

中央社会保険医療協議会 総会（第 435 回） 議事次第

令和元年11月22日(金) 薬価専門部会終了後～
於 厚生労働省講堂（低層棟2階）

議 題

○外来医療（その2）について

○入院医療（その2）について

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時:令和元年11月22日(金) 薬価専門部会終了後
会場:中央合同庁舎第5号館 講堂(低層棟2階)

速記

中医協関係者

	秋山	中村	関	荒井	松原	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
松本										吉森
今村										幸野
城守										佐保
猪口										間宮
島										宮近
林										松浦
有澤										
									半田	吉川

中医協関係者

医療指導監査室長	歯科医療管理官	保険医療企画調査室長	医療技術評価推進室長	医療課長	薬剤管理官	総務課長	医療介護連携政策課長	調査課長	調査課数理企画官	健康局健康課長	健康局 がん・疾病対策課長
----------	---------	------------	------------	------	-------	------	------------	------	----------	---------	------------------

厚生労働省
厚生労働省
関係者席
関係者席
関係者席・日比谷クラブ
日比谷クラブ
一般傍聴席
一般傍聴席・厚生労働記者会

外来（その2）

（生活習慣病、ニコチン依存症、外来化学療法）

外来（その2）

1. 生活習慣病の重症化予防について

- (1) 生活習慣病管理料について
- (2) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について

2. ニコチン依存症管理料等について

- (1) ニコチン依存症管理料について
- (2) 健康増進法等の一部を改正する法律の施行に伴う対応について

3. 外来化学療法について

1. 生活習慣病の重症化予防について
 - (1) 生活習慣病管理料について
 - (2) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抜粋)

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

- 1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

- 3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

- 6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

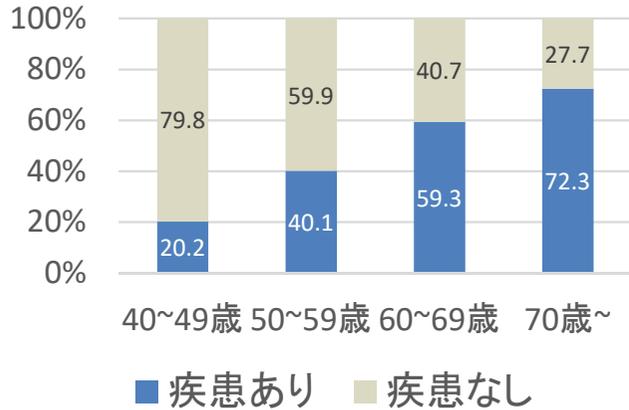
(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 **生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。**
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。4

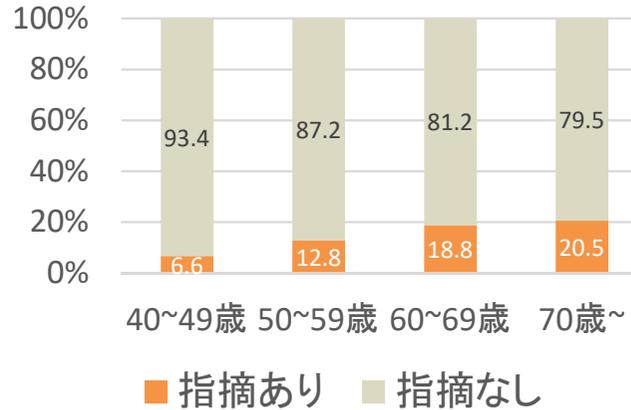
生活習慣病の状況(40歳以上)

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症について、それぞれ疾患の指摘・疑いがある者の割合は、年齢とともに増加傾向。
- そのうち、治療・服薬ありの割合も、概ね年齢とともに増加傾向にあり、特に40代では治療・服薬なしの割合が多い。

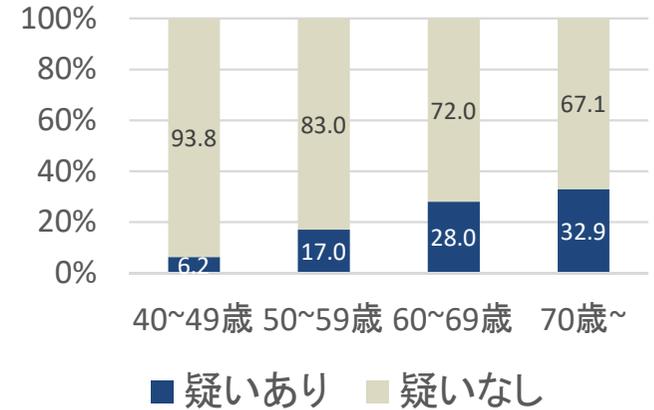
高血圧症有病者の割合



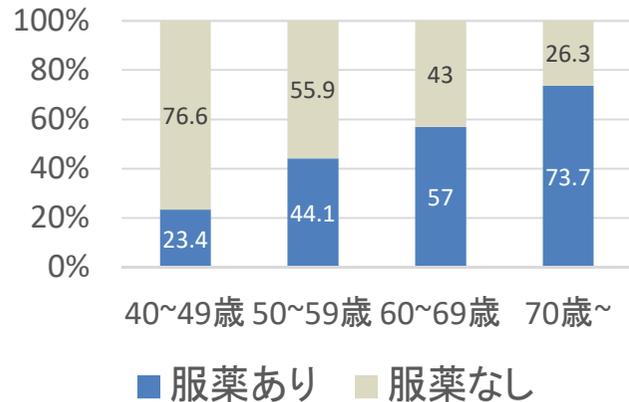
糖尿病の指摘を受けた者の割合



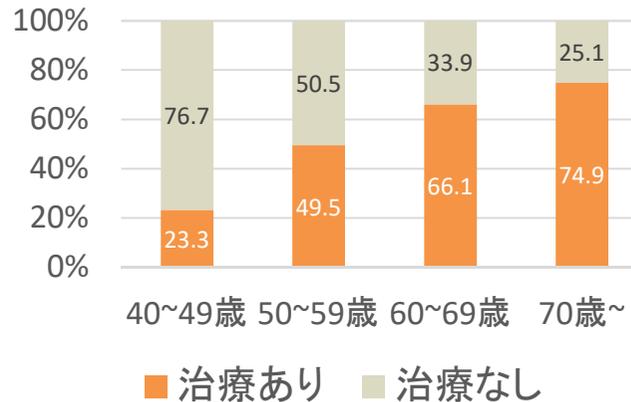
脂質異常症が疑われる者の割合



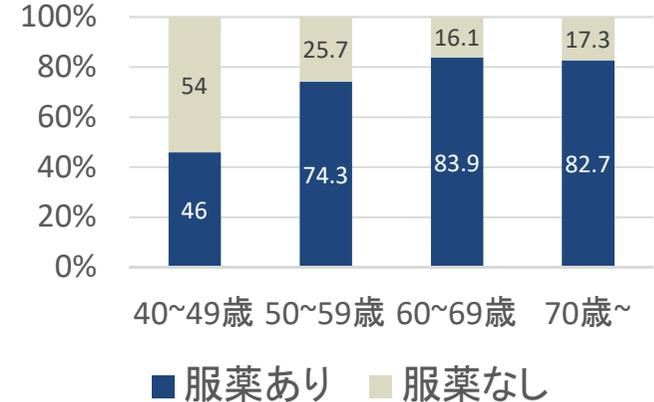
高血圧症有病者における服薬の有無



糖尿病の指摘を受けた者における治療の有無



脂質異常症が疑われる者における服薬の有無



- 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。

【不適切な生活習慣】

- ・不適切な食生活
- ・運動不足
- ・ストレス過剰
- ・睡眠不足
- ・飲酒
- ・喫煙 等

【境界領域期】

(メタボリックシンドローム予備群)

- ・肥満
- ・高血圧
- ・脂質異常
- ・高血糖

【生活習慣病発症】

(メタボリックシンドローム該当者)

- ・肥満症
- ・高血圧症
- ・脂質異常症
- ・糖尿病

【重症化・合併症】

- ・虚血性心疾患
(心筋梗塞、狭心症)
- ・脳卒中
(脳出血、脳梗塞等)
- ・糖尿病の合併症
(人工透析、網膜症による失明)

【生活機能の低下・要介護状態】

- ・要介護
(半身の麻痺、認知症) 等

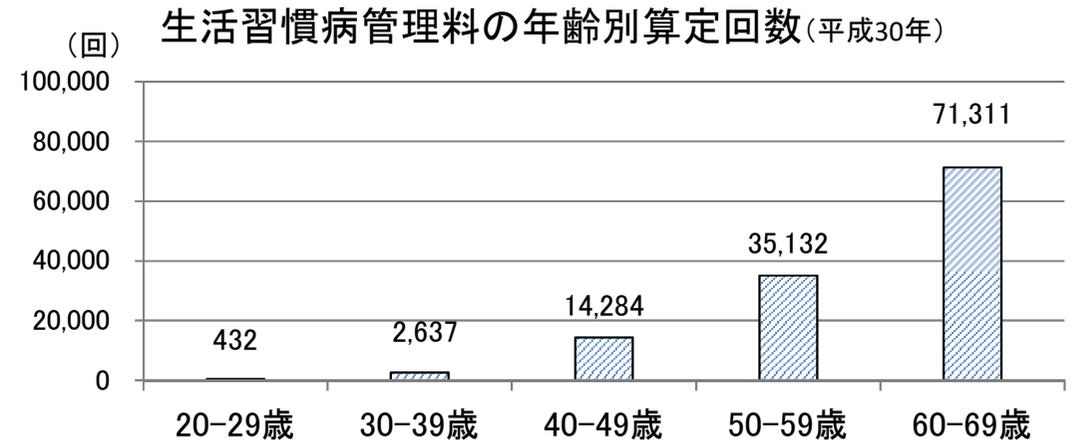
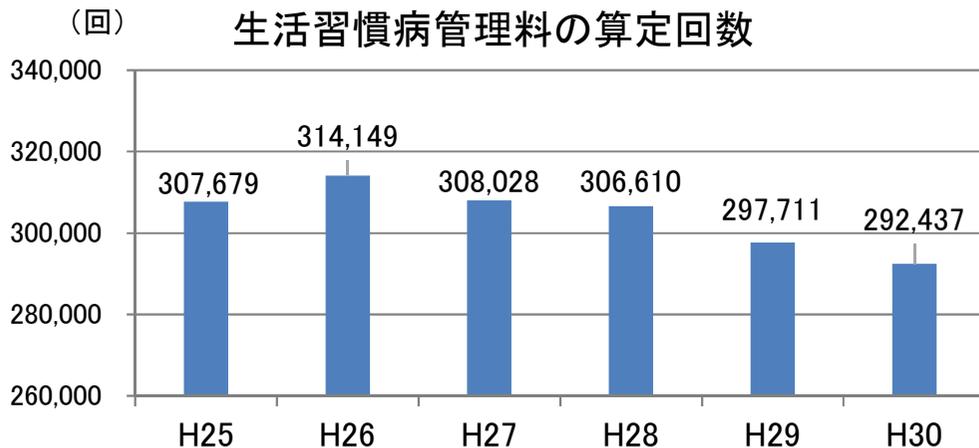
生活習慣病管理料の概要

B001-3 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箋を交付する場合
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

【算定要件】

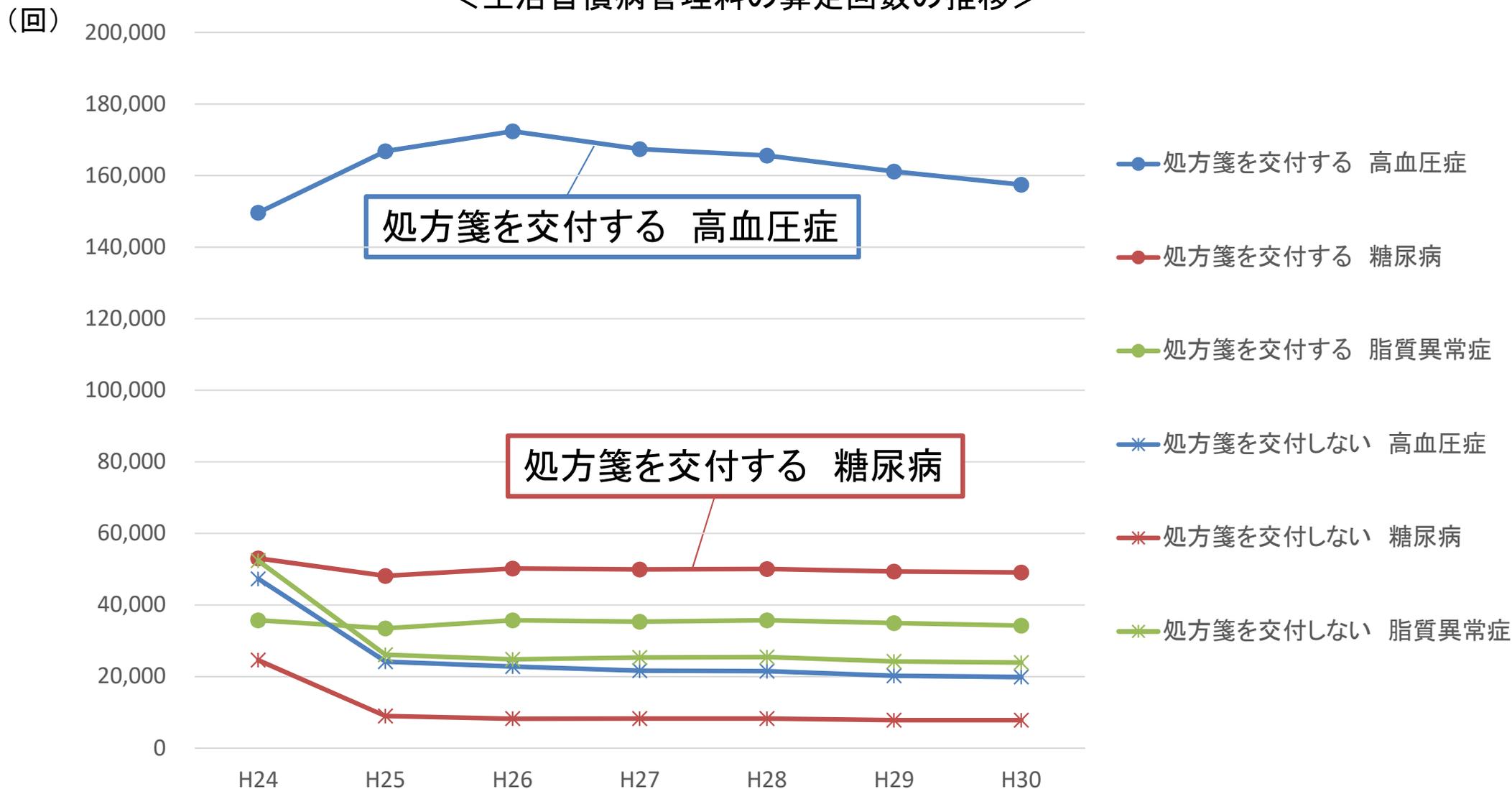
- 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。
- 生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けること。
- 生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記録し、当該患者数を定期的に記録している。
- 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすること。
- 保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合、患者の同意の有無を確認し計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。



生活習慣病管理料の算定回数推移

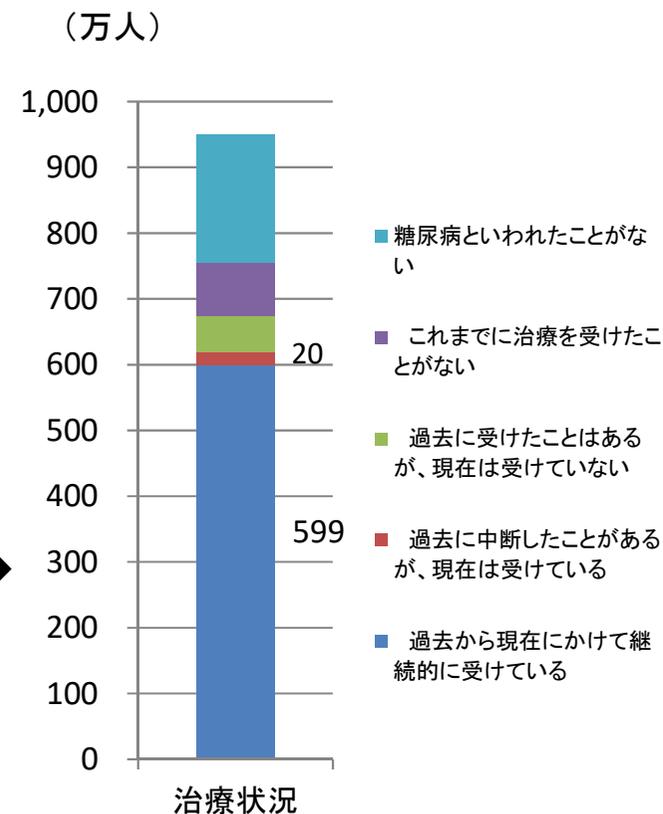
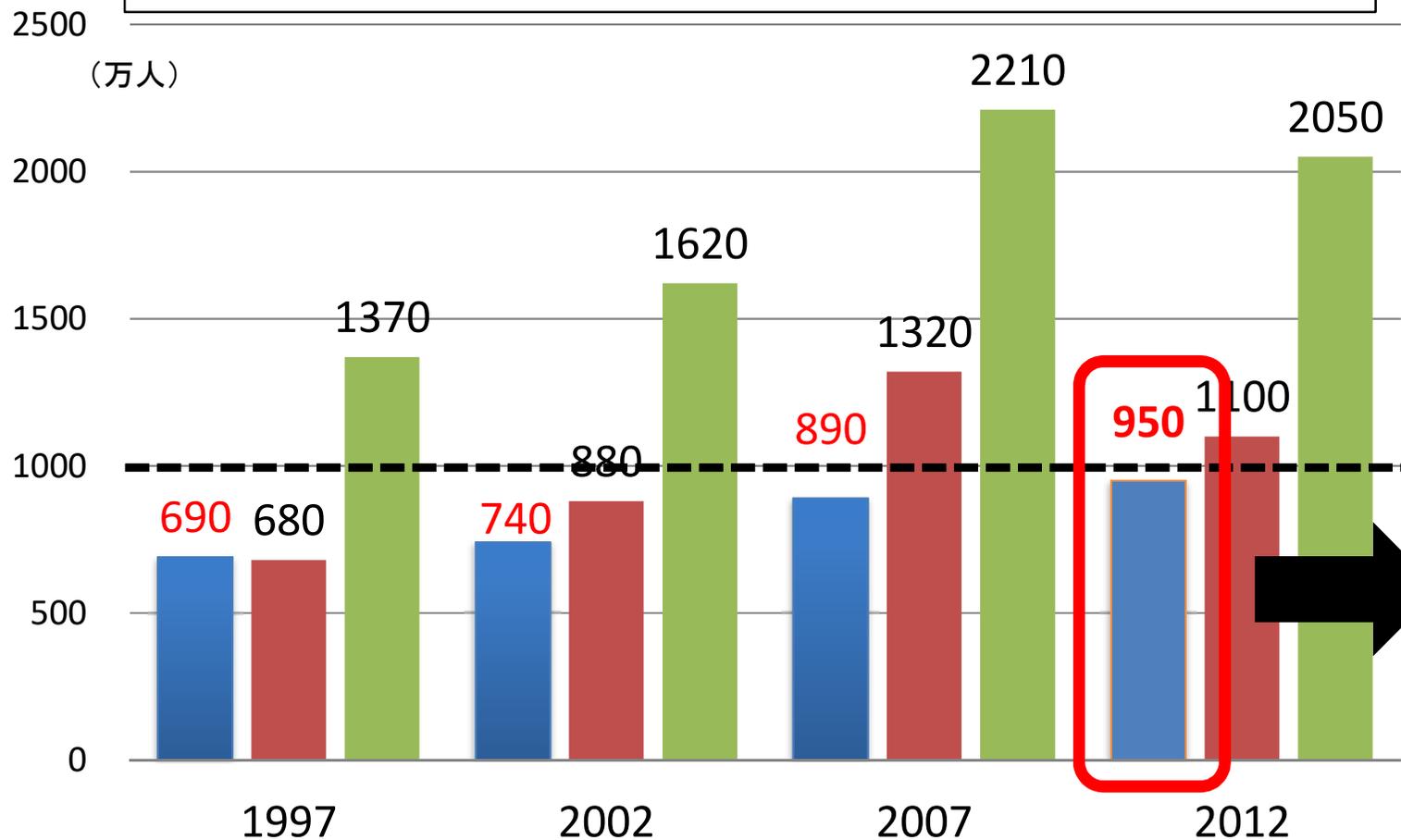
○ 生活習慣病管理料の算定回数を見ると、「処方箋を交付する 高血圧症」の区分が最も算定回数が多く、次いで「処方箋を交付する 糖尿病」が多い。

＜生活習慣病管理料の算定回数の推移＞



糖尿病が強く疑われる人の推移

糖尿病が強く疑われる患者数は約950万人



■ A: 糖尿病が強く疑われる人 ■ B: 糖尿病の可能性が否定できない人 ■ A+B

HbA1c \geq 6.1%(JDS値)
又は質問票で「現在糖尿病の
治療を受けている」と答えた者。

$5.6\% \leq \text{HbA1c} \leq 6.1\%$ (JDS値)
でA以外の者。

現在受診している糖尿病患者数は約620万人

1997年: 平成9年糖尿病実態調査
2002年: 平成14年糖尿病実態調査
2007年: 平成19年国民健康・栄養調査
2012年: 直近実績値(平成24年国民健康・栄養調査)

生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬の例① (糖尿病の透析予防に係る指導の評価)

平成24年度診療報酬改定

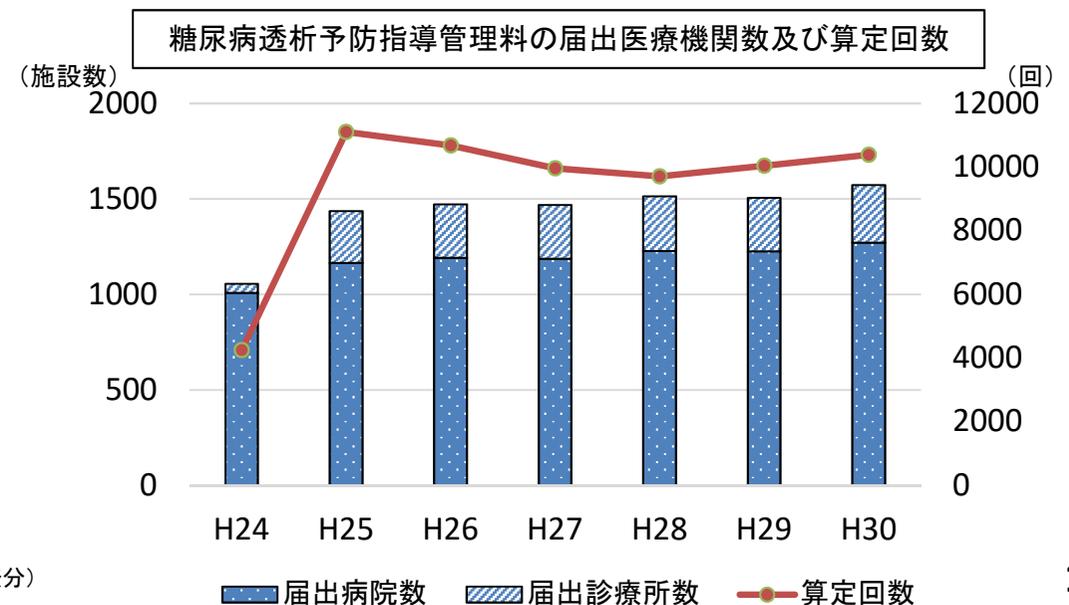
B001・26 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[主な算定要件]

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

[主な施設基準]

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



出典

算定回数: 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)
届出施設数: 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬の例② (進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価)

平成28年度診療報酬改定

B001・26 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)
高度腎機能障害患者指導加算 100点

○ 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。

[主な算定要件]

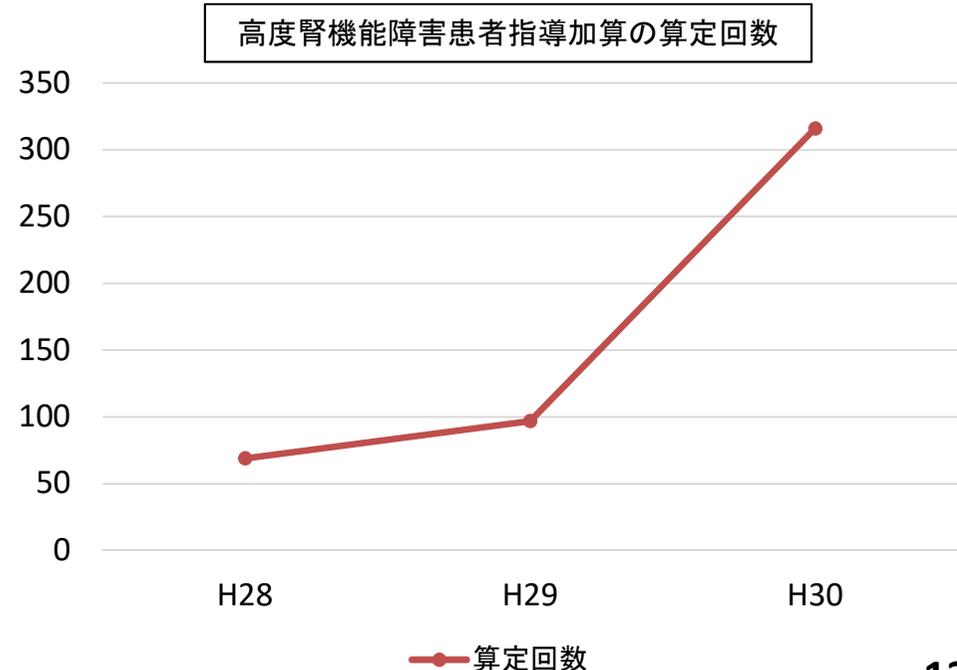
○ 腎不全期(eGFR (ml/分/1.73m²)が45未満)の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。

[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。

(回)



● 算定回数

生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬の例③ (糖尿病足病変ハイリスク要因患者の指導に係る評価)

平成20年度診療報酬改定

B001・20 糖尿病合併症管理料 170点(月1回)

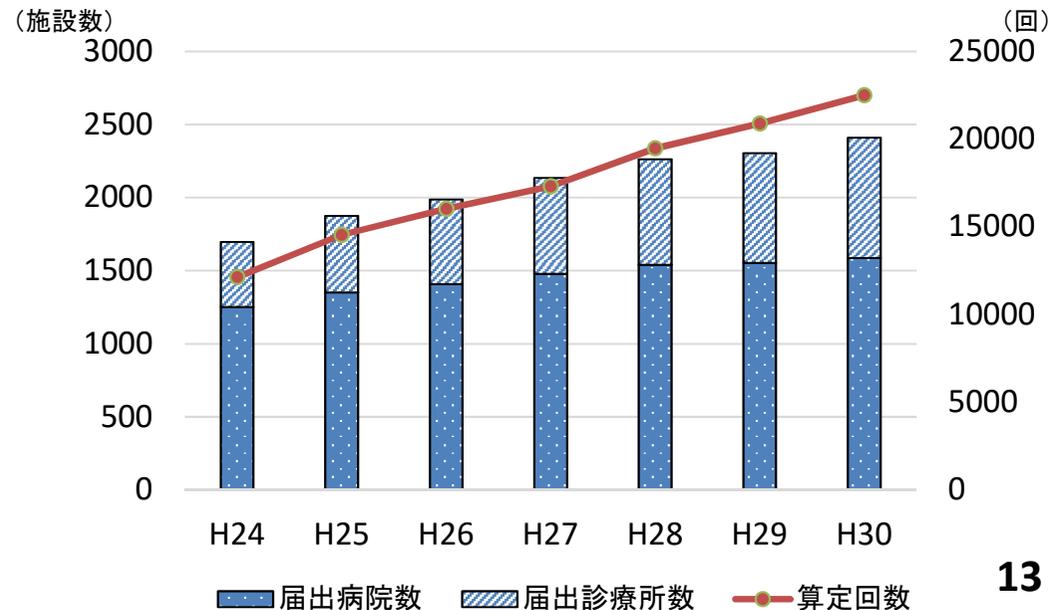
[主な算定要件]

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

[主な施設基準]

- 当該保険医療機関内に糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。(週3日24時間以上勤務している非常勤医師の常勤換算でも可)
- 当該保険医療機関内に糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。

糖尿病合併症管理料の届出医療機関数及び算定回数



出典

算定回数: 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)
届出施設数: 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

<人工腎臓>

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

(新) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算 100点(1月につき)

[施設基準]

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

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

<重症下肢虚血病変の評価>

(新) 経皮的酸素ガス分圧測定 100点(1日につき)

[算定要件]

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

糖尿病網膜症の病態と疫学

<糖尿病網膜症の病態>

網膜の血管壁細胞の変性、基底膜の肥厚による血流障害、血液成分の流出、網膜細小血管閉塞や血管の新生等により、下記のような視覚障害を引き起こす。

- 硝子体出血や網膜剥離による視覚障害
- 黄斑浮腫による視覚障害
- 血管新生緑内障による失明

<糖尿病性網膜症の疫学>

○ 糖尿病網膜症の患者数(国民健康・栄養調査からの試算)

- 2007年の調査では、患者糖尿病患者のうち、**10.6%**が糖尿病網膜症を有していた。
- 2012年の調査では、**糖尿病が強く疑われる人は950万人**であった。
⇒ これを基に試算すると、**約100万人の糖尿病網膜症患者**がいることになる。

○ 糖尿病網膜症が原因と思われる後天的視覚障害

- 1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」によると、**糖尿病網膜症により年に約3,000人が失明している。**
- 2005年の研究報告では、後天的視覚障害の原因は、糖尿病網膜症が全体の19.0%を占め、第二位であった。
(H17-難治-019 網膜脈絡膜・視神経萎縮症に関する調査研究)

○ 糖尿病網膜症の発症頻度・進展頻度(Japan Diabetes Complications Study (JDACS))

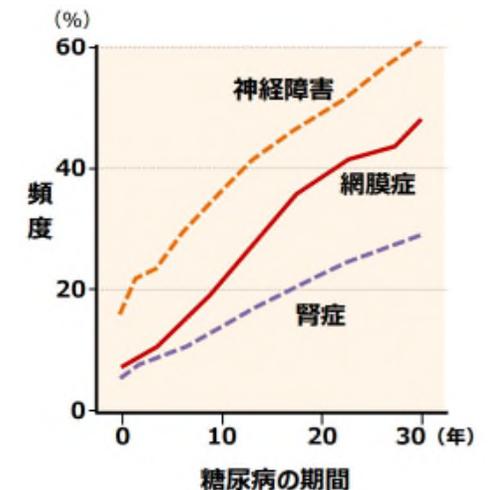
(2011年、2,033例の2型糖尿病患者を対象)

- 2型糖尿病患者の網膜症発症頻度は38.3人/1000人・年
- 糖尿病網膜症患者の病状進展頻度は21.1人/1000人・年

○ 糖尿病罹患期間と糖尿病網膜症発症頻度の関係(日本臨床内科医会の調査)

(2001年、1万2,821例の糖尿病患者を調査)

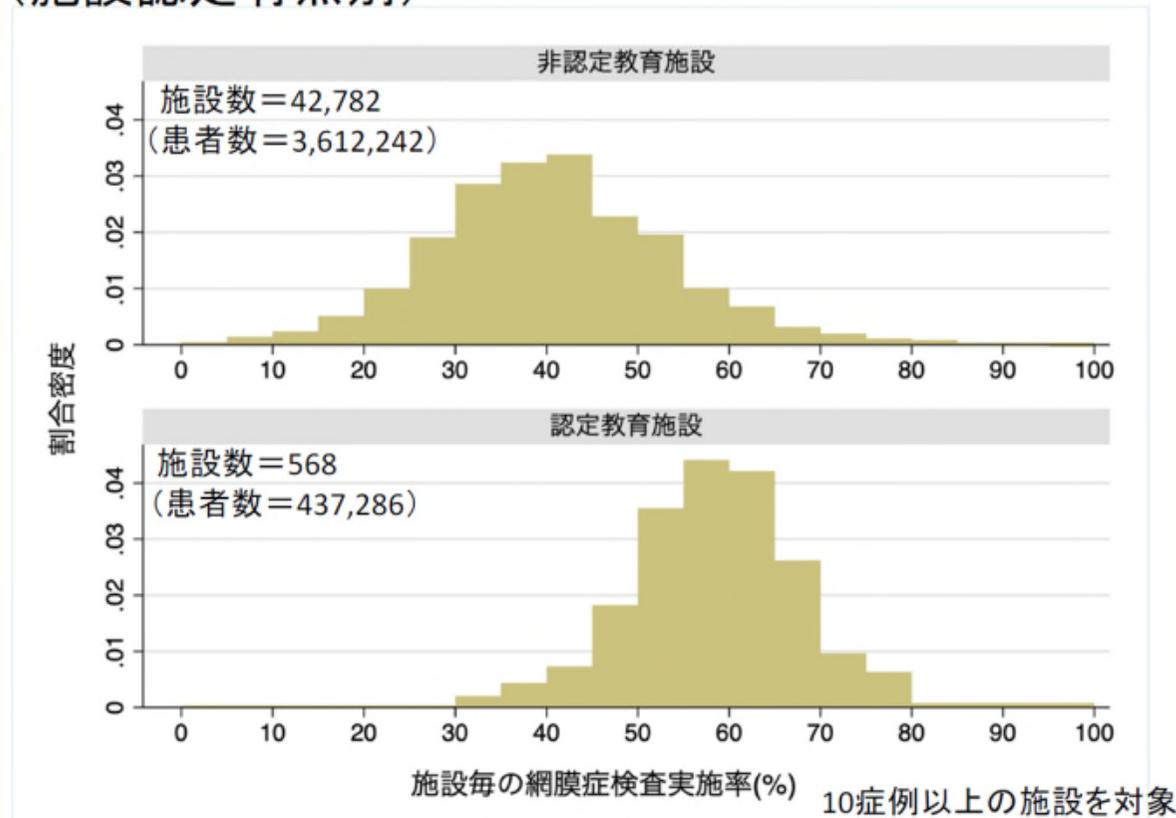
- 糖尿病と診断された時に、糖尿病網膜症を合併している症例もある。
- 糖尿病罹患期間が長いほど、網膜症の合併頻度は上昇。
- (罹患後10年:約20% 罹患後30年:約45%)



＜糖尿病診療ガイドライン2016＞

- 診断確定時に眼科を受診させ、糖尿病網膜症の有無を評価すべきである。
- 以降は少なくとも年1回の定期受診が望ましく、リスクの高い例ではより短い間隔での眼科受診が勧められる。

施設毎の網膜症検査実施率の分布 (施設認定有無別)



糖尿病の非認定教育施設では約4割しか眼科を受診しておらず、認定教育施設においても約6割しか眼科を受診していない。

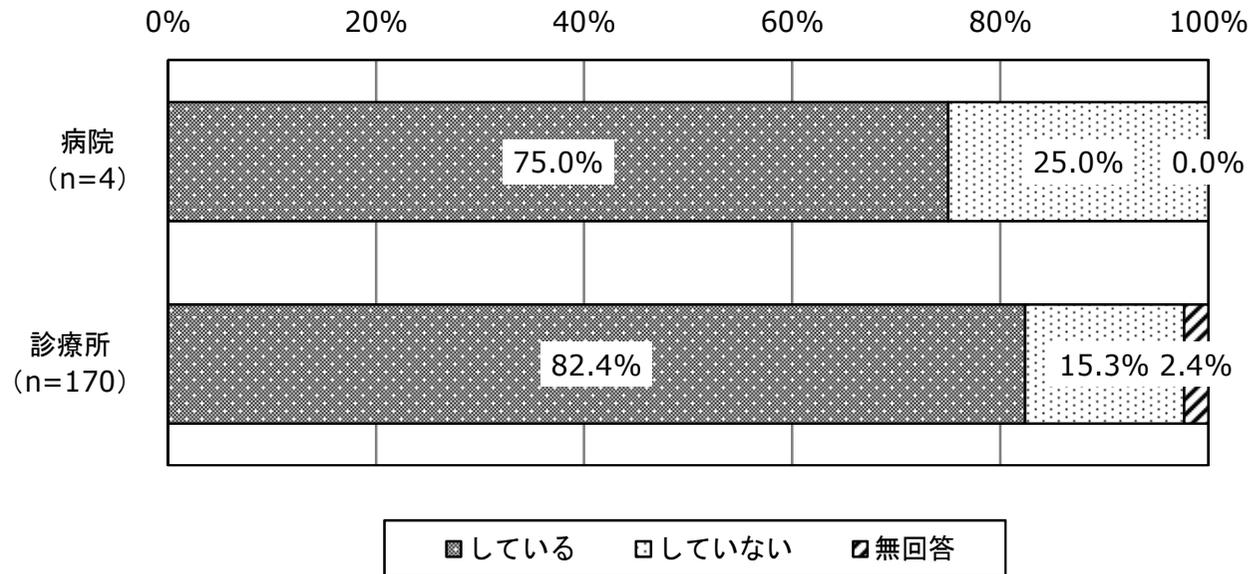
厚生労働科学研究(平成29年度～)
今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究
研究代表者:門脇 孝

※認定教育施設とは日本糖尿病学会による認定を受けた医療機関

糖尿病患者に対する眼科受診勧奨の状況

- 糖尿病を主病としている患者に対して定期的な眼科受診を推奨している病院は75%であり、診療所は82.4%であった。

糖尿病を主病としている患者に対する定期的な眼科受診勧奨の状況



生活習慣病に係る外来患者数の状況

○ 生活習慣病で通院する患者のうち、2か月に1度以上の頻度で通院する平均患者数の合計は病院では78.4人、診療所では34.8人であった。

令和元年6月1か月間の生活習慣病に係る外来患者数 (実人数、在宅患者数は含まない)【病院】

(単位:人)

	平均値	標準偏差	中央値
脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病とする患者の概ねの人数 (在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない。)	629.1	1,726.0	187.0
(うち)1か月に1度程度受診する(概ね1回の投薬が30日程度である)患者の概ねの人数	125.3	195.1	5.5
(うち)2か月に1度程度受診する(概ね1回の投薬が60日程度である)患者の概ねの人数	53.1	95.3	0.0
(うち)3か月に1度程度受診する(概ね1回の投薬が90日程度である)患者の概ねの人数	22.5	54.9	0.0
(うち)4か月以上に1度程度受診する(概ね1回の投薬が120日程度である)患者の概ねの人数	2.8	11.0	0.0
施設数	30施設		

令和元年6月1か月間の生活習慣病に係る外来患者数 (実人数、在宅患者数は含まない)【診療所】

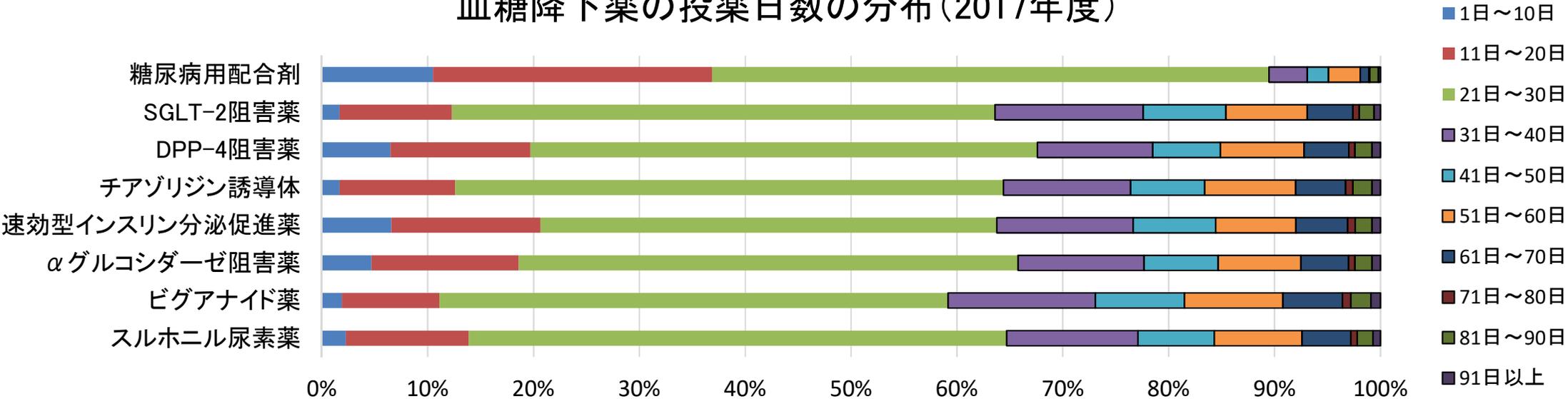
(単位:人)

	平均値	標準偏差	中央値
脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病とする患者の概ねの人数 (在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない。)	272.4	371.1	152.0
(うち)1か月に1度程度受診する(概ね1回の投薬が30日程度である)患者の概ねの人数	185.6	260.2	72.0
(うち)2か月に1度程度受診する(概ね1回の投薬が60日程度である)患者の概ねの人数	29.4	79.7	1.0
(うち)3か月に1度程度受診する(概ね1回の投薬が90日程度である)患者の概ねの人数	5.0	21.9	0.0
(うち)4か月以上に1度程度受診する(概ね1回の投薬が120日程度である)患者の概ねの人数	0.4	5.7	0.0
施設数	529施設		

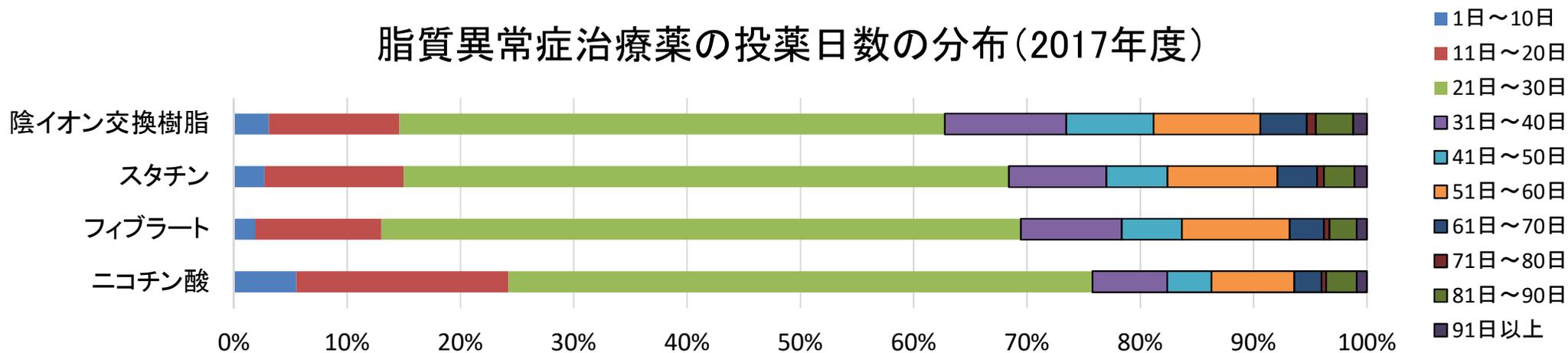
生活習慣病の治療に用いる薬剤の投与日数の分布

○ 血糖降下薬については、約3～4割が31日以上の投薬であり、脂質異常症治療薬については、約2～3割が31日以上の投薬であった。

血糖降下薬の投薬日数の分布(2017年度)



脂質異常症治療薬の投薬日数の分布(2017年度)



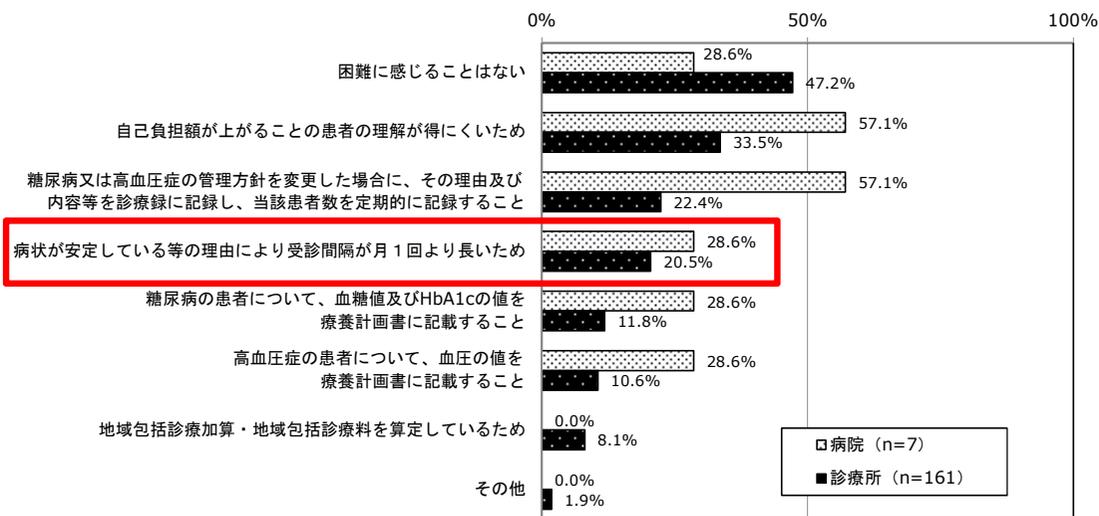
最近の調剤医療費(電算処理分)の動向 (トピックス)(平成30年度)より医療課において作成

注1) 内服薬のみを集計対象としている。注2) 「投薬日数」とは、調剤報酬明細書の「調剤数量」欄に記載された調剤数量である。注3) 調剤された医薬品毎の投薬日数(調剤数量)の分布を示したものである。

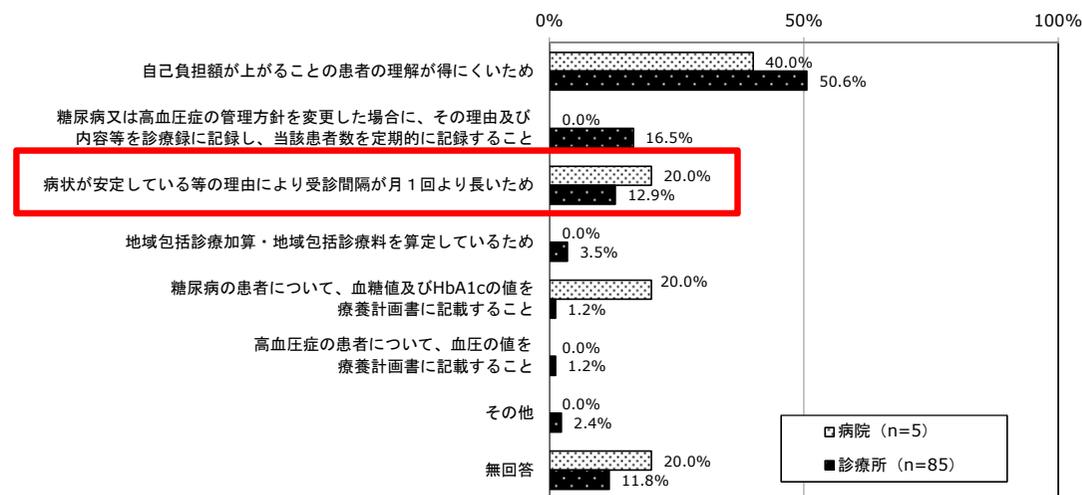
生活習慣病管理料の算定について困難に感じること

○ 生活習慣病管理料の算定に当たり、最も困難に感じることとして、「病状が安定している等の理由により受診間隔が月1回より長い」と回答した病院は20%で、診療所は12.9%であった。

生活習慣病管理料の算定について困難に感じること(複数回答)



生活習慣病管理料の算定について最も困難に感じること



治療を中断した生活習慣病の外来患者数及び中断理由

- 平成31年1月から3月までの間に、脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病として治療管理のため通院をしていたが、令和元年6月末現在は通院していない患者のうち、治癒、転医又は死亡により通院終了となった患者を除いた患者の概ねの平均の人数は、病院では19.1人、診療所では7.3人であった。
- 経済的な負担により、糖尿病治療を中断する患者が、一定数存在すると推計される。

治療を中断した生活習慣病の外来患者数(実人数、在宅患者数は含まない)

	病院(n=19)			診療所(n=440)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
平成31年1月から3月までの間に、脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病として治療管理のため通院をしていたが、令和元年6月末現在は通院していない患者の概ねの人数	30.0	66.1	7.0	17.9	74.4	2.0
(うち) 治癒、転医又は死亡により通院終了となった患者を除いた患者の概ねの人数	19.1	62.5	0.0	7.3	35.5	0.0
(うち) 脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病として自院に通院していた期間別の患者数	1カ月以内	1.4	3.9	0.0	1.0	3.1
	1～3カ月以内	2.1	6.3	0.0	1.2	4.5
	4～6カ月以内	1.5	5.7	0.0	0.8	3.8
	6カ月以上	14.1	47.1	0.0	4.3	30.3

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

1000人年当たりの推計受診中断理由数

	通常診療群	診療支援群		通常診療群	診療支援群
仕事(学業)のため忙しいから	23.7	15.7	かかりつけ医に次の受診を指示されなかったから	1.1	0.0
家庭の事情のために忙しいから	6.8	2.3	かかりつけ医に受診しなくてもよいと言われたから	1.1	2.1
上記以外の理由のために忙しいから	1.1	0.0	かかりつけ医の先生と合わなかったから	1.2	0.0
自宅から距離が遠いから	2.3	4.4	医療費が経済的に負担であるから	13.4	6.8
体調がよいかから	15.1	11.2	電話での指導がわずらわしく感じたから	0.0	2.3
今通院しなくても大丈夫だと思うから	9.2	7.0	研究に参加していることがわずらわしく感じたから	0.0	2.3
糖尿病を治療する必要性を感じないから	3.5	0.0	転居したから	1.2	0.0
特に理由はないが、何となく行かなかった	4.3	4.4	上記以外の理由	21.9	6.3
医療の内容が満足できないから	0.0	0.0	見掛けの受診中断	26.0	8.7

