

調剤報酬（その1）

平成29年3月29日

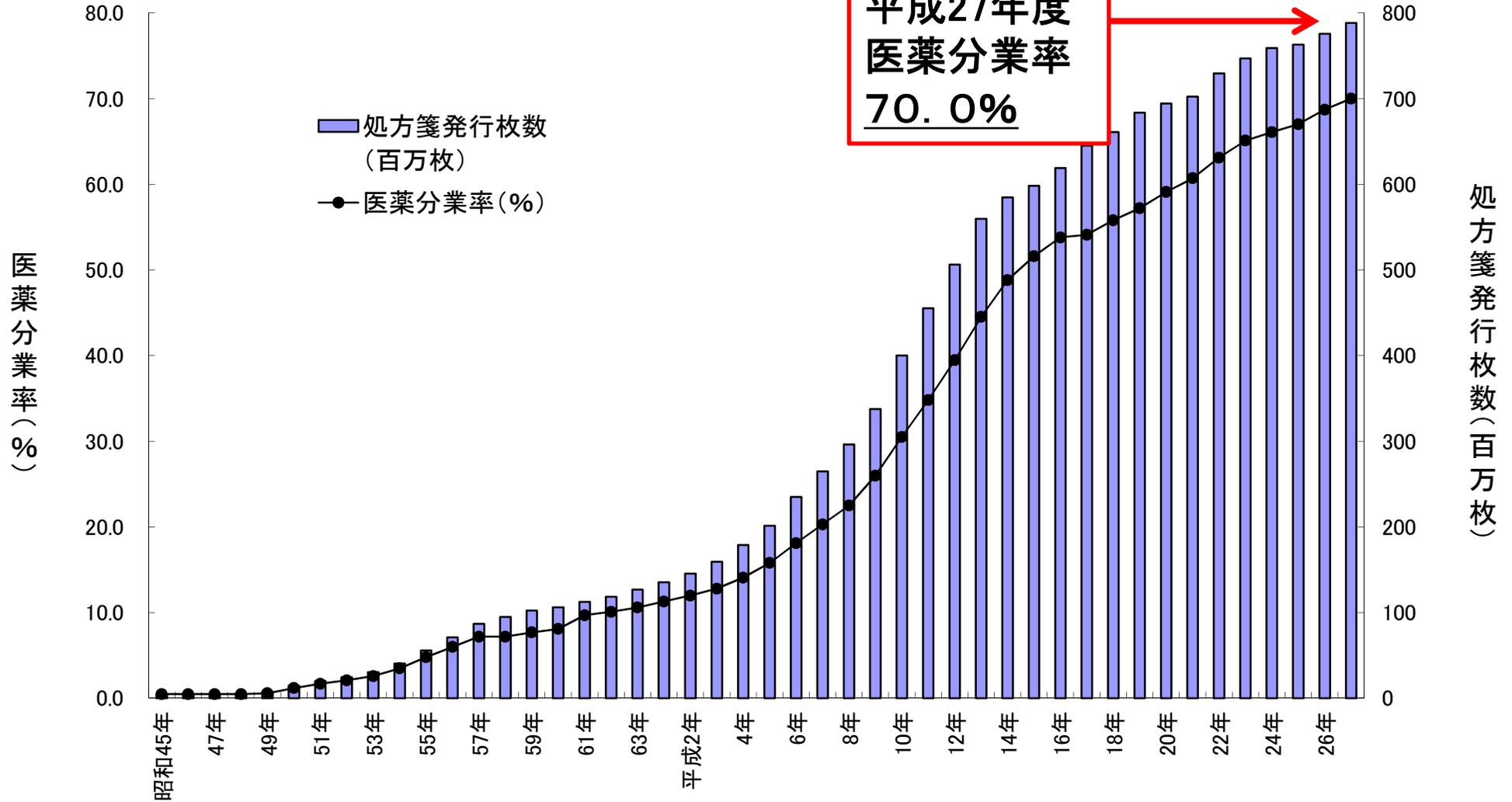
本日の内容

1. 薬剤師・薬局を取り巻く現状
2. かかりつけ薬剤師・薬局の評価
3. 対人業務の評価の充実
4. 後発医薬品の使用促進策
5. いわゆる門前薬局の評価の見直し
6. その他

1. 薬剤師・薬局を取り巻く現状

医薬分業率の年次推移

医薬分業率等の年次推移



平成27年度
 医薬分業率
70.0%

医薬分業率は年々上昇している。

$$\text{※医薬分業率(\%)} = \frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{医科診療(入院外)日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

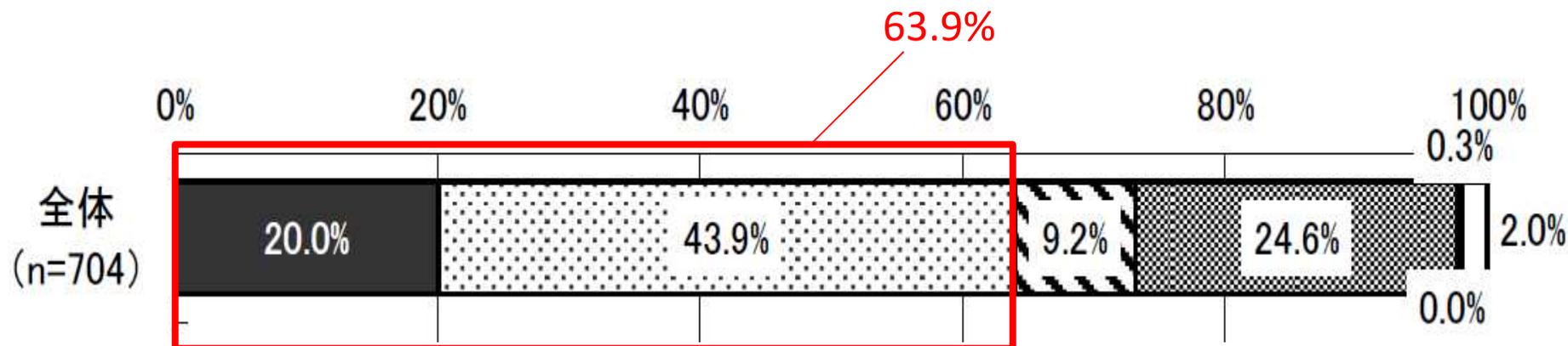
処方箋発行枚数(百万枚)

薬局の処方箋応需の状況

薬局の処方箋応需の状況は、主に特定の医療機関からの処方箋を応需している薬局が約6割となっている。

※薬局調査

➤ 薬局の処方箋応需の状況



- 主に近隣にある特定の病院の処方せんを応需
- ▣ 主に近隣にある特定の診療所の処方せんを応需
- ▤ 主に複数の特定の保険医療機関(いわゆる医療モールも含む)の処方せんを応需
- ▥ 様々な保険医療機関からの処方せんを応需
- ▧ その他
- 無回答

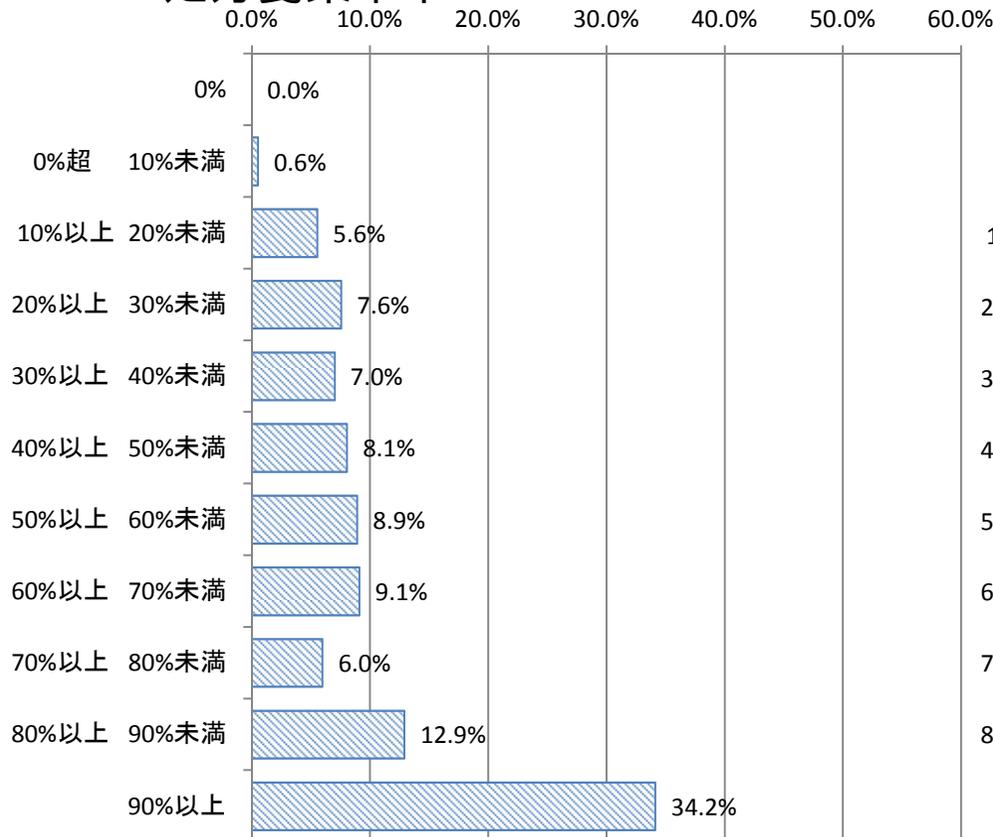
平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度調査) 後発医薬品の使用状況調査

※ 医療機関が少ない地域では、かかりつけ薬局としての機能を果たしている薬局もある。

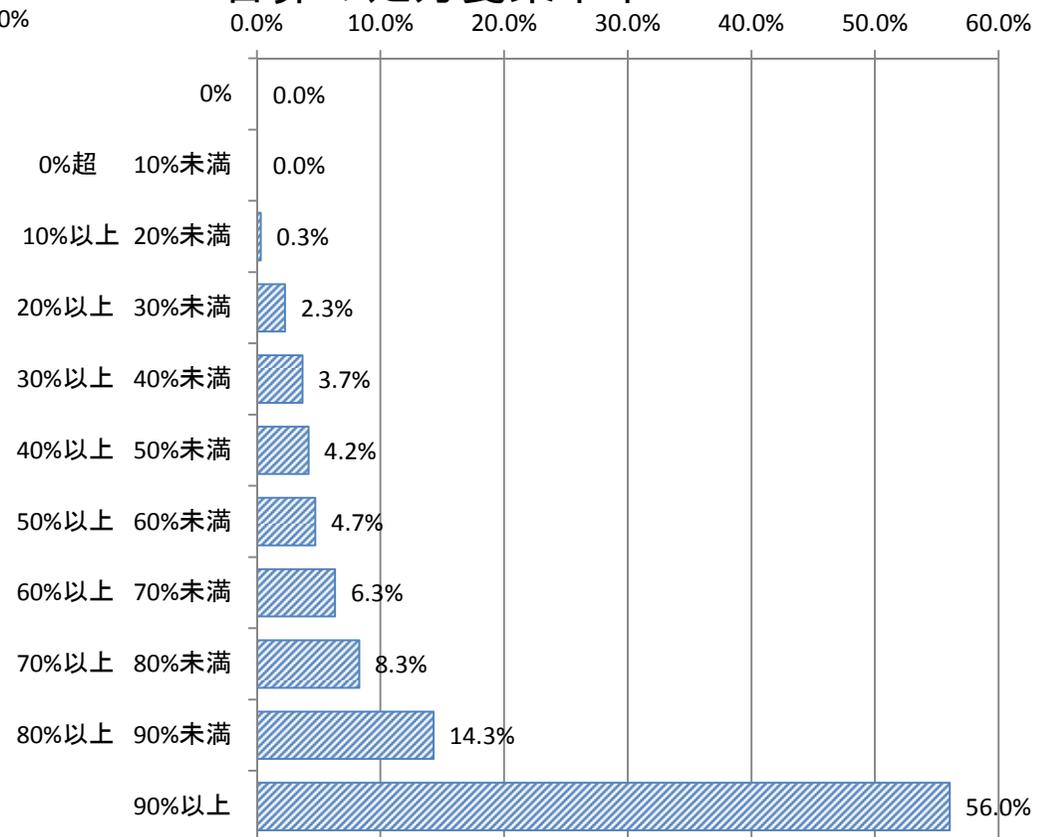
特定の医療機関からの処方箋集中率

特定の医療機関からの処方箋集中率については、受付回数が最大となる医療機関からの集中率が90%以上の薬局は34.2%であり、上位3箇所の医療機関の処方箋集中率の合計が90%以上の薬局は56.0%であった。

▶ 最も受付回数が多い保険医療機関の処方箋集中率



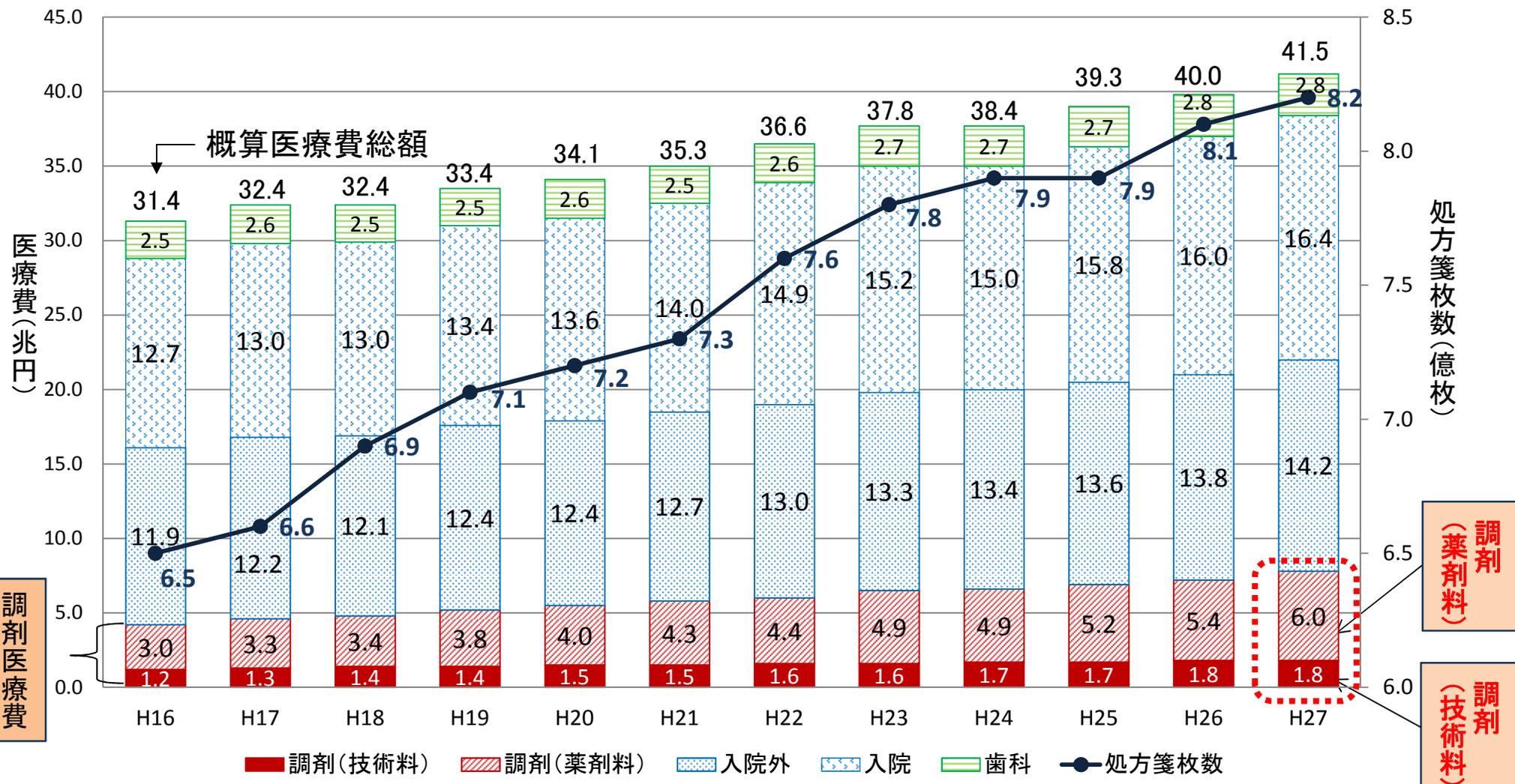
▶ 受付回数上位3箇所の保険医療機関合算の処方箋集中率



(n=1,633)

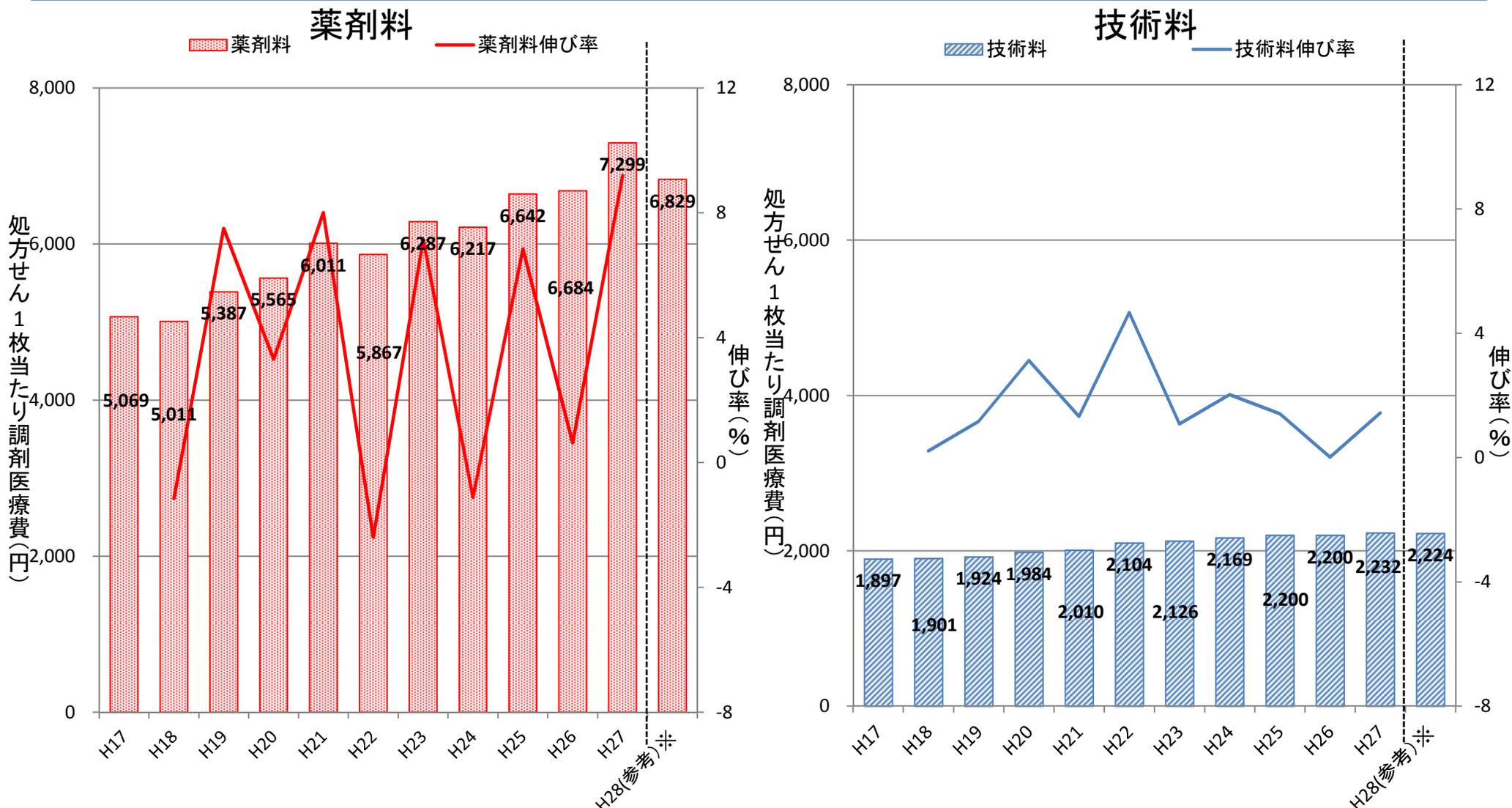
医療費と調剤医療費の推移

調剤医療費の伸びの大部分は薬剤料。これには、院外処方への切替えにより、入院外に計上されていた薬剤料が調剤医療費に振り替わった分が含まれている。



処方せん1枚当たり調剤医療費の推移

調剤医療費を処方せん1枚当たりで見ると、平成25年から平成27年にかけて、薬剤料の伸び率は、6.8%、0.6%、9.2%であり、技術料の伸び率は、1.4%、0%、1.4%であった。



※平成28年度は4月～9月分の値。また、伸び率については平成27年度全体との比較。

調剤技術料等の適正化

○調剤報酬の見直しの考え方

- ・地域包括ケアのチームの一員として、薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的・継続的な薬学的管理を実施する体制の構築に取り組む。
- ・調剤報酬を抜本的に見直すこととし、次期改定以降、累次にわたる改定で対応するよう、中医協で検討。

○患者本位の医薬分業の実現

- ・患者にとってメリットが実感できる、かかりつけ薬局（服用薬等の患者情報の一元管理、在宅を訪問して服薬管理・指導などを実施）を増やし、いわゆる門前薬局からの移行を推進。
- ・これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、患者の薬物療法の安全性・有効性が向上するほか、医療費の適正化にもつながる。

経済財政運営と改革の基本方針

- 「経済財政運営と改革の基本方針2014」（平成26年6月24日閣議決定）

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

(1) 社会保障改革

(薬価・医薬品に係る改革)

医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性・適正性について検証するとともに、診療報酬上の評価において、調剤重視から服薬管理・指導重視への転換を検討する。

- 「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）

第3章 「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革)

平成28年度診療報酬改定において、調剤報酬について、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証した上で、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化を行い、患者本位の医薬分業の実現に向けた見直しを行う。

健康サポート薬局

健康サポート機能

- ☆ 国民の**病気の予防**や**健康サポート**に貢献
 - ・ 要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・ 健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・ 専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握

- ☆ **副作用や効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**
 - ICT(電子版お薬手帳等)を活用し、
 - ・ 患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
 - ・ 一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・ **24時間**の対応
 - ・ **在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

- ☆ 疑義照会・処方提案
- ☆ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有
- ☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
- ☆ 医療機関への受診勧奨

○かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

1. 服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

2. 24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・ 薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・ へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

3. 医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・処方箋受取・保管
- ・調製(秤量、混合、分割)
- ・薬袋の作成
- ・報酬算定
- ・薬剤監査・交付
- ・在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、検査値や疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の最新情報の収集

- ・処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・医師への疑義照会
- ・丁寧な服薬指導
- ・在宅訪問での薬学管理
- ・副作用・服薬状況のフィードバック
- ・処方提案
- ・残薬解消

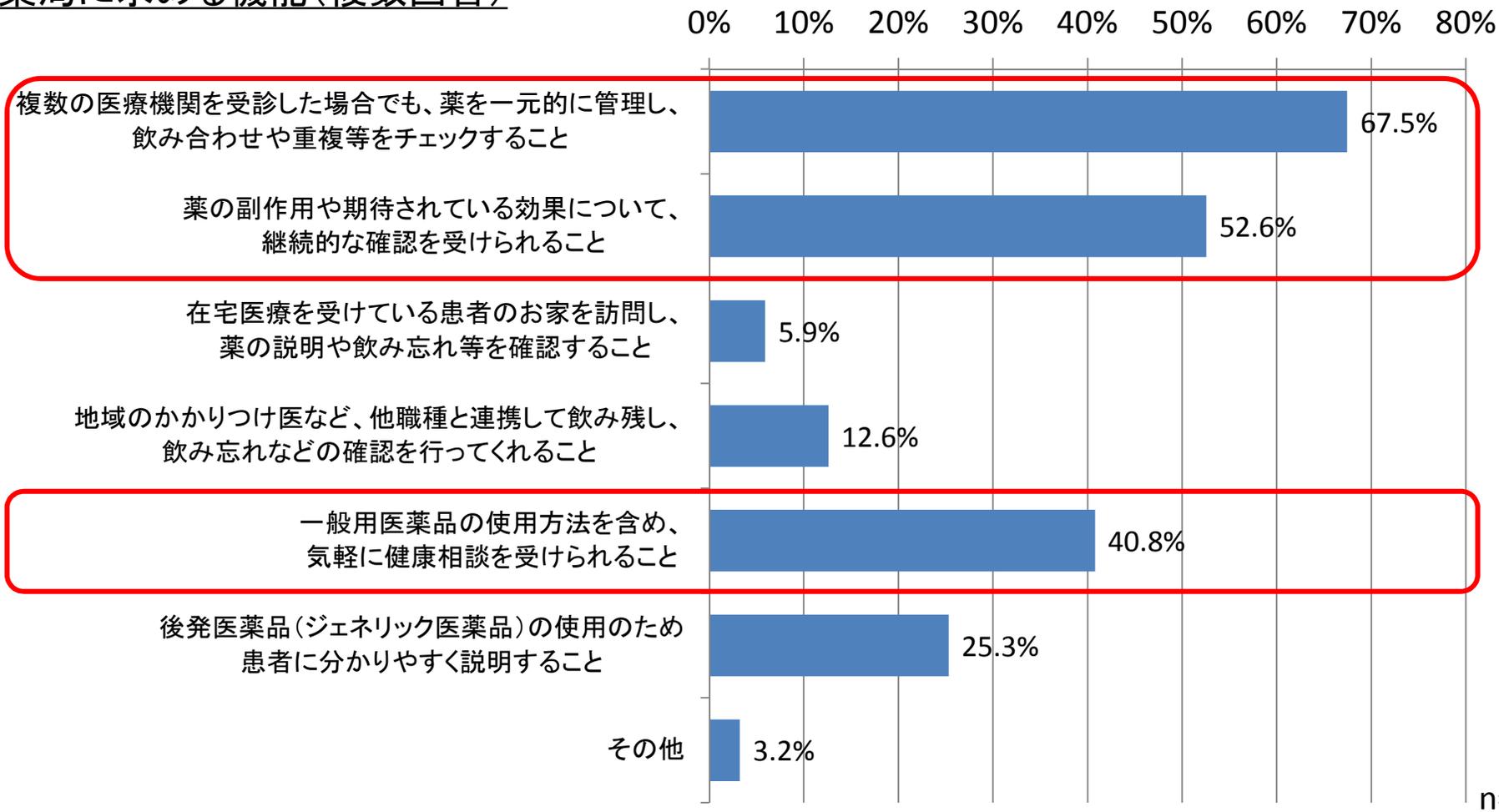
専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

患者が薬局に求める機能

患者が薬局に求める機能としては、薬の一元的・継続的な確認や気軽に健康相談を受けられることの回答が多い。

➤ 薬局に求める機能(複数回答)

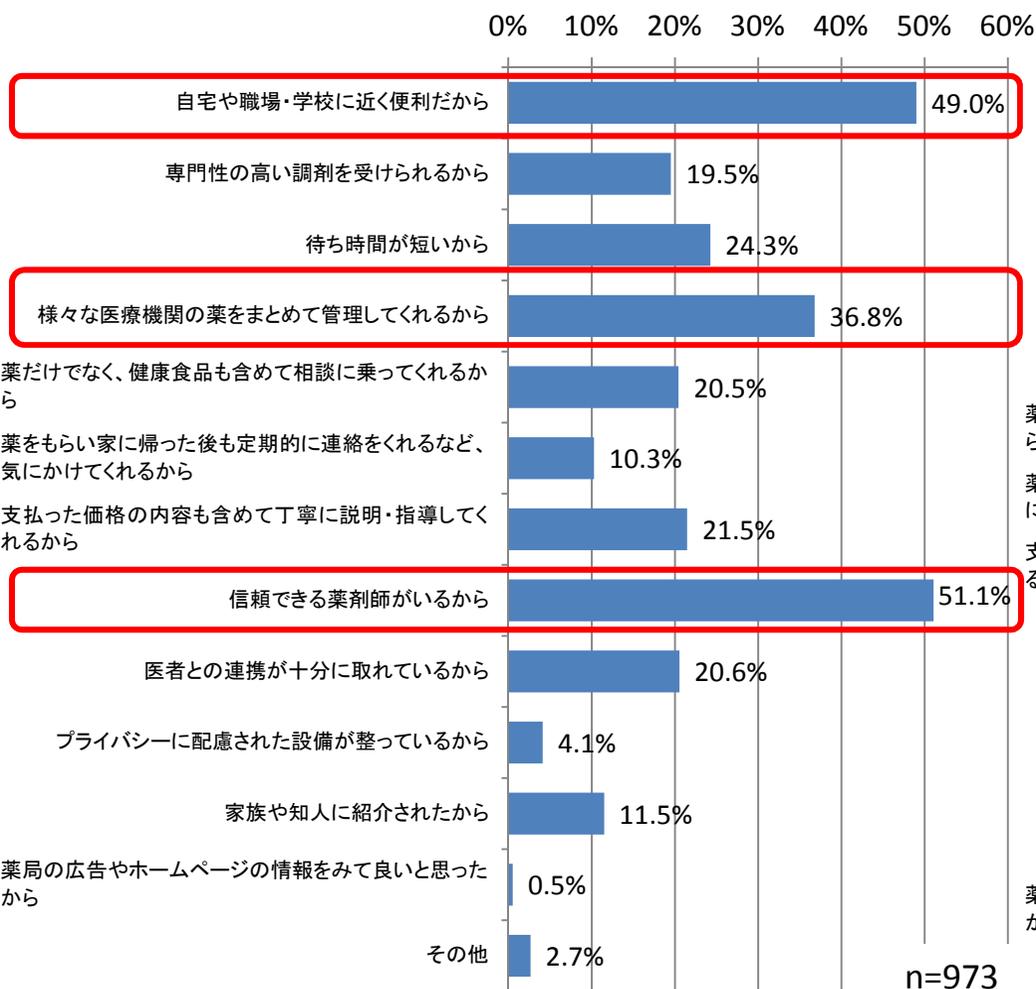


n=2,437

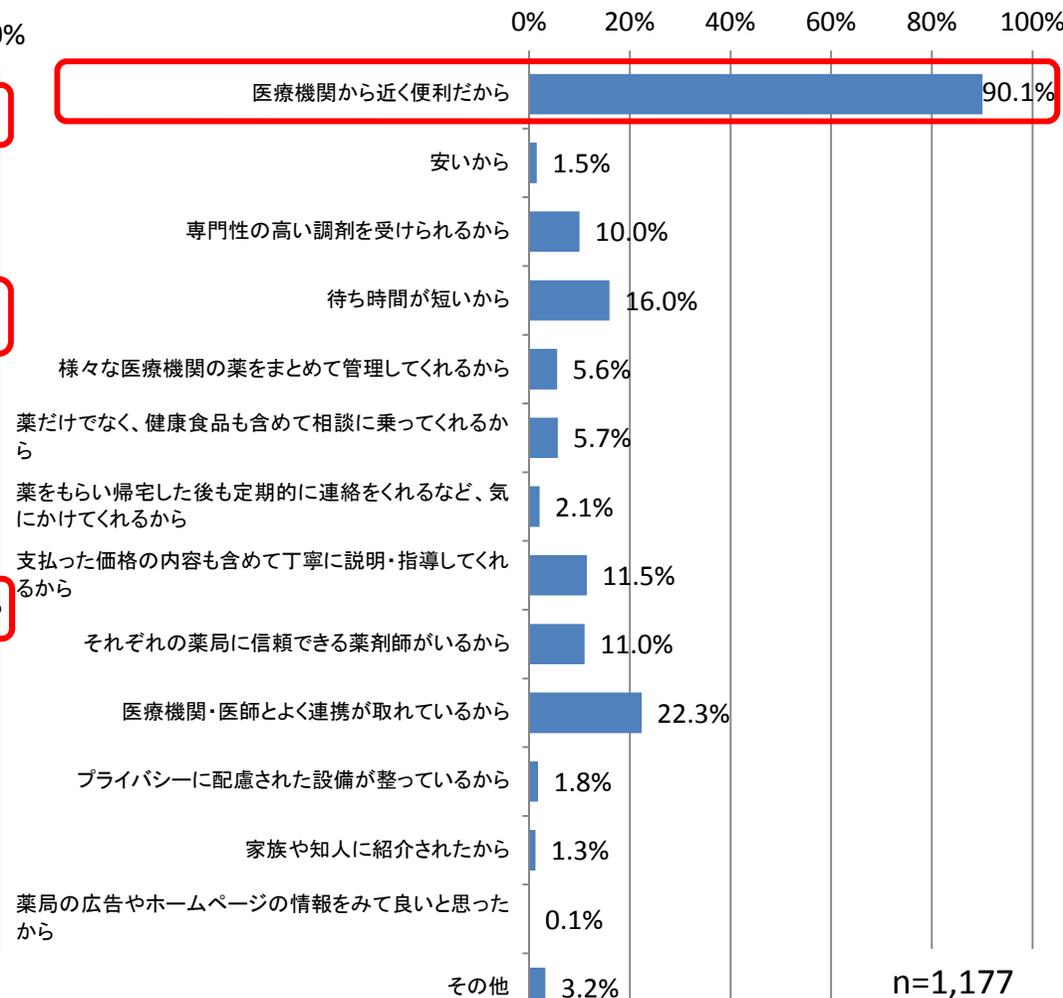
患者が薬局を選択する理由

患者が同じ薬局を利用するのは「信頼できる薬剤師がいる」、「自宅や職場・学校に近く便利」、「様々な医療機関の薬をまとめて管理してくれる」といった理由によるものが多く、別々の薬局を利用するのは「医療機関から近く便利」との理由が多数を占めていた。

