

中央社会保険医療協議会 総会（第 492 回） 議事次第

令和3年10月22日(金) 9:00～
於 オンライン開催

議 題

- 個別事項（その2）について
- 調剤（その2）について

個別事項(その2)

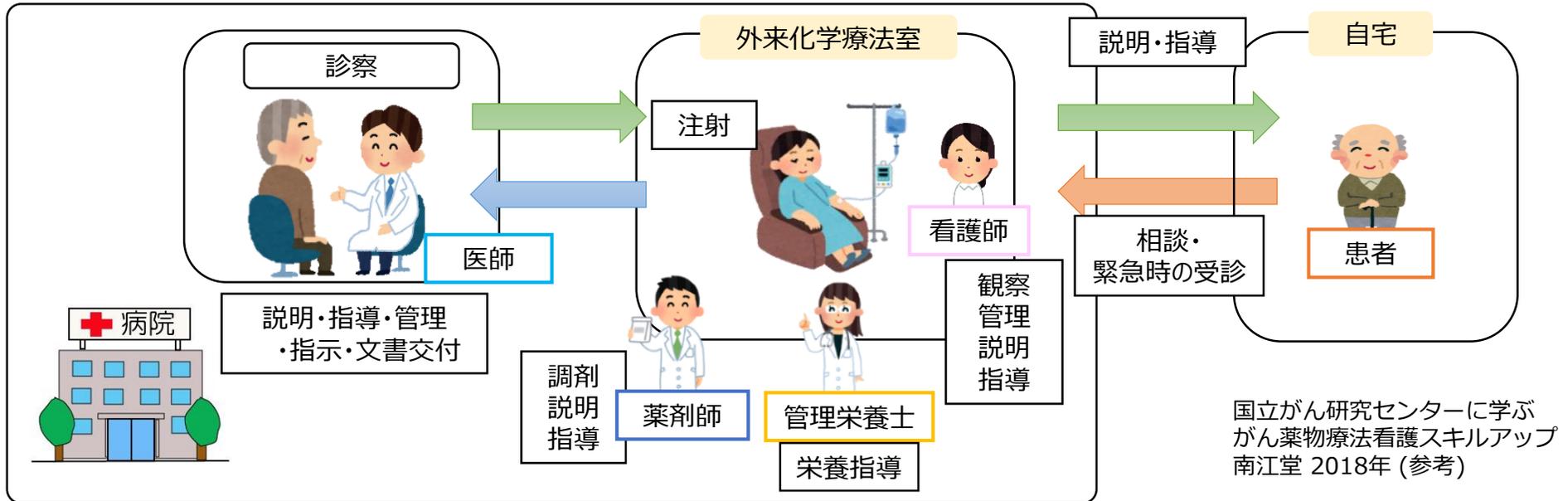
がん・疾病対策について

1. がん対策に係る評価について
 - 1-1 外来化学療法について
 - 1-2 栄養食事指導について
 - 1-3 がんゲノムプロファイリング検査について
 - 1-4 放射線内用療法について
2. 難病対策等に係る評価について
3. アレルギー疾患対策に係る評価について

外来化学療法の流れ(イメージ)

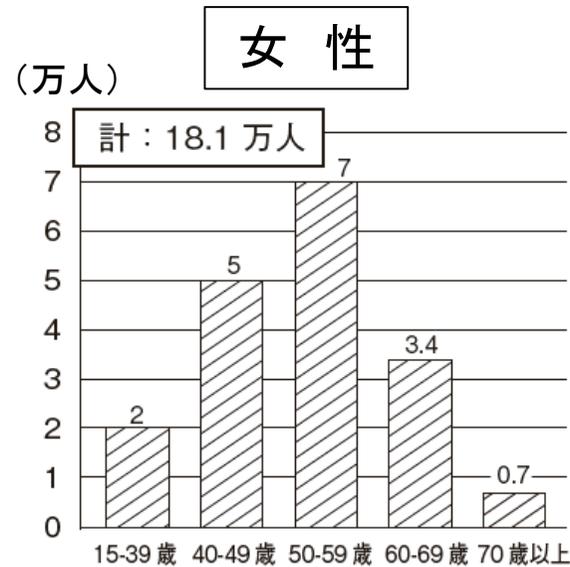
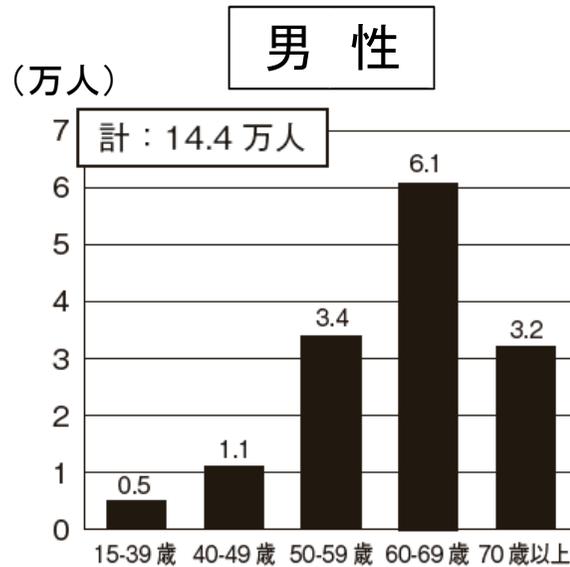
- 外来化学療法においては、多職種が協同して外来における化学療法を実施するとともに、緊急時における対応等が実施できるような体制を構築している。

■ 外来化学療法の流れ(イメージ)



仕事をもちながら悪性新生物で通院している者

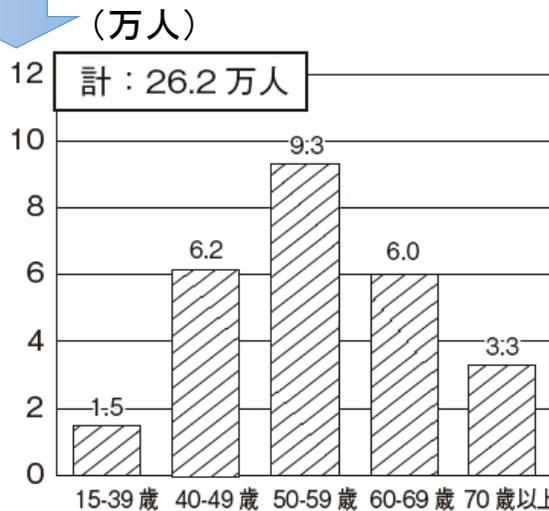
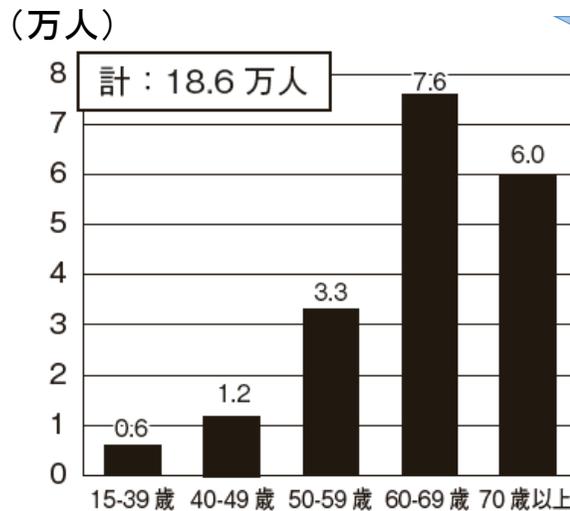
○ 悪性新生物の治療のため、仕事をもちながら通院している者は増加傾向にある。



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

計：32.5万人

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



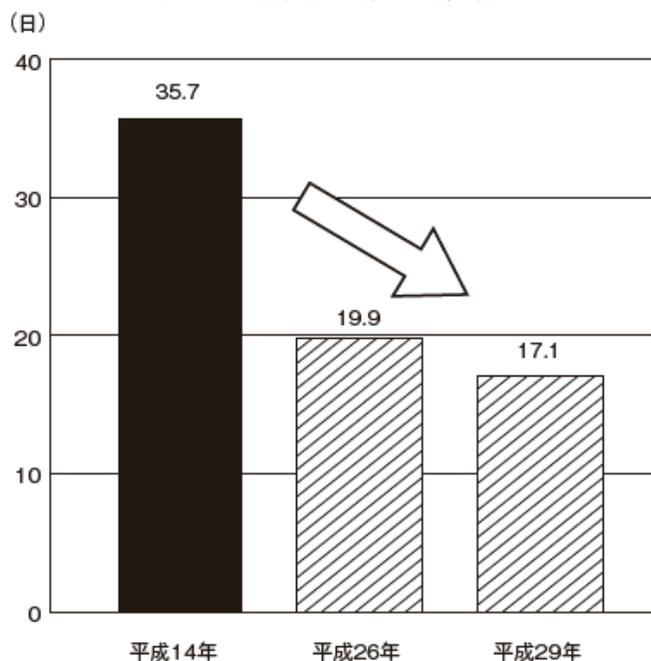
※ 仕事をもちているとは、調査月に収入を伴う仕事を少しでもしたことを行い、被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。

計：44.8万人

資料：厚生労働省「平成31年国民生活基礎調査」を基に同省健康局にて特別集計したもの

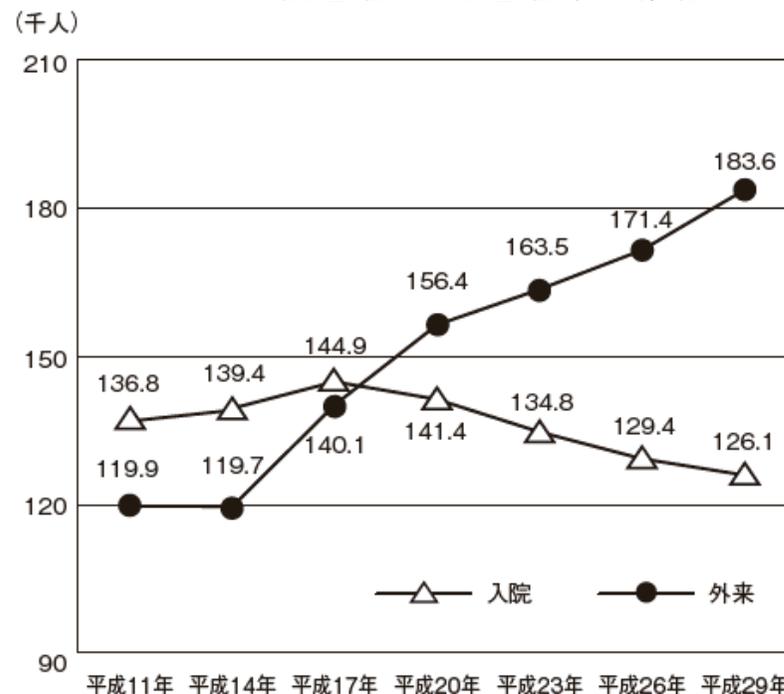
- 近年の主ながん種の平均在院日数は短くなりつつある一方、外来患者数が増えており、通院しながら治療を受ける患者が増えている。
- それとともに、治療の副作用や症状等をコントロールしつつ、通院で治療を受けながら仕事を続けている場合が増えてきている。

図4 在院日数の推移



※悪性新生物(がん)の退院患者における平均在院日数(病院・一般診療所)
(平成29年患者調査より作成)

図5 入院患者・外来患者数の推移



※悪性新生物(がん)の入院患者・外来患者数
(平成29年患者調査より作成)

第2 分野別施策と個別目標

2. 患者本位のがん医療の実現

(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実

② 各治療法について(手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法)

(ウ) 薬物療法について

(現状・課題)

薬物療法の提供については、拠点病院等を中心に、薬物療法部門の設置や外来薬物療法室の整備を進めるとともに、専門的な知識を有する医師、薬剤師、看護師等の配置を行い、適切な服薬管理や副作用対策等が実施されるよう努めてきた。

薬物療法が外来で実施されることが一般的となり、薬物療法を外来で受ける患者が増加していることから、拠点病院等の薬物療法部門では、薬物療法に関する十分な説明や、支持療法をはじめとした副作用対策、新規薬剤への対応等の負担が増大している。

(取り組むべき施策)

拠点病院等は、外来薬物療法をより安全に提供するために、外来薬物療法に関する多職種による院内横断的な検討の場を設けることとし、薬物療法に携わる院内の全ての医療従事者に対して、適切な薬剤の服薬管理や副作用対策等の外来薬物療法に関する情報共有や啓発等を行う。

国は、薬物療法を受ける外来患者の服薬管理や副作用対策等を支援するため、拠点病院等と、かかりつけ機能を有する地域の医療機関や薬局等との連携体制を強化するために必要な施策を講ずる。

国は、患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、専門的な医師や薬剤師、看護師、がん相談支援センターの相談員等の人材育成、適正配置に努める。また、それらの専門職等が連携し、患者に適切な説明を行うための体制整備に努める。

外来化学療法に必要な体制について

- 外来化学療法を安全に実施するためには、施設の設備や体制を整える必要がある。
- 外来化学療法に必要な体制として、専任の医師・看護師・薬剤師など多職種が連携し、治療体制を整備していくことが必要であり、その一つとして、副作用管理体制が挙げられる。

外来化学療法に必要な体制について

表4 要件

外来化学療法を行う施設の設備・体制についての必要条件

1. がん化学療法に精通した医師・薬剤師・看護師など他職種の連携
2. レジメンの管理、指示の統一
3. マニュアルやガイドラインの作成と定期的な見直し
4. エラーを防止するシステム
5. 緊急時に迅速に対応できる体制
6. 外来における患者教育
7. 他部門との連携
8. 外来化学療法運営を検討する場

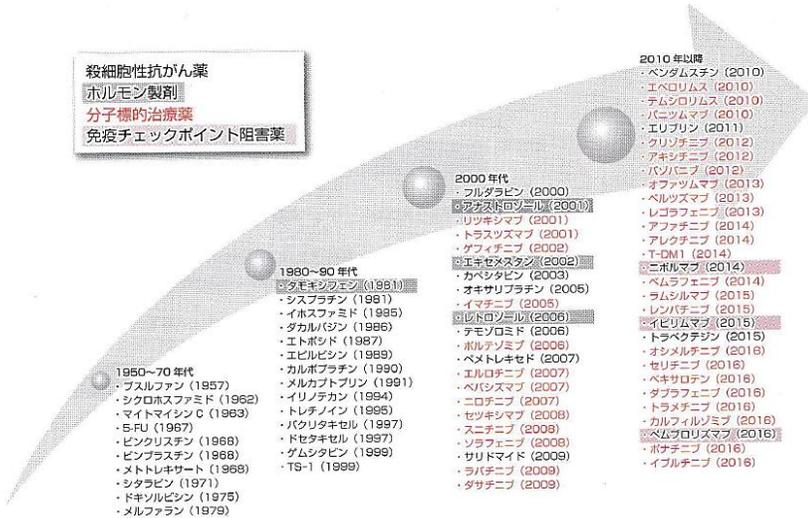
表5 職種別のチーム医療の役割

医師	薬剤師	看護師
<ol style="list-style-type: none"> 1. 新しい治療・プロトコールがスタートする場合は、必ず事前に説明・勉強会を実施 2. 情報の共有化の徹底 3. 確実な指示 4. 当番医との連携 5. 看護師とのコミュニケーションスキル 6. チーム医療の実施 7. 急性期副作用に対応 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 迅速な抗がん薬調整の強化 2. 薬剤調整の連絡(投与時間に制限があるレジメンの取り決めなど) 3. 医師からの指示の実施、レジメンの確認 4. 患者への薬剤指導 5. 医師・看護師との定例ミーティングの開催 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 適切な知識のもと安全・確実な投与管理 2. <u>副作用症状のマネジメント</u> <ol style="list-style-type: none"> a. 副作用症状の予防と緩和 b. 患者・家族へのセルフケア支援 3. 副作用症状以外の症状マネジメント 4. 意思決定支援 5. 不安を軽減する情報収集 6. 信頼関係の構築 7. <u>安全や緊急時のためのシステム作り</u> 8. チーム医療の推進 9. セルフケア支援

外来化学療法に係る副作用

○ 外来化学療法に係る副作用は、新規薬剤の開発もあり多岐に渡り、発症時期も異なっている。

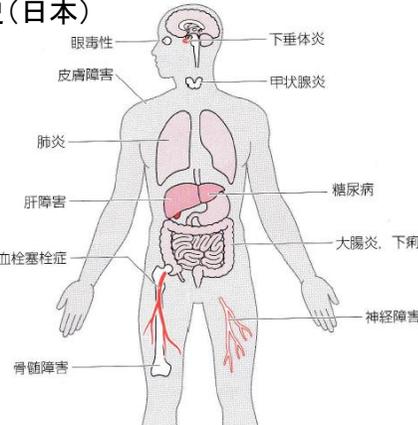
外来化学療法に係る副作用



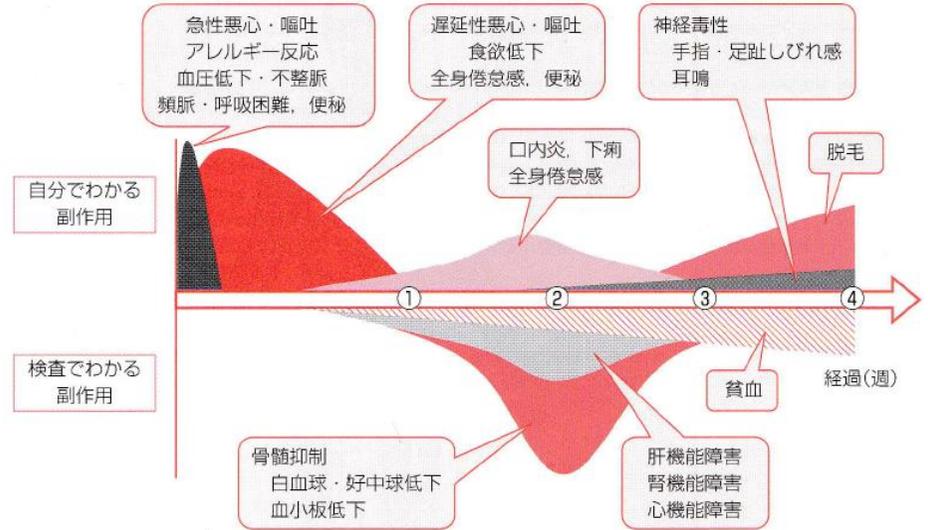
主な抗がん薬開発の歴史(日本)

臓器	副作用の内容
全身	倦怠感、疲労、発熱
呼吸器	間質性肺炎、鼻出血
消化器	悪心、嘔吐、下痢、消化不良、食欲低下、味覚障害、口内炎、肝機能異常
心血管	QT延長、徐脈、心機能低下、高血圧、動脈静脈血栓症、浮腫
内分泌	甲状腺機能低下、高血糖、体重減少
泌尿器	蛋白尿、クレアチニン上昇、電解質異常(低ナトリウム、高マグネシウム、低マグネシウム、高リン、低リン)
神経	白質脳症、末梢神経障害、視覚変化
皮膚、四肢	皮疹、爪周囲炎、皮膚乾燥、脱毛、手足症候群、関節痛
骨髄	白血球減少、好中球減少、リンパ球減少、貧血、血小板減少
免疫系	易感染性

分子標的治療薬の副作用



免疫チェックポイント阻害薬の副作用



細胞障害性抗がん薬による副作用発現時期の目安

外来化学療法の副作用への対応
 投与中のモニタリングの他、投与後の副作用症状とその対応についての患者指導、緊急時に相談・対応ができる体制などが必要となっている

国立がん研究センターに学ぶ
 がん薬物療法看護スキルアップ
 南江堂 2018年

がん情報サービス
<https://ganjoho.jp/>

外来化学療法での1月あたり投与回数(実態例)

- 外来化学療法における1月あたりの投与回数と、外来受診回数の関係は以下のとおり。
- 外来受診回数は、外来化学療法投与回数と同回数の場合が大半であったが、外来化学療法投与タイミング以外にも受診がみられた。

月当たり外来化学療法投与回数								
月当たりの外来受診回数※	1	2	3	4	5	6	10	総計
1	1504							1504
2	618	1375						1993
3	232	338	429					999
4	64	136	102	102				404
5	12	28	33	17	13			103
6	6	5	4	1		3		19
7	2		3					5
8	1							1
10	1		1				1	3
総計	2440	1882	572	120	13	3	1	5031
	(48.5%)	(37.4%)	(11.4%)	(2.4%)	(0.3%)	(0.06%)	(0.02%)	

※ 外来受診には化学療法投与なしを含む。

四国がんセンター調べ
(2020年度)

外来化学療法加算の算定要件と算定状況

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

	外来化学療法加算 1				外来化学療法加算 2																																							
	外来化学療法加算 A (腫瘍用薬)		外来化学療法加算 B (インプリキシマブ製剤等)		外来化学療法加算 A (腫瘍用薬)		外来化学療法加算 B (インプリキシマブ製剤等)																																					
	①15歳未満	②15歳以上	①15歳未満	②15歳以上	①15歳未満	②15歳以上	①15歳未満	②15歳以上																																				
点数(1日につき)	820点	600点	670点	450点	740点	470点	640点	370点																																				
算定対象	入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者 (G001静脈内注射、G002動脈注射、G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004点滴注射、G005中心静脈注射、G006植込型カテーテルによる中心静脈注射に加算)																																											
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・容量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として悪性腫瘍剤が投与された場合に、投与された薬剤に従い算定 ○ 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定可能 				-																																							
主な施設基準	(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師 (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 (6) 実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の開催（委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成され、少なくとも年1回開催）				(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (3) 専任の常勤薬剤師 (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保																																							
届出医療機関数及び算定回数	<table border="1"> <caption>外来化学療法加算 1 の届出医療機関数及び算定回数</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出医療機関数 (施設)</th> <th>算定回数 (回)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H27</td> <td>66 (病院: 1,530, 診療所: 26)</td> <td>169,389 (加算A①: 193,824, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)</td> </tr> <tr> <td>H28</td> <td>65 (病院: 1,557, 診療所: 28)</td> <td>215,682 (加算A①: 193,824, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>63 (病院: 1,560, 診療所: 31)</td> <td>242,238 (加算A①: 215,682, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>63 (病院: 1,563, 診療所: 33)</td> <td>250,597 (加算A①: 242,238, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>62 (病院: 1,591, 診療所: 31)</td> <td>31,348 (加算A①: 250,597, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)</td> </tr> </tbody> </table>				年度	届出医療機関数 (施設)	算定回数 (回)	H27	66 (病院: 1,530, 診療所: 26)	169,389 (加算A①: 193,824, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)	H28	65 (病院: 1,557, 診療所: 28)	215,682 (加算A①: 193,824, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)	H29	63 (病院: 1,560, 診療所: 31)	242,238 (加算A①: 215,682, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)	H30	63 (病院: 1,563, 診療所: 33)	250,597 (加算A①: 242,238, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)	R1	62 (病院: 1,591, 診療所: 31)	31,348 (加算A①: 250,597, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)	<table border="1"> <caption>外来化学療法加算 2 の届出医療機関数及び算定回数</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出医療機関数 (施設)</th> <th>算定回数 (回)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H27</td> <td>344 (病院: 598, 診療所: 666)</td> <td>8,353 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)</td> </tr> <tr> <td>H28</td> <td>336 (病院: 582, 診療所: 628)</td> <td>8,711 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>328 (病院: 580, 診療所: 622)</td> <td>9,046 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>322 (病院: 568, 診療所: 615)</td> <td>8,548 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>315 (病院: 570, 診療所: 606)</td> <td>7,960 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)</td> </tr> </tbody> </table>				年度	届出医療機関数 (施設)	算定回数 (回)	H27	344 (病院: 598, 診療所: 666)	8,353 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)	H28	336 (病院: 582, 診療所: 628)	8,711 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)	H29	328 (病院: 580, 診療所: 622)	9,046 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)	H30	322 (病院: 568, 診療所: 615)	8,548 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)	R1	315 (病院: 570, 診療所: 606)	7,960 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)
年度	届出医療機関数 (施設)	算定回数 (回)																																										
H27	66 (病院: 1,530, 診療所: 26)	169,389 (加算A①: 193,824, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)																																										
H28	65 (病院: 1,557, 診療所: 28)	215,682 (加算A①: 193,824, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)																																										
H29	63 (病院: 1,560, 診療所: 31)	242,238 (加算A①: 215,682, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)																																										
H30	63 (病院: 1,563, 診療所: 33)	250,597 (加算A①: 242,238, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)																																										
R1	62 (病院: 1,591, 診療所: 31)	31,348 (加算A①: 250,597, 加算A②: 28,334, 加算B①: 31,010, 加算B②: 33,091)																																										
年度	届出医療機関数 (施設)	算定回数 (回)																																										
H27	344 (病院: 598, 診療所: 666)	8,353 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)																																										
H28	336 (病院: 582, 診療所: 628)	8,711 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)																																										
H29	328 (病院: 580, 診療所: 622)	9,046 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)																																										
H30	322 (病院: 568, 診療所: 615)	8,548 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)																																										
R1	315 (病院: 570, 診療所: 606)	7,960 (加算A①: 6,666, 加算A②: 6,285, 加算B①: 6,441, 加算B②: 6,347)																																										

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

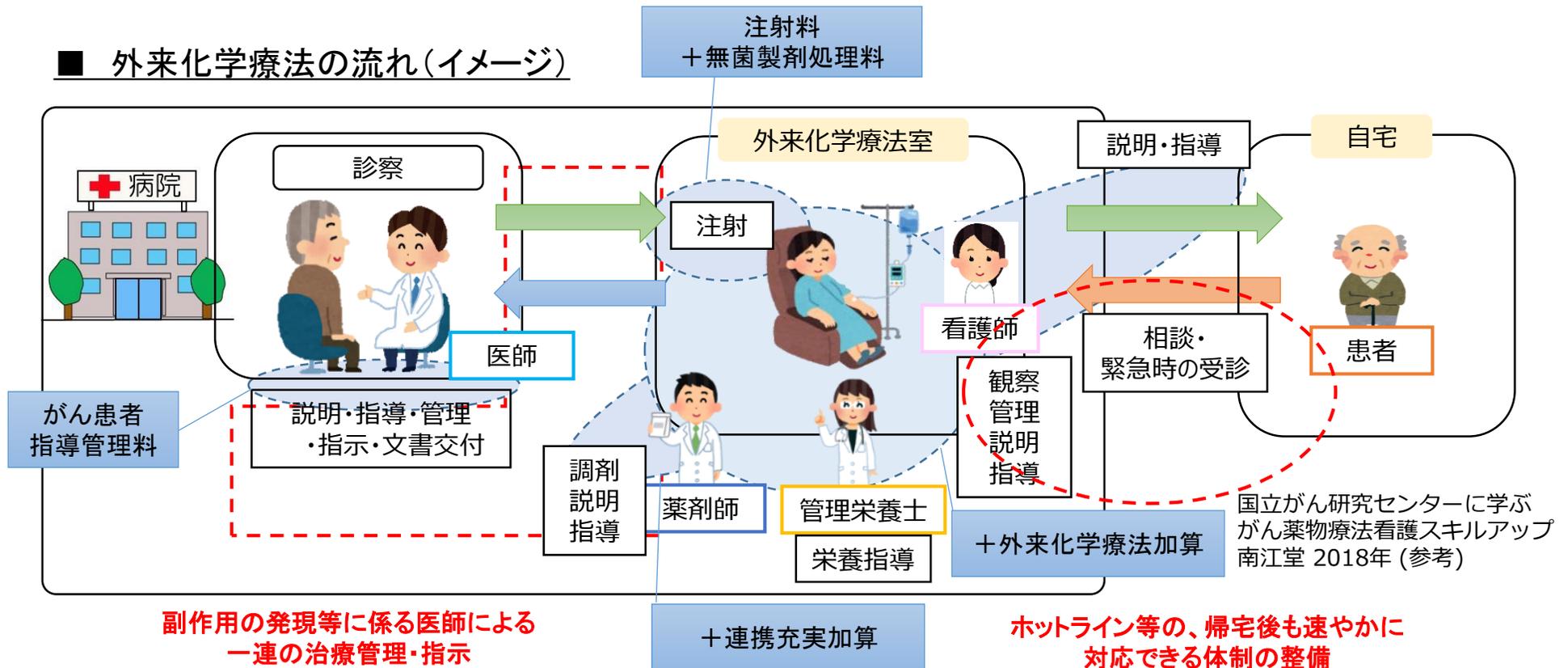
外来化学療法のそのほかの評価について(主なもの)

	がん患者指導管理料	連携充実加算	無菌製剤処理科
評価	イ 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 (1回に限り) 500点 ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 (6回に限り) 200点 ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 (6回に限り) 200点 ニ 医師が遺伝子検査の必要性について文書により説明を行った場合 300点	150点 外来化学療法加算 1 を算定する日に月1回	無菌製剤処理科 1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者) イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点 ロ イ以外の場合 45点
概要	医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理を行った場合に算定。	患者にレジメン(治療計画)を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合に算定。	抗がん剤への被曝防止の観点等から、閉鎖式接続器具を使用した場合等、無菌製剤処理を行う場合に算定。
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 指導内容等の要点を診療録等に記載。 患者の十分な理解が得られた場合に算定。 看護師、薬剤師が実施した場合、医師に対して情報提供や提案などを行う。 ロは継続して治療を行う者のうち、STAS-Jで2以上の項目が2項目以上該当、又はDCS 40点以上の者を対象。 ニは乳癌、卵巣癌と診断された患者のうち遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者を対象。 	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法の経験を有する医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する薬剤師が、抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の文書を患者に交付する。 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行う。常勤の薬剤師が行い、記録を整備し保管する。 悪性腫瘍に対して用いる薬剤で細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる場合に算定。常勤薬剤師が患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行う。
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> イは、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任看護師がそれぞれ1名以上配置、緩和ケア研修会等の終了、看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修(6月以上600時間以上)を修了した者。 ロは、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任看護師がそれぞれ1名以上配置。看護師はイと同様。 ハは、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任薬剤師がそれぞれ1名以上配置、薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者。 ニは、BRCA1/2 遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準に係る届出を行っていること。 	<ul style="list-style-type: none"> レジメンに係る委員会に管理栄養士が参加。 地域の保険薬局等との連携体制として、レジメンをホームページ等で閲覧できるようにする、地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施する、保険薬局等からのレジメンに関する照会等に応じる体制を整備する、当該体制についてホームページや研修会等で周知する。 外来化学療法を実施している医療機関に5年以上、栄養管理に係る3年以上の経験を有する専任常勤管理栄養士。 	<ul style="list-style-type: none"> 2名以上の常勤薬剤師。 無菌製剤処理を行うための専用の部屋(内法による測定で5平方メートル以上)を有していること。 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えている。
創設年度	平成26年	令和2年	平成20年

外来化学療法の評価のイメージ

- 外来化学療法においては、注射料における外来化学療法加算を中心として各種の体制整備を評価してきている。
- 安心・安全な外来化学療法を推進していく観点から、副作用の発現に係る管理や緊急時の相談対応等について、体制整備に万全を期す必要がある。

■ 外来化学療法の流れ(イメージ)



外来化学療法についての課題と論点

(外来化学療法の評価)

- 外来化学療法においては、多職種が協同して外来における化学療法を実施するとともに、緊急時における対応等が実施できるよう体制を構築している。
- 近年、通院しながら抗がん剤治療を受ける患者が増えており、治療の副作用や症状等をコントロールしつつ、通院で治療を受けながら仕事を続けている場合が増えてきている。
- 外来化学療法を安全に実施するためには施設の設備や体制を整える必要があるが、その一つとして、副作用管理体制が挙げられる。外来化学療法に係る副作用は、新規薬剤の開発もあり多岐に渡り、発症時期も異なっている。
- 外来受診回数は、外来化学療法投与回数と同回数の場合が大半であったが、外来化学療法投与タイミング以外にも受診がみられた。
- 外来化学療法加算1の届出医療機関数及び算定回数は増加傾向にあり、一方で、外来化学療法加算2の届出医療機関数及び算定回数は微減傾向である。
- 外来化学療法においては、注射料における外来化学療法加算を中心として各種の体制整備を評価してきている。
- 安心・安全な外来化学療法を推進していく観点から、副作用の発現に係る管理や緊急時の相談対応等について、体制整備に万全を期す必要がある。



【論点】

- 患者が望む治療の場で、抗がん剤治療を実施できる環境を整えるに当たり、安心・安全な外来化学療法を推進していく観点から、外来化学療法加算等の評価についてどのように考えるか。

1. がん対策に係る評価について

1-1 外来化学療法について

1-2 栄養食事指導について

1-3 がんゲノムプロファイリング検査について

1-4 放射線内用療法について

2. 難病対策等に係る評価について

3. アレルギー疾患対策に係る評価について

外来化学療法実施時の栄養指導等の例

- 外来化学療法室における栄養相談内容としては、食欲不振、体重減少、味覚障害等が多い。
- 抗がん剤の副作用は、症状により発症時期が異なり、栄養管理・指導ポイントは、症状毎に異なっている。

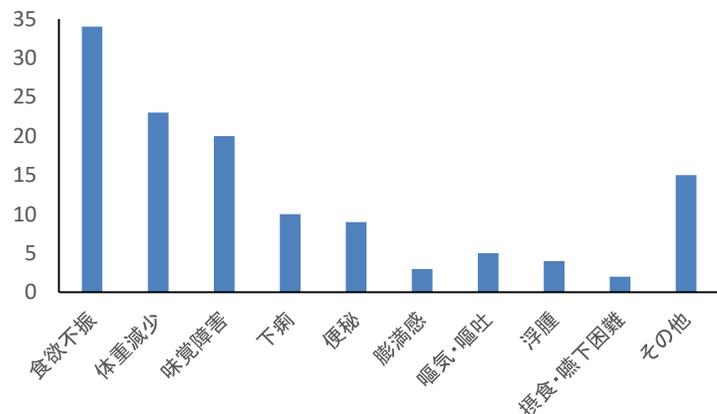


図 外来化学療法室における栄養相談内容

出典：堤ら、日本静脈経腸栄養学会雑誌33(4)：1019-024:2018

表 抗がん剤副作用の発症時期及び症状

期間	症状
投与当日	アレルギー反応(顔面紅潮、灼熱感、発熱など)、めまい、発熱、血管痛、耳下腺痛、悪心・嘔吐など
1～3日	発疹、全身倦怠感、食欲不振、悪心・嘔吐など
7～14日	口内炎、下痢、食欲不振、胃部重圧感、白血球・血小板の減少など
14～28日	臓器障害(骨髄、内分泌腺、心臓、肝臓、腎臓など)、膀胱炎、皮膚角質化、色素沈着、脱毛、神経症状など
2～6か月	肺線維症、うつ血性心不全など

表 各症状と栄養管理・指導ポイント

症状	栄養管理・指導ポイント
悪心・嘔吐	<ul style="list-style-type: none"> ・さっぱりとしたのどごしのよいものを選択する。 ・“におい”を抑えた食品調理を選択する。 ・消化が良く、刺激の少ない食品・調理を選択する。 ・一回量は少なめに、感触を加える。 ・体調のよいときを見計らって摂取する。
味覚障害(味覚鈍化、味覚過敏、異味症、感覚への違和感)	<ul style="list-style-type: none"> ・味覚障害の症状を把握する。 ・違和感のある味やにおいを避け、食べやすい味・風味を利用する。 ・好きな香り・うま味を利用し、メニューを工夫する。 ・滑らかな口当たりの食材・料理を選択する。
口腔粘膜障害	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単に潰せる軟らかい食品・料理を選択する。 ・薄い味付けを心がける。 ・水分を多く含む滑らかな形態にする。 ・食事の温度は人肌程度に調整する。
下痢	<ul style="list-style-type: none"> ・腸に刺激を与える食品を控える。 ・温かく消化吸収のよい食品・料理を選択する。 ・十分な水分摂取に努める。 ・水溶性食物繊維・乳酸菌を適量摂取する。
便秘	<ul style="list-style-type: none"> ・水溶性・不溶性食物繊維の豊富な食事をとる。 ・十分な水分摂取を心がける。 ・脂質を適度に摂取する。 ・乳酸菌食品をとり、腸内環境を整える。
貧血	<ul style="list-style-type: none"> ・鉄運を豊富に含む食品を選択する。 ・十分なエネルギーとたんぱく質の補給を心がける。 ・ビタミンCと鉄を同時に摂取し、吸収率を上げる。 ・食事中、食事前後は濃い緑茶・コーヒーは控える。 ・食事のみで改善がむずかしい場合は鉄剤の必要性を伝える。

出典：千歳、臨床栄養、Vol129(4) 486-493：2016

がん病態栄養専門管理栄養士について

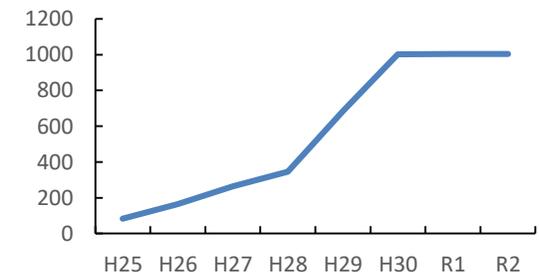
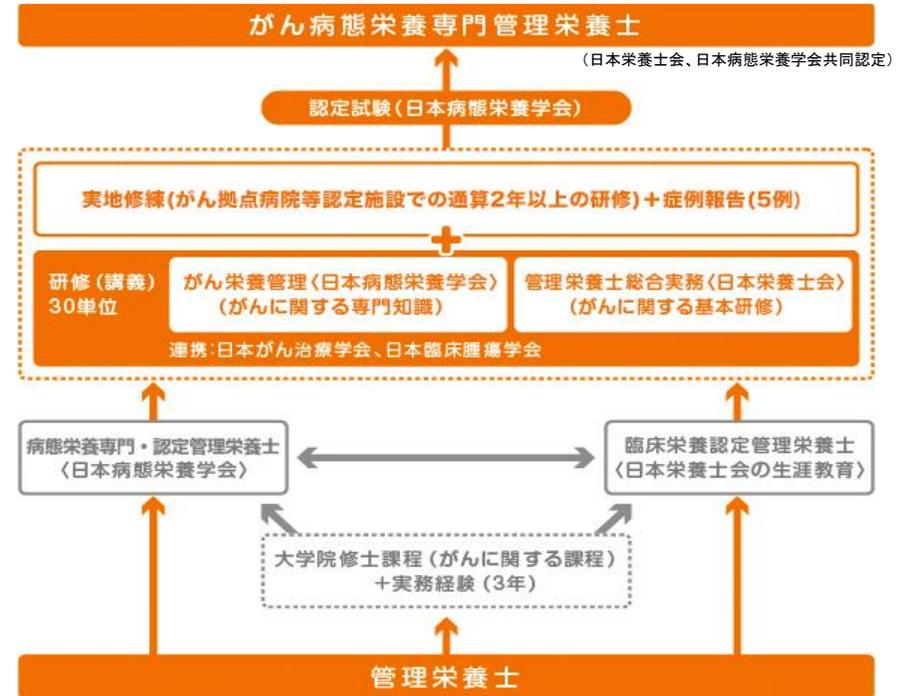
○ がんの栄養療法に関する専門的知識を有するとともに、患者の状態等に応じた栄養療法に関する高度な知識と技術を有するものとして、管理栄養士として一定の経験を有した後、必要な研修及び2年以上の実地修練を行った場合に、がん病態栄養専門管理栄養士として認定される制度がある。

がん病態栄養専門管理栄養士とは

がん病態栄養専門管理栄養士とは、がんの栄養療法に関する専門的知識を有するとともに、研究や臨床で求められる高い倫理性、情報収集能力、対人関係形成能力、洞察力を合わせ持ち、がんサバイバーの身体機能の向上やステージに応じた栄養療法に関する高度な知識と技術を有する管理栄養士である。また、医療チームの一員として、がん患者への円滑な治療を推進すべく、栄養に関わる問題の解決策について多職種に対し提議、提案を行い、がん患者や家族に対する実践的な栄養指導を担うものである。

- 1) がん患者の栄養障害を適切に評価・予測し、がんの罹患部位や症状、手術療法、化学療法、放射線療法等、治療に伴う有害事象の軽減に向けて、個々に応じたきめ細かな栄養管理、栄養指導ができる。
- 2) 治療中・治療後の薬物療法やリハビリテーション、個人の体質・、心理等を考慮した生活療養の指導を行うことができる。
- 3) がんの病態に応じた栄養素等の代謝を理解し、輸液・経腸栄養を含めた栄養の投与に関する提案と調整ができる。
- 4) がん患者における摂食・嚥下障害の発生要因に関する知識を有し、その食形態の提案と調整ができる。
- 5) 緩和ケアに関する知識を有し、全人的な視点に立った支援ができる。
- 6) 最新の栄養情報や臨床情報・ガイドライン等を、国内外のデータベースや文献から得て活用できる。
- 7) がんの予防や診断・治療における問題を抽出し、科学的に解析するとともに、新たなエビデンスの構築に向けて情報の発信ができる。
- 8) 以上のような高度な知識及び技術を有する者として、いずれのステージにおいてもがん治療が効果的に継続できるように努めるとともに、実践内容の検証、改善及びその発信を通じて、がん栄養療法の向上に大きく貢献することができる。

がん病態栄養専門管理栄養士の認定フロー



がん病態栄養専門管理栄養士の認定者数（累計）

専門的な知識を有した管理栄養士の配置について

○ がん病態栄養専門管理栄養士が配置されている場合、配置前と比較して、退院時の食事摂取割合の改善、体重の減少割合、入院日数の無延長が有意に影響を受けていた。

【対象と方法】

A病院において2015年度から2020年度（2015年4月1日～2021年3月31日）の期間に、消化器腫瘍外科に入院した18歳以上の胃がん患者（DPC病名が「060020 胃の悪性腫瘍」）858名を対象として、入院中の栄養管理体制において、がん病態栄養専門管理栄養士の配置整備がなかった2015～2017年度と、配置を行った2018～2020年度の入院中の栄養状態および食事摂取量等の変化について、比較検討を行った。

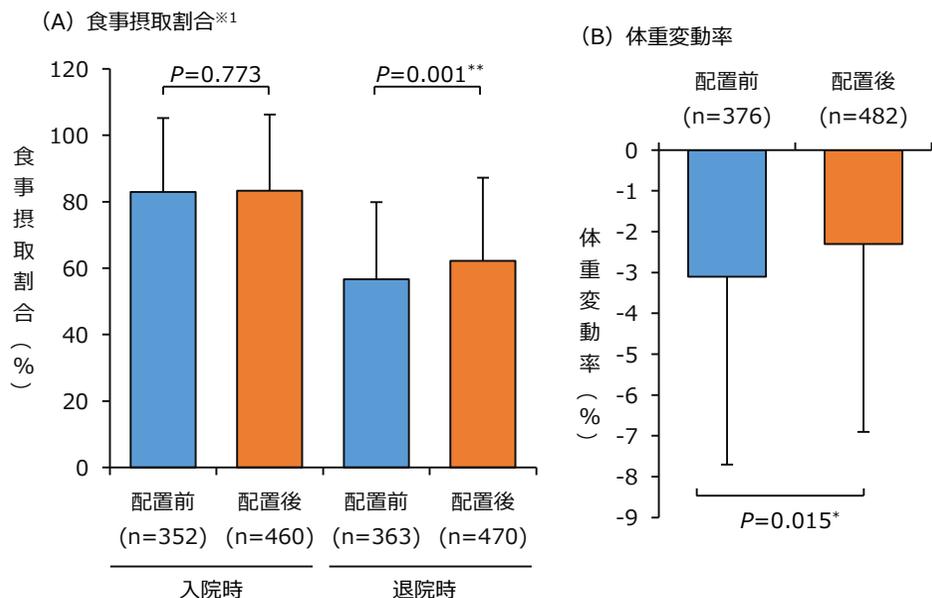


図 食事摂取割合および体重変動率の比較

	多変量解析		
	オッズ比	(95%信頼区間)	P値
入院時年齢	1.034	(1.02-1.05)	<0.001
体重減少率	0.928	(0.89-0.96)	<0.001
食事摂取割合（入院時）	0.990	(0.98-1.00)	0.011
食事摂取割合（退院時）	1.020	(1.01-1.03)	<0.001
がん病態栄養専門管理栄養士配置の有無	4.235	(3.02-5.92)	<0.001

表 入院日数の延長に影響を与える因子の分析

モデル χ^2 検定 P<0.001, 判別の中率 70.5%
 目的変数：DPC期間Ⅰ・DPC期間Ⅱを入院日数の延長なし(=1)、DPCⅢ・DPC期間Ⅲ超を入院日数の延長あり(=2)とした。
 説明変数：入院時年齢、がん病態栄養専門管理栄養士配置(なし=1,あり=2)、BMI(入院時)、BMI(退院時)、体重変動率、Alb(入院時)、Alb(退院時)、総リンパ球数(入院時)、総リンパ球数(退院時)、食事摂取割合(入院時)、食事摂取割合(退院時)から、ステップワイズ法(変数増加法)で変数選択を行った。

※1 栄養管理法が経口摂取であった患者を対象とした。
 *P<0.05, **P<0.01

外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料等の概要

外来

○外来栄養食事指導料1

(初回260点、2回目以降200点／月1回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施
または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施

○外来栄養食事指導料2

(初回250点、2回目以降190点／月1回)

外来栄養食事指導料1と同様の内容を当該指導料を算定する医療機関以外の管理栄養士が指導を実施

在宅

○在宅患者訪問栄養食事指導料1

(440～530点／月2回)

在宅で療養を行っており通院が困難であって、腎臓食等の特別が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき食事計画案などを交付し、栄養管理に係る指導を概ね30分以上実施

○在宅患者訪問栄養食事指導料2

(420～510点／月2回)

在宅患者訪問栄養食事指導料2と同様の内容を当該指導料を算定する医療機関以外の管理栄養士が指導を実施

入院

○入院栄養食事指導料1

(初回260点、2回目200点／週1回・入院中2回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施
※ 特定入院料では算定不可(回リハ入院料1を除く)

○入院栄養食事指導料2

(初回250点、2回目190点／週1回・入院中2回)

入院栄養食事指導料1と同様の内容を当該指導料を算定する医療機関以外の管理栄養士が指導を実施

外来・入院

○集団栄養食事指導料

(80点／月1回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な複数の患者(15人以内／1回)に対して、1回40分以上の指導を実施

外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する特別食

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症、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(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。)

外来化学療法での栄養管理の評価

外来栄養食事指導料の見直し

- 外来化学療法の患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降 200点

[算定要件]
(新設)

[施設基準]
(新設)

改定後

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降
 - (1) **対面で行った場合** **200点**
 - (2) 情報通信機器を使用する場合 180点

[算定要件]

注2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、**外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合**に限り、2回目にロの(1)の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。

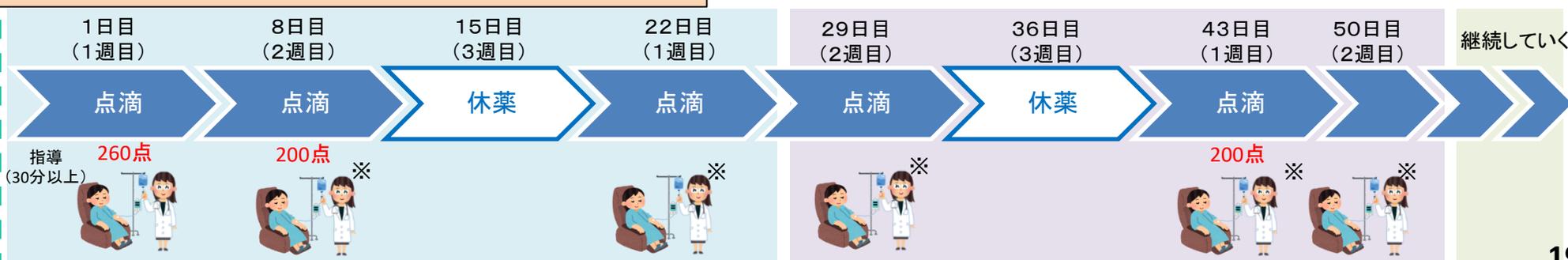
[施設基準]

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有し、**専任の常勤管理栄養士が1人以上配置**されていること。
- (2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。



週1回の点滴を2週連続行い、3週目休薬を繰り返す場合の例

※:指導(時間要件なし)

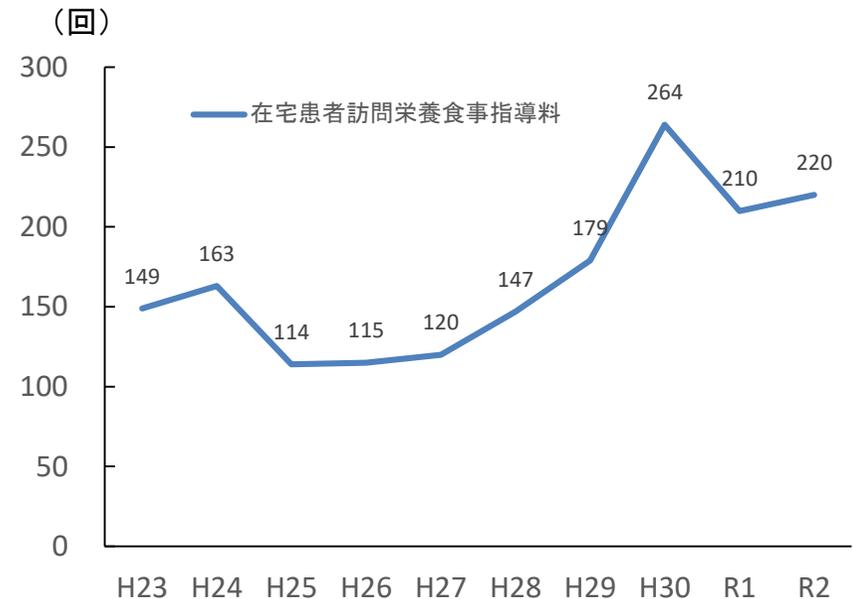
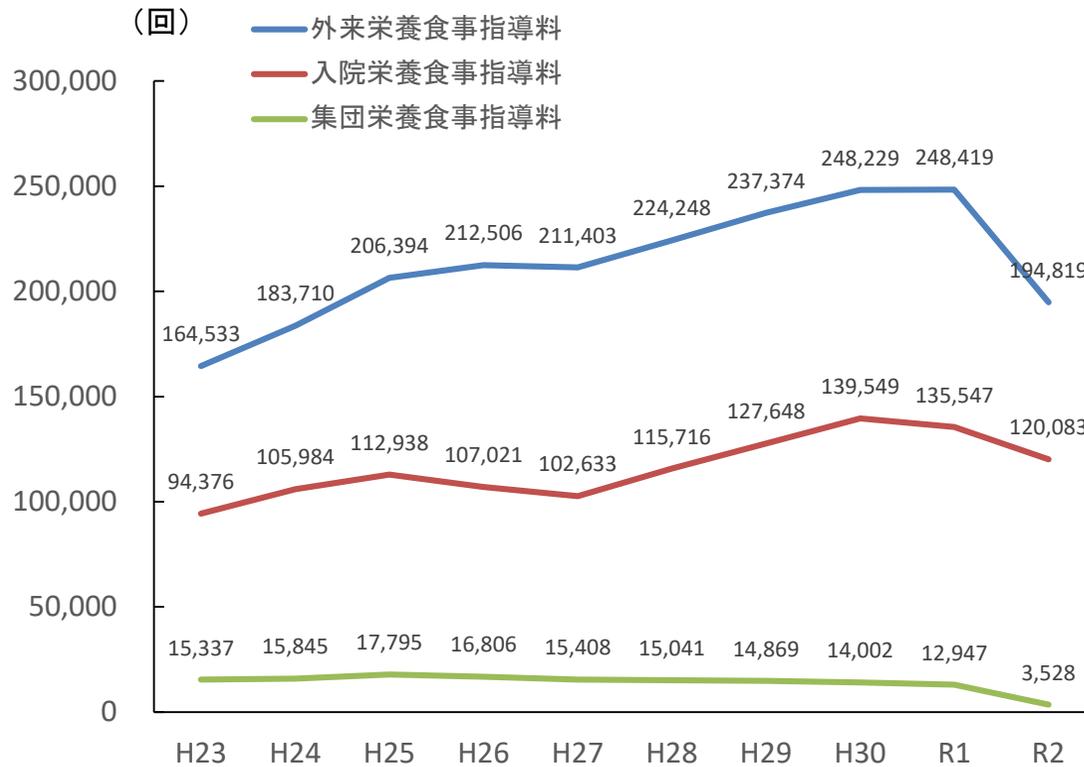


栄養食事指導料に係る主な変遷

昭和53年	昭和56年	昭和61年	昭和63年	平成2年	平成4年	平成6年	平成8年	平成10年	平成12年	～	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年
栄養指導料 加算 5点 (1回/2週間)	栄養指導料 加算 20点(1回/月)	25点 (月1回)	30点 (月1回)	35点 (月1回)	70点 (月1回)	外来栄養食事指導料 100点/回 (初回月2回)		130点/回					260点(初回)、 200点(2回目以降)		
*慢性疾患 指導管理料の加算					*入院中 以外の患者を 対象	概ね15分以上の 要件追加							対象患者の拡大 (がん、低栄養、 嚥下障害)		外来化学療法実 施患者への指導 (2回以上/月)
						入院栄養食事 指導料100点/回 (入院中2回限度)		130点/回					260点(初回)、 200点(2回目以降)		
						概ね15分以上の 要件追加					入院栄養食事 指導料2 125点/回		250点(初回)、 190点(2回目以降)		情報通信機器を 使用した場合 180点(2回目以降)
						集団栄養 食事指導 料 70点 (月1回)		80点/回							外来栄養食事 指導料2 250点(初回)、 190点(2回目以降)
						在宅患者訪問 栄養食事指導料 500点/回 (初回月2回限度、 その他の月1回限度)		530点/回							
													対象患者の拡大 (がん、低栄養、嚥下 障害) ・調理実技の非必須化		在宅患者訪問栄養 食事指導料2 510点、460点、 420点
															530点(同一建物1人) 480点(同一建物2～9人) 440点(上記以外)

栄養食事指導料の算定回数の推移

- 外来・入院栄養食事指導料の算定回数は、令和元年度までは、増加傾向である。
- 他方、集団栄養食事指導料の算定回数は、減少傾向である。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料の算定回数は、ばらつきはあるが、全体としては、増加傾向である。
- 令和2年度は、全ての指導料の算定回数が減少している。



外来栄養食事指導料の概要

外来栄養食事指導料1 (1) 初回260点 (2) 2回目以降(① 対面で行った場合200点、② 情報通信機器を用いた場合180点)

初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施、または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施。
外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、具体的な献立等によって月2回以上の指導を実施。

