

外来（その2）

1. かかりつけ医機能に係る評価について
2. 生活習慣病に係る評価について
3. 外来機能の分化の推進について

1. かかりつけ医機能に係る評価について
2. 生活習慣病に係る評価について
3. 外来機能の分化の推進について

これまでの外来医療に関する主な意見

<令和7年7月16日 中医協総会 外来について（その1）>

（かかりつけ医機能）

- かかりつけ医機能報告制度の施行により、医療機関から都道府県への報告が始まり、各医療機関の機能が可視化される見通しである。本制度における1号機能は、「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」とされているが、現行の診療報酬ではその評価が十分でない。1号機能は、かかりつけ医機能の出発点として極めて重要であり、体制整備の評価を抜本的に見直す議論が必要である。
- かかりつけ医機能報告制度が開始され、国民にもその機能が見えやすくなることを踏まえれば、診療報酬についてもかかりつけ医機能報告制度と整合する方向で整理していくことが、国民や患者の目線からも分かりやすく、望ましいのではないかと。
- 要支援・要介護高齢者の患者が増加することを踏まえると、医療と介護の連携や、多職種連携がより一層重要となる。
- 機能強化加算や地域包括診療料の届出数は横ばいであり、地域包括診療加算の伸びも鈍化している。これは算定要件が厳しいことが一因と考えられるが、現在算定していない医療機関についても、かかりつけ医機能を発揮している医療機関は多く存在しており、このような医療機関を適切に評価し、かかりつけ医機能の普及を図ることが重要である。その際には、かかりつけ医機能の評価するそれぞれの加算等がつくられた際の趣旨や評価の対象等を踏まえて議論すべきである。
- かかりつけ医機能報告制度は、かかりつけ医を認定する制度ではなく、地域の医療機関がそれぞれの専門性や機能に応じて役割分担と連携を行い、地域全体で患者を支える体制を構築するための制度であり、本制度を診療報酬上の評価と結びつけて議論するべきではない。

これまでの外来医療に関する主な意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

（かかりつけ医機能について）

- 現在の機能強化加算は、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等の届出をもって、かかりつけ医機能が高いと評価する考え方となっている。かかりつけ医機能報告制度が開始されることを踏まえると、この制度に沿った形で再検討することが求められるのではないかと意見があった。
- かかりつけ医機能に係る診療報酬上の評価（機能強化加算等）のあり方については、制度が作られた際の趣旨を十分に踏まえた上で、慎重に検討する必要がある。また、かかりつけ医機能報告制度は、医療機関の機能を認定する制度ではなく、現状を把握するための報告制度であり、地域における専門性を有する医療機関が連携して面としてかかりつけ医機能を発揮することを目指すものであるため、かかりつけ医機能報告制度と診療報酬は関連させるものではないとの意見があった。

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

制度施行に向けた基本的な考え方

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

制度施行に向けた基本的な考え方

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

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

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

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

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

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

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

医療DXによる情報共有基盤の整備

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

患者等への説明

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

施行に向けた今後の取組

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

かかりつけ医機能に係る主な評価について

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)	<ul style="list-style-type: none">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)	<ul style="list-style-type: none">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)	<ul style="list-style-type: none">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)	<ul style="list-style-type: none">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)	<ul style="list-style-type: none">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)	<ul style="list-style-type: none">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)	<ul style="list-style-type: none">「紹介受診重点医療機関」や、かかりつけ医機能を有する医療機関において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合について評価。 ※ 届出不要
紹介割合等による減算 (平成24年度改定で新設)	紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等(注)を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料を減算する規定。(注) 特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関、その他400床以上の医療機関 ※ 届出不要

1. かかりつけ医機能に係る評価について

① 機能強化加算について

② 外来診療の評価のためのデータ提出について

機能強化加算について

機能強化加算

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

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算 80点

[算定要件]

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

[施設基準]

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- 次のいずれかにおける届出を行っている。
 - ア 地域包括診療加算
 - イ 地域包括診療料
 - ウ 小児かかりつけ診療料
 - エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
 - オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

主なかかりつけ医機能と現行の診療報酬の比較

青字：機能強化加算で体制整備を評価している機能

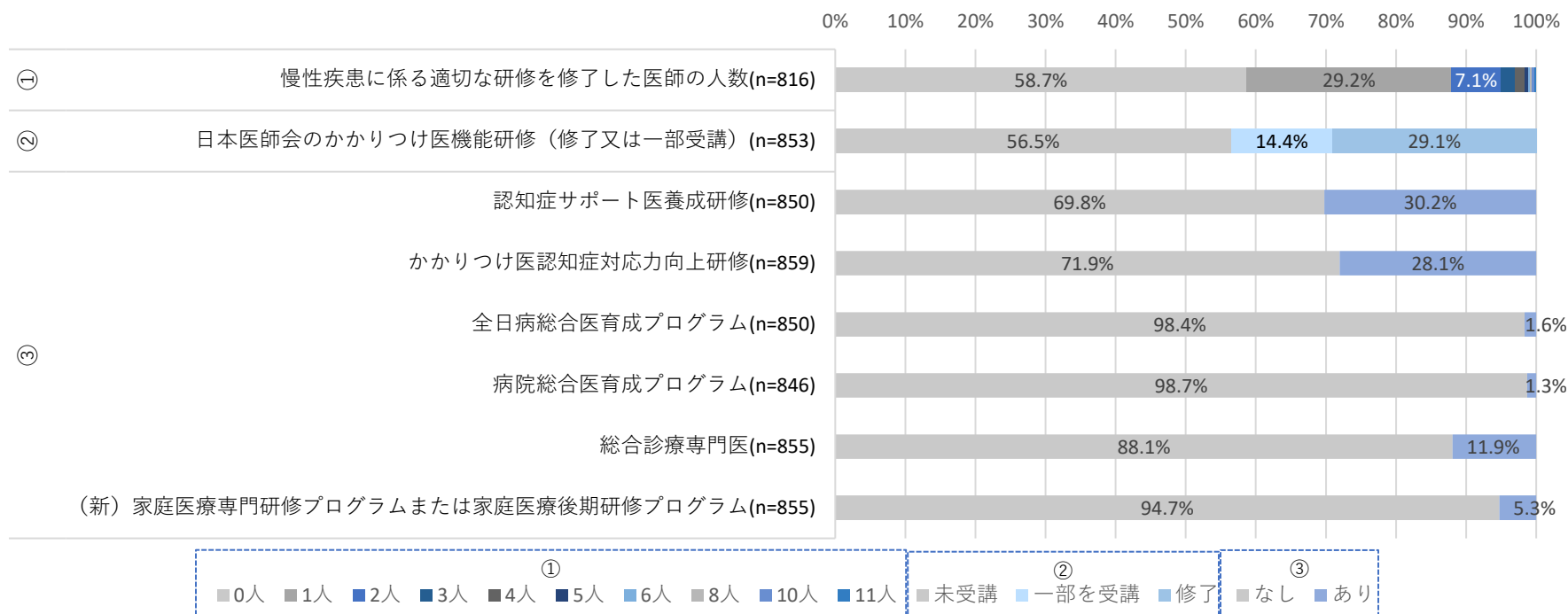
医療法上の主なかかりつけ医機能の例	関連する主な現行の診療報酬
機能の院内掲示による公表	機能強化加算の掲示要件
かかりつけ医機能に関する研修等の修了	地域包括診療料・加算の研修要件
一次診療の対応が可能な診療領域・疾患	-
全国医療情報プラットフォームの参加・活用	医療DX推進体制整備加算等
服薬の一元管理の実施	機能強化加算、地域包括診療料・加算等
通常の診療時間外の診療	時間外対応加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料 在宅療養支援診療所・病院等
入退院時の支援	在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料、入退院支援加算等
在宅医療の提供	在宅療養支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

かかりつけ医に関連した研修等を修了した医師の在籍割合

診調組 入-1
7. 6. 19改

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

各種研修を修了した医師の有無

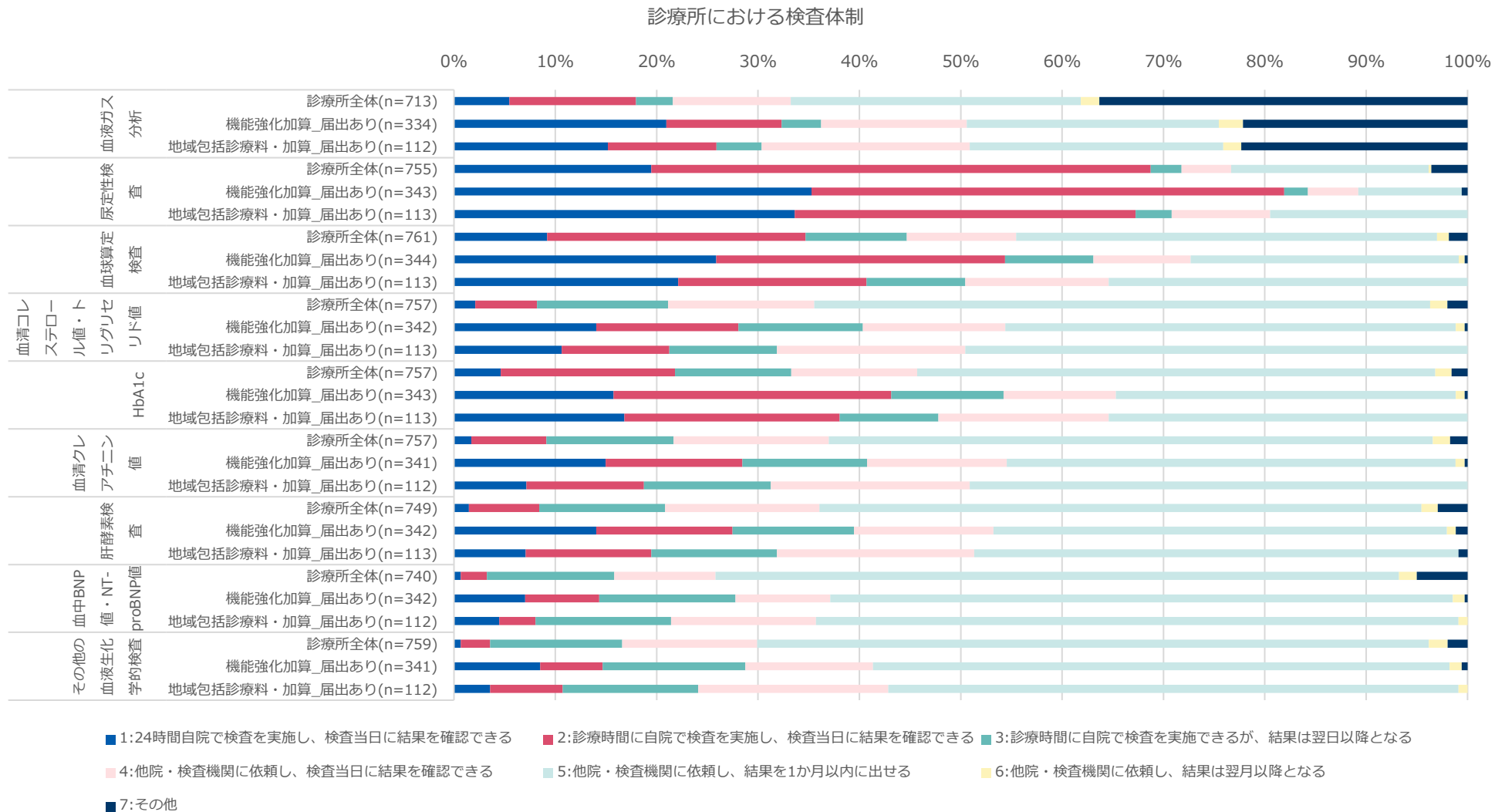


- ・「慢性疾患の指導に係る適切な研修」は、地域包括診療料・加算の施設基準において定める研修
- ・「認知症サポート医養成研修」及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」は、都道府県及び指定都市が認知症地域医療支援事業として実施する研修事業
- ・「全日病総合医育成プログラム」は、全日本病院協会が実施する研修事業
- ・「病院総合医育成プログラム」は、日本病院会が実施する病院総合医育成事業
- ・「総合診療専門医」は、日本専門医機構が認定する専門医
- ・「新・家庭医療専門研修プログラム」及び「家庭医療後期研修プログラム」は日本プライマリ・ケア連合学会が実施するプログラム

診療所における検査体制(1)

診調組 入-2
7. 8. 2 8

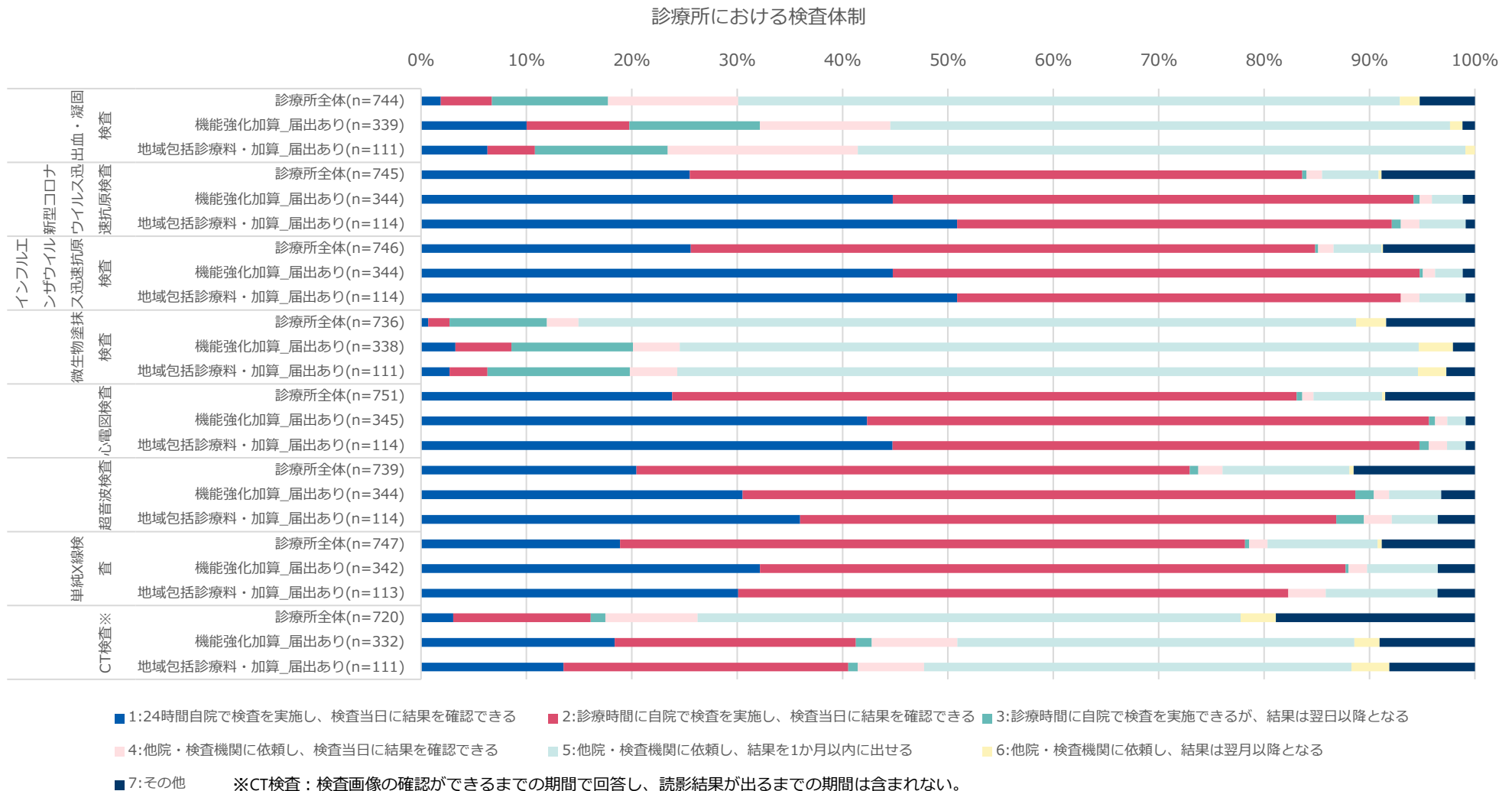
- 診療所における各検査項目の実施体制は以下のとおり。いずれの項目についても、機能強化加算の算定医療機関において、より早期に結果を出せる体制が確保されている傾向があった。



診療所における検査体制(2)

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 8

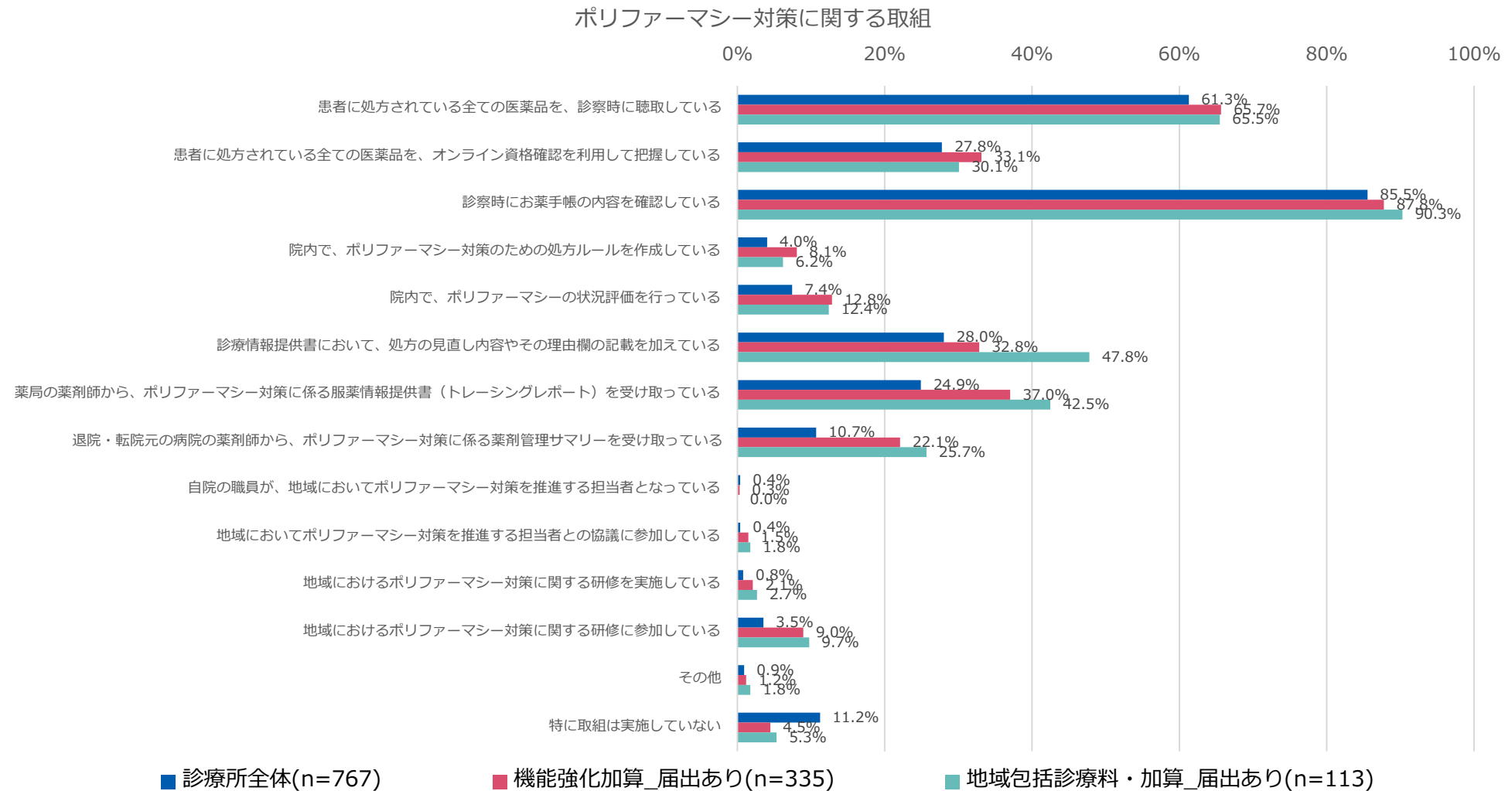
- 診療所における各検査項目の実施体制は以下のとおり。いずれの項目についても、機能強化加算の算定医療機関において、より早期に結果を出せる体制が確保されている傾向があった。



