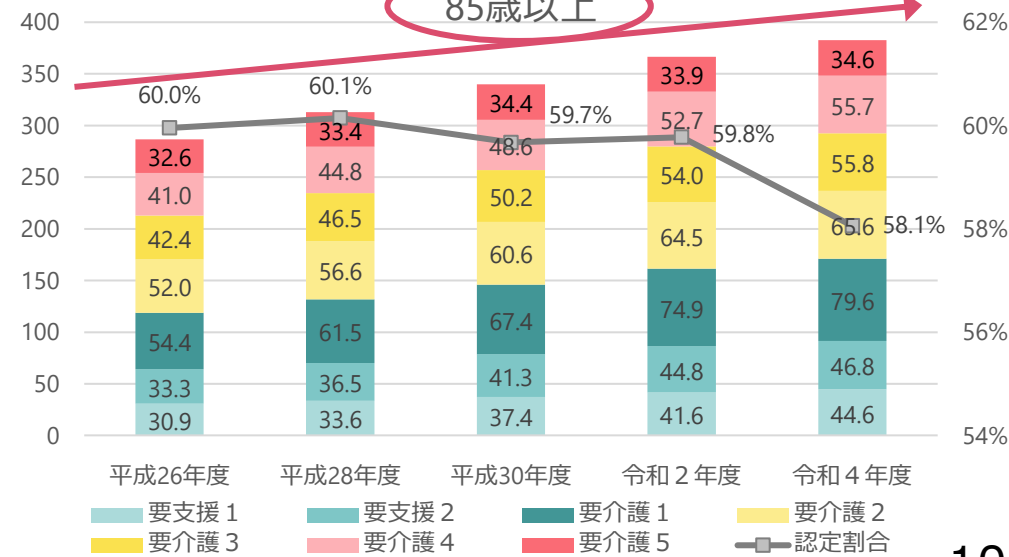
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



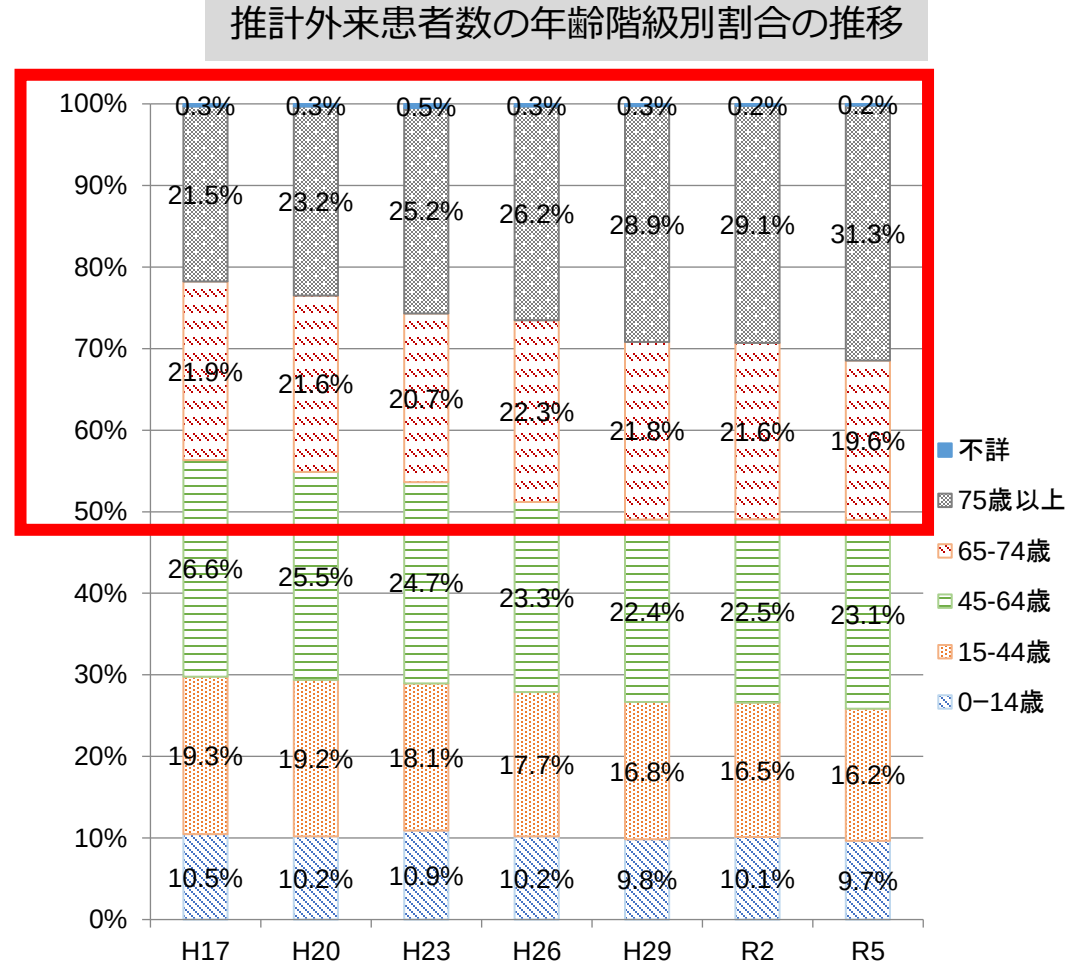
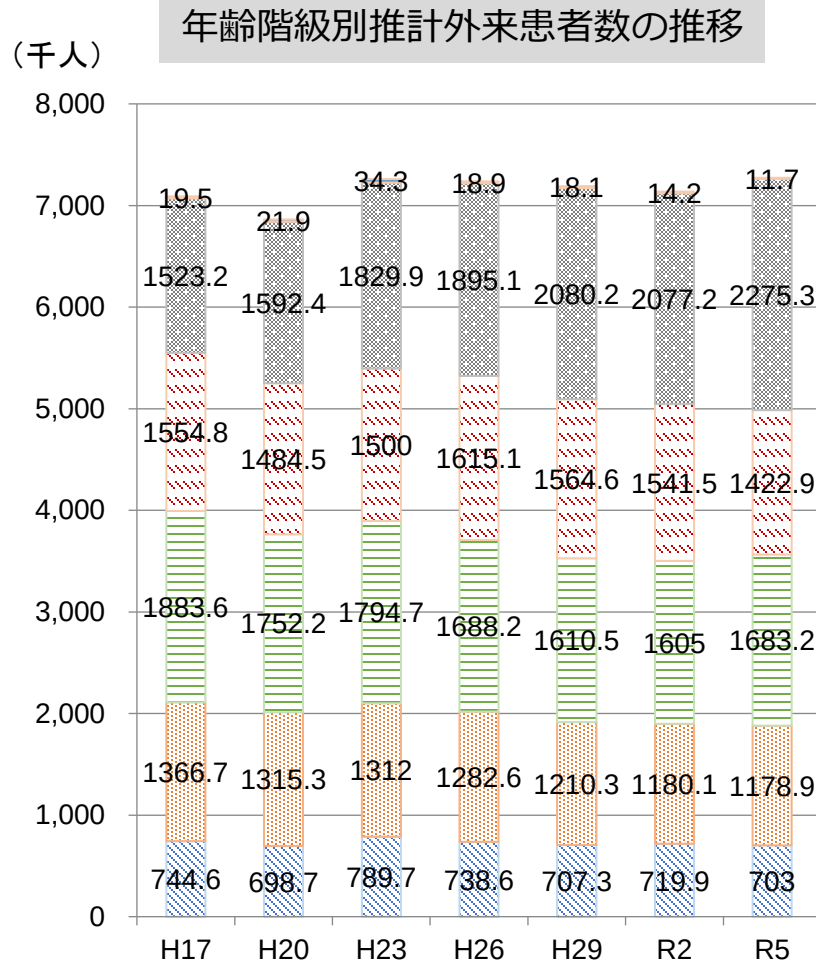
85歳以上



推計外来患者の年齢階級別の推移

診調組 入-1
7. 6. 19

- 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。

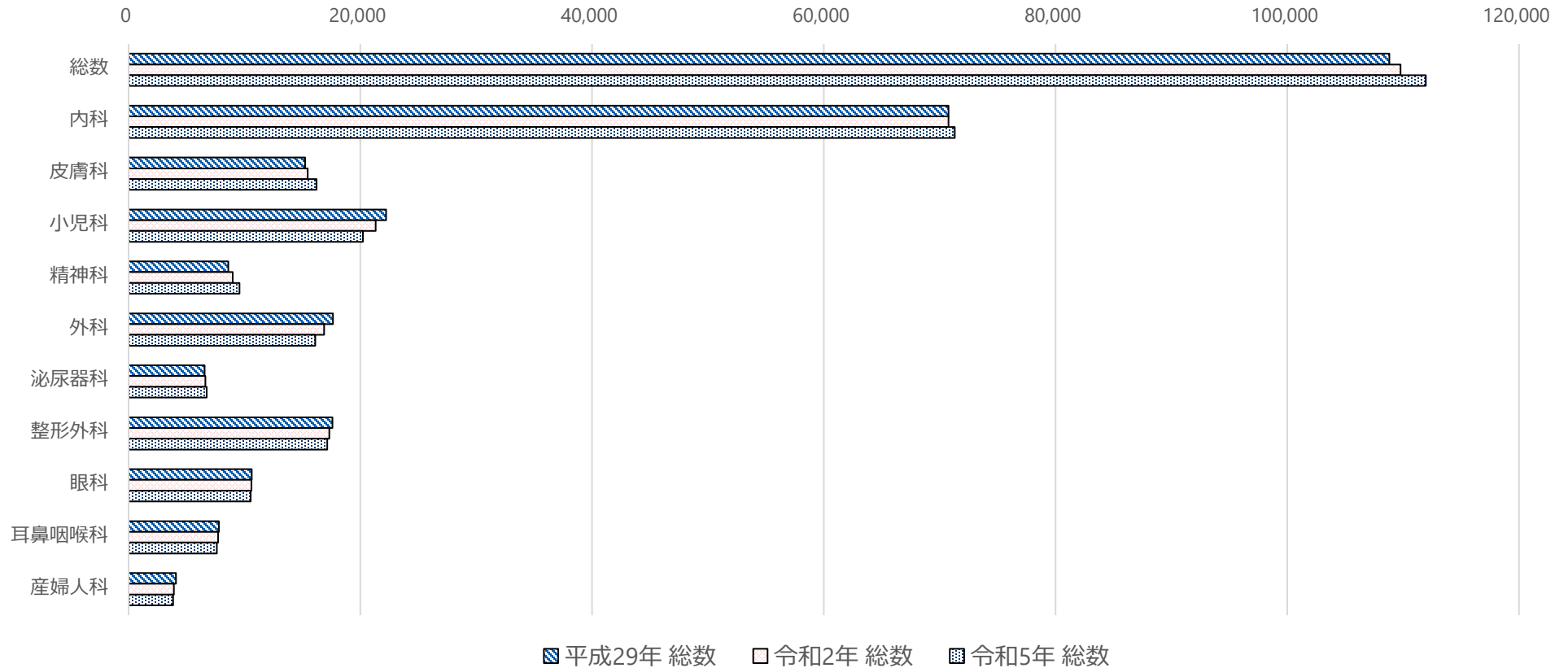


※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者（往診、訪問診療を含む）の推計数である。

診療科別の医療施設数の年次推移

- 医療施設数の総数は増加傾向であるが、診療科別の医療施設数をみると「小児科」「外科」「整形外科」は減少傾向にある。

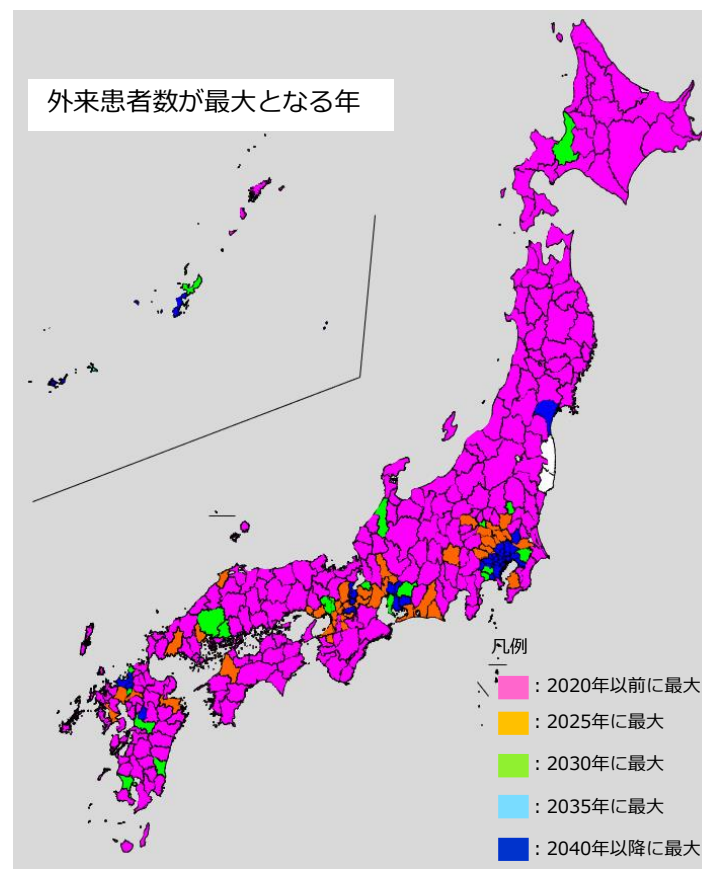
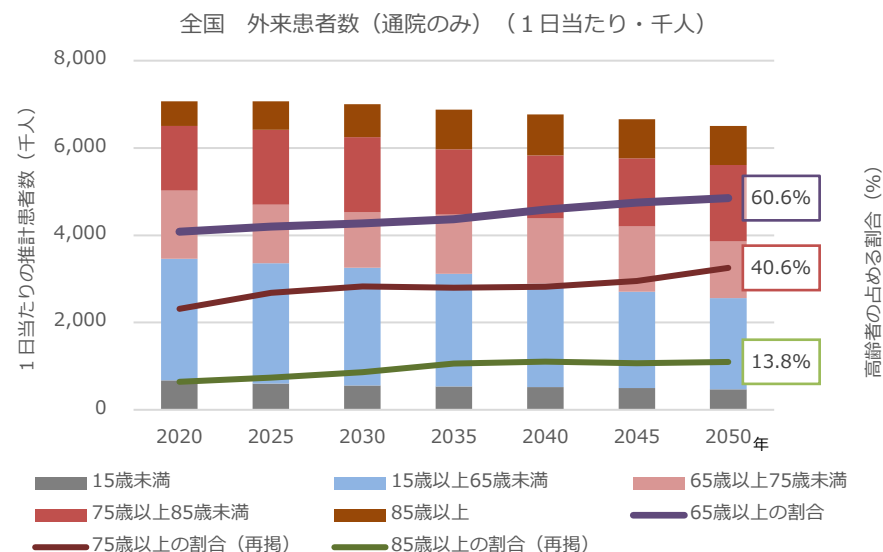
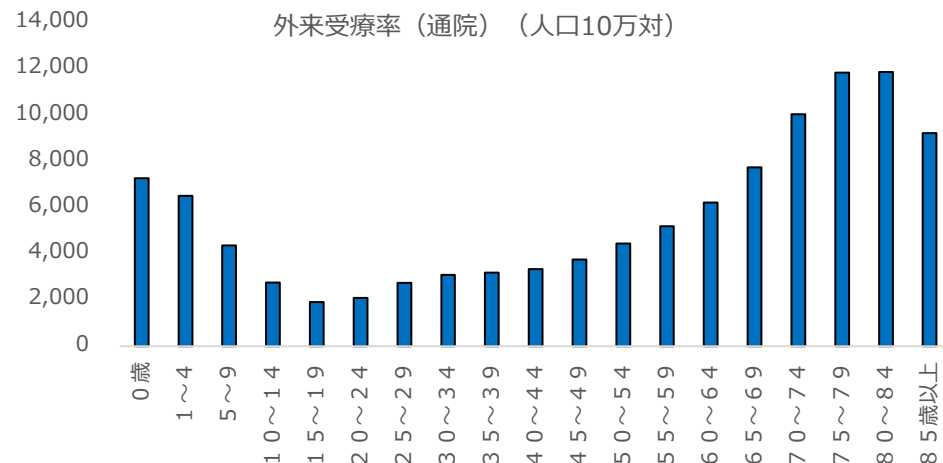
一般病院・診療所における診療科目別にみた施設数の年次推移



※ 複数の診療科を有する医療施設については、複数の診療科に計上しているため、総数は全体の合計と一致しない。

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。

趣旨

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

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和 6 年 4 月施行）

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

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和 7 年 4 月施行）

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

(3) 患者に対する説明（令和 7 年 4 月施行）

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

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



かかりつけ医機能報告
対象医療機関

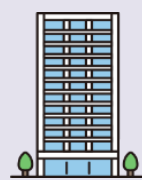
① かかりつけ医機能の報告

◆継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能の有無・内容

(第30条の18の4第1項)

<報告項目イメージ>

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



都道府県

② 報告の内容

(第30条の18の4第7項)

③ 都道府県の確認

④ 確認結果

公
表

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

・体制に変更があった場合は、
再度報告・確認
(第30条の18の4第4項)

(第30条の18の4第3項、第5項)

⑤ 確認結果の報告



外来医療に関する
地域の協議の場

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

具体的方策の例

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

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。

※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

⑦ 協議結果

公
表

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

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

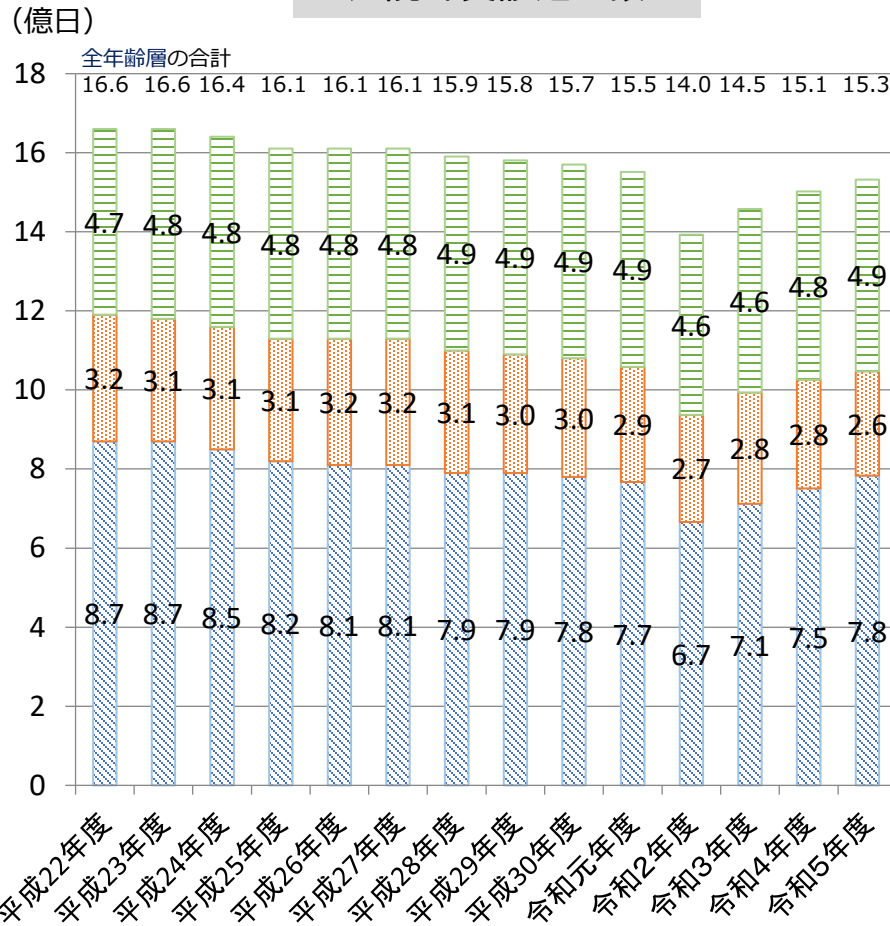
- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

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

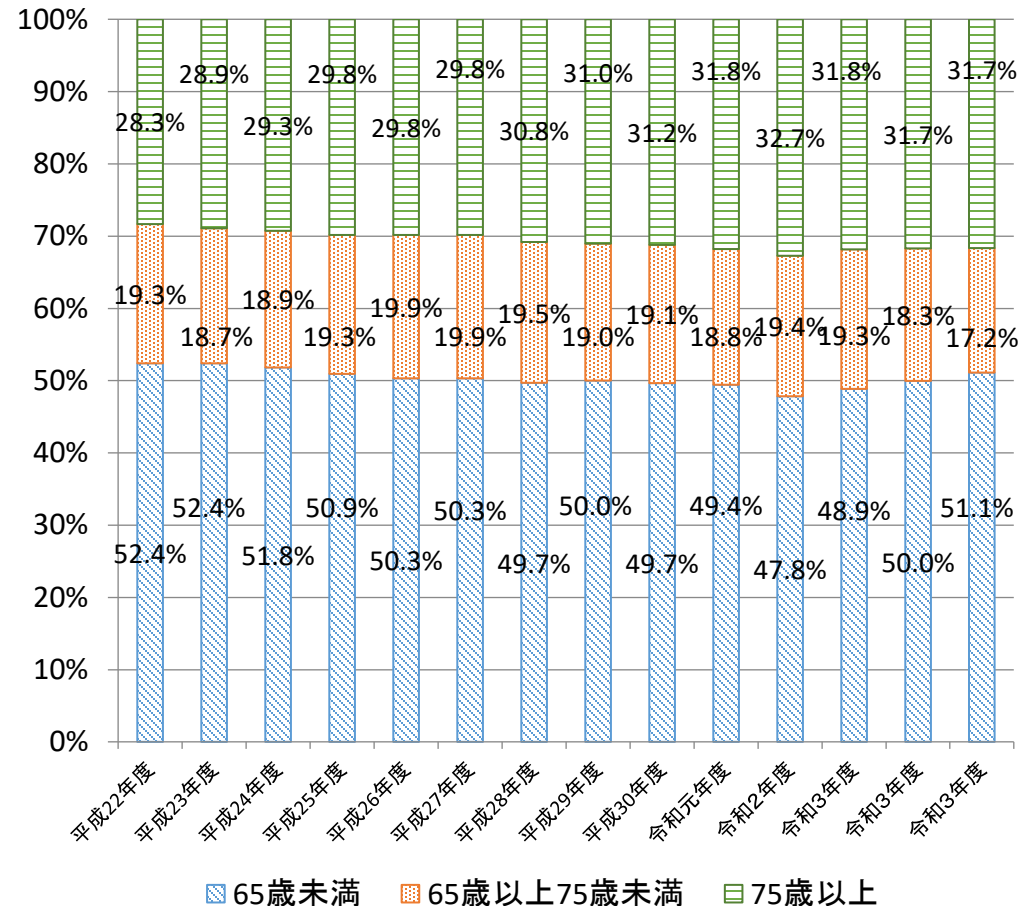
入院外受診延日数/年齢階級別の割合の推移

○ 入院外受診延日数（※）は、令和2年度で顕著に減少していたが、令和3年度以降増加傾向にある。

入院外受診延日数



入院外受診延日数の年齢階級別の割合



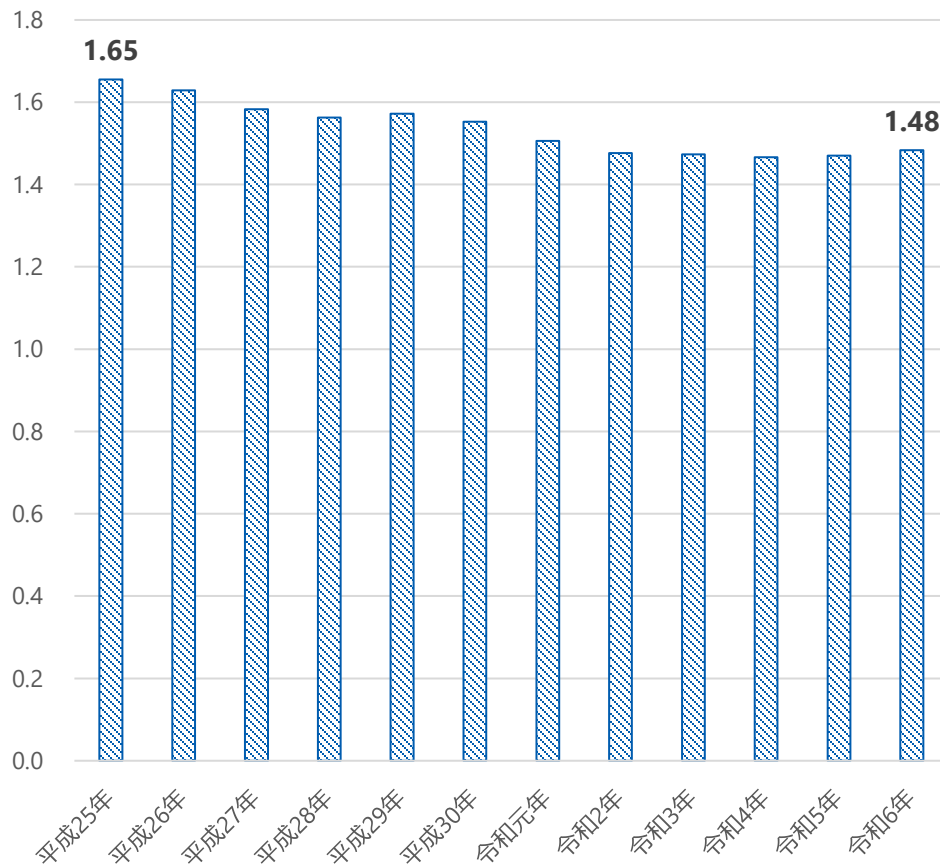
※入院外受診延日数は、入院外の診療報酬明細書に記録される診療実日数を積算したものである。
(ただし公費のみの明細書は集計対象に含まない)

