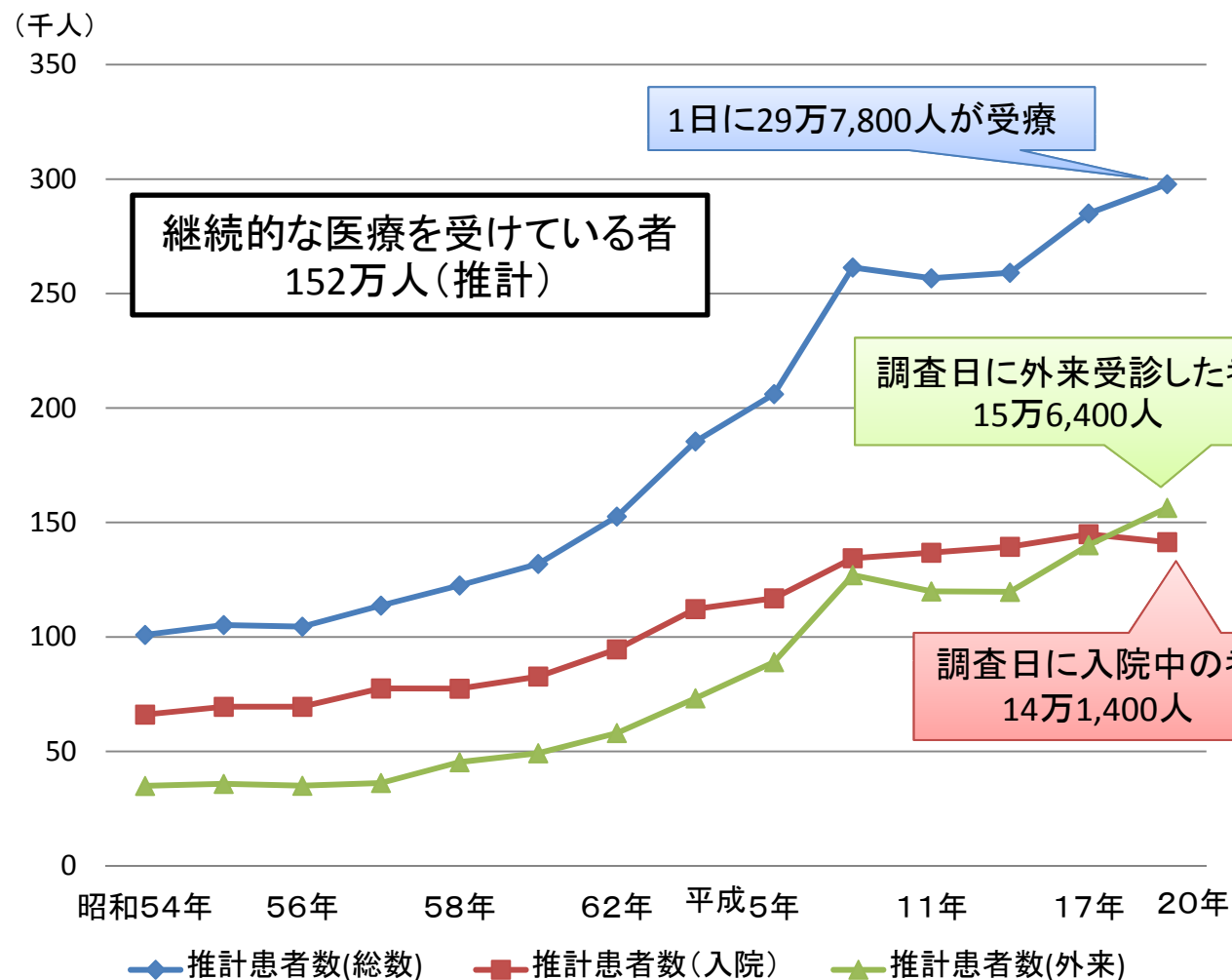


1. がん対策について

がん患者数の年次推移

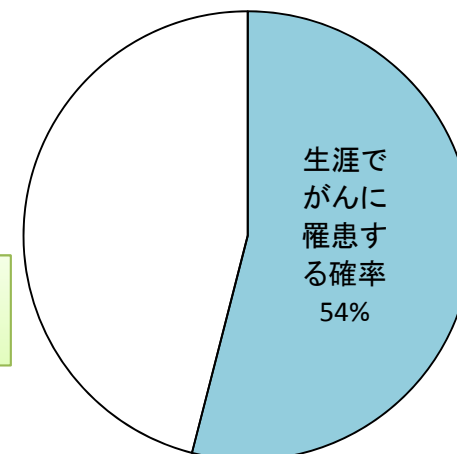


平成8年から第10回修正国際疾病、傷害および死因統計分類(ICD-10)を適用している。

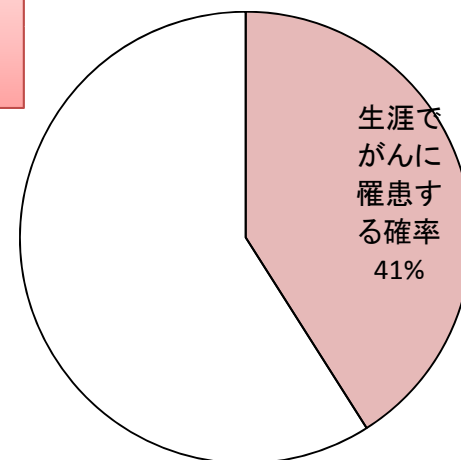
厚生労働省「H20年患者調査」より

生涯リスク
～日本人の2人に1人ががんになる～

男性



女性

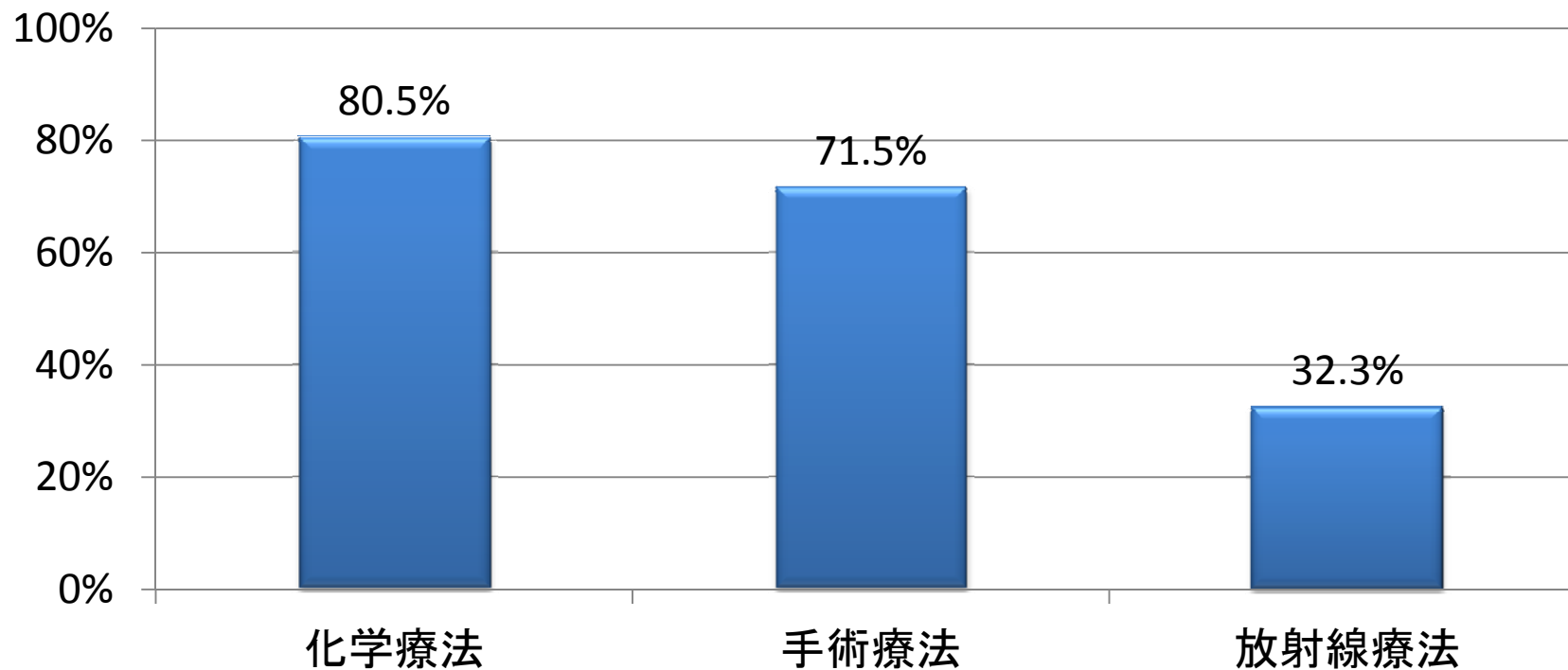


平成15年

<国立がんセンターがん対策情報センターによる推計値(平成17年)>

日本の治療別割合

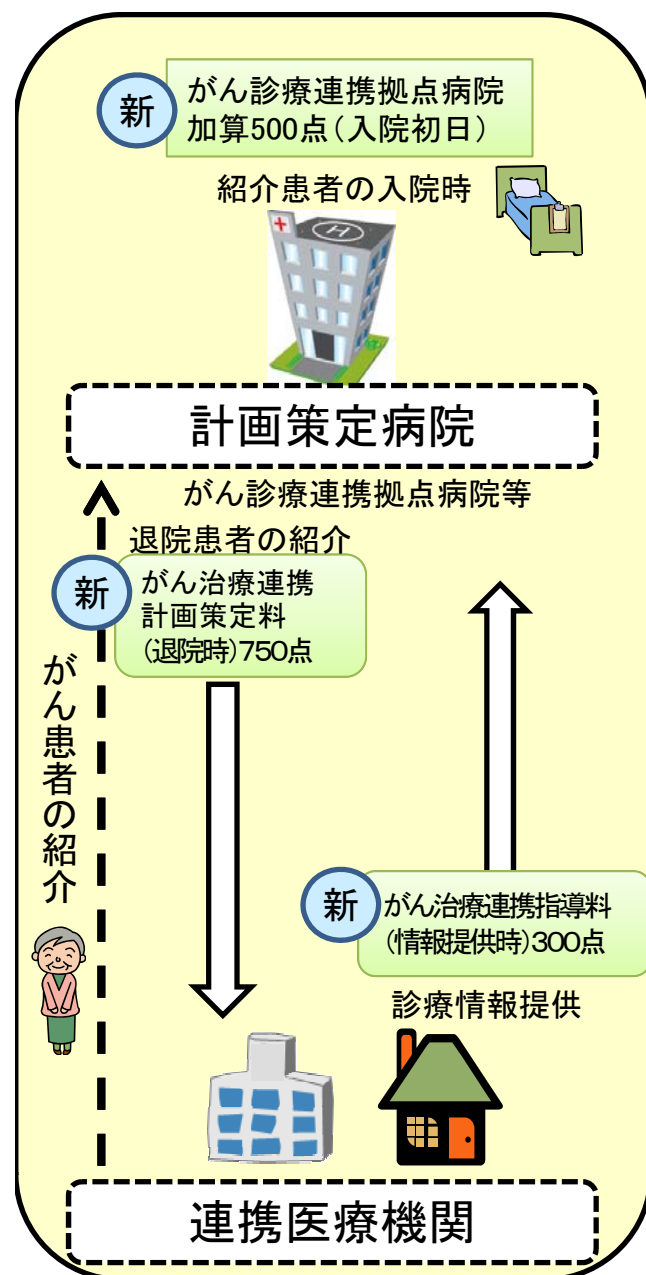
今までに受けた治療(複数回答有)



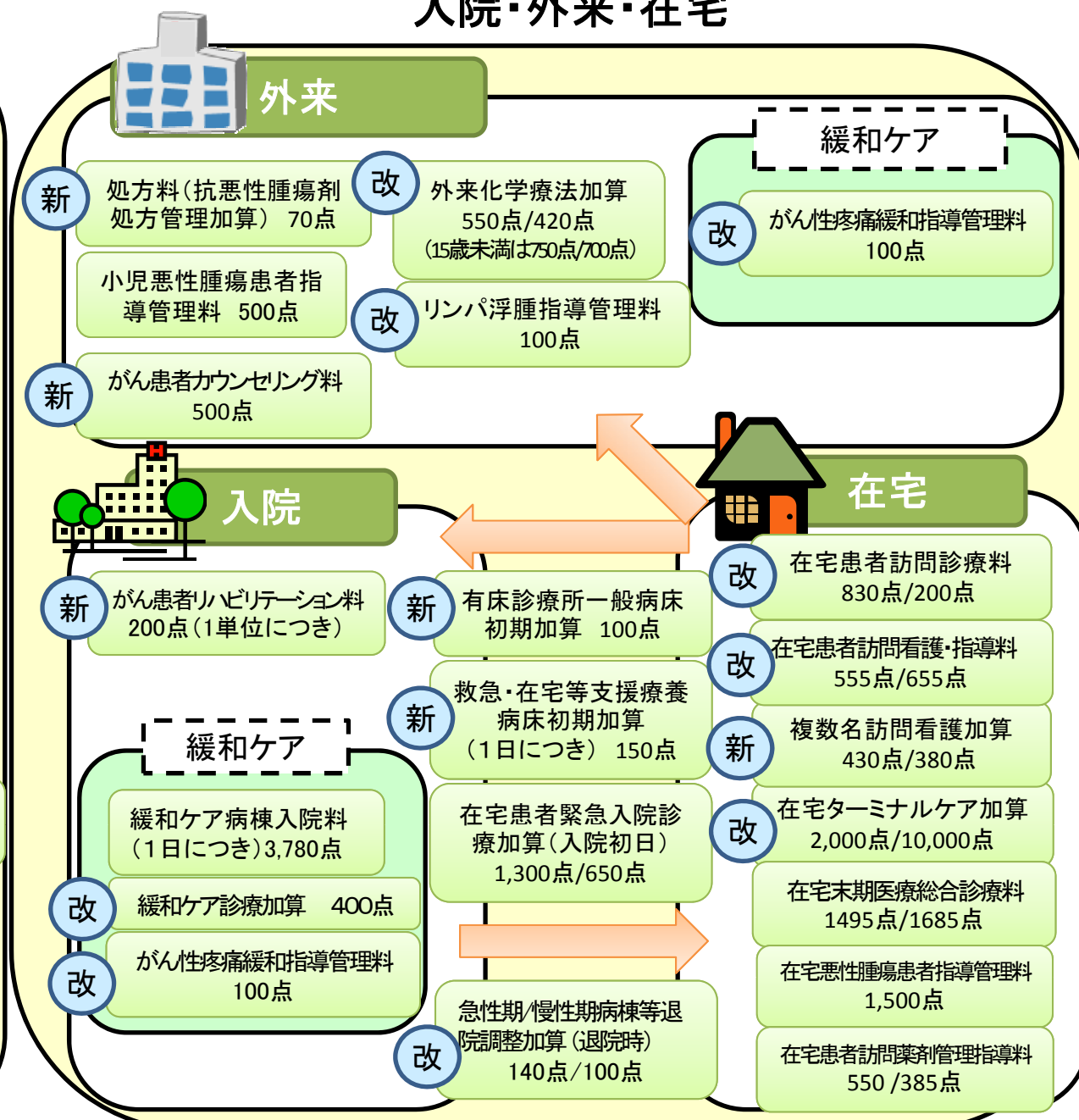
対象: 377施設のがん診療連携拠点病院における
患者あるいは家族計2,273件

がん医療の診療報酬における主な制度上の評価

医療機関の連携



入院・外来・在宅



平成22年度診療報酬改定での取り組み

主な改定項目

◆ がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

<u>(新)がん治療連携計画策定料(計画策定病院)</u>	<u>750点(退院時)</u>
<u>(新)がん治療連携指導料(連携医療機関)</u>	<u>300点(情報提供時)</u>

◆ 質の高いがん診療に対する評価

<u>(新)がん診療連携拠点病院加算</u>	<u>400点→500点(入院初日)</u>
<u>(新)がん患者カウンセリング料</u>	<u>500点</u>

◆ 緩和ケアの充実

(改)がん性疼痛緩和指導管理料 100点

(改)緩和ケア診療加算 300点 → 400点

※緩和ケアに係る研修を修了した医師の配置要件とした

◆ がん患者に対するリハビリテーションの評価

(新)がん患者リハビリテーション料 200点(1単位につき)

◆ 外来化学療法の充実

(改)外来化学療法加算1 500点 → 550点

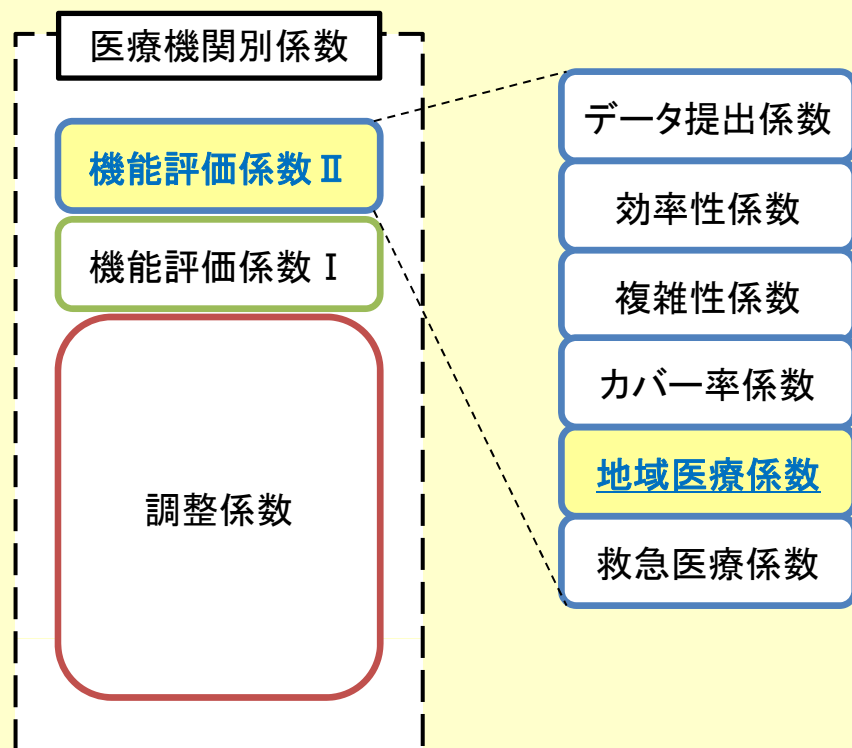
(改)外来化学療法加算2 390点 → 420点

(新)抗悪性腫瘍剤処方管理加算 70点

DPC制度におけるがん医療体制等に係る評価

- ◆ DPC制度「機能評価係数Ⅱ(※)」の「地域医療指数」(地域医療を確保するための事業や体制構築への貢献を評価するという観点から設定)において、DPC対象病院における「がん地域連携」と「地域がん登録」の取組みが評価項目として設定されている。

※ 調整係数の段階的見直しに伴い平成22年改定で導入された新たな機能評価係数



〔地域医療指数〕(平成22年8月より評価)

- ① 「脳卒中地域連携」
脳卒中を対象とする「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-3地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)」又は「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)」を算定している医療機関を評価
- ② 「がん地域連携」
「B005-6がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価
- ③ 「地域がん登録」
地域がん登録への参画の有無を評価
- ④ 「救急医療」
医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価
- ⑤ 「災害時における医療」
DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無を評価
- ⑥ 「へき地の医療」
へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価
- ⑦ 「周産期医療」
総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価

地域医療指数における がん医療体制等に係る評価項目について

◆ 「地域医療指数」の個々の評価項目は、現在、DPC評価分科会において、24年改定に向けた見直しを行っているところ。

- 「がん地域連携」

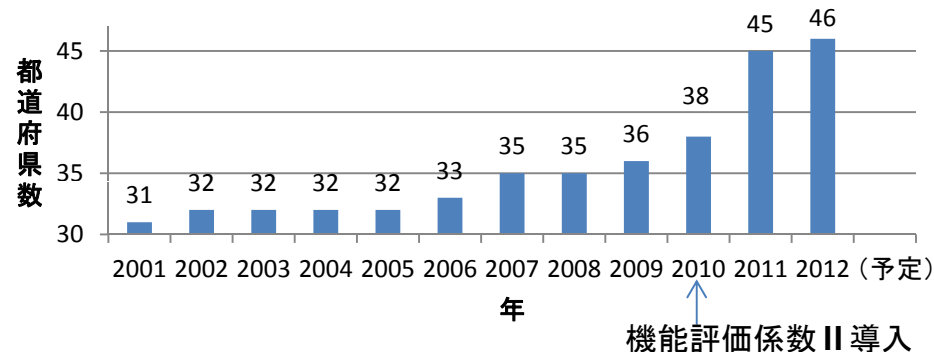
4疾病5事業を中心に、地域における連携体制が具体的に評価可能なものについて評価項目として設定。がん医療連携体制については、「B005－6がん治療連携計画策定料」又は「B005－6－2がん治療連携指導料」の算定状況で評価。

【参考】DPC対象病院中、施設基準取得施設数の変遷
257/1390施設（H22.4） → 487/1449施設（H22.9末）

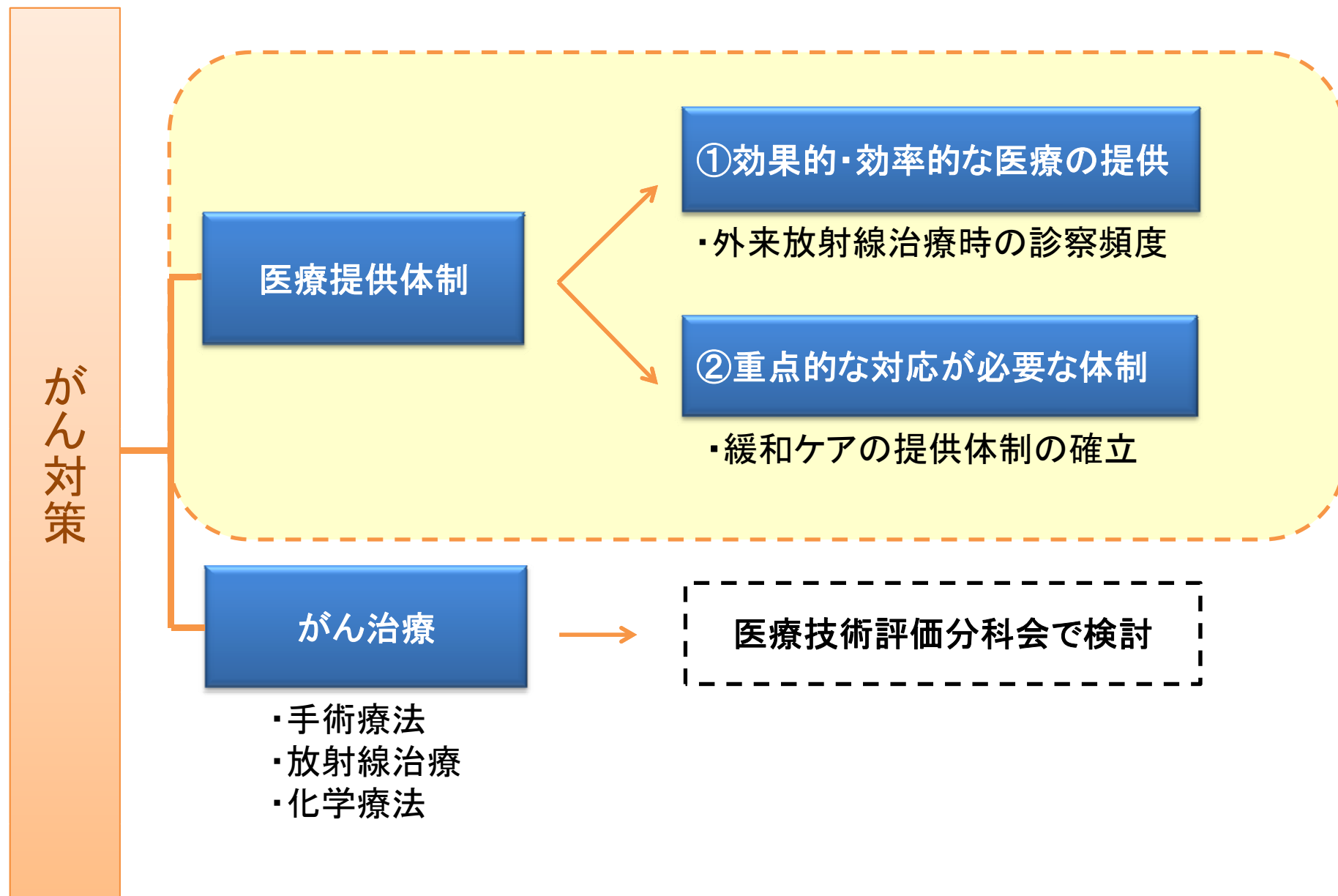
- 「地域がん登録」

都道府県で実施する地域がん登録への参加について評価。

【参考】地域がん登録の実施都道府県数の変遷



がん対策に係る診療報酬上の主な課題



放射線治療について

過去の診療報酬改定での取り組み

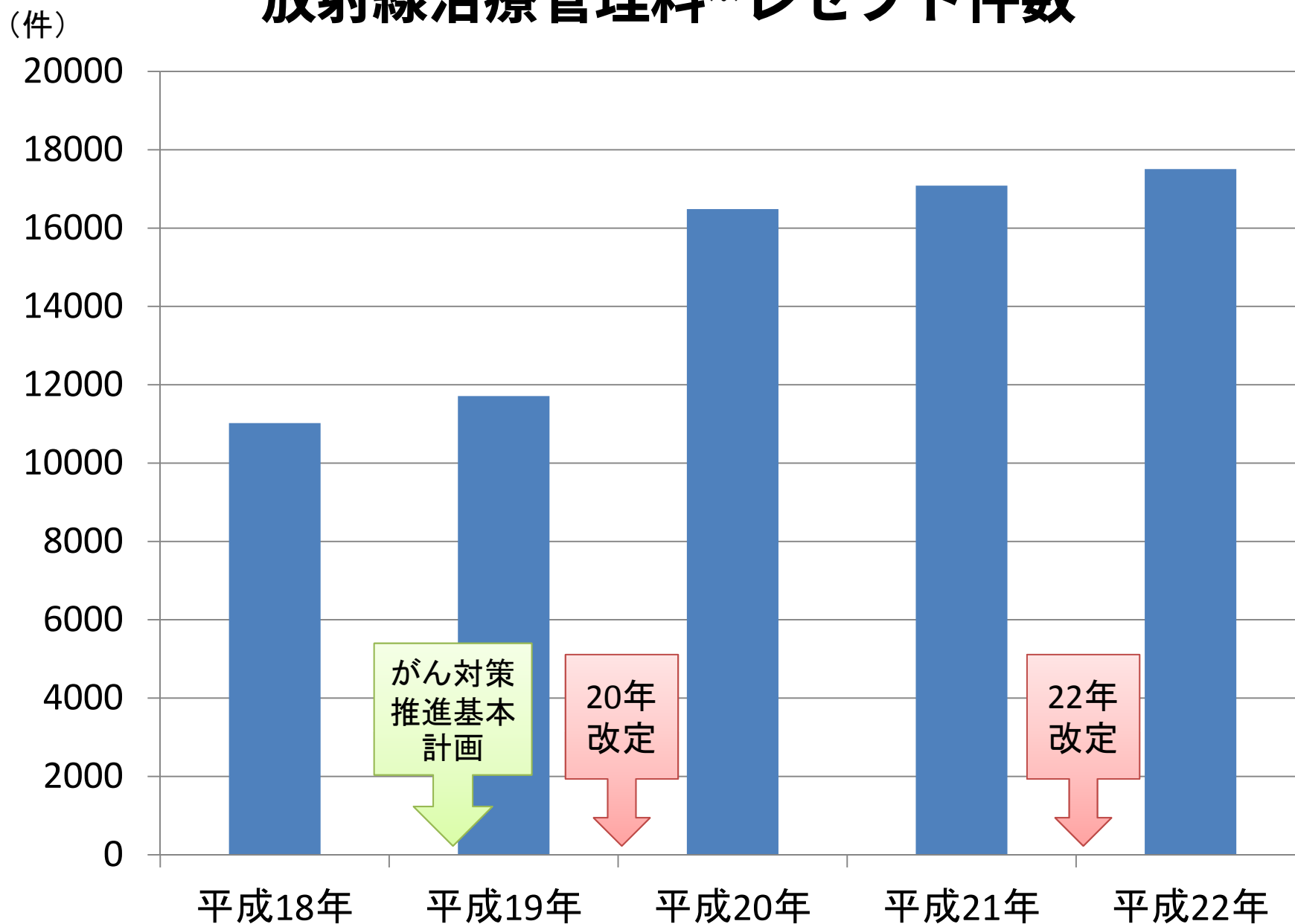
20年改定のポイント

- 副作用が少ない新しい放射線治療法を保険導入
強度変調放射線治療(IMRT) 3,000点(1回目)
- 放射線治療における充実した安全管理体制の評価
医療機器安全管理料2 1,000点
- 日常生活を送りながら、通院で受けられる体制の評価
外来放射線治療加算 100点

22年改定のポイント

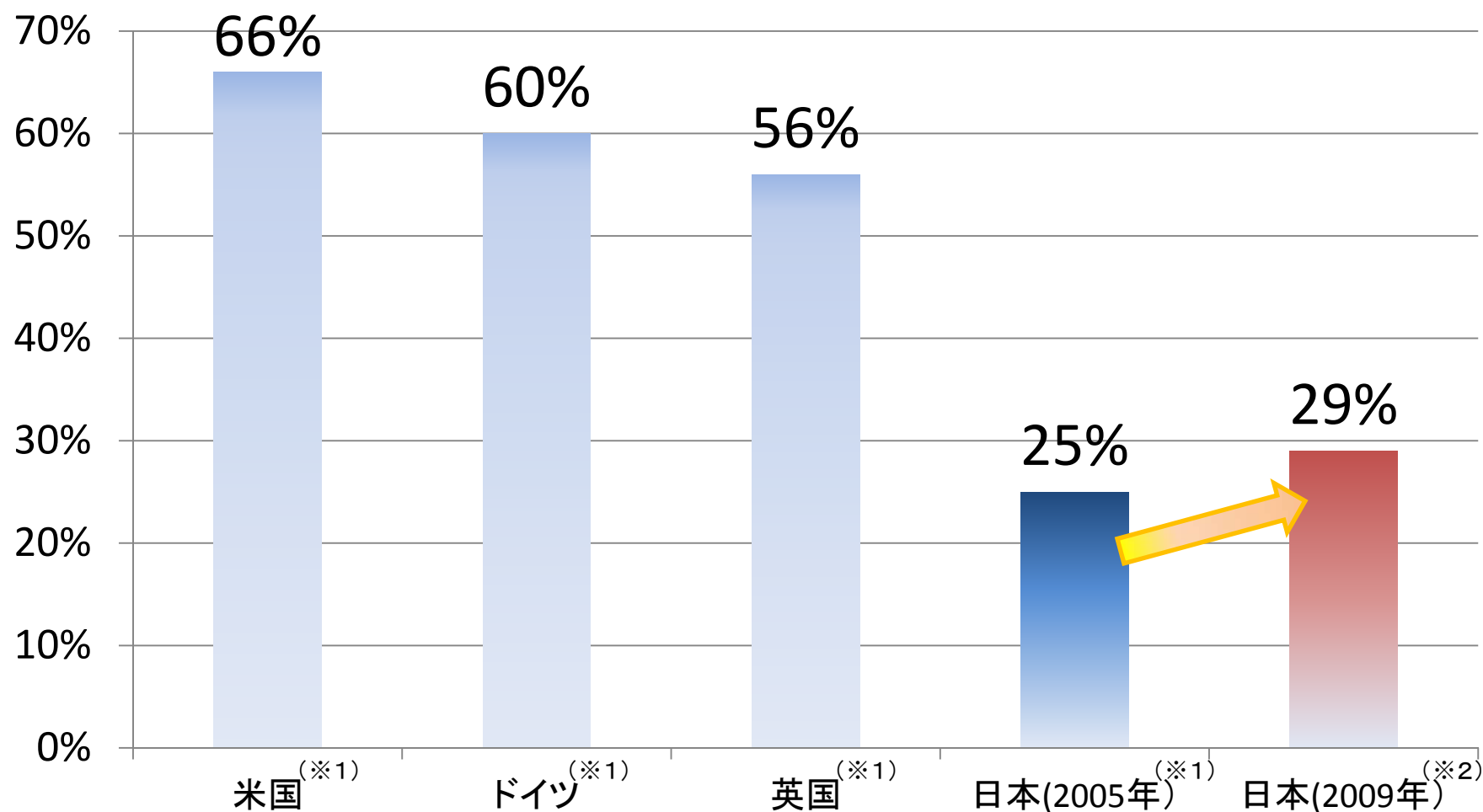
- 強度変調放射線治療(IMRT)の適用拡大
すべてのがんについて強度変調放射線治療(IMRT)の対象となった
- 画像誘導放射線治療加算の新設
画像誘導放射線治療加算 300点(毎回)
- 高エネルギー放射線治療の増点
例) (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合
1580点 → 1800点
- 放射線治療管理料の増点
4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合
3400点 → 4000点

放射線治療管理料※レセプト件数



※放射線照射計画の際の分布図の作成に係る管理料 出典:社会医療診療行為別調査

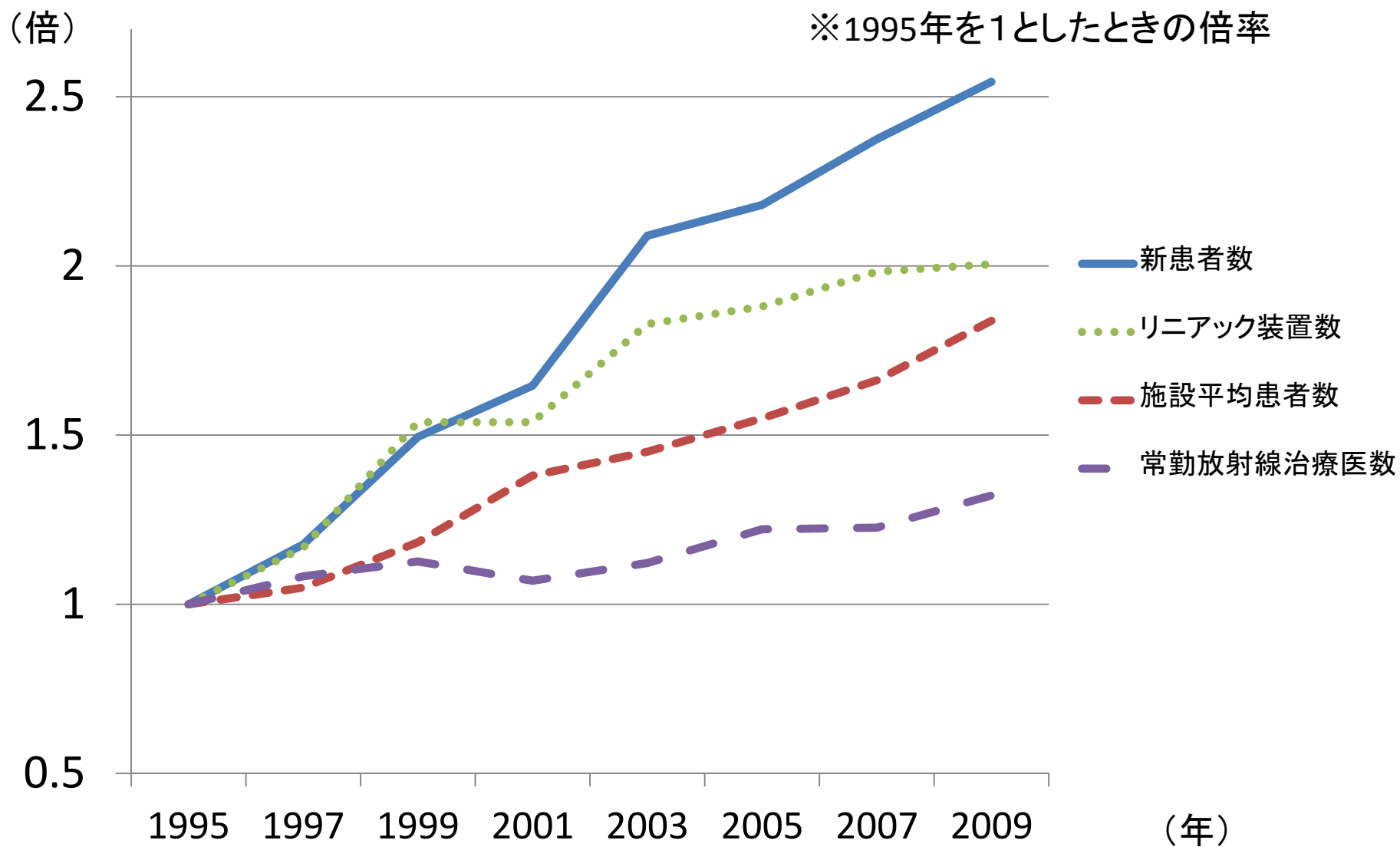
がん患者のうち放射線治療（併用も含む） を実施している患者割合



※1 第3回がん対策推進協議会資料(2007年5月9日)より

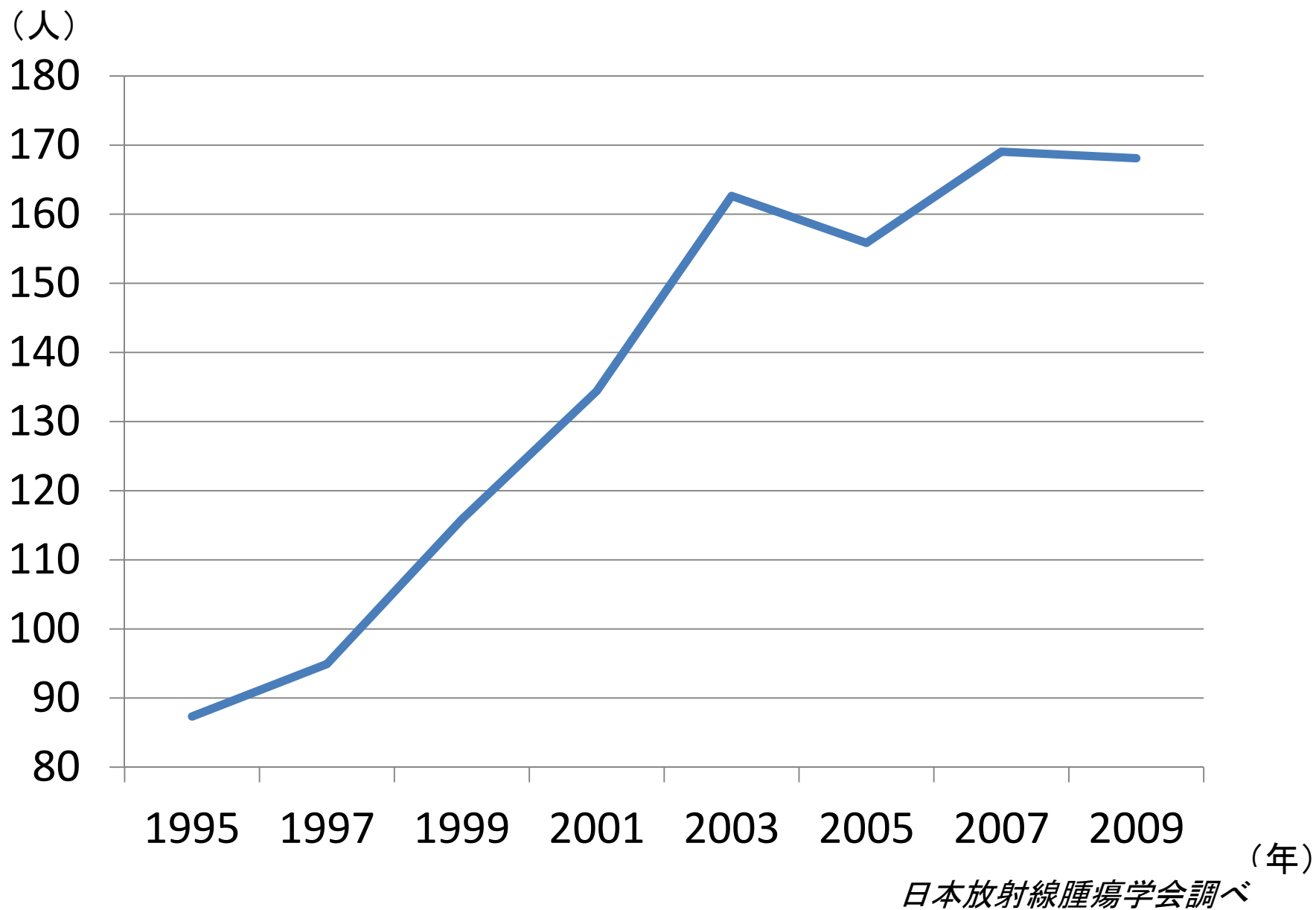
※2 地域がん登録全国推計(2006)及び日本放射線腫瘍学会2009年構造調査より作成

