

中医協 総－ 1

29. 12. 1

横断的事項(その5)

平成29年12月1日

横断的事項(その5)

1. 地域包括診療料等
2. 薬剤の適正使用の推進
3. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
4. 情報通信技術(ICT)を活用した連携

【課題】

- 地域包括診療料等は、同意を得た患者に対し、あらかじめ決められた担当医が、受診中の全ての医療機関とそれらの医療機関による処方内容の把握等を行うこととしている。
- 地域包括診療料等を算定する医療機関に対し、在宅医療の提供等を求めている。
- 地域包括診療料等の届出医療機関のうち18～41%が、「算定要件を満たす患者がいても説明を行った患者はいない」と回答した。
- 地域包括診療料等を算定する患者以外の患者にも必要に応じて行う指導等をみると、「担当医を決める」「受診医療機関の把握」「処方薬の把握」を実施する医療機関の割合は相対的に少なかった。
- 診療所において負担の大きい業務として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。
- 地域包括診療料等の届出のない医療機関には、看護師等が平均2.3人程度配置されている。
- 地域包括診療料等の算定患者に係る処方薬の把握等について、28%の医療機関が「連携している薬局はなし」と回答した。
- 在宅療養支援診療所ではない診療所が在宅医療を提供する患者については、外来患者として通院していた患者が占める割合が比較的多い。

地域包括診療料・地域包括診療加算等の施設基準等

- 地域包括診療料等では、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な診療を行うことを評価している。

	対象疾患	内服薬数	主な施設基準
認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症＋1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症＋1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

(参考) 時間外対応加算の概要

- 時間外対応加算では、休日・夜間における軽症患者の病院受診の減少等に資する取組として、地域の身近な診療所における休日・夜間等の問い合わせへの対応を評価している。

<時間外対応加算の施設基準>

時間外加算1 5点	時間外加算2 3点	時間外加算3 1点
緊急時の対応体制や連絡先等について、患者に周知。		
<ul style="list-style-type: none"> ○患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所が常時対応できる体制を確保 ○やむを得ない事由により、電話等による応じられない場合に速やかに患者にコールバック可能な体制を確保 	<ul style="list-style-type: none"> ○患者からの電話等による問い合わせに対し、 <ul style="list-style-type: none"> ・標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所が対応 ・標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じられない場合に速やかに患者にコールバック可能な体制を確保 ○休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所(最大3つまで)の連携により対応する体制を確保 ○当番日については、 <ul style="list-style-type: none"> ・標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所が対応 ・標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じられない場合に速やかに患者にコールバック可能な体制を確保 ○当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の連絡先の案内を実施
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 地域包括診療加算の施設基準において要件に含まれるもの </div>		
届出医療機関数: 10,323 算定回数: 9,850,450回	届出医療機関数: 15,654 算定回数: 12,533,967回	届出医療機関数: 182 算定回数: 131,481回

(参考) 在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準の概要

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	<ul style="list-style-type: none"> ① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している 		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 地域包括診療加算の施設基準において要件に含まれるもの </div>
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上、 各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	

※「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。

- (1) 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
- (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

地域包括診療料・地域包括診療加算等の算定要件

- 地域包括診療料等の算定に当たっては、患者の同意を得て同意書を作成することとしているが、同意書の内容について特段の定めはない。

算定要件

■ 患者ごとに決められた担当医による指導等

■ 担当医による指導等の内容

- ・計画的な医学管理の下、療養上の指導
- ・受診医療機関と処方されている医薬品の把握・管理
- ・原則院内処方を実施。院外処方の場合には、①受診医療機関のリスト等を情報提供、②お薬手帳による処方内容を把握 を行う。

病院(地域包括診療料・認知症地域包括診療料)

診療所

- ・24時間開局している薬局
- ・受診医療機関を全て把握した上で、服薬に関する情報等を地域包括診療料等の算定医療機関に提供

24時間対応可能な薬局

■ 算定医療機関の業務

- ・健康相談
- ・検診や健康診断の受診勧奨
- ・介護保険にかかる相談対応要介護認定に係る主治医意見書を作成
- ・在宅医療を提供、在宅医療を提供する患者に対し24時間対応

地域包括診療料・地域包括診療加算の算定状況等

	届出施設数 (H27年7月1日時点)	届出施設数 (H28年7月1日時点)
地域包括診療料・認知症地域包括診療料	81	171
地域包括診療加算・認知症地域包括加算	4,701	5,238

(保険局医療課調べ)

	算定件数	算定回数	1件あたり算定回数
地域包括診療料	5,339	5,339	—
地域包括診療加算	710,474	1,116,279	1.6回／件
認知症地域包括診療料	1,095	1,095	—
認知症地域包括加算	19,260	33,394	1.7回／件

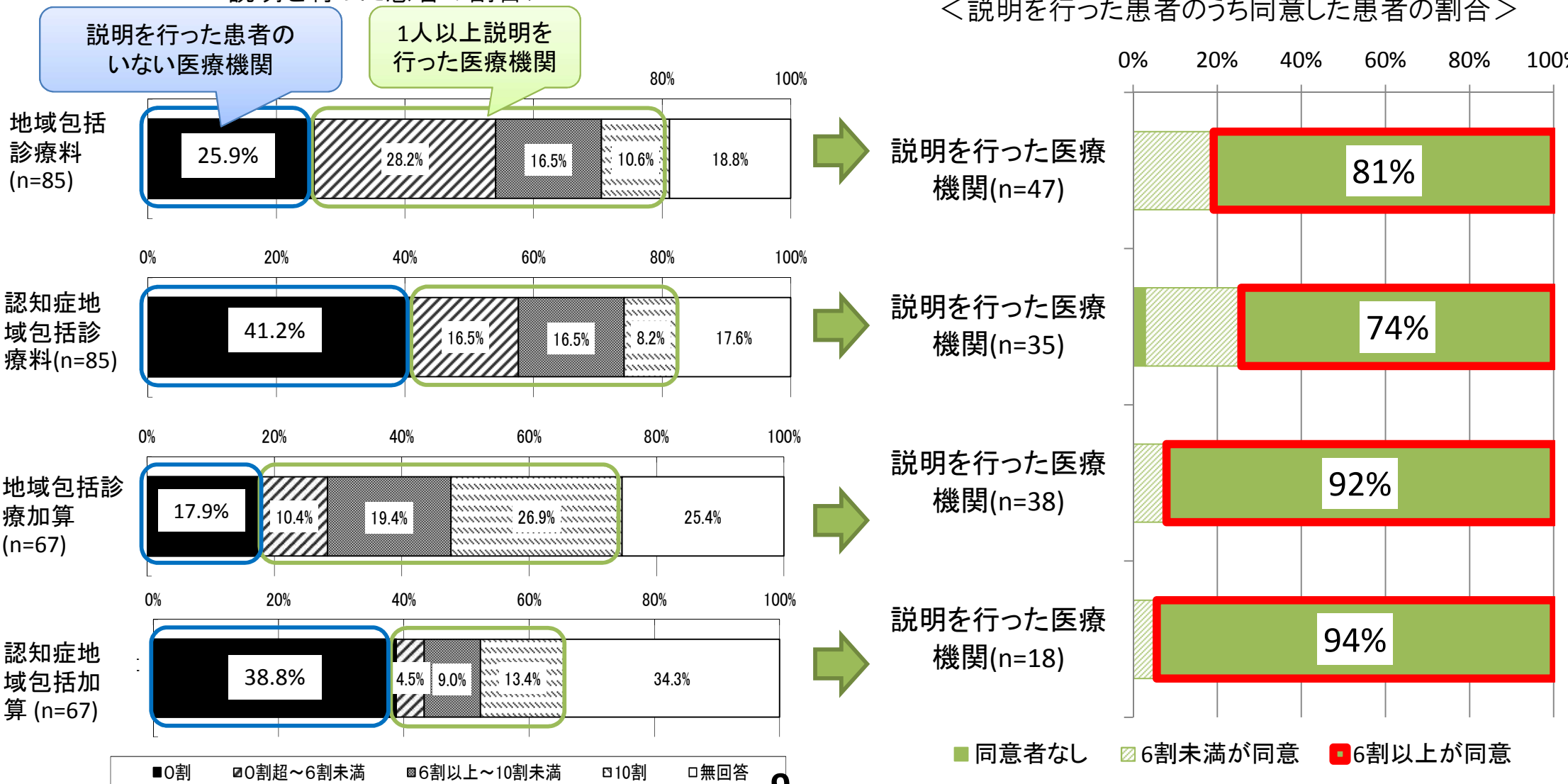
出典：平成28年社会医療診療行為別統計

地域包括診療料等に係る説明と同意の状況

- 地域包括診療料等について、「算定要件を満たす患者はいるが、説明を行った患者がいない」と回答した医療機関が18～41%程度あった。
- 説明を行った患者のうち6割以上の患者の同意を得た医療機関の割合は、74～94%だった。

＜地域包括診療料等の算定要件を満たす患者のうち、説明を行った患者の割合＞

＜説明を行った患者のうち同意した患者の割合＞



(参考) 小児かかりつけ診療料の対象患者

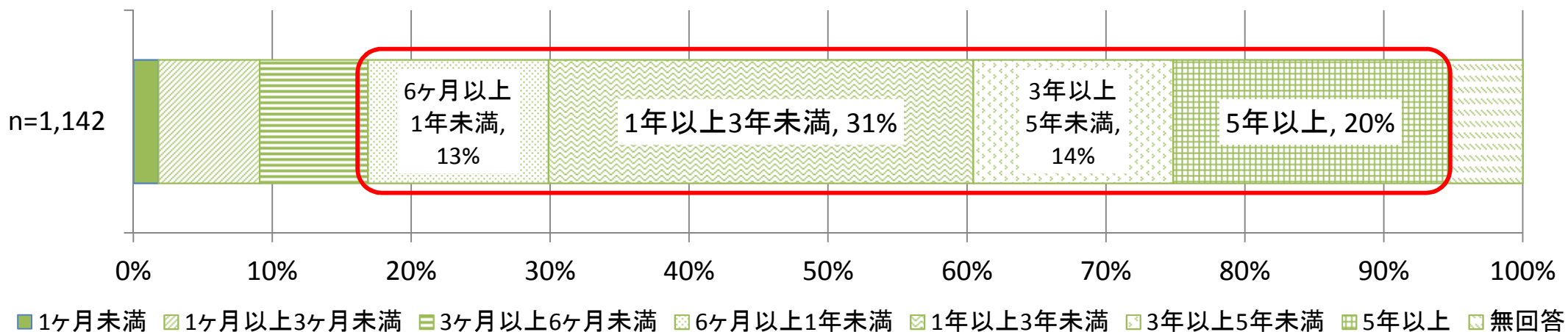
- 小児科のかかりつけ医が継続的かつ全人的な医療を行うことを評価した「小児かかりつけ診療料」の対象患者は、当該保険医療機関を4回以上受診したことのある者としている。

<対象患者>

当該保険医療機関を4回以上受診(予防接種等、保険外の受診を含む)したことのある未就学児であって、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

(参考) 訪問診療における診療期間の分布

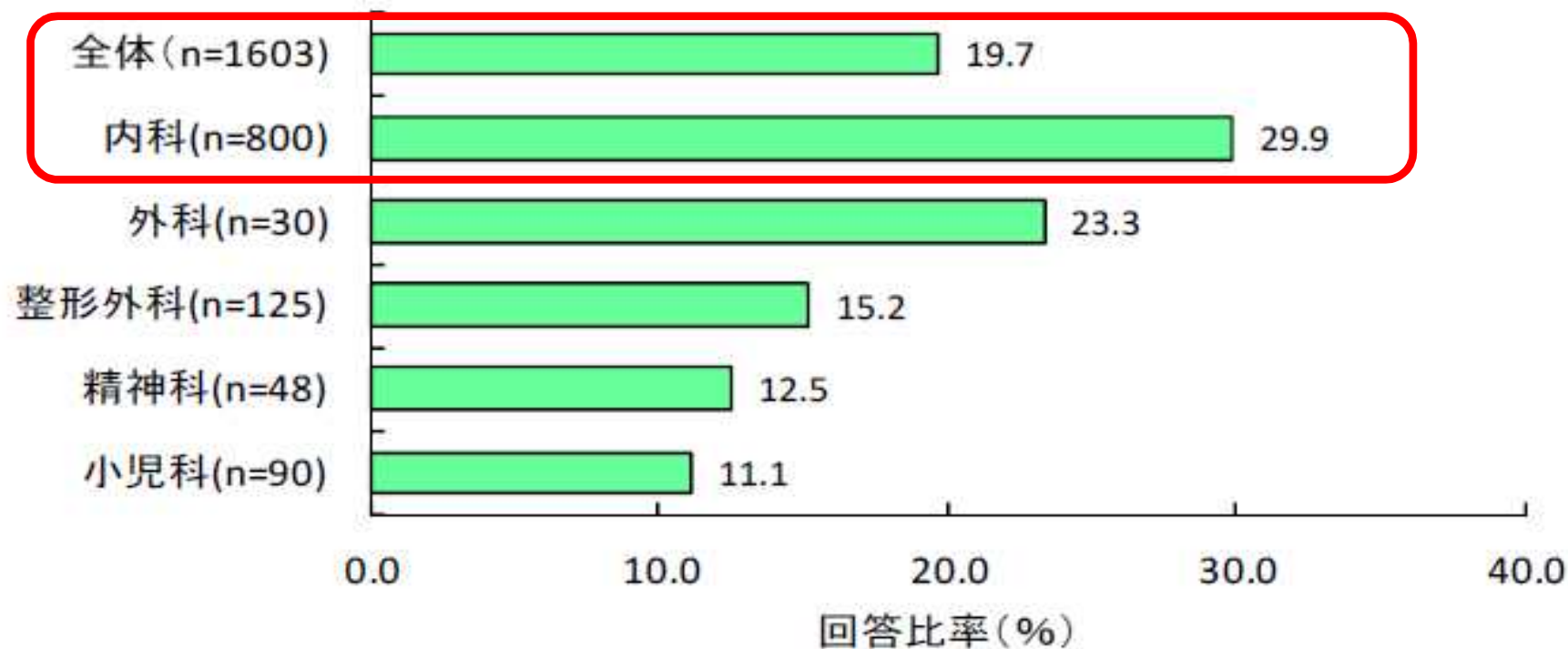
- 訪問診療を実施している患者の診療期間をみると、6ヶ月以上の患者が78%を占めていた。



診療所における服薬管理の状況

- 診療所全体の19.7%、内科の診療所の29.9%が、患者に処方されているすべての医薬品を管理していると回答していた。

患者に処方されているすべての医薬品を管理している診療所の割合
(回答数20以上の上位5診療科, 複数回答)

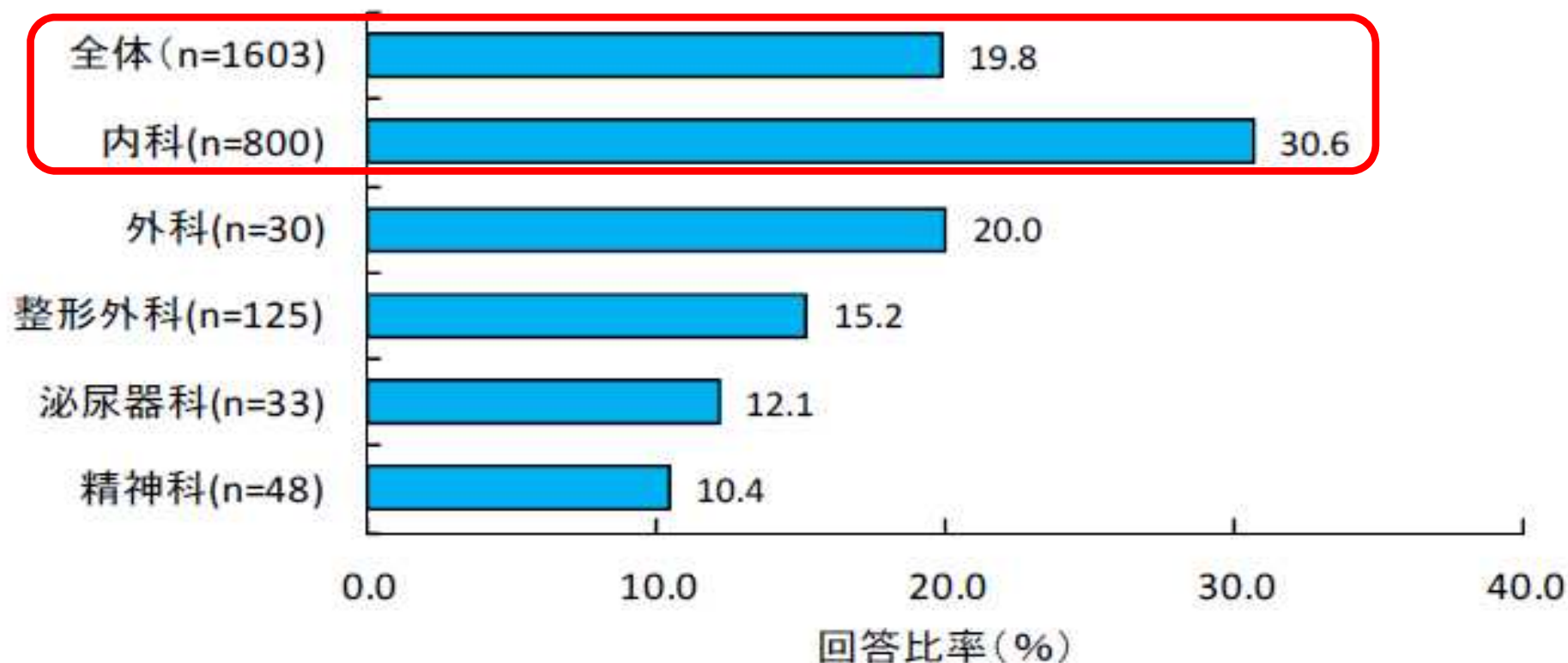


出典：日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」結果(概要版)(2017年2月15日)

診療所における通院患者の他院受診状況の把握

- 診療所全体の19.8%、内科の診療所の30.6%が、患者が受診しているすべての医療機関を把握していると回答していた。

患者が受診しているすべての医療機関を把握している診療所の割合
(回答数20以上の上位5診療科, 複数回答)

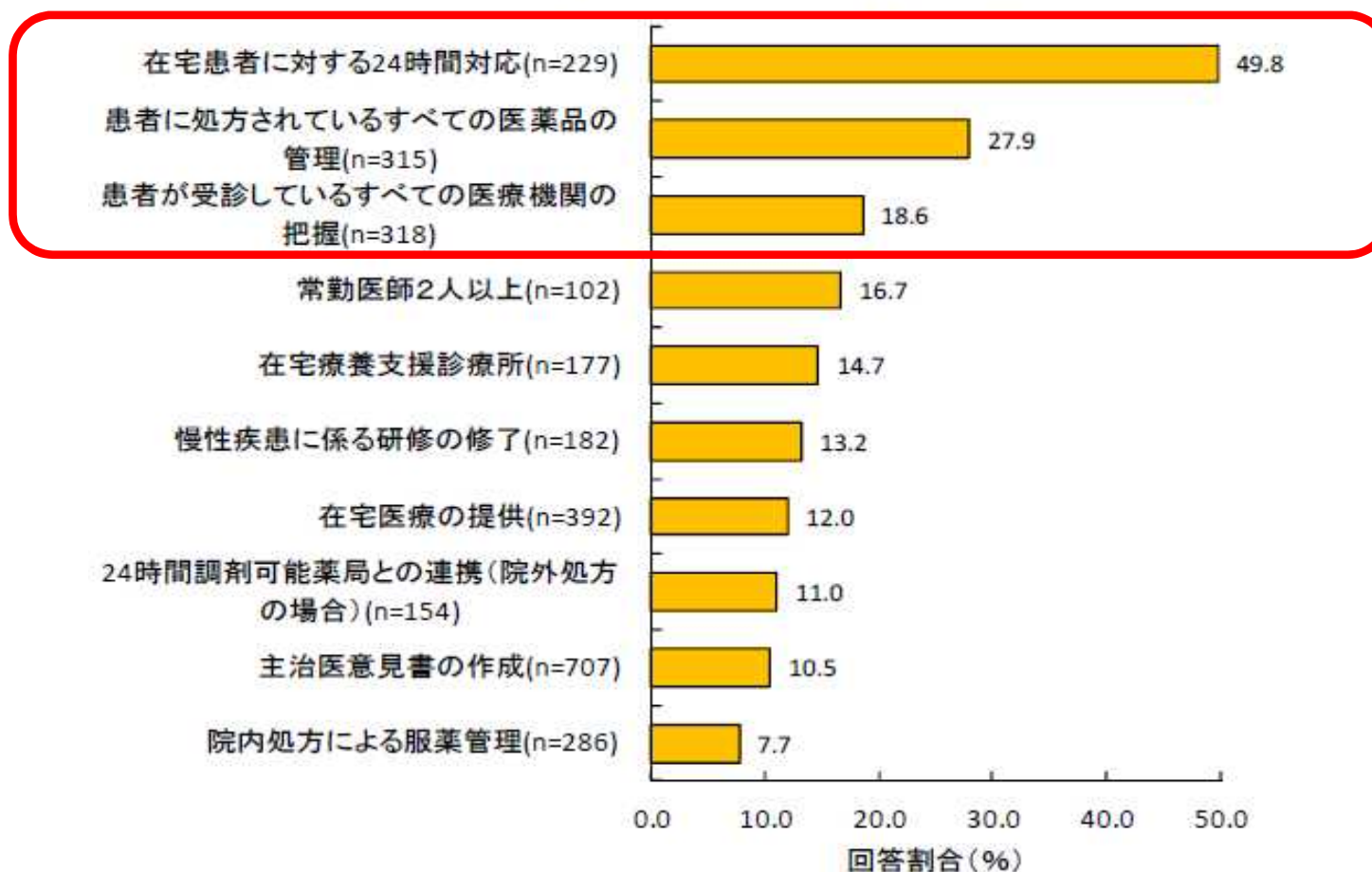


出典: 日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」 結果(概要版)(2017年2月15日)

診療所において負担の大きな業務

- 実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。

現在実施している負担の大きい項目(上位10項目)



