

外来（その3）

（かかりつけ医機能、その他）

外来（その3）

1. 外来診療に係る評価について

- (1) かかりつけ医機能等について
- (2) 女性の健康に係る課題等について
- (3) 分割調剤について
- (4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて
- (5) ニコチン依存症管理料等について

(1) かかりつけ医機能等について

- ・ 機能強化加算等について

- ・ 紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担等について

(2) 女性の健康に係る課題等について

(3) 分割調剤について

(4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて

(5) ニコチン依存症管理料等について

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋 —

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

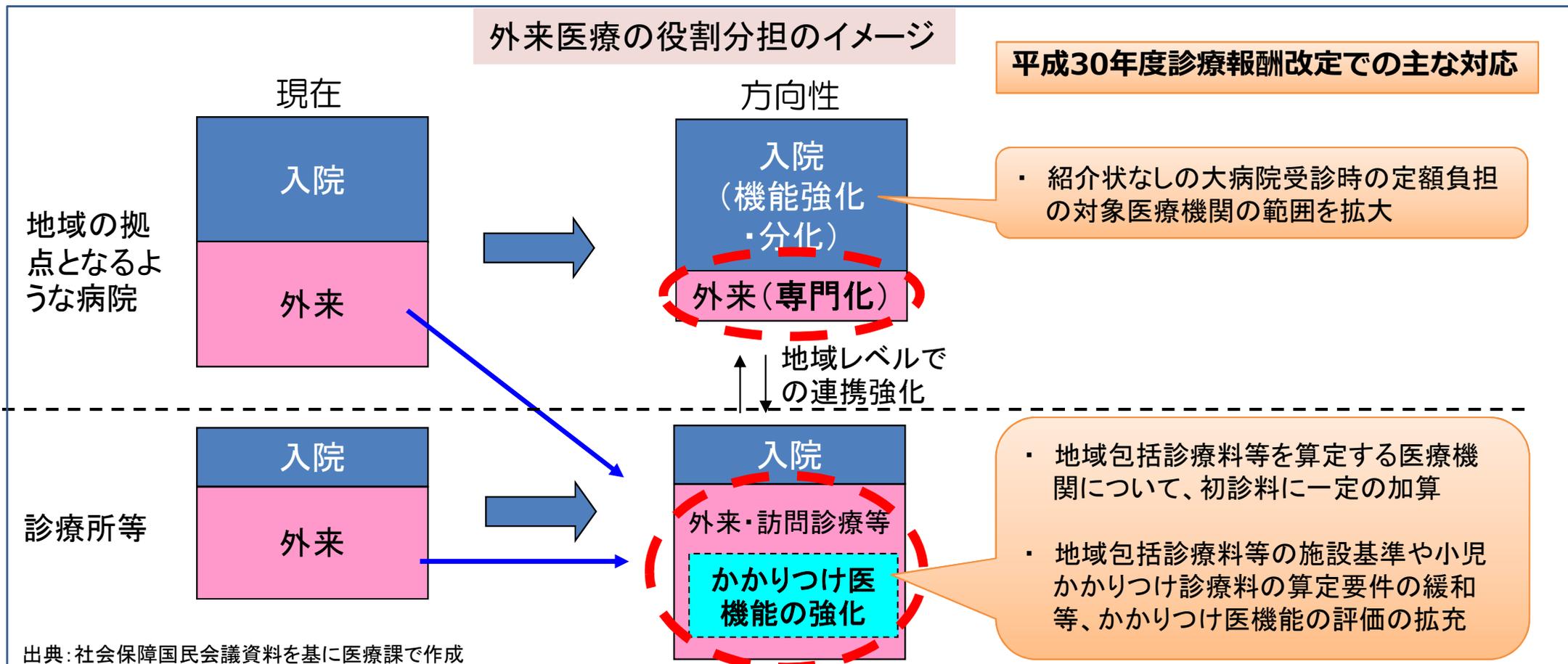
「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

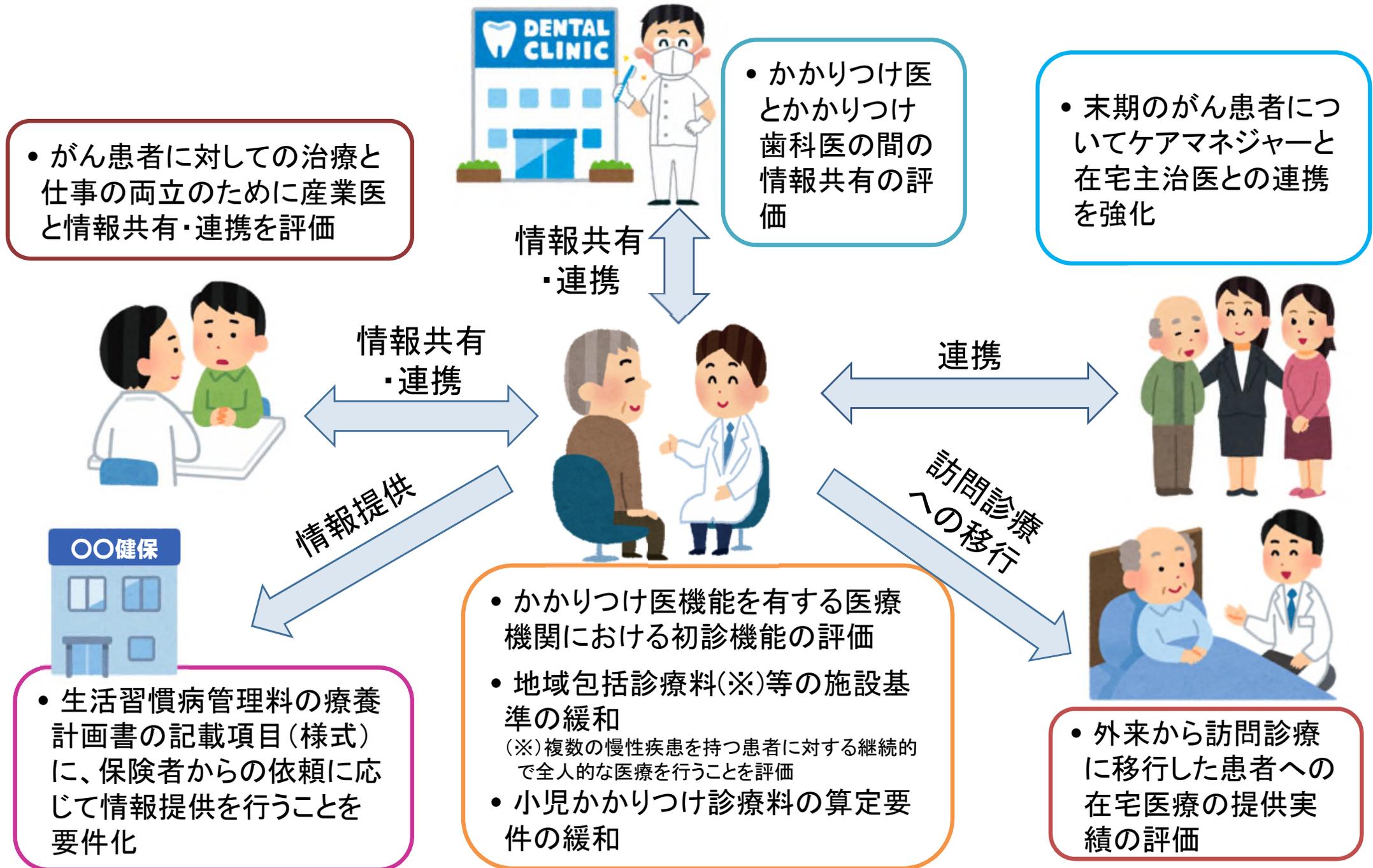
外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



