

個別事項(その14)

生活習慣病対策

生活習慣病対策に係る中医協総会等における主なご意見

<令和5年6月21日 中医協総会 外来について（その1）>

- 医科歯科連携による治療効果の改善がエビデンスとしても示されており、こうした連携を深めていくべき。
- 生活習慣病の管理をどういった形で評価していくのか、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料の対象となっている患者像を分析し、議論を深めていく必要がある。「計画的な管理」を評価している地域包括診療加算と特定疾患管理料が併算定できることも踏まえ、単純に加算を新設するといった発想ではなく、既存のかかりつけ医機能の評価について体系的に整理すべき。

<令和5年9月27日 中医協基本問題小委員会・総会>

- コロナ禍で定期的な受診ができなかった状況で、糖尿病の悪化がみられたというデータもあるため、定期的にしつかりした診療を受けられるようにすることが重要ではないか。
- 特定疾患療養管理料における医療法改正による書面交付への対応、生活習慣病管理料における療養計画書の見直しについては、医療の質・患者の負担・効率性の視点で更なる検討が必要である。
- 高血圧、糖尿病、脂質異常のいずれも再診患者のかなり多くに外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定が極めて少ない実態を考えると、かかりつけ医機能をどの診療報酬項目で評価すべきなのかを体系的に整理すべき時期に来ているのではないか。

<令和5年11月10日 中医協総会>

- 生活習慣病について、月2回以上の受診に対する評価について見直すべき。症状が安定している場合、2～3か月に1回の受診という形態も、適切な治療計画のもと、普及させていくべき。また、リフィル処方箋の活用も推進すべき。
- 受診回数減少や処方期間の長期化について、これはコロナ流行下という状況において行われたことを理解する必要がある。
- 2～3ヶ月に1回の診療でよいという意見があるが、3月に1回の受診ではコントロールが難しい。生活習慣病の管理は1ヶ月に1回が基本ということを認識していただく必要がある。
- 医療情報プラットフォームの構築に向けた取組を推進していく観点が重要。

<令和5年11月22日 中医協総会>

- リフィル処方箋は周知に課題がある状況であり、医療機関・薬局においても活用について掲示等の対応を進めるべき。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）>

- 生活習慣病の管理について看護師による療養指導、多職種連携を評価する仕組みを検討すべきとの指摘があった。
- 生活習慣病管理料の療養計画書について見直しが必要との指摘があった。
- データ提出について、最終的に過不足がなく、現場の負担にも配慮した情報管理としてほしい、との指摘があった。

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

1-1. 概要

1-2. 書面交付と医療DXについて

1-3. 疾病管理（受診頻度とリフィル処方箋等）について

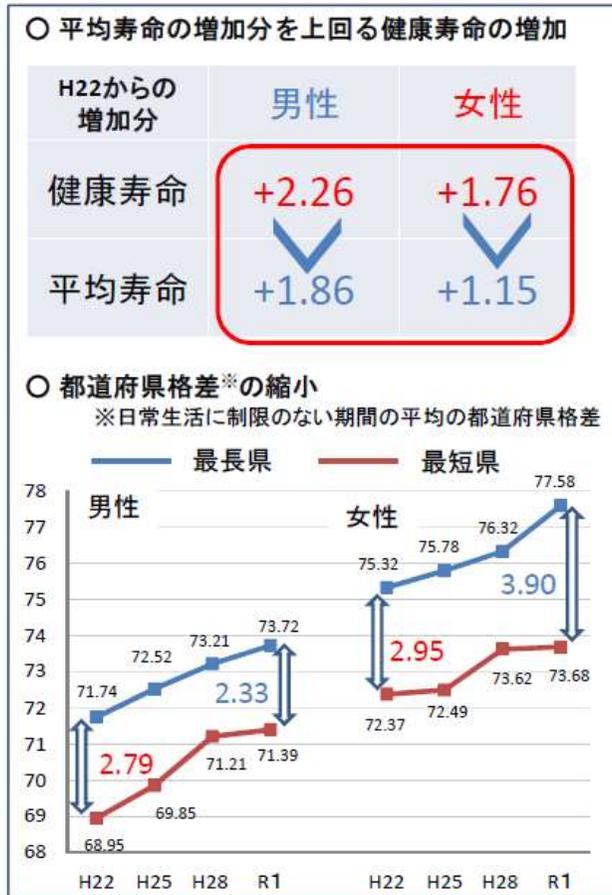
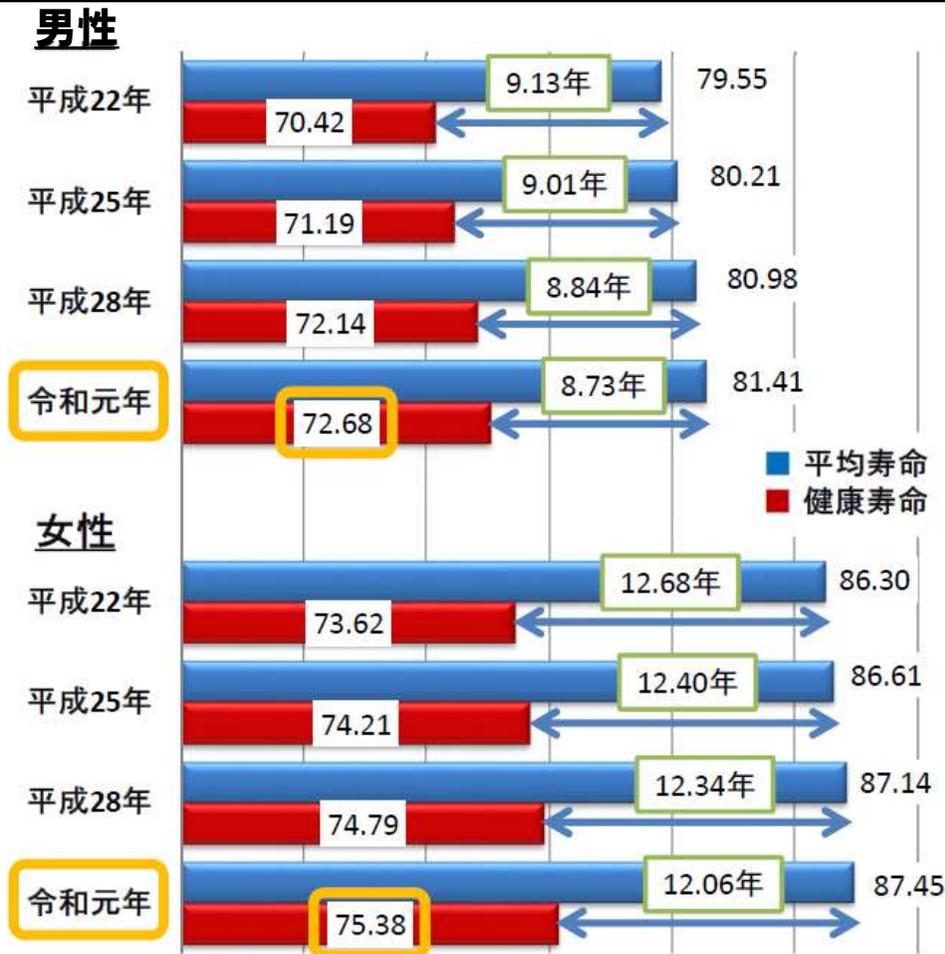
1-4. 疾病管理におけるエビデンスについて

2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

健康寿命と平均寿命の推移

- 平成22年から令和元年については、男女ともに、
 - ・平均寿命・健康寿命は延伸している。
 - ・平均寿命と健康寿命の差である不健康期間は短縮している。
 - ・健康寿命の地域間格差は男性で縮小している一方で、女性では拡大している。



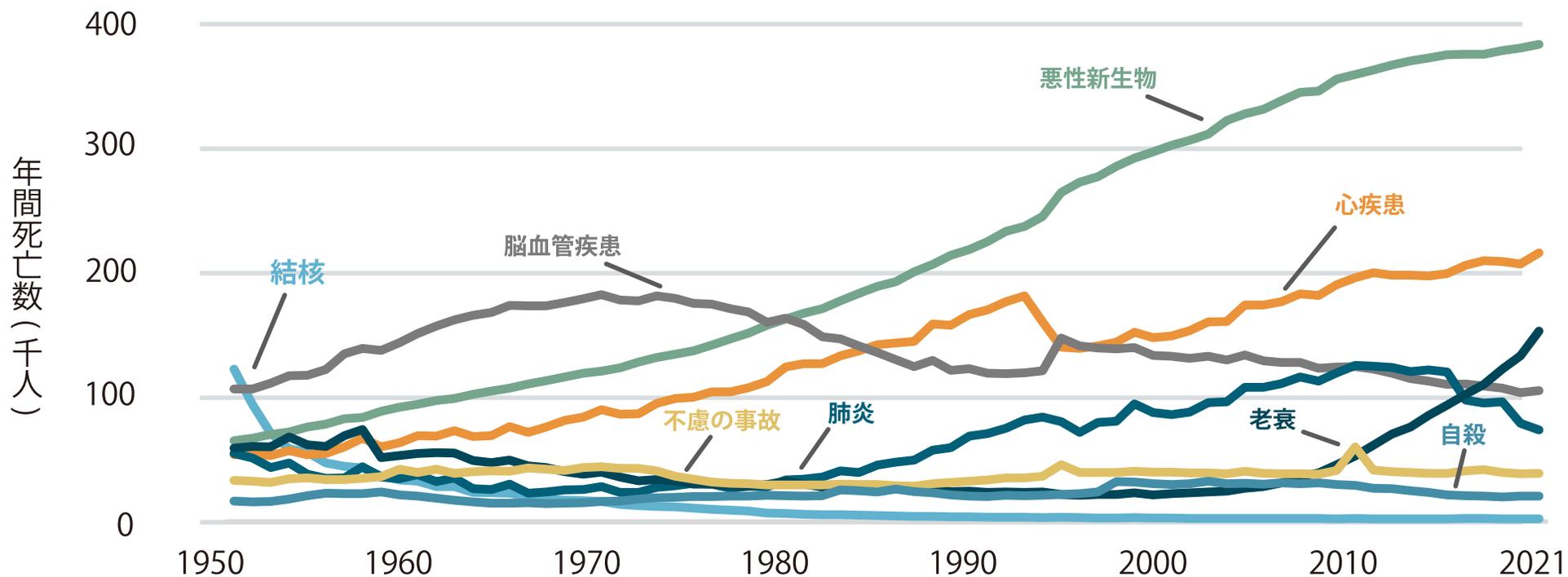
※厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」
「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」(研究代表者 辻一郎)において算出
■健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(令和4年度)
■健康寿命延伸プランの目標:健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(2016年比)、75歳以上とする(2040年)

○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」
「平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」
○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年人口動態統計」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年国民生活基礎調査」※
総務省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年推計人口」より算出
※平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。

死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

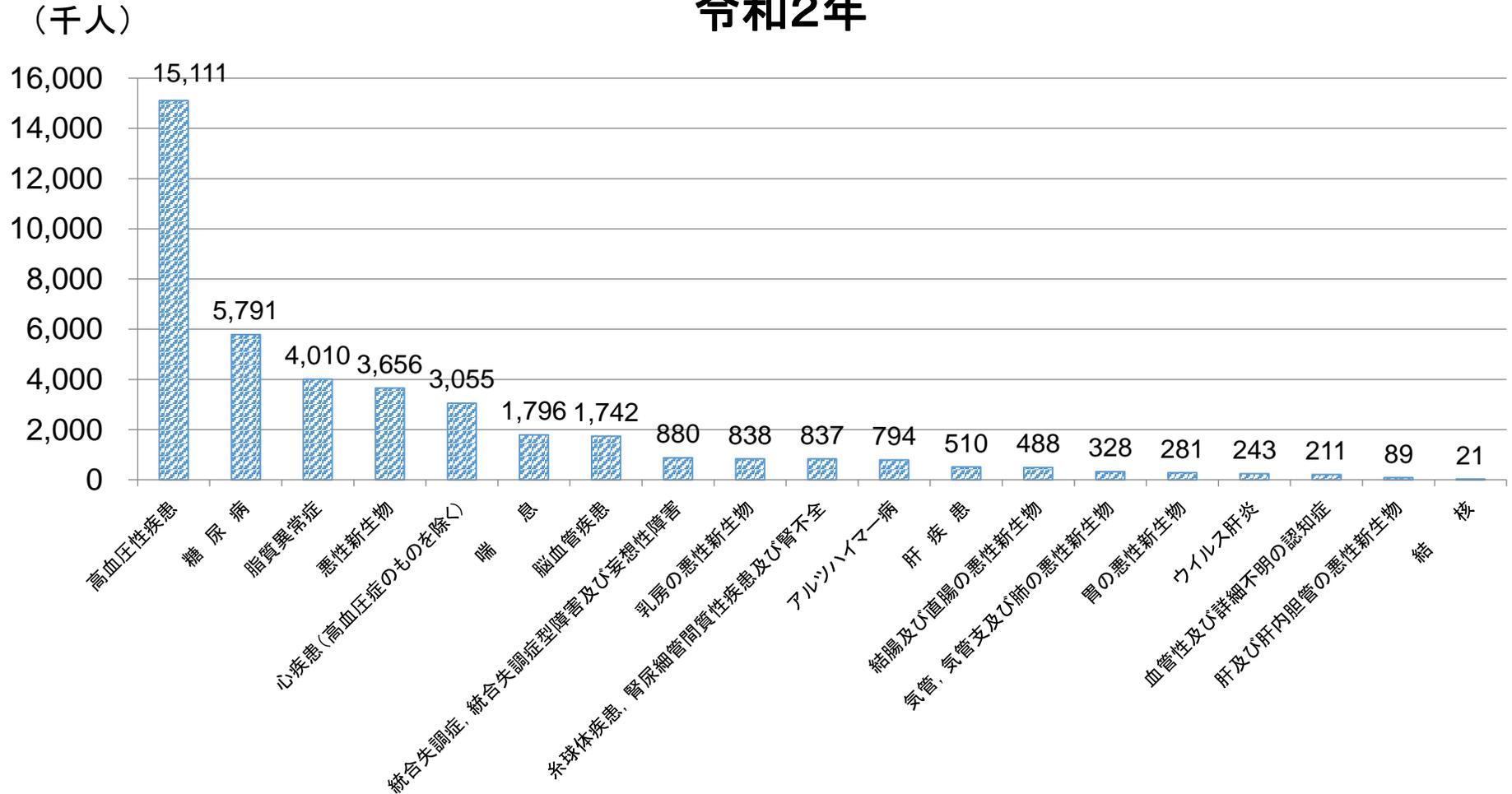
死因の推移



主な傷病の総患者数

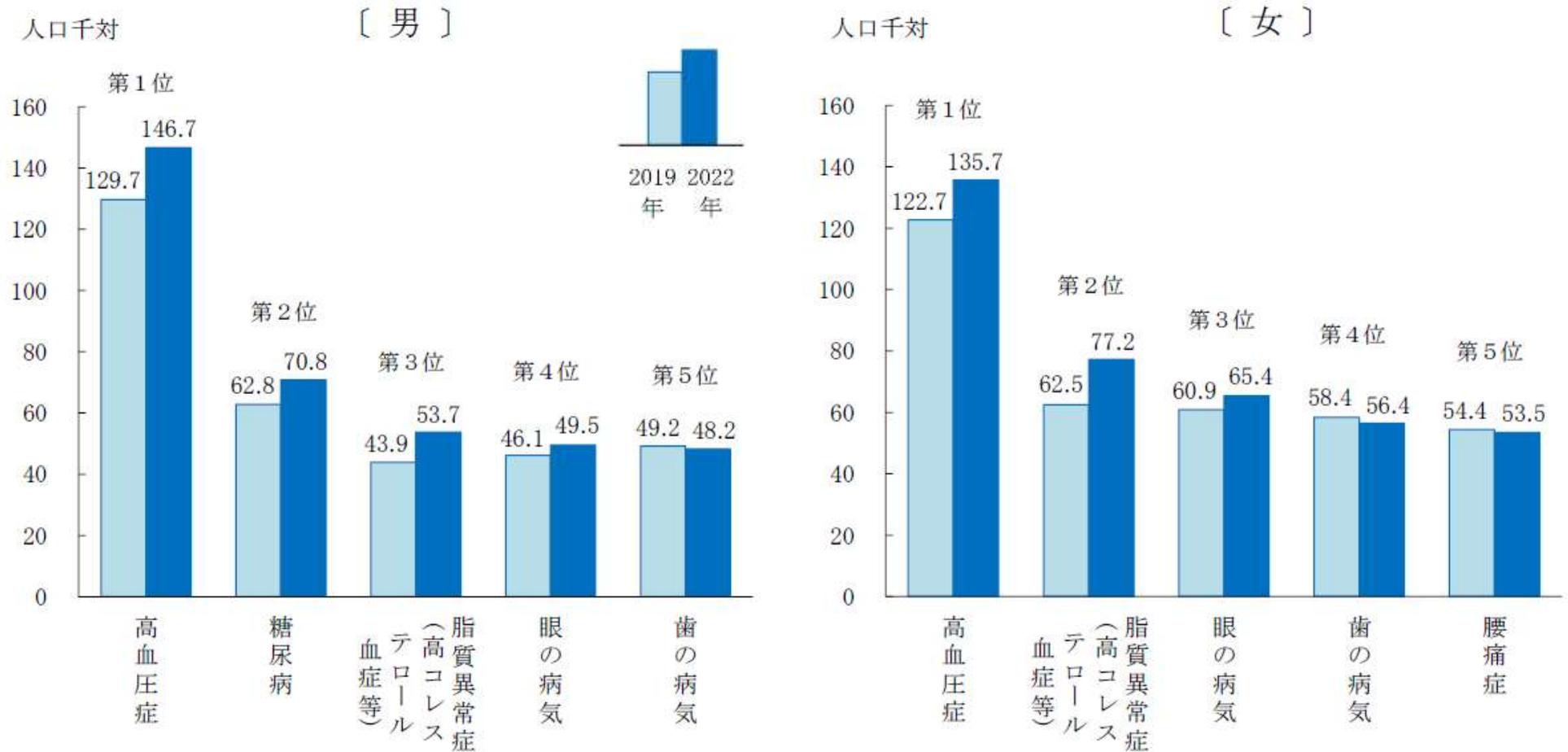
○ 主な傷病の総患者数を比較すると、高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症、悪性新生物、心疾患(高血圧症のものを除く)が上位を占める。

令和2年



通院者数の推移

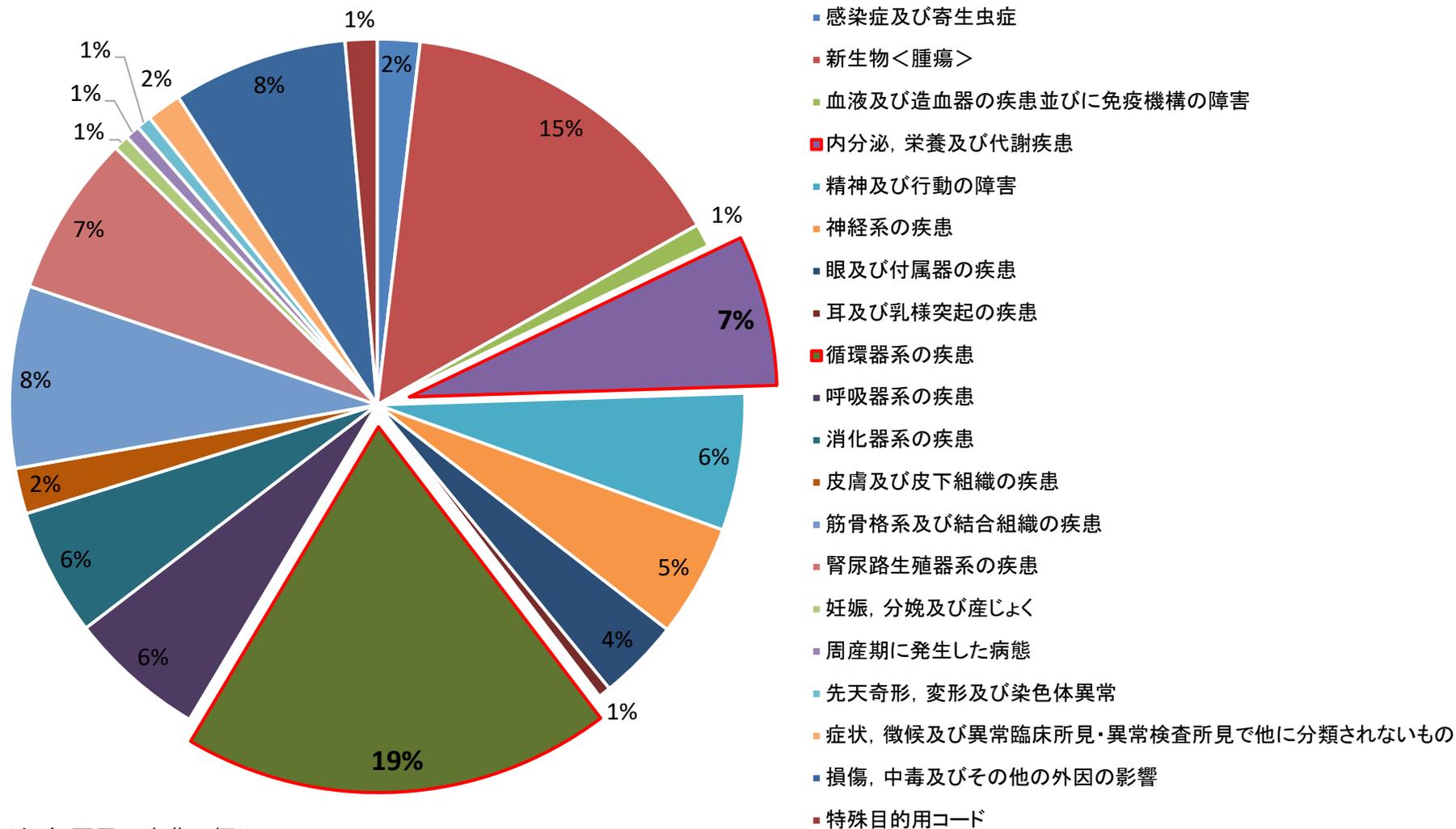
○ 傷病で通院している者〔通院者〕の上位3疾患は高血圧症、糖尿病、脂質異常症となっており、2019（令和元）年から2022（令和4）年にかけて通院者数は増加している。



傷病分類別の医科診療医療費

○ 医科診療医療費のうち、「内分泌、栄養及び代謝疾患」の医療費は全体の7%、このうち糖尿病は4%であった。「循環器系の疾患」は全体の19%、このうち高血圧性疾患は5%であった。

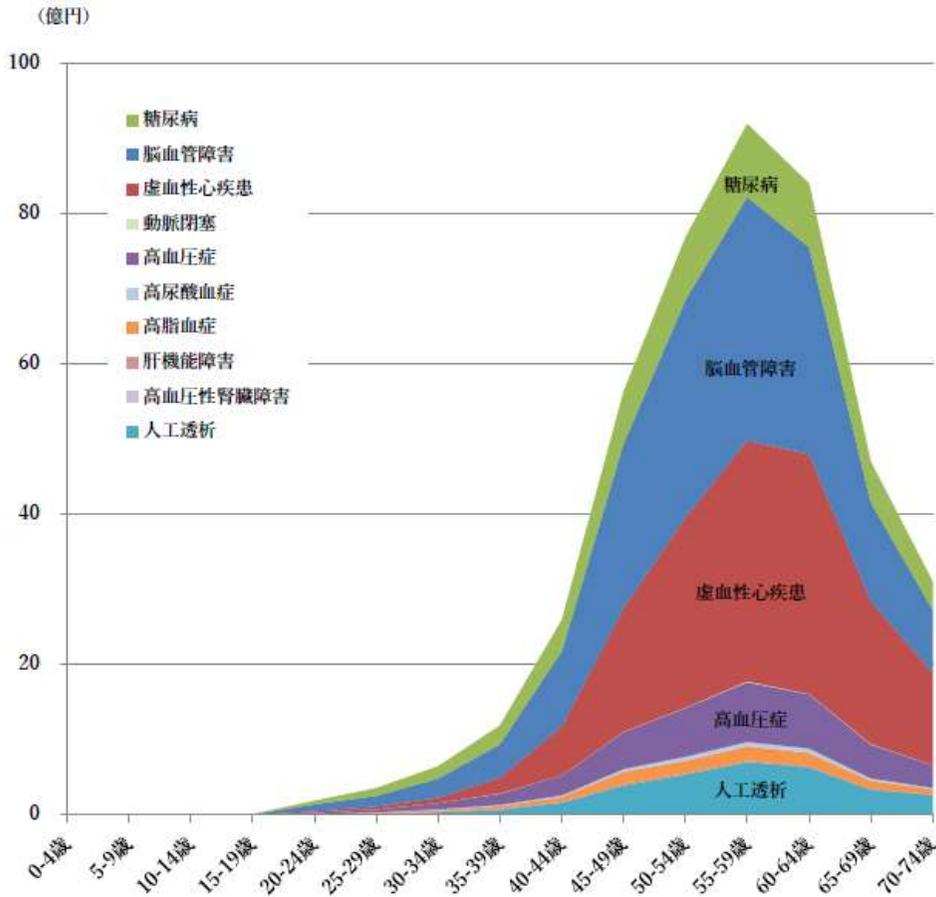
医科診療医療費



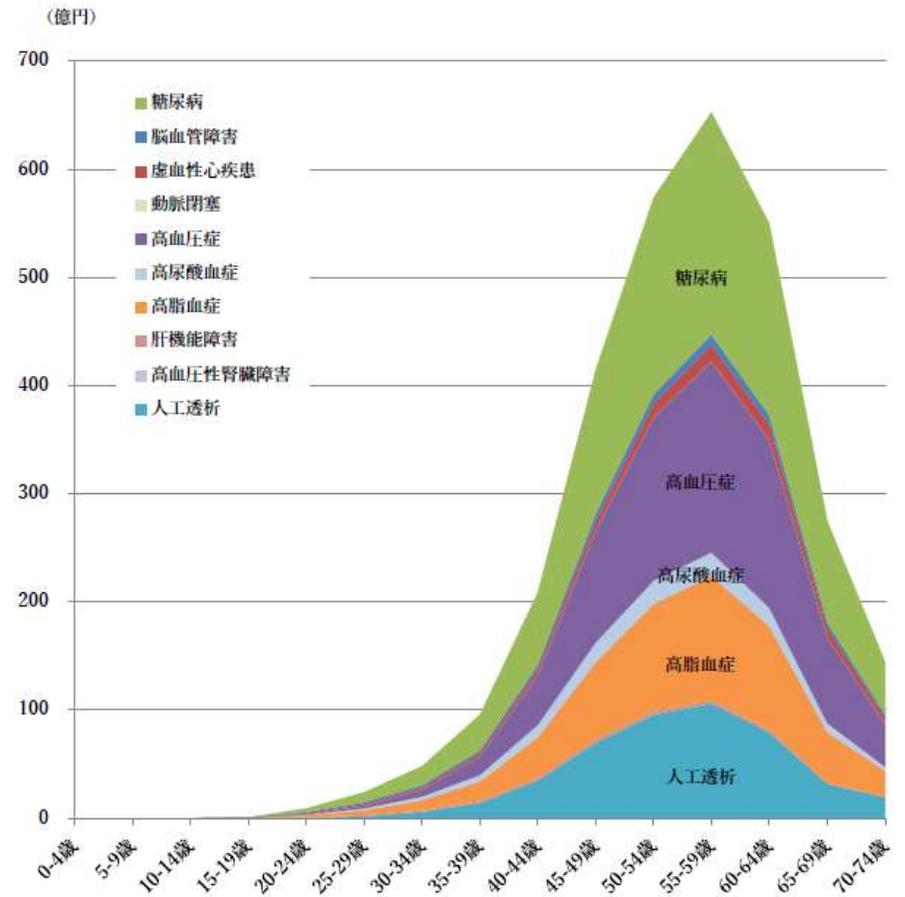
生活習慣病関連疾患の医療費

○ 生活習慣関連疾患の年齢階層別有病者数は55～59歳が最多であった。入院医療費については、55～59歳において、脳血管障害、虚血性心疾患、糖尿病の順に医療費が高かった。入院外医療費については、55～59歳において、糖尿病、高血圧症、高脂血症の順に医療費が高かった。

