

中医協 総 - 2

29. 11. 1

外来医療(その3)

平成29年11月1日

外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防
2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
3. 後発医薬品の使用促進
4. 多剤・重複投薬等の適正化

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抜粋)

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。
8. **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(抜粋)

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。

【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、循環器系疾患では投薬、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。

【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。

第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

3. 主要分野ごとの改革の取組

(1) 社会保障

- ⑦ 薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等(抜粋)

薬剤の適正使用については、病状が安定している患者等に対し、残薬の解消などに資する、医師の指示に基づくリフィル¹⁰¹処方¹⁰¹の推進を検討する。また、重複投薬や多剤投与の適正化について、医師、薬剤師それぞれの役割を踏まえ、保険者等と連携した取組を推進するとともに、高齢者の生活習慣病治療薬等の重複投薬や多剤投与を含む処方の在り方について検討し、国内外の調査を踏まえ、ガイドラインの作成を含め、適正な処方に係る方策の検討を進める。

¹⁰¹ 症状が安定しているなど長期投薬を受ける患者に対し、医師が繰り返し使用できる回数を定めた上で、一定期間反復使用できる処方箋を交付し、当該処方箋により、患者が薬局で繰り返し薬を受け取れる仕組み。

第106回社会保障審議会医療保険部会（平成29年9月6日） 各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係） 抜粋

（効率化・適正化を通じて制度の安定性・持続可能性を高める視点）

○残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬等を減らすための取組等、医薬品の適正使用の推進

- ・ 今後は特に多剤の投薬をいかに減らしていくかが、大きな課題になる。処方箋を介した医師と薬剤師の連携による重複投薬の防止や、多剤投薬の適正化を評価する仕組みが昨年度からスタートしているが、その実態と実績を精査する必要がある。かかりつけ薬局の役割は大変重要だが、生活者自らが自身の投薬の意味を理解する必要がある。
- ・ 多重頻回などは、海外では番号制度とリンクさせて警報を出すシステムがあると聞いている。チェック・抑制できる方法や、適正化できる方法を、システムの開発、新しいICTの活用により考えて欲しい。

（地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点）

○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価

- ・ 地域包括ケアシステムを考えると、かかりつけ薬剤師・薬局の推進を図ることが重要である。服薬の一元的・継続的な管理を行って個別最適化した調剤を実施して、そして患者の医療安全の確保、医療保険財政の貢献ということに取り組んでいきたい。薬局で一元的・継続的に薬歴を管理する。そして、かかりつけ医等と連携をしながら、例えばポリファーマシーの調整も積極的にしていきたい。
- ・ （略）

外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防

(1) 医学管理

(2) 重症化予防

(3) 薬物療法

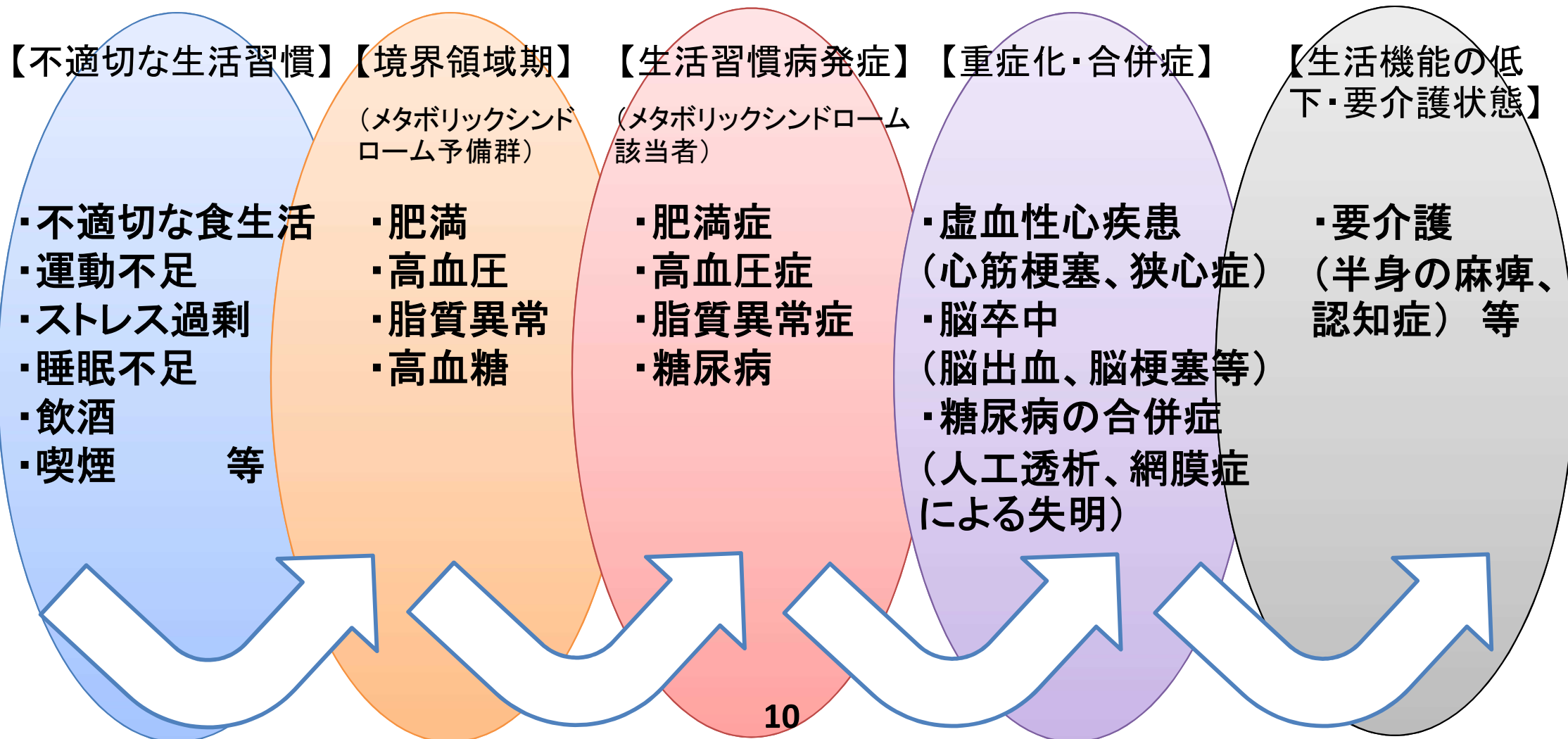
(4) 診療支援の取り組み

2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)

3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化

- 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。

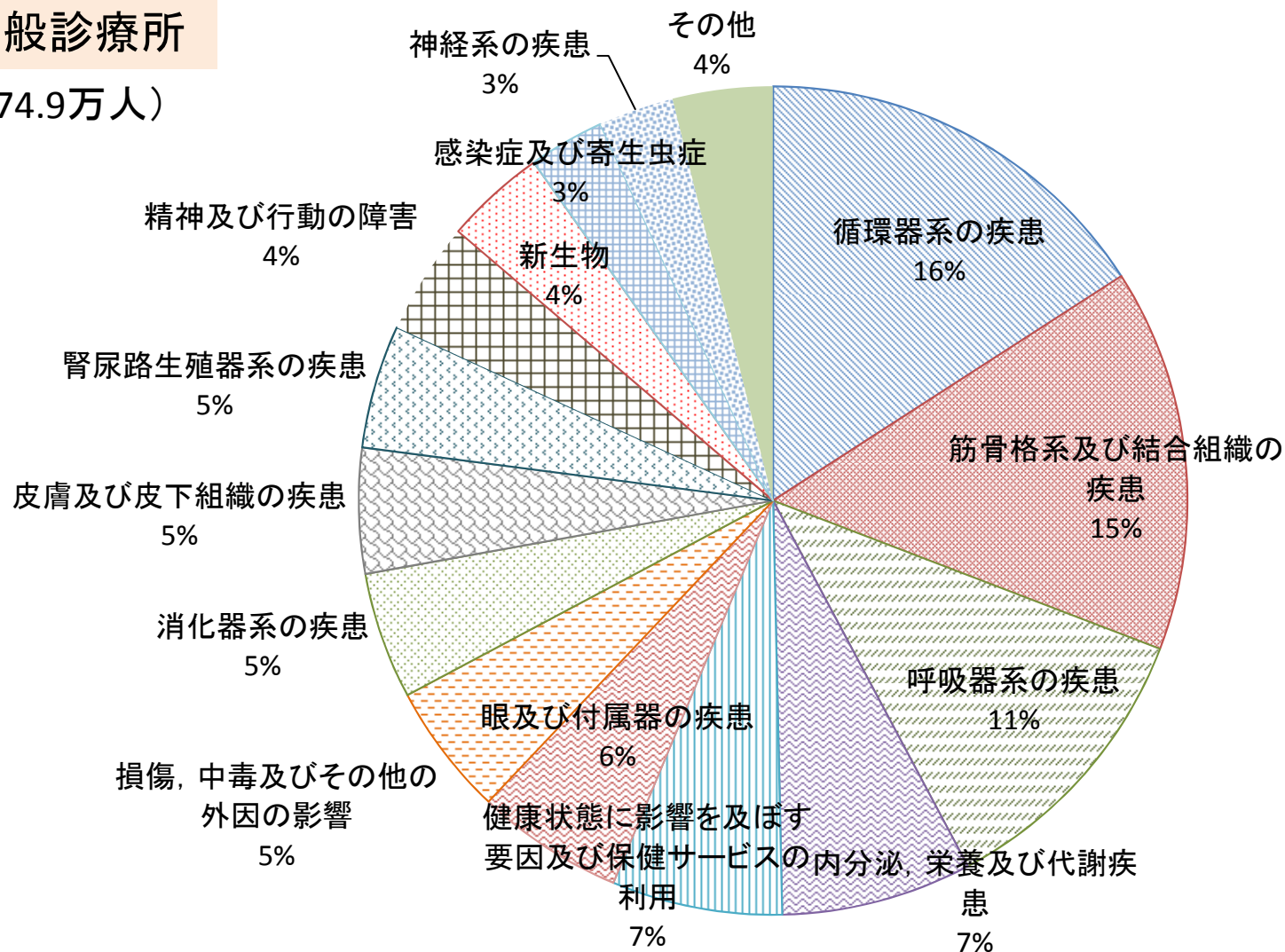


傷病分類別にみた推計外来患者数①

○ 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

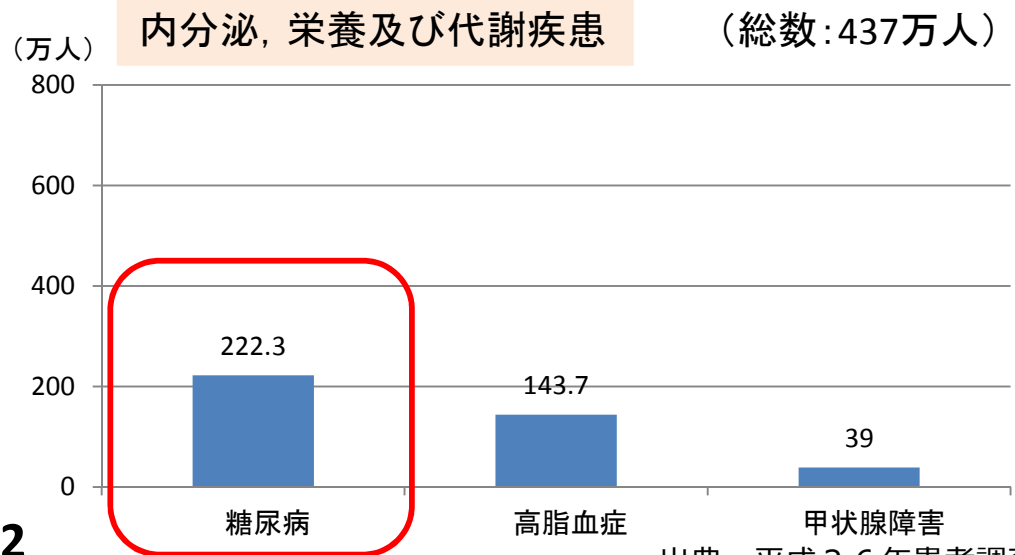
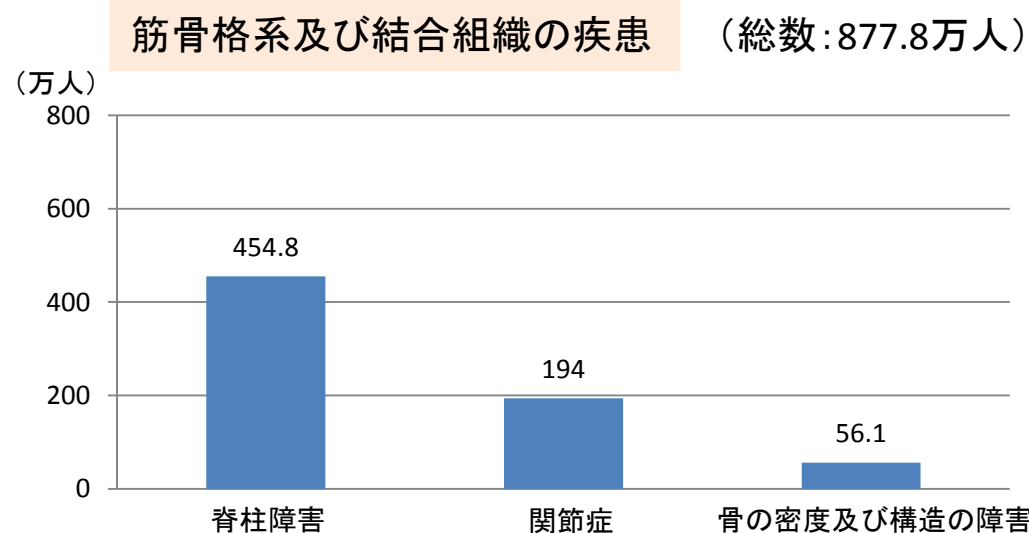
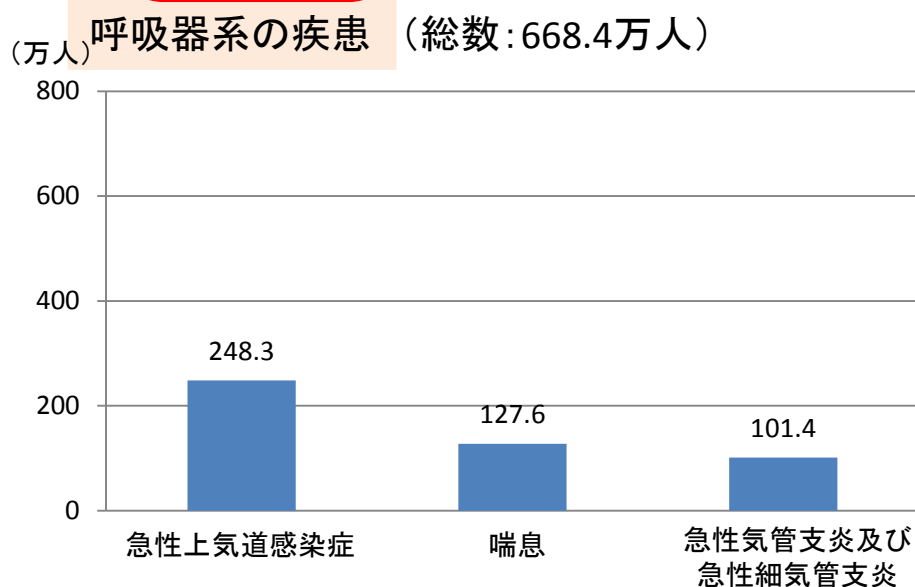
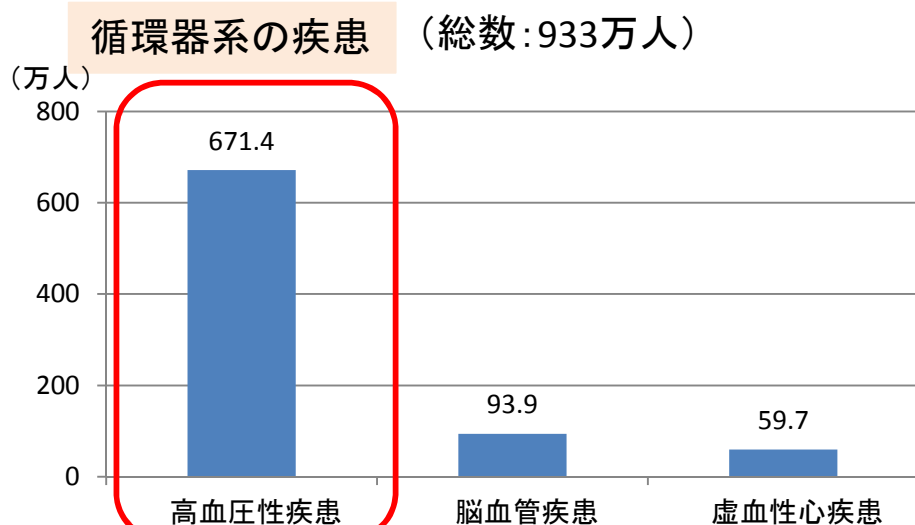
(総数:5874.9万人)



傷病分類別にみた推計外来患者数②

中医協 総 - 4
29.3.29

○ 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。



外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防

(1) 医学管理

(2) 重症化予防

(3) 薬物療法

(4) 診療支援の取り組み

2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)

3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化

- 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

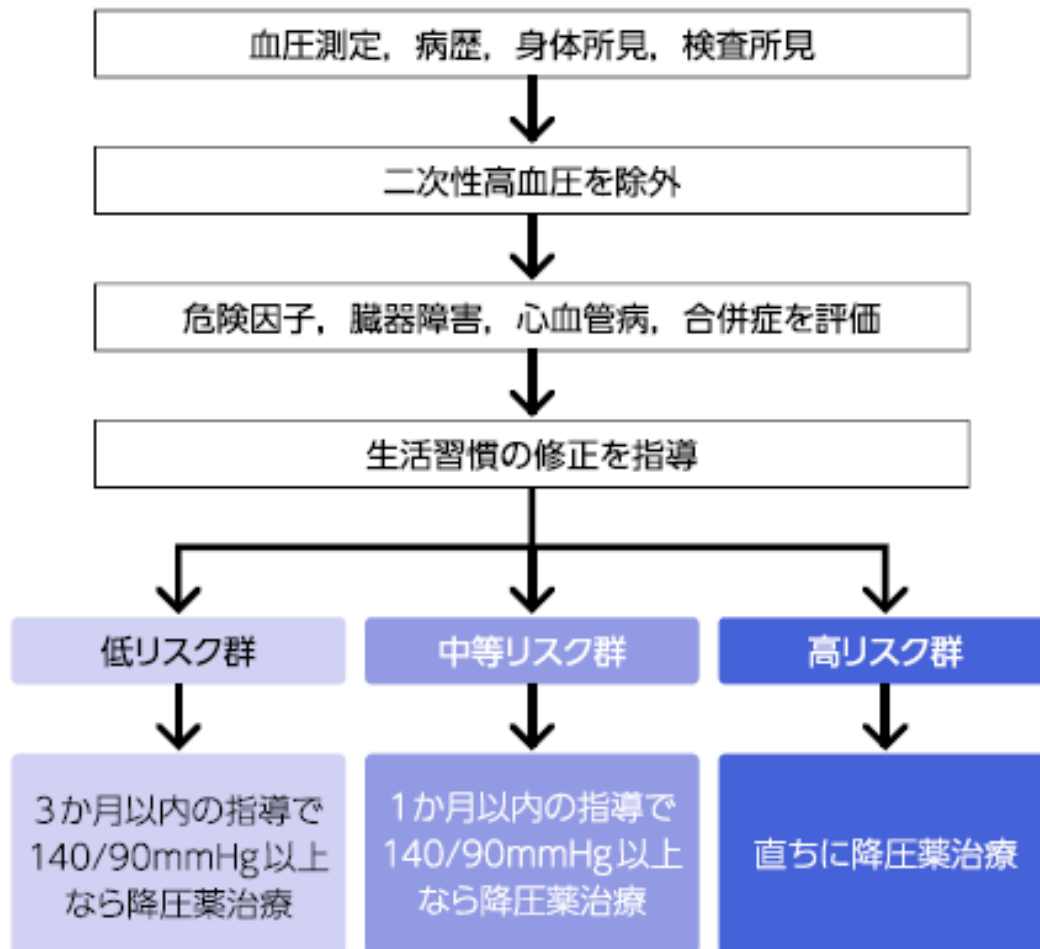
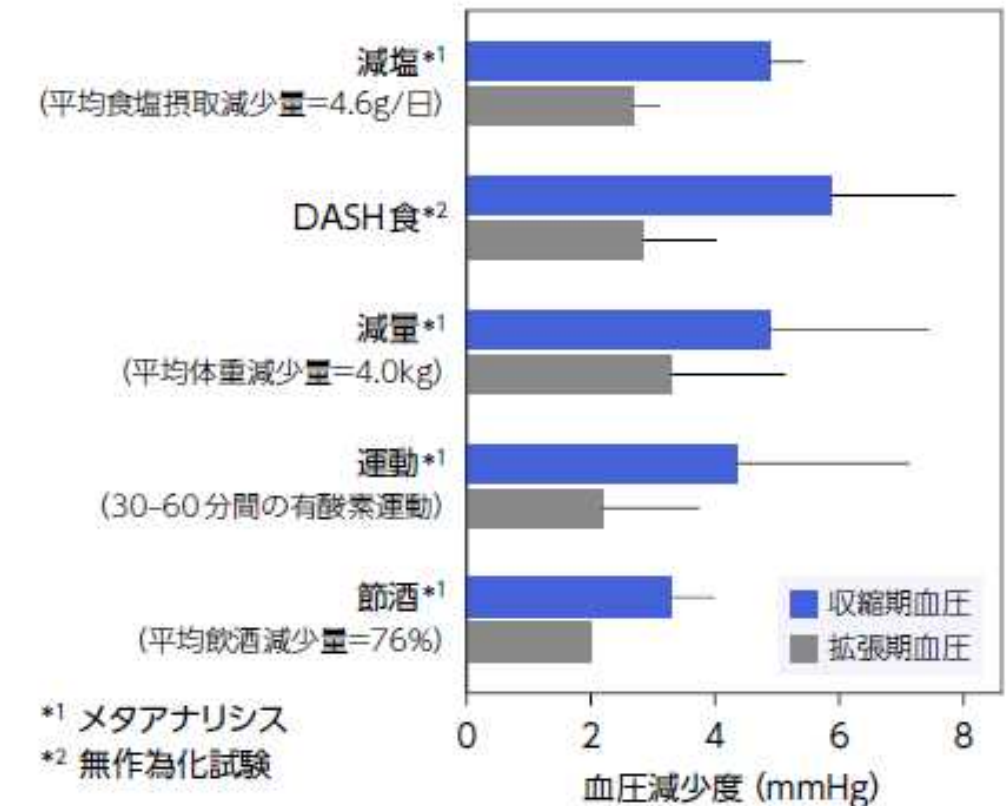
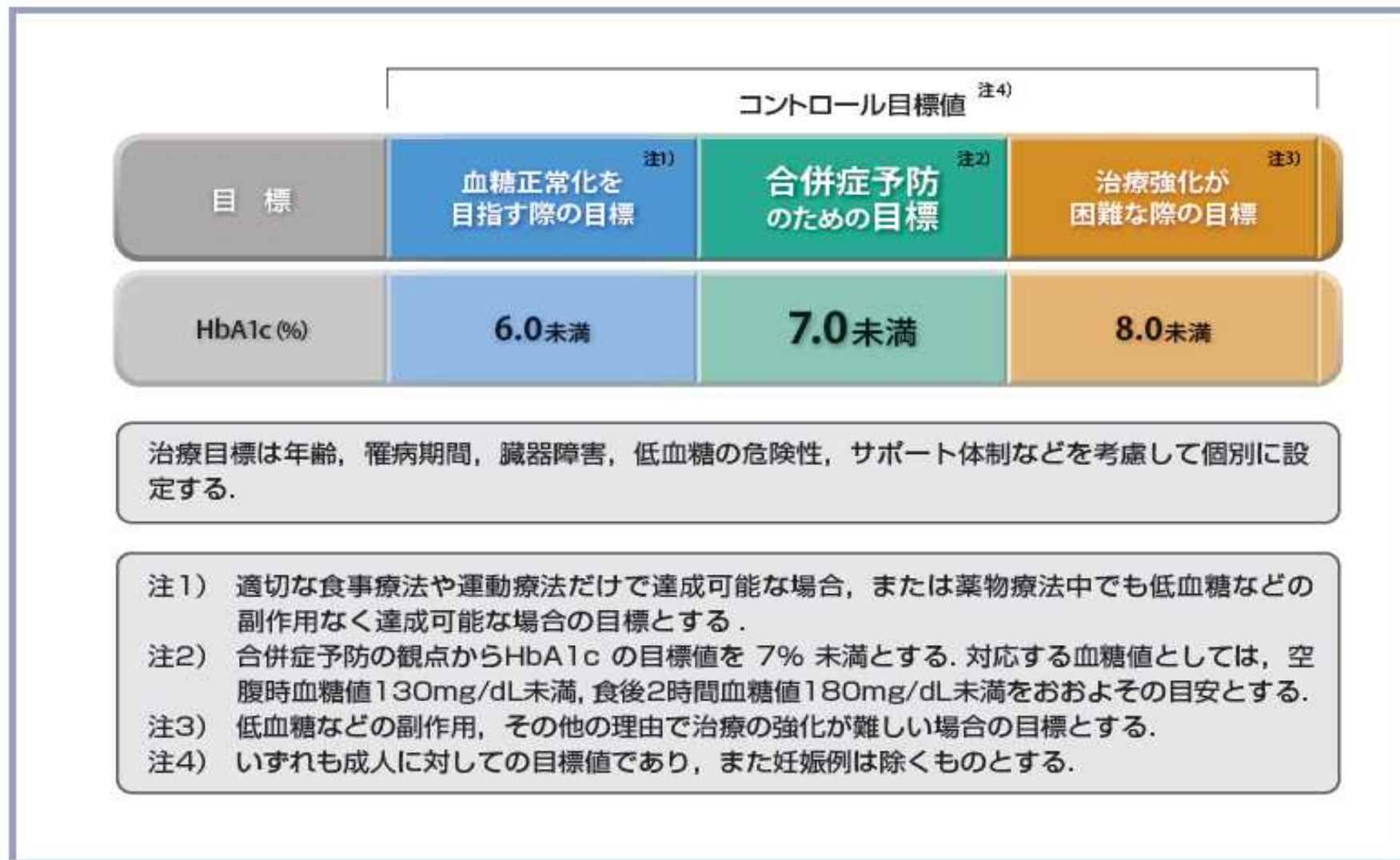


図4-1 生活習慣修正による降圧の程度



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

- 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。



高血圧の有病率・治療率・管理率の年次推移

- 本邦における高血圧患者の1980年から2010年の30年間の推移をみると、有病率は年齢が高いほど高い。女性は各年齢低下傾向にあるが、男性の50歳代以上では上昇傾向にある。
- 治療率、管理率はともに概ね上昇傾向にあるが、管理率は男性で約30%、女性で約40%に留まっている。

有病率

収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上または降圧薬服用患者

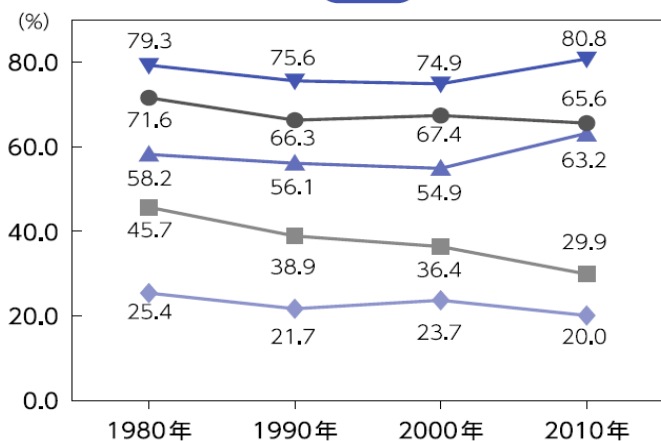
治療率

高血圧者の中で降圧薬を服用している者の割合

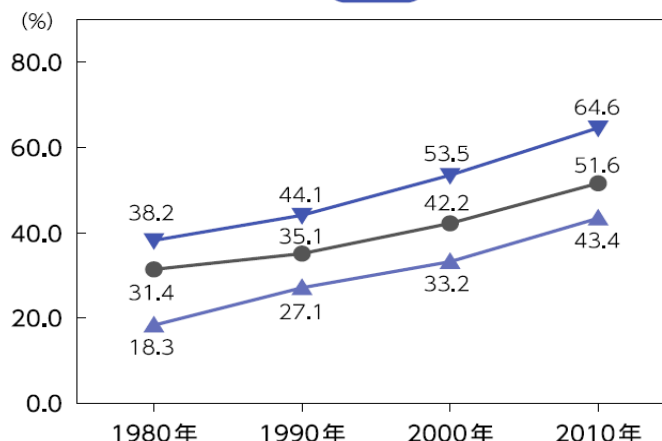
管理率

降圧薬を服用している者の中で収縮期血圧140mmHg未満かつ拡張期血圧90mmHg未満の割合

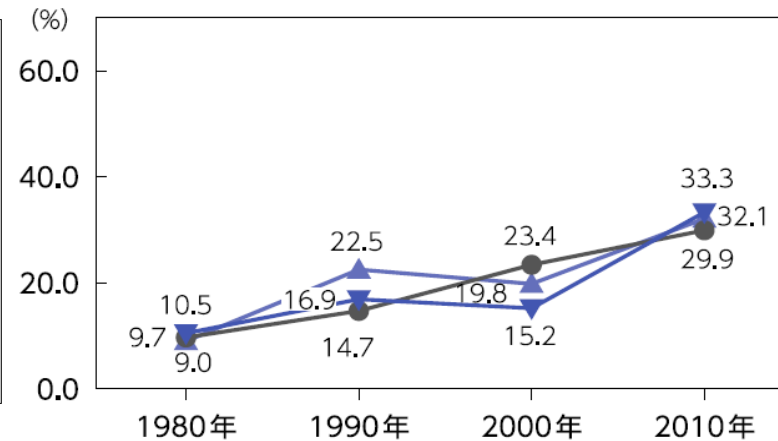
男性



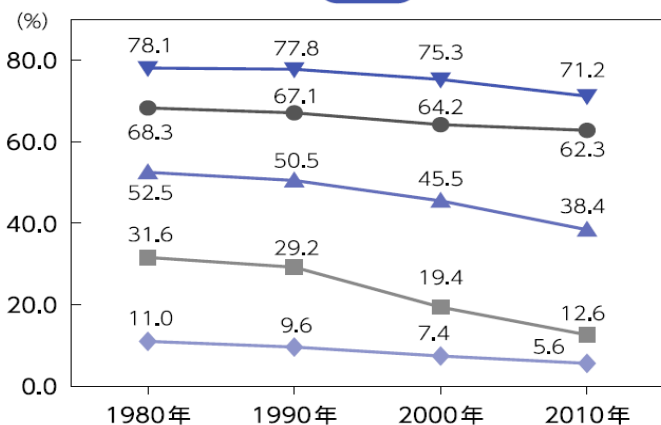
男性



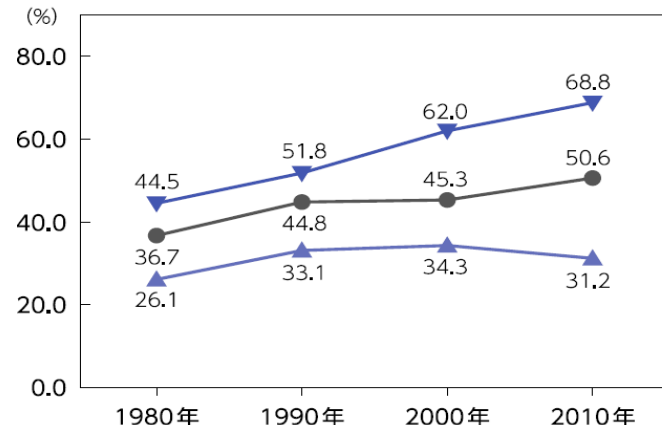
男性



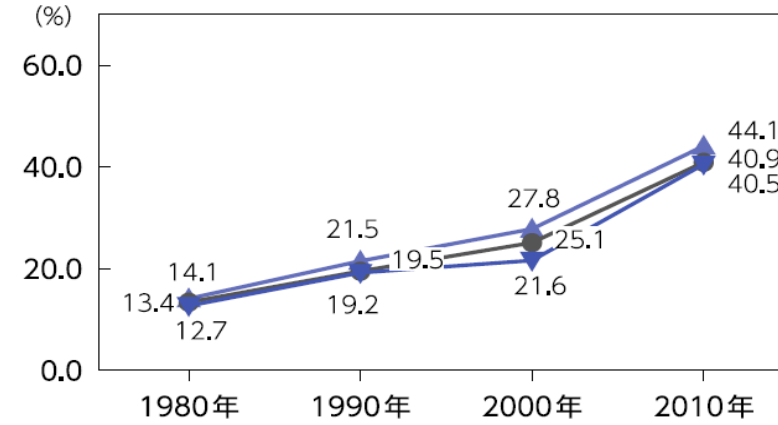
女性



女性



女性



高血圧の医学的管理

- 本邦における報告をみると、降圧薬の平均内服数は1.7剤で、3剤以上内服している割合は約16%であった。また、3剤以上の降圧薬を内服している患者の13%が、自宅または病院における血圧コントロールが不十分であった。
- 治療抵抗性及びコントロール不良高血圧となる要因には、アドヒアランス不良や生活習慣の問題が含まれている。

Table 1. Patient Characteristics

Age (years)	66.2±10.5
Men (%)	44.8
Body mass index (kg/m ²)	23.8±3.3
Current smoker (%)	14.2
Current drinker (%)	34.8
Diabetes (%)	13.7
Hypercholesterolemia (%)	40.2
High uric acid (%)	11.5
History of cerebrovascular disease (%)	9.1
History of ischemic heart disease (%)	8.2
Antihypertensive medication	
Duration of treatment, month	29.6±42.8
Number of drugs, mean (n)	1.7±0.9
1 (%)	48.7
2 (%)	35.4
3 (%)	12.3
4 or more (%)	3.6
Class of drugs (including combination therapy) (%)	
Ca channel blocker	69.6
Angiotensin II receptor blocker	43.6
Angiotensin converting enzyme inhibitor	16.7
α-Blocker	13.4
β-Blocker	11.7
Diuretics	9.3
α-β Blocker	3.8

降圧薬
平均1.7剤
 1剤 48.7%
 2剤 35.4%
 3剤 12.3%
 4剤 3.6%

Values are shown as mean±SD for continuous variables.

治療抵抗性及びコントロール不良高血圧の割合

3剤以上の降圧薬を服薬している患者のうち13%が、自宅または病院における血圧コントロールが不十分

the J-HOME study (Journal of Hypertension: September 2006)

治療抵抗性及びコントロール不良高血圧の要因

- 血圧測定上の問題(小さすぎるカフの使用等)
- 白衣高血圧
- **アドヒアランス不良**
- **生活習慣の問題**
 - 食塩過剰摂取
 - 肥満
 - 過度の飲酒
- 睡眠時無呼吸症候群
- 体液量過多
 - 利尿薬の不適切な使用
 - 腎障害の進行
- 降圧薬の組合せ・用量不適切、薬効持続が不十分
- 血圧を上昇させる薬物や食品
- 二次性高血圧

外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防

(1) 医学管理

(2) 重症化予防

(3) 薬物療法

(4) 診療支援の取り組み

2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)

3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化

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）

中医協 総 - 4
29. 3. 29

（後期高齢者医療広域連合）

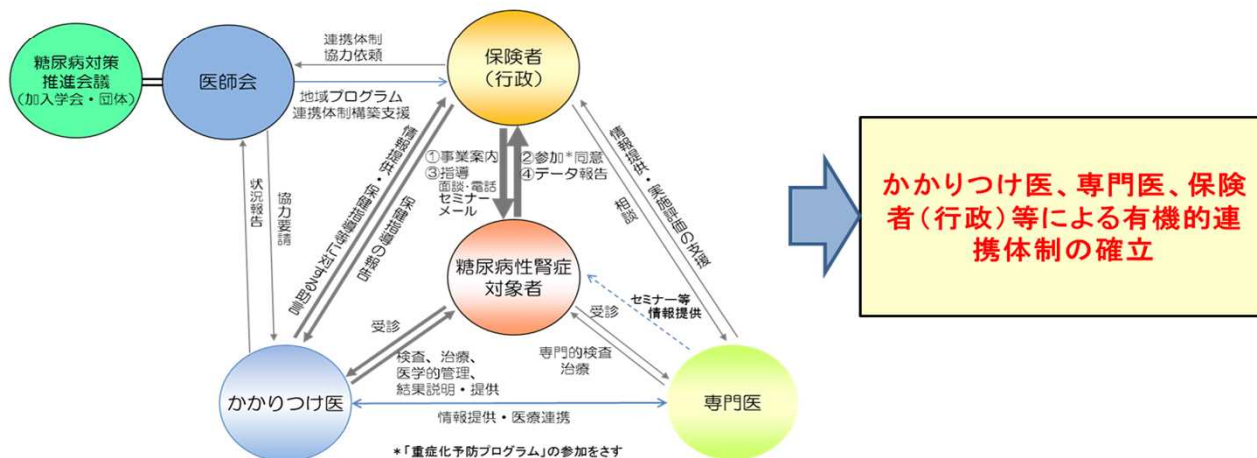
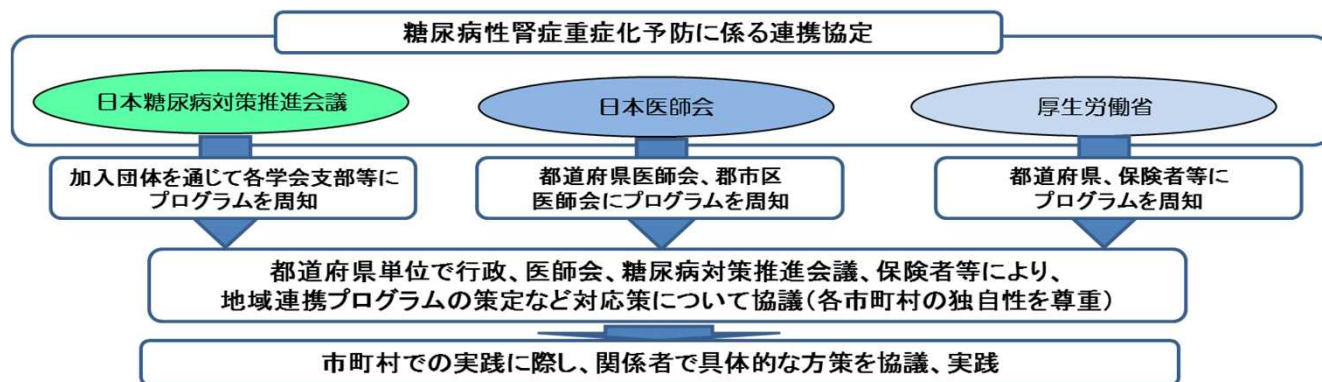
- 広域連合は市町村と都道府県の両者の役割を担うが、**特に実施面では、市町村との連携が必要不可欠**

（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

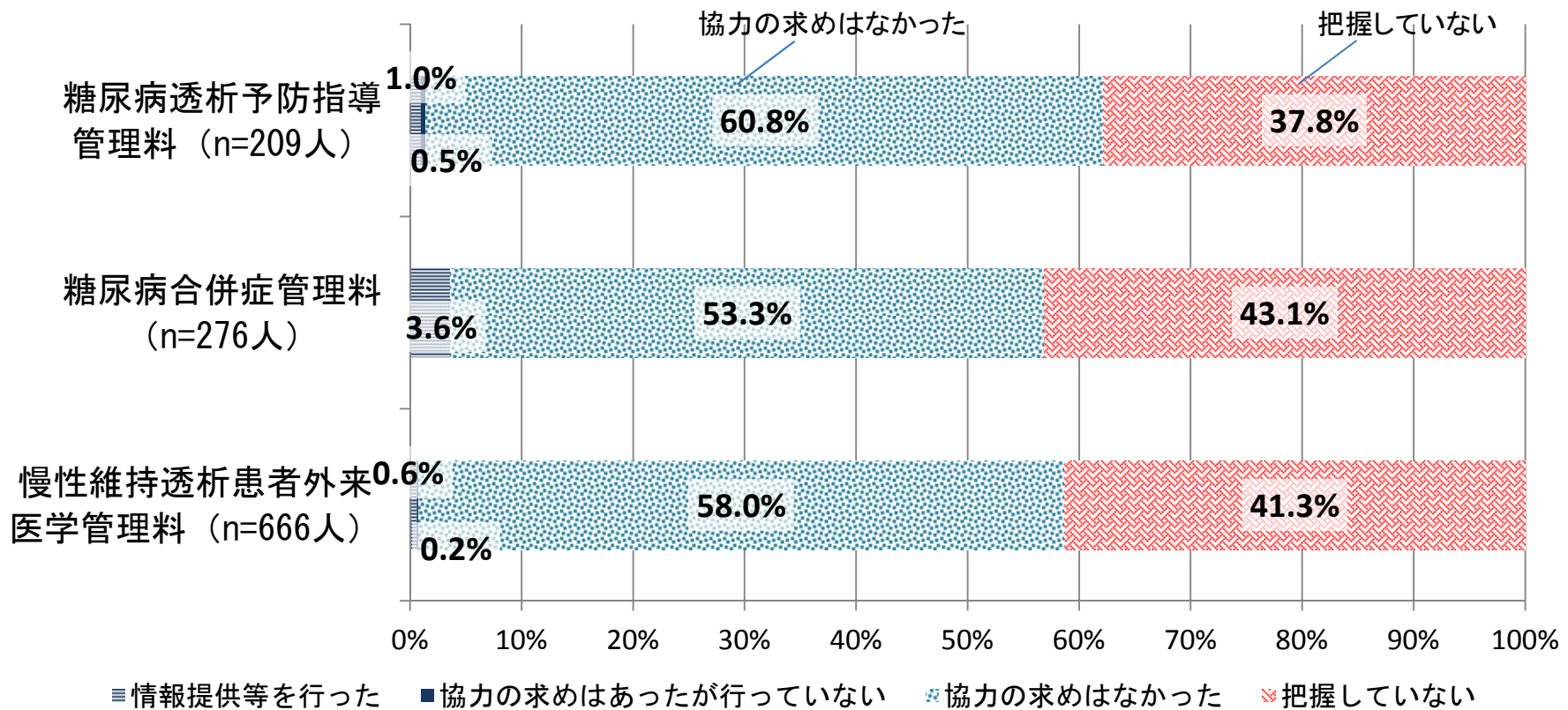
- ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要。
- 事業の実施状況の評価等に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要。

保険者からの協力要請による診療情報の提供等の実施

中医協 総 - 4
29.3.29

○ 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)