かかりつけ医機能評価の充実



かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

- かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) 機能強化加算 80点



【算定要件】

- かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する観点から、右の施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

【施設基準】

- 以下のいずれにも該当すること。
 - (1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
 - (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ・ 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。)
 - ・ 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。)
 - (3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問合せへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数	
機能強化加算	(病院) 1,048 (診療所) 11,793	初診料	1,783,064
		小児科外来診療料	137,736
		小児かかりつけ診療料	56,428

(出典)
届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)
算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

前回の議論の整理①

○ 前のご議論いただいた内容は、以下のとおり。

【機能強化加算に係る個別の説明について】

(医療機関の職員が直接説明をすることについての議論)

- 診察を行う前に、院内のしかるべき者が患者に文書を提示すること等により、丁寧に説明を行うことを要件化すべき。
- また、その説明は誰がするのか、医師なのか看護師なのか、それ以外の医療機関のスタッフなのか、という整理も必要。
- 全ての患者さんに対して、診察の前に、医療機関が有する全ての体制及びそれに関連する加算について説明することは、非常に難しく、診療そのものに支障を来す。
- 仮に時間がかかってもやっていただかないといけないことはあるので、それにこの「説明」が含まれるかどうか、という点について議論をすべき。

(体制の評価という観点からの議論)

- 機能強化加算の趣旨が、医療機関が有する体制に係る評価であるということを踏まえると、患者が当該医療機関の有する体制をきちんと理解した上で、その対価として支払う、という仕組みをつくる必要がある。
- 医療機関が有する体制を評価した点数は、例えば総合入院体制加算や後発医薬品使用体制加算など、機能強化加算以外にも多くのものがあり、この加算だけは個別に周知しなければならない、という理屈は立たないのではないか。

(説明内容に係る議論)

- 現行、院内掲示する事項として求めているものには「費用」が含まれていないため、それを含めて院内掲示の要件を見直す必要があるのではないか。
- 少なくとも、患者が医療機関を選ぶに当たって、かかりつけ医の有する機能や、それに対して払う対価について説明がないと、患者としては困るのではないか。
- 例えば、文書で初診時に説明をしていれば、2回目以降は省略可能、等の運用もあり得るため、医療機関の負担に配慮した運用に係る検討も必要ではないか。

前回の議論の整理②

○ 前のご議論いただいた内容は、以下のとおり。

【かかりつけ医機能に関する説明について】

(かかりつけ医機能の普及・啓発という観点での議論)

- かかりつけ医機能の普及・推進という観点から、まずは、かかりつけ医機能についての説明をする、ということが重要であり、かかりつけ医を決めるとこういった良いことがある、などといったことをきちんと伝える必要がある。
- 適切な医療機関のかかり方、適切な受診行動を患者さんに促すというのは、医療機関だけで行う話ではなくて、保険者の仕事でもある。
- 患者の理解度を高め、適切な受診行動を促すことについては、保険者からも様々なチャネルを通じて啓蒙を進めている。
- 日頃通院し、信頼関係のある保険医療機関の医師からも、かかりつけ医機能に係る説明をしていただくことは、患者の理解度を高めるために有効であると考えられる。
- 患者がかかりつけ医と考えている医療機関だけではなく、初めてかかりつけ医機能を有する医療機関を受診した患者に対しても、その有する機能等について、しっかりとご説明いただき、理解を深めることが必要ではないか。
- 周知の方法を含めて、様々な工夫をしながら、かかりつけ医機能に対する理解が少しずつ広がっていき、地域における医療のかなめとして機能するような形に持っていくことが重要ではないか。

(理解度を高めるための方法について)

- 単に院内掲示するよりも、書面で提示することや、書面とともに医療機関の誰かが説明することによって、患者の理解が得られやすくなるのではないか。
- 例えば、予防接種をしたら書面を受け取り、「今晚はこういうことはやめてください」などといった具体的な注意事項をもらう、というのは一般的であり、患者としては書面でもらえるときちんと読むため、周知が進むのではないか。
- 患者に対して書面等を用いてわかりやすく説明するというのは重要だが、一方で、例えば医師が時間をかけて説明すること、は、診療行為の阻害につながるため、それは避ける必要がある。

院内掲示を要件とする項目

- 医療機関の体制・実績等に係る事項や、各項目に関連して医療機関が実施する事項について、院内に掲示することとしている項目を以下に示す。
- 医療機関の有する体制の評価から、個々の診療行為の評価まで、各項目の趣旨は様々である。
- 掲示する事項として、当該項目の点数や費用負担等を定めている項目はない。

	医療機関の体制・実績等を掲示するもの	実施する事項を掲示するもの
算定要件又は施設基準において院内掲示が定められている項目	<ul style="list-style-type: none"> ○ A001 再診料 注10 時間外対応加算1～3 ○ A001 再診料 注12 地域包括診療加算 ○ A108 有床診療所入院基本料 注4 夜間緊急体制確保加算 ○ A200 総合入院体制加算 ○ A237 ハイリスク妊娠管理加算 ○ A244 病棟薬剤業務実施加算 ○ A246 入退院支援加算 ○ B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料 ○ B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 ○ B001-2-9 地域包括診療料 ○ 入院基本料(通則) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ A000 初診料 注12 機能強化加算 ※ 健康管理に係る相談等を行っていることを掲示 ○ A001 再診料 注11 明細書発行体制等加算 ※ 詳細な明細書を患者に無料で交付していることを掲示 ○ A001 再診料 注12 地域包括診療加算 ○ B001-2-9 地域包括診療料 ※ 健康相談等を実施していることを掲示 ○ A226-2 緩和ケア診療加算 ○ A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算 ○ B001-24 外来緩和ケア管理料 ※ 緩和ケアが受けられること等を掲示 ○ A233-2 栄養サポートチーム加算 ※ 栄養サポートチームによる診療が行われていることを掲示 ○ A234 医療安全体制加算 ※ 医療安全管理者等による相談・支援が受けられることを掲示 ○ A234-2 感染防止対策加算 ※ 院内感染防止対策に関する取組事項を掲示 ○ A234-2 患者サポート体制加算 ※ 相談窓口の設置及び支援のため実施している取組を掲示 ○ A243 後発医薬品使用体制加算 ○ F100 処方料 注9 外来後発医薬品使用体制加算1～3 ※ 後発医薬品の使用を積極的に行っていることを掲示 ○ B001-2-11 小児かかりつけ診療料 ※ 発達段階に応じた助言・指導を行うこと等を掲示
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>※ 上記のほか、以下の事項について掲示することとされている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院基本料に関する事項 ○ DPC病院である旨 ○ 地方厚生(支)局長への届出事項 ○ 明細書の発行状況に関する事項 ○ 保険外負担に関する事項 </div>	