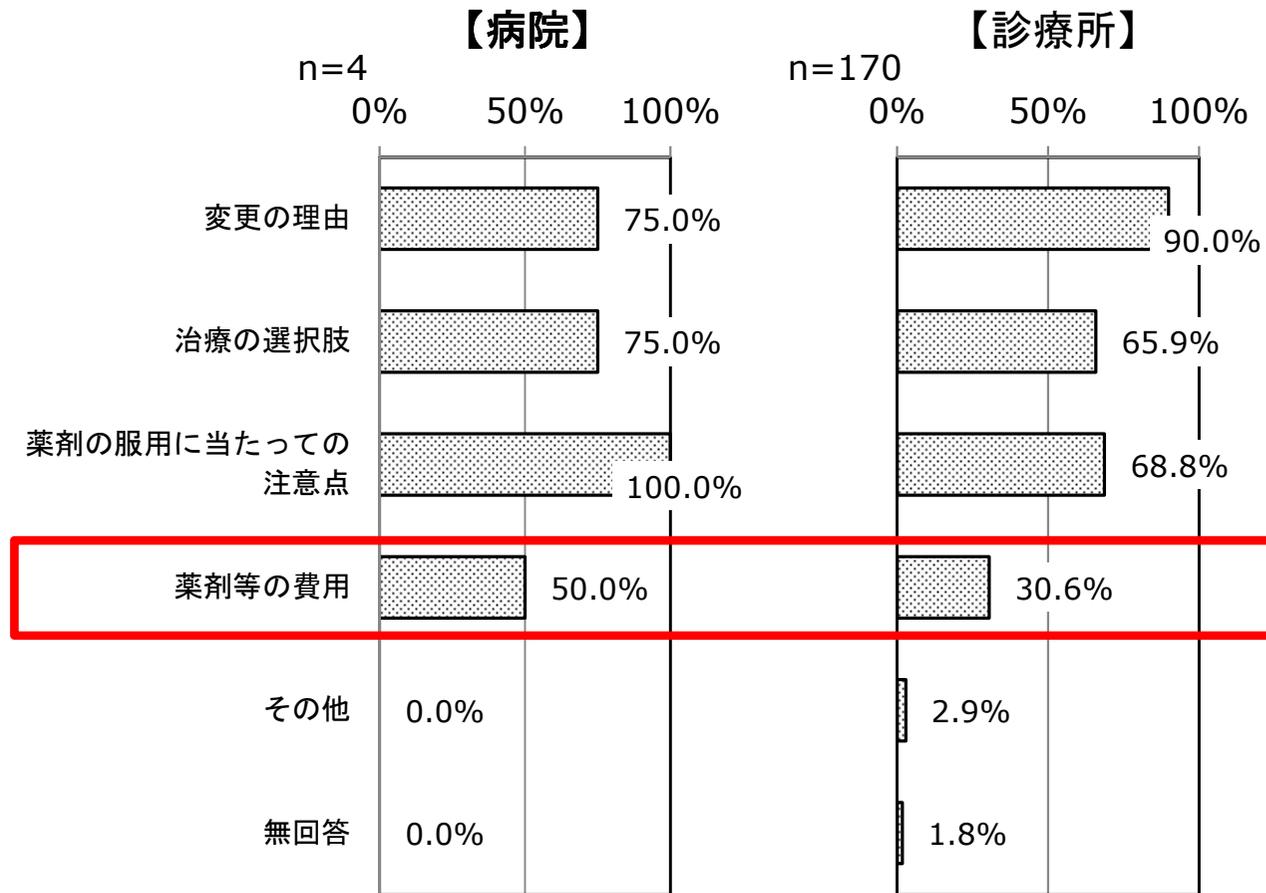
※通常診療群:
糖尿病治療配布ガイドの配布、定期的なニュースレターの配布、研究終了後のフィードバックを実施

※診療支援群:
上記に加え、診療支援センターによる受診促進や療養指導等を実施

薬物療法・投薬内容の変更にあたり患者に説明していること

- 生活習慣病の患者の薬物療法・投薬内容の変更にあたり説明していることとして、病院では、「薬剤の服用に当たっての注意点」が最も多く、診療所では、「変更の理由」が最も多かった。また、「薬剤等の費用」を説明している病院は50%、診療所は30.6%であった。

薬物療法・投薬内容の変更にあたり患者に説明していること(複数回答)



1. 生活習慣病の重症化予防について
 - (1) 生活習慣病管理料について
 - (2) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料の概要

C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 150点(月1回)

【算定要件】(通知)

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下の(1)又は(2)に該当する者

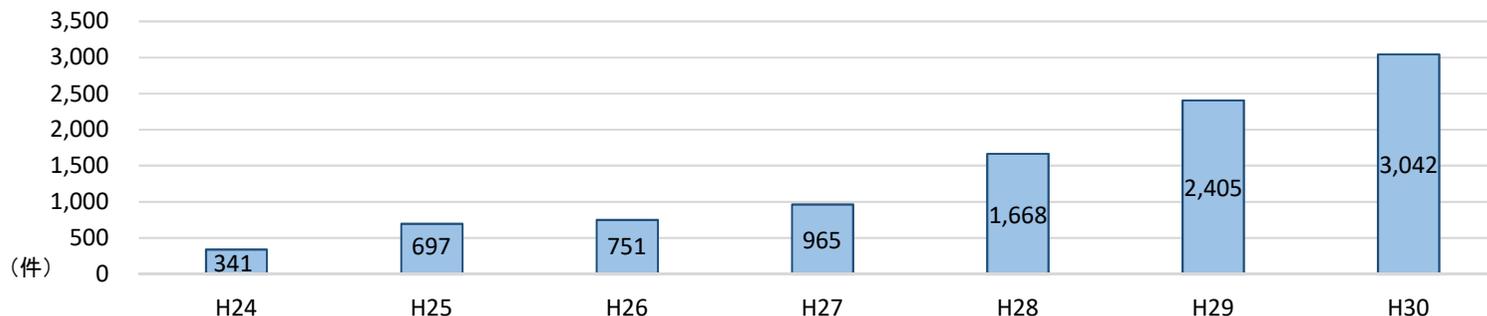
(1) 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合(妊娠時に診断された明らかな糖尿病)

- ア 空腹時血糖値が126mg/dL 以上
- イ HbA1c がJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%以上)
- ウ 随時血糖値が200mg/dL 以上 (注)ウの場合は、空腹時血糖値又はHbA1c で確認すること。
- エ 糖尿病網膜症が存在する場合

(2) ハイリスクな妊娠糖尿病である場合

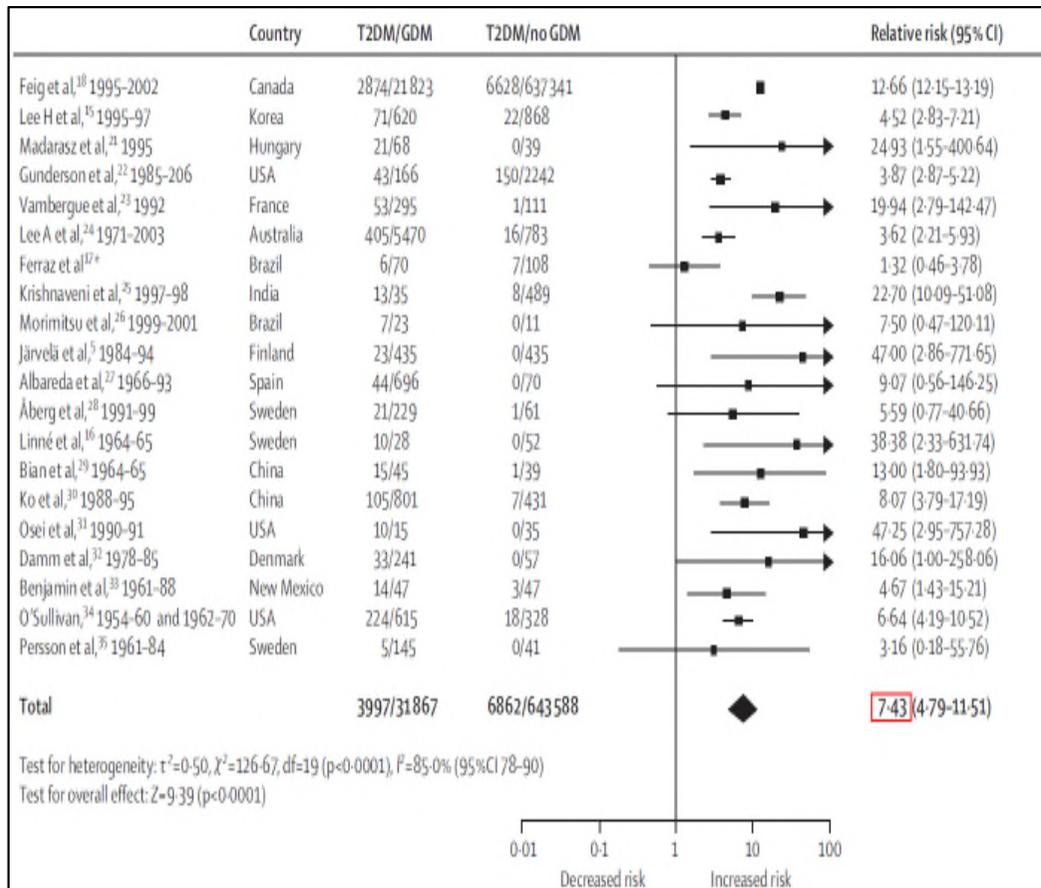
- ア HbA1c がJDS値で6.1%未満(NGSP値で6.5%未満)で75gOGTT2 時間値が200mg/dL 以上
- イ 75gOGTT を行い、次に掲げる項目に2項目以上該当する場合又は非妊娠時のBMI が25以上であって、次に掲げる項目に1項目以上該当する場合
 - (イ) 空腹時血糖値が92mg/dL 以上
 - (ロ) 1時間値が180mg/dL 以上
 - (ハ) 2時間値が153mg/dL 以上

算定件数



妊娠糖尿病既往女性における耐糖能異常について

- 妊娠糖尿病既往女性の将来の2型糖尿病の発症リスクは、非妊娠糖尿病既往女性の7.43倍であり、妊娠糖尿病既往は糖尿病への移行の可能性が高く、妊娠糖尿病既往女性の次回妊娠時の糖尿病再発率は65.6%との報告がある。
- 「糖尿病診療ガイドライン2019」においても、妊娠中に妊娠糖尿病または妊娠中の明らかな糖尿病と診断された場合、産後6～12週時に75g経口糖負荷試験を行い、耐糖能の再評価を行うことが推奨されており、初回の75g経口糖負荷試験以降も定期的なフォローアップを行い、併せて食事・運動療法などの継続指導を行うことが必要とされている。



参考

対象及び方法：

産後3～15年経過した妊娠中耐糖能正常群60例、妊娠糖尿病群202例に対する質問票調査及び呼び出し検診を実施

結果：

- 糖尿病発症は、妊娠中耐糖能正常群に比較して、妊娠糖尿病群29.0% ($p<0.001$) であり、有意に高値であった。
- 糖耐糖能異常発症率はフォローアップ非中断群で23.3%、中断群で53.5%であり、有意に高値であった。

考察：産後少なくとも3年以内毎の定期的通院は妊娠糖尿病既往女性における3～15年の糖尿病進展を予防できる可能性が示唆された。

【表1 糖尿病又は耐糖能異常発症頻度】 $p<0.001$

	正常	耐糖能異常	糖尿病型
妊娠中耐糖能正常群	46 (92.0%)	4 (8.0%)	0 (0.0%)
妊娠糖尿病群	106 (53.0%)	36 (18.0%)	58 (29.0%)
合計	152 (60.8%)	40 (16.0%)	58 (23.2%)

【表2 フォローアップ※の有無と糖尿病・耐糖能異常発症の頻度】 $p<0.001$

	n	正常	糖代謝異常(耐糖能異常・糖尿病型)
フォローアップ中断	157	73 (46.5%)	84 (53.5%)
フォローアップ非中断	43	33 (76.7%)	10 (23.3%)

※「フォローアップ非中断群」とは呼び出し検診前999日以内に糖負荷試験施行あり群をいう。
 「フォローアップ中断群」とは呼び出し検診前1000日以上糖負荷試験施行なし群をいう。

生活習慣病の重症化予防に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

(生活習慣病管理料について)

- 2007年の調査では、糖尿病患者のうち、10.6%が糖尿病網膜症を有しており、2012年の調査では、糖尿病が強く疑われる人は950万人であったことから、約100万人の糖尿病網膜症患者がいると推計される。また、2005年の研究報告では、後天的視覚障害の原因は、糖尿病網膜症が全体の19.0%を占め、第二位であった。
- 「糖尿病診療ガイドライン2016」においては、診断確定時に眼科を受診させ、糖尿病網膜症の有無を評価すべきであり、以降は少なくとも年1回の定期受診が望ましく、リスクの高い例ではより短い間隔での眼科受診が勧められる、とされている。
- 糖尿病の非認定教育施設では約4割しか眼科を受診しておらず、認定教育施設においても約6割しか眼科を受診していないという研究結果が報告されている。また、糖尿病を主病としている患者に対して定期的な眼科受診を推奨している病院は75%であり、診療所は82.4%であった。
- 血糖降下薬については、約3～4割が31日以上投薬であった。
- 生活習慣病管理料の算定に当たり、最も困難に感じる事として、「病状が安定している等の理由により受診間隔が月1回より長いため」と回答した病院は20%で、診療所は12.9%であった。
- 経済的な負担により、糖尿病治療を中断する患者が、一定数存在すると推計されるという研究結果が報告されている。
- 生活習慣病の患者の薬物療法・投薬内容の変更に当たり説明している事として、病院では、「薬剤の服用に当たっての注意点」が最も多く、診療所では、「変更の理由」が最も多かった。また、「薬剤等の費用」を説明している病院は50%、診療所は30.6%であった。

(在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について)

- 妊娠糖尿病既往女性の2型糖尿病の発症リスクは、非妊娠糖尿病既往女性の7.43倍であり、糖尿病への移行の可能性が高い。
- 「糖尿病診療ガイドライン2019」においても、妊娠中に妊娠糖尿病または妊娠中の明らかな糖尿病と診断された場合、産後6～12週時に75g経口糖負荷試験を行い、耐糖能の再評価を行うことが推奨されている。

【論点】

- 生活習慣病管理料について、生活習慣病の重症化予防の推進する観点から、糖尿病の患者の定期的な眼科受診の必要性や患者の受診頻度、患者が受診を中断する理由を踏まえ、算定要件の見直しを検討してはどうか。
- 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は妊娠中の患者に限定されているが、妊娠中の糖代謝異常は、分娩後の将来的な糖代謝異常にも影響を与えることや、妊娠期からの継続支援の観点から、産褥期(分娩後12週間以内)の者についても、算定できるよう見直すこととしてどうか。

2. ニコチン依存症管理料等について

(1) ニコチン依存症管理料について

(2) 健康増進法等の一部を改正する法律の施行に伴う対応について

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抜粋)

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(後発医薬品の使用促進)

15 後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、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策について引き続き検討すること。

(薬価制度の抜本改革)

16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。

また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

(費用対効果評価)

17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。

(明細書の無料発行)

18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価(分類)について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

(その他)

20 ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

ニコチン依存症管理料の概要

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1 初回	230点
2 2回目から4回目まで	184点
3 5回目	180点

➤ 算定要件

入院中の患者以外の患者に対し、「**禁煙治療のための標準手順書**」(日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して**12週間にわたり計5回**の禁煙治療を行った場合に算定

※ 初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。

➤ 対象者

以下の全てを満たす者

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

➤ 主な施設基準

- ① 禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- ② 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ③ 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を1名以上配置。
- ④ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- ⑤ 保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること※。
- ⑦ ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数及び喫煙を止めたものの割合等を、地方厚生(支)局長に報告していること。

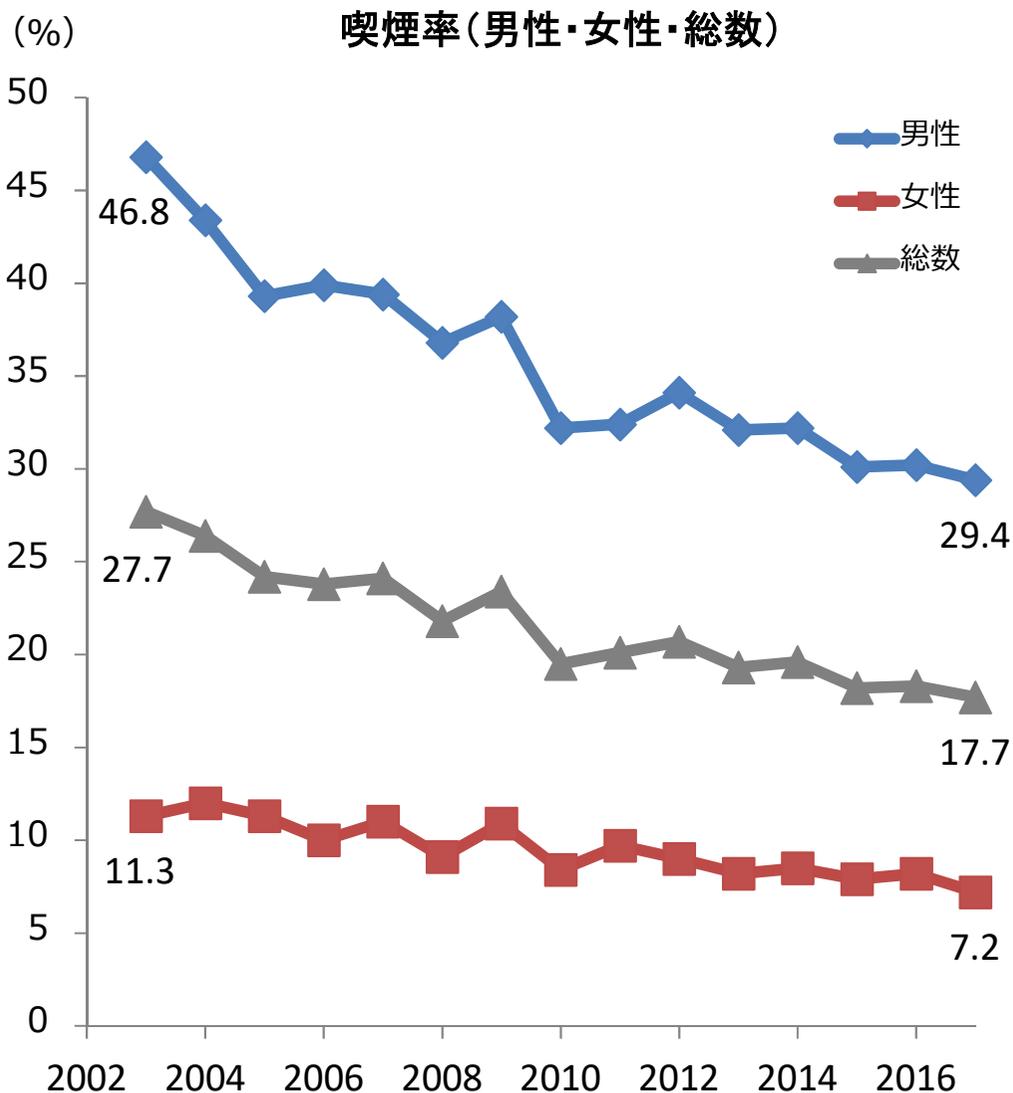
※ ⑥を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

<治療のスケジュール>

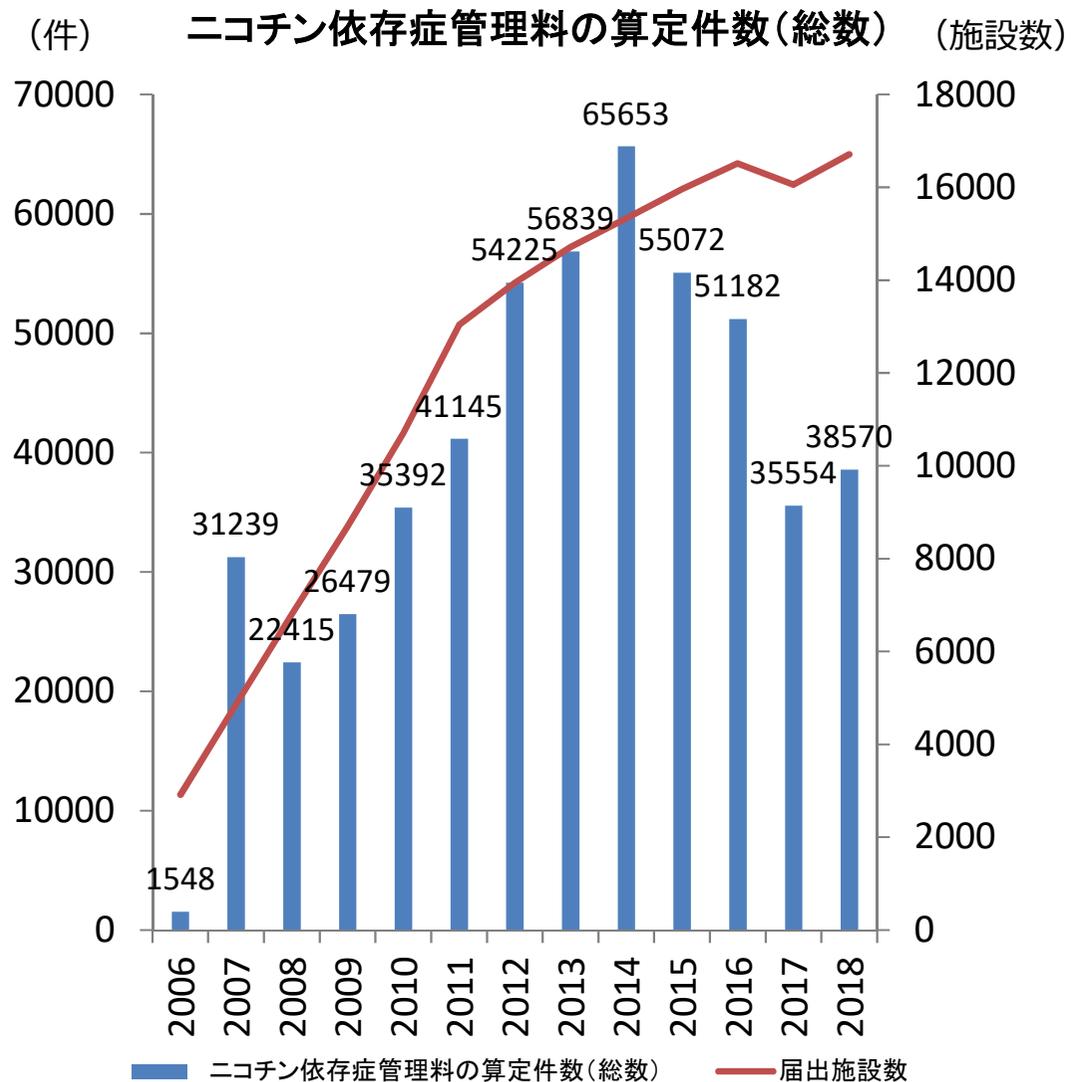


喫煙率とニコチン依存症管理料について

- 喫煙率は、男女ともに、年々低下傾向。
- ニコチン依存症管理料は、平成18年度診療報酬改定で新設され、算定回数は平成26年まで増加傾向。近年は、喫煙率の影響もあり、低下傾向。



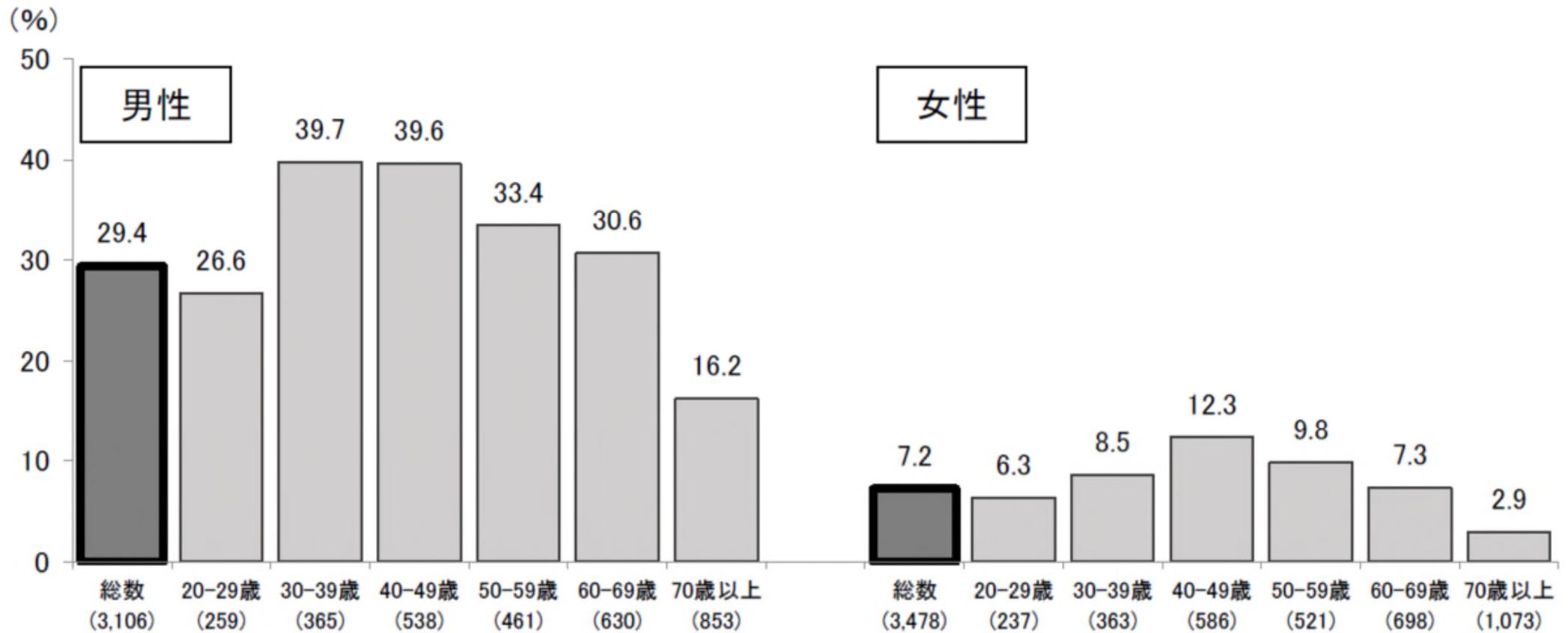
出典：厚生労働省 平成15年～29年国民健康・栄養調査



出典：社会医療診療行為別統計・調査 (各年6月審査分)

性・年齢階級別の喫煙率

- 習慣的に喫煙している者の割合を性・年齢階級別にみると、特に30～40代の男性で割合が高く、約4割であった。
- 男女ともに、働く世代の喫煙率が最も高い傾向にあった。



8. 現在、たばこを習慣的に吸っている

平成28年12月19日

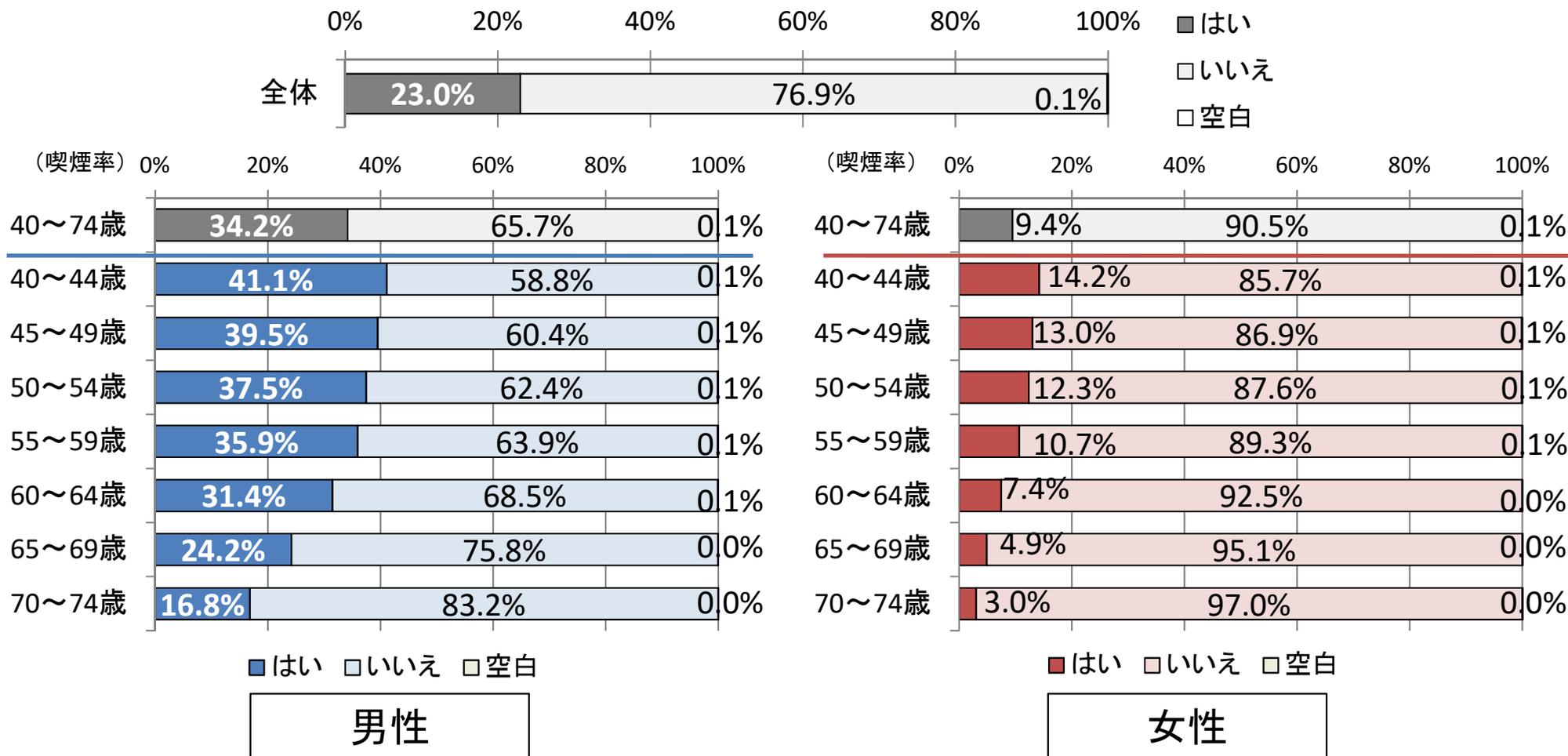
第26回保険者による
健診・保健指導等に関する検討会

資料2-2

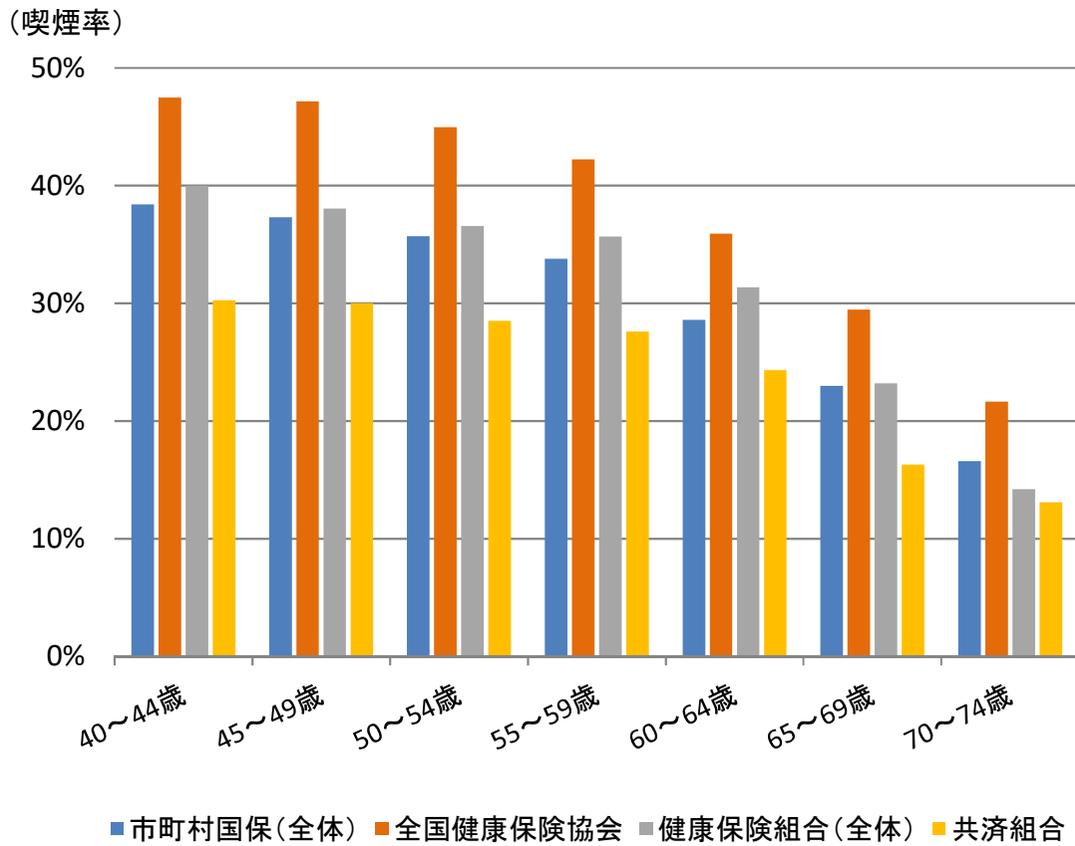
中医協 総-2-2

元 . 5 . 2 9

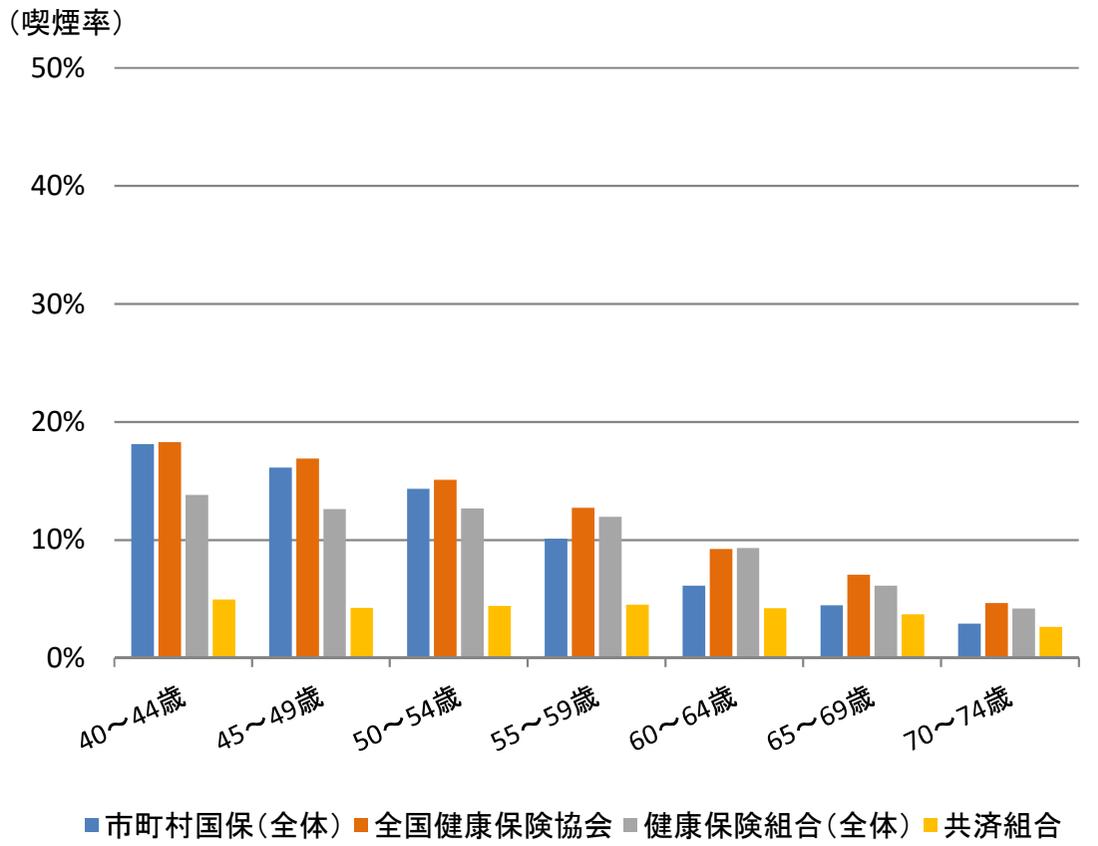
- 喫煙率は23.0%であるが、男性34.2%、女性9.4%と男性の喫煙率が高く、特に40～44歳の男性の喫煙率が41.1%と高い。年齢階級が上がるほど喫煙率は低くなる。
- 保険者種別では、共済組合は喫煙率が低く、全国健康保険協会は男性の喫煙率が高い。
- 保健指導レベル別では、積極的支援該当は保健指導対象外よりも20%程度喫煙率が高い。また、65歳未満では、動機付け支援該当の喫煙率は概ね5%以下と低く、特定保健指導の対象者であって喫煙歴有りの場合は、ほとんどが積極的支援該当となっている。



● 性・年齢階級別 × 保険者種別



男性



女性

【n数(当該項目の回答者数)】

8. 現在、たばこを習慣的に吸っている	総数	40~74歳								40~74歳							
		男性								女性							
		40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳		
市町村国保(全体)	7,839,931	3,298,595	152,729	153,561	162,560	195,370	456,371	1,033,266	1,144,738	4,541,336	160,800	162,919	195,413	302,484	782,423	1,441,978	1,495,319
全国健康保険協会	6,438,794	3,696,856	871,502	694,935	618,389	598,543	540,963	290,661	81,863	2,741,938	561,825	515,155	516,078	485,300	390,387	199,360	73,833
健康保険組合(全体)	8,699,468	5,388,925	1,370,262	1,243,113	1,055,740	849,051	589,590	208,593	72,576	3,310,543	893,550	784,128	650,796	489,544	312,497	133,249	46,779
共済組合	2,724,374	1,621,139	365,663	347,124	379,300	362,335	137,592	22,992	6,133	1,103,235	271,360	245,405	248,642	230,335	75,330	18,464	13,699

重症化予防の取組の推進

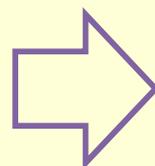
ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

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

改定前(対象者)

以下の全てを満たす者

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



改定後(対象者)

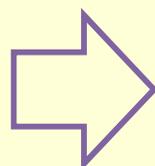
以下の全てを満たす者

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

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

改定前(主な施設基準)

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



改定後(主な施設基準)

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

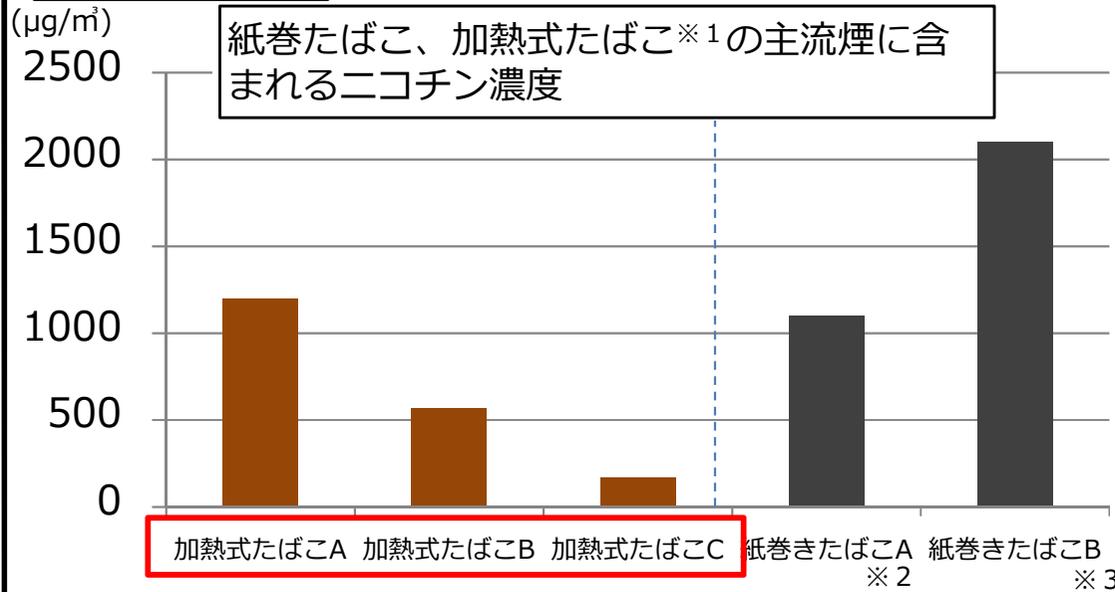
※なお、④を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

加熱式たばこにおける科学的知見

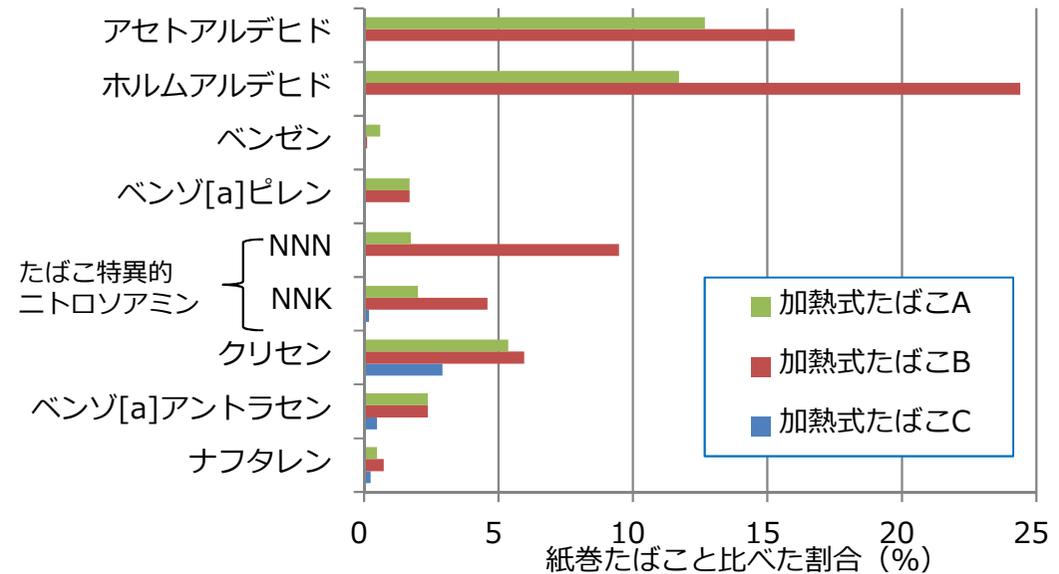
〔現時点までに得られた科学的知見〕

- 加熱式たばこの主流煙には、紙巻たばこと同程度のニコチンを含む製品もある。
 - 加熱式たばこの主流煙に含まれる主要な発がん性物質*の含有量は、紙巻たばこに比べれば少ない。
 - 加熱式たばこ喫煙時の室内におけるニコチン濃度は、紙巻たばこに比べれば低い。
- *現時点で測定できていない化学物質もある

主流煙の成分



加熱式たばこ主流煙中の発がん性物質の一例
 (紙巻たばこ※³の主流煙に含まれる各成分量を100%としたときの割合)



厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究「非燃焼加熱式たばこにおける成分分析の手法の開発と国内外における使用実態や規制に関する研究」

喫煙時の室内におけるニコチン濃度

- 主流煙において紙巻たばこと同等程度含まれるものがある「ニコチン」を測定。
 - 同一条件下 (換気のない狭い室内で喫煙した場合) で室内のニコチン濃度を測定したところ、紙巻きたばこ (1,000~2,420 µg/m³) に比べ、**加熱式たばこ (26~257 µg/m³)** では低かった。
- 国立がん研究センター委託事業費「たばこ情報収集・分析事業」による調査

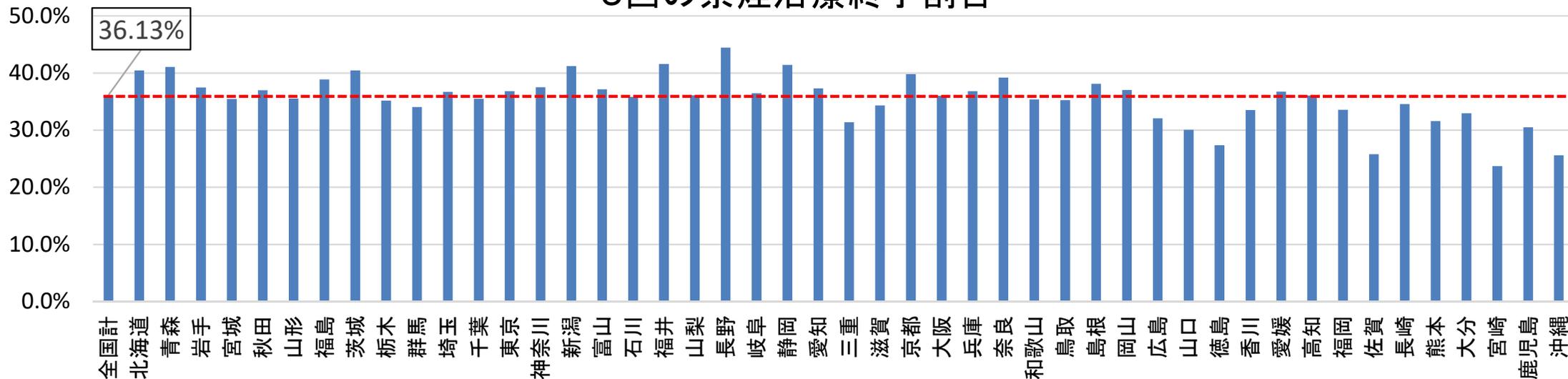
〔現時点での評価〕

- ・ 加熱式たばこの主流煙に健康影響を与える有害物質が含まれていることは明らかであるが、販売されて間もないこともあり、現時点までに得られた科学的知見では、加熱式たばこの受動喫煙による将来の健康影響を予測することは困難。このため、今後も研究や調査を継続していくことが必要。

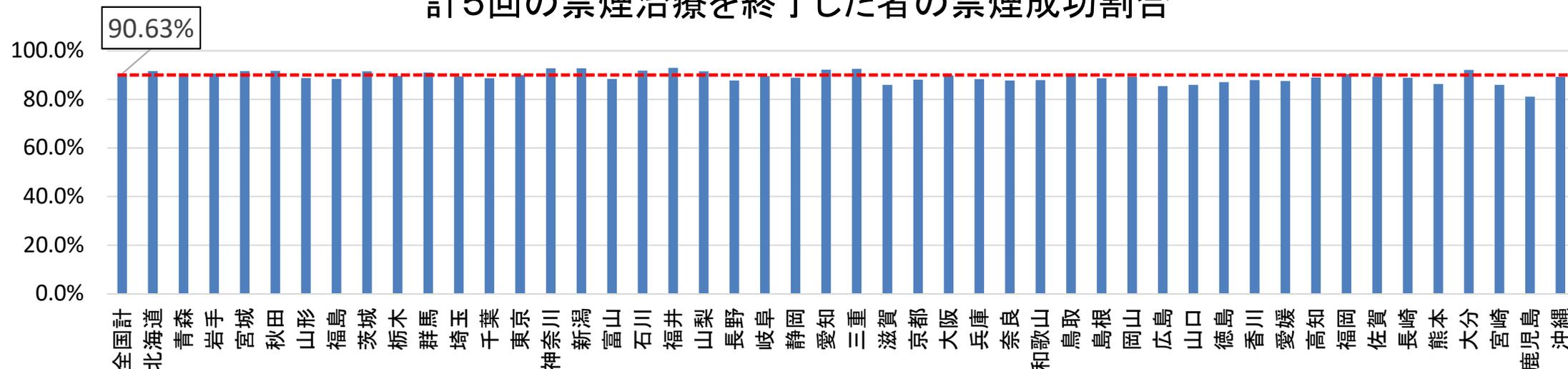
ニコチン依存症管理料の状況②

○ ニコチン依存症管理料の5回治療終了割合は36.13%であり、計5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合は90.63%であった。

5回の禁煙治療終了割合



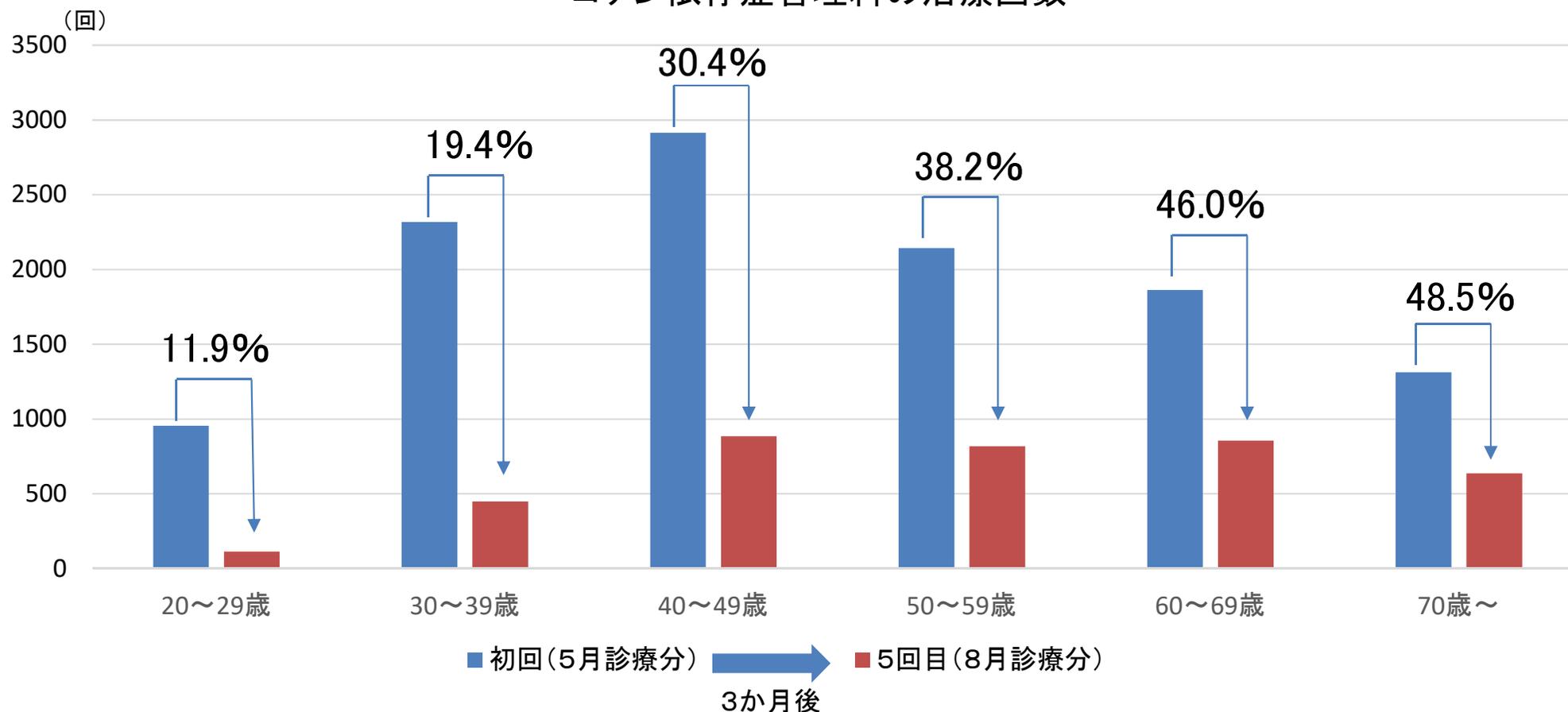
計5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合



ニコチン依存症管理料の状況②

- 平成30年5月のニコチン依存症管理料（初回）の算定をした患者については、3か月後の平成30年8月にニコチン依存症管理料（5回目）を算定することとなる。
- 平成30年5月のニコチン依存症管理料（初回）の算定回数と平成30年8月のニコチン依存症管理料（5回目）の算定回数の比率を見ると、年齢が上がるほど、比率が高かった。

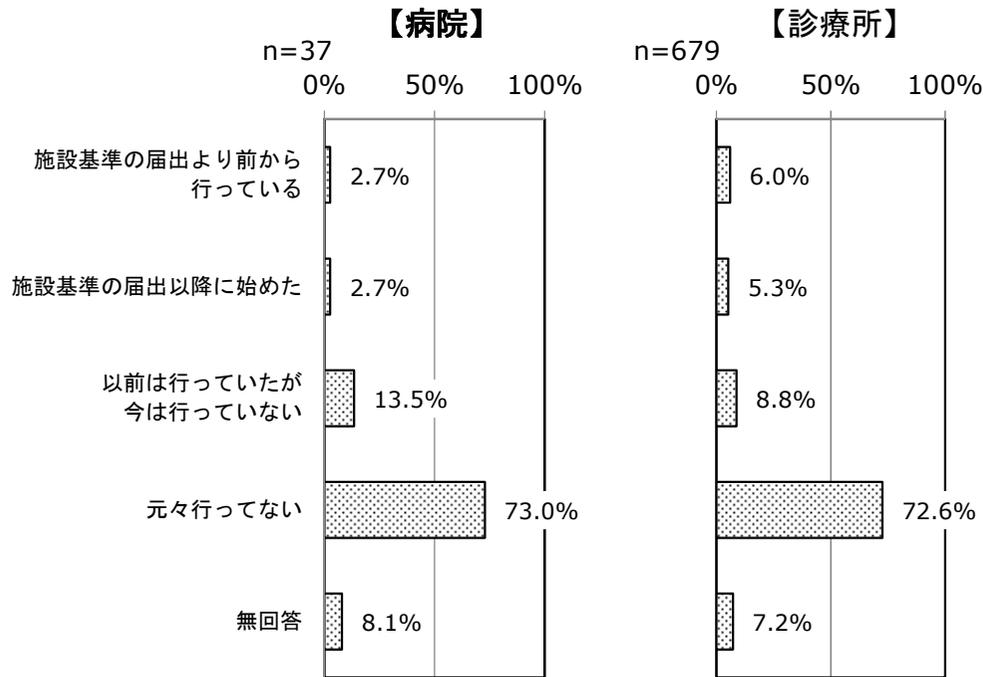
年齢階級別の5月の初回治療及び8月の5回目治療の
ニコチン依存症管理料の治療回数



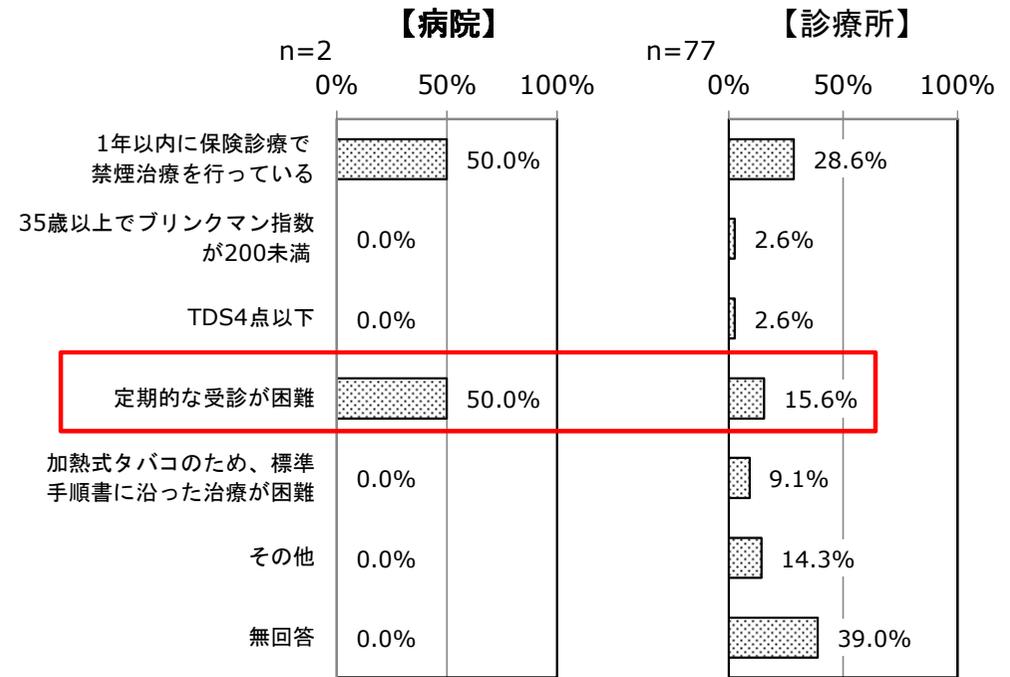
ニコチン依存症治療に係る現状

○ 保険診療以外での禁煙指導を実施している病院は5.4%、診療所は11.3%であり、保険診療以外での禁煙指導を行う理由として、定期的な受診が困難と回答した病院は50%、診療所は15.6%であった。

保険診療以外での禁煙指導の実施状況



保険診療以外での禁煙指導を行う理由(複数回答)



情報通信機器を用いたニコチン依存症治療

○ 初回診療を対面で実施し、2回目から6回目までの診療を情報通信機器を用いて行った群と全ての診療を対面で行った群を比較したRCT研究において、継続禁煙率に有意差を認めなかった。

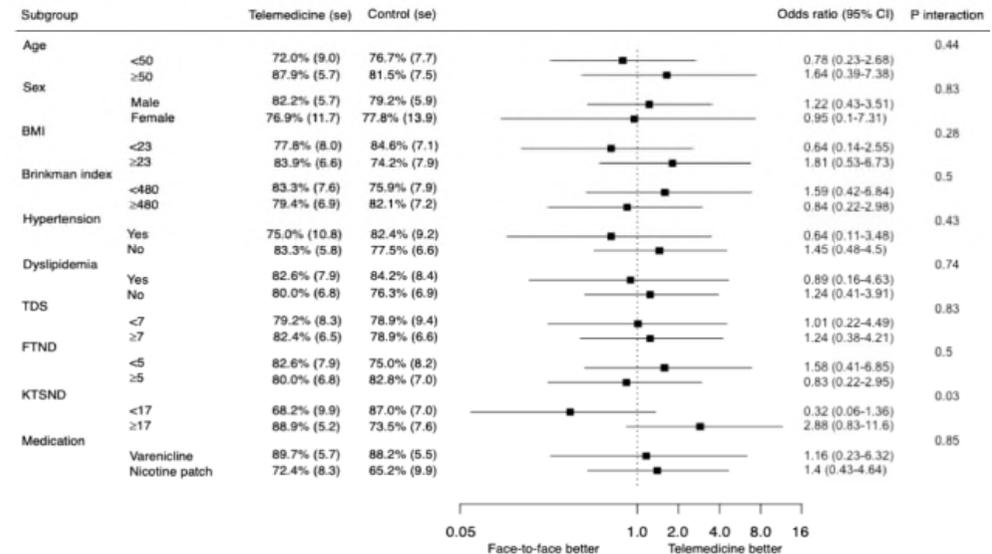
【方法】 RCT研究

Telemedicine群 58人
初回は対面で実施し、2回目～6回目の診療をビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて実施

Standard care群 57人
6回の診療全てを対面で実施
※両群とも禁煙治療アプリを利用



Supplemental figure 2. Efficacy of telemedicine on the continuous abstinence rates at weeks 9–12 by subgroup.