外来栄養食事指導料2 (1) 初回250点 (2) 2回目以降190点

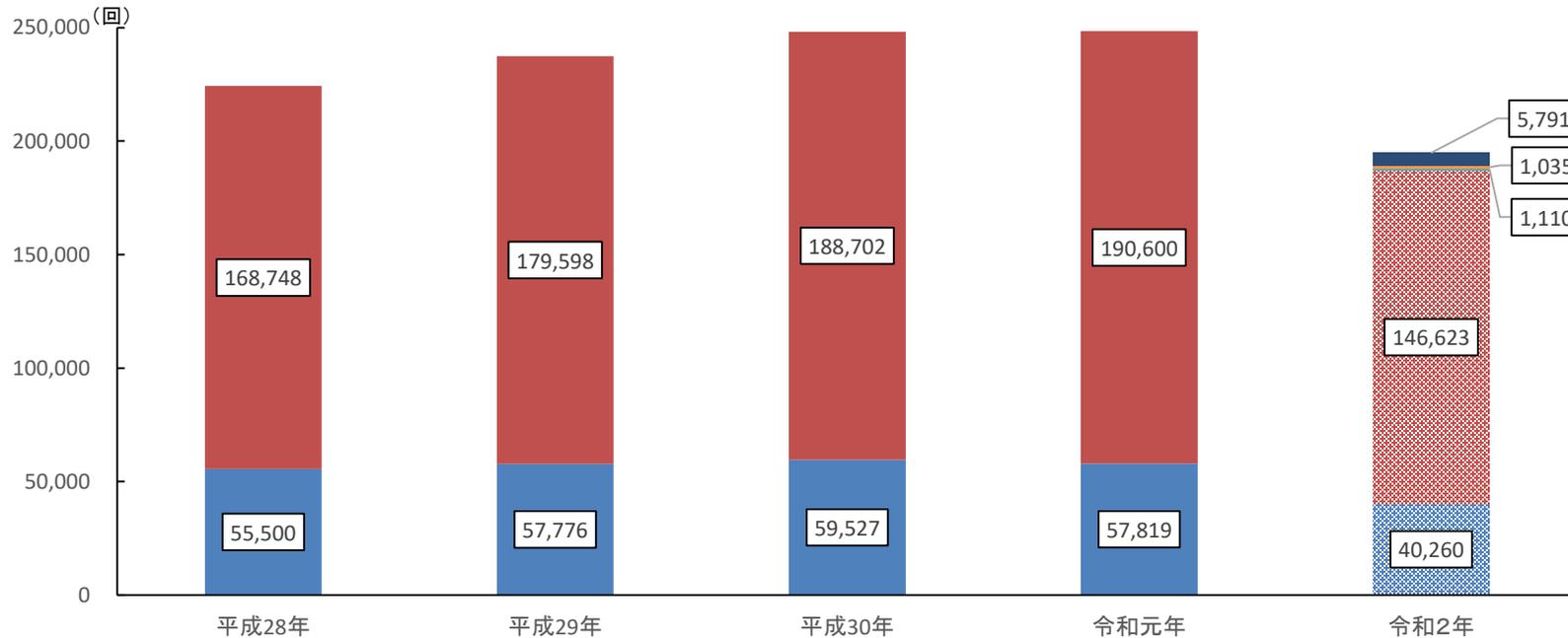
外来栄養食事指導料1と同様の内容を当該指導料を算定する医療機関以外の管理栄養士が指導を実施

【算定要件等】

- 外来栄養食事指導料は、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特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね30分以上、2回目以降にあっては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。

ア がん患者 イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者 ウ 低栄養状態にある患者

※特別食：腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症、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(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。)



(参考)

	届出医療機関数
連携充実加算	561
外来栄養食事指導料注2	446

出典：R2.7.1報告

- 外来栄養食事指導料 初回
- 外来栄養食事指導料 2回目以降
- 外来栄養食事指導料 2回目以降 情報通信機器を用いた場合
- 外来栄養食事指導料 2回目以降
- 外来栄養食事指導料 2回目以降
- 外来栄養食事指導料 2回目以降 対面で行った場合
- 外来栄養食事指導料 2回目以降

出典：社会医療診療行為別統計 (6月審査分)

外来栄養食事指導料注2の算定について

○ 外来栄養食事指導料注2については、レジメンによって、月2回の指導ができないため、算定ができない場合が生じる。

表 外来栄養食事指導料注2の算定例

	1w	2w	3w	4w	備考	算定回数／6月																				
例1	①			②			①			①			①			②			①			①			1投2休	2
例2		①			①			②			①			①			①			②			①		1投2休	2
例3			①			①			①			②			①			①			①			②	1投2休	2
例4				①			①			①			①			②			①			①			1投2休	1
例5	①	②		③	①		②	③		①	②		①	②		③	①		②	③		①	②		2投1休	6
例6		①	②		①	②		③	①		②	③		①	②		①	②		③	①		②	③	2投1休	6
例7			①	②		①	②		①	②		③	①		②	③		①	②		①	②		③	2投1休	6
例8				①	①		②	③		①	②		①	②		③	①		②	③		①	②		2投1休	5
例9	①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③		3投1休	6
例10		①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③	3投1休	6
例11			①	②	①		②	③	①		②	③	①		②	③	①		②	③	①		②	③	3投1休	6
例12				①	①	②		③	①	②		③	①	②		③	①	②		③	①	②		③	3投1休	5

※数字は、月内の指導回数
 ※算定可能な2回目の指導を赤字

表 5大がんに関する一般的なレジメンのうち3週に1回投与のレジメン数

	収載レジメン数	うち3週に1回投与のレジメン数	収載割合	備考
肺がん	27	14	51.9%	
胃がん	11	5	45.5%	
大腸がん	22	3	13.6%	
乳がん	14	9	64.2%	
肝がん※	—	—	—	収載されているものが全て経口剤であった。

出典:「がん化学療法レジメンハンドブック」(改訂第6版(2019年3月発行), 日本臨床腫瘍薬学会監修)

※現在有効性が最も高いとされているのは「アテゾリズマブ+ペバシズマブ」で3週に1回投与のレジメンとなっている。

栄養食事指導についての課題と論点

- 外来化学療法室における栄養相談内容としては、食欲不振、体重減少、味覚障害等が多く、抗がん剤の副作用は、症状により発症時期が異なり、栄養管理・指導ポイントは、症状毎に異なっているという報告がある。
- がんの栄養療法に関する専門的知識を有するとともに、患者の状態等に応じた栄養療法に関する高度な知識と技術を有するものとして、管理栄養士として一定の経験を有した後、必要な研修及び2年以上の実地修練を行った場合に、がん病態栄養専門管理栄養士として認定される制度がある。
- がん病態栄養専門管理栄養士が配置されている場合、配置前と比較して、退院時の食事摂取割合の改善、体重の減少割合、入院日数の無延長が有意に影響を受けていたという報告がある。
- 令和2年度診療報酬改定で、新たに評価された外来栄養食事指導料注2については、レジメンによって、月2回の指導ができないため、算定ができない場合が生じる。



【論点】

- がん患者に対する専門的な知識を有した管理栄養士の栄養指導の効果を踏まえ、評価の在り方をどのように考えるか。

1. がん対策に係る評価について

1-1 外来化学療法について

1-2 栄養食事指導について

1-3 がんゲノムプロファイリング検査について

1-4 放射線内用療法について

2. 難病対策等に係る評価について

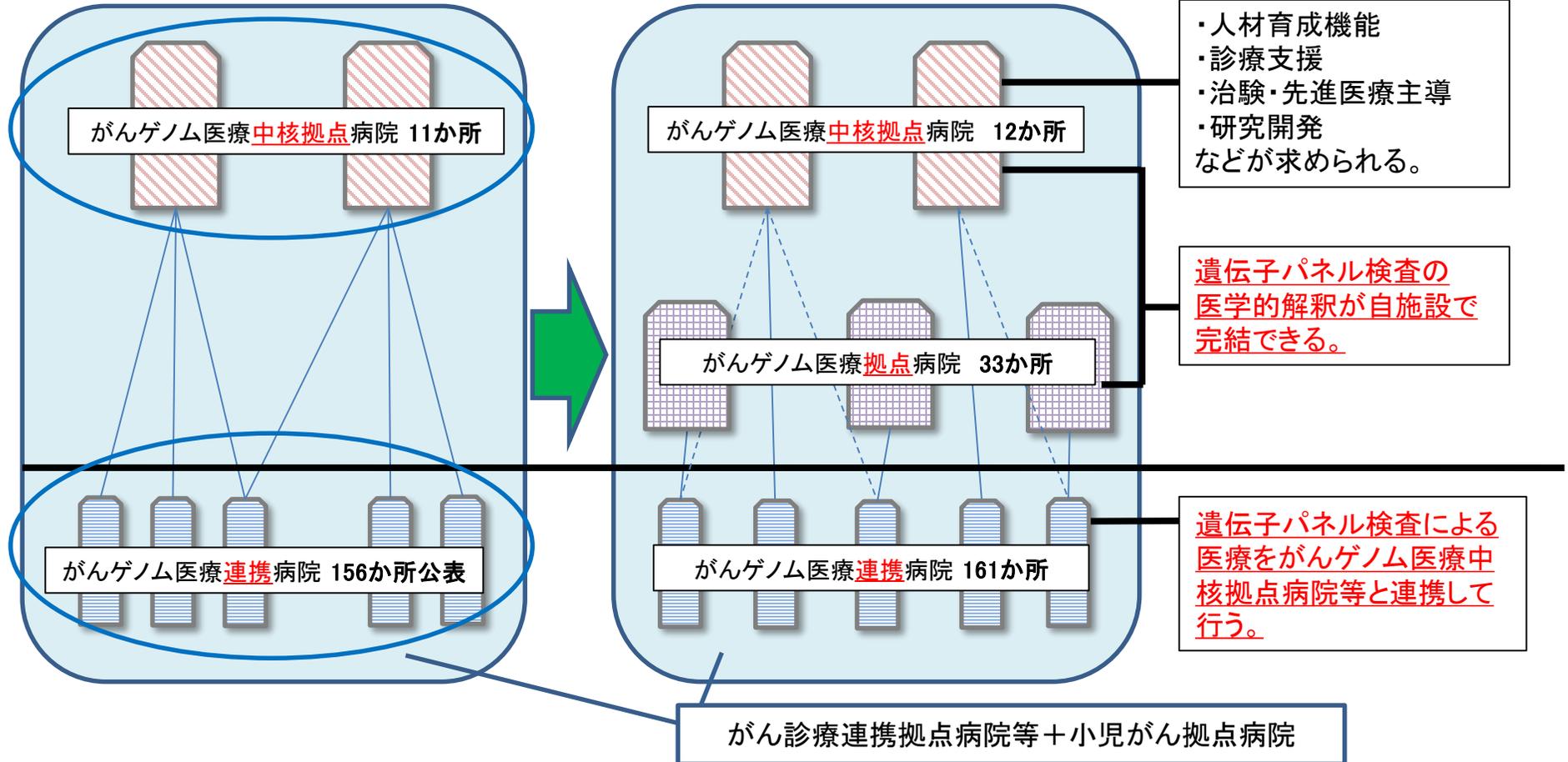
3. アレルギー疾患対策に係る評価について

がんゲノム医療の提供体制

第3回がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議
(令和元年12月5日)資料1-1より抜粋(改変)

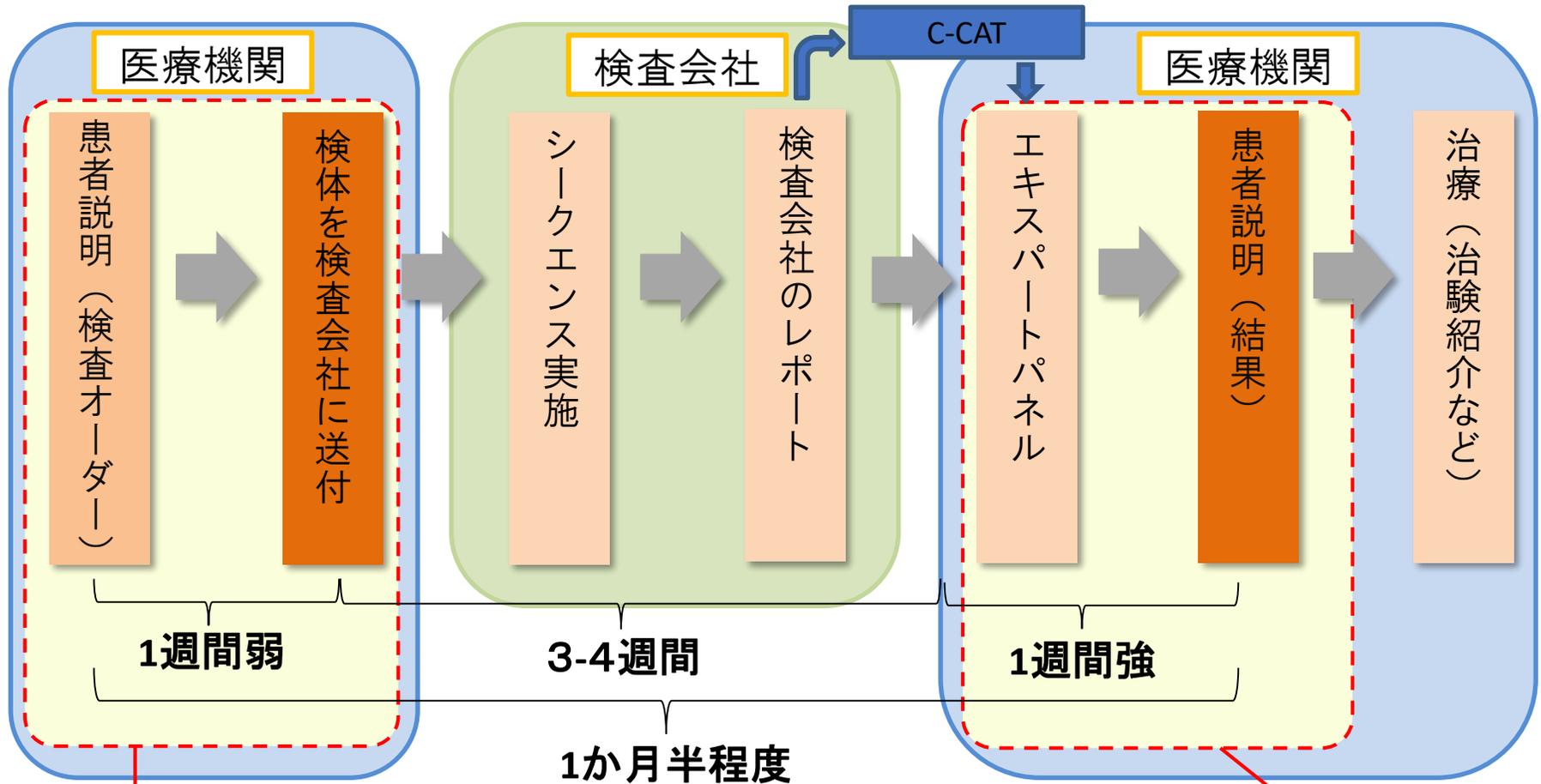
平成31年4月時点

令和3年2月現在



ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を段階的に構築する。

がんゲノムプロファイリング検査の行程（診療報酬の算定を含む）



○検体提出時 8,000点

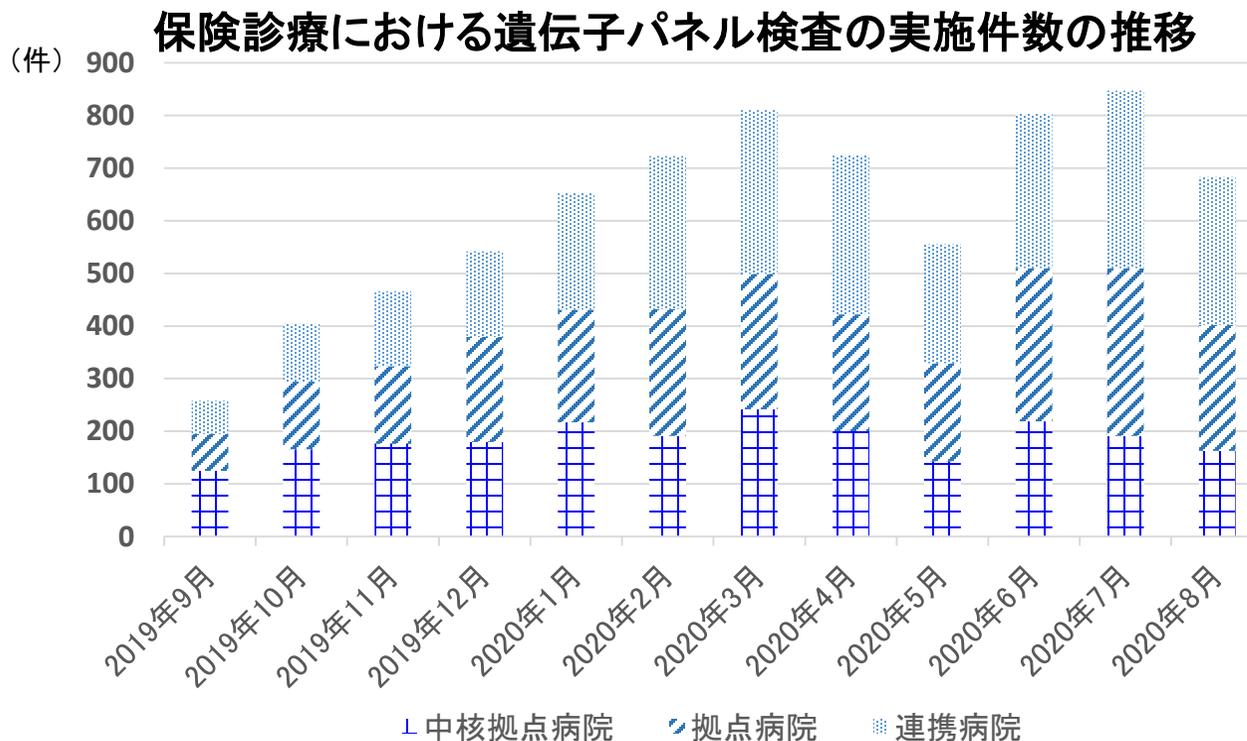
- 【主な要件】
- ・がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院及びがんゲノム医療連携病院で実施
 - ・エキスパートパネルの実施（がんゲノム医療中核拠点病院で実施）
 - ・C-CATへデータ提出
 - ・患者へのデータ返却体制の整備
 - ・管理簿等の作成
 - ・品質・精度管理のための必要な措置
 - ・治療方針等について患者に説明 等

○結果説明時 48,000点

遺伝子パネル検査の実施件数(内訳)

第4回がんゲノム医療推進
コンソーシアム運営会議 資料1
(令和3年3月5日)

- 2019年9月1日～2020年8月31日の期間に行われた保険診療における遺伝子パネル検査の実施件数について、2020年度の現況報告書(9月1日時点)を元に集計した。
- 合計実施件数:7,467件



	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計	割合
中核拠点病院	125	166	176	180	217	191	242	200	143	219	191	163	2,213	29.6 %
拠点病院	70	128	148	199	214	241	257	222	186	291	319	239	2,514	33.7 %
連携病院	63	110	142	163	221	291	311	302	226	293	337	281	2,740	36.7 %
合計	258	404	466	542	652	723	810	724	555	803	847	683	7,467	100 %

がんゲノムプロファイリング検査の算定不可症例数

がんゲノムプロファイリング検査の算定不可症例数

施設	算定不可症例数	検査数	割合	期間
A	8	264	3.0%	2019/8/19～2021/5/26
B	7	364	1.9%	2019/6～2021/5/31
C	20	485	4.1%	2019/6～2021/5
D	19	776	2.4%	2019/8/1～2021/6/23
E	11	203	5.4%	2019/9～2020/12
F	8	121	6.6%	2019/6～2021/3
G	11	251	4.4%	2019/6/27～2021/3/31
H	11	143	7.7%	2019/6～2021/3
I	4	243	1.6%	2019/11～2021/6/25
J	23	401	5.7%	2019/06～
K	7	303	2.3%	2019/12～2021/6
L	28	365	7.6%	2019/8～2021/4
合計	177	4404	4.0%	

がんゲノム医療中核拠点病院調べ

- 患者の予期せぬ死亡等による、算定不可症例が一定数存在している。

がんゲノムプロファイリング検査についての課題と論点

(がんゲノムプロファイリング検査の現状)

- がんゲノムプロファイリング検査の実施件数・実施医療機関数については、開始後、概ね安定的に推移しており、がんゲノム医療の提供体制の拡充がみられている。
- がんゲノムプロファイリング検査では、多職種 of 専門家が集まり、ゲノム情報の臨床的解釈を行う「エキスパートパネル」と呼ばれるプロセスが不可欠であり、また、がんゲノム情報管理センター(G-CAT)に情報提供がなされている。
- 検査行程は複数の行程からなり、検査オーダーから患者への結果説明まで1か月半程度を要する。
- 検体提出時と結果説明時にそれぞれ診療報酬を算定する構造になっているが、検査を提出した患者が予期せず死亡した場合等、検査に係る費用の大半を占める点数が算定できない症例が一定数存在する。
- 要件には精度管理のほか、検査の実施以外にエキスパートパネルの実施等が盛り込まれており、適切に一連の診療行為を実施することを求めている。



【論点】

- がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進していく観点から、現在のがんゲノムプロファイリング検査の評価の在り方についてどのように考えるか。

1. がん対策に係る評価について

1-1 外来化学療法について

1-2 栄養食事指導について

1-3 がんゲノムプロファイリング検査について

1-4 放射線内用療法について

2. 難病対策等に係る評価について

3. アレルギー疾患対策に係る評価について

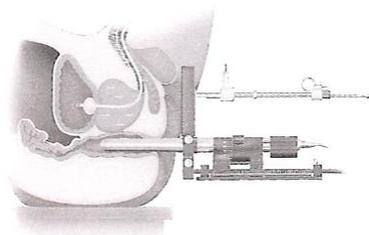
放射線治療室で行われる治療について

- 放射線治療室で行われる治療については、主に前立腺がん等で行われている密封小線源治療と、甲状腺がん等で行われているRI内用療法がある。

【密封小線源治療】

- 前立腺がんの低線量密封小線源治療の場合、数ミリ大のチタン製のカプセルに密封された放射性ヨウ素125（I-125、半減期59.4日）が前立腺に50-100コ程度を麻酔下にて挿入され、前立腺全体に半永久的に放射線が照射される。
- 小線源挿入術後の経過観察のための数日間の入院は、放射線治療病室で行われる。

前立腺がんへの小線源の挿入手技



出典：日本放射線腫瘍学会 密封小線源治療診療・物理QAマニユアル-小線源治療部会ガイドラインに基づく

【RI内用療法】

- 甲状腺がんのRI内用療法の場合、ゼラチン等のカプセルに入った放射性ヨウ素131（I-131、半減期8.0日）を経口投与する。消化管から吸収され、血中に取り込まれたI-131は、主に甲状腺がんの病巣部に集積し、そこで放射線が照射される。
- I-131投与後、 γ 線による周囲への被ばくがあるため、放射線治療病室で数日間入院する。

放射性ヨウ素I-131のカプセル製剤



出典：QST量子医科学研究所東達也先生提供資料

RI内用療法について

- 診療用放射線照射器具又は診療用放射性同位元素により治療（密封小線源治療又はRI内用療法）を受けている患者を入院させる病室（放射線治療病室）については、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）により、構造設備の施設基準が設けられている。
- RI内用療法を受けている患者を入院させる病室に係る構造設備の基準については、放射性同位元素により汚染されるおそれがあるため、密封小線源治療を受けている患者のみを入院させる病室に係る構造設備の基準に比べ、出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器を設置する等の厳格な基準が設けられている。

【医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）（抜粋）】

（診療用放射性同位元素使用室）

第三十条の八 診療用放射性同位元素使用室の構造設備の基準は、次のとおりとする。

一～五（略）

六 内部の壁、床その他放射性同位元素によつて汚染されるおそれのある部分は、突起物、くぼみ及び仕上材の目地等のすきまの少ないものとする。

七 内部の壁、床その他放射性同位元素によつて汚染されるおそれのある部分の表面は、平滑であり、気体又は液体が浸透しにくく、かつ、腐食しにくい材料で仕上げる。

八 出入口の付近に放射性同位元素による汚染の検査に必要な放射線測定器、放射性同位元素による汚染の除去に必要な器材及び洗浄設備並びに更衣設備を設ける。

九～十一（略）

（放射線治療病室）

第三十条の十二 診療用放射線照射装置、**診療用放射線照射器具**、**診療用放射性同位元素**又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室（以下「放射線治療病室」という。）の構造設備の基準は、次のとおりとする。

一 画壁等の外側の実効線量が一週間につき一ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要なしやへい物を設ける。ただし、その外側が、人が通行し、若しくは滞在することのない場所であるか又は放射線治療病室である画壁等については、この限りでない。

二 放射線治療病室である旨を示す標識を付すること。

三 第三十条の八第六号から第八号までに定めるところに適合すること。**ただし、第三十条の八第八号の規定は、診療用放射線照射装置又は診療用放射線照射器具により治療を受けている患者のみを入院させる放射線治療病室については、適用しない。**

密封小線源治療を実施する病室の一例

○ 密封小線源治療では、放射性物質がチタンや白金カプセルに密封されているため、周囲への汚染はなく、治療後一定期間のクールダウンは不要である。

【東京慈恵会医科大学附属病院の場合】



管理区域入口



放射線治療病室※



※放射性物質による汚染がないため、患者退院後の、病室壁やベッド等の除染作業及び一定期間のクールダウンは不要である。

RI内用療法を実施する病室の一例

○ RI内用療法が実施されると、病室内に放射性物質が拡散され、病室壁等に吸着される。このため、放射線被曝防止のため、治療後一定期間のクールダウンが必要とされる。

【京都大学附属病院の場合】

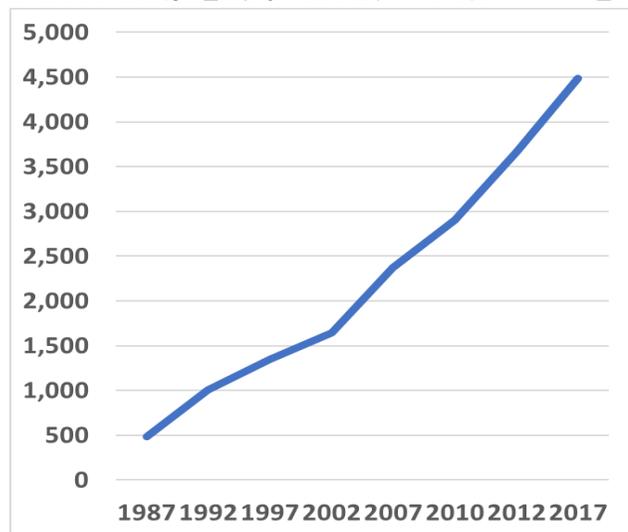


※クールダウン期間中は、新たな患者を受け入れるための準備（病室の清掃等）ができない。

放射性ヨウ素I-131を用いたRI内用療法について

- RI内用療法の行う疾患の代表例として、甲状腺がん(特に、甲状腺分化癌)が挙げられる。
- 甲状腺分化癌に対して、放射性ヨウ素I-131(半減期8.0日)の経口投与により、放射性物質を病変部に選択的に取り込ませ、内部被ばくにより癌細胞破壊を生じさせる。
- ヨウ素I-131を用いた治療数は増加する一方で、RI内用療法を行うベッド数は減少している。
- RI内用療法のニーズの増加に対して、ベッド数に対する治療数を向上させることで対応しているが、患者はRI内用療法を受けるまで平均3.8か月の待機が求められている現状を踏まえると、RI内用療法を行うベッド数が絶対的に不足していることが推察される。

入院・外来治療をあわせた、ヨウ素I-131を用いた治療数



RI内用療法を行うベッド数の推移

	2002年	2007年	2010年	2012年	2017年
実稼働 ベッド数	188	158	138	135	157
治療数/ ベッド数	8.8	13.1	21.0	21.3	18.1

入院施設のアンケート調査結果

	2008年	2009年	2010年	2012年	2016年	2018年
内用療法までの 平均待機時間	4.4 か月	4.9 か月	5.2 か月	5.0 か月	3.6 か月	3.8 か月

甲状腺腫瘍に対するRI内用療法について

○ 2018年に「甲状腺腫瘍診療ガイドライン」が改訂され、新たに「補助療法」という概念が設けられ、RI内用療法のニーズが高まっている。

放射線治療

放射性ヨウ素内用療法の定義と効果判定

放射性ヨウ素内用療法の定義

放射性ヨウ素内用療法を行う際には、患者の病状と施行目的により国際的な定義に従って「アブレーション (ablation)」、「補助療法 (adjuvant therapy)」、「治療 (treatment)」の三つに分類し、適切に効果を判定することが重要である。

放射性ヨウ素内用療法の効果判定

内用療法の効果判定あるいは不応性の判断には画像診断所見だけでなく、症状、身体所見、血清サイログロブリン値や抗サイログロブリン抗体値なども考慮する。

解説

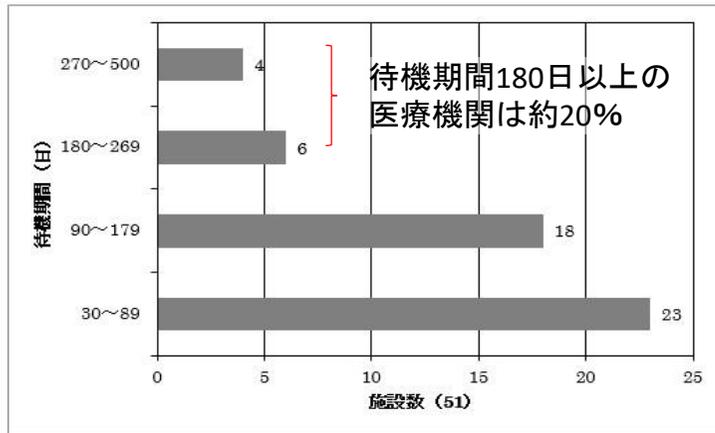
国内では、放射線治療病室が不足していることより、国際的には「補助療法」と定義される症例の多くが「アブレーション」として報告されており、海外文献と国内情報に混乱を来している。2015年の新しい米国甲状腺学会 (ATA) ガイドライン[230]では、内用療法を、残存腫瘍がないと考えられる患者における正常濾胞細胞除去を目的とした「アブレーション (ablation)」[230, 231]、周囲組織浸潤部位などに微小病巣が残存する患者における「補助療法 (adjuvant therapy)」、肉眼的残存腫瘍や遠隔転移の存在する患者における「治療 (treatment)」の三つに分類している[232](表24)。国内では「アブレーション」と呼称さ

呼称	アブレーション Remnant ablation	補助療法 Adjuvant therapy	治療 Cancer treatment
対象と意図	残存腫瘍がないと考えられる患者における正常濾胞細胞除去	画像診断で確認できないが、顕微鏡的な残存腫瘍が存在すると考えられる患者における癌細胞の破壊	肉眼的残存腫瘍や遠隔転移が存在する患者における癌細胞の破壊
目的	経過観察の単純化	再発予防	遅延顕在する癌の治療
投与量	1.1 GBq (30 mCi)	3.7-5.6 GBq (100-150 mCi)	3.7-7.4 GBq (100-200 mCi)

RI内用療法の提供体制について

- 入院待機期間は平均114日(3.8か月)、待機期間が180日以上の医療機関は約20%にのぼり、RI内用療法を実施する病室のない県が**いまだ存在している**。
- RI内用療法の開始が遅延した場合、予後の悪化の可能性が指摘されている。

図 2 RI 治療病室稼働施設における RI 内用療法の待機期間



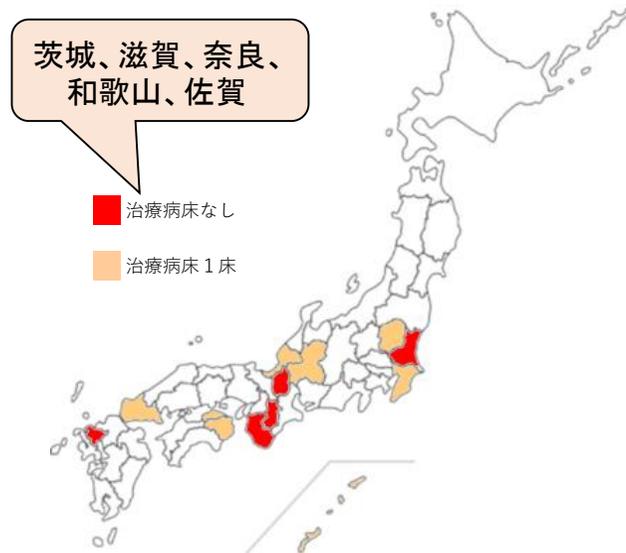
待機期間 平均 114 日 (3.8 ヶ月)、中央値 90 日

出典: 日本核医学会分科会 腫瘍・免疫核医学研究会 甲状腺RI治療委員会「甲状腺癌の放射性ヨウ素内用療法におけるRI治療病室稼働状況の実態調査報告(第5報)」(2018.9-10月アンケート)、核医学56; 107-116, 2019

●被膜外浸潤、転移のある甲状腺癌において、甲状腺全摘手術後の早期(半年以内)にRI内用療法を行わなければ、予後が有意に悪い。

●待機期間が半年以上の場合、半年以内の場合に比べて、死亡の確率が4.2倍上がる。

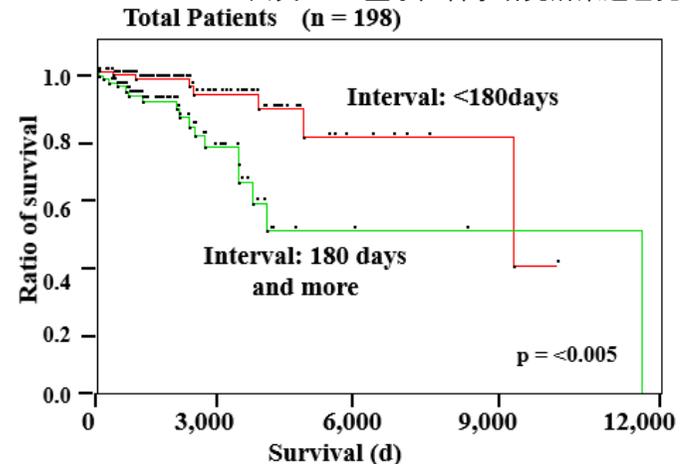
出典: Higashi, et al. Delayed Initial Radioactive Iodine Therapy Resulted in Poor Survival in Patients with Metastatic Differentiated Thyroid Carcinoma: A Retrospective Statistical Analysis of 198 Cases, J Nucl Med 2011; 52:683-689



全68施設、154病床

北海道：3施設、9床
東北：9施設、26床
関東：12施設、27床
甲信越：4施設、8床
北陸：4施設、11床
東海：5施設、8床
関西：8施設、16床
中国：8施設、14床
四国：5施設、7床
九州：9施設、27床
沖縄：1施設、1床
(2019年11月25日時点)

出典: QST量子医科学研究所東達也先生提供資料



放射線治療病室管理加算について

- 放射線治療病室管理が行われた悪性腫瘍の入院診療を行った場合には、放射線治療室管理加算が1日当たり入院基本料に加算できる。
- 放射線治療病室管理とは、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室における放射線に係る必要な管理のことを指し、密封小線源による治療の場合と治療用放射性同位元素による治療の場合をあわせて評価している。

A225 放射線治療病室管理加算(1日につき) 2,500点

治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

(算定留意事項)

当該加算は、悪性腫瘍の患者に対して、放射線治療病室管理を行った場合に算定する。なお、放射線治療病室管理とは、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室における放射線に係る必要な管理をいう。

放射線内用療法に係る課題及び論点

- ・ 診療用放射線照射器具又は診療用放射性同位元素により治療（密封小線源治療又はRI内用療法）を受けている患者を入院させる病室（放射線治療病室）については、医療法施行規則により、それぞれ構造設備の施設基準が設けられているが、放射性同位元素により汚染されるおそれがあるため、RI内用療法を受けている患者を入院させる病室に係る構造設備の基準については、密封小線源治療を受けている患者を入院させる病室に係る構造設備の基準に比べ、出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器を設置する等の厳格な基準が設けられている。
- ・ RI内用療法が実施されると、病室内に放射性物質が拡散され、病室壁等に吸着されるため、放射線被曝防止の観点から、治療後一定期間のクールダウンが必要とされ、その間、新たな患者を受け入れることができない。
- ・ RI内用療法については、ガイドラインの改訂により、新たに「補助療法」という概念が設けられたことから、そのニーズが高まっている。
- ・ RI内用療法を実施するためのベッド数は減少し、また、RI内用療法を実施する病室のない県がまだ存在している。平均待機期間は3.8か月となっており、RI内用療法の開始が遅れることで、患者の予後悪化の可能性が指摘されている。



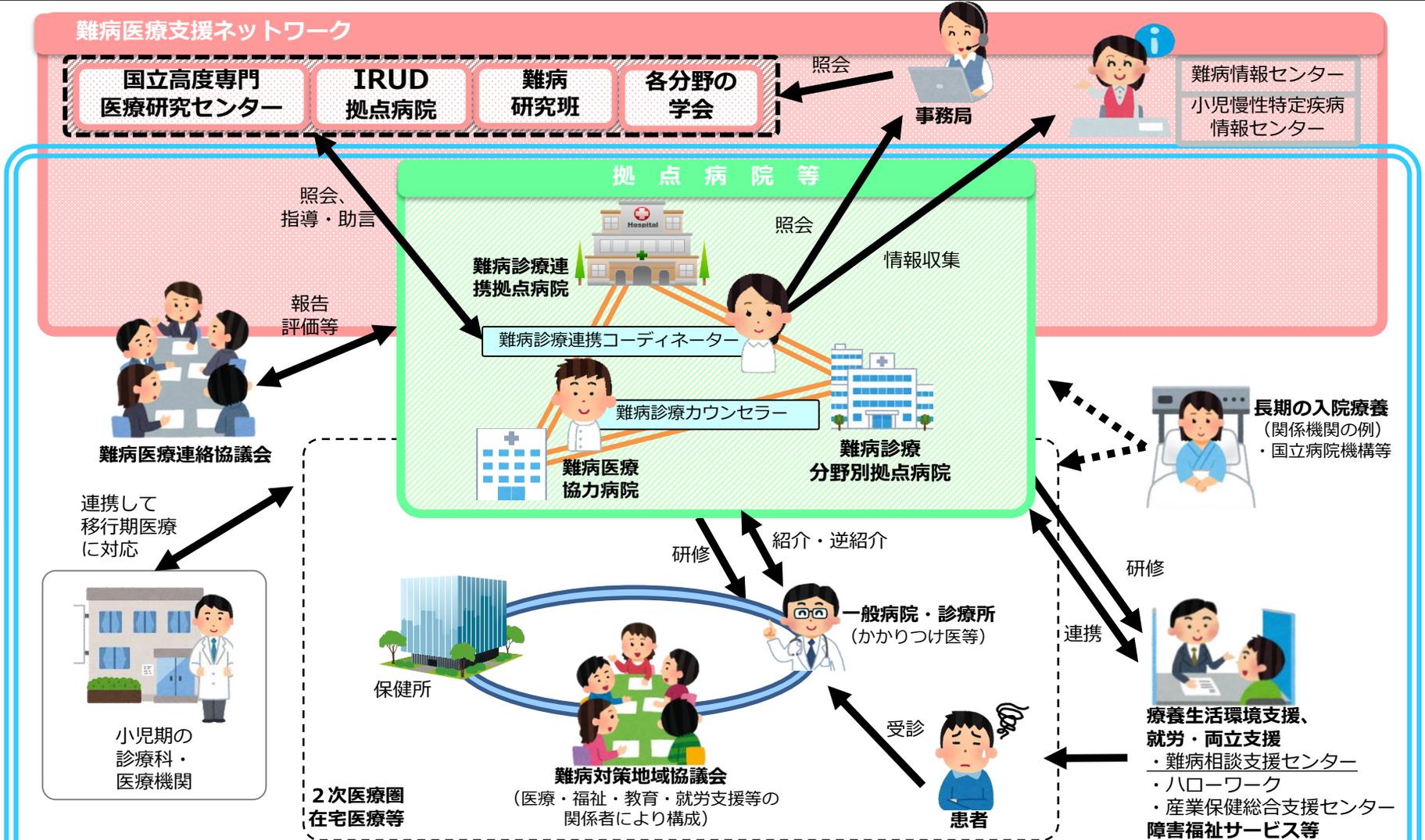
【論点】

- 診療用放射線照射器具及び診療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室に係る構造設備の施設基準の相違点、内用療法の需要の増加等を踏まえ、放射線治療病室管理加算による評価の在り方について、どのように考えるか。

1. がん対策に係る評価について
2. 難病対策等に係る評価について
3. アレルギー疾患対策に係る評価について

難病の医療提供体制のイメージ(全体像)

○「できる限り早期に正しい診断が受けられ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制」を整備するため、都道府県が指定する難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院が中心となって、難病医療支援ネットワークと連携しながら、難病患者に対する相談支援や診療連携、入院調整等を行う体制の整備を行うこととしている。



難病の医療提供体制の構築に関する経緯

- 難病の医療提供体制については、平成28年10月に、難病対策委員会において「難病の医療提供体制の在り方について」を取りまとめ、その構築に係る手引き・ガイドを都道府県あてに通知した。
- 平成30年度から、各都道府県において難病診療連携拠点病院を中心とした新たな難病医療提供体制を推進するとともに、国において難病医療支援ネットワークの整備・推進を図っている。

H27.1

難病法の施行

第四条 基本方針は、次に掲げる事項について定めるものとする。
二 難病の患者に対する医療を提供する体制の確保に関する事項

平成27年度

H27.9

難病対策基本方針(告示)

3 難病の患者に対する医療を提供する体制の確保に関する事項

- できる限り早期に正しい診断ができる体制を構築。
- 診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることのできる体制を確保。
- 難病の診断及び治療には、多くの医療機関や診療科等が関係することを踏まえそれぞれの連携を強化。

平成28年度

H28.10

難病の医療提供体制の在り方について（報告書）

【目指すべき方向性】

- 1.できる限り**早期に正しい診断ができる**体制
- 2.診断後は**より身近な医療機関で適切な医療を受けることができる**体制
- 3.小児慢性特定疾病児童等の**移行期医療にあたって、小児科と成人診療科が連携する**体制
- 4.**遺伝子診断等の特殊な検査について、倫理的な観点も踏まえつつ幅広く実施できる**体制
- 5.地域で安心して療養しながら暮らしを続けていくことができるよう、**治療と就労の両立を支援する**体制

平成29年度

H29.4

難病の医療提供体制の構築に係る手引き(通知)

H29.10

都道府県における小児慢性特定疾病の患者に対する移行期医療支援体制の構築に係るガイド（通知）

都道府県において、地域の実情を踏まえた新たな難病医療提供体制の検討
※ 既存の難病医療連絡協議会等を活用して検討・調整を行う

平成30年度

H30.4～

国において、難病医療支援ネットワークの整備・推進

都道府県において、難病診療連携拠点病院を中心とした、新たな難病医療提供体制を推進

難病の医療提供体制について

○ 難病の医療提供体制については、基本方針において、「できる限り早期に正しい診断ができる体制を構築するとともに、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制を確保する」とこととされている。

○ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）（抄）

第四条 厚生労働大臣は、難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針（以下「基本方針」という。）を定めなければならない。

2 基本方針は、次に掲げる事項について定めるものとする。

二 難病の患者に対する医療を提供する体制の確保に関する事項

○ 難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成27年9月15日厚生労働省告示第375号）（抄）

第三 難病の患者に対する医療を提供する体制の確保に関する事項

(1) 基本的な考え方について

難病は、発症してから確定診断までに時間を要する機会が多いことから、できる限り早期に正しい診断ができる体制を構築するとともに、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制を確保する。その際、難病の診断及び治療には、多くの医療機関や診療科等が関係することを踏まえ、それぞれの連携を強化するよう努める。

(2) 今後の取組の方向性について

エ 国立高度専門医療研究センター、難病の研究班、各分野の学会等が、相互に連携して、全国の大学病院や地域で難病の医療の中心となる医療機関と、より専門的な機能を持つ施設をつなぐ難病医療支援ネットワークの構築に努められるよう、国は、これらの体制の整備について支援を行う。

難病の医療提供体制について

- **平成29年4月14日付け健難発0414第3号の別紙「難病の医療提供体制構築に係る手引き」（概要）**
【難病医療の目指すべき方向性】
 - ・ 早期に正しい診断ができる医療提供体制とするために、診断がついていない患者が受診できる各都道府県の拠点となる医療機関を整備
 - ・ 適切な疾病の管理を継続すれば日常生活等が可能な難病について、身近な医療機関で治療を継続するため、医療機関間の連携や関係者への難病についての教育等が必要
 - ・ 遺伝子関連検査について、本人及び血縁者に与える影響等について、患者が理解して自己決定できるためのカウンセリング体制の充実・強化
 - ・ 小児慢性特定疾病児童等に対して、成人後も必要な医療等を切れ目なく提供するため、小児期及び成人期それぞれの医療従事者間の連携体制の充実

- 【難病の医療提供体制における各医療機能】
 - ・ より早期に正しい診断をする機能（難病診療連携拠点病院）
⇒原則、都道府県に1か所、指定する。
 - ・ 専門領域の診断と治療を提供する機能（難病診療分野別拠点病院）

- **平成10年4月9日付け健I医発第635号(一部改正平成30年3月29日健発0329第4号)の別紙「難病特別対策事業実施要綱」（概要）**
 - ・ 難病の医療提供体制の検討・協議を行う難病医療連絡協議会の設置及び難病診療連携拠点病院等の指定
 - ・ 難病診療の調整・連携等を実施する難病診療連携コーディネーター・難病診療カウンセラーの配置等

※同要綱に基づき、各都道府県が体制整備を実施するための経費の一部を国庫補助している



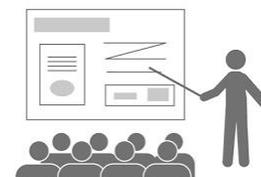
難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院 の設置促進に関するこれまでの取組について



- 難病対策委員会の取りまとめに基づき、平成29年4月・10月に難病の医療提供体制の構築に係る手引き・ガイド(通知)を発出した後、国等では、自治体、難病診療連携拠点病院及び難病分野別診療連携拠点病院に対し、説明会を実施している。

○難病特別対策推進事業実施要綱の一部改正について（平成30年3月）

都道府県の難病関係者に対して、新たな難病の医療提供体制について周知・経費に対する補助を開始。



○難病医療提供体制整備事業等に係る説明会（平成30年5月）

都道府県の難病関係者に対し、新たな難病の医療提供体制について、拠点病院指定済み自治体の事例紹介等の説明会を実施。

○難病診療連携拠点病院関係者会議（難病医学研究財団主催）（平成31年1月）

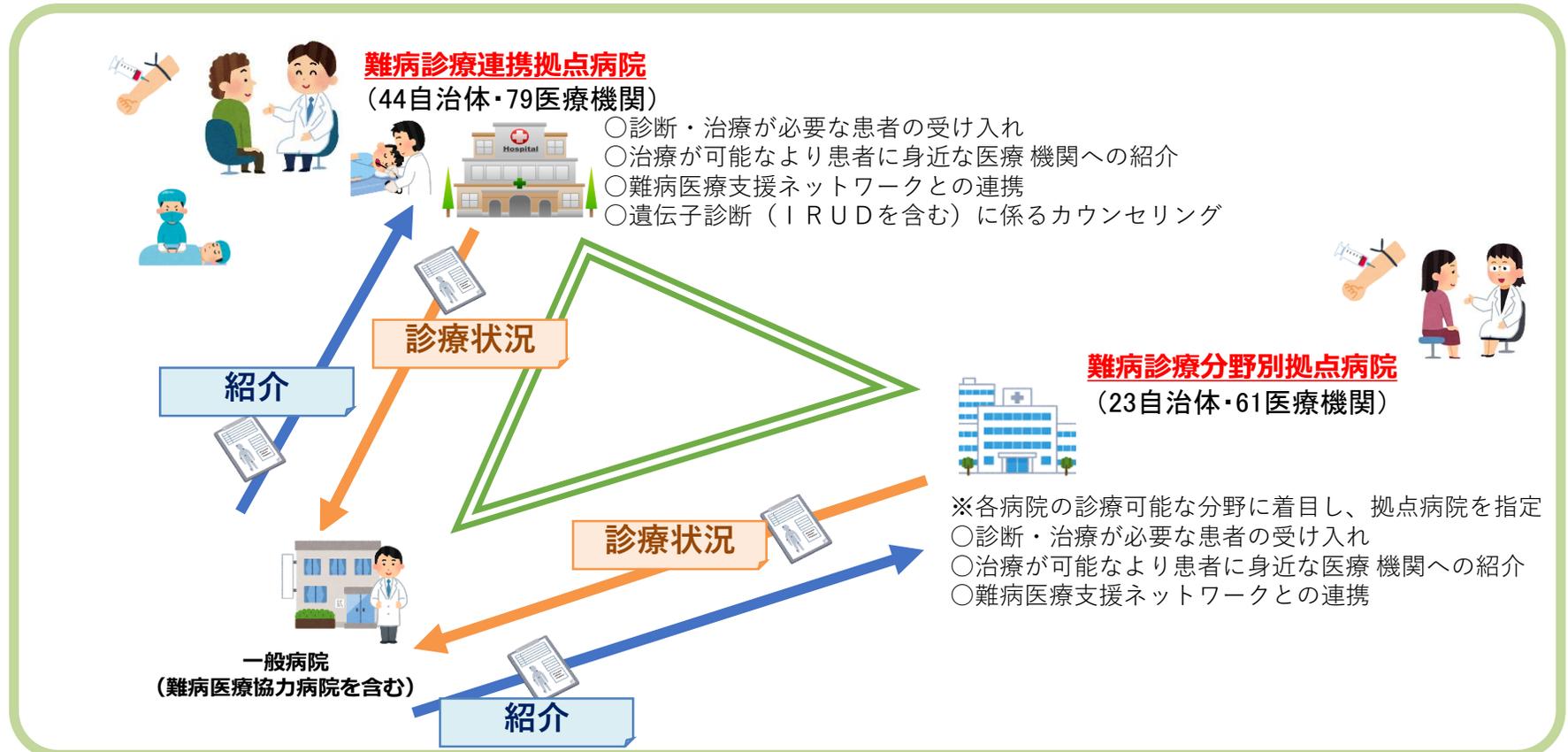
都道府県の難病関係者と難病診療連携拠点病院・難病分野別診療拠点病院の関係者に対し、新たな難病の医療提供体制について、指定後の診療連携の具体的な取組み状況等の説明会を実施。

○難治性疾患政策研究事業による研究

- ・ 「難病医療拠点病院の実態調査、難病医療提供体制に関する提言」（平成28年度）
- ・ 「難病医療の拠点病院における多職種連携による院内体制整備と人材育成についての検討」（平成29年度）
- ・ 「都道府県難病診療連携拠点病院の実態調査と評価、難病医療コーディネーター等の業務の実態調査と評価」（平成30年度）

難病診療連携拠点病院を含めた医療機関間の連携について(イメージ)

- 「できる限り早期に正しい診断が受けられ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制」を整備するため、都道府県が指定する難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院が中心となって、難病医療支援ネットワークと連携しながら、難病患者に対する相談支援や診療連携、入院調整等を行う体制の整備を行うこととされている。
- 令和3年1月1日現在、難病診療連携拠点病院については44自治体(79医療機関)、難病診療分野別拠点病院については23自治体(61医療機関)において整備されている。
- 地域の診療所等は、診断・治療が必要な患者を難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院に送り、拠点病院での診断・治療後は、より身近な医療機関で適切な医療を受けることとなる。



てんかんの医療提供体制について

- てんかんの医療提供体制については、「てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を促進」「専門的な診療を行うことができる体制を整備し、てんかんの診療ネットワークを整備」こととされている。

平成26年3月7日付け厚生労働省告示第65号「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(抜粋)

三 多様な精神疾患・患者増への医療提供

5 てんかん

- ア てんかん患者は、適切な診断、手術や服薬等の治療によって症状を抑えることができる
又は治癒する場合もあり、社会で活動しながら生活することができる場合も多いことから、てんかん患者が適切な服薬等を行うことができるよう、
てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を促進する。
- イ てんかんの診断を行うことができる医療機関の連携を図るため、
専門的な診療を行うことができる体制を整備し、てんかんの診療ネットワークを整備する。

てんかん地域診療連携体制整備事業

令和2年度予算: 14,619千円 → 令和3年度予算: 17,817千円

てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるよう、てんかん診療における地域連携の在り方を提示し、てんかん拠点医療機関間のネットワーク強化により全国で均一なてんかん診療を行える体制を整備。

現状と課題

平成30年度からの第7次医療計画により、各都道府県において、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化することとされており、国が国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターをてんかん全国支援センターに指定し、都道府県において、てんかんの治療を専門的に行っている医療機関のうち、1か所をてんかん支援拠点病院として指定し、各都道府県のてんかんの医療連携体制の構築に向けて、知見の集積やてんかん診療のネットワーク作り等を引き続き進めていく必要がある。

地域

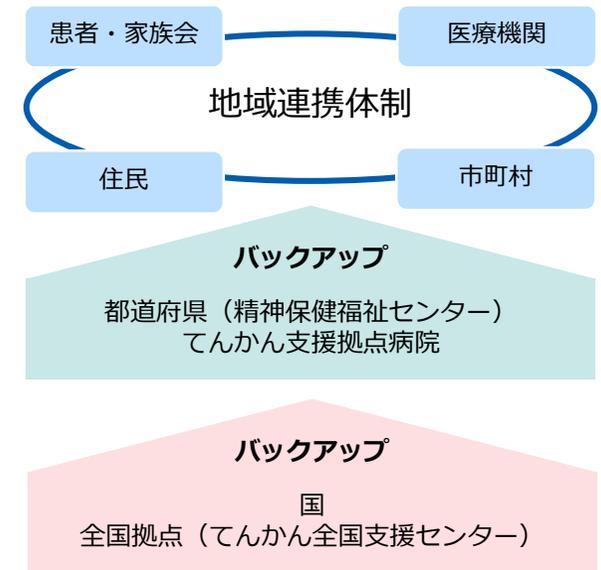
てんかんの特性や支援方法に関する知識が浸透するように取り組むとともに、市町村、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、適切な医療につながる地域の実現を目指す。

都道府県（精神保健福祉センター、保健所）・てんかん支援拠点病院

第7次医療計画に基づいて、「都道府県拠点機能」「地域連携拠点機能」「地域精神科医療提供機能」を有する医療機関を指定し、都道府県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、てんかん患者及びその家族への相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等に対する研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会を開催する。また、てんかん診療支援コーディネーターを配置し、てんかん患者及びその家族に対し、相談援助を適切に実施する。

国・全国拠点（てんかん全国支援センター）

各てんかん診療拠点機関で得られた知見を集積し、てんかん診療における地域連携体制モデルを確立すると共に、都道府県・各診療拠点機関への技術的支援を行う。



期待される成果

1. 地域住民や医療従事者に対して、てんかんに関する正しい知識の普及
2. てんかん診療における地域連携体制構築、てんかん診療の均てんかん化

事業内容

てんかんの専門医療機関の地域数の増加、まずは三次医療圏（都道府県）の設置を目指し、てんかん支援拠点病院を設置する都道府県に対して国庫補助（1/2）を行う。

主な事業内容

1. てんかん患者・家族の治療及び相談支援
2. てんかん治療医療連携協議会の設置・運営
3. てんかん診療支援コーディネーター（※）の配置
4. 医療従事者（医師、看護師等）等向け研修
5. 市民向けの普及啓発（公開講座、講演、リーフレットの作成等）