年齢階層別生活習慣関連 10 疾患医療費
【医科合計(入院)】



年齢階層別生活習慣関連 10 疾患医療費
【医科合計(入院外)】



生活習慣病によるリスク

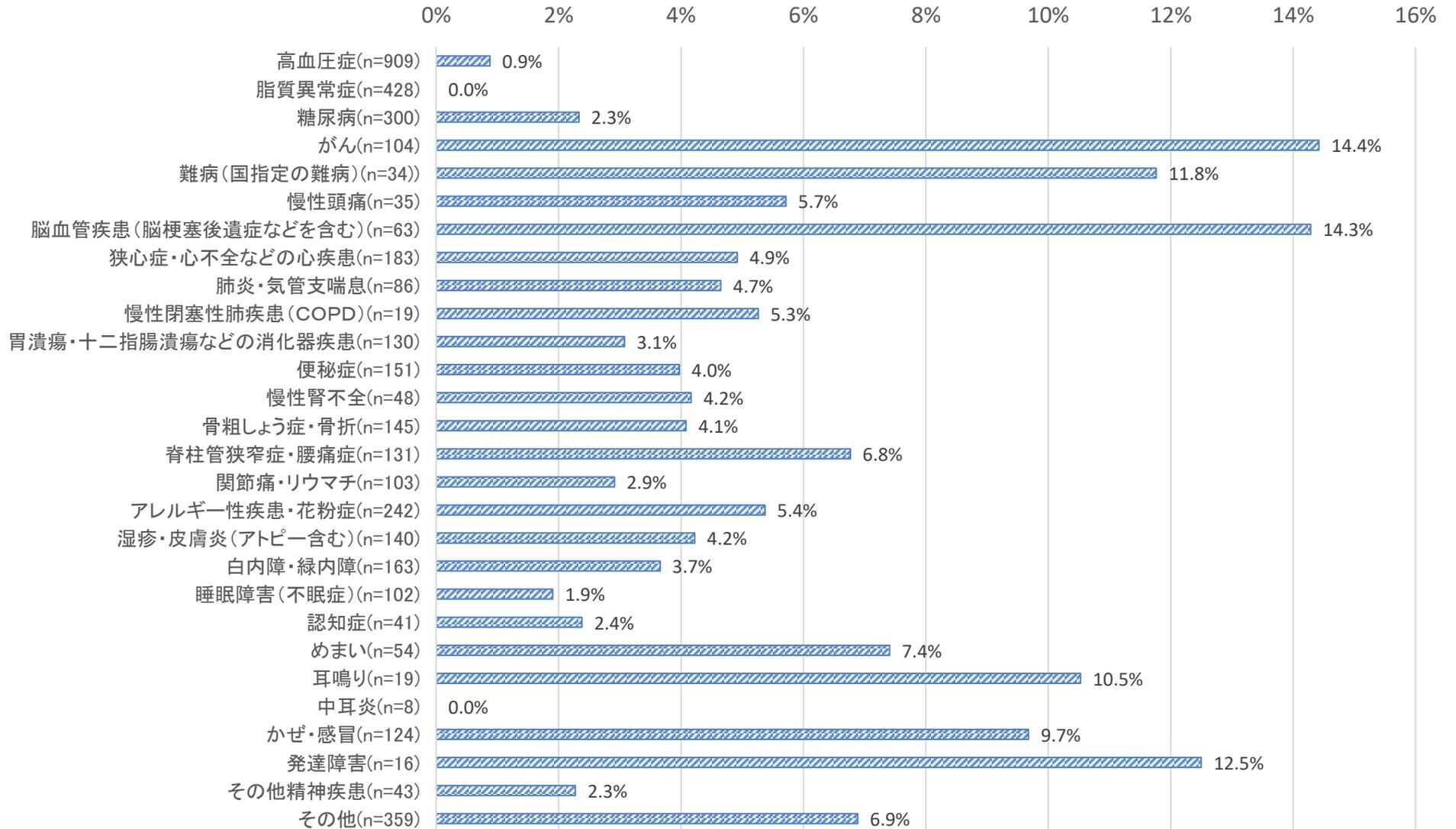
- 脳卒中・心臓病などの循環器病の危険因子には、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等があり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要である。

- 脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、平成 30(2018)年の人口動態統計によると、心疾患は死因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、年間 31 万人以上の国民が亡くなっている。また令和元(2019)年の国民生活基礎調査によると、循環器病は要介護の原因の 20.6%を占めており介護が必要となった主な原因の一つでもある。
- 循環器病の危険因子は、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症(特に高LDLコレステロール血症)、喫煙、糖尿病等があり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要である。
- 高血圧は循環器病の確立した危険因子であり、特に日本人では喫煙と並んで主な原因となることが示されている。循環器病の発症や死亡への寄与は、高血圧領域だけでなく、正常高値血圧と高値血圧(正常血圧と高血圧の間の領域)においても大きいことから、血圧レベルと循環器病の関連は少なくとも正常血圧領域までは低ければ低いほど望ましいと考えられ、40 歳から 80 歳代までの各年齢層で血圧と総死亡は正の関連を示している。
- 脂質異常症は虚血性心疾患(冠動脈疾患)の危険因子であり、国内外のコホート研究においてLDLコレステロール値の上昇に伴い冠動脈疾患の発症率や死亡率が上昇することが報告されているが、脳血管疾患については、LDLコレステロール値と出血性脳卒中に負の関連を示す報告がある一方、高LDLコレステロール血症はアテローム血栓性脳梗塞の発症リスクを高めることも報告されている。
- 糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要である。糖尿病腎症による新規透析導入患者数は令和3(2021)年で 15,271 人であり、糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人の中途失明の主要な要因でもあり、平成 27(2015)年に新たに身体視覚障害と認定された者の原因疾患の第3位(12.8%)に位置している。

疾病毎の複数医療機関受診割合（患者票）

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

○ 疾病に対して定期的(3か月に1回以上)に通院している医療機関が2以上の患者割合は以下のとおり。
高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については2以上の医療機関を受診している割合は0~約2%であった。



生活習慣病に係る評価の経緯

中医協 総－8
5 . 6 . 2 1

改定年度	項目	概要
平成14年度	生活習慣病指導管理料	(新設) 生活習慣病の治療・指導のための評価を新設。
平成18年度	生活習慣病管理料	(改編) 特に院外処方の場合の点数を引き下げ、療養計画書の記載内容を具体的に定める等の改定の上、「生活習慣病指導管理料」から改編。
平成20年度	糖尿病合併症管理料	(新設) 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対する、糖尿病足病変に関する指導の評価を新設。
	生活習慣病管理料	(要件見直し) 普及・拡大を目指し、点数の引き下げ、療養計画書の内容・頻度に係る要件の見直しを実施。
平成24年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病患者に対し、外来において透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設。
平成28年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病透析予防指導管理料に腎臓病期患者指導加算を追加。 (要件見直し) 保険者から保険指導を行う目的で情報提供依頼があった場合に協力する。
令和30年度	生活習慣病管理料	(要件見直し) 血圧の目標値の明確化、特定健診・保健指導との連携、学会等の診療ガイドライン等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすることを追加。
	高度腎機能障害患者指導加算	(名称変更・要件見直し) 「腎臓病期患者指導加算」から名称を改めるとともに、対象疾患拡大。
令和2年度	生活習慣病管理料	(要件見直し) 糖尿病患者に対する眼科受診勧奨、学会のガイドラインを踏まえ、歯科受診の状況確認を追加。
令和4年度	生活習慣病管理料	(包括範囲・評価・要件の見直し) 投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直し。 総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化。

糖尿病透析予防指導の評価

- 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、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、**糖尿病性腎症第2期以上の患者**(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。
- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

透析予防指導管理の対象拡大、質の高い人工腎臓等の評価の充実

- 糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期患者指導加算について、対象患者を拡大するとともに名称の見直しを行う。

現行	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
腎不全期患者指導加算	100点

[算定要件]

腎不全期(eGFRが30mL/min/1.73m²未満)の患者に対して医師が必要な指導を行った場合



改定後	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
(改)高度腎機能障害患者指導加算	100点

[算定要件]

eGFRが45mL/min/1.73m²未満の患者に対して医師が必要な指導を行った場合

- 夜間、休日に行われる人工腎臓や質の高い人工腎臓の評価を充実させる。

- ① 夜間、休日に人工腎臓を行った場合の評価を充実させる。

現行	
【人工腎臓】	
時間外・休日加算	300点

[算定できる場合]

入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合



改定後	
【人工腎臓】	
(改)時間外・休日加算	380点

- ② 著しく人工腎臓が困難な患者等に対して行った場合の評価を充実させる。

現行	
【人工腎臓】	
障害者等加算	120点



改定後	
【人工腎臓】	
(改)障害者等加算	140点

- ③ 長時間の人工腎臓に対する評価を新設する。

(新) 長時間加算 150点 (1回につき)

[算定要件]

通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有するものについて、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。

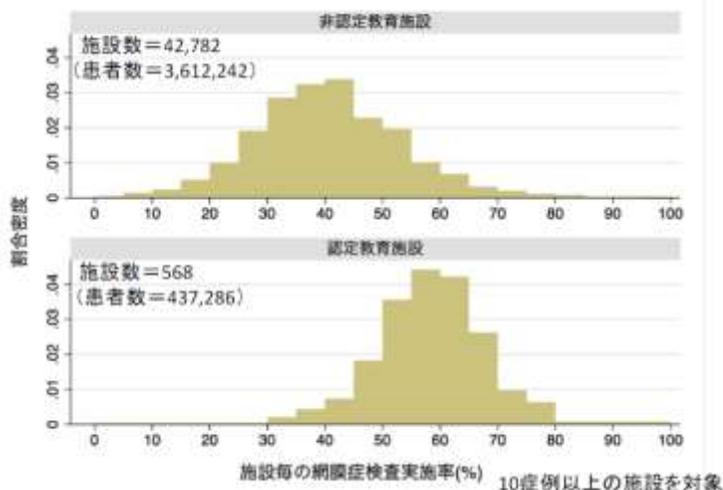
生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

- 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科の受診勧奨及び歯科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

- 生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する。
- 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に歯科受診の状況の記載欄を追加する。

(参考)

施設毎の網膜症検査実施率の分布
(施設認定有無別)



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

歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2016」(日本糖尿病学会)

- 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている。
- 歯周炎の重症度が高いほど血糖コントロールが困難になる。

「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」(2014年)
(日本歯周病学会)

- 重症の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する、あるいは耐糖能異常を生じる可能性がある。

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

- 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直す。

現行

【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点／1,175点
- ロ 高血圧症を主病とする場合 700点／1,035点
- ハ 糖尿病を主病とする場合 800点／1,280点

[算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬、注射及び病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。



改定後

【生活習慣病管理料】

- (改)** 1 脂質異常症を主病とする場合 **570点**
- 2 高血圧症を主病とする場合 **620点**
- 3 糖尿病を主病とする場合 **720点**

[算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った**医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用**は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

算定要件の見直し

- 生活習慣に関する総合的な治療管理については、多職種と連携して実施しても差し支えないことを明確化する。また、管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

現行

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。



改定後

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。**この場合において、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。**
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。
(削除)

生活習慣病の診療の評価について

中医協 総-8
5.6.21

	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	570~720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、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	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。<u>この場合、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の他職種と連携して実施しても差し支えない。</u> 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録。 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、 <u>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、注射、病理診断</u>		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	

生活習慣病管理料

B001-3 生活習慣病管理料

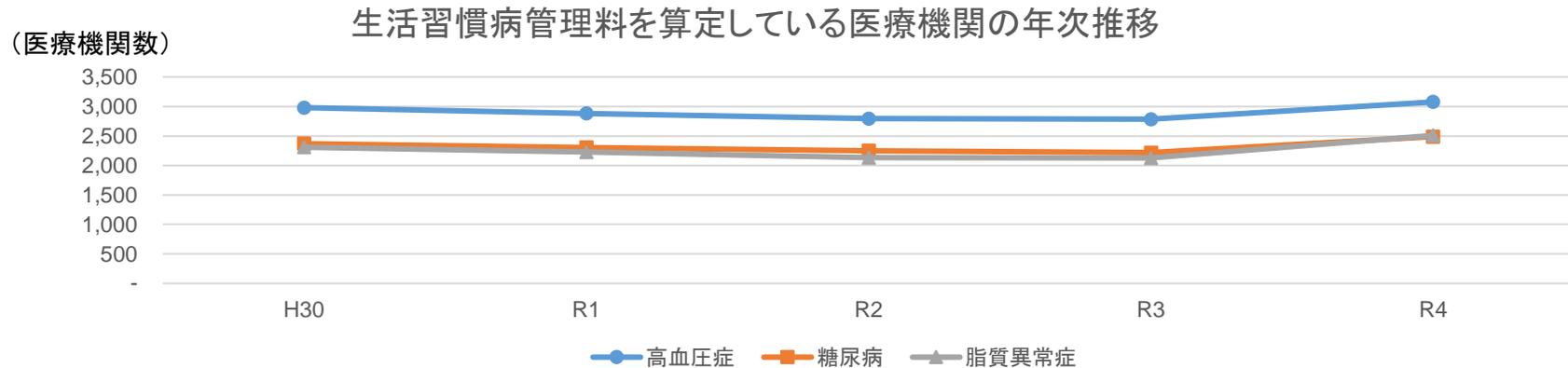
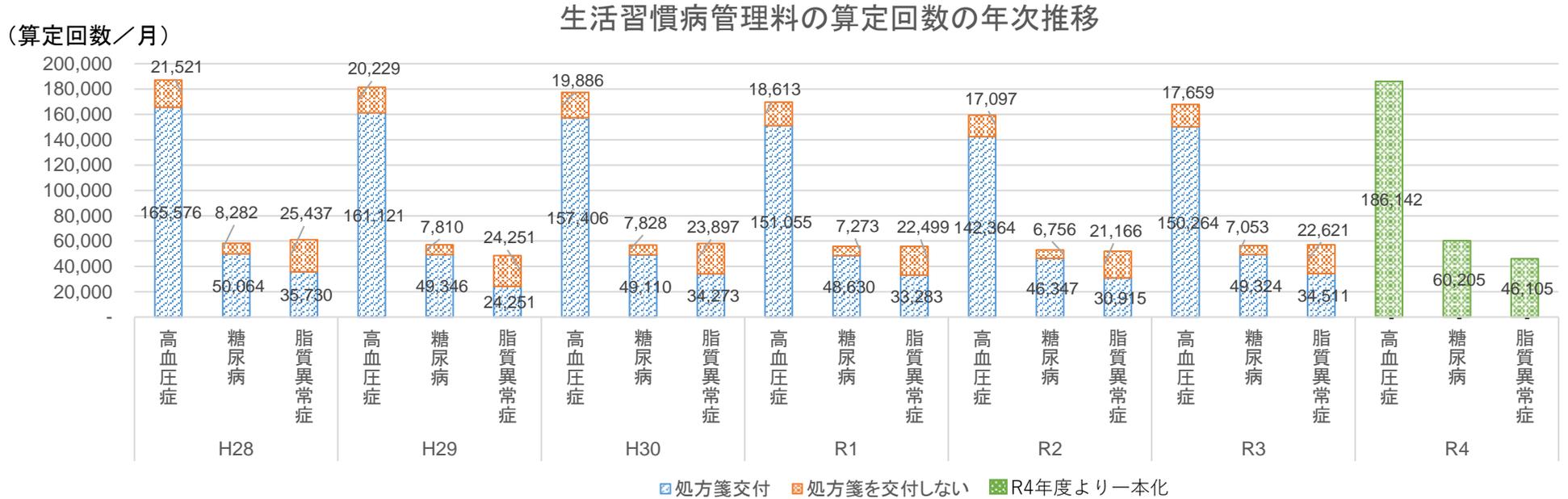
1 脂質異常症を主病とする場合	570点
2 高血圧症を主病とする場合	620点
3 糖尿病を主病とする場合	720点

<留意事項通知(抜粋)>

- (1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、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、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
- (2) **生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。)**により丁寧に説明を行い、**患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。**また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。
- (3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等(「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- (4) **生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。**
- (5) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供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に係る療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。)を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。
- (6) 当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。
- (7) 同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、生活習慣病管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができるものとする。
- (8) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。
- (9) **学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。**
- (10) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認し療養計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。
- (11) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。

生活習慣病管理料の算定状況

○ 生活習慣病管理料の算定回数は高血圧症・糖尿病については令和3年から令和4年にかけて増加しているが、脂質異常症については令和3年から令和4年にかけて減少している。

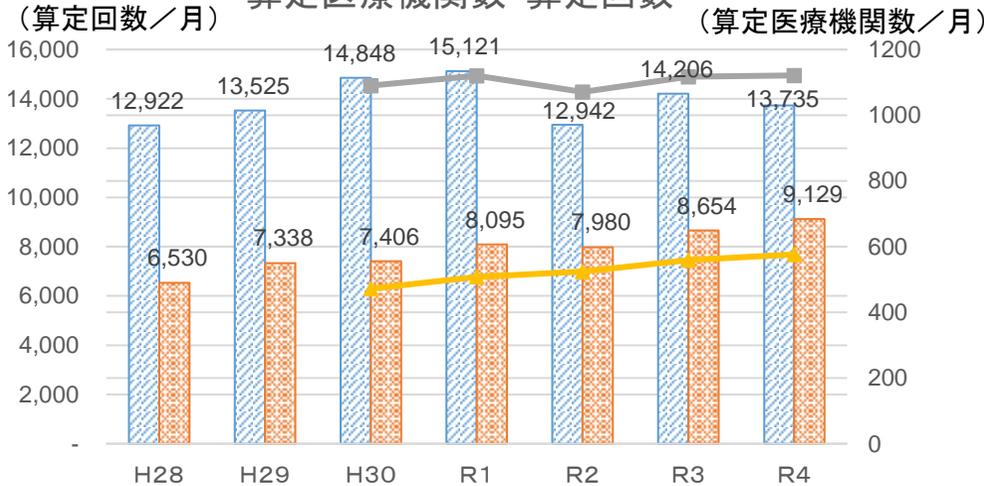


糖尿病・腎機能障害の管理に係る報酬の算定状況

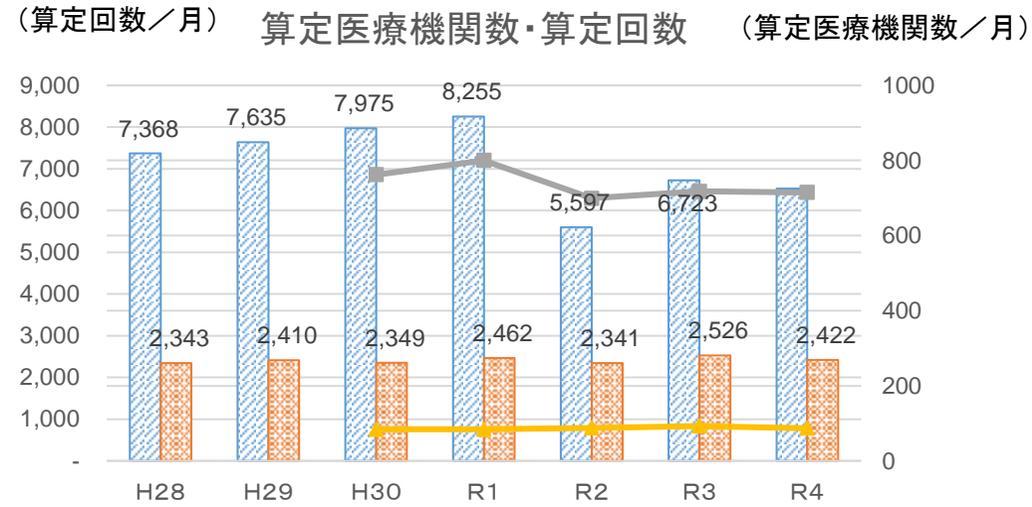
中医協 総-8
5.6.21改

○ 糖尿病・腎機能障害の管理に係る報酬の算定回数はいずれも平成28年から令和元年にかけては増加傾向であるが、令和2年には特に病院における算定医療機関数・算定回数が減少し、以降横ばいで推移している。

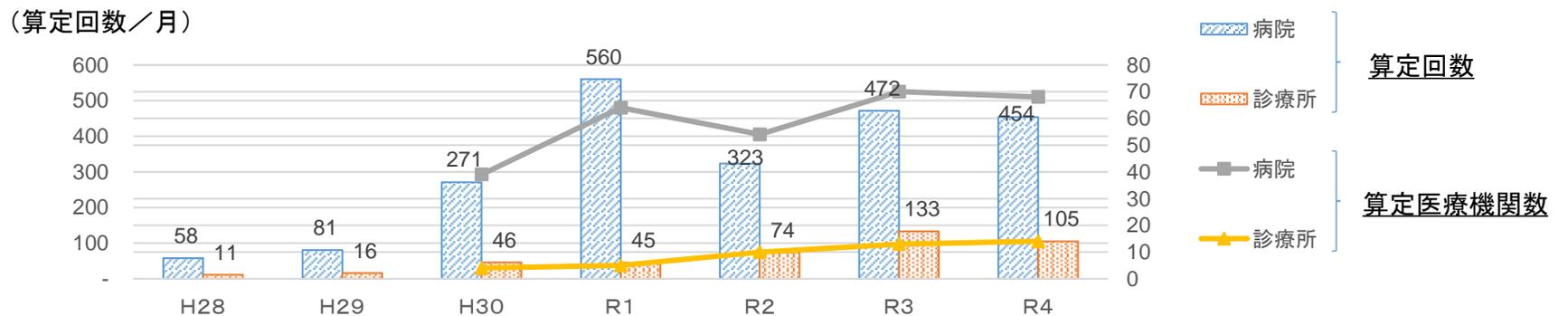
糖尿病合併症管理料
算定医療機関数・算定回数



糖尿病透析予防指導管理料
算定医療機関数・算定回数



高度腎機能障害患者指導加算
算定医療機関数・算定回数

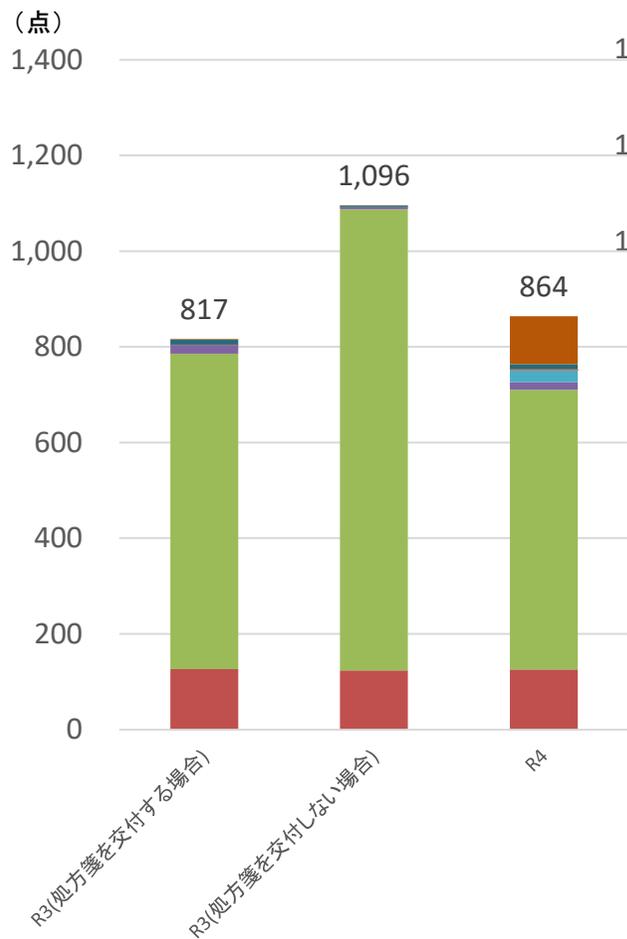


出典：H28～29年は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、H30～R4年はNDBデータ（各年5月診療分）

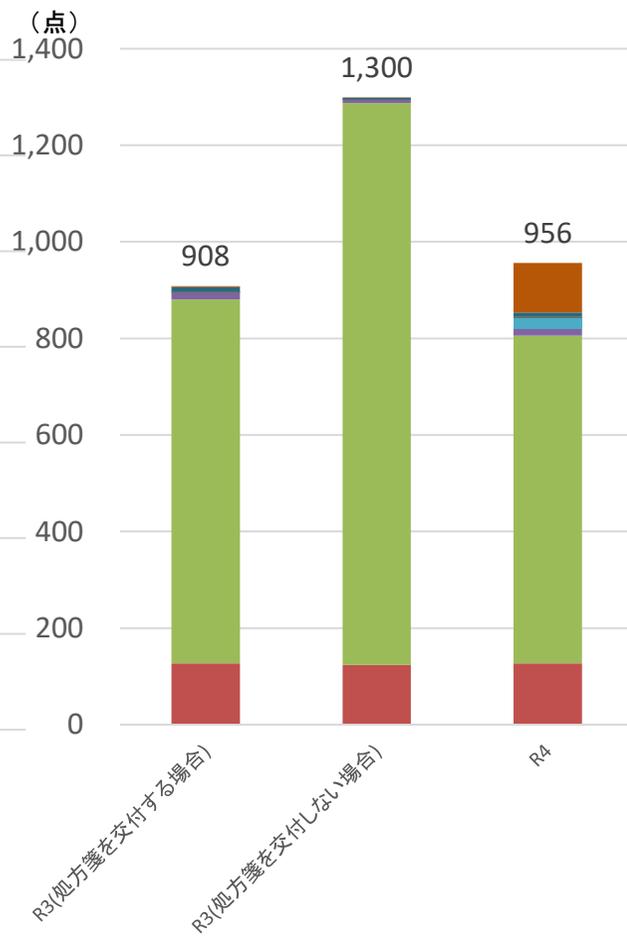
生活習慣病管理料に係る診療費の内訳

- 生活習慣病管理料の算定日における診療費(平均)の内訳は以下のとおり。
- 令和4年度診療報酬改定後において、「投薬」に係る費用が増加している。

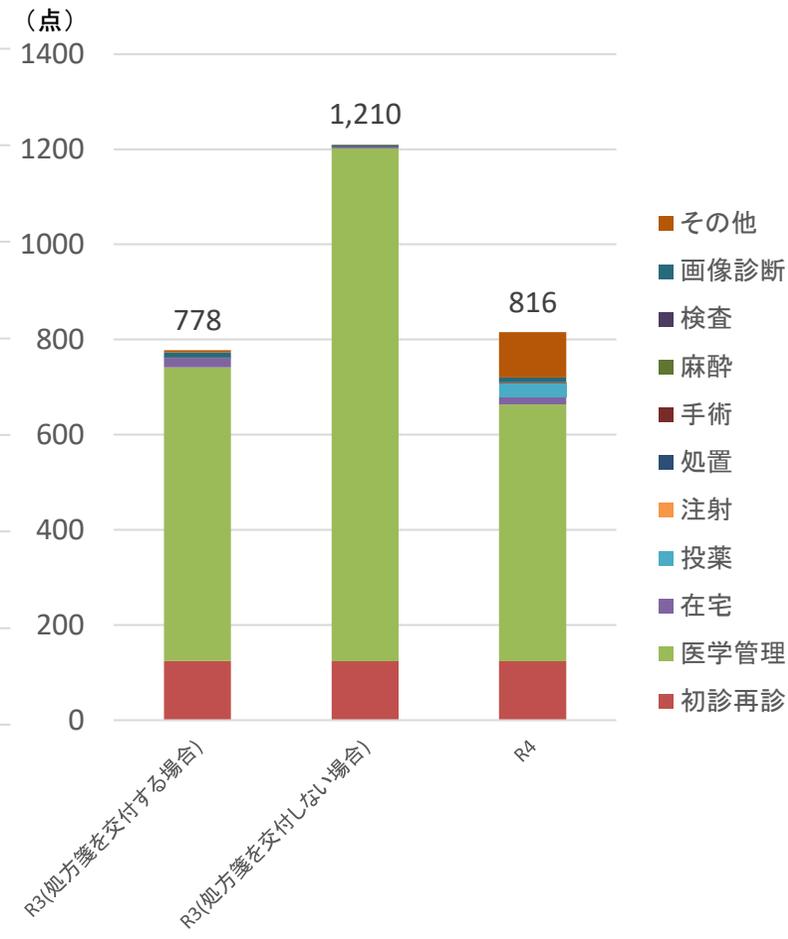
高血圧を主病とするもの



糖尿病を主病とするもの



脂質異常症を主病とするもの



- その他
- 画像診断
- 検査
- 麻酔
- 手術
- 処置
- 注射
- 投薬
- 在宅
- 医学管理
- 初診再診

生活習慣病に係る外来受診実人数

診調組 入-5
5.10.5改

- 生活習慣病にかかる外来受診患者数は以下のとおり。
- 脂質異常症、高血圧、糖尿病それぞれについて、特定疾患療養管理料を算定している患者が約7～8割であり、生活習慣病管理料を算定している患者は約1%であった。

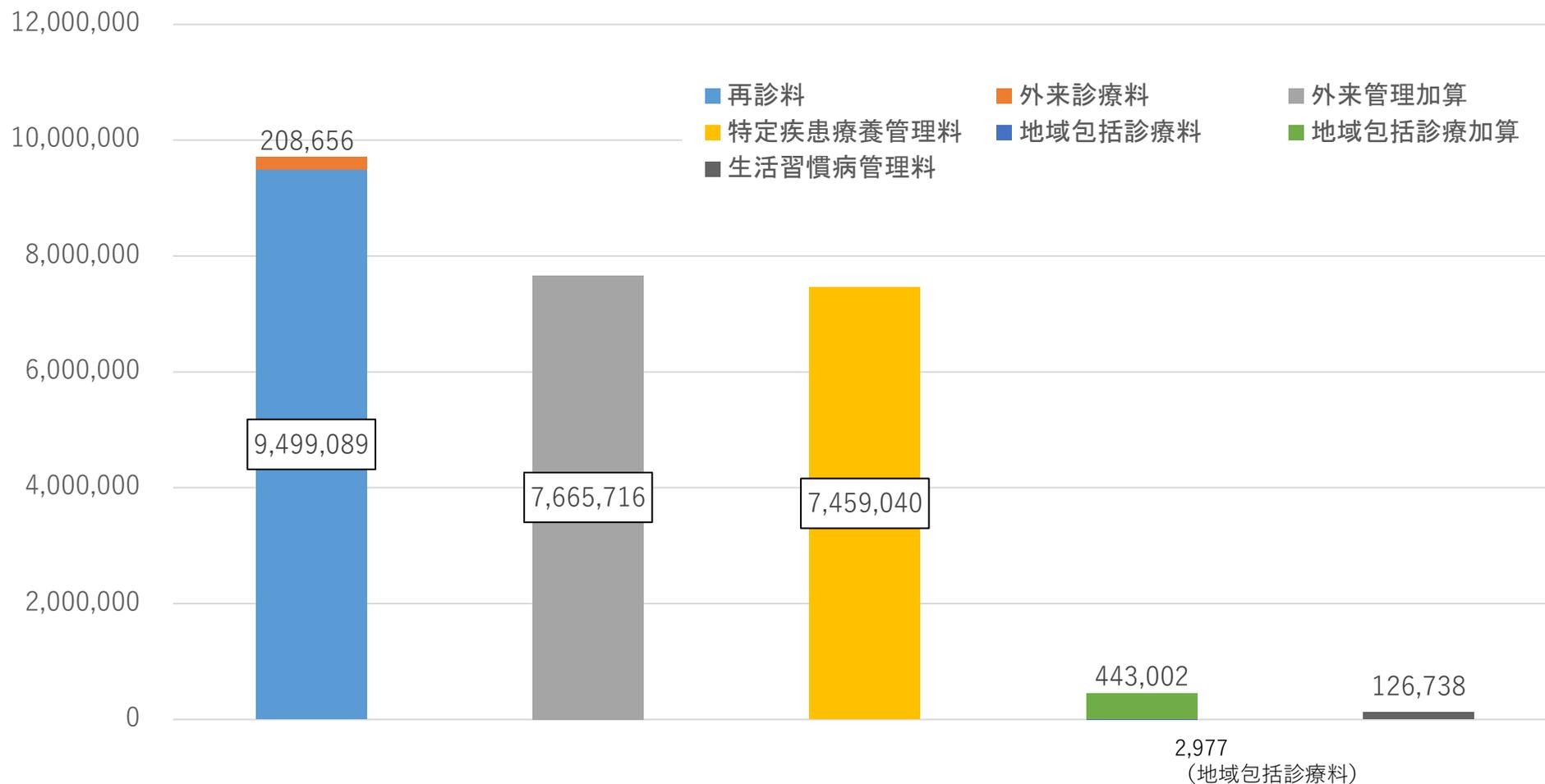
令和5年5月1か月間の外来患者の実人数 (令和5年5月1か月間の実人数)	件数	平均値	平均値 の割合	25%tile値	50%tile値	75%tile値
01 脂質異常症を主病とする患者の概ねの人数	427	110.6	-	0.0	34.0	131.0
02 01のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	427	1.4	1.3%	0.0	0.0	0.0
03 01のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	427	92.3	83.5%	0.0	20.0	102.5
04 高血圧を主病とする患者の概ねの人数	430	261.4		0.0	131.0	352.8
05 04のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	430	4.0	1.5%	0.0	0.0	0.0
06 04のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	430	206.0	78.8%	0.0	89.5	295.5
07 糖尿病を主病とする患者の概ねの人数	428	124.7		0.0	34.5	126.3
08 07のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	428	1.3	1.1%	0.0	0.0	0.0
09 07のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	428	90.5	72.5%	0.0	20.0	100.0