【結果】

	Telemedicine群	Standard care群
9～12週の継続禁煙率	81.0%	78.9% (有意差なし)
9～24週の継続禁煙率	74.1%	71.9% (有意差なし)
脱落率(24週時)	1.7%	3.5%

2. ニコチン依存症管理料等について

(1) ニコチン依存症管理料について

(2) 健康増進法等の一部を改正する法律の施行に伴う対応について

改正の趣旨

望まない受動喫煙の防止を図るため、多数の者が利用する施設等の区分に応じ、当該施設等の一定の場所を除き喫煙を禁止するとともに、当該施設等の管理について権原を有する者が講ずべき措置等について定める。

【基本的考え方 第1】「望まない受動喫煙」をなくす

受動喫煙が他人に与える健康影響と、喫煙者が一定程度いる現状を踏まえ、屋内において、受動喫煙にさらされることを望まない者がそのような状況に置かれることのないようにすることを基本に、「望まない受動喫煙」をなくす。

【基本的考え方 第2】受動喫煙による健康影響が大きい子ども、患者等に特に配慮

子どもなど20歳未満の者、患者等は受動喫煙による健康影響が大きいことを考慮し、こうした方々が主たる利用者となる施設や、屋外について、受動喫煙対策を一層徹底する。

【基本的考え方 第3】施設の類型・場所ごとに対策を実施

「望まない受動喫煙」をなくすという観点から、施設の類型・場所ごとに、主たる利用者の違いや、受動喫煙が他人に与える健康影響の程度に応じ、禁煙措置や喫煙場所の特定を行うとともに、掲示の義務付けなどの対策を講ずる。

その際、既存の飲食店のうち経営規模が小さい事業者が運営するものについては、事業継続に配慮し、必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 国及び地方公共団体の責務等

- (1) 国及び地方公共団体は、望まない受動喫煙が生じないよう、受動喫煙を防止するための措置を総合的かつ効果的に推進するよう努める。
- (2) 国、都道府県、市町村、多数の者が利用する施設等の管理権原者その他の関係者は、望まない受動喫煙が生じないよう、受動喫煙を防止するための措置の総合的かつ効果的な推進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努める。
- (3) 国は、受動喫煙の防止に関する施策の策定に必要な調査研究を推進するよう努める。

2. 多数の者が利用する施設等における喫煙の禁止等

- (1) 多数の者が利用する施設等の類型に応じ、その利用者に対して、一定の場所以外の場所における喫煙を禁止する。
- (2) 都道府県知事（保健所設置市区にあっては、市長又は区長。以下同じ。）は、(1)に違反している者に対して、喫煙の中止等を命ずることができる。

【原則屋内禁煙と喫煙場所を設ける場合のルール】

		経過措置	
A 学校・病院・児童福祉施設等、行政機関 旅客運送事業自動車・航空機	禁煙 (敷地内禁煙(※1))	当分の間の措置	
		別に法律で定める日までの間の措置	
B 上記以外の多数の者が利用する施設、 旅客運送事業船舶・鉄道	原則屋内禁煙 (喫煙専用室(喫煙のみ)内 でのみ喫煙可)	【加熱式たばこ(※2)】 原則屋内禁煙 (喫煙室(飲食等も可)内 での喫煙可)	既存特定飲食提供施設 (個人又は中小企業(資本金又は出資の総額 5000万円以下(※3)) かつ 客席面積100㎡以下の飲食店) 標識の掲示により喫煙可

※1 屋外で受動喫煙を防止するために必要な措置がとられた場所に、喫煙場所を設置することができる。

※2 たばこのうち、当該たばこから発生した煙が他人の健康を損なうおそれがあることが明らかでないたばことして厚生労働大臣が指定するもの。

※3 一の大規模会社が発行済株式の総数の二分の一以上を有する会社である場合などを除く。

注：喫煙をすることができる場所については、施設等の管理権原者による標識の掲示が必要。

注：公衆喫煙所、たばこ販売店、たばこの対面販売（出張販売によるものを含む。）をしていることなどの一定の条件を満たしたバーやスナック等といった喫煙を主目的とする施設について、法律上の類型を設ける。

- (3) 旅館・ホテルの客室等、人の居住の用に供する場所は、(1)の適用除外とする。
- (4) 喫煙をすることができる室には20歳未満の者を立ち入らせてはならないものとする。
- (5) 屋外や家庭等において喫煙をする際、望まない受動喫煙を生じさせることがないように周囲の状況に配慮しなければならないものとする。

3. 施設等の管理権原者等の責務等

- (1) 施設等の管理権原者等は、喫煙が禁止された場所に喫煙器具・設備（灰皿等）を設置してはならないものとする。
- (2) 都道府県知事は、施設等の管理権原者等が(1)に違反しているとき等は、勧告、命令等を行うことができる。

4. その他

- (1) 改正後の健康増進法の規定に違反した者について、所要の罰則規定を設ける。
- (2) この法律の施行の際現に業務に従事する者を使用する者は、当該業務従事者の望まない受動喫煙を防止するため、適切な措置をとるよう努めるものとする。
- (3) 法律の施行後5年を経過した場合において、改正後の規定の施行の状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

施行期日

2020年4月1日（ただし、1及び2(5)については2019年1月24日、2.A二重線部の施設に関する規定については2019年7月1日）

改正健康増進法の体系

子どもや患者等に特に配慮

・学校、児童福祉施設
・**病院、診療所**
・行政機関の庁舎 等

第一種施設

○ 敷地内禁煙
屋外で受動喫煙を防止するために必要な措置がとられた場所に、喫煙場所を設置することができる。

2019年
7月1日
施行

上記以外の施設*

第二種施設

・事務所
・工場
・ホテル、旅館
・飲食店
・旅客運送用事業船舶、鉄道

・国会、裁判所
等

* 個人の自宅やホテル等の客室など、人の居住の用に供する場所は適用除外

○ 原則屋内禁煙（喫煙を認める場合は喫煙専用室などの設置が必要）
経営判断により選択



【経過措置】

既存の経営規模の
小さな飲食店

・個人又は中小企業が経営
・客席面積100㎡以下

○ 喫煙可能な場所である旨を掲示することにより、店内で喫煙可能
喫煙可能(※)



※ 全ての施設で、
喫煙可能部分には、
ア喫煙可能な場所である
旨の掲示を義務づけ
イ客・従業員ともに
20歳未満は立ち入れない

喫煙専用室と同等の煙の流出防止措置を講じている場合は、非喫煙スペースへの20歳未満の立入りは可能。

2020年
4月1日
施行

喫煙を主目的とする施設

喫煙目的施設

・喫煙を主目的とするバー、スナック等
・店内で喫煙可能なたばこ販売店 ・公衆喫煙所

○ 施設内で喫煙可能(※)

屋外や家庭など

○ 喫煙を行う場合は周囲の状況に配慮
(例) できるだけ周囲に人がいない場所で喫煙をするよう配慮。
子どもや患者等、特に配慮が必要な人が集まる場所や近くにいる場所等では喫煙をしないよう配慮。

2019年
1月24日
施行

施設基準において敷地内禁煙又は屋内禁煙を求めている診療報酬項目の例

敷地内禁煙を求めている項目の例

A001・注12	地域包括診療加算
A200	総合入院体制加算1
B001-2-9	地域包括診療料
B001-3-2	ニコチン依存症管理料



特定屋外喫煙場所を設置していると要件を満たさないため、健康増進法よりも厳しい要件

屋内禁煙を求めている項目の例

A200	総合入院体制加算2・3
A208	乳幼児加算・幼児加算
A232	がん診療連携拠点病院加算
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算
A237	ハイリスク分娩管理加算
B001・3	悪性腫瘍特異物質治療管理料
B001・4	小児特定疾患カウンセリング料
B001・5	小児科療養指導料



健康増進法により全ての医療機関に求められる要件

A001・注12 地域包括診療加算 施設基準 抜粋

- 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
- ア **当該保険医療機関の敷地内が禁煙**であること。
- イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

A200 総合入院体制加算2 施設基準 抜粋

- 当該保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
- ア **当該保険医療機関の屋内が禁煙**であること。
- イ 屋内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
- オ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合には、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずること。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

ニコチン依存症管理料等に係る現状及び課題

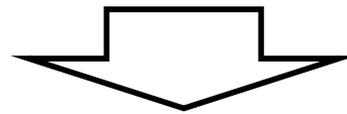
【現状及び課題】

(ニコチン依存症管理料について)

- 喫煙率は、男女ともに、年々低下傾向である。
- ニコチン依存症管理料は、平成18年度診療報酬改定で新設され、算定回数は平成26年まで増加傾向であるが、近年は、低下傾向である。
- WHOは、加熱式たばこについて、販売後の期間も短いため疫学的な健康影響は未だ評価できないが、継続した評価が必要であると主張している。
- ニコチン依存症管理料の5回治療終了割合は36.13%であり、計5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合は90.63%であった。
- 保険診療以外での禁煙指導を実施している病院は5.4%、診療所は11.3%であり、保険診療以外での禁煙指導を行う理由として、定期的な受診が困難と回答した病院は50%、診療所は15.6%であった。
- 初回診療を対面で実施し、2回目から5回目(最終回)までの診療を情報通信機器を用いて行った群と全ての診療を対面で行った群を比較したRCT研究において、継続禁煙率に有意差を認めなかった。

(健康増進法等の一部を改正する法律の施行に伴う対応について)

- 健康増進法等の一部を改正する法律の施行により、令和元年7月1日より、医療機関については、屋外で受動喫煙を防止するために必要な措置がとられた場所以外は、敷地内禁煙となった。
- 一部の診療報酬項目の施設基準において敷地内禁煙又は屋内禁煙を求めているものがある。



【論点】

- ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこに関する科学的知見や、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療の効果等を踏まえ、加熱式たばこの取扱や対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療の取扱について検討することとしてはどうか。
- 健康増進法の一部を改正する法律(平成30年法律第78号)の施行に伴い、医療機関が原則敷地内禁煙となったことを踏まえ、施設基準において求めている敷地内禁煙及び屋内禁煙の要件について、見直しを検討してはどうか。

3. 外来化学療法

外来化学療法加算の算定要件と算定状況

中医協 総 - 1
元. 11. 8 (改)

- 外来化学療法加算1の届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。
- 外来化学療法加算2の届出医療機関数及び算定回数は横ばい～微減。

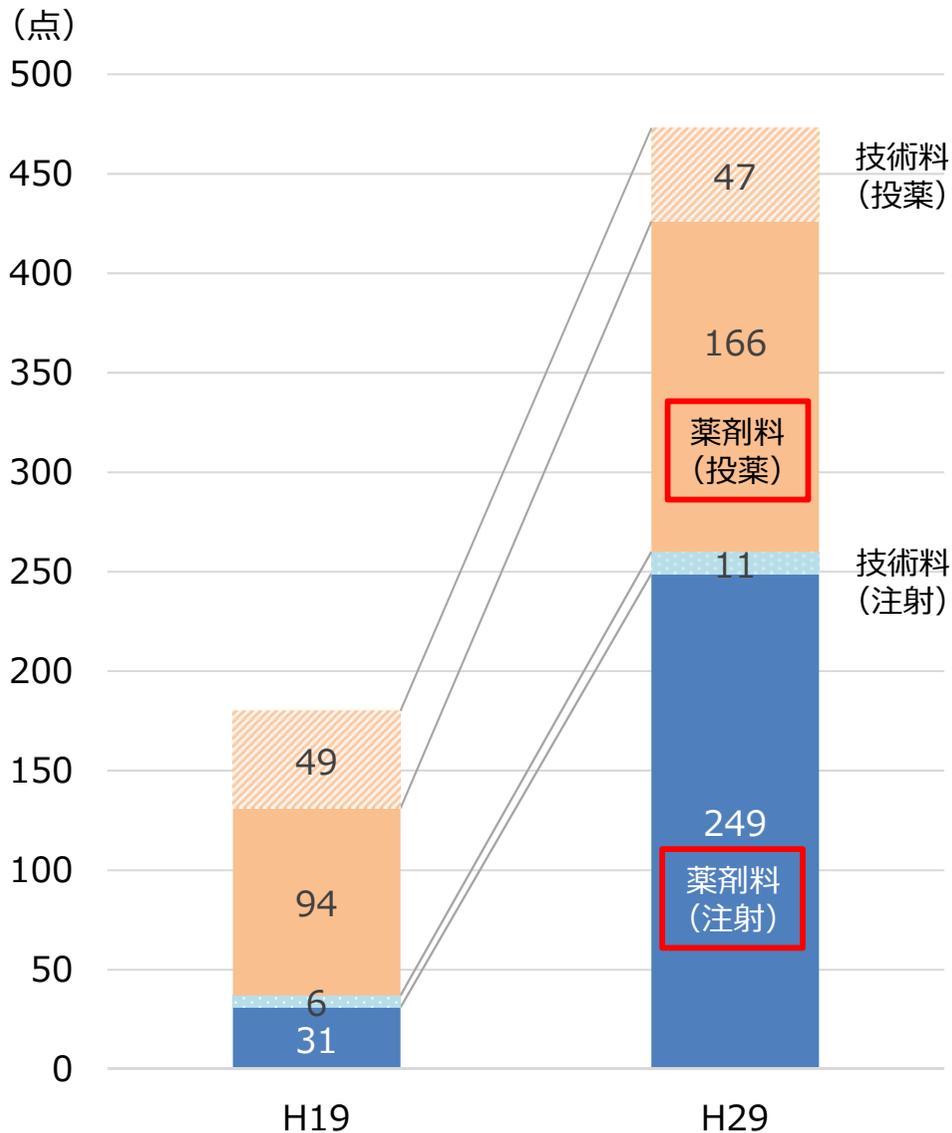
	外来化学療法加算 1				外来化学療法加算 2																																							
	外来化学療法加算 A (腫瘍用薬)		外来化学療法加算 B (インプリキシマブ製剤等)		外来化学療法加算 A (腫瘍用薬)		外来化学療法加算 B (インプリキシマブ製剤等)																																					
	①15歳未満	②15歳以上	①15歳未満	②15歳以上	①15歳未満	②15歳以上	①15歳未満	②15歳以上																																				
点数(1日につき)	820点	600点	670点	450点	740点	470点	640点	370点																																				
算定対象	入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者 (G001静脈内注射、G002動脈注射、G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004点滴注射、G005中心静脈注射、G006植込型カテーテルによる中心静脈注射に加算)																																											
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・容量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として悪性腫瘍剤が投与された場合に、投与された薬剤に従い算定 ○ 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定可能 				-																																							
主な施設基準	(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師 (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 (6) 実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の開催（委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成され、少なくとも年1回開催）				(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (3) 専任の常勤薬剤師 (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保																																							
届出医療機関数及び算定回数	<table border="1"> <caption>外来化学療法加算 1 の届出医療機関数及び算定回数</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出医療機関数 (施設)</th> <th>算定回数 (回)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H26</td> <td>72</td> <td>175,699</td> </tr> <tr> <td>H27</td> <td>66</td> <td>169,389</td> </tr> <tr> <td>H28</td> <td>65</td> <td>193,824</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>63</td> <td>215,682</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>63</td> <td>242,238</td> </tr> </tbody> </table>				年度	届出医療機関数 (施設)	算定回数 (回)	H26	72	175,699	H27	66	169,389	H28	65	193,824	H29	63	215,682	H30	63	242,238	<table border="1"> <caption>外来化学療法加算 2 の届出医療機関数及び算定回数</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出医療機関数 (施設)</th> <th>算定回数 (回)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H26</td> <td>349</td> <td>9,895</td> </tr> <tr> <td>H27</td> <td>344</td> <td>8,353</td> </tr> <tr> <td>H28</td> <td>336</td> <td>8,711</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>328</td> <td>9,046</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>322</td> <td>8,548</td> </tr> </tbody> </table>				年度	届出医療機関数 (施設)	算定回数 (回)	H26	349	9,895	H27	344	8,353	H28	336	8,711	H29	328	9,046	H30	322	8,548
年度	届出医療機関数 (施設)	算定回数 (回)																																										
H26	72	175,699																																										
H27	66	169,389																																										
H28	65	193,824																																										
H29	63	215,682																																										
H30	63	242,238																																										
年度	届出医療機関数 (施設)	算定回数 (回)																																										
H26	349	9,895																																										
H27	344	8,353																																										
H28	336	8,711																																										
H29	328	9,046																																										
H30	322	8,548																																										

【出典】届出医療機関数：保険局医療課調べ（各年7月1日現在）、算定回数：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）

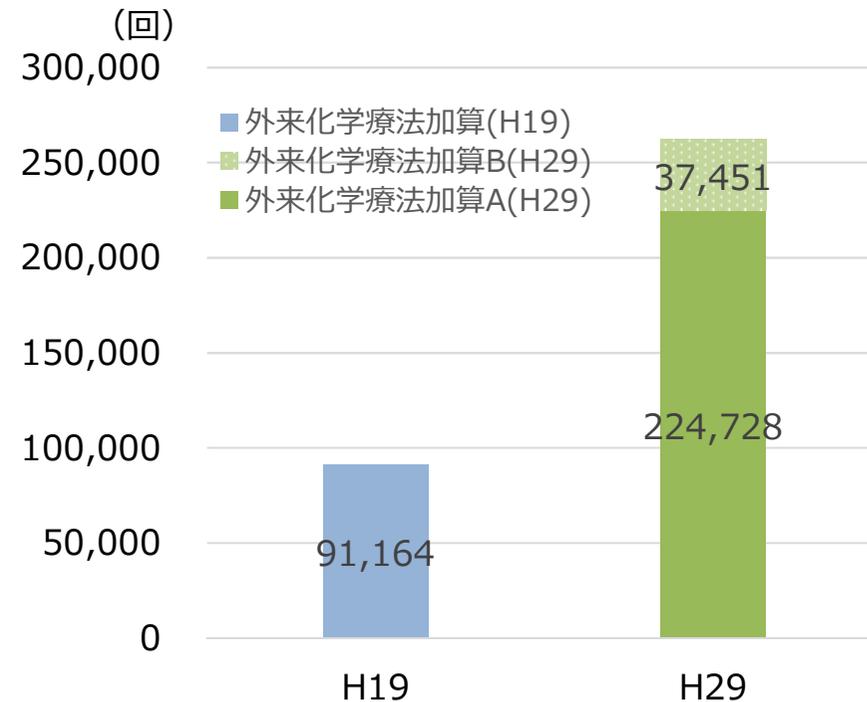
病院の入院外の投薬、注射に関する点数の推移等

- 病院・入院外の受診 1 日当たりの「投薬」及び「注射」の診療報酬点数では、技術料に比べて薬剤料の伸びが大きい。
- 抗がん剤等を用いる「外来化学療法加算」の算定回数が増加している。

■ 1 日当たりの「投薬」、「注射」の点数の推移（病院・入院外）



■ 外来化学療法加算の算定回数の推移



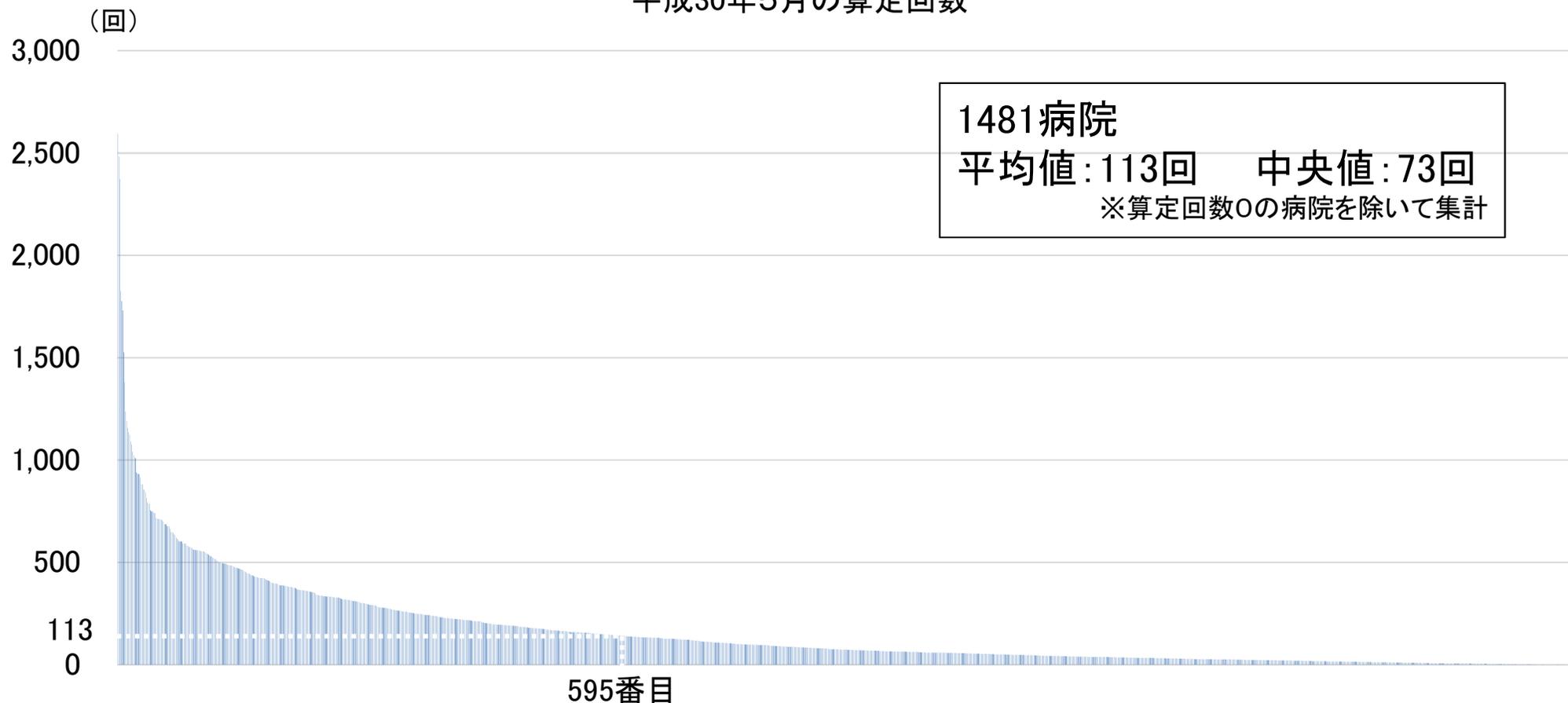
- 外来化学療法加算：抗腫瘍用薬、関節リウマチ、クローン病の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合に算定
- 外来化学療法加算A：腫瘍用薬を静脈注射等により投与した場合に算定
- 外来化学療法加算B：以下の患者の算定
 - ・ インフリキシマブ製剤：関節リウマチ、クローン病、パーチエット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症
 - ・ トシリズマブ製剤：関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性突発性関節炎、全身型若年性突発性関節炎又はキャスルマン病の患者
 - ・ アバダセプト製剤：関節リウマチ
 - ・ ナタリズマブ製剤：多発性硬化症

出典：社会医療診療行為別調査（各年 6 月）

外来化学療法加算Aの算定状況

- 外来化学療法加算1（外来化学療法加算A 15歳以上）の病院ごとの算定回数の平均は113回、中央値は73回数であった。

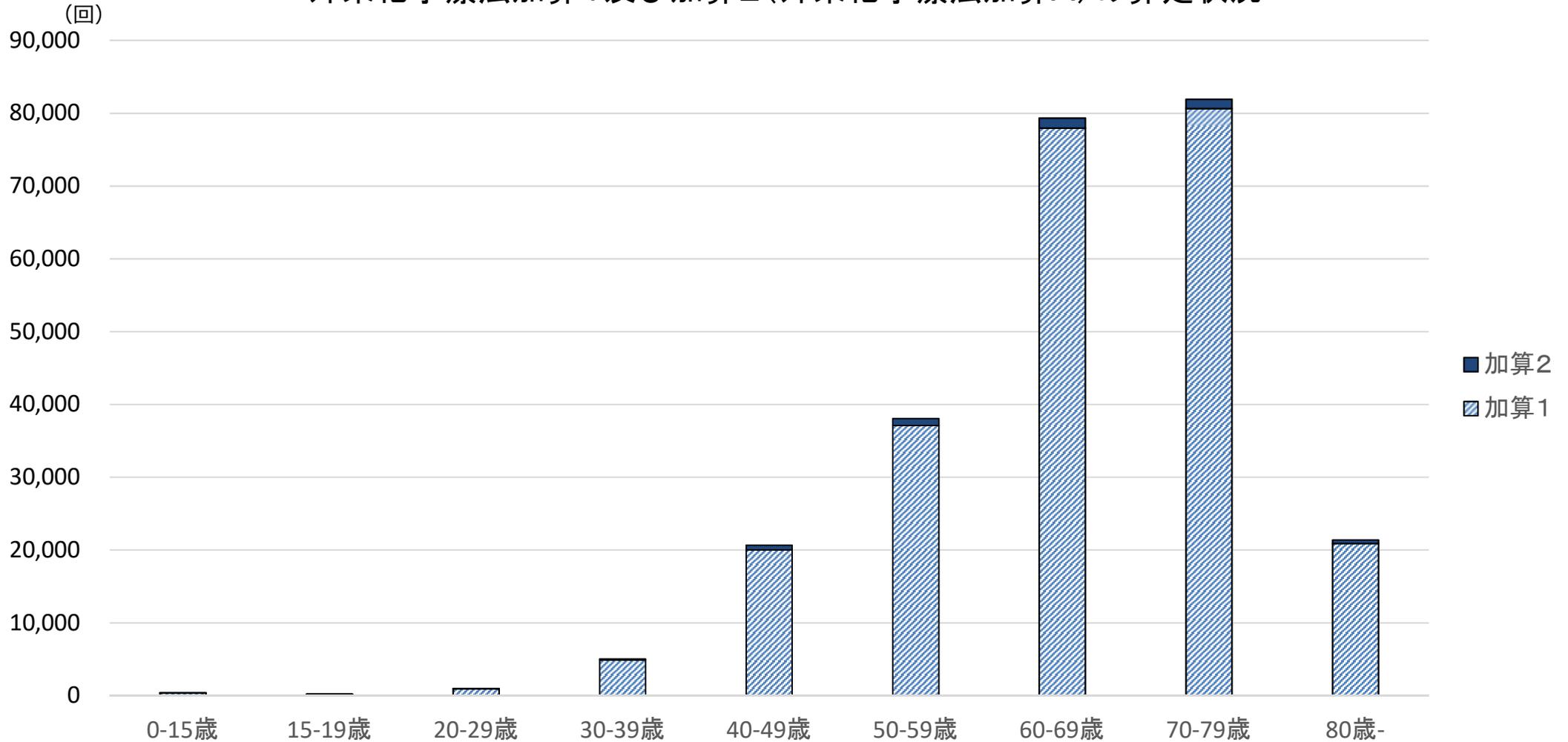
外来化学療法加算1（外来化学療法加算A 15歳以上）の病院ごとの
平成30年5月の算定回数



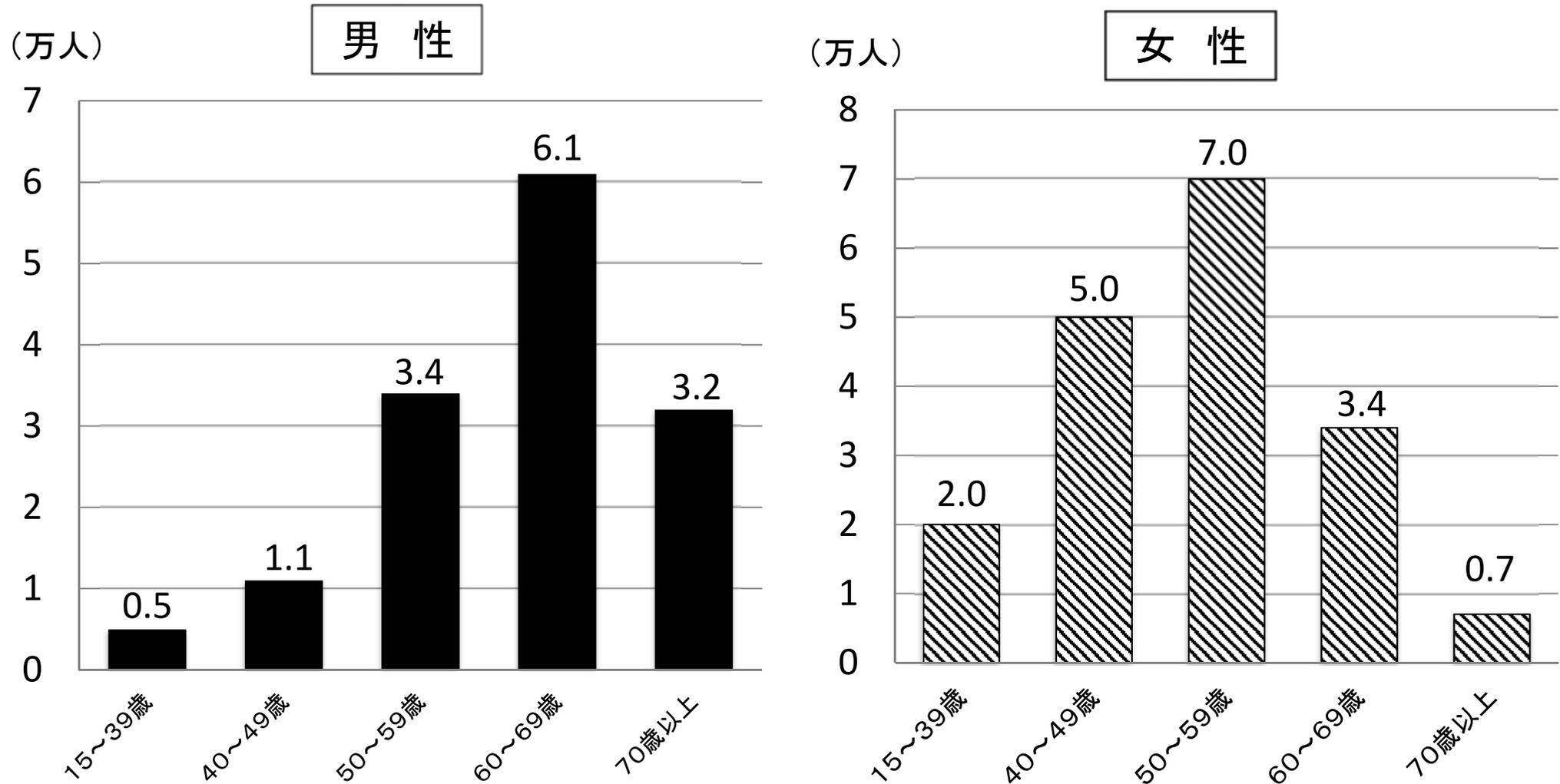
外来化学療法加算の年齢階級別の算定状況等

○ 年齢階級別の外来化学療法加算Aの算定回数を見ると、70-79歳が最も多いが、40-59歳についても、一定程度算定されている。

外来化学療法加算1及び加算2(外来化学療法加算A)の算定状況



○ 悪性新生物の治療のため、仕事を持ちながら通院している者は32.5万人いる。

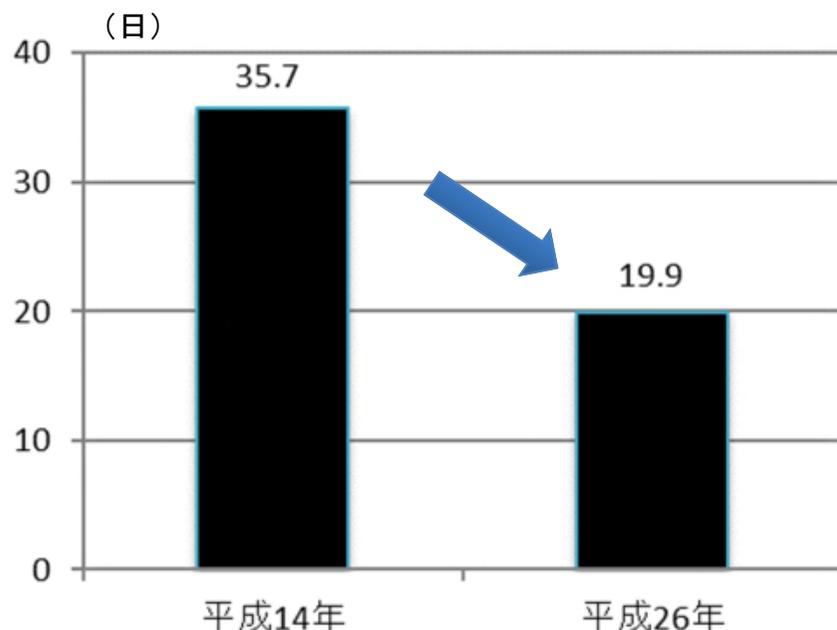


※ 仕事をもっているとは、調査月に収入を伴う仕事を少しでもしたことを行い、被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。

資料：厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」を基に同省健康局にて特別集計したもの

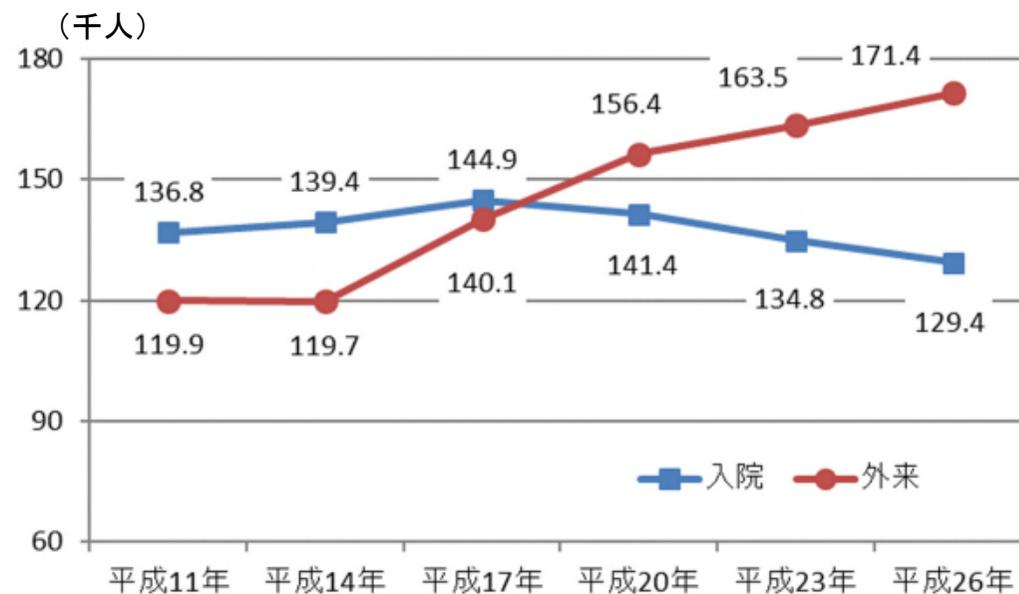
- 近年の主ながん種の平均在院日数は短くなりつつある一方、外来患者数が増えており、通院しながら治療を受ける患者が増えている。
- それとともに、治療の副作用や症状等をコントロールしつつ、通院で治療を受けながら仕事を続けている場合が増えてきている。

図4 在院日数の推移



※悪性新生物（がん）の退院患者における平均在院日数（病院・一般診療所）
（平成26年患者調査より作成）

図5 入院患者・外来患者数の推移



※悪性新生物（がん）の入院患者・外来患者数
（平成26年患者調査より作成）

がん患者指導管理料の概要

B001・23 がん患者指導管理料

- イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点(患者1人につき1回)
- ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点(患者1人につき6回)
- ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明をおこなった場合 200点(患者1人につき6回)

【主な算定要件】

「イ」

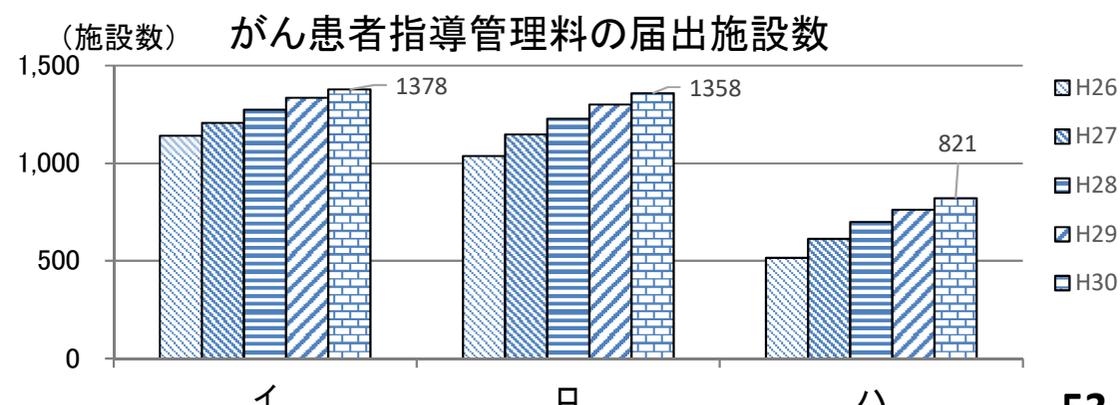
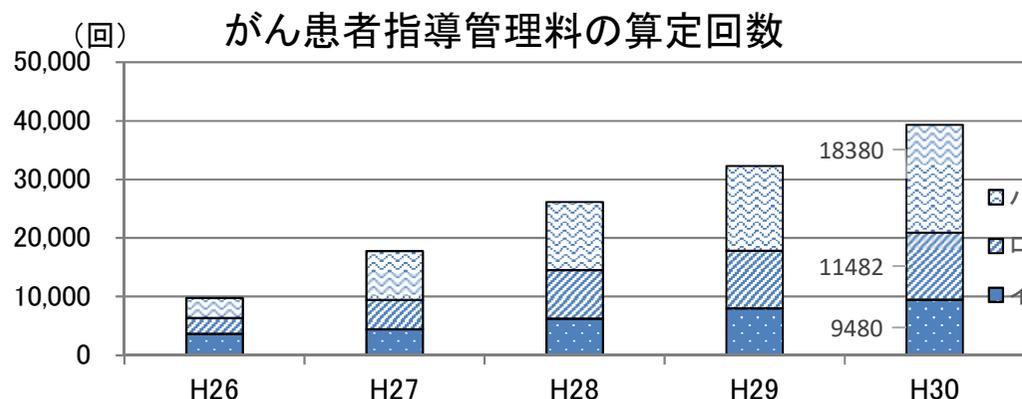
- 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

「ロ」

- 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。

「ハ」

- 悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者(予定を含む。)に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用等について文書により説明を行った場合に算定する。



- 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しているため、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが非常に有益である。

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

(平成22年4月30日付け医政局長通知) (抜粋)

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

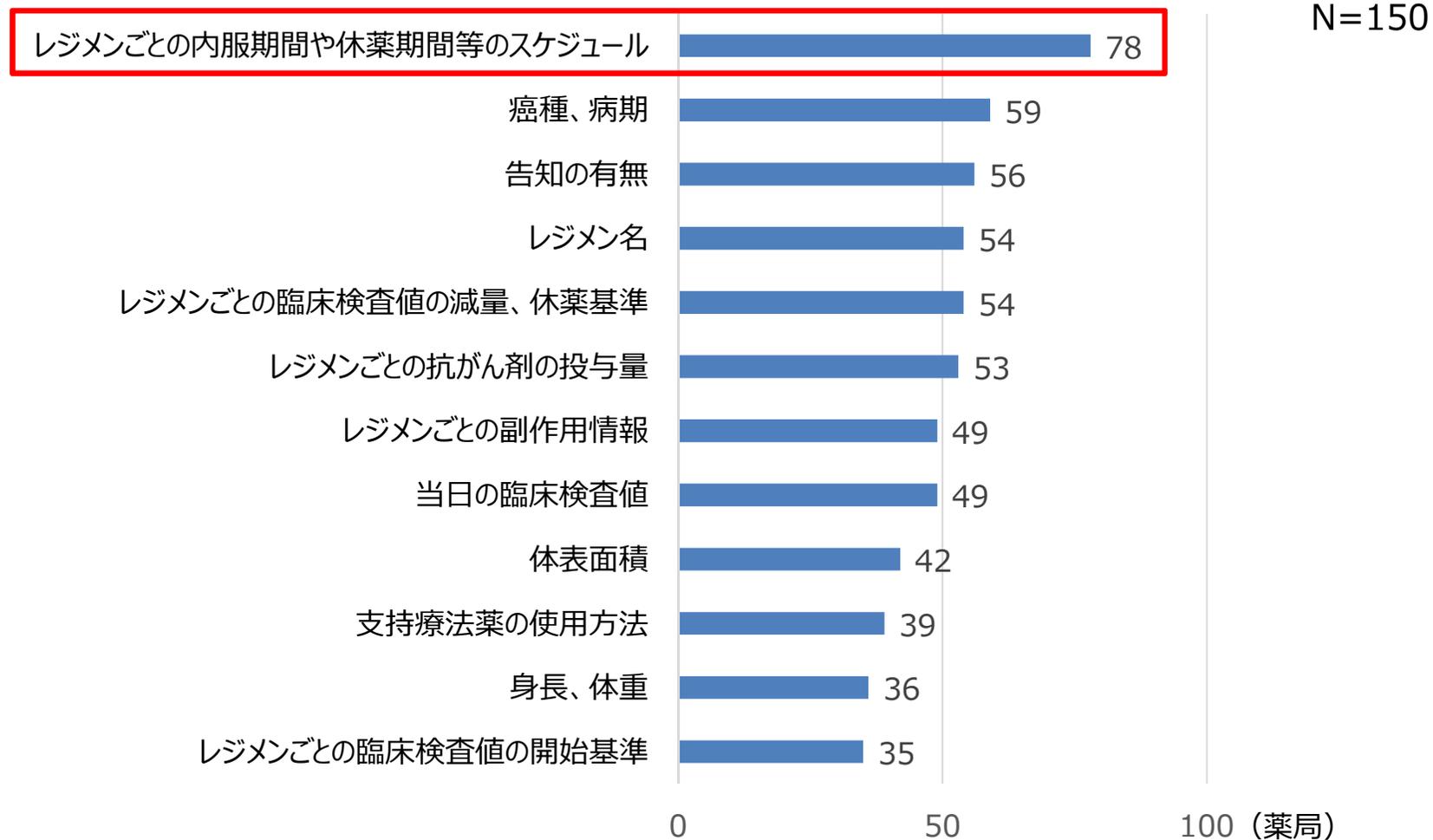
以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者（在宅の患者を含む。）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方提案すること。
- ⑥ **外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。**
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

薬局の薬剤師ががん患者に対応するために不足している情報

- 薬局の薬剤師ががん患者に対応するにあたり不足している情報としては、「レジメンごとの内服期間や休薬期間等のスケジュール」と回答した薬局が最も多かった。

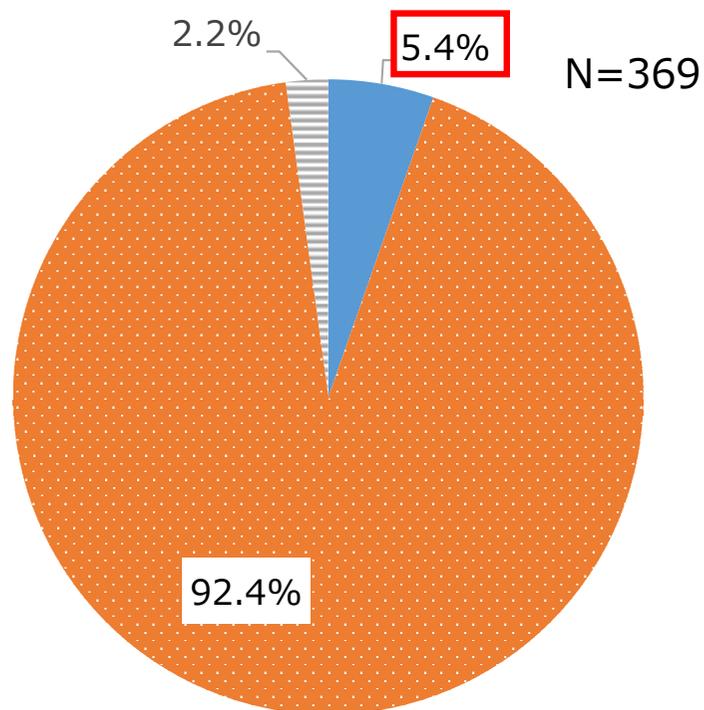
薬局薬剤師ががん患者に対応するにあたり不足している情報（薬局薬剤師へのアンケート調査結果）



