

中央社会保険医療協議会 総会（第 491 回） 議事次第

令和3年10月20日(水) 薬価専門部会終了後～  
於 オンライン開催

議 題

○外来（その2）について

# 外来(その2)

1. 外来医療の現状等について
2. かかりつけ医機能に係る評価について
3. 医療機関間の連携に係る評価について
4. 生活習慣病に係る評価について
5. 耳鼻咽喉科診療の評価について
6. 論点

# かかりつけ医について

外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書  
(令和2年12月11日医療計画の見直し等に関する検討会)

## Ⅲ．かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

### 1. 現状及び課題

- 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担う医療機関において、予防や生活全般に対する視点も含め、継続的・診療科横断的に患者を診るとともに、必要に応じて適切に他の医療機関に紹介するなど、かかりつけ医機能を強化していくことが課題となっている。新型コロナウイルス感染症への対応でも、高齢者や基礎疾患を有する者は重症化するリスクが高いと報告されており、生活習慣病等に継続的・総合的に対応する、かかりつけ医機能の重要性は高い。

### 2. 具体的方策・取組

#### (1) かかりつけ医機能の強化

- 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を有する高齢者が増加する中、かかりつけ医機能の強化が求められている。また、外来機能の明確化・連携を進めていくに当たっては、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化とともに、かかりつけ医機能を強化することで、患者の流れをより円滑にしていく必要がある、かかりつけ医機能の質・量の向上を図っていくため、以下の方策に取り組んでいく。

## 「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。

# 日医かかりつけ医機能研修制度

## 【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

## 【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

**平成28年4月1日より実施**

## 【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



# 日医かかりつけ医機能研修制度

## 【研修内容】

### 基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

### 応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。

*規定の座学研修を10単位以上取得*

### 実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

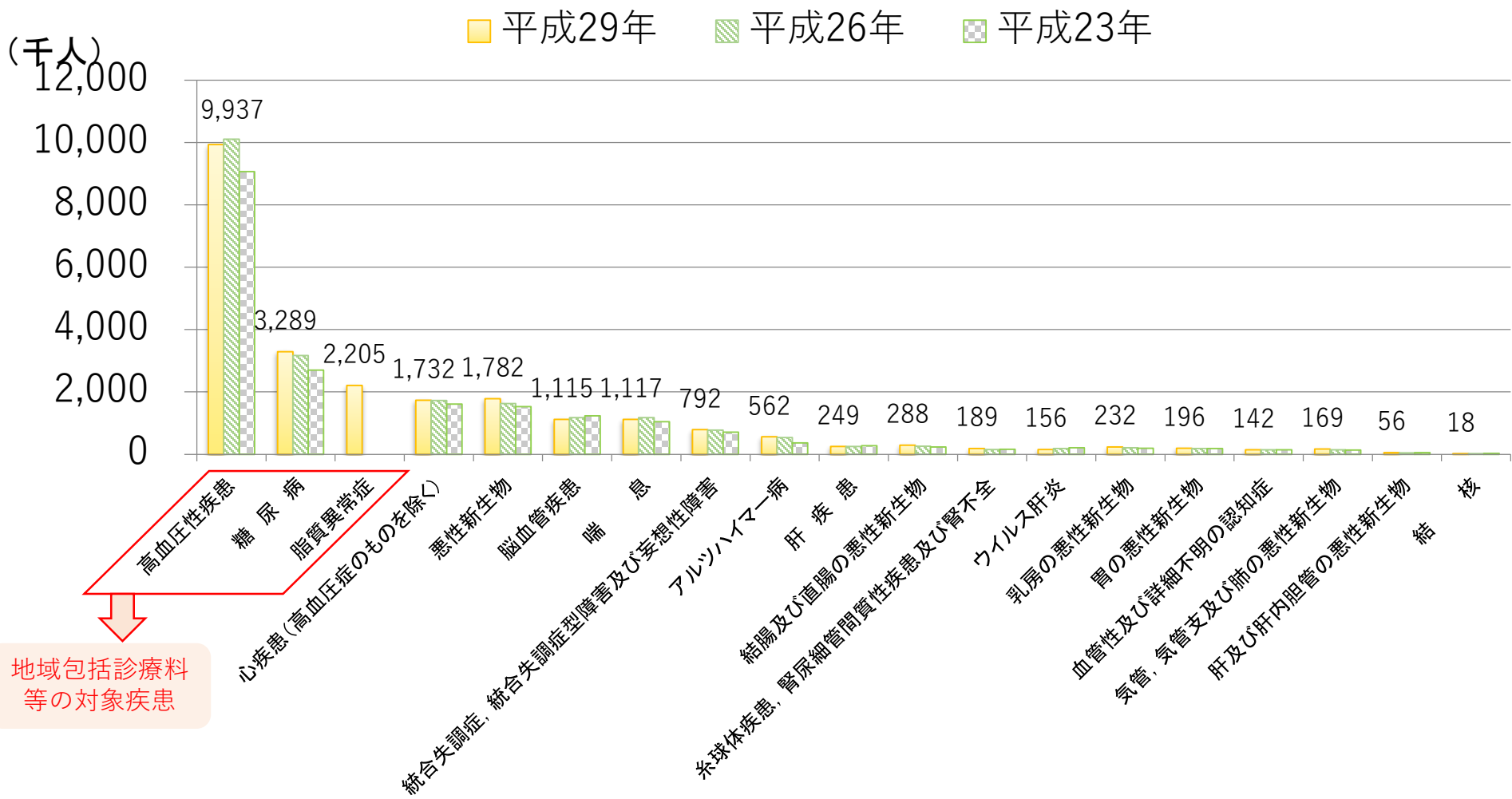
*規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)*

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より  
修了証書または認定証の発行(有効期間3年)。



# 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



# 心不全について

○ 心不全の患者数は今後増加していくことが推計されている。

日本内科学会雑誌  
109 : 186~190, 2020より

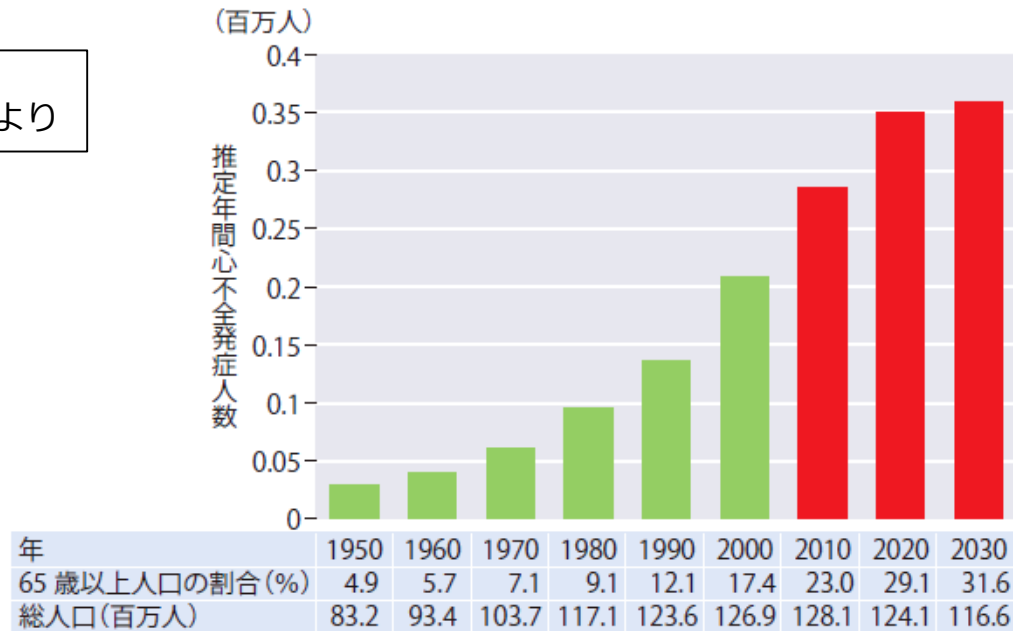


図1 日本の65歳以上人口における心不全新規発症推定数の推移 (文献9)  
米国フラミンガム研究の高齢者 (65歳以上) における年間心不全新規発症率 (10/1,000人・年, Circulation 106 : 3068-3072, 2002) を我が国の人口統計 (<http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics72.pdf>) に外挿して計算した。

日本における正確なデータはないが、心不全患者数は、2005年において約100万人であり、2020年には120万人に達すると推計されている。

我が国における年齢別の心不全有病率に関する疫学データはないが、慢性心不全の大規模観察研究であるCHART-2 (Chronic Heart Failure Analysis and Registry in the Tohoku District) 研究における65歳以上の高齢者の割合は68%、75歳以上の後期高齢者の割合は34%を占める)。また、我が国を代表する急性心不全観察研究であるATTEND (Acute Decompensated Heart Failure Syndromes) 研究では、入院を要する非代償性心不全患者のうち、75歳以上が半数以上、85歳以上が約20%を占めている)

# 健康日本21(第二次)の概要

健康増進法 第7条 厚生労働大臣は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針を定めるものとする。

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

**健康日本21<第二次>**

厚生労働省告示第430号



健康日本21

## 健康の増進に関する基本的な方向

- ① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- ② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)
- ③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- ④ 健康を支え、守るための社会環境の整備
- ⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

# A類疾病とB類疾病

- 予防接種法においては、感染力や重篤性の大きいことからまん延予防に比重を置いたA類疾病と、個人の発病や重症化予防に比重を置いたB類疾病に疾病を分類している。
- 疾病区分の趣旨・目的により、接種の努力義務、勧奨の有無、被害救済の水準など公的関与の度合いが異なる。
- 定期接種においては、A類疾病は小児期に接種が行われることが多く、B類疾病は高齢期に接種が行われている。

## ◇ A類疾病

- ①人から人に伝染することによるその発生及びまん延を予防するため
- 集団予防目的に比重を置いて、直接的な集団予防(流行阻止)を図る  
ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、結核、痘そう、Hib感染症、肺炎球菌感染症(小児)、水痘
  - ②かかった場合の病状の程度が重篤になり、若しくは重篤になるおそれがあることからその発生及びまん延を予防するため
  - 致命率が高いことによる重大な社会的損失の防止を図る  
日本脳炎、破傷風
  - 感染し長期間経過後に、死に至る可能性の高い疾病となることがあり、重大な社会的損失を生じさせる  
ヒトパピローマウイルス感染症、B型肝炎

## ＜定期接種における公的関与、費用負担等＞

- 接種の努力義務:あり
- 市町村長による勧奨:あり
- 接種費用の負担  
:市町村(9割程度を地方交付税措置)  
低所得者以外から実費徴収可能
- 健康被害救済の水準:高額  
例:障害年金1級(503万円/年)、  
死亡一時金(4,400万円)

## ◇ B類疾病

- ③個人の発病又はその重症化を防止し、併せてこれによりそのまん延の予防に資するため
- 個人予防目的に比重を置いて、個人の発病・重症化防止及びその積み重ねとしての間接的な集団予防を図る  
インフルエンザ、肺炎球菌感染症(高齢者)

- 接種の努力義務:なし
- 市町村長による勧奨:なし
- 接種費用の負担  
:市町村(3割程度を地方交付税措置)  
低所得者以外から実費徴収可能
- 健康被害救済の水準:高額  
例:障害年金1級(280万円/年)、  
遺族一時金(733万円)

# 現在の定期接種対象ワクチンについて

令和3年度予防接種従事者研修資料改

	対象疾病	対象者（接種時期）※1	標準的接種期間※2
A 類 疾 病	H i b感染症	生後2月から生後60月に至るまで	初回接種：生後2月から生後7月に至るまでに開始（3回） 追加接種：初回接種終了後7月から13月までの間隔をおく（1回）
	小児の肺炎球菌感染症	生後2月から生後60月に至るまで	初回接種：生後2月から7月に至るまでに開始（3回） 追加接種：初回接種終了後60日以上の間隔において生後12月から生後15月に至るまで（1回）
	B型肝炎<政令>	1歳に至るまで	生後2月に至った時から生後9月に至るまでの期間（3回）
	ジフテリア・百日せき・急性灰白髄炎（ポリオ）・破傷風	第1期：生後3月から生後90月に至るまで 第2期：11歳以上13歳未満（第2期はジフテリア・破傷風のみ）	第1期初回：生後3月に達した時から生後12月に達するまでの期間（3回） 第1期追加：第1期初回接種終了後12月から18月までの間隔をおく（1回） 第2期：11歳に達した時から12歳に達するまでの期間（1回）
	結核（BCG）	1歳に至るまで	生後5月に達した時から生後8月に達するまでの期間（1回）
	麻しん・風しん※3	第1期：生後12月から生後24月に至るまで 第2期：5歳以上7歳未満のうち、就学前1年	第1期：生後12月から生後24月に至るまで（1回） 第2期：5歳以上7歳未満のうち、就学前1年（1回）
	水痘<政令>	生後12月から生後36月に至るまで	1回目：生後12月から生後15月に達するまで 2回目：1回目の注射終了後6月から12月の間隔をおく
	日本脳炎※4	第1期：生後6月から生後90月に至るまで 第2期：9歳以上13歳未満	第1期初回：3歳に達した時から4歳に達するまでの期間（2回） 第1期追加：4歳に達した時から5歳に達するまでの期間（1回） 第2期：9歳に達した時から10歳に達するまでの期間（1回）
	ヒトパピローマウイルス感染症	12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日まで	13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間（3回）
ロタウイルス感染症<政令>	1価：生後6週から生後24週に至るまで 5価：生後6週から生後32週に至るまで	1価：2回（初回接種は生後2月から生後14週6日まで） 5価：3回（初回接種は生後2月から生後14週6日まで）	
B 類 疾 病	インフルエンザ ※毎年度1回	①65歳以上の者 ②60歳から65歳未満の慢性高度心・腎・呼吸器機能不全者等	※1 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等によりやむを得ず接種機会を逃した者は、快復時から2年間（高齢者の肺炎球菌感染症のみ1年間。一部上限年齢あり）は定期接種の対象。 ※2 接種回数は、標準的接種期間に接種を行った場合のもの。 ※3 風しんは令和3年度までの間、高齢者の肺炎球菌感染症は令和5年度までの間、対象者を拡大する経過措置を設けている。 ※4 日本脳炎について、平成7年度～平成18年度生まれの者（積極的勧奨の差し控えにより接種機会を逃した者）は、20歳になるまで定期接種の対象。
	高齢者の肺炎球菌感染症<政令>※3	①65歳の者 ②60歳から65歳未満の慢性高度心・腎・呼吸器機能不全者等	

# 高齢者に対する予防接種

○ 高齢者については、インフルエンザ及び肺炎球菌感染症が、B類疾病に位置づけられており、定期接種の対象となっている。

## 定期の予防接種の実施者数（インフルエンザ）

	対象人口（人）	実施人員（人）	実施率（％）
平成29年度	35,204,200	16,978,015	48.2%
平成30年度	35,694,300	17,087,513	47.9%
令和元年度	35,940,300	18,122,888	50.4%

## 定期の予防接種の実施者数（高齢者用肺炎球菌）

	対象人口（人）	実施人員（人）	実施率（％）
平成29年度	8,079,800	2,827,741	35.0%
平成30年度	8,106,100	2,629,122	32.4%
令和元年度	7,949,600	1,090,503	13.7%

出典：厚生労働省ホームページ(<https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html>)

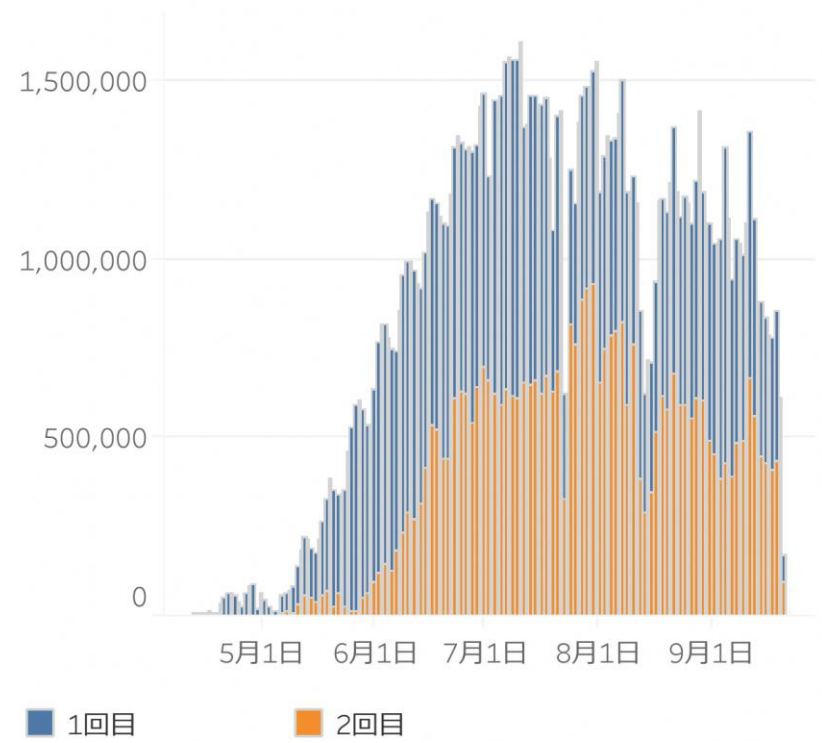
# ワクチンの接種実績

## ■これまでのワクチン総接種回数（令和3年9月21日公表）

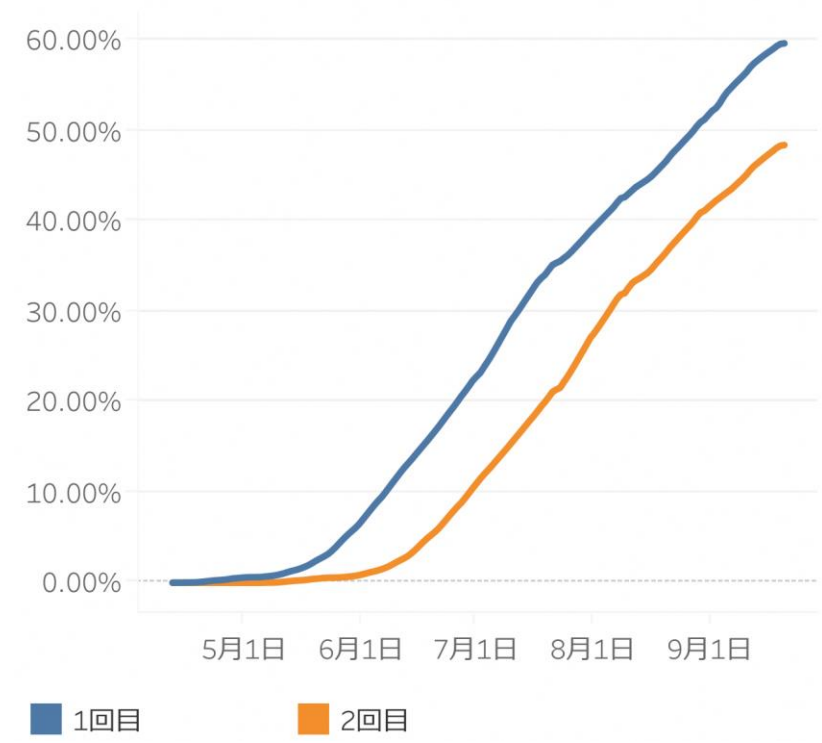
全体 : 計153,118,707回（1回以上接種者84,263,962回（66.5%）、2回接種完了者68,854,745回（54.4%））  
うち高齢者 : 計 63,908,438回（1回以上接種者32,223,703回（90.1%）、2回接種完了者31,684,735回（88.6%））

## 新型コロナワクチンの接種状況（一般接種（高齢者含む）のみ、9/20時点）

### 接種数日次推移



### 接種率日次推移



※画像はデジタル庁 新型ワクチン接種状況ダッシュボードより抜粋  
※総接種回数は、一般接種（高齢者含む）と医療従事者等の接種回数の合計

# 新型コロナワクチン接種におけるかかりつけ医の役割

- 新型コロナワクチンの接種についても、診療所等において、個別接種が実施されている。
- また、基礎疾患を有する者への接種やワクチン接種後の体調不良等への対応を担っている医療機関もある。

