

個別事項(その2)

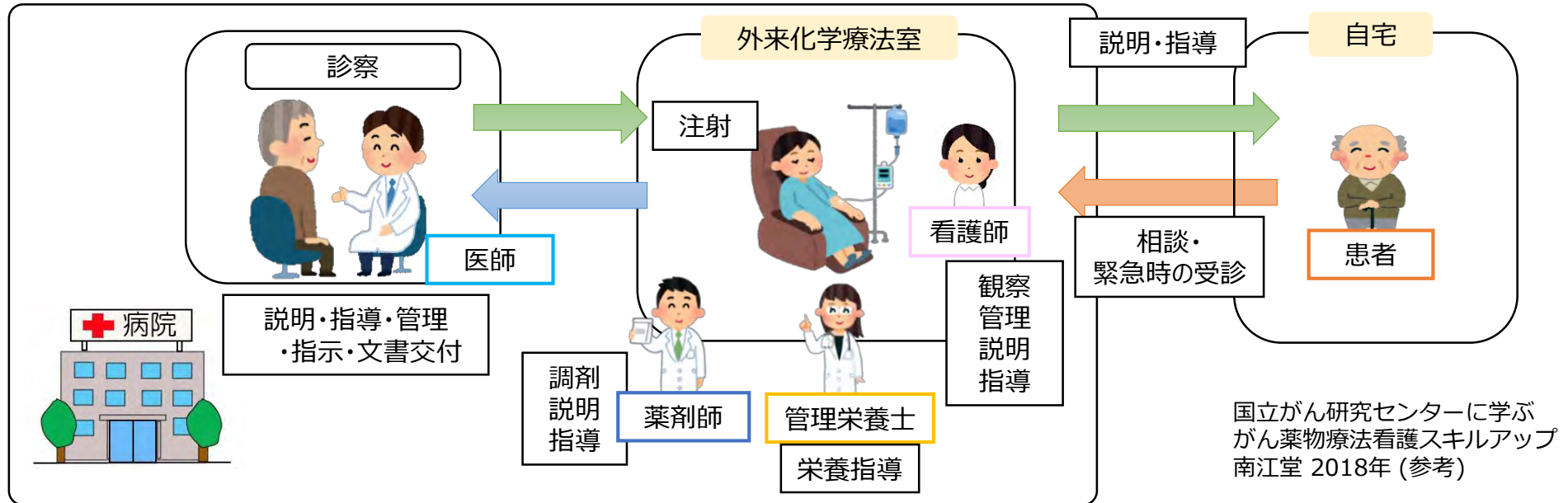
がん・疾病対策について

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)

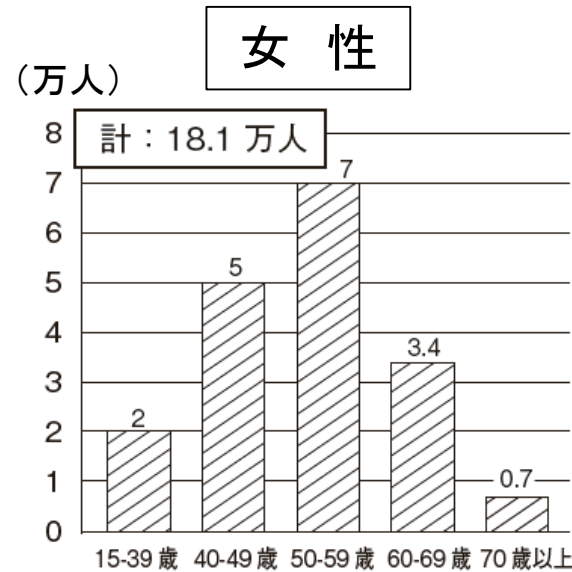
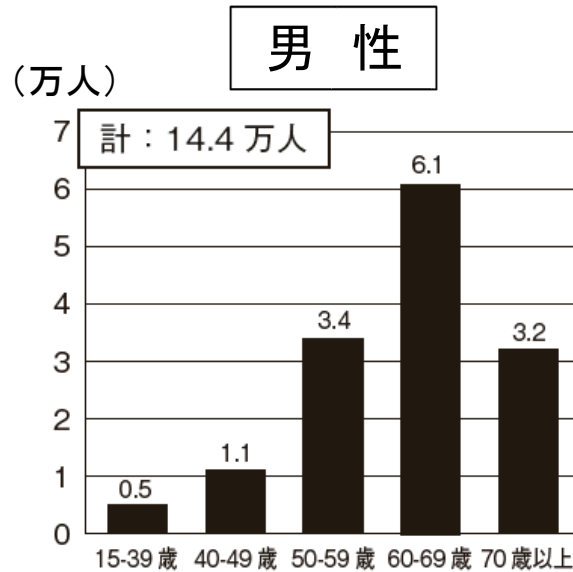
- 外来化学療法においては、多職種が協同して外来における化学療法を実施するとともに、緊急時における対応等が実施できるような体制を構築している。

■ 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

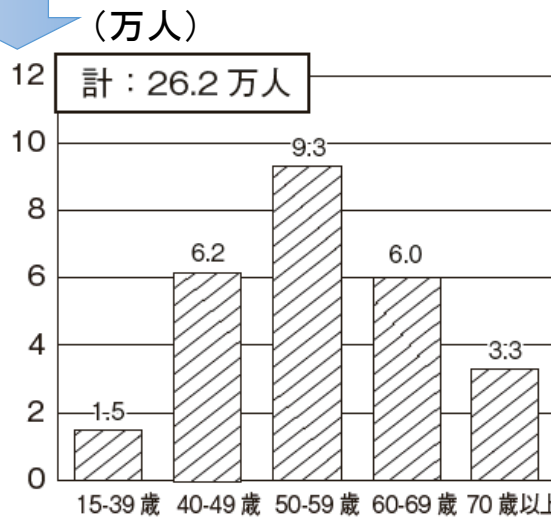
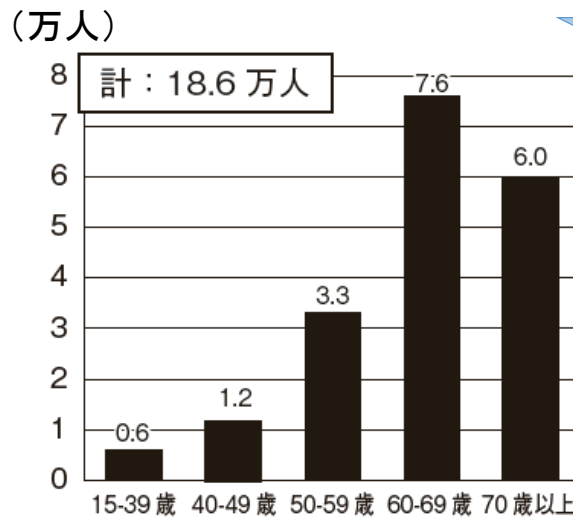
○ 悪性新生物の治療のため、仕事をもちながら通院している者は増加傾向にある。



※ 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



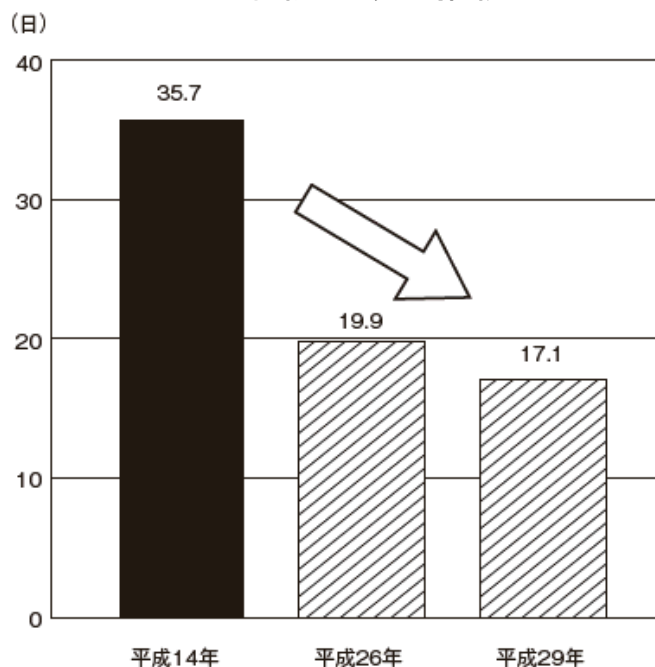
※ 仕事をもちているとは、調査月に収入を伴う仕事を少しでもしたことを行い、被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。

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

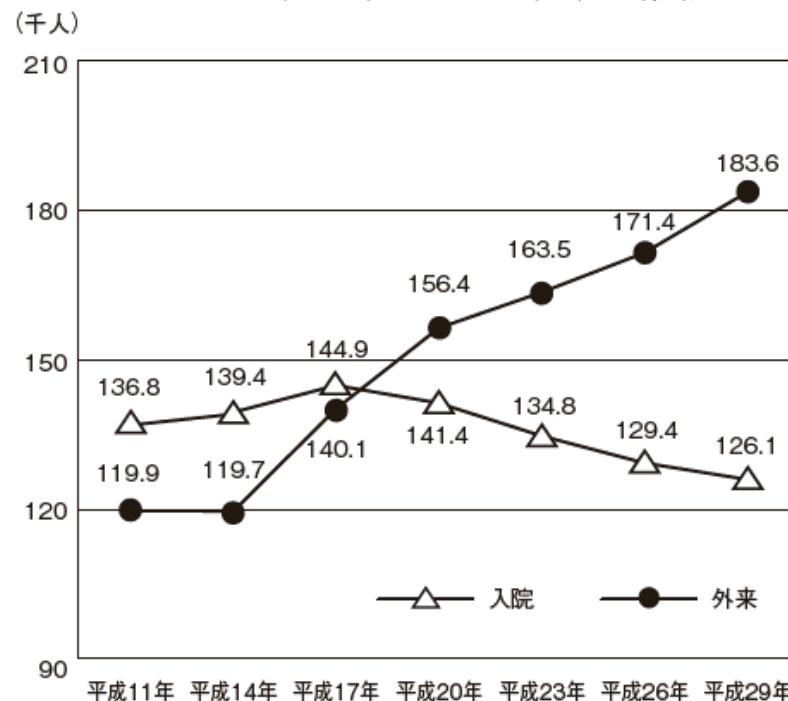
- 近年の主ながん種の平均在院日数は短くなりつつある一方、外来患者数が増えており、通院しながら治療を受ける患者が増えている。
- それとともに、治療の副作用や症状等をコントロールしつつ、通院で治療を受けながら仕事を続けている場合が増えてきている。