出典：医療保険医療費データベース（令和7年6月30日更新）をもとに医療課で作成

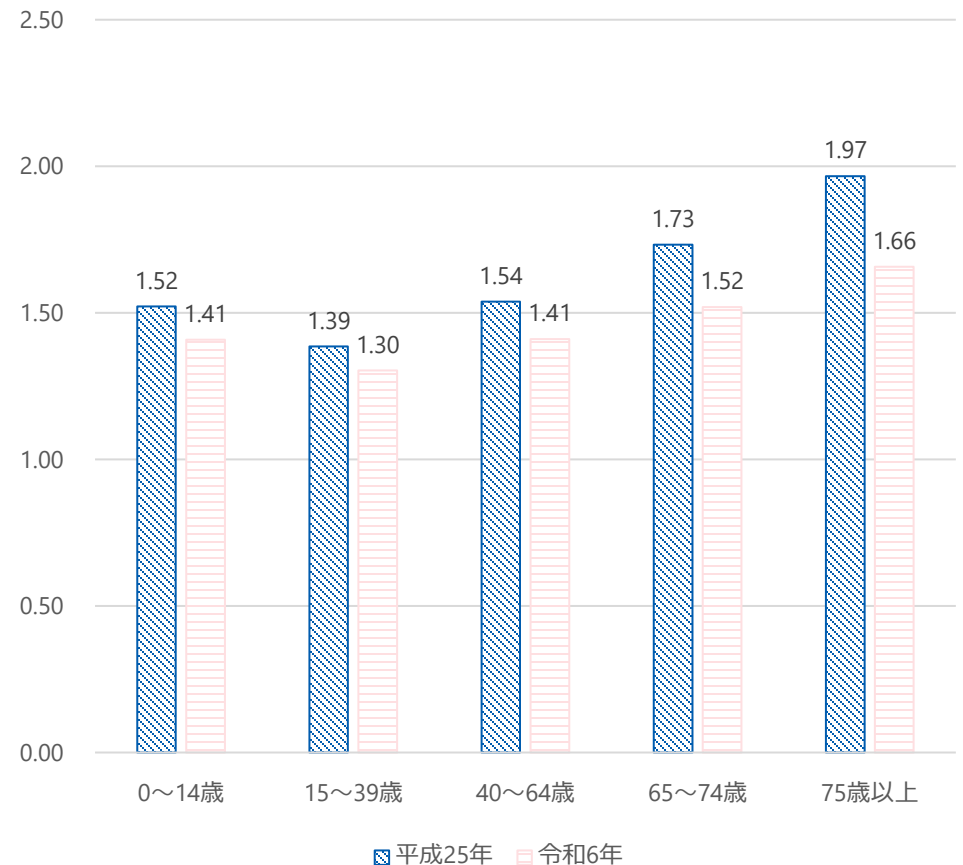
年齢別の入院外 1 か月あたり受診日数／年齢階級別の推移

- 入院外レセプト一件当たり受診日数（各医療機関において、患者個々人が1か月に受診した回数の平均値）は近年減少傾向である。
- 平成25年と令和6年の日数を年齢階級別に比較すると、65歳以上では、他の年齢階級と比較して減少幅が大きい。

入院外レセプト一件当たり受診日数



入院外一件当たり受診日数の年齢階級別の推移

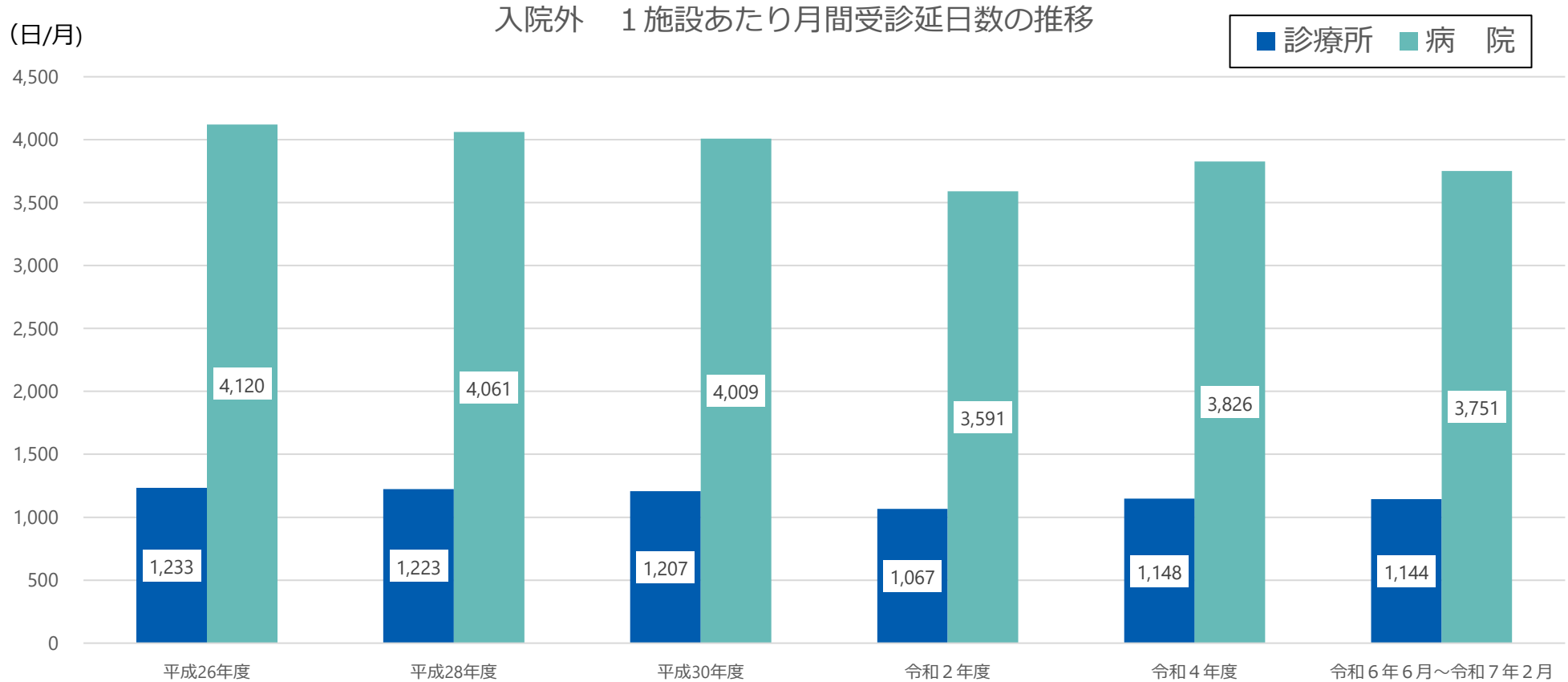


※入院外レセプト一件当たり受診日数とは、診療実日数を入院外レセプト件数で除したものの。（各医療機関において、患者個々人が1か月に受診した回数の平均値。）

出典：社会医療診療行為別調査をもとに保険局医療課で作成

病院・診療所の1施設あたり月間受診延日数（入院外）の推移

○ 病院・診療所の1施設あたり月間受診延日数（入院外）は、長期的にはやや減少傾向である。



出典：「医療費の動向調査」をもとに保険局医療課で作成

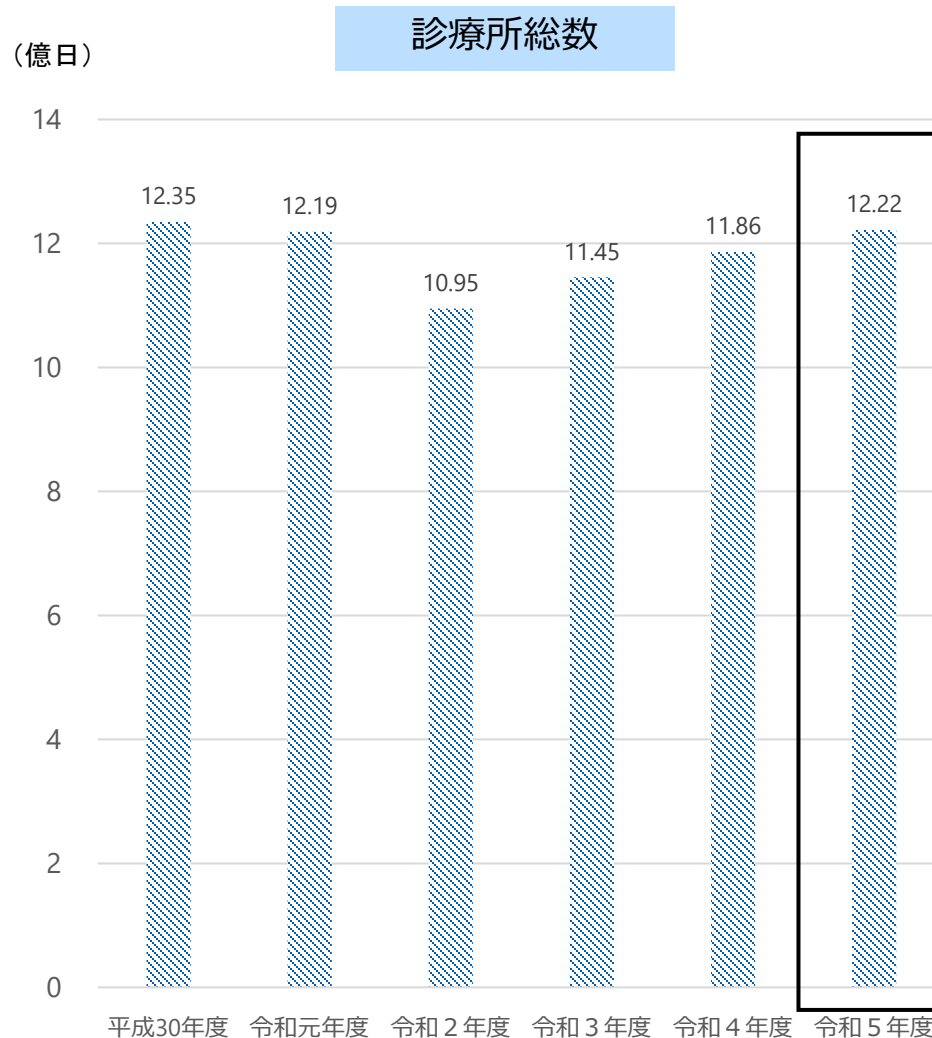
・令和4年度以前は、「令和5年度 医療費の動向－MEDIAS－」より算出

・令和6年度は、「概算医療費データベース」に掲載されている令和6年6月から令和7年2月までの入院外1施設当たり受診延日数（医科病院・医科診療所）から算出

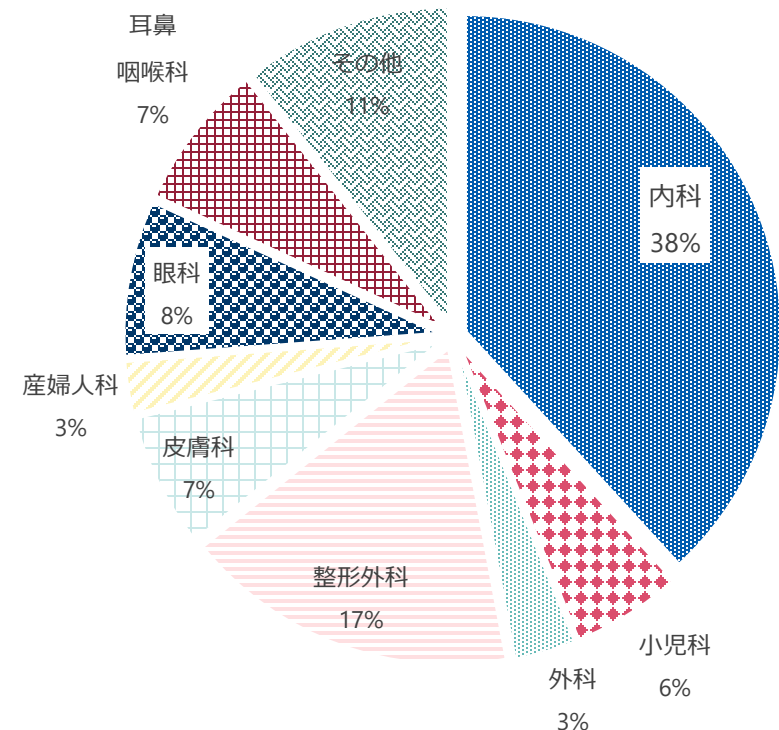
診療所の入院外受診延日数の診療科別内訳

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

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



主たる診療科別
(令和5年度)



調査方法

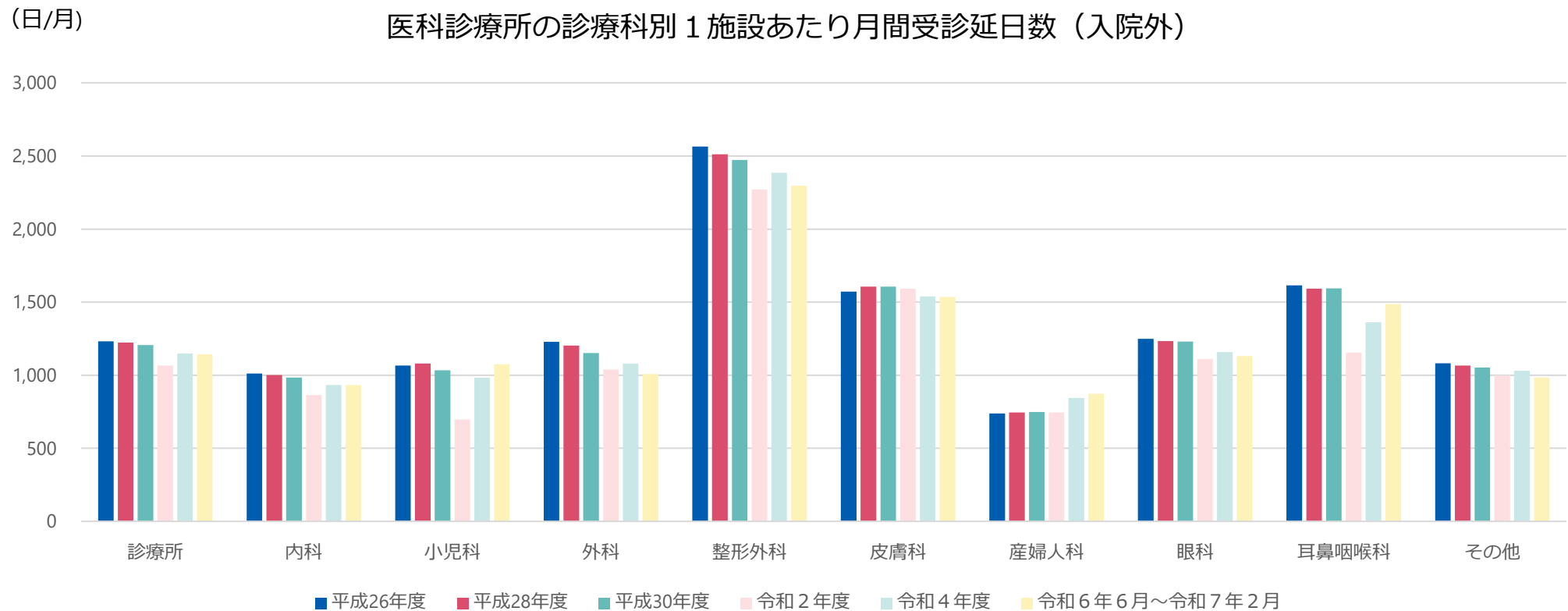
審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）より、制度別、医療機関種類別の医療費(点数)、件数、受診延日数、加入者数データの提供を受け、集計・分析を行う。

調査対象

審査支払機関において処理された令和5年度の診療報酬明細書、調剤報酬明細書、訪問看護療養費明細書の情報 約 21.2 億件分

診療所の診療科別 1 施設あたり月間受診延日数（入院外）

- 医科診療所における診療科ごとの 1 施設あたり月間受診延日数（入院外）の推移は以下のとおり。
- 1 施設あたり月間受診延日数が最も多い診療科は「整形外科」であった。
- 令和 6 年度診療報酬改定後、「小児科」「産婦人科」「耳鼻咽喉科」では増加し、それ以外の診療科では横ばい～やや減少している。



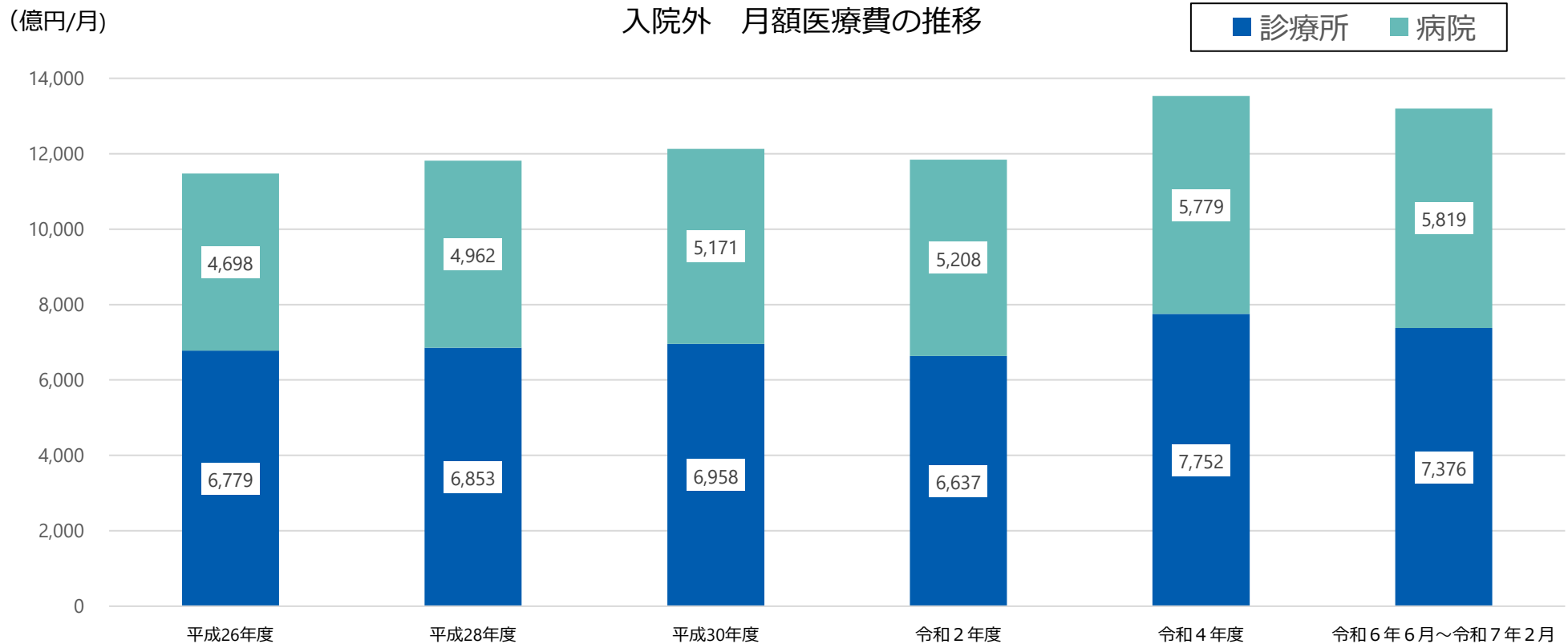
出典：「医療費の動向調査」をもとに保険局医療課で作成

・令和4年度以前は、「令和5年度 医療費の動向－MEDIAS－」より算出

・令和6年度は、「概算医療費データベース」を用いて、令和6年6月から令和7年2月までの入院外日数（医科診療所・診療科別）を合計し、令和6年6月時点での施設数を用いて算出

病院・診療所の月額医療費（入院外）の推移

- 病院・診療所の月額医療費（入院外）の推移をみると、長期的に増加傾向である。
- 令和6年度診療報酬改定後の月額医療費は、病院においてはやや増加し、診療所においては減少している。