高血圧患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が高血圧である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が高血圧の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数

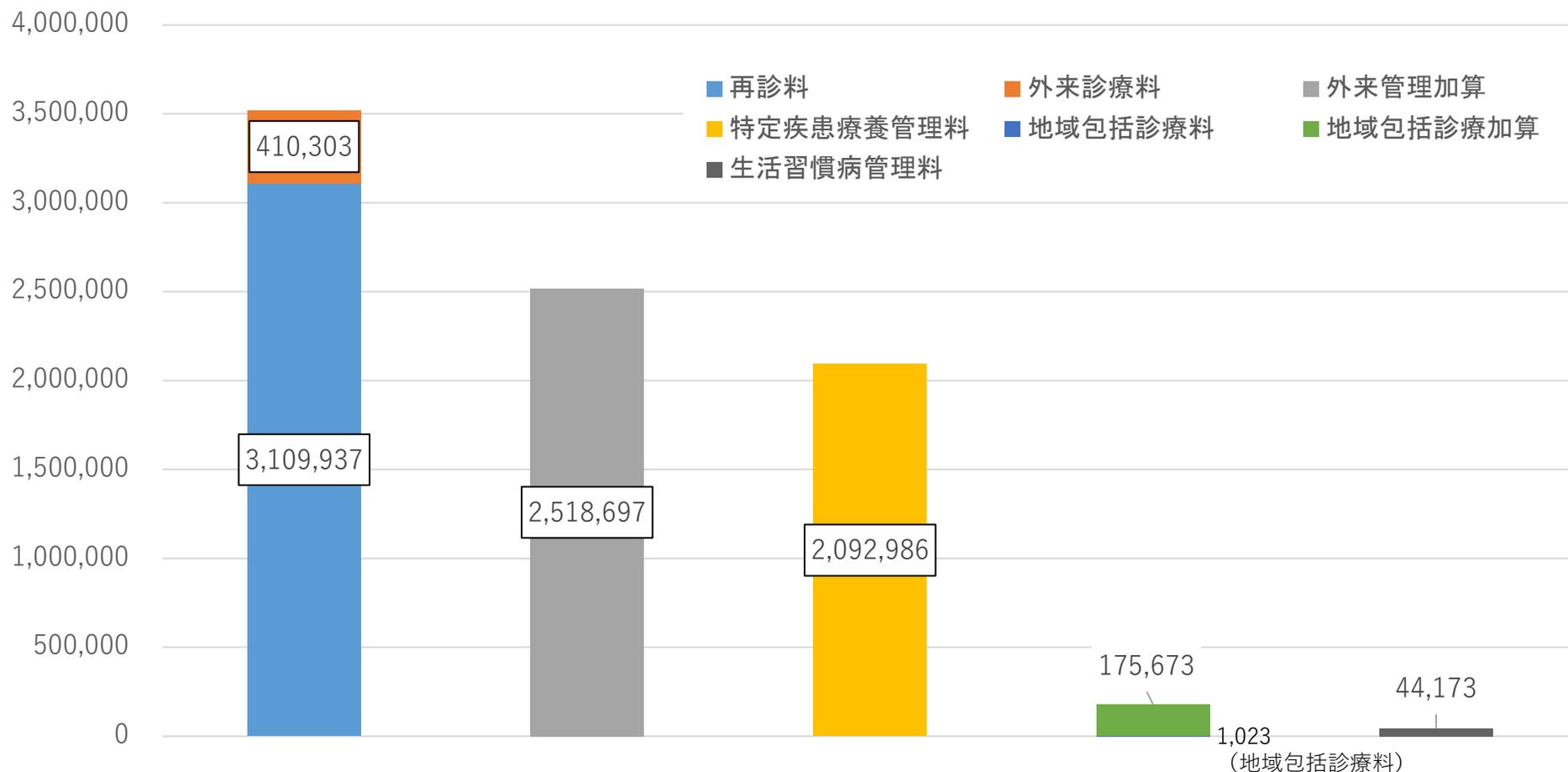


糖尿病患者の外来診療における算定状況

診調組 入 - 1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が糖尿病である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が糖尿病の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数

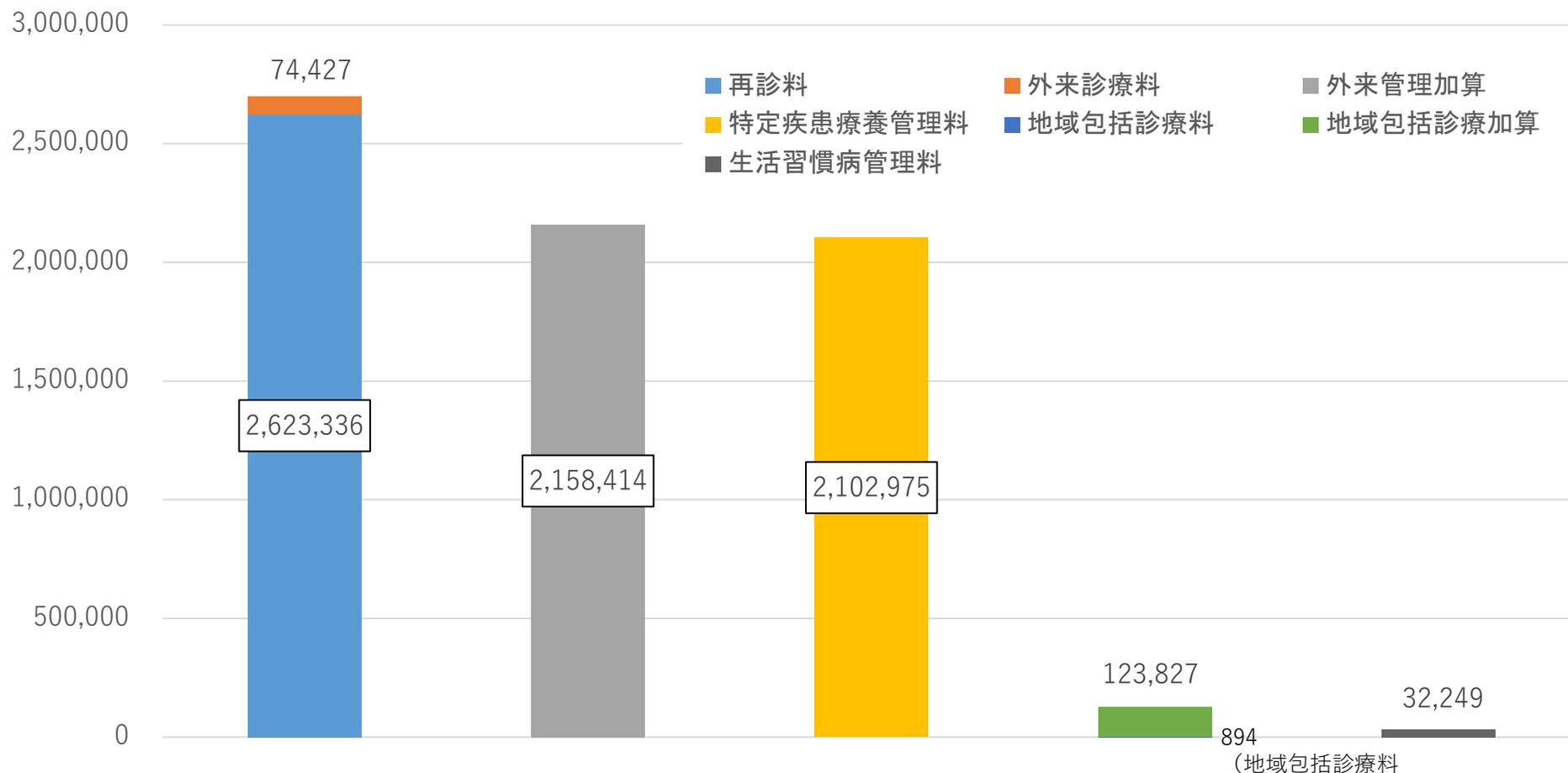


脂質異常症患者の外来診療における算定状況

診調組 入 - 1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が脂質異常症である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が脂質異常症の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

診調組 入-1
5. 7. 20 改

	加算の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	かかりつけ医機能	高血圧症、糖尿病、脂質異常症 、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っているものに限る。）又は、認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	かかりつけ医機能	以下の全ての要件を満たす認知症患者 <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） ・ 同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医機能	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であつて入院中の患者以外のもの。
機能強化加算	かかりつけ医機能	特段の要件なし（初診料算定時）。
生活習慣病管理料	疾患管理	脂質異常症、高血圧症、糖尿病
特定疾患療養管理料	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の評価	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、 糖尿病 、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及び その他の脂（質）血症 、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、 高血圧性疾患 、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常

特定疾患療養管理料

➤ 生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価。

1 診療所の場合	225点	
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	(月2回に限り)

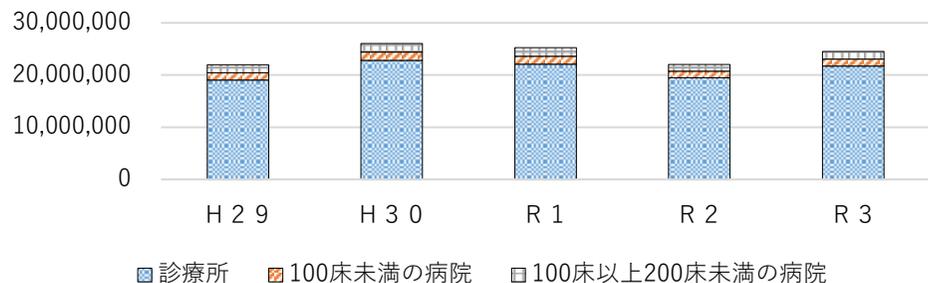
[算定要件]

- 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、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2回に限り算定する。
- 第1回目の特定疾患療養管理料は、A000初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- 管理内容の要点を診療録に記載する。
- 同一保険医療機関において、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- 実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている医療機関では算定できない。
- 在宅療養指導管理料又は皮膚科特定疾患指導管理料の患者に対して行った管理の費用は、それぞれの指導管理料に含まれる。

[厚生労働大臣が定める疾患(抜粋)]

結核、悪性新生物、甲状腺障害、糖尿病、
高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、
脳血管疾患、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、
十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患、
慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性肝炎等

算定回数(1か月あたり)の推移

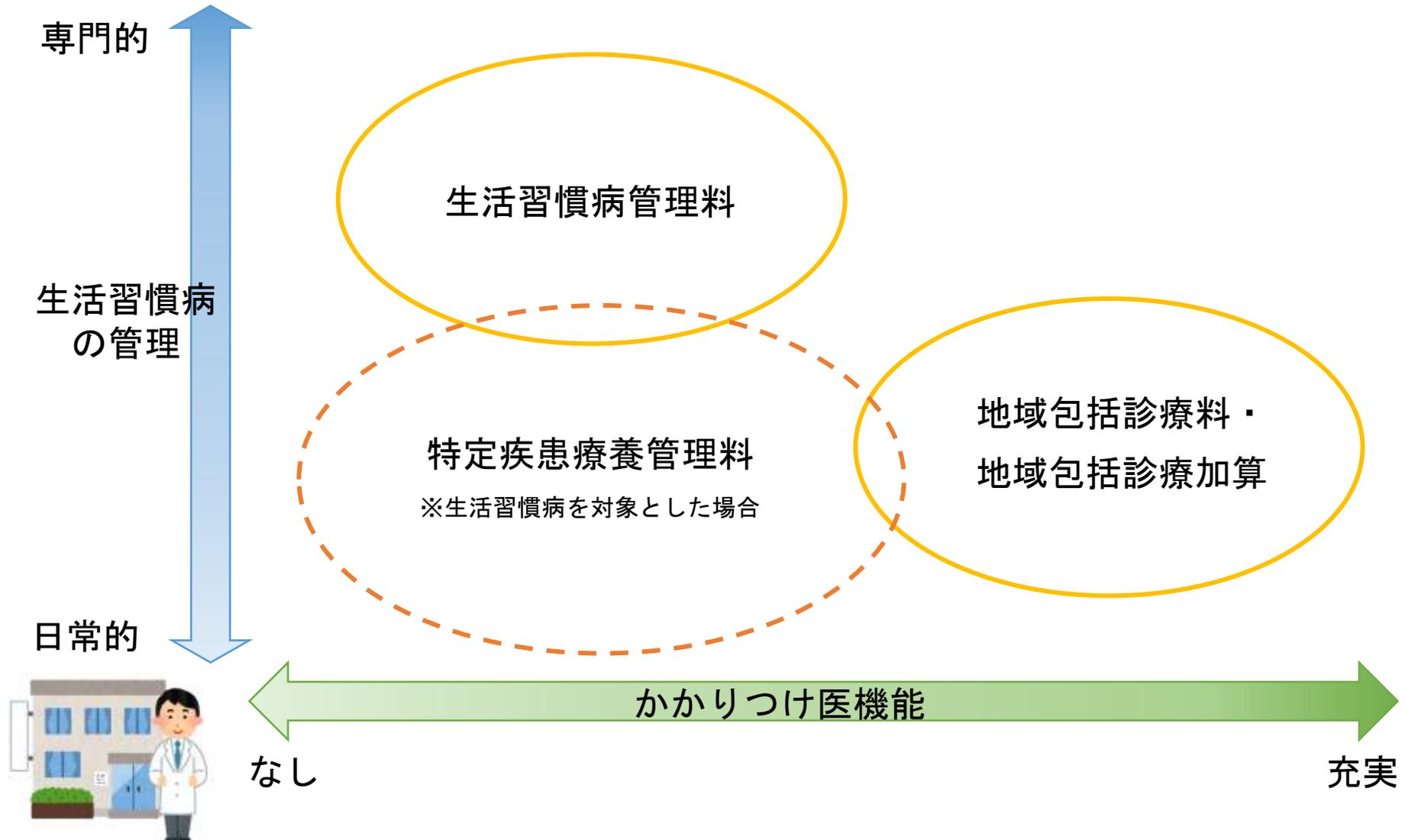


特定疾患療養管理料の評価・要件の経緯

昭和33年	新設	慢性疾患を主病とする者に対して、栄養、安静、運動その他療養上必要な指導をした場合の評価として、慢性疾患指導料（13点（甲表））を新設
昭和47年	拡充	慢性疾患指導料の点数（13→26点）を引き上げるとともに、乙表においても新設
昭和56年	名称変更	慢性疾患指導料を慢性疾患指導管理料に名称変更
昭和63年	要件変更	慢性疾患指導管理料を慢性疾患指導料（診療所150点、病院90点（甲表）120点（乙表））と慢性疾患外来学管理料（150点）に分離
平成4年	新設	（慢性疾患指導料及び慢性疾患外来医学管理料を廃止し、）厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対し、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合の評価を新設（月2回限度）。（※慢性疾患指導料等で一部趣旨に合わない疾患が含まれていたこと、地域のかかりつけ医のプライマリ・ケア機能を踏まえ、改定） <ul style="list-style-type: none"> 診療所 170点、100床未満の病院 100点、200床未満の病院 50点
平成8年	点数引き上げ	点数引き上げ <ul style="list-style-type: none"> 診療所 170→190点、100床未満の病院 100→130点、200床未満の病院 50→75点
平成8年	点数引き上げ	点数引き上げ <ul style="list-style-type: none"> 診療所 190→200点、100床未満の病院 130→135点、200床未満の病院 75→80点
平成9年	点数引き上げ（消費税増税に伴うもの）	点数引き上げ <ul style="list-style-type: none"> 診療所 200→202点、100床未満の病院 135→137点、200床未満の病院 80点（据え置き）
平成12年	点数引き上げ	老人慢性疾患生活指導料の評価に合わせ点数引き上げ <ul style="list-style-type: none"> 診療所 202→225点、100床未満の病院 137→147点、200床未満の病院 80→87点
平成18年	名称変更	特定疾患療養指導料→特定疾患療養管理料 老人慢性疾患生活指導料を特定疾患療養管理料に統合

※算定要件の変更は文言等の観点のみ

200床未満の病院及び診療所における 生活習慣病の管理を中心とした評価



外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- ▶ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
- データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来データ提出加算での主な入力項目について

中医協 総 - 8
5 . 6 . 2 1

〈共通〉

〈外来データ提出加算〉

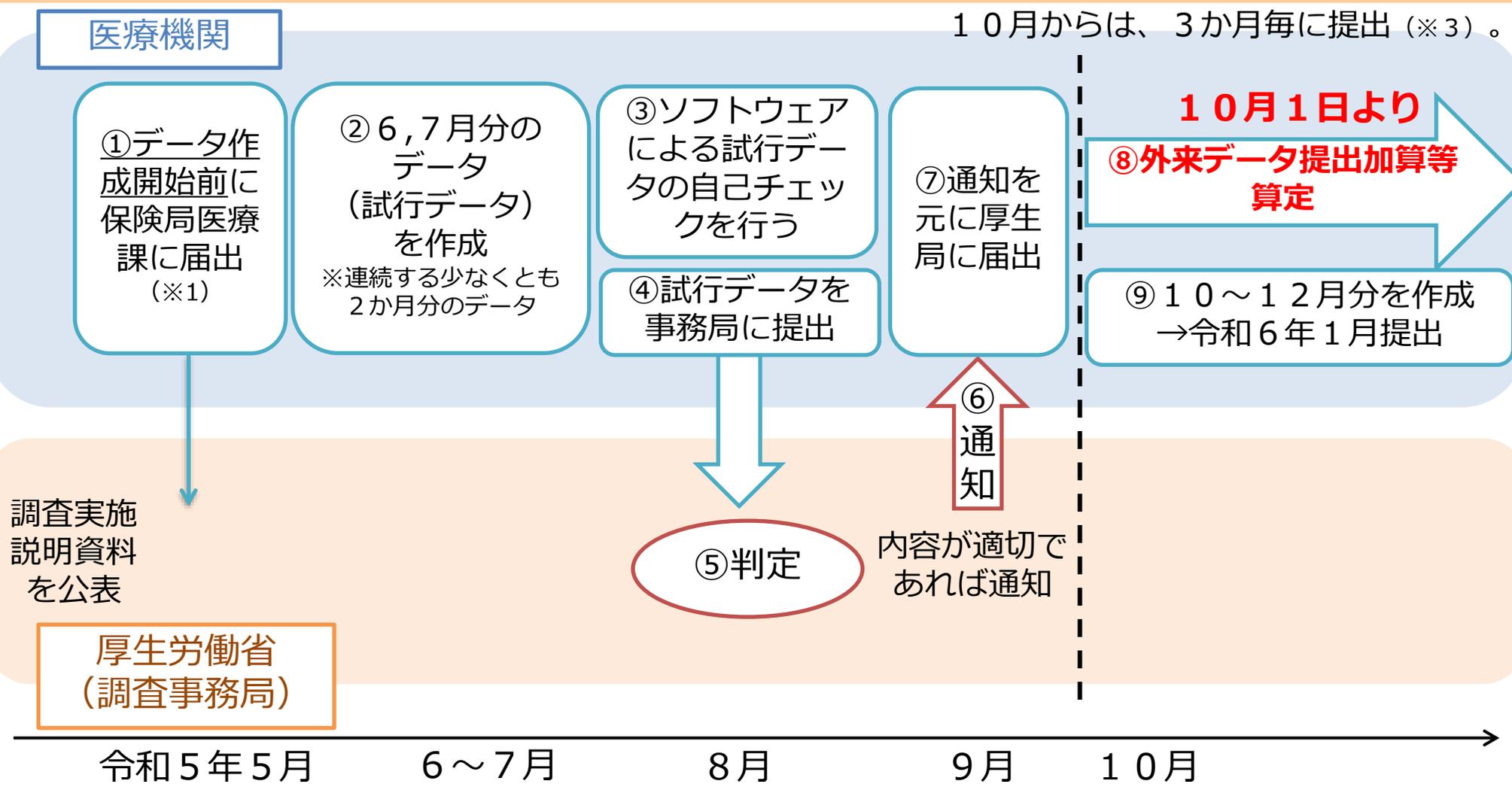
大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無（初発）	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
脳卒中（初発以外）	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
急性冠症候群の有無（初発）	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
急性冠症候群の（初発以外）	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無（初発）	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
急性大動脈解離（初発以外）	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）

10月からは、3か月毎に提出（※3）。



※1 5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。 **33**

令和5年度提出スケジュール

様式7の10	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R06 4月	5月	6月	7月		
R05年5月20日までに届出	試行データ作成対象期間		試行提出	様式7の11提出と受理	加算開始	加算継続										
					本データ作成対象期間		本提出開始	調査継続								
R05年8月22日までに届出				試行データ作成対象期間	試行提出	様式7の11提出と受理	加算開始	加算継続								
					本データ作成対象期間		本提出開始	調査継続								
R05年11月21日までに届出						試行データ作成対象期間	試行提出	様式7の11提出と受理	加算開始	加算継続						
							本データ作成対象期間		本提出開始	調査継続						
R06年2月20日までに届出	<p>令和5年8月に試行データを提出した医療機関のうち、 ■10月から加算を開始した医療機関数(10月5日時点) 外来データ提出加算 : 20施設 在宅データ提出加算 : 47施設 リハビリテーションデータ提出加算 : 52施設</p>															

令和5年度外来データ提出加算等に係る対応について

外来医療等の影響評価に係る調査実施説明資料の作成・公表について

- 外来データ提出加算を算定するためには、外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されている必要がある。
- そのため、厚生労働省においては、令和6年3月には当該データの作成にかかる実施説明資料を作成し、厚生労働省ホームページに公表した。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html)

▶  [2023年度（令和5年度）「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料【3,190KB】【3.2MB】](#)  ※令和5年7月14日更新

説明会の開催について

- 外来医療等の影響評価に係る調査実施説明資料の作成・公表のほか、令和5年5月には大阪・東京の2拠点及びweb配信において、当該制度説明会の開催を実施し、制度の周知及び適切な届出等についての案内をしている。
- 引き続き、データに基づく適切な評価を推進する観点から、適切なデータの提出等についての周知等を行う。

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

1-1. 概要

1-2. 書面交付と医療DXについて

1-3. 疾病管理（受診頻度とリフィル処方箋等）について

1-4. 疾病管理におけるエビデンスについて

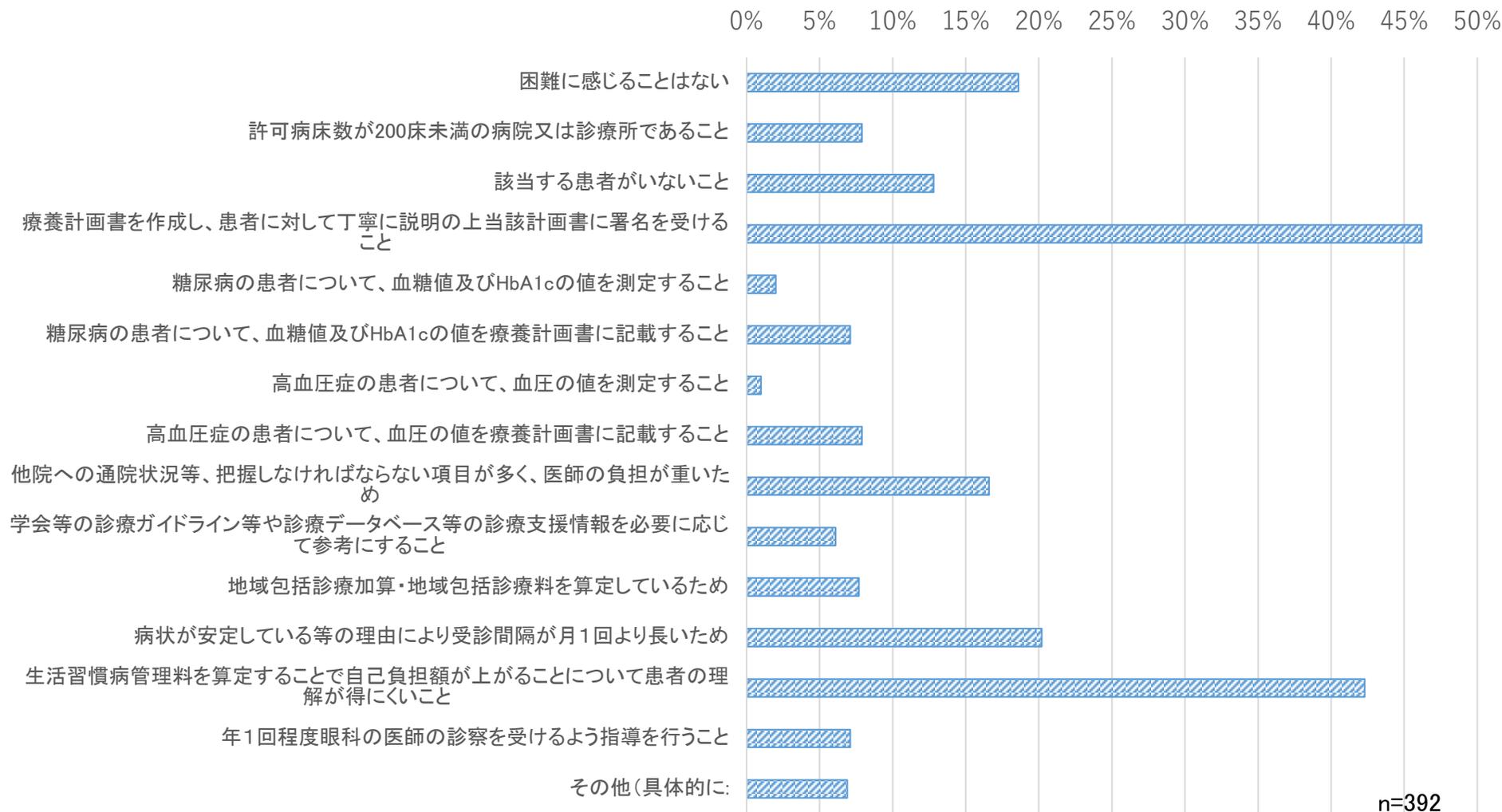
2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

生活習慣病管理料の算定について困難なこと

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

- 生活習慣病管理料の算定について困難なこととしては、「療養計画書を作成し、患者に対して丁寧に説明の上当該計画書に署名を受けること」が最も多い。



n=392

生活習慣病管理料の療養計画書

○ 生活習慣病管理料においては、検査・問診、重点を置く領域と指導項目(食事、運動、たばこ等)、服薬指導等についての療養計画書を作成し、患者に対し説明の上当該計画書に署名を受けることが求められる。

(別紙様式D)

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: 男・大・昭・平・令 年 月 日生(才) 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

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

【検査項目】 (採血日 月 日)
身長 (cm) 空腹(口空腹時) 血糖時 (mg/dl) 食後() 血糖時 (mg/dl)
体重:現在 (kg) →目標 (kg) HbA1c:現在 (%) →目標 (%)
BMI () 空腹コレストロール (mg/dl) 中性脂肪 (mg/dl)
腹囲:現在 (cm) →目標 (cm) HDLコレストロール (mg/dl) LDLコレストロール (mg/dl)
栄養状態 (栄養状態の恐れ 良好 肥満) 収縮期/拡張期血圧:現在 (mmHg) →目標 (mmHg) 運動負荷心電図 その他 ()

【問診】 食事の状況 運動の状況 たばこ 薬剤の受診状況 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)

【重点を置く領域と指導項目】

食事 食事摂取量を適正にする 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 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()
酒類: [減らす(種類・量) を選 (回)] 間食: [減らす(種類・量) を選 (回)] 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 運動処方: 種類(ウォーキング・), 頻度(ほぼ毎日・週) 時間(30分以上・), 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 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()

担当者の氏名 (印)

たばこ 禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

担当者の氏名 (印)

その他 仕事 余暇 睡眠の確保(質・量) 減量 家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等) 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問題点】

【他の施設の利用状況について】

【特定健康診査の受診の有無】 有 無

【特定保健指導の利用の有無】 有 無

【保険者からの情報提供の求めに対する患方の同意】 有 無

※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Dの2)

生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日) () 回目

患者氏名: (男・女) 主病:
 生年月日: 男・大・昭・平・令 年 月 日生(才) 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

おたが、重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組みること

【検査項目】 (採血日 月 日)
体重:現在 (kg) →目標 (kg) 空腹(口空腹時) 血糖時 (mg/dl) 食後() 血糖時 (mg/dl)
BMI () 腹囲:現在 (cm) →目標 (cm) HbA1c:現在 (%) →目標 (%)
栄養状態 (栄養状態の恐れ 良好 肥満) 収縮期/拡張期血圧:現在 (mmHg) →目標 (mmHg) 運動負荷心電図 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)

【重点を置く領域と指導項目】

食事 今回は、指導の必要なし 食事摂取量を適正にする 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 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()
酒類: [減らす(種類・量) を選 (回)] 間食: [減らす(種類・量) を選 (回)] 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) 時間(30分以上・), 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 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()

担当者の氏名 (印)

たばこ 禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

担当者の氏名 (印)

その他 仕事 余暇 睡眠の確保(質・量) 減量 家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等) 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問題点】