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

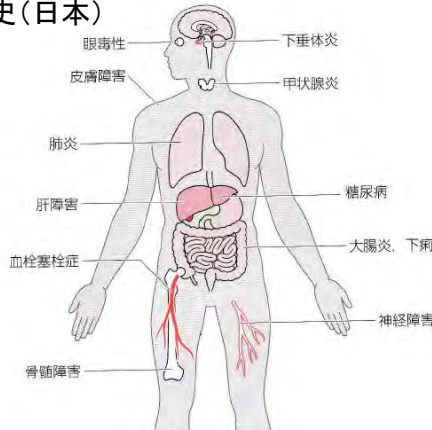
殺細胞性抗がん薬
ホルモン製剤
分子標的治療薬
免疫チェックポイント阻害薬

- 2000年代
- フルダラビン (2000)
 - タガボトニル (2001)
 - リツキシマブ (2001)
 - トラスツスマブ (2001)
 - アフィニブ (2002)
 - エキセマスタタ (2002)
 - カベシタピン (2003)
 - オキサリプラチン (2005)
 - イマチニブ (2005)
 - イリトニル (2006)
 - テモゾロミド (2006)
- 1980~90年代
- タモキシフェン (1981)
 - シスプラチン (1981)
 - イホスファミド (1985)
 - ダカルジン (1986)
 - エンドキサド (1987)
 - エビルシチン (1988)
 - カルボプラチン (1990)
 - メルカプトプリン (1991)
 - フルスルファン (1957)
 - シクロホスファミド (1962)
 - マイトマイシン C (1983)
 - 5-FU (1967)
 - ビンクリスチン (1968)
 - ビンブラスチン (1968)
 - メトトレキサート (1968)
 - シタラビン (1971)
 - ドキシフルビン (1975)
 - メルファラン (1979)
- 1950~70年代
- フルスルファン (1957)
 - シクロホスファミド (1962)
 - マイトマイシン C (1983)
 - 5-FU (1967)
 - ビンクリスチン (1968)
 - ビンブラスチン (1968)
 - メトトレキサート (1968)
 - シタラビン (1971)
 - ドキシフルビン (1975)
 - メルファラン (1979)
- 2010年以降
- ペンダムスタチン (2010)
 - エペロリムス (2010)
 - テムスクリオリス (2010)
 - パニツマブ (2010)
 - エリブリン (2011)
 - クリゾチニブ (2012)
 - アキシチニブ (2012)
 - パツパニブ (2012)
 - オフラツムマブ (2013)
 - ベルツスマブ (2013)
 - レゴラフェニブ (2013)
 - アフマチニブ (2014)
 - アレクサニブ (2014)
 - T-DM1 (2014)
 - ニボルマブ (2014)
 - ベムラフエニブ (2014)
 - ラムシムマブ (2015)
 - レンツチニブ (2015)
 - イビリムマブ (2015)
 - トラベクテジニ (2015)
 - ホルテゾミブ (2005)
 - ベムトレキセド (2007)
 - エルロチニブ (2007)
 - ベシシマブ (2007)
 - セリチニブ (2016)
 - ペキサロタン (2016)
 - ダブラフエニブ (2016)
 - セツキシマブ (2008)
 - スニチニブ (2009)
 - シラフェニブ (2009)
 - カリマイド (2009)
 - ラパチニブ (2009)
 - ダサチニブ (2009)

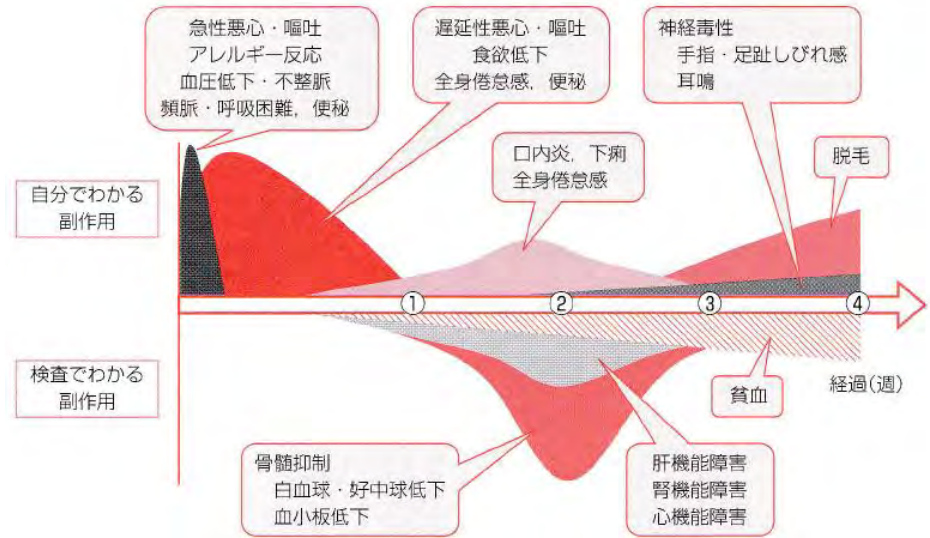
主な抗がん薬開発の歴史(日本)

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 (病院)</th> <th>届出医療機関数 (診療所)</th> <th>算定回数 (加算 A ①)</th> <th>算定回数 (加算 A ②)</th> <th>算定回数 (加算 B ①)</th> <th>算定回数 (加算 B ②)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H27</td> <td>1,530</td> <td>66</td> <td>169,389</td> <td>26,329</td> <td>193,824</td> <td>215,682</td> </tr> <tr> <td>H28</td> <td>1,557</td> <td>65</td> <td>28,334</td> <td>31,010</td> <td>33,091</td> <td>242,238</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>1,560</td> <td>63</td> <td>31,010</td> <td>33,091</td> <td>31,348</td> <td>250,597</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>1,563</td> <td>63</td> <td>31,348</td> <td>31,348</td> <td>31,348</td> <td>250,597</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>1,591</td> <td>62</td> <td>31,348</td> <td>31,348</td> <td>31,348</td> <td>250,597</td> </tr> </tbody> </table>				年度	届出医療機関数 (病院)	届出医療機関数 (診療所)	算定回数 (加算 A ①)	算定回数 (加算 A ②)	算定回数 (加算 B ①)	算定回数 (加算 B ②)	H27	1,530	66	169,389	26,329	193,824	215,682	H28	1,557	65	28,334	31,010	33,091	242,238	H29	1,560	63	31,010	33,091	31,348	250,597	H30	1,563	63	31,348	31,348	31,348	250,597	R1	1,591	62	31,348	31,348	31,348	250,597	<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 (病院)</th> <th>届出医療機関数 (診療所)</th> <th>算定回数 (加算 A ①)</th> <th>算定回数 (加算 A ②)</th> <th>算定回数 (加算 B ①)</th> <th>算定回数 (加算 B ②)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H27</td> <td>344</td> <td>598</td> <td>8,353</td> <td>6,666</td> <td>8,711</td> <td>6,285</td> </tr> <tr> <td>H28</td> <td>336</td> <td>582</td> <td>8,711</td> <td>6,285</td> <td>9,046</td> <td>6,441</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>328</td> <td>580</td> <td>8,548</td> <td>6,347</td> <td>8,548</td> <td>6,347</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>322</td> <td>568</td> <td>8,548</td> <td>6,347</td> <td>7,960</td> <td>6,068</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>315</td> <td>570</td> <td>8,548</td> <td>6,347</td> <td>7,960</td> <td>6,068</td> </tr> </tbody> </table>				年度	届出医療機関数 (病院)	届出医療機関数 (診療所)	算定回数 (加算 A ①)	算定回数 (加算 A ②)	算定回数 (加算 B ①)	算定回数 (加算 B ②)	H27	344	598	8,353	6,666	8,711	6,285	H28	336	582	8,711	6,285	9,046	6,441	H29	328	580	8,548	6,347	8,548	6,347	H30	322	568	8,548	6,347	7,960	6,068	R1	315	570	8,548	6,347	7,960	6,068
年度	届出医療機関数 (病院)	届出医療機関数 (診療所)	算定回数 (加算 A ①)	算定回数 (加算 A ②)	算定回数 (加算 B ①)	算定回数 (加算 B ②)																																																																																						
H27	1,530	66	169,389	26,329	193,824	215,682																																																																																						
H28	1,557	65	28,334	31,010	33,091	242,238																																																																																						
H29	1,560	63	31,010	33,091	31,348	250,597																																																																																						
H30	1,563	63	31,348	31,348	31,348	250,597																																																																																						
R1	1,591	62	31,348	31,348	31,348	250,597																																																																																						
年度	届出医療機関数 (病院)	届出医療機関数 (診療所)	算定回数 (加算 A ①)	算定回数 (加算 A ②)	算定回数 (加算 B ①)	算定回数 (加算 B ②)																																																																																						
H27	344	598	8,353	6,666	8,711	6,285																																																																																						
H28	336	582	8,711	6,285	9,046	6,441																																																																																						
H29	328	580	8,548	6,347	8,548	6,347																																																																																						
H30	322	568	8,548	6,347	7,960	6,068																																																																																						
R1	315	570	8,548	6,347	7,960	6,068																																																																																						

【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）

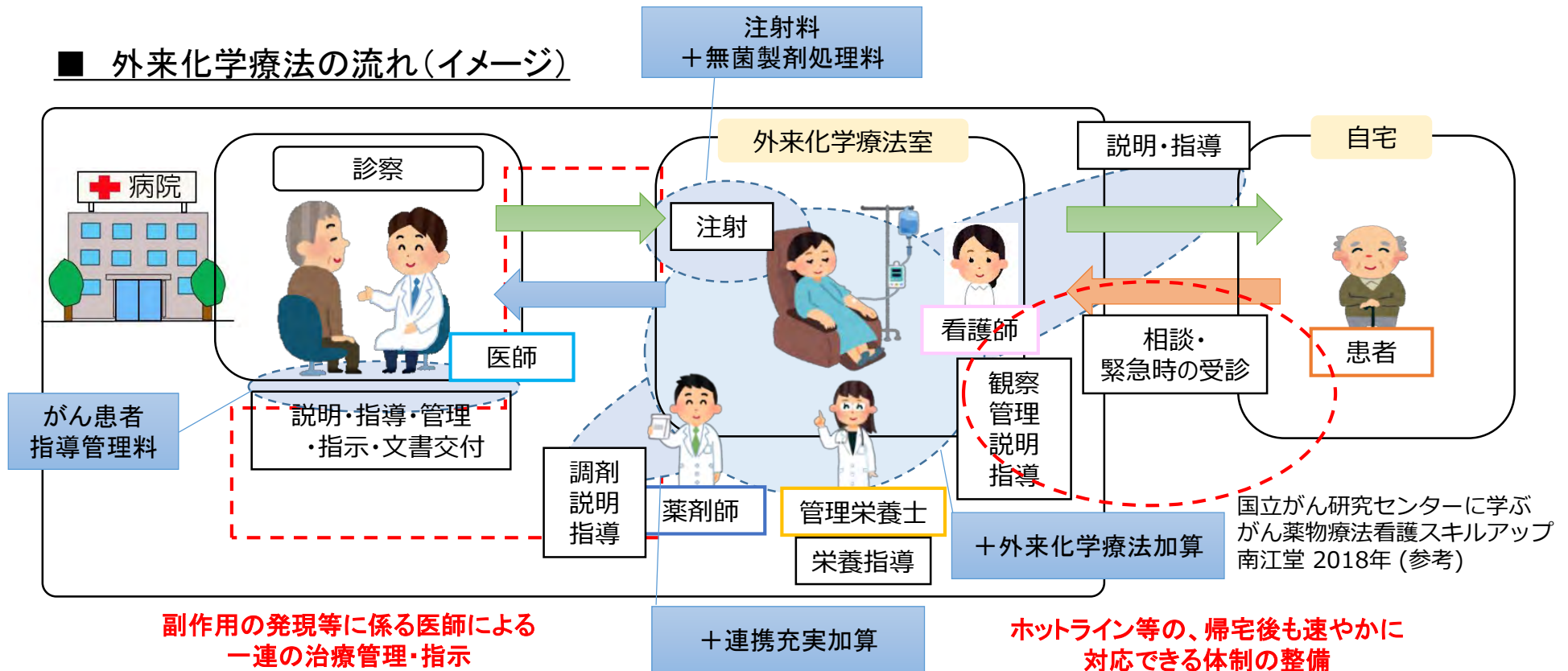
外来化学療法のそのほかの評価について(主なもの)