診療所におけるポリファーマシー対策の状況

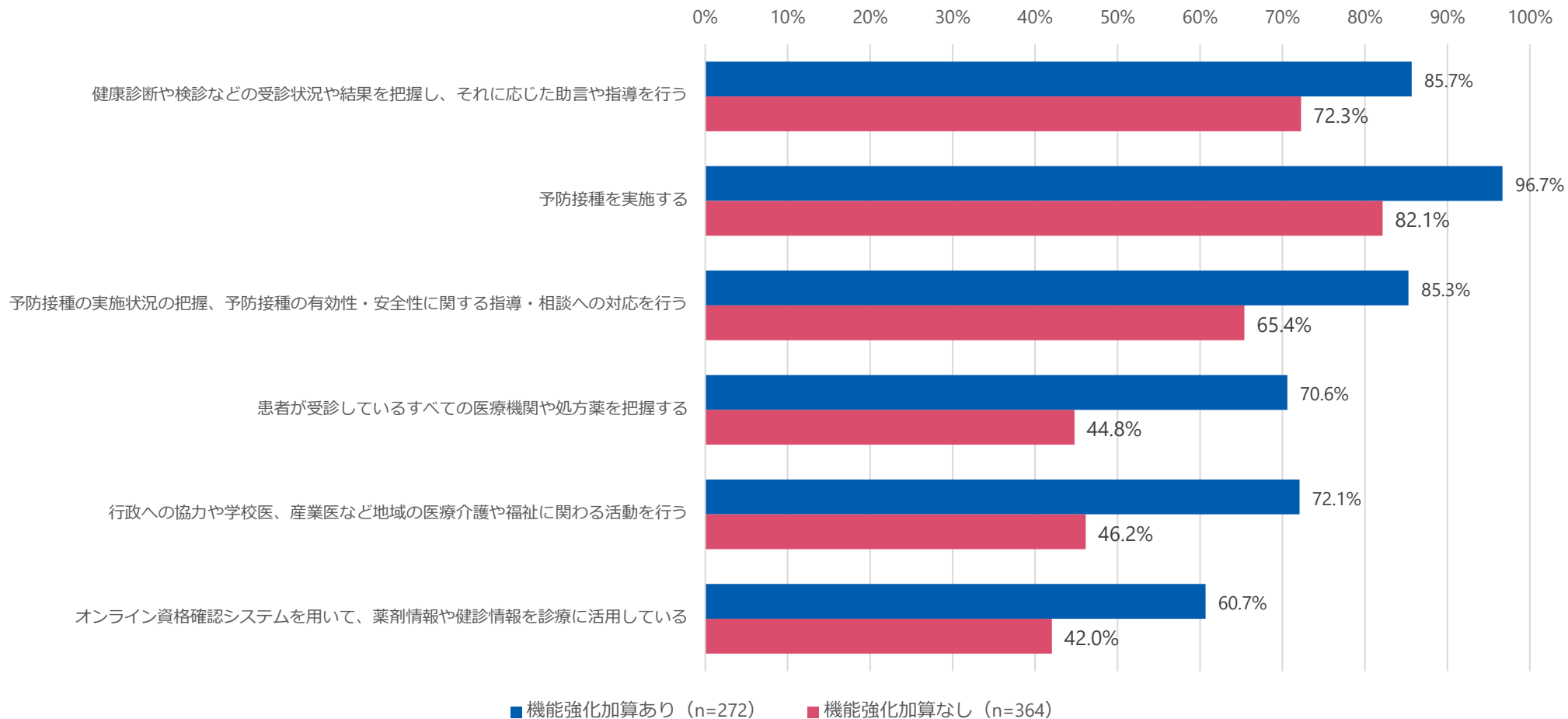
診調組 入-2
7. 8. 2 8 改

- 診療所におけるポリファーマシー対策の取組状況は以下のとおり。「機能強化加算」「地域包括診療料・加算」の算定医療機関において、より多く取り組まれている傾向があった。



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

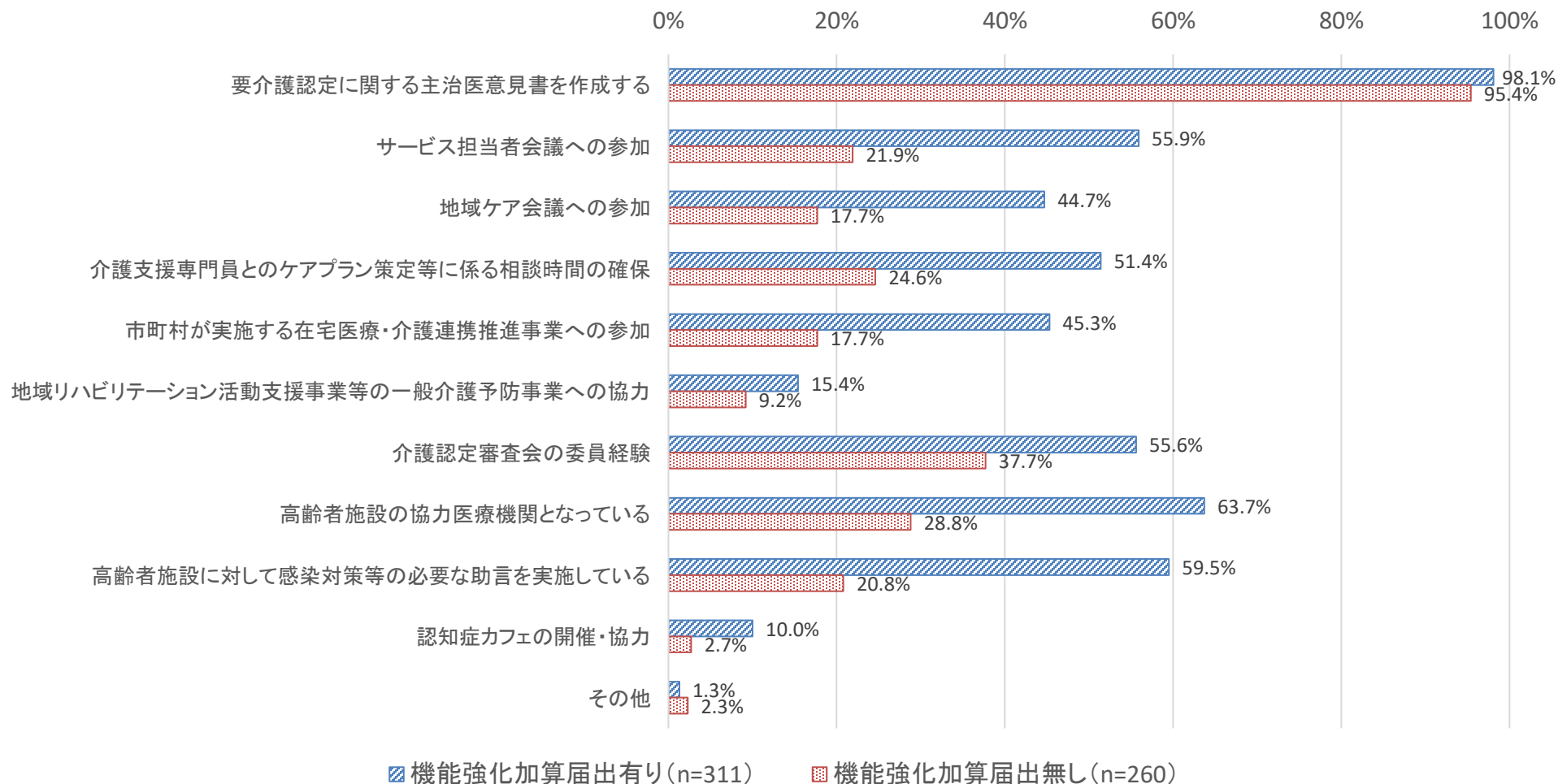
診療所が有しているかかりつけ医機能（n=636）



介護との連携（機能強化加算届出有無）

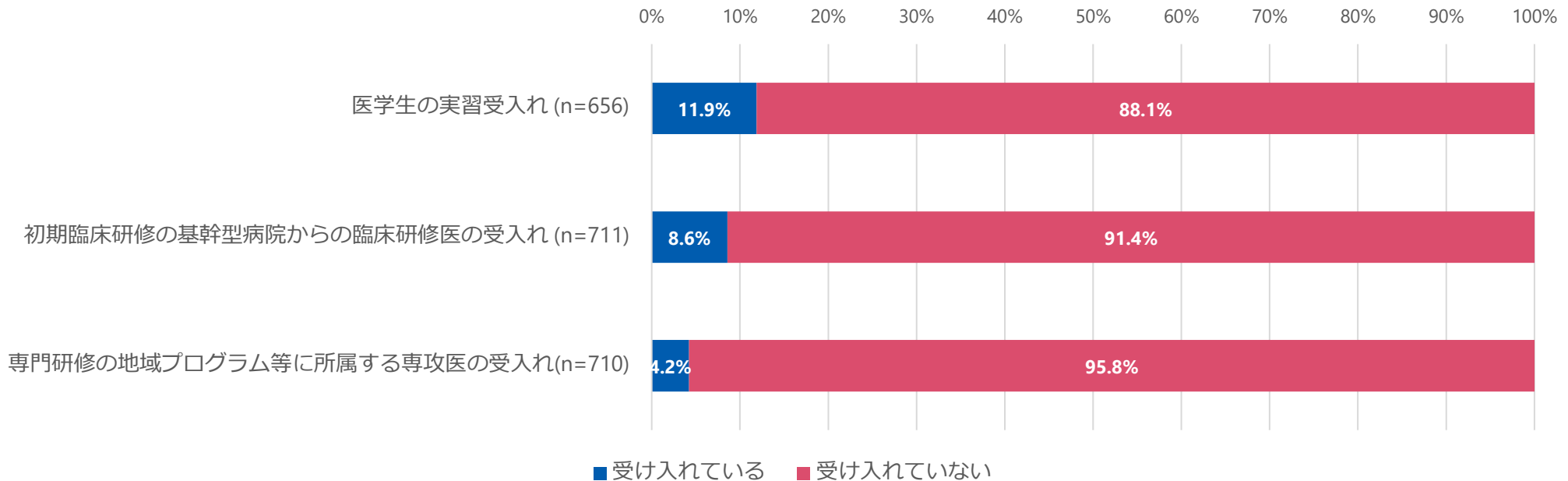
診調組 入 - 5
5 . 1 0 . 5

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



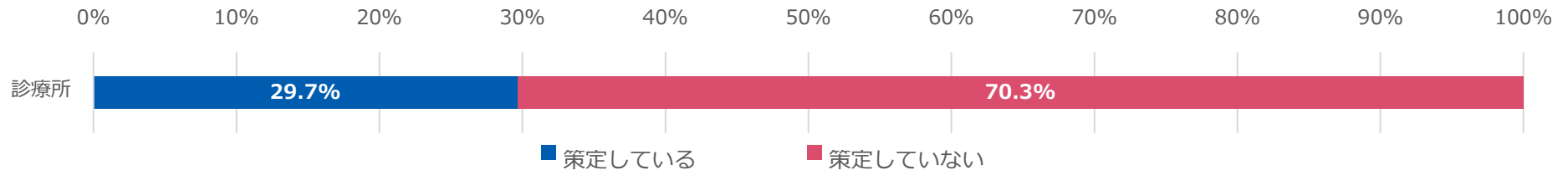
- 診療所における、専門研修の地域プログラム等に所属する専攻医の受入れ状況は以下のとおり。
- 医学生の実習、臨床研修医の受入れを行っている診療所は約10%前後であり、専攻医の受入れを行っている診療所はさらに少なく、4.2%であった。

実習・研修等の受入れを行っているか

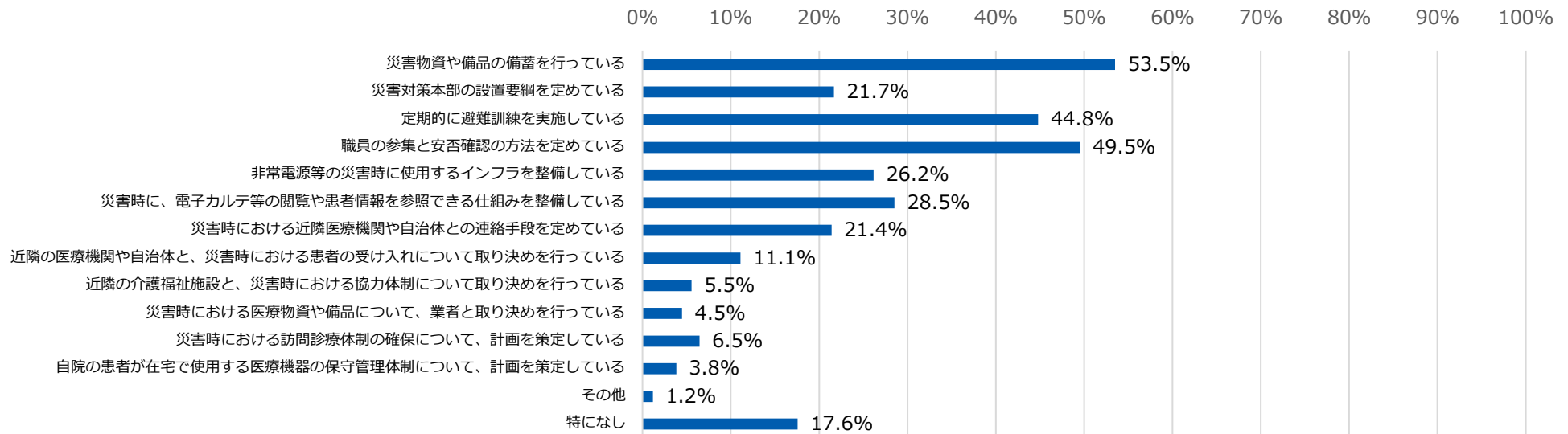


- 診療所において、災害に備えた事業継続計画を「策定している」との回答割合は約30%であった。
- 診療所において、「災害に備えるために実施している取組」をそれぞれ聞いたところ、「災害物資や備品の備蓄を行っている」が最も多く、次いで「職員の参集と安否確認の方法を定めている」「定期的に避難訓練を実施している」が多かった。

災害に備えた事業継続計画の策定の有無 (n=765)



災害に備えるために実施している取組(n=757)



1. かかりつけ医機能に係る評価について

① 機能強化加算について

② 外来診療の評価のためのデータ提出について

診療実績データの提出に係る診療報酬上の評価

- データを用いた診療実績の適切な評価を行う観点から、入院・外来（生活習慣病に限る）・在宅・リハビリテーションについて、診療実績に係るデータを継続して厚生労働省に提出している場合に評価を行っている（以下、これらを総称して「データ提出加算等」という）。
- 提出を求める主なデータの概要は以下のとおりであり、患者属性や病態等の情報（様式1）や、医科点数表に基づく診療報酬算定情報（EF統合ファイル）が含まれる。

各種診療実績データの提出に係る診療報酬上の評価の概要

入院		外来（生活習慣病に限る）	在宅	リハビリテーション
点数	データ提出加算 1・3 ・許可病床数が200床以上 145点 ・許可病床数が200床未満 215点 データ提出加算 2・4 ・許可病床数が200床以上 155点 ・許可病床数が200床未満 225点	外来データ提出加算 50点	在宅データ提出加算 50点	リハビリテーションデータ提出加算 50点
	・各種入院基本料	・生活習慣病管理料（Ⅰ） ・生活習慣病管理料（Ⅱ）	・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料 ・在宅がん医療総合診療料	・疾患別リハビリテーション料
算定限度	データ提出加算 1・2 ・入院初日に限り算定 データ提出加算 3・4 ・療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、入院期間が90日を超えるごとに1回算定	月1回		

提出を求める主なデータの概要

様式名（※）	内容	入力される情報
様式1（簡易カルテ情報）	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
EF統合ファイル（レセプト情報）	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	医科点数表に基づく出来高情報

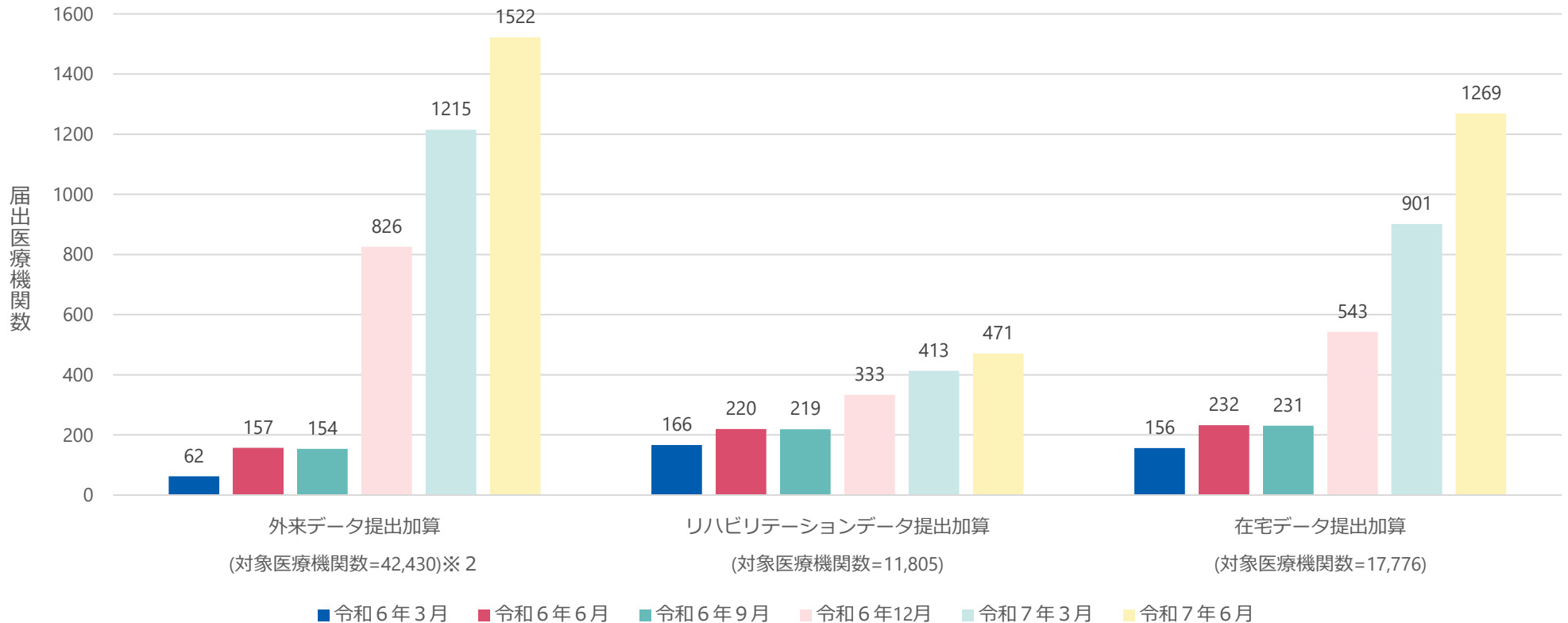
※ 入院・外来（生活習慣病に限る）・在宅・リハビリテーションによって、様式名及び内容の細部は異なる。

外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移は、以下のとおり。

外来データ等提出加算の3カ月毎の届出状況※ 1



出典：保険局医療課調べ

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

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

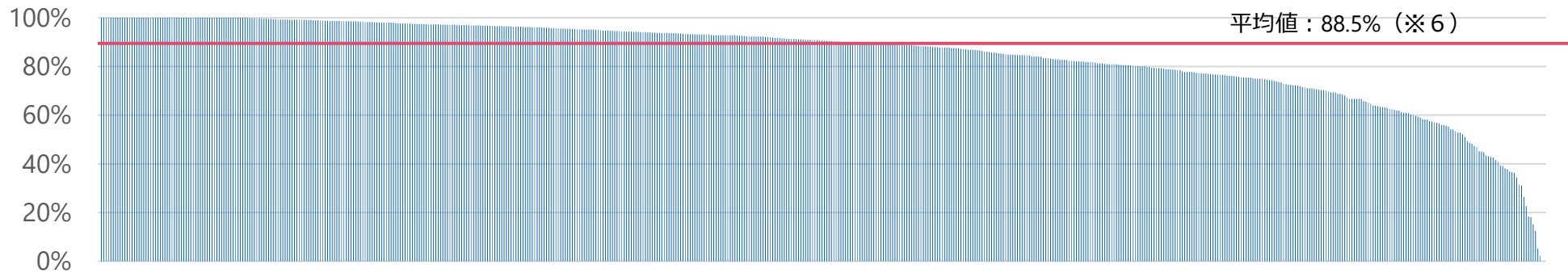
※ 3 外来データ提出加算においては生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を、在宅データ提出加算においては在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を、リハビリテーションデータ提出加算においては疾患別リハビリテーション料を指す。