個別に同意を取得することを要件とする項目

- 個別に同意を取得することを要件としている項目は、以下のとおり。
- 基本的に、体制に係る評価ではなく、個々の診療行為そのものの評価を趣旨とする項目である。

	初・再診料、入院基本料、 入院基本料等加算	医学管理等
算定要件 において 患者から の同意取 得が定め られている 項目	<ul style="list-style-type: none"> ○ A001 再診料 注12 地域包括診療加算 ○ A226-2 緩和ケア診療加算 ○ A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算 ○ A246 入退院支援加算 ○ A247 認知症ケア加算 ○ A312 精神療養病棟入院料 ※ 退院支援委員会への出席者に係る要件 	<ul style="list-style-type: none"> ○ B001-5 小児科療養指導料 ○ B001-7 難病外来指導管理料 ○ B001-23 がん患者指導管理料 ○ B001-24 外来緩和ケア管理料 ○ B001-27 糖尿病透析予防指導管理料 ○ B001-28 小児運動器疾患指導管理料 ○ B001-2-9 地域包括診療料 ○ B001-2-10 認知症地域包括診療料 ○ B001-2-11 小児かかりつけ診療料 ○ B001-3 生活習慣病管理料 ○ B001-3-2 ニコチン依存症管理料 ○ B001-9 療養・就労両立支援指導料 ○ B004 退院時共同指導料1 ○ B005 退院時共同指導料2 ○ B005-1-2 介護支援等連携指導料 ○ B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料 ○ B005-6 がん治療連携計画策定料 ○ B005-6-2 がん治療連携指導料 ○ B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 ○ B005-7 認知症専門診断管理料 ○ B005-7-2 認知症療養指導料 ○ B005-7-3 認知症サポート指導料 ○ B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 ○ B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1 ○ B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2 ○ B009 診療情報提供料(I) ○ B010-2 診療情報連携共有料

機能強化加算の届出医療機関について

○ 機能強化加算の届出医療機関における、地域包括診療加算等の届出状況は、以下のとおり。

【機能強化加算と他の届出の関係について】

	機能強化加算の届出医療機関 (n=12,841)		全医療機関 (n=110,477)	
	病院 (n=1,048)	診療所 (n=11,793)	病院 (n=8,372)	診療所 (n=102,105)
地域包括診療加算	—	4,761 (86.2%)	—	5,524
地域包括診療料	44 (95.7%)	205 (94.0%)	46	218
小児かかりつけ診療料	—	1,201 (84.0%)	—	1,429
在宅時医学総合管理料・ 施設入居時等医学総合管理料	1,047 (52.7%)	10,088 (45.8%)	1,988	22,050
うち 在宅療養支援診療所 または在宅療養支援病院	1,044 (81.9%)	9,267 (70.4%)	1,274	13,159

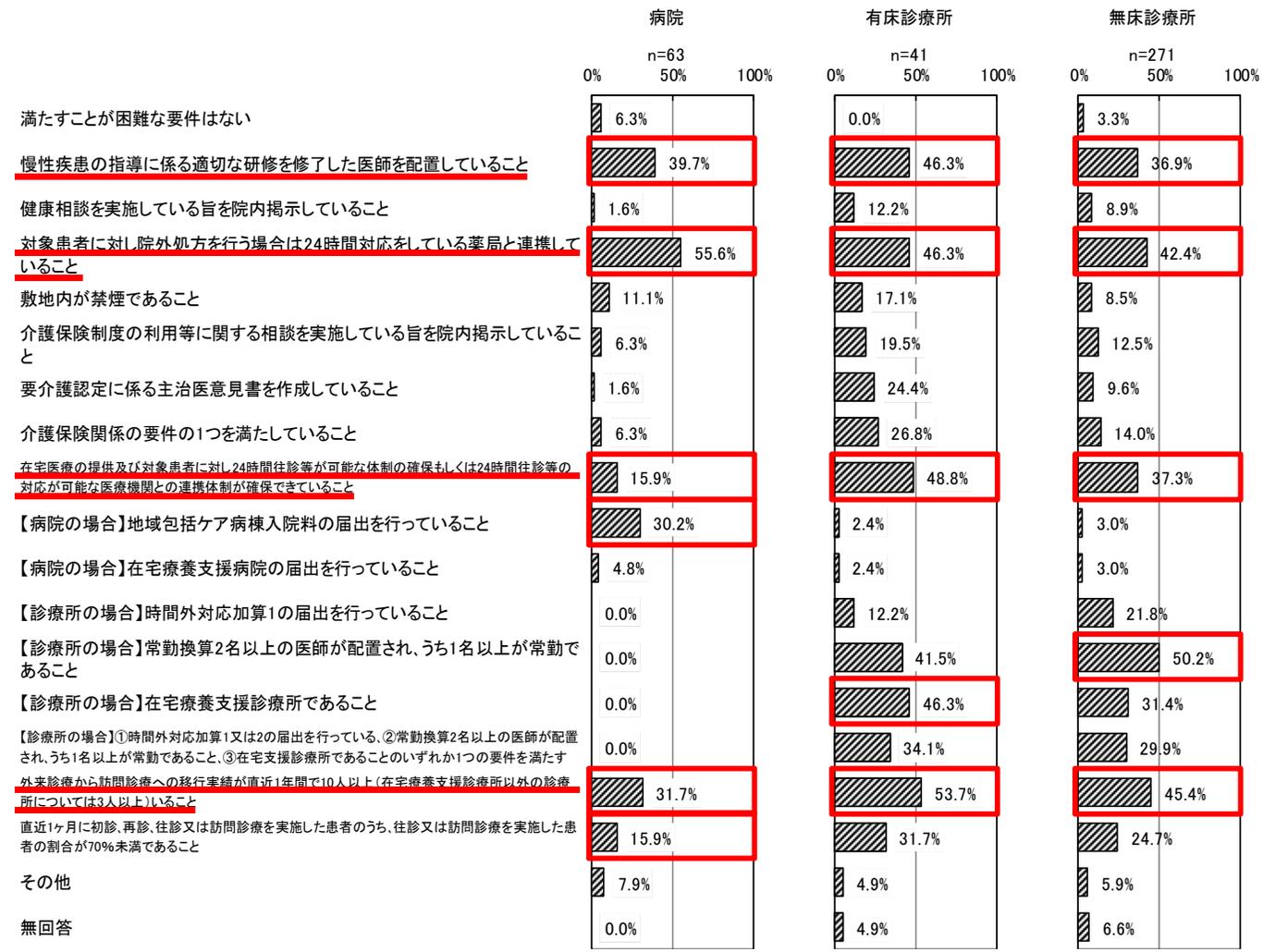
※ ()内は、それぞれの届出医療機関のうち、機能強化加算を届出している医療機関の占める割合。