*n数は現在実施している診療所数。「回答割合=負担と回答した診療所÷実施している診療所」

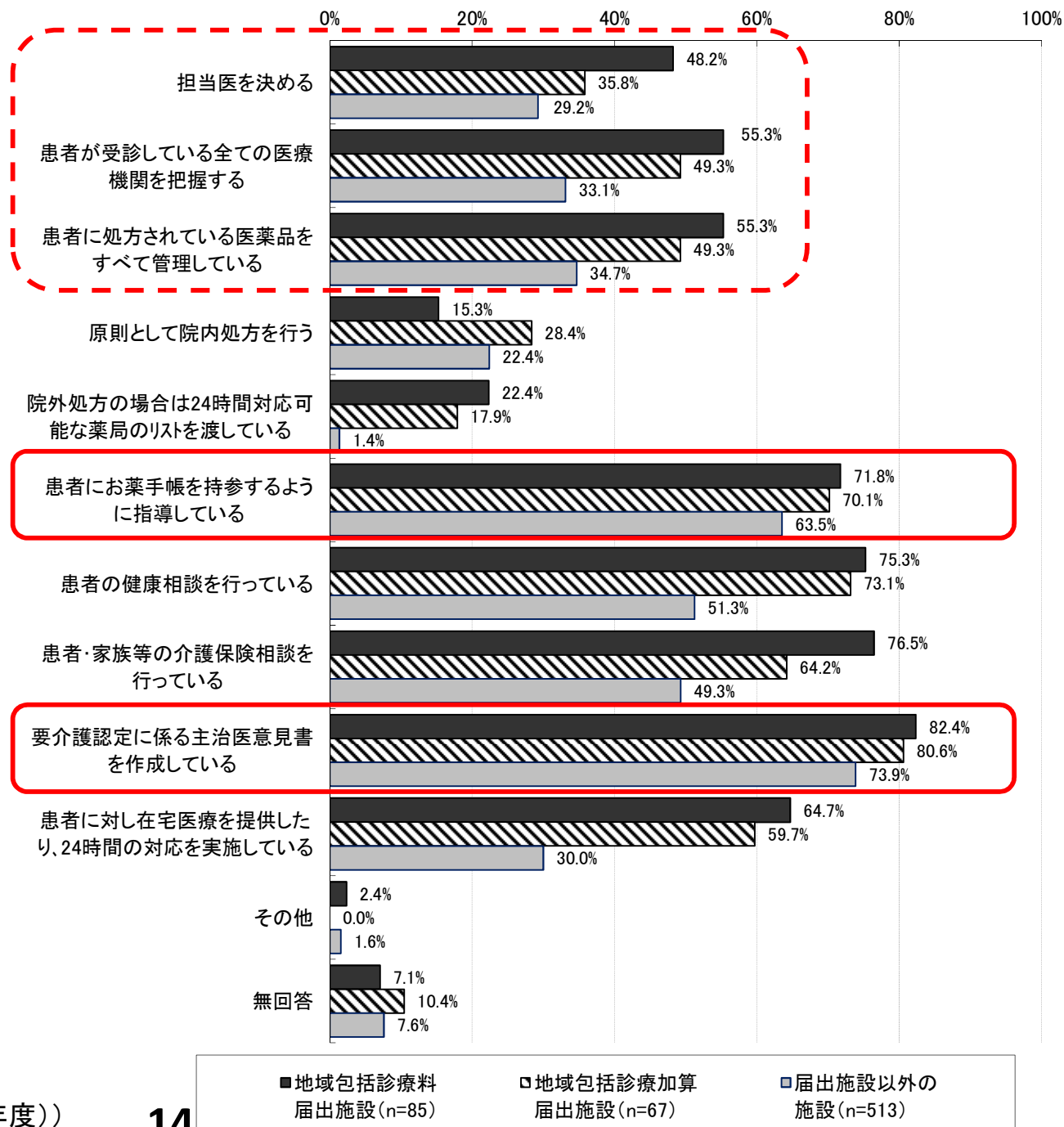
出典：日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」結果(概要版)(2017年2月15日)

かかりつけの患者に行う指導等①

○ 地域包括診療料等を算定する患者以外の患者にも必要に応じて行う指導等を見ると、

・「主治医意見書の作成」「お薬手帳持参の指導」については、地域包括診療料等の届出の有無にかかわらず、60%以上の医療機関で実施されていた。

・「担当医を決める」「受診医療機関の把握」「処方薬の把握」は、他の項目に比べ、実施する医療機関の割合が少なかった。

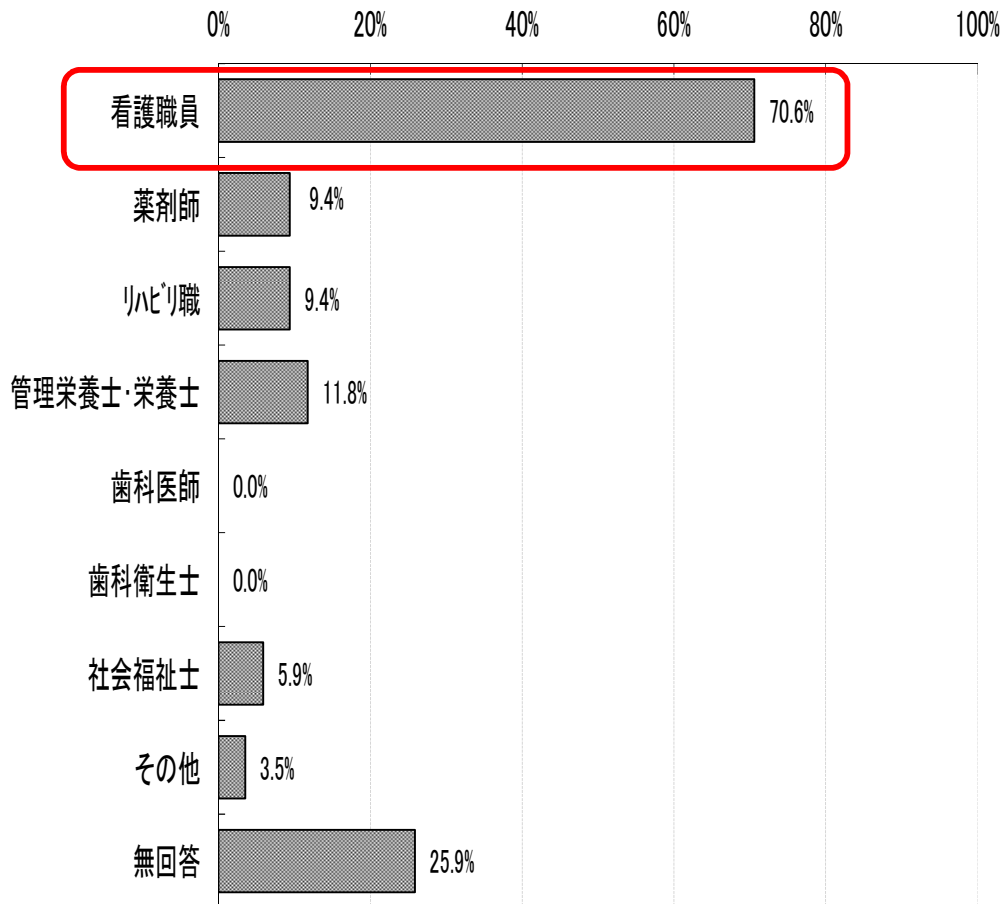


(出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

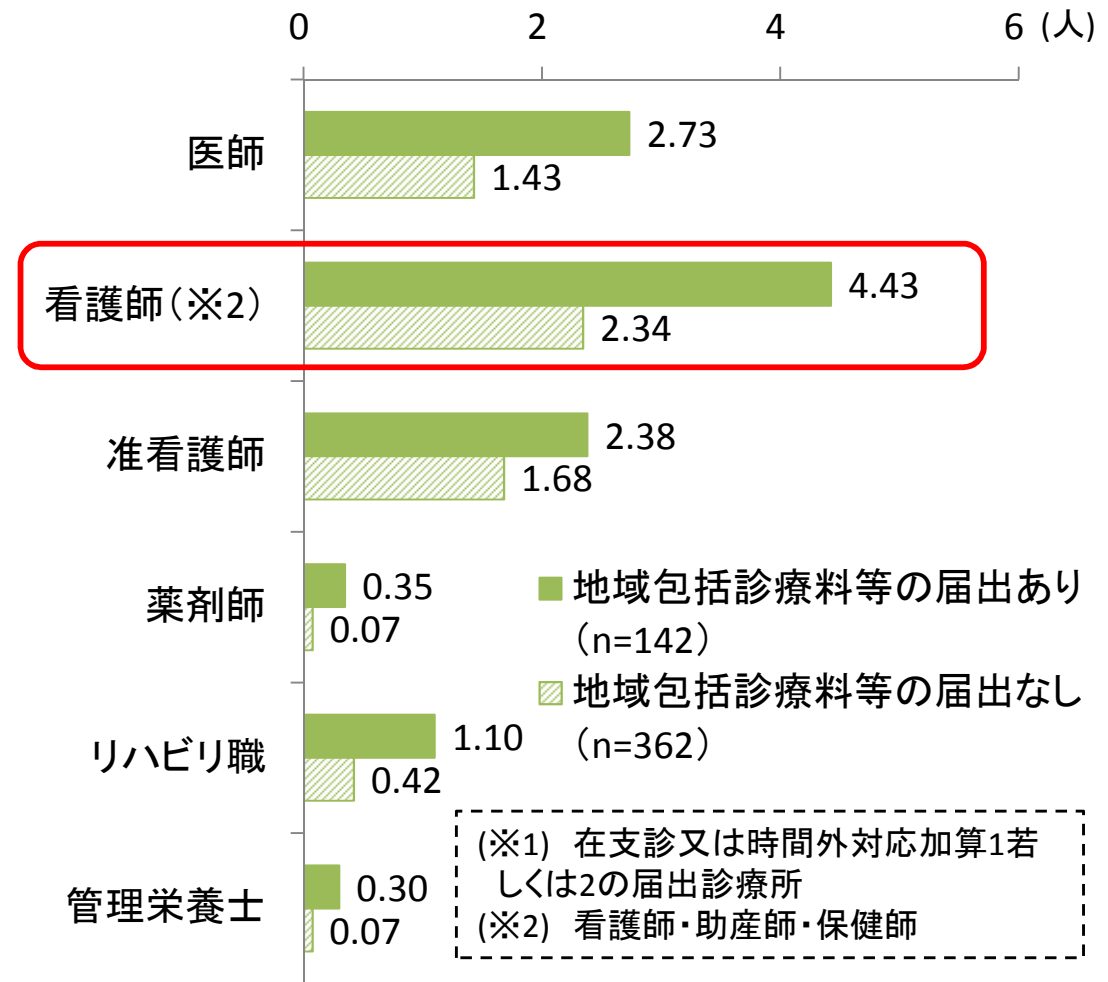
かかりつけの患者に行う指導等②

- 71%の医療機関が、「地域包括診療料等算定する患者に対する指導等に看護職員が携わっている」と回答している。
- 地域包括診療料等の届出のない診療所でも、看護職員が平均2.3人配置されている。

＜地域包括診療料を算定している患者に対して、診療・診断・指導等に携わっている職種（n=85）＞



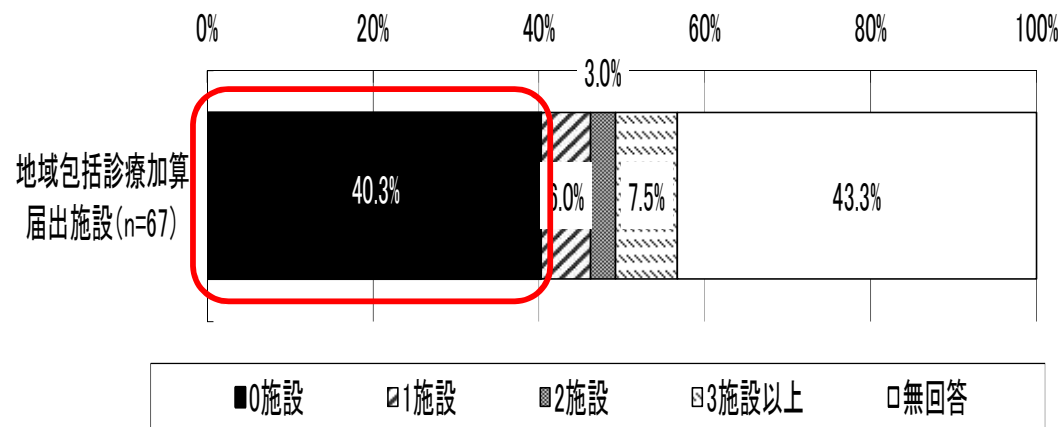
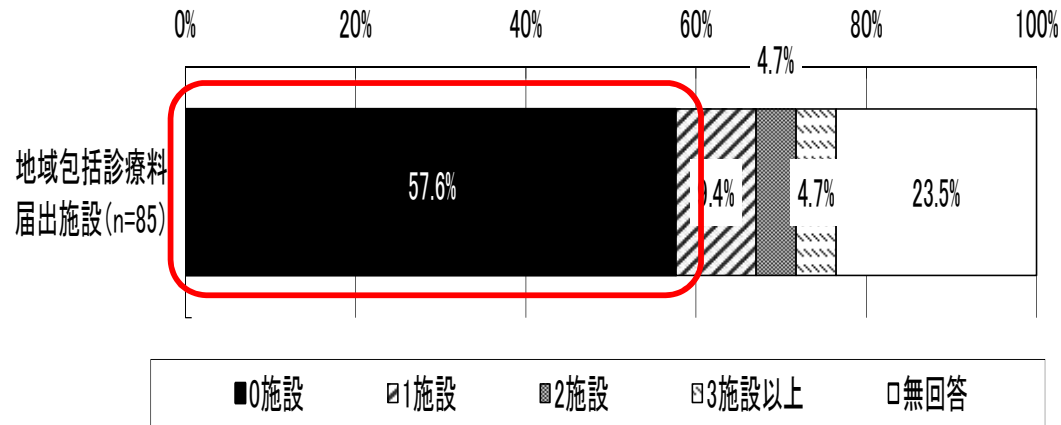
＜調査対象診療所（※1）における平均職員数＞



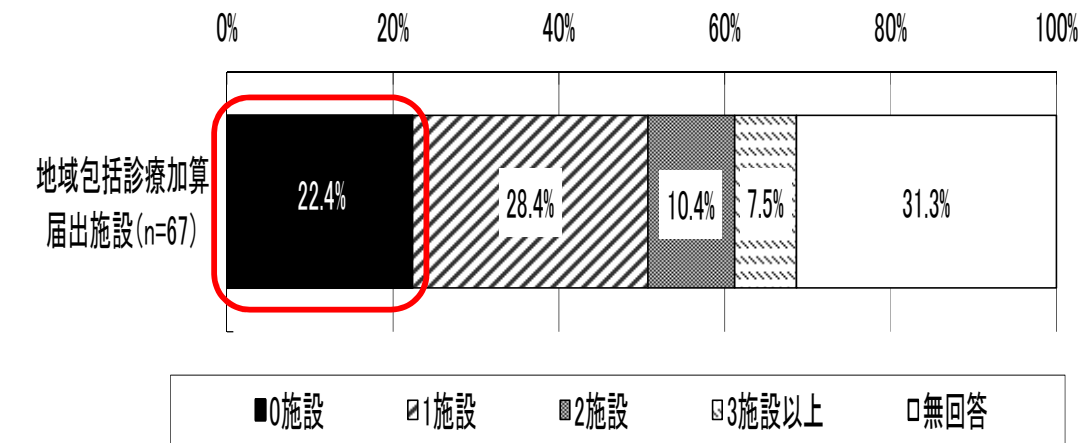
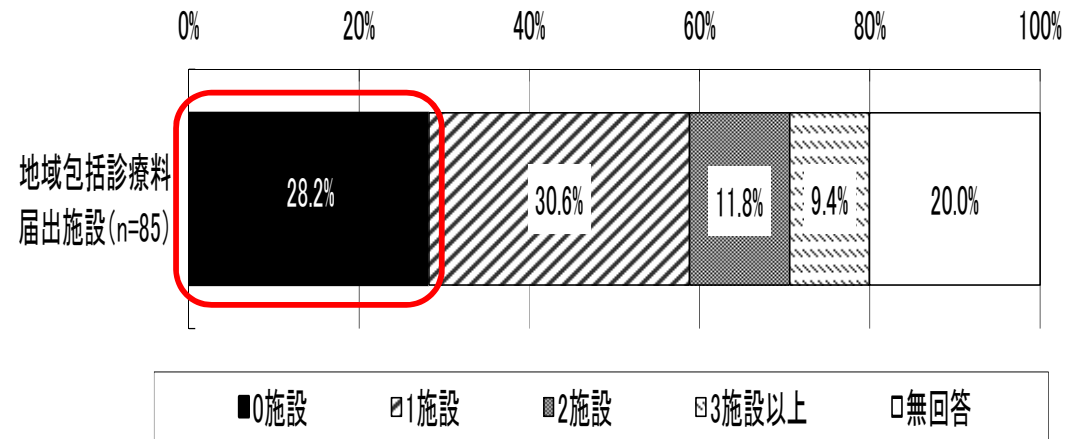
他の医療機関・薬局との連携の状況

- 地域包括診療料等の算定患者に係る処方薬の把握等のために行う他の医療機関や薬局との連携について、
 - ・57%の医療機関が「定期連絡をとっている医療機関はなし」と回答した。
 - ・28%の医療機関が「連携している薬局はなし」と回答した。

処方薬等を把握・調整するために定期的連絡をとっている医療機関数(平成28年9月の実績)



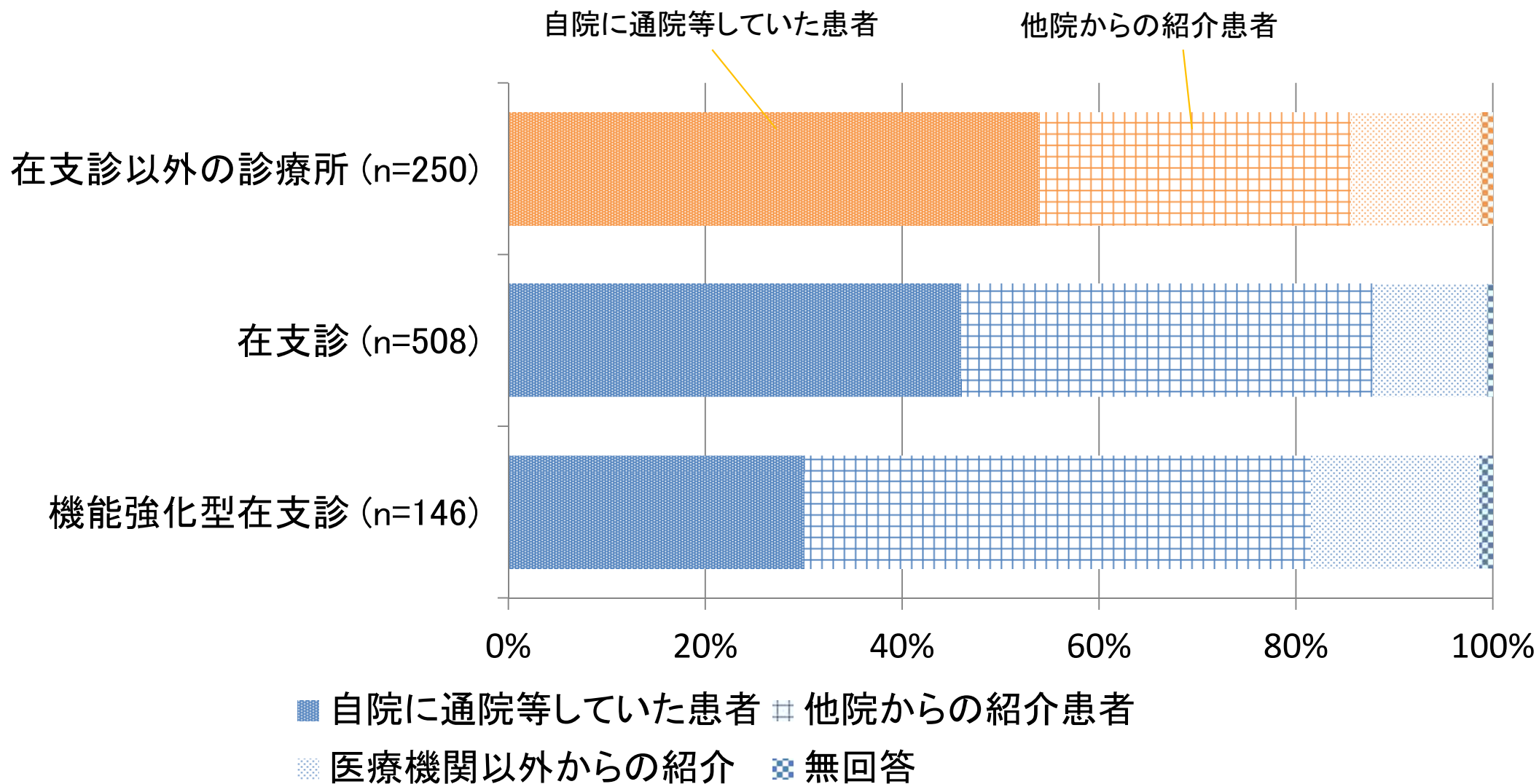
算定患者の処方薬等を管理するために連携している薬局数(平成28年9月の実績)



在宅医療を担う医療機関の特性②～受診経路～

中医協 総-3
29. 4. 12

- 在宅医療を担う診療所（在総管又は施設総管を届け出ている診療所）の、在宅患者の受診経路をみると、「在支診以外の診療所」では、「在支診」及び「機能強化型在支診」に比べ、自院に通院等していた患者の割合が多い。



※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

地域包括診療料等の評価の論点(案)

【論点(案)】

- 地域包括診療料等については、その趣旨等を踏まえ、以下の通り見直してはどうか。
 - 地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算の算定にあたり患者の同意を取得する必要があるが、その患者が既に一定期間以上継続して当該医療機関に通院している場合は、同意取得に係る取り扱いを見直してはどうか。
 - 患者が受診している他の医療機関や処方薬を一元的に把握することを求めているが、担当医の負担軽減のため、医師以外の職種や連携する保険薬局を活用可能であることを明確化してはどうか。
 - 在宅医療の提供や24時間対応に係る要件については、地域包括診療料等の継続的かつ全人的な医療を提供するとの趣旨を踏まえ、要件ではなく、在宅医療の提供の実績を別に評価することとしてはどうか。具体的には、一定期間以上継続して外来通院していた患者(かかりつけの患者)に対して、訪問診療を提供しているとの実績を評価してはどうか。

横断的事項(その5)