## 【ファイザー社・武田／モデルナ社】新型コロナワクチン接種のお知らせ(2021年9月14日版)



### 基礎疾患を有する方がワクチンを受けるには

- ・診断書等の証明書は必要ありません。接種の際に、予診票の質問事項に記載してください。  
注:重い精神疾患や知的障害の方の場合は、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療受給者証、療育手帳を提示することもできます。
- ・基礎疾患を有する方が、かかりつけの医療機関で接種する場合は、住所地以外の市町村でも接種できます。注:この場合、住所地外接種届出済証は不要です。
- ・かかりつけの医療機関が接種を行っていない場合には、住所地の自治体等で接種できるように住所地の自治体にご相談ください。

### ご相談先など

#### ◎新型コロナワクチンに関する相談先

ワクチン接種後に  
体に異常があるとき



ワクチンを受けた医療機関やかかりつけ医、  
市町村や都道府県の窓口

ワクチン接種全般に  
関するお問い合わせ



市町村の窓口

# 外来医療に係る主な指摘事項①

(7月7日 中央社会保険医療協議会 総会)

## 【かかりつけ医機能について】

- かかりつけ医は、予防や健康づくり、治療、専門医療機関への紹介、終末期医療への対応も含め、地域の医療・保健福祉の中心となっていく必要がある。
- かかりつけ医にまずは何でも相談できることが重要であり、希望する患者すべてがかかりつけ医を持てるようにすべき。一般医療はまずはかかりつけ医にかかるという認識を普及させていくべき。
- かかりつけ医のあり方を今一度整理するとともに、患者に対するメリットを明確化した上で、それに合った評価をするべき。
- 「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」は分けて整理するべきではないか。なお、フリーアクセスを維持することが前提。
- かかりつけ医については、例えば一定の研修を受けていること等の条件を明確にすると、さらなる医療の質の向上につなげることができるのではないか。これにより患者にとってもわかりやすくなるのではないか。



## 外来医療に係る主な指摘事項②

### 【医療機関間の連携について】

- 診療情報提供料(Ⅲ)については、かかりつけ医との連携を評価する観点から、前回改定において新設されたが、算定可能な医療機関が限定されていること、回数が3月に1回とされていることなどが普及を妨げている可能性がある。
- 看護情報提供書が転院先や訪問看護ステーション、ケアマネジャーや行政機関等で活用されている実態を踏まえ、継続支援、患者や家族の安心感や業務効率化にも繋げられる観点から、看護情報提供書の重要性について検討してはどうか。
- 医療資源重点活用外来との連携についても診療情報提供料Ⅲで評価してはどうか。

### 【生活習慣病管理について】

- 生活習慣病に係る評価については、算定回数が減少傾向であるが、調査結果からは、点数設定とカルテや療養計画書の記載がネックとなっていると考えられるので、使い勝手のよい評価に設計することも検討すべき。
- 慢性疾患患者、特に心不全の患者に対しては、予防から治療、再発や重症化予防まで切れ目のない療養指導が求められ、特に、専門性の高い看護師によって再入院率の低下や緩和ケアの推進などに貢献しているため、実態を含め検討してはどうか。

1. 外来医療の現状等について
2. かかりつけ医機能に係る評価について
3. 医療機関間の連携に係る評価について
4. 生活習慣病に係る評価について
5. 耳鼻咽喉科診療の評価について
6. 論点

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。

- ・ (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。

患者に対し指導・服薬管理等を行う

指導

・ 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。

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。) 連絡を受けた場合は受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。

・ 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

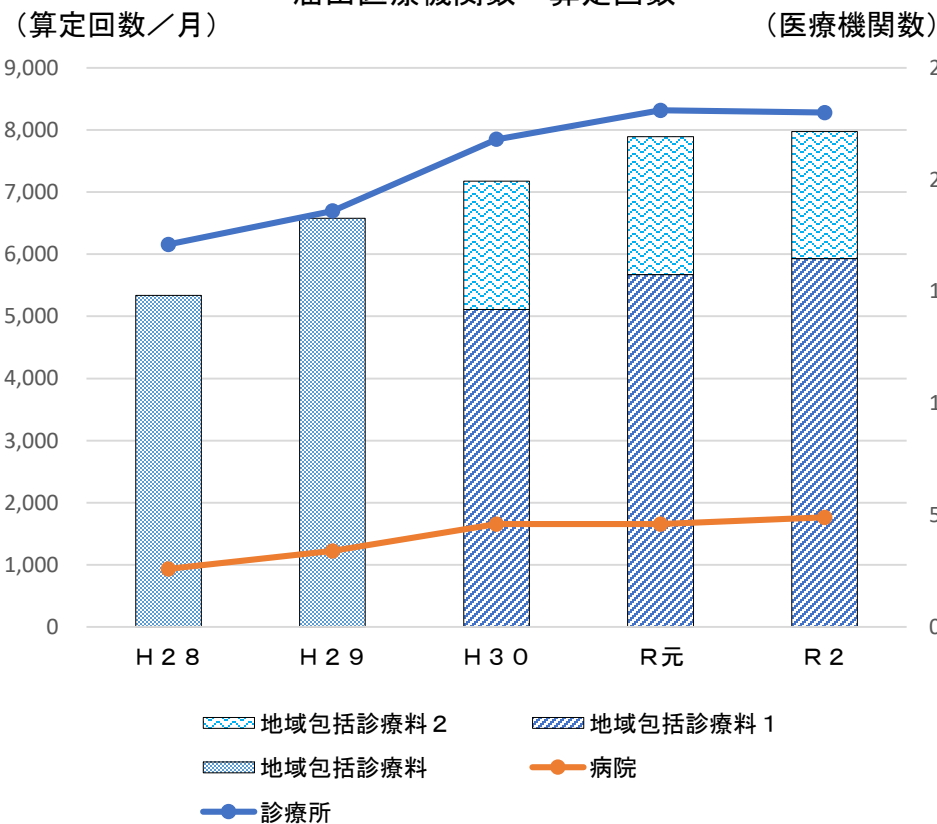
・ 下記のうちいずれか1つを満たす

- 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

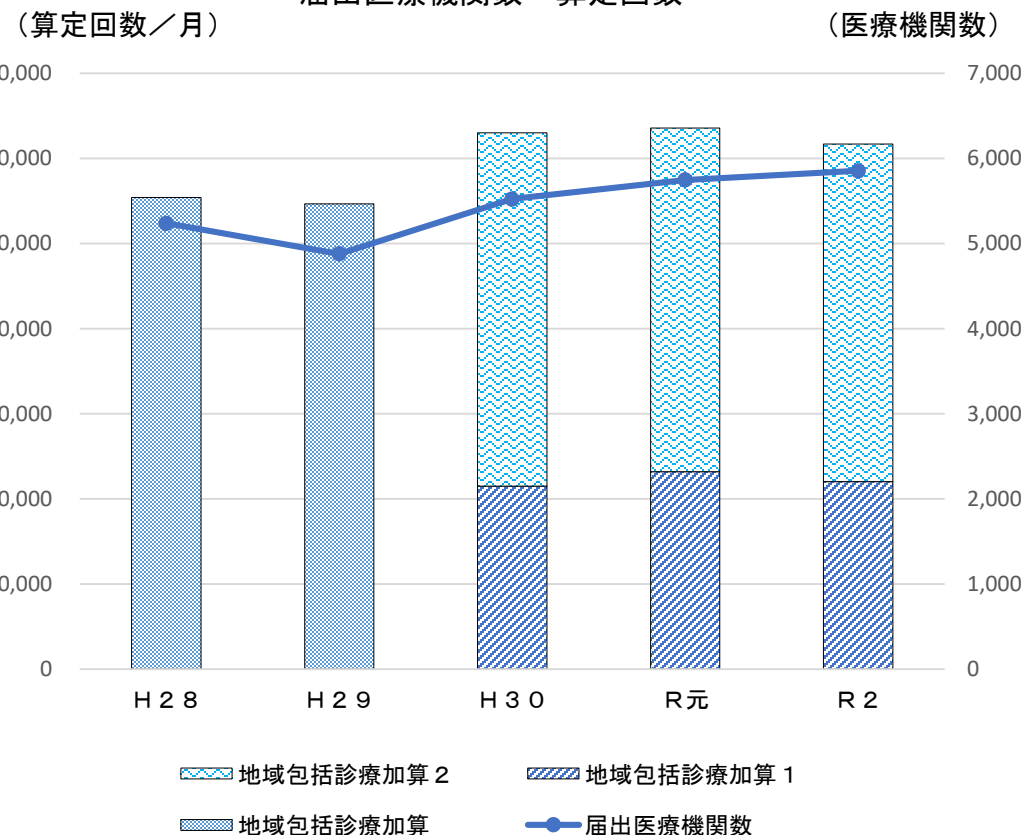
# 地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 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

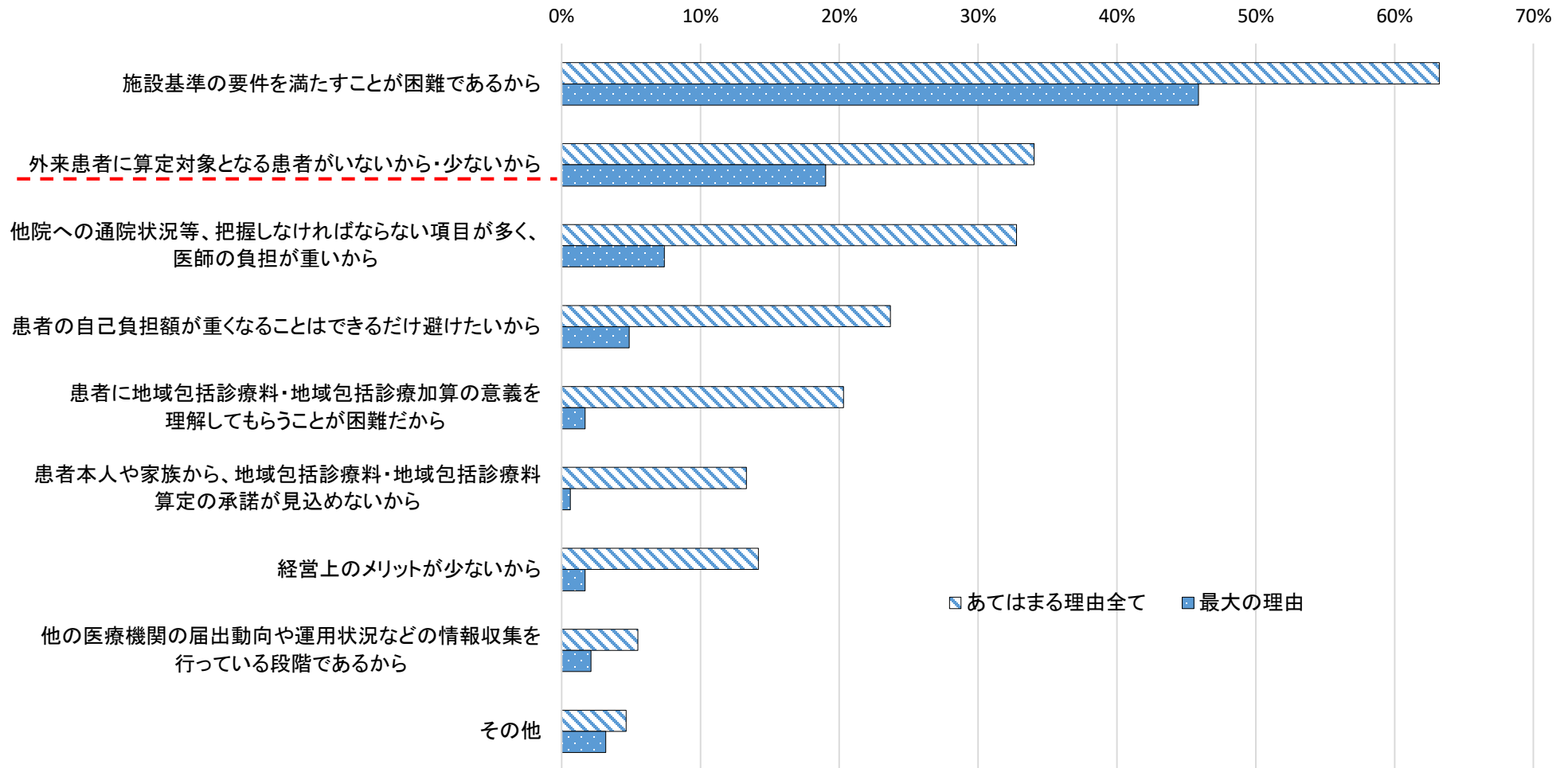


出典：  
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況  
 (算定回数)社会医療診療行為別統計

# 地域包括診療料・加算を届け出していない理由

○ 地域包括診療料・加算を届け出し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・加算を届け出していない理由 (n=473)



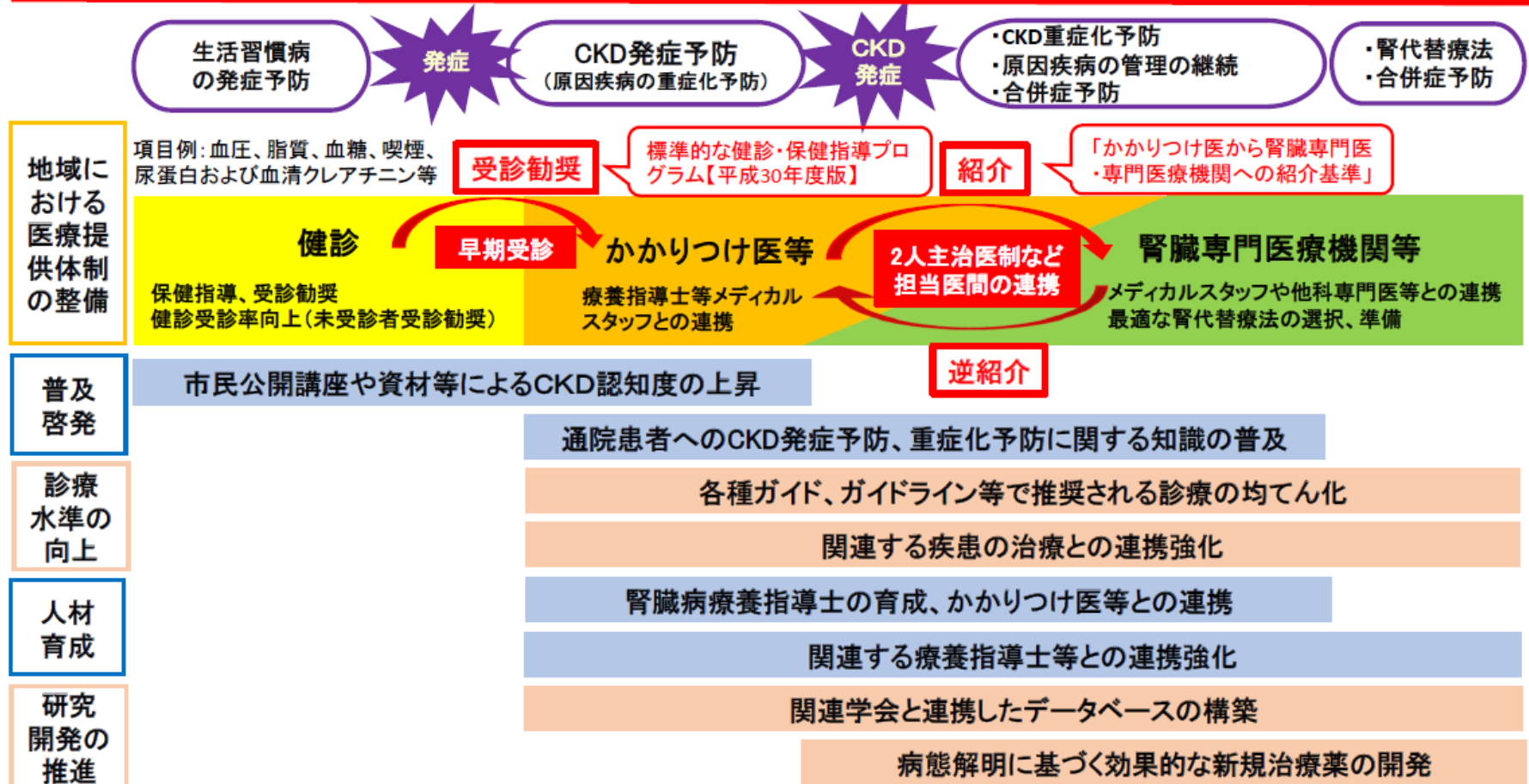
# CKD（慢性腎臓病）について

○ CKDに対する治療においては、かかりつけ医と専門医療機関における連携が重要とされている。

【参考2】

## 病期に応じた腎疾患対策の全体像

厚生労働省 腎疾患対策検討会



- ・ 禁煙、運動、減量、減塩等について、健康日本21(第二次)に目標を掲げ、取組を推進
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- ・ 難病診療連携拠点病院を中心とした医療提供体制の構築、指定難病患者データベースの稼働 等
- ・ 腎移植に関する普及啓発活動、院内体制の整備、提供移植施設の負担軽減 等

# かかりつけ医におけるCKDの管理

## 【かかりつけ医における管理】

CKD患者に対しては、CKD悪化因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、肥満、喫煙、貧血など）を把握し、生活習慣の改善や血圧・血糖・脂質異常症の管理を行いながら、CKDのフォローアップとして尿検査・血液検査をステージG1～G2であれば3～6ヶ月ごと、ステージG3～G5であれば1～3ヶ月ごとに実施する。

出典：日本腎臓学会「CKD診療ガイド2012」

CKD分類	GFR						備考	
	90	60	45	30	15			
管理目標	ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	
	ハイリスク群 (G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2	
生活習慣管理	体重	BMI 25 未満						
	たばこ	禁煙						
	食事	高血圧があれば 塩分 3g/日以上6g/日未満		塩分 3g/日以上6g/日未満				
生活習慣病管理	血圧	糖尿病合併の場合 130/80mmHg未満 (RA系阻害薬を推奨) 糖尿病非合併の場合 A1では140/90mmHg未満、A2,3では130/80mmHg未満 (A1ではRA系阻害薬、Ca拮抗薬あるいは利尿薬、A2,3ではRA系阻害薬を推奨)						G3b以降のRA系阻害薬の使用は腎臓専門医に相談
	血糖値	HbA1c 7.0% 未満			ビグアナイド薬は禁忌	ビグアナイド薬、チアゾリジン薬、SU薬は禁忌		G3a以降では低血糖の危険性を考慮
	脂質	LDL-C 120mg/dL 未満 またはnonHDL-C150mg/dL 未満			フィbrate系はグリフィbrate以外は禁忌		薬物による横紋筋融解症への注意	
CKD進展管理	貧血	腎性貧血以外の原因検索		腎性貧血はHb10～12g/dL			ESA製剤使用は腎臓専門医に相談 鉄欠乏対策	
	骨・ミネラル	P、Ca、PTH: 基準値内						低アルブミン血症では補正Caで補正
	カリウム	リン制限食						高P血症ではリン吸着剤
	尿酸	血清カリウム4.0～5.4mEq/Lの範囲で管理						高K血症の原因検索 低K血症に注意
	尿毒素	尿酸値が7.0 mg/dL を超えたら生活指導、8.0 mg/dL 以上から薬物治療開始を推奨						球形吸着炭は他の薬剤と同時に使用しない
	薬剤	球形吸着炭の服用						腎排泄性薬剤の投与量・間隔の調整
ステージごとの適切な治療	● CKDの原因精査 ● CVDを含む合併症の検査と治療							
CKDの診療方針						● 腎代替療法(透析, 移植)の情報提供と準備		
	● <u>かかりつけ医が専門医と協力して治療</u>						● 専門医による治療	