患者数、医師数等の年次変化



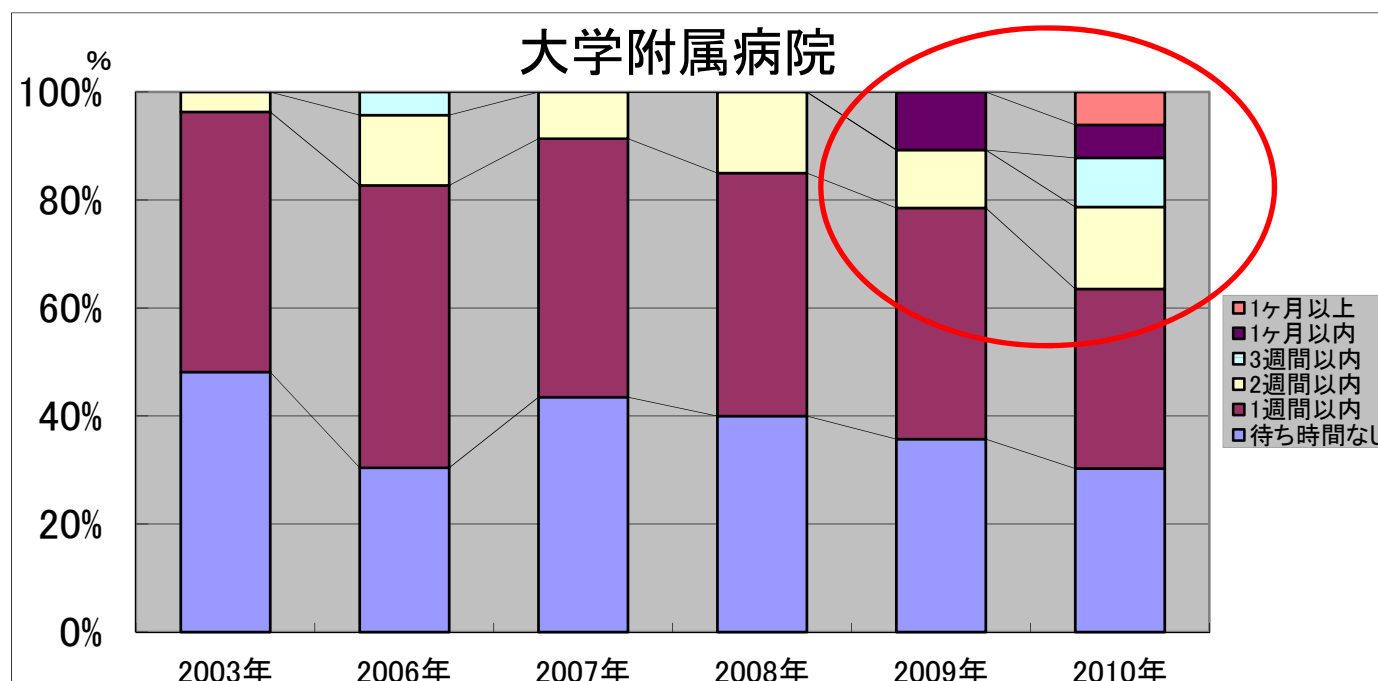
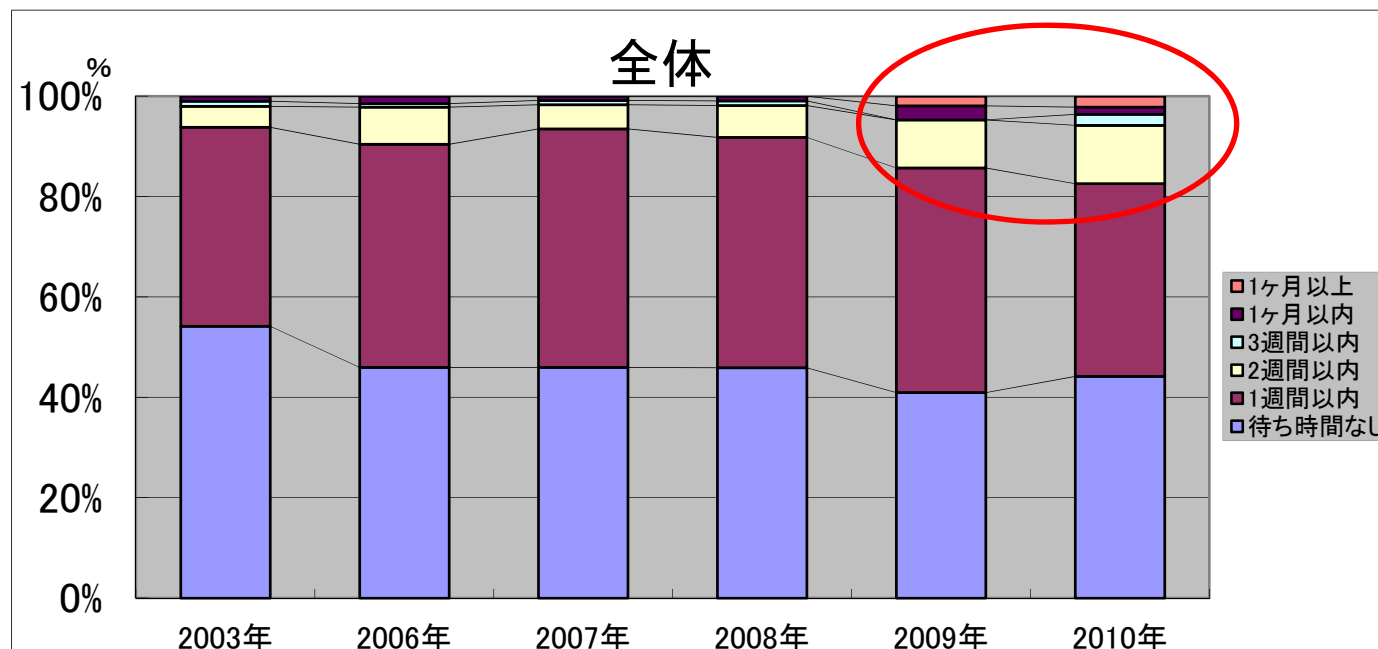
日本放射線腫瘍学会調べ

常勤放射線治療医1人あたりの患者数

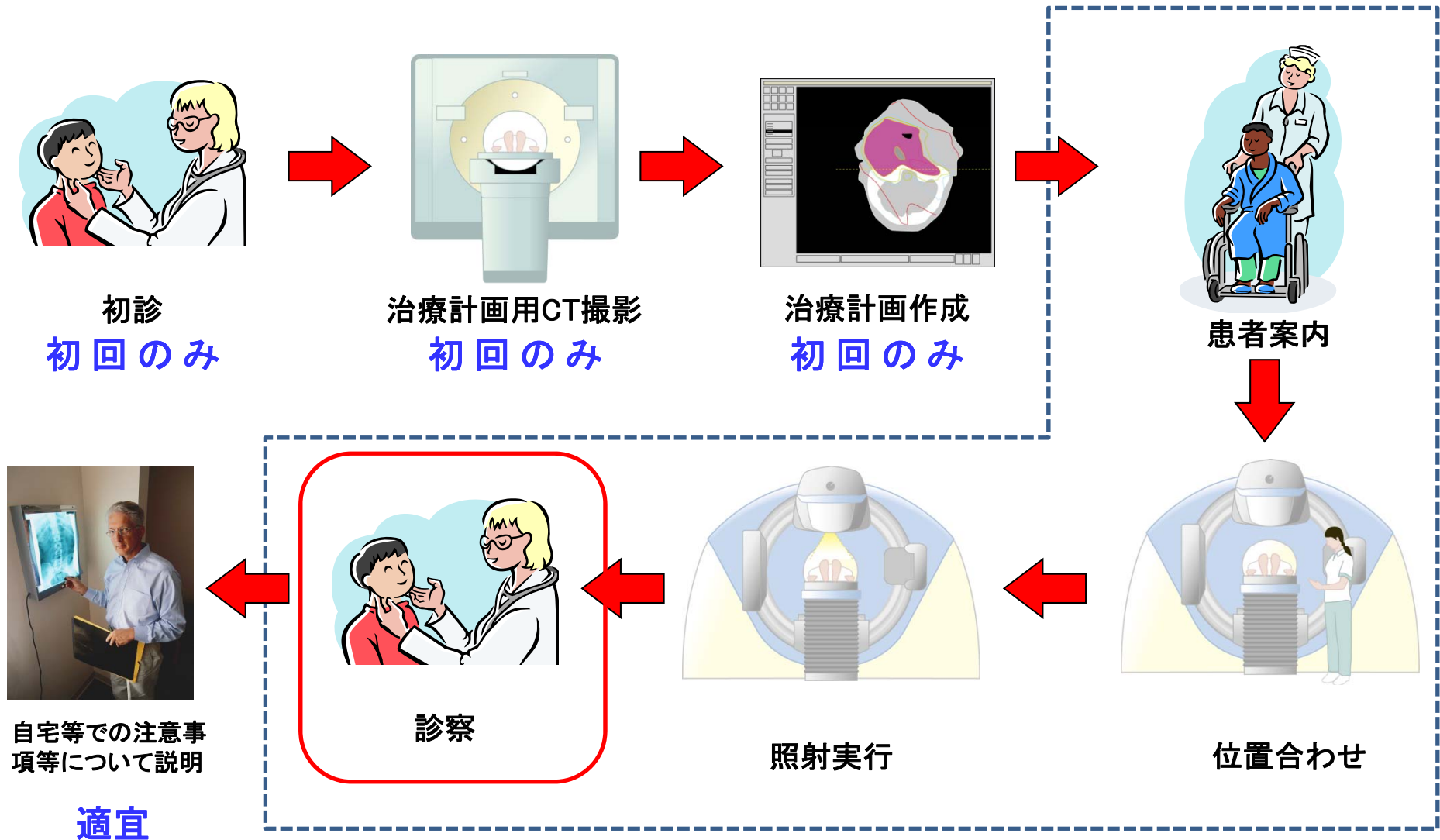


放射線治療 検査待ち時間

画像医療システム等の導入状況と
安全確保状況に関する調査報告書
(社)日本画像医療システム工業会

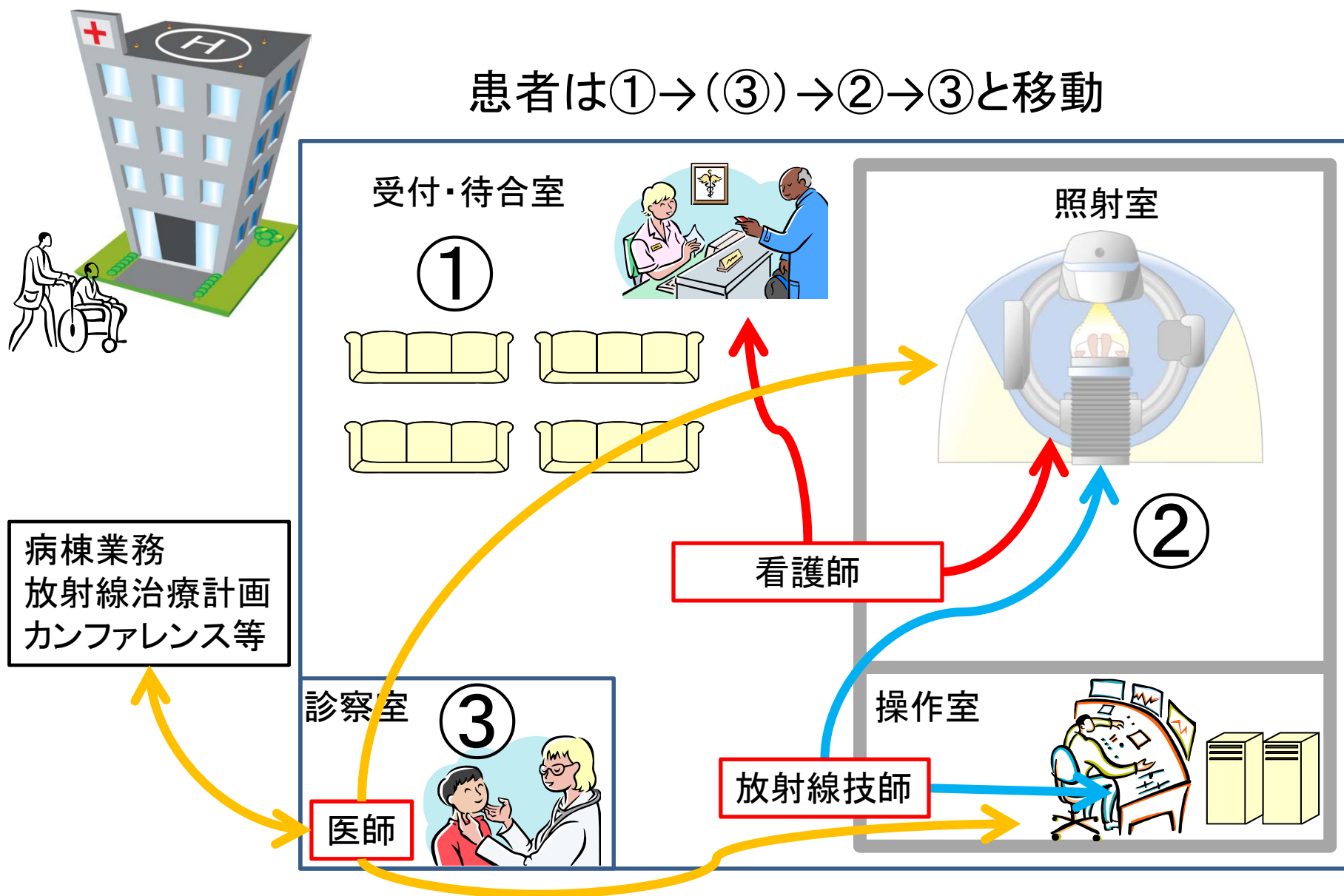


放射線治療の流れ



毎回の放射線照射の実際

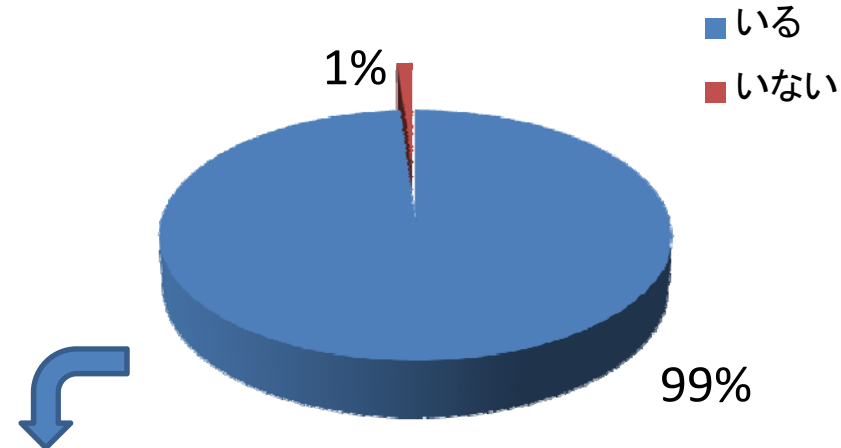
患者は①→(③)→②→③と移動



放射線治療に関するアンケート結果（１）

（放射線治療医師へのアンケート調査）

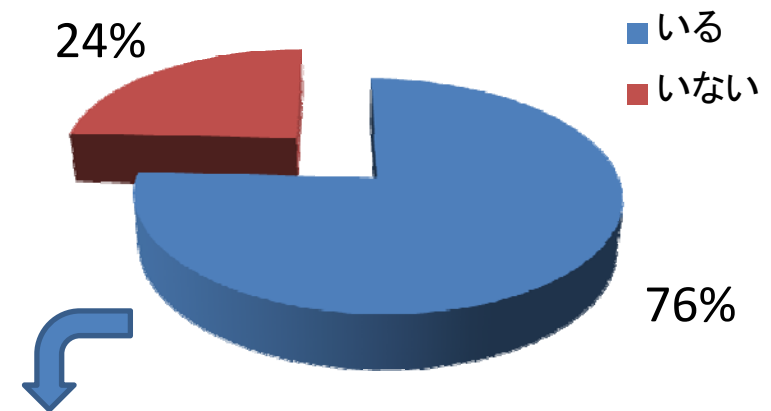
毎日の診察は必要ないと思う患者は・・・



＜放射線治療中毎日診察が必要ないと思う疾患群＞
（自由記載）

全身状態が悪くないほとんどの患者
一般に全身状況がよく、症状の軽い外来入院患者
ほとんど全ての患者
急性期有害事象がないか、あっても軽度（grade 1）の患者
前立腺癌、乳癌術後症例など

毎日必ず診察が必要と考える患者は・・・



＜放射線治療中毎日診察が必要と思う疾患群＞
（自由記載）

全身状態のよくない外来患者
1回線量の高い照射（小分割）症例
全身照射症例
緊急照射症例
精神的に不安定な患者

放射線治療中毎日診察を行うことによる問題点・弊害は何ですか？（複数回答有）

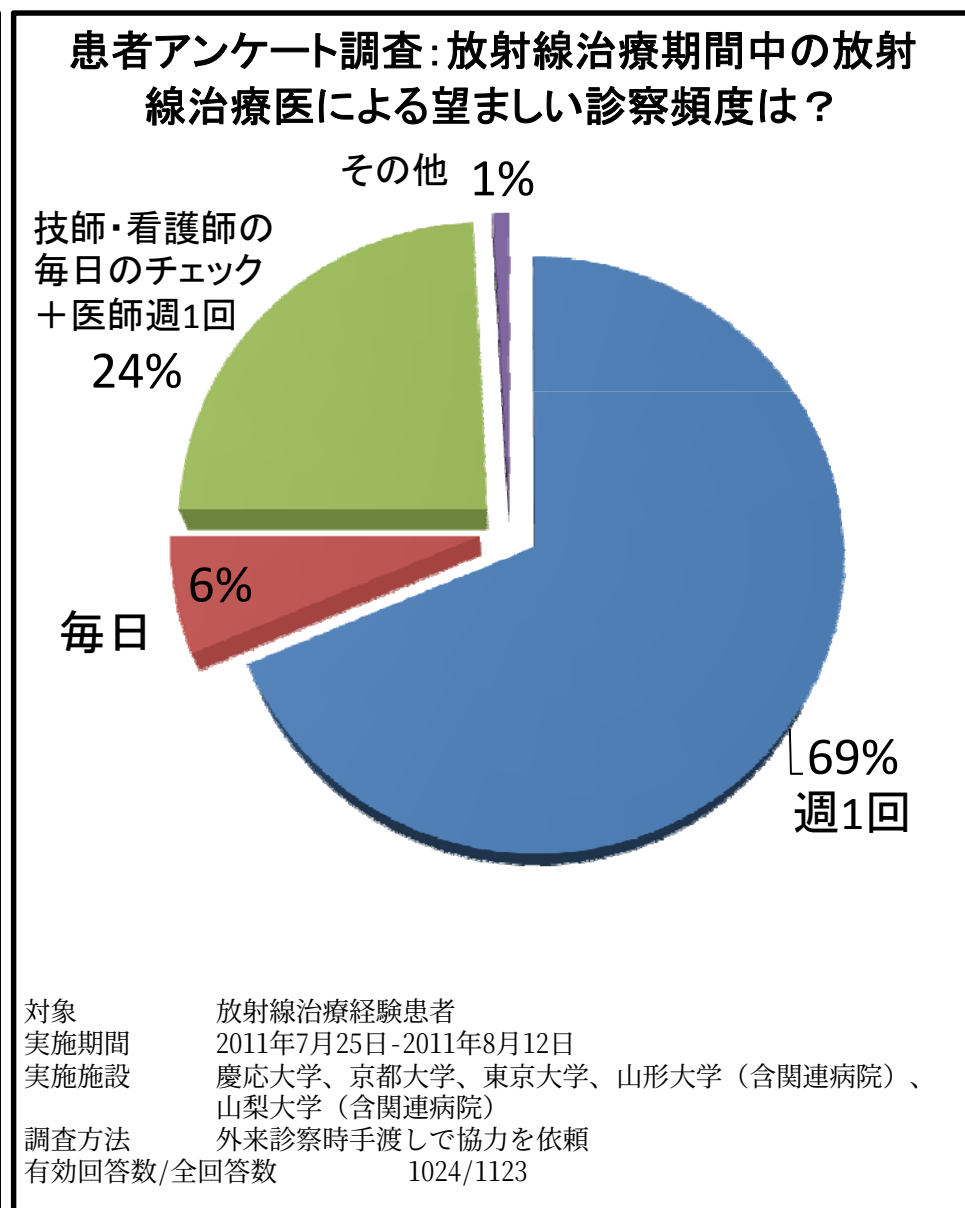
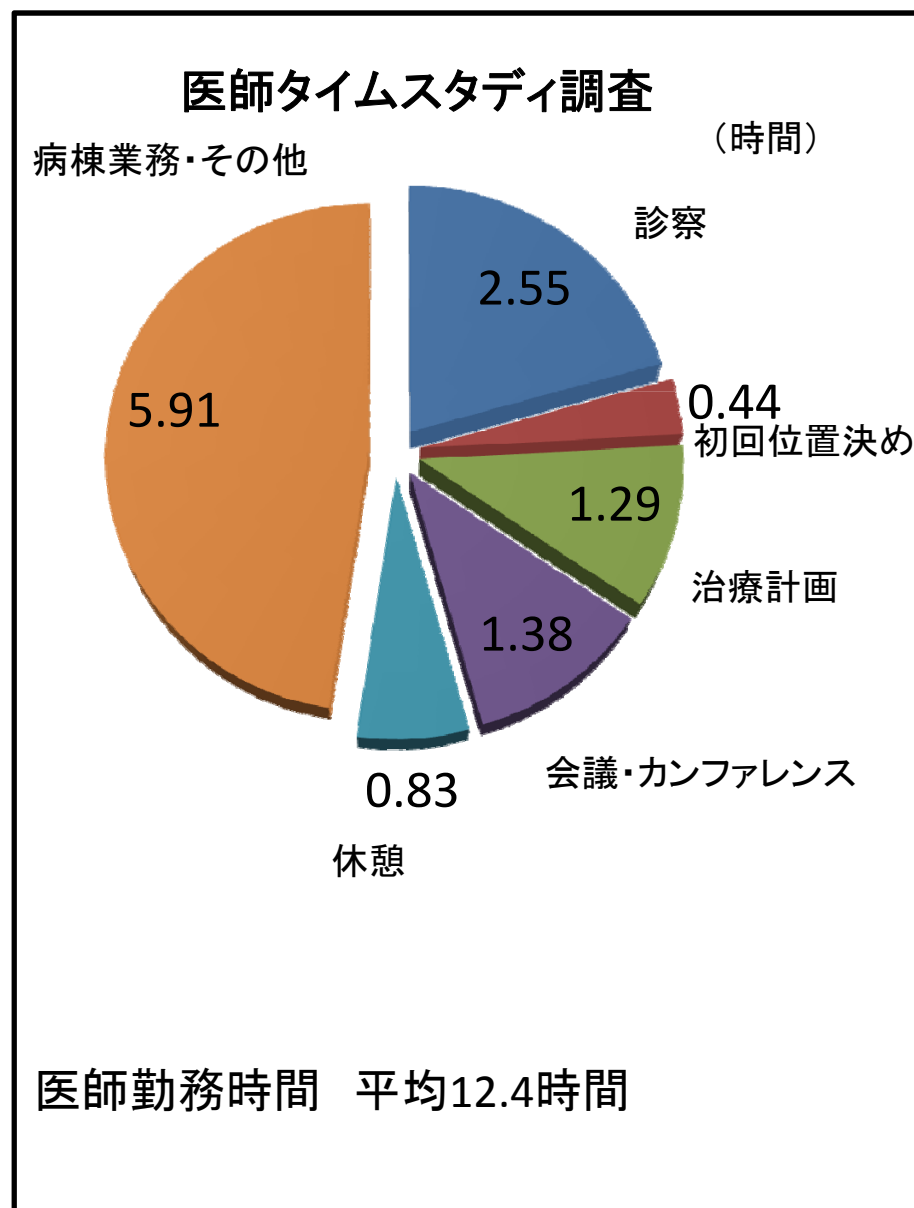
医師が多忙となり新規患者の受け入れができない	77%
患者待ち時間の延長	68%
弊害はない	4%
その他	21%

＜その他、コメント＞

毎日の診察の要否については、文章で規程するのみではなく、担当医の判断で決められる仕組みが望ましいと思います。
医師の診察なしで照射した際の責任の所在が間違っても技師や看護師に及んではいけない。
医師側の態勢に余裕が無いとつらい患者さんを待ち時間で更につらい目に合わせるという不都合が生じます。

（日本放射線腫瘍学会調べ）

放射線治療に関するアンケート結果（２）



（日本放射線腫瘍学会調べ）

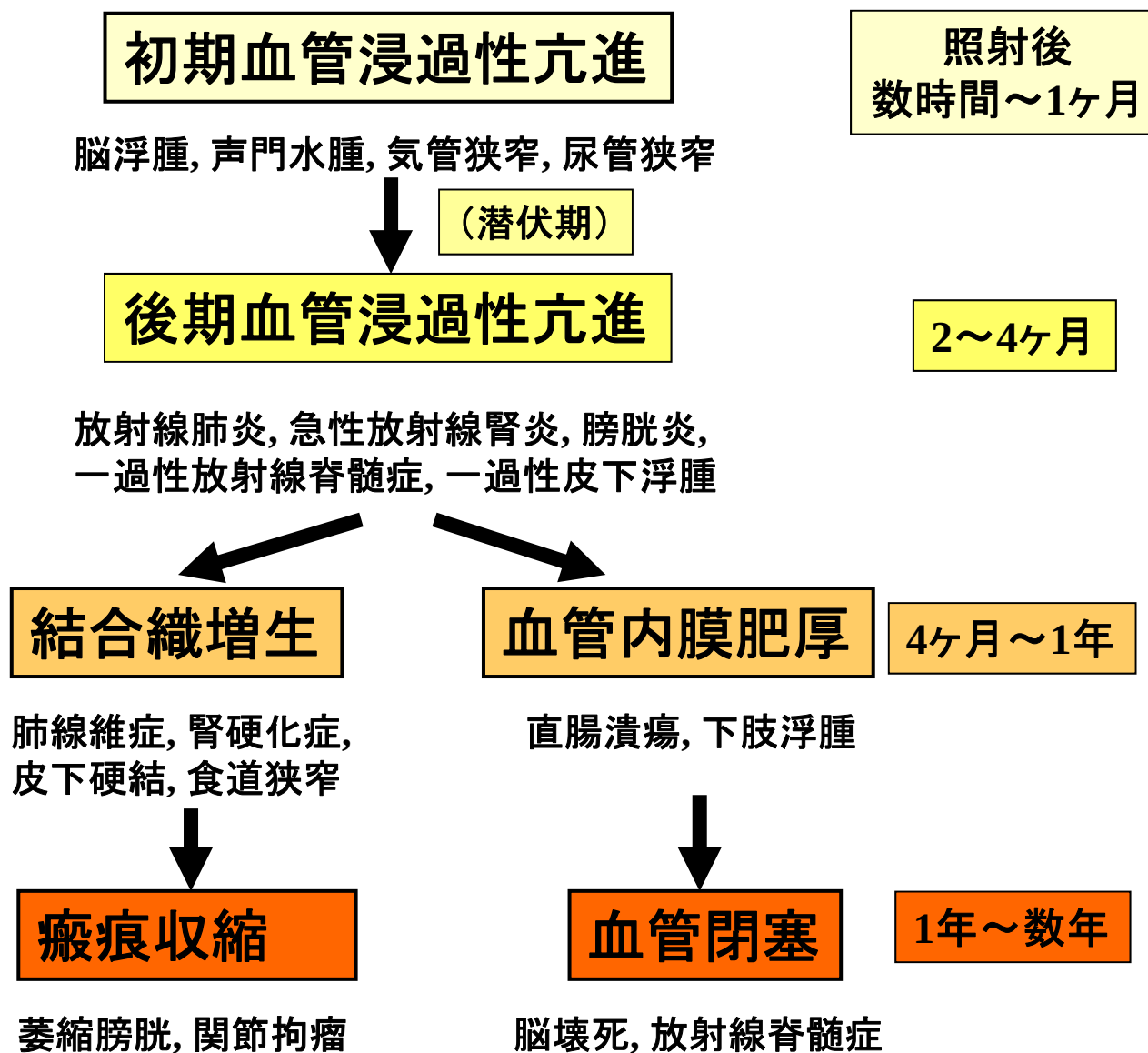
海外での放射線治療における診察頻度

	カナダ	英国	アメリカ	オーストラリア	ニュージーランド
診察頻度	週1回	週1回	週1回	週1回	週1回 乳がん前立腺がんは2週に1回の事も多い

日本放射線腫瘍学会調べ

合併症発生率			
	前立腺がん	乳がん	悪性神経膠腫
急性期 (いずれも可逆的)	下痢, 肛門周囲の皮膚炎, 直腸出血, 頻尿などがあるが, 可逆的	放射線性皮膚炎(大多数はグレード1でありグレード2は10%未満)	重篤なものはほとんど発生しない
晩期	直腸出血、放射線性膀胱炎, 尿道狭窄	上肢浮腫(10%程度) 肋骨骨折, 心膜炎, 組織壊死, 上腕神経叢障害(いずれも1%未満)	放射線脳壊死(Grade 3以上となるのは数%)

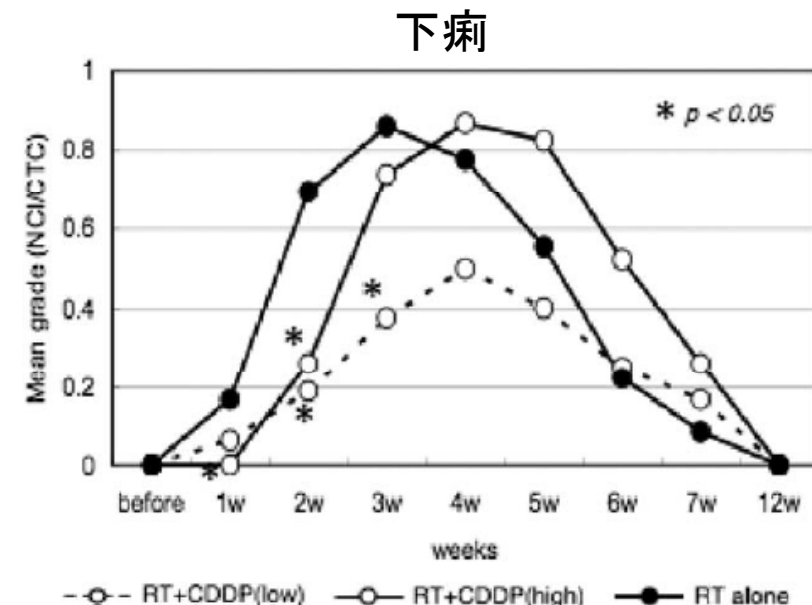
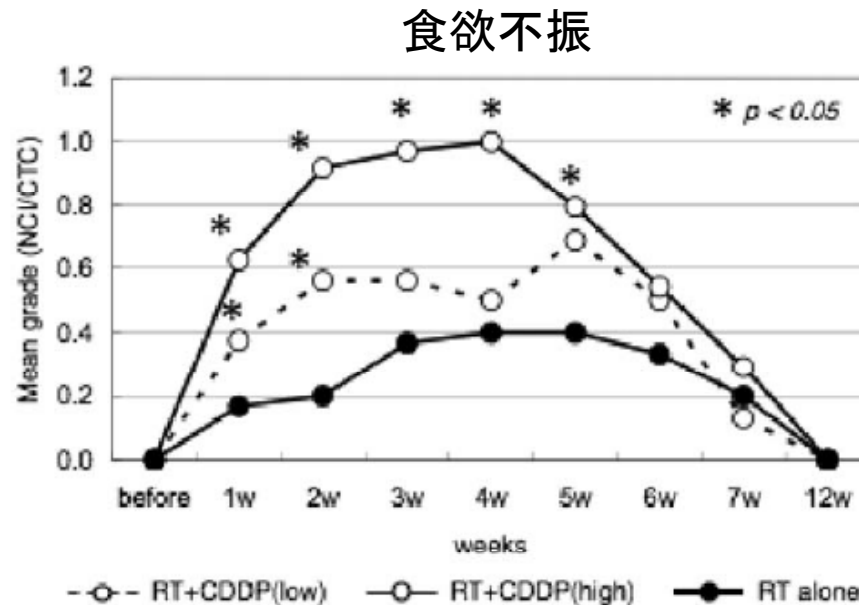
(放射線治療計画ガイドライン2008より引用)



(新部英男著 放射線腫瘍学より)