1. 地域包括診療料等
- 2. 薬剤の適正使用の推進**
3. 情報通信機器を用いた診療
4. 情報通信技術(ICT)を活用した連携

2-1) 薬剤耐性菌対策と抗菌薬使用に係る課題

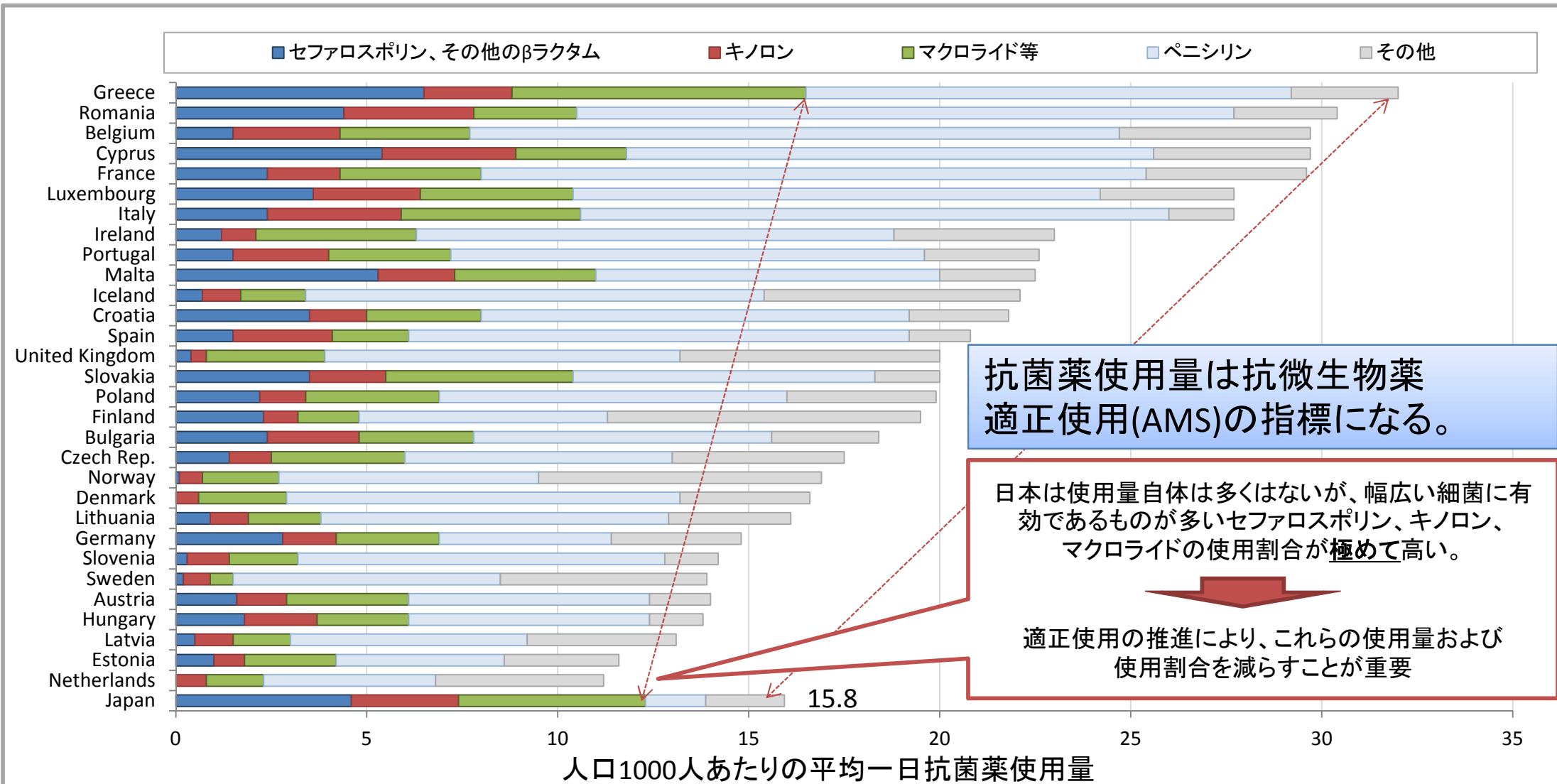
【課題】

- ・抗菌薬の使用量の国際比較では、日本は広域抗菌薬の使用割合が、他国に比べ高い。
- ・薬剤耐性対策アクションプランが策定され、薬剤耐性対策に係る普及教育啓発の推進や、抗菌薬の適正使用に係る取り組みが行われている。
- ・抗菌薬の使用量をみると約8割が広域抗菌薬(第3世代セフェム、フルオロキノロン系、マクロライド系、カルバペネム系)となっており、近年横ばいで推移している。
- ・年齢階級別にみると、15歳未満に比べ、65歳以上ではやや割合が多い。
- ・抗菌薬に対する国民の意識調査では、約半数近くの回答が正しく理解されていなかった。
- ・適切な薬物療法のためには服薬コンプライアンスの向上が重要であり、医師によるわかりやすい説明が必要な重要な要素であるとの報告がある。
- ・厚生労働省が、「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版」を公表し、抗菌薬の使用の基準や、患者への説明のポイントなどをまとめている。
- ・総合感冒の症状に対しては直ちに抗菌薬を処方しなくても悪化させないとの報告がある。
- ・直ちに抗菌薬を処方することで、効果はかわらないが、副作用は増えるとの報告がある。

薬剤耐性(AMR)対策アクションプランにおける数値目標

抗微生物薬について、2020年までに、経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライドの使用量を**半減**させ、全体の使用量を**33%減**とする。

医療分野における抗菌薬使用量



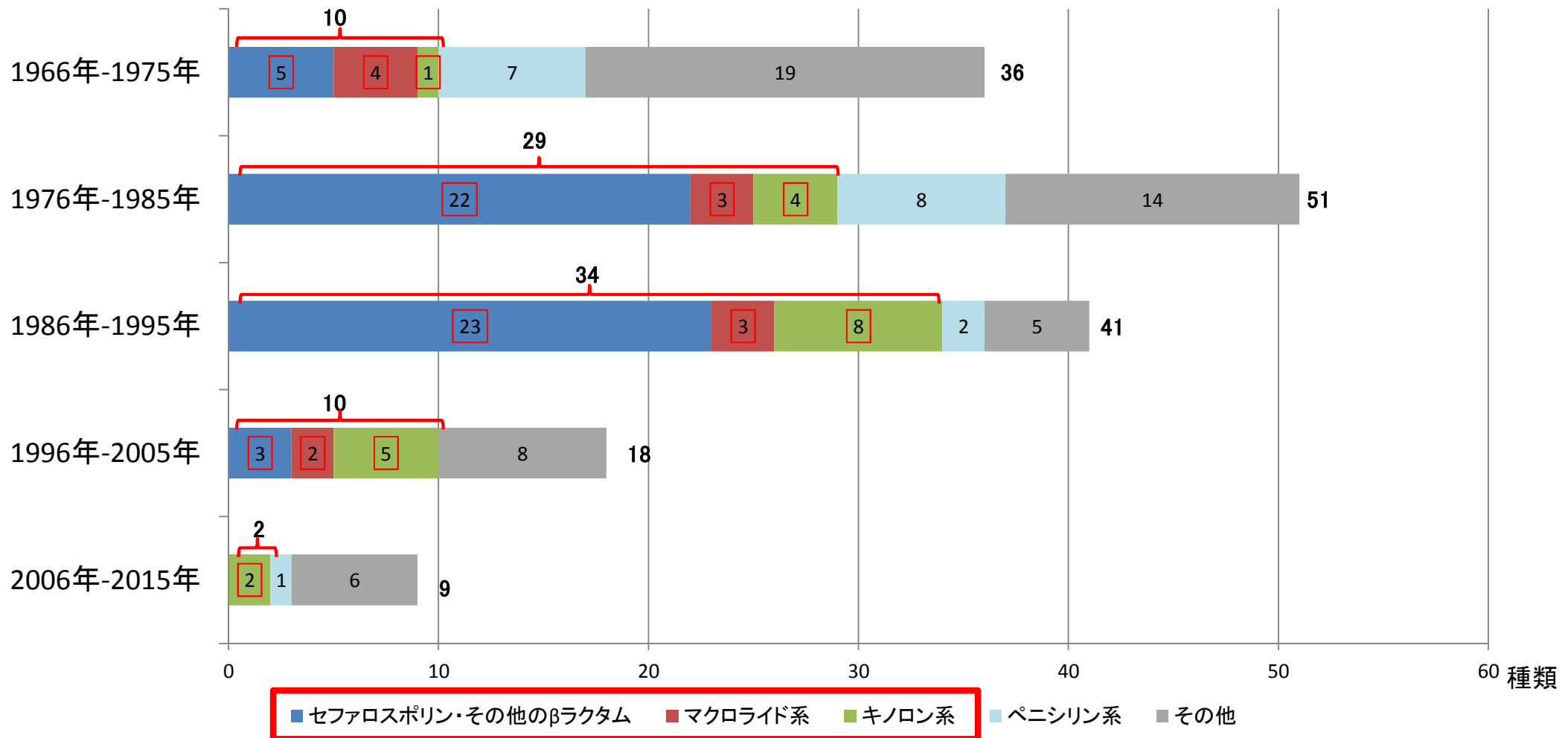
抗菌薬使用量は抗微生物薬適正使用(AMS)の指標になる。

日本は使用量自体は多くはないが、幅広い細菌に有効であるものが多いセファロスポリン、キノロン、マクロライドの使用割合が極めて高い。

適正使用の推進により、これらの使用量および使用割合を減らすことが重要

日本における新規発売抗菌薬数の推移(成分別)

○日本において新規発売された抗菌薬は、1976年-1985年の合計**51種類**から2006年-2015年の合計**9種類**に減少した。
 ○幅広い細菌に有効な**3系統の抗菌薬**では、1976年-1985年の**29種類**から2006年-2015年の**2種類**に減少した。



幅広い細菌に有効な3系統の抗菌薬
22

1. 普及啓発・教育

- ・ 1.1 国民に対する薬剤耐性の知識・理解に関する普及啓発活動の推進
- ・ 1.2 関連分野の専門職に対する薬剤耐性に関する教育、研修の推進

2. サーベイランス・モニタリング

- ・ 2.1 医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化
- ・ 2.2 医療機関における抗微生物薬使用量の動向の把握
- ・ 2.3 畜水産、獣医療等における動向調査・監視の強化
- ・ 2.4 医療機関、検査機関、行政機関等における薬剤耐性に対する検査手法の標準化と検査機能の強化
- ・ 2.5 ヒト、動物、食品、環境等に関する統合的なワンヘルス動向調査の実施

3. 感染予防管理

- ・ 3.1 医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進
- ・ 3.2 畜水産、獣医療、食品加工・流通過程における感染予防・管理の推進
- ・ 3.3 薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化

4. 抗微生物製剤適正使用

- ・ 4.1 医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進
- ・ 4.2 畜水産、獣医療等における動物用抗菌性物質の慎重な使用の徹底

5. 研究開発・創薬

- ・ 5.1 薬剤耐性の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進
- ・ 5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用に関する研究の推進
- ・ 5.3 感染症に対する既存の予防・診断・治療法の最適化に資する研究開発の推進
- ・ 5.4 新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究及び産学官連携の推進
- ・ 5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防・診断・治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

6. 国際協力・グローバルヘルスアーキテクチャ

- ・ 6.1 薬剤耐性に関する国際的な施策に係る日本の主導力の発揮
- ・ 6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン達成のための国際協力の展開

薬剤耐性(AMR)対策アクションプランの進捗

1 普及啓発・教育

薬剤耐性(AMR)対策推進国民啓発会議(内閣官房)

AMR臨床リファレンスセンター

- ・「薬剤耐性へらそう！」応援大使(内閣官房)
- ・薬剤耐性(AMR)対策普及啓発活動の表彰(内閣官房)
- ・研修、セミナー開催(2017年度～)

2 動向調査・監視

薬剤耐性ワンヘルス動向調査検討会

AMR臨床リファレンスセンター

- ・院内感染サーベイランス(JANIS)、感染症発生動向調査(NESID)
- ・国内サーベイランスの統合的分析を検討(2017年度～)

3 感染予防・管理

院内感染対策中央会議

AMR臨床リファレンスセンター

- ・ワクチン接種・院内感染制御の推進
- ・資材作成・研修・人材育成(2017年度～)

4 抗微生物薬の適正使用

抗微生物薬適正使用(AMS)等に関する作業部会

AMR臨床リファレンスセンター

- ・「抗微生物薬適正使用の手引き」作成
- ・その他ガイドラインの作成(2017年度～)

5 研究開発

薬剤耐性感染症(ARI)未承認薬迅速実用化スキーム

- ・耐性菌感染治療薬の創薬支援

6 国際協力

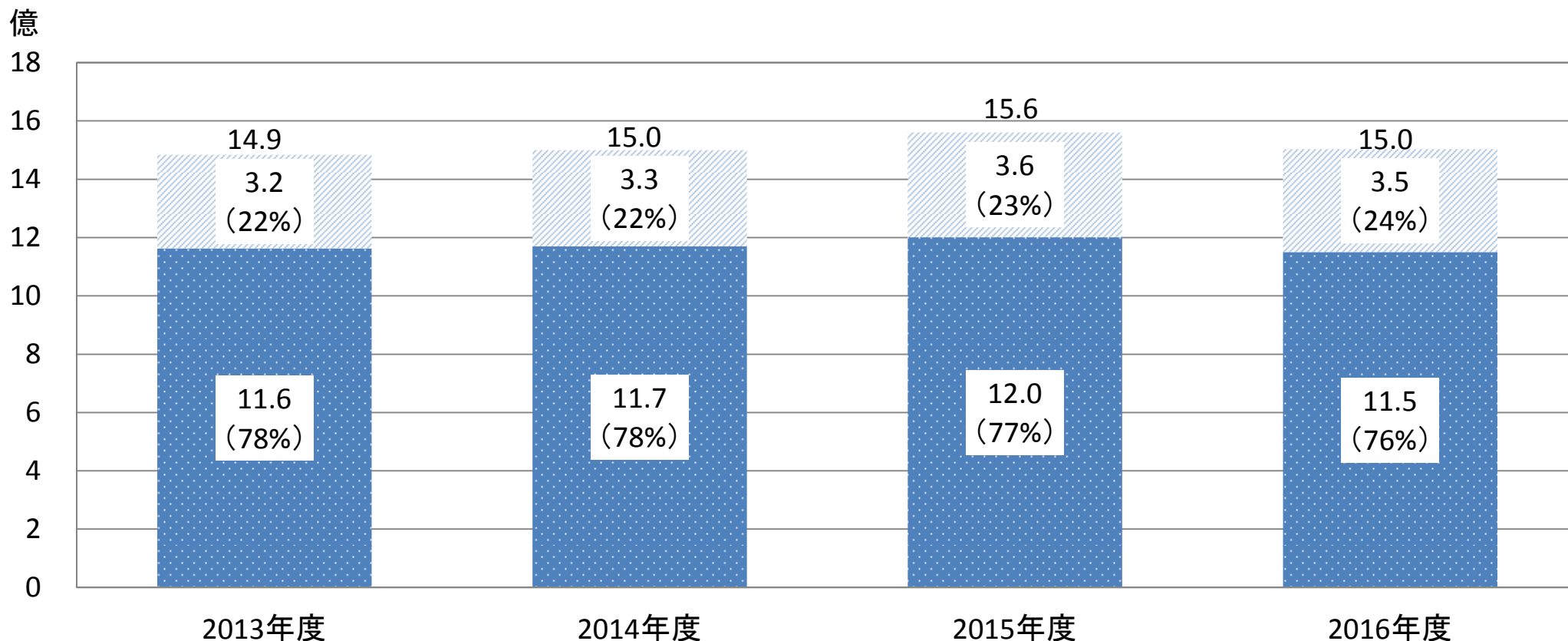
グローバルヘルス技術振興基金(GHIT)

AMRアジア閣僚級会合(2016年4月)

- ・院内感染サーベイランス(JANIS)システムの海外展開
- ・AMR/One Health 国際会議開催(2017年11月)

一般感染症に用いられる抗菌薬の数量の推移(2013年度～2016年度)

○ 一般感染症に用いられる抗菌薬の使用量は、近年ほぼ一定で推移しており、使用割合を見ると広域抗菌薬が8割程度を占めている。



■ 広域抗菌薬(第3世代セフェム、フルオロキノロン系、マクロライド系、カルバペネム系) ▨ その他の抗菌薬

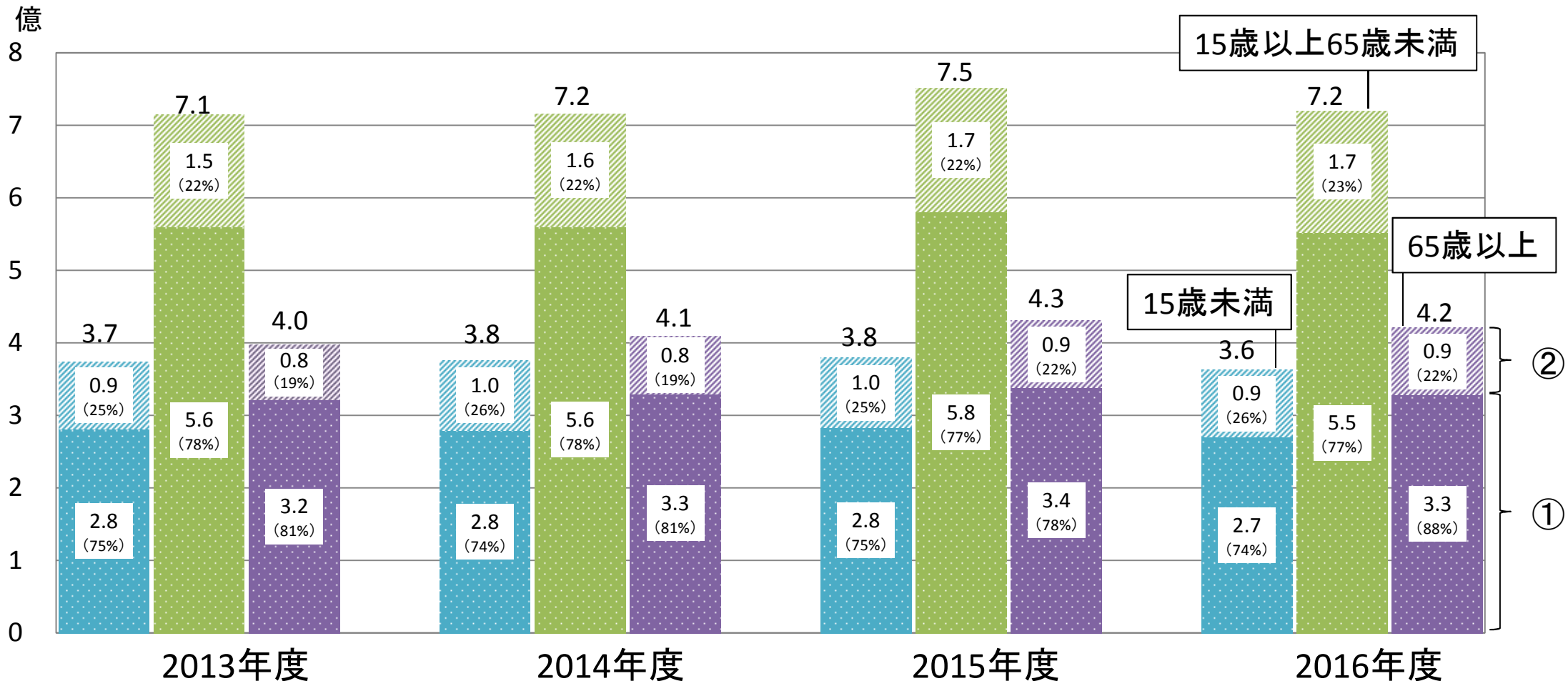
注1) 薬効大分類61抗生物質製剤、62化学療法剤に該当する以下の医薬品の数量を集計したものである。

- ① 広域抗菌薬(第3世代セフェム、フルオロキノロン系、マクロライド系、カルバペネム系)
- ② その他の抗菌薬

注2) 数量とは、薬価基準告示上の規格単位で数えた数量をいう。

一般感染症に用いられる抗菌薬の数量の推移(2013年度～2016年度)年齢階級別

○ 一般感染症に用いられる抗菌薬の使用量を年齢階級別にみると、広域抗菌薬の割合は、15歳未満より65歳以上の方が高い傾向がある。



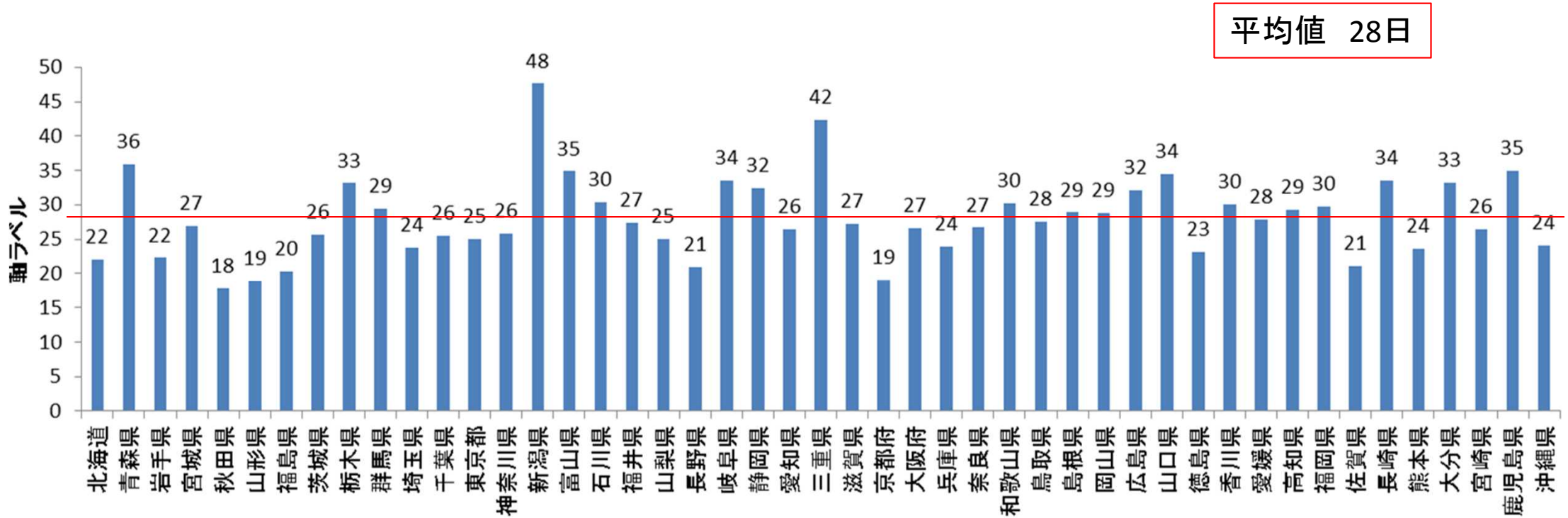
注1) 薬効大分類61抗生物質製剤、62化学療法剤に該当する以下の医薬品の数量を集計したものである。

- ① 広域抗菌薬 (第3世代セフェム、フルオロキノロン系、マクロライド系、カルバペネム系)
- ② その他の抗菌薬

注2) 数量とは、薬価基準告示上の規格単位で数えた数量をいう。

入院患者に対するカルバペネム系抗菌薬の使用日数(DPC病院、都道府県別)