かかりつけ医調査(施設調査)の結果④

＜地域包括診療料等の施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件＞(報告書p91)

病院については「地域包括診療料」の、診療所については「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を届出していない施設に対して、施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件を尋ねた結果は以下のとおり。

図表 119 地域包括診療料等の施設基準の届出に当たり満たすことが困難な要件
(地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設、複数回答)



かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理①(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
施設の 種別	<ul style="list-style-type: none"> 診療所 在宅療養支援診療所の届出(*1) 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所 許可病床数200床未満 【病院の場合】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の届出 在宅療養支援病院の届出 	<ul style="list-style-type: none"> 小児科外来診療料を算定 	—	<ul style="list-style-type: none"> 診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 許可病床数200床未満の病院 半径4km以内に診療所が存在しない(半径4km以内に病院が存在しても差し支えない)
医師の 要件	<ul style="list-style-type: none"> 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(担当医)を配置 常勤換算2名以上の医師を配置(うち1名以上は常勤医師)(*1) 	<ul style="list-style-type: none"> 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(担当医)を配置 【診療所の場合】 <ul style="list-style-type: none"> 常勤換算2名以上の医師を配置(うち1名以上は常勤医師) 	<ul style="list-style-type: none"> 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師を1名以上配置 上記の医師が、以下のうち3つ以上に該当 <ul style="list-style-type: none"> ア 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上の頻度で実施 イ 母子保健法第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査を実施 ウ 予防接種法第5条第1項の規定による予防接種(定期予防接種)を実施 エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を担当する常勤医師 	【機能強化・単独型】 <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を担当する常勤医を3名以上配置 【機能強化・連携型】 <ul style="list-style-type: none"> 他の医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤医を3名以上配置 【従来型】 <ul style="list-style-type: none"> — 	
時間外、 緊急時等 の対応の 体制	<ul style="list-style-type: none"> 時間外対応加算1又は2の届出(*1) 	【診療所の場合】 <ul style="list-style-type: none"> 時間外対応加算1の届出 	<ul style="list-style-type: none"> 時間外対応加算1又は2の届出 	—	<ul style="list-style-type: none"> 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供 	<ul style="list-style-type: none"> ※ 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示

*1 いずれか1つを満たせばよい

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理②(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
実施する 取組等	<ul style="list-style-type: none"> 健康相談を実施している旨を院内掲示 敷地内(当該保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関が保有又は借用している部分)の禁煙 		—	—	—	—
他の医療 機関等との 連携	<p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> 院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携 		—	—	<ul style="list-style-type: none"> 当該地域において、他の保健医療サービスとの連携調整を担当する者と連携 <p>【医療機関・訪問看護ステーションとの連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に随時提供 	
介護サー ビスとの 連携	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示 要介護認定に係る主治医意見書を作成 以下のいずれか1つを満たす <ul style="list-style-type: none"> ア 介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員を配置 イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供 ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設 エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」に規定する地域ケア会議に年1回以上出席 オ 介護保険によるリハビリテーションを提供 カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有する キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講 ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有する(地域包括診療料・病院の場合) ケ 総合評価加算の届出又は介護支援等連携指導料を算定 		—	—	—	—
その他	—		—	—	—	<ul style="list-style-type: none"> 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制の整備

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理③(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
在宅医療の 提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の提供及び当該患者に対する24時間の往診等の体制(*2) 在宅医療の提供及び当該患者に対する24時間の連絡体制(*3) 	—	—	—	<ul style="list-style-type: none"> 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の指名、担当日等を文書により患家に提供 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の指名、担当日等を文書により患家に提供 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等を届出 	
外来から訪 問診療への 移行実績	<ul style="list-style-type: none"> 以下の全てを満たしていること(*2) <ul style="list-style-type: none"> ア 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、C000往診料、C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」又はC001-2在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)を算定した患者の数の合計が <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所については10人以上 在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上 イ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満 		—	—	—	
その他実績	—	—	—	—	<ul style="list-style-type: none"> 年に1回、在宅看取り数等を報告【往診・訪問診療の患者の割合が95%以上の場合】 以下の全てを満たしていること <ul style="list-style-type: none"> 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から紹介を受けて往診又は訪問診療を実施 過去1年間の看取り実績20件以上又は重症児の十分な診療実績 直近1か月の在総管・施設総管算定患者のうち施設総管の患者割合が7割以下 直近1か月の在総管・施設総管算定患者のうち「要介護3以上」又は「別表8の2に該当する患者」の割合が5割以上 	