➤ 同じ薬局を利用する理由(複数回答)



➤ 別々の薬局を利用する理由(複数回答)



2. かかりつけ薬剤師・薬局の評価

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

現行

薬剤服用歴管理指導料
41点/34点



改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **70点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **270点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **50点/38点**

以下の項目が
包括されるイメージ

薬剤服用歴
管理指導料

調剤料

調剤基本料

2. かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価 (基準調剤加算の見直し)

- かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

かかりつけ薬剤師の評価①

かかりつけ薬剤師の評価(出来高)

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[算定要件]

- ① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。
- ② 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。
- ③ 患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない(要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料は算定できる。)
- ④ 手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。
- ⑤ 担当患者に対して以下の業務を実施すること。
 - ア 薬剤服用歴管理指導料に係る業務
 - イ 患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬等の情報を把握
 - ウ 担当患者から24時間相談に応じる体制をとり、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付(やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可)
 - エ 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案
 - オ 必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を実施

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

- (1) 以下の経験等を全て満たしていること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。
- (2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。(当該規定は、平成29年4月1日から施行)
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

かかりつけ薬剤師の評価②

かかりつけ薬剤師の評価(包括点数)

- 地域包括診療料、地域包括診療加算等が算定される患者に対してかかりつけ薬剤師が業務を行う場合は、調剤料、薬学管理料等に係る業務を包括的な点数で評価することも可能とする。

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

- ・時間外等加算、夜間・休日等加算
- ・在宅患者調剤加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料
- ・退院時共同指導料
- ・薬剤料及び特定保険医療材料料

[算定要件]

- ① 対象患者は、地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者とする。
- ② かかりつけ薬剤師指導料の算定要件を満たしていること。
- ③ 調剤の都度患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。
(情報提供の方法については、保険医と合意が得られている場合はそれによるものとする。)

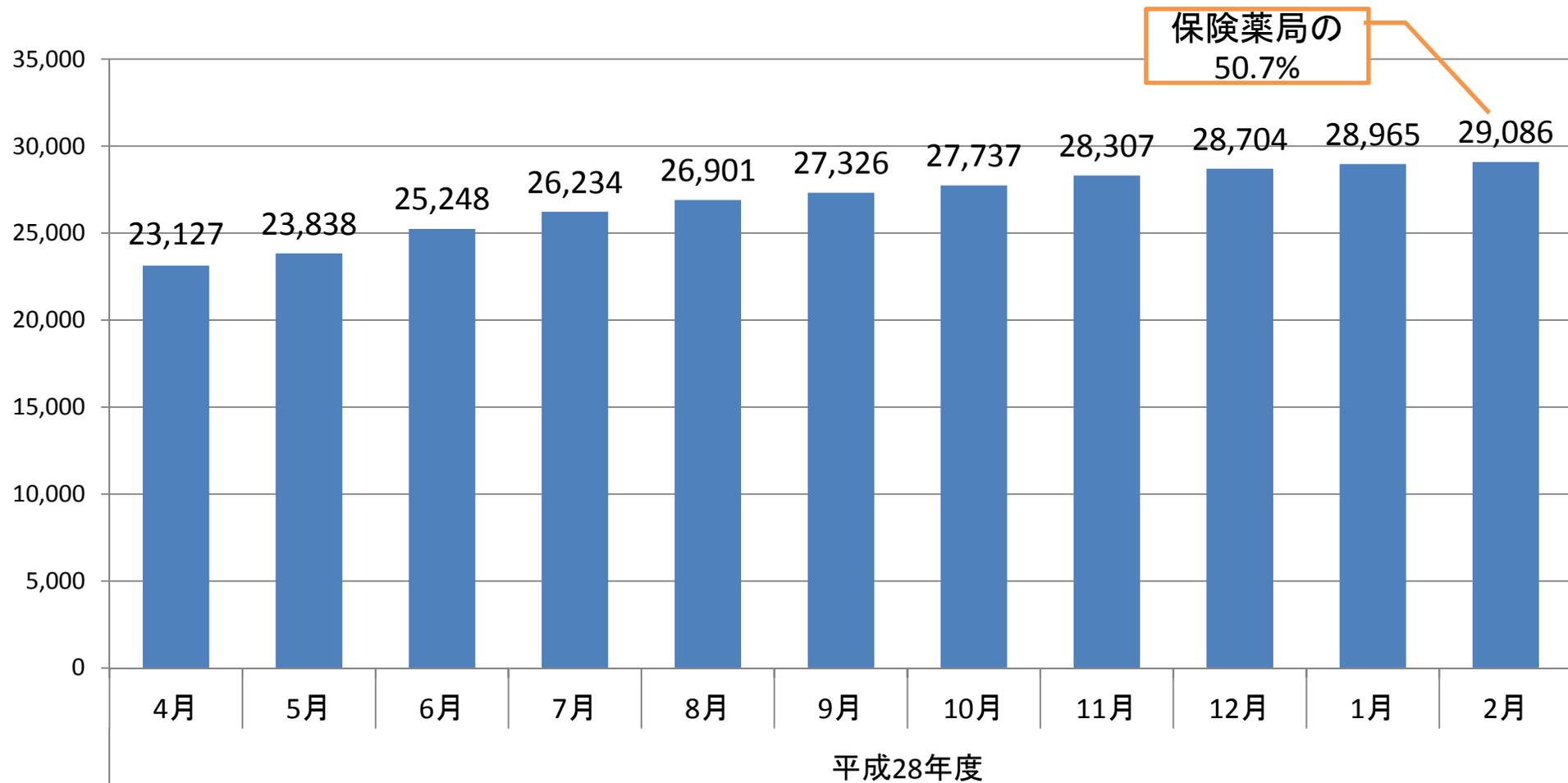
[施設基準]

かかりつけ薬剤師指導料と同じ。

医療機関は当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料(加算)を算定している旨を、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行う。

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準の届出状況

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準を届け出ている薬局は、平成29年2月で50.7%であった



出典：保険局医療課調べ

基準調剤加算の要件見直し

《平成28年度改定前》

	基準調剤加算1 (12点)	基準調剤加算2 (36点)
開局時間	○地域の保険医療機関や患者の需要に対応した開局時間	
備蓄品目	○700品目以上	○1,000品目以上
24時間体制	○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は10未満)	○当該薬局のみで対応
在宅業務	-	○在宅業務の体制整備※ ○在宅の業務実績(10回/年以上)
処方せん受付回数/集中度	○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと	○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと ○処方せん600回/月を超える薬局は集中度が70%以下
その他	○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知	

《改定後》

基準調剤加算 (32点)
<u>○平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局</u>
<u>○1,200品目以上</u>
<u>○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は3以下)</u>
○在宅業務の体制整備 <u>○在宅の業務実績(1回/年以上)</u>
○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局等)ではないこと
○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知 <u>(医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)登録義務)</u>
<u>○プライバシーに配慮した構造</u>
<u>○健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示</u>
<u>○かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出</u>
<u>○管理薬剤師の実務経験(薬局勤務経験5年以上、同一の保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍)</u>
<u>○処方せん集中度が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上</u>

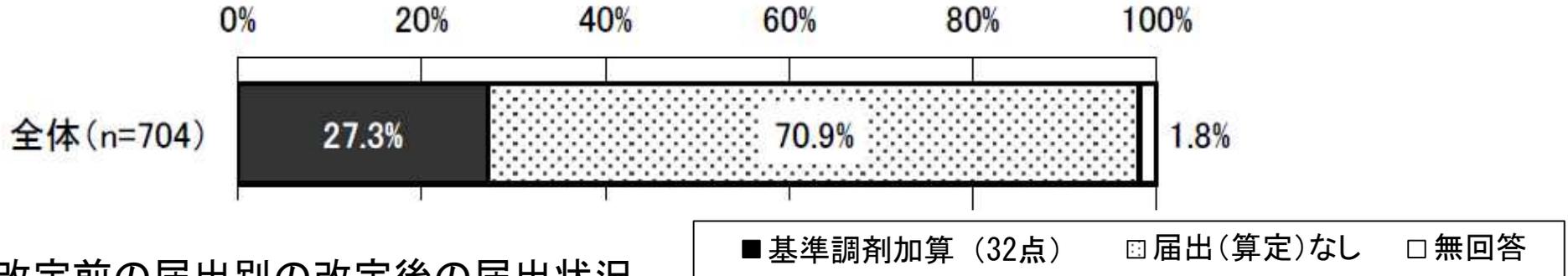
※在宅の体制整備として必要な事項

地方公共団体や関係機関等へ在宅業務実施体制の周知、医療材料及び衛生材料供給体制、在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制、ケアマネージャーとの連携体制

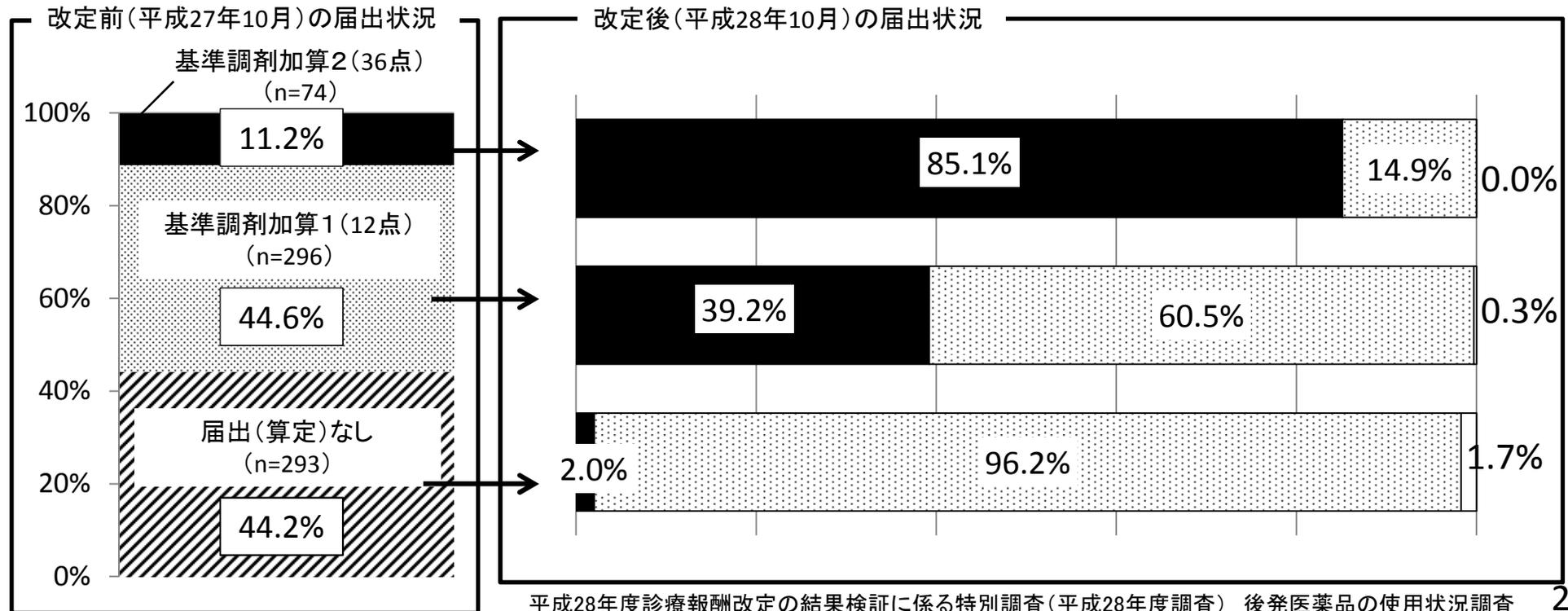
基準調剤加算の施設基準の届出状況

改定後において基準調剤加算の施設基準は27.3%の薬局で届け出ている。

○改定後(平成28年10月)の届出状況



○改定前の届出別の改定後の届出状況



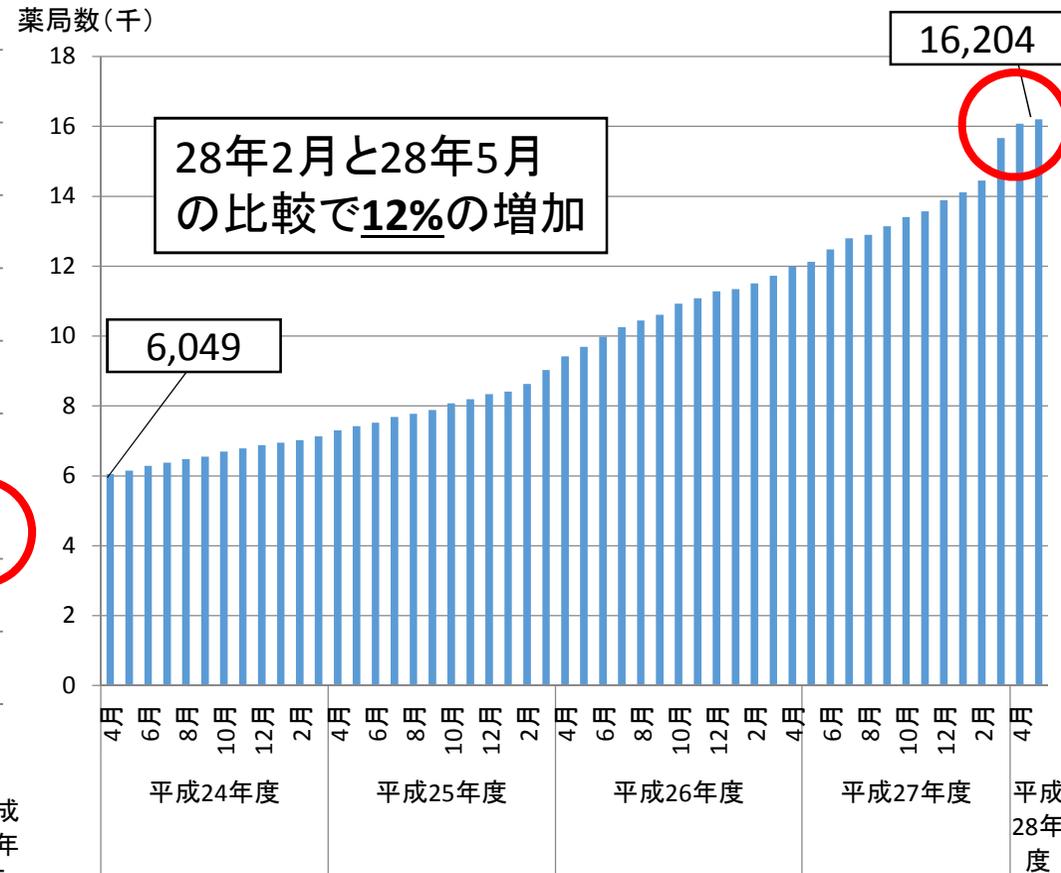
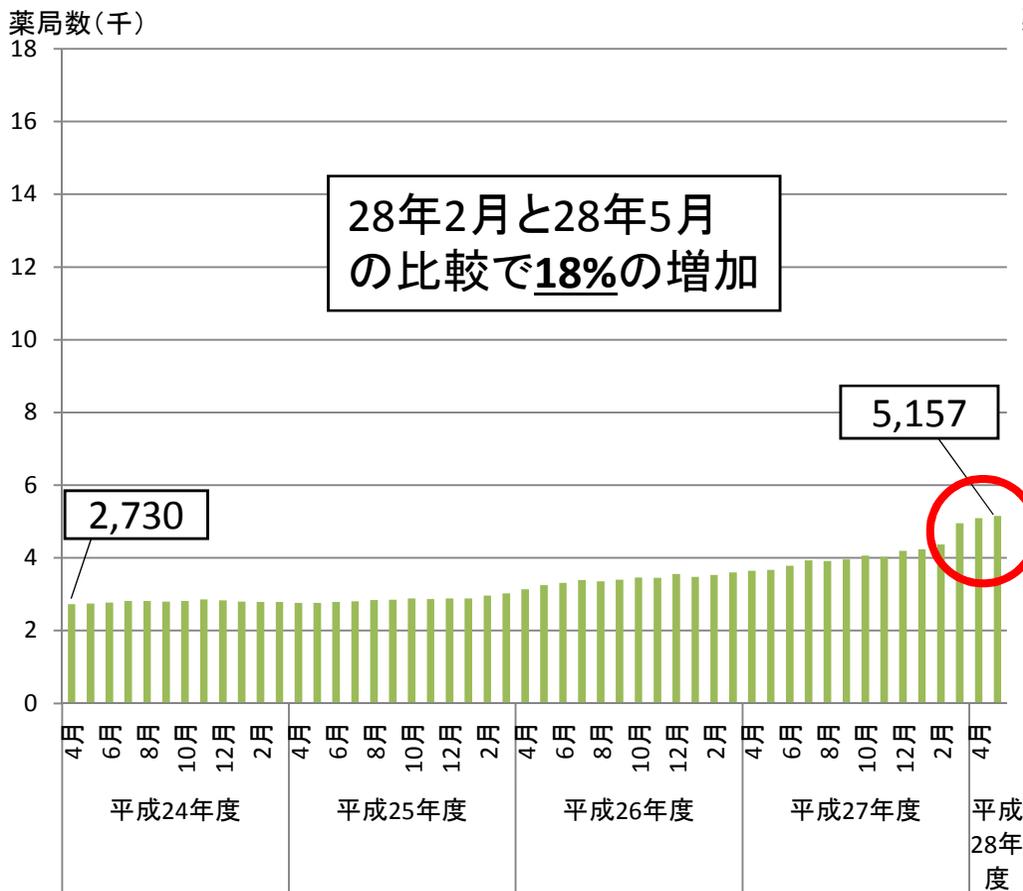
在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

中医協 総-3
29.1.11

基準調剤加算の見直しにより在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

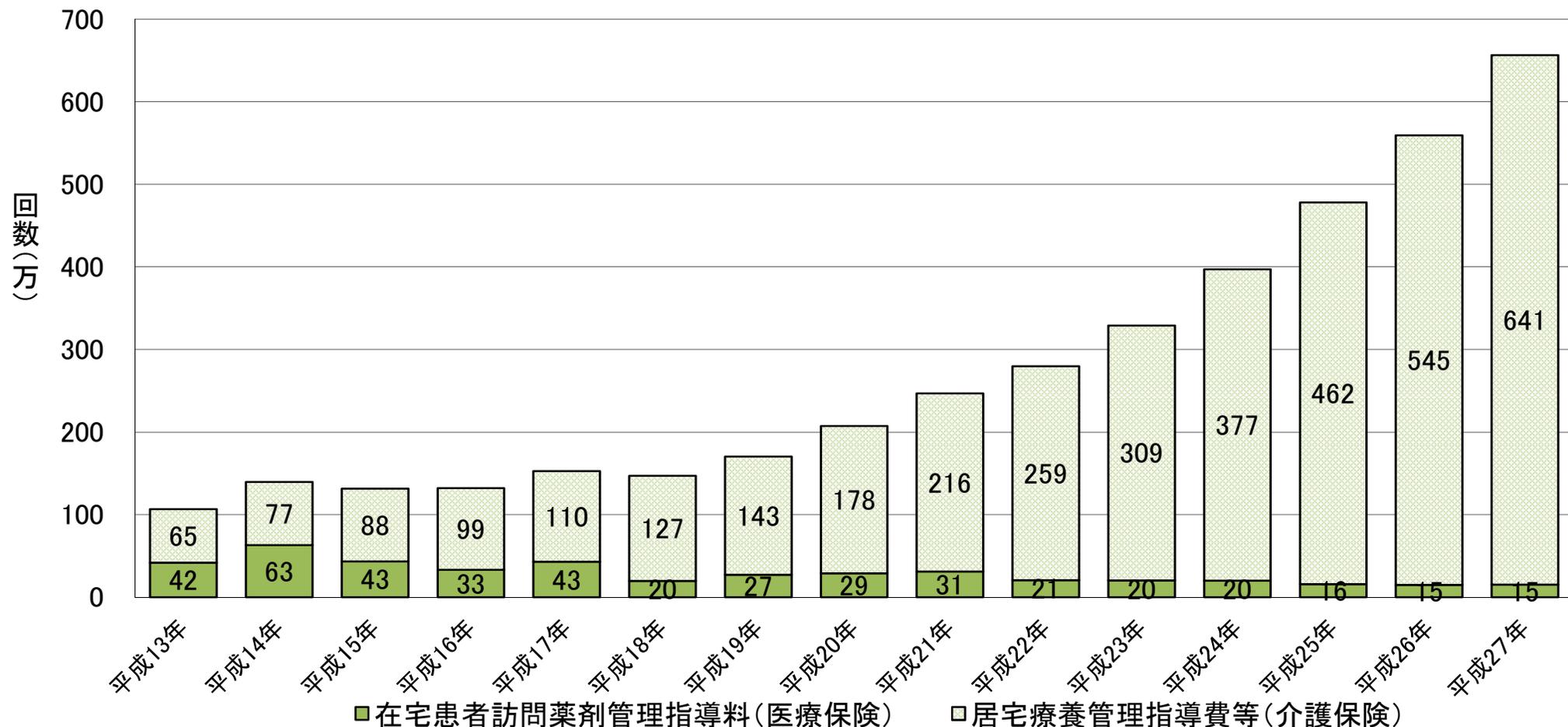


注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

〔出典〕「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課)特別集計、老健局老人保健課作成

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数が伸びており、全体として薬剤師による在宅における薬剤管理は進んでいる。



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

3. 対人業務の評価の充実

薬局における薬学的管理及び指導の充実

薬剤服用歴管理指導料の評価の見直し

- 薬剤服用歴管理指導料について、初回来局時の点数より、2回目以降の来局時の点数を低くする。

現行

【薬剤服用歴管理指導料】

(処方せんの受付1回につき)

41点

[算定要件]

注：患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

ただし、次に掲げるハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。

ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。



改定後

【薬剤服用歴管理指導料】

1 原則過去6月内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 38点

2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点

[算定要件]

注：患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

ただし、手帳を持参していない患者、区分番号00の1に掲げる調剤基本料1(41点)若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4(31点)以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せんを持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。

- 薬剤服用歴の記録への記載について、指導後速やかに完了させるとともに、同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存・管理する。
- 薬剤情報提供文書について、処方内容が前回と同様の場合等においては、必ずしも指導の都度、交付する必要はない。(※交付しない場合は、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。)
- 手帳については、患者に手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供することとし、患者の意向を確認した上で手帳を用いないこととした場合及び複数の手帳を1冊にまとめなかった場合にあってはその理由を薬剤服用歴の記録に記載する。
- 電子版の手帳について、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体と同様の取扱いとする。

医薬品の適正使用の推進

薬局における取組の評価（処方内容の疑義照会の評価）

- 医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価するため、重複投薬・相互作用防止加算（薬剤服用歴管理指導料等への加算）については、算定可能な範囲を見直す。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止する。

現行

【重複投薬・相互作用防止加算】

薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

- イ 処方に変更が行われた場合 20点
- ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

改定後

【重複投薬・相互作用等防止加算】

薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は30点を所定点数に加算する。



《算定対象》

現行

- 併用薬との重複投薬及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するための疑義照会
- 残薬の確認の結果、処方の変更が行われた場合（※薬剤の追加、投与期間の延長の場合は算定対象にならない。）

改定後

- 以下の疑義照会を行い処方内容に変更があった場合
- 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）
 - 併用薬、飲食物等との相互作用
 - 残薬
 - その他薬学的観点から必要と認められる事項



- 在宅患者についても同様の評価を新設する。（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）

在宅薬剤管理指導業務の推進

在宅薬剤管理指導業務における疑義照会の評価

- ▶在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価。

(新) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点

[主な算定要件]

- (1) 対象は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導を行っている患者とする。
- (2) 薬剤服用歴等に基づき重複投薬、相互作用の防止等の目的で疑義照会を行い、処方内容が変更になった場合に算定できる。
- (3) 薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。(別途、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料の算定が可能。)

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

- ▶保険薬剤師1人につき1日当たり5回の算定制限を **1週間当たり40回**に見直す。
- ▶同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合には、**1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定できる**ようにする。(2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点))
- ▶医療機関の薬剤師が実施する在宅患者訪問薬剤管理指導料についても上記と同様に見直す。

重複投薬相互作用等防止加算の算定状況

平成27年6月 1ヶ月間の重複投薬・相互作用防止加算の算定回数

	平均値
重複投薬・相互作用防止加算(処方変更あり)	3.6
重複投薬・相互作用防止加算(処方変更なし)	0.4

平成28年6月 1ヶ月間の重複投薬・相互作用等防止加算の算定回数

	平均値
重複投薬・相互作用等防止加算	8.7

平成28年6月 1ヶ月間の在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数

	平均値
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	0.3

(n=1,000薬局)

出典:日本薬剤師会による調査(暫定値)

医薬品の適正使用の推進

薬局における継続的な薬学的管理の評価（ブラウンバッグ運動の取組の評価）

- 患者が保険薬局に服用薬等を持参し、保険薬剤師が服薬管理等を行った場合でも外来服薬支援料を算定可能とする。（「注1」及び「注2」合わせて月1回に限り算定可能）

現行

【外来服薬支援料】 185点

注1 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。

改定後

【外来服薬支援料】 185点

注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。

注2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

服用薬等を持参
（下記のような袋を活用）



服薬管理等を実施



自宅での服用薬等（残薬含む）



外来患者の残薬削減の取組

- 節薬バッグ運動: 外来患者の残薬の現状とその有効活用による医療費削減の取り組み(福岡市薬剤師会)
- 実施期間: 2013年2月～2014年1月
- 実施内容: 薬局において、本活動の同意が得られた患者に「節薬バッグ」を渡し、次回来局時に残薬をバッグに入れて持参してもらい、残薬確認と調整を行う。(参加薬局127、協力患者1,367人)



< 残薬確認による薬剤費削減率 >

	処方された薬剤費(円)	削減された薬剤費(円)	薬剤費の削減率(%)
処方せん1枚当たり	8,280 [※] (4,322-15,044)	1,101 [※] (412-2,669)	15.54 [※] (6.57-33.30)
総数	16,593,964	3,492,722	21.05

※中央値(四分位範囲)

処方された薬剤費(総数)の約20%を削減

内服薬の調剤料及び一包化加算の見直し

内服薬の調剤料及び一包化加算の見直し

- 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料及び一包化加算の評価を見直す。



内服薬の調剤料の見直し

現行

【内服薬(浸煎薬及び湯薬を除く。)(1剤につき)】

イ 14日分以下の場合	
(1) 7日目以下の部分(1日分につき)	5点
(2) 8日目以上の部分(1日分につき)	4点
ロ 15日分以上 21日分以下の場合	71点
ハ 22日分以上 30日分以下の場合	81点
ニ 31日分以上の場合	89点



改定後

【内服薬(浸煎薬及び湯薬を除く。)(1剤につき)】

イ 14日分以下の場合	
(1) 7日目以下の部分(1日分につき)	5点
(2) 8日目以上の部分(1日分につき)	4点
ロ 15日分以上 21日分以下の場合	<u>70点</u>
ハ 22日分以上 30日分以下の場合	<u>80点</u>
ニ 31日分以上の場合	<u>87点</u>

一包化加算の見直し

現行

【一包化加算】

注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 56日分以下の場合投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数
- ロ 57日分以上の場合 290点



改定後

【一包化加算】

注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 42日分以下の場合投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数
- ロ 43日分以上の場合 220点