地域包括診療料・加算において評価の対象とされている診療に該当

かかりつけ医における診療が求められている

# 心不全について

○ 循環器病の医療提供体制については、急性期～回復期・慢性期のネットワークが重要とされている。

- 循環器病は、急性期突然死の主な原因かつ介護が必要となる主な原因であり、急性期から維持期まで一貫した診療提供体制の構築が必要。
- 診療提供体制の評価にあたっては、地域の評価指標に加えて、各医療施設に対する評価指標も必要。(具体的な指標については今後の検討が必要。)

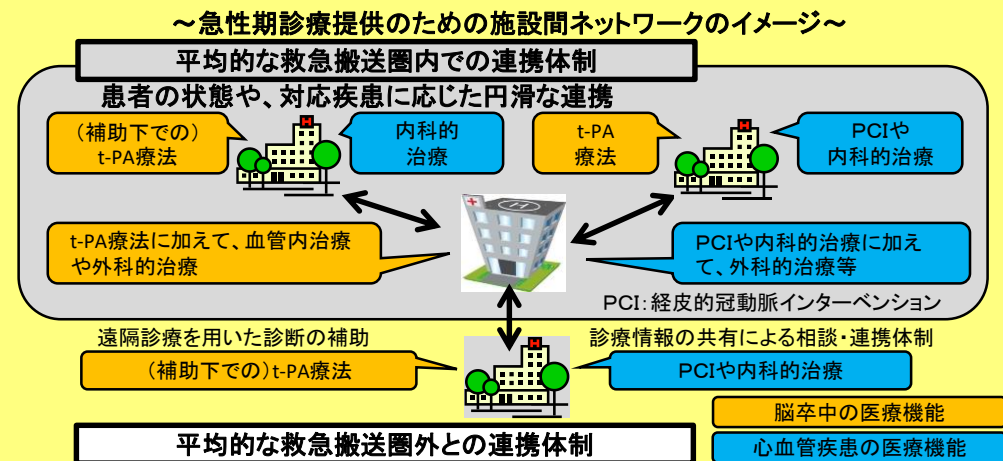
急性期

## (1) 基本的な考え方

- 時間的制約の観点(早急に、適切な治療を開始する必要性)
- 国民に対する教育・啓発(疾患の前兆、症状、発症時の対処法等)
- 専門性を重視した救急搬送体制

## (2) 施設間ネットワーク構築および施設が担う医療機能に関する考え方

- 地域の医療施設が連携し、24時間専門的な診療を提供できる体制
  - ・平均的な救急搬送圏内での連携体制が基本
  - ・地域や対応疾患によっては平均的な救急搬送圏外との連携体制
    - ※遠隔画像診断等の診断の補助に基づくt-PA療法実施
    - ※緊急の外科的治療が必要な急性大動脈解離への対応 等
- 施設毎の医療機能を明確にした上での、効率的な連携体制
  - ・施設毎の医療機能は、地域の状況等に応じて柔軟に設定
- 提供する急性期医療について、安全性等の質の確保



回復期  
維持期

## (1) 基本的な考え方

- 再発予防・再入院予防の観点
- 慢性心不全患者への対策
  - ・増悪による再入院を繰り返しやすい、今後患者数が増加

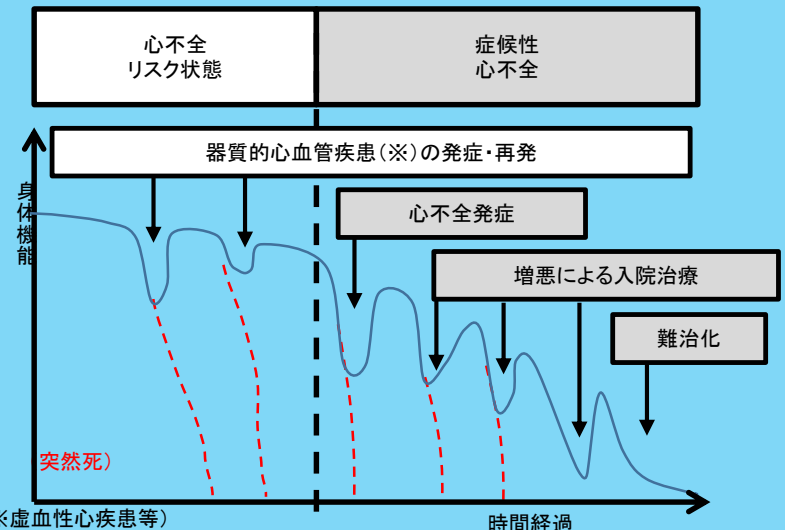
## (2) 再発予防・再入院予防に向けた考え方

- 多職種チームによる多面的・包括的な疾病管理(※)
  - ・患者教育、運動療法、冠危険因子の管理等
  - ※学会は、「疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション」と提唱。
- 地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制

## (3) 慢性心不全対策の考え方

- 地域全体で慢性心不全患者を管理
  - ・かかりつけ医等と専門的医療を行う施設の連携
- 幅広い心不全の概念の共有
  - ・患者、家族、心血管疾患を専門としない医療従事者や行政等との共有

～心血管疾患患者の臨床経過イメージ～





# かかりつけ医における心不全の管理

○ かかりつけ医には、心不全の発症予防や、発症後の専門医と連携した急性増悪への対応及び安定期の心不全管理の実施が求められている。

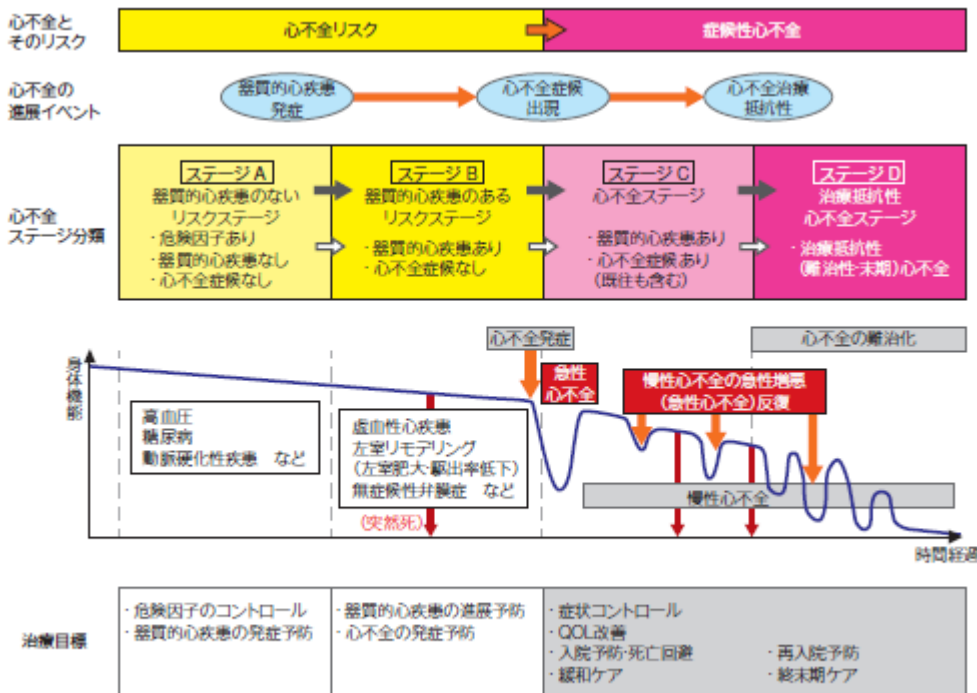


図1 心不全とそのリスクの進展ステージ

ステージA～B：かかりつけ医が中心となって、生活習慣病の管理等を通じた心不全の発症予防を実施。  
 ステージC～D：かかりつけ医と専門医の連携により急性増悪への対応及び安定期の心不全管理を実施。

(「1-1-1 心不全の概念」より)

## Key points

- かかりつけ医による心不全の日常診療は、基礎心疾患に対する治療を継続しながら増悪因子を排除し、薬物調整により病態を維持する。

表 29 心不全診療におけるかかりつけ医の主な役割

主な役割	解決すべき課題	解決策
日常的な心不全管理	再入院の回避 重症化予防 症状緩和	心不全の重症度ステージに沿った、継続的で適切な診療 セルフケア支援と増悪因子の管理(体重管理、食事管理(減塩)指導など) 症候性となった早い段階から緩和ケアを意識 ACPに基づく医療やケアの実践
ADL・QOLの向上	フレイルの進行・悪化 再入院の回避 意欲の低下	<u>適切な運動療法の指導、過剰な安静の回避</u> (p.35 図9、運動療法・動画リンク)
併存疾患の管理	認知症、誤嚥性肺炎などの併存症 患者の個別性・多様性	併存症に対する適切な診療 栄養状態、フレイル、社会生活環境等の評価 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践 <u>病状に応じて適切な医療機関を紹介</u>
医療・介護連携	基幹病院と地域におけるシームレスな医療・介護連携	急性期病院から、慢性期病院、地域医療機関までの縦の連携(病診連携) 地域における慢性期病院、プライマリケアを行う地域診療所、循環器専門クリニックでのグループ診療を意識した横の連携(診診連携) 基幹病院とかかりつけ医の役割・機能の分担 <u>医療と介護双方における的確な患者情報の共有</u>
在宅療養支援	生活の場での心不全管理 身体機能が低下して外来通院が困難	多職種チームによる包括的な心不全診療・ケアの提供 入院患者の早期退院支援 患者や家族の生活を支えるための日常の療養支援 <u>病状悪化時の往診や入院医療機関との連携などの急変時の対応</u> 患者の望む場所での看取りの実施など

地域包括診療料・加算において評価の対象とされている診療に該当

# 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）

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30%

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30%

中医協 総-3  
3.7.7(改)

満たすことが困難な要件はない



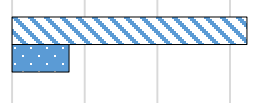
慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること



健康相談を実施している旨を院内掲示していること



対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること



敷地内が禁煙であること



介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示していること



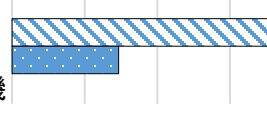
要介護認定に係る主治医意見書を作成していること



介護保険関係の要件の1つを満たしていること



在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間往診等が可能な体制の確保もしくは24時間往診等の対応が可能な医療機関との連携体制が確保できていること



【病院の場合】地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること



【病院の場合】在宅療養支援病院の届出を行っていること



【診療所の場合】時間外対応加算2の届出を行っていること



【診療所の場合】時間外対応加算3の届出を行っていること



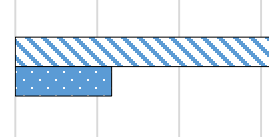
【診療所の場合】常勤換算2名以上で医師が配置され、うち1名以上が常勤であること



【診療所の場合】在宅療養支援診療所であること



【診療所の場合】①時間外対応加算1又は2の届出、②常勤換算2名以上の医師の配置（うち1名以上が常勤）、③在宅支援診療所、のいずれか1つの要件を満たすこと



外来診療から訪問診療への移行実績が直近1年間で10人以上（在宅療養支援診療所以外の診療所は3人以上）いる



直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満



その他



▨ あてはまる理由全て  
■ 最大の理由

# 特定の機能を有する薬局の認定(令和3年8月1日施行)

○ 薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化する中、患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とする。

- ・入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局 (**地域連携薬局**)
- ・がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局 (**専門医療機関連携薬局**)

患者のための薬局ビジョンの「かかりつけ薬剤師・薬局機能」に対応

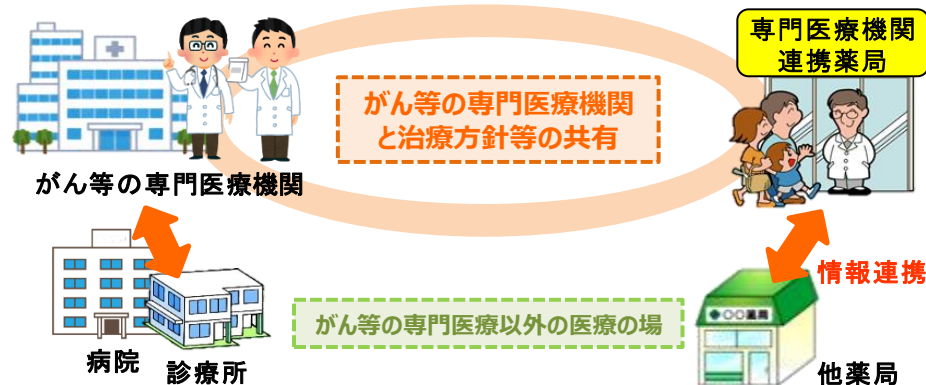
患者のための薬局ビジョンの「高度薬学管理機能」に対応

## 地域連携薬局



## 専門医療機関連携薬局

※傷病の区分ごとに認定  
(現在規定している区分は「がん」)



### 〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有 (入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等)
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応 (麻薬調剤の対応等)

等

### 〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有 (専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等)
  - ・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置
- 等
- 〔専門性の認定を行う団体〕
- 日本医療薬学会 (地域薬学ケア専門薬剤師 (がん))
  - 日本臨床腫瘍薬学会 (外来がん治療専門薬剤師)

● 地域連携薬局：入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局

	法律	基準
1	構造設備が、利用者の心身の状況に配慮する観点から必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	利用者のプライバシーに配慮した相談しやすい構造設備 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者が座って服薬指導等を受けることができる、間仕切り等で区切られた相談窓口等及び相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備の設置</li> <li>○ 高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造</li> </ul>
2	利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制が、厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	地域の他の医療提供施設と情報を共有する体制 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括ケアシステムの構築に資する会議への継続的な参加</li> <li>○ 地域の医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、利用者の薬剤等の使用情報について随時報告・連絡できる体制の整備</li> <li>○ 地域の医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡を行った実績（月平均30回以上の報告・連絡の実績）</li> <li>○ 地域の他の薬局に対し、利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡できる体制の整備</li> </ul>
3	地域の患者に対し安定的に薬剤を供給するための調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制が、厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	地域の他の医療提供施設と連携しつつ利用者に安定的に薬剤等を提供する体制 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 開店時間外の相談応需体制の整備</li> <li>○ 休日及び夜間の調剤応需体制の整備</li> <li>○ 地域の他の薬局への医薬品提供体制の整備</li> <li>○ 麻薬の調剤応需体制の整備</li> <li>○ 無菌製剤処理を実施できる体制の整備（他の薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を実施する体制を含む。）</li> <li>○ 医療安全対策の実施</li> <li>○ 継続して1年以上勤務している常勤薬剤師の半数以上の配置</li> <li>○ 地域包括ケアシステムに関する研修を修了した常勤薬剤師の半数以上の配置</li> <li>○ 薬事に関する実務に従事する全ての薬剤師に対する、地域包括ケアシステムに関する研修又はこれに準ずる研修の計画的な実施</li> <li>○ 地域の他の医療提供施設に対する医薬品の適正使用に関する情報の提供実績</li> </ul>
4	居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を行う体制が、厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	在宅医療に必要な対応ができる体制 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療に関する取組の実績（月平均2回以上の実績）</li> <li>○ 高度管理医療機器等の販売業の許可の取得並びに必要な医療機器及び衛生材料の提供体制</li> </ul>

# 小児かかりつけ診療料

➤ 小児科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を評価する。

## 1 処方せんを交付する場合

イ:初診時 631点 口:再診時 438点

## 2 処方せんを交付しない場合

イ:初診時 748点 口:再診時 556点

[施設基準]

- 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

[主な算定要件]

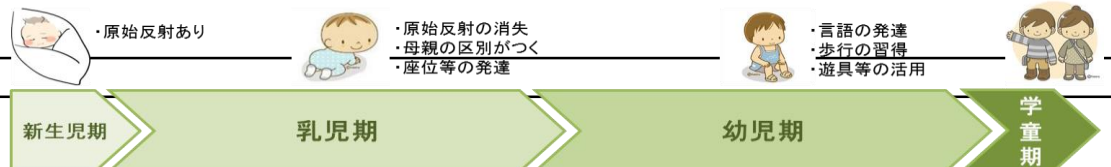
- ① 当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児(6歳以上の患者にあつては、6歳未満から当該診療料を算定しているものに限る。)であつて、当該保険医療機関の医師をかかりつけ医とすることについて同意を得ている患者。
- ② 原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定することとし、他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関をすべて把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。
- ③ 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において常時対応を行うこと。ただし、以下のいずれかの要件を満たす常勤の小児科医が配置された医療機関においては、夜間(深夜を含む。)及び休日の相談等について、当該保険医療機関での対応に代えて、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関又は都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口(#8000等)を案内することも可能。
  - (イ)在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に月1回以上の頻度で協力する常勤の小児科医である。
  - (ロ)直近1年間に、都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談窓口(#8000等)において、相談対応者として1回以上協力したことがある常勤の小児科医である。
- ④ 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
- ⑤ 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。

## 平成30年度診療報酬改定変更点

- ・算定要件緩和:在宅当番医制等により、地域における夜間、休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医師が配置された医療機関について、時間外の相談対応で地域の在宅当番医などを案内することでも良いこととする。
- ・小児抗菌薬適正使用支援加算(新設):抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解に資する診療を評価する加算を新設。

## 令和2年度診療報酬改定変更点

- ・算定対象患者:3歳未満→6歳未満に拡大。
- ・施設基準に係る届出を求めることとする。
- ・小児抗菌薬適正使用支援加算:対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大するとともに、月に1回に限り算定できることとする。



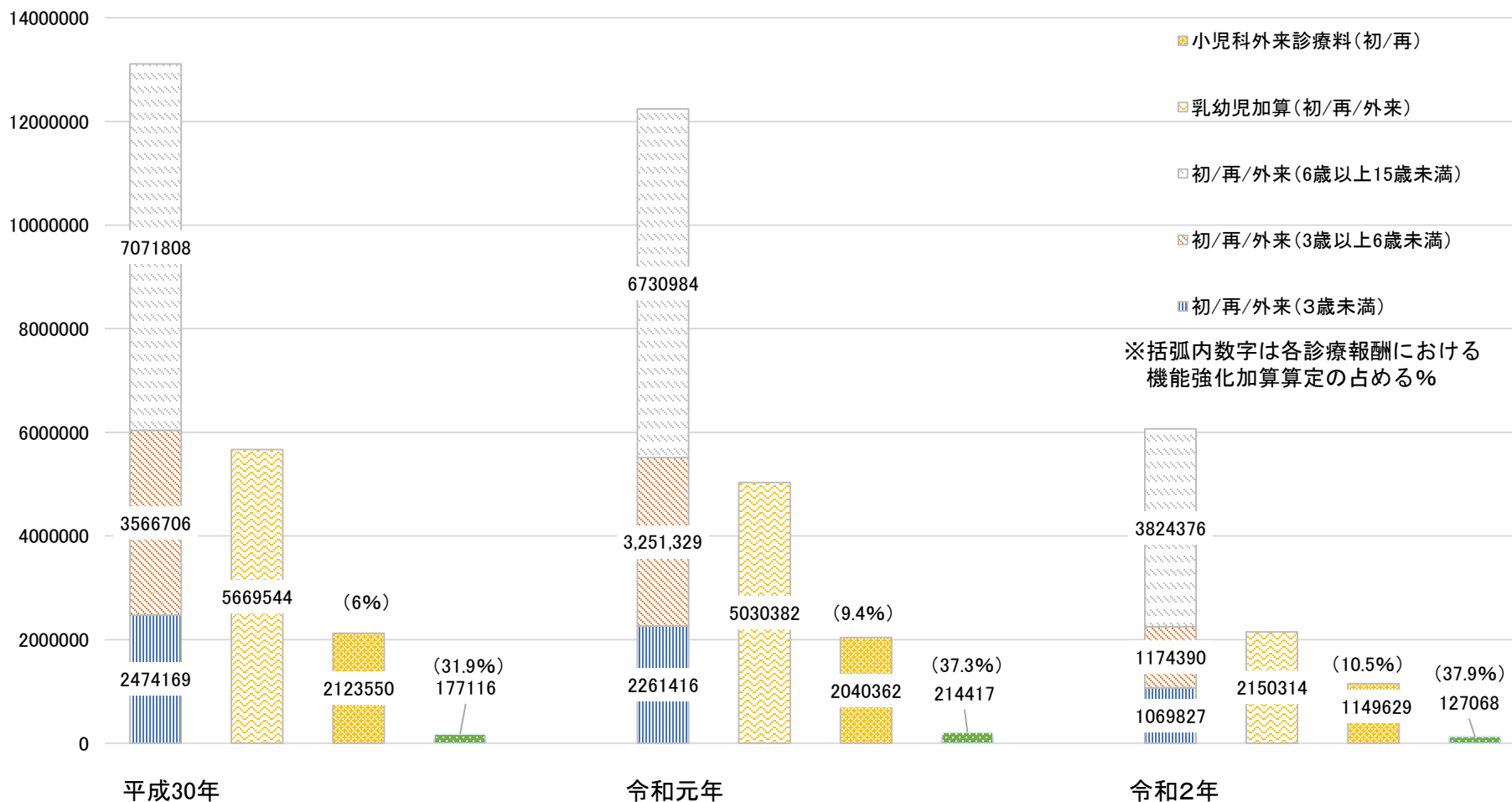
# 小児科の外来診療の評価について

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料
点数	<p>(1日につき)</p> <p>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</p> <p>2. 1. 以外の場合 初診時：716点、再診時：524点</p>	<p>(1日につき)</p> <p>1. 処方箋を交付する場合 初診時：631点、再診時：438点</p> <p>2. 処方箋を交付しない場合 初診時：748点、再診時：556点</p>
包括範囲	<p><b>下記以外は包括とする。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算</li> <li>・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</li> <li>・地域連携小児夜間・休日診療料</li> <li>・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</li> </ul> <p>※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</p>	<p><b>下記以外は包括とする。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算</li> <li>・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</li> <li>・地域連携小児夜間・休日診療料</li> <li>・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</li> </ul>
対象疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る）。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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</li> </ul>
施設基準	<p>小児科外来診療料の施設基準に係る届出を行うこと。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>② 小児科外来診療料の届出を行っていること。</li> <li>③ 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること。</li> <li>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。 <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>イ. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施</li> <li>ウ. 定期予防接種を実施</li> <li>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</li> <li>オ. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任</li> </ol> </li> </ol>

