

個別事項(その6)

1. データ提出等について

1-1 データ提出等に係る評価の現状等について

1-2 外来診療等に係るデータについて

1-3 医療情報システムについて

2. 診療報酬明細書の記載について

3. 自殺対策等について

1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

2 データ提出加算2・4

- 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 220点

※提出データ評価加算(施設基準を満たす場合) 40点

- データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。
- 提出データ評価加算: データ提出加算2又は4で許可病床数が200床未満に限る。
- 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む)」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

(1)「A207診療録管理体制加算」に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、次のアからウの保険医療機関にあつては、A207(1又は2)の施設基準を満たしていれば足りる。

ア:回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ:地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ:回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

(2)厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。

(3)DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあつては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。

(4)「適切なコーディングに関する委員会」(※)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

(※) コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。

データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料が拡大してきた。

1 データ提出加算 1

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

2 データ提出加算 2

- 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 **220点**

注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**

3 データ提出加算 3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

4 データ提出加算 4

- 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 **220点**

注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟又は病床について入院期間が90日を超えるごとに1回加算する。**

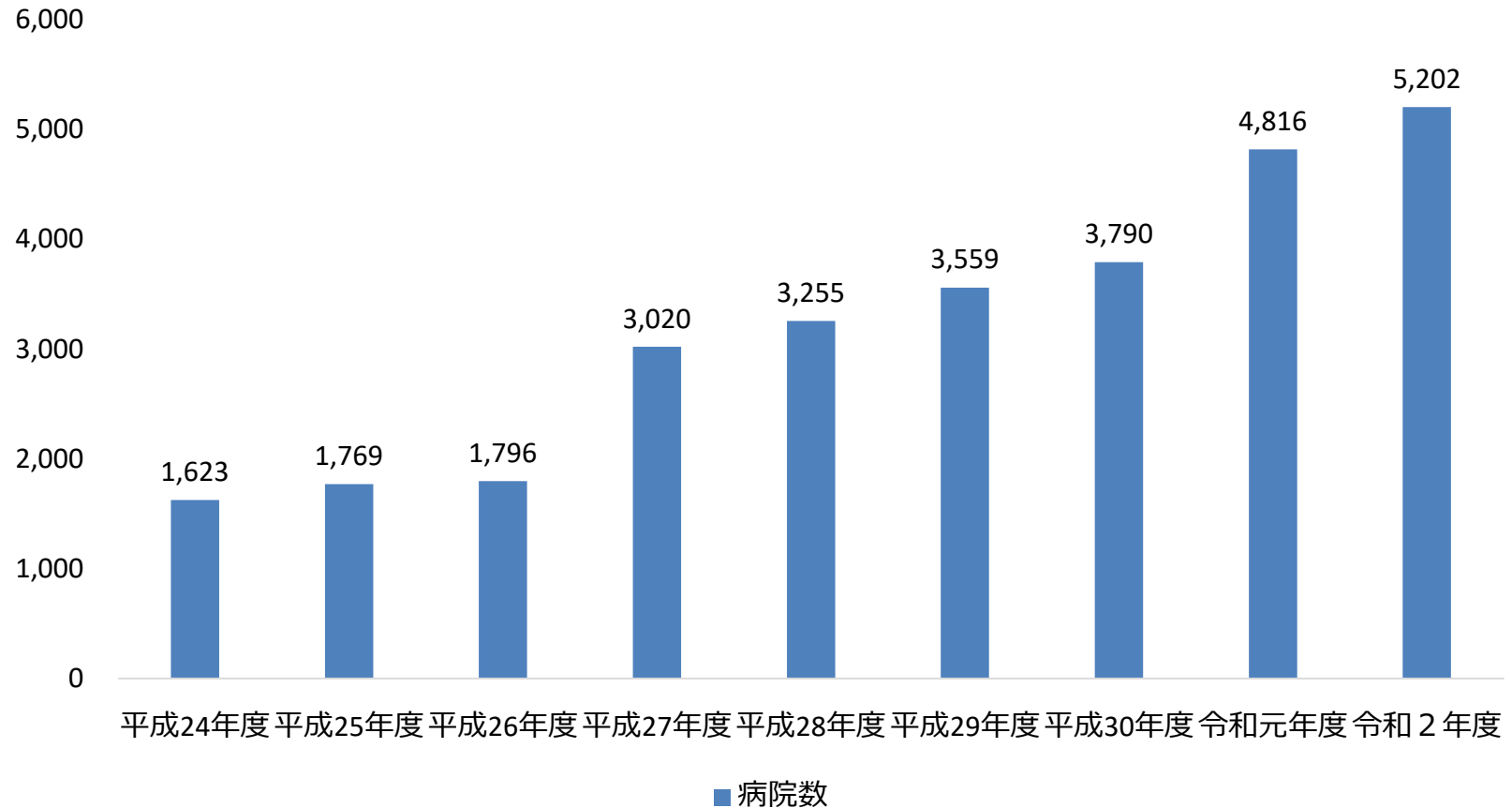
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般1 特定機能病院(7対1) 専門病院(7対1) 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般2~7 特定機能病院(10対1) 専門病院(10対1)	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
地域一般1~3 専門病院(13対1)	—	
回復期リハビリテーション病棟1~4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	平成30年度以降 データの提出が必須 (経過措置②)	令和2年度以降 データの提出が必須 (経過措置①及び②)

[経過措置]

- ①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、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。
- ②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、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、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

○ データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

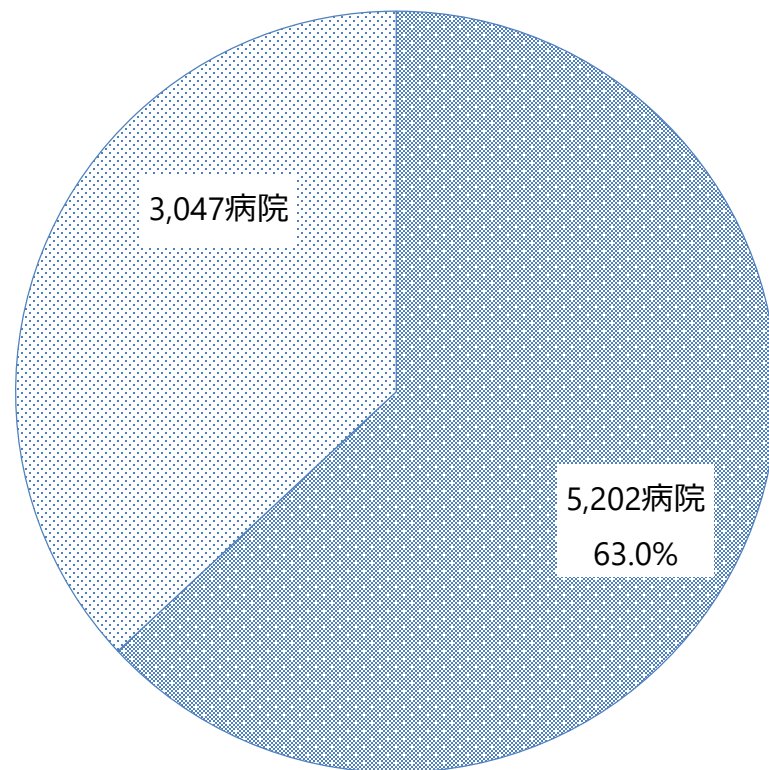
データ提出加算 届出医療機関数



データ提出加算の届出医療機関の割合

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 令和2年7月時点のデータと比較すると、全ての病院のうち、データ提出加算を届出ている病院の割合は、63.0%であった。



■ データ提出加算を届け出ている病院

■ データ提出加算を届け出していない病院

DPC導入の影響評価に係る調査の概要

- 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータ（DPCデータ）には、以下の内容が含まれる。
- 提出されるDPCデータをもとに、入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析することができる。

様式名	内容	入力される情報
様式1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく 診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合 ファイル	医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合 ファイル	外来患者の医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況
Kファイル	3情報から生成した一次共通 IDに関する情報	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID

様式1(患者属性や病態等の情報)の概要

- 様式1は、病院を退院した全ての患者が作成の対象となっている。
- すべての患者に関する項目のほか、各種の病棟や特定の疾患に関する項目等が含まれる。

(例)

すべての患者に関する項目	急性期の病棟や特定の疾患等に関する項目	回復期、慢性期や精神病棟に関する項目
性別	がん初発/再発	要介護度
入退院年月日	TNM分類	要介護情報
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)	SOFAスコア(ICU入室日・翌日/退室日)	
ADL(入棟時・退棟時)		

DPCデータを用いて行った分析の例

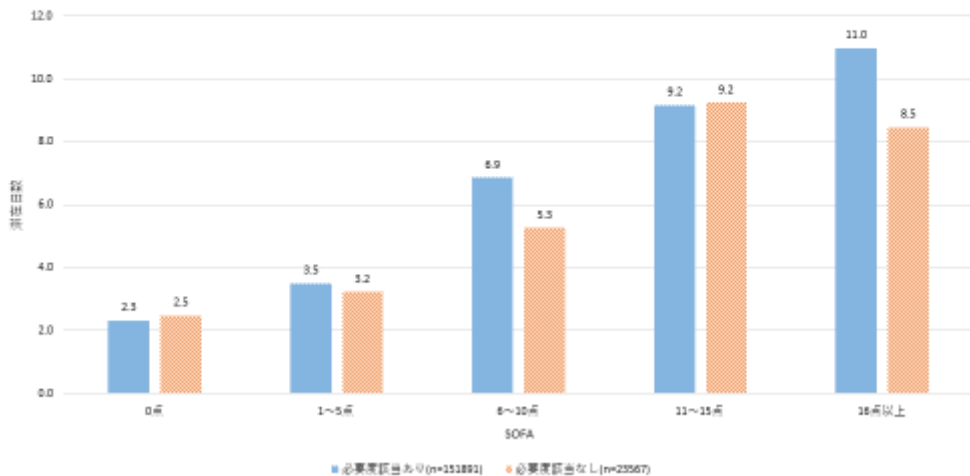
- DPCデータの各様式の情報を組み合わせることで、多様な分析を実施することができる。
- これまでに、例えば、以下のような分析を実施してきた。
- 様式1の情報（SOFAスコアや入院経路）に加えて、様式3（特定集中治療室管理料や緩和ケア病棟入院料の届出状況）やHファイル（日ごとの重症度、医療・看護必要度の情報）の情報を用いている。

必要度の基準該当別のSOFAスコアと平均滞在日数

中医協 総-1-2
3, 1 0, 2 7

- SOFAスコアが低得点であると、平均滞在日数が短い傾向があった。
- 必要度の該当別に平均滞在日数比較すると、以下のとおりであった。

特定集中治療室におけるSOFAスコアごとの平均滞在日数（必要度該当別）

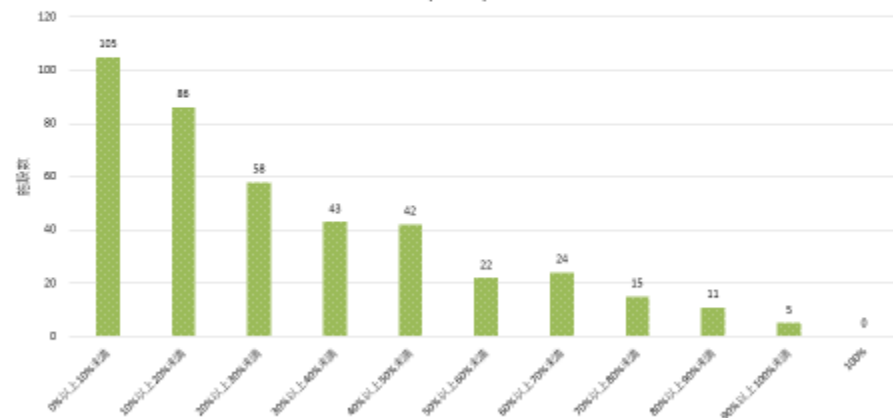


緊急入院について

中医協 総-1-2
3, 1 0, 2 7

- 令和3年1月から3月の間に緩和ケア病棟に入院した患者について、入院経路が緊急入院であった患者の割合は以下のとおり。

令和3年1~3月緊急入院患者の割合
(n=411)



1. データ提出等について

1-1 データ提出等に係る評価の現状等について

1-2 外来診療等に係るデータについて

1-3 医療情報システムについて

2. 診療報酬明細書の記載について

3. 自殺対策等について

在宅医療における診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について①

- 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。

1 調査の目的

- 令和2年度診療報酬改定では、多様化・高度化する在宅患者の医療ニーズに応じたきめ細かな対応促進等を目的に、平成30年度改定の際に新設された2か所目の医療機関による訪問診療の評価（在宅患者訪問診療料 I（2））について、必要に応じた訪問診療の提供可能期間の延長を行えることとした。また、在宅医療の後方支援体制の確保のため、在宅療養支援病院の対象となる病院を従前の240床未満から280床未満にしたことや、24時間の往診体制を確保するための医師の待機場所に関する要件の明確化が行われた。
このほか、必要な患者に速やかに適切な対応が行えるよう、（看護）小規模多機能型居宅介護への訪問診療の要件や在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定要件の見直し、訪問看護・指導体制充実加算の新設等が行われた。
また、在宅歯科医療については、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、歯科医師が他の保険医療機関に入院中、あるいは障害児入所施設等に入所中の患者の管理を行った場合に、新たに小児栄養サポートチーム等連携加算が算定できるよう見直しが行われた。また、歯科疾患在宅療養管理料については、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所が行うものについて、190点から200点への評価の充実が行われた。
- 本調査では、その影響を検証するために、在宅医療（歯科訪問診療を含む）、訪問看護を実施している保険医療機関等に訪問の実施状況や患者へ行われている医療内容、連携等について調査を行った。