【他の施設の利用状況について】

【特定健康診査の受診の有無】 有 無

【特定保健指導の利用の有無】 有 無

【保険者からの情報提供の求めに対する患方の同意】 有 無

※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)

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

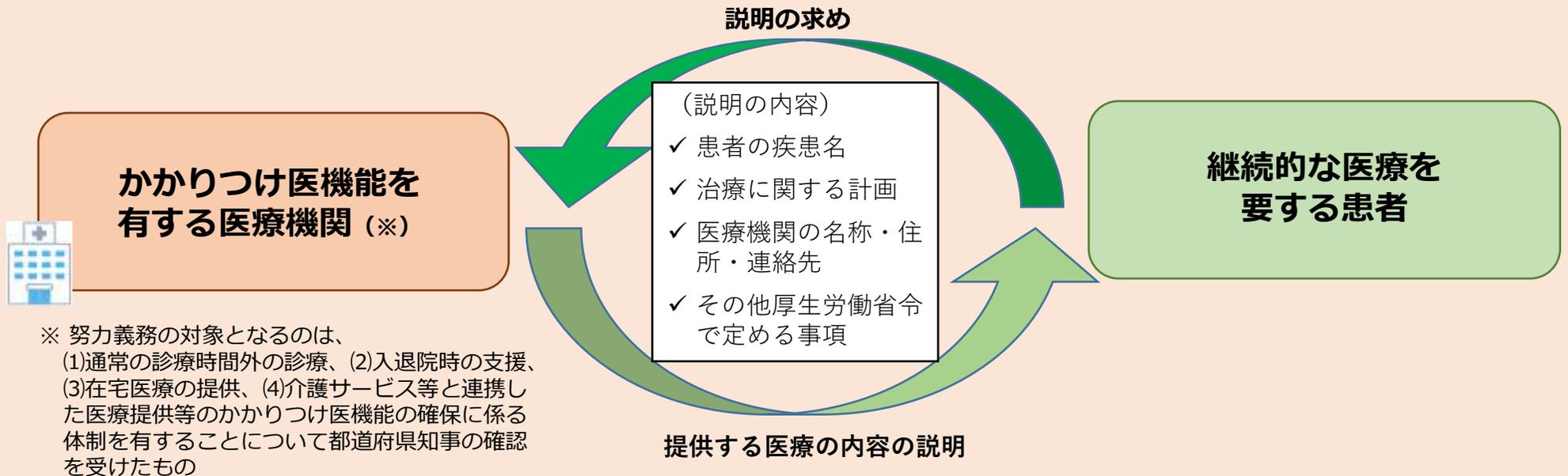
- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

- ▶ かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

- 対象医療機関：かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関
- 対象患者：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者
- 対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる



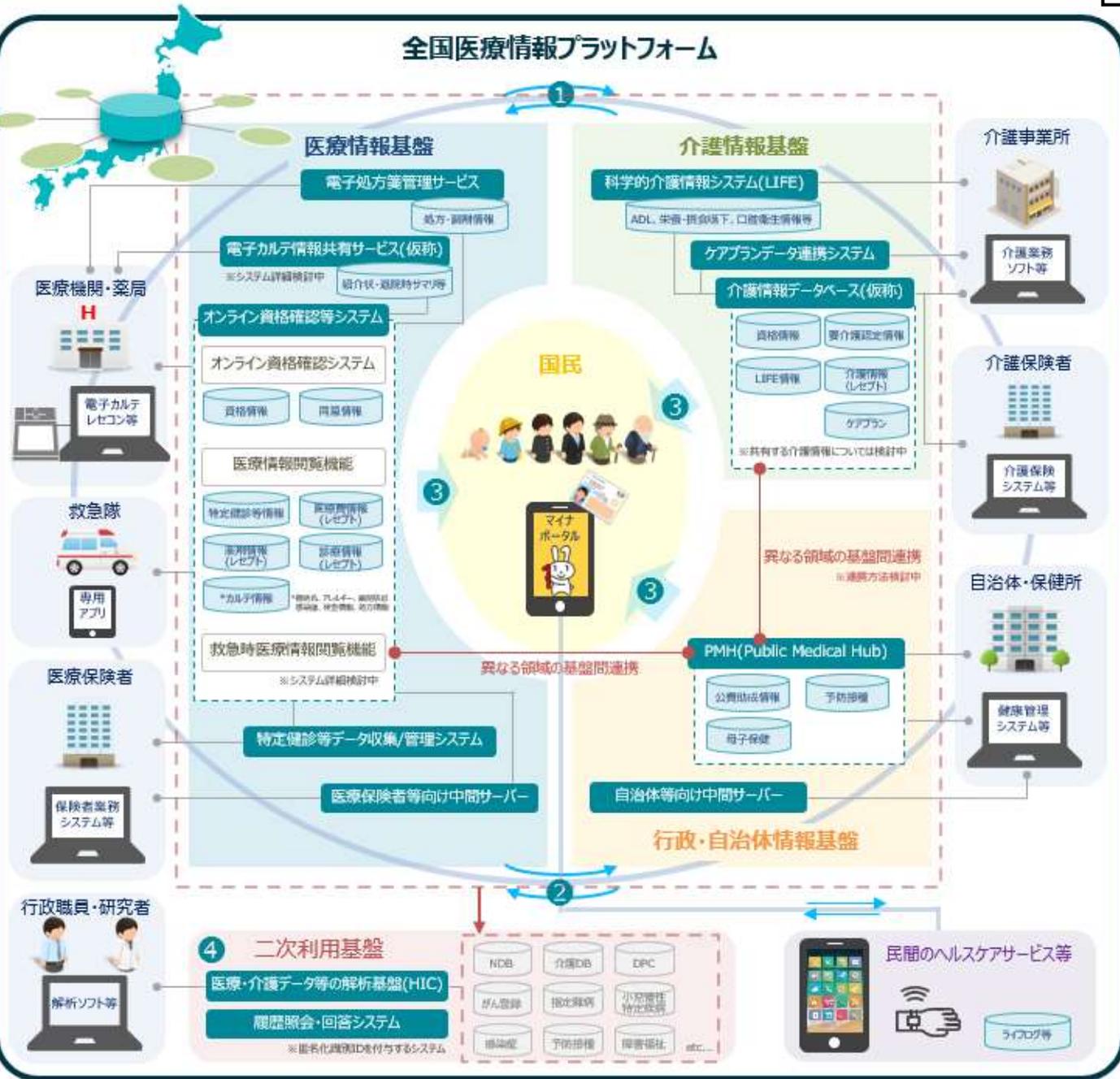
※ 努力義務の対象となるのは、(1)通常の診療時間外の診療、(2)入退院時の支援、(3)在宅医療の提供、(4)介護サービス等と連携した医療提供等のかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けたもの

※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

医療法上の患者への説明に係る規定と診療報酬上の対応

- 入院診療計画書は医療法の規定に沿い、診療報酬において施設基準で策定と説明を義務づけている。
- 外来における患者への説明については以下のとおり医療法の改正がなされたところ。

	医療法上の規定	診療報酬上の対応
入院（入院診療計画書）における患者への説明	<p>第二章 医療に関する選択の支援等 第一節 医療に関する情報の提供等 第六条の四 病院又は診療所の管理者は、患者を入院させたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該患者の診療を担当する医師又は歯科医師により、次に掲げる事項を記載した書面の作成並びに当該患者又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。ただし、患者が短期間で退院することが見込まれる場合その他の厚生労働省令で定める場合は、この限りでない。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 患者の氏名、生年月日及び性別 二 当該患者の診療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名 三 入院の原因となつた傷病名及び主要な症状 四 入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画 五 その他厚生労働省令で定める事項 	<p>施設基準告示 第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥（じよく）瘡（そう）対策及び栄養管理体制の基準</p> <p>一 入院診療計画の基準</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。 (2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。 (3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
外来における患者への説明	<p>第二章 医療に関する選択の支援等 第一節 医療に関する情報の提供等 第六条の四の二 第三十条の十八の四第二項の規定による確認を受けた病院又は診療所であつて、同項の厚生労働省令で定める要件に該当する体制を有するもの（他の病院又は診療所と相互に連携して同項に規定する当該機能を確保する場合を含む。）の管理者は、同条第一項に規定する継続的な医療を要する者に対して居宅等において必要な医療の提供をする場合その他外来医療を提供するに当たつて説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であつて、当該継続的な医療を要する者又はその家族からの求めがあつたときは、正当な理由がある場合を除き、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により、その診療を担当する医師又は歯科医師により、当該継続的な医療を要する者又はその家族に対し、次に掲げる事項の適切な説明が行われるよう努めなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 疾患名 二 治療に関する計画 三 当該病院又は診療所の名称、住所及び連絡先 四 その他厚生労働省令で定める事項 	<p>一</p>



「医療DXのユースケース・メリット例」

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に確かな治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを受けられる。

2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。

3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病歴に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や確かな診断が可能になる。

二次利用データベース群(例)

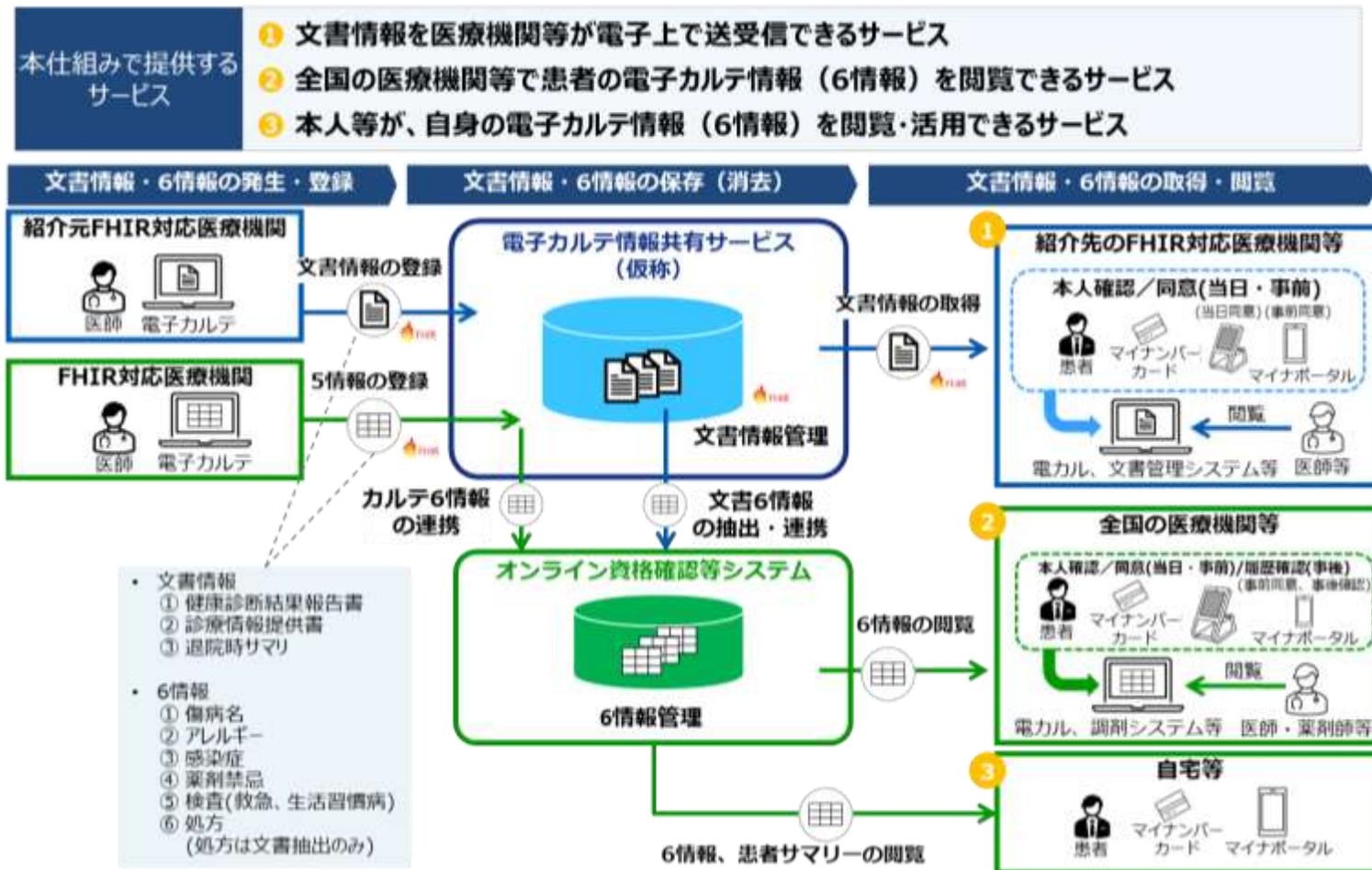
NDB	介護DB	DPC
がん登録	指定難病	小児慢性特定疾病
感染症	予防接種	障害福祉

各DBのデータ連携 → 解析基盤 → 行政職員・研究者 医薬品産業等

電子カルテ情報共有サービスの概要

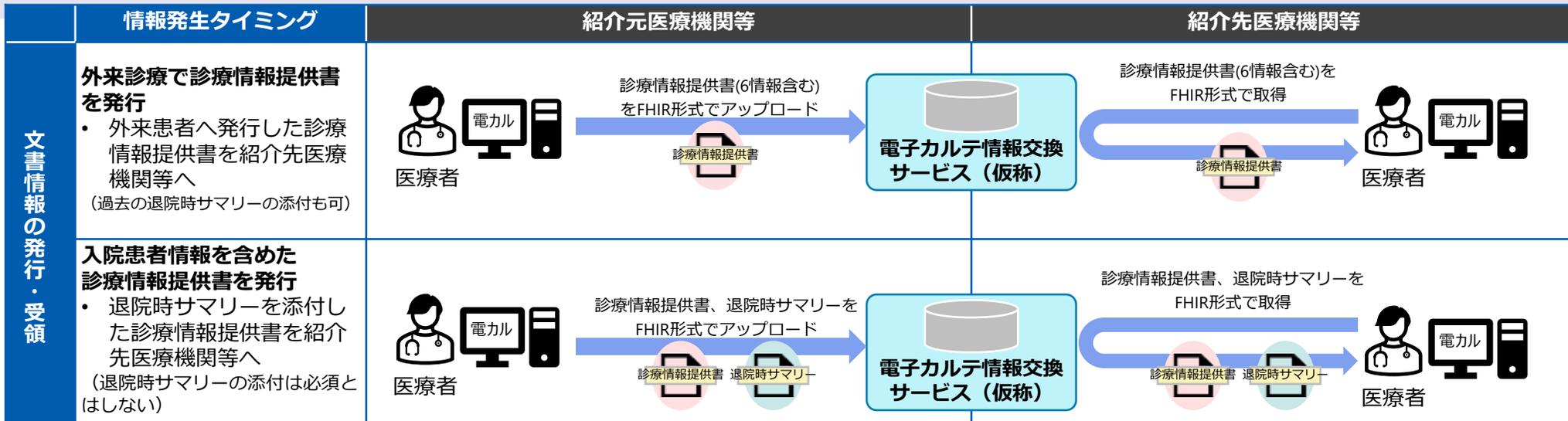
- 電子カルテ情報共有サービスにおいて提供されるサービスについては、3文書6情報に係るものとして、①文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス、②全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報(6情報)を閲覧できるサービス、③本人等が、自身の電子カルテ情報(6情報)を閲覧・活用できるサービス、が示されている。

第7回医療情報ネットワークの基盤に関するWG
(令和5年3月9日)資料1-2 一部改変

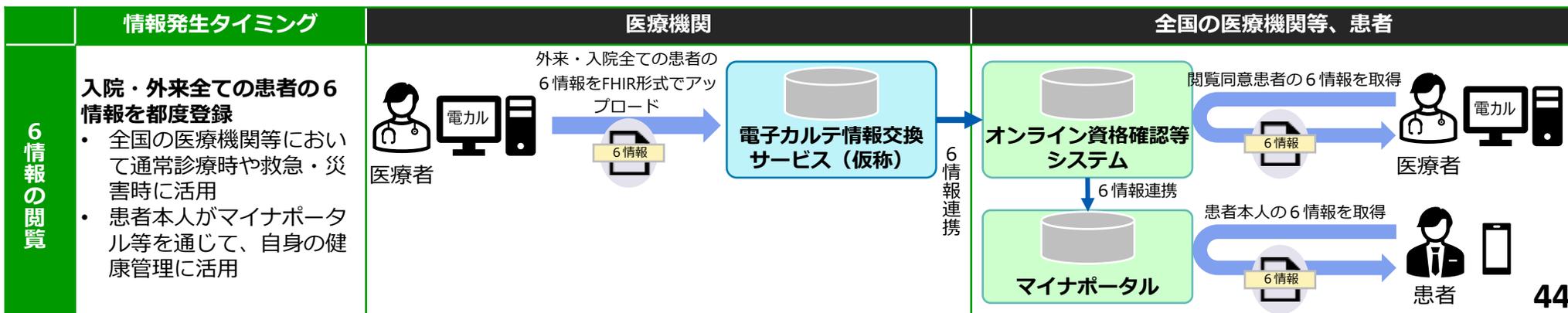


基盤を構築する上での情報の発生タイミング・登録の仕組みに関する想定

①電子カルテ情報を使用している全国の医療機関等との連携（医療機関同士での救急・災害時に有用となる情報や生活習慣病関連の情報の交換等）、②患者自身による自らの医療情報の活用等のための基盤となることを想定している。
※ 健診結果に関しては、HL7-FHIRの標準化を待たずして既に自治体間やマイナポータルとの情報連携が開始されているため、まずは他の2文書に関して実装を進める



※退院時サマリー単独の取扱いに関しては引き続き検討



患者サマリー(Patient summary)の運用整理

第18回医療等WGにおいて、以下のようなご意見があった。それぞれについて、以下のとおり、対応案が考えられる。

① 入力負担の問題をどう解決するか

電子カルテの機能の中でテンプレート入力や自動反映を支援することが考えられる

② 患者状態が変化する可能性がある中で、アドバイスが古くなる可能性があるのをどう考えるか

6ヶ月経過した場合はマイナポータルでの閲覧は行えないものとする

③ 複数のPatient summaryで記載された内容が矛盾している場合はどう考えるか

指導の中でも同様の問題は生じており、患者が照会しやすくなる

④ 「外来の記録」が書かれなかった場合のPatient summaryはどうか表現するか

「主傷病 + 副傷病」「療養上の計画・アドバイス」が記載されない場合、Patient summaryは作成されない

患者サマリーのイメージ (案)

患者サマリー
(Patient Summary)

基本情報

氏名	性別
生年月日	年齢

プロフィール情報

薬剤禁忌

22/10	禁忌医薬品1	長期保存
22/10	禁忌医薬品2	長期保存
⋮		

アレルギー

23/01	アレルギー-1	長期保存
22/07	アレルギー-2	長期保存
⋮		

感染症

23/01	梅毒STS(RPR法)	(-)	長期保存
23/01	HBs(B型肝炎)	(+)	長期保存

外来医療記録 (かかりつけ医アドバイス)

前回受診日: 2023年7月10日

医療機関名	Aクリニック
医師氏名	厚生 太郎

主傷病名

胃の悪性新生物<腫瘍>	▼	長期保存
胃体部癌		

副傷病名

潰瘍性大腸炎	▼	長期保存
潰瘍性大腸炎性関節炎		

療養上の計画・アドバイス

- ・内服を継続しましょう。
- ・1日〇分、〇〇程度の運動を行いましょう。
- ・〇ヶ月ごとに血液検査を予定しています。
- ・〇〇の福祉サービスの利用を検討しましょう。
- ・〇〇の疾患について、診療所Aを受診してください。

疾病分類
(ICD10)表示 →

傷病名表示
(プルダウン) →

おくすり情報

アトルバスタチン錠 10mg「サンド」	1錠	28日分	1日1回夕食後
ファモチジン錠 10mg「NP」	2錠	28日分	1日2回朝食後
ルバスク錠5mg	1錠	28日分	1日1回夕食後
⋮			

代表的な検査項目結果

	ステータス	検査結果	基準値 (下限・上限)
肝機能			
GOT(IU/L)	確定報告	XXX(H)	XX-XX
GTP(IU/L)	確定報告	XXX	XX-XX
Γ-GTP(IU/l)	確定報告	XXX	XX-XX
血糖			
空腹時血糖(mg/dL)	確定報告	XXX	XX-XX
HbA1c(%)	確定報告	XXX	XX-XX
随時血糖(mg/dL)	確定報告	XXX	XX-XX
尿			
尿糖(mg/dL)	中間報告	XXX	XX-XX

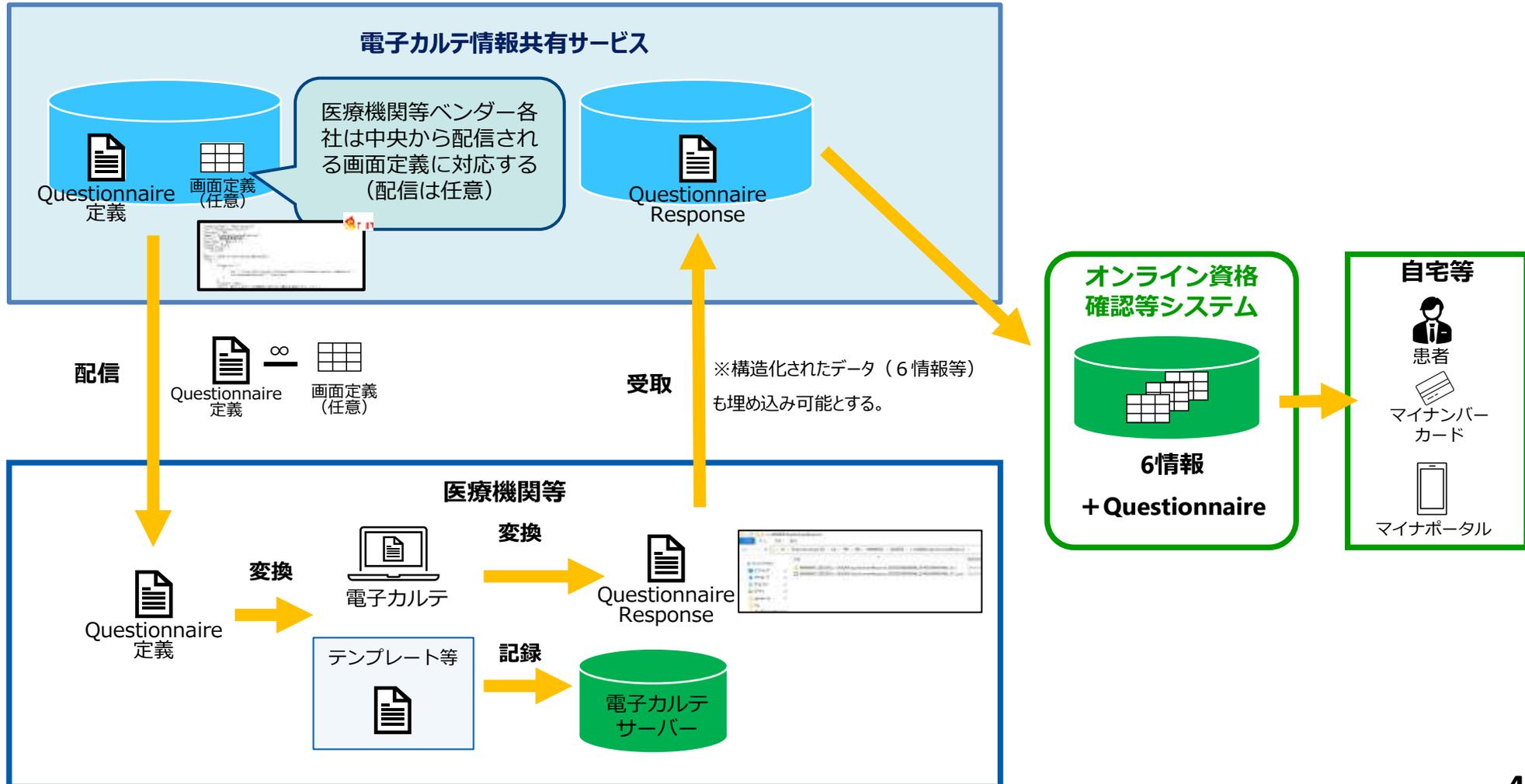
※検査項目は生活習慣病関連・救急時に有用な44項目に抜粋

前回受診日: 2023年5月14日

▼

患者サマリーの対応について

軽微な文書が追加される度に医療機関のシステム改修が負担とならないようテンプレート機能を実装し、文書の雛形となる画面定義データを配信する。患者サマリーは配信機能で実装することを今後検討する。



救急時に有用な検査情報及び生活習慣病関連の検査情報

- 救急時に有用な検査情報は、救急や災害時の医療機関受診時に初期治療に有用な検査項目の整理を日本救急医学会に依頼し、集約されたもの。
- 生活習慣病については、関係する6臨床学会において、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病（CKD）の4つの疾患について共通して利用可能な検査項目が策定されている。
- 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、カルテへの実装を進める。

標準化を進める文書以外のデータ		生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
基本情報				
傷病名	既往歴		○	○
	現病名		○	
アレルギー情報			○	
薬剤禁忌情報			○	

臨床検査項目基本コードセット		生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
基本情報				
感染症情報	梅毒STS (RPR法)		○	
	梅毒TP抗体		○	
	HBs		○	
	HCV		○	
	HIV		○	

※ 記号は、各データセットにおいて「○：必要」、「●：適宜実施」とされているものを記載。

※ 各項目のデータが記録された日付等もあわせて示すことが必要と想定。

臨床検査項目基本コードセット	生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
生化学的検査			
総蛋白 (TP)	○	○	
アルブミン	○	○	
クレアチンキナーゼ (CK)		○	
AST (GOT)	○	○	○
ALT (GPT)	○	○	○
LD (LDH)		○	
アルカリフォスファターゼ (ALP)		○	
γ-GTP (GGT)	○	○	○
コリンエステラーゼ (ChE)		○	
アミラーゼ (AMY)		○	
クレアチニン (Cre)	○	○	●
シスタチンC	○		
尿酸 (UA)	○		
尿素窒素 (BUN)	○	○	
グルコース (血糖)	○	○	○
HbA1c (NGSP)	○	○	○
中性脂肪 (TG)	○	○	○
総コレステロール (T-CHO)	○		
HDL-コレステロール (HDL-C)	○		○
LDL-コレステロール (LDL-C)	○		○
ナトリウム (Na)		○	
カリウム (K)	○	○	
クロール (Cl)		○	
カルシウム (Ca)		○	
総ビリルビン (T-Bil)		○	
直接ビリルビン (D-Bil)		○	

臨床検査項目基本コードセット	生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
血液学的検査			
血算-白血球数		○	
血算-赤血球数		○	●
血算-ヘモグロビン	○	○	●
血算-ヘマトクリット			●
血算-血小板数		○	
活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)		○	
プロトロンビン時間		○	
FDP			
Dダイマー (DD)		○	
尿検査			
尿蛋白	○		○
尿糖	○		○
尿潜血	○		
蛋白/クレアチニン比 (P/C比)	○		
アルブミン/クレアチニン比 (A/C比)	○		
内分泌学的検査			
脳性Na利尿ペプチド (BNP)		○	
ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)		○	
免疫学的検査			
C反応性蛋白 (CRP)		○	
血液型-ABO		○	
血液型-Rh		○	
項目数	22	37	

生活習慣病管理料における療養計画書の項目について

- 生活習慣病管理料における療養計画書の各項目は以下のとおり。このうち、血液検査項目等については医療DXにより電子カルテ情報共有サービスでの閲覧が令和7年度に可能となる予定である。

大項目	項目	詳細
検査・問診	検査項目	身長、体重、BMI、腹囲、血圧等
	血液検査項目	血糖、HbA1c、総コレステロール等
	問診（初回） 目標の達成状況と次の目標 （継続用）	食事・運動の状況、たばこ、歯科の受診状況等 達成目標、行動目標
重点を置く領域 と指導項目	食事	食事摂取量、減塩、食物繊維の摂取、節酒、間食等
	運動	運動処方、日常生活の運動量増加等
	たばこ	禁煙・節煙の有効性、禁煙の実施方法等
	その他	仕事、余暇等
服薬指導	-	薬の説明
その他	-	特定健康診査の受診の有無、特定保健指導の利用の有無等

アドヒアランス・コンコーダンス

- 治療継続についてアドヒアランス・コンコーダンスといった考え方が導入されており、治療に係る情報について、医師と患者が共通の理解を持つ重要性が示されている。
- アドヒアランスは患者が病気や治療の必要性について理解し自発的、積極的に治療を続けることで、より望ましい姿勢である。さらに、コンコーダンスという言葉には、患者がチームの一員として医師などの医療スタッフと対等な立場で話し合い、合意のもとに治療方針を決定し続けていくことが含まれ、患者が病気と治療について十分な知識を備えることが前提となる。
- 服薬アドヒアランスは、血圧コントロールの良否とともに脳心血管病の発生・予後に関係する。
- 良好なアドヒアランス、コンコーダンスを得るためには、高血圧がどのような病気であるか、治療の目的が標的臓器障害と脳心血管病の予防であること、治療法(生活習慣の修正, 薬物療法), 治療により期待される効果と副作用、医療経費などについて医師と患者が共通の理解をもつ必要がある。

医療スタッフが患者とパートナーシップを築きコンコーダンス医療を続ける方法

- 高血圧によるリスクと治療の有益性について話し合う
- 高血圧治療の情報を口頭、紙媒体、視聴覚資材でわかりやすく提供する
- 患者の合意, 自主的な選択を尊重し、患者の生活に合った治療方針を決める
- 処方をも単純化し、服薬回数、服薬錠数を減らす(合剤の使用, 一包化調剤など)
- 家庭血圧の自己測定・記録を推奨し、その評価をフィードバックする
- 医療スタッフ(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士)、患者、家族を含めた治療支援体制を作る
- 治療の費用や中断した場合に負担となるコストについて話し合う
- 服薬忘れの原因・理由について話し合い、特に副作用や心配・気がかりな問題に注意して、必要であれば薬剤の変更を考慮する