※てんかん診療支援コーディネーター

精神障害者福祉に理解と熱意を有し、てんかん患者及びその家族に対し相談援助を適切に実施する能力を有する医療・福祉に関する国家資格を有する者

てんかん支援拠点病院の要件

てんかんの治療を専門に行っている次に掲げる要件を全て満たす医療機関

1. 日本てんかん学会、日本神経学会、日本精神神経学会、日本小児科神経学会、又は日本脳神経外科学会が定める専門医が1名以上配置されていること。
2. 脳波検査やMRIが整備されているほか、発作時ビデオ脳波モニタリングによる診断が行えること。
3. てんかんの外科治療のほか、複数の診療科による集学的治療を行えること。

参画医療機関（令和3年7月時点）

- てんかん全国支援センター（1か所）：国立精神・神経医療研究センター
- てんかん支援拠点病院（23か所）：
北海道（札幌医科大学附属病院）、宮城県（東北大学病院）、茨城県（筑波大学附属病院）、栃木県（自治医科大学附属病院）、群馬県（渋川医療センター）、埼玉県（埼玉医科大学病院）、千葉県（千葉県循環器病センター）、神奈川県（聖マリアンナ医科大学病院）、新潟県（西新潟中央病院）、石川県（浅ノ川総合病院）、山梨県（山梨大学医学部附属病院）、長野県（信州大学医学部附属病院）、静岡県（静岡てんかん・神経医療センター）、愛知県（名古屋大学医学部附属病院）、大阪府（大阪大学医学部附属病院）、奈良県（奈良医療センター）、鳥取県（鳥取大学医学部附属病院）、岡山県（岡山大学病院てんかんセンター）、広島県（広島大学病院）、徳島県（徳島大学病院）、長崎県（長崎医療センター）、鹿児島県（鹿児島大学病院）、沖縄県（沖縄赤十字病院）

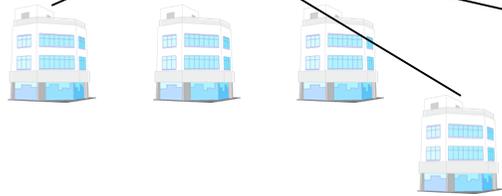
てんかんの医療連携体制について(イメージ)

- 「てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるよう、てんかん診療における地域連携の在り方を提示し、てんかん拠点医療機関間のネットワーク強化により全国で均一なてんかん診療を行える体制」を整備するため、国が国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターをてんかん全国支援センターに指定し、都道府県において、てんかんの治療を専門に行っている医療機関のうち、1か所をてんかん支援拠点病院として指定し、各都道府県のてんかんの医療連携体制の構築に向けて、知見の集積やてんかん診療のネットワーク作り等を進めている。
- 令和3年7月現在、てんかん全国支援センターについては全国1か所、てんかん支援拠点病院については全国23か所において整備されている。
- 地域で柱となる専門医療機関を整備されることにより、てんかん患者・家族が地域で安心して診療できるようになる。



てんかん全国支援センター
(国立精神・神経医療研究センター)

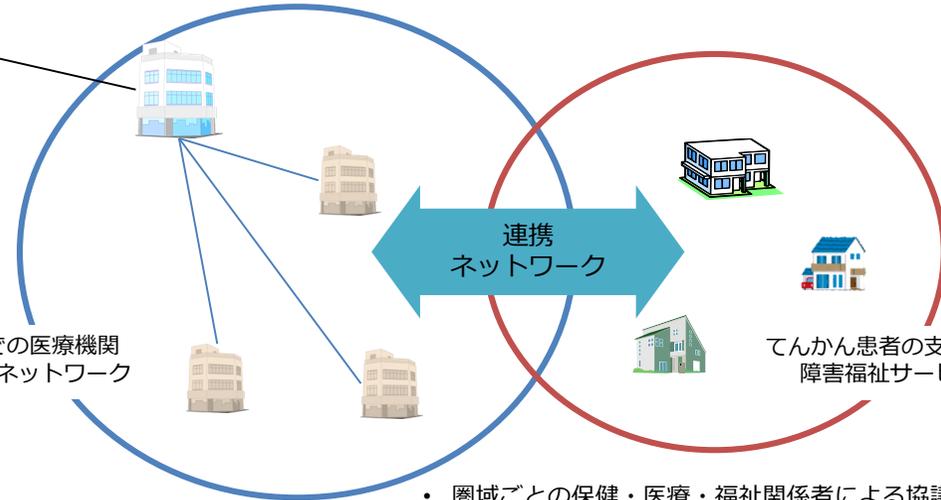
- てんかん診療支援コーディネーター研修の実施
- てんかんの治療を行っている医療機関の支援



てんかん支援拠点病院
(R3年7月末時点：23か所)

地域での医療機関
連携・ネットワーク

- てんかん学会やてんかん協会と連携し、てんかん支援拠点病院の確保
- 『てんかん地域診療連携体制整備事業』の予算確保
- てんかん患者・家族が地域で安心して暮らせるよう関係団体と協力して、てんかんの正しい知識と理解を進める。



てんかん患者の支援を行っている
障害福祉サービス事業所等

- 圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制の構築

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

- かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

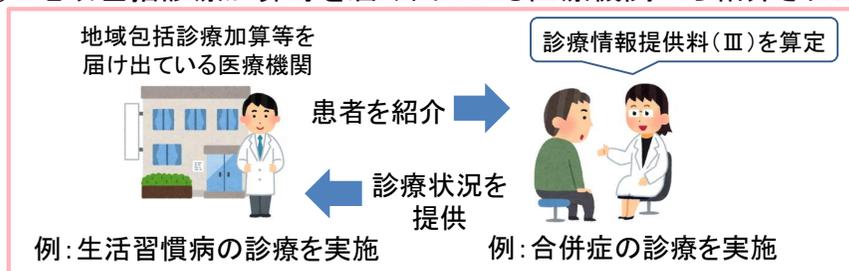
(新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

[算定要件]

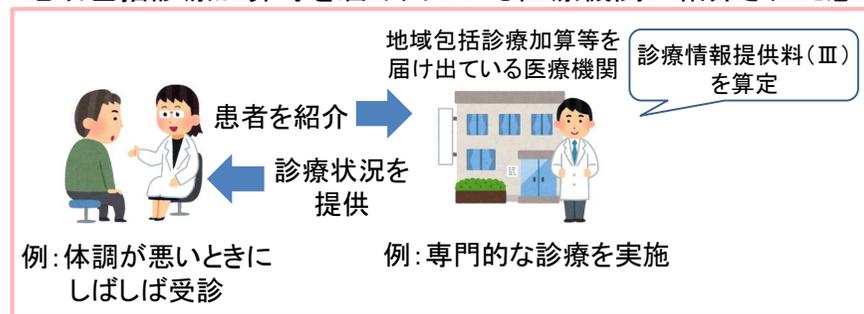
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

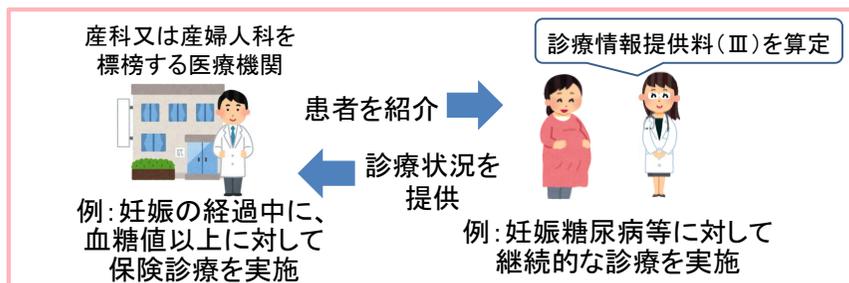
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



- ③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



- ② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を指す。

医療機関間の連携の具体例

- 例えば、糖尿病の患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、糖尿病網膜症に対する専門的治療の必要性を認め、他の医療機関への紹介を行う場合、診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能である。
- 紹介先の医療機関において、糖尿病網膜症を継続的に治療する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、3月に1回に限り診療情報提供料(Ⅲ)が算定可能である。



A.糖尿病の管理を行っている医療機関

他の医療機関での診療を踏まえた医学管理を実施

糖尿病網膜症の治療に当たり紹介を行う

【診療情報提供料(Ⅰ)】
A医療機関において算定が可能

診療情報の提供を眼科医療機関に求める

糖尿病の管理を行っている医療機関の求めに応じて、糖尿病網膜症に関する指導内容や今後の治療方針について情報提供



B.糖尿病網膜症の治療を行う医療機関

眼科医療機関において継続的な糖尿病網膜症の管理を実施

【診療情報提供料(Ⅲ)】
B医療機関において算定できないケース

B医療機関としては、A医療機関の届出状況を把握していない／できない場合

B医療機関はかかりつけ医機能ではなく、専門医療機関としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合

【診療情報提供料(Ⅲ)】
B医療機関において算定が可能となるケース

A医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、また、B医療機関が禁煙の施設基準を満たし、かつ、A医療機関の届出を把握している場合

B医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、かつ、禁煙の施設基準を満たしている場合

医療機関間の連携の具体例（難病の場合）

- 例えば、糖尿病で通院中の難病を疑う患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、難病にかかる専門的な診断・治療の必要性を認め、難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院へ紹介を行う場合があり、他の紹介類型と同様に、診療情報提供料（Ⅰ）の算定が可能である。
- 紹介先の難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院において、難病に対して継続的に治療する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合については、3月に1回に限り診療情報提供料（Ⅲ）が算定可能である。



A.糖尿病の管理を行っている医療機関

他の医療機関での診療を踏まえた医学管理を実施

難病の診断・治療に当たり紹介を行う

【診療情報提供料（Ⅰ）】
A医療機関において算定が可能

診療情報の提供を求める

糖尿病の管理を行っている医療機関の求めに応じて、難病に関する指導内容や今後の治療方針について情報提供



B.難病の治療を行う難病診療連携拠点病院等

難病診療連携拠点病院等において継続的な管理を実施

【診療情報提供料（Ⅲ）】
B医療機関において算定できないケース

B医療機関としては、A医療機関の届出状況を把握していない／できない場合

B医療機関はかかりつけ医機能ではなく、専門医療機関としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合

【診療情報提供料（Ⅲ）】
B医療機関において算定が可能となるケース

A医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、また、B医療機関が禁煙の施設基準を満たし、かつ、A医療機関の届出を把握している場合

B医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、かつ、禁煙の施設基準を満たしている場合

医療機関間の連携の具体例（てんかんの場合）

- てんかん診療においては、集学的・専門的な検査や治療を要する場合があります、日常診療を行うかかりつけ医や一般のてんかん診療を行う医療施設から、高次の専門施設へ紹介する必要があります。
- てんかん診療においては、集学的・専門的な検査結果や治療内容を踏まえた上で、継続した診療を行う必要がある。



日常の診療を行う
かかりつけ医療機関

【集学的・専門的な検査を要する場合】

発作時ビデオ脳波モニタリング等が鑑別や確定診断において必要な場合等

【集学的・専門的な治療を要する場合】

薬剤抵抗性を有する場合や外科的加療が必要な場合等の難治性てんかんの場合や、小児、他の精神疾患の合併等で集学的・専門的な治療を要する場合等

てんかんの診断・治療に当たり紹介を行う



適宜連携

診療情報の提供を求める

診療情報を提供

検査結果や指導内容、今後の治療方針について、日常的な診療を行う
かかりつけ医療機関において、治療が継続できるよう診療情報を提供する場合等

てんかん専門医療施設
(てんかん支援拠点病院、
全国支援センター)

- ・学会が定める専門医が1名以上配置されている
- ・脳波検査やMRIが整備されているほか、発作時ビデオ脳波モニタリングによる診断が行える
- ・てんかんの外科治療のほか、複数の診療科による集学的治療を行える

一般のてんかん診療を行う医療施設
脳神経内科・外科、精神科、小児科 等

難病対策等に係る課題及び論点

(難病対策等について)

- ・難病の医療提供体制については、基本方針において、「できる限り早期に正しい診断ができる体制を構築するとともに、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制を確保する」とされている。
- ・「できる限り早期に正しい診断が受けられ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制」を整備するため、都道府県が指定する難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院が中心となって、難病医療支援ネットワークと連携しながら、難病患者に対する相談支援や診療連携、入院調整等を行う体制の整備を行うこととされている。
- ・難病診療連携拠点病院については44自治体(79医療機関)、難病診療分野別拠点病院については23自治体(61医療機関)において整備されている(令和3年1月1日現在)。
- ・地域の診療所等は、診断・治療が必要な患者を難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院に送り、拠点病院での診断・治療後は、より身近な医療機関で適切な医療を受けることとなる。
- ・てんかんの医療提供体制については、「てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を促進」「専門的な診療を行うことができる体制を整備し、てんかんの診療ネットワークを整備」とされている。
- ・国は国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターをてんかん全国支援センターに指定し、都道府県において、てんかんの治療を専門的に行っている医療機関のうち、1か所をてんかん支援拠点病院として指定し、各都道府県のとてんかんの医療連携体制の構築に向けて、知見の集積やてんかん診療のネットワーク作り等を進めている。(令和3年7月現在、23か所)
- ・現在でも専門的な診断・治療の必要性を認め、紹介を行う場合、診療情報提供料(Ⅰ)が算定でき、要件を満たした場合には、診療情報提供料(Ⅲ)が算定できる。



【論点】

- 難病等の医療提供体制について、これまでの診療報酬での対応を踏まえ、医療機関間の連携に係る評価の在り方をどのように考えるか。

1. がん対策に係る評価について
2. 難病対策等に係る評価について
3. アレルギー疾患対策に係る評価について

アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針

(平成29年3月21日 告示)

第14回 アレルギー疾患対策

推進協議会

令和3年7月29日

資料

1-1

アレルギー疾患対策基本指針とは、アレルギー疾患対策基本法（平成26年法律第98号、平成27年12月施行）第十一条に則り、アレルギー疾患対策の総合的な推進を図るため、厚生労働大臣が策定するもの。

一. アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な事項

国、地方公共団体、医療保険者、国民、医師その他医療関係者、学校等の設置者又は管理者が、各々の責務に基づき、アレルギー疾患の発症及び重症化の予防と症状の軽減、医療の均てん化の促進、生活の質の維持向上、研究の推進等のアレルギー疾患対策を総合的に推進する。

二. 啓発及び知識の普及とアレルギー疾患の予防のための施策に関する事項

- ① アレルギー疾患を有する児童等が適切な学校教育を受けられるよう助言・指導
- ② 児童福祉施設、老人福祉施設等を利用するアレルギー疾患を有する者への適切な啓発
- ③ 社会教育の場を活用したアレルギー疾患の正しい理解の推進
- ④ 乳幼児健診等での保健指導・受診勧奨、適切な情報提供の実施
- ⑤ アレルギー疾患の重症化予防・症状軽減の適切な方法に関する啓発・普及
- ⑥ 環境基準の確保
- ⑦ 花粉飛散状況の把握、情報提供、森林の適正な整備
- ⑧ 受動喫煙の防止などによる気管支喘息の発症及び重症化予防
- ⑨ アレルギー物質を含む食品に関する表示等について科学的検証の実施
- ⑩ 食物アレルギー表示の適切な情報提供の推進
- ⑪ アレルギー疾患に関する最新の正しい知見や情報の周知

三. 医療を提供する体制の確保に関する事項

- ① アレルギー疾患医療に携わる医師に対して、医師会等や関係学会と連携した最新の知見に関する情報提供
- ② 医療従事者の育成を行う大学等での教育におけるアレルギー分野の更なる充実
- ③ 関係学会等が有する医療従事者向け認定制度の活用した医療従事者の知識の普及及び技能の向上
- ④ ホームページ等を通じたアレルギー疾患医療に携わる専門的知識、技能を有する医療従事者及びアレルギー疾患医療提供機関の周知
- ⑤ 居住地域に関わらず適切なアレルギー疾患医療や相談支援が受けられるよう、アレルギー疾患医療提供機関の整備
- ⑥ 中心拠点病院や都道府県拠点病院、地域の拠点の医療機関、かかりつけ医の連携協力体制の整備
- ⑦ 中心拠点病院を中心としたアレルギー疾患医療に関する最新の正しい情報の提供、研究、医療従事者の育成の推進
- ⑧ 診断困難例に対する適切な対応を行うための仕組み作り

四. 調査及び研究に関する事項

- ① 疫学調査によるエビデンスの蓄積とそれに基づく定期的なガイドラインの改訂
- ② 最新の科学的知見に基づく医療の周知・普及・実践の程度について、継続的な把握と評価
- ③ アレルギー疾患の本態解明、アレルゲン免疫療法をはじめとする根治療法の発展と新規開発
- ④ 研究体制の整備を通じたアレルギー疾患の予防、診断及び治療方法の開発並びにアレルギー疾患の病態解明等の研究の推進
- ⑤ 疫学研究、基礎研究、治療開発及び臨床研究の中長期的な戦略の策定

五. その他アレルギー疾患対策の推進に関する重要事項

- ① アレルギー疾患医療に携わる職種に対する、関係学会等と連携した研修会等の実施
- ② アレルギー疾患医療に携わる職種を養成する大学等での教育におけるアレルギー疾患に対する教育の推進
- ③ アレルギー疾患医療に携わる職種の関係学会等が有する認定制度等の有効活用
- ④ 学校、児童福祉施設、放課後児童クラブの職員等に対するガイドラインの周知とアレルギー疾患の正しい知識の習得や実践的な研修の実施
- ⑤ 老人福祉施設、障害者支援施設等の職員等に対するアレルギー疾患の正しい知識の啓発
- ⑥ アナフィラキシーショックを起こした方に対する平時からの体制整備と正しい対処法の啓発
- ⑦ アレルギー疾患を有する者への両立支援
- ⑧ アレルギー疾患を有する者やその家族に対する相談体制の整備
- ⑨ アレルギー疾患を有する者への正しい理解のためのウェブサイト等の充実
- ⑩ 地方公共団体においてアレルギー疾患対策に係る業務を統括する部署または担当者の設置
- ⑪ 地方公共団体における地域の実情に応じた施策の策定及び実施
- ⑫ 平常時・災害時における、国、地方公共団体の実施すべき役割の整備
- ⑬ 必要な財政措置の実施と予算の効率化及び重点化
- ⑭ アレルギー疾患対策基本指針の見直し及び定期報告

児童生徒のアレルギー疾患有病率

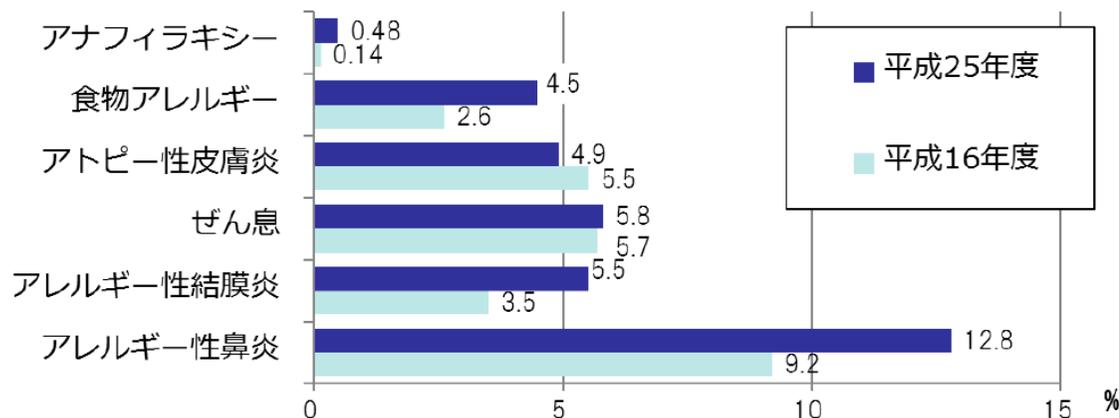
○ 児童生徒のアレルギー疾患有病率は、多くのアレルギー疾患において上昇している。

第14回 アレルギー疾患対策推進協議会

資料4-1

令和3年7月29日

児童生徒のアレルギー疾患有病率



文部科学省委託事業「学校生活における健康管理に関する調査」(平成25年度)

- ・ アレルギー疾患は決して珍しい疾患ではなく、学校には各種のアレルギー疾患の子供が多数在籍している
- ・ 学校で給食を食べたとき、突然症状が現れる子供がいる
- ・ 症状が急速に変化し、重篤な症状に至ることもある



正しい知識と適切な対応を身に付ける必要がある

～児童生徒が安心して学校生活を送るためには
全ての学校で取組が必要～

学校におけるアレルギー疾患対応の取組

- アレルギー疾患対応の取組については「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（令和元年度改訂）を活用した取組が進められている。

学校におけるアレルギー疾患対応の三つの柱

■ アレルギー疾患の理解と正確な情報の把握・共有

- ・「ガイドライン」、特に「学校生活管理指導表（医師の診断）」
活用の徹底

■ 日常の取組と事故予防

- ・学校生活管理指導表の「学校生活上の留意点」を踏まえた
日常の取組
- ・組織対応による事故予防

■ 緊急時の対応

- ・研修会・訓練等の実施
- ・体制の整備



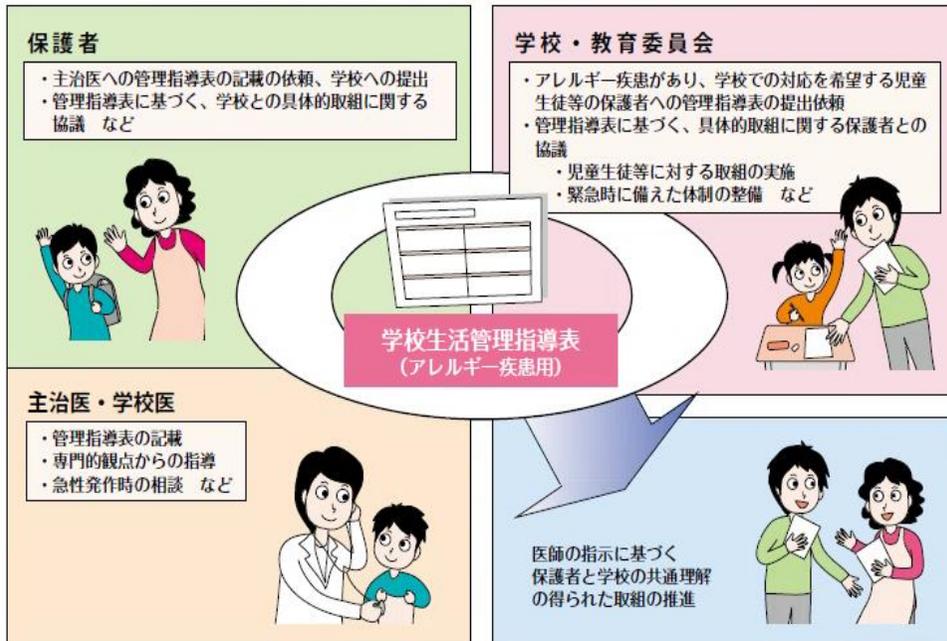
学校生活管理指導表

学校におけるアレルギー疾患対応の取組

- アレルギー疾患の理解と正確な情報の把握・共有のため、学校生活管理指導表が以下の流れで活用されている。

学校生活管理指導表

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を用いた情報のながれ



学校生活管理指導表活用のポイント

- ① 学校・教育委員会は、アレルギー疾患のある児童生徒等を把握し、学校での取組を希望する保護者に対して、管理指導表の提出を求める。
- ② 保護者は、主治医・学校医等に管理指導表を記載してもらい、学校に提出する。
- ③ 主なアレルギー疾患が1枚（表・裏）に記載できるようになっており、原則として一人の児童生徒等について1枚提出される。
- ④ 学校は、管理指導表に基づき、保護者と協議し取組を実施する。
- ⑤ 学校は提出された管理指導表を、緊急時に教職員誰もが閲覧できる状態で一括して管理するとともに、個人情報の取り扱いに留意する。
- ⑥ 管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出を求める。記載する医師には、病状・治療内容や学校生活上の配慮する事柄などの指示が変化しうる場合、向こう1年間を通じて考えられる内容を記載してもらおう。なお、大きな病状の変化があった場合はこの限りではない。
- ⑦ 食物アレルギーの児童生徒等に対する給食での取組など必要な場合には、保護者に対しさらに詳細な情報や面談を求め、総合して活用する。血液検査の結果を求めることは適当でない。

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 ____ 月 ____ 日生 _____ 年 ____ 組

提出日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

		病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者	
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	(公財) 日本学校保健会作成	A 食物アレルギー病型 (食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	【緊急時連絡先】 ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：	電話：
		B アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因) () 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 () 5. 医薬品 () 6. その他 ()	C 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス		記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ (印)
		C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 () 2. 牛乳・乳製品 () 3. 小麦 () 4. ソバ () 5. ピーナッツ () 6. 甲殻類 () (すべて・エビ・カニ) 7. 木の实類 () (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) 8. 果物類 () () 9. 魚類 () () 10. 肉類 () () 11. その他1 () () 12. その他2 () ()	F その他の配慮・管理事項 (自由記述)	医療機関名	
		D 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬 (「エピペン®」) 3. その他 ()			
気管支ぜん息 (あり・なし)	(公財) 日本学校保健会作成	病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者	
		A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	A 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要	電話：	
		B-1 長期管理薬 (吸入) 薬剤名 投与量/日 1. ステロイド吸入薬 () () 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 () () 3. その他 () ()	B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要	★連絡医療機関 医療機関名： 電話：	
		B-2 長期管理薬 (内服) 薬剤名 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 ()	C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日	
		B-3 長期管理薬 (注射) 薬剤名 1. 生物学的製剤 ()	D その他の配慮・管理事項 (自由記述)	医師名 _____ (印)	
		C 発作時の対応 薬剤名 投与量/日 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()		医療機関名	

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

裏 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
	<p>A 重症度のめやす（厚生労働科学研究班）</p> <ol style="list-style-type: none"> 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 <p>*軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変</p> <p>B-1 常用する外用薬</p> <ol style="list-style-type: none"> ステロイド軟膏 タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） 保湿剤 その他（ ） <p>B-2 常用する内服薬</p> <ol style="list-style-type: none"> 抗ヒスタミン薬 その他 <p>B-3 常用する注射薬</p> <ol style="list-style-type: none"> 生物学的製剤 <p>D その他の配慮・管理事項（自由記述）</p>	<p>A プール指導及び長時間の紫外線下での活動</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 <p>B 動物との接触</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 <p>C 発汗後</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 	<p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
	<p>A 病型</p> <ol style="list-style-type: none"> 通年性アレルギー性結膜炎 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症） 春季カタル アトピー性角結膜炎 その他（ ） <p>B 治療</p> <ol style="list-style-type: none"> 抗アレルギー点眼薬 ステロイド点眼薬 免疫抑制点眼薬 その他（ ） 	<p>A プール指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 <p>B 屋外活動</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 <p>C その他の配慮・管理事項（自由記載）</p>	<p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
	<p>A 病型</p> <ol style="list-style-type: none"> 通年性アレルギー性鼻炎 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） <p>主な症状の時期： 春、夏、秋、冬</p> <p>B 治療</p> <ol style="list-style-type: none"> 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 鼻噴霧用ステロイド薬 舌下免疫療法（ダニ・スギ） その他（ ） 	<p>A 屋外活動</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 <p>B その他の配慮・管理事項（自由記載）</p>	<p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

アレルギー疾患を有する児童生徒の管理に対する取組

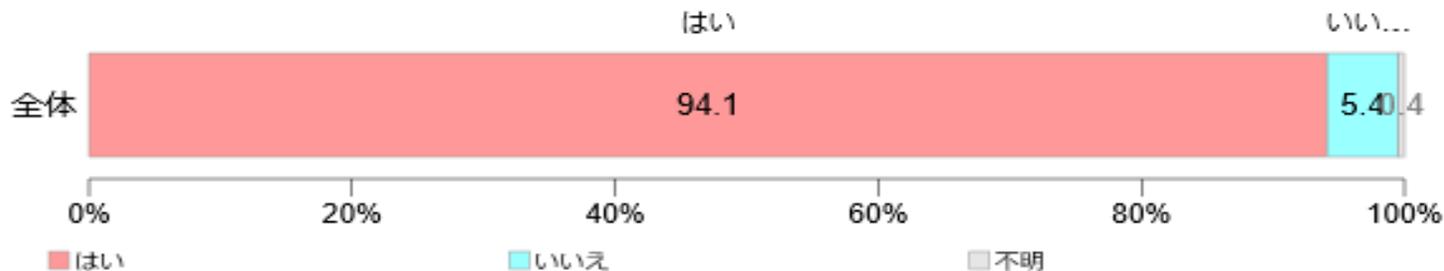
○ 学校における配慮・管理が必要な児童生徒が存在する学校は約9割であり、管理を行うにあたり、ほとんどが学校生活管理指導表を活用している。

アレルギー疾患を有する児童生徒の管理についての取組状況 ～養護教諭の職務等に関する調査結果(令和元年度) から～

○学校における配慮や管理が必要なアレルギー疾患を有する児童生徒はいますか。



○管理を行うにあたり「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を活用していますか。



養護教諭の職務等に関する調査(令和元年度) 文部科学省補助事業(公財)日本学校保健会

<https://www.gakkohoken.jp/books/archives/241>



文部科学省

MINISTRY OF EDUCATION, CULTURE, SPORTS,
SCIENCE AND TECHNOLOGY-JAPAN

保育所におけるアレルギー疾患対応の取組

- 保育所においても「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」（2019年改訂版）を活用した取組が進められており、生活管理指導表は、アレルギー対応に関する、医師・保護者・保育所の重要なコミュニケーションツールとして利用されている。

「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」の見直しについて (2019年4月)

第14回 アレルギー疾患対策推進協議会

令和3年7月29日

資料4-2

1. 背景等

- 保育所保育指針の改定（2017.3告示、2018.4適用）、関係法令の制定等を踏まえ、保育所における取組状況等に留意し、有識者による検討会（※）において、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン（2011.3策定）」の見直しを検討
- 2019（平成31）年4月25日付け「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」の改訂について」（厚生労働省保育課長通知）にて、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン（2019年改訂版）」を周知

2. 主な内容

<基本的な考え方>

子どもの健康と安全の確保に一層資するよう、保育の現場における保育士等による実用性に留意し、改善を図る。

(1) 医療の専門家ではない保育士等のアレルギー対応に関する理解の促進

- ・ ガイドライン全体を「基本編」と「実践編」の二部構成に再編、要点の明示や図表の活用など、構成や記載の工夫

(2) アレルギー疾患対策に関する保育所の組織的対応と関係機関との連携強化

- ・ 「保育所における各職員の役割」の明確化、「保育所と関係機関（医療、行政機関）との連携」に係る項目の新設
- ・ 「生活管理指導表（※）」の位置付けの明確化、関係機関（消防機関を含む）との情報共有等、記載内容の改善

※生活管理指導表: 保育所におけるアレルギー対応に関する、子どもを中心に据えた、医師と保護者、保育所の重要な「コミュニケーションツール」

(3) 保育現場の状況、最新の知見、関係法令等を踏まえた取組の充実

- ・ 保育現場における「食物アレルギー対応（事故対応を含む）の重要性」を踏まえた構成や記載内容の改善・充実
- ・ 「緊急時の対応（「エピペン®」の使用）」「記録の重要性（事故防止の取組）」「災害への備え」「食育活動」等に係る記載充実
- ・ 「生活管理指導表」における個別疾患ごとの「病型・治療」や「保育所での生活上の留意点」に関する記載の改善

※保育所におけるアレルギー対応ガイドラインの見直し検討会【構成員】

2018年11月16日 第1回（見直しの方向性）

2019年2月6日 第2回（改訂素案）

（この間、パブリックコメントを実施）

2019年3月13日 第3回（改訂案）

今井 孝成（昭和大医学部小児科学講座准教授、昭和大病院小児医療センター長）
北野 久美（社会福祉法人愛育会あけほの愛育保育園 園長）
西間 三馨（独立行政法人国立病院機構福岡病院 名誉院長）
○平川 俊夫（公益社団法人日本医師会常任理事）
○藤澤 隆夫（独立行政法人国立病院機構三重病院 院長）
宮本 里香（横浜市子ども青少年局保育・教育人材課担当係長）
守屋 由美（大和市健康福祉部健康づくり推進課 係長）
渡邊 久美（目白大学看護学部 助教）

◎座長 ○座長代理
（五十音順、敬称略）

アレルギーを有する子どもの把握等に使用する様式について

- 保育所等が使用している生活管理指導表は、厚生労働省作成、都道府県・市町村作成、施設独自作成のいずれかを使用していることが多く、全体の約8割であった。

アレルギーを有する子どもの把握及び確認のために使用する様式について 【保育所等に対する実態調査(※)から】

第14回 アレルギー疾患対策推進協議会
令和3年7月29日
資料4-2

- 「厚生労働省作成の生活管理指導表を使用している」と回答した施設は約2割、「都道府県・市町村作成のものを使用している」と回答した施設は約4割、「施設独自で作成したものを使用している」と回答した施設は約2割であった。

	施設数	割合
医師が記入した厚生労働省作成の生活管理指導表を使用している	3537	22.5%
医師が記入した文部科学省作成の学校生活管理指導表を使用している	119	0.8%
医師が記入した都道府県・市区町村作成のものを使用している	5833	37.1%
医師が記入した貴施設独自で作成したものを使用している（様式は任意）	2959	18.8%
医師が記入したその他のものを使用している	640	4.1%
医師ではなく、保護者が記入したものを使用している（様式は任意）	1592	10.1%
口頭で聴いて、用紙は使っていない	492	3.1%
口頭でも聴かず、用紙も使っていない	17	0.1%
未回答	533	3.4%
合計	15722	100%

※厚生労働省平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業

「保育所入所児童のアレルギー疾患罹患状況と保育所におけるアレルギー対策に関する実態調査 調査報告書」

（平成28年3月 東京慈恵会医科大学）

調査実施期間：2015（平成27）年9月～2016（平成28）年3月

調査対象：全国の認可保育所・認可外保育所・家庭的保育施設・認定こども園（全数調査） 計33,015施設

回答数：15,722ヶ所（回収率48.8%）

食物アレルギー児が在籍する施設数及び学校生活管理指導表の提出状況

- 食物アレルギー児が在籍している保育施設は、約8割であった。
- 生活管理指導表の提出頻度については、年に1度が7割以上であった。

■ 食物アレルギー児の在籍する施設数

施設種別	施設数	食物アレルギー児の在籍する施設数(%)
認可保育所(公営)	5,621	4,357(77.5%)
認可保育所(民営・公設民営)	6,424	5,531(86.1%)
認可保育所(株式会社・NPO・その他)	672	563(83.8%)
認可外保育所(認証保育所・横浜保育室・ベビーホテル等)	1,408	758(53.8%)
家庭的保育施設	94	46(48.9%)
認定こども園	1,072	930(86.8%)
上記以外の施設	293	174(59.4%)
不明	138	120(87.0%)
合計	15,722	12,479(79.4%)

■ 生活管理指導表の提出頻度

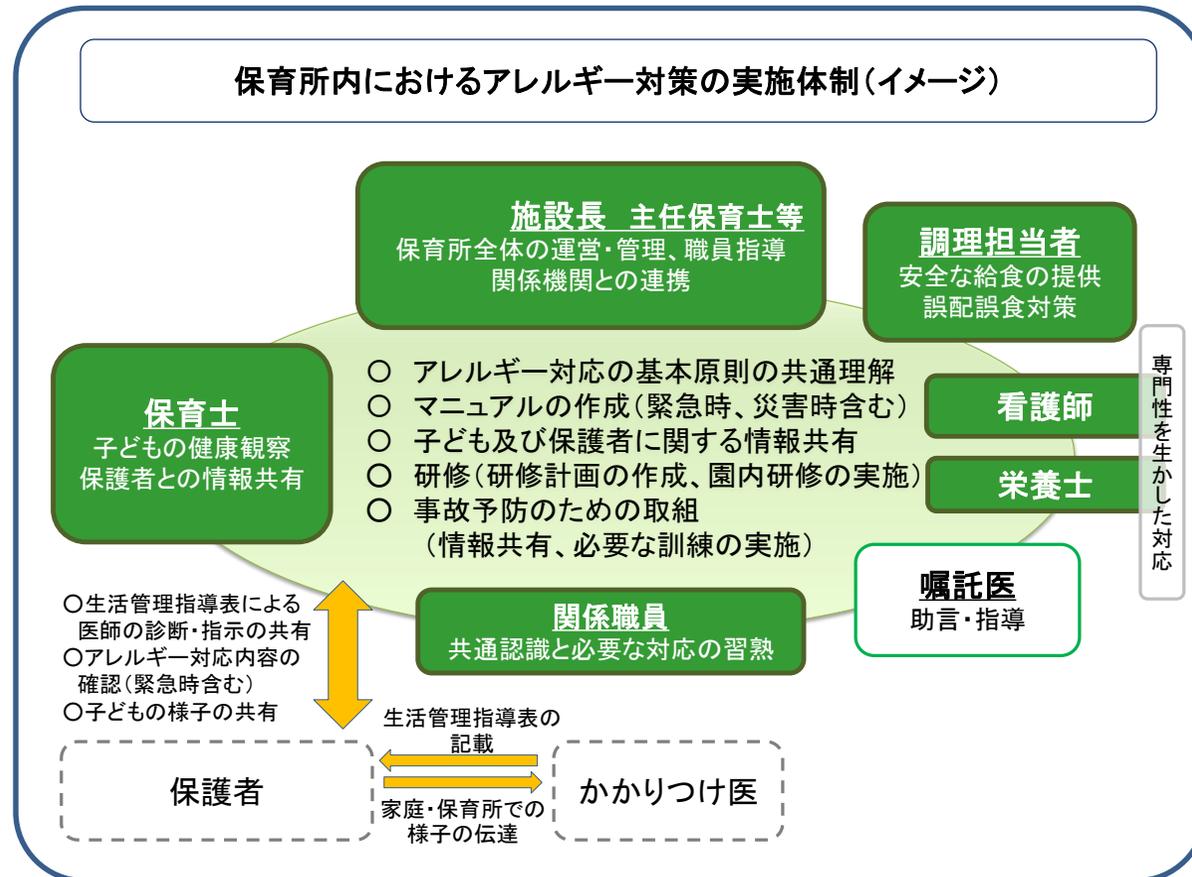
頻度	割合
年に1度	76.6%
半年に1度	17.4%
3ヶ月に1度	0.6%
再提出なし	2.8%
未回答	2.6%

※保育所入所児童のアレルギー疾患罹患状況と保育所におけるアレルギー対策に関する実態調査(厚生労働省平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業)より医療課にて作成

保育所内のアレルギー対策におけるかかりつけ医の役割

- かかりつけ医はガイドラインの内容を理解した上で、生活管理指導表を記入することが重要であり、地域の医師会やアレルギー専門医療機関が主催する医師向けの研修等に積極的に参加するなど、アレルギー疾患への理解を深めることが必要。
- また、生活管理指導表の記入に当たり保育所の状況を踏まえる必要がある場合、保護者を通じ、保育所に対して情報提供を求めることも重要。

■ 保育所内におけるアレルギー対策の実施体制（イメージ）



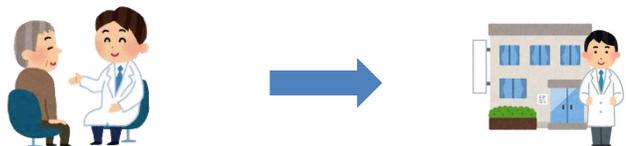
■ 医療関係者との連携

（かかりつけ医）
保育所におけるアレルギー疾患を有する子どもの保育については、かかりつけ医等が記入した生活管理指導表に基づき、保育所と保護者等の中で医師の診断及び指示に関する情報を共有し、対応することが求められます。このため、かかりつけ医は、本ガイドラインの内容を理解した上で、生活管理指導表を記入することが重要です。このため、地域の医師会やアレルギー専門医療機関が主催する医師向けの研修等に積極的に参加するなど、アレルギー疾患への理解を深めることが求められます。なお、かかりつけ医は生活管理指導表の記入に当たり保育所の状況を踏まえる必要がある場合、保護者を通じ、保育所に対して情報提供を求めることも重要です。

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

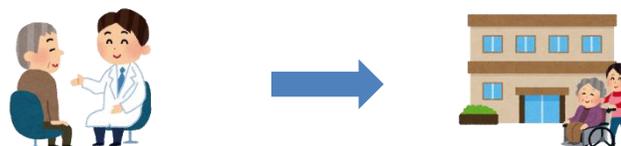
① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



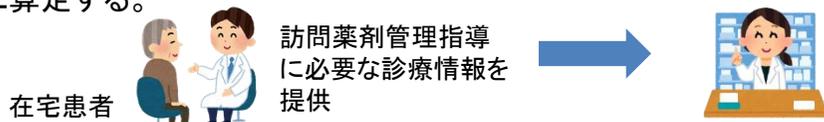
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



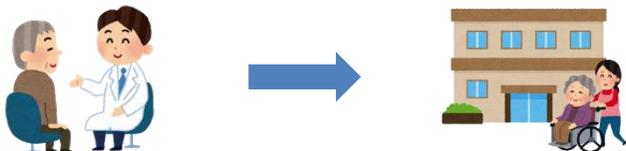
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



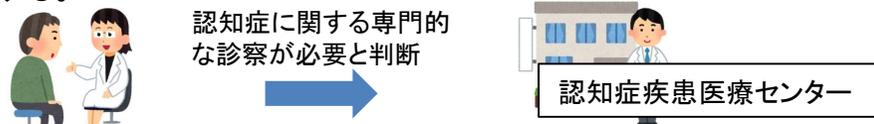
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
(患者1人につき月1回に限り)

医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

診療情報提供料(Ⅰ)の見直し

- 主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

改定後

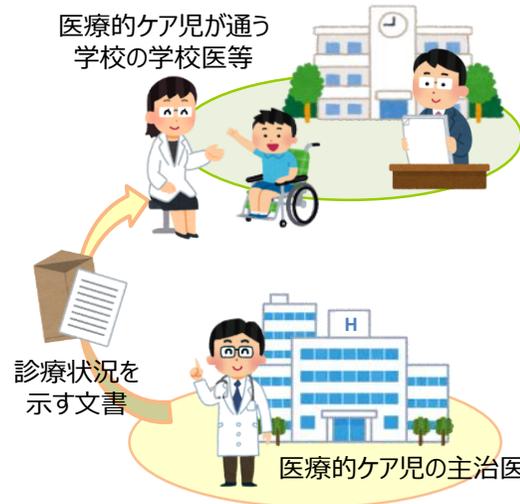
【診療情報提供料(Ⅰ)】

(新設)

保険医療機関が、**児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する**小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等**に対して、診療状況を示す文書を添えて、**当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合**に、患者1人につき月1回に限り算定する。

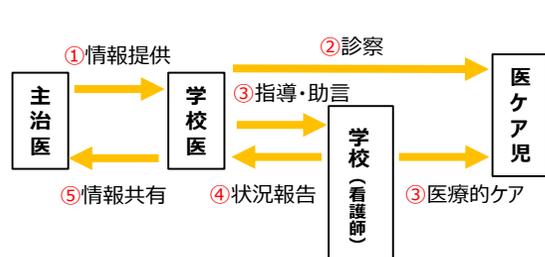
[算定要件]

- 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
- 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。
- 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。

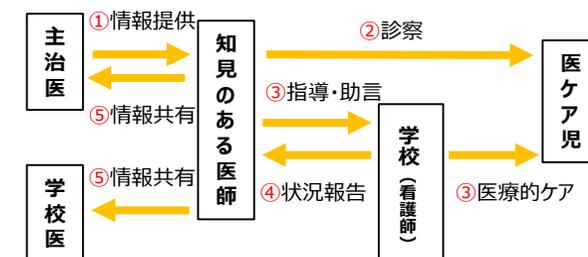


(参考)主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



●「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議
(文部科学省、令和元年12月2日)より抜粋

- (1) 学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務(看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言)を委嘱
- (2) 「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医療的ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討
- ※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」とも調整
- (3) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③
- (4) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医療的ケア児の学校生活上の情報を共有⑤
- ※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも共有

アレルギー疾患対策についての課題と論点

- 児童等におけるアレルギー疾患有病率は増加しており、給食等の場面で突然症状が現れ、重篤な状態に至る場合もある。
- 学校等では、アレルギー疾患対策基本指針等に基づき、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」等が定期的に見直されている。
- 学校における配慮や管理が必要なアレルギー疾患を有する児童等の管理を行うにあたり、9割以上の学校が主治医から提出される「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を活用しており、アレルギー疾患を有する児童等の学校生活における体制整備が図られている。学校生活管理指導表の提出状況や活用率は、アレルギー疾患によって異なっている。
- 保育所においても同様の取組が推進されており、生活管理指導表については、いくつかの様式が活用されている。
- 主治医から学校医等への情報提供については、たとえば、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、診療情報提供料(Ⅰ)において、主治医から学校医等への情報提供を評価している。



【論点】

- アレルギー疾患を有する児童等に対する取組を適切に推進する観点から、アレルギー疾患生活管理指導表を用いた、主治医から学校医等への情報提供に係る評価の在り方をどのように考えるか。

調剤(その2)

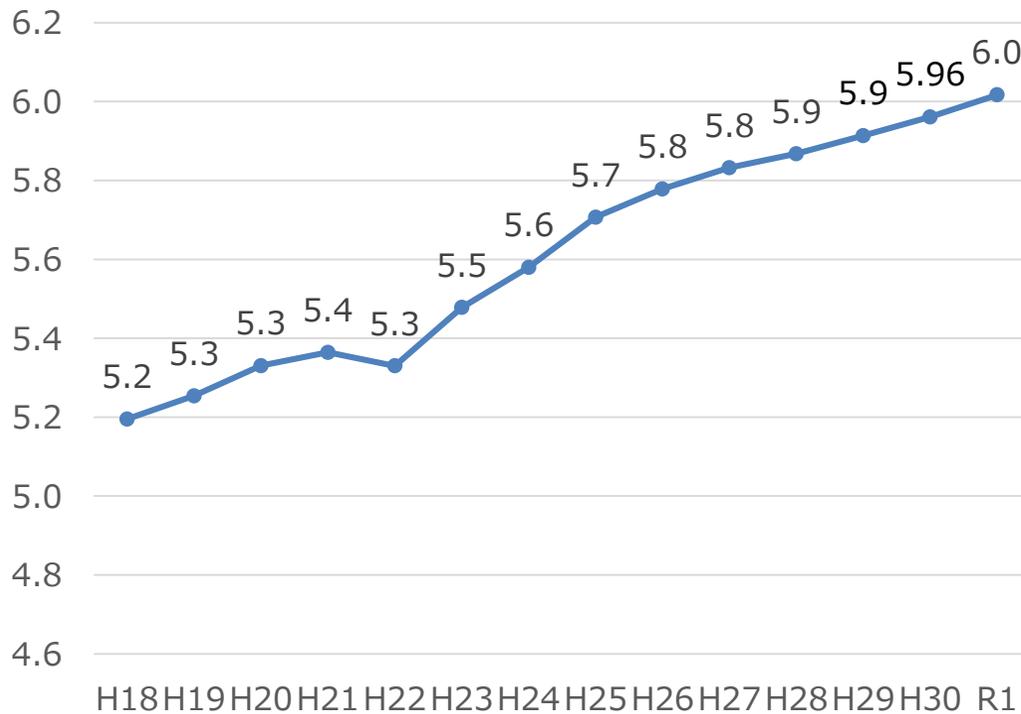
1. 薬局、薬剤師の概況
2. 薬局に関する指摘事項等
3. 対人業務に係る評価について
4. 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る評価について

1. 薬局、薬剤師の概況

薬局数の推移等

- 薬局数は増加している（令和元年度は約6万）。
- 20店舗以上を経営する薬局の割合は増加傾向にある。

薬局数の推移（万）

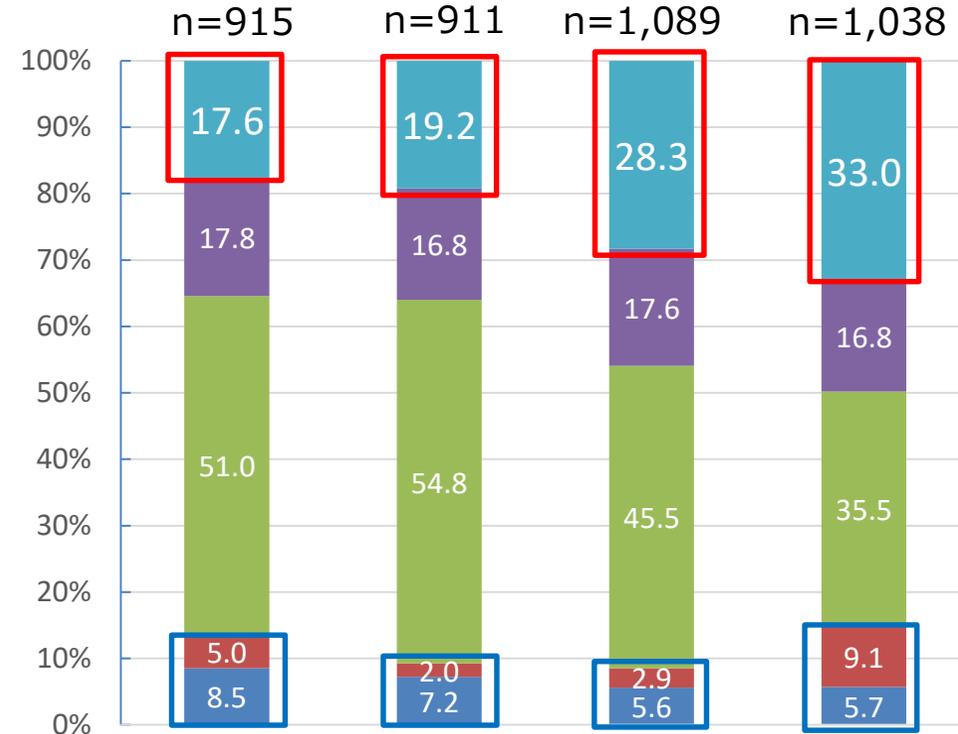


※宮城県及び福島県の一部は集計されていない。

出典) 衛生行政報告例

参考：一般診療所102,616施設、病院8,300施設
 (令和元年10月1日現在：令和元年医療施設調査)

同一法人の薬局の店舗数の推移



第19回(H25) 第20回(H27) 第21回(H29) 第22回(R1)

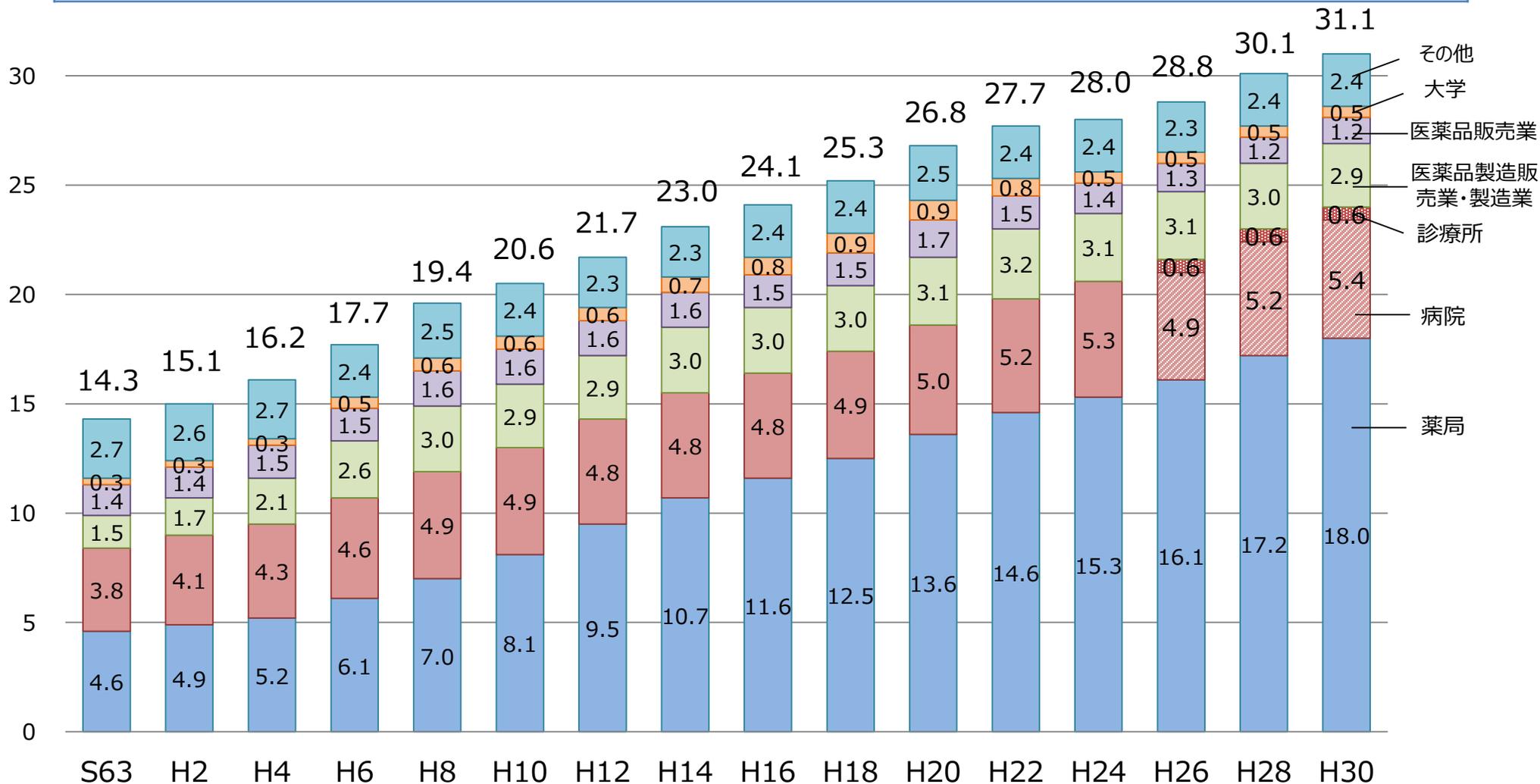
- 個人
- 1店舗(法人)
- 2-5店舗(法人)
- 6-19店舗(法人)
- 20店舗以上(法人)

出典) 第19回～第22回医療経済実態調査

薬剤師数の推移

(万人)