急性期副作用の例

子宮頸癌の放射線治療患者(化学療法併用含む)について、
食欲不振、下痢、体重減少、白血球減少の経時的変化



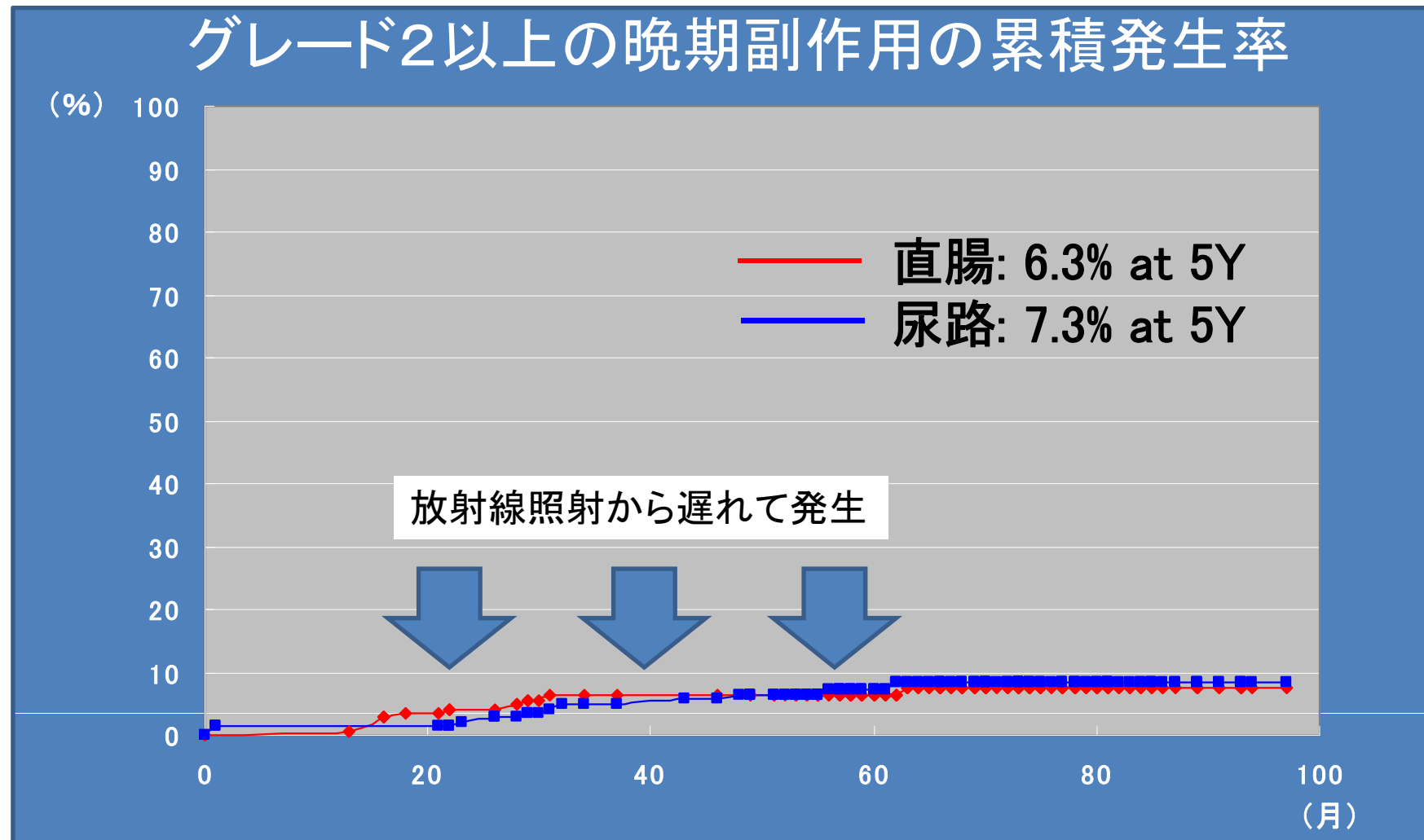
食欲不振グレード
0 なし
1 軽度
2 中等度
3 重度
4 重篤

・食欲不振や下痢はほとんどが軽度(グレード1)
にとどまり、12週でほぼ改善する

下痢 グレード
0 なし
1 1日2-3回の排便回数の増加
2 4-6回の排便回数の増加等
3 7-9回の排便回数の増加等
4 10回上の排便回数の増加等

Tatsuya Ohono et al. Incidence and temporal pattern of anorexia, diarrhea, weight loss, and leukopenia in patients with cervical cancer treated with concurrent radiation therapy and weekly cisplatin : Comparison with radiation therapy alone. Gynecologic Oncology 103(2006)94-99

晩期副作用の例



第23回日本高精度外部放射線照射研究会
グレードはRTOG / EORTC による

外部放射線治療におけるQuality Assurance(QA: 品質保証※) システム ガイドライン (日本放射線腫瘍学会QA委員会)

- 物理・技術的QA

- 放射線治療装置等の精度管理、保守管理等について明記

正しい位置に照射されているかどうか、正しい放射線量が照射されているかどうか、治療開始前にエックス線写真等で確認することや、毎回の機器の点検などを行うことを詳細かつ具体的に記載

- 臨床的QA

- 治療適応の決定、治療計画の方法、評価方法等について明記

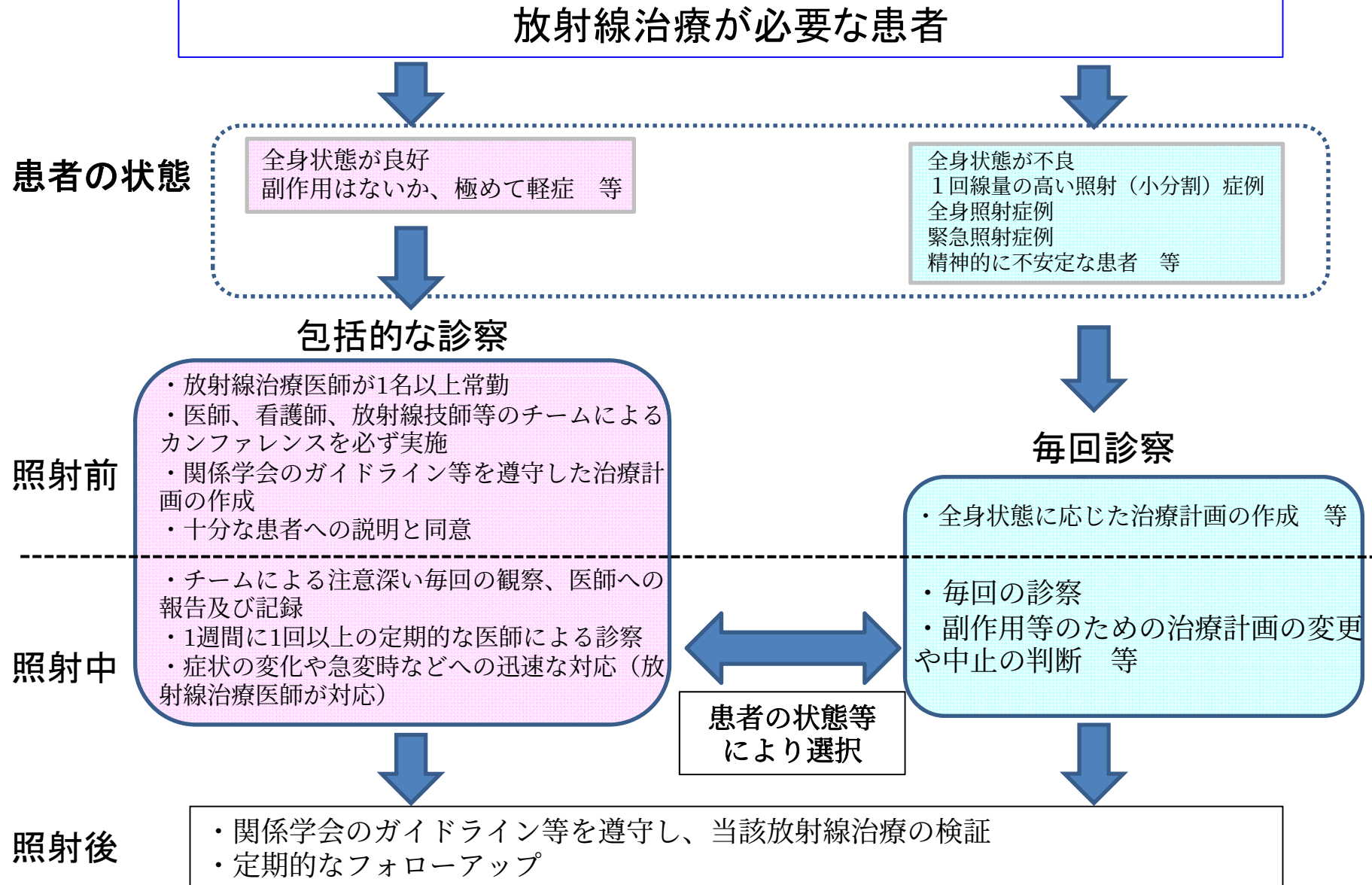
(診察頻度についての記載)

- ・放射線治療中は少なくとも週1回以上の診察
- ・放射線治療後の経過観察は治療後6ヶ月後までは毎月、6ヶ月以降は少なくとも治療後2年までは1ないし2ヶ月間隔

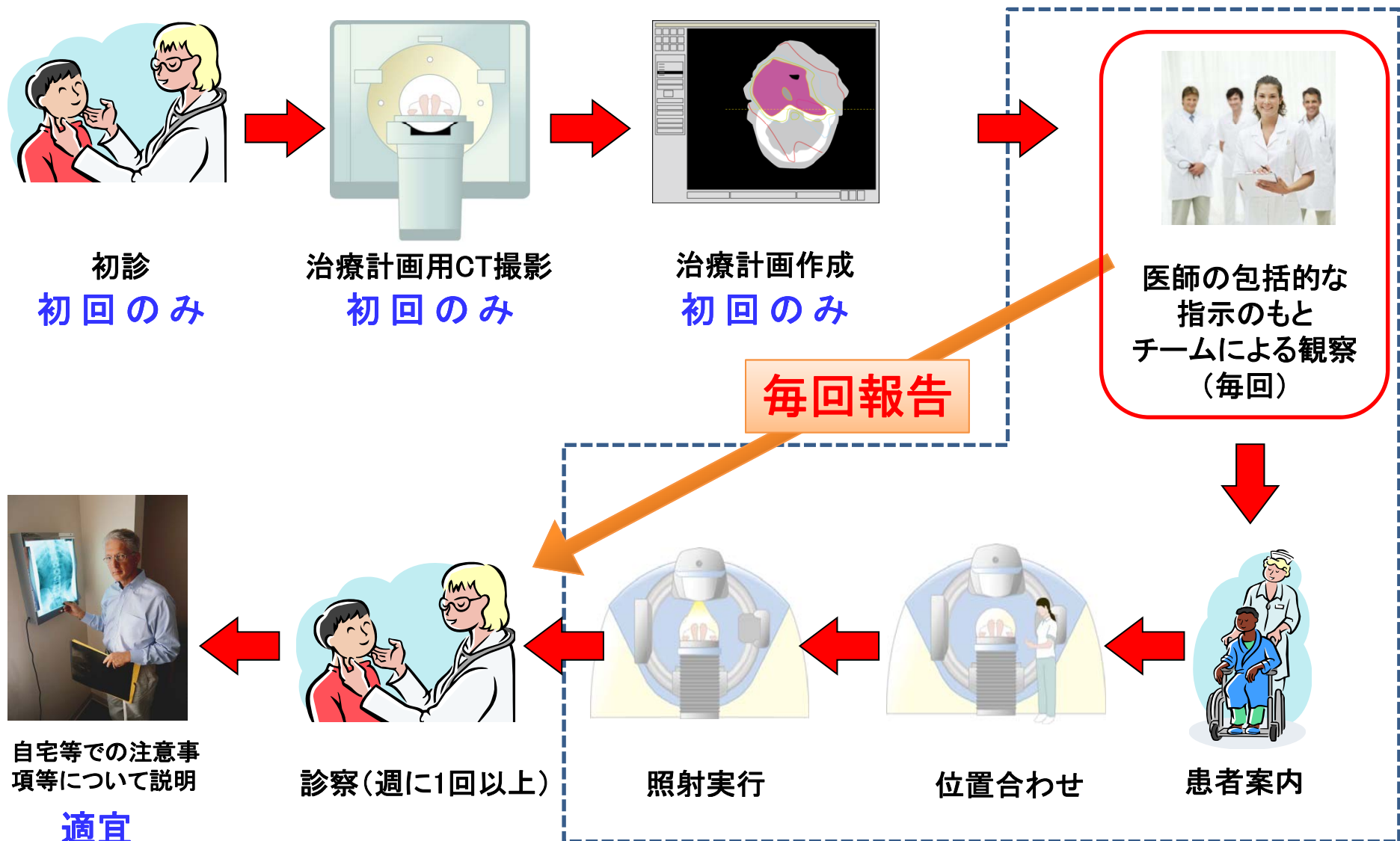
※ 「品質保証」との訳語については、医療課による追記。
ガイドラインでは「QA」の訳語は使用していない。

外来放射線治療の方針の選択(案)

放射線照射の対象となりうる患者数の増に適切に対応するため、安全性に十分配慮しながら、以下の選択肢を用意することについてどう考えるか。

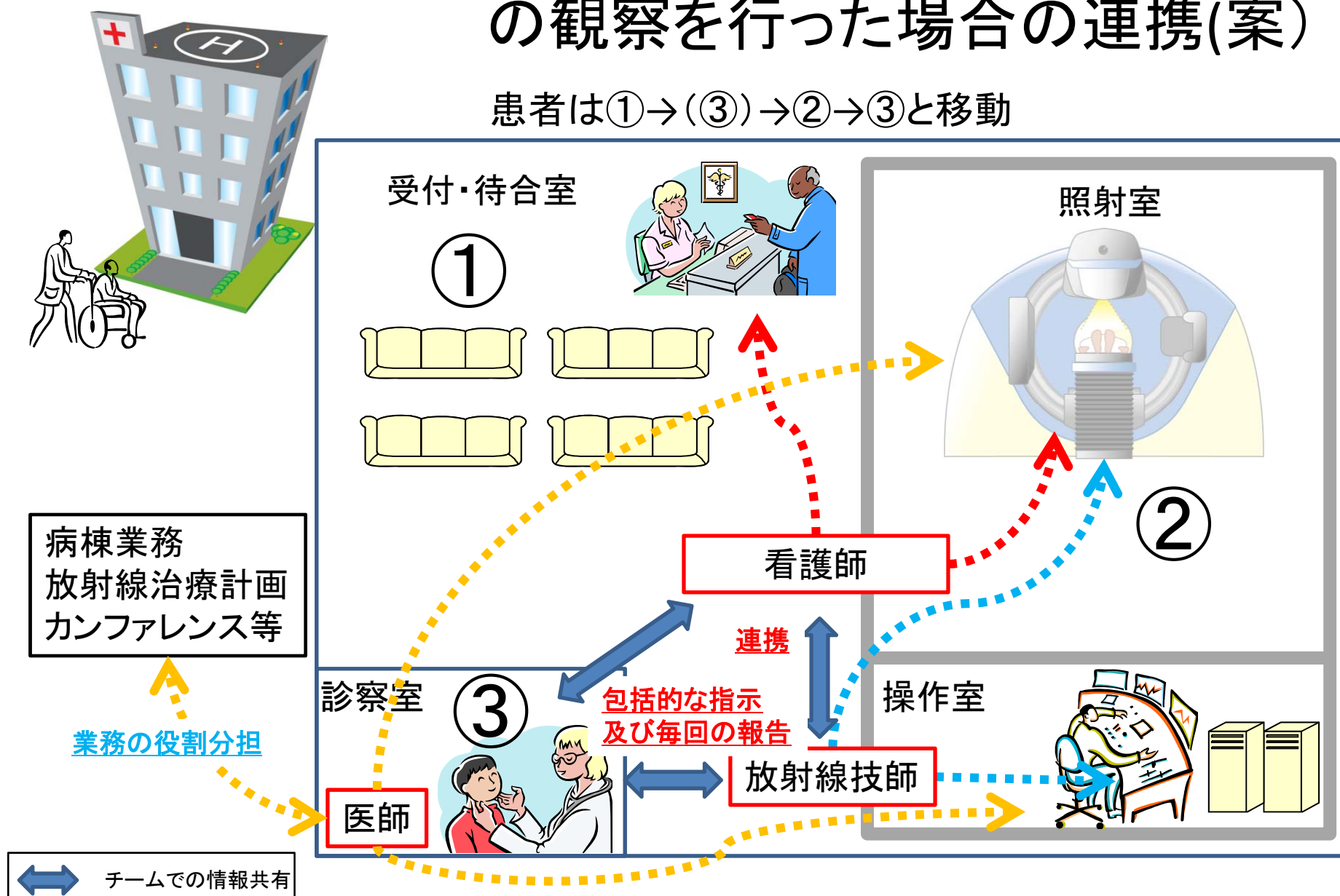


医師の包括的な指示のもとチームによる毎回の観察 を行った場合の放射線治療の流れ(案)



医師の包括的な指示のもとチームによる毎回の観察を行った場合の連携(案)

患者は①→(③)→②→③と移動



外来放射線治療における課題と論点

- 我が国の放射線治療の患者の割合は欧米諸国に比して低いものの、放射線治療患者数は著明に増加している。
- 一方で、放射線治療医の増加率は低く、放射線治療医1人あたりの患者数は増加しており、患者の放射線治療待ち時間が延長している。
- 現状、外来での放射線治療提供時には毎回の診察を前提としているが、放射線治療医及び患者のアンケート調査においても、週1回程度の診察でよいとの意見が多くを占めている。
- 関係学会のガイドラインにおいては、照射位置や照射量の精度管理や機器の保守管理等、診察頻度等についても記載されている。

【論点】



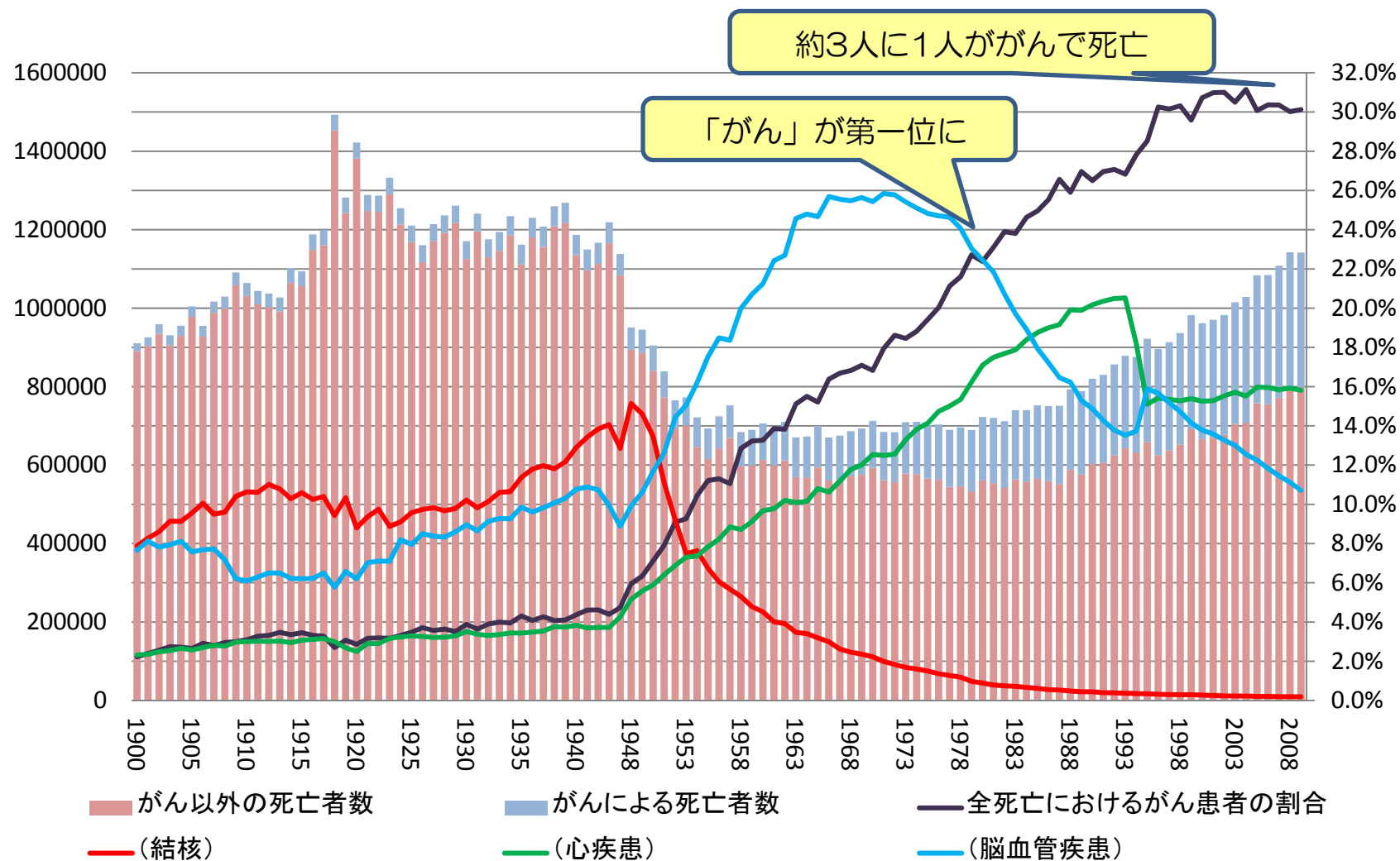
○外来での放射線治療時には毎回の診察を前提としていることについて、患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、どのように考えるか。

○安心・安全な放射線治療を行うための、医師の包括的な指示による看護師や放射線技師等のチームによる毎回の観察についてどのように考えるか。また、精度管理、保守管理等について、関係学会の定めるガイドライン等を遵守することについてどのように考えるか。

○一方で、再診間隔が延長することによる、適正な診療報酬点数の設定が必要と考えられるが、どうか。

緩和ケア

がん死亡者数と全死亡者に対する割合



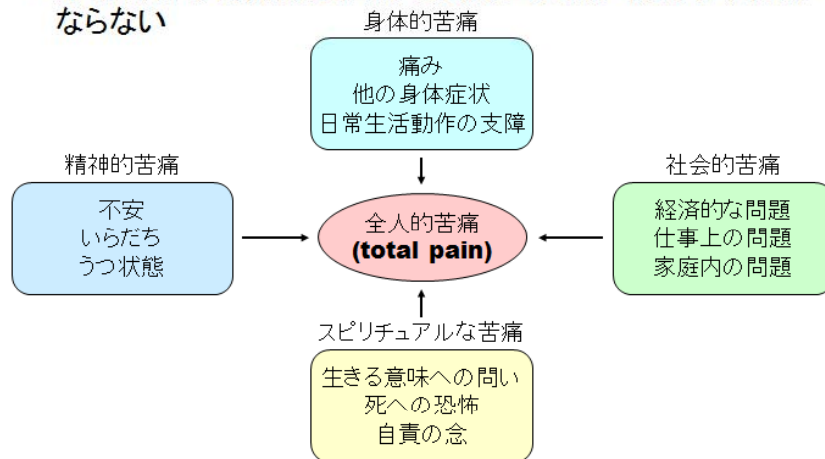
厚生労働省「H21年人口動態統計月報年報（概数）の概況」より

緩和ケアについて

■緩和ケアの概要

全人的苦痛 (total pain)

- がん患者の苦痛は多面的であり、全人的に捉えなければならない



■日本の外来がん患者の緩和ケアの多彩なニーズ

1 全国の外来通院中の進行・遠隔転移にある患者1493名¹⁾

身体的苦痛	
中程度以上の痛み	20%
痛み以外の身体的苦痛	21%
精神的苦痛(気持ちのつらさ)	24%
生きている意味などスピリチュアルな苦痛	
迷惑をかけてつらい	54% など

2 外来化学療法に通院しているがん患者4000例²⁾

身体的苦痛			
倦怠感	23%	痛み	14%
不眠	19%	呼吸困難	13%
食欲不振	17%	しびれ	12%
便秘	16%		
精神的苦痛(気持ちのつらさ)			15%
病状に関する説明・意思決定の支援			14%

出典: 厚生労働省委託事業
「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」テキストより

- 1) 厚生労働科学研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究班」2010
Yamagishi A, Morita T. J Pain Symptom Manage (in press)
2) Yamagishi A, Morita T. J Pain Symptom Manage 2009; 37; 823

がん患者での外来での専門緩和ケアの重要性

- 早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで、苦痛緩和が得られ Quality of lifeが改善するのみならず、生命予後が改善する可能性がある

■緩和ケアチームが外来(早期)からかかわる効果

1 早期からの緩和ケア¹⁾

進行肺がん患者に診断時から専門緩和ケアが介入すると、12週後のQOLが有意に高くなる

Table 2. Bivariate Analyses of Quality-of-Life Outcomes at 12 Weeks.*

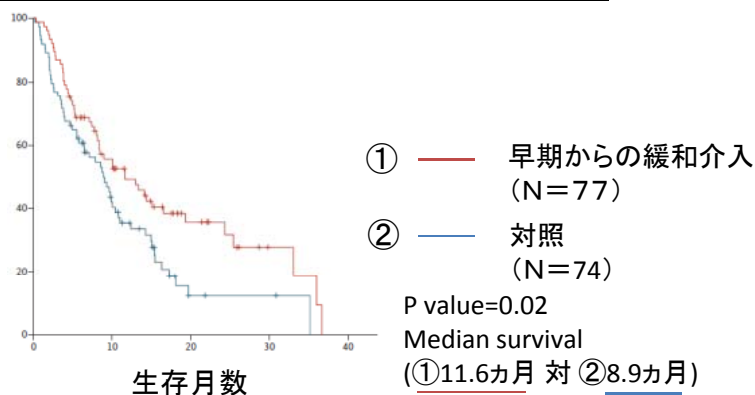
Variable	Standard Care (N=47)	Early Palliative Care (N=60)	Difference between Early Care and Standard Care (95% CI)	P Value†	Effect Size‡
FACT-L score	91.5±15.8	98.0±15.1	6.5 (0.5–12.4)	0.03	0.42
LCS score	19.3±4.2	21.0±3.9	1.7 (0.1–3.2)	0.04	0.41
TOI score	53.0±11.5	59.0±11.6	6.0 (1.5–10.4)	0.009	0.52

FACT-L score : 高いほどQOLが高い

LCS score : 高いほど症状が少ない

TOI score : LCSとFACT-Lの一部を合計

早期からの緩和介入により、生命予後が改善する

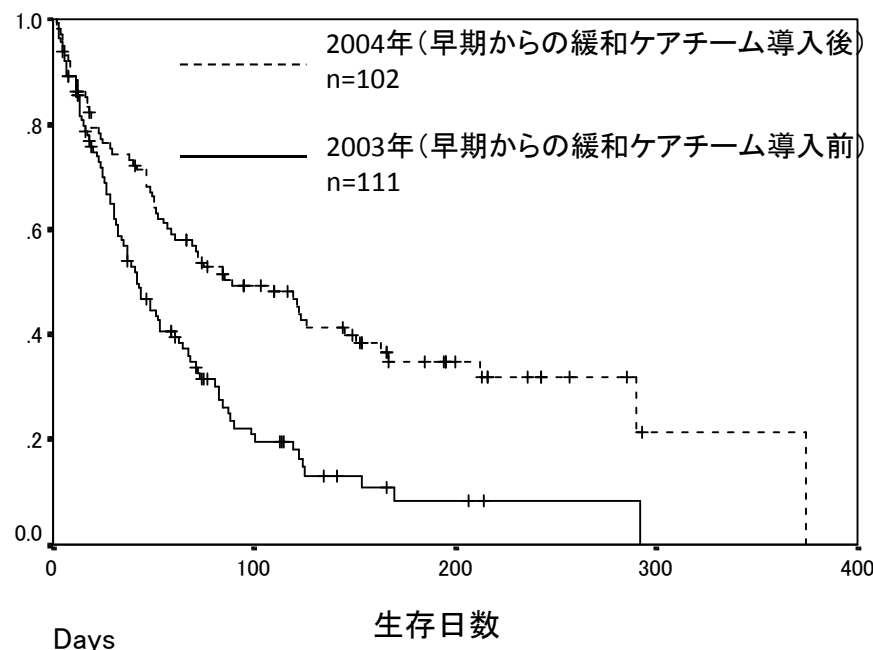


1) Temel JS. N Engl J Med 2010; 363: 733

2 日本の状況²⁾

・複数の施設で緩和ケアチームの早期からの導入が行われ、同様の効果を上げつつある

Figure 1 Patient survivals after referrals to palliative care team



2) Morita T. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 204

医療用麻薬各国消費量の比較

<100万人1日あたりモルヒネ消費量換算(g)>

モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンの合計
(100万人1日あたりモルヒネ消費量換算(g))

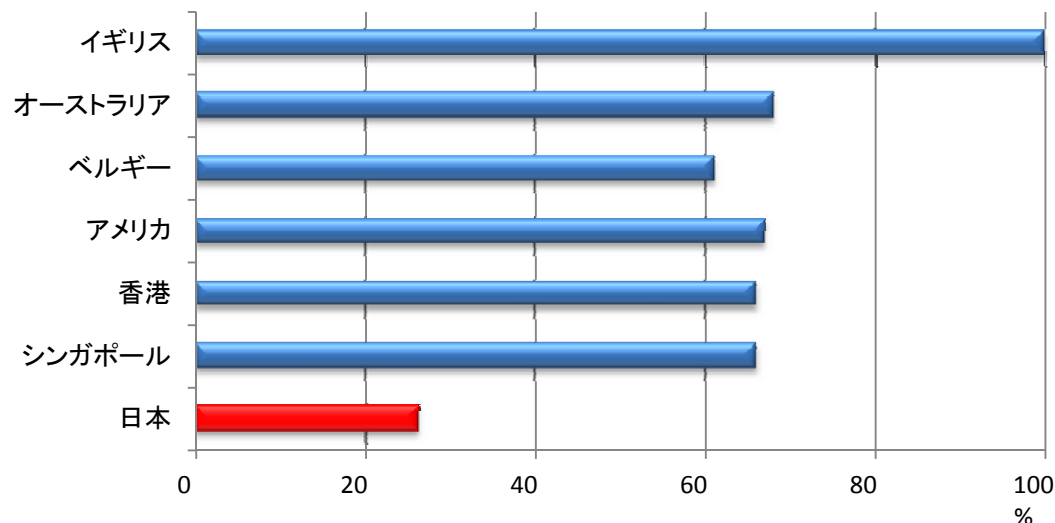
	2000-2002	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008
オーストリア Austria	469	543	624	736	882	1,103	1,315
アメリカ USA	458	574	701	1,250	1,403	1,567	1,694
カナダ Canada	371	462	581	917	1,090	1,273	1,388
ドイツ Germany	339	406	551	732	1,089	1,344	1,531
フランス France	272	302	326	379	460	558	604
オーストラリア Australia	220	236	251	376	427	516	640
イギリス UK	148	143	171	255	299	273	291
イタリア Italy	46	72	95	123	140	158	193
日本 Japan	26	39	49	61	69	78	84
韓国 Korea	19	19	17	23	37	57	85

日本の緩和ケアの提供体制

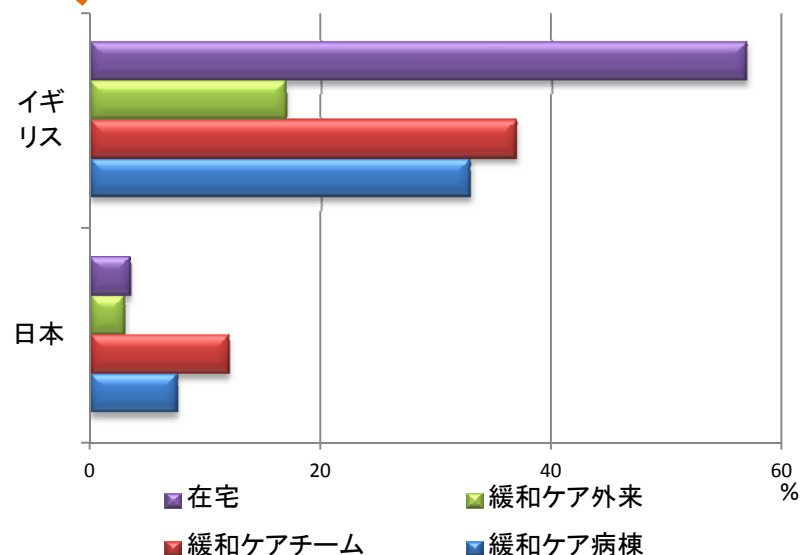
■緩和ケアを受けている患者数の国際比較¹⁾

分母: がん患者死亡者数

分子: 在宅緩和ケア、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟
利用者の合計



イギリスと日本の詳細データの比較



■緩和ケアを受けている患者数

○828施設に調査票を送付し、785施設(91%)から回答

緩和ケア外来の新規患者数 10,216人/年²⁾

地域緩和ケアチームの新規患者数 519人/年³⁾

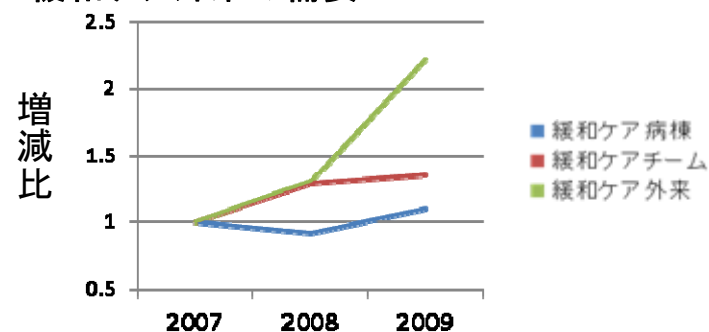
○ 緩和ケアチーム(入院)の新規患者数 43,716人/年²⁾

がん罹患数(年間新規患者数) 693,784人/年⁴⁾

がん死亡患者数 353,499人/年⁵⁾

総患者数(継続的な医療を受けている者) 152万人⁶⁾

■緩和ケア外来の需要³⁾



※地域緩和ケアプログラムが実施された4地域での緩和ケアサービスのニーズの推移

1) National Council for palliative Care (U.K.) MDS full report 2009-2010; Tang ST, Psychooncology 2010;19:1213; Rosenwax LK, Palliat Med 2006; 20: 439; et al

4) 地域がん登録全国推計値(平成18年)

2) 木澤ら. 緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究班

3) 厚生労働科学研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究班」2010

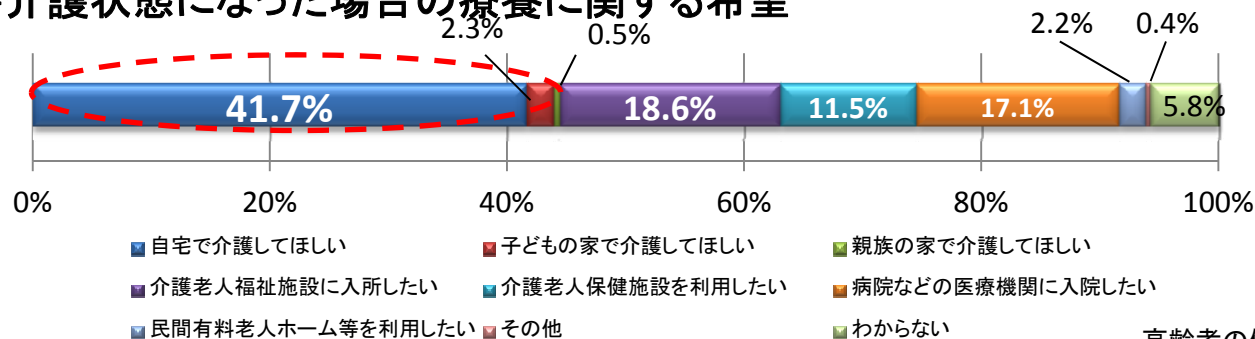
5) 人口動態調査 2010

6) 患者調査 2008

在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した**(上図)。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**(下図)。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

■要介護状態になった場合の療養に関する希望

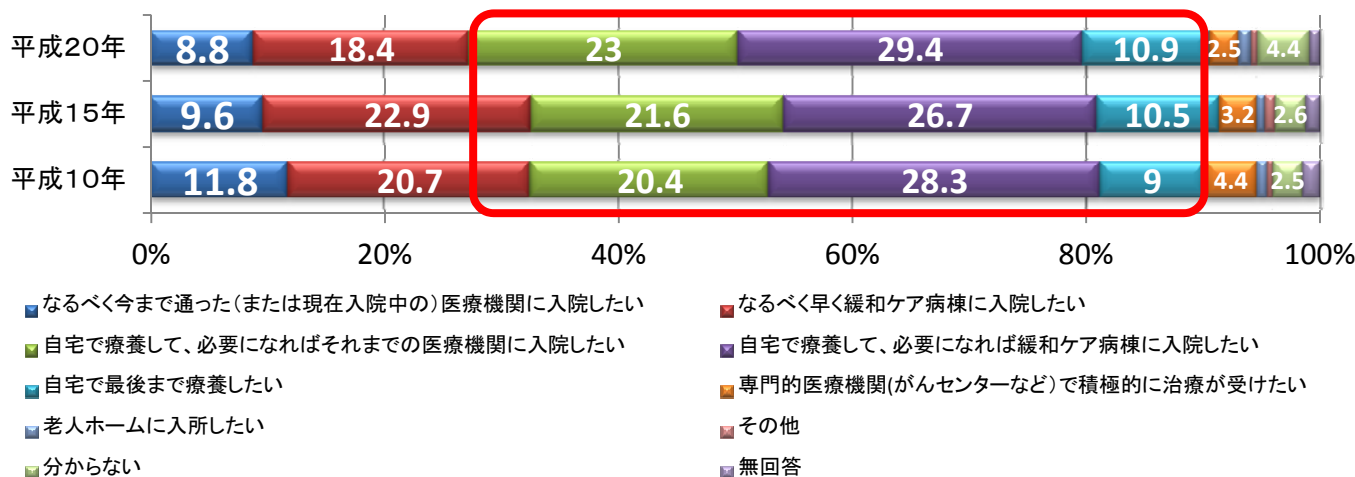


- 調査対象
全国の55歳以上の男女5,000人
- 調査の方法
調査員による面接聴取法
- 標本抽出方法
層化二段無作為抽出法
- 回収数
3,157人(回収率63.1%)

35

高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府)