病院における薬局との外来化学療法時のレジメンの共有状況

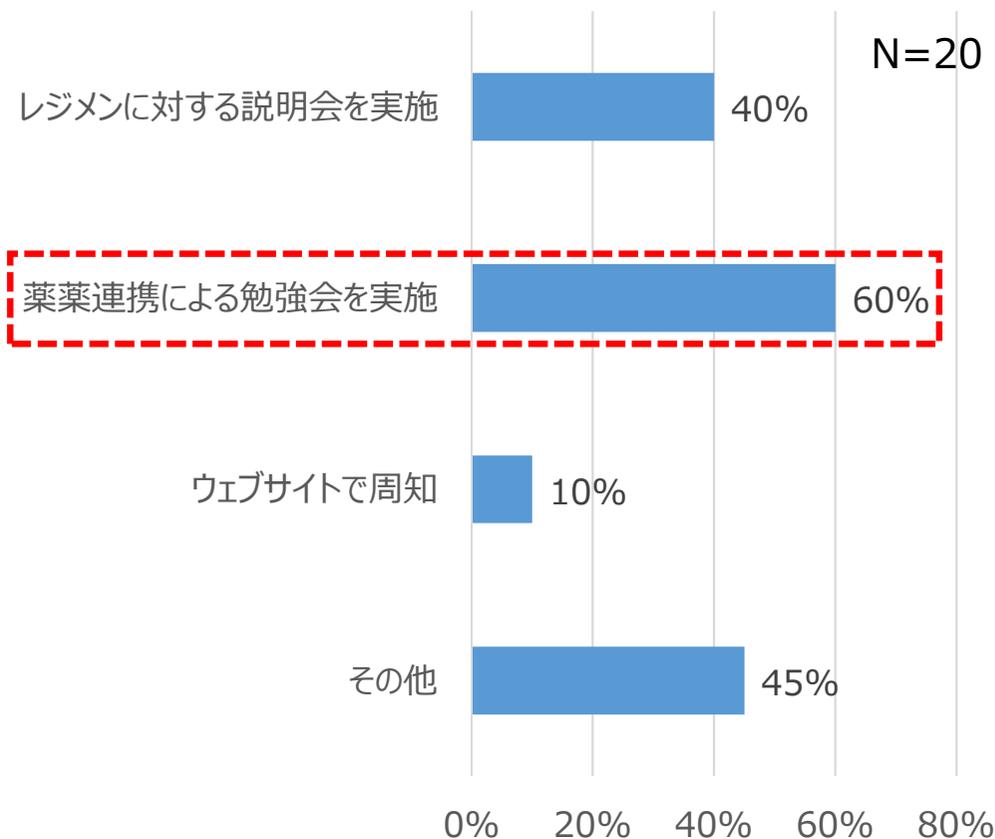
- 薬局とレジメンを共有していると回答した病院は約 5 %であった。
- レジメンの共有方法としては、「薬薬連携による勉強会を実施」と回答した割合が60%で最も多かった。

貴施設では、抗がん剤の外来化学療法時のレジメンを保険薬局に共有していますか。



■ 共有している ■ 共有していない ≡ 無回答

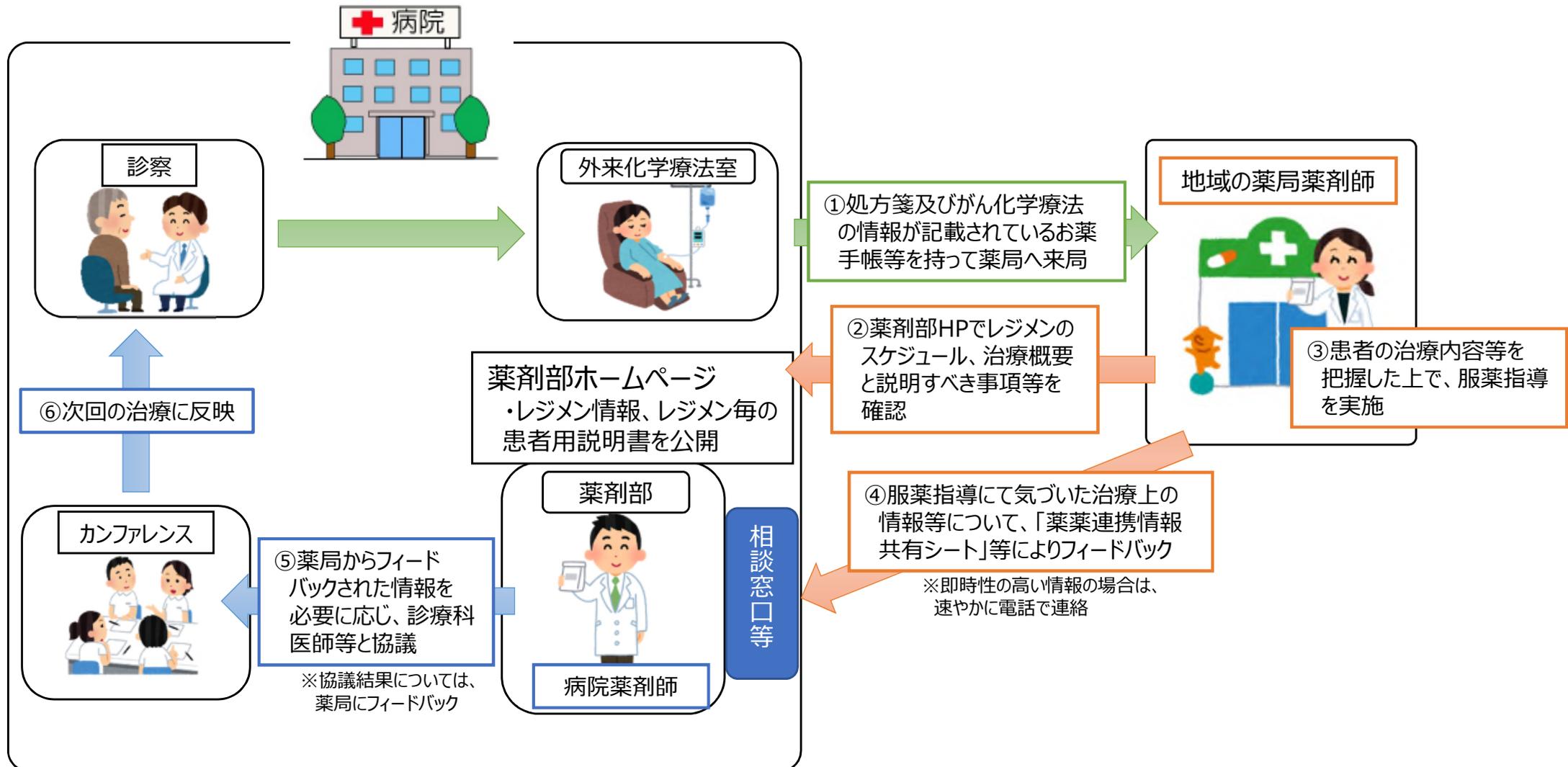
抗がん剤の外来化学療法時のレジメンを保険薬局に共有する際に、どのような方法で共有していますか。（複数回答）



外来化学療法時の医療機関の薬剤師と薬局の薬剤師の連携①

(横浜市立大学附属市民総合医療センターの事例)

- 横浜市立大学附属市民総合医療センターでは、レジメン情報等をホームページで公開。また、がん化学療法に関する情報をお薬手帳に記載している。
- 地域の薬局薬剤師は同病院薬剤部のホームページで、治療概要と説明すべき事項を確認し、患者の治療内容等を把握した上で、服薬指導を実施。必要に応じて、治療上の情報等について、医療機関にフィードバックしている。

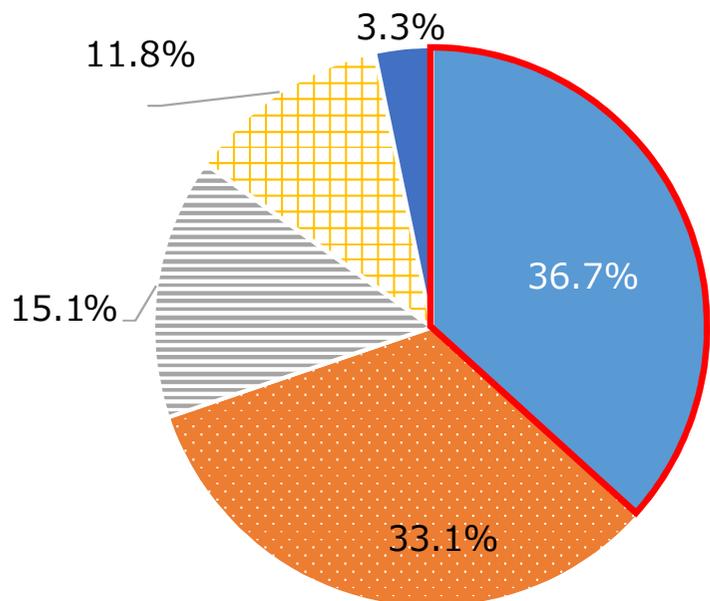


外来化学療法時の医療機関の薬剤師と薬局の薬剤師の連携②

(横浜市立大学附属市民総合医療センターの事例)

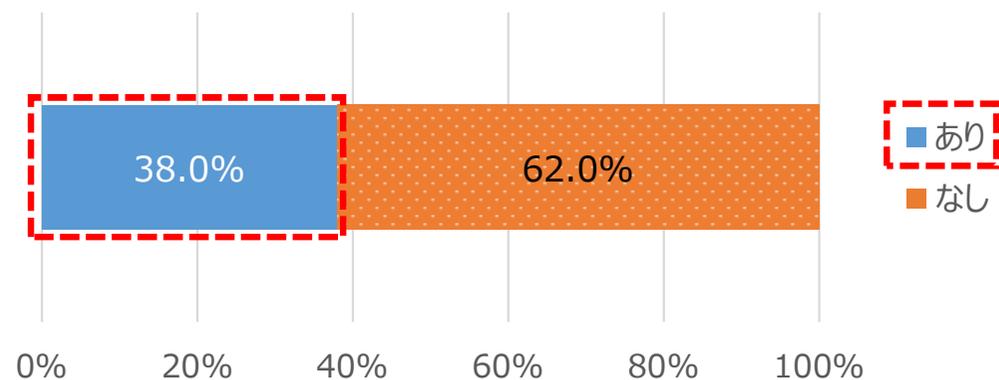
- 薬局からフィードバックされた情報としては、「副作用報告・支持療法薬の提案」の割合が最も多かった。
- 薬局からフィードバックされた情報のうち、処方変更があったものは全体の約40%であった。

薬局から医療機関にフィードバックされた情報の内容と割合



N=245

フィードバックされた情報により処方変更があったものの割合



N=245

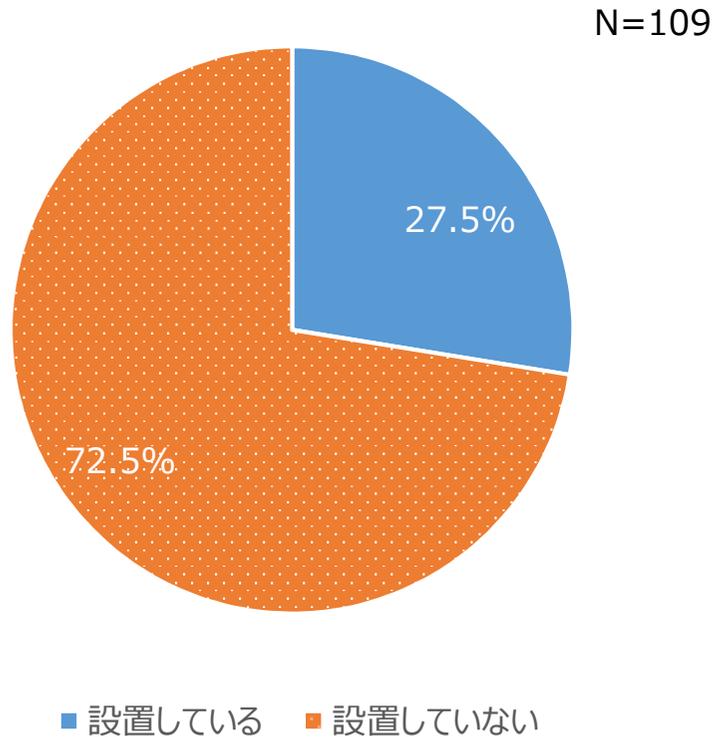
- 副作用報告・支持療法薬の提案
- 治療内容の確認・問合せ
- = 検査値異常の指摘
- 用法・用量、スケジュールの確認
- アドヒアランスの低下報告

服薬情報提供書（トレーシングレポート）等の利活用状況

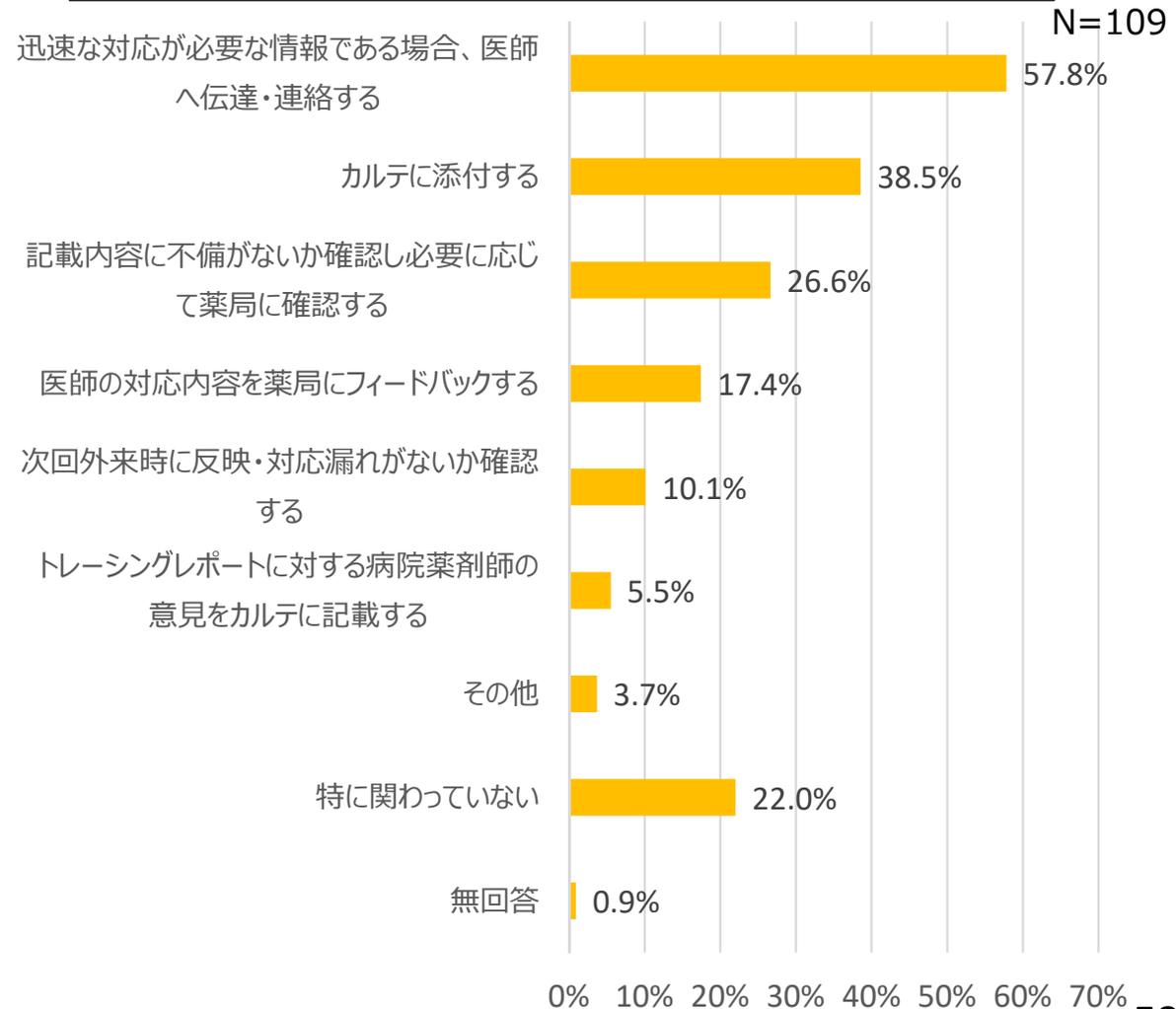
参考

- 薬局からのトレーシングレポートを受け取るための専用窓口を設置している病院は約30%。
- トレーシングレポートに対する病院の薬剤師の関わりは、「迅速な対応が必要な情報である場合、医師へ伝達・連絡する」が最も多かった。

貴施設では保険薬局からのトレーシングレポートを受け取るための専用の受付窓口を設置していますか。



貴施設では、トレーシングレポートに対して薬剤師がどのようにかかわっていますか。（複数回答）



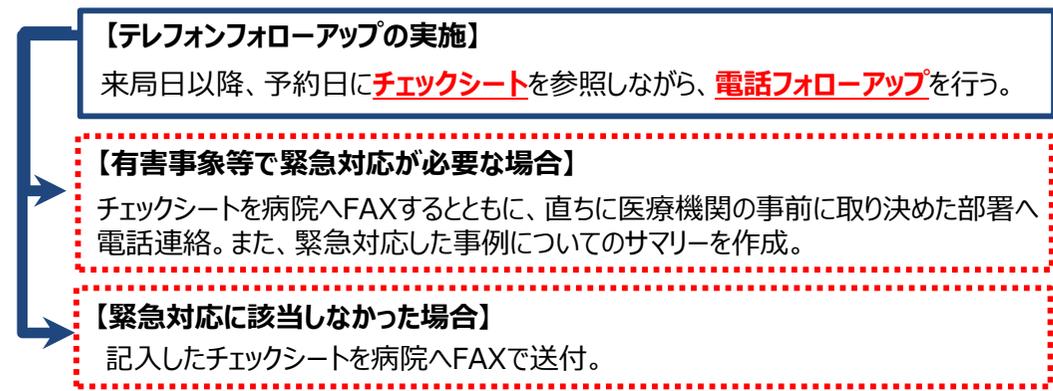
薬物療法に関する医療機関と薬局の連携（抗がん剤治療のフォローアップ）

- がんの薬物療法など、より丁寧な薬学的管理を要する疾患においては、医療機関からの指示に基づいて薬局薬剤師が服用期間中の服薬状況等をフォローし、その結果を医療機関に共有することで、副作用等への対応をより適切に行うことができる。
- こうした機能を発揮するためには、医療機関と薬局の密な連携が重要。

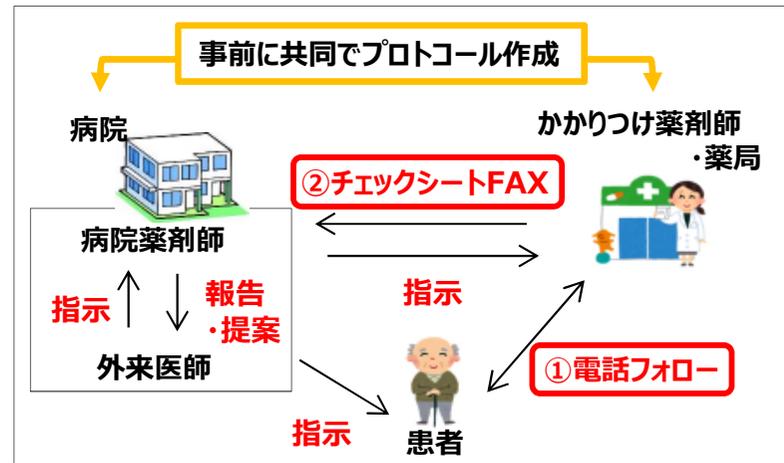
「薬剤師が担う医療機関と薬局間の連携手法の検討とアウトカムの評価研究」（平成28年度～29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金）

- 研究代表者：安原 真人（東京医科歯科大学）
- 研究目的：プロトコルに基づく薬物治療管理（PBPM）により、がん外来化学療法で経口抗がん剤を服用している患者に対して、薬局が服用期間中にフォローアップを行うことの効果进行研究

➤ 薬局のフォローアップ対応の流れ



➤ 実施フロー図



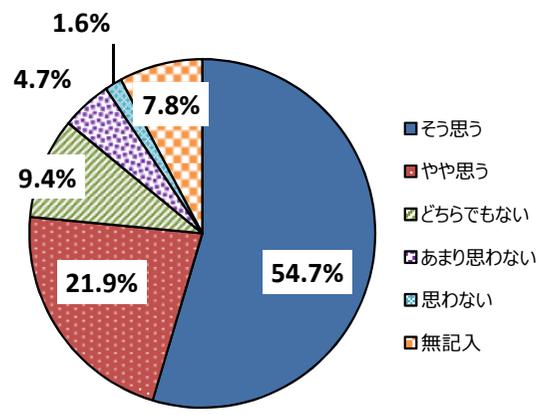
<結果>

129名の登録患者（トレーシングレポート428件）

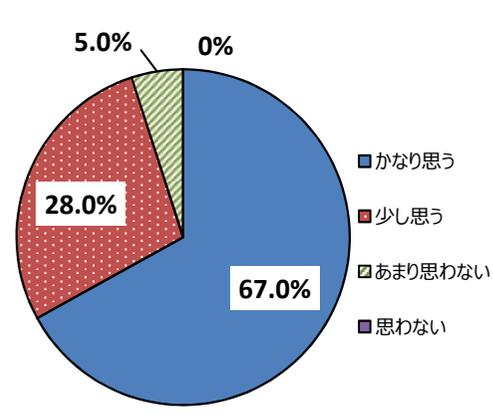
- ・ 電話フォローアップを契機とする
緊急入院 1名
予定外受診 4名（5件）
休薬 9名
- ・ 電話フォローアップに基づく
医師への処方提案 49件
このうち23件（47%）が処方に反映

⇒副作用の重篤化を回避し患者の安全に直接寄与

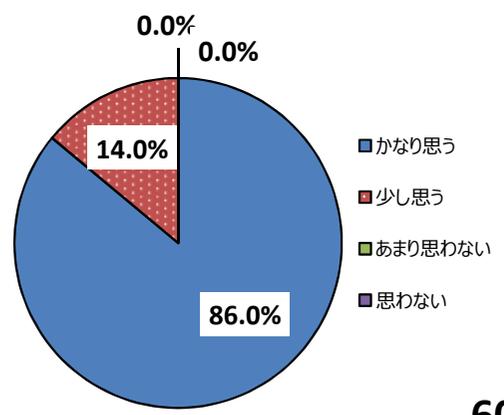
薬局薬剤師からの副作用に対する対応やアドバイスは有用であったか（患者調査）



電話フォローで患者の副作用への対処方法の実施がより適切に行えたか（医師調査）



保険薬局と病院薬剤師と医師が情報を共有し連携することは必要か（医師調査）



医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング（第2回）
令和元年7月17日
（日本薬剤師会提出資料一部改変）

病院薬剤師の業務（経口抗がん薬の事例）

経口抗がん薬服用患者全例に対応し、処方提案のほとんどが受理されている

外来指導ブースで服薬指導等を実施

初回：経口抗がん薬薬剤指導を医師→薬剤師へ依頼

2回目以降：医師の同意を得て薬剤師が予約を行い面談



医師

2回目以降 **医師の診察30分前に**
患者から情報収集し、医師へ処方提案

経口抗がん薬が開始される患者は全例薬剤師に指導依頼がある。
2回目以降は医師の診察前に患者と面談し、継続処方や支持療法の処方提案、抗がん薬の投与量等の処方内容の問い合わせを実施。

n=411（2017年10月～12月）

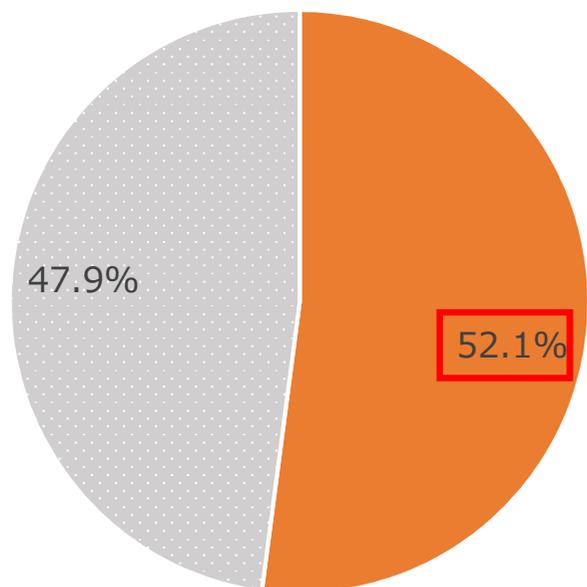
介入事例	処方提案 件数	受理された 件数	受理率
①継続処方の提案	246	231	94%
②支持療法薬剤の処方提案・変更提案	181	152	84%
③抗がん薬の投与量・投与間隔に関する疑義	49	44	90%
④その他薬剤の投与量・投与間隔に関する疑義	36	31	86%
⑤約束処方の不足・忘れ	36	29	81%
⑥相互作用などの情報提供	31	20	65%
⑦患者への直接指導	9	-	-
合計：	588	507	86%

医療機関の薬剤師における外来がん診療支援業務の状況

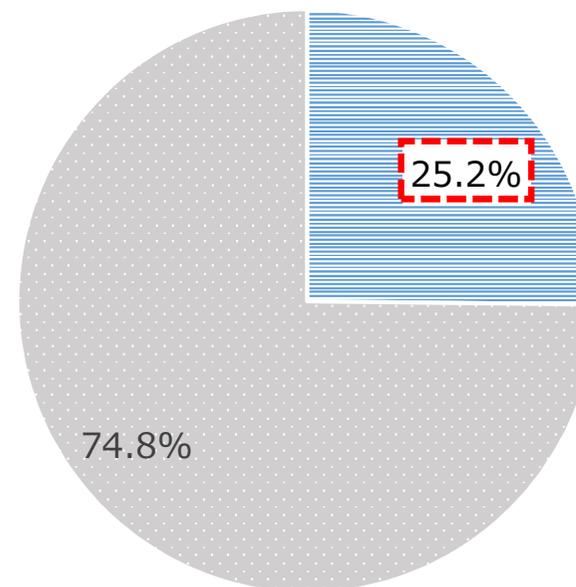
- 注射抗がん剤が投与されている患者に対して、病院の薬剤師が外来がん診療支援業務を実施している施設の割合は、外来化学療法加算1（外来化学療法加算A）を算定する施設の約50%。
- 一方、投与抗がん剤が全て内服薬の患者に対して、外来がん診療支援業務を実施している施設の割合は、外来化学療法加算1（外来化学療法加算A）を算定する施設の約25%であった。

外来化学療法加算1（外来化学療法加算A）を算定する施設における外来がん診療支援業務を実施する施設の割合

N=1,029



- 注射抗がん剤が投与されている患者に対して実施
- 実施していない



- 投与抗がん剤が全て内服薬の患者に対して実施
- 実施していない

外来栄養食事指導料の概要

B001・9 外来栄養食事指導料

初回 260点 **2回目 200点**

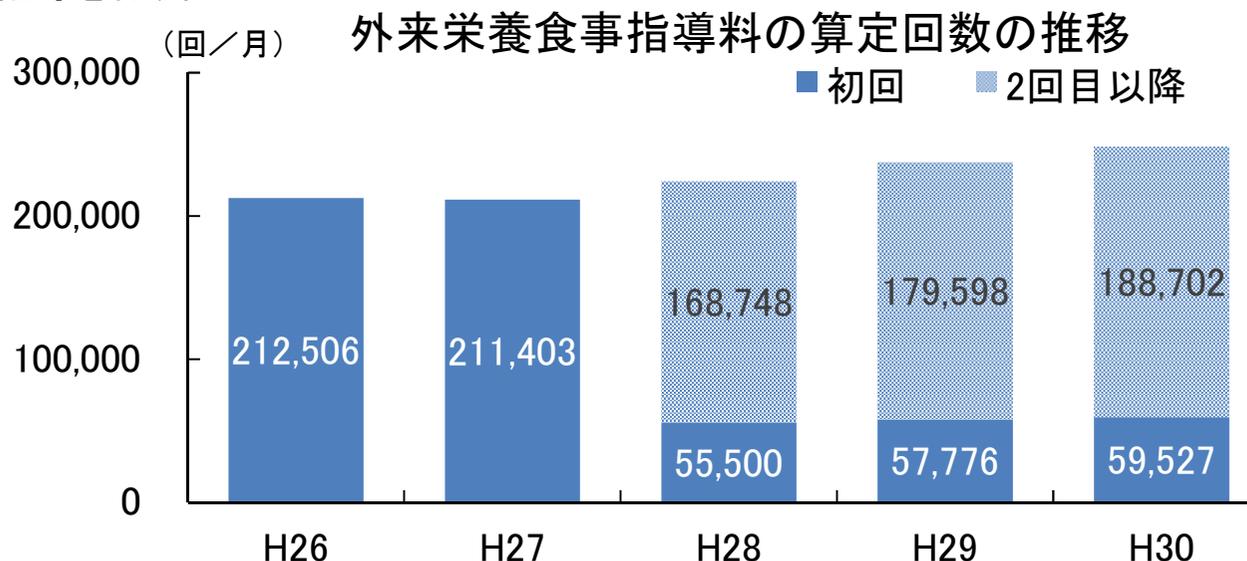
入院中の患者以外の患者であって、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては、月1回に限り算定する。

【対象患者】

- 入院中の患者以外の患者であって、特別食(腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食等)を医師が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者
 - ア がん患者
 - イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
 - ウ 低栄養状態にある患者

【算定要件】

- 外来栄養食事指導料は、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね30分以上、2回目以降にあっては、概ね20分以上療養のため必要な栄養の指導を行う。



注)平成28年度より初回、2回目以降の点数に分けられた。

出典:社会医療診療行為別統計・調査(各年6月審査分)

がん外来化学療法患者の栄養状態等について

- 外来化学療法を実施している患者のうち、栄養介入が必要な患者の割合は、約2～4割であった。
- 外来化学療法を実施している患者の栄養に関する主訴として、約半数の患者が食欲不振、体重減少、味覚障害であった。

表 外来化学療法患者の栄養状態

	乳がん (n=78)	造血器腫瘍 (n=63)	大腸がん (n=56)
年齢 中央値(範囲)	57歳 (29～79)	67歳 (21～88)	69歳 (30～82)
MUST※			
Low risk	61人(78.2%)	47人(74.6%)	30人(53.6%)
Medium risk	10人(12.8%)	12人(19.0%)	9人(16.1%)
High risk	7人(9.0%)	4人(6.3%)	17人(30.4%)

栄養介入が必要

※MUST(Malnutrition Universal Screening Tool)は、BMI、最近3～6か月間の体重減少率、最近5日間の栄養摂取状況をスコア化した簡易栄養スクリーニング法である。

BMI(20以上=0、18.5～20.0=1、18.5未満=2)、
 体重減少率(5%未満=0、5～10%=1、10%以上=2)、
 栄養摂取状況(食事摂取が十分でない=2、そうでない場合=0)

【判定基準】スコアの合計が、0=Low risk、1=Medium risk、2≧High risk

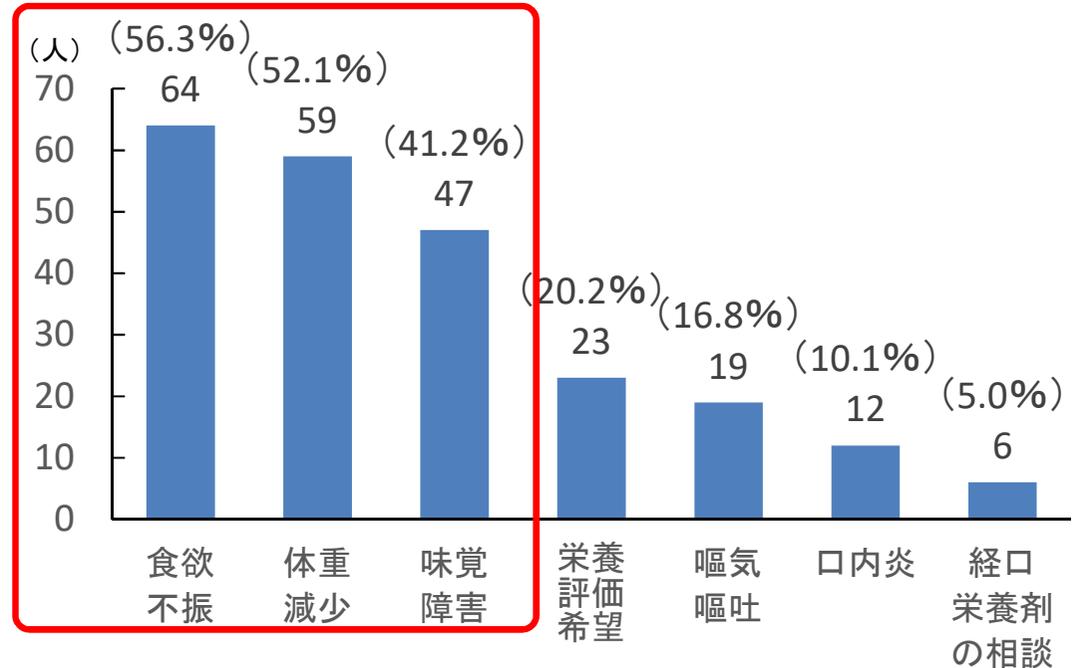


図 外来化学療法患者の栄養に関する主訴（複数回答）

【対象・方法】

外来化学療法を実施しており、栄養外来を受診した114名の患者（膵臓がん25%、胃がん19%、大腸がん18%、胆道がん10%、乳がん9%、咽頭がん5%、食道がん4%、肺癌4%、リンパ腫2%、その他4%）に対し、受診時の問診により主訴を確認。

専門的な知識を有した管理栄養士による指導効果①

- がん患者に対して、専門的な知識を有した管理栄養士が患者の症状等に合わせた栄養食事指導を実施した場合、体重が維持される。
- 専門的な知識を有した管理栄養士が栄養指導を継続的に行った場合、食事からの必要栄養量の摂取割合が維持される。

【対象・方法】

がんと診断され、入院治療開始時から1年間わたり栄養食事指導を受けた61名を対象とした。

がん病態栄養専門管理栄養士認定資格者が継続して栄養食事指導を行った群(認定指導者群)39名(平均年齢66歳±10歳)と認定資格を有していない管理栄養士が栄養食事指導を実施した群(非認定者指導群)22名(平均年齢63±12歳)に分け、体重や経口の栄養摂取の状況等を比較検討した。

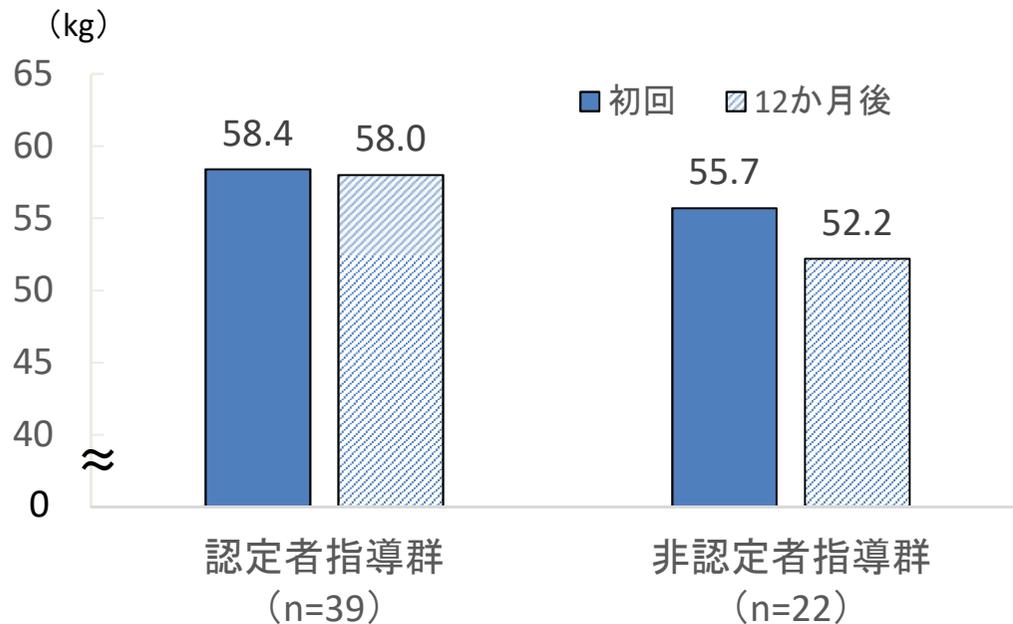


図 栄養食事指導の初回及び12か月後の体重変化

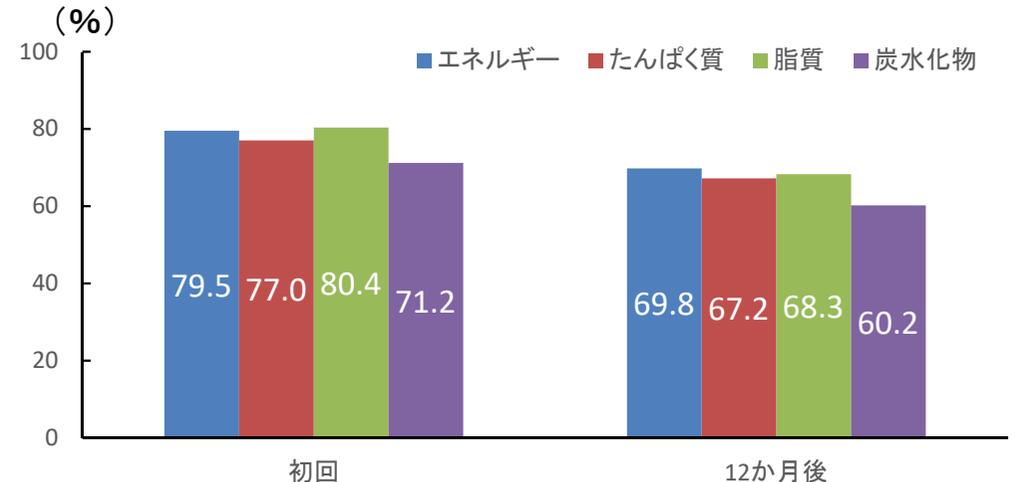


図 認定者指導群の食事からの必要栄養量の摂取割合

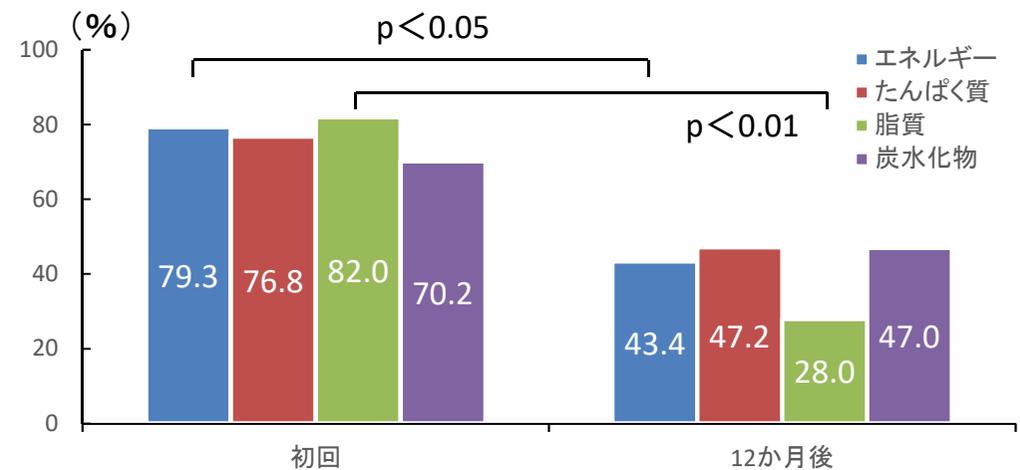


図 非認定者指導群の食事からの必要栄養量の摂取割合

専門的な知識を有した管理栄養士による指導効果②

- 外来化学療法を実施しているがん患者に専門的な知識を有した管理栄養士が患者の症状等に合わせ(短時間を含む)栄養指導を実施した場合、栄養指導を実施していない場合と比較して、体重減少率が有意に低い。
- 外来栄養食事指導料を算定できなかった栄養食事指導の平均時間は、 5 ± 5 分であった。
- 味覚障害出現患者における食事摂取低下の割合が継続群において維持・改善傾向がみられた。

【対象者】 外来化学療法室において抗がん剤治療を実施している消化器疾患患者を対象にがん病態栄養専門管理栄養士が栄養食事指導を継続的に実施した継続群42名と、栄養食事指導を継続しなかった非継続群36名とした。

【方法】 薬剤投与までの間若しくは薬剤投与開始後に、患者の訴え等を加味した栄養食事指導を患者の症状に合わせて実施(外来栄養食事指導料の算定要件の指導時間よりも短い指導を含む)し、体重等を比較検討した。

※外来栄養食事指導料を算定したのは93件であり、平均指導時間は、 30 ± 10 分であり、外来栄養食事指導料を算定できなかった995件の平均指導時間は、 5 ± 5 分であった。

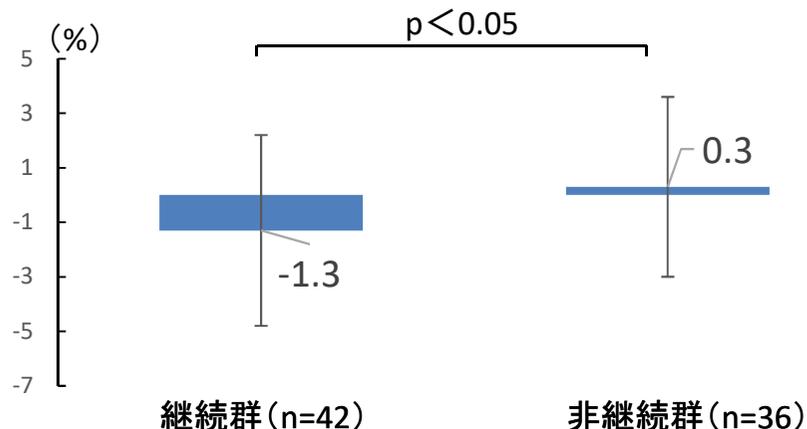


図 継続的な栄養食事指導の有無による体重減少率

【対象・方法】 外来化学療法室において抗がん剤治療を実施している患者のうち、味覚障害を訴えた患者を対象にがん病態栄養専門管理栄養士が栄養食事指導を継続的に実施した継続群111名と、栄養食事指導を継続しなかった非継続群92名として、アンケート調査を実施した。

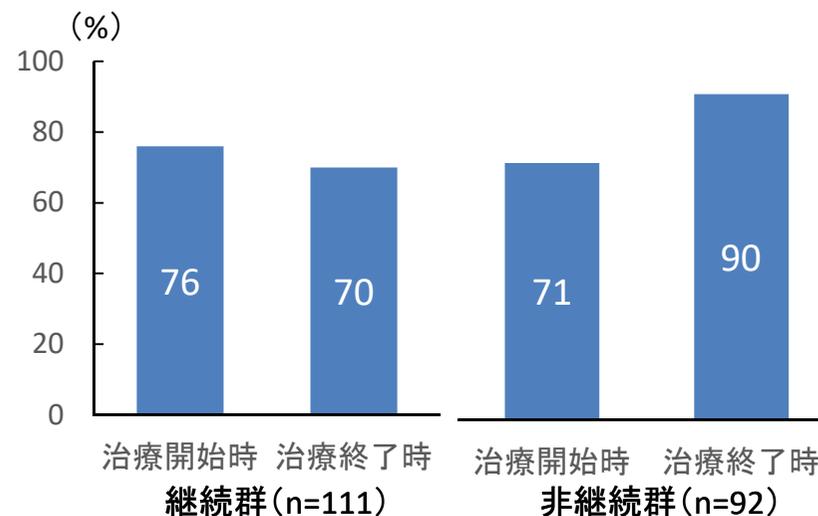


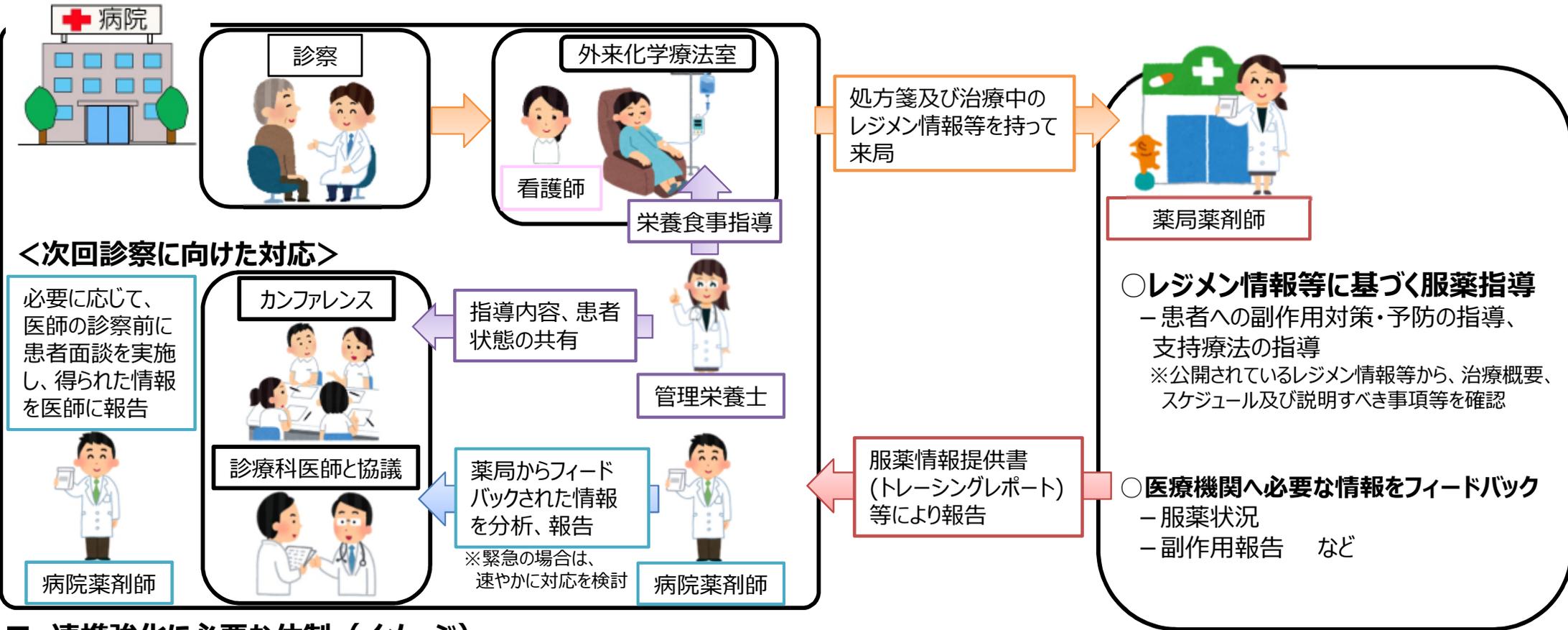
図 味覚障害出現患者における食事摂取低下の割合

外来化学療法の質向上のための総合的な取組（イメージ）

検討項目

- 医療機関と薬局の連携の推進、医療機関の薬剤師の積極的な関与の推進
- 外来化学療法を受けている患者の状態に配慮した、管理栄養士の積極的な関与の推進

■ 連携強化した対応（イメージ）



■ 連携強化に必要な体制（イメージ）

医療機関	○ 地域の薬局との連携体制の整備
	<ul style="list-style-type: none"> ➢ レジメン情報等の共有 ➢ 定期的なレジメン等の説明会、勉強会等の実施 ➢ がん化学療法に対する薬局との連絡窓口の設置
	○ 薬局から得られた情報を分析・整理し、診療に活用することができる体制の整備

薬局	○ 医療機関との連携体制の整備
	<ul style="list-style-type: none"> ➢ レジメン等の理解のための説明会、勉強会等への参加
	○ 患者から得られた情報を分析・整理し、医療機関にフィードバックすることができる体制の整備

外来化学療法に係る現状・課題と論点

【現状・課題】

(外来化学療法の現状)

- 外来化学療法加算1の届出医療機関数及び算定回数は増加傾向にあり、一方で、外来化学療法加算2の届出医療機関数及び算定回数は横ばい～微減。年齢階級別の外来化学療法加算Aの算定回数は、70-79歳が最も多いが、40-59歳についても一定程度算定されている。
- 近年の主ながん種の平均在院日数は短くなりつつある一方、外来患者数が増えており、通院しながら治療を受ける患者が増えている。それとともに、治療の副作用や症状等をコントロールしつつ、通院で治療を受けながら仕事を続けている場合が増えてきている。
- がん患者指導管理料の算定に当たっては、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行うことなどを求めている。

(外来化学療法時の医療機関と薬局の薬剤師の連携)

- 薬局とレジメンを共有していると回答した病院は約5%。レジメンの共有方法として、病院と薬局との連携による勉強会と回答した割合が60%で最も多かった。
- 薬局との連携のために、レジメン情報等をホームページで公開し、患者に対しては、がん化学療法に関する情報をお薬手帳に記載している施設がある。薬局から医療機関へのフィードバックとしては、副作用報告・支持療法薬の提案の割合が多かった。

(がん外来化学療法患者の栄養状態等について)

- 外来化学療法を実施している患者のうち、栄養介入が必要な患者の割合は、約2～4割であった。
- 外来化学療法を実施している患者の栄養に関する主訴として、約半数の患者が食欲不振、体重減少、味覚障害であった。
- 専門的な知識を有した管理栄養士が栄養指導を継続的に行った場合、体重が維持され、食事からの必要栄養量の摂取割合も維持され、味覚障害出現患者における食事摂取低下の割合が少ないという報告がある
- 外来栄養食事指導料を算定できなかった栄養食事指導の平均時間は、5±5分であるという報告がある。

外来化学療法に係る現状・課題と論点

【論点】

- がん患者指導管理料について、患者の治療方針の選択に資する取組を推進する観点から、外来での化学療法の実施が可能な患者に対しては、外来での化学療法について説明することを求めることを検討してはどうか。
- 外来化学療法を実施する医療機関と薬局との連携を強化し、より質の高い医療を提供する観点から、外来化学療法の施設基準の見直しを検討してはどうか。
- 医療機関から共有されたレジメン等を用いた薬局における服薬指導や、薬局から医療機関への服薬状況等のフィードバック等を行うことの評価の在り方を検討してはどうか。
- 外来化学療法を実施しているがん患者に対する専門的な知識を有した管理栄養士の栄養指導の効果を踏まえ、評価のあり方をどのように考えるか。