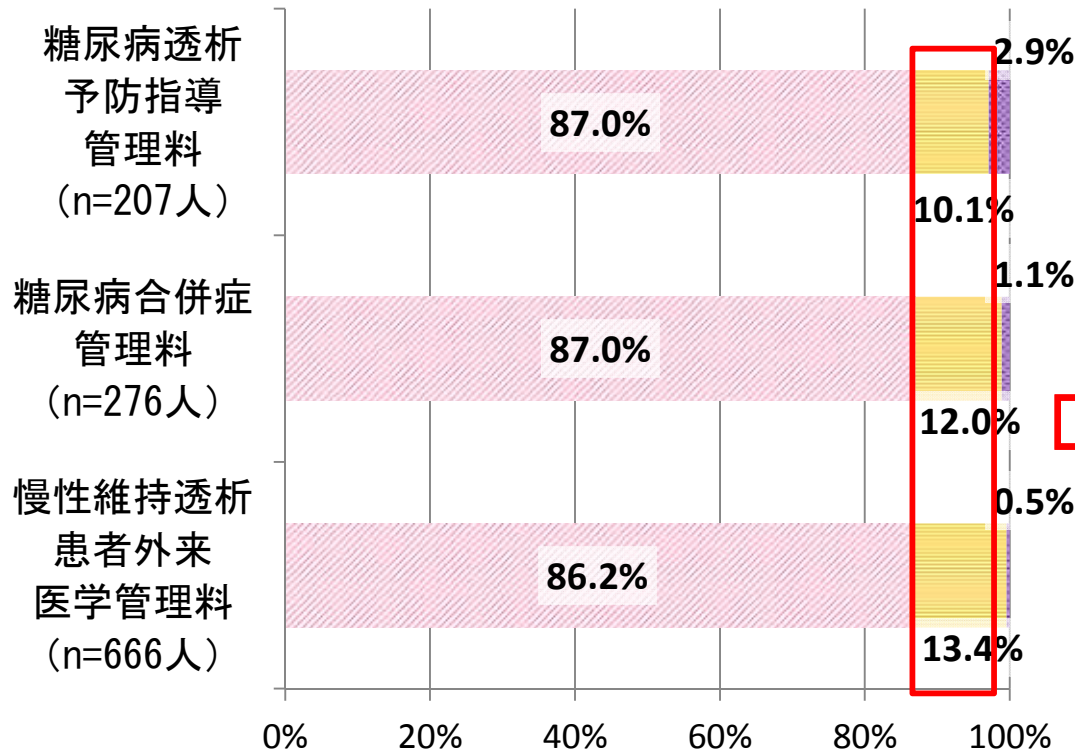


【回答医療機関】 7対1一般病棟入院基本料又は10対1一般病棟入院基本料を届け出ている126医療機関
 【対象患者】 生活習慣病を有し、平成28年12月に再来で来院し、糖尿病透析予防指導管理料、糖尿病合併症管理料、慢性維持透析患者外来医学管理料を算定している患者

特定健診・特定保健指導を受けているかどうかの把握

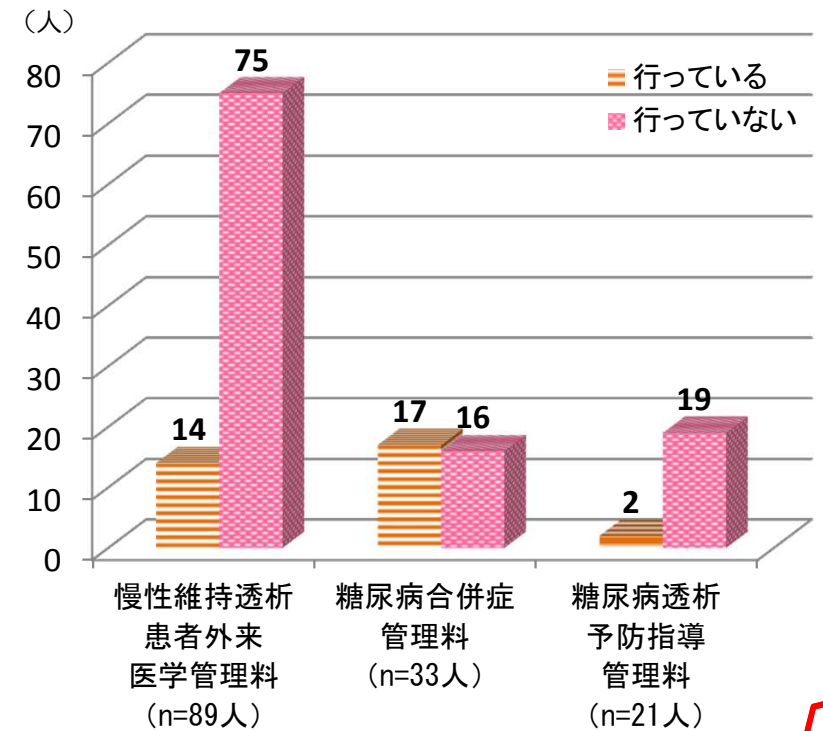
○ 糖尿病に関する主な管理料を算定している患者について、患者が特定健診・特定保健指導を受けているかどうか、「把握していない」と回答した割合が最も多く、受けていないことを把握した場合、受けるよう勧奨しているかの有無では、慢性維持透析患者外来医学管理料と糖尿病透析予防指導管理料を算定している患者では、「行っていない」と回答した割合が比較的多い。

■ 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

生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬の例

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]

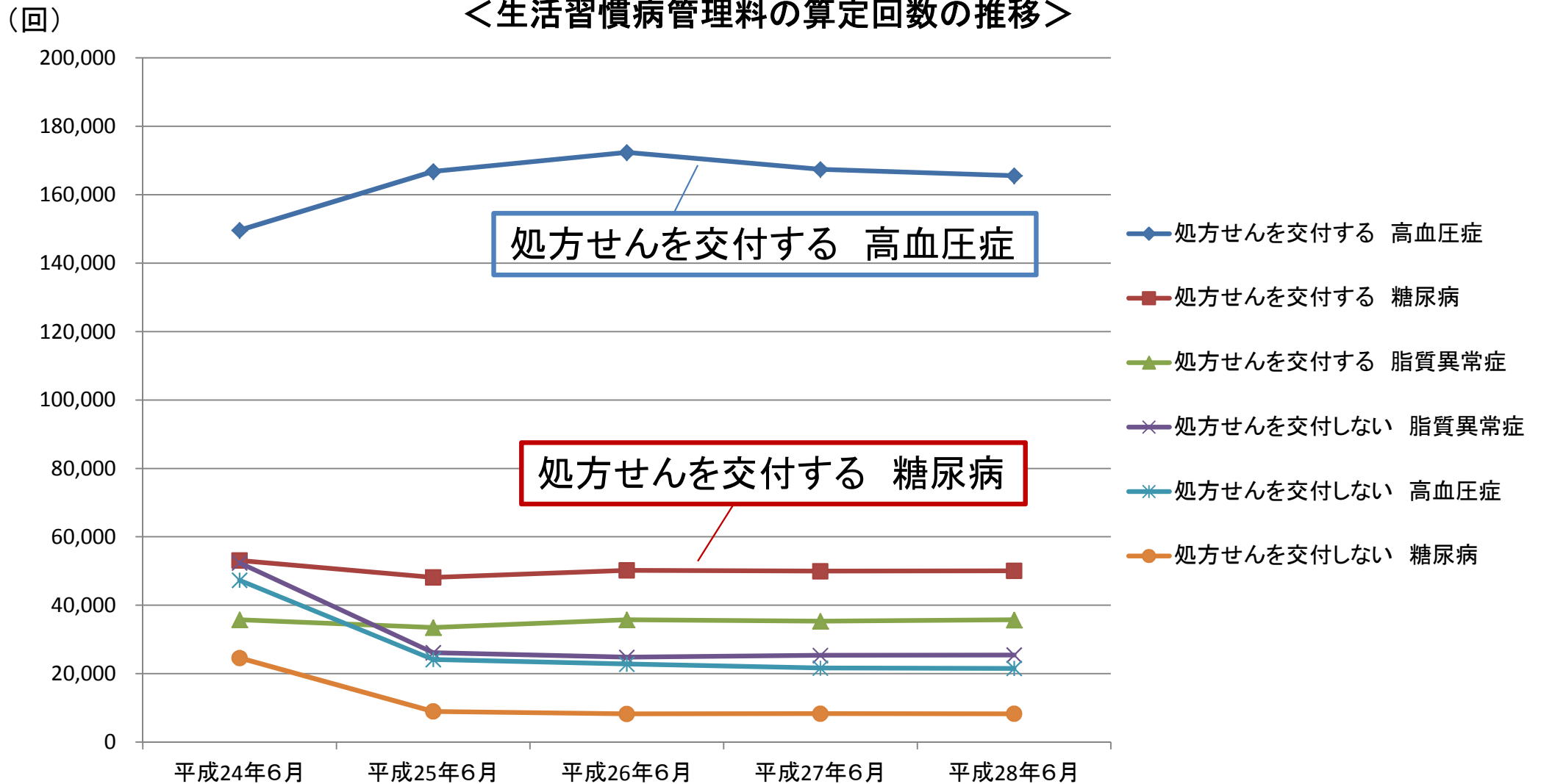
- 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。
- 服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できる。

[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。

生活習慣病管理料の算定回数の推移

○ 生活習慣病管理料の算定回数を見ると、「処方せんを交付する 高血圧症」の区分が最も算定回数が多い。また、近年、全ての区分で算定回数はほぼ横ばいである。



生活習慣病管理料における療養計画書①

- 生活習慣病管理料における療養計画書において、血液検査値のうち、血糖値（HbA1c）には目標を記載する欄があるが、血圧については目標の欄がない。また、特定健診・特定保健指導の受診勧奨等に関する情報の欄がない。

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】	【検査項目】 <input type="checkbox"/> 身長 (cm) <input type="checkbox"/> 体重: 現在(kg) → 目標(kg) <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 腹囲: 現在(cm) → 目標(cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()	【血液検査項目】 (採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 血糖(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在(%) → 目標(%) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 ()
	【問診】 <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 【①達成目標】: 患者と相談した目標 () 【②行動目標】: 患者と相談した目標 ()	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活 医師氏名 (印)

生活習慣病管理料における療養計画書②

【重点を置く領域と指導項目】	□食事	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:)を週(回)] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:)を週(回)] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	<input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> その他()	担当者の氏名 (印)
	□運動	<input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週(日)) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍(拍/分 or)) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()		担当者の氏名 (印)
	□たばこ	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等		担当者の氏名 (印)
	□その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()		担当者の氏名 (印)
【服薬指導】	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明		担当者の氏名 (印)	
【療養を行うにあたっての問題点】				
【他の施設の利用状況について】				

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入
 ※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名 (印)

平成28年度診療報酬改定(重症化予防の取組の推進)

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

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。

[算定回数] (平成28年度社会医療診療行為別統計)

腎不全期患者指導加算 69回/月 (糖尿病透析予防指導管理料の算定回数: 9711回 /月)

[届出施設数] (平成28年7月時点保険局医療課調べ)

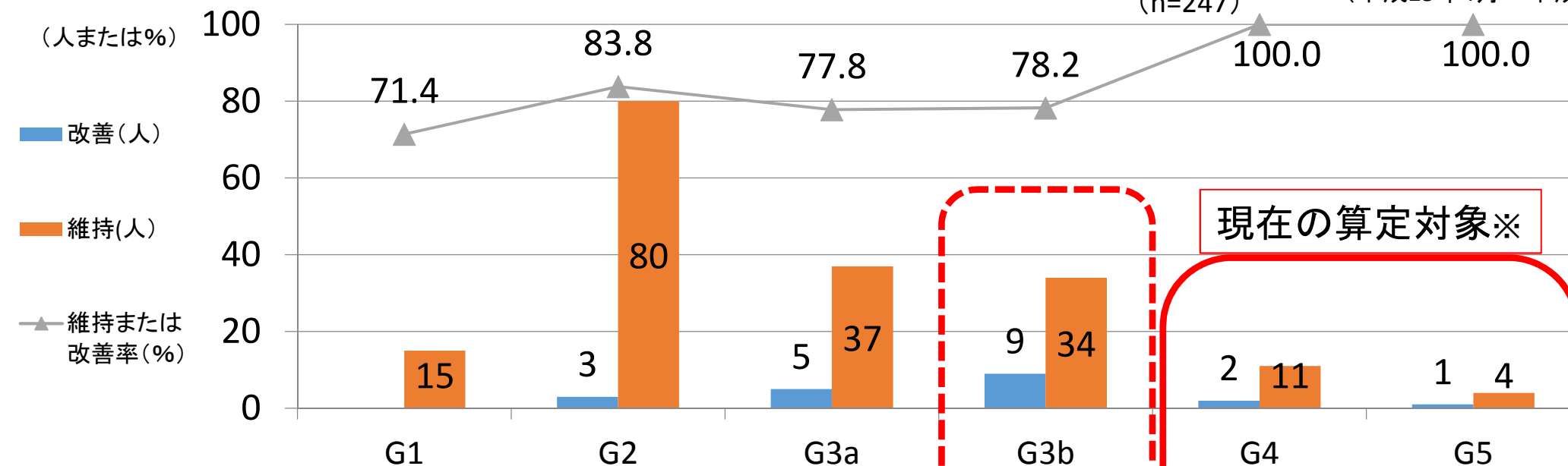
腎不全期患者指導加算 66施設 (糖尿病透析予防指導管理料の届出施設数: 1514施設)

糖尿病性腎症に対する運動療法の効果

- eGFR (mL/分/1.73m²) の区分がG3以下 (30以上) の患者においても、運動療法によって、高い割合でCKDステージが維持または改善されているとの報告がある。
- 現行の腎不全期患者指導加算の対象は、eGFRが30未満 (G4以上) となっており、eGFRが30~44 (G3b) の患者は含まれていない。

運動指導によりCKDステージが維持または改善した糖尿病患者の割合 (n=247)

出典: 長浜赤十字病院における調査 (平成25年4月~平成26年6月)



現在の算定対象※

	G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
全体	21	99	54	55	13	5
維持または改善した患者(人)	15	83	42	43	13	5
維持または改善率(%)	71.4	83.8	77.8	78.2	100.0	100.0
eGFR区分 (mL/分/1.73m ²)	≥90	60~89	45~59	30~44	15~29	<15
	正常または高値	正常または軽度低下	軽度~中等度低下	中等度~高度低下	高度低下	末期腎不全

外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防

(1) 医学管理

(2) 重症化予防

(3) 薬物療法

(4) 診療支援の取り組み

2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)

3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化

高血圧治療における降圧薬選択について

(日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」より)

- 降圧薬の心血管病抑制効果の大部分は、その種類よりも降圧度によって規定される。
- Ca拮抗薬、ARB(アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬)、ACE(アンギオテンシン変換酵素)阻害薬、サイアザイド系利尿薬、β遮断薬を主要降圧薬とし、病態や合併症の有無に応じて、適切な降圧薬を選択する。
- 積極的適応がない場合の高血圧に対して、最初に投与すべき降圧薬(第一選択薬)はCa拮抗薬、ARB/ACE阻害薬、利尿薬の中から選択する。

積極的適応がない場合の高血圧治療の進め方



主要降圧薬の積極的適応

	Ca拮抗薬	ARB/ACE阻害薬	サイアザイド系利尿薬	β遮断薬
左室肥大	●	●		
心不全		●*1	●	●*1
頻脈 <small>(非ジヒドロピリジン系)</small>	●			●
狭心症	●			●*2
心筋梗塞後		●		●
CKD (蛋白尿-)	●	●	●	
(蛋白尿+)		●		
脳血管障害慢性期	●	●	●	
糖尿病/MetS*3		●		
骨粗鬆症			●	
誤嚥性肺炎		● <small>(ACE阻害薬)</small>		

*1 少量から開始し、注意深く漸増する, *2 冠攣縮性狭心症には注意,
*3 メタボリックシンドローム

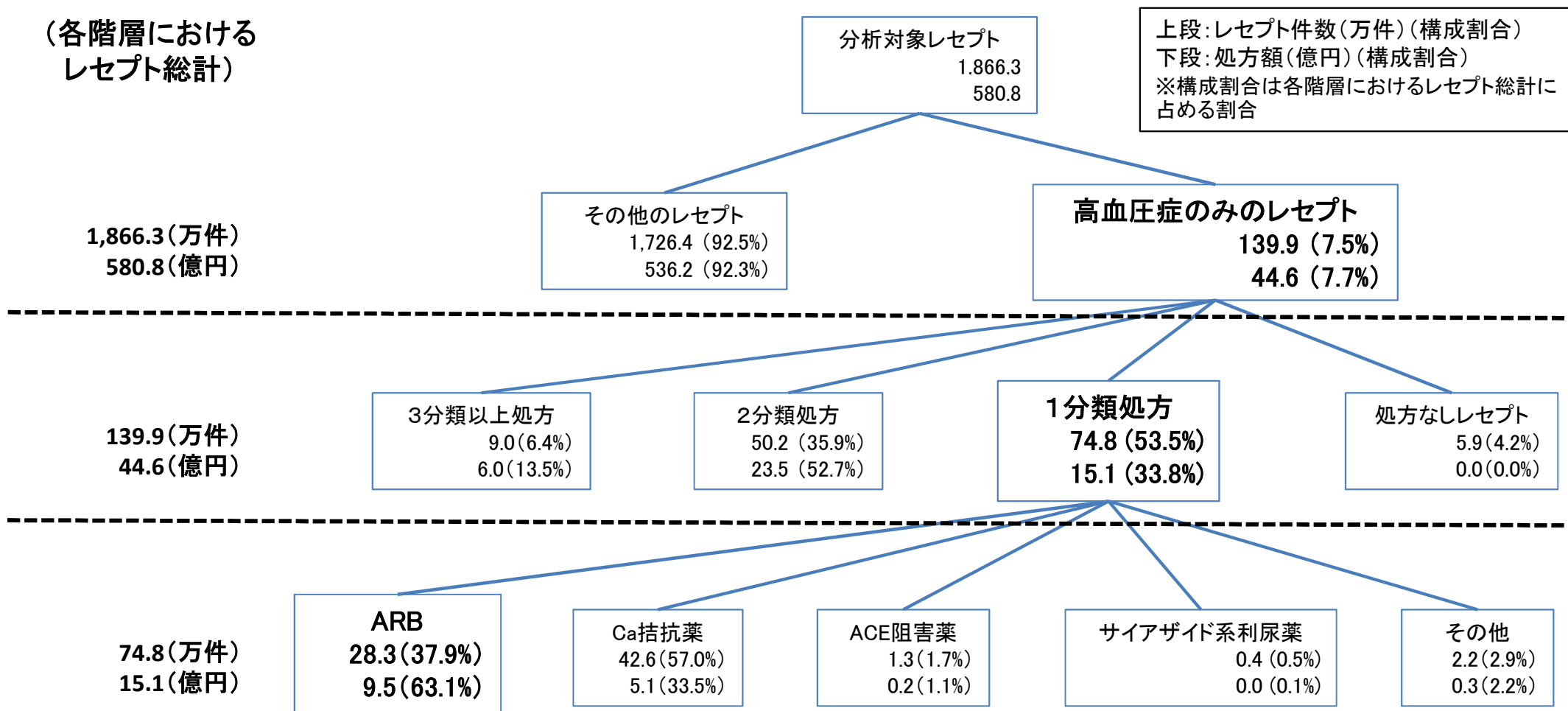
ACE阻害薬は、空咳の副作用が日本人を含む東アジア人に多い

降圧薬の使用実態①

- 高血圧症以外の傷病名が記載されておらず、かつ1分類の降圧剤が処方されたレセプトに対し、4割弱（約28万件）ではARBが処方されている。
 - 高血圧症以外の傷病名が記載されておらず、かつ1分類の降圧剤が処方されたレセプトでは、処方額ベースでは約63%（約10億円）でARBが処方されている。
 - これらの処方に対しては、費用対効果を勘案するとCa拮抗薬等のより安価な降圧剤の方が適している可能性がある。

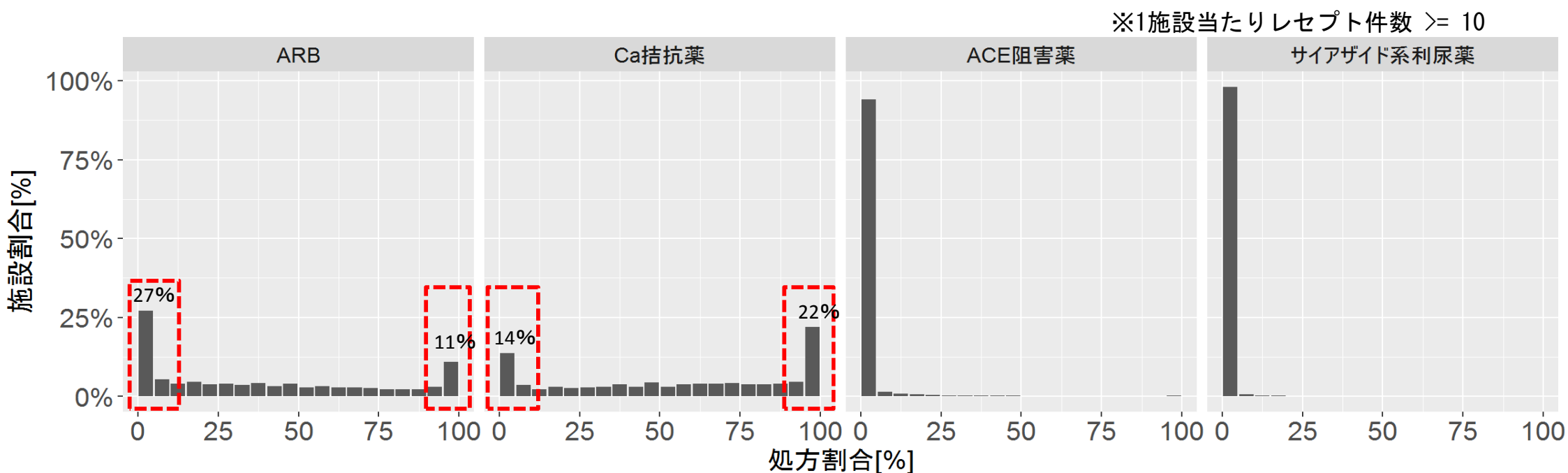
分析対象期間:平成26年10月～平成28年9月診療分
 分析対象レセプト:「B000 特定疾患療養管理料」の算定の対象となる「高血圧症」の傷病名が記載された医科外来および調剤レセプト
 分析対象施設(6.4万施設):分析対象レセプトの請求元となったすべての施設とする。

(各階層における
レセプト総計)



降圧薬の使用実態②

- 高血圧症のみが記載され、降圧剤が1分類のみ処方された患者に対して選択される降圧剤の分類は施設によって大幅に異なる。
 - ARBの場合、約24%の施設では分析対象期間中に1回も処方しなかったのに対し、約10%の施設では対象となるすべてのレセプトで処方している¹⁾。
 - Ca拮抗薬の場合、約12%の施設では分析対象期間中に1回も処方しなかったのに対し、約19%の施設では対象となるすべてのレセプトで処方している²⁾。
 - ACE阻害薬やサイアザイド系利尿薬はほとんどの施設で処方されていない。



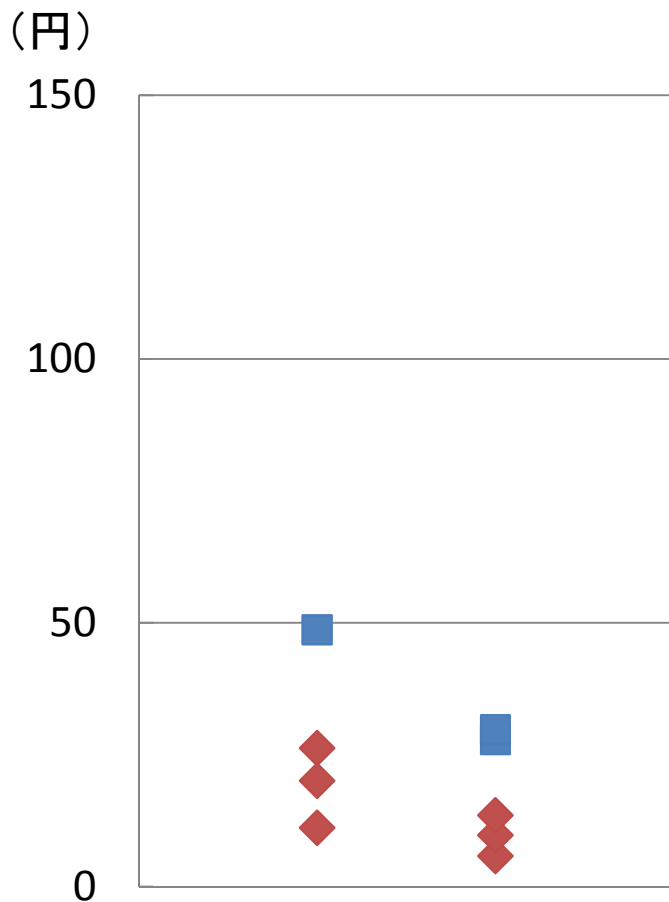
[1] 上図(処方割合5%間隔のヒストグラム)においては、ARBの処方割合が0~5%の施設は全体の約27%を占める一方、95~100%となる施設は全体の11%を占めており、ARB処方の頻度が2極化している状況がうかがえる。

[2] 上図においては、Ca拮抗薬の処方割合が0~5%の施設は全体の約14%を占める一方、95~100%となる施設は全体の22%を占めており、Ca拮抗薬処方の頻度が2極化している状況がうかがえる。

主な降圧薬の薬価

■ : 先発品
◆ : 後発品

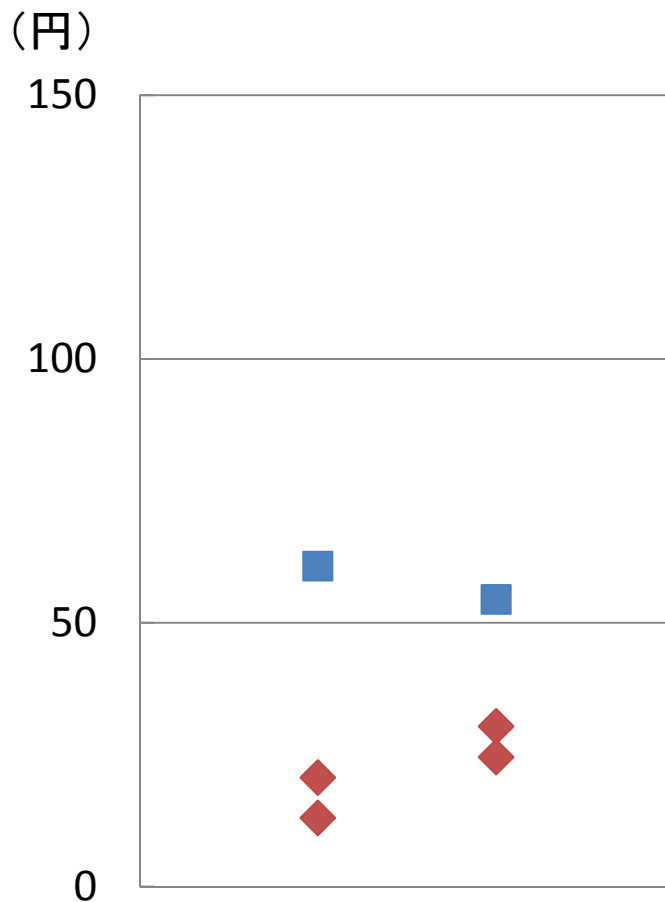
Ca拮抗薬



アムロジピン
ベシル酸塩5mg

ニフェジピン
20mg

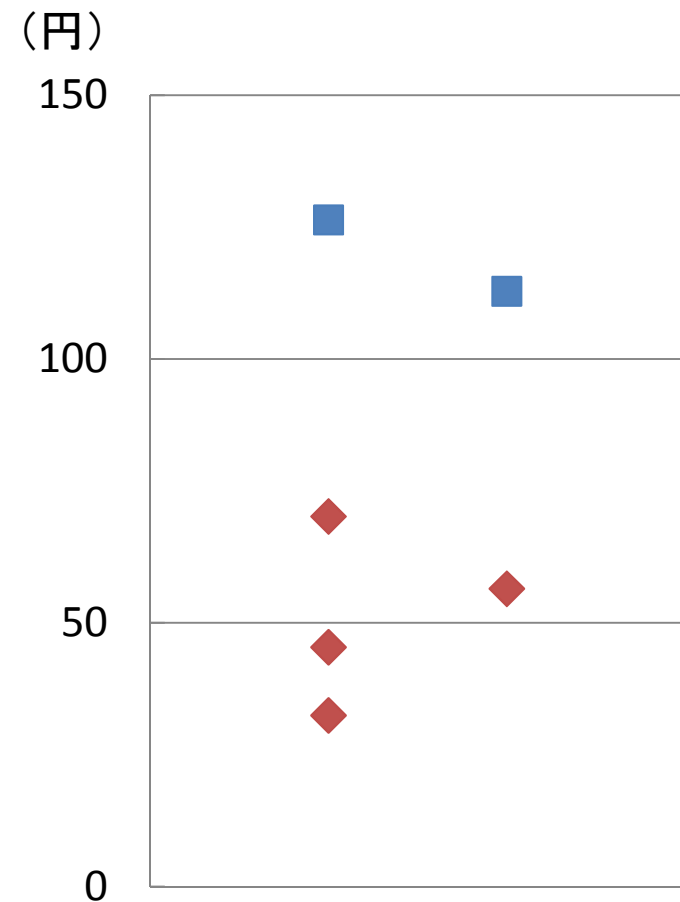
ACE阻害薬



エナラプリル
マレイン酸塩5mg

イミダプリル
塩酸塩5mg

ARB



カンデサルタン
シレキセチル8mg

オルメサルタン
メドキシミル20mg

売り上げの大きい医薬品について、汎用規格の薬価(平成28年度)を提示

医療機関等における標準的な薬剤選択の推進事例

- 海外の医療機関等において、医薬品の有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて、医療従事者による臨床的な判断の参考となる標準的な薬剤選択の使用方針と医薬品一覧を定める取組が進められている。日本でも規模の大きい医療機関を中心に同様の取組が進められている。

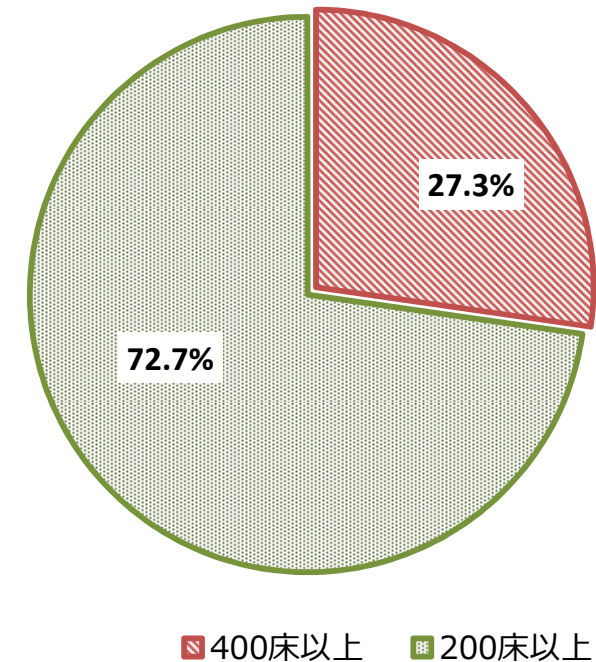
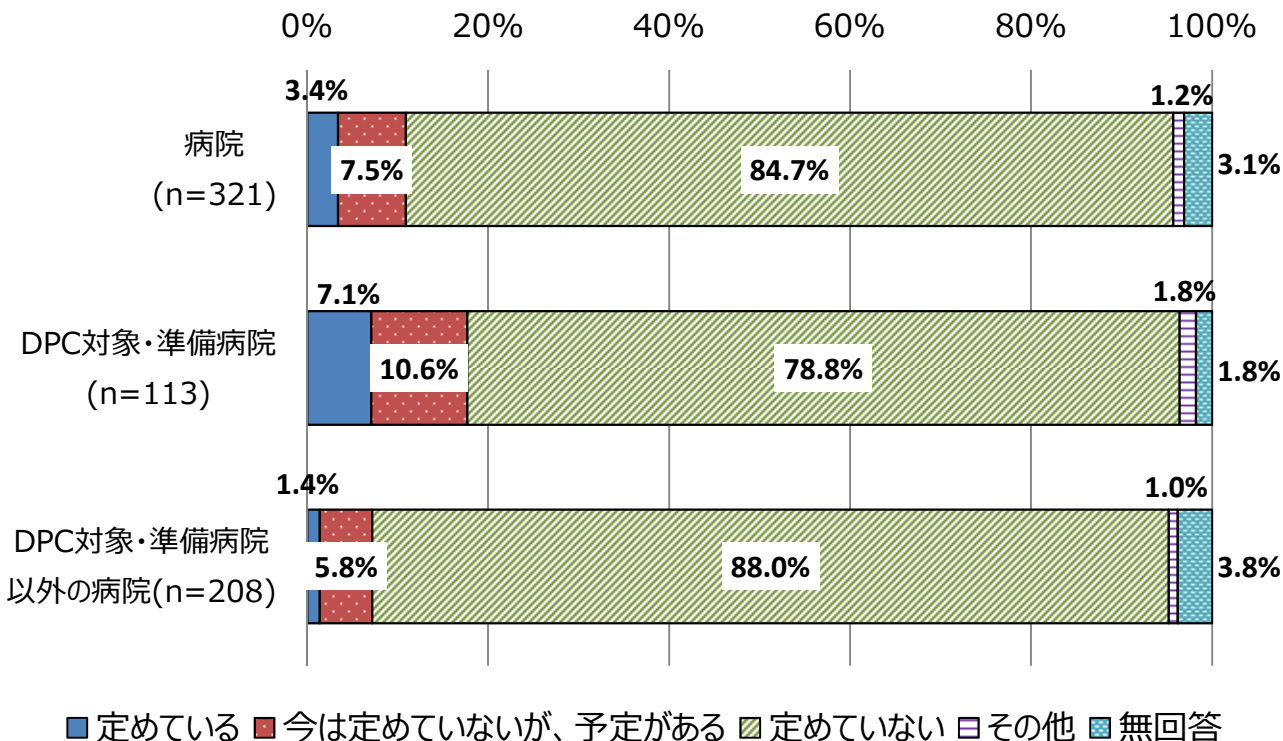
フォーミュラーの定義

医療機関等における標準的な薬剤選択の使用方針に基づく採用医薬品リストとその関連情報。医薬品の有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて、院内の医師や薬剤師等で構成される委員会などで協議し、継続的にアップデートされる。

➤ フォーミュラー※を定めている医療機関

※ 「患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用における方針」と定義して尋ねた

➤ フォーミュラーを定めている医療機関の病床規模

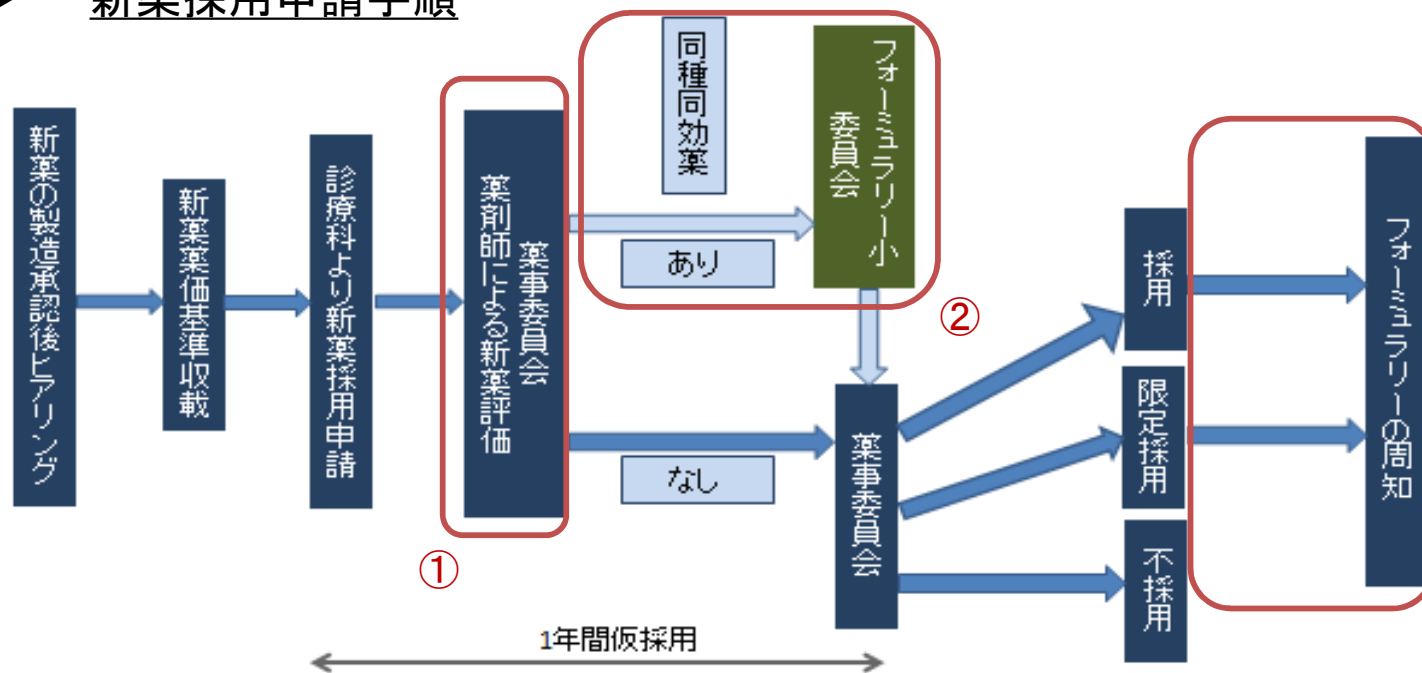


※聖マリアンナ医科大学病院の事例

《目的》

重症例や難治症例に対しての有用な新薬を使用できる環境を維持するため、既存治療のある薬剤は費用対効果を重視。

➤ 新薬採用申請手順



①医薬品新規採用評価書

1. 医薬品概要（商品名・一般名・会社名等）
2. **フォーミュラリーの必要性**
3. 有効性に関するエビデンスの評価
4. 安全性とモニタリング項目の評価
5. ガイドラインでの推奨
6. 費用・経済性の検討
7. 考察
8. 臨床上の必要性（評価チェックリスト）

②フォーミュラリー小委員会の構成員

- 薬事医院長（副病院長）
- 診療科薬事委員（6名）
- 病棟薬剤師（6名）
- 医薬品情報科薬剤師（1名）

薬事委員会規程

第3条 委員会は、次の事項を審議する。

- 標準薬物治療を推進するためのフォーミュラリーの作成に関する事項

第4条 運営及び採決

- 委員会は、フォーミュラリー小委員会を置くことができる。

《薬事委員会細則規程》第6条

- 既存の同種同効薬の採用がある場合は、原則、後発医薬品等の廉価な薬剤を優先し、有効性や安全性に明らかな差がない場合は採用を認めない。
- 同種同効薬は、原則として2剤までとし、経済性を考慮した「フォーミュラリー」を作成し、院内の使用推奨基準を設ける。



高血圧症治療薬ディオバン(一般名:バルサルタン)の臨床研究事案

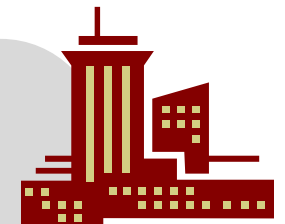
経緯

- 京都大学医師等より、東京慈恵会医科大学、京都府立医科大学及び千葉大学が中心となって実施されたノバルティスファーマ社(以下「ノバルティス社」という。))の降圧剤バルサルタンに関する研究論文について、血圧値に係る疑義が指摘され、学会誌等が相次ぎ京都府立医科大学の関係論文を撤回。(平成24年)
- 今回の研究に、ノバルティス社の当時の社員が大阪市立大学非常勤講師の肩書きで関わっていたとの指摘があったことから、厚生労働省より、ノバルティス社から事情を聴取した上で、事実関係の調査及び再発防止等について、口頭で指導(以降、関連大学に対しても調査等の実施につき指導)。(平成25年5月)
- 京都府立医科大学及び東京慈恵会医科大学は、データの操作が認められた、と内部調査の結果を公表。一方、ノバルティス社は、当時の社員による意図的なデータ操作等を行ったことを示す証拠は発見できなかった、と内部調査の結果を公表。(平成25年7月)



ノバルティスファーマ社の降圧剤ディオバン(一般名:バルサルタン)

臨床研究



ノバルティス社の
当時の社員
(大阪市立大学非常勤講師)

関与

京都府立医科大学 東京慈恵会医科大学 千葉大学 滋賀医科大学 名古屋大学

データの操作・利益相反行為の疑い

外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防

(1) 医学管理

(2) 重症化予防

(3) 薬物療法

(4) 診療支援の取り組み

2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)

3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化



診療録直結型全国糖尿病データベース事業 (J-DREAMS)

(J-DREAMS: Japan Diabetes compREhensive database project based on an Advanced electronic Medical record System)

糖尿病治療の実態を把握し、最適な治療法の分析等を行うことで、将来の糖尿病治療の質を高めること等を目的とした大規模データベース

日本糖尿病学会
認定教育施設



データ入力・送信・各施設へのデータフィードバック

専門医申請などへの利用



データ提供



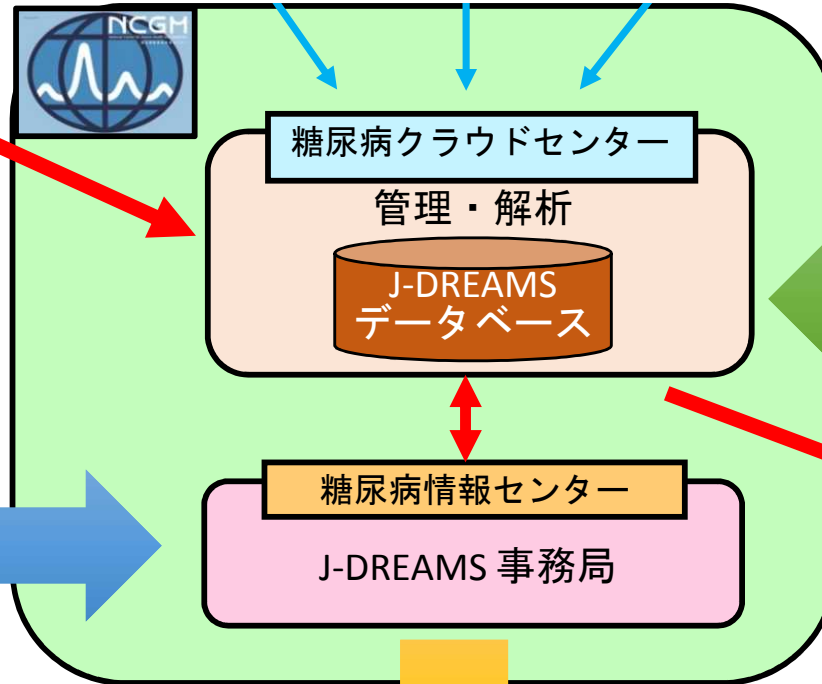
NCGM
運営費交付金等



AMED等
公的研究費



企業からの
サポート



J-DREAMS
合同委員会

日本糖尿病学会



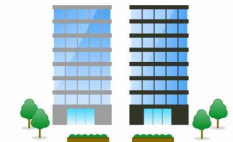
研究内容
の検討・承認



NCGM

解析データ
提供

会員や製薬企業
からの研究提案



Webpage・会誌等を通じた定期的な基本データの情報発信
それに基づく政策提言・研究費提案

創薬・エビデンスの創出
ガイドライン・施策への反映

(参考)J-DREAMSにおける収集項目

患者基本情報・テンプレート内容

誕生年月	身長	生活習慣(喫煙、飲酒)	糖尿病合併症とその治療内容	既往歴・併存疾患
性別	体重	糖尿病の病型	家族歴	処方薬情報
病院コード	血圧	糖尿病の診断時期	当センターの受診が途切れた場合にはその理由 など	