	がん患者指導管理料	連携充実加算	無菌製剤処理料
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	無菌製剤処理料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。

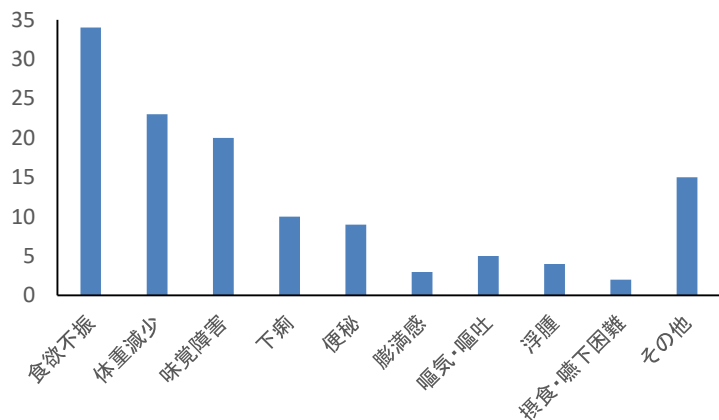


図 外来化学療法室における栄養相談内容

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、発汗など)、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

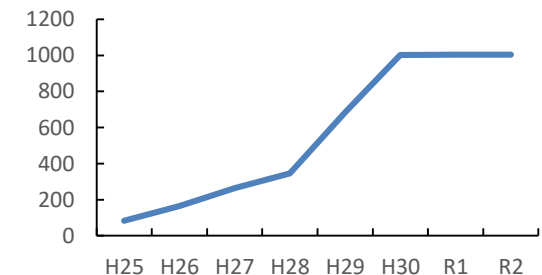
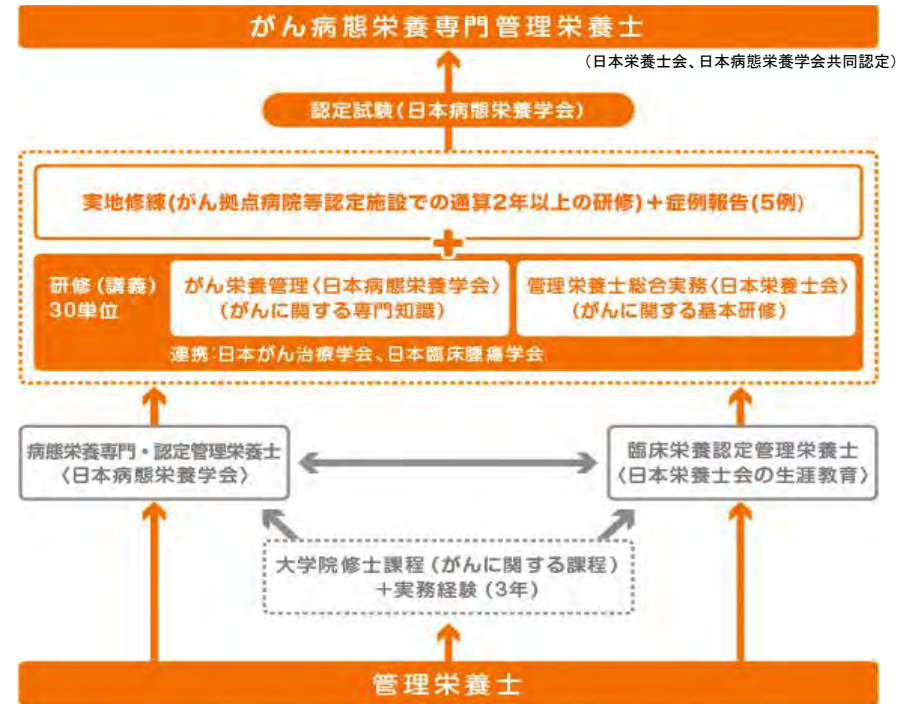
○ がんの栄養療法に関する専門的知識を有するとともに、患者の状態等に応じた栄養療法に関する高度な知識と技術を有するものとして、管理栄養士として一定の経験を有した後、必要な研修及び2年以上の実地修練を行った場合に、がん病態栄養専門管理栄養士として認定される制度がある。

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。

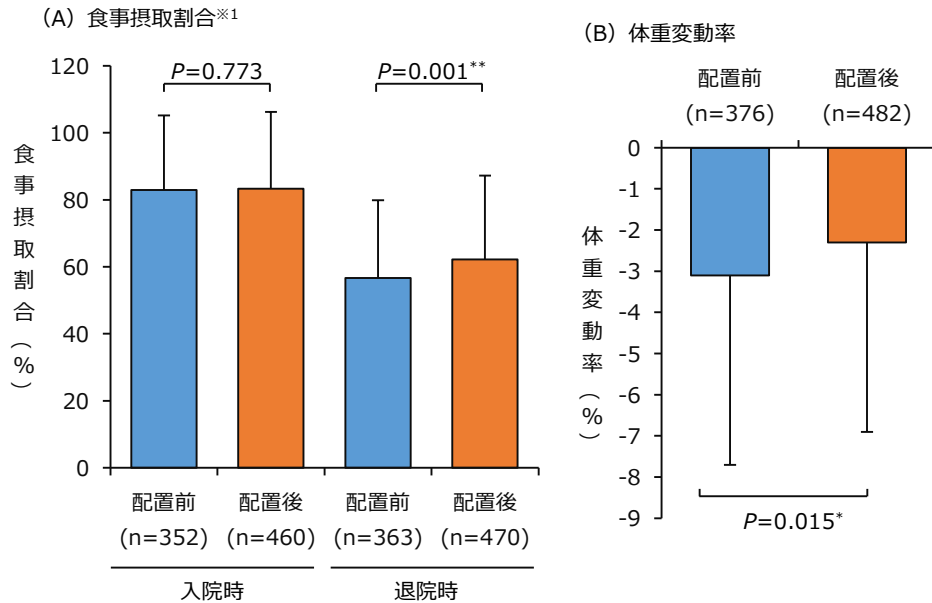


図 食事摂取割合および体重変動率の比較

	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】

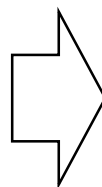
- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降
 - (1) **対面で行った場合** **200点**
 - (2) 情報通信機器を使用する場合 180点

[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。

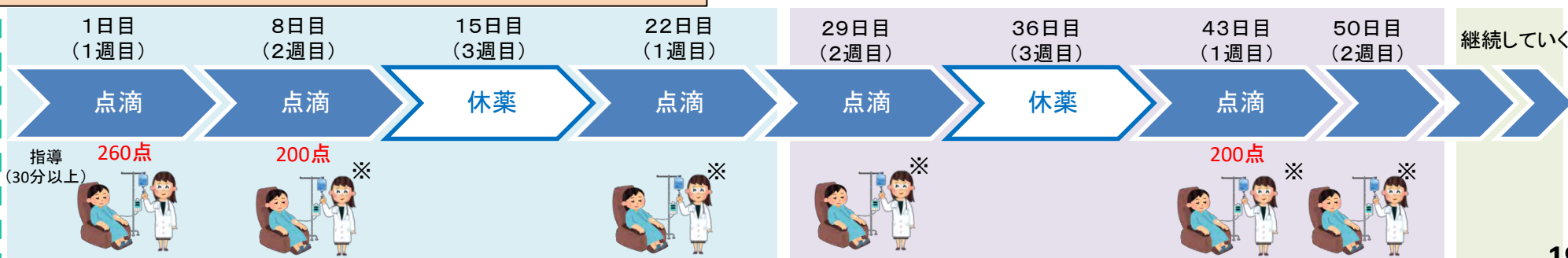
[施設基準]

- (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)

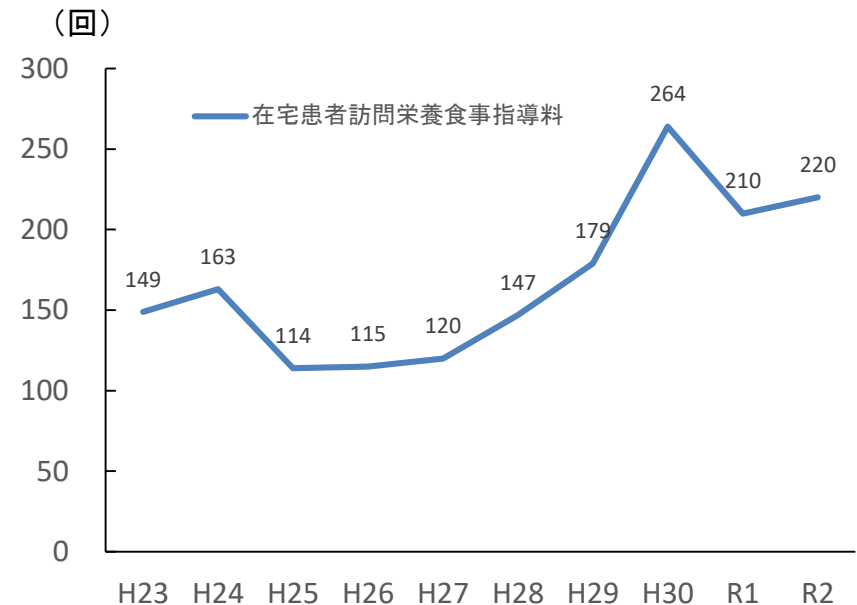
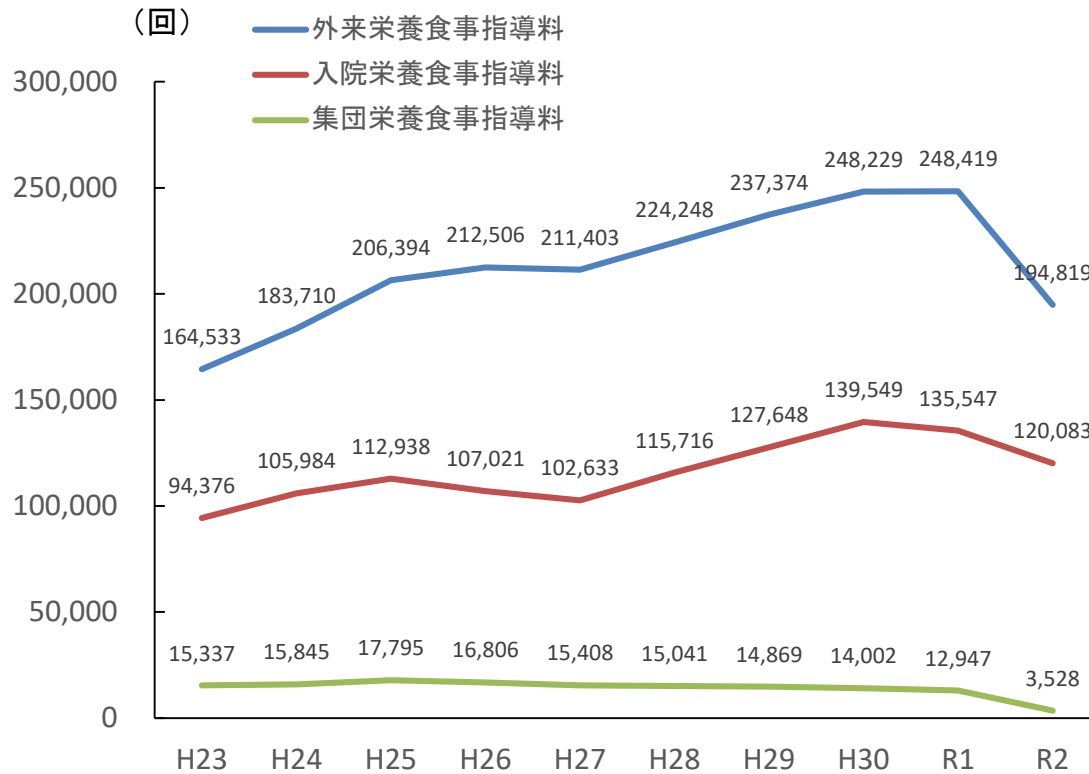