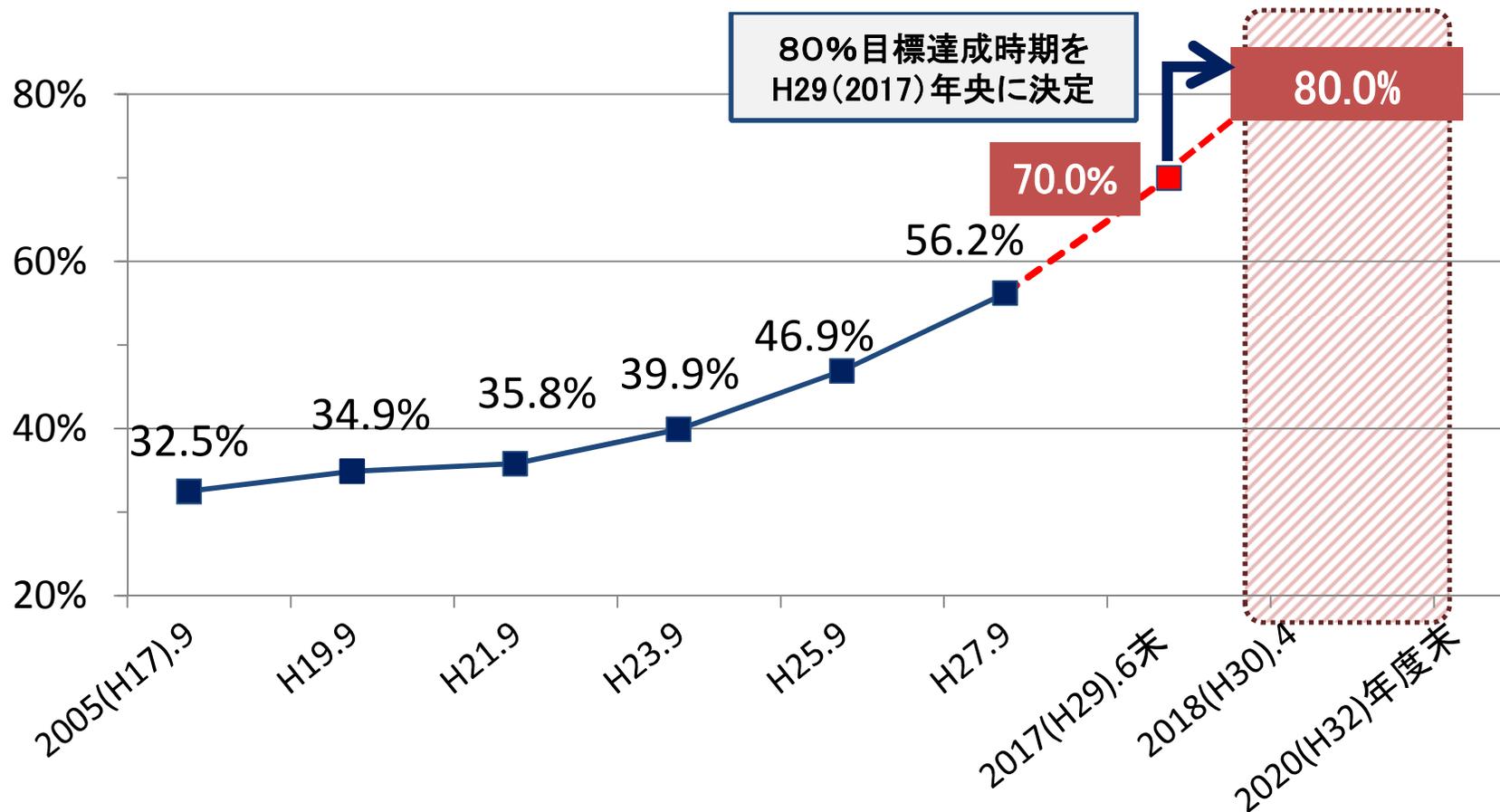
4. 後発医薬品の使用促進策

後発医薬品の数量シェアの推移と目標値

➤ 経済財政運営と改革の基本方針2015

数量シェア 目標

- ① 2017年（平成29年）央に**70%以上**
- ② 2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）末までの間のなるべく早い時期に**80%以上**



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

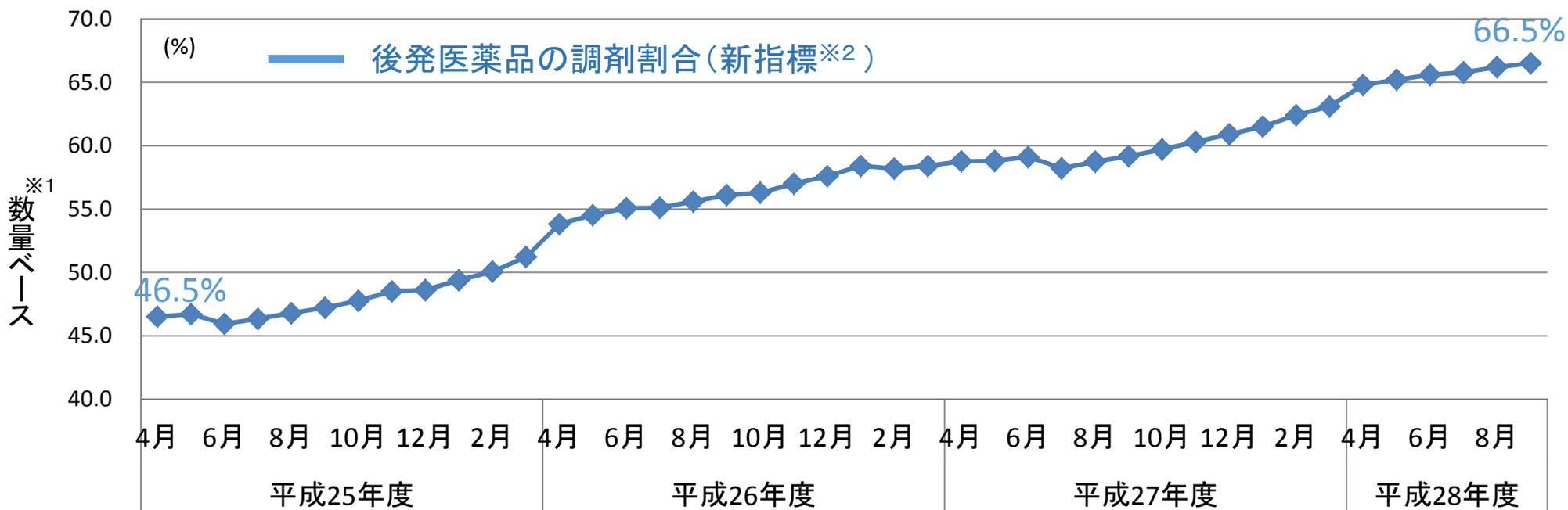
後発医薬品の使用促進等について①

薬局における取組の評価

- 後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の調剤割合が65%以上及び75%以上の2段階の評価に改めることとする。

現行	改定後
後発医薬品調剤体制加算1(調剤数量割合55%以上) 18点	後発医薬品調剤体制加算1(調剤数量割合 65% 以上) 18点
後発医薬品調剤体制加算2(調剤数量割合65%以上) 22点	後発医薬品調剤体制加算2(調剤数量割合 75% 以上) 22点

➤ 薬局における後発医薬品の数量シェア



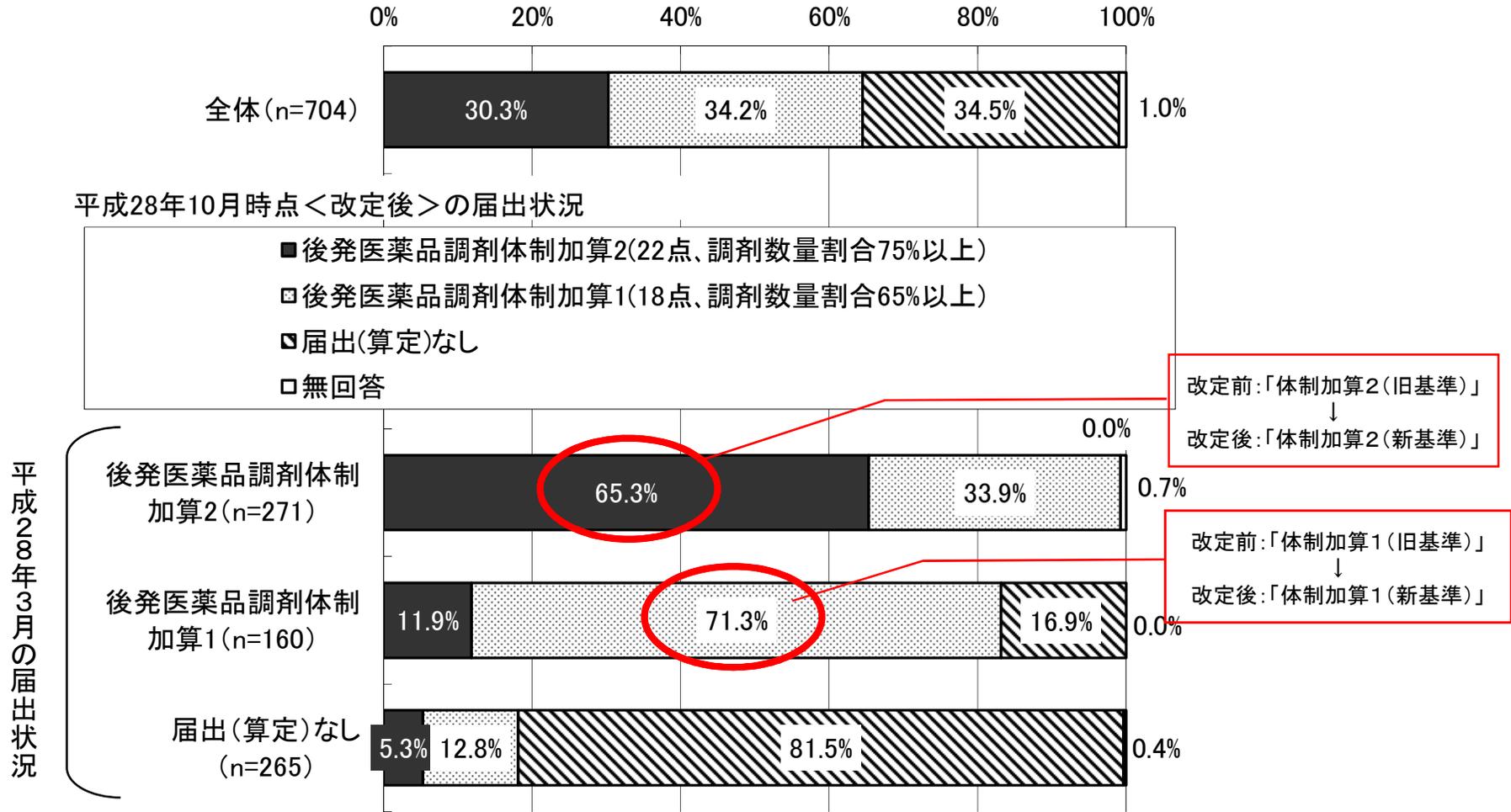
[出典]「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」

※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※2:「新指標」=〔後発医薬品の数量〕/〔(後発医薬品のある先発医薬品の数量)+(後発医薬品の数量)〕(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

後発医薬品調剤体制加算の施設基準の届出状況

後発医薬品調剤体制加算2(調剤数量割合75%以上)を算定している薬局は30.3%、後発医薬品調剤体制加算1(調剤数量割合65%以上)を算定している薬局は34.2%であった。



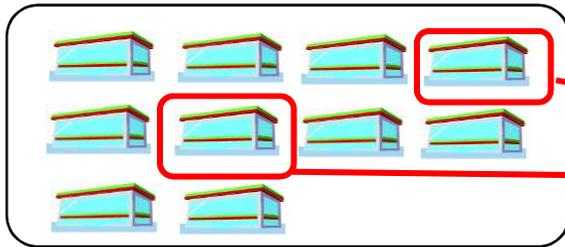
5. いわゆる門前薬局の評価の見直し

いわゆる門前薬局の評価の見直し①

いわゆる大型門前薬局の評価の見直し(特例の追加)

- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方せん集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。

【薬局グループ】 ⇒グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超

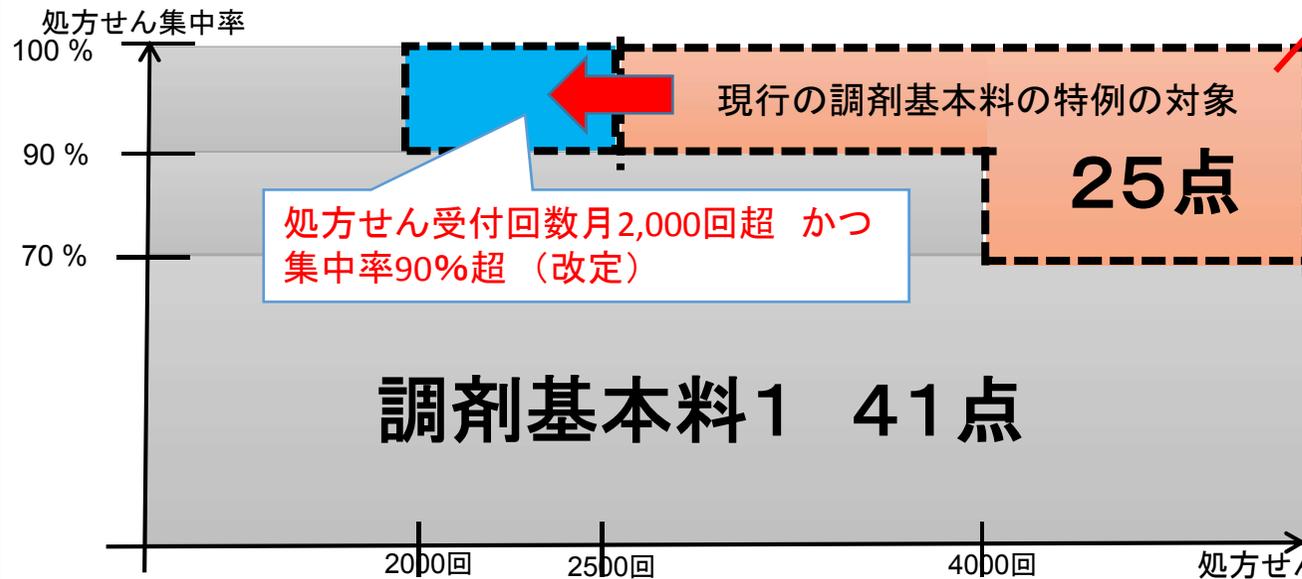


(新) 調剤基本料3 20点

- ①処方せん集中率が95%超の薬局
- ②特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある薬局

処方せん受付回数と集中率による特例の拡大

- 処方せん受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点

- ・処方せん受付回数月4,000回超 かつ 集中率70%超
- ・処方せん受付回数月2,500回超 かつ 集中率90%超
- ⇒処方せん受付回数月2,000回超 かつ 集中率90%超 (改定)

調剤基本料2 25点

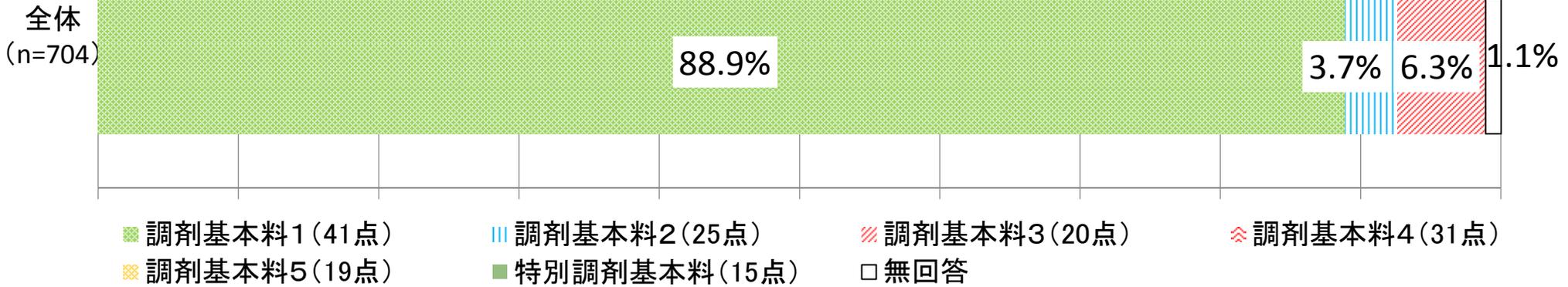
- (新)特定の医療機関からの処方せん受付回数が月4,000回超 (集中率にかかわらず対象)

調剤基本料の分布状況

調剤基本料1を算定している薬局は88.8%、調剤基本料2は3.7%、調剤基本料3は6.3%であった。

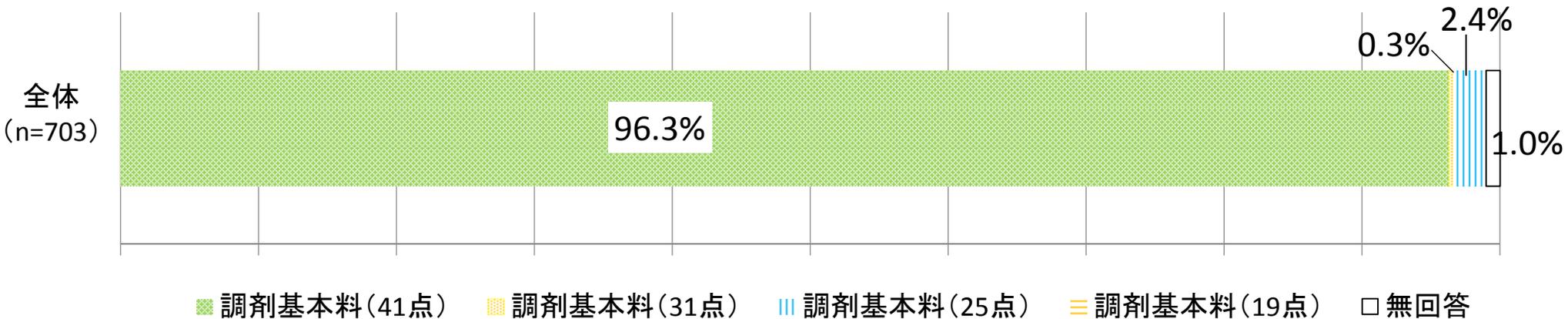
平成28年度

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



(参考)平成27年度調査

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

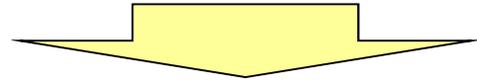


6. その他

保険薬局の構造規制の見直しについて

改正前平成28年9月30日まで

- 保険医療機関と保険薬局は、「一体的な構造」「一体的な経営」であってはならないとされている。
- 「一体的な構造」とは、「公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来する形態」とされており、公道等を介することを求めた結果、フェンス等を設置する運用が見られている。



「保険薬局の独立性と患者の利便性の向上の両立」を図る観点から見直し

改正後 (平成28年10月1日より適用)

- 「一体的な構造」の解釈を改め、公道等を介することを一律に求める運用を改めることとする。(H28.3.31通知改正)
→ 原則、保険医療機関と保険薬局が同一敷地内にある形態も認める。
- ただし、保険医療機関の建物内に保険薬局があり、当該保険医療機関の調剤所と同形態なもの(「院内薬局」)や、両者が専用通路で接続されている形態は引き続き認めない。
- また、保険医療機関と同一敷地内に保険薬局がある形態であっても、
 - ・当該薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの
 - ・当該医療機関の休診日に、公道等から当該薬局に行き来できなくなるもの
 - ・実際には、当該医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの 等は認めない。

※ こうした事例に該当するかどうかは、現地の実態を踏まえ、地方社会保険医療協議会において必要な検討をした上で地方厚生局において判断。
- さらに、保険薬局の「経営上の独立性」の確保の実効ある措置として、指定の更新時に、不動産の賃貸借関連書類や当該薬局の経営に関する書類など、「一体的な経営」に当たらないことを証明する書類の提出を求める。
- なお、円滑な施行のため、一定の周知期間(H28.3.31通知及び事務連絡を発出、H28.10.1より適用)を設けた。

薬局の特徴ごとの機能

薬局が果たす機能は、その薬局を取り巻く状況により異なると考えられるが、おおむね下記のように考えられるのではないか。



かかりつけ薬剤師・薬局での調剤

いわゆる門前薬局での調剤

いわゆる同一敷地内薬局での調剤

院内調剤(外来)

患者のメリット	服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導	← 受けやすい			→ 受けにくい
	多剤重複・相互作用の防止、残薬への対応	← 受けやすい			→ 受けにくい
	副作用のフォローアップ	← 受けやすい			→ 受けにくい
	薬について相談できる顔の見える関係	← 築きやすい			→ 築きにくい
	多職種と連携した対応(かかりつけ医等へのフィードバックなど)	← 受けやすい			→ 受けにくい
その他の特徴	保険医療機関からの独立性(処方内容のチェック機能等)	独立している	独立している	独立している	独立していない
	医薬品の備蓄等の効率性の図りやすさ	← 図りにくい			→ 図りやすい
	希少疾病等の専門性の高い疾患における担当医との連携	← 築きにくい			→ 築きやすい
	薬をもらうために医療機関・薬局の2つの施設に行かなければならない二度手間	あり	あり	あり	なし

調剤報酬の比較について

処方せん集中率と受付回数に応じて調剤基本料に差を設けている

解熱鎮痛剤・抗生剤7日分処方の場合

メイアクトMS錠100mg（1日3回）＋カロナール錠300mg×2錠（1日3回）
とすると薬剤料として下図に142点上乗せ

かかりつけ薬剤師・薬局
での調剤

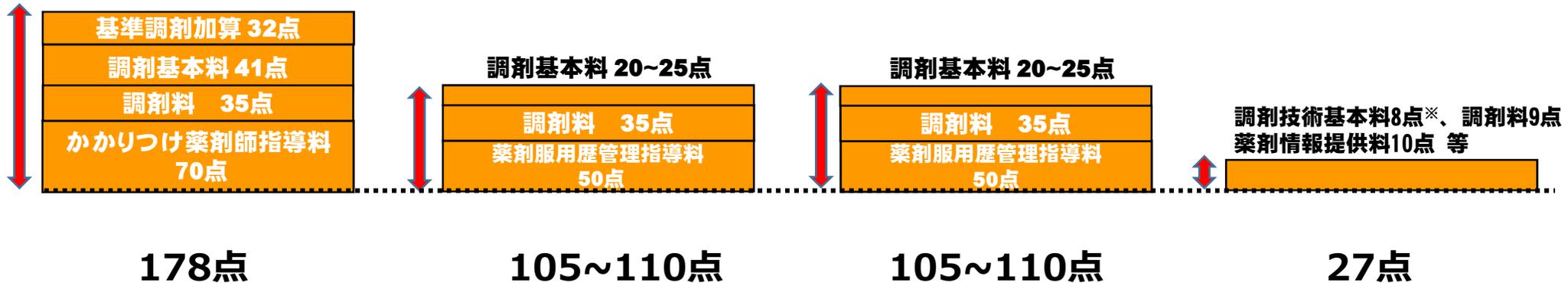


いわゆる門前薬局
での調剤



いわゆる同一敷地内
薬局での調剤

○ 参考
院内調剤（外来）



※薬剤師が常時勤務する保険医療機関において
投薬を行った場合に算定

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

- 急性期、回復期、慢性期等の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
 - 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響（一般病棟入院基本料の施設基準の見直しが平均在院日数に与える影響を含む）
 - 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
 - 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響
 - 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者像を踏まえた適切な評価の在り方、医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。
- DPCにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・歯科医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
- 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた医療機関の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、廃用症候群リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
- 精神医療について、デイケア・訪問看護や福祉サービス等の利用による地域移行・地域生活支援の推進、入院患者の状態に応じた評価の在り方、適切な向精神薬の使用の推進の在り方について引き続き検討すること。
- 湿布薬の処方に係る新たなルールの導入の影響も含め、**残薬、重複・多剤投薬の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。**あわせて、過去の取組の状況も踏まえつつ、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

9. 医薬品・医療機器の評価の在り方に費用対効果の観点を試行的に導入することを踏まえ、本格的な導入について引き続き検討すること。
あわせて、著しく高額な医療機器を用いる医療技術の評価に際して費用対効果の観点を導入する場合の考え方について検討すること。
10. 患者本位の医薬分業の実現のための取組の観点から、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる門前薬局の評価の見直し等、薬局に係る対物業務から対人業務への転換を促すための措置の影響を調査・検証し、調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。
11. 後発医薬品に係る数量シェア80%目標を達成するため、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進について検討すること。
12. ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果について調査・検証すること。
13. 経腸栄養用製品を含めた食事療養に係る給付について調査を行い、その在り方について検討すること。
14. 在宅自己注射指導管理料等の評価の在り方について引き続き検討すること。
15. 未承認薬・適応外薬の開発の進捗、新薬創出のための研究開発の具体的成果も踏まえた新薬創出・適応外薬解消等促進加算の在り方、薬価を下支えする制度として創設された基礎的医薬品への対応の在り方、年間販売額が極めて大きい医薬品を対象とした市場拡大再算定の特例の在り方について引き続き検討すること。
16. 公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の促進について、影響を調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
17. 診療報酬改定の結果検証等の調査について、NDB等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化について検討すること。また、引き続き調査分析手法の向上について検討し、調査の信頼性の確保に努めること。
18. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

調剤報酬の課題(案)

【課題】

- 医薬分業の進展(処方せん枚数増加)に伴い、薬剤料を中心として全体の調剤医療費は増加している。
- 平成28年度調剤報酬改定では、かかりつけ薬剤師・薬局の評価、薬局における対人業務の評価の充実、後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の適正化等を行った。
- その結果、改定直後の限られたデータであるものの、在宅対応を実施する薬局及び重複投薬・相互作用防止加算の算定件数が増加したほか、かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準の届出薬局は半数以上に達するなど、対人業務の増加傾向が見られる。
- また、保険薬局における後発医薬品の数量シェアは増加しており、後発医薬品の使用促進に貢献している。
- 保険薬局の独立性を維持しつつ、保険医療機関と保険薬局の間に、一律にフェンス等を設置し公道等を介することを求める運用を改めた。
- 保険薬局の中には、特定の保険医療機関からの処方せんを集中して受け付けること等により、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を十分に果たしていない薬局があるとの指摘がある。
- 地域包括ケアのチームの一員として、かかりつけ薬剤師が専門性を発揮して、服薬状況を一元的かつ継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施する体制の構築に取り組む必要がある。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消などを通じ、医療費の適正化にも貢献することが期待される。

○ 患者本位の医薬分業を実現するために、前回の診療報酬改定の影響を検証した上で、累次にわたる調剤報酬の抜本的見直しを継続するべく、薬局の機能に応じた評価のあり方などについて、どう考えるか。

外来医療(その2)

平成29年3月29日

1. 提供体制確保の視点

将来の外来医療ニーズの変化や多様化を踏まえた体制構築の推進

(1) かかりつけ医機能の強化:

- 日常的な医学管理の充実
- 在宅療養支援、地域包括ケアシステムの構築の推進
- 多職種との連携 等

(2) かかりつけ医機能と専門医療機関等との連携体制の構築:

- 情報提供・情報共有の推進 等

(3) 救急応需体制の確保:

- チーム制による対応
- 急性増悪等を予測した対応
- 働き方改革への対応 等

外来医療(その1)とかかりつけ医機能(その1)で主に取り上げたテーマ

2. 質の向上と提供プロセス改善の視点

頻回の受診を伴う外来医療から、より弾力的で日常生活に近く効果的な疾病管理を可能とする医療への推進

(1) 予防から治療まで一貫したサービス提供・システム連携の推進

- 日常的な医学管理(患者の自己管理や健診等の予防事業との連携)
- 患者の特性に着目したアプローチ(高齢者、小児、就労者等)
- 疾病の特性を踏まえた重症化予防(特に生活習慣病)
- 複数疾病の総合的な医学管理や服薬管理
- 多職種によるサービス提供

本日主に取り上げるテーマ

(2) 患者の視点の重視

- 治療に関わる様々な情報提供や相談支援
(専門医療機関への受診や他サービスとの連携等)
- 治療に関する患者の理解と選択

(3) エビデンスに基づく外来医療の推進

- 診療ガイドラインや最新の知見に関する情報共有と環境整備
- アウトカムに基づく評価の視点

本日の内容

- ①外来医療の現状
- ②生活習慣病の重症化予防と医学管理
- ③医療機関と予防事業の連携

①外来医療の現状

②生活習慣病の重症化予防と医学管理

③医療機関と予防事業の連携

【概略】

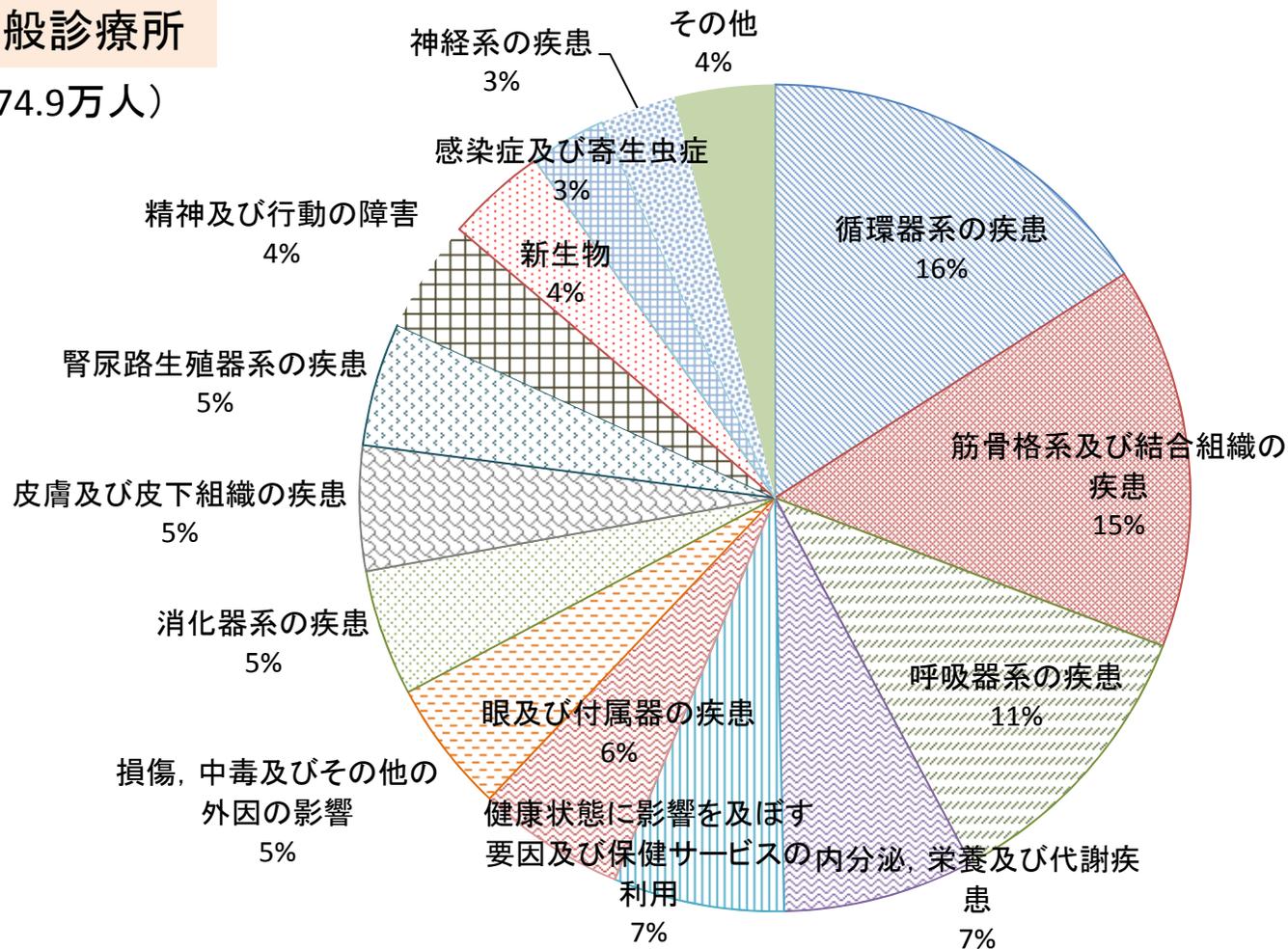
- 推計外来患者数をみると、生活習慣に関連する主な疾患は全体の約2割を占める。
- 生活習慣に関連する主な疾患の入院外医療費は約4兆円、入院外医療費に占める割合は約3割。
- 再来患者の平均診療間隔をみると、一般診療所では診療間隔は延長傾向。傷病分類別にみると、病院ではほぼ横ばいの疾患が多く、一般診療所ではほぼ全ての疾患で診療間隔が延長傾向。
- 傷病分類別の入院外1件あたりの点数の平均をみると、新生物が最も高い。内訳をみると、新生物では注射の占める割合が大きく、循環系疾患では投薬、内分泌系疾患では検査の占める割合が大きい。