疾病管理に係る評価における書面交付について

		評価の概要	書面交付
①	地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	-
②	地域包括診療料 認知症地域包括診療料		
③	小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	かかりつけ医として療養上必要な指導及び診察を行うこと等を患者に対して書面を交付して説明し同意を得る。
④	機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診	- (かかりつけ医機能を有する医療機関として、必要に応じて、患者が受診しているほかの医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載する等の対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。)
⑤	生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと	服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定検診・特定保健指導に係る情報提供およびその他療養を行うにあたっての問題点などの生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書を交付する。
⑥	特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと	-
⑦	外来管理加算 (※)	処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行うこと	-

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

1－1. 概要

1－2. 書面交付と医療DXについて

1－3. 疾病管理（受診頻度とリフィル処方箋等）について

1－4. 疾病管理におけるエビデンスについて

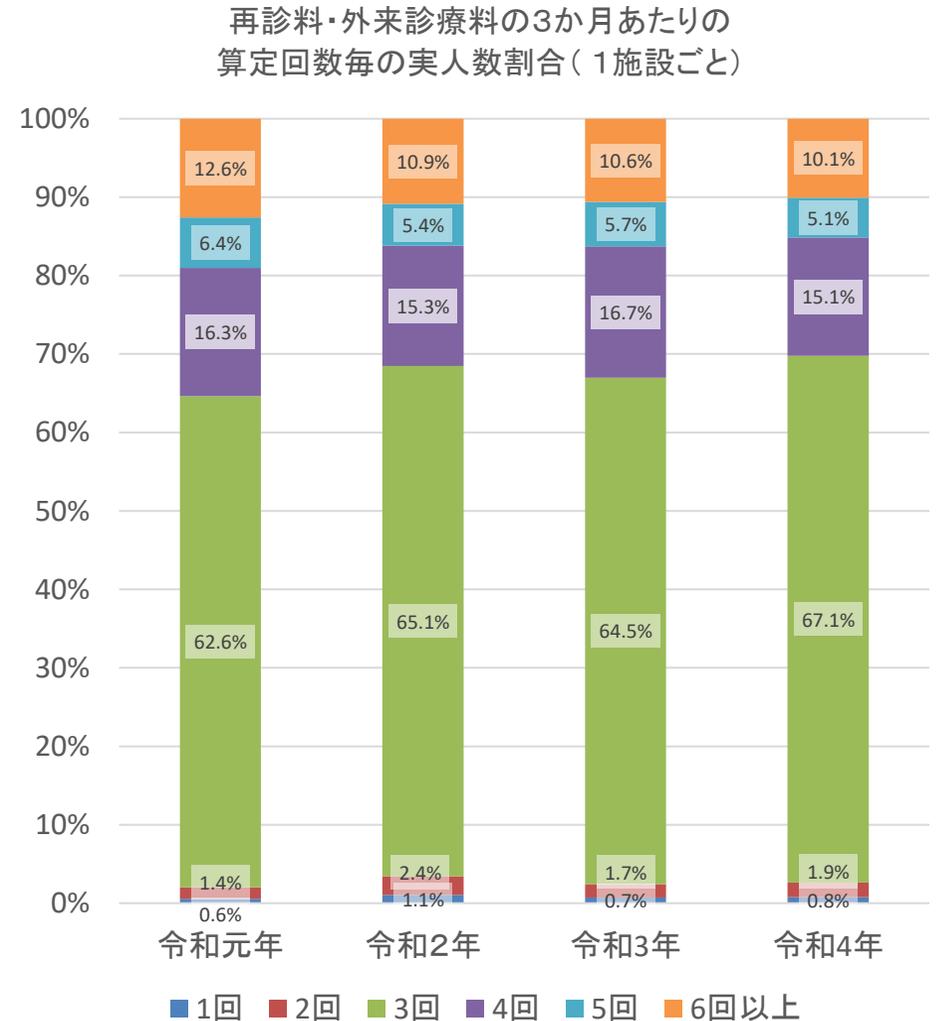
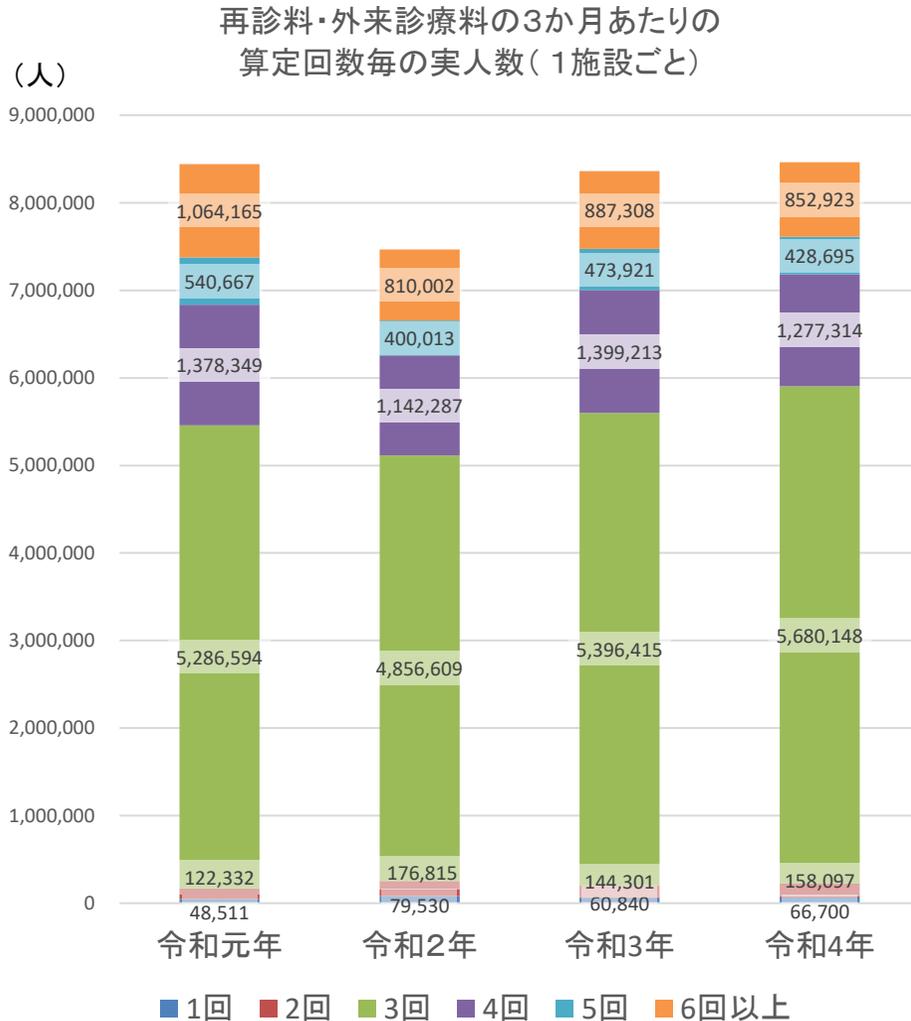
2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

再診料・外来診療料の3か月あたりの算定実人数

中医協 総-3
5.11.10改

○ 高血圧・糖尿病・脂質異常症を主病とする患者における再診料・外来診療料は、3か月間に3回（1月に1回）算定されている患者が最多であった。再診料・外来診療料が3か月間に4回以上算定されている患者割合は令和元年から令和2年にかけて減少していた。3か月間に1～2回受診する患者は約2～3%であった。



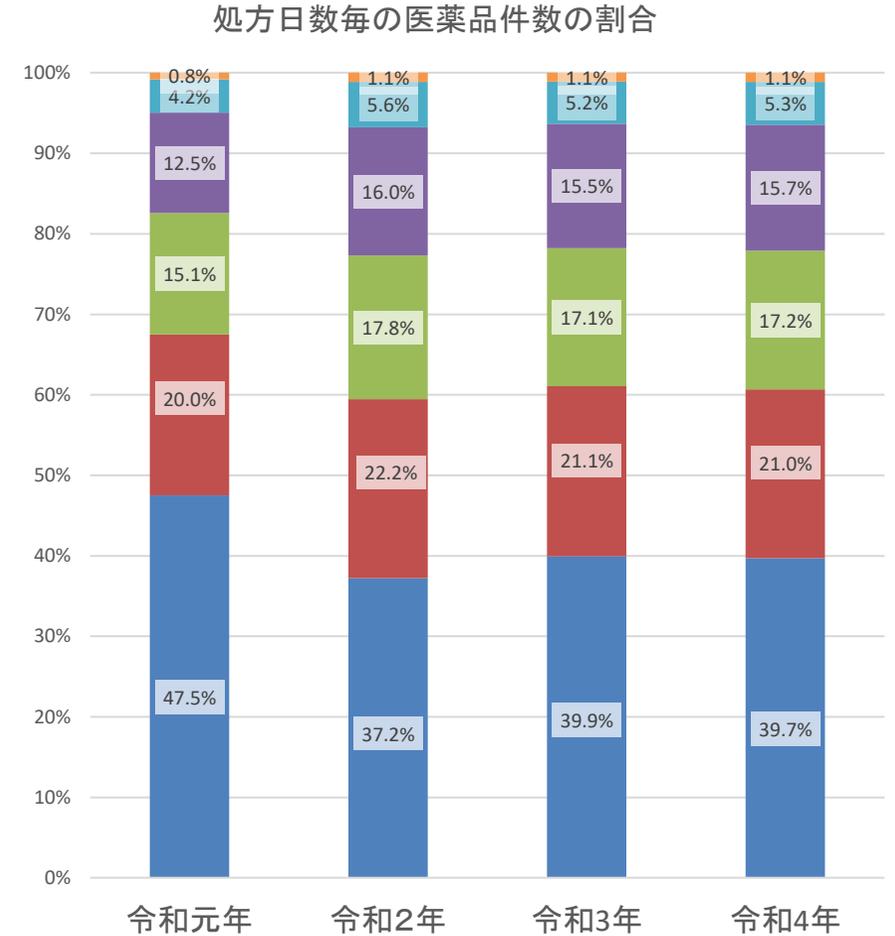
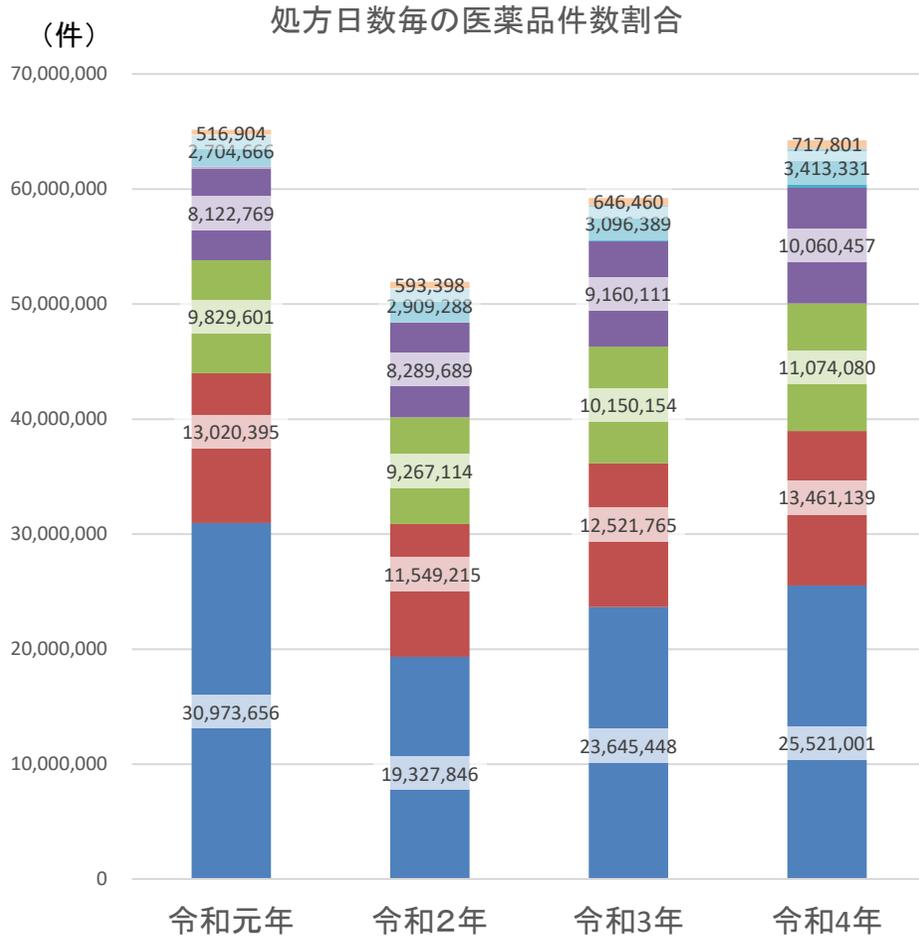
内服薬の投薬日数

○ 内服薬の投薬日数は令和元年度から令和2年度にかけ伸びを認めた。薬効分類としては、生活習慣病に係る血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤についても令和元年度から令和2年度にかけ投薬日数の伸びを認めた。

	実数(日)					
	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
総数	23.6	24.1	25.0	28.2	28.1	27.9
11 中枢神経系用薬	22.1	22.6	23.1	24.6	24.7	24.9
114 解熱鎮痛消炎剤	16.2	16.7	17.2	19.7	19.7	19.6
21 循環器官用薬	32.3	32.9	33.7	35.1	35.2	35.7
212 不整脈用剤	33.0	33.5	34.2	35.5	35.4	35.9
214 血圧降下剤	33.4	34.0	34.7	36.3	36.4	36.9
218 高脂血症用剤	34.3	34.9	35.8	37.4	37.5	38.1
22 呼吸器官用薬	8.5	8.7	9.1	12.7	11.6	10.7
396 糖尿病用剤	33.7	34.3	35.1	36.6	36.6	37.1
44 アレルギー用薬	17.7	18.5	19.7	24.0	23.7	23.8
61 抗生物質製剤	6.7	6.9	7.2	8.6	8.6	8.6
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	4.8	4.9	5.0	5.1	5.1	5.2
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	8.5	8.9	9.4	12.9	13.0	12.8
62 化学療法剤	10.6	10.3	11.7	15.4	15.6	14.6
624 合成抗菌剤	5.4	5.5	5.6	6.0	6.0	6.1
625 抗ウイルス剤	11.3	8.8	12.3	19.3	19.6	14.4

処方日数毎の医薬品件数

○ 令和元年から令和2年にかけて処方日数が14日以内である医薬品件数の割合が減っており、令和2年以降は日数毎の件数割合は同様の傾向であった。



■ 14日以内 ■ 15日以上28日以内 ■ 29日以上30日以内
■ 31日以上60日以内 ■ 61日以上90日以内 ■ 91日以上

■ 14日以内 ■ 15日以上28日以内 ■ 29日以上30日以内
■ 31日以上60日以内 ■ 61日以上90日以内 ■ 91日以上

主傷病名別の31日以上処方箋の発行回数

- 令和5年1～3月の病院・診療所における31日以上処方箋の疾患(中分類)毎の発行数と年齢構成は以下のとおり。
- 診療所においては、疾患としては高血圧性疾患、脂質異常症、糖尿病などが多く年齢は40歳～90歳が多い。病院においては、疾患としては高血圧疾患、糖尿病、消化器系疾患などが多く、年齢は40歳～90歳が多い。

主傷病名別・年齢別の31日以上処方箋の発行回数

<診療所>

	主傷病名	31日以上処方発行回数	年齢	31日以上処方発行回数
TOP1	高血圧性疾患	5,453,492	0歳以上～5歳未満	92,745
TOP2	脂質異常症	2,434,909	5歳以上～10歳未満	156,930
TOP3	糖尿病	1,970,159	10歳以上～15歳未満	194,574
TOP4	アレルギー性鼻炎	1,677,901	15歳以上～20歳未満	177,690
TOP5	その他の消化器系の疾患	807,464	20歳以上～25歳未満	158,298
TOP6	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	720,090	25歳以上～30歳未満	189,785
TOP7	皮膚炎及び湿疹	653,333	30歳以上～35歳未満	239,107
TOP8	胃炎及び十二指腸炎	606,347	35歳以上～40歳未満	342,792
TOP9	症状、徴候及び異常臨床所見	562,877	40歳以上～45歳未満	498,267
TOP10	その他の心疾患	545,549	45歳以上～50歳未満	800,176
TOP11	喘息	544,606	50歳以上～55歳未満	1,057,463
TOP12	その他の神経系の疾患	433,586	55歳以上～60歳未満	1,164,676
TOP13	甲状腺障害	370,241	60歳以上～65歳未満	1,389,377
TOP14	前立腺肥大(症)	369,078	65歳以上～70歳未満	1,775,678
TOP15	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	350,247	70歳以上～75歳未満	2,735,677
TOP16	その他の腎尿路系の疾患	349,086	75歳以上～80歳未満	2,634,606
TOP17	骨の密度及び構造の障害	338,400	80歳以上～85歳未満	2,273,410
TOP18	脊椎障害(脊椎症を含む)	335,824	85歳以上～90歳未満	1,463,212
TOP19	月経障害及び閉経周辺期障害	329,499	90歳以上～95歳未満	580,871
TOP20	気分[感情]障害(躁うつ病)	323,692	95歳以上～100歳未満	126,918
			100歳以上	13,314

<病院>

	主傷病名	31日以上処方発行回数	年齢	31日以上処方波高回数
TOP1	高血圧性疾患	1,553,819	0歳以上～5歳未満	87,402
TOP2	糖尿病	1,326,487	5歳以上～10歳未満	280,582
TOP3	その他の消化器系の疾患	822,351	10歳以上～15歳未満	372,534
TOP4	その他の心疾患	688,934	15歳以上～20歳未満	406,311
TOP5	脂質異常症	618,658	20歳以上～25歳未満	391,299
TOP6	その他の悪性新生物<腫瘍>	545,959	25歳以上～30歳未満	468,566
TOP7	症状、徴候及び異常臨床所見	538,939	30歳以上～35歳未満	545,832
TOP8	その他の神経系の疾患	464,047	35歳以上～40歳未満	736,086
TOP9	虚血性心疾患	408,581	40歳以上～45歳未満	1,029,942
TOP10	脊椎障害(脊椎症を含む)	393,220	45歳以上～50歳未満	1,577,863
TOP11	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	381,860	50歳以上～55歳未満	2,066,309
TOP12	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	349,053	55歳以上～60歳未満	2,232,989
TOP13	良性新生物<腫瘍>及びその症状、徴候及び異常臨床所見	326,806	60歳以上～65歳未満	2,456,144
TOP14	脳梗塞	316,695	65歳以上～70歳未満	2,737,712
TOP15	その他の腎尿路系の疾患	282,658	70歳以上～75歳未満	3,626,715
TOP16	関節症	275,007	75歳以上～80歳未満	3,099,093
TOP17	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	273,732	80歳以上～85歳未満	2,425,285
TOP18	骨折	269,336	85歳以上～90歳未満	1,506,431
TOP19	皮膚炎及び湿疹	258,075	90歳以上～95歳未満	625,251
TOP20	甲状腺障害	253,862	95歳以上～100歳未満	147,583
			100歳以上	16,955

主傷病名別のリフィル処方箋発行回数①（病院）

- 令和4年4月～令和5年3月の病院におけるリフィル処方箋の疾患（中分類）毎の発行数と年齢構成は以下のとおり。
- 疾患としては糖尿病、高血圧性疾患、心疾患などが多い、年齢は40歳～80歳が多い。

主傷病名別・年齢別のリフィル処方箋の発行回数（病院）

	主傷病名	リフィル処方箋発行回数 (a)	全処方箋発行回数(b)	リフィル処方箋発行割合 (a/b)	年齢	リフィル処方箋発行回数 (a)	全処方箋発行回数(b)	リフィル処方箋発行割合 (a/b)
TOP1	糖尿病	10,146	10,183,786	0.10%	0歳以上～5歳未満	821	2,447,560	0.03%
TOP2	高血圧性疾患	8,633	14,083,204	0.06%	5歳以上～10歳未満	1,196	2,177,963	0.05%
TOP3	その他の心疾患	6,856	5,356,596	0.13%	10歳以上～15歳未満	1,206	2,384,452	0.05%
TOP4	その他の消化器系の疾患	6,350	7,092,455	0.09%	15歳以上～20歳未満	1,452	2,183,603	0.07%
TOP5	虚血性心疾患	5,405	3,116,593	0.17%	20歳以上～25歳未満	1,830	2,321,326	0.08%
TOP6	その他の悪性新生物<腫瘍> 症状、徴候及び異常臨床所見・ 異常検査所見で他に分類されないもの	5,339	5,066,480	0.11%	25歳以上～30歳未満	1,993	2,868,838	0.07%
TOP7	その他の神経系の疾患	4,880	5,462,856	0.09%	30歳以上～35歳未満	2,541	3,523,548	0.07%
TOP8	乳房の悪性新生物<腫瘍>	4,211	1,661,559	0.25%	35歳以上～40歳未満	3,544	4,489,127	0.08%
TOP9	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	4,104	2,766,386	0.15%	40歳以上～45歳未満	5,323	5,712,244	0.09%
TOP10	脂質異常症	3,767	4,695,965	0.08%	45歳以上～50歳未満	8,211	8,340,709	0.10%
TOP11	脊椎障害（脊椎症を含む）	3,544	4,303,304	0.08%	50歳以上～55歳未満	11,204	10,320,756	0.11%
TOP12	甲状腺障害	3,411	1,792,643	0.19%	55歳以上～60歳未満	12,113	10,843,574	0.11%
TOP13	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	3,227	3,777,315	0.09%	60歳以上～65歳未満	12,835	12,486,874	0.10%
TOP14	脳梗塞	3,073	2,773,836	0.11%	65歳以上～70歳未満	14,151	15,887,302	0.09%
TOP15	骨折	2,893	3,334,715	0.09%	70歳以上～75歳未満	22,205	24,931,475	0.09%
TOP16	骨の密度及び構造の障害	2,846	1,706,612	0.17%	75歳以上～80歳未満	20,658	23,580,572	0.09%
TOP17	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	2,752	4,436,050	0.06%	80歳以上～85歳未満	15,813	21,573,827	0.07%
TOP18	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	2,722	2,153,191	0.13%	85歳以上～90歳未満	9,619	14,871,365	0.06%
TOP19	関節症	2,377	3,545,482	0.07%	90歳以上～95歳未満	3,225	6,662,057	0.05%
TOP20					95歳以上～100歳未満	805	1,805,224	0.04%
					100歳以上	105	255,729	0.04%

主傷病名別のリフィル処方箋発行回数②（診療所）

- 令和4年4月～令和5年3月の診療所におけるリフィル処方箋の疾患（中分類）毎の発行数と年齢構成は以下のとおり。
- 疾患としては高血圧性疾患、アレルギー性鼻炎、脂質異常症などが多い、年齢は40歳～80歳が多い。

主傷病名別・年齢別のリフィル処方箋の発行回数（診療所）

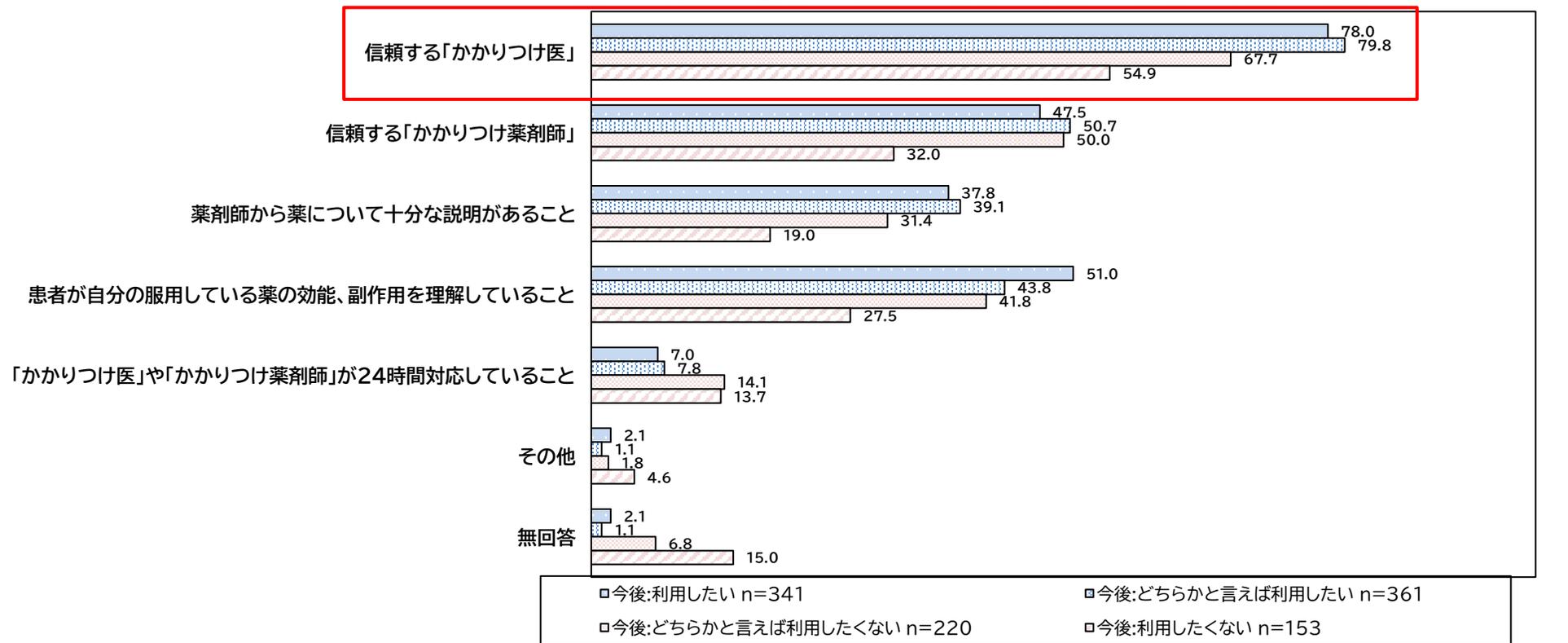
TOP	主傷病名	リフィル処方箋発行回数			年齢			
		リフィル処方箋発行回数 (a)	全処方箋発行回数 (b)	リフィル処方箋発行割合 (a/b)	年齢	リフィル処方箋発行回数 (a)	全処方箋発行回数 (b)	リフィル処方箋発行割合 (a/b)
TOP1	高血圧性疾患	36,139	79,378,068	0.05%	0歳以上～5歳未満	1,142	18,324,591	0.01%
TOP2	アレルギー性鼻炎	20,073	27,233,131	0.07%	5歳以上～10歳未満	4,825	23,394,656	0.02%
TOP3	脂質異常症	17,371	31,443,769	0.06%	10歳以上～15歳未満	5,522	18,570,113	0.03%
TOP4	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	8,798	26,628,026	0.03%	15歳以上～20歳未満	4,334	14,004,323	0.03%
TOP5	糖尿病	6,727	25,952,477	0.03%	20歳以上～25歳未満	4,297	14,359,105	0.03%
TOP6	その他の眼及び付属器の疾患	5,831	22,517,325	0.03%	25歳以上～30歳未満	5,581	16,841,921	0.03%
TOP7	その他の消化器系の疾患	5,487	14,011,288	0.04%	30歳以上～35歳未満	5,990	18,962,662	0.03%
TOP8	皮膚炎及び湿疹	4,856	30,904,267	0.02%	35歳以上～40歳未満	7,989	22,281,626	0.04%
TOP9	骨の密度及び構造の障害	4,759	5,118,910	0.09%	40歳以上～45歳未満	10,068	25,643,322	0.04%
TOP10	胃炎及び十二指腸炎	4,626	13,887,797	0.03%	45歳以上～50歳未満	13,927	32,984,183	0.04%
TOP11	月経障害及び閉経周辺期障害	4,274	2,940,003	0.15%	50歳以上～55歳未満	16,293	37,897,523	0.04%
TOP12	喘息	3,893	15,903,972	0.02%	55歳以上～60歳未満	16,628	37,728,585	0.04%
TOP13	脊椎障害（脊椎症を含む）	3,513	11,921,230	0.03%	60歳以上～65歳未満	17,092	39,894,122	0.04%
TOP14	その他の神経系の疾患	3,472	11,000,733	0.03%	65歳以上～70歳未満	18,114	45,930,501	0.04%
TOP15	結膜炎	3,455	9,326,882	0.04%	70歳以上～75歳未満	22,685	66,639,000	0.03%
TOP16	関節症	3,361	11,151,988	0.03%	75歳以上～80歳未満	17,540	60,853,424	0.03%
TOP17	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	3,345	12,968,592	0.03%	80歳以上～85歳未満	13,919	54,218,116	0.03%
TOP18	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	2,802	4,555,968	0.06%	85歳以上～90歳未満	8,707	36,449,228	0.02%
TOP19	甲状腺障害	2,756	3,643,889	0.08%	90歳以上～95歳未満	4,354	16,232,432	0.03%
TOP20	その他の泌尿系の疾患	2,259	5,551,640	0.04%	95歳以上～100歳未満	1,248	4,427,030	0.03%
					100歳以上	206	658,053	0.03%

患者がリフィル処方箋の利用にあたり必要だと感じること

- 令和5年度の検証調査の患者郵送調査において、リフィル処方を「利用したい」「どちらかと言えば利用したい」と考えている患者はリフィル処方箋の利用にあたり「信頼する『かかりつけ医』」が必要だと感じている割合がリフィル処方を「利用したくない」「どちらかと言えば利用したくない」と考えている患者における割合と比較して高い。

患者がリフィル処方箋の利用にあたり必要だと感じること

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



リフィル処方箋の活用に向けた取組状況

中医協 総 - 1
5 . 1 1 . 2 2

- リフィル処方箋については、骨太の方針2023を踏まえ、医療機関等、都道府県、保険者の必要な取組の検討、実施を通じて、その活用を進めている。

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和5年6月16日 閣議決定）（抄）

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

・・・また、関係者・関係機関の更なる対応²⁵³により、リフィル処方箋の活用を進める。・・・

²⁵³ 保険者、都道府県、医師、薬剤師などの必要な取組を検討し、実施する。

リフィル処方箋の活用に向けた取組状況

	取組状況
医療機関等に関する取組	<ul style="list-style-type: none">令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見を踏まえ、同改定の検証調査において、リフィル処方箋の実施状況について調査を実施。令和4年度調査の結果を令和5年3月に、また、令和5年度調査の結果やNDBの分析結果を令和5年11月に、中医協に報告。「花粉症対策 初期集中対応パッケージ」（令和5年10月11日花粉症に関する関係閣僚会議決定）を踏まえ、花粉症の治療薬に係る長期処方やリフィル処方箋の活用について周知を実施。
都道府県に関する取組	<ul style="list-style-type: none">第4期医療費適正化計画の基本方針において、リフィル処方箋について必要な取組の検討・実施により活用を進める必要があること、その際、分割調剤等その他の長期処方も併せて取り組むことも重要であることを記載。今後、第4期医療費適正化計画の基本方針に基づき、都道府県において都道府県医療費適正化計画を策定していく。
保険者に関する取組	<ul style="list-style-type: none">国民健康保険の保険者努力支援制度における令和6年度指標として、市町村が被保険者に対してリフィル処方箋に関する周知・啓発の取組を実施した場合に評価対象とする指標を設定。引き続き、保険者努力支援制度等を活用しつつ、保険者による被保険者への働きかけを進めていく。あわせて、保険者努力支援制度等の更なる活用についても検討していく。