○ H30年12月31日現在における届出薬剤師数は31.1万人、このうち薬局薬剤師数は18.0万人、医療施設（病院・診療所）の薬剤師は6.0万人である。



(出典) 医師、歯科医師、薬剤師統計
 ※ 平成26年より病院・診療所それぞれの従事者数も調査している

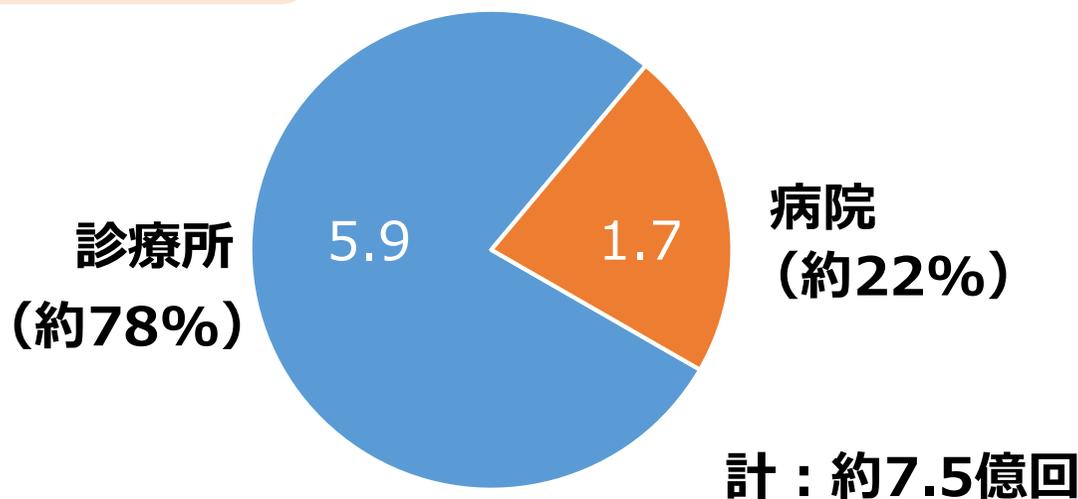
医療機関及び薬局の施設数、薬剤師数、処方箋発行枚数

- 薬局では、約6万施設に約18万人の薬剤師が従事。一方、病院では、約8,300施設に約5.4万人の薬剤師が従事。また、診療所では、約10.3万施設に約5,800人の薬剤師が従事。
- 処方箋の発行元は診療所が約8割。

1 施設数、薬剤師数



2 年間処方箋発行回数（億回）

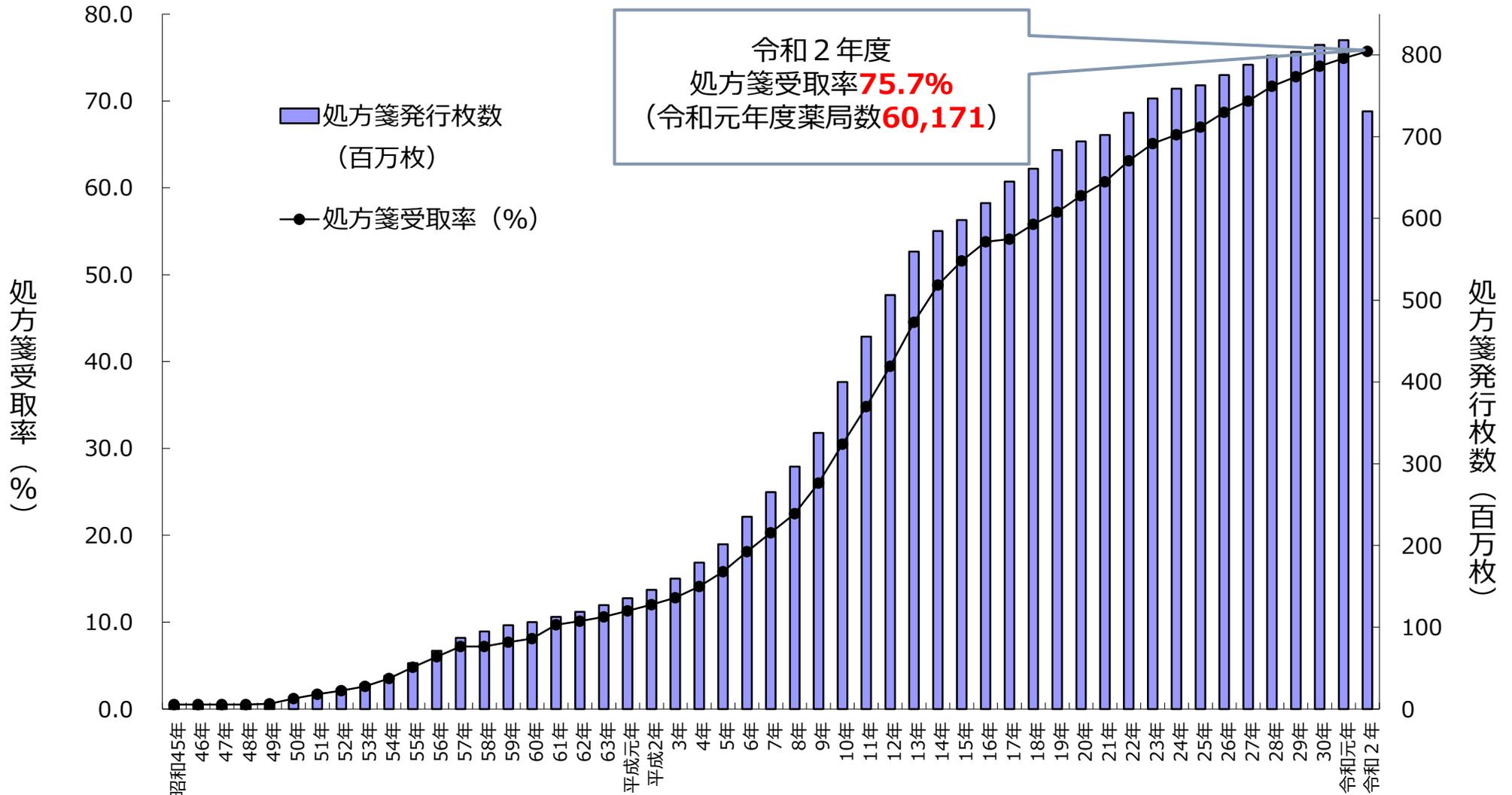


出典：以下の情報に基づき医療課において作成

①医療機関の施設数：医療施設調査（令和元年度）、②薬局の施設数：衛生行政報告例（令和元年度）、③薬剤師数：医師・歯科医師・薬剤師統計（平成30年度）、④処方箋発行枚数：調剤医療費（電算処理分）の動向（令和2年度）

処方箋受取率の年次推移

- 令和2年度の処方箋発行枚数は約7.3億枚で、処方箋受取率は75.7%。
- 令和2年度の処方箋発行枚数は、令和元年度（処方箋発行枚数約8.2億枚）と比較して、新型コロナウイルス感染拡大の影響により減少したと考えられる。（▲約11%）

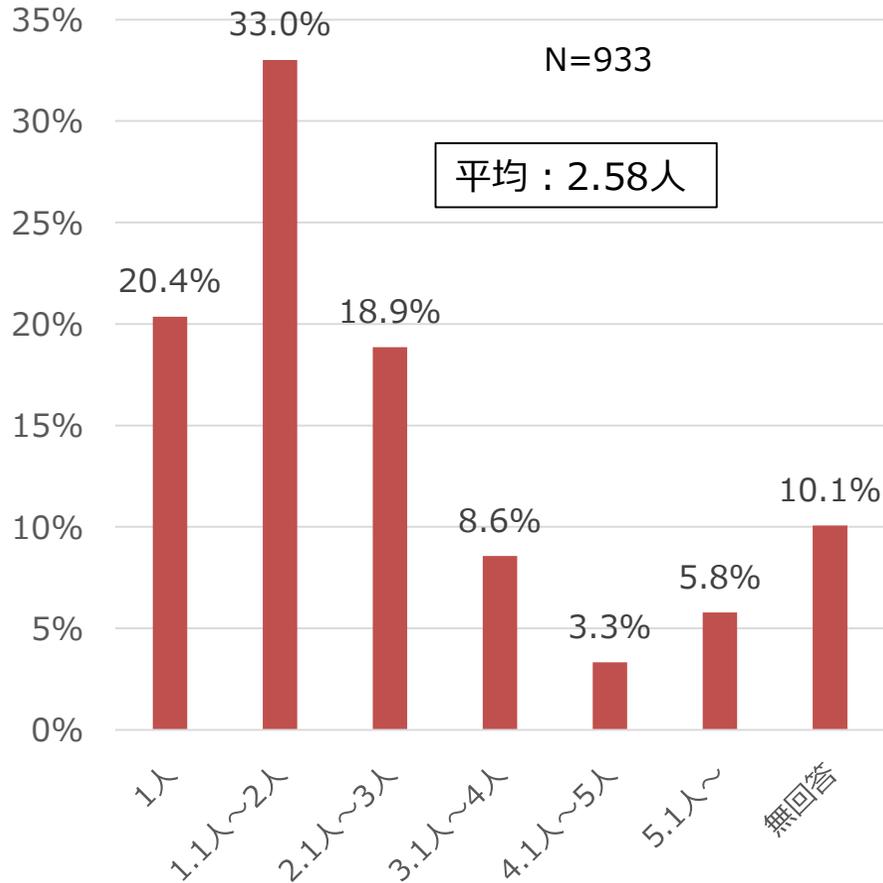


$$\text{処方箋受取率 (\%)} = \frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{医科診療(入院外)日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

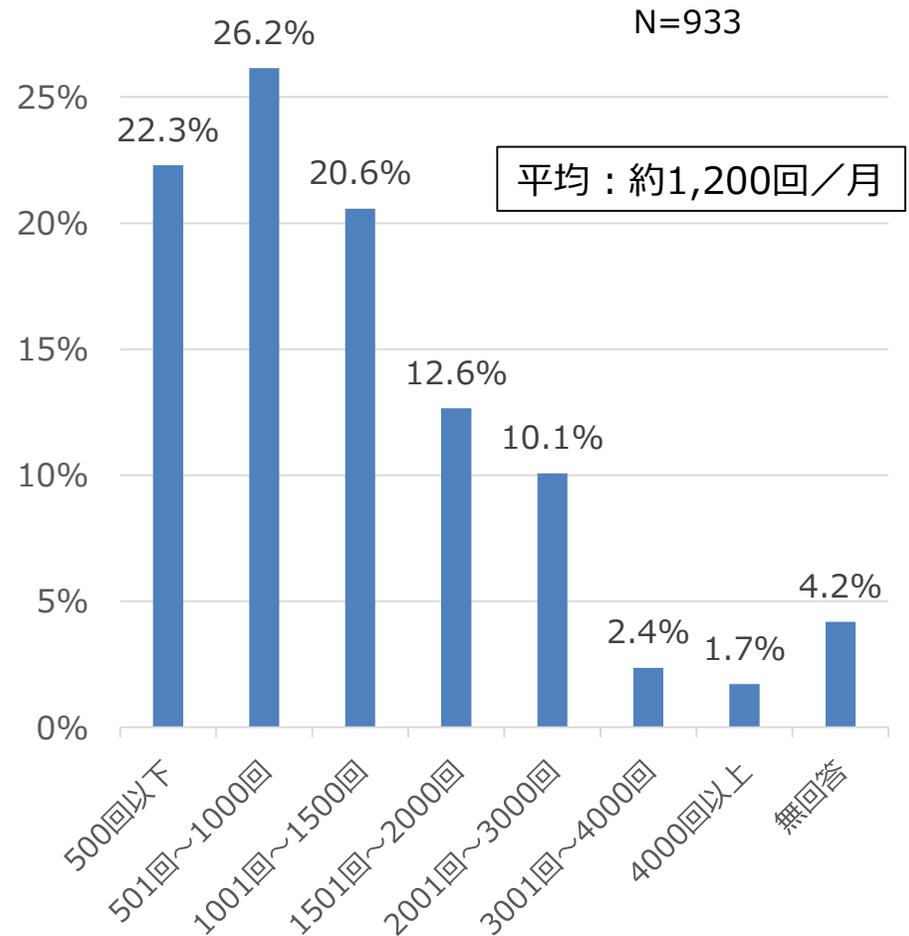
薬局の店舗あたりの薬剤師数（1日当たり）、1ヶ月間の処方箋受付回数

- 1店舗における1日当たりの勤務薬剤師数は平均で2.58人で、「1.1～2人」の割合が最も多かった。
- 1ヶ月間の処方箋受付回数は平均で約1,200回で、「501～1000回」の割合が最も多かった。

薬局に勤務する薬剤師の1日当たりの平均人数



処方箋受付回数（令和2年10月分）



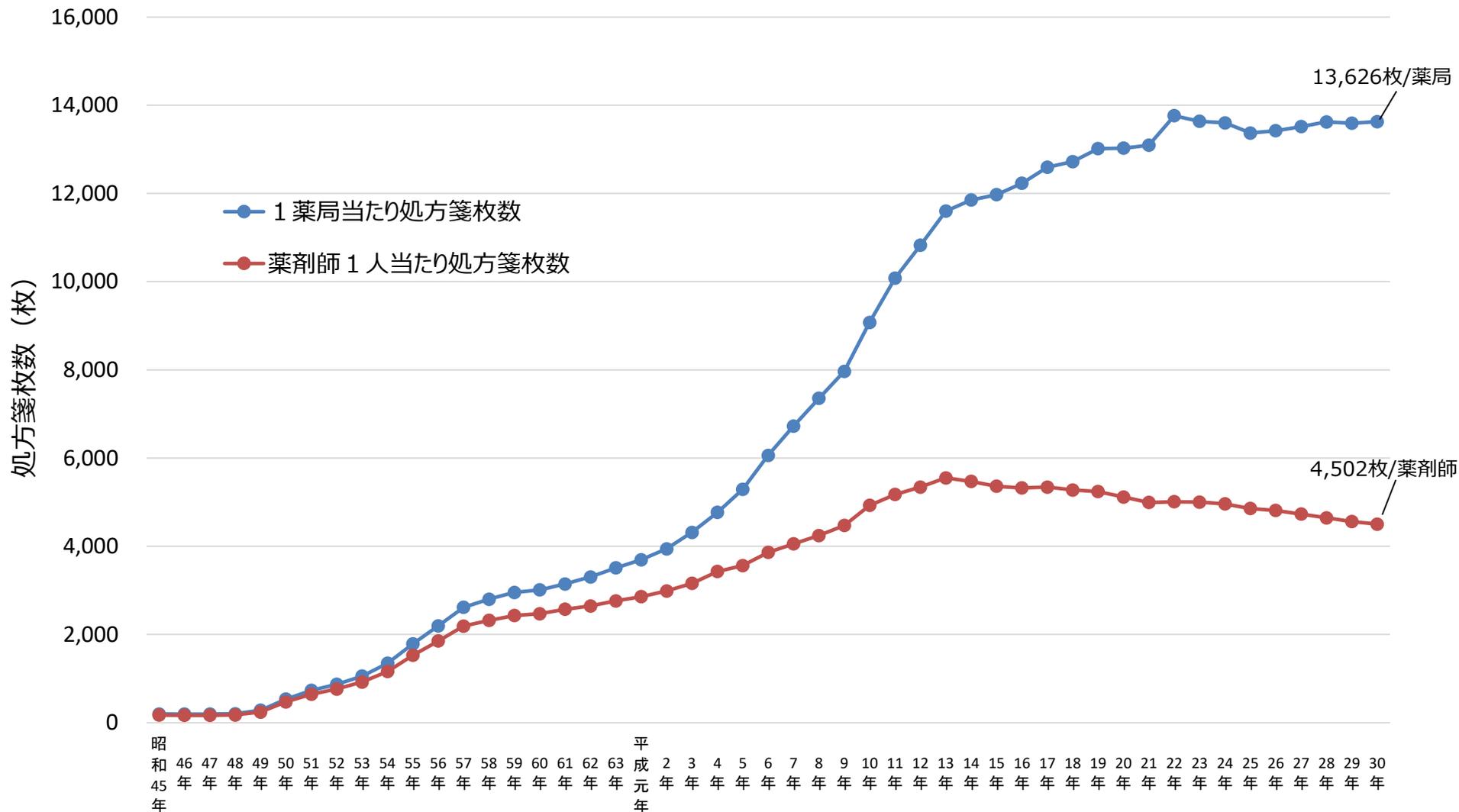
1 薬局/薬剤師 1 人あたり処方箋枚数の推移

第1回 薬剤師の養成及び
資質向上等に関する検討会

令和2年7月10日

資料2

- 1 薬局当たりの年間処方箋枚数は、ここ数年間は同程度で推移している。
- 薬局薬剤師 1 人当たりの年間処方箋枚数は、減少傾向が続いている。



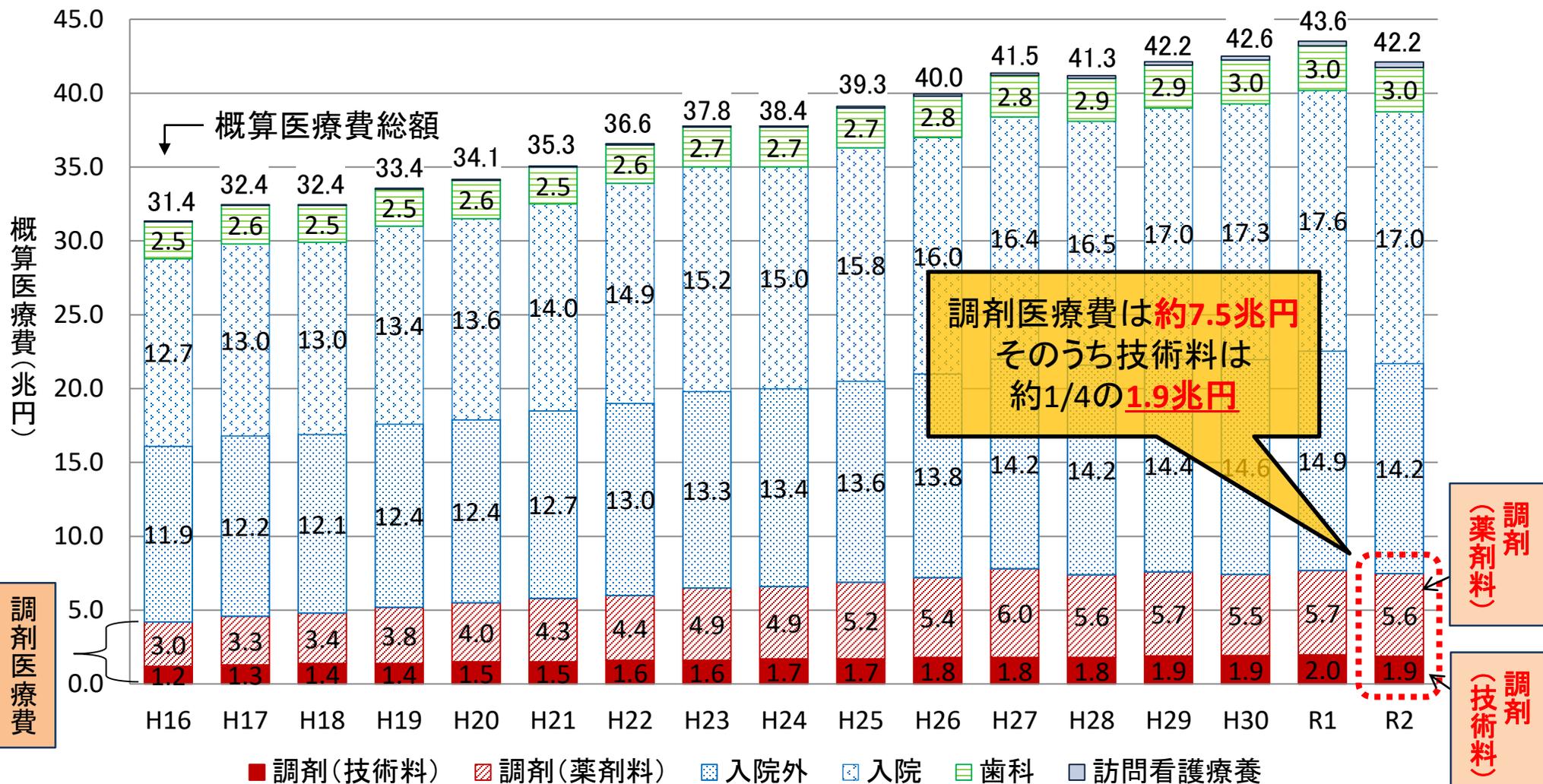
(出典) 医師・歯科医師・薬剤師統計、衛生行政報告例

※平成22年度の薬局数は宮城県と福島県相双保健福祉事務所管轄内の市町村を含まない。

※計算で用いた薬局薬剤師数については、医師・歯科医師・薬剤師統計の調査年以外の年は、前後の年の平均値としている。

調剤医療費の推移

- 令和2年度の概算医療費は約42.2兆円であった。
- 調剤医療費は約7.5兆円で、その内訳は、薬剤料が約5.6兆円、技術料が約1.9兆円であった。



※医科(入院外、入院)及び歯科には、薬剤料が含まれる。

「医療費の動向」、「調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課)を基に作成

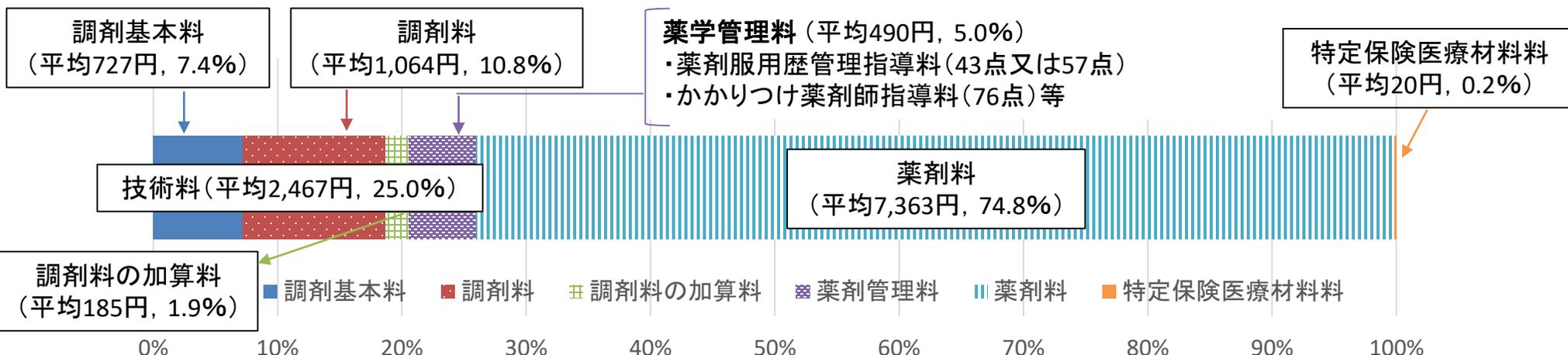
調剤医療費の内訳（令和2年度分）

- 令和2年度の調剤医療費の内訳は、技術料が約1.9兆円、薬剤料が約5.6兆円であった。
- 技術料（約1.9兆円）の内訳は、調剤基本料が約5,500億円、調剤料が約8,100億円、加算料が約1,400億円、薬学管理料が約3,700億円であった。

調剤医療費の内訳（令和2年度分）

	金額(億円)
技術料	18,779
調剤基本料	5,536
調剤料	8,101
加算料	1,409
薬学管理料	3,733
薬剤料	56,058

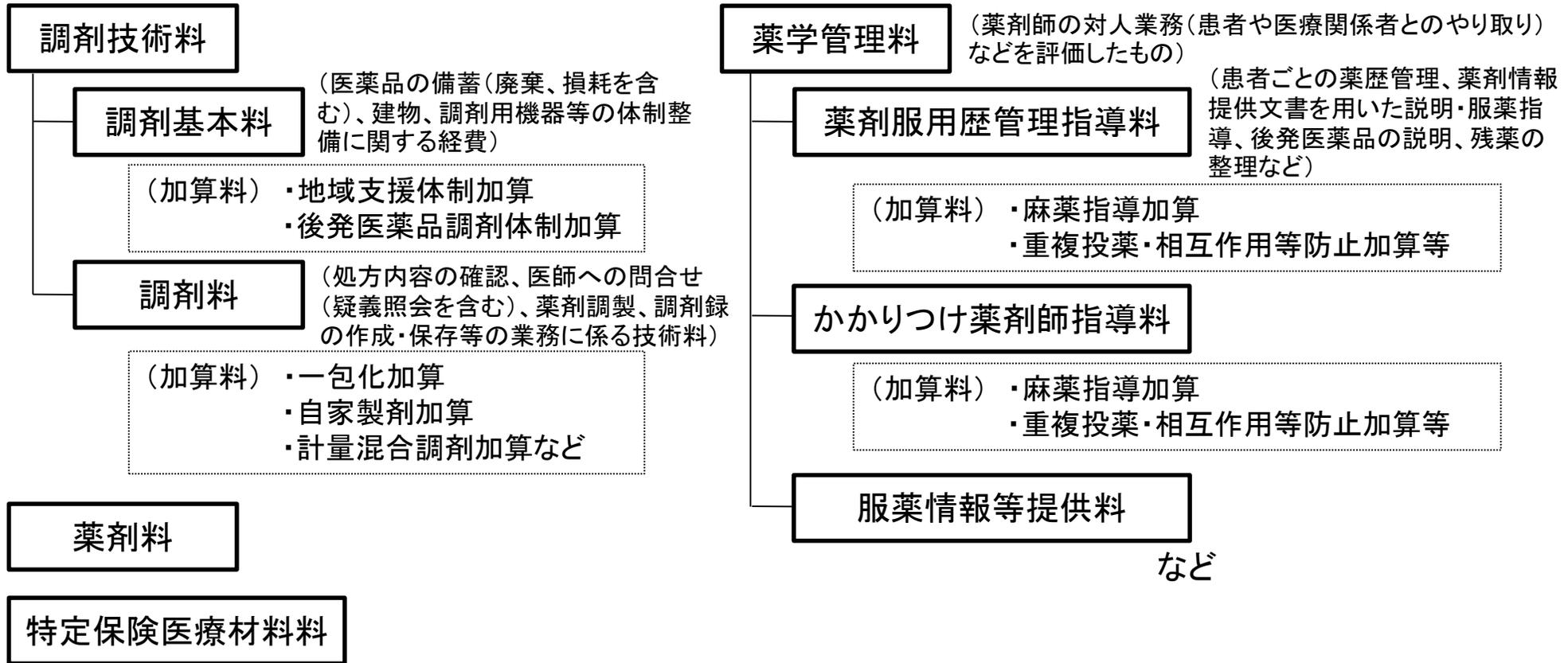
（参考）処方箋1枚あたりの調剤報酬（平均9,849円、令和2年度）の内訳



調剤報酬の体系

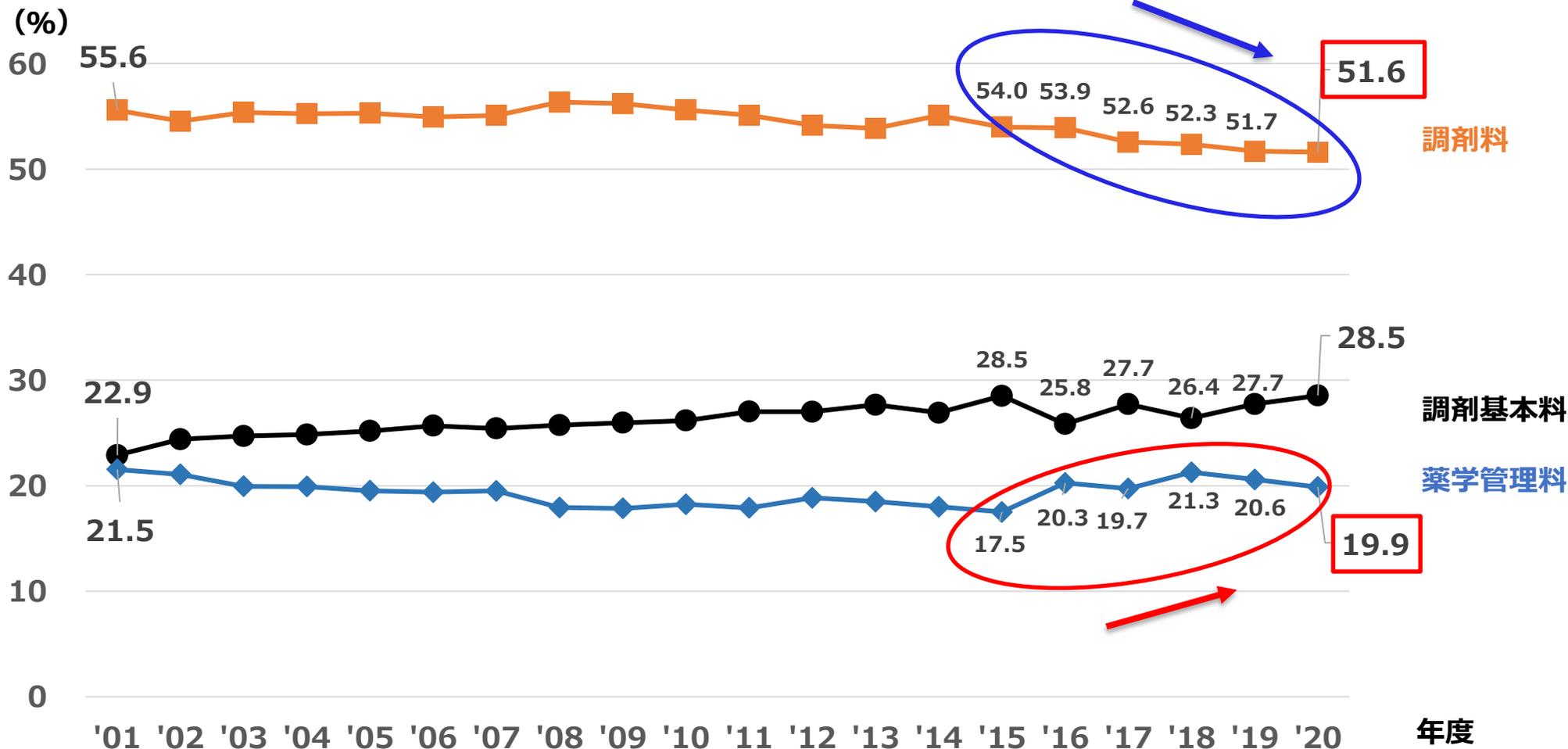
➤ 調剤報酬は、調剤基本料、調剤料、薬学管理料、薬剤料等から構成されている。

<調剤報酬の構成>



技術料に占める調剤基本料、調剤料、薬学管理料（点数ベース）の割合

- 「調剤料」の占める割合は近年減少傾向にあるが、引き続き技術料の50%を超えている。
- 対人業務を評価する「薬学管理料」の占める割合は、近年20%程度。



2. 薬局に関する指摘事項等

医薬分業が目指すもの

- 医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することによって、医療の質の向上を図ることを目指す

医師と薬剤師が相互に専門性を発揮することによる効果

- 薬剤師が、薬剤服用歴（服薬状況、副作用やアレルギー歴などの状況、相談内容等）の確認などにより、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握した上で、薬剤師の持つ薬理学、薬物動態学、製剤学などの薬学的知見に基づいて薬学的管理・指導が行われることにより、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無の確認などが可能となること。
- 薬剤師が、処方した医師・歯科医師と連携して、薬の効果、副作用、用法などについて患者に説明（服薬指導）することにより、患者の薬に対する理解が深まり、調剤された薬を適切に服用することが期待できること。

薬物療法の有効性、安全性の向上

医療の質の向上

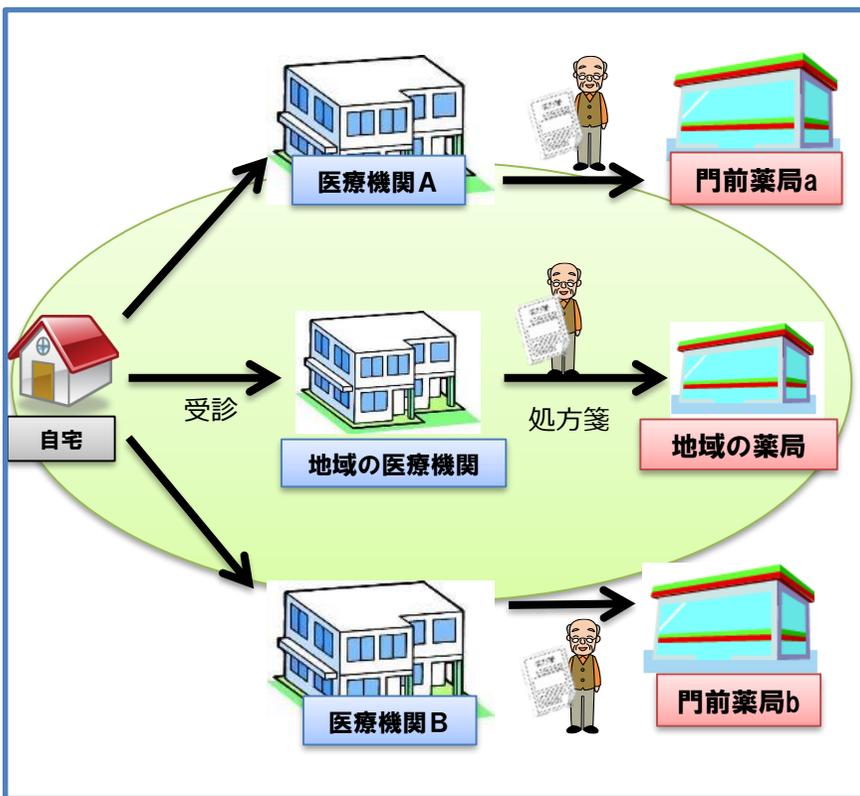
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

平成27年5月21日規制改革会議健康・医療WG 厚生労働省提出資料(改)

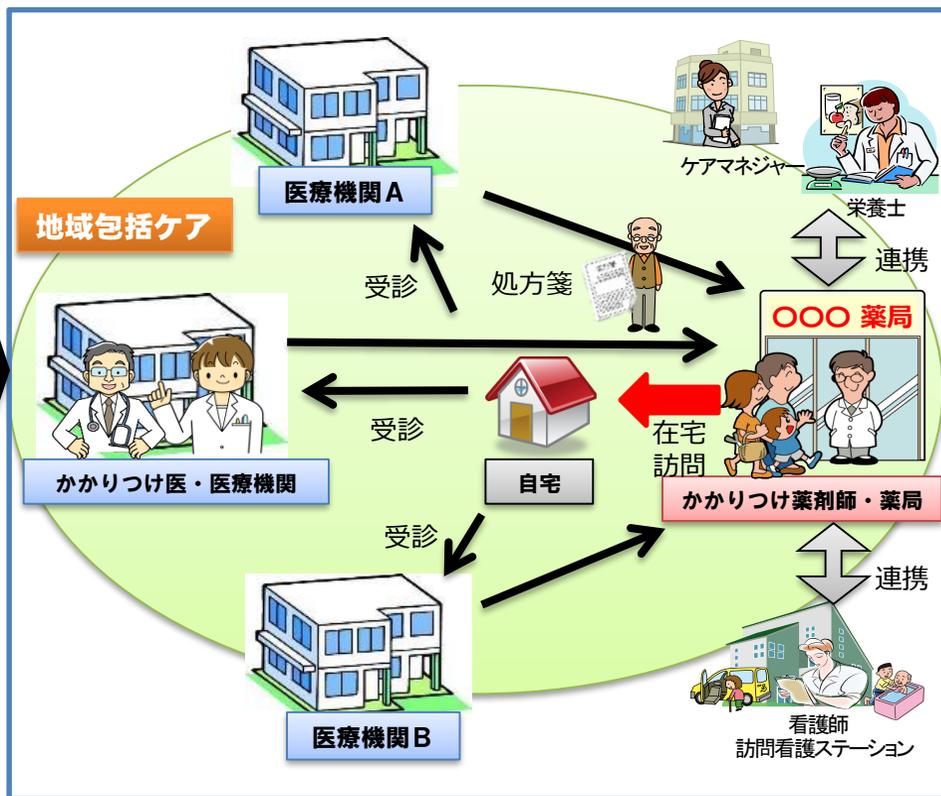
- 薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的な薬学的管理を実施。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

今後の薬局の在り方(イメージ)

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後 患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

平成27年10月23日公表

健康サポート薬局

健康サポート機能

- ☆ 国民の**病気の予防**や**健康サポート**に貢献
 - ・ 要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・ 健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・ 専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- ☆ **副作用**や**効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬**や**相互作用の防止**
 - ICT（電子版お薬手帳等）を活用し、
 - ・ 患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
 - ・ 一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・ **24時間**の対応
 - ・ **在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

- ☆ 処方内容の照会・処方提案
- ☆ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有
- ☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
- ☆ 医療機関への受診勧奨

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・ 処方箋受取・保管
- ・ 調製(秤量、混合、分割)
- ・ 薬袋の作成
- ・ 報酬算定
- ・ 薬剤監査・交付
- ・ 在庫管理

- ・ 処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・ 医師への疑義照会
- ・ 丁寧な服薬指導
- ・ 在宅訪問での薬学管理
- ・ 副作用・服薬状況の
フィードバック
- ・ 処方提案
- ・ 残薬解消

- 医薬関係団体・学会等で、
専門性を向上するための
研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、
患者の同意の下、検査値や
疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の
最新情報の収集

専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

今後の薬剤師が目指す姿（抜粋）

①薬局

- 地域において薬剤師が役割を十分に発揮するためには、薬剤の調製などの対物業務を医療安全確保のもと適切かつ効率的に実施することが重要であり、その前提のもと、引き続き、対物中心の業務から、患者・住民との関わり度の高い対人業務へとシフトすることにより、薬物療法や健康維持・増進の支援に一層関わり、患者・住民を支えていくことが求められる。具体的には以下のとおりである。
- 薬機法改正により、調剤後の継続的な服薬状況の把握・指導が義務づけられたことも、服用期間中の薬物療法に積極的に関わっていくことを求めたものであり、患者に寄り添った対応が必要である。また、本年8月からは認定薬局（地域連携薬局、専門医療機関連携薬局）制度が施行され、医療機関等と連携しながら薬剤師の専門性を発揮していくことが今後期待される。
- 地域包括ケアシステムの中で役割を果たすためには、各地域の実情に応じ、他の職種や医療機関等と連携し、患者に対して一元的・継続的な薬物療法を提供することが重要であり、そのような取組を通じて、ポリファーマシーや重複投薬、相互作用の防止、残薬解消を含む適切な薬学的管理を行っていく必要がある。そのためには、医療機関等の業務、薬剤師や他の職種が担う役割についても理解しておくことが必要となる。特に、医療機関との連携に関しては、医療現場の業務を理解したうえで、患者の治療状況も把握・理解しておくことが必要であり、医療機関における会議・研修等に参加することなどの連携を充実させるための取組が効果的である。また、介護施設や居宅における在宅医療へ関わるために、介護関係施設等との会議・研修等への参加も同様である。
- なお、医療機関の敷地内に薬局が開設されることがあるが、その際、単に同敷地内の医療機関とだけ連携する状況が見られる。また、医療機関の近くにあるいわゆる門前薬局においても、当該医療機関から交付された処方箋の応需に特化する場合がある。このように特定の医療機関に依存する薬局の薬剤師は、地域の患者や住民との関わりの高いサービスを提供しているとはみなされず、患者本位の医薬分業とはならない。地域の医療機関、薬局等と連携しつつ、地域包括ケアシステムの一員として患者・住民を支えていく役割を果たす必要がある。

今後の薬剤師が目指す姿（抜粋）

①薬局（続き）

- 服薬状況の把握・指導、医療・介護関係者との連携等の業務は、今後ICTの活用等により、医療の質を向上させつつ、より効率的に行っていくことが必要となる。 今後はデータヘルス集中改革プランの進展に伴う電子処方箋やオンライン服薬指導等の取組のほか、電子版お薬手帳の活用により、薬剤師が扱う患者情報を含め業務が大きく変わっていくことが予想される。このような動きも踏まえ、ICTを活用した薬剤師の業務を積極的に考えていくことが必要となる。
- 対人業務を充実する一方で、調剤業務の機械化、薬剤師以外の職員による対応等により対物業務の効率化を進めるとともに、医療安全の確保に必要な管理体制等の検討も必要となる。
- 薬局は小規模で薬剤師が少人数の施設が多いが、今後、薬局に求められる役割・業務の充実を考えると、小規模の薬局では単独で全ての役割を担うことが困難になることも考えられる。そのため、地域全体で求められる薬局・薬剤師サービスを提供する観点から、小規模薬局それぞれが対応可能な役割を踏まえつつ、薬局間で業務を補完するような連携についても考えていく必要がある。

医薬分業の今後のあり方について①

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

1. 医薬分業の現状

- （前略）厚生労働省の調査では、薬局において応需した処方箋のうち約2.8%について疑義照会が行われ、応需処方箋の約1.0%が処方変更につながっていることが示されるなど、一定の役割を果たしてきた。その一方で近年、これまで長らく薬局においては概して調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務が行われるにとどまり、薬剤師による薬学的管理・指導が十分に行われているとはいえず、そのような状況下での医薬分業については、患者にとってのメリットが感じられないとの指摘や、公的医療保険財源や患者の負担に見合ったものになっていないとの指摘がされるようになってきている。
- （前略）1970年代以降、診療報酬で処方箋料の引上げや薬価差解消等の措置がとられたこともあり、処方箋受取率は上昇を続け、現在では処方箋受取率7割、薬局数は5万9千を超えている。費用面では、調剤技術料は調剤報酬改定での引上げもあって直近で1.8兆円に達しており、収益を内部留保として積み上げている薬局もある。
- このような中で、厚生労働省は、平成27年に患者本位の医薬分業の実現に向けて「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進して、薬剤師の業務を対物業務から対人業務を中心とした業務ヘシフトさせ、薬剤師がその専門性を発揮するよう、医療保険制度等における対応も含めて施策を進めてきた。
- 今回、本部会では、薬剤師・薬局のあり方と併せて医薬分業のあり方に関して議論してきたが、医薬分業により、医療機関では医師が自由に処方できることや医薬品の在庫負担がないことに加え、複数の医療機関を受診している患者について重複投薬・相互作用や残薬の確認をすることで、患者の安全につながっているという指摘がある一方で、現在の医薬分業は、政策誘導をした結果の形式的な分業であって多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていないという指摘や、単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで業が成り立っており、多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がないという指摘、さらには、薬剤師のあり方を見直せば医薬分業があるべき姿になるとは限らず、この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきであるという指摘があった。このことは関係者により重く受け止められるべきである。

医薬分業の今後のあり方について②

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

2. 今後の地域における薬物療法の提供に当たっての患者支援のあり方

- （前略）患者は、外来、在宅、入院、介護施設など複数の療養環境を移行することから、療養環境に関わらず、医師と薬剤師が密に連携し、他の職種や関係機関の協力を得ながら、患者の服薬状況等の情報を一元的・継続的に把握し、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが重要となっている。
- （前略）がんの薬物療法に関して、経口薬が増加して外来で処方される機会が多くなっているなど、専門性が高い薬学的管理が継続的に必要となる薬物療法が提供される機会が増加している。このような状況に適切に対応するためには、臨床現場で専門性が高く、実践的な経験を有する医療機関の薬剤師が中心的な役割を果たしつつも、地域の実情に応じて、一定の資質を有する薬局の薬剤師が医療機関の薬剤師と連携しながら対応することが望ましいと考えられる。
- （前略）薬剤師・薬局が経済的な利益の追求や効率性にのみ目を奪われ、このような機能を果たさず、調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務にとどまる場合には、患者にとってメリットが感じられないものとなり、今後の患者に対する医薬分業の地域医療における意義は非常に小さくなると言わざるを得ない。
- 本部会での議論では、現在の薬局薬剤師と比較して、医療機関の薬剤師は医療への貢献度が他の職種から見てもわかりやすく、その役割が見える存在になっている一方で、医療機関の薬剤師業務が十分評価されておらず、医療機関の薬剤師の総数が薬局の薬剤師に比較して増えていないとの指摘があった。
- 今後、薬局薬剤師と医療機関の薬剤師が連携して、外来や入退院時に患者情報等の共有を行いながら切れ目のない薬学的管理と患者支援を行うことが一層求められると考えられるが、そのためには、医療機関の薬剤師の役割はさらに重要になってくる。

医薬分業の今後のあり方について③

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

3. おわりに

- 本部会では、今回、薬剤師・薬局のあり方と医薬分業のあり方に関して幅広く議論してきたが、これには、薬剤師法や薬機法上の措置のほか、医療保険制度や介護保険制度における報酬上の措置、医療法における医療計画上の措置など関連制度が密接に関係する。そのため、それら関連制度の検討に当たっては、今回の本部会での議論を踏まえることが期待される。
- （前略）医療保険制度における対応においては、平成28年度改定以降の調剤報酬改定において、患者本位の医薬分業となるよう、累次にわたる改定で見直しを進めるとされたが、今回の制度部会での議論も十分踏まえ、患者のための薬局ビジョンに掲げた医薬分業のあるべき姿に向けて、診療報酬・調剤報酬において医療機関の薬剤師や薬局薬剤師を適切に評価することが期待される。

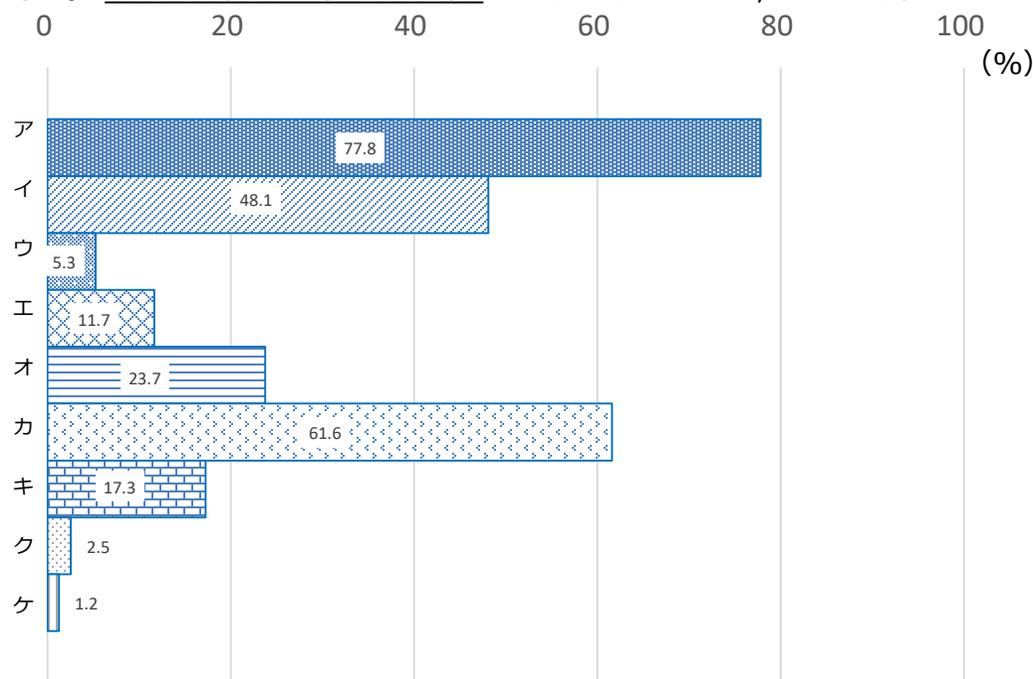
3. 対人業務に係る評価について

- ① 総論
- ② かかりつけ薬剤師・薬局の推進について
- ③ 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価
- ④ 保険薬局と保険医療機関との連携について
- ⑤ 医療的ケア児の薬学的管理について

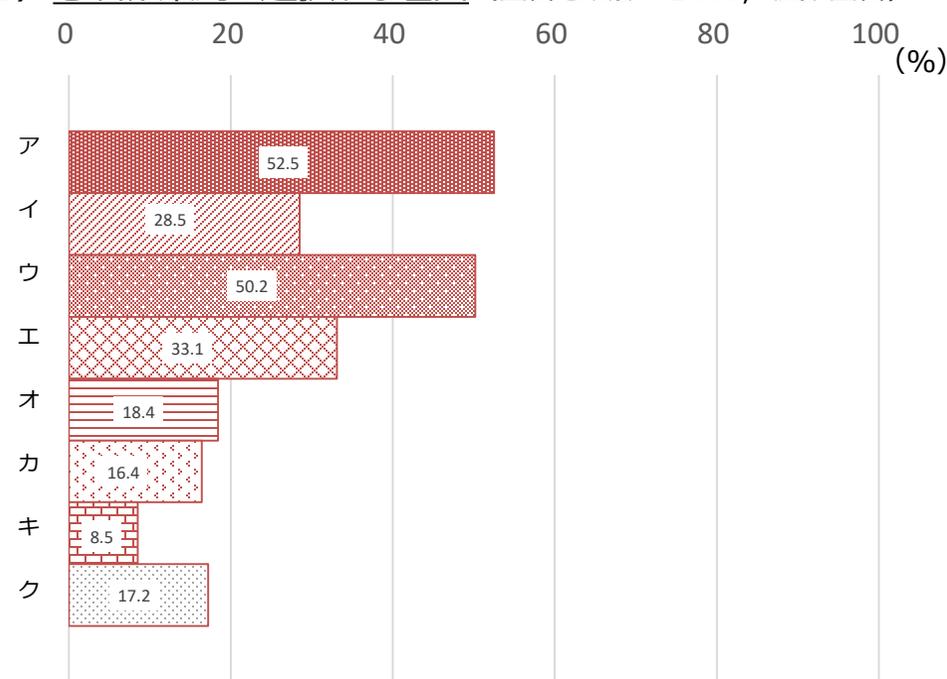
患者が薬局に求める機能・患者が薬局を選択する理由

- 患者が薬局に求める機能として、「服用薬の一元的・継続的な確認をしてくれること」や「気軽に薬や健康に関する相談ができること」という回答が多かった。
- 患者が薬局を選択する理由としては、「以前からよく利用している薬局だから」、「受診している病院・診療所から近いから」、「信頼できる薬剤師がいるから」の順に多かった。

(1) 患者が薬局に求める機能 (回答患者数=1466, 複数回答)



(2) 患者が薬局を選択する理由 (回答患者数=1466, 複数回答)



- ア. 複数の医療機関を受診した場合でも、あなたが飲んでいる全ての薬について飲み合わせや重複等をチェックしてくれること
- イ. 副作用が出ていない事や期待される効果が出ているかについて、継続的に確認してくれること
- ウ. 在宅医療を受けている患者の家を訪問し、薬の説明や飲み忘れ等を確認してくれること
- エ. かかりつけ医など医療や介護に関する他の職種と連携して、飲み残し、飲み忘れなどの確認を行ってくれること
- オ. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用について分かりやすく説明してくれること
- カ. 気軽に薬や健康に関する相談ができること（薬は一般用医薬品等も含む）
- キ. 話しにくい相談について、プライバシーの配慮がされた上で相談ができること
- ク. その他
- ケ. 無回答

- ア. 以前からよく利用している薬局だから
- イ. 自宅から近いから
- ウ. 受診している病院・診療所から近いから
- エ. 信頼できる薬剤師がいるから
- オ. 早く薬を渡してくれるから
- カ. いつでも電話相談等の連絡が可能だから
- キ. 市販薬や介護用品なども含めて、様々な相談に応じてくれるから
- ク. 居心地の良い雰囲気があるから

薬局における対人業務の主な評価

基本的な服薬指導

◆ 薬剤服用歴管理指導料（43点又は57点/1回につき）

○ 薬剤の基本的な説明

薬歴を踏まえ、薬剤情報提供文書により、薬剤の服用に関する基本的な説明（薬剤の名称、形状、用法・用量、効能・効果、副作用・相互作用、服用及び保管上の注意事項等）を行う。

○ 患者への必要な指導

患者の服薬状況や服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等を踏まえ、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。（手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、①調剤日、②当該薬剤の名称、③用法・用量等を記載する。）

○ 薬歴への記録

①患者の基礎情報、②処方・調剤内容等、③患者の体質・生活像・後発医薬品使用に関する意向、④疾患に関する情報、⑤併用薬に関する状況、⑥服薬状況（残薬を含む）、⑦服薬中の体調の変化等を記載する。

◆ 乳幼児（6歳未満）に対する服薬指導

乳幼児服薬指導加算（12点/1回につき）

乳幼児等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

◆ ハイリスク薬に対する管理指導

特定薬剤管理指導加算1（10点/1回につき）

ハイリスク薬の服用状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

◆ 麻薬に対する管理指導

麻薬管理指導加算（22点/1回につき）

麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

◆ 吸入薬に対する管理指導

吸入薬指導加算（30点/3月に1回まで）

喘息等の患者に対し吸入薬の吸入指導等を行い、その結果等を医療機関へ情報提供

特定薬剤管理指導加算2（100点/月1回まで）

薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で、抗がん剤を注射された悪性腫瘍の患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

処方箋受付時にその場で対応

◆ 処方内容の疑義照会

重複投薬・相互作用等防止加算（残薬調整以外：40点・残薬調整：30点/1回につき）

処方医に対して照会を行い、処方変更が行われた場合に算定

上記以外（時間をかけて対応）

◆ 医療機関への情報提供

服薬情報等提供料（20又は30点/月1回まで）

保険医療機関等の求めがあった場合に、必要な情報を文書により提供等した場合に算定

◆ 残薬への対応

外来服薬支援料（185点/月1回まで）

- ①自己による服薬管理が困難な患者に対し、一包化や服薬カレンダー等を用いて薬剤を整理
- ②患者が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を実施（ブラウンバッグ運動）し、保険医療機関に情報提供した場合に算定

◆ ポリファーマシー対策

服用薬剤調整支援料1（125点/月1回まで）

保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行い、処方薬が2種類以上減少した場合に算定

服用薬剤調整支援料2（100点/3月に1回まで）

保険薬剤師が処方医に減薬等の提案を行った場合に算定

調剤後のフォローアップの評価

調剤後薬剤管理指導加算（30点/月1回まで）

インスリン製剤等が処方等された患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

薬学管理料の算定状況について（令和2年6月審査分）

項目		点数	算定回数 (R2年6月審査分)	
1	薬剤服用歴管理指導料	①3月以内にお薬手帳を持参して再来局した患者	①43点	31,103,321
		②①以外の患者	②57点	18,299,870
		③特別養護老人ホーム入所者	③43点	627,939
		④オンライン服薬指導	④43点	140
2	かかりつけ薬剤師指導料	76点	730,742	
	麻薬管理指導加算		22点	25,408
	重複投薬・相互作用等防止加算	①残薬以外	①40点	111,106
		②残薬	②30点	170,178
	特定薬剤管理指導加算 1		10点	6,410,119
	特定薬剤管理指導加算 2		100点	368
乳幼児服薬指導加算		12点	1,411,975	
3	かかりつけ薬剤師包括管理料	291点	627	
4	服薬情報等提供料 (月1回まで(患者・家族等への情報提供の場合を除く))	①保健医療機関の求めがあった場合	①30点	10,648
		②患者・家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師が必要性を認めた場合	②20点	29,716
5	外来服薬支援料(月1回まで)	185点	10,323	
6	服用薬剤調整支援料 1(月1回まで)	125点	402	
	服用薬剤調整支援料 2(3月に1回まで)	100点	703	
在宅関係				
7	在宅患者訪問薬剤管理指導料 (患者1人に月4回まで)	①単一建物診療患者が1人	①650点	21,864
		②単一建物診療患者が2～9人	②320点	3,598
		③単一建物診療患者が10人以上	③290点	5,795
		④在宅患者オンライン服薬指導料	④57点	6
8	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1(1、2合計で月4回まで)		500点	5,348
	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2(1、2合計で月4回まで)		200点	14,474
9	在宅患者緊急時等共同指導料(月2回まで)		700点	47
	麻薬管理指導加算		100点	1,256
	乳幼児加算(6歳未満の場合)		100点	1,452
10	退院時共同指導料(入院中1回まで)		600点	91
11	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	①残薬以外	40点	2,069
		②残薬	30点	13,195
12	経管投薬支援料		100点	161

