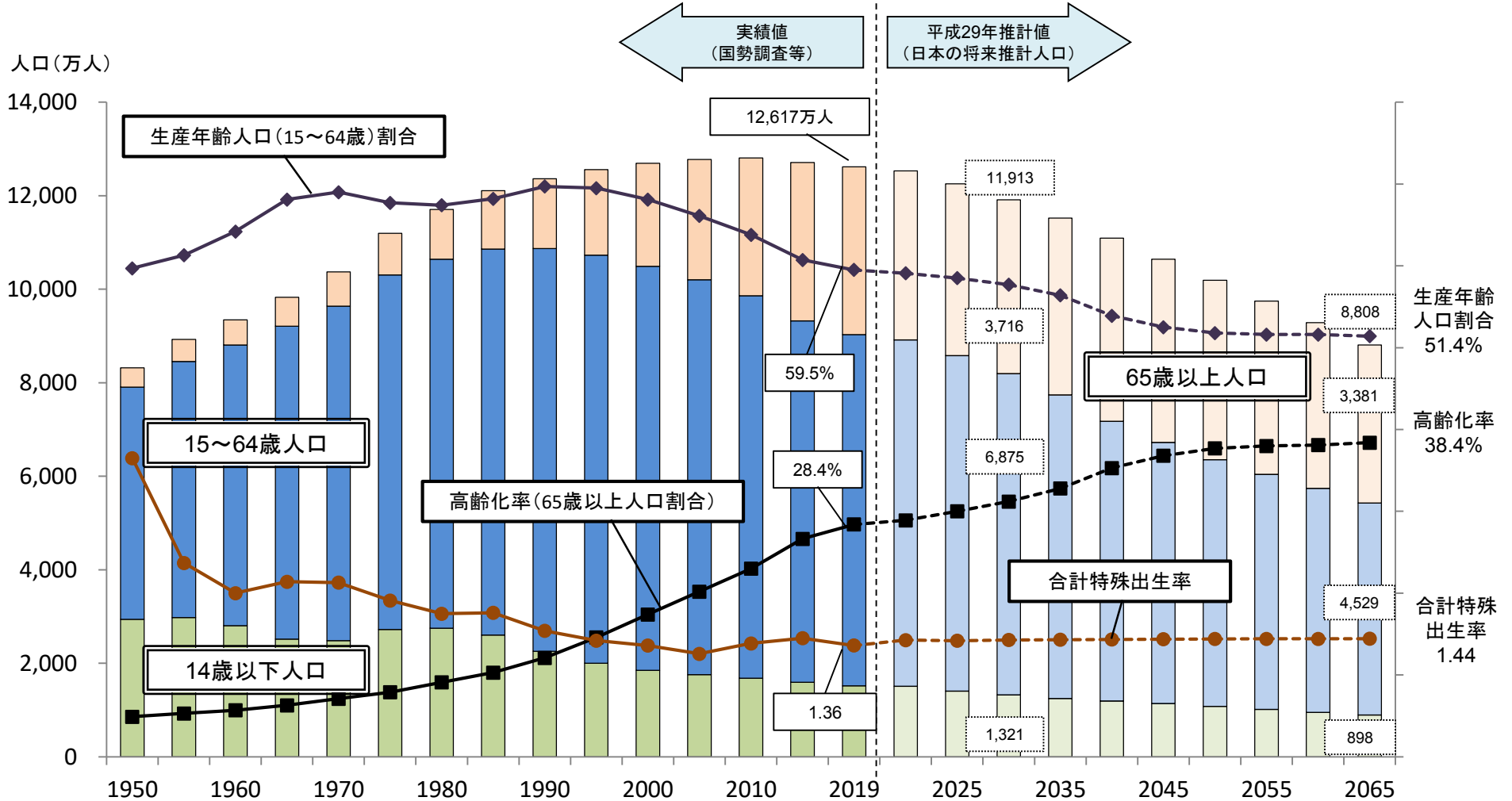


外来(その1)

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。2065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。

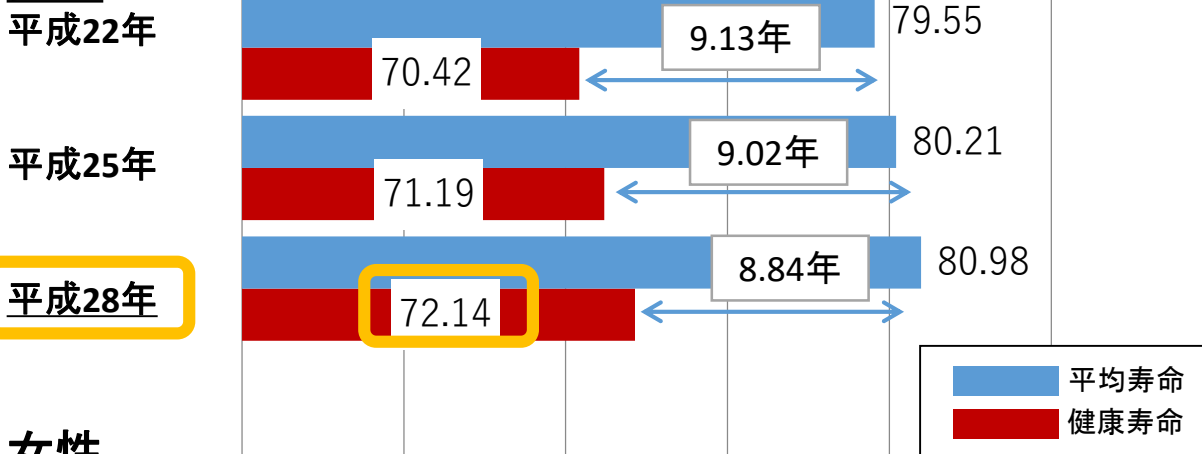


(出所) 2019年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2019年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2019年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
 2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

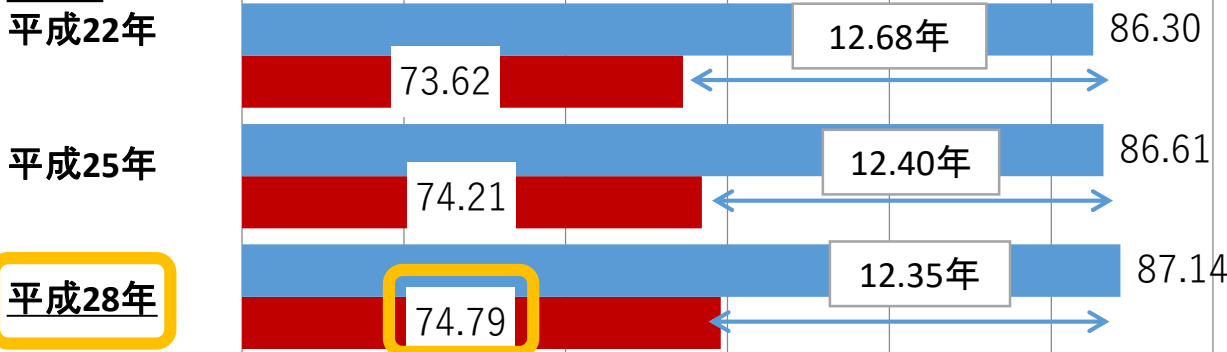
健康寿命と平均寿命の推移

- 平成22年から28年については、男女ともに、
 - ・平均寿命・健康寿命は延伸している
 - ・平均寿命と健康寿命の差である不健康期間は短縮している
 - ・健康寿命の地域間格差は縮小している

男性



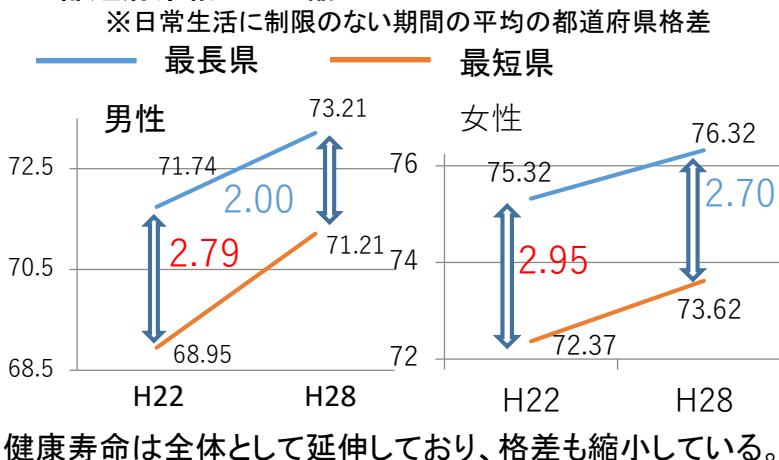
女性



○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

H22からの増加分	男性	女性
健康寿命	+1.72	+1.17
平均寿命	+1.43	+0.84

○ 都道府県格差*の縮小



健康寿命は全体として延伸しており、格差も縮小している。

※ 厚生労働科学研究費補助金：健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究（研究代表者 辻一郎）において算出。

※ 平成28年（2016）調査では熊本県は震災の影響で調査なし。

※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標

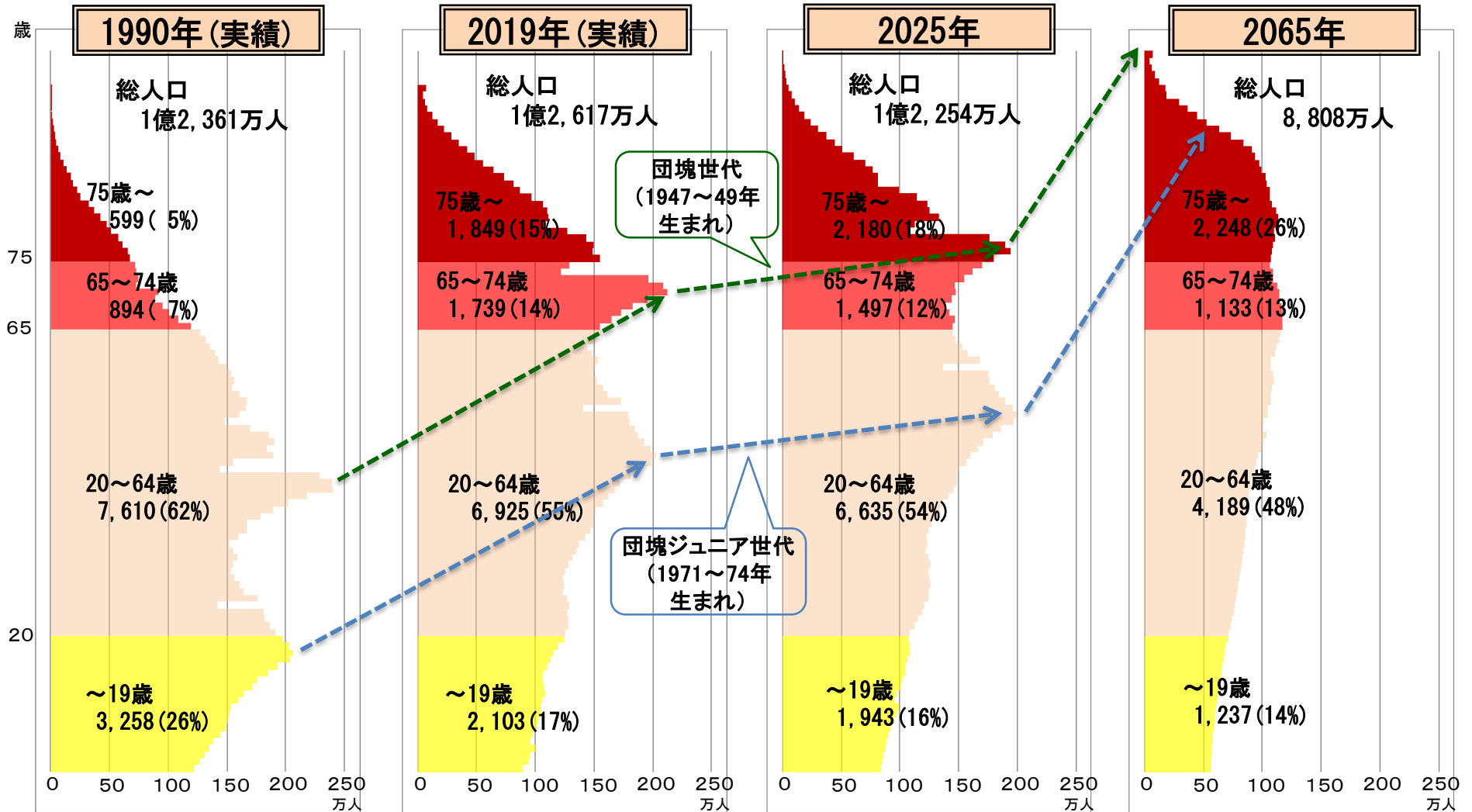
- ・健康日本21（第二次）の目標：平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（平成34年度）
- ・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標：「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」（平成22年（2010）を基準）
- ・一億総活躍プランの指標：「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

【資料】

- 平均寿命：厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」「平成28年簡易生命表」
- 健康寿命：厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」より算出

日本の人口ピラミッドの変化

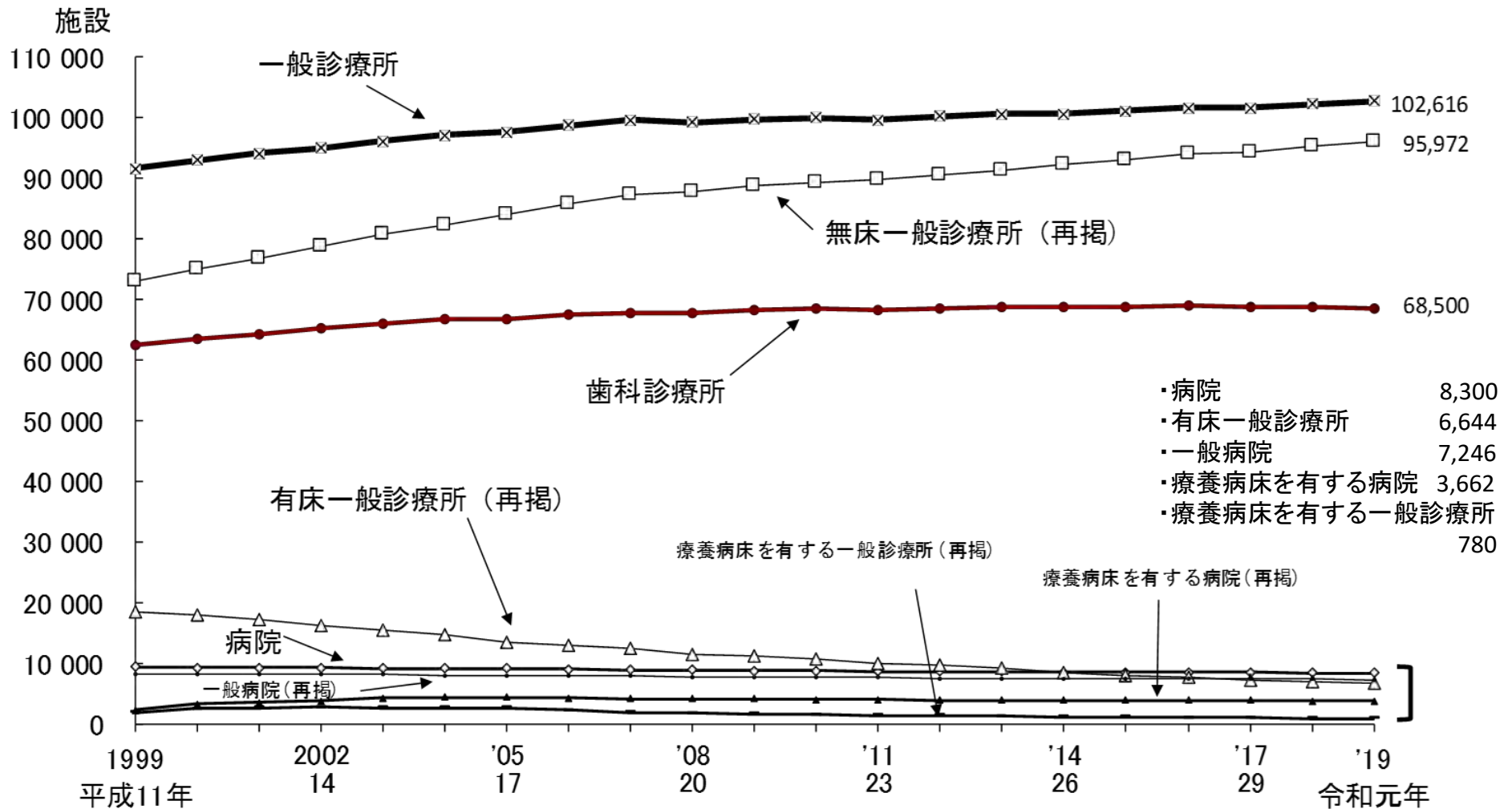
- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

医療施設数の年次推移

○ 医療施設数の年次推移は、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向であるが、一般診療所の総数は近年横ばいである。

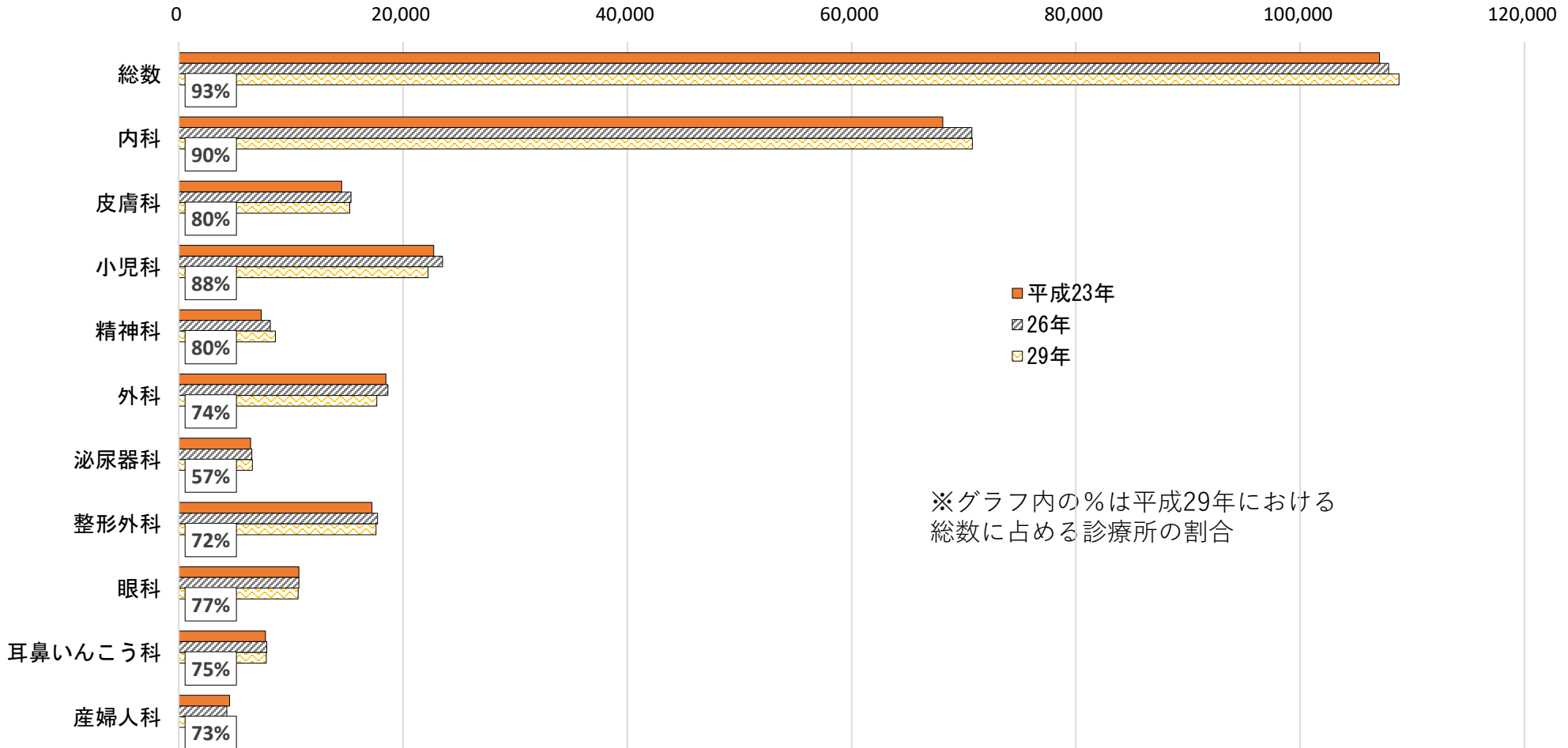


診療科別の医療施設数の年次推移

○ 診療科別に見た医療施設数の傾向は、ここ最近では大きくは変わっていない。

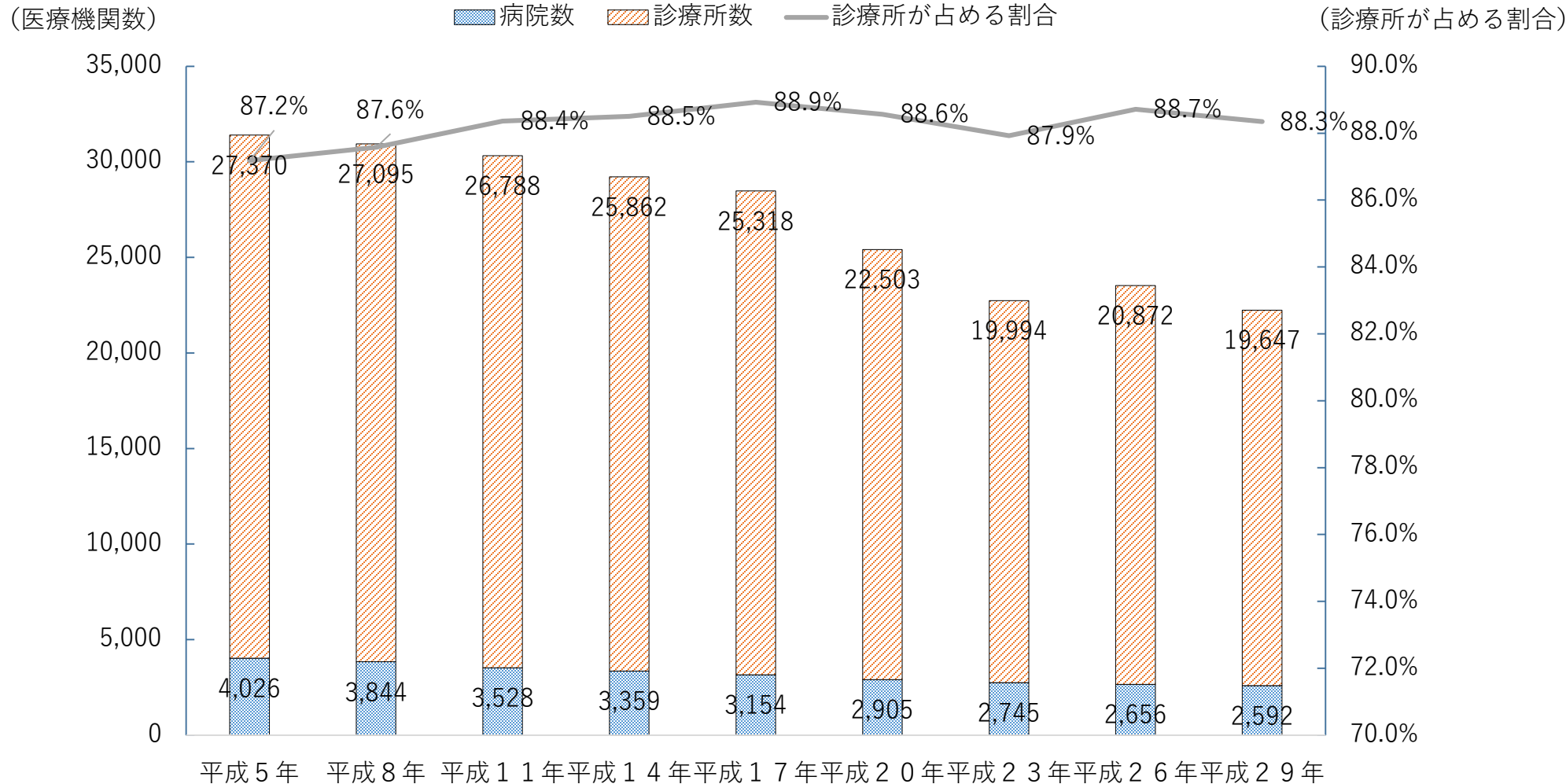
一般病院・診療所における診療科目別に見た施設数の年次推移

(医療施設数)



小児科を標榜している医療機関数

○ 小児科を標榜している医療機関数は減少傾向である。小児科のうち診療所が占める割合は増加している。



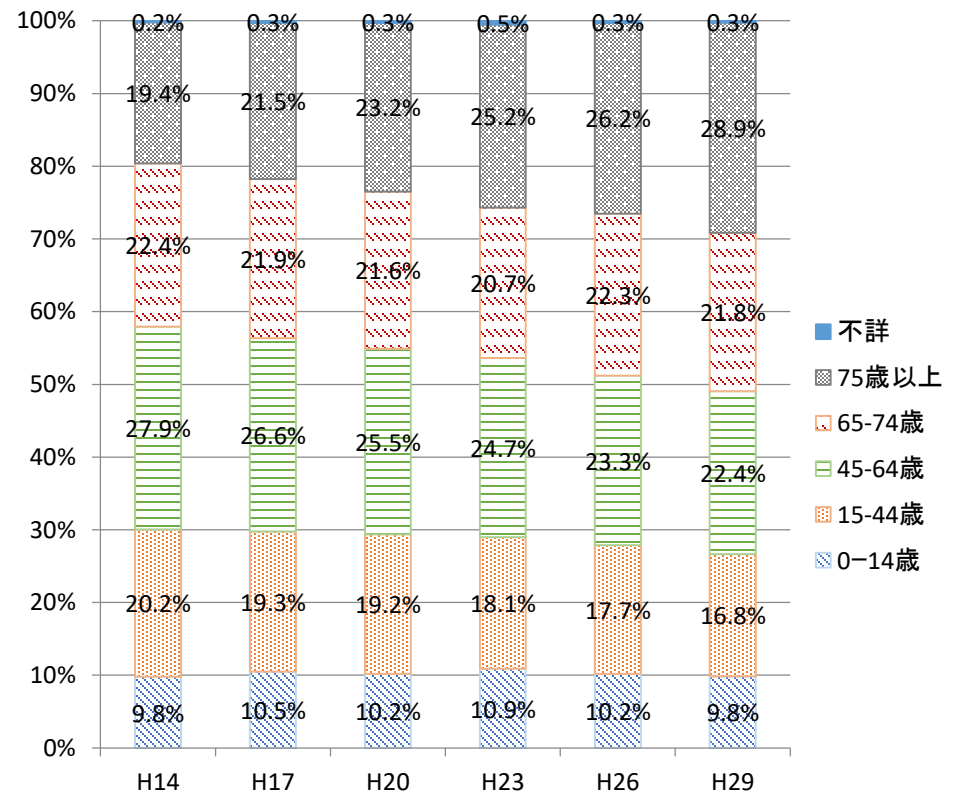
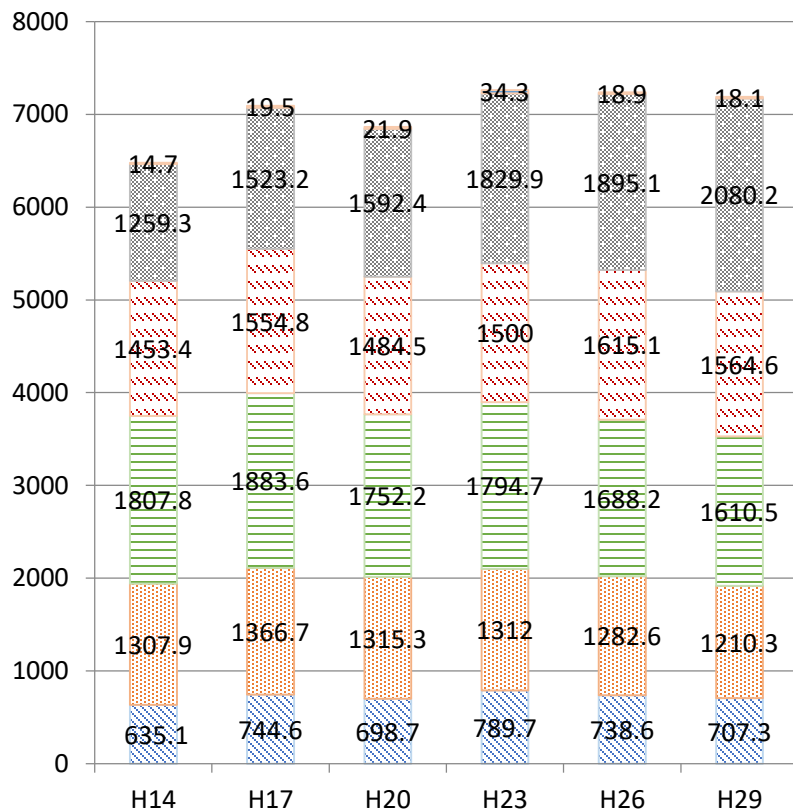
推計外来患者の年齢階級別の推移

○ 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。

(千人)