傷病分類別にみた推計外来患者数①

○ 病院と一般診療所の推計外来患者数を傷病分類別に見ると、多い順に「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」となっている。

病院＋一般診療所

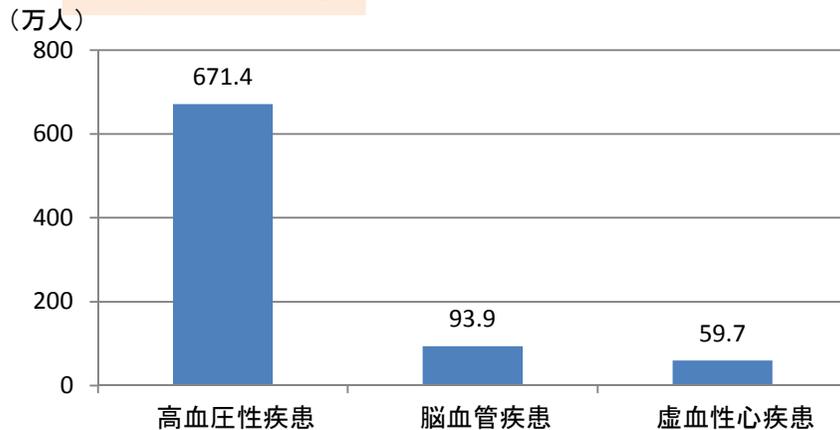
(総数:5874.9万人)



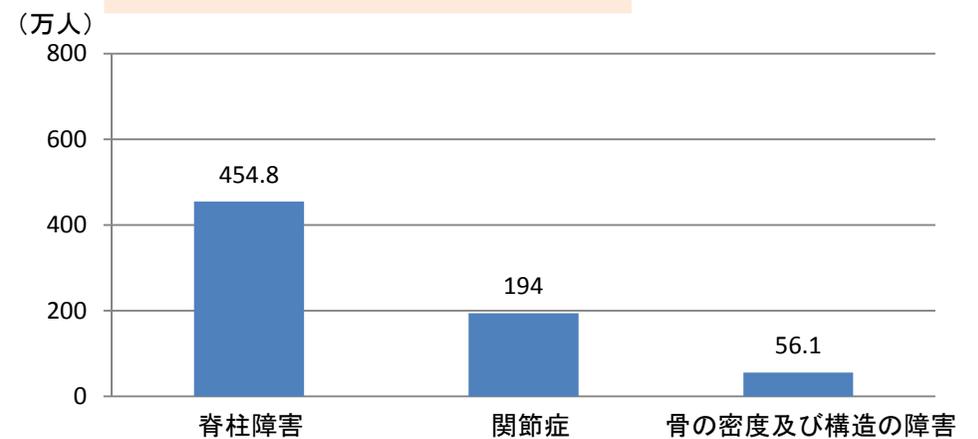
傷病分類別にみた推計外来患者数②

○ 推計外来患者数の主な傷病分類について疾患の内訳をみると、循環器系の疾患では高血圧性疾患が最多で、循環器系疾患の7割以上を占める。

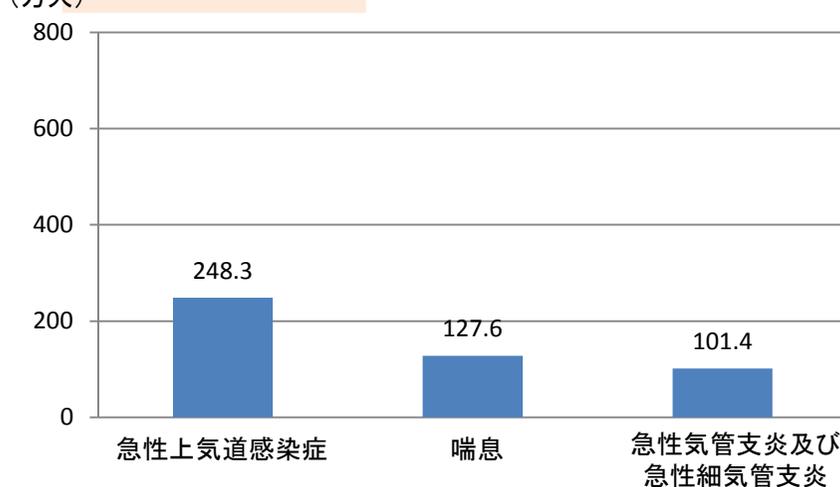
循環器系の疾患 (総数:933万人)



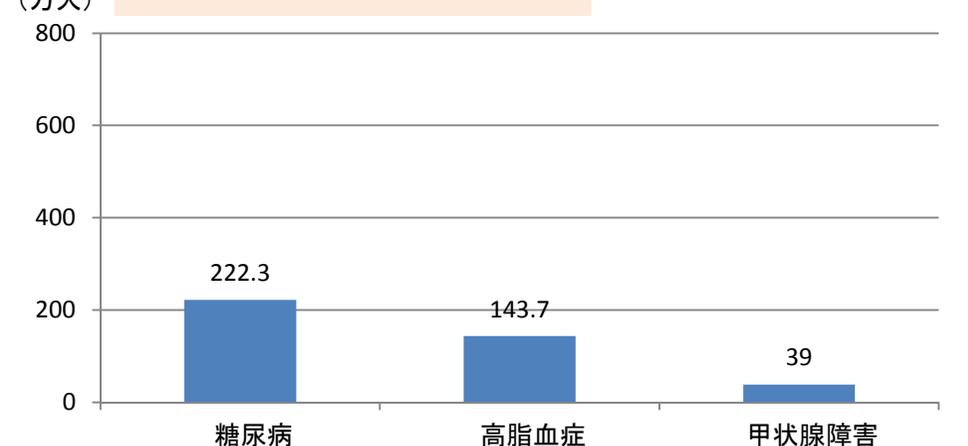
筋骨格系及び結合組織の疾患 (総数:877.8万人)



呼吸器系の疾患 (総数:668.4万人)



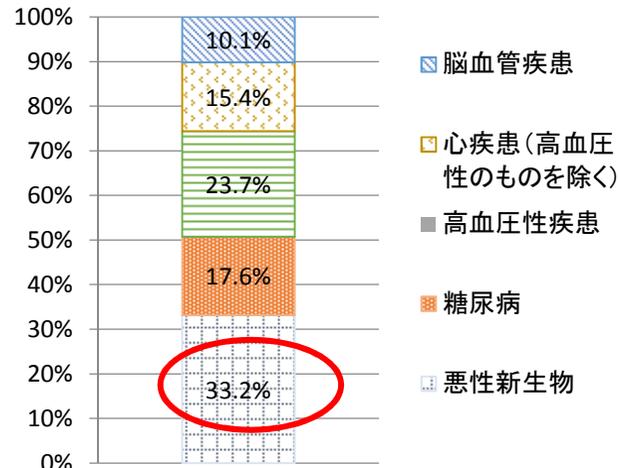
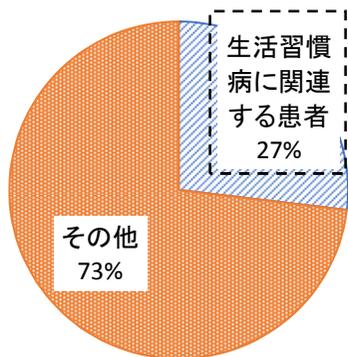
内分泌、栄養及び代謝疾患 (総数:437万人)



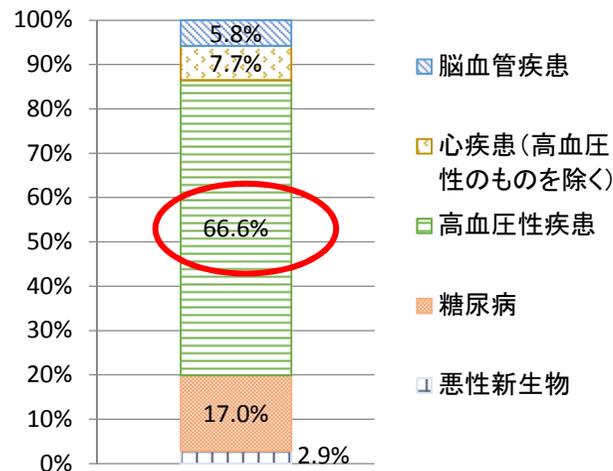
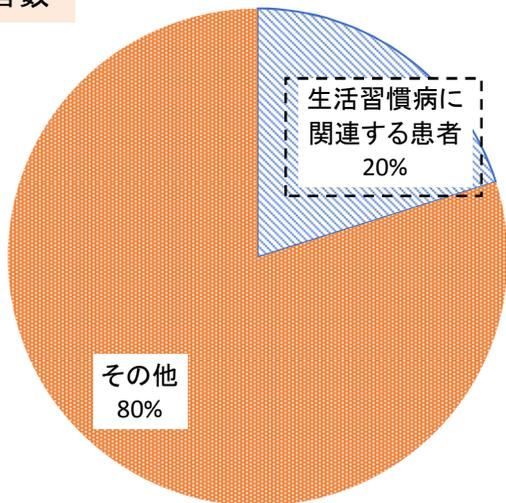
傷病分類別にみた推計外来患者数③

- 推計外来患者数のうち、生活習慣に関連する主な疾患（高血圧性疾患、脳血管疾患、心疾患、糖尿病、悪性新生物(※)）の患者は、全体の約2割を占める。
 - 生活習慣に関連する主な疾患の患者数の内訳をみると、病院では悪性新生物が最も多く、一般診療所では高血圧性疾患が最も多い。
- (※悪性新生物には、大腸がん、肺がん以外の悪性新生物も含まれている。)

病院の推計外来患者数
(1641.9千人)



一般診療所の推計外来患者数
(4233千人)

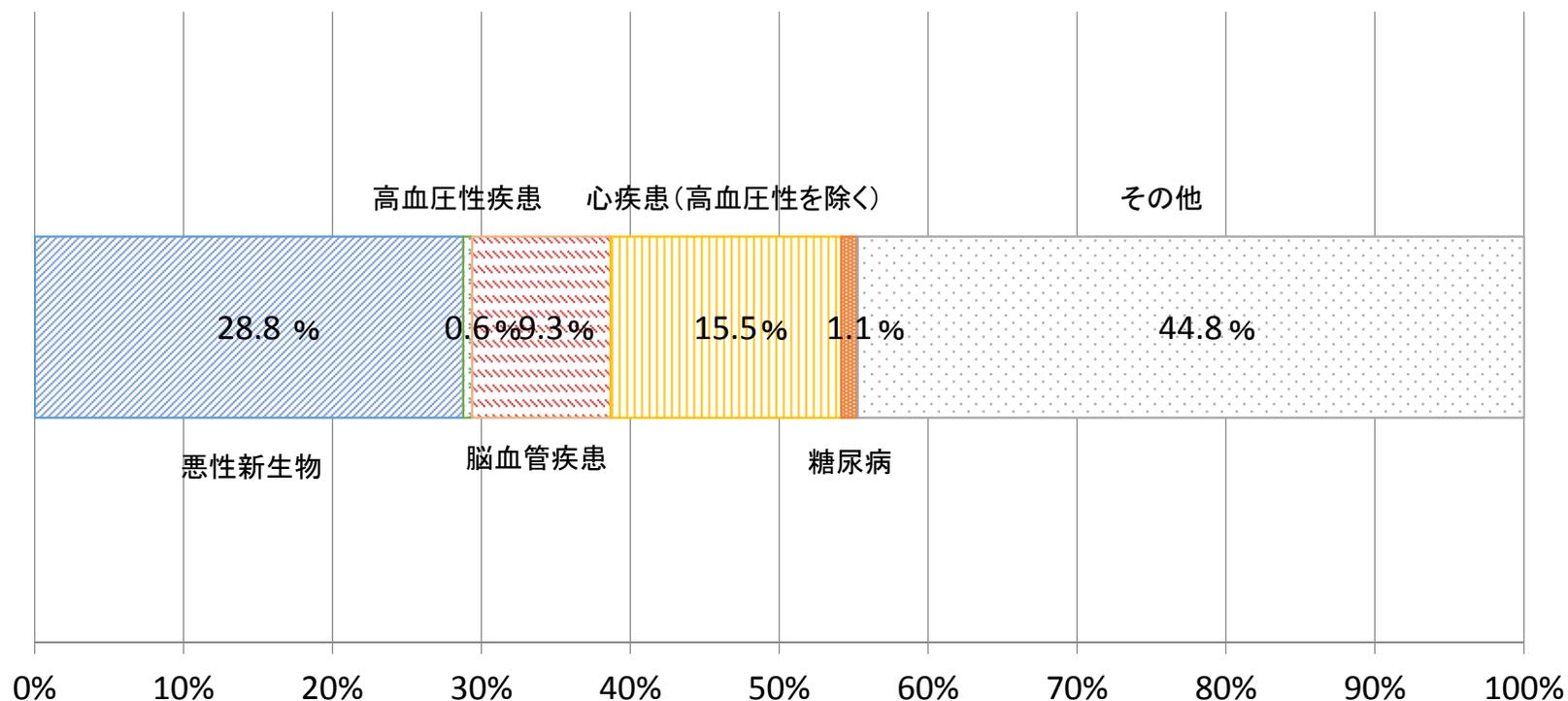


死因に占める生活習慣病の割合について

○ 死因の中で生活習慣に関連する主な疾患の占める割合は5割を超える。

(※悪性新生物には、大腸がん、肺がん以外の悪性新生物も含まれている。)

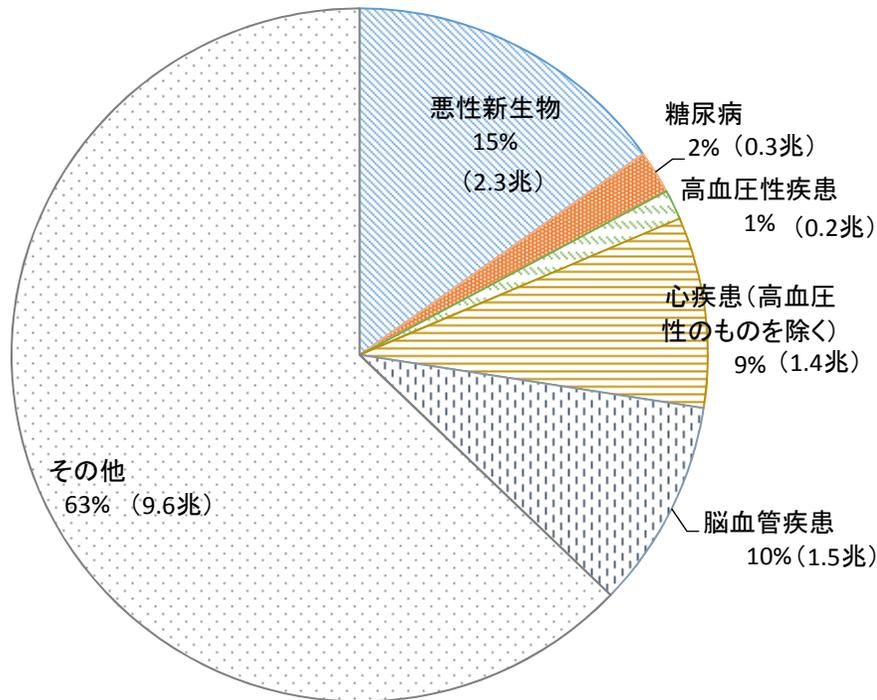
死因に占める生活習慣病の割合



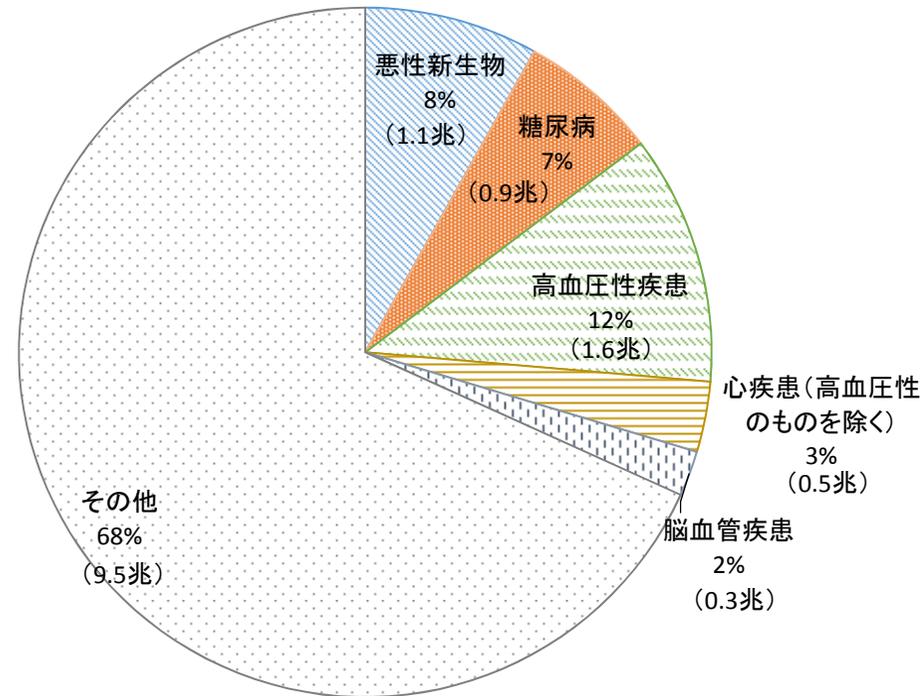
傷病分類別にみた医療費

- 生活習慣に主に関連する疾患に関する医療費は、入院・入院外とも全体の約3割を占める。
 - 生活習慣に主に関連する疾患に関する医療費の内訳をみると、入院は悪性新生物が、入院外は高血圧性疾患に関するものが最も多い。
- (※悪性新生物には、大腸がん、肺がん以外の悪性新生物も含まれている。)

入院
(15.3兆円)



入院外
(14.0兆円)

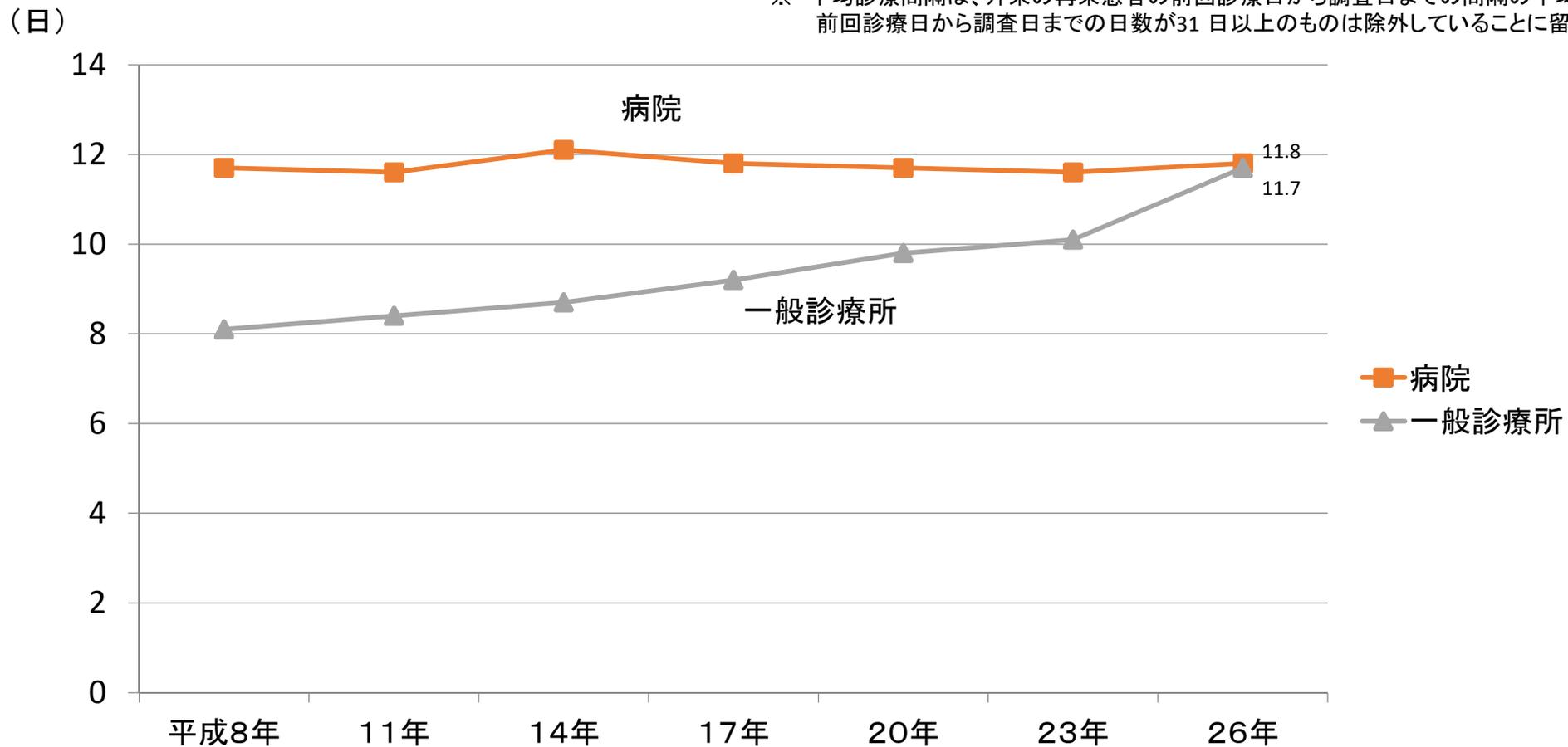


※当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの

再来患者の平均診療間隔の年次推移

○ 一般診療所の平均診療間隔は延長傾向。病院の平均診療間隔はほぼ横ばいで推移。

※ 平均診療間隔は、外来の再来患者の前回診療日から調査日までの間隔の平均
前回診療日から調査日までの日数が31日以上のもは除外していることに留意が必要

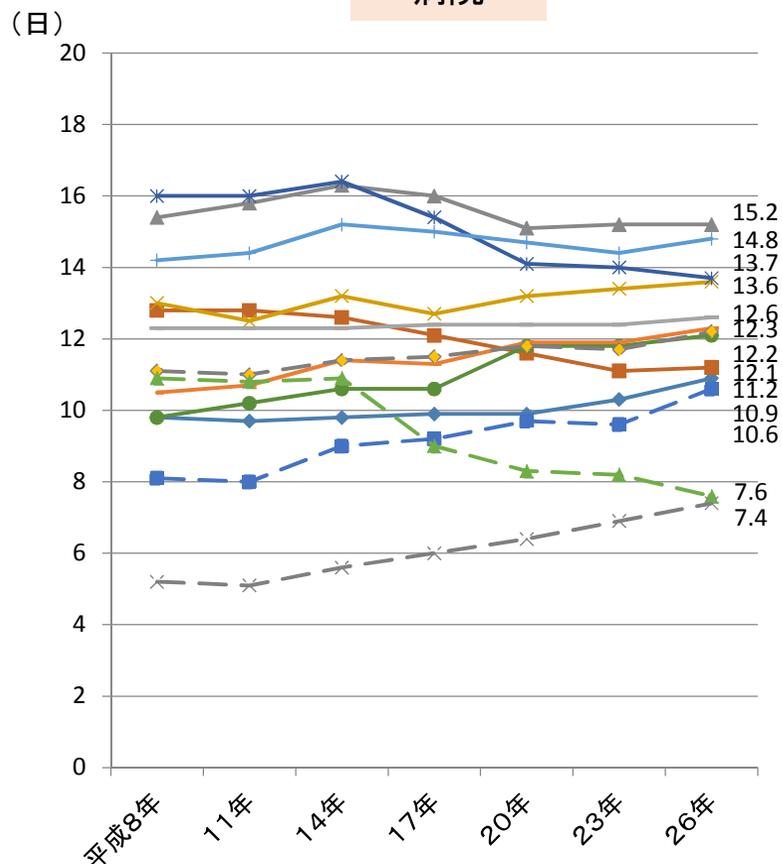


再来患者の平均診療間隔の傷病分類別の年次推移

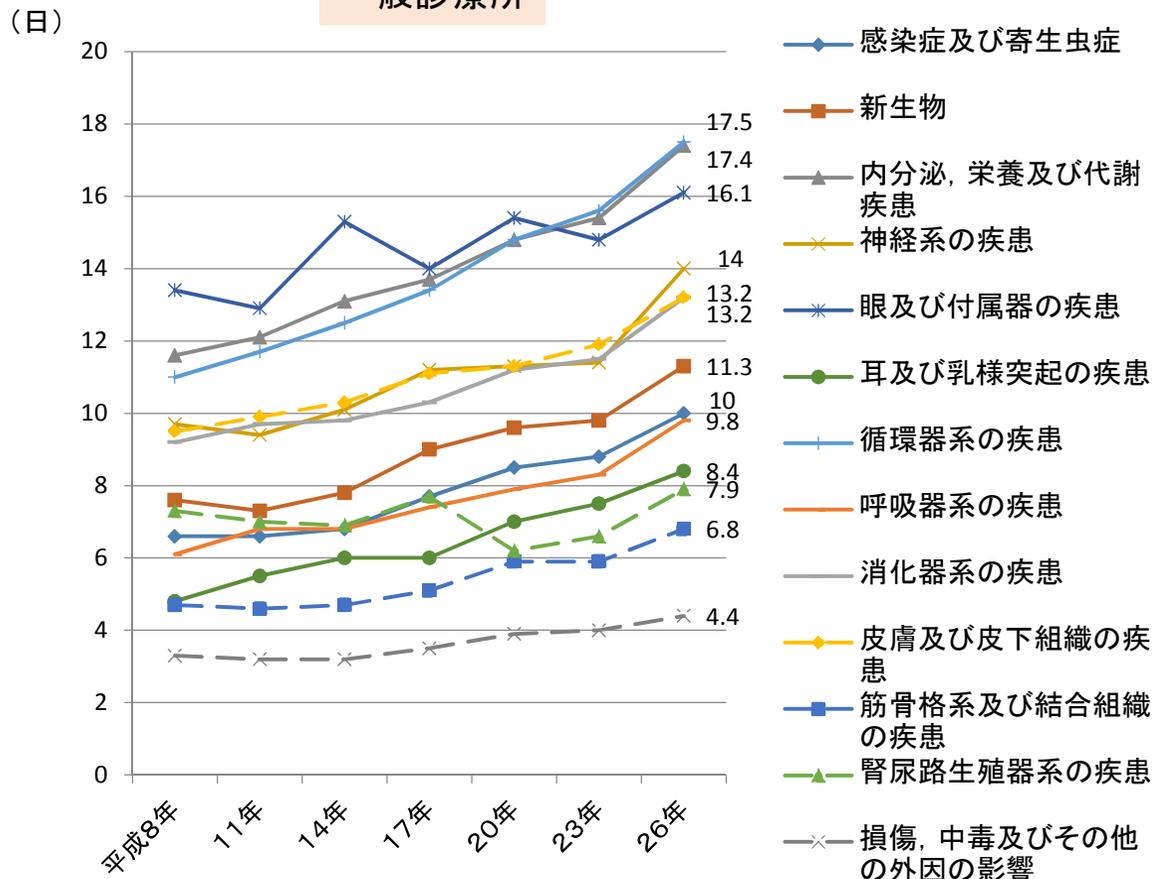
○ 再来患者の平均診療間隔を傷病分類別にみると、病院では診療間隔がほぼ横ばいの疾患が多い。一般診療所では、概ね全ての疾患で診療間隔が延長傾向。

※ 平均診療間隔は、外来の再来患者の前回診療日から調査日までの間隔の平均。前回診療日から調査日までの日数が31日以上のもは除外していることに留意が必要

病院



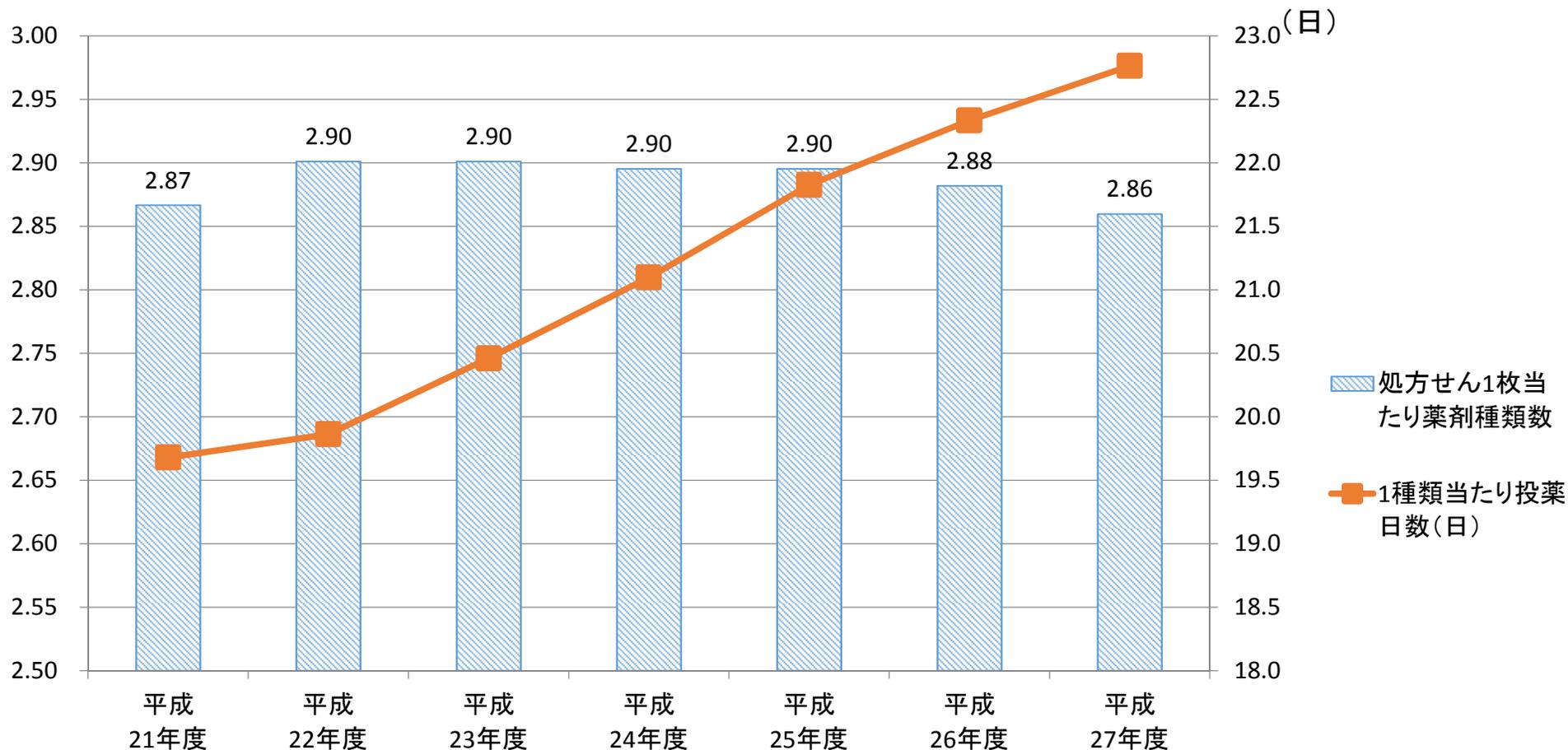
一般診療所



※患者調査の傷病分類から、「血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害」、「精神及び行動の障害」、「妊娠、分娩及び産じょく」、「周産期に発生した病態」、「先天奇形、変形及び染色体異常」、「症状、徴候等で他に分類されないもの」、「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」は除いている。