○ DPC病院(1664病院)の入院医療におけるカルバペネム系抗菌薬の使用日数(1000人あたり)の都道府県別にみると、平均28日であった。



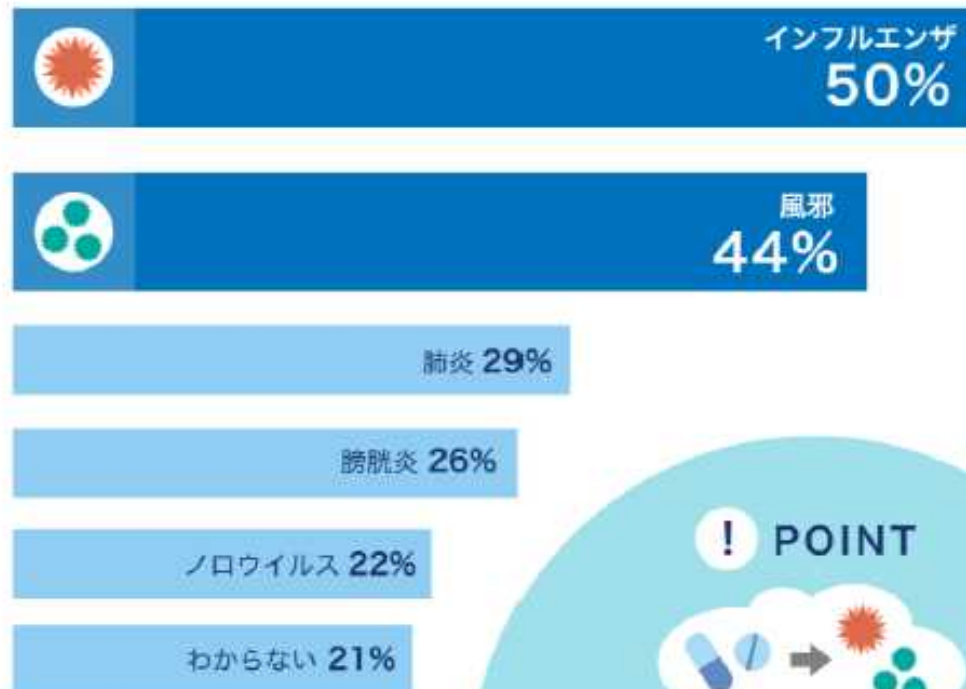
※DPC病院の入院患者について、カルバペネム系抗菌薬の使用日数(1000人あたり、DOT)の施設毎平均値を集計。
 DOT(Days of Therapy)=年間のカルバペネム系抗菌薬の延べ投与日数×1000/年間の入院患者延べ入院日数

出典:平成28年4月～平成29年3月 DPCデータ

国民の抗菌薬・抗生物質に関する知識・理解

- 国立国際医療研究センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター（厚生労働省委託事業）が行った国民に対する抗菌薬意識調査（2017年、インターネット調査）によると、抗菌薬とは何か知っている人の割合は37%、抗菌薬がインフルエンザや風邪に効くと思っている人の割合は40%を超えている。
- 抗菌薬は、症状がなくなっても最後まで飲み切る必要があること、抗菌薬は他の人と使い回さないことなどといった、抗菌薬を投与される者が抗菌薬を正しく理解することが薬物治療の効果を得るために重要である。

Q2 抗菌薬がどのような病気に有効だと思いますか？



調査結果サマリー

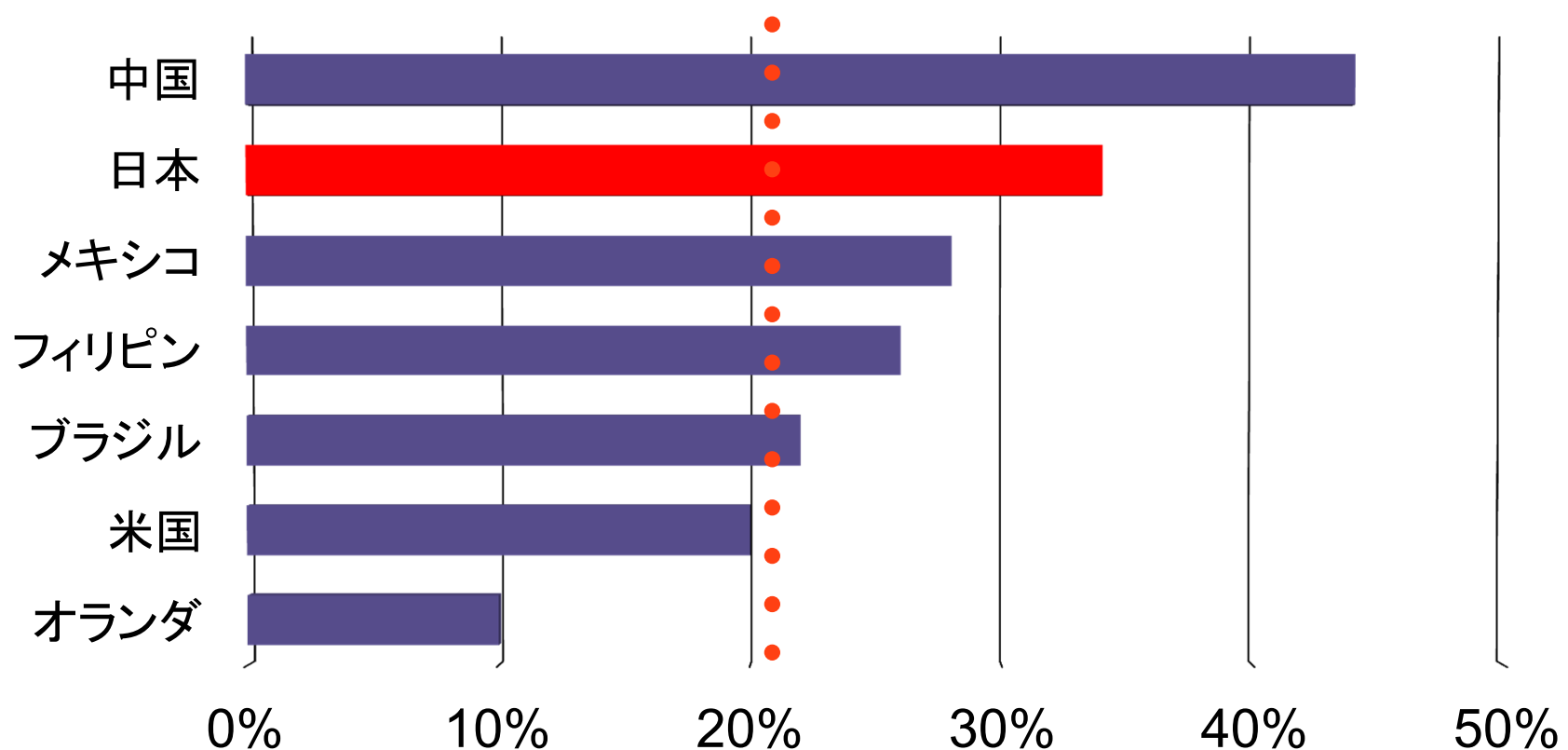
- 抗菌薬・抗生物質とは何か知っている人は、わずか **37%** !
- **2人に1人**が、インフルエンザ、風邪に効くと思っている！
- 抗菌薬を最後まで飲み切っていない人は **37%** !
- 抗菌薬を使いまわしている人は **20%** 超え！



経口抗菌薬の服薬コンプライアンス

- 経口抗菌薬の服薬コンプライアンスの低下は、感染症治療の失敗だけではなく耐性菌出現に影響を与える可能性が高いと懸念されている。
- 世界11カ国で行われた成人4088名を対象とする服薬遵守に関するアンケートでは、日本の服薬非遵守率は34%と中国に次いで2番目に服薬遵守率が低かった。
- 国内9400名を対象に行ったインターネットによる経口抗菌薬の服薬コンプライアンス実態調査では約40%の成人が服薬を途中で止めたことがあると回答した。

服薬指示通りに内服しなかった人の割合



Pecheré JC, et al. E Non-compliance with antibiotic therapy for acute community infections: a global survey.

Int J Antimicrob Agents 2007; 29: 245-53

経口抗菌薬の服薬コンプライアンスに有意に相関する因子

- 国内155の一般内科を受診した1,068名の急性気道感染症患者に対してアンケート調査を実施。
- 服薬コンプライアンスに相関する因子について多変量ロジスティック回帰分析にて解析。
- 「医師による説明のわかりやすさ」は服薬コンプライアンスに有意に相関する独立因子の1つであった。

コンプライアンスと有意に相関する因子

患者の年齢

肺炎・急性咽頭炎・
急性気管支炎

医師による
再診の指示

患者の健康管理
への意欲

コンプライアンスと有意に相関する独立因子

1日の服薬回数・治療期
間

医師による説明の
わかりやすさ

患者の再診の意向

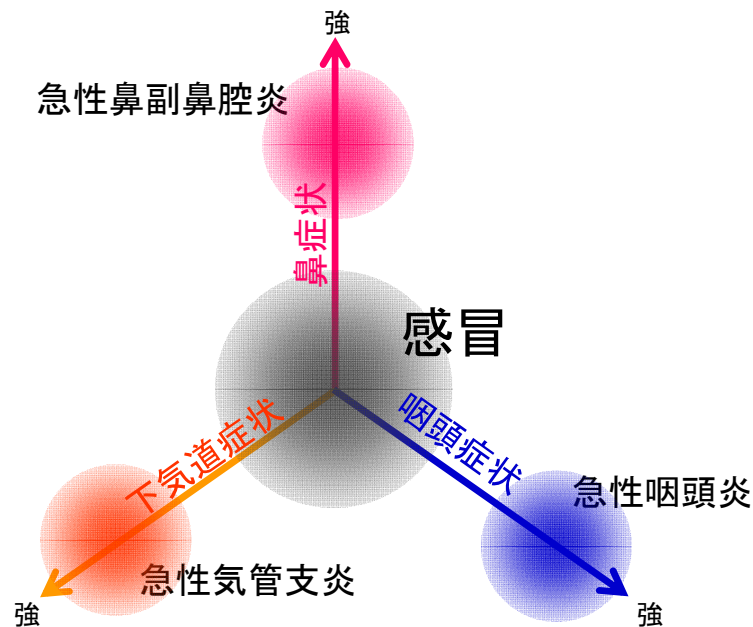
抗微生物薬適正使用に向けた取り組み

- 日本で使用される抗菌薬のうち約**90%**は外来診療で処方される**経口**抗菌薬である。

- 外来診療**の現場で活用できる「**抗微生物薬適正使用の手引き 第一版**」を平成29年6月1日発表

急性気道感染症

診断・治療の考え方



患者・家族への説明内容

- 多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。
- 改善しない場合の再受診を。

急性下痢症

診断・治療の考え方

- 細菌性・ウイルス性に関わらず、多くは自然に治るため、抗菌薬は不要。
- 対症療法や水分摂取励行が重要。

- ✓ 全身状態(日常生活への支障程度)
 - ✓ 海外渡航歴
 - ✓ 血性下痢
 - ✓ 発熱
- 等を踏まえて、便の検査や抗菌薬処方を検討。

患者・家族への説明内容

- 多くは対症療法が中心であり、抗菌薬の使用は、腸内細菌叢を乱す可能性あり。
- 糖分、塩分の入った水分補給が重要。
- 感染拡大防止のため、手洗いを徹底。
- 改善しない場合の再受診を。

医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進

- 厚生労働省では、抗菌薬の適正使用の推進のため「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版」を公表。主な疾患別の抗菌薬投与の判断基準や、患者・家族への説明に使用するチェックシート等を提供している。

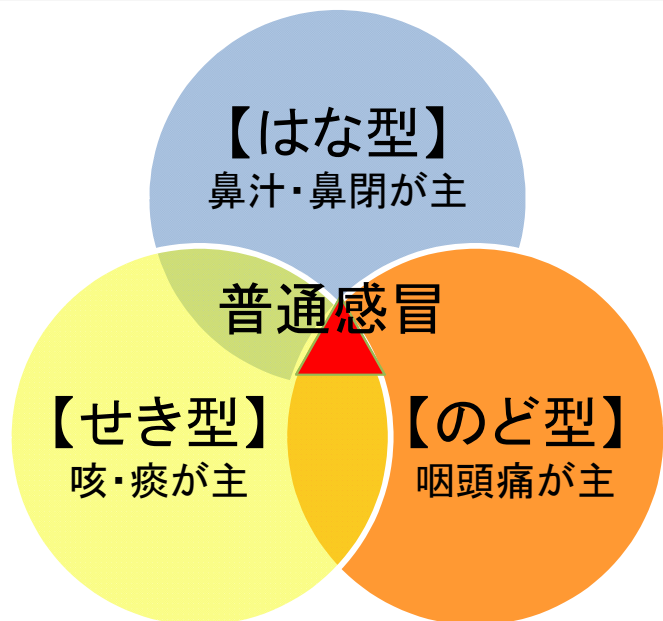
急性気道感染症 チェックシート		記入日: 年 月 日	
(対象:学童期以上の小児~成人)		患者氏名:	(男・女) 身長 cm
生年月日:明・大・昭・平・西暦 年 月 日 (歳)		体	
検査・問診による 確認事項	<input type="checkbox"/> バイタルサインの確認		
	<input type="checkbox"/> 体温	() °C	受診前の最高体温 () °C
	<input type="checkbox"/> 意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 異常あり	(JCS)または(G)
	<input type="checkbox"/> 心拍数(脈拍数)	() /分	
	<input type="checkbox"/> 血圧	() / mmHg	
	<input type="checkbox"/> 呼吸数 <input type="checkbox"/> SpO2	() 回/分 () %	
	<input type="checkbox"/> 職業		
	<input type="checkbox"/> 周囲の同症状者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(誰が・いつから)
	<input type="checkbox"/> 海外渡航歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	国: 時期:
	<input type="checkbox"/> 基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名:
<input type="checkbox"/> 抗菌薬のアレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬剤名: 症状・程度:	
急性気道感染症 チェックシート			
(対象:学童期以上の小児~成人) 記入日: 年 月 日			
患者氏名:		(男・女)	身長 cm
生年月日:明・大・昭・平・西暦 年 月 日 (歳)		体重 kg	
検査・問診による 確認事項	<input type="checkbox"/> バイタルサインの確認		
	<input type="checkbox"/> 体温	() °C	受診前の最高体温 () °C
	<input type="checkbox"/> 意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 異常あり	(JCS)または(GCS)
	<input type="checkbox"/> 心拍数(脈拍数)	() /分	
	<input type="checkbox"/> 血圧	() / mmHg	
	<input type="checkbox"/> 呼吸数 <input type="checkbox"/> SpO2	() 回/分 () %	
	<input type="checkbox"/> 職業		
	<input type="checkbox"/> 周囲の同症状者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(誰が・いつから)
	<input type="checkbox"/> 海外渡航歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	国: 時期:
	<input type="checkbox"/> 基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名:
<input type="checkbox"/> 抗菌薬のアレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬剤名: 症状・程度:	
症状			
<input type="checkbox"/> 鼻症状	<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	(いつから)	
<input type="checkbox"/> 喉痛	<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	(いつから)	
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	(いつから)	
<input type="checkbox"/> その他症状	(いつから・どの程度)		
診断(暫定を含む)			
<input type="checkbox"/> 感冒	重症度	<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 急性副鼻腔炎	Red flag <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 人生最後の痛み、嘔も飲み込めない、開口障害、呼吸困難	
<input type="checkbox"/> 急性咽頭炎	Red flag <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 発熱不寧、嘔吐、乏しい咽頭所見	
<input type="checkbox"/> 急性気管支炎	Red flag <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 倦怠不寧 <input type="checkbox"/> 嚔性 <input type="checkbox"/> 嚔性 <input type="checkbox"/> 検査中	
<input type="checkbox"/> その他	百日咳菌検査	<input type="checkbox"/> バイタルサインの異常、胸部聴診所見	
	病名	<input type="checkbox"/> 倦怠不寧 <input type="checkbox"/> 嚔性 <input type="checkbox"/> 嚔性 <input type="checkbox"/> 検査中	
抗菌薬不使用時の患者との面談・説明			
<input type="checkbox"/> 患者の心事や期待			
<input type="checkbox"/> 抗菌薬についての考え			
<input type="checkbox"/> 今後の経過の見直し			
<input type="checkbox"/> 十分な栄養、水分、休養が大切であることを			
<input type="checkbox"/> 情報の確認			
<input type="checkbox"/> 注意すべき症状とその際の対応			
		医師氏名	

薬剤耐性(AMR)対策: 感冒・急性下痢症に対する適切な療養の推進

感冒には抗菌薬は効果がないばかりか副作用が増える

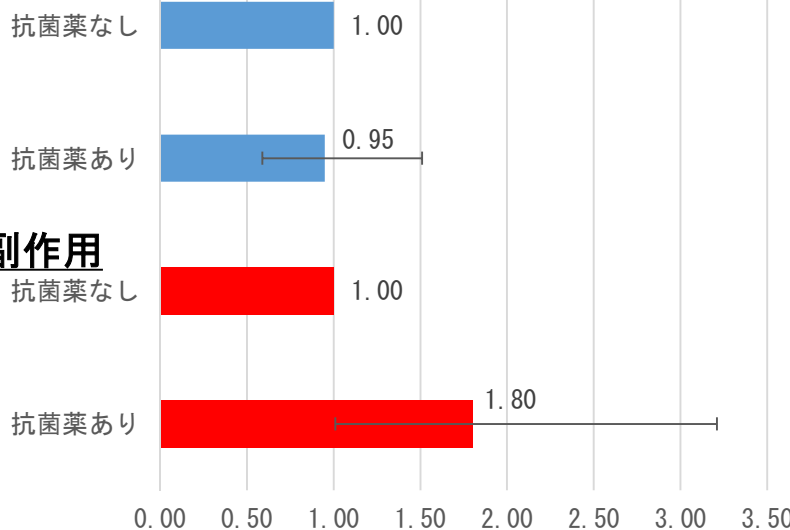
下痢症にも抗菌薬使用が多い

感冒の分類



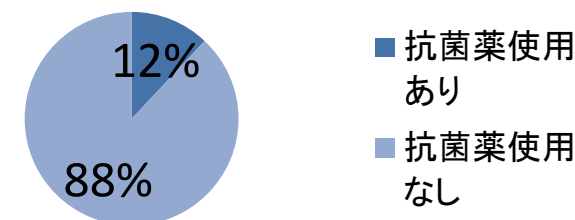
感冒に対する抗菌薬の効果

症状の持続

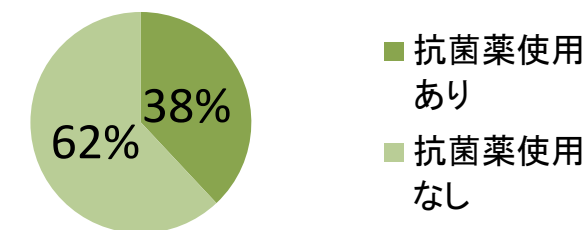


急性下痢症の疫学

患者全体



うち外来受診患者



- 感冒については、小児では年間6-8回、20-39歳では年間2-4回、40歳以上では年間1-2回罹患する(Lancet 2003 ;361:51-59 JAMA 1974;227:164-169)とされている。
- 普通感冒の多くはウイルス感染症(ライノウイルスが最多)とされている(J Clin Microbiol 1998;36:539-542)。

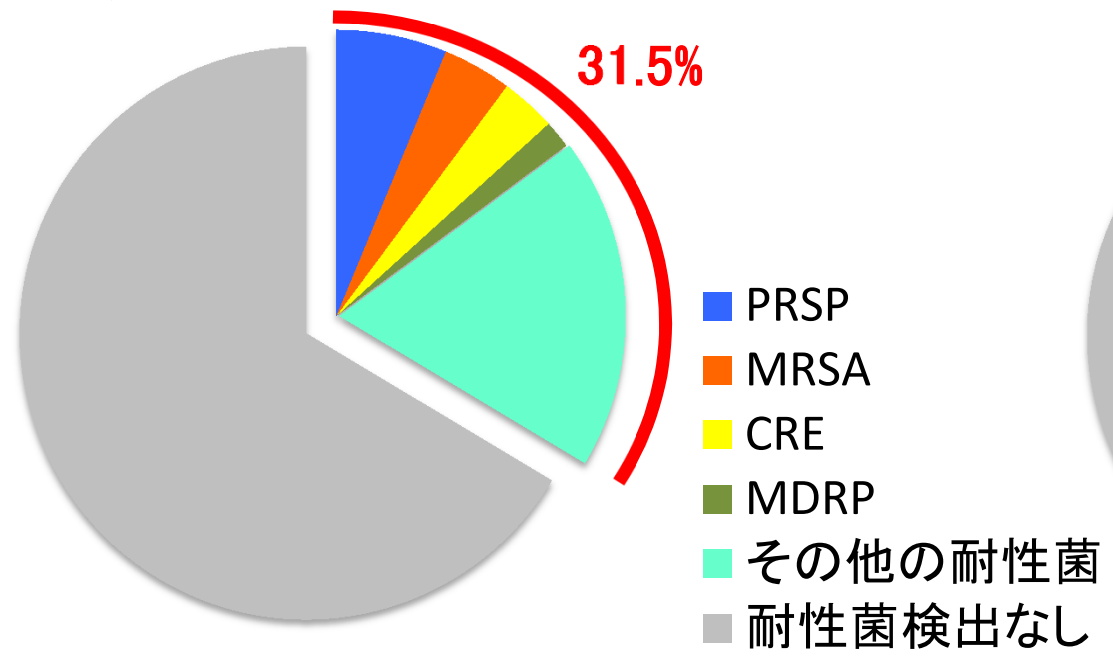
- 抗菌薬を処方しても治癒は早くならず、成人では副作用が増加する(Cochrane Database Syst Rev 2013;6:CD000247)とされている。
- なお、抗菌薬による細菌感染の合併に対する予防効果は一定程度は認められているものの、例えば上気道炎後の肺炎でNNT4,407 (2,905-9,126)とされていることから、抗菌薬の予防投与ではなく、十分な経過観察が重要(山本舜悟編著 2013)とされている。

- 1万2千人超を電話でフォローした研究で、一人あたり年間0.72回の急性下痢症が報告された。
- そのうち、急性下痢症を患った者全体の12%が抗菌薬を使用した。外来受診をした者に関しては38%が抗菌薬を使用していた。(Clin Infect Dis. 2004 Apr 15;38 Suppl 3:S219-26.)