年齢階級別推計外来患者数の推移

推計外来患者数の年齢階級別割合の推移

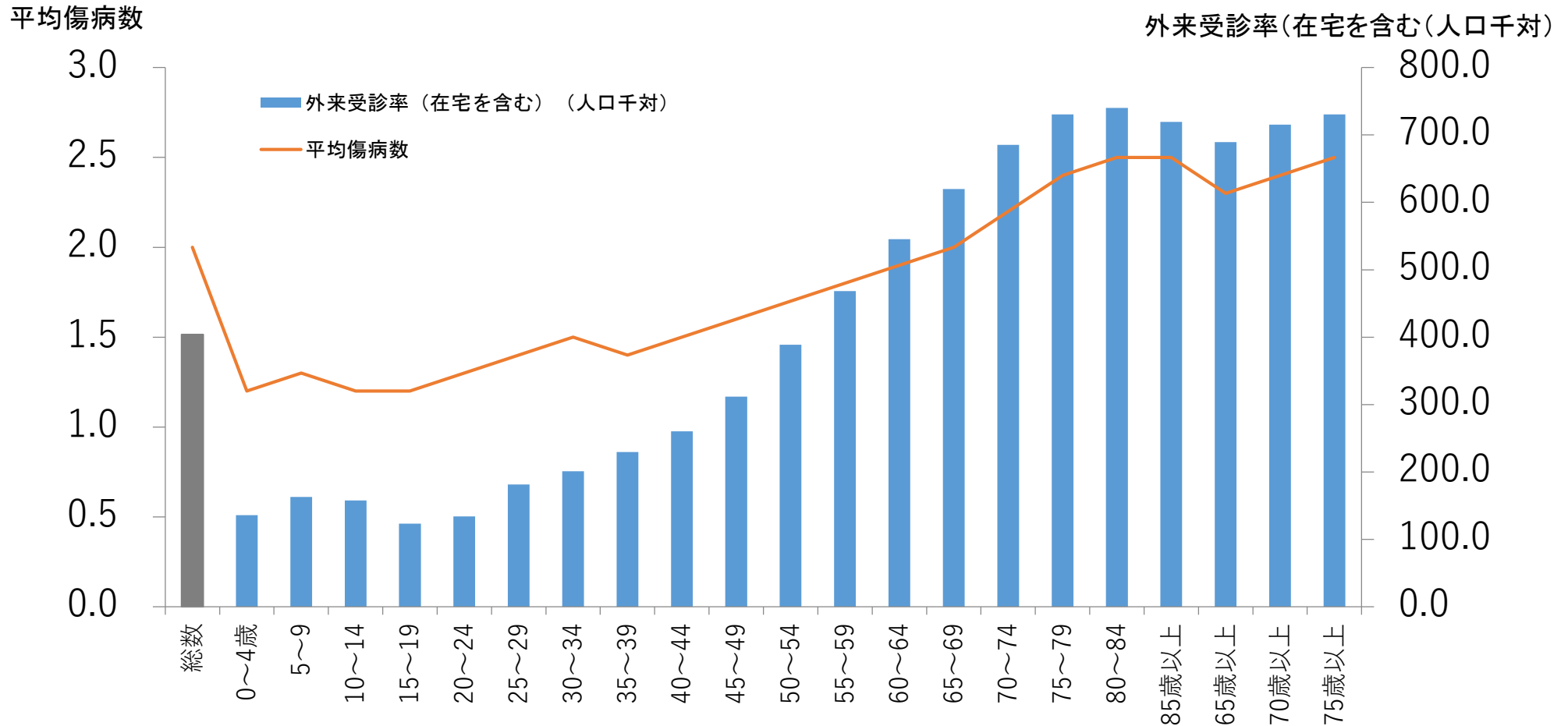


※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者(往診、訪問診療を含む)の推計数である。

年齢別平均傷病数と外来受診率（在宅を含む）

○ 65歳から84歳までの高齢者では、平均傷病数および外来受診率（在宅を含む）は他の年齢層と比較して高い。

※外来受診率（在宅を含む）
 = 通院者数 ÷ 世帯人員数 × 1,000

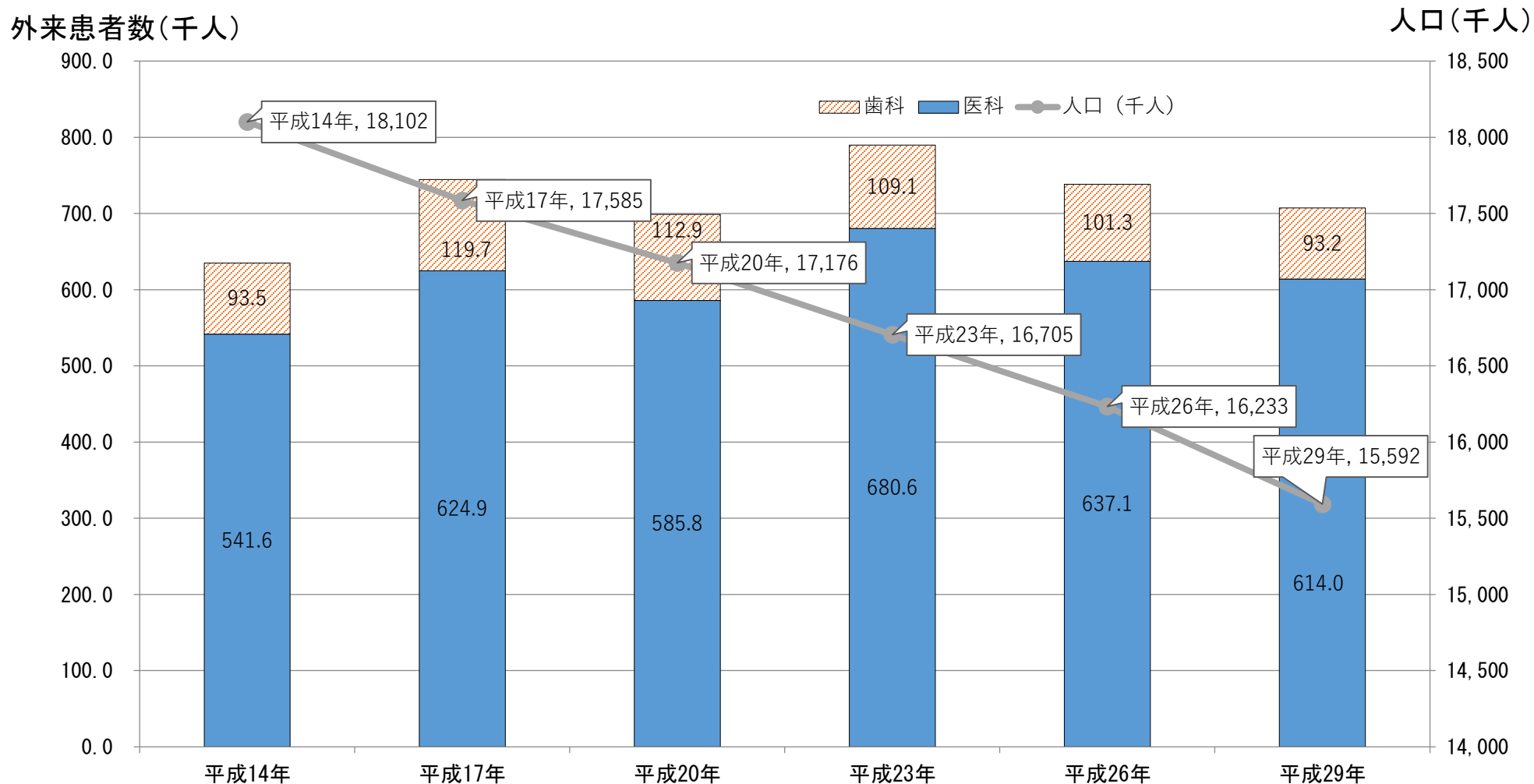


※ 通院者とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。（往診、訪問診療を含む。）

※ 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。

15歳未満の外来患者数・人口の推移

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

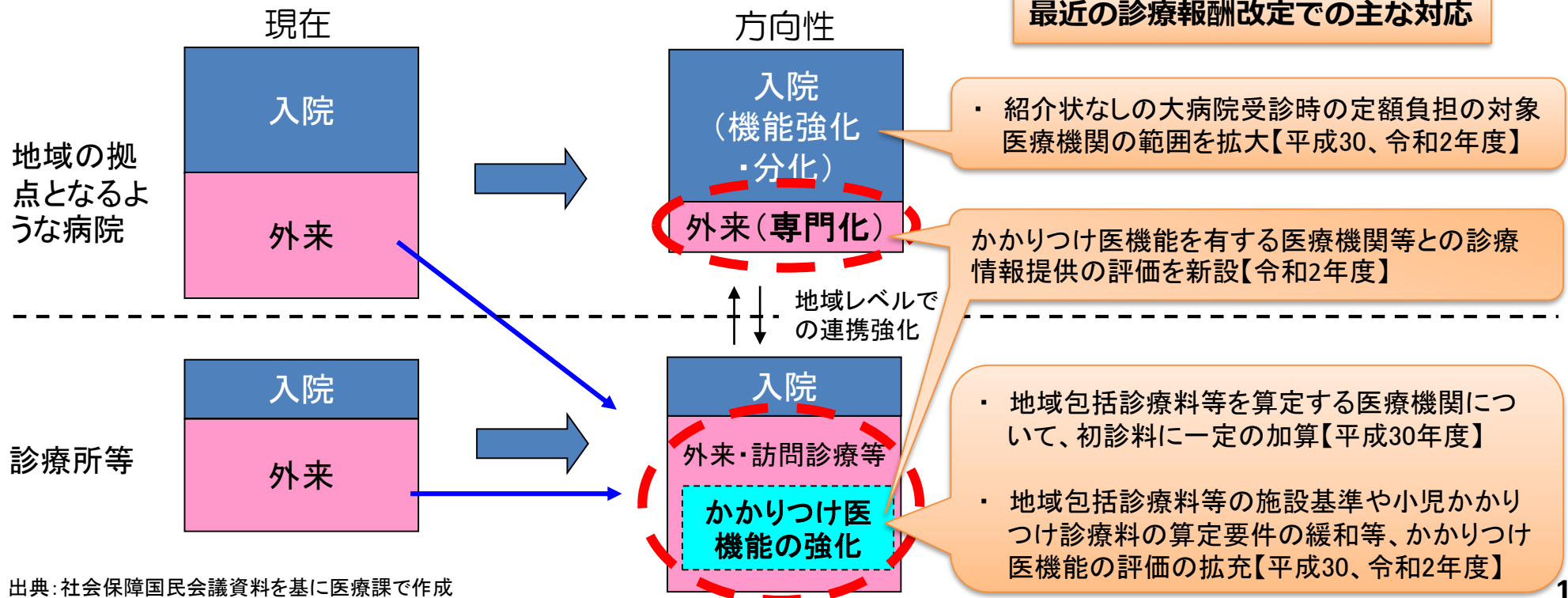


外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

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

外来医療の役割分担のイメージ



1. 外来機能の明確化・連携

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

〔現状及び課題〕

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

〔具体的方策・取組〕

(1) 全体の枠組み

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

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)

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

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

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

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

(3) 外来機能報告（仮称）

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

(4) 地域における協議の仕組み

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

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

(1) かかりつけ医機能の強化

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

(2) 外来医療における多職種の役割

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

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

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

改正の趣旨

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

改正の概要**<Ⅰ. 医師の働き方改革>****長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等**（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

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

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

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

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

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

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

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

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

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

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

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

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

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

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋

「かかりつけ医」とは(定義)

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

「かかりつけ医機能」

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

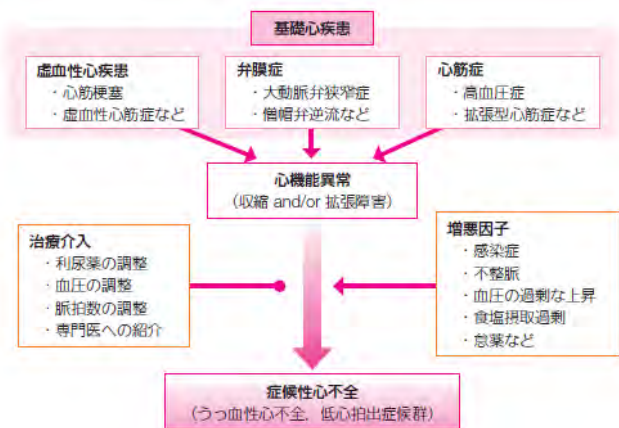
慢性疾患におけるかかりつけ医の役割の例

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

(例)

慢性心不全

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



慢性腎臓病 (CKD)

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

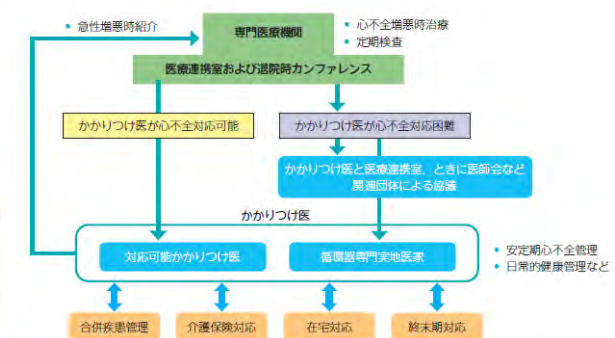


図 15 専門急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携フローチャート
急性期病棟に入院した心不全患者が退院する場合、本来のかかりつけ医が安定期の心不全治療に対応困難な場合は、退院時カンファレンスや医師会を通して心不全対応可能な実地医家や在宅医を探してもらい、かかりつけ医の了承のもとで安定期心不全治療を、その医療機関で行ってもらうことも考慮する。

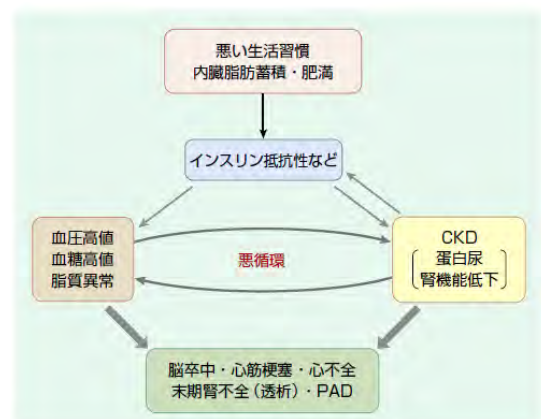


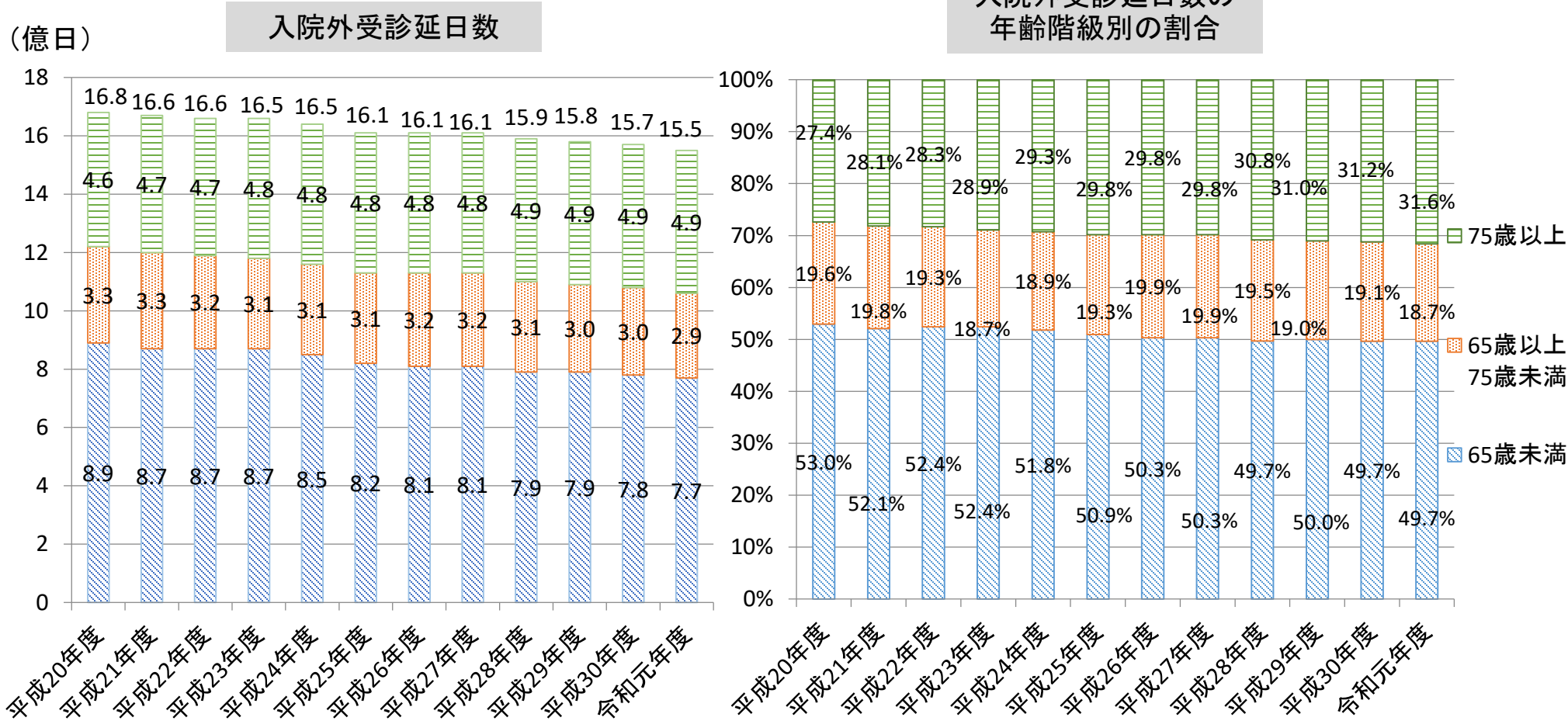
図 13 生活習慣と心腎連関の概念
PAD: peripheral artery disease 末梢動脈疾患

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

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

入院外受診延日数/年齢階級別の割合の推移

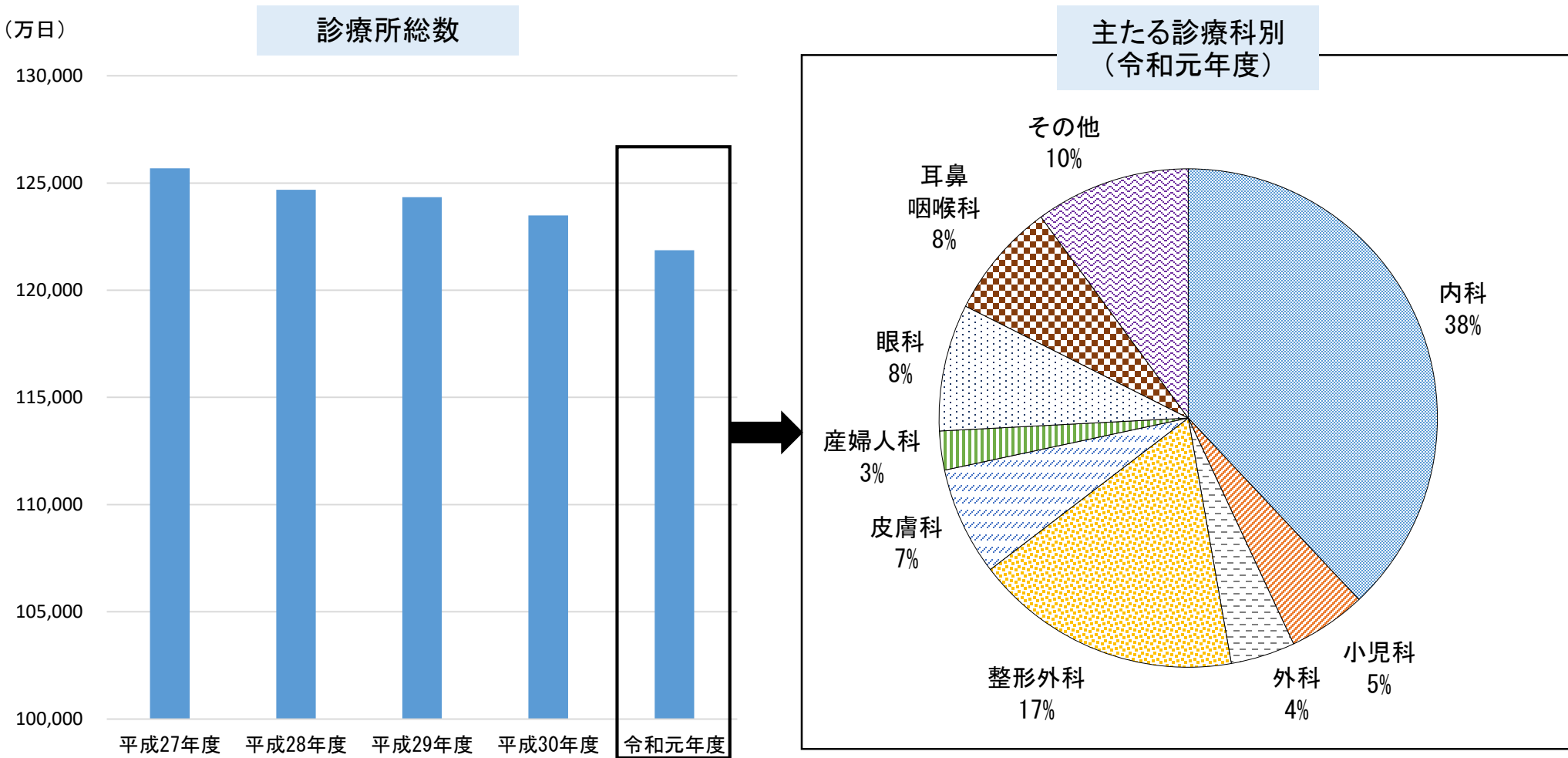
○ 入院外受診延日数(※)はやや減少傾向。



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

診療所の入院外受診延日数の診療科別内訳

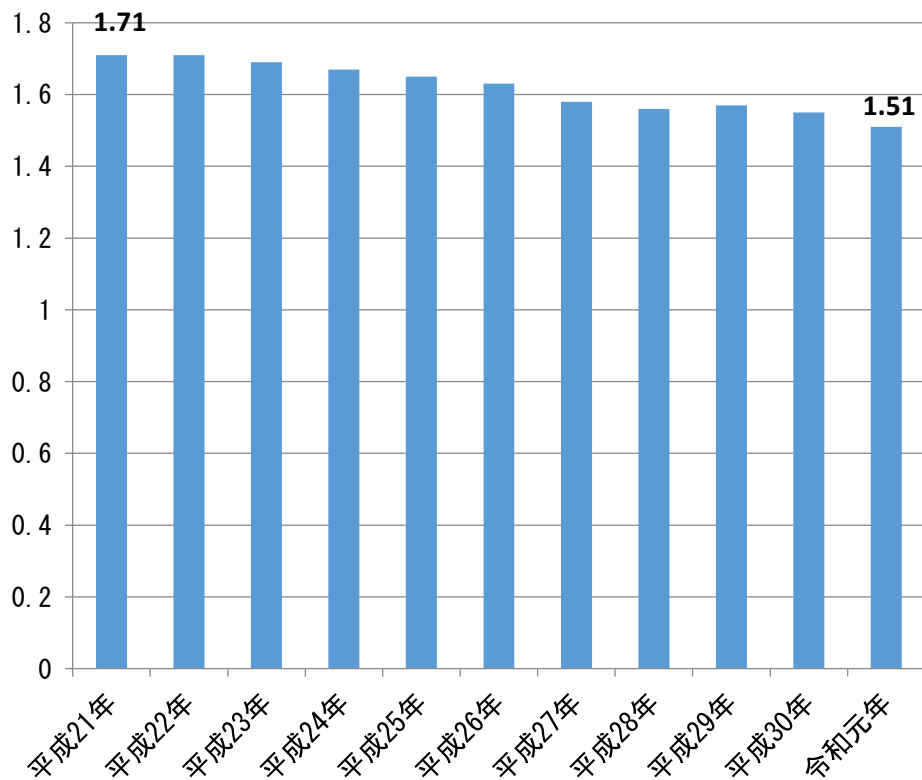
○ 診療所の入院外受診延日数を診療科別に見ると、内科が最も多く、次いで整形外科が多い。



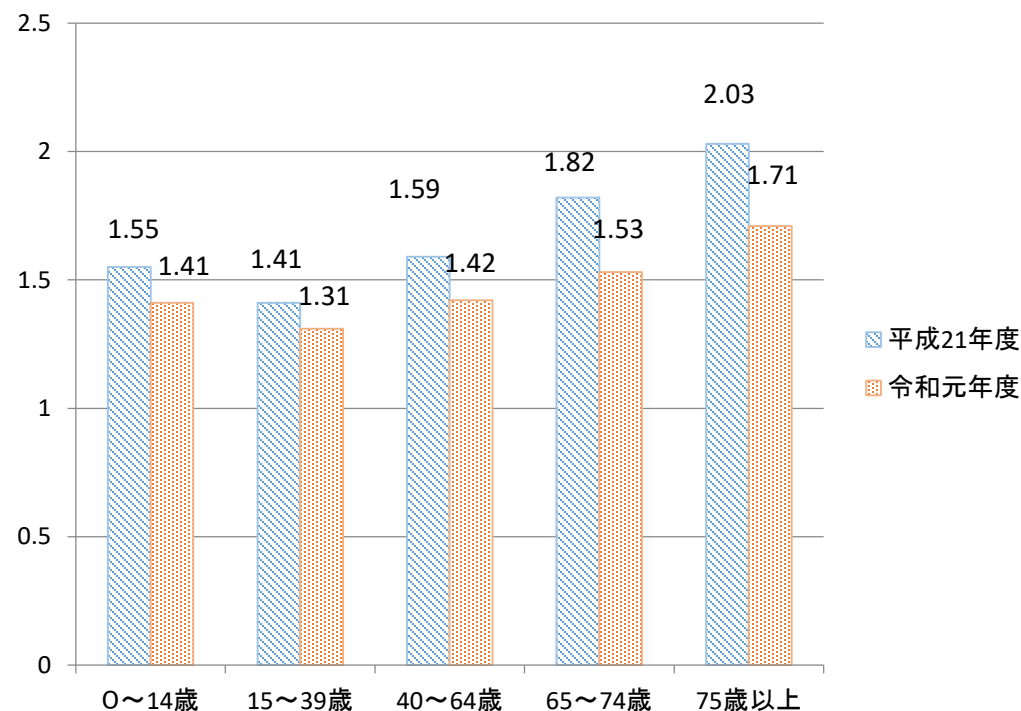
年齢別の入院外一件当たり受診日数／年齢階級別の推移

- 入院外一件当たり受診日数は近年減少傾向である。
- 入院外一件当たり受診日数は、10年前と比較すると、年齢が上がるにつれ減少幅が大きくなる。

入院外一件当たり受診日数



入院外一件当たり受診日数の年齢階級別の推移



※入院外一件当たり受診日数とは、診療実日数を入院外レセプト件数で除したも

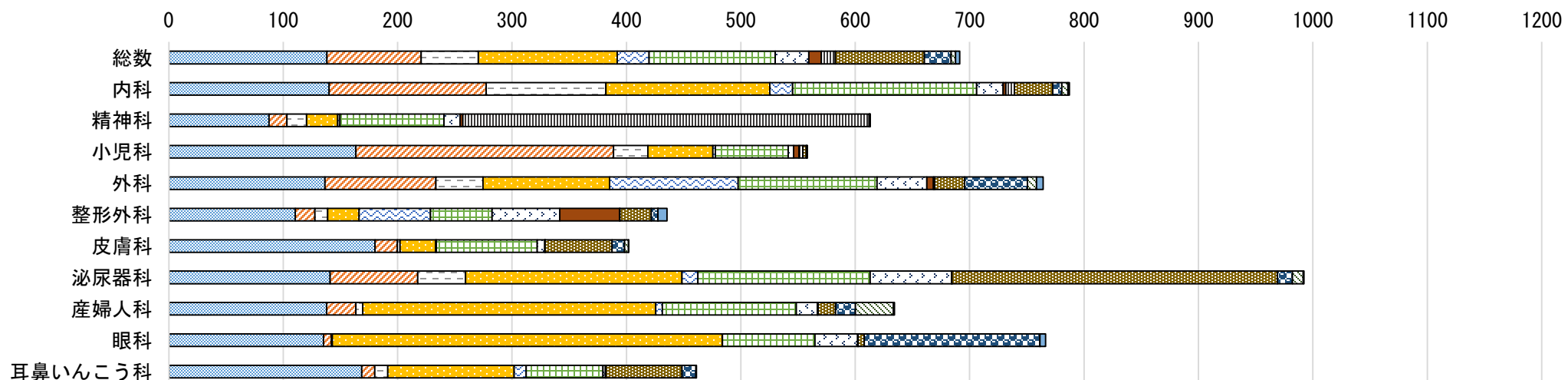
の。(各医療機関において、患者個々人が1ヶ月に受診した回数の平均値。) 社会医療診療行為別調査をもとに医療課で作成

受診1回当たりの診療報酬構成（診療所、診療科別）

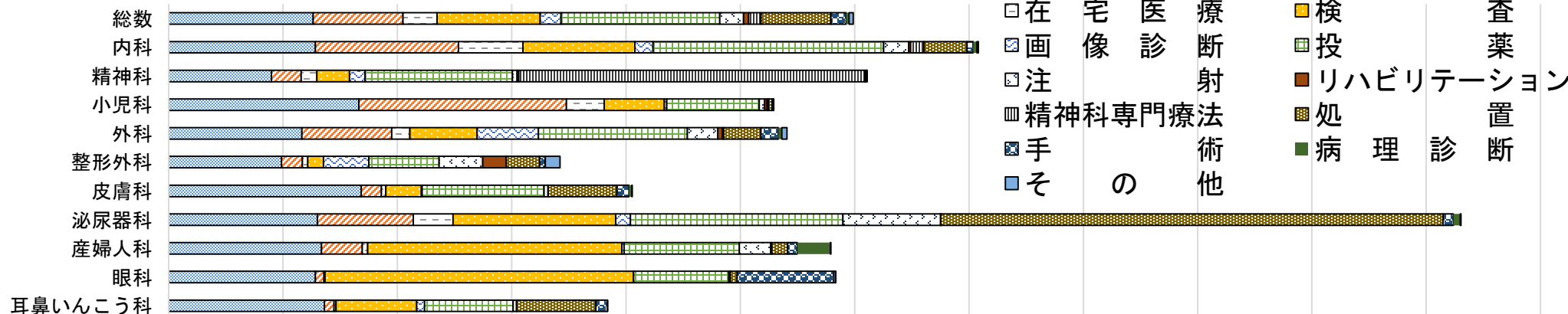
○ 診療所受診1回当たりの診療報酬には、診療科目ごとに構成要素に多様性があり、10年前と比較しても、変化しているものもある。

【令和元年】

入院外診療1日当たり診療報酬（点）



【平成21年】



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。

出典：平成21年、令和元年社会医療診療行為別調査

入院外一日当たりの診療報酬点数の推移

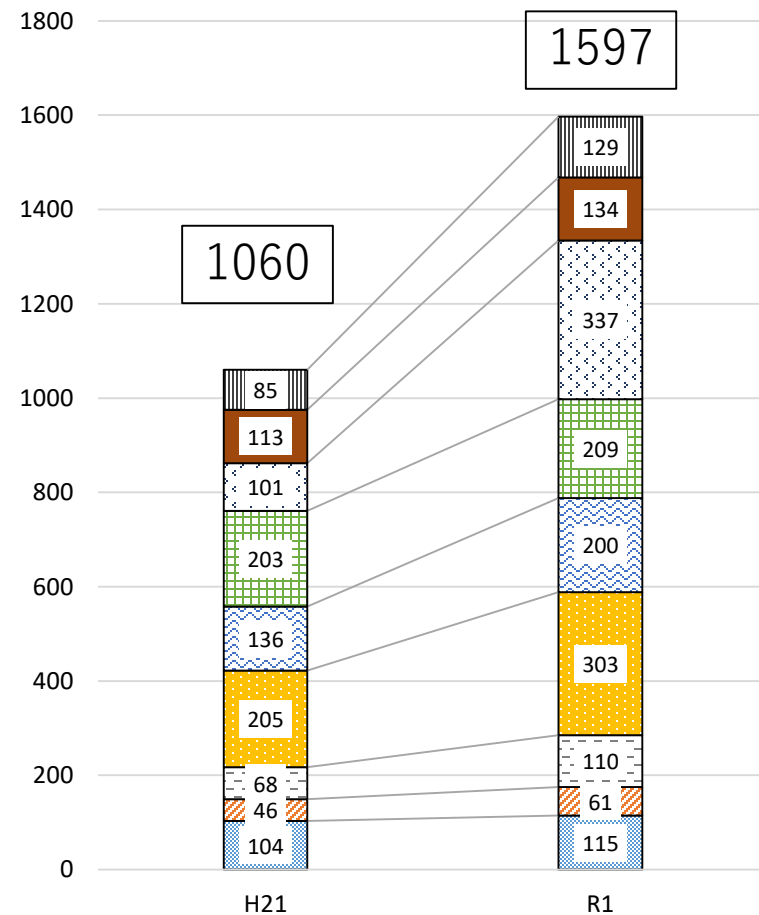
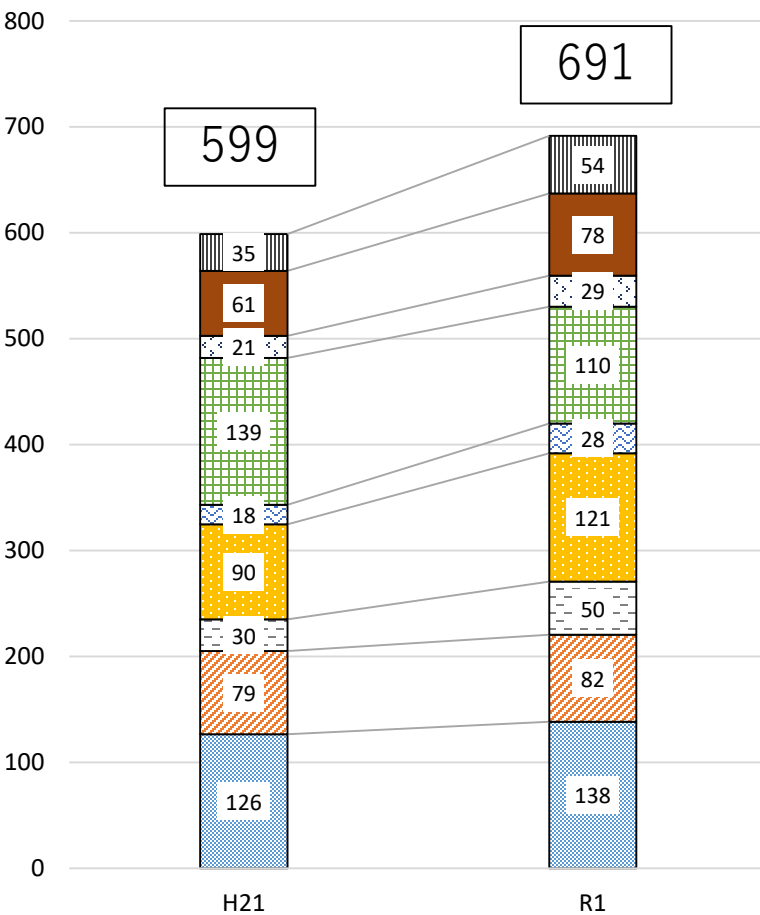
○ 診療所における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、順に、検査、在宅医療、処置の診療報酬が寄与している。

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移
(診療所)

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移
(病院)

- その他
- 処置
- 注射
- 投薬
- 画像診断
- 検査
- 在宅医療
- 医学管理等
- 初・再診

	寄与率 (診療所)	寄与率 (病院)
初・再診	13%	2%
医学管理等	4%	3%
在宅医療	22%	8%
検査	34%	18%
画像診断	10%	12%
投薬	-31%	1%
注射	9%	44%
処置	18%	4%
その他	21%	8%