出典：「医療費の動向調査」をもとに保険局医療課で作成

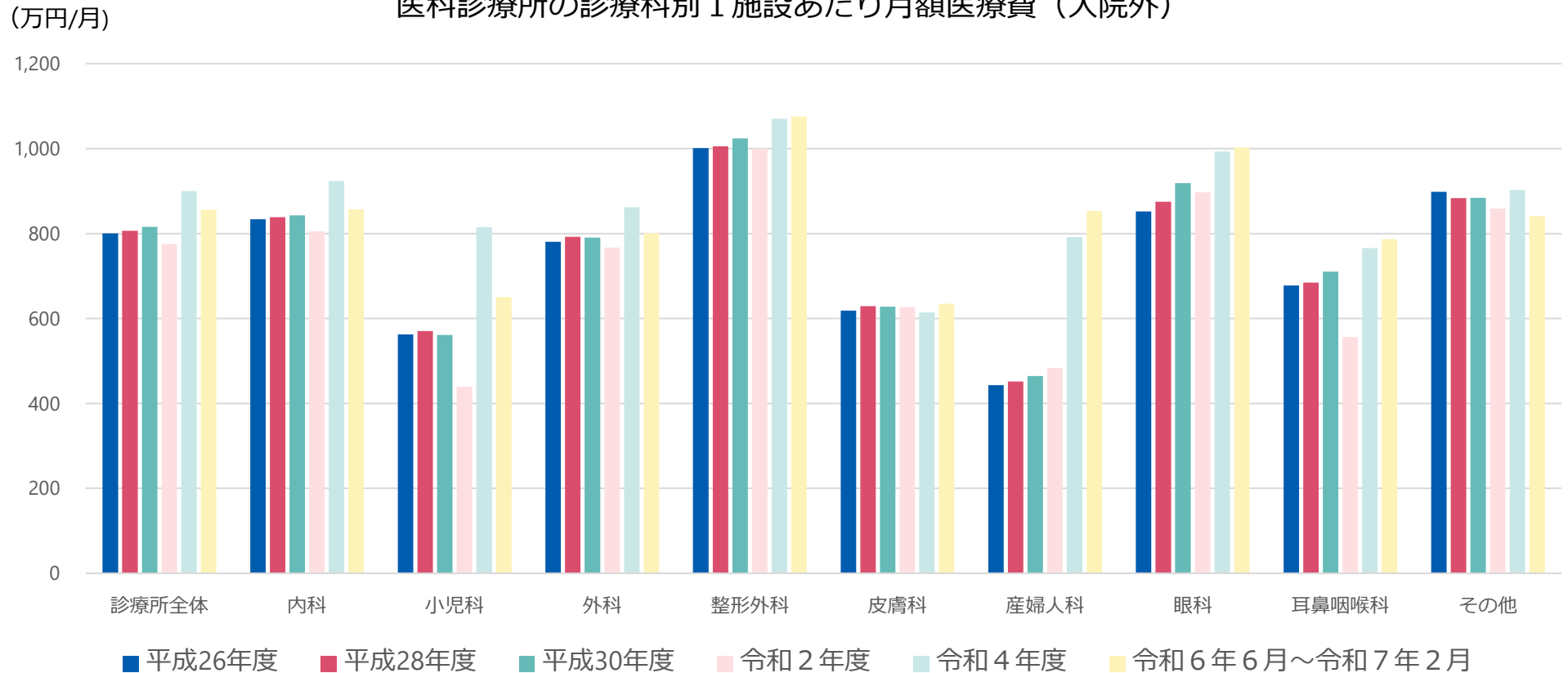
・令和4年度以前は、「令和5年度 医療費の動向－MEDIAS－」より算出

・令和6年度は、「概算医療費データベース」に掲載されている令和6年6月から令和7年2月までの入院外医療費（医科病院、医科診療所）から算出

診療所の診療科別 1 施設あたり月額医療費（入院外）

- 医科診療所における、診療科ごとの 1 施設あたり月額医療費（入院外）の推移は以下のとおり。
- 1 施設あたり月額医療費が最も多い診療科は「整形外科」であった。
- 令和 6 年度診療報酬改定後、「内科」「小児科」「外科」「その他」では減少し、それ以外の診療科では増加している。

医科診療所の診療科別 1 施設あたり月額医療費（入院外）



出典：「医療費の動向調査」をもとに保険局医療課で作成

・令和 4 年度以前は、「令和 5 年度 医療費の動向－MEDIAS－」より算出

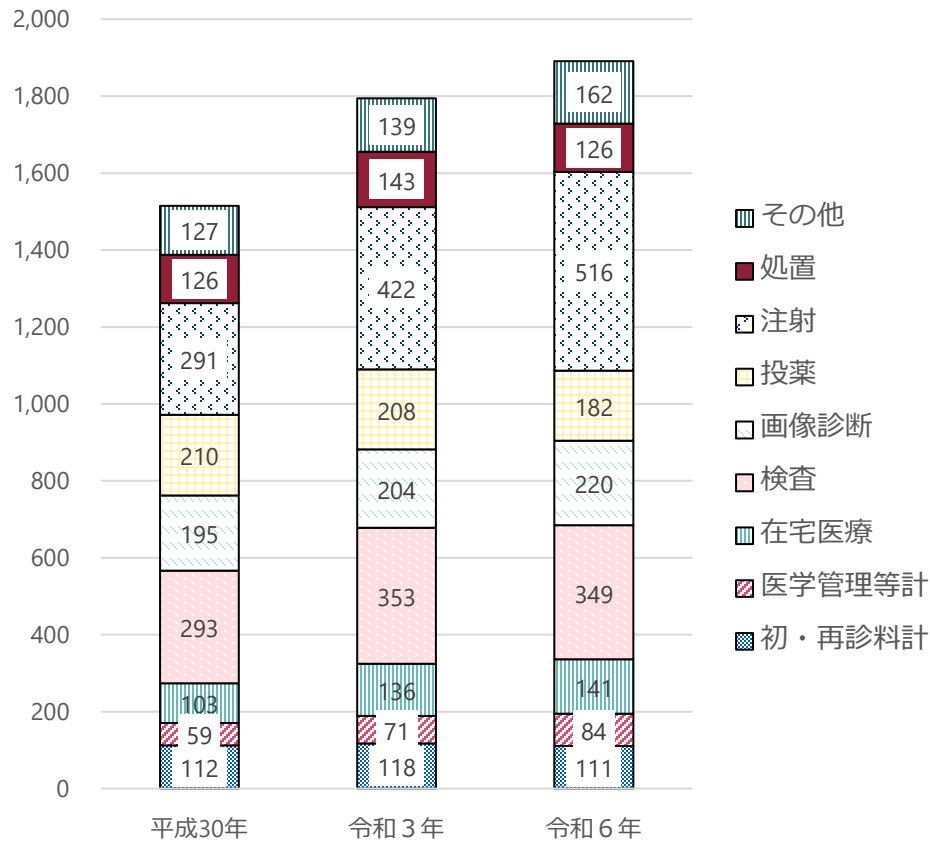
・令和 6 年度は、「概算医療費データベース」を用いて、令和 6 年 6 月から令和 7 年 2 月までの入院外医療費（医科診療所・診療科別）を合計し、令和 6 年 6 月時点での施設数を用いて算出

入院外 1 日あたりの診療報酬点数の推移

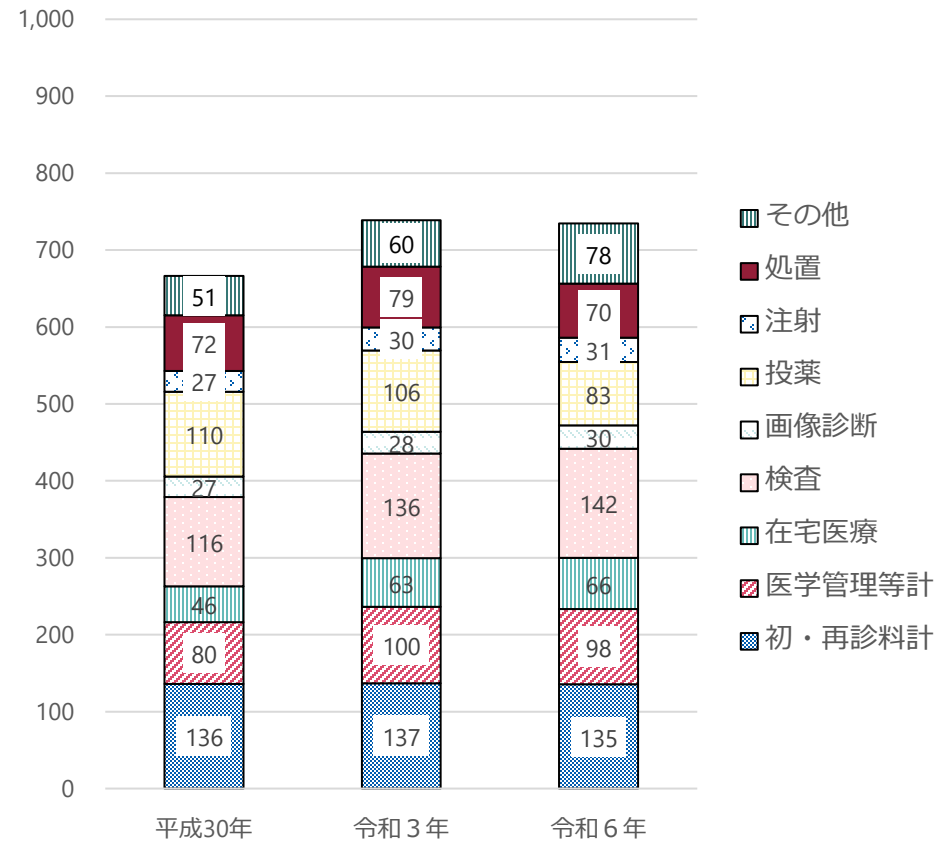
- 病院・診療所の入院外 1 日あたりの診療報酬点数の推移をみると、病院においては増加傾向であり、診療所においては横ばいで推移している。
- 病院においては、主に「注射」「画像診断」「在宅医療」「医学管理等」が増加し、診療所においては、主に「検査」「在宅医療」が増加している。他の項目は横ばい～やや減少している。

(点/日)

入院外 1 日当たりの診療報酬点数の内訳の推移（病院）



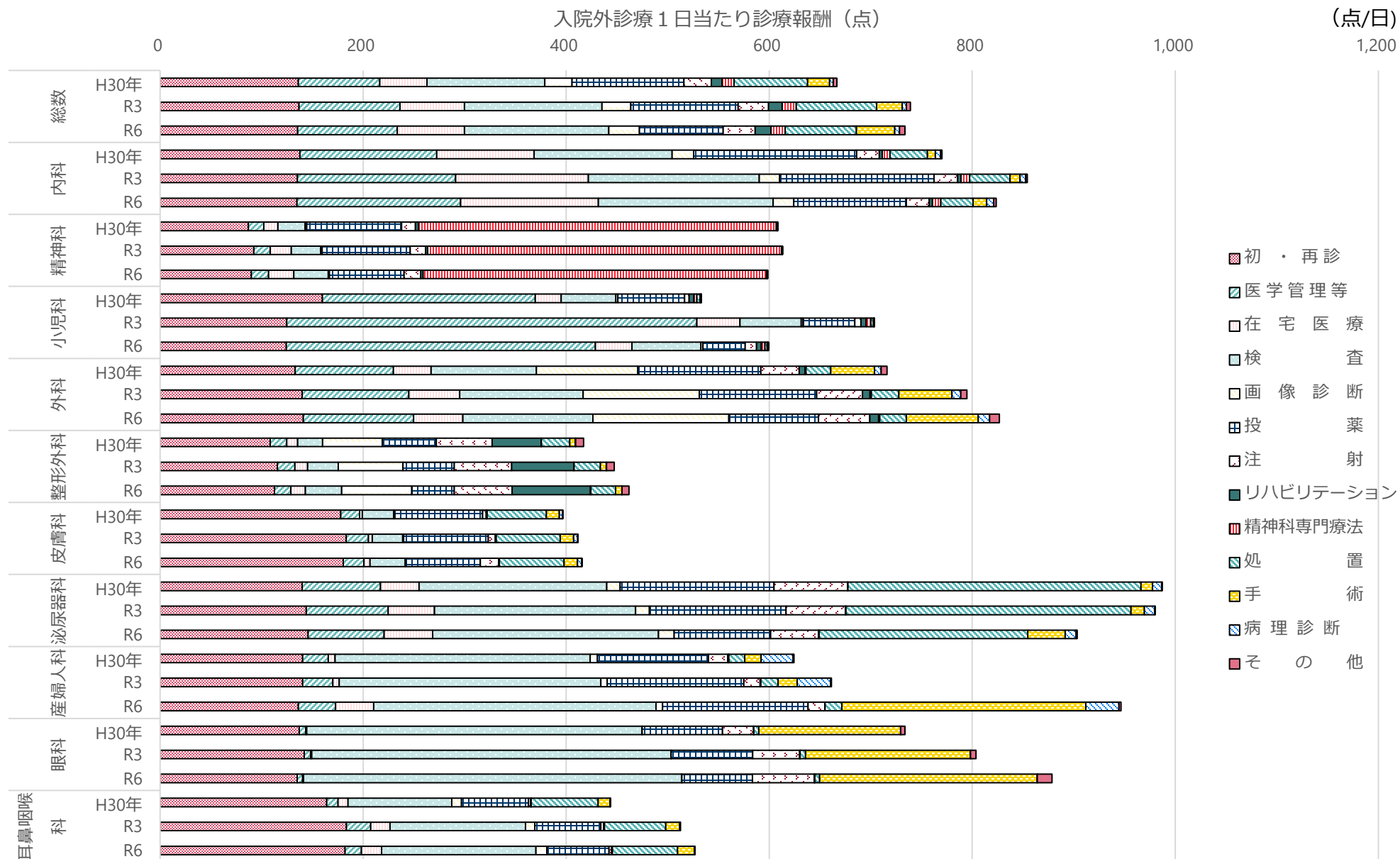
入院外 1 日当たりの診療報酬点数の内訳の推移（診療所）



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

※各年 6 月審査分の診療報酬点数の総数を、診療実日数で除したもの。

入院外 1 日あたりの診療報酬構成（診療所、診療科別）

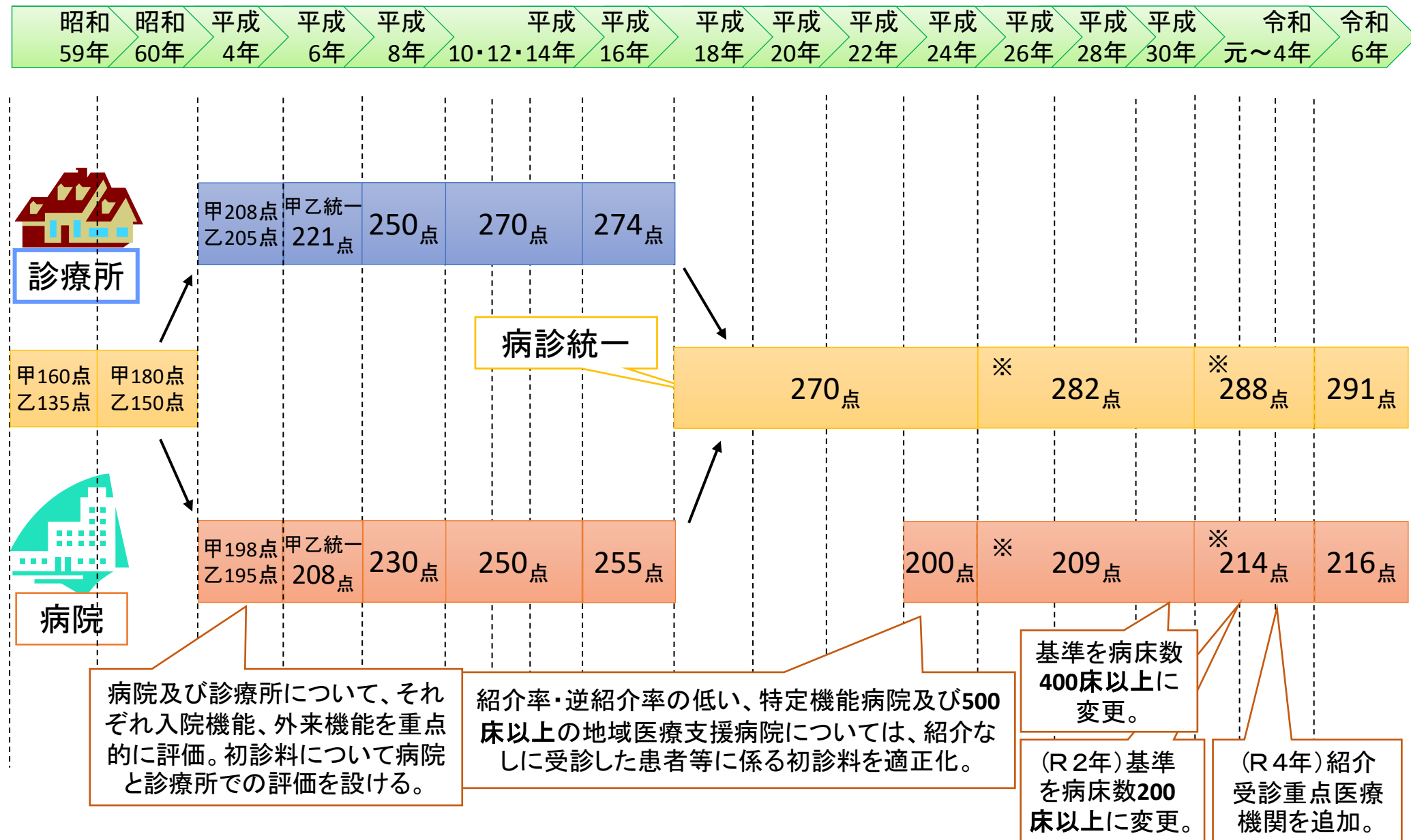


診療科目は、医療施設静態調査で、各診療所が「主たる診療科目」として回答したものに基づいて区分。「その他」には、麻酔、放射線治療、入院料等が含まれる。「泌尿器科」の処置には、人工腎臓及び特定保険医療材料等が含まれる。「小児科」の医学管理等には、小児かかりつけ診療料等が含まれる。

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

- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 外来機能の分化の推進について
- ⑤ 情報通信機器を用いた診療について

初診料の変化の変遷



再診料・外来管理加算の評価の変遷

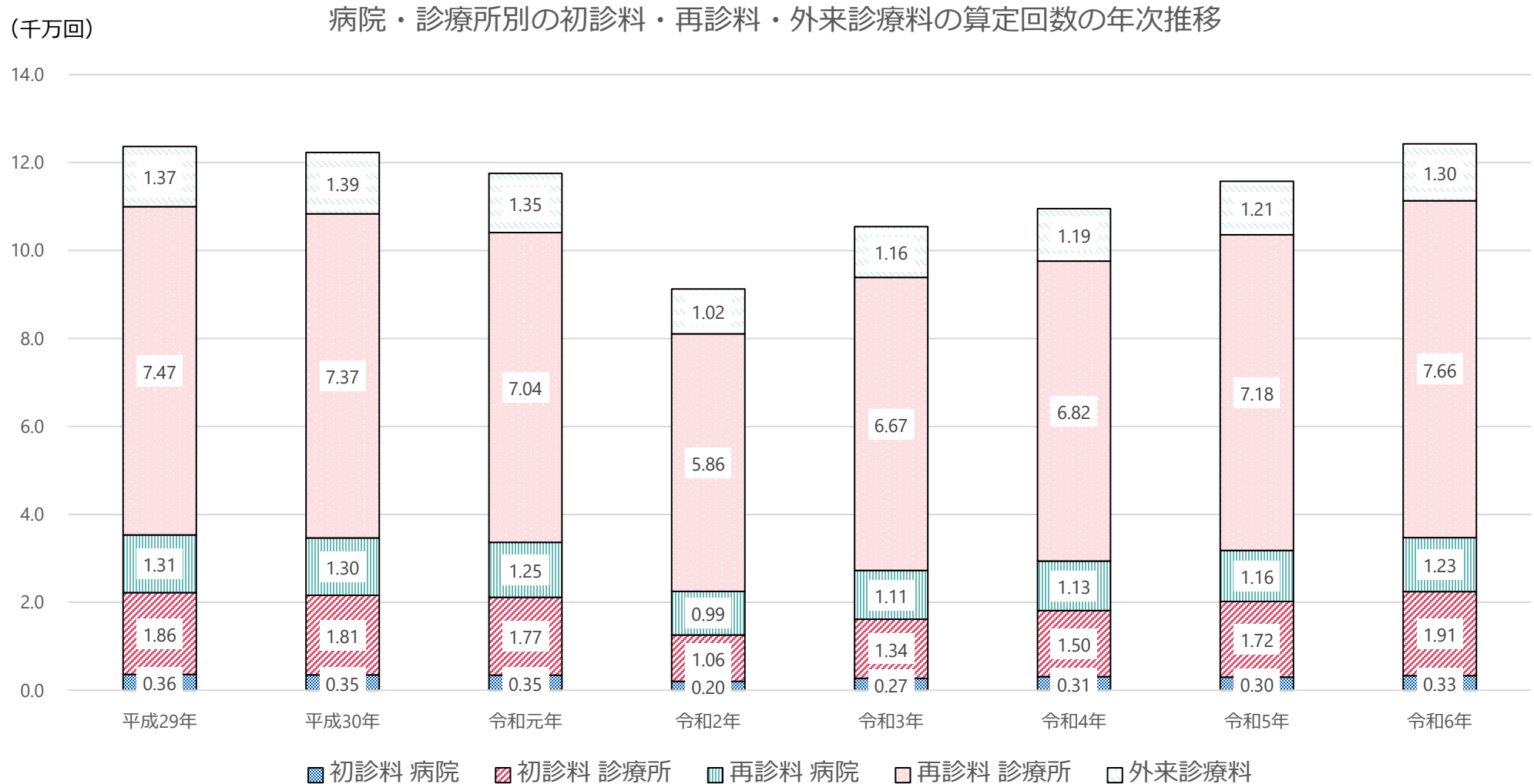
診療所、病院それぞれ上段が再診料、下段が外来管理加算の変遷を示す

		昭和59年	昭和60年	平成4年	平成6年	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和元～4年	令和6年
診療所	再診料																		
	診療料	甲表70点 乙表39点	甲表55点 乙表53点	61点	70点	74点	81点 74点 37点	73点	71点										
		乙表 乳幼児43点 幼児41点 31点	甲表42点 乙表42点	42点	52点														
	甲表65点 乙表38点				懇切丁寧な説明の要件化					69点 病診を統一	※72点	※73点	75点						
病院	再診料																		
	診療料	乙表 乳幼児37点 27点	甲表66点 乙表38点	甲表45点 乙表43点	甲乙統一 50点	59点	65点 59点 30点	58点	57点	60点									
		乙表 乳幼児40点 幼児38点 28点	甲表42点 乙表42点	甲乙統一 42点	42点	52点													
						90点	70点	77点 35点	72点	70点	73点	※74点	76点						
						200床未満		200床以上											
						特定機能病院		特定機能病院 外来診療料		外来診療料		複数科受診 の評価							

※平成26年、令和元年は消費税率の引上げに伴う改定 30

病院・診療所別の初再診料等の算定回数の年次推移

○ 初再診料等の算定回数は、令和2年に減少したが、令和3年以降は増加傾向である。



- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 外来機能の分化の推進について
- ⑤ 情報通信機器を用いた診療について