# 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。

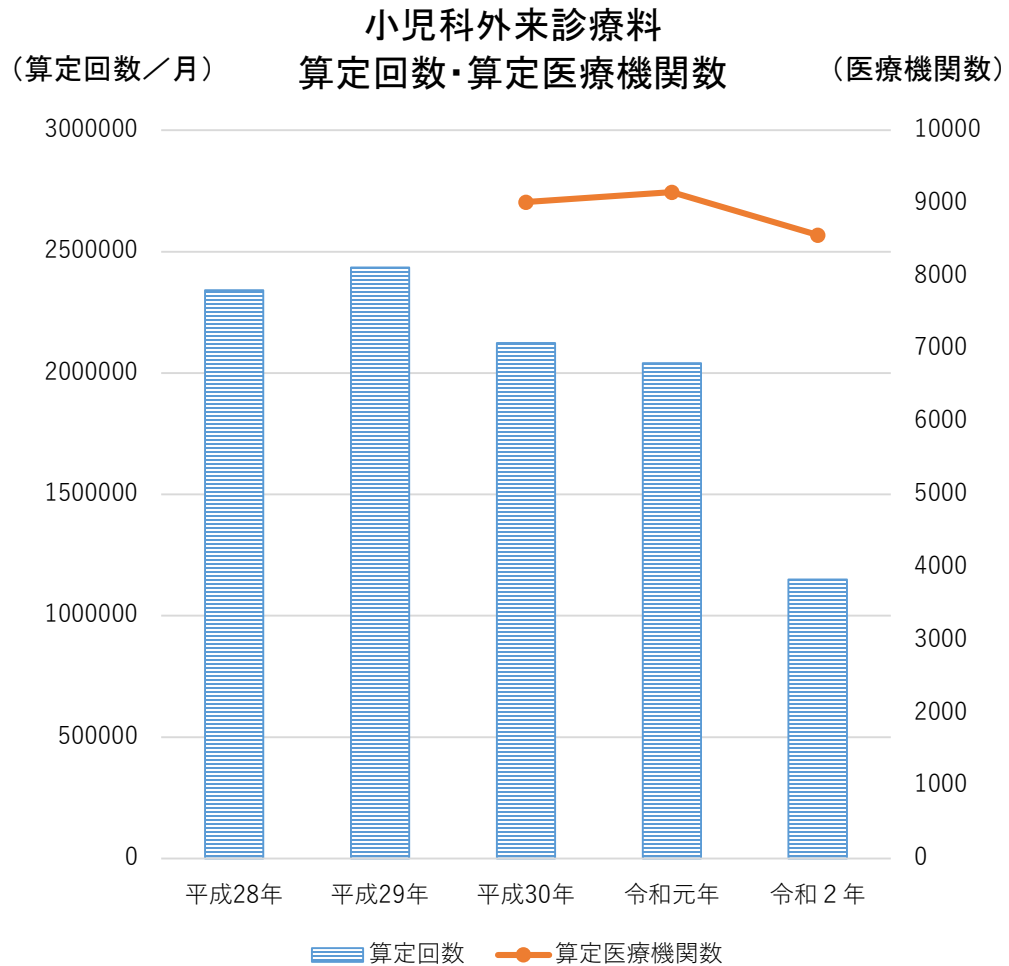
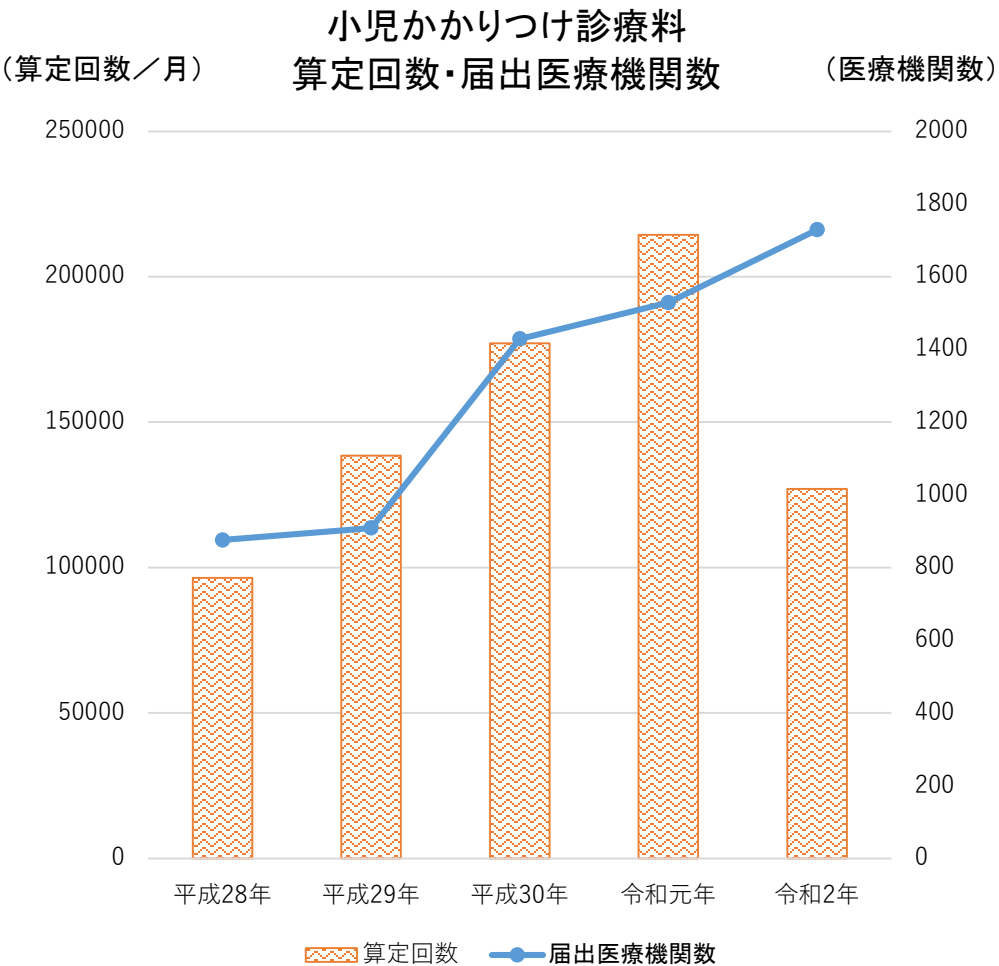
## 小児に係る初再診料等の算定回数



# 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

中医協 総-3  
3 . 7 . 7

- 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。



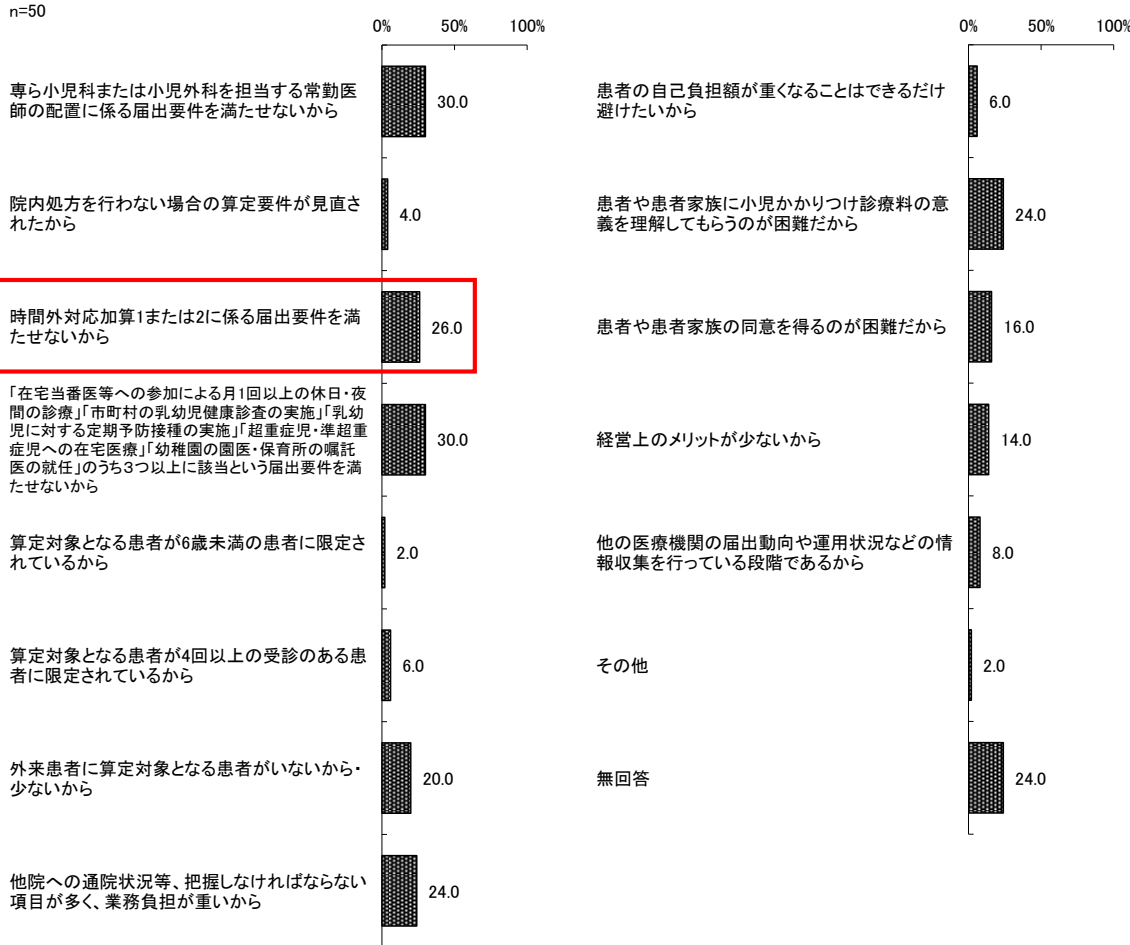
出典：  
 (届出医療機関数) 各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況  
 (算定回数、医療機関数) 社会医療診療行為別統計 各年6月審査分  
 ※平成30年～令和2年の算定回数・算定医療機関数(初診の算定医療機関数を表示)はNDBより保険局医療課にて集計。



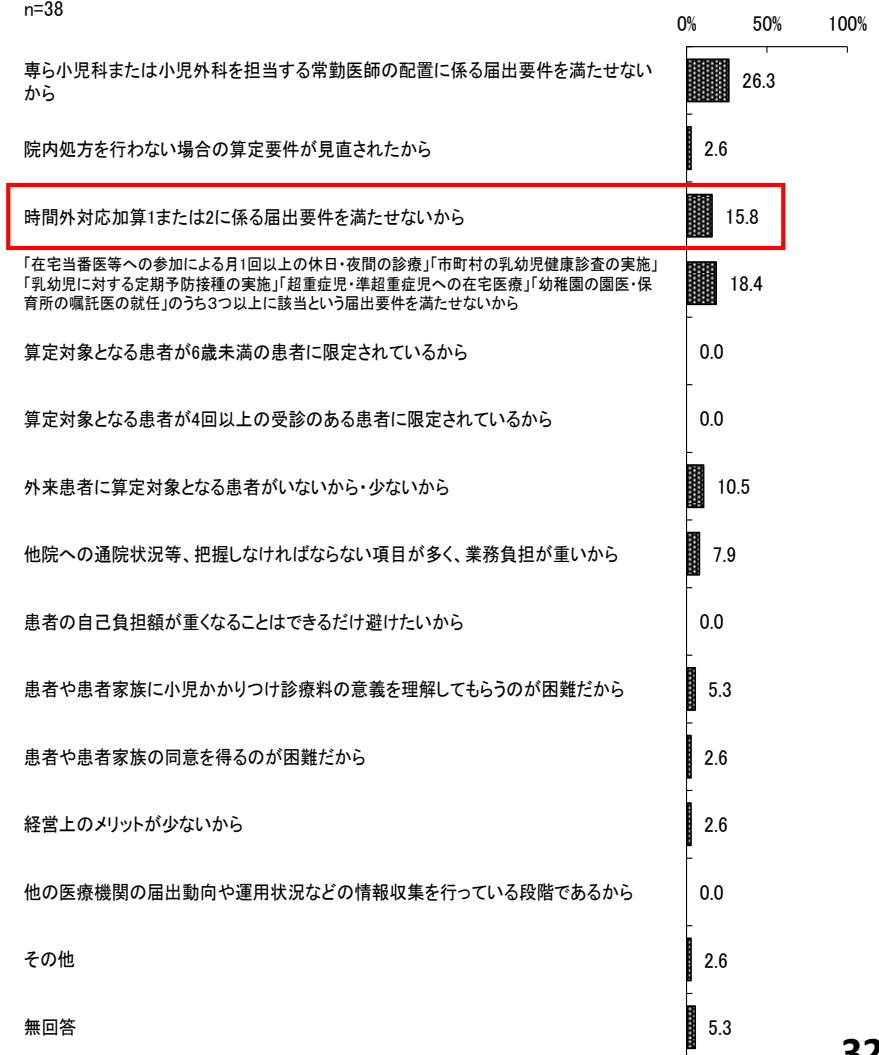
# 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由

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

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



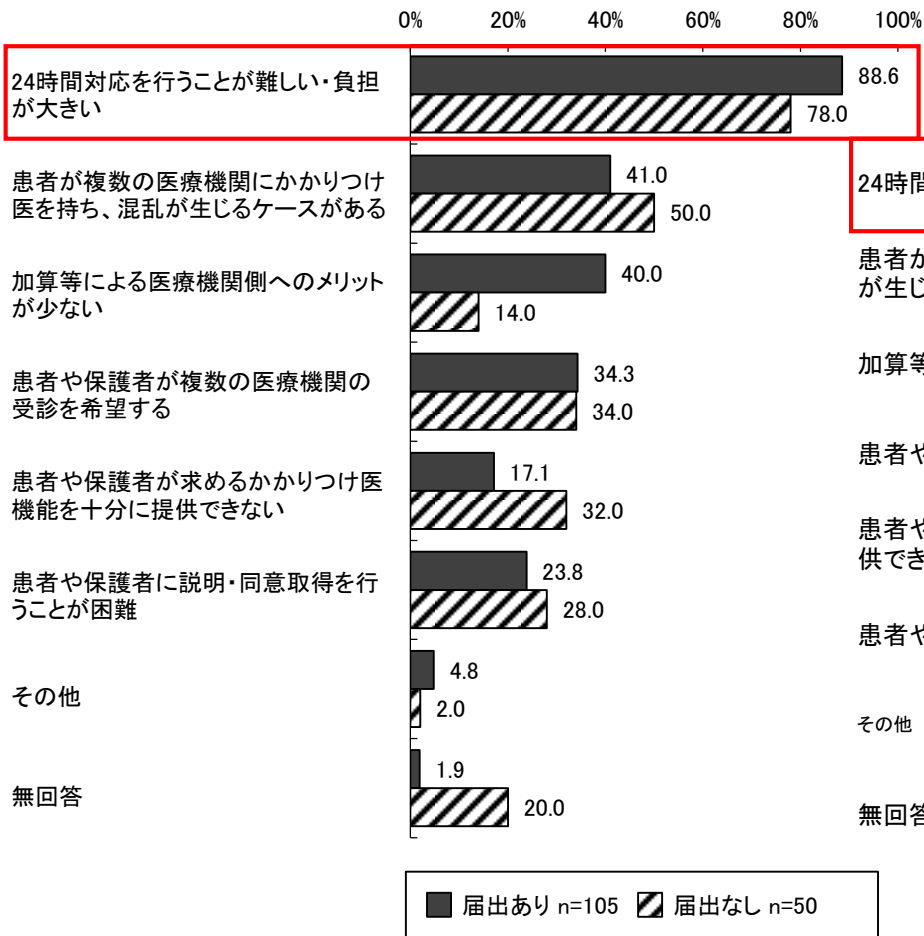
小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない最大の理由  
(単数回答、令和2年10月1日現在において小児かかりつけ診療料の届出なし)