外来医療における医療の質の評価指標について

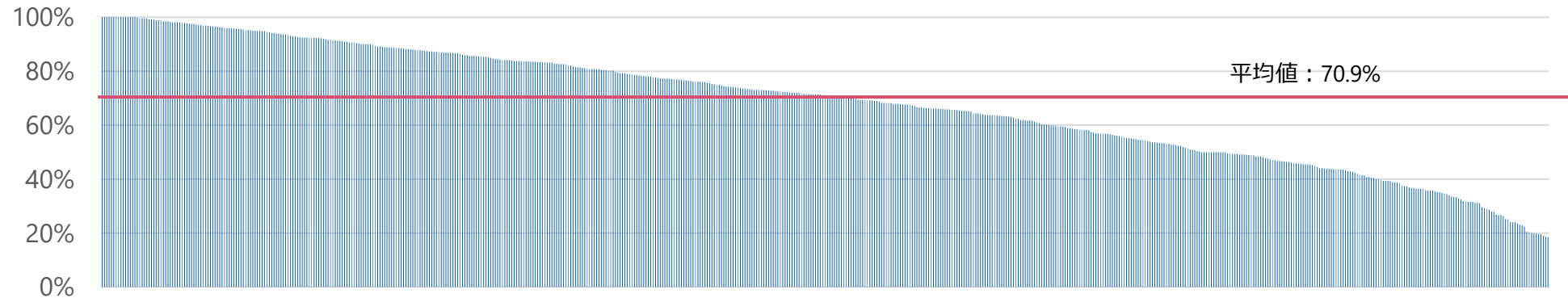
- 外来データ（EFファイル）の分析により、質の高い診療機能を様々な指標により評価することが可能となる。

診療機能の評価指標の例

外来で糖尿病の治療管理をしている症例に対し、HbA1C検査を実施している割合 (n=614) (※ 5)



外来で脂質異常症の投薬治療管理をしている症例に対し、脂質異常症に関する検査を実施している割合 (n=636)



縦棒は各医療機関を指す（分母の症例数が10件以上の医療機関に限り表示）。

※ 1 外来医療等の影響評価に係る調査（令和 6 年 10 月～令和 7 年 3 月診療分）。

※ 2 対象期間中の外来EFファイル上、①「生活習慣病管理料（Ⅰ）糖尿病を主病とする場合」を算定している患者、又は②「生活習慣病管理料（Ⅱ）」を算定し、かつ外来様式 1 上、糖尿病が主病とされている患者数に占める、当該患者の割合。 ※ 3 スタチン、フィブラート系薬等、24種の医薬品を指す。

※ 4 期間中に中性脂肪、遊離コレステロール、総コレステロール、HDL-C、LDL-Cのいずれかを実施した場合を指す。

※ 5 期間中に外来データを提出しない医療機関で検査を実施した場合や、特定健診として検査を実施した場合は検査実施数に含まれないため、解釈には留意が必要。以下同じ。

※ 6 全患者の平均。以下同じ。

1. かかりつけ医機能に係る評価について
2. 生活習慣病に係る評価について
3. 外来機能の分化の推進について

これまでの外来医療に関する主な意見

＜令和7年7月16日 中医協総会 外来について（その1）＞

（生活習慣病対策）

- 令和6年度診療報酬改定において生活習慣病管理料（Ⅱ）が新設され、生活習慣病の患者が特定疾患療養管理料から大きく移行したことから、一定の政策効果が現れていると考えられる。今後は、生活習慣病管理料（Ⅰ）と（Ⅱ）について、患者数や医療内容の違いをより詳細に分析する必要がある。
- 生活習慣病管理料の算定要件には、対応に一定の労力を要するものが含まれている。生活習慣病管理料の算定数増加は、懇切丁寧に患者さんに対応し、生活習慣病管理を行っているということのあらわれであると考えられる。
- 令和6年度診療報酬改定では、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することが要件に盛り込まれ、医科歯科連携の推進が図られた。この取り組みにより連携は進展したと思われるが、次期改定においても、さらなる医科歯科連携の強化が求められる。

これまでの外来医療に関する主な意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

（地域包括診療料・生活習慣病管理料について）

- 生活習慣病管理料においては、患者が治療から脱落せず、継続的に受診を続けることが重要な観点である。「定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと」の調査結果において、予約診療及び長期処方への対応が多く選択されていることを踏まえた検討が必要ではないかとの意見があったとの意見があった。
- 糖尿病患者に対する歯科受診は、オーラルフレイルの予防や口腔機能の低下への早期対応の観点から重要である。糖尿病の内科診療を受ける外来患者に対しては、歯科診療所への定期的な受診を促す体制がさらに必要ではないかとの意見があった。
- 生活習慣病患者について、6か月間検査が実施されていない患者が一定おり、適切な医学管理が行われているか疑問があるとの意見があった。
- 生活習慣病管理料について、その病状や生活習慣等に関する総合的な治療管理が療養計画書に基づき行われていることや、健康診断や人間ドックの検査結果を患者が持参するケースもあることから、6か月間の検査実施状況のデータのみをもって医学管理の妥当性を判断することはできないとの意見があった。
- 生活習慣病管理料に関する調査結果からは、検査料等が包括される生活習慣病管理料（Ⅰ）について、生活習慣病の疾患コントロールが良好で、合併症等も認められず、検査頻度が低下した状況において算定していると解釈できるため、実態を分析した上で、医療資源投入量に応じた評価となるように検討する必要があるとの意見があった。

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたもの。（平成14年度診療報酬改定で新設、令和6年度診療報酬改定において再編）

	生活習慣病管理料（Ⅰ） 月1回 脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点	生活習慣病管理料（Ⅱ） 月1回 333点
対象患者	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者	
対象医療機関	許可病床数が200床未満の病院又は診療所	
包括範囲 (算定月に併算定不可)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> （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	<ul style="list-style-type: none"> 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。

2. 生活習慣病に係る評価について

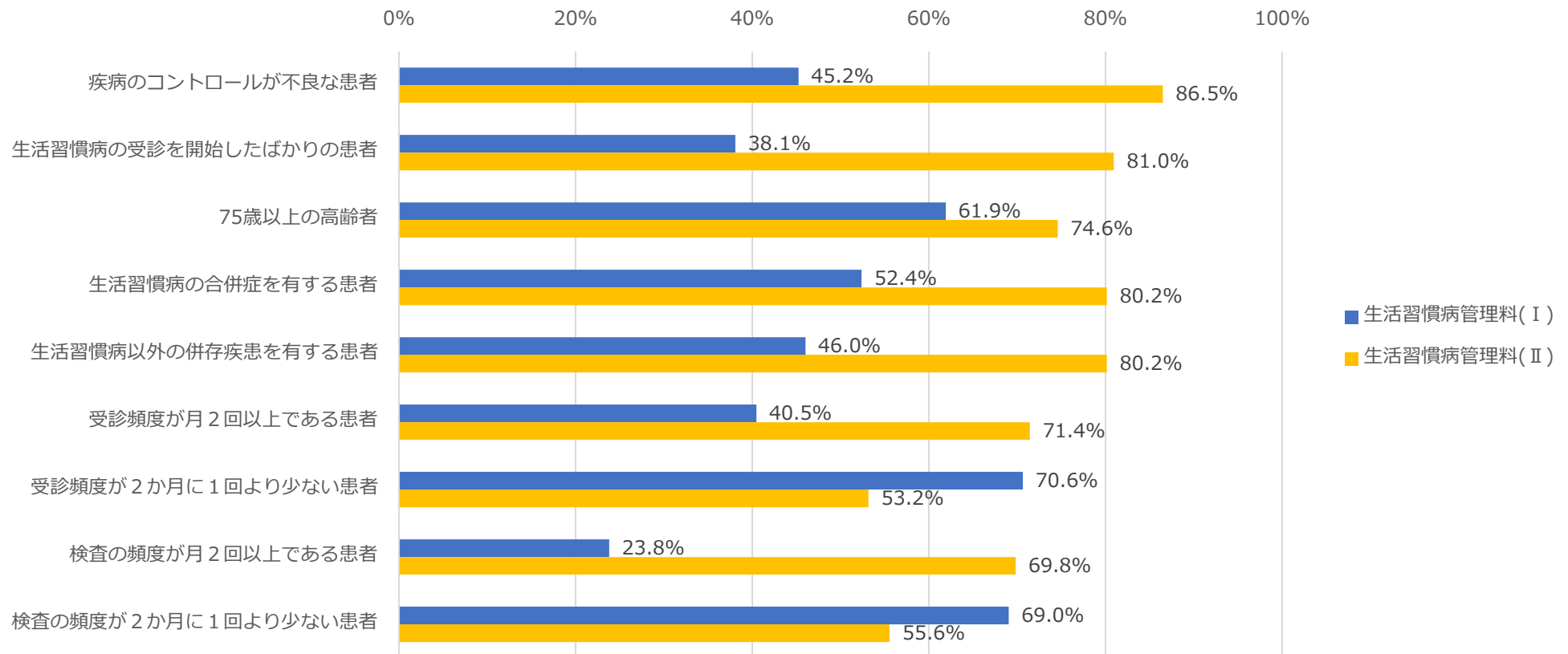
- ① 生活習慣管理料の算定状況等について
- ② 質の高い生活習慣病管理に関する取組について

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況

診調組 入－2
7．8．28

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の両方を算定している医療機関に対して、それぞれの算定対象としている患者の属性について確認した結果は以下のとおり。
- 「受診頻度が2か月に1回より少ない患者」「検査の頻度が2か月に1回より少ない患者」については、「生活習慣病管理料（Ⅰ）」の算定が多く、その他の患者については、「生活習慣病管理料（Ⅱ）」の算定が多い傾向があった。

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況(n=126)



生活習慣病管理料(Ⅱ)に包括される主な医学管理料

診調組 入-2
7. 8. 28改

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)における医学管理料の主な包括範囲は以下のとおり。
- また、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)ともに、糖尿病を主病とした場合は、他疾患に対して在宅自己注射指導管理を行う場合であっても、在宅自己注射指導管理料を算定できない。

現在併算定可能なもの（包括範囲外）	現在併算定ができない主なもの（包括範囲内）
① 生活習慣病に関連する医学管理（総合的な治療管理の範囲を超えて、必要な患者に別途行われるべきものを含む。）	
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、糖尿病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、プログラム医療機器等指導管理料、薬剤情報提供料	下肢創傷処置管理料
② 生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理（主病とする患者のみに算定できるものを除く。）	
がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料	特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、がん患者指導管理料、移植後患者指導管理料、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、二次性骨折予防継続管理料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、認知症専門診断管理料、認知症療養指導料、認知症サポート指導料、肝炎インターフェロン治療計画料
③ 時間外対応・救急対応に関する医学管理	
	地域連携夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、救急救命管理料
④ 情報提供等に関連する評価	
療養・就労両立支援指導料、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	傷病手当金意見書、療養費同意書交付料

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

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

4.4 薬物療法のフォローアップ

BQ21 薬物療法開始後には定期的な検査が必要か？

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

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

4.6 アドヒアランス、Treat to Target

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

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

BQ25 服薬アドヒアランスに影響する因子は何か？

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

高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

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

（注：長期治療における具体的な受診間隔に関する推奨はなし。）

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

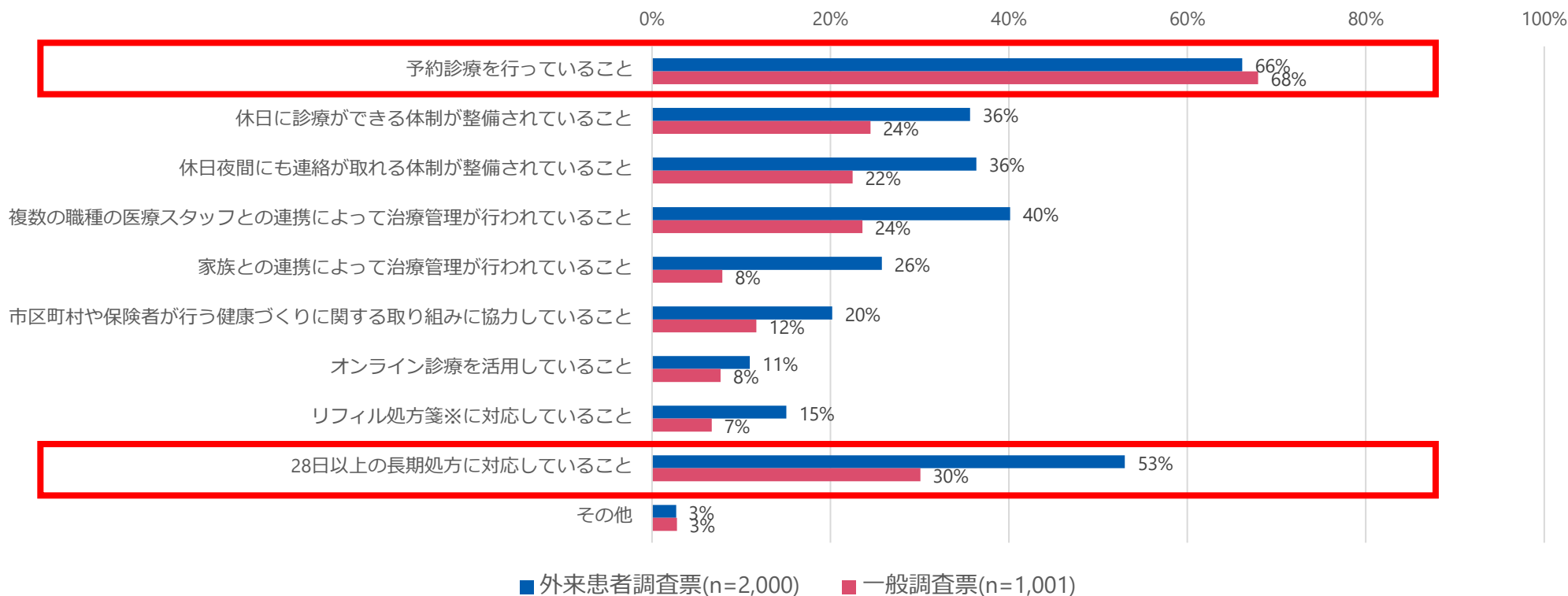
慢性疾患である糖尿病において、合併症の発症、増悪を防ぐには、継続的治療が必須であり、チーム医療による糖尿病教育は糖尿病治療の根幹を成すものである。

定期的な受診を続ける上で患者が必要と思うこと

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

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

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



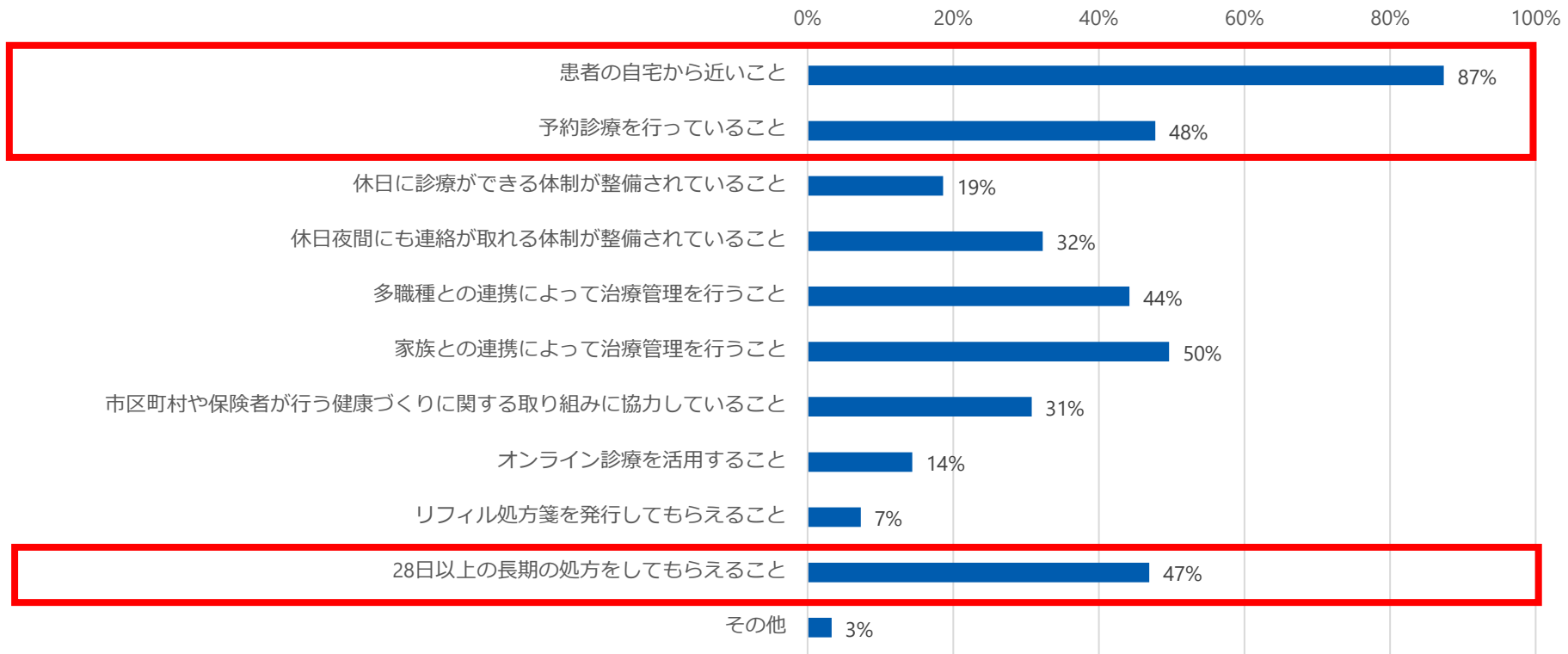
※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

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

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



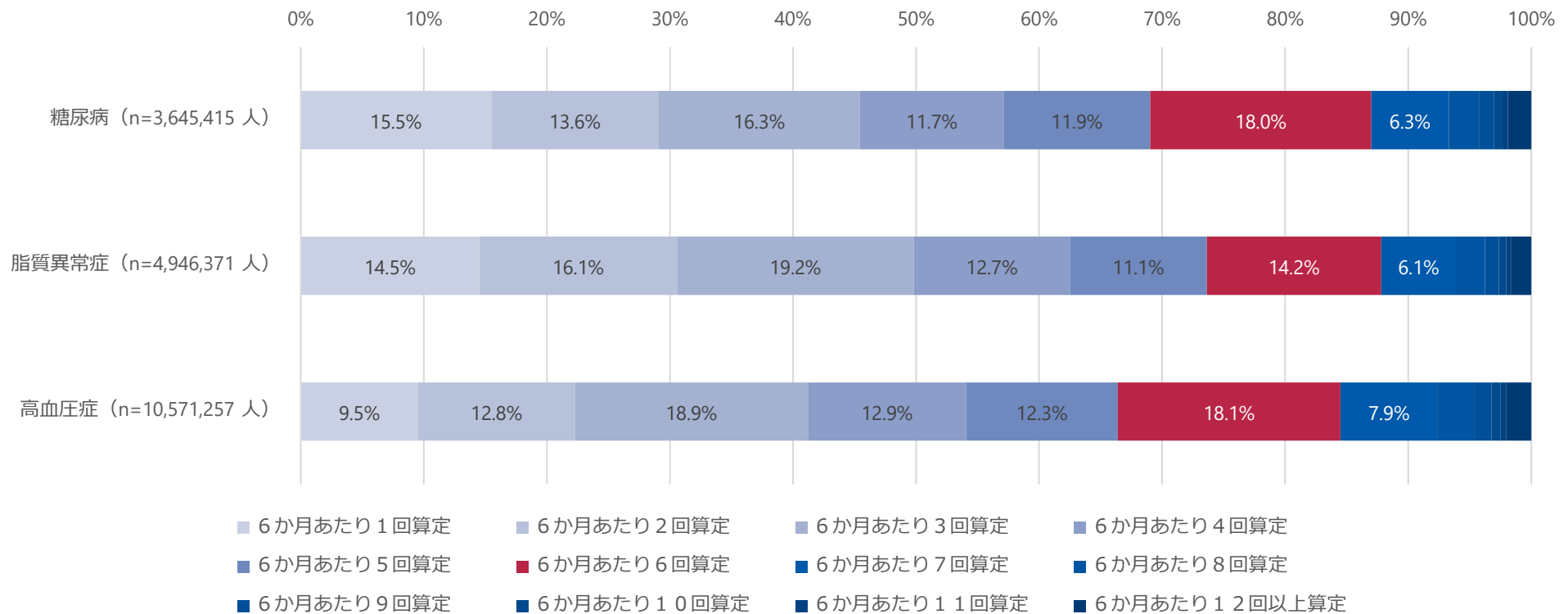
・「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

生活習慣病患者における再診料等の6か月あたり算定回数

診調組 入-1
7. 6. 19

- 診療所に受診した、主傷病名が「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」である外来患者について、「再診料」「外来診療料」の6か月あたりの算定回数別に、それぞれの算定実人数の割合を示したものは以下のとおり。
- 平均して1か月に1回以下の頻度で算定している患者は、約85%程度であった。