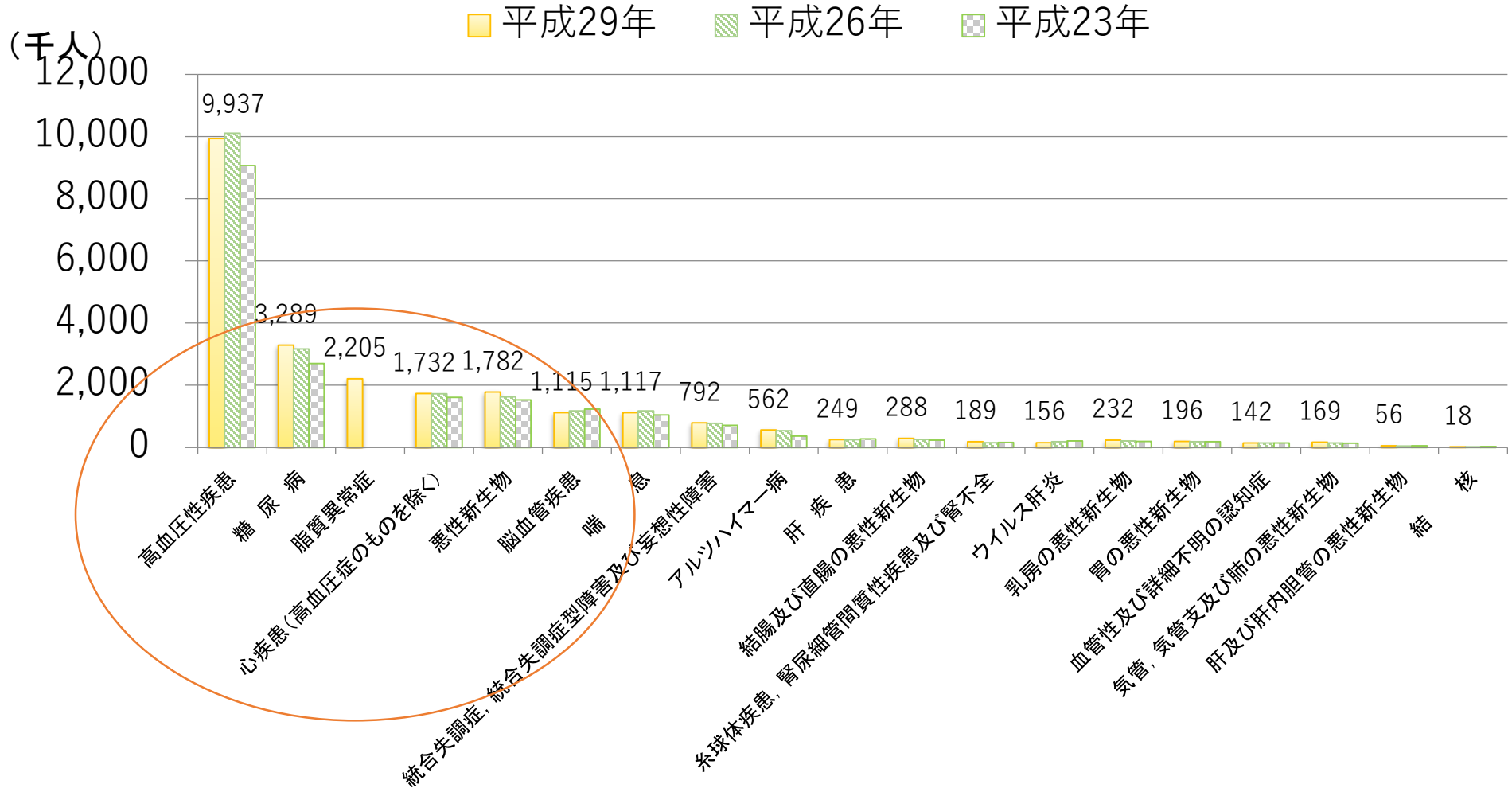
※「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断等が含まれる。

※各年6月審査分の診療報酬点数の総数を、診療実日数で除したものの。

※寄与率(%) = (当該項目の増減 / 全体の増減) × 100

主な傷病の総患者数

○ 主な傷病の総患者数を比較すると、疾患を有する傾向に大きな変化はないものの、経年的に患者数は増加傾向であった。



※ 脂質異常症は平成26年と平成23年は調査対象となっていない

※ 平成23年は、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である。

出典：患者調査を基に医療課で作成

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 医療機関間の連携に係る評価について
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

初診料の変化の変遷

昭和59年 昭和60年 平成4年 平成6年 平成8年 平成10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・2年



診療所

甲160点
乙135点



病院

甲180点
乙150点

甲208点
乙205点

甲乙統一
221点

250点

270点

274点

病診統一

270点

※ 282点

※ 288点

甲198点
乙195点

甲乙統一
208点

230点

250点

255点

200点

※ 209点

※ 214点

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

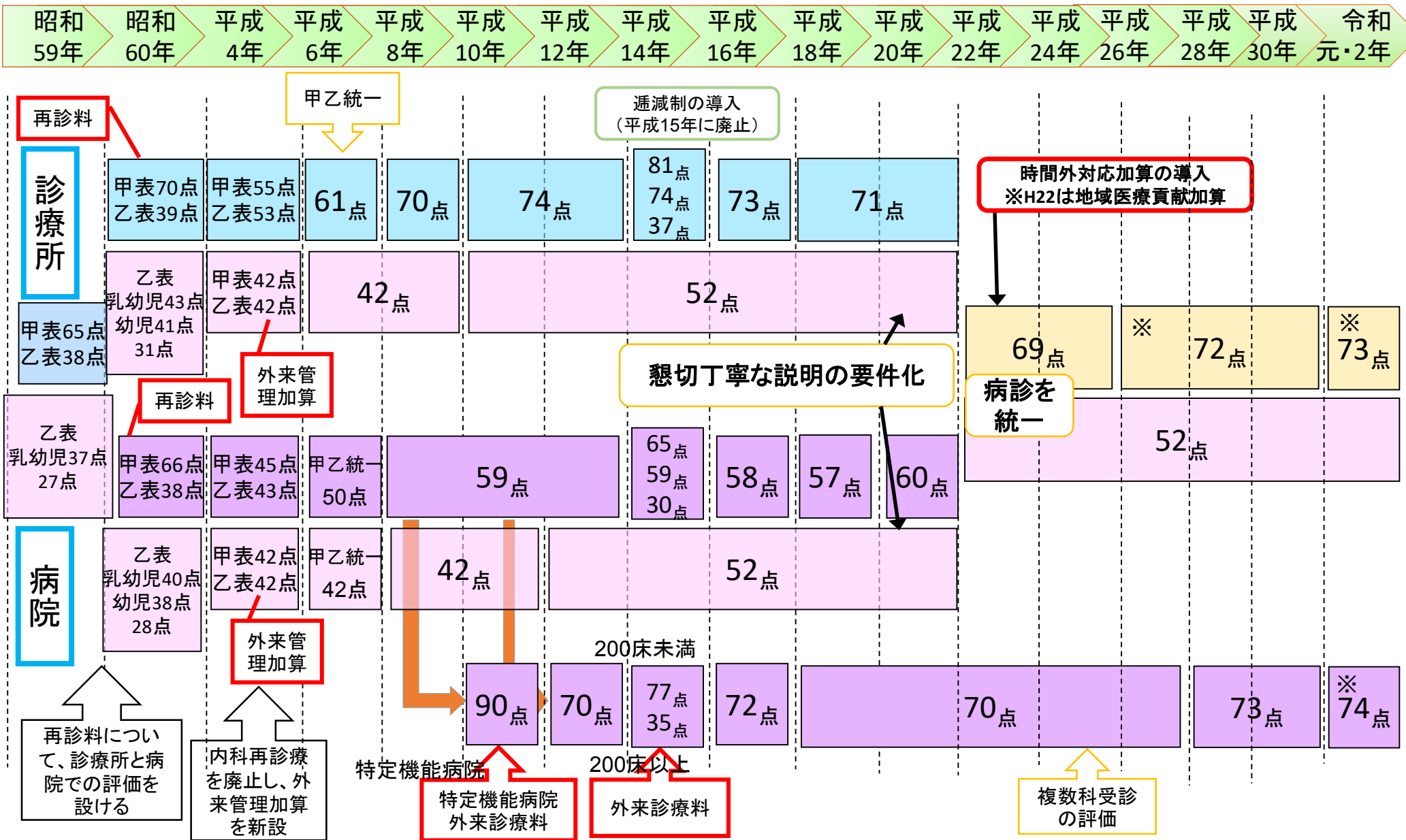
紹介率・逆紹介率の低い、特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料を適正化。

基準を病床数400床以上に変更。

(R2年)基準を病床数200床以上に変更。

再診料・外来管理加算の評価の変遷

診療所、病院それぞれ上段が再診料、下段が外来管理加算の変遷を示す



※平成26年、令和元年は消費税率の引上げに伴う改定

処方料及び処方箋料について(概要)

F000 処方料

- | | | |
|---|------------------------------------|------------|
| 1 | <u>向精神薬多剤投与を行った場合</u> | <u>18点</u> |
| 2 | <u>1以外の場合の多剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合</u> | <u>29点</u> |
| 3 | <u>1及び2以外の場合</u> | <u>42点</u> |

➤ 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定

[算定要件](抜粋)

○ 処方料1

1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上投与した場合に算定

○ 処方料2

1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬(※1)を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬(※2)を行った場合

F400 処方箋料

- | | | |
|---|------------------------------------|------------|
| 1 | <u>向精神薬多剤投与を行った場合</u> | <u>28点</u> |
| 2 | <u>1以外の場合の多剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合</u> | <u>40点</u> |
| 3 | <u>1及び2以外の場合</u> | <u>68点</u> |

➤ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定

[算定要件](抜粋)

○ 処方箋料1

1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上投与した場合に算定

○ 処方箋料2

1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬(※1)を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬(※2)を行った場合

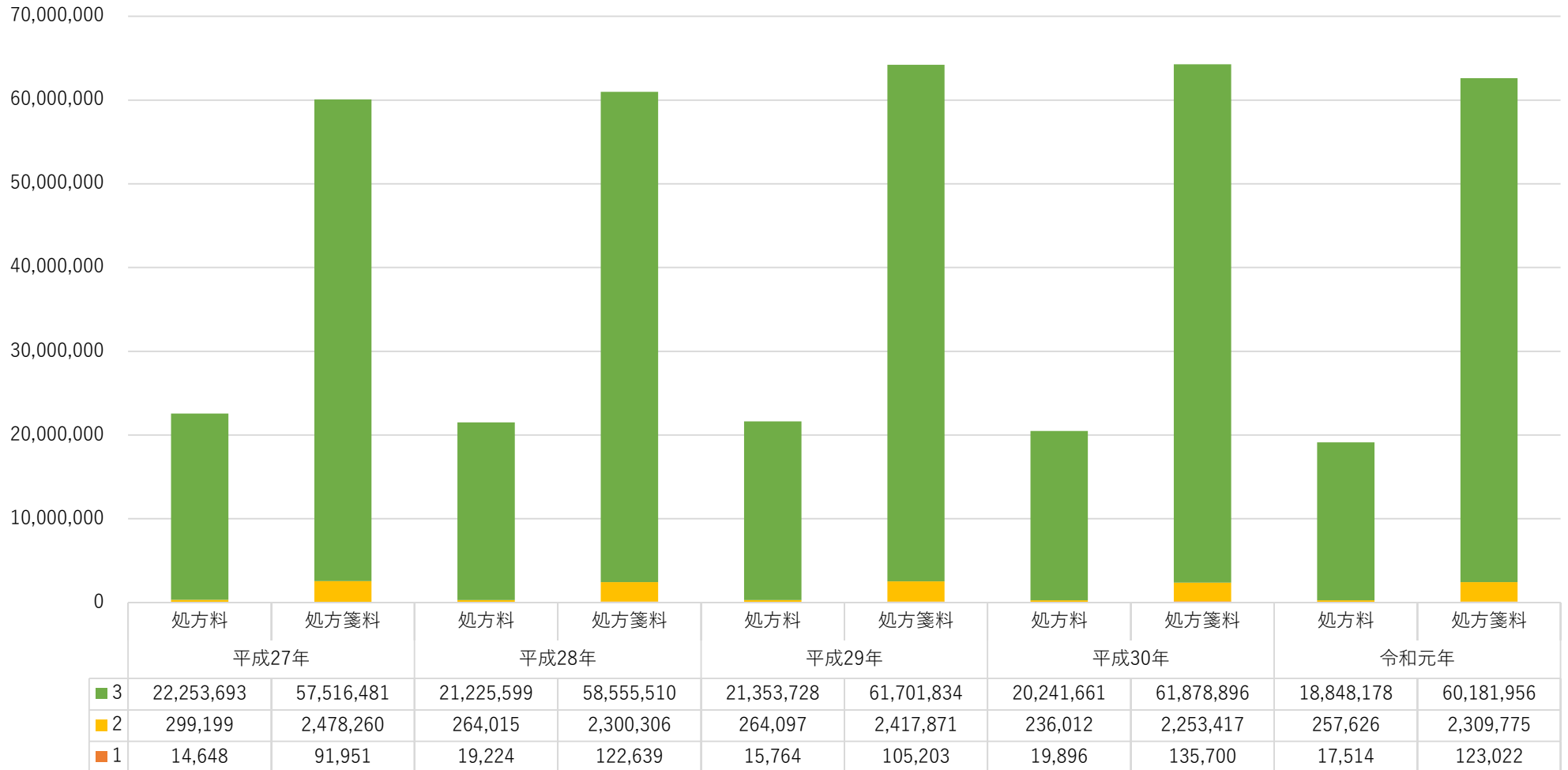
※1 随時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。

※2 当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。

処方料及び処方箋料の算定回数の年次推移

○ 算定回数の割合は処方料及び処方箋料ともにおおむね横ばいで推移している。

(単位:回)

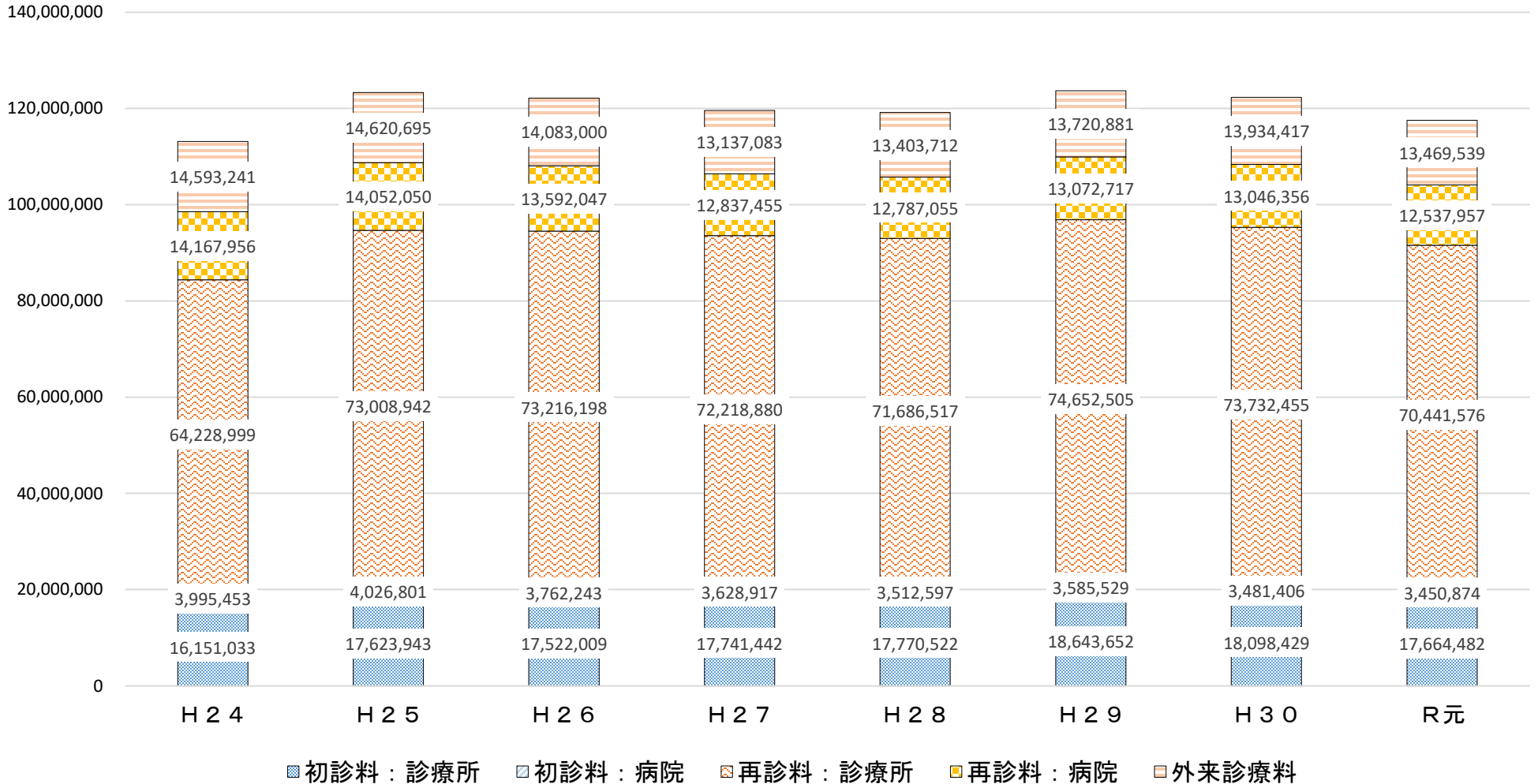


病院・診療所別の初・再診料の算定回数 of 年次推移

○ 初・再診料の算定回数は、診療所が病院に比べ多い。

病院・診療所別の初診料・再診料・外来診療料の算定回数の年次推移

(単位:回)

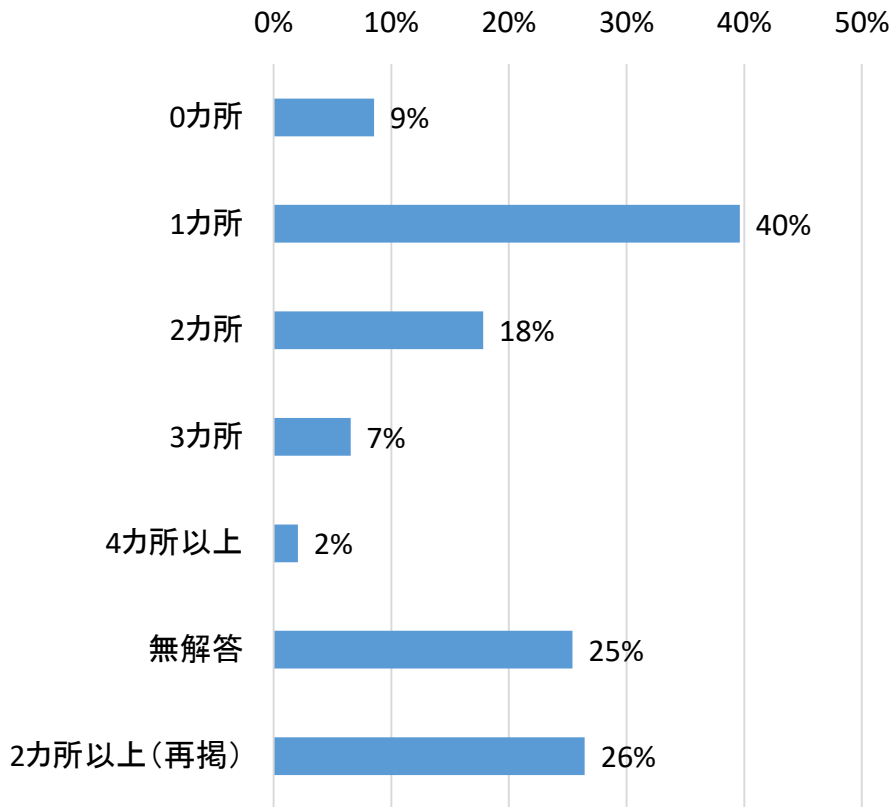


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
 ※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

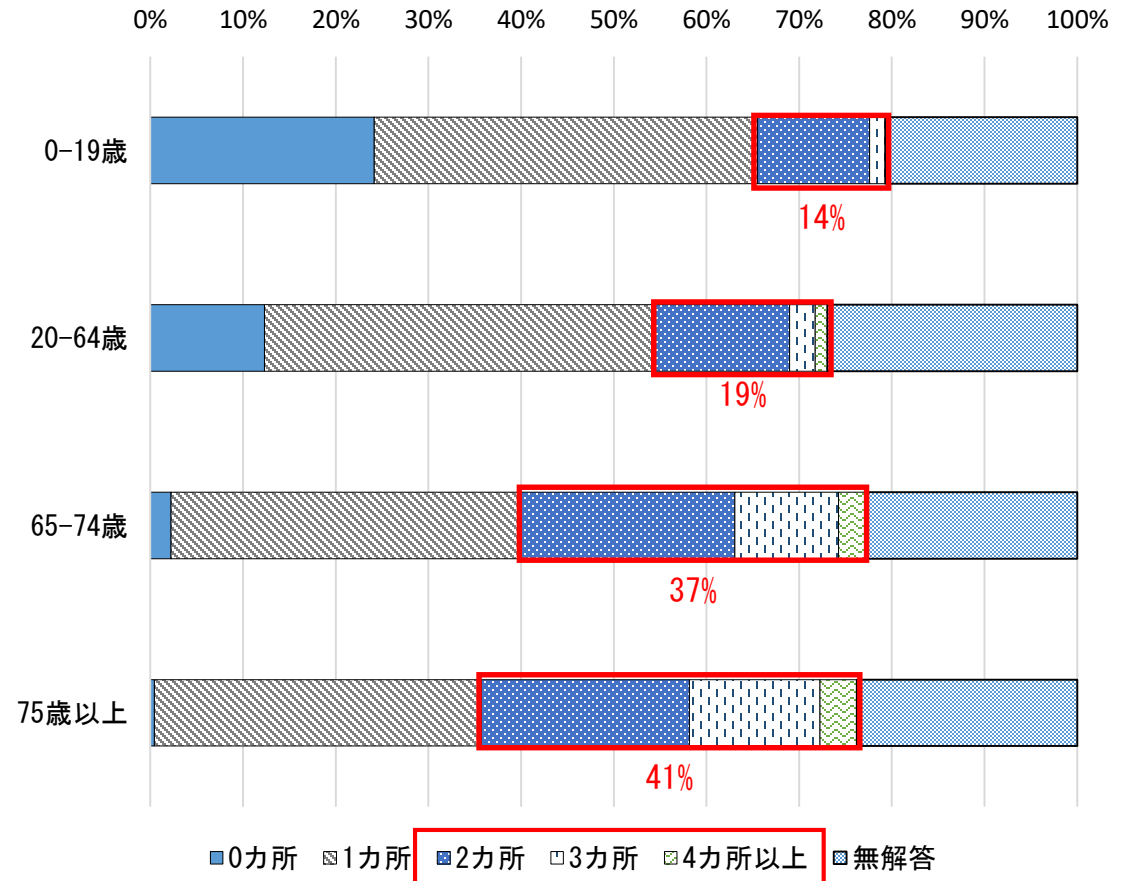
定期的に通院している医療機関数

- 定期的に通院している医療機関数については、全体で見ると1カ所が40%と最も多かった。
- 年齢階級別の割合をみると、年齢が上がるほど2カ所以上通院している割合が高くなる傾向にあった。

定期的に通院している医療機関数



年齢階級別・定期的に通院している医療機関数



- 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 医療機関間の連携に係る評価について
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

かかりつけ医機能に係る評価の経緯

改定年度	項目	概要
平成26年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	(新設) 複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成28年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	(施設基準の緩和) 病院の場合「2次救急指定病院または救急告示病院」である必要があったところを削除。診療所における医師の配置基準を緩和。
	認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療加算	(新設) 複数疾患を有する認知症患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
	小児かかりつけ診療料	(新設) 3歳未満の小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成30年度	機能強化加算	(新設) かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する加算を新設。
	地域包括診療料 地域包括診療加算 認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療加算	(医師配置基準の緩和・在宅への移行実績を評価) ・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。
令和2年度	地域包括診療加算	(施設基準の緩和) 時間外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。

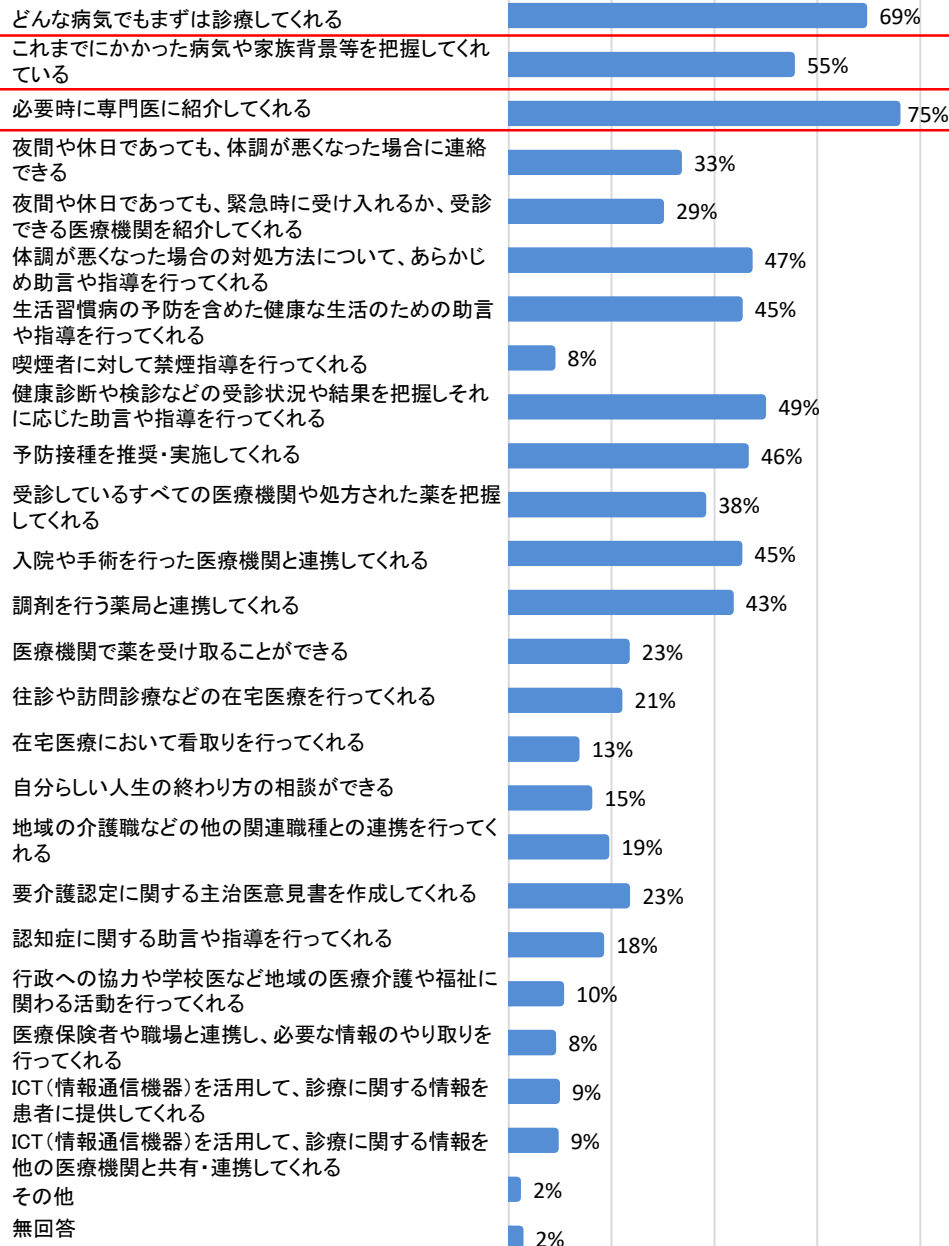
地域包括診療料・加算について

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・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		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供および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。) ・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、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

かかりつけ医調査の結果

かかりつけ医に求める役割(複数回答) (n=1,252)

0% 20% 40% 60% 80%

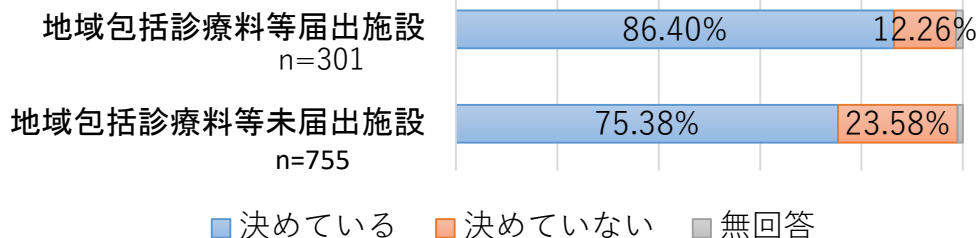


○ 回答患者のうち、8割程度の患者でかかりつけ医を決めていると回答していたが、地域包括診療料等を届け出ている施設の方が、その割合は高かった。

○ かかりつけ医に求める役割としては、「どんな病気でもまずは診察してくれる」「必要時に専門医に紹介してくれる」が多く、幅広い対応の求めがうかがえた。

かかりつけ医を決めているか(患者調査)

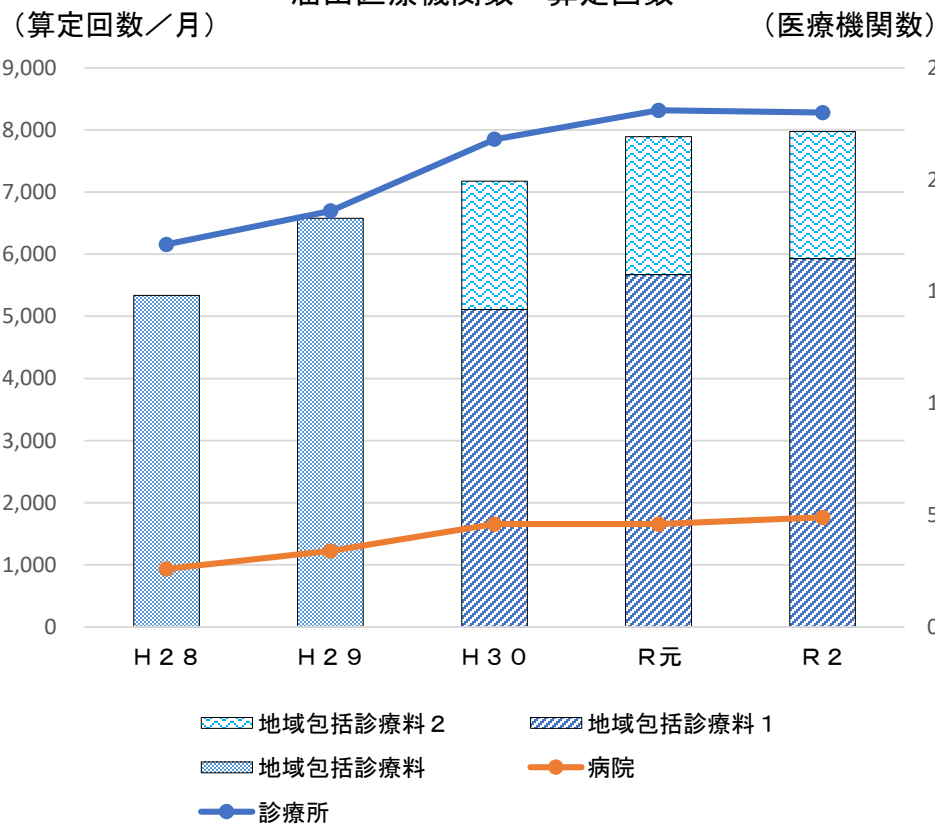
0% 20% 40% 60% 80% 100%



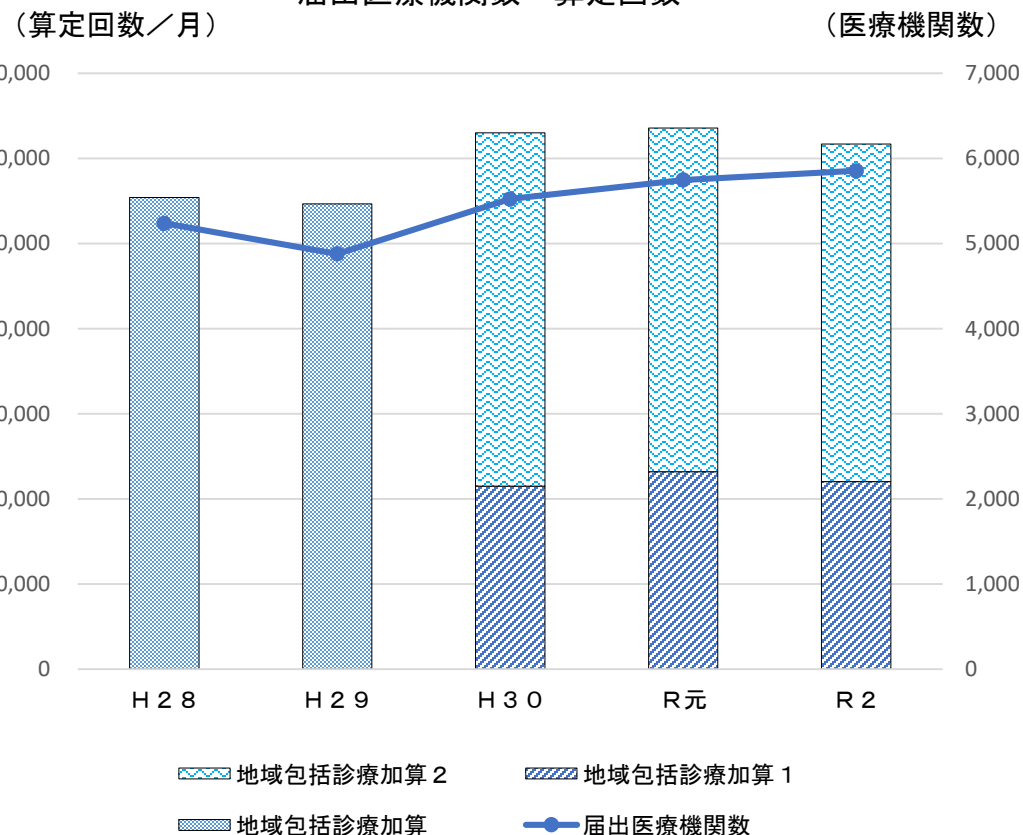
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