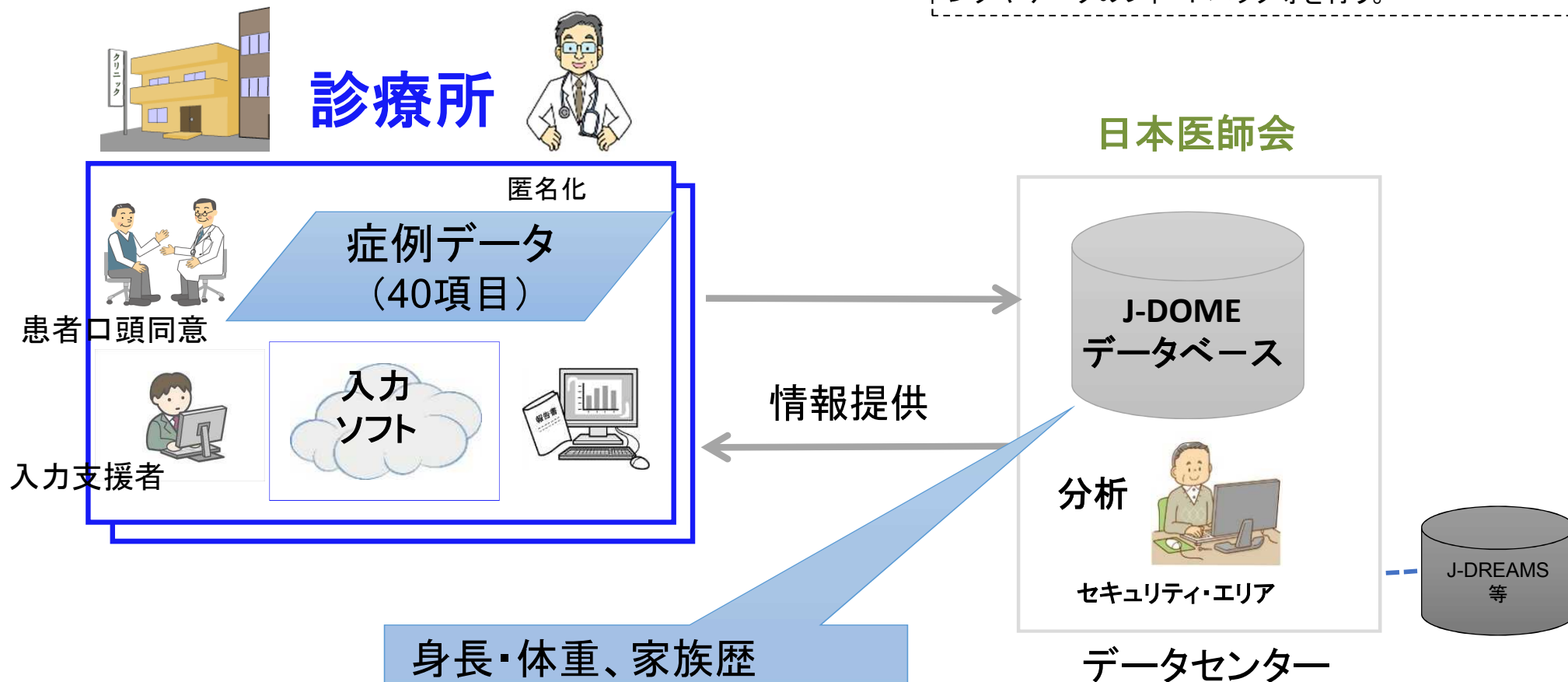
採血・尿検査

項目	(単位)	項目	(単位)
採血 B		血中Cペプチド CPR	ng/mL
総ビリルビン TBIL	mg/dL	血中インスリン IRI	μU/mL
総コレステロール TCHO	mg/dL	血中インスリン抗体 INSANT	%
HDLコレステロール HDLC	mg/dL	白血球 WBC	/μL
LDLコレステロール LDLC	mg/dL	血小板 PLT	× 10 ⁴ /μL
血清クレアチニン CRE	mg/dL	BNP BNP	pg/mL
中性脂肪 TG	mg/dL	HCV抗体(3rd) (U) HCVANT3	U
血糖(血清) BGS	mg/dL	HCV抗体(3rd)CLEIA(U)HCVANT3C	U
血糖(血漿) BGP	mg/dL	HBs抗原/CLIA HBSCLIA	IU/mL
HbA1c(NGSP値) A1CN	%	CEA CEA	ng/mL
HbA1c(JDS値) A1CJ	%	CA19-9 CA199	U/mL
AST AST	IU/L	TSH TSH	μIU/mL
ALT ALT	IU/L	FT4 FT4	ng/dL
γ GTP GTP	IU/L	FT3 FT3	pg/mL
尿酸 UA	mg/dL	シスタチンC CYST	mg/L
血清カリウム K	mEq/L		
血清アルブミンALB	g/dL	尿 U	
血清総蛋白 TP	g/dL	尿蛋白定性 PROQL	(-, ±, +, 2+, 3+以上)
尿素窒素 UN	mg/dL	尿糖定性 GLUQL	(-, ±, +, 2+, 3+以上)
ヘモグロビン HB	g/dL	尿ケトン体定性 KETQL	(-, ±, +, 2+, 3+以上)
クレアチンキナーゼ CK	U/L	尿アルブミン ALB	mg/dL
グリコアルブミン GA	%	尿アルブミン/Cre ALBCRE	mg/g Cr
1,5-アンヒドログルシトール AG15	μg/mL	尿アルブミン ALBDAY	mg/日
抗GAD抗体 GAD	U/mL	尿蛋白 PRO	g/L
IA-2抗体 IA2	U/mL	尿蛋白 PRODAY	g/日
ICA-IgG ICAIGG	JDF UNITS	尿中CペプチドCPRDAY	μg/日
亜鉛トランスポーター8抗体ZINC8	U/mL	尿中クレアチニン	

(参考) 日本医師会 かかりつけ医糖尿病データベース研究事業 (J-DOME)

(J-DOME: Japan medical association Diabetes database Of clinical Medicine)

J-DREAMSと連携し、かかりつけ医向けに、入力支援や入力支援ソフトの導入など、データ収集を支援し、院内のモニタリングやデータのフィードバック等を行う。



身長・体重、家族歴
眼科定期受診、神経障害
収縮期血圧、拡張期血圧
HbA1c、尿タンパク
..... (40項目)

海外の診療支援システムの例(英国)

- 英国の公的医療保険サービス(NHS: National Health Services in England)では、General Practitioner (GP)向けに、診療情報の提供、患者相談支援、専門医との連携、公的サービス情報提供、電子カルテや電子処方せん等の活用支援といった様々なサポートを提供している。
- 例えば、ICT関連サービスとして、IT関連システム導入支援のほか、データ収集支援、診療ガイドライン情報の提供、処方等に関する最新情報の提供等といった例がある。

ICTサービスの例

- ITシステムの導入支援:
IT機器の導入、サポート窓口、通信環境、患者情報の管理システム等
- システム環境:
医療情報を扱うために安全なシステム環境を提供等
- ソフトウェア:
電子カルテや電子処方せんなどに必要なソフトウェアの提供とアップデート等
- 技術支援・助言:
電話、電子メール、ウェブサイト等でネットワークやサーバー等のシステムに関する照会等の随時受付や助言等
- IT活用支援:
ITシステムを活用した診療支援、好事例の情報提供、医薬品等の購入支援等



Services designed to manage all our customers' technological requirements including infrastructure, support and strategic services. Our approach ensures efficiency and data security by delivering safe and reliable solutions.

<http://www.nelcsu.nhs.uk/services/ict/overview.htm>を参考に保険局医療課で作成

生活習慣病の重症化予防に係る課題と論点(案)

【課題】

(生活習慣病の現状)

- ・ 外来患者の約3割強を占め、高血圧性疾患が最も多い。
- ・ 生活習慣病の医学管理については、生活習慣に関する指導管理のほか、状態に応じて薬物療法などの治療が行われる。高血圧についてみると、降圧薬使用中の患者で血圧値がコントロールされているのは、約3～4割との報告がある。
- ・ 重症化予防の取組みとして、特定健診・特定保健指導が行われているが、医療機関を受診している患者で医療機関と健診実施者との情報共有はあまり進んでいない。
- ・ 生活習慣病管理料の算定回数をみると、「処方せんを交付する 高血圧症」の区分が最も算定回数が多い。また、近年、全ての区分で算定回数はほぼ横ばいである。
- ・ 高血圧のガイドラインを見ると、血圧値によってリスクが分類されるが、生活習慣病管理料における療養計画書において、血液検査値では、血糖(HbA1c)には目標を記載する欄があるが、血圧については目標の欄がない。また、特定健診等の情報記載欄がない。
- ・ 腎不全期患者指導加算の対象は、eGFR(mL/分/1.73m²)が30未満(G4)となっており、eGFRが30～44(G3b)の患者は含まれていないが、運動療法によりeGFRが維持又は改善するとの報告がある。
- ・ 降圧薬の選択について、学会ガイドラインでは、Ca拮抗薬、ARB/ACE阻害薬、利尿薬のいずれかが選択される。また、積極的適応がある患者については、合併症の種類に応じて選択役が異なる。
- ・ レセプトを用いた分析によれば、降圧薬のうち特定の薬剤が集中的に選択されている医療機関が存在するとの報告がある。
- ・ 病床規模の大きい医療機関の中には、有効性及び安全性等の情報をもとに、医療機関の中での標準的な薬剤選択の使用基準を定める取組も進められている。
- ・ 非専門医を含む身近なかかりつけ医に通院する糖尿病患者の大規模データベースを構築し、よりよい診療のための情報提供と研究分析によって、糖尿病治療アウトカムの向上等を目指した、医療機関参加型の診療データベースの研究事業が国内で運営されている。

【論点(案)】



- 生活習慣病の重症化予防の推進のため、効果的・効率的な指導管理の取組みを促す観点から、
 - ①療養計画の内容(検査値の目標、特定健診・特定保健指導の受診勧奨等)や、
 - ②ガイドラインやデータに基づく診療支援等といった視点から、生活習慣病管理料の見直しを検討してはどうか。
- 糖尿病透析予防指導管理料における腎不全期指導加算について、より糖尿病性腎症の重症化予防に資するよう、対象患者の見直しを検討してはどうか。

外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防

2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)

(1) 総論

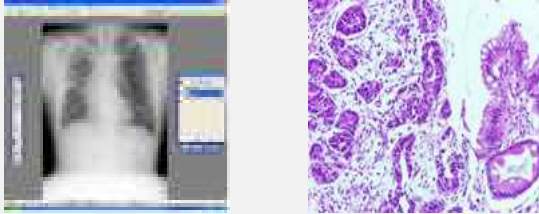

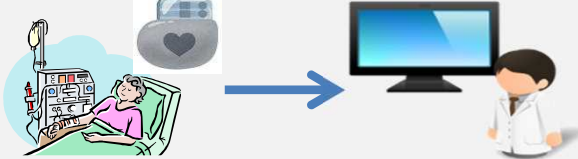
(2) 情報通信機器を用いた診察

(3) 情報通信機器を用いた遠隔モニタリング

3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化

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
<p>医師対医師 (D to D)</p>	<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
<p>医師対患者 (D to P)</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察を行うもの</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

心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価

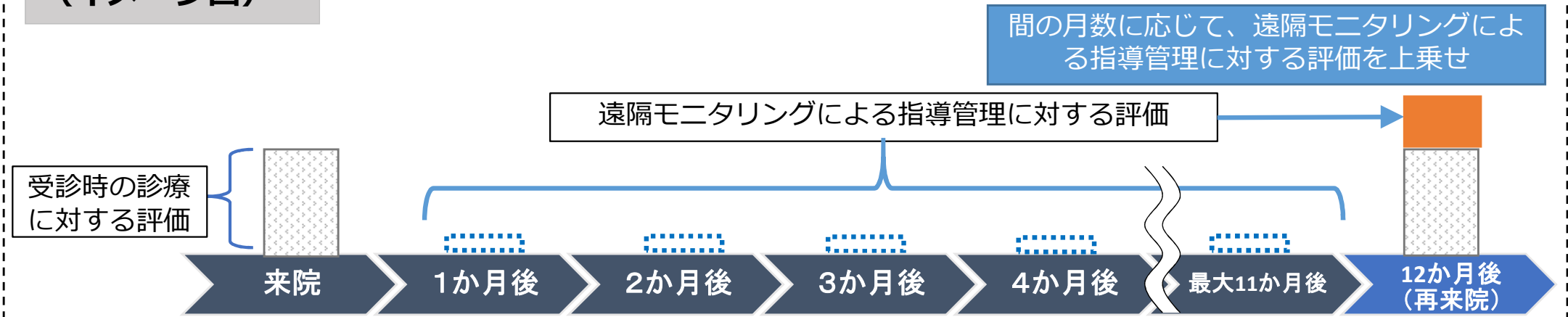
- 遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理の評価について、医療機器の取扱いや新たなエビデンスに応じて評価を見直す。

平成28年度改定前	
心臓ペースメーカー指導管理料	
イ 遠隔モニタリングによる場合	550点
ロ 着用型自動除細動器による場合	360点
ハイ又はロ以外の場合	360点



現行	
心臓ペースメーカー指導管理料	
<u>(削除)</u>	
イ 着用型自動除細動器による場合	360点
ロ イ以外の場合	360点
<u>注5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月までの期間、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は、遠隔モニタリング加算として、60点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</u>	

(イメージ図)



平成28年度改定（情報通信技術（ICT）を活用した医療連携の推進）

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

➤ 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。**

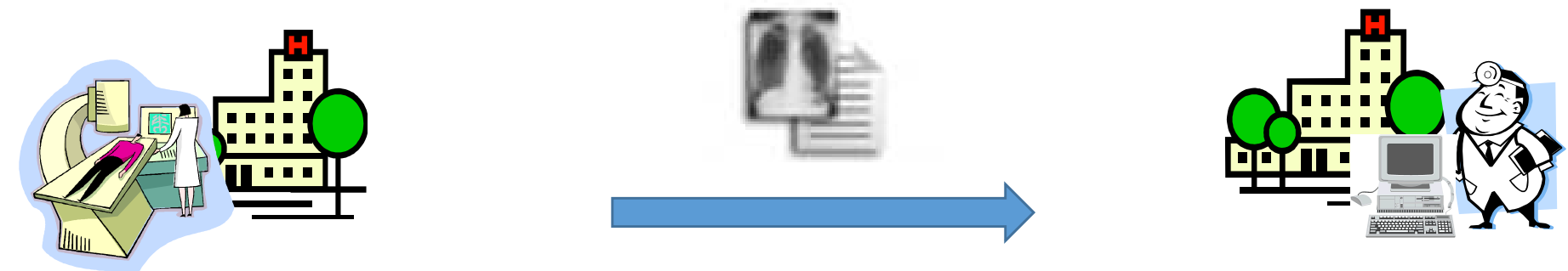
画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

➤ 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

- （新） 検査・画像情報提供加算**
 （診療情報提供料の加算として評価）
- イ 退院患者の場合 200点**
 - ロ その他の患者の場合 30点**

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

- （新） 電子的診療情報評価料 30点**
- 診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



- [施設基準]
- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
 - ② 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

平成28年度改定(医療従事者の負担軽減・人材確保)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し

- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に規定する医師配置要件の経験年数について、夜間休日に当該医療機関の外にいる医師が迅速に診療上の判断ができる場合には、経験年数を一定程度緩和する。

改定前(医師の配置要件)

当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。



現行(医師の配置要件)

保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。ただし、夜間又は休日であって、当該保険医療機関外にいる医師が院外から迅速に診療上の判断を支援する体制が確保されている場合に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこと。

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

- 画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が夜間休日に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととする。

[画像診断管理加算の施設基準]

夜間又は休日に撮影された画像について、専ら画像診断を担当する医師が、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。

※電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

遠隔診療：かかりつけ医による効率的な医療の提供

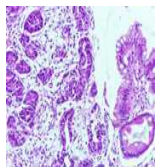
- 最新の技術進歩を取り入れることで、**医療の質や生産性が向上するよう、診療報酬上の評価**を行っていく。
- 例えば、対面診療と適切に組み合わせて提供することで、**かかりつけ医による日常的な健康指導や疾病管理が飛躍的に向上**。慢性疾患の重症化予防等の領域で活用。

画像の質の向上等の技術進歩

診療報酬における評価

[医師対医師]

例) ・遠隔画像診断 ・遠隔病理診断



[医師対患者]

例) 心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリング

更なる技術革新
提供サービスの多様化

2018（平成30）年度改定に向けて、**診療報酬上の評価**。

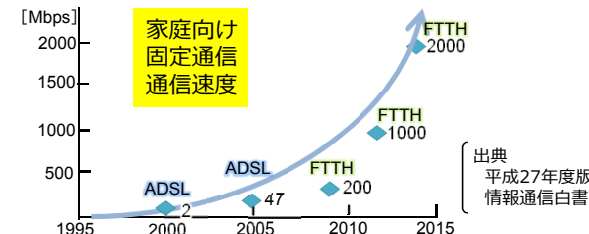
- (例)
- ・オンライン診察を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病患者の効果的な指導・管理
 - ・血圧、血糖等の遠隔モニタリングを活用した、早期の重症化予防

さらに有効性・安全性等に関する知見を集積し、2020（平成32）年度以降の改定でも更に反映。

【解像度の向上】



【データ転送速度の向上】



出典
平成27年度版
情報通信白書

介護ロボット：厚労省が現場とともに「受け身」から「攻め」の開発へ転換

- 現場主導の開発と普及の加速化により、**利用者の生活の質の維持・向上**と**介護者の負担軽減**を実現する。

厚労省

【ロボット開発の司令塔】
現場ニーズの蓄積・
開発のコーディネート

【現場主導の開発への転換】

■利用者・介護者双方の視点で開発スタート

- 企業・現場関係者が協議する10の開発プロジェクト

【普及の加速化】

■導入支援の進展と導入効果の実証・評価

- 約5000事業所に約50種類のロボットを導入済
(例) 見守り、移乗支援等のためのロボット
- 利用者の生活状況の把握を中心に効果実証

開発と普及の好循環

■企業主導から現場主導の開発へ転換

- 現場ニーズと開発シーズをつなぎ、プロジェクトを強力に牽引する「プロジェクトコーディネーター」を育成・配置
- 2018年度からの新たな開発戦略を検討

■さらなる導入と活用の促進

- 実証結果を踏まえ、2018（平成30）年度介護報酬改定等での評価
- 導入経費の支援等

新

新

規制改革実施計画

規制改革実施計画（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

Ⅱ 分野別措置事項

5. 投資等分野

(2) 個別実施事項

③ I T時代の遠隔診療

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管府省
12	遠隔診療報酬上の評価の拡充	対面診療と遠隔診療を単に比較するのではなく、より効果的・効率的な医療の提供を可能とする観点から、糖尿病等の生活習慣病患者の効果的な指導・管理、血圧、血糖等の遠隔モニタリングを活用するなど、対面とオンラインを組み合わせることで継続的な経過観察が可能になり重症化を防ぐといった例も含め、診療報酬上より適切な評価がなされるよう、遠隔診療の診療報酬上の評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定に向けて対応を検討し、結論を得る。	平成29年度検討・結論、平成30年度措置	厚生労働省

未来投資戦略2017（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

I Society5.0に向けた戦略分野

1. 健康・医療・介護

（2）新たに講ずべき具体的施策

③・AI等のICTやゲノム情報等を活用した医療

遠隔診療について、例えばオンライン診察を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病患者への効果的な指導・管理や、血圧・血糖等の遠隔モニタリングを活用した早期の重症化予防等、対面診療と遠隔診療を適切に組み合わせることにより効果的・効率的な医療の提供に資するものについては、次期診療報酬改定で評価を行う。更に有効性・安全性等に関する知見を集積し、2020年度以降の改定でも反映させていく。

外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防

2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)

(1) 総論

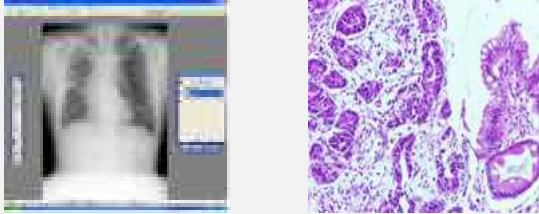
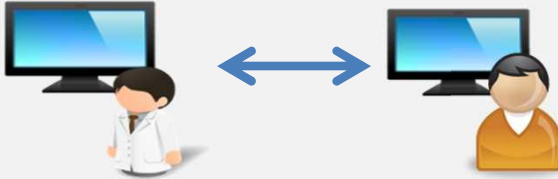

(2) 情報通信機器を用いた診察

(3) 情報通信機器を用いた遠隔モニタリング

3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化

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

(参考) 電話等による再診の現行の取扱い

A001 再診料 72点

注9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。

[留意事項通知]

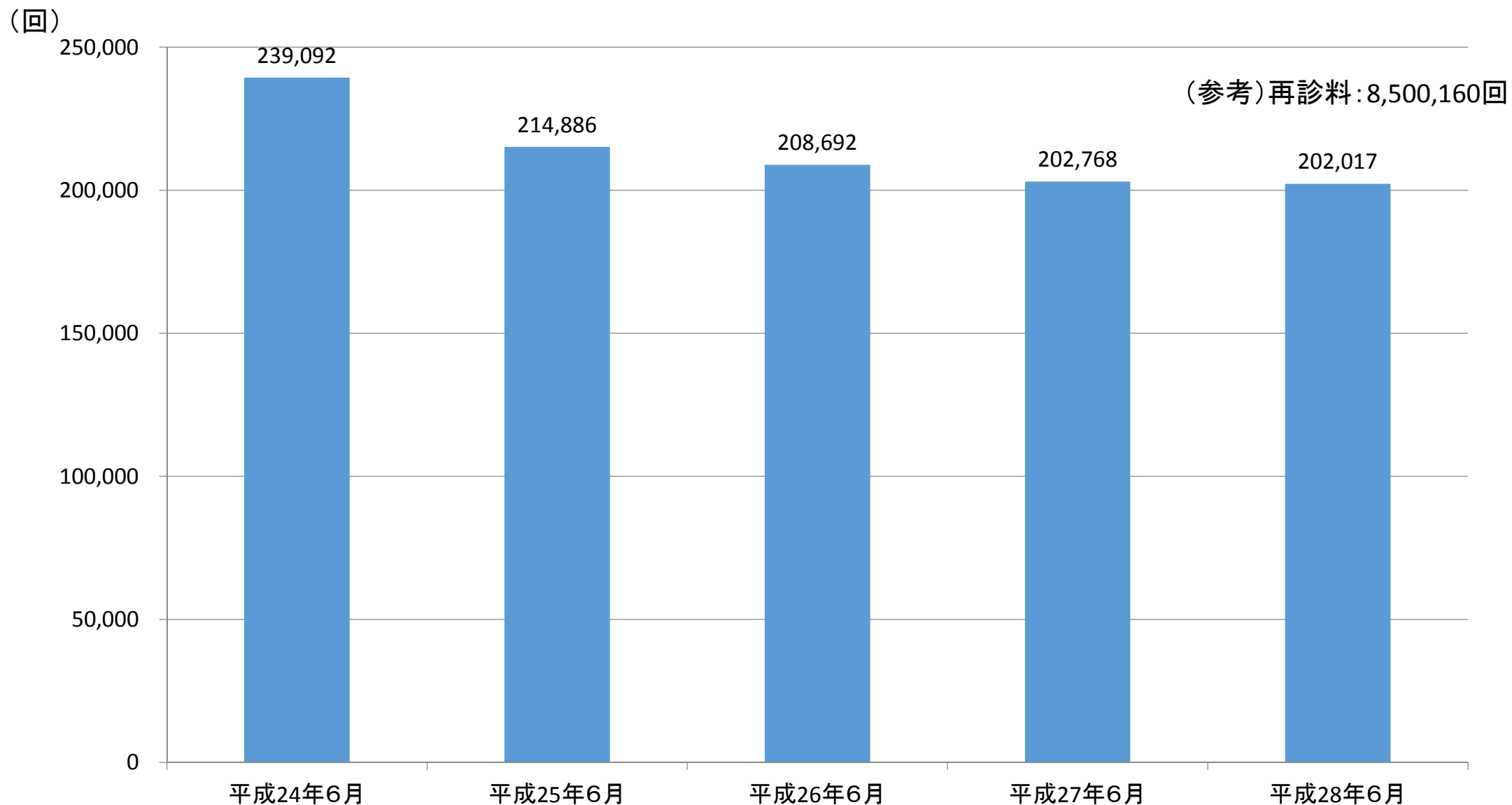
(7) 電話等による再診

ア 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接(電話、テレビ画像等による場合を含む。)に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。

イ 電話、テレビ画像等を通じた再診(聴覚障害者以外の患者に係る再診については、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。)については、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ある場合であって、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に限り算定する。

ただし、電話、テレビ画像等を通じた指示等が、同一日における初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容のものである場合等には、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定できるものとし、この場合においては、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを貼付すること。

電話等による再診の算定回数推移



福岡市健康先進都市戦略 「かかりつけ医」機能強化事業について

実証事業概要

- 福岡市が推進する超高齢社会への対応「福岡100」プロジェクトの一事業として、ICTを活用し、「かかりつけ医」機能の強化を図ることを目的とした事業
- 2016年11月に、福岡市と福岡市医師会によるWGを発足、九州厚生局をオブザーバに迎え、企画検討を開始
- 2017年4月より、株式会社インテグリティ・ヘルスケアの協力の下、同社のオンライン診療システムYaDocを市内医療機関に試行運用し、その有用性の評価と安全運用に向けたガイドライン策定に取り組んでいる

【運営委員】

福岡市医師会

福岡市

【事務局】

医療法人社団鉄祐会

【オブザーバ】

九州厚生局

【協力】

インテグリティ・ヘルスケア

【利用システム】

YaDoc



2016年11月

WGを発足

※以降、毎月WG運営委員会を開催し、オンライン診療の活用用途、利用ルール、普及促進企画を検討

2017年2月

福岡市医師会員への説明会

※企画への賛同可否についてアンケートを実施し、その後、個別説明の下、導入医療機関を決定

2017年4月

オンライン問診の利用開始

※待合室にてタブレット端末での問診を実施

2017年6月

第1回 意見交換会 実施

2017年8月

オンライン診察の利用開始

※患者の自宅からビデオチャットによる診療を実施

2017年10月

第2回 意見交換会 実施

オンライン診療の位置づけ

オンライン診療とは、

ICTを活用し、医師と患者が離れた場所でありながら、患者の状態を把握し、診療を行うものであり、患者の外来通院あるいは医師の訪問診療など、対面による診療行為を補完するものである。

外来診療

患者が病院へ来院して診療

訪問診療

医師が患者を訪問して診療

オンライン診療

医師・患者がそれぞれの場所にしながら診療



問診



モニタリング

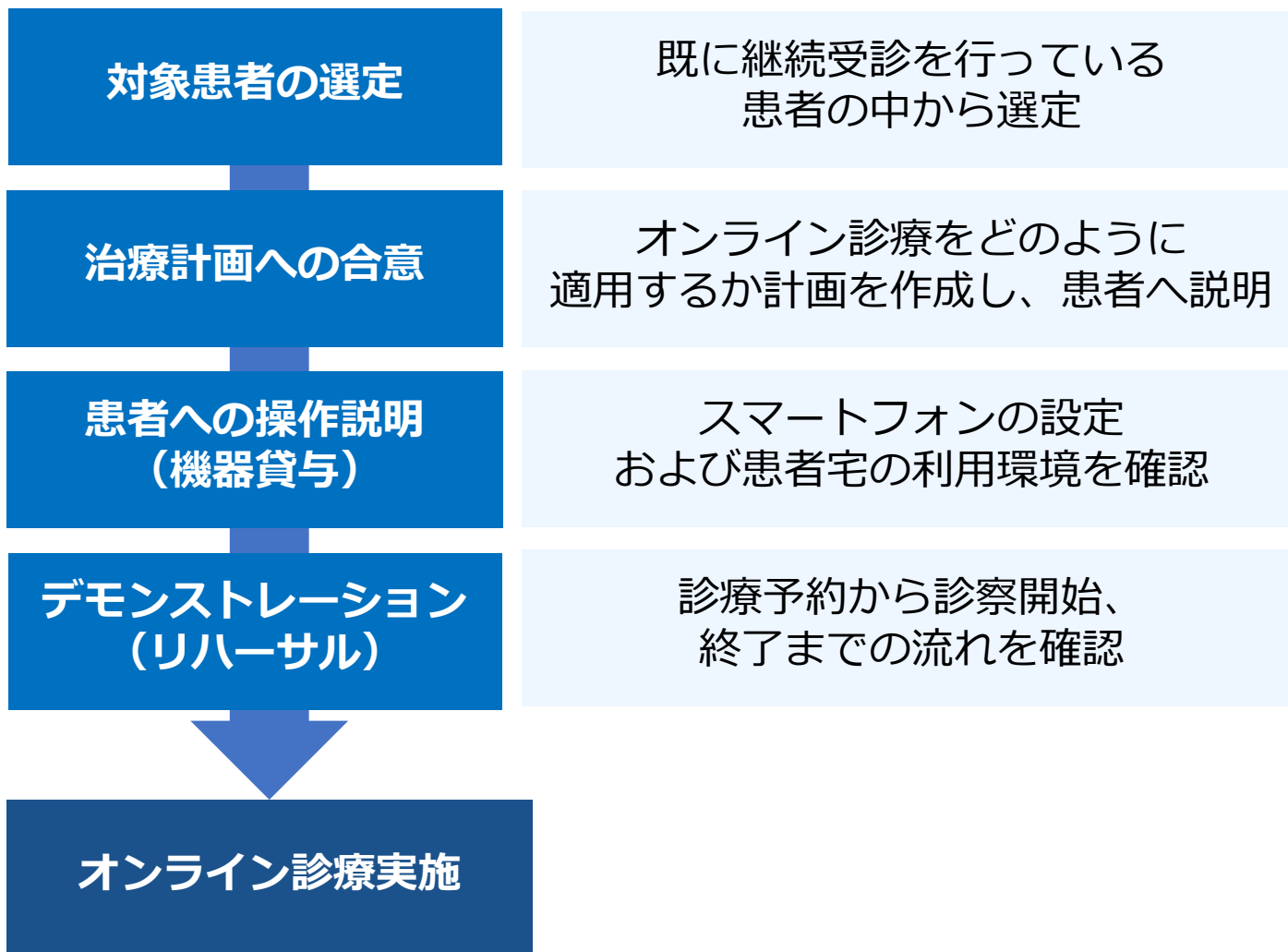


診察



本事業では、オンライン診療を対面診療の補完として位置づけ、診療の質と効率性を高めるものとしてその有用性を検証

利用開始までの流れ



治療計画書 サンプル

(患者様—医療機関/IT提出)

病状: オンライン診療計画書 兼 同意書

医療機関名			
担当医	先生		

ふりがな	性別	男性・女性	
患者氏名	種	年齢	年 月 日 生 () 歳
主病名			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 病状は比較的安定しています。 <input type="checkbox"/> 意思の疎通は良好です。 <input type="checkbox"/> 見守りや介助の方がいます。		
治療方針	<small>(※サンプル)</small> ● 投薬はできるだけ限り行わず、行動療法により症状の適行を期していきます。 <small>(※サンプル)</small>		
オンライン診療計画	<small>(※サンプル)</small> ● 対面診療は、1か月に1回で行います。 ● オンライン診療は、1か月に2回、対面診療の合間に行います。 ● 症状の変化や療養について相談がある場合は、上記の定期的なフォローとは別に、予約の上、オンラインで受診します。		
事前確認事項	● 患者様は、かかりつけ医の指示や注意に従います（これに従わずに問題が生じた場合の責任は、患者様が負うこととなります）。 <small>(※サンプル)</small> ● 患者様は、症状が重篤な場合や緊急対応が必要とされる場合は、来院の上、受診します。 ● オンライン診療の1回あたりの診療時間は10分を目安とします。 ● 治療に必要な薬物は処方いたします。 ● かかりつけ医（医療機関を含む）は、双方の利用環境を確認しつつ、患者のプライバシーに配慮します。		

上記オンライン診療計画の内容は、かかりつけ医と患者の間で、治療の経過、計画の実施状況を踏まえ、必要に応じて見直しを行います。
 上記オンライン診療計画の内容その他の記載事項について説明を受け、オンラインでの診療を行うことに同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名:
 家族氏名:
 (患者様との捺印:)

医療機関にて患者を選定し、オンライン診療の治療計画について患者から同意取得の上、利用を開始

ケース1：訪問診療（80歳代） × 悪性リンパ腫

患者情報

疾患名	悪性リンパ腫、アルツハイマー型認知症（中等度）				
性別	男性	現在の受診形態	在宅	サポートの有無	あり（同居：娘夫婦）
年齢	80歳代	通院歴	11カ月		
背景	<ul style="list-style-type: none"> 夫婦で認知症が進行し、娘夫婦と同居し、月1回、物忘れ外来へ通院。 通院補助をしていた長女の復職のため、通院負担を軽減すべく、オンライン診察の導入を検討。 悪性リンパ腫の進行が判明し、在宅緩和ケアへ変更し、週1回の訪問診療に加え、経過観察としてオンライン診察を導入。 				
期待	<ul style="list-style-type: none"> 医師の訪問の負担をかけることなく、きめ細やかなケアを実施。 状態変化を早期発見/介入ができるようにする。 				

治療計画

●：対面診療（訪問） ○：オンライン診療

週数	1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w	13w
Before	●		●	●	●	●	●						
After（実績）	●		●	○ ●	●	○ ●	○ ● ※						

※ 7w目で患者死亡により終了

実施後の評価

実施内容	<p>4週目：初回オンラインの経過観察。</p> <p>6週目：オンラインで病状悪化を感知し、その週の訪問診療を前倒し。</p> <p>7週目：オンラインで病状悪化を確認し、往診を実施。</p>
効果	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛はコントロールできていたものの、急な病状悪化による本人・家族の不安の高まりも導入の背景にあった。 実際の診療場面では、かかってきた電話で病状の把握が難しくオンライン診察に切り替えたり、オンライン診察によって病状の悪化が観察されたため定期的訪問を早めて対応したりと、これまでの対面診療＋電話に、オンライン診察を追加で組み合わせることで、より密な治療とケアを提供することができたと感じている。
課題	<ul style="list-style-type: none"> 介護者が娘家族であり、スマートフォンの操作も問題なくできた。老老世帯など、同居の介護者が高齢の場合は、サポートしていただく見守り事業者や、音声入力などで高齢者でも操作が容易なものを検討していく必要がある。

ケース2：訪問診療（小児） × 胎児期脳出血後遺症

患者情報			
疾患名	胎児期脳出血後遺症、胃瘻栄養管理中		
性別	女性	現在の受診形態	在宅
年齢	6歳	サポートの有無	あり（同居：母親）
		訪問診療歴	6カ月
背景	<ul style="list-style-type: none"> 大学病院の地域連携室から地元の内科クリニックへ紹介され、月2回の訪問診療を実施していた。（胃瘻チューブ交換＋全身状態把握） 胃瘻栄養管理で状態も安定していることから、訪問診療は月1回の胃瘻交換時とし、もう1回の訪問をオンラインで代替。 		
期待	<ul style="list-style-type: none"> 大学病院から地域のかかりつけ医への連携が進むと、専門施設の負担が軽減され、専門医療に集中することが可能となる。 小児の専門医は少なく、小児在宅患者の受入先はその難易度を懸念して更に少ない。小児のかかりつけ医も在宅まで行うことは困難なことが多い。オンライン診察を活用することで、在宅をみる医師の負担が軽減され、小児科以外のかかりつけ医でも小児在宅患者の受入れが可能になれば、地域での受け皿が拡大され、患者家族の負担も軽減される。受入側のかかりつけ医においても一度の診察だけでは情報が不十分なので、映像を通して経過観察ができるとよい。 将来的に専門医と連携し、患者の受診時にオンラインでかかりつけ医と専門医が診察内容を共有できれば、情報共有がスムーズになり、患者家族の負担も軽減しながら、より安心して自宅でのケアが可能となる。 		

治療計画													
週数	1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w	13w
Before	●		●		●		●		●		●		●
After（計画）	●		○		●		○		●		○		●
After（実績）	●		○	○	●※								

実施後の評価		※ 実証事業報告時点までの実績
実施内容など	1週目：定期胃瘻交換実施（訪問診療） 3週目：経過観察（オンライン診察） 4週目：発熱があり、臨時でオンラインで診察を行い、状態を観察の上、指示（オンライン診察） 5週目：定期胃瘻交換実施（訪問診療）	
効果	<ul style="list-style-type: none"> 患者家族としても、一回の訪問の方が経済的負担が少ない。時間的な余裕もできる。 画面を通して、状態を観察できるので、電話のみの場合に比べ、医師側の不安も軽減できる。 月2回の訪問診療は、在宅医でなければ難しいが、月1回の訪問診療であれば、外来を行っているかかりつけ医にも負担軽減となり、実施可能となるため、多くのかかりつけ医にとって、受け入れやすいシステムと考えられる。 	
課題	<ul style="list-style-type: none"> 大学病院の医師と、かかりつけ医がオンラインで情報共有が可能となり、かかりつけ医での受け入れが可能となる。また、症状の悪化時は、大学病院が受け入れてくれるという体制が併せて必要である。 	

ケース3：外来診療（90歳代） × 脳梗塞後遺症

患者情報

疾患名	脳梗塞後遺症		
性別	男性	現在の受診形態	外来
		サポートの有無	あり（同居：息子夫婦）
年齢	90歳代	通院歴	20年
背景	<ul style="list-style-type: none"> 病状は安定しており、意思の疎通も可能。しかし、高齢であることと脳梗塞の後遺症もあり、ADLは低く、息子さんが車で通院を補助するなど通院負荷が高い状況だった。 胃癌、肺癌を全て診断してもらった主治医に最期まで看取って欲しいとの希望。 来院できなくなったら、今後当院で訪問診療へ移行を検討している。 		
期待	<ul style="list-style-type: none"> 病状は安定している。普段、自宅周りの散歩はできている。 外来での対面診療とオンライン診察の組み合わせで、質の高い医療が確保できる。 		

治療計画

●：対面診療（外来）

○：オンライン診療

週数	1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w	13w
Before	●				●				●				●
After（計画）	●				○				○				●
After（実績）	●				○				○				●

実施後の評価

実施内容	5週目：初回オンラインの経過観察。 9週目：2回目のオンラインの経過観察。 13週目：対面診察を実施。
効果	<ul style="list-style-type: none"> 家族からの情報も十分に得られ、本人の病状理解も良好であった。
課題	<ul style="list-style-type: none"> 長期間、当院に通院している。意思疎通は十分取れている状態であればよいが、もし、意思疎通が十分に取れていない状態や、オンライン診療を併用する意図が伝わっていない状態となれば、オンライン診療は困難になると考える。

実証結果にみるオンライン診療の効用

訪問診療

患者・介護者への安心

状態が刻一刻と変化する中で患者を介護する家族の不安は募るが、電話だけでは状況を医師に伝えることが難しく、また医師も頻回に訪問することは難しい。

オンラインで状況を共有し指示を仰ぐことで一定の対応が行える。オンラインで繋がることで訪問頻度が減っても安心できる。

医師の負担軽減

電話だけでは判断が難しいが映像により状態を把握することで適切な指示を出したり、必要な準備をして訪問診療が行える。

往診依頼があり、訪問してみると行かなくても大丈夫だったということもある中で、本当に必要なときだけ訪問することで無駄をなくすことが可能。

外来診療

介護者の負担軽減

高齢となると1人では通院が困難であるが、在宅医療を頼むまでではない場合がある。

高齢患者の家族は勤労世代であることが多く、オンラインにより通院介助の負荷を軽減しながら受診頻度を高めることで、重症化前に対応することが可能。

早期対応

急な症状変化において、電話では患者も状況の説明が難しく、医師も判断がしづらい。

外来診療を行うところでは、緊急往診も対応することは困難。

かかりつけ医であれば、過去の検査結果や受診状況もわかり、映像を診て一定の判断の下、適切な指示を出すことができる。

情報通信機器を用いた診療において想定される課題

- 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。

外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防

2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)

(1) 総論

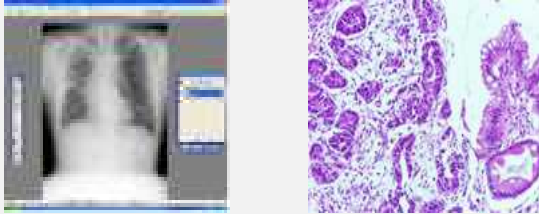

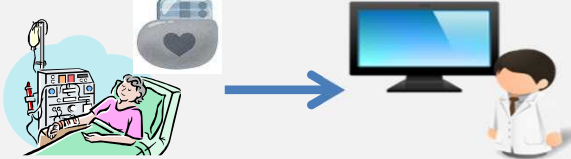
(2) 情報通信機器を用いた診察

(3) 情報通信機器を用いた遠隔モニタリング

3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化

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
<p>医師対医師 (D to D)</p>	<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
<p>医師対患者 (D to P)</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>  <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"> ・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 ・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

睡眠時無呼吸症候群(SAS)について①

【概要】

睡眠中に無呼吸を繰り返すことで、様々な合併症を起こす病気

【疫学】

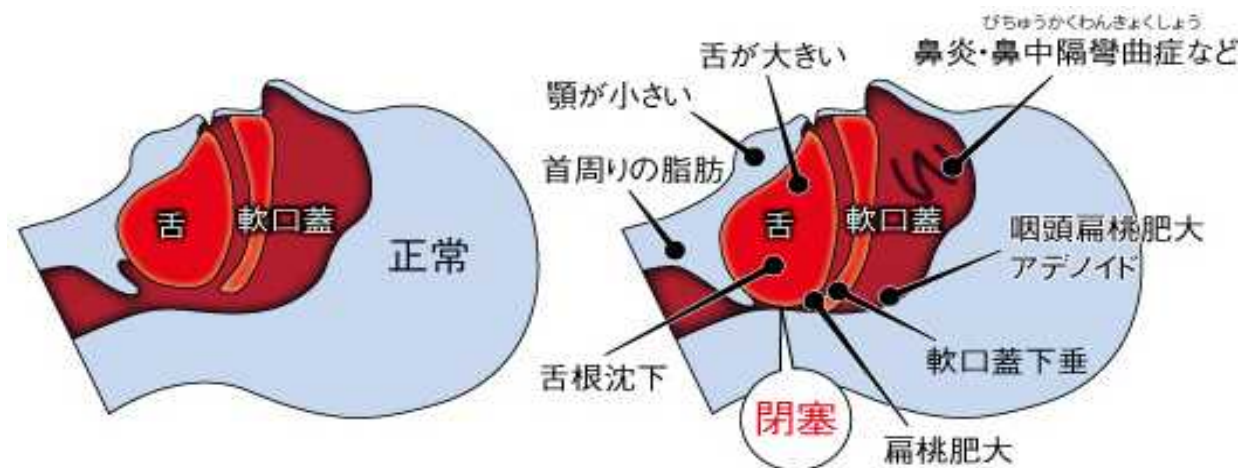
成人男性の約3~7%、女性の約2~5%にみられる。男性では40歳~50歳代が半数以上を占める

【原因】

空気の通り道である上気道が狭くなることが原因。首まわりの脂肪の沈着が多いと上気道は狭くなりやすく、肥満はSASと深く関係するほか、扁桃肥大、舌が大きいこと、、鼻炎・鼻中隔彎曲といった鼻の病気、あごの後退等も原因となる。

【症状】

いびき、夜間の頻尿、日中の眠気や起床時の頭痛など



睡眠時無呼吸症候群(SAS)について②

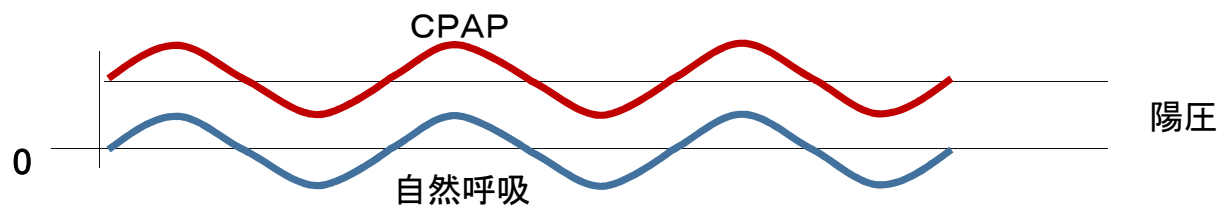
【治療】

無呼吸低呼吸指数(AHI)が20以上で日中の眠気などを認めるSASでは、経鼻的持続陽圧呼吸療法(CPAP)が標準的治療とされている。

また、下あごを前方に移動させる口腔内装置(マウスピース)を使用して治療することもある。小児のSASではアデノイド・口蓋扁桃肥大が原因であることが多く、その際はアデノイド・口蓋扁桃摘出術が有効。