「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。

かかりつけ医機能に係る主な評価について

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

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）

診調組 入－１
７．６．１９

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）

診調組 入－１
７．６．１９

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

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

	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

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	

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

診調組 入－1
7 . 6 . 1 9

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

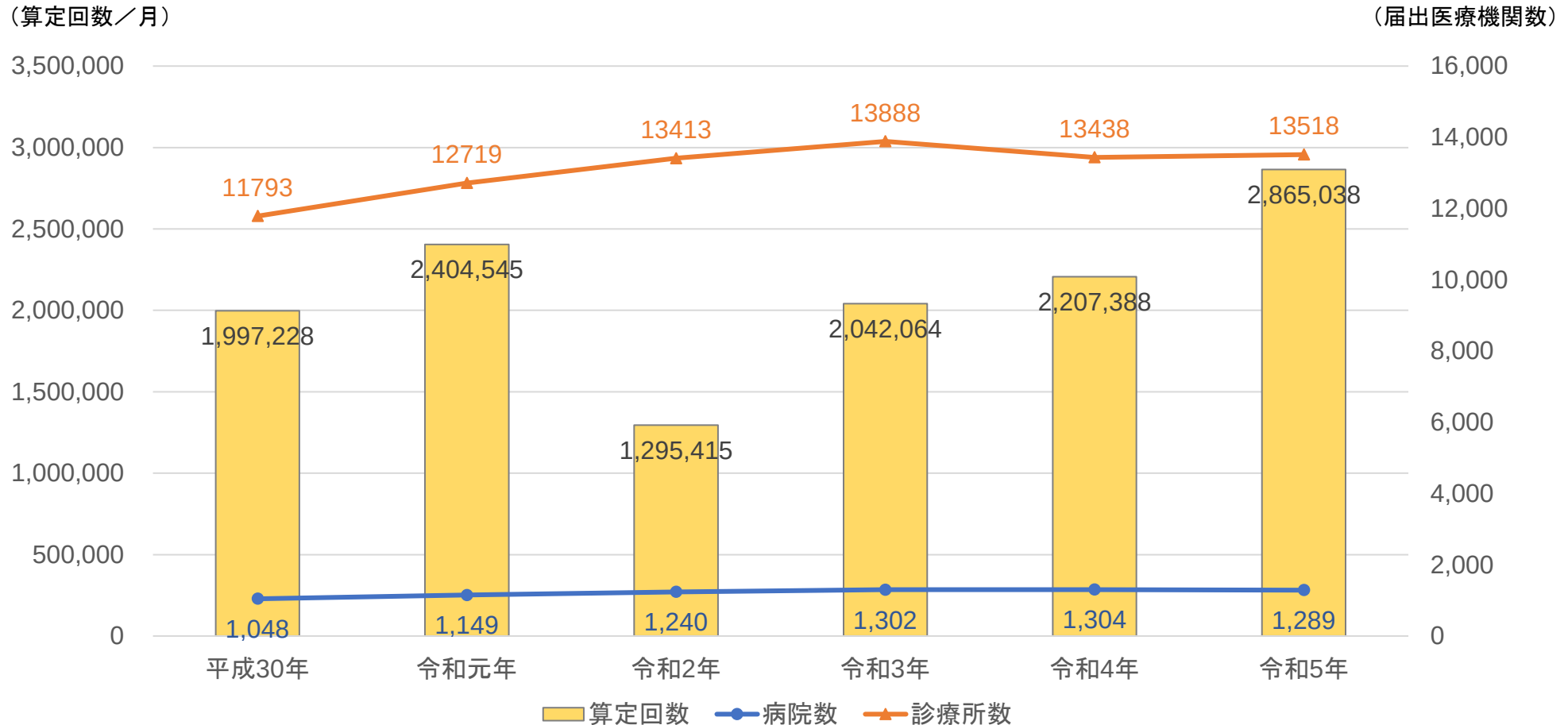
医療法上の主なかかりつけ医機能		関連する主な現行の診療報酬
1号機能 (日常的な診療の総合的・継続的实施)	機能の院内掲示による公表	機能強化加算の掲示要件
	かかりつけ医機能に関する研修等の修了	地域包括診療料・加算の研修要件
	一次診療の対応が可能な診療領域・疾患	-
	全国医療情報プラットフォームの参加・活用	医療DX推進体制整備加算等
	服薬の一元管理の実施	機能強化加算、地域包括診療料・加算等
2号機能	通常の診療時間外の診療	時間外対応加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料 在宅療養支援診療所・病院等
	入退院時の支援	在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟 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	-

機能強化加算の算定・届出状況

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 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。

機能強化加算の算定・届出状況



地域包括診療料・加算について

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

	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。		

認知症地域包括診療料・加算について

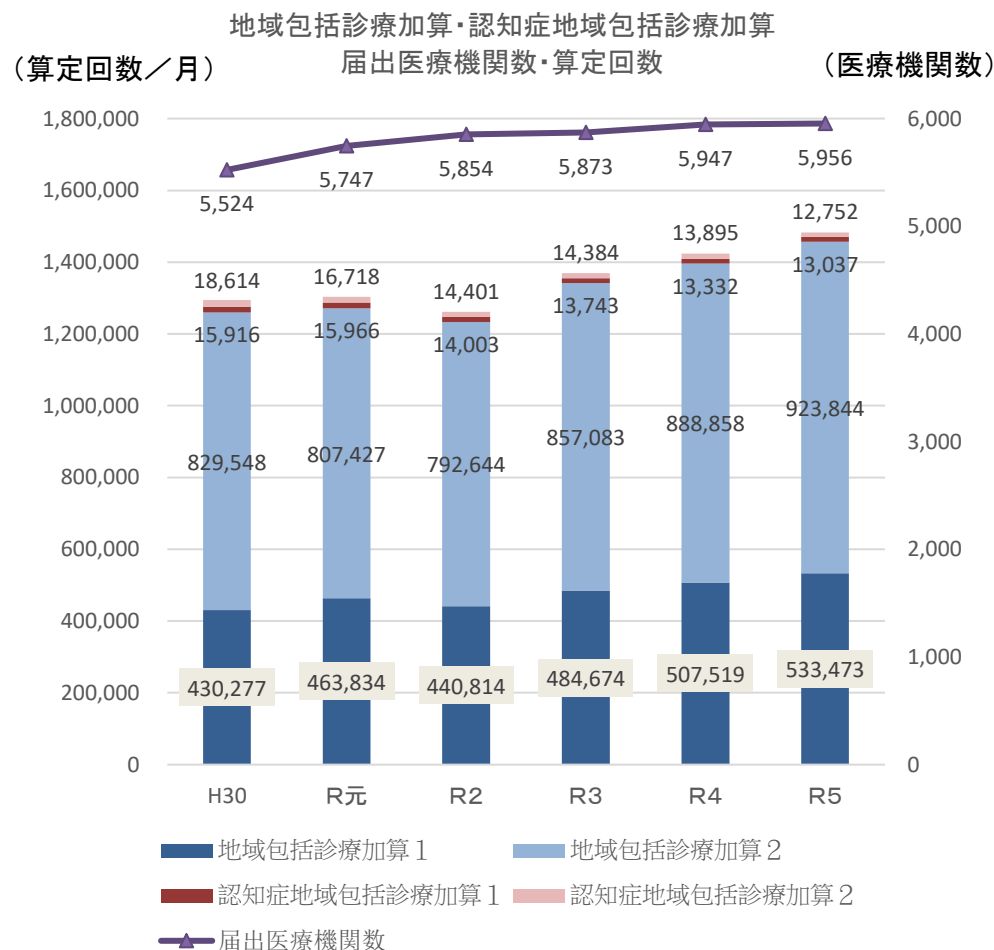
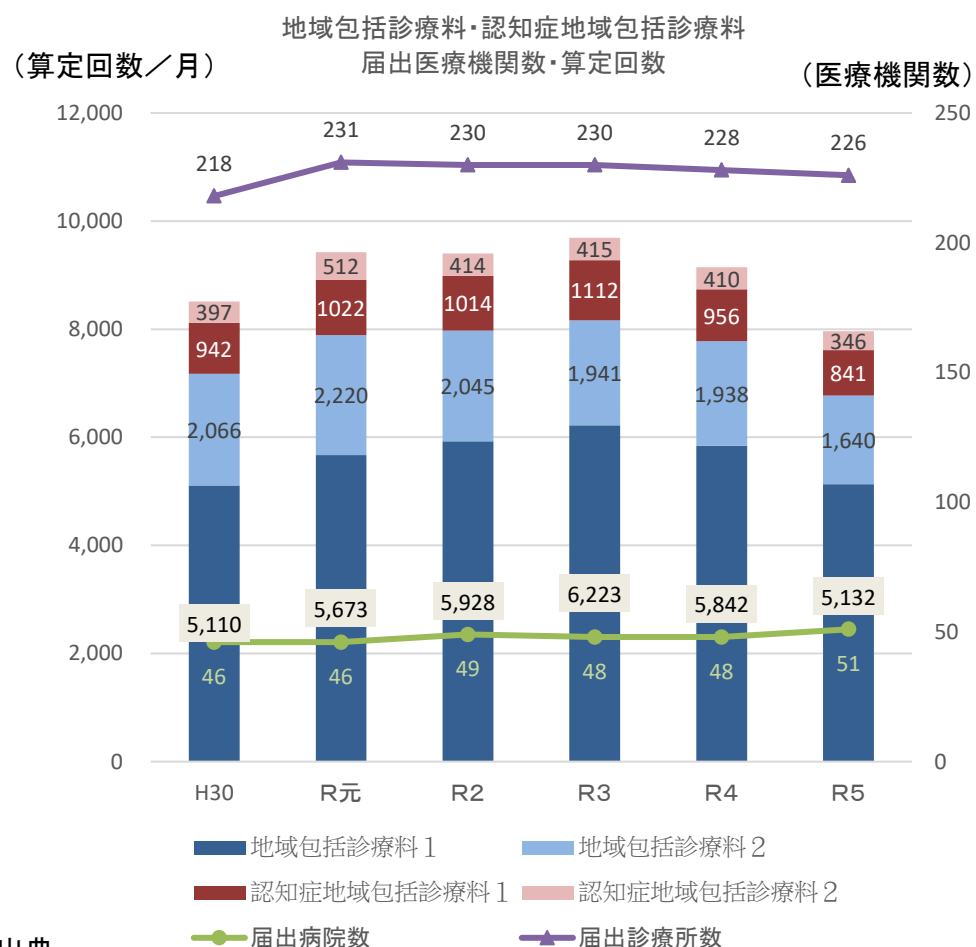
診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

	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

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 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・加算等の算定患者の主傷病名

診調組 入－1
7．6．19

- 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%

- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 外来機能の分化の推進について
- ⑤ 情報通信機器を用いた診療について

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）

診調組 入－1
7．6．19

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

診調組 入－1
7．6．19

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

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

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

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 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%

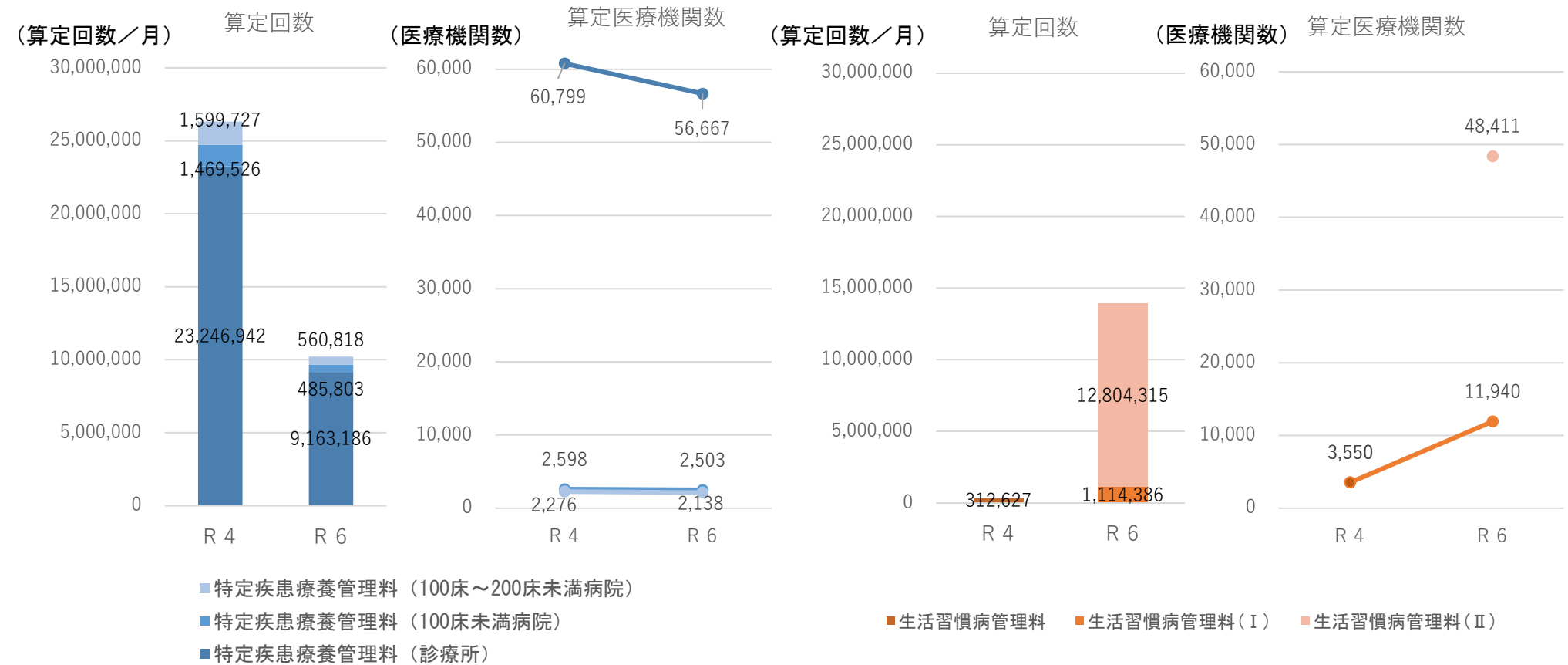
特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料等の算定状況

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

○ 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

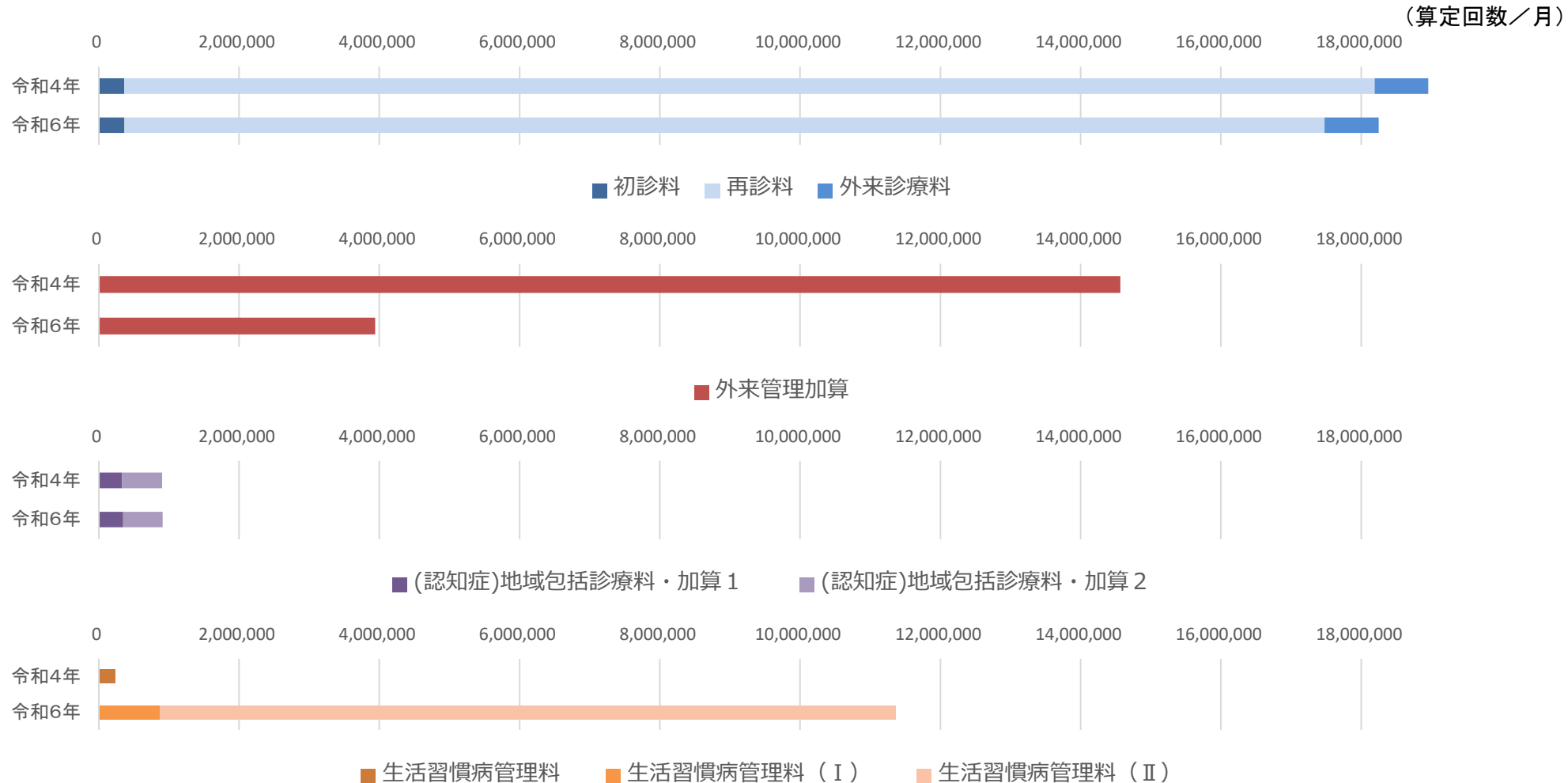
生活習慣病管理料等



生活習慣病患者の外来診療における算定状況

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 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。



- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 外来機能の分化の推進について
- ⑤ 情報通信機器を用いた診療について

外来医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

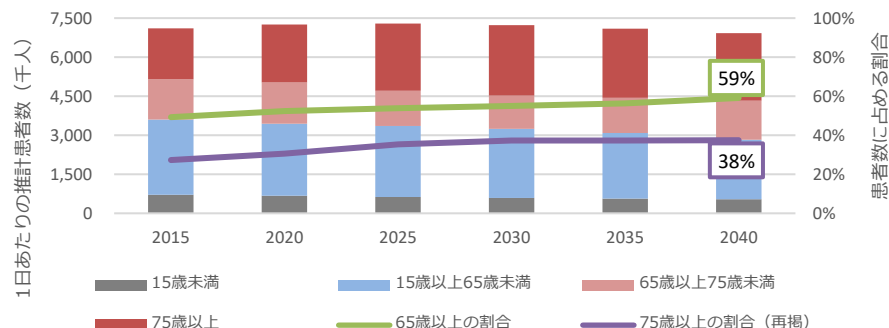
概要

- 外来医療計画の取組の実効性を確保し、地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める。
- 地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器について把握できる体制の構築を進める。
- 外来機能報告等のデータを活用し、地域の実情に応じた、外来医療提供体制について検討を行う。

外来医師偏在指標を活用した取組

- 今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、外来医療計画について、金融機関等への情報提供を行う。

外来患者数推計



- 地域で不足する医療機能について具体的な目標を定める。
- 少なくとも外来医師多数区域において、新規開業希望者に対して、地域で不足する医療機能を担うことを求めることとする。
- 地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた場合、地域の医師会、市町村へ情報共有を行う等、フォローアップを行う。

医療機器の効率的な活用への取組

都道府県における医療機器の可視化(例示)



- 地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、
 - ・ 医療機器の配置・稼働状況に加え、
 - ・ 共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても、可視化を進める。

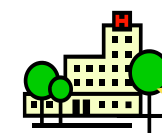
地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

- 外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について検討。

かかりつけ医機能を担う医療機関



紹介受診重点医療機関



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革



協議の場において、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

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

参考：医療法(一部抜粋)

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

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

目的

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

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

報告項目

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

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

対象医療機関

義務： 病院・有床診療所
任意： 無床診療所

報告頻度

年1回
(10～11月に報告を実施)

医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)

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

紹介受診重点医療機関の基準

意向はあるが基準を満たさない場合

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

上記の外来の件数の占める割合が

- ・ 初診の外来件数の40%以上かつ
- ・ 再診の外来件数の25%以上

- ・ 紹介率50%以上かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

紹介受診重点医療機関について

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

① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、

② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

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

【外来機能報告】

○ 「医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）」等の実施状況

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

○ 紹介・逆紹介の状況

○ 紹介受診重点医療機関となる意向の有無

○ その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準（※）を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。

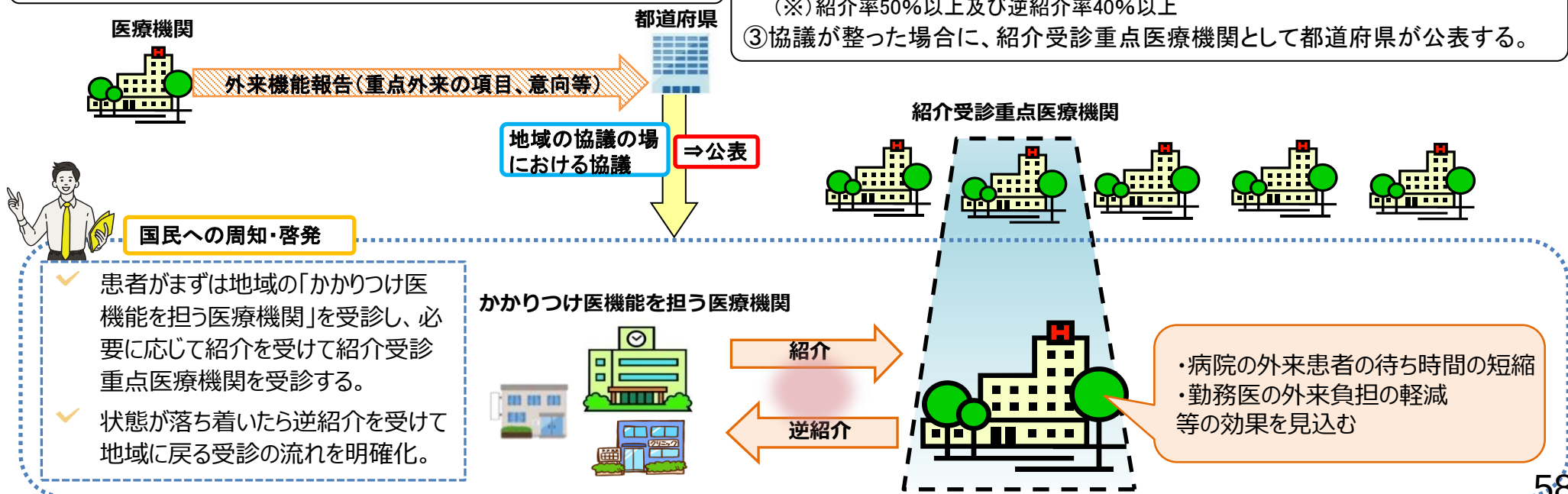
（※）初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ

再診に占める重点外来の割合25%以上

② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であっても、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等（※）を活用して協議を行う。

（※）紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上

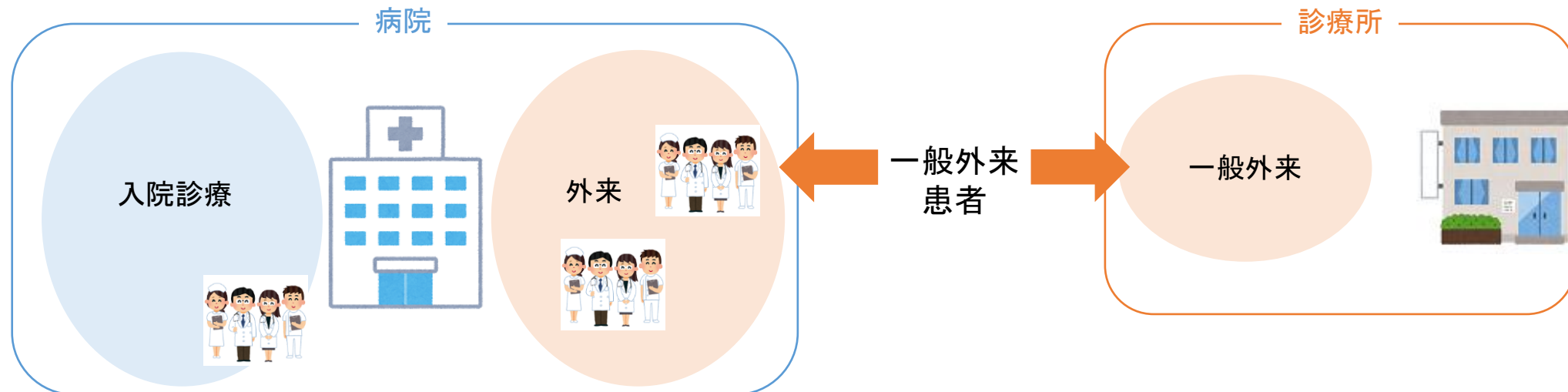
③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