2 調査の対象

(1) 在宅医療調査

- ① 在支診 1,000施設（無作為抽出）
- ② 在支病 400施設（無作為抽出）
- ③ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている診療所 600施設（無作為抽出）
- ④ 訪問看護・指導体制充実加算の届出を行っている医療機関（全数・131施設）

合計2,131施設

※患者調査 指定期間内に訪問診療を行った患者2名及び訪問看護を行った患者2名

在宅医療における診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について②

- 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。
- 調査内容については、施設の概要や診療体制、診療報酬の算定状況等が含まれている。

3 調査の方法

- いずれの調査も、対象施設に対して自記式調査票を郵送配布し、回答を依頼した。
- 対象施設からの回答方法は、同封の返信用封筒により記入済の紙の調査票を返送してもらう方法と、調査専用のウェブサイトから電子調査票をダウンロードし、記入済のファイルをメールで調査事務局あて送付してもらう方法の2種類を用意し、対象施設に選択いただけるようにした。
- 調査実施時期は、いずれの調査も令和2年12月～令和3年1月であった。

4 回収の状況

在宅医療調査は発送数2,131件に対し、有効回答数が622件(有効回答率29.2%)であった

施設数	有効回答数	有効回答率
2,131	622(施設)	29.2%

5 調査内容の例

医療機関調査

- 施設の概要
 - ・ 開設者
 - ・ 訪問診療及び往診を行っている診療科
 - ・ 医療機関の種別
- 施設の診療体制及び患者数について
 - ・ 令和元年5月と9月及び令和2年5月と9月の患者数
 - ・ 全職員数、在宅医療の実施のため患家に訪問する職員数(常勤換算)
 - ・ 在宅医療を担当する常勤・非常勤の医師数
 - ・ 訪問診療を行う時間をどのように定めているか
- 施設における、在宅医療に関する診療報酬の算定状況等について
 - ・ 各種診療料等の算定回数
 - ・ 在宅時医学総合管理料の算定回数
 - ・ 在宅時医学総合管理料の算定回数のうち要介護度等の状況別算定回数
 - ・ 要介護度別の患者へ提供する医療の内容として多いもの
- 訪問診療を受けている患者の状況等
 - ・ 患者の性別、年齢、訪問先
 - ・ 訪問先建物において、自施設が訪問診療を実施している患者数
 - ・ 調査日の診察状況、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度
 - ・ 精神疾患の有無、障害者手帳などの種類、同居家族等の有無
 - ・ 患家を訪問するのに用いる交通手段と移動時間
 - ・ 訪問診療を行ったきっかけ、理由、対象病名、ターミナルの状況にあるか
 - ・ 医師が実施した診療内容・連携、医師以外の職種が提供している医療内容等
 - ・ 訪問診療を開始した時期

リハビリテーションにおける診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について①

○ 検証調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。

1 調査の目的

- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入や、多様な病態に応じたリハビリテーションについての評価等の平成28年度診療報酬改定の内容を受けて、回復期リハビリテーション病棟の入院患者や廃用症候群リハビリテーション料を算定する患者の状況、維持期リハビリテーションの実施状況等について、診療報酬改定の効果・影響等を検証することを目的とする。

2 調査の対象等

(1) 病院調査、診療所調査

- ・ ①回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院から無作為抽出した1,000施設、②①を除く脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している病院から無作為抽出した600施設。合計1,600施設
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している診療所から無作為抽出した600施設

(2) 回復期リハビリテーション病棟調査

上記「病院調査」の対象施設が回復期リハビリテーション病棟を有する場合は、その病棟を対象とする。1施設につき1病棟を調査対象とする。

- 対象施設が記入する自記式調査票の郵送配布・回収。
- 「病院調査」の対象施設には、「病院調査」と「回復期リハビリテーション病棟調査」の調査票を配布。
- 調査実施時期は、平成29年7月13日～平成29年9月13日。

リハビリテーションにおける診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について②

- 検証調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。
- 調査内容については、施設の概要や診療体制、診療報酬の算定状況等が含まれている。

3 回収の状況

- 病院調査は発送数1,600件に対し、有効回答数が689件、有効回答率が43.1%であった。
- 診療所調査は発送数600件に対し、有効回答数が256件、有効回答率が42.7%であった。
- 回復期リハビリテーション病棟調査は、有効回答数が477件であった。

	発送数	有効回答数	有効回答率
①病院調査	1,600	689	43.1%
②診療所調査	600	256	42.7%
③回復期リハビリテーション病棟調査	—	477	—

4 調査内容の例

診療所調査

● 施設の概要

- ・ 開設者、種別、同一法人又は関連法人が運営している介護保険施設・事業所、職員数
- ・ 訪問リハビリテーションの実施状況

● 診療報酬項目の届出状況・算定状況等

- ・ 疾患別リハビリテーション料等の届出状況、届出時期、算定回数

● 外来患者に対するリハビリテーションの提供状況等

- ・ 外来患者数、外来リハビリテーション診療料の届出状況、算定回数、算定人数、届出がない理由
- ・ 疾患別リハビリテーション料の算定患者数、標準的算定日数を超えた患者数、維持期リハビリテーションの実施患者数等
- ・ 維持期リハビリテーションの要介護被保険者等のうち、通所リハビリテーションへの移行困難者数及びその理由
- ・ 移行困難者の要介護度、心理的抵抗感の詳細、主な傷病、維持期リハビリテーションとなってからの期間、ADL

● 目標設定等支援・管理料の算定状況等

- ・ 目標設定等支援・管理料算定実績の有無
- ・ 疾患別リハビリテーション料を算定している要介護被保険者等の人数、目標設定等支援・管理料の算定患者数等

外来医療における診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について①

○ 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。

1 調査の目的

- 令和2年度診療報酬改定において、かかりつけ医機能のさらなる推進、普及の推進、他の医療機関との連携強化の観点から、地域包括診療加算、診療情報提供料の要件見直しとともに、小児かかりつけ診療料、小児科外来診療料の見直し、機能強化加算の揭示等の情報提供に係る要件、オンライン診療料の要件等の見直しを行った。また、治療と仕事の両立に資する取組を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料の見直し、相談支援加算の創設を行った。
- これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や関連する取組等の実施状況について調査・検証を行った。

2 調査の対象等

1. 受診時の定額負担等に関する実態調査

- ① 施設調査 特定機能病院、地域医療支援病院、その他の200床以上の病院、200床未満の病院等から計1,727病院を抽出(精神科病院を除く)
- ② 患者調査
施設調査の対象病院1施設につき4名の患者(初診2名、再診2名)

2. かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書に関する調査

- ① かかりつけ医調査の施設調査
地域包括診療料、地域包括診療加算、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、機能強化加算の未届出施設によって病院・一般診療所を区分し、計2,826医療機関を抽出した。
- ② かかりつけ医調査の患者調査
施設調査の調査対象医療機関1施設当たり6名。各施設において、地域包括診療料／加算の算定患者、それ以外の患者、初診患者から選定。
- ③ オンライン診療にかかる意識調査
施設調査の調査対象医療機関1施設当たり6名。各施設において、情報通信機器を用いた診療を行っている患者、電話診療を行っている患者、いずれも行っていない患者、から選定。
- ④ 小児科調査の施設調査
小児かかりつけ診療料の施設基準の届出の有無等によって病院・一般診療所を区分し、計600医療機関を抽出した。
- ⑤ 小児科調査の患者調査
施設調査の調査対象医療機関1施設当たり6名。各施設において、小児かかりつけ診療料の算定の有無、6歳以上／未満、初診／再診により分けて、患者を選定。

外来医療における診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について②

- 検証調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。
- 調査内容については、施設の概要や診療体制、診療報酬の算定状況等が含まれている。

3 回収の状況

- ① 定額負担調査
発送数は1,727件であり、施設票の有効回答数は856件、有効回答率は49.6%。患者票の有効回答数は1,580件。
- ② かかりつけ医調査
発送数は2,826件であり、施設票の有効回答数は700件、有効回答率は24.8%。かかりつけ医患者票の有効回答数は1,252件、オンライン診療患者票の有効回答数は490件。
- ③ かかりつけ医小児科調査
発送数は600件であり、施設票の有効回答数は159件、有効回答率は26.5%。患者票の有効回答数は407件。

	発送数	有効回答数	有効回答率
定額負担調査 施設票	1,727	856(施設)	49.6%
特定機能病院	80	60	69.8%
一般病床200床以上の地域医療支援病院	617	355	57.5%
一般病床200床以上の病院(特定機能病院・地域医療支援病院以外)	624	296	47.4%
一般病床200床未満の病院	400	129	32.3%
定額負担調査 患者票	—	1,580(人)	—
かかりつけ医調査 施設票	2,826	700(施設)	24.8%
かかりつけ医調査 患者票	—	1,252(人)	—
オンライン診療 患者票	—	490(人)	—
かかりつけ医小児科 施設票	600	159(施設)	26.5%
かかりつけ医小児科 患者票	—	407(人)	—

4 調査内容の例

- 定額負担に関する調査
 - ・ 各医療機関の実施状況
 - ・ 患者における認知度、意識
- 医療機関におけるかかりつけ医機能等の状況
 - ・ 医療機関の診療体制
 - ・ 新型コロナウイルス感染による影響
 - ・ 届け出ている施設基準、届け出ることができない理由
 - ・ 各種診療料等の算定状況
 - ・ 地域包括診療料等を算定している患者の状況
- 患者におけるかかりつけ医に関する意識の状況
 - ・ かかりつけ医の有無や通院の頻度
 - ・ かかりつけ医に求める役割
- 患者におけるオンライン診療等に関する意識の状況
 - ・ オンライン診療を受けた事があるかどうか、受けた場合はその実態等
 - ・ オンライン診療に対する希望
- 小児科におけるかかりつけ医機能等の状況
 - ・ 小児かかりつけ診療料の届出状況、算定状況等
 - ・ 小児特定疾患カウンセリング料に係る状況
- 小児科患者におけるかかりつけ医に関する意識の状況
 - ・ かかりつけ医の有無や通院の頻度
 - ・ かかりつけ医に求める役割

令和2年度調査全体の概要①

中医協 総-1-2
3.10.27

- 調査方法：調査は原則として調査票の配布・回収により実施する。
- 調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「患者票」を配布する。
※患者票は、入院患者票、退棟患者票及び補助票で構成される。患者票の調査対象は、調査日の入院患者から、医療機関側で無作為に3分の1抽出していただき決定する。
- 調査対象施設：調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
- 調査負担軽減のため、施設調査票及び患者票の一部については、診療実績データ（DPCデータ）での代替提出を可能とする。
- 調査項目（4）をヒアリングのみで実施し、実態をより詳細に把握できるよう工夫する。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1）	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関
(2) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その1）	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
(3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その1）	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(4) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関



調査対象施設の区分に応じて、次項の通りA票からD票に整理

在宅で療養を行っている患者に訪問診療を行った場合に 包括される診療に係る費用について

- 在宅医療においては、以下に示すとおり、①定期的に訪問して診療を行った場合の評価、②総合的な医学的管理等を行った場合の評価、③指導管理等に対する評価がそれぞれ設けられている。
- ②に該当する、在宅時医学総合管理料には、投薬に係る費用や一部の処置等、在宅療養に係る費用が一部包括されている。
- ①から③の包括的な評価である在宅がん医療総合診療料には、診療に係る費用(一部を除く)が全て包括されている。

	例1) 自己注射を行っている患者	例2) 末期悪性腫瘍の患者
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価	訪問診療料	在宅がん医療総合診療料 診療に係る費用(※)は包括
②総合的な医学的管理等を行った場合の評価	在宅時医学総合管理料 投薬・処置(※)等は包括	
③指導管理等に対する評価 (在宅療養指導管理料・材料加算)	在宅自己注射	

(※)一部を除く。

中医協 総 - 1 3. 10. 20 (改)		地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)	地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
		病院	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所	
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
患者に対し指導・服薬管理等を行う	指導	・患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。	
	服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等
		・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする	
	健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等	
	介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。	
	在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)連絡を受けた場合は受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。	
	・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

生活習慣病の診療の評価について

	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	650～1,280点（月1回）	170点（月1回）	350点（月1回）	100点
概要	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養、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た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算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、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。	ヘモグロビンA1cが6.1%(JDS)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第2期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73m ² 未満の患者に、医師が、腎機能を維持するために運動の種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導した場合に算定。
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 療養計画書を作成。 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う。 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録し、当該患者数を定期的に記録。 学会等の診療ガイドライン等を参考にする。 糖尿病患者に対しては年1回程度眼科の診察を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 指導計画を作成。 ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載。 	<ul style="list-style-type: none"> 「透析予防診療チーム」（糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を持つ、専任の医師、専任の看護師（保健師）及び管理栄養士からなる）が、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき指導を行う。 指導計画を作成する。 保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病透析予防指導管理料を算定している。
対象疾患	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
対象医療機関・施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 200床未満の病院及び診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病・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1名以上配置。 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した専任の看護師を1名以上配置。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤。 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。 糖尿病教室を定期的実施している。 算定した患者の状態の変化等を厚生局長に報告している。 	<p>次の②の①に対する割合が5割以上。</p> <p>① 3か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者</p> <p>② ①から3月以上経過した時点で、血清クレアチニン等が改善した患者</p>
包括範囲	在宅自己注射指導管理料、医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料を除く）、検査、投薬、注射、病理診断		外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、特定疾患療養管理料	

生活習慣病に係るデータ収集のコア項目セット

○ 代表的な生活習慣病である糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病(CKD)の4疾患について、関係学会(日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本動脈硬化学会、日本腎臓学会、日本臨床検査医学会、日本医療情報学会)では、医療情報の標準化により日常診療、専門診療、地域連携、臨床研究・疫学研究、さらには医学教育や患者教育における効率的な利活用を進めるために、どのような目的のデータ収集にも含むべき「生活習慣病コア項目セット」を定めている。