再診料

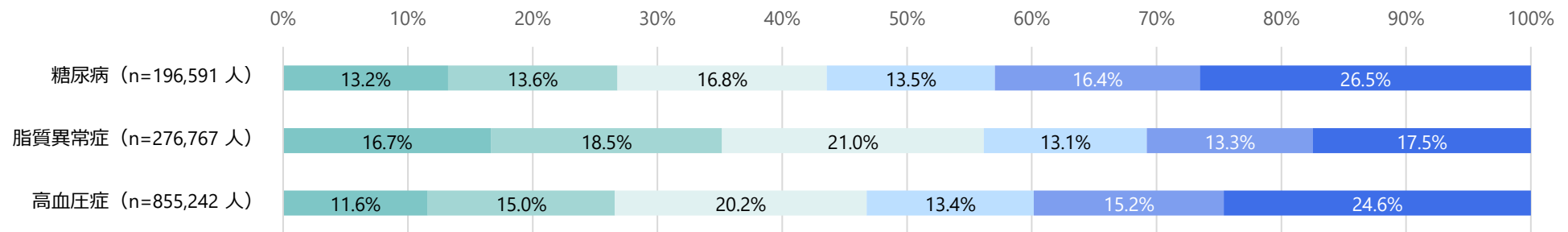


生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)の6か月あたり算定回数

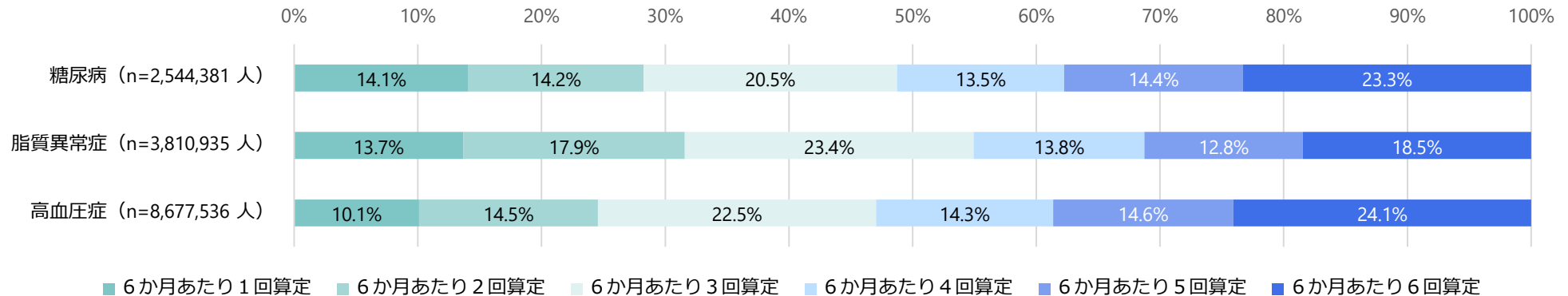
診調組 入-1
7. 6. 19

- 診療所に受診した、主傷病名が「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」である外来患者について、「生活習慣病管理料(Ⅰ)」「生活習慣病管理料(Ⅱ)」の6か月あたりの算定回数別に、それぞれの算定実人数の割合を示したものは以下のとおり。
- 平均して2か月に1回以下の頻度で算定している患者は、約50%前後であった。

生活習慣病管理料(Ⅰ)



生活習慣病管理料(Ⅱ)



■ 6か月あたり1回算定 ■ 6か月あたり2回算定 ■ 6か月あたり3回算定 ■ 6か月あたり4回算定 ■ 6か月あたり5回算定 ■ 6か月あたり6回算定

2. 生活習慣病に係る評価について

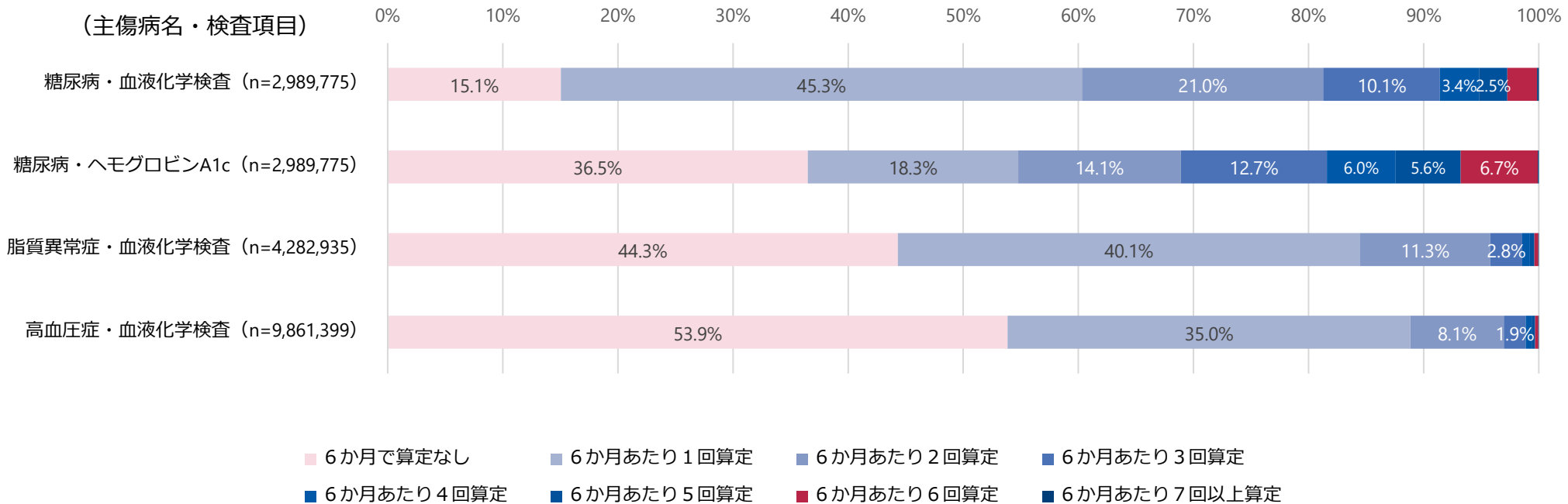
- ① 生活習慣管理料の算定状況等について
- ② 質の高い生活習慣病管理に関する取組について

生活習慣病管理料(Ⅱ)算定患者の血液検査算定回数

診調組 入-1
7. 8. 28

- 主傷病名が「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」であり、6か月に1回以上生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した外来患者について、「血液化学検査(5項目以上)」「ヘモグロビンA1c」の6か月あたりの算定回数別に、それぞれの算定実人数の割合を示したものは以下のとおり。
- いずれの区分においても、平均して6か月に2回以下の頻度で算定している患者が、全体の約7～9割以上であった。6か月に1回も算定がない患者も一定数を占めていた。

生活習慣病管理料(Ⅱ)算定患者の各血液検査の算定回数

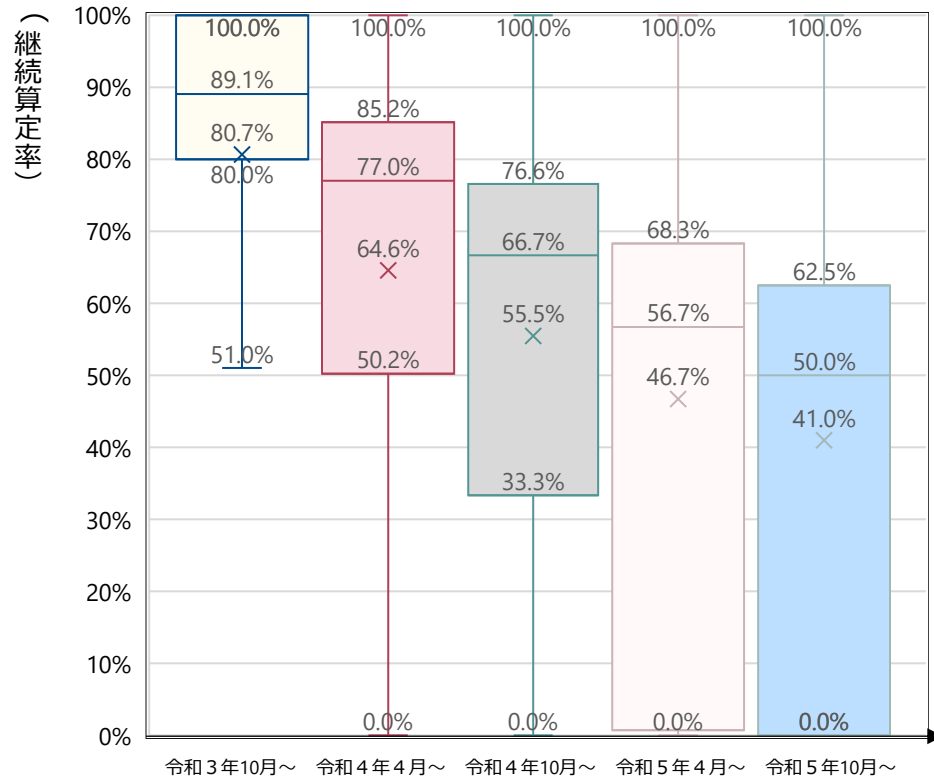


生活習慣病管理料算定患者の継続算定率・受診継続率

- 生活習慣病管理料算定患者の継続算定率には、医療機関ごとにばらつきがあった。
- 他の医療機関への受診継続も含めた率（受診継続率）との差は5～20%程度であった。

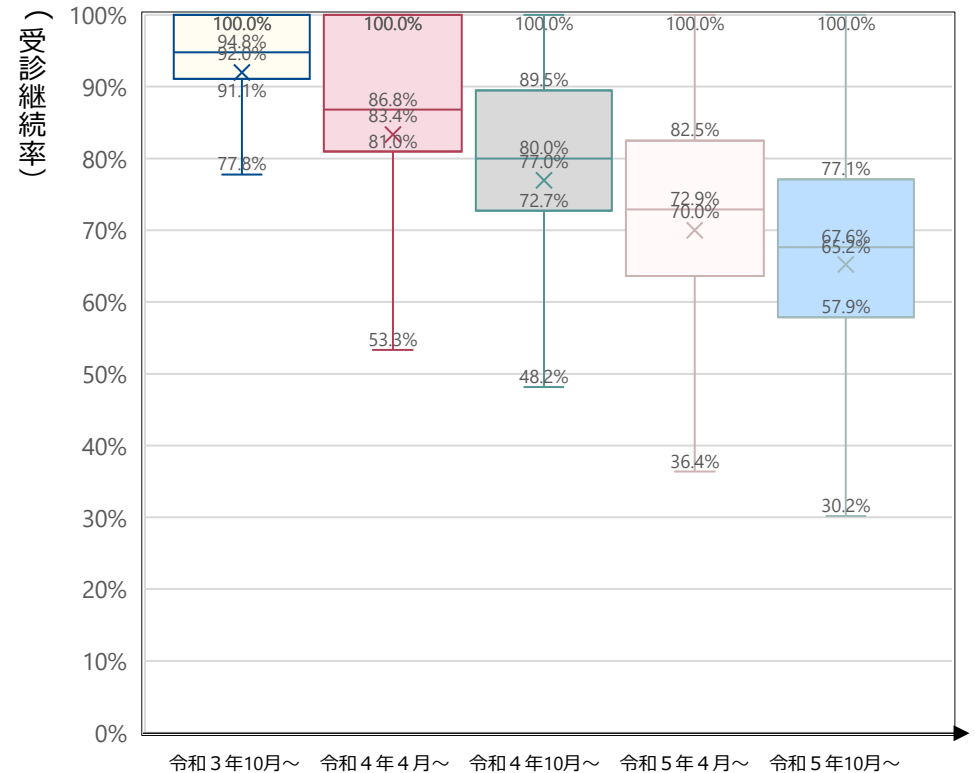
同一医療機関で生活習慣病管理料を
継続して算定した率（継続算定率※1）

生活習慣病管理料（n=3,898 医療機関）



同一医療機関又は他の医療機関において
生活習慣病管理料等を
継続して算定した率（受診継続率※2）

生活習慣病管理料（n=3,898 医療機関）



※1 令和3年4月～9月に生活習慣病管理料（現在の「生活習慣病管理料（I）」に相当）を算定された患者が、令和3年10月以降の6か月間ごとに、同一医療機関又は他の医療機関において生活習慣病管理料又は特定疾患療養管理料を継続して算定された率

※2 令和3年4月～9月に生活習慣病管理料を算定された患者が、令和3年10月以降の6か月間ごとに、同一医療機関又は他の医療機関において生活習慣病管理料又は特定疾患療養管理料を継続して算定された率

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

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

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版 (日本動脈硬化学会)

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

1. 血糖コントロール改善・治療調整

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

※1. 血糖コントロール目標

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

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

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

2. 教育入院

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

3. 慢性合併症

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

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

4. 急性合併症

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

5. 手術

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

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

Step 1c 専門医への紹介必要性の判断

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

②高血圧

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

③糖尿病

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

④脂質異常症

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

⑤慢性腎臓病(CKD)

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

⑥肥満

高度肥満(BMI ≥ 35)、二次性肥満(症候性肥満)疑い

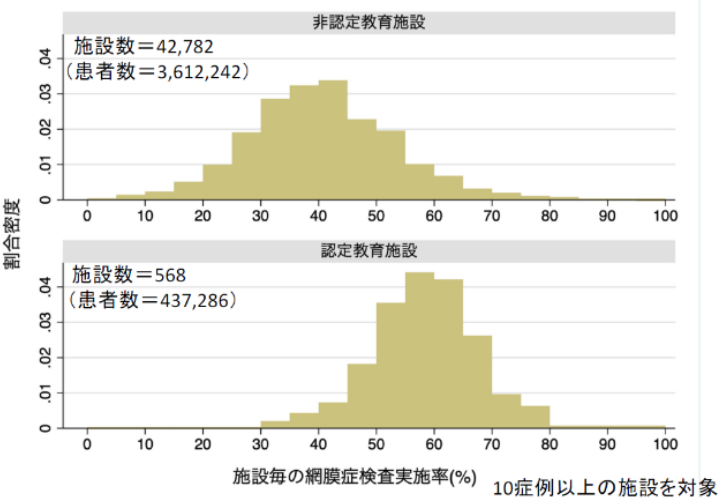
生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

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

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

(参考)

施設毎の網膜症検査実施率の分布
(施設認定有無別)



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

歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2016」(日本糖尿病学会)

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

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

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

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

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

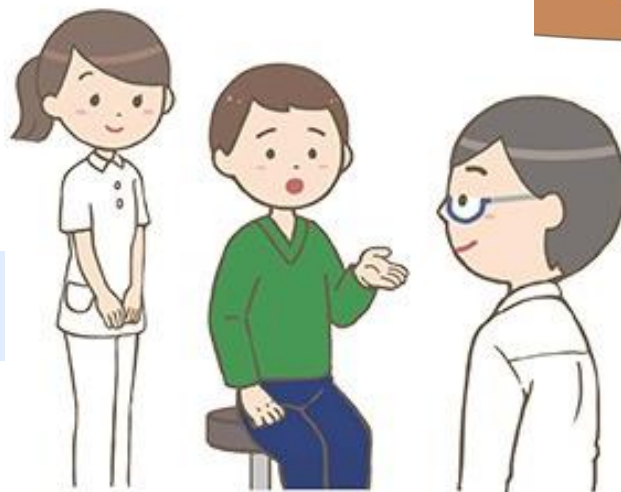


治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明



医療DXを活用した情報共有の推進

診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理



歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による多職種連携

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨



リフィル処方及び長期処方の活用



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

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

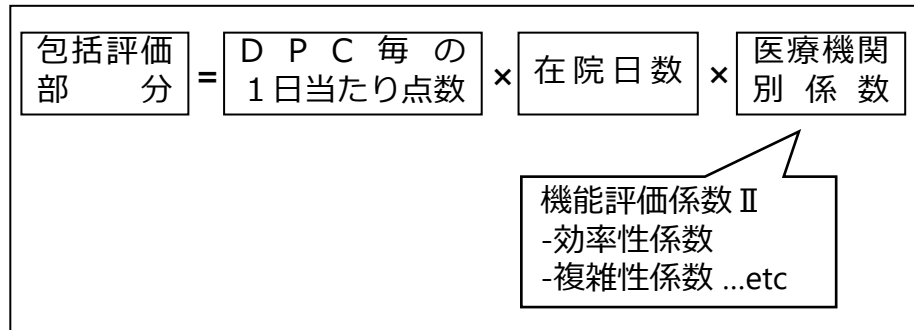
	回答数		平均		四分位数 中央値					
					25%Tile				75%Tile	
01_眼科受診を指導した概ねの人数	620	件	21.5	人	0.0	人	0.0	人	10.0	人
02_歯科受診を促した概ねの人数	617	件	14.1	人	0.0	人	0.0	人	3.0	人

注) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院を対象として集計。

(参考) 現行の診療実績データに基づく評価の例

- 診療報酬上、DPC/PDPSにおける機能評価係数Ⅱや、抗菌薬適正使用体制加算においては、診療実績データに基づく各医療機関の相対的な位置づけによる評価が行われている。

機能評価係数Ⅱ

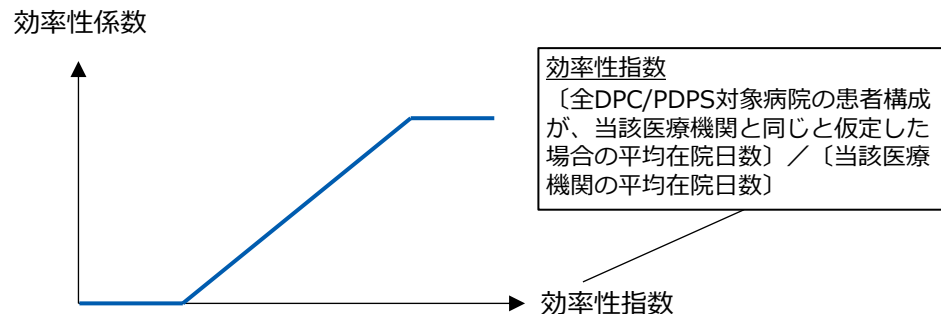


抗菌薬適正使用加算

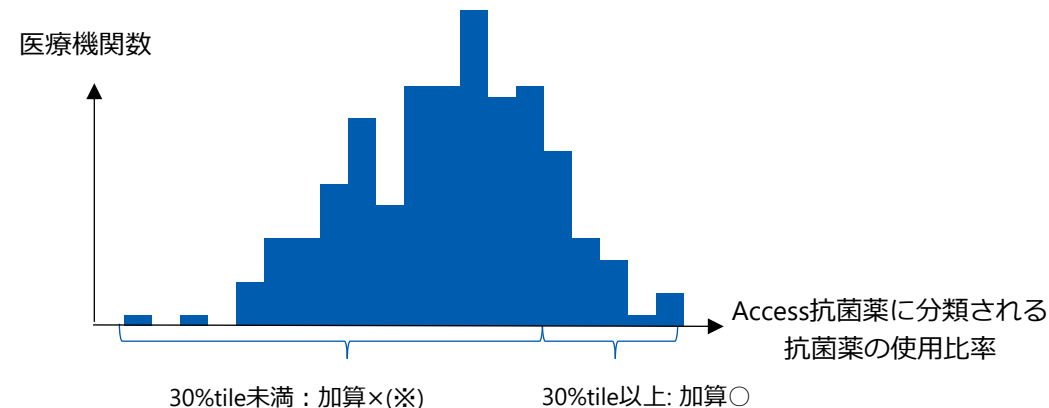
主な施設基準

- (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
- (2) 直近6か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

機能評価係数Ⅱにおける評価のイメージ（効率性係数）



抗菌薬適正使用加算における評価のイメージ



※ いずれも分布はイメージ。また、抗菌薬適正使用加算については、30%tile未満であっても、Access抗菌薬に分類される抗菌薬の使用比率が60%以上であれば、加算の届出は可能。

1. かかりつけ医機能に係る評価について
2. 生活習慣病に係る評価について
3. 外来機能の分化の推進について

これまでの外来医療に関する主な意見

＜令和7年7月16日 中医協総会 外来について（その1）＞

（外来機能の分化）

- 逆紹介割合は、減算基準を下回る大病院が依然として存在しており、外来機能の役割分担をより一層推進するためには、より踏み込んだ対応の検討が必要である。
- 特定機能病院等における逆紹介割合が低い現状について、まずはその要因を明らかにするために詳細な分析が必要であり、入院・外来医療等の調査・評価分科会における調査結果も参考に議論すべきである。