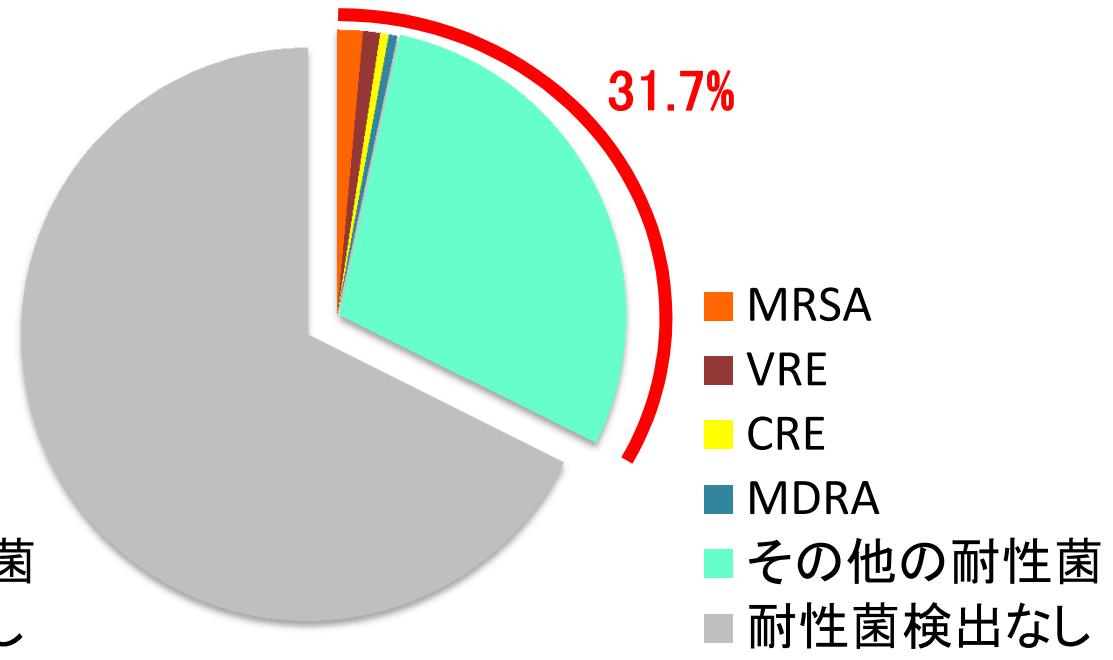
介護老人保健施設における耐性菌

- 全国老人保健施設協会加盟の老健施設(3,604 施設)を対象とした調査。
- 感染症への対応に関する調査は899 票(25.0%)の回答。
- 肺炎で細菌検査を実施した124例中39例(31.5%)、尿路感染で細菌検査を実施した205例中65例(31.7%)から何らかの耐性菌を検出した。

肺炎 (N=124)



尿路感染 (N=205)



2-（2）減薬を伴う指導等の多剤・重複投薬に対する取組

【課題】

【処方状況】

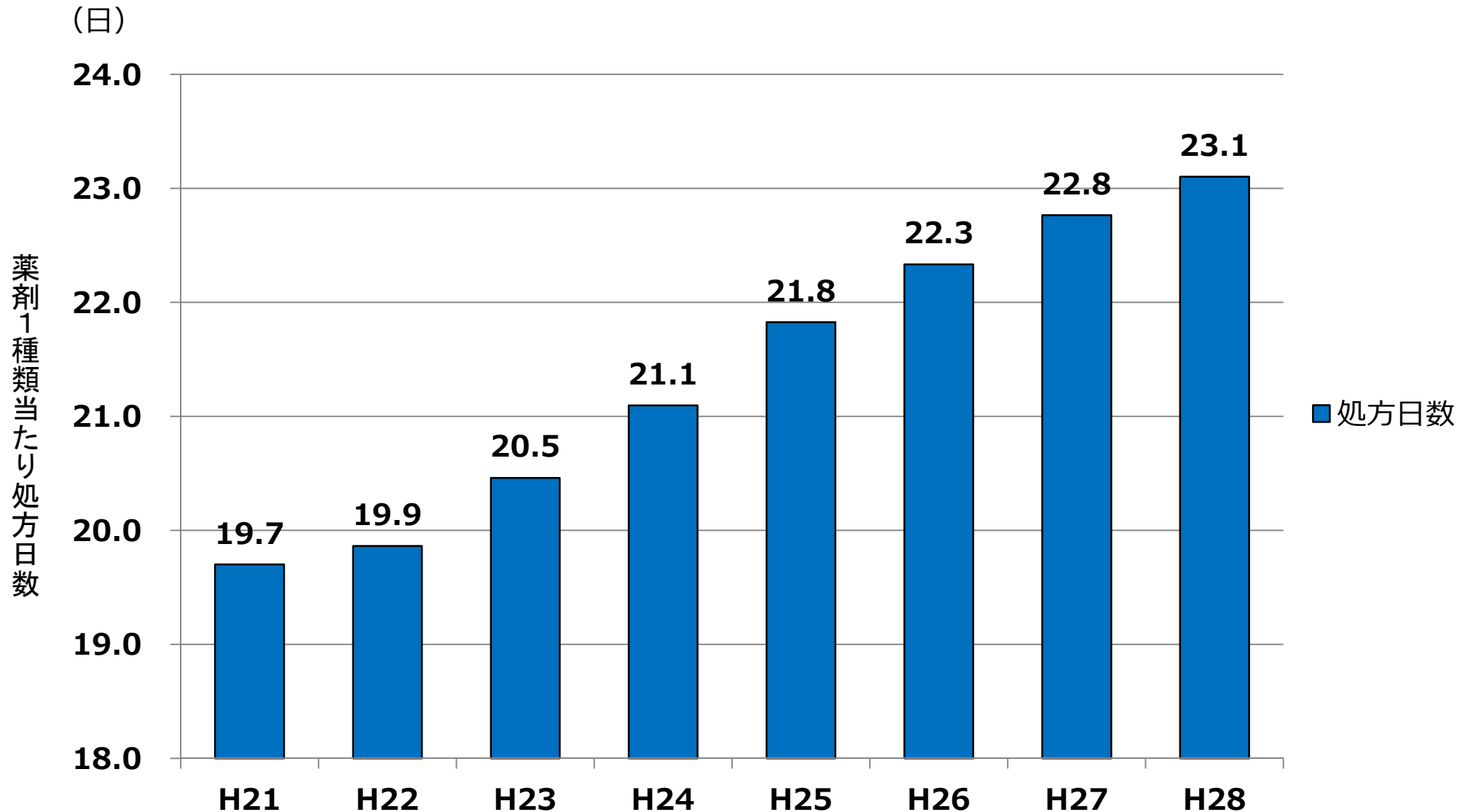
- ・一処方あたりの処方日数は増加傾向。
- ・処方せん料の7種類以上の内服薬を処方している処方せん料の算定回数の割合は減少傾向。

【関係者の連携で減薬の取組】

- ・処方薬剤を総合的に調整し、減薬した場合について、薬剤総合評価調整加算及び薬剤総合評価調整管理料が新設された。
- ・入院中に減薬し、必要な経過観察を行ったうえで、退院後の診療を担う医師等に情報提供する取組も実施されている。
- ・地域包括診療料等を算定する患者の処方薬の情報に関して、他の医療機関や薬局との連携状況をみると、定期連絡をとっている医療機関はないとの回答が約6割、連携している薬局はないとの回答が約3割であった。
- ・地域包括ケア病棟でも減薬の取り組みは行われているが、加算は算定できない。

薬剤 1 種類当たりの処方日数の推移

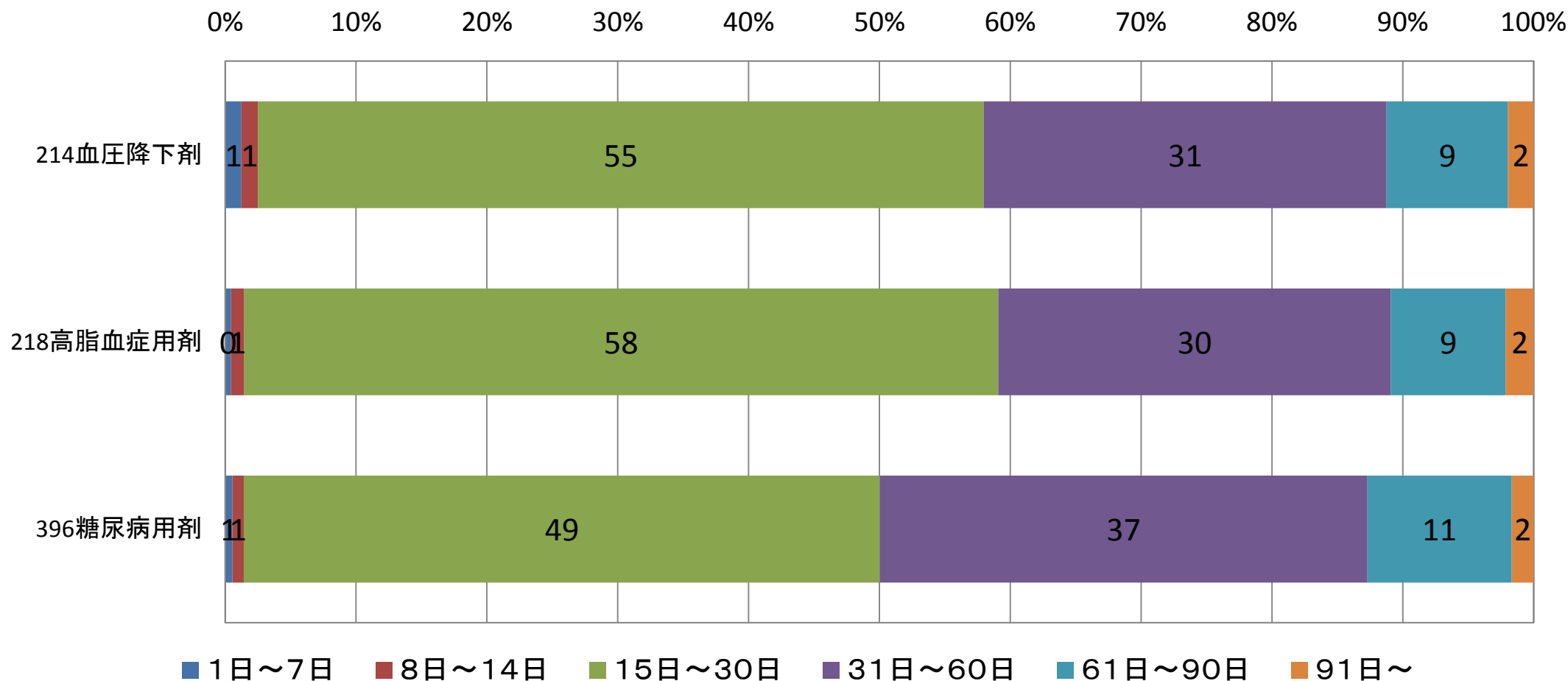
○ 薬剤 1 種類当たりの処方日数は近年緩やかに増加している。



出典：調剤医療費（電算処理分）の動向

代表的な生活習慣病治療薬の投薬日数の分布

○ 生活習慣病治療薬の投薬日数の分布を見ると、15日～30日、31日～60日が多く、これら2区分で全体のほとんどを占める。



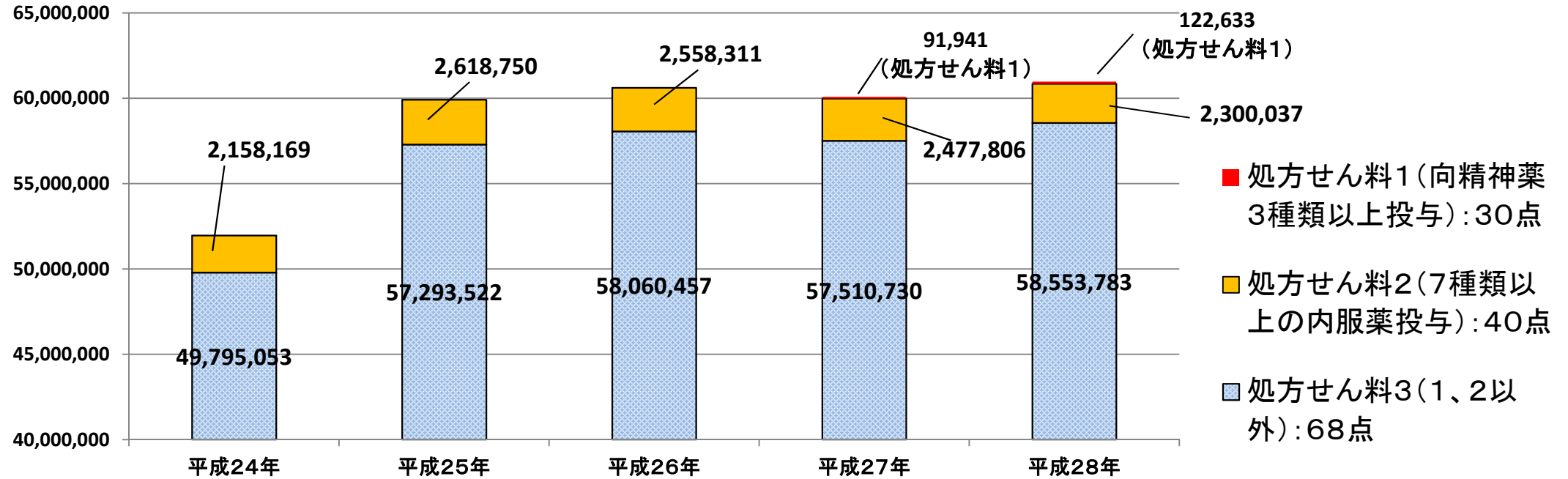
注) 集計対象の医薬品は、第2回NDBオープンデータの処方薬(内服)・外来(院外)のうち、各薬効中分類(214血圧降下剤、218高脂血症用剤、396糖尿病用剤)毎に上位3つの医薬品(医薬品コード毎)とした。

出典: 調剤医療費の動向(保険局調査課特別集計)(2017年4月審査分)

処方せん料の算定回数の年次推移

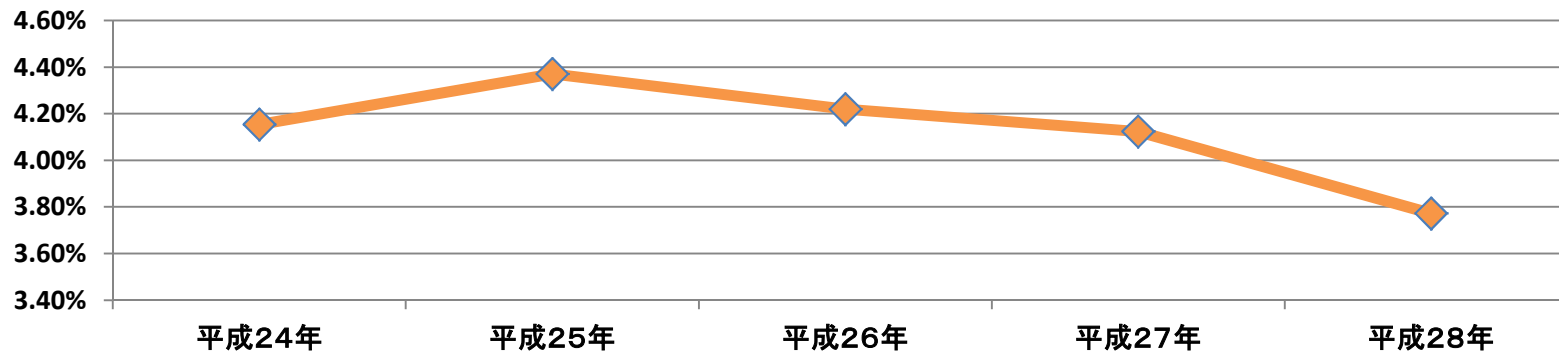
○ 処方せん料の算定回数は横ばいで推移。7種類以上の内服薬を投与している処方せん料の算定回数の割合は減少傾向。

(単位:回)



↓ 上記グラフより抜粋

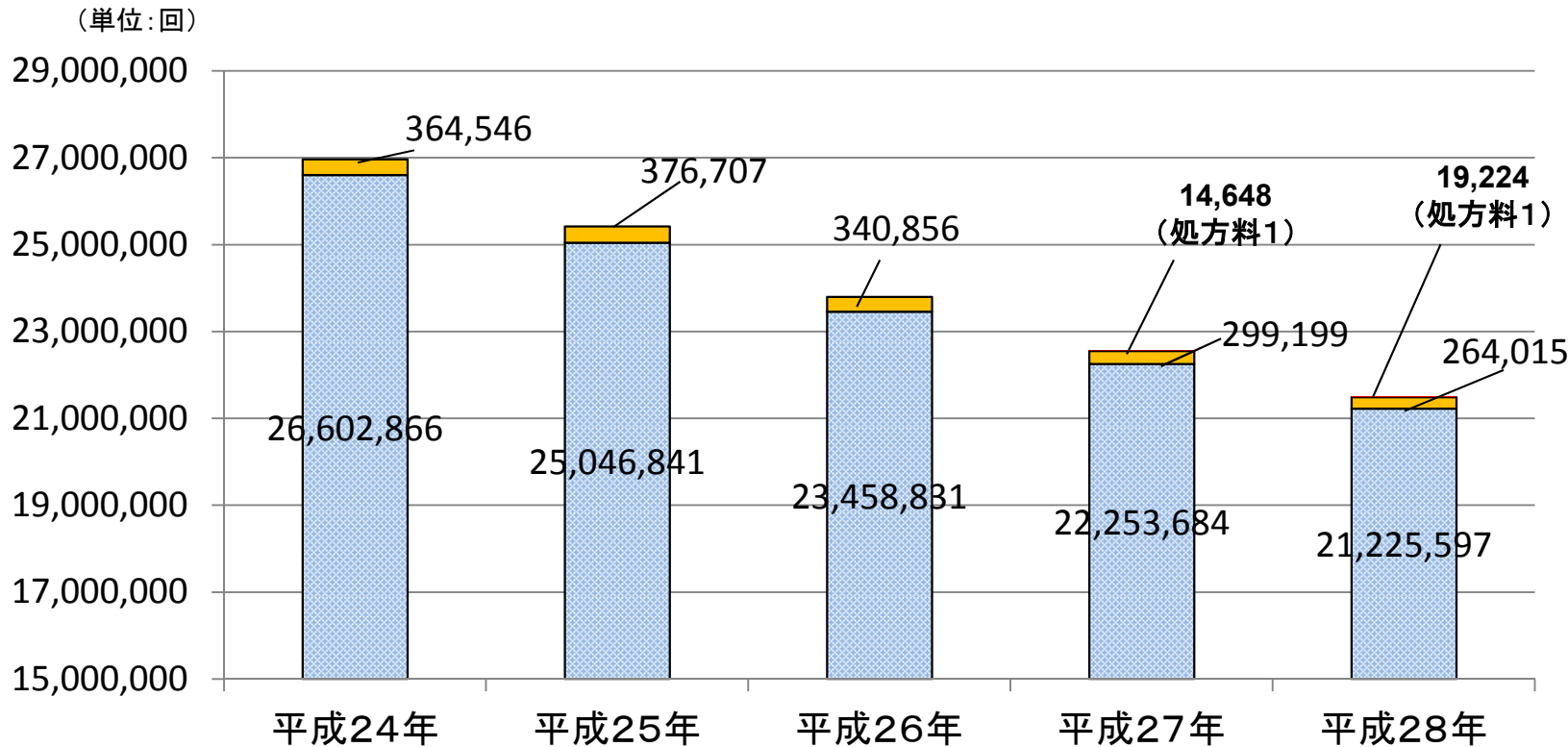
処方せん料2 (7種類以上の内服薬投与)の算定回数の全体に占める割合



出典:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

処方料の算定回数 of 年次推移

○ 処方料の算定回数は減少傾向。7種類以上の内服薬を投与している処方料の算定回数の割合は横ばい。

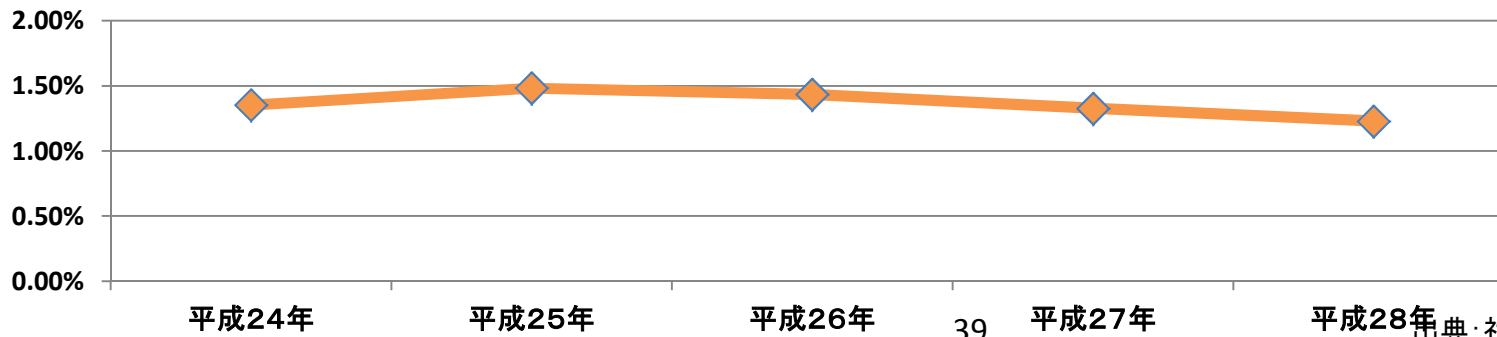


- 処方料1 (向精神薬3種類以上投与) : 20点
- 処方料2 (7種類以上の内服薬投与) : 29点
- 処方料3 (1、2以外) : 42点



上記グラフより抜粋

処方料2 (7種類以上の内服薬投与) の算定回数の全体に占める割合



F400 処方せん料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く）を行った場合 30点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く）を行った場合 40点
- 3 1及び2以外の場合 68点

注3 乳幼児加算（処方せんの交付1回につき） 3点

注4 特定疾患処方管理加算（月2回に限り、処方せんの交付1回につき） 18点

注5 特定疾患処方管理加算（薬剤の処方期間28日以上）（月1回に限り、1処方につき） 65点

注6 抗悪性腫瘍剤処方管理加算（月1回に限り、処方せんの交付1回につき） 70点

注7 一般名処方加算1（処方せんの交付1回につき） 3点

注7 一般名処方加算2（処方せんの交付1回につき） 2点

[施設基準]

・抗悪性腫瘍剤処方管理加算

(1) 許可病床数が200床以上の病院であること。

(2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

処方料の算定要件等の概要

F100 処方料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く）を行った場合 20点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く）を行った場合 29点
- 3 1及び2以外の場合 42点

- 注2 麻薬等加算(1処方につき) 1点
 注4 乳幼児加算(1処方につき) 3点
 注5 特定疾患処方管理加算(月2回に限り、1処方につき) 18点
 注6 特定疾患処方管理加算(薬剤の処方期間28日以上)(月1回に限り、1処方につき) 65点
 注7 抗悪性腫瘍剤処方管理加算(月1回に限り、1処方につき) 70点
 注11 外来後発医薬品使用体制加算1(1処方につき) 4点
 注11 外来後発医薬品使用体制加算2(1処方につき) 3点