○ これらの疾患は、「慢性疾患である」「患者数が多い」「個人の自助努力が重症化予防に大きく影響する」「病状の管理のための臨床パラメーター(検査値など)が明確である」などにより選定されている。

○ 検査項目は、「診療に不可欠」かつ「日常臨床において頻用されている」かつ「客観性の高い判断に基づくデータ項目あるいは測定数値データ項目そのもの」などの条件により選定されている。(※各患者にとって必ずしも最も重要な項目であるわけではない)

図表1-1

生活習慣病コア項目セット集(第2版)

2018年10月公開

ID	項目	単位・表現	糖尿病 コア項目セット	高血圧 コア項目セット	脂質異常症 コア項目セット	CKD コア項目セット
1	身長	Cm				
2	体重	Kg				
3	収縮期血圧	mmHg				
4	拡張期血圧	mmHg				
5	LDLコレステロール	mg/dL				
6	HDLコレステロール	mg/dL				
7	喫煙	あり、なし、過去にあり				
8	血清クレアチニン	mg/dL				
9	尿蛋白	-、+、2+、3+以上				
10	血糖	mg/dL				
11	糖尿病診断年齢	10歳未満、10歳代、以後10歳毎80歳代以上まで、不明				
12	HbA1c (※1)	%				
13	ALT	IU/L				
14	網膜症	あり、なし、不明				
15	高血圧診断年齢	10歳未満、10歳代、以後10歳毎80歳代以上まで、不明				
16	血清カリウム	mEq/L				
17	心電図異常	あり、なし、不明				
18	中性脂肪	mg/dL				
19	脂質異常症の診断年齢	10歳未満、10歳代、以後10歳毎80歳代以上まで、不明				
20	冠動脈疾患の既往	あり(造影検査)、あり(その他検査)、なし、不明				
21	CKD診断年齢	10歳未満、10歳代、以後10歳毎80歳代以上まで、不明				
22	血清アルブミン	g/dL				
23	血尿	-、+、2+、3+以上(非肉眼的)、肉眼的				

※1 HbA1c: NGSP 値

1. データ提出等について

1-1 データ提出等に係る評価の現状等について

1-2 外来診療等に係るデータについて

1-3 医療情報システムについて

2. 診療報酬明細書の記載について

3. 自殺対策等について

検討会の趣旨・構成員

○情報通信技術の今後の見通し等も念頭に、**技術面から電子カルテをはじめとする医療情報システムの標準的なあり方を明らかにすること**を目的とし、**健康・医療戦略推進本部・次世代医療ICT基盤協議会のもとに開催**された有識者会議。

※2019年10月8日、24日、11月24日に開催。事務局：内閣官房・健康・医療戦略室。

○構成員

山本 隆一（座長、医療情報標準化推進（HELICS）協議会会長） 齋藤 洋平（フューチャー株式会社取締役）
 杉浦 隆幸（合同会社エルプラス代表者、日本ハッカー協会代表理事） 松村 泰志（大阪大学大学院医学系研究科情報統合医学講座教授）
 矢作 尚久（社会保険診療報酬支払基金特別技術顧問、慶應義塾大学政策・メディア研究科准教授）

今後の医療情報システムに求められる考え方

<目的>

- ▶ 主な課題としては、①医療機関間の医療情報共有やPHR等、施設外での医療データ管理・流通、②医療の実態評価や臨床研究等へのリアルワールドデータの活用、③医療の質・安全向上のためのシステム等、医療現場の意思決定支援への活用、への対応。
- ▶ 技術は10年単位で推移。**統一された電子カルテ、画一化された製品は現実的ではない。**

<基本的な考え方>

- ▶ 全体構想（グランドデザイン）が重要、クラウドベースで効率的で安全なシステムとなる可能性も追求
- ▶ 医師等がデータの流通を制御できるようにするための基盤として、データの外部出力機能、データの構造化、ハウスコードの標準コードへの変換、標準フォーマットで出力するAPI等を実装する必要がある

<具体的な対応>

- ▶ **HL7 FHIR**（データがXML又はJSON形式で表現され、アプリケーション連携が非常にしやすい）の普及が一つの方向性
- ▶ **標準的なコード**の拡大（検査・処方・病名等の**必要な標準規格から実装**）
- ▶ セキュリティや個人情報保護に対応する仕組みの構築
 - ・ OS等が最新の状態で安定して使用可能であること、アプリケーションの継続的なセキュリティ対策の実施、IoT化された医療機器のセキュリティ対策、クラウド型の電子カルテでは、インターネット接続状態でのセキュリティ対策。
 - ・ なりすまし等を防止するため、HPKI(Healthcare Public Key Infrastructure) の普及と現場での具体的な利用の在り方を前提とした検討。

② HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)について

HL7 FHIRとは

- HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。
- 医療の診療記録等のデータのほか、医療関連の管理業務に関するデータ、公衆衛生に係るデータ及び研究データも含め、医療関連情報の交換を可能にするように設計されている。

メリット

- **普及しているWeb技術を採用**し、実装面を重視しているため、実装者にわかりやすい仕様で**短期間**でのサービス立上げが可能
- 既存形式の蓄積データから必要なデータのみ抽出・利用が可能のため、既存の医療情報システムの情報を活用した**相互運用性を確保できる**

諸外国の状況

国	HL7 FHIRの活用状況
米国	FHIRベースのAPI実装を促すことを目的としてインセンティブ・ペナルティ施策を導入している。更に、国が運営する情報システム（CMS）においてFHIRを採用し、実装ガイド等の展開を図っている。
英国	電子カルテ調達契約において、FHIRを採用する標準仕様が定められている。国が運営するNHS Englandにおいては実質的に実装が義務化されており、APIや実装ガイド等の整備を行っている。
オランダ	官民連携によるPHR向けのFHIRを採用したAPI・実装ガイド等の整備・提供が行われており、インセンティブ施策として、医療機関・PHRベンダ向けの補助金制度および中小企業向けの投資を行っている。

諸外国では、HL7 FHIRの特徴を活かして、積極的に活用しつつある。

電子カルテ情報及び交換方式の標準化

【目指すべき姿】

患者や医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、患者自らの健康管理等に資するとともに、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能になる。

1. 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化の進め方

- ① 医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定める。
- ② 交換する標準的なデータの項目、具体的な電子的仕様を定める。
- ③ 当該仕様について、標準規格として採用可能かどうか審議の上、標準規格化を行う。
- ④ 標準化されたカルテ情報及び交換方式を備えた製品の開発をベンダーにおいて行う。
- ⑤ 医療情報化支援基金等により標準化された電子カルテ情報及び交換方式等の普及を目指す。

HELICS協議会
審議中

2. 標準化された電子カルテ情報の交換を行うための規格や項目(イメージ)

- ・データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討する。

※HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。

※API (Application Programming Interface) とは、システム間を相互に接続し、情報のやり取りを仲介する機能。

- ・具体的には、医療現場での有用性を考慮し、以下の電子カルテ情報から標準化を進め、段階的に拡張する。

医療情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、
⑤救急時に有用な検査情報、⑥生活習慣病関連の検査情報

上記を踏まえた文書情報：①診療情報提供書、②キー画像等を含む退院時サマリー、
③処方箋データ、④健診結果報告書

※ 画像情報については、すでに標準規格 (DICOM) が規定されており、今後、キー画像以外の画像についても、医療現場で限られた時間の中で必要な情報を把握し診療を開始する際の有用性等を考慮して検討を進める。

注：その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格仕様書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標準規格として採用可能なものか検討し、災害時の利用実態も踏まえ、カルテへの実装を進める。

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

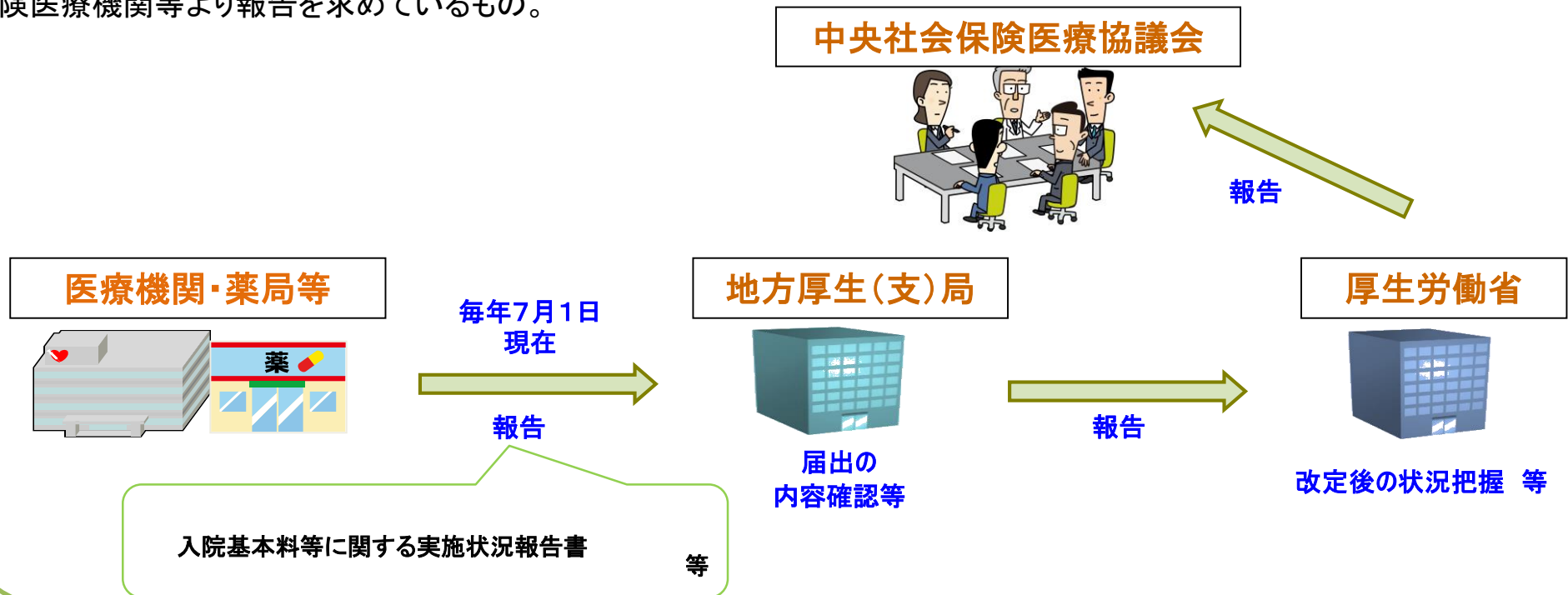
出典：医療施設調査(厚生労働省)

施設基準の届出状況等の報告(定例報告)について

- 各保険医療機関は、診療報酬の算定要件とされる施設基準について、療担規則の規定及び診療報酬改定の際に発出される各通知に基づき、地方厚生(支)局長に対して届出を行うこととされており、その適合性や実施状況等を確認するために毎年7月1日時点の状況を報告することとされている。
- この報告については、保険局医療課において取りまとめた内容について中央社会保険医療協議会へ報告を行っている。

施設基準等に関する定例報告(イメージ)

保険医療機関等における施設基準等の届出の実態を把握するため、毎年7月1日時点の状況等を地方厚生(支)局へ保険医療機関等より報告を求めているもの。



データ提出等に係る課題と論点

(データ提出等に係る評価の現状等について)

- ・ これまでの診療報酬改定において、データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の範囲を拡大してきており、データ提出加算を届け出ている医療機関数は令和2年度まで増加を続けている。
- ・ DPCデータには、各種の様式が含まれており、提出されるDPCデータをもとに、入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析することができる。
- ・ DPCデータの各様式の情報を組み合わせることによって、多様な分析を実施することが可能であり、これまでも活用を進めてきた。

(外来等におけるデータ提出について)

- ・ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療、外来医療のデータについては、診療報酬改定の結果検証に係る特別調査において施設基準の届出状況等の調査を行っているが、患者属性や病態、診療報酬算定情報の提出は求めている。
- ・ 入院医療のデータについては、入院医療等の調査を行っており、DPCデータとともに分析を行うことで実態の把握が可能となっている。
- ・ 在宅時医学総合管理料には、投薬に係る費用や一部の処置等、在宅療養に係る費用が、在宅がん医療総合診療料には、診療に係る費用が一部包括されている。
- ・ 地域包括診療料においては、在宅医療に係る点数や、薬剤料を除く、診療に係る費用が、生活習慣病管理料においては検査、投薬、注射等に係る費用が包括されている。
- ・ 代表的な生活習慣病である糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病(CKD)の4疾患について、関係学会では、医療情報の標準化により日常診療、専門診療、地域連携等における効率的な利活用を進めるために、どのような目的のデータ収集にも含むべき「生活習慣病コア項目セット」を定めている。
- ・ 例えば、「特定の疾患を有するリハビリテーションを行っている外来の患者と、医科点数表に基づく出来高情報とのクロス集計による分析」の様な内容については、特別調査等において調査できない。

(医療情報システムについて)

- ・ 健康・医療戦略推進本部次世代医療ICT基盤協議会のもとに開催された有識者会議において、HL7 FHIRの普及や、標準的なコードの拡大が、今後の医療情報システムに求められる考え方のうち、具体的な対応として示された。HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであり、医療の診療記録等のデータのほか、医療関連の管理業務に関するデータ、公衆衛生に係るデータ及び研究データも含め、医療関連情報の交換を可能にするように設計されている。
- ・ また、社会保障審議会医療部会においても、患者や医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、患者自らの健康管理等に資するとともに、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能となるよう、医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定めることとされており、データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討することとされている。

- 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療を担う医療機関等の機能や役割を適切に分析・評価するため、診療を行っている患者の病態や実施した医療行為の内容等に係るデータを提出した場合の評価の在り方について、どのように考えるか。

1. データ提出等について

2. 診療報酬明細書の記載について

2-1 レセプト摘要欄の記載項目の選択式化について

2-2 検査値データのレセプト請求への活用について

3. 自殺対策等について

現状・課題

- 例えば、画像診断は「撮影部位を記載すること。」とされており、レセプト摘要欄に手入力で撮影部位を記載しているが、レセプト摘要欄への手入力は記載ミスの原因となっている。
- また、入力された撮影部位のレセプト表示も分かりにくく、入力後の確認が難しい。

〔入力画面イメージ〕

コメント
撮影部位きょうぶ

手入力記載

〔レセプト表示イメージ〕

70	撮影部位頭部 MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料） 画像診断管理加算1（コンピューター断層診断）	1,450 X 1 70 X 1
	撮影部位胸部 CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器） 2回目以降減算（CT、MRI） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X 1

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減や業務効率化の観点から、レセプト摘要欄に手入力で記載を求めていた事項のうち、撮影部位等について選択式記載としてはどうか。
- また、レセプトに表示される際に、どの診療行為に対するコメントが分かるような記載（所要のコードを設定）としてはどうか。

〔入力画面イメージ〕

CT撮影（撮影部位）		
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> ..