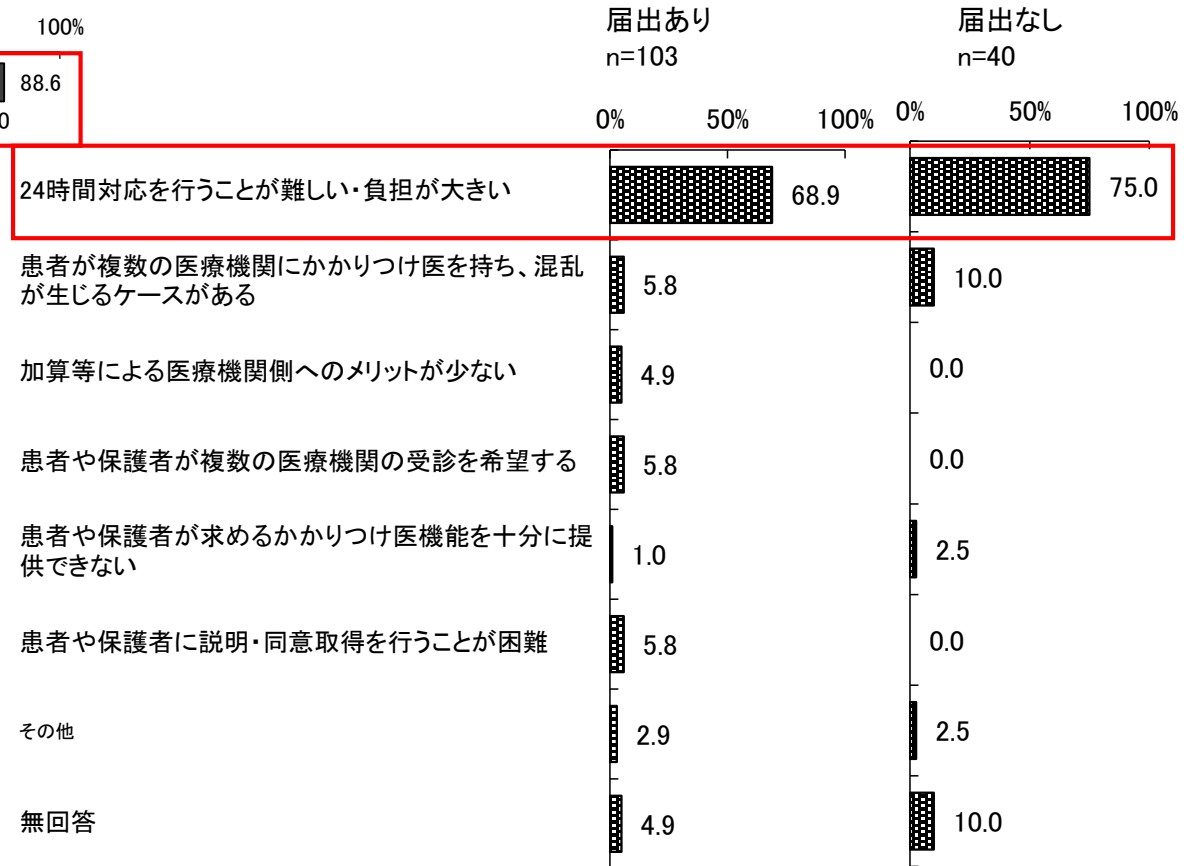
# 小児かかりつけ医機能を推進する上での課題

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

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



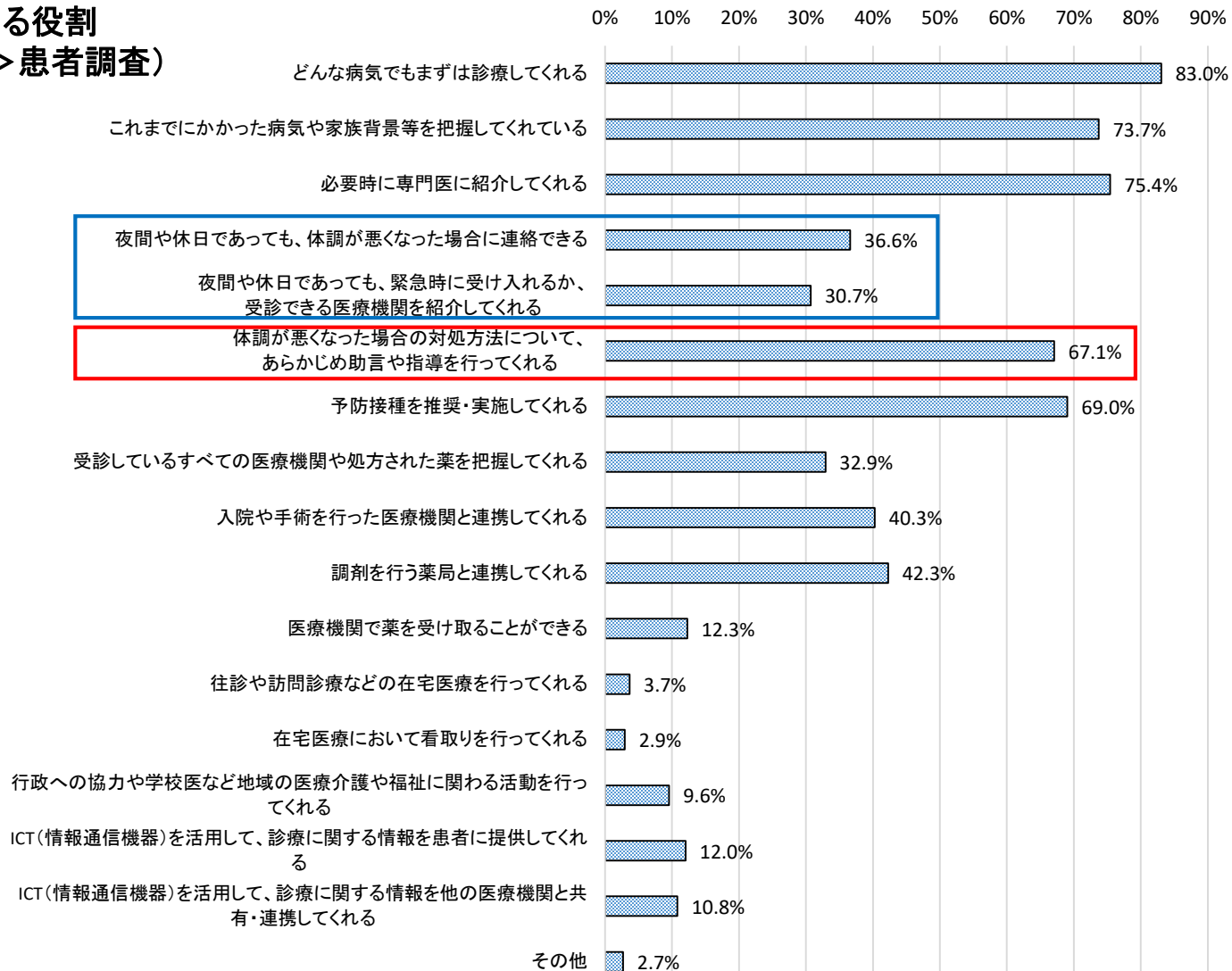
小児かかりつけ医機能を推進する上での最大の課題  
(小児かかりつけ診療料の届出状況別、単数回答)



# 小児における、かかりつけ医に求める役割

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

かかりつけ医に求める役割  
(かかりつけ医<小児科>患者調査)  
(複数回答)



出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価などに関する実施状況調査結果(「かかりつけ医<小児科>調査(患者調査)」)を用いて医療課で集計

# かかりつけ医機能についての課題（小括）

## （地域包括診療料・地域包括診療加算）

- ・平成26年度に地域包括診療料・加算を新設したが、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- ・地域包括診療料・加算を届け出していない理由として、「算定対象となる患者がない・少ない」と回答している施設が一定程度存在していた。
- ・CKDや心不全においては、かかりつけ医が専門医と連携しながら、基礎疾患に対する治療や、悪化の予防等の管理を行うことが求められている。
- ・地域包括診療料・加算の施設基準を満たすことが困難な要因として、「対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること」を挙げている医療機関が多かった。
- ・都道府県が認定する「地域連携薬局」では、入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応する。地域連携薬局には、地域の他の医療提供施設と連携しつつ利用者に安定的に薬剤等を提供する体制の構築が求められている。
- ・高齢者等においてはインフルエンザや肺炎球菌感染症が、予防接種のB類疾病に位置づけられ、定期接種の対象となっている。また、新型コロナウイルスワクチンの接種においても、個別接種が実施されている。

## （小児かかりつけ診療料）

- ・小児かかりつけ診療料では、施設基準で時間外対応加算1又は2の届出を、また、算定要件において「電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において常時対応を行う」ことを求めている。
- ・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。
- ・小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由として、「時間外対応加算1又は2に係る届出要件を満たせないから」と回答した施設が3割程度だった。また、「24時間対応を行うことが難しい・負担が大きい」と回答した施設が、小児かかりつけ診療料の届出の有無に関わらず8割程度だった。
- ・小児における、かかりつけ医に求める役割としては、「夜間や休日であっても体調が悪くなった場合に連絡できる」等よりも、「体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる」を選択している割合が高かった。

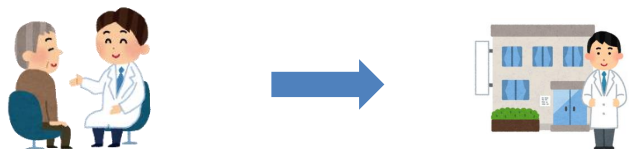
1. 外来医療の現状等について
2. かかりつけ医機能に係る評価について
3. 医療機関間の連携に係る評価について
4. 生活習慣病に係る評価について
5. 耳鼻咽喉科診療の評価について
6. 論点

# 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。

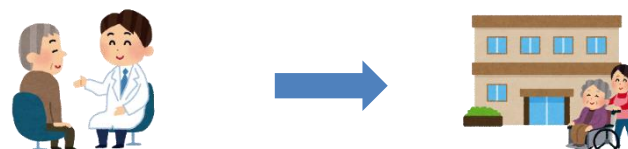
## ① 別の保険医療機関に紹介した場合

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。



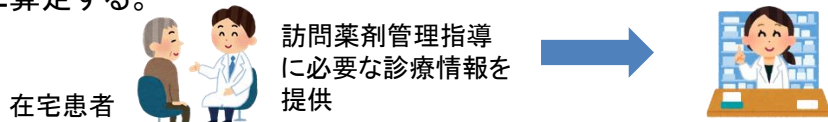
## ② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

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。



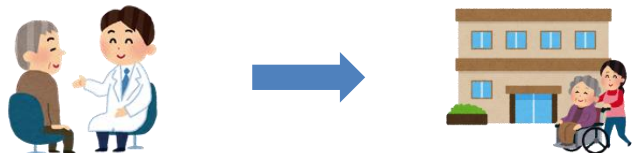
## ④ 精神障害者施設等に提供する場合

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。



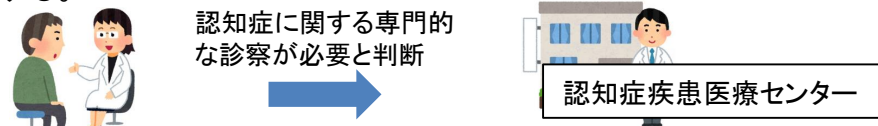
## ⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

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。



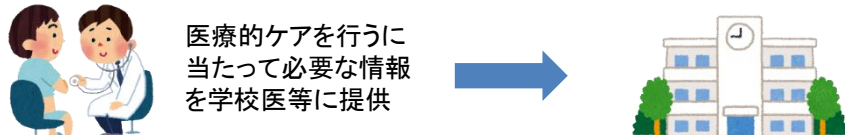
## ⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

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)

## 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。

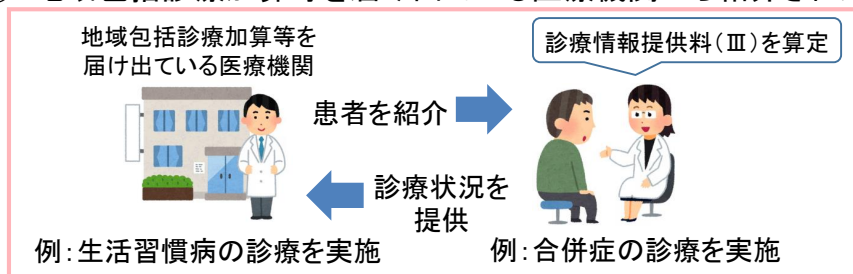
### (新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

[算定要件]

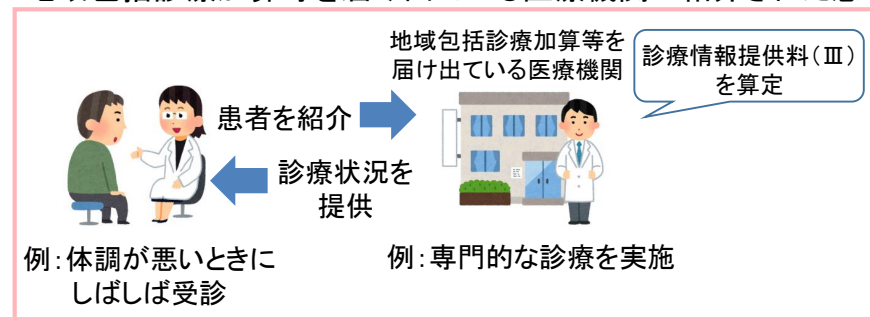
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

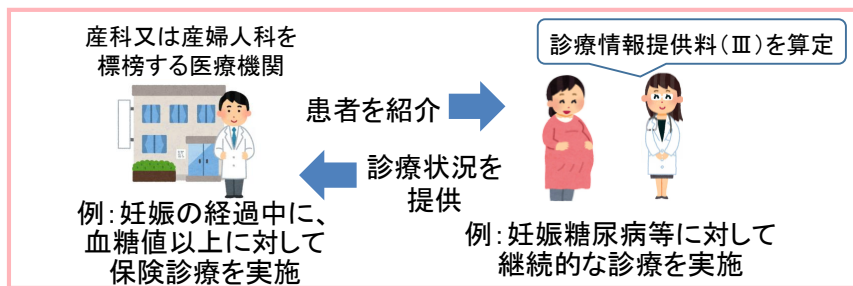
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



- 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



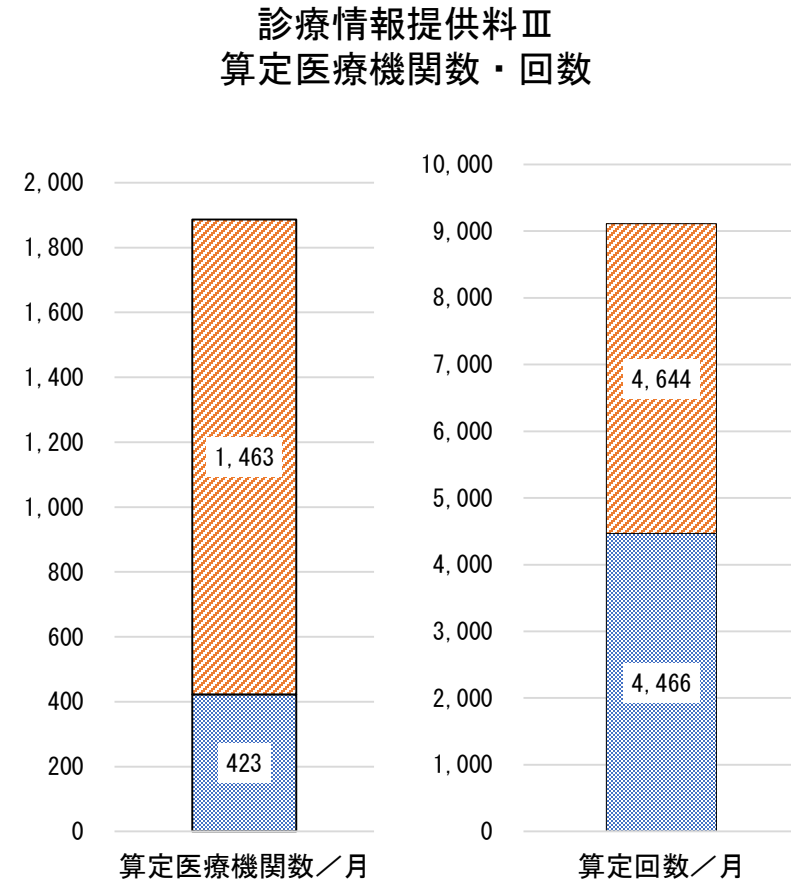
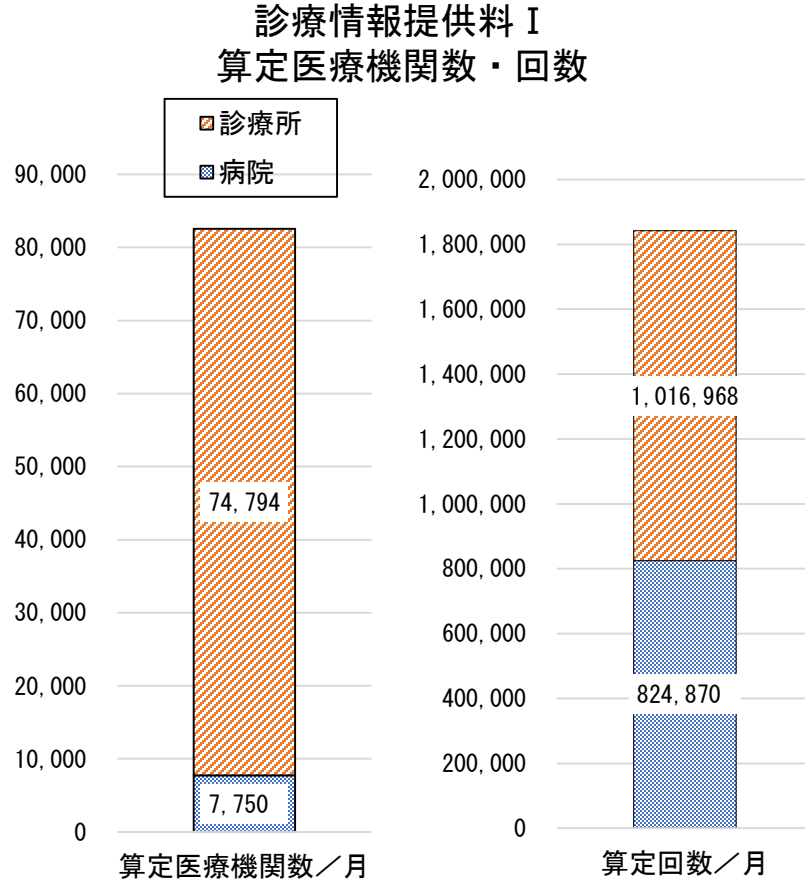
[施設基準]

- (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。





# 医療機関間の連携の具体例

- 例えば、糖尿病の患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、糖尿病網膜症に対する専門的治療の必要性を認め、他の医療機関への紹介を行う場合、診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能である。
- 紹介先の医療機関において、糖尿病網膜症を継続的に治療する場合、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。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、3月に1回に限り診療情報提供料(Ⅲ)が算定可能である。



A.糖尿病の管理を行っている医療機関

他の医療機関での診療を踏まえた医学管理を実施

糖尿病網膜症の治療に当たり紹介を行う

【診療情報提供料(Ⅰ)】  
A医療機関において算定が可能

診療情報の提供を眼科医療機関に求める

糖尿病の管理を行っている医療機関の求めに応じて、糖尿病網膜症に関する指導内容や今後の治療方針について情報提供



B.糖尿病網膜症の治療を行う医療機関

眼科医療機関において継続的な糖尿病網膜症の管理を実施

【診療情報提供料(Ⅲ)】  
B医療機関において算定できないケース

B医療機関としては、A医療機関の届出状況を把握していない／できない場合

B医療機関はかかりつけ医機能ではなく、専門医療機関としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合

【診療情報提供料(Ⅲ)】  
B医療機関において算定が可能となるケース

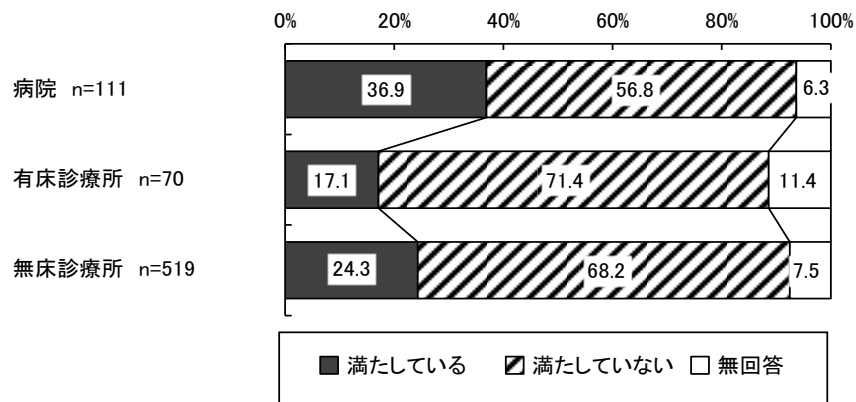
A医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、また、B医療機関が禁煙の施設基準を満たし、かつ、A医療機関の届出を把握している場合