[施設基準]

・抗悪性腫瘍剤処方管理加算

- (1) 許可病床数が200床以上の病院であること。
- (2) 化学療法の実験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

・外来後発医薬品使用体制加算

- (1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所であること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組

1. 医療機関における減薬等の評価

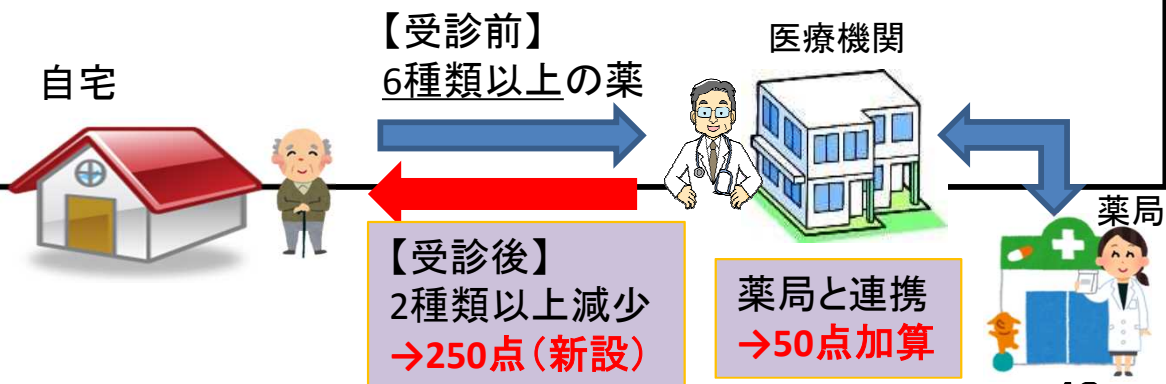
○入院患者に対する減薬の評価

- 入院時に多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して退院時に薬剤が減少した場合を評価



○外来患者に対する減薬の評価

- 多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して受診時に薬剤が減少した場合を評価



2. 薬局における減薬等の評価

○外来患者に対する処方せんの疑義照会の評価

- 薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実（20点→**30点**へ充実）

○在宅患者に対する処方せんの疑義照会の評価の充実

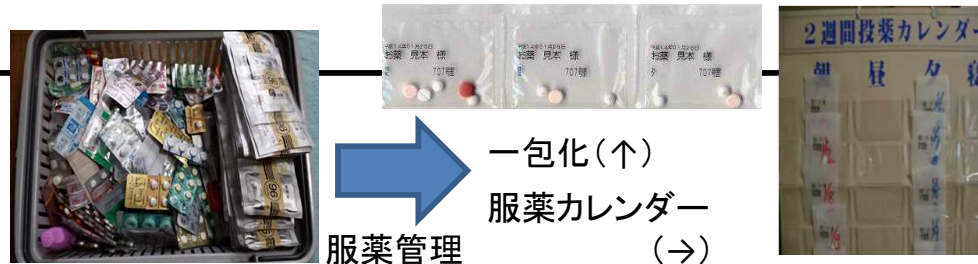
- 在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設（**30点**）【新設】

○残薬等の管理の評価

- 薬局が患者に薬剤を入れるバッグ（右図）を配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価（**185点**（月1回））【新設】



<残薬を含む持参薬(イメージ)>



平成28年度診療報酬改定(医薬品の適正使用の推進)

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

- 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

(新) 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

- ① **入院前に6種類以上の内服薬**(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の**退院時に処方される内服薬が2種類以上減少**した場合
- ② 精神病床に入院中の患者であって、**入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服**していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が**2以上減少**した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、**クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服**していたものについて、**1,000mg以上減少**した場合を含めることができる。

(新) 薬剤総合評価調整管理料 250点(月1回に限り) 連携管理加算 50点

[算定要件]

- ① 薬剤総合評価調整管理料
保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、**6種類以上の内服薬**(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される**内服薬が2種類以上減少した場合**は、所定点数を算定する。
- ② 連携管理加算
処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料(I)は算定できない。

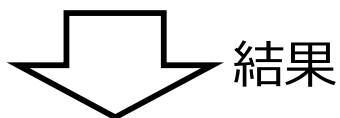
<薬剤総合評価調整加算等の算定状況>

	平成28年6月
薬剤総合評価調整加算	1,640
薬剤総合評価調整管理料	11,004
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算	956

入院患者に対する多剤投薬の適正化の例

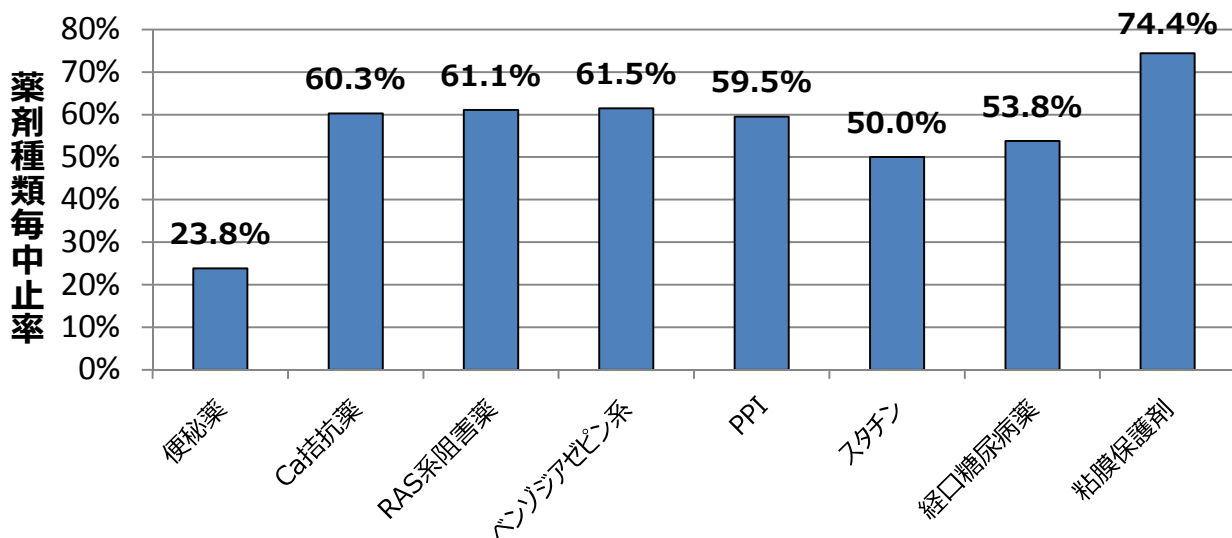
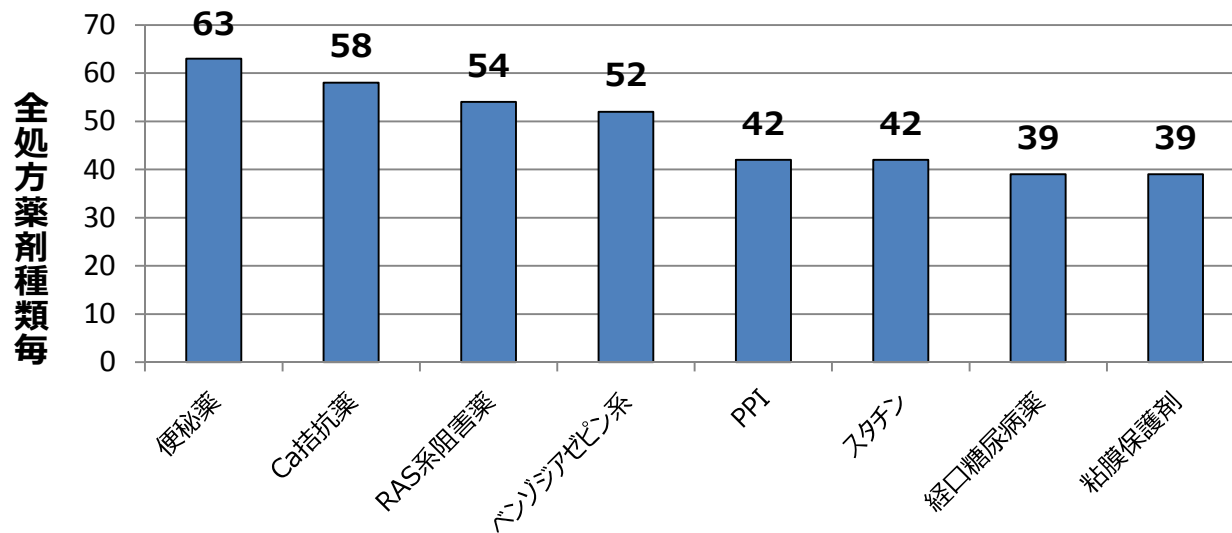
- 入院中に減薬し、必要な経過観察を行ったうえで、退院後の診療を担うかかりつけ医等に情報提供している例もある。

- ① **期間** : 2015年1月～2017年6月
- ② **対象患者** : 整形外科病棟、
地域包括ケア病棟入院患者等
- ③ **スクリーニング対象** : 284名
- ④ **同意取得数** : 139名 (48.9%)
- ⑤ **介入患者数** : 104名
- ⑥ **平均年齢** : 80.1歳
- ⑦ **性別** : 男 : 33名、女 : 71名
- ⑧ **基礎疾患数** : 平均5.6疾患
- ⑨ **処方医療機関** : 平均1.9医療機関



結果

- ・ 介入前 8.9薬剤 (min 5 - max17)
- ・ 介入後 4.3薬剤 (min 0 - max11)
- 平均約4剤の薬剤中止**
- ・ 全936薬剤、中止薬剤 549剤
- 中止率 57.8 %**



入院患者に対する多剤投薬の適正化の例②

- 入院中に減薬し、必要な経過観察を行ったうえで、退院後の診療を担うかかりつけ医等に情報提供している例もある。

具体的な流れ

入院時にスクリーニング



適応患者さんに説明文書を配布・同意取得



かかりつけ医から診療情報提供書を頂く



ポリファーマシー外来予約



家族も同席の元面談・薬剤調整



中止後follow up・退院時診療情報提供

近隣医療機関への説明文書

ポリファーマシー外来へのご協力をお願い

平素より大変お世話になっております。先生には普段より当院との密接な地域連携にご尽力を頂き誠に感謝申し上げます。貴院にかかりつけの患者さんが当院にご入院され、この度退院されましたのでご報告致します。

当院では、2015年1月より、高齢の入院患者さんを対象に、内服薬剤の確認と見直しという取組を行っております。近年、ポリファーマシー（多剤内服）が高齢者を中心に大きな問題になっており、複数の薬剤の組み合わせや基礎疾患との組み合わせによって、薬剤による健康問題や不利益が出現することも多いことが報告されています。当院入院患者さんにおきましても、そのような事態が時折見受けられ、入院を契機に内服中の薬剤やその組み合わせを見直すために、多職種介入を開始することとなりました。

この取組は、入院中に内服薬剤を全てリストアップすることで、改めて内服薬剤を見直し、患者さんにとって安全な服薬内容を目指していこうという試みです。患者さんおよびご家族の皆様のご同意のもとに、僭越ながら今回の入院中に薬剤調整を行わせて頂きました。詳細は別記診療情報提供書をご確認頂きますと幸いです。

薬剤変更・中止にあたっては、担当医師がそれぞれの疾患のエビデンスを確認し、変更・中止に伴う不利益が無いよう十分な注意を払って調整しております。また、ご本人・ご家族とも密に相談しながら調整しておりますが、万が一不具合があるようでしたら、遠慮無く連絡を頂きますと幸いです。勝手なお願いで大変恐縮ですが、ご理解とご協力の程宜しくお願い申し上げます。今後とも病診連携のほど宜しくお願い申し上げます。

独立行政法人 国立病院機構 栃木医療センター

院長 長谷川 親太郎

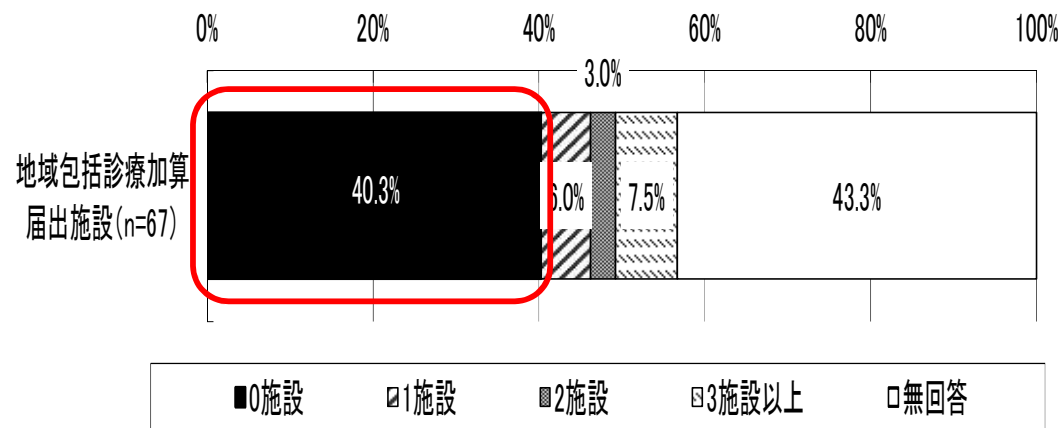
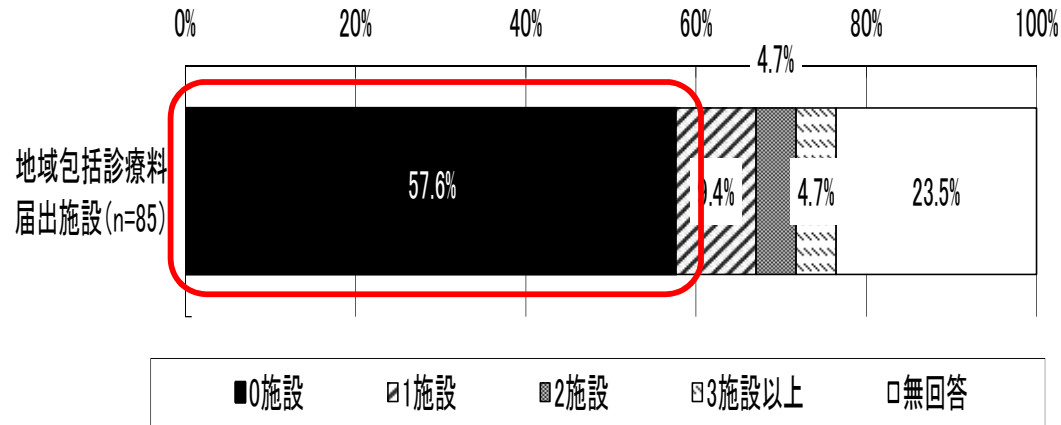
地域医療連携室長・副院長 田村 明彦

ポリファーマシーチーム代表・内科医長 矢吹 拓

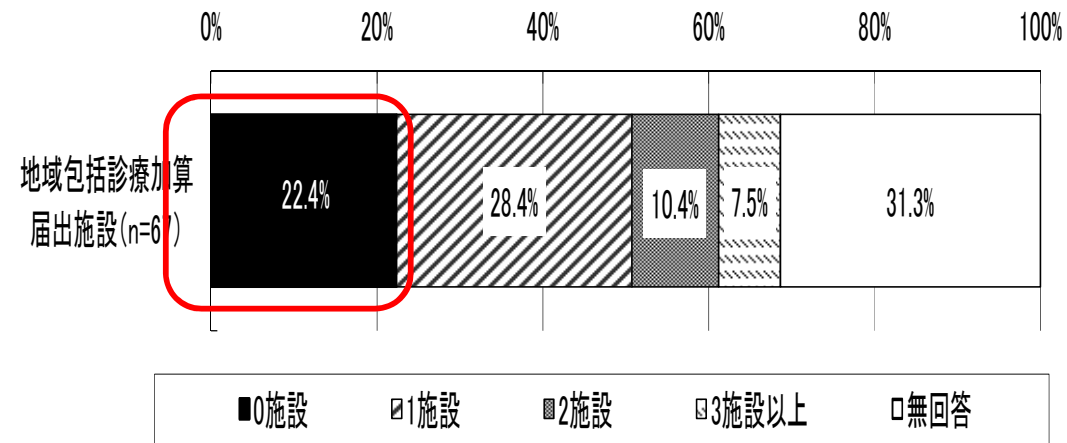
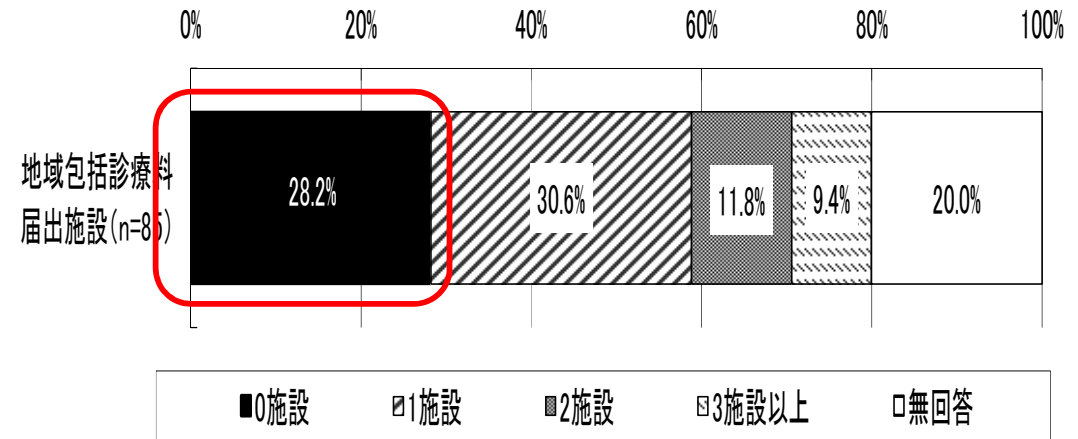
他の医療機関・薬局との連携の状況

- 地域包括診療料等の算定患者に係る処方薬の把握等のために行う他の医療機関や薬局との連携について、
 - ・57%の医療機関が「定期連絡をとっている医療機関はなし」と回答した。
 - ・28%の医療機関が「連携している薬局はなし」と回答した。

処方薬等を把握・調整するために定期的連絡をとっている医療機関数(平成28年9月の実績)



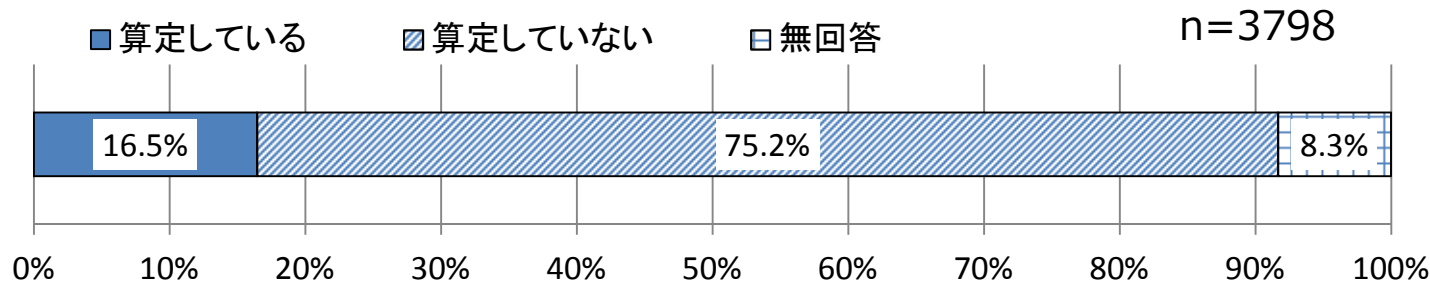
算定患者の処方薬等を管理するために連携している薬局数(平成28年9月の実績)



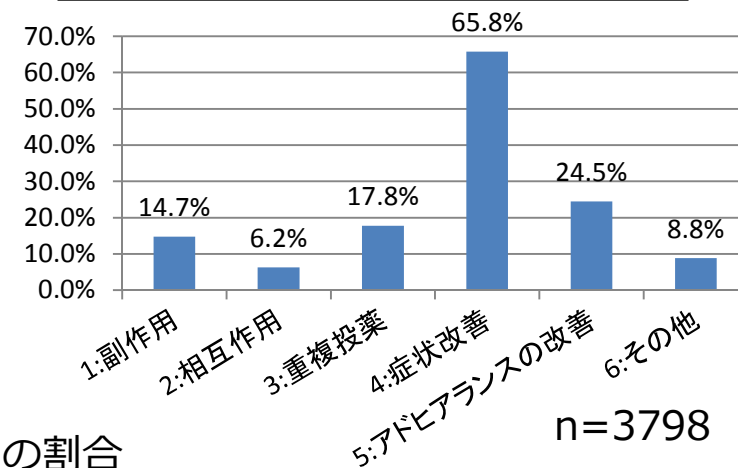
薬剤総合評価調整加算に係る業務の実施

○ 入院患者に対する医療機関での多剤投薬の適正化の取組が広がってきているが、薬剤総合評価調整加算を算定できない病棟での業務実態も存在。

➤ 薬剤総合評価調整加算を算定している医療機関



➤ 減少させた理由 (実施医療機関の割合)



➤ 算定対象外病棟で薬剤総合評価調整加算の業務実施を実施している医療機関の割合

1:障害者施設等入院基本料	12.3%
2:特定集中治療室管理料	5.7%
3:ハイケアユニット入院医療管理料	4.9%
4:脳卒中ケアユニット入院医療管理料	0.8%
5:小児特定集中治療室管理料	0.0%
6:新生児特定集中治療室管理料	0.8%
7:総合周産期特定集中治療室管理料	0.8%
8:新生児治療回復室入院医療管理料	0.0%
9:一類感染症患者入院医療管理料	0.0%
10:特殊疾患入院医療管理料	0.8%
11:小児入院医療管理料	3.3%
12:地域包括ケア病棟入院料	54.1%
13:特殊疾患病棟入院料	3.3%
14:緩和ケア病棟入院料	8.2%

薬剤の適正使用の推進の論点(案)

【論点(案)】

- 急性気道感染症等の症状を示す患者に、厚生労働省がとりまとめた適正使用マニュアルの活用や患者・家族等への文書による説明等、薬剤耐性菌対策に資する取組に対する評価を検討してはどうか。
地域包括診療料等などの継続的な医学管理を行っている患者について、抗菌薬の適切な使用に関する説明や取組を行うことを明確化してはどうか。
- 薬剤服用歴管理指導料について、抗菌薬の適切な服用に関する指導や取組を行うことを明確化してはどうか。
- 多剤投薬・重複投薬の是正推進の観点から、かかりつけの医師が入院医療機関や薬局と連携した減薬に係る状況提供、減薬後のフォローアップなどに対する評価を検討してはどうか。
- 減薬の取り組みに関する実績を踏まえ、薬剤総合評価調整加算の評価対象に、地域包括ケア病棟を追加してはどうか。