3. 対人業務に係る評価について

- ① 総論
- ② かかりつけ薬剤師・薬局の推進について
- ③ 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価
- ④ 保険薬局と保険医療機関との連携について
- ⑤ 医療的ケア児の薬学的管理について

薬剤服用歴管理指導料

<u>1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合</u>	<u>43点(1回につき)</u>
<u>2 1の患者以外の患者に対して行った場合</u>	<u>57点(1回につき)</u>
<u>3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合</u>	<u>43点(1回につき)</u>
<u>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</u>	<u>43点(月1回まで)</u>

※ 3月以内に再度処方箋を持参した場合でも、薬剤服用歴管理指導料の2（57点）を算定する。

<主な業務>

(1) 薬剤の基本的な説明

薬剤服用歴を踏まえ、薬剤情報提供文書により、薬剤の服用に関する基本的な説明（薬剤の名称、形状、用法・用量、効能・効果、副作用・相互作用、服用及び保管上の注意事項等）を行う。

(2) 患者への必要な指導

患者又はその家族と対話することにより、患者の服薬状況や服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等の情報を収集し、それらを踏まえ、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。

※手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、①調剤日、②当該薬剤の名称、③用法・用量等を記載

(3) 薬剤服用歴（薬歴）への記録

①患者の基礎情報、②処方及び調剤内容、③患者の体質・生活像・後発医薬品使用に関する意向、④疾患に関する情報（既往歴、治療中の疾患の情報）、⑤併用薬に関する状況、⑥服薬状況（残薬を含む）、⑦服薬中の体調の変化等を記載する。

薬剤服用歴管理指導料の加算

◆ 処方内容の疑義照会

重複投薬・相互作用等防止加算

(残薬調整以外：40点・残薬調整：30点／1回につき)

処方医に対して照会を行い、処方変更が行われた場合に算定

◆ 乳幼児（6歳未満）に対する服薬指導

乳幼児服薬指導加算（12点／1回につき）

患者又はその家族に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載した場合に算定

◆ 麻薬に対する管理指導

麻薬管理指導加算（22点／1回につき）

麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、必要な薬学的管理・指導を行った場合に算定

◆ ハイリスク薬に対する薬学的管理指導

特定薬剤管理指導加算1（10点／1回につき）

ハイリスク薬の服用の状況、副作用の有無等を確認し、必要な薬学的管理・指導

◆ がん患者に対する薬学的管理指導

特定薬剤管理指導加算2（100点／月1回まで）

レジメンを確認し、必要な薬学管理・指導を行った上で、副作用の有無等を確認し、結果を医療機関に情報提供した場合に算定

◆ 吸入薬に対する薬学的管理指導

吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）

喘息等の患者に吸入手技の指導を行い、結果を医療機関に情報提供した場合に算定

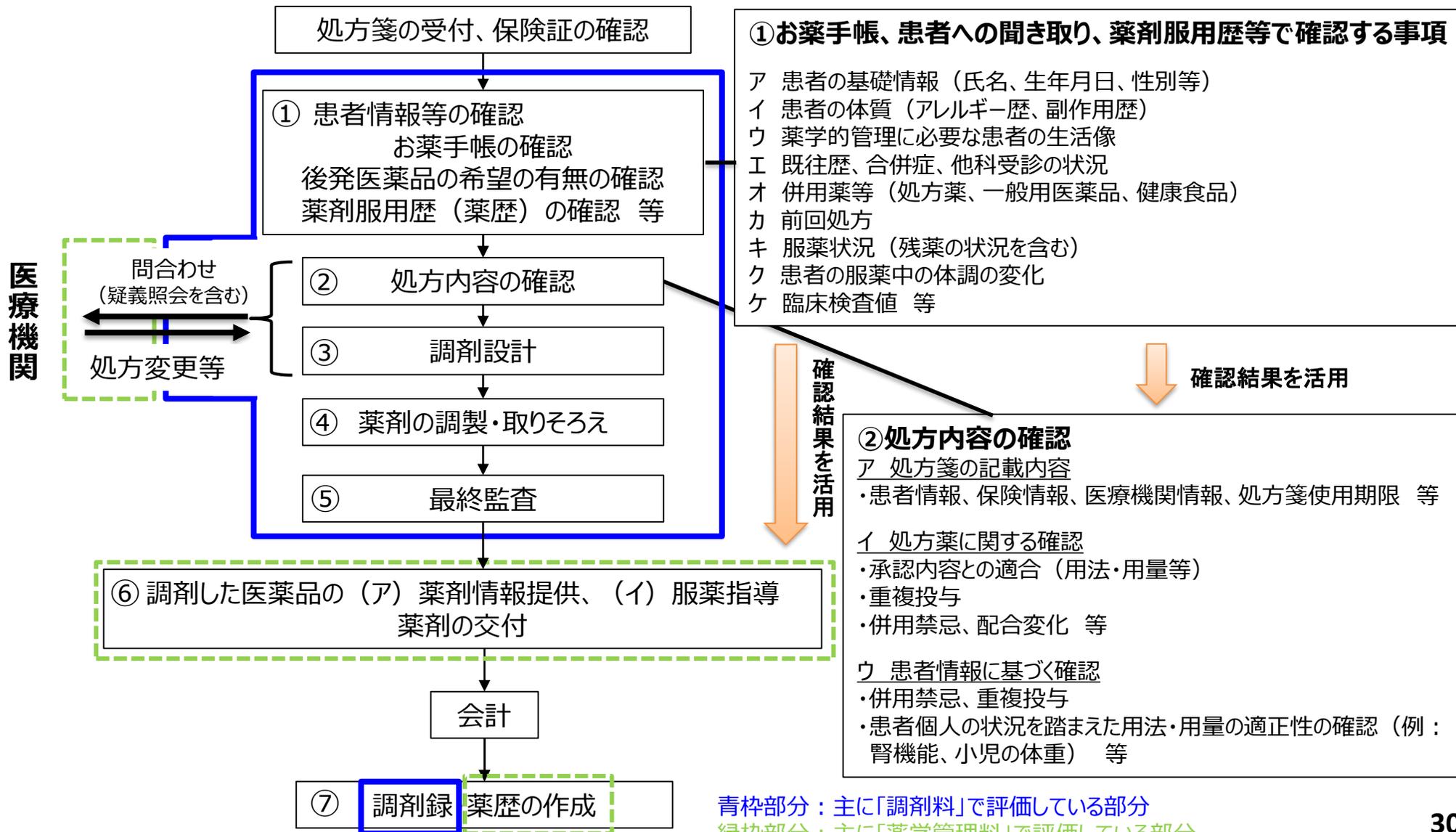
◆ 調剤後の薬学的管理指導

調剤後薬剤管理指導加算（30点／月に1回まで）

糖尿病患者に対し、電話等で服薬状況等を確認し、結果を医療機関に情報提供

薬局での調剤業務の流れについて

- 薬局の調剤業務は、①患者情報等の確認、②処方内容の確認、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成される。

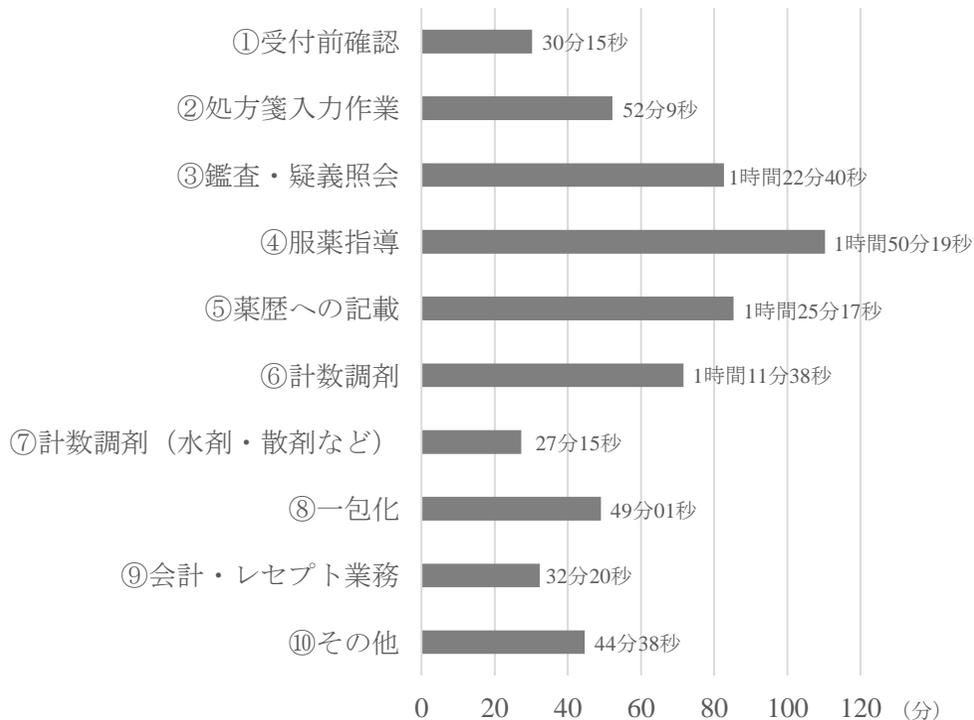


処方箋調剤に関する業務に係る時間

- 直近出勤日1日の処方箋調剤に関する業務の累計時間は9時間45分、そのうち「服薬指導」の累計時間が最も長く1時間50分、次いで「薬歴への記載」の時間が長く1時間25分であった。
- タイムスタディによる薬局における処方箋1枚の処理に要する平均時間は12分41秒である。

(1) 処方箋による調剤に関わる業務※1

全体：9時間45分32秒



(2) 処方箋1枚の処理時間※2

業務内容	平均値(分)
受付・薬袋準備	01:08
薬歴確認・処方箋監査	02:26
計数調剤	02:33
監査	03:05
薬剤交付・服薬指導	03:29
合計	12:41

- 5箇所の薬局における外来患者を対象に、76枚の処方箋について調査
- 処方箋1枚の受付から薬剤交付・記録までの時間を業務ごとに測定
- なお、調剤のうち、計数調剤（錠剤等を取り揃える行為）の業務を測定（液剤等の計量調剤、一包化を要する業務は、本測定には含まれていない）。

出典

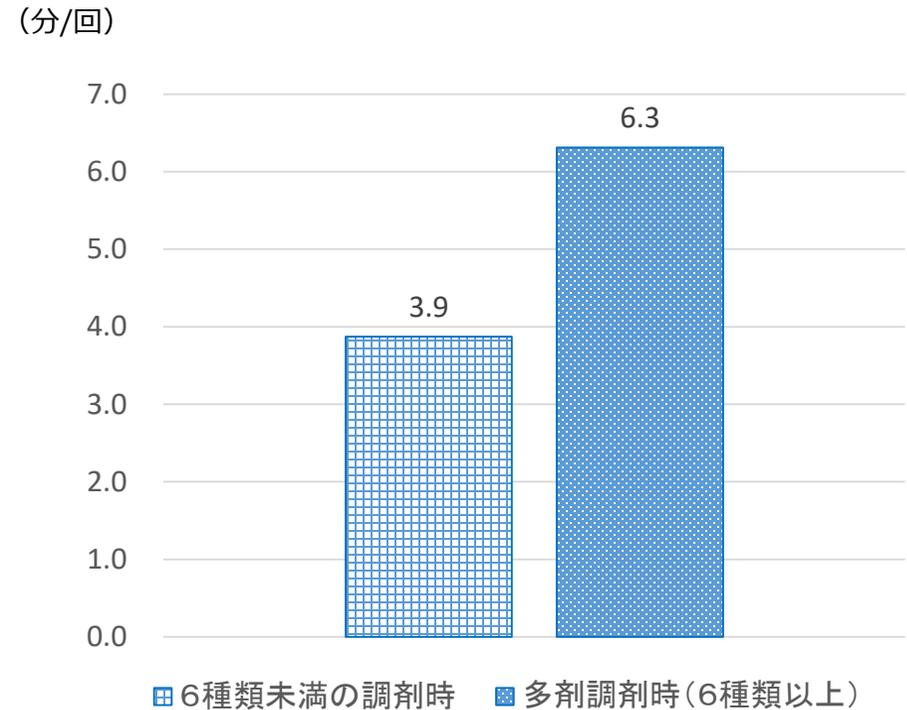
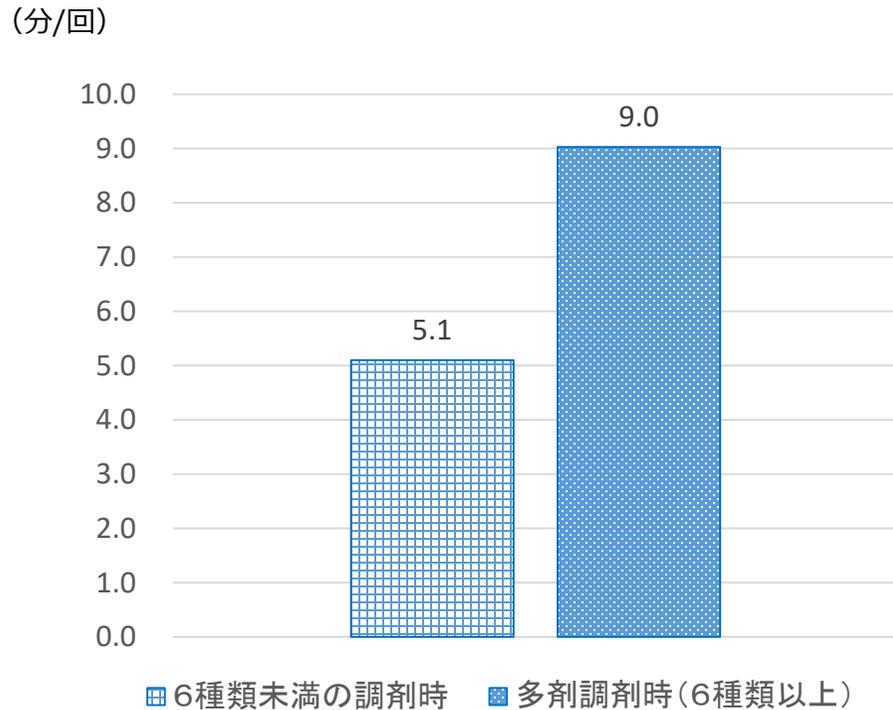
※1：3. 働き方に関する調査 ②薬局の薬剤師調査

※2：2. タイムスタディ調査 ①薬局における薬剤師業務時間

薬剤種類数に応じた服薬指導等に要する時間について

- 薬剤情報提供・服薬指導の平均所要時間は、薬剤種類数が6種類未満の場合は1回あたり約5.1分であったが、多剤調剤時（6種類以上）の場合は1回あたり約9.0分であった。
- 薬歴作成の平均所要時間は、薬剤種類数が6種類未満の場合は1回あたり約3.9分であったが、多剤調剤時（6種類以上）の場合は1回あたり約6.3分であった。

(1) 薬剤情報提供・服薬指導の平均所要時間 (回答薬局数=767) (2) 薬歴作成の平均所要時間 (回答薬局数=767)



かかりつけ薬剤師

日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師

<かかりつけ薬剤師・薬局に求められること>

- 地域における必要な医薬品(要指導医薬品等を含む。)の供給拠点であること
- 医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在であること
- 患者からの選択に応えられるよう、かかりつけ医との連携の上で、在宅医療も含め、患者に安全で安心な薬物療法を提供すること
- 地域における総合的な医療・介護サービス(地域包括ケア)を提供する一員として、患者ごとに最適な薬学的管理・指導を行うこと

かかりつけ薬剤師・薬局が必要となる患者像

「患者のための薬局ビジョン」から抜粋・要約

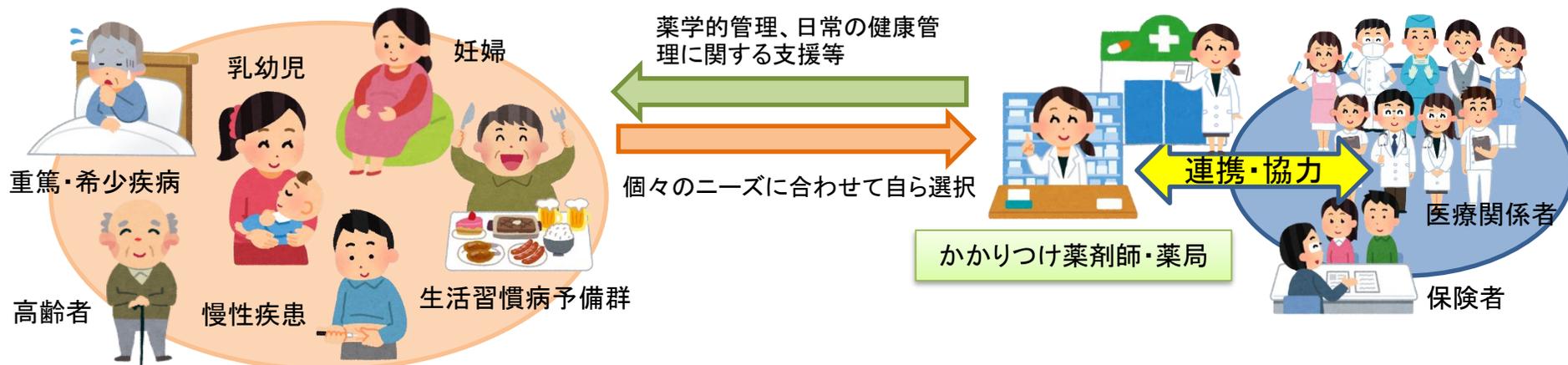
(1) 特にかかりつけ薬剤師・薬局が重要な場合

以下のような服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者

- ① 高齢者
- ② 生活習慣病などの慢性疾患を有する患者
- ③ 重篤あるいは希少な疾患等の患者
- ④ 妊婦
- ⑤ 乳幼児 など

(2) かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶことが望ましい場合（日頃からの健康管理に関する支援等として）

- ① 生活習慣病の予備群
- ② 日常の健康管理が求められる層

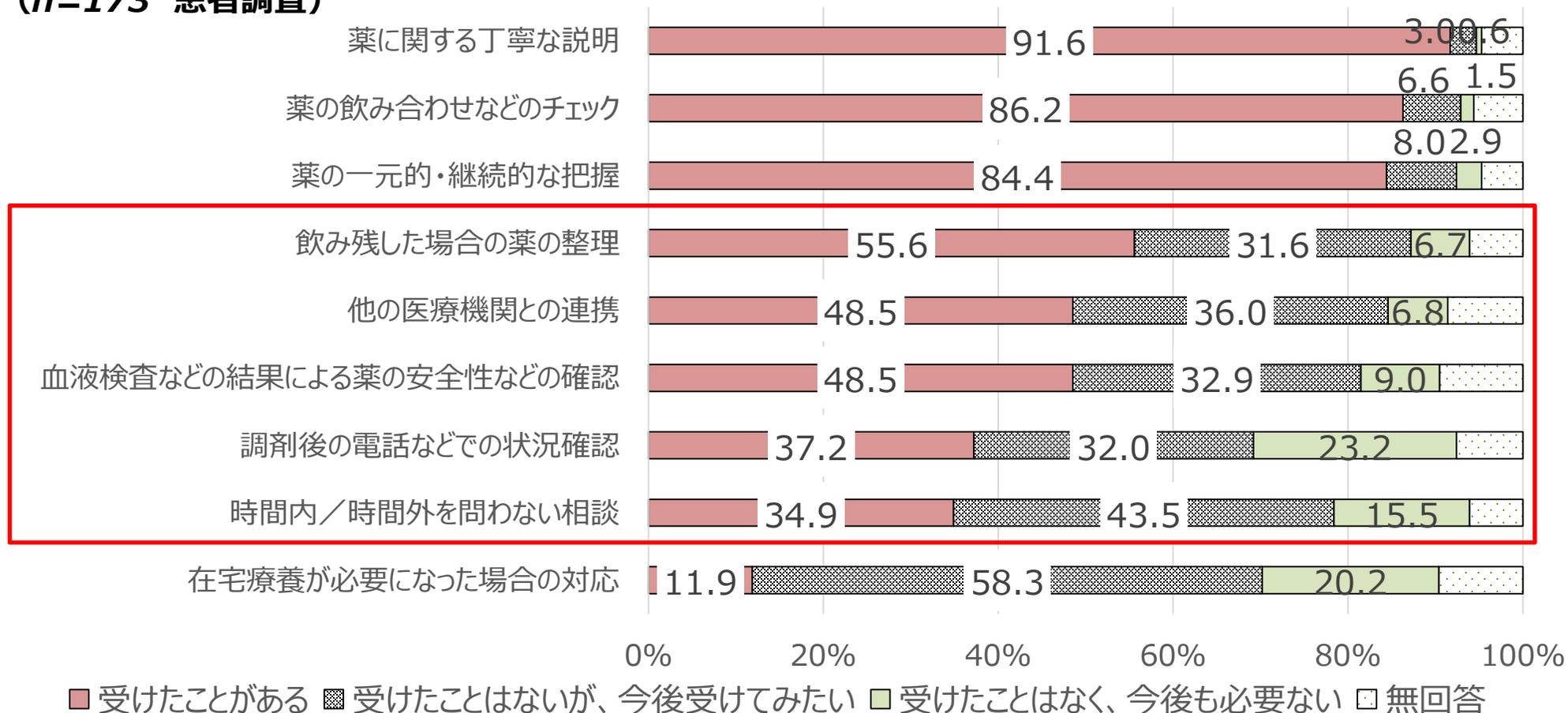


服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者、
日常の健康管理が求められる層

かかりつけ薬剤師による薬学管理の状況等

○ かかりつけ薬剤師指導料の同意書のサインをしたことがある患者では、①残薬整理、②検査値の活用、③調剤後の電話での状況確認、④時間内／時間外を問わない相談を受けたことがあるのは4割～5割程度であり、受けたことがないが今後受けてみたいとの回答を含めると7割～8割程度であった。

かかりつけ薬剤師指導料の同意書にサインをしたことがある患者に対する薬学管理の状況等 (n=173 患者調査)



かかりつけ薬剤師について(令和2年度改定後)

かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

かかりつけ薬剤師指導料 76点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[かかりつけ薬剤師の主な業務]

- ・薬の一元的・継続的な把握
- ・薬の飲み合わせなどのチェック
- ・薬に関する丁寧な説明
- ・時間外の電話相談
- ・他の医療関係者との連携
- ・飲み残した場合の薬の整理
- ・調剤後のフォロー
- ・在宅療養が必要になった場合の対応
- ・血液・生化学検査結果等をもとにした説明

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

(1) 以下の経験等を全て満たしていること。

ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。

イ 当該保険薬局に週32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあつては、週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務していること。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。

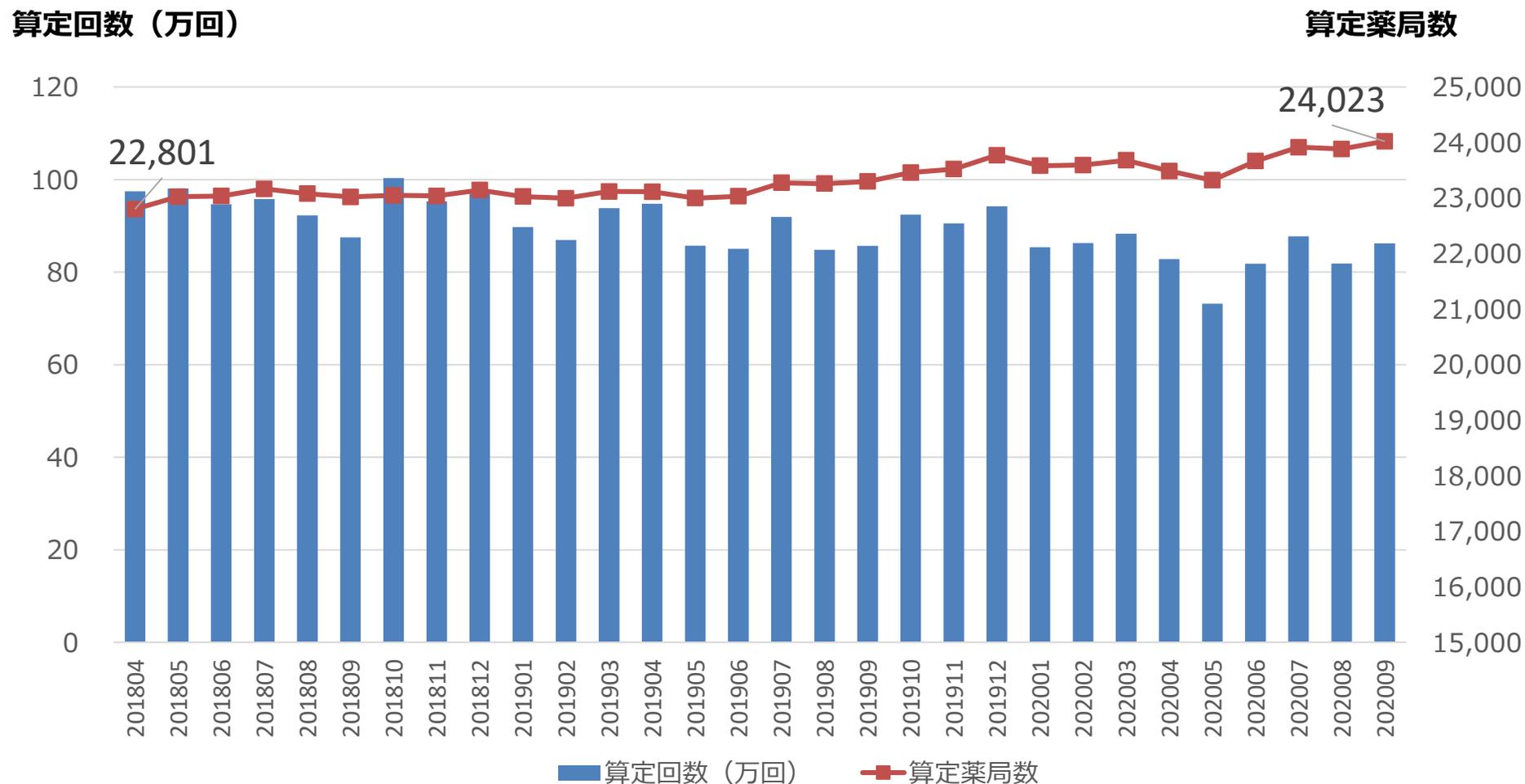
(2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

(3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

(4) 患者との会話のやり取りが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること

かかりつけ薬剤師指導料等の算定状況（2020年9月まで）

○ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数・算定薬局数は近年横ばいである。

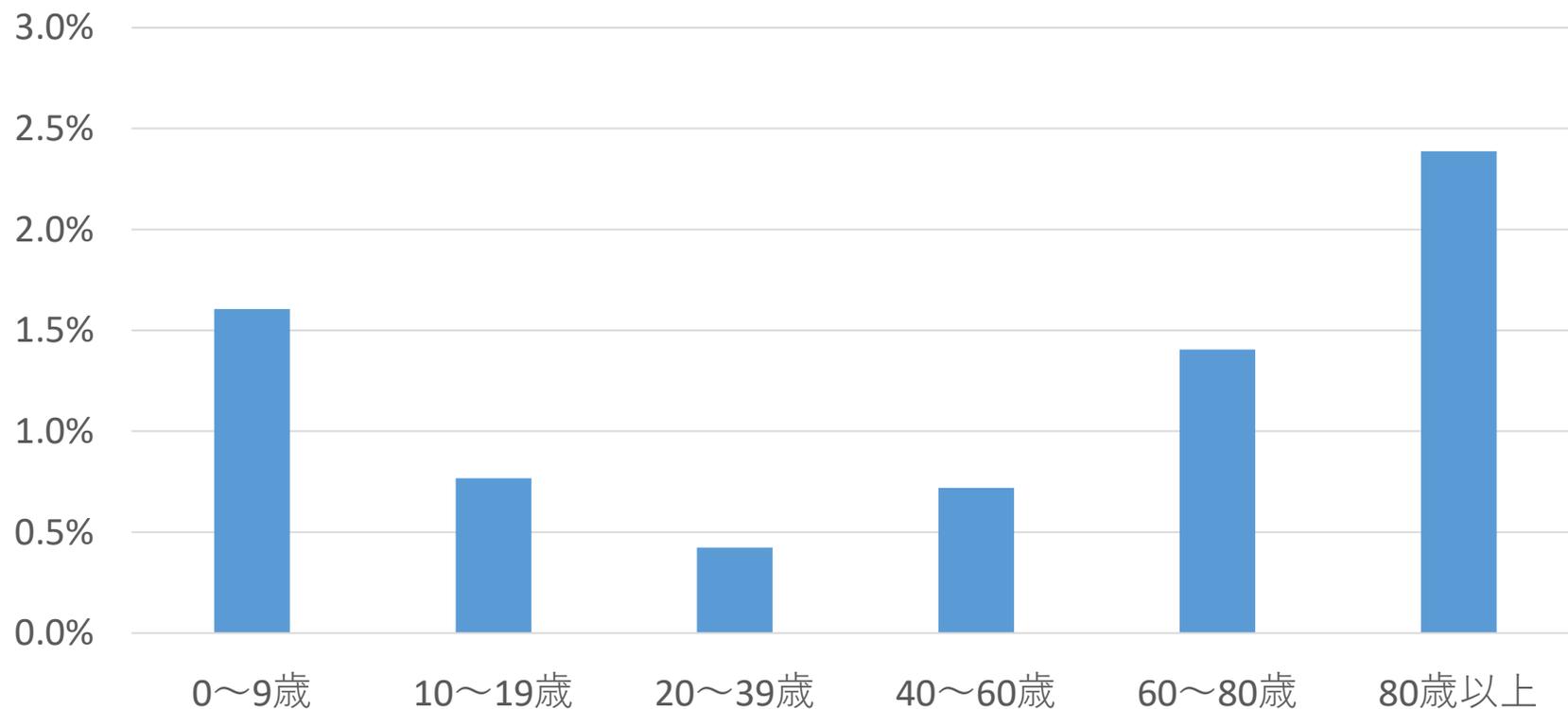


〔出典〕 NDBデータ

患者年齢別のかかりつけ薬剤師指導料等の算定割合

- 10歳未満、60歳以上の患者において、かかりつけ薬剤師指導料等*の算定回数の割合が多い。

年齢階級別 処方箋受付回数に占めるかかりつけ薬剤師指導料等*の算定回数の割合 (%)

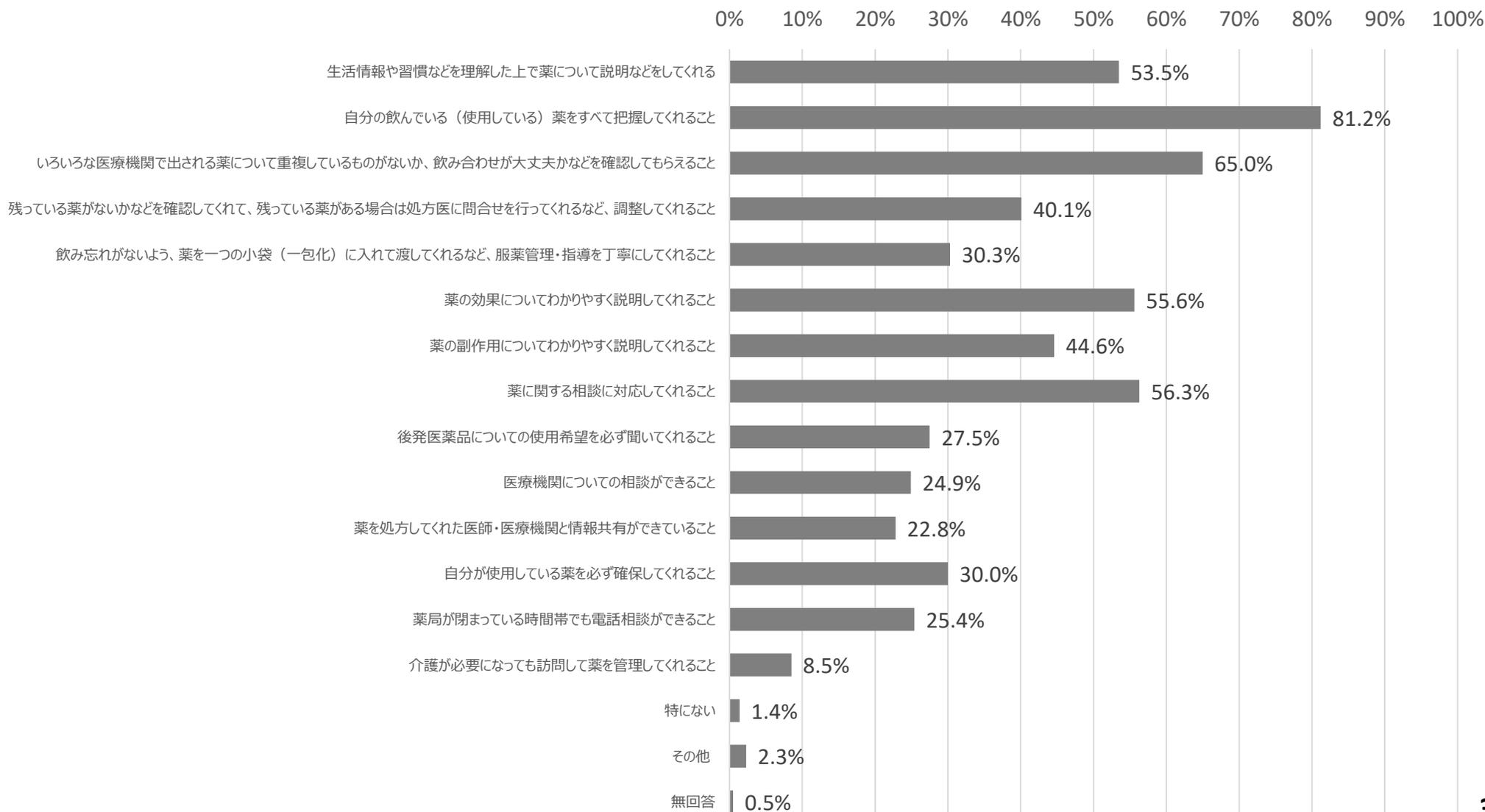


出典：令和2年社会医療診療行為別統計 6月審査分
*かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括指導料の合計

かかりつけ薬剤師がいてよかったと実感した経験

○ かかりつけ薬剤師がいてよかったと実感した経験としては、服用薬の一元管理等に関する回答が多かった。

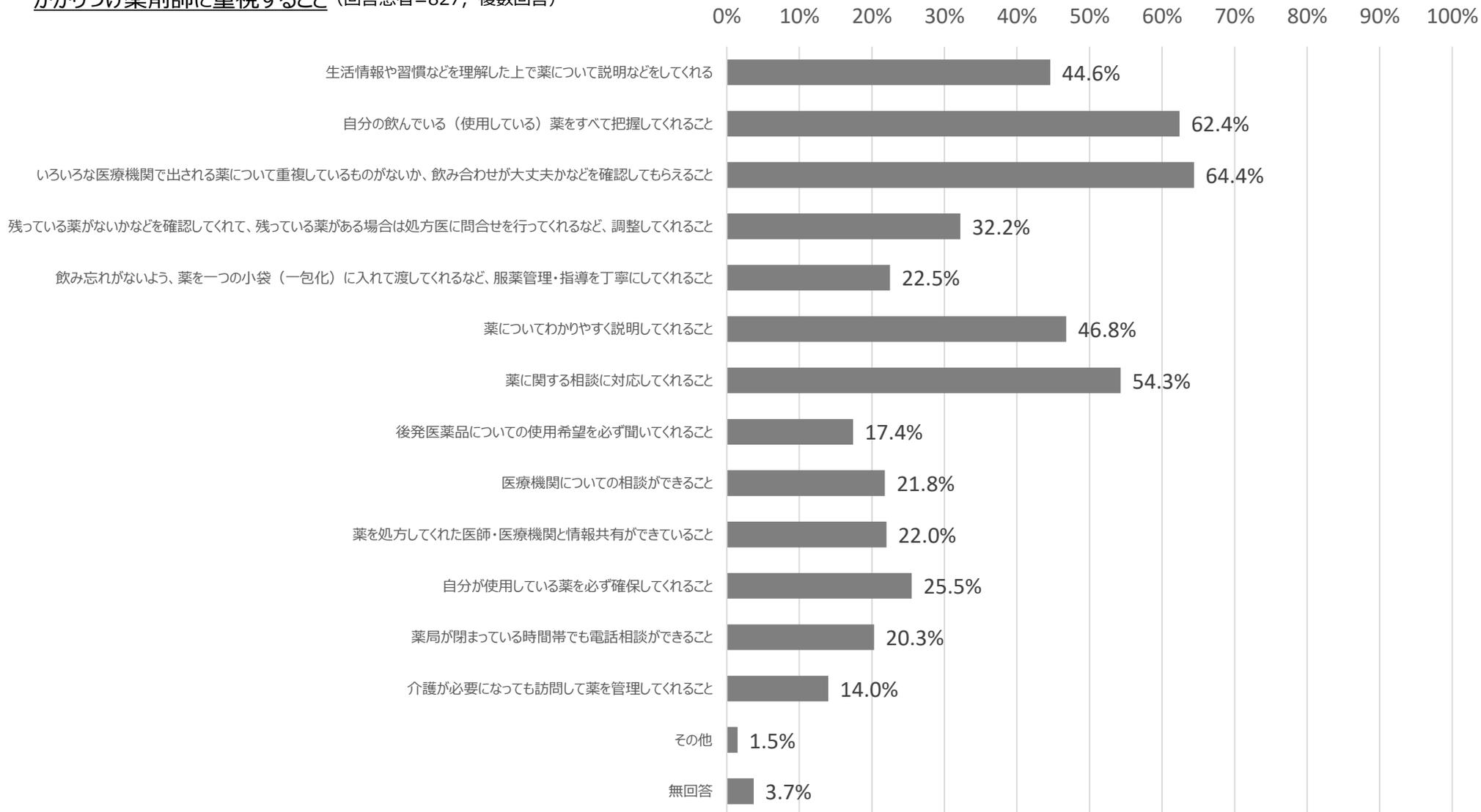
かかりつけ薬剤師がいてよかったと実感した経験（かかりつけ薬剤師がいる患者=426，複数回答）



かかりつけ薬剤師に重視すること

○ かかりつけ薬剤師に重視することとしては、服用薬の一元管理等に関する回答が多かった。

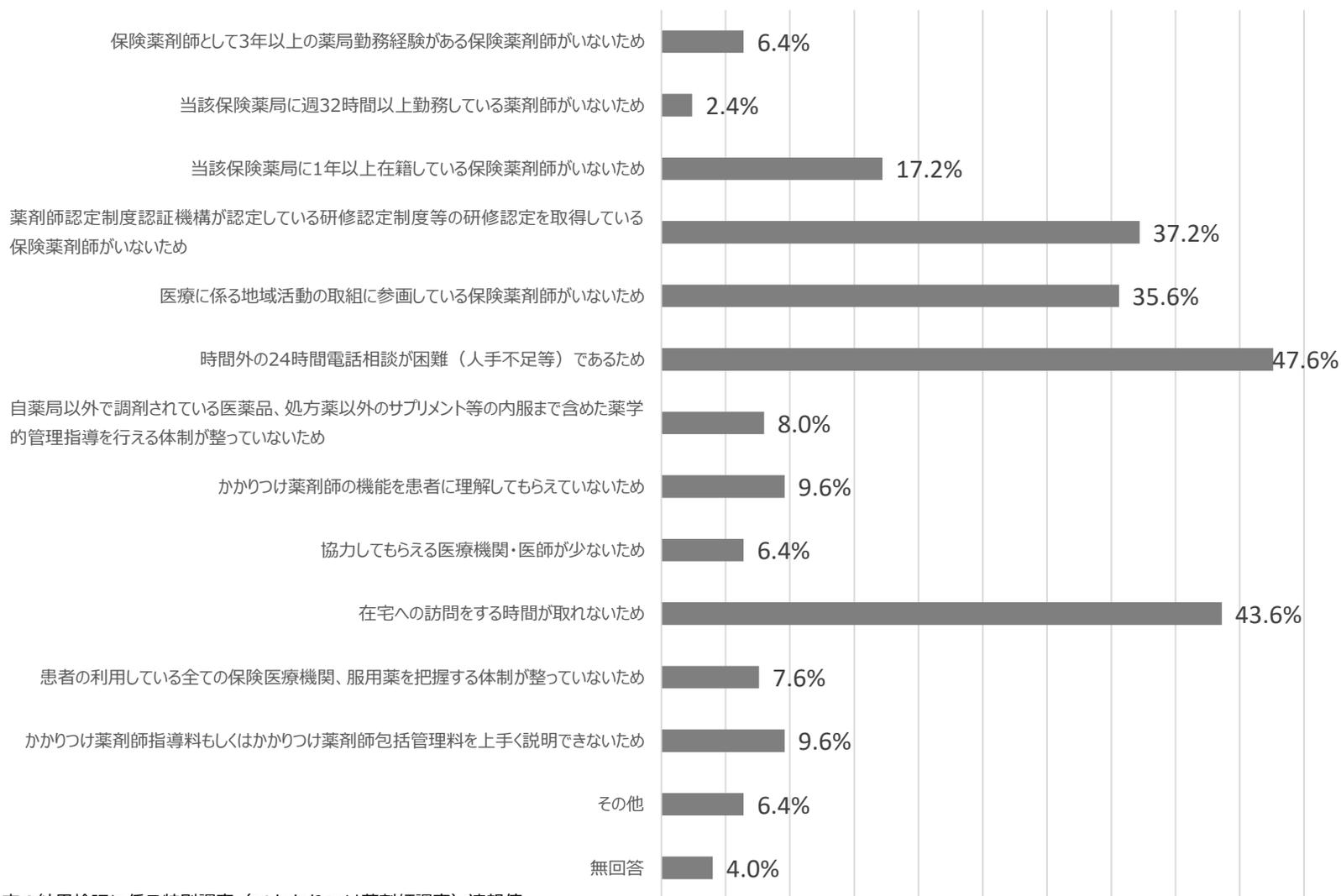
かかりつけ薬剤師に重視すること（回答患者=827，複数回答）



かかりつけ薬剤師指導料等の届出がされていない理由

○ かかりつけ薬剤師指導料等の届出がされていない理由としては、「時間外の24時間電話相談が困難であるため」や「在宅への訪問をする時間がとれないため」といった回答が多かった。

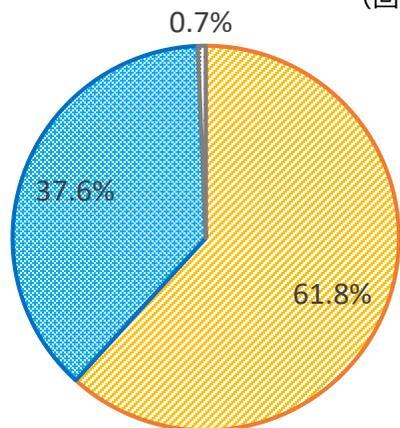
かかりつけ薬剤師指導料等の届出がされていない理由 (回答薬局数=250, 複数回答) 0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50%



かかりつけ薬剤師以外の対応について

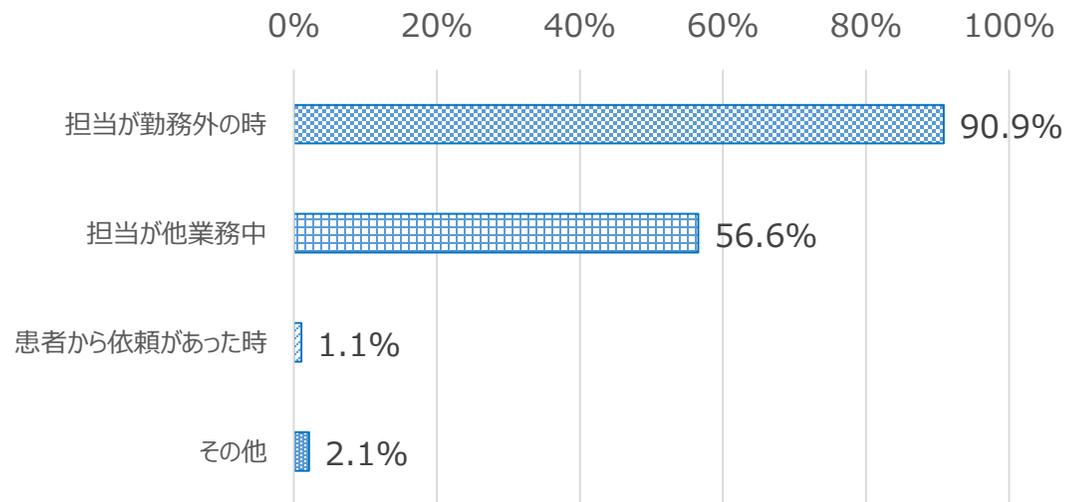
- 通常かかりつけ薬剤師指導料等を算定している患者に、かかりつけ薬剤師以外が対応する場合があると回答した薬局は、全体の約61.8%であった。
- かかりつけ薬剤師以外が対応する場合、「担当が勤務外の時」や「担当が他業務中」との回答が多かった。
- かかりつけ薬剤師以外が対応する場合、「その時対応できる者」が対応するとの回答が約9割であった。

(1) 通常かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に、かかりつけ薬剤師以外が対応する場合
(回答薬局数=767)

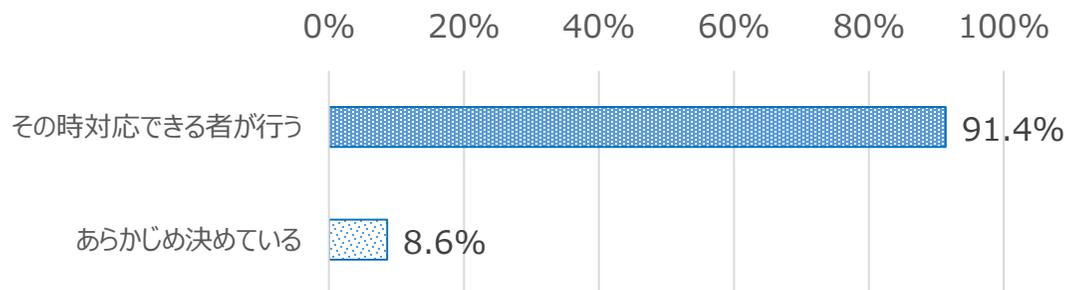


あり なし 無回答

(2) かかりつけ薬剤師以外が対応する場合 (回答薬局数=373)



(3) かかりつけ薬剤師以外が対応する場合の対応者 (回答薬局数=373)

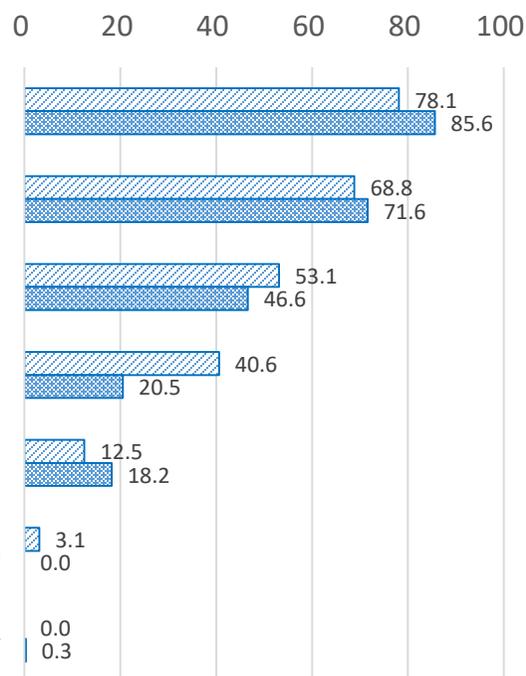


かかりつけ薬剤師以外の対応における体制と課題

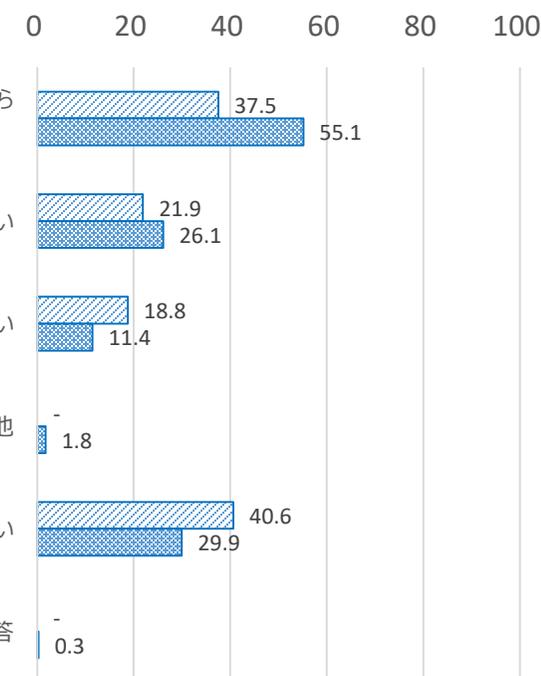
- かかりつけ薬剤師以外が対応する場合の体制としては、「薬歴で申し送り事項が共有されている」や「服薬指導結果をかかりつけ薬剤師に報告する」という回答が多かった。
- かかりつけ薬剤師以外が対応する場合の課題としては、「薬剤師によって指導内容や相談への返答が変わらないように注意する必要がある」や「患者の状況等が十分に把握できていない」という回答が多かった。

かかりつけ薬剤師以外が対応する場合の体制（複数回答）

かかりつけ薬剤師以外が対応する場合の課題（複数回答）



■ 対応者が決まっている薬局 (n=32)
 ■ その時対応できる者が行う薬局 (n=341)



■ 対応者が決まっている薬局 (n=32)
 ■ その時対応できる者が行う薬局 (n=341)

かかりつけ薬剤師・薬局の推進について

- ・ 薬剤情報提供・服薬指導及び薬歴作成の平均所要時間については、薬剤種類数が6種類未満の場合に比べて多剤調剤時（6種類以上）の場合にかかる時間が長かった。
- ・ かかりつけ薬剤師指導料等の届出がされていない理由としては、「時間外の24時間電話相談が困難であるため」や「在宅への訪問をする時間がとれないため」といった回答が多かった。
- ・ 通常かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者にかかりつけ薬剤師以外が対応する場合があると回答した薬局は全体の約61.8%であり、「薬歴で申し送り事項が共有されている」や「服薬指導結果をかかりつけ薬剤師に報告する」という体制をとっている薬局が多かった。
- ・ また、かかりつけ薬剤師以外が対応する場合の課題については、「薬剤師によって指導内容や相談への返答が変わらないように注意する必要がある」や「患者の状況等が十分に把握できていない」という回答が多かった。

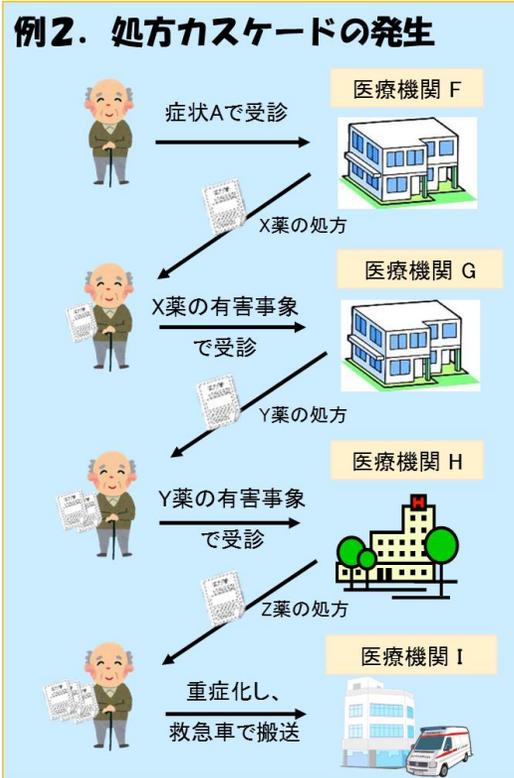
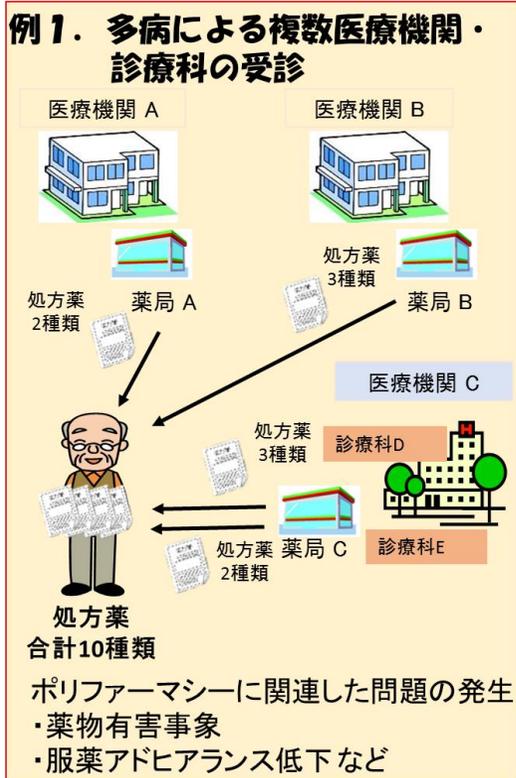
3. 対人業務に係る評価について

- ① 総論
- ② かかりつけ薬剤師・薬局の推進について
- ③ 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価
- ④ 保険薬局と保険医療機関との連携について
- ⑤ 医療的ケア児の薬学的管理について

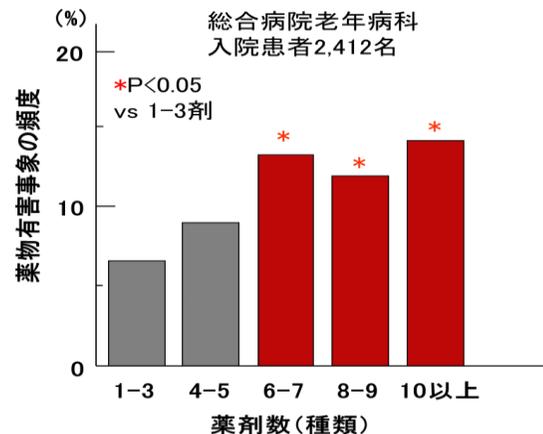
ポリファーマシーの現状等

- ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（**多剤服用の中でも害をなすもの＝ポリファーマシー**）
- ①新たな医療機関の受診による服用薬の積み重ね、②薬物有害事象に薬剤で対処し続ける「処方カスケード」の発生、によりポリファーマシーが形成される可能性がある
- 高齢者では6種類以上の投薬で有害事象の発生増加に関連したというデータがある
- 75歳以上の高齢者が1ヶ月間に1つの医療機関から処方される薬剤種類数は、約31.7%で6種類以上