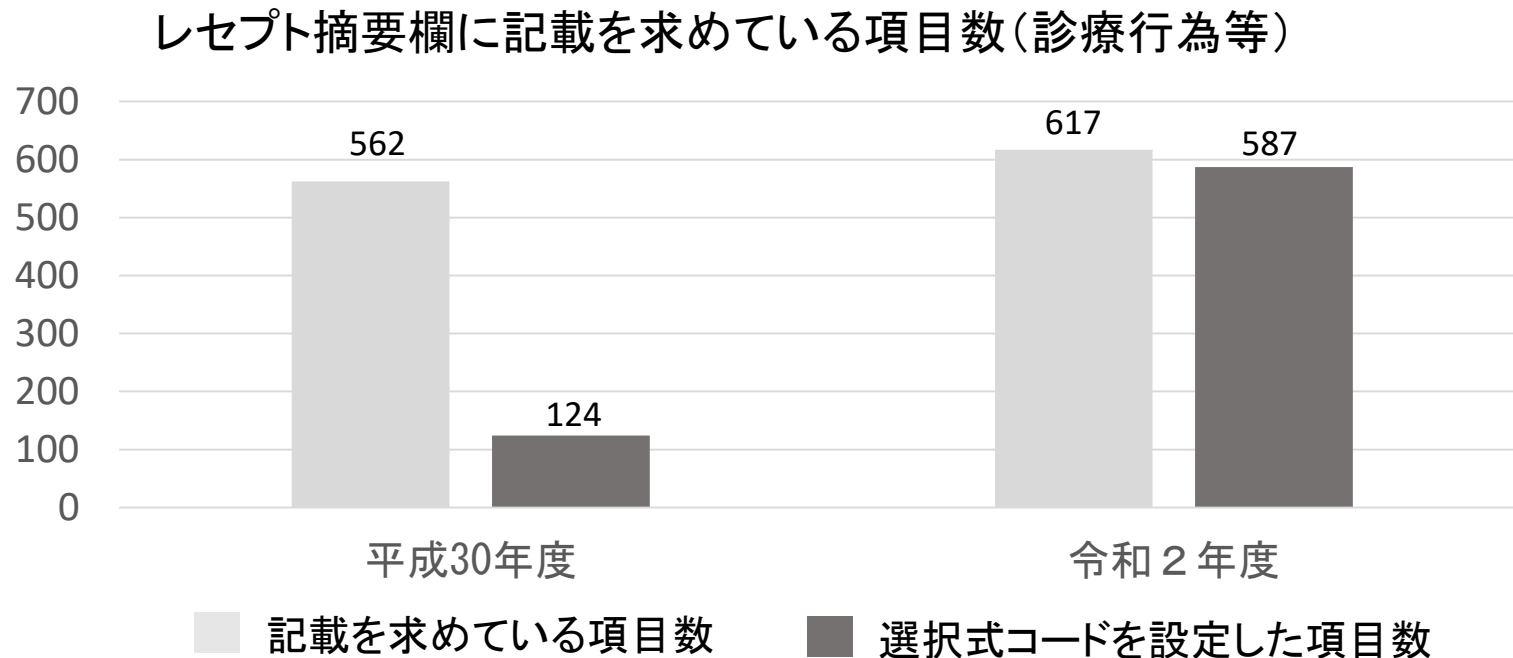
該当部位選択

〔レセプト表示イメージ〕

70	MRI撮影（撮影部位）：頭部 MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料） 画像診断管理加算1（コンピューター断層診断）	1,450 X 1 70 X 1
	CT撮影（撮影部位）：胸部 CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器） 2回目以降減算（CT、MRI） 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X 1

レセプト摘要欄の記載項目の選択式化の推移

- 平成30年度診療報酬改定において、医科・歯科の診療行為及び調剤行為（以下、「診療行為等」という。）のうちレセプト摘要欄に記載を求めている項目については、選択式記載を導入し、所要のコードを設定した。
- 令和2年度診療報酬改定において、選択式記載のさらなる拡充を図った。



「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭51.8.7保険発82)より

令和2年度診療報酬改定において、診療行為等のうちレセプト摘要欄に記載を求めていた項目のうち、約95%（平成30年度においては約22%）の項目を選択式記載へ移行。

レセプト摘要欄の記載項目の選択式化（医薬品）

- 医薬品のレセプト請求にあたって、適正使用推進GL等に基づき、レセプト摘要欄に記載を求めている項目は98項目（令和3年10月31日時点）存在するが、選択式記載は導入しておらず、フリーコメントとしてワープロ入力している。

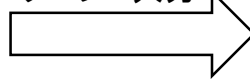
【例：テセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目】

「抗PD-L1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用ガイドラインの策定に伴う留意事項について」（平30.4.17保医発0417第4号）より

〔入力画面イメージ〕※次の文言をワープロ入力

コメント	
施設要件	ア
医師要件	イ
併用投与	ア

フリーコメントとして
ワープロ入力



〔レセプト表示イメージ〕

33	点滴注射	95X 1
	テセントリク点滴静注1200mg	44,886X 1
	施設要件 ア	
	医師要件 イ	
	併用投与 ア	

○ 施設要件

次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）

ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院，地域がん診療連携拠点病院，地域がん診療病院など）。

イ 特定機能病院。

ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院，がん診療連携協力病院，がん診療連携推進病院など）。

エ 外来化学療法室を設置し，外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設。

オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設。

1. データ提出等について

2. 診療報酬明細書の記載について

2-1 レセプト摘要欄の記載項目の選択式化について

2-2 検査値データのレセプト請求への活用について

3. 自殺対策等について

「支払基金業務効率化・高度化計画」(平成29年7月4日公表)(抄)

(3) コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等

医療判断の基となる検査等の動画等を含むエビデンスデータ等の添付などが選択的に可能となる柔軟な仕組みを導入する。

期待される効果

- 現状では、診療データをレセプトに添付するケースは、厚生労働省令等により定める場合と、審査支払機関の審査委員会から添付を依頼する場合があるが、いずれもレセプトの件数としては数は多くない。
- レセプトがオンライン送付、診療データは紙送付の場合、以下のような事務負担が保険医療機関等、審査支払機関、保険者等で生じている
 - － レセプトと診療データの手作業による紐付け
 - － 診療データの郵送・管理又は画像取得・管理事務
- 仮に、オンラインで診療データ送受信が可能となる場合は、上記の事務そのものを廃止することが可能となる
- 加えて、検査値等の診療データがレセプトに予め記載される場合には、審査支払機関から医療機関へのレセプト返戻を減らすことができる

論点

- 現状の審査において、検査値や画像データ等の診療データは、どのようなケースにおいて有用か
- 現状の審査において、そのような診療データの送受信の量はどの程度か
- 診療データをオンラインで送受信するためには、医療機関、審査支払機関、保険者のそれぞれでどの程度の追加の費用が生じるか

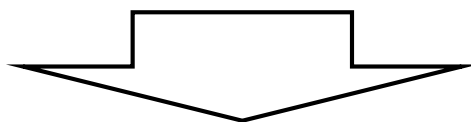
5. その他について

(3) 診療データの審査における活用

- 診療報酬のオンライン請求は、オンライン請求ネットワークを通じて行われるが、現状では、レセプトのCSVファイル又はテキストファイルのみを送受信することができることとなっており、レセプトの審査において診療データが必要となる場合には、個別に紙又は電子媒体の送付を行うなど、医療機関等及び審査支払機関の双方に業務負担が生じている。こうした業務負担の解消、ひいては、審査の質の向上に資するべく、診療データのオンラインによる送受信を着実に推進することが求められている。
- 診療報酬の審査は、レセプト情報に基づく審査を基本としているが、一部の審査では、検査値や画像、動画等の診療データも活用されており、支払基金・国保連の審査委員等から、その提出状況や審査における有用性についてヒアリングを行った。
- ヒアリングでは、レセプトの提出に当たり診療データが添付されるのは、厚生労働省令等により添付される場合と、審査委員会から特に確認を要する場合の依頼により添付される場合があり、後者については、以下のような例があることが示された。
 - ①算定された診療内容が一般的な診療内容と異なる場合（例：輸血の実施の適否を判断するためにヘモグロビン値を確認）
 - ②算定された術式の確認が必要な場合
 - ③高額レセプト（概ね6～8万点以上）の場合
- こうした現状を踏まえ、以下のように進めるべきである。
 - ・画像・動画のデータについては、現行の審査における活用ボリュームであれば、電子媒体などを用いた提出で滞りなく審査が行われており、現時点では、オンラインによるデータ提出の環境整備の必要性は低いとの意見があり、今後も引き続き検討を行う。
 - ・検査値データについては、審査の質と効率を高めることができるものについて、学会等のガイドラインも踏まえ審査の参考情報として提出することを含め検討を行う。

診療報酬明細書の記載に係る課題と論点

- ・ 医療従事者の負担軽減や業務効率化の観点から、平成30年度診療報酬改定において、レセプト摘要欄に記載を求めている事項については、選択式記載コード化を導入し、令和2年度診療報酬改定においてはさらなる拡充を図り、医科・歯科の診療行為及び調剤行為についてはほとんどが選択式コメント記載コードの設定を行ったところだが、医薬品の請求にあたってレセプト摘要欄に記載を求めている項目については、フリーコメントとして入力している状況。
- ・ 令和2年度支払基金と国保中央会等の審査支払機能の整合的かつ効率的な在り方について、具体的な方針・対象業務・工程等を検討するため、厚生労働省において検討会を開催され、その中で「検査値データについては、審査の質と効率を高めることができるものについて、学会等のガイドラインも踏まえ審査の参考情報として提出することを含め検討を行う」とこととされた。



- 医薬品の請求にあたってレセプト摘要欄にフリーコメントとして入力している項目においても、診療行為と同様、選択式コメント記載コードの設定を行うことについて、どのように考えるか。
- 検査値データについては、審査の質と効率を高めることができるものについて、学会等のガイドラインも踏まえ審査の参考情報としてレセプトの摘要欄に記載を求めることについて、どのように考えるか。

1. データ提出等について
2. 診療報酬明細書の記載について
3. 自殺対策等について

自殺対策基本法の概要について

基本理念の追加（第2条）

- 自殺対策は、生きることの包括的な支援として、全ての人がかけがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならない
- 自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない

自殺予防週間・自殺対策強化月間（第7条）

- 自殺予防週間(9月10日～9月16日)を設け、啓発活動を広く展開
- 自殺対策強化月間(3月)を設け、自殺対策を集中的に展開

都道府県自殺対策計画等（第13条）

- 都道府県・市町村は、それぞれ都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画を定めるものとする

都道府県・市町村に対する交付金の交付（第14条）

- 国は、都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画に基づいて当該地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その総合的かつ効果的な取組等を実施する都道府県・市町村に対し、交付金を交付

基本的施策の拡充

〔調査研究等の推進・体制の整備〕（第15条）

- ① 自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究・検証及びその成果の活用の推進・先進的な取組に関する情報の収集、整理及び提供
- ② 国・地方公共団体による①の施策の効率的かつ円滑な実施に資するための体制の整備

〔心の健康の保持に係る教育・啓発の推進等〕（第17条）

学校は、保護者・地域住民等との連携を図りつつ、各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵(かん)養等に資する教育・啓発、困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育・啓発その他児童・生徒等の心の健康の保持に係る教育・啓発を行うよう努める