横断的事項(その5)

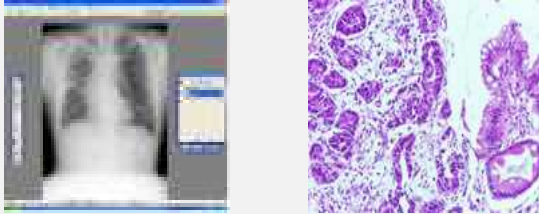
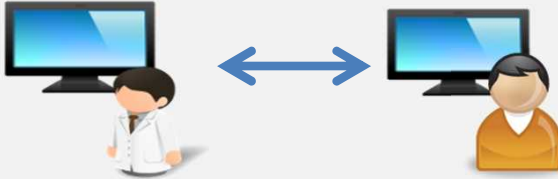

1. 地域包括診療料等
2. 薬剤の適正使用の推進
3. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
4. 情報通信技術(ICT)を活用した連携

3- (1) 情報通信機器を用いた医学管理(外来医療・訪問診療)

【課題】

- 情報通信機器を用いた医学管理を診療報酬で評価する場合の基本的な考え方を整理する必要がある。
- 電話等再診は、患家等から療養上の求めに応じ、電話等で対応する場合を評価している。現状では、事前に日時を取り決めて、患者からオンラインで診察の依頼がくる場合も、電話等再診として扱っている例があり、そのような場合、オンラインによる計画的な診察と、従来の電話等再診とで、同一の点数(再診料)を算定することになっており、診療報酬上、両者は区別されていない。
- 対面診察とオンラインでの診察を組み合わせ、外来や在宅で医学管理を行っている場合の評価について、整理が必要である。

遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）と診療報酬上の評価

	診療形態	診療報酬での評価
医師対医師 (D to D)	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合
医師対患者 (D to P)	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要の場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合
	<p>情報通信機器を用いた遠隔モニタリング</p> <p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合

- 遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）は、対面診療と適切に組み合わせられて行われ、対面診療を補完するものとして位置づけられており、その適用については、患者の状態等を踏まえた個別判断が必要と考えられるため、一定程度の受診期間等を求める必要があるのではないかと考えられる。
- 遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）における医療の質を確保する観点から、例えば事前の治療計画の作成・患者同意の取得等を求める必要があるのではないかと考えられる。
- 仮に遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）を、診療報酬で評価するとした場合は、上記のような内容を要件として求めるべきではないかと考えられる。
- なお、現行の電話等による再診（電話等再診料）は、患者又はその看護に当たっている者から治療上の意見を求められ指示をした場合にのみ算定可能となっており、仮に評価するとした場合は、電話等再診料との整理が必要となる。

前回(平成29年11月1日)中医協総会での主な指摘(抜粋)

- 遠隔診療はあくまでも直接の対面診療の補完であり、遠隔診療は対面診療にかわるものではない。間隔の空き過ぎない一定期間ごとの訪問診療の間で、病状の変化に対応し、オンライン診療で確認することで、病状の悪化が認められれば定期的な訪問診療を前倒して行うというような対応はまさに対面診療の補完と言える。
- ICTを活用する医療が、患者さんにとって安全で有用であるというエビデンスの確認が必要。
- 情報通信機器の条件、対象疾病、どのような状況に使用し得るか、といったガイドラインを設けるということが重要ではないか。
- 一定の特定された疾患で、比較的症状も安定している場合で、一定期間内に定期的なモニタリングとして行うものなどについては、対面診療の補完として、病院を受診できないことでの重症化を防ぐためにも、一定の評価を行っていくべき。
- 事前の治療計画の作成、症状悪化の場合などの円滑な対面診療を受けられるような当該医療機関との連携など、を含めたガイドラインなどを算定要件に入れるべき。
不適切な遠隔診療の受診防止のため、算定回数制限を設けることなどが必要。
- 評価を行うのであれば、対面診療との報酬上の差も考えていく必要。
- 遠隔診療を行う医師は、患者の急な病態変化にも対応できるように、かかりつけ医になるべき。患者と合意形成をとった上で慎重にやるべき。

遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）を評価する場合の基本的な考え方（案）

- 前回（平成29年11月1日）の議論を踏まえ、情報通信機器を用いた医学管理を診療報酬で評価する場合の基本的な考え方を以下のように整理してはどうか。



<基本的な考え方>

- 1) 特定された疾患・患者であること
- 2) 一定期間継続的に対面診療を行っており、受診間隔が長すぎないこと（※）
- 3) 急変時に円滑に対面診療ができる体制があること
- 4) 安全性や有効性のエビデンスが確認されていること
- 5) 事前に治療計画を作成していること（※）
- 6) 医師と患者の両者の合意があること
- 7) 上記のような内容を含む一定のルールに沿った診療が行われていること

（※）初診の患者は、当該要件を満たさないため、対象に含まれない。

オンラインを用いた診察と現行の電話等再診との整理(案)

【課題】

- 1) 電話等再診は、患家から療養上の意見を求められて電話等で指示する場合を評価し、再診料の算定を認めている。現状では、事前に日時を取り決めて、患者からオンラインで診察依頼がくる場合も、電話等再診と扱っている事例がある。
- 2) そのような場合も、再診料を算定することとなり、オンラインによる計画的な診察と従来の電話等再診とは、診療報酬上、区別されていない。

オンラインによる計画的な診察の診療報酬上の評価については、電話等再診との整理も含め、以下のような論点で検討してはどうか。



<対応案>

- 1) オンラインによる計画的な診察と、患者等の求めによる電話等再診とは、目的や趣旨が異なるため、診療報酬を区別してはどうか。
- 2) オンラインによる診察の新たな報酬については、前述の「基本的な考え方」を要件にしてはどうか。
- 3) 新たな報酬は、対面診察との違いを考慮し、対面診察より低い水準の報酬としてはどうか。

なお、オンラインでの診察時間やその頻度に様々なケースが想定されるため、新たな報酬は、月1回などの算定上限を設けてはどうか。

オンラインを用いた医学管理と現行の医学管理料との整理(案)

【課題】

1) 医学管理の評価(例)

ア) 外来の医学管理 再診料(診察毎) + 医学管理料(月1回又は月2回)

イ) 在宅の医学管理 在宅患者訪問診療料(診察毎) + 在宅時医学総合管理料(月1回)

2) 対面診察とオンライン診察の併用時の課題

ア-1) 外来診療を継続的に行っている患者で、1ヶ月間にオンライン診察のみの場合における医学管理をどのように考えるか。

ア-2) 外来診療を月2回継続的に行い医学管理料を月2回算定する患者で、オンライン診察を併用することで外来診療の回数が減る場合の医学管理をどのように考えるか。

イ) 訪問診療を月2回継続的に行っている患者で、オンライン診察を併用することで訪問診療の回数が減る場合の在宅の医学管理をどのように扱うべきか。

<対応案>

1) 外来の医学管理は、一定期間以上継続的に診療している患者で、対面診察にオンライン診察を併用する場合、対面診察による医学管理の継続に有用と考えられるものについては、オンラインによる医学管理の評価を検討してはどうか。

2) 在宅の医学管理は、月1回以上定期的に訪問診療を行っている患者で、訪問診療にオンライン診察を併用する場合、訪問診療による医学管理の継続や訪問する医師の負担軽減にも有用と考えられるものについては、オンラインによる在宅時医学管理の評価を検討してはどうか。

なお、オンラインの診察と同様に、月1回などの算定上限を設けてはどうか。

オンライン診察を組み合わせた医学管理(在宅)のユースケース(1)

【ユースケースの例1(在宅)】

- ・ 在宅での療養を長期継続している患者
- ・ 従来、月1回の訪問診療を行い、在宅時医学総合管理料を報酬を算定していたが、状態の悪化に伴い、頻回の状態確認が必要となったケース。

＜在宅時医学総合管理料算定患者における管理(訪問診療)の例＞

●: 訪問診療 ○: オンライン診察

1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w
●				●				●			

↓ オンラインを併用する場合

●				●		○		●		●	
---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--

在宅時医学総合管理料
(月1回訪問)

+

訪問診療料

在宅時医学総合管理料
(月1回訪問)

+

訪問診療料

オンラインの診察

57

在宅時医学総合管理料
(月2回訪問)

+

訪問診療料

訪問診療料

オンライン診察を組み合わせた医学管理（在宅）のユースケース（2）

【ユースケースの例2（在宅）】

- ・ 在宅での療養を長期継続している患者
- ・ 従来、月2回の訪問診療を行い、在宅時医学総合管理料を報酬を算定していたが、オンラインを併用した状態確認で安定している場合に、2回目の訪問診療を行わないケース。

＜在宅時医学総合管理料算定患者における管理（訪問診療）の例＞

●：訪問診療 ○：オンライン診察

1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w
●		●		●		●		●		●	

↓ オンラインを併用する場合

●		●		●		○		●		○	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

在宅時医学総合管理料
（月2回訪問）

+

訪問診療料

訪問診療料

在宅時医学総合管理料
（月1回訪問）

+

訪問診療料

オンラインの診察
58

在宅時医学総合管理料
（月1回訪問）

+

訪問診療料

オンラインの診察

算定する報酬の案

オンライン診察を組み合わせた医学管理(外来)のユースケース(3)

【ユースケースの例3(外来)】

- ・ 1年以上継続通院している慢性疾患患者
- ・ 従来、月1回対面受診をしていたが、薬物治療の治療効果に懸念があるため、オンライン診察を組み合わせ、受診間隔を調整するケース。

＜月1回算定可能な医学管理料を算定している患者における医学管理の例＞

●:対面診療 ○:オンライン診察

1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w	13w
●				●				●				●

↓ オンラインを併用する場合

●				●		○		●		●		●
---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

医学管理料

+

再診料

医学管理料

+

再診料

オンラインの診察

医学管理料

+

再診料

再診料

算定する報酬の案

オンライン診察を組み合わせた医学管理(外来)のユースケース(4)

【ユースケースの例4(外来)】

- ・ 1年以上継続通院している慢性疾患患者
- ・ 従来、月1回対面受診をしていたが、比較的状态が安定しているため、オンライン診察を組み合わせ、受診間隔を2ヶ月毎に延長するケース。

＜月1回算定可能な医学管理料を算定している患者における医学管理の例＞

●:対面診療 ○:オンライン診察

1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w	13w
●				●				●				●

↓ オンラインを併用する場合

●				○		○		●				○
---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	--	--	---

医学管理料

+

再診料

オンラインの医学管理

+

オンラインの診察

医学管理料

+

再診料

※オンラインの評価は月1回(イメージ)

オンライン診察を組み合わせた医学管理(外来)のユースケース(5)

【ユースケースの例5(外来)】

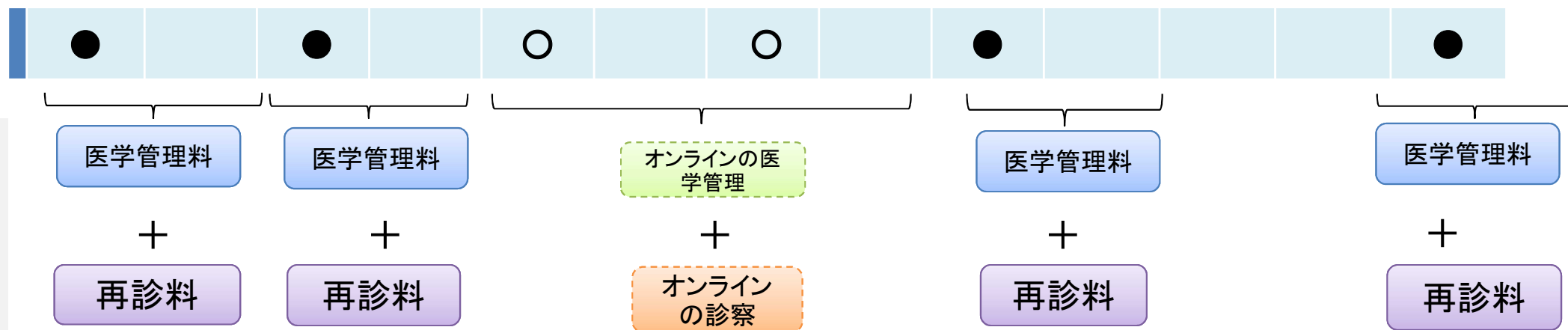
- ・ 1年以上継続通院している慢性疾患患者
- ・ 従来、月2回対面受診をしていたが、比較的状态が安定しているため、オンライン診察を組み合わせ、受診間隔を月1回に延長するケース。

<特定疾患療養管理料(月2回算定可能)を算定している患者の例>

●:対面診療 ○:オンライン診察

1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w	13w
●		●		●		●		●		●		●

↓ オンラインを併用する場合



※オンラインの評価は月1回(イメージ)

計画的な指導管理を要件としている報酬の例

名称		評価の概要
B000	特定疾患療養管理料(月2回)	生活習慣病等の疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行った場合の評価
B001-3	生活習慣病管理料(月1回)	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対し、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合の評価
A001注12 B001-2-9	地域包括診療料・加算 (地域包括診療料は月1回)	質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対し、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場合の評価
B001-2-11	小児かかりつけ診療料 (1日につき)	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児に対し、患者の同意を得た上で、慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行う場合の評価。
C002	在宅時医学総合管理料 (月1回)	在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合の評価。
B001-6	てんかん指導料(月1回)	小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、専任の医師が、てんかんの患者に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合の評価。
B001-7	難病外来指導管理料(月1回)	指定難病等を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合の評価。
B001-27	糖尿病透析予防指導管理料 (月1回)	(HbA1c)がJDS値で6.1%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の評価。

遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）のその他の課題

1. 処方せん料の取扱いについて

【いわゆる「遠隔診療」を行う際に処方せん料の算定が可能となる場合について（抄）】
（平成26年5月13日 保険局医療課 事務連絡）

遠隔診療を行う場合であっても、「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」（平成9年12月24日付健政発第1075号）に則り遠隔診療を行い、患者に処方せん原本を郵便等により送付するときは、その他の算定要件を満たした上で、処方せん料を算定することが可能である



＜対応案＞

- 1) オンラインによる計画的な診療を行う場合についても、処方せん料については、上記の事務連絡と同様の取扱いとしてはどうか。

2. オンラインにより計画的な診療を行う場合の診察の環境や使用する機器について

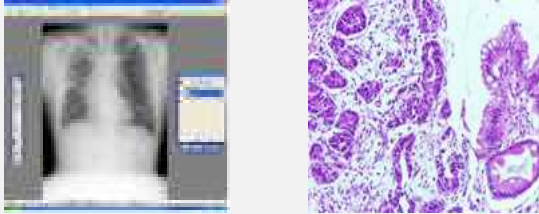
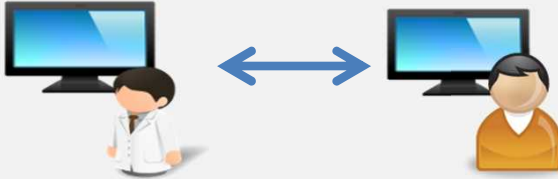

- ・ オンラインによる計画的な診療を行う場合の診察の環境や使用する機器について、医療の質を担保する観点から、一定の要件設定が必要ではないか。

3-（2）在宅酸素療法を実施する患者の遠隔モニタリング

【課題】

- 医師の診察の間の期間において、在宅療養計画に基づき、患者のバイタルサイン等のモニタリングや相談・支援等を行い、症状の重症化を未然に防ぐ取り組みが行われている。その効果を検討したところ、患者の急性増悪予防に有効であることが示唆されている。
- 平成28年度改定において、3月に1回の受診であっても、使用される機器に関する加算については評価することとした。一方で、受診しない月に在宅酸素療法実施患者へのモニタリングや相談・支援を行った場合の評価は、現行の報酬体系では存在しない。

遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）と診療報酬上の評価

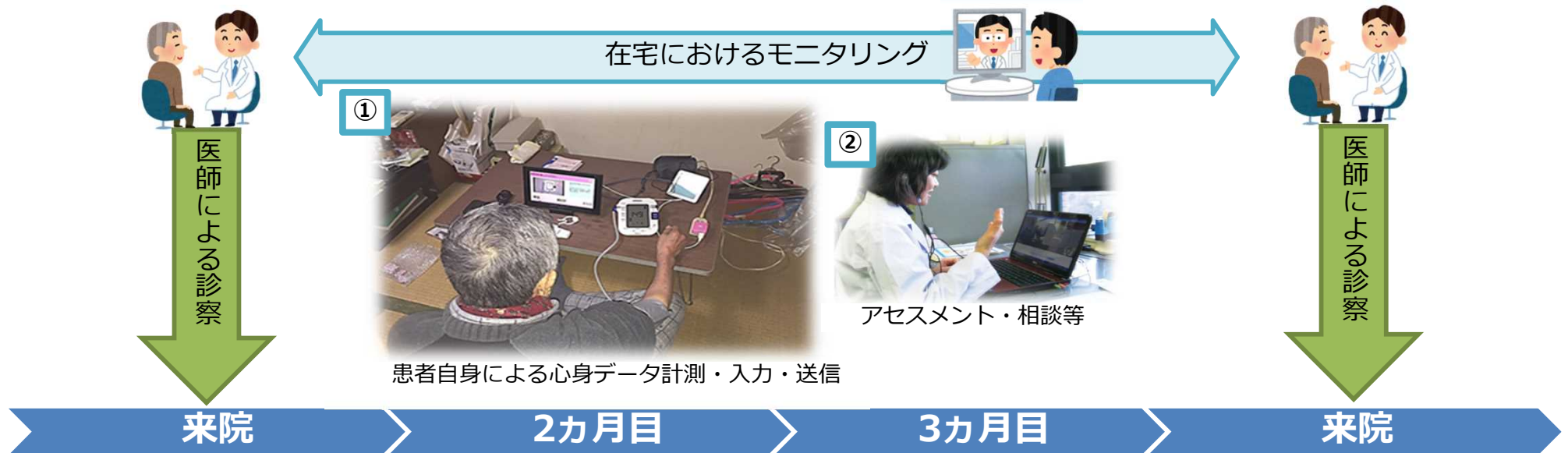
	診療形態	診療報酬での評価
医師対医師 (D to D)	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合
医師対患者 (D to P)	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要の場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合
	<p>情報通信機器を用いた遠隔モニタリング</p> <p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合

在宅酸素療法を実施する患者の遠隔モニタリング

- 医師の診察の間の期間において、在宅療養計画に基づき、患者のバイタルサイン等のモニタリングや相談・支援等を行い、症状の重症化を未然に防ぐ取り組みが行われている。
- その効果を検討したところ、患者の急性増悪予防に有効であることが示唆されている。

■ 在宅酸素療法実施患者へのモニタリングの方法

- ① 対象者が一定時刻に酸素飽和度を計測後、端末に表示される心身の質問項目に対し、サーバへ送信する。
- ② モニターセンターで、個別プロトコルと主治医の指示書に基づき、トリアージを行う。
＜トリガー該当あり＞プロトコルに従い、電話・テレビ電話を用いて心身のアセスメントを行い、日常生活等の指導・相談を行う。
＜トリガー該当なし＞メッセージ配信による終了



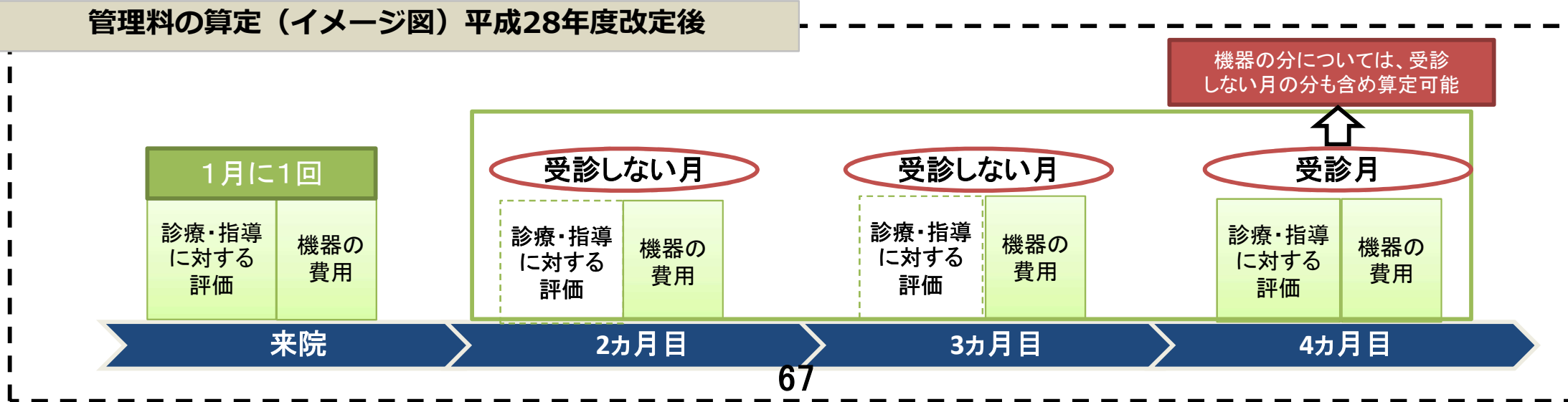
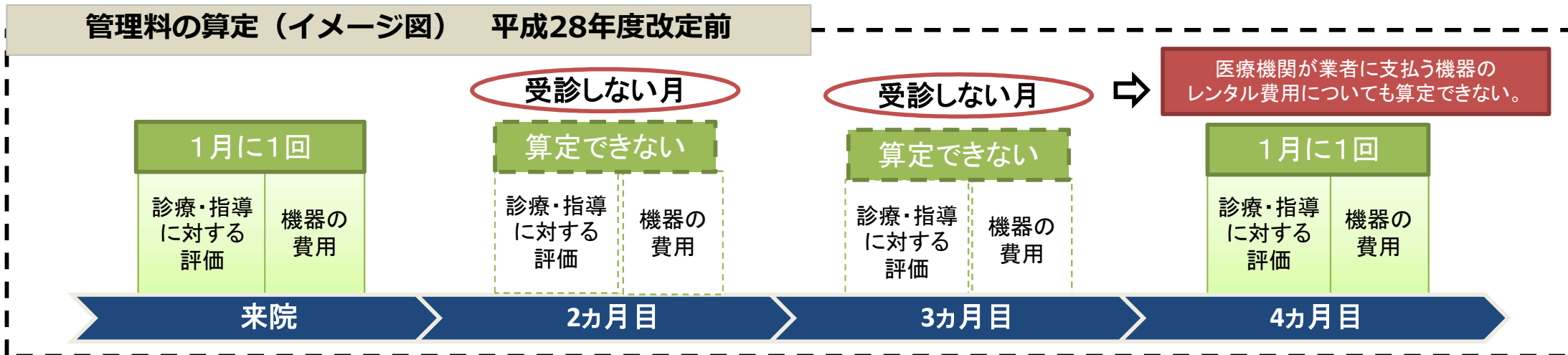
■ 在宅酸素療養実施患者へのモニタリングによる効果