入院医療（その2）

入院医療（その2）

1. 療養病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 医療区分
- その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組）

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール

1. 療養病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 医療区分
- その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組）

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置1 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)	経過措置2 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員※	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上	30対1以上
看護補助者※	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上	
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上		
データ提出	200床以上の病院は必須			
点数	医療区分1 800点～ 967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点	医療区分1 735点～ 902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	療養病棟入院料2の 90/100を算定	療養病棟入院料2の 80/100を算定

(参考)療養病棟入院基本料の包括範囲について

検査、病理診断	すべて包括
入院基本料等加算	<p>下記に限り算定可能。</p> <p>地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算(50対1、75対1、100対1に限る)、乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、HIV感染者療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、療養病棟療養環境改善加算、重症皮膚潰瘍管理加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、総合評価加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算(1の口及び2の口に限る)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算</p>
投薬 注射	<p>下記に限り算定可能。</p> <p>抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている腎性貧血状態の患者に限る)、インターフェロン製剤(B型・C型肝炎に係るものに限る)、抗ウイルス剤(B型・C型肝炎、後天性免疫不全症候群、HIV感染症に係るものに限る)、血友病の治療に係る血液凝固因子及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体</p>
処置	<p>下記以外は算定可能。</p> <p>創傷処置(手術日から14日以外を除く)、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素 TENT、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル処置、導尿、腔洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養、長期療養患者褥瘡等処置</p>
画像診断	単純撮影に係る「写真診断」、「撮影」以外は算定可能
医学管理等、在宅医療、リハビリテーション、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療	すべて算定可能

※一般病棟へ転棟、転院前の3日間は上記にかかわらず、すべて出来高で算定可能。

療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯

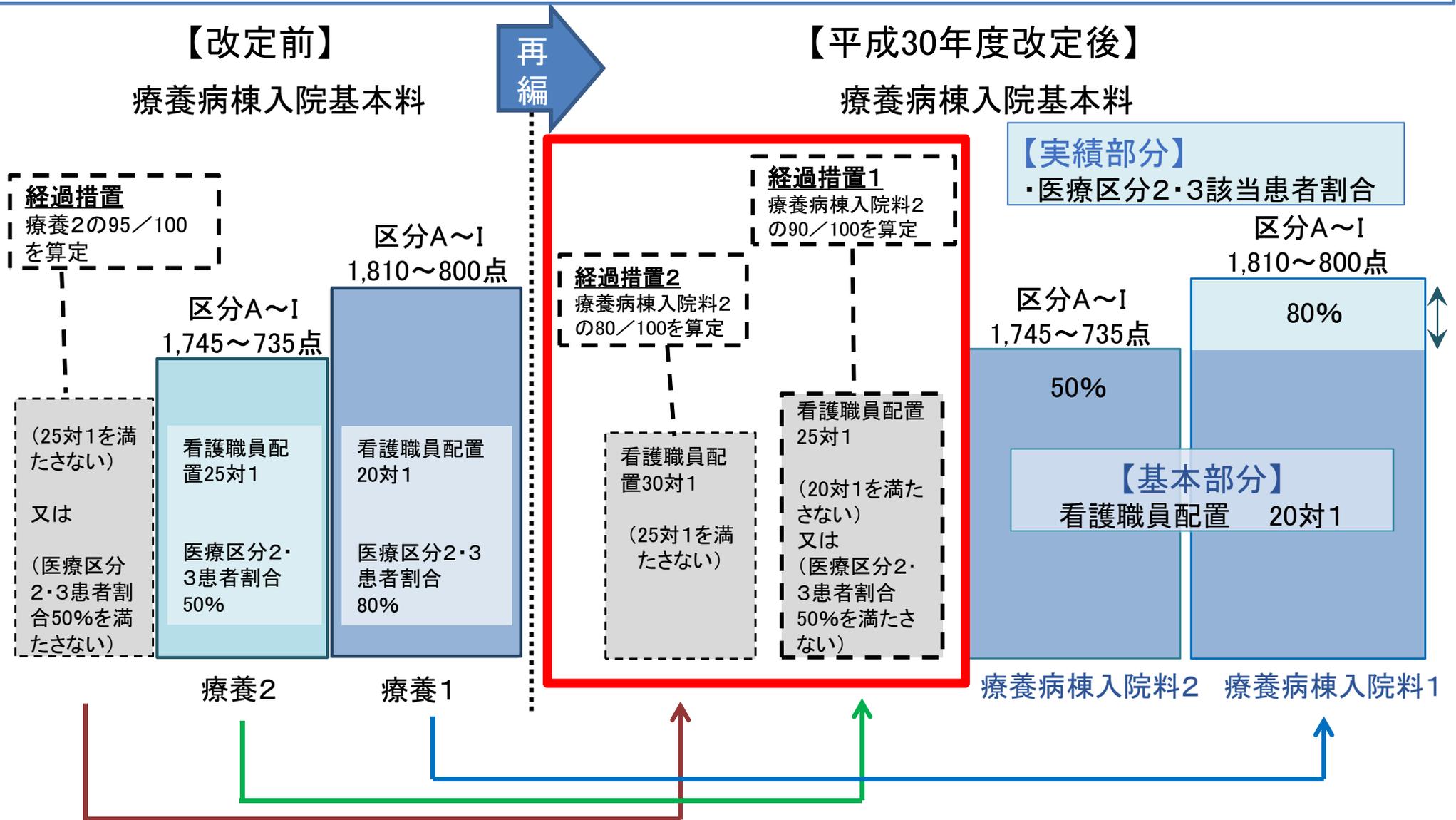
平成12年	<ul style="list-style-type: none"> ・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価のみとした。 療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点 療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点
平成14年	<ul style="list-style-type: none"> ・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。 療養病棟入院基本料1～3 1,209点～1,098点、療養病棟入院基本料4～7 1,204点～1,041点 ・療養病棟入院基本料3(看護配置25:1、看護補助配置30:1)と療養病床入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1)については、平成15年3月31日で廃止となった。
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> ・平成18年7月から、これまでの区分を見直し、医療区分・ADL区分に応じて5段階で評価。 療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,740点～764点
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> ・医療経済実態調査の結果等を踏まえ引き下げを実施。療養病棟入院基本料A～E 1,709点～750点 ※ただし、医療区分1かつADL区分3の場合については885点で据え置き
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> ・看護配置、医療区分2・3患者の割合によって入院基本料を2種類に分割。 ・医療区分とADL区分に応じた評価を5段階から9段階へ拡充。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,758点～785点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 基本料A～I 1,695点～722点
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を包括化に伴い、評価を引き上げ。 療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点、療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ・消費税の増税に伴う評価の見直し。 療養病棟入院基本料1 1,810点～814点、療養病棟入院基本料2 1,745点～750点
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料2についても、医療区分に関する要件を追加。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～814点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～750点
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ・20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化。 療養病棟入院料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～814点 療養病棟入院料2(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～750点

※平成12、14、16年の点数は、社会保険の場合の診療報酬点数。平成30年の点数は改定時の診療報酬点数。

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

平成30年度診療報酬改定

- 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。



上記の対応関係にある病棟については、平成30年9月30日までの間は、施設基準を満たしているものとみなす。

- ① 医療療養病床にかかる医療法上の人員配置標準の経過措置は、以下のとおりとしてはどうか。
 - ・ 病院については、**基本的には終了するものの、**転換に必要な準備期間を考慮し、**転換が完了するまでの最大6年間（平成35年度（2023年度）末まで）延長**する。
 - ・ 診療所については、地域で果たす役割に鑑み、**6年間延長**する。
- ② 先般の介護保険法等の一部改正法により、現在存在する介護療養病床については、6年間転換期限が延長されたことを踏まえ、介護療養病床にかかる医療法上の人員配置標準の経過措置も同様に**6年間延長**することとしてはどうか。

【6年の考え方】

- ・ 療養病床の転換に当たっては、報酬改定が経営へ与える影響や、医療計画・介護保険事業計画との関係も考慮する必要があることから、次回の診療報酬・介護報酬の同時改定かつ、両計画改定を行うタイミングで再度検討等を行うことが適当。
- ③ 従来からの経過措置の延長という性格に鑑み、平成30年度からの上記経過措置の対象は、平成24年の所定期日までに届出を行っていた医療機関に限るものとしてはどうか。（新たな医療機関が上記経過措置の対象となることは認めない。）
 - ④ 地域医療構想の着実な実施を図るために、以下の措置を併せて講じることとしてはどうか。
 - ・ まずは、第8期介護保険事業計画期間の開始（平成33年度）をひとつの目処として、地域医療介護総合確保基金等を活用した転換支援を行う。
 - ・ 遅くとも平成32年度末までに、地域医療構想調整会議において、各構想区域における療養病床の転換について協議を行うこととし、地域医療構想の方向性との整合を図る。

療養病棟入院基本料に関する論点(案)

中医協 総-2
29.12.8

【論点(案)】

(療養病棟入院基本料の評価体系)

- 療養病棟入院基本料について、入院医療の評価体系の見直しの方針を踏まえ、基本部分と医療区分2・3患者割合(診療実績)に応じた段階的な評価とを組み合わせた評価体系に見直してはどうか。
- 現行の療養病棟入院基本料2については、医療法施行規則の療養病床の看護配置に係る経過措置が、転換に係る期間を考慮し最大6年間延長されるとの方針を踏まえ、平成30年度改定では、まずは2年間の経過措置としてはどうか。
また、療養病棟入院基本料2に係る現行の経過措置(95/100)については、来年4月から介護医療院が創設されることを踏まえ、2年間延長してはどうか。
- 新たな入院料における医療区分2・3患者割合の基準値については、届出変更に係る取り扱いの変更も踏まえつつ、現行の基準値を参考としてはどうか。

(医療区分)

- 医療区分3のうち、「医師及び看護師による常時監視・管理」のみに該当する患者の医学的な状態等を踏まえ、当該項目のみの場合を医療区分2に、当該項目と医療区分2のいずれかの項目が該当する場合を医療区分3に、見直してはどうか。

(在宅復帰機能強化加算)

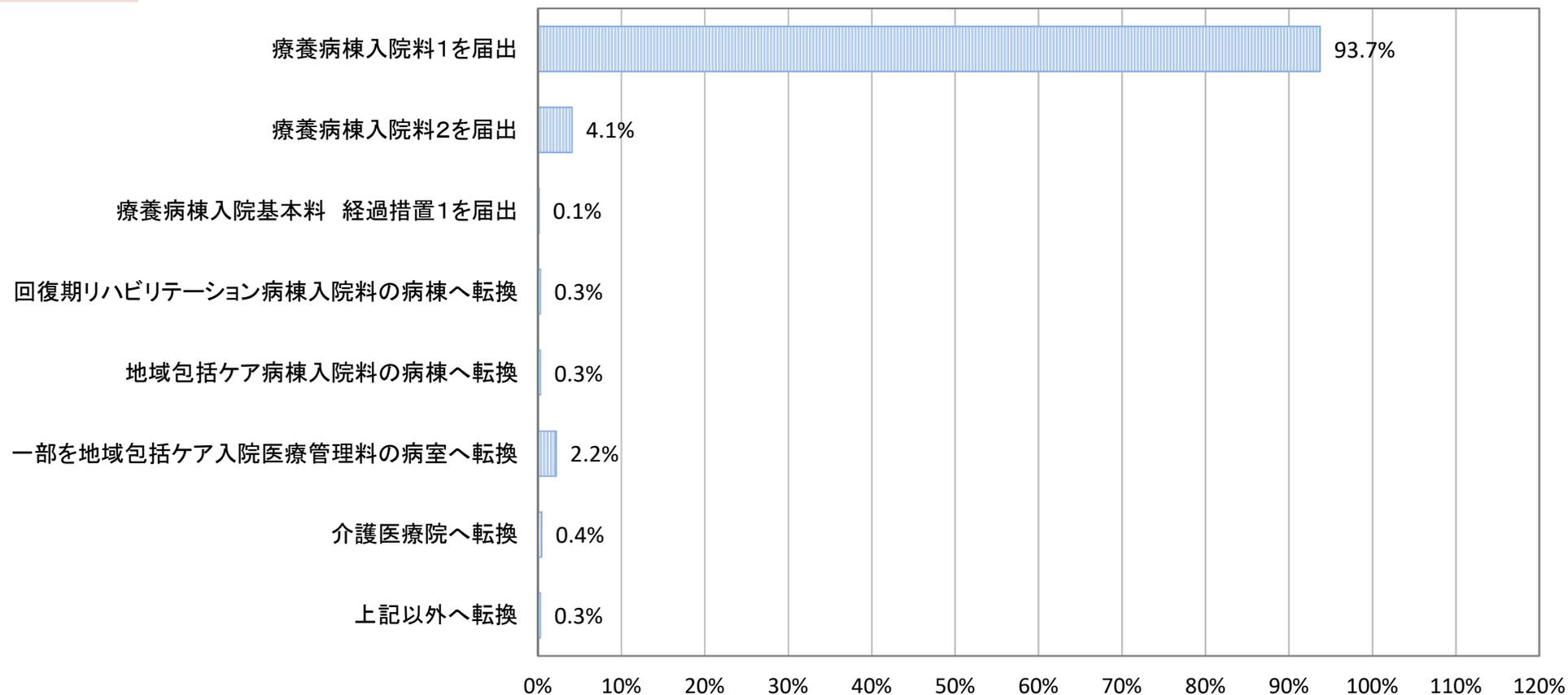
- 在宅復帰機能強化加算の在宅等退院の割合に関する実績を踏まえ、基準値を引き上げてはどうか。

○ 改定前に療養病棟入院基本料1(20対1)を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況を見ると、療養病棟入院料1を届出している病棟が最も多かった。

2019年度調査

改定前に療養病棟入院基本料1(20対1)を届けていた病棟の 令和元年6月1日時点での当該病棟の状況

(n=685(病棟数))



※改定前に療養病棟(20対1)を届出していた425施設の調査結果

※改定前に療養病棟(20対1)を届出していると回答があった病床数は31,088床であり、改定後の病床数の合計は30,912床であった。

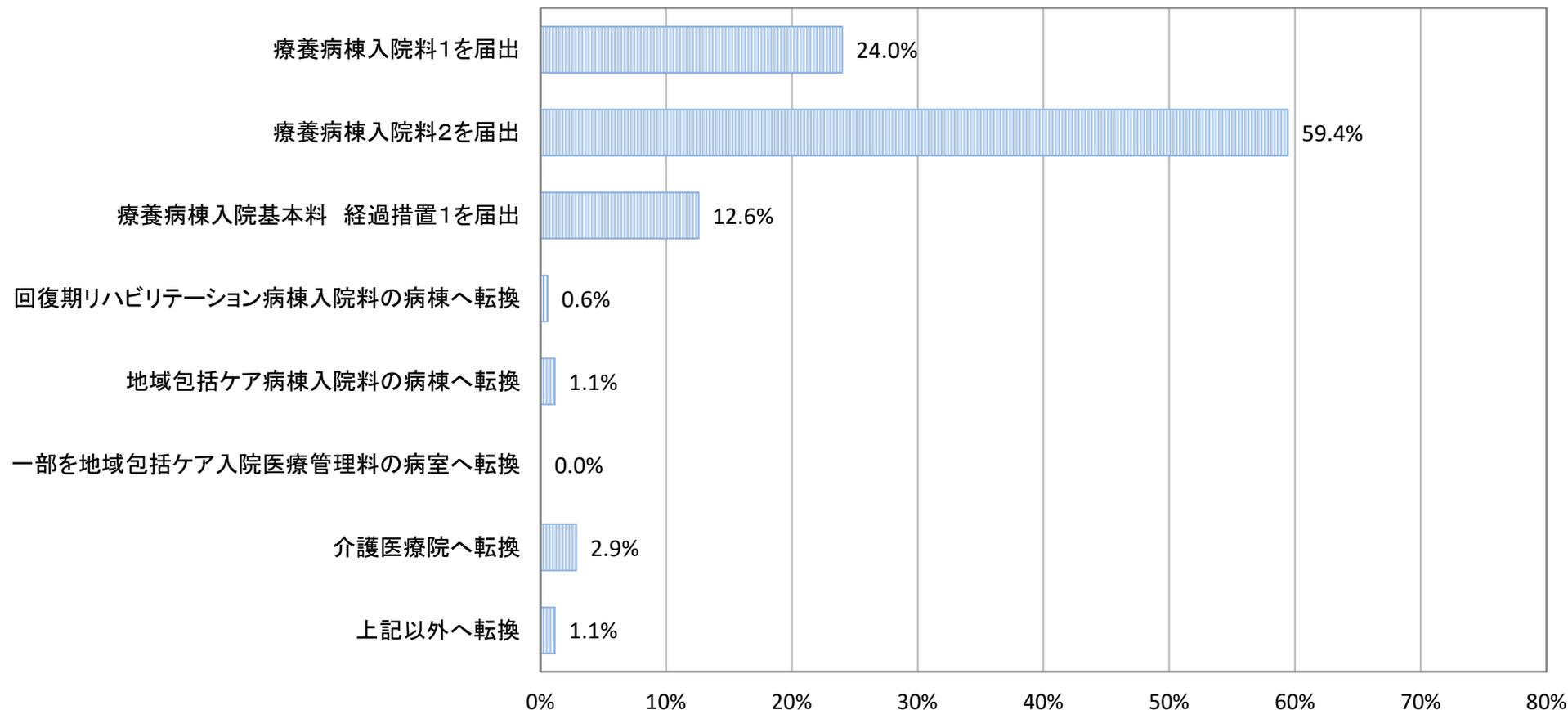
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

- 改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況を見ると、療養病棟入院料2を届出している病棟が最も多かった。
- 次に、療養病棟入院料1、療養病棟入院基本料経過措置1を届出している病棟が多かった。

2019年度調査

改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届けていた病棟の 令和元年6月1日時点での当該病棟の状況

(n=175(病棟数))



※改定前に療養病棟（25対1）を届出していた130施設の調査結果

※改定前に療養病棟（25対1）を届出していると回答があった病床数は7,763床であり、改定後の病床数の合計は7,864床であった。

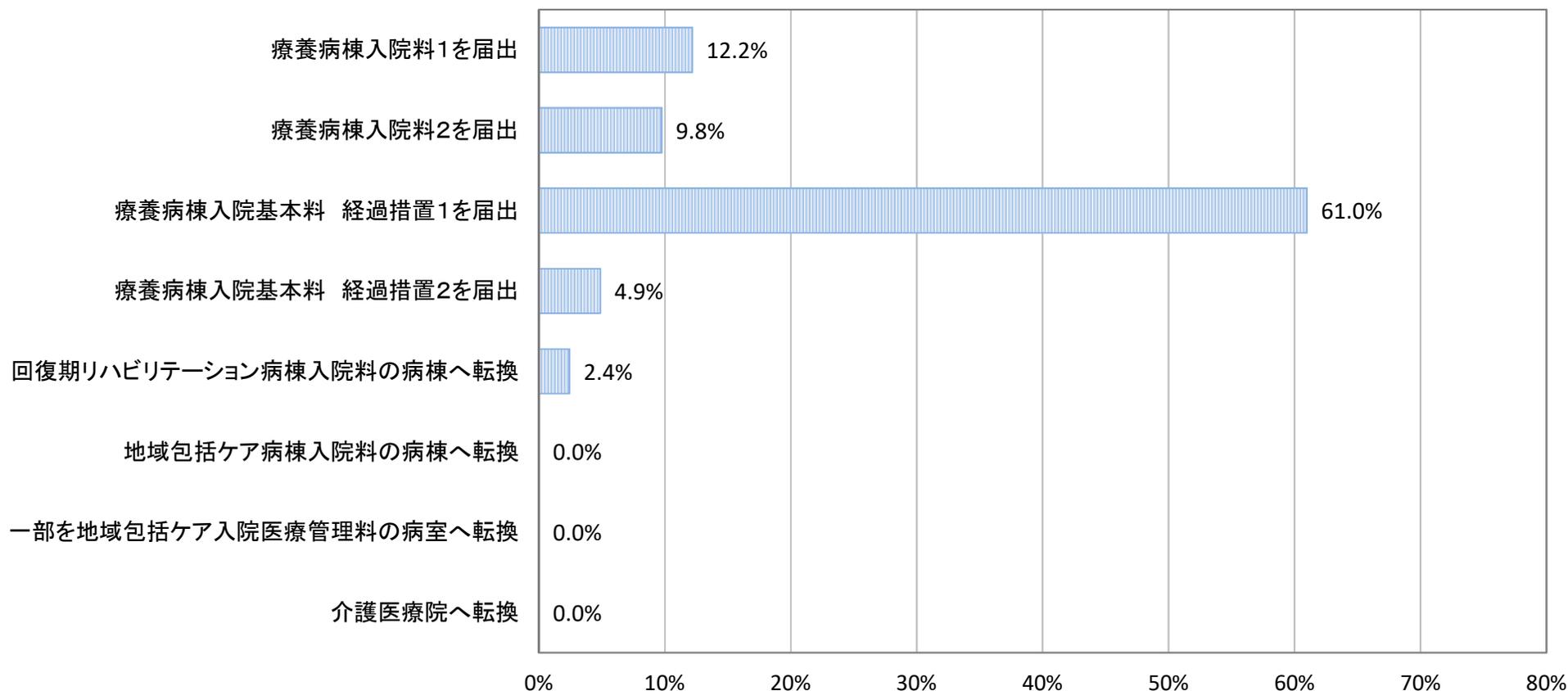
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

- 改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料経過措置1を届出している病棟が最も多かった。
- 次に、療養病棟入院料1を届出している病棟が多かった。

2019年度調査

改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届けていた病棟の 令和元年6月1日時点での当該病棟の状況

(n=41(病棟数))



※改定前に療養病棟（経過措置）を届出していた34施設の調査結果

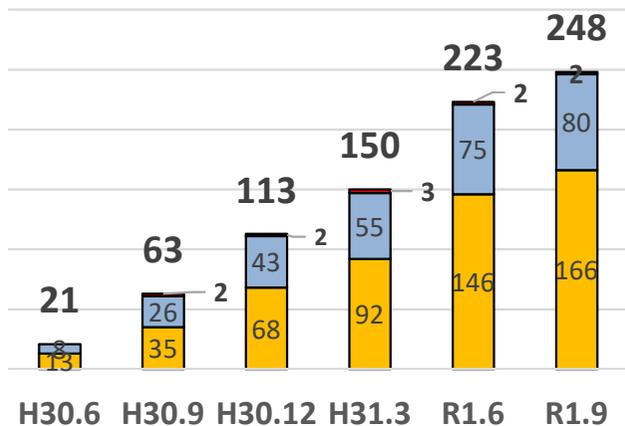
※改定前に療養病棟（経過措置）を届出していると回答があった病床数は1,617床であり、改定後の病床数の合計は1,525床であった。

※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

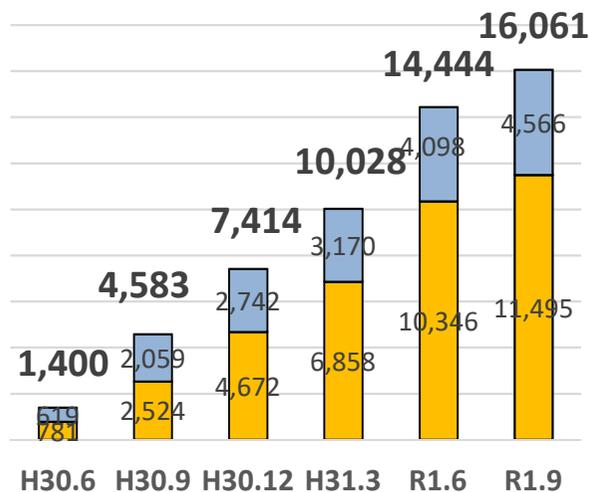
介護医療院等（開設状況）について

○令和元年9月末時点での介護医療院開設数は、248施設・16,061療養床であった。

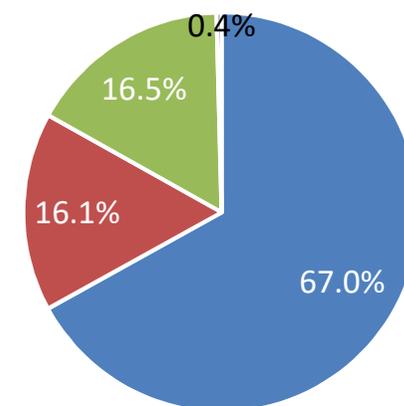
施設数の推移



療養床数の推移



転換元の病床割合 (令和元年9月末時点)

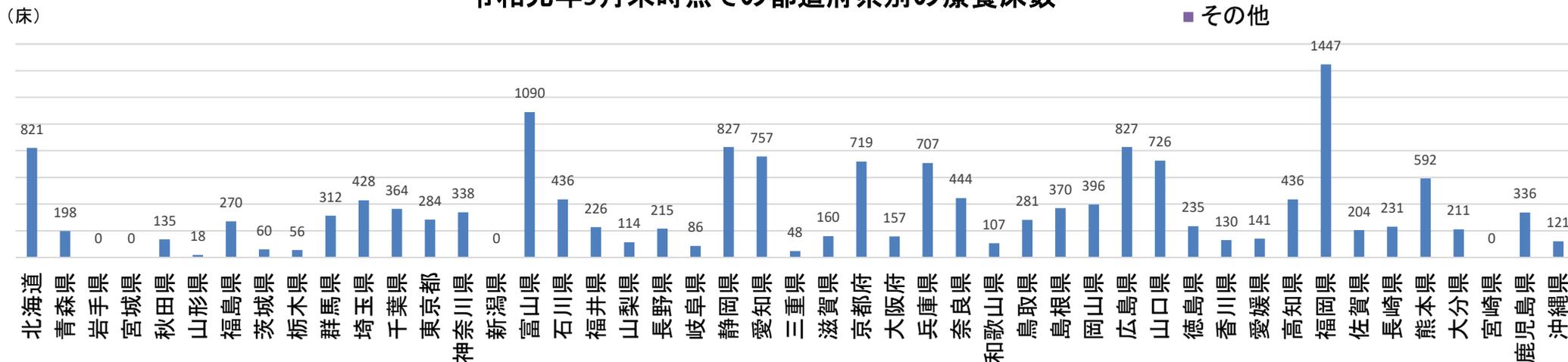


- I型II型混合の施設
- II型のみ施設
- I型のみ施設

- I型療養床
- II型療養床

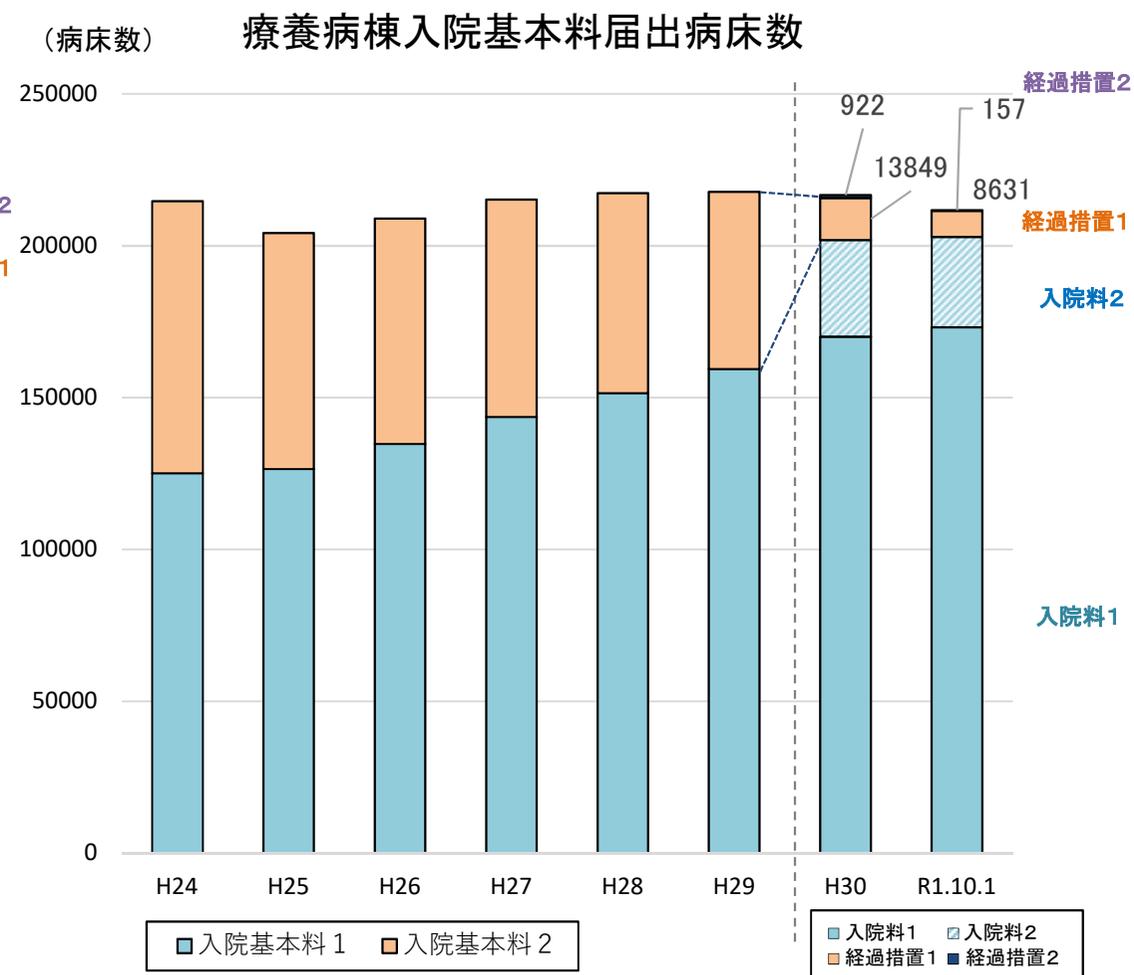
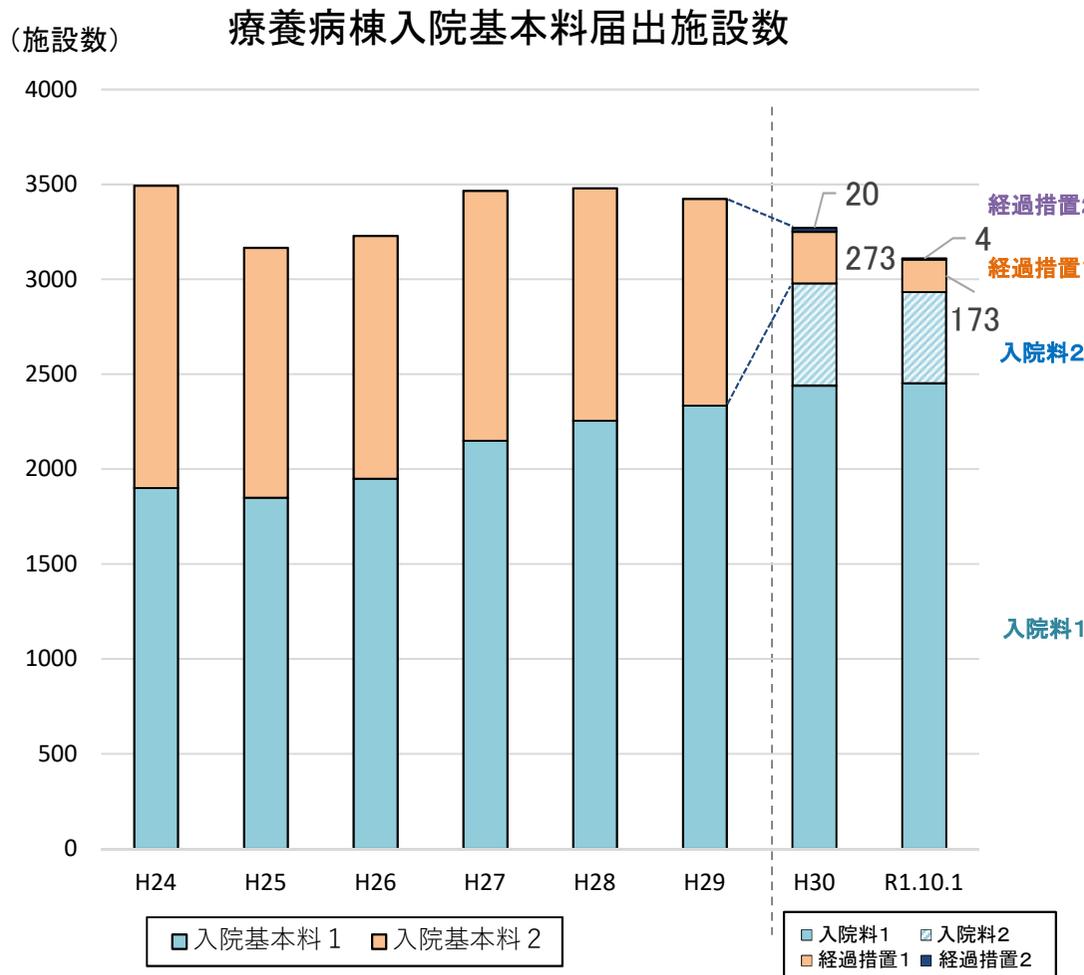
- 介護療養病床
- 介護療養型老人保健施設
- 医療療養病床
- その他

令和元年9月末時点での都道府県別の療養床数



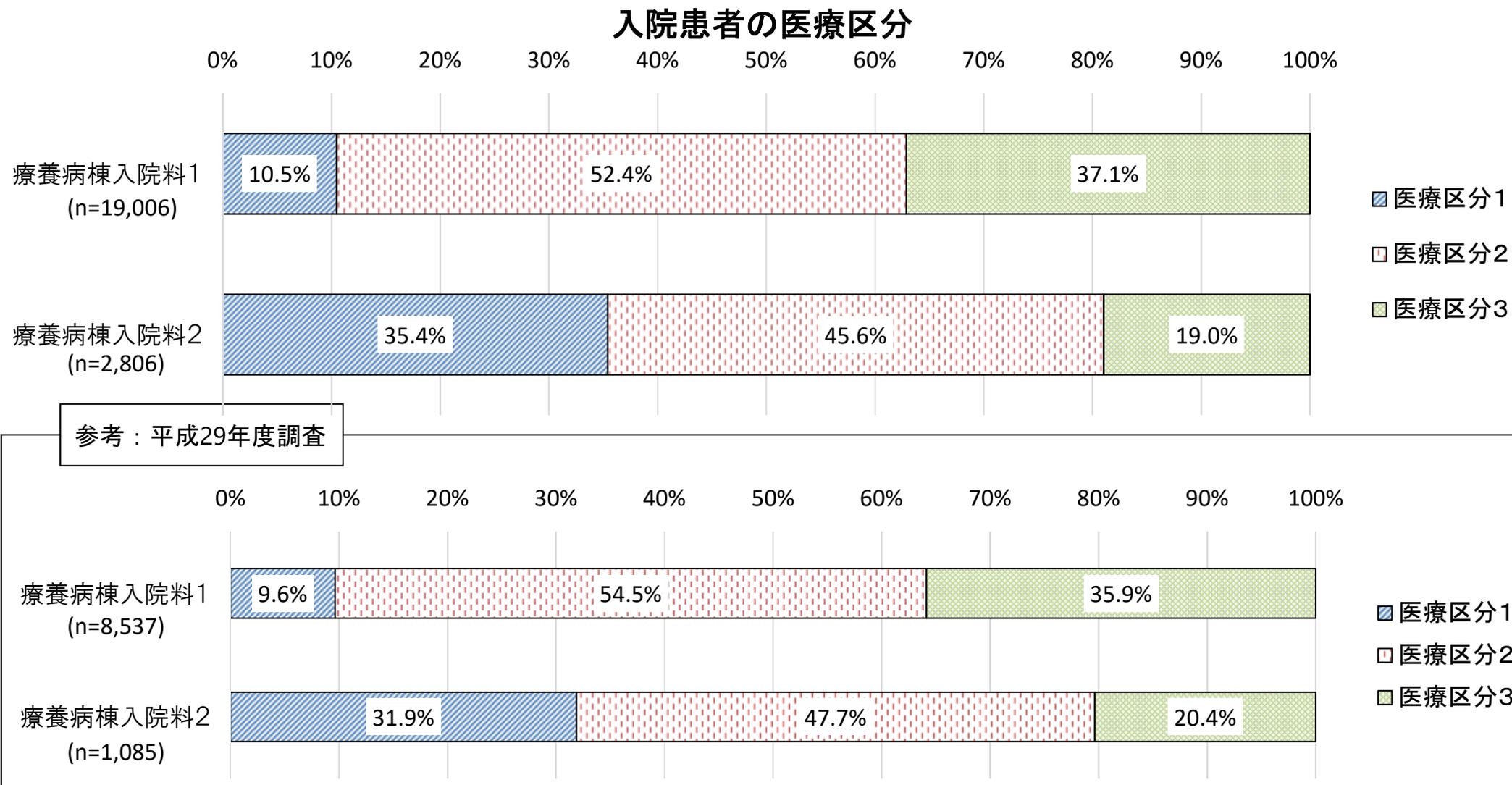
療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

- 療養病棟入院基本料経過措置1（看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満）の届出施設数は令和元年10月1日時点で173施設、8631床であった。
- 療養病棟入院基本料経過措置2（看護職員配置30対1）の届出施設数は令和元年10月1日時点で4施設、157床であった。



出典：保険局医療課調べ（平成24年～平成30年7月1日時点の確定値、令和元年は10月1日時点の速報値）
 ※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

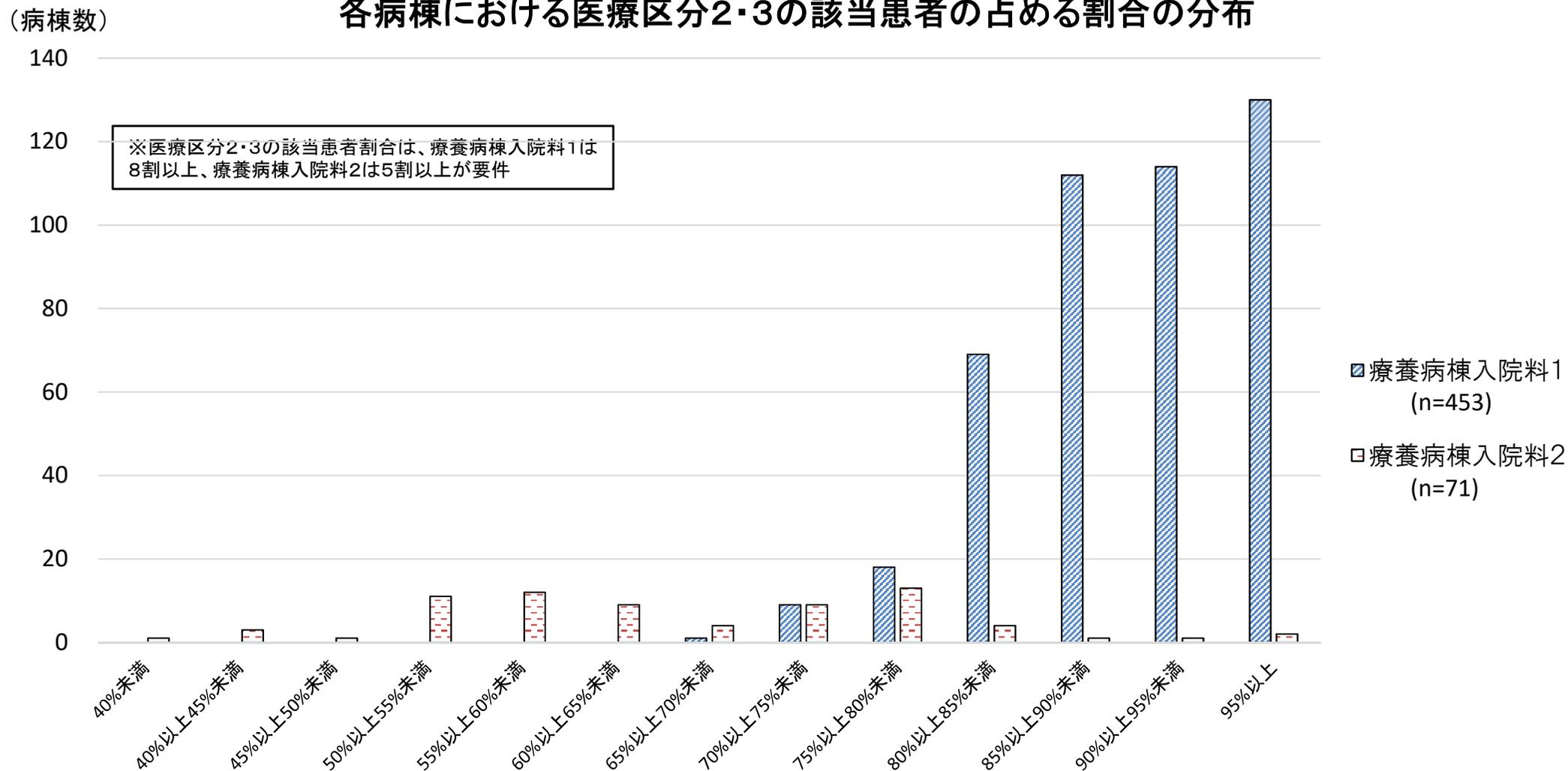
○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体のおよそ9割、療養病棟入院料2では全体のおよそ7割を占めた。



各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布

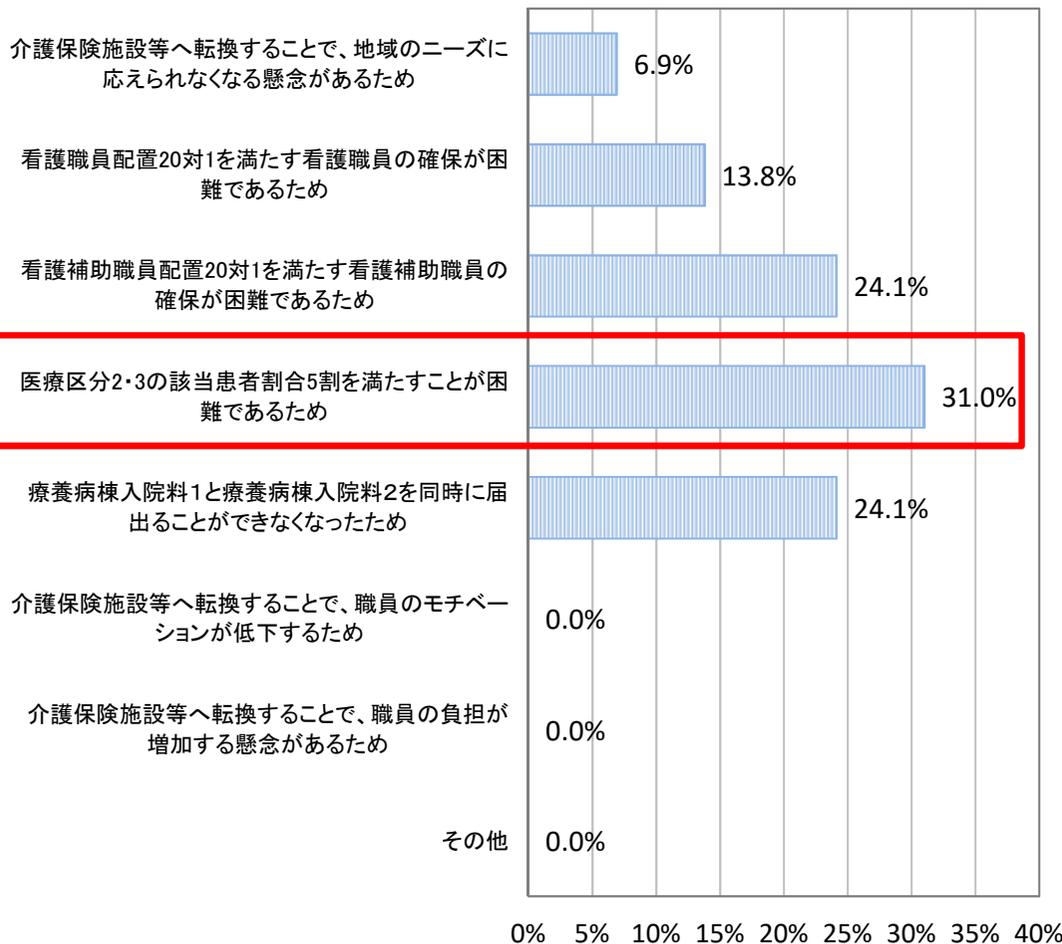
- 療養病棟入院料1を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。
- 療養病棟入院料2を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、50%以上60%未満、70%以上80%未満が多かった。

各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

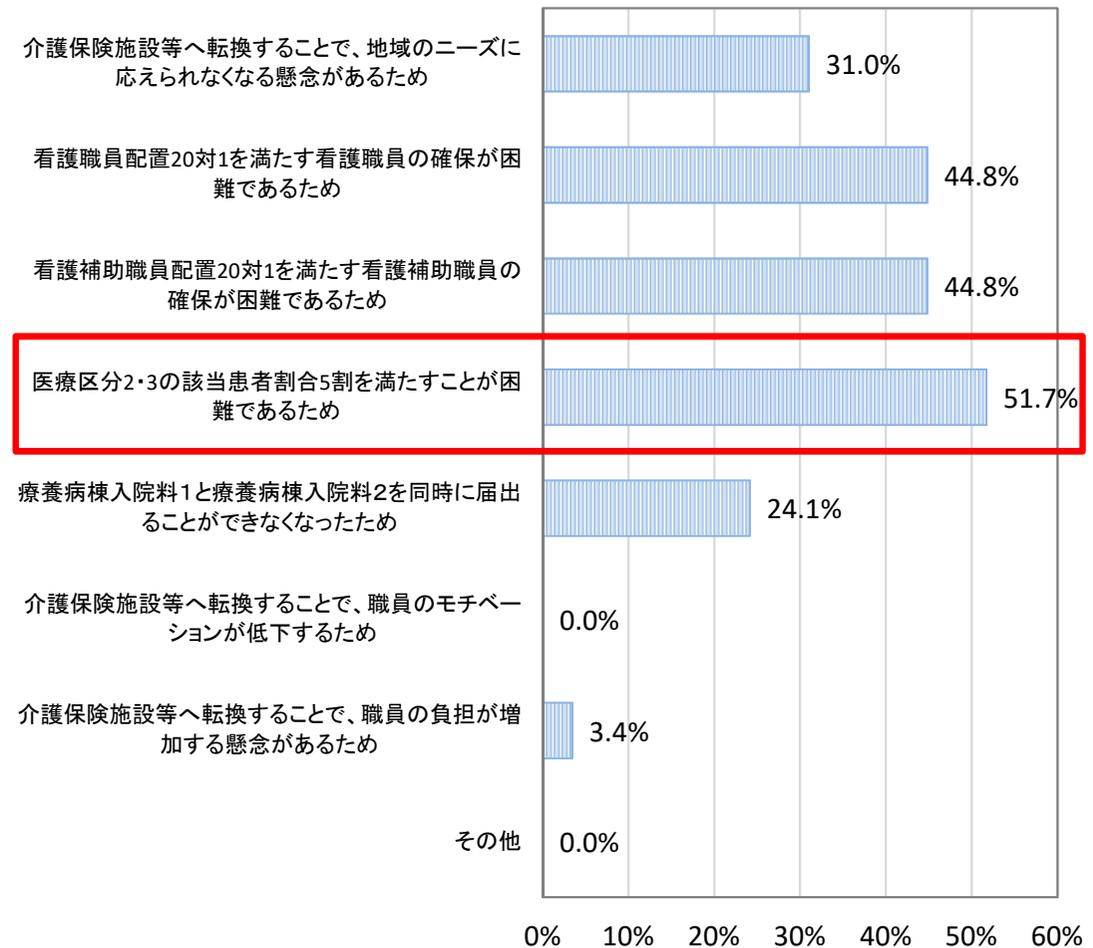


○ 療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「医療区分2・3の該当患者割合5割を満たすことが困難であるため」が最も多かった。

療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由
(最も該当するもの) (n=29(施設数))



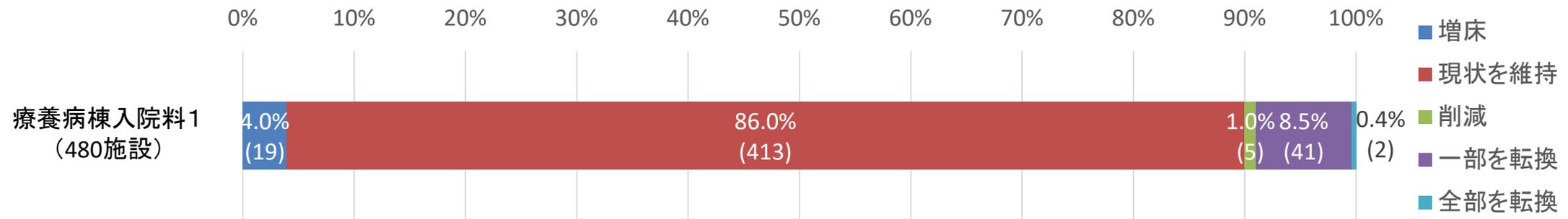
療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由
(複数回答) (n=29(施設数))



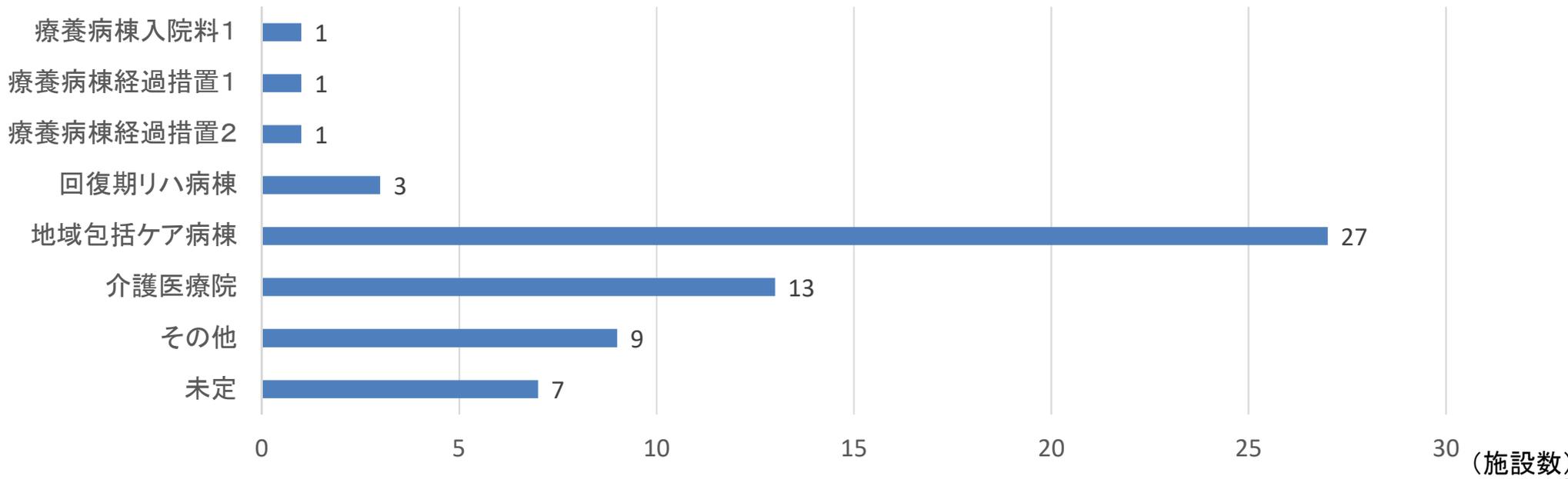
○ 療養病棟入院料1を届出ている病棟のうち、9.5%が他の病棟等への転換の意向があった。
移行先としては、地域包括ケア病棟、介護医療院の順に多かった。