栄養食事指導料に係る主な変遷

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						530点(同一建物1人) 480点(同一建物2～9人) 440点(上記以外)	
													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

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

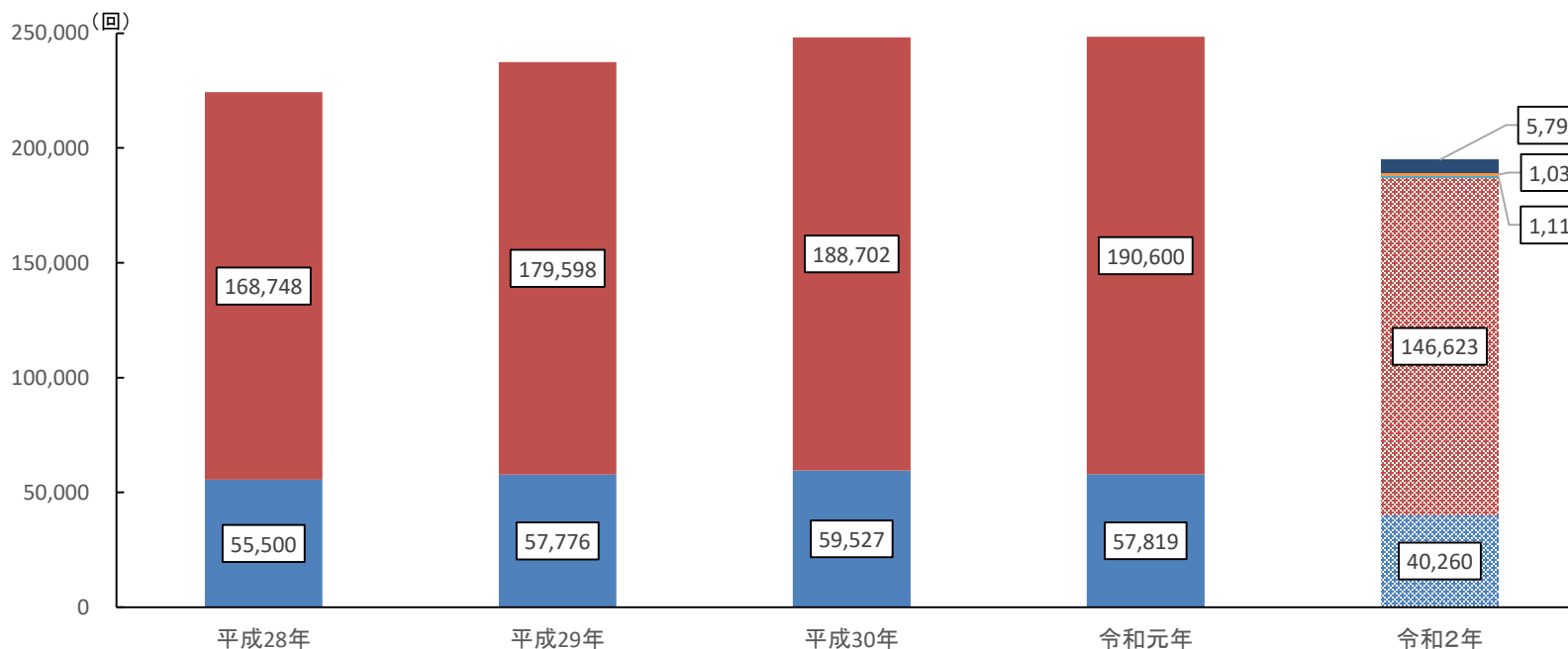
外来栄養食事指導料1と同様の内容を当該指導料を算定する医療機関以外の管理栄養士が指導を実施

【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1 初回
- 外来栄養食事指導料1 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 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1 2回目以降 対面で行った場合
- 外来栄養食事指導料2 初回

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	1w	2w	3w	4w	1w	2w	3w	4w	1w	2w	3w	4w	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					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。

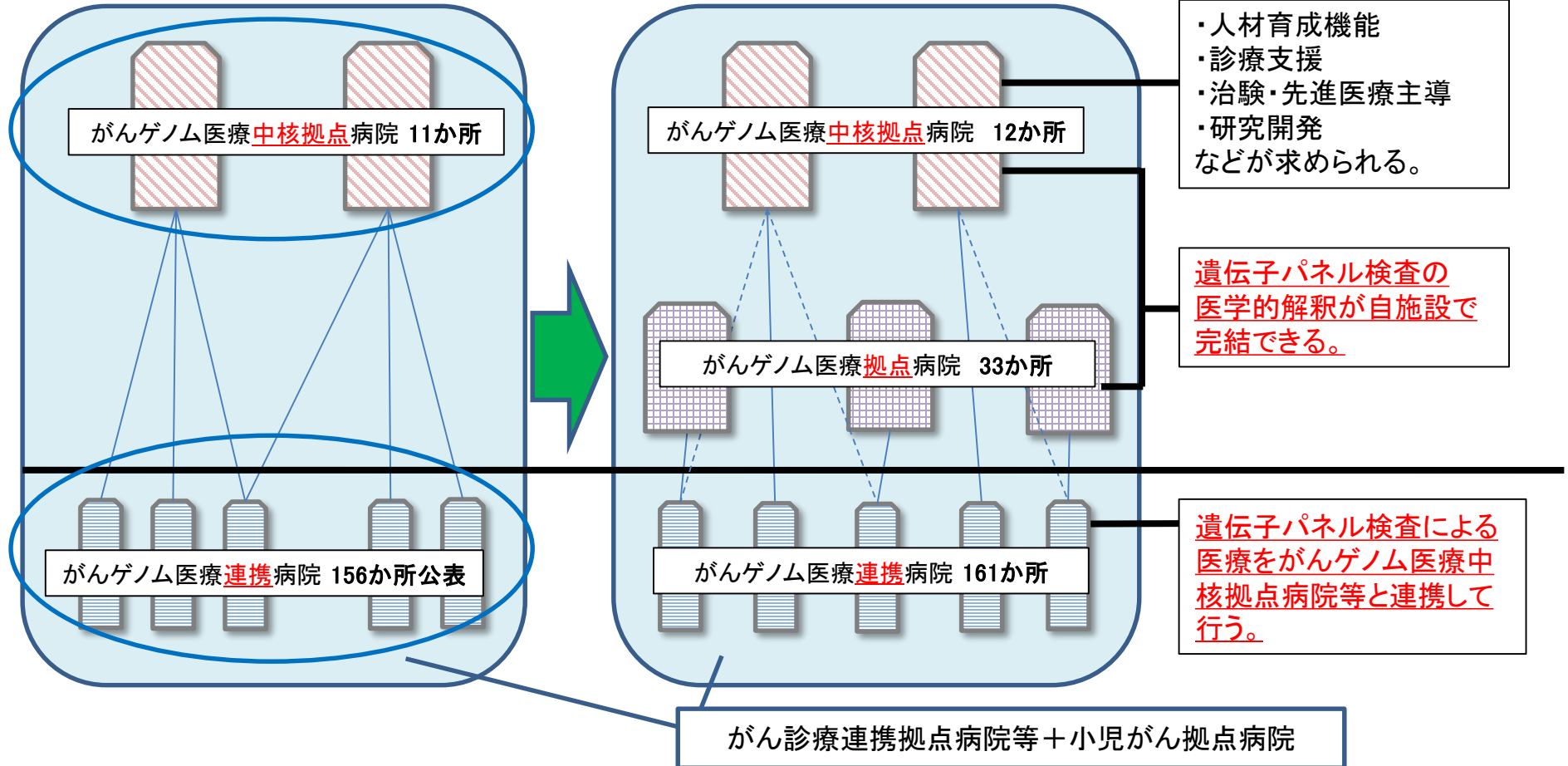
1. がん対策に係る評価について
 - 1-1 外来化学療法について
 - 1-2 栄養食事指導について
 - 1-3 がんゲノムプロファイリング検査について
 - 1-4 放射線内用療法について
2. 難病対策等に係る評価について
3. アレルギー疾患対策に係る評価について

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)