これまでの外来医療に関する主な意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

（外来機能の分化）

- 特定機能病院等の再診患者について、悪性腫瘍、指定難病、小児慢性特定疾病の患者が一定数存在する。これらの患者は逆紹介が困難な傾向にあるが、傷病名のみで継続的な外来診療の妥当性を判断することは困難であり、例えば化学療法の実施状況や薬剤使用等の具体的な診療行為について考慮する必要があるのではないかと意見があった。
- 逆紹介が可能な場合には積極的に逆紹介を行うことが望ましく、特定機能病院等と地域の診療所等との連携の取組を進めるとともに、「2人主治医制」などの導入も含め、継続的な医学管理のあり方について検討することが重要であるとの意見があった。
- かかりつけ医機能の充実に向け、診療情報のやりとりは重要であり、診療情報提供料の算定回数増加は好ましい傾向である。連携強化診療情報提供料は病院での算定が大きく伸びる一方で、診療所では伸びていない。その要因が、算定要件が複雑であるためであるならば、要件の見直しが必要ではないかと意見があった。

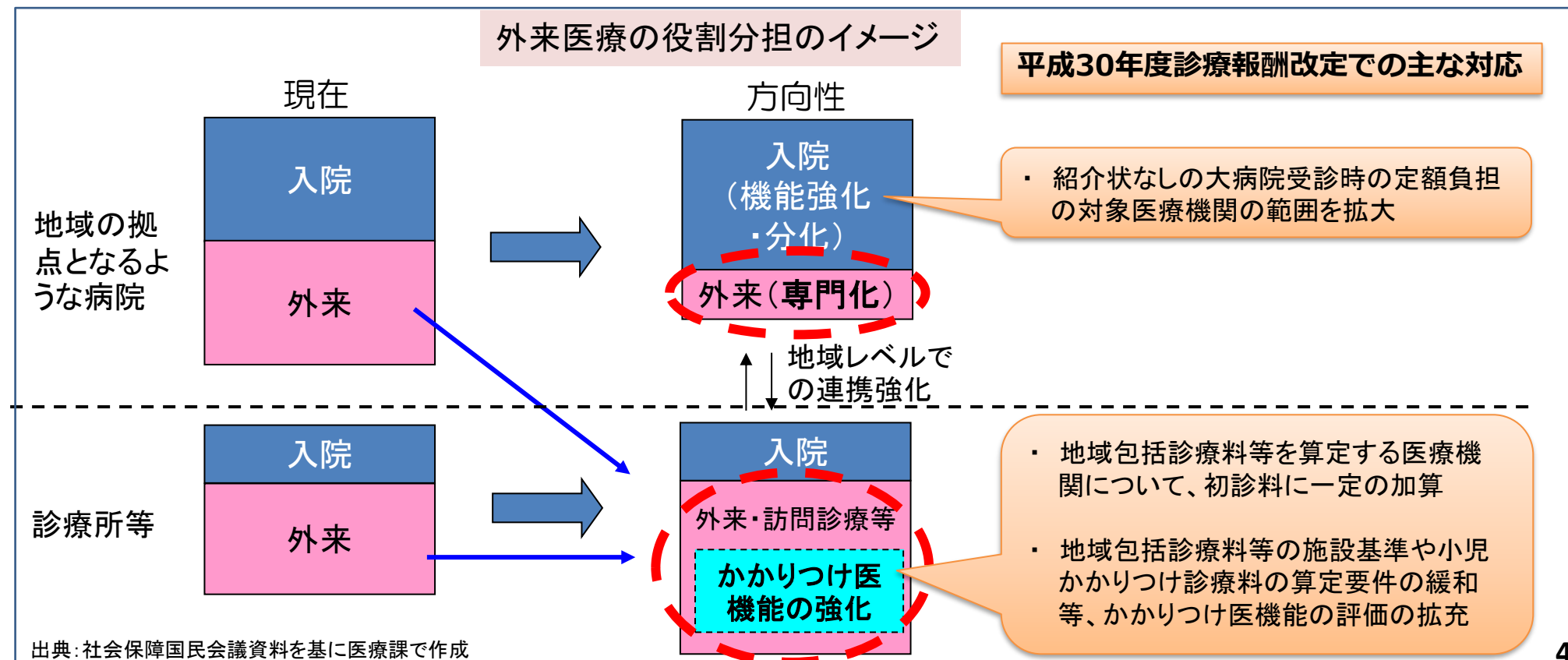
3. 外来機能の分化の推進について

- ① 特定機能病院等の再診患者について
- ② 連携強化診療情報提供料について

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



紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算

中医協 総-3
7. 7. 16改

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)

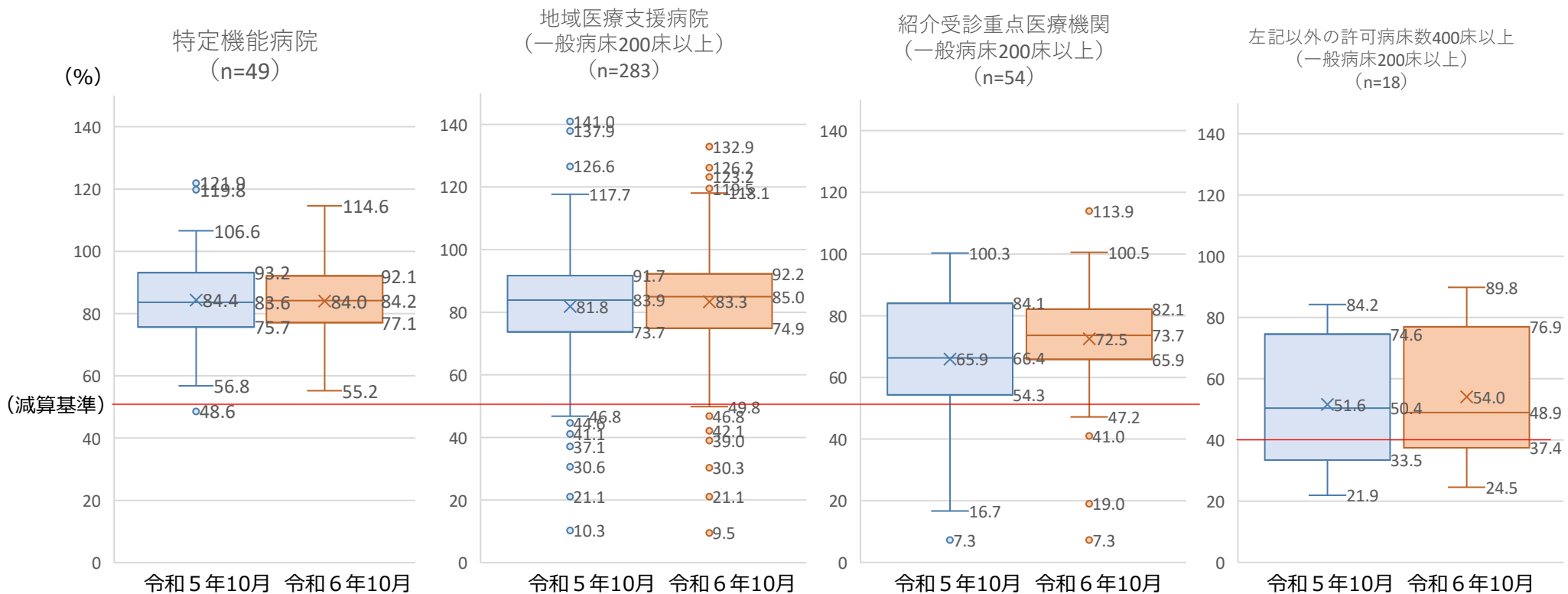
	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算の対象患者	<ul style="list-style-type: none">初診料 他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者外来診療料 当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者 ※いずれも、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。			
減算規定の基準 (前年度1年間)	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 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。 <ul style="list-style-type: none">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。 <ul style="list-style-type: none">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）。 <ul style="list-style-type: none">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。 <ul style="list-style-type: none">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。			

病院区分別の紹介割合

中医協 総-3
7. 7. 16

- 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）



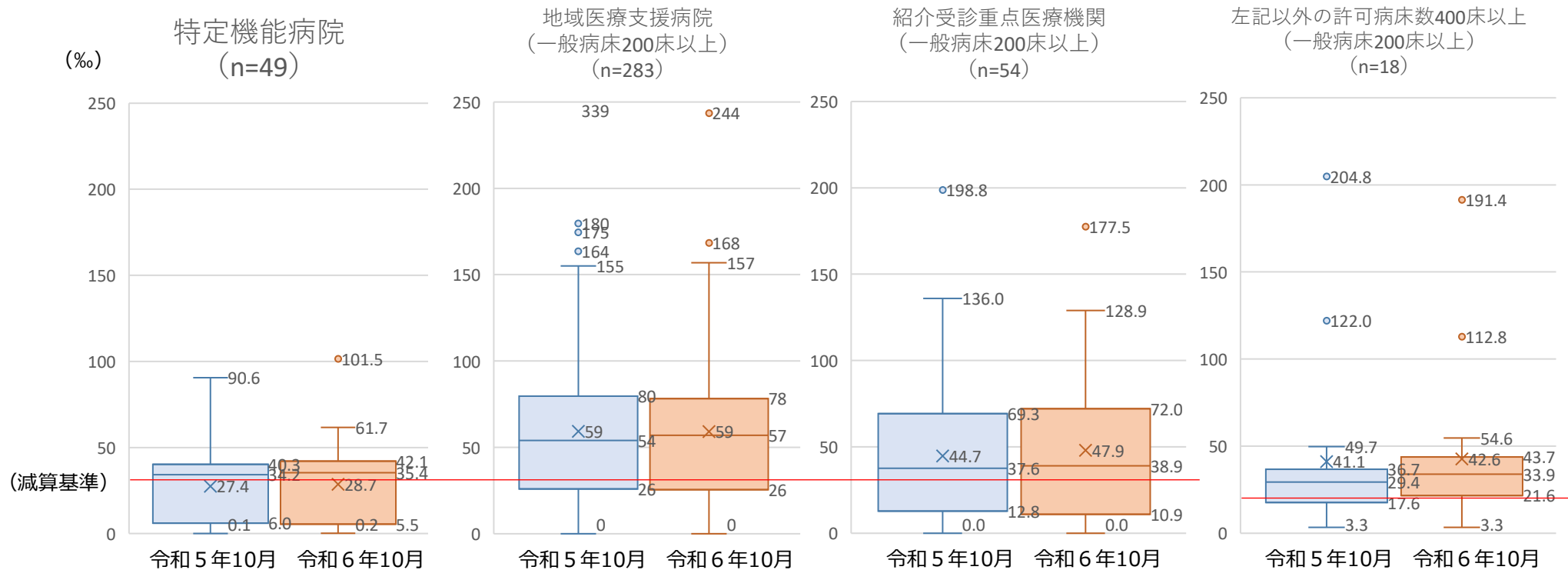
※「初診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者を含まない。

病院区分別の逆紹介割合

中医協 総— 3
7 . 7 . 16

- 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。

初診の患者数・再診の患者数

診調組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

- 「初診の患者数」「再診の患者数」の平均値等を病院区分別に示したものは以下のとおり。
- いずれの区分においても、令和6年10月の再診の患者数の平均値・中央値は、令和5年10月と比較して増加した。
- 全受診患者に占める初診患者割合の平均値・中央値は、特定機能病院では約5%であり、その他の区分では約10%であった。

		初診の患者数						再診の患者数					
		最大値 (人)	75%tile (人)	中央値 (人)	平均値 (人)	25%tile (人)	最小値 (人)	最大値 (人)	75%tile (人)	中央値 (人)	平均値 (人)	25%tile (人)	最小値 (人)
特定機能病院 (n=49)	令和5年10月	5,016	2,855	1,938	2,173	1,460	434	83,131	41,149	34,183	34,640	25,542	12,337
	令和6年10月	5,090	2,809	2,049	2,269	1,469	459	87,047	41,464	34,309	35,657	26,229	12,170
地域医療支援病院 (一般病床200床以上) (n=283)	令和5年10月	46,203	2,073	1,434	1,753	1,038	151	170,838	18,657	13,092	14,797	8,900	668
	令和6年10月	47,289	2,119	1,479	1,785	1,033	153	164,041	19,389	13,642	15,220	9,001	815
紹介受診重点医療機関 (一般病床200床以上) (n=54)	令和5年10月	2,639	1,842	1,365	1,346	859	198	33,222	16,880	12,726	13,077	8,579	2,073
	令和6年10月	2,695	1,805	1,221	1,322	796	214	35,392	17,656	13,056	13,254	8,574	2,042
上記以外の許可病床数400床 以上の病院 (一般病床200床以上) (n=18)	令和5年10月	4,213	1,565	1,218	1,458	996	540	23,361	16,589	11,659	12,098	6,868	1,380
	令和6年10月	3,884	1,677	1,231	1,441	844	609	24,487	16,861	11,882	12,342	7,243	1,438

		(参考) 全受診患者に占める初診患者割合※					
		最大値	75%tile	中央値	平均値	25%tile	最小値
特定機能病院 (n=49)	令和5年10月	9.8%	6.8%	5.5%	5.9%	4.5%	2.6%
	令和6年10月	10.5%	7.0%	5.6%	6.0%	4.7%	2.8%
地域医療支援病院 (一般病床200床以上) (n=283)	令和5年10月	44.7%	12.1%	10.0%	10.9%	8.2%	3.3%
	令和6年10月	39.7%	12.0%	9.9%	10.7%	8.2%	3.5%
紹介受診重点医療機関 (一般病床200床以上) (n=54)	令和5年10月	33.9%	11.4%	10.0%	10.4%	7.6%	4.5%
	令和6年10月	32.5%	10.9%	9.6%	10.1%	7.2%	4.1%
上記以外の許可病床数400床 以上の病院 (一般病床200床以上) (n=18)	令和5年10月	46.6%	16.5%	10.7%	13.8%	6.4%	3.1%
	令和6年10月	39.1%	15.7%	10.1%	13.2%	6.6%	2.8%

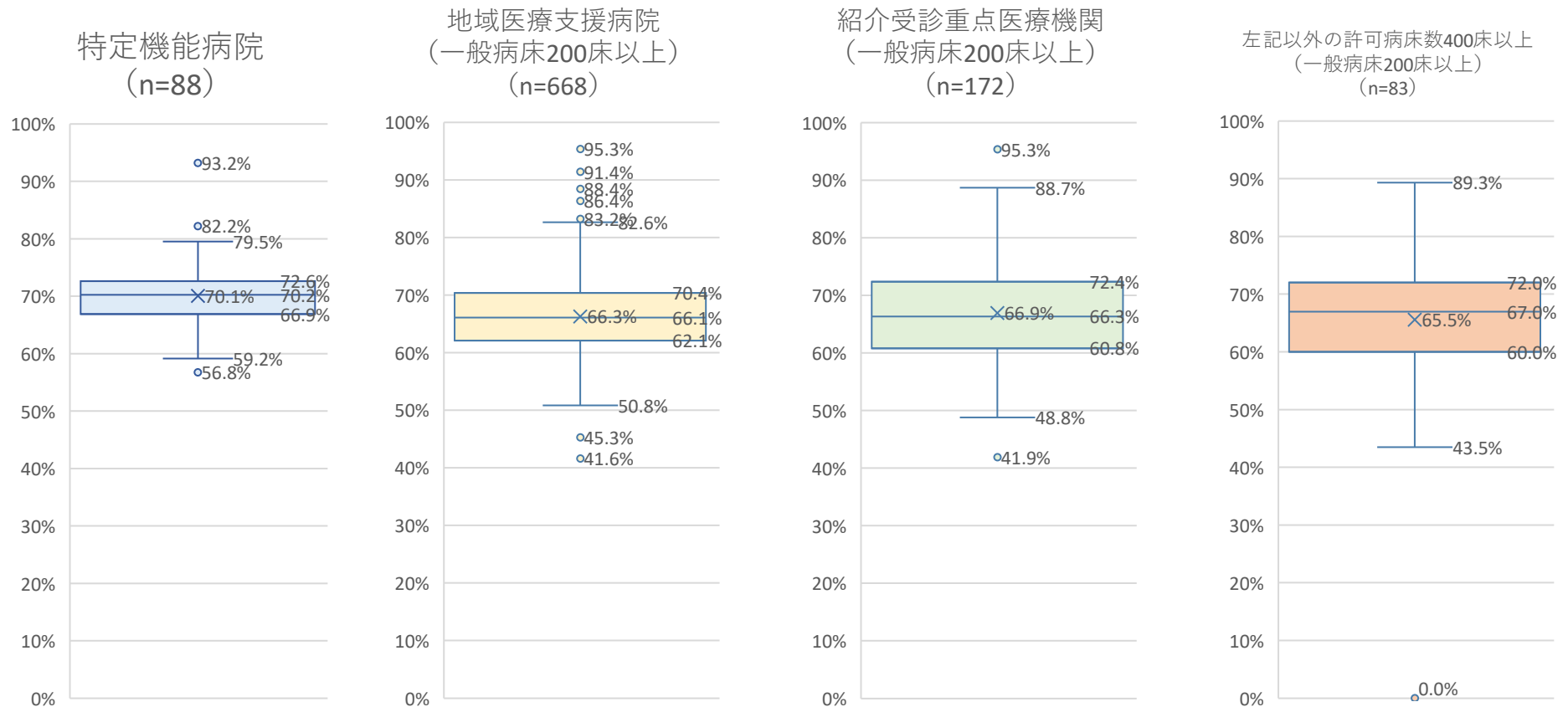
※全受診患者に占める初診患者の割合 =
初診の患者数 / (初診の患者数 + 再診の患者数)

2年以内に初診料の算定がない外来再診患者の割合

診調組 入 - 1
7 . 7 . 17

- 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）及びそれ以外の許可病床数400床以上の病院（一般病床200床以上）における、2年以内に初診料の算定がない外来再診患者の割合を医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 約6割以上の患者は、2年以内に初診料の算定がない再診患者であった。

2年以内に同一医療機関における初診料の算定がない外来再診患者の割合



出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

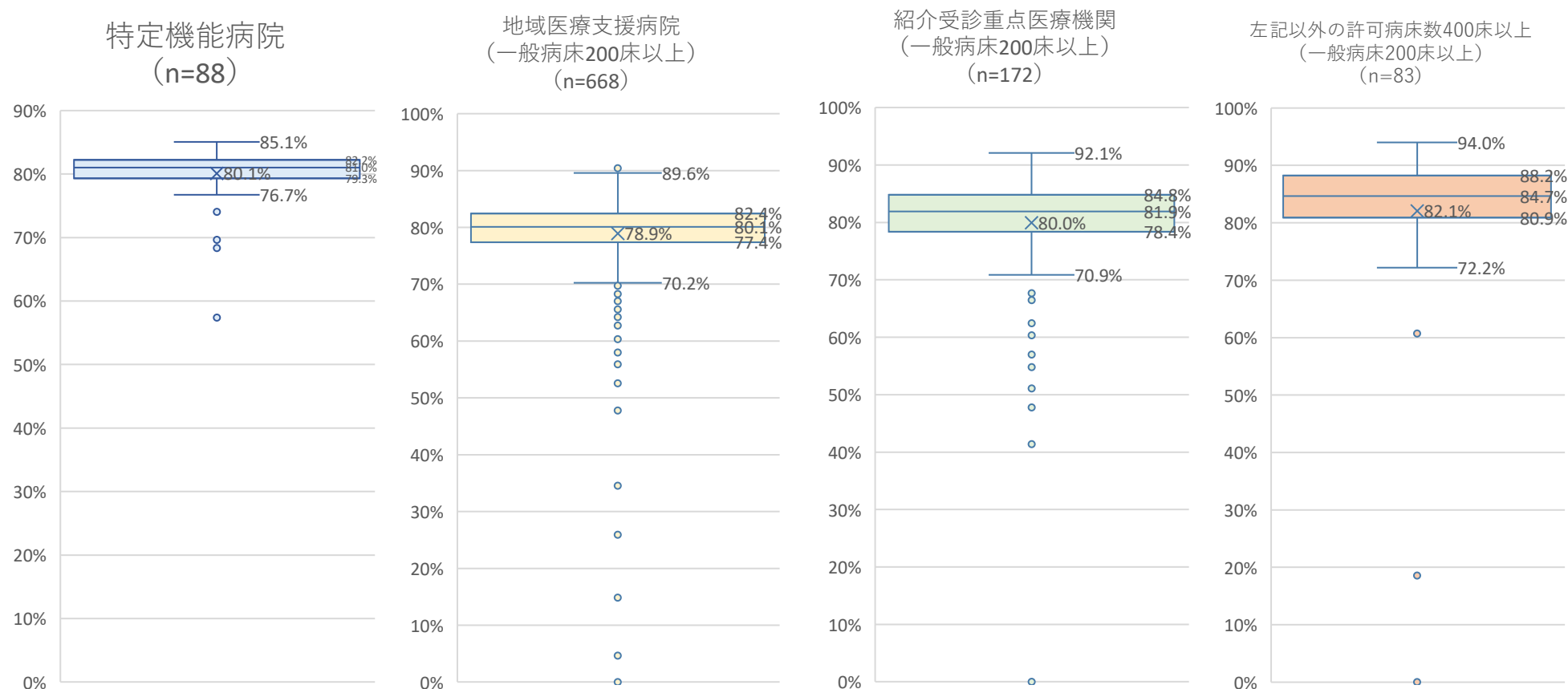
※（令和4年3月以降に初診料の算定がない患者）／（令和6年3月に外来診療料を算定した実人数）×100 を医療機関ごとに算出