2019年度調査

療養病棟入院料1を届出ている病棟の今後の届出の意向



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)

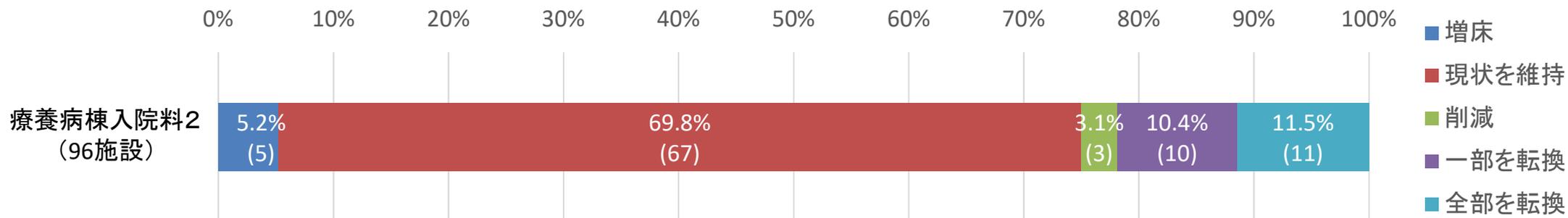


出典: 令和元年度入院医療等の調査(施設票)

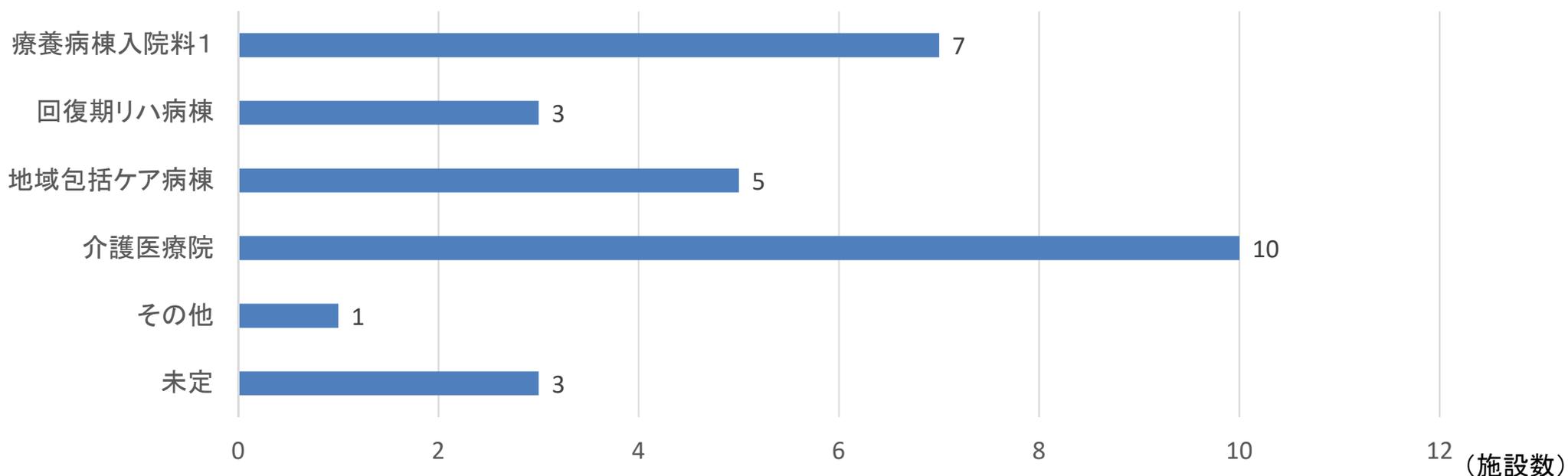
○ 療養病棟入院料2を届出ている病棟のうち、21.9%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、療養病棟入院料1の順に多かった。

2019年度調査

療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向



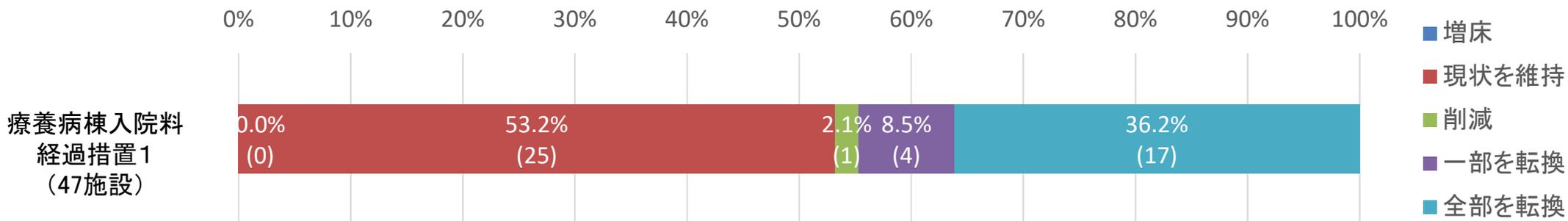
現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



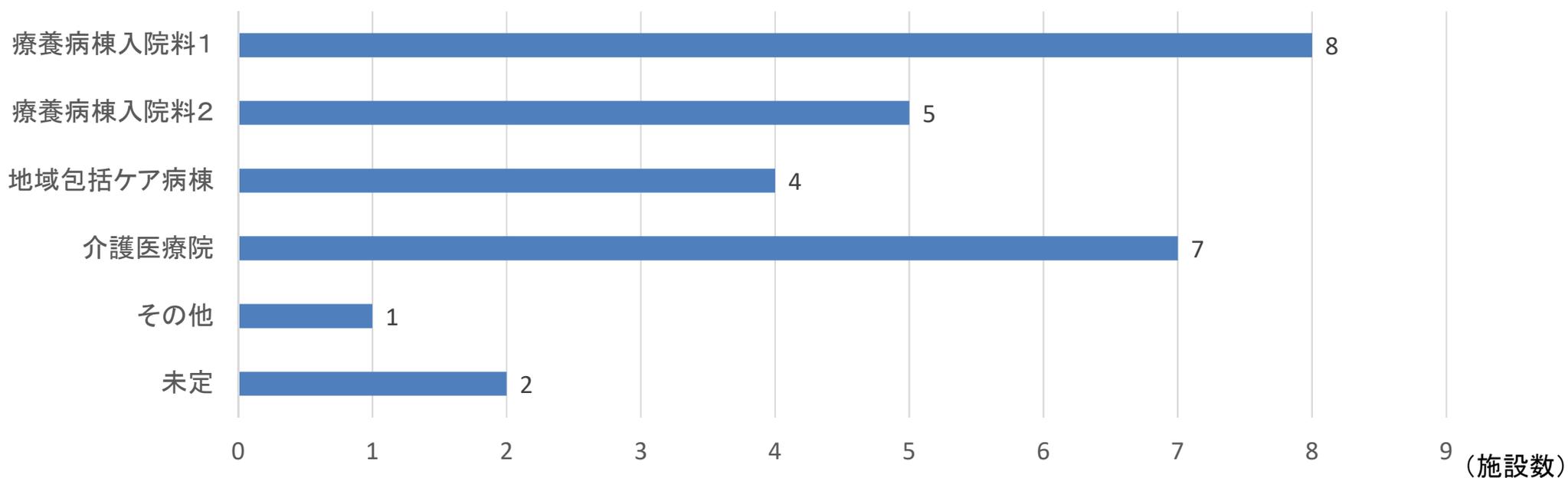
○ 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟のうち、44.7%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、療養病棟入院料1、介護医療院、療養病棟入院料2の順に多かった。

2019年度調査

療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟の今後の届出の意向



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



1. 療養病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況、経過措置
- 医療区分
- その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組）

入院分科会のとりまとめにおける記載事項

（医療区分・ADL区分について）

- ・ これらの結果を踏まえ、療養病棟においては栄養の投与方法として中心静脈栄養に代わる手段がない患者も多く入院していることに留意しつつ、栄養の投与方法を検討するに当たっての患者及びその家族への丁寧な説明や、中心静脈カテーテルを長期に留置する場合の適切な管理を推進する必要があるのではないかという意見があった。

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,813点	1,414点	968点
ADL区分2	1,758点	1,386点	920点
ADL区分1	1,471点	1,232点	815点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,748点	1,349点	903点
ADL区分2	1,694点	1,322点	855点
ADL区分1	1,406点	1,167点	751点

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

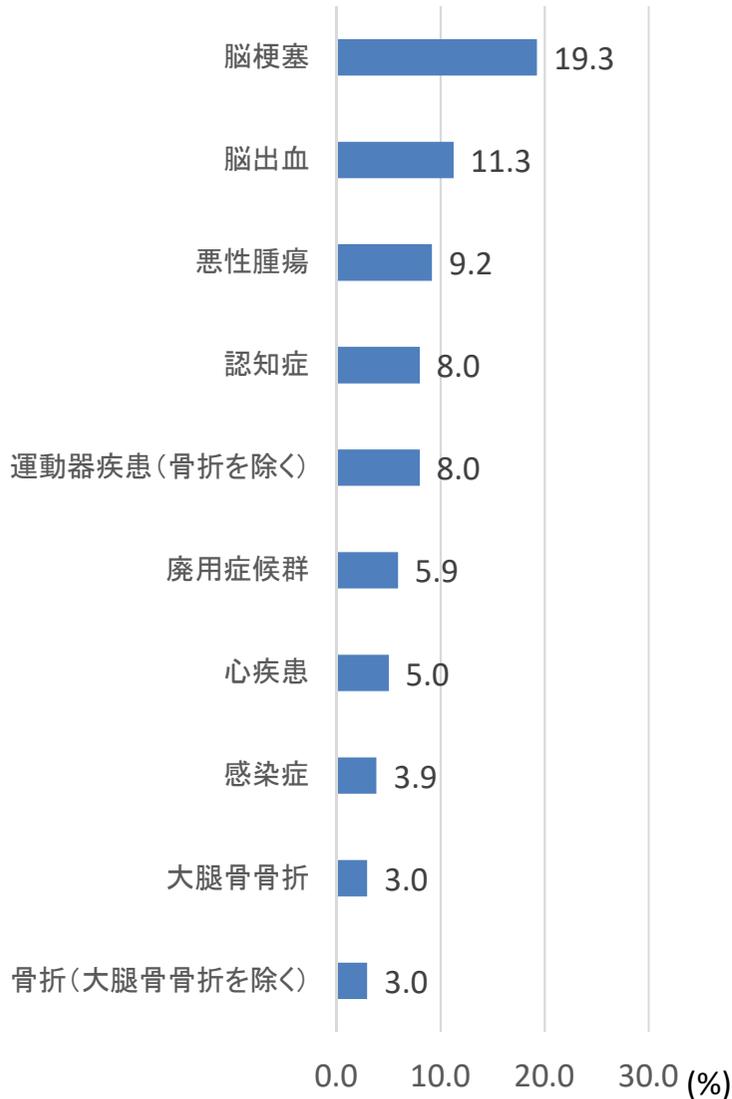
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

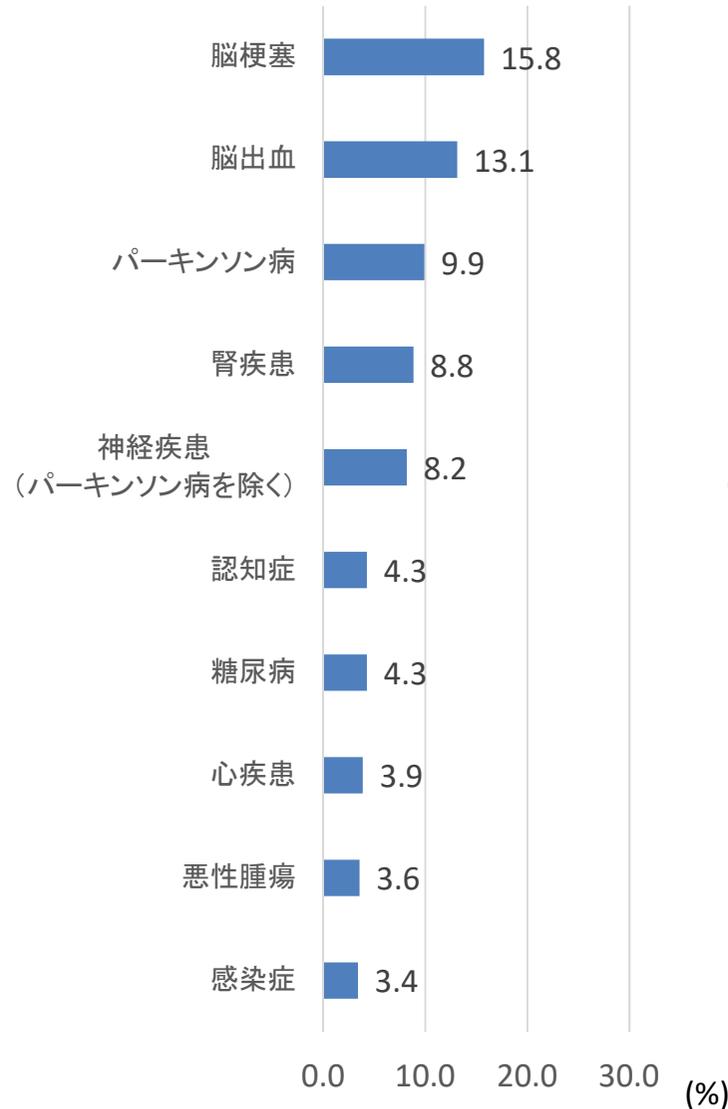
医療区分ごとの主傷病

○ いずれの医療区分においても、脳梗塞及び脳出血が多い。

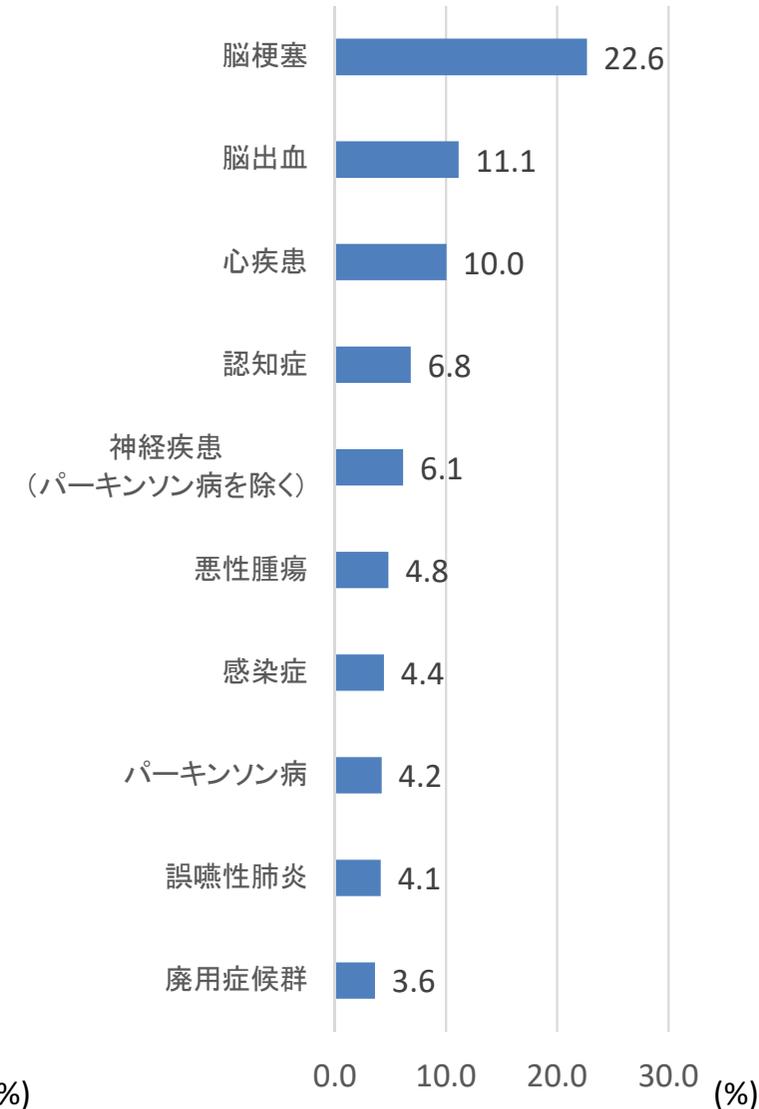
医療区分1 (n=337)



医療区分2 (n=1492)

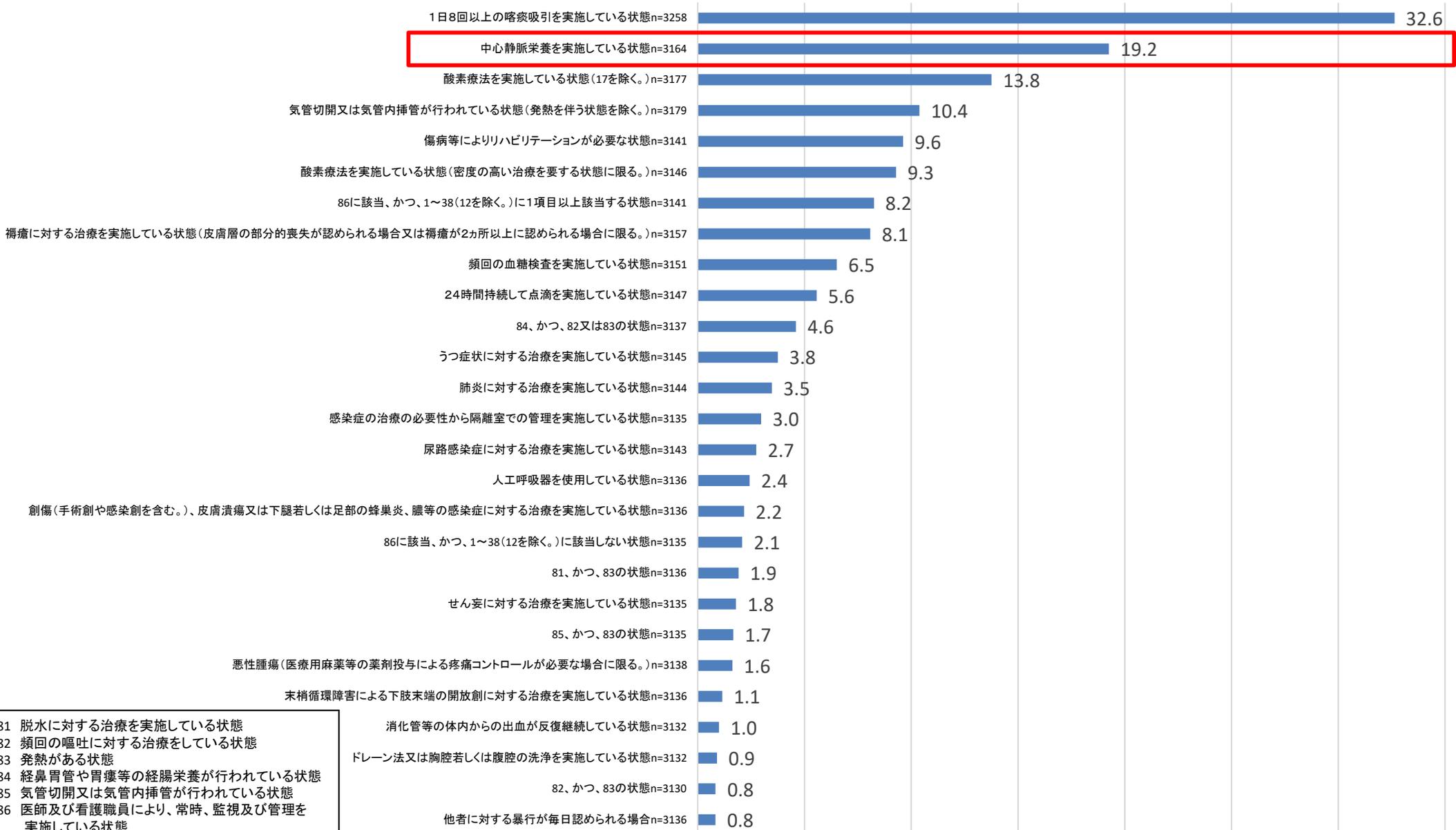


医療区分3 (n=998)



基準日に医療区分の各項目に該当している患者割合

○ 基準日に入院している全患者のうち、基準日に医療区分の各項目に該当している患者割合は以下のとおりであった。



- 81 脱水に対する治療を実施している状態
- 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
- 83 発熱がある状態
- 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
- 86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
- 91 身体抑制を実施している

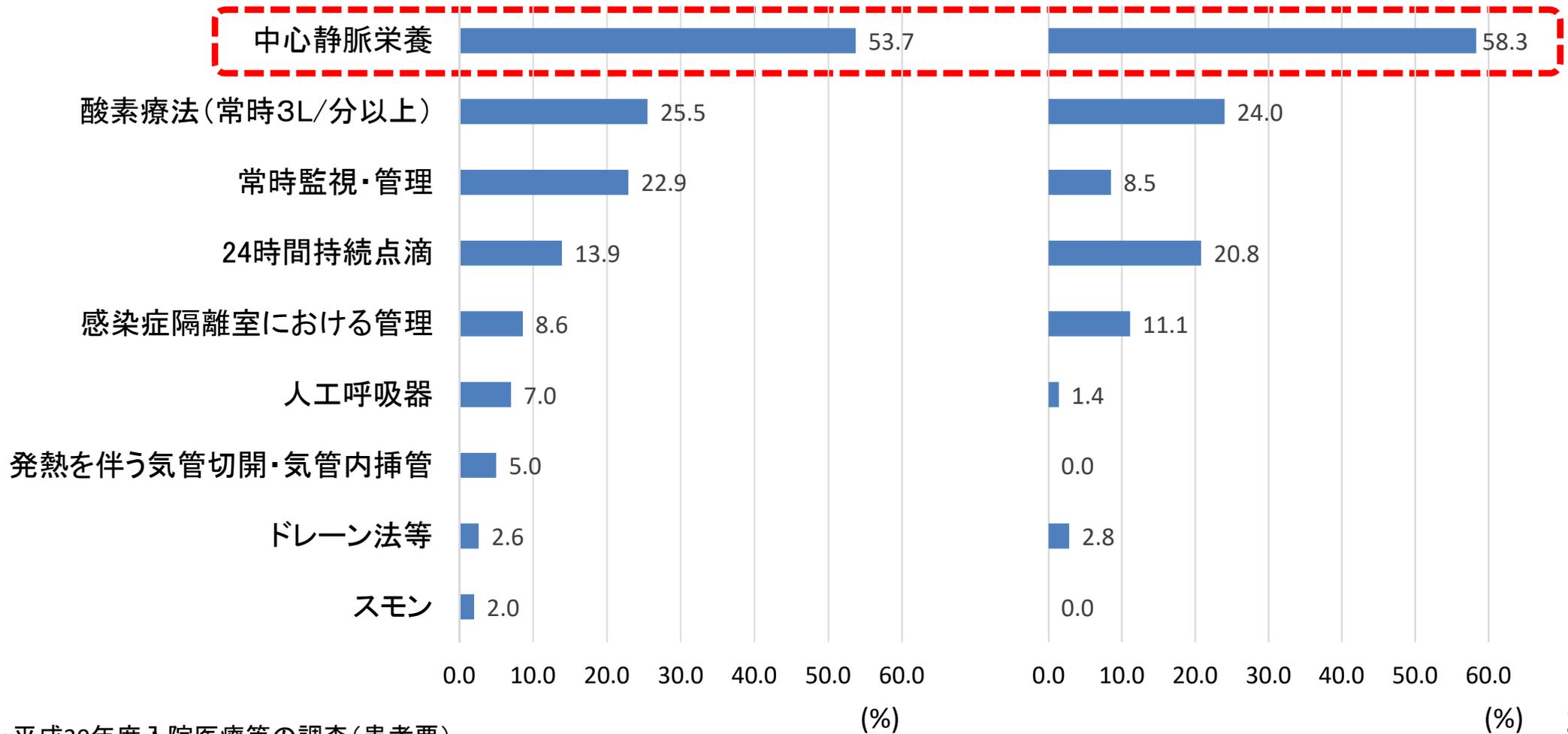
医療区分3の項目別の該当患者割合

○ 医療区分3の患者について、医療区分3の要件である項目の該当割合をみると、療養病棟入院料1・2ともに医療処置として「中心静脈栄養」に該当する患者割合が最も多い。

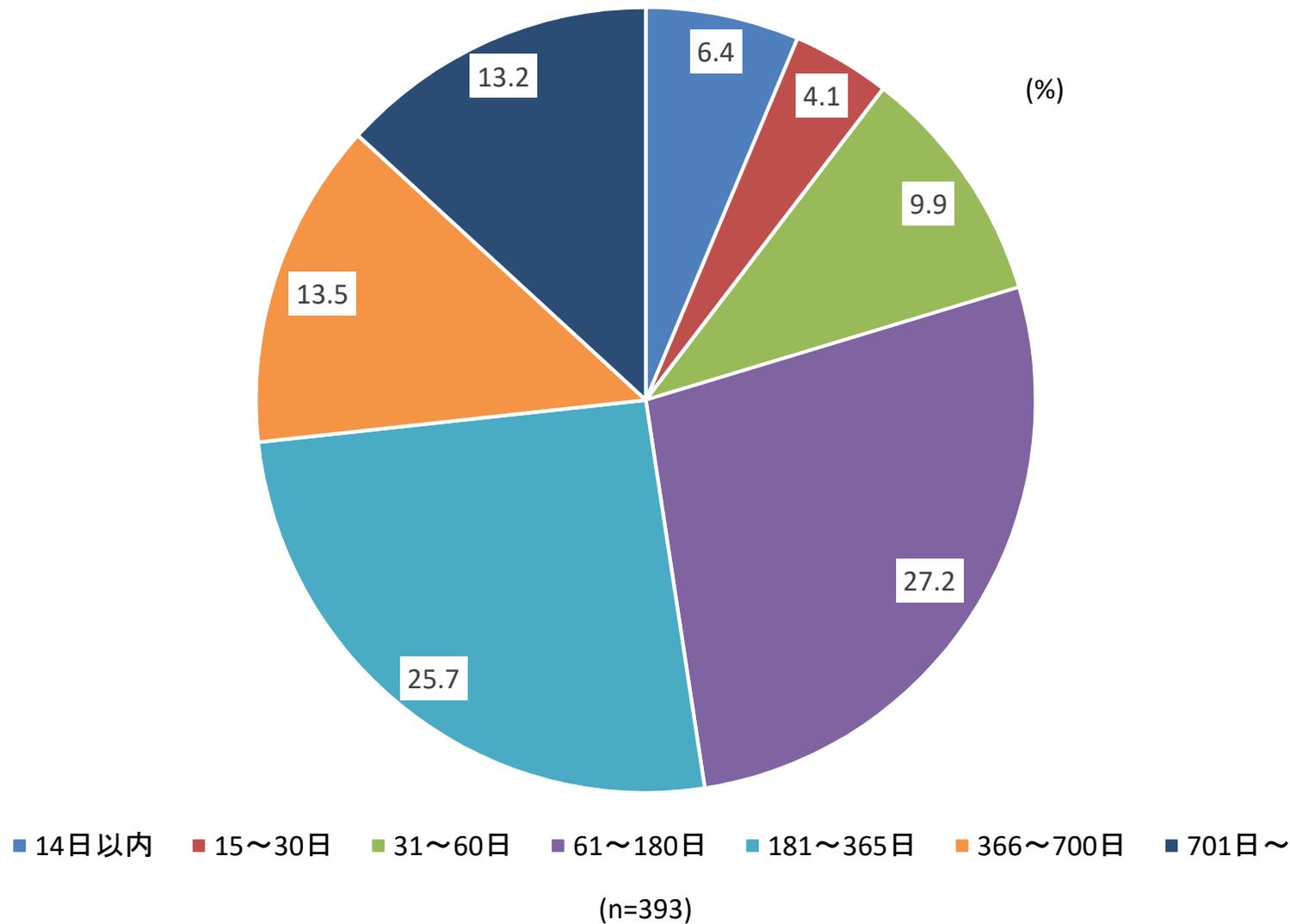
医療区分3該当患者
(n=1113)

療養病棟入院料1 (n=1037)

療養病棟入院料2 (n=76)



○ 入棟時及び調査基準日に中心静脈栄養に該当していた患者の在院期間の分布は以下のとおりであった。

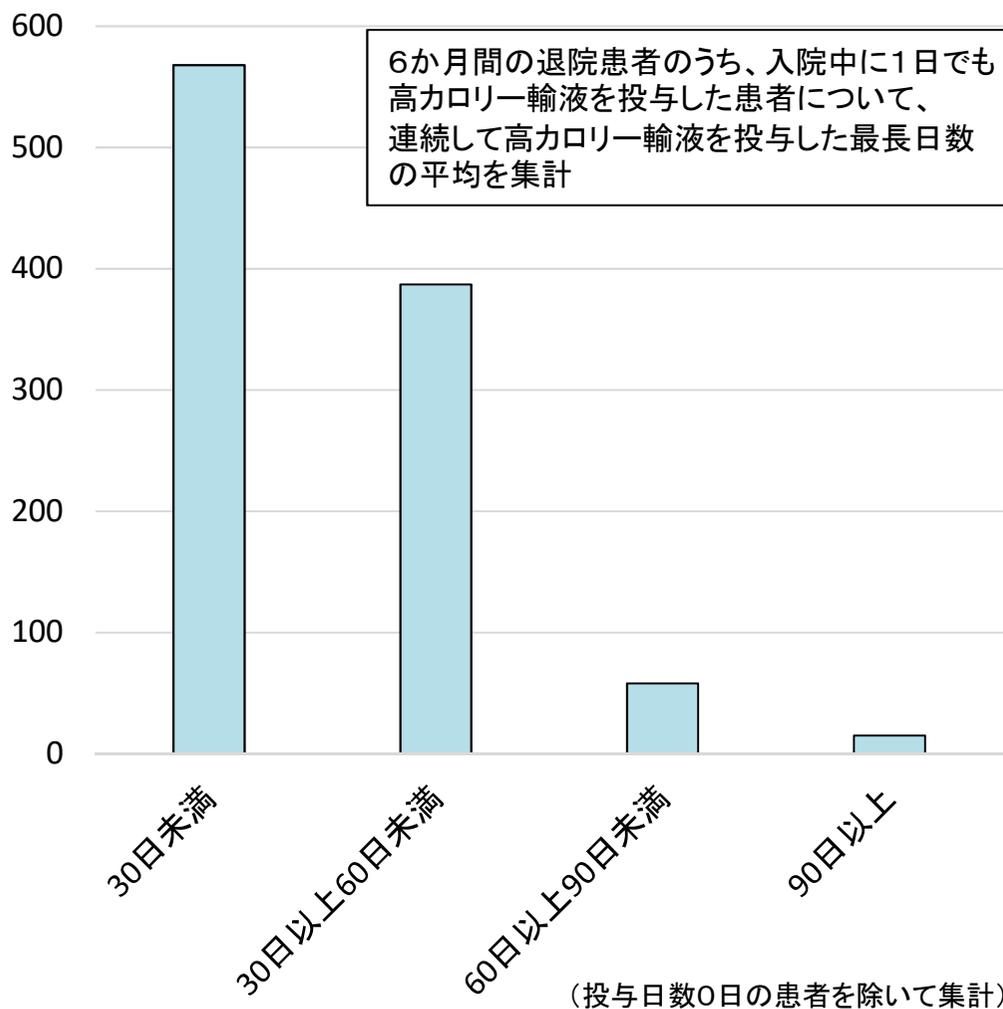


- 療養病棟における高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上 of 医療機関も存在していた。
- 療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、60%以上80%未満の医療機関が最も多かった。

連続して高カロリー輸液を投与した日数の平均

(n = 1028(医療機関))

(医療機関数)

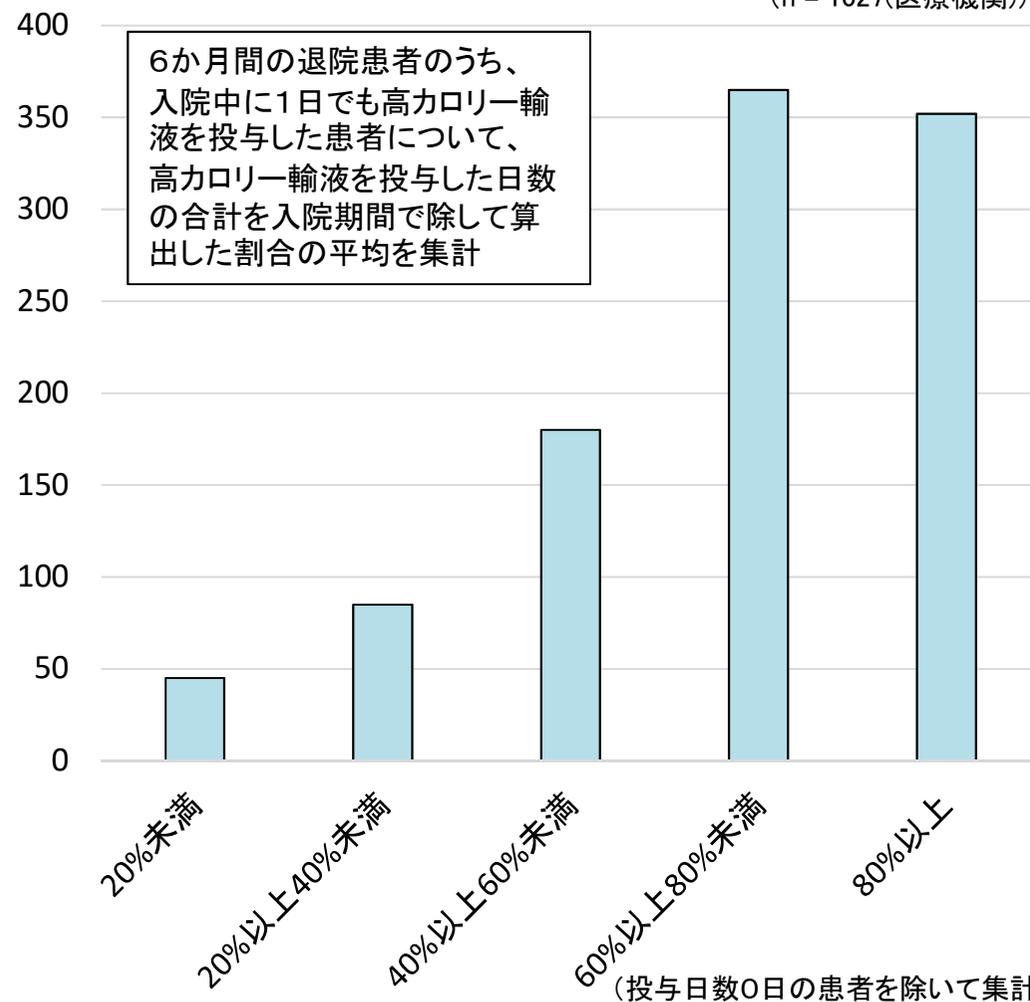


入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合

(患者ごとの平均値)

(医療機関数)

(n = 1027(医療機関))



- 中心静脈カテーテルについては、留置期間が長いほど感染のリスクが高まる。

安全な中心静脈カテーテル挿入・管理のためのプラクティカルガイド2017(2017年6月改訂)(抜粋)
公益社団法人 日本麻酔科学会 安全委員会 安全な中心静脈カテーテル挿入・管理のため手引き改訂 WG作成

XI. 中心静脈穿刺・カテーテル管理における感染対策

感染予防に関する推奨

⑧ 留置期間

中心静脈カテーテルの留置期間は、臨床的必要性に基づいて決めればよい。カテーテル留置期間が長いほど感染のリスクは高まるが、留置期間の目安はない。使用継続の必要性を毎日評価し、不要になったらカテーテルを抜去する。留置したまま、使用しないとカテーテル関連血流感染の原因となる。定期的に中心静脈カテーテルを入れ替えても、カテーテル関連血流感染の頻度は低下しない。ガイドワイヤーを用いて中心静脈カテーテルを交換する場合も新しく穿刺しなおして交換する場合も、感染率に差はない。ガイドワイヤーを使ったカテーテル入れ替えを3日毎の交換と7日毎の交換で比較した場合で、カテーテル先端のコロニー形成に有意差は認められていない。カテーテル穿刺部位は毎日、感染徴候がないか確認し、感染徴候がある場合はカテーテルを抜去し、留置部位を変更する。カテーテル関連感染症が疑われた場合は、ガイドワイヤーを使ってカテーテルを交換するより、穿刺部位を変更したほうがよい。

「中心静脈栄養を実施している状態」の評価方法について

- 医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」であるかを評価する際の留意点には、中心静脈栄養の必要性についての確認は含まれていない。
- 医療区分3の「酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)」であるかを評価する際の留意点には、当該酸素療法の必要性についての確認が含まれている。

医療区分・ADL区分等に係る評価表 評価の手引き(抜粋)

13.中心静脈栄養を実施している状態

- 項目の定義
中心静脈栄養を実施している状態
- 評価の単位
1日毎
- 留意点
本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。

(参考)17.酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)

- 留意点
酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が90%以下となる状態であって、以下の(1)又は(2)の状態。
(1)安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度90%以上を維持できないが、3L/分以上で維持できる状態。
(2)安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度90%以上を維持できる状態であって、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合又はNYHA 重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態である場合。なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、点滴を実施した日から30日間まで、本項目に該当するものとする。

なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

長期の栄養管理を実施する際の留意事項

- 胃瘻造設術を実施する際には、胃瘻造設の必要性や管理の方法等を患者又はその家族等へ説明することを求めている。また、胃瘻を造設した患者を他の保険医療機関等に照会する場合は、嚥下機能評価の結果等について情報提供を行うことを求めている。
- 胃瘻の他にも長期の栄養管理に用いる方法があり、カテーテル等の留置時に算定する診療報酬項目がある。

K664 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）

【留意事項】

- 当該療養を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- 胃瘻造設後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下調整食の内容（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む。）、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

○ 胃瘻の他に長期の栄養管理に用いる方法の例

長期の栄養管理に用いる方法	栄養管理方法を開始する際に算定する診療報酬項目
腸瘻	K725 腸瘻, 虫垂瘻造設術、K725-2 腹腔鏡下腸瘻, 虫垂瘻造設術
中心静脈カテーテル	G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入
中心静脈注射用埋込型カテーテル	K618 中心静脈注射用埋込型カテーテル設置
末梢型中心静脈注射用カテーテル	G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

1. 療養病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況、経過措置
- 医療区分
- その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組）

入院分科会のとりまとめにおける記載事項

（膀胱留置カテーテルの状況）

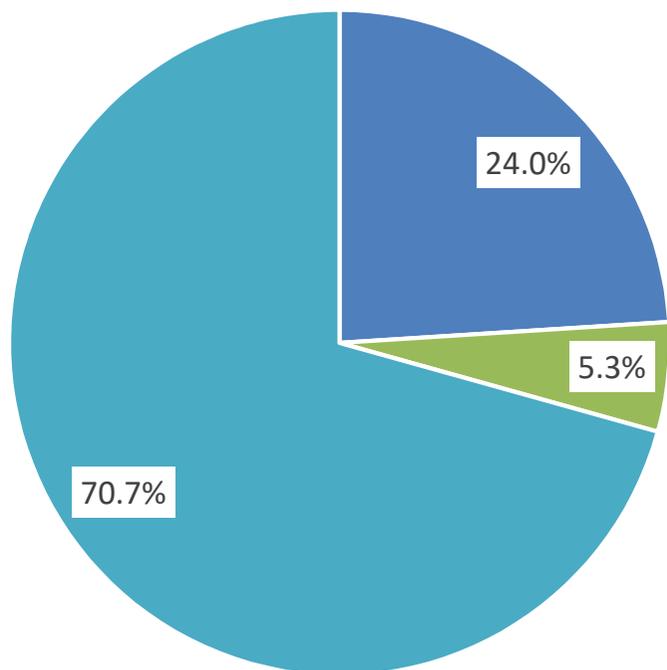
- ・ これらの結果を踏まえ、療養病棟において膀胱留置カテーテル早期抜去に向けた取組を適切に推進するため、排尿自立指導料についての必要な見直し等を検討してはどうかという意見があった。

療養病棟における膀胱留置カテーテルの留置の状況①

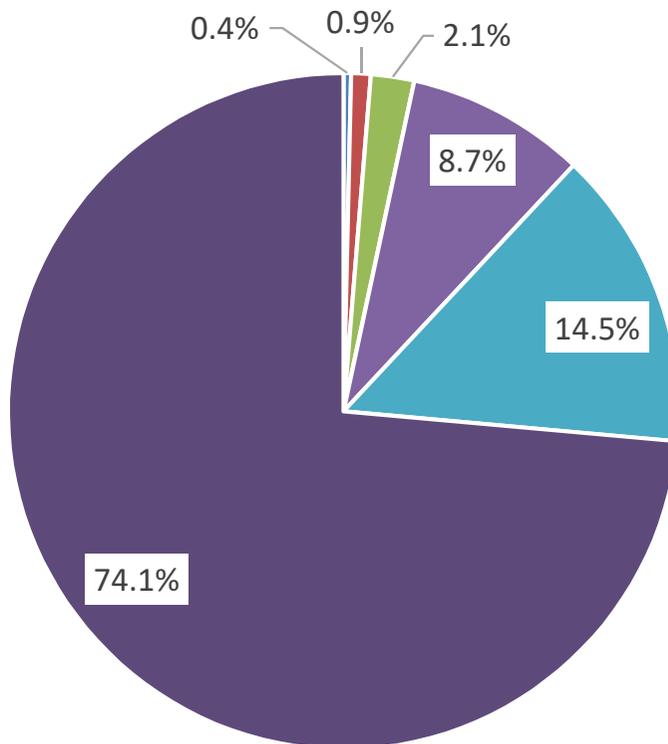
診調組 入-1(改)
元 . 1 0 . 3

- 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されていた。
- 調査時点で膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。
- 膀胱留置カテーテル抜去後の患者について、留置していた期間が3か月以上の割合が最も多かった。

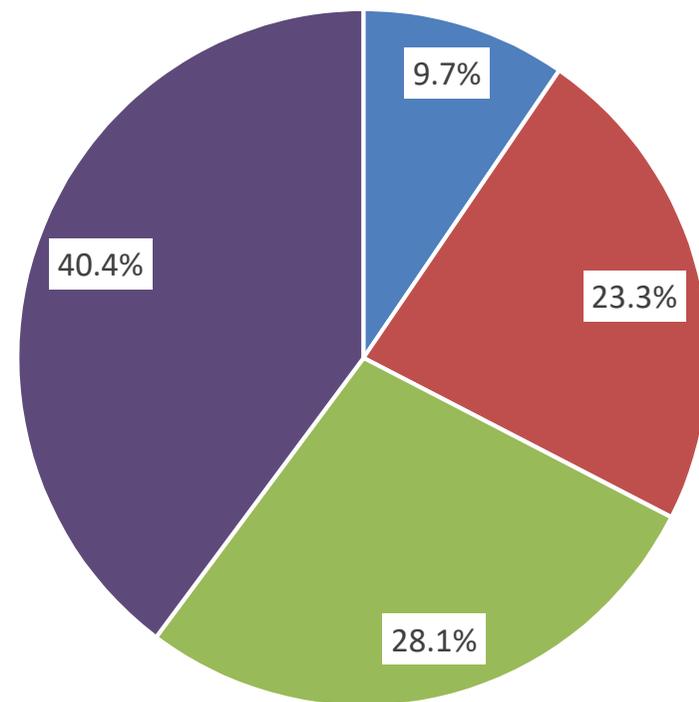
膀胱留置カテーテルを留置している患者割合 (n = 21,176(患者数))



膀胱留置カテーテルを留置している患者の留置期間別割合の分布 (n = 5,191(患者数))



膀胱留置カテーテルを抜去後の患者の留置していた期間別割合の分布 (n = 1,131(患者数))



■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外

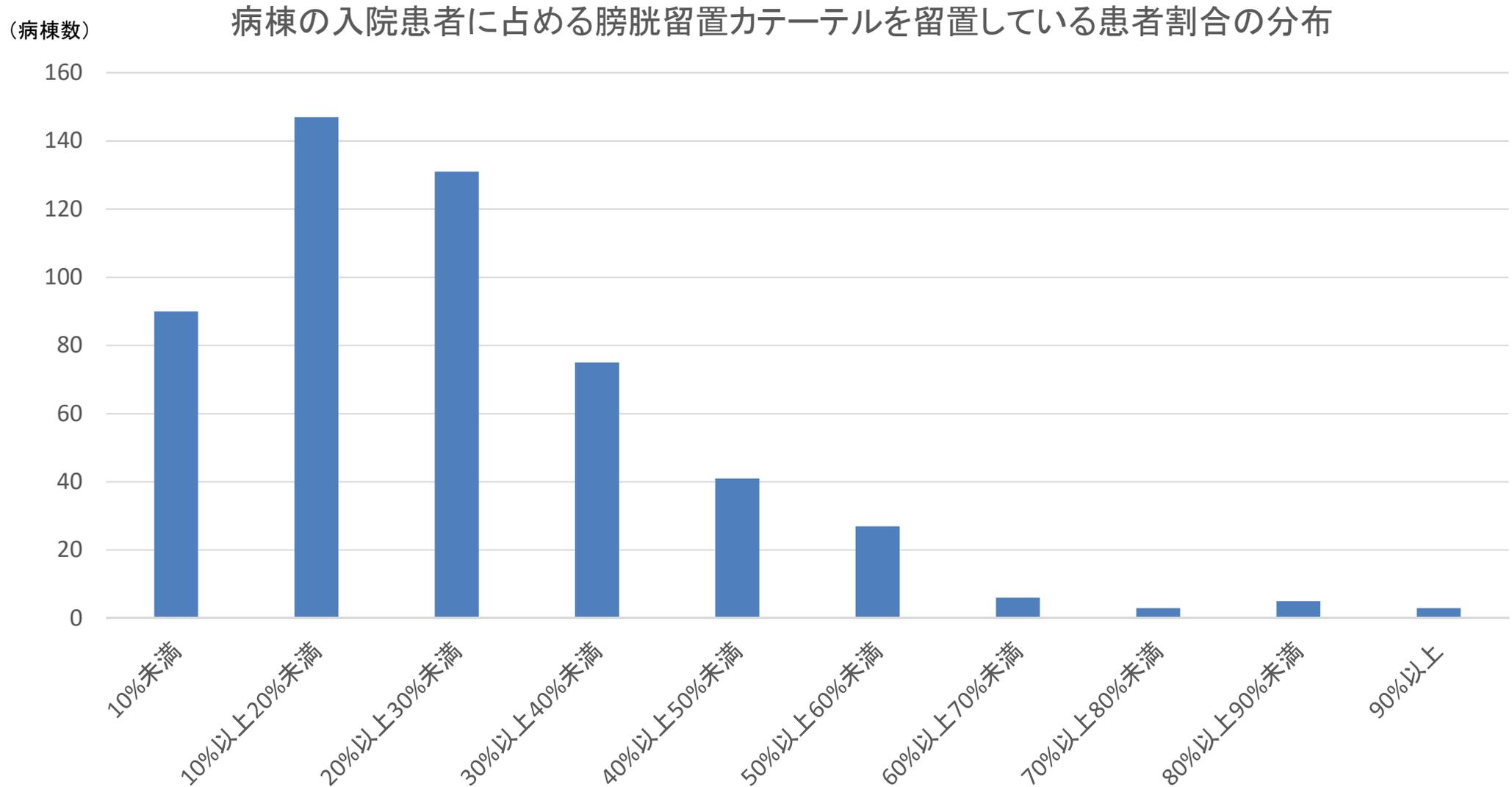
■ 24時間以内 ■ 24時間～3日以内
■ 3日～1週間以内 ■ 1週間～1か月以内
■ 1か月～3か月以内 ■ 3か月以上

■ 1週間以内 ■ 1週間～1か月以内
■ 1か月～3か月以内 ■ 3か月以上

療養病棟における膀胱留置カテーテルの留置の状況②

診調組 入-1(改)
元 . 1 0 . 3

○ 病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、10%以上20%未満の病棟が最も多かったが、50%以上の病棟も存在していた。



排尿自立指導料の概要

平成28年度診療報酬改定

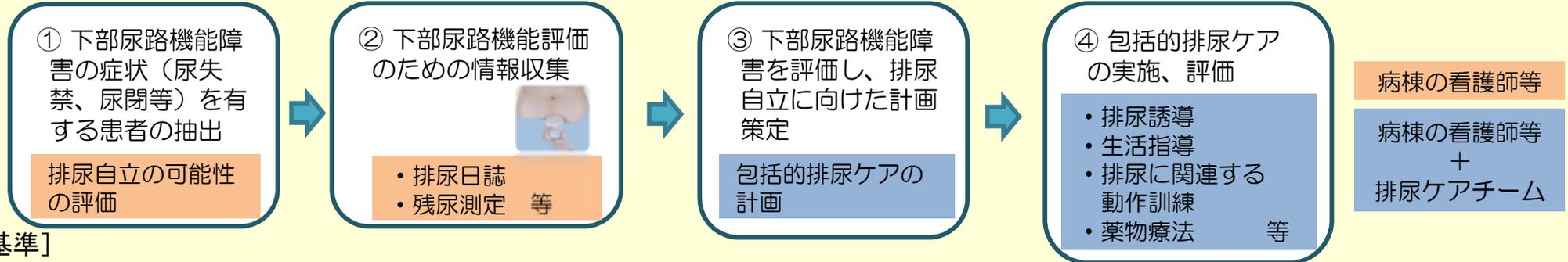
下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

- 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

B005-9 排尿自立指導料 200点(週1回に限り6週を限度)

[主な算定要件]

- ① 対象患者: 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- ② 算定回数: 週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。