〔医療提供体制の整備〕（第18条）

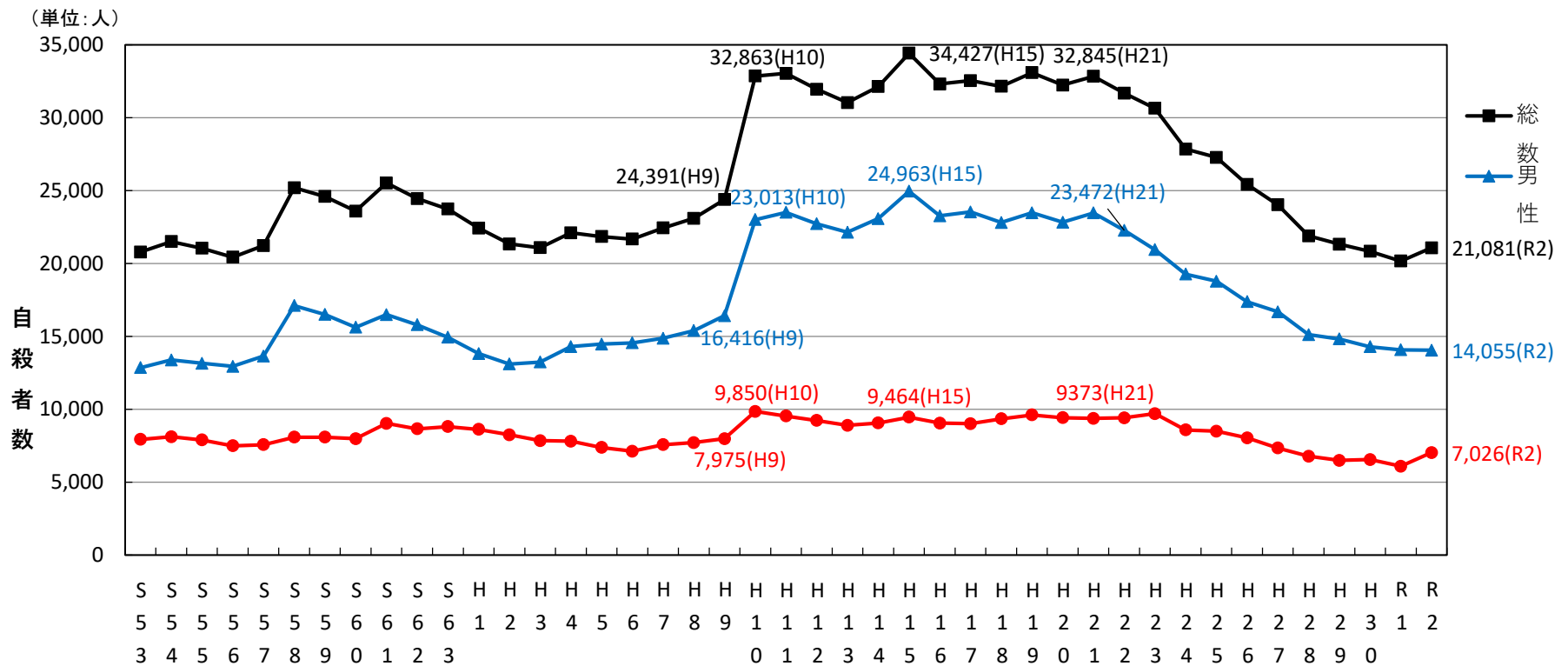
自殺のおそれがある者への医療提供に関する施策として、良質かつ適切な精神医療提供体制の整備、精神科医とその地域における心理、保健福祉等に関する専門家、民間団体等との円滑な連携の確保を規定

必要な組織の整備（第25条）

- 政府は、自殺対策を推進するにつき、必要な組織を整備

自殺者数の年次推移(昭和53年～令和2年)

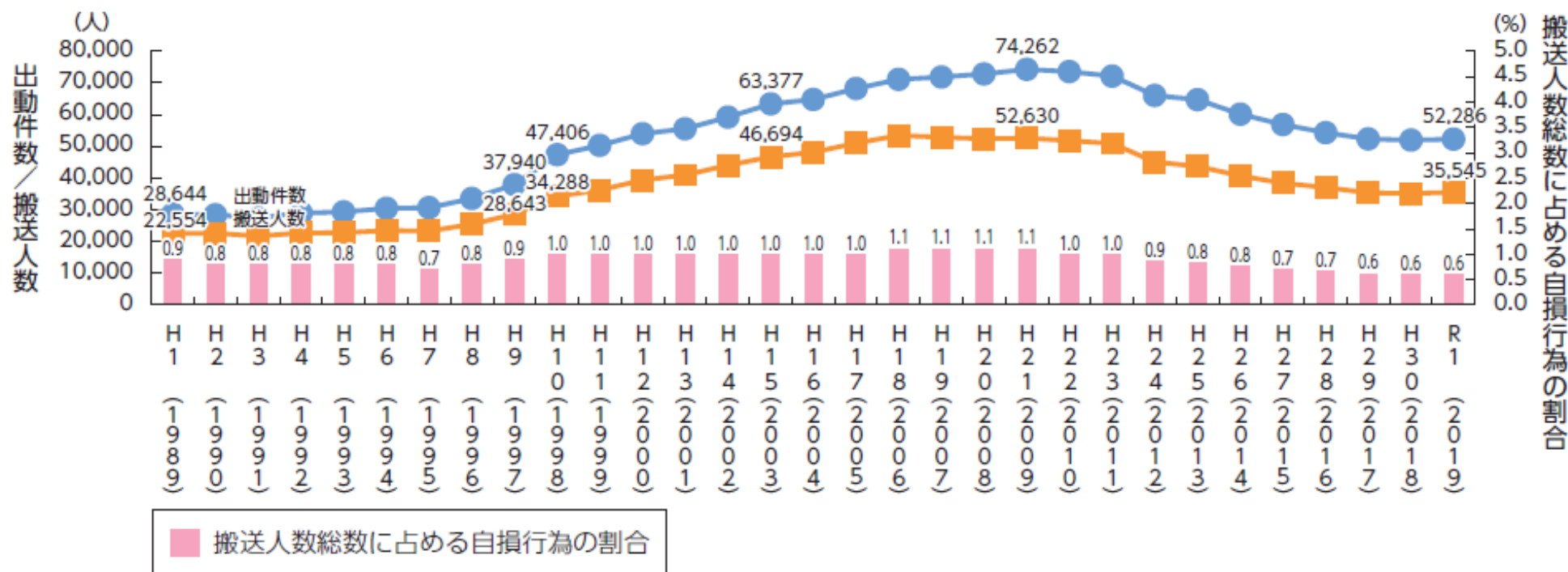
- 令和2年の自殺者数は21,081人となり、対前年比912人(約4.5%)増。
- 男女別にみると、男性は11年連続の減少、女性は2年ぶりの増加となっている。
- また、男性の自殺者数は、女性の約2.0倍となっている。



資料:警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

自損行為による救急自動車の出動件数及び搬送人員の推移

○ 令和1年における自損行為の状況については、救急自動車の出動件数は5万2,286件であり、搬送人員は3万5,545人であった。



資料：消防庁「救急・救助の現況」より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺総合対策大綱について

- 平成18年に自殺対策基本法が成立し、同法に基づく「自殺総合対策大綱」に沿って、自殺対策を推進している。

「自殺総合対策大綱」（平成29年7月閣議決定）（概要）

第1 自殺総合対策の基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

- 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている
- 地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

第5 自殺対策の数値目標

- 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、**平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少**
(平成27年18.5 ⇒ 13.0以下) ※令和元年15.7

(WHO:仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、
加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012))

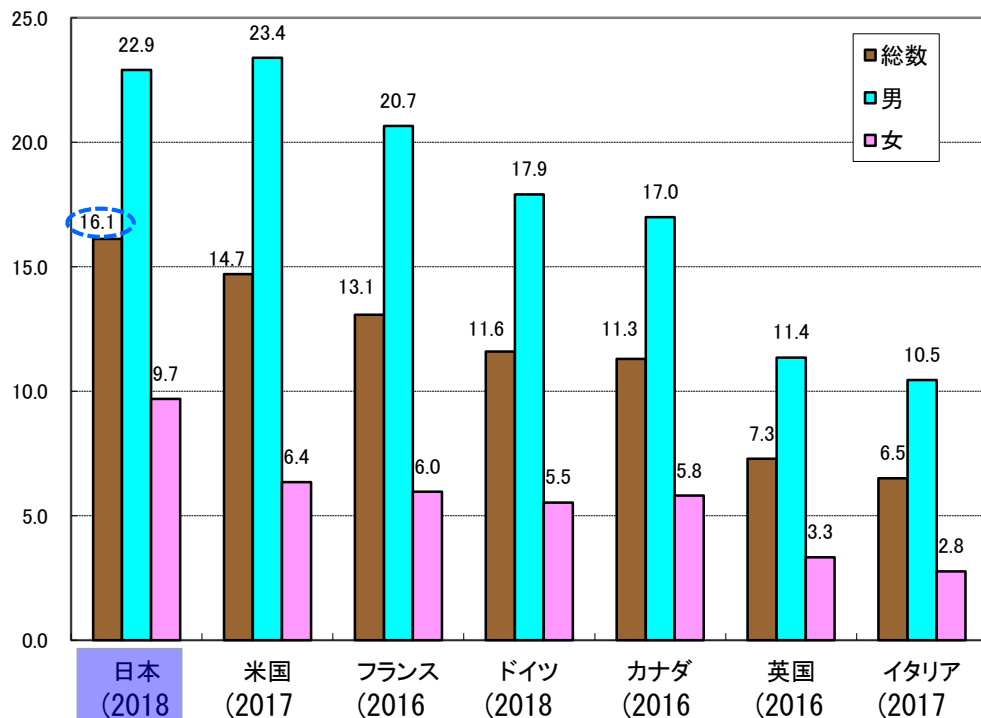
第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における計画的な自殺対策の推進
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

国際的に見た自殺の状況

○ 自殺は、G7各国においても若年層の死因の上位を占めるが、日本は第1位となっており、自殺死亡率も高くなっている。

先進国の自殺死亡率



先進国の年齢階級別死亡者数及び死亡率
(10歳代・20歳代、死因の上位3位)

10歳-19歳												
	日本 2018			フランス 2016			ドイツ 2018			カナダ 2016		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	自殺	602	5.4	不慮の事故	412	5.2	不慮の事故	334	4.3	不慮の事故	276	7.0
第2位	不慮の事故	304	2.7	悪性新生物	180	2.3	自殺	192	2.5	自殺	232	5.9
第3位	悪性新生物	225	2.0	自殺	152	1.9	悪性新生物	190	2.4	悪性新生物	104	2.6

	アメリカ 2017			イギリス 2016			イタリア 2017			韓国(参考) 2019		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	不慮の事故	4,790	11.5	不慮の事故	329	4.4	不慮の事故	302	5.2	自殺	298	5.9
第2位	自殺	3,005	7.2	悪性新生物	198	2.7	悪性新生物	192	3.3	不慮の事故	139	2.8
第3位	他殺	2,002	4.8	自殺	165	2.2	自殺	85	1.5	悪性新生物	109	2.2

20歳-29歳												
	日本 2018			フランス 2016			ドイツ 2018			カナダ 2016		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	自殺	2,104	17.7	不慮の事故	1,030	13.8	不慮の事故	754	7.8	不慮の事故	1,071	23.6
第2位	不慮の事故	571	4.8	自殺	575	7.7	自殺	714	7.3	自殺	609	13.4
第3位	悪性新生物	400	3.4	悪性新生物	380	5.1	悪性新生物	409	4.2	悪性新生物	201	4.4

	アメリカ 2017			イギリス 2016			イタリア 2017			韓国(参考) 2019		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	不慮の事故	22,111	49.9	不慮の事故	1,211	13.8	不慮の事故	727	11.6	自殺	1,306	19.2
第2位	自殺	7,815	17.6	自殺	741	8.5	自殺	301	4.8	不慮の事故	357	5.3
第3位	他殺	6,114	13.8	悪性新生物	466	5.3	悪性新生物	290	4.6	悪性新生物	283	4.2

※アメリカ・カナダの人口は世界保健機関資料より最新データが得られなかったため、最新の死亡データに合わせて各国の国勢調査データを利用した

※死因順位の分類は人口動態統計と同様、死因簡単分類表を用いた

資料：世界保健機関資料（2021年4月）より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺総合対策における当面の重点施策(ポイント)

○ 自殺対策基本法の改正の趣旨・基本的施策及び我が国の自殺を巡る現状を踏まえて、更なる取組が求められる施策は以下のとおり。

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する

- ・地域自殺実態プロフィール、地域自殺対策の政策パッケージの作成
- ・地域自殺対策計画の策定ガイドラインの作成
- ・地域自殺対策推進センターへの支援
- ・自殺対策の専任職員への配置・専任部署の設置の促進

2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

- ・自殺予防週間と自殺対策強化月間の実施
- ・児童生徒の自殺対策に資する教育の実施(SOSの出し方に関する教育の推進)
- ・自殺や自殺関連事象に関する正しい知識の普及
- ・うつ病等についての普及啓発の推進

3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する

- ・自殺の実態や自殺対策の実施状況等に関する調査研究・検証・成果活用(革新的自殺研究推進プログラム)
- ・先進的な取組に関する情報の収集、整理、提供
- ・子ども・若者の自殺調査
- ・死因究明制度との連動
- ・オンサイト施設の形成等により自殺対策の関連情報を安全に集積・整理・分析

4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る

- ・医療等に関する専門家などを養成する大学や専修学校等と連携した自殺対策教育の推進
- ・自殺対策の連携調整を担う人材の養成
- ・かかりつけ医の資質向上
- ・教職員に対する普及啓発
- ・地域保健・産業保健スタッフの資質向上
- ・ゲートキーパーの養成
- ・家族や知人等を含めた支援者への支援

5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する

- ・職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- ・地域における心の健康づくり推進体制の整備
- ・学校における心の健康づくり推進体制の整備
- ・大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進

6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする

- ・精神科医療、保健、福祉等の連動性の向上、専門職の配置
- ・精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成等
- ・うつ病、統合失調症、アルコール依存症、ギャンブル依存症等のハイリスク者対策

7. 社会全体の自殺リスクを低下させる

- ・ICT(インターネットやSNS等)の活用
- ・ひきこもり、児童虐待、性犯罪・性暴力の被害者、生活困窮者、ひとり親家庭、性的マイノリティに対する支援の充実
- ・妊産婦への支援の充実
- ・相談の多様な手段の確保、アウトリーチの強化
- ・関係機関等の連携に必要な情報共有の周知
- ・自殺対策に資する居場所づくりの推進