■終末期の療養場所に関する希望

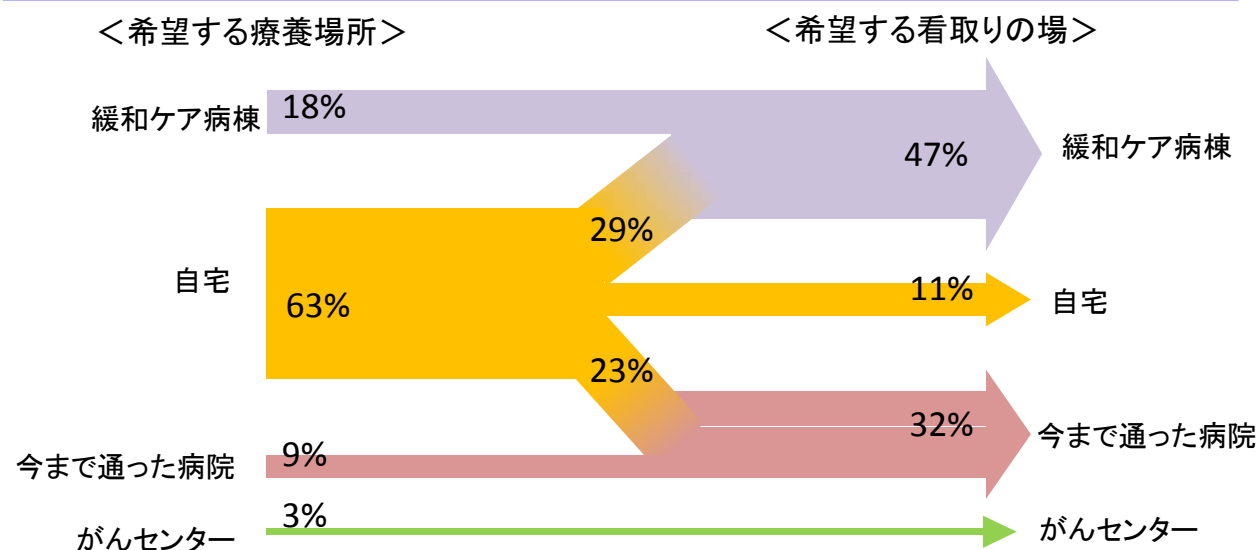


- 調査対象及び客体
・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
- 調査の方法
郵送法
- 回収数
2,527人(回収率50.5%)

出典: 終末期医療に関する調査(各年)

希望する療養場所について

「痛みを伴う末期状態（余命が半年以下）」の場合
一般集団2,527人（2008年）



死亡の場所別死亡率

	全 死 亡	悪性新生物
病 院	78.4%	88.9%
診療所	2.4%	2.0%
在 宅	16.7%	8.6%
(内自宅)	(12.4%)	(7.4%)
その他	2.4%	0.4%

出典：平成21年人口動態統計

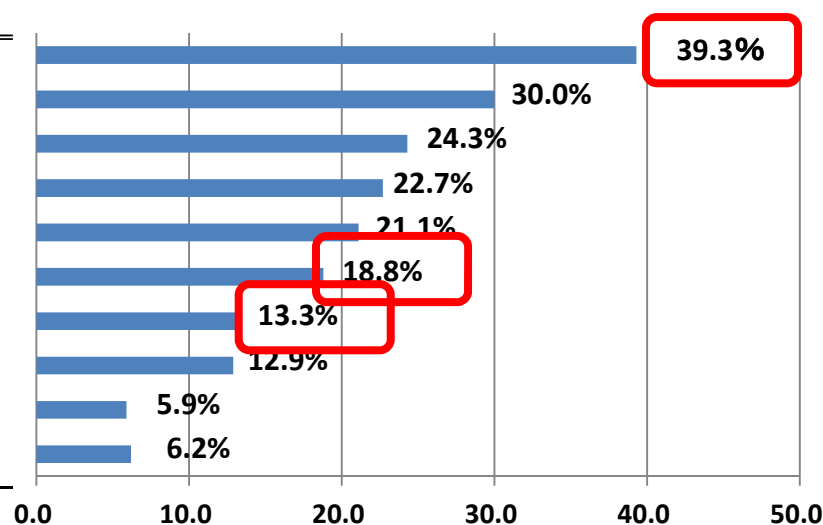
出典：平成22年度 がん対策評価・分析事業

平成22年がん対策評価・分析事業報告

－ 分野2 緩和ケアより 抜粋－

質問:「緩和ケア」についてあてはまるものを選んで下さい (n=2273)

- ・終末期の患者だけを対象とと思っていた
- ・病院、緩和ケア病棟などの限られた場所でしか行われなかった
- ・よく知らないが、聞いた事はある
- ・「緩和ケア」の意味を十分知っていた
- ・治療と並行でなく、単独で行われるものと思っていた
- ・痛みなどの身体症状のみを対象とと思っていた
- ・自分の受けている「緩和ケア」に満足している
- ・医師と「緩和ケア」について話し合った
- ・知らなかった
- ・回答なし



出典:厚生労働省委託事業平成22年度がん対策評価・分析事業
がん対策に関するアンケート調査結果報告書より

がん対策評価・分析事業報告における総合考察(抜粋)

- ・医療用麻薬を適正に使用することで十分な疼痛コントロールを得ることの重要性といった、身体面の緩和ケアについての更なる充実はもちろんのこと、家族を含めた精神的なケアの充実も求められている。**緩和ケアの内容について、その質をより高めるための策が必要である。**

緩和ケアにおける課題

(厚生労働省 がん対策推進協議会「緩和ケア専門委員会報告書」より)

- 緩和ケアについてはこれまで医師に対する基本的な緩和ケアの研修の実施やがん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの設置等の取り組みが推進されてきたが、以下のような課題がある。
 - 1) 疼痛をはじめとする症状に早期から対応するため、がんと診断された時から緩和ケアを実施することが必要^(注)
 - 2) 地域における緩和ケアの提供体制の確立
 - 3) 緩和ケアチームの質の向上、緩和ケアに携わる医師の育成、在宅緩和ケアの充実

(注) 基本計画においては「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」とされているが、緩和ケアの開始時期については、診断時から実施する必要があると緩和ケア専門委員会において結論づけられている

緩和ケアに対する診療報酬上の評価について

現行の緩和ケアの評価の例

< >は届出施設数:<病院/診療所>

入院	(一般病棟 出来高)	入院基本料 例:7対1の場合 1555点 + がん性疼痛緩和 指導管理料 100点 (麻薬処方時)<1700/954> + 緩和ケア 診療加算 400点 (緩和ケアチーム)<144(病院のみ)> + 投薬・注射・リハ等			
	(緩和ケア病棟 包括)	緩和ケア病棟入院料 3780点 <222(病院のみ)> (注)一部出来高算定可能(がん診療連携拠点病院加算等)			
外来・在宅	外来緩和ケア	再診料 69点  + がん性疼痛緩和 指導管理料 100点 (麻薬処方時) <1700/954>  + 投薬・注射等  + がん患者カウンセリング料 500点(初回のみ) <572/16> 			
	在宅緩和ケア	在宅患者訪問診療料 830/200点  + 在宅悪性腫瘍患者 指導管理料 1500点 (注)注射による鎮痛剤注入を在宅において患者自らが実施する際に当該療法に関する指導管理を行った場合 + 投薬・注射等 			

出典:保険局医療課調べ

緩和ケア病棟入院料について

緩和ケア病棟入院料

緩和ケア病棟入院料 3,780点（日数による逡減なし） 病棟単位で算定

緩和ケア病棟入院料（包括）※

- ・主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者の**緩和ケアを行う**
- ・**外来や在宅への円滑な移行を支援**する
- ・地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、**緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保**する
- ・緊急の相談等に対応できるよう、**24時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保**する
- ・緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、**患者・家族に対する説明**が行われている

<要件>

- ・がん診療連携の拠点となる病院もしくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること 等

※がん性疼痛緩和指導管理料、緩和ケア診療加算等は包括される

（注）包括外の点数

・臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携受入加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる在宅悪性腫瘍患者指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料、除外薬剤・注射薬

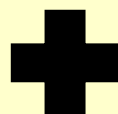
現状の役割

① 緩和ケア



・ホスピス（看取り）としての機能

② 緩和ケア



・在宅移行支援
・患者・家族への教育
・急性増悪時等の一時的な受け入れ 等

緩和ケア病棟における入退院の現状

出典:「緩和ケア病棟入院料届出受理施設2009年度アンケート結果」,2010,日本ホスピス緩和ケア協会調べ

調査対象・全医療機関 n=201

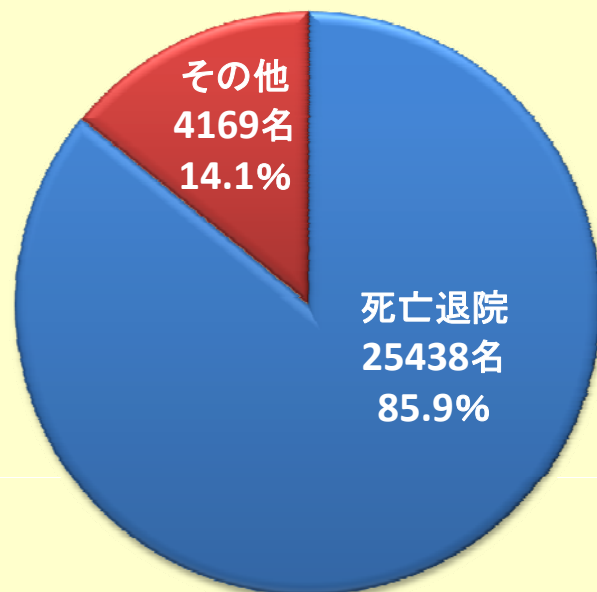
- ・総稼働病床数 : 3,934 病床
- ・年間総退院患者数 : 29,607 名
- ・年間死亡退院患者数 : 25,438 名

1 医療機関あたり

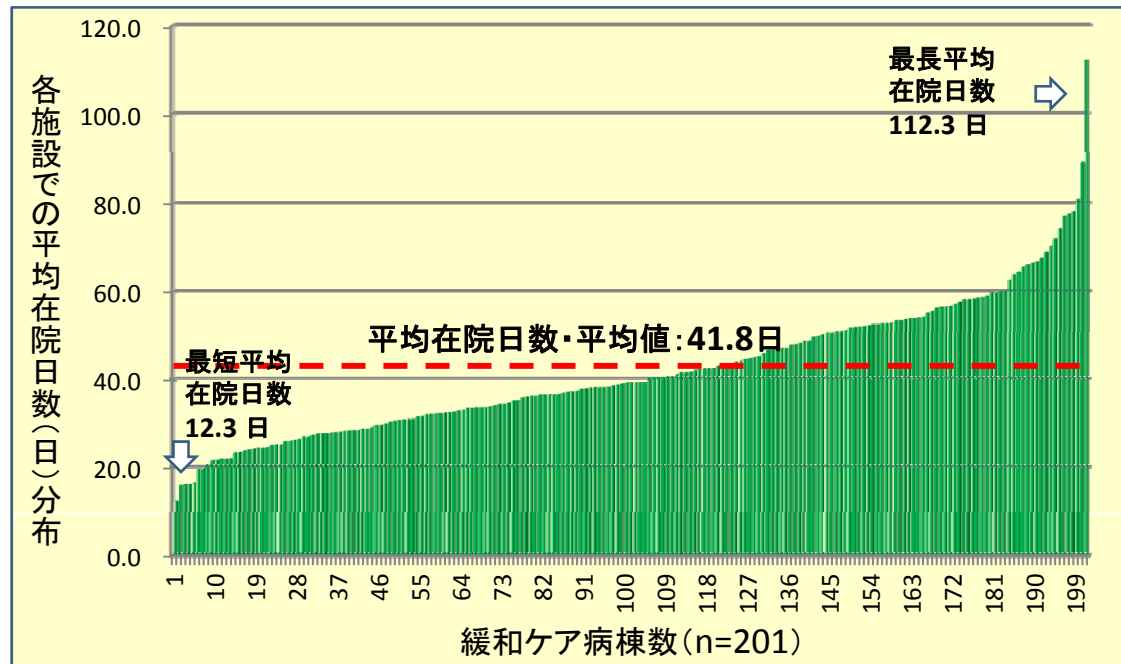
- ・稼働病床数 : 19.6 病床
- ・年間平均退院患者数 : 29.7 名
- ・年間死亡退院患者数 : 25.5 名 (85.9%)
- ・平均在院日数・平均値 : 41.8 日
(最長; 112.3日、最短; 12.3日)

※ 平成20年医療施設調査(統計情報部)では、
緩和ケア施設数229・緩和ケア病床数4230
であり、本調査では90%程度を網羅している。

① 緩和ケア病棟における退院患者の状況

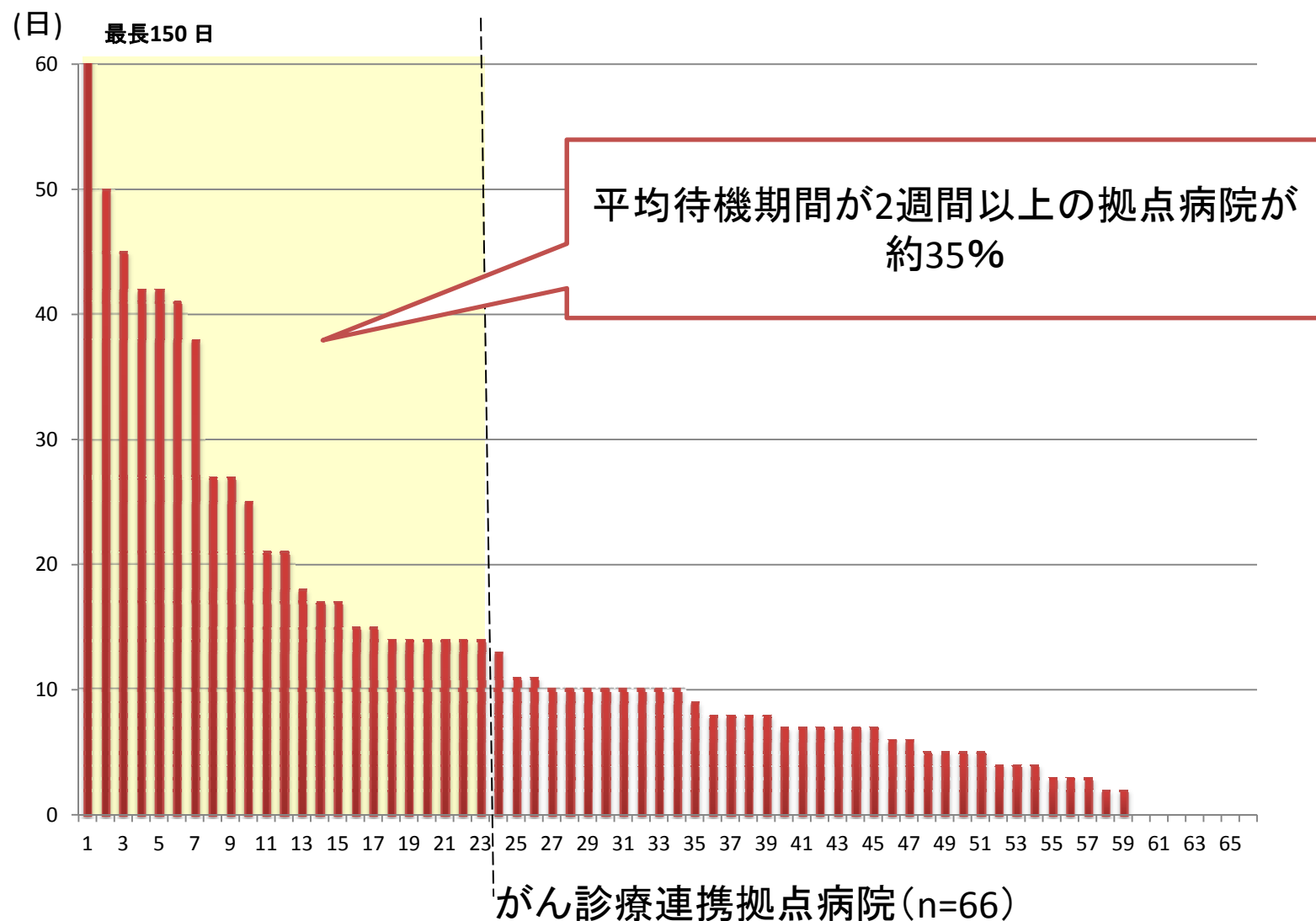


② 緩和ケア病棟における平均在院日数



緩和ケア病棟入院までの平均待機時間

がん診療連携拠点病院における緩和ケア病棟に入院した患者の申込みから入院するまでの平均待機期間
(転棟、緊急入院を除く)(平成21年1月1日～12月31日)に緩和ケア病棟に入院した者)

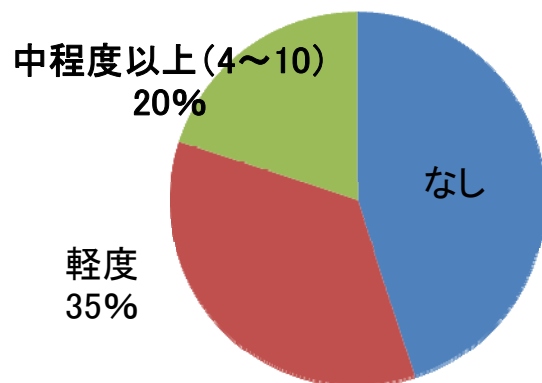


がん患者での外来での患者教育の重要性

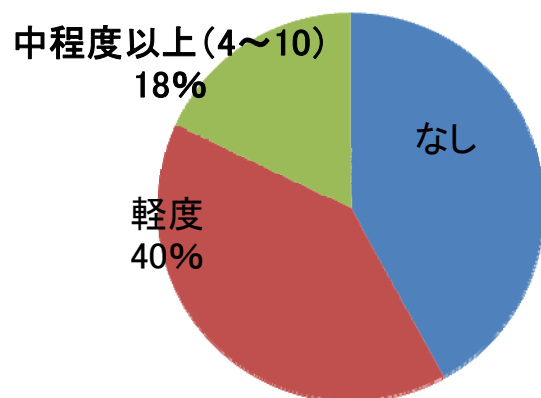
- 終末期のみならず、外来通院・化学療法試行中にも疼痛に苦しむ患者は多い
- 外来で痛みを緩和するには、投薬だけでなく、患者が自宅に戻った後のモニタリング（患者教育）が必要である

■日本の外来がん患者の痛みの頻度

1 全国の外来通院中の進行・遠隔転移のある患者1493名¹⁾



2 外来化学療法に通院しているがん患者2854例²⁾



1) Yamagishi A, Morita T. J Pain Symptom Manage (in press)

2) 山口崇、森田達也. 緩和ケア (in press) より作成

■患者教育のエビデンス

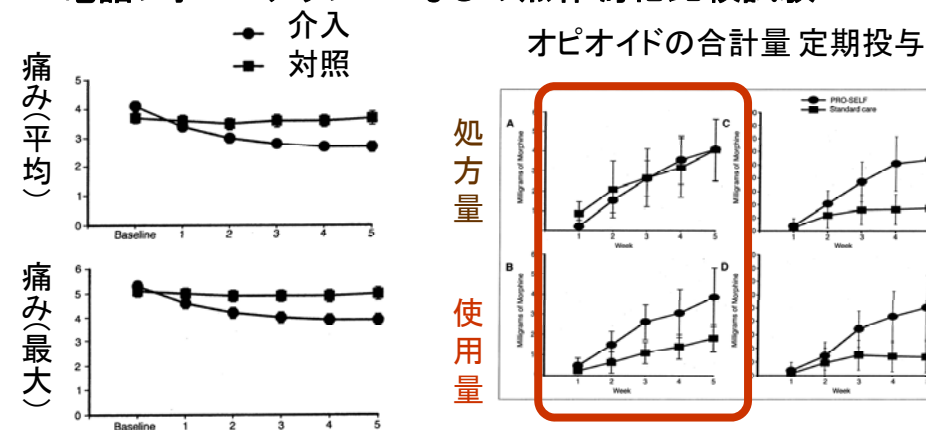
1 日本緩和医療学会 疼痛のガイドライン³⁾

がん疼痛マネジメントについて患者に教育を行う
(強い推奨、高いエビデンスレベル)

1回だけではなく、電話や訪問など、繰り返して行う

2 がん患者に対する患者教育の効果⁴⁾

電話フォローアップ vs. なしの無作為化比較試験



処方量が変わらないが、患者の実際の使用量が増えて、疼痛が改善

3) 日本緩和医療学会「がん疼痛の薬物療法ガイドライン」

4) Miaskowski C. J Clin Oncol 2004; 22: 1713

看護師が行う患者指導の効果

- 看護師からの電話モニタリングは、外来がん患者の難治性の鎮痛を改善し、必要以上の受診を抑制しうる。

聖隷三方原病院

対象：平成19年1月～平成21年12月に病院の外来で医療用麻薬による鎮痛治療を介した72名

方法：患者の同意を得て、看護師が医療用麻薬・鎮痛補助薬の服薬後に電話で効果・副作用をモニタリングし、既存の指示内で患者指導を実施、または、新しく医師に指示を得て患者指導を実施。緩和ケアチームの診療対象となった難治性の疼痛患者に対して実施。

■ 背景

* モニタリング

72名に対して107回のモニタリングが実施
1名当たり中央値2回(1～5回)
モニタリング時間 10分(5～25分)

* 患者背景

年齢 63歳±10歳

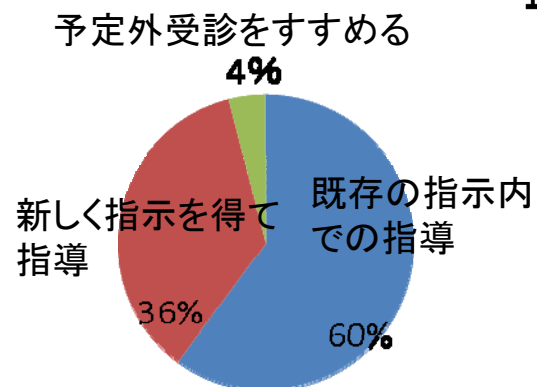
疼痛

中程度(4～6) 3%
強度(7～10) 97%

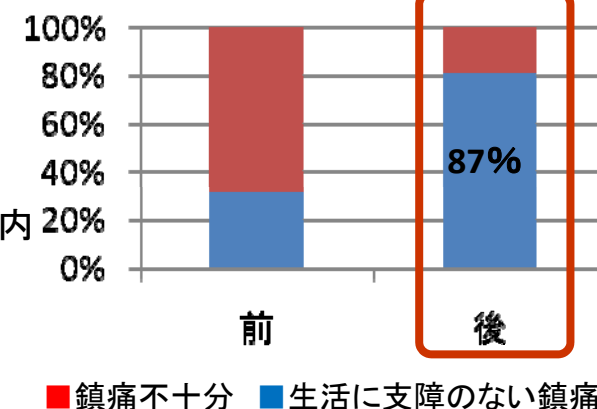
原疾患

肺がん、大腸・直腸がん、すい臓がん
など

■ 看護師が行った対応



■ 効果



最大の痛み

7.7±1.8 → 5.2±2.0

P<0.001, Effect size=1.3(大きい効果)

医療用麻薬処方日数(14日)制限の緩和について

【現状】

- 麻薬及び向精神薬取締法により規定される薬剤の一部についてはその特性を考慮し、30日分又は90日分を処方することが認められているが、基本的に薬剤の処方は、一度に14日分が限度とされている。
- 平成20年度診療報酬改定においては、在宅での緩和医療を推進するため、当時緩和医療に汎用されていた医療用麻薬製剤について、14日分の処方日数制限を緩和し、30日分までとしたところ。

＜医療用麻薬についての処方日数制限＞

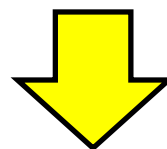
14日	麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬 ※30日分に含まれるものを除く
30日	【内服薬】 <u>モルヒネ塩酸塩</u> 、 <u>モルヒネ硫酸塩</u> 、 <u>オキシコドン塩酸塩</u>
	【注射薬】 モルヒネ塩酸塩
	【外用薬】 <u>モルヒネ塩酸塩(坐剤)</u> 、 <u>フェンタニル(貼付剤)</u>

※下線部の薬剤については、平成20年診療報酬改定において14日→30日となったもの。

医療用麻薬処方日数制限における課題と論点

【課題】

平成20年度以降も、早期からの緩和医療がさらに進展したことに伴い、長期に渡り使用経験のあるコデインリン酸塩（内用）、ジヒドロコデインリン酸塩（内用）及びフェンタニルクエン酸塩（注射）、並びに薬価基準収載から既に一年以上を経過しているフェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）についても長期処方のニーズが高まってきており、関係学会からの要望もある。

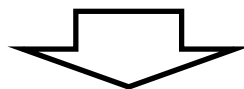


【論点】

- 従前から、基本的には医療用麻薬については、14日分の処方が限度とされている。
- しかし、緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、以下の4製剤については、30日分処方とすることを認めてはどうか。
 - コデインリン酸塩（内用）
 - ジヒドロコデインリン酸塩（内用）
 - フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射）
 - フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）

がん患者に対する緩和ケアにおける課題と論点

- がん患者の身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛などの全人的な痛みに対応するため、緩和ケアの推進が求められる。
- 一方、医療用麻薬各国消費量の比較では、日本の麻薬使用量は諸外国と比べ低水準であり、また、自分の受けている「緩和ケア」に満足している、と回答した者は13.3%に留まった。
- 緩和ケア病棟において、ホスピス(看取り)としての機能と在宅移行支援としての機能が期待されるが、長期にわたり入院する者の割合が多く、入院希望患者の平均入院待機期間が2週間以上のがん診療連携拠点病院が約35%ある。
- 外来のがん患者は多彩な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOLが改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。



【論点】

- 外来や在宅への円滑な移行を支援する体制をとっている緩和ケア病棟の評価をどう考えるか。
- 外来において、麻薬等を使用し、診断早期から継続して緩和ケアを行うことの診療報酬上の評価をどう考えるか。

参考

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

⑧ がん治療連携計画策定料(計画策定病院) 750点(退院時)

[算定要件]

がん診療連携拠点病院又は準ずる病院において、がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成し、患者に説明した上で文書にて提供した場合に退院時に算定する。

⑨ がん治療連携指導料(連携医療機関) 300点(情報提供時)

[算定要件]

連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。

質の高いがん診療に対する評価

がん診療連携拠点病院の評価

全てのがん診療連携拠点病院に対し、カンサーボードの設置や院内がん登録の実施が求められていることを踏まえ、質の高いがん診療の提供に対する一層の評価を行うため、がん診療連携拠点病院加算の引き上げを行う。

がん診療連携拠点病院加算

400点→500点(入院初日)

[算定要件]

- ・がん診療連携拠点病院であること。
- ・カンサーボードには、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

がん患者に対する丁寧な説明の評価

がんの診断及び治療方針の説明を行う際に、当該患者に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った場合の評価を新設する。

⑧ がん患者カウンセリング料 500点

[施設基準]

がんに関する研修を終了した医師及び5年以上のがん患者の看護に従事した経験を有し、適切な研修を終了した専任の看護師が配置されていること。

緩和ケアの充実

がんの疼痛管理の充実

がんの疼痛の緩和のためには、身体的苦痛のみならず、精神的苦痛、社会的苦痛等を考慮する必要があることから、がん性疼痛緩和指導管理料において、緩和ケアに係る研修を修了した医師の配置を要件とする。

がん性疼痛緩和指導管理料 100点

[施設基準]

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。

入院における緩和ケアの充実

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、がんの緩和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する研修を受けて診療に当たることを要件とするとともに、診療報酬上、さらなる評価を行う。

緩和ケア診療加算 300点 → 400点

[施設基準]

- ・緩和ケアチームを構成する常勤医師が、緩和ケアに係る研修を修了していること。
 - ・がん診療連携拠点病院がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。
- ★緩和ケア病棟入院料についても同様に要件の見直しを実施。

がん患者に対するリハビリテーションの評価①

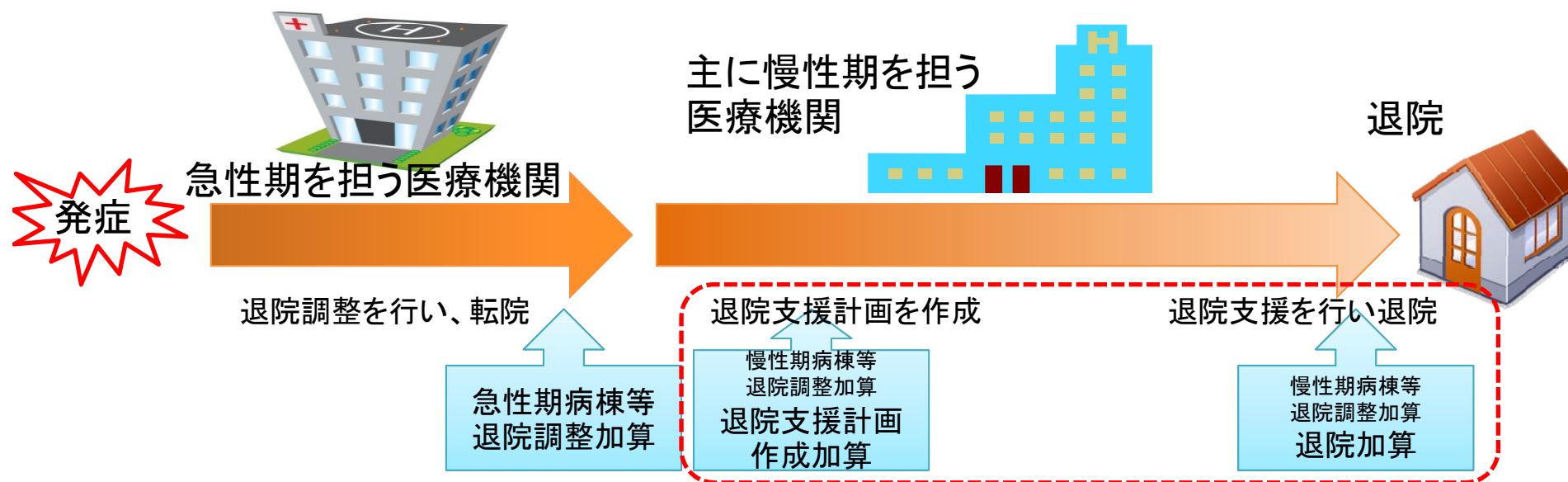
がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、**治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る**取組を評価する。

⑨ がん患者リハビリテーション料 200点(1単位につき)

[算定要件]

- (1) 対象者に対して、がん患者リハビリテーションに関する研修を終了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションが提供された場合に1単位として算定する。
- (2) がん患者に対してリハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成すること。
- (3) がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

退院調整に係る評価①

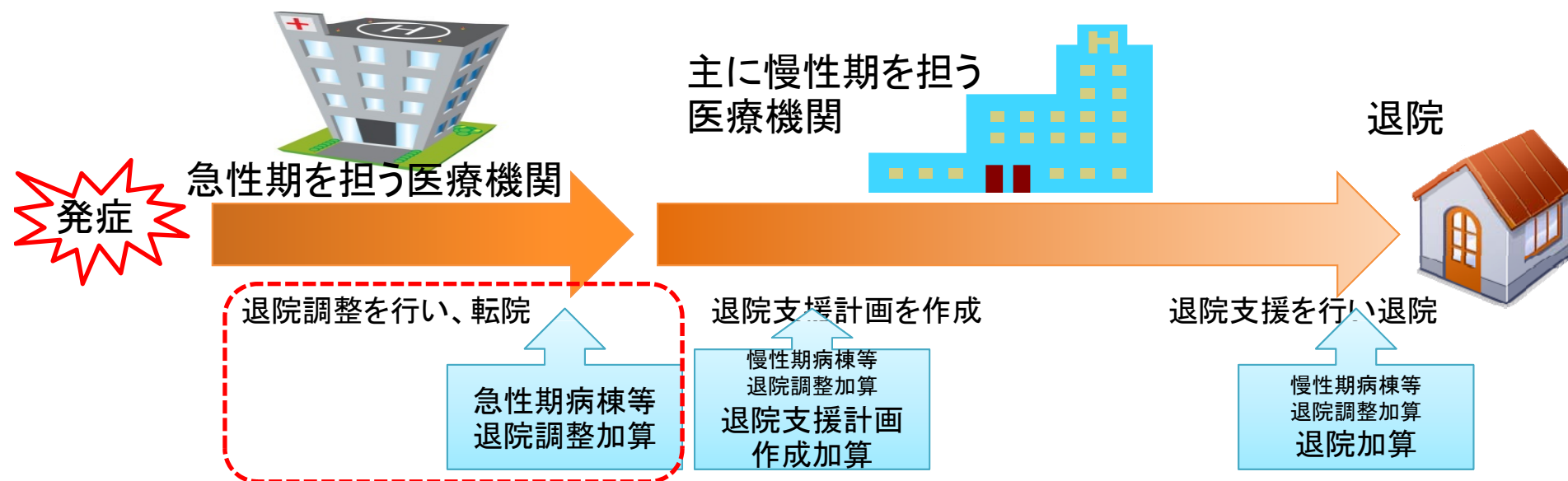


従来の退院調整加算について、**看護師及び社会福祉士による手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更**

退院調整加算 退院加算 100点(退院時)

→慢性期病棟等退院調整加算1 退院加算 140点(退院時)
慢性期病棟等退院調整加算2 退院加算 100点(退院時)

退院調整に係る評価②



後期高齢者退院調整加算を廃止し、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者に対し、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から新たな評価を新設する。

急性期病棟等退院調整加算 1 140点（退院時 1 回）

急性期病棟等退院調整加算 2 100点（退院時 1 回）

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料（いずれも特定入院基本料を除く。）を算定している患者。

地域医療を支える有床診療所の評価①

有床診療所入院基本料の再編成

手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設するとともに、有床診療所の実態を踏まえ、入院日数の区分を見直す。

【現行】

有床診療所 入院基本料 1 (看護職員 <u>5人</u> 以上)	～7日	810点
	8～14日	660点
	15日～30日	490点
	31日～	450点
有床診療所 入院基本料 2 (看護職員 <u>1～4人</u>)	～7日	640点
	8～14日	480点
	15日～30日	320点
	31日～	280点

【改定後】

有床診療所 入院基本料1 (看護職員 <u>7人以上</u>)	～14日	760点
	15～30日	590点
	31日～	500点
有床診療所 入院基本料2 (看護職員 <u>4～6人</u>)	～14日	680点
	15～30日	510点
	31日～	460点
有床診療所 入院基本料3 (看護職員 <u>1～3人</u>)	～14日	500点
	15～30日	370点
	31日～	340点



地域医療を支える有床診療所の評価②

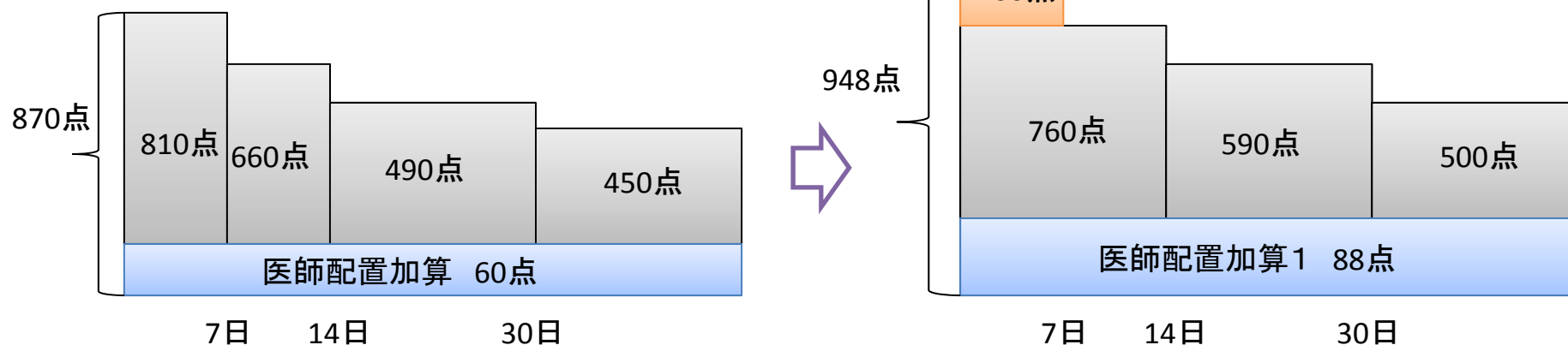
以下のいずれかを満たす、地域医療を支える有床診療所（一般病床）を評価する。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔を伴う手術を年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

⑨ 有床診療所一般病床初期加算 100点（7日以内、1日につき）
医師配置加算 60点 → 医師配置加算1 88点（1日につき）

併せて、診療所後期高齢者入院医療管理料は廃止する。

（例）医師2名、看護職員8名の有床診療所一般病床で在宅患者の入院を受け入れた場合



訪問看護の推進について①

患者のニーズに応じた訪問看護の推進①

➤ 同月に訪問看護療養費を算定できる**訪問看護ステーション数の制限の緩和**

①**末期の悪性腫瘍等の利用者**で、訪問看護が**毎日必要**な利用者
2カ所→**3カ所**

②**特別訪問看護指示書の指示期間中**に週4日以上**の訪問看護**が必要**な利用者**

1カ所→**2カ所**

患者のニーズに応じた訪問看護の推進②

➤ **安全管理体制の整備**を要件とし**訪問看護管理療養費の引上げ**

訪問看護管理療養費(初日) 7,050円 → 7,300円

(2日目～12日目まで) 2,900円 → 2,950円

安全管理体制:

- ① 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。
- ② 訪問先で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているなど

訪問看護の推進について②

乳幼児等への訪問看護の推進

➤ 乳幼児等への訪問看護の評価

⑨	乳幼児加算(3歳未満)	500円※ ¹ / 50点※ ² (1日につき)
	幼児加算(3歳以上6歳未満)	500円※ ¹ / 50点※ ² (1日につき)



訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

- 在宅患者の看取りについて、様々な不安や病状の急激な変化等に対し、頻回な電話での対応や訪問看護を実施し、**ターミナルケア**を行っている場合には、在宅等での死亡にかかわらず、**医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合**においても評価

訪問看護ターミナルケア療養費※¹ / ターミナルケア加算※²

患者の状態に応じた訪問看護の充実

- **重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)**のある者を重症者管理加算※¹ / 在宅移行管理加算※²の対象として追加

※¹訪問看護療養費、※²在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

訪問看護の推進について③

患者の状態に応じた訪問看護の充実

➤ 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者^(注)に対し、看護師等が同時に複数の看護師等と行う訪問看護の評価

⑨ 複数名訪問看護加算（週1回）

（看護師等の場合） 4,300円^{※1}／430点^{※2}

（准看護師の場合） 3,800円^{※1}／380点^{※2}

（注）対象となる利用者

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

※1訪問看護療養費、※2在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

2. 生活習慣病対策について

生活習慣病の考え方

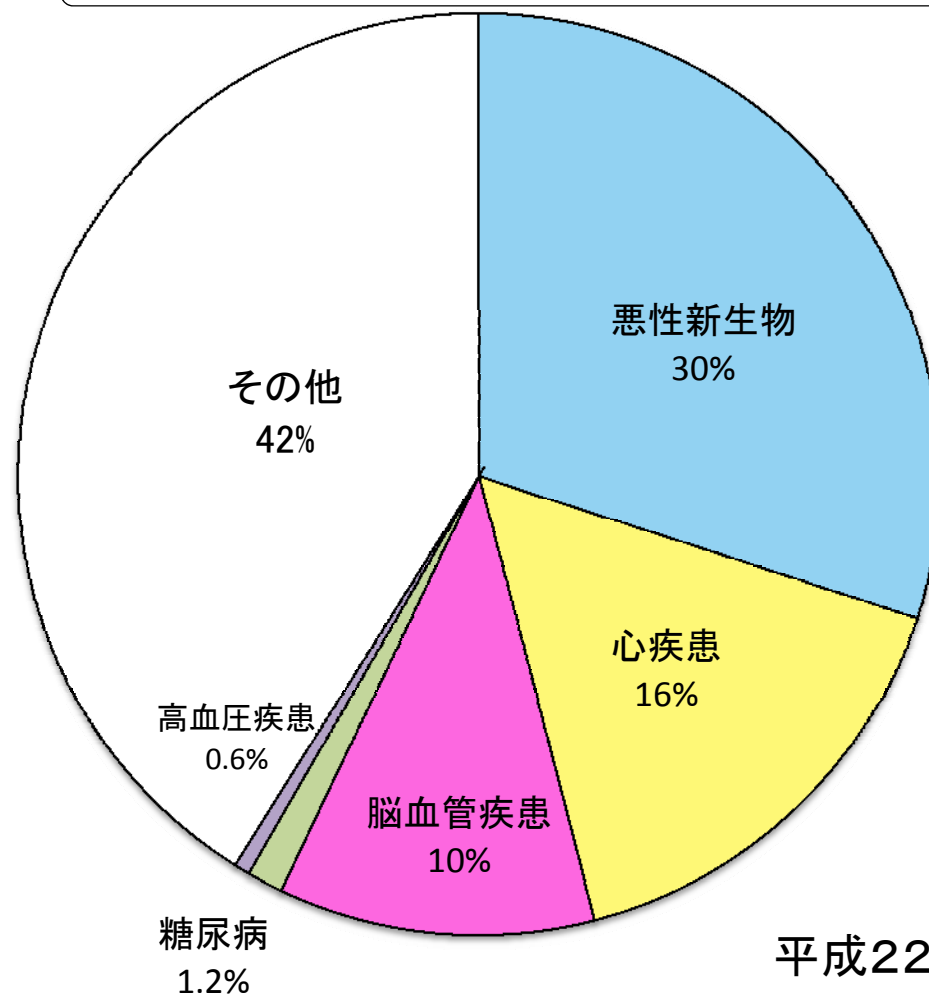
- 食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症や進行に関与する疾患の総称。
- 具体的には、代表的なものとして、多くの悪性新生物（がん）、脳血管疾患（脳卒中）、虚血性心疾患（心筋梗塞 等）、糖尿病 など
- 生活習慣を改善することにより病気の発症や進行が予防できるということを前面に掲げ、各人が病気の予防に主体的に取り組むことを目指す、という意味合いも込められた呼称。

生活習慣病と死亡数割合

死因別死亡割合(平成22年)

生活習慣病・・・58%

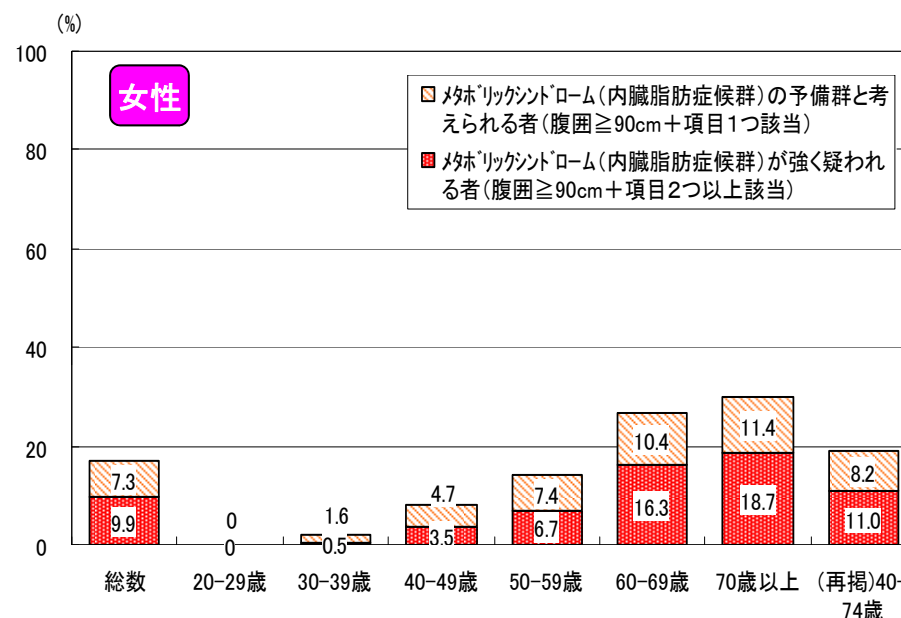
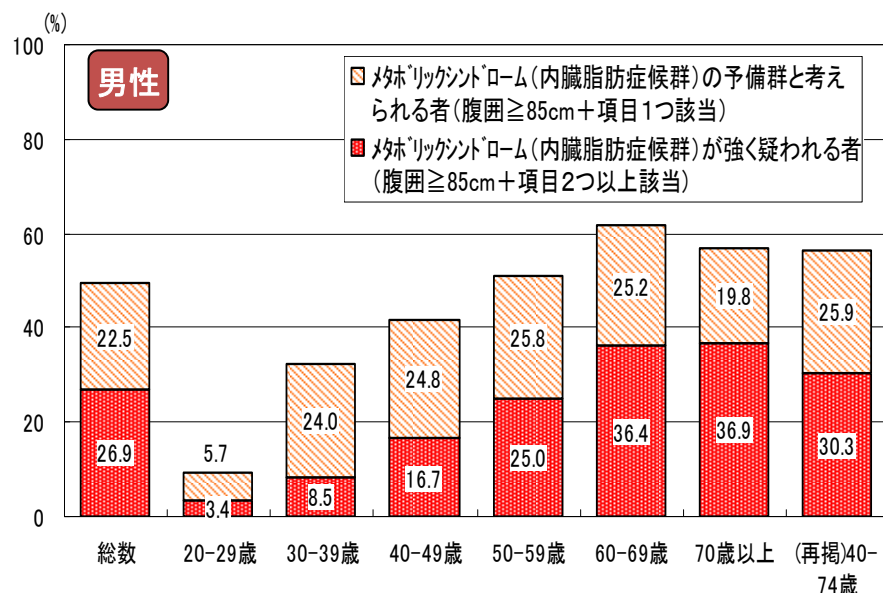
生活習慣病は、死亡数割合で約6割を占める。



平成22年人口動態統計

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)該当者・予備群の状況

40～74歳でみると、男性の2人に1人、女性の5人に1人が、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者(該当者)又は予備群と考えられる者であり、**該当者数 約1,070万人** **予備群者数 約940万人** 併せて **約2,010万人** と推定された。



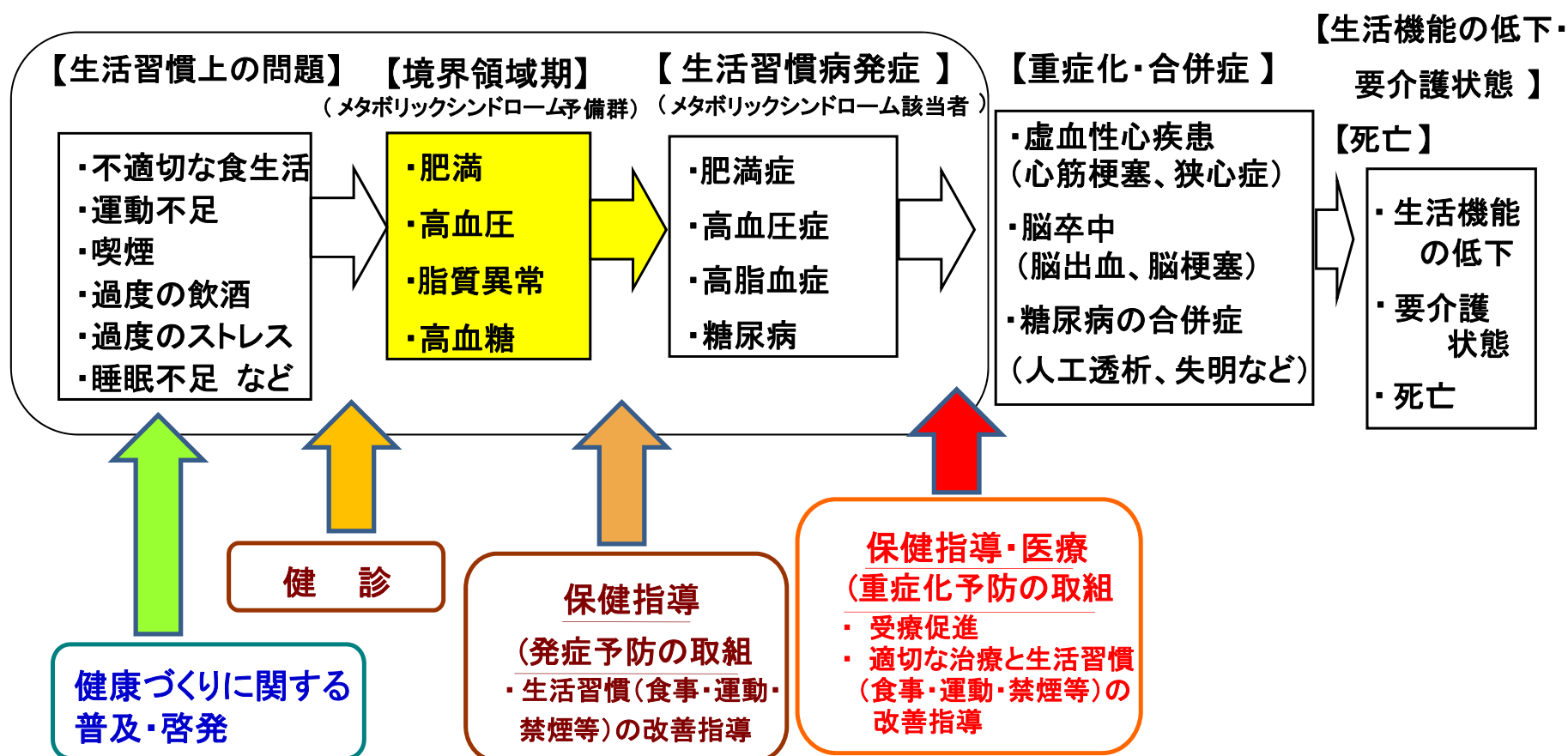
メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者
 腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上で、3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち2つ以上の項目に該当する者

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の予備群と考えられる者
 腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上で、3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち1つに該当する者

(参考)平成18年の推計者数 : 該当者数 約960万人、予備群者数 約980万人、併せて1,940万人

(厚生労働省 平成19年国民健康・栄養調査結果)

「危険因子」から生活習慣病への進展と、各段階における支援方策



(参考)生活習慣病管理料における(療養計画書)

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用		(記入日: 年 月 日)	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才)		□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症	
ねらい: 療養指導を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【検査項目】	□身長 (cm)	【血液検査項目】 (採血日 月 日)	□血糖(空腹時) □随時 □食後()時間
	□体重: 現在(kg) →目標(kg)	□BMI ()	□HbA1c: 現在(%) →目標(%)
□BMI ()	□空腹時血糖(mmHg)	□総コレステロール (mg/dl)	□中性脂肪 (mg/dl)
□空腹時血糖(mmHg)	□空腹時血糖(mmHg)	□HDLコレステロール (mg/dl)	□LDLコレステロール (mg/dl)
□空腹時血糖(mmHg)	□空腹時血糖(mmHg)	□LDLコレステロール (mg/dl)	□その他 ()
□空腹時血糖(mmHg)	□空腹時血糖(mmHg)	□LDLコレステロール (mg/dl)	□その他 ()
【問診】 □食事の状況 □運動の状況 □たばこ □その他の生活	【①達成目標】: 患者と相談した目標		
【②行動目標】: 患者と相談した目標	医師氏名 (印)		
【食事】	□食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える	□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項()	
	□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()	□節酒: (減らす(種類・量:)を週 (回))	
□間食: (減らす(種類・量:)を週 (回))	□食べ方: (ゆっくり食べる・その他())		担当者の氏名 (印)
□食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	□運動処方: 種類(ウォーキング・)、頻度(ほぼ毎日・週 (日))		
□運動	強度(息がはずむが会話ができる強度 or 原拍 拍/分 or)		
□たばこ	□日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・)		
□その他	□運動時の注意事項など()		
□禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等	担当者の氏名 (印)		
□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量	担当者の氏名 (印)		
□家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等)	担当者の氏名 (印)		
□その他()	担当者の氏名 (印)		
【服薬指導】 □処方なし □薬の説明	担当者の氏名 (印)		
【療養を行うにあたっての課題点】			
【他の施設の利用状況について】			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入			
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。			
患者署名			
医師氏名 (印)			

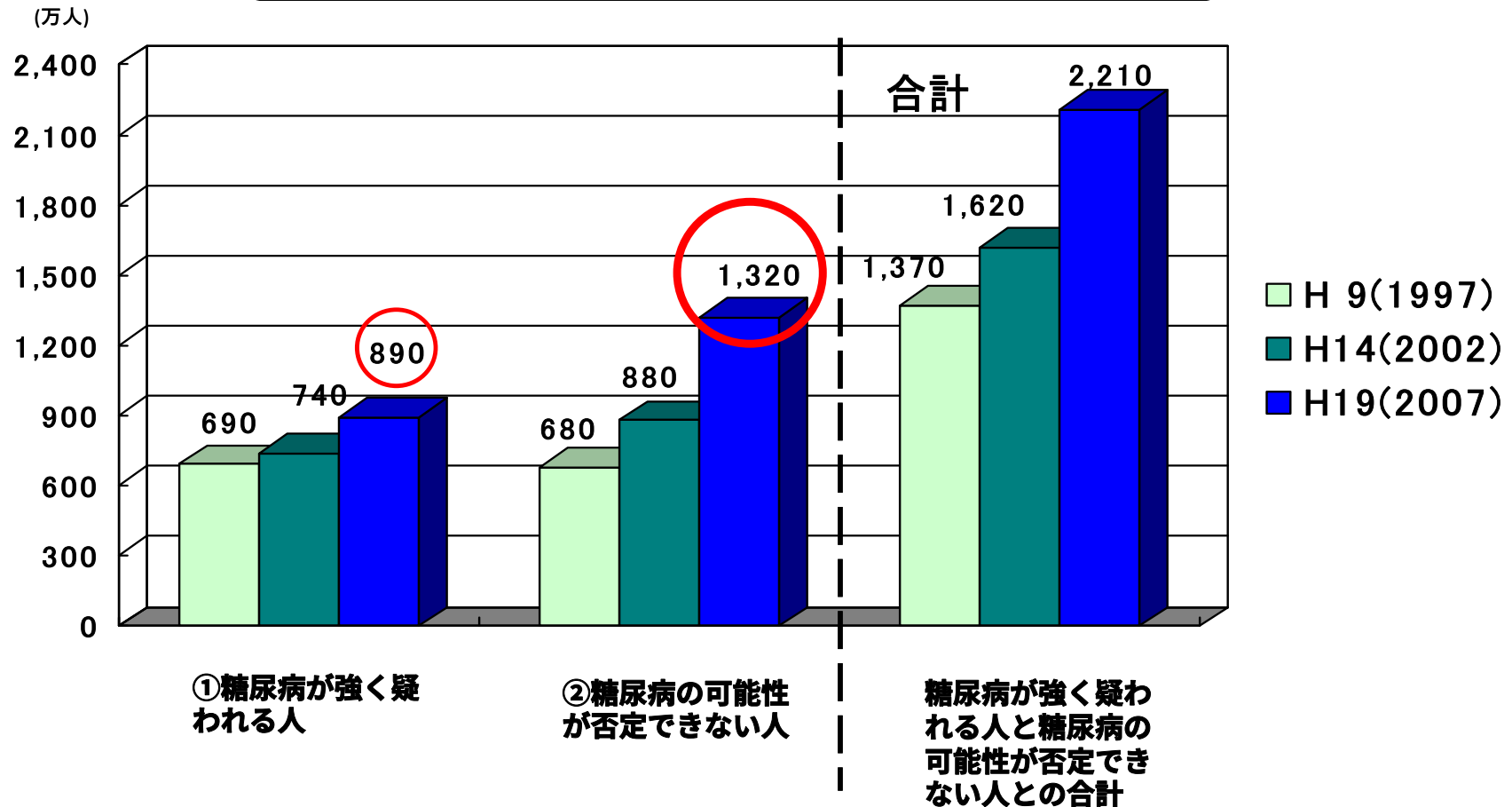
(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用		(記入日: 年 月 日) () 回	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才)		□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症	
ねらい: 重要目標の達成状況を理解できること・目標再設定と推進された生活習慣改善に取り組めること			
【検査項目】	□身長 (cm) →目標(kg)	【血液検査項目】 (採血日 月 日)	□血糖(空腹時) □随時 □食後()時間
	□BMI ()	□BMI ()	□HbA1c: 現在(%) →目標(%)
□空腹時血糖(mmHg)	□空腹時血糖(mmHg)	□総コレステロール (mg/dl)	□中性脂肪 (mg/dl)
□空腹時血糖(mmHg)	□空腹時血糖(mmHg)	□HDLコレステロール (mg/dl)	□LDLコレステロール (mg/dl)
□空腹時血糖(mmHg)	□空腹時血糖(mmHg)	□LDLコレステロール (mg/dl)	□その他 ()
【目標の達成状況と次の目標】: 患者と相談した目標	【①達成目標】: 患者と相談した目標		
【②行動目標】: 患者と相談した目標	医師氏名 (印)		
【食事】	□今回は、指導の必要なし	□食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える	
	□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項()	□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()	
□節酒: (減らす(種類・量:)を週 (回))	□間食: (減らす(種類・量:)を週 (回))		担当者の氏名 (印)
□食べ方: (ゆっくり食べる・その他())	□食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる		担当者の氏名 (印)
□運動	□今回は、指導の必要なし		
□運動処方: 種類(ウォーキング・)、頻度(ほぼ毎日・週 (日))	強度(息がはずむが会話ができる強度 or 原拍 拍/分 or)		
□日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・)	□運動時の注意事項など()		
□禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等	担当者の氏名 (印)		
□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量	担当者の氏名 (印)		
□家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等)	担当者の氏名 (印)		
□その他()	担当者の氏名 (印)		
【服薬指導】 □処方なし □薬の説明	担当者の氏名 (印)		
【療養を行うにあたっての課題点】			
【他の施設の利用状況について】			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入			
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。			
患者署名			
医師氏名 (印)			

糖尿病について

糖尿病の状況

糖尿病が強く疑われる人及び可能性が否定できない人について

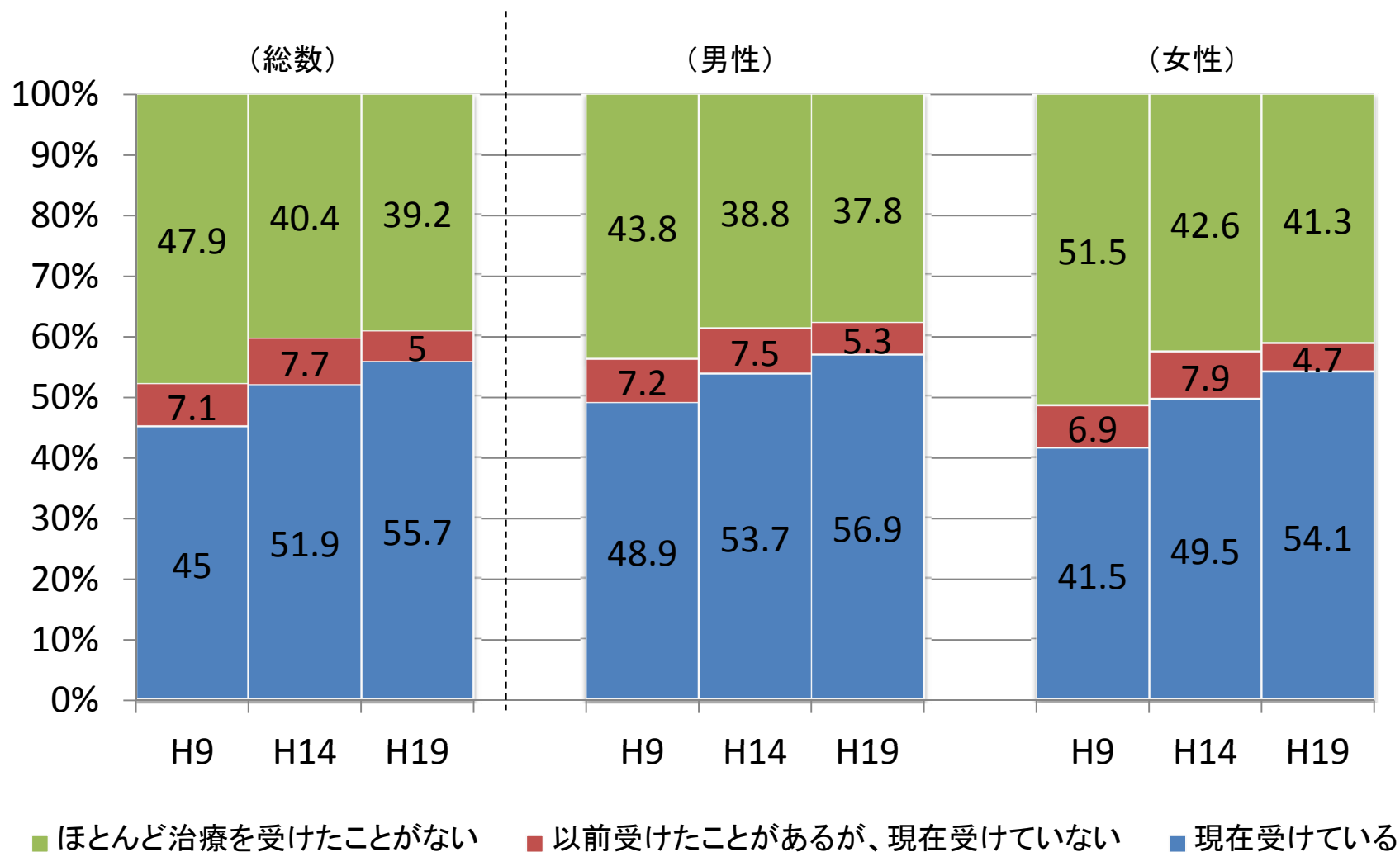


▼「糖尿病が強く疑われる人」、「糖尿病の可能性を否定できない人」の判定▼(糖尿病実態調査(H9,H14)と同様の基準)

①「糖尿病が強く疑われる人」とは、ヘモグロビンA1cの値が6.1%以上、または、質問票で「現在糖尿病の治療を受けている」と答えた人である。

②「糖尿病の可能性を否定できない人」とは、ヘモグロビンA1cの値が5.6%以上、6.1%未満で、①以外の人である。

糖尿病が強く疑われる者における治療状況（20歳以上）



※「糖尿病の治療を受けたことがあるか」という問をまとめた結果

出典：平成19年国民健康・栄養調査

糖尿病対策の更なる推進

現状・背景

健康日本21

健康

国民
1.2億人

健診

効率的・効果的な普及啓発が不十分

健診の受診率が低い

糖尿病の可能性が否定できない者
1,320万人
糖尿病が強く疑われる者
890万人

保健指導

健診後の受療率が低い

未受療者
受療中断

受療者

連携
不十分

治療中断率
が高い

コントロール不良

生活指導
が不十分

合併症高リスク

・糖尿病性腎症による腎不全
(人工透析)
92,914人(新規16,126人/年)
・糖尿病による足壊疽
約8万人
・虚血性心疾患の総患者数
約81万人

合併症
予防が
不十分

地域医療

専門的な診療

求められる対応

具体的施策

発症予防対策の強化

①社会全体として国民へのアプローチの強化

- 健やか生活習慣国民運動推進事業
- 糖尿病予防戦略事業

重症化予防対策の強化

②食生活等生活改善継続のための支援の強化

- 疾病重症化予防のための食事指導拠点事業

③糖尿病診療・生活指導の質の向上

- 糖尿病疾病管理強化対策事業(診療連携体制の構築・療養指導の充実)

産業界と連携した啓発・環境整備

食生活・運動指導

医療と連携した療養指導

医療(診療所と中核病院)の適切な連携

国、自治体、糖尿病対策推進会議及び社会全体で取り組むことが必要

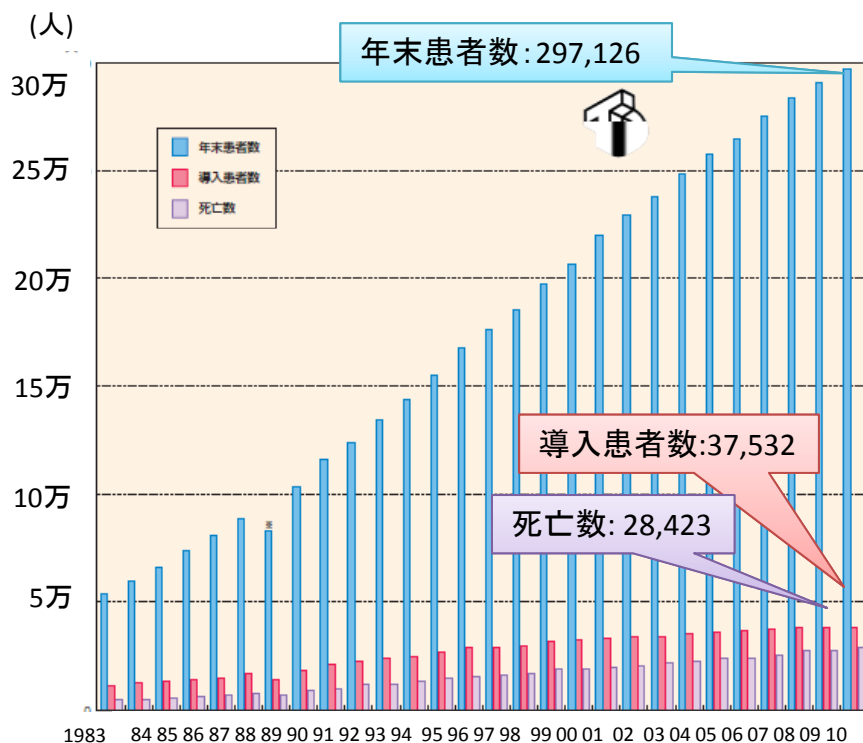
重症化

糖尿病に関する指導管理の主な評価について

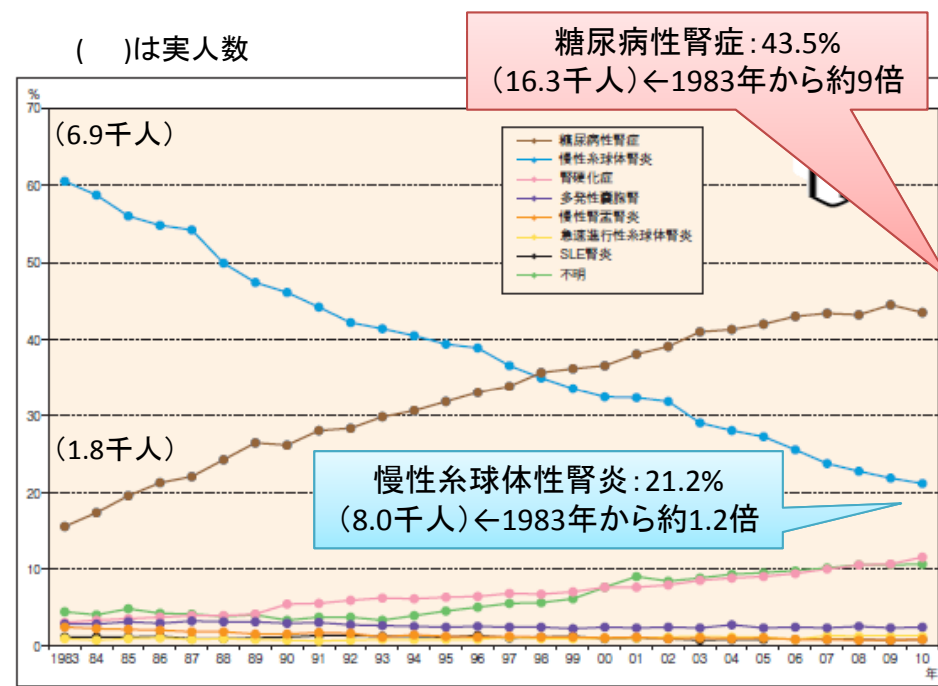
	診療報酬項目	算定対象	点数	対象施設
投薬	特定疾患処方管理加算 (処方料、処方せん料の加算) (プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を評価したもの。)	◆ 糖尿病等の疾患をもつ入院中の患者以外の患者に対して処方を行った場合 ※特定疾患 悪性新生物、糖尿病、高血圧性疾患、胃潰瘍等	65点/月 (28日間以上の処方) 又は 18点/月2回	診療所 病院 (200床未満)
	特定疾患療養管理料 (プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したもの。)	◆ 治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月に2回に限り算定	診療所 225点 病院(100床未満) 147点 病院(200床未満) 87点	診療所 病院 (200床未満)
医学管理等	生活習慣病管理料 ※ 糖尿病合併症管理料以外の医学管理等、検査、投薬、注射、病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれる	◆ 患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定(入院中の患者を除く) ◆ 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、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合 (別途療養計画書有り)	処方せんを交付する場合 800点/月 処方せんを交付しない場合 1200点/月	診療所 病院 (200床未満)
	糖尿病合併症管理料	◆ 糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、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入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。	170点/月	診療所 病院
	外来・入院栄養食事指導料	◆ 糖尿食等の特別食を必要とするものに対し、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、月1回(入院中は2回)に限り算定する。	130点	診療所 病院

糖尿病と透析導入について

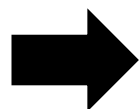
年別透析患者数、導入患者数、死亡患者数



年別透析導入患者の主要原疾患の推移



出典: 日本透析医学会: 2010年末の慢性透析患者に関する基礎集計



透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は、1998年以降、糖尿病性腎症が最も多くなっており、2010年は43.5%が糖尿病性腎症が原疾患である。

日本における糖尿病の現状



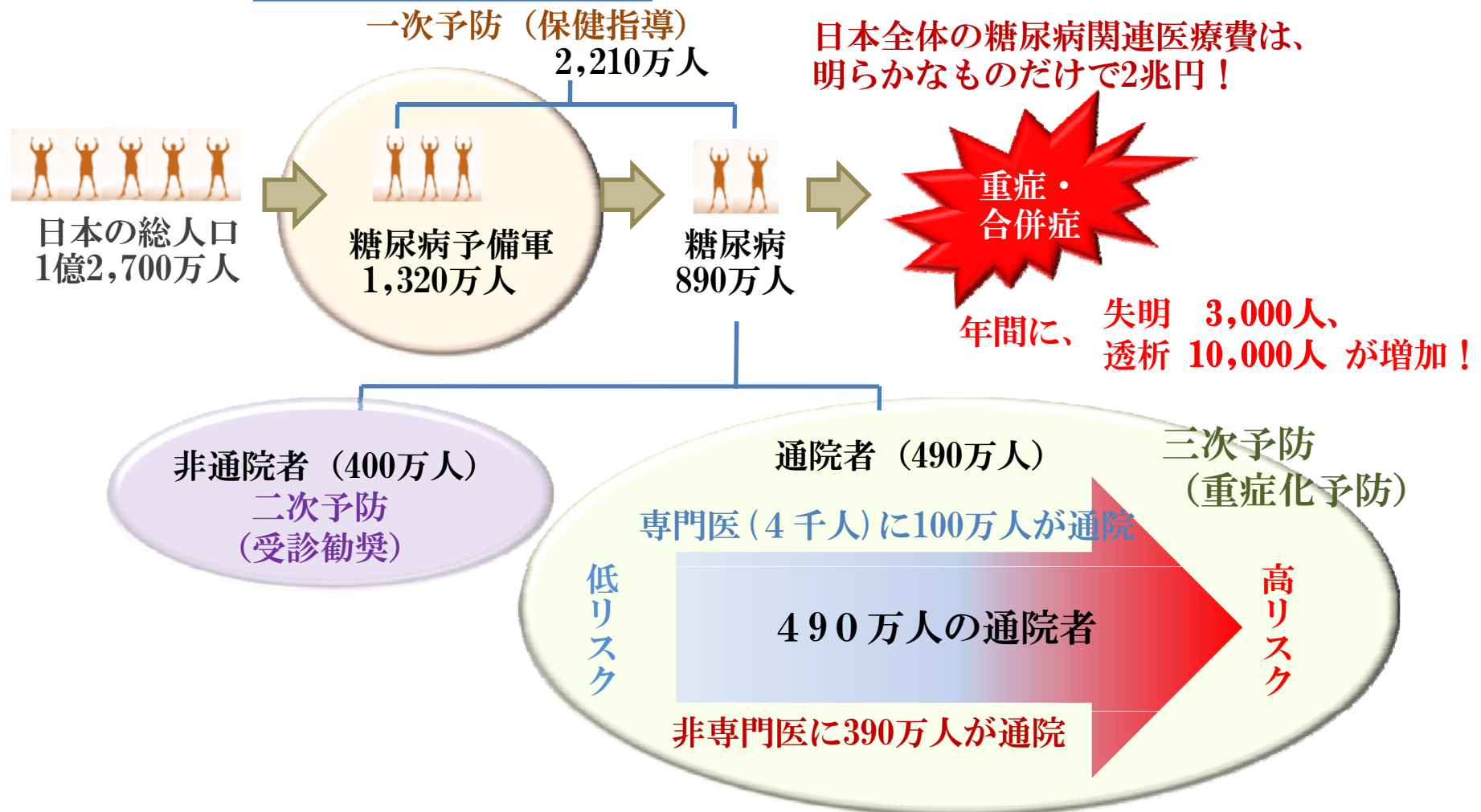
増え続ける糖尿病患者

H14年度：7人に1人

H19年度：5人に1人

患者一人当たり年間医療費 数百万円～

日本全体の糖尿病関連医療費は、
明らかなものだけで2兆円！



（人数については、厚生労働省 平成19年度国民健康・栄養調査、平成14年度糖尿病実態調査より）出典：株式会社データホライゾンご提供資料

糖尿病早期腎症の介入効果



ステージ別医療費

医療費：約500万円/人年

該当者：約100人

医療費：約50万円/人年

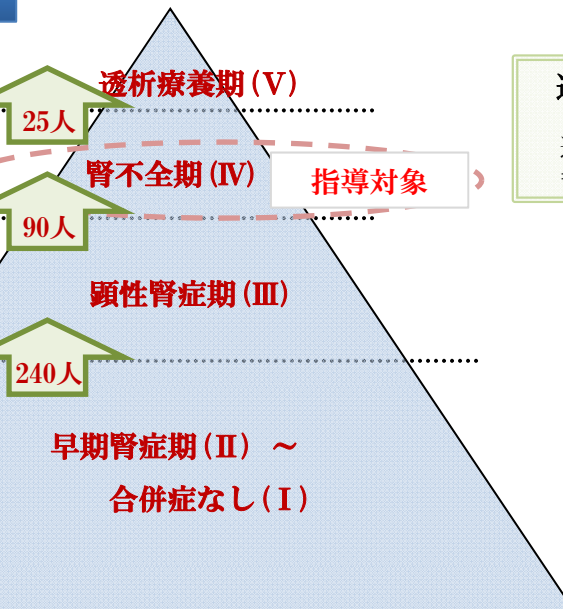
該当者：約240人

医療費：約25万円/人年

該当者：約1,100人

医療費：約5万円/人年

該当者：約15,000人



透析に至る確率：10%

透析への移行/腎症期の悪化
= 25人/240人

介入効果

腎不全期(Ⅳ)50人を対象に調査

①脱落・指導中止：20%

↓
指導完了者は40人

②生活習慣変容：70%

↓
生活習慣変容者は28人

※広大研究結果を参考

効果（透析移行しない）
2.8人

被保険者数=100,000人，全年齢対象

(人数や医療費は、広島県呉市の実績を元に被保険者数を10万人に換算)