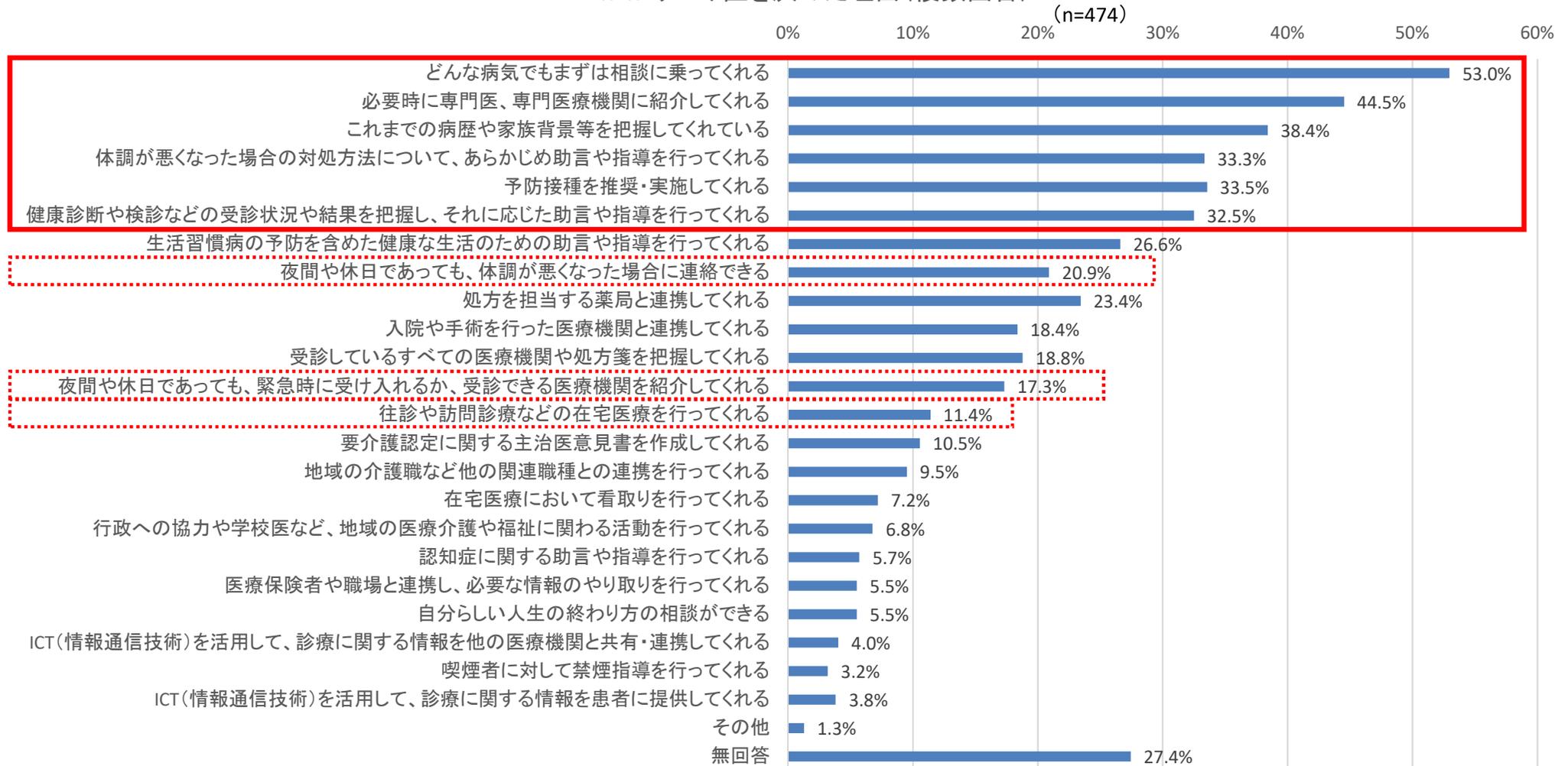
*2 地域包括診療加算1の要件

*3 地域包括診療加算2の要件

かかりつけ医を決めた理由について

- かかりつけ医を決めている患者に対してその理由を尋ねたところ、「どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる」が最も多く、次いで「必要時に専門医、専門医療機関に紹介してくれる」が多かった。

かかりつけ医を決めた理由(複数回答)



【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(患者票)(速報値)

○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算(未届出施設においては初診料)の算定患者を対象として調査を実施。

かかりつけ医機能の評価に係る現状及び課題

【これまでの議論等の整理】

- かかりつけ医機能の普及・推進は重要であり、そのための取組のひとつとして、かかりつけ医機能に係る理解を得るための取組は、保険者においても医療機関においても、引き続き進めることが望ましい。
- かかりつけ医機能の説明のみならず、機能強化加算に係る理解を得ることも重要である一方で、個別の診療報酬に係る詳細な説明を医療機関において求めることは、診療そのものに支障をきたしうることに留意が必要。
- 患者に対する説明において、院内掲示よりも書面の提示が、書面の提示のみよりも書面の提示とともに説明をする方が、それぞれ説明した事項に係る理解が得られやすい。
- 現行の診療報酬の項目のうち、その趣旨が医療機関の有する体制の評価である項目において、個別の患者に対する内容説明・同意を要件とするものはない。
- 地域包括診療加算や地域包括診療料の届出をしていない理由として、24時間の往診体制の確保等が多く挙げられていた。



【論点】

- 機能強化加算を届出る医療機関において、患者に対して説明する内容は、かかりつけ医機能及び当該患者が得られるメリット等に係る説明をすることについて、現場の負担感や、診療時間への影響も踏まえ、どう考えるか。
- 説明をする際には、書面を渡すこととした上で、必ずしも医師からの説明でなくともよいこととしてはどうか。
- 地域包括診療加算等の施設基準については、医療機関に対して患者が求める機能や、医療機関への負担等を踏まえ、在宅医療に係る要件や、時間外の対応に係る要件等について、必要な見直しを行うこととしてはどうか。

(1) かかりつけ医機能等について

- ・ 機能強化加算等について
- ・ 紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担等について

(2) 女性の健康に係る課題等について

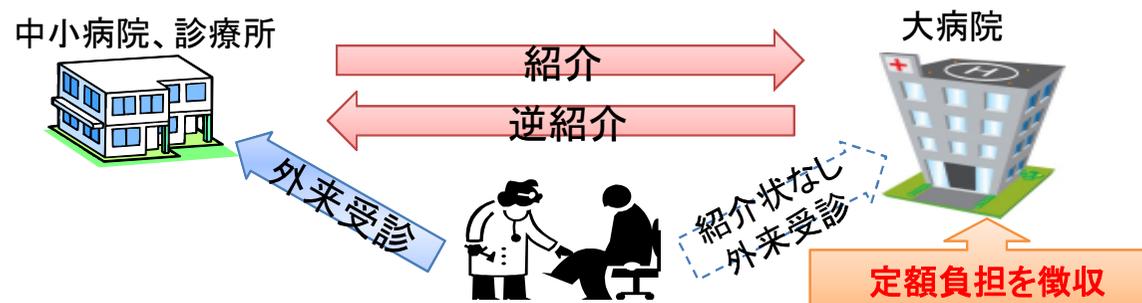
(3) 分割調剤について

(4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて

(5) ニコチン依存症管理料等について

紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担について

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の病院について、定額の徴収を責務とした。（対象となる病院は特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院）
- 平成30年度改定において、対象となる病院を特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大した。
- ※ 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とされている。
- ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととしている。その他、定額負担を求めなくても良い場合が定められている。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
自施設の他の診療科を受診中の患者、医科と歯科の間で院内紹介した患者
特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



令和元年10月30日中医協総会における対象病院の拡大に係る主な意見

- 外来機能の分化・連携をさらに深めるためには、再診時の定額負担の実行性を担保することと、対象医療機関のさらなる拡大を検討する必要があるのではないか。
- 患者の受療行動を変えることは、医師の働き方改革にもつながることであり、対象を拡大すべき。
- 対象が400床以上では、患者の受療行動が余り変わっていないというデータも示されているため、200床以上の地域支援病院に拡大すべきではないか。
- 今、定額負担を求められているのは、特定機能病院と400床以上の地域医療支援病院に限られているが、地域医療支援病院の性格、その認定の内容から考えれば、地域医療支援病院に関しては対象を広げることとしてはどうか。

紹介率・逆紹介率の低い大病院の初診料等について

○ 特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院については、外来受診時定額負担の徴収を責務としているほか、外来医療の機能分化等の推進のため、紹介率や逆紹介率の低い病院において、紹介なしに受診した患者に係る初診料及び外来診療料が減算となる規定を設けている。