6か月以内に外来再診した患者の割合

診調組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

- 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）及びそれ以外の許可病床数400床以上の病院（一般病床200床以上）において外来再診を行った患者のうち、直近6か月以内にも外来再診があった患者の割合を医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- いずれの区分の病院においても、平均して8割程度の患者が直近6か月以内に再診を受けていた。

6か月以内に同一医療機関において外来診療料を算定した外来再診患者の割合

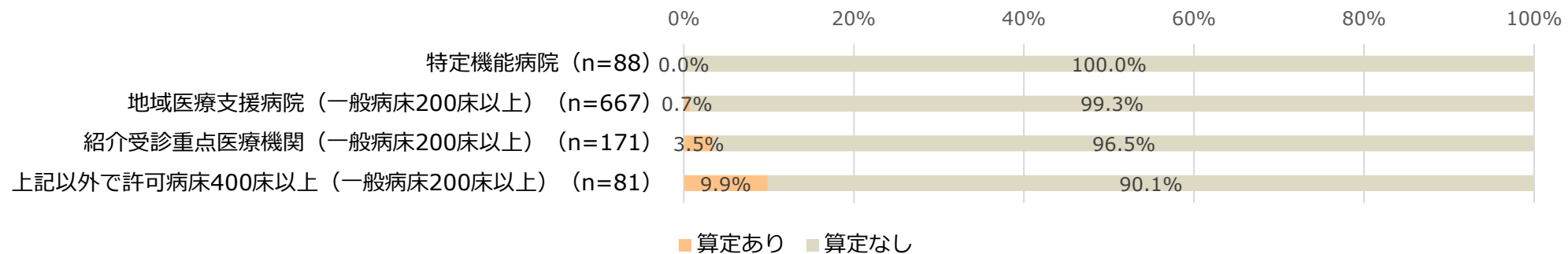


出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

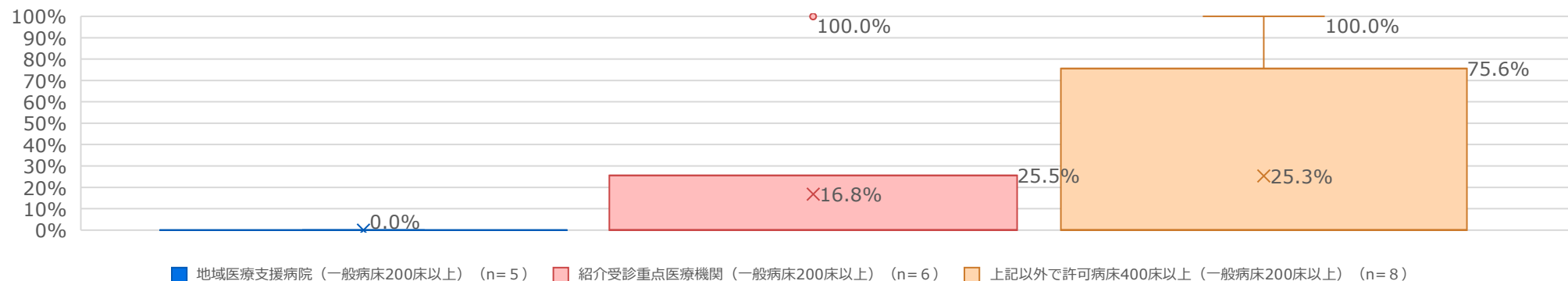
※（令和5年10月から令和6年2月までに外来診療料の算定がある患者）／（令和6年3月に外来診療料を算定した実人数）×100 を医療機関ごとに算出

- 外来診療料の注2、3減算（紹介・逆紹介割合の基準を下回る病院において「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」に該当した患者が対象）の算定が1回以上あった病院の割合は、いずれの区分においても10%未満であり、特定機能病院においては0%であった。
- 外来診療料の注2、3減算の算定が1回以上あった病院における、全外来診療料の算定回数に占める注2・3減算の算定回数の割合は、「地域医療支援病院」で低く、「その他の病院」区分では比較的高い傾向があった。

注2・3減算の算定回数が1回以上あった病院の割合



注2・3減算の算定回数が1回以上あった病院における 全外来診療料の算定回数に占める注2・3減算の算定回数の割合



逆紹介の申出を行った患者等の割合

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 8

- 「外来診療料を算定した患者数」に占める「文書による紹介を行う旨の申出を行った患者数」「複数科を受診した患者数」「地域の診療所と連携して診療にあたっている患者数」の各割合を病院ごとに算出し、病院の区分ごとに示したものは以下のとおり。
- 「文書による紹介を行う旨の申出を行った患者」「地域の診療所と連携して診療にあたっている患者」の割合はいずれの区分においても低い水準であった。
- 「複数科を受診した患者割合」の中央値は約 6 %程度であった。

許可病床数200床以下の病院又は診療所に 文書による紹介を行う旨の申出を行った患者割合	回答病院数	最大値	第三四分位数	中央値	平均値	第一四分位数	最小値
特定機能病院	11	26.1%	4.2%	2.2%	5.4%	0.4%	0.0%
地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関・許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)	156	100.0%	7.3%	2.7%	8.6%	0.0%	0.0%

複数科を受診した患者割合	回答病院数	最大値	第三四分位数	中央値	平均値	第一四分位数	最小値
特定機能病院	39	71.1%	17.0%	6.8%	14.4%	3.0%	0.0%
地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関・許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)	285	89.8%	10.6%	5.9%	11.1%	3.8%	0.0%

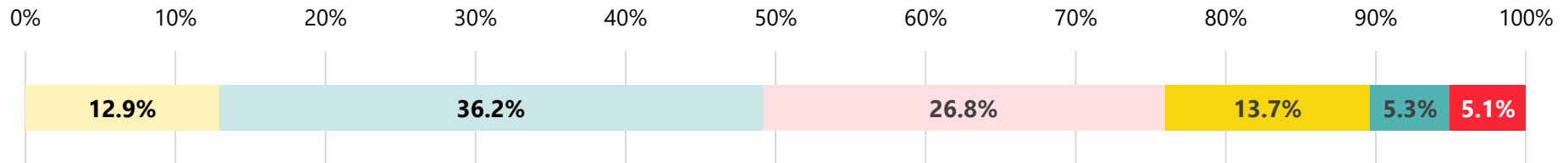
地域の診療所と連携して診療にあたっている (自院と地域の診療所双方にかかりつけである) 患者割合	回答病院数	最大値	第三四分位数	中央値	平均値	第一四分位数	最小値
特定機能病院	10	21.7%	2.1%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%
地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関・許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)	135	95.0%	5.1%	1.1%	5.1%	0.0%	0.0%

※令和 6 年 4 月 1 日から令和 7 年 3 月 31 日までの期間における患者数から算出

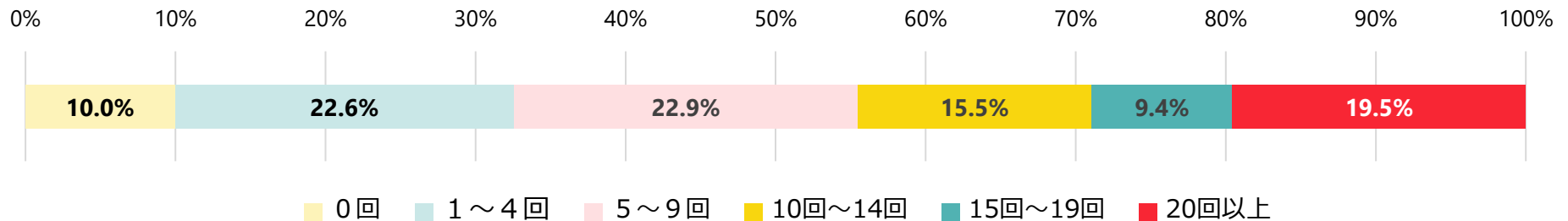
特定機能病院等の再診患者の外来診療料算定回数

- 特定機能病院等の再診患者について、直近1年間に20回以上外来診療料を算定した患者の割合は、約5%であり、10回以上算定した患者の割合は約24%であった。

令和6年3月に再診した患者が、直近1年間に外来診療料を算定した回数（※1）



令和6年3月に再診した患者が、直近2年間に外来診療料を算定した回数（※2）



出典：NDBデータ（令和4年4月～令和6年3月診療分）

※1 特定機能病院等（特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）及びそれ以外の許可病床数400床以上の病院（一般病床200床以上））において令和6年3月に外来診療料を算定した患者が、同一の医療機関において、令和5年4月～令和6年2月に外来診療料を算定した回数を集計し、回数ごとの患者実人数の割合を示した。

※2 特定機能病院等において令和6年3月に外来診療料を算定した患者が、同一の医療機関において、令和4年4月～令和6年2月に外来診療料を算定した回数を集計し、回数ごとの患者実人数の割合を示した。

特定機能病院等における多数回再診患者の主傷病名

- 特定機能病院等（特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）及びそれ以外の許可病床数400床以上の病院（一般病床200床以上））において、一定の期間に多数回の外来診療料を算定した患者の主傷病名は、糖尿病、前立腺癌、高血圧症、関節リウマチ等が上位を占めていた。

過去1年に10回以上再診がある患者の上位25傷病名

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度 3月診療月	
			患者数	構成割合(%)
計	対象患者数		1,926,202	100.00
1	2型糖尿病	E11	34,073	1.77
2	前立腺癌	C61	28,805	1.50
3	糖尿病	E14	25,456	1.32
4	高血圧症	I10	23,252	1.21
5	関節リウマチ	M0690	20,301	1.05
6	うつ病	F329	17,905	0.93
7	前立腺肥大症	N40	16,466	0.85
8	乳癌	C509	15,178	0.79
9	気管支喘息	J459	15,033	0.78
10	腰部脊柱管狭窄症	M4806	14,317	0.74
11	変形性膝関節症	M171	14,006	0.73
12	統合失調症	F209	13,971	0.73
13	慢性腎不全	N189	13,580	0.71
14	アレルギー性鼻炎	J304	11,537	0.60
15	間質性肺炎	J849	10,490	0.54
16	睡眠時無呼吸症候群	G473	10,468	0.54
17	便秘症	K590	10,190	0.53
18	うつ血性心不全	I500	10,000	0.52
19	鉄欠乏性貧血	D509	9,663	0.50
20	狭心症	I209	9,210	0.48
21	大腸ポリープ	K635	9,108	0.47
22	不眠症	G470	8,940	0.46
23	アトピー性皮膚炎	L209	8,749	0.45
24	骨粗鬆症	M8199	8,687	0.45
25	直腸癌	C20	8,222	0.43

過去2年に20回以上再診がある患者の上位25傷病名

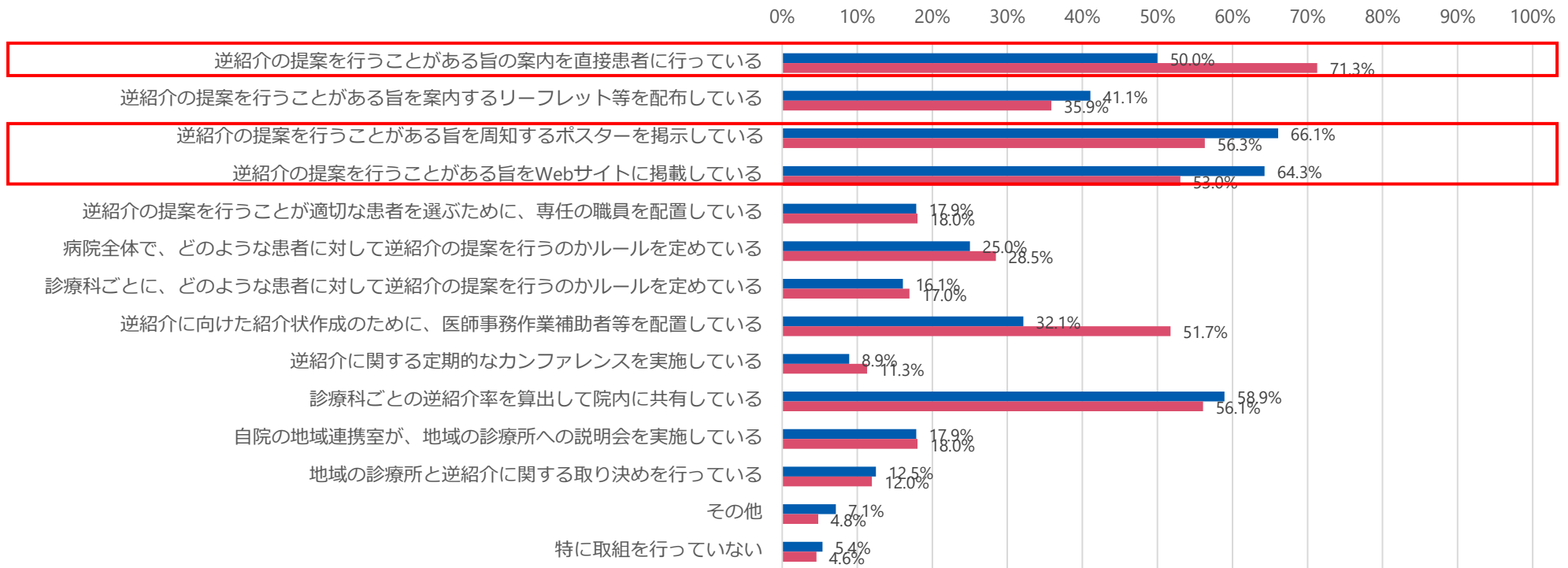
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度 3月診療月	
			患者数	構成割合(%)
計	対象患者数		1,565,281	100.00
1	2型糖尿病	E11	29,089	1.86
2	前立腺癌	C61	23,068	1.47
3	糖尿病	E14	20,790	1.33
4	高血圧症	I10	20,410	1.30
5	関節リウマチ	M0690	17,281	1.10
6	うつ病	F329	15,168	0.97
7	前立腺肥大症	N40	14,056	0.90
8	統合失調症	F209	12,599	0.80
9	気管支喘息	J459	12,473	0.80
10	慢性腎不全	N189	12,344	0.79
11	腰部脊柱管狭窄症	M4806	12,019	0.77
12	変形性膝関節症	M171	11,722	0.75
13	乳癌	C509	11,580	0.74
14	アレルギー性鼻炎	J304	9,235	0.59
15	睡眠時無呼吸症候群	G473	8,803	0.56
16	うつ血性心不全	I500	8,312	0.53
17	間質性肺炎	J849	8,154	0.52
18	大腸ポリープ	K635	8,020	0.51
19	狭心症	I209	7,998	0.51
20	便秘症	K590	7,996	0.51
21	鉄欠乏性貧血	D509	7,682	0.49
22	不眠症	G470	7,319	0.47
23	骨粗鬆症	M8199	6,929	0.44
24	アトピー性皮膚炎	L209	6,928	0.44
25	慢性心不全	I509	6,825	0.44

診療所等への逆紹介に関する取組

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 8

- 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・許可病床400床以上の病院における、診療所等への逆紹介に関する取組の状況は以下のとおり。
- 特定機能病院においては、「周知するポスターを掲示している」が最も多く、それ以外の病院においては「案内を直接患者に行っている」が最も多かった。

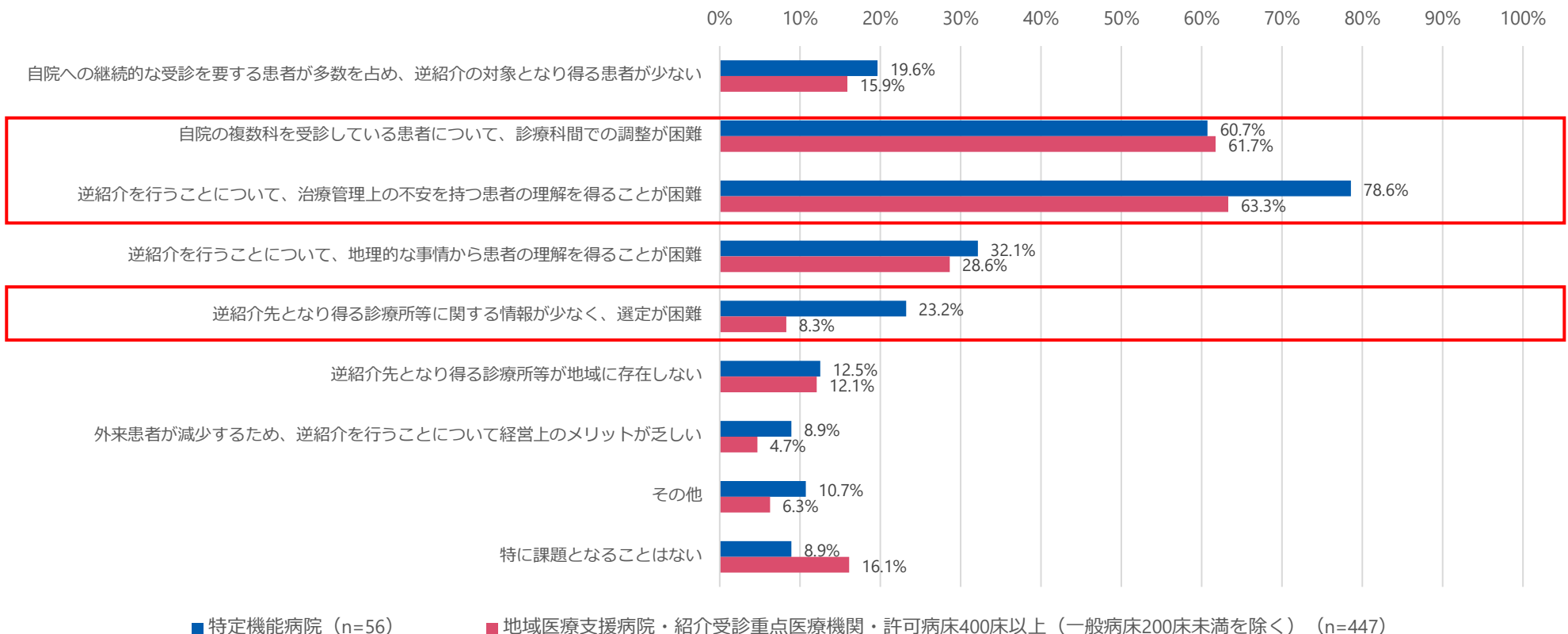
診療所等への逆紹介に関する取組



■ 特定機能病院 (n=56) ■ 地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関・許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く) (n=460)

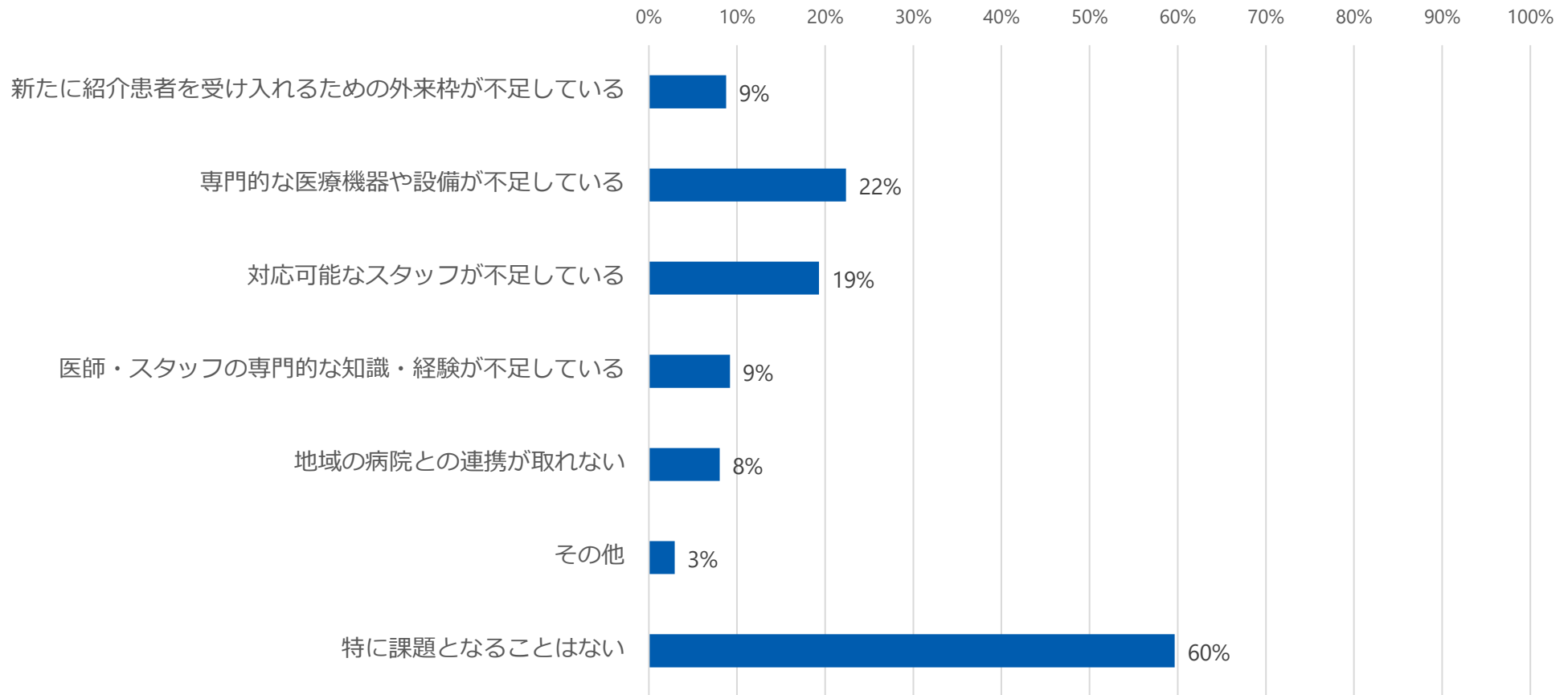
- 特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関・許可病床400床以上の病院における、再診患者の逆紹介を行う上での課題は以下のとおり。
- 「逆紹介を行うことについて、治療管理上の不安を持つ患者の理解を得ることが困難」が最も多く、次いで「自院の複数科を受診している患者について、診療科間での調整が困難」が多かった。