機能分化・強化による入院医療を含む病院の機能への効果

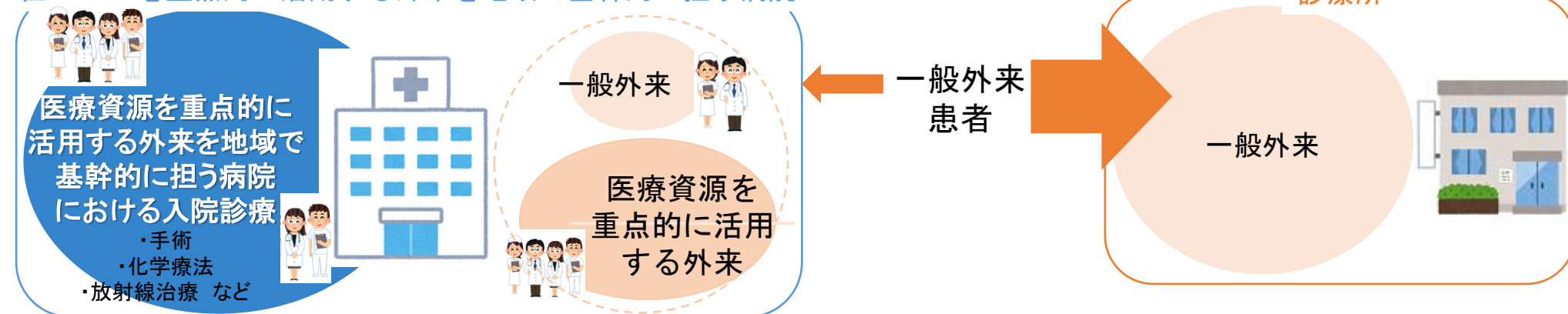
中医協 総-8
5. 6. 21

機能分化・強化を行っていない場合



機能分化・強化を行っている場合

医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う病院

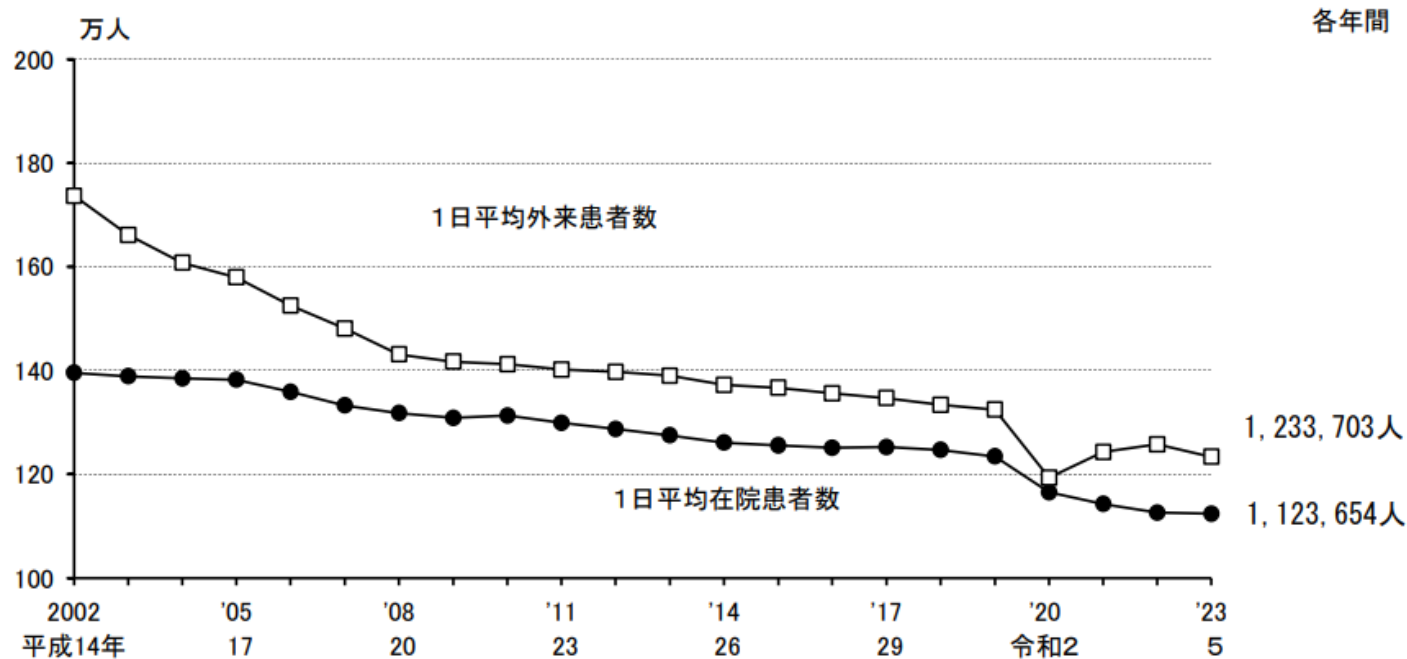


医療資源を重点的に活用する外来を中心とした外来機能分化・強化を進めることにより、入院機能が強化され、さらに、医療資源重点活用外来を地域で基幹的に担う病院において、勤務医の外来負担の軽減等、医師の働き方改革に資すると考えられる。

病院の1日平均外来患者数の年次推移

- 病院の1日平均外来患者数は、長期的には減少傾向である。

図1 病院の1日平均患者数の年次推移

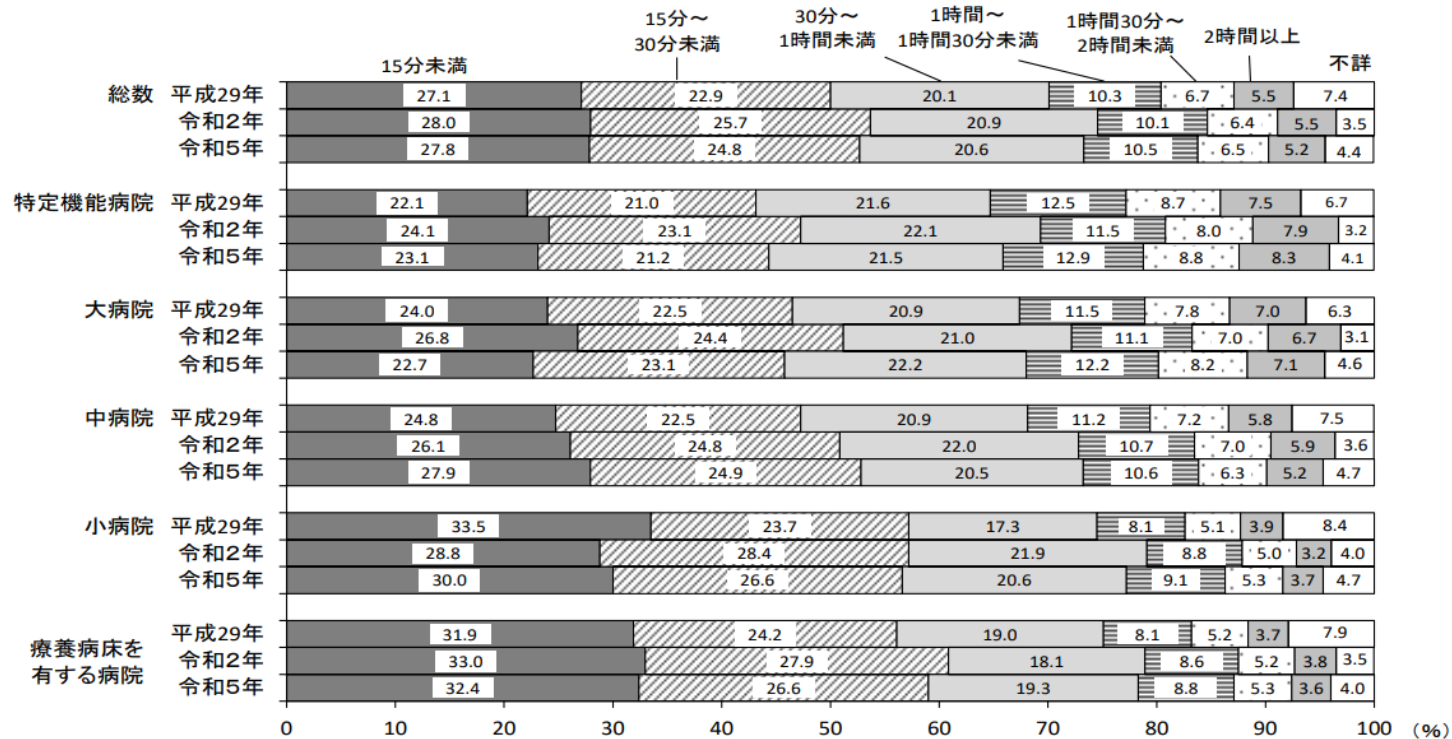


- 注：1) 東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。
- 2) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
- 3) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
- 4) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

外来患者の診察等までの待ち時間

- 外来患者の診察等までの待ち時間を病院の種類別にみると、病床規模の大きい病院において、待ち時間がより長い傾向があった。

図2 病院の種類別にみた外来患者の診察等までの待ち時間（基本集計）



注：「2時間以上」は「2時間～3時間未満」「3時間以上」の合計である。

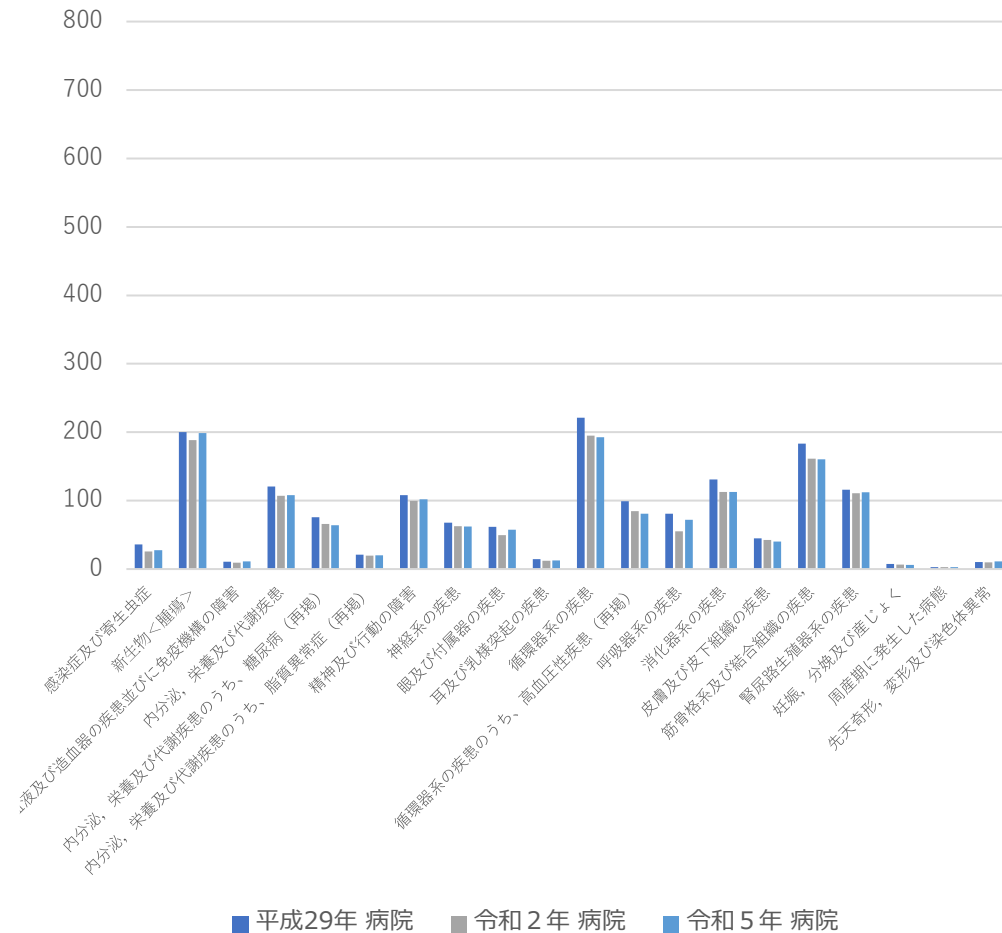
- ・特定機能病院：医療法第4条の2に規定する特定機能病院として厚生労働大臣の承認を得ている病院
- ・大病院：特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が500床以上の病院
- ・中病院：特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が100床～499床の病院
- ・小病院：特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が20床～99床の病院
- ・療養病床を有する病院：医療法第7条第2項第4号に規定する病院の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床を有する病院

傷病分類別にみた外来の推計患者数

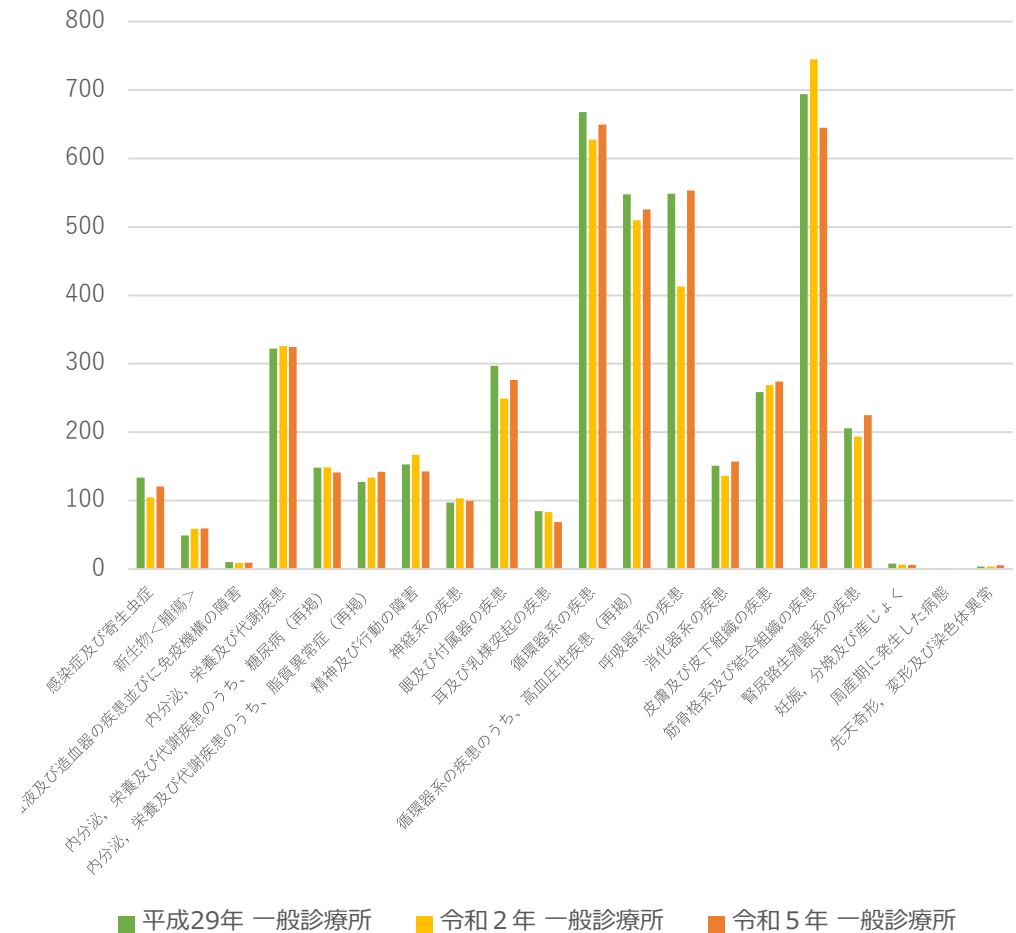
- 外来における、疾病分類別の推計患者数を病院・一般診療所別にみると、「悪性腫瘍」「妊娠、分娩及び産じょく」「先天奇形、変形及び染色体異常」の推計患者数は病院で多く、その他の傷病分類の推計患者数は診療所で多かった。

(千人)

傷病別にみた外来の推計患者数推移（病院）



傷病別にみた外来の推計患者数推移（一般診療所）

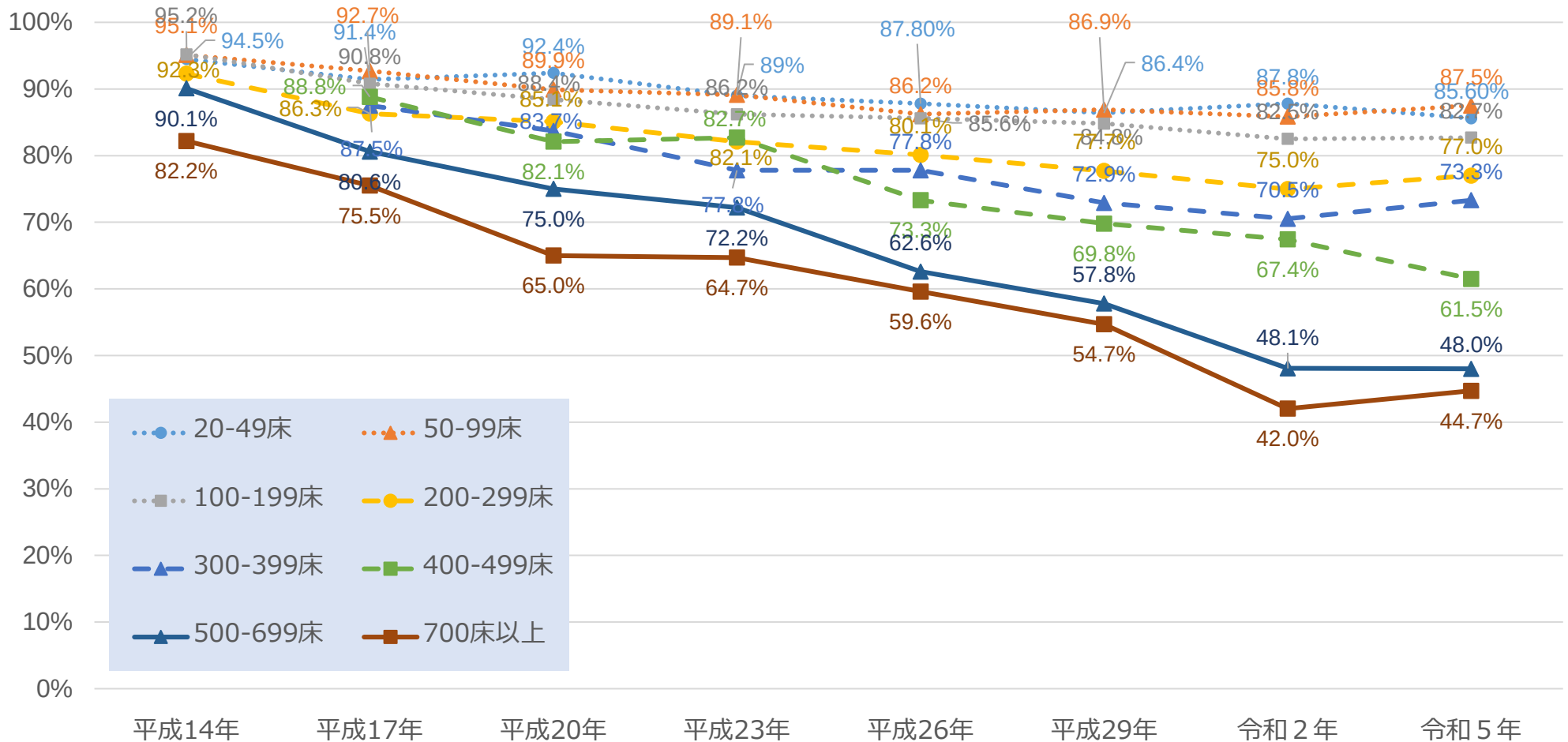


出典：患者調査をもとに医療課で作成

※患者調査の調査日に全国の医療施設で受療した推計患者数。 ※平成29年以前と令和2年以降では、患者推計方式が異なる。 ※「一般診療所」には歯科診療所を含まない。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

- 紹介なしで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、その割合は全体的に減少傾向にあり、特に病床数が多い病院においてその傾向が顕著であった。令和2年以降は、500床以上の病床規模の病院群における割合は5割以下となっている。



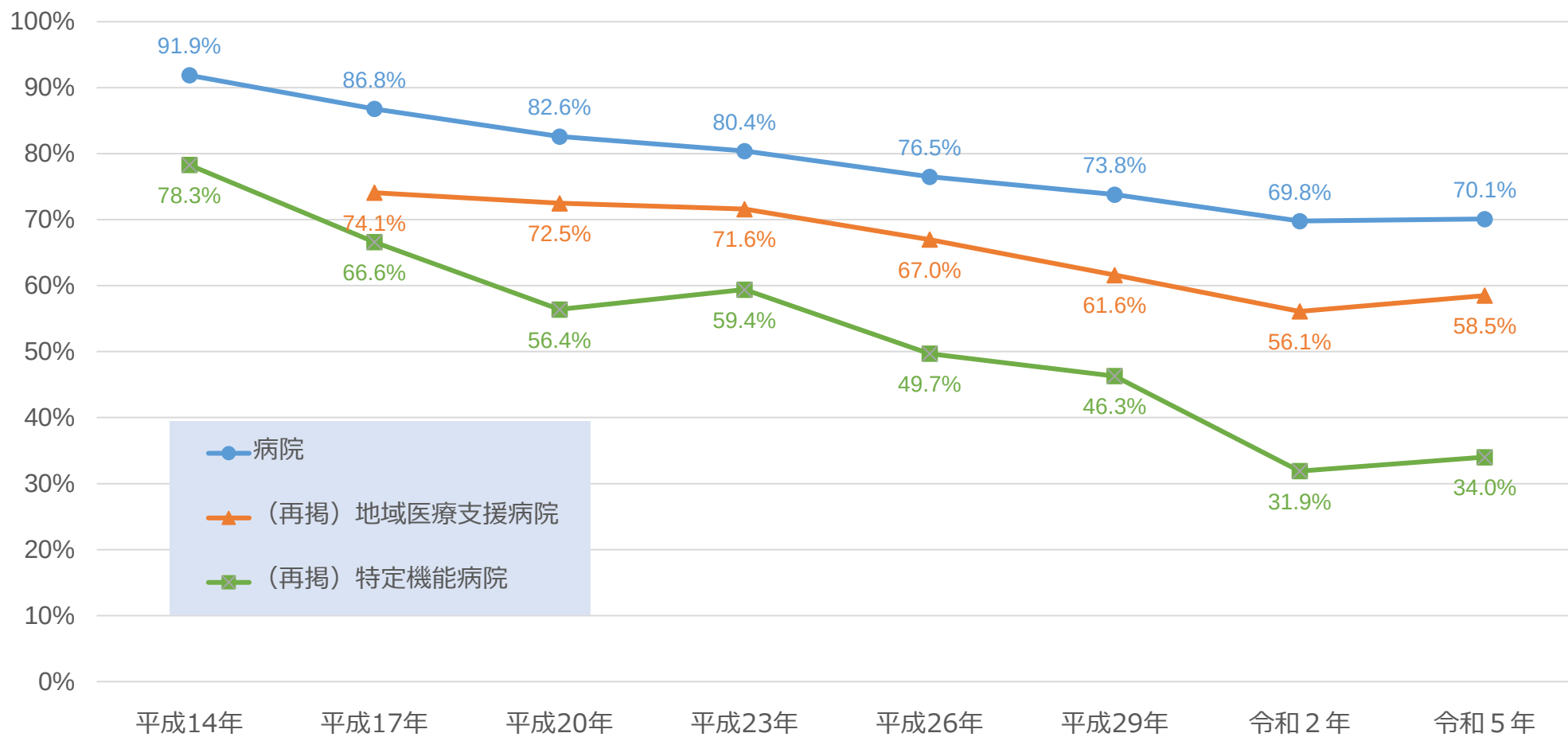
出典：平成14年から令和5年患者調査を基に作成。

注1：平成8年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

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

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

○ 紹介なしで外来受診した患者の割合を病院機能別に見たところ、その割合は長期的に減少傾向にあり、令和5年は特定機能病院では34.1%、地域医療支援病院では58.5%であった。