※ 初診料については214点（288点）、外来診療料については55点（74点）

A000 初診料

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等（※1）が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者（※2）に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

※1 紹介率の実績が50%未満かつ、逆紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院

※2 他の病院又は診療所等からの文書による照会がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）

（A002外来診療料についても同様）

病床規模に関する要件(大病院)の見直し

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

- 大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関について、対象病院を拡大する。

現行(対象病院)

特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院



改定後(対象病院)

特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

[経過措置]

- ・ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

- 病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する。

[対象]

- 初診料及び外来診療料 ※ 平成30年9月30日までの経過措置を設ける

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く)に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

- 在宅患者緊急入院診療加算※1及び在宅患者共同診療料※2

※1については平成31年3月31日まで、※2については平成30年9月30日までの経過措置を設ける

算定対象が、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限られる保険医療機関。

- 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関。

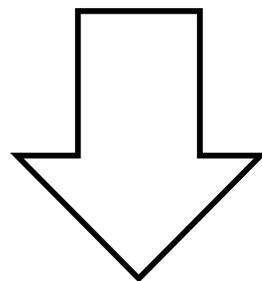
※ 平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている場合、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。



紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担等に係る現状及び論点

【現状】

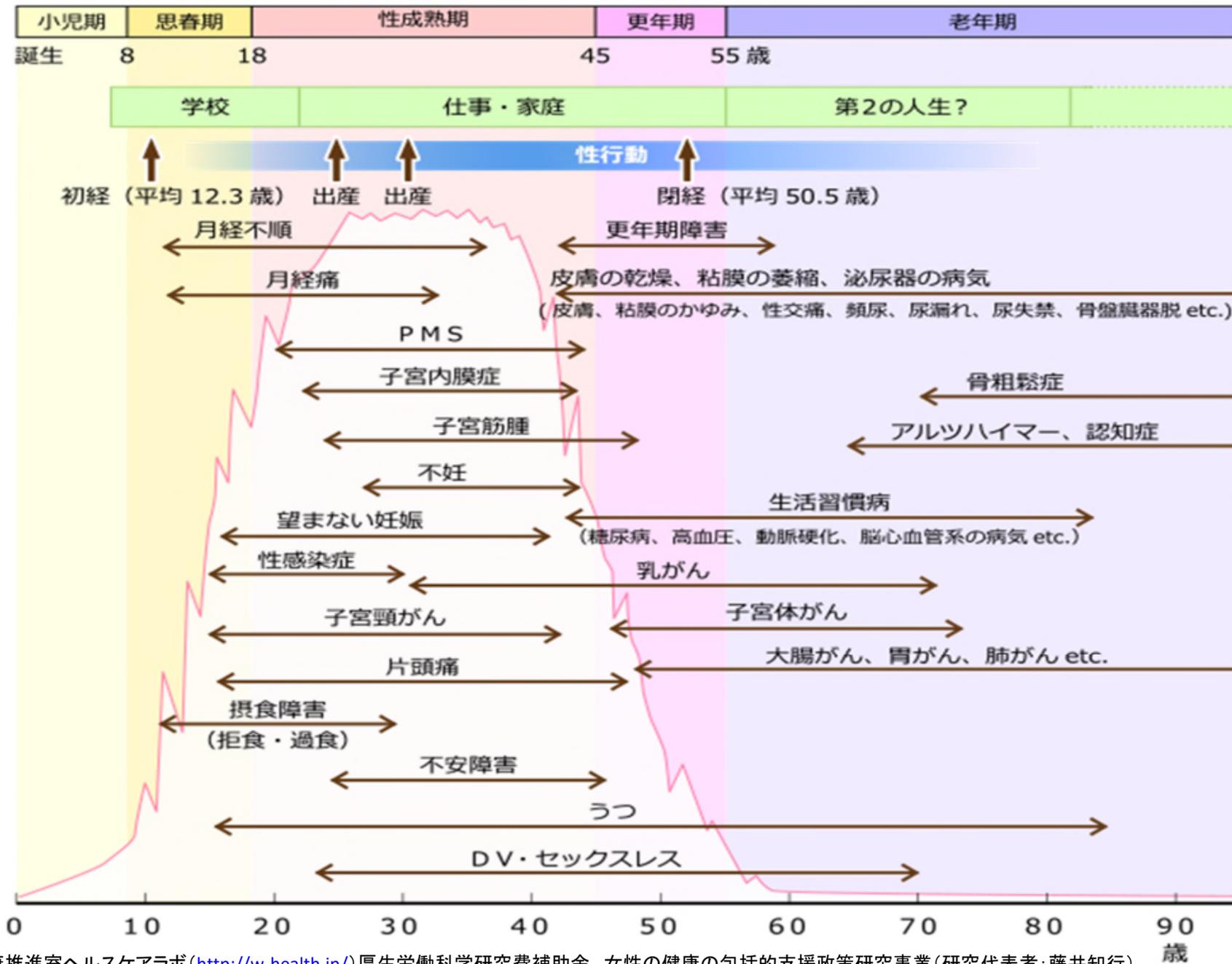
- 令和元年10月30日の中医協において、対象病院の拡大について、以下のような意見があった。
 - 地域医療支援病院の承認の内容等を踏まえ、地域医療支援病院を対象とすべき
 - 200床以上の地域医療支援病院を対象とすべき
- 紹介率等の低い特定機能病院等に係る初診料等の減算について、平成30年度改定において、大病院受診時定額負担の対象と同様に特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院を対象とする見直しを行っている。



【論点】

- 紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の対象となる病院について、これまでの中医協での議論等を踏まえ、外来医療の機能分化を進めていく観点から、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）を対象病院とすることとしてはどうか。
- 定額負担の対象病院について見直しを行うに当たって、初診料等減算に係る対象病院についても、定額負担の対象病院と同様とする見直しを行うこととしてはどうか。

- (1) かかりつけ医機能等について
- (2) **女性の健康に係る課題等について**
- (3) 分割調剤について
- (4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて
- (5) ニコチン依存症管理料等について