8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ

- ・地域の自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備
- ・医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化
- ・居場所づくりとの連動による支援
- ・家族等の身近な支援者に対する支援
- ・学校、職場等での事後対応の促進

9. 遺された人への支援を充実する

- ・遺族の自助グループ等の運営支援
- ・学校、職場等での事後対応の促進
- ・遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等
- ・遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上
- ・遺児等への支援

10. 民間団体との連携を強化する

- ・民間団体の人材育成に対する支援
- ・地域における連携体制の確立
- ・民間団体の相談事業に対する支援
- ・民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援

11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する

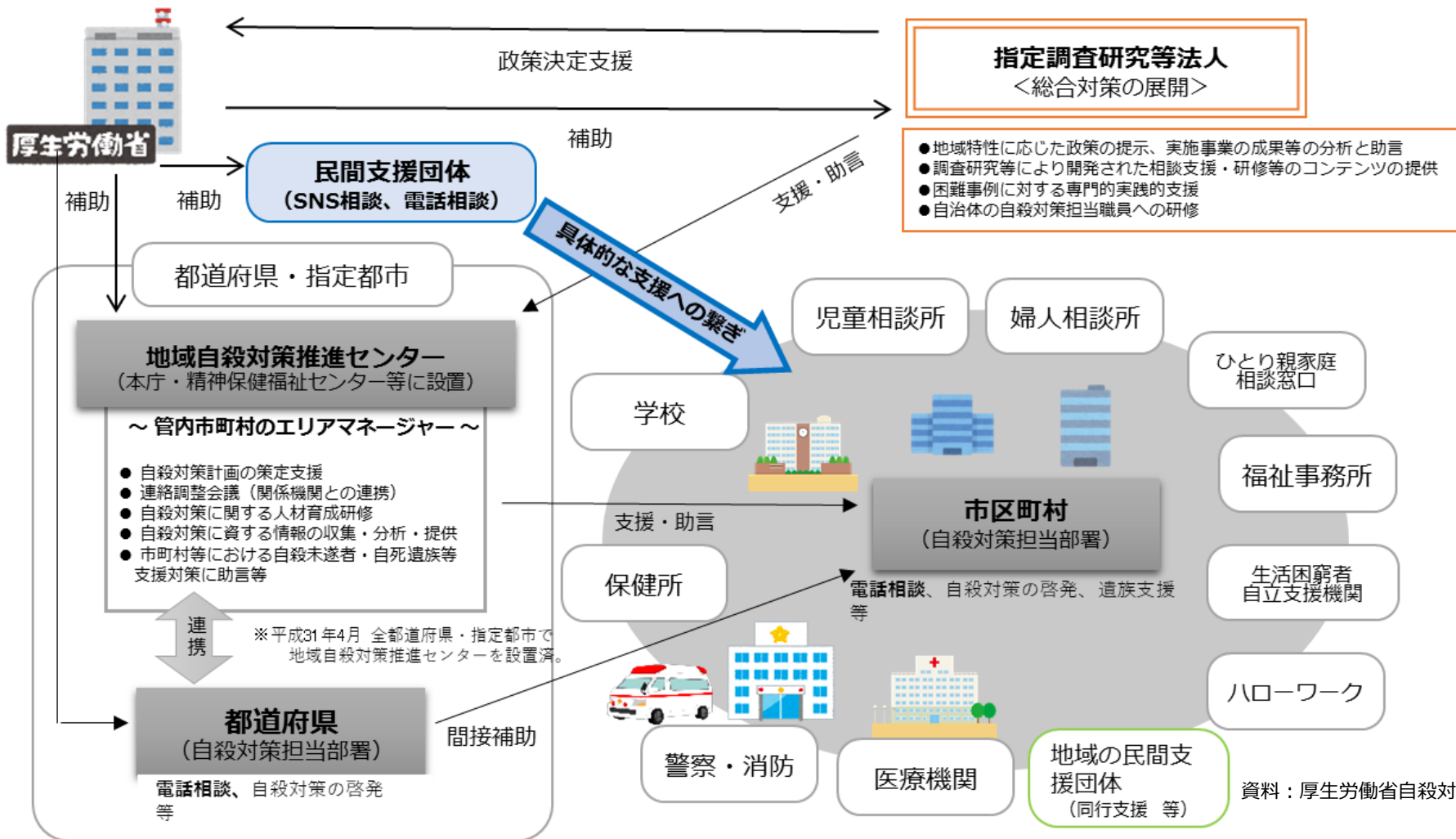
- ・いじめを苦にした子どもの自殺の予防
- ・学生・生徒への支援充実
- ・SOSの出し方に関する教育の推進
- ・子どもへの支援の充実
- ・若者への支援の充実
- ・若者の特性に応じた支援の充実
- ・知人等への支援

12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

- ・長時間労働の是正
- ・職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- ・ハラスメント防止対策

自殺対策の推進体制

- 市区町村において、保健・福祉・医療・労働・教育・警察等関係機関と連携を図りながら、自殺念慮者、自死遺族等への具体的な支援を行う等、地域の実情に応じた自殺対策を実施
- 都道府県及び指定都市が設置する地域自殺対策推進センターにおいて、市区町村への必要な助言や情報提供等を実施。
- 地方自治体や民間支援団体が実施する電話相談やSNS相談は、相談者ごとの悩みや問題に応じて地域の関係機関・支援団体につなぎ、具体的な支援を行う。
- 厚生労働省及び指定調査研究等法人において、地方自治体に対する地域の自殺データ提供、職員の研修、財政的支援、等を実施。また、民間の電話相談やSNS相談に対し、財政的支援を行う。



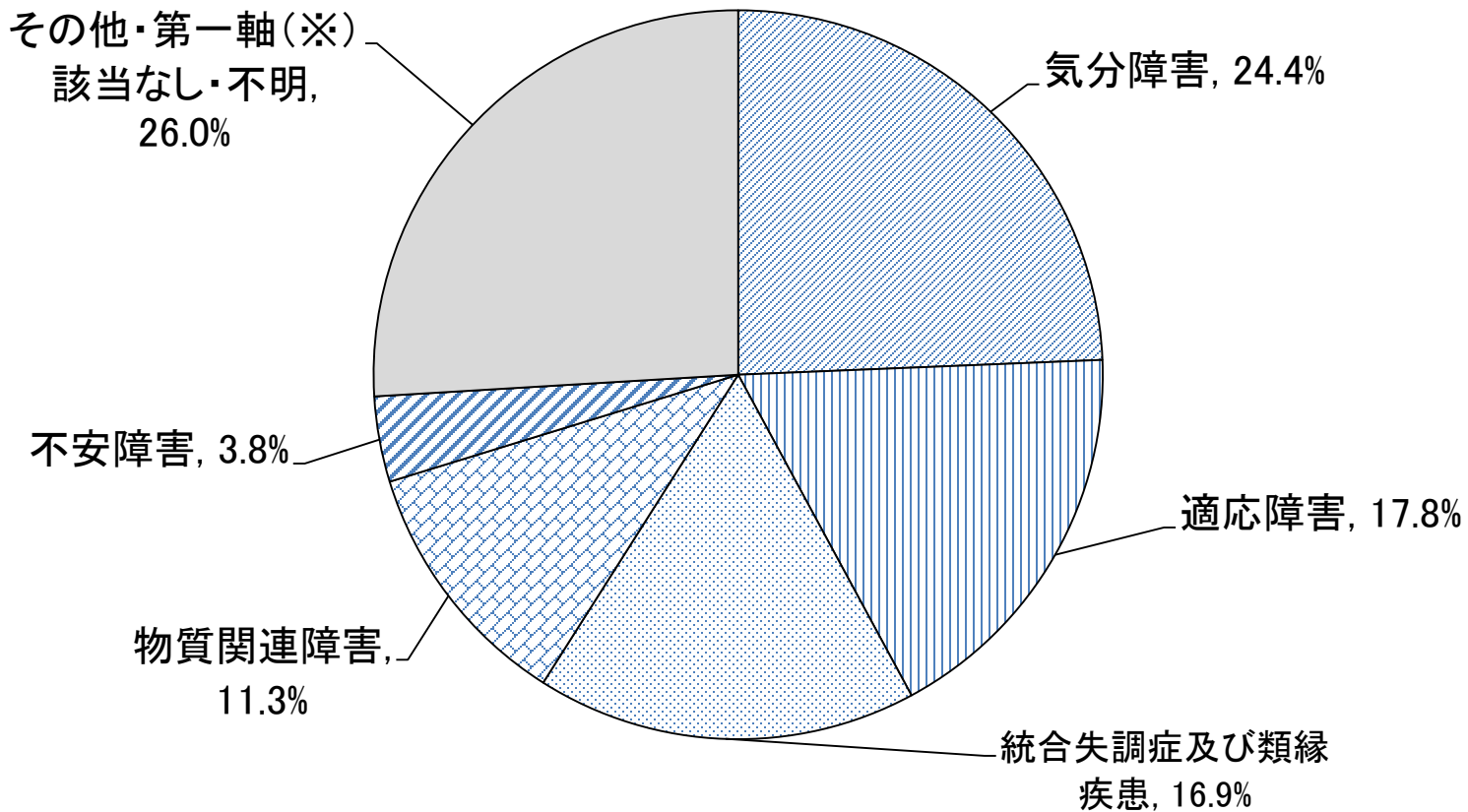
資料：厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺に至る恐れのある精神疾患①

○ 自殺企図者の約70%は、自殺企図の前に気分障害、適応障害、統合失調症等の精神疾患と診断されている。

自殺企図者における自殺企図前の精神科診断

N=320



(※)DSM-IVにおけるI軸診断名

自殺に至る恐れのある精神疾患②

○気分障害や統合失調症は、治療を受けている者でも有意に自殺率が高い。

■気分障害

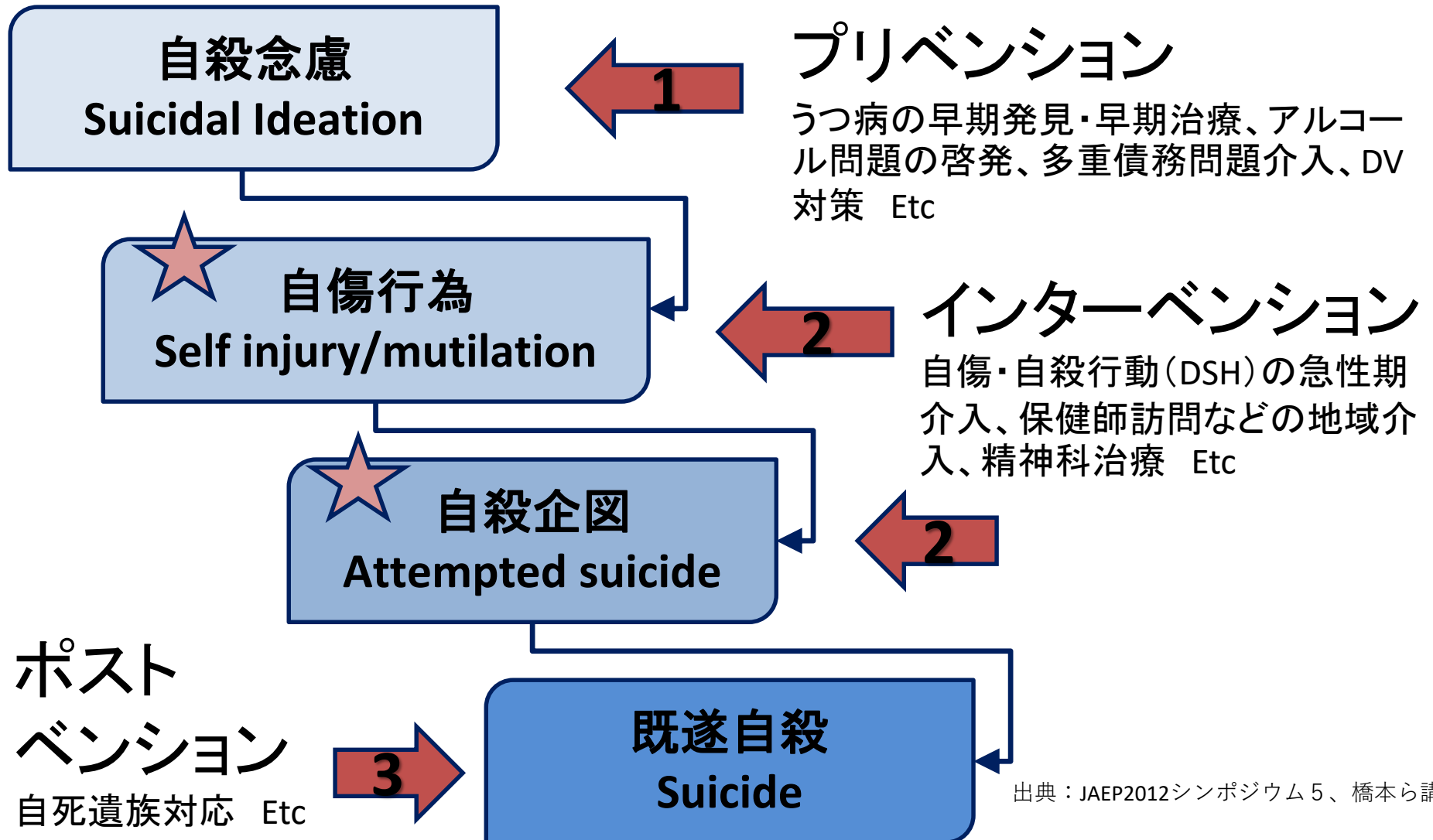
- ・うつ病で入院した患者を長期追跡 (Angst, 1999)
 - 全死因による死亡率が一般住民の1.4~2.5倍高い
 - 自殺死亡率は一般住民の8~35倍高い
- ・観察集団によるうつ病患者自殺率の違い (Bostwick, 2000)
 - 地域の一般住民: 0.5% 以下
 - うつ病患者(外来・入院の混在) 2.2%
 - うつ病患者(希死念慮のない入院) 4.0%
 - うつ病患者(希死念慮による入院) 8.6%
- ・自殺企図を行ったうつ病患者の自殺の危険率のメタ解析 (Hawton, 2013)
 - うつ病で自殺企図の経験者の自殺の危険率 4.84倍
- ・躁うつ病患者自殺率のレビュー (Plans, 2019)
 - 自殺の死亡率は一般住民と比較して20~30倍