出典：平成14年から令和5年患者調査を基に作成。

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

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

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

現行制度	見直し後
[対象病院] ・ 特定機能病院 ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる [定額負担の額] ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円 ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円	[対象病院] ・ 特定機能病院 ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ・ 紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る） ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる [定額負担の額] ・ 初診：医科 7,000円、 歯科 5,000円 ・ 再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円 [保険給付範囲からの控除] 外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除 ・ 初診：医科 200点、 歯科 200点 ・ 再診：医科 50点、 歯科 40点

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

現行制度	見直し後								
<table><tr><td colspan="2">定額負担 5,000円</td></tr><tr><td>医療保険から支給（選定療養費） 7,000円</td><td>患者負担 3,000円</td></tr></table>	定額負担 5,000円		医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円	<table><tr><td colspan="2">定額負担 7,000円</td></tr><tr><td>医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)</td><td>患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)</td></tr></table>	定額負担 7,000円		医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)
定額負担 5,000円									
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円								
定額負担 7,000円									
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)								

紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算

初診料の注 2、 3 **216点**

外来診療料の注 2、 3 **56点**

(情報通信機器を用いた初診については188点)

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算の対象患者	- 初診料 他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者 - 外来診療料 当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者 ※いずれも、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。			
減算規定の基準 (前年度1年間)	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診の患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 - B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 - 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急患者数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

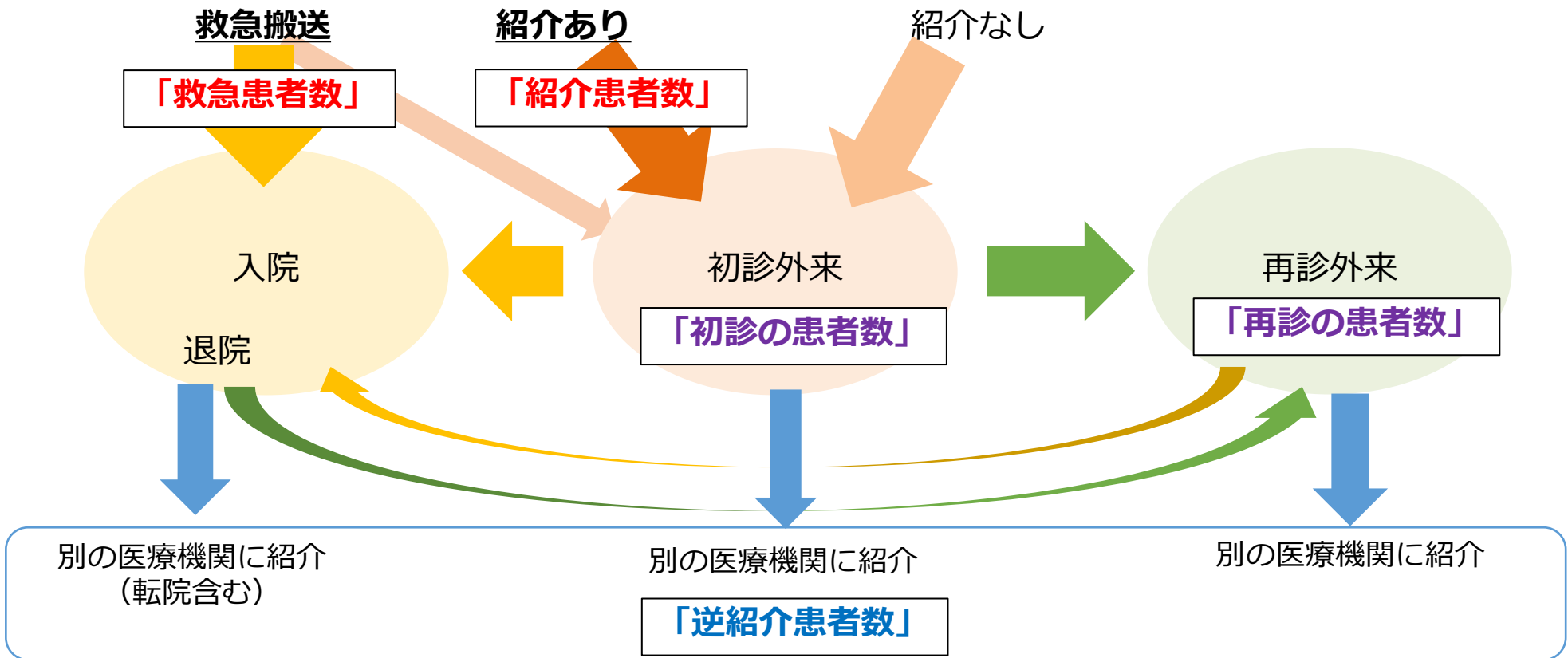
紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算の変遷

		対象医療機関	評価
平成24年	新設	- 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院のいずれか - 紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院	- 紹介のない場合の初診料 200点 - 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 52点
平成26年	対象拡大	- 特定機能病院、許可病床500床以上の地域医療支援病院であって、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の病院 - 許可病床500床以上の全ての病院（一般病床200床未満を除く）であって、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院	- 紹介のない場合の初診料 209点 - 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 54点
平成30年	対象拡大	地域医療支援病院とその他の病院について、許可病床400床以上の病院に拡大。	
令和元年	点数変更		- 紹介のない場合の初診料 209点→214点 - 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 54点→55点
令和2年	対象拡大	地域医療支援病院について、一般病床200床以上に拡大。	
令和4年	対象拡大	「逆紹介率(%) (逆紹介患者数／初診患者数 × 100)」を「逆紹介割合(%) (逆紹介患者数／(初診＋再診患者数) × 1,000)」へ見直し。 - 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介重点医療機関（一般病床200床以上）は、紹介割合50%未満又は逆紹介割合30%未満 - その他の病院（一般病床200床以上で許可病床数400床以上）は、紹介割合40%未満又は逆紹介割合20%未満	
令和6年	点数変更		- 紹介のない場合の初診料 214点→216点 - 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 55点→56点

外来医療における患者の流れと、紹介・逆紹介割合（イメージ）

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

紹介割合（％）	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診の患者数} \times 100$
逆紹介割合（‰）	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}) \times 1,000$



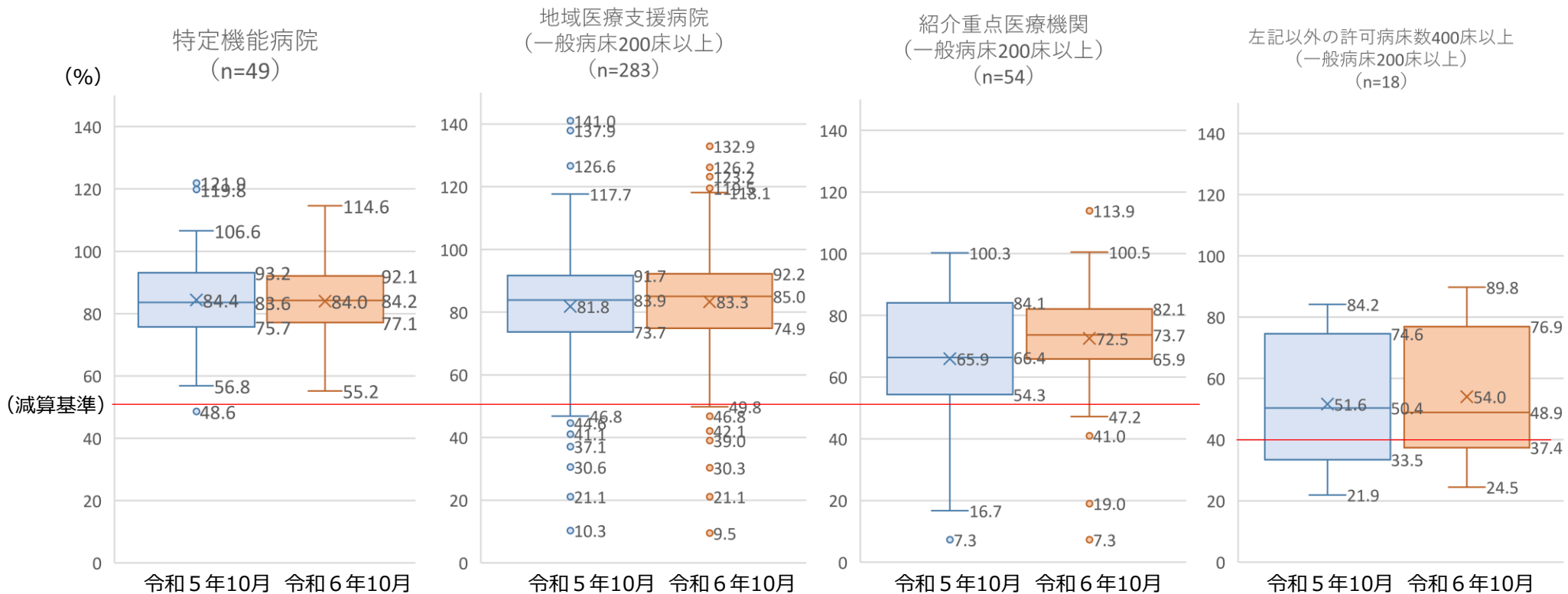
※「初診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者を含まない。

※「再診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者、「遠隔連携診療料」又は「連携強化診療情報提供料」を算定している患者及び「転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者」を含まない。

病院区分別の紹介割合

- 医療機関ごとの紹介割合の分布を、病院区分別に示したものは以下のとおり。
- 全ての区分において、中央値、平均値ともに減算基準を超えていた。
- いずれの区分においても、令和6年度の紹介割合は、令和5年度と比較して不変～やや増加していた。

病院区分別の紹介割合（（紹介患者数＋救急患者数）／初診の患者数※ × 100）

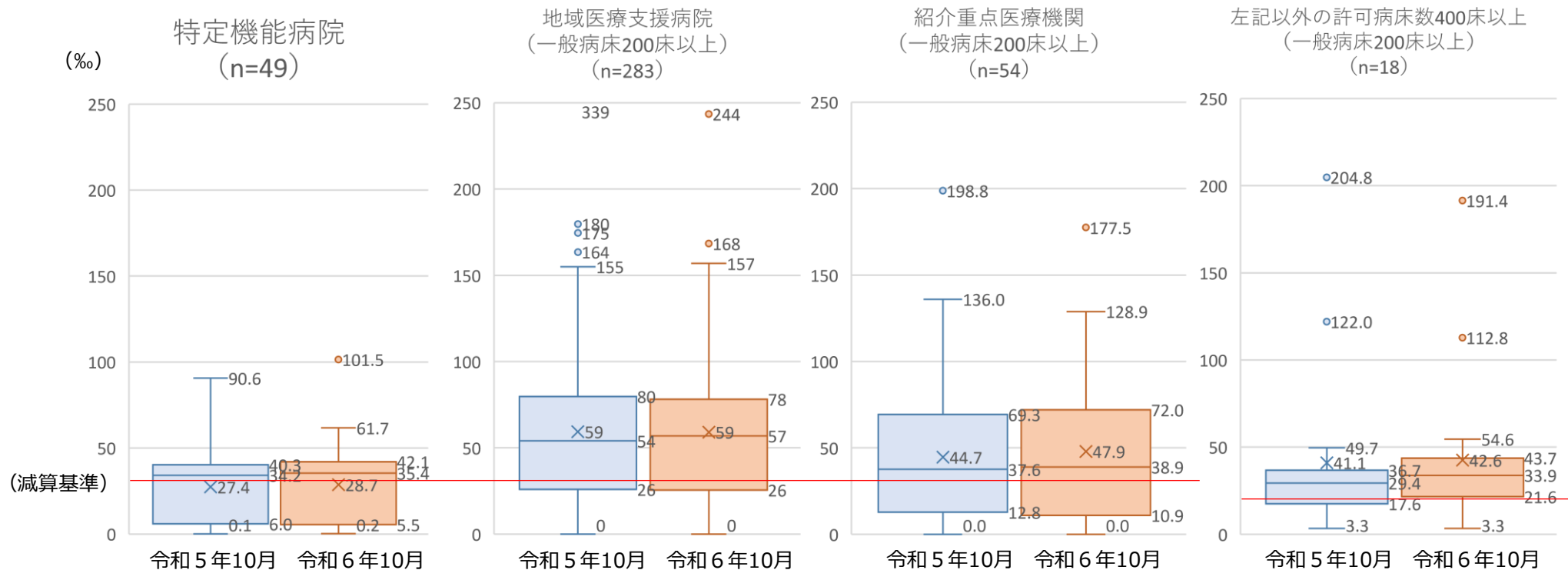


※「初診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者を含まない。

病院区分別の逆紹介割合

- 医療機関ごとの逆紹介割合の分布を、病院区分別に示したものは以下のとおり。
- 特定機能病院以外においては、中央値、平均値ともに減算基準を超えていたが、特定機能病院においては、平均値が減算基準を下回っていた。
- いずれの区分においても、令和6年度の逆紹介割合は、令和5年度と比較して不変～やや増加していた。

病院区分別の逆紹介割合（（逆紹介患者数／（初診＋再診の患者数※））×1,000）



※「初診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者を含まない。

※「再診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者、「遠隔連携診療料」又は「連携強化診療情報提供料」を算定している患者及び「転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者」を含まない。

- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 外来機能の分化の推進について
- ⑤ 情報通信機器を用いた診療について

オンライン診療にかかる評価の経緯

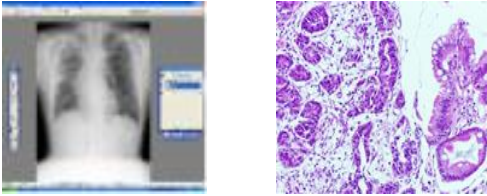
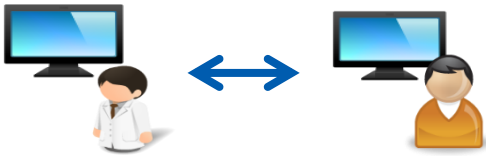
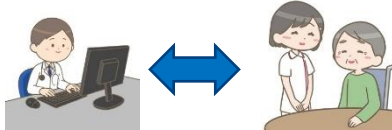
中医協 総－8
5．6．21

- 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 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

	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

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

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

1. 今回改定においては、オンライン診療について、令和2年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和2年4月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - 1号側からは、算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではないとの意見があった。また、点数水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要との意見があった。
 - 2号側からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべきという意見があった。
3. 算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、患者が適切にオンライン診療を受け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行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(7) (8) 略

[施設基準]

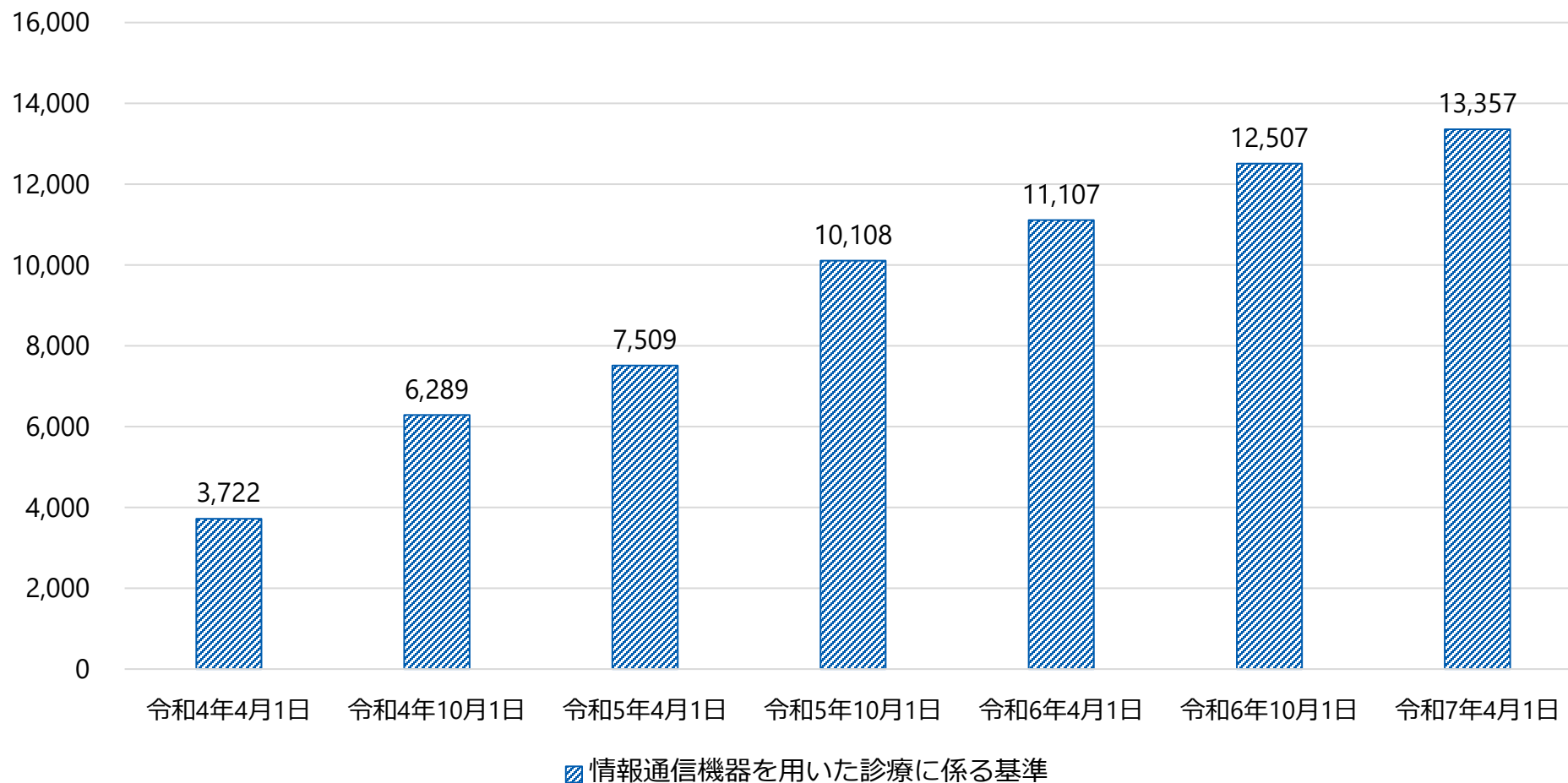
- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 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)



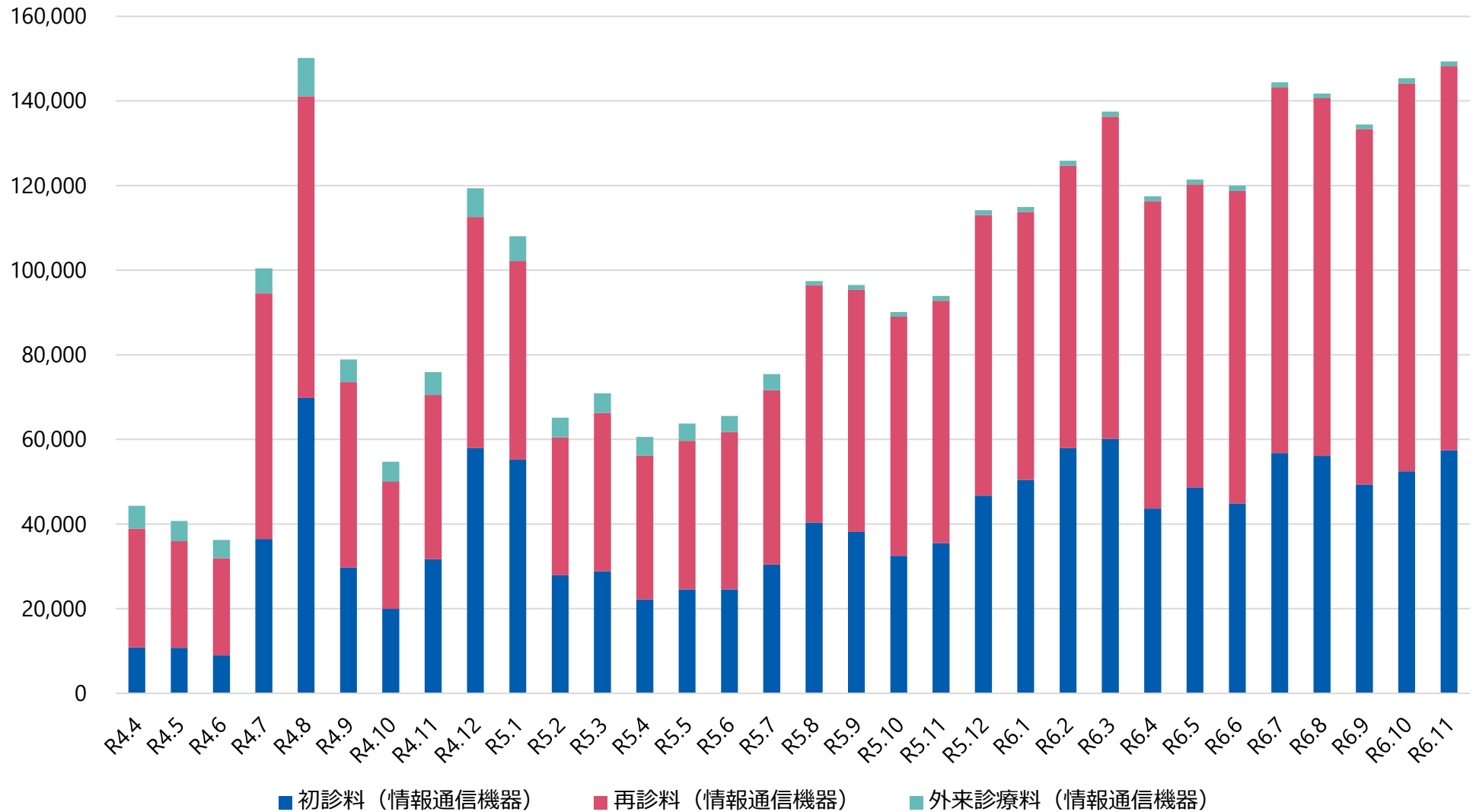
出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