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

1－1. 概要

1－2. 書面交付と医療DXについて

1－3. 疾病管理（受診頻度とリフィル処方箋等）について

1－4. 疾病管理におけるエビデンスについて

2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症に係る診療ガイドラインにおいて、生活習慣の指導の重要性が示されている。

高血圧治療ガイドライン2019

第4章 生活習慣の修正 総論(抜粋)

生活習慣の修正は、それ自身による降圧効果が期待されるだけでなく、高血圧予防の観点からも重要である。また、降圧薬服用患者においても降圧作用の増強や投与量の減量につながることを期待できるため、生活習慣の修正は、すべての高血圧患者に対して指導すべきである。

糖尿病診療ガイドライン2019

CQ 3-1 糖尿病の管理に食事療法は有効か？

○ 糖尿病の管理には、食事療法を中心とする生活習慣の是正が有効である。[推奨グレード A]

CQ 4-1 糖尿病の管理に運動療法は有効か

○ 2型糖尿病患者に対する有酸素運動やレジスタンス運動、あるいはその組み合わせによる運動療法は、血糖コントロールや、心血管疾患のリスクファクターを改善させる。2型糖尿病患者に対する有酸素運動とレジスタンス運動は、ともに単独で血糖コントロールに有効であり、併用によりさらに効果が高まる。[推奨グレード A]

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理 6 包括的リスク評価・管理の実際 Step 5 生活習慣の改善

生活習慣の改善は動脈硬化性疾患予防の根幹であり、安易な薬物療法導入は厳に慎むべきである。薬物治療中もこれらの非薬物療法の継続、すなわち生活習慣の改善指導を怠るべきではない。禁煙は動脈硬化性疾患の原因の中で最も介入が必要な因子であり、その予防にあつては性別を問わず全ての年齢層に対して禁煙を進めるべきである。

高血圧治療ガイドライン2019

- 高血圧治療ガイドラインにおいて、減塩、食事パターン、適正体重の維持、運動、節酒、禁煙といった生活習慣の指導を行うことが推奨されている。

第4章 生活習慣の修正

1. 生活習慣修正は高血圧予防や降圧薬開始前のみならず、降圧薬開始後も重要である。
2. 減塩:減塩目標は食塩 6g/日未満である。
3. 食事パターン:野菜・果物を積極的に摂取し、飽和脂肪酸・コレステロールの摂取を控える。多価不飽和脂肪酸や低脂肪乳製品の積極的摂取も推奨される。
4. 適正体重の維持:BMI(体重[kg]/身長[m]²)25 未満を維持する。
5. 運動:軽強度の有酸素運動(動的および静的筋肉負荷運動)を毎日 30 分、または週 180分以上行う。
6. 節酒:エタノールとして男性 20-30 mL/日以下、女性 10- 20 mL/日以下に制限する。
7. 禁煙:禁煙の治療・指導と受動喫煙の防止に努める。
8. その他:防寒や情動ストレスの管理などを行う。
9. 複合的な生活習慣の修正はより効果的である。

CQ 4高血圧患者における減塩目標 6g/日未満は推奨されるか？

高血圧患者における減塩目標を6 g/日未満にすることを強く推奨する。(推奨の強さ1 エビデンスの強さA)

糖尿病診療ガイドライン2019における食事療法

- 糖尿病診療ガイドラインにおいて、食事療法について以下のとおり詳細な推奨が示されており、管理栄養士による指導が有効であるとされている。

CQ 3-2 食事療法の実践にあたっての管理栄養士による指導は有効か？

- 食事療法の実践にあたって、管理栄養士による指導が有効である。[推奨グレード A]

CQ3-3 総エネルギー摂取量をどのように定めるか？

- 2型糖尿病の食事療法の目的は、全身における良好な代謝状態を維持することによって、合併症を予防し、かつ進行を抑制することにある。そのために、体重に見合う総エネルギー摂取量を設定するが、目標とする体重は患者の年齢、病態等によって異なることを考慮し、個別化を図ることが必要である。まず、治療開始時に総エネルギー摂取量の目安を定め、病態、年齢や体組成、患者のアドヒアランスや代謝状態の変化を踏まえ、適宜変更する

CQ3-8 食物繊維の摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？

- 食物繊維は糖尿病状態の改善に有効であり、炭水化物摂取量とは無関係に 20g/日以上の摂取を促す。

CQ3-10 食塩の摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？

- 食塩摂取目標量は、男性 7.5g/日、女性 6.5g/日未満とし、高血圧合併例の食塩摂取量を6.0g/日未満とする。

CQ3-11 アルコールの摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？

- アルコール摂取量の上限として 25g/日を目安として、個々の飲酒習慣によって個別化を図る。アルコール飲料の種類による糖尿病管理に及ぼす影響の差異は明らかではないが、発泡酒などでは含有される炭水化物のエネルギーにも留意する。インスリン療法中の患者では、急性効果としての低血糖に注意する。これらの要因が管理できれば、飲酒は許容してよい

CQ3-13 食事の摂り方は糖尿病の管理にどう影響するか？

- 個々人の食事パターン(eating pattern)を評価しながら、包括的に適正な食材の選択を促す。規則的に 3 食を摂ることが、糖尿病の予防に有効である

糖尿病診療ガイドライン2019における運動療法

- 糖尿病診療ガイドラインにおいて、運動療法について以下のとおり詳細な推奨が示されている。

CQ4-2 運動療法を開始する前に医学的評価(メディカルチェック)は必要か？

● 運動療法を開始する前に、網膜症、腎症、神経障害などの合併症や、整形外科的疾患などを含む身体状態を把握し、運動制限の必要性を検討する。

● 心血管疾患のスクリーニングに関しては、一般的には無症状、かつ、行う運動が軽度～中強度の運動(速歩など日常生活活動の範囲内)であれば必要ないが、普段よりも高強度の運動を行う場合や、心血管疾患リスクの高い患者では、主治医によるスクリーニングと、必要に応じて運動負荷試験などを考慮する。

CQ4-3 具体的な運動療法はどのように行うか？

● 有酸素運動は、中強度で週に150分かそれ以上、週に3回以上、運動をしない日が2日間以上続かないように行い、レジスタンス運動は、連続しない日程で週に2～3回行うことがそれぞれ勧められ、禁忌でなければ両方の運動を行う。

● 日常の座位時間が長ならないようにして、軽い活動を合間に行うことが勧められる

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版①

○ 動脈硬化性疾患予防ガイドラインにおいて、禁煙・飲酒等の生活習慣改善に係る詳細な推奨がなされている。

2 生活習慣の改善

2.1 禁煙

- 動脈硬化性疾患の一次・二次予防のため、喫煙者には禁煙することを推奨する。○ 動脈硬化性疾患の一次・二次予防のため、すべての人に受動喫煙を回避することを推奨する。
- 禁煙介入はニコチン依存症の治療であり、禁煙成功率を上げるために禁煙補助薬を使用した治療を推奨する

2.2 飲酒

- 動脈硬化性疾患の予防のためには、多量飲酒を避ける。○ 飲酒者の飲酒状況を確認する

2.3 肥満およびメタボリックシンドローム対策

- 肥満症やメタボリックシンドロームの治療の基本は、生活習慣の改善により、過剰な体重および内臓脂肪を減少させることである。

2.4 食事療法

【総エネルギー】

FQ 1総エネルギー摂取量を制限して適正な体重を維持することを動脈硬化性疾患の予防に推奨するか？ ○ 肥満者においては、総エネルギー摂取量を制限して減量し適正な体重を維持することにより血清脂質が改善するため推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A) ○ 肥満者においては、総エネルギー摂取量を制限することによって減量し血清脂質異常を含む代謝異常の改善をはかることが、動脈硬化性疾患の発症を予防できる可能性があるために推奨する。(エビデンスレベル: コンセンサス、推奨レベル:A)

【脂肪エネルギー比率】

FQ 2適正な総エネルギー摂取量のもとで日本人に適切な脂肪エネルギー比率を維持することを動脈硬化性疾患の予防に推奨するか？ ○ LDL コレステロール低下を目的に、適正な総エネルギー摂取量のもとで脂肪エネルギー比率を制限することを推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A) ○ 肥満者では適正な総エネルギー摂取量のもとで、減量に加えて脂質の摂取内容を修正して制限、また非肥満者においても脂質の摂取内容を修正して制限することにより血清脂質が改善されて、動脈硬化性疾患の発症を抑制できる可能性があるために推奨する。(エビデンスレベル: コンセンサス、推奨レベル:A)

【脂肪酸:飽和脂肪酸】

FQ 3適正な総エネルギー摂取量のもとで、飽和脂肪酸を減らすこと、または飽和脂肪酸の摂取量を他の不飽和脂肪酸(一価不飽和脂肪酸、多価不飽和脂肪酸)に置換することを動脈硬化性疾患発症の予防に推奨するか？ ○ 適正な総エネルギー摂取量のもとで飽和脂肪酸を減らすこと、または飽和脂肪酸を多価不飽和脂肪酸に置換することは血清脂質の改善に有効であり、冠動脈疾患発症の予防のために推奨する。(エビデンスレベル: 1 +、推奨レベル:A) ○ 適正な総エネルギー摂取量のもとで、血清脂質の改善を目的に、飽和脂肪酸を一価不飽和脂肪酸に置換することを推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A)

【脂肪酸:n-3系多価不飽和脂肪酸】

FQ 4n-3系多価不飽和脂肪酸の摂取量を増やすことを動脈硬化性疾患発症の予防に推奨するか？ ○ トリグリセライドの低下を目的に、n-3系多価不飽和脂肪酸のうち魚油摂取量を増やすことを推奨する。(エビデンスレベル: 1 +、推奨レベル:A) ○ 食事による魚油の摂取を増やすことは、冠動脈疾患発症の抑制が期待できるために提案する。(エビデンスレベル: 2、推奨レベル:B)

【脂肪酸:n-6系多価不飽和脂肪酸】

FQ 5n-6系多価不飽和脂肪酸の摂取量を増やすことを動脈硬化性疾患発症の予防に推奨するか？ ○ 血清脂質の改善を目的に、適正な総エネルギー摂取量のもとでn-6系多価不飽和脂肪酸の摂取を増やす、あるいは飽和脂肪酸をn-6系多価不飽和脂肪酸で置換することを推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A) ○ 適正な総エネルギー摂取量のもとで、飽和脂肪酸をn-6系多価不飽和脂肪酸、なかでもリノール酸で置換することを、動脈硬化性疾患の予防のために提案する。(エビデンスレベル: 2、推奨レベル:B)

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版②

○ 動脈硬化性疾患予防ガイドラインにおいて、食事療法・運動療法等の生活習慣改善に係る詳細な推奨がされている。

【脂肪酸:トランス脂肪酸】

FQ 7トランス脂肪酸を制限することを動脈硬化性疾患予防のために推奨するか？ ○ 血清脂質の改善を目的に、トランス脂肪酸を一価不飽和脂肪酸もしくは多価不飽和脂肪酸に置換することを推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A) ○ 冠動脈疾患予防のために、トランス脂肪酸の摂取を控えることを、推奨する。(エビデンスレベル: 2、推奨レベル:A)

【コレステロール】

FQ 8コレステロールの摂取量を制限することを動脈硬化性疾患発症の予防に推奨するか？ ○ 高LDLコレステロール血症の患者では、コレステロールの摂取を 200 mg/日未満に制限することでLDLコレステロールを低下させ、動脈硬化性疾患発症を予防できる可能性があるため、コレステロール摂取制限を推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A)

FQ 9食物繊維の摂取を増やすことを動脈硬化性疾患の予防に推奨するか？ ○ 血清脂質の改善のために、食物繊維の摂取を増やすことを推奨する。(エビデンスレベル: 1+、推奨レベル:A) ○ 食物繊維の摂取を増やすことを、総死亡の減少、心血管疾患、脳卒中の予防のために提案する。また全粒穀物および野菜・果物の摂取を、総死亡の減少、心血管疾患の予防のために提案する。(エビデンスレベル: 2、推奨レベル:B)

【果糖を含む加工食品】

FQ 10果糖を含む加工食品の摂取量を減らすことを動脈硬化性疾患予防に推奨するか？ ○ 果糖を含む加工食品の過剰摂取は、動脈硬化性疾患のリスクを高める可能性があり、果糖を含む加工食品の摂取量を減らすことでトリグリセライドの低下が期待できるため、その摂取を減らすことを推奨する。(エビデンスレベル: 2、推奨レベル:A)

【日本食パターン】

FQ 11日本食パターンの食事を動脈硬化性疾患予防に推奨するか？ ○ 肉の脂身や動物脂(牛脂、ラード、バター)、加工肉を控え、大豆、魚、野菜、海藻、きのこ、果物、未精製穀類を取り合わせて食べる減塩した日本食パターンの食事は血清脂質を改善し、動脈硬化性疾患の予防が期待されるため推奨する。(エビデンスレベル: コンセンサス、推奨レベル:A)

2.5 運動療法

FQ 12成人に対して有酸素運動は血清脂質の改善を目的に勧められるか？ ○ 成人では、1日合計30分以上を週3回以上(可能であれば毎日)、または週に150分以上中強度以上の有酸素運動を実施することは血清脂質を改善するため、推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A)

FQ 13成人に対してレジスタンス運動は血清脂質の改善を目的に勧められるか？ ○ 成人では、レジスタンス運動は血清脂質の改善があり、提案する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:B)

FQ 14成人に対して食事療法に加えて運動療法の併用は血清脂質の改善を目的に勧められるか？ ○ 成人では食事療法に加えて運動療法を併用すると血清脂質の改善がより期待でき、提案する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:B)

BQ 17成人において有酸素運動および身体活動で動脈硬化性疾患の発症率が下がるか？成人では有酸素運動および身体活動量の増加は動脈硬化性疾患を予防することが期待できるため、推奨する。(エビデンスレベル: 1)

BQ 18成人においてレジスタンス運動は動脈硬化性疾患の発症を予防するか？成人においてレジスタンス運動は動脈硬化性疾患の予防効果があり、提案する。(エビデンスレベル: 2)

BQ 19成人において座位時間を減らすことは動脈硬化性疾患の発症を予防するか？成人では座位時間を減らすことは動脈硬化性疾患の予防効果があり、提案する。(エビデンスレベル: 2)

3 健康行動理論に基づく保健指導

FQ 15肥満・脂質異常症の改善を目的とした保健指導では、一般的な指導より健康行動理論に基づく保健指導を推奨すべきか？ ○ 肥満・脂質異常症の改善を目的とした保健指導において、いくつかの健康行動理論に基づく保健指導は一般的な保健指導と比較して脂質値の改善や受療行動の促進により効果的であるため推奨する。(エビデンスレベル: コンセンサス、推奨レベル:A)

新規技術を活用した生活習慣病管理の例

＜血糖自己測定器加算・間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの＞

令和4年度診療報酬改定

出典：企業提出資料

現行

【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

注3 7については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

改定後

【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

注3 7については、**インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている**入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

【技術の概要】

- センサーを上腕の後ろ側に装着し、リーダー等でセンサーをスキャンすることで、皮下間質液中のグルコース値を表示することができ、また、連続グルコース値のグラフを表示することができる。



＜高血圧症治療補助プログラム加算＞

関連技術料（医学管理）

B000 特定疾患療養管理料

- 1 診療所の場合 **225点**
- 2 許可病床数が100床未満の病院の場合 **147点**
- 3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 **87点**

+

プログラム医療機器の使用に係る指導管理及びプログラム医療機器の使用に対する評価

B100 高血圧症治療補助プログラム加算

- 初回 **140点**
初回から6ヶ月まで **830点**

患者アプリ



医師アプリ

医師アプリでの表示内容に応じた生活指導



CGM (continuous glucose monitoring)

○ 糖尿病治療に新しい技術であるCGM(continuous glucose monitoring)が診療ガイドラインにおいて有効とされている。専門医のみならずかかりつけ医による糖尿病診療にもCGMが有効との報告がある。

(糖尿病治療ガイドライン2019より)

CQ7-4 CGM(continuous glucose monitoring)はどのような点で糖尿病治療に有効か？

- 小児および成人 1 型糖尿病ならびに成人 2 型糖尿病患者において、リアルタイム CGM はSMBG よりも血糖コントロール改善において有効であるとする報告がある
- 1型糖尿病ならびに 2 型糖尿病患者において、intermittently viewed CGM(i-CGM)はSMBG よりも低血糖時間の短縮において有効であるとする報告がある

○ 低血糖を回避しつつ血糖コントロールを行うため、インスリン療法を行っている患者は厳密に自身の血糖変動について把握する事が望まれる。(略)SMBG のみでは高血糖や低血糖に対する事前の対策が難しいことが 臨床的な問題である。リアルタイム CGM は間質液中のグルコース濃度を継続的に自動測定し、グルコース値の変化を線状のグラフとして常時機器上に表示する。また、測定結果から低グルコース閾値や高グルコース閾値にいたることを予測してアラートを発する機能があることから、低グルコース閾値を適切に設定し、その際の対応を指導しておくことで、患者自身が低血糖に対して事前の対策を取れるようになることが期待される。

一般社団法人日本糖尿病学リアルタイム CGM 適正使用指針(2023 年11 月1 日改訂)

○ CGMは、HbA1cなどの通常の血糖関連指標に加え、すべての1型糖尿病と強化インスリン療法中の2型糖尿病で治療目標が達成できていない患者(特に低血糖が問題となっている場合)において併用することが推奨される。

西村 亜希子ほか 診断と治療(0370-999X)107巻3号 Page349-355(2019.03)

○ かかりつけ医で治療されていた2型糖尿病患者175例を対象にCGMと従来の血糖自己測定(SMBG)を対象としたRCTにおいて、CGMを使用することで、血糖コントロールが改善し、低血糖時間が減少すると報告されている。

Martens T, et al. JAMA 325 : 2262-2272, 2021

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

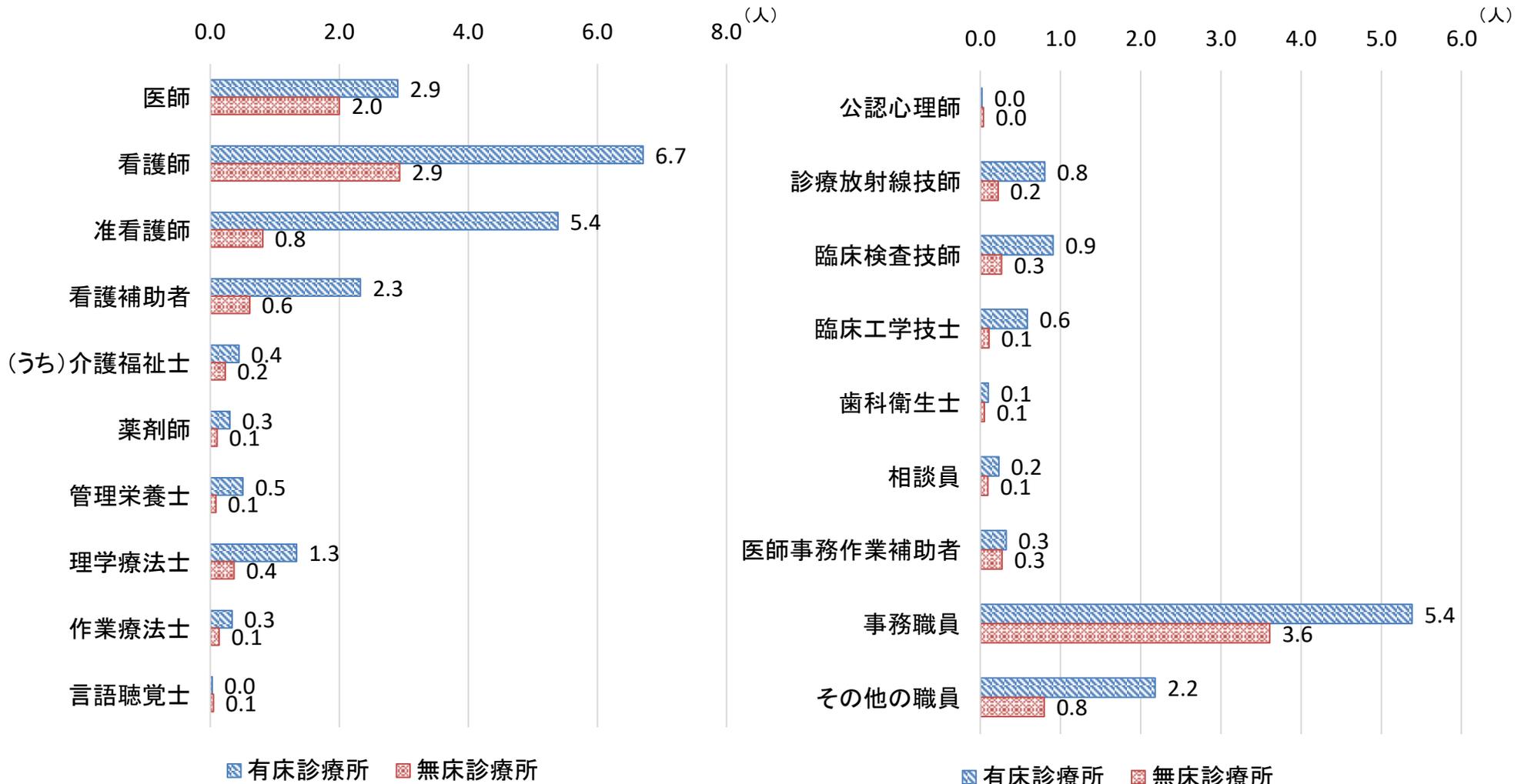
2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

診療所における職員配置状況

○ 診療所における職員配置状況は以下のとおり。無床診療所においては看護職員と事務職員以外は殆ど配置されていない。

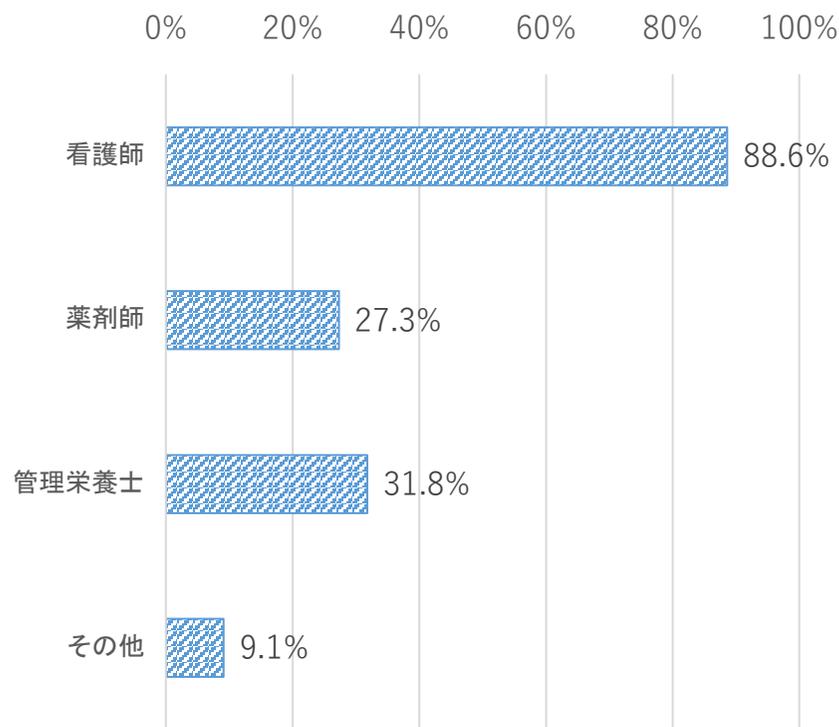
常勤職員・非常勤職員の合計数(平均値、常勤換算)(令和5年6月1日時点)



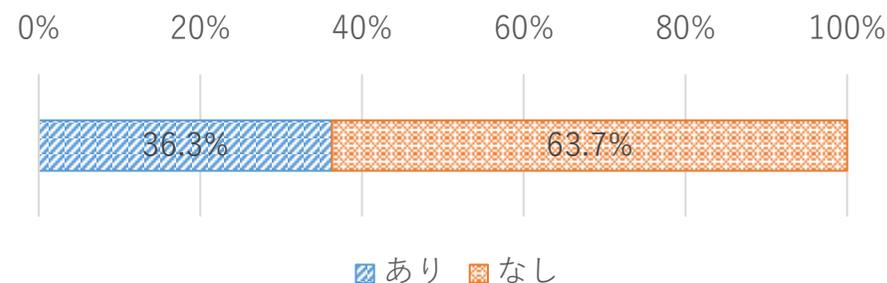
生活習慣病にかかると多職種との関与

- 生活習慣病管理料における総合的な治療管理の実施において、医師と連携している職種としては看護師が最多であった。
- 糖尿病を主病としている患者に対する管理栄養士による栄養指導を実施しているのは36.3%であった。また、栄養指導を実施している管理栄養士の所属としては自院(常勤)が最多であった。

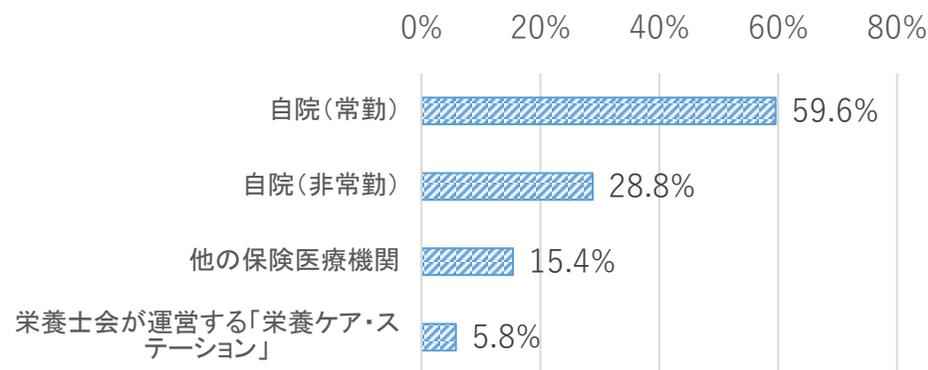
生活習慣病管理料における総合的な治療管理の実施において、連携している職種(n=44)



糖尿病を主病としている患者に対する管理栄養士による栄養指導を実施の有無(n=289)



栄養指導を実施している管理栄養士の所属(n=104)



外来栄養食事指導料の概要

B001・9 外来栄養食事指導料

入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が初回にあつては概ね30分以上、2回目以降にあつては概ね20分以上、療養のために必要な栄養の指導を行った場合に算定

【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食(特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。)、特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

イ 外来栄養食事指導料1

(初回の指導を行った月は月2回、その他の月は月1回)

保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

- | | |
|-----------------|------|
| (1) 初回 | |
| ① 対面で行った場合 | 260点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 235点 |
| (2) 2回目以降 | |
| ① 対面で行った場合 | 200点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 180点 |

ロ 外来栄養食事指導料2

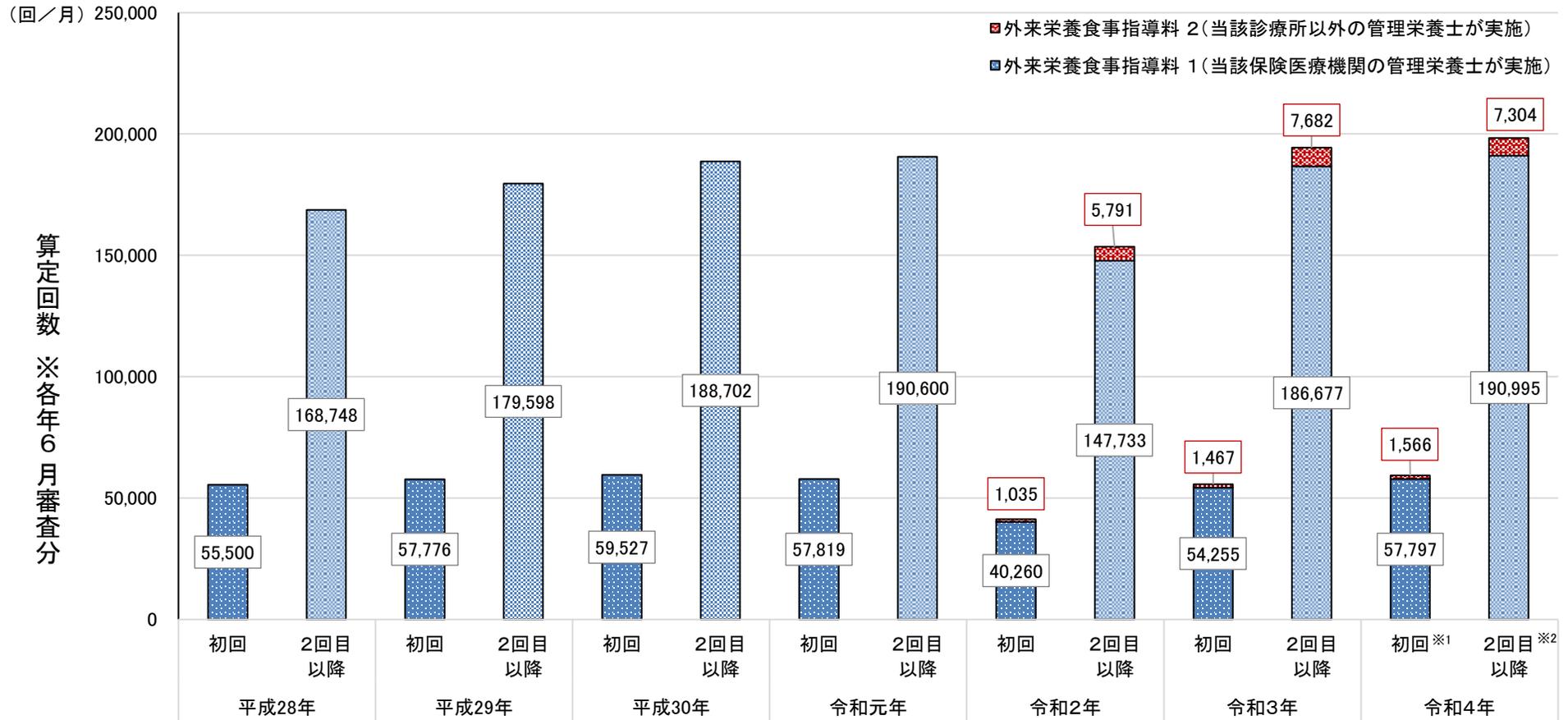
(初回の指導を行った月は月2回、その他の月は月1回)