処方せん1枚当たりの薬剤種類数、1種類当たり投薬日数の推移

- 処方せん1枚当たりの薬剤種類数は、ここ数年減少傾向である。
- 1種類当たりの投薬日数は、増加傾向である。

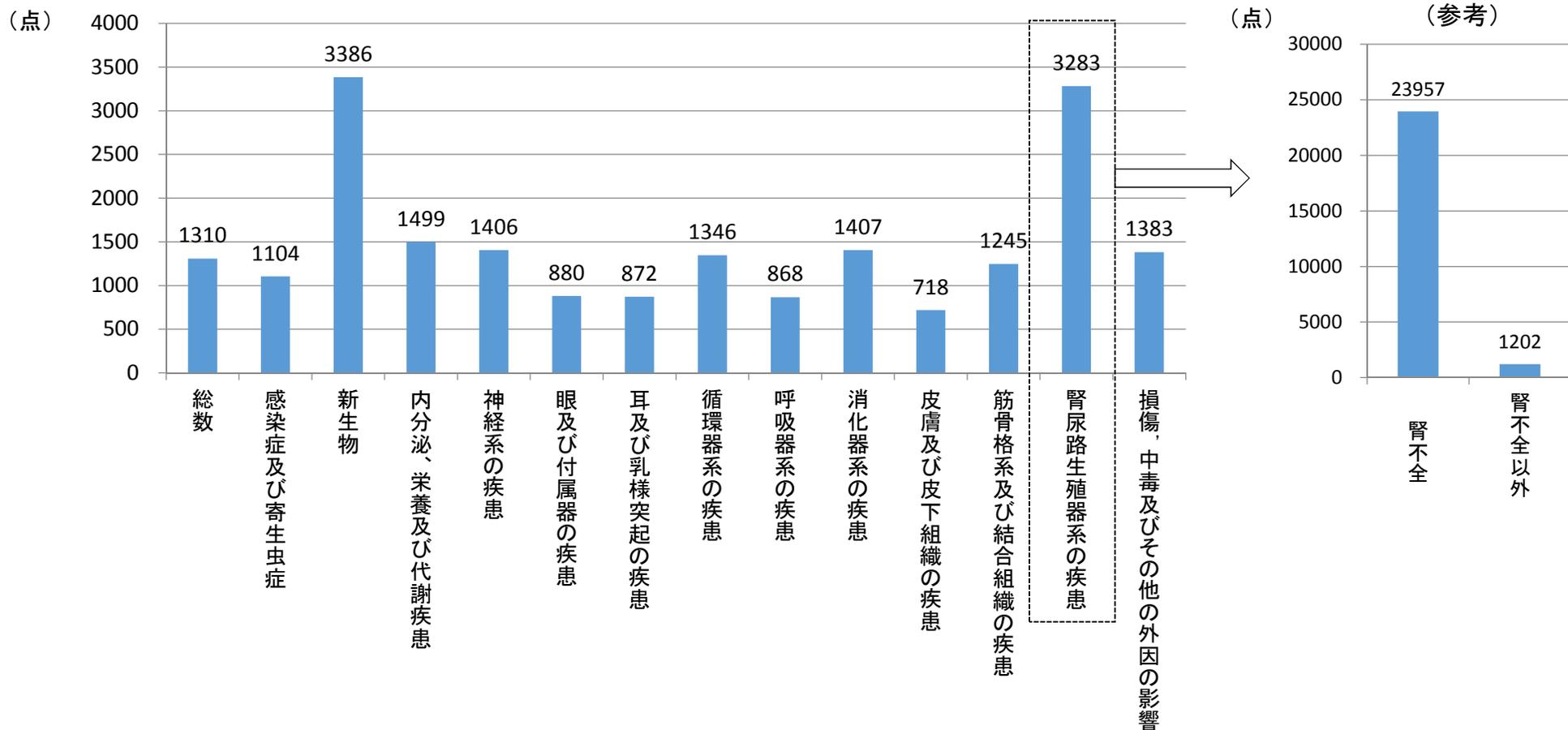


※元資料から平成26年度、平成27年度分のデータを追加

出典：平成27年調剤医療費(電算処理分)の動向

傷病分類別の入院外一件あたり点数

○ 傷病分類別に入院外レセプト一件あたりの点数の平均をみると、新生物が最も高い。

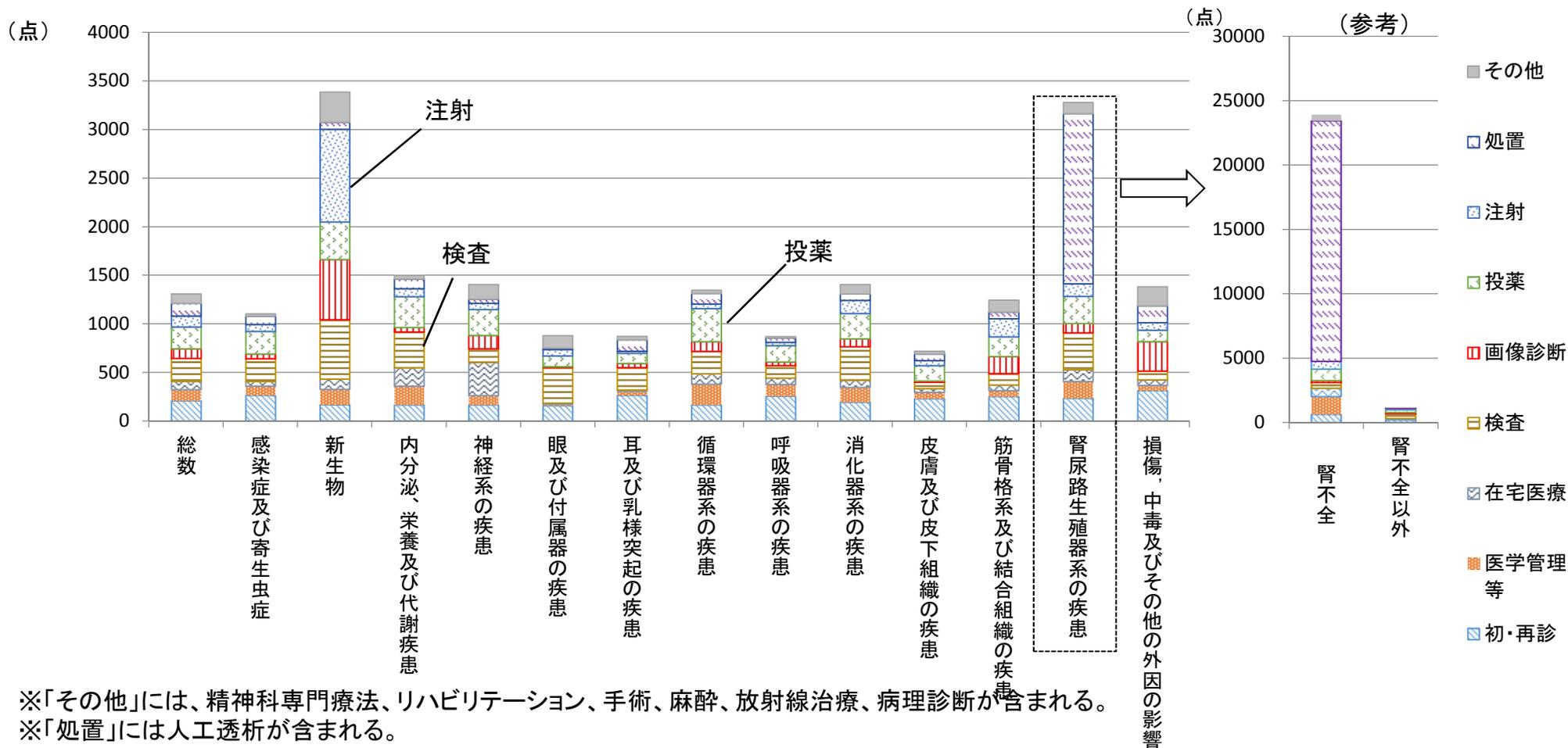


※社会医療診療行為別統計の傷病分類から、「血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害」、「精神及び行動の障害」、「妊娠、分娩及び産じょく」、「周産期に発生した病態」、「先天奇形、変形及び染色体異常」、「症状、徴候等で他に分類されないもの」は除いている。

※入院外レセプトを計上したものであり、データには在宅医療の費用も含まれる。

傷病分類別の入院外一件あたり点数の診療行為別の内訳

○ 傷病分類別に入院外一件あたりの点数の内訳をみると、他の疾患と比較して、新生物では注射の占める割合が大きく、循環系疾患では投薬、内分泌系疾患では検査の占める割合が大きい。



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

※「処置」には人工透析が含まれる。

※社会医療診療行為別統計の傷病分類から、「血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害」、「精神及び行動の障害」、「妊娠、分娩及び産じょく」、「周産期に発生した病態」、「先天奇形、変形及び染色体異常」、「症状、徴候等で他に分類されないもの」は除いている。

※入院外レセプトを計上したものであり、データには在宅医療の費用も含まれる。

①外来医療の現状

②生活習慣病の重症化予防と医学管理

③医療機関と予防事業の連携

【概略】

- 生活習慣病は、食事、運動、喫煙、飲酒といった生活習慣が関連した疾病。生活習慣を改善することで、重症化や合併症を予防することが可能。コントロールが不良だと、重篤な合併症や生活機能の低下を招く。
- 糖尿病が強く疑われる者の割合は年々増加する傾向にあるが、そのうち、「ほとんど治療を受けたことがない」者の割合は、約3割(平成24年)となっている。
- 生活習慣病の予防では、生活習慣病予防を特に必要とする者を抽出して保健指導を行う特定健診・特定保健指導を医療保険者が実施主体となって実施している。
- 糖尿病と高血圧など複数疾患を持つハイリスク者に対する保健指導では、医療機関との連携が必要。
- 生活習慣病の重症化予防と医学管理では、主として、診療ガイドラインに基づき、患者の特徴や健康状態等を総合的に勘案して個別に治療内容を調整する。また、コントロールが不良な患者については、専門医療機関と連携して、治療方針の変更等を行う。医学管理にあたっては、患者のセルフケア能力や患者への支援体制も考慮することとされている。

生活習慣病とは

「生活習慣病」の定義

「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、
その発症・進行に関与する疾患群」

「生活習慣病」の範囲については、

以下に例示するような生活習慣と疾病との関連が明らかになっているものが含まれる。

食習慣：インスリン非依存糖尿病、肥満、高脂血症(家族性のものを除く)、高尿酸血症、
循環器病(先天性のものを除く)、大腸がん(家族性のものを除く)、歯周病等

運動習慣：インスリン非依存糖尿病、肥満、高脂血症(家族性のものを除く)、高血圧症等

喫煙：肺扁平上皮がん、循環器病(先天性のものを除く)、慢性気管支炎、肺気腫、歯周病等

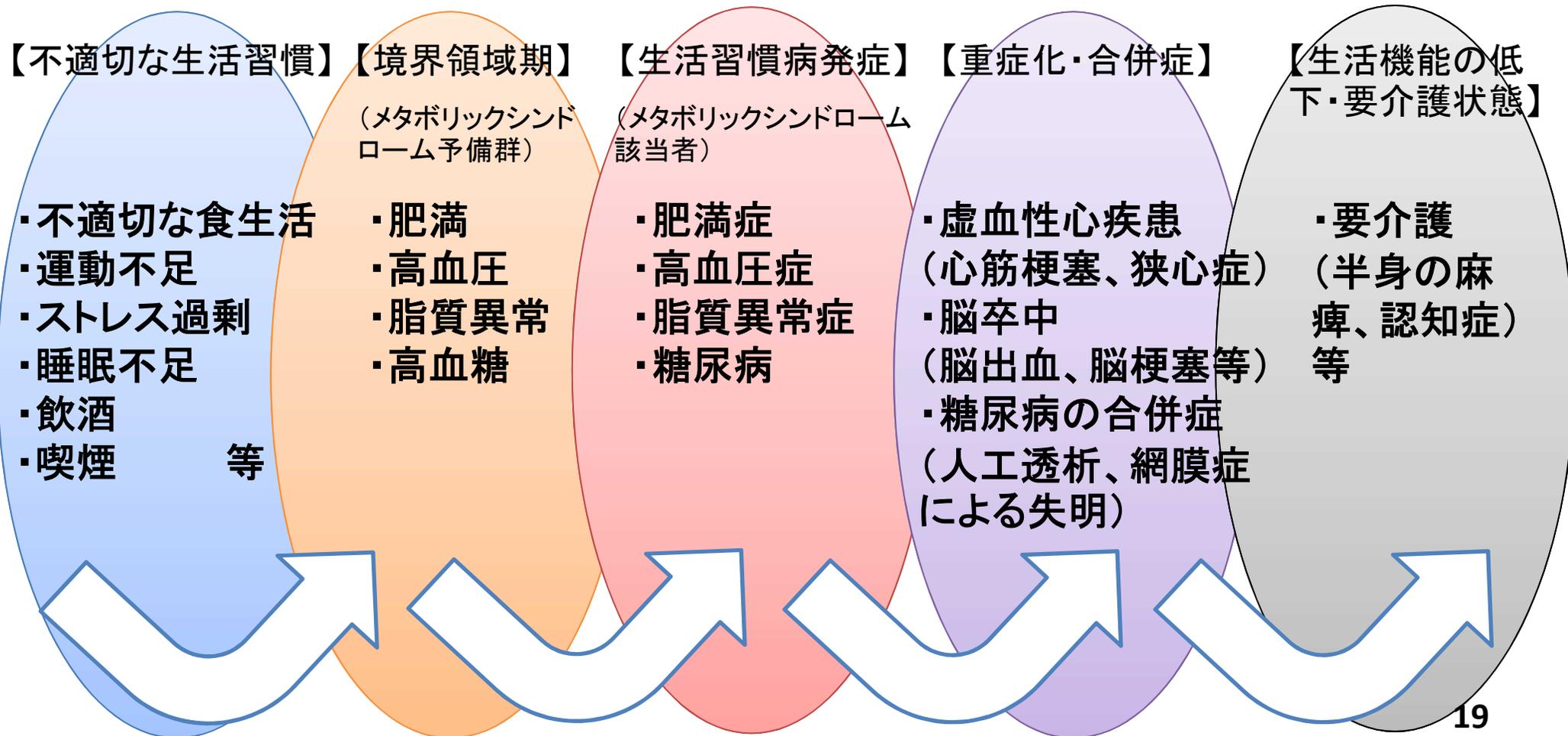
飲酒：アルコール性肝疾患等

1996年12月17日公衆衛生審議会意見具申

「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について」

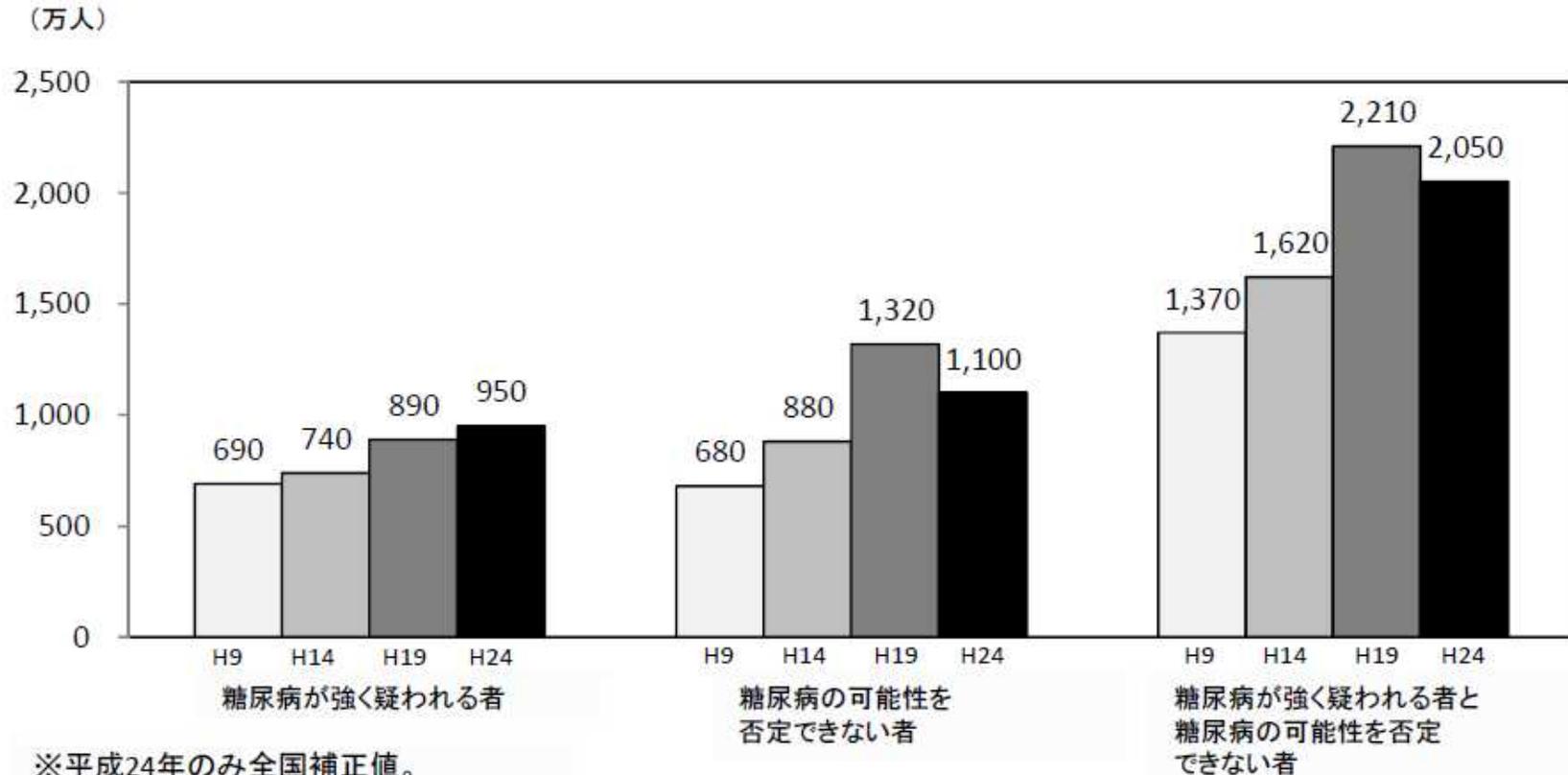
生活習慣病と合併症

- 不健康な生活習慣の継続により、境界領域期、生活習慣病発症、重症化・合併症、生活機能の低下・要介護状態へと段階的に進行していく。
- どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができる。
- とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質(QOL)を維持する上で重要である。



「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数

「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数の年次推移
(20歳以上、男女計)



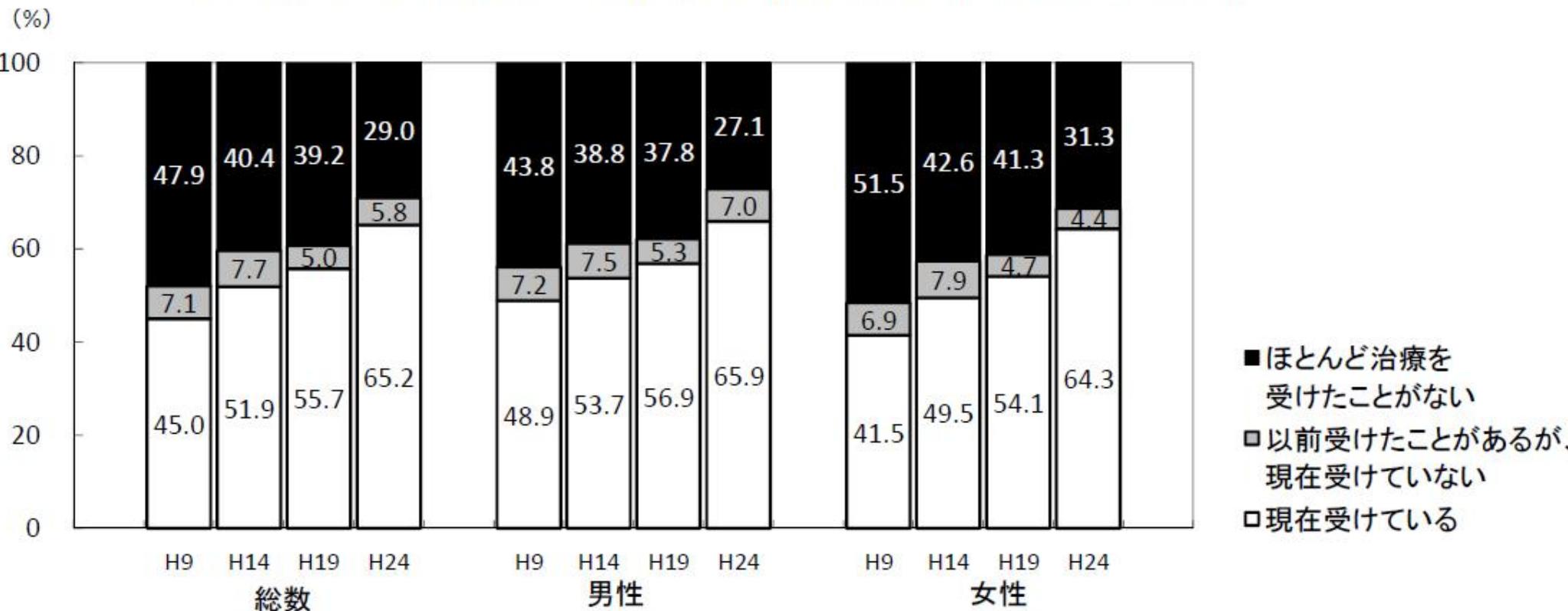
①「糖尿病が強く疑われる者」とは、ヘモグロビンA1cの測定値がある者のうち、ヘモグロビンA1c (NGSP)値が6.5%以上(平成19年まではヘモグロビンA1c (JDS)値が6.1%以上)または、生活習慣調査票の問6「これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことがありますか」に「1 あり」と回答し、問6-1「糖尿病の治療を受けたことがありますか」に「1 過去から現在にかけて継続的に受けている」及び「2 過去に中断したことがあるが、現在は受けている」と回答した者。

②「糖尿病の可能性を否定できない者」とは、ヘモグロビンA1cの測定値がある者のうち、ヘモグロビンA1c (NGSP)値が6.0%以上、6.5%未満(平成19年まではヘモグロビンA1c (JDS)値が5.6%以上、6.1%未満)で、「糖尿病が強く疑われる者」以外の者。

※「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数の算出方法:性・年齢階級別の「糖尿病が強く疑われる者」の割合と「糖尿病の可能性を否定できない者」の割合に、それぞれ総務省統計局「人口推計(平成24年10月1日現在)」の性・年齢階級別の全国人口を乗じて全国推計値を算出し、合計した。

「糖尿病が強く疑われる者」における治療の状況（20歳以上、年次推移）

「糖尿病が強く疑われる者」における治療の状況（20歳以上、性別）

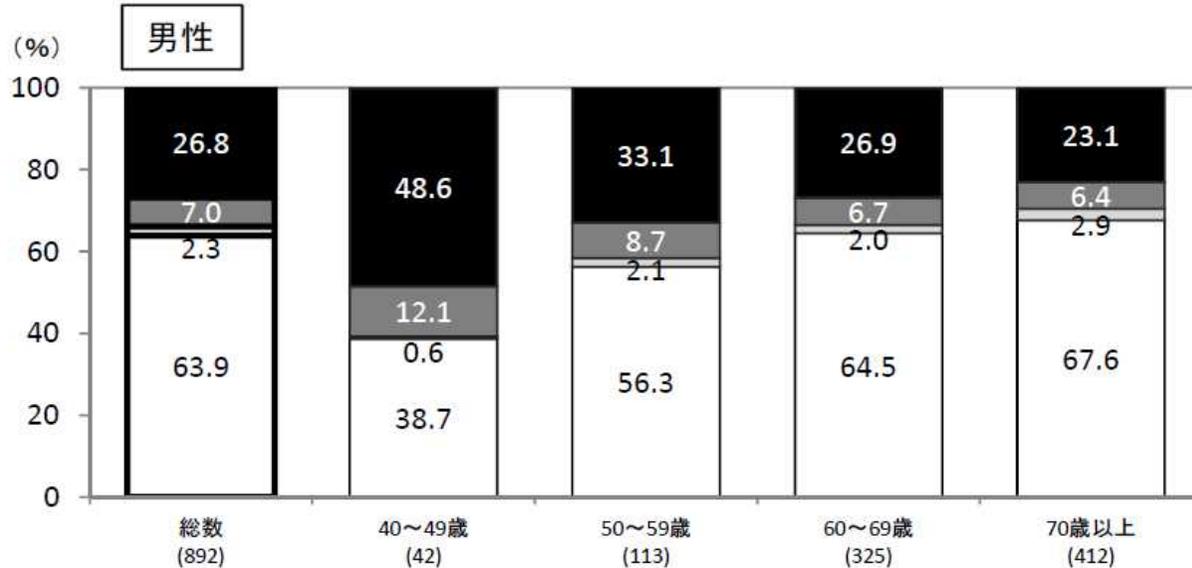


※「ほとんど治療を受けたことがない」は、「医師から糖尿病と言われたことがない」者を含む。

※平成24年における「現在受けている」者は、「過去から現在にかけて継続的に受けている」者（総数63.1%、男性63.6%、女性62.4%）と「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」者（総数2.1%、男性2.3%、女性1.9%）を合計した値である。

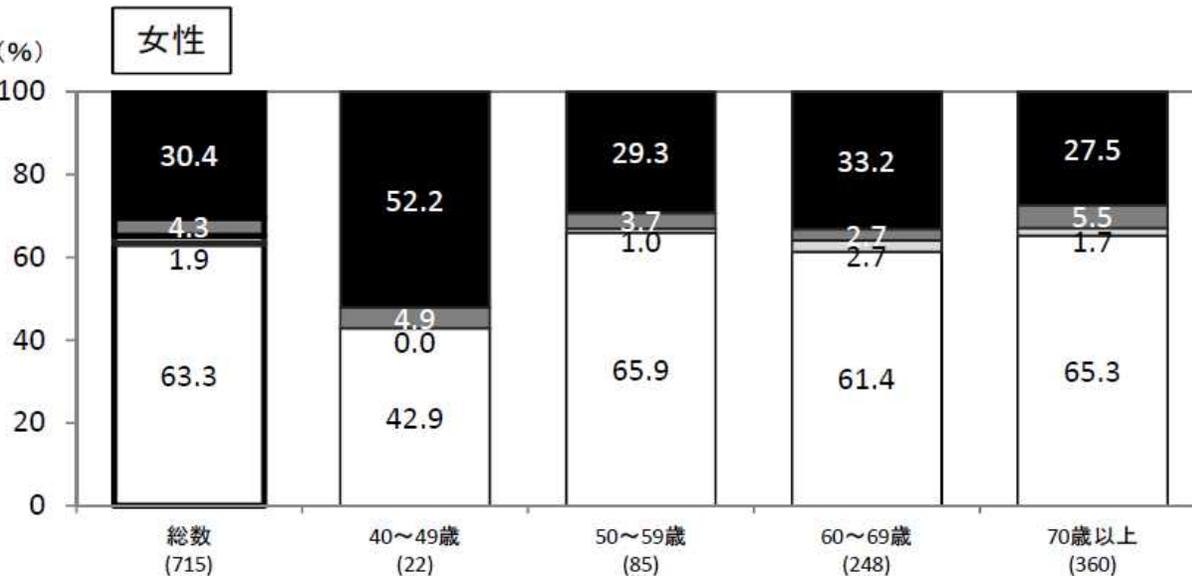
※平成24年のみ全国補正值。

「糖尿病が強く疑われる者」における治療の状況（40歳以上、全国補正值）



40歳代では、「これまでに治療を受けたことがない」「過去に受けたことはあるが、現在は受けていない」と回答した割合が高い。

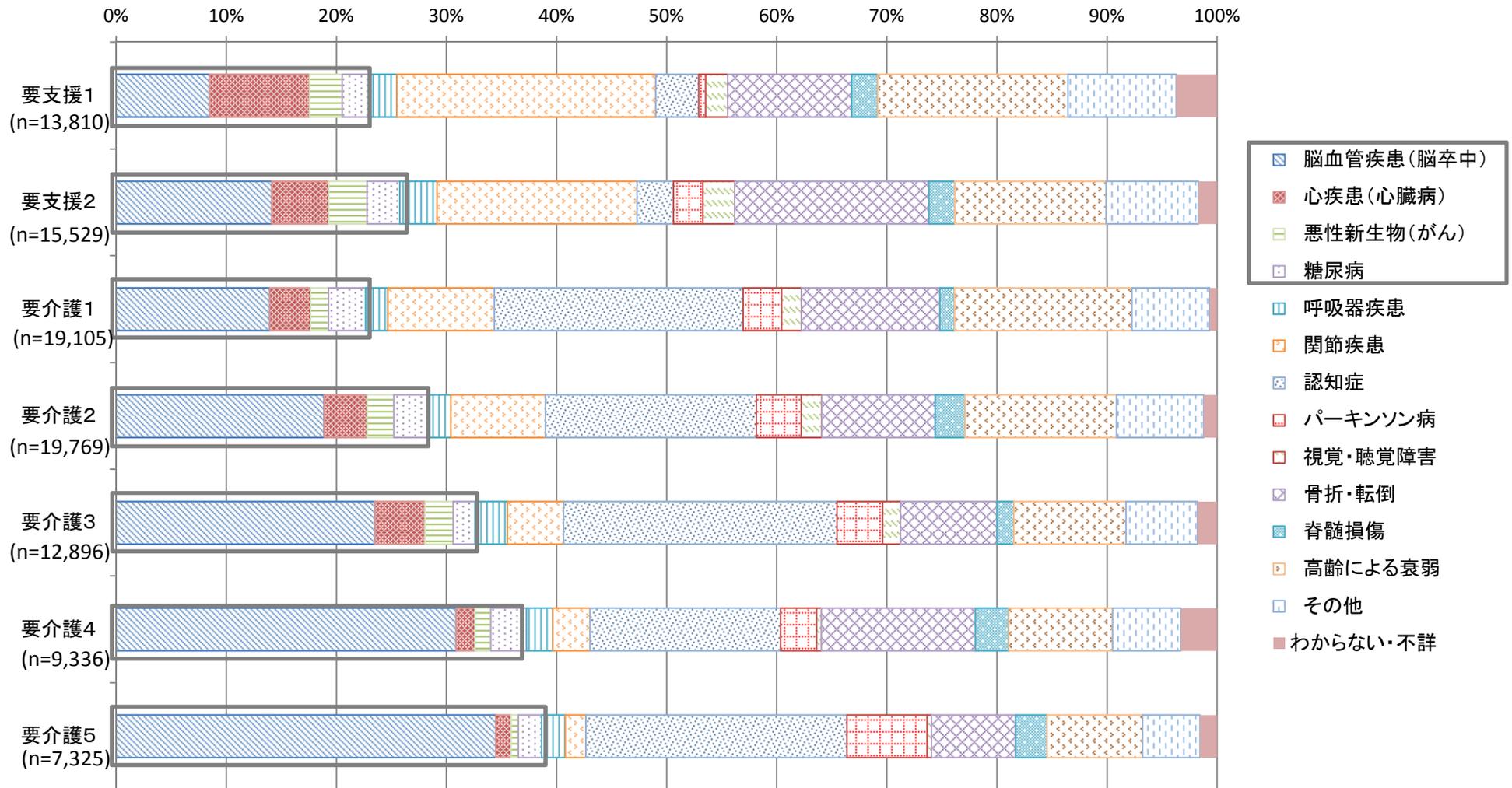
- これまでに治療を受けたことがない
- 過去に受けたことはあるが、現在は受けていない
- 過去に中断したことがあるが、現在は受けている
- 過去から現在にかけて継続的に受けている