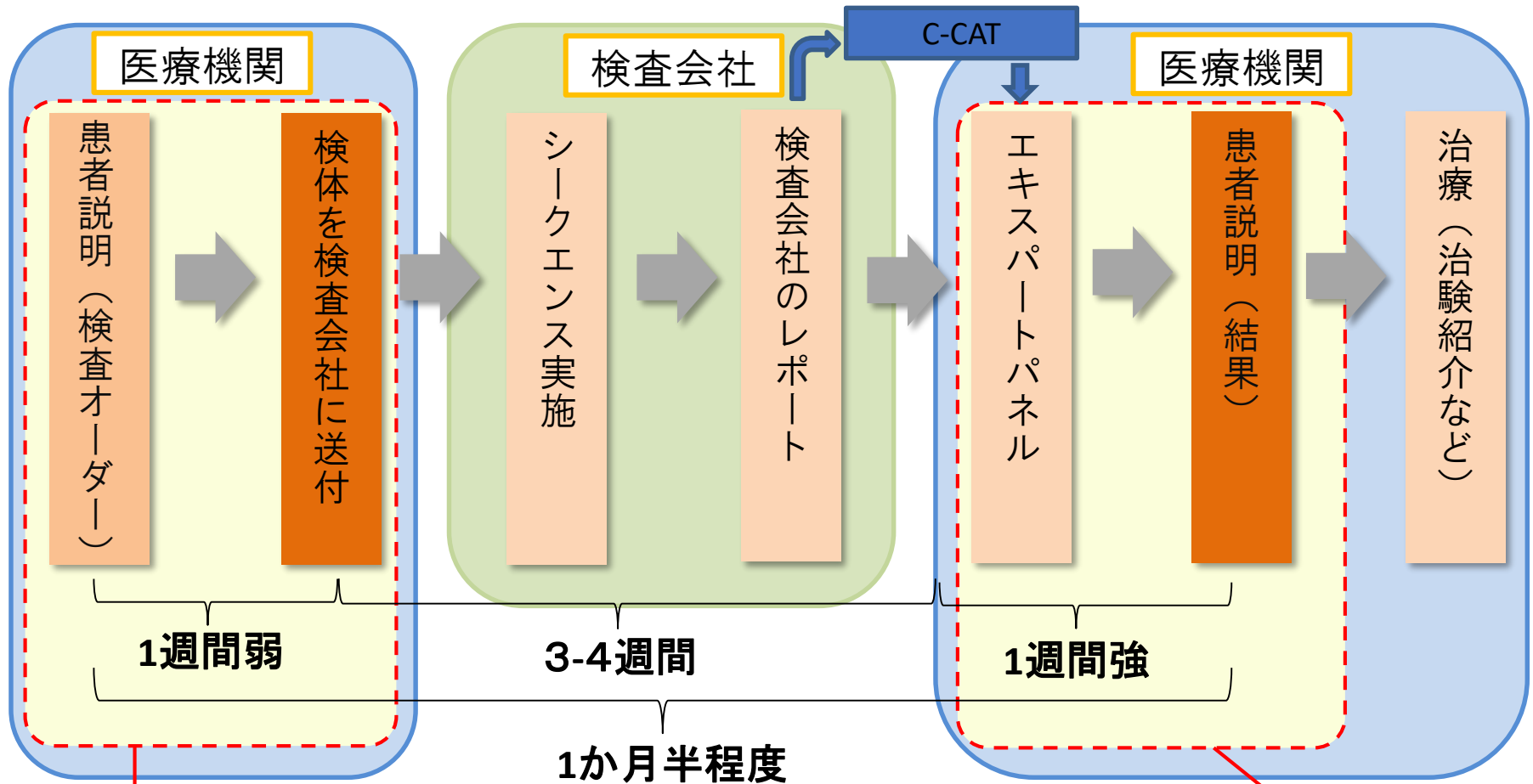
平成31年4月時点

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

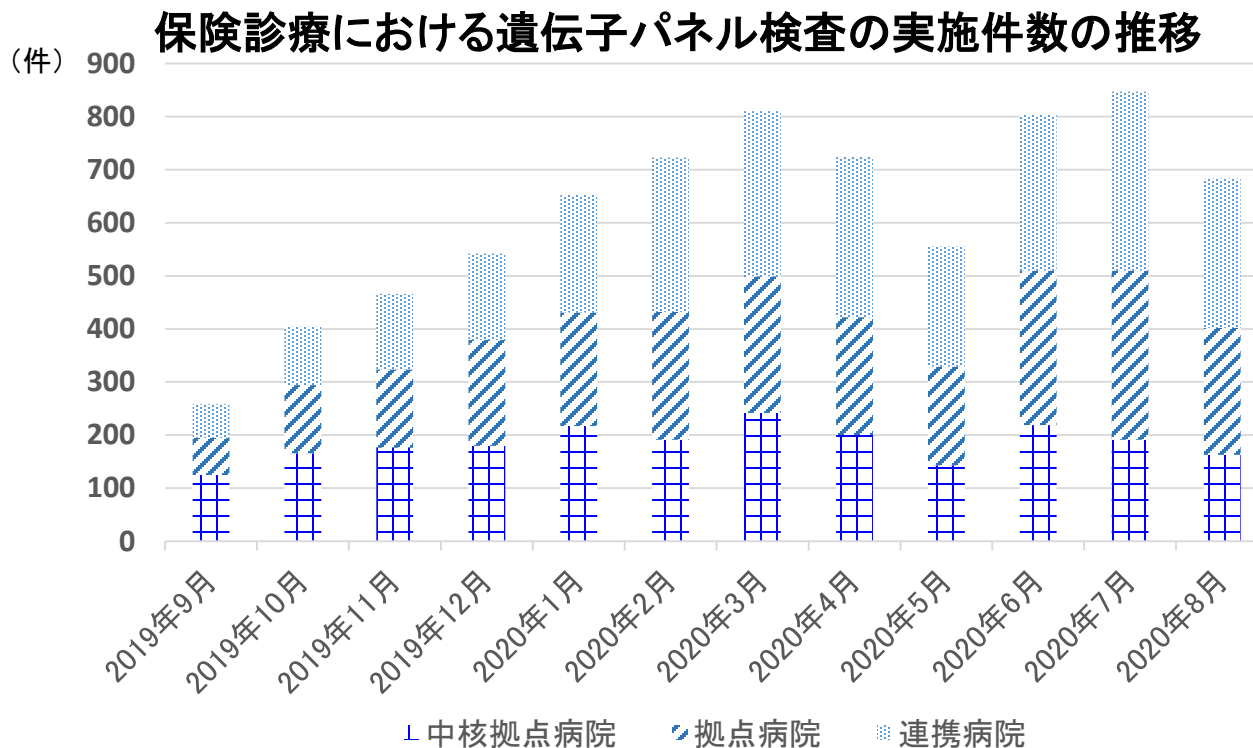
- 【主な要件】
- ・がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院及びがんゲノム医療連携病院で実施
 - ・エキスパートパネルの実施（がんゲノム医療中核拠点病院で実施）
 - ・C-CATへデータ提出
 - ・患者へのデータ返却体制の整備
 - ・管理簿等の作成
 - ・品質・精度管理のための必要な措置
 - ・治療方針等について患者に説明 等

○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

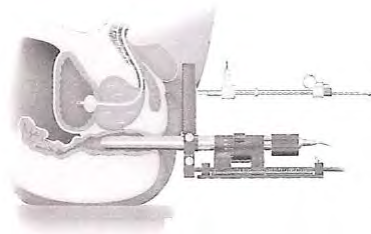
放射線治療室で行われる治療について

- 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。

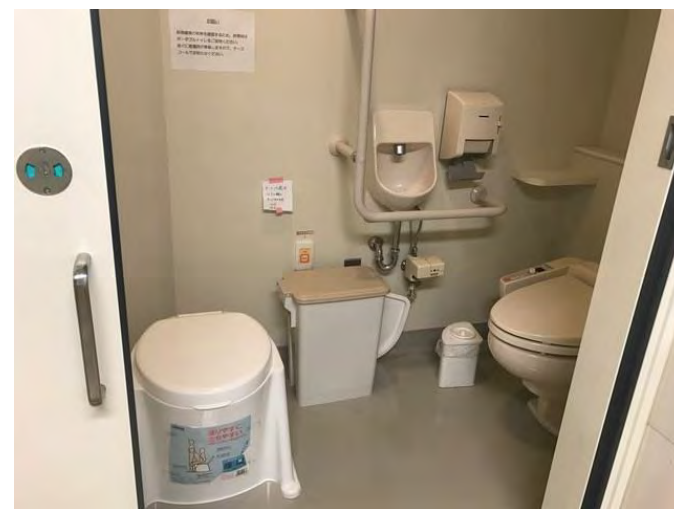
【東京慈恵会医科大学附属病院の場合】



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】

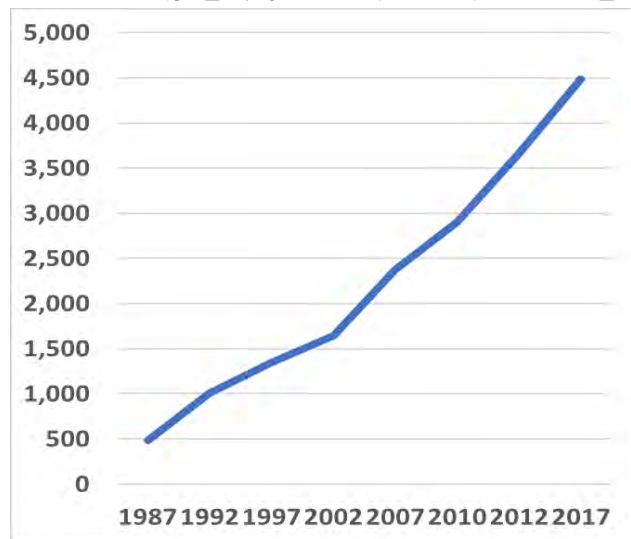


※クールダウン期間中は、新たな患者を受け入れるための準備（病室の清掃等）ができない。

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

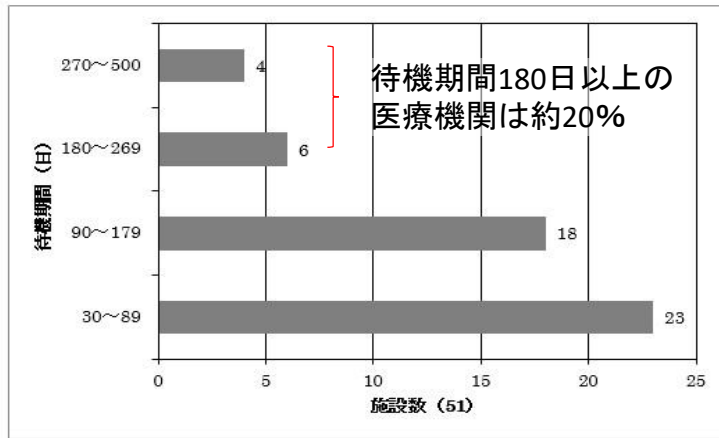
国内では、放射線治療病室が不足していることより、国際的には「補助療法」と定義される症例の多くが「アブレーション」として報告されており、海外文献と国内情報に混乱を来している。2015年の新しい米国甲状腺学会 (ATA) ガイドライン[230]では、内用療法を、残存腫瘍がないと考えられる患者における正常濾胞細胞除去を目的とした「アブレーション (ablation)」[230, 231]、周囲組織浸潤部位などに微小病巣が残存する患者における「補助療法 (adjuvant therapy)」、肉眼的残存腫瘍や遠隔転移の存在する患者における「治療 (treatment)」の三つに分類している[232](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