出典:日本呼吸器学会HP(一部改変)

CPAP: continuous positive airway pressure
— 持続的に気道に陽圧をかけるもの



(着用例)



睡眠時無呼吸症候群に対する 持続陽圧呼吸療法（CPAP療法）の評価について

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250点

＜算定できる睡眠時無呼吸症候群の患者＞

以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者

(イ) 無呼吸低呼吸指数(1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。)が20以上

(ロ) 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例

(ハ) 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1,110点

＜算定できる場合＞

在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、3月に3回に限り、算定できる。

C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 100点

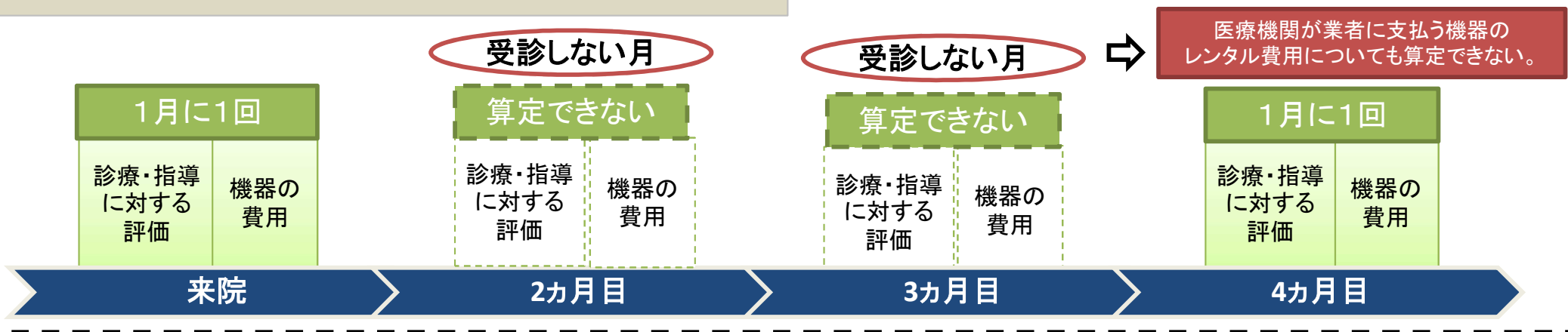
＜算定できる場合＞

在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、算定できる。

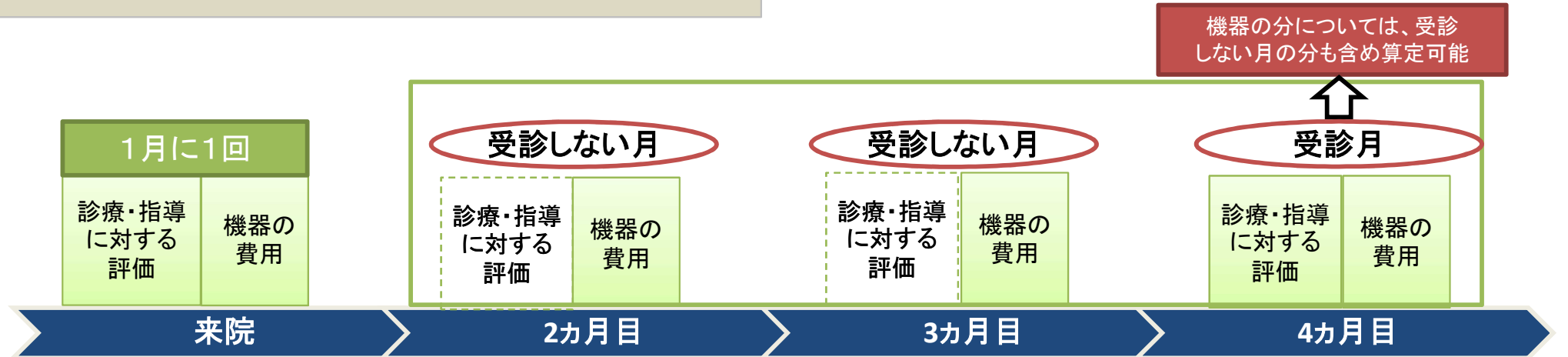
平成28年度改定における持続陽圧呼吸療法（CPAP療法）の評価の見直し

- 平成28年度改定において、3月に1回の受診であっても、CPAP療法に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。

管理料の算定（イメージ図） 平成28年度改定前



管理料の算定（イメージ図） 平成28年度改定後



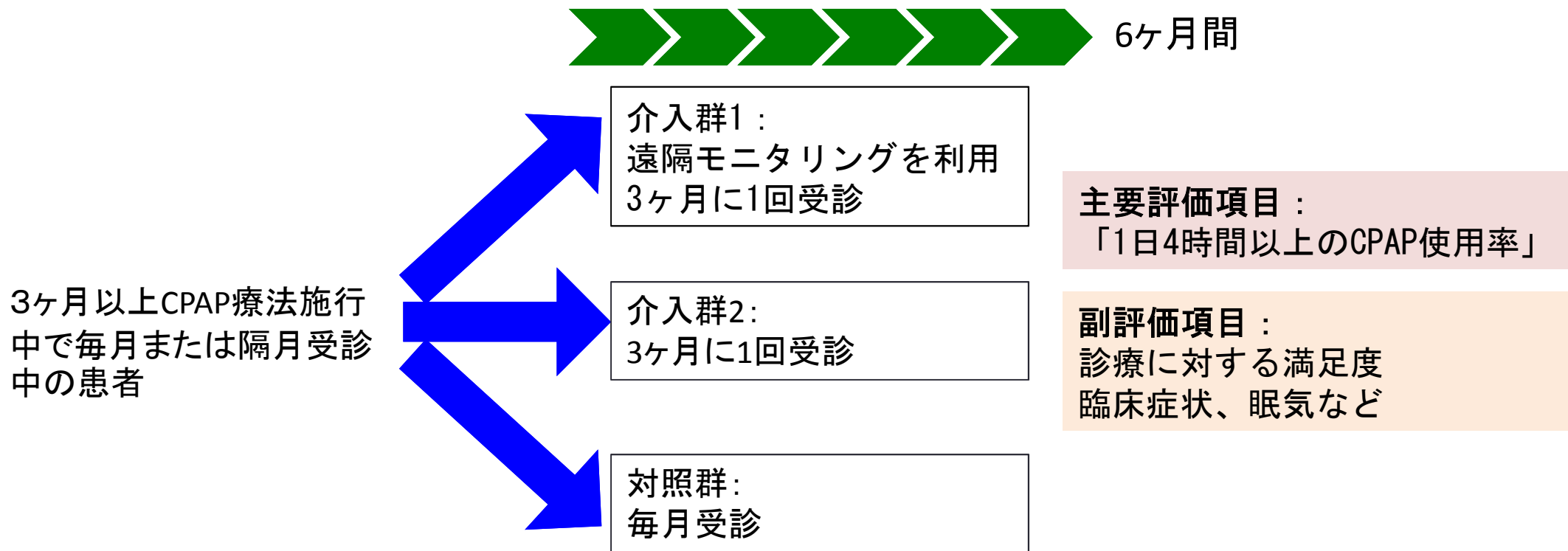
CPAP療法に関する実証研究

【研究の目的】

遠隔モニタリングシステムを利用することで、CPAP療法に関する外来対面診療間隔を延長しつつ、治療アドヒアランスを維持できるか、検討を行う。

【対象患者・群分け方法】

3ヶ月以上CPAP療法施行中で毎月または隔月受診中の患者に対し、1日4時間以上のCPAP使用率が同程度になるよう無作為化して、以下の3群に1:1:1に割り付け



出典：厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業報告資料解析終了分（有効性と安全性を維持した在宅呼吸管理の対面診療間隔決定と機器使用のアドヒアランスの向上を目指した遠隔モニタリングモデル構築を目指す検討）

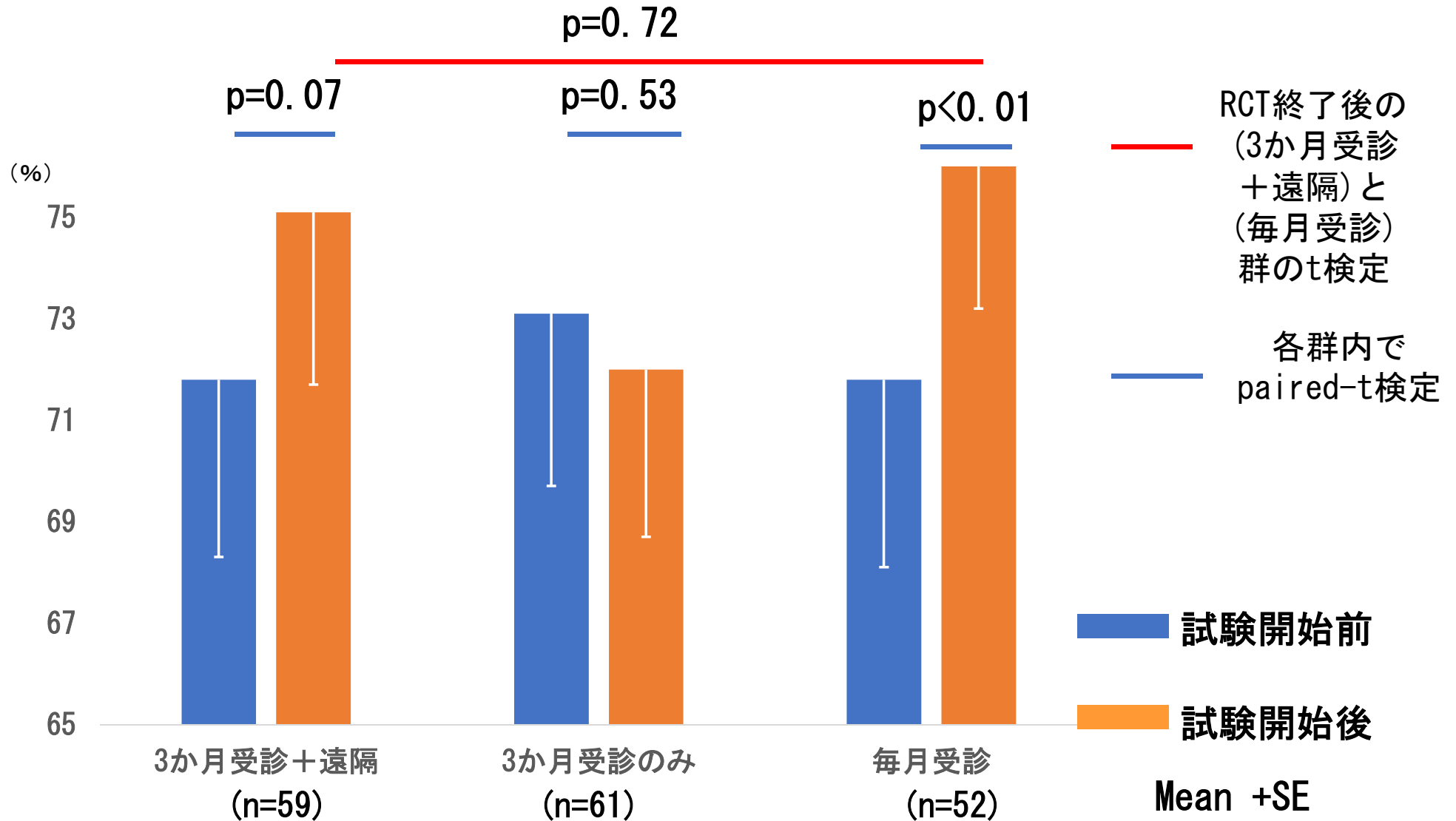
CPAP療法に関する実証研究

【介入方法】

	対面受診の間隔	遠隔モニタリング等の方法
介入群1	3ヶ月に1回受診	<ul style="list-style-type: none">・1月間に1回遠隔モニタリングによるデータの確認 (1日4時間以上のCPAP使用率、1月あたりの平均AHI)・1日4時間以上のCPAP使用率が70%未満であれば、データ確認後1週以内に電話指導
介入群2	3ヶ月に1回受診	<ul style="list-style-type: none">・対面診療の際にスマートカードによる1日4時間以上のCPAP使用率、3月間あたりの平均AHIを確認・遠隔モニタリングによるデータ収集も行うが主治医はそのデータを確認せず、診療にも利用しない
対象群	毎月受診	<ul style="list-style-type: none">・対面診療の際にスマートカードによる1日4時間以上のCPAP使用率、毎月の平均AHIを確認・遠隔モニタリングによるデータ収集も行うが主治医はそのデータを確認せず、診療にも利用しない

出典：厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業報告資料解析終了分（有効性と安全性を維持した在宅呼吸管理の対面診療間隔決定と機器使用のアドヒアランスの向上を目指した遠隔モニタリングモデル構築を目指す検討）

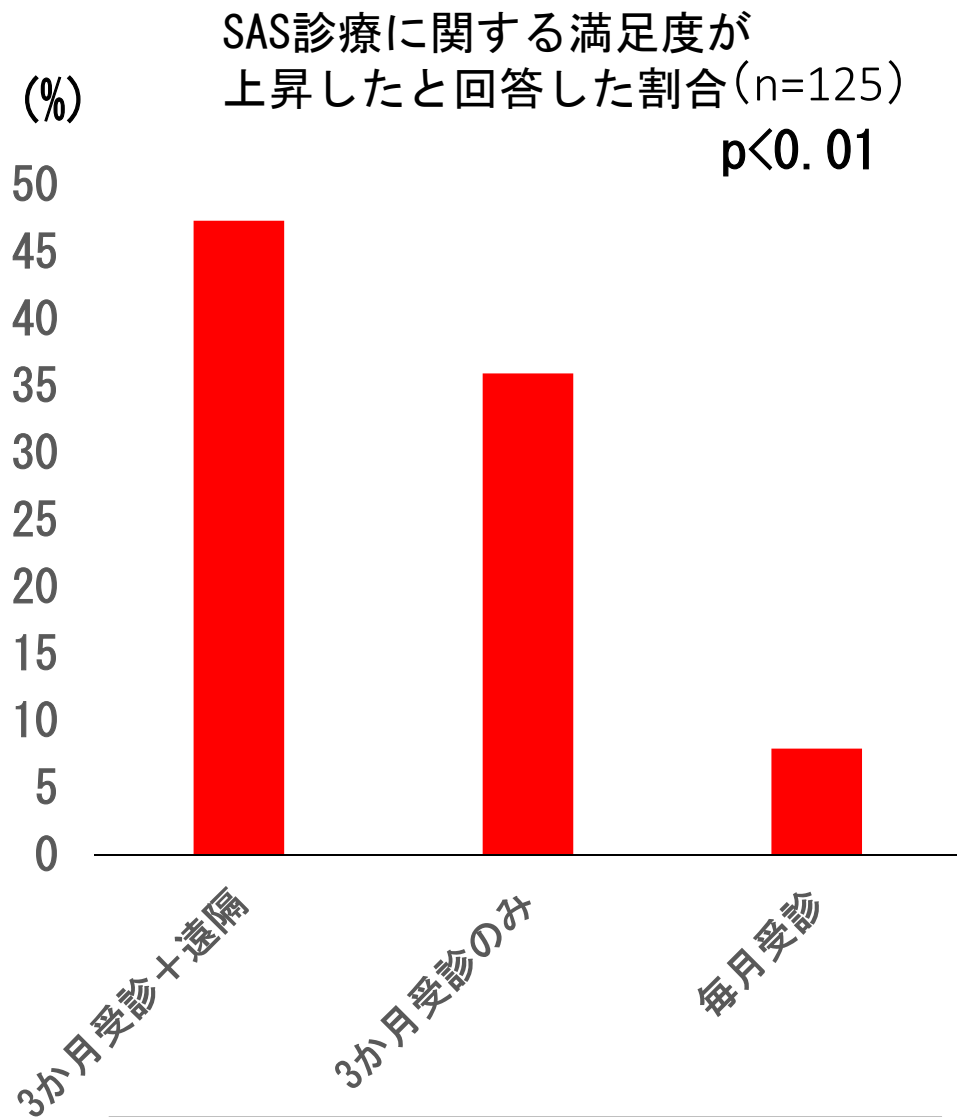
CPAP4時間以上使用率の変化と RCT終了後の[3か月受診+遠隔]と[毎月受診]群のCPAP 4時間以上使用率の比較



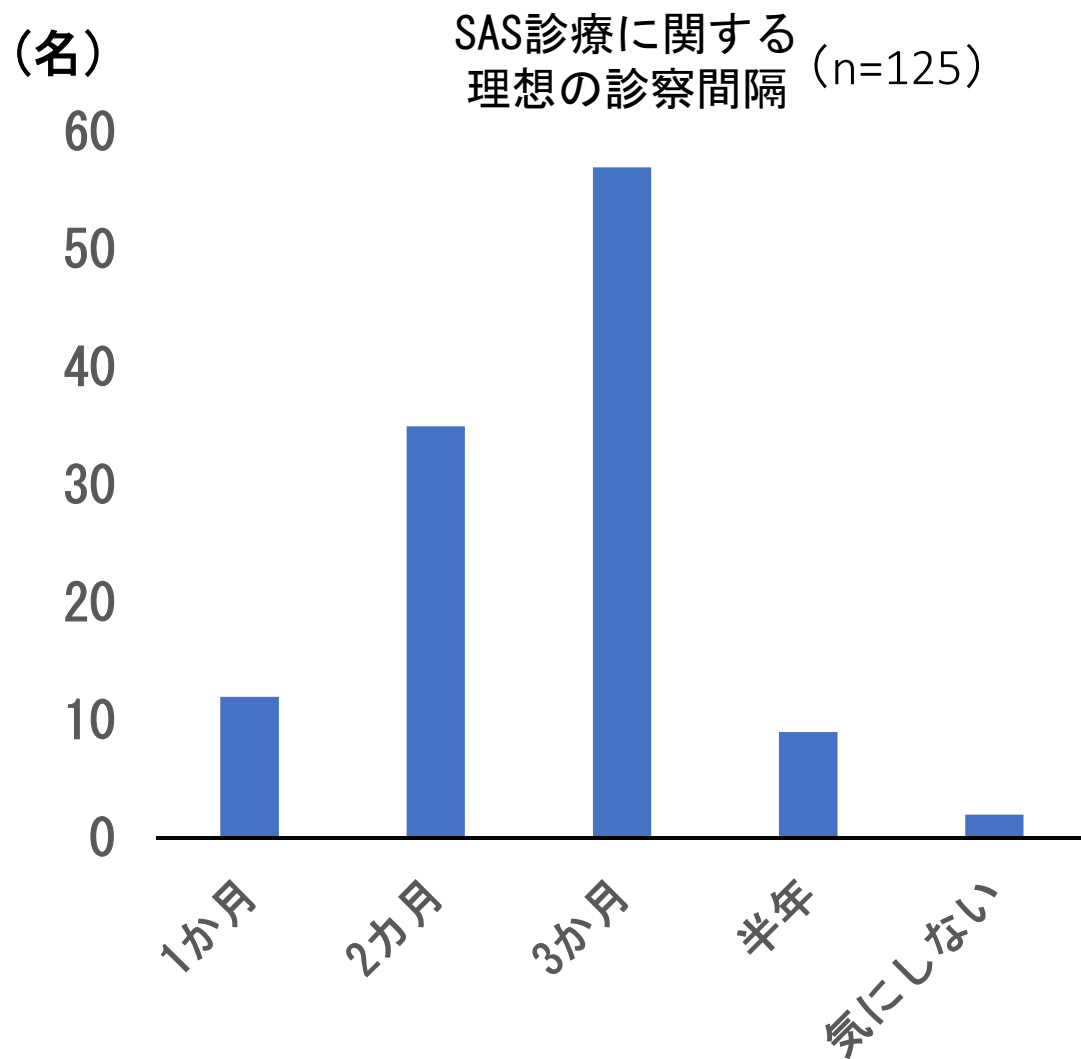
「3か月+遠隔」の群のCPAP 4時間以上使用率は「毎月受診」の群とおおむね同等と考えられる

出典：厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業報告資料解析終了分（有効性と安全性を維持した在宅呼吸管理の対面診療間隔決定と機器使用のアドヒアランスの向上を目指した遠隔モニタリングモデル構築を目指す検討）

患者の診療に関する満足度と診察間隔に対する希望



3か月受診にした群では
診察度に対する満足度が上昇した



3か月受診を希望する患者が最も多い

出典：厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業報告資料解析終了分（有効性と安全性を維持した在宅呼吸管理の対面診療間隔決定と機器使用のアドヒアランスの向上を目指した遠隔モニタリングモデル構築を目指す検討）

遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)についての課題と論点(案)

【課題】

【総論】

- ・遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)の診療報酬上の評価については、医師対医師の評価として放射線画像・病理画像の専門医のいる病院への転送、医師対患者の評価として電話等による再診と心臓ペースメーカー指導管理料の遠隔モニタリング加算がある。
- ・平成28年度診療報酬改定において、情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進として、心臓ペースメーカーの遠隔モニタリングの評価、画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価等を行った。

【情報通信機器を用いた診察】

- ・福岡市健康先進都市戦略「かかりつけ医」機能強化事業において、訪問診療や外来診療など対面による診療行為を補完するものとしてオンライン診療を位置づけ、利用開始までの流れ、期待される効用、具体的な事例等の有用性の検証を行っているが、その進捗状況が報告された。

【情報通信機器を用いた遠隔モニタリング】

- ・持続陽圧呼吸療法(CPAP療法)に関する実証研究において、CPAP4時間以上使用率について、3か月間隔の対面受診と月1回の遠隔モニタリングとを組み合わせた群は、毎月受診の群とおおむね同等と考えられる。



【論点(案)】

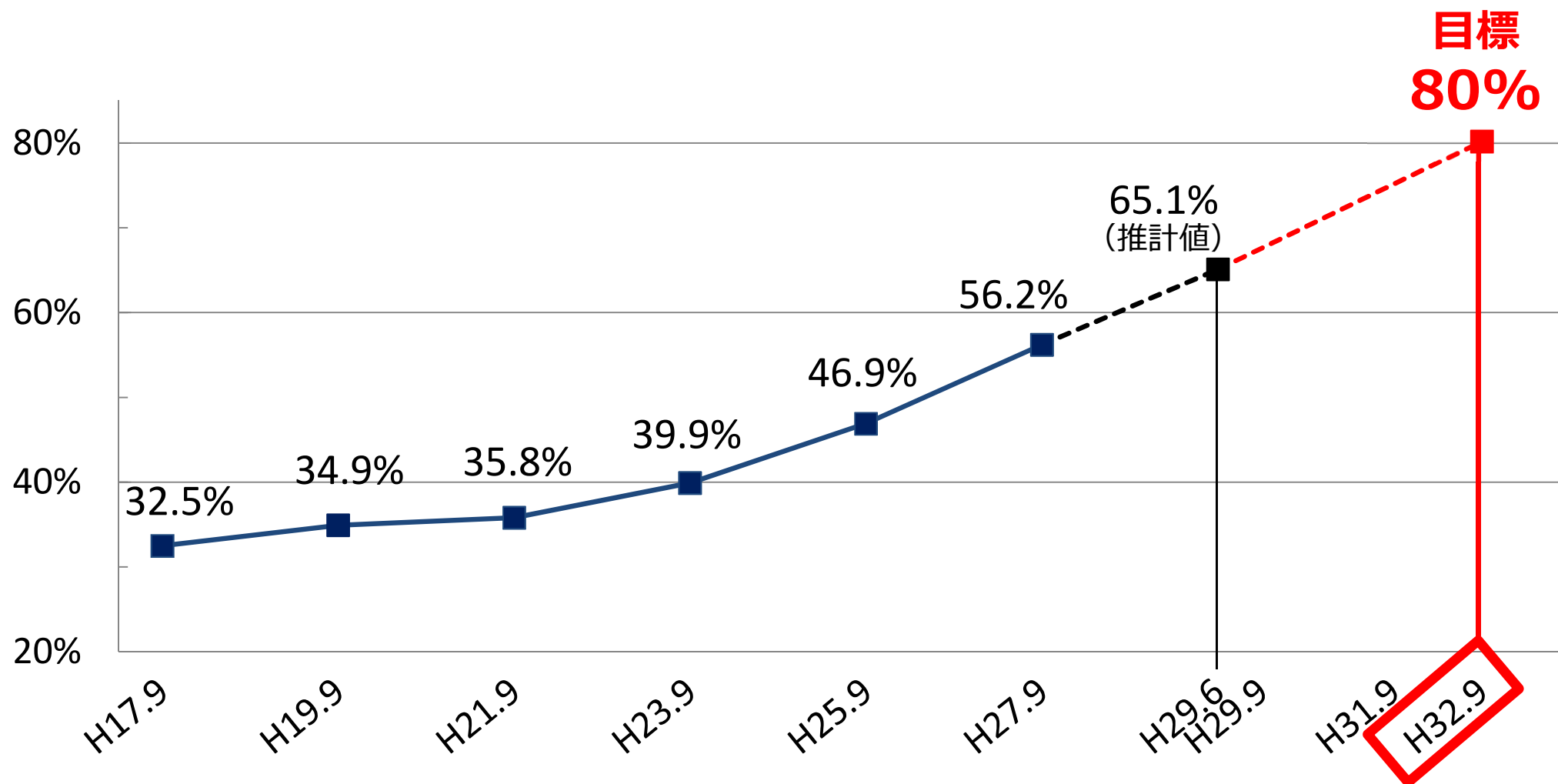
- 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)は、対面診療と適切に組み合わせて行われるものと位置づけられており、患者や医療提供者の負担軽減などにも有用と考えられる事例が確認された。先駆的な実践事例等を踏まえつつ、診療報酬上の評価の観点から、より適切と考えられる対象患者や実施条件などについて、どのように考えるか。
- 情報通信機器を用いた遠隔モニタリングについて、持続陽圧呼吸療法(CPAP療法)では、受診の間隔があいても、遠隔モニタリングを併用することで、一定の治療効果が確認できたとの研究結果を踏まえ、遠隔モニタリングによる管理について評価の見直しを検討してはどうか。

外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防
2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
3. 後発医薬品の使用促進
 - (1) 診療報酬における後発医薬品使用促進策
 - ① 薬局における対応
 - ② 医療機関における対応
 - (2) 一般名処方薬の推進
4. 多剤・重複投薬等の適正化

数量シェア 目標 (骨太方針2017)

○ **2020年（平成32年）9月**までに、後発医薬品の使用割合を**80%**とし、できる限り早期に達成できるように、更なる使用促進策を検討する。



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のための環境整備（薬局）

平成28年度診療報酬改定：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を65%以上及び75%以上に基準の引上げを行った。

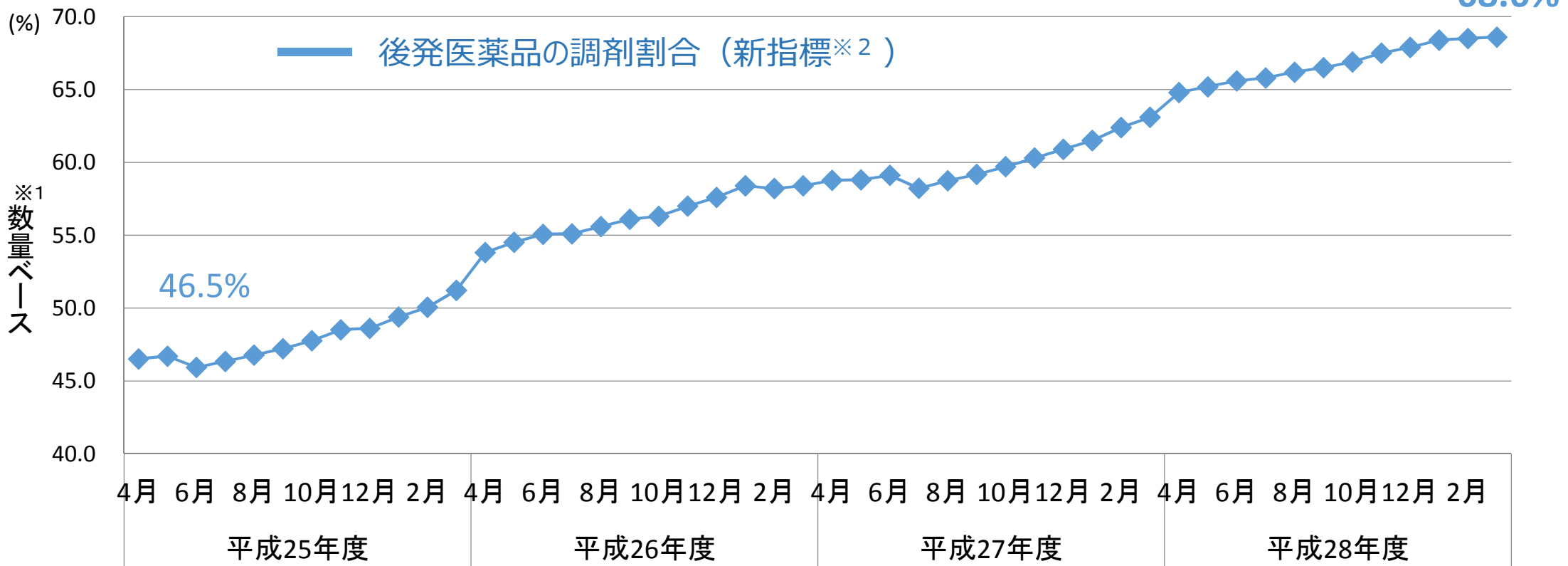
～平成28年3月（改定前）

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2（調剤数量割合65%以上）	22点

平成28年4月（改定後）～

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 75% 以上）	22点

➤ 薬局における後発医薬品の数量シェア



※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。

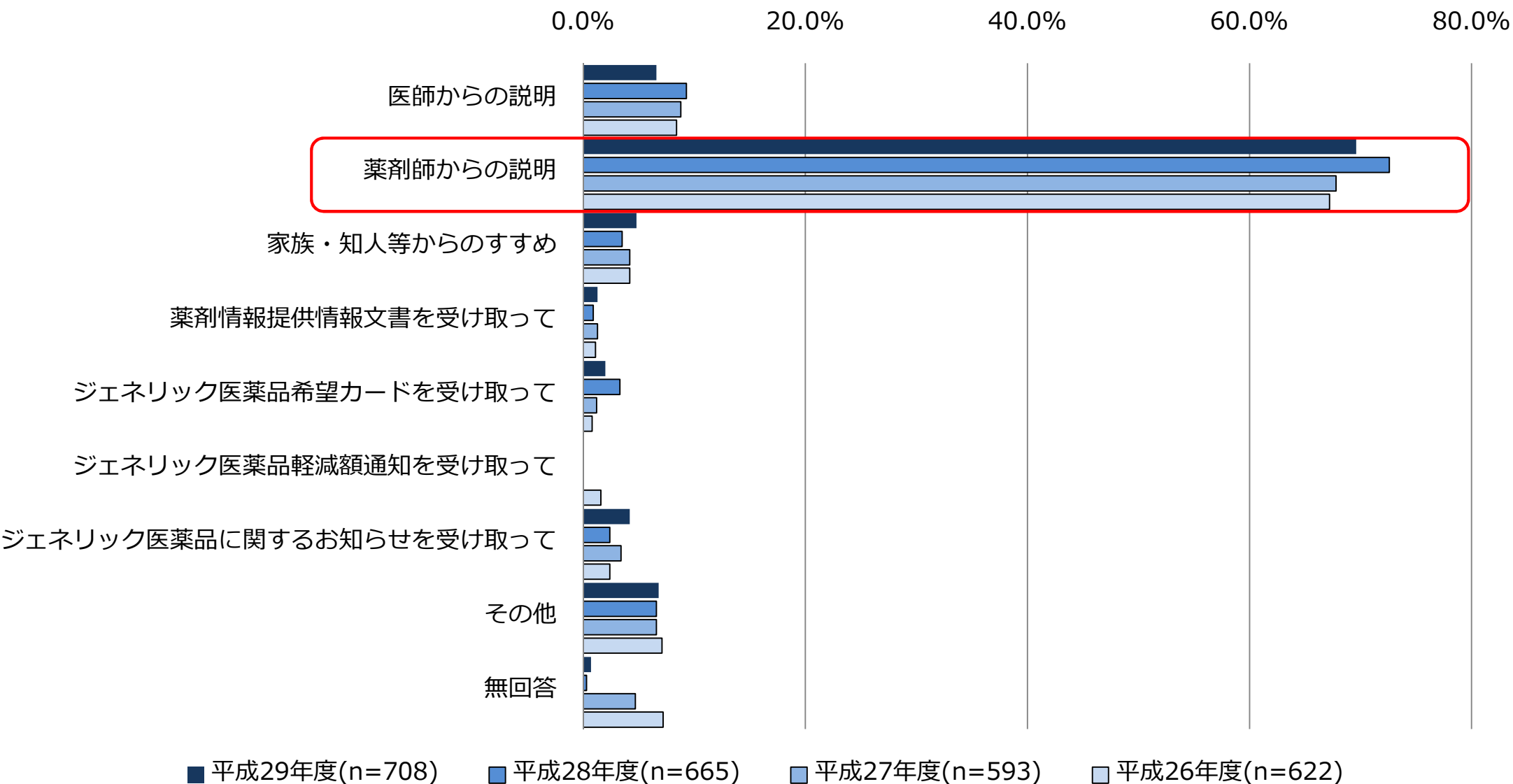
※2:「新指標」=[後発医薬品の数量]/（[後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量]）（「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標）。

[出典]「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

先発医薬品から後発医薬品に変更したきっかけ（患者調査）

○ 先発医薬品から後発医薬品に変更したきっかけは、「薬剤師からの説明」が7割と最も多い。

➤ 先発医薬品から後発医薬品に変更したきっかけ

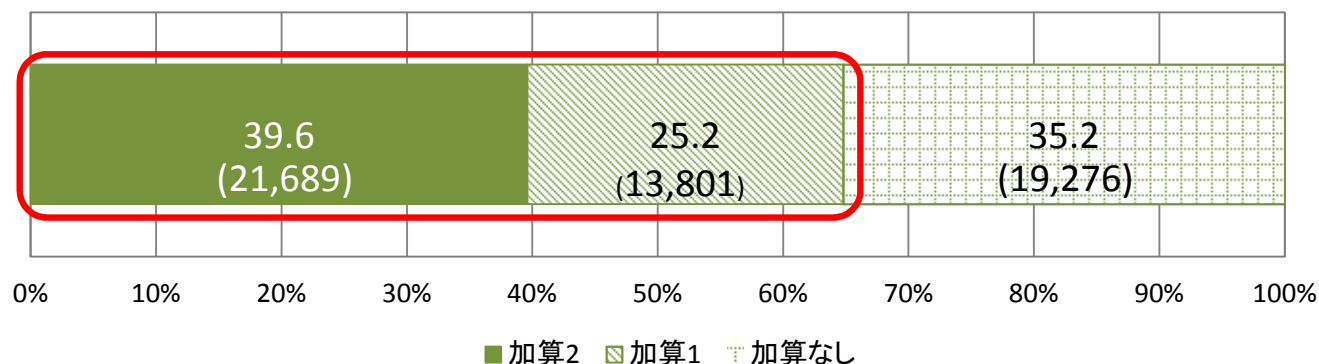


後発医薬品調剤体制加算の算定状況

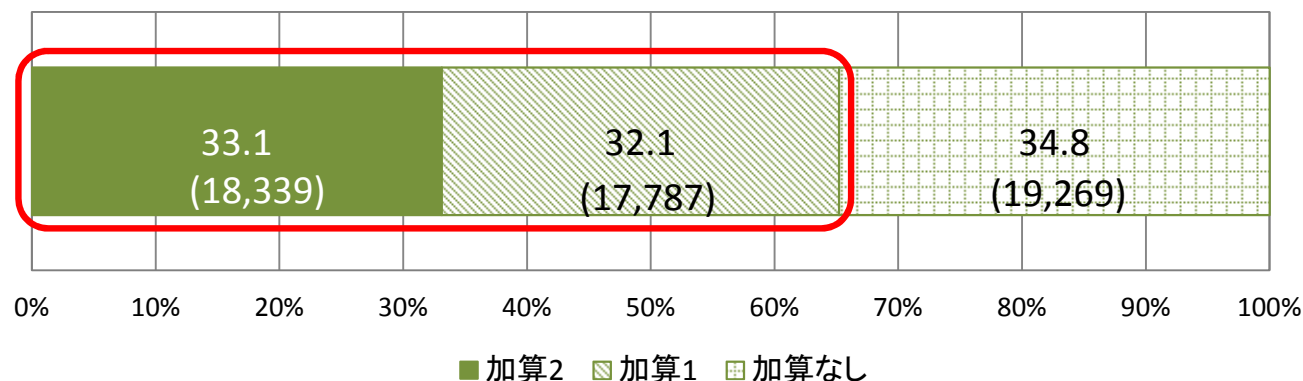
平成29年3月時点で、後発医薬品調剤体制加算2及び加算1を算定する薬局はそれぞれ33.1%、32.1%であり、基準を引き上げる前(平成28年3月)と比べると加算2の対象はやや少ないものの、同程度の薬局が加算対象となっている。

➤ 薬局における後発医薬品調剤体制加算の算定割合

平成28年3月 (n=54,766)



平成29年3月 (n=55,395)

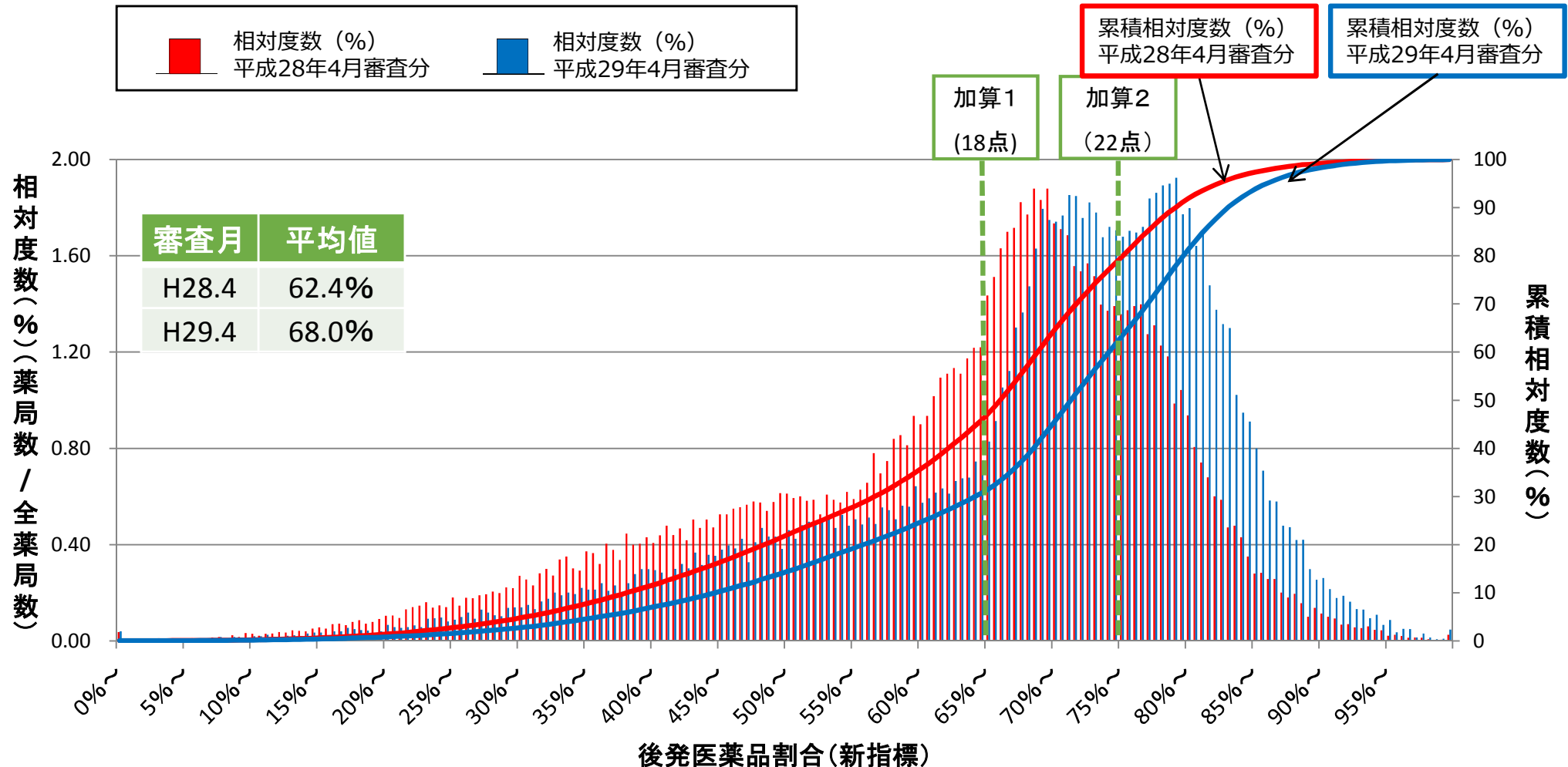


注) 括弧内は薬局数

出典: 最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス)(保険局調査課特別集計)

平成28年度後発医薬品調剤体制加算の見直しによる影響

○ 薬局における後発医薬品の調剤割合は増加している。



注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成28年3月分(4月審査分)及び平成29年3月分(4月審査分)を集計対象としたものである。

注2) 「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。

注3) 新指標は、〔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〕〕で算出している。

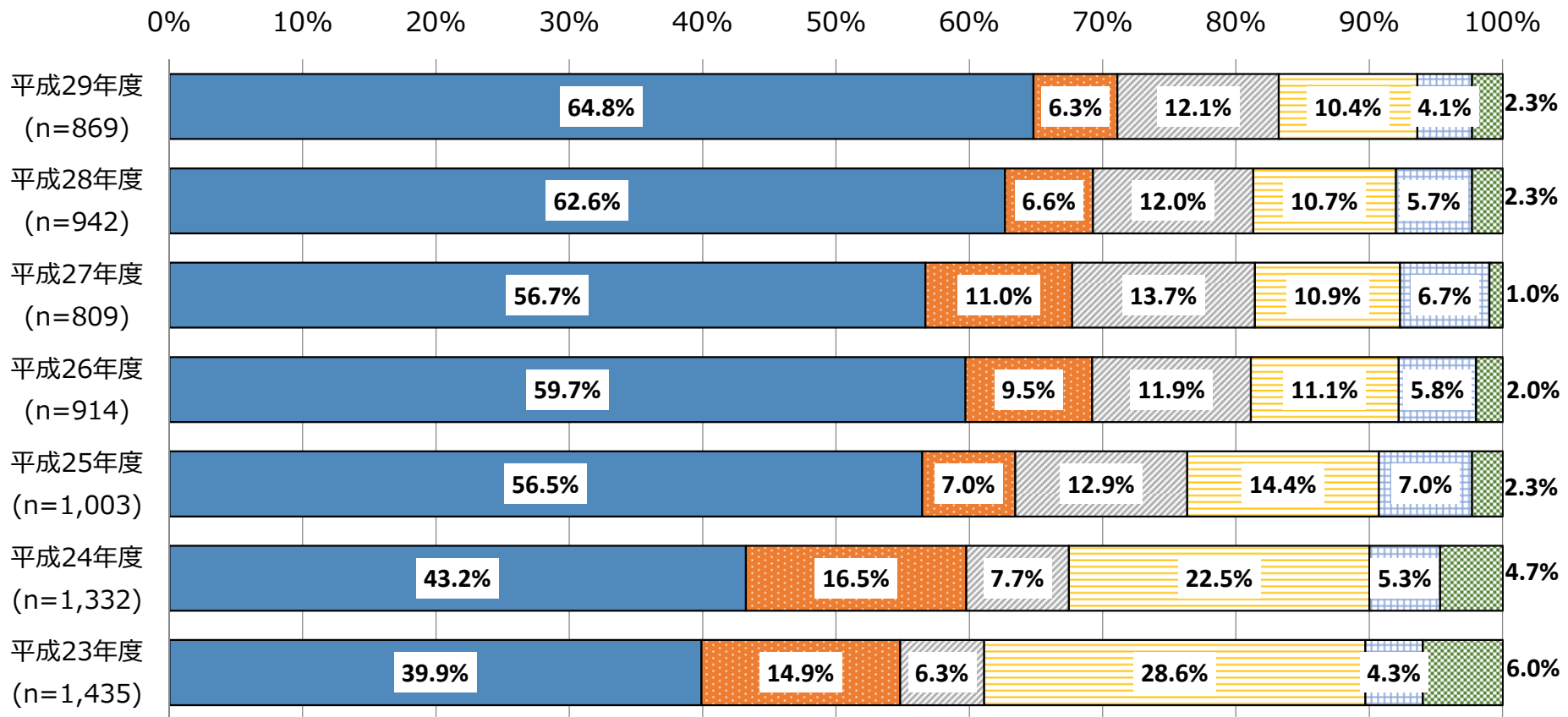
注4) 〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕=0となる薬局については、集計対象から除外している。