出典：株式会社データホライゾンご提供資料を基に保険局医療課で作成

糖尿病等治療中の者に対する医学管理の効果について①

本研究は、国保直診施設10ヶ所の協力を得て、介入群としての重点支援群と、非介入群としての通常支援群にわけて保健指導を行った。具体的には以下のとおりである。(平成20年～22年 n=270)

対象疾患: 高血圧、脂質異常症、糖尿病(3つを重複したものを含む)で治療中でコントロール不良のもの。

1) 重点支援群

○**重点支援群**は、通常の診療に加え、事務局の指導プロトコルに基づき6ヶ月間の支援プログラムを実施。

その後、3ヶ月に1回面接による支援を実施し、1.5年間支援を継続

2) 通常支援群

○**通常支援群**は、通常の治療、指導スケジュールに沿って支援を継続(定期診察時間内での治療、保健指導を通常通り実施)。

投薬量の変化

- 投薬量について、初回、6ヵ月後、12ヵ月後、18ヵ月後の変化を、重点支援群と通常支援群で比較すると、**検査値が改善または良好な値で維持されており、かつ投薬量が減少または維持されている人の割合(検査値:改善・維持(良)×投薬量:減少・維持)は、いずれの時点においても重点支援群の割合が大きい。**

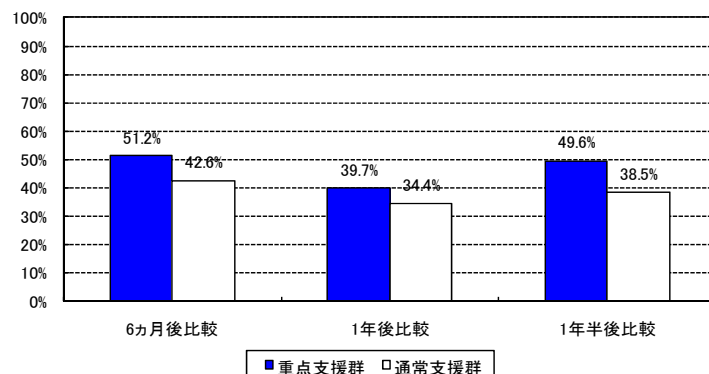
このことから、保健指導により、対象者に健康状態の改善効果があらわれていることがうかがえる。

- 対象者の有する疾病別にみた場合でも、高血圧症、糖尿病ともに、検査値が改善または良好な値で維持されており、かつ投薬量が減少または維持されている人の割合(検査値:改善・維持(良)×投薬量:減少・維持)は、いずれの時点においても重点支援群の割合が大きい。

図表 投薬量変化と検査値変化の状況

疾病: 全体

検査値: 改善・維持(良) × 投薬量: 減少・維持



対象: (重点支援群=121、通常支援群=122) 事業参加者全員

改善: HbA1c、SBP、DBP、LDLCが基準値以上(6.5%以上)であったものが、基準値を下回った場合

維持(良): HbA1c等が基準値以上であったものが初回の時点で基準値を下回り、6ヶ月、1年後、1年半後でそれぞれ基準値を下回った場合

重点支援群の方が、投薬量が減少・維持されている人の割合が大きい※

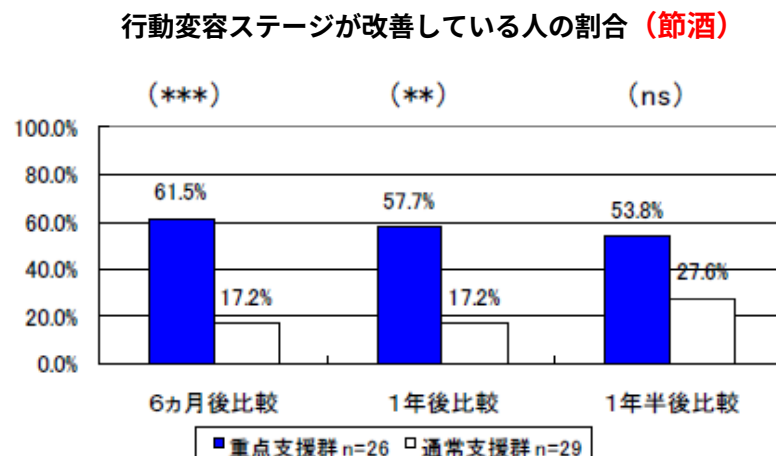
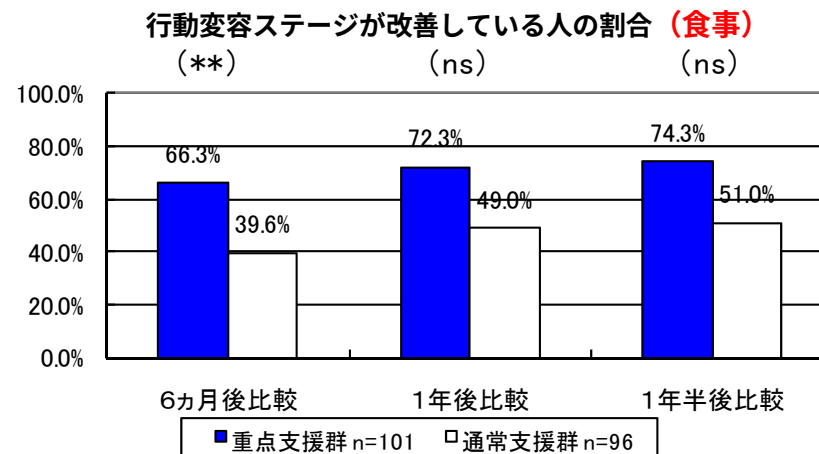
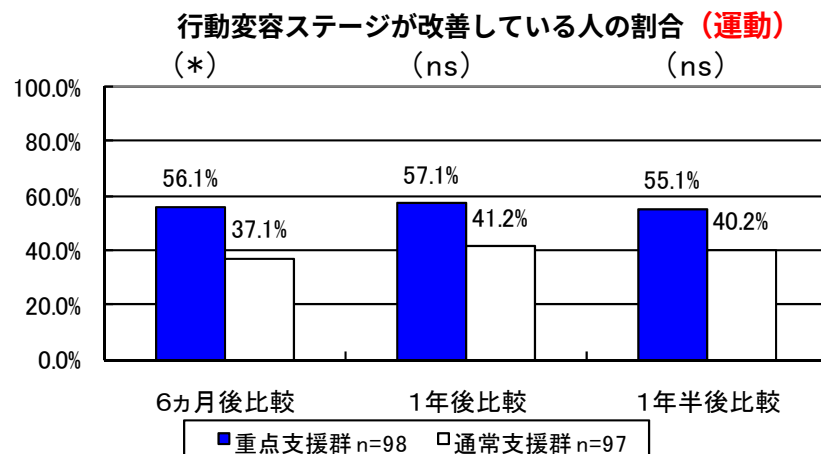
※検査値は改善または良好な値で維持されている

(「平成23年3月市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会 治療中の者に対する保健指導の効果に関するワーキンググループ 報告書」を基に保険局医療課作成)

糖尿病等治療中の者に対する医学管理の効果について②

生活習慣の変化

- 行動変容ステージは、重点支援開始時と6ヵ月後、12ヵ月後、18ヵ月後の行動変容ステージの変化状況を整理すると、**重点支援群のほうが、運動、食事、節酒において改善傾向の人の割合が高くなっている**。ただし、喫煙に関しては、12ヵ月後以降、通常支援群のほうが改善と回答する者の割合が高くなっているが、喫煙における重点支援の効果についての解釈には注意が必要である。



(注) ns: p値 $\geq$ 0.05、*: p値 $<$ 0.05、**: p値 $<$ 0.01、***: p値 $<$ 0.001

(「平成23年3月市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会 治療中の者に対する保健指導の効果に関するワーキンググループ 報告書」を基に保険局医療課作成)

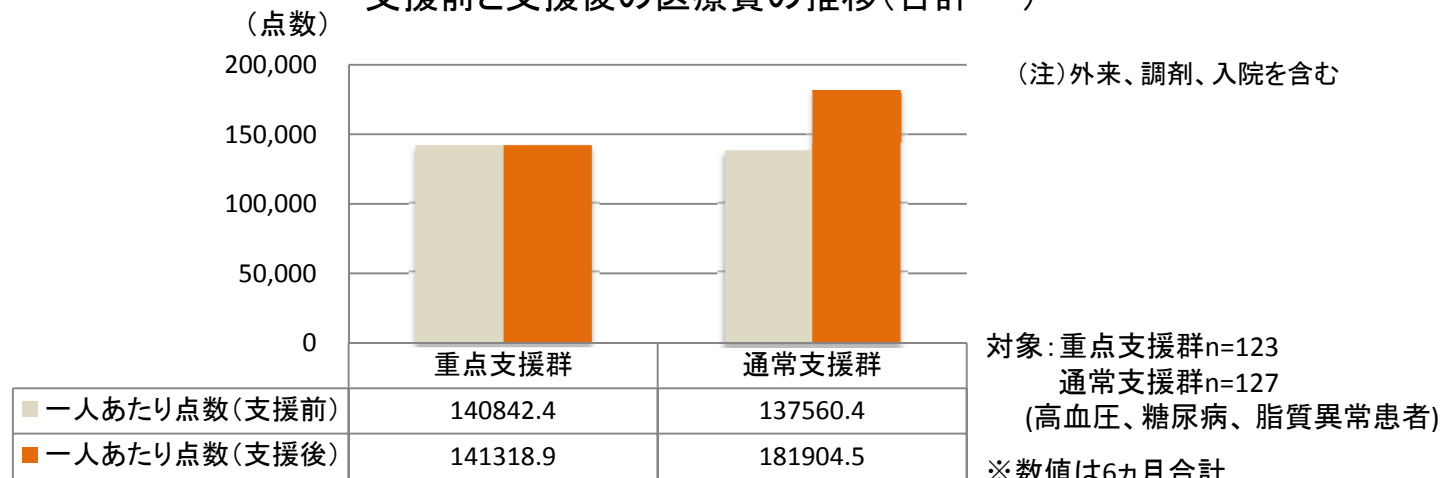
糖尿病等治療中の者に対する医学管理の効果について③

医療費の変化

- 医療費について、外来医療費及び調剤費の増加幅は、重点支援群の方が、通常支援群よりも低く抑えられるという結果になった。
- 重点支援群の外来医療費については、重点支援期間の前よりも後のほうがおおむね低く抑えられるという結果になった。

※本データは、季節性などの影響を排除しておらず、病気の流行等についても勘案したものではない

支援前と支援後の医療費の推移(合計^(注))



○集計方法

参加者のうち中止しなかった人(継続者)250人のすべてについて、実施機関における重点支援期間の開始前6ヶ月間および終了後6ヶ月間のレセプトを収集し集計した。250人は、重点支援の対象者が123人、通常支援の対象者が127人である。外来、調剤については、生活習慣病以外の疾患も含むものである。入院については、生活習慣病による入院と、生活習慣病以外を含むすべての入院について集計した。尚、各実施機関ごとに重点支援を行った時期が異なるため、それぞれの実施機関で実施した重点支援期間を基準として、その前後6ヶ月のレセプトを収集している。

※今回、研究にかかる「費用」及び研究の「効果」の範囲を限定することは難しいことから、費用対効果は算出していない。

(「平成23年3月市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会 治療中の者に対する保健指導の効果に関するワーキンググループ 報告書」を基に保険局医療課作成)

多職種で共同して行う患者指導の効果①

カレスサッポロ北光記念クリニック

対象：平成19年1月～平成21年12月3年間で生活習慣病改善プログラムに参加した141名のうちプログラム終了した100名（糖尿病86名、脂質異常者8名、高血圧症6名）

方法：医師と看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士が各症例に対し、「生活習慣病改善プログラム」（3か月の教育プログラムと4か月目以降の継続プログラム）を協議・共同して実施。（生活習慣病管理料算定）

生活習慣病改善プログラム

《プログラム開始前》

★健康チェック

→血液検査・肥満度・心電図・CT検査など

★生活習慣病チェック（看護師から問診）

→個人にあった生活習慣改善プログラム作成

《1ヶ月目》1単位30分

看護師 1単位（疾患）

管理栄養士 2単位（食事療法）

理学療法士または看護師 1単位（運動療法）

《2ヶ月目》

看護師 1単位（ストレス）

管理栄養士 1単位（献立内容の確認）

薬剤師 2単位（薬物療法）

《3ヶ月目》

看護師 1単位（セルフケア）

管理栄養士 1単位（食事療法を継続するために）

薬剤師 2単位（インスリン療法、禁煙）

生活習慣の改善

食習慣の改善（99名99%）

・間食をやめる

・3食きちっと食べる

運動習慣の改善（95名95%）

・毎日1万歩の歩行を目標とする

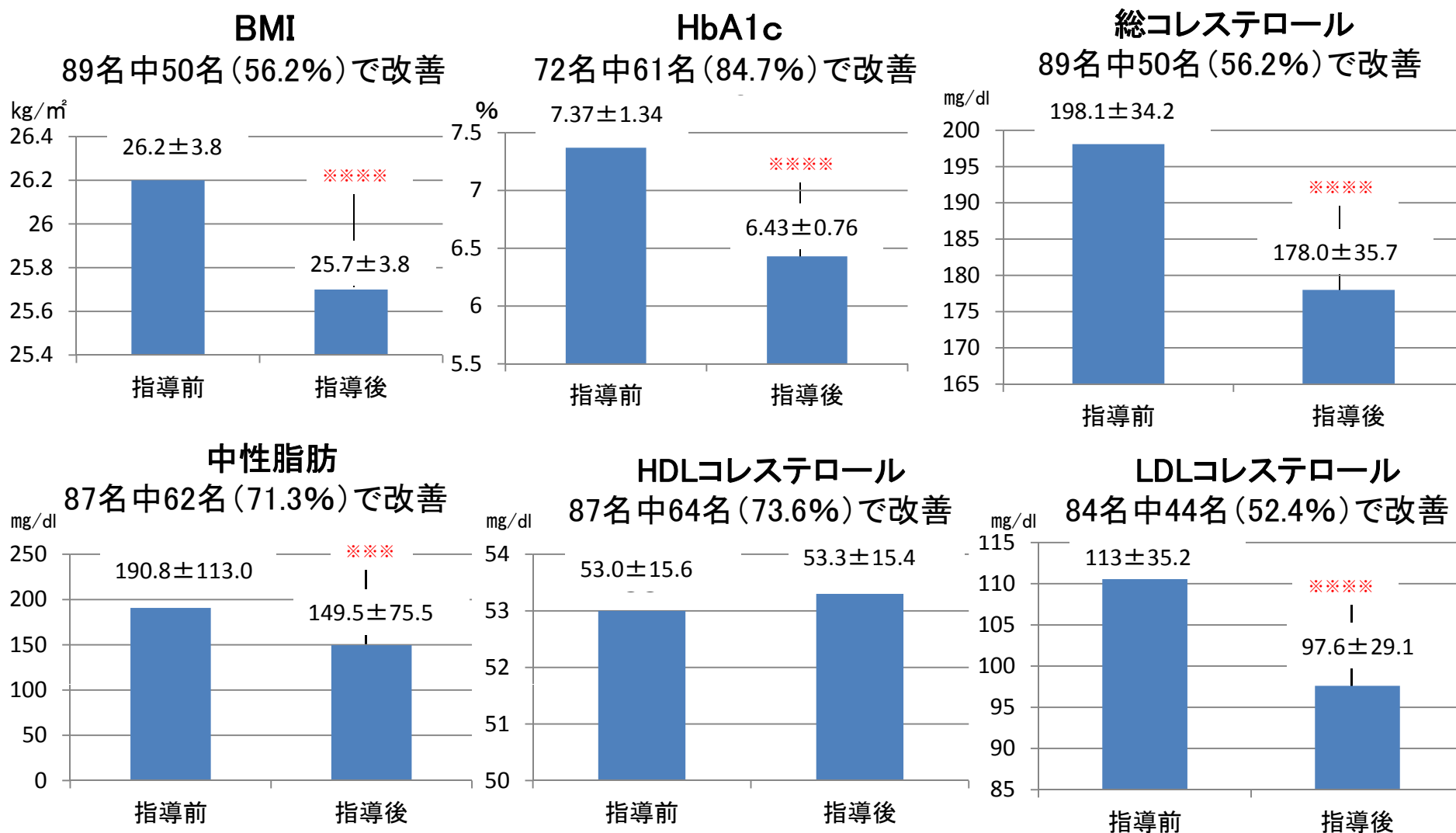
・犬の散歩を日課とする

食習慣・運動習慣以外の行動変容（96名96%）

佐久間ら、医師とコメディカルチームが共同して行う「生活習慣改善プログラム」による患者指導の改善効果の検証人間ドック Vol.25 No.3 2010

多職種で共同して行う患者指導の効果②

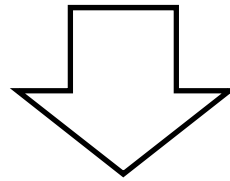
「生活習慣病プログラム」による3か月間の指導前後の各種指標の変化



表示は平均値、※※※p<0.001 ※※※※ p<0.0001

糖尿病対策における課題と論点

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加している。
- 糖尿病患者に対し、外来において、医師や看護師、保健師等が連携して重点的に支援を行うことで、長期的には体重、HbA1c等が改善され、投薬量が減少または維持されている人の割合が大きくなることが見込まれる。また、透析への移行が減少する可能性がある。



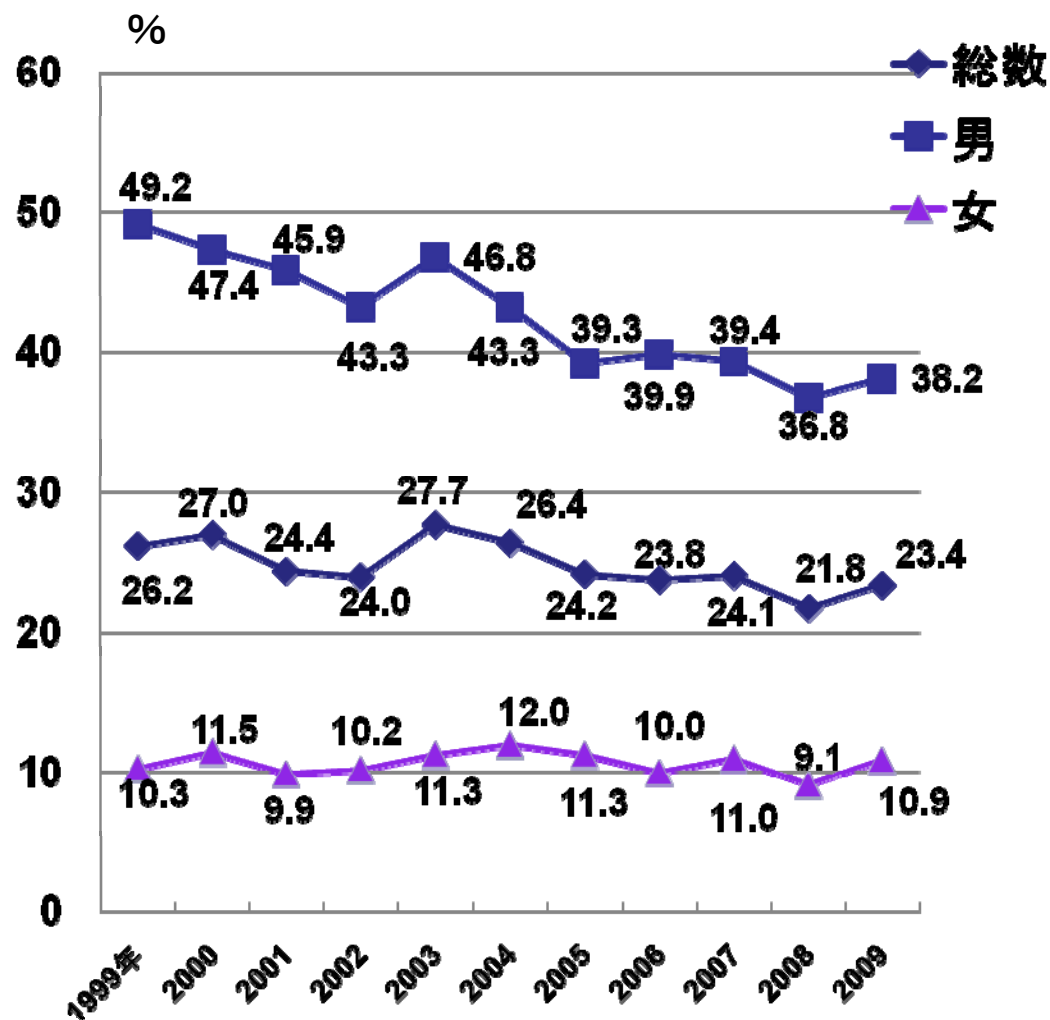
【論点】

- 糖尿病患者に対し、外来において、医師や看護師、保健師等が連携して、重点的な医学管理を行うことの診療報酬上の評価についてどう考えるか。

たばこ対策

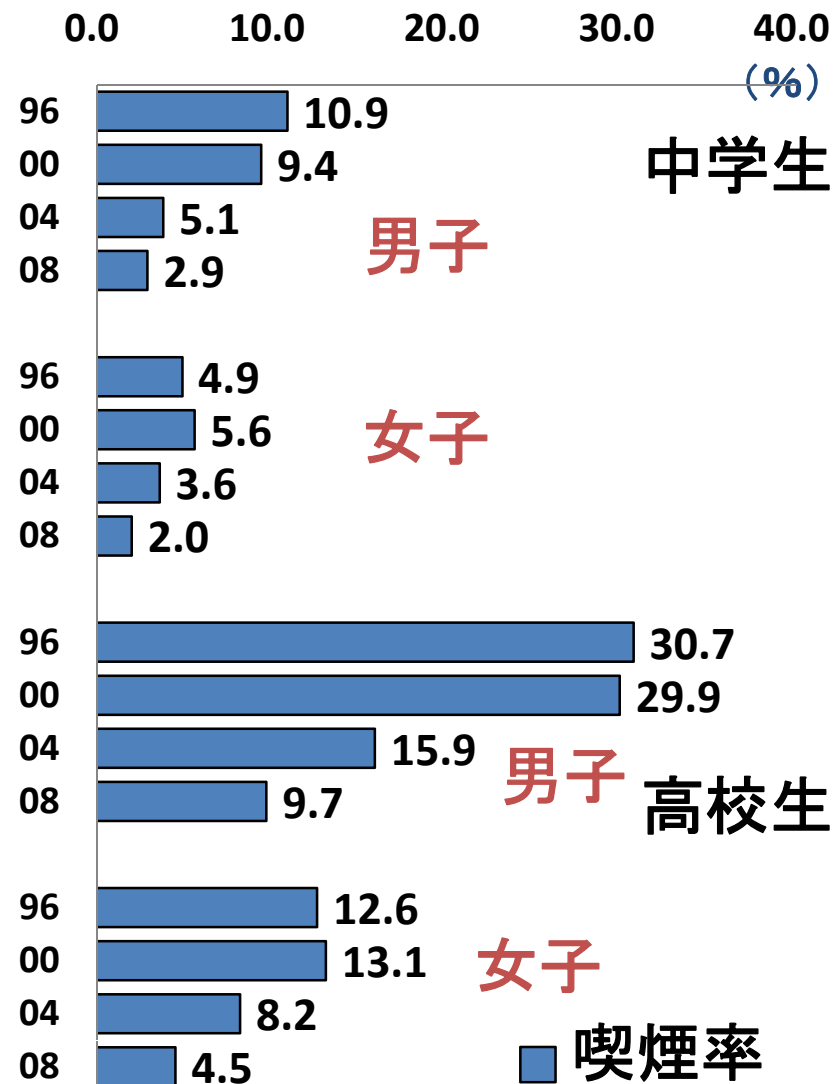
喫煙率の状況について

我が国の喫煙率



出典：2002年までは国民栄養調査。2003年からは国民健康・栄養調査
 ※国民栄養調査と国民健康・栄養調査では、喫煙の定義及び調査方法が異なるため、その単純比較は困難である。

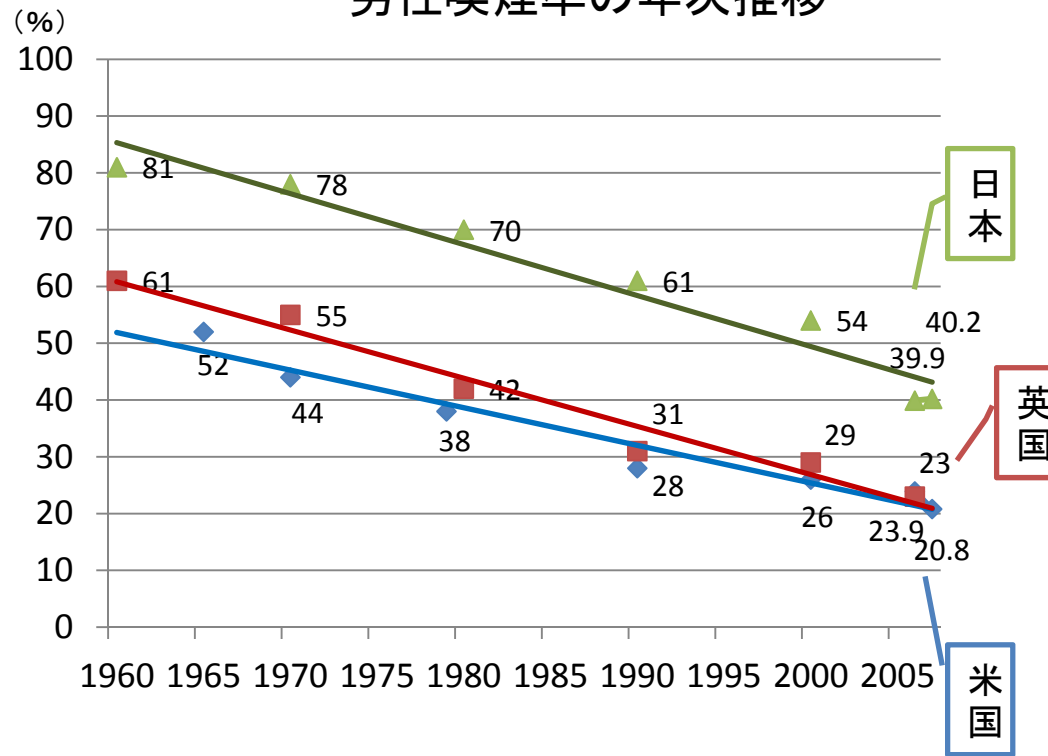
未成年者の喫煙率



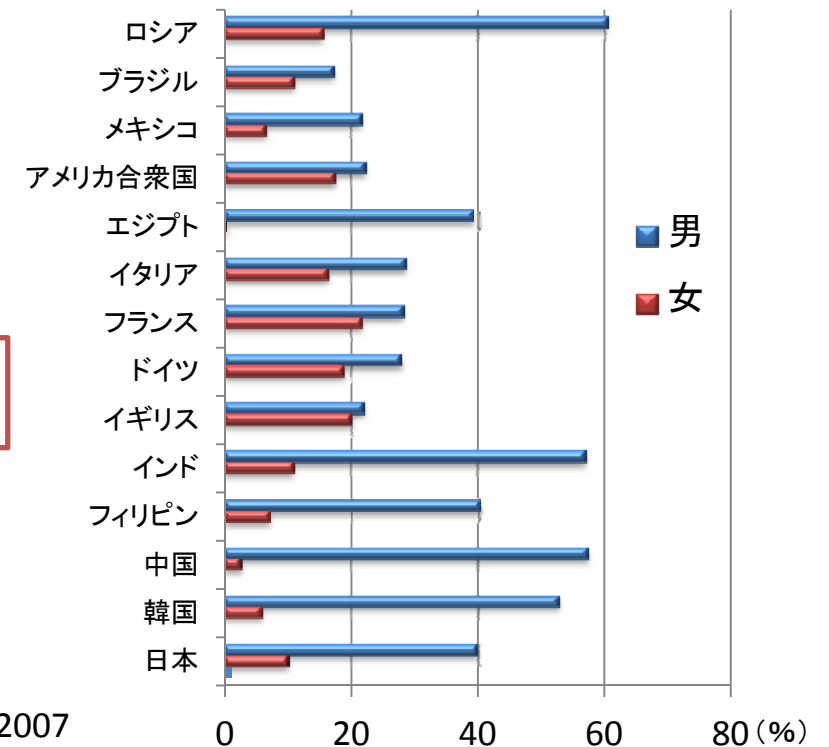
出典：厚生労働科学研究費補助金
 「未成年者の喫煙実態状況に関する調査研究」等

各国の喫煙状況について

男性喫煙率の年次推移



喫煙状況の国際比較



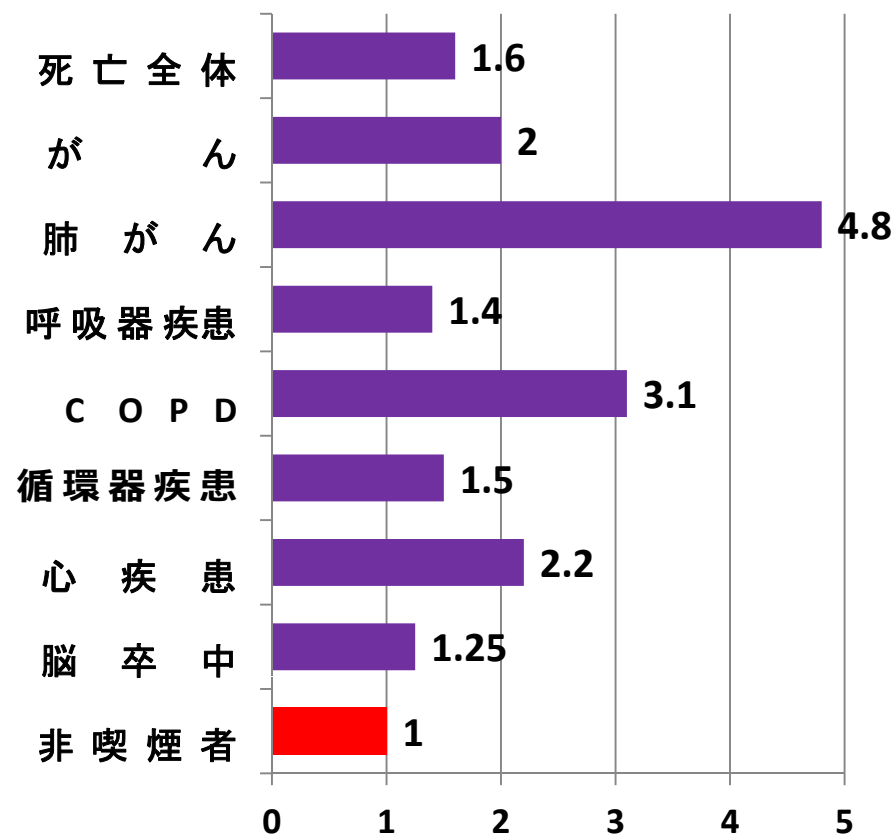
出典 : American Cancer Society, World Lung Foundation : THE TOBACCO ATLAS

出典 : WHO "Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009

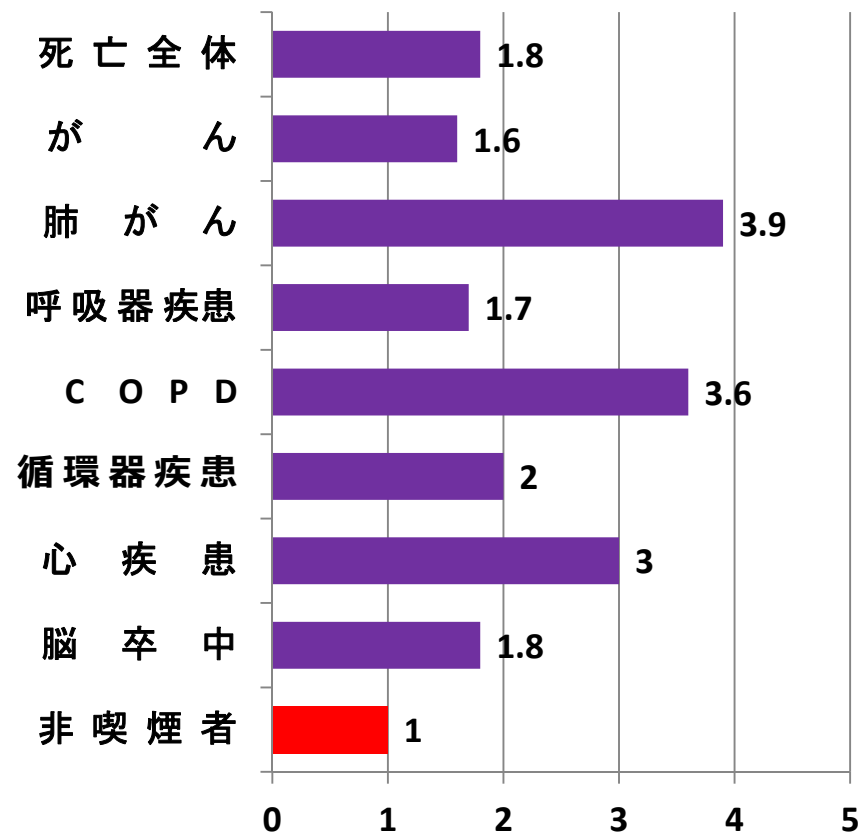
喫煙の健康影響について

(非喫煙者を1とした時の喫煙者の死亡の危険度)

男性



女性



祖父江らによる(2008年厚生労働省研究班)

受動喫煙による健康への悪影響

受動喫煙により、虚血性心疾患等の発生頻度が増加することが明らかになっている。

平成20年 「脱タバコ社会の実現に向けて」(日本学術会議)～抜粋～

受動喫煙により、肺がん、虚血性心疾患、呼吸器疾患などの発生頻度が増加することが明らかにされている。また、乳幼児突然死症候群は家庭内の喫煙者の存在、特に父母の喫煙と密接に関連している。

平成18年 米国公衆衛生総監報告 (Surgeon General Report)

- 受動喫煙によって、冠動脈心疾患のリスクが25～30%増加する。
- 喫煙者との同居に伴う受動喫煙が原因で、肺がんリスクが20～30%増加する。
- 受動喫煙と乳幼児突然死症候群の間には関係がある。
- 親の喫煙による受動喫煙と、幼児及び子供における下気道疾患の間には関係がある。
- 親の喫煙と、中耳炎や慢性浸出性中耳炎などの小児の中耳疾患の間には関係がある。

21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)について

※「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)の推進について」平成12年3月31日付通知(健医発第612号)
「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針について」平成15年4月30日付通知(健発第043002号)

趣旨

健康寿命の延伸等を実現するために、2010年度を目途とした具体的な目標等を提示すること等により、健康に関連する全ての関係機関・団体等を始めとして、国民が一体となった健康づくり運動を総合的かつ効果的に促進し、国民各層の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取組を促そうとするもの。

健康日本21は、健康増進法第7条に定める基本方針の理念に基づく、目標期間、目標数値を有する具体的な計画として位置づけられる。

基本方針

- 一次予防の重視
- 健康づくり支援のための環境整備
- 目標等の設定と評価
- 多様な関係者による連携のとれた効果的な運動の推進

運動の期間

- 2000年度から2012年度
- 2010年度から最終評価を行い、その評価を2013年度以降の運動の推進に反映させる。

目標について

9分野70項目からなる具体的な目標を設定

- ①栄養・食生活
- ②身体活動・運動
- ③たばこ
- ④休養・こころの健康づくり
- ⑤アルコール
- ⑥歯の健康
- ⑦糖尿病
- ⑧循環器病
- ⑨がん

<具体例>

健やか生活習慣国民運動(重点)

- 20～60歳代男性の肥満者 →15%以下
- 20歳代女性のやせの者 →15%以下
- 野菜の1日当たり平均摂取量 →350g以上
- 朝食を欠食する人の減少(20歳代男性) →15%以下
- 日常生活における歩数(男性) →9200歩以上
- 分煙を実施している割合(公共の場) →100%