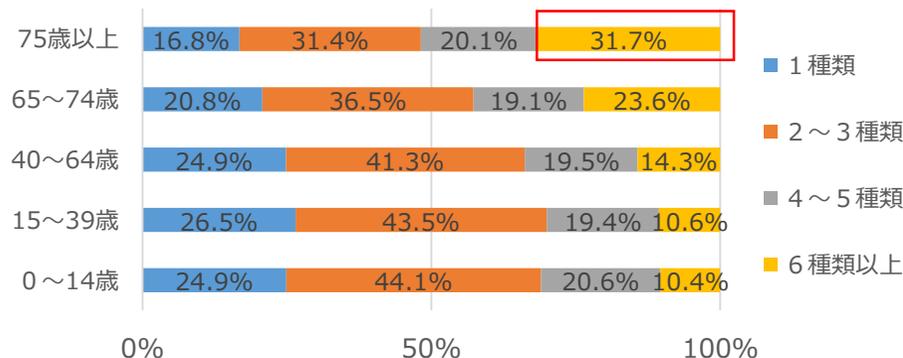
1 ポリファーマシーが形成される事例※1



2 服用薬剤数と薬物有害事象の頻度※1



3 調剤レセプト1件あたりの薬剤種類数※2



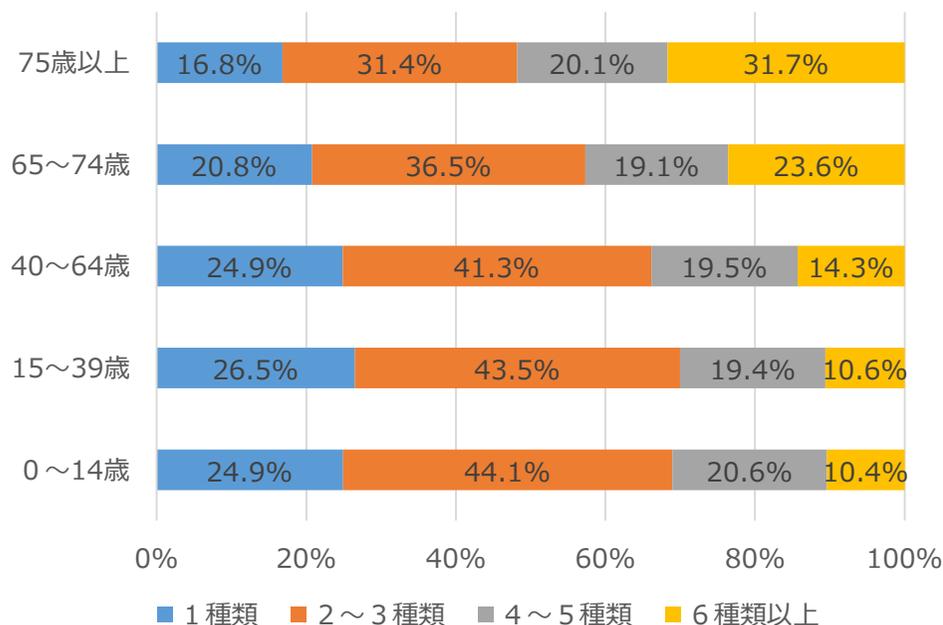
※1 出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編（2018年5月厚生労働省）に基づき医療課において作成

※2 出典：令和2年社会医療診療行為別統計

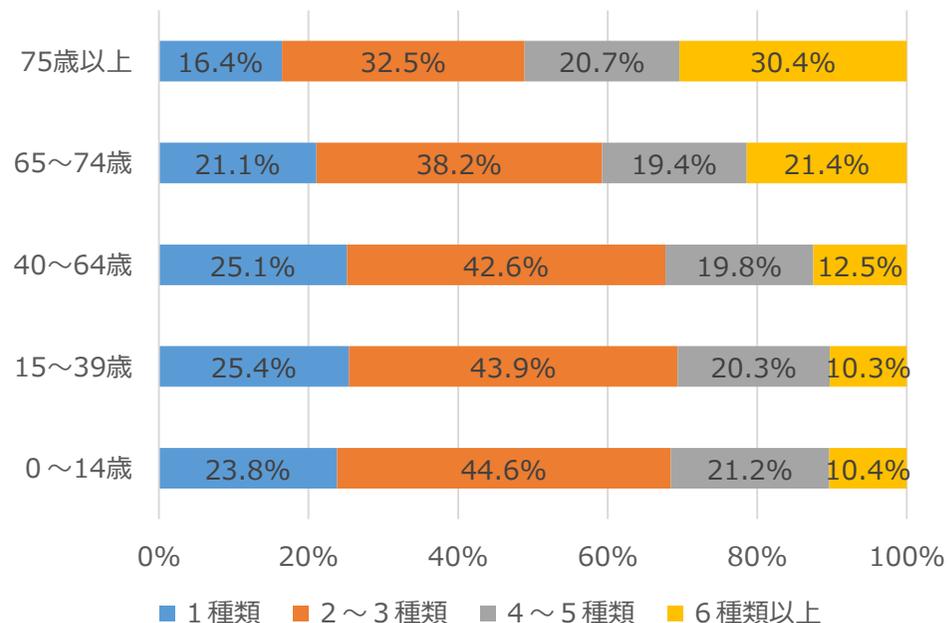
年齢階級別にみた薬剤種類数別件数の構成割合・1件当たり薬剤種類数

○ 高齢になるほど、薬剤種類数の多い患者の割合が増加する傾向がある。

院外処方(薬局調剤)



院内処方(入院外・投薬)



院内処方は、診療報酬明細書(医科入院外)のうち診療行為「投薬」に薬剤の出現する明細書(「処方箋料」を算定している明細書及び「投薬」「注射」を包括した診療行為が出現する明細書は除く。)を集計の対象としている。また、診療行為「投薬」における薬剤の合計点数を薬剤点数階級で区分している。
 院外処方は、調剤報酬明細書のうち薬剤の出現する明細書を集計の対象としている。

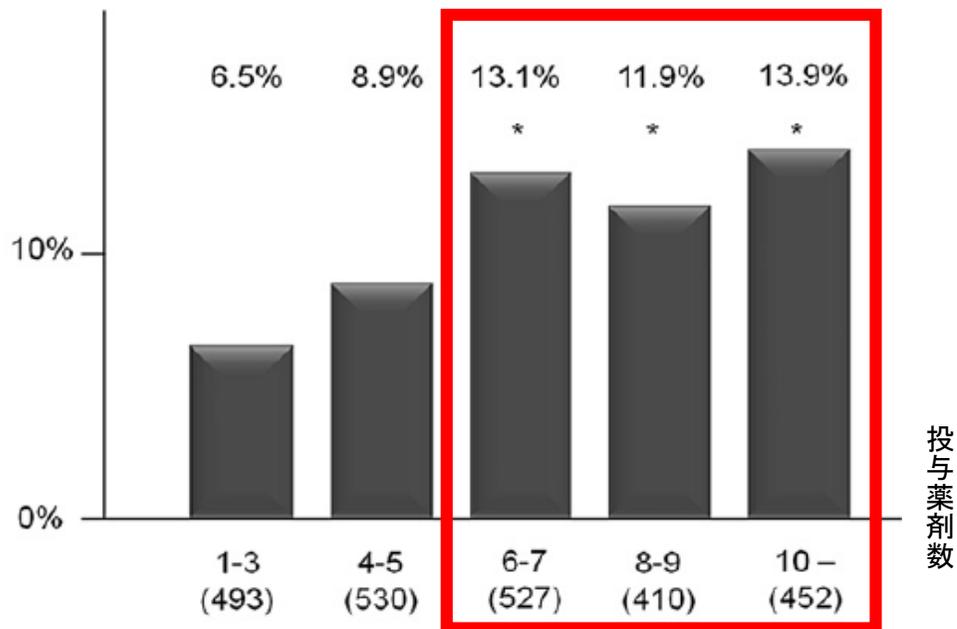
出典: 令和2年社会医療診療行為別統計

多剤処方の問題点 ～有害事象の発生～

- 高齢者では、6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している。
- 高齢者の薬物有害事象は、意識障害、低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき・転倒の順に多かった。

高齢者の投与薬剤数と有害事象の関係性

薬物有害事象発生率



高齢者の薬物有害事象の主な症状	薬物有害事象を呈した者の症状の内訳
意識障害	9.6%
低血糖	9.6%
肝機能障害	9.6%
電解質異常	7.7%
ふらつき・転倒	5.8%
低血圧	4.8%
無動・不随意運動	3.8%
便秘・下痢・腹痛	3.8%
食欲不振・吐き気	3.8%
徐脈	3.8%
出血・INR延長	3.8%

- 1995年～2010年に東京大学病院の老年病科に入院した65歳以上の高齢者2,412人(年齢:78.7±7.3歳、男性51.3%)の薬物による副作用を後向きに調査。
- 投与薬剤数は6.6±3.6剤。
- 252人(10.5%)に副作用を確認。
- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

高齢者の医薬品適正使用の指針

中医協 総 - 3
3 1 . 4 . 2 4

○ 厚労省において「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」を作成

＜具体的な内容例＞

- ◆ 薬剤見直しの基本的な考え方、フローチャート
- ◆ 多剤服用時に注意する有害事象（例：薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤）
- ◆ 高齢者への薬物投与の留意事項（例：処方の見直しのタイミングの考え方）

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編（2018年5月厚生労働省）に基づき医療課において作成

1 前提

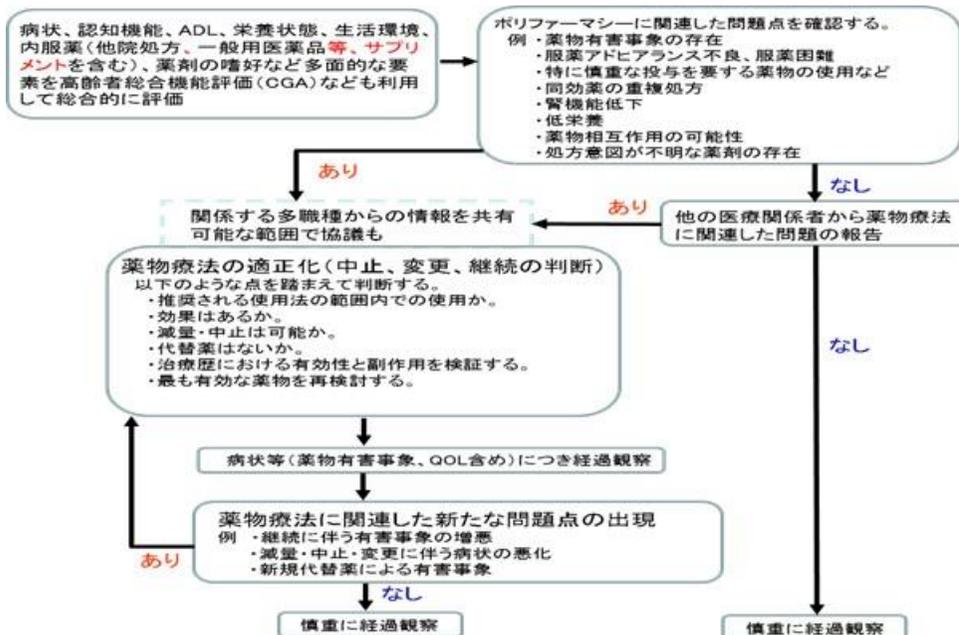
ポリファーマシーは、かかりつけ医による薬剤状況の把握、薬局による医薬品情報の一元管理等で解消に向かうことが期待されている



2 処方見直しのプロセス

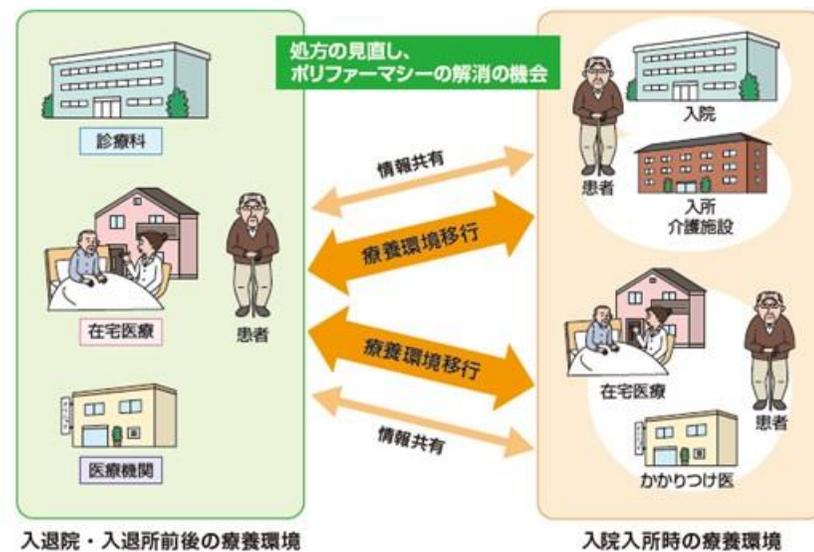
高齢者総合機能評価（CGA）を行うことが推奨される

⇒①受診している診療科・医療機関、②罹病疾患や老年症候群などの併存症、③日常生活動作（ADL）、④生活環境、⑤全ての使用薬剤の情報等



3 処方見直しのタイミングの考え方

あらゆる機会をとらえて処方見直しが期待されているが、退院・転院、介護施設への入所・入居、在宅医療導入、かかりつけ医による診療開始等の療養環境移行時は、処方見直しの好機



高齢者の医薬品適正使用の指針が要件に含まれる点数

○ 「高齢者の医薬品適正使用の指針」が要件に含まれている調剤・医科点数を以下に示す。

調剤点数

薬剤服用歴管理指導料（43点又は57点／1回につき）

ポリファーマシーへの対策の観点から、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」）（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考とすること。

服用薬剤調整支援料 1（125点／月1回まで）

患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うにあたっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」）（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考とすること。

医科点数

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算（100点／退院時1回）

持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更にあたっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」）（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考とすること。

B 0 0 8 - 2 薬剤総合評価調整管理料（250点／月1回）

医師が内服薬を総合的に評価及び調整するに際しては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」）（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考とすること。

ポリファーマシー対策に関する指針等

- 高齢者に対し、特に慎重な投与を要する薬剤について国内外で指針等がまとめられている。
- 高齢者に投与する薬剤を指針を用いて検討することは、ポリファーマシーを防止し、薬物療法の安全性をより確保するために有用である。

Beers Criteria 2019 (米国)

- 高齢者に対する医薬品の潜在的な不適切使用に伴う有害事象を減少させるための基準（一覧表）。
- 1991年にBeersによって公表され、以降、米国の老年医学分野において広く活用されている。

STOPP / START ver.2 2015 (欧州)

- STOPP (Screening Tool of Older person's Potentially inappropriate Prescriptions)は、高齢者に対する処方として不適切な薬剤のスクリーニング手段として用いられる（一覧表）。
- START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) は、特定の状態にある高齢者に対する処方として考慮されるべき薬剤を列挙している（一覧表）。

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (日本老年医学会)

- 高齢者における薬物有害事象を防ぐための一般的注意点や系統別指針を明記。その中の主要薬剤は、「特に慎重な投与を要する薬物リスト」として列挙（一覧表）。
- 薬物有害事象のハイリスクグループである75歳以上の高齢者及び75歳未満でもフレイル～要介護状態の高齢者を対象とし、処方見直しのためのスクリーニングツールとしてフローチャートに従って使用する。個々の病態と生活機能、生活環境、意思、嗜好などを考慮して判断する。

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」(厚生労働省) 平成30年5月

- 診療や処方の際の参考情報を提供することを意図して作成し、処方時に注意を要する薬剤を列挙（一覧表）。
- 薬物有害事象の回避など高齢者の薬物療法の適正化を目指し、高齢者の特徴に配慮したより良い薬物療法を実践するための基本的留意事項をまとめたガイダンス。

「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編(療養環境別)）」(厚生労働省) 令和元年6月

- 患者の病態、生活、環境の移行に伴い関係者にとって留意すべき点が変わることを念頭に、患者の療養環境ごとの留意事項をまとめたガイダンス。

「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」(厚生労働省) 令和3年3月

- ポリファーマシー対策を始める病院が取組初期に直面する課題を解決するためのスタートアップツール、ポリファーマシー対策をある程度進めている病院が業務手順書を整備し、業務をより効率的に行うための参考資料。

出典：

- By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019 Apr;67(4):674-694.
- D. O'Mahony, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 2015 Mar; 44(2): 213-218.
- 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (日本老年医学会)
- 高齢者の医薬品適正使用の指針 (総論編) (平成30年5月29日付け医政安発0529第1号・薬生安発0529第1号)
- 高齢者の医薬品適正使用の指針 (各論編(療養環境別)) (令和元年6月14日付け医政安発0614第1号・薬生安発0614第1号)
- 病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方 (令和3年3月31日付け医政安発0331第1号・薬生安発0331第1号)

ポリファーマシーに対する取組に係る診療報酬上の評価

1. 医療機関における減薬等の評価

○入院患者に対するポリファーマシー解消の取組の評価

- 入院時にポリファーマシー状態にある患者に対して、内服薬の総合的な評価及び変更の取組の評価と、減薬に至った場合を評価

【入院時】

6種類以上の内服薬

薬剤総合評価調整加算

【退院時】

→100点

更に

薬剤調整加算

【退院時】

2種類以上減少
→150点

- 多職種でカンファレンスを実施し、内服薬の変更、中止を行う
- 患者に対して処方変更に伴う注意点を説明し、病状の変化等について多職種で確認する

○外来患者に対する減薬の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、受診時に内服薬が減少した場合を評価

【受診前】

6種類以上の内服薬

薬剤総合評価調整管理料

【受診後】

2種類以上減少
→250点

医療機関

連携管理加算

薬局と連携
→50点

薬局

※ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（多剤服用の中でも害をなすものをポリファーマシー）

2. 薬局における減薬等の評価

○薬局の減薬の取組の評価

- 薬局が医師に減薬の提案を行い、その結果処方される内服薬が減少した場合の評価

【提案前】

6種類以上の内服薬

患者

処方箋

調剤・服薬指導

薬局

①文書で提案

②処方に反映



医療機関

服用薬剤調製支援料 1

【提案後】

2種類以上減少が4週間継続
→125点

○薬局の重複投薬解消の提案の評価

- 薬局が医師に服用薬の一覧表を作成し、重複投薬等の解消の提案した場合の評価

【提案前】

6種類以上の内服薬

患者

処方箋

調剤・服薬指導

薬局

報告書の送付



医療機関

服用薬剤調製支援料 2

- 服用薬の一元的把握
 - 重複投薬等の解消に係る提案
- 100点

○外来患者の重複投薬等に関する疑義照会に関する評価

- 薬局から医師へ重複投薬等に関する疑義照会を行い、処方内容が変更された場合の評価

重複投薬・相互作用等防止加算

→40点

薬局における減薬に関する取組の評価

服用薬剤調整支援料

- 患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

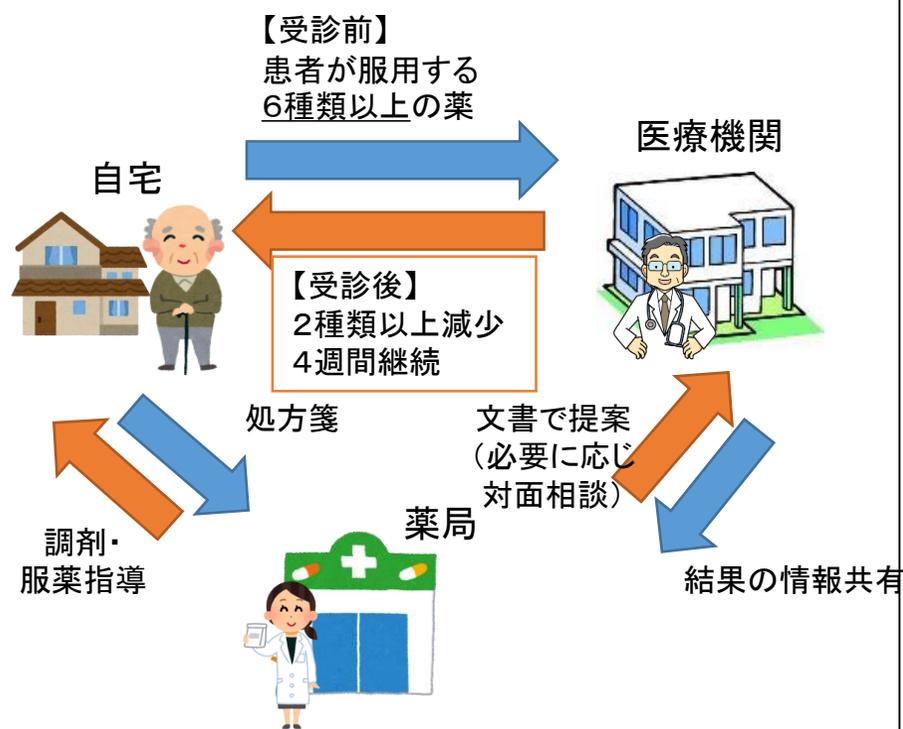
服用薬剤調整支援料1

125点

[算定要件]

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- (1) 当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上(うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
- (2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
- (3) 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
- (4) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。



	算定回数 (回)
服用薬剤調整支援料 1	402

薬局における対人業務の評価の充実 ①

外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

- 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について評価を行う。

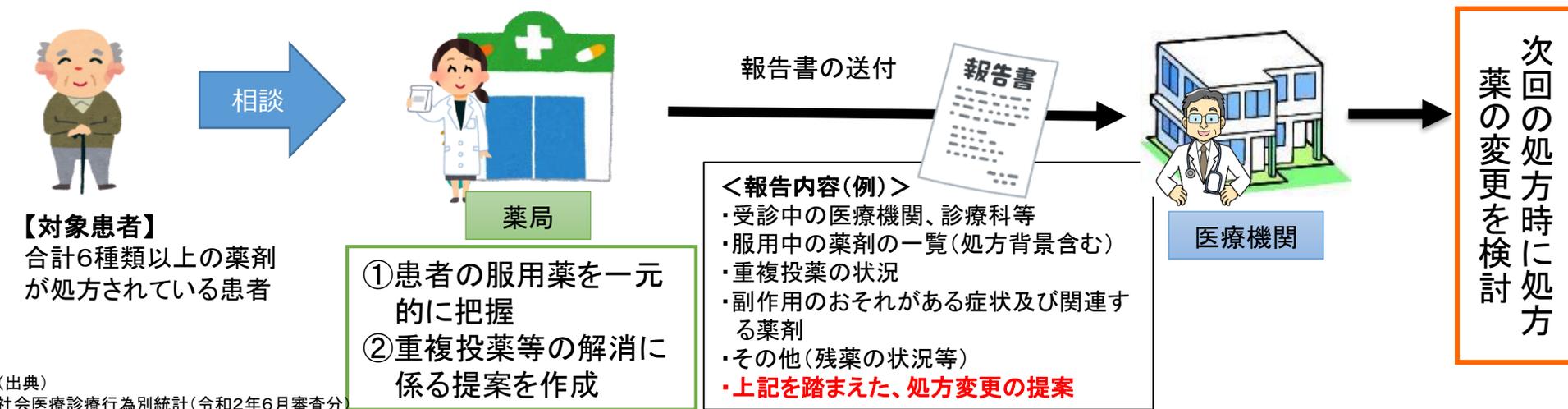
服用薬剤調整支援料2 100点 (3月に1回まで)

	算定回数 (回)
服用薬剤調整支援料2	703

[算定要件]

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案^(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。

※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案

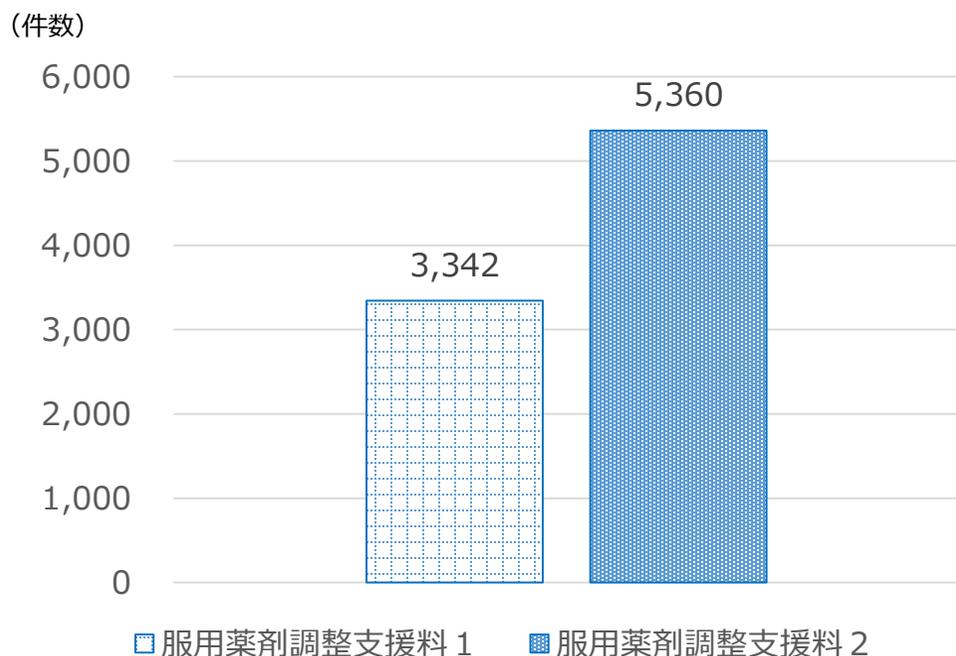


(出典) 社会医療診療行為別統計(令和2年6月審査分)

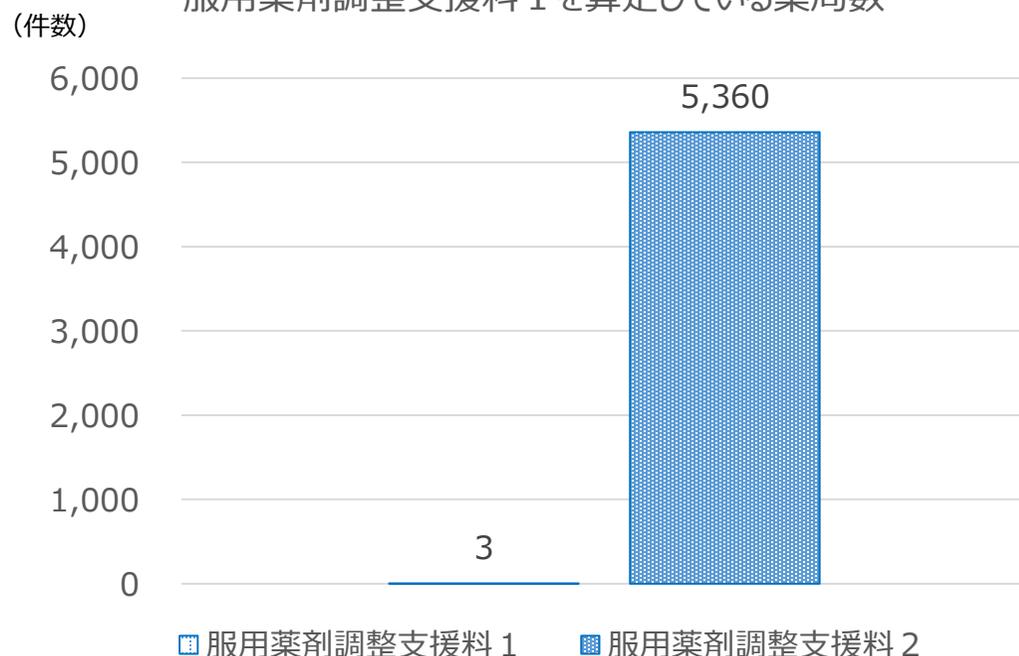
服用薬剤調整支援料の算定状況

- 令和2年度において、服用薬剤調整支援料1を算定している保険薬局は3,342件、服用薬剤調整支援料2を算定している保険薬局は5,360件であった。
- 令和2年度において、服用薬剤調整支援料2を算定している保険薬局のうち、服用薬剤調整支援料1を算定している保険薬局は3件であった。

服用薬剤調整支援料を算定している薬局数※



服用薬剤調整支援料2を算定している薬局のうち
服用薬剤調整支援料1を算定している薬局数※



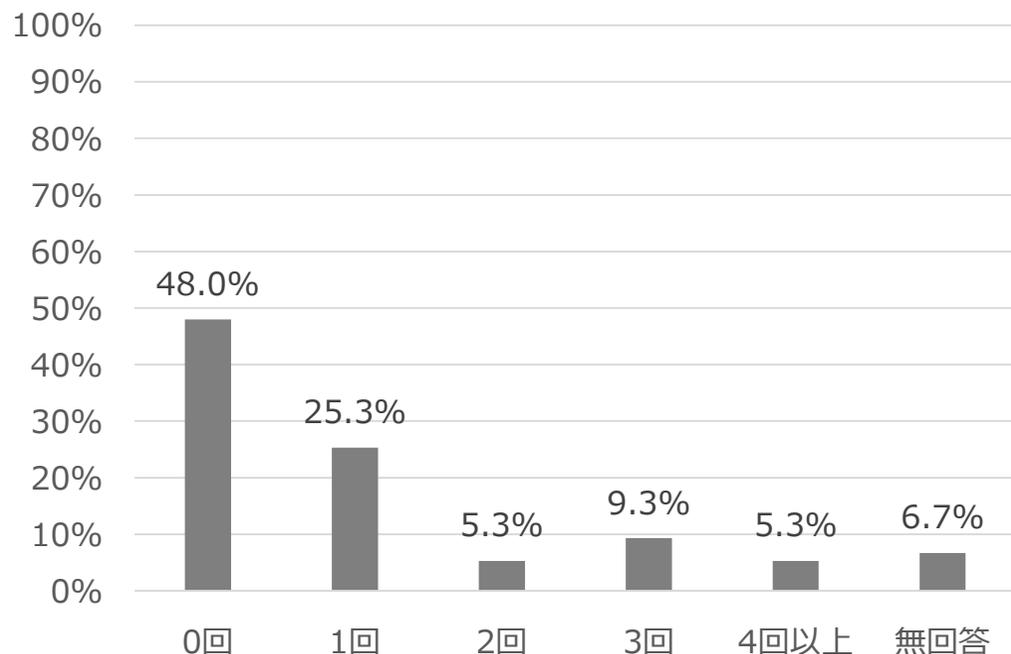
※ 令和2年度における当該点数の算定薬局数

服用薬剤調整支援料の算定回数別の薬局数

- 令和3年4月～6月において服用薬剤調整支援料1の算定回数が1回以上の薬局は約52.0%であった。
- 令和3年4月～6月において服用薬剤調整支援料2の算定回数が1回以上の薬局は約56.5%であった。

令和3年4月～6月における

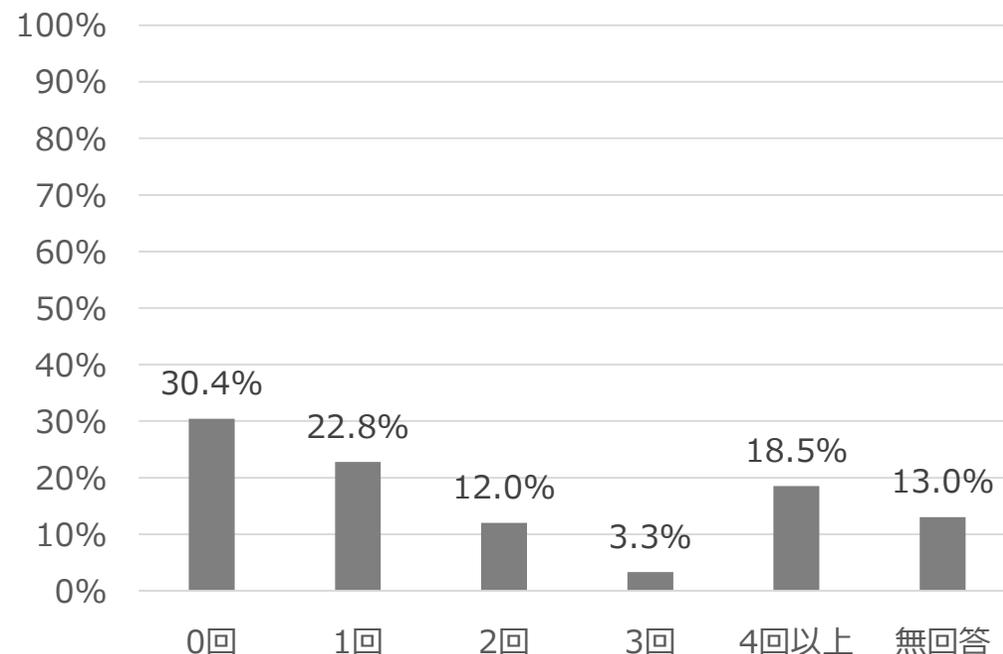
服用薬剤調整支援料1の算定回数別の薬局割合※1



※1 調査薬局 (n=887) のうち、令和3年7月1日の時点で服用薬剤調整支援料1を算定している薬局 (n=75)

令和3年4月～6月における

服用薬剤調整支援料2の算定回数別の薬局割合※2

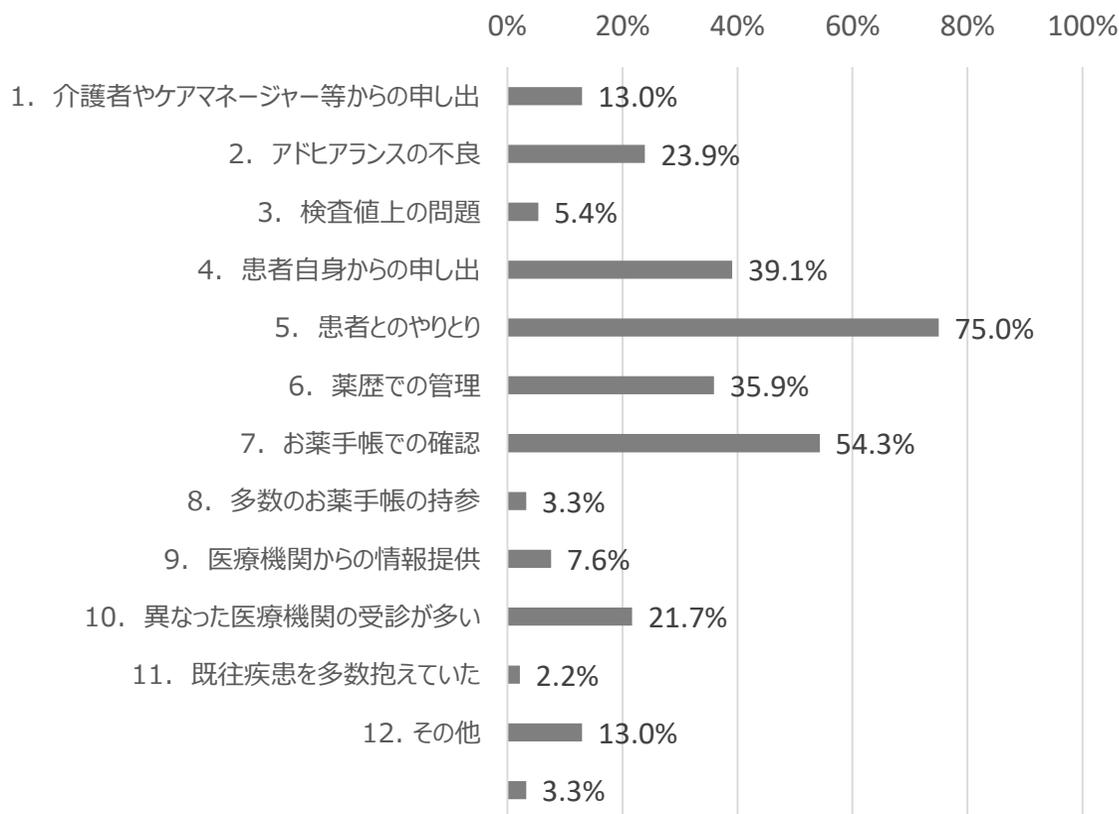


※2 調査薬局 (n=887) のうち、令和3年7月1日の時点で服用薬剤調整支援料2を算定している薬局 (n=92)

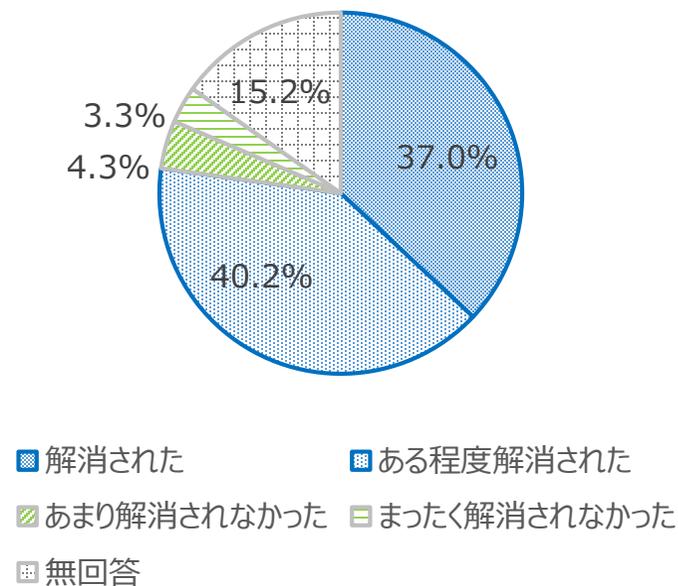
服用薬剤調整支援料 2 を算定している薬局について

- 服用薬剤調整支援料 2 を算定している薬局において、重複投薬等の解消の提案を行うきっかけとして、「患者とのやりとり」、「お薬手帳での確認」や「薬歴での管理」という回答が多かった。
- 服用薬剤調整支援料 2 を算定している薬局において、重複投薬等の解消の提案により重複投薬が解消されたと回答した薬局は約77.2%であった。

服用薬剤調整支援料 2 を算定している薬局において
重複投薬等の解消の提案を行うきっかけ (回答薬局数=92)



服用薬剤調整支援料 2 を算定している薬局において
提案により重複投薬が解消された薬局
(回答薬局数=92)



重複投薬、残薬解消に関する評価

重複投薬・相互作用等防止加算

薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

○重複投薬・相互作用等防止加算

- イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
- 残薬調整に係るものの場合 30点

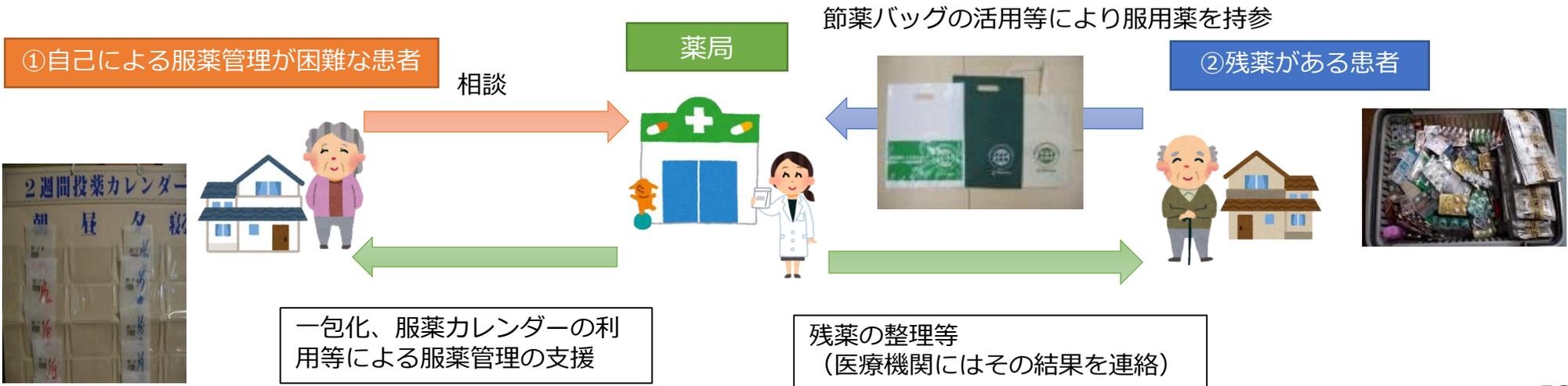
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
- 残薬調整に係るものの場合 30点

外来服薬支援料 185点（月1回まで）

○ 残薬解消に向けた薬局の以下の取組を評価

- (1) 自己による服薬管理が困難な患者に対し、患者や家族が持参した薬剤の一包化や服薬カレンダーの活用などにより薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援すること
※上記支援は、当該薬剤を処方した保険医に了解を得た上で行う。
- (2) いわゆるブラウンバック運動（患者や家族等に対して服用中の薬剤等を入れる袋等を薬局が提供し、患者等が持参した薬剤等について服薬管理を行う取組）を周知し、実際に患者等が持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を医療機関に情報提供すること

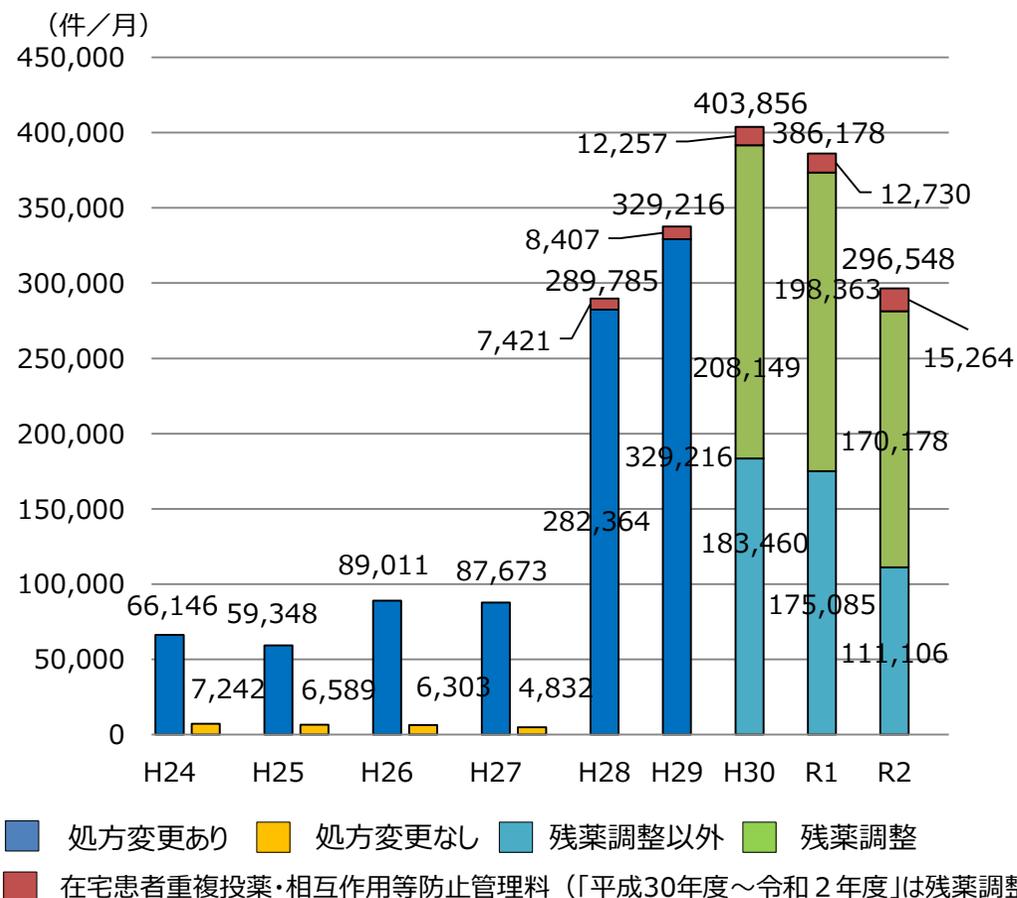


重複投薬、残薬解消に関する取組の実態

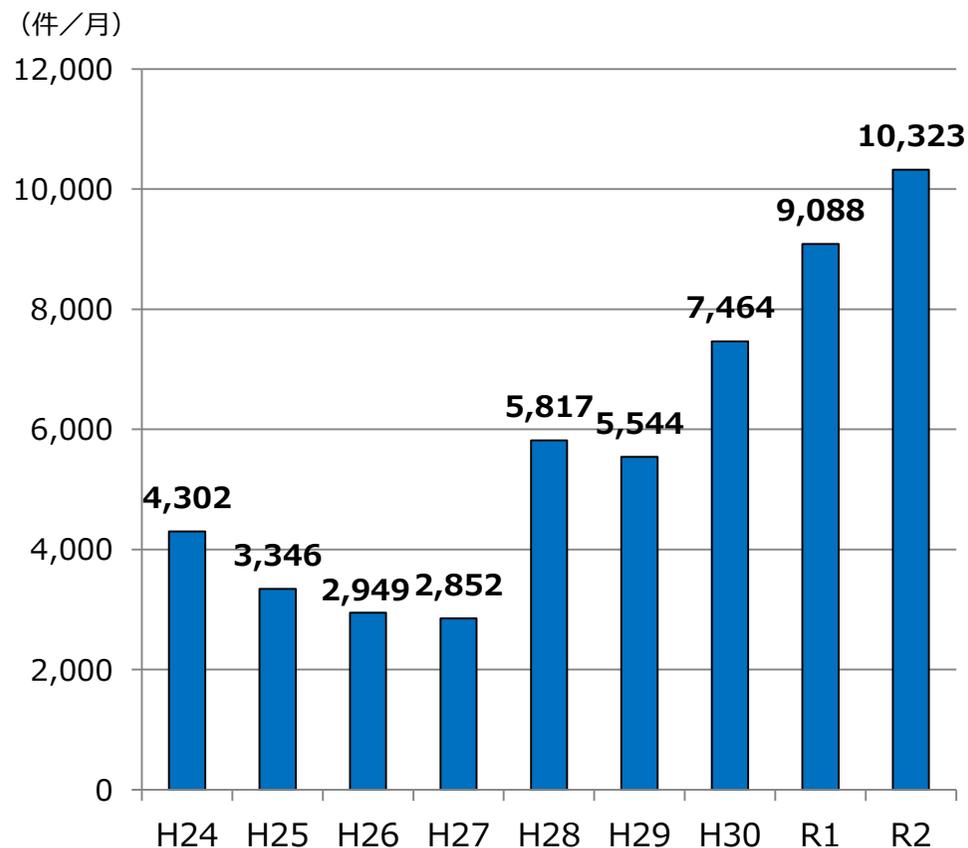
- 重複投薬・相互作用等防止加算の算定回数は平成28年度に増加した。
- 外来服薬支援料の算定回数は近年増加傾向にある。

➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



➤ 外来服薬支援料の算定回数



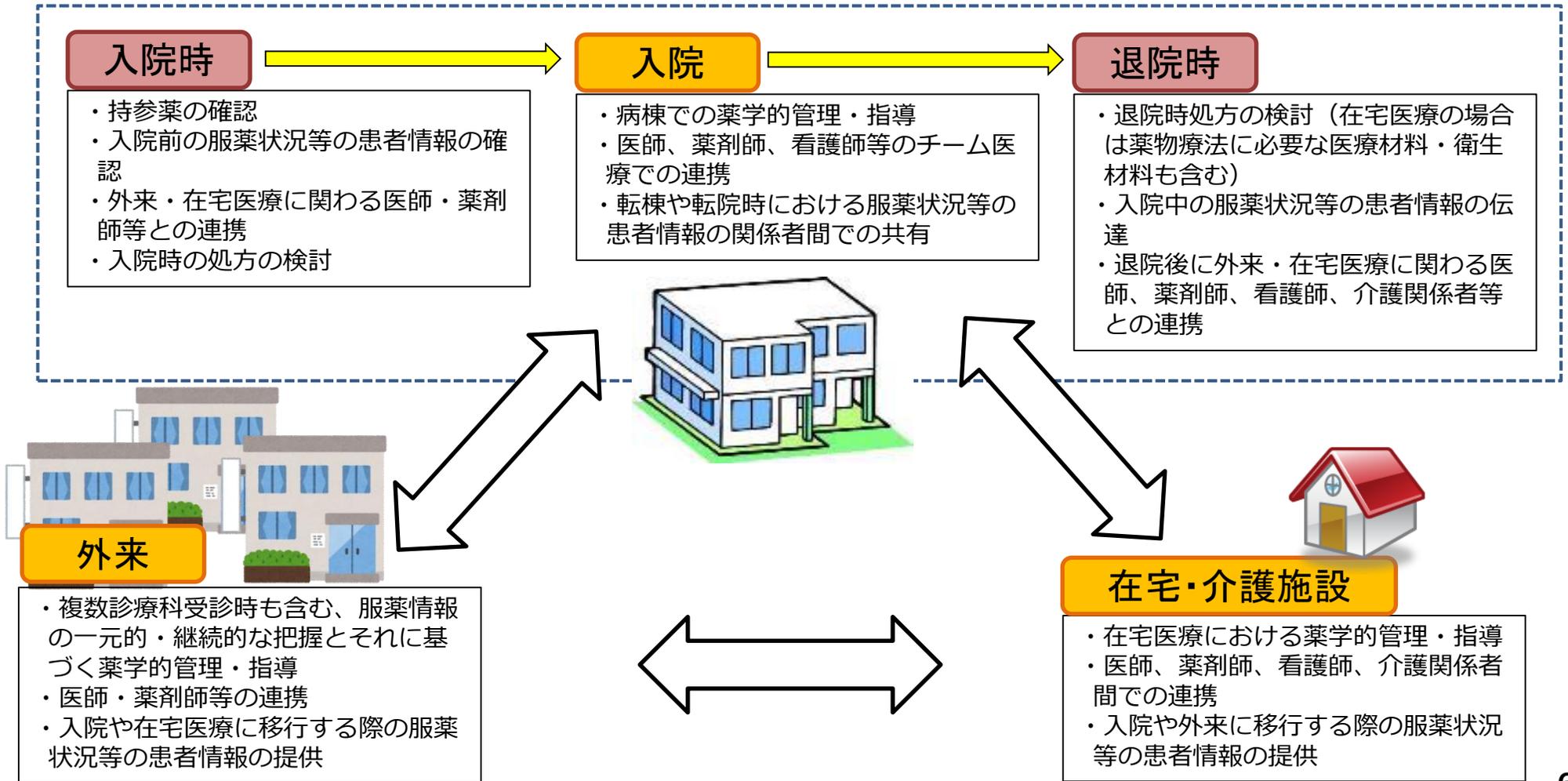
重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価

- ・ 令和2年度診療報酬改定において新設した服用薬剤調整支援料2は、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬が処方されている患者に対して、重複投薬等の解消に係る提案を行った場合について評価しているが、服用薬剤調整支援料2を算定した場合、実際に2種類以上の減薬が行われた場合であっても服用薬剤調整支援料1を算定できない。
- ・ 服用薬剤調整支援料2を算定している保険薬局のうち、服用薬剤調整支援料1を算定している保険薬局はほとんどなかった。
- ・ 一方で、服用薬剤調整支援料2を算定している薬局において、重複投薬等の解消の提案により重複投薬が解消されたと回答した保険薬局は約77.2%であった。

3. 対人業務に係る評価について

- ① 総論
- ② かかりつけ薬剤師・薬局の推進について
- ③ 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価
- ④ 保険薬局と保険医療機関との連携について
- ⑤ 医療的ケア児の薬学的管理について

- 安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療・介護サービスを提供する上で、患者の薬物療法に関しても、有効で安全な薬物療法を切れ目なく継続的に受けられるようにすることが必要。
- このため、薬物療法に関わる関係者が、患者の服薬状況等の情報を共有しながら、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが求められる。



薬剤師の業務に関する規定の見直し ー対人業務の充実ー (令和2年9月1日施行)

第1回 薬剤師の養成及び
資質向上等に関する検討会

令和2年7月10日

資料2

主な対人業務

処方内容のチェック（重複投与・飲み合わせ）、処方提案

調剤時の情報提供、服薬指導

調剤後の継続的な服薬指導、服薬状況等の把握

服薬状況等の処方医等へのフィードバック

在宅訪問での薬学的管理



➡ **調剤時に加えて、調剤後の服薬指導、継続的な服薬状況等の把握も義務として規定**

➡ **努力義務として規定**
(医療法においても、医師から薬剤師等に対して同様の規定あり)

主な対物業務

処方箋受取・保存

調製(秤量、混合、一包化)

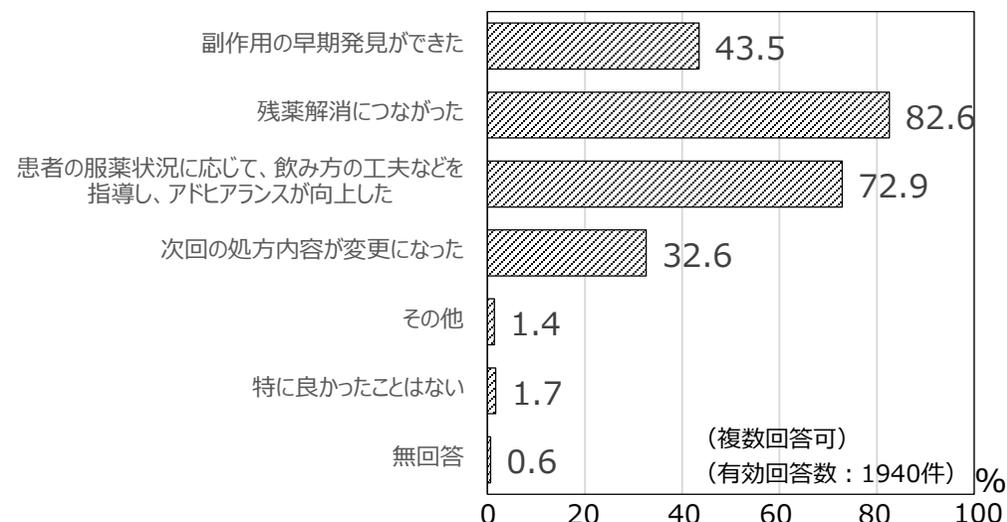
薬袋の作成

監査（交付する薬剤の最終チェック）

薬剤交付

在庫管理

● 調剤後に患者情報を継続的に把握する取組を行っていて良かったこと



(平成30年度「かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査」の薬局調査より)

薬局における対人業務の評価の充実

調剤後薬剤管理指導加算

- 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、医師の求めなどに応じて、地域支援体制加算を届け出ている薬局が調剤後も副作用の有無の確認や服薬指導等を行い、その結果を医師に情報提供した場合を評価する。

薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算 30点(月1回まで)

[対象保険薬局]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

[対象患者]

インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤(以下「インスリン製剤等」という。)を使用している糖尿病患者であって、新たにインスリン製剤等が処方されたもの又はインスリン製剤等に係る投薬内容の変更が行われたもの

[算定要件]

患者等の求めに応じて、

- ① 調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導
- ② その結果等を保険医療機関に文書により情報提供を行った場合に算定する。