※「ほとんど治療を受けたことがない」は、「医師から糖尿病と言われたことがない」者を含む。
 ※平成24年における「現在受けている」者は、「過去から現在にかけて継続的に受けている」者（総数63.1%、男性63.6%、女性62.4%）と「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」者（総数2.1%、男性2.3%、女性1.9%）を合計した値である。
 ※平成24年のみ全国補正值。

要介護度別の主傷病の割合

○ 介護が必要となった主な原因を要介護度別にみると、要介護度1～5では、要介護度が高くなるほど生活習慣に関する主な疾患が占める割合が多い。



生活習慣病に係る主な対策

生活習慣病の予防

- 健康日本21(第二次)(健康増進法)
- 健診・保健指導(健康増進法等)

生活習慣病の重症化予防

- 特定健診・特定保健指導(高齢者医療確保法)
- 疾病毎の診療ガイドライン作成・改訂等に資する研究

生活習慣病の医療の提供

- 医療計画(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病について)(医療法)
- 診療報酬における評価

生活習慣病の予防

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)) 厚生労働省告示第四百三十号

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

具体的な目標

○ 5つの基本的方向に対応して、53項目にわたる具体的な目標を設定する。

基本的な方向	具体的な目標の例（括弧内の数値は現状）	目標
① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	○日常生活に制限のない期間の平均（男性70.42年、女性73.62年）	➡ 平均寿命の増加分を上回る増加
② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（がん、循環器疾患、糖尿病、COPDの予防）	○75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（84.3(10万人当たり) ○最高血圧の平均値（男性138mmHg、女性133mmHg） ○糖尿病合併症の減少(16,271人)	➡ 73.9(10万人当たり) ➡ 男性134mmHg、女性129mmHg ➡ 15,000人
③ 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上（心の健康、次世代の健康、高齢者の健康を増進）	○強いうつや不安を感じている者(10.4%) ○低出生体重児の割合の減少(9.6%) ○認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上(0.9%)	➡ 9.4% ➡ 減少傾向へ ➡ 10%
④ 健康を支え、守るための社会環境の整備	○健康づくりに関する活動に取り組み自発的に情報発信を行う企業数の増加(420社)	➡ 3000社
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	○20～60歳代男性の肥満者の割合(31.2%) ○食塩摂取量(10.6g) ○20～64歳の日常生活での歩数（男性7841歩、女性6883歩） ○生活習慣病のリスクを高める量(1日当たり純アルコール摂取量男性40g、女性20g以上)の飲酒者割合の減少(男性15.3%,女性7.5%) ○成人の喫煙率(19.5%) ○80歳で20歯以上の歯を有する者の割合(25%)	➡ 28%(自然増から15%減) ➡ 8グラム ➡ 男性9000歩、女性8500歩 ➡ 男性13.0%、女性6.4% ➡ 12% ➡ 50%

特定健診・特定保健指導制度とは

特定健診・特定保健指導（高齢者医療確保法）

「医療制度改革大綱」（平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会）において、平成27年度には平成20年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることが政策目標として掲げられ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされた。この考え方を踏まえ、生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）により、医療保険者に対して、内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下、「特定保健指導」という。）の実施が義務づけられた。

健診・保健指導（健康増進法等）

成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導（栄養指導を含む。以下同じ。）は、医師法（昭和22年法律第201号）、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）、栄養士法（昭和22年法律第245号）、高齢者医療確保法、健康増進法（平成14年法律第103号）、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）、健康保険法（大正11年法律第70号）、学校保健安全法（昭和33年法律第56号）等にその法律上の根拠を有する。また、健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談その他国民の健康の増進のために必要な事業を積極的に推進するよう努めなければならないことが健康増進法第4条に定められている。これらの規定により、医療保険者も、被保険者や被扶養者に対する健診・保健指導を含めた保健事業にも積極的に取り組むことが求められていると言える。

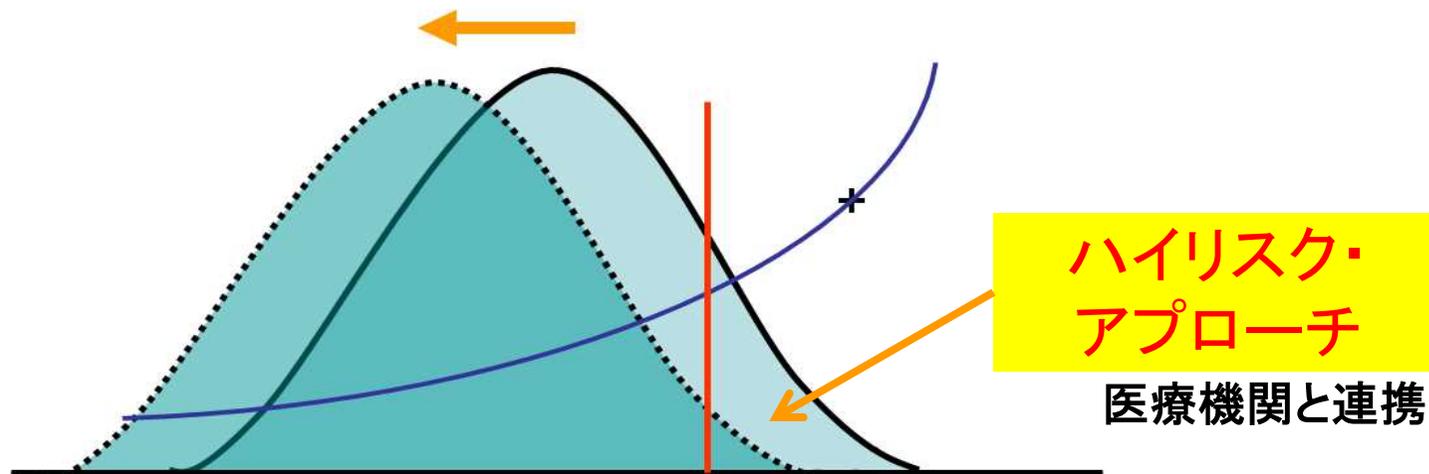
(参考)

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための
健診・保健指導の基本的な考え方について

	これまでの健診・保健指導		これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析</p> <p>→</p> <p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

(参考)

ポピュレーション・アプローチでは
全体の罹患数、死亡数を大幅減少



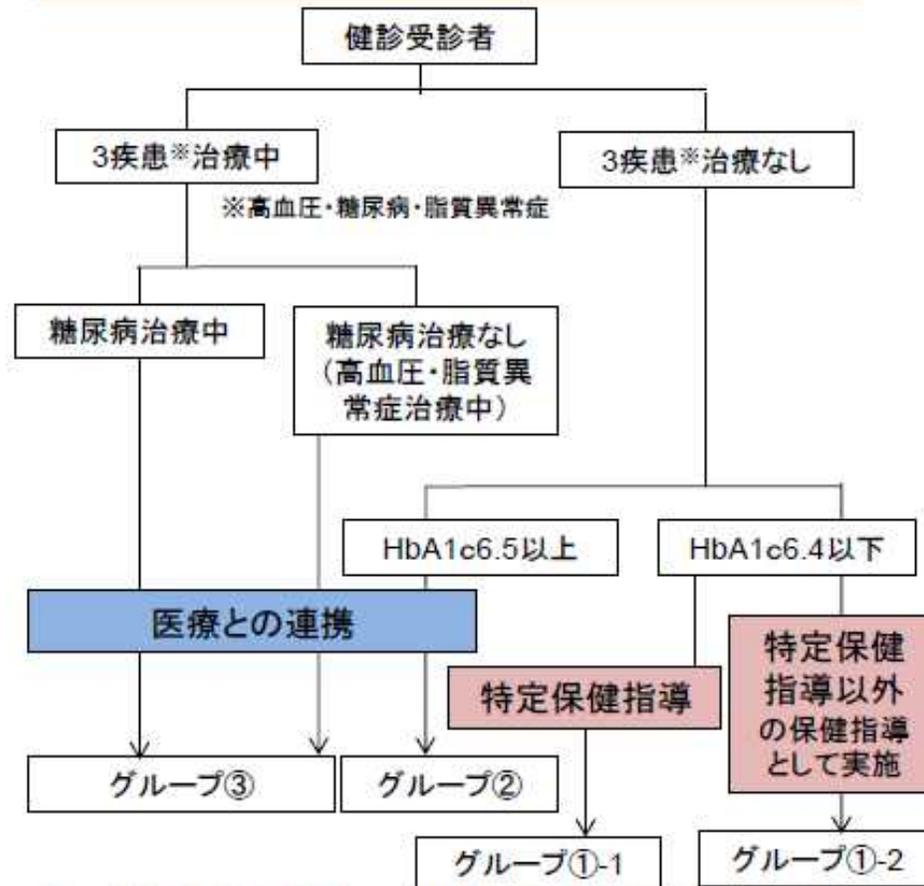
集団全体の分布をシフトさせる

- ハイリスク、境界域、正常高値の減少
- 全体の罹患数、死亡数の大幅減少

(水嶋春朔: 地域診断のすすめ方: 根拠に基づく生活習慣病対策と評価第2版、医学書院、2006)⁵⁴⁾

人数が多く、リスクが高い階層から、
疾病は多く発生する

(参考)糖尿病重症化予防の対象者選定の例



グループ①: 糖尿病予備群 リスクの重なりで動脈硬化を促進する状態
個々の代謝の状態の評価を行い、発症リスクを減らすための支援を行う

グループ②: **最優先対応** 能美市「特定健診の受診勧奨者への対応方針」により、HbA1cの段階別に開業医・専門病院へ紹介
レセプトで治療中断の有無も確認し、治療の必要性についても理解を促す

グループ③: 治療継続と重症化予防の中断の有無等の確認、治療の必要性について理解を促す

(参考)望ましい積極的支援の例

1) 6か月にわたる継続した頻回な支援の例

表4

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	30				① 健診結果と生活習慣の関係の理解。 ② 自らの生活習慣を振り返り、改善の必要性を理解する。 ③ 体重・腹囲・血圧、歩数等のセルフモニタリング。 ④ 3か月の目標、行動目標を立てる。 ⑤ 運動実施計画をたて、健康増進施設との連携を図る。
継続的な支援	2	2週間後	電話B	10	20		20	① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援を行う。 ② 中間評価を行う。
	3	1か月後	個別支援A	30	120	120		③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援を行う。 ④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
	4	2か月後	e-mail A	1	40	160		
	5	3か月後	グループ支援	90	90	250		① 栄養・運動等に関する講義・実習。 ② 体重・腹囲・血圧等を測定、家庭実践記録の確認、目標修正。
	6	4か月後	e-mail A	1	40	290		① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援を行う。 ② 中間評価を行う。
	7	5か月後	e-mail B	1	5		25	③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援を行う。 ④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
評価	8	6か月後	個別支援	30				① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

生活習慣病の重症化予防と医学管理

糖尿病教育と自己管理の重要性

- 糖尿病は複雑な慢性疾患であり、急性また慢性合併症は患者のQOLを低下させ、予後を悪化させる。それらの予防、治療のためには、患者の自己管理によって生活習慣を適正に保つよう努力することが求められる。また、薬物療法を行っている場合には、これを適切に行うことが重要である。これらの目標を達成するためには、可能であればチーム医療を立ち上げることが望ましく、糖尿病患者はその医療チームのもとで自己管理を徹底して治療を継続すべきである。

地域連携医療の重要性

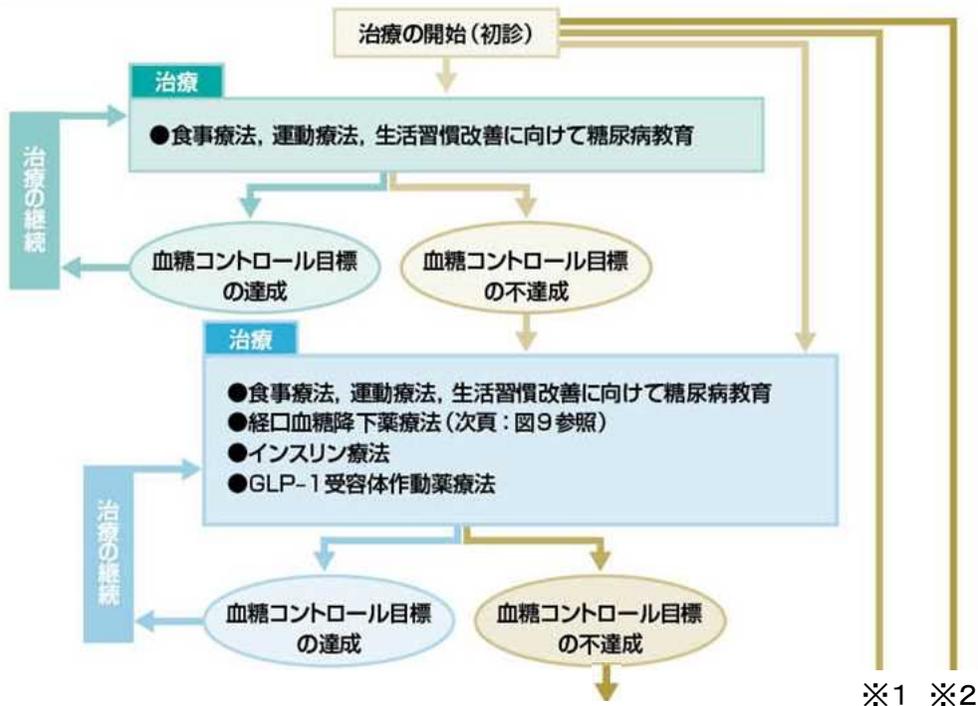
- 糖尿病のチーム医療を地域におけるレベルで実現することが重要である。初期、安定期の糖尿病治療を担う小規模の医療機関の場合、主治医は糖尿病に精通する看護師とともに糖尿病教育の実践を企画し、眼科医など他分野の専門家と緊密な連携を保持して最善の糖尿病医療を目指すべきである。血糖コントロールの悪化、合併症の進行、急性代謝失調発症時などには専門的治療を担う医療機関との連携が欠かせない。

糖尿病における医学管理について②

○ 糖尿病診療ガイドラインにおいて、インスリン非依存状態の場合、状態に応じて食事・運動療法等のコントロールを行うこととされている。

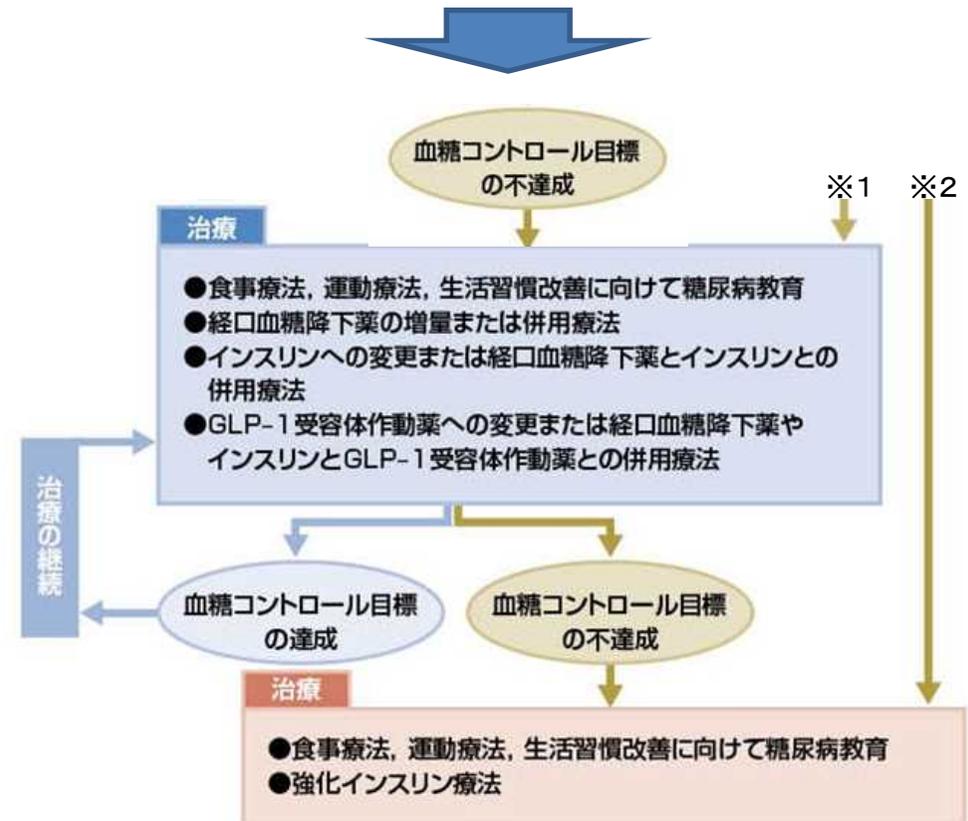
インスリン非依存状態の場合

血糖コントロール目標は、患者の年齢や病態などを考慮して患者ごとに設定する。



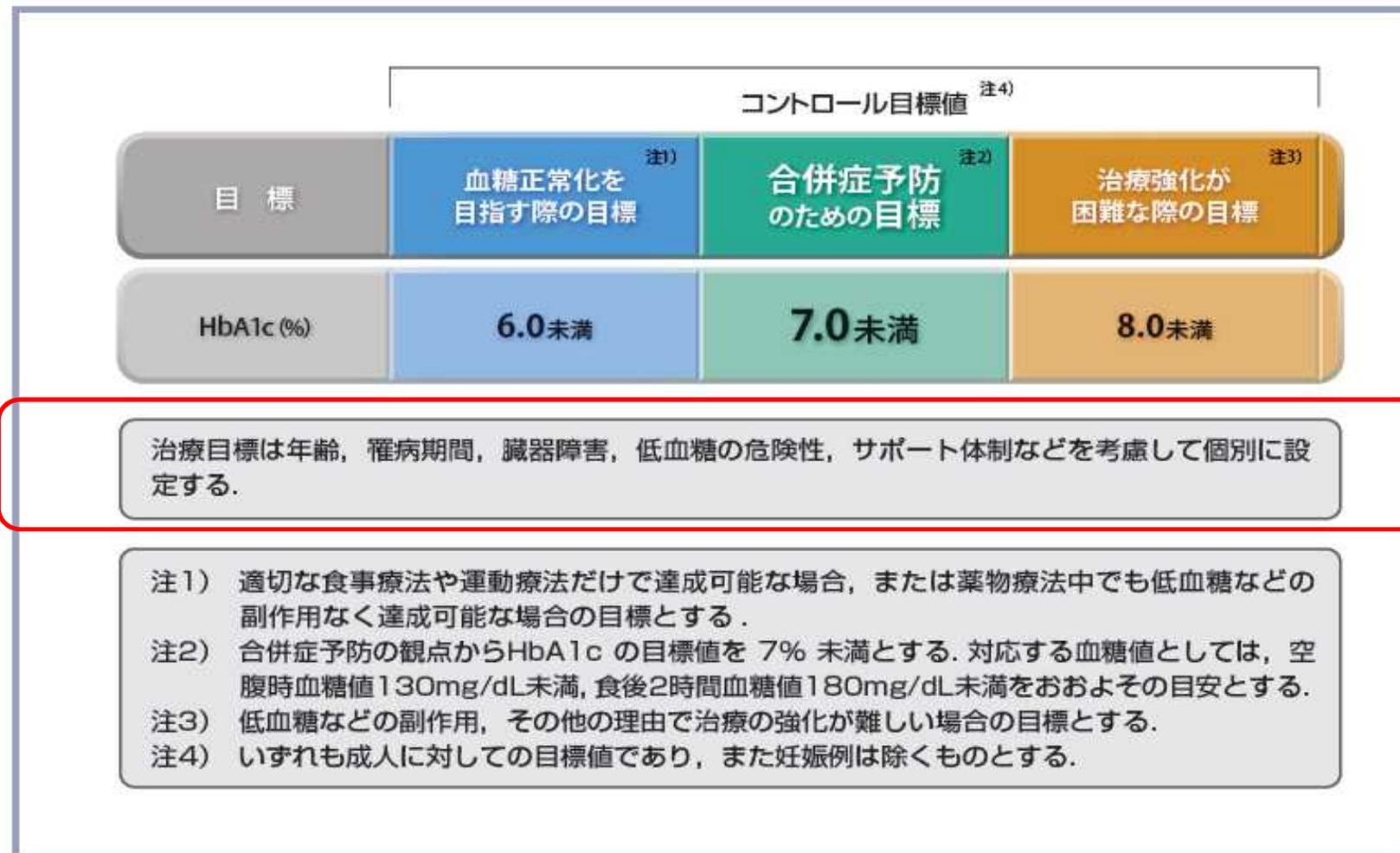
(右段へ)

(左段より)



糖尿病における医学管理について③

- 糖尿病診療ガイドラインにおいて、血糖のコントロール目標値の設定は、年齢や罹病期間、サポート体制等を考慮して個別に設定することとされている。



高血圧の医学管理について

- 高血圧治療ガイドラインにおいて、初診時の高血圧管理計画では、危険因子や合併症を評価したのち、まずは生活習慣の修正を指導することとされている。

図3-1 初診時の高血圧管理計画

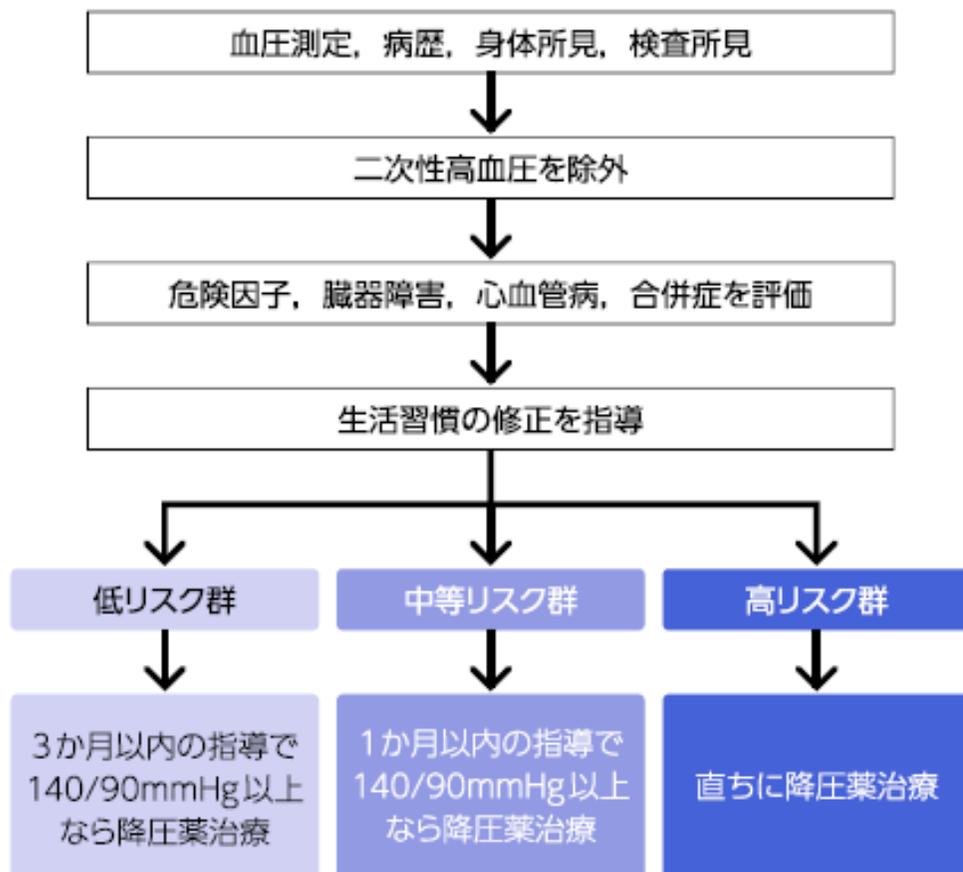
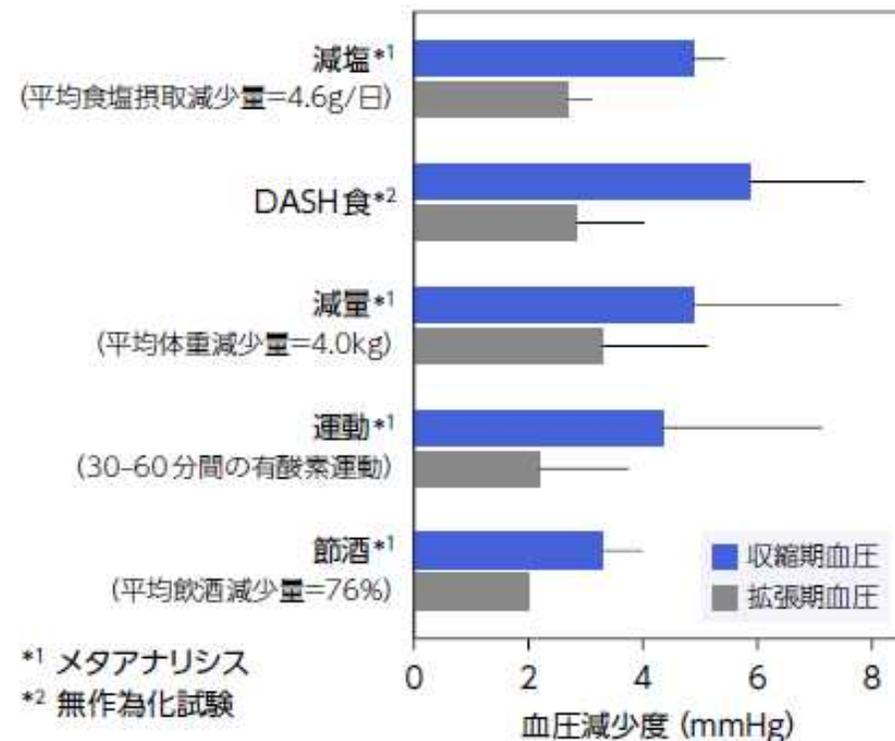


図4-1 生活習慣修正による降圧の程度



減塩 [341], DASH食 [339], 減量 [374], 運動 [342], 節酒 [382]

かかりつけ医と専門医療機関等との連携 (診療連携パスの例)

5疾病

(医療法第30条の4第2項第4号)

生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

(医療法施行規則第30条の28)

疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患とする。

5事業[＝救急医療等確保事業]

(医療法第30条の4第2項第5号)

次に掲げる医療の確保に必要な事業(以下「救急医療等確保事業」という。)に関する事項(ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。)

イ 救急医療

ロ 災害時における医療

ハ へき地の医療

ニ 周産期医療

ホ 小児医療(小児救急医療を含む。)

ヘ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療

疾病・事業ごとの医療体制について(平成19年7月20日付 医政指発0720001号)

疾病・事業のそれぞれについて、内容として次の事項を記載することとした。

①「必要となる医療機能」 ②「各医療機能を担う医療機関等の名称」 ③「数値目標」

第6次医療計画

- 基本的な考え方
- 地域の現状
- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・がん
 - ・脳卒中
 - ・急性心筋梗塞
 - ・糖尿病
 - ・精神疾患
 - ・救急医療
 - ・災害時における医療
 - ・へき地の医療
 - ・周産期医療
 - ・小児医療(小児救急含む)
 - ・その他特に必要と認める医療
- 居宅等における医療
- 医療従事者の確保
- 医療の安全の確保
- 医療提供施設の整備目標
- 基準病床数
- その他の医療提供体制の確保に必要な事項
- 事業の評価・見直し 等

糖尿病の診療連携パスの例

- 病診連携と役割分担を明らかにし、安全で質の高い医療を提供する地域連携システムを構築するとともに、糖尿病の治療中断防止や血糖コントロールの維持、合併症の予防・早期発見・治療を目的としている。

かかりつけ医



紹介状



国立循環器病
研究センター



報告書



かかりつけ医



報告書



国立循環器病
研究センター



- ・新規発症糖尿病症例
- ・血糖コントロール不良例
- ・合併症評価目的
- ・インスリン注射適応例

(患者さん紹介)

- ・病態に基づく治療薬選択
- ・教育・治療入院
- ・合併症精査
- ・インスリン注射導入
- ・専門的栄養指導

(初診外来受診)

- ・お薬の処方
- ・定期検査
- ・療養指導確認

(定期通院)

- ・コントロール悪化時の対応
- ・併発症への対応
- ・合併症進行評価
- ・療養指導強化

(経過診療)

生活習慣病の医学管理に対する 現行の診療報酬上の評価

生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬

- 生活習慣病の指導管理に係る診療報酬上の評価は、主に「医学管理等」及び「在宅医療」の部で行われている。

医学管理等：

特定の疾患を主病とする患者やその家族等に対して、当該疾患の特性を踏まえて、療養上必要な指導や医学管理等を行うことを評価

例) 特定疾患療養管理料、糖尿病合併症管理料、糖尿病透析予防指導管理料、生活習慣病管理料 等

在宅医療(在宅療養指導管理料)：

在宅において特定の治療等が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が、療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行うことを評価