B医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、かつ、禁煙の施設基準を満たしている場合

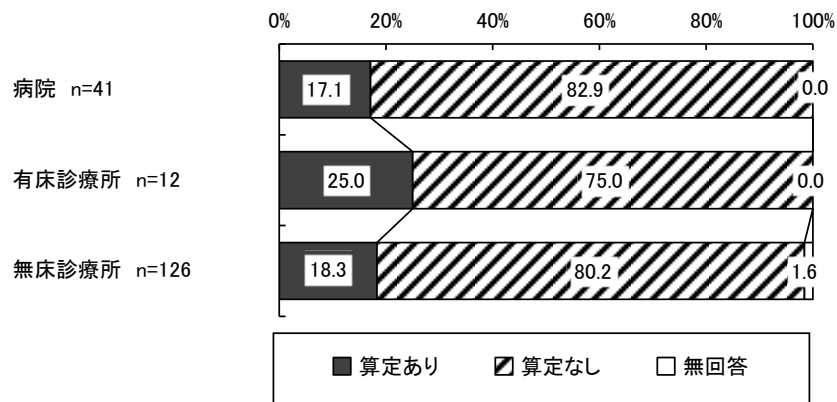
# 診療情報提供料Ⅲの算定状況の内訳

- 診療情報提供料(Ⅲ)のいずれかの施設基準を満たしている医療機関は、診療所において約2割、病院において約4割存在していたが、そのうち実際に算定しているのは2割未満だった。
- 診療情報提供料(Ⅲ)を算定した施設における算定状況をみると、他院がかかりつけ医機能に係る届出を行っている場合より、自院が当該届出を行っている場合の方が算定回数が多かった。

診療情報提供料(Ⅲ)注1から注3の  
いずれかの施設基準の状況



診療情報提供料(Ⅲ)注1から注3の施設基準のいずれかを  
「満たしている」と回答した施設(n=179)における、  
令和2年9月の診療情報提供料(Ⅲ)の算定状況



令和2年9月に診療情報提供料(Ⅲ)を  
算定したと回答した施設における、  
算定状況の詳細

	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
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について、当該患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	23	2.6	5.4	0.0
2) 自院に他院から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	21	5.9	9.4	1.0

# 医療機関間の連携についての課題（小括）

## （診療情報提供料（Ⅲ））

- ・令和2年度改定において新設した診療情報提供料（Ⅲ）の算定医療機関数が、診療所では約1,500施設、病院では約400施設だった。
- ・他の医療機関から紹介された患者について、紹介元の医療機関からの求めに応じて情報提供をする際に、算定に必要な要件を満たしている場合、3月に1回に限り診療情報提供料（Ⅲ）が算定可能であるが、紹介元の医療機関の届出状況を把握していない場合や、当該医療機関が専門医療機関としての役割を担っていてかかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合等には算定できない。
- ・診療情報提供料（Ⅲ）のいずれかの施設基準を満たしている医療機関は、診療所において約2割、病院において約4割存在していたが、そのうち実際に算定しているのは2割未満だった。

1. 外来医療の現状等について
2. かかりつけ医機能に係る評価について
3. 医療機関間の連携に係る評価について
4. 生活習慣病に係る評価について
5. 耳鼻咽喉科診療の評価について
6. 論点

# 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、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	ヘモグロビンA1cが6.1%（JDS）以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第2期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 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"> <li>療養計画書を作成。</li> <li>少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う。</li> <li>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。</li> <li>学会等の診療ガイドライン等を参考にする。</li> <li>糖尿病患者に対しては年1回程度眼科の診察を促す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>指導計画を作成。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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。</li> <li>指導計画を作成する。</li> <li>保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病透析予防指導管理料を算定している。</li> </ul>
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"> <li>200床未満の病院及び診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>薬剤師、理学療法士が配置されることが望ましい。</li> <li>糖尿病教室を定期的実施している。</li> <li>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。</li> </ul>	<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	

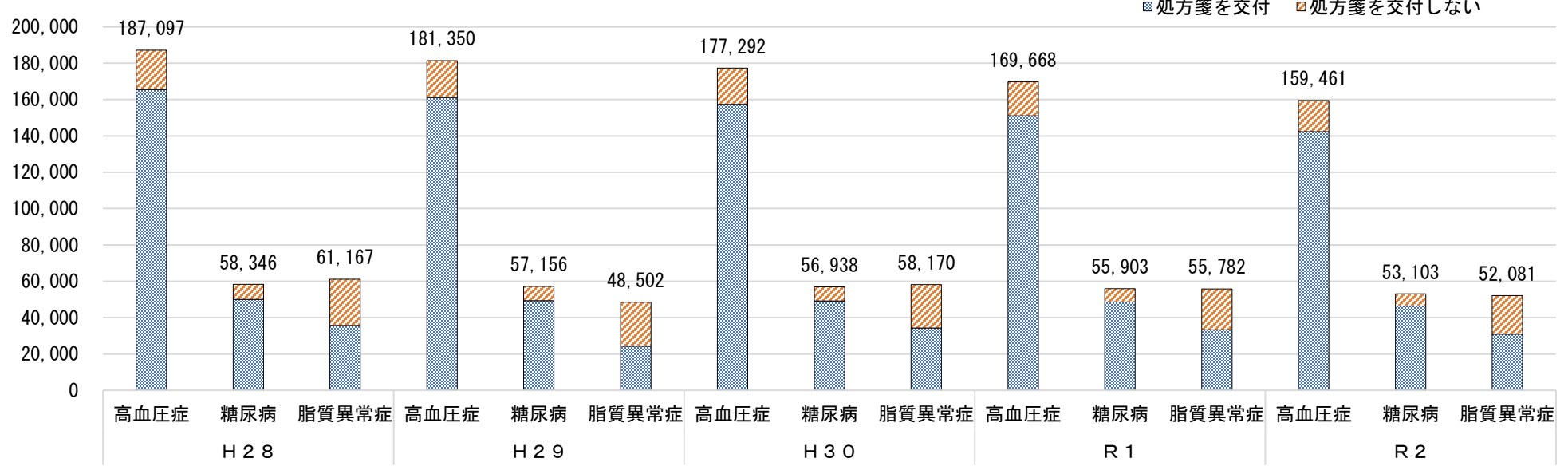
# 生活習慣病に係る評価の経緯

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。

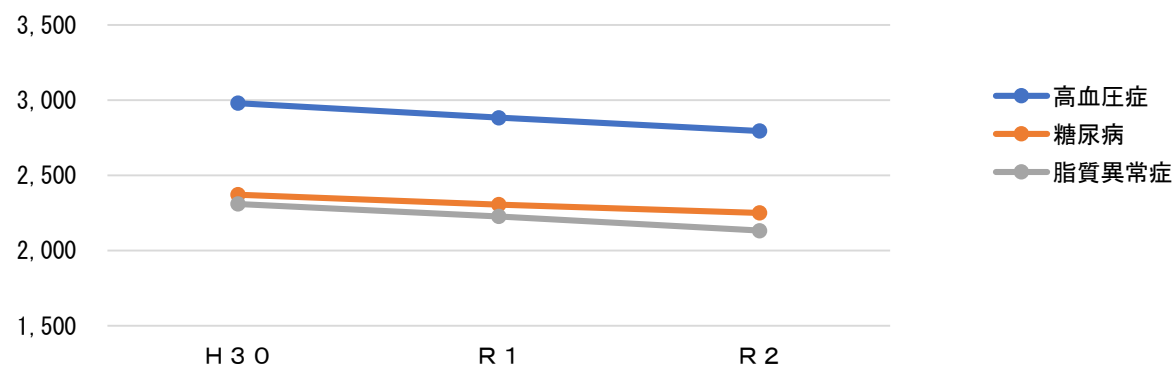
# 生活習慣病管理料の算定状況

○ 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。

生活習慣病管理料の算定回数の年次推移



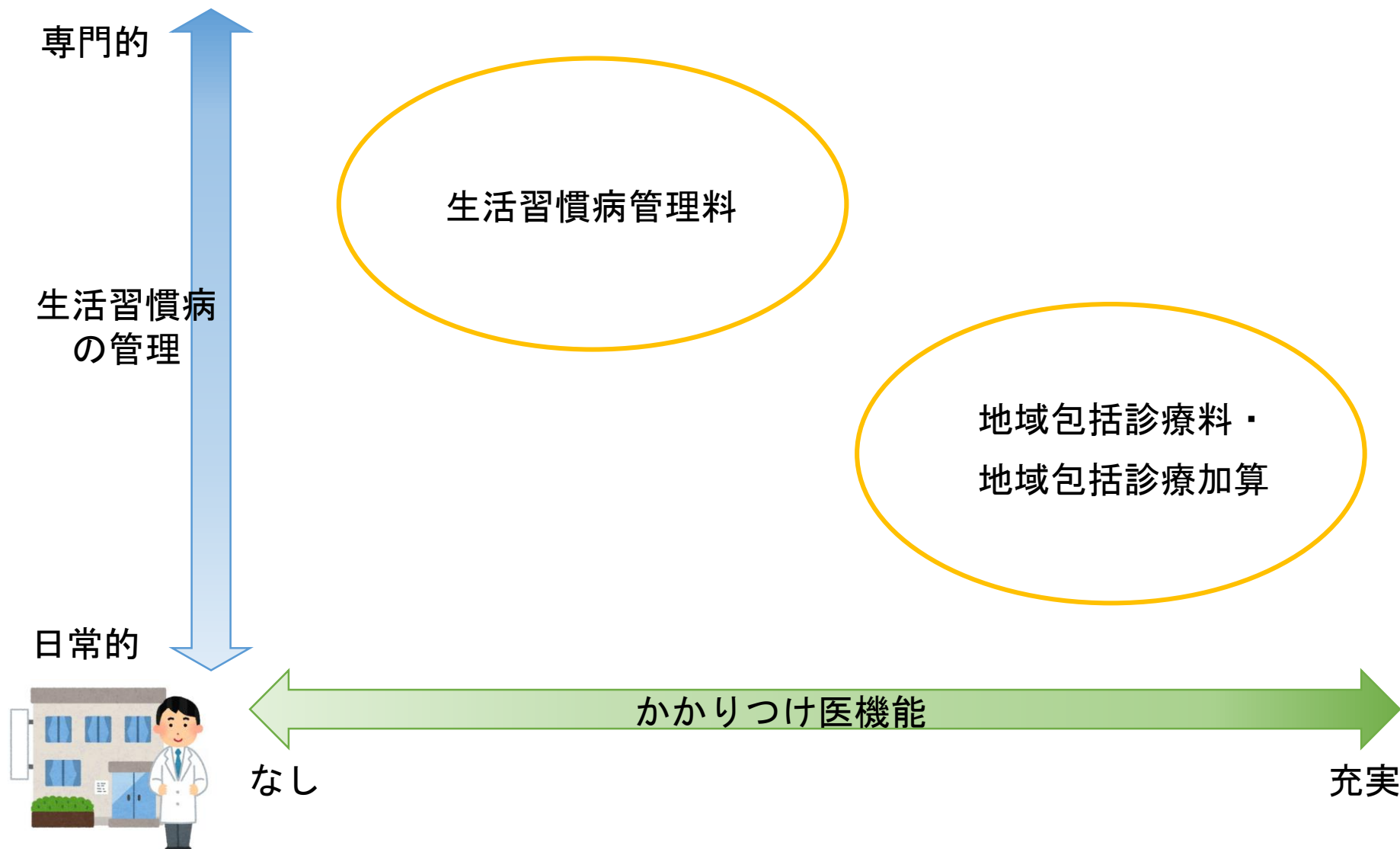
生活習慣病管理料を算定している医療機関の年次推移



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。

# 生活習慣病の管理を中心とした評価のイメージ

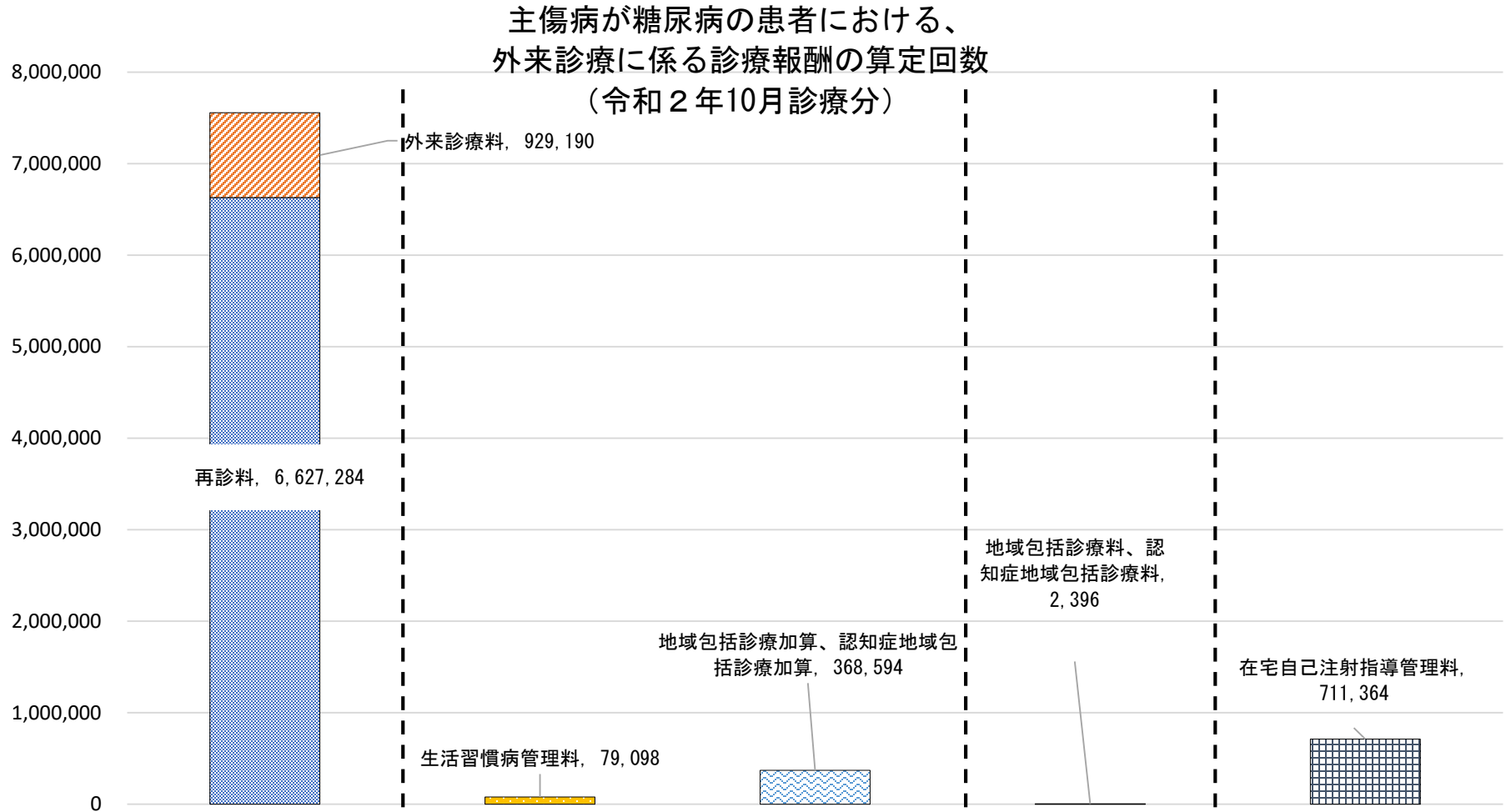
200床未満の病院及び診療所における  
生活習慣病の管理を中心とした評価





# 糖尿病患者の外来診療における算定状況

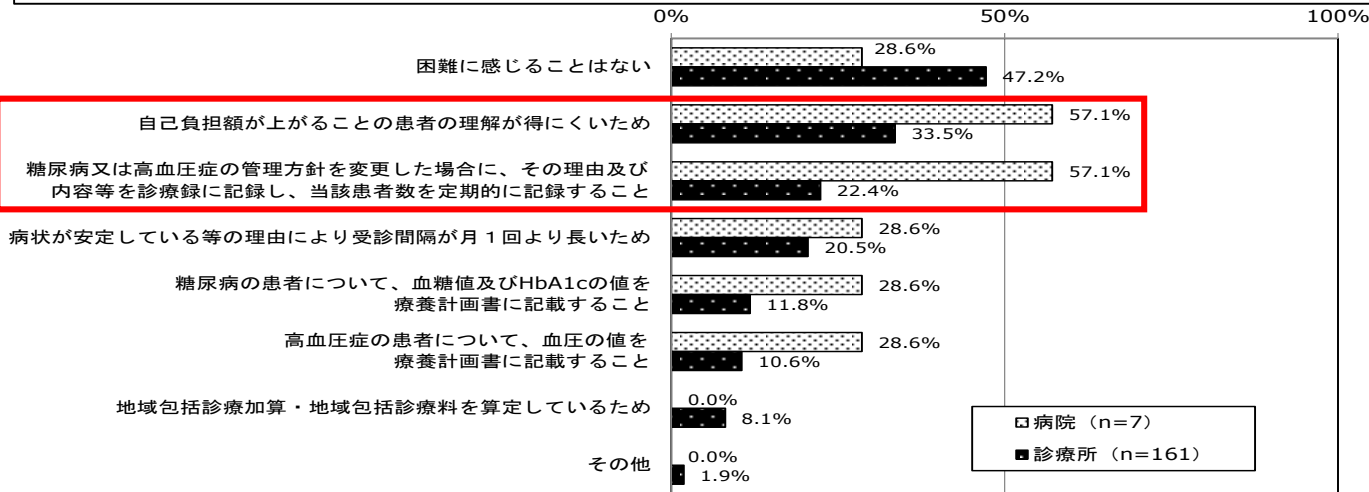
○ 主傷病名が糖尿病である外来患者について、基本診療に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。



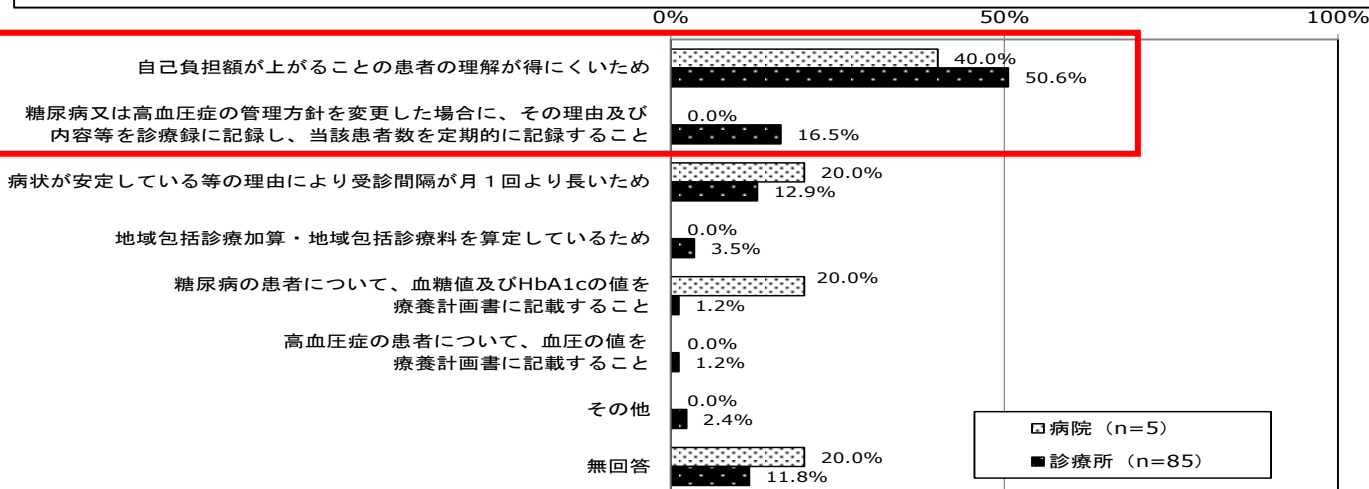
# 生活習慣病管理料の算定について困難なもの

○ 生活習慣病管理料の算定について困難なものとしては、病院においては、管理方針変更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、自己負担額が上がるということについて患者の理解が得にくいことが最も多く、診療所でも、同選択肢が2番目、3番目を占めていた。

生活習慣病管理料の算定について困難に感じる事（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最も困難に感じる事（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）