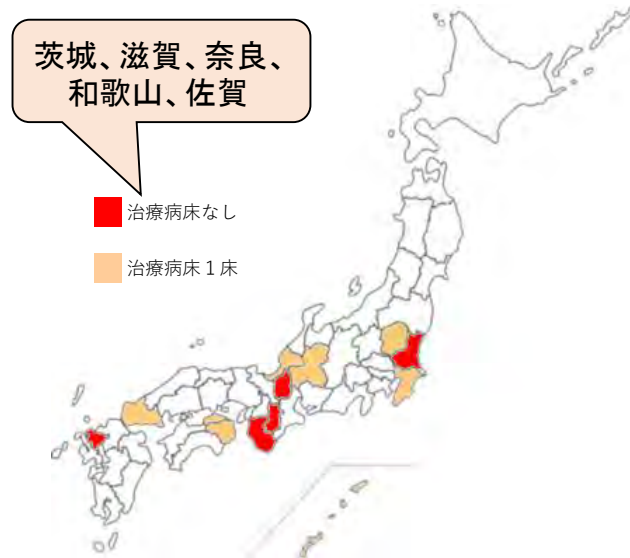
待機期間 平均 114 日 (3.8 ヶ月)、中央値 90 日

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

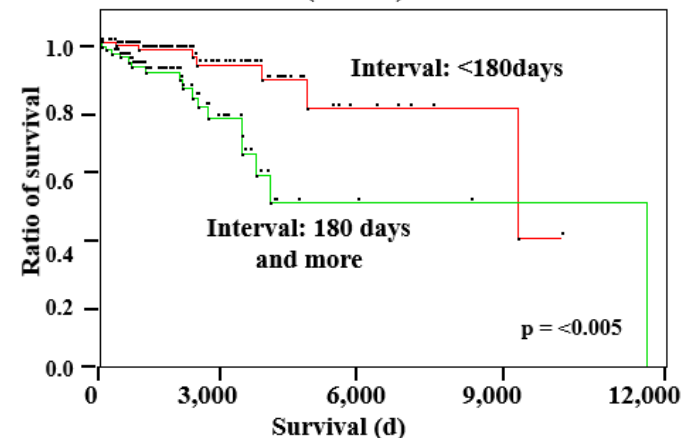


全68施設、154病床

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

Total Patients (n = 198)



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。



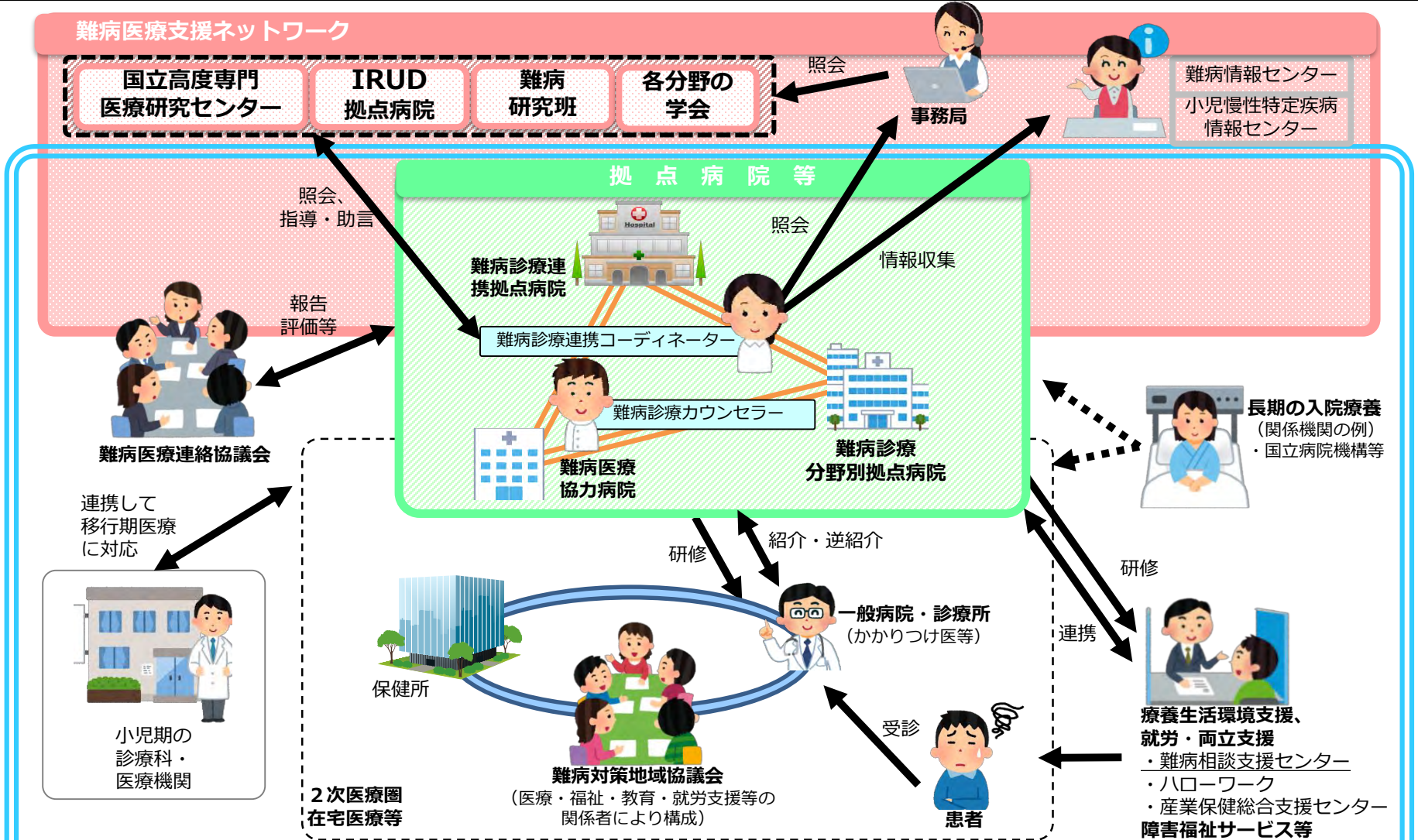
【論点】

- 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



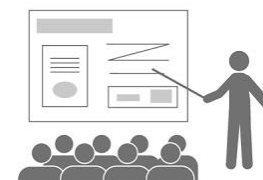
難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院 の設置促進に関するこれまでの取組について



- 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）**

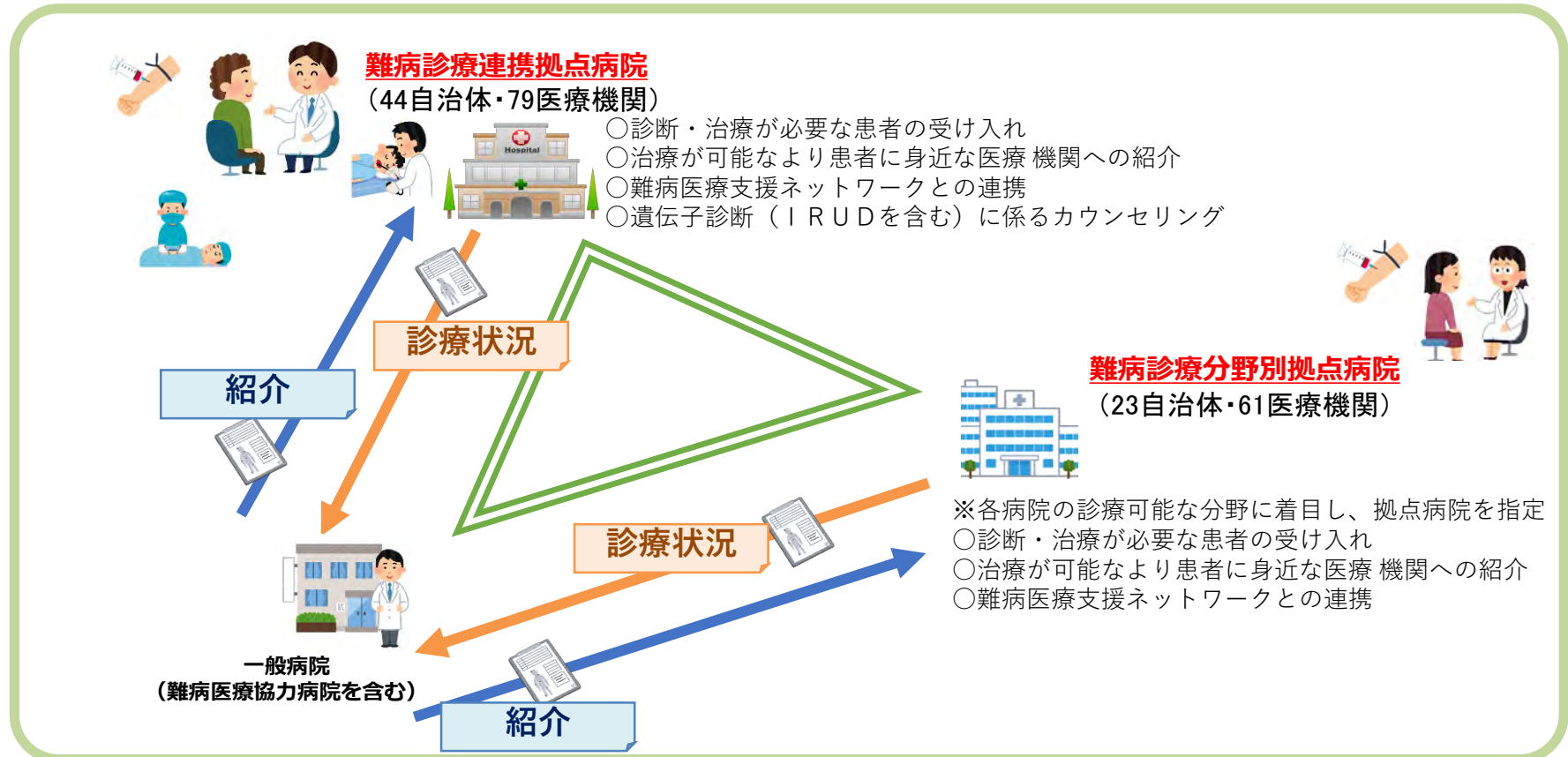
都道府県の難病関係者と難病診療連携拠点病院・難病分野別診療拠点病院の関係者に対し、新たな難病の医療提供体制について、指定後の診療連携の具体的な取組み状況等の説明会を実施。

- **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

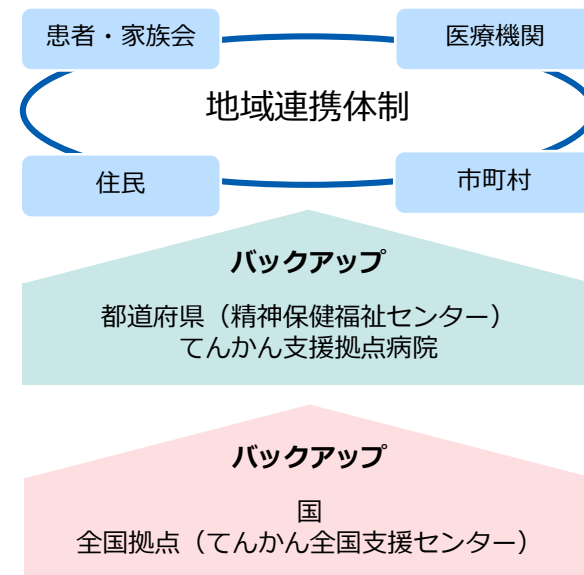
てんかんの特性や支援方法に関する知識が浸透するように取り組むとともに、市町村、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、適切な医療につながる地域の実現を目指す。