再診患者の逆紹介を行う上での課題



- 診療所に対して、「病院からの紹介患者を受け入れる上での課題」について聞いたところ、「特に課題となることはない」が最も多く、次いで「専門的な医療機器や設備が不足している」「対応可能なスタッフが不足している」が多かった。

病院からの紹介患者を受け入れるうえでの課題(n=684)



(参考)

外来診療料算定患者について

(悪性腫瘍、指定難病、小児慢性特定疾病、外来化学療法患者、放射線治療患者等の各患者数等)

特定機能病院等における外来診療料算定患者の主傷病名

- 特定機能病院等において、外来診療料を算定した患者の主傷病名の上位25位は以下のとおり。
- 「悪性腫瘍」の患者は約14～17%程度、「指定難病」の患者は約2～5%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約13～16%程度であった。

特定機能病院

No.	傷病名基本名称 ICD10	令和6年度	
		7月診療月	
		患者数	構成割合(%)
計	外来診療料算定患者数	1,617,031	100
再掲	悪性腫瘍	269,867	16.69
	指定難病	72,879	4.51
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）	265,168	16.4
1	前立腺癌 C61	24,715	1.53
2	糖尿病 E14	21,588	1.34
3	2型糖尿病 E11	21,184	1.31
4	関節リウマチ M0690	17,014	1.05
5	乳癌 C509	13,096	0.81
6	高血圧症 I10	12,881	0.8
7	うつ病 F329	11,661	0.72
8	てんかん G409	9,206	0.57
9	気管支喘息 J459	9,156	0.57
10	統合失調症 F209	8,543	0.53
11	鉄欠乏性貧血 D509	8,268	0.51
12	腰部脊柱管狭窄症 M4806	8,206	0.51
13	乳房上外側部乳癌 C504	8,038	0.5
14	アトピー性皮膚炎 L209	7,929	0.49
15	全身性エリテマトーデス M329	7,583	0.47
16	変形性膝関節症 M171	7,154	0.44
17	前立腺肥大症 N40	7,086	0.44
18	便秘症 K590	7,060	0.44
19	アレルギー性鼻炎 J304	7,050	0.44
20	胃癌 C169	7,035	0.44
21	大腸ポリープ K635	6,987	0.43
22	潰瘍性大腸炎 K519	6,858	0.42
23	上葉肺癌 C341	6,789	0.42
24	バセドウ病 E050	6,738	0.42
25	不眠症 G470	6,653	0.41

地域医療支援病院（一般病床200床以上）
紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）

No.	傷病名基本名称 ICD10	令和6年度	
		7月診療月	
		患者数	構成割合(%)
計	外来診療料算定患者数	5,838,832	100
再掲	悪性腫瘍	790,464	13.54
	指定難病	147,825	2.53
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）	902,372	15.45
1	前立腺癌 C61	101,082	1.73
2	2型糖尿病 E11	93,105	1.59
3	糖尿病 E14	86,250	1.48
4	高血圧症 I10	75,705	1.3
5	前立腺肥大症 N40	53,135	0.91
6	関節リウマチ M0690	49,258	0.84
7	気管支喘息 J459	45,352	0.78
8	乳癌 C509	44,440	0.76
9	大腸ポリープ K635	43,276	0.74
10	腰部脊柱管狭窄症 M4806	41,990	0.72
11	胃癌 C169	37,649	0.64
12	変形性膝関節症 M171	36,386	0.62
13	鉄欠乏性貧血 D509	33,673	0.58
14	てんかん G409	33,266	0.57
15	便秘症 K590	32,462	0.56
16	狭心症 I209	32,153	0.55
17	アレルギー性鼻炎 J304	29,661	0.51
18	大腸癌 C189	29,083	0.5
19	子宮筋腫 D259	28,355	0.49
20	骨粗鬆症 M8199	27,047	0.46
21	うつ血性心不全 I500	26,494	0.45
22	アトピー性皮膚炎 L209	25,754	0.44
23	間質性肺炎 J849	24,411	0.42
24	肺癌 C349	24,281	0.42
25	緑内障 H409	23,780	0.41

左記以外の許可病床数400床以上の病院
（一般病床200床以上）

No.	傷病名基本名称 ICD10	令和6年度	
		7月診療月	
		患者数	構成割合(%)
計	外来診療料算定患者数	485,124	100
再掲	悪性腫瘍	70,740	14.58
	指定難病	8,550	1.76
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）	63,073	13
1	高血圧症 I10	11,186	2.31
2	2型糖尿病 E11	9,252	1.91
3	前立腺癌 C61	8,449	1.74
4	糖尿病 E14	6,880	1.42
5	前立腺肥大症 N40	5,201	1.07
6	乳癌 C509	4,836	1
7	腰部脊柱管狭窄症 M4806	4,656	0.96
8	変形性膝関節症 M171	4,244	0.87
9	気管支喘息 J459	3,919	0.81
10	てんかん G409	3,906	0.81
11	関節リウマチ M0690	3,789	0.78
12	大腸ポリープ K635	3,635	0.75
13	胃癌 C169	3,338	0.69
14	アレルギー性鼻炎 J304	3,076	0.63
15	骨粗鬆症 M8199	3,050	0.63
16	睡眠時無呼吸症候群 G473	2,933	0.6
17	便秘症 K590	2,906	0.6
18	緑内障 H409	2,788	0.57
19	うつ病 F329	2,613	0.54
20	大腸癌 C189	2,606	0.54
21	高コレステロール血症 E780	2,551	0.53
22	腰痛症 M5456	2,400	0.49
23	鉄欠乏性貧血 D509	2,362	0.49
24	不眠症 G470	2,351	0.48
25	狭心症 I209	2,232	0.46

外来診療料注2・3減算患者の主傷病名

- **外来診療料の注2・3減算**（紹介・逆紹介割合の基準を下回る病院において「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」に該当した患者が対象）を算定した患者の主傷病名の上位24位は以下の通り。
- 「悪性腫瘍」の患者は約1～14%程度、「指定難病」の患者は約3%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約11～12%程度であった。

特定機能病院

地域医療支援病院（一般病床200床以上）
紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）

左記以外の許可病床数400床以上の病院
（一般病床200床以上）

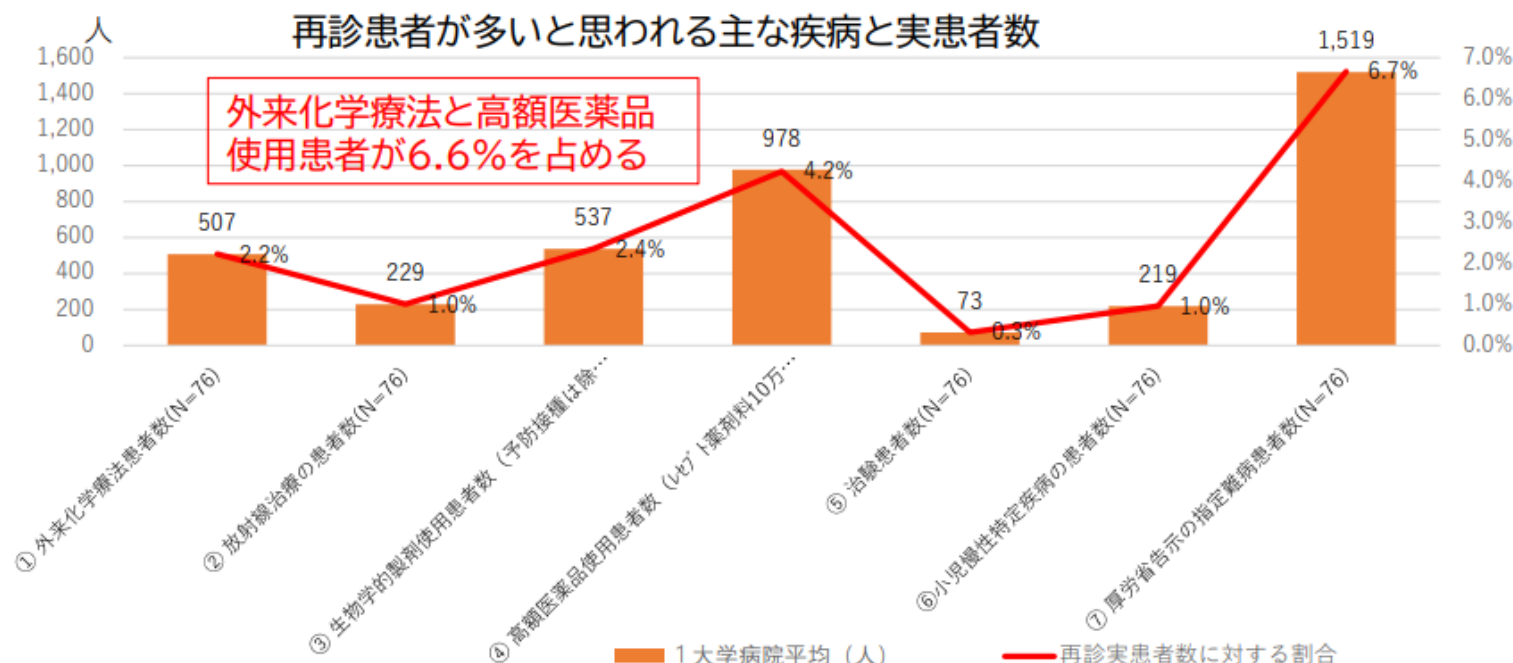
該当患者なし

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			患者数	構成割合(%)
計	外来診療料算定患者数		4,493	100
再掲	悪性腫瘍		615	13.69
	指定難病		126	2.8
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		483	10.75
1	前立腺肥大症	N40	165	3.67
2	乳癌	C509	129	2.87
3	関節リウマチ	M0690	119	2.65
4	気管支喘息	J459	117	2.60
5	遠視性乱視	H522	95	2.11
6	アトピー性皮膚炎	L209	92	2.05
7	感音難聴	H905	72	1.60
8	子宮筋腫	D259	69	1.54
9	前立腺癌	C61	63	1.40
10	慢性副鼻腔炎	J329	61	1.36
11	糖尿病	E14	60	1.34
12	近視性乱視	H522	58	1.29
13	子宮腔部びらん	N86	50	1.11
14	本態性高血圧症	I10	48	1.07
15	高血圧症	I10	45	1.00
16	間質性肺炎	J849	41	0.91
17	大腸ポリープ	K635	40	0.89
17	胸部異常陰影	R91	40	0.89
19	COVID-19	U071	39	0.87
20	突発性難聴	H912	37	0.82
21	上葉肺癌	C341	35	0.78
22	扁桃肥大	J351	33	0.73
22	化学物質過敏症	T659	33	0.73
24	肺癌	C349	31	0.69
24	過活動膀胱	N328	31	0.69

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			患者数	構成割合(%)
計	外来診療料算定患者数		1,473	100
再掲	悪性腫瘍		18	1.22
	指定難病		44	2.99
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		177	12.02
1	高血圧症	I10	142	9.64
2	睡眠時無呼吸症候群	G473	100	6.79
3	2型糖尿病	E11	59	4.01
4	脳性麻痺	G809	45	3.06
5	骨粗鬆症	M8199	31	2.10
6	慢性腰痛症	M5456	29	1.97
7	高脂血症	E785	26	1.77
8	脳梗塞	I639	26	1.77
9	脂質異常症	E785	24	1.63
10	変形性膝関節症	M171	19	1.29
11	気管支喘息	J459	18	1.22
12	腰痛症	M5456	17	1.15
13	感音難聴	H905	16	1.09
14	インフルエンザ	J111	15	1.02
15	被殻出血	I610	14	0.95
16	パーキンソン病Yahr3	G20	14	0.95
17	脳出血	I619	13	0.88
18	腰部脊柱管狭窄症	M4806	13	0.88
19	慢性閉塞性肺疾患	J449	13	0.88
20	糖尿病	E14	11	0.75
21	慢性咽喉頭炎	J370	11	0.75
22	慢性副鼻腔炎	J329	10	0.68
23	アトピー性皮膚炎	L209	10	0.68
24	染色体異常	Q999	10	0.68

再診が多い患者症例と実患者数(1大学病院平均) (令和7年6月の患者数)

再診が多いと思われる疾患のうち、がんの外来化学療法は再診実患者数の2.2%、生物学的製剤使用の患者は2.4%、指定難病の患者は6.7%と再診が多い結果となっている。また、高額医薬品を服用されている患者も4.2%と多くなっている。



再診患者が多いと思われる主な疾病と実患者数	合 計 (人)	1大学病院平均 (人)	再診実患者数に 対する割合
① 外来化学療法患者数(N=76)	38,552	507	2.2%
② 放射線治療の患者数(N=76)	17,434	229	1.0%
③ 生物学的製剤使用患者数(予防接種は除く)(N=76)	40,787	537	2.4%
④ 高額医薬品使用患者数(レセプト薬剤料10万円以上)(N=75)	73,327	978	4.2%
⑤ 治験患者数(N=76)	5,522	73	0.3%
⑥ 小児慢性特定疾病の患者数(N=76)	16,646	219	1.0%
⑦ 厚労省告示の指定難病患者数(N=76)	115,470	1,519	6.7%

3. 外来機能の分化の推進について

- ① 特定機能病院等の再診患者について
- ② 連携強化診療情報提供料について

連携強化診療情報提供料の概要

B011 連携強化診療情報提供料 150点

かかりつけ医機能を有する医療機関、紹介受診重点医療機関又は難病若しくはてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関又は産科若しくは産婦人科を標榜する医療機関等と他の医療機関が連携することで、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

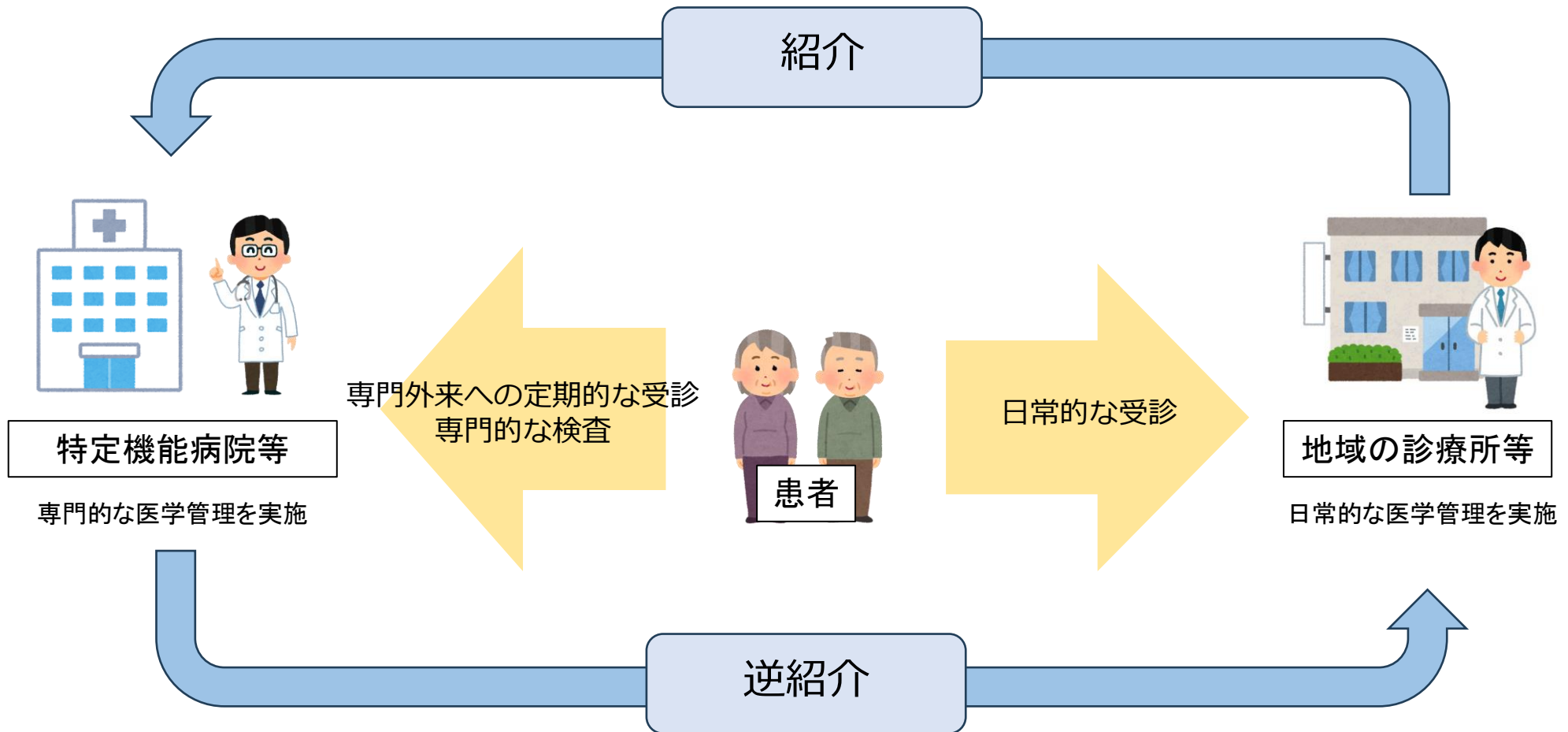
【主な算定要件】

- 他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、患者1人につき提供する保険医療機関ごとに1月に1回又は3月に1回に限り算定する。
- 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い診療情報提供料(Ⅰ)を算定した保険医療機関においては、診療情報提供料(Ⅰ)を算定した月について、当該患者に対して連携強化診療情報提供料は別に算定できない。
- 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に情報提供が行われた場合は算定できない。

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

(※) かかりつけ医機能に係る施設基準は、「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。）」「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。）」のいずれかの基準を指す。