80 出典:最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス)(保険局調査課特別集計)

ジェネリック医薬品に関する使用意向（患者調査）

○ 患者のジェネリックの使用意向を尋ねたところ、「少しでも安くなるのであれば使用したい」、「本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい」が合計71.1%である一方で、「いくら安くなっても使用したくない」が12.1%であった。

➤ ジェネリック医薬品に関する使用意向（自己負担額との関係） ※医療費の自己負担があった人が対象



■ 少しでも安くなるのであれば使用したい
 ■ 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい
 ■ わからない
 ■ いくら安くなっても使用したくない
 ■ その他
 ■ 無回答

注1) 平成28年度以降の調査では、新たに選択肢「いくら安くなるかに関わらず、使用したい」を設けた。この選択肢の回答については、上記の図表では「少しでも安くなるのであれば使用したい」に含めている。
 注2) 平成26年度調査以降の調査では自己負担のあった患者のみを対象としている。

注1) 平成28年度以降の調査では、新たに選択肢「いくら安くなるかに関わらず、使用したい」を設けた。この選択肢の回答については、上記の図表では「少しでも安くなるのであれば使用したい」に含めている。
 注2) 平成26年度調査以降の調査では自己負担のあった患者のみを対象としている。

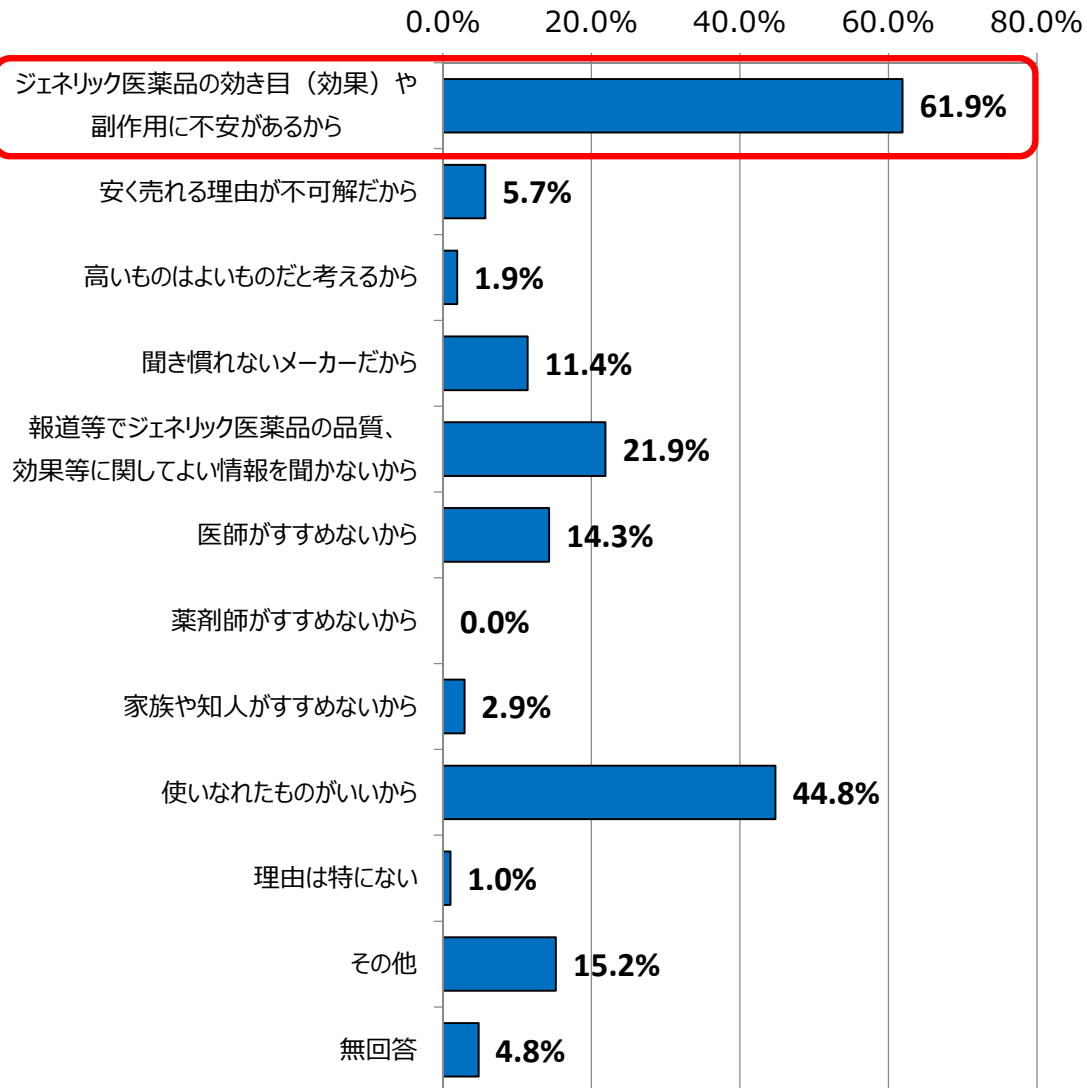
出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29後発調査)速報値

ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくない理由（患者調査）

○ ジェネリック医薬品を使用したくない理由としては、「ジェネリック医薬品の効き目（効果）や副作用に不安があるから」が61.9%と最も多い。ジェネリック医薬品を使用したくないと思った具体的なきっかけはない患者が28.6%であり、ジェネリック医薬品に切り替えて「副作用が出たことがある」、「効き目が悪くなったことがある」、「使用感が悪くなったことがある」という具体的なきっかけがある患者がそれぞれ10%程度であった。

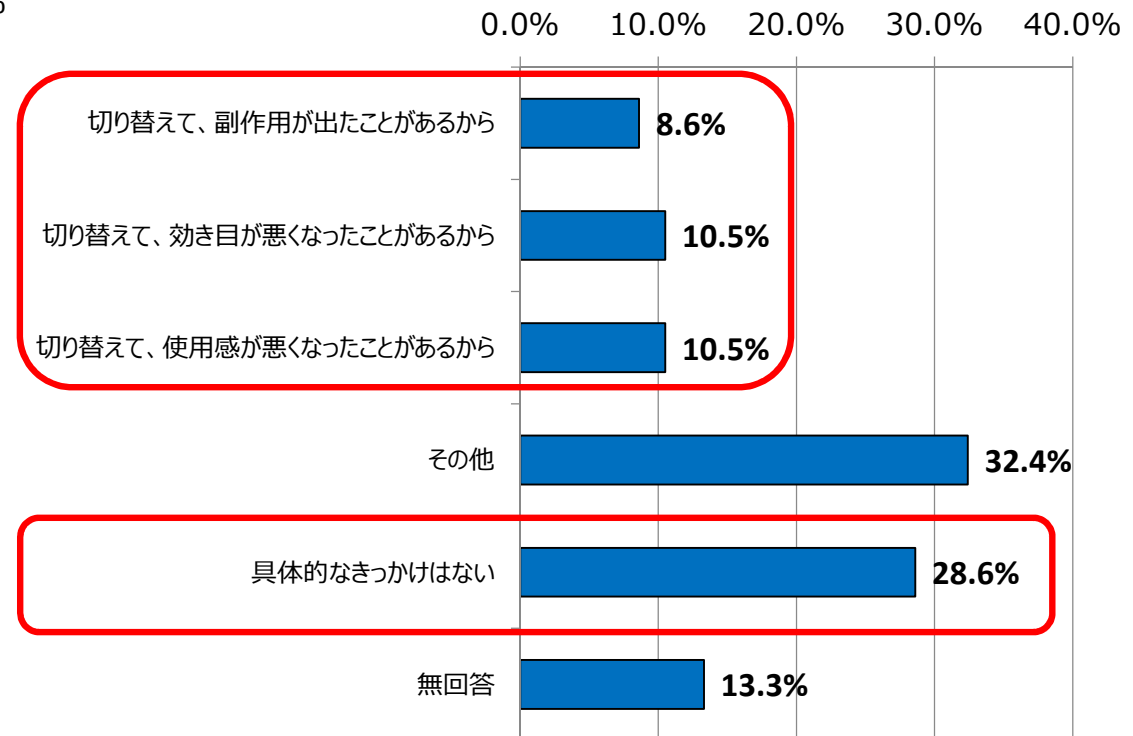
ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくない理由

※「いくら安くなっても使用したくない」と回答した人 n=105



ジェネリック医薬品を使用したくないと思った具体的なきっかけ

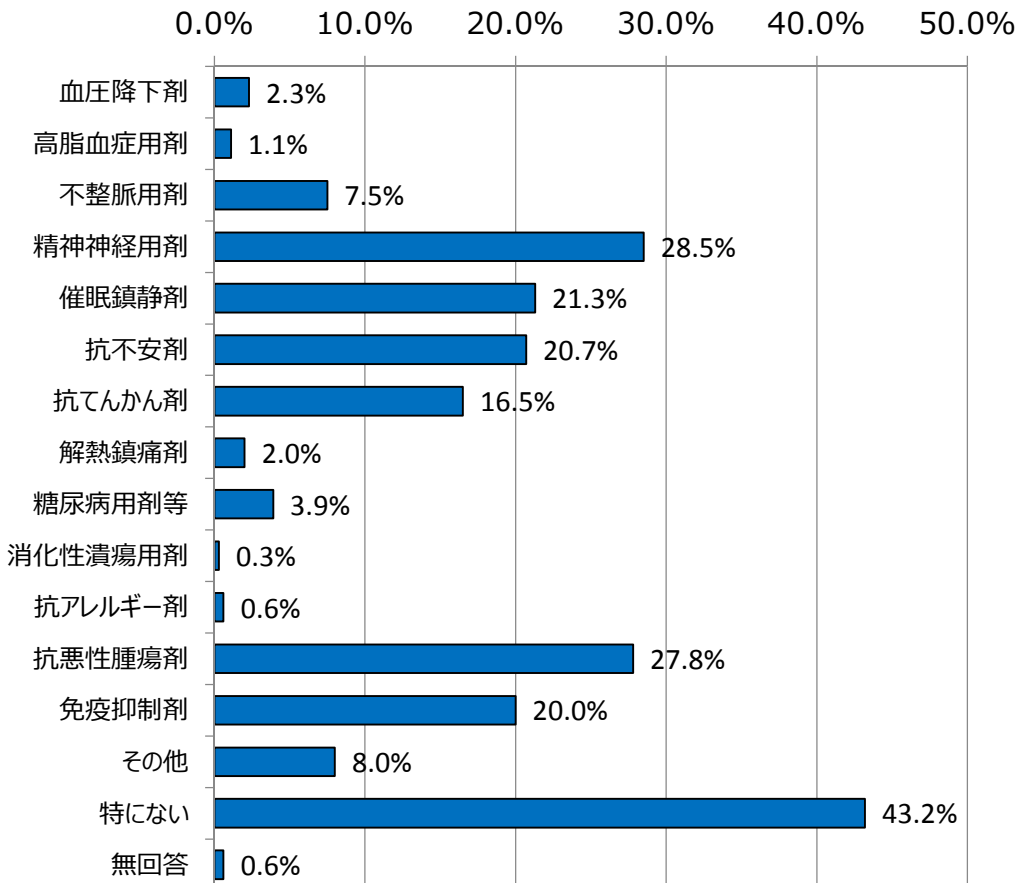
※「いくら安くなっても使用したくない」と回答した人 n=105



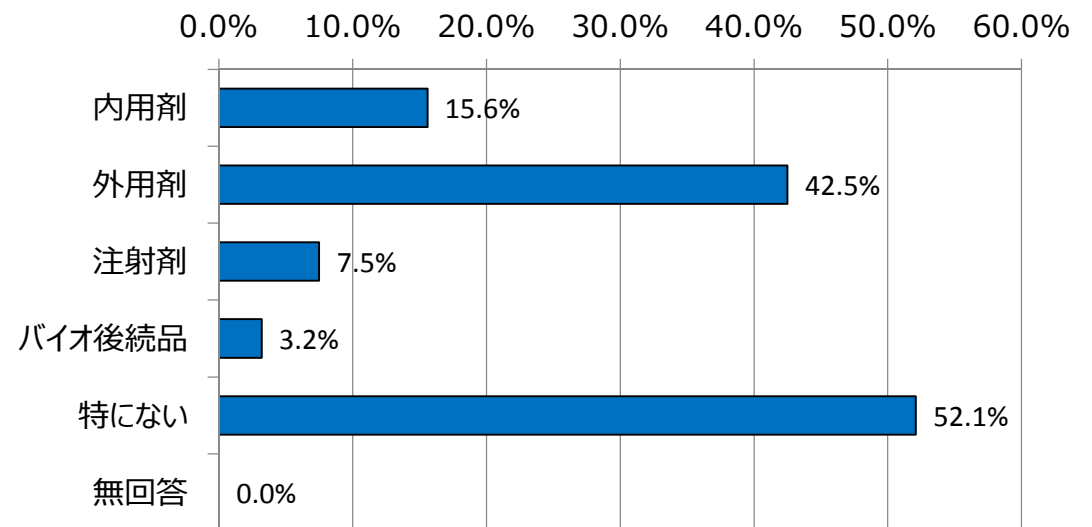
後発医薬品を調剤しにくい医薬品（薬局調査）

- 後発医薬品を調剤しにくい医薬品の種類としては、精神神経用剤や抗悪性腫瘍剤、催眠鎮静剤、抗不安剤などがあげられ、調剤した全医薬品のうち、これらに該当するために先発品が調剤されたのは平均で6.9%であった。
- また、後発医薬品を調剤しにくい医薬品の剤形としては、主に外用剤があげられ、調剤した全医薬品のうち、これらに該当するために先発品が調剤されたのは平均で7.5%であった。

➤ 後発医薬品を積極的に調剤していない・調剤しにくい医薬品の種類 (n=666)



➤ 後発医薬品を積極的に調剤していない・調剤しにくい医薬品の剤形 (n=666)



	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
後発医薬品が調剤しにくい剤形であるため先発医薬品を調剤したケースの割合 (%)	115	7.5	8.3	5.0

	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
後発医薬品が調剤しにくい種類であるため先発医薬品を調剤したケースの割合 (%)	164	6.9	8.7	5.0

出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29後発調査)速報値

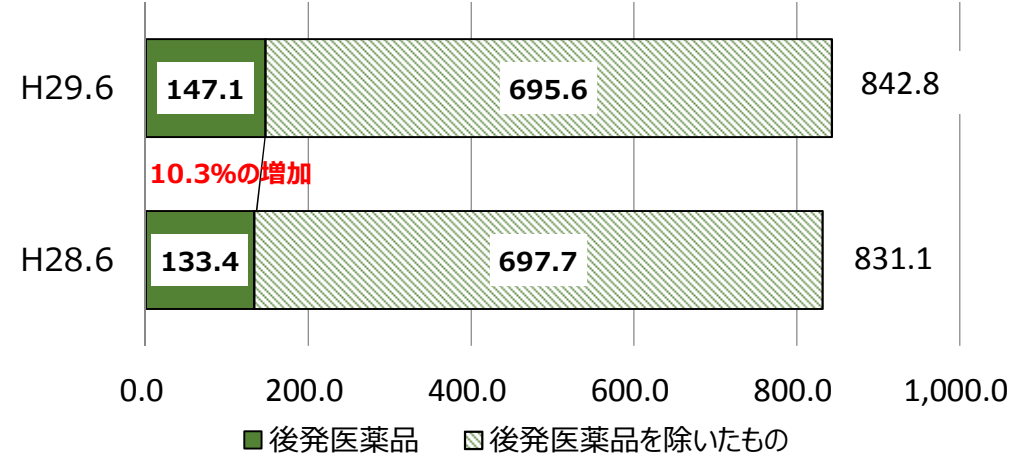
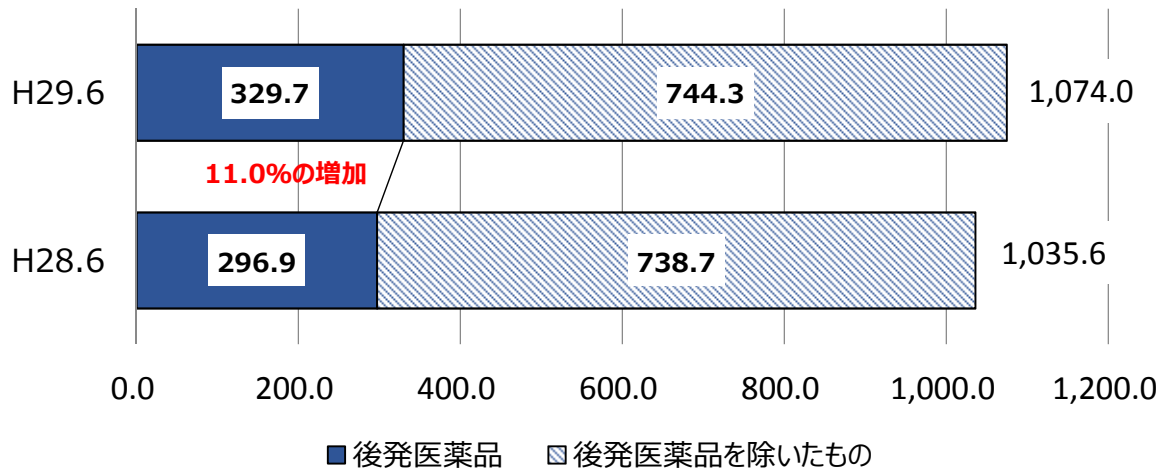
薬局における後発医薬品の備蓄状況等について（薬局調査）

○ 薬局における後発医薬品の備蓄品目数及び在庫金額が増加している。

➤ 薬局における後発医薬品の備蓄状況 n=396

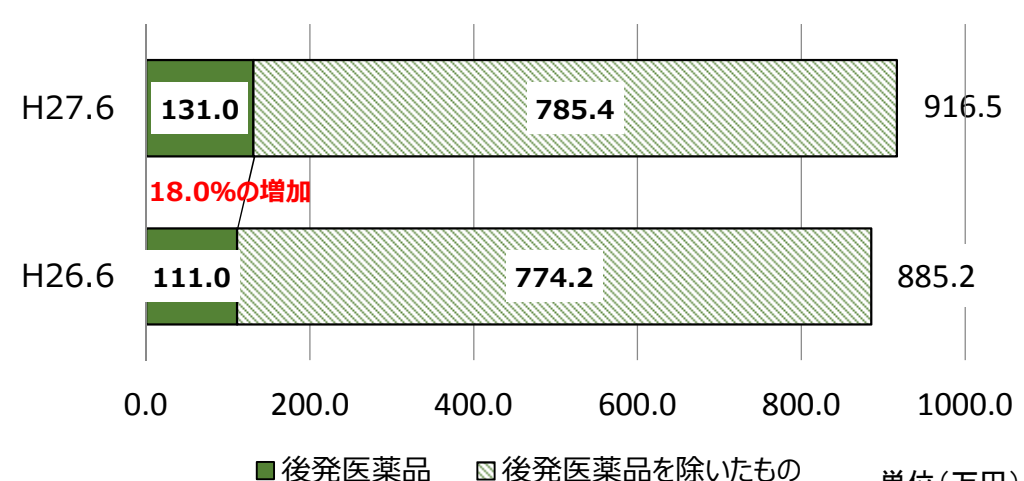
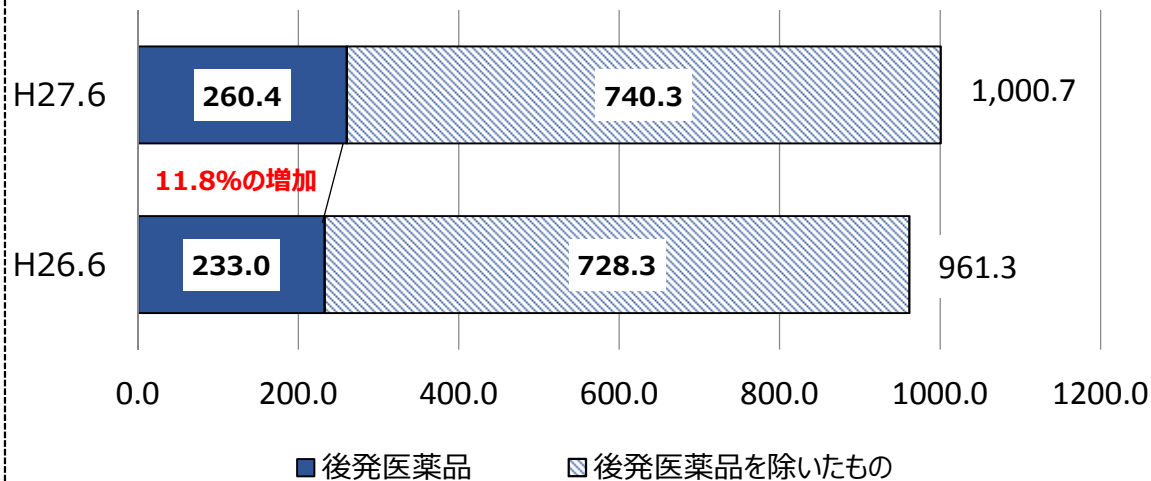
〈備蓄品目数〉

〈在庫金額〉



単位(万円)

(参考) H27年6月調査 n=440



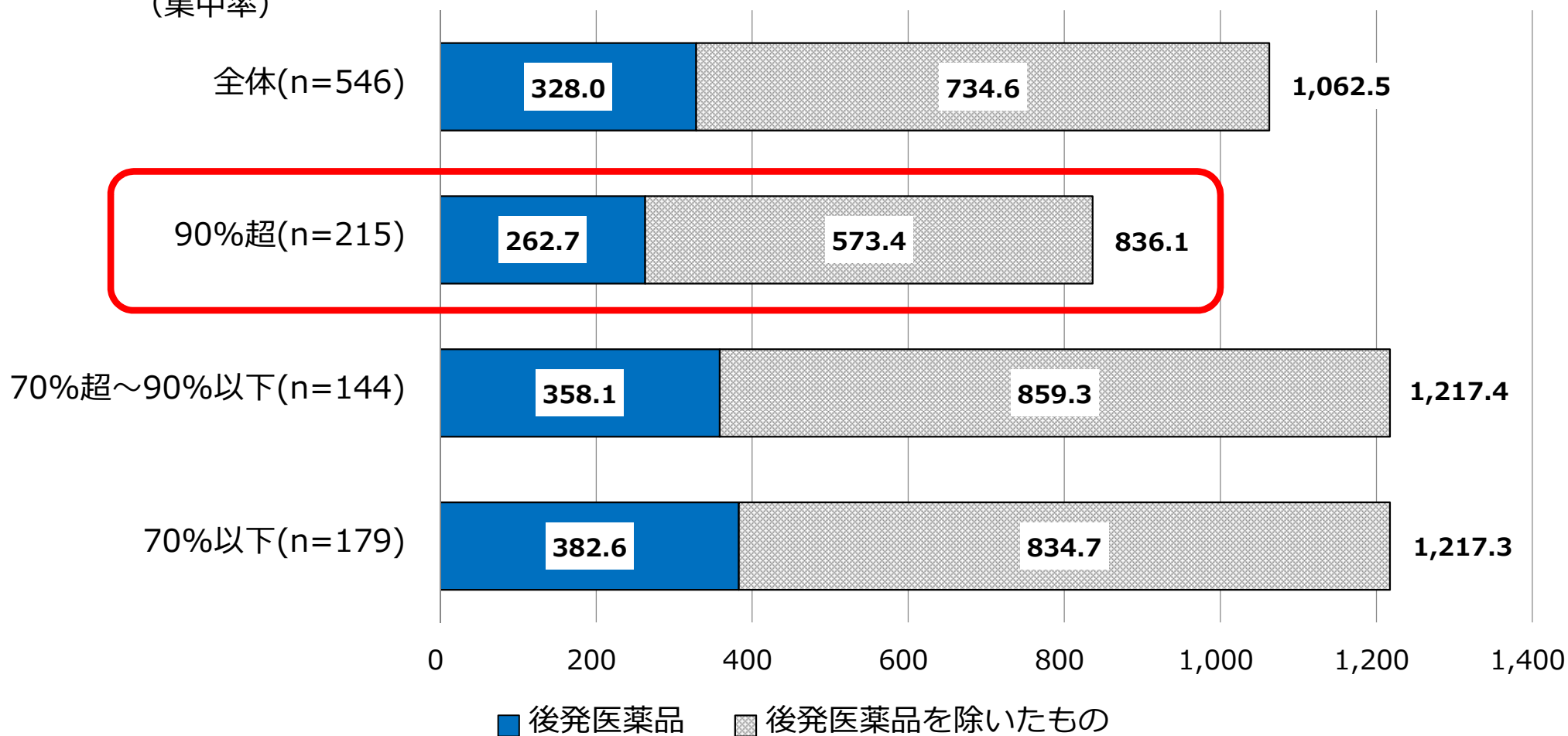
単位(万円)

薬局における後発医薬品等の備蓄状況（集中率別）

- 特定の医療機関からの処方せんの集中率が90%を超える薬局では、それ以外の薬局に比べて後発医薬品を含め、医薬品の備蓄品目数が少なくなっている。

➤ 薬局における後発医薬品の備蓄状況（H29.6）

〈備蓄品目数〉 ※平均
（集中率）



外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防
2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
3. 後発医薬品の使用促進
 - (1) 診療報酬における後発医薬品使用促進策
 - ① 薬局における対応
 - ② 医療機関における対応
 - (2) 一般名処方薬の推進
4. 多剤・重複投薬等の適正化

平成28年度診療報酬改定（後発医薬品の使用促進等について）

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し【医科】

- 後発医薬品使用体制加算（入院初日に加算）における後発医薬品の割合に、「後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いるとともに、後発医薬品使用率の向上に伴う基準の見直しを行う。

～平成28年3月（改定前）

後発医薬品使用体制加算1（旧指標で30%以上）	35点
後発医薬品使用体制加算2（旧指標で20%以上）	28点

旧指標

後発医薬品の採用品目数

全医薬品の採用品目数



平成28年4月（改定後）～

後発医薬品使用体制加算1（新指標で70%以上）	42点
後発医薬品使用体制加算2（新指標で60%以上）	35点
後発医薬品使用体制加算3（新指標で50%以上）	28点

新指標

後発医薬品の数量

後発医薬品あり先発医薬品 + 後発医薬品の数量

診療所における後発医薬品使用体制の評価【医科】

- 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

処方料

(新)	外来後発医薬品使用体制加算1（70%以上）	4点
	加算2（60%以上）	3点

[施設基準]

- ① 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にあっては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあっては60%以上であること。
- ③ 当該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。

平成28年度診療報酬改定（後発医薬品の使用促進等について）

一般名処方加算の見直し【医科】

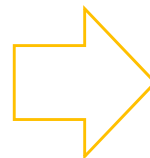
- 後発医薬品の更なる使用促進を図るため、後発医薬品が存在する全ての医薬品を一般名で処方している場合の評価を新設する。

～平成28年3月（改定前）

一般名処方加算 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合に算定する。



平成28年4月（改定後）～

一般名処方加算1 3点

一般名処方加算2 2点

[算定要件]

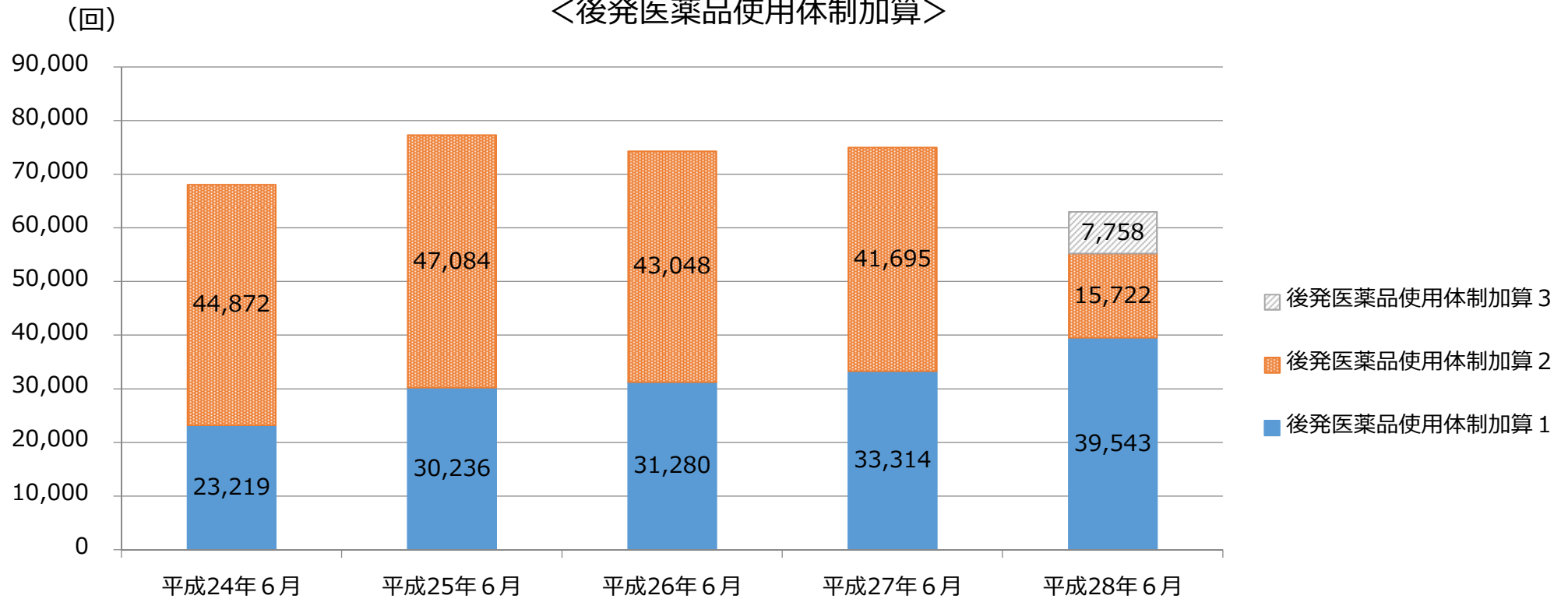
交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合には加算2を、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には加算1を算定する。

後発医薬品の銘柄を指定して処方する際の取扱い【医科】

- 処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載する。

後発医薬品に係る診療報酬の算定状況（医科）

＜後発医薬品使用体制加算＞



＜外来後発医薬品使用体制加算＞

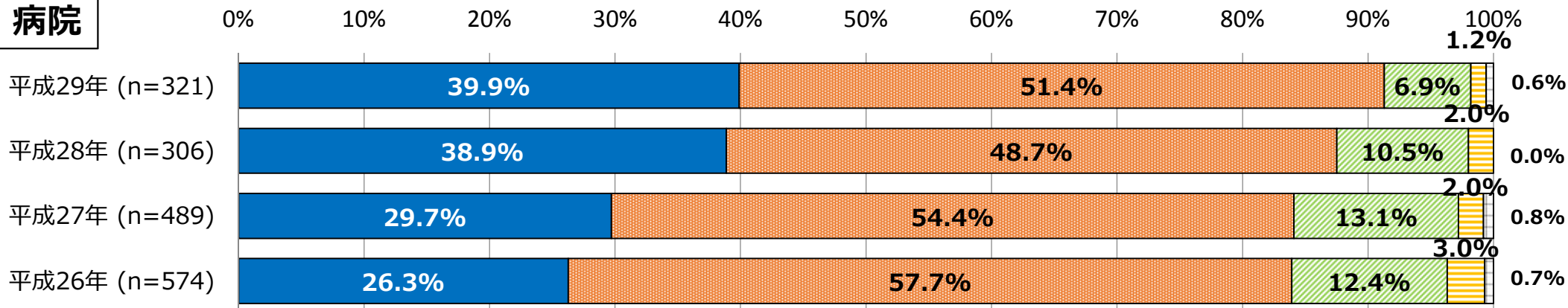
		平成28年 6月
処方料	外来後発医薬品使用体制加算 1	3,107,131
処方料	外来後発医薬品使用体制加算 2	943,730

後発医薬品の採用状況（医療機関調査）

○ 前回改定前と比較し、病院、診療所ともに後発医薬品を積極的に採用する施設が増えている。

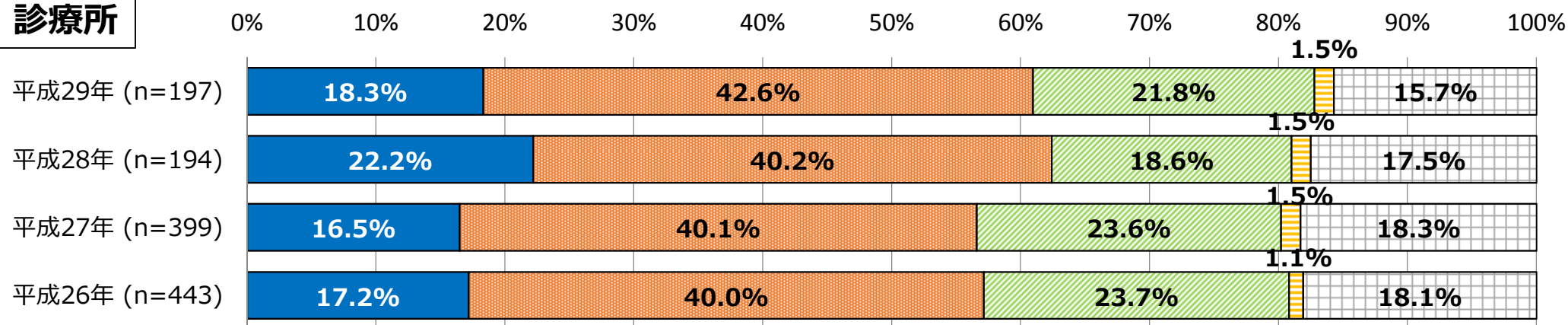
➤ 後発医薬品の採用に関する考え方

病院



■ 後発医薬品があるものは積極的に採用 ■ 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用 ■ 後発医薬品を積極的に採用していない ■ その他 □ 無回答

診療所



■ 後発医薬品があるものは積極的に採用 ■ 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用 ■ 後発医薬品を積極的に採用していない ■ その他 □ 無回答

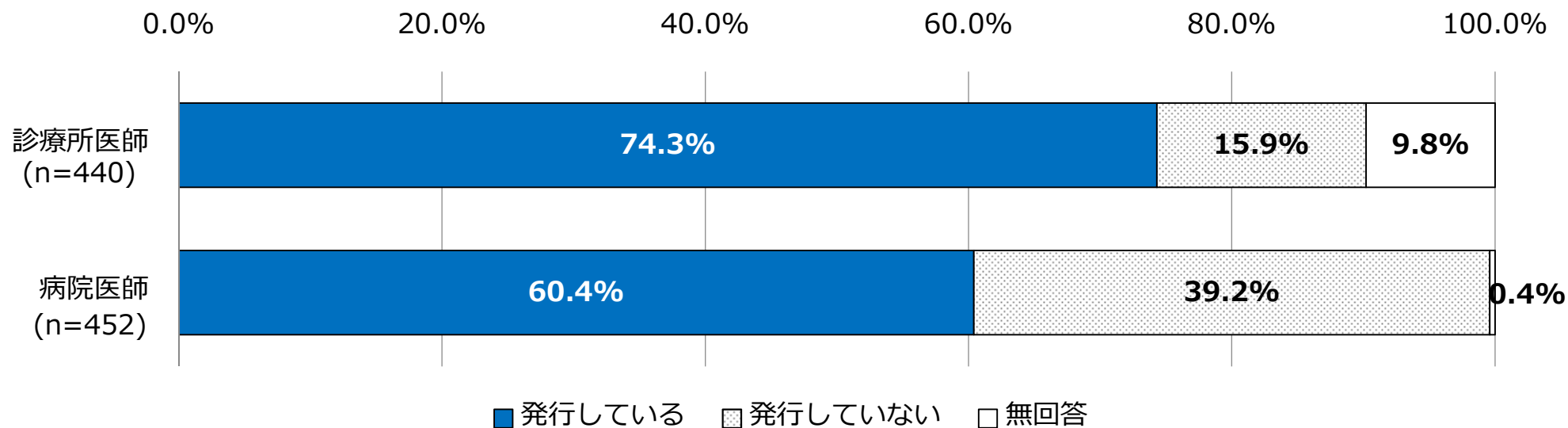
外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防
2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
- 3. 後発医薬品の使用促進**
 - (1) 診療報酬における後発医薬品使用促進策
 - ① 薬局における対応
 - ② 医療機関における対応
 - (2) 一般名処方の推進
4. 多剤・重複投薬等の適正化

一般名処方発行経験（医師調査）

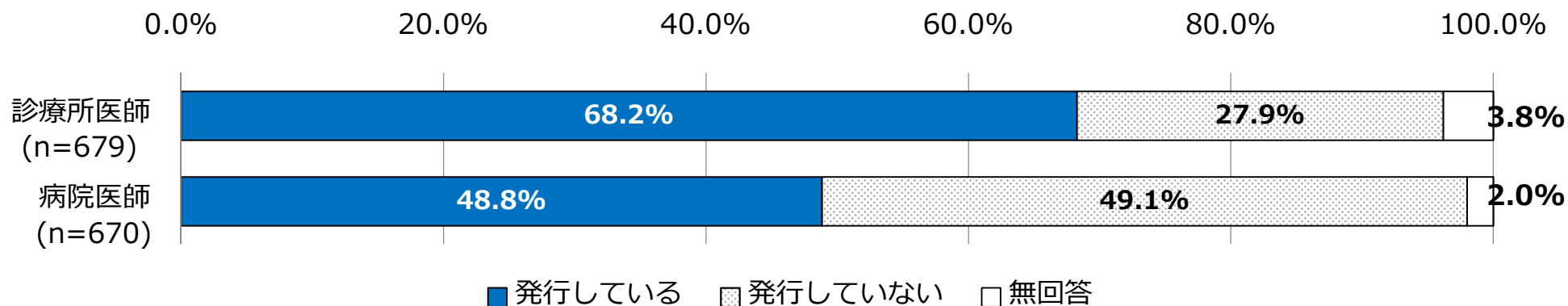
○ 一般名処方による処方せんを発行したことがあると回答した医師の割合は増加している。

➤ 一般名処方による処方せん発行経験の有無



出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29後発調査)速報値

参考：平成27年度（改定前）



処方せんに記載された医薬品の品目数

- 処方せんに記載された医薬品の品目数の合計に占める一般名で処方された医薬品の品目数の割合は34.9%であった。

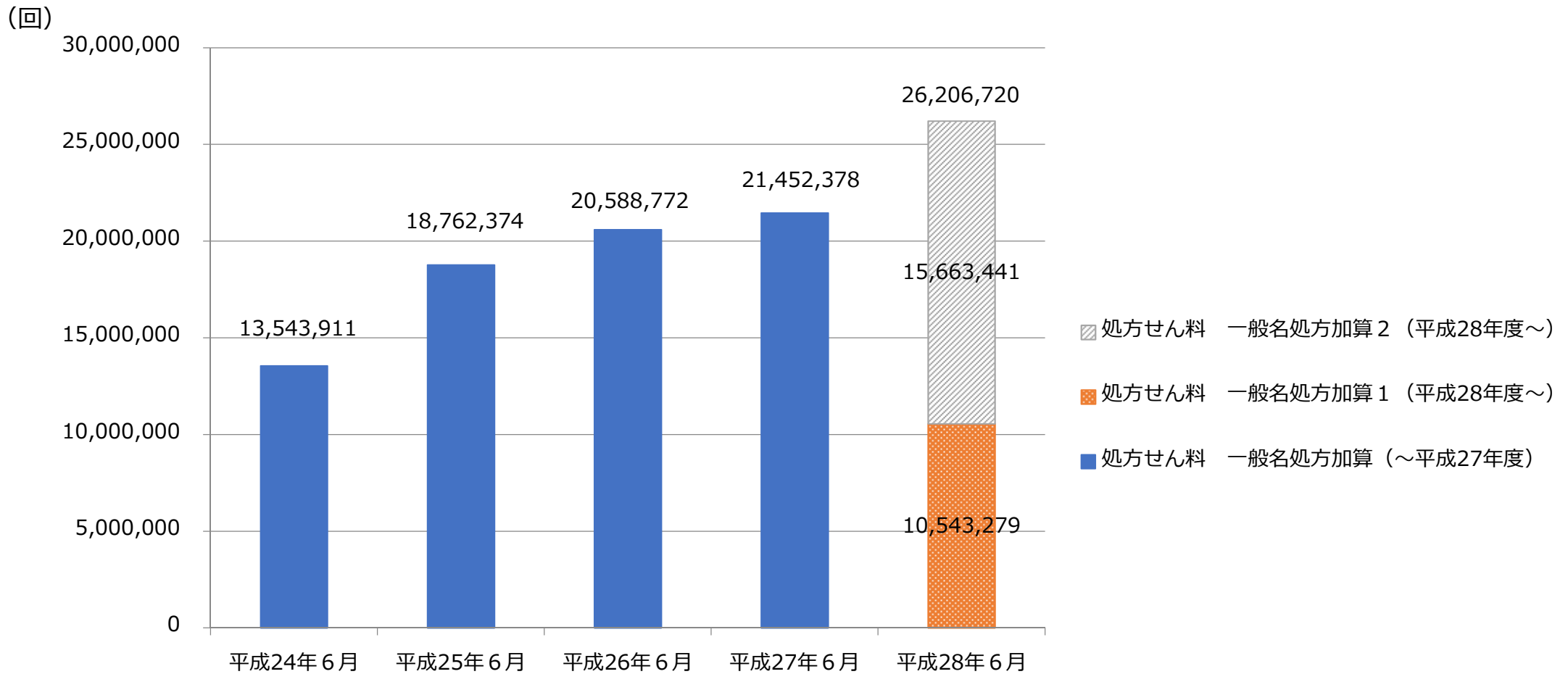
(514 施設、総処方せん160,931枚に記載された418,522品目数)