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）

てんかん全国支援センター及びてんかん支援拠点病院（令和3年7月時点）

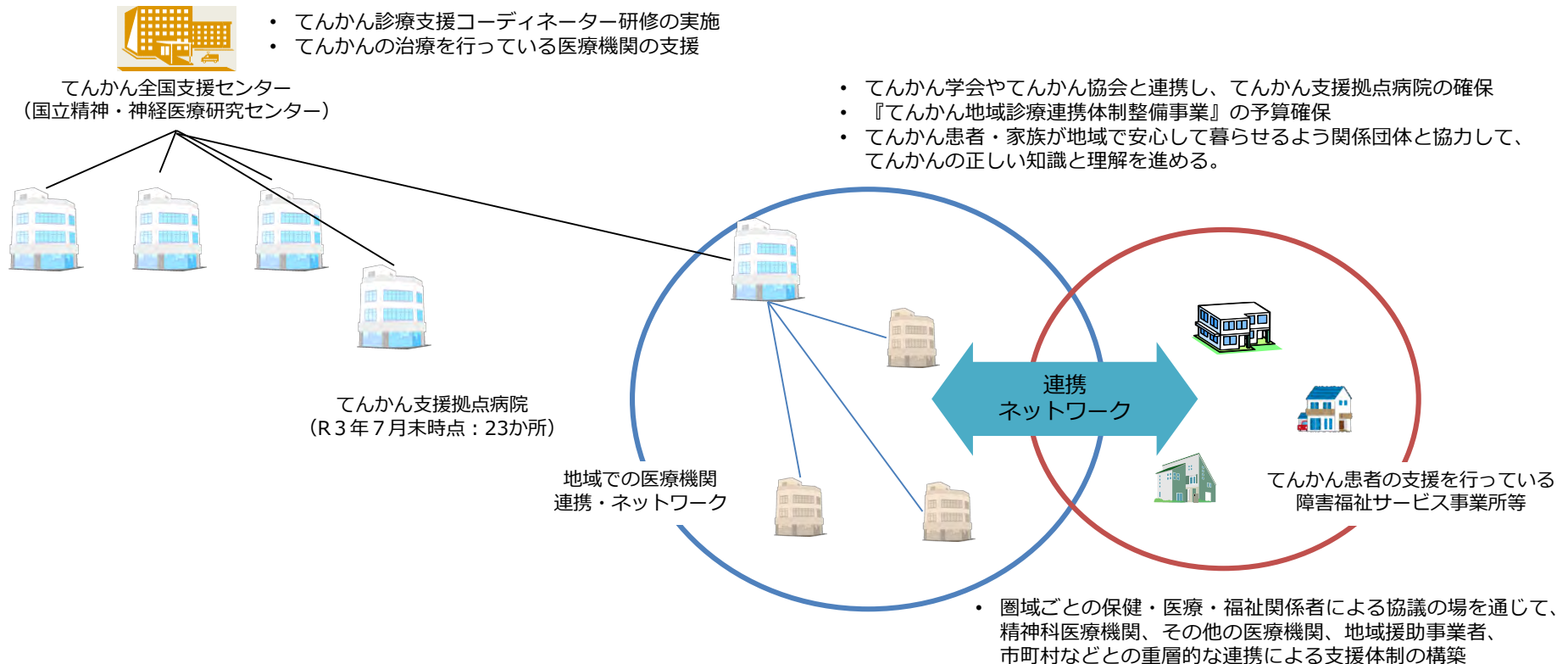
- てんかん全国支援センター：全国1か所
- てんかん支援拠点病院：全国23か所



令和3年度新規設置機関

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。



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。

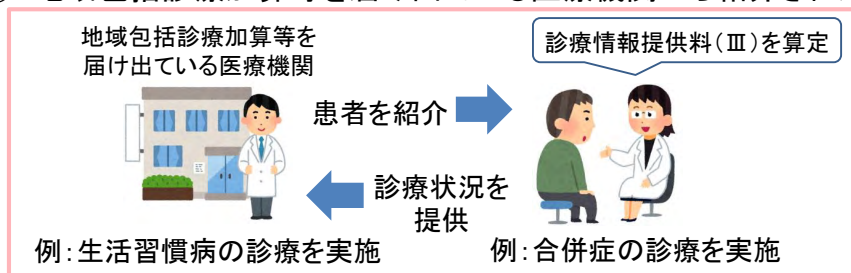
(新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

[算定要件]

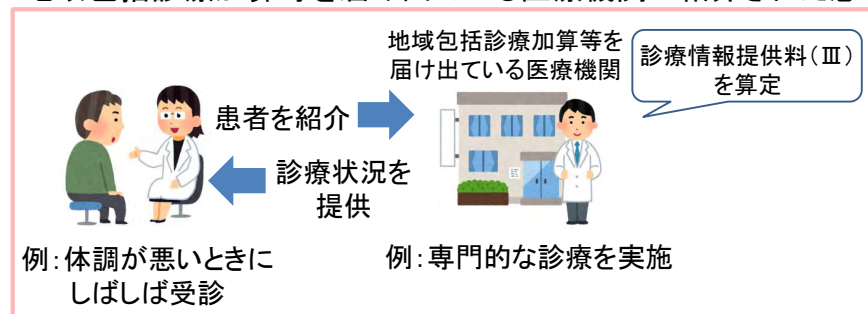
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

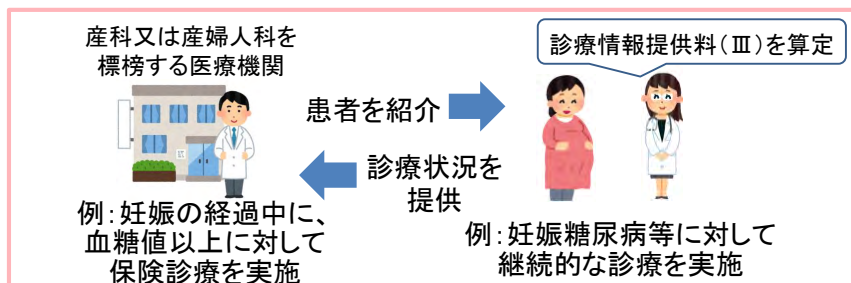
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



- 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る。
- 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



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

適宜連携



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

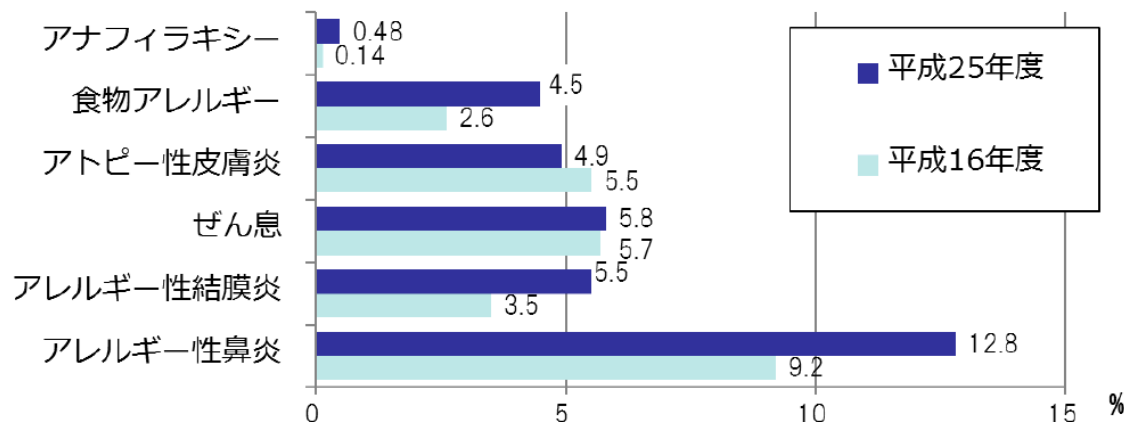
○ 児童生徒のアレルギー疾患有病率は、多くのアレルギー疾患において上昇している。

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

The image is a screenshot of the '学校生活管理指導表（医師の診断）' (School Life Management Guide Table, Doctor's Diagnosis). It is a complex table with multiple columns and rows, detailing various management points for students with allergies. The table is divided into sections for '学校生活管理指導表（医師の診断）' and '学校生活管理指導表（アレルギー疾患）'. The text is small and dense, but it appears to be a comprehensive checklist or reference table for school staff.

項目	学校生活管理指導表（医師の診断）	学校生活管理指導表（アレルギー疾患）
A. 診断	1. 診断の確定 2. 診断の時期 3. 診断の場所 4. 診断の結果	1. 診断の確定 2. 診断の時期 3. 診断の場所 4. 診断の結果
B. 経過観察	1. 経過観察の時期 2. 経過観察の場所 3. 経過観察の結果	1. 経過観察の時期 2. 経過観察の場所 3. 経過観察の結果
C. 治療	1. 治療の時期 2. 治療の場所 3. 治療の結果	1. 治療の時期 2. 治療の場所 3. 治療の結果
D. 予防	1. 予防の時期 2. 予防の場所 3. 予防の結果	1. 予防の時期 2. 予防の場所 3. 予防の結果

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

保護者

- ・主治医への管理指導表の記載の依頼、学校への提出
- ・管理指導表に基づく、学校との具体的取組に関する協議 など



学校・教育委員会

- ・アレルギー疾患があり、学校での対応を希望する児童生徒等の保護者への管理指導表の提出依頼
- ・管理指導表に基づく、具体的取組に関する保護者との協議
- ・児童生徒等に対する取組の実施
- ・緊急時に備えた体制の整備 など



学校生活管理指導表
(アレルギー疾患用)

主治医・学校医

- ・管理指導表の記載
- ・専門的観点からの指導
- ・急性発作時の相談 など



医師の指示に基づく
保護者と学校の共通理解
の得られた取組の推進



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 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____
	Ⅰ アナフィラキシー (あり・なし) Ⅱ 食物アレルギー (あり・なし)	Ⅰ 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 Ⅱ 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 _____) Ⅲ 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. 木の実類 _____) (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 _____) Ⅳ 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 _____)	
病型・治療	学校生活上の留意点		★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____
Ⅰ 気管支ぜん息 (あり・なし)	Ⅰ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 Ⅱ-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 _____) Ⅱ-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 _____) Ⅱ-3 長期管理薬 (注射) _____ 薬剤名 _____ 1. 生物学的製剤 _____) Ⅲ 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 _____)	Ⅰ 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 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 Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 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