診療所において、当該診療所以外(栄養ケア・ステーション又は他の保険医療機関)の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

- | | |
|-----------------|------|
| (1) 初回 | |
| ① 対面で行った場合 | 250点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 225点 |
| (2) 2回目以降 | |
| ① 対面で行った場合 | 190点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 170点 |

外来栄養食事指導料の算定状況

- 外来栄養食事指導料の算定回数は、令和2年に減少したものの、近年は概ね横ばいである。
- 当該診療所以外(栄養ケア・ステーション又は他の保険医療機関)の管理栄養士による外来栄養食事指導料2の算定回数は少ない。



※1 注3(2,461回)含む
 ※2 注2(82回)含む

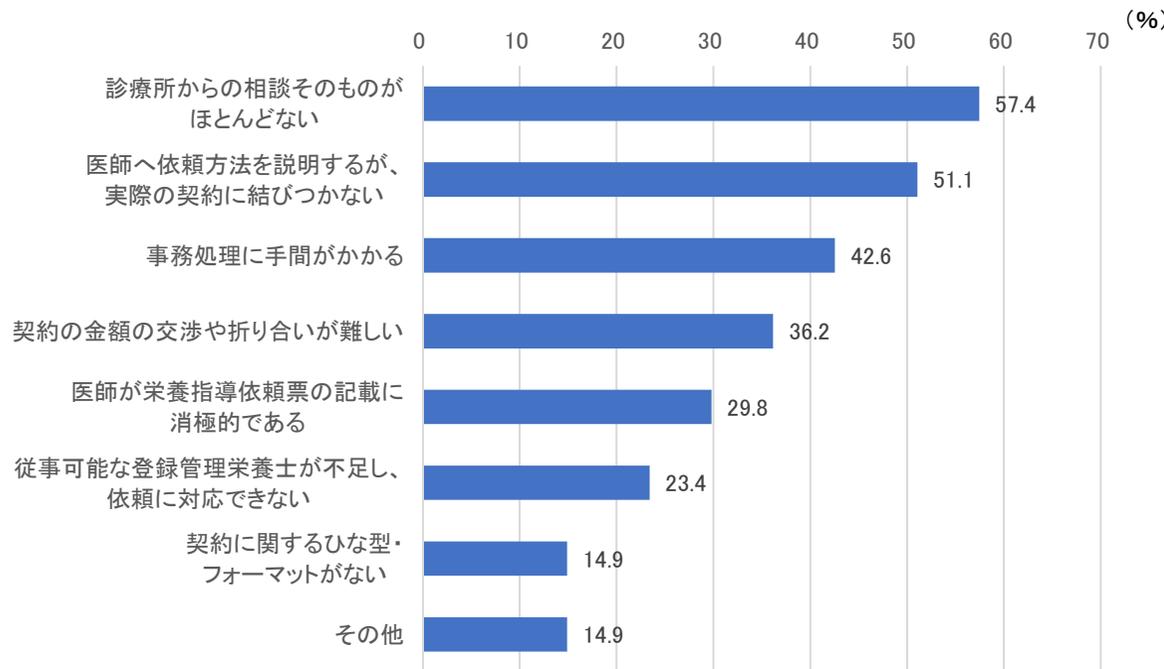
注2: 管理栄養士が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、外来腫瘍化学療法診察料の算定日と同日に月2回以上(時間不問)の指導を行った場合【R2~】
 注3: 専門的な知識を有した管理栄養士が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、療養のため必要な指導を行った場合【R4~】

- 診療報酬で連携が評価されている栄養ケア・ステーション(栄養CS)は、47都道府県栄養士会に設置されており、全国で拠点数は110か所、登録管理栄養士数は4,625人(2022年度)である。
- 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績がある都道府県栄養CSは約4割であり、契約締結の課題としては、「診療所からの相談そのものがほとんどない」、「医師へ依頼方法を説明するが、実際の契約に結びつかない」、「事務処理に手間がかかる」の順が多い。

■ 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績

実績有り 18 / 47 都道府県栄養CS
(38.3%)

■ 診療所との契約締結における課題 (n=47 都道府県栄養CS)



栄養ケア・ステーション活用の流れ



○ 高血圧症や糖尿病等においては、多職種による療養指導の重要性についてガイドライン等で示されており、関係学会による研修・認定制度が設けられている。

「高血圧治療ガイドライン2019」 日本高血圧学会

表3-4 医療スタッフが患者とパートナーシップを築き
コンコーダンス医療を続ける方法

- 高血圧によるリスクと治療の有益性について話し合う
- 高血圧治療の情報を口頭、紙媒体、視聴覚資材でわかりやすく提供する
- 患者の合意、自主的な選択を尊重し、患者の生活に合った治療方針を決める
- 処方をも単純化し、服薬回数、服薬錠数を減らす(合剤の使用、一包化調剤など)
- 家庭血圧の自己測定・記録を推奨し、その評価をフィードバックする
- 医療スタッフ(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士)、患者、家族を含めた治療支援体制を作る
- 治療の費用や中断した場合に負担となるコストについて話し合う
- 服薬忘れの原因・理由について話し合い、特に副作用や心配・気がかりな問題に注意して、必要であれば薬剤の変更を考慮する

※「コンコーダンス」: 患者がチームの一員として医療スタッフと話し合い、治療方針を決定し続けていくこと

出典: 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(編)
「高血圧治療ガイドライン2019」, p55

「糖尿病診療ガイドライン2019」 日本糖尿病学会

●糖尿病自己管理教育の総死亡リスクへの効果

DSME RCT 42 件のメタ解析¹⁾では、DSME 介入は通常ケアに比べて2型糖尿病患者の総死亡リスクを26%抑制することが報告され、その効果は多職種チームによる介入、看護師主導介入双方ともに有効であった。 DSME による総死亡リスク抑制効果は、10時間以上、複数回、組織化されたカリキュラム、対面式での介入を受けた患者で大きかった。

出典:

日本糖尿病学会編・著: 糖尿病診療ガイドライン2019, p107, 108, 南江堂, 2019

生活習慣病における多職種が連携した療養指導等

○ 糖尿病や慢性腎臓病(CKD)の外来診療においては、多職種が連携して必要な療養指導を実施している。

■ 糖尿病センター外来

腎症の重症化予防を目的として透析予防診療チームで介入。血糖管理に加えて、減塩を中心とした血圧管理、適切な体重管理、脂質管理、といった生活習慣改善を指導している。

看護師

- ・生活指導(フットケアなども実施)
- ・自己注射手技の指導

管理栄養士

- ・栄養指導(栄養摂取量の把握と目標設定など)

薬剤師

- ・教育入院後のフォロー、服薬状況の確認
- ・治療薬導入時の服薬指導とフォローアップ
- ・自己注射手技の確認

■ 慢性腎臓病(CKD)外来

医師の診察の待ち時間を利用した療養指導を多職種で実施

-主な指導内容-

- ・教育入院後のフォロー
- ・球形吸着炭や重曹錠、カリウム吸着剤の服薬確認
- ・降圧剤や利尿剤の評価、血圧測定や体重測定
- ・お薬手帳で他科処方の確認、CKDシールの貼付
- ・SGLT2阻害薬の服薬指導
- ・腎臓病教室や腎代替療法指導の希望があるか
- ・栄養指導

【医師】診察



【看護師】生活指導



【薬剤師】服薬指導



【管理栄養士】栄養指導



在宅療養指導料の概要

B001・13 在宅療養指導料 170点

第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあつては、月2回)に限り算定する。

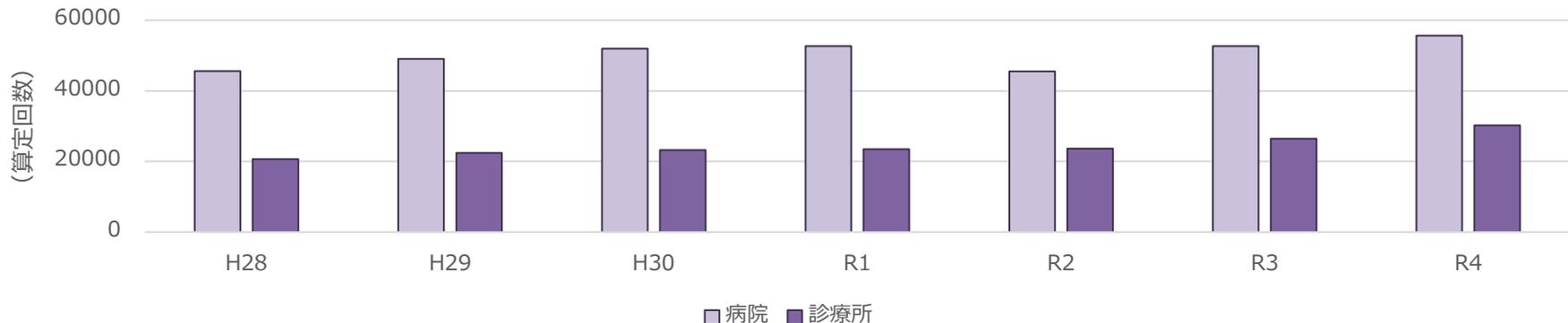
【対象患者】

- 在宅療養指導管理料を算定している患者
- 入院中の患者以外の患者であつて、器具(人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等)を装着しており、その管理に配慮を要する患者

【算定要件】

- 初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。
- 保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであつて、患家において行った場合には算定できない。
- 療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。
- 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。

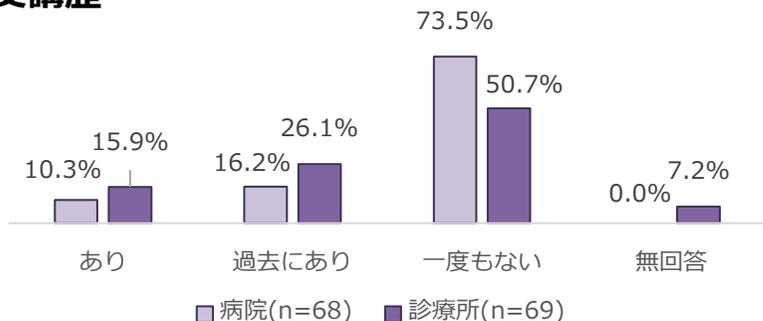
■ 在宅療養指導料の算定回数の推移



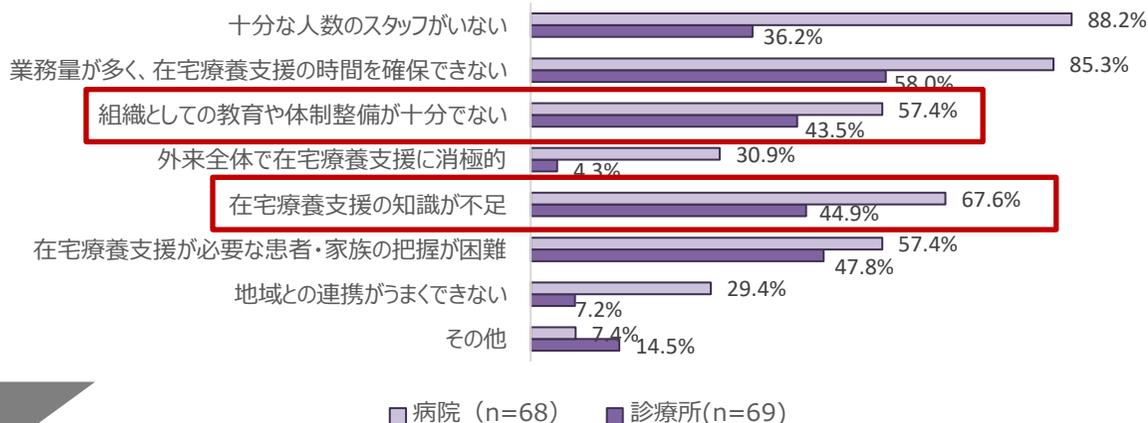
外来における療養支援の質向上に向けた取組

- 外来では、重症化予防や療養支援等を看護職員が担うことがあるが、知識・技術等の向上のために研修を受講する機会は限られていた。
- 在宅療養支援に係る研修を受講した看護職員は、外来における療養支援、療養生活を継続するための社会資源の情報、地域で切れ目ない療養支援を行う上での自施設の役割の理解等が深まっていた。

■ 過去1年間の外来看護に関する研修受講歴

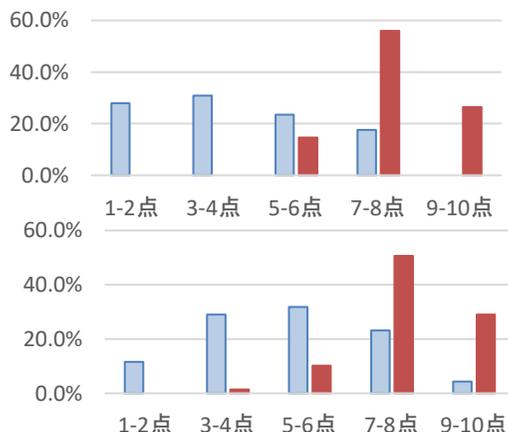


■ 外来で在宅療養支援を行う上での困難（複数回答）

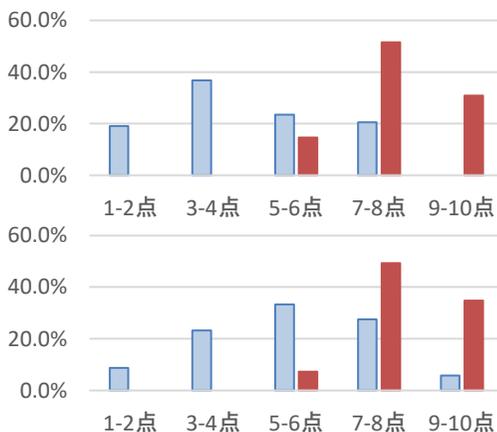


在宅療養支援能力向上の為の研修を受講

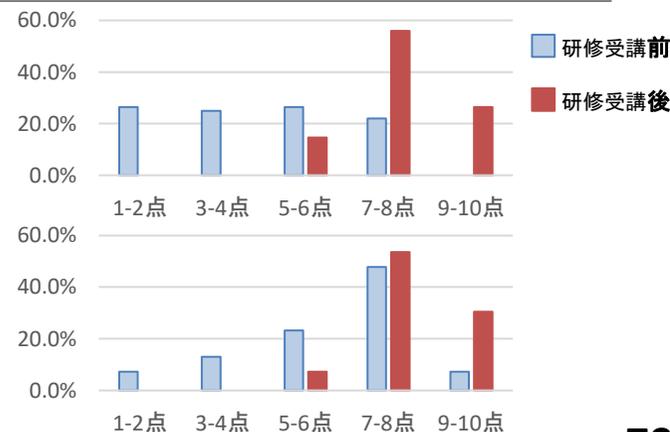
外来における療養支援についての理解



療養生活を継続するための社会資源の情報の理解



地域で切れ目ない在宅療養支援を行う上での自施設の役割の理解



【参考】外来における療養支援向上に向けた取組

■ 外来における療養支援の概念化 (外来での在宅療養支援と看護師に求められること)



出典：永田智子、田口敦子編著「外来で始める在宅療養支援～ニーズ把握と実践のポイント～」(2021年4月発行)における在宅療養支援と看護職の役割を、日本看護協会で図式化



「外来での在宅療養支援」の概念を基本におき、在宅療養支援を行う外来看護職員に必要な能力と研修プログラムの検討

■ 外来における在宅療養支援向上のための研修

	内容	
オンデマンド第1章	外来看護を取り巻く現状と課題、国の政策動向等に基づく外来看護職の役割 1. 外来看護を取り巻く環境の変化 2. 外来医療に関する政策動向 3. 社会の変化と政策動向に基づく外来看護職の役割	25分
オンデマンド第2章	外来における在宅療養支援 1. 在宅療養支援とは 2. なぜ在宅療養支援が必要か 3. 在宅療養支援を担う看護職の役割	50分
オンデマンド第3章	在宅療養を支える地域連携とネットワーク 1. なぜ地域連携が必要か 2. 地域との連携体制構築の方策	47分
オンデマンド第4章	在宅療養患者(外来患者)の意思決定支援 1. 意思決定の現状と課題 2. 外来看護職に求められる意思決定支援	40分
オンデマンド第5章	在宅療養患者(外来患者)を支える社会資源 1. 在宅療養患者が活用可能な社会資源の基礎知識 2. 地域における多職種の連携・協働の実際と推進の必要性	40分
事前課題	【課題の内容】 ①地域における自施設の役割と外来看護職として自らが担う役割等について ②外来看護に関する実践事例 ③外来における療養支援について自身が感じている課題	—
演習	【主な内容】 ・オリエンテーション ・講義「地域の現状や自施設を取り巻く状況等について」 ・事例検討：グループディスカッション ・全体共有：グループからの報告及び質疑応答・意見交換	150分

出典：日本看護協会「2023年度 外来における在宅療養支援能力向上のための研修」

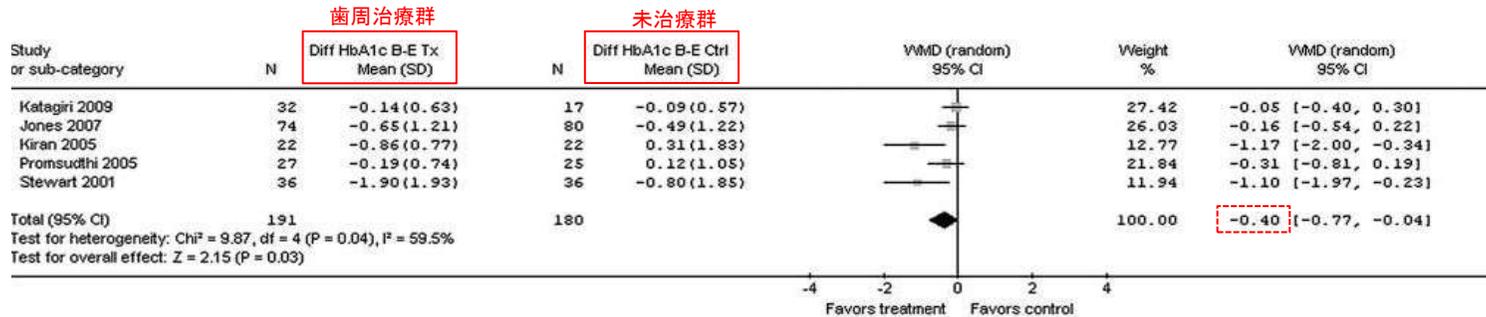
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

- ・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- ・2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される（推奨グレードA）《参考1》
（※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29~0.66%低下することが示されている）

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第2版 2014（日本歯周病学会）

- ・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病患者に比較して有意に歯周病の発症率が高い《参考2》
- ・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
- ・複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる

○歯周治療による血糖コントロール改善効果：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが -0.40%有意に改善されることが示された。

《参考1》出典: Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

○糖尿病患者の歯周病発症率：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第6の合併症」とされる）

	N	Relative Risk	95%CI	p-value	Relative Risk	95%CI	p-value
HbA1c							
< 6.5%	5,706	1			1		
≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319	1			1		
22-25	2,153	1.12	1.04-1.22	0.005			
25-30	1,244	1.23	1.12-1.34	0.001			
> 30	140	1.41	1.16-1.70	0.001			
Smoking status							
Never smoker	2,484	1			1		
Former smoker	1,360	1.12	1.02-1.24	0.022			
Current smoker	2,012	1.52	1.40-1.66	0.001			
Sex							
Men	4,511	1			1		
Women	1,245	0.90	0.81-1.00	0.044			
Age, yrs							
		1.03	1.02-1.03	0.001			

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≥6.5%の群で歯周病の発生率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

《参考2》出典: Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al: Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

○ 糖尿病患者の約16~17%で過去1年間に歯の喪失があることや約32%で歯肉腫脹の既往があること、定期的な歯科受診がない者が約57%、また、現在歯数20歯未満とHbA1c8.0%以上であることと有意な関連があること等が報告されている。

■ 対象

- 全国の基本的に糖尿病を対象とする医療機関に通院中の40歳以上75歳未満の1型、2型糖尿病患者6,099名

■ 方法

- 糖尿病罹患機関は主治医が記載
- 歯周病に関する質問事項6項目と同意を得られた者に歯科医師によるレントゲン検査を含む歯周病検査を実施

■ 結果

● 歯周病に関する質問への回答（抜粋）

- 現在歯数（自己申告）：19.8±9.4本
- 過去1年間の歯の喪失既往：
 - 1型：喪失していない者84.1%、喪失した者15.9%
 - 2型：喪失していない者83.1%、喪失した者16.9%
- 歯肉腫脹の既往：既往あり32.0%、既往なし68.0%
- 歯科の定期健診の頻度：
 - ほとんど受診していない者56.5%
 - 年に1~2回 29.2%、年に3~5回 6.0%
 - 年に5回以上 8.3%

● 2型糖尿病コントロール状態と現在歯数の関係 (Table 4)

- HbA1c8.0%以上になると、現在歯数20歯未満になるORは1.02、9因子を調整したORは1.16となった。
- その他、糖尿病罹患期間等も有意な関連を示した。

Table 4 Multiple logistic regression analysis for the odds ratio (OR) of number of present teeth <20 in JDCP type 2 diabetes subjects at baseline (n = 5,065)

		OR and 95 % confidence interval (CI)	p value	adjusted OR** and 95 % CI	p value	adjusted OR*** and 95 % CI	p value
gender	male	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	female	1.19 (1.06-1.33)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01
age (years)	<60	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥60	2.68 (2.36-3.04)	<0.01	2.66 (2.33-3.05)	<0.01	2.69 (2.36-3.08)	<0.01
smoking	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.04 (0.93-1.17)	0.47	1.06 (0.94-1.20)	0.35	1.06 (0.94-1.20)	0.37
duration of diabetes (years)	<10	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥10	1.41 (1.26-1.58)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01
BMI	<25	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥25	0.88 (0.79-0.99)	<0.05	0.95 (0.84-1.08)	0.47	0.95 (0.83-1.08)	0.41
past history*	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.27 (1.10-1.45)	<0.01	1.17 (1.01-1.36)	<0.05	1.18 (1.02-1.36)	<0.05
use of interdental brush	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.93 (1.71-2.18)	<0.01	2.02 (1.76-2.31)	<0.01	2.02 (1.76-2.32)	<0.01
regular dental check-ups	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.37 (1.22-1.53)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01
HbA1c	<7.0	1.0 (reference)		1.0 (reference)		-	
	≥7.0	1.02 (0.91-1.14)	0.76	1.05 (0.93-1.19)	0.40	-	
	<8.0	1.0 (reference)		-		1.0 (reference)	
	≥8.0	1.02 (0.89-1.17)	0.77	-		1.16 (1.00-1.34)	<0.05

* no: no history of hypertension, hyperlipidemia, cardiac infarction and cerebrovascular disease.

** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (7 %).

*** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (8 %).

- 糖尿病患者に対する歯周治療は、感染のリスクの高さを踏まえた治療や血糖コントロールをはじめとした状態把握等が非常に重要であり、糖尿病担当医との連携が重要である。

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン改訂第3版より抜粋

歯周病の発症頻度

- ◆ 糖尿病患者では歯周病の発症頻度が増加するか？ → **糖尿病患者では歯周病の発症頻度は増加する。**
 - ・ 1型・2型糖尿病患者は非糖尿病患者と比較して有意に歯周病の発症率が高いといえる。

歯周病の増悪

- ◆ 糖尿病患者では歯周病の増悪がみられるか？ → **糖尿病患者では歯周病が悪化する。**
 - ・ 血糖コントロール不良な糖尿病は歯周病の進行に関与する危険因子であり、歯周病を悪化させると判断される。

歯周基本治療とHbA1c

- ◆ 糖尿病を有する歯周病患者に対して歯周基本治療はHbA1cの改善に有効か？
→ **糖尿病を有する歯周病患者に対して、歯周基本治療はHbA1cの改善に有効であり、歯周基本治療の実施を強く推奨する。**
(エビデンスの確実性:高 推奨の強さ:強い推奨)
 - ・ 歯周基本治療介入によってHbA1cは統計学的に有意に改善するという無作為比較試験の報告が多くある。
 - ・ 複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による、血糖コントロールの改善効果が支持されている。

歯周病安定期治療(SPT)の間隔

- ◆ 糖尿病患者にSPTを行う際、慢性歯周炎の再発・進行を防ぐために治療間隔は短くすべきか？
→ **糖尿病はSPT期にあっても歯周病に対する疾患感受性が高いと考えられるため、糖尿病患者にSPTを行う治療間隔は年4回よりも短くすることが推奨される。**(エビデンスの確実性:中 推奨の強さ:強い推奨)
 - ・ 糖尿病患者は歯周炎に対するハイリスク集団と捉えられている。したがって動的歯周治療後のSPT期においても厳格な管理を要するものと考えられる。
 - ・ 糖尿病は歯周病のリスクファクターであり、糖尿病のコントロールがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスが悪化することが示されている。

- 糖尿病患者に対する歯科治療に関し、医学管理や歯周病治療に関して評価がなされている。

歯科疾患管理料 総合医療管理加算、歯科疾患在宅療養管理料 在宅総合医療管理加算

- **別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から**歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により**患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供**を受け、適切な総合医療管理を実施した場合の評価。
(対象患者) **糖尿病の患者**、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、H I V感染症の患者

歯科治療時医療管理料、在宅患者歯科治療時医療管理料

- 施設基準を届け出た医療機関において、**歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理**を行った場合の評価。
(対象疾患) 高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、**糖尿病**、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者

歯周病処置（糖尿病を有する患者）

- 計画的な特定薬剤の注入について、基本的には歯周基本治療後に行うが、**診療情報提供を受けた糖尿病患者**については、歯周病基本治療と並行して実施した場合に算定が可能。

機械的歯面清掃処置

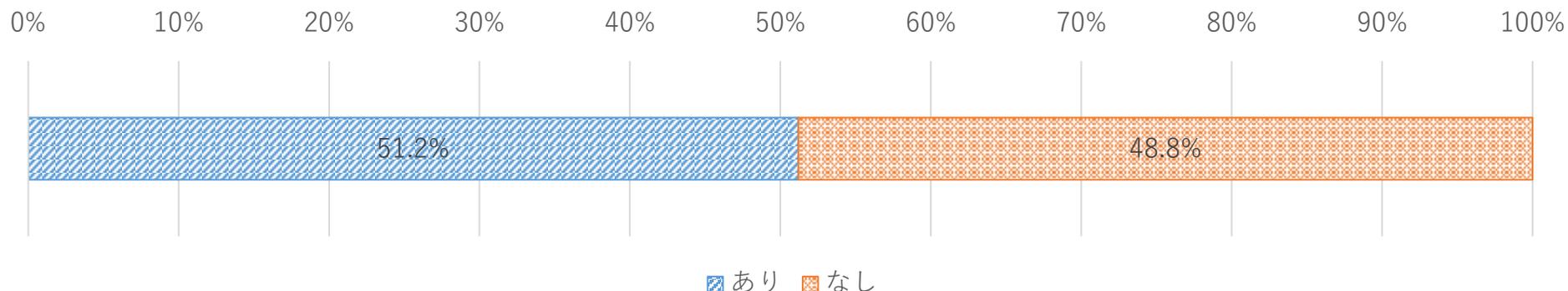
- 算定間隔について、基本的には2月に1回であるが、**診療情報提供を受けた糖尿病患者は月1回**の算定が可能。

歯周病安定期治療

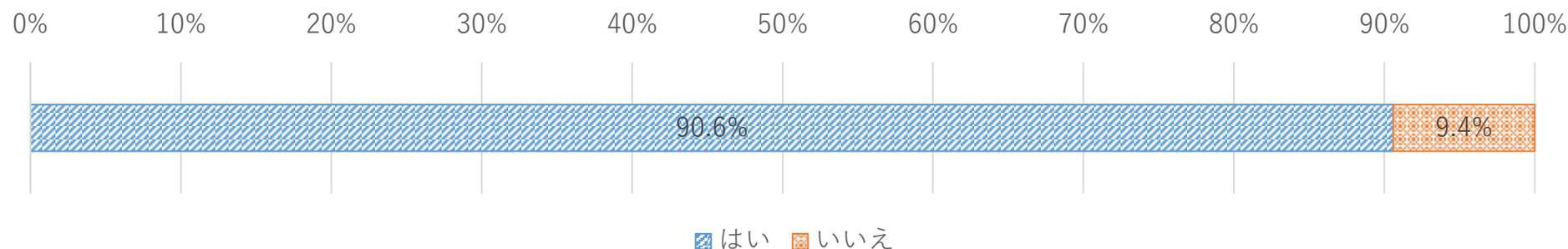
- 算定間隔について、基本的には3月に1回であるが、**全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合、主治の医師からの文書がある場合は月1回**の算定が可能。

○ 糖尿病を主病とする患者が1名以上いる施設において、糖尿病を主病としている患者に歯科受診の推奨を実施している施設は51.2%、糖尿病と歯周病の関係性(※)について知っている施設は90.6%であった。

糖尿病を主病としている患者に歯科受診の推奨を実施してるかどうか (n=287)



糖尿病と歯周病の関係性 (※) について知っているかどうか (N=289)



※ 糖尿病診療ガイドライン2019(日本糖尿病学会)において、歯周病は慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすこと等が示されている。