	(今回調査)		(参考)
	品目数	割合	前回調査
①一般名で処方された医薬品の品目数	146,004	34.9%	31.1%
②後発医薬品を選択した医薬品の品目数	111,238	26.6%	24.1%
③先発医薬品(準先発品を含む)を選択した医薬品の品目数	34,766	8.3%	7.0%
④先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品の品目数	206,869	49.4%	50.8%
⑤「変更不可」となっていない医薬品の品目数	172,883	41.3%	40.9%
⑥先発医薬品を後発医薬品に変更した医薬品の品目数	41,887	10.0%	9.4%
⑦先発医薬品を調剤した医薬品の品目数	130,996	31.3%	31.5%
⑧後発医薬品が薬価収載されていないため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数	66,823	16.0%	15.2%
⑨外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品がなかったため変更できなかった医薬品の品目数	4,582	1.1%	1.5%
⑩患者が希望しなかったため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数(過去に確認済みの場合を含む)	36,162	8.6%	8.0%
⑪後発医薬品名で処方された医薬品の品目数	46,791	11.2%	14.0%
⑫「変更不可」となっている医薬品の品目数	4,363	1.0%	1.0%
⑬その他(漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品)の品目名で処方された医薬品の品目数	18,858	4.5%	4.1%
⑭処方せんに記載された医薬品の品目数の合計	418,522	100.0%	100.0%

※29年7月18日(火)～7月24日(月)に取り扱った処方せん枚数及び品目数内訳について回答があった514施設を集計対象とした。
 ※前回調査分は28年10月16日(日)～10月22日(土)を調査期間とし、591施設、総処方せん175,274枚に記載された450,469品目数の内訳

一般名処方加算の算定状況（医科）

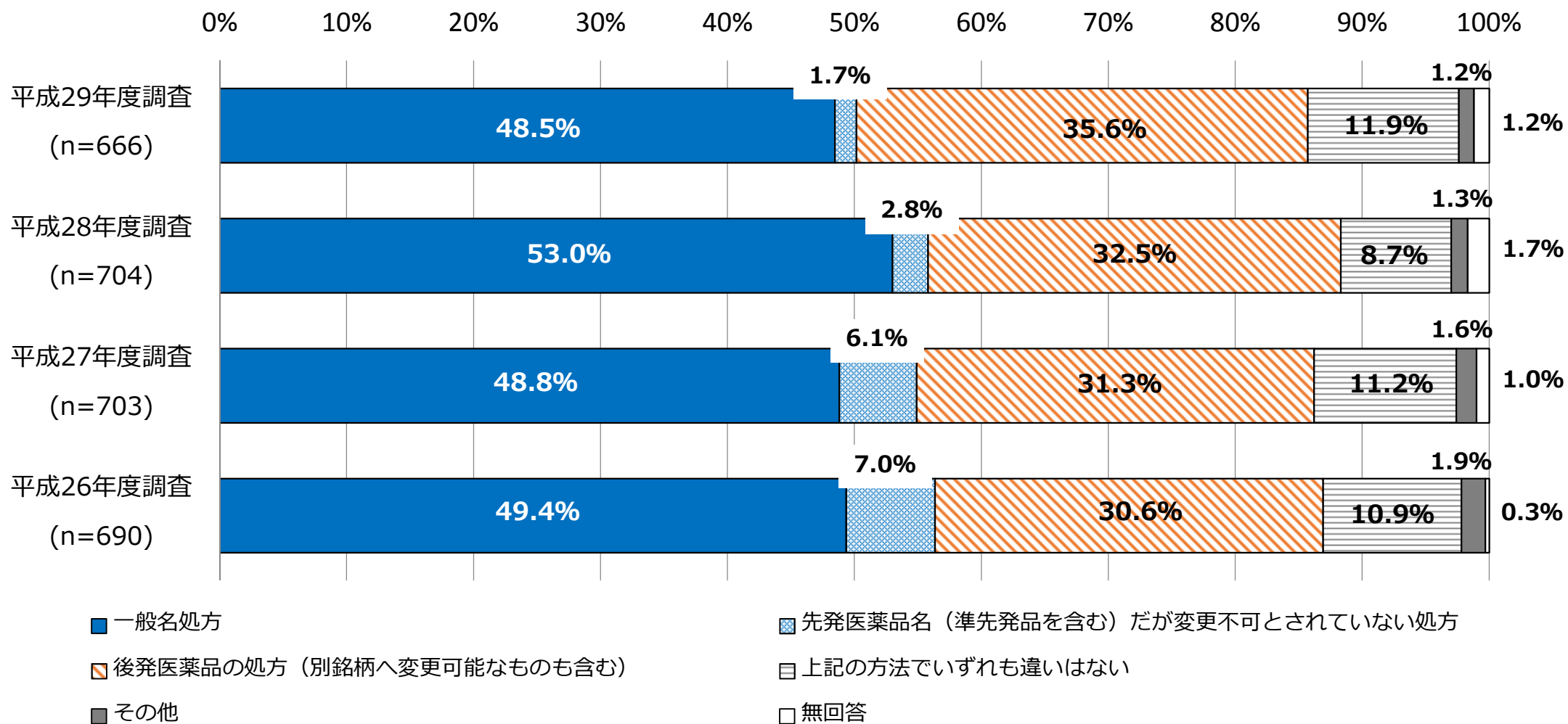
○ 医科報酬の一般名処方加算の算定回数は増加傾向である。



処方せんの記載に関する患者の意向（薬局調査）

○ 後発医薬品への変更・選択において患者の理解を最も得られやすい処方方法としては、約半数の薬局が一般名処方と回答している。

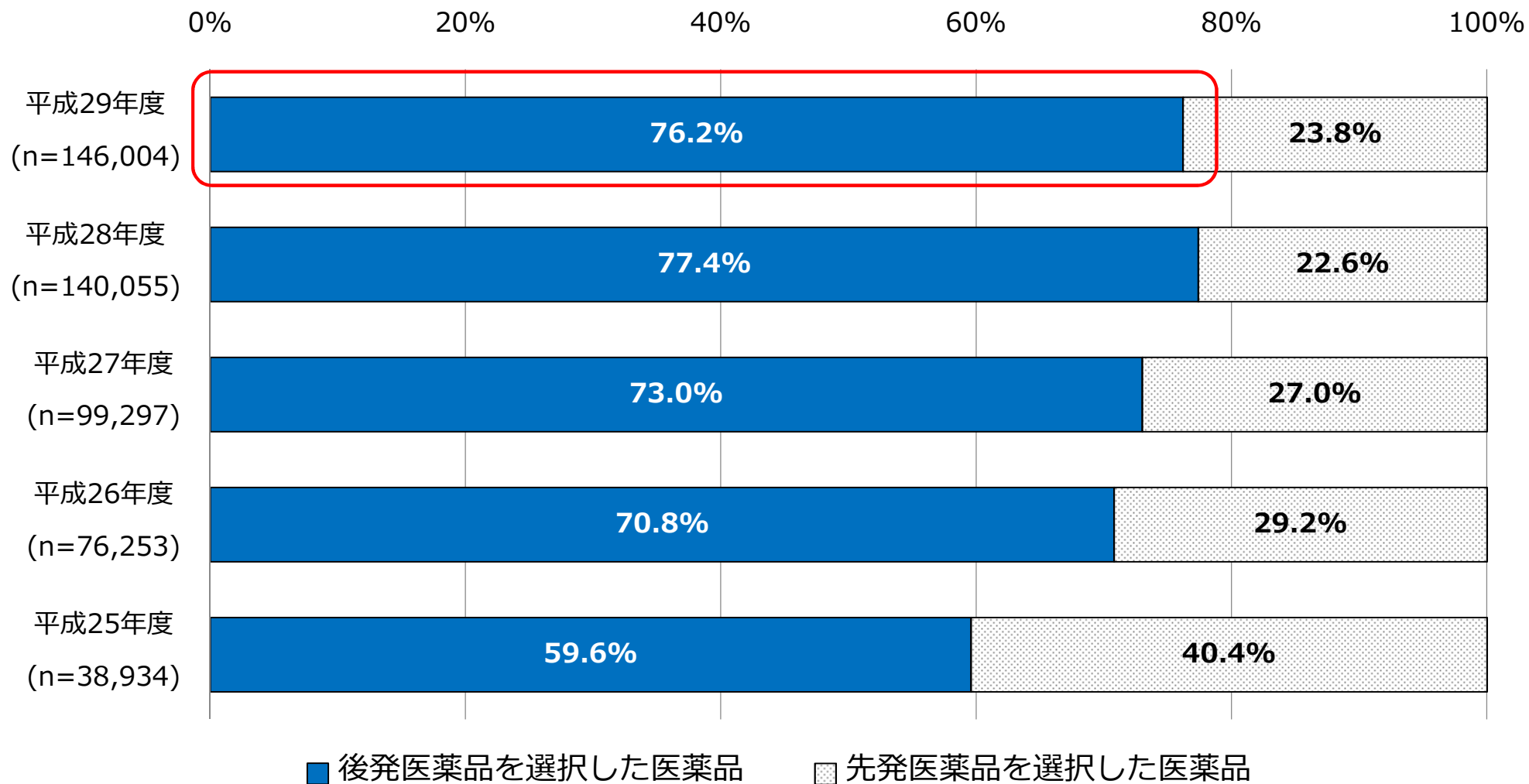
➤ 後発医薬品への変更・選択において患者の理解を最も得られやすい処方方法



一般名処方における後発医薬品の調剤（薬局調査）

○ 一般名処方された医薬品のうち、後発医薬品を調剤した割合は、7割に達している。

➤ 一般名で処方された医薬品における後発医薬品を選択した割合

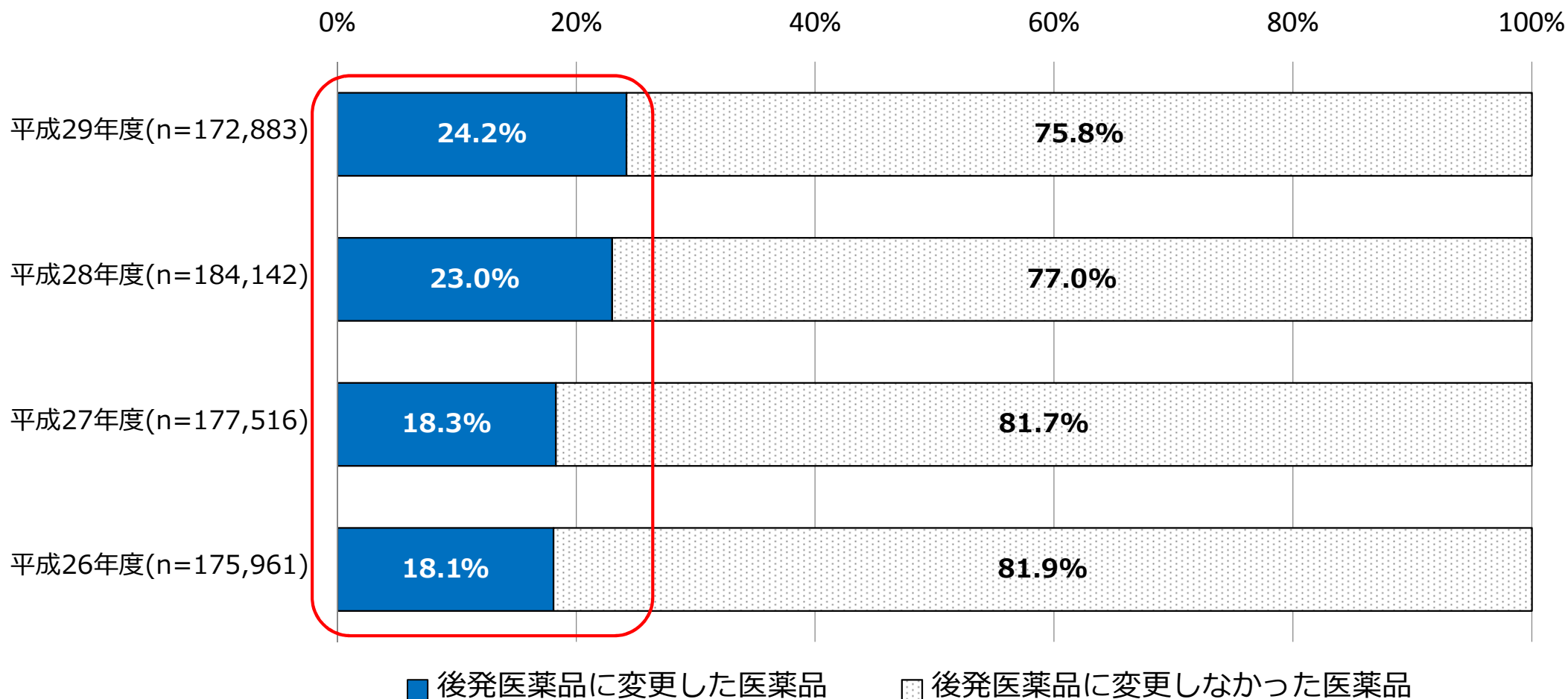


出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(後発調査)H29は速報値

先発医薬品名処方における後発医薬品の調剤（薬局調査）

○ 先発医薬品名で処方された医薬品については、一般名処方に比べて、後発医薬品調剤の割合が低くなっている。

➤ 先発医薬品（準先発品）名で処方され、変更不可となっていない医薬品における後発医薬品を調剤した割合

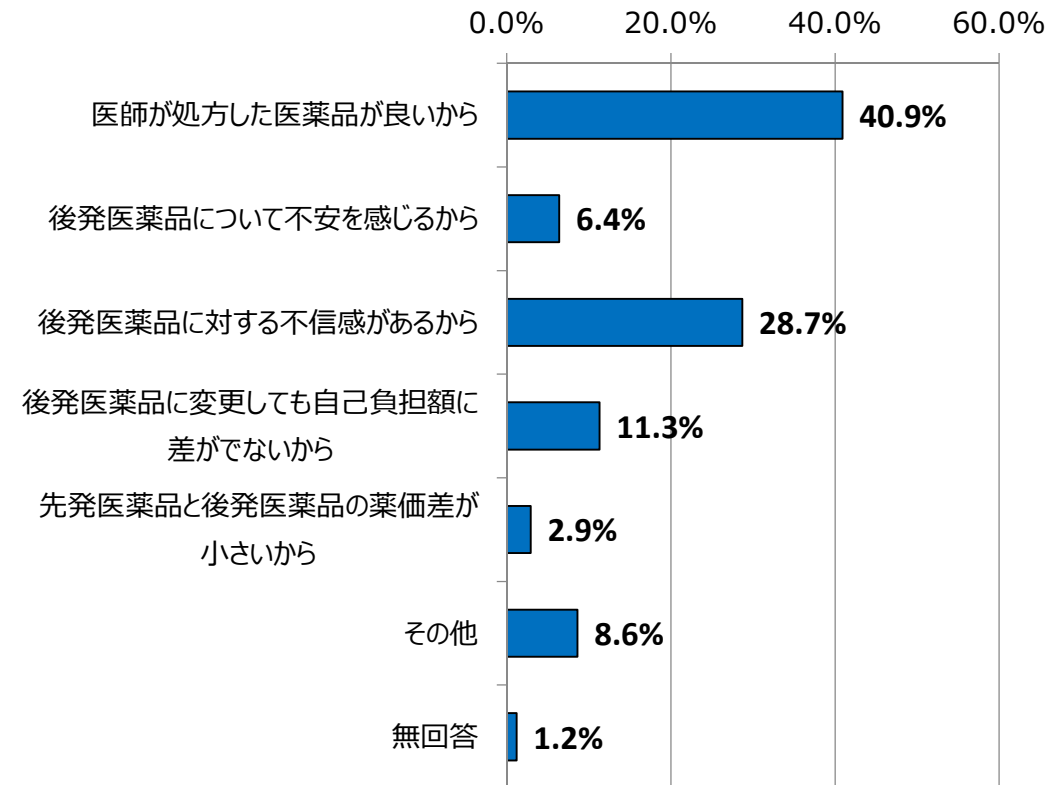
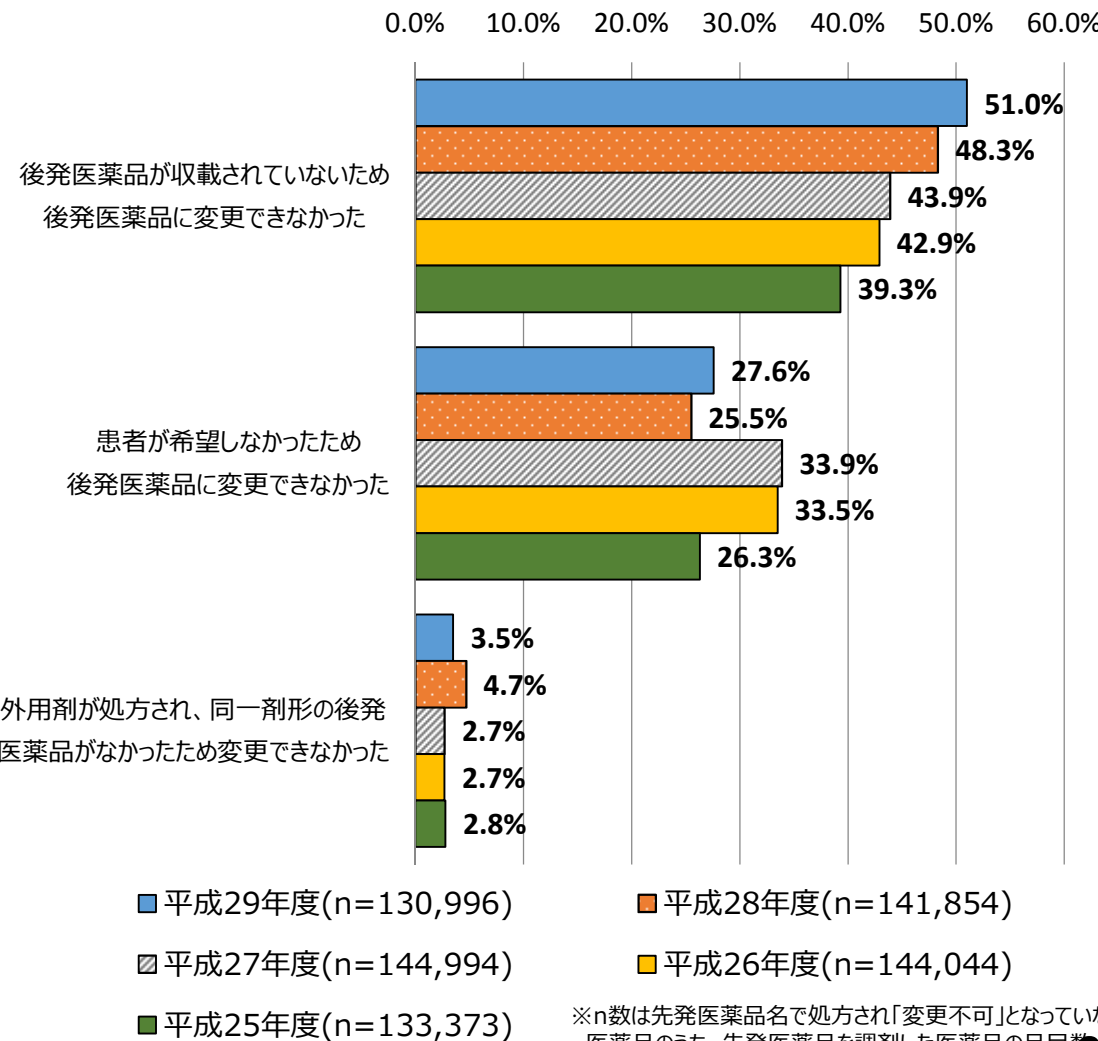


先発名処方の際に後発医薬品を調剤しなかった理由（薬局調査）

○ 先発医薬品名で処方された医薬品について、後発医薬品を調剤しなかった理由としては、患者が希望しなかったために変更できなかったのが2～3割を占め、患者が希望しない理由としては、「医師が処方した医薬品が良いから」が最も多かった。

➤ 先発医薬品名で処方され「変更不可」となっていない医薬品のうち、後発医薬品を調剤した医薬品について、後発医薬品を調剤しなかった理由

➤ 患者が後発医薬品を希望しない理由 (n=408)

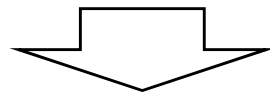


※n数は先発医薬品名で処方され「変更不可」となっていない医薬品のうち、先発医薬品を調剤した医薬品の品目数

後発医薬品の使用促進に係る課題と論点(案)

【課題】

- 平成28年度診療報酬改定における後発医薬品の使用促進策により、後発医薬品の数量シェアは増加している。後発医薬品の数量シェア目標について、2020年(平成32年)9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう検討するとされており、更なる取組が必要である。
- そのような中、後発医薬品を調剤しにくい医薬品を使用している患者や後発医薬品に対して値段にかかわらず使用したくないという患者に対する働きかけも重要となってくる。
- 薬局においては、後発医薬品の調剤割合の増加に伴い医薬品の備蓄品目数が増えている。また、処方せん集中率が高い場合には、後発医薬品の備蓄に係る負担が小さくなっている。
- 病院、診療所ともに後発医薬品を積極的に採用する施設が増えている。
- 処方に関しては、先発医薬品名での記載に比べて後発医薬品が調剤しやすい一般名での記載が増加し、後発医薬品の使用促進に有効な手段になっている。



【論点(案)】

- 後発医薬品の数量シェア目標について、80%達成時期が明らかになったことを踏まえ、薬局における後発医薬品調剤体制加算及び医療機関における後発医薬品使用体制加算の算定要件を見直すこととしてはどうか。
- 一般名処方の増加が後発医薬品の調剤に有効との調査結果を踏まえ、一般名処方を推進する方策について、どのように考えるか。

外来医療(その3)

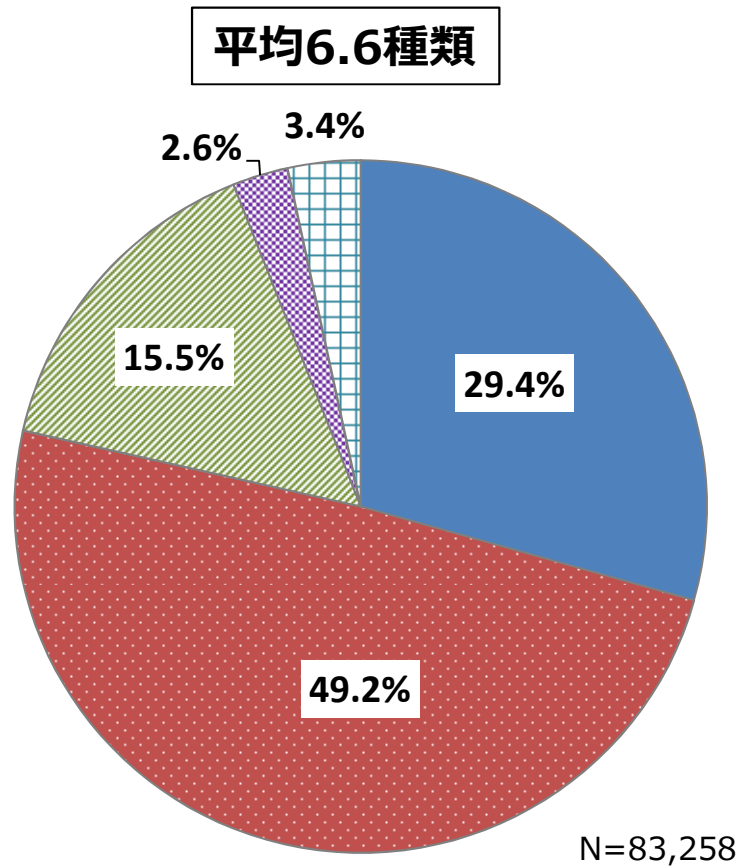
1. 生活習慣病の重症化予防
2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化
 - (1) 多剤・重複投薬の適正化
 - (2) 残薬への対応
 - ① 残薬の適正化と分割調剤
 - ② 残薬調整時の医師と薬剤師の連携
 - (3) 薬剤給付の適正化

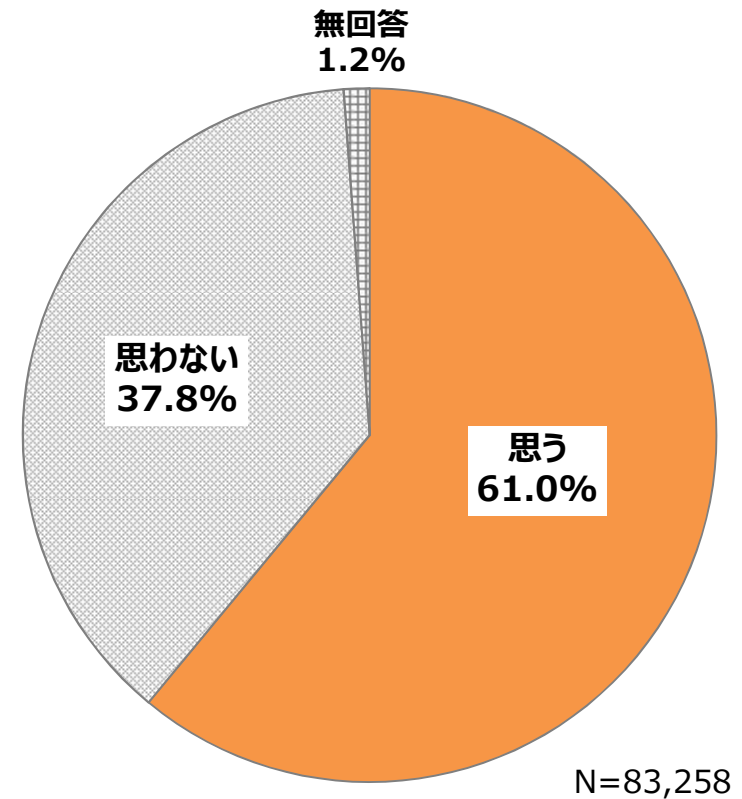
多剤投薬の実態①

○ 定期的に内服する薬剤が10種類以上である患者は一定数存在している。また、現在内服している医療用医薬品の数を6割の患者は今よりも減らしたいと思っている。

➤ 現在服用している医療用医薬品の種類数
(70歳以上)



➤ 現在内服している医療用医薬品の数を減らしたいと思うか
(70歳以上)

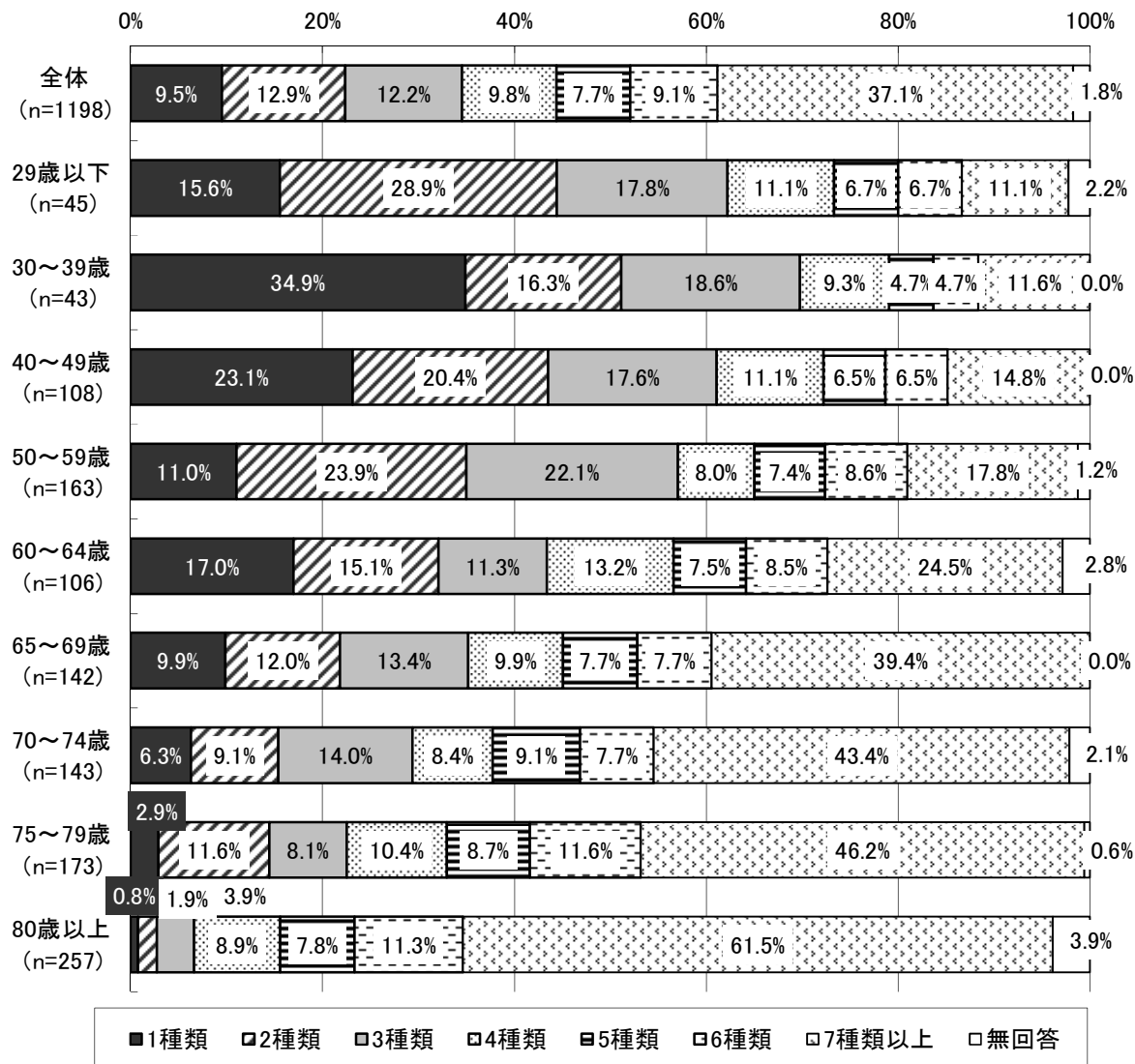


■ 0～4種類 ■ 5～9種類 ■ 10～14種類
■ 15種類以上 ■ 無回答

多剤投薬の実態②

○ 高齢であるほど、定期的に内服する薬の種類が多くなる傾向がみられた。65歳以上では約4割、80歳以上では6割の患者で「7種類以上」内服しているとの結果であった。

➤ 現在、1日あたり使用している薬（年齢階級別、定期的に医療機関に行つて処方してもらっている薬がある患者）



多剤投薬の対策に向けて必要な取組

- 多剤投薬の適正化に向けては、単に重複投薬や相互作用を防止するだけでなく、積極的なアプローチが必要。

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会)

○ 多剤併用の対策

多剤併用を回避するような処方態度を心がけることが大切。(中略)特に考慮すべき点は、薬剤の優先順位である。例えば、10種類の薬剤を服用している患者がいれば、理論的には1～10番まで優先順位があるはずであり、本来、主治医は優先順位を決定できなければならない。そのためには、日頃から患者としっかり向き合い、病態だけでなく、生活状況まで把握しておく必要がある。(中略)有害事象らしいが原因薬剤の特定が困難な場合や服薬管理機能が低下している(あるいは低下しそうな)場合など、とにかく薬剤数を減らしたいときには、まずは症例に基づき、次に本ガイドラインの特に慎重な投与を要する薬物のリストなどを参考にして、優先順位を判断することが望ましい。

○ 薬剤師の役割

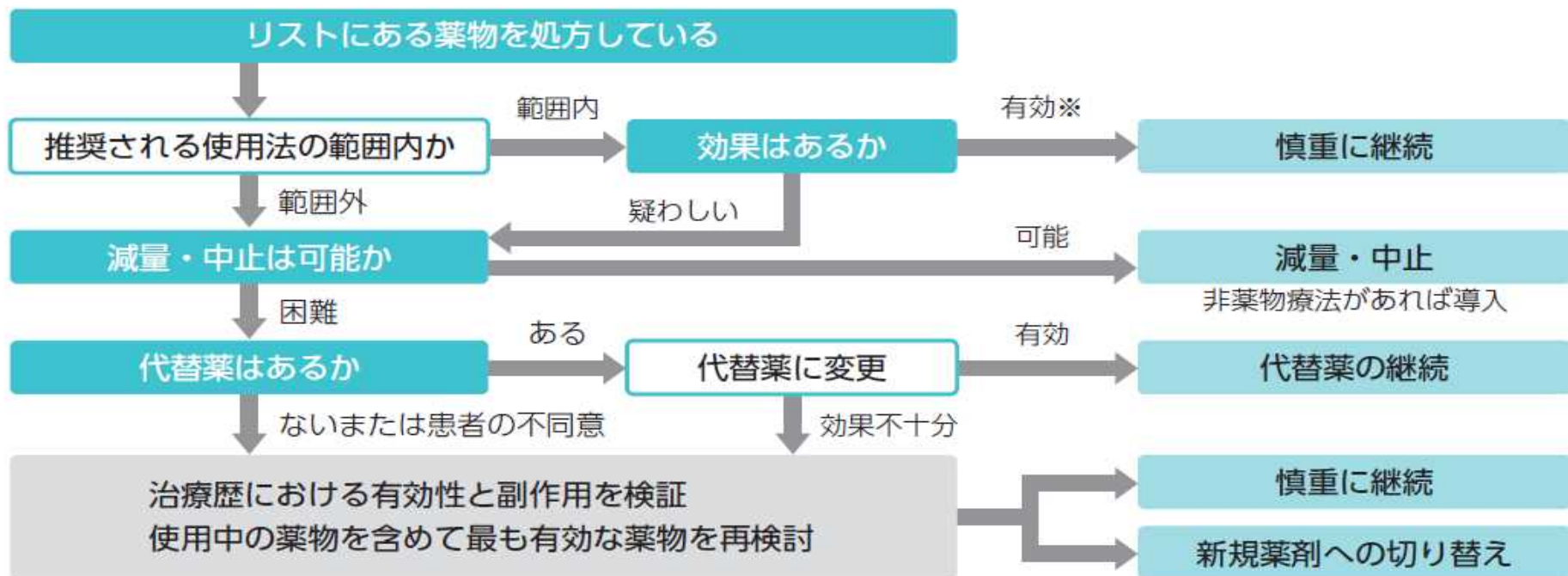
高齢者の薬物療法で重要なことは患者の個別性を考慮し、認知機能、薬物治療のアドヒアランス、ADL (activities of daily living: 日常生活動作)、嚥下機能、療養環境などを含めた総合的な投与計画が必要であり、薬剤師の職能を発揮するのに最適な分野である。

Q: 用法など複雑な処方に対して、薬剤師が医師に提言することは有効か
薬剤師が処方を見直し、医師に提言することで処方の複雑さを低減できる。

「超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引 1 安全な薬物療法」 (平成29年2月 日本医師会)

○ 特に慎重な投与を要する薬物について、減量・中止の検討を含めた使用の手順が示されている。

図 2 「特に慎重な投与を要する薬物リスト」の使用フローチャート



※予防目的の場合、期待される効果の強さと重要性から判断する

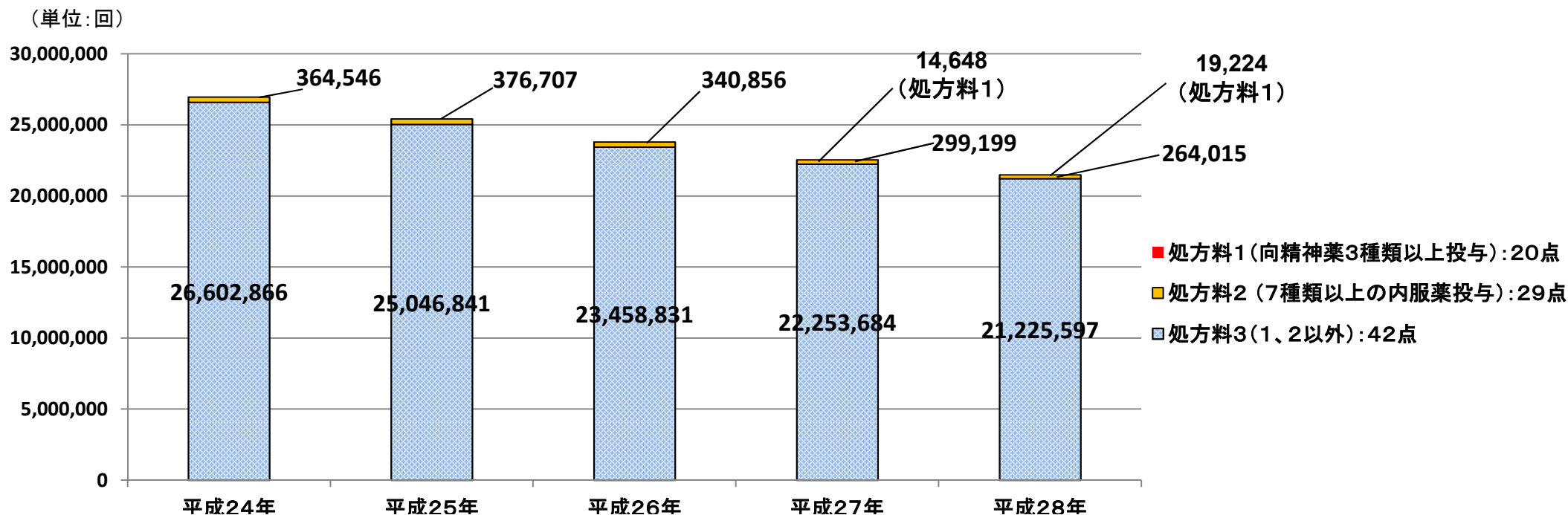
特に慎重な投与を要する薬物の中でよく使われる薬物

- 不眠症とうつ病の治療薬
- 抗血栓薬(抗血小板薬、抗凝固薬)
- 便秘薬

- 排尿障害(過活動性膀胱、前立腺肥大症)治療薬
- 骨粗鬆症治療薬

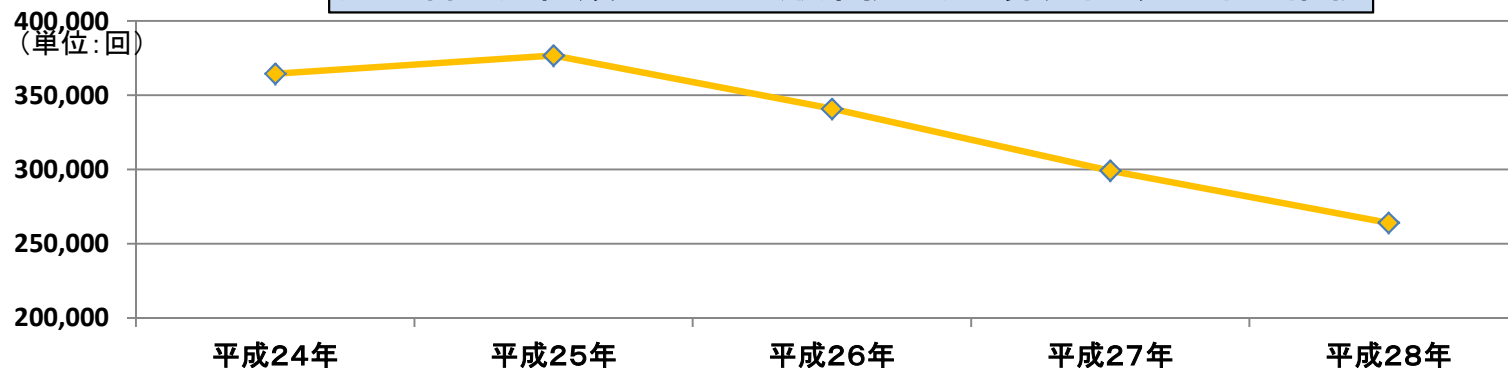
処方料の算定回数 of 年次推移

○ 処方料(院内処方)の算定回数は、近年、減少傾向。内訳をみると、7種類以上の内服薬投与に係る処方料も、近年、減少傾向。



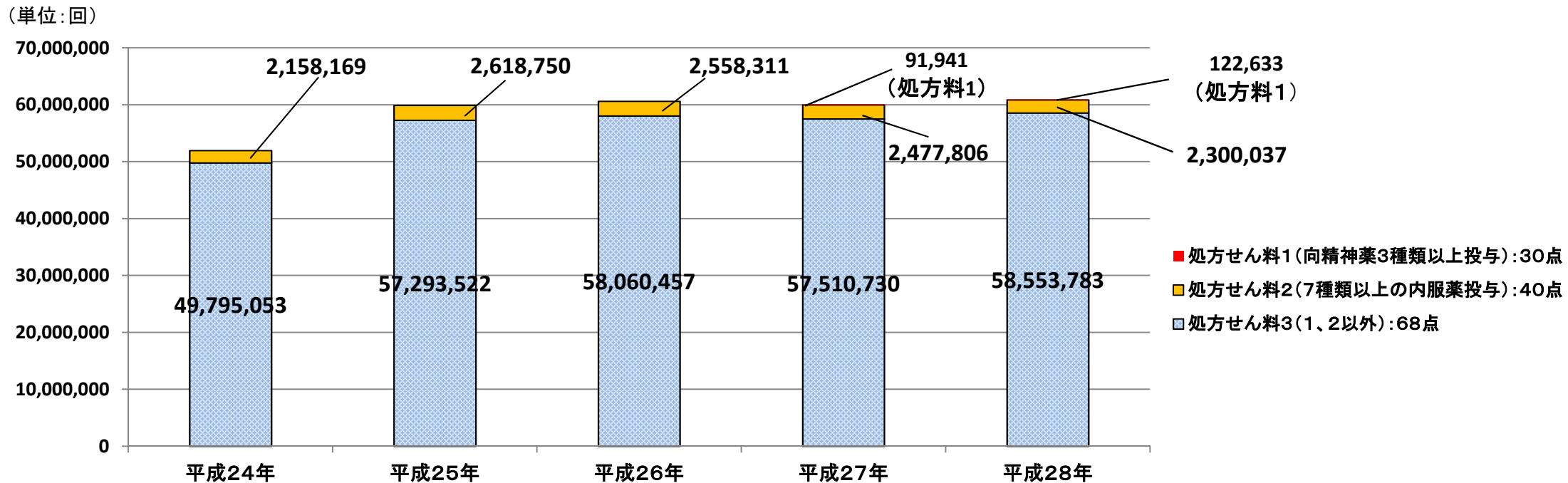
上記グラフより抜粋

処方料2 (7種類以上の内服薬投与) の算定回数の年次推移



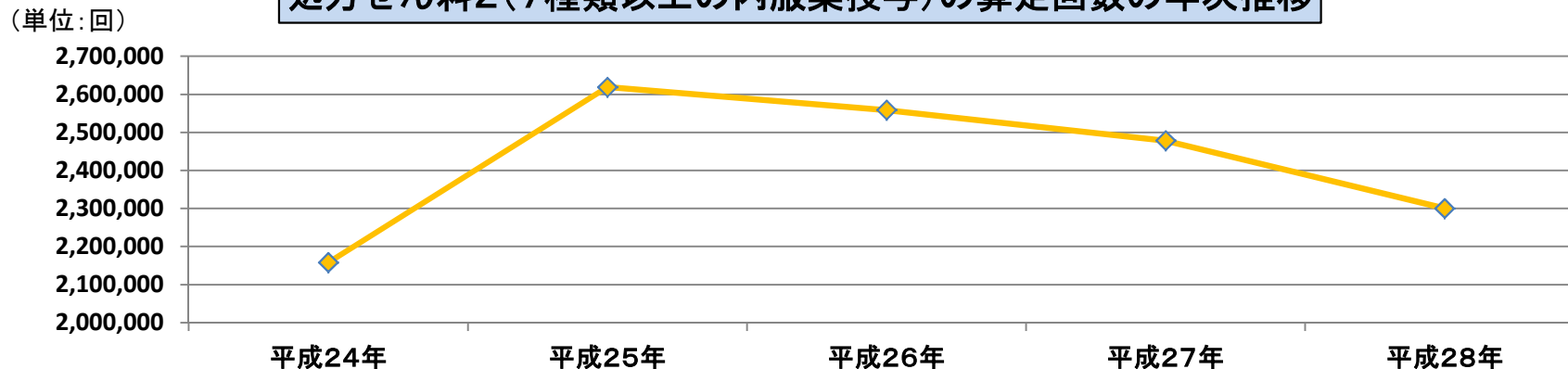
処方せん料の算定回数 of 年次推移

○ 処方せん料(院外処方)の算定回数は、近年、横ばい。内訳をみると、7種類以上の内服薬投与に係る処方せん料は、近年、減少傾向。



↓ 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)の算定回数の年次推移

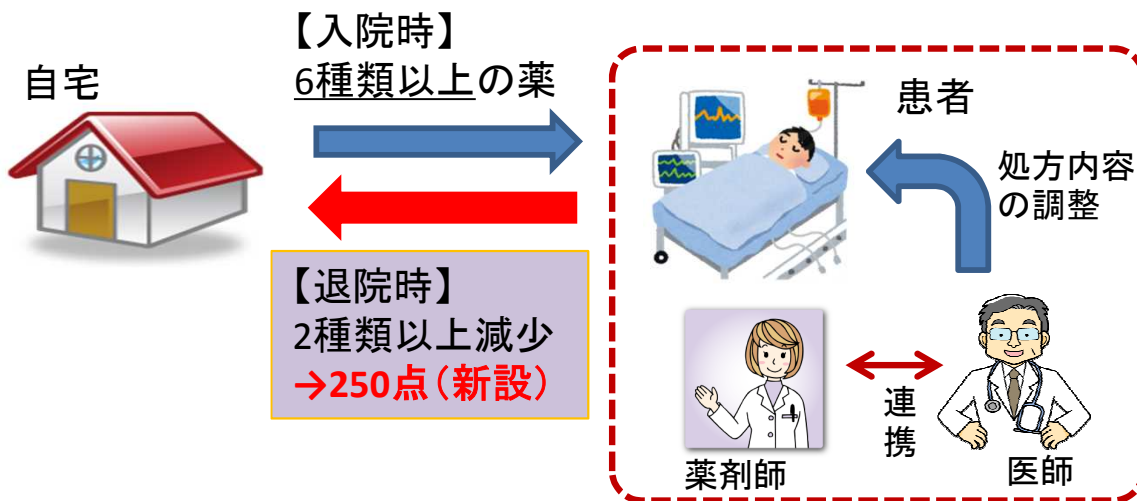


多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組

1. 医療機関における減薬等の評価

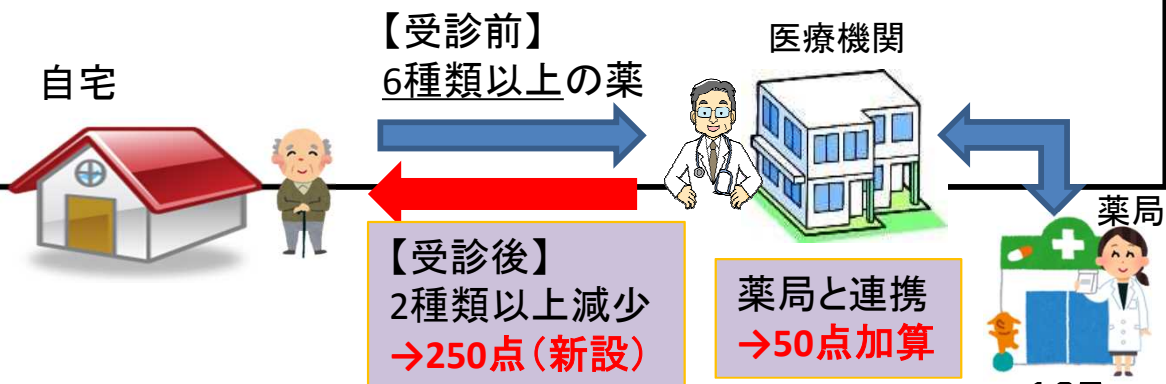
○入院患者に対する減薬の評価

- 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

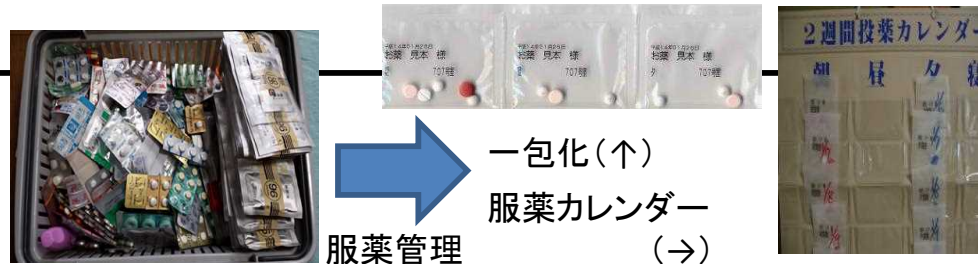
- 在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設（**30点**）【新設】