* COPD：慢性閉塞性肺疾患

- COPD*患者で在宅酸素療法を実施している37名を対象に、医師による診察の間の期間において在宅患者を支援するものとして、看護師が、患者が計測した情報をモニターしプロトコルに従ってアセスメントを行い、指導・相談を行い、効果を検討したところ、患者の急性増悪予防に有効であることが示唆された。
- COPD患者に対する在宅モニタリングの効果に関する9論文のシステマティックレビューでは、在宅モニタリングによって入院、救急の受診及びCOPDの増悪等が減少することが示されている。

平成28年度改定における在宅酸素療法指導管理料の見直し

- 平成28年度改定において、3月に1回の受診であっても、使用される機器に関する加算については評価することとした。
- 一方で、受診しない月に在宅酸素療法実施患者へのモニタリングや相談・支援を行った場合の評価は、現行の報酬体系では存在しない。



遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)の論点(案)

【論点(案)】

【オンライン診察を組み合わせた医学管理】

- 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)については、前回の中医協総会の議論を踏まえた「基本的な考え方」を要件とした上で、
 - ・ オンラインを用いた診察の実態を踏まえ、オンラインの診察について、現行の電話等再診と区別した報酬を設定してはどうか。
 - ・ 電話等再診については、患家からの療養上の求めに応じて指示をした場合のみに算定できるとの取り扱いを明確化してはどうか。
 - ・ オンライン診察を対面診療に併用する場合の医学管理の取り扱いについて、現行の医学管理料との整合性に配慮しつつ、現行よりは低い水準の報酬での新たな評価を検討してはどうか。
- なお、オンラインを用いた診察・医学管理については、診察時間や頻度に様々な提供ケースが想定されることを踏まえ、算定の上限を月1回までとしてはどうか。
- 処方せん料については、オンラインによる計画的な診療を行う場合についても、処方せん原本の郵送等に係る現行の取扱いと同様としてはどうか。

【在宅酸素療法を実施する患者の遠隔モニタリング】

- 在宅酸素療法を実施している患者に対し、医師の対面での診察の間に、在宅療養計画に基づき、患者のバイタルサイン等を遠隔でモニタリングし、必要時、療養生活の相談・支援等を行うことで、症状の重症化を未然に防ぐ取り組みについて、在宅酸素療法指導管理料での評価を検討してはどうか。

横断的事項(その5)

1. 地域包括診療料等
2. 薬剤の適正使用の推進
3. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
4. 情報通信技術(ICT)を活用した連携

4－(1) 情報通信技術（ICT）を活用した関係機関連携の推進

【課題】

- 対面でのカンファレンスを求めている診療報酬は、感染防止対策加算等の関係機関同士の連携や情報共有を目的とした評価において設定されている。
- 例えば退院支援加算においては、退院支援及び地域連携業務に従事する職員とそれぞれの連携保険医療機関等の職員の年3回以上の面会を、在宅患者訪問褥瘡管理指導料では、在宅褥瘡対策チームの構成員と、必要に応じて医療関係職種が、患家に一堂に会してのカンファレンスを求めている。
- 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の緩和は、人員配置が主となっており、関係機関の連携に関するものはない。

対面でのカンファレンスを求めている診療報酬の例①

- 対面でのカンファレンスを求めている診療報酬は、関係機関同士の連携を促す評価と個別事例での情報共有等の評価したものがある。
- 関係機関同士の連携を促す評価では、カンファレンスを行う回数(1年あたり)を設定している。

◆ 関係機関同士の連携を促す評価

名称		評価の概要	カンファレンスの要件
A234-2	感染防止対策加算	院内感染防止対策を行った上で院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用等の院内感染防止対策を行った場合の評価	<p>(加算1) 加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行う。</p> <p>(加算2) 少なくとも年4回程度、加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加している。</p>
A246	退院支援加算1	入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援を実施することを評価	退院支援及び地域連携業務に従事する職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている。

対面でのカンファレンスを求めている診療報酬の例②

- 対面でのカンファレンスを求めている診療報酬は、関係機関同士の連携を促す評価と個別事例での情報共有等の評価したものがある。
- 個別事例における情報共有等に関する評価では、関係機関を指定し、一堂が集まることを求めている。

◆ 個別事例における情報共有等に関する評価

名称		評価の概要	カンファレンスの要件
B004・005	退院時共同指導料1・2	保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、患者が入院している保険医療機関に赴いて、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った場合の評価	当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行う。
C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、医療関係職種等がカンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針の作成及び診療方針の変更等の的確な情報共有を行った場合の評価	在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、 <u>患家を訪問し</u> 、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行う。
C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	多職種からなる在宅褥瘡対策チームが、重点的な褥瘡管理が必要な者に対し、褥瘡の改善等を目的として、共同して指導管理を行った場合の評価	在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて医療関係職種が <u>患家に一堂に会し</u> アセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、 <u>カンファレンスを行う</u> 。 初回訪問後3月以内に、必要に応じて見直しのための評価カンファレンスを行う。評価カンファレンスの結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内の期間に2回目の評価カンファレンスを実施する。
I016	精神科重症患者早期集中支援管理料	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者に対して、精神保健指定医等が、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療・訪問看護を行っている場合の評価	専任のチームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行う。うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催する。

対面でのカンファレンスを求めている診療報酬の実施体制の例

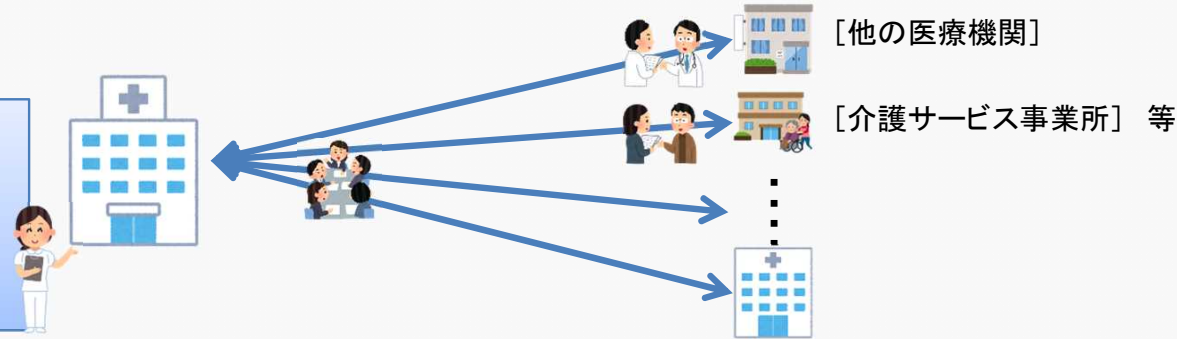
関係機関同士の連携を促す評価 : A246 退院支援加算1

退院支援及び地域連携業務に従事する職員(退院支援職員)が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

「退院支援加算」算定医療機関

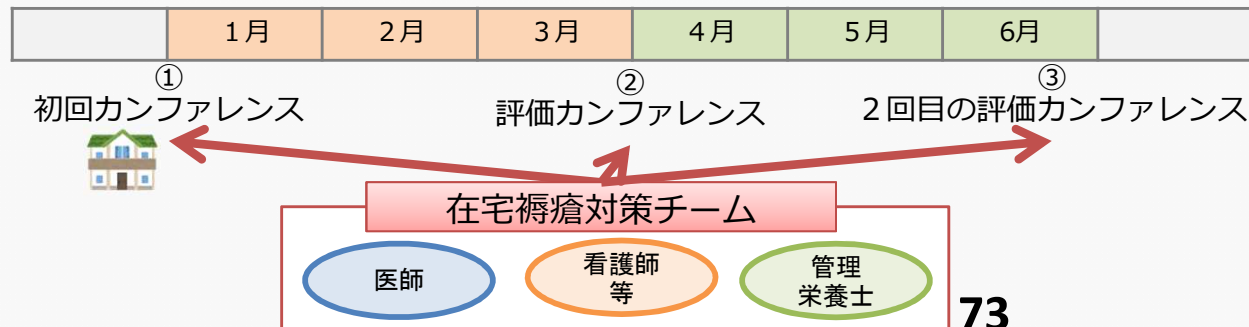
連携先医療機関等(20か所以上)

退院支援職員(看護師又は社会福祉士)は、それぞれの連携保険医療機関等の職員と年3回以上の頻度で面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。



個別事例における情報共有等に関する評価 : C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

在宅褥瘡対策チーム(医師、看護師、管理栄養士)は、①初回訪問時にチームの構成員が患者に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し診療計画を立案し、②初回訪問後3か月以内に、褥瘡の改善状況、計画の評価・見直しのためのカンファレンスを行う。



- 医療資源の少ない地域（特定地域）においては、入院基本料の算定、人員配置、夜勤の要件が緩和の対象となっている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主要要件緩和等	緩和の対象
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 退院支援加算2*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上※ ¹ 、看護職員の最小必要数の4割以上※ ² が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※ ¹ 特定地域以外では、13対1以上 ※ ² 特定地域以外では、7割以上	人員配置
A317 特定一般病棟入院料	・一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） ・看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 ・看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

* 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

4－(2) 情報通信技術 (ICT) を利用した死亡診断における医師と看護師の連携

【課題】

- ・ 規制改革実施計画(平成28年6月2日閣議決定)において、「在宅での看取りにおける死亡診断に関わる手続きの整備」があげられ、平成29年9月に「情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン」が策定された。
- ・ ガイドラインでは、ICTを利用した死亡診断の具体的要件や医師と看護師の連携に関する手順が示されている。
- ・ ガイドライン内に示されている「法医学等に関する一定の教育」として、医師による死亡診断に必要な情報を報告する看護師を対象にした法医学等に関する研修(医師による遠隔からの死亡診断をサポートする看護師の研修)が今年度中に開催予定。
- ・ 離島など過疎地域では、住み慣れた地域で最期を迎えることを希望していても、医師が不在であることなどにより病院に搬送され、希望しない蘇生を受けるといった事例がある。

情報通信機器(ICT)を用いた死亡診断等に関する検討経緯

規制改革実施計画(平成28年6月2日閣議決定)

平成28年度検討開始、平成29年度結論・措置

○ 在宅での看取りにおける規制の見直し

【在宅での看取りにおける死亡診断に関わる手続きの整備】

在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、受診後24時間を経過していても、一定の要件を満たす場合には、医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるよう、早急に具体的な運用を検討し、規制を見直す。

◆ 平成28年度厚生労働科学研究

「ICTを利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究」

(研究代表者:大澤資樹 東海大学基盤診療学系法医学教授)

規制改革実施計画で示された5つの要件を明確化するとともに、ICTを利用した死亡診断のプロセスを具体化した「情報通信機器(ICT)を用いた死亡診断等ガイドライン(案)」を作成。

◆ 「情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン」策定

(医政発0912第1号 平成29年9月12日医政局長通知)

□ 在宅看取りに関する研修事業(平成29年度予算)

ガイドライン内に示されている「法医学等に関する一定の教育」として、在宅での看取りにおける医師による死亡診断に必要な情報を報告する看護師を対象にした法医学等に関する研修を行う。

ICTを利用した死亡診断等に関する法的整理

- 医師法第20条等における「診察」とは、問診、視診、触診、聴診その他の手段の如何を問わず、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものをいう。情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）については、直接の対面診療による場合と同等ではないにしてもこれに代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合には、遠隔診療を行うことは直ちに医師法第20条等に抵触するものではない（平成9年12月24日付け健政発第1075号厚生省健康政策局長通知）。
- このことは、死亡診断書を交付する場合にも適用される。すなわち、医師が死亡に立ち会えず、生前に診療にあたっていた医師が死後診察を行う場合であっても、直接対面による死後診察に代替し得る程度の情報が得られる場合には、ICTを用いて遠隔から死亡診断を行うことは法令上可能。

1. これまでの経緯と基本的考え方

- ✓ 医師が死亡に立ち会えなくとも、生前に診療にあっていた医師が死後診察すれば死亡診断が可能。また、直接対面による死後診察に代替し得る程度の情報が得られる場合は、ICTを用いて遠隔から死亡診断することも法令上可能。
- ✓ しかし「どのような条件下であれば、直接対面による死後診察に代替し得る程度の情報が得られるか」が明らかでなく、実質的に死後診察を遠隔で行うことができていない状況にある。
- ✓ このため、死亡前に住み慣れた場所を離れ医療施設に入院したり、死亡後に遺体を長時間保存・長距離搬送したりすることが生じているとの指摘があり「5つの要件」(a-e要件)を満たす場合には、医師が遠隔から死亡診断を行えるよう検討・措置することが閣議決定された(平成28年6月「規制改革推進計画」)。
- ✓ これを受け、平成28年度厚生労働科学研究「ICTを利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究」において実証実験等を通じて「5つの要件」を具体化し、医師が遠隔から死亡診断を行う際の手順等を明らかにした。

2. 具体的要件と手順の概要

a要件) 医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されていること

- ✓ 「生前の直接対面での診療」は、死亡前14日以内に行われていることを要する。
- ✓ 「早晚死亡することが予測される」とは、①～④全ての要件を満たすことをいう。
 - ① 死亡の原因となりうる疾患に罹患していること
 - ② その疾患ないしその疾患に続発する合併症により死亡が予測されていること
 - ③ 突然死(発症後24時間以内の病死)ではないこと
 - ④ 生前の最終診察時に、医師が早晚死亡する可能性が高いと判断し、その事実を看護師、患者及び家族に説明していること

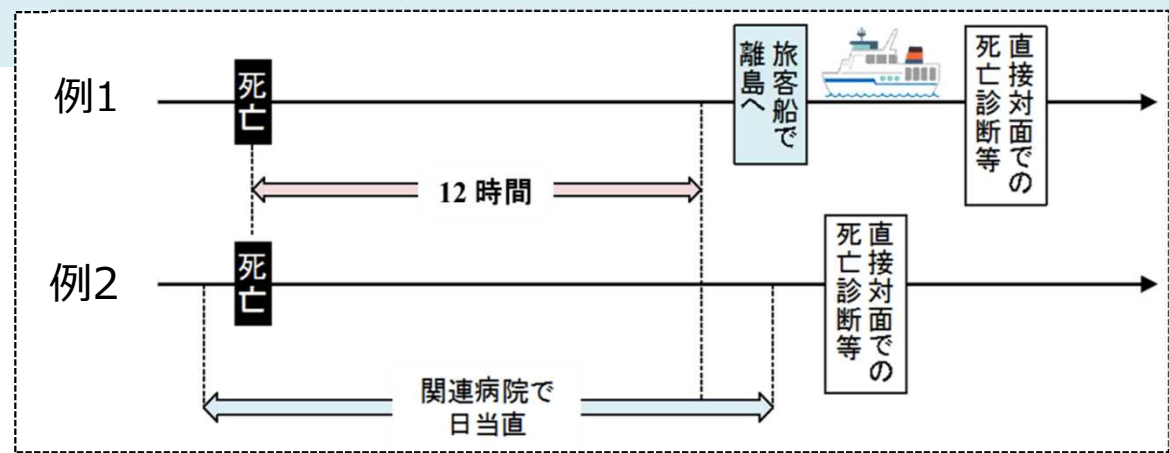
b要件) 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること

- ✓ ①②の両方の要件を満たすこと指す。
 - ① 所定の様式を用いて終末期の際に積極的な治療・延命措置を行わないこと等について、医師-看護師-患者もしくは家族間で共通の認識が得られていること。
 - ② 常時看護師から医師に電話連絡できる体制が整っていること。

c要件) 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること

- ✓ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況をさす。

- 例1 旅客船が週2便しか接岸しない離島の場合▶
- 例2 主治医が日当直中の場合▶



d要件) 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること

- ✓ 「法医学等に関する一定の教育」は、①～③のプログラムより構成されるものとする。

- ① 法医学等に関する講義
- ② 法医学に関する実地研修
- ③ 看護に関する講義・演習

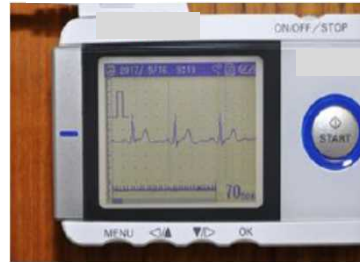
e要件) 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等のICTを活用した通信手段を組み合わせて患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

- ✓ 「死亡の事実の確認」は、看護師が①～③の事項をリアルタイムで医師に報告し、医師が遠隔から死亡を確認をする（5分以上の間隔で2回実施）。

- ① 心停止：聴診により心音消失を確認し報告。さらに、心電図を送信。
- ② 呼吸停止：呼吸音及び呼吸筋等運動の消失を報告。
- ③ 対光反射の消失：瞳孔所見を報告。

- ✓ 所定の様式を用い、頸部や眼瞼結膜等の所見や画像を医師に送信することにより、医師が遠隔から異状がないこと等を判断する。

<研究班における実証実験の例>



携帯型心電図



テレビ電話装置

「医師による遠隔からの死亡診断をサポートする看護師の研修」について

ICTを利用した死亡診断等ガイドライン※内に表示されている「法医学等に関する一定の教育」として、在宅での看取りにおける医師による死亡診断に必要な情報を報告する看護師を対象にした法医学等に関する研修を行う。

※「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等の取り扱いについて（医政発0921第1号厚生労働省医政局通知、平成29年9月12日）」

講義・演習

- 内容
 - ◆法医学に関する一般的事項
死因究明・死因統計制度、死因論、内因性急死、外因死
 - ◆ICTを利用した死亡診断等の概要、関係法令
 - ◆ICTを利用した死亡診断等の制度を活用する患者・家族への接し方
(意思決定支援含む。)
 - ◆実際に使用する機器を用いたシミュレーション
 - ◆死亡診断の支援と死亡診断書の交付
- 日数：2日間



実地研修

- 内容
 - ◆2体以上の死体検案又は解剖への立ち会い
- 日数：1～2日間程度

※必要に応じて研修は単位制とし、分割して履修が可能。

【対象者】

- 看護師としての実務経験5年以上を有し、その間に患者の死亡に立ち会った経験3例以上があり、かつ、看護師としての実務経験のうち、訪問看護または介護保険施設等において3年以上の実務経験を有し、その間に患者5名に対しターミナルケアを行った（※）看護師とする。

※ここでいう「ターミナルケアを行った」とは、訪問看護においては、患者の死亡日及び死亡前14日以内に、2回以上の訪問看護を実施し、ターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合をいう。また、介護保険施設等においては、当該施設の看取りに関する指針等に基づき、看護師が対象となる入居者に対するターミナルケアに関する計画の立案に関与し、当該計画に基づいてターミナルケアを行った場合をいう。

- 上記に加え、実務においてICTを活用して連携している医師に、研修受講について説明し、同意を得ていることを研修受講の要件とする。

在宅における死亡診断と訪問看護によるターミナルケアの評価

- 医師が患家において死亡診断を行った場合は、往診料又は在宅患者訪問診療料の加算として、死亡診断加算を算定。
- また、訪問看護においては、主治医との連携の下に在宅でのターミナル期の看護の提供を行った場合の評価として訪問看護ターミナルケア療養費が設定されている。

死亡診断加算 200点 (往診料／在宅患者訪問診療料の加算)



- 患家において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。
- 在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定。

訪問看護ターミナルケア療養費

- 主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するもの。
- 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。
- 1つの訪問看護ステーションにおいて、死亡日及び死亡日前14日以内に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度において訪問看護ターミナルケア療養費等を算定。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できない。
- 1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定。



離島における看取りの事例

○C島の概要 人口約700人。市営の渡船が1日7往復する。

○C島の医療提供体制の状況

医療機関・訪問看護事業所	定期的診療・訪問看護	緊急時対応
市営 島内診療所	<外来> 月～金 8:30～17:00、土 8:30～12:00 <往診> 1回/週 <休診日> 土曜日の午後と日曜日、祝日、年末年始 <医療職> 医師1名(2～3年毎交代)、看護師2名	診療時間のみ 土日夜間医師不在 (医師は本土に居住)
D訪問看護ステーション(本土) (C島への訪問看護は当該事業所のみ)	1回/週	電話対応、渡船運行時間中は訪問

○事例

患者	70歳代男性 病名：肺癌、肺気腫、呼吸不全（在宅酸素療法実施） 家族：妻と2人暮らし、子どもは島外在住
経過	<ul style="list-style-type: none"> ・ 肺癌に対し症状緩和を中心とした治療方針。本人の希望で在宅療養。 ・ 年末年始の医師不在時の急変対応として、予め蘇生しない意向を事前に確認し、本土のE病院にバックベッドの登録をしていた。 <p>【医師不在時の事前取り決め】</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 診療所に電話をすると自動で消防本部に電話が切り替わり、救急車が市内（本土側）の港に待機。 ➢ C島の消防職員がストレッチャーで島の港へ運び、海上タクシーで本土へ搬送。 ➢ 港で待機していた救急車でバックベッド登録しているE病院へ搬送。蘇生はしない。
看取りの実際	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年始のある日の明け方、患者の呼吸停止を家族が確認。年始であり医師の対応は不可。 ・ 家族は気が動転し、バックベッドの登録をしていたE病院ではない病院名を消防本部に伝え、F病院に救急搬送された。 ・ 搬送先のF病院において、既に心肺停止状態であったが蘇生を受け、数時間後、死亡が確認された。



意見	<p>家族</p> <p>(搬送に時間がかかり) 大事なときに夫のそばにすることができなかった。 既に亡くなっていたと思うが、病院に運ぶしかなく、希望していない蘇生を受けた。そのまま静かに自宅で見送りたかった。</p>
----	--

情報通信技術（ICT）を活用した連携の論点（案）

【論点（案）】

○ 情報通信技術（ICT）を活用した関係機関連携の推進

- ・ 対面でのカンファレンスを求めている評価について、各項目で求める内容や地理的条件等を考慮し、対面を情報通信技術（ICT）で補うことにより効率的な会議開催となるよう、ICTを組み合わせる場合の会議の開催回数や対象者等に関する要件を弾力化してはどうか。

○ 情報通信技術（ICT）を利用した死亡診断における医師と看護師の連携

- ・ 「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき行われる、ICTを利用した医師の死亡診断について、死亡日に往診・訪問診療を行わないものの、定期的に訪問診療等を行っている在宅の主治医に限り、死亡診断加算を算定できることとしてはどうか。
- ・ ICTを利用した医師の死亡診断において、法医学等に関する一定の研修を受けた看護師が、医師の判断に必要な情報を速やかに報告する等、医師と連携した場合において、訪問看護ターミナルケア療養費の加算として評価することとしてはどうか。
- ・ なお、評価の対象とする地域は、医療資源の少ない地域に限定してはどうか。