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

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数



地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数

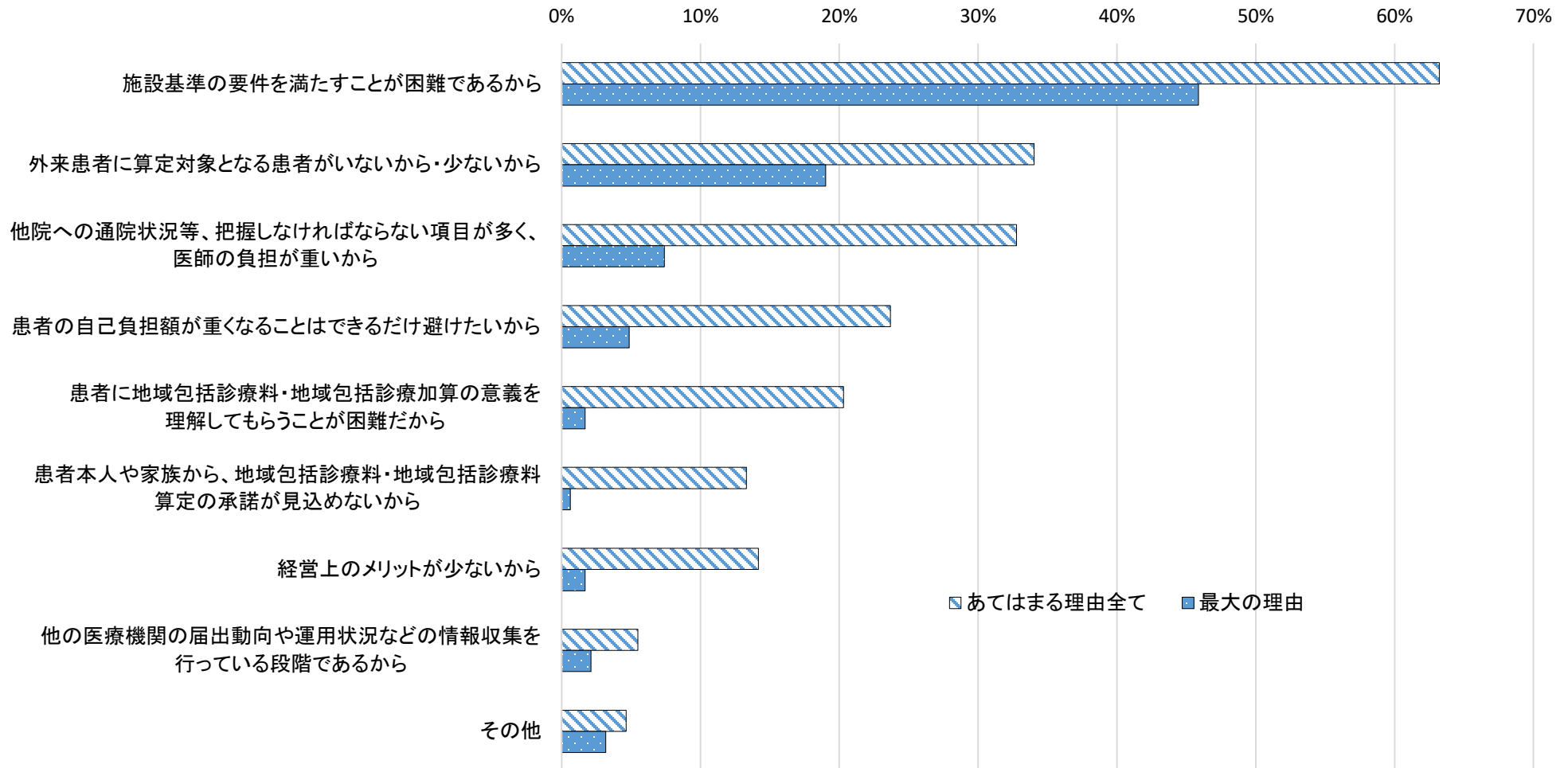


出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計

地域包括診療料・加算を届け出ていない理由

○ 地域包括診療料・加算を届け出ていない理由としては、「施設基準を満たすことが困難」との回答が最も多かったが、「算定対象となる患者がいらない・少ない」「医師の負担が重い」と回答している施設も一定程度存在していた。

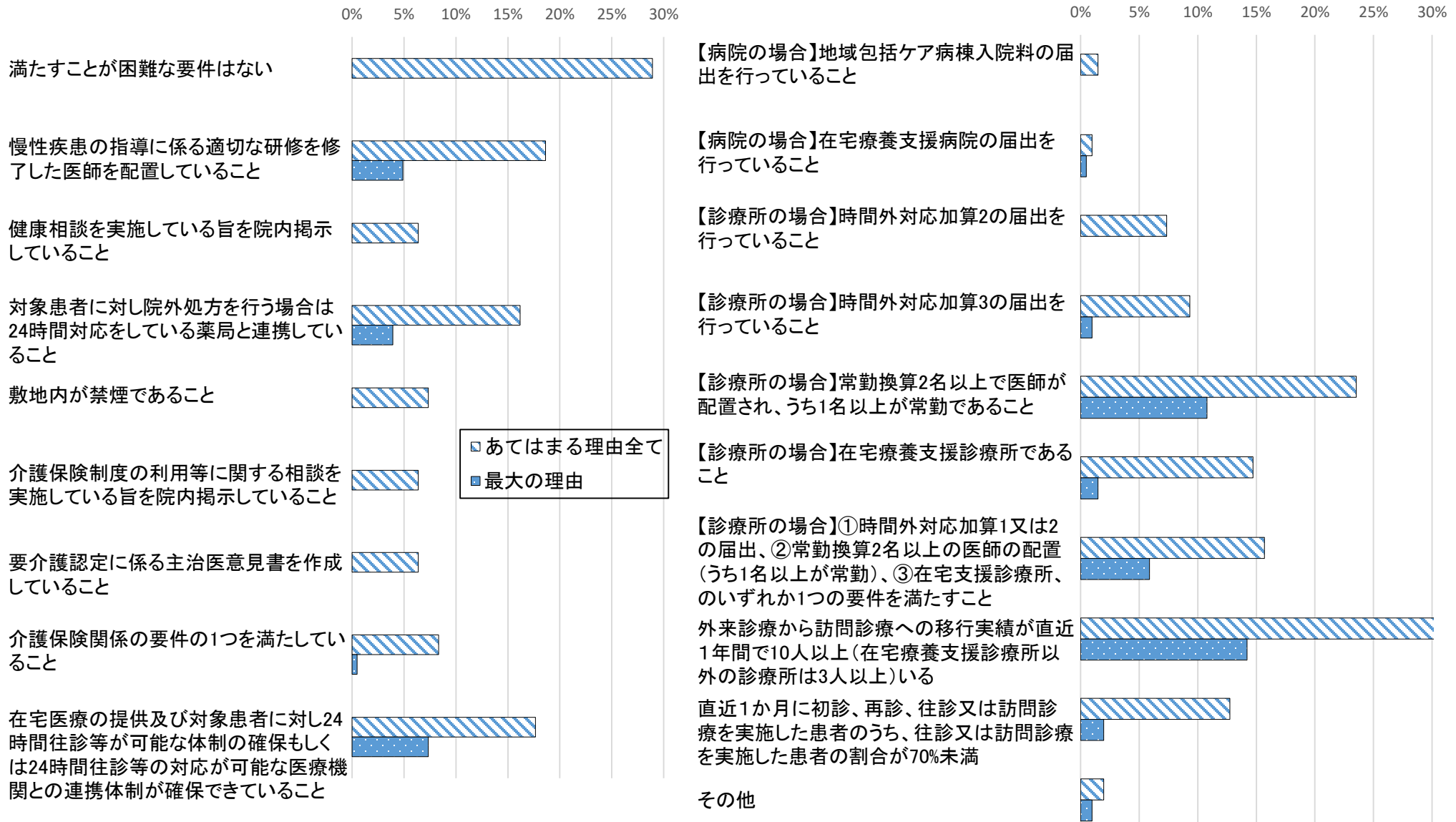
地域包括診療料・加算を届け出ていない理由 (n=473)



地域包括診療料・加算の施設基準において満たすことが困難な要件

○ 満たすことが困難な要件については、研修を修了した医師の配置と院外処方における24時間対応可能な薬局との連携に加え、在宅医療に係る取組を挙げた施設が多かった。

地域包括診療料・加算の施設基準のうち満たすことが困難な要件（いずれかを届け出ている医療機関（n=204）の回答）



認知症地域包括診療料・加算について

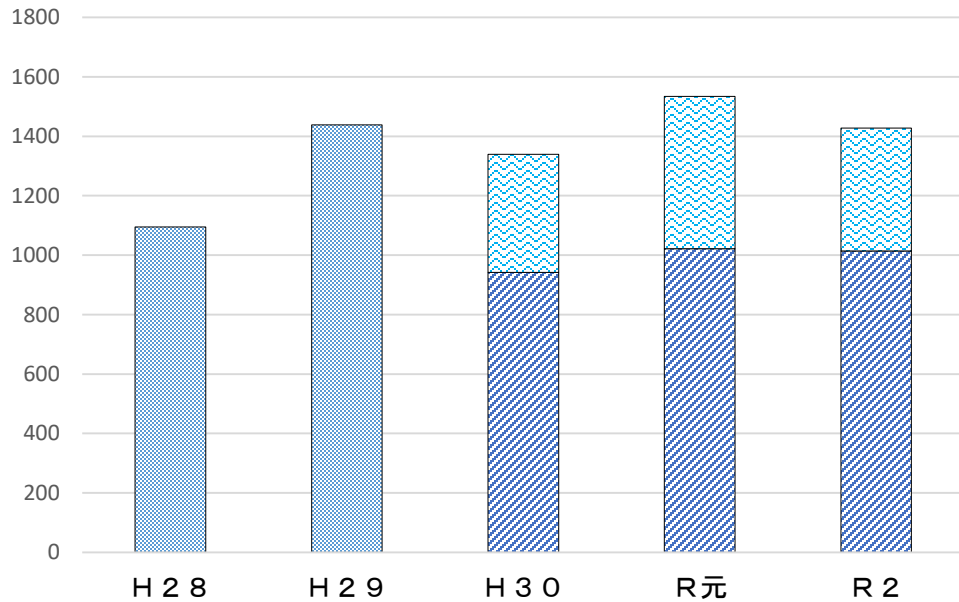
	認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回)		認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を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

認知症地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 認知症地域包括診療料の算定回数は増加傾向。
- 認知症地域包括診療加算は、平成30年以降大きく増加しており、認知症地域包括診療料より多い。

認知症地域包括診療料
算定回数

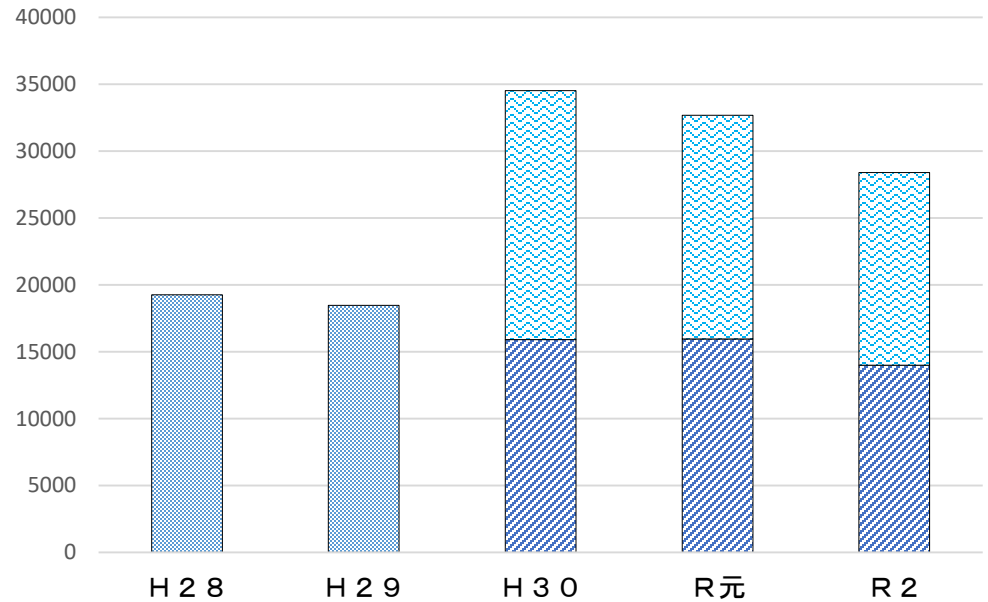
(算定回数/月)



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

認知症地域包括診療加算
算定回数

(算定回数/月)



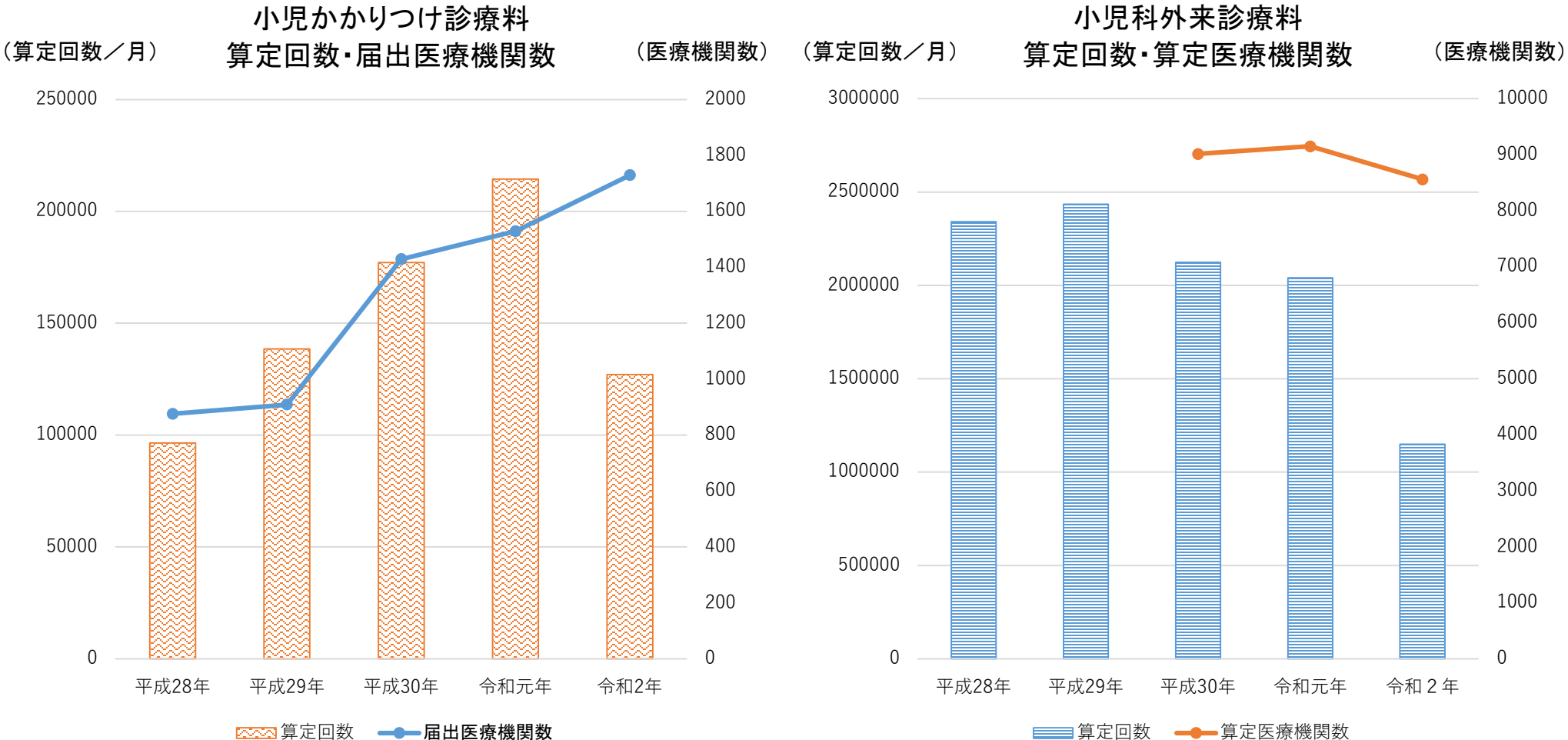
- 認知症地域包括診療加算2
- 認知症地域包括診療加算1
- 認知症地域包括診療加算

小児科の外来診療の評価について

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料
点数	(1日につき) 1. 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 初診時：599点、再診時：406点 2. 1. 以外の場合 初診時：716点、再診時：524点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時：631点、再診時：438点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時：748点、再診時：556点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ)・院内トリアージ実施料・往診料 ※ただし初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料
対象疾患	・入院中の患者以外の患者(6歳未満の乳幼児に限る)。 ・小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパリビズマブを投与している患者(投与当日に限る。)については、算定対象とならない。	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る)の患者であって入院中の患者以外のもの。
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。 等	・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導、電話による緊急の相談等への対応等を行う。 等
施設基準	小児科外来診療料の施設基準に係る届出を行うこと。	① 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ② 小児科外来診療料の届出を行っていること。 ③ 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること。 ④ ①の医師が、以下の項目のうち3つ以上に該当すること。 ア. 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施 イ. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 ウ. 定期予防接種を実施 エ. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 オ. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の算定・届出状況

- 小児かかりつけ診療料の算定回数は上昇傾向であったが、令和2年において大幅に減少した。
- 小児科外来診療料の算定回数は、年々減少傾向であった。令和2年においては、算定回数及び算定医療機関数が大幅に減少した。

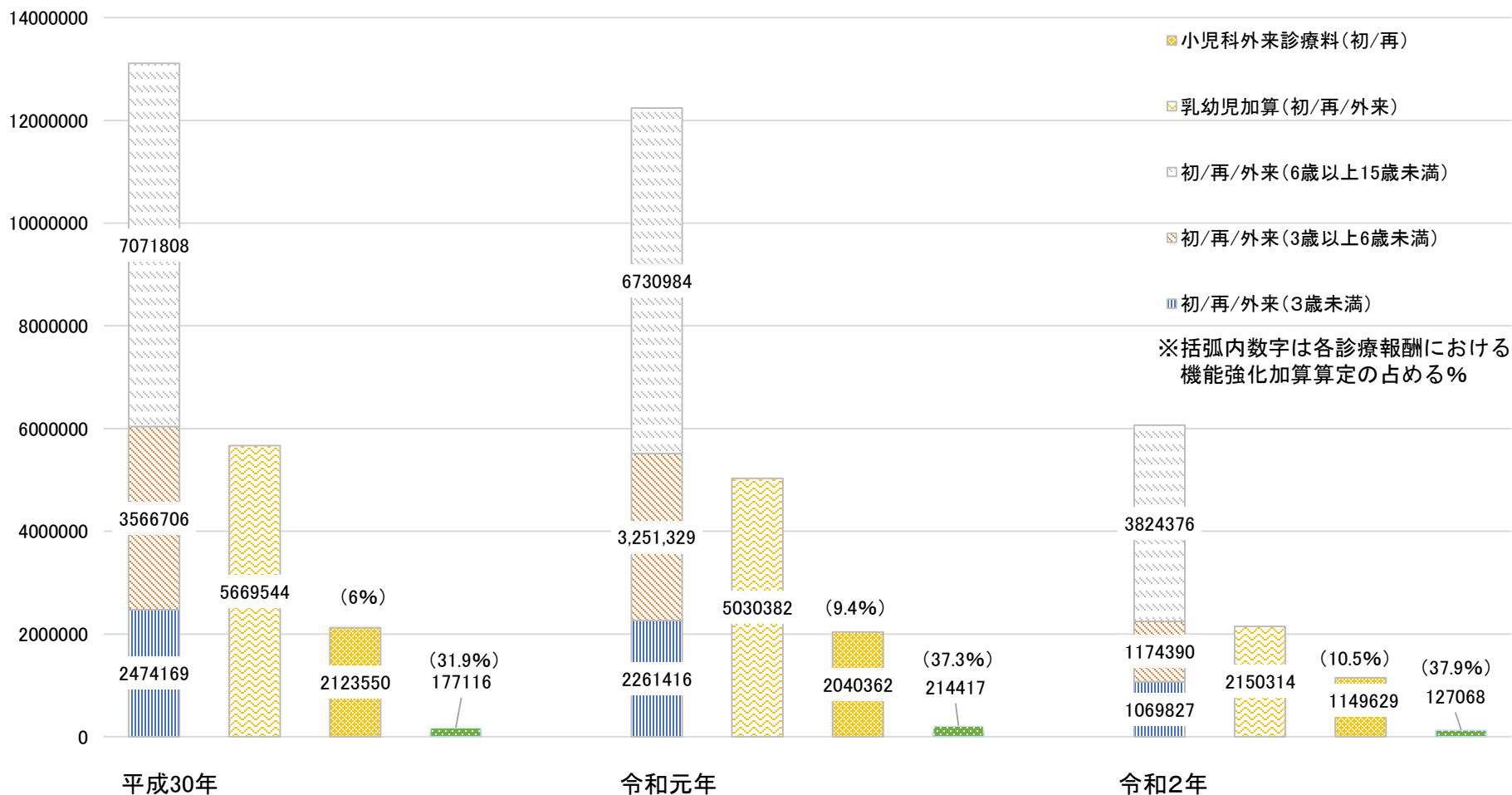


出典：
 (届出医療機関数) 各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数、医療機関数) 社会医療診療行為別統計 各年6月審査分
 ※平成30年～令和2年の算定回数・算定医療機関数(初診の算定医療機関数を表示)はNDBより保険局医療課にて集計。

小児に係る初再診料等の算定状況

- 平成30年、令和元年には、初再診料・外来診療料における6歳未満の小児の算定回数と比較して、小児科外来診療料は40%前後、小児かかりつけ診療料は3~4%程度だった。
- 令和2年においては、初再診料・外来診療料における6歳未満の小児の算定回数が大幅に減少した。

小児に係る初再診料等の算定回数



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]

- ① 施設基準を満たしているとして厚生局に届け出た医療機関において初診料（ただし2つ目の診療科に係る初診料を除く）を算定する場合に、加算する。

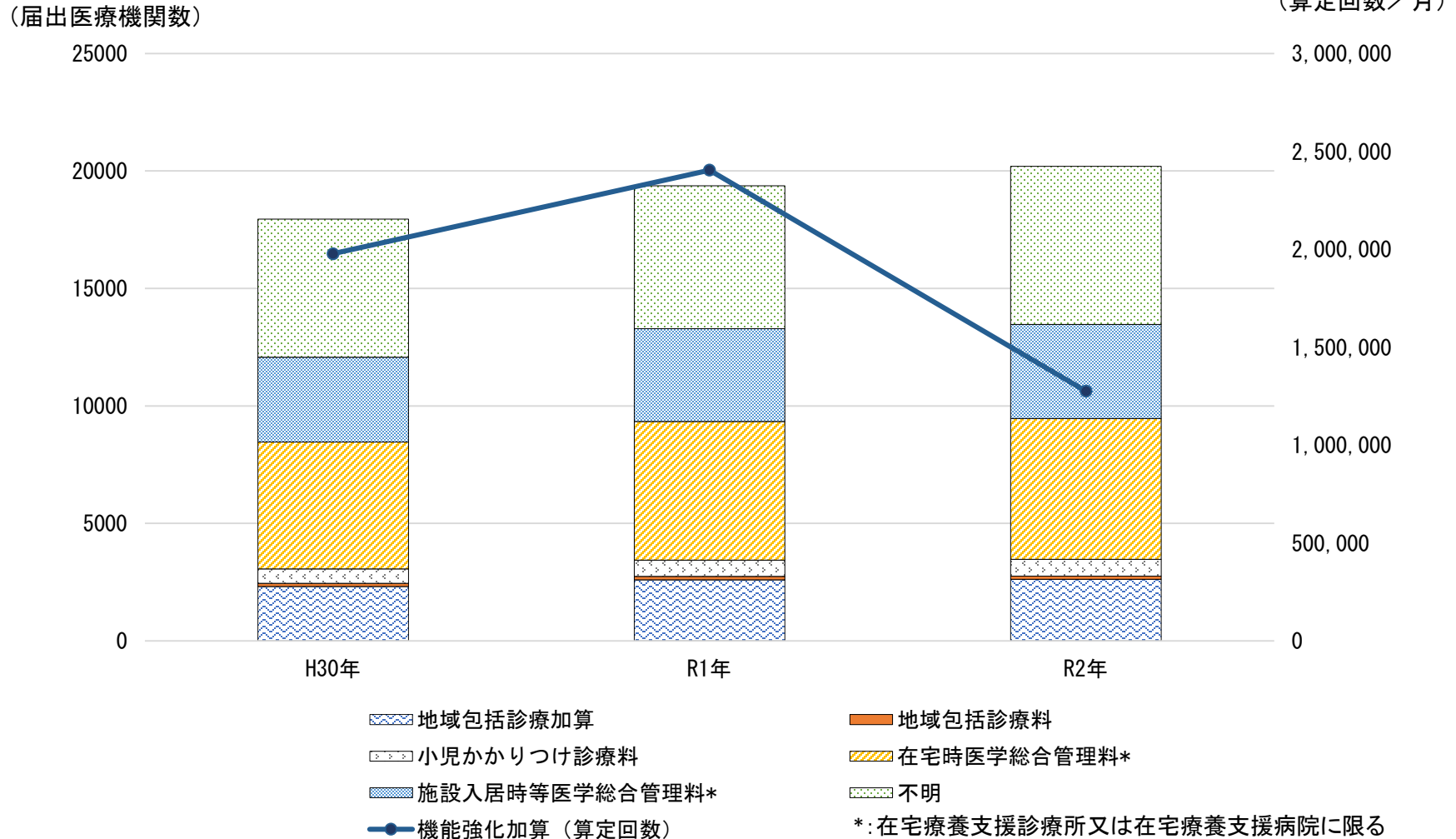
[施設基準]

- ① 診療所又は許可病床数が200床未満の病院。
- ② 次のいずれかにおける届出を行っている。
- ア 地域包括診療加算
 - イ 地域包括診療料
 - ウ 小児かかりつけ診療料
 - エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
 - オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- ③ 健康診断の相談等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを見やすい場所に掲示している。
- ④ 医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等を検索できることを見やすい場所に掲示している。
- ⑤ ③④の内容を記載した文書を患者が持ち帰ることができるようにする。

機能強化加算の算定・届出状況

- 機能強化加算の届出施設は、平成30年から令和2年にかけて増加している。
- うち、在宅時医学総合管理料を算定している医療機関が最も多く、地域包括診療料が最も少なかった。

機能強化加算の算定・届出状況



※各年7/1時点の届出状況を基に医療課で作成

※算定回数は社会医療診療行為別統計より。R2年のみNDBより集計。

- 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 医療機関間の連携に係る評価について
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

生活習慣病に係る評価の経緯

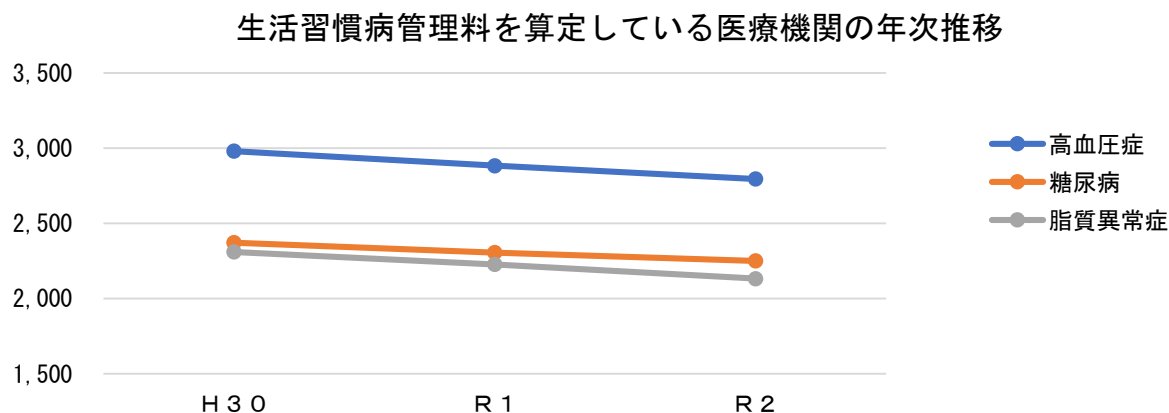
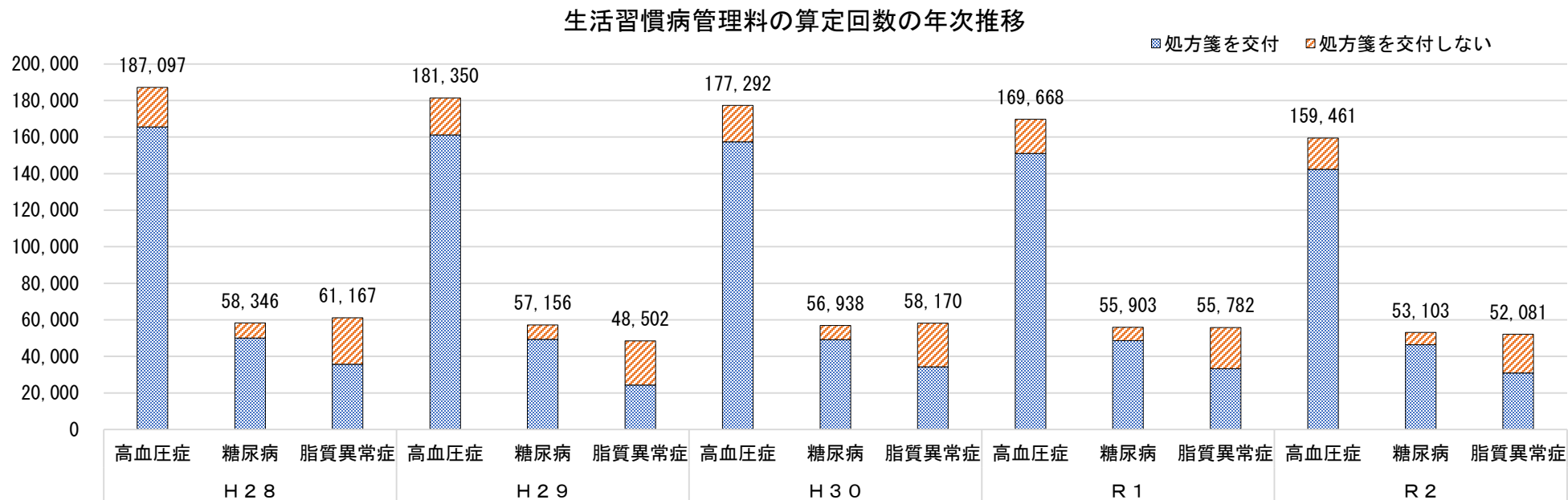
改定年度	項目	概要
平成14年度	生活習慣病指導管理料	(新設) 生活習慣病の治療・指導のための評価を新設。
平成18年度	生活習慣病管理料	(改編) 特に院外処方の場合の点数を引き下げ、療養計画書の記載内容を具体的に定める等の改定の上、「生活習慣病指導管理料」から改編。
平成20年度	糖尿病合併症管理料	(新設) 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対する、糖尿病足病変に関する指導の評価を新設。
	生活習慣病管理料	(要件見直し) 普及・拡大を目指し、点数の引き下げ、療養計画書の内容・頻度に係る要件の見直しを実施。
平成24年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病患者に対し、外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