薬局における対人業務の評価の充実 ③

吸入薬指導加算

- 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、吸入薬の使用方法について、文書での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、その指導内容を医療機関に提供した場合を評価する。

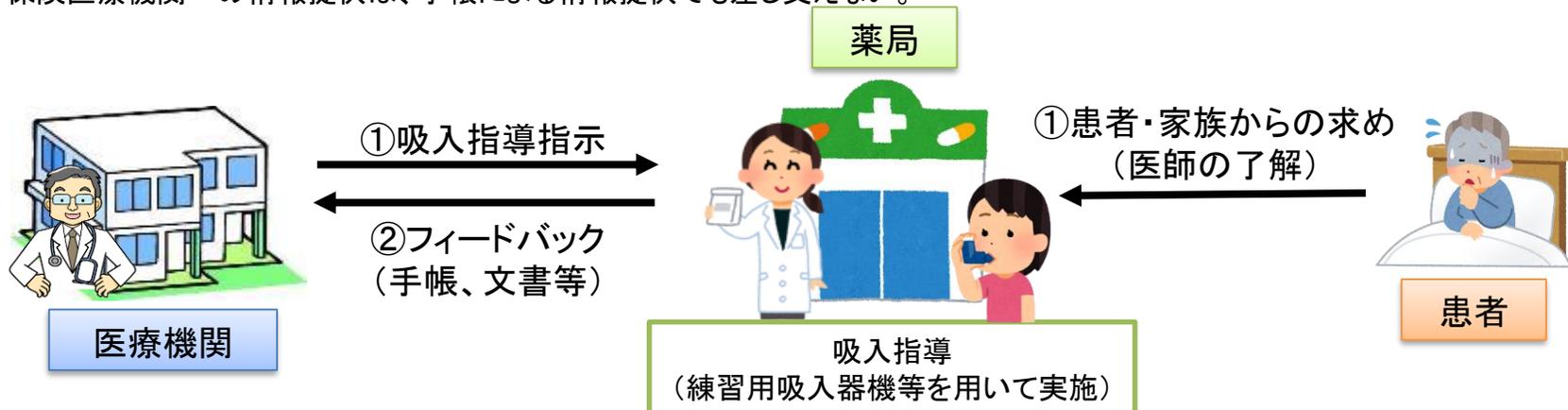
薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算 30点(3月に1回まで)

[算定要件]

喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって吸入薬の投薬が行われている患者に対して、当該患者等の求めに応じて、

- ① 文書及び練習用吸入器等を用いて吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かの確認、
- ② 保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に算定する。

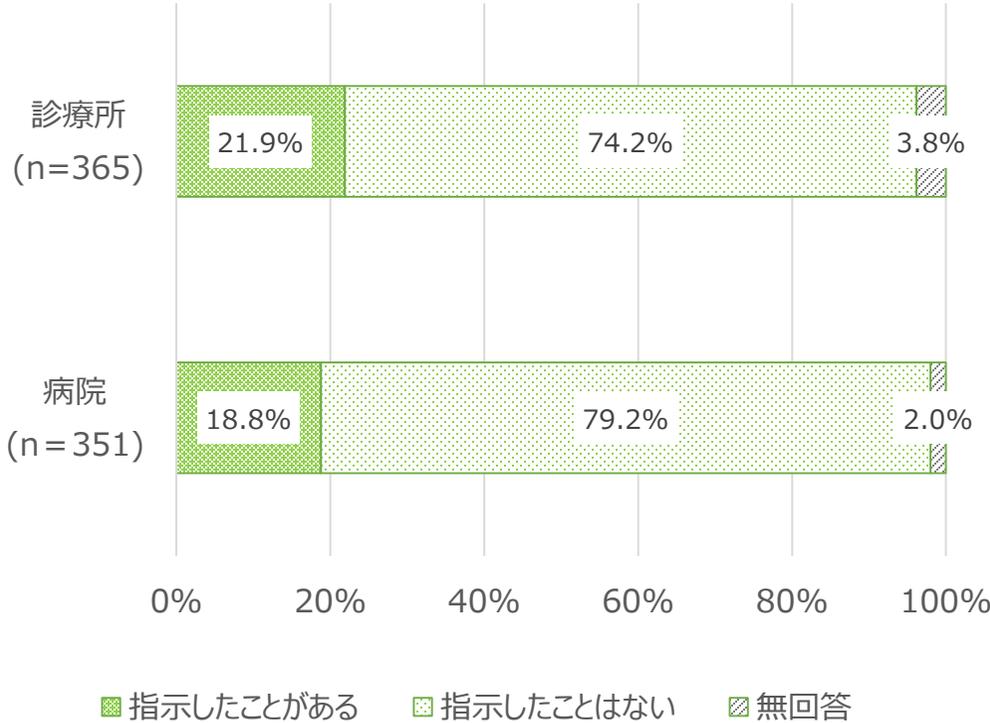
※ 保険医療機関への情報提供は、手帳による情報提供でも差し支えない。



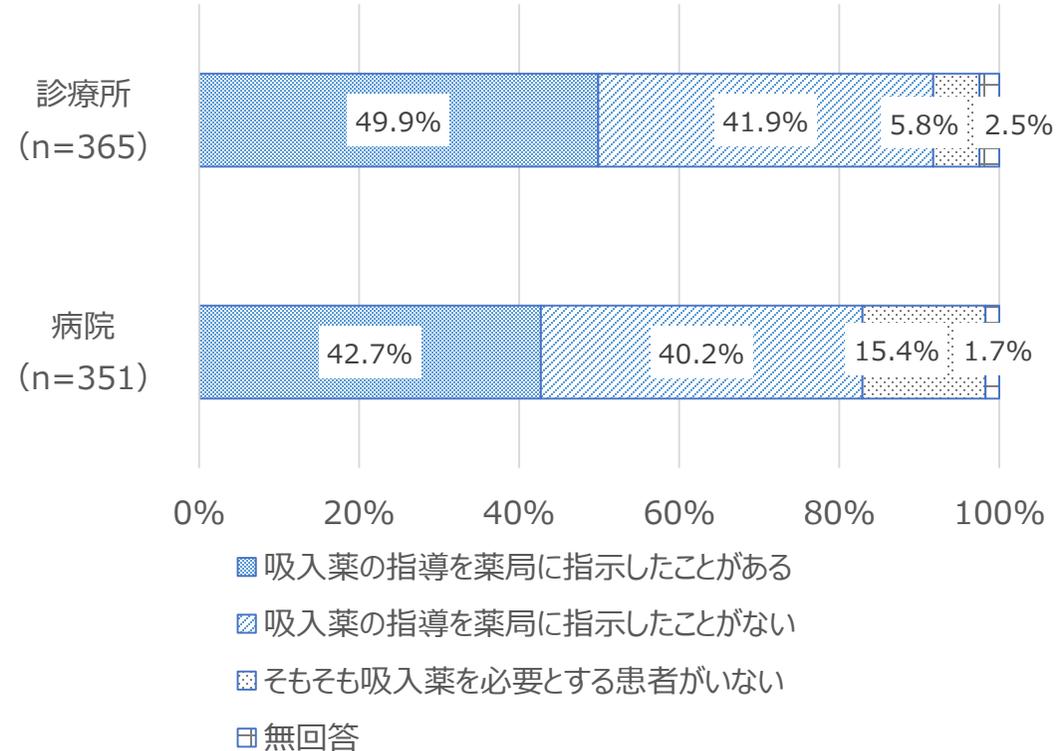
保険医療機関から保険薬局に対するフォローアップの指示について

- 糖尿病患者のフォローアップについて、保険薬局に指示したことがある医療機関の割合は、診療所が約21.9%、病院が約18.8%であった。
- 吸入薬の指導について、保険薬局に指示したことがある医療機関の割合は、診療所が約49.9%、病院が約42.7%であった。

糖尿病患者のフォローアップについて薬局に指示した
経験（診療所・病院別）



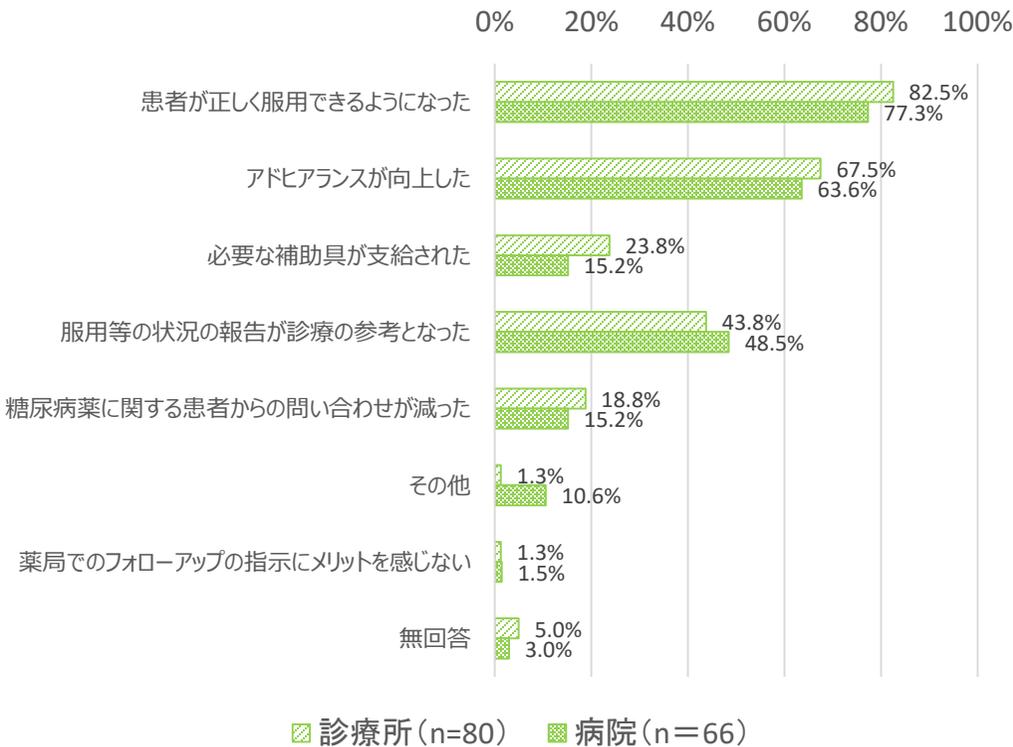
吸入薬の指導を薬局に指示した経験
（診療所・病院別）



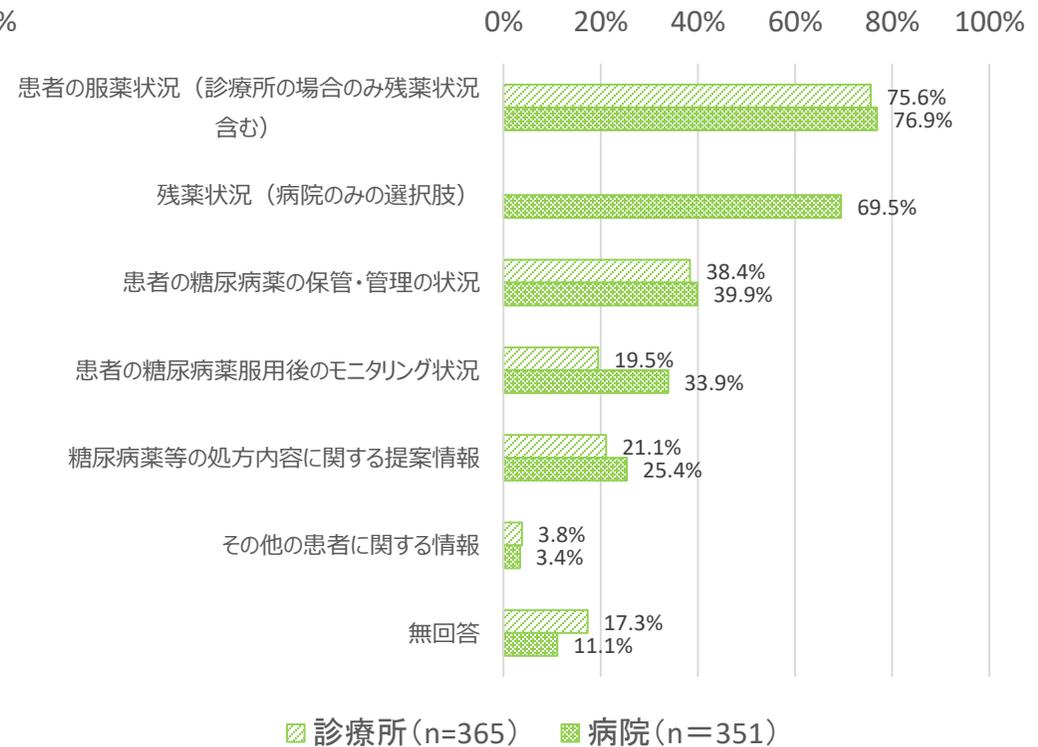
糖尿病患者のフォローアップについて

- 糖尿病患者のフォローアップを薬局に指示した場合、保険医療機関が感じるメリットとして、「患者が正しく服用できるようになった」、「アドヒアランスが向上した」、「服用等の状況の報告が診療の参考になった」という回答が多かった。
- 糖尿病患者のフォローアップに関して、保険医療機関において診療に役立つ情報として、保険薬局から共有される「患者の服薬状況」、「残薬状況」、「患者の糖尿病薬の保管・管理の状況」という回答が多かった。

糖尿病患者のフォローアップを薬局に指示した場合のメリット
(複数回答) ※



糖尿病患者のフォローアップに関して薬局からフィードバックされる情報のうち診療の役に立つ情報 (複数回答)



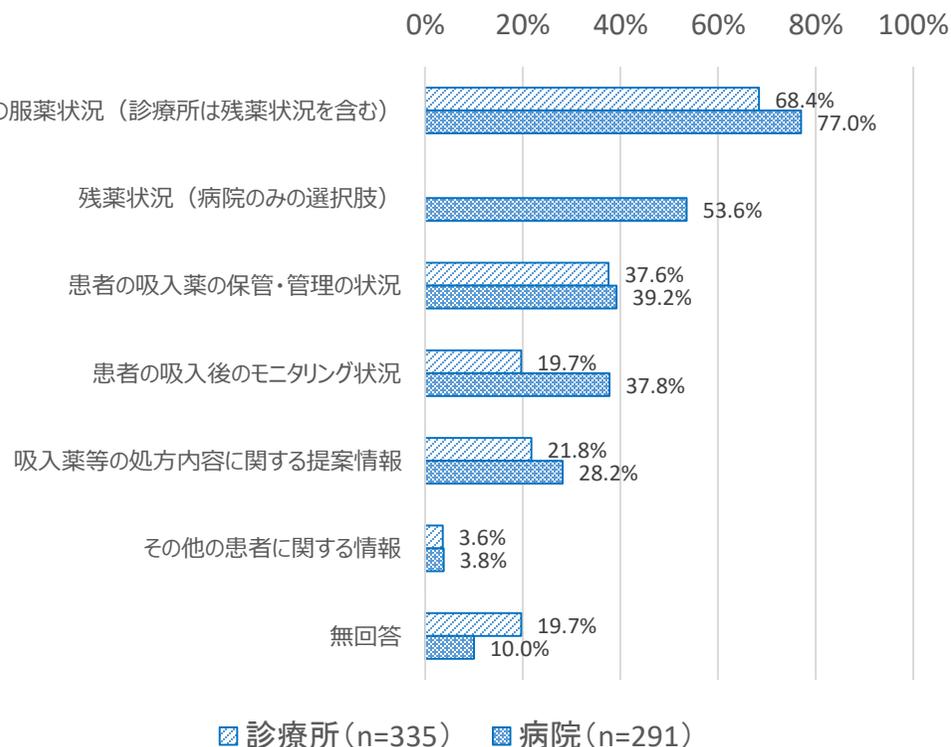
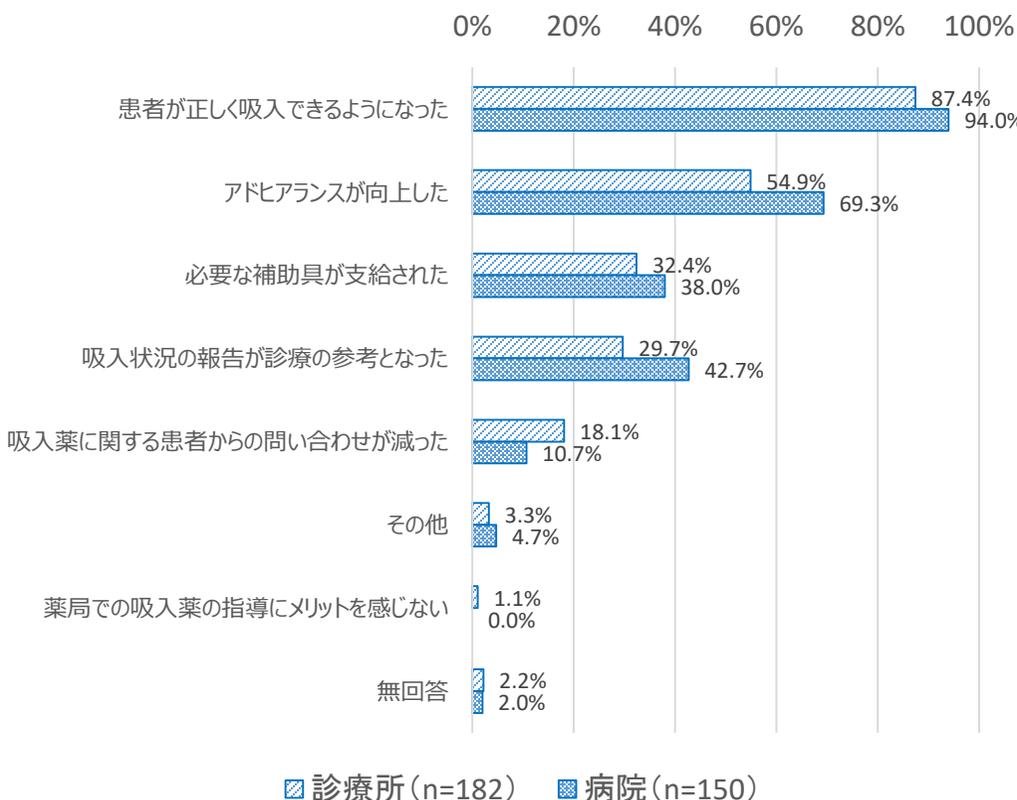
※糖尿病患者のフォローアップについて薬局に指示したことがあると回答した医療機関

吸入薬指導について

- 吸入薬指導を薬局に指示した場合、保険医療機関が感じるメリットとして、「患者が正しく吸入できるようになった」、「アドヒアランスが向上した」、「吸入状況の報告が診療の参考になった」という回答が多かった。
- 吸入薬指導に関して、保険医療機関において診療に役立つ情報として、保険薬局から共有される「患者の服薬状況」、「残薬状況」、「患者の吸入薬の保管・管理の状況」という回答が多かった。

薬局で吸入薬の指導をした場合のメリット（複数回答）※

吸入薬のフォローアップに関して薬局からフィードバックされる情報のうち診療の役に立つ情報（複数回答）



※吸入薬指導を薬局に指示したことがあると回答した医療機関

薬局における対人業務の評価の充実 ②

がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

- 薬局が患者のレジメン(治療内容)等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について評価を行う。

薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2 100点(月1回まで)

[対象患者]

連携充実加算を届け出ている保険医療機関で抗悪性腫瘍剤を注射された患者であって、当該保険薬局で抗悪性腫瘍剤や制吐剤等の支持療法に係る薬剤の調剤を受ける患者

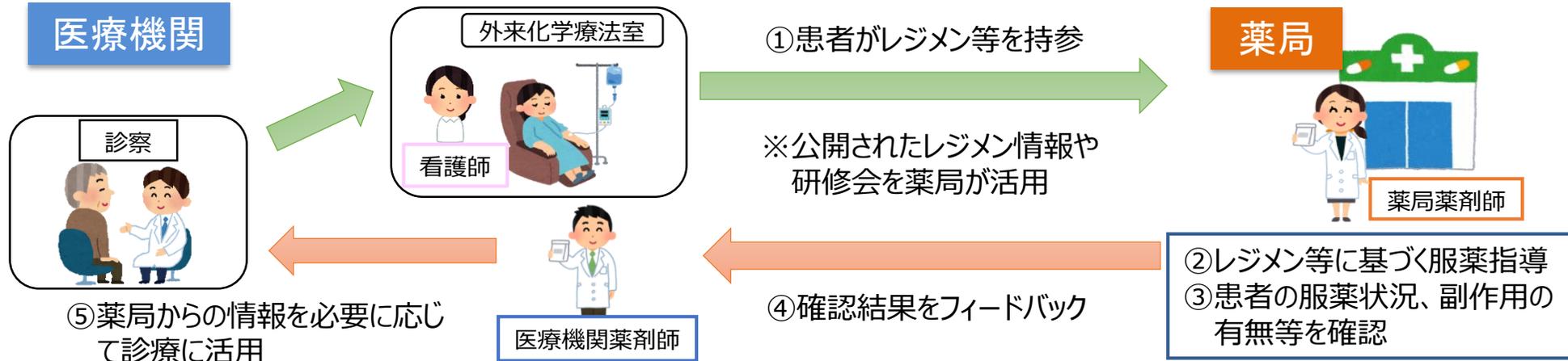
[算定要件]

①レジメン(治療内容)等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、②電話等により、抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、服用状況や副作用の有無等を患者等に確認し、③その結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
- (2) 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に年1回以上参加していること。

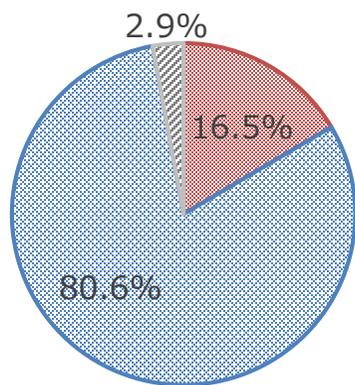
※ 経過措置として、令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。



特定薬剤管理指導加算 2 の届出状況について

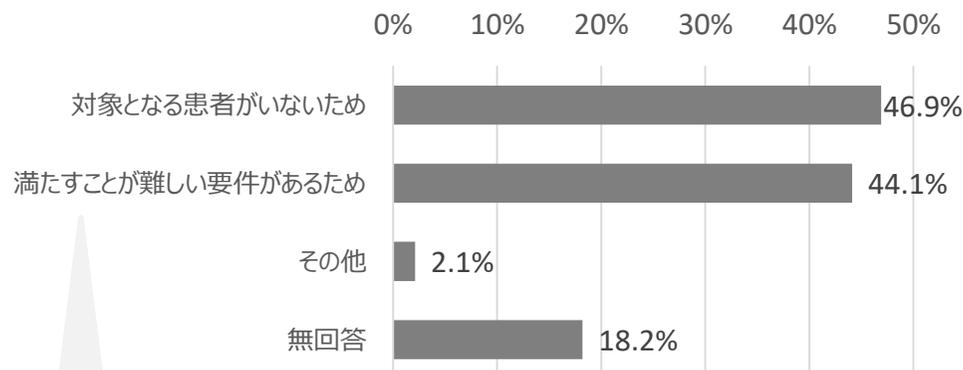
- 特定薬剤管理指導加算 2 の届出を行っていない保険薬局は約80.6%であり、届出なしの理由としては「対象となる患者がいないため」や「満たすことが難しい要件があるため」が多かった。
- 満たすことが難しい要件のうち、「保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師が年 1 回以上参加していること」が最も多く、約83.5%であった。

特定薬剤管理指導加算 2 の届出状況
(令和 3 年 7 月 1 日時点) (回答薬局数=887)



■ 届出あり ■ 届出なし ■ 無回答

特定薬剤管理指導加算 2 の届出なしの理由 (回答薬局数=715, 複数回答)



▼ 満たすことが難しい要件の内訳 (回答薬局数=315, 複数回答)



- 保険薬剤師としての勤務経験を 5 年以上有する薬剤師が勤務していること
- 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターをするなど、患者のプライバシーに配慮していること
- 麻薬及び向精神薬取締法第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制が整備されていること
- 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師が年 1 回以上参加していること
- 無回答

薬局における退院時共同指導料の算定回数の推移

○ 薬局での退院時共同指導料の算定回数は令和2年度を除き増加傾向であるが、多くない。

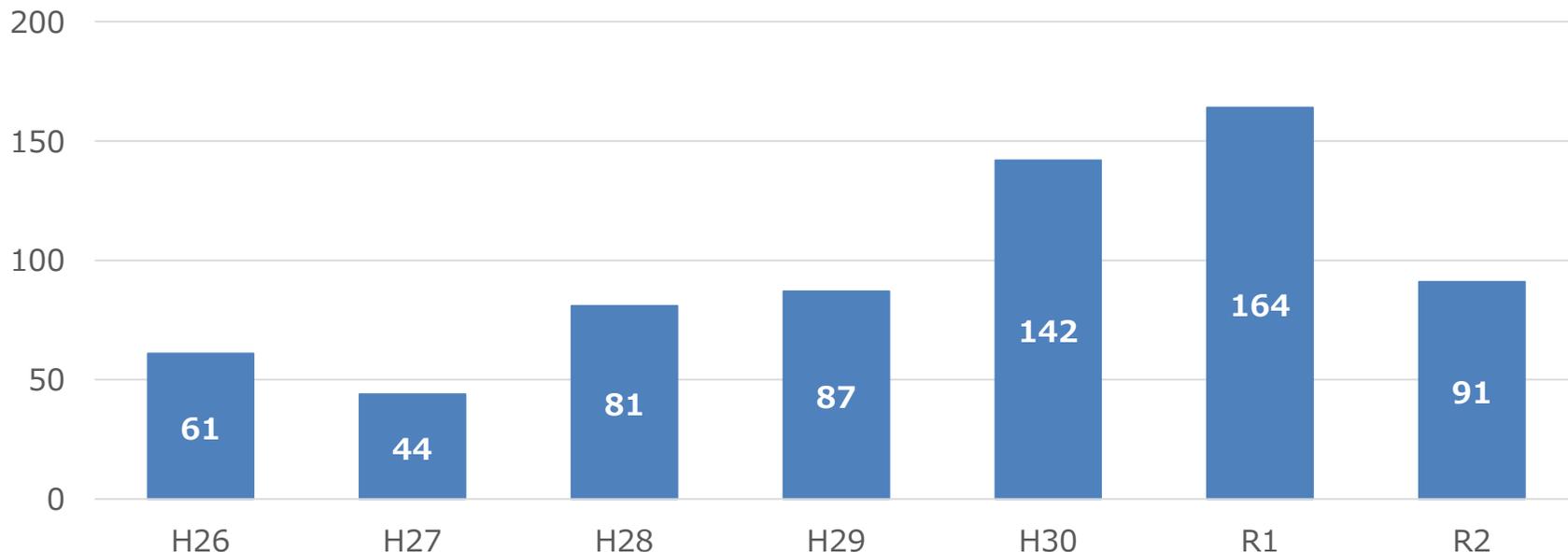
退院時共同指導料 600点

【算定要件】

保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

※原則として、薬局の薬剤師が医療機関に赴いて行われるが、医療資源の少ない地域に属するものであって、やむを得ない事情により、医療機関に赴くことができないときは、ビデオ通話を用いて共同指導を行った場合でも算定可能である。

退院時共同指導料の算定回数（回数／各年6月審査分）



退院時における保険医療機関と薬局の連携

退院時薬剤情報管理指導料

- 退院時薬剤情報管理指導料について、患者の退院時における保険医療機関から保険薬局への情報提供に関する記載について見直しを行う。

[留意事項通知(抜粋)]

(1) 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、**必要に応じ保険薬局に照会するなどして**薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等(医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。)を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳(区分番号「B011-3」薬剤情報提供料の(2)に掲げる手帳をいう。以下同じ。)に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第1章第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

(2)、(3)略

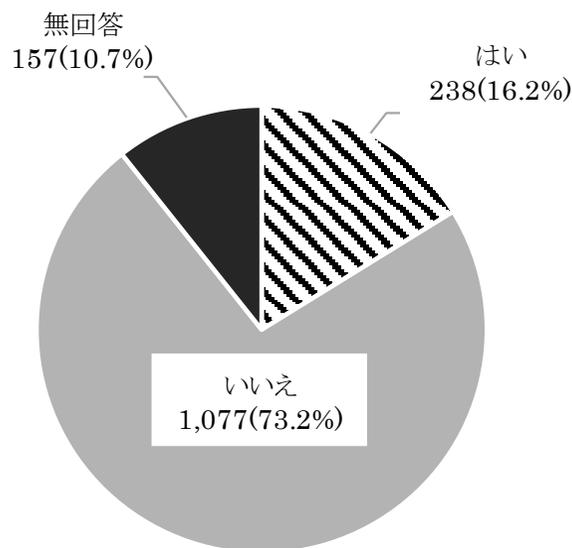
(4) 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導(保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方箋を提出する際に手帳を掲示する旨の指導を含む。)を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載すること。**なお、退院後、在宅療養を必要とする患者であって、手帳にかかりつけ薬剤師の氏名が記載されている場合は、退院後の薬学的管理及び指導に関しかかりつけ薬剤師への相談を促すように努めること。**

また、入院時に当該患者が持参した医薬品の服薬状況等について保険薬局から提供を受けた場合には、患者の退院に際して、患者の同意を得たうえで、当該保険薬局に対して当該患者の入院中の使用薬剤や服薬の状況等について情報提供すること。

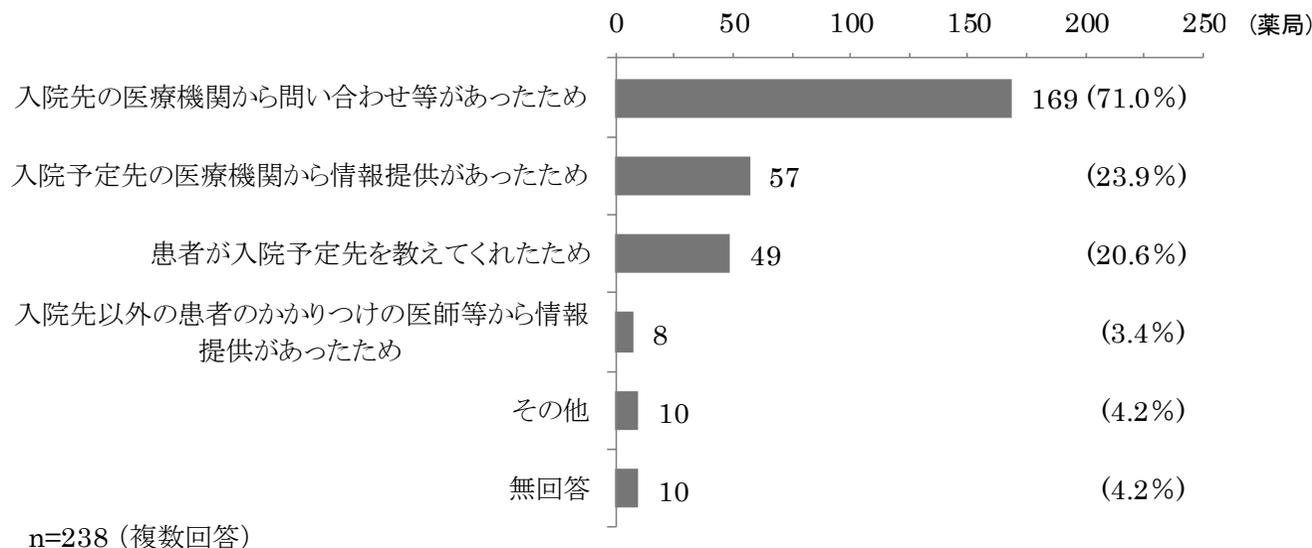
2. 薬局 (3) 医療機関等との連携体制 (患者入院時の医療機関への情報提供)

- かかりつけ患者等の入院時、医療機関へお薬手帳以外の書面を用いて情報提供を行うことがある割合は16.2%であった。
- このうち、平成31年1月～令和元年12月の1年間における情報提供のきっかけは、「入院先の医療機関から問い合わせ等があったため」が71.0%で最も多い。

情報提供の有無



情報提供のきっかけ

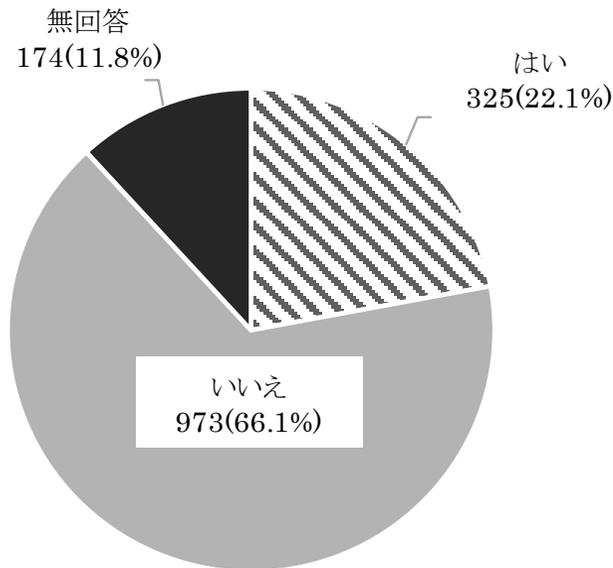


3. 働き方に関する調査 ①薬局の施設調査

2. 薬局 (3) 医療機関等との連携体制 (患者退院時の医療機関からの情報提供)

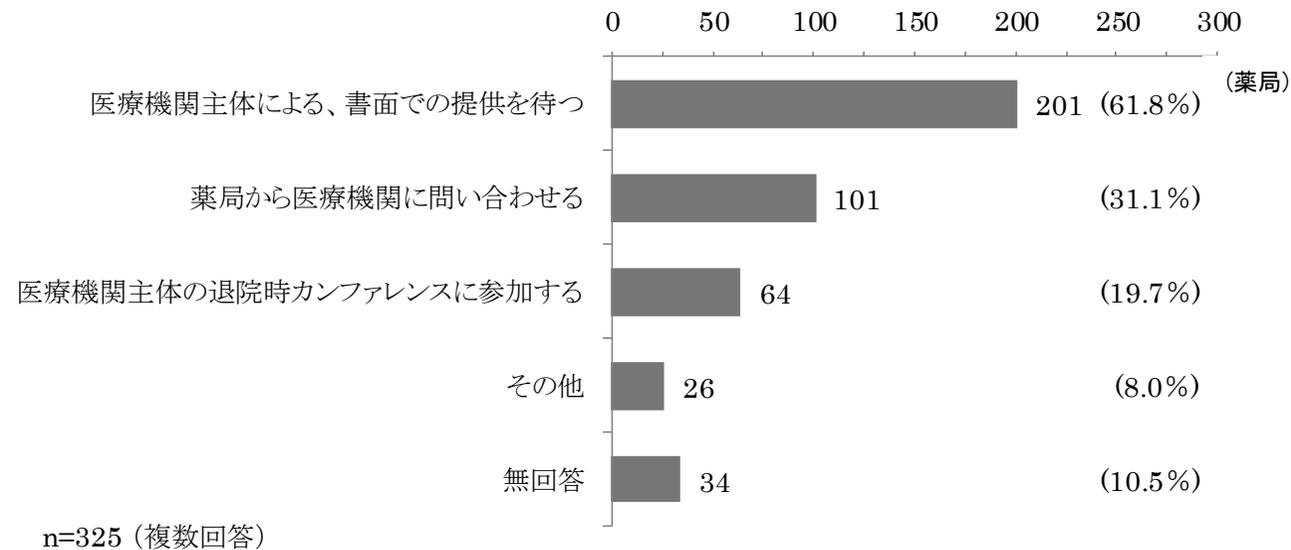
- かかりつけ患者等の退院時、医療機関から情報を共有する体制がある割合は22.1%であった。
- このうち、平成31年1月～令和元年12月の1年間における医療機関からの情報提供の手段としては「医療機関主体による、書面での提供を待つ」が61.8%と最も多い。

情報提供の有無



n=1,472

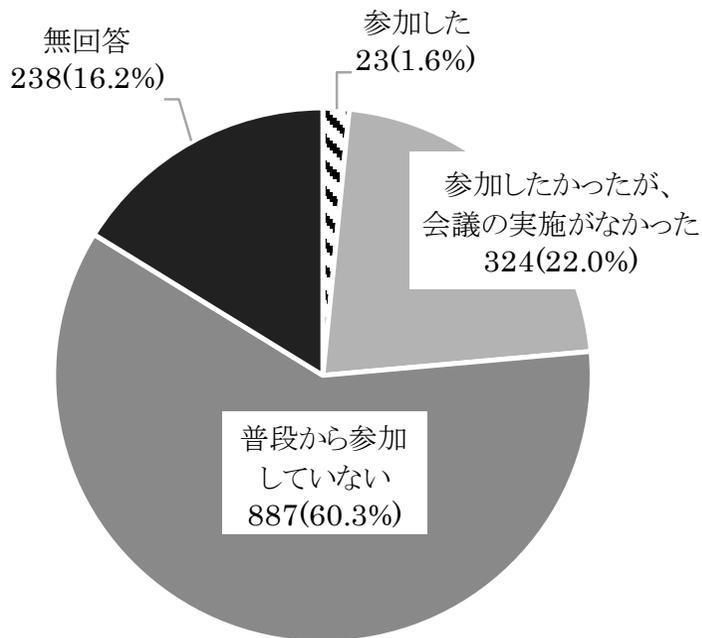
情報提供の手段



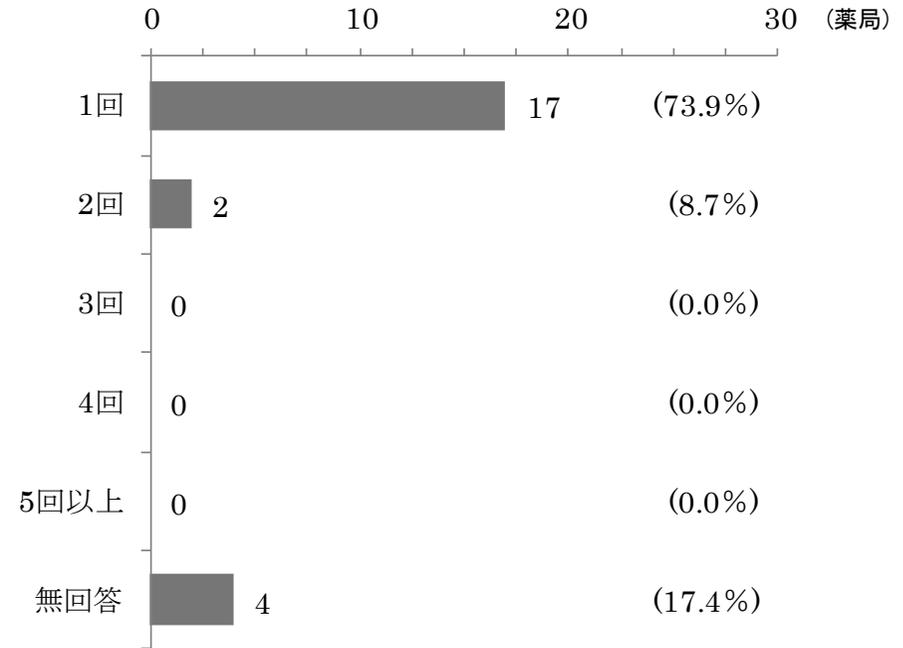
2. 薬局 (3) 医療機関等との連携体制 (関係会議等への参加① (退院時カンファレンス))

- 令和2年9月における退院時カンファレンスへの参加実績は1.6%であったが、「参加しなかったが会議実績がなかった」が22.0%であり、参加意思のある薬局が約2割であった。
- 参加実績のある薬局のうち、参加回数は「1回/1カ月」が最も多い(73.9%)。

参加実績の有無



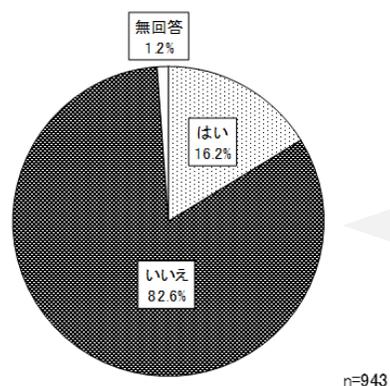
参加回数



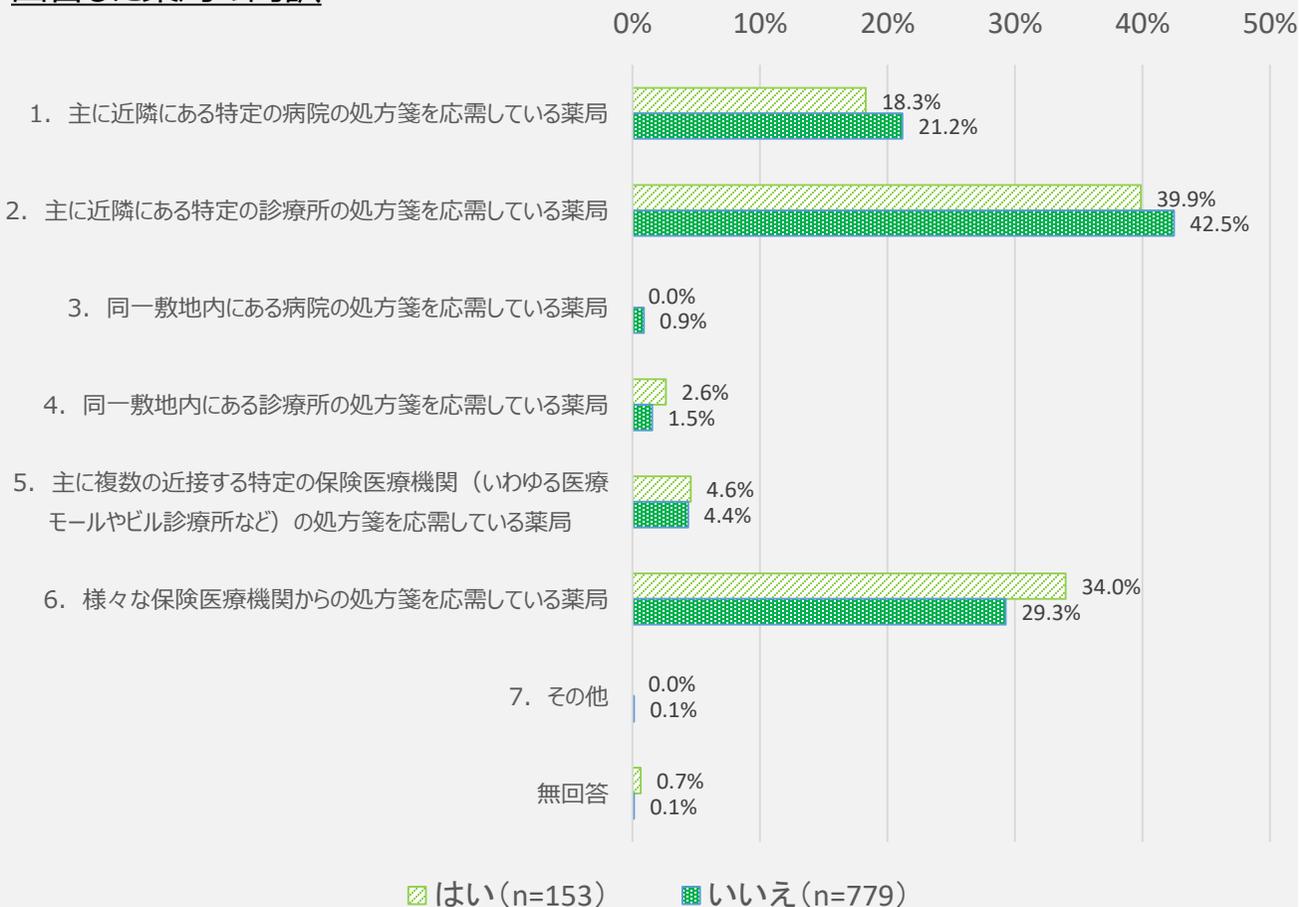
保険薬局における入院前の持参薬整理

- 患者が入院する際に、医療機関に代わって持参薬の確認と整理等を行っているかについては、「はい」が約16.2%であった。また、持参薬の確認方法については、「お薬手帳」が約90.2%で最も多く、次いで「現品の確認」が約69.9%であった。

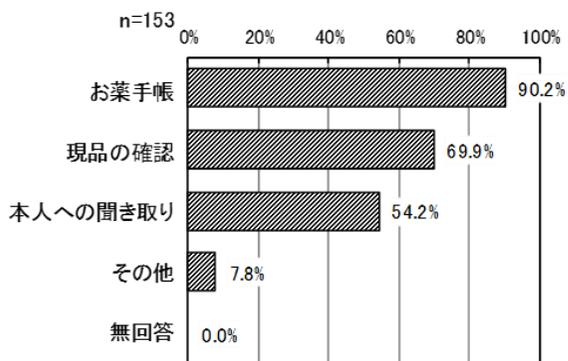
(1) 患者が入院する際に、医療機関に代わって持参薬の確認と整理等を行っているか



回答した薬局の内訳



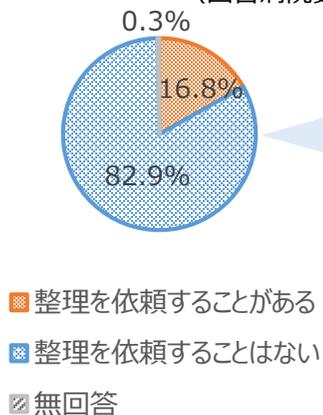
(2) 持参薬の確認方法



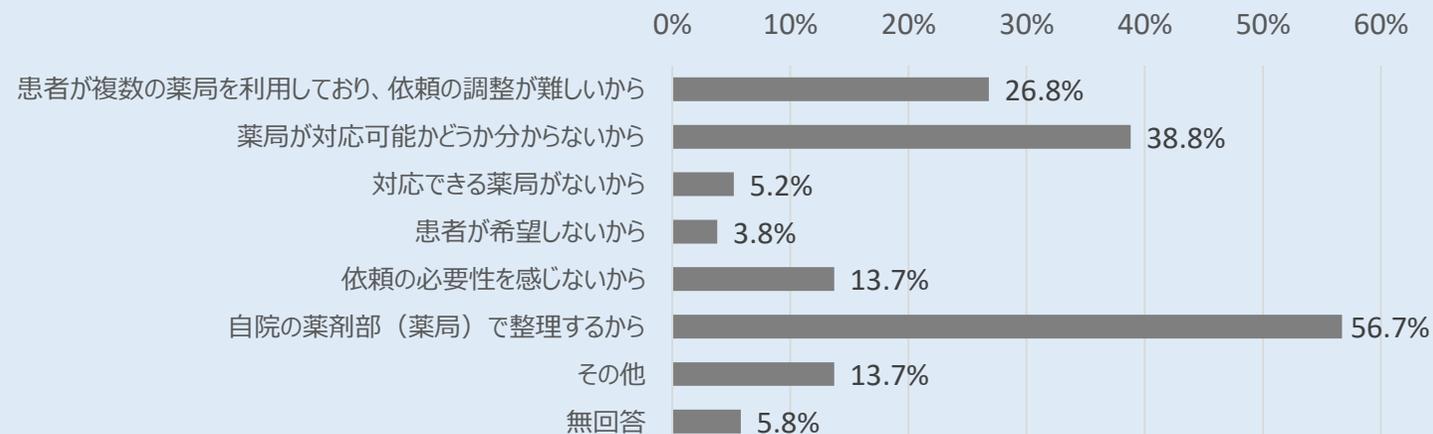
医療機関における入院時の持参薬整理①

- 入院前に持参薬の整理を依頼しない理由としては「自院の薬剤部（薬局）で整理するから」や「薬局が対応可能かどうか分からないから」といった回答が多かった。
- 入院時に薬局に担ってほしい支援としては「普段の服用状況、副作用の状況等の情報提供」、「持参薬の管理」や「重複投薬等の有無の確認」といった回答が多かった。

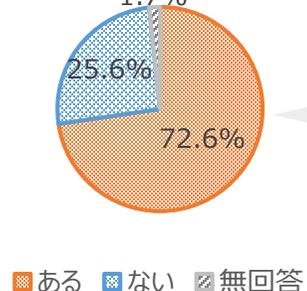
入院前に薬局に
患者の持参薬の整理を依頼すること
(回答病院数=351)



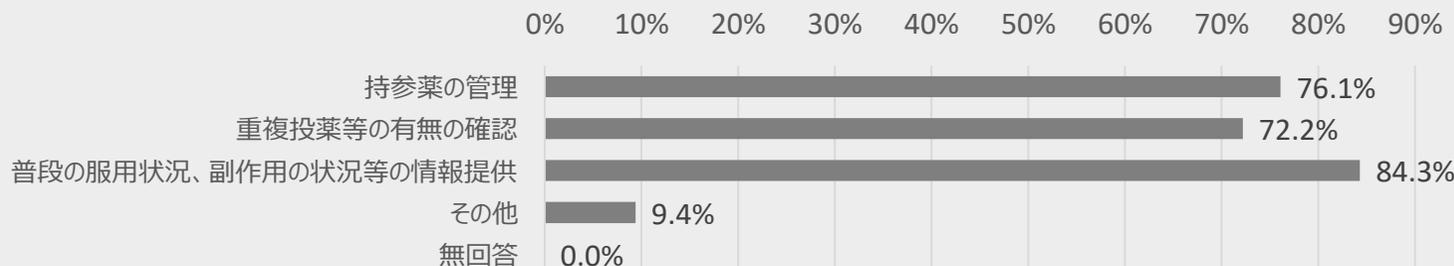
▼薬局に持参薬の整理を依頼しない理由 (回答病院数=291, 複数回答)



入院時に薬局に担ってほしい支援
(回答病院数=351)



▼入院時に薬局に担ってほしい支援の内訳 (回答病院数=255, 複数回答)

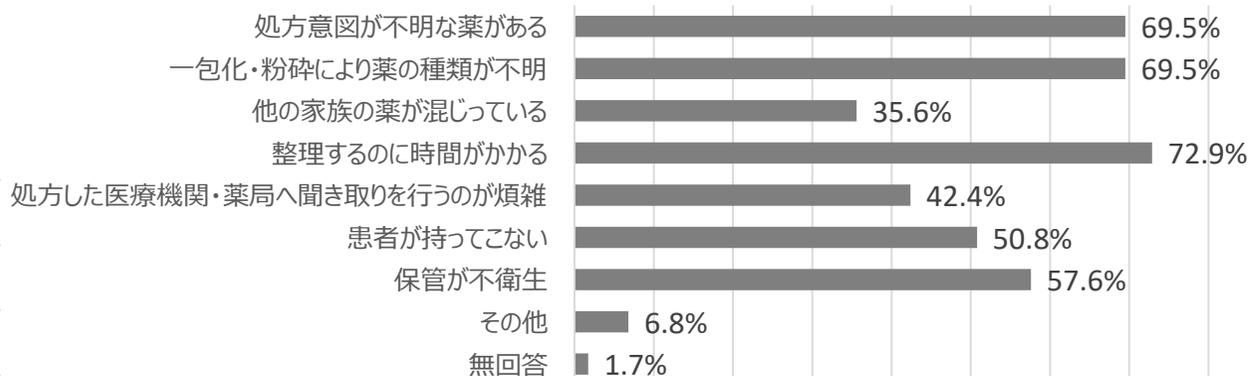


医療機関における入院時の持参薬整理②

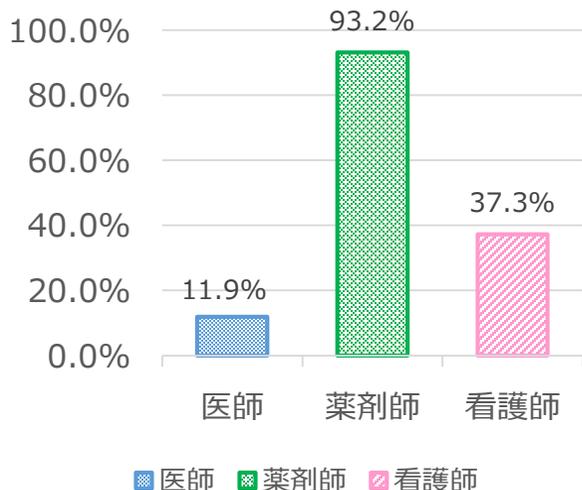
- 病院において持参薬整理の際に困ることとしては、「持参薬を整理するのに時間がかかる」や「処方意図が不明な薬がある」といった回答が多かった。
- 病院において持参薬整理の際に必要な情報としては、「他医療機関への受診状況」、「入院前に中止している医薬品」や「服用中だが持参していない薬」といった回答が多かった。

▼ 持参薬の整理の際に困ること (回答病院数=59, 複数回答)

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

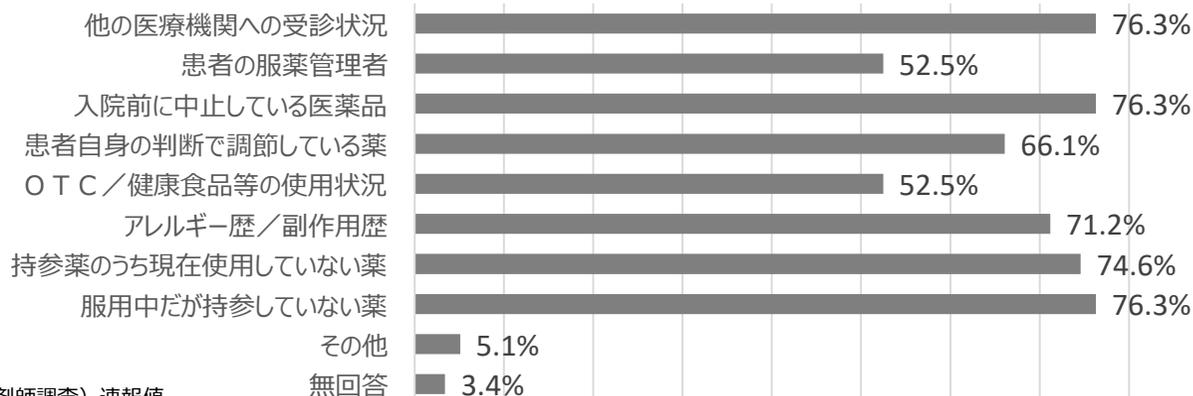


院内の持参薬整理
(回答病院数=59, 複数回答)



▼ 持参薬の整理の際に必要な情報 (回答病院数=59, 複数回答)

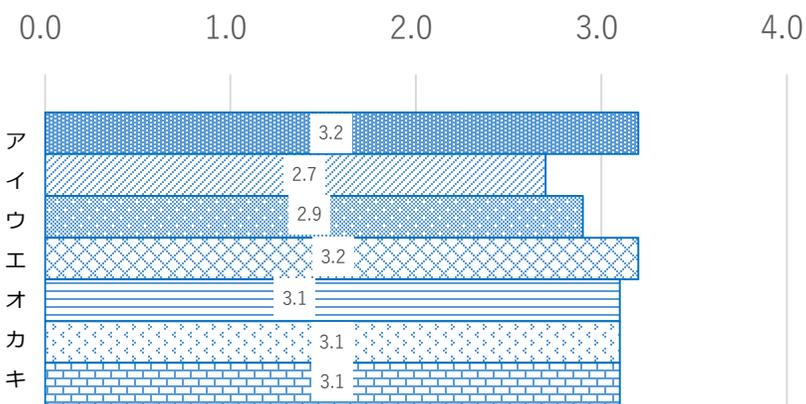
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%



医療機関における入院時の持参薬整理③

○ 入院時における薬局薬剤師からの情報提供文書については、「持参薬確認の負担軽減につながった」や「持参薬が起因する医療事故のリスク軽減につながった」といった回答が多かった。

入院時における薬局薬剤師との情報連携において
薬局薬剤師からの情報提供文書の有用性※1

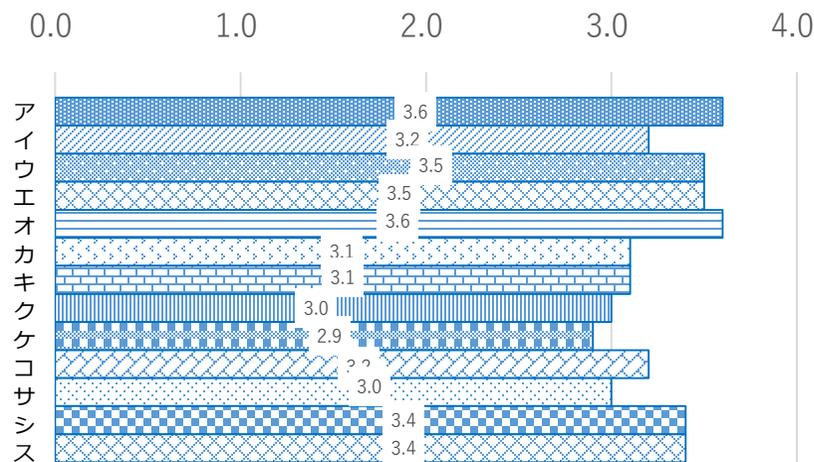


- ア. 持参薬確認の負担軽減につながった
- イ. 薬剤総合評価調整加算等への取組みに活かされた
- ウ. 持参薬が起因する医療事故のリスク軽減につながった
- エ. カルテへの持参薬内容の反映がスムーズになった
- オ. 病棟薬剤業務の充実につながった
- カ. 薬剤管理業務の充実につながった
- キ. 調剤業務の円滑な実施につながった

(入院時に薬局薬剤師から情報提供文書を受けたことがある病院薬剤師=11)

※1 1：思わない、2：どちらかといえば思わない、3：どちらかといえばそう思う、4：そう思う

これまで薬局薬剤師から提供された情報提供文書について、有用であった内容※2



- ア. 処方の経緯（処方追加、増減量、中止など）
- イ. 症状の経過
- ウ. 服薬状況
- エ. 特殊な調剤方法
- オ. 実際の服用法（頓服、外用、調節服用など）
- カ. アレルギー、副作用歴
- キ. 禁忌などの相互作用
- ク. 患者のADL
- ケ. 嚥下状態
- コ. 本人・家族について
- サ. 検査値
- シ. 入院前の薬物療法の評価
- ス. 投与経路

(入院時に薬局薬剤師から情報提供文書を受けたことがある病院薬剤師=11)

※2 1：有用でない、2：どちらかといえば有用でない、3：どちらかといえば有用である、4：有用である

保険薬局と保険医療機関との連携について

- ・ 糖尿病患者のフォローアップや吸入薬指導を薬局に指示した場合、保険医療機関が感じるメリットとしては、「患者が正しく使用できるようになった」、「アドヒアランスが向上した」や「状況の報告が診療の参考になった」といった回答が多かった。
- ・ 特定薬剤管理指導加算2の届出を行っていない理由としては、「対象となる患者がいないため」や「満たすことが難しい要件があるため」といった回答が多かった。
- ・ 退院時共同指導料の薬局での算定回数は増加傾向にあるが、多くない。
- ・ 病院が入院時に薬局に担ってほしい支援としては「普段の服用状況、副作用の状況等の情報提供」、「持参薬の管理」や「重複投薬等の有無の確認」といった回答が多かった。

3. 対人業務に係る評価について

- ① 総論
- ② かかりつけ薬剤師・薬局の推進について
- ③ 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価
- ④ 保険薬局と保険医療機関との連携について
- ⑤ 医療的ケア児の薬学的管理について

小児の薬物療法に関する情報の特徴

- 小児は服薬支援、粉碎等複雑な調剤が必要になることが多い。
- 粉碎調剤や分包の方法など院内ルールでの調剤が行われることもあり、地域との薬物療法をシームレスにつなぐ必要がある。
- 医療的ケア児、小児慢性特定疾病等、在宅医療は高齢者だけではなく、小児医療での介入も必須である。

投与経路に応じた薬学管理

地域では与薬は**保護者と薬剤師の協働作業**

- 1 経口投与
味に敏感
理解困難
- 2 経管投与
細い(3Fr.~)
- 3 経静脈投与
成長や疾患に応じた
細やかな組成調節



散剤調剤の実際

ハイリスク薬や粉碎・脱カプセルを含む多剤併用

<別包>			
A	①酸化マグネシウム細粒83%「ケンエー」	0.36g	分3 30日分
	②ツムラ六君子湯エキス顆粒®	3.90g	分3 30日分
	③エクセگران®散20%	0.80g	分2 30日分
	④チザニジン顆粒0.2%「日医工」	0.75g	分3 30日分
	⑤セルシン®散1%	2.00g	分4 30日分
	⑥ロゼレム®8mg (粉碎)	0.50T	分1 30日分
	⑦ムコタイン® DS50% ムコサル® DS1.5%	0.80g 0.80g	分3 30日分
<混合一包化>			
	⑧フェノバル®散10%	0.50g	
	ファモチジン細粒2%「サワイ」	0.50g	分2 30日分
	ギャバロン®錠10mg (粉碎)	1.80T	
	ダントリウム®カプセル25mg (脱カプセル)	0.60C	
	ピオフェルミン®配合散	1.00g	
	ガスモチン®散1%	0.60g	分3 30日分

- A: 処方内容 (下線がハイリスク薬) 総包数: 660包
 B: 注入タイミングごとにまとめる (23時注入分の②③④⑤⑧)
 C: 1日4回(7時, 15時, 19時, 23時)の各注入分と適宜調整の①⑦(別薬袋とする)



引用) 川名三知代ら, 小児臨床薬理学会雑誌, 32(1), in press (2019).