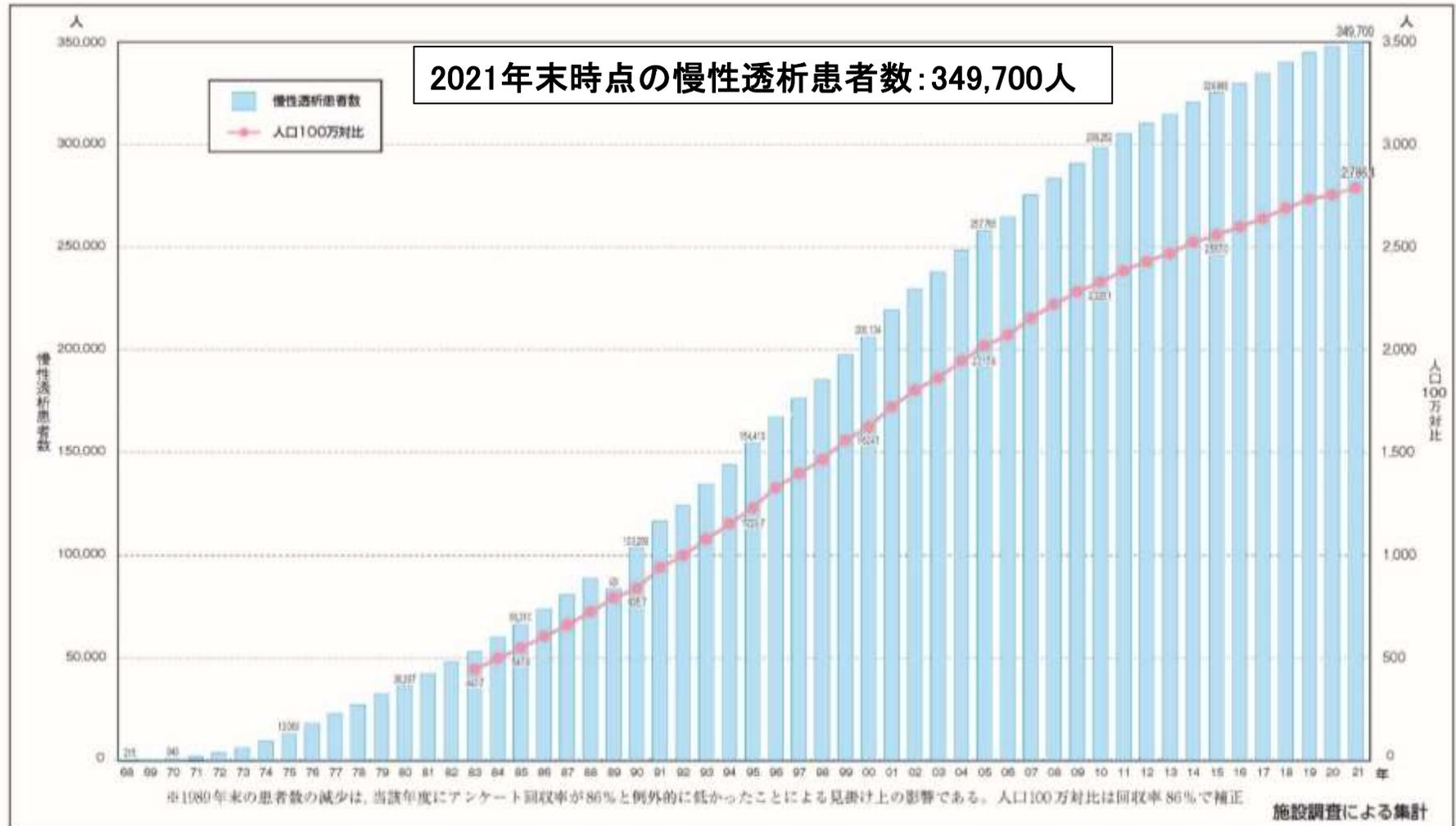
1. 生活習慣病に対する疾病管理について

2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

慢性透析患者数と有病率の推移※

※慢性透析患者数：1968～2021年、有病率：人口100万対比、1983～2021年



一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2021年12月31日現在）」

厚生労働省健康局がん疾病対策課により抜粋、一部改変

腎疾患対策検討会報告書(平成30年7月)に係る取組の中間評価と 今後の取組について(抜粋)(令和5年10月)

(c) 新規透析導入患者数

(達成すべき成果目標 (KPI))

2028年までに、年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させる。

(評価指標)

○ 新規透析導入患者数について、2016年比で、5年で5%以上減少、10年で10%以上減少を達成する都道府県数等

※ その際、地域の実情に応じて、人口当たりの導入患者数や、年齢調整、原疾患別の評価等を行うことも有用と考えられる。

※平成30年報告書からの抜粋

(成果目標に対する進捗・中間評価)

- 直近の日本全国における新規透析導入患者数は40,511人(令和3年)であり、現時点ではKPIの35,000人は達成できていない。一部の地域では透析導入患者数が減少しているが、全国で見ると、近年はほぼ横ばいで推移している。
- 平成30年から令和3年までの年齢調整後の予測透析導入患者数と、実際の新規透析導入患者数を比較すると、実際の新規透析導入患者数は予測透析導入患者数を下回っており、年齢階級別新規透析導入率は、高齢男性(80歳代~)では増加しているものの、男女ともに若い世代(~70歳代)で減少し、新規透析導入患者の平均年齢は、年々高くなる傾向が見られた(2016年時点で69.40歳、2021年時点で71.09歳)。
- 2016年比で、5年で新規透析導入患者数が5%以上減少を達成した都道府県数は12道府県あった。
- **新規透析導入患者の原因疾患としては糖尿病性腎症が最多であるものの、主に高血圧や加齢により発症する腎硬化症の割合が近年増加傾向にある。また、慢性糸球体腎炎等の割合も依然として高い。**

(上記評価に基づき更に推進すべき事項)

- 国は、新規透析導入患者数は人口構造の変化の影響を受けることを踏まえ、性・年齢階級別の人口の変化の影響を調整した予測透析導入患者数との比較や年齢階級別での透析導入率の変化を指標とした評価を行う。
- **国及び地方公共団体は、新規透析導入患者数の原因疾患への対応として、糖尿病対策と併せて、高血圧、脂質異常症等の生活習慣病(NCDs)対策を引き続き推進する。**
- 国及び地方公共団体は、新規透析導入患者数のKPIを達成するために、引き続き、以下に示す個別対策を推進する。

透析予防に係る管理の評価 糖尿病透析予防指導管理料

B001・26 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

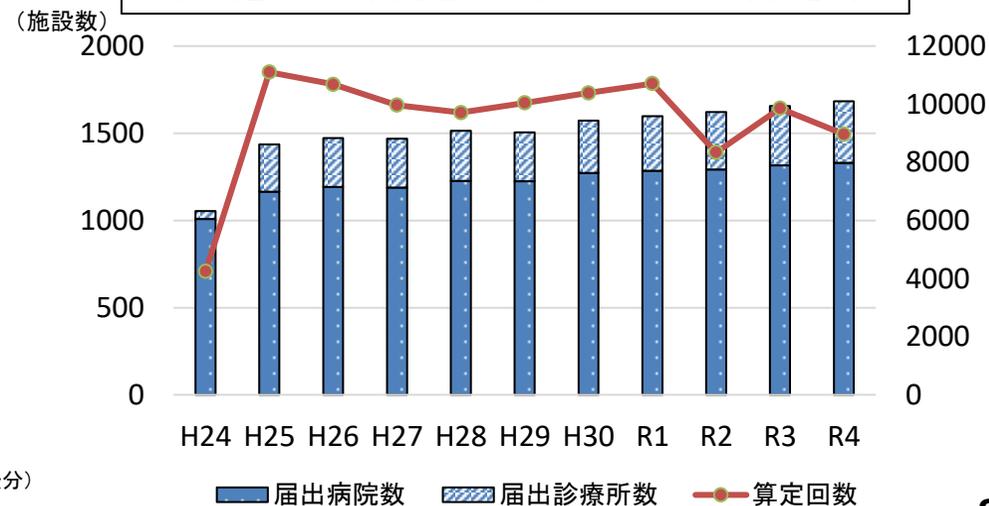
[主な算定要件]

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

[主な施設基準]

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

糖尿病透析予防指導管理料の届出医療機関数及び算定回数



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

慢性腎臓病の重症度及び患者の分布

○ 慢性腎臓病の重症度は蛋白尿及びeGFRから判定され、患者の分布は以下のとおり。

J-SHC研究データ 特定健診受診者におけるCKD重症度分類の頻度

		蛋白尿(試験紙法)					計
			A1(-)	A2(±)	A3(1+以上)		
eGFR, (mL/分/1.73m ²)	G1	正常または高値	90~	16.35%	1.40%	0.76%	18.51%
	G2	正常または軽度低下	60~89	58.89%	5.19%	3.01%	67.09%
	G3a	軽度から中等度低下	45~59	10.57%	1.13%	1.10%	12.80%
	G3b	中等度から高度低下	30~44	0.84%	0.14%	0.33%	1.31%
	G4	高度低下	15~29	0.06%	0.02%	0.12%	0.20%
	G5	末期腎不全	<15	0.03%	0.01%	0.04%	0.08%
		計		86.74%	7.89%	5.36%	100.00%

2008年度特定健診受診者(n=442,185人(22道府県、男性40.7%、平均年齢63.6歳、39歳~75歳))

糖尿病及び非糖尿病の慢性腎臓病に対する多職種による患者介入

- 非糖尿病患者も糖尿病の患者と同様に、多職種による介入の結果、推定糸球体濾過量 (eGFR) の低下が有意に抑制されたという研究結果がある。

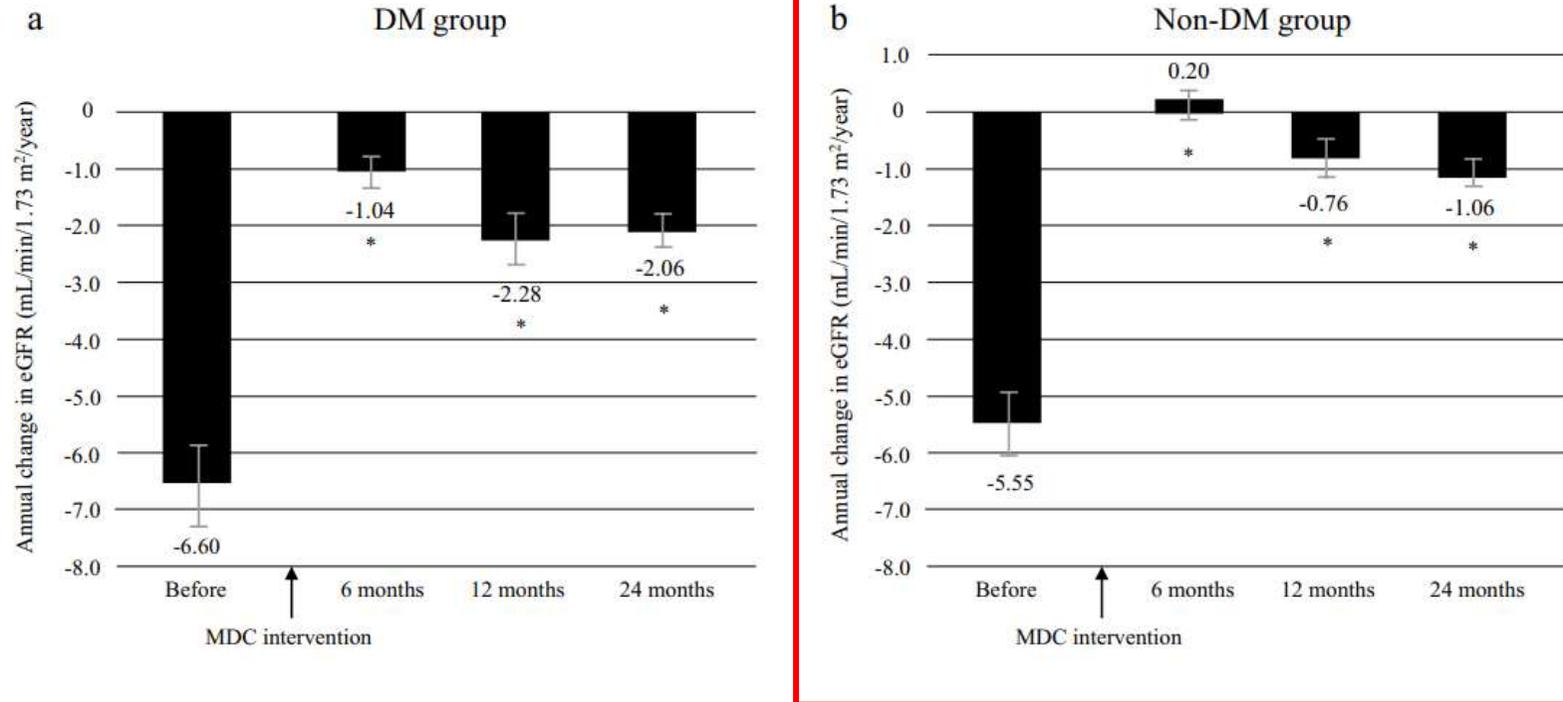


Fig. 2 Annual changes in eGFR decline (Δ eGFR) in the 12 months before and 24 months after initiation of multidisciplinary care according to DM status. **a** DM group, **b** non-DM group. * $P < 0.0001$ vs.

before start of MDC. Data are shown as the mean. Bars indicate the 95% confidence interval. DM diabetes mellitus, eGFR estimated glomerular filtration rate, MDC multidisciplinary care

慢性腎臓病に対する多職種による患者介入の効果

○ ステージ3以降の慢性腎臓病(CKD)の患者に対して、多職種による介入を行ったところ、いずれのステージにおいても、推定糸球体濾過量(eGFR)の低下が有意に抑制されるという研究結果がある。

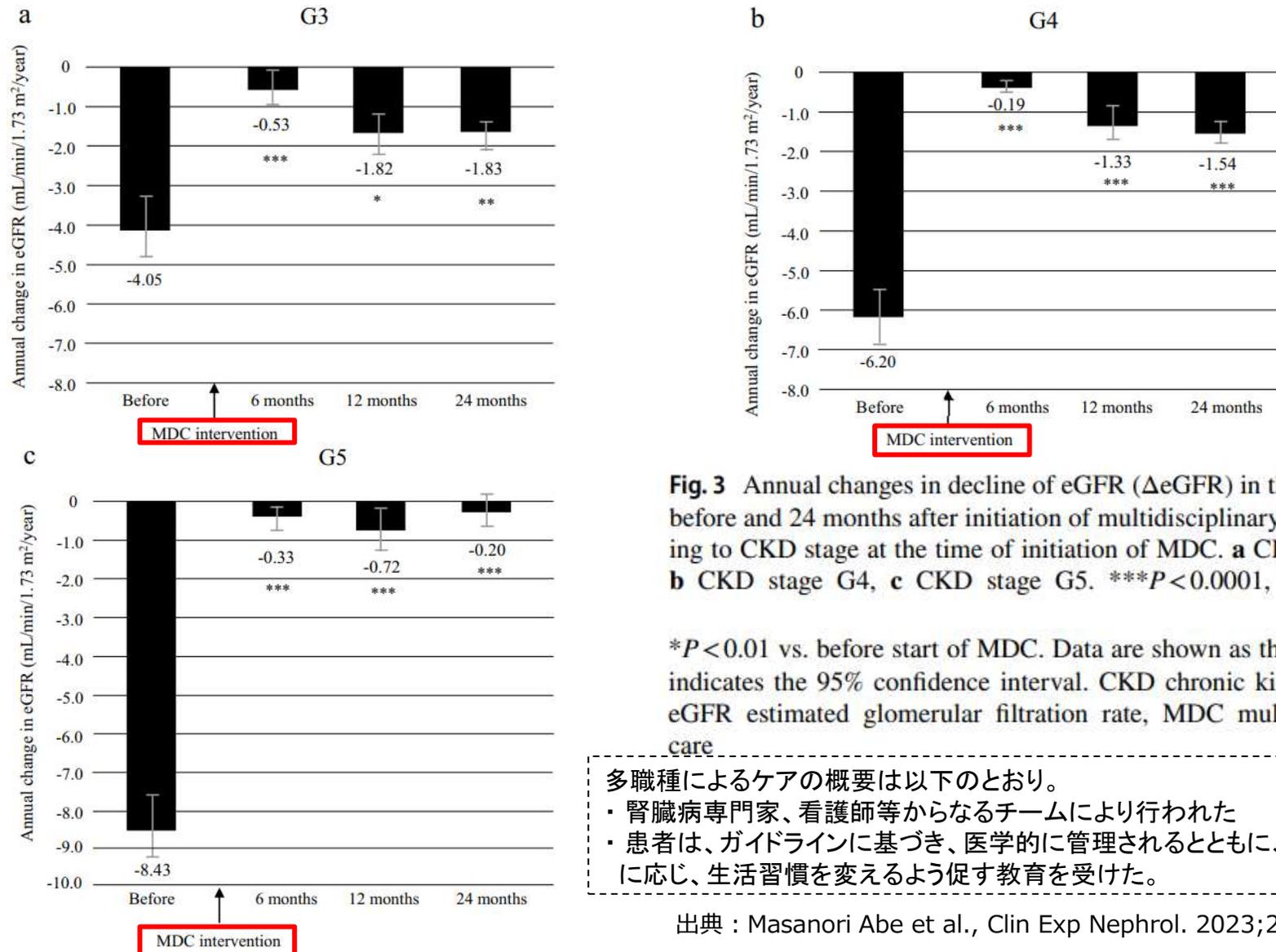


Fig. 3 Annual changes in decline of eGFR (Δ eGFR) in the 12 months before and 24 months after initiation of multidisciplinary care according to CKD stage at the time of initiation of MDC. **a** CKD stage G3, **b** CKD stage G4, **c** CKD stage G5. *** $P < 0.0001$, ** $P < 0.001$,

* $P < 0.01$ vs. before start of MDC. Data are shown as the mean. Bars indicates the 95% confidence interval. CKD chronic kidney disease, eGFR estimated glomerular filtration rate, MDC multidisciplinary care

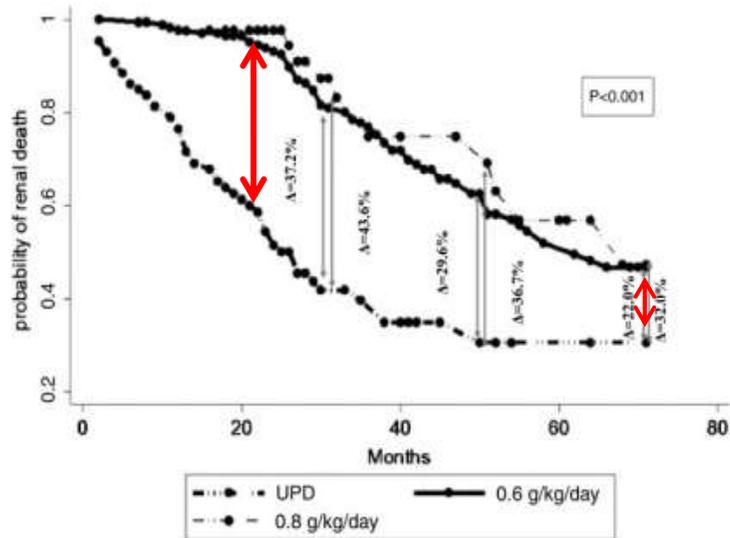
多職種によるケアの概要は以下のとおり。

- ・腎臓病専門家、看護師等からなるチームにより行われた
- ・患者は、ガイドラインに基づき、医学的に管理されるとともに、CKDのステージに応じ、生活習慣を変えるよう促す教育を受けた。

慢性腎臓病に対する多職種による患者介入の効果

- 慢性腎臓病による多職種による介入では、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告がある。

Clin Kidney J. 2019 Nov 8;13(2):253–260.



feier analysis. Kaplan-Meier survival analysis in the UPD, LPD and CPD subjects. At 30 months, the percentages of renal death in the UPD, LPD and S/85 patients (52.9%, renal survival 47.1%), 27/171 patients (15.7%, renal survival 84.3%) and 4/43 patients (9.3%, renal survival 90.7%; $P < 0.001$), respectively, these values were 49/85 patients (57.6%, renal survival 42.4%), 48/171 patients (28.0%, renal survival 72.0%) and 9/43 patients (20.9%, renal 0.001), respectively. At 70 months, these values were 49/85 patients (57.6%, renal survival 42.4%), 61/171 patients (35.6%, renal survival 64.4%) 25.6%, renal survival 74.4%; $P < 0.001$), respectively.

- 慢性腎臓病Stage4を対象とし、管理栄養士を加えた多職種介入が行われた2群(0.8g/kg/日又は0.6g/kg/日まで蛋白制限を行った2群を設定)と通常群で、腎生存率を比較した観察研究。
- 治療開始早期(1-2年程度)で介入群と通常群の差が特に大きい。

J Diabetes Complications. 2017 Mar;31(3):624–630.

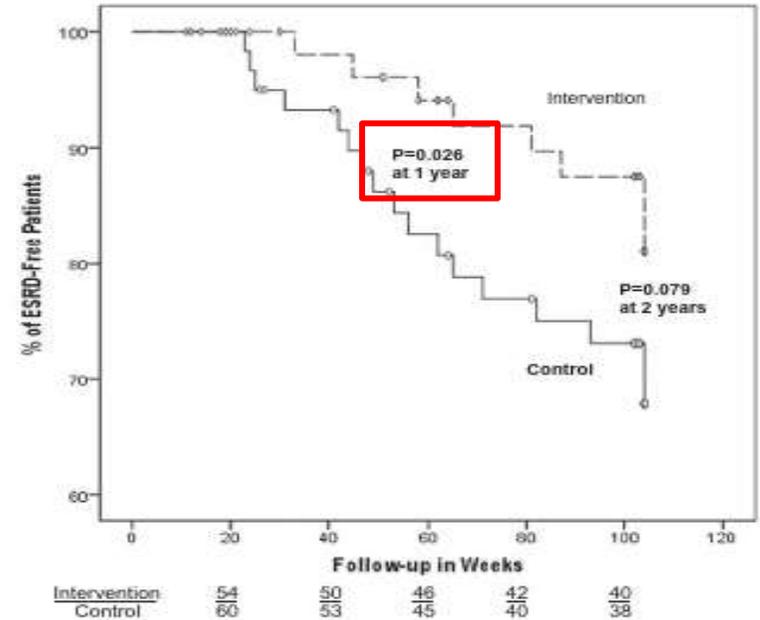


Fig. 2. Progression to ESRD expressed as percentage of ESRD free patients at one year and at the end of 2 years of follow up using Kaplan-Meier survival analysis. Patients who dropped out were censored with the numbers remaining at each 20-week time interval listed above.

- 2型糖尿病とCKD stage3-4をもつ患者を対象とし、医師、管理栄養士、看護師等による多職種介入が行われた群と通常ケア群で、腎生存率を比較したランダム化比較試験。
- 介入開始後1年時点で有意差を認めた。介入開始後2年時点では介入群の方が有効である傾向はあったが、統計学的に有意ではなかった。

課題①

(生活習慣病に対する疾病管理について)

- 生活習慣病患者の生活習慣に関する総合的な治療管理のため、平成14年度改定において、生活習慣病管理料が新設された。累次の改定においてその要件は見直されており、平成30年度、令和2年度診療報酬改定においては、生活習慣病の算定要件について、生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、関係学会のガイドラインを踏まえ、算定要件を見直した。令和4年度診療報酬改定においては、投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し評価を見直すとともに、総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化した。
- 生活習慣病管理料に係るレセプトについて、令和4年度診療報酬改定後に「投薬」に係る費用が増加している。
- 生活習慣病管理料において、検査・問診、重点を置く領域と指導項目(食事、運動、たばこ等)、服薬指導等についての療養計画書を作成し、患者に対し説明の上当該計画書に署名を受けることが求められる。生活習慣病管理料の算定について困難なこととしては、「療養計画書を作成し、患者に対して丁寧に説明の上当該計画書に署名を受けること」が最も多い。
- 改正医療法において、患者等から求めがあったときは正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならないこととなる。
- 医療DXとして、電子カルテ情報共有サービスの構築や電子カルテ情報の標準化において、情報の共有にあたっての標準規格化された3文書およびそれに含まれる6情報(生活習慣病に係る血液検査項目を含む)を普及促進し、医療の質向上のために活用されていくこととされている。患者サマリー(Patient summary)の運用が令和7年度に開始されることとなっている。生活習慣病管理料の療養計画書の血液検査項目等は医療DXにより電子カルテ情報共有サービスでの閲覧が令和7年度に可能となる予定。
- 治療継続についてアドヒアランス・コンコーダンスといった考え方が導入されており、治療に係る情報について、医師と患者が共通の理解を持つ重要性が示されている。
- 高血圧・糖尿病・脂質異常症を主病とする患者における再診料・外来診療料は、3か月間に3回(1月に1回)算定されている患者が最多であった。再診料・外来診療料が3か月間に4回以上算定されている患者割合は令和元年から令和2年にかけて減少していた。3か月間に1～2回受診する患者は約2～3%であった。
- 内服薬の投薬日数は令和元年度から令和2年度にかけ伸びを認めた。薬効分類としては、生活習慣病に係る血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤についても令和元年度から令和2年度にかけ投薬日数の伸びを認めた。令和元年から令和2年にかけて処方日数が14日以内である医薬品件数の割合が減っており、令和2年以降は日数毎の件数割合は同様の傾向であった。
- リフィル処方箋を多く発行されている主傷病名は高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症等が多く、30日以上処方と同様の傾向である。
- リフィル処方箋を交付された経験のある患者は、今後も症状が安定している場合にリフィル処方箋を利用したいと考えている患者が多く、リフィル処方箋の利用にあたっては「信頼するかかりつけ医」が必要だと感じている。
- 「経済財政陣営と改革の基本方針2023」(令和5年6月16日)において、「関係者・関係機関の更なる対応により、リフィル処方の活用を進める」とされており、現在第4期医療費適正化計画や国民健康保険の保険者努力支援制度において取組の推進を図っている。

課題②

(生活習慣病に対する疾病管理について(続き))

- 生活習慣病管理料は診療ガイドラインを参考とした総合的な医学的管理を評価したものであるが、高血圧、糖尿病、脂質異常症に係る診療ガイドラインにおいて、生活習慣の療養指導について詳細な推奨がなされている。
- 生活習慣病を対象として療養指導に係る診療報酬上の評価のうち、書面交付が規定されているのは生活習慣病のみである。
- 糖尿病治療に新しい技術であるCGM(continuous glucose monitoring)が診療ガイドラインにおいて有効とされている。専門医のみならずかかりつけ医による糖尿病診療にもCGMが有効との報告がある。

(多職種連携・医科歯科連携について)

- 無床診療所には看護職員と事務職員以外は殆ど配置されていない。
- 生活習慣病管理料における総合的な治療管理の実施において、糖尿病を主病としている患者に対する管理栄養士による栄養指導を実施しているのは36.3%であった。また、栄養指導を実施している管理栄養士の所属としては自院(常勤)が最多であった。
- 外来栄養食事指導料の算定回数は、令和2年に減少したものの、近年は概ね横ばい。令和2年度から、当該診療所以外(栄養ケア・ステーション又は他の保険医療機関)の管理栄養士による栄養食事指導についても評価しているが、算定回数は少ない。
- 生活習慣病管理料における総合的な治療管理の実施において、医師と連携している職種としては看護師が最多であるが、外来の看護師等が療養指導の知識・技術等の向上のために研修を受講する機会は限られていた。
- 在宅療養支援に係る研修を受講した看護職員は、外来における療養支援、療養生活を継続するための社会資源の情報、地域で切れ目ない療養支援を行う上での自施設の役割の理解等が深まっていた。
- 糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性がガイドライン等で示されている。糖尿病は歯周病のリスクファクターであることが知られており、糖尿病患者の約16~17%で過去1年間に歯の喪失があることや、約32%で歯肉腫脹の既往がある一方で、定期的な歯科受診がない者が約57%であることなどが報告されている。糖尿病を主病とする患者が1名以上いる施設において、糖尿病を主病としている患者に歯科受診の推奨を実施している施設は51.2%、糖尿病と歯周病の関係性について知っている施設は90.6%であった。

(慢性腎臓病に係る対応について)

- 糖尿病の患者に対する透析予防の取組については、糖尿病透析予防管理料により評価されている。
- 非糖尿病患者も糖尿病の患者と同様に、多職種による介入の結果、推定糸球体濾過量(eGFR)の低下が有意に抑制されたという研究結果がある。慢性腎臓病による多職種区による介入では、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告がある。

生活習慣病対策についての論点

【論点】

(生活習慣病に対する疾病管理について)

- 医療DXの推進により血液検査項目等を電子カルテ情報共有サービスで閲覧できるようになることを踏まえ、生活習慣病管理料の療養計画書を一定程度簡素化するとともに、改正医療法の内容を踏まえ患者の求めに応じ文書を交付することについてどう考えるか。
- 生活習慣病管理料は少なくとも1月に1回以上診療することが要件とされているが、生活習慣病について2～3月に1回の診療形態が一定程度あることから、少なくとも1月に1回以上の診療を求める要件は見直してはどうか。
- リフィル処方箋は生活習慣病に対して他の疾患と比べ多く発行されている実態があることを踏まえ、生活習慣病の疾病管理においてリフィル処方箋の活用を推進するための方策についてどのように考えるか。
- 生活習慣病管理料は診療ガイドライン等を参考とした総合的な生活習慣病に係る医学的管理を評価したものであるが、診療ガイドラインにおいて生活習慣病に対する生活習慣の指導について詳細な推奨がなされており、このような診療ガイドラインに沿った診療を推進するための方策についてどのように考えるか。
- 外来データ提出加算が創設されたことを踏まえ、データに基づいた生活習慣病対策を推進していくための方策についてどのように考えるか。

(多職種連携・医科歯科連携について)

- 多職種連携・医科歯科連携の有効性がガイドライン等において示されていることを踏まえ、より有効な生活習慣病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について、多職種連携・医科歯科連携に係る要件を追加することについてどのように考えるか。

(慢性腎臓病に係る対応について)

- 非糖尿病の慢性腎臓病患者に対して、多職種の取組により腎機能低下が抑制がされたことを踏まえ、透析予防の取組に係る評価についてどのように考えるか。
- 透析予防の取組は多職種による行動変容を促すものであり、発症早期の介入が効果的であると考えられること、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告があることから、取組開始後の期間に応じて評価することについてどのように考えるか。