■統合失調症

- ・統合失調症患者の追跡研究61報告をレビュー (Palmer, 2005)
 - 4.9%が自殺で死亡
 - ほとんどが病初期
- ・自殺の危険率 (Osborn, 2008)
 - 対照者と比較して10.99倍 (95%CI 7.61-15.85)
 - 全年齢で高いが、特に若年者で高い

「自殺」死亡を減らすための取り組み


○ 自殺死亡を減らすため、「プリベンション」「インターベンション」「ポストベンション」の観点に沿った取組の重要性が報告されている。



出典：JAEP2012シンポジウム5、橋本ら講演資料



孤独・孤立等に伴う精神的な疾病や自殺に係る対策について

- 精神的な課題を有する方が医療につながりにくいとの問題意識から、メンタルヘルスの問題をプライマリケアの中で取り扱う枠組みとして、WHOはintegrating mental health into primary careという概念が、英国のThe King's FundではBringing together physical and mental healthという概念が提唱されている。



Integrating
mental health
into primary care

A global perspective



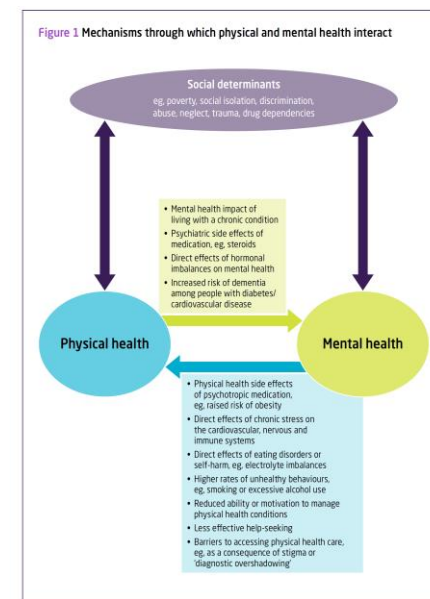
TheKingsFund> Ideas that change health care

Bringing together physical and mental health

A new frontier for integrated care

Authors
Chris Naylor
Preety Das
Shilpa Ross
Matthew Honeyman
James Thompson
Helen Gilbert

March 2016



自殺対策に係る早期介入について

- 働き盛りのうつ自殺予防対策として「富士モデル事業」が実施されている。
- 「富士モデル事業」においては、自殺と関係の深いうつ病の早期発見・早期治療システムの構築にあたり、うつ病の身体症状、特に不眠症状に着目している。
- 具体的には、不眠の症状からうつ病の気づきを促す「睡眠キャンペーン」と、不眠が継続している働き盛り世代男性をかかりつけ医・産業医から必要に応じて精神科医へとつなげる「紹介システム」の2本の柱から成り立っている。

「富士モデル事業」の全体像

睡眠キャンペーン

「お父さん、ちゃんと眠れている？」

気づき

「2週間以上続く不眠はうつサイン」

「かかりつけ医に相談しよう」


紹介システム

つなぎ

かかりつけ医・産業医

精神科医

不眠が継続する
働き盛り男性



「富士モデル事業」は、「睡眠アプローチ」によるうつ病早期発見・治療のルート構築の取組としてスタート

早期の自殺対策の事例について

- 「富士モデル」においては、地域のかかりつけ医等と精神科医があらかじめ関係作りを行い、「紹介システム」を構築している。
- 「富士モデル」においては、紹介システム運営会議に加えて、定例担当者会議が行われ、地域保健・職域保健連携が行われていた。

【紹介システムの構築】

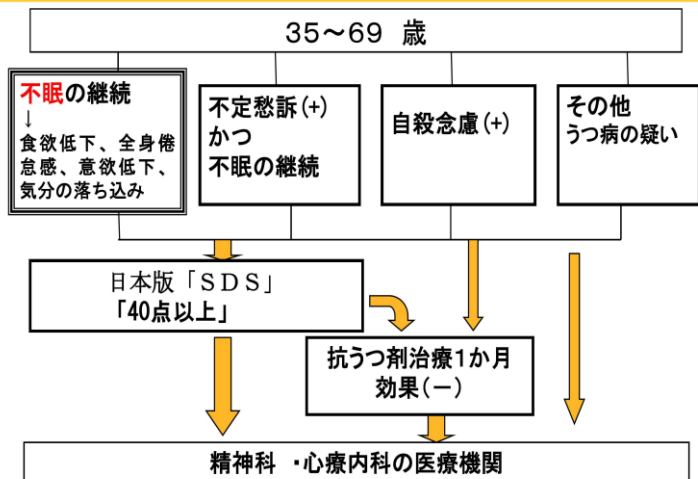
- 紹介システム検討委員会
(運営委員会)
- 富士市医師会 5名
- 精神科医 5名
(公立病院 1名)
- (産業医 1名)

【「紹介システム」の本質】

地域のかかりつけ医・産業医と精神科医の距離を縮め、関係作りを行うこと

⇒地域における「受け皿づくり」

紹介システム (かかりつけ医・産業医)



ネットワークの構築: 主な協働機関

区分	種別	機関名
団体	医師	富士市医師会、精神科医会
	薬剤師	富士市薬剤師会
行政	国	富士労働基準監督署
	県	富士健康福祉センター(保健所)
	市	富士市

- ・紹介システム運営会議: 医師会、地元精神科
- ・定例担当者会議: 地域保健・職域保険連携

出典: 静岡県

早期の自殺対策の事例について

- 「富士モデル」においては、「気づき」のきっかけとして「不眠」に着目して運用がされており、紹介状のフォーマットを定め、運用している。

不眠を訴える患者が受診したら

35～69歳が対象

症例

睡眠薬処方
を考慮するような不眠があれば
うつ病チェックを開始

不眠のチェック

Pt 「最近、眠れない日が続いて…」
「睡眠薬を出して欲しいんですが…」
「睡眠薬を飲んでも、あまり眠れないのですが…」
Dr 『**眠れないのは、どのくらい続いていますか？**』
Pt 「2週間以上になります。休みの日でも、毎日眠れません」

継続する不眠
かチェック

専用紹介状でチェック

YES

NO

睡眠薬を投与

精神的なリスクのスケール(一例)

- ・ SAD Personsスケール
- ・ EPDS
- ・ PHQ-9
- ・ K-6

紹介状

氏名	生年月日	性別
住所	職業	
受診主訴・経過 及び治療状況		
症状	睡眠障害 : 毎日・時々・なし(入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・浅眠) 食欲低下 : 毎日・時々・なし 体重減少()か月で()Kg減 全身倦怠感 : 毎日・時々・なし 意欲低下 : 毎日・時々・なし 気分の落ち込み : 毎日・時々・なし その他 ()	
生活状況 (ストレスの 状況)	仕事 : 過労・離職(退職)・異動・職場の対人関係・経営不振 家庭生活 : 借金苦・死別・別居・家庭関係の問題・自分の病気・家族の病気 その他 ()	
その他		

紹介状(不眠等症状について)

睡眠障害 : 毎日・時々・なし
 入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・浅眠
食欲低下 : 毎日・時々・なし
 体重減少()か月で()Kg減
全身倦怠感 : 毎日・時々・なし
意欲低下 : 毎日・時々・なし
気分の落ち込み : 毎日・時々・なし

かかりつけ医等に対する研修について

○ 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」（日本医師会）等、自殺予防等に関連した各種研修が実施されている。

- ・ かかりつけ医うつ病対応力向上研修会（日本医師会）
- ・ 地域医療における自殺予防研修会（日本医師会）
- ・ かかりつけ医・産業医のためのうつ病の診断と対応
～新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえて～（北海道医師会）
- ・ アルコール関連問題とうつ、自殺
～新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえて～（北海道医師会）
- ・ 職場におけるうつ症例への接し方（北海道医師会）
- ・ メンタルヘルス対策～職場のメンタルヘルス・事例検討～（栃木県医師会）

自殺企図患者等の診断治療等に係る評価について

	救命救急入院料 精神疾患診断治療初回 加算 (平成20年度新設)	救急患者精神科継続支援料 (平成28年度新設)
概要	救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者を、患者等からの情報等に基づき、精神保健指定医等が診断・治療を行った場合の評価。	精神科リエゾンチームの医師・精神保健福祉士等が医師・精神保健福祉士等が自殺企図により入院した患者に対し、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言及び指導を行った場合の評価。
点数	救命救急入院料 注2 3000点	入院中の患者 435点(月1回) 入院中以外の患者 135点(6か月に6回まで)
対象疾患	・自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう。)、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等(以下この節において「精神疾患」という。)を有する患者。	・自殺企図若しくは自傷又はそれらが疑われる行為によって生じた外傷や身体症状のために医師が入院の必要を認めた患者であって、精神疾患の状態にあるもの。
算定要件	・患者又はその家族等に対して、精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医(以下この節において「精神保健指定医」という。)又は当該保険医療機関の精神科の常勤医師が、患者又は家族等からの情報を得て、精神疾患に対する診断治療等を行った場合に、救命救急入院料の算定期間中における当該精神保健指定医又は当該精神科の常勤医師の最初の診察時に算定する。この場合の精神保健指定医は当該保険医療機関を主たる勤務先とする精神保健指定医以外の者であっても算定できる。	・救急患者精神科継続支援料は、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師若しくは社会福祉士が、対象患者に対し、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。等
施設基準	・救命救急入院料を届け出ていること。	(1) 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。 (2) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤医師が1名以上配置されていること。(略) (3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。 (4) (2)及び(3)における適切な研修とは、次のものをいうこと。 ア～ウ(略) (5) 略

自殺企図者に対する介入の意義について

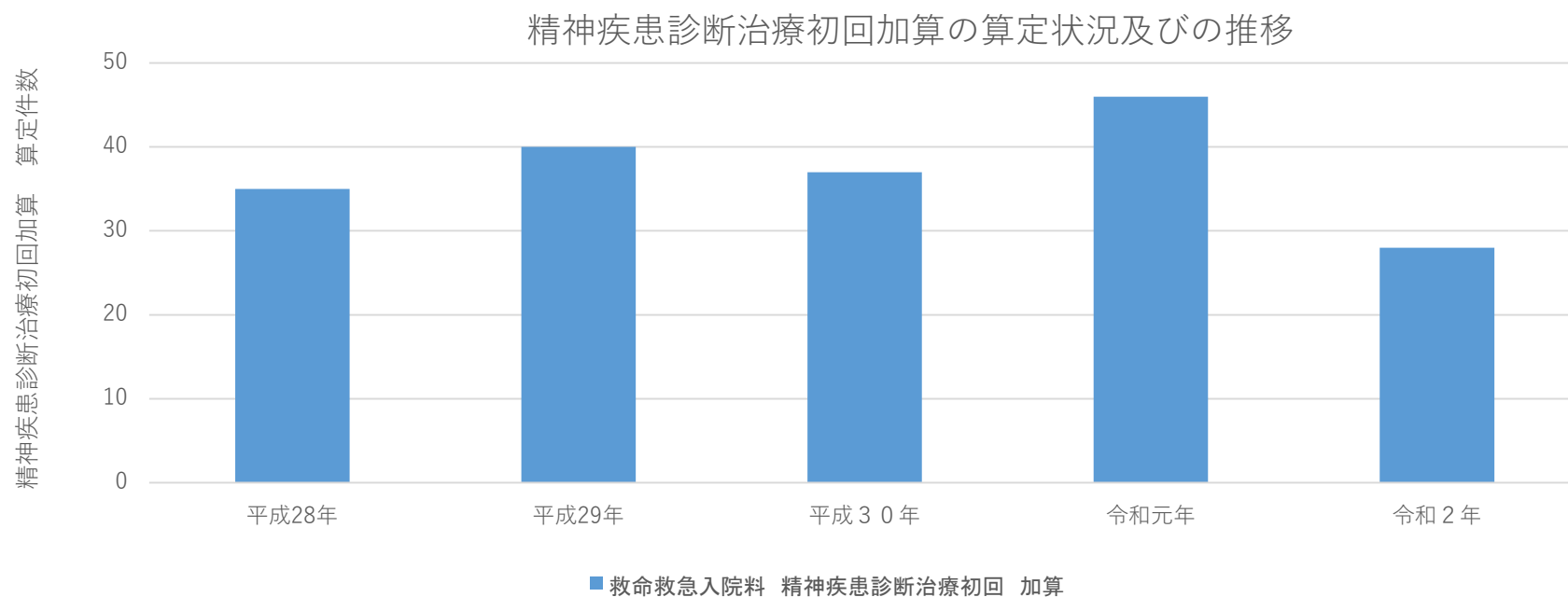
○ 自殺未遂者がその後自殺に至るケースが多いとの報告がなされている。

- ・自殺者の40%以上に自殺未遂歴あり、自殺未遂を繰り返した後に死亡した人の80%以上が、2回以上手段を変えて自殺に至った(Isomets aら, 1998)
- ・自殺者の43%が死の1年以内に自損行為で救急医療を受診し、そのうちの28%は3回以上リピート(Da Cruzら, 2011)
- ・自殺未遂者ないしは自傷患者の3-12%がその後に自殺(Owensら, 2002)