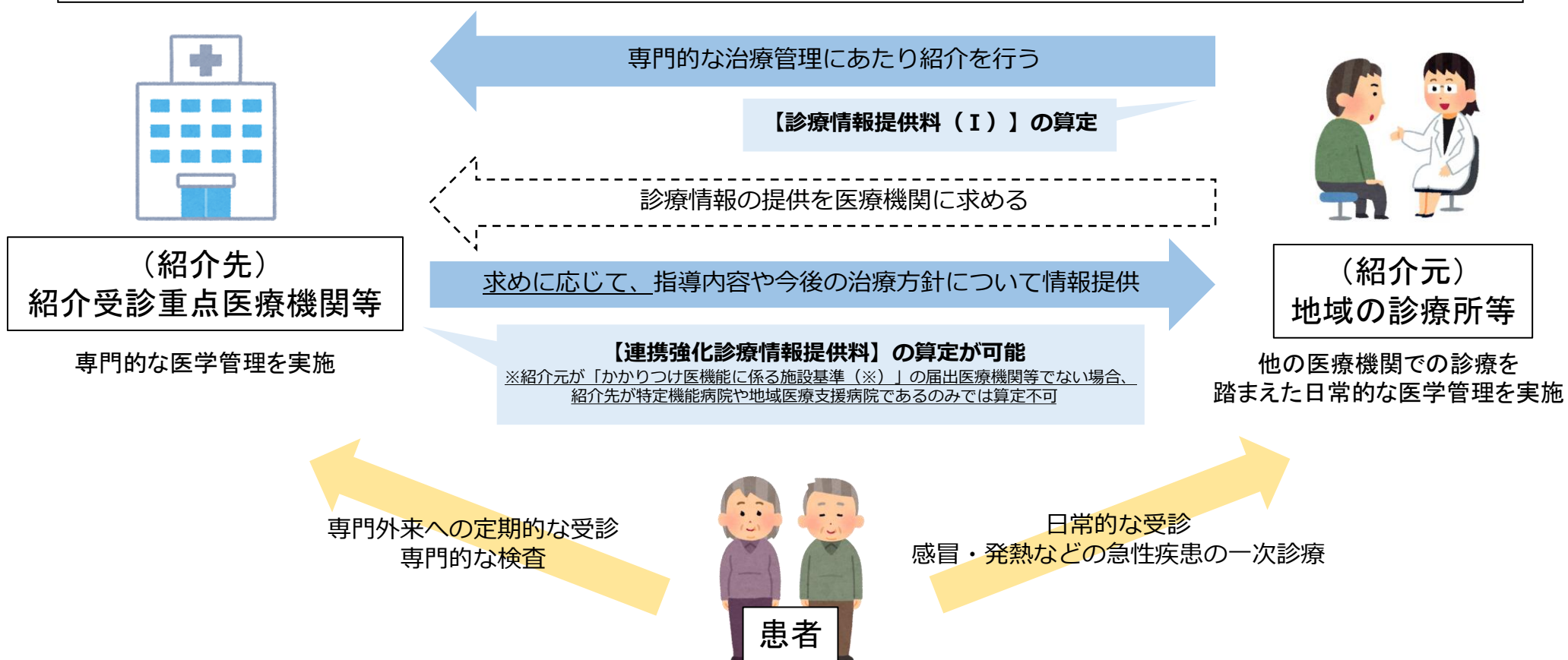
- 1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う、いわゆる「2人主治医制」を実施することについて、患者に周知している事例がある。



外来機能に応じた医療機関連携の具体例（1）

診調組 入-1
7. 7. 17

- 例えば、地域の診療所等に通院する患者について、専門的治療の必要性を認め、紹介受診重点医療機関等への紹介を行う場合、診療情報提供料（I）を算定する。
- 紹介後に、紹介先の医療機関においても専門的な医学管理を継続的に実施する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。この情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、連携強化診療情報提供料の算定が可能である。

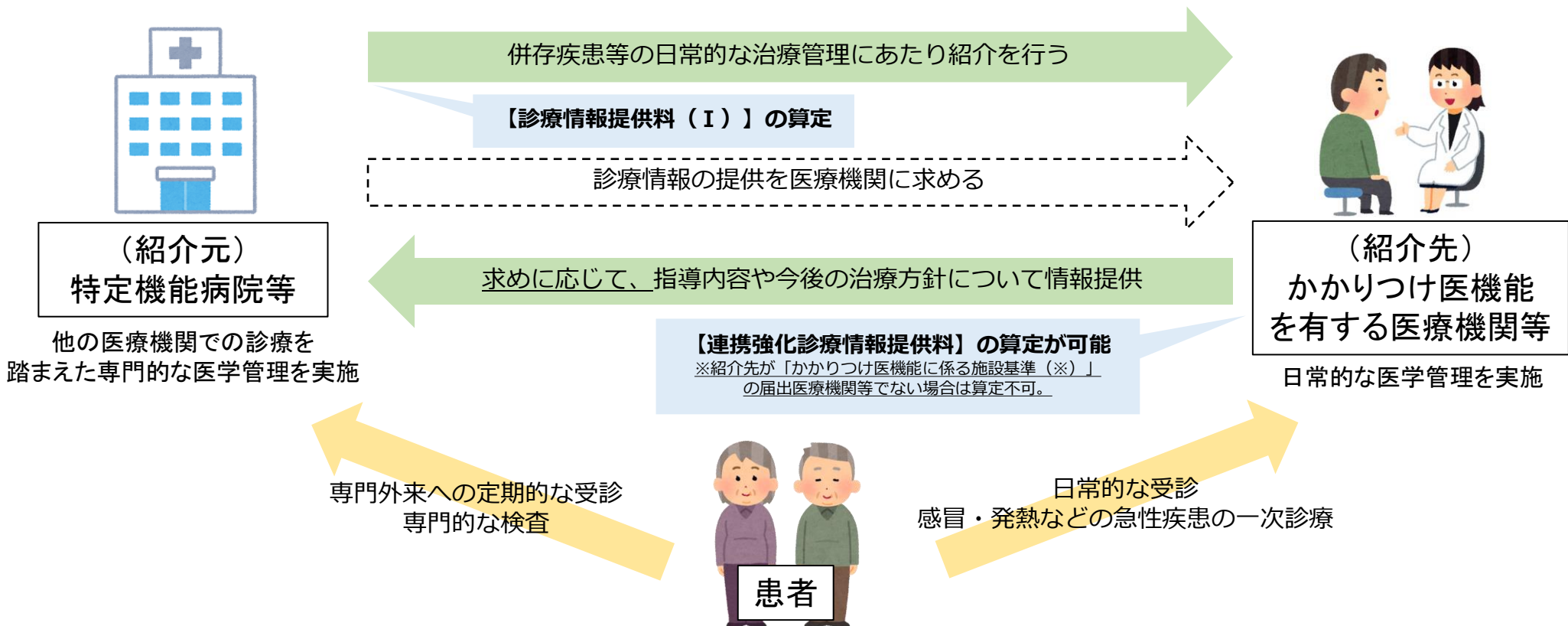


（※）かかりつけ医機能に係る施設基準は、「地域包括診療加算」「地域包括診療料」「小児かかりつけ診療料」「在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）」「施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）」のいずれかの基準を指す。

外来機能に応じた医療機関連携の具体例（2）

診調組 入-1
7. 7. 17

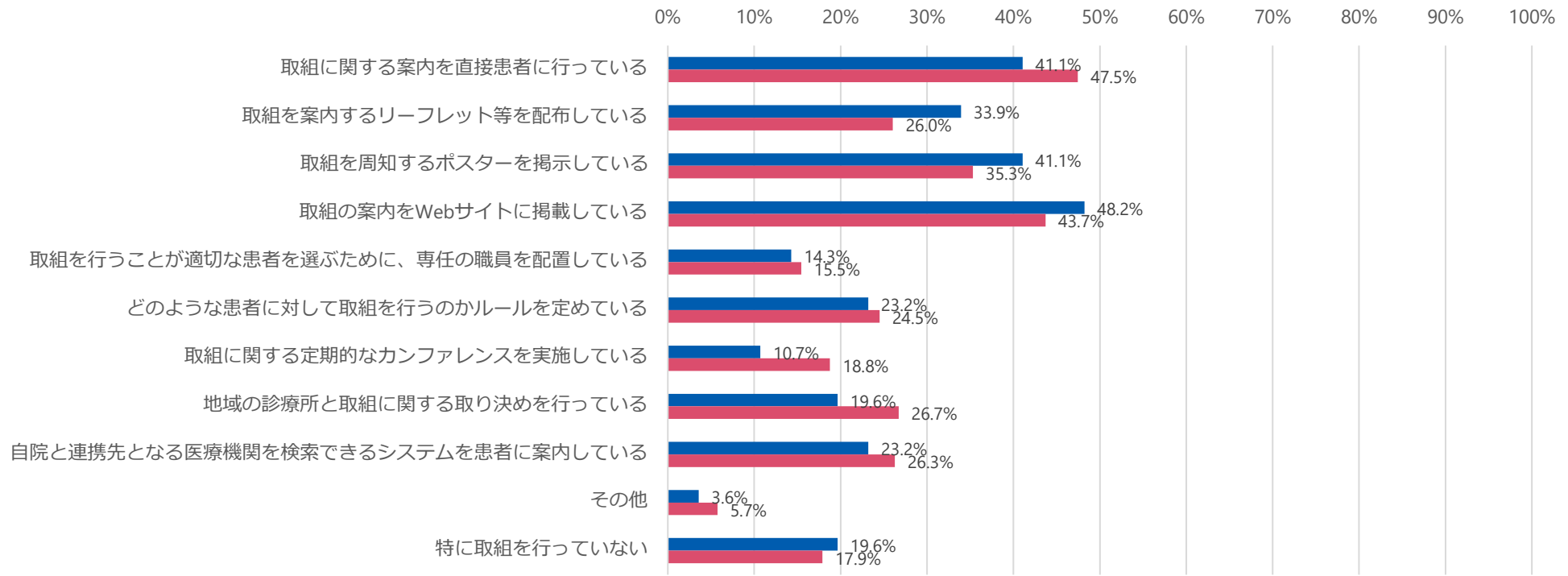
- 例えば、特定機能病院等に通院する患者について、かかりつけ医機能を有する医療機関等での診療の必要を認め、当該医療機関へ紹介を行う場合、診療情報提供料（I）を算定する。
- 紹介後に、紹介先の医療機関においても日常的な医学管理を継続的に実施する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。この情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、連携強化診療情報提供料の算定が可能である。



（※）かかりつけ医機能に係る施設基準は、「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。）」「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。）」のいずれかの基準を指す。

- 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・許可病床400床以上の病院における、「1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組」の状況は以下のとおり。
- 特定機能病院においては、「案内をWebサイトに掲載している」が最も多く、それ以外の病院においては「案内を直接患者に行っている」が最も多かった。

病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組

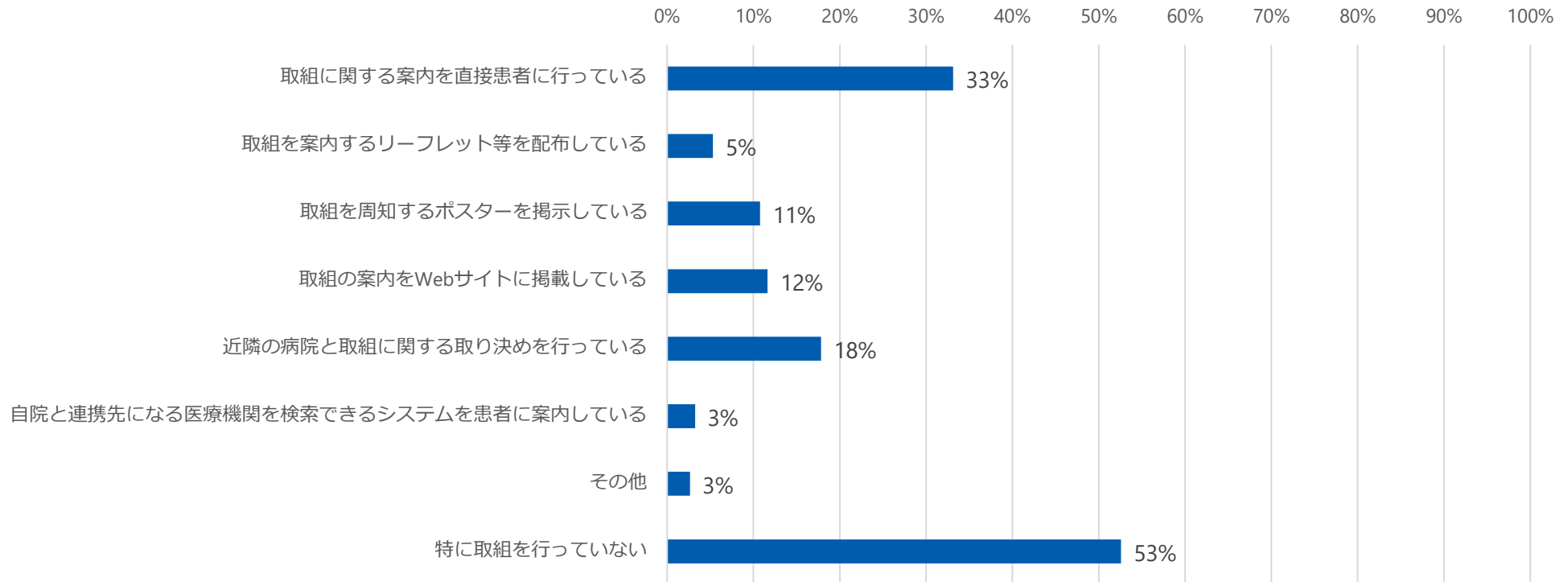


■ 特定機能病院（n=56） ■ 地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関・許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く）（n=453）

- 診療所における「1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組」の状況は以下のとおり。
- 「特に取組を行っていない」が最も多く、次いで「取組に関する案内を直接患者に行っている」「近隣の病院と取組に関する取り決めを行っている」が多かった。

1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組

(n=679)

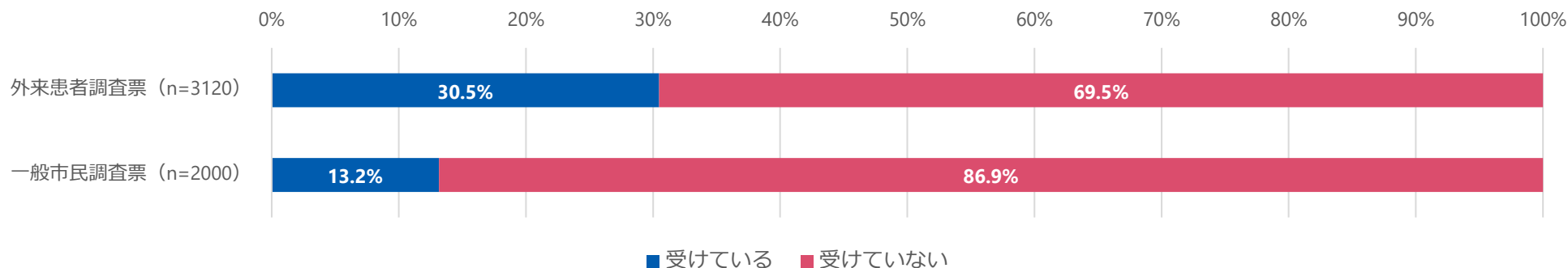


病院の専門医師と地域のかかりつけ医師との連携（患者意向）

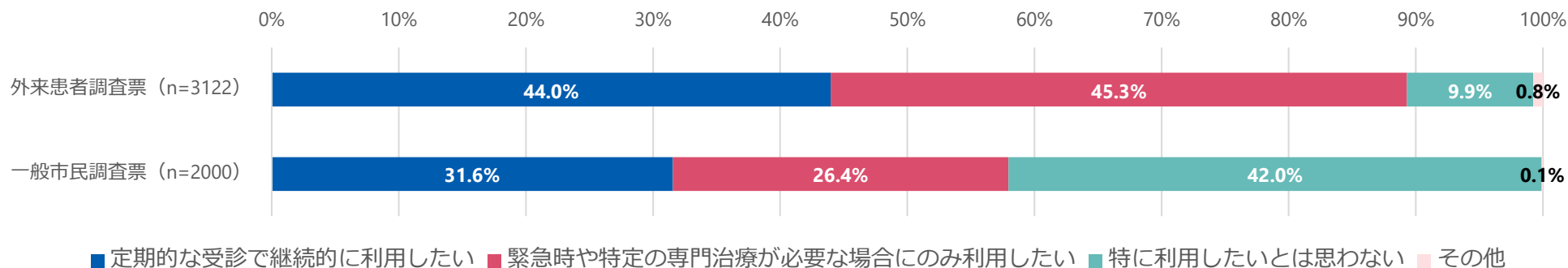
診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 8

- 患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組の状況について聞いたところ、「受けている」と回答した方は外来患者票では30.5%、一般の方向け票では13.2%であった。
- 同取組に関する意向を聞いたところ、「定期的な受診で継続的に利用したい」「緊急時や特定の専門治療が必要な場合にのみ利用したい」と回答した方はいずれも外来患者票で多く、それぞれ44.0%、45.3%であった。

病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組を受けているか



病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組について、ご自身の考えに近いもの



外来医療についての現状と課題

(かかりつけ医機能に係る評価について)

- かかりつけ医機能の体制整備に係る評価として「機能強化加算」がある。機能強化加算は、施設基準として、「地域包括診療料・加算」「小児かかりつけ診療料」「在宅時医学総合管理料・施設入居時医学総合管理料（在宅療養支援診療所・病院に限る。）」についての届出・実績等を要件としているほか、服薬管理や専門医療機関への紹介、健康管理に係る相談、時間外診療に関する情報提供等の対応を算定要件としている。
- 外来データ提出加算は、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)に対する加算として設定されており、令和7年6月時点において、同加算の届出の対象となりうる医療機関のうち、約4%が届出を行っている。
- 外来医療に関する診療実績データについては、厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学総合研究「DPC制度の適切な運用及びDPCデータの活用に資する研究」（研究代表者：伏見清秀）より提出された医療の質の評価指標と組み合わせた分析が行われる等、活用が進んでいる。

(生活習慣病に係る評価について)

- 「受診頻度が2か月に1回より少ない患者」等については、「生活習慣病管理料(Ⅰ)」の算定が多く、その他の患者については、「生活習慣病管理料(Ⅱ)」の算定が多い傾向があった。
- 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する場合、医学管理料のうち、悪性腫瘍に関する医学管理料（がん性疼痛緩和指導管理料）や、書類作成に関する評価（診療情報提供料等）の一部が別途出来高算定が可能である一方で、悪性腫瘍特異物質治療管理料や傷病手当金意見書交付料については包括されている。また、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)ともに、糖尿病を主病とした場合は、他疾患に対して在宅自己注射を行う場合であっても、在宅自己注射指導管理料を算定できない。
- 生活習慣病に関連するガイドラインでは、定期的な検査の必要性や、合併症等を予防するための治療継続の重要性について言及されている。
- 生活習慣病管理料の6か月ごとの継続算定率は、医療機関ごとにばらつきがあった。外来患者及び一般の方を対象とした調査において、「定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと」を聞いたところ、「予約診療を行っていること」が最も多く、次いで「28日以上長期処方に対応していること」が多かった。
- 診療所又は200床未満の病院において、糖尿病を主病とする患者のうち、眼科受診を指導した患者数は、平均で21.5人、中央値は0人であり、歯科受診を促した患者数は、平均で14.1人、中央値は0人であった。
- 診療報酬上、DPC/PDPSにおける機能評価係数Ⅱや、抗菌薬適正使用体制加算においては、診療実績データに基づく各医療機関の相対的な位置づけによる評価が行われている。

外来医療についての現状と課題

(外来機能の分化の推進について)

- 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、特定機能病院等（特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）及びそれ以外の許可病床数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。
- 特定機能病院等における令和6年10月の再診の患者数の平均値・中央値は、令和5年10月と比較して増加した。全受診患者に占める初診患者割合の平均値・中央値は、特定機能病院では約5%であり、その他の区分では約10%であった。特定機能病院等の再診患者のうち約6割以上の患者は、2年以内に初診料の算定がない患者であった。
- 特定機能病院等において、一定の期間に多数回の外来診療料を算定した患者の主傷病名は、糖尿病、前立腺癌、高血圧症、関節リウマチ等が上位を占めていた。
- 1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う、いわゆる「2人主治医制」を実施することについて、患者に周知している事例がある。
- 紹介元が「かかりつけ医機能に係る施設基準」の届出医療機関等でない場合、紹介先が特定機能病院や地域医療支援病院であるのみでは連携強化診療情報提供料は算定できない。また、紹介元が特定機能病院や地域医療支援病院であって、紹介先が「かかりつけ医機能に係る施設基準」の届出医療機関等でない場合は、連携強化診療情報提供料は算定できない。

外来医療についての論点

【論点】

（かかりつけ医機能に係る評価について）

- 「機能強化加算」は、よりの確で質の高い診療機能を評価するものとされていることを踏まえ、かかりつけ医に関連した診療機能や、データ提出についての評価を行うことについてどのように考えるか。

（生活習慣病に係る評価について）

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)について、次のような点等を踏まえ、その評価のあり方についてどう考えるか。
 - ・ 生活習慣病管理料の算定状況や患者調査の結果等
 - ・ 生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った標準的な診療の推進や、糖尿病患者の歯科・眼科への受診指導の推進等、質の高い生活習慣病管理を評価する観点、その際、医療機関から提出されたデータ等を活用する観点

（外来機能の分化の推進について）

- 特定機能病院等からの逆紹介の推進をはじめ、外来機能分化の推進に関する評価に関し、次のような点を含め、どのように考えるか。
 - ・ 紹介割合・逆紹介割合による外来診療料の減算対象となる患者が極めて限られていることを踏まえた対象患者のあり方
 - ・ 特定機能病院等の再診患者には、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が診療可能な傷病の患者が一定含まれていることを踏まえた、逆紹介割合の水準等のあり方
 - ・ 地域のプライマリケア機能を担う医療機関が、特定機能病院等から新たに紹介を受けることへの評価のあり方。
 - ・ 「連携強化診療情報提供料」について、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が共同で継続的に治療管理を行うための、要件の簡素化のあり方