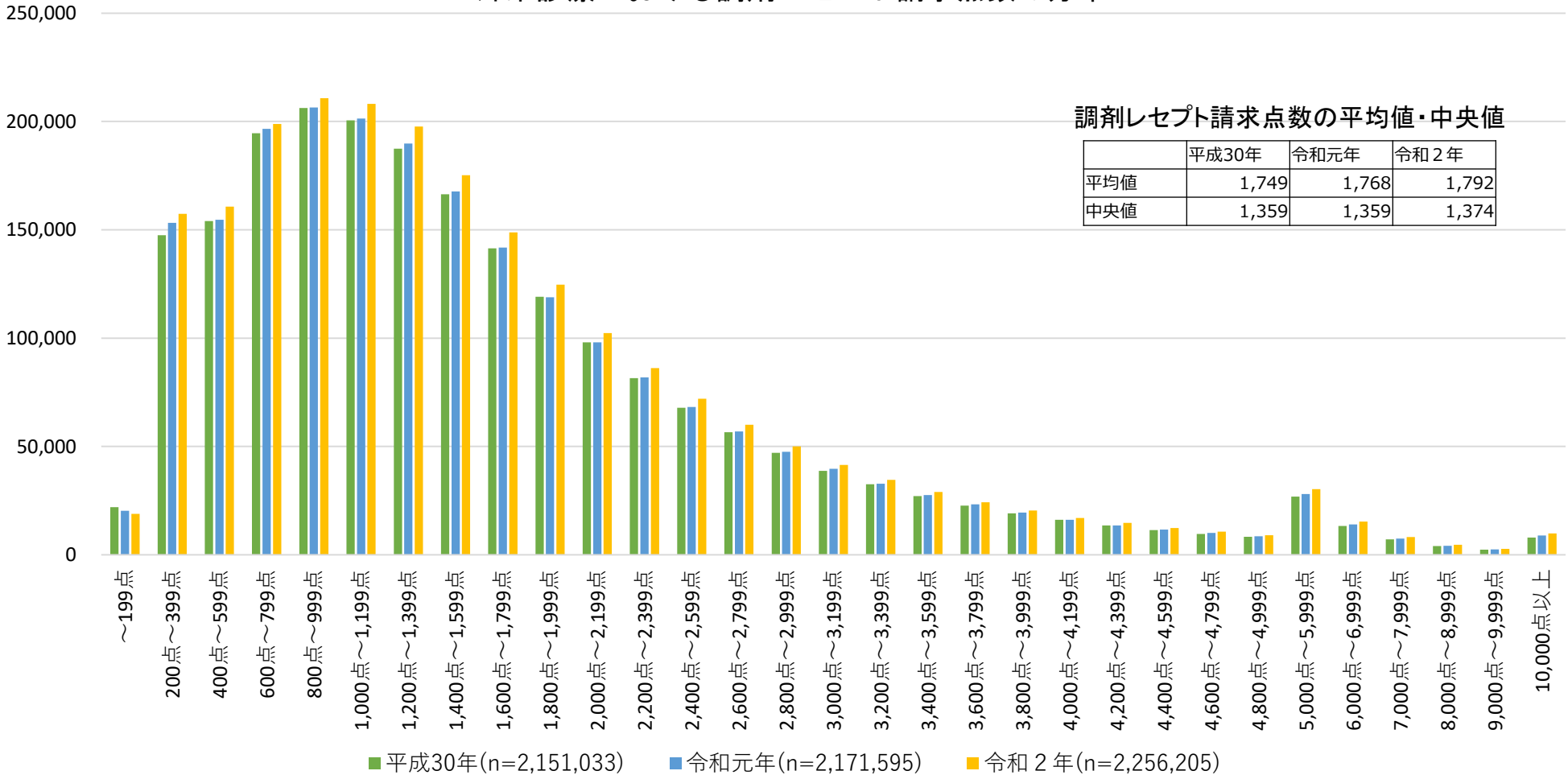


# 糖尿病患者の外来における調剤レセプト請求点数

○ 糖尿病を主病とする患者の外来診療における1件あたりの調剤レセプト請求点数の分布を見たところ、令和2年における中央値は1,374点であった。また、平均値は平成30年から令和2年にかけて増加していた。

糖尿病を主病とする患者の、  
外来診療における調剤レセプト請求点数の分布

(レセプト件数)



# 生活習慣病の管理における多職種連携

○ 高血圧症や糖尿病等においては、多職種による療養指導の重要性についてガイドライン等で示されており、関係学会による研修・認定制度が設けられている。

## 「高血圧治療ガイドライン2019」 日本高血圧学会

表3-4 医療スタッフが患者とパートナーシップを築き  
コンコーダンス医療を続ける方法

- 高血圧によるリスクと治療の有益性について話し合う
- 高血圧治療の情報を口頭、紙媒体、視聴覚資材でわかりやすく提供する
- 患者の合意、自主的な選択を尊重し、患者の生活に合った治療方針を決める
- 処方をも単純化し、服薬回数、服薬錠数を減らす(合剤の使用、一包装調剤など)
- 家庭血圧の自己測定・記録を推奨し、その評価をフィードバックする
- 医療スタッフ(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士)、患者、家族を含めた治療支援体制を作る
- 治療の費用や中断した場合に負担となるコストについて話し合う
- 服薬忘れの原因・理由について話し合い、特に副作用や心配・気がかりな問題に注意して、必要であれば薬剤の変更を考慮する

※「コンコーダンス」: 患者がチームの一員として医療スタッフと話し合い、治療方針を決定し続けていくこと

出典: 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(編)  
「高血圧治療ガイドライン2019」, p55

## 「糖尿病診療ガイドライン2019」 日本糖尿病学会

### ●糖尿病自己管理教育の総死亡リスクへの効果

DSME RCT 42 件のメタ解析<sup>1)</sup>では、DSME 介入は通常ケアに比べて2型糖尿病患者の総死亡リスクを26%抑制することが報告され、その効果は多職種チームによる介入、看護師主導介入双方ともに有効であった。 DSME による総死亡リスク抑制効果は、10時間以上、複数回、組織化されたカリキュラム、対面式での介入を受けた患者で大きかった。

出典:

日本糖尿病学会編・著: 糖尿病診療ガイドライン2019, p107, 108, 南江堂, 2019

# 生活習慣病管理についての課題（小括）

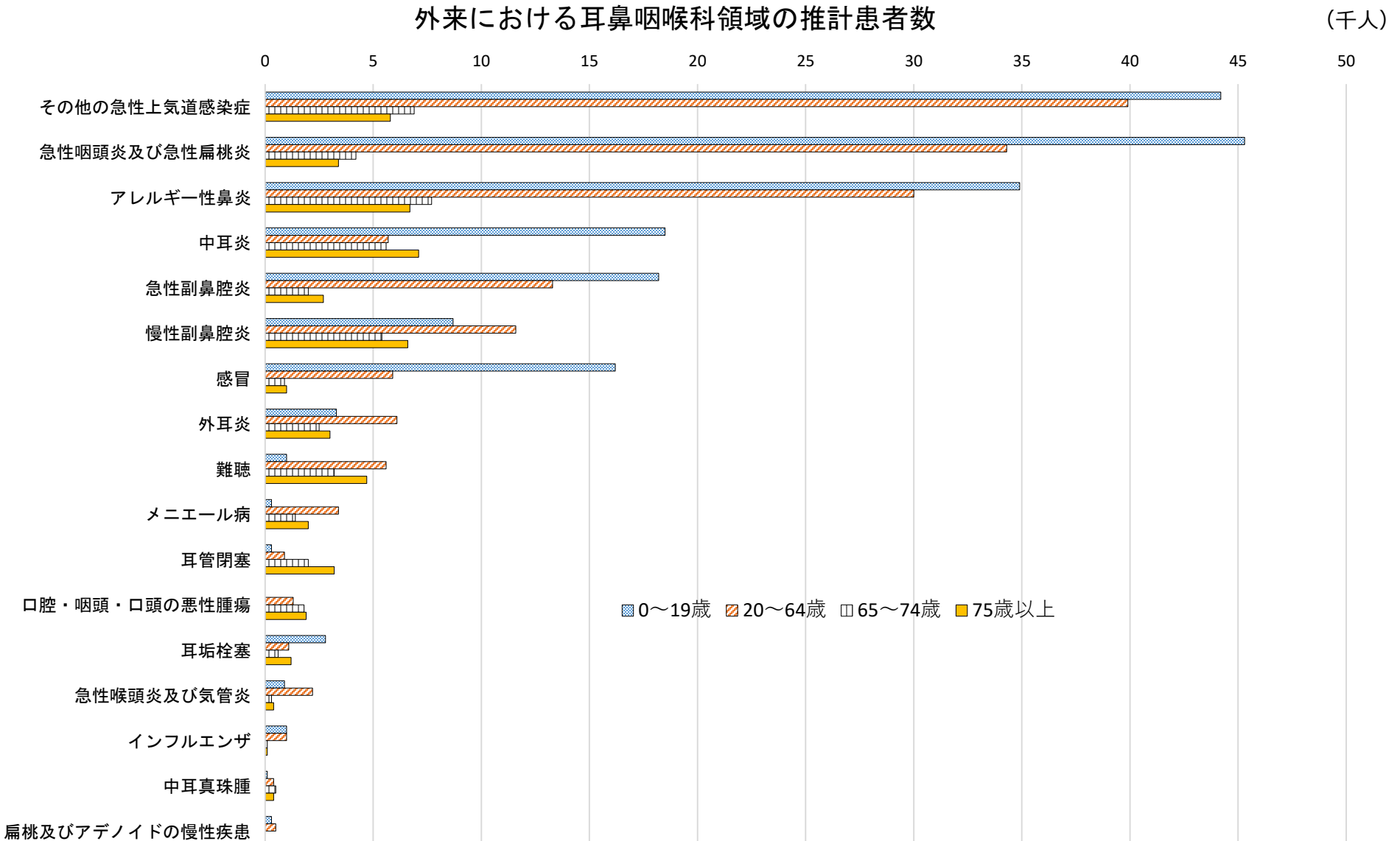
## （生活習慣病管理料）

- ・ 200床未満の病院及び診療所における生活習慣病の管理を中心とした評価として、生活習慣病の管理が専門的／日常的であるか、かかりつけ医機能が充実しているかどうかに応じて、生活習慣病管理料、地域包括診療加算・地域包括診療料を設けている。
- ・ 主傷病名が糖尿病である外来患者について、基本診療に係る診療報酬としては、初診料や外来診療料の算定回数と比較して、生活習慣病管理料や地域包括診療料等の算定回数は少なかった。
- ・ 生活習慣病管理料の算定について困難なものとしては、管理方針変更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、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多かった。
- ・ 糖尿病を主病とする患者の外来診療における1件あたりの調剤レセプト請求点数の分布を見たところ、令和2年における中央値は1,374点であった。また、平均値は平成30年から令和2年にかけて増加していた。
- ・ 高血圧症や糖尿病等においては、多職種による療養指導の重要性についてガイドライン等で示されており、関係学会による研修・認定制度が設けられている。

1. 外来医療の現状等について
2. かかりつけ医機能に係る評価について
3. 医療機関間の連携に係る評価について
4. 生活習慣病に係る評価について
5. 耳鼻咽喉科診療の評価について
6. 論点

# 外来における耳鼻咽喉科領域の患者数

○ 外来における疾患別の推計患者数のうち、耳鼻咽喉科領域の疾患の推計患者数は以下のとおり。

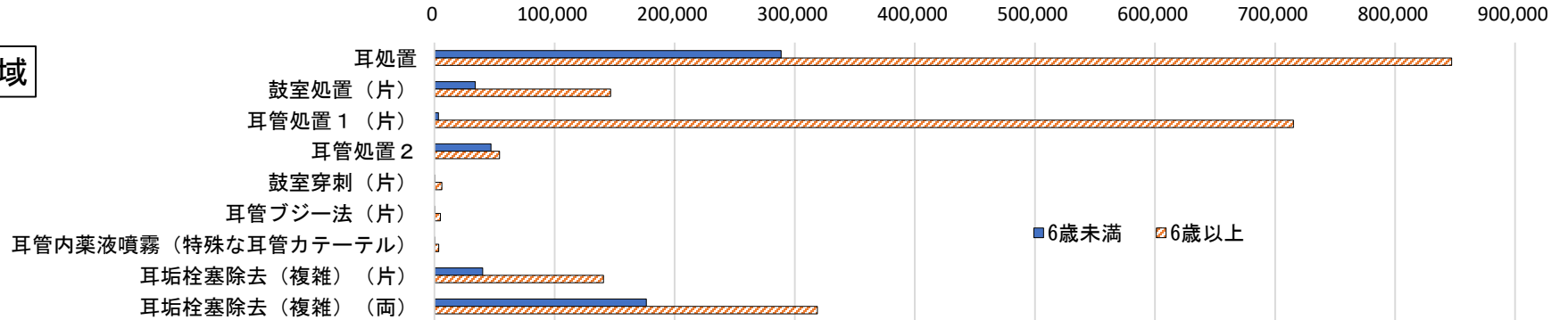


# 耳鼻咽喉科領域における、領域別の処置の算定回数

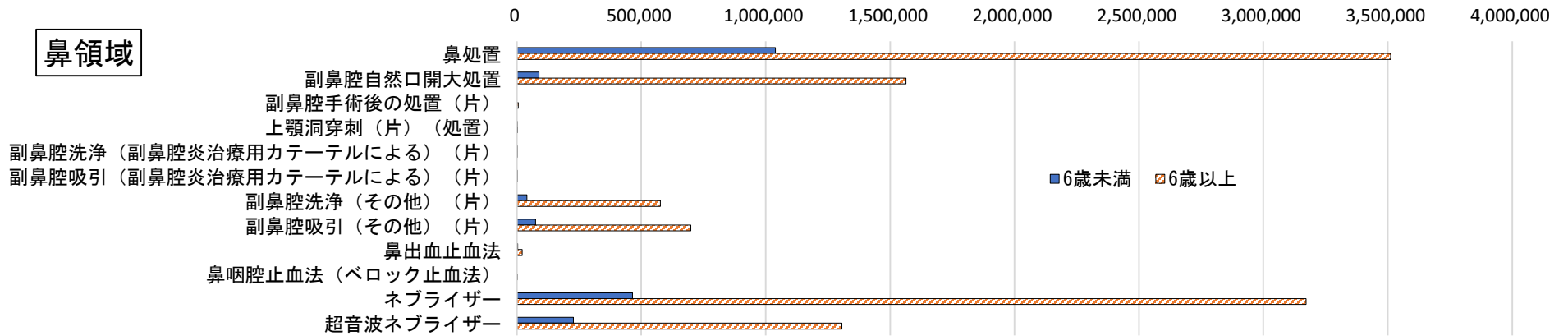
○ 耳鼻咽喉科領域に係る領域別の処置の算定状況は以下のとおり。

(算定回数/月)

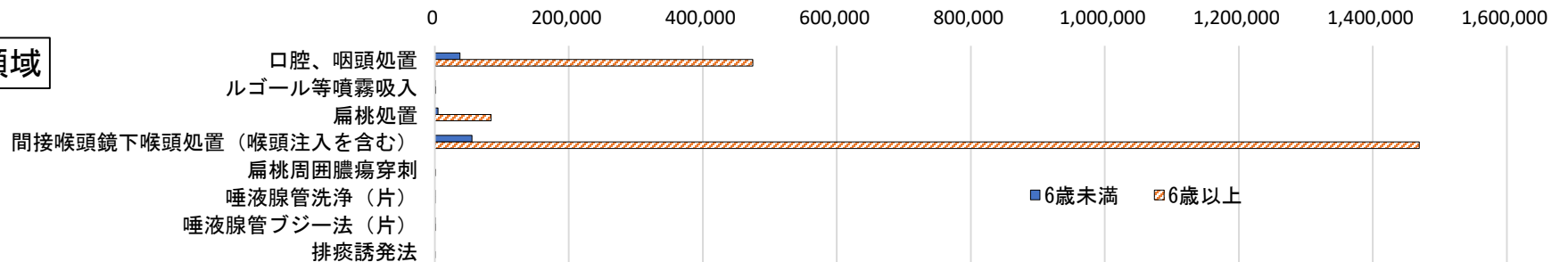
## 耳領域



## 鼻領域



## 咽喉領域

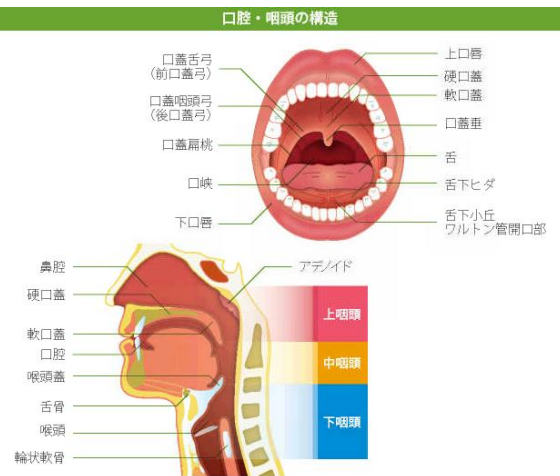




# 耳鼻咽喉科外来における標準的な診療

- 耳・鼻・咽頭・喉頭領域は、解剖学的・機能的に密接に関連している。
- そのため、複数の領域に渡って複数の処置を実施することがあり、例えば、小児の急性中耳炎においては呼吸器感染症、特に鼻副鼻腔感染症に続発することが知られ、鼻処置の有用性を指摘されている。

## 耳・鼻・咽喉・喉頭領域の解剖



出典：耳鼻咽喉科学会HP

## 小児急性中耳炎の治療における鼻処置について

急性中耳炎は先行する呼吸器感染症、特に鼻副鼻腔感染に続発することが知られている。また、小児急性中耳炎と急性鼻副鼻腔炎の原因菌は共通である。さらに鼻副鼻腔炎は小児急性中耳炎の難治化や再燃・再発の重要なリスクファクターとされる（山中ら 2014）。エビデンスは十分ではないものの、鼻処置は急性中耳炎の治療に促進的に作用すると考えられる。

出典：「小児急性中耳炎診療ガイドライン2018年版」  
日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会、日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会

## 小児滲出性中耳炎と、上気道炎や副鼻腔炎等との合併

小児滲出性中耳炎の危険因子は多彩であり、ダウン症、口蓋裂、頭蓋・顔面奇形などの先天性疾患、アデノイド増殖症、上気道炎や鼻副鼻腔炎罹患時にしばしば合併する。アデノイド増殖症では、物理的な耳管狭窄より細菌感染巣としてのバイオフィーム形成が、滲出性中耳炎との関連性において重要視されている（Saafan et al. 2013）。アレルギー性鼻炎では、機械的な粘膜の腫脹ではなくアレルギーによる炎症が滲出性中耳炎の発症に関与するため（Kreiner-Møller et al. 2012）、小児滲出性中耳炎罹患児のアレルギー性鼻炎の合併は非罹患児の約5倍に上る。胃食道逆流（gastroesophageal reflux：GER）に関する検討は、メタアナリシスの段階には至らないが、小児滲出性中耳炎のGER合併率は通常の小児より高値とされる（Miura et al. 2012）。これらの

出典：「小児滲出性中耳炎診療ガイドライン2015年版」  
日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会