生活習慣病の診療の評価について

	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	650～1,280点（月1回）	170点（月1回）	350点（月1回）	100点
概要	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たったの問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	ヘモグロビンA1cが6.1%(JDS)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第2期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73m ² 未満の患者に、医師が、腎機能を維持するために運動の種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導した場合に算定。
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 療養計画書を作成。 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う。 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録し、当該患者数を定期的に記録。 学会等の診療ガイドライン等を参考にする。 糖尿病患者に対しては年1回程度眼科の診察を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 指導計画を作成。 ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載。 	<ul style="list-style-type: none"> 「透析予防診療チーム」（糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を持つ、専任の医師、専任の看護師（保健師）及び管理栄養士からなる）が、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき指導を行う。 指導計画を作成する。 保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病透析予防指導管理料を算定している。
対象疾患	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
対象医療機関・施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 200床未満の病院及び診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病・糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師1名以上配置。 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した専任の看護師を1名以上配置。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤。 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。 糖尿病教室を定期的実施している。 算定した患者の状態の変化等を厚生局長に報告している。 	<p>次の②の①に対する割合が5割以上。</p> <p>① 3か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者</p> <p>② ①から3月以上経過した時点で、血清クレアチニン等が改善した患者</p>
包括範囲	在宅自己注射指導管理料、医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料を除く）、検査、投薬、注射、病理診断		外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、特定疾患療養管理料	

生活習慣病管理料の算定状況

○ 生活習慣病管理料を算定している医療機関・回数ともに横ばい～若干減少している。
処方箋を交付している高血圧症が最も多く、糖尿病、脂質異常症と続いている。



出典：H30～R2年は保険局医療課にて各年5月診療分のレセプトを集計。H28～29年は社会医療診療行為別統計。

生活習慣病の管理に係る報酬の算定状況

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

糖尿病合併症管理料
算定医療機関数・算定回数

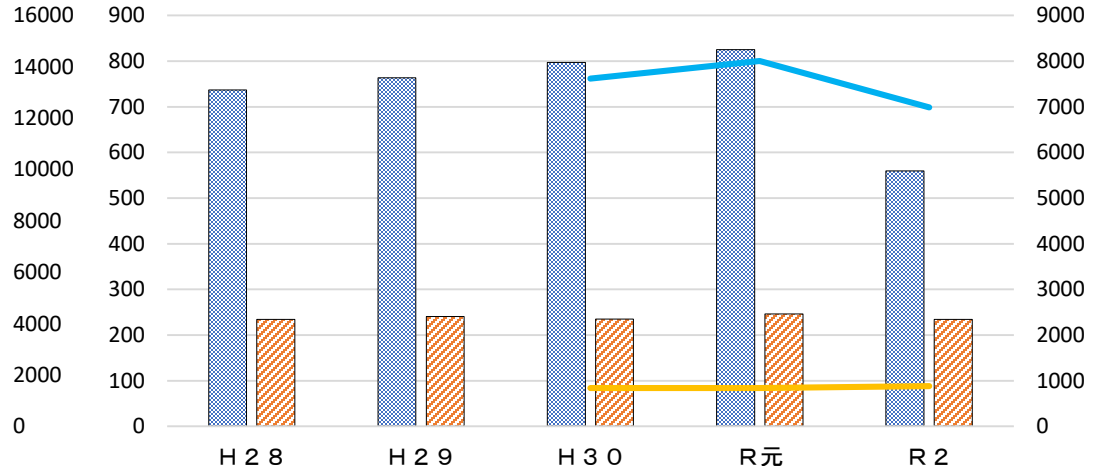
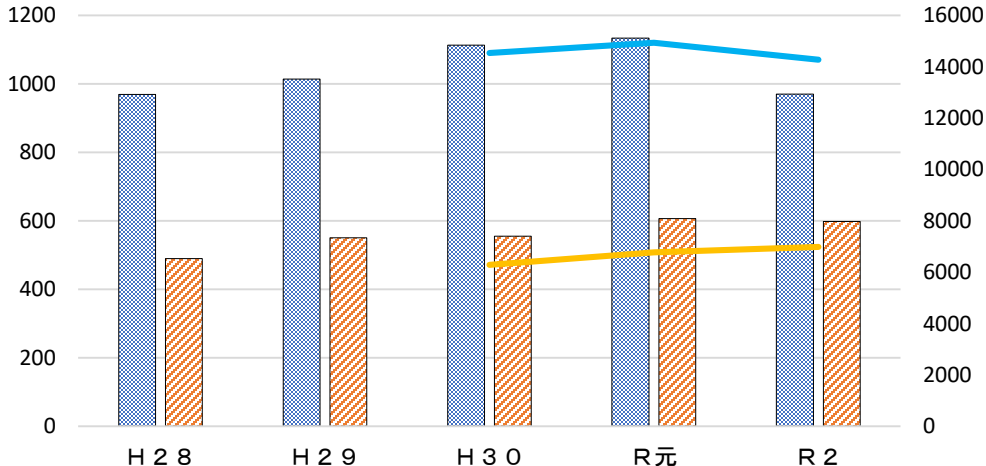
糖尿病透析予防指導管理料
算定医療機関数・算定回数

(算定医療機関数/月)

(算定回数/月)

(算定医療機関数/月)

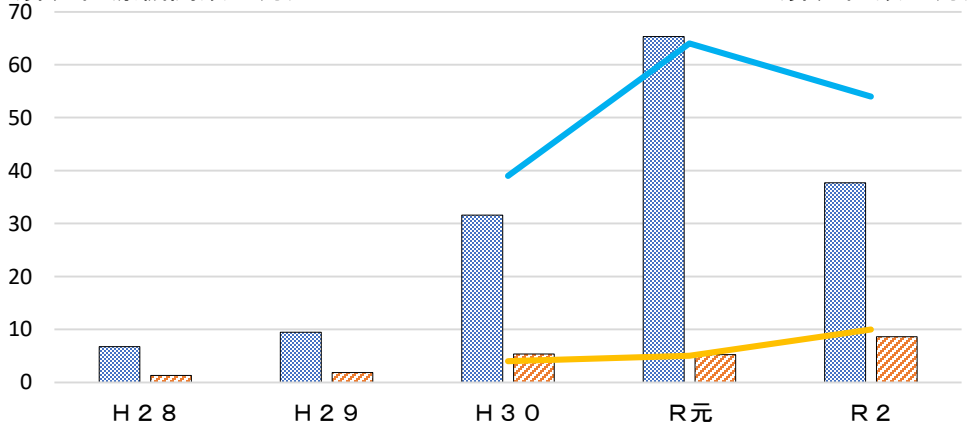
(算定回数/月)



高度腎機能障害患者指導加算
算定医療機関数・算定回数

(算定医療機関数/月)

(算定回数/月)



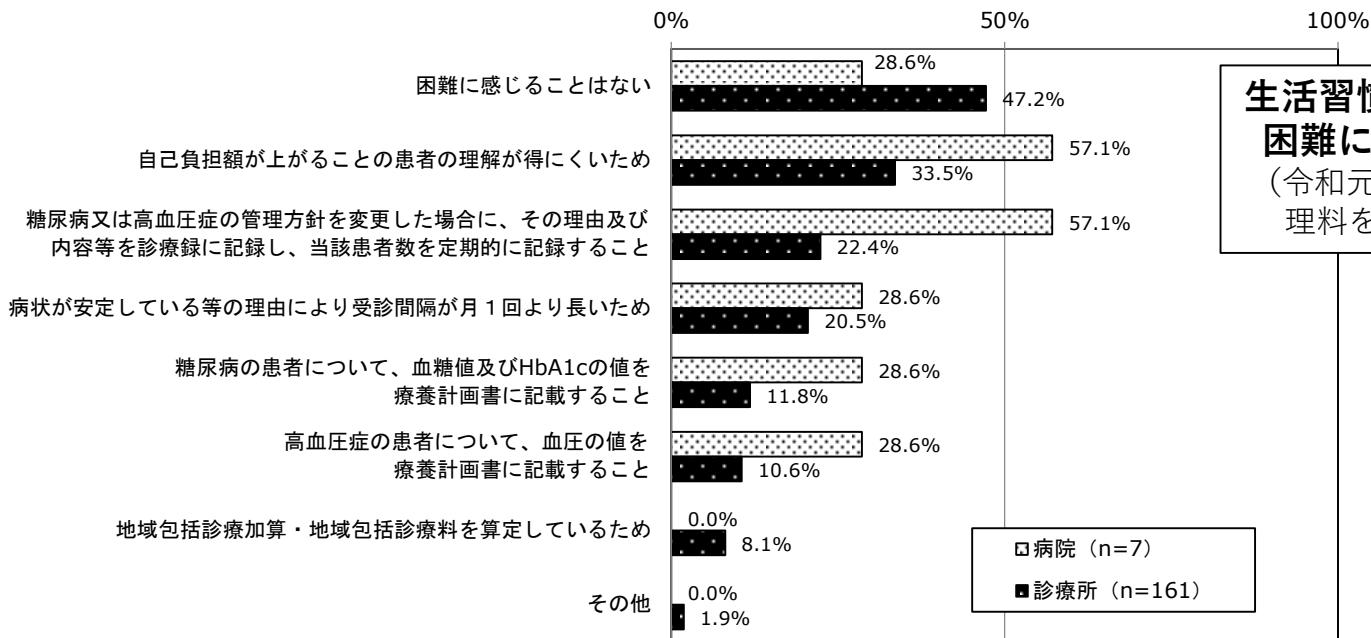
算定回数

■ 病院 ■ 診療所

算定医療機関数

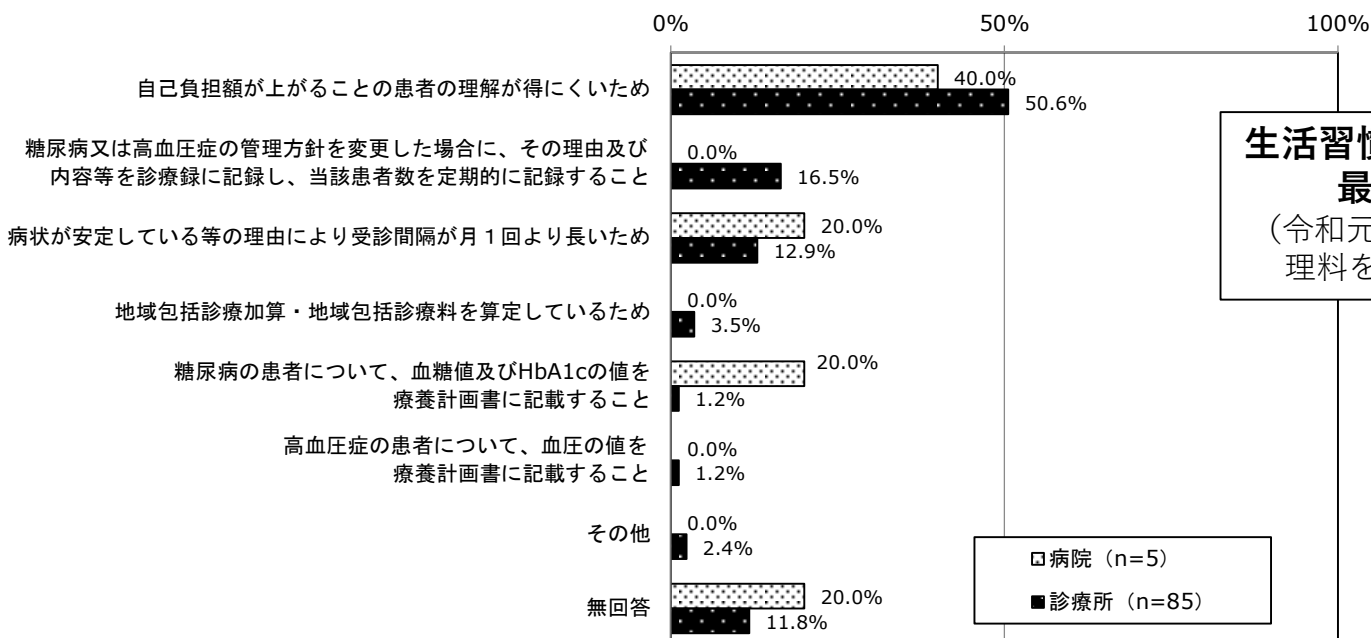
— 病院 — 診療所

生活習慣病管理料の算定について困難なもの



生活習慣病管理料の算定について困難に感じること（複数回答）
 （令和元年6月1カ月間に生活習慣病管理料を算定した患者がいた施設）

○生活習慣病管理料の算定について困難に感じることについて尋ねたところ、病院では「糖尿病又は高血圧症の管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記録し、当該患者数を定期的に記録すること」と「生活習慣病管理料を算定することで自己負担額が上がることについて患者の理解が得にくいこと」が最も多く、診療所では「困難に感じることはない」が最も多かった。



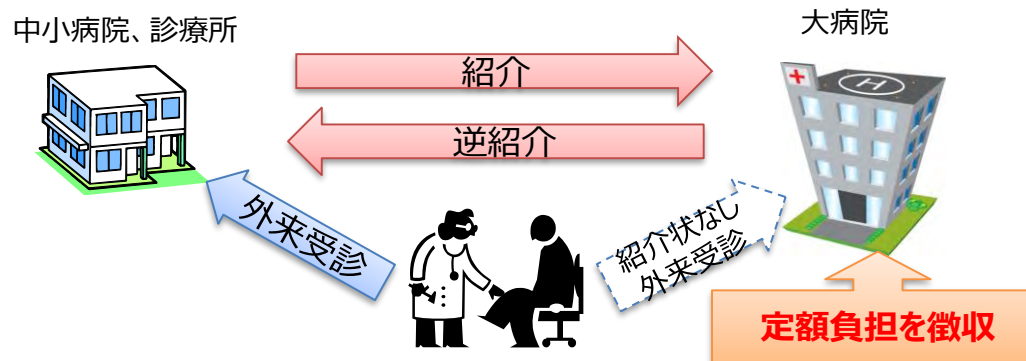
生活習慣病管理料の算定について最も困難に感じること
 （令和元年6月1カ月間に生活習慣病管理料を算定した患者がいた施設）

○「最も困難なこと」を尋ねたところ「生活習慣病管理料を算定することで自己負担額が上がることについて患者の理解が得にくいこと」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 医療機関間の連携に係る評価について
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

- 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、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。
- ① 特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者等
- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者

選定療養(平成8年度～)

紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することができる。(一般病床200床以上の病院が対象)

対象除外

- | |
|---|
| ① 緊急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |

大病院受診時定額負担(平成28年度～)

紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することが義務付けられている。(特定機能病院又は一般病床200床以上の地域医療支援病院が対象)

対象除外

- | |
|---|
| ① 救急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |
| ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 対象除外にできる |
| ① 自施設の他の診療科を受診している患者 |
| ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 |
| ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 |
| ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 |
| ⑤ 外来受診から継続して入院した患者 |
| ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 |
| ⑦ 治験協力者である患者 |
| ⑧ 災害により被害を受けた患者 |
| ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 |
| ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者 |

対象除外にできる

一般病床の規模別の病院数

一般病床数	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	87 (1.0%)	344 (4.1%)	99 (1.2%)	530 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	276 (3.3%)	531 (6.4%)	807 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	37 (0.4%)	6926 (83.4%)	6963 (83.9%)
全体	87 (1.0%)	657 (7.9%)	7,556 (91.0%)	8,300 (100%)

現在の定額負担
(義務)対象病院現在の定額負担
(任意)対象病院

出典: 特定機能病院一覧等を基に医療課において作成(一般病床規模別の病院数は令和元年度医療施設調査より医療課が集計)

※ 特定機能病院は令和2年12月、地域医療支援病院は令和元年10月時点。

特定機能病院等における紹介率・逆紹介率について

	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)	許可病床400床以上
【医療法】要件	紹介率50%以上・逆紹介率40%以上となるよう努めること。(※1)	次のいずれかに該当すること。(※2) ア. 紹介率80%以上 イ. 紹介率60%以上かつ逆紹介率30%以上 ウ. 紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上	
【報酬】初診料の減算規定	紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上を除く)		紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上を除く)
紹介率＝	(紹介患者数＋救急搬送者数) ÷ 初診患者数	【医療法】紹介患者数 ÷ 初診患者数 【報酬】(紹介患者数＋救急搬送者数) ÷ 初診患者数	(紹介患者数＋救急搬送者数) ÷ 初診患者数
逆紹介率＝	逆紹介患者数 ÷ 初診患者数		
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る)。 以下を含む。 ・ 紹介元からの電話情報により、特定機能病院の医師が紹介状に転記する場合 ・ 他の医療機関における検診の結果により精密検診のための受診で紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についての記載がされている		
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 以下を含む。 ・ 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 ・ 紹介元に返書により紹介した患者	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 ・ 診療状況を示す文書を添えて紹介(診療情報提供料を算定)した患者 ・ 地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者	
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。 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	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 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診の患者の数。		

※1 医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月18日)(健政発第19号)

※2 医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)

地域医療支援病院に対する評価

- 地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価。
(平成10年度診療報酬改定において新設)

地域医療支援病院入院診療加算 1,000点(入院初日)

[算定要件]

- 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 入院基本料のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。
- 入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定していた場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

紹介率・逆紹介率の低い病院に対する初再診料等減算

- 特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)であって、紹介率・逆紹介率の低い病院における初診料及び外来診療料について適正な評価を行うことで、外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。
(平成24年度診療報酬改定において新設)

① 初診料 214点 (紹介のない場合)

② 外来診療料 55点 (他医療機関へ文書による紹介を行う旨の
申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 本来の初診料又は外来診療料保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

[対象病院]

- ・ 特定機能病院と地域医療支援病院(一般病床200床未満の病院を除く。)のうち、紹介率**50%**未満かつ逆紹介率**50%**未満の施設
 - ・ 許可病床数が400床以上の全ての病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床が200床未満の病院を除く。)のうち、紹介率**40%**未満かつ逆紹介率**30%**未満の施設
- ※ 紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間とし、毎年10月に地方厚生(支)局長に報告する。
(ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6ヶ月間で実績の基準を満たした場合は翌年の4月1日までに報告する。)

[算定要件]

- ① 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(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。)に対して初診を行った場合。
- ② 外来診療料: 他の病院(許可病床数が200床未満のものに限る。)又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。)に対して再診を行った場合。

紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算の変遷

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

定額負担対象病院の外来患者数の内訳（1病院当たりの平均値）

- 初診患者については、定額負担(義務)対象病院は、定額負担(任意)対象病院に比して、紹介状なしの患者、定額負担徴収患者の比率がいずれも低くなっている。
- 再診患者については、定額負担(義務)対象病院、定額負担(任意)対象病院のいずれも、定額負担徴収患者比率が非常に低くなっている。

定額負担(義務)対象病院

■初診(n=559)

①初診の患者数(人)	4034.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1798.4
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	423.3
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1375.2
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	44.6%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	10.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	23.5%

■再診(n=269)

①再診の患者数(人)	50278.7
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	15413.1
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	38.1
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	15375.0
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率(②/①)	30.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.1%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	0.2%

定額負担(任意)対象病院

■初診(n=620)

①初診の患者数(人)	3116.8
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1900.2
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	731.5
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1168.7
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	61.0%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	23.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	38.5%

■再診(n=139)

①再診の患者数(人)	31909.9
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	17139.5
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	181.7
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	16957.8
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率(②/①)	53.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.6%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	1.1%

(注) ・ 保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)

・ 患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。

・ ①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥、⑦については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。

特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について

○ 特別の料金を徴収しなかった患者について、初診時については、「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」等の割合が高くなっている一方で、再診時については、「その他」の患者の割合が高くなっている。

初診

再診

初診	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合	再診	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	746,206	49.8%	特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	1,109,449	17.1%
救急の患者	589,582	39.4%	救急の患者	149,624	2.3%
国の公費負担医療制度の受給対象者	79,018	5.3%	国の公費負担医療制度の受給対象者	398,089	6.1%
地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	81,953	5.5%	地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	330,178	5.1%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	2,786	0.2%	無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	37,648	0.6%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	271	0.0%	エイズ拠点病院におけるHIV感染者	7,714	0.1%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	688,751	46.0%	特別の料金の支払いを求めないことができる患者	3,941,001	60.7%
自施設の他の診療科を受診している患者	145,670	9.7%	自施設の他の診療科を受診している患者	1,837,951	28.3%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	55,269	3.7%	医科と歯科の間で院内紹介された患者	29,017	0.4%
特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	35,361	2.4%	特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	8,624	0.1%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	206,961	13.8%	救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	50,690	0.8%
外来受診から継続して入院した患者	101,186	6.8%	外来受診から継続して入院した患者	62,513	1.0%
地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	9,941	0.7%	地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	19,337	0.3%
治験協力者である患者	119	0.0%	治験協力者である患者	3,098	0.0%
災害により被害を受けた患者	2,197	0.1%	災害により被害を受けた患者	7,761	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	71,128	4.8%	労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	121,621	1.9%
その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	59,797	4.0%	その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	1,547,530	23.8%
その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	55,598	3.7%	その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	1,387,919	21.4%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	1,497,085	100.0%	特別の料金を徴収しなかった患者の総数	6,493,023	100.0%

(注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものを。

(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)

・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

定額負担の徴収額の設定状況

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担（義務）の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担（任意）の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

■初診（医科）の場合の設定額

	施設数	～999円	1,000円 ～	2,000円 ～	3,000円 ～	4,000円 ～	5,000円 ～	6,000円 ～	7,000円 ～	8,000円 ～	9,000円 ～	10,000 円～	最大値
定額負担（義務） 対象病院	536件	-	-	-	-	-	511件 (95.3%)	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担（任意） 対象病院	605件	33件 (5.5%)	187件 (30.9%)	146件 (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	148件 (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

■再診（医科）の場合の設定額

	施設数	～999円	1,000円 ～	1,500円 ～	2,000円 ～	2,500円 ～	3,000円 ～	3,500円 ～	4,000円 ～	4,500円 ～	5,000円 ～	最大値
定額負担（義務） 対象病院	524件	-	-	-	-	506件 (96.6%)	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担（任意） 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	108件 (76.6%)	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

（注）

- ・保険医療機関等から地方厚生（支）局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。（速報値であるため、今後修正の可能性がある。）
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（初診・1病院当たりの平均値）

- 特別の料金の徴収額が高いほど、外来初診患者数全体に占める、紹介状なし患者数の割合や、特別の料金を徴収した患者数の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来初診患者数 (人)	②紹介状なし初診患者数(人)	③特別の料金を徴収した初診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった初診患者数(人)	⑤外来初診患者数全体に占める紹介状なし初診患者数の割合 (②/①)	⑥外来初診患者数全体に占める特別の料金を徴収した初診患者数の割合 (③/①)
～999円	36	2033.1	1553.6	789.6	764.1	76.4%	38.8%
1,000円～	345	3062.8	1992.8	877.1	1115.7	65.1%	28.6%
3,000円～	89	3357.6	2210.9	756.3	1454.6	65.8%	22.5%
5,000円～	658	4002.9	1819.8	434.5	1385.4	45.5%	10.9%
7,000円～	15	4680.8	1847.9	247.5	1600.4	39.5%	5.3%
10,000円～	11	4206.7	1415.5	110.7	1304.8	33.6%	2.6%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものを。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したものを。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（再診・1病院当たりの平均値）

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来再診患者数全体に占める、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者の割合や、特別の料金を徴収した患者の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来再診患者数 (人)	②他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数 (人)	③特別の料金を徴収した再診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった再診患者数(人)	⑤外来再診患者数全体に占める他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数の割合 (②/①)	⑥外来再診患者数全体に占める特別の料金を徴収した再診患者数の割合 (③/①)
～1,999円	12	24208.8	8269.7	315.9	7953.8	34.2%	1.3%
2,000円～	313	48682.6	15559.5	35.4	15524.2	32.0%	0.1%
3,000円～	13	47920.4	9914.2	16.5	9897.7	20.7%	0.0%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

第3章 医療

3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とする方向性を示したところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

<対象範囲拡大のイメージ>

一般病床数	特定機能病院／地域医療支援病院	その他
200床以上	現在の定額負担（義務）対象病院 666 (7.9%)	紹介患者への外来を 基本とする医療機関 688 (8.2%)
200床未満	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)

第4章 終わりに

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」の考え方は、今後とも社会保障改革の基本であるべきである。本方針を速やかに実施するとともに、今後そのフォローアップを行いつつ、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、総合的な検討を進め、更なる改革を推進する。

2. 医療機関の機能分化・連携等

（大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大）

- これらの意見等を踏まえ、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にするため、以下の方針に基づき、中医協において具体的に検討すべきである。
 - ・ 新たに地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」として報告された医療機関のうち一般病床200床以上の病院にも対象医療機関を拡大すること
 - ・ かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額（例：医科・初診の場合、2,000円程度）を保険給付範囲から控除し、それと同額以上の定額負担を増額すること。また、こうした仕組みは、医療保険財政のためではなく、外来機能の分化のために行うものであるため、例外的・限定的な取扱とするとともに、制度趣旨について、国民への説明を丁寧に行うこと
 - ・ 大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行うこと
- あわせて、上手な医療のかかり方に関する啓発を進めるべきである。

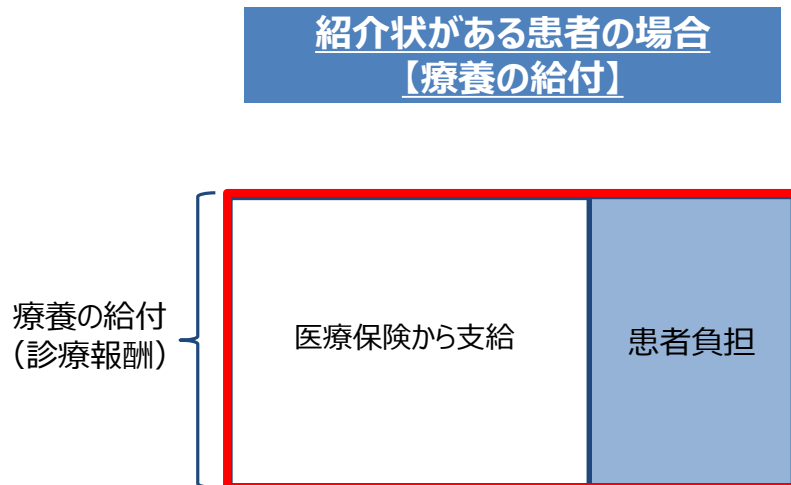
大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充について

見直し案

- 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が必要。
- **日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関**で受け、**必要に応じて紹介を受けて**、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、**さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るという流れをより円滑にする**ため、**現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（選定療養）を以下のように見直し**てはどうか。
 - ①新たに設けられる「**紹介患者への外来を基本とする医療機関**」にも、**対象医療機関を拡大**する。
※一般病床200床以上のみ
 - ②**かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額する。（例外的・限定的な取扱）**
※一定額の例：初診の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円
※外来初診患者数全体に占める定額負担徴収患者の比率は、定額負担5,000～7,000円の場合は10.9%であるが、7,000円～10,000円の場合は5.3%
 - ③さらに、**大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等**を行う。

外来機能分化に沿った受診

例外的・限定的な取扱



※ 現行の算定額から一定額を控除した額を基準として選定療養費を支給

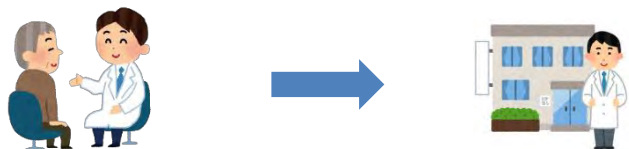
- ① 初・再診料等について
- ② かかりつけ医機能に係る評価について
- ③ 生活習慣病に係る評価について
- ④ 外来機能の分化の推進について
- ⑤ 医療機関間の連携に係る評価について**
- ⑥ オンライン診療に係る評価について

診療情報提供料（Ⅰ）概要

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

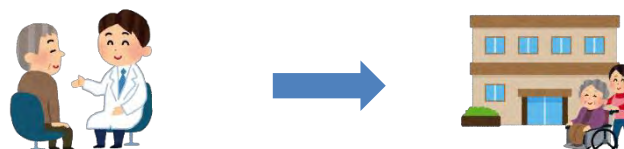
① 別の保険医療機関に紹介した場合

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



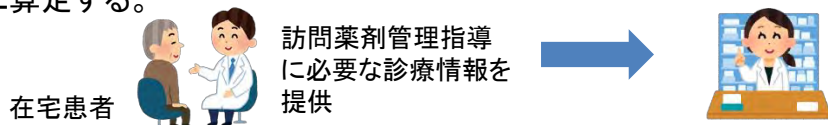
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

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



③ 保険薬局に提供する場合

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



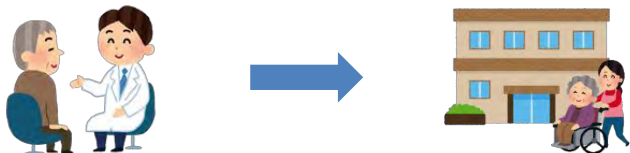
④ 精神障害者施設等に提供する場合

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



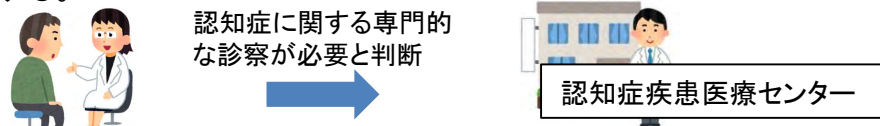
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

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



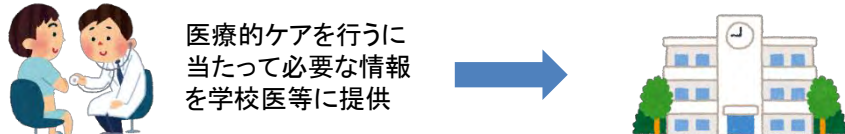
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

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



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

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



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
(患者1人につき月1回に限り)

診療情報提供料（I）において算定可能な加算等

① 治療計画などの情報添付による加算

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

② ハイリスク妊婦紹介加算

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

③ 認知症専門医療機関紹介加算

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

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

④ 精神科医連携加算

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

⑤ 肝炎インターフェロン治療連携加算

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

⑥ 歯科医療機関連携加算

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

⑦ 地域連携診療計画加算

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

⑧ 療養情報提供加算

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

⑨ 検査・画像情報提供加算

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

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

⑩ 電子的診療情報評価料

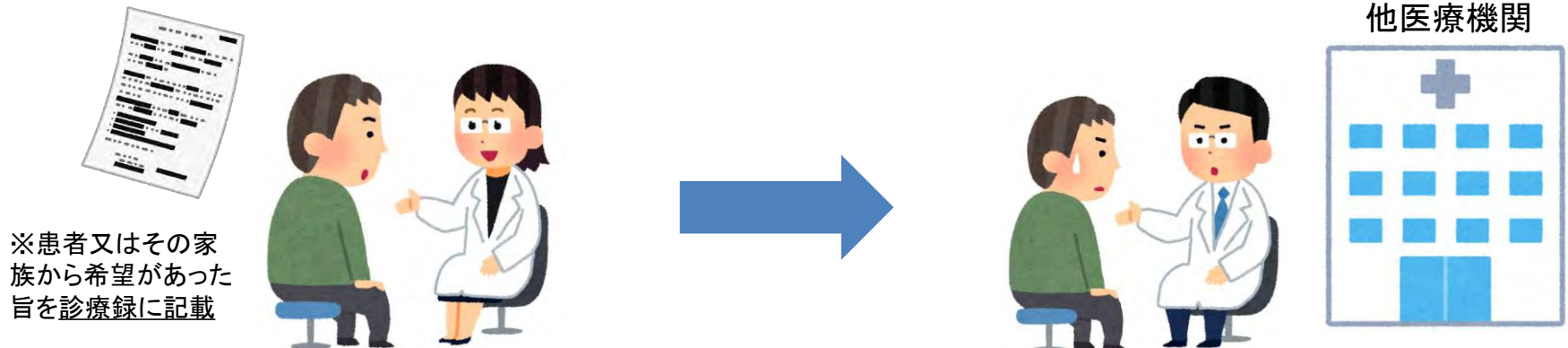
別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報等を電子的方法により閲覧又は受信し診療に活用した場合、**30点**を算定する。

診療情報提供料（Ⅱ）概要

B010 診療情報提供料（Ⅱ） 500点（月1回）

【算定要件】

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



他の医師が助言を行うために必要な情報を添付した文書を患者又はその家族に提出

患者又はその家族の希望は治療計画に十分反映させる

セカンド・オピニオン

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

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

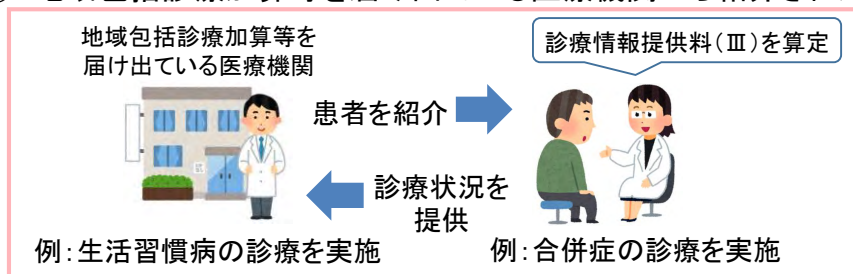
(新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

[算定要件]