○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)①

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

平成28年度診療報酬改定(医薬品の適正使用の推進)②

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。

～平成28年3月(改定前)

【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

平成28年4月(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》

～平成28年3月(改定前)

- 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。)

平成28年4月(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)

平成28年度診療報酬改定(医薬品の適正使用の推進)③

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、保険薬剤師が患者の服薬管理の支援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)

～平成28年3月(改定前)

【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。

平成28年4月(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。



患者の服薬管理の支援を実施

服用薬等を持参
(下記のような袋を活用)



自宅での服用薬等(残薬含む)

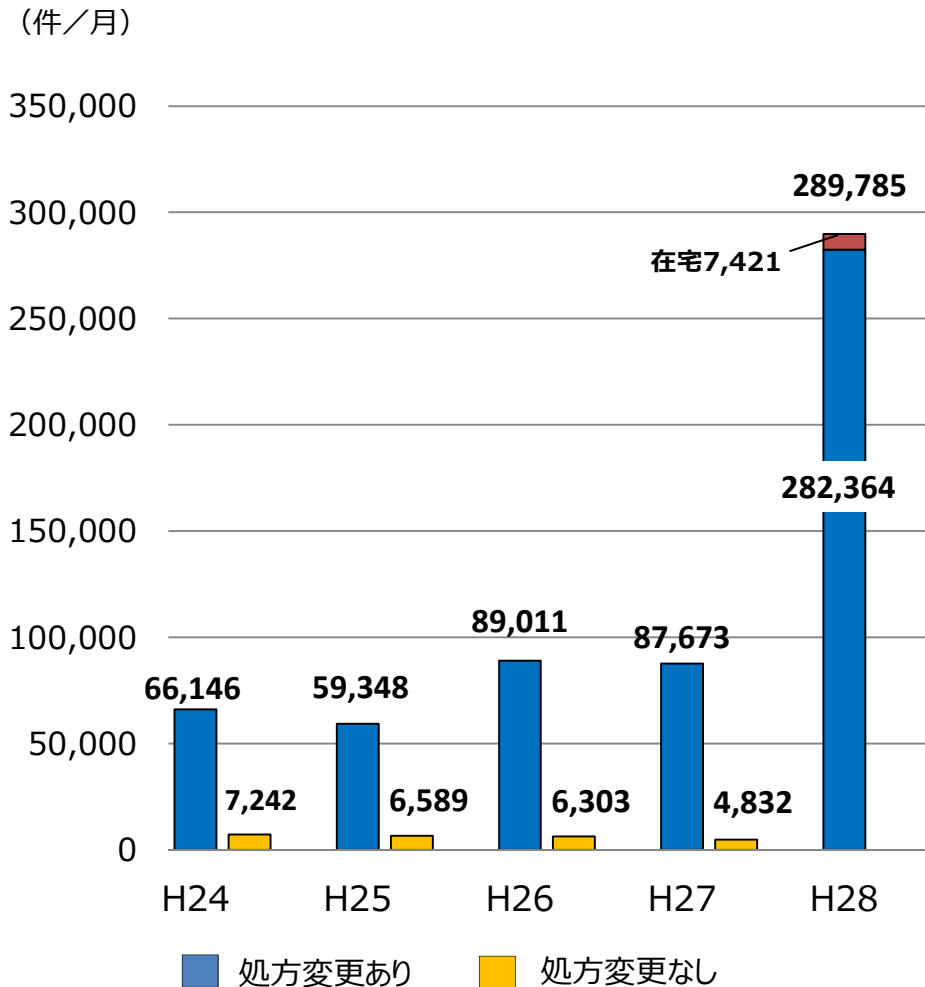


多剤・重複投薬に関する取組の実態

○ 平成28年度診療報酬改定以降、重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定件数は増加している。

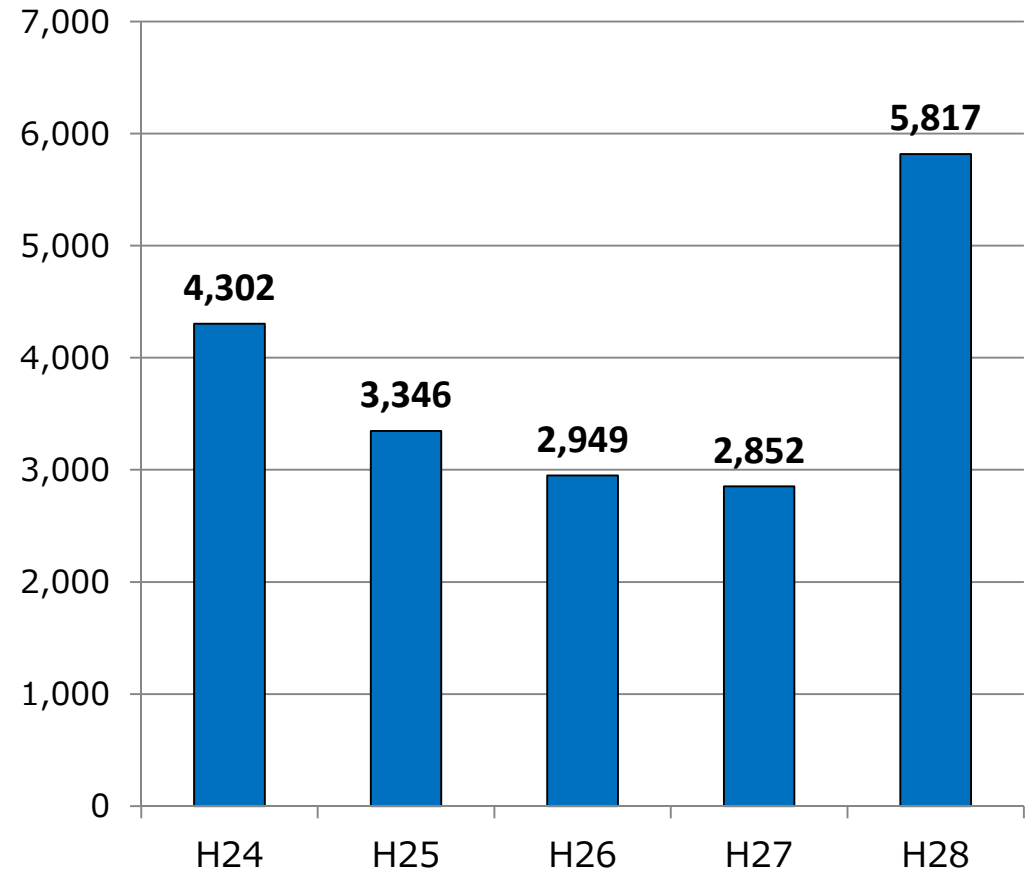
➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定件数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



➤ 外来服薬支援料の算定件数

(件/月)

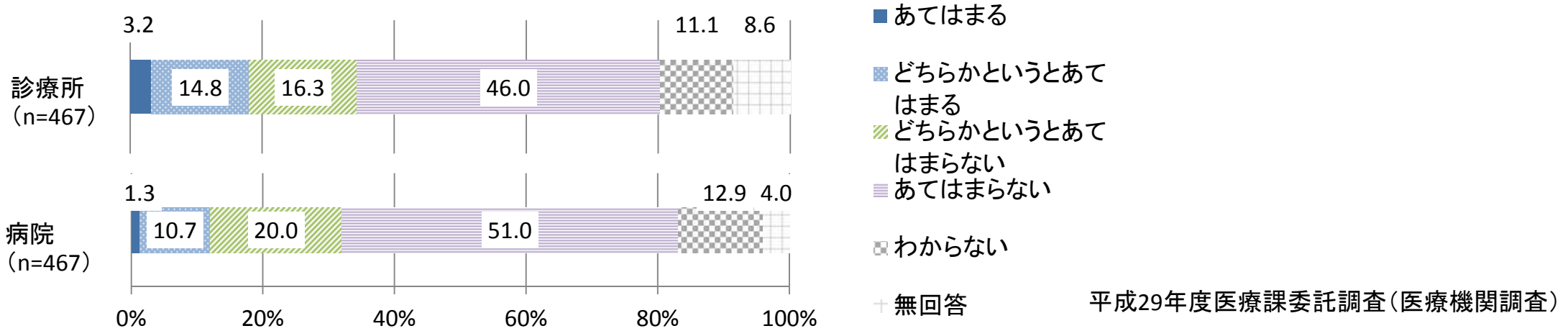


出典：社会医療診療行為別統計

薬剤師の処方提案に関する取組の実態

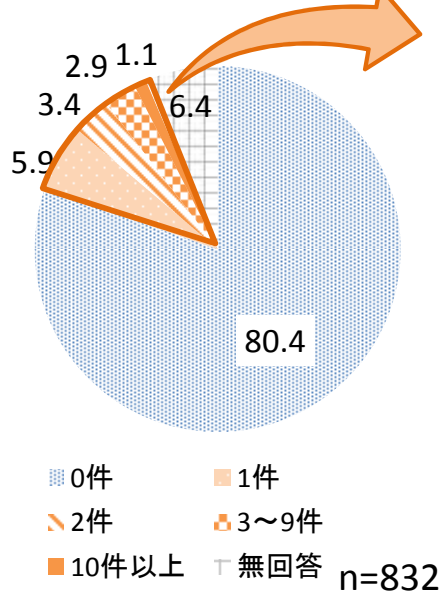
○ 保険薬局からの処方提案の取組は限定的ではあるが、減薬につながっている事例も見られる。

➤ 保険薬局からの処方提案が増えたか（平成28年度診療報酬改定の影響）

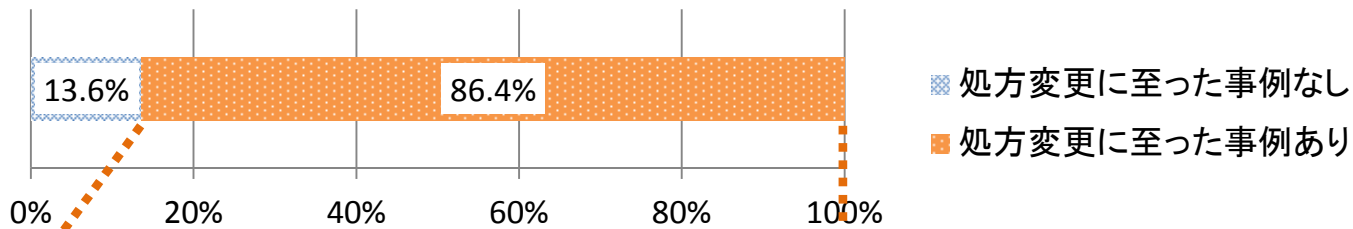


➤ 1 薬局当たりの処方提案の実績（平成29年7月）

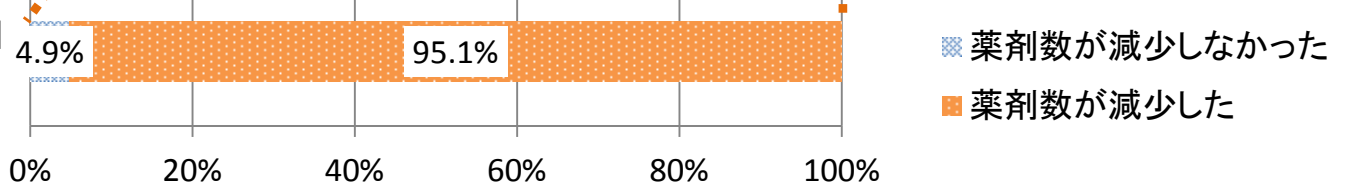
① 処方提案の件数



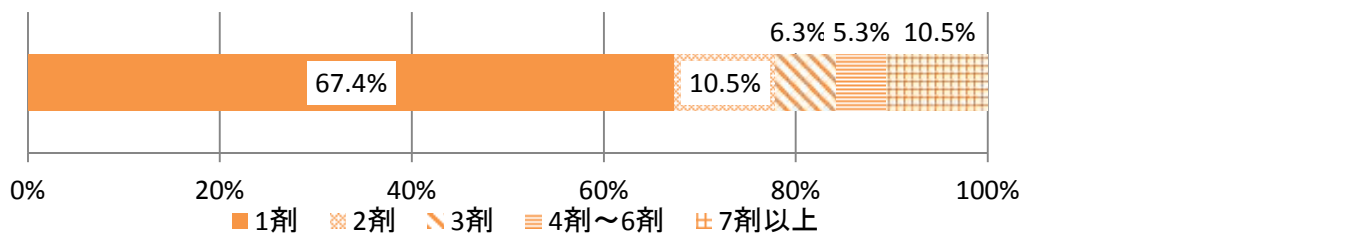
② 処方変更に至った事例



③ ②の「事例あり」のうち薬剤数が減少したか否か



④ ③の「減少した」のうち1人の患者で最も多く減少した薬剤数



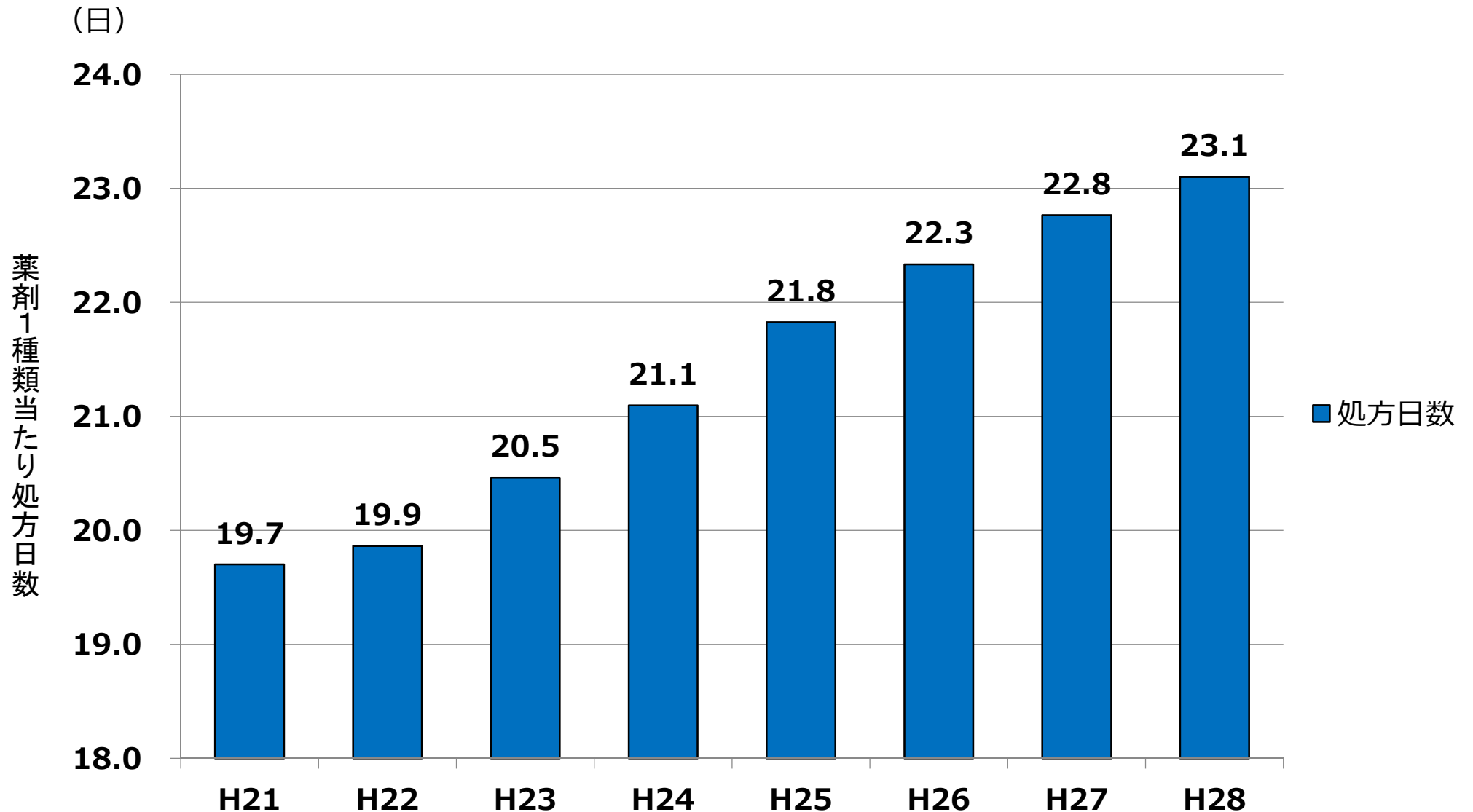
外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防
2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化
 - (1) 多剤・重複投薬の適正化
 - (2) 残薬への対応
 - ① 残薬の適正化と分割調剤
 - ② 残薬調整時の医師と薬剤師の連携
 - (3) 薬剤給付の適正化

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。

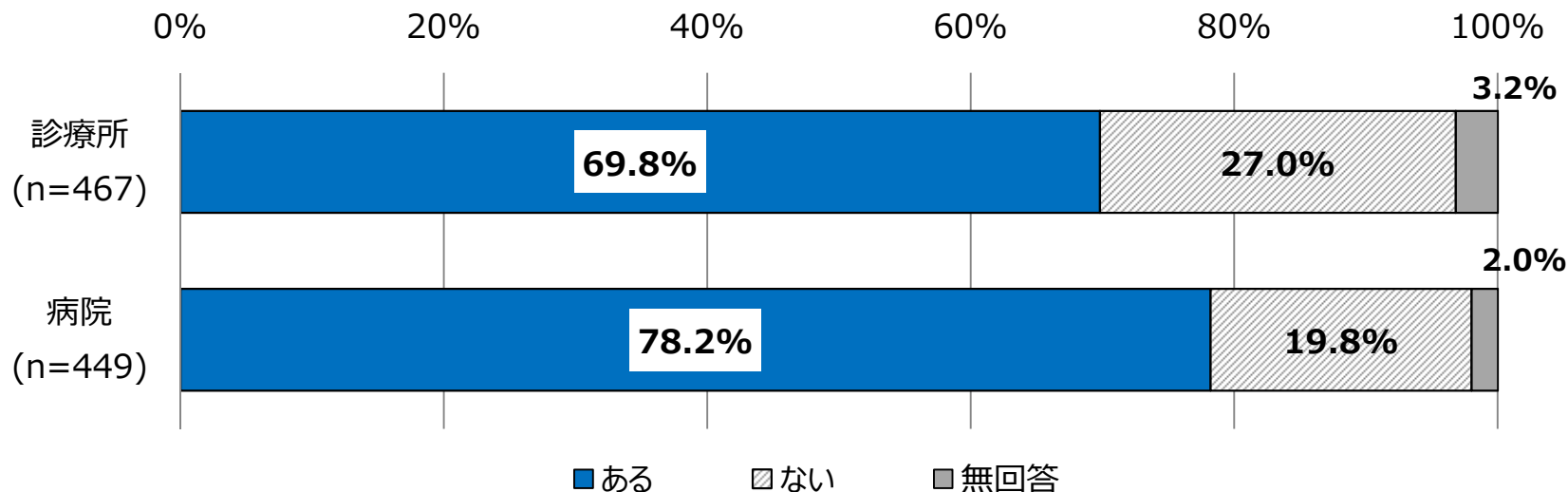


出典：調剤医療費（電算処理分）の動向

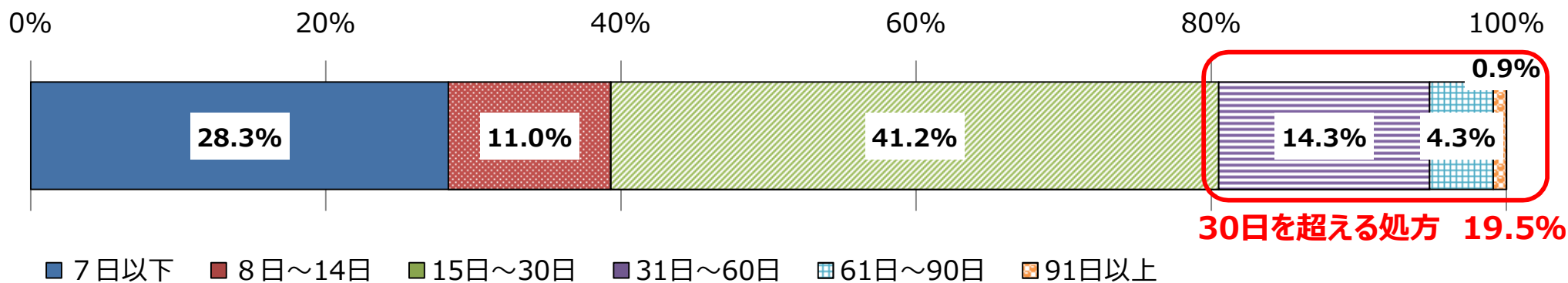
処方日数が30日を超える処方の状況①

○ 30日を超える処方せんを発行した経験のある医師や30日を超える処方是一定程度存在している。

➤ 30日を超える処方せんの発行経験の有無 (平成29年4月以降)



➤ 内服薬の処方日数 (対象処方せん: 25,800枚)

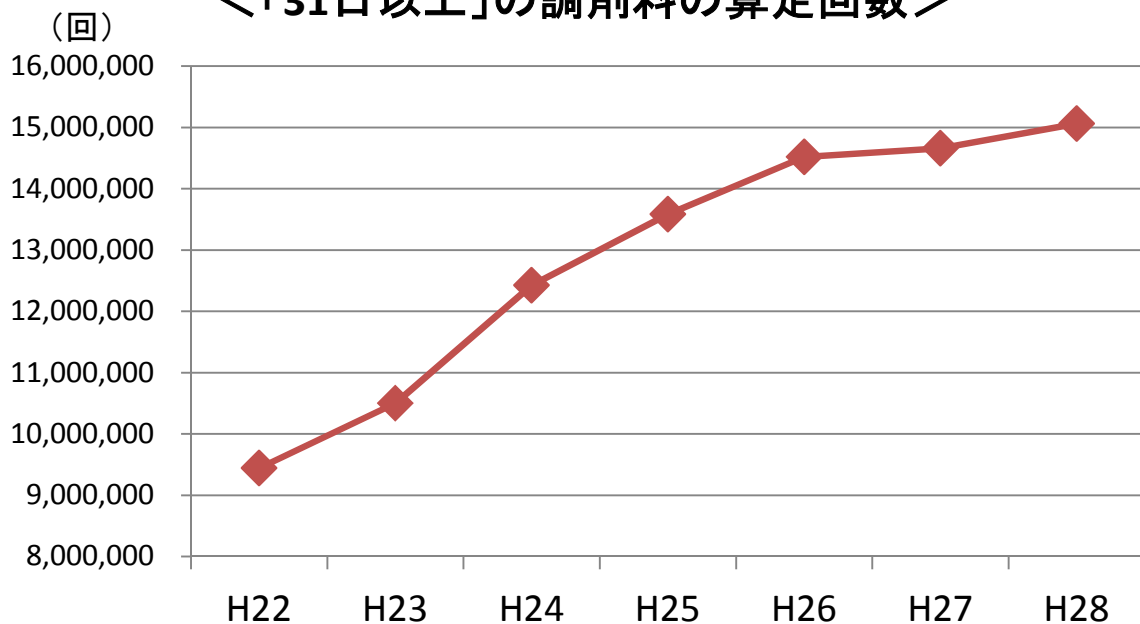


注) 薬局が1日(平成29年7月31日)に受け付けた処方せんのうち、内服薬の処方があったものを対象とし、処方せん1枚当たりの最長の処方日数を調査したもの

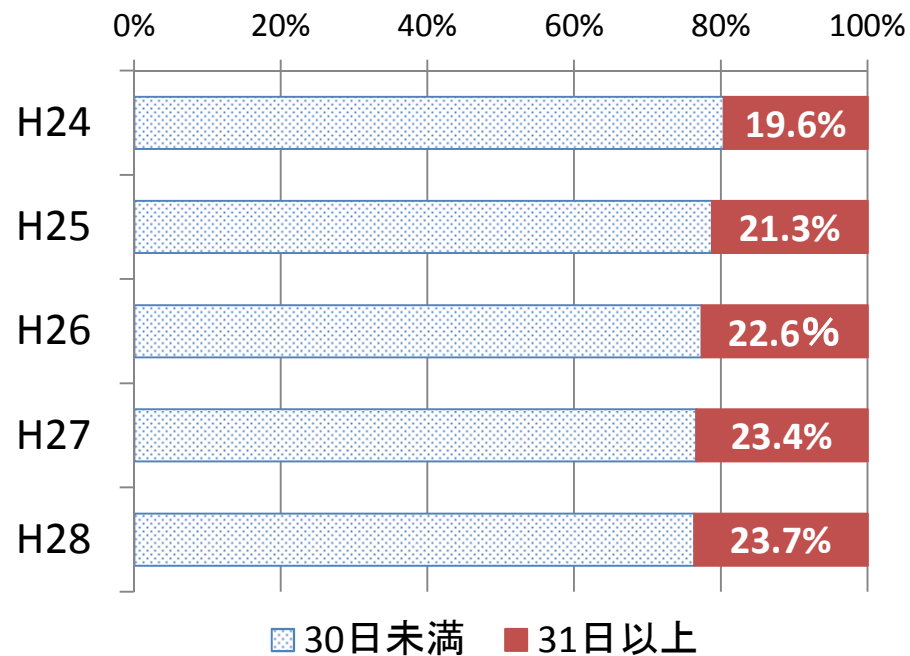
処方日数が30日を超える処方の状況②

- 「31日以上」の調剤料の算定回数は増加傾向にある。
- 調剤全体に占める31日以上の処方の割合は、横ばいから微増傾向にある。

＜「31日以上」の調剤料の算定回数＞



＜処方日数別の処方割合＞



(注) 30日未満の処方については、調剤基本料の算定回数から、「調剤料(31日以上の場合)」の算定回数を差し引いて算出

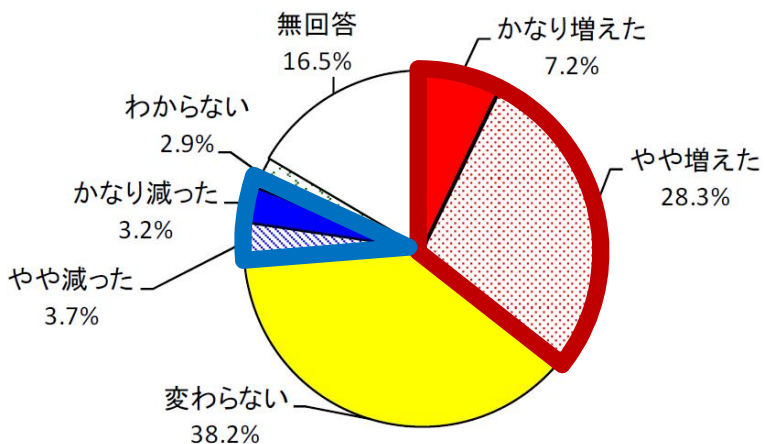
長期処方に関する調査

- 約1年前と比べて長期処方(30日超)の患者が増えた(かなり増えた、やや増えた)診療所は約3分の1であり、減った(かなり減った、やや減った)診療所は1割未満であった。
- 過去1年ぐらいの間に遭遇した、長期処方(他院での長期処方を含む)が原因と考えられる事例について、「次回予約よりも前に再診に来たことがある」が37.1%、「病状が改善しなかったことがある」が33.7%、「次の診察に来なかったことがある」が29.7%であり、前回2014年調査と大きな変化は見られなかった。

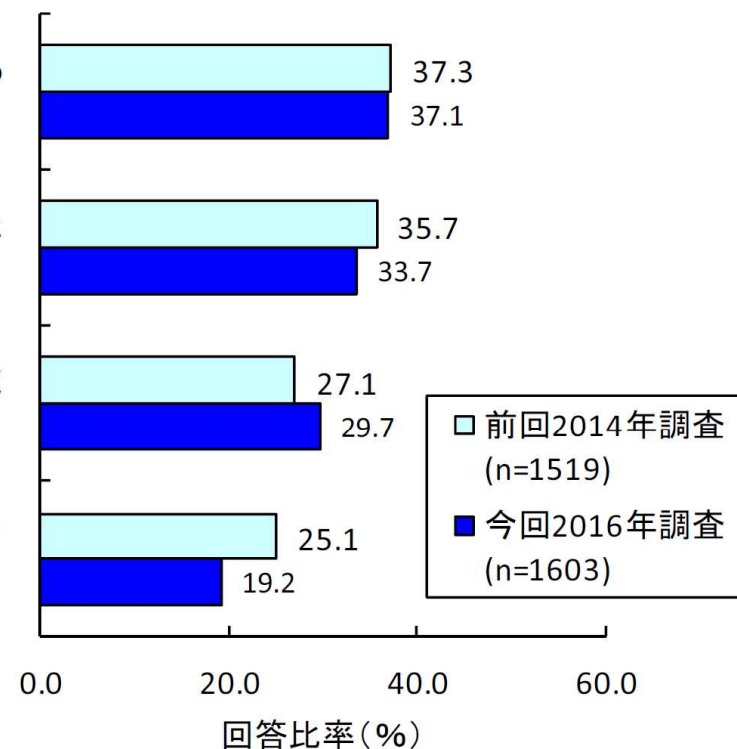
➤ 長期処方の患者の変化

➤ 長期処方(30日超)が原因と考えられる事例への遭遇(複数回答)

長期処方(30日超)の患者の変化(1年前と比べて, n=1603)



- 患者が薬をなくしてしまい、次回予約よりも前に再診に来たことがある
- 患者が服薬を忘れて、中断したりしたため、病状が改善しなかったことがある
- 患者が次回再診予約を忘れるなどして、次の診察に来なかったことがある
- 病状が悪化したが、患者が次回再診予約まで受診を我慢してしまったことがある



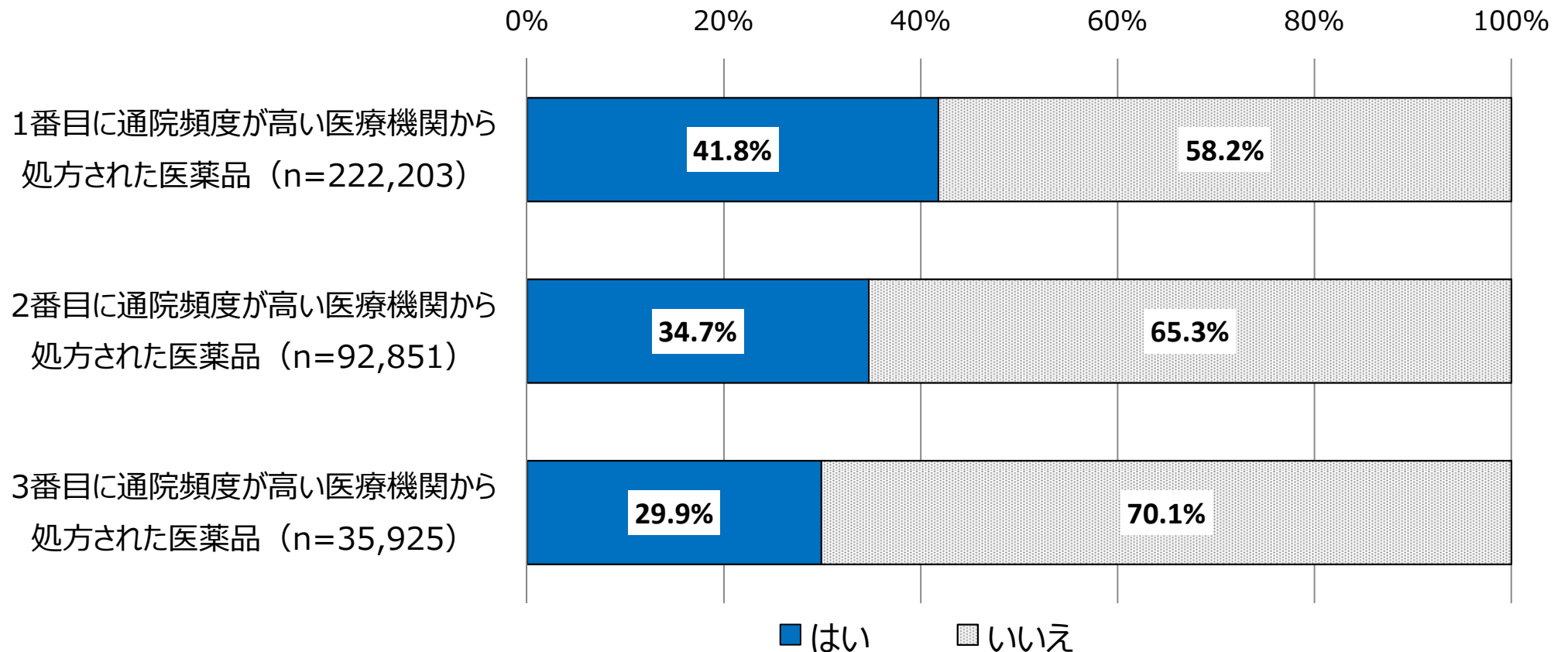
*「先生の患者さんに限らず、他院で長期処方された結果生じたと思われる問題事例を含みます」という質問

残薬の経験について

- 定期的に受診し処方されている薬がある患者のうち、4割程度の患者が過去1年間に残薬の発生を経験している。

➤ 患者の残薬の経験

過去1年間の通院頻度が高い上位3つの医療機関から処方された医薬品について、「**飲まずに手元に残ったことがありますか**」と質問し、回答を得たものについて集計



平成28年度診療報酬改定(医薬品の適正使用の推進)

長期投薬の取扱いの明確化【医科】

- 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関(200床未満の病院又は診療所に限る。)に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、**分割指示に係る処方せんを交付する。**

薬局における分割調剤

- 長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、**医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。**2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

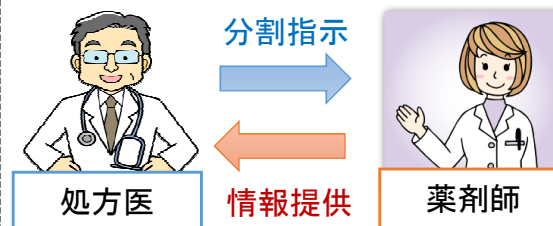
〈上記分割調剤の算定例〉 ※90日分の処方を30日ごとに3回分割調剤を指示

○ **調剤基本料、調剤料、薬学管理料***

分割調剤しない場合(90日分調剤した場合)の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとに**A/3点**

※2回の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/2点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/3点

○ **薬剤料** ⇒ 分割調剤ごとに**30日分の薬剤料**

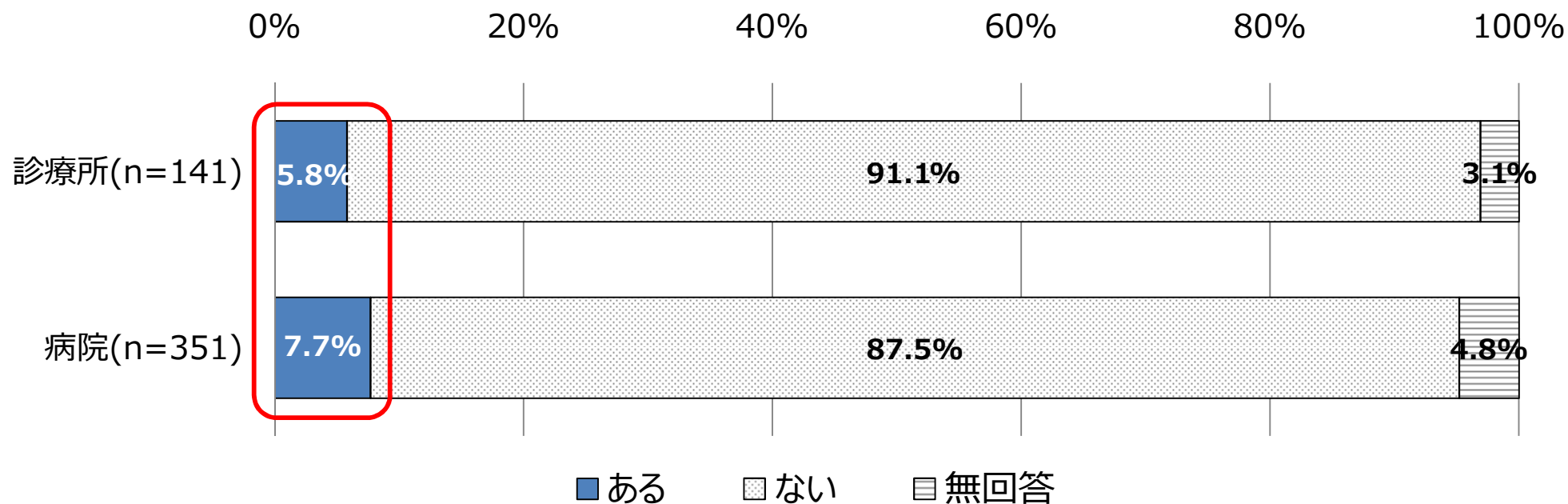


長期投薬の処方せんのうち、分割指示を行った処方せんの発行状況

- 分割指示を行った処方せんの有無を尋ねたところ、「ある」との回答は診療所と病院でそれぞれ5.8%、7.7%であった。

➤ 長期投薬の処方せんのうち、分割指示を行った処方せんの有無

(平成29年4月～平成29年6月の3か月、長期投薬を行った処方せんのある施設)



一般的な調剤と分割調剤の取扱いの比較

- 分割調剤の場合は、一般的な調剤と比べて処方せんの取扱い等が複雑である。また、薬剤師からの医師への報告を求めているが、医師の指示が可能であることが明らかではない。

	通常の調剤	医師の指示に基づく分割調剤
処方時	<ul style="list-style-type: none"> 通常の処方せん様式に従って必要事項を記入 	<ul style="list-style-type: none"> 通常の処方せん様式に従って必要事項を記入 <u>備考欄に分割回数及び当該分割ごとの分割日数をテキスト入力</u>
調剤時	<ul style="list-style-type: none"> 処方せんに従って全量を調剤 調剤済みとなった処方せんに必要事項（調剤済み年月日、薬局の所在地及び名称、疑義照会内容、調剤した薬剤師の署名又は記名押印等）を記載し3年間保存 	<ul style="list-style-type: none"> 処方せんに従って指示された分割日数分を調剤 分割調剤ごとに処方せんに必要事項（調剤量、調剤年月日、薬局の所在地及び名称、疑義照会内容、調剤した薬剤師の署名又は記名押印等）を記載し、<u>患者に返却</u> <u>調剤録に必要事項（薬名及び分量、調剤量、調剤した薬剤師の氏名、分割理由等）を記載し3年間保存</u>（調剤済みとなった場合は通常の調剤と同じく処方せんを保存） <u>2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供</u>

分割調剤の処方せんの記載事項と様式

- 処方せん1枚では記載できる部分が限られているが、分割調剤では記載する事項が多くなり、すべての記載が難しくなる場合もある。

処方せん										
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)										
公費負担者番号		保険者番号								
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								
患者氏名	保険医療機関の所在地及び名称			電話番号	保険医氏名					
生年月日	明大 昭平	年月日	男・女	電話番号	印					
区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
備考	保険医署名（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。） 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供									
調剤済年月日	平成	年	月	日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称	印			公費負担医療の受給者番号						
備考	1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。									