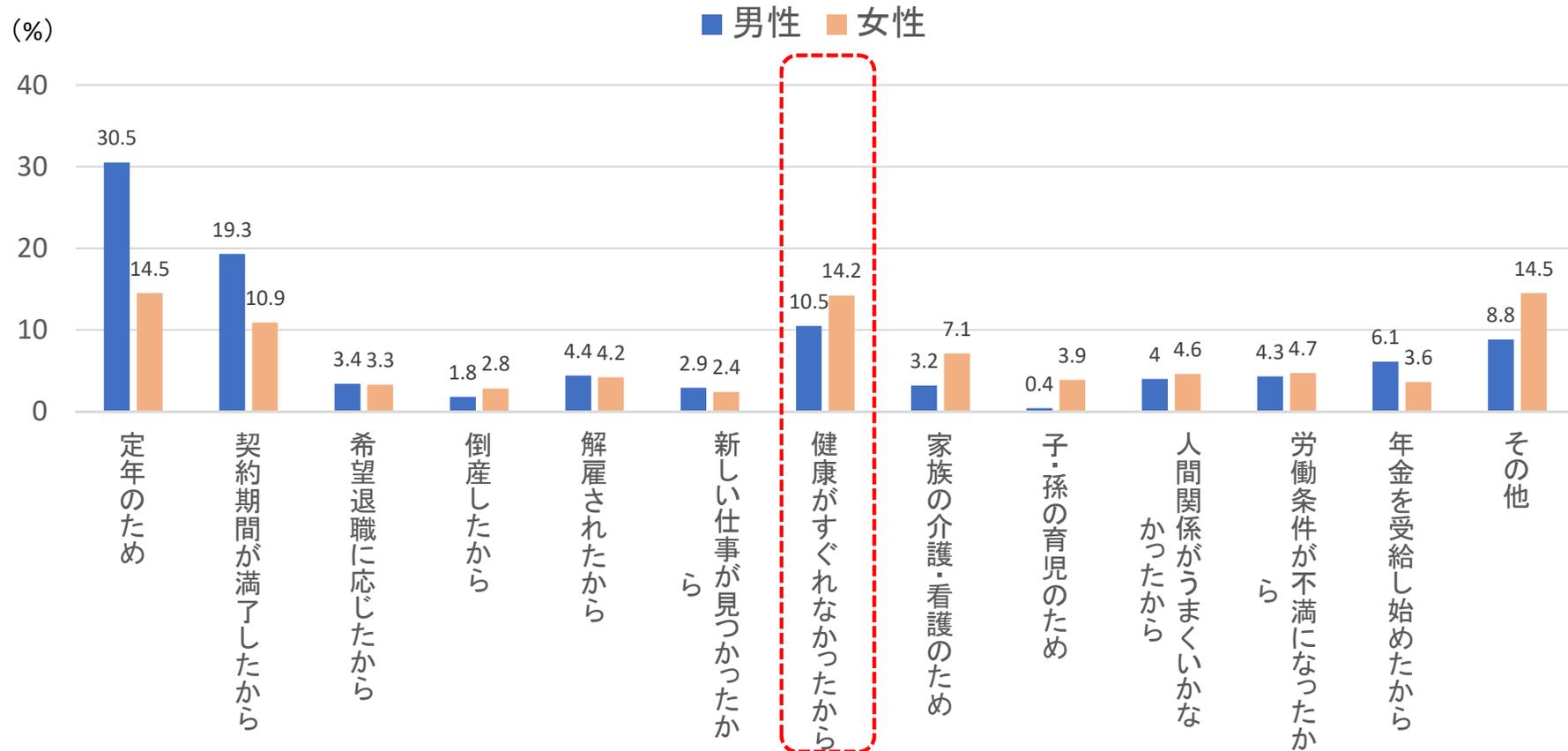


出典: 女性の健康推進室ヘルスケアラボ (<http://w-health.jp/>) 厚生労働科学研究費補助金 女性の健康の包括的支援政策研究事業 (研究代表者: 藤井知行)

離職経験がある者の離職理由

○ 離職経験がある者について、最後にやめた仕事の離職理由を男女別にみると、「定年のため」や「契約期間が満了したから」の次に、「健康がすぐれなかったから」が多い。

離職経験がある者の最後にやめた仕事の離職理由



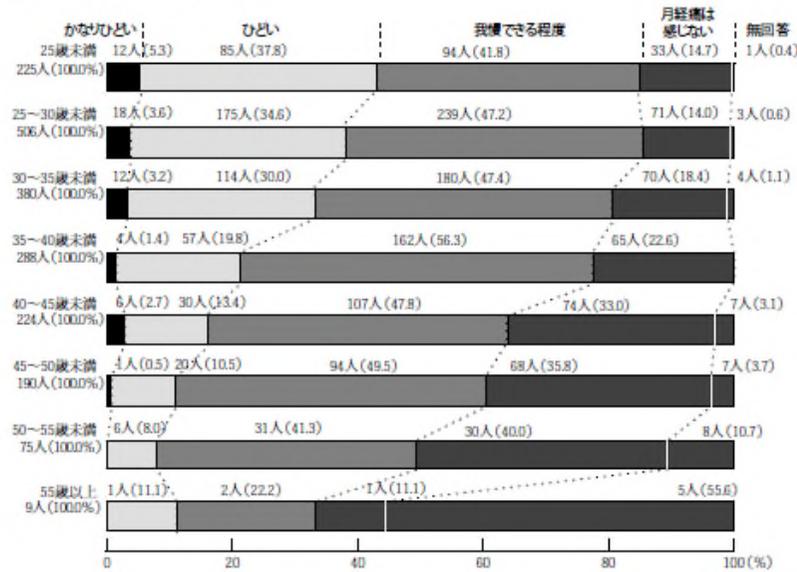
※ 第13回までに仕事をやめた経験がある者について、第13回の性別ごとの総数を100とした割合。複数回の仕事をやめた経験がある者については、直近の離職理由を計上。

出典：第13回中高年縦断調査

働く女性の健康問題

○ 月経関連の症状(月経痛等)や疾病(子宮内膜症等)により、働く世代の女性のQOLが損なわれていることが課題。

図3-3 年齢別月経痛の程度 (閉経を除く)



年齢別「月経時に強い痛みがある+α」(閉経を除く)