救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算の算定件数等

○ 救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算の算定件数等は以下の通り。

算定件数			平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
救命救急入院料	精神疾患診断治療初回	加算	35	40	37	46	28



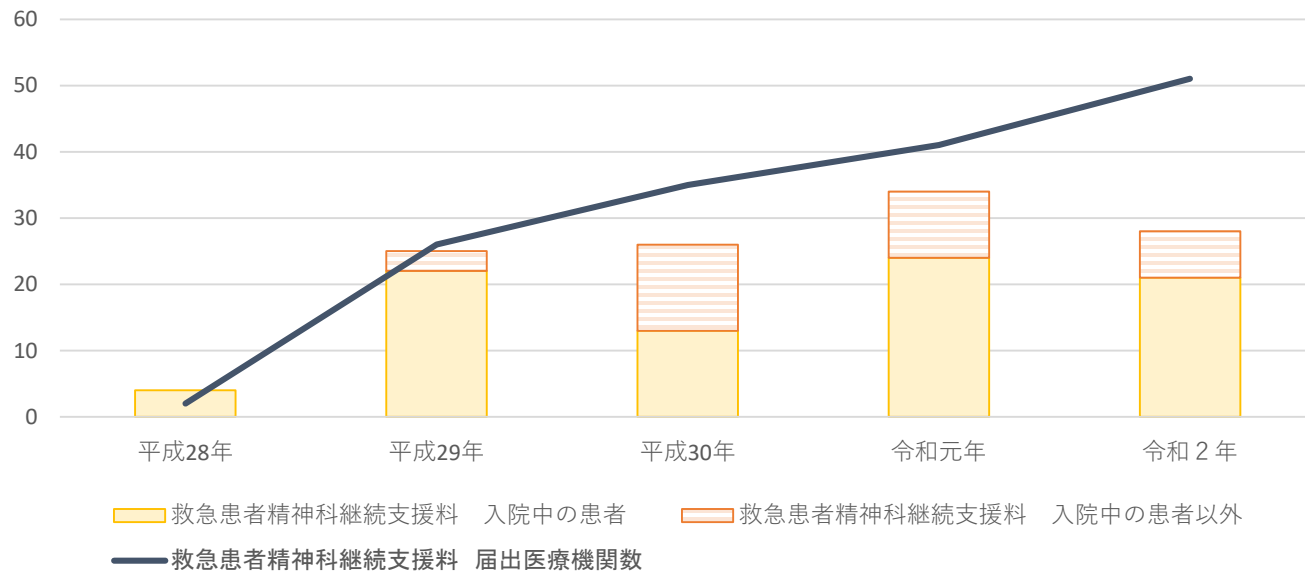
届出医療機関数	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
救急救急入院料	387	383	376	374	370

救急患者精神科継続支援料の算定状況

○ 救急患者精神科継続支援料の届出医療機関数・算定状況は以下の通り。

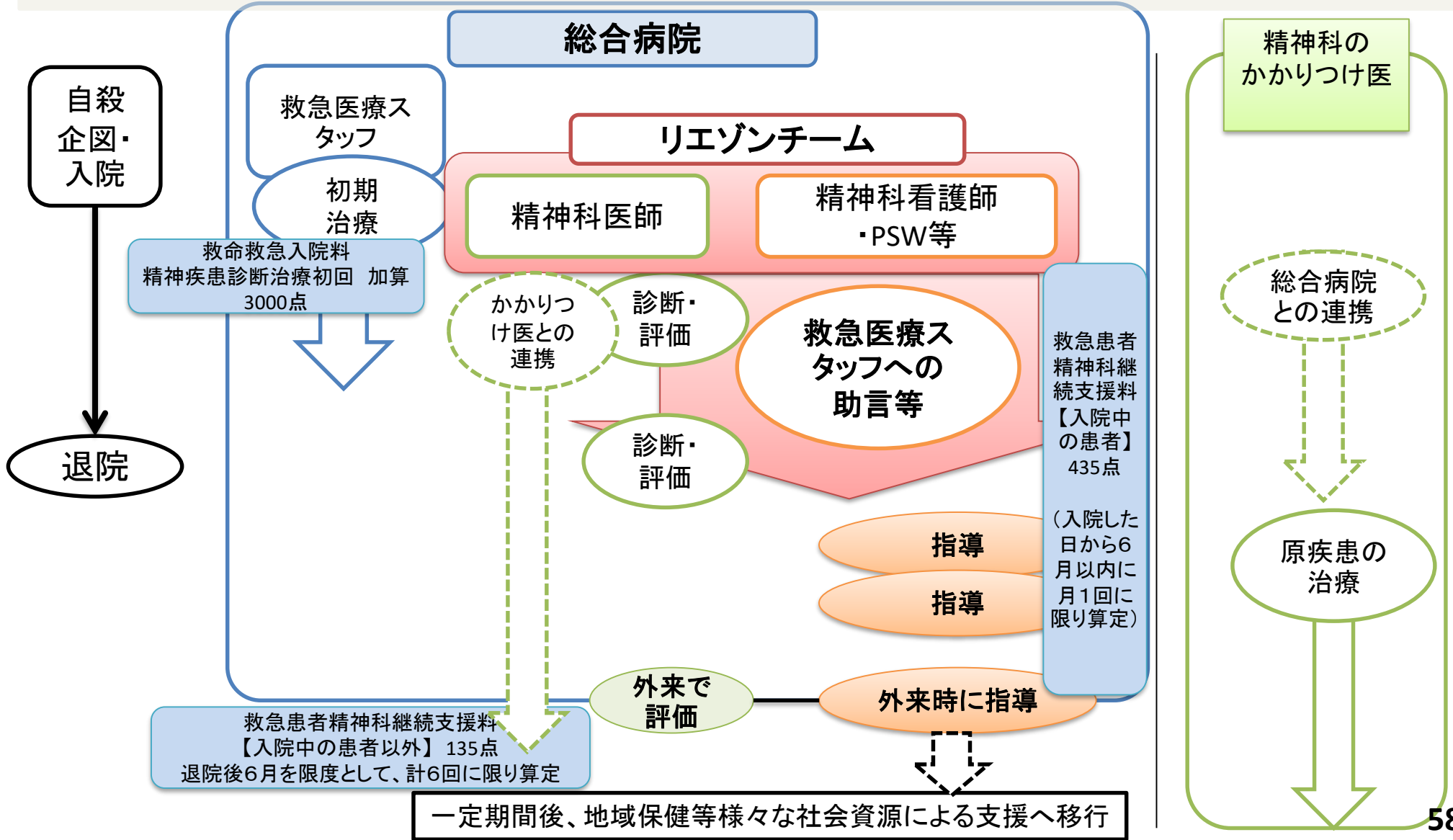
届出医療機関数	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
救急患者精神科継続支援料	2	26	35	41	51
算定件数	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
救急患者精神科継続支援料 入院中の患者	4	22	13	24	21
救急患者精神科継続支援料 入院中の患者以外	-	3	13	10	7

救急患者精神科継続支援料と算定状況と届出医療機関数の推移



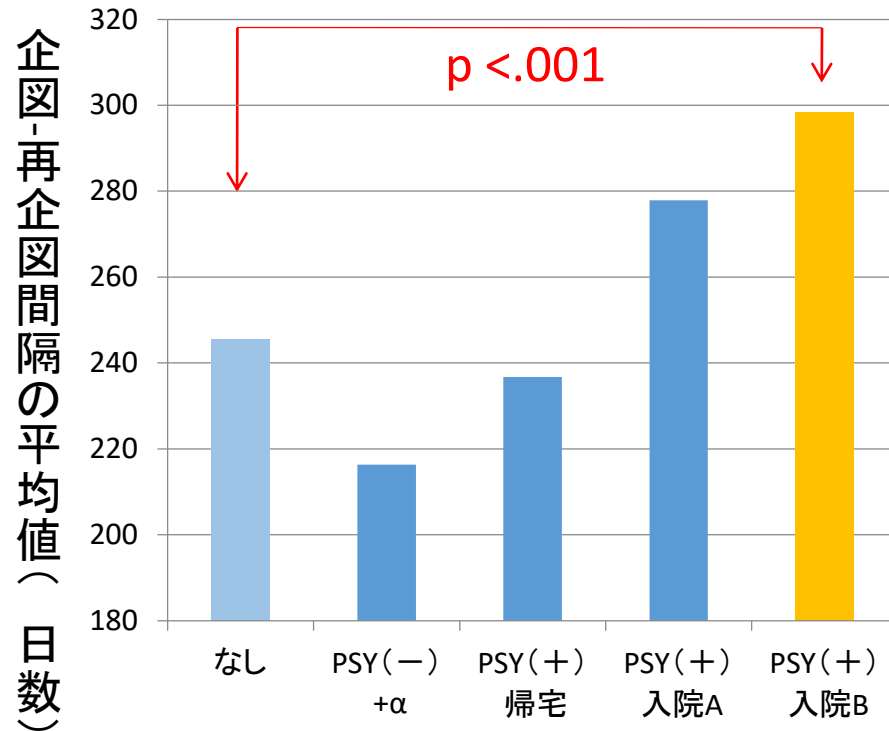
自殺企図者に対するチーム医療のイメージ

○総合病院のリエゾンチームの看護師等が、退院後も一定期間積極的な関わりを継続し、必要な指導を行うことにより、より効果的な管理が可能となる。



自殺死亡を減らすための取組について

- 自殺企図患者に対する介入により、自殺の企図・再企図の間隔は有意に増加した。
- 精神科対応のみで帰宅した場合と比較して、面接が2回実施された群で企図・再企図間隔が延長する傾向があり、さらに、面接が3回実施された群では有意な延長効果が確認された。



等分散性の検定

企図-再企図間隔

Levene 統計量	自由度1	自由度2	有意確率
0.471651	4	891	0.756584

分散分析

企図-再企図間隔

	平方和	F値	有意確率
グループ間	510450.6	2.834444	p < .05
グループ内	40114700		
合計	40625151		

一元配置分散分析

最小有意差法

対照群「精神科未介入」

救急医の指導あり

精神科対応にて帰宅

介入あり(面接2回まで)

介入あり(面接3回以上)

	平均値の差	標準誤差	有意確率
救急医の指導あり	29.2	51.5	0.57
精神科対応にて帰宅	8.77	22.1	0.69
介入あり(面接2回まで)	-32.3	18.0	0.07
介入あり(面接3回以上)	-52.9	19.8	p < .001

自殺死亡を減らすための取組について

- 自殺未遂患者への対応には手引きが定められている。
- 手引きにおいては、現場でのフローチャートが定められ、精神医学的評価と精神科関連ソーシャルワークや精神保健福祉士等の役割についても明記されており、それらを併せて行うことが想定されている。

自殺未遂患者ケアの目標

1. 身体的および精神医学的評価および治療
2. 自殺の再企図防止

- (1) 動機になりうる心理社会的な問題を抱えていたら、本人または家族や支援者をソーシャルワーカーあるいは病院事務に紹介する。
- (2) ソーシャルワーカーが不在の場合は、精神保健福祉センター、保健所、関連の相談窓口などを紹介する。

VII) 退院時までに行うこと

- Line 1 救急車から救急センター事務へ連絡
- Line 2 救急車と連絡
- Line 3 救急外来搬入
- Line 4 バイタルサイン確認・ABC
- Line 5 検査
- Line 6 治療・処置
- Line 7 身体的評価
- Line 8 精神医学的評価
- Line 9 最終判断
- Line 10 帰宅・ICU・精神病棟
- Line 11 入院継続・後方移送



自殺未遂患者への対応

救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き

日本臨床救急医学会
平成 21 年 3 月

自殺未遂者への対応
救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き
日本臨床救急医学会(平成21年3月)

自殺対策等に係る課題と論点

【孤独孤立等に伴う精神的な疾病や早期の自殺対策について】

- ・ 精神的な課題を有する方が医療につながりにくいとの問題意識から、メンタルヘルスの問題をプライマリケアの中で取り扱う枠組みとして、WHOはintegrating mental health into primary careという概念が、英国ではBringing together physical and mental healthという概念が提唱されている。
- ・ 働き盛りのうつ自殺予防対策として「富士モデル事業」が実施されており、自殺と関係の深いうつ病の早期発見・早期治療システムの構築を行っている。
- ・ 具体的には、不眠の症状からうつ病の気づきを促す「睡眠キャンペーン」と、不眠が継続している働き盛り世代男性をかかりつけ医・産業医から必要に応じて精神科医へとつなげる「紹介システム」の2本の柱から成り立っている。
- ・ 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」(日本医師会)等、自殺予防等に関連した各種研修が実施されている。

【救急現場における自殺対策について】

- ・ 救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者を、患者等からの情報等に基づき、精神保健指定医等が診断・治療を行った場合の評価が平成20年度診療報酬改定において新設された。
- ・ 精神自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価として、救急患者精神科継続支援料が平成28年度診療報酬改定において新設された。
- ・ 自殺企図患者に対して、精神科対応が行われると、精神科対応が行われなかった群に比べて、自殺の企図・再企図の間隔は増加する傾向にあり、さらに、面接が3回実施された群で有意な効果が確認された。
- ・ 自殺未遂患者への対応には「救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」が、現場でのフローチャートとして、精神医学的評価と精神科関連ソーシャルワークや精神保健福祉士等の役割についても明記されており、それらを併せて行うことが想定されている。



- かかりつけ医等を通じ、孤独孤立に伴う精神的な疾病等に対し、普段からの関係構築や、その連携を踏まえた診療を実施することに係る評価について、自殺予防の観点も踏まえつつ、どのように考えるか。
- 救急現場における自殺企図者に対する精神科医による診断・治療介入と、その後の継続的な支援をさらに適切に実施していく観点から、その評価の在り方について、どのように考えるか。