受動喫煙防止対策についての
健康局長通知(平成22年2月25日 健発0225第2号)概要

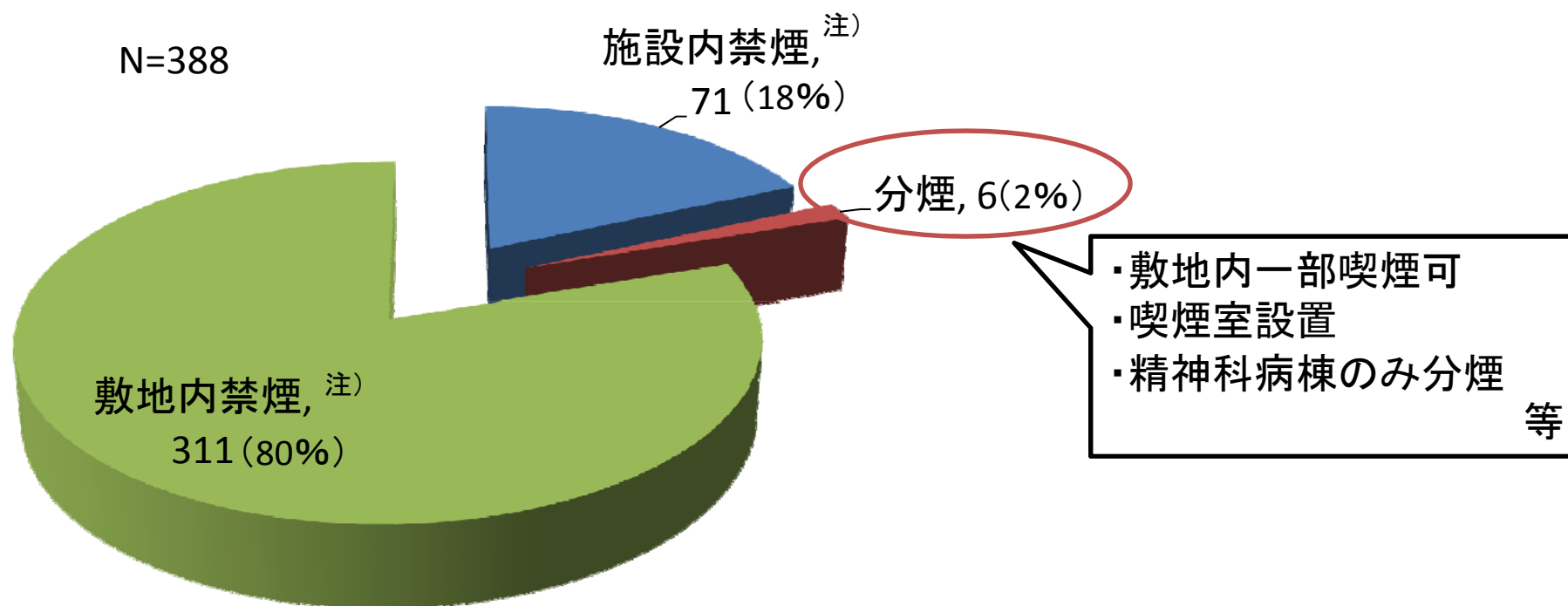
- ① 受動喫煙による健康への悪影響は明確であることから、**公共の場においては原則として全面禁煙**を目指す。
- ② 飲食店などでは、全面禁煙の実施が、営業に甚大な影響を及ぼす恐れがあることにも考慮し、やむをえない場合には分煙での対応を認める。
- ③ たばこの健康への悪影響や国民にとって有用な情報など、最新の情報を収集・発信する。
- ④ 職場における受動喫煙防止対策と連動して対策を進める。

※ 平成15年の健康局長通知では、施設内を全面禁煙とする方法と分煙する方法があるとされており、「全面禁煙を目指す」までは踏み込んでいなかった。

施設ごとの受動喫煙防止対策の状況

施設名	屋内全面禁煙	分煙	対策なし	出典
高校	55.3%	44.0%	0.7%	学校における受動喫煙防止対策実施状況調査【平成17年】
病院	63.8%	35.0%	0.5%	医療施設調査・病院報告【平成20年】
旅館	0.8%	23.0%	74.4%	生活衛生関係営業経営実態調査報告(旅館業)【平成18年度】
職場	18.4%	27.9%	53.6%	労働者健康状況調査【平成19年】
官公庁施設	庁舎内に喫煙場所がある 90.2% 事務室内禁煙 87.8%			喫煙対策実施状況調査【平成17年】
都道府県庁	17道府県	30都県	—	わが国の今後の喫煙対策と受動喫煙対策の方向性とその推進に関する研究【平成20年度】
大学病院	78.8%	11.2%	10.0%	

がん診療連携拠点病院における 受動喫煙防止対策の状況



注)精神科病棟を除く場合あり

出典:厚生労働省健康局がん対策推進室調べ

緩和ケア病棟を有するがん診療連携拠点病院 における対応状況

緩和ケア病棟を有するがん拠点病院の全施設(67施設)に
電話にて調査を実施し、62施設から有効回答を得た。

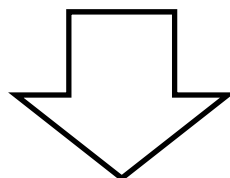
敷地内での喫煙が不可能	48 (77.4%)
緩和ケア病棟外の敷地内で喫煙が可能 (病棟内は禁煙)	4 (6.5%)
緩和ケア病棟内で喫煙が可能	10 (16.1%)
計	62 (100%)

(H23.10.19調査)

出典: 国立がん研究センター調べ

たばこ対策における課題と論点

- 受動喫煙による健康への悪影響は明確であり、公共の場においては原則として全面禁煙を目指しているが、屋内全面禁煙を実施している病院は63.8%に止まっている
- また、原則禁煙ではあるものの、緩和ケア病棟内等に限っては喫煙を可能としている施設もみられる。



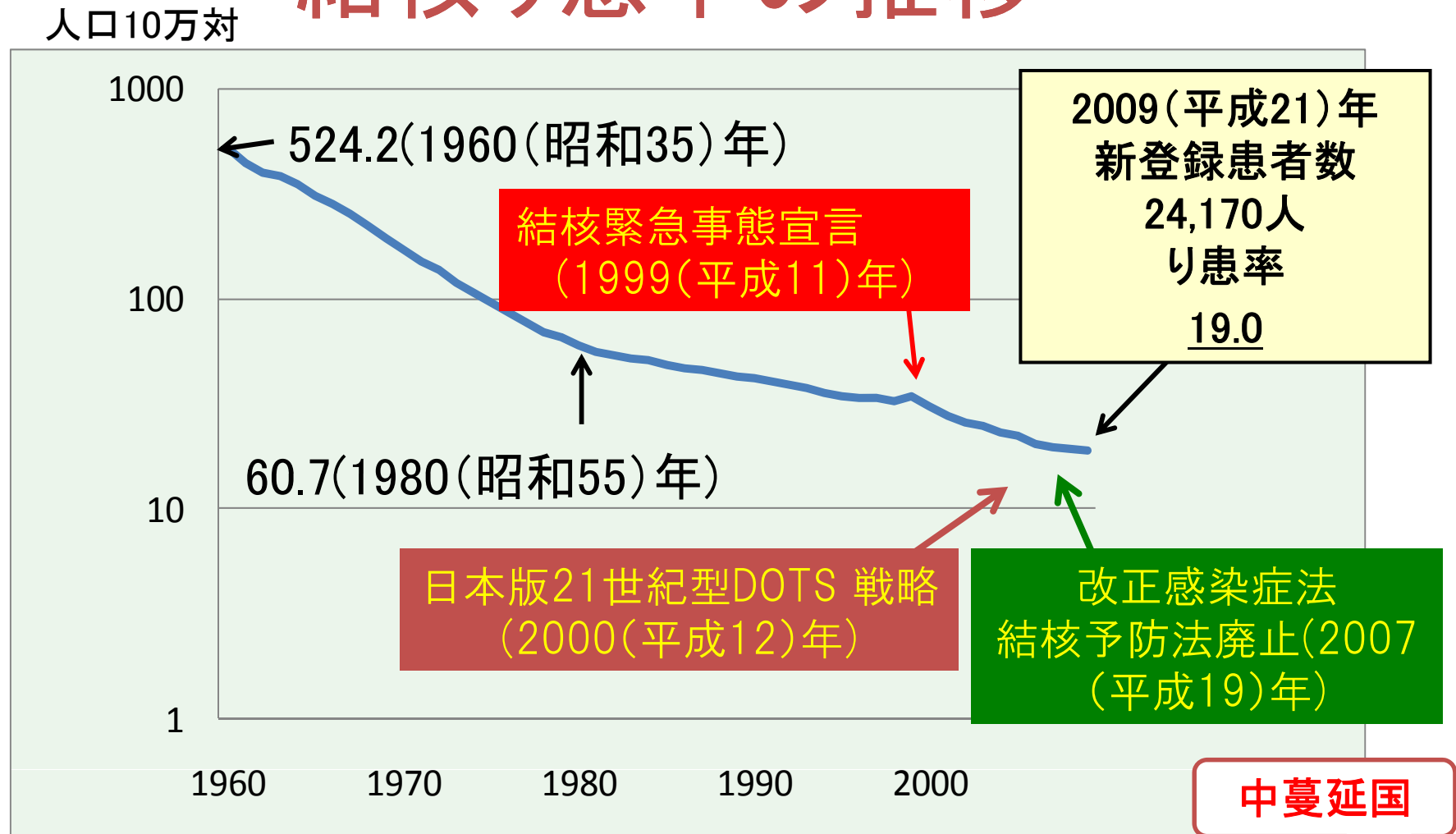
【論点】

- 生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたっては、緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、屋内全面禁煙を原則とすることについて、どのように考えるか

3. 感染症対策

結核について

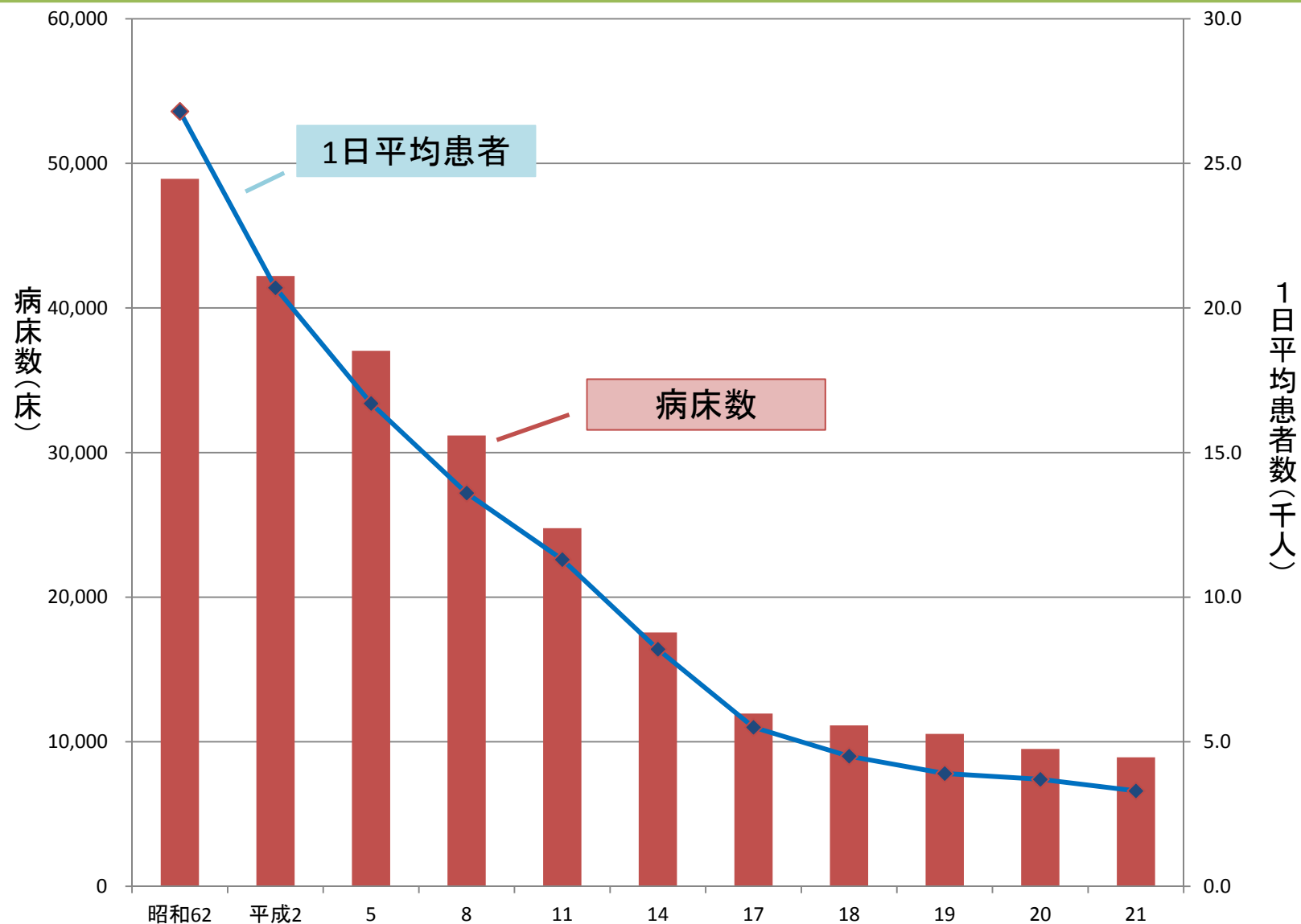
結核り患率の推移



	英国	米国	オランダ	ドイツ	ノルウエー	日本
患者数	8655	12904	997	4543	324	24170
罹患率	14.1	4.2	6.1	5.5	6.8	19

結核病床数と結核病床における1日平均患者数

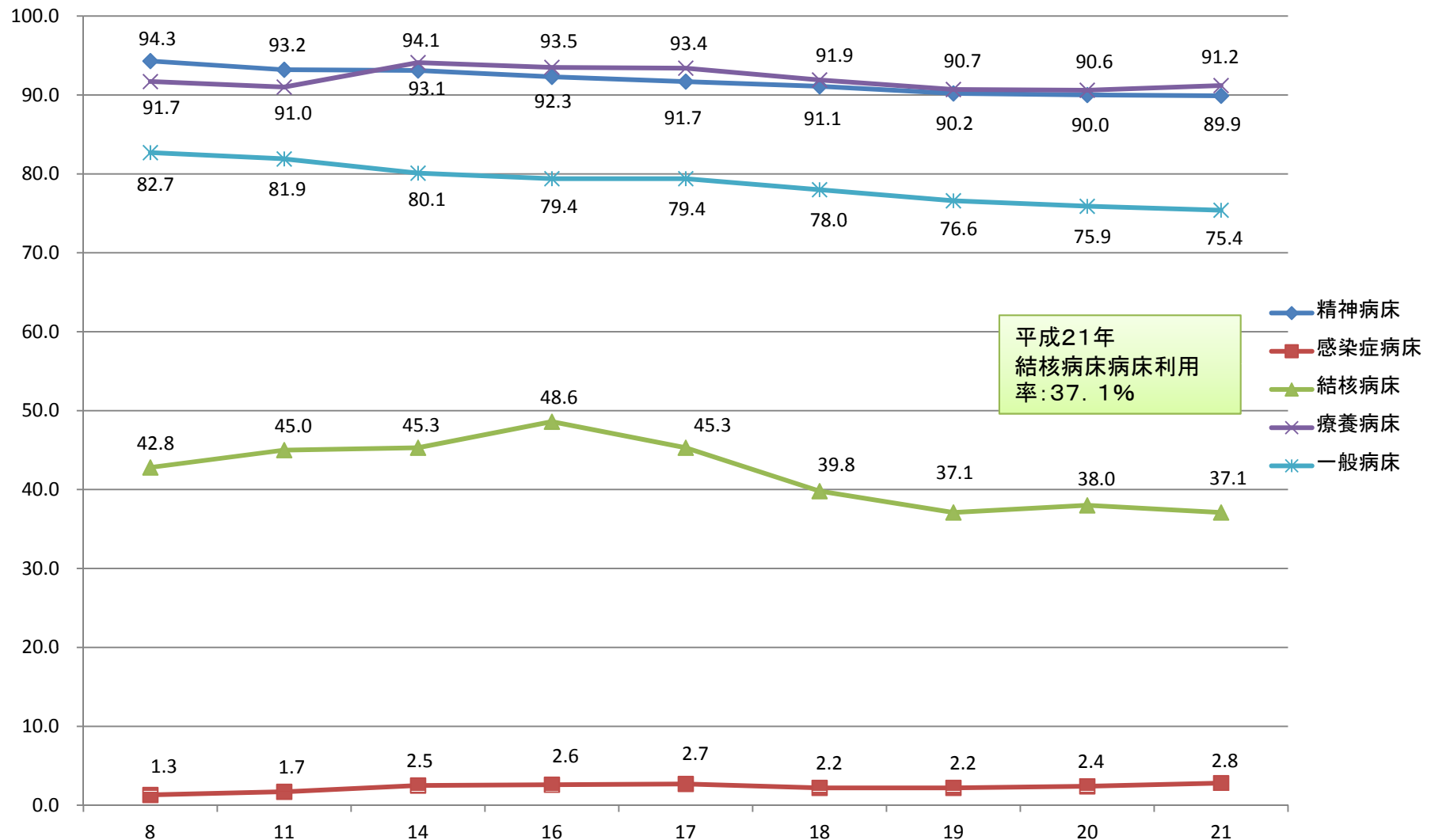
○ 1日平均患者数の減少とともに、病床数も減少傾向にある。



平成21年医療施設(動態)調査・病院報告の概況(平成22年9月)

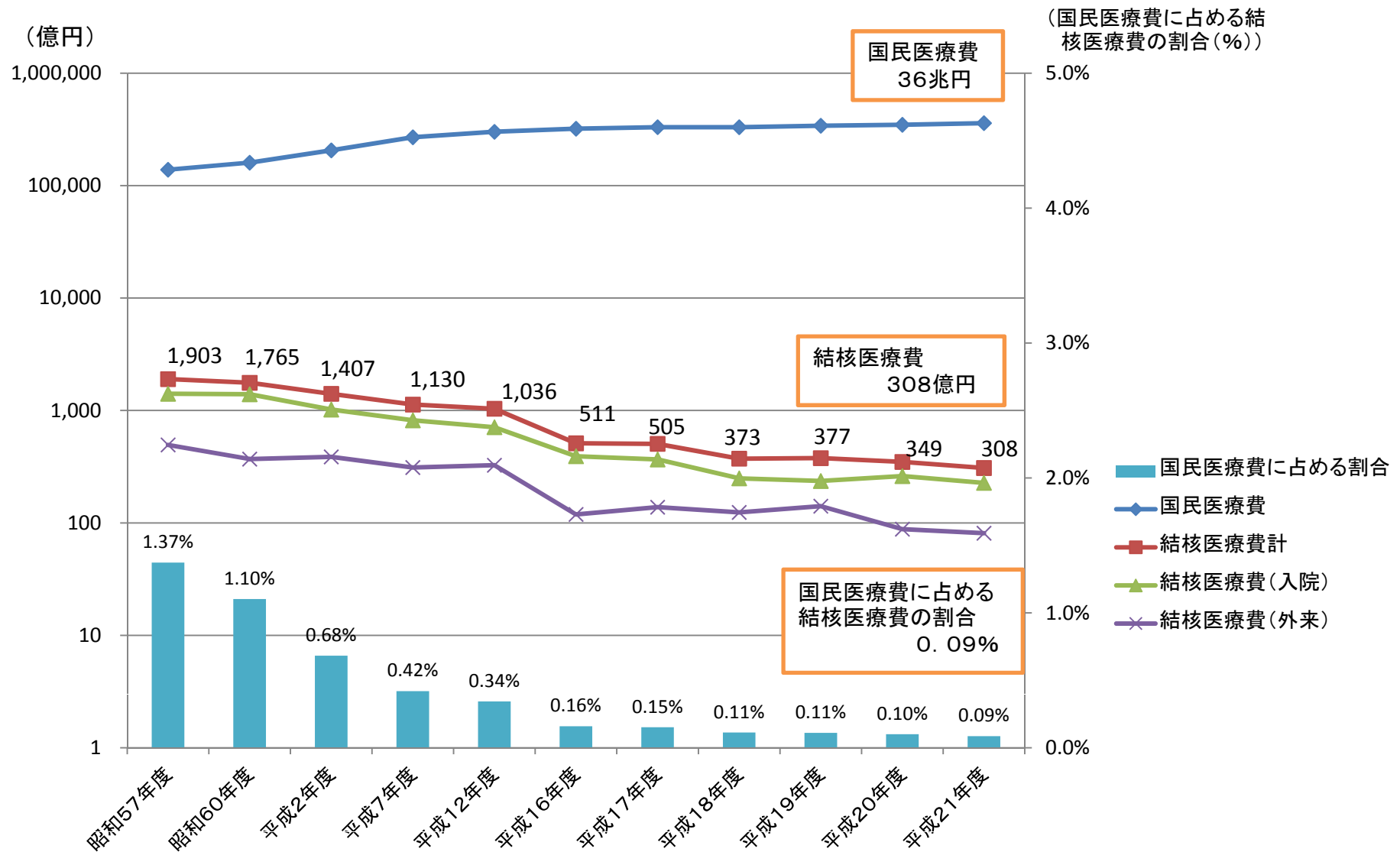
病床種類別病床利用率の推移

○ 平成16年以降、病床利用率は低下傾向が見られており、平成21年において、37.1%となっている。



平成21年医療施設(動態)調査・病院報告の概況(平成22年9月)

国民医療費・結核医療費の年次推移



出典:厚生労働省統計情報部 平成21年度国民医療費の概況

結核病棟の評価

結核病棟の評価

結核病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料(結核病棟)

看護配置	点数	平均在院日数
7対1	1,477点	なし
10対1	1,192点	なし
13対1	949点	なし
15対1	886点	なし
18対1	757点	なし
20対1	713点	なし
特別	550点	なし

(注)特定機能病院入院基本料(結核病棟)は15対1まで

結核病棟入院基本料の加算

結核病棟入院期間(14日以内)	加算	400点/320点※
結核病棟入院期間(15日以上30日以内)	加算	300点/240点※
結核病棟入院期間(31日以上90日以内)	加算	100点
※特別入院基本料等の場合		

特定機能病院入院基本料(結核病棟)の場合

結核病棟入院期間(30日以内)	加算	330点
結核病棟入院期間(31日以上90日以内)	加算	200点

平成22年度改定の主な変更点

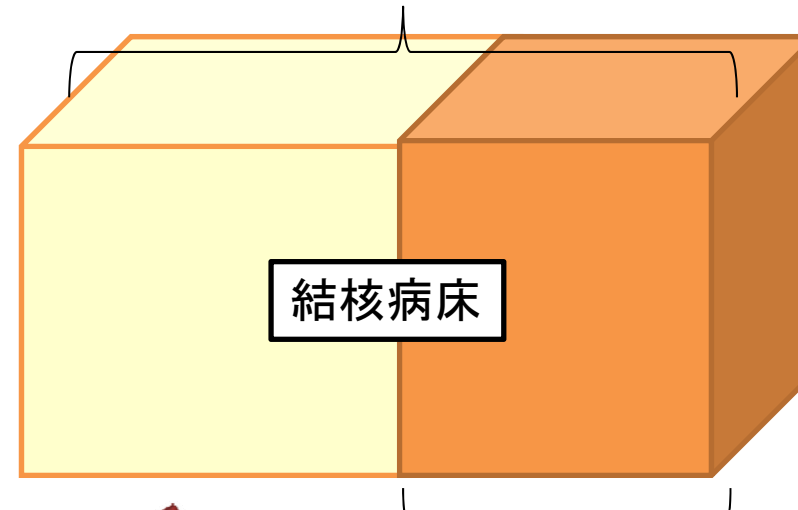
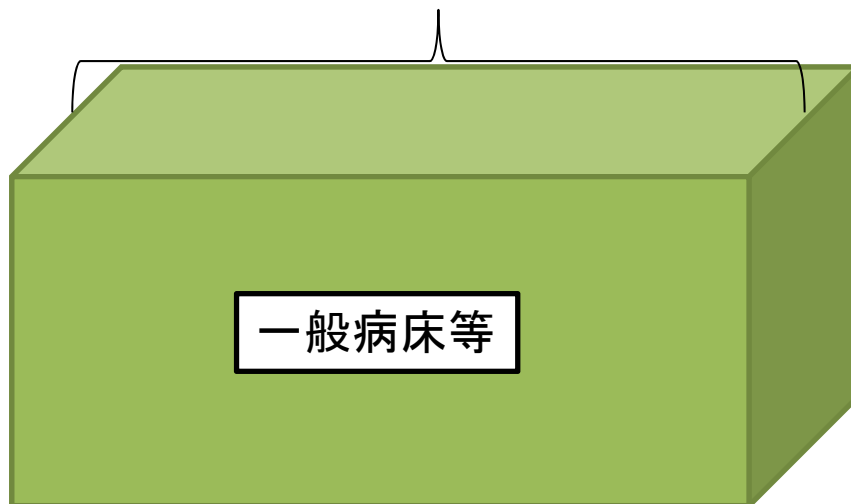
- 感染症法における退院基準を踏まえ、結核病棟における**平均在院日数要件を廃止**
- 感染症法に規定する「退院させることができる基準」を満たした日以降は特別入院基本料を算定(7対1、10対1、13対1入院基本料の場合)
- 結核罹患患者数の減少を踏まえ、小規模な結核病棟について**ユニット化のルールを明確化**するとともに、平均在院日数の計算を病床種別毎に行う。

小規模な結核病棟のユニット化について

1病棟単位(1看護単位)

1病棟単位(1看護単位)

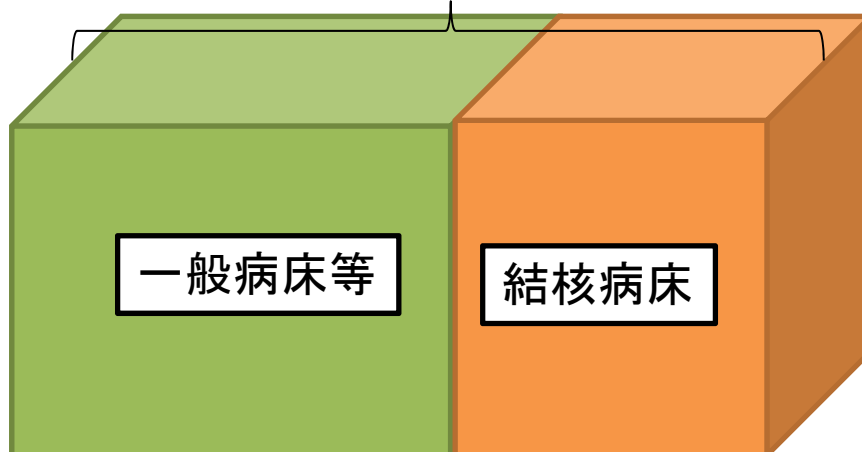
平成22年改定前



病床利用率約37%

1病棟単位(1看護単位)

平成22年改定後



一般病床等と結核病床のユニット化

小規模な結核病棟を有する保険医療機関については一般病床等と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる(看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る)

- ※平均入院患者数が30名程度以下の小規模な結核病棟に限る
- ※平均在院日数の計算は、一般病棟のみにより計算
- ※7対1入院基本料の場合は、一般病棟及び結核病棟を併せて看護必要度の評価を行う
- ※医療法で規定する構造設備の基準は遵守

ユニット化について

結核病棟ありとされている172病院のアンケート結果

- ・1病棟あたりの病床数が二極化している
- ・20床以下の病棟は59.5%にのぼり、これらの多くはユニット化(モデル病床も含む)していると考えられる。

結核病床をユニット化している医療機関数と割合

	結核病床	モデル病床 (一般)	モデル病床 (精神)
病床としてユニット化している	103(62.4%)	9(40.9%)	8(88.9%)
ユニット化していない	54(32.7%)	10(45.5%)	1(11.1%)
わからない	6(3.6%)	2(9.1%)	

2011年1月に実施した結核病床の管理および設備状況に関する全国アンケート調査結果

(注)モデル病床:医療上の必要性から、結核病床以外の病床において結核患者を収容治療する基準を策定するために、モデル事業として一般病床又は精神病床で結核患者の収容治療を行うもの。

1病棟内結核病床数	病棟数	%
5以下	18	10.4%
～10	43	24.9%
～15	16	9.2%
～20	26	15.0%
～25	4	2.3%
～30	13	7.5%
～40	9	5.2%
～60	42	24.3%
総計	171	100%

通常結核病床の1病棟(病床群)あたりの稼働(運営上入院させることが可能な最大患者数)結核病床数

出典:平成22年度 厚生労働科学研究「結核対策の評価と新たな診断・治療技術の開発・実用化に関する研究」(研究代表者:結核予防会結核研究所加藤誠也)から抜粋

多剤耐性結核の頻度の国際比較

	カナダ	アメリカ	イギリス	中国	ロシア	日本
新規結核患者中 多剤耐性結核の割合(%)	1.5	1.1	0.9	5.7	18	0.7
再治療結核患者中の多剤耐性結核の割合(%)	0.0	4.4	3.3	26	46	9.8
新規肺結核中の多剤耐性結核患者数推定値(人)	12	100	34	4900	1900	120
再治療肺結核患者中の多剤耐性結核患者数の推定値(人)	0	0	19	1400	2100	170

- 新規患者に比べ、再治療患者の多剤耐性結核発生率は高い傾向がある。
- 我が国の再治療患者の多剤耐性結核の割合は、先進諸外国と比べても低いとはいえない状況である。
- 不十分な治療を行うことが多剤耐性結核の原因となる
→多剤耐性結核の発生を防ぐためには、適切な治療を完遂することが必要である。

WHO country profiles
2010

治療成功率の国際比較

	カナダ	アメリカ	イギリス	中国	ロシア	日本
新規喀痰陽性患者の治療成功率(%)	75	60	No data	95	83	52
新規喀痰陰性患者及び肺外結核の治療成功率(%)	81	64	No data	92	82	60
再治療患者の治療成功率(%)	61	No data	No data	90	71	48

OWHOの統計によると、日本の治療成功率は十分ではなく、改善の余地がある。

(各国のデータ収集の条件が異なっていることから、諸外国との単純な比較は困難である)

WHO country profiles
2009

DOTS(直接監視下短期化学療法)について

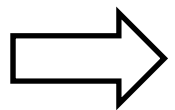
結核の包括的な服薬支援の必要性

- 6ヶ月～1年という長期間服薬する必要がある
- 結核患者は、貧困者、住所不定者など社会的弱者が多く、長期間の服薬を徹底させることには包括的な戦略が必要
- 治療途中で中断すると耐性菌が増加することがわかっており、社会的にも脅威になる。



DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course＝直接監視下短期化学療法)

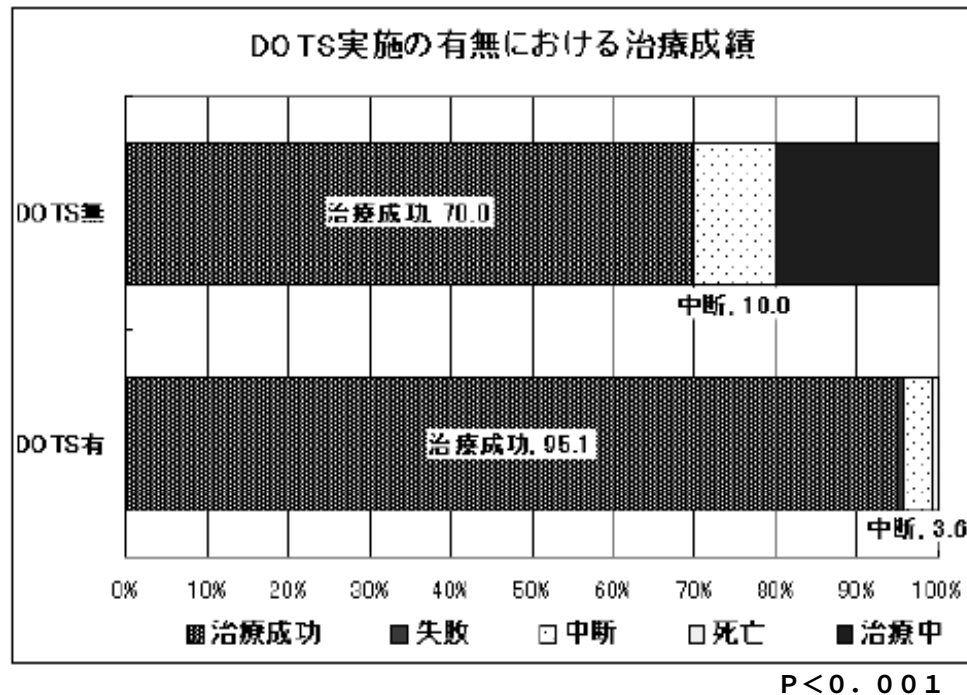
服薬を直接確認するシステム



世界保健機関(WHO)は、1990年代にDOTSを推奨。
日本では、2000年から厚生労働省が「日本版DOTS」を進めている。

DOTSの有効性①

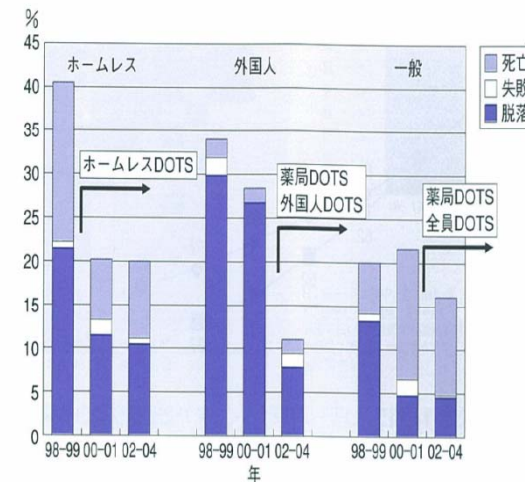
(例1) 大阪市のDOTSの取組み



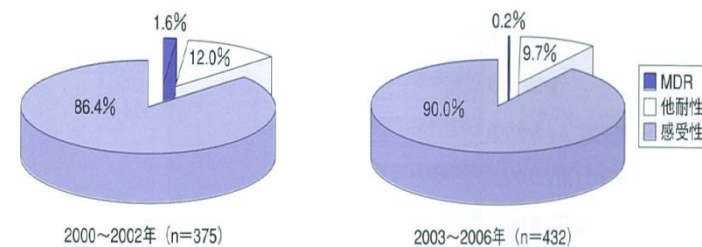
➤ DOTS有り群で有意に治療成功率が上昇

(例2) 新宿区のDOTSの取組み

新登録患者中住民のタイプ別非治療成功割合の変化 (新宿区)



新登録患者中培養陽性結核の薬剤感受性検査結果 (新宿区)



➤ 脱落率、再発率が低下

➤ 多剤耐性菌の発生率が有意に低下
(P=0.042)

DOTSの有効性②

(例3)大牟田病院のDOTSの取組み

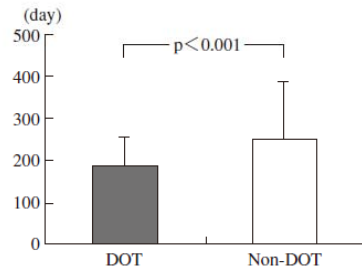


Fig. 1A shows duration of hospitalization of sputum smear positive tuberculosis patients. DOT group shows significantly shorter admission period than non-DOT group.

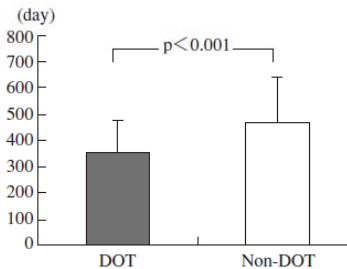


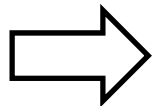
Fig. 1B shows treatment period of sputum smear positive cases. Treatment period of DOT group is significantly shorter than that of non-DOT group.