Ⅱ 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項

1 成育過程にある者及び妊産婦に対する医療

(2) 小児医療等の体制

- N I C Uを退院した**医療的ケア児等**が療養・療育できるよう、在宅療養後方支援病院の設置やレスパイトの受入れ体制の確保を促進するなど、小児在宅医療体制を整備するとともに、周産期医療体制の充実を図る。
- **小児医療等**における専門的な薬学管理に対応するため、医療機関・薬局の医療従事者間の連携を推進する。

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は約2万人（推計）

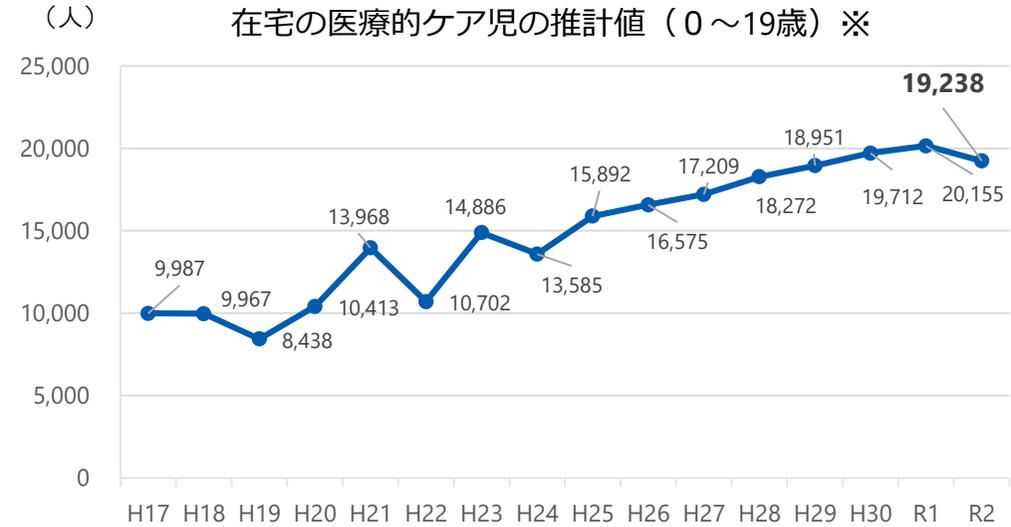


- 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
- 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要例) 気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※1:重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人(者も含まれている)。(岡田.2012推計値)



* 画像転用禁止



(出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成）

児童福祉法の改正（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

第五十六条の六第二項

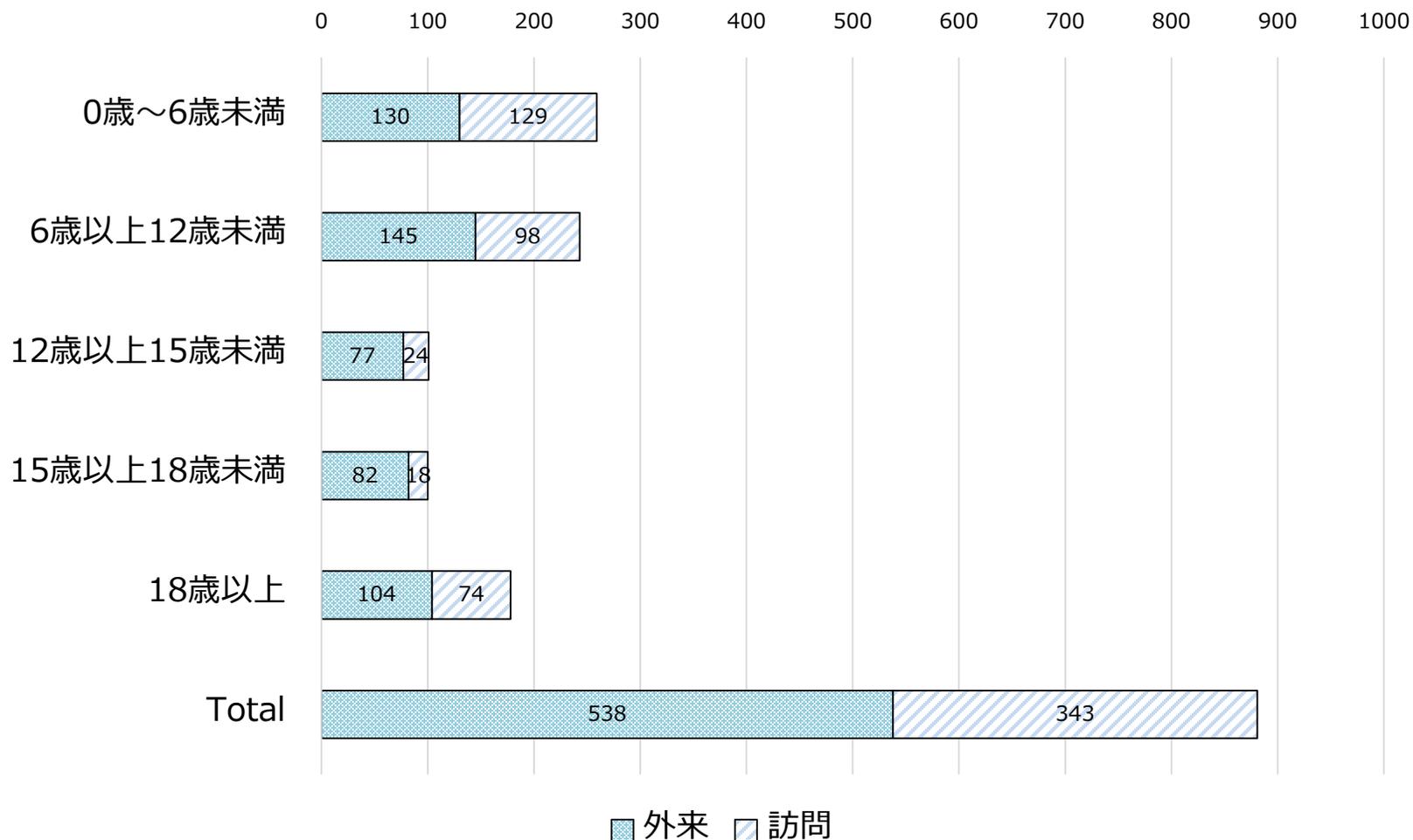
「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」

※ 児童福祉法上の児童の定義は満18歳に満たない者であるが、社会医療診療行為別統計は5歳ごとの年齢階級別の統計となっていることから、医療的ケア児数（推計値）は20歳未満の者を含む。

年齢階級別の医療的ケア児数

- 薬剤管理指導を行っている医療的ケア児（881例）のうち、外来で薬剤管理指導を行っている患者は538例、訪問で薬剤管理指導を行っている患者は343例であった。

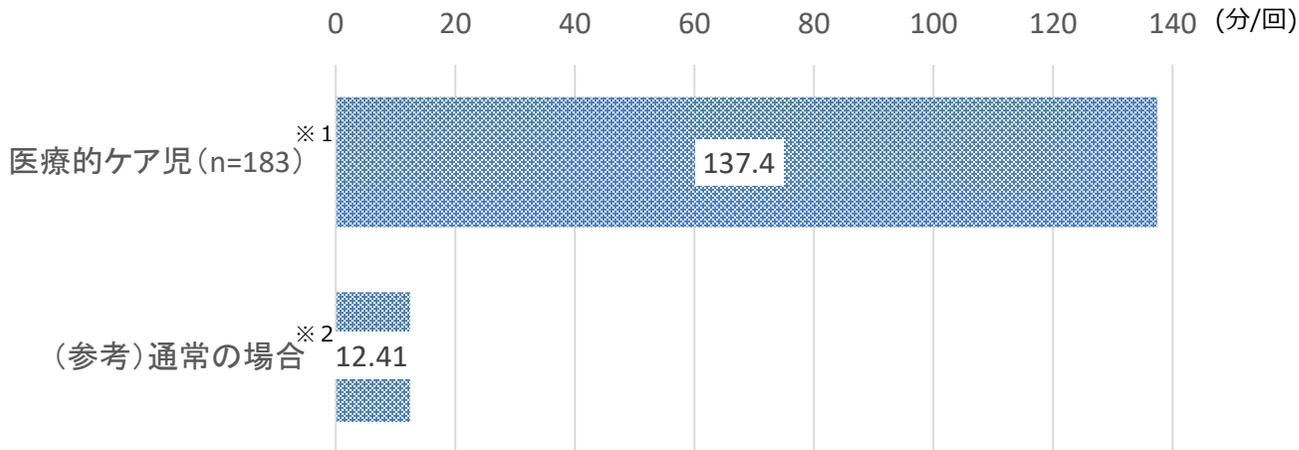
年齢階級別の薬剤管理指導を行っている医療的ケア児数（n=881，回答薬局数=207）



医療的ケア児の調剤に係る平均所要時間

○ 医療的ケア児（183例）の調剤に係る平均所要時間は約137.4分であった。

調剤に係る所要時間（回答薬局数 = 132）



※1

処方入力や処方薬の取り揃えの時間も含めて、計量・分包・調製を行い薬袋に入れるまでにかかる時間の平均。

（出典）医療的ケア児に対する薬学的ケアの実態調査（日本薬剤師会）（令和3年度）

※2

処方箋1枚あたりの受付・薬袋準備、薬歴確認・処方箋監査、計数調剤、監査、薬剤交付・服薬指導にかかる時間の平均。

（出典）タイムスタディ調査（令和2年度薬剤師の需給動向把握事業）

処方内容の例

A：処方内容（下線がハイリスク薬）総包数：660包

<別包>

①酸化マグネシウム細粒83%「ケンエー」	0.36g	分3	30日分
②ツムラ六君子湯エキス顆粒®	3.90g	分3	30日分
③エクセグラン®散20%	0.80g	分2	30日分
④チザニジン顆粒0.2%「日医工」	0.75g	分3	30日分
⑤セルシン®散1%	2.00g	分4	30日分
⑥ロゼレム®8mg (粉砕)	0.50T	分1	30日分
⑦ムコダイン® DS50% ムコサル® DS1.5%	0.80g 0.80g	分3	30日分

<混合一包化>

⑧フェノバル®散10%	0.50g		
ファモチジン細粒2%「サワイ」	0.50g	分2	30日分
ギャバロン®錠10mg (粉砕)	1.80T		
ダントリウム®カプセル25mg (脱カプセル)	0.60C		
ピオフェルミン®配合散	1.00g		
ガスモチン®散1%	0.60g	分3	30日分

B：注入タイミングごとにまとめる
(23時注入分の②③④⑤⑧)



C：1日4回(7時, 15時, 19時, 23時)の各注入分と
適宜調整の①⑦(別薬袋とする)



(再掲)

医療的ケア児の調剤を行う上で配慮すべき薬学的管理

- 医療的ケア児の調剤を行う上で配慮すべきこととしては、「粉碎や脱カプセルなどの規格単位に満たない薬用量の調節」、「散剤の配合変化等による別包包装」や「ハイリスク薬の粉碎・脱カプセルによる曝露やコンタミへの対策」などの調剤上の対応が回答として多かった。

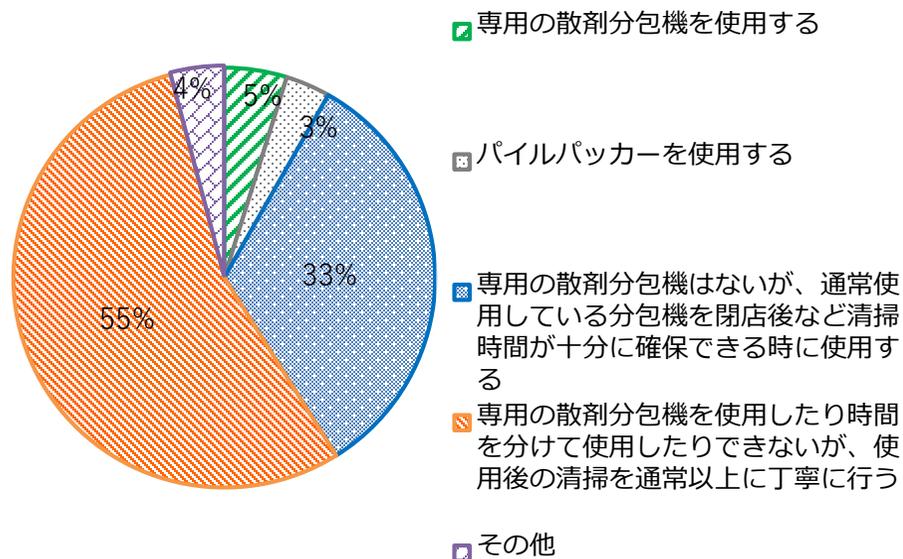
医療的ケア児の調剤を行う上で特別に配慮すべき薬学的管理（回答薬局数=207，複数回答）



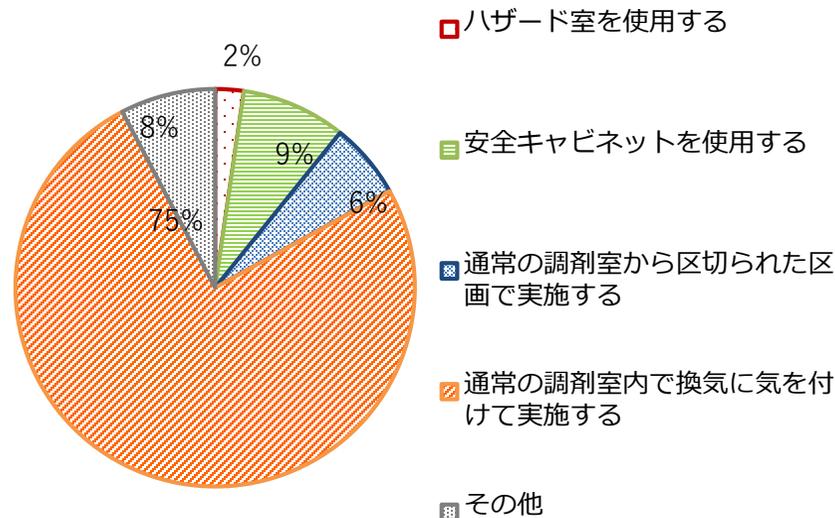
医療的ケア児の調剤を行う上で必要な対応

- コンタミ防止に特に注意が必要な散剤を分包する場合、「専用の散剤分包機」や「パイルパッカー」を使用している薬局は少なく、通常使用している分包機を使用している薬局が多かった。
- 曝露対策が必要な医薬品を調剤する場合、「ハザード室」や「安全キャビネット」を使用している薬局は少なく、通常の調剤室内で換気に気を付けて実施している薬局が多かった。

コンタミ防止に特に注意が必要な散剤を分包する場合の対応 (回答薬局数=130, 複数回答)



調剤者自身や周囲への曝露対策が必要な医薬品の調剤環境 (回答薬局数=146, 複数回答)



医療的ケア児の薬学的管理について

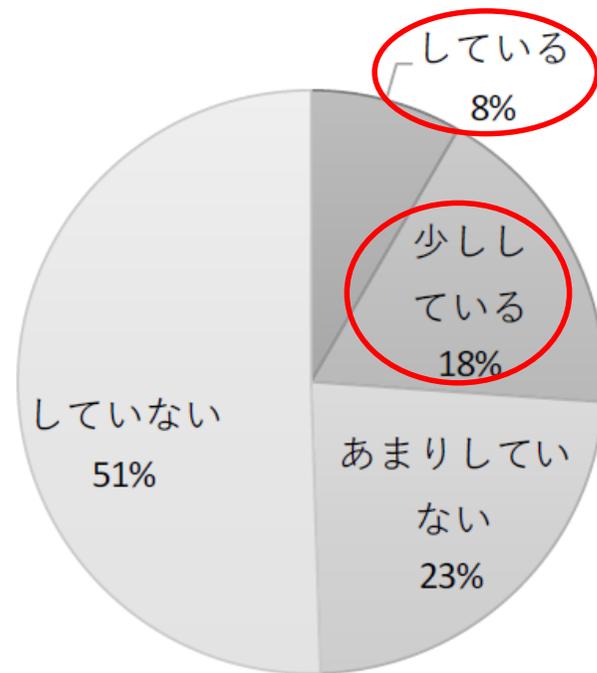
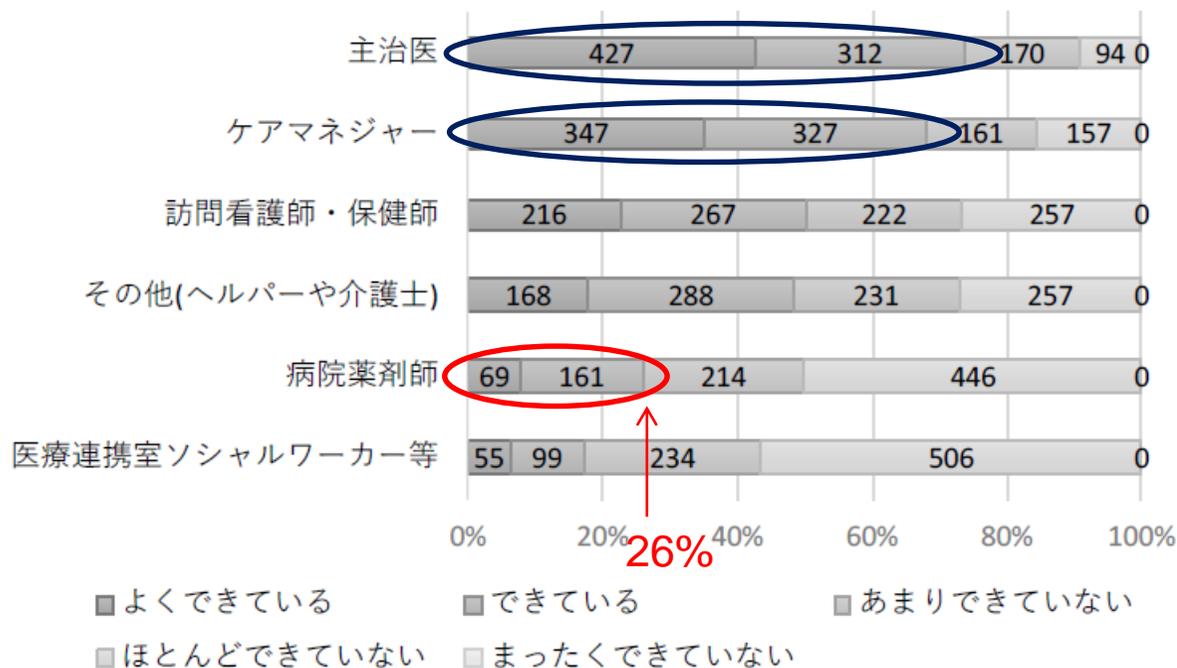
- ・ 薬学的管理指導を行っている医療的ケア児のうち、外来で薬学的管理指導を行っている患者は538例、訪問で薬学的管理指導を行っている患者は343例であった。
- ・ 医療的ケア児の調剤に係る平均所要時間は約137.4分であり、処方箋1枚の平均所要時間と比べて長かった。

4. 在宅患者訪問薬剤管理指導 に係る評価について

在宅訪問業務に係る薬局薬剤師と病院薬剤師の連携状況

病院薬剤師との連携が「よくできている」又は「できている」薬局の割合は、26%にとどまる(主治医、ケアマネージャーとの連携はそれぞれ、74%、68%)。

病院薬剤師と在宅訪問や専門性に関して何らかの情報交換をしている薬局の割合は26%。
また、過去1年間に退院時カンファレンスに参加した薬局は15%。



地域の医療介護系多職種との連携の程度に関する薬局の割合

地域の病院薬剤師と専門性に関する情報交換をしている薬局の割合 (n=992)

在宅医療における薬剤師の主な役割

患者への医薬品・衛生材料の供給

患者の状態に応じた調剤（一包化、簡易懸濁法、無菌製剤等）

薬剤服用歴管理（薬の飲み合わせの等の確認）

服薬指導・支援

服薬状況と副作用等のモニタリング

残薬の管理

医療用麻薬の管理（廃棄含む）

在宅担当医への処方提案等

ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有



在宅患者への最適かつ効果的で
安全・安心な薬物療法の提供

I.(2)③ 地域における医薬品供給体制を確保するための薬局の体制整備
在宅医療への移行に伴い薬局が果たす役割

○ 在宅医療へ移行する際の薬局の関わり方は、入院時の薬物療法をもとに、在宅で可能な薬剤や投薬に必要な医療材料等を提供するとともに、訪問の際に得られた情報は、家族の看護や多職種との訪問状況等を踏まえ、患者情報を多職種と共有し、患者の生活をサポートすることが重要。

1. 訪問の依頼

医療機関からの退院時カンファレンスへの参加依頼や病院内地域連携室、地域の他職種からの連絡等による訪問依頼

2. 処方提案

在宅医療において入院時と同様の治療を継続するため、院内における薬物療法の現状や、退院後の生活の情報等を把握した上で、

- 輸液セット（輸液ポンプ、チューブ、針など）等の医療材料
- （無菌調剤を行う場合には）配合変化の有無
- 薬局で調剤可能な医薬品であるかどうか

等を確認し、治療に必要な処方内容を整理し、医師等にあらかじめ提案

例) 高カロリー輸液投与患者

院内：		
エルネオパNF 2号 1000ml	1	キット
ガスター 20mg/2ml	2	管
プリンペラン 10mg/2ml	1	管
1日分		
フェントステープ 4mg	1	枚
アブストラル舌下錠 100μg		



院外処方：		
1) エルネオパNF 2号 1000ml	1	キット
ガスター 20mg/2ml	2	管
プリンペラン 10mg/2ml	1	管
中心静脈注射	7	日分
2) フェントステープ 4mg	7	枚
1日1枚15時に貼り替え		
3) アブストラル舌下錠 100μg	1	錠
疼痛時（1日4回まで）	20	回分
4) テルフュージョン（カフティポンプ用）チューブセット	2	本
5) コアレスニードルセット 22G	2	本
6) ヘパフラッシュ 100単位/mlシリンジ10ml	2	本

訪問看護
週2回

3. 無菌調剤の実施

4. 薬剤管理指導（訪問）

薬剤の使用方法等の説明、残薬の確認、体調の変化の確認等

5. 多職種連携

訪問時の情報を精査した上で、必要な情報については医師、訪問看護、ケアマネ等の多職種と共有し、患者の生活をサポートできる方法を、検討・提案

(参考) 平成29年度患者のための薬局ビジョン推進事業（埼玉県）
「在宅医療ステップアップガイドブック（Step4）」

薬局における訪問薬剤管理指導業務（診療報酬）

項目	内容	点数	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合 （+麻薬管理指導加算） （+乳幼児加算）	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	650点 320点 290点 （+100点） （+100点）	薬剤師1人週 40回まで 患者1人につき 月4回まで*
○在宅患者オンライン服薬指導料	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンライン服薬指導を行った場合に算定	57点	月1回まで
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 2 1以外の場合 （+麻薬管理指導加算） （+乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	1：500点 2：200点 （+100点） （+100点）	月4回まで
○在宅患者緊急時等共同指導料 （+麻薬管理指導加算） （+乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	700点 （+100点） （+100点）	月2回まで
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	40点 30点	
○（調剤料）在宅患者調剤加算	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	15点	

(参考) 介護報酬	○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合）			
	・単一建物居住者が1人の場合	517単位	（麻薬指導加算	+100単位）
	・単一建物居住者が2～9人の場合	378単位	（麻薬指導加算	+100単位）
	・単一建物居住者が10人以上の場合	341単位	（麻薬指導加算	+100単位）

※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は
週2回かつ月8回まで

効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進②

無菌製剤処理加算

- 無菌製剤処理加算の評価を見直す。

現行	
中心静脈栄養法用輸液	1日につき65点 (6歳未満の乳幼児は130点)
抗悪性腫瘍剤	1日につき75点 (6歳未満の乳幼児は140点)
麻薬	1日につき65点 (6歳未満の乳幼児は130点)



改定後	
中心静脈栄養法用輸液	1日につき 67点 (6歳未満の乳幼児は 135点)
抗悪性腫瘍剤	1日につき 77点 (6歳未満の乳幼児は 145点)
麻薬	1日につき 67点 (6歳未満の乳幼児は 135点)

- 無菌調剤室を共同利用した場合の費用について、無菌調剤室を提供する薬局と処方箋受付薬局の両者の合議とすることを明確にする。

乳幼児に対する評価

- 乳幼児に対する業務の評価を新設する(医療機関の薬剤師が実施する場合も同様)。

乳幼児加算(在宅患者訪問薬剤管理指導料等)

100点

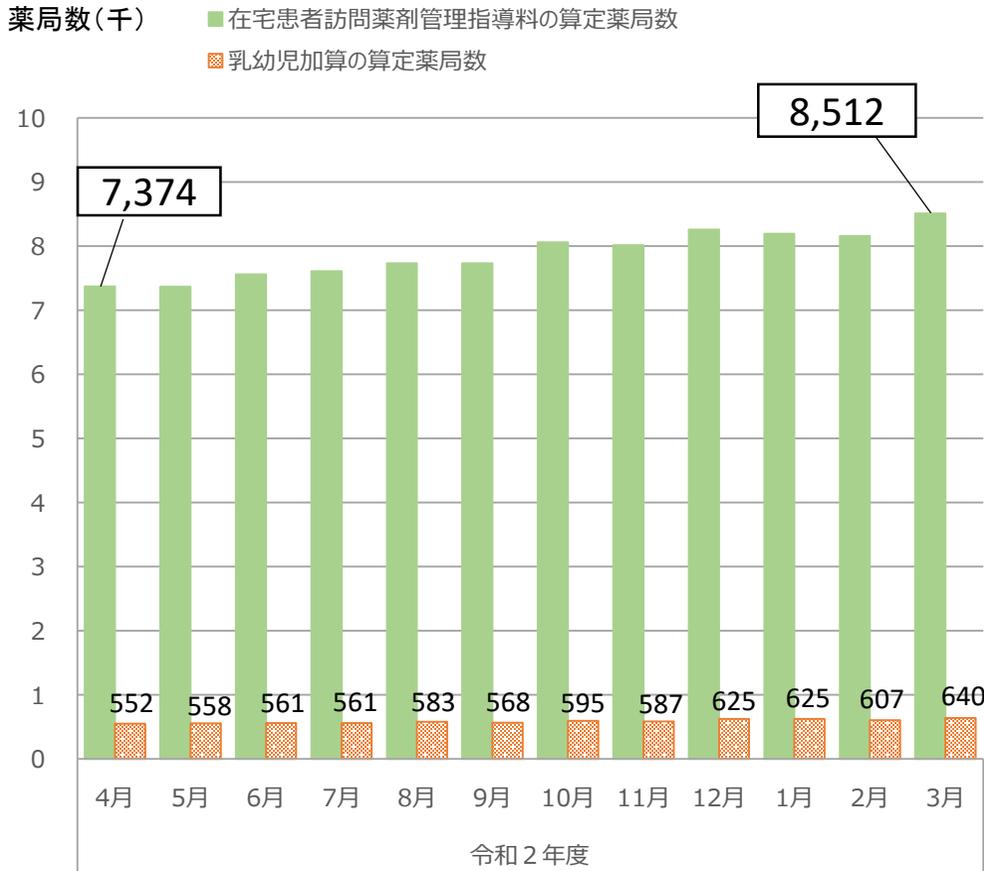
[算定要件]

在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

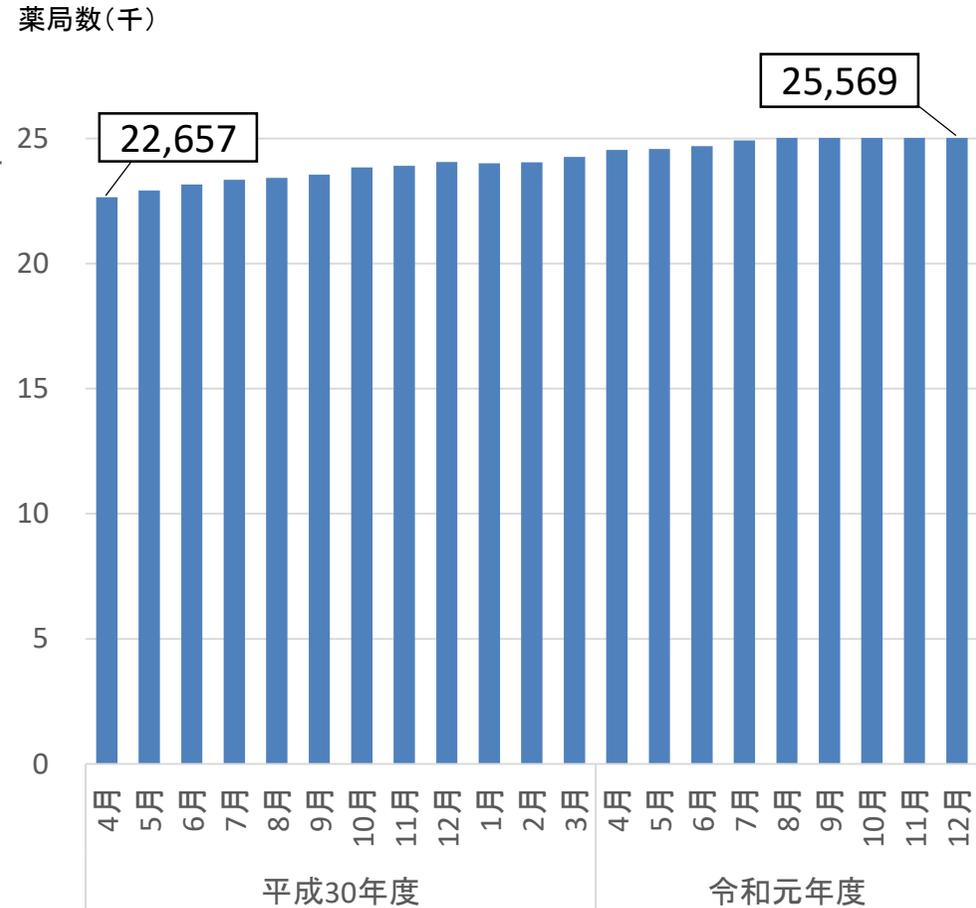
在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

○ 在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)



居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

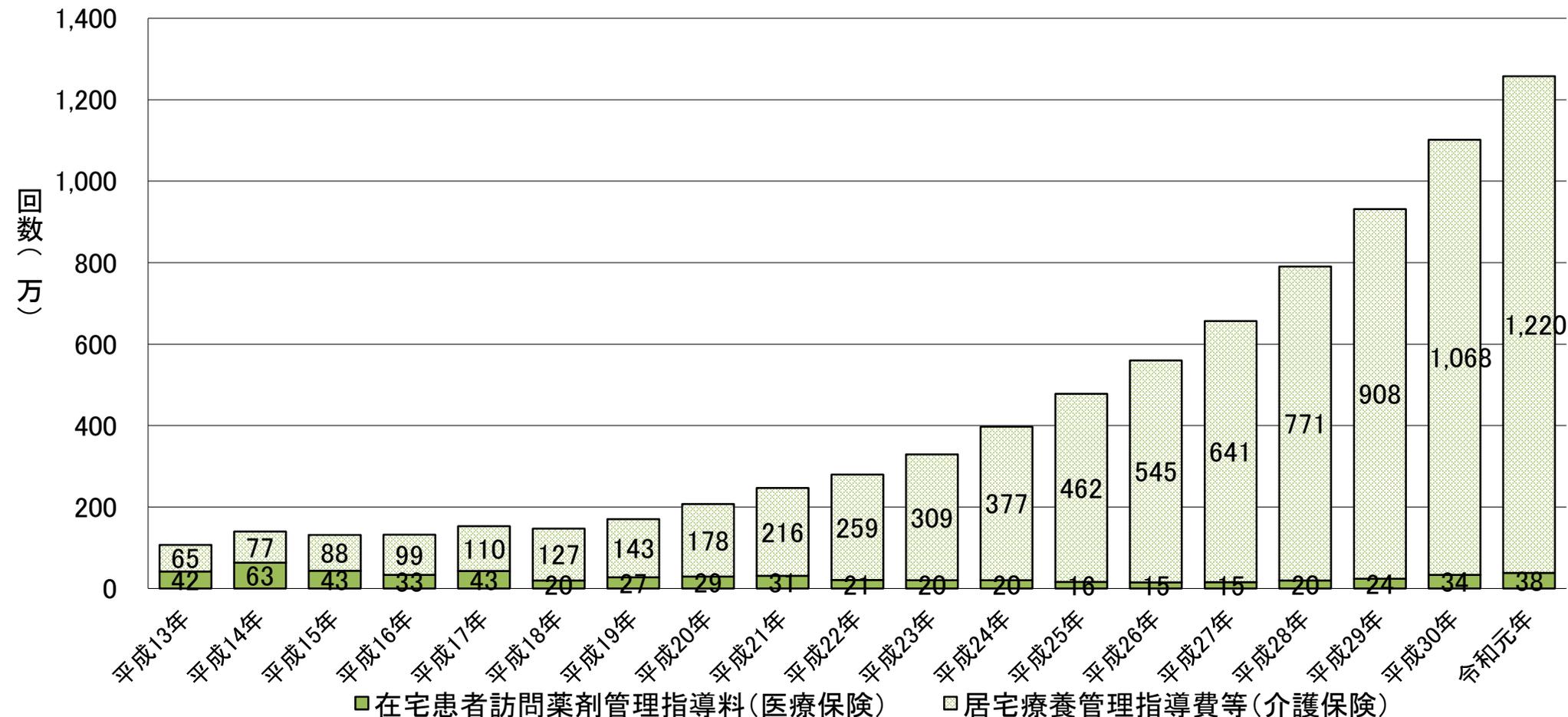


注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

〔出典〕在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)については、NDBデータ
居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)については、厚生労働省老健局老人保健課で特別集計

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

- 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数は横ばいだが、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びている。全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。



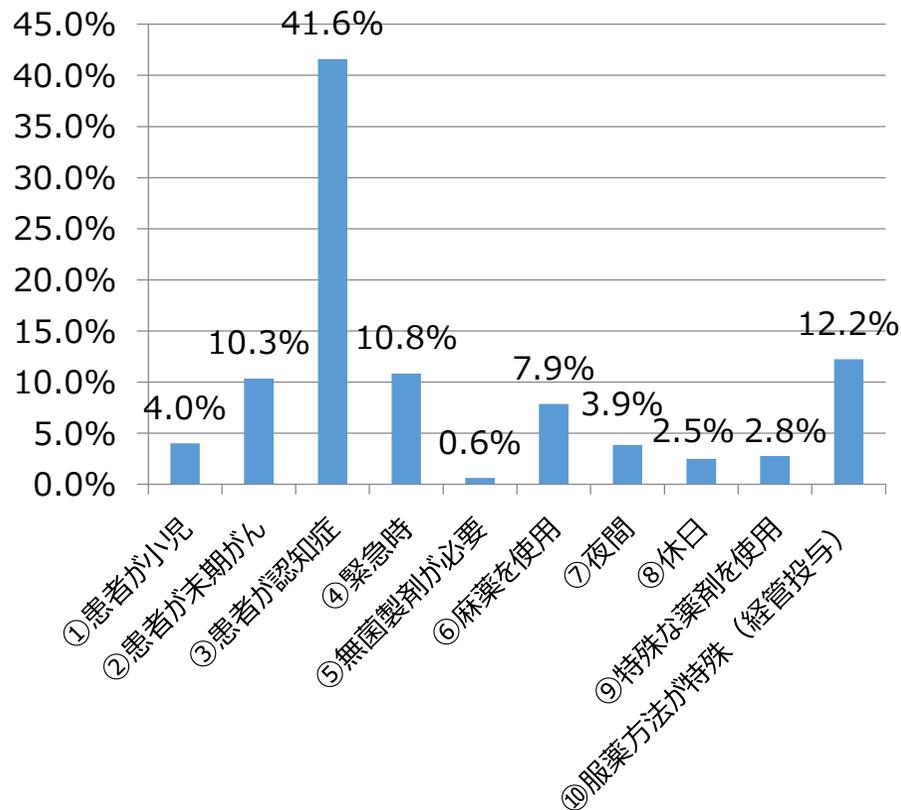
注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

○ 在宅薬剤管理(医療及び介護)のケース別の実施状況を見ると、認知症患者への対応が比較的多く見られるが、小児や末期がんの患者などへの対応も一定程度認められる。無菌製剤については、実施している薬局は限られるが、実施薬局当たりの平均実施回数は多い。

平成29年7月(n=902)

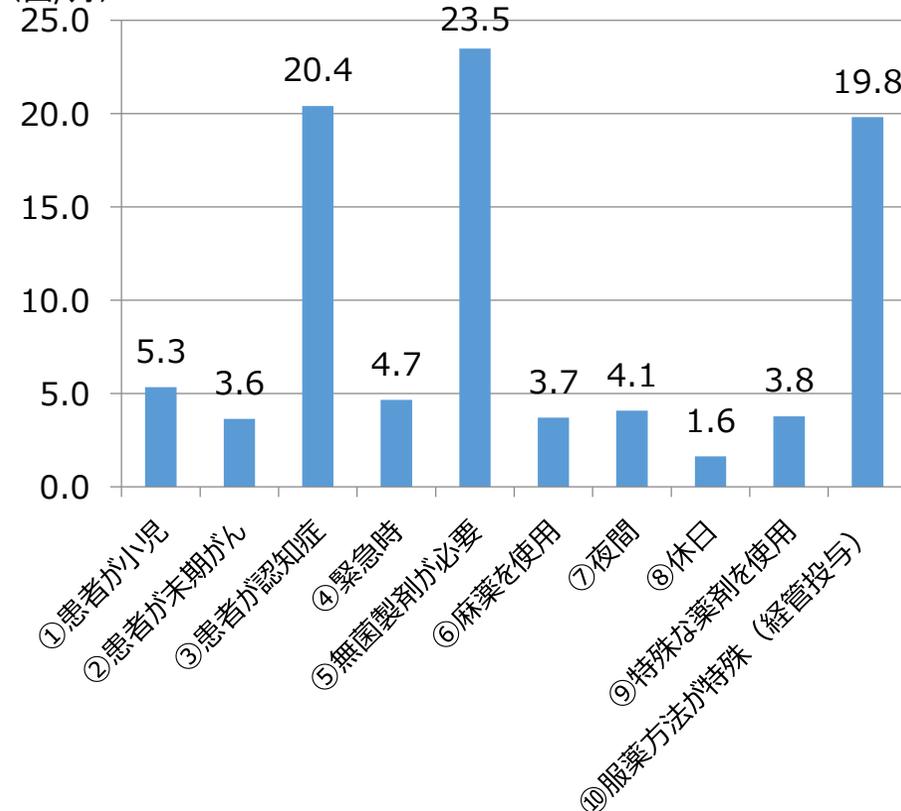
➤ 在宅対応のケース別実施実績の有無(薬局調査)

(無回答を除き算出、複数回答)



➤ 実施実績のある薬局における平均実施回数

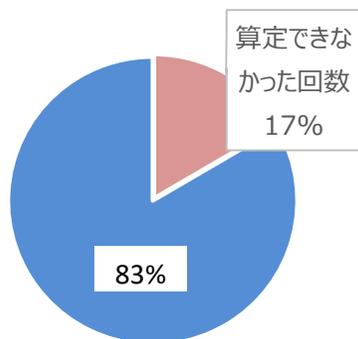
(回/月)



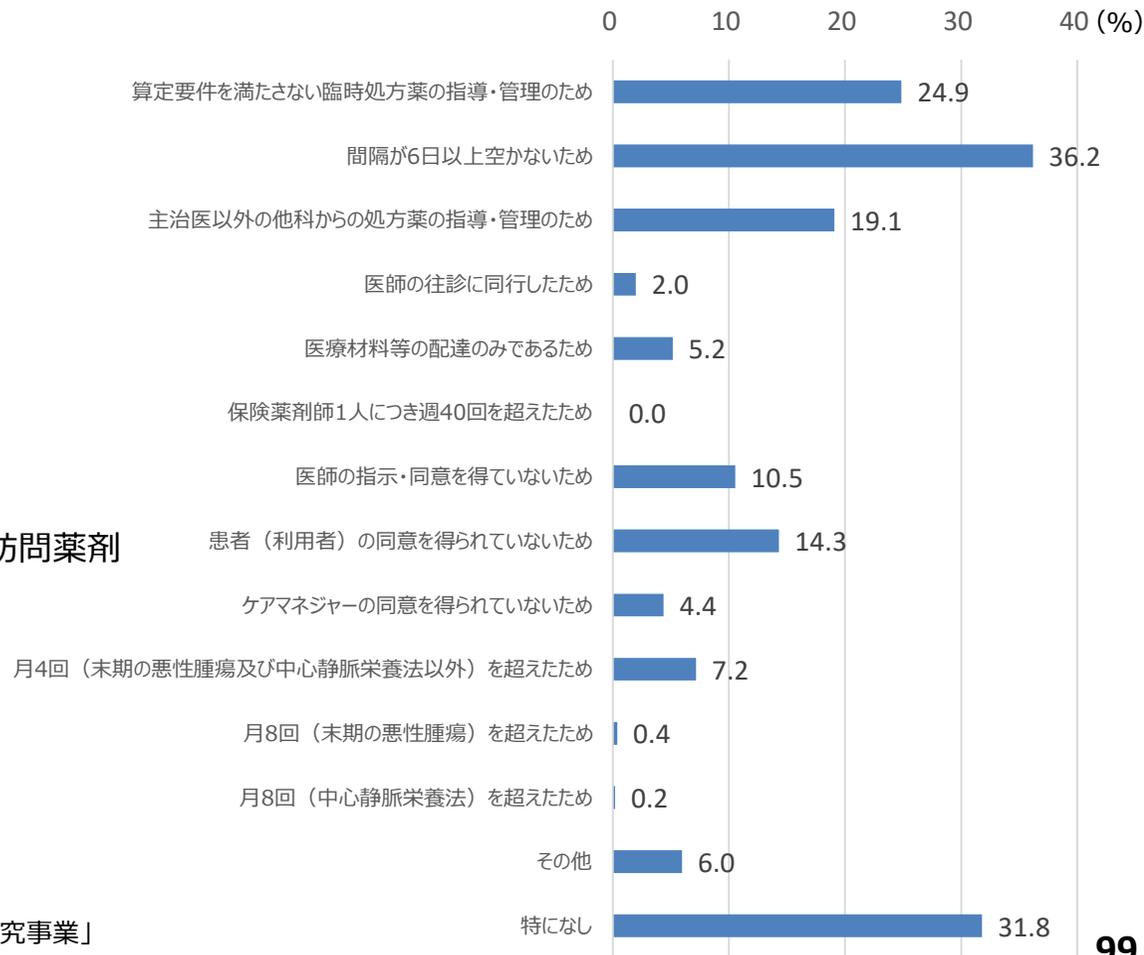
在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定できなかった理由

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定できなかった回数の割合は約17%であった。
- 算定できなかった理由として、「算定要件を満たさない臨時処方薬の指導・管理のため」、「間隔が6日以上空かないため」、「主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理のため」の回答が多かった。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局のうち、約36.9%の薬局において、在宅を担当する医師以外の指示による訪問が行われていた。

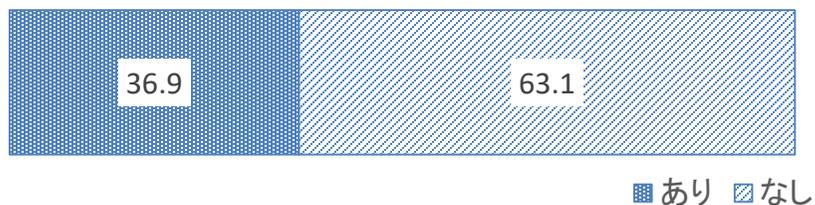
(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定出来なかった回数 (薬局数=752) ※1



(2) 算定できなかった理由 (複数回答) (無回答除く) (n=503) ※1



(3) 在宅を担当する医師以外の指示による訪問 (在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局=681) ※2



出典
 ※1 : 令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
 「地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の在り方に関する調査研究事業」
 ※2 : 薬局の機能に係る実態調査 (令和3年度医療課委託調査) 速報値

在宅患者訪問薬剤管理指導に係る評価について

- ・在宅業務を実施している薬局は増加傾向にある。また、医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数は横ばいだが、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びており、全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定できなかった理由としては、「算定要件を満たさない臨時処方薬の指導・管理のため」、「間隔が6日以上空かないため」、「主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理のため」という回答が多かった。また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局のうち、約36.9%の薬局において、在宅を担当する医師以外の指示による訪問が行われていた。

調剤（その2）に係る論点

【かかりつけ薬剤師・薬局の推進について】

- 薬剤服用歴管理指導料について、薬剤種類数が多い場合に服薬指導の事項が増え内容が複雑になることから説明時間が長くなることを踏まえ、その評価についてどのように考えるか。
- 薬剤情報の一元的な把握による薬学的管理の評価について、どのように考えるか。

【重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価】

- 保険薬局における重複投薬の解消を推進する観点から、服用薬剤調整支援料の在り方について、どのように考えるか。

【保険薬局と保険医療機関との連携について】

- 調剤後のフォローアップにより患者の状況等を把握し、保険医療機関に情報提供を行った場合の評価について、どのように考えるか。
- 退院時共同指導料の算定状況等をふまえ、現行の算定要件等についてどのように考えるか。
- 保険医療機関と保険薬局の連携を強化し、より質の高い医療を提供する観点から、入退院時における保険医療機関と保険薬局の取組の評価について、どのように考えるか。

【医療的ケア児の薬学的管理について】

- 医療的ケア児等については、調剤を行う上での薬学的管理に考慮が必要な事項が多く内容が複雑であることを踏まえ、小児患者に対する薬学的管理指導の評価についてどのように考えるか。

【在宅患者訪問薬剤管理指導に係る評価について】

- 在宅患者に対して、当該患者の在宅療養を担う医師と連携した他の医療機関の医師の指示に基づき、訪問薬剤管理指導を実施した場合の評価についてどのように考えるか。

參考資料

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(全般的事項)

1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

(働き方改革)

2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。
- 4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(DPC/PDPS)

5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

- 6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。
- 8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。
- 9 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。
- 10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(医薬品の適正使用)

- 12 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
- 13 AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。
- 14 病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

(歯科診療報酬)

- 15 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 16 口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 17 調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

- 18 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

- 19 医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

(その他)

- 20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

「経済財政運営と改革の基本方針2021」等について

かかりつけ薬剤師・薬局の普及、多剤・重複投薬、処方箋の反復利用

「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）抄

かかりつけ薬剤師・薬局の普及を進めるとともに、多剤・重複投薬への取組を強化する。症状が安定している患者について、医師及び薬剤師の適切な連携により、医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策を検討し、患者の通院負担を軽減する。

調剤業務の効率化

「規制改革実施計画2021」（令和3年6月18日閣議決定）抄

薬局における薬剤師の対人業務を充実させるため、調剤技術の進歩や医薬品の多様化等の変化を踏まえ、調剤に係る業務プロセスの在り方を含め、医療安全を確保しつつ調剤業務の効率化を進める方策を検討し、必要な見直しを行う。【令和3年度検討開始、早期に結論】

オンライン服薬指導、オンライン資格確認、電子処方箋等

「成長戦略フォローアップ2021」（令和3年6月18日閣議決定）（関係部分抜粋）

医療機関及び薬局が、患者の直近の資格情報等を直ちに確認できる「オンライン資格確認」の本格運用を2021年10月までに開始する。あわせて、医療機関及び薬局のシステム整備を着実に進め、2023年3月末までに概ね全ての医療機関及び薬局へのシステムの導入を目指す。

レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を全国の医療機関等が確認できる仕組みについては、特定健診情報は遅くとも2021年10月までに、また、薬剤情報についても同月から確認できるようにする。さらに、手術の情報など対象となる情報を拡大し、2022年夏を目途に確認できるようにする。

オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋の仕組みについて、実施時における検証も含め、安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行い、2022年度から運用開始する。

オンライン服薬指導については、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に際しての時限的措置の実績を踏まえ、2021年夏を目途に医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しの検討を行うとともに、オンライン服薬指導に係る診療報酬の評価の検証を行い、必要な見直しの検討を行う。

オンライン服薬指導等

「規制改革実施計画2021」（令和3年6月18日閣議決定）抄

- オンライン診療・服薬指導については、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、現在の時限的措置を着実に実施する。【新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、継続的に実施】
- オンライン服薬指導については、患者がオンライン診療又は訪問診療を受診した場合に限定しない。また、薬剤師の判断により初回からオンライン服薬指導することも可能とする。介護施設等に居住する患者への実施に係る制約は撤廃する。これらを踏まえ、オンライン服薬指導の診療報酬について検討する。【令和3年度から検討開始、令和4年度から順次実施】
- オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋システムの運用を開始するとともに、薬剤の配送における品質保持等に係る考え方を明らかにし、一気通貫のオンライン医療の実現に向けて取り組む。【令和3年度から検討開始、令和4年度から順次実施】