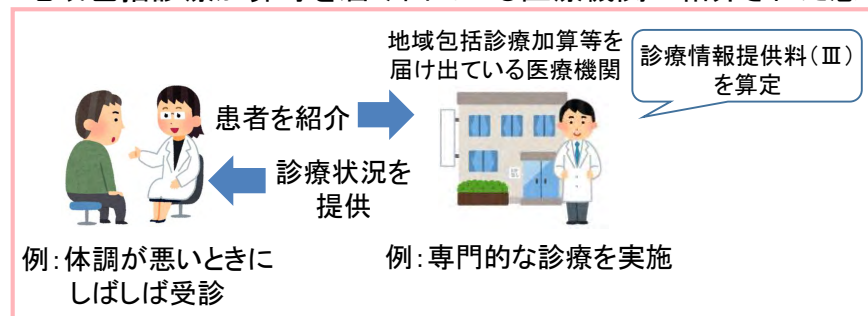
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

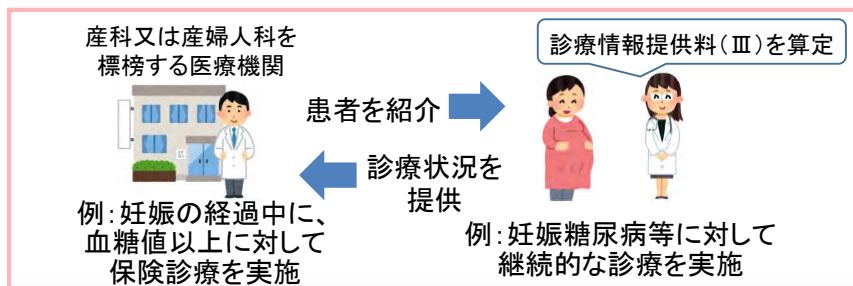
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



- ③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



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



[施設基準]

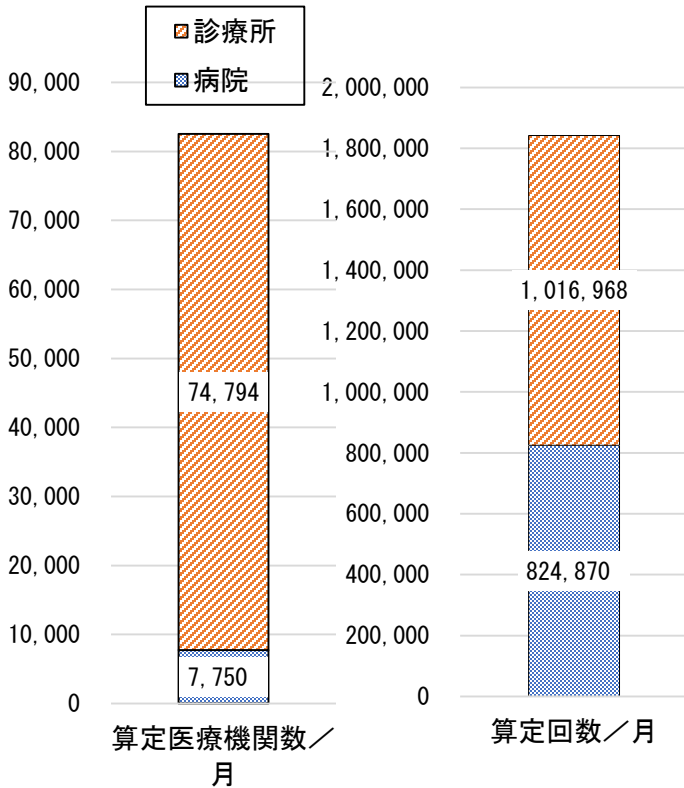
- (1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

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

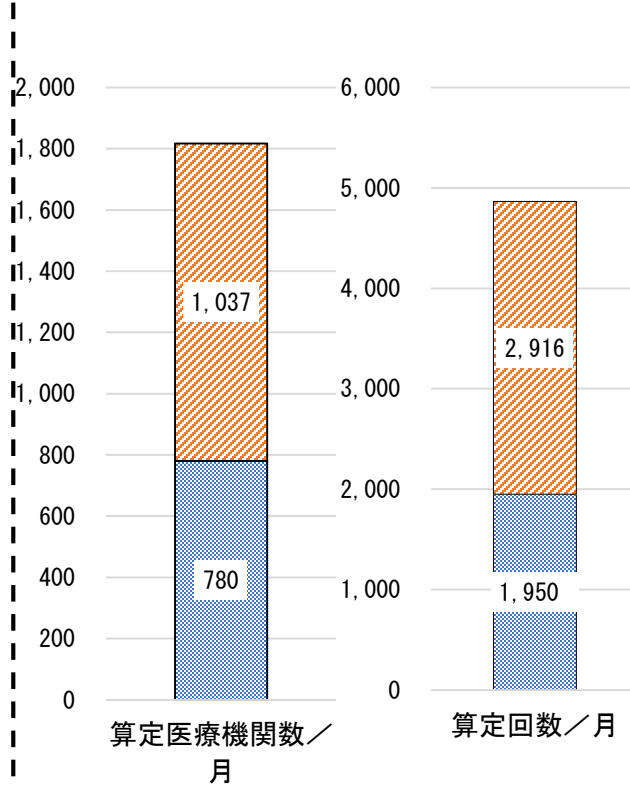
診療情報提供料に係る報酬の算定状況

- 診療情報提供料Ⅲは、病院よりも診療所で算定されている場合が多い。
- 診療情報提供料Ⅰと比較した、診療情報提供料Ⅲを算定している医療機関・回数は以下のとおりであった。

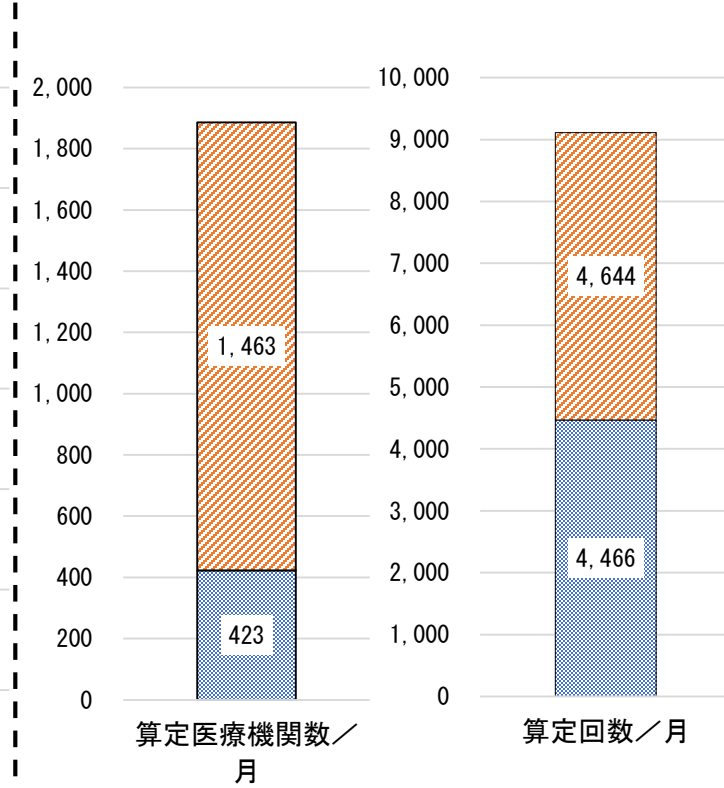
診療情報提供料Ⅰ
算定医療機関数・回数



診療情報提供料Ⅱ
算定医療機関数・回数



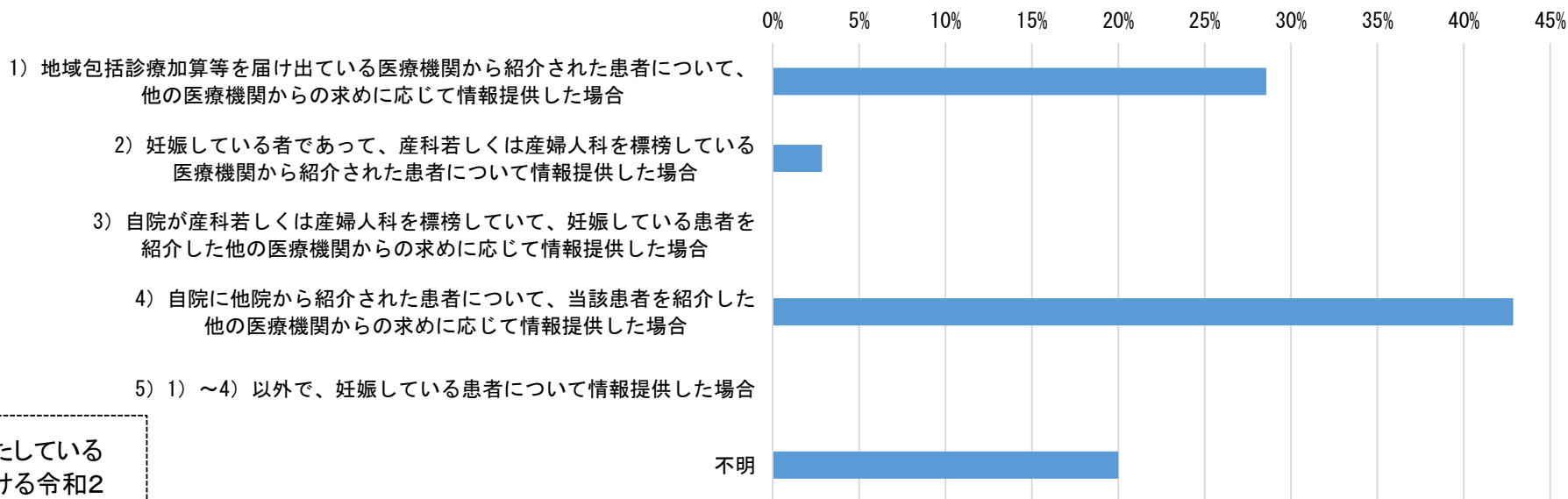
診療情報提供料Ⅲ
算定医療機関数・回数



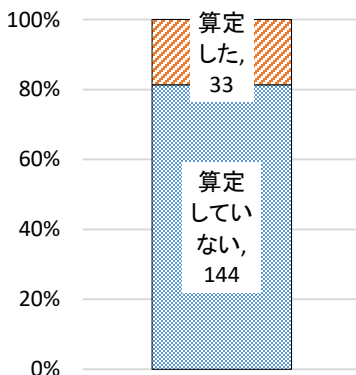
診療情報提供料（Ⅲ）の算定医療機関について

○ 診療情報提供料Ⅲの施設基準を満たしている医療機関においても、1ヶ月以内に患者に対して算定した医療機関は2割程度に留まっていた。算定していた医療機関の内訳を見ると、照会元あるいは自院が地域包括診療加算等を届け出ていて算定したケースが多かった。

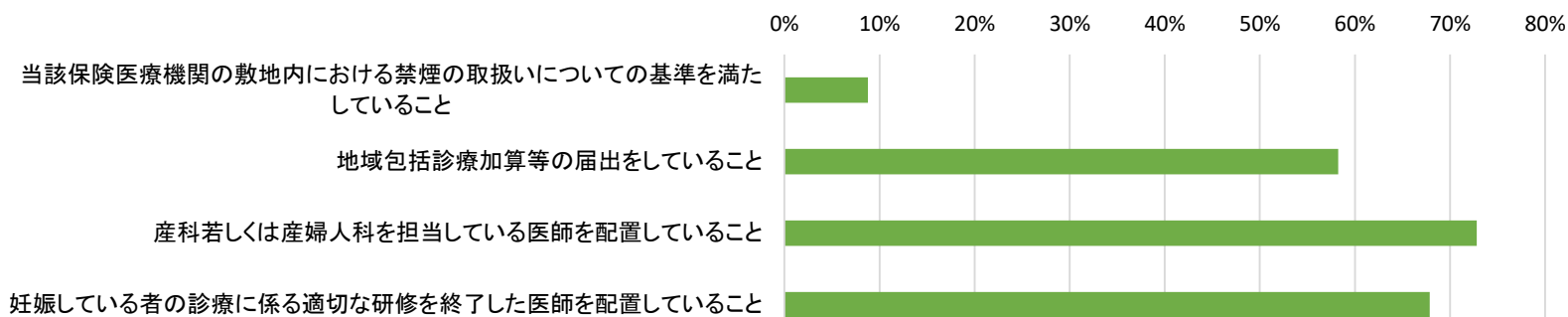
診療情報提供料（Ⅲ）を令和2年9月に算定した医療機関が
いずれの算定要件を満たしていたか（n=35）



施設基準を満たしている医療機関における令和2年9月の算定状況



診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準のうち、満たしていない施設基準（複数回答）（n=467）



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

オンライン診療にかかる評価の経緯

	オンライン診療（遠隔診療）の取扱い	診療報酬上の対応
平成9年	平成9年12月（医政局長通知） 「離島、へき地の場合」などの遠隔診療を認める	—
平成27年	平成27年8月（事務連絡） 「離島、へき地」については例示であることを明確化	—
平成30年	平成30年3月（医政局長通知） 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出	平成30年度診療報酬改定 「オンライン診療料」等を新設
令和元年	令和元年7月 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」改訂	—
令和2年	<div data-bbox="499 758 1763 829" style="border: 1px solid green; padding: 5px; text-align: center;"> 新型コロナウイルスの感染拡大に伴う対応（主なもの） </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 10px;"> <div data-bbox="271 843 1162 1365" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; width: 45%;"> <p>【初診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 初診から電話やオンラインで診療可能 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>【再診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 慢性疾患を抱える定期受診患者について、症状に変化が生じた場合においても、電話やオンライン診療を実施した場合の処方可能 ○ 事前の計画作成は不要 </div> <div data-bbox="1141 901 1224 1229" style="font-size: 2em; color: green; text-align: center;"> → → </div> <div data-bbox="1203 843 2011 1365" style="border: 1px solid green; border-radius: 15px; padding: 10px; width: 45%;"> <p>【初診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、初診料を算定可能 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>【再診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等再診料等を算定可能 ○ 電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、管理料を算定可能 </div> </div>	令和2年度診療報酬改定 「オンライン診療料」等の見直し等
令和3年 (現在)		

オンライン診療料等について①

令和2年度診療報酬改定後

オンライン診療料 71点(月1回)



※青字部分は令和2年度改定において見直し等を実施

[主な算定要件]

- (1) 対面診療とビデオ通話が可能な情報通信機器を活用した診療(オンライン診療)を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいて計画的なオンライン診療を行った場合に算定。連続する3月の間に対面診療が一度も行われない場合は算定できない。
- (2) **日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者**を対象として実施すること。患者の急変時等の緊急時には、**原則、当該医療機関が必要な対応を行うこと**。ただし、**やむを得ず対応できない場合は、事前に受診可能な医療機関を説明し、計画に記載**しておくことよい。
- (3) オンライン診療を行う医師は、対面診療を行った医師と同一の医師であること。
- (4) 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(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こと。
- (5) オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (6) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。**ただし、医療資源が少ない地域等に所在する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、当該保険医療機関で専門的な医療を提供する観点から、オンライン診療料の施設基準を満たすものとして届け出た他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、医師の判断により当該他の保険医療機関内においてオンライン診療を行ってもよい。**
- (7) **別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏に所在するオンライン診療料の施設基準を満たすものとして届け出た他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、月1回に限り算定する。**

[対象患者]

オンライン診療料が算定可能な患者は以下①～②について**3月以上診療**を行っており、かつ、オンライン診療を実施する**直近3月の間**、毎月対面診療を行っている患者。(直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。)

① 下表の医学管理料等を算定する患者

特定疾患療養管理料	てんかん指導料	糖尿病透析予防指導管理料	認知症地域包括診療料	在宅時医学総合管理料	在宅自己注射指導管理料 [※]
小児科療養指導料	難病外来指導管理料	地域包括診療料	生活習慣病管理料	精神科在宅患者支援管理料	

② 事前の対面診療・画像検査等で一次性頭痛と診断されている**慢性頭痛患者**

※糖尿病、肝疾患(経過が慢性なもの)又は慢性ウイルス肝炎に限る。

[施設基準]

- (1) 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体制を有すること。
- (2) 一月あたりの再診料等(電話等再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

令和2年度診療報酬改定の主な改定事項

○オンライン診療料の要件見直し

- ・事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。
- ・緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。
- ・オンライン診療料の対象疾患に、定期的に通院が必要な慢性頭痛の患者及び一部の在宅自己注射を行っている患者を追加する。

○オンライン診療のより柔軟な活用(医療資源の少ない地域等)

- ・やむを得ない事情がある場合、他の保険医療機関の医師が、医師の判断で初診からオンライン診療を行うことを可能とする。
- ・医師の所在に係る要件を緩和。

○かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価(遠隔連携診療料の新設)

- ・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、事前の情報共有の上、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。

情報通信機器を用いた場合の医学管理料 100点 (1月につき)

- 令和2年度改定において、オンライン医学管理料について、医学管理等の通則から、個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価に見直し。
- 情報通信機器を用いた場合の評価が設けられている管理料
 - ・特定疾患療養管理料、地域包括診療料、小児科療養指導料、認知症地域包括診療料、てんかん指導料、生活習慣病管理料、難病外来指導管理料、在宅時医学総合管理料、糖尿病透析予防指導管理料、精神科在宅患者支援管理料
 - ・在宅自己注射指導管理料を算定している糖尿病、肝疾患(経過が慢性なものに限る。)又は慢性ウイルス肝炎の患者

(例: 特定疾患療養管理料の場合)

[算定要件]

- (1) 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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。
- (2) 「注5」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
- (3) 「注5」に規定する点数が算定可能な患者は、特定疾患療養管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。

[施設基準]

オンライン診療料の届出を行っていること。

遠隔連携診療料 500点 ※令和2年度改定において新設

[算定要件]

- (1) 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。
- (2) 遠隔連携診療料の算定に当たっては、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、当該医師と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。
- (3) 遠隔連携診療料が算定可能な患者は、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病又はてんかん(外傷性のてんかんを含む。)の疑いがある患者に限ること。
- (4) 他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った際には、患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (5) 当該他の保険医療機関は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」(平成29年4月14日健難発0414 第3号厚生労働省健康局難病対策課長通知)に規定する難病診療連携拠点病院又は「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」(平成27年5月28日障発0528 第1号)に定めるてんかん診療拠点機関であること。
- (6) 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。また、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。
- (7) 事前の診療情報提供については、区分番号「B009」診療情報提供料(I)は別に算定できない。
- (8) 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。

[施設基準]

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体制を有する保険医療機関であること。

主治医のもとで遠隔地の医師がオンライン診療を行う(初診可)



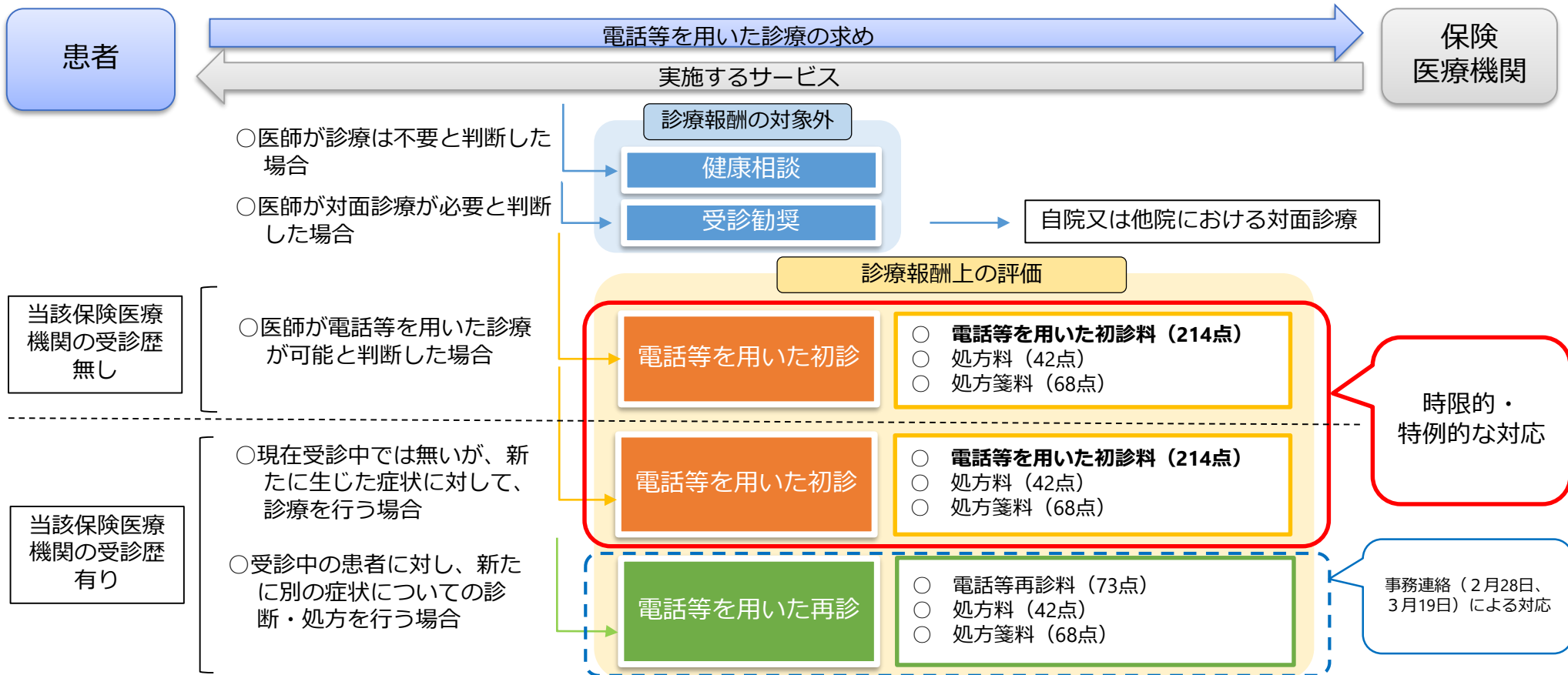
電話等による再診 ※平成30年度改定において、オンライン診療料新設にあたり整理

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接(電話、テレビ画像等による場合を含む。)に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理を前提とした医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。
- (2) 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。
- (3) 当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話等を用いた診療に対する診療報酬上の臨時的な取扱い

- 新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑み、時限的・特例的な対応として、「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）が発出されたことを踏まえ、当該事務連絡に関連する診療報酬の取扱いについて、以下の対応とする。（令和2年4月10日付事務連絡）



- 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話等を用いた診療を行う以前より、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して、電話等を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、147点（※）を算定することとする。
- 薬局で医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話等による服薬指導を行った場合でも調剤技術料、薬剤料、特定保険医療材料及び薬剤服用歴管理指導料等を算定できることとする。
- オンライン診療料の施設基準のうち、「一月あたりの再診料等及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。」については、時限的・特例的な対応として、新型コロナウイルスの感染が拡大している間、適用しないこととする。

新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての 電話等を用いた診療に関する診療報酬上の臨時的対応に係る整理

		初診		再診		慢性疾患等を有する 定期受診患者等に対する 医学管理を実施した場合	
平時	対面診療	【A000】初診料	288点	【A001】再診料 【A002】外来診療料	73点 74点	【B】疾患等に応じた医学管理料	(※1)
	オンライン診療	×		【A003】 オンライン診療料 (※2)	71点	【B】対象となる医学管理料 (※3)の注に規定する 「情報通信機器を用いた場合」	100点
	電話等を用いた診療	×		【A001】電話等再診料 (やむを得ない場合)	73点	×	
新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い	対面診療			平時と同様の取扱い			
	オンライン診療	×		【A003】 オンライン診療料 (※調剤料等2) (※7)	71点	【B】対象となる医学管理料 (※3)の注に規定する 「情報通信機器を用いた場合」	100点
	電話等を用いた診療	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 時限的・特例的な取扱い (令和2年4月10日～) 【A000】電話等を用いた場合の初診料を算定可能(※4) (※調剤料等1) </div>		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 214点 </div>	【A001】電話等再診料 (慢性疾患等を有する定期受診患者等に対して全例で可能) (※調剤料等1) (※調剤料等2)	73点	要件(※5)を満たせば管理料を算定可能

再診等(※6)の患者に対して、要件を満たした上で医学管理を実施した場合に、医学管理料を算定可能

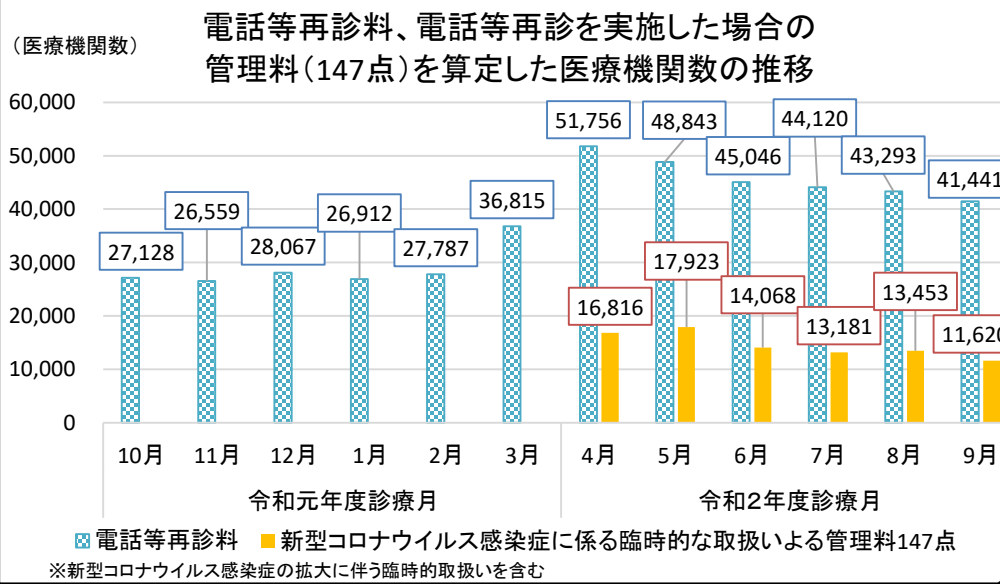
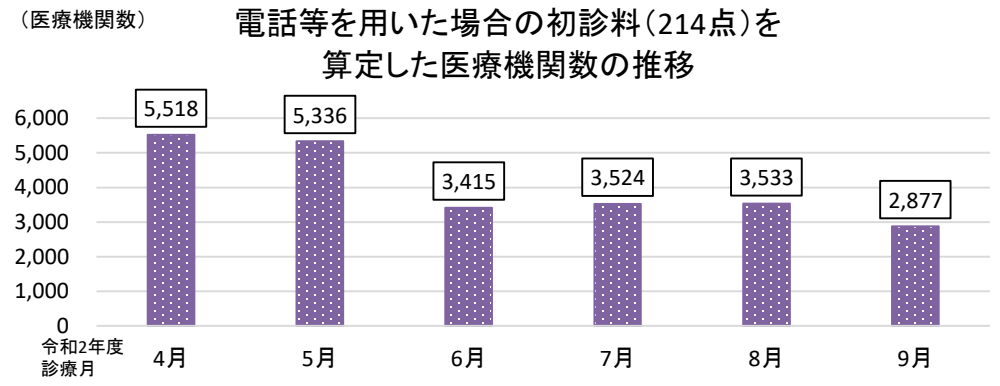
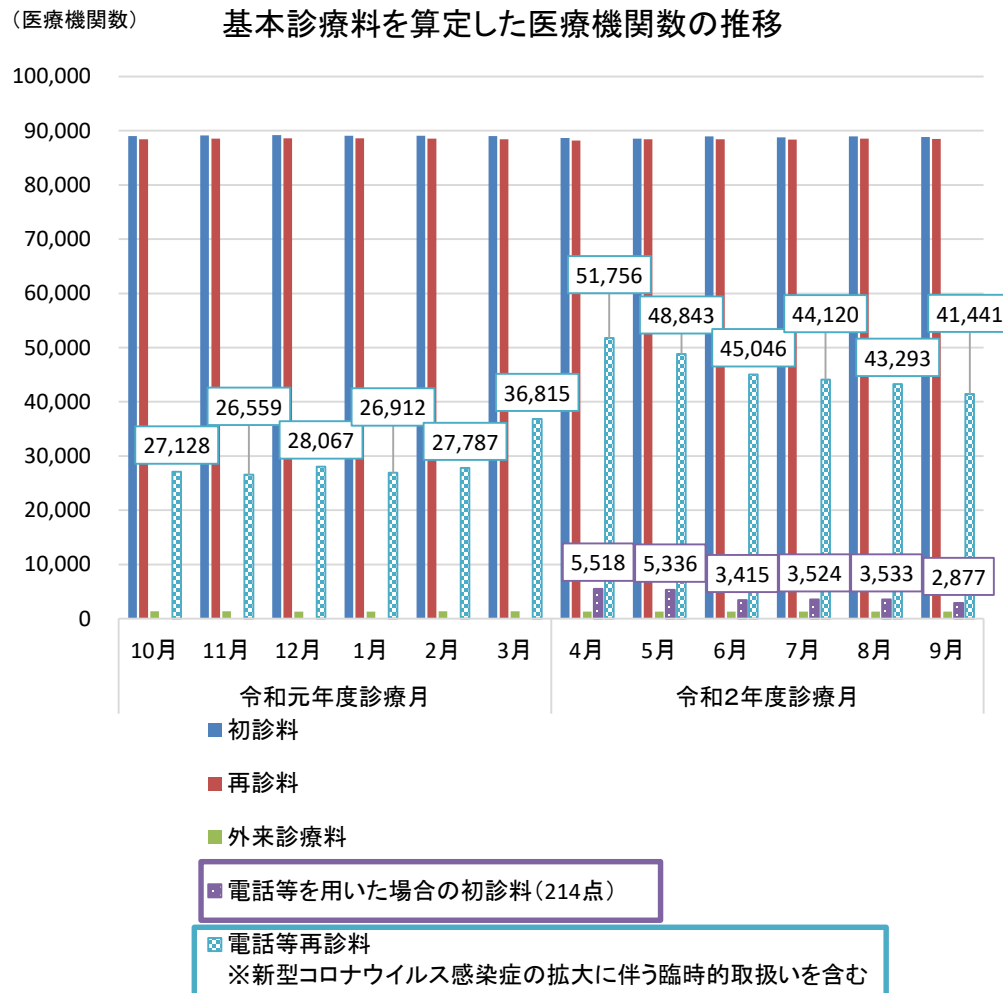
- ※1 各医学管理料の点数による。
- ※2 オンライン診療料は、慢性疾患等の定期受診患者に対して、対面診療と、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用した診療(オンライン診療)を組み合わせた計画に基づき、オンライン診療を行った場合に算定できる。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診療は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン診療料は算定できない。
- ※3 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料をいう。
- ※4 「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」(令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)における留意点等を踏まえて診療を行った場合に算定する。
- ※5 以前より対面診療において対象となる医学管理料(※3)を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行うこと。
- ※6 医学管理料の種類による。※7 「一月あたりの再診料等及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること」とする要件は適用しない。

<調剤料等に係る臨時的取扱い>

- ※調剤料等1 調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料又は薬剤料を算定する。
- ※調剤料等2 原疾患により発症が容易に予測される症状の変化に対して処方を行った場合にも、調剤料等を算定可能とする。

オンライン診療に係る基本診療料の算定医療機関数

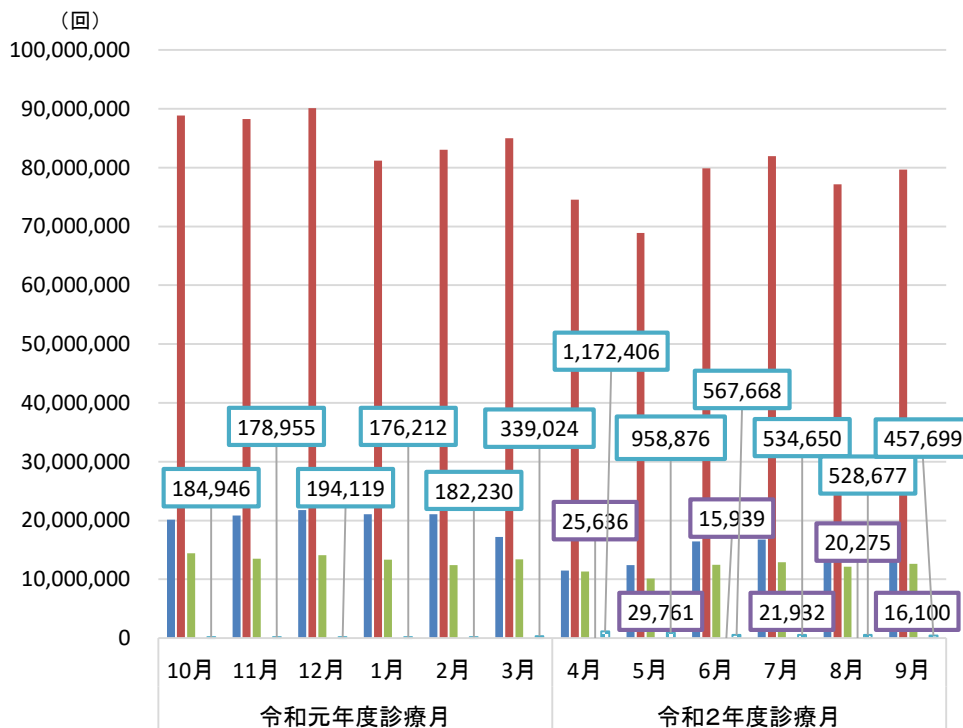
- 外来診療に係る基本診療料の算定医療機関数は、おおむね変化なく推移している。
- 新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえた時限的・特例的対応である電話やオンラインによる初診料(214点)の算定医療機関数は、令和2年4月、5月以降の算定は安定的に推移している。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う臨時的取扱いを含む電話等再診料の算定医療機関数については、令和2年3月以降増加しており、約半数の医療機関で算定されている。令和2年4月10日以降、臨時的に算定可能とされている電話等再診を実施した場合の管理料(147点)の算定医療機関数については、令和2年5月が最多となっている。