P < 0.001

(例4)米ニューヨーク市での取組み

患者が薬を服用しているかを、医療関係者らが確かめる服薬支援を導入前55%だった治療の成功率が、導入後は85%にまで上昇した。

- 231例の検討ではDOTS施行群のほうが有意に入院期間、治療期間が短かった。

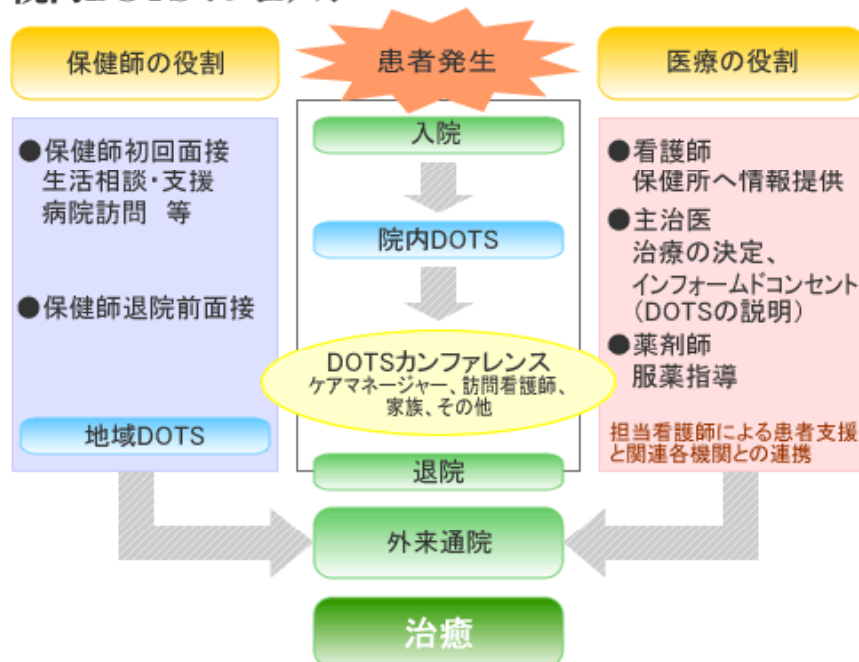


継続した包括的な支援で服薬中断率を減少させることで、

- 再発、治療失敗患者の減少
 - 多剤耐性菌の減少
 - 入院期間の短縮 等
- が期待される。

(参考)熊本南病院の院内DOTSのとりくみ

院内DOTSマニュアル



看護師による服薬
指導:確認



DOTS手
帳



家族への
指導
(薬剤師)



DOTSカンファレンスの実施
(病院スタッフ、ケアマネージャー、訪問
看護師、家族など)
保健所との連携

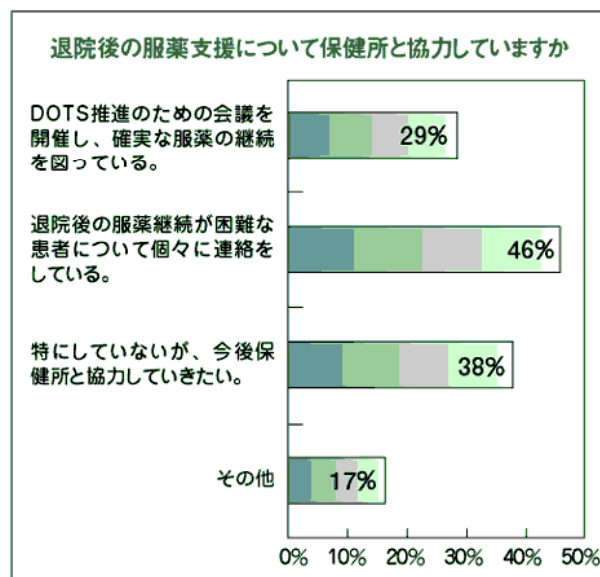


医療機関でのDOTSの課題

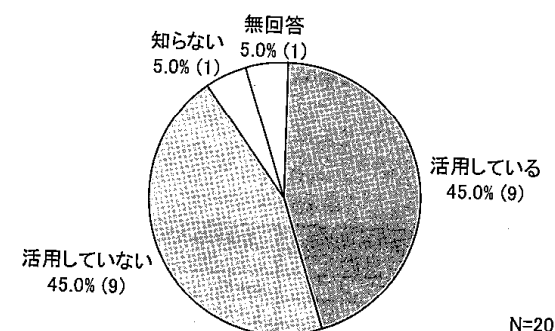
医療機関におけるDOTS実施率調査
(2007年)

院内DOTS 実施率	87. 2%
外来DOTS 実施率	46. 1%

平成14年度結核研究所研修に参加した24医療機関に
ついてのアンケート調査から



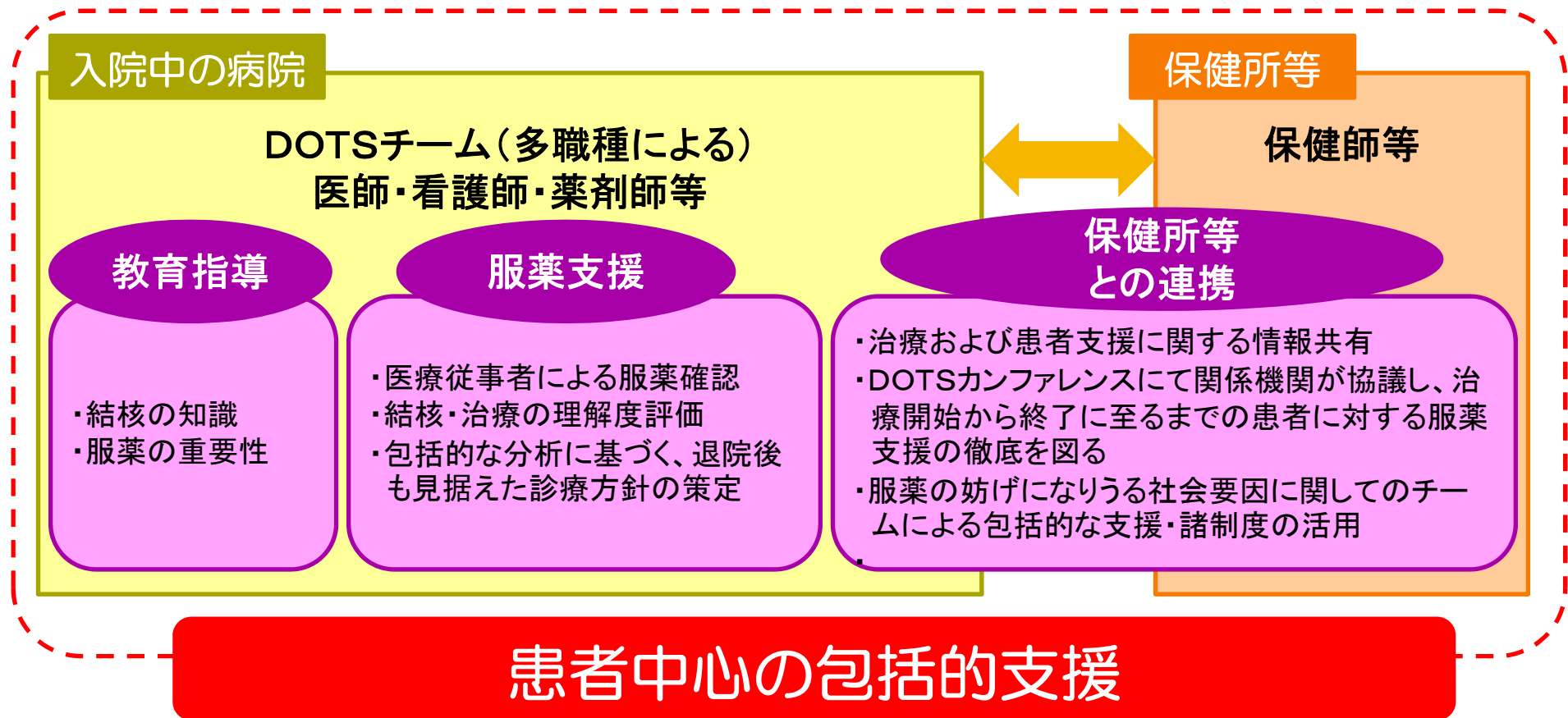
院内 DOTs ガイドラインの日常業務への活用



- ・外来DOTSの実施率が低い
- ・会議の開催や保健所との連携に関しては、**医療機関でのDOTSの中心にはばらつきが大きく、ガイドラインの活用も徹底されていない。**

入院中の包括的な服薬支援(院内DOTS)

- 概要: ○結核患者の治療の成功を目指して、入院中の病院のほか、保健所等が連携して一貫した支援を行い、患者自身が服薬の重要性を理解し、確実に服薬できるよう動機づける。
- 患者の治療及び服薬に関する情報をDOTSカンファレンス又は個別の連携により関係機関と共有する。
- 服薬継続の妨げになりうる社会的要因に関して、チームによる包括的な支援を実施する。
- 患者の包括的な分析に基づいて、退院後も見据えた診療方針を策定する。



退院後は地域DOTSへ

地域DOTS

概要：患者の背景および地域の実情に応じて、患者の治療中断のリスク等に応じて最も適切かつ確実な服薬支援の頻度と方法を採用し、保健所、入院医療機関、外来医療機関、薬局、社会福祉施設など、関係機関の連携のもとで、治療の完遂を目指す。

DOTSカンファレンスの実施（実施主体：保健所）
患者の利便性・地域の実情を考慮した個別患者支援計画の作成

退院後・通院中の地域DOTSの実施

患者のリスクに応じた服薬支援頻度を決定

- | | | |
|---|----------------|---------|
| { | ・治療中断のリスクが高い患者 | 原則毎日 |
| | ・服薬支援が必要な患者 | 週1～2回以上 |
| | ・それ以外の患者 | 月1～2回以上 |

患者の背景と地域の実情に合わせて最適な服薬確認方法を実施

外来DOTS

- ・保健所が直接実施
- ・保健所との連携の下、医療機関等が実施
(入院していた医療機関、身近な医療機関等)

訪問DOTS

- ・保健所等が実施

連絡確認DOTS

- ・保健所等が実施

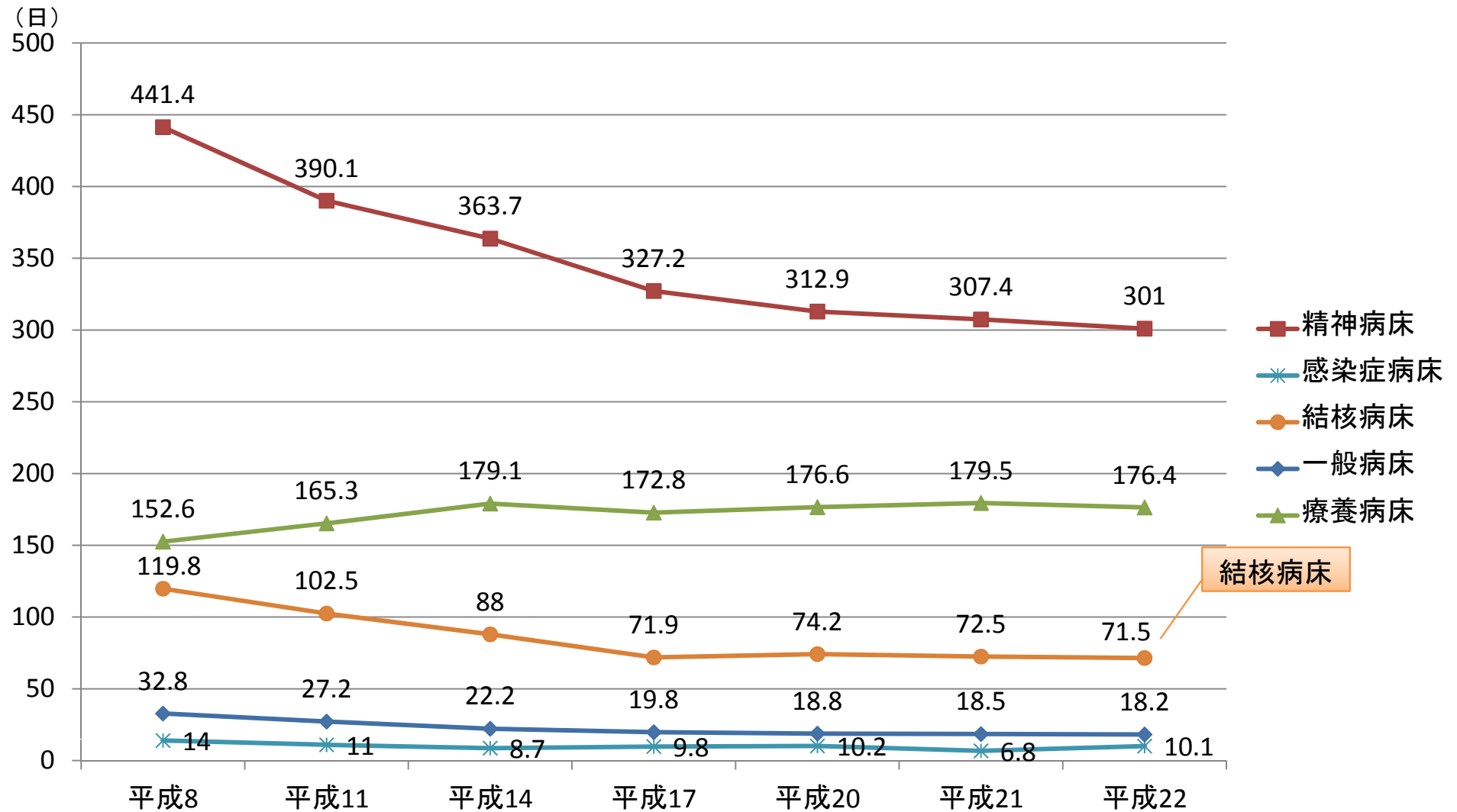
DOTSカンファレンスの実施（実施主体：保健所）
個別患者支援計画の評価・見直し

治療成績評価と地域DOTS実施方法の評価・見直し
～コホート検討会～（実施主体：保健所）

退院基準と平均在院日数

病床種類別平均在院日数の推移

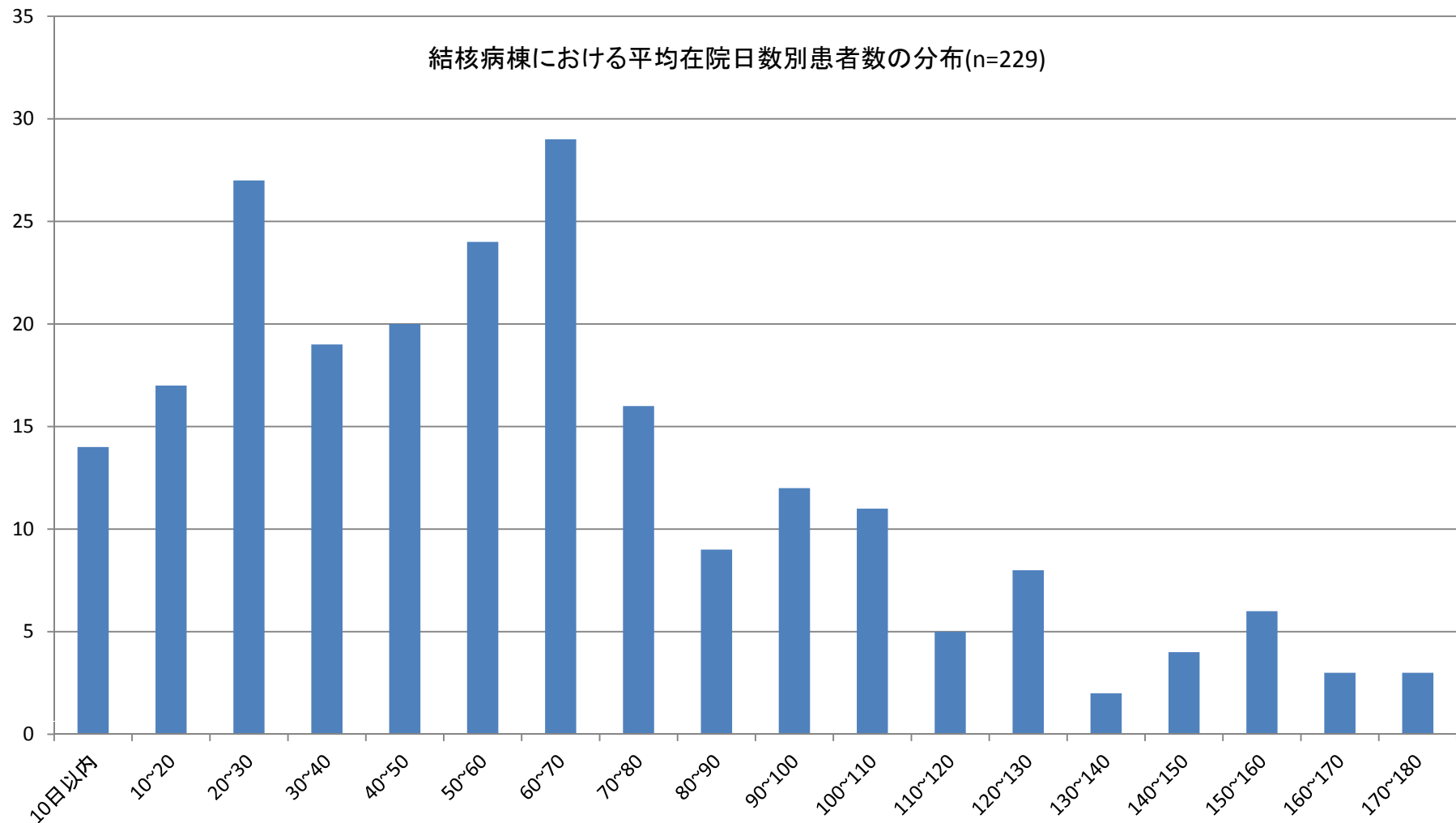
- 平均在院日数は、平成22年現在71.5日となっている。
- 精神病床、療養病床と比較すると短いですが、一般病床、感染症病床と比較すると長くなっている。



出典：平成22年病院報告

結核入院患者の平均在院日数

- 結核病棟における平均在院日数は63.1日であった。
- 死亡退院は14.4%であった。



結核予防会調査(n=229)より作成

結核の退院基準

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて」
(健感発第0907001号 平成19年9月7日)

退院させなければならない基準

- ①病原体を保有していないこと又は、
- ②当該感染症の症状が消失したこと
 - ・咳、発熱、結核菌を含む痰の症状が消失した場合

退院させることができる基準

以下の全てを満たした場合

- ①2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。
- ②2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗沫検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。
- ③患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。

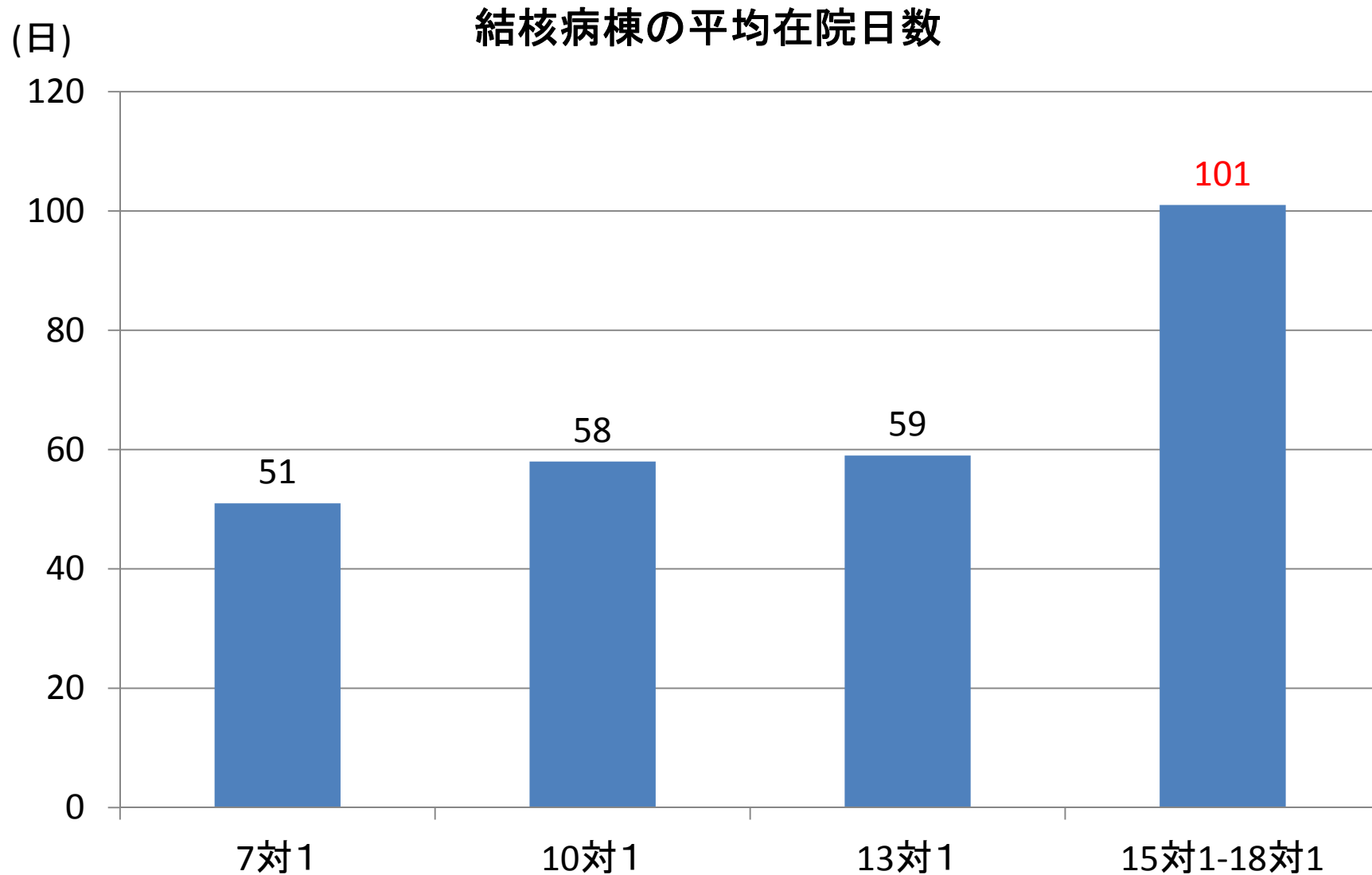


結核の入院医療について、感染症法における退院基準を踏まえた見直し＜平成22年改定＞

7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定していた患者は、上記の「退院させることができる基準」を満たした日以降は特別入院基本料を算定する。

※15対1及び18対1入院基本料は対象外

結核病棟の種類別にみた平均在院日数



7対1 10対1 13対1 15対1 18対1
n = 71 83 8 41 1

平成22年厚生労働省保険局医療課調べ

陰圧室

結核等の感染症対策の推進

陰圧室管理の評価

- 新型インフルエンザ等、新興感染症が発生した際に対応するため、陰圧室管理の環境整備に対する評価を新設

二類感染症患者療養環境特別加算

1 個室加算 300点

⑨ 2 陰圧室加算 200点

☆個室加算と陰圧室加算は併算定可能

陰圧室の明確な定義が存在しない

陰圧室の陰圧状態の確認の状況

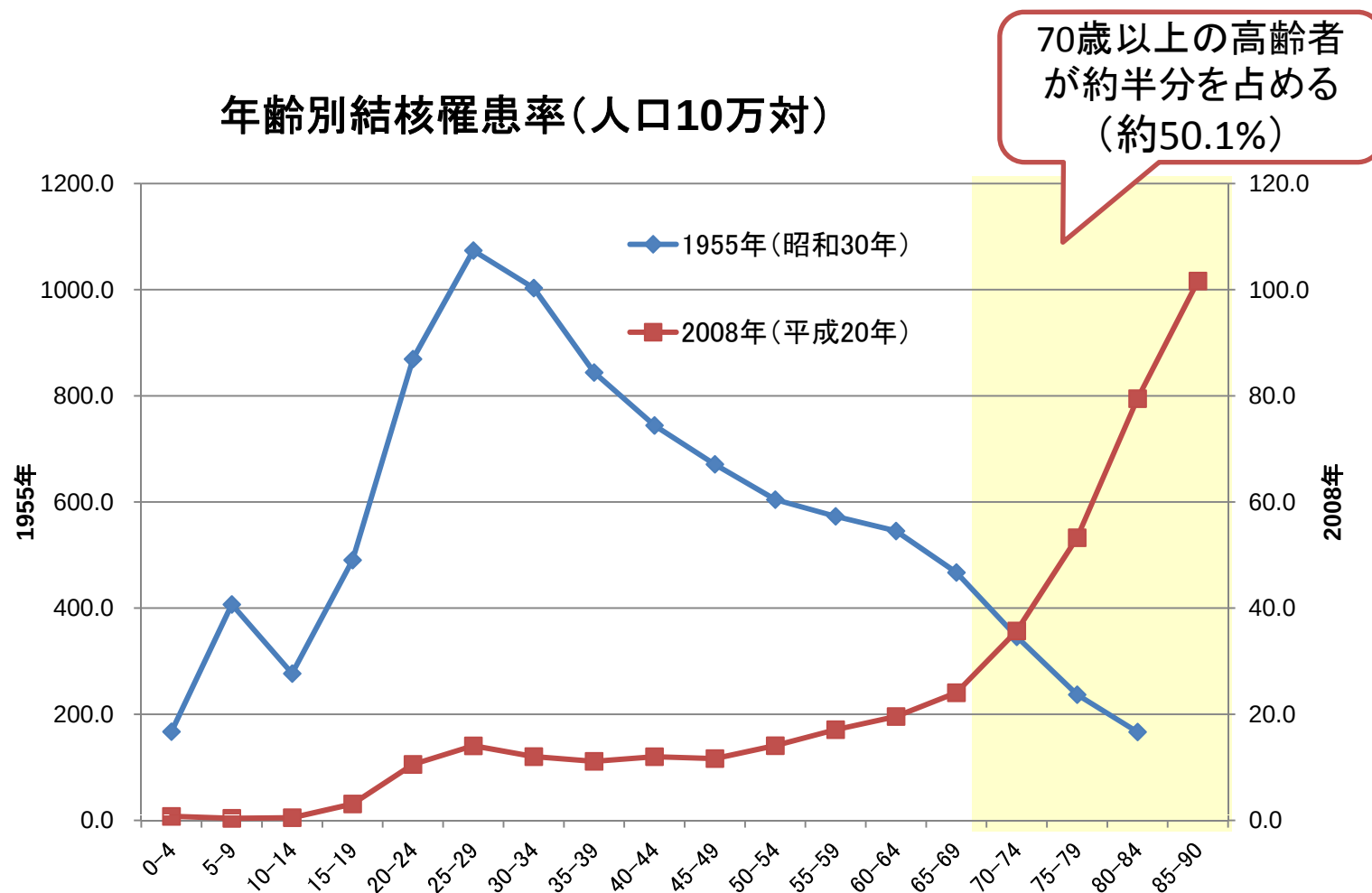
	全通常結核病棟	全モデル病床
陰圧室を持っており、圧の状態を毎日点検している	38(28.1%)	5(22.7%)
陰圧室があるが、圧の状態を毎日点検していない	92(68.1%)	17(77.3%)
記載無し	5 (3.7%)	

2011年1月 結核病床を有する135病院へのアンケート調査

平成22年度 厚生労働科学研究「結核対策の評価と新たな診断・治療技術の開発・実用化に関する研究」(研究代表者:結核予防会結核研究所加藤誠也)

合併症について

結核患者の年齢分布の推移(再掲)

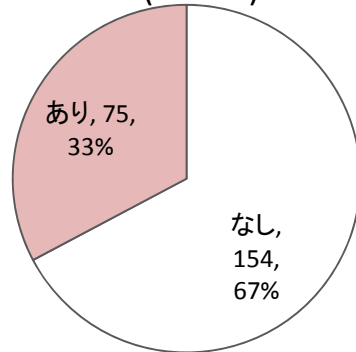


結核研究所 疫学情報センター

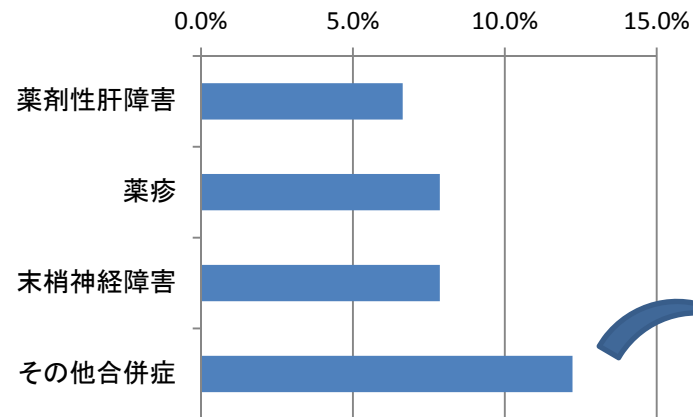
結核入院患者の合併症

- 入院時に何らかの合併症を有している割合は33%であった。合併している合併症では、糖尿病、肝疾患、悪性腫瘍、脳血管疾患が多く見られた。
- 入院中に肺炎、脳卒中等の合併症が発生する例も見られた。

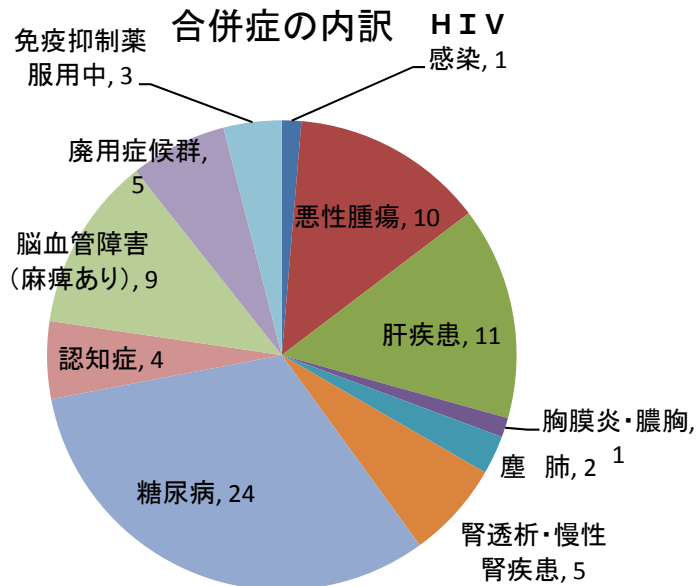
入院時の合併症の有無
(n=229)



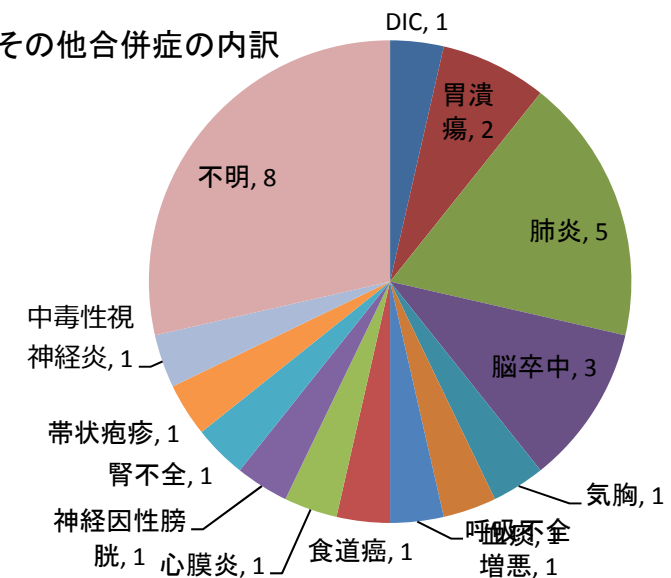
入院中の合併症発症率(n=229)



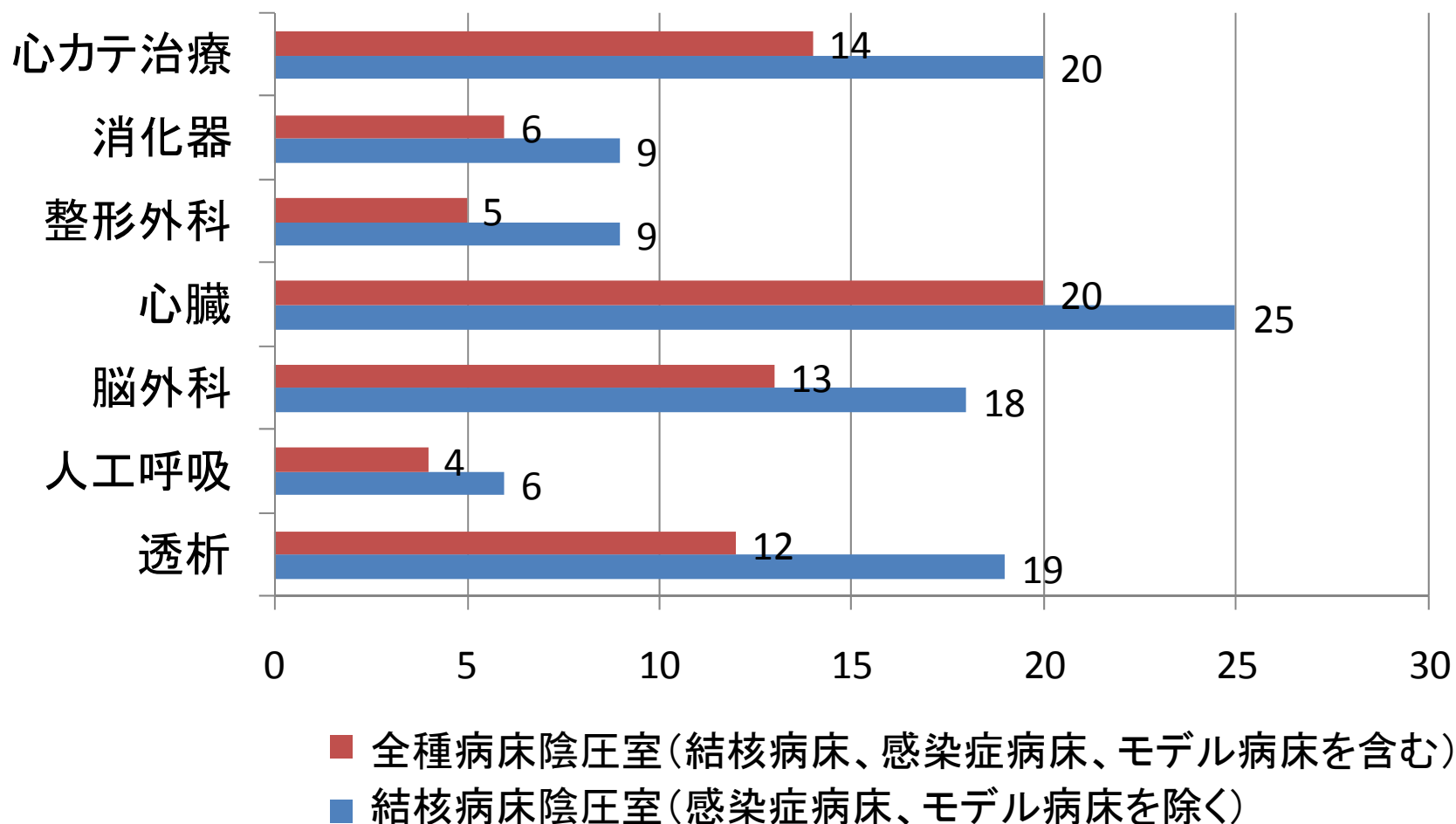
結核予防会調査(n=229)



その他合併症の内訳

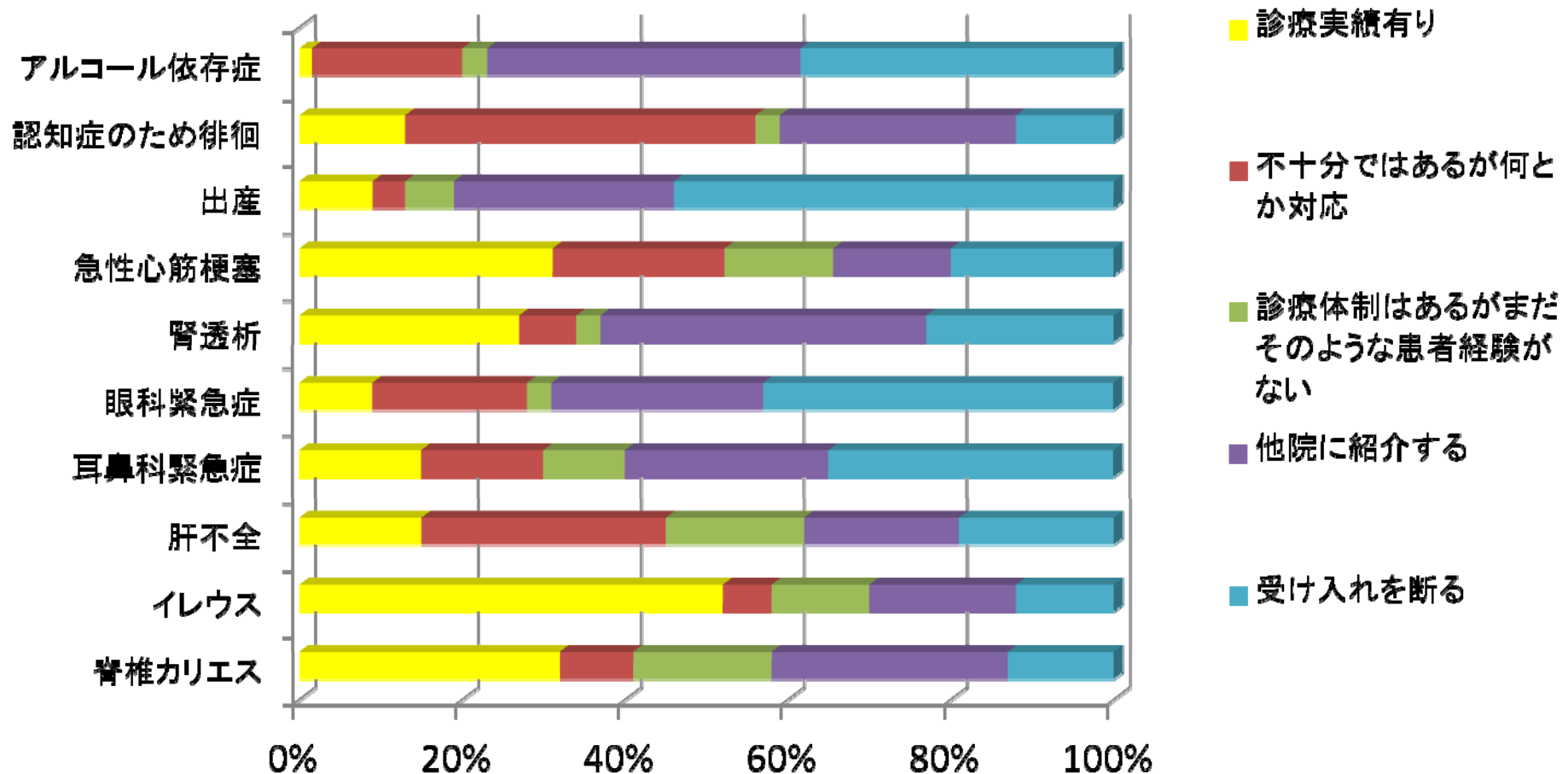


合併症に対応可能な陰圧室をもつ医療機関がない都道府県の数 ＜都道府県内の結核病床を有する医療機関＞



【吉山崇; 結核病床の今後のあり方に関する研究.
平成20年度厚生労働科学研究「結核菌に関する研究」報告書】

感染性結核患者の合併症への対応



【重藤えり子 結核病床における合併症診療に関するアンケート調査
平成20年罹患構造の変化に対応した結核対策の構築に関する研究】

結核対策に係る課題と論点

- DOTSの実施や会議の開催、保健所との連携に関して、医療機関でのDOTSの中身にはばらつきが大きく、また、ガイドラインの活用も徹底されていない。
- 診療報酬上、退院基準に関する規定のない結核病棟の平均在院日数が、規定のある結核病棟に比べて長い傾向が見られる。
- 陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日点検していない施設がある。
- 高齢化とともに合併症を有する結核患者が増加している。

【論点】



- 入院結核患者の治療を、入院中の包括的な服薬支援(院内DOTS)を軸に地域に帰ってからも継続的に服薬支援を行うことの診療報酬上の評価をどう考えるか。
- 診療報酬上、退院基準に関する規定のない結核病棟についてどのように考えるか。
- 陰圧室の適切な評価についてどのように考えるか
- 結核以外の合併症を有する結核患者の治療を行うことの診療報酬上の評価をどう考えるか