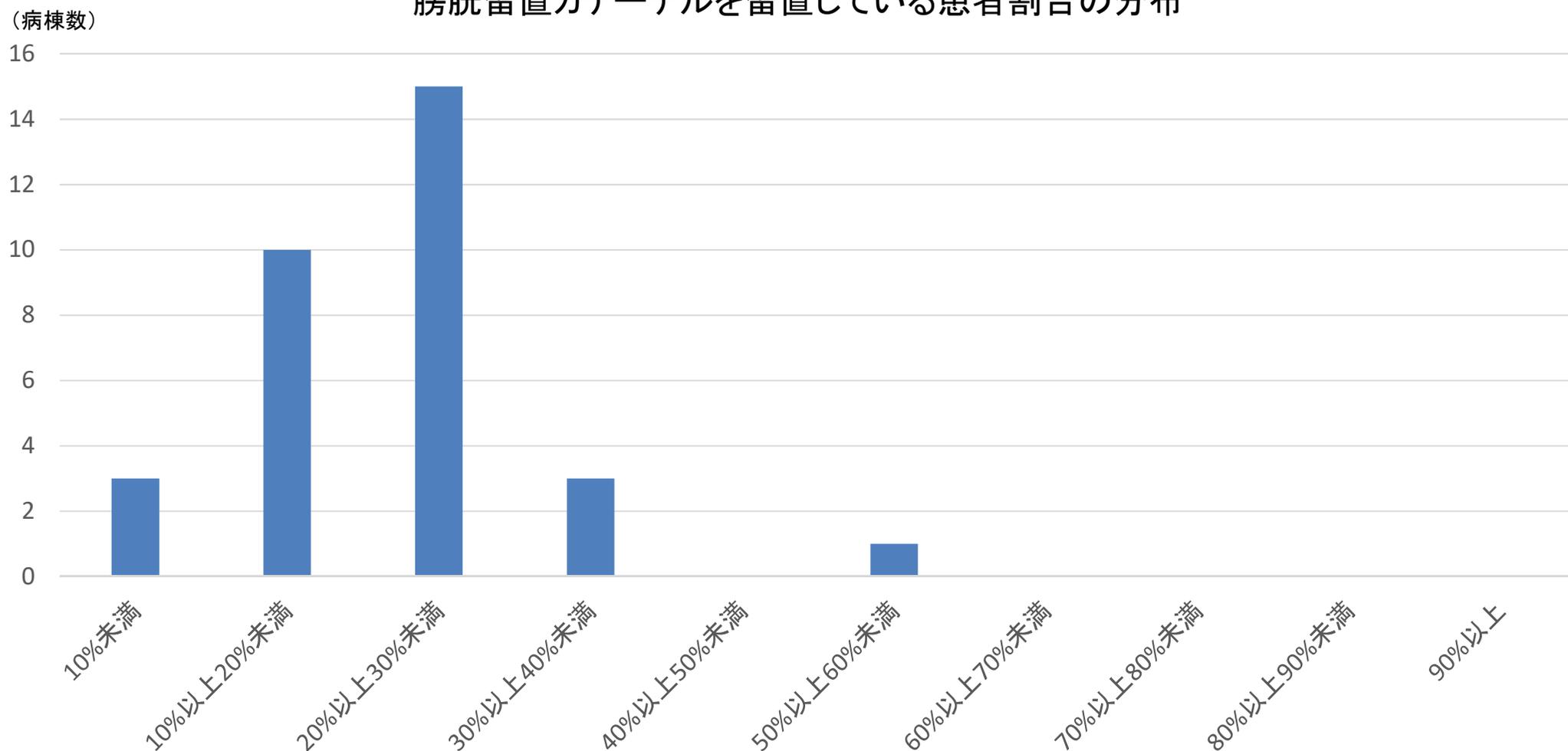
[施設基準]

- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る研修を修了した医師(他の保険医療機関を主たる勤務先とする泌尿器科の医師が対診等により当該チームに参画してもよい。)
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。



○ 排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。

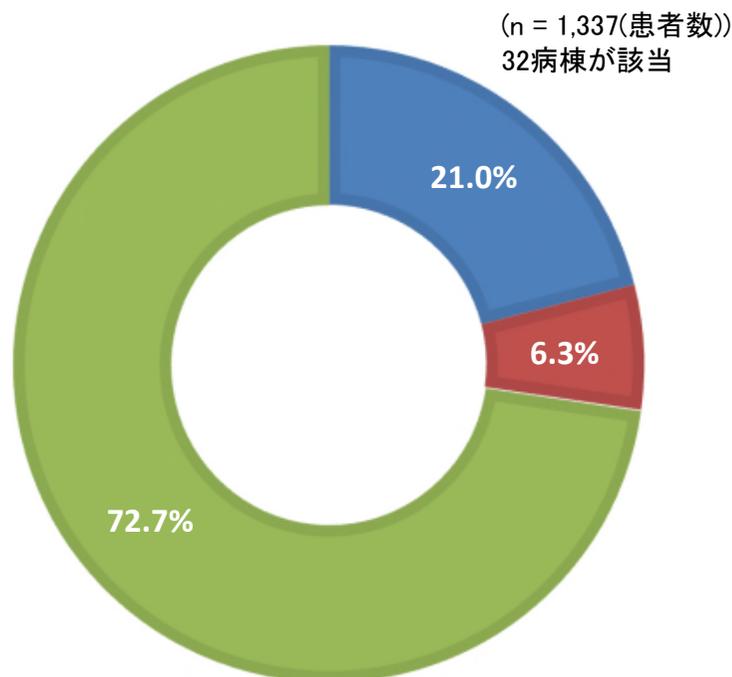
排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める
膀胱留置カテーテルを留置している患者割合の分布



○ 排尿自立指導料を算定している病棟の方が、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、
抜去後の患者が多かった。

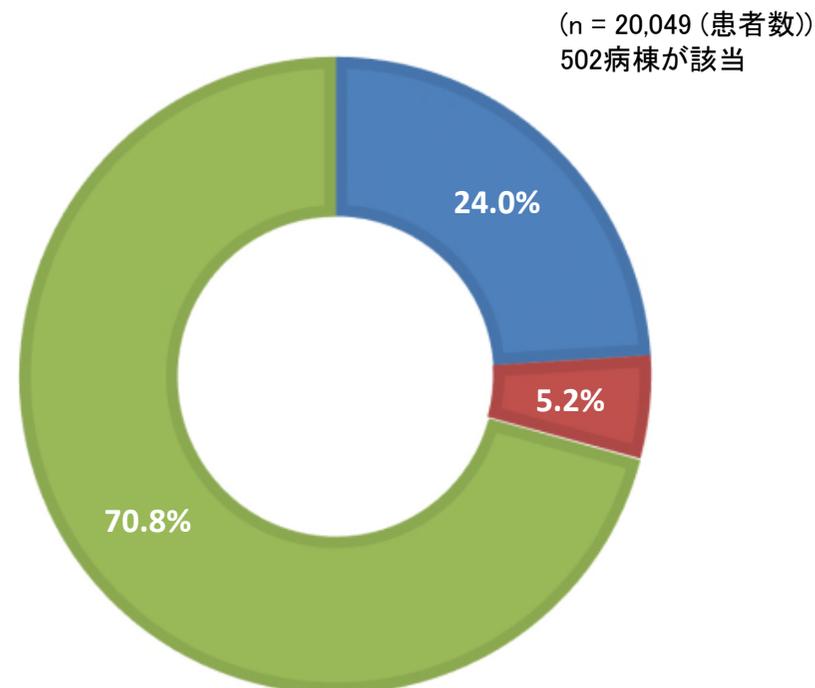
排尿自立指導料を算定している病棟における
膀胱留置カテーテルの留置状況

■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外



排尿自立指導料を算定していない病棟における
膀胱留置カテーテルの留置状況

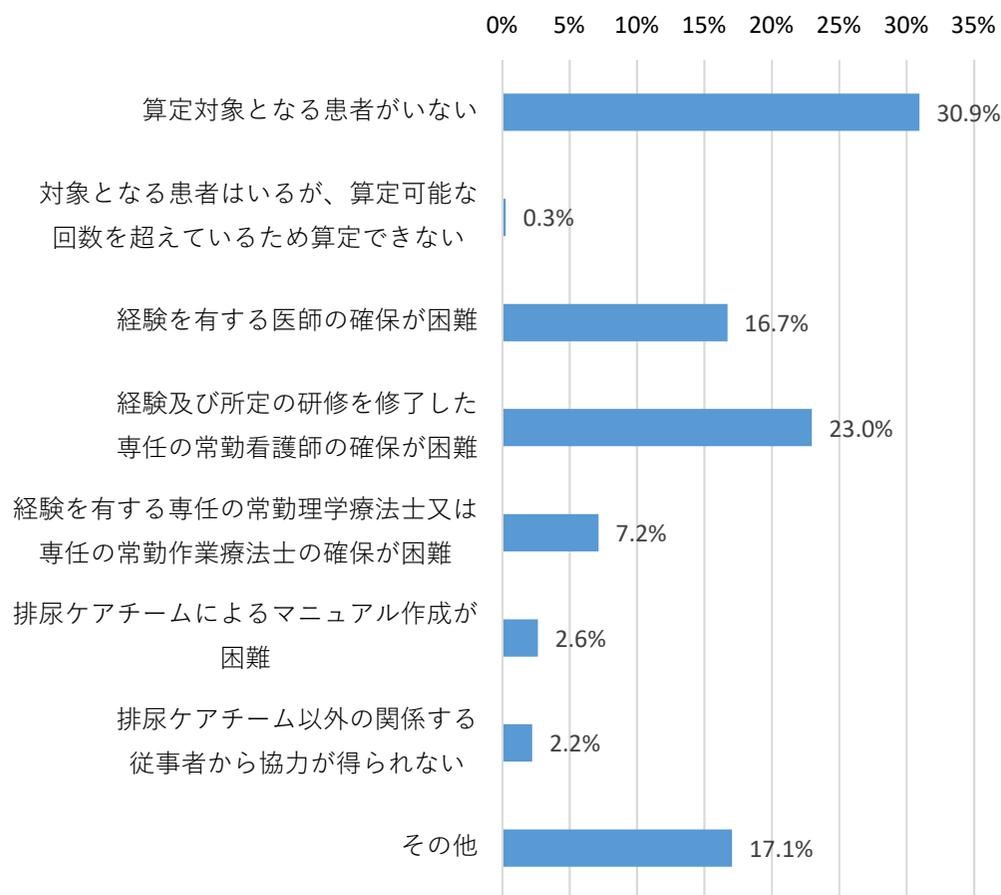
■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外



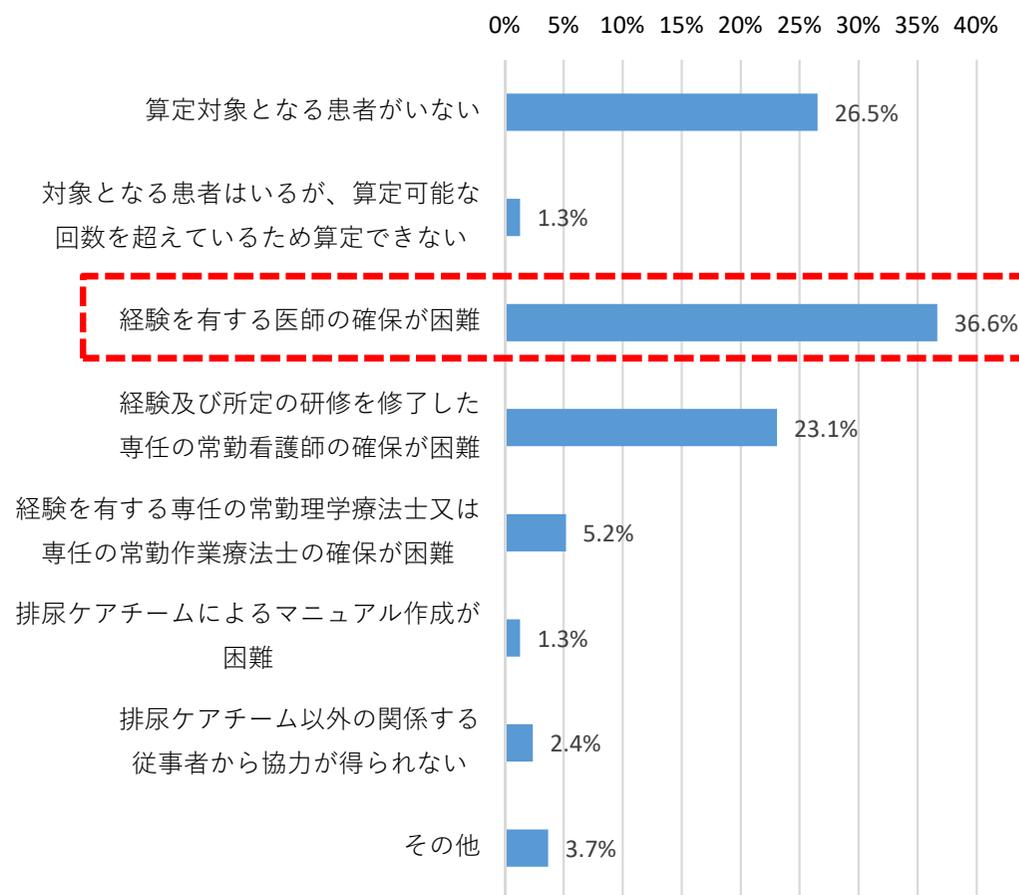
※ 排尿自立指導料の算定状況
排尿自立指導料の平均算定患者数:2.2人
排尿自立指導料の平均算定回数:6.6回

○ 排尿自立指導料を算定していない理由をみると、一般病棟入院基本料等においては「算定対象となる患者がない」が多く約3割、療養病棟入院基本料においては「経験を有する医師の確保が困難」が多く約4割であった。

算定していない理由 (A票) (n=2,908)



算定していない理由 (B票) (n=464)



療養病棟入院基本料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題①】

(算定病床の動向及び施設の状況)

- 平成30年度診療報酬改定において、20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化し、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直した。
- 現行の療養病棟入院基本料経過措置1については、医療法施行規則の療養病床の看護配置に係る経過措置が、転換に係る期間を考慮し最大6年間延長されるとの方針を踏まえ、平成30年度改定では、2年間の経過措置が設けられた。
- また、現行の療養病棟入院基本料経過措置2については、平成30年4月から介護医療院が創設されることを踏まえ、平成30年度改定では経過措置が2年間延長された。
- 令和元年9月末時点での介護医療院開設数は、248施設・16,061療養床であった。
- 療養病棟入院基本料経過措置1(看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満)の届出施設数は令和元年10月1日時点で173施設、8631床であった。
- 療養病棟入院基本料経過措置2(看護職員配置30対1)の届出施設数は令和元年10月1日時点で4施設、157床であった。

(医療区分)

- 基準日に入院している全患者のうち、基準日に医療区分の「中心静脈栄養を実施している状態」に該当している患者割合は、19.2%であった。療養病棟入院料1を算定する病床に入院している医療区分3の該当患者のうち、53.7%が「中心静脈栄養を実施している状態」に該当していた。
- 療養病棟における高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上以上の医療機関も存在していた。
- 療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、60%以上80%未満の医療機関が最も多かった。
- 医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」であるかを評価する際の留意点には、中心静脈栄養の必要性についての確認は含まれていないが、医療区分3の「酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)」であるかを評価する際の留意点には、当該酸素療法の必要性についての確認が含まれている。
- 胃瘻造設術を実施する際には、胃瘻造設の必要性や管理の方法等を患者又はその家族等へ説明することを求めている。また、胃瘻を造設した患者を他の保険医療機関等に照会する場合は、嚥下機能評価の結果等について情報提供を行うことを求めているが、胃瘻の他にも長期の栄養管理に用いる方法がある。

療養病棟入院基本料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題②】

(その他(膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組))

- 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されており、調査時点で膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。
- 膀胱留置カテーテル抜去後の患者について、留置していた期間が3か月以上の割合が最も多かった。
- 排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。
- 排尿自立指導料を算定している病棟の方が、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、抜去後の患者が多かった。
- 排尿自立指導料を算定していない理由をみると、一般病棟入院基本料等においては「算定対象となる患者がいない」が多く約3割、療養病棟入院基本料においては「経験を有する医師の確保が困難」が多く約4割であった。

【論点】



- 療養病棟入院基本料経過措置2は、令和2年3月31日までの経過措置となっているが、届出状況及び介護医療院の開設状況等を踏まえ、当該経過措置について、どのように考えるか。併せて、療養病棟入院基本料経過措置1についても、届出状況等を踏まえ、どのように考えるか。
- 医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」について、療養病棟において、中心静脈栄養を長期に渡って実施している患者が存在していることを踏まえ、適切な中心静脈カテーテルの管理を推進する観点から、医療区分の評価を行う際に、中心静脈栄養の必要性の確認を求めることを検討してはどうか。併せて、中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、必要性や管理の方法について、患者又は家族等への説明を求めてはどうか。
- 排尿自立指導料について、膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組を推進する観点から、当該指導料を算定していない理由等を踏まえ、要件の見直しを行ってはどうか。

入院医療（その2）

1. 療養病棟入院基本料について

- 算定病床の動向及び施設の状況
- 医療区分
- その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組）

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)	
1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	120点
ロ 200床未満の病院の場合	170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	130点
ロ 200床未満の病院の場合	180点



改定後(要件となる入院料)	
1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 許可病床 200床以上の病院の場合	150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合	200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 許可病床 200床以上の病院の場合	160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合	210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

- 平成24年度改定のデータ提出加算の導入後、データ提出加算が要件となる入院料を拡大してきた。

平成26年度※1

7対1入院基本料(当時)

一般病棟

特定機能病院

専門病院

地域包括ケア病棟入院料

平成28年度※1

10対1入院基本料(当時)

※2

一般病棟

特定機能病院

専門病院

平成30年度※1

回復期リハビリテーション
病棟入院料※3

療養病棟入院基本料※3

急性期一般入院料2~7

※4

※1 データ提出加算に係る届出が当該入院料の要件となった年度

※2 病床数が200床以上の場合に限る

※3 許可病床数が200床以上に限る

※4 病床数に関わらず要件となった

平成30年度診療報酬改定後のデータ提出加算に係る現況

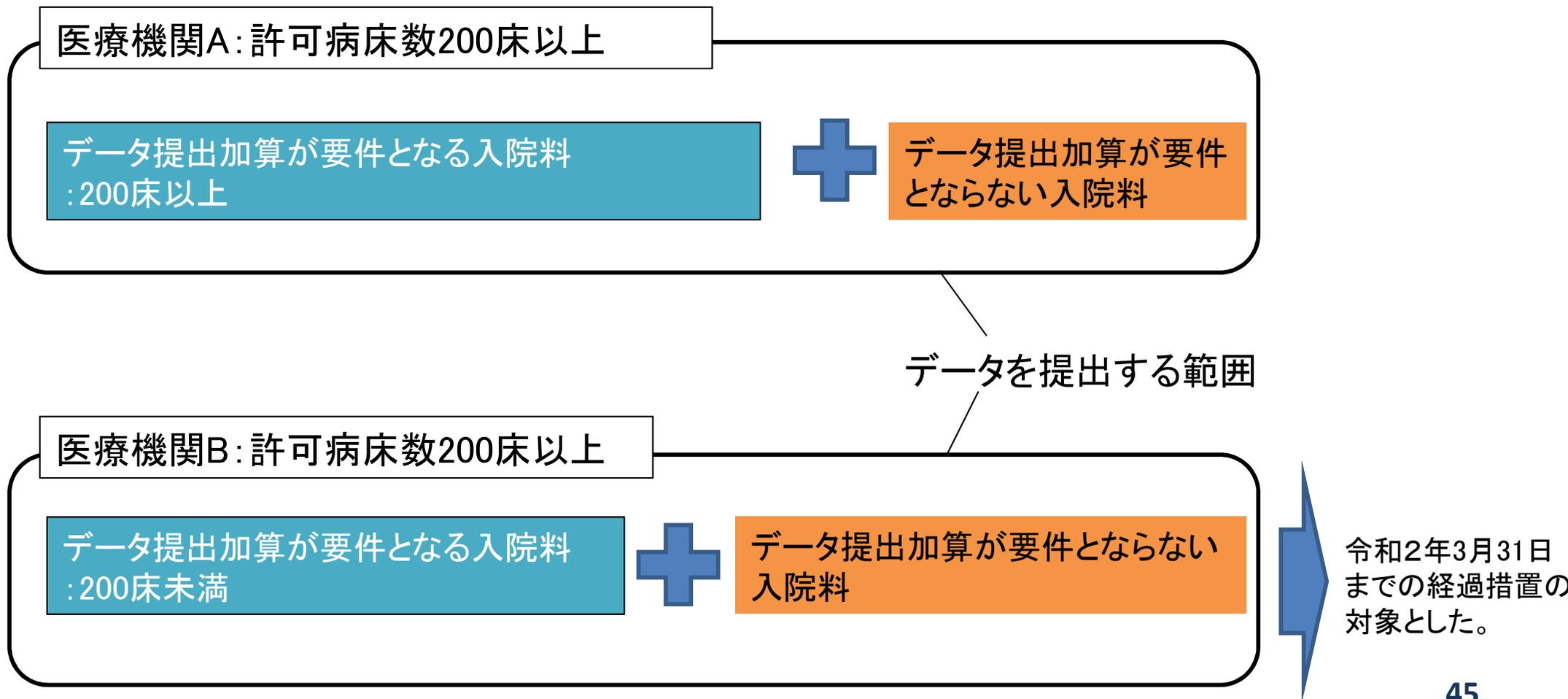
○ 平成30年度診療報酬改定を踏まえ、新たにデータ提出が必要とされた病棟を有する病院は約2,500病院。

○ これらの病院には、認可病床新築に際して経過措置(1年又は2年)が設けられている

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は、 保有する病棟が1 のみの場合
急性期一般入院料1、急性期一般入院料2～7(可病床200床数以上)、地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般入院料2～7(許可病床数200床未満)、回復期リハビリテーション病棟1,2,3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 ただし、令和2年3月31日 まで経過措置
回復期リハビリテーション病棟5、6、療養病棟	データの提出が必須 (※)	データの提出は不要	

※当該病院の許可病床数全体としては200床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟5,6及び療養病棟が200床未満の医療機関については、新たに令和2年3月31日まで経過措置の対象とした。

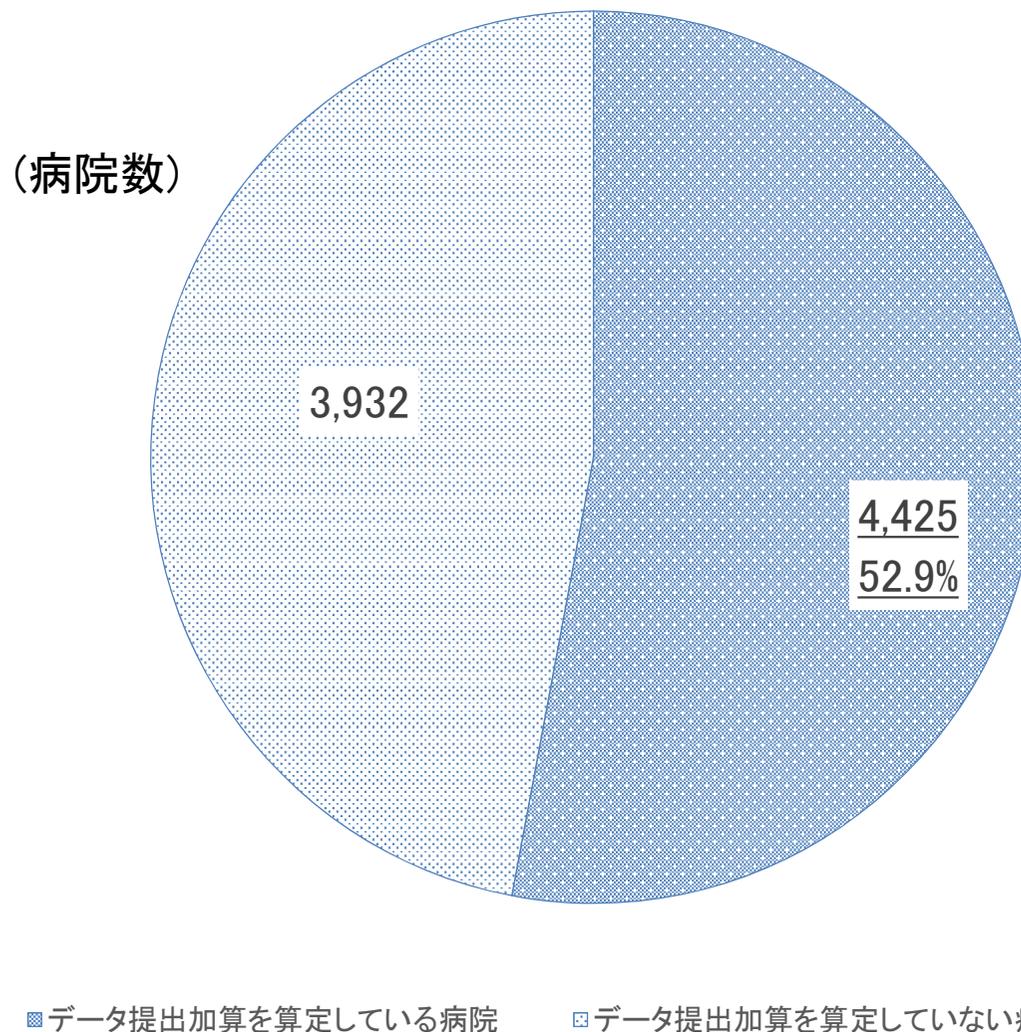
- 許可病床数によって、データ提出加算が要件化されている入院料がある(回復期リハビリテーション病棟入院料5、6、療養病棟入院基本料)。
- データ提出加算が要件となる入院料で主に構成される病院(A病院)がある一方、データ提出加算が要件とならない入院料で主に構成される病院(B病院)も存在する。
- B病院にはデータの提出を行う体制を構築できていない病院も存在していることから、新たに経過措置を設けることとした。



データ提出加算を算定する病院：全病院

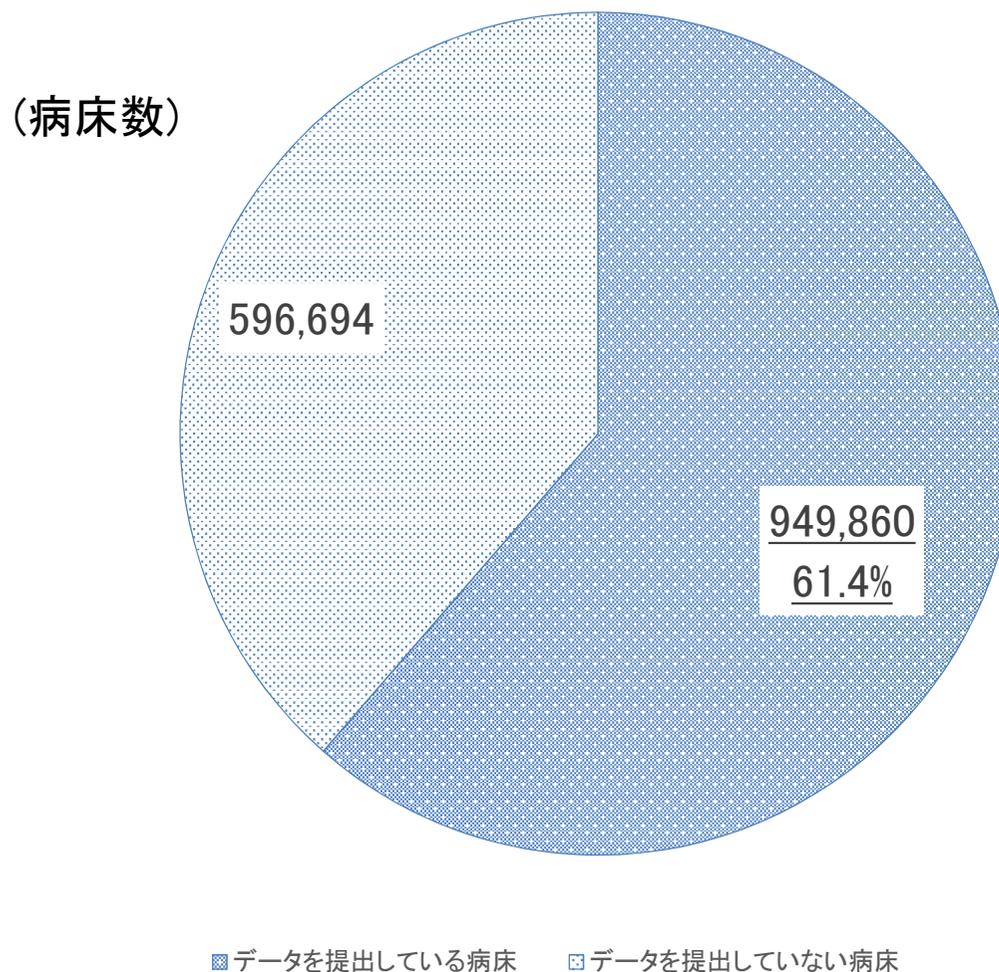
診調組 入 - 1
元 . 9 . 1 9

- 全病院8,357病院(平成30年12月末日時点)のうち、データ提出加算を算定する病院は4,425病院(52.9%)。



データ提出加算を算定する病床：全病院

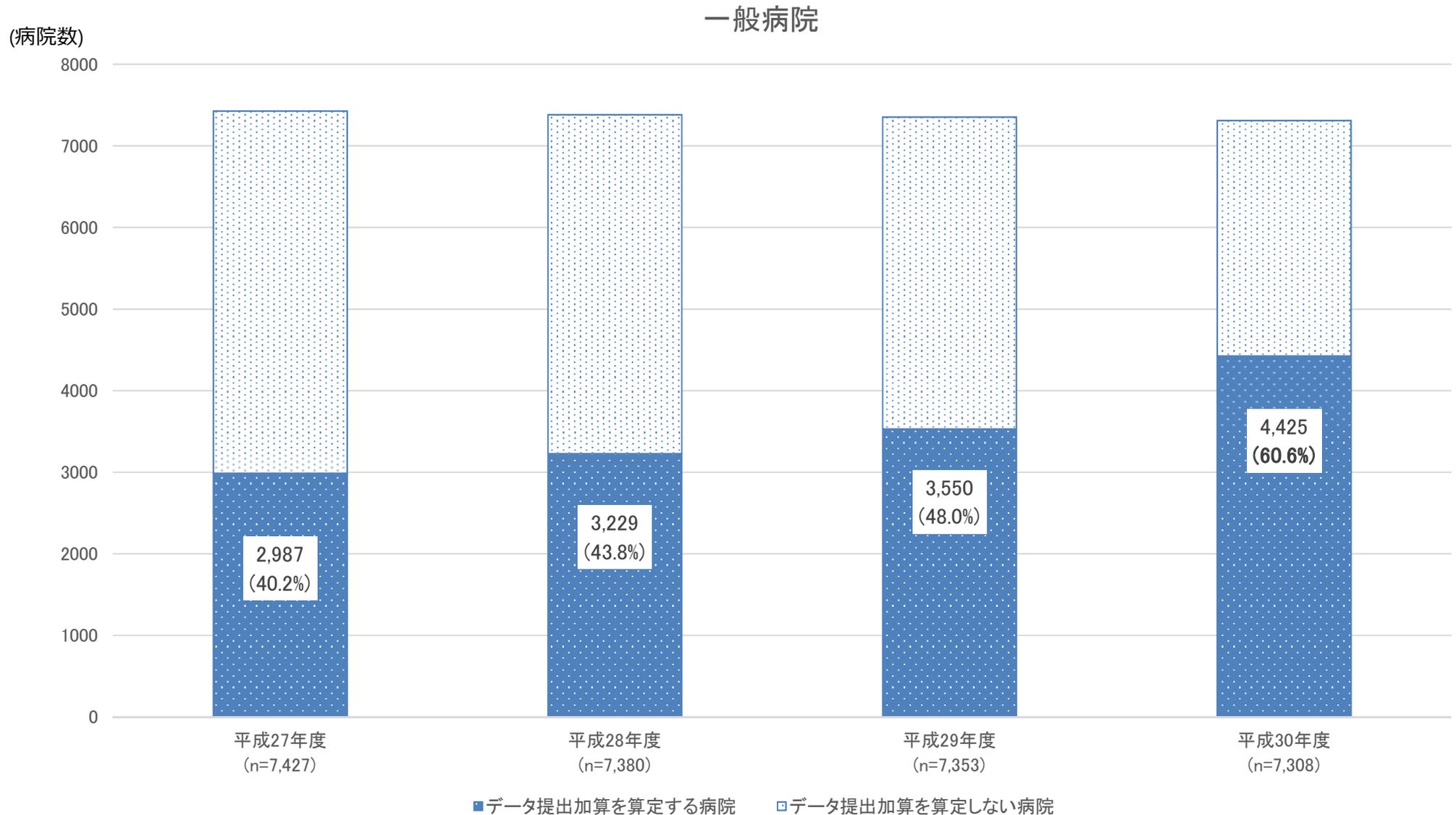
- 全病院の病床数1,546,554床（平成30年12月末日時点）のうち、データ提出加算を算定する病床は949,860床（61.4%）。



データ提出加算を算定する病院：一般病院

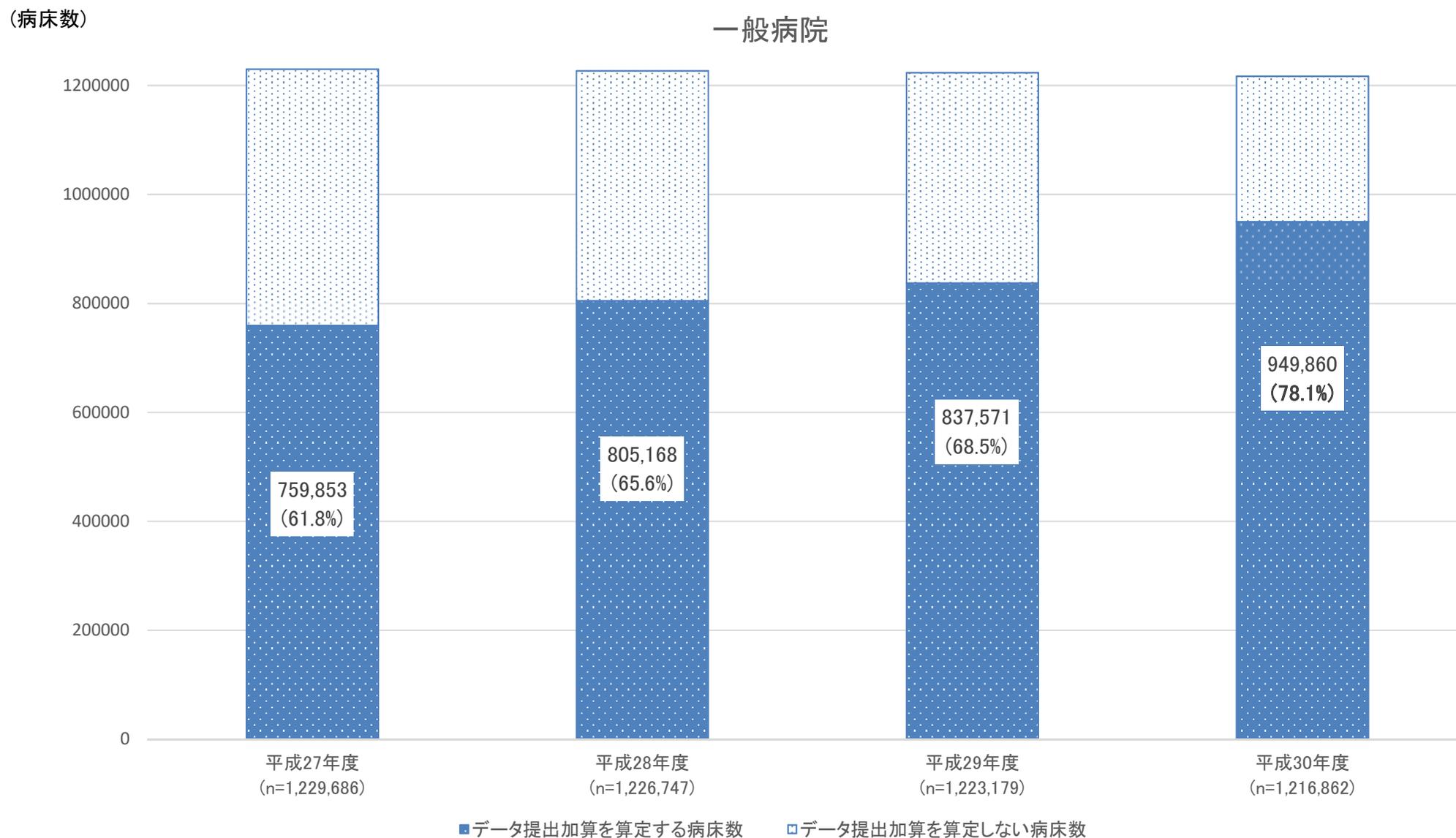
診調組 入 - 1
元 . 9 . 1 9

- 一般病院(精神病床のみを有する病院以外の全ての病院)7,308病院のうち、データ提出加算を算定する病院は4,425病院(60.6%)。



データ提出加算を算定する病床：一般病院

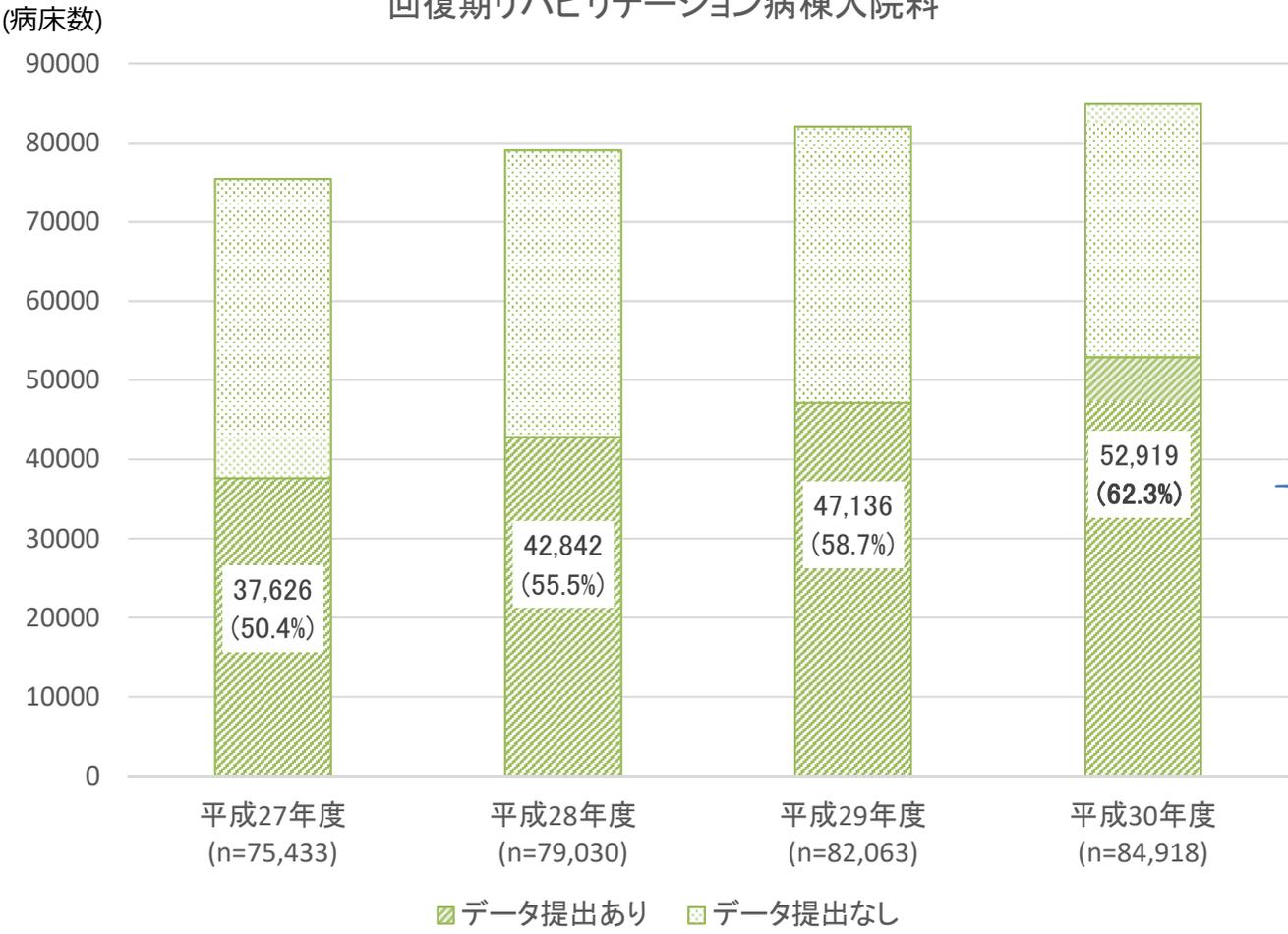
○ 一般病院(精神病床のみを有する病院以外の全ての病院)の病床数1,216,862床のうち、データ提出加算を算定する病床数は949,860床(78.1%)。



データ提出加算を算定する病床：回復期リハビリテーション病棟入院料

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は62.3%である。

回復期リハビリテーション病棟入院料



入院料別の内訳
(データ提出加算算定病床：62.3%)

入院料	データを提出する 病床数/当該入院 料の総病床数	データを提出する 割合
回リハ1	23,759/ 35,816	66.3%
回リハ2	10,780/ 16,029	67.3%
回リハ3	11,997/ 20,213	59.4%
回リハ4	4,075/ 7,859	51.9%
回リハ5	998/ 1,948	51.4%
回リハ6	1,310/ 3,058	42.8%

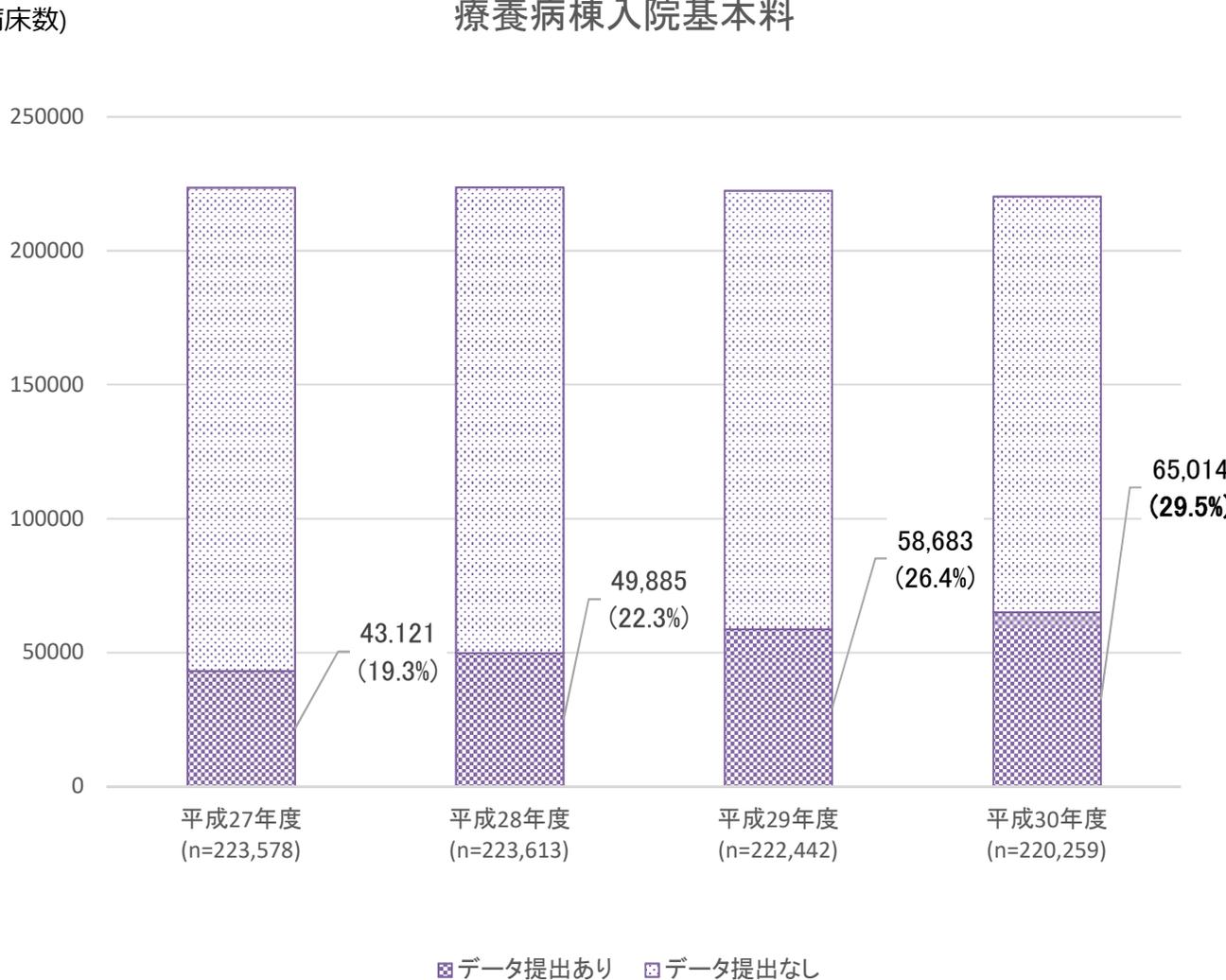
出典：保険局医療課調べ・DPCデータ（各年7月1日時点）

○ 療養病棟入院基本料の届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、29.5%である。

入院料別の内訳
(データ提出加算算定病床：29.5%)

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
療養1	57,466/ 172,148	33.4%
療養2	7,548/ 32,277	23.4%
注11	-/14,429	-%
注12	-/970	-%
特別	-/435	-%

療養病棟入院基本料



平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
 - データ提出加算が要件となる入院料
 - データ提出加算の届出に当たり必要な手続き
- データ提出加算の算定ルール

(データ提出加算が要件となる入院料の拡大)

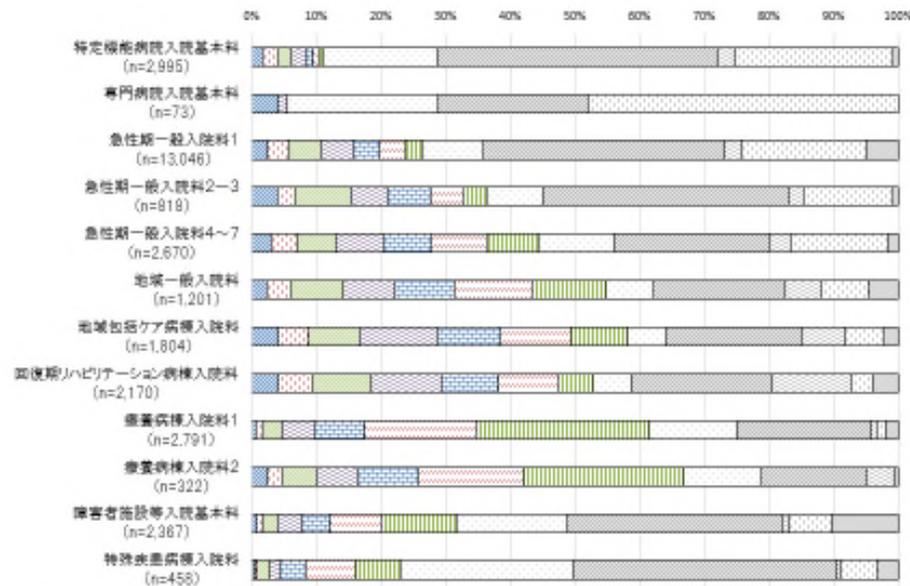
- ・ 平成24年度診療報酬改定においてデータ提出加算を導入した後、累次の改定においてデータ提出加算の届出が要件となる入院料を拡大してきており、平成30年度診療報酬改定の答申書附帯意見においても、「データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること」とされている。
- ・ 現在、許可病床数200床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料5・6及び療養病棟入院基本料を届け出る病棟については、データ提出加算を算定することが施設基準となっている。この要件を50床以上とした場合、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床の87.2%、療養病棟入院基本料を算定する病床の91.7%のデータが提出されることとなる。
- ・ これらを踏まえ、データを用いた診療実績の適切な評価のためには、データ提出の対象病棟を拡大する必要があるのではないかという意見があった。他方、医療機関における電子カルテ等のシステムの導入状況も踏まえ、許可病床の少ない病院については配慮が必要ではないか、という意見もあった。

データの利活用の例

- データを提出する範囲を回復期リハビリテーション病棟、療養病棟に拡大した。
- それらのデータを元に、次のような分析・検討を行い、利活用が可能となった。

入院料ごとの要介護度別の患者割合

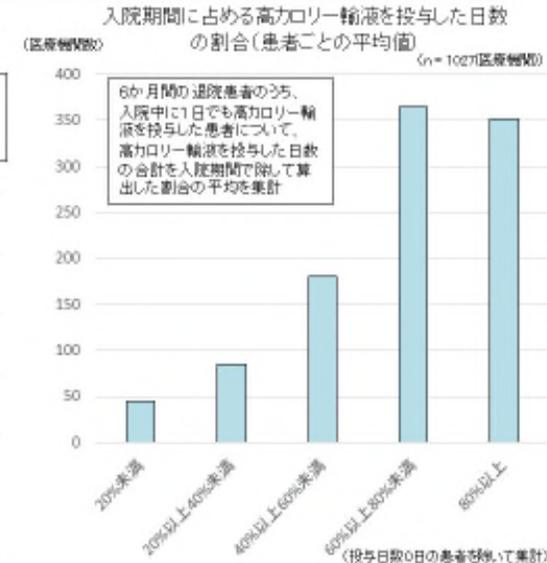
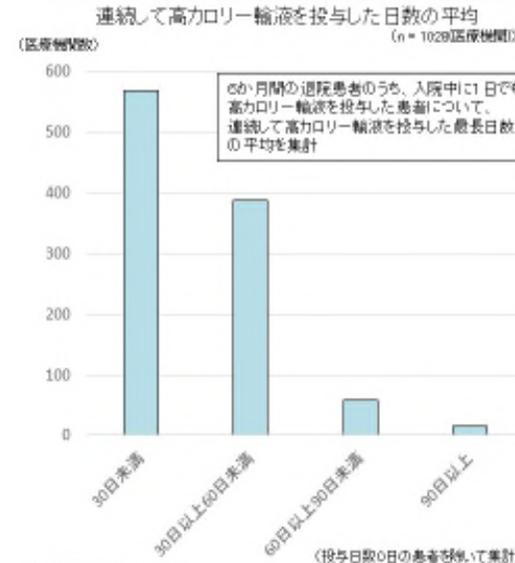
要介護度別の患者割合



出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

高カロリー輸液の投与状況

- 療養病棟における高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上医療機関も存在していた。
- 療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、60%以上80%未満の医療機関が最も多かった。