※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算定回数

診調組 入-1
7. 6. 19

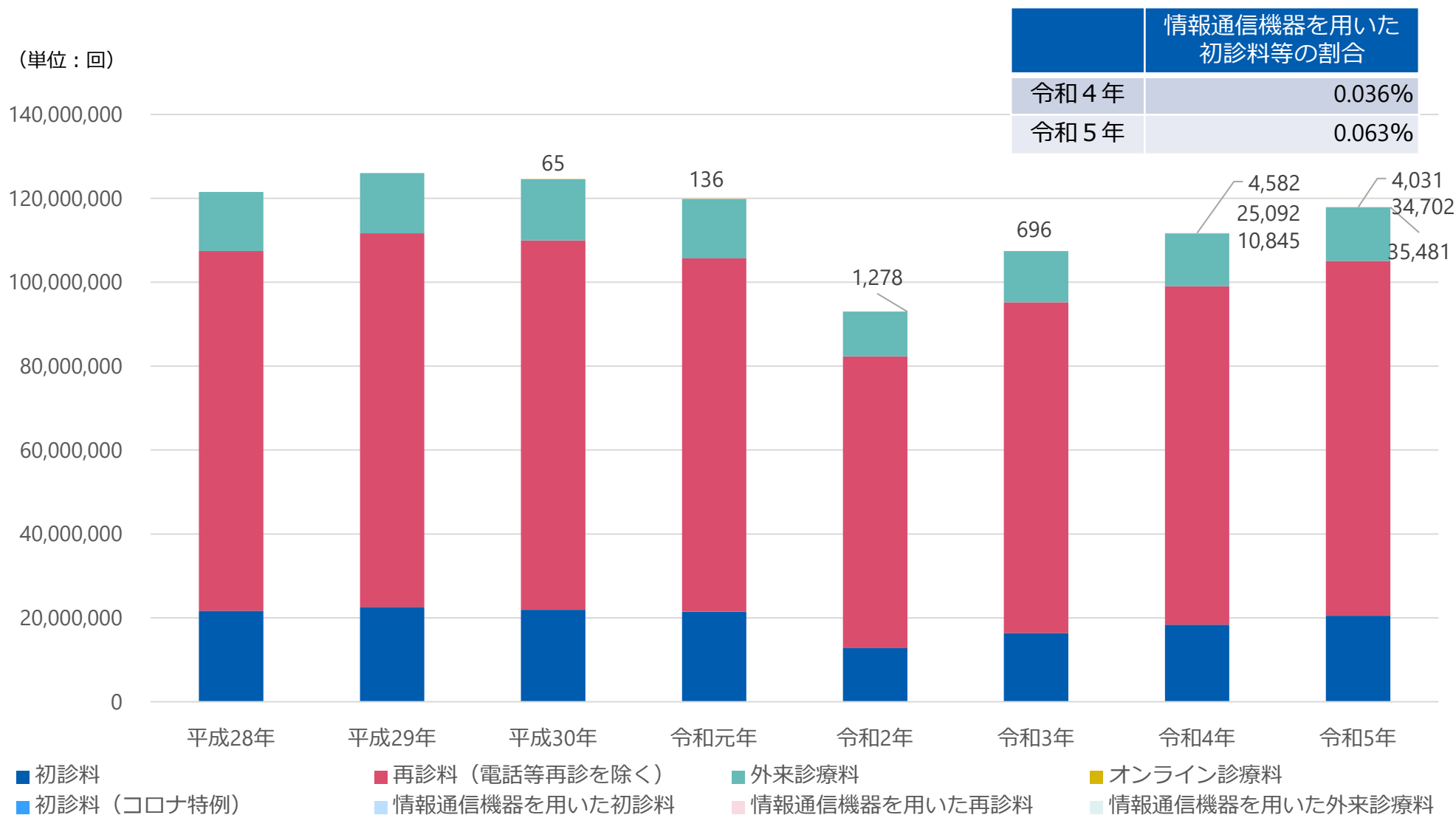
○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は、令和5年4月以降は増加傾向。



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

診療組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

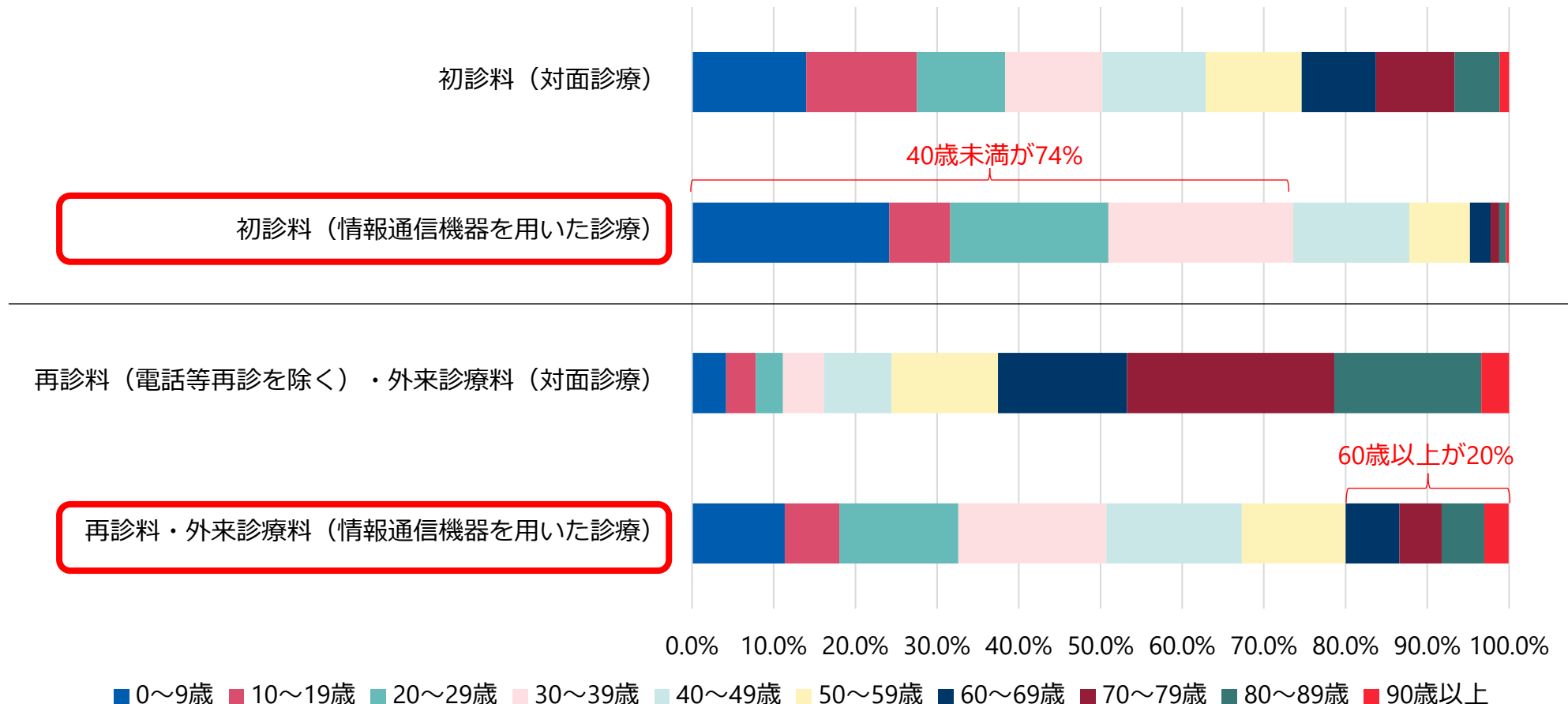
○ 令和5年における情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は初・再診料等全体の0.063%を占める。



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数（年齢分布）

診調組 入-1
7. 6. 19

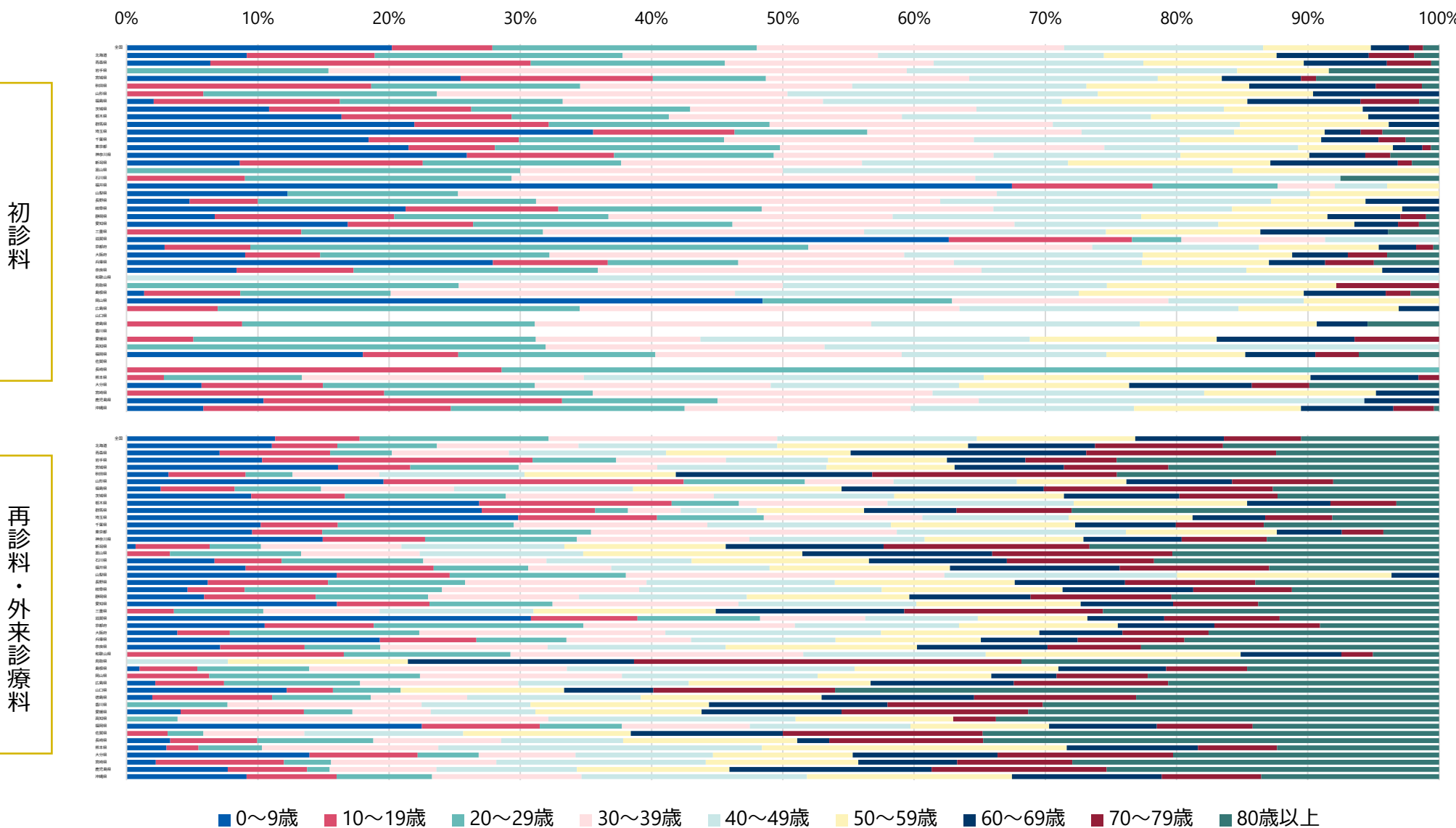
- 情報通信機器を用いた初診料の年齢構成について、対面診療では40歳未満の割合が50%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は74%となっている。
- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療の年齢構成について、対面診療では60歳以上の割合が63%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は20%となっている。



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数の年齢分布（医療機関住所地別）

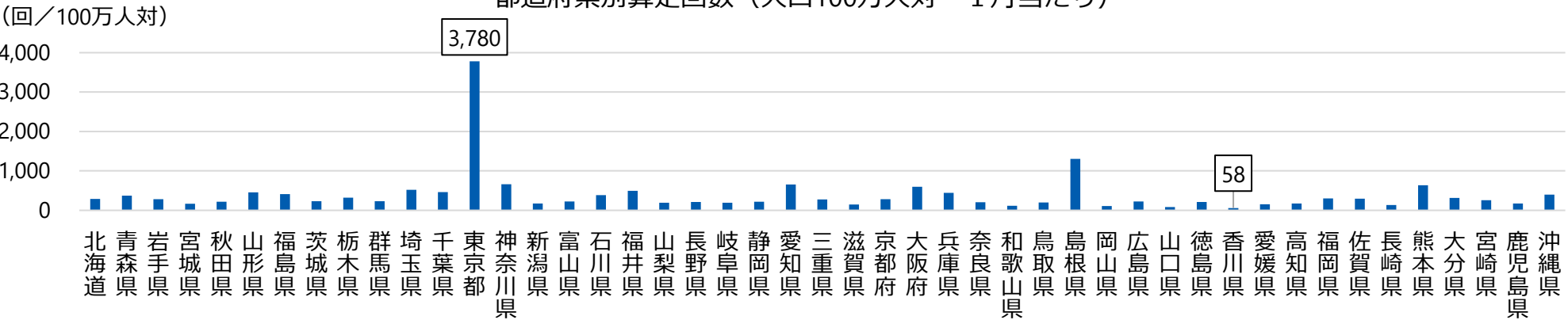
診調組 入-1
7. 6. 19

○ 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。

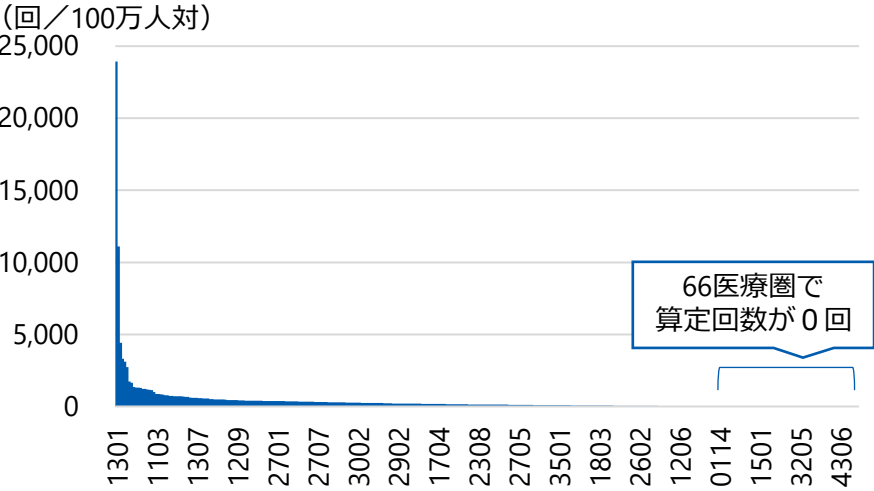


- 医療機関住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和5年4月～令和6年3月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で3,780回、最も少ない香川県で58回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約29,000回で最も多く、人口当たりの算定回数が上位5医療圏で総算定回数の5割を占めている。また、66医療圏で算定回数が0回であった。

都道府県別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



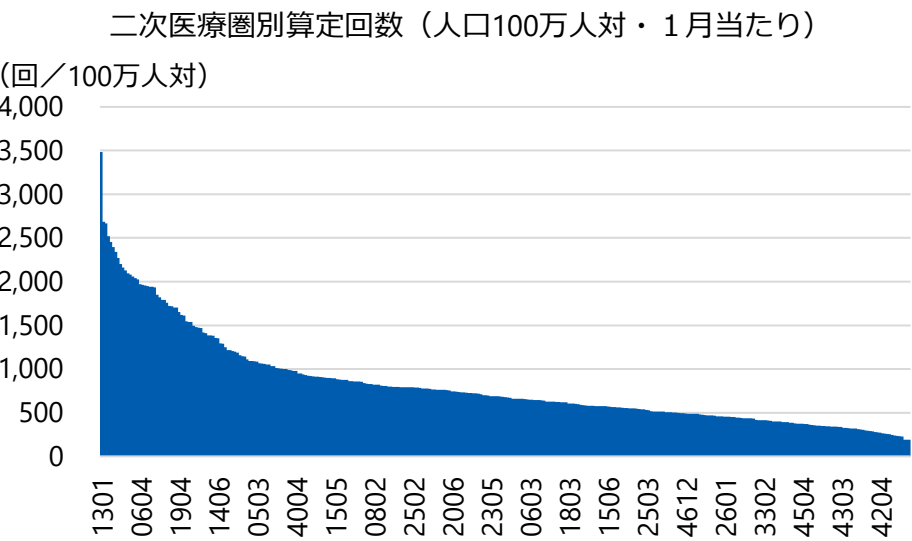
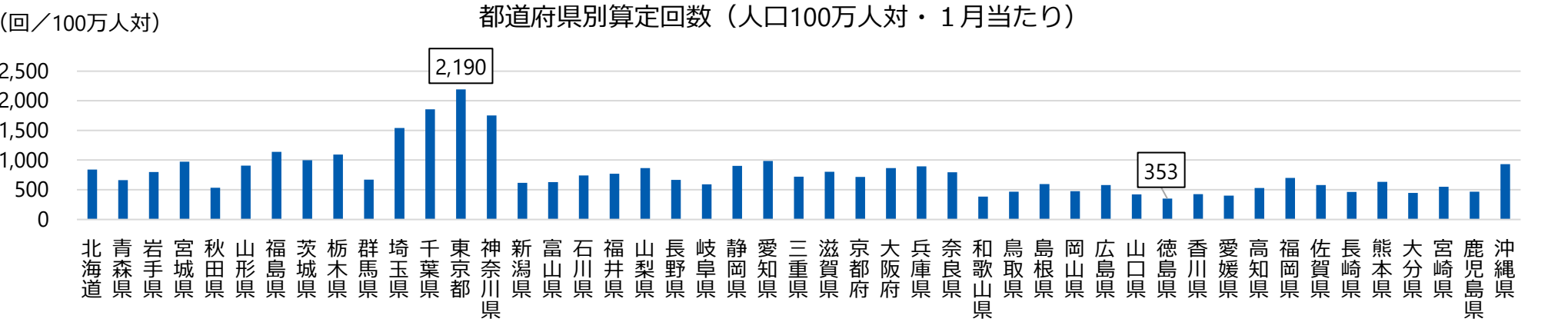
二次医療圏別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



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%

- 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。

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
7. 6. 19

- 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）



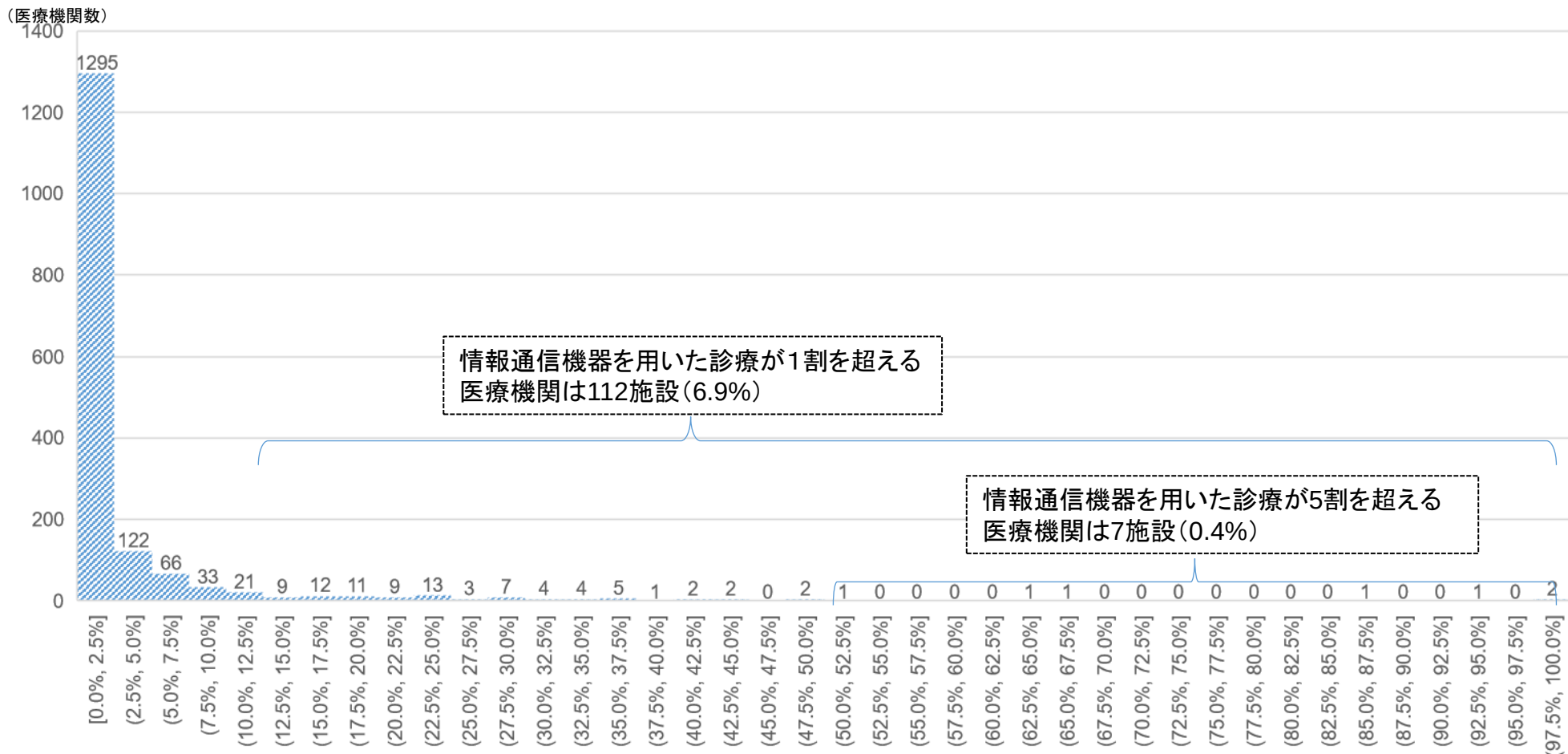
※ 情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料（以下「初診料等」とする。）を算定した1,405施設、3,876施設、107施設を対象に、初診料等全体に占める情報通信機器を用いた診療の割合を算出。

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

遠隔連携診療料

1 診断を目的とする場合 750点 2 その他の場合 500点

注1 1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、診断を目的として、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、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

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、治療を行うことを目的として、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。

[対象患者]

- 注1
- ・ 指定難病の疑いがある患者
 - ・ 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
- 注2
- ・ 指定難病の患者
 - ・ てんかんの患者（知的障害を有する者に限る。）

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院
- ・ 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。
- ・ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意

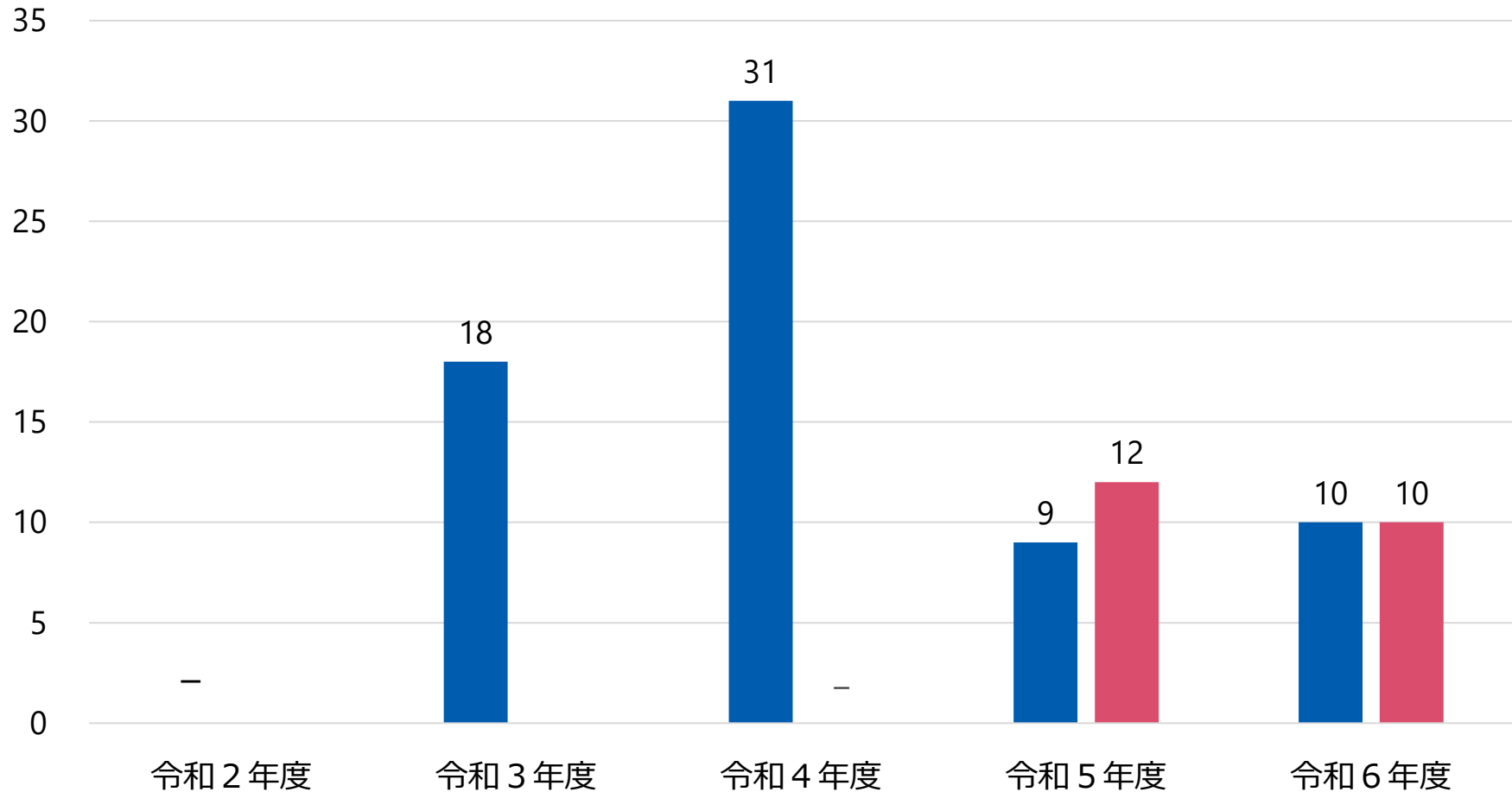
主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う（初診も可）