オンライン診療に係る基本診療料等の算定回数

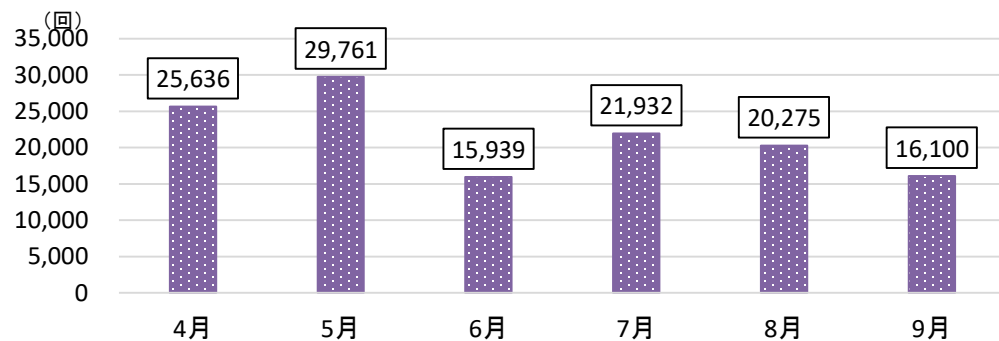
- 外来診療に係る基本診療料の算定回数については、令和2年4月以降やや減少している。
- 新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえた時限的・特例的対応である電話やオンラインによる初診料(214点)の算定回数は、令和2年4月、5月以降は安定的に推移している。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う臨時的取扱いを含む電話等再診料、電話等再診を実施した場合の管理料(147点)の算定回数は増加している。電話等再診料の算定回数は令和2年4月が最高値で、再診料全体の1.5%を占めていた。

基本診療料の算定回数の推移

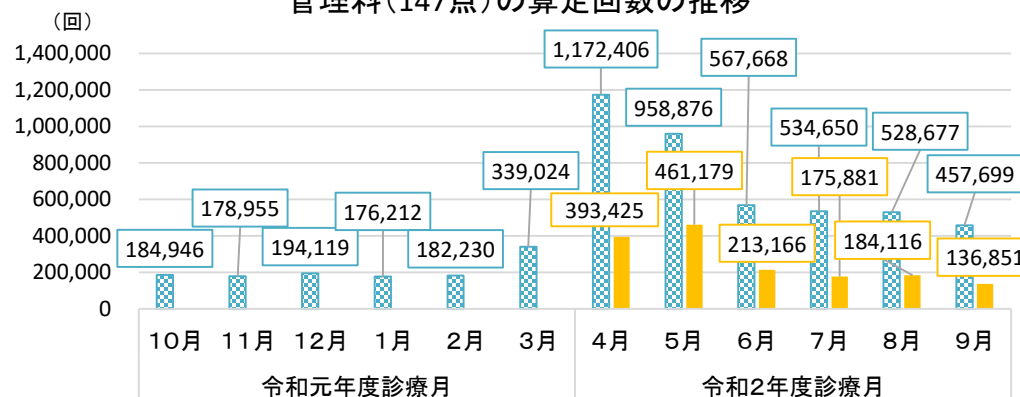


- 初診料
- 再診料
- 外来診療料
- 電話等を用いた場合の初診料(214点)
- 電話等再診料 ※新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う臨時的取扱いを含む

電話等を用いた場合の初診料(214点)の算定回数の推移



電話等再診料、電話等再診を実施した場合の管理料(147点)の算定回数の推移

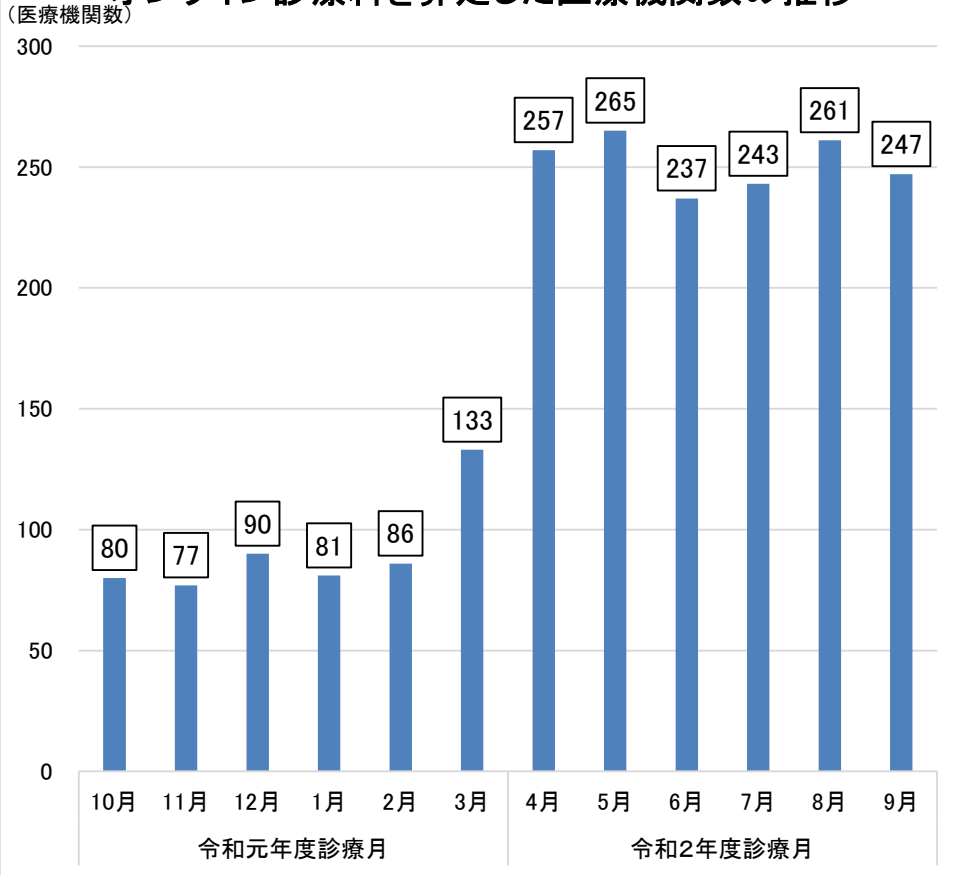


- 電話等再診料
- 管理料 ※新型コロナウイルス感染症拡大に伴う臨時的な取扱いを含む
- 新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いによる管理料147点

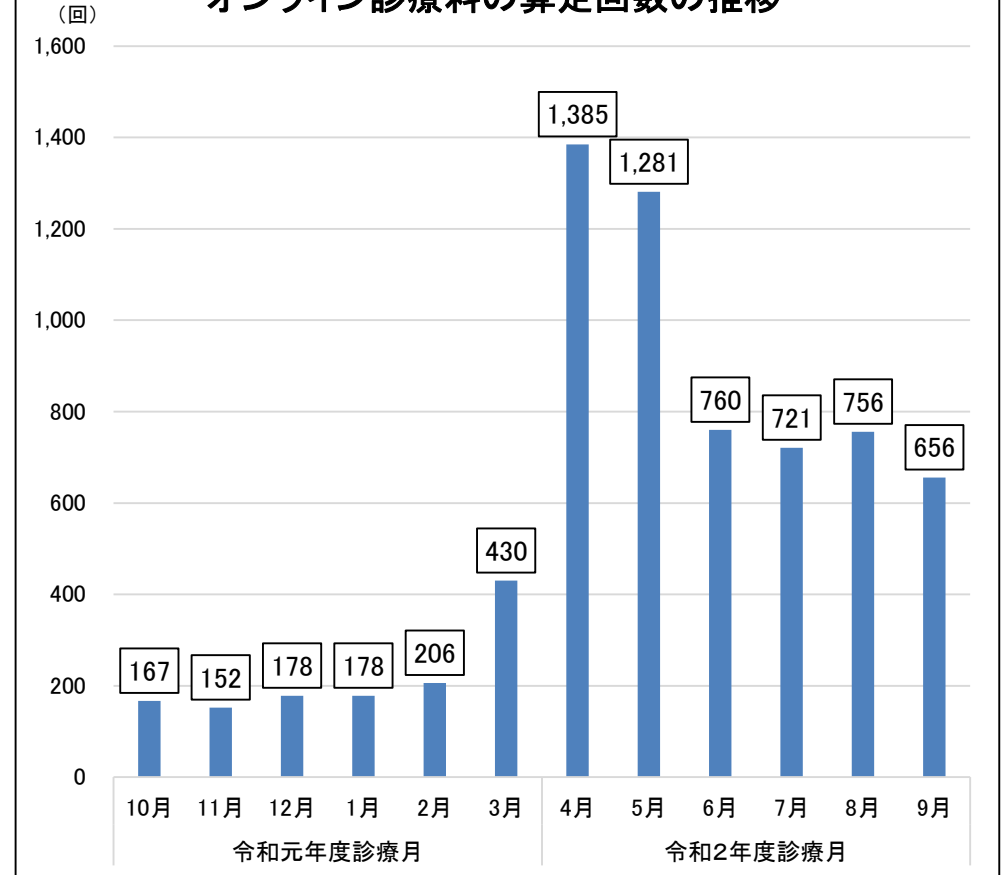
オンライン診療料の算定状況等

- オンライン診療料の算定医療機関数は、令和2年5月が最多であり、その後は概ね横ばいとなっている。
- オンライン診療料の算定回数は、令和2年4月が最多であり、以降は減少している。

オンライン診療料を算定した医療機関数の推移

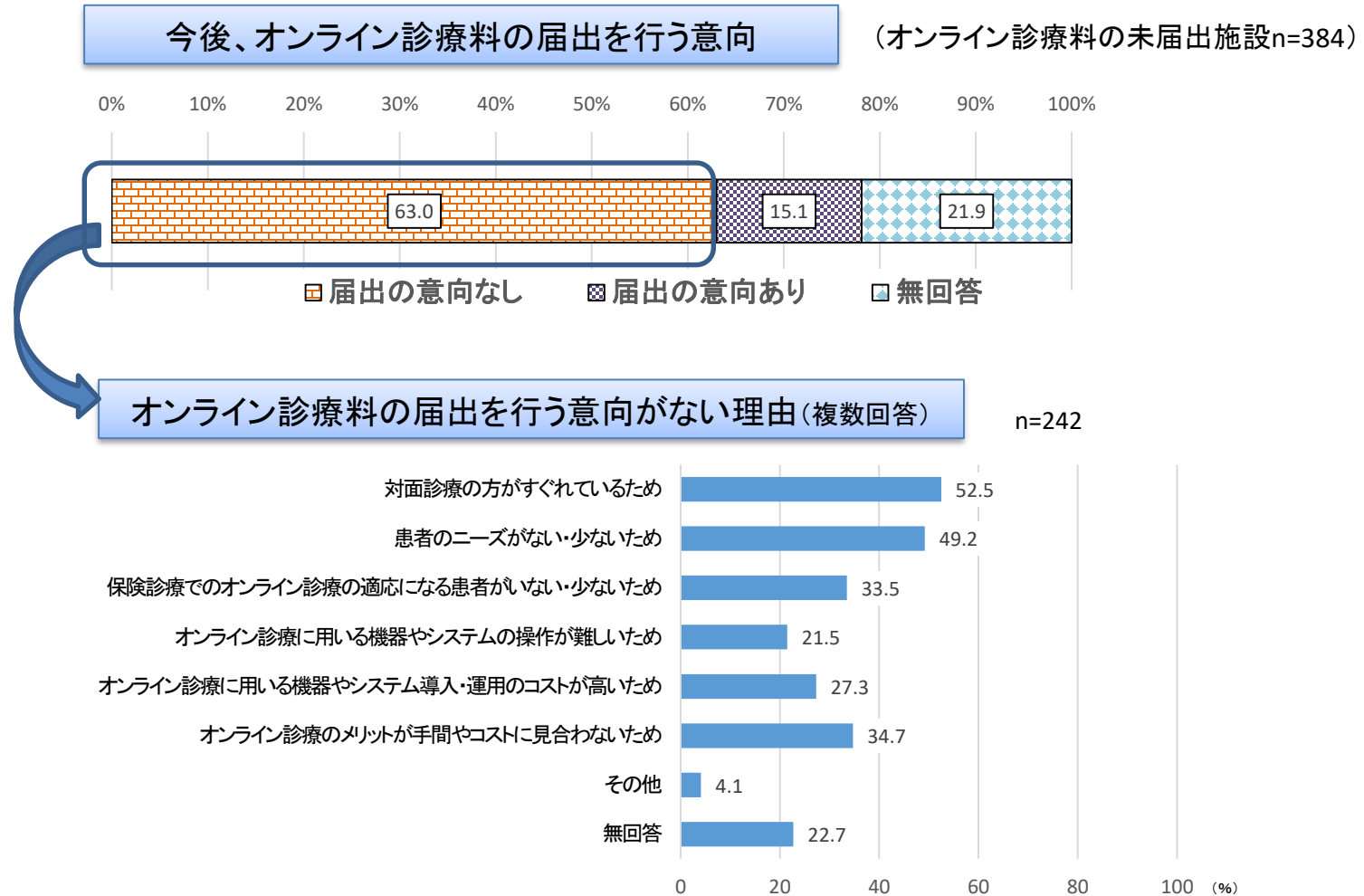


オンライン診療料の算定回数の推移



オンライン診療料の届出の意向

- オンライン診療料の施設基準の届出を行っていない医療機関に対して、今後、オンライン診療料の届出を行う意向について尋ねたところ、届出の意向なしと回答した医療機関の割合が63.0%であった。
- これらの医療機関に対して、オンライン診療料の届出を行う意向がない理由を尋ねたところ、「対面診療の方がすぐれているため」との回答が52.5%、「患者のニーズがない・少ないため」が49.2%、「オンライン診療のメリットが手間やコストに見合わないため」が34.7%であった。

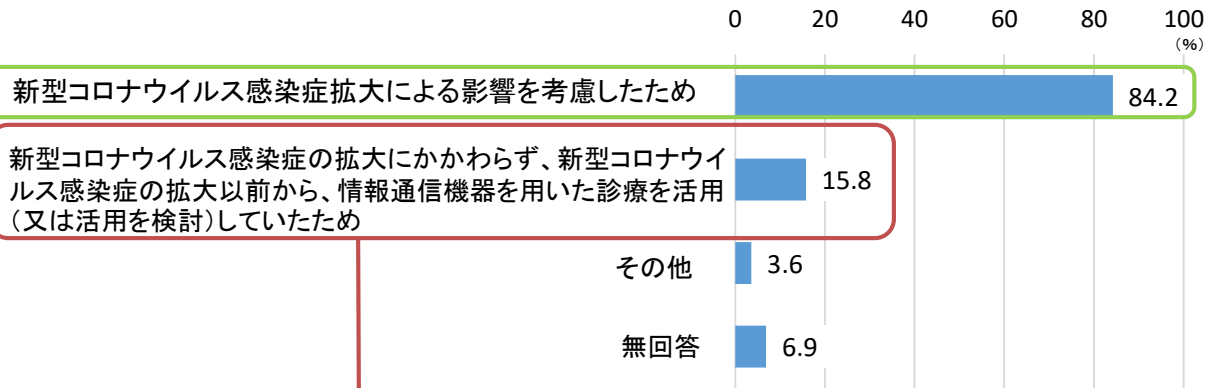


新型コロナウイルス感染症拡大とオンライン診療の活用状況

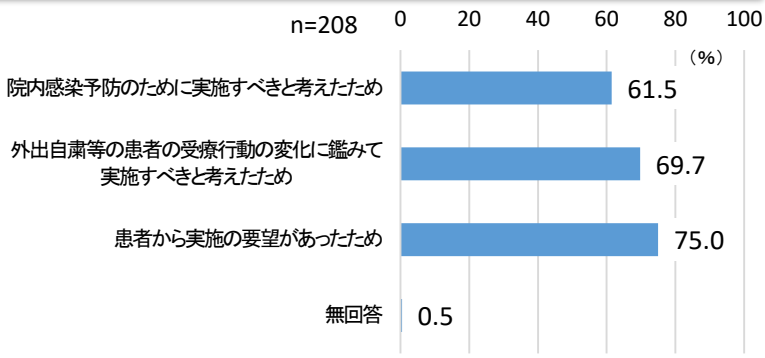
- 令和2年5月に電話等初診料、電話等再診料、オンライン診療料のいずれかを1回以上算定したと回答した医療機関に対し、電話や情報通信機器を用いた診療を実施した理由について尋ねたところ、「新型コロナウイルス感染症拡大の影響を考慮したため」との回答が84.2%で最も多く、その理由は「患者から実施の要望があったため」が75.0%であった。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大以前から、オンライン診療を活用していたと回答した医療機関に対して、その診療内容について尋ねたところ、「仕事や家庭の事情等により頻繁な通院が困難な患者に対する診療」との回答が53.8%と最多であった。

令和2年5月に電話または情報通信機器を用いた診療を実施した理由(複数回答)

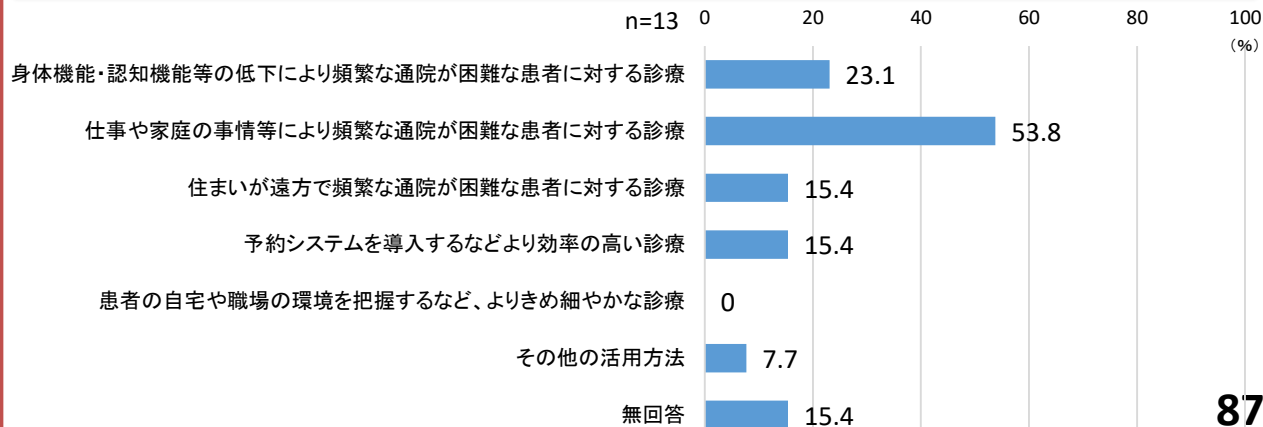
令和2年5月に電話等初診料、電話等再診料、オンライン診療料のいずれかを1回以上算定したと回答した医療機関 (n=247)



新型コロナウイルス感染症拡大による影響を考慮した理由(複数回答)



新型コロナウイルス感染症拡大以前においてオンライン診療を活用した診療(複数回答)



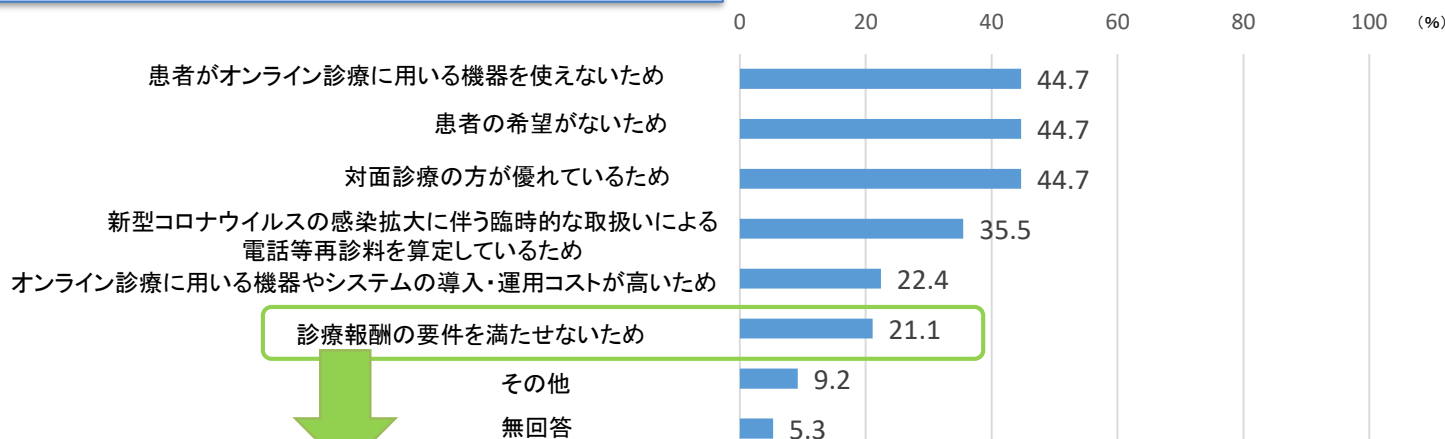
【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和2年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)

オンライン診療を実施していない患者について(医療機関調査)

- オンライン診療の適応であるがオンライン診療料を算定していない患者がいると回答した医療機関に対して、その理由を尋ねたところ、「患者がオンライン診療に用いる機器を使えないため」「患者が希望しないため」「対面診療の方が優れているため」が多かった。
- 「診療報酬上の要件を満たせないため」と回答した医療機関に対して、満たすことが困難な要件を尋ねたところ、「対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成すること」が最も多かった。

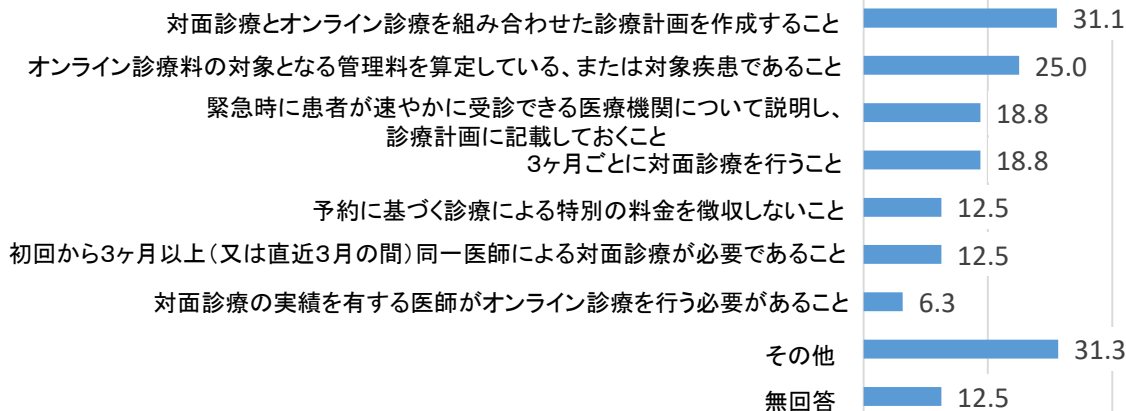
オンライン診療料を算定していない理由(複数回答)

(医学的に治療が必要な患者であって、オンライン診療の適応であるが、オンライン診療料を算定していない患者が「いる」と回答した医療機関 n=76)



満たすことが困難な診療報酬の要件(複数回答)

n=16 0.0 20.0 40.0 60.0 80.0 100.0 (%)



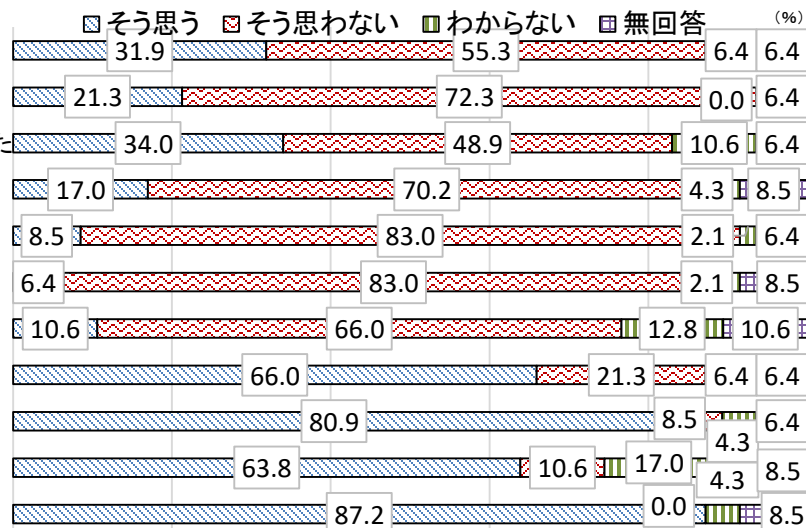
オンライン診療を受けた患者の状況等(患者調査)

- オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者に対して、オンライン診療を受診した感想を尋ねたところ、「対面診療と比べて待ち時間が減った」等の回答があった一方、「対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた」等の回答もあった。
- オンライン診療の受診理由について、新型コロナウイルスの感染拡大によるものについては、「外出要請の有無に関わらず、自主的に外出を控えていたから」「感染予防のため医療機関に行かない方がよいと家族等から勧められたため」が最多で14.9%であった。また、新型コロナウイルスの感染拡大以外の理由については、「医師から勧められたから」が42.6%で最多であった。

オンライン診療を受診した感想

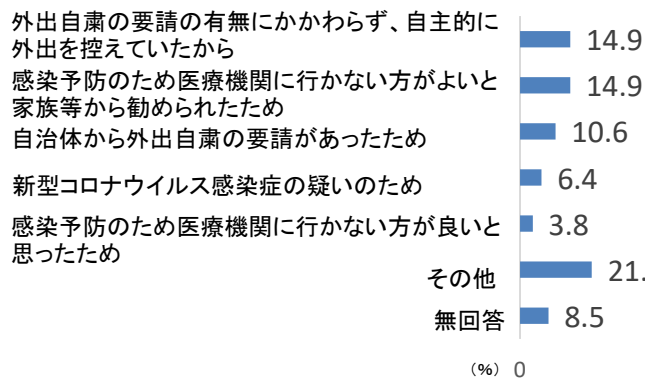
(オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者n=47)

- 対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた
- 対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた
- 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置がうけられないと感じた
- 対面診療と比べて自分の症状や以上の部位等を説明しにくいと感じた
- 映像が遅れる・声が途切れる等により診察がスムーズに進まなかった
- 機器や診療システムの使い方が難しかった
- 診療以外にかかる費用(システム利用料、通信費等)が高いと感じた
- 対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせられた
- 対面診療と比べて待ち時間が減った
- リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった
- 様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった

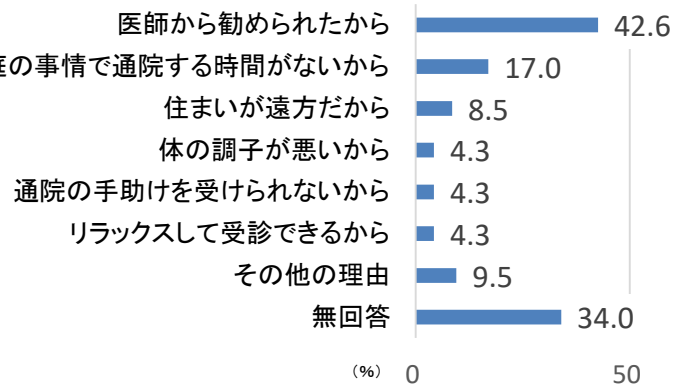


オンライン診療の受診理由

新型コロナウイルスの感染拡大によるもの n=47



新型コロナウイルスの感染拡大以外の理由 n=47

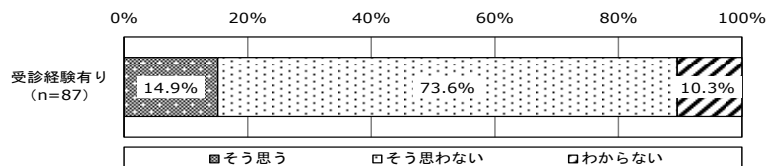


オンライン診療を受けた患者の状況等

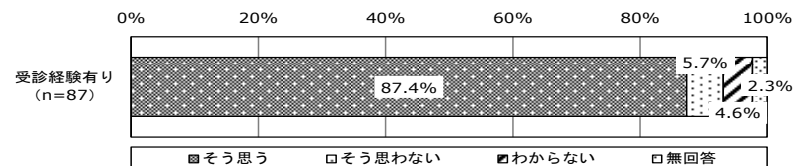
(参考) 平成30年度検証調査における調査結果 ※令和元年11月8日中医協資料より抜粋、改変

オンライン診療を受けた際に感じたこと

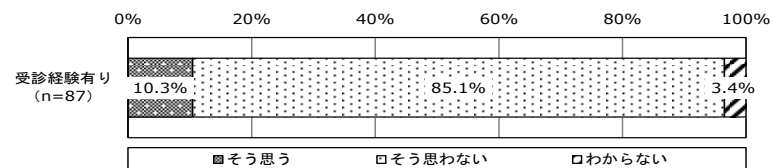
【対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた
(直接触って異常を見つけてもらうことができない等)】



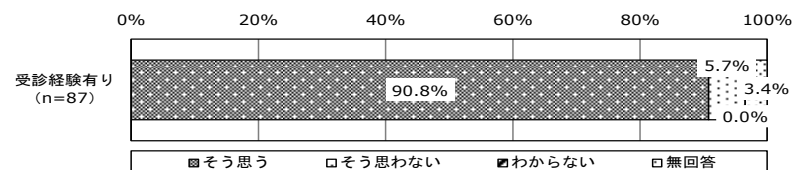
【対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせて】



【対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた】



【対面診療と比べて待ち時間が減った】



その他の意見

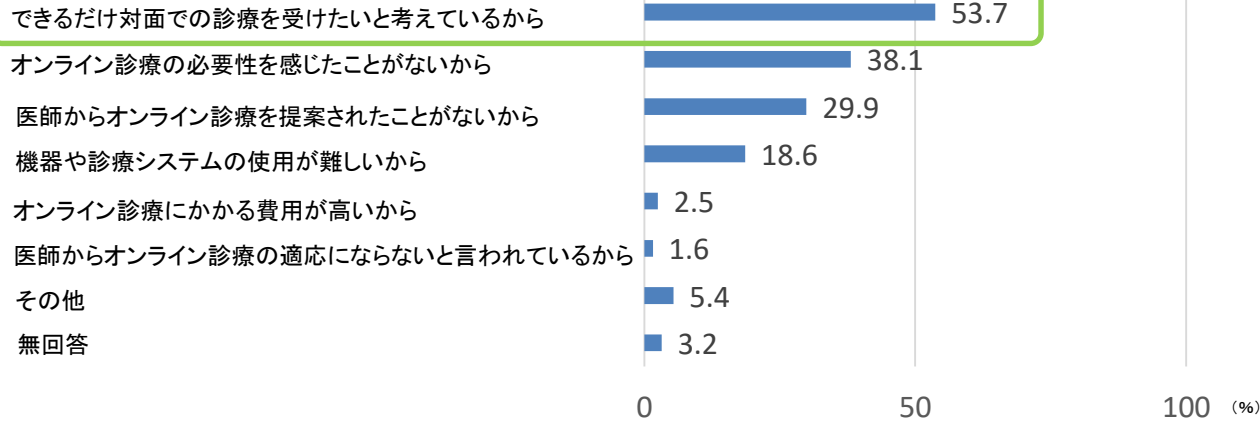
- ・忙しい時、なかなか受診や処方がない時に困っていたので便利。
- ・地方に住んでいて専門機関が東京にしかないためオンライン診療は本当に助かる。
- ・患者は認知症のため待合室で待っていることができず、帰宅したがりと大変だったが、オンライン診療ではその苦労がなく助かっている。
- ・システム利用料のような費用が発生してしまうのがデメリット。
- ・オンライン診療後は結局、処方せんと支払いに来院しなければならないのが難しい。

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)