病型・治療	学校生活上の留意点			記載日	
	アトピー性皮膚炎 <small>(あり・なし)</small>	病型・治療 A 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 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。 3. 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。 4. 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。 *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 B-1 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他 () B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 [] B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤			A フール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項(自由記述)
アレルギー性結膜炎 <small>(あり・なし)</small>	病型・治療 A 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他 () B 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 ()			A フール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C その他の配慮・管理事項(自由記載)	_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 <small>(あり・なし)</small>	病型・治療 A 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症) 主な症状の時期： 春、夏、秋、冬 B 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法 (ダニ・スギ) 4. その他 ()			A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B その他の配慮・管理事項(自由記載)	_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____

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。

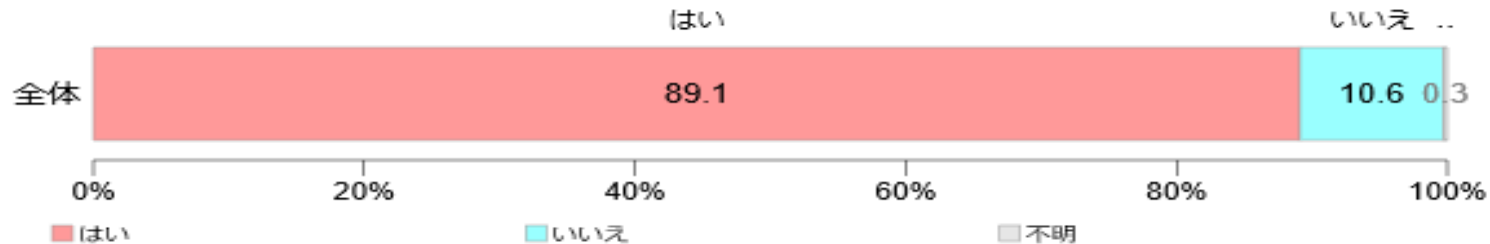
保護者氏名 _____

アレルギー疾患を有する児童生徒の管理に対する取組

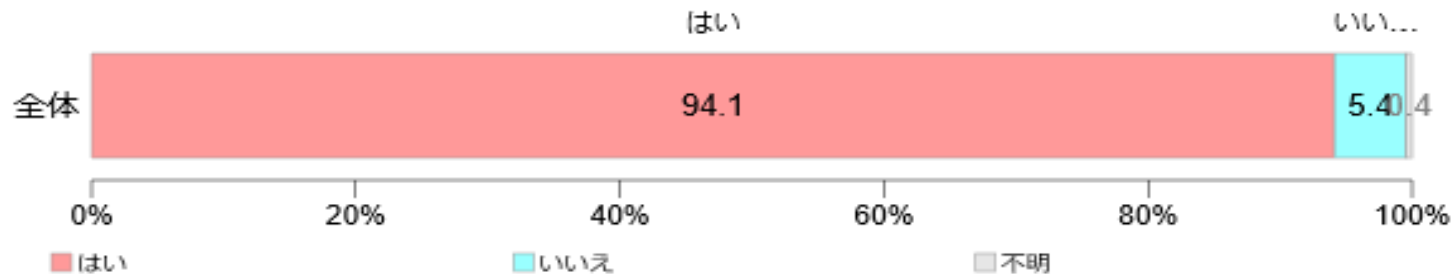
○ 学校における配慮・管理が必要な児童生徒が存在する学校は約9割であり、管理を行うにあたり、ほとんどが学校生活管理指導表を活用している。

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

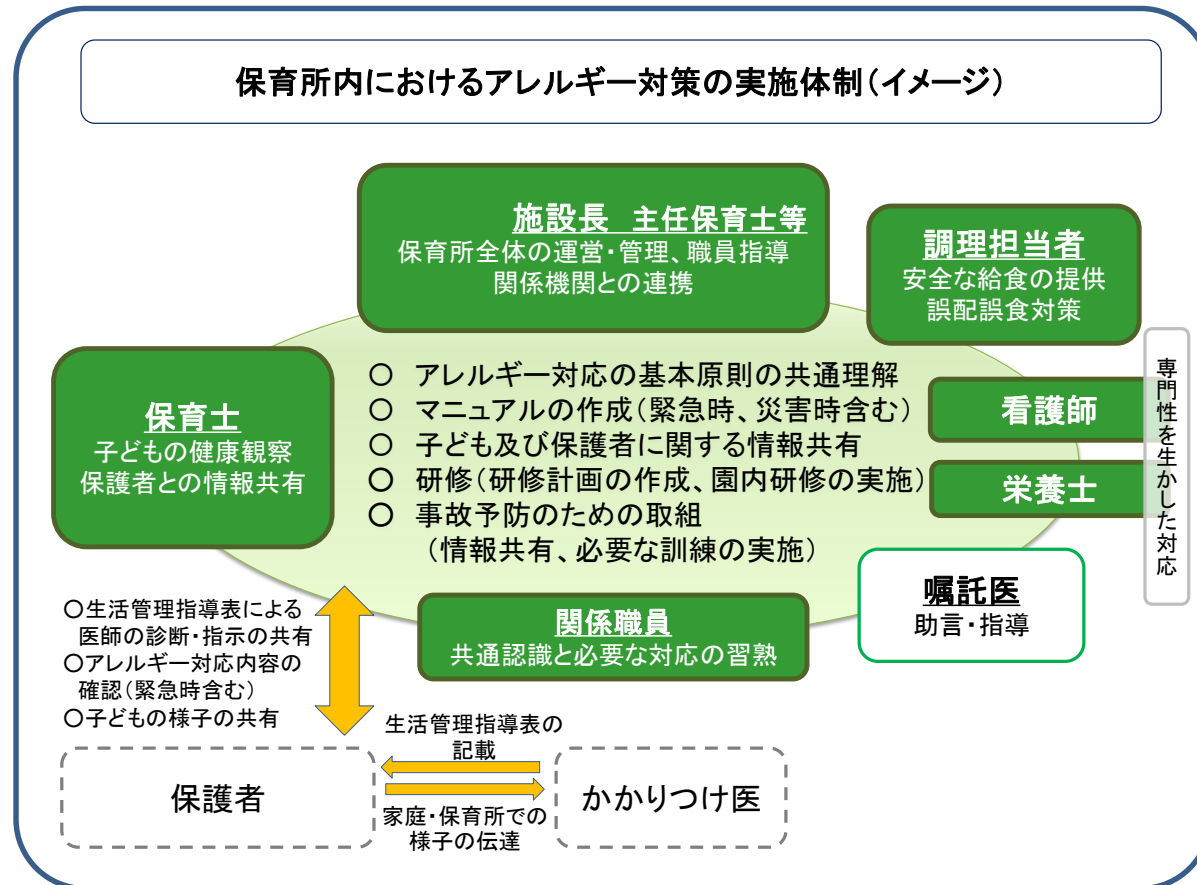
頻度	割合
年に1度	76.6%
半年に1度	17.4%
3ヶ月に1度	0.6%
再提出なし	2.8%
未回答	2.6%

※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

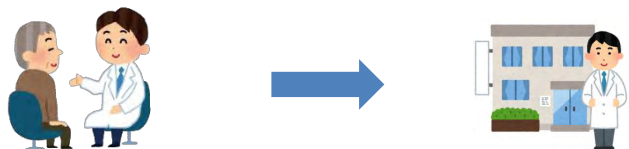
（かかりつけ医）
保育所におけるアレルギー疾患を有する子どもの保育については、かかりつけ医等が記入した生活管理指導表に基づき、保育所と保護者等の中で医師の診断及び指示に関する情報を共有し、対応することが求められます。このため、かかりつけ医は、本ガイドラインの内容を理解した上で、生活管理指導表を記入することが重要です。このため、地域の医師会やアレルギー専門医療機関が主催する医師向けの研修等に積極的に参加するなど、アレルギー疾患への理解を深めることが求められます。なお、かかりつけ医は生活管理指導表の記入に当たり保育所の状況を踏まえる必要がある場合、保護者を通じ、保育所に対して情報提供を求めることも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

診療情報提供料（Ⅰ）概要

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。

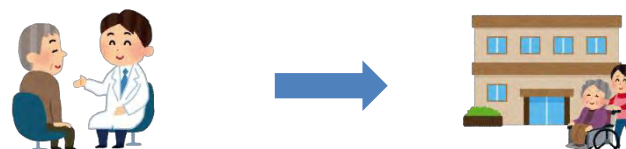
① 別の保険医療機関に紹介した場合

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。



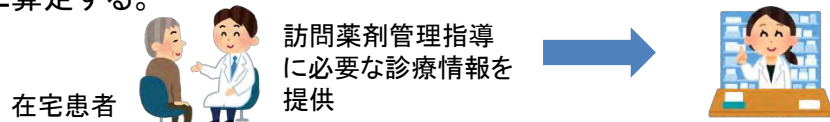
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

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。



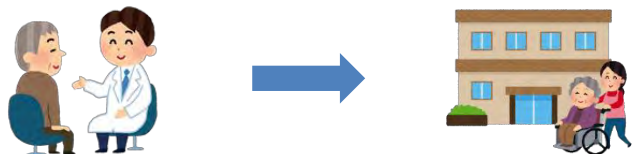
④ 精神障害者施設等に提供する場合

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。



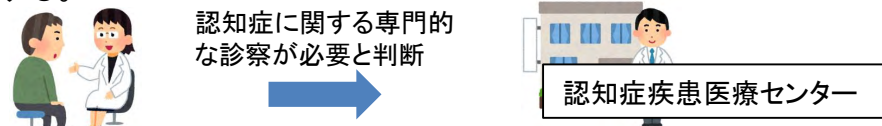
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

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。



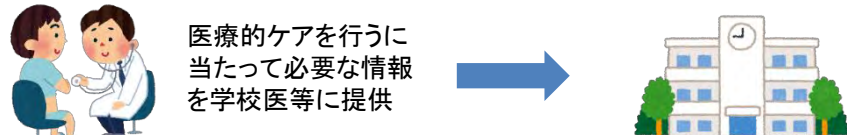
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

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。

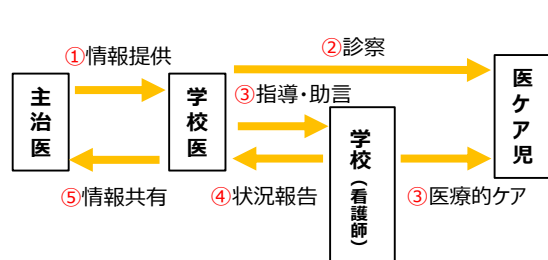
[算定要件]

- 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。

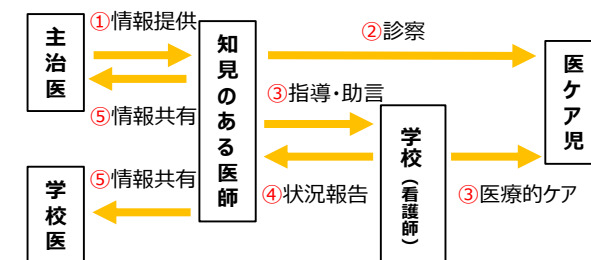


(参考)主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「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。