遠隔連携診療料の算定回数

診調組 入-1
7. 6. 19

○ 遠隔連携診療料の算定回数は以下のとおり。



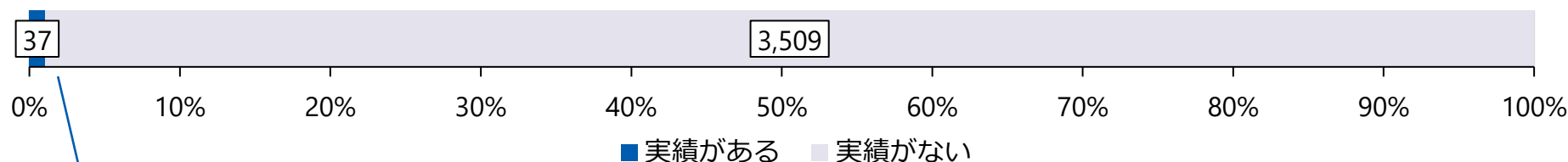
■ 遠隔連携診療料（診断を目的）

■ 遠隔連携診療料（その他）

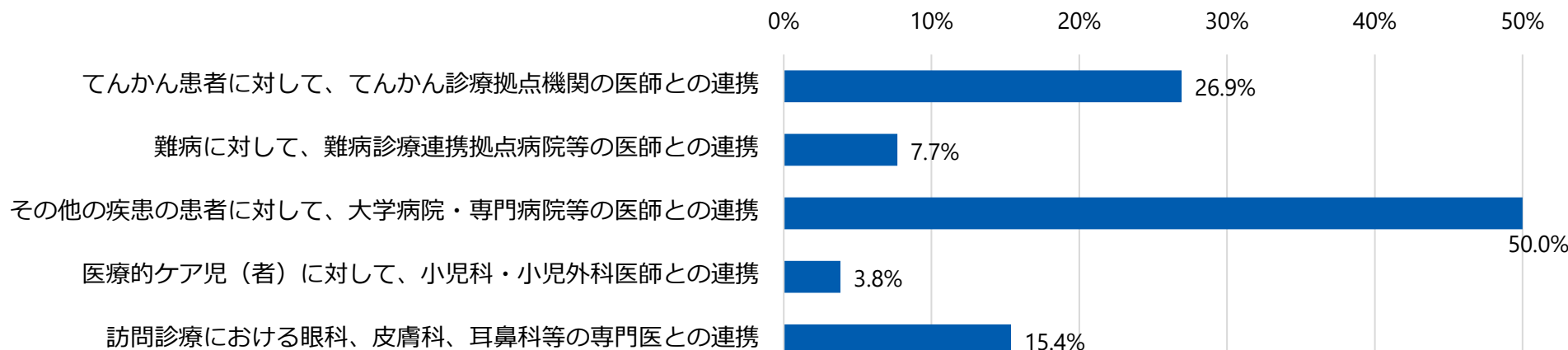
（※）令和6年度は4月～11月まで

- 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

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

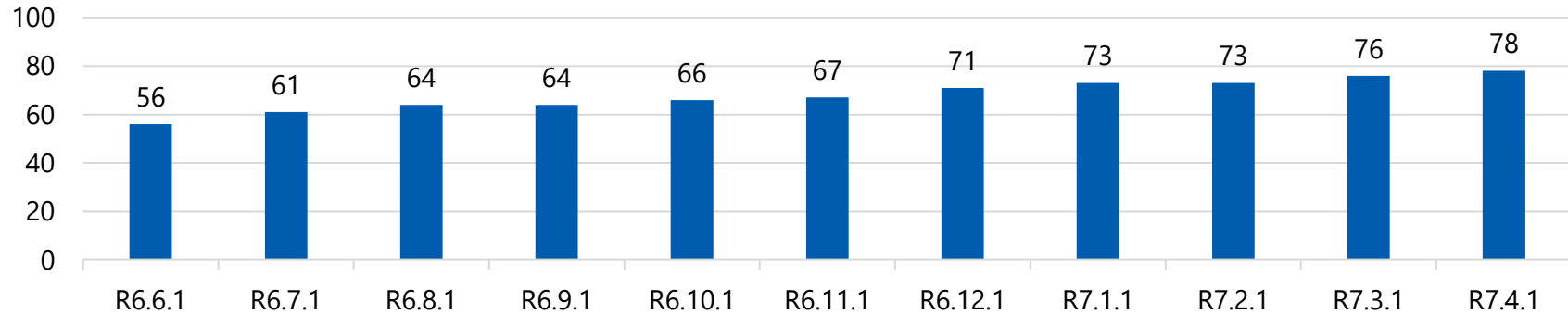
看護師等遠隔診療補助加算

診調組 入-1
7. 6. 19

- 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。

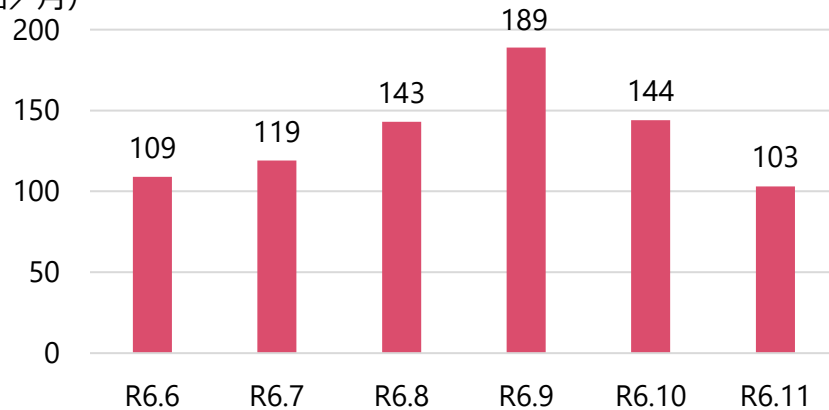
(届出医療機関数)

看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数

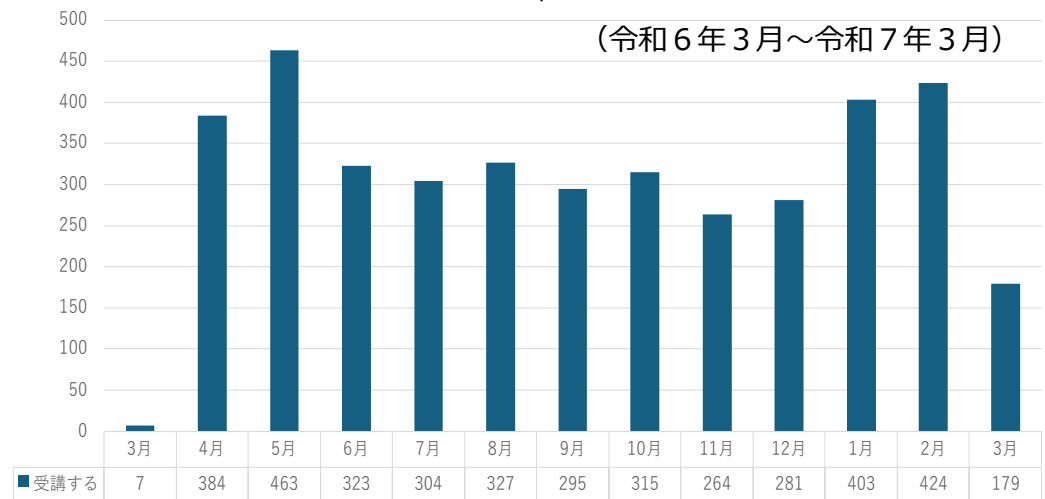


看護師等遠隔診療補助加算の月別算定回数

(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)



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

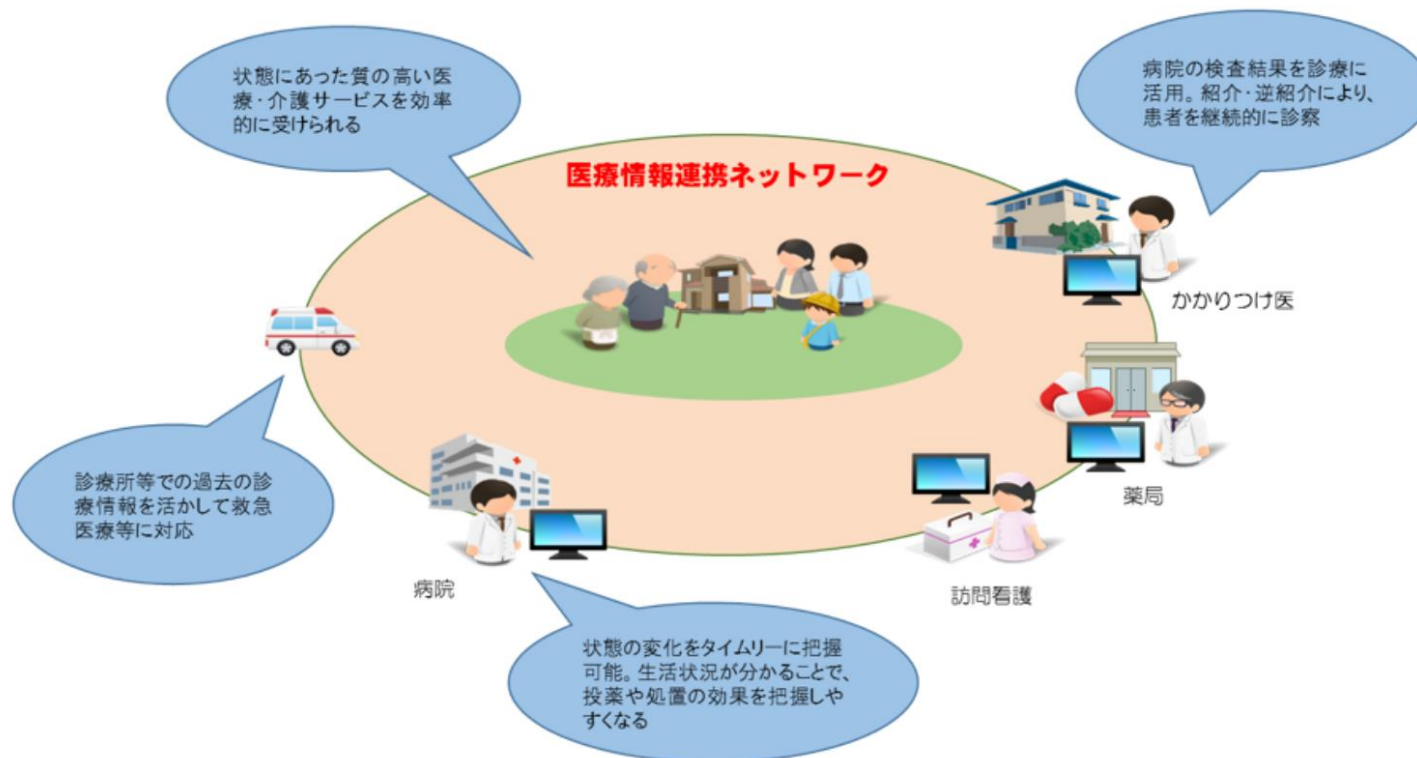
C 厚生労働省は、オンライン診療に係る診療報酬上の評価について、以下の指摘があることを踏まえ、明確化や見直しの可否を検討し、必要に応じて所要の措置を講ずる。

- ・ 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。

I C T を用いた平時からの診療情報の連携について①

中医協 総-1
5. 12. 15

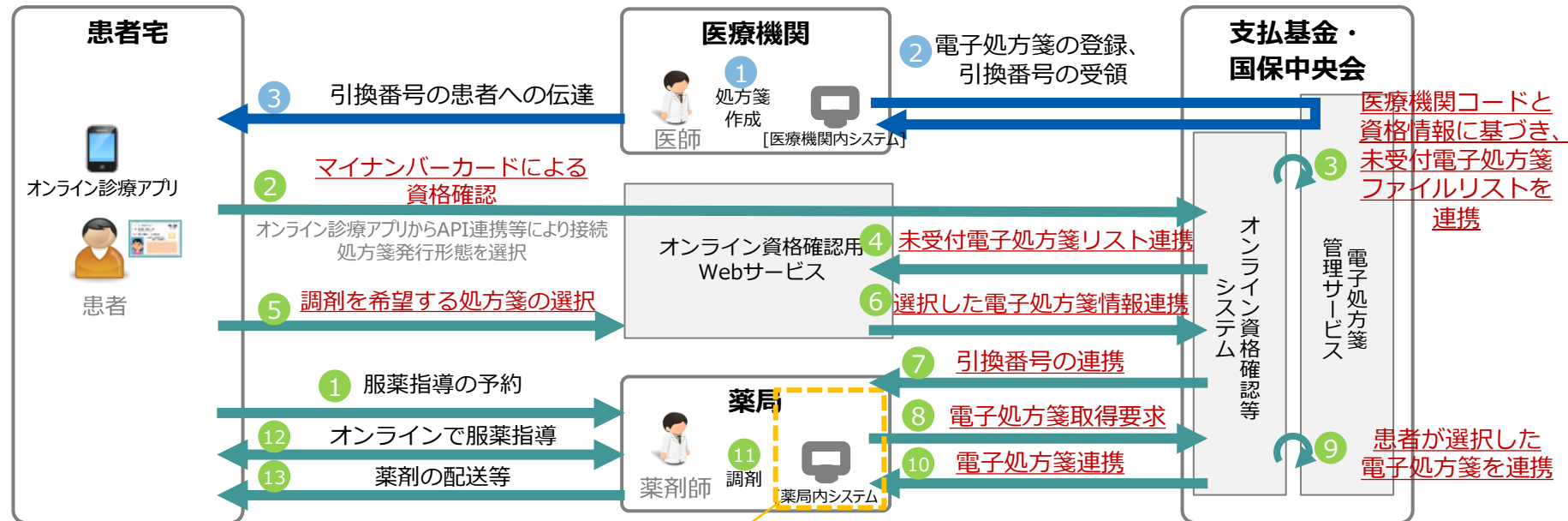
- 医療情報連携ネットワークとは、患者の同意のもと、医療機関等の間で、診療上必要な医療情報（患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等）を電子的に共有・閲覧できることを可能とする仕組みである。
- 関係医療機関等の間で効率的に患者の医療情報を共有することが可能になることから、例えば、
 - ・患者に関する豊富な情報が得られ、患者の状態に合った質の高い医療の提供
 - ・高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、慢性期医療、在宅医療・介護の連携体制の構築
 - ・投薬や検査の重複が避けられることによる患者負担の軽減などの効果が期待されている。



電子処方箋におけるマイナ在宅受付Webの活用

- オンライン診療・オンライン服薬指導の業態で電子処方箋の発行・受付はできるものの、マイナンバーカードによる受付ができないため、過去の薬剤情報閲覧等の同意等ができないといった制約があったが、マイナ在宅受付Webの開始に伴い、医師・薬剤師等が処方・調剤情報を閲覧できるようになっている。
- また、薬局で処方箋の受付を行う際、患者が顔認証付きカードリーダーで調剤対象の処方箋を選択することができるが、オンライン服薬指導の場合でも、自宅等で患者のスマホからマイナ在宅受付Webを活用し、調剤対象の処方箋を選択できるようになっている。
- その後、患者が指定した薬局において資格確認等を行った場合、オンライン資格確認等システムから資格情報と共に患者が選択した処方箋の引換番号を返却することで、薬局は従来どおり、資格情報と引換番号をもとに処方箋の受付ができるようになる。

(既存方式との差異を赤字・下線で記載)



薬局が資格確認を行う際に、引換番号も取得できるようにする。
(これにより、従来どおり、引換番号と資格情報をもとに処方箋の取得が可能となる)



電子処方箋を活用し、 災害時にも患者が調剤を受けられる医療提供体制を！

**POINT：オンライン診療を受けた患者が、処方箋の郵送が困難な被災地にいるときも、
原本がデータである電子処方箋を使えば現地の薬局で調剤を受けられます**

事例

- 令和6年能登半島地震において、被災地にいる患者にオンライン診療を実施し電子処方箋を発行することで、患者は現地の電子処方箋対応薬局で調剤を受けられた事例。
- 震災による道路の寸断等の影響で、患者の居住地は、通院はおろか、処方箋を郵送で受け取ることすら困難な状況であった。一方、通信インフラは回復していたことから、患者が現地の電子処方箋対応薬局を利用できることを確認し、当該患者に対しオンライン診療を行った上で、電子処方箋を発行した。
- これにより、患者は電子処方箋対応の薬局で調剤を受けることができた。

(注) 処方内容(控え)は交付せず、引換番号は必要に応じて口頭等で伝達。

【参考】 公立松任石川中央病院 (石川県)

石川県においてはいしかわネット(※1)の利用をはじめとした医療DXを進めてきました。今回は、電子処方箋とオンライン診療により、被災地の患者が現地の薬局で調剤を受けることができ、健康の維持を支援することができました。

当院がある白山市、野々市市の医療圏では、電子処方箋を運用する仕組みが、全国最速で整いつつあります。(※2) 対応施設を増やし、面で広く展開してこそ電子処方箋の最大のメリットが発揮されると考えます。

(※2) 白山市の薬局の運用開始率は83.7%、野々市市は68.3%
(令和6年3月24日時点)



PETセンター長 横山 邦彦さん

※1 いしかわネット(いしかわ診療情報共有ネットワーク) とは

石川県の31の基幹病院と、その他病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の医療機関・施設との間で、患者の同意に基づき診療情報を共有する仕組みです。約6万人の県民が登録し、650以上の医療機関・施設間で情報が共有されています。(令和6年3月13日時点。) 令和6年能登半島地震においては、被災地の医療機関の診療情報が避難先の医療機関や避難所で共有されるため、継続した診療が受けられるなど、積極的に活用されています。

電子処方箋をはじめとした医療DXにより、災害時にも安心して医療を受けられる体制が整ってきています。

メリット④オンライン診療等において、紙の処方箋を郵送する手間を削減できます

- オンライン診療において、従来は処方箋原本を患者に送付する、あるいは、患者が利用を希望する薬局にFAXで送信（合わせて原本送付）する必要がありましたが、処方箋の電子化に伴い、本対応が不要となります。
- 電子処方箋を選択することにより、オンライン診療後に対面で服薬指導を受けたり、対面での診察後にオンライン服薬指導を受けるなど、柔軟な対応が取りやすくなります。
- なお、従来は、オンライン診療では健康保険証の受付のみ対応できていましたが、令和6年4月からは「マイナ在宅受付Web」というWebサービスの開始に伴い、患者のスマートフォン等を利用してマイナ保険証による受付も可能となり、患者の同意に基づき、過去の処方・調剤情報を活用できるようになります※。

※アプリベンダの状況によりしますので、ご活用いただけるかはアプリベンダにご確認ください。



医療機関

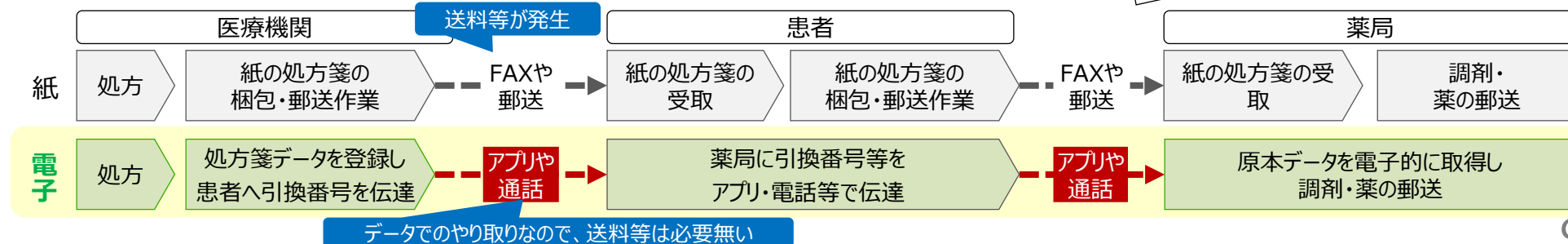
医療機関では、データを用いたやり取りによって、処方箋原本発送の手間やFAXなどの設備が不要となり、事務作業にかかるコストも削減。



- ・ 処方後は、患者に引換番号を伝え、それを患者が薬局に伝達するため、医療機関から薬局へのFAX・メール送付、FAX番号・アドレスの確認等が不要に。
- ・ 患者が利用する薬局が電子処方箋のデータを取り込むと、それが処方箋原本の取得となるため、郵送等にかかる送料や事務作業の負担を削減。

マイナ在宅受付Webの開始に伴い、今後オンライン診療等でもマイナ保険証で受付を行い、電子処方箋を発行・受付できるようになる予定です。

電子処方箋を利用することで、オンライン診療・服薬指導をより柔軟に実施することが可能になります。
⇒詳細はP.42へ



外来医療についての課題と論点

(かかりつけ医機能)

- 外来医療の需要は今後減少していくと推定される一方で、外来患者に占める要支援・要介護高齢者の割合は、今後増加もすることが見込まれる。
- 令和7年4月から「かかりつけ医機能報告」が施行され、令和8年1月より医療機関からの報告が開始される予定。「かかりつけ医機能報告」は、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、より適切な医療機関の選択に資することや、地域の協議の場に報告し、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を目的としている。
- 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。
- 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。

(生活習慣病対策)

- 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。

(外来機能の分化の推進)

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、「特定機能病院」「地域医療支援病院（一般病床200床以上）」「紹介重点医療機関（一般病床200床以上）」「許可病床400床以上の病院（一般病床200床以上）」を対象に、紹介割合や逆紹介割合が低い場合の初診料・外来診療料の減算規定を設けている。
- 病院の1日平均外来患者数は、長期的には減少傾向である。紹介なしで外来受診した患者の割合を病院機能別に見たところ、その割合は長期的に減少傾向にあり、令和5年は特定機能病院では34.1%、地域医療支援病院では58.5%であった。
- 減算規定の対象病院における令和6年度の紹介割合・逆紹介割合は、令和5年度と比較して不変～やや増加していた。

外来医療についての課題と論点

(情報通信機器を用いた診療)

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。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。
- 電子処方箋を活用することでオンライン診療・オンライン服薬指導がスムーズに実施できたという報告がある。



【論点】

- 今後、要支援・要介護高齢者の外来診療に関する需要増加が見込まれることを踏まえ、外来医療の提供にあたり重視すべき事項についてどのように考えるか。
- 地域の外来・在宅医療の提供体制の向上を目的とする、医療法の「かかりつけ医機能報告」制度を踏まえて、外来における診療報酬上の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 前回改定を踏まえ、今後の生活習慣病対策のさらなる推進についてどのように考えるか。
- 特定機能病院等における逆紹介のさらなる推進についてどのように考えるか。
- 前回改定を踏まえ、今後のオンライン診療の適切な推進についてどのように考えるか。