○ 平成30年度診療報酬改定を踏まえ、新たにデータ提出が必要とされた病棟を有する病院は約2,500病院。

○ これらの病院には、認可病床新築に際して経過措置(1年又は2年)が設けられている

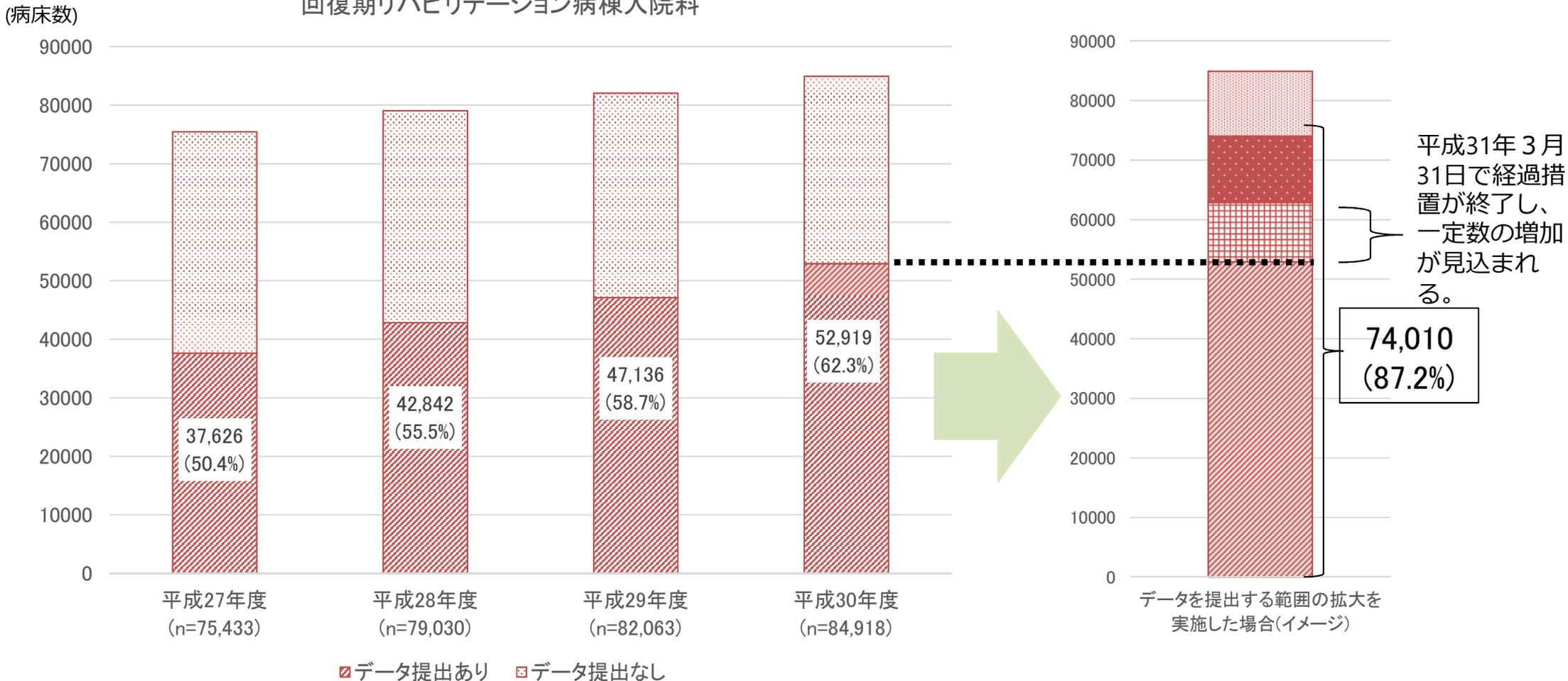
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は、 保有する病棟が1 のみの場合
急性期一般入院料1、急性期一般入院料2～7(可病床200床数以上)、地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般入院料2～7(許可病床数200床未満)、回復期リハビリテーション病棟1,2,3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 ただし、令和2年3月31日 まで経過措置
回復期リハビリテーション病棟5、6、療養病棟	データの提出が必須 ※	データの提出は不要	

※当該病院の許可病床数全体としては200床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟5,6及び療養病棟が200床未満の医療機関については、新たに令和2年3月31日まで経過措置の対象とした。

データ提出加算が要件となる病床の拡大(イメージ)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は87.2%となる見込みである。

回復期リハビリテーション病棟入院料



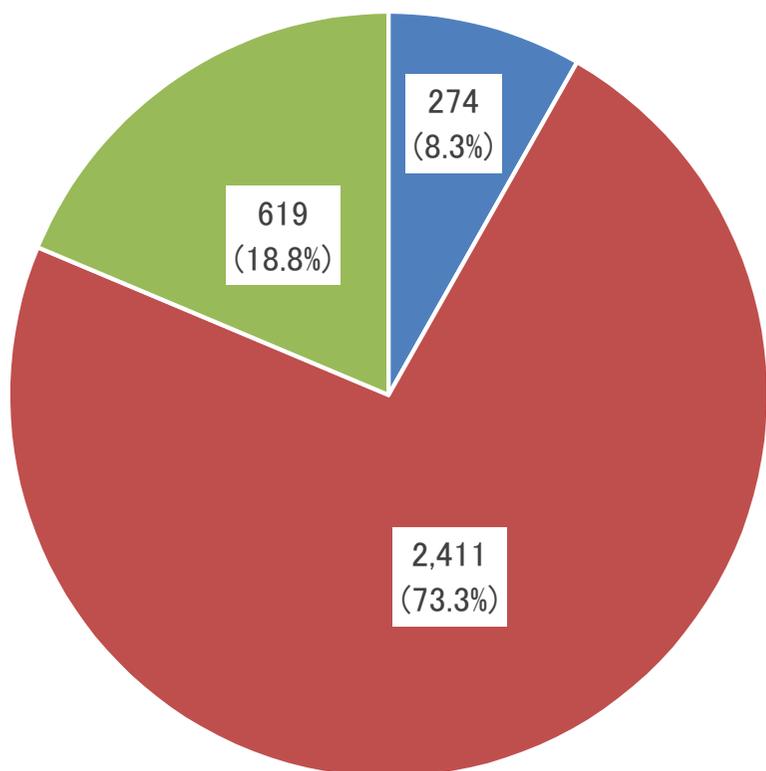
出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

療養病棟入院基本料を届け出ている医療機関の許可病床規模別の分布

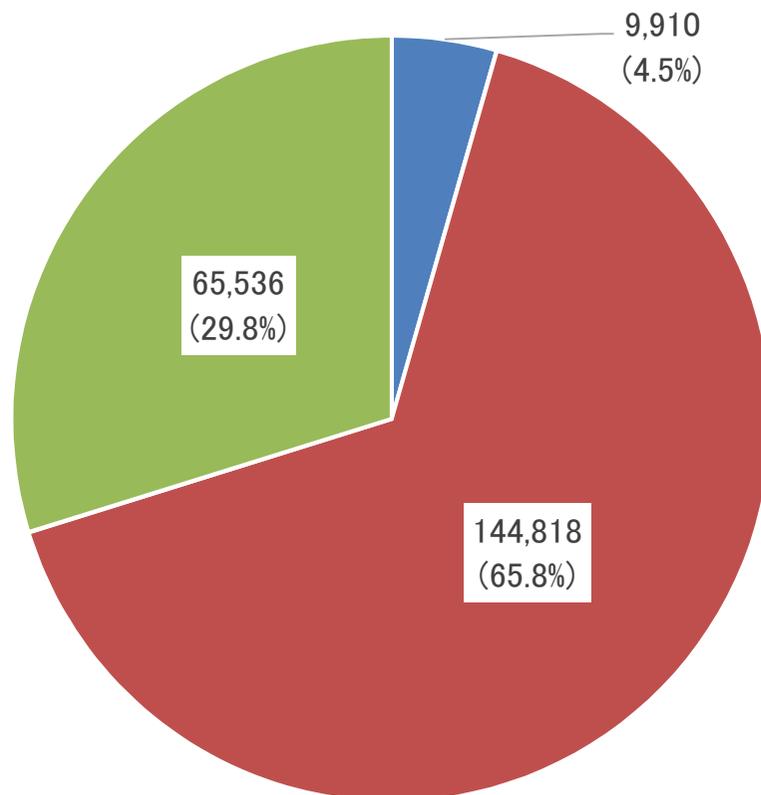
- 療養病棟入院基本料を届け出ている医療機関のうち、許可病床数が200床未満の病院は約8割である。
- 療養病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、許可病床数が200床未満の病院の病床は約7割である。

病院数(n=3,304)



■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

病床数(n=220,264)



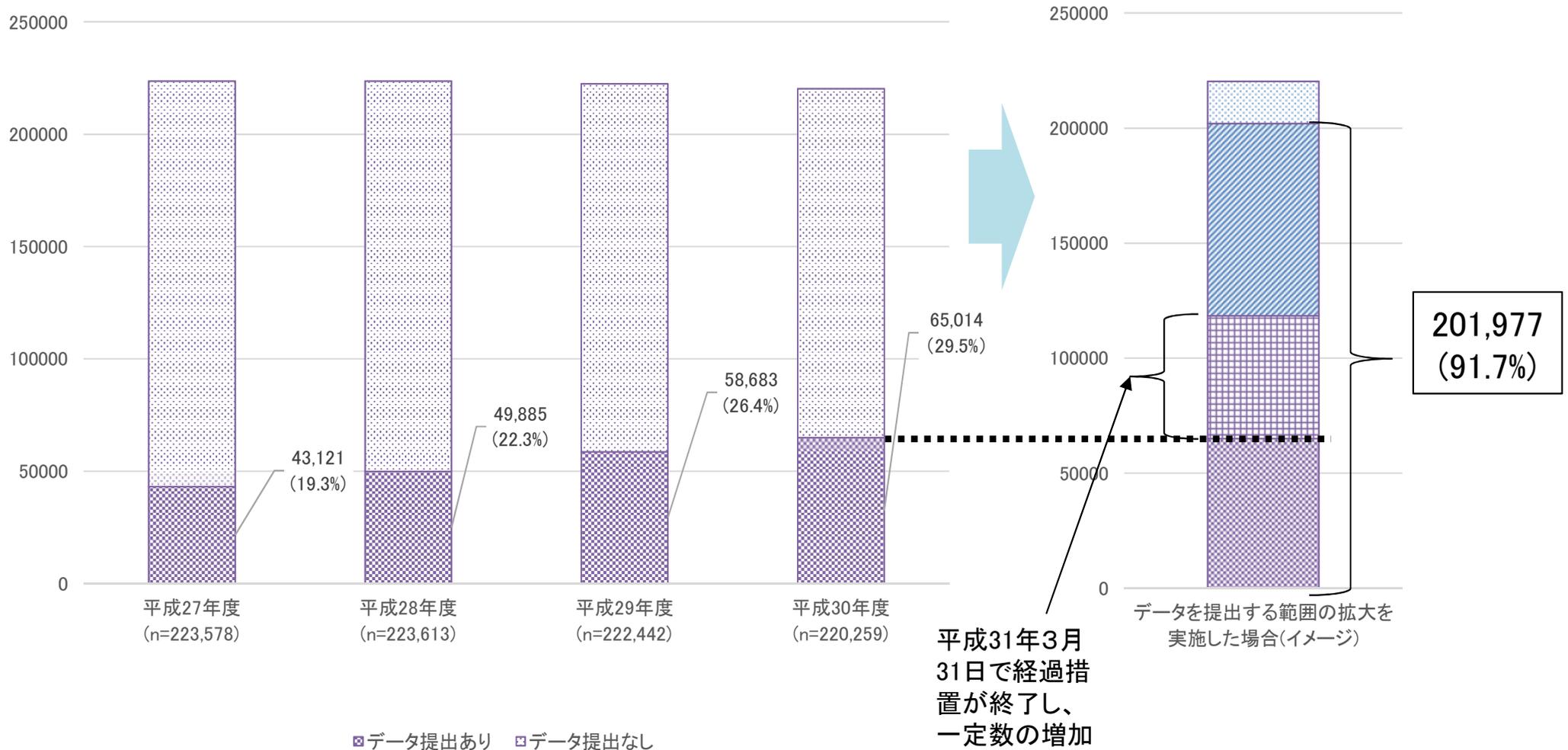
■ 50床未満 ■ 50床以上200床未満 ■ 200床以上

データ提出加算が要件となる病床の拡大(イメージ)

○ 療養病棟入院基本料を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は91.7%となる見込みである。

療養病棟入院基本料

(病床数)



平成31年3月31日で経過措置が終了し、一定数の増加が見込まれる。

データを提出する範囲の拡大を実施した場合(イメージ)

201,977
(91.7%)

出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

電子カルテシステムの普及状況の推移

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成20年	14.2% (1,092/7,714)	38.8% (279/720)	22.7% (313/1,380)	8.9% (500/5,614)	14.7% (14,602/99,083)
平成23年 (※3)	21.9% (1,620/7,410)	57.3% (401/700)	33.4% (440/1,317)	14.4% (779/5,393)	21.2% (20,797/98,004)
平成26年	34.2% (2,542/7,426)	77.5% (550/710)	50.9% (682/1,340)	24.4% (1,310/5,376)	35.0% (35,178/100,461)
平成29年	46.7% (3,432/7,353)	85.4% (603/706)	64.9% (864/1,332)	37.0% (1,965/5,315)	41.6% (42,167/101,471)
うちSS-MIX 導入状況 (※4)	37.0% (1,269/3,432)	56.1% (338/603)	39.1% (338/864)	30.2% (593/1,965)	5.4% (2,266/42,167)

【注 釈】

(※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

(※4) 電子カルテを導入している医療機関のみ「導入有り」と回答しているものと仮定

出典：医療施設調査(厚生労働省)

データ提出加算が要件となる入院料の見直し(案)

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は、 保有する病棟が 1のみの場合
急性期一般1 急性期一般2～7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般2～7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション 病棟1,2,3,4	データの提出が必須		令和2年3月31日までの 経過措置は終了 データの提出を必須とする
回復期リハビリテーション 病棟5,6 療養病棟	データの提出が必須 ^{※3} (令和2年3月31日までの 経過措置 ^{※1} は終了)	データの提出を必須と する ^{※3} (経過措置 ^{※2} を設ける)	データの提出を必須と する ^{※3} (経過措置 ^{※2} を設ける)

- ※1 当該病院の許可病床全体としては200床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟5,6及び療養病棟が200床未満の病院についてデータ提出を不要とした経過措置。
- ※2 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟であって許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ※3 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、一定の間データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当該入院料を算定できる経過措置を設ける(当該病院の許可病床数全体として200床以上となる場合も含む)。

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
 - データ提出加算が要件となる入院料
 - データ提出加算の届出に当たり必要な手続き
- データ提出加算の算定ルール

入院料の施設基準

○ 急性期一般入院料、療養病棟入院基本料※1、回復期リハビリテーション病棟入院料※2、地域包括ケア病棟入院料については、データ提出加算に係る届出を行っていることが施設基準となっている。

例)

急性期一般入院料の施設基準

通則

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十(急性期一般入院料1にあつては七)又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること(一般病棟入院基本料の注6の場合を除く。)とする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日(急性期一般入院料1にあつては十八日)以内であること。
- 4 **データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。**

地域包括ケア病棟入院料の施設基準

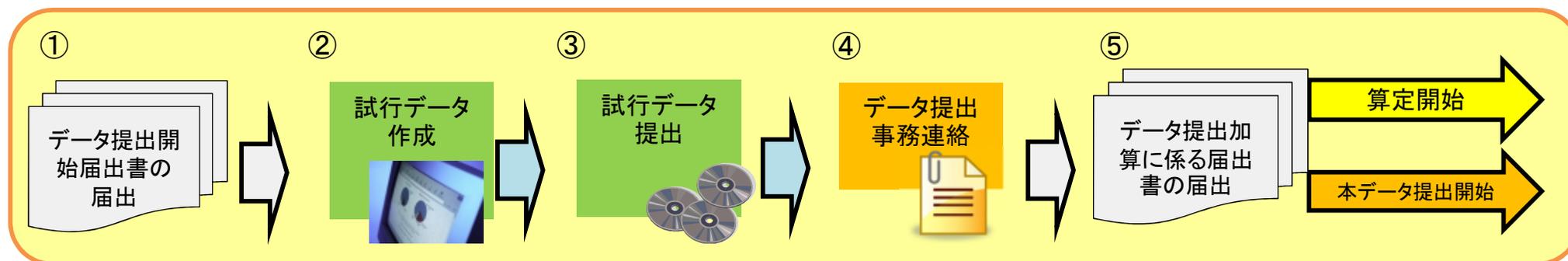
通則

- イ 当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること(地域包括ケア病棟入院料の注8の場合を除く。)とする。
- ロ 当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- ハ 次のいずれかに該当すること。
 - ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割以上入院させる病棟又は病室であること。
 - ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を0.8割以上入院させる病棟又は病室であること。
- ニ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。
- ホ 当該病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- ヘ **データ提出加算の届出を行っていること。**
- ト 特定機能病院以外の病院であること。
- チ 心血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。
- リ 救急医療又は在宅医療を提供する体制等の地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。

※1 全許可病床数が200床以上の場合に限る。

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6については、全許可病床数が200床以上の場合に限る。

データ提出加算の算定開始までの流れ



① データ提出開始届出書(様式40の5)の届出

データの提出を希望する病院は、様式40の5を地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。

② 試行データの作成、③ 試行データの提出

様式40の5の届出期限である月の翌月から起算して2月分(4回目のスケジュールを除く。次頁参照。)の試行データをDPC調査事務局が提供する試行用形式チェックソフトにより作成し、指定する期日までにDPC調査事務局に提出する(厚生労働省が様式40の5を受領後、DPC調査事務局から各病院の連絡担当者宛に案内メールを送信する。)

④ データ提出事務連絡

試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省から各医療機関の担当者あてに電子メールにて事務連絡(データ提出事務連絡)を発出する。

⑤ データ提出加算に係る届出書(様式40の7)の届出以降

様式40の7を用いて、地方厚生(支)局長あて届出を行う。届出が受理された翌月の1日から加算開始となり、届出が受理された月の属する四半期から本データを提出することとなる。

なお、本データ作成用の形式チェックソフトは、厚生労働省が様式40の7を受領後、DPC調査事務局から各医療機関の連絡担当者宛に案内メールを送信する。

データ提出のスケジュール(新規にデータ提出加算の届出を行う場合)※1

5月

- ・ データ提出加算開始の届出書の提出

6月

- ・ 試行データ作成①

7月

- ・ 試行データ作成②
- ・ 本データ作成①※2

8月

- ・ 試行データの提出
- ・ 本データ作成②※2

9月

- ・ 試行データ合格の連絡
- ・ 本データ作成③※2

10月

- ・ 加算の算定開始
- ・ 本データの提出

※1 1年度中に4回、当該加算に係る募集を行っており、図は年度の初回に最短でデータ提出加算を算定するスケジュール。
試行データに不備が無かった場合において、データ提出加算開始の届出書の提出からデータ提出加算を算定するまでには、6~8ヶ月間必要。

※2 初回のデータ提出に向けたデータ。

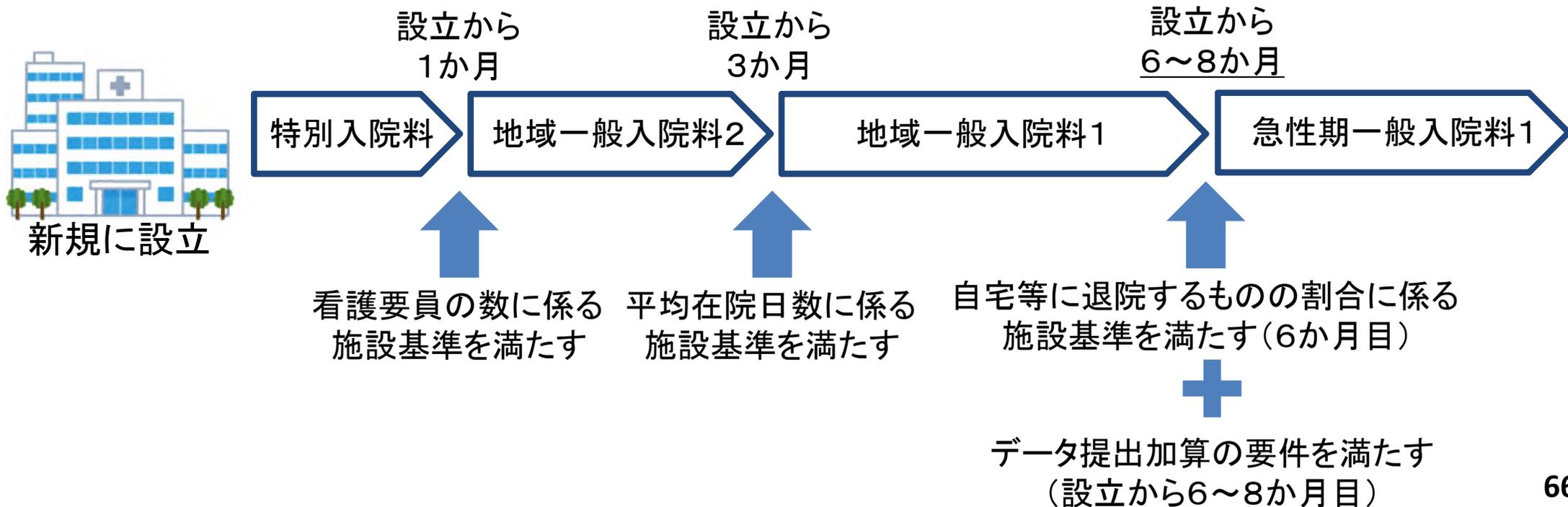
新規に急性期一般入院料1を届け出る場合

○ 急性期一般入院基本料等は、施設基準においてデータ提出加算を届出ていることが要件となっている。そのため、新たに急性期一般入院料1等の基本料等を算定する場合、データ提出加算の要件を満たすために、6～8ヶ月程度の期間を要する。

新規に急性期一般入院基本料を届出る/病院を設立する際に必要な要件と算出に用いる数値

- ・看護要員の数 : 月平均1日当たりの看護要員の数
- ・平均在院日数 : 直近3ヶ月間の数値
- ・重症度、医療・看護必要度 : 直近3月において、入院している患者全体に占める基準を満たす患者の割合
- ・自宅等に退院するものの割合 : 直近6ヶ月間において、当該病棟から自宅等に退院するものの割合

※上記の要件と実績期間に基づき急性期一般入院料1を届出るまでのスケジュール(例)



データ提出加算が算定できなくなる理由

- データ提出加算が算定できなくなる理由として、
 - ・ 診療録管理体制加算の施設基準を満たさなくなる場合
 - ・ データ提出の遅延等が、年度中に累積して3回認められた場合
(平成30年度で遅延等が認められた医療機関数は、1回:270 2回:13 3回:1)
等がある。

(データ提出加算の施設基準)

- ・ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う医療機関は、診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たすこと。
- ・ 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

(参考)A207 診療録管理体制加算

- 1 診療録管理体制加算1 100点
- 2 診療録管理体制加算2 30点

(施設基準)

- ・ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
- ・ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。
- ・ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ・ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。
- ・ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。

データ提出加算が算定できなくなった場合の入院料のパターン

- データ提出加算の届出が要件となっている急性期一般入院基本料等の入院料は、当該加算の要件を満たさなくなった場合、再び当該加算を届出るまでの期間、データ提出加算の届出が要件となっていない入院料を算定することとなる。

例)

急性期一般入院料1

1,650点

地域一般入院料1

1,159点

回復期リハビリテーション病棟入院料1(一般)

2,129点

地域一般入院料1

1,159点

データ提出加算の対象となる入院料に係る現状及び課題

【現状及び課題】

(データ提出加算が要件となる入院料について)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料を届出る病床のうち、データ提出加算を算定している病床の割合はそれぞれ62%と30%であった。
- データ提出加算を算定している病床は、それぞれの入院料を算定する病床の一部であり、特に、療養病棟については、全体像を評価することが困難。

(データ提出加算の届出に必要な手続きについて)

- 新規に急性期一般入院基本料を届出る際、データ提出加算を届出るまでの約8ヶ月間は、データ提出加算の届出が要件となっていない入院料を算定する。
- 現行の取扱いにおいては、調査年度中に累積3回提出期限までにデータを提出しなかった場合等、データ提出加算の算定ができなくなった場合、当該加算が要件となっている急性期一般入院料等も算定できなくなる。

データ提出加算の対象となる入院料に係る論点

【論点】

(データ提出加算が要件となる入院料について)

- データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出の対象を拡大することとしてはどうか。
- 急性期一般2～7と回復期リハビリテーション病棟1～4について許可病床数が50床未満又は保有する病棟1のみの場合と、当該病院の許可病床全体としては200床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟5,6及び療養病棟が200床未満の病院についてデータ提出を不要とした経過措置は、終了することとしてはどうか。
- 回復期リハビリテーション病棟5,6と療養病棟について、許可病床数が200床未満の病院について一定の経過措置を設けつつ、データ提出加算を要件とすることとしてはどうか。
- 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、一定の間データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても当該入院料を算定できる経過措置を設けることとしてはどうか。

(データ提出加算の届出に必要な手続きについて)

- 新規に急性期の病棟を届け出る場合やデータ提出加算が算定できなくなった場合について、看護要員や平均在院日数等の施設基準を満たしているにも関わらず、データ提出加算に係る届出を行っていないことから地域一般入院基本料等を算定することを踏まえ、どのように考えるか。
- 例えば、新規に急性期の病棟を届け出る場合に、データ提出加算の要件を満たすまでの一定の期間に限り、急性期一般入院料7を算定できることとしてはどうか。また、データ提出加算が算定できなくなった場合についても、同様の見直しを検討することとしてはどうか。
- 新規に療養病棟入院基本料を届出る場合や療養病棟入院基本料を算定する医療機関がデータ提出加算を算定できなくなった場合について、今後データ提出加算の対象が拡大した後に、データ提出の状況を踏まえた上で検討することとしてはどうか。

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール
 - 提出するデータの項目
 - 入院期間と算定方法
 - 提出データ評価加算

(提出項目の追加や内容の見直し)

- ・ 入力を必須とする項目の拡大を検討するに当たっては、入院医療を適切に評価するという観点に加え、入力に係る負担を考慮する必要があるという意見があった。
- ・ 高齢の患者や自立度が低い患者が増えていることを踏まえ、療養病棟においてのみ提出を必須としている要介護度や、低栄養等の有無についての項目である要介護情報については、急性期病棟においても提出を必須とすることとしてはどうかという意見があった。
- ・ また、提出項目のうち、診療報酬上の他の項目において定められている記載事項との整理が必要な項目があるのではないかという意見があった。

提出データの概要

内容		ファイル名称	
患者別匿名化情報	病態等の情報	様式1	
	診療報酬請求情報	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	Dファイル
		医科点数表に基づく出来高点数情報(入院、外来)	EF統合ファイル
		カルテからの日別匿名化情報(重症度、医療・看護必要度)	Hファイル
		医科保険診療以外の診療情報	様式4
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3	

※上記の様式、ファイル作成方法は
2019年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

様式1(病態等の情報)について

概要

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等を算定する病棟・病室への入院患者について各病棟単位で作成。

調査項目

- 患者情報(生年月日、性別、住所地域の郵便番号)
- 入院情報(入院年月日、入院経路、救急搬送の有無等)
- 退院情報(退院年月日、退院時転帰、在宅医療の有無等)
- 診断情報(傷病名、ICD-10コード等)
- 手術情報(Kコード、STEM7、麻酔方法、手術名等)
- その他診療情報(褥瘡の有無、ADLスコア、がんのTNM分類、JCS、肺炎の重症度等)

- ・ 様式1は当該病院を退院した全ての患者がデータを提出する対象であり、病棟グループ毎に作成する。
- ・ 様式1には、急性期の診療内容、重症度の項目の他、回復期や慢性期に特有の項目も追加している。

(例)

すべての患者で 必須の項目	急性期の病棟や特定の疾患等で 必須の項目	回復期、慢性期や精神病棟で 必須の項目
性別	がん初発/再発	<u>要介護度(療養)</u>
入退院年月日	TNM分類	<u>要介護情報(療養)</u>
入退院経路	肺炎の重症度分類	FIM(回復期リハビリテーション)
退院時転帰	NYHA心機能分類	入院時GAF尺度(精神)
身長・体重	手術情報	
高齢者情報(自立度)		
ADL(入棟時・退棟時)		

栄養等にかかる項目について

- 要介護情報については、低栄養等の有無のみをデータとして提出することとしている。
- 他方、平成30年度入院医療等の調査では、栄養摂取の状況については、経管・経静脈栄養の状況等を詳細に調査している。

	項目名	内容
要 介 護 情 報	算定開始時	8桁の数字を入力
	算定終了時	8桁の数字を入力
	低栄養の有無(算定開始時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	摂食・嚥下機能障害の有無(算定開始時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	低栄養の有無(算定終了時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合
	摂食・嚥下機能障害の有無(算定終了時)	0. 無 1. 有 9. 当該判断を行っていない場合

(参考)平成30年度入院医療等の調査 入院患者票

10 栄養摂取の状況 (該当する番号1つに○)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《10で「01」を選択した場合に回答》	
【新設】9-1 嚥下調整食の 必要性 (該当する番号1つに○)	01. 嚥下調整食の必要性あり 02. 嚥下調整食の必要性なし
《10で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
10-2 経管・経静脈栄養の状況 (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管 02. 胃瘻・腸瘻 03. 末梢静脈栄養 04. 中心静脈栄養

褥瘡に係る項目について

○ 褥瘡に係る評価について、診療報酬上の算定要件において定められている項目が入院料の通則に定められているが、データ提出加算における項目とは記載内容が異なっており、データの入力の際に新たな負担が発生している。

○ 入院料等 通則7 褥瘡対策について

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

※両括弧内は点数

褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R)	深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔に至る損傷 (U)深さ判定が不能の場合						合計点
	滲出液	(0)なし (1)少量:毎日の交換を要しない (3)中等量:1日1回の交換 (6)多量:1日2回以上の交換						
	大きさ(cm ²) 長径×長径に達する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	(0)皮膚損傷なし (3)4未満 (6)4以上16未満 (8)16以上36未満 (9)36以上64未満 (12)64以上100未満 (15)100以上						
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし (1)局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) (3)局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭) (9)全身的影響あり(発熱など)						
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が強い為評価不可能 (1)創面の90%以上を占める (3)創面の50%以上90%未満を占める (4)創面の10%以上50%未満を占める (5)創面の10%未満を占める (6)全く形成されていない						
	壊死組織	(0)なし (3)柔らかい壊死組織あり (6)硬く厚い密着した壊死組織あり						
	ポケット(cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全層(ポケットの長径×長径に達する最大径)–潰瘍深さ	(0)なし (6)4未満 (9)4以上16未満 (12)16以上36未満 (24)36以上						

※該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

- 日常生活の自立度が低い入院患者につき、上の様式を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこととされている。

○ データ提出加算における褥瘡の項目

値	所見
0	皮膚損傷・発赤なし
1	持続する発赤
2	真皮までの損傷
3	皮下組織までの損傷
4	皮下組織を越える損傷
5	関節腔、体腔に至る損傷
9	判定不能

- 「DESIGN-R分類」のDepth(深さ)に基づき、入棟時の褥瘡及び退棟時(死亡退院も含む)の褥瘡を上表に従って入力することとされている(評価は一番深い部分により行うこととする)。

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール
 - 提出するデータの項目
 - 入院期間と算定方法
 - 提出データ評価加算

A245データ提出加算

○ データ提出加算は入院期間に関わらず、入院中1回に限り退院時に加算する、とされている。

A245 データ提出加算

1 データ提出加算1:入院データのみ提出

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点

ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 200点

2 データ提出加算2:入院データ+外来データを提出

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 160点

ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

注1

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時に、所定点数に加算する。

平均在院日数と退院患者数

○ 急性期一般入院基本料1と比べ、療養病棟入院基本料1は平均在院日数が長く、1年間の退院患者数が少ない。

例)

入院基本料等	平均在院日数※1	1年間の退院患者数 (200床あたり)※3
急性期一般入院料1 (平成26年度からデータ提出加算 の要件に追加)	13日	3,931人
療養病棟入院基本料1 (平成30年度からデータ提出加算 の要件に追加)	305日(64日※2)	206人(980人※2)

※1 平成30年7月から平成31年6月までの当該入院料を届け出る病棟の病床における平均在院日数

※2 平成31年7月時点でデータ提出加算を算定している病院に限った場合

※3 $365 / \text{平均在院日数} \times 200 \times \text{病床利用率}$ (急性期一般入院料は70%、療養病棟入院基本料は86%として算出)

2. データ提出加算について

- データ提出加算の現状
- データ提出加算の対象となる入院料
- データ提出加算の算定ルール
 - 提出するデータの項目
 - 入院期間と算定方法
 - 提出データ評価加算

(提出データ評価加算の見直し)

- ・ 未コード化傷病名の割合の平均が4%である現状を踏まえ、評価対象とする割合について見直してはどうかという意見があった。
- ・ データ提出加算2を算定している医療機関のうち、約9割の医療機関で提出データ評価加算を算定していることから、未コード化傷病名の割合を減少させるという当初の目的は達成したのではないかという意見があった。他方、データ提出加算が要件となる範囲の拡大に合わせて未コード化傷病名の割合が増えることも予想されるため、評価の在り方については引き続き慎重に検討すべきではないかという意見もあった。

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)	
1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	120点
ロ 200床未満の病院の場合	170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	130点
ロ 200床未満の病院の場合	180点



改定後(要件となる入院料)	
1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 許可病床 200床以上の病院の場合	150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合	200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 許可病床 200床以上の病院の場合	160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合	210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

- データ提出加算1および2を算定する病院は3,907病院である。
- 提出データ評価加算を算定する病院は2,200病院であり、データ提出加算2を算定する病院の90%以上が当該加算を算定している。

データ提出加算2、提出データ評価加算

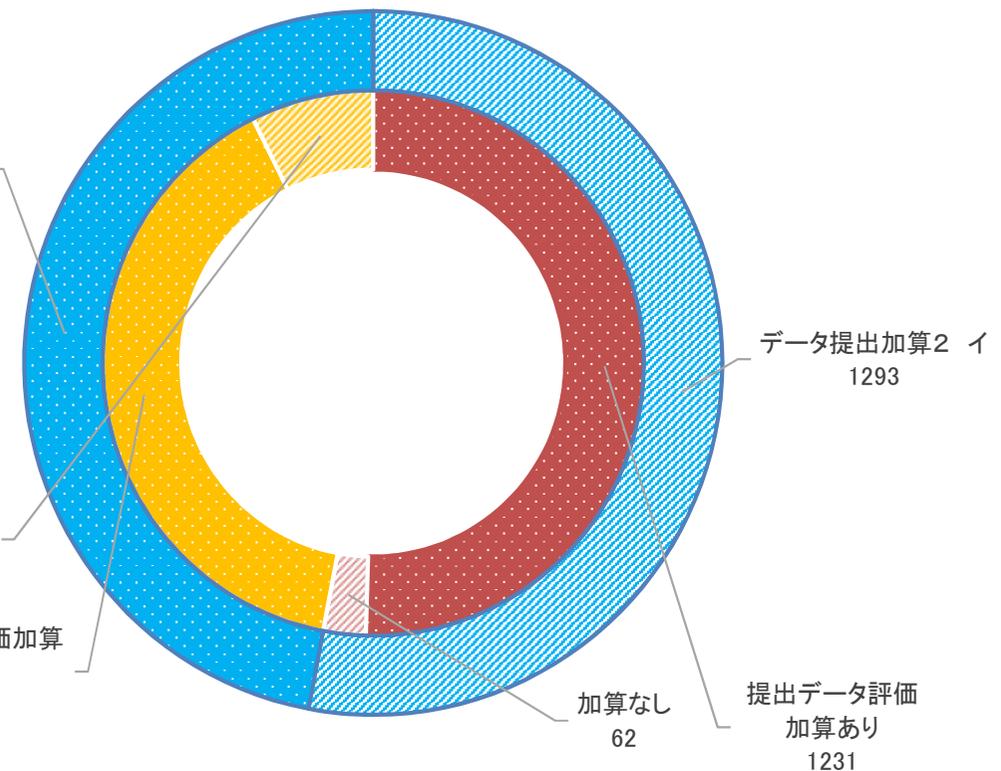
データ提出加算を算定する病院: 3,907病院

データ提出加算1: 1,466病院
データ提出加算2: 2,441病院

データ提出加算2 口
1148

加算なし
179

提出データ評価加算
あり
969

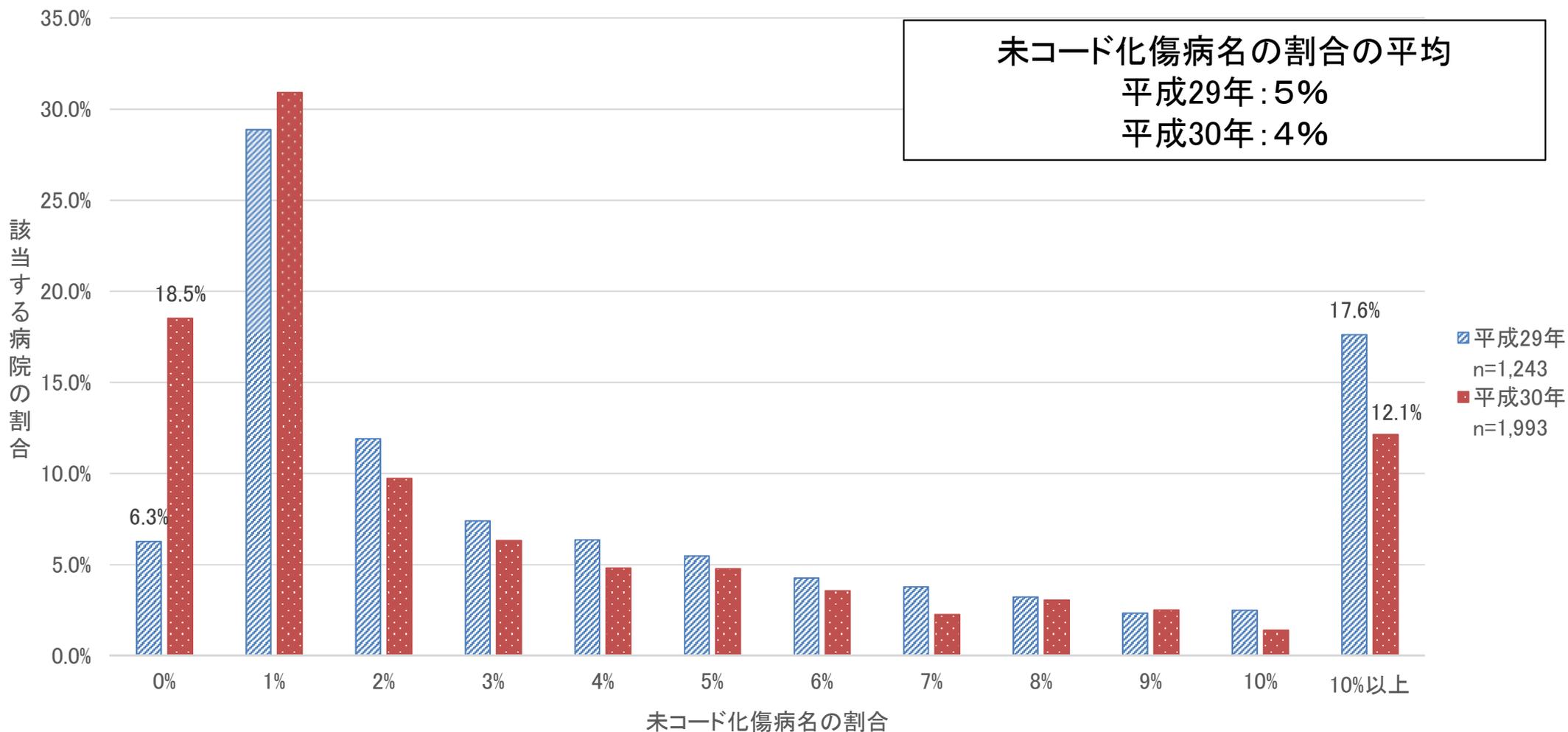


※ イ: 許可病床数が200床以上の病院の場合
口: 許可病床数が200床未満の病院の場合

未コード化傷病名の割合（医科の診療報酬明細書）

- 医科の診療報酬明細における未コード化傷病名の割合は、平成29年で5.0%(588,393/11,704,847)、平成30年で4.0%(608,043/15,081,438)と、平成29年から平成30年にかけて減少した。
- 提出データ評価加算の基準(1割未満)を満たさない医療機関は平成30年では1割程度である。

未コード化傷病名の割合別の出現頻度



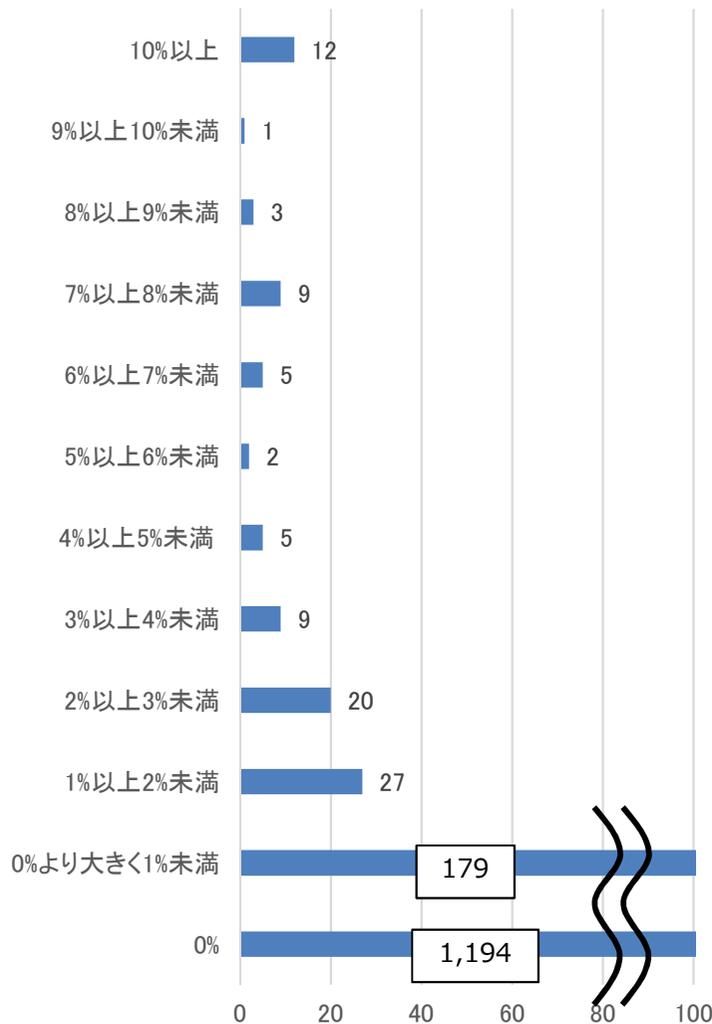
出典：NDB（各年12月時点）
※データ提出加算2を算定する病院に限る

未コード化傷病名の割合別の医療機関数(様式1)

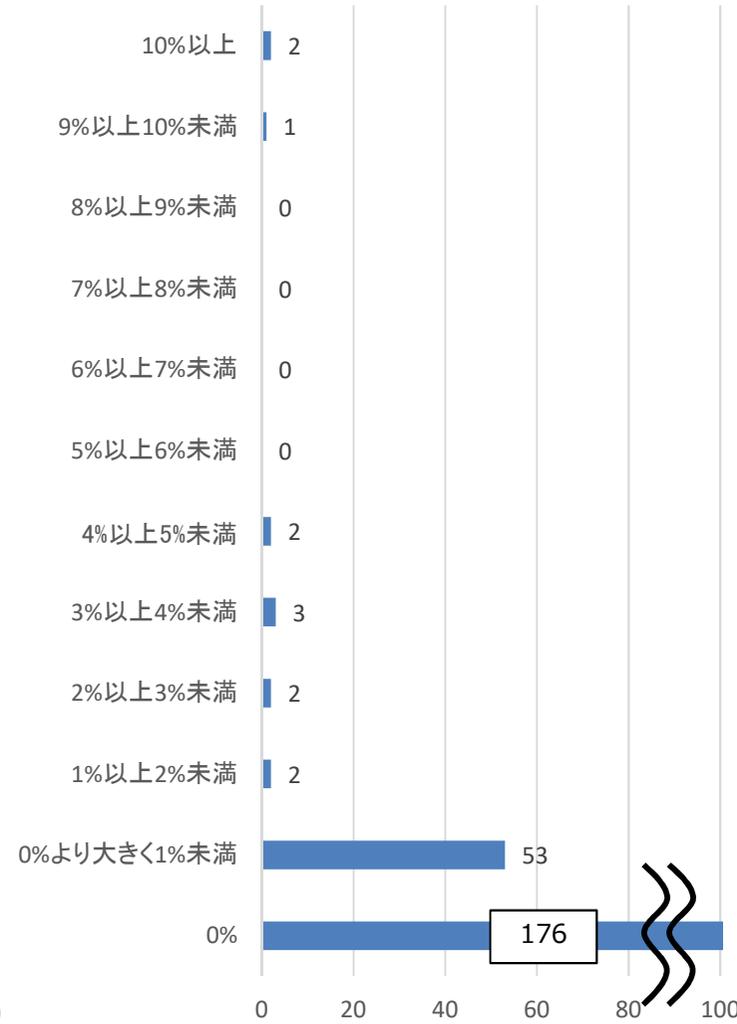
診調組 入-1
元 . 9 . 19

○ 様式1における未コード化傷病名の割合はほとんどの医療機関で1%未満で、0%の医療機関も相当数ある。

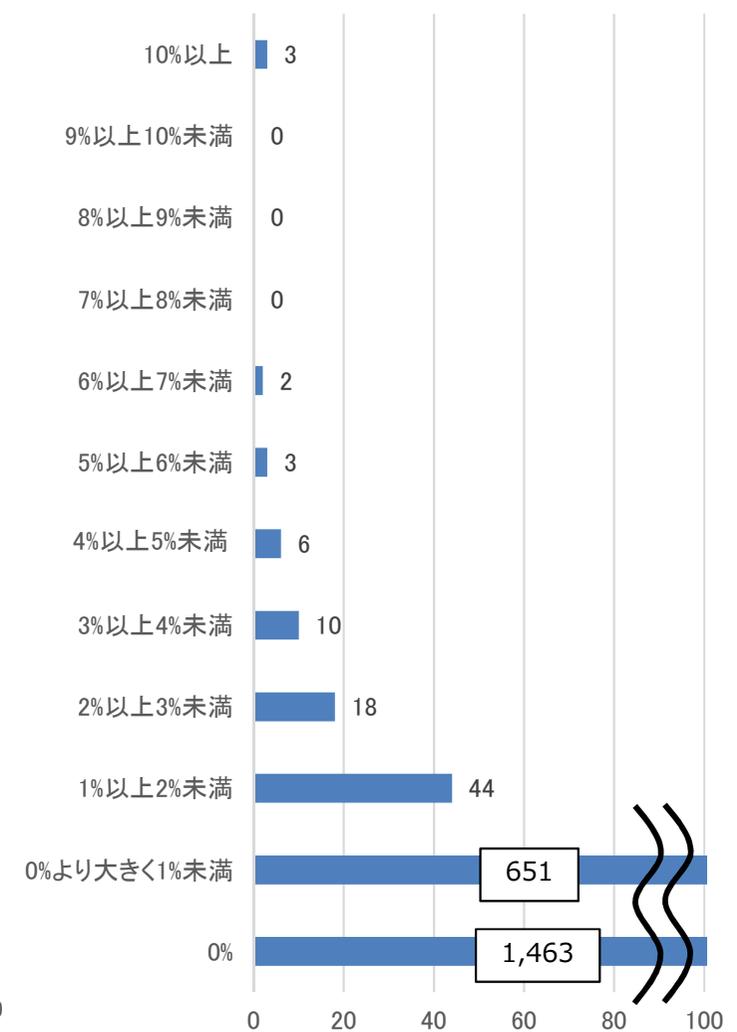
様式1:未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算1を算定する医療機関
n=1,466)



様式1:未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算2を算定する医療機関(提出
データ評価加算なし) n=241)



様式1:未コード化傷病名の割合・医療機関数
(データ提出加算2を算定する医療機関(提出
データ評価加算あり) n=2,200)



データ提出加算の算定ルールに係る現状及び課題

【現状及び課題】

(提出データの項目について)

- 現在、療養病棟でのみ要介護度や要介護情報を入力することとしているが、急性期の病棟においても高齢の患者や自立度が低い患者が増えている。
- 平成30年度診療報酬改定の答申書附帯意見において、データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、データの入力に係る負担を考慮しつつ、入院医療を適切に評価するための項目の追加を検討することとされている。

(データ提出加算の算定方法について)

- データ提出加算は入院中1回(退院時)に限り算定することとしている。
- データ提出加算が要件となる入院料の拡大に伴ない、当該加算が新設された当初と異なり、急性期の病棟だけでなく、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟等の急性期の病棟と比べ在院日数が長く、年間に退院する患者数が少ない病棟も対象に含まれるようになった。
- 今後、データ提出加算の対象となる入院料を見直し、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟の対象範囲を見直す場合、在院日数は更に長く、年間の退院患者数も少なくなり、データ提出加算の算定回数が少なくなる。

(提出データ評価加算について)

- 提出データ評価加算は、平成30年度診療報酬改定において、データの質を評価する目的で新設された。
- 提出データ評価加算の算定の要件として、医科の診療報酬明細書、様式1及び外来EFファイルの未コード化傷病名の割合が1割未満であることを求めており、データ提出加算2を算定する病院のうち、約9割が提出データ評価加算を算定している。
- 未コード化傷病名の割合は平成29年から平成30年にかけて、5%から4%に減少している。

データ提出加算の算定方法に係る論点

【論点】

(提出するデータの項目について)

- 提出するデータの項目について、入院医療の適切な評価という観点から、急性期の病棟においても、要介護度や要介護情報の入力を必須とすることとしてはどうか。
- データ提出加算における要介護度に係る項目について、データの利活用の観点から、平成30年度入院医療等の調査を参考に経管・経静脈栄養の詳細をデータ提出加算の提出項目に追加してはどうか。
- 褥瘡に係る項目について、データ提出加算の項目以外で既に入力している項目と、データ提出加算における項目が異なっていることを踏まえ、データ提出加算の項目以外で入力している項目に合わせることはどうか。

(データ提出加算の算定方法について)

- データ提出加算について、療養病棟は急性期の病棟と比べの平均在院日数が長く退院患者が少ないことを踏まえ、データ提出加算の対象範囲の見直しと合わせて評価の在り方を見直してはどうか。併せて、提出データ評価加算について算定状況を踏まえてどう考えるか。

(提出データ評価加算について)

- 今後、データ提出加算の対象となる入院料を見直し、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟の対象範囲を見直す場合、未コード化傷病名の割合が増える可能性がある。このような状況を踏まえ、提出データ評価加算の要件等についてどう考えるか。
- 提出データ評価加算の対象について、データ提出加算2を算定する病院のうち約9割の病院が提出データ評価加算を算定している現状を踏まえ、評価する対象について見直すこととしてはどうか。
- 未コード化傷病名の割合について、1年間で平均が減少している現状を踏まえ、未コード化傷病名の割合の評価基準について見直すこととしてはどうか。