様式第二号（第二十三条関係）



分割調剤後

処方せん										
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。処方欄の手書きによる追記や訂正はすべて無効です。)										
公費負担者番号		保険者番号								
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								
患者氏名	保険医療機関の所在地及び名称			電話番号	保険医氏名					
生年月日		年月日	男・女	電話番号	印					
区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	
変更不可	個々の処方せんについて、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
処方	RPO1	ベンタサ錠 (500mg)							6錠	
		★分2 (朝、夕) 食後							99!	
	RPO2	ピオスリー配合錠							12	
		★分2 (朝、夕) 食後							99!	
		以下余白								
備考	3/28 10B/3/28/10B/1 3/7 10B/3/7/10B/1 3/17 10B/3/17/10B/1 3/28 10B/3/28/10B/1 4/7 10B/3/28/10B/1 (注) 前記は標準量(丸)で処方する場合はmg単位、製剤(特効)する場合は記している。									
備考	4/8 10B/3/28/10B/1 4/6 10B/3/28/10B/1 4/9 10B/3/28/10B/1 4/9 10B/3/28/10B/1									
備考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供									
調剤済年月日	平成	年	月	日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称	印			公費負担医療の受給者番号						
備考	1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。									

調剤した薬剤師の押印

調剤日、調剤量

外来医療(その3)

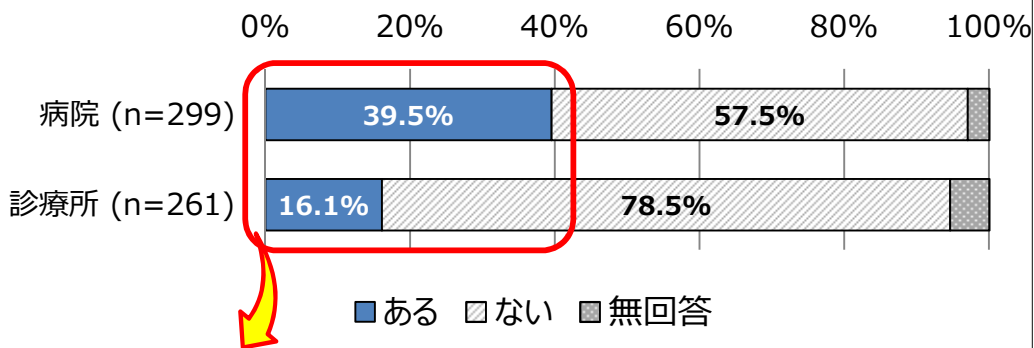
1. 生活習慣病の重症化予防
2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化
 - (1) 多剤・重複投薬の適正化
 - (2) 残薬への対応
 - ① 残薬の適正化と分割調剤
 - ② 残薬調整時の医師と薬剤師の連携
 - (3) 薬剤給付の適正化

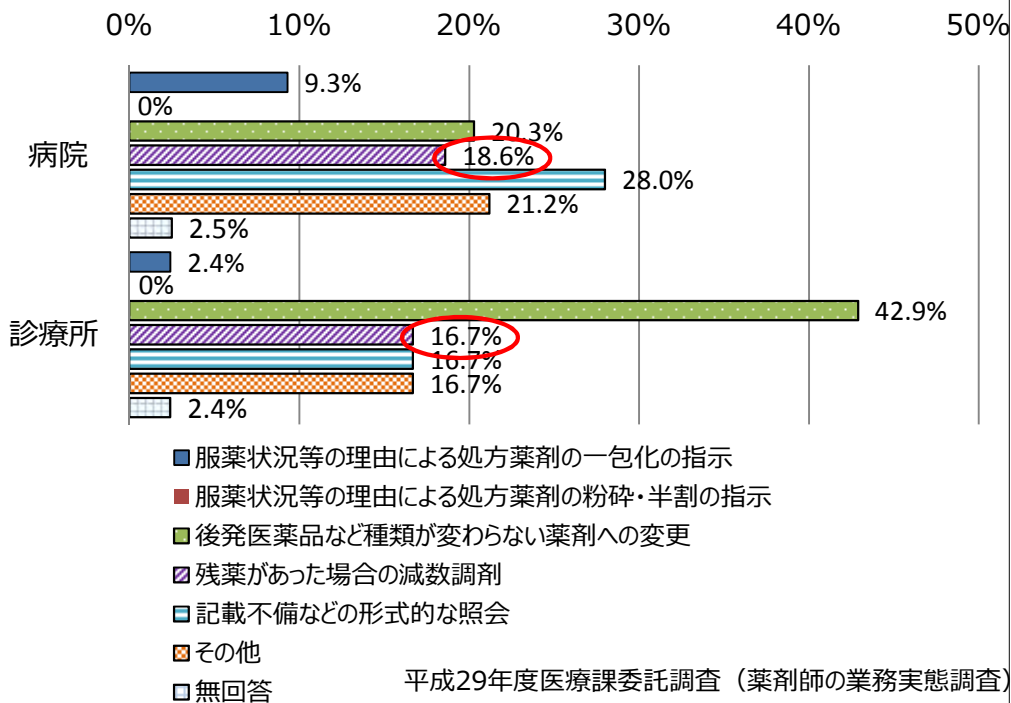
疑義照会の負担感

- 医療機関において、薬局からの疑義照会への対応は一定の負担となっており、うち2割程度が残薬があった場合の減数調剤に関するものとなっている。また、保険薬局においても疑義照会には一定の時間を要している。
- 残薬を発見し疑義照会をした場合において、処方日数の変更等調整がなされたものは約9割であった。

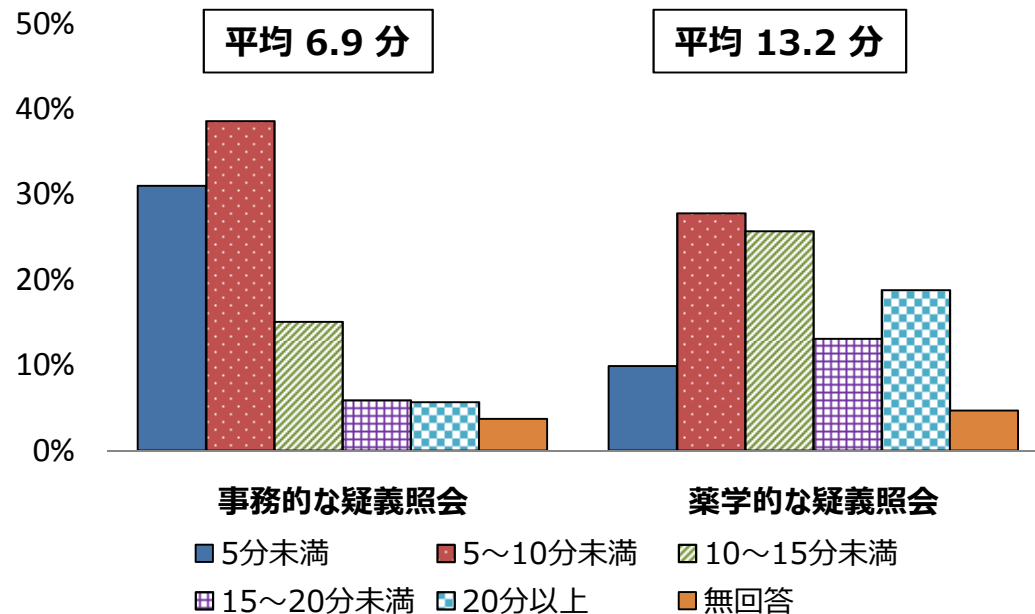
➤ 保険薬局からの疑義照会において負担に感じているもの (医療機関調査)



➤ 負担に感じている具体的な内容



➤ 疑義照会にかかる時間 (保険薬局調査)



平成29年度医療課委託調査 (薬局の機能に係る実態調査)

➤ 残薬発見後の対応

疑義照会後の対応	平成26年度	平成27年度
用法変更となったもの	1.7%	0.2%
処方薬の変更となったもの	6.3%	8.7%
処方日数の変更等調整されたもの	91.6%	91.0%
疑義照会したが変更にならなかったもの	0.3%	0.0%

平成27年度医薬食品局委託事業

平成28年度診療報酬改定（処方せん様式の見直し）

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

➤ 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

- ① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。
- ② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、
 - a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - b. 医療機関へ情報提供のいずれかの対応を行う。

処方せん											
<small>(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</small>											
公費負担者番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称							
	生年月日		男・女	電話番号							
	区分		被保険者	被扶養者	保険医氏名						
交付年月日		平成	年	月	日	処方せんの使用期間		平成	年	月	日
処方	<small>個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>										
	変更不可 <input type="checkbox"/> 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
考											
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
調剤済年月日				平成	年	月	日	公費負担者番号			
保険薬局の所在地及び名称				公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5号を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和61年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

外来医療(その3)

1. 生活習慣病の重症化予防
2. 遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)
3. 後発医薬品の使用促進

4. 多剤・重複投薬等の適正化
 - (1) 多剤・重複投薬の適正化
 - (2) 残薬への対応
 - ① 残薬の適正化と分割調剤
 - ② 残薬調整時の医師と薬剤師の連携
 - (3) 薬剤給付の適正化

ビタミン剤・うがい薬・湿布薬に関する診療報酬改定での対応

- 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与」、「治療目的でない場合のうがい薬だけの処方」及び「湿布薬の適正給付」について、対応を行ってきている。

H24年度診療報酬改定

- すべてのビタミン剤について単なる栄養補給目的での投与は医療保険の対象外とした

ビタミン剤については、

- ① 当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、
 - ② 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、
 - ③ 医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したとき
- を除き、これを算定しない。

H26年度診療報酬改定

- 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方については、医療保険の対象外とした

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

H28年度診療報酬改定

- 湿布薬について1処方につき原則70枚の処方制限を行うこととした

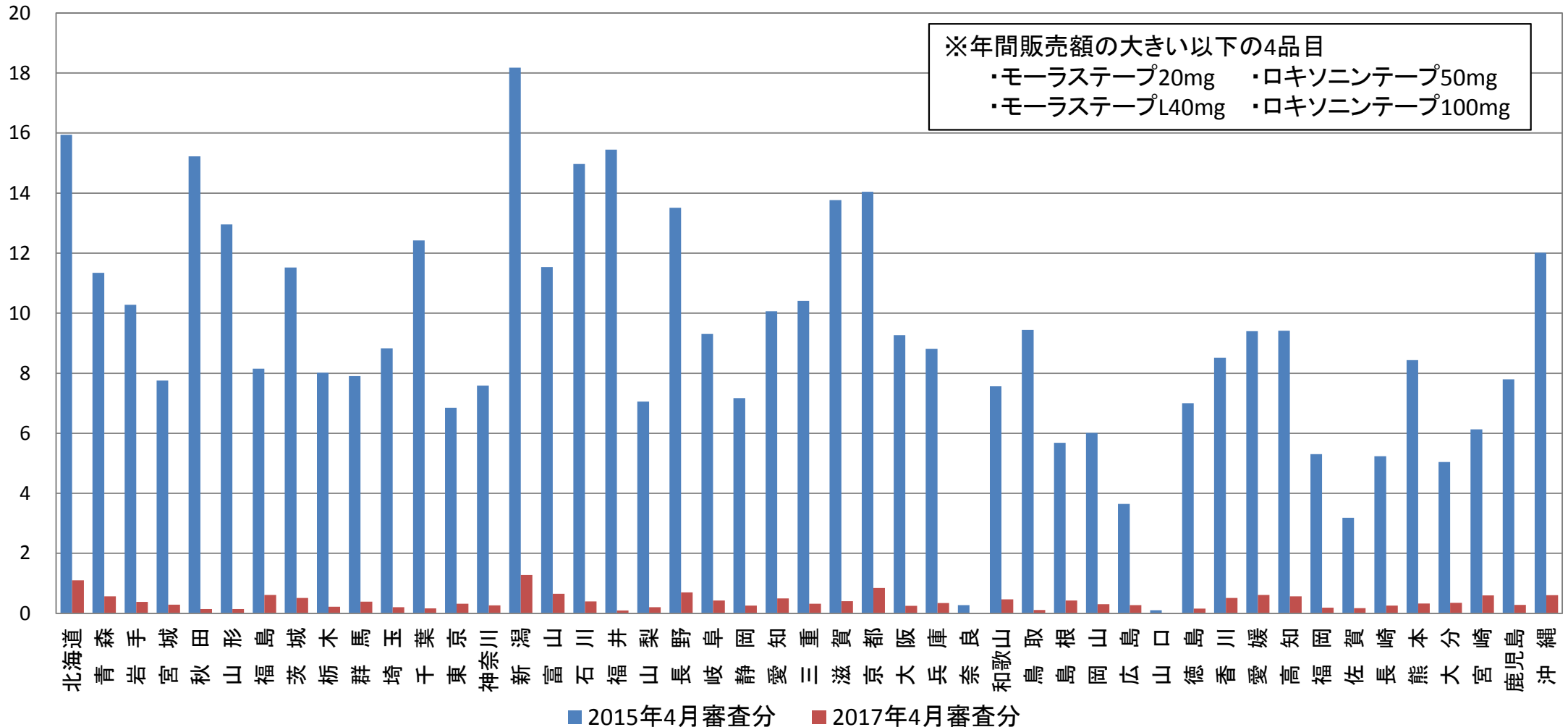
入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

湿布薬の処方状況

○ 平成28年度診療報酬改定後、70枚を超えて調剤された処方せんの割合は減少している。

代表的な湿布薬*が処方された処方せんのうち 70枚を超えて調剤された処方せんの割合(%)

割合(%)



医療用保湿剤の適正使用について

- 医療用医薬品である血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）について、小児のアトピー治療用として処方してもらっておきながら、美容目的で使用されている実態があることが新聞等において指摘されている。
- このような美容目的での処方や使用推奨に対し、関係学会や製薬企業が注意喚起している。

➤ 学会等による注意喚起

医療用ヘパリン類似物質製剤の美容目的処方等に関連する問題について（2017年10月16日 日本皮膚科学会）

2014年頃から**ヒルドイド等の医療用ヘパリン類似物質製剤の美容目的の処方が増大**しており、そのような状況を問題視した記事が掲載されるなど、最近話題となっています。会員各位におかれましては、これまでに引続いて**ヒルドイド等の医療用ヘパリン類似物質製剤の適正処方に努めていただきますよう、お願いいたします。**（抜粋）

ヒルドイドの適正使用に関するお知らせ（2017年10月18日 マルホ株式会社）

マルホ株式会社（以下、マルホ）は、マルホが製造販売する「ヒルドイド®クリーム0.3%」「ヒルドイド®ソフト軟膏0.3%」「ヒルドイド®ローション0.3%」（以下、ヒルドイド）を含むヘパリン類似物質製剤について、一部の雑誌やインターネット上に、美容目的での使用を推奨していると受け取られかねない記事の掲載を確認しています。

マルホは、これまでヒルドイドに関するこのような記事を確認した場合、その都度、発行元・配信元に対して、**ヒルドイドをあたかも化粧品等と同様のものであるかのように紹介することは控えていただくよう要請してきました。**また、併せて、医薬品の適応外の使用を推奨することは、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下、薬機法）に抵触するおそれがある旨も注意喚起しています。

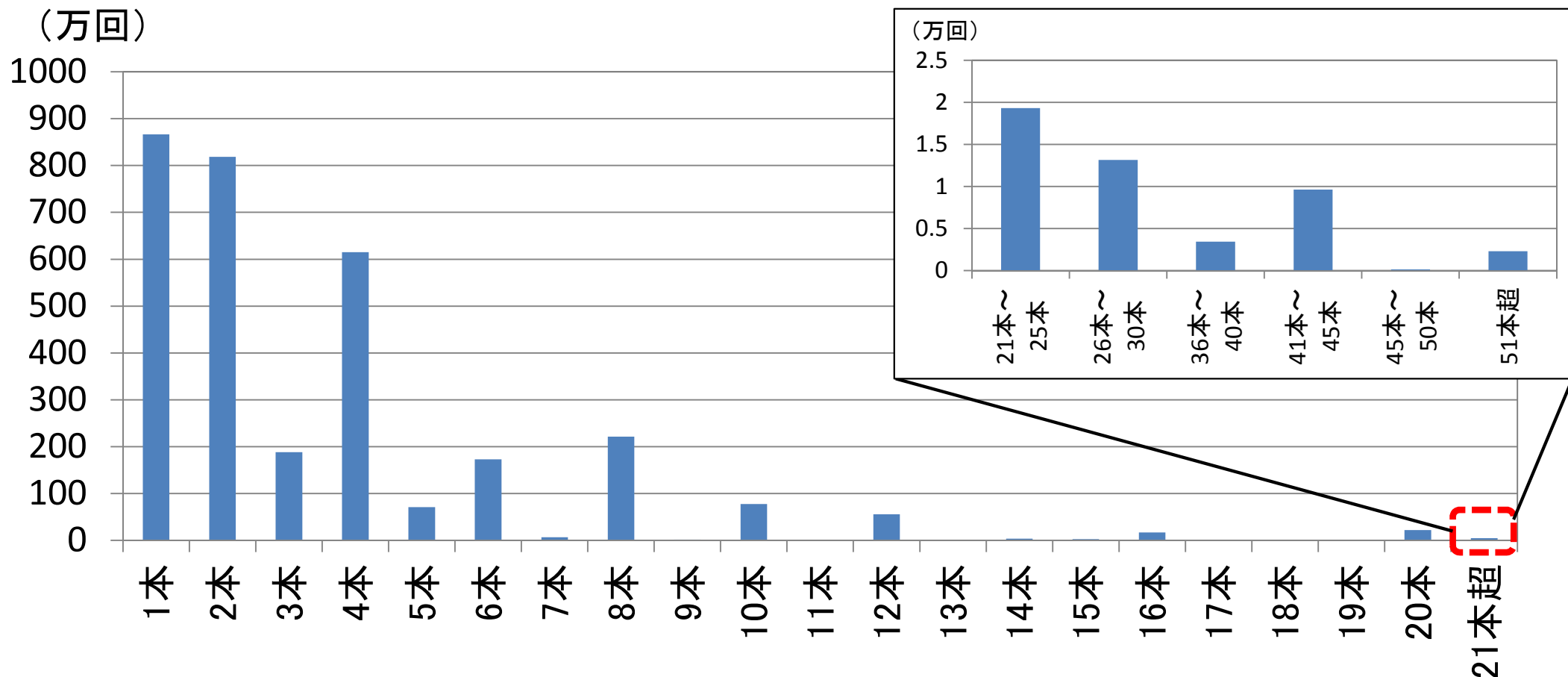
マルホは、「薬機法」「医療用医薬品等適正広告基準」等の関係法規を厳守し、一般の方への医療用医薬品の広告をしておりません。また出版媒体からの、医療用医薬品の本来の使用目的から外れる趣旨の取材や素材提供等の要請は、すべてお断りしています。

医師が、患者さん一人ひとりの皮膚の状態を診察した結果を踏まえ、必要に応じて処方されているヒルドイドについて、患者さんが自己判断で治療以外の目的で使用することは、適切な効果が見込めないだけでなく、思わぬ副作用が発現するリスクがあります。

マルホは、医療用医薬品の有効性と使用される患者さんの安全性を何よりも重視しております。今後とも、ヒルドイドの美容目的での使用を推奨していると受け取られかねない記事に対して厳しい姿勢で臨むとともに、医療関係者の皆様や患者さんへの医療用医薬品の適正使用に関する啓発に努めるなど、責任ある企業として対応していきます。

ヘパリン類似物質の処方量の分布(2016年度)

○ 皮膚乾燥症等に用いられるヘパリン類似物質(ヒルドイドソフト軟膏0.3%等)の多くは、25gチューブ4本分程度以下の量で処方されているが、一度に10本分以上処方されていることもある。



注1) ①ヒルドイドソフト軟膏0.3%及び当該医薬品の後発品、②ヒルドイドクリーム0.3%及び当該医薬品の後発医薬品、③ヒルドイドローション0.3%及び当該医薬品の後発医薬品、④ヒルドイドゲル0.3%及びこれらの医薬品の後発医薬品に関して、一度の処方で25gチューブ何本分相当の量が処方されているかの分布を示したものである。

注2) 実際には、必ずしも25gチューブで処方されているとは限らない。

医療用保湿剤の種類と特徴

医薬品の名称	ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質	ワセリン	尿素
商品名	ヒルドイド、ビーソフテン、ホソイドン、ヘパリンZ など	黄色ワセリン、親水ワセリン、白色ワセリン、プロペト	パスタロン、ウレパール、ウリモックス、アセチロール、ベギン、ワイドコール、ケラチナミンコーワ など
適応	進行性指掌角皮症、皮脂欠乏症 など	皮膚保護剤として用いる など	老人性乾皮症、アトピー皮膚、進行性指掌角皮症（主婦湿疹の乾燥型） など
剤形	ゲル、軟膏、クリーム、ローション、スプレー	軟膏、クリーム、ローション	軟膏
特徴	血液凝固抑制作用、角質の水分保持増加作用など	皮膚を覆い水分の蒸発を防ぐ	角質の水分保持増加作用、角質の溶解剥離作用
薬価	6.3～23.7円 (1gあたり)	8.3～23.4円 (10gあたり)	5.0～6.8円 (1gあたり)

注) 日本皮膚科学会雑誌 117(6), 969-977, 2007 において検討された保湿剤を記載

多剤・重複投薬等の適正化に係る課題と論点(案)

【課題】

(多剤・重複投薬の適正化)

- 多剤投薬については、高齢者を中心に多く認められている。多剤投薬を適正化するにあたっては、単に医薬品の重複や飲み合わせの問題に対応するだけでなく、医学的、薬学的な観点からより積極的なアプローチが求められる。
- 平成28年度改定において、医療機関における減薬の取組や薬局における重複投薬・相互作用防止に係る評価の見直しなどを行ったところであり、多剤・重複投薬の適正化に向けた取組が進んでいる。
- その中で、薬剤師からの積極的な処方提案について、取組実績としては限られているものの、減薬に貢献している事例も見られる。

(残薬への対応)

- 平成28年度改定において、服薬管理が難しい場合などにおける、医師の指示に基づく分割調剤の仕組みを新たに設けたが、その取組みはあまり進んでいない。
- 医師の指示に基づく分割調剤においては、医師から薬剤師に診療上必要とする情報を伝える仕組みが確立されていないなど医療機関と薬局間の連携のあり方に課題がある。
- 残薬調整にあたり、医師及び薬剤師の双方に負担感がある。

(薬剤給付の適正化)

- 血行促進・皮膚保湿剤(ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質)について、美容目的で使用されている実態があるとの指摘があり、学会等より適正使用に係る注意喚起がなされている。
- ヘパリン類似物質について、一度に大量に処方されている実態も認められる。ただし、全身型アトピー性皮膚炎や魚鱗癬などで多量の保湿剤が必要となる患者も存在することに留意が必要である。

【論点(案)】



- 医師と薬剤師の連携による多剤投薬の適正化をさらに推進するため、薬剤師の積極的な処方提案により医師が処方を変更し、結果として患者が服用する薬剤が減少した場合の評価を検討してはどうか。
- 医師の指示に基づく分割調剤について、服薬アドヒアランスの向上に資する医師と薬剤師の連携を推進する観点から、医師の指示事項の明確化や処方箋への記載方法の合理化などといった視点で、具体的な方策を検討してはどうか。
- 残薬調整における負担感の軽減の観点から、医師への報告を前提とした薬剤師による残薬調整に関する医師の判断がより明確になるよう処方箋の様式を見直してはどうか。
- 血行促進・皮膚保湿剤(ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質)の使用実態等を踏まえ、医療用保湿剤の適正使用について、どう考えるか。

選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果への対応について（追加資料）

- 我が国の医療保険制度においては、
 - ・ 必要な医療については、基本的に保険適用の対象とするべきであること
 - ・ 保険適用の対象となるのは、治療の安全性・有効性等が確認されたものであることを原則とし、保険適用の対象となっているものとなっていないものを組み合わせることを（いわゆる混合診療）は禁止されている。

- 一方で、保険外併用療養費制度として、法令で定めた一定の場合には、保険適用の対象となっているものとなっていないものを組み合わせて行うことが認められており、その一つとして、選定療養（被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣が定める療養）が規定されている。
※厚生労働省告示において、定められているもの
 - ・ 特別の療養環境（差額ベッド）
 - ・ 制限回数を超える医療行為
 - ・ 予約診療
 - ・ 180日超の入院
 - ・ 時間外診療
 - ・ 歯科の金合金等
 - ・ 大病院の初診
 - ・ 金属床総義歯
 - ・ 大病院の再診
 - ・ 小児う蝕の指導管理

- また、療養の給付と直接関係ないサービス等は、社会保険医療とは別に提供されるものであり、保険医療機関等が患者の同意に基づき、その提供に係る費用を徴収することは可能であるが、適切な運用を期するため、その手続きや具体例等を保険局医療課長通知において定めている。

- 今回寄せられた意見のうち、対応することとしたもの以外のものは、
 - ・ 医療技術評価分科会（医技評）に同様の提案があるなど、療養の給付との関係を整理すべき
 - ・ 療養の給付として既に保険適用の対象となっている
 - ・ 保険適用の対象となっているものと組み合わせる必要がなく、自由診療として行うべき
 - ・ 選定療養や療養の給付と直接関係ないサービス等として、既に患者から費用を徴収することが認められている等の理由で対応しないことと整理した。

1. 新たな選定療養の追加に係る提案

＜医科＞

	提案・意見内容	理由
1	生活習慣病のうち運動療法の効果が確認されている疾病に対する運動療法	糖尿病、高血圧、脂質異常症、慢性腎臓病等について、運動療法が循環器病発症予防に有用であることが医学的に立証されている。心臓リハビリテーション施設は、「医療法人が併設する疾病予防施設」の要件を満たしており、安全に運動療法を実施することが可能であることから、心リハ施設Ⅰ又はⅡでの運動療法を選定療養として可能とすべき。
2	リラクゼーション・軽い運動を目的としたヨガ	ストレス軽減等のメリットがあり、患者の治療をサポートすることにより、通院期間が短くなることが期待できるため。
3	保存的治療選択の超音波骨折治療法/ スポーツ外傷に対する高気圧酸素治療	保存治療を選択した場合、治療期間短縮目的で超音波骨折治療法を行うことは診療報酬上認められていないが、スポーツ選手で早期の競技復帰を希望する者がいるため。 スポーツ外傷に対する高気圧酸素治療は自由診療として行われているが、MRI など保険診療として可能なものまで自由診療となり、経済的負担が大きい。
4	多血小板血漿を用いた術後疼痛、腫脹の軽減	多血小板血漿療法は、第三種再生医療に認定されその有用性が確立しており、「多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療」のように先進医療Bで行われているものもあるため、本法を手術に併用することで術後の鎮痛と創傷治癒を促進させ、患者 QOL と医療経済効果に貢献することが期待できるため。
5	低周波治療器等を用いた経皮的電気刺激治療による鎮痛および精神鎮静法	経皮的電気刺激法（TENS）は非侵襲的でほとんど副作用がなく、すでに鎮痛や鎮静効果の有用性が示されているため、TENS を補助、代替療法として選定療養に導入すれば、患者満足度や医療経済効果に貢献するため。
6	再診時、複初診時のコンピューター断層診断、内視鏡写真診断/術前検査時のH I V-1, 2抗体検査/術前検査以外のA B O血液型検査	医療行為の中で必要となる検査について、病院負担となっているため。
7	遺伝学的検査で現在対象となっていない遺伝子疾患につ	遺伝学的検査で現在対象となっていない遺伝子疾患について検査を行

※枠線で囲んだものが今回対応したもの

(別紙)

	いての検査	う場合に、保険診療ではないことから十分に検査を行うことができないため。
8	ノロウイルス抗原定性	食品衛生管理者などが体調不良で受診した際に、職場での感染拡大防止の観点から、保険診療該当患者以外の検査が必要な場合があるため。
9	悪性腫瘍確定診断のために実施した「ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影」、「ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影」及び「乳房用ポジトロン断層撮影」	悪性新生物の早期発見・早期治療が必要だが、保険診療の範囲は、病期診断及び転移・再発の診断を目的とした場合に限定されているため。やむを得ず行う早期確定診断を目的とした検査を可能とすべき。
10	画像情報提供	患者が自分の画像・手術動画等を希望することが増えており、別途請求する場合やサービスとして行う場合があるため。
11	抗インフルエンザ薬の予防投与	入院中の患者に対し、インフルエンザの流行期に、治療中の疾病・負傷に対する影響を考慮し、抗インフルエンザ薬を予防投与することや、個々患者の希望によって、抗インフルエンザ薬を予防投与することを選定療養とすべき。
12	患者の求めによる予防的医薬品	「予防で」、「念のために」とうがい薬や湿布剤等、受診した傷病治療とは関係のない薬剤を希望する患者も少なくないため。
13	訪問診療時の予防接種	インフルエンザなどの流行を前にした予防接種などを、往診や訪問診療時に同時に実施する場合、混合診療と判断されかねないため。
14	保険診療と同一日の検診（自治体の検診・がん検診・特定健診等）	検診と保険診療を同日に行うことで、受診率の向上やデータの利用率向上が期待できるため。
15	院内処方	利便性向上の観点から、薬剤師の配置数、院内調剤件数、後発医薬品使用率等の基準を満たす病院に限り、患者が選択した場合、費用徴収を可能とすべき。
16	救急受診時における患者の求めによる必要日数以上の投薬の費用	救急診療については、緊急時の応急処置のため、薬の投与は必要最小限が基本であるが、通常通りの処方を希望する患者が多いため。
17	人工授精、体外受精等	ホルモン注射を施行する過程で、検査や処方が必要となる場合があり、選定療養とすることで患者負担が軽減できるため。
18	在宅自己注射指導料を未算定患者への血糖測定検査に必要な血糖測定紙や針等の院内処方	インスリン注射のない患者は、在宅自己注射血糖加算の算定はできず、血糖測定検査に必要な血糖測定紙や針等を薬局等で購入しているが、医

※枠線で囲んだものが今回対応したもの

(別紙)

		師が必要性を認めている場合や、患者が希望する場合は、選定療養として可能とすべき。
19	外科的胸腹部手術に使用する排液バック/上肢骨折による胸部固定帯や三角巾	医療行為の中で必要となる衛生材料等について、病院負担となっているため。
20	多焦点眼内レンズ（高齢者のみ）	患者自身がライフスタイルを踏まえて治療を選択する選定療養とすべきだが、働く若年世代については早期社会復帰を考慮して保険対象とすべき。
21	在宅療養指導管理材料加算算定時における患者の求めによる必要以上の衛生材料費	在宅療養指導管理材料加算に該当する医療材料について、必要以上に患者希望で使用するケースが多く、材料費持ち出し分が発生しているため。
22	透析患者に対する食事代	外来において、療養の一環として行われた食事である腎臓食等の特別食（治療食）を提供した場合、選定療養費とする。
23	栄養管理の必要のない患者に対する病院給食の提供	医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対する食事のみ保険給付の対象とし、必要性のない患者が病院給食を選択する場合は費用徴収を可能とすべき。
24	制限回数を超えての栄養指導	診療報酬上の算定制限を超えて患者が栄養指導を希望する場合、実費徴収にて対応することが出来れば早期退院や健康保持が推進出来るため。

< 歯科 >

	提案・意見内容	理由
1	医科歯科連携した禁煙指導と継続支援	医科と歯科では、別個に禁煙指導が実施されているが、禁煙成功、継続率は高くないため、医科での禁煙指導前後における歯科での支援を選定療養とすべき。
2	医科歯科連携した歯周病と糖尿病のスクリーニング検査/糖尿病疑い歯周病患者の歯科における簡易血糖（HbA1c）検査/歯周病疑い糖尿病、前糖尿病患者の内科における唾液潜血検査	歯周病患者における未治療、治療中断の前糖尿病患者又は糖尿病患者を歯科においてスクリーニングして内科受診を推奨することは、糖尿病の発症予防及び重症化予防につながり、医療経済効果も大変大きい。当面、専門医連携という形で双方の施設での糖尿病と歯周病のスクリーニングの効果を検証した上で、地域かかりつけ医レベルでの条件付き保険適用としていくべき。
3	う蝕・歯周病の発症リスク判定のための検査として、①CRT	疾病の発症リスクの低減を図るような検査、う蝕については、唾液緩衝

※枠線で囲んだものが今回対応したもの

(別紙)

	バッファー・バクテリア (Ivoclar Vivadent 株式会社) ②バナペリオ (白水貿易株式会社) ③ブラックステッカー (株式会社ロッキーマウンテンモリタ) を導入し、その診断結果に基づき、う蝕・歯周病に対する予防的視点に立った先制的介入の環境整備	能や関連細菌の検査 (CRTバッファー・バクテリア)、歯周病については、細菌酵素を応用した関連細菌の検査 (バナペリオ) に加え、咬合性外傷の原因ともなっている睡眠時ブラキシズムの検査 (ブラックステッカー) 等が重要であり、これらの検査を組み合わせ客観的かつ総合的にそれぞれの疾病の発症リスクを診断することで、個々の患者に対するオーダーメイドの予防を提案し、ケア中心の定期管理型の歯科医療を構築していくことが可能となるため。
4	歯周病におけるマウスピースを用いた抗菌治療/抗生物質をポケット内に一定時間作用させることで歯周病を治療する方法(3DS)	3DS は一定の効果を挙げているが、自費治療になる。歯周病は慢性疾患であり。長期間の治療が必要であり、自費診療の 3DS を使えば、それ以降は混合診療になり、保険診療で治療や検査をする事が出来ないため。
5	将来的にう蝕を発症しそうな小窩裂溝を有する歯で、まだ C 病名がつけられないものに対するシーラント	現在、C 選療においてフッ化物の塗布、洗口が認められているが、これと同様にシーラントによる予防処置も同等又はそれ以上の効果が得られると考えられるため。
6	MTA を用いた感染根管治療	MTA を用いた感染根管治療により、従来であれば抜歯に至るような症例においても保存できる可能性が高くなり、将来的に高齢者の QOL 維持に貢献できるため。
7	根管治療時における機器・器具代や材料費	診療報酬は、機器・器具代・材料費・滅菌代や歯科医師等の手間・拘束時間を加味したものになっておらず、器具・材料費の費用徴収を可能とすべき。
8	歯牙欠損予防のための口金	麻酔実施時に気管支挿管する際、患者の口腔状況により歯牙欠損を生じる恐れがあり、口金を作成して使用することがあるが、費用・時間がかかるため。
9	スポーツによる障害を防止するためのマウスガードの製作	スポーツ外傷を予防するためには、マウスガードが有用であることが指摘されてきており、普及を進めるために選定療養として、患者負担を軽減すべき。
10	色調検査にともなうホワイトニング	美容的行為のため将来的に保険導入される可能性は少ない。需要拡大が期待でき、レジ前装冠による補綴行為の差額診療的な利用ができるため。
11	ハイブリットレジンによる歯冠修復、補綴物の提供	従来の材料に比べ硬度が天然歯に近く、歯牙の保全に寄与するため。

※枠線で囲んだものが今回対応したもの

(別紙)

12	前歯部の金属歯冠修復をメタルボンドとした療養	前歯部の補綴においては、審美性も重要だが、レジン前装金属冠は審美性に劣るため。
13	全部床義歯型のオーバーデンチャーに限定した支台歯の根面型磁性アタッチメント（残存歯に歯冠のある症例、クラスプ義歯と磁性アタッチメントの併用等は適用外。支台歯数は限定せず、残存歯全てに適用）	磁性アタッチメントは、2012年にISO13017の国際標準化規格の承認を受けており、臨床的にきわめて有用であるが、保険適用外のため一般歯科医の使用頻度は低く、また不適切な操作・適用によるトラブルも散見されるため、選定療養とすることで磁性アタッチメントの普及を図るとともに、症例を限定することで専門性を担保し、オーバーデンチャーの質の向上、支台装置選択の多様化を目指すべき。
14	①有床総義歯に対する根面維持装置②根管治療中のテック③保険適用されていない材料の使用（白金加金、セラミックインレー、MTAセメント）④MTMと補綴⑤インプラント歯にかかるメンテナンスや治療	アメニティーサービスの充実を考えた上で、①から⑤を導入すべき。金属総義歯のような技術料格差の含みはやめるべき。
15	紛失等による義歯製作より半年未満の義歯再製作	認知症等により、義歯紛失事例が増加しつつあるため。
16	ノンクラスプデンチャーの導入	金属アレルギーの発症を妨げ、患者にも優しい義歯であるため。
17	短期集中治療	忙しくて長期間の通院が難しい人、乳幼児受給者証等、期限までに治療を終えたい人に有効であるため。
18	特定健診、歯科保健指導における歯科衛生士、管理栄養士又は保健師等による食・栄養指導と継続支援	医科歯科連携した食・栄養指導支援体制の構築は、患者の自立度を向上させ、糖尿病関連疾患の発症予防と重症化予防に多大な寄与となることが期待できるため。

<その他>

	提案・意見内容	理由
1	選定療養についての総論的意見	これまでの制度議論を踏まえ、制度の活用や保険医療の現状を鑑み、運用については将来に向けた議論が必要。
2	院内託児システムの構築	患者・家族のニーズも高いため。
3	セカンドオピニオンにおける料金上限額もしくは定額の導入	セカンドオピニオンの金額設定は医療機関により様々だが、選定療養とし金額を一定程度一律とすれば、普及が進むため。
4	各種医療相談及び代行手続き等	独居が増えており、突然の入院による各種手続等を医療機関が行う場合もあるが、役所とのやり取り等の費用を医療機関が負担しているため。

※枠線で囲んだものが今回対応したもの

(別紙)

5	病院の外来受診等におけるコンシェルジュサービス	特別な対応窓口を設置し、外来受診の予約（院内調整等事前準備）や当日のアテンド等、スムーズに診療・検査が実施されるよう調整する場合、費用徴収を可能とすべき。
6	公共の救急車搬送及びドクターヘリ等（消防署の防災ヘリ、自衛隊の災害ヘリ）への同乗	転院搬送では、救急隊からの要請で医師、看護師の同乗が求められるが、搬送先から帰る場合は、タクシーなどを利用し、全て病院負担となっているため。
7	医療機関が運用する送迎バスの費用徴収	送迎バスを運用し通院しやすい環境を作ることや救急設備の整った車両の貸出及び送迎を可能にすれば、入院期間の延長、公的救急車の過度な要請が減ることが期待される。
8	救急車不適正利用者への「救急外費」	搬送の医学的必要性を判断し、必要性がない場合は費用徴収を可能とすべき。
9	未予約患者の受診に対する加算料金	予約制の歯科診療所において、予約していない患者の治療は予約患者に迷惑をかけるが、予約していない患者の治療を行った際に費用徴収を可能とすべき。
10	主治医が医学的に退院可能と判断した以降の、食事療養費、入院基本料等	患者本人及び家族の社会的入院延長を抑制するため。

※枠線で囲んだものが今回対応したもの

2. 既存の選定療養の類型の見直しに係る意見

<全般>

	提案・意見内容	理由
1	選定療養の廃止	国は可能な限り保険制度を充実させ、安全性、有効性が確立した医療技術や薬、材料を、それぞれの適正な評価をもって速やかに保険収載すべきであり、この様な制度が保険制度内に存在することに反対。

○特別の療養環境

	提案・意見内容	理由
2	個室における長時間の外来化学療法を「特別の療養環境」へ適用	人工腎臓（透析治療）と同様に個室利用に医学的な必要性が生じていない場合、プライバシーの重視を希望する患者に対して特別の料金を徴収することを認めるべき。
3	特別の療養環境の提供に係る基準の緩和	療養環境の向上に関するニーズ、患者の自由な選択の機会を広げるべく、各医療機関の病床数各医療機関の病床数の5割までとしている特別の療養環境の提供に係る病室（差額ベッド）の基準を緩和すべき。

○歯科の金合金等

	提案・意見内容	理由
4	選定療養から削除	前歯部に対する金合金又は白金加金の補綴はほとんど行われていないため。
5	材料の追加	陶材焼付金属冠やCAD/CAM冠等、ハイブリッドレジンを使用した補綴物を選定療養の対象とすべき。

○金属床総義歯

	提案・意見内容	理由
6	ノンクラスプデンチャーの追加	世の中の審美に対する欲求が高まる中、患者の治療に関する選択肢を増やし、義歯も審美的な要素を兼ね備えたものを利用できるようにすべき。
7	選定療養から削除	「アメニティ」ではなく歯科医学的に有用な医療であるとともに、材料

※枠線で囲んだものが今回対応したもの

		費の差だけでなく、技術料差も含まれているため。
8	金属床局部義歯（9 歯以上又は 12 歯以上）の追加	形態の把握が比較的容易となる 9 歯以上又は 12 歯以上の局部義歯について選定療養の対象とすべき。

○大病院の初診・再診

	提案・意見内容	理由
9	一般病床 500 床以上の地域医療病院に加え、病床数に関らず、救命救急センター等の高度機能の病院へ対象拡大	高機能の地域医療支援病院にも紹介状なしで多数の患者が受診しており、時間外におけるいわゆる「コンビニ受診」が絶えないが、特に自治体病院においては、費用徴収には抵抗があるため。
10	一般病床 200 床以外にも新たな基準を設定	200 床未満の医療機関であっても大学病院並みの医療機能を有する施設は多く、病床数と医療機能は必ずしも比例しないため、保有医療機器、全身麻酔による手術件数、救急車搬入件数等を指標とした新たな基準を設定すべき。
11	特定機能病院の再診時選定療養費について、自施設の他の診療科を受診している患者も対象拡大	外来医療の機能分化を目的として大病院に定額徴収が責務として課せられた再診時選定療養費について、国立大学病院において機能しておらず、その原因である自施設の他の診療科を受診している患者について対象とすべき。

○小児う蝕の指導管理

	提案・意見内容	理由
12	選定療養から削除	「う蝕多発傾向者の判定基準」は廃止し、全ての年齢において、1 歯でもう蝕を認める患者へのフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞は保険導入すべき。 う蝕に罹患している患者に対する指導管理は、重症化予防であり、保険導入すべき。
13	リスク検査に基づいた高齢者のう蝕の指導管理を追加	高齢者の歯肉退縮等に起因した根面う蝕による咀嚼障害からオーラルフレイルへの進展を抑制するために、個別のリスク管理、行動変容アプローチによるカウンセリングの導入をすべき。

※枠線で囲んだものが今回対応したもの

○180 日以上入院

	提案・意見内容	理由
14	選定療養から削除	180 日以上入院は診療報酬の算定も費用徴収も認めないことで、医療機関の収入減となるため、早期退院・介護保険への移行が期待できるため。
15	180 日以上ではなく、退院指定日を超えた患者の求めによる入院（延長入院）への見直し	180 日未満であっても、医療機関の主治医が自院機能での治療を終了したと判断し、指定した退院予定日を著しく超えて、入院継続を希望する患者に公的保険の費用を用いることに疑問を感じるため。
16	「難病患者等入院診療加算を算定する患者」等の状態等に対し、定められた治療等を実施した場合、定められた期間について、特別の料金を徴収する対象から除外されるが、除外対象となる治療方法等の拡充又は要件緩和	造血幹細胞移植後の拒絶反応に対する治療を実施している患者は、入院期間が長期になり、退院した場合であっても一月以内の再入院が少なくないが、この場合、新たに入院起算日を設けることは診療報酬上認められず、入院期間が 180 日を超える一方、費用徴収の除外要件に疾患としては該当するものの、それらの状態（疾患）に対し定められている治療方法には合致しないため、重篤な状態であるにも関わらず、費用徴収の対象となっているため。

○制限回数を超える医療行為

	提案・意見内容	理由
17	選定療養から削除	選定療養は「療養時のアメニティの向上に資するもの」の範囲に限定すべき。
18	リンパ浮腫指導管理料において規定する回数を超えて受けた診療の追加	患者の不安軽減を図りつつ、更なる QOL の向上を目指すため、継続的に指導を希望する患者について対応できるようにするため。

※枠線で囲んだものが今回対応したもの