## 急性副鼻腔炎の治療における、鼻処置、自然口開大処置、ネブライザーについて

CQ14-4B 急性細菌性鼻副鼻腔炎の症状の改善に鼻処置、自然口開大処置は有効か

推奨グレード C1：

本邦では外来鼻科診察において鼻処置は必須とされている。中鼻道を明視・観察し、自然口開大と吸引腔管による処置を行うことで、症状の改善が期待される。

CQ14-4C ネブライザー治療は有効か

推奨グレード C1：

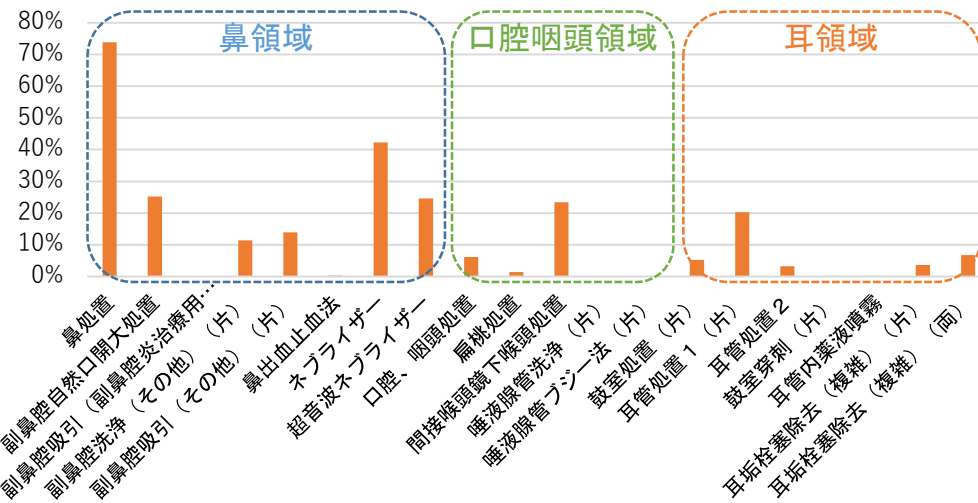
中鼻道の開大後にネブライザー薬液が副鼻腔に到達し、炎症の改善が期待される。

出典：「急性鼻副鼻腔炎診療ガイドライン」日本鼻科学会

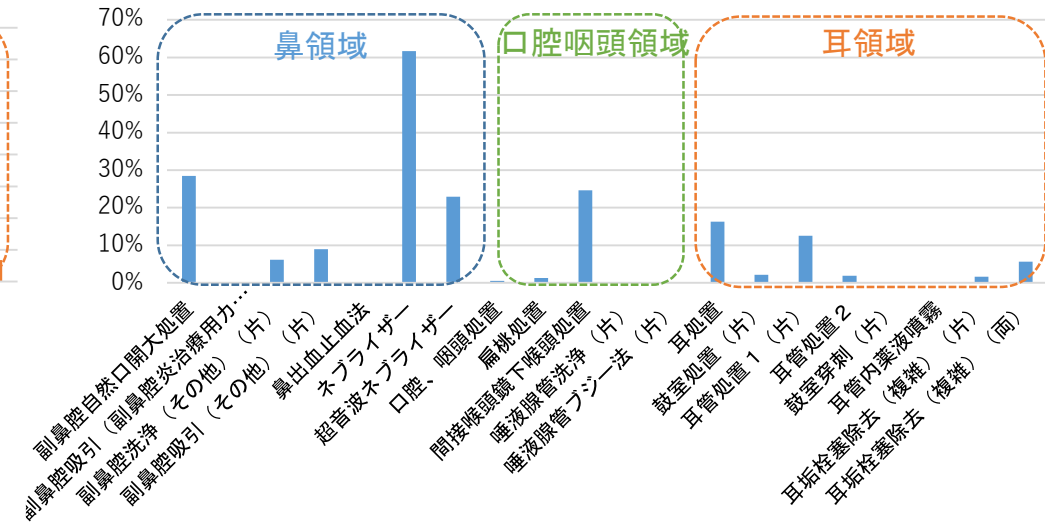
# 耳鼻咽喉科領域の処置の実施状況

○ 「耳処置」「鼻処置」「口腔、咽頭処置」を実施している場合に、当該領域に加え、別の領域の耳鼻咽喉科処置を組み合わせて実施している実態がみられた。

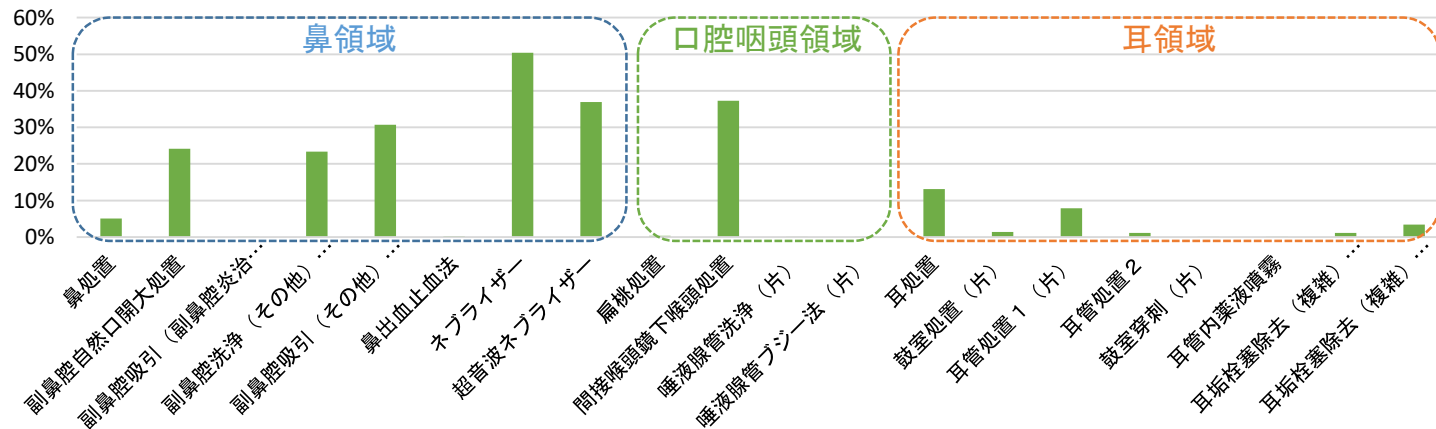
「耳処置」を実施している場合に、他の耳鼻咽喉科処置を実施している割合



「鼻処置」を実施している場合に、他の耳鼻咽喉科処置を実施している割合



「口腔、咽頭処置」を実施している場合に、他の耳鼻咽喉科処置を実施している割合



# 外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

## 小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

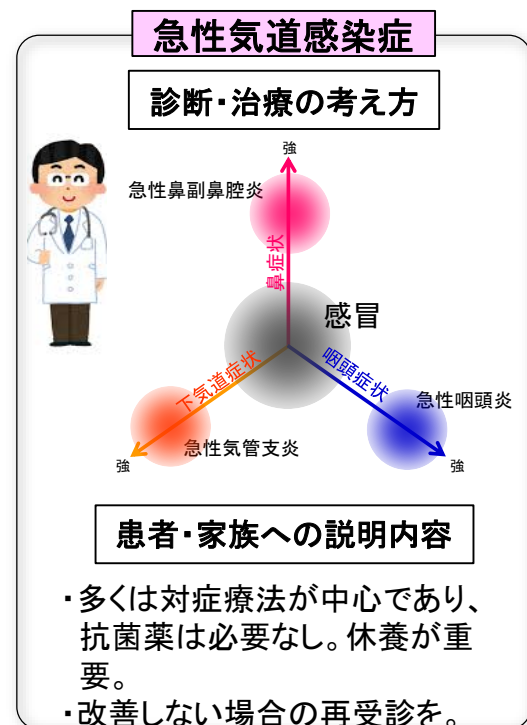
### (新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

#### [算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当とする専任の医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

#### [施設基準]

- (1) 薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン (平成 28 年 4 月 5 日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議) に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

## 外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

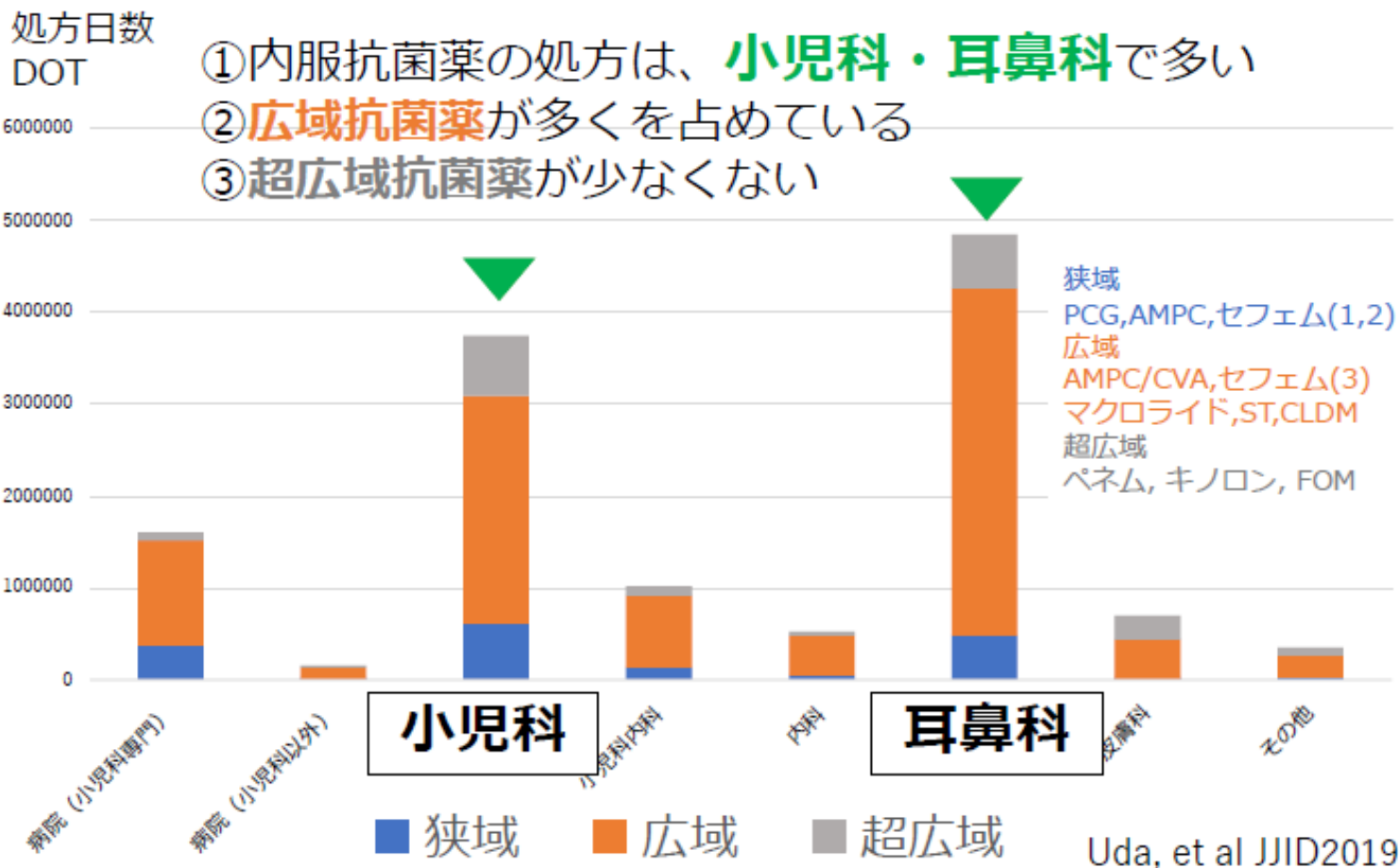
- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

# 耳鼻咽喉科における抗菌薬の使用

○ 内服抗菌薬の処方は、小児科と並んで耳鼻咽喉科で多く、超広域抗菌薬の処方が少なくない。

## 内服抗菌薬の診療科別抗菌薬処方量

モデル地区（世田谷・府中・神戸）



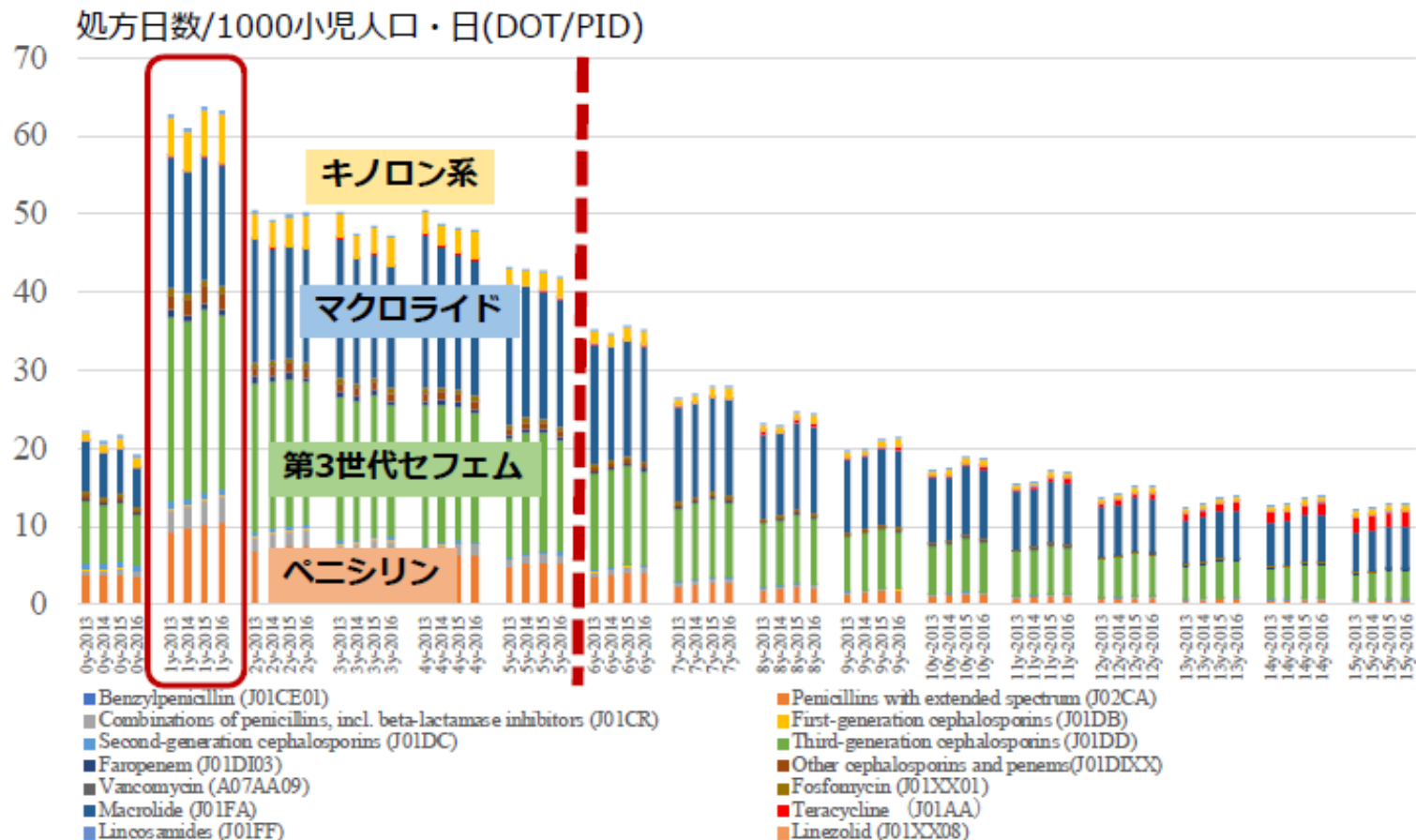
# 年齢別の内服抗菌薬の使用状況

○ 内服抗菌薬の処方は、1－5歳、特に、1歳台に多く処方されている。

## 年齢別の内服抗菌薬

1-5歳、特に1歳台に多く抗菌薬が処方されている

Kinoshita JIC 2018



# 耳鼻咽喉科領域の疾患における抗菌薬の使用

○ 急性中耳炎や急性副鼻腔炎の軽症例の治療においては、抗菌薬非投与がガイドラインで推奨されている。

## 小児の急性中耳炎に対する 抗菌薬の使用について

### CQ 3-4 ▶ 軽症の急性中耳炎の治療として 抗菌薬非投与は妥当か

推奨

軽症例に限って3日間は抗菌薬の投与を行わず、自然経過を観察することを推奨する。

推奨の強さ：推奨 エビデンスの質：B

#### ●背景●

薬剤耐性菌による急性中耳炎症例が増大している本邦の現状から、抗菌薬を投与しない場合は、正確な鼓膜所見の観察による軽症の診断と、抗菌薬非投与後の厳重な経過観察が重要である。

出典：「小児急性中耳炎診療ガイドライン  
2018年版」  
日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会、  
日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会

## 急性副鼻腔炎に対する 抗菌薬の使用について

### CQ14-1 軽症の急性鼻副鼻腔炎に対して、抗菌薬非投与は妥当か

推奨グレードB：

軽症例に限って、抗菌薬非投与のうえ、自然経過を観察することが推奨される。

(Young J, et al 2008 エビデンスレベルI a：推奨度B)

#### 【背景】

急性鼻副鼻腔炎は上気道炎に引き続き発症し、発症当初はウイルス感染が主体とされるため、軽症に限っては抗菌薬の効果は期待できない。自然経過を観察することで症状の悪化があり、中等症や重症に移行すれば抗菌薬治療を開始する。抗菌薬の過剰投与は耐性菌の増加につながり、抗菌薬投与、非投与を適切に判断することが重要である。急性鼻副鼻腔炎において最初はウイルス感染から発症することが多いため、抗菌薬は不要であるという考え方が一般的である。

出典：「急性鼻副鼻腔炎診療ガイドライン2010年版（追補版）」日本鼻科学会

# 耳鼻咽喉科診療についての課題（小括）

## （耳鼻咽喉科診療について）

- ・ 外来における疾患別の推計患者数のうち、耳鼻咽喉科領域の疾患においては、その他の急性上気道感染症、急性咽頭炎及び急性扁桃炎、アレルギー性鼻炎、中耳炎等が多い。
- ・ 耳鼻咽喉科領域の領域別の処置の算定回数を見ると、「耳処置」「耳管処置」「鼻処置」「ネブライザー」「口腔、咽頭処置」「間接喉頭鏡下口頭処置」等が多い。
- ・ 耳・鼻・咽頭・喉頭領域は、解剖学的・機能的に密接に関連しており、そのため、複数の領域に渡って複数の処置を実施することがあり、例えば、小児の急性中耳炎においては呼吸器感染症、特に鼻副鼻腔感染症に続発することが知られ、鼻処置の有用性を指摘されている。
- ・ 「耳処置」「鼻処置」「口腔、咽頭処置」を実施している場合に、当該領域に加え、別の領域の耳鼻咽喉科処置を組み合わせて実施している実態がみられた。
- ・ 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する小児抗菌薬適正使用支援加算が平成30年に新設された。
- ・ 内服抗菌薬の処方は、小児科と並んで耳鼻咽喉科で多く、超広域抗菌薬の処方が少なくない。また、内服抗菌薬の処方は、1－5歳、特に、1歳台に多く処方されている。
- ・ 急性中耳炎や急性副鼻腔炎の軽症例の治療においては、抗菌薬非投与がガイドラインで推奨されている。

1. 外来医療の現状等について
2. かかりつけ医機能に係る評価について
3. 医療機関間の連携に係る評価について
4. 生活習慣病に係る評価について
5. 耳鼻咽喉科診療の評価について
6. 論点



# 外来医療についての論点

## 【かかりつけ医機能について】

- 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に、慢性腎臓病や心不全の管理においてかかりつけ医が役割を果たすことが求められていることを踏まえ、地域包括診療料・加算の評価の在り方について、どのように考えるか。また、予防接種法のB類疾病としてインフルエンザや肺炎球菌が含まれているが、基礎疾患等を踏まえた予防接種の相談への対応の必要性も踏まえ、かかりつけ医機能を強化する観点から、診療報酬において、どのように考えるか。

## 【小児におけるかかりつけ医機能について】

- 小児のかかりつけ医においては、体調が悪くなった場合の対処方法についてあらかじめ助言や指導を行うことがより求められている実態や、医療機関にとっては24時間対応を行うことが難しい・負担が大きいという実態も踏まえ、小児のかかりつけ医機能に係る評価について、どのように考えるか。

## 【医療機関間の連携について】

- 医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）を算定するに当たって、他の医療機関の施設基準の届出状況の把握等について、どのように考えるか。

## 【生活習慣病管理について】

- 生活習慣病の適切な管理を推進する観点から、生活習慣病管理料の評価の在り方について、どのように考えるか。

## 【耳鼻咽喉科診療について】

- 耳鼻咽喉科領域の処置においては、領域横断的に、複数の処置を組み合わせられて実施されている実態があることを踏まえ、評価の在り方についてどのように考えるか。また、小児の耳鼻咽喉科領域の疾患において抗菌薬の適正使用を推進することに係る評価の在り方について、どのように考えるか。