例) 在宅自己注射、在宅酸素療法、在宅持続陽圧呼吸療法 等

生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬の例①

生活習慣病に係る計画の策定と治療管理に係る評価

生活習慣病管理料

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
イ 脂質異常症を主病とする場合 650点 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
- 2 1以外の場合
イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点

[主な算定要件]

- 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、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、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。
- 服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して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た場合に算定できる。

[主な施設基準]

- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて基準を満たしていること。

生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬の例②

糖尿病足病変ハイリスク要因患者の指導に係る評価

糖尿病合併症管理料 170点

[主な算定要件]

- 糖尿病合併症管理料は、次に掲げるいずれかの糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に、月1回に限り算定する。
ア 足潰瘍、足趾・下肢切断既往 イ 閉塞性動脈硬化症 ウ 糖尿病神経障害
- 当該管理料は、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の常勤看護師が、爪甲切除、角質除去、足浴等を必要に応じて実施するとともに、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する。
- 当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の常勤看護師が、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

[主な施設基準]

- 当該保険医療機関内に糖尿病治療及び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が1名以上配置されていること。
- 当該保険医療機関内に糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。

生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬の例③

糖尿病足病変ハイリスク要因患者の指導に係る評価

糖尿病透析予防指導管理料 350点

[主な算定要件]

- 糖尿病透析予防指導管理料は、入院中の患者以外の糖尿病患者のうち、HbA1cがJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%以上)又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者(現に透析療法を行っている者を除く。)に対し、医師が糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認めた場合に、月1回に限り算定する。
- 当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師(又は保健師)及び管理栄養士(以下「透析予防診療チーム」という。)が、尿病透析予防に関する指導の必要性があると認めた患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- 当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、糖尿医学病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

[主な施設基準]

- 当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

重症化予防の取組の推進①

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

➤ 糖尿病性腎症の患者が重症化し、透析導入となることを防ぐため、進行した糖尿病性腎症の患者に対する質の高い運動指導を評価する。

糖尿病透析予防指導管理料 (新) 腎不全期患者指導加算 100点

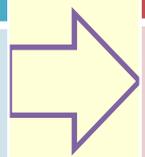
[算定要件]
腎不全期(eGFR (ml/分/1.73m²)が30未満)の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。

[施設基準]
次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。
① 4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に測定したeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}(ml/分/1.73m²)が30未満であったもの(死亡したもの、透析を導入したもの、腎臓移植を受けたものを除き6人以上の場合に限る。)
② ①の算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者。
ア) 血清クレアチニン又はシスタチンCが①の算定時点から不変又は低下している。
イ) 尿たんぱく排泄量が①の算定時点から20%以上低下している。
ウ) ①でeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を測定した時点から前後3月時点のeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を比較し、その1月あたりの低下が30%以上軽減している。

➤ 糖尿病透析予防指導管理料の算定要件に、保険者による保健指導への協力に関する事項を追加。

現行
(糖尿病透析予防指導管理料の算定要件)

(新設)



改定後
(糖尿病透析予防指導管理料の算定要件)

本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合に、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

重症化予防の取組の推進②

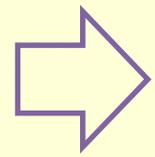
ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

➤ 若年層のニコチン依存症患者にも治療を実施できるよう、ニコチン依存症管理料の対象患者の見直しを行う。

現行(対象者)

以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② 1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものである。



改定後(対象者)

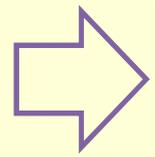
以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものである。

➤ ニコチン依存症管理を実施する医療機関における、治療の標準化を推進する観点から、施設基準の見直しを行う。

現行(主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
- ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。



改定後(主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
- ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- ④ 過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること*。

※なお、④を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

重症化予防の取組の推進③

人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価

<人工腎臓>

- 慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾患について、下肢の血流障害を適切に評価し、他の医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価する。

(新) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算 100点(1月につき)

[施設基準]

- ① 慢性維持透析を実施している患者全員に対し、下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行っていること。
- ② ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っていること。
- ③ 連携を行う専門的な治療体制を有している医療機関を定め、地方厚生局に届け出ていること。

(※届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行うこと。)

<重症下肢虚血病変の評価>

(新) 経皮的酸素ガス分圧測定 100点(1日につき)

[算定要件]

重症下肢血流障害が疑われる患者に対し、虚血肢の切断若しくは血行再建に係る治療方針の決定又は治療効果の確認のために経皮的に血中のPO₂を測定した場合に3月に1回に限り算定する。

医療機関の連携に関する評価

退院支援に関する評価

退院支援加算

地域連携診療計画加算 300点(退院時1回)

診療情報提供料(I)

地域連携診療計画加算 50点

地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合の評価

[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療等が行われる場合には、当該連携保険医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

①外来医療の現状

②生活習慣病の重症化予防と医学管理

③医療機関と予防事業の連携

【概略】

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムには、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対するの保健指導や、連携機関との情報共有に関する記載がある。
- 重症化予防に係る地域の取組み事例では、検査データ等に基づきハイリスク者を抽出し、かかりつけ医、腎臓の専門医、保健師等が連携して、多面的に積極的な支援が行なわれている。その結果、検査値等の改善を認めているという報告がある。
- 慢性腎疾患の重症化予防に関する介入研究において、かかりつけ医と腎臓専門医とが診療システムを構築し、診療ガイドラインに則った診療に加えて積極的に患者の行動変容を促すための介入を行った群では、BMIやHbA1cを改善する、受診継続率を有意に高くする、診療連携を有意に向上する、腎機能の低下を有意に遅くする等の有効性が示されている。

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて(平成28年4月20日)

1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備が必要。
- そのためには、埼玉県取組例のように、都道府県レベルで、県庁等が県医師会等の医療関係団体と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定したもの（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

2. 基本的考え方

(目的)

- 重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。

(性格)

- 先行する取組の全国展開を目指し、取組の考え方や取組例を示すもの。各地域における取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応が可能であり、現在既に行われている取組を尊重。

(留意点)

- 後期高齢者については年齢層を考慮した対象者選定基準を設定することが必要。

3. 関係者の役割

※例示であり地域の実情に応じた取組を尊重

(市町村)

- 地域における課題の分析（被保険者の疾病構造や健康問題などを分析）
- 対策の立案（取り組みの優先順位等を考慮して立案、地域の医師会等の関係団体と協議）
- 対策の実施、実施状況の評価

(都道府県)

- 市町村の事業実施状況のフォロー、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定

3. 関係者の役割（続き）

（後期高齢者医療広域連合）

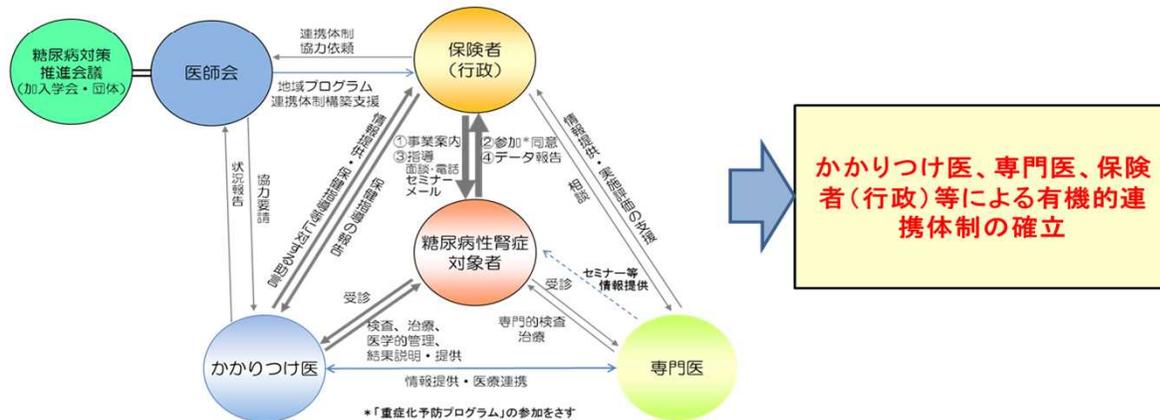
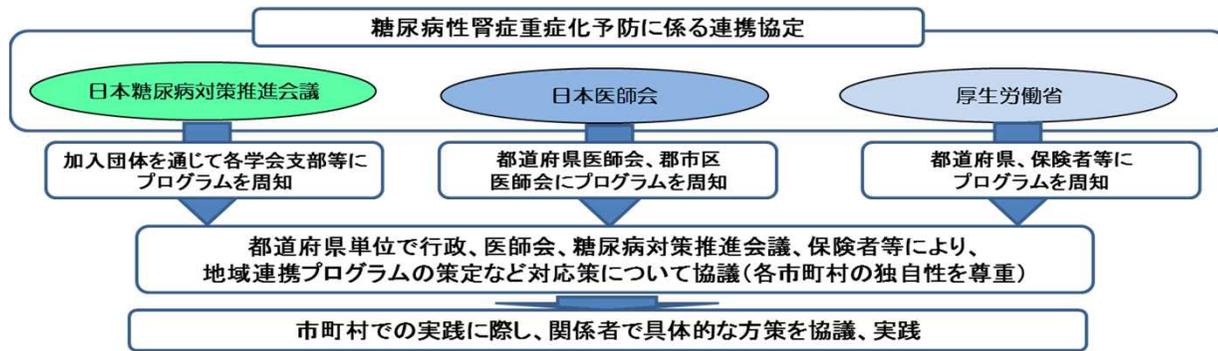
- 広域連合は市町村と都道府県の両者の役割を担うが、**特に実施面では、市町村との連携が必要不可欠**

（地域における医師会等）

- 都道府県医師会等の関係団体は、**郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
- 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努める**

（都道府県糖尿病対策推進会議）

- 国・都道府県の動向等について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言など、自治体の取組に協力するよう努める**
- **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**



4. 対象者選定

※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
 - － 日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者**からの抽出
 - － 生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出
 - － 過去に糖尿病治療歴があるものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者等

5. 介入方法

※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
 - － 対象者の状況に応じ、本人への関わり方の濃淡をつける
 - － 必要に応じて受診後のフォローも行う
- ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
 - － 健診データ等を用いて自身の健康状態を理解してもらい、生活習慣改善につなげることを目標とする

6. かかりつけ医や専門医等との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と十分協議**の上、推進体制を構築。**郡市医師会**は各地域での推進体制について**自治体と協力**。
- **かかりつけ医**は、**対象者の病状を把握し、本人に説明**するとともに、**保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える**ことが求められる。
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい。
- 臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）を把握するに当たっては、**糖尿病連携手帳等を活用**し、本人ならびに連携機関と情報を共有できるようにすることが望ましい。

7. 評価

- ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要。
- 事業の実施状況の評価等に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要。

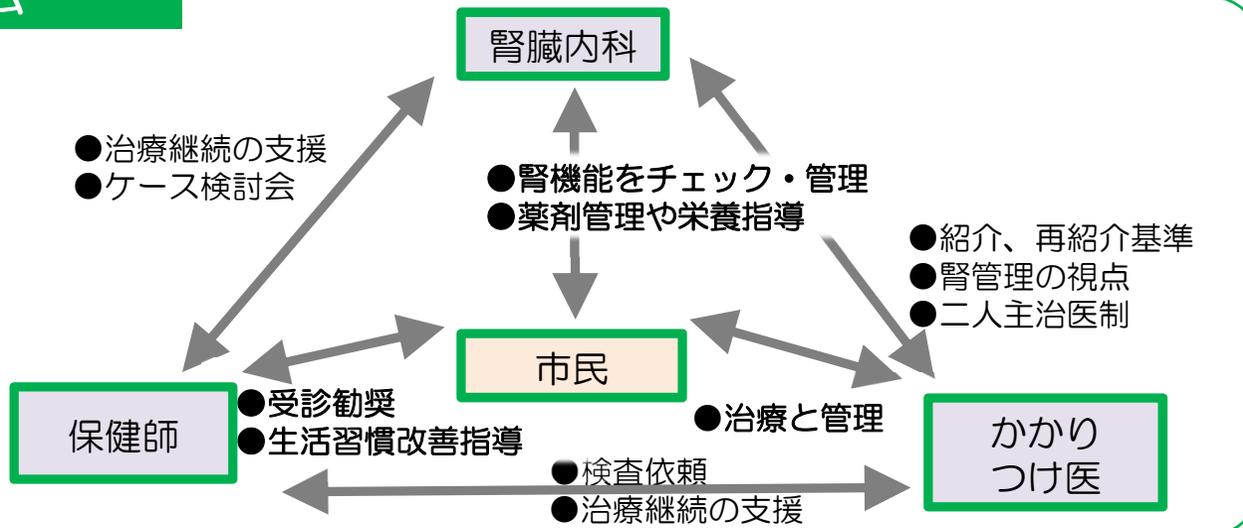
医療機関と保険者の連携

透析予防のための地域連携

CKD予防地域連携システム

地域連携協定

- H25年 寝屋川市・医師会・歯科医師会・薬剤師会・関西医大香里病院で生活習慣病重症化予防のための協定締結
- かかりつけ医と腎専門医の2人主治医制をすすめる
- 対象者には二次検査
 - ★頸部血管エコー
 - ★尿アルブミン精密測定結果に基づき、必要時専門医を勧奨



特定健診

特定保健指導

腹囲・BMI
血糖・血圧・中性脂肪
・HDLコレステロール
・喫煙・服薬の状況に
合わせ対象者選定

動機付け支援

積極的支援

重症化予防事業 数値該当、当該疾患未治療

高血圧 160/100mmHg以上		高血糖 HbA1c6.5%以上	
教室1回目	高血圧についての講義 疾患・日常生活の留意	教室1回目	糖尿病についての講義 疾患・日常生活の留意
教室2回目	食事に関する実習	教室2回目	食事・運動に関する実習
医療機関	二次検査（頸部血管エコーと 尿アルブミン測定）	医療機関	二次検査（頸部血管エコーと 尿アルブミン測定）
教室3回目	個別での二次検査結果返却 受診勧奨	教室3回目	個別での二次検査結果返却 受診勧奨
教室4回目	グループワーク 今後の継続に向けて	教室4回目	グループワーク 今後の継続に向けて

OHbA1c平均値 微量アルブミン尿30以上又はe-GFR30未満

H27年度	保健指導前	翌年度健診
参加者	7.3	6.71
不参加者	7.46	7.44

参加者は合併症予防のための目標
7.0%未満をクリア

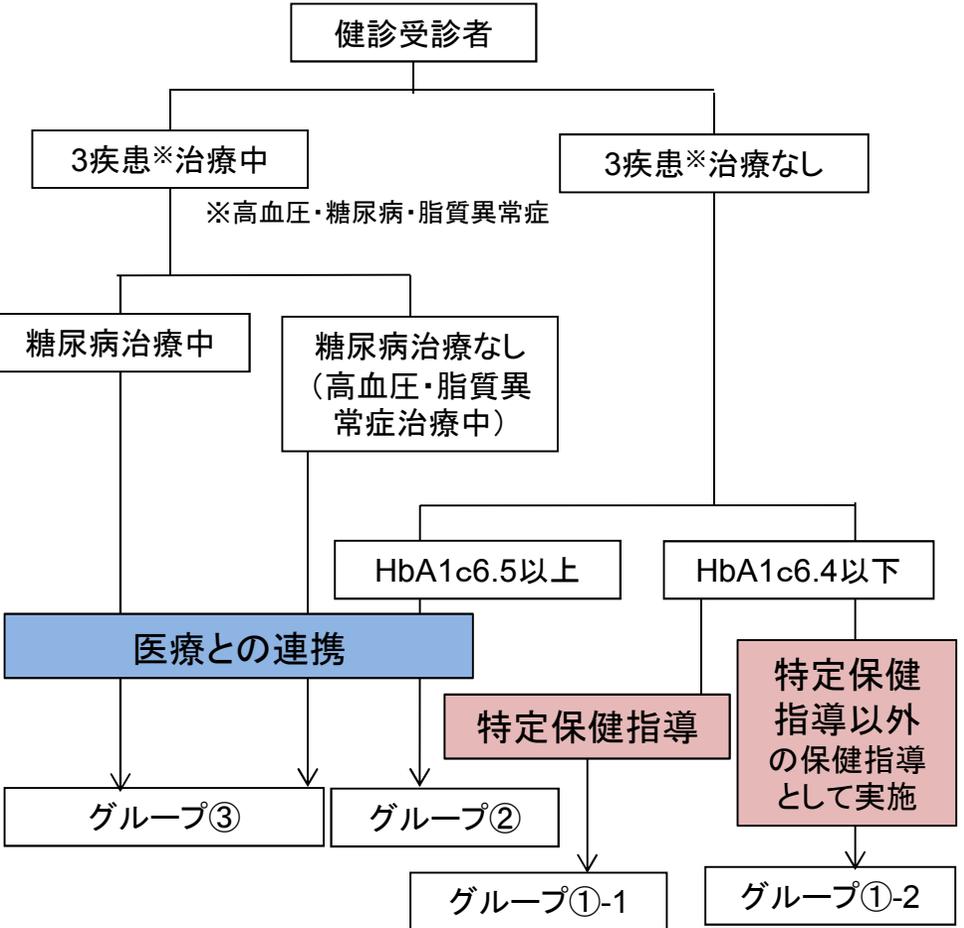
腎機能低下 e-GFR60未満（70歳以上50未満）

教室1回目	腎臓・疾患に関する講義 日常生活の留意事項
医療機関	二次検査（頸部血管エコーと尿アルブミン測定）
教室2回目	個別での二次検査結果返却 受診勧奨
↓ 糖尿病治療歴あり、かつ微量アルブミン尿30以上の方もしくはe-GFR30未満の方	
糖尿病性腎症Ⅱ期以降の方	
医療機関	二次検査（頸部血管エコーと尿アルブミン測定）
教室5回目	個別にて結果を返却し、必要に応じ、受診勧奨や保健・栄養指導を行う

石川県能美市「生活習慣病重症化予防の取組」



糖尿病フローチャート

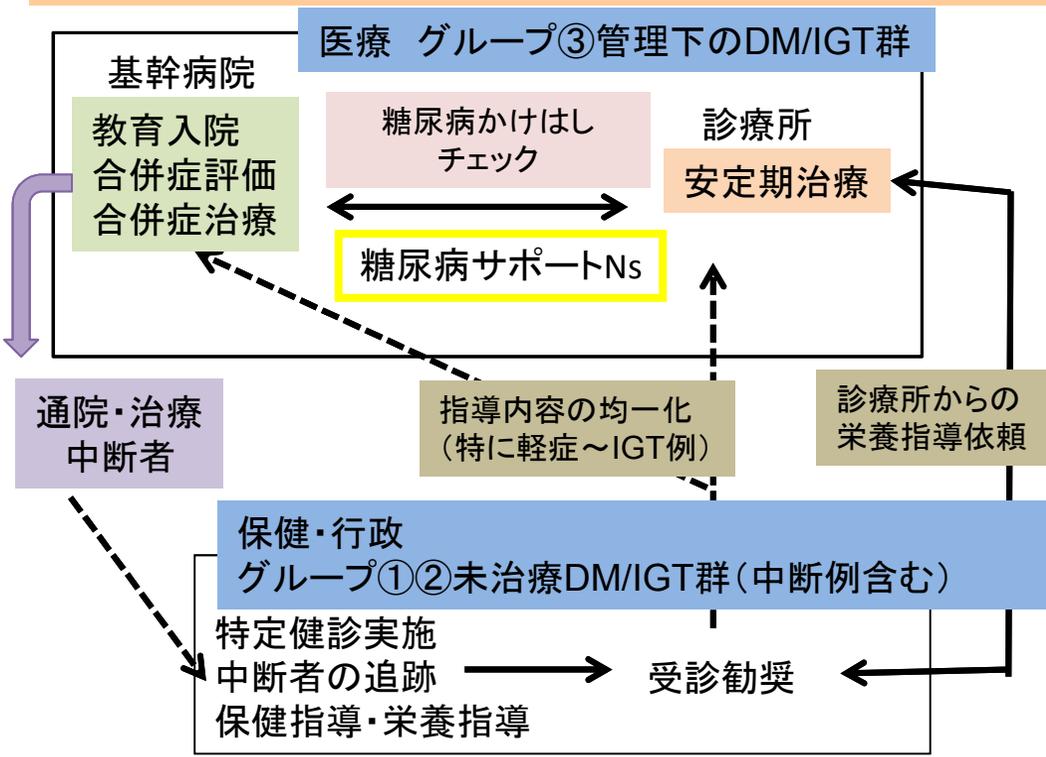


グループ①: 糖尿病予備群 リスクの重なりで動脈硬化を促進する状態
個々の代謝の状態の評価を行い、発症リスクを減らすための支援を行う

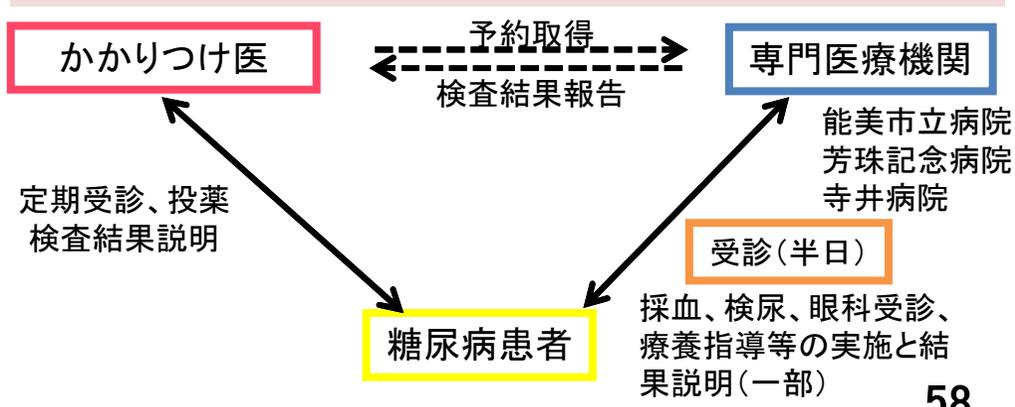
グループ②: **最優先対応** 能美市「特定健診の受診勧奨者への対応方針」により、HbA1cの段階別に開業医・専門病院へ紹介
レセプトで治療中断の有無も確認し、治療の必要性についても理解を促す

グループ③: 治療継続と重症化予防の中断の有無等の確認、治療の必要性について理解を促す

かけはしネットワーク能美の地域連携イメージ



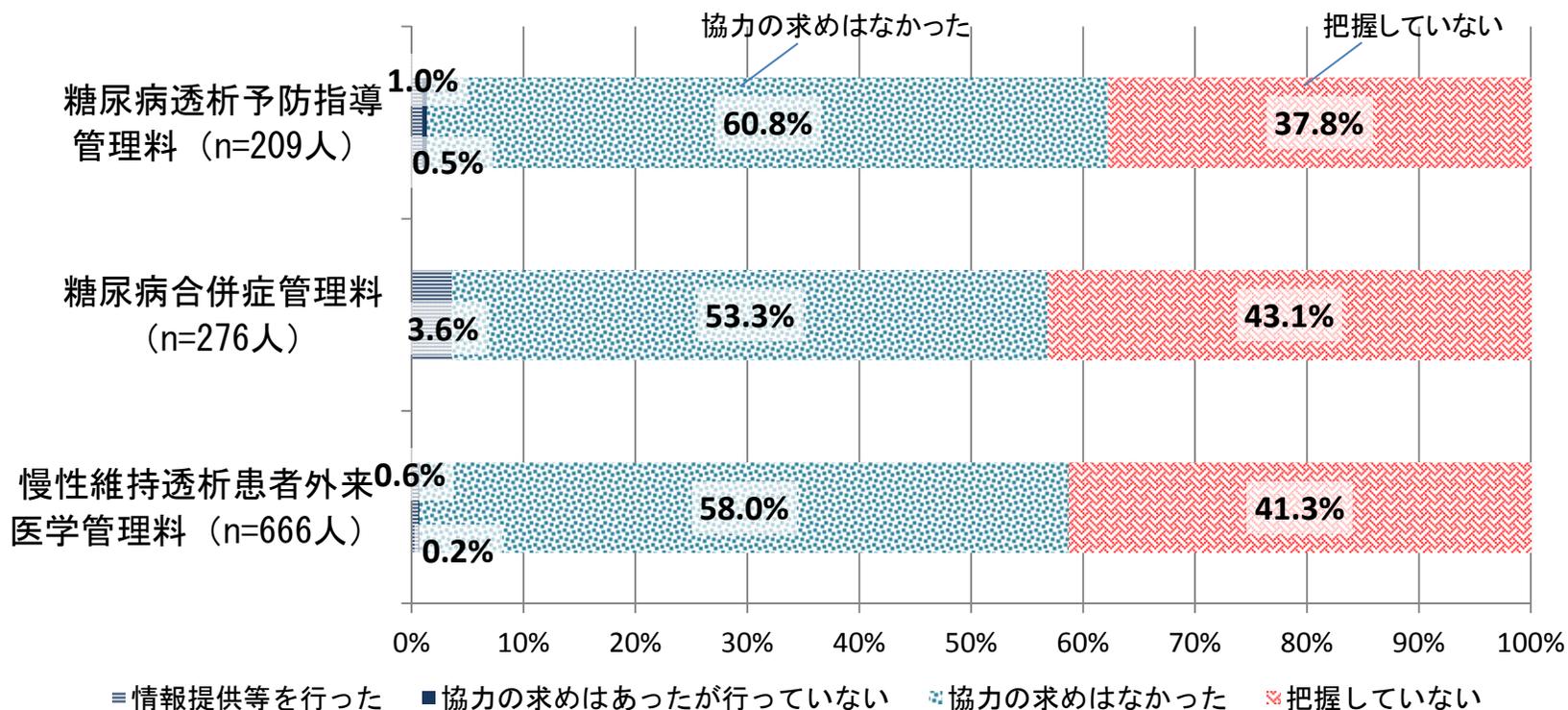
糖尿病かけはしチェック



保険者からの協力要請による診療情報の提供等の実施状況

- 糖尿病に関する主な管理料を算定している患者について、保険者からの協力要請による診療情報の提供等の実施状況をみると、保険者からの協力要請による診療情報の提供について「協力の求めはなかった」と回答した割合が最も多く、「情報提供等を行った」と回答した割合は極めて少ない。

保健指導を行う目的で保険者からの協力要請による診療情報の提供等の実施状況 (平成28年1月～12月)

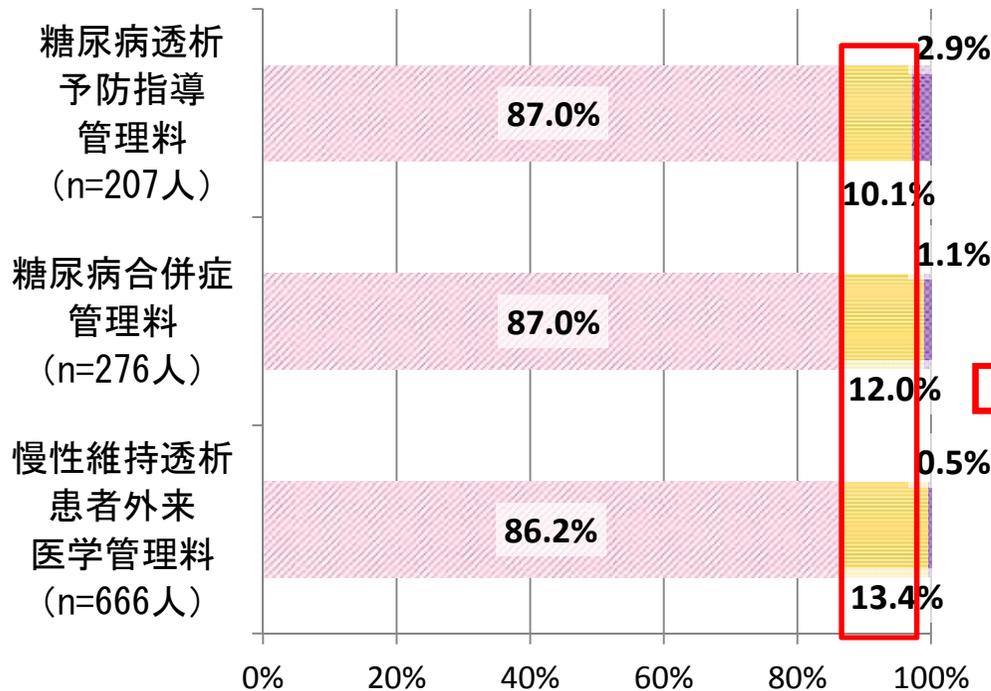


【回答医療機関】 7対1一般病棟入院基本料又は10対1一般病棟入院基本料を届け出ている126医療機関
 【対象患者】 生活習慣病を有し、平成28年12月に再来で来院し、糖尿病透析予防指導管理料、糖尿病合併症管理料、慢性維持透析患者外来医学管理料を算定している患者

特定健診・特定保健指導を受けているかどうかの把握状況

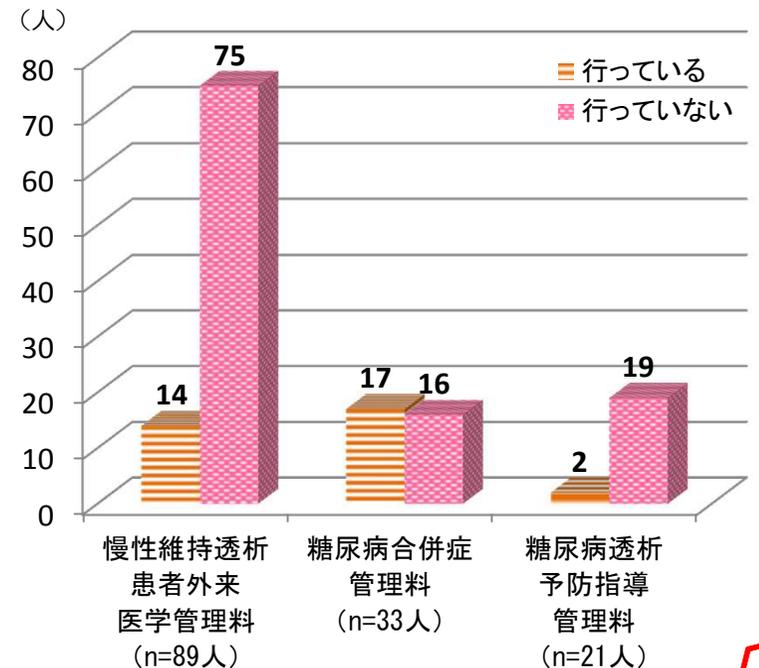
○ 糖尿病に関する主な管理料を算定している患者について、患者が特定健診・特定保健指導を受けているかどうか、「把握していない」と回答した割合が最も多く、受けていないことを把握した場合、受けるよう勧奨しているかの有無では、慢性維持透析患者外来医学管理料と糖尿病透析予防指導管理料を算定している患者では、「行っていない」と回答した割合が比較的多い。

■ 患者が特定健診・特定保健指導を受けているかどうかの把握の有無(平成28年1月～12月)