- オンライン診療を受診したことがない患者に対して、オンライン診療を受けたことがない患者にその理由を尋ねたところ、「できるだけ対面診療を受けたいと考えているから」との回答が53.7%で最多であった。
- できるだけ対面診療を受けたいと考えている理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が78.1%で最も多かった。

オンライン診療を受けたことがない理由

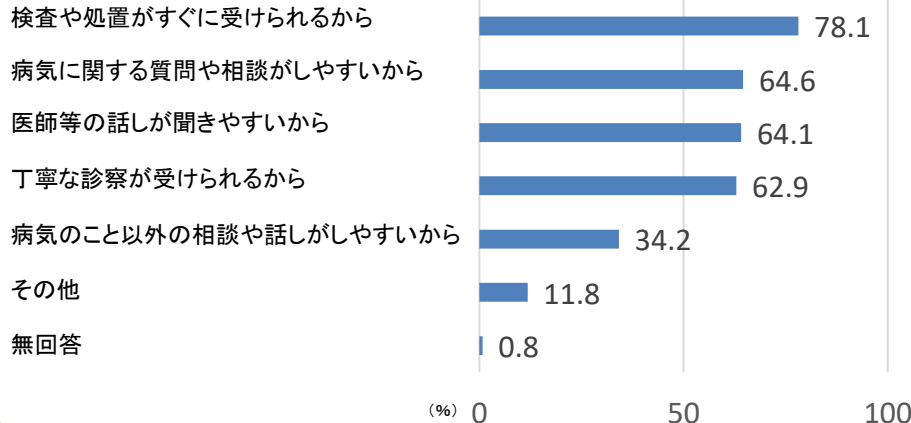
(オンライン診療を受診したことがない患者n=441)



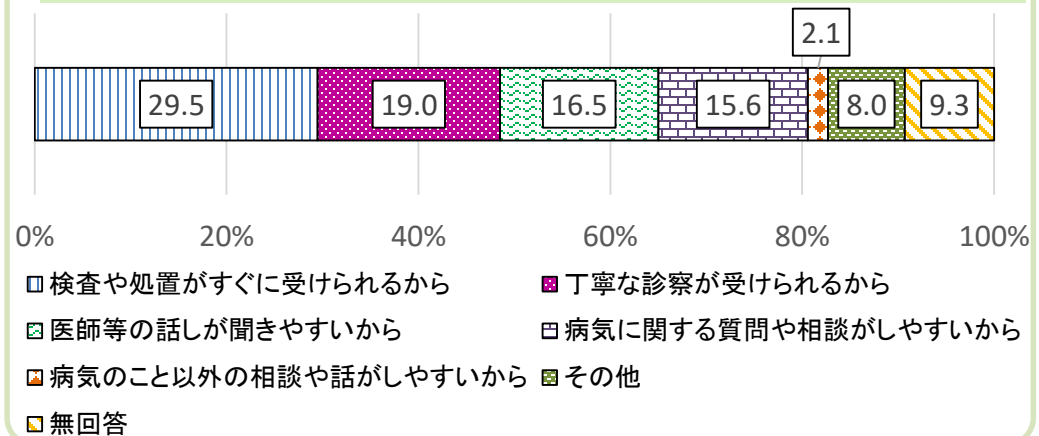
「できるだけ対面での診療を受けたいと考えている」と回答した理由

n=237

○「できるだけ対面での診療を受けたいと考えている」と回答した理由(複数回答)

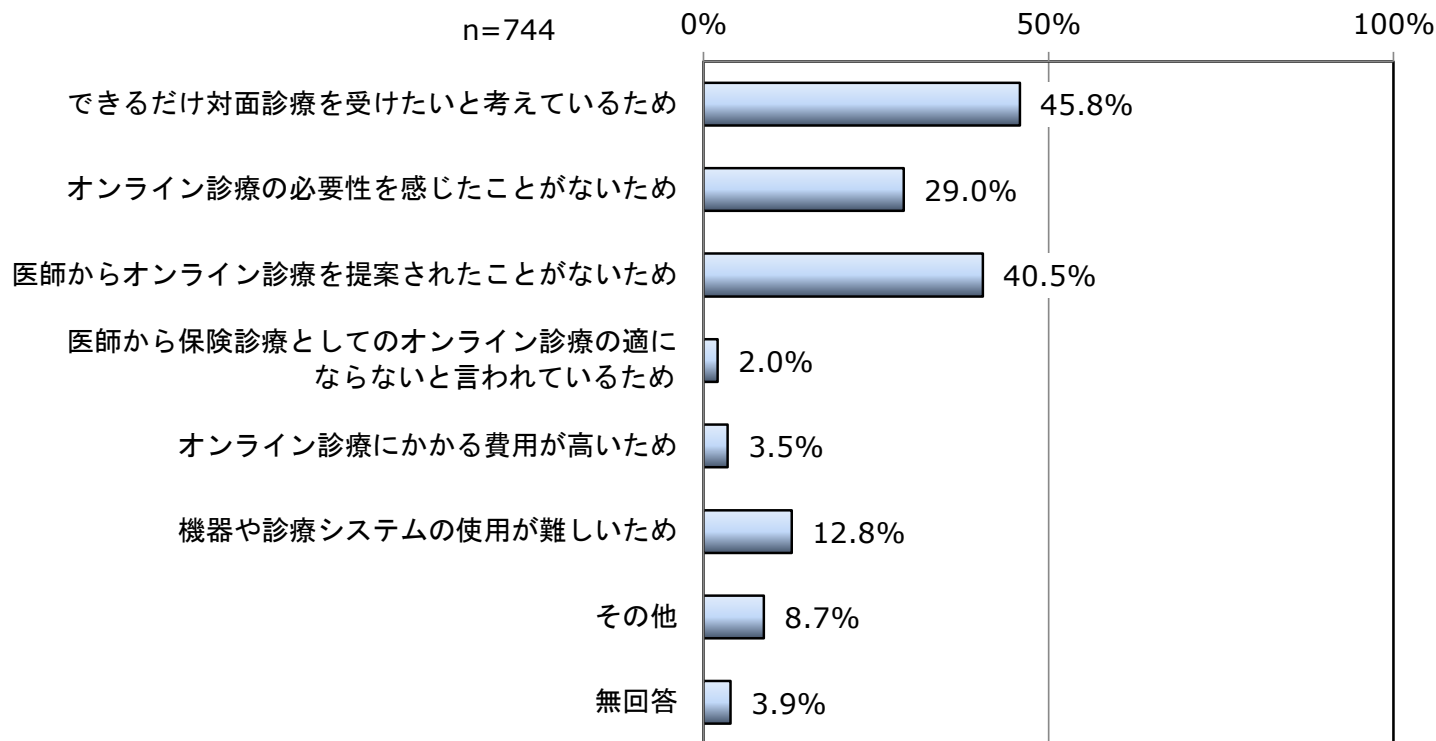


○「できるだけ対面での診療を受けたいと考えている」と回答した最もあてはまる理由



○ オンライン診療を受診した経験のない患者にその理由を尋ねたところ、「できるだけ対面診療を受けたいと考えているため」45.8%が最も多く、次いで「医師からオンライン診療を提案されたことがないため」40.5%であった。

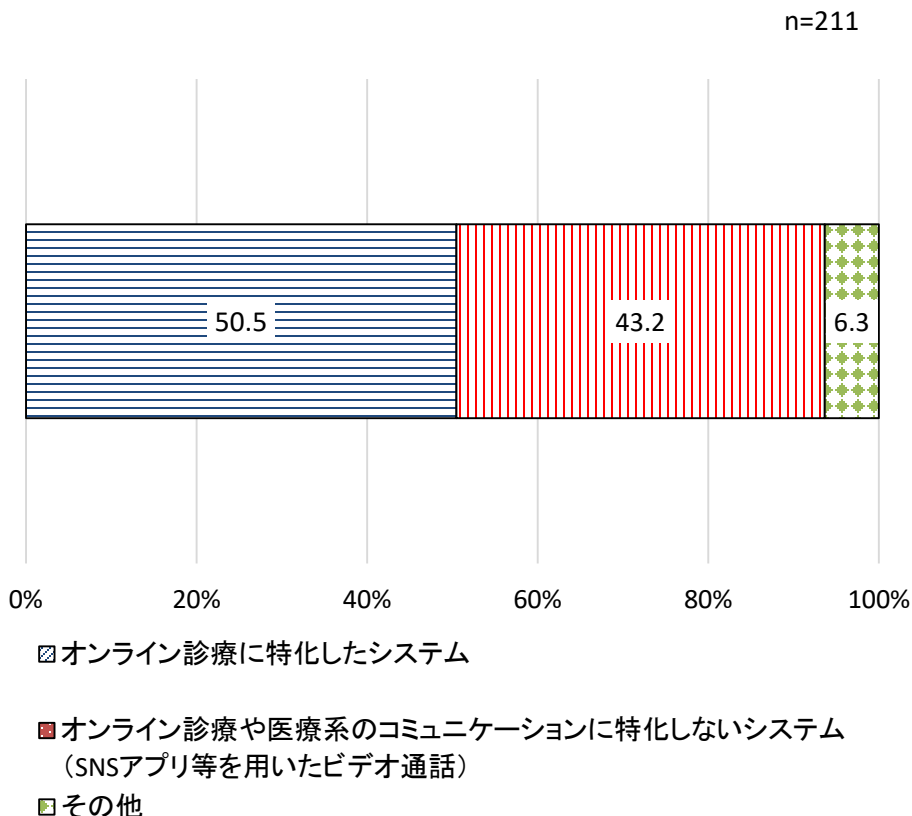
オンライン診療を受けたことが無い理由 (オンライン診療の受診経験の無い患者)



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)

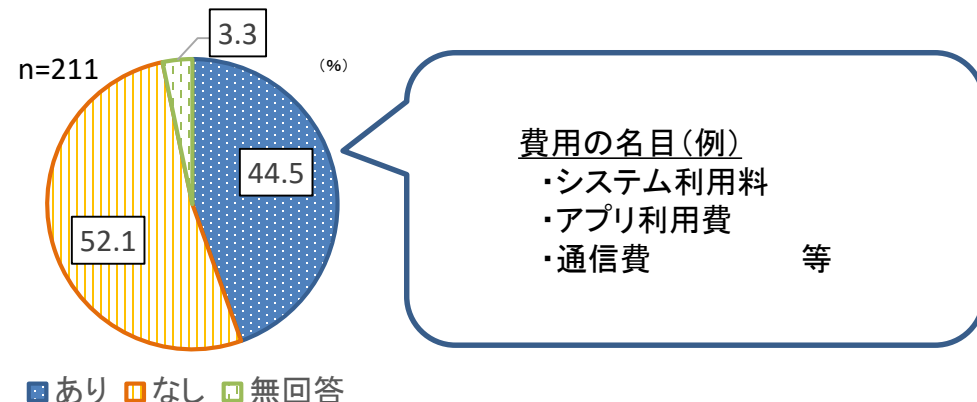
- 患者とのビデオ通話に用いているシステムについて、オンライン診療に特化したシステムを用いている医療機関は50.5%、オンライン診療や医療系コミュニケーションに特化しないシステムを用いている医療機関は6.3%であった。
- システムの利用に係る患者からの費用徴収をしている医療機関は32.7%であり、徴収額の平均は824.9円であった。

患者とのビデオ通話に用いているシステムの種類

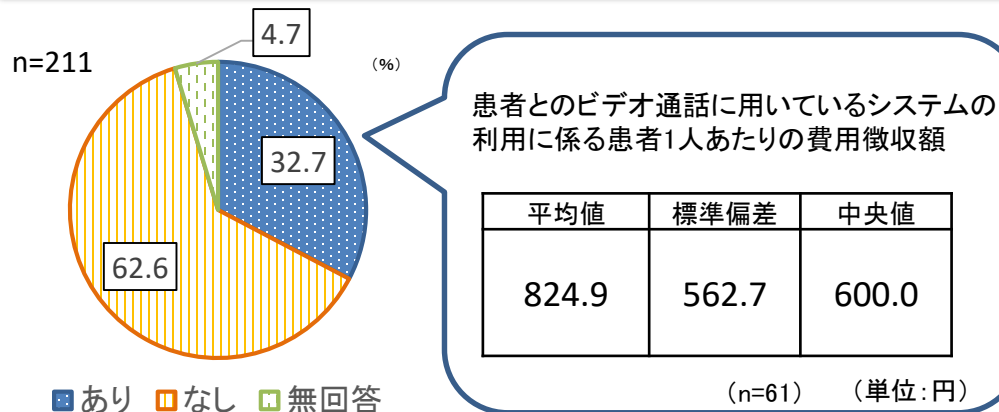


※「その他」の自由回答については、「電話のみ」や個別のシステム名等の回答がみられた。

○患者とのビデオ通話に用いているシステムの利用に係るシステム提供者への費用の支払いの有無



○患者とのビデオ通話に用いているシステムの利用に係る患者からの費用徴収の有無

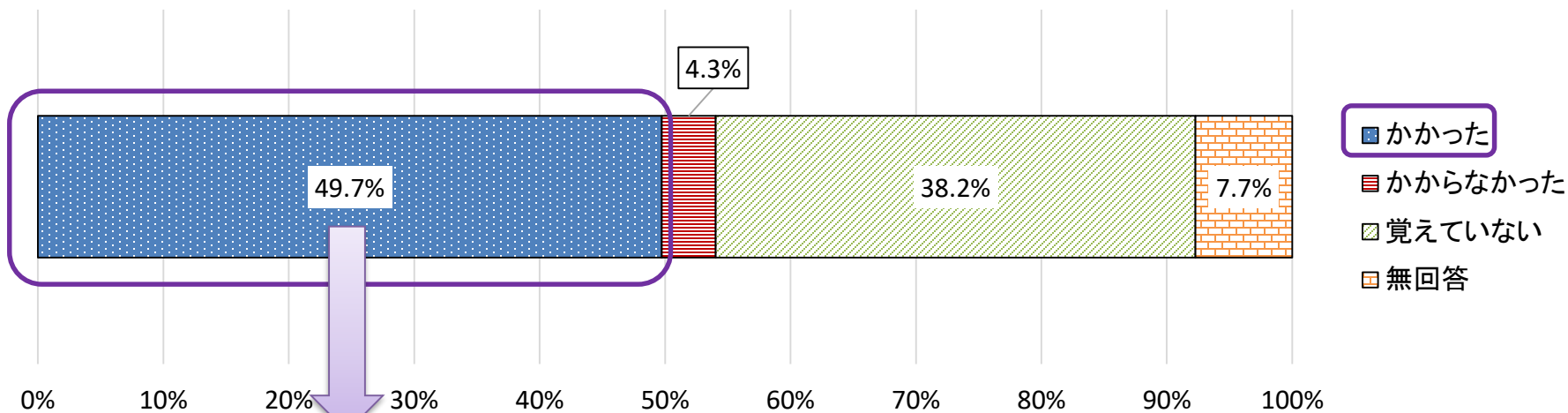


オンライン診療を受けた際の費用について(患者調査)

- オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者に対して、オンライン診療を受けた際の診療以外の費用徴収の有無を尋ねたところ、費用が「かかった」と回答したのは27.7%であった。
- オンライン診療を受けた際に診療以外に支払った金額の平均値は820.3円であった。

オンライン診療を受けた際の診療以外の費用の有無

(オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者 n=47)



オンライン診療を受けた際に診療以外に支払った金額

n=12

平均値	標準偏差	中央値
820.3	365.3	740.0

(単位:円)

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



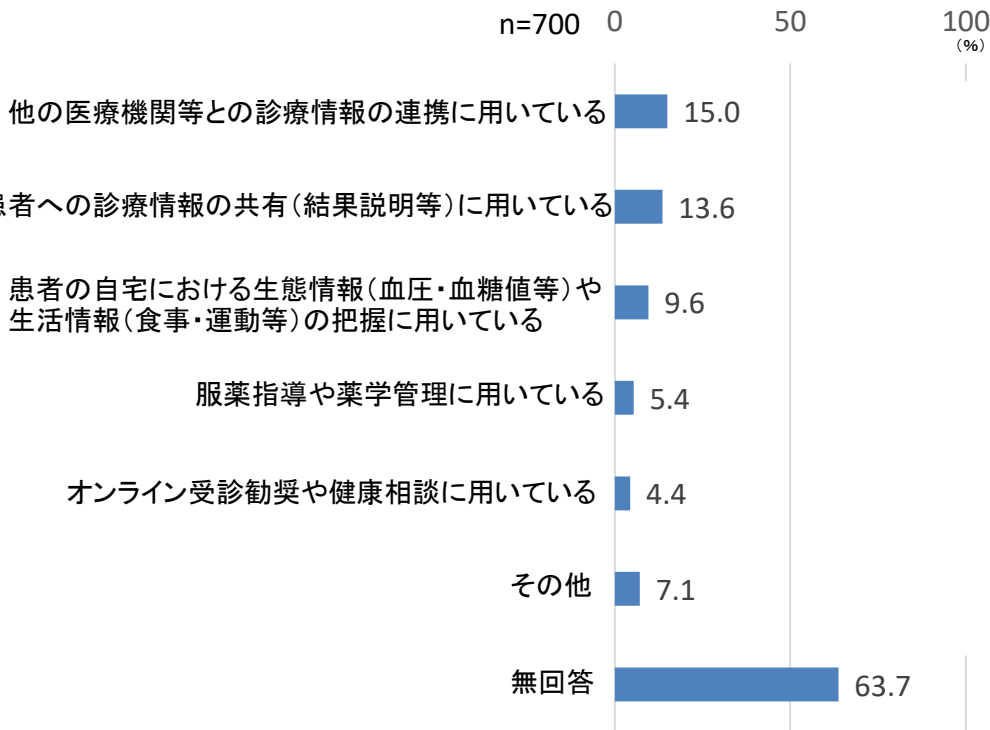
- 500円未満
- 500円以上1000円未満
- 1000円以上1,500円未満
- 1,500円以上
- 無回答

n=13

オンライン診療以外のICT活用方法

○ 情報通信機器・電話を用いた診療以外で、自施設の患者に対するICTの活用方法について尋ねたところ、「他の医療機関との診療情報の連携に用いている」が最多で15.0%であった。

情報通信機器・電話を用いた診療以外で、患者に対するICTの活用方法(複数回答)

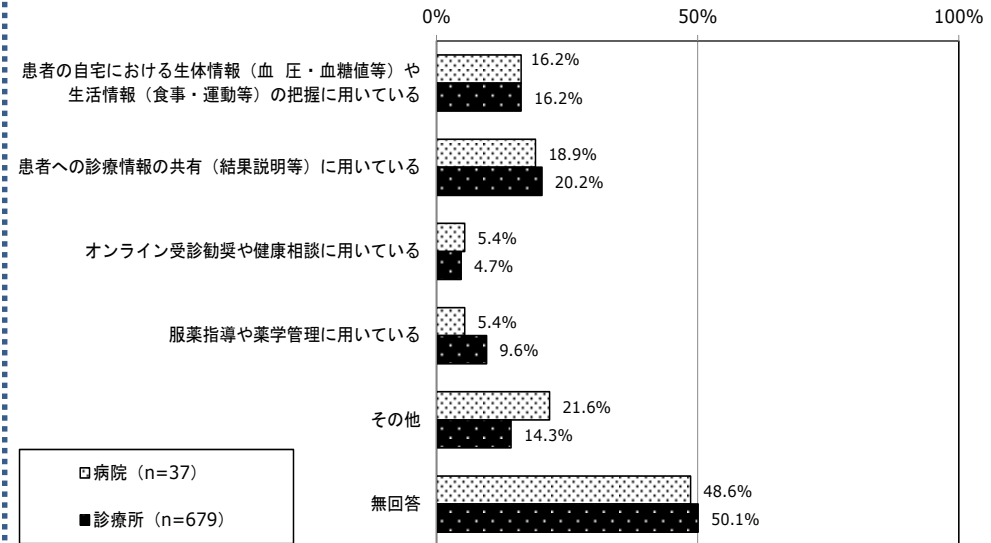


※ 「その他」の自由回答の内容




- ・入院患者との面会
- ・予約、請求額の確認
- ・特定保健指導
- ・患者宅で訪問看護ステーション看護師とのカンファレンス・指導 等

(参考)平成31年度検証調査における調査結果
※令和元年11月8日中医協資料より抜粋、改変

患者に対するICTの活用方法



診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>	<p>[遠隔画像診断]</p> <ul style="list-style-type: none"> 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 <p>[遠隔病理診断]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。) (新) 生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者 (D to P)	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>[オンライン診療]</p> <ul style="list-style-type: none"> (新) オンライン診療料 (新) オンライン医学管理料 (新) オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 <p>対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※電話等による再診 (新) 患者等から電話等によって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であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。)</p> </div>
<p>情報通信機器を用いた遠隔モニタリング</p>	<p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>[遠隔モニタリング]</p> <ul style="list-style-type: none"> 心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 (新) 在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算) (新) 在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算) 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器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

オンライン診療に係るとりまとめ

経済財政運営と改革の基本方針2021（令和3年6月18日閣議決定）（抄）

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

2. 社会保障改革

（1）感染症を気に進める新たな仕組みの構築

オンライン診療を幅広く適正に活用するため、初診からの実施は原則かかりつけ医によるとしつつ、事前に患者の状態が把握できる場合にも認める方向で具体案を検討する。

規制改革実施計画（令和3年6月18日閣議決定）（抄）

II 分野別措置事項

2. デジタル時代に向けた規制の見直し

（18）オンライン診療・オンライン服薬指導の特例措置の恒久化

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管府省
34	オンライン診療・オンライン服薬指導の特例措置の恒久化	<p>a オンライン診療・服薬指導については、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、現在の時限的措置を着実に実施する。</p> <p>b 医療提供体制におけるオンライン診療の果たす役割を明確にし、オンライン診療の適正な実施、国民の医療へのアクセスの向上等を図るとともに、国民、医療関係者双方のオンライン診療への理解が進み、地域において、オンライン診療が幅広く適正に実施されるよう、オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針を策定し、地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、オンライン診療活用の好事例の展開を進める。</p> <p>c 情報通信機器を用いたオンライン診療については、初診からの実施は原則、かかりつけ医による実施（かかりつけ医以外の医師が、あらかじめ診療録、診療情報提供書、地域医療ネットワーク、健康診断結果等の情報により患者の状態が把握できる場合を含む。）とする。 かかりつけ医がいない患者や、かかりつけ医がオンライン診療を行わない患者で上記の情報を有さない患者については、医師が、初回のオンライン診療に先立って、別に設定した患者本人とのオンラインでのやりとりの中でこれまでの患者の医療履歴や基礎疾患、現在の状況等につき、適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にはオンライン診療を認める方向で一定の要件を含む具体案を検討する。その上で、対面診療との関係を考慮し、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進める。</p> <p>d オンライン服薬指導については、患者がオンライン診療又は訪問診療を受診した場合に限定しない。また、薬剤師の判断により初回からオンライン服薬指導することも可能とする。介護施設等に居住する患者への実施に係る制約は撤廃する。これらを踏まえ、オンライン服薬指導の診療報酬について検討する。</p> <p>e オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋システムの運用を開始するとともに、薬剤の配送における品質保持等に係る考え方を明らかにし、一気通貫のオンライン医療の実現に向けて取り組む。</p>	<p>a：新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、継続的に措置 b～e：令和3年度から検討開始、令和4年度から順次実施 （電子処方箋システムの運用については令和4年夏目途措置）</p>	厚生労働省

成長戦略（令和3年6月18日閣議決定）（抄）

第13章 重要分野における取組

2. 医薬品産業の成長戦略

オンライン診療は、安全性と信頼性をベースに、かかりつけ医の場合は初診から原則解禁する。

(1) 前回の検討会での意見

① 初診からのオンライン診療に必要な医学的情報について

- どのような情報であれば認められるかについては、細かい規定を設けるのではなく、医師や患者のリテラシーを信頼した上で、医師と患者の合意の中で決めるべきではないか。
- 事務局案として挙げられたもののほか、いわゆる「お薬手帳」も有用ではないか。
- PHRを含め、今後は患者が情報を持っている場合も増えていくと考えられるので、引き続き検討して、幅広く認めていくという方向性が必要ではないか。
- 過去の医学的情報について、どの程度過去のものが認められるかという観点が必要であり、目安は示していく必要があるのではないか。
- 患者が自ら管理している健診結果や過去の検査値、服薬歴等もオンライン診療に活用できる場合があるため、患者の医学的情報は限定せず幅広い範囲を想定すべきではないか。
- かかりつけ医のいない健康な若者等の医療アクセスを担保する観点から、初回のオンライン診療の前に患者本人と医師でやり取りして、患者の医療履歴や基礎疾患等の情報が把握でき、医師と患者双方がオンライン診療が可能であると判断した場合にはオンライン診療を認めることも考えられるのではないか。

② 初診からのオンライン診療の安全性の担保について

- 特に自費診療の領域において、不適切と考えられるオンライン診療を正すことができる仕組みについて、厚生労働省は検討する必要があるのではないか。
- 研修を受けずにオンライン診療を実施する医師がいることなど、ルールを守れていない医療機関があることは問題ではないか。
- 美容医療での不適切なオンライン診療の広告については対応が必要ではないか。
- 処方できる医薬品に一定の制限を加える必要はあるのではないか。
- 日本医学会連合が作成した「初診からのオンライン診療に適さない症状・医薬品のリスト」については、本検討会においても取り上げるべきではないか。
- オンライン診療に適する疾患や、医師・患者の同意などの議論も必要ではないか。

(2) 規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定。下線は事務局が追記)

- a. オンライン診療・服薬指導については、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、現在の時限的措置を着実に実施する。
- b. 医療提供体制におけるオンライン診療の果たす役割を明確にし、オンライン診療の適正な実施、国民の医療へのアクセスの向上等を図るとともに、国民、医療関係者双方のオンライン診療への理解が進み、地域において、オンライン診療が幅広く適正に実施されるよう、オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針を策定し、地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、オンライン診療活用の好事例の展開を進める。
- c. 情報通信機器を用いたオンライン診療については、初診からの実施は原則、かかりつけ医による実施(かかりつけ医以外の医師が、あらかじめ診療録、診療情報提供書、地域医療ネットワーク、健康診断結果等の情報により患者の状態が把握できる場合を含む。)とする。

健康な勤労世代等かかりつけ医がいない患者や、かかりつけ医がオンライン診療を行わない患者で上記の情報を有さない患者については、医師が、初回のオンライン診療に先立って、別に設定した患者本人とのオンラインでのやりとりの中でこれまでの患者の医療履歴や基礎疾患、現在の状況等につき、適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にはオンライン診療を認める方向で一定の要件を含む具体案を検討する。その上で、対面診療との関係を考慮し、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進める。

(3) 今後の方針(案)

- 前回の意見や規制改革実施計画を踏まえて、以下の点について今後検討してはどうか。
 - ・ 初診からのオンライン診療に必要な医学的情報の詳細、適さない症状・医薬品の処方等
 - ・ 上記(2)c)における「オンラインでのやりとり」の取扱いの詳細や実際の運用
 - ・ 初診・再診を問わず、医師・患者の同意や、不適切な事例への対応等、安全性・信頼性の担保に関するその他の論点

(1) 前回の検討会での意見

① 医療提供体制におけるオンライン診療の役割について

- オンライン診療を、医療の中の一つの手段として、適した疾病や患者に対して良い医療を提供するものを進めていくことが重要ではないか。
- 米国においては、血液検査等を含む一連の診療における対面部分のみをオンライン診療に置き換える等の運用もあり、日本でもより柔軟に運用する余地はあるのではないか。
- オンライン診療は、物理的な距離の問題を解決することに利点があるため、2次医療圏に限らず、広い範囲で認め、活用していくべきではないか。
- オンライン診療を行う医療機関が増加していないことについて、要因を明らかにすべきではないか。
- オンライン診療が通院の継続のために役に立つ場合があるのではないか。
- それぞれの専門分野において、オンライン診療をどのように活用するかといった提言やガイドラインが作られるよう、大学病院を含め、より幅広い医療機関においてオンライン診療が活用されるようにすべきではないか。
- オンライン診療をきっかけにかかりつけ医を持つことも重要ではないか。
- オンライン診療システム提供者と通信キャリアが提携することにより、通信キャリア毎にアクセスできる医療機関が限定され、患者のフリーアクセスが阻害される可能性があることから、オンライン診療システムとして汎用サービスも認めるべきではないか。

② 社会のデジタル化について

- オンライン診療で用いるシステムの質の担保については、システム提供者の業界内において取り組んでいく必要があるのではないか。
- 海外でのオンライン診療の進展等を踏まえ、諸外国に遅れをとることのないように、オンライン診療を含む遠隔医療を正しく推進できるような施策が重要ではないか。
- デジタルヘルスを進めて行くという議論の中で、米国のようなセキュリティ基準を設けるのかどうかも含めて議論する必要があるのではないか。

(2) 規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定。下線は事務局が追記)

- a. オンライン診療・服薬指導については、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、現在の時限的措置を着実に実施する。
- b. 医療提供体制におけるオンライン診療の果たす役割を明確にし、オンライン診療の適正な実施、国民の医療へのアクセスの向上等を図るとともに、国民、医療関係者双方のオンライン診療への理解が進み、地域において、オンライン診療が幅広く適正に実施されるよう、オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針を策定し、地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、オンライン診療活用の好事例の展開を進める。
- c. 情報通信機器を用いたオンライン診療については、初診からの実施は原則、かかりつけ医による実施(かかりつけ医以外の医師が、あらかじめ診療録、診療情報提供書、地域医療ネットワーク、健康診断結果等の情報により患者の状態が把握できる場合を含む。)とする。
健康な勤労世代等かかりつけ医がいない患者や、かかりつけ医がオンライン診療を行わない患者で上記の情報を有さない患者については、医師が、初回のオンライン診療に先立って、別に設定した患者本人とのオンラインでのやりとりの中でこれまでの患者の医療履歴や基礎疾患、現在の状況等につき、適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にはオンライン診療を認める方向で一定の要件を含む具体案を検討する。その上で、対面診療との関係を考慮し、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進める。

(3) 今後の方針(案)

- 前回の意見や規制改革実施計画を踏まえて、以下の点について今後検討してはどうか。
 - ・ 医療提供体制におけるオンライン診療の役割について
 - ・ 上記(2)bにおける「オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針の策定」について
- オンライン診療に限らずネットワークにおける医療情報の取扱い等について、社会のデジタル化の進展に合わせて整理していく必要があるのではないか。

今後の方針(案)

○ 前回の意見や規制改革実施計画を踏まえて、以下の点について今後検討してはどうか。

1. 初診からのオンライン診療の取扱いについて

- 初診からのオンライン診療に必要な医学的情報の詳細
- 規制改革実施計画における「オンラインでのやりとり」の取扱いの詳細や実際の運用
- 初診からのオンライン診療に適さない症状・医薬品等

2. オンライン診療の推進について

- 医療提供体制におけるオンライン診療の役割について
- 規制改革実施計画における「オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針の策定」について

3. その他、オンライン診療の安全性・信頼性に関する事項

- 初診・再診問わず、医師・患者の同意や、不適切な事例への対応等、安全性・信頼性の担保に関するその他の論点

外来医療についての課題と論点

(かかりつけ医機能・医療機関連携)

- ・ 主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、平成26年度診療報酬改定において地域包括診療料・加算を、平成28年度改定において認知症地域包括診療料・加算を新設し、評価を行っている。
- ・ また、小児のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、小児かかりつけ診療料を平成28年度改定において新設し、評価を行っている。
- ・ さらに、平成30年度改定においては、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、機能強化加算を新設した。令和2年度改定においても、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価として、診療情報提供料(Ⅲ)を新設した。
- ・ 令和3年の医療法改正では、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付けることとされた。

(生活習慣病対策)

- ・ 生活習慣病患者の生活習慣に関する総合的な治療管理のため、平成14年度改定において、生活習慣病管理料が新設された。平成30年度、令和2年度診療報酬改定においては、生活習慣病の算定要件について、生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、関係学会のガイドラインを踏まえ、算定要件を見直した。

外来医療についての課題と論点

(外来機能の分化の推進)

- ・ 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、紹介率や逆紹介率が低い場合の初診料等の減算や、紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入を、診療報酬改定において実施してきている。
- ・ 令和2年12月に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」では、「医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される『紹介患者への外来を基本とする医療機関』のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額(例:初診の場合、2,000円程度)を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する」とされている。

(オンライン診療)

- ・ オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和2年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いを実施し、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行っている。
- ・ 現在、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しに関する議論が進められており、今後、「対面診療との関係を考慮し、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進める」とこととされている。

【論点】



- 中長期的に地域の医療提供体制が人口減少や高齢化等に直面する中、外来機能の明確化・連携や、かかりつけ医機能の強化等を推進し、患者にとって安心・安全で質の高い外来医療の提供を実現するための、診療報酬の在り方について、どのように考えるか。
- オンライン診療を安全性・信頼性を確保しながら推進していく観点から、「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、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進めることとなるが、その際に考慮することとされている対面診療との関係等について、どのように考えるか。