- 把握していない
- 受けていないことを把握している
- 受けていることを把握している

■ 「受けていないことを把握している」場合(31医療機関) 勧奨の有無



【回答医療機関】 7対1一般病棟入院基本料又は10対1一般病棟入院基本料を届け出ている126医療機関

【対象患者】 生活習慣病を有し、平成28年12月に再来で来院し、糖尿病透析予防指導管理料、糖尿病合併症管理料、慢性維持透析患者外来医学管理料を算定している患者

重症化予防の介入効果

特定保健指導による特定健診の検査値への改善効果（平成20～25年度）

○ 積極的支援の参加者は不参加者と比較すると、特定保健指導後の5年間にわたり、特定健診のほぼ全ての検査値（腹囲、体重、血糖、血圧、脂質）について、改善効果が継続していることが確認された。

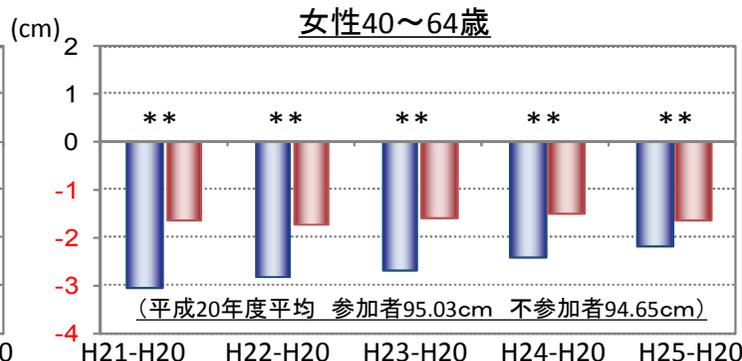
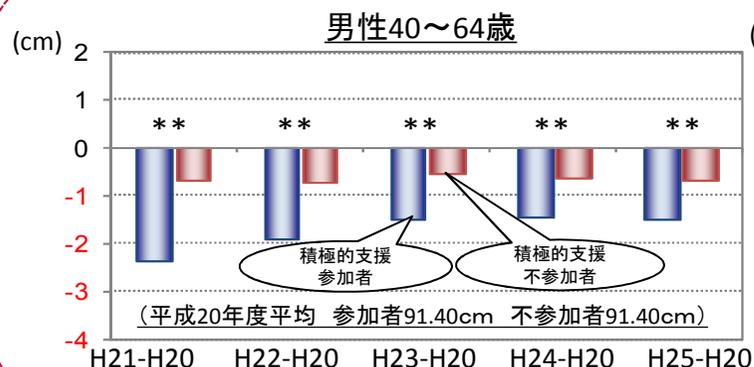
※積極的支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスク（血糖・血圧・脂質）が2つ以上該当か、1つ該当かつ喫煙歴がある、40～64歳の者が対象。

※分析対象：364保険者（国保320、健保組合2、共済42）、20万～22万人（分析方法で異なる）

*p<0.05 **p<0.01

*, **・・・統計学的に有意な差

特定保健指導（積極的支援）による検査値の推移（平成20年度との差）

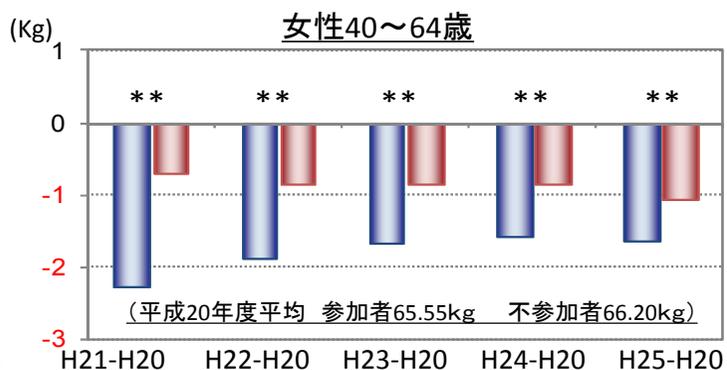
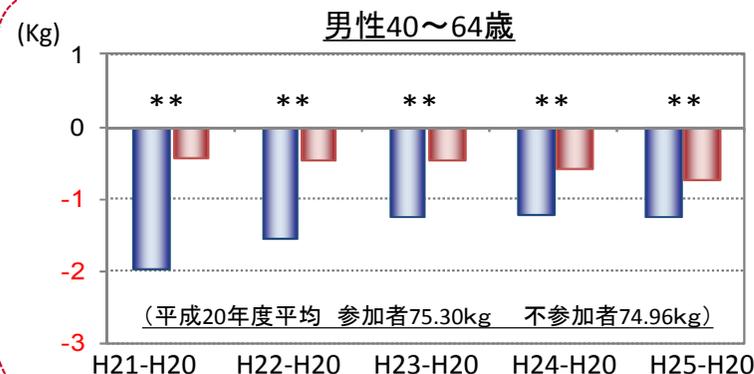


【腹囲】

平成20年度と比べて参加者は

男性 -2.33cm (平成21年度)
 -1.91cm (平成22年度)
 -1.46cm (平成23年度)
 -1.42cm (平成24年度)
 -1.47cm (平成25年度)

女性 -3.01cm (平成21年度)
 -2.82cm (平成22年度)
 -2.66cm (平成23年度)
 -2.39cm (平成24年度)
 -2.16cm (平成25年度)

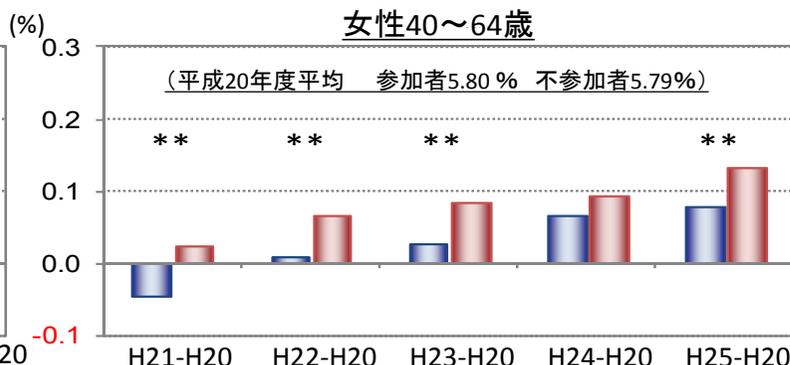
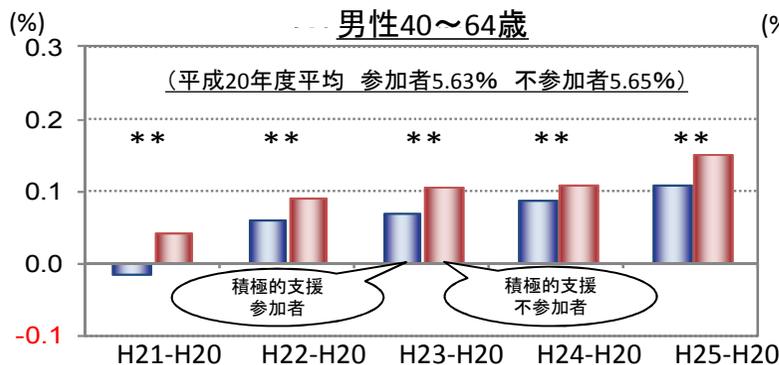


【体重】

平成20年度と比べて参加者は

男性 -1.98kg (平成21年度)
 -1.54kg (平成22年度)
 -1.25kg (平成23年度)
 -1.22kg (平成24年度)
 -1.25kg (平成25年度)

女性 -2.26kg (平成21年度)
 -1.86kg (平成22年度)
 -1.65kg (平成23年度)
 -1.57kg (平成24年度)
 -1.63kg (平成25年度)

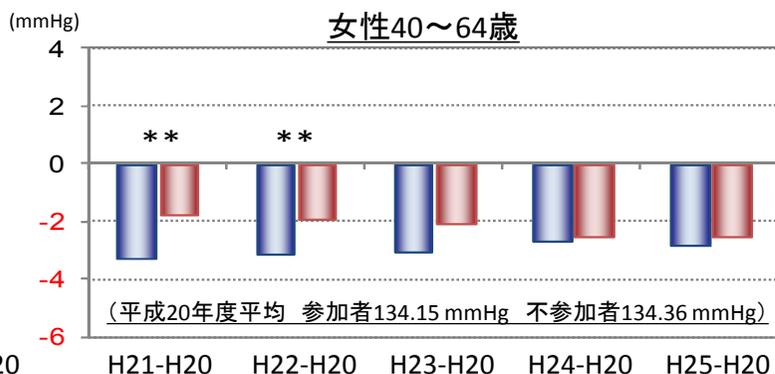
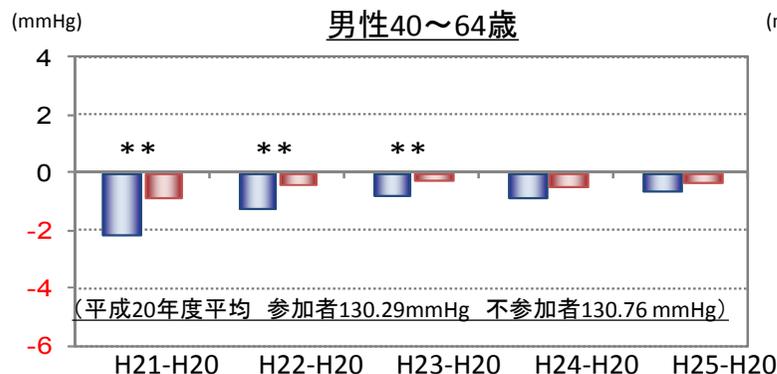


【血糖(HbA1c)】 ※1

平成20年度と比べて

男性 -0.01% (平成21年度)
+0.06% (平成22年度)
+0.07% (平成23年度)
+0.09% (平成24年度)
+0.11% (平成25年度)

女性 -0.04% (平成21年度)
+0.01% (平成22年度)
+0.03% (平成23年度)
+0.07% (平成24年度)
+0.08% (平成25年度)

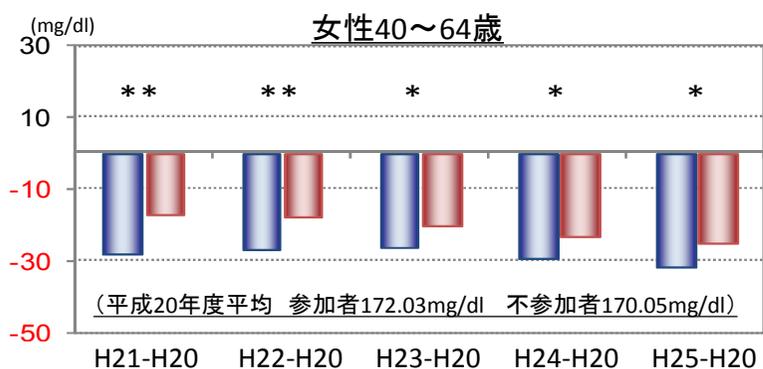
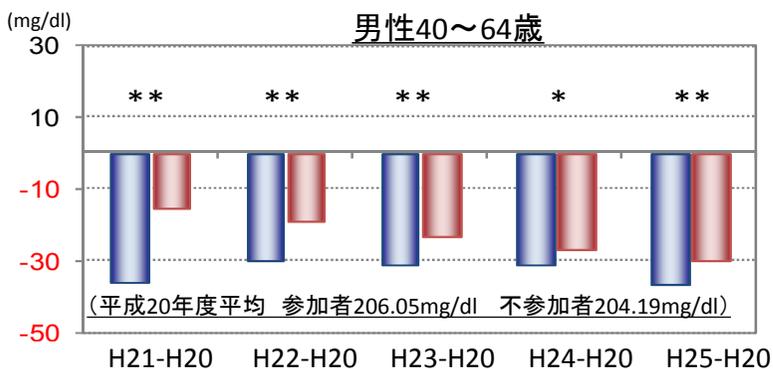


【血圧(収縮期血圧)】 ※2

平成20年度と比べて

男性 -2.13mmHg (平成21年度)
-1.21mmHg (平成22年度)
-0.76mmHg (平成23年度)
-0.88mmHg (平成24年度)
-0.63mmHg (平成25年度)

女性 -3.24mmHg (平成21年度)
-3.13mmHg (平成22年度)
-3.00mmHg (平成23年度)
-2.65mmHg (平成24年度)
-2.80mmHg (平成25年度)



【脂質(中性脂肪)】

平成20年度と比べて

男性 -35.91mg/dl (平成21年度)
-29.55mg/dl (平成22年度)
-31.15mg/dl (平成23年度)
-31.16mg/dl (平成24年度)
-36.23mg/dl (平成25年度)

女性 -27.80mg/dl (平成21年度)
-27.02mg/dl (平成22年度)
-26.27mg/dl (平成23年度)
-29.27mg/dl (平成24年度)
-31.79mg/dl (平成25年度)

※1 ベースラインの差を補正するため、HbA1c7.0%未満の対象者について分析。

平成25年4月より、JDS値からNGSP値へ変更となったため、平成20年度～平成25年度のデータを換算式にてNGSP値に換算して分析

※2 ベースラインの差を補正するため、160mmHg未満の対象者について分析

特定保健指導による生活習慣病関連の1人当たり外来医療費等の経年分析

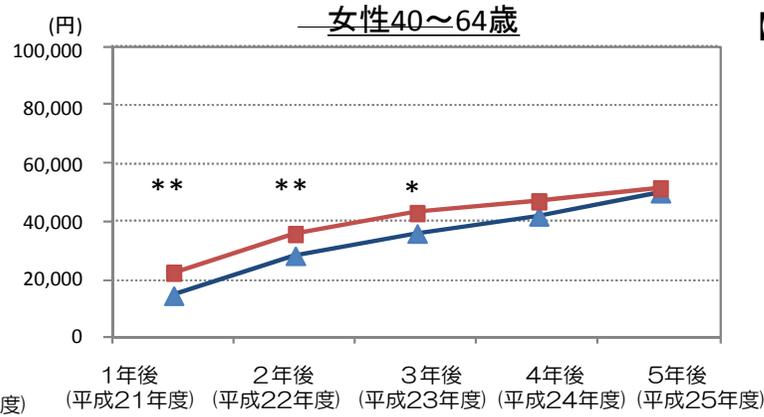
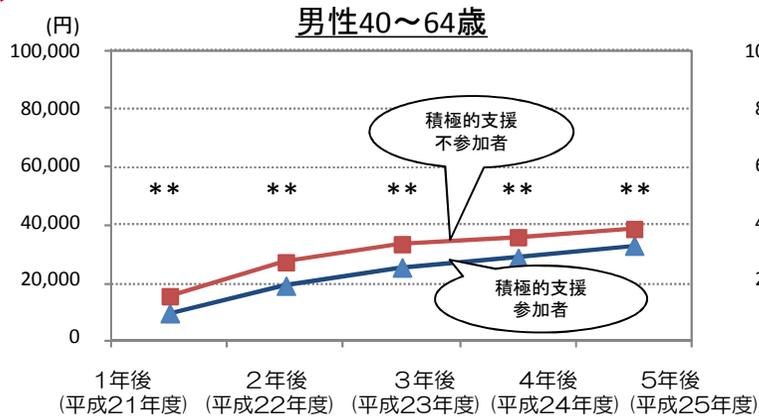
(平成20～25年度)

(特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ報告書)

- 積極的支援参加者と不参加者を比較すると、1人当たり入院外医療費については、男性で-8,100～-5,720円、女性で-7,870～-1,680円の差異が見られた。
- 外来受診率については、男性で-0.40～-0.19件/人、女性で-0.37～+0.03件/人の差異が見られた。

*p<0.05 **p<0.01

*, **...統計学的に有意な差



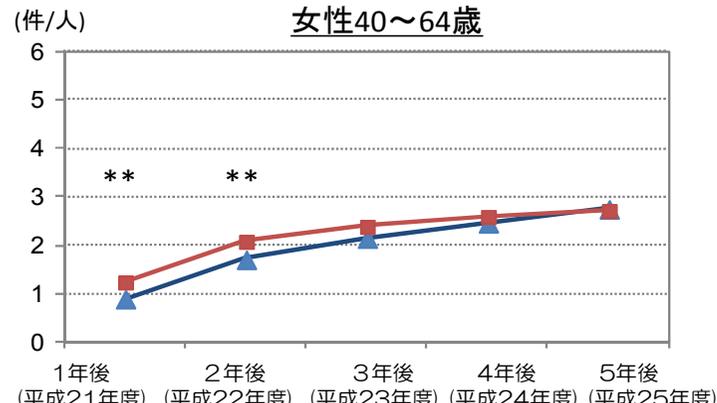
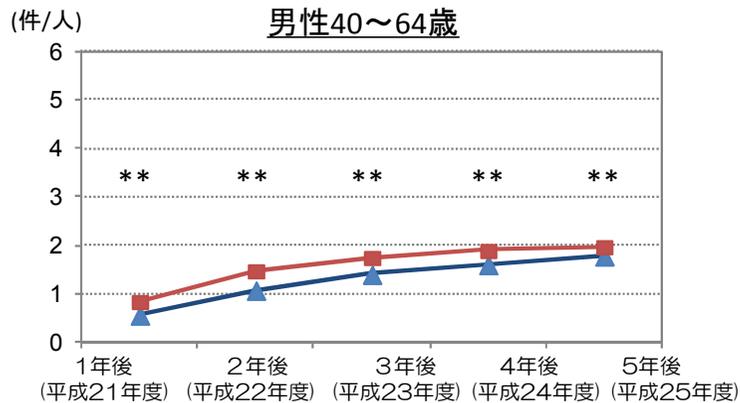
【1人当たり入院外医療費】

参加者と不参加者の差

男性 -5,830円 (平成21年度)
 -8,100円 (平成22年度)
 -7,940円 (平成23年度)
 -7,210円 (平成24年度)
 -5,720円 (平成25年度)

女性 -7,870円 (平成21年度)
 -7,500円 (平成22年度)
 -6,940円 (平成23年度)
 -5,180円 (平成24年度)
 -1,680円 (平成25年度)

の差異



【外来受診率】

参加者と不参加者の差

男性 -0.28件/人 (平成21年度)
 -0.40件/人 (平成22年度)
 -0.35件/人 (平成23年度)
 -0.29件/人 (平成24年度)
 -0.19件/人 (平成25年度)

女性 -0.35件/人 (平成21年度)
 -0.37件/人 (平成22年度)
 -0.25件/人 (平成23年度)
 -0.13件/人 (平成24年度)
 +0.03件/人 (平成25年度)

の差異

※平成20～25年度の特定健診・保健指導データとレセプトデータのうち突合率が80%以上の364保険者のデータ(分析対象:19.3万人)のうち、平成20年度に積極的支援に参加した11606人と不参加だった84558人について、21年度以降の糖尿病、高血圧症、脂質異常症に関する外来医療費等の経年分析をした

戦略研究(腎疾患重症化予防のための戦略研究)

【研究課題】

かかりつけ医/非腎臓専門医と腎臓専門医の協力を促進する慢性腎臓病患者の重症化予防の為の診療システムの有用性を検討する

【成果目標】

5年後の透析導入患者を、5年後に予測される導入患者数の15%減少した値とする

(慢性腎臓病診療指針の遵守率、達成目標の達成度を上げることによる)

重症化予防のための診療システムと介入 (研究デザイン)

かかりつけ医と腎臓専門医の協力のもと、以下の診療システムに基づく介入により、2群間での重症化予防効果を比較するため、高血圧又は糖尿病を合併する腎疾患患者(CKD)2379名を5年間フォローした。

A群【通常診療群】
(1195名)

<通常診療>

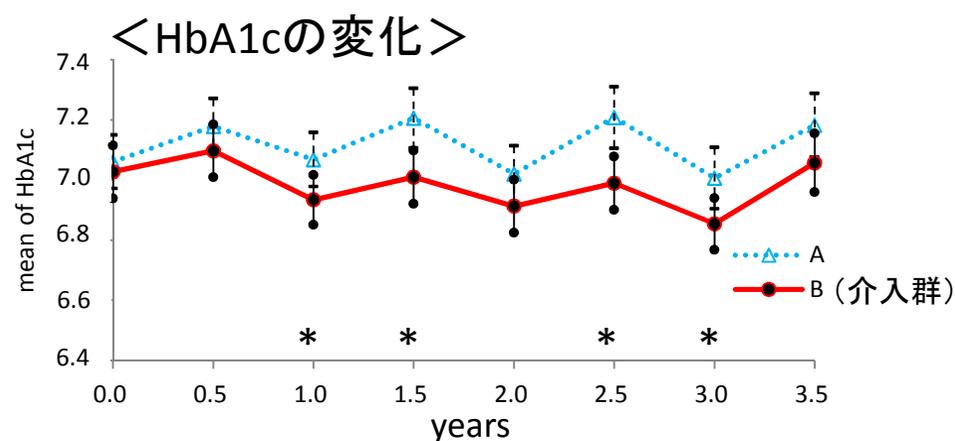
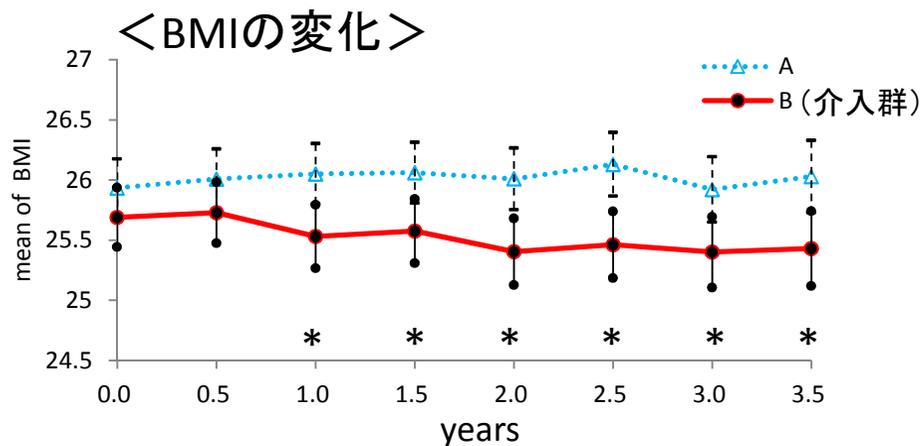
- 慢性腎疾患(CKD)診療ガイドに則った診療
- 各地で地域連携ミーティング開催

<患者の行動変容を促すための介入>

- ①受診促進支援(2ヶ月以上中断者)
- ②診療支援ITシステムによる情報提供(1, 6ヶ月毎)
- ③生活・食事指導(3ヶ月毎)

B群【介入群】
(1184名)

介入効果の評価(研究結果)①



B群でプログラムに則り外来管理することで、介入開始後1年目から有意なBMIの低下を認め、その効果が持続した。血糖コントロールも有意に改善した。

＜糖尿病薬の処方率の推移＞

Study period	insulin		DPP-4 Inhibitors		Sulfonylureas		Alpha-glucosidase Inhibitors		Meglitinides		Thiazolidinediones		Biguanides	
	Group A	Group B	Group A	Group B	Group A	Group B	Group A	Group B	Group A	Group B	Group A	Group B	Group A	Group B
0.0	9.8%	10.1%	0.0%	0.0%	30.0%	28.9%	18.0%	20.8%	3.3%	3.3%	17.8%	13.7%	14.6%	11.2%
0.5	10.8%	10.3%	0.0%	0.0%	29.4%	28.7%	18.6%	21.1%	3.3%	3.1%	18.5%	14.9%	14.8%	11.6%
1.0	11.6%	10.9%	0.0%	0.0%	29.4%	28.0%	19.3%	21.3%	3.0%	3.5%	18.6%	15.6%	14.9%	12.1%
1.5	11.9%	11.5%	2.0%	2.2%	29.1%	27.5%	18.6%	21.1%	2.7%	3.1%	18.5%	15.7%	15.3%	12.8%
2.0	12.7%	11.3%	4.0%	5.0%	28.5%	26.9%	17.6%	19.9%	2.4%	3.0%	18.6%	14.2%	16.0%	13.9%
2.5	12.4%	11.1%	8.7%	10.2%	27.9%	25.8%	17.2%	17.3%	2.6%	2.9%	17.3%	13.5%	16.9%	13.1%
3.0	12.2%	10.7%	12.9%	13.6%	27.3%	25.5%	16.3%	15.3%	2.3%	2.2%	12.9%	10.1%	17.3%	13.7%

B群(介入群)において血糖降下薬の処方率はむしろ減少する傾向にあった。他の薬剤についても概ね同様の傾向であった。

PLoS One. 2016 Mar 21;11(3):e0151422

介入効果の評価(研究結果)②

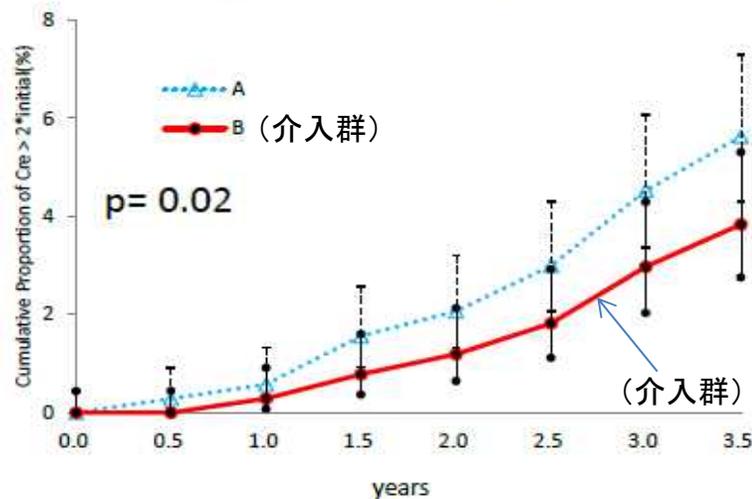
○B群(介入群)では、

- ・受診継続率、専門医への紹介率、かかりつけ医への再紹介による共同診療率が有意に高かった。
- ・eGFR50%低下率(注:腎機能の低下を示す)が、有意に遅かった。

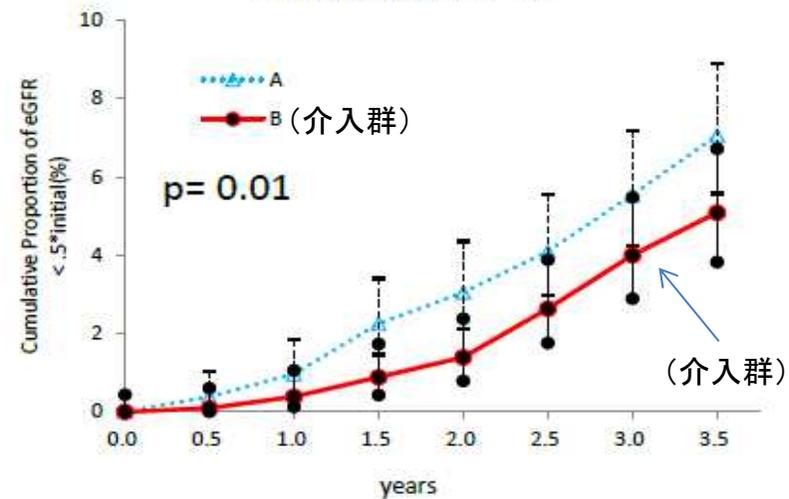
○処方の変更ではなく、患者の行動変容を促すことにより、有意な体重減少、血糖管理、血圧管理の改善傾向を確認。
(※研究報告書より抜粋)

	A群	B群(介入群)
受診継続率	83.3%	88.5%
専門医への紹介率	15.9%	34.3%
かかりつけ医への再紹介による共同診療率	57.4%	59.6%

Figure 4 血清クレアチニンの2倍化率



eGFR50%低下率



外来医療(その2)の課題(案)①

【課題】

【外来医療の現状】

- ・ 推計外来患者数をみると、生活習慣に関連する主な疾患は全体の約2割を占める。
- ・ 医科の外来医療の医療費(入院外医療費)のうち、生活習慣に関連する主な疾患の医療費は約3割(約4兆円)。
- ・ 一般診療所では、外来の平均診療間隔は延長傾向であり、傷病分類別にみても同様の傾向。
- ・ 傷病分類別の入院外1件あたり点数の平均をみると、新生物が最も多い。内訳をみると、新生物では注射の占める割合が大きく、循環系疾患では投薬、内分泌系疾患では検査の占める割合が大きい。

【生活習慣病の重症化予防と医学管理】

- ・ 生活習慣病は、食事、運動、喫煙、飲酒といった生活習慣が関連した疾病。生活習慣を改善することで、重症化や合併症を予防することが可能。コントロールが不良だと、重篤な合併症や生活機能の低下を招く。
- ・ 糖尿病が強く疑われる者の推計人数は年々増加する傾向にあるが、そのうち、「ほとんど治療を受けたことがない」者の割合は、約3割(平成24年)となっている。40歳以上の年齢階級別でみると、40歳代では、未治療の割合が高い。
- ・ 生活習慣病の予防では、生活習慣病予防を特に必要とする者を抽出して保健指導を行う特定健診・特定保健指導を医療保険者が実施主体となって実施している。
- ・ 糖尿病と高血圧など複数疾患を持つハイリスク者に対する指導では、医療機関との連携が必要。
- ・ 生活習慣病の重症化予防と医学管理では、診療ガイドラインに基づき、主として患者の特徴や健康状態等を総合的に勘案して、個別に治療内容を調整するとともに、コントロールが不良な患者については、専門医療機関と連携して、治療方針の変更等を行うこととされている。また、医学管理にあたっては、患者のセルフケア能力や患者への支援体制も考慮することとされている。

外来医療(その2)の課題(案)②

【課題】

(かかりつけ医と専門医療機関等の連携)

- ・ 糖尿病の重症化予防の対応等について、かかりつけ医と専門医療機関との間で診療連携パスが構築・活用されている。

(現行の診療報酬上の評価)

- ・ 平成28年度診療報酬改定では、重症化予防の取組みとして、進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価や人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価を行った。

【医療機関と予防事業の連携】

(糖尿病性腎症重症化予防プログラム)

- ・ 通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して、主治医の判断で対象者の選定して、保健指導を行うことや、対象者の病状を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える、といった取り組みを重視。

(重症化予防の介入効果)

- ・ 重症化予防に係る地域の取組事例をみると、検査データ等に基づきハイリスク者を選定し、かかりつけ医、腎臓の専門医、保健師等が連携して、多面的に積極的な支援を行っている地域がある。その結果、検査値等の改善を認めているとの報告がある。
- ・ 慢性腎疾患の重症化予防に関する介入研究において、かかりつけ医と腎臓専門医とが診療システムを構築し、診療ガイドラインに則った診療に加えて積極的に患者の行動変容を促すための介入を行った群では、BMIやHbA1cを改善する、受診継続率を有意に高くする、診療連携を有意に向上する、腎機能の低下を有意に遅くする等の有効性が示されている。

○ 今後、生活習慣病の増加が見込まれるとともに、より質の高い医学管理や重症化予防の取り組みが求められる中で、

- ・ かかりつけ医機能と専門医療機関等との連携の推進や、
- ・ かかりつけ医を中心とした多職種との連携による効果的な医学管理等の推進、
- ・ 医療機関と保険者・自治体等の予防事業との情報共有の推進、

に資する評価のあり方について、どのように考えるか。