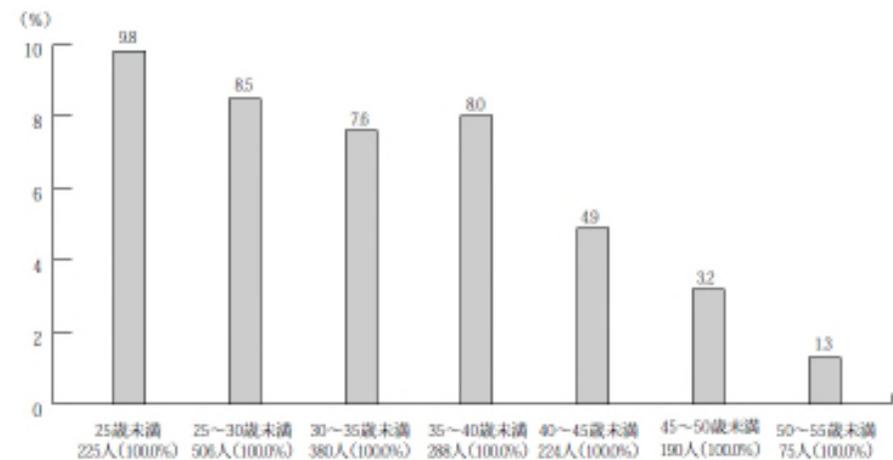


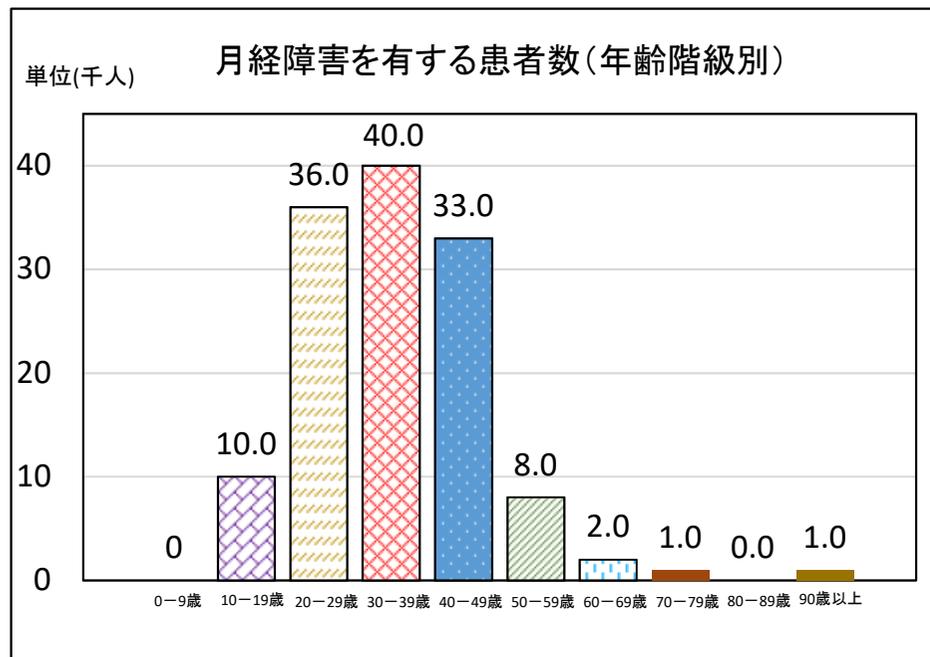
表4-2 子宮内膜症 人数1,809 (あり134, なし1,675)

独立変数	オッズ比	P値	オッズ比の95%信頼区間	
			上限	下限
ストレス	2.324	0.001	3.790	1.425
年齢(実数)	0.970	0.041	0.999	0.942
出産経験	0.741	0.256	1.243	0.441
飲酒	1.428	0.053	2.050	0.995
喫煙	1.653	0.030	2.603	1.049

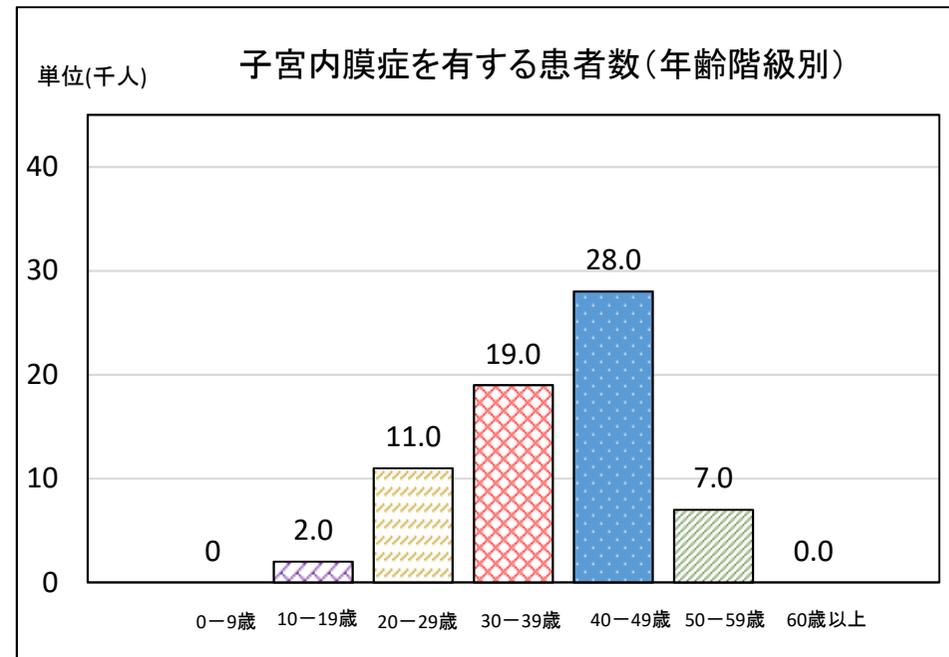
妊娠・出産をサポートする 女性にやさしい職場づくりナビ(厚労省)より抜粋

月経障害、月経困難症、子宮内膜症等の疫学について

- 患者調査によれば、月経障害を有する総患者数は13万人、年齢階級別では60歳未満に多く、30歳代が最多。子宮内膜症を有する総患者数は6万7千人、年齢階級別では60歳未満に多く、40歳代が最多。
- 発生頻度は、子宮内膜症は生殖年齢女性の約10%、子宮筋腫は性成熟期女性の20~40%、子宮腺筋症は婦人科開腹患者の約10%と報告されている。



※出典: H29患者調査



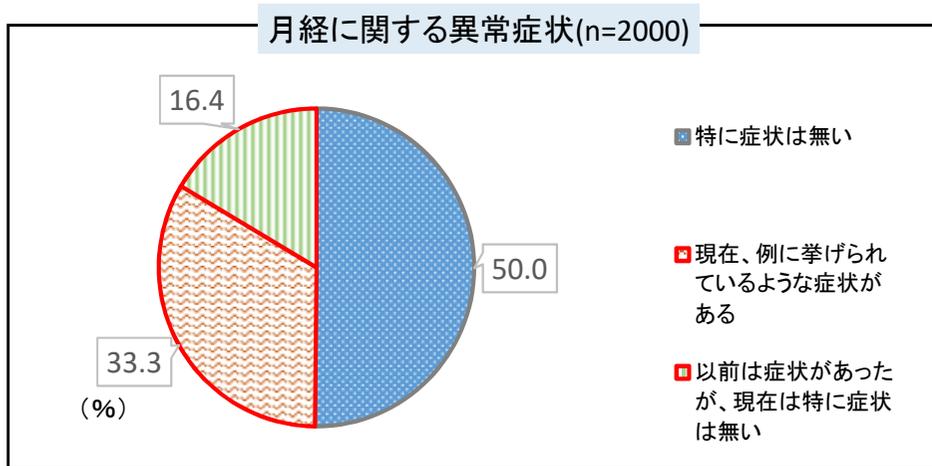
※出典: H29患者調査

	発生頻度	特徴
子宮内膜症	生殖年齢女性の約10%	卵巣癌との合併は40歳代以降で高くなる。
子宮筋腫	性成熟期の20~40% 婦人科外来患者の5~10%	初経初来後、年齢とともに増加し、40歳前後でピークに達する。
子宮腺筋症	婦人科開腹患者の約10%	30歳代後半から急増し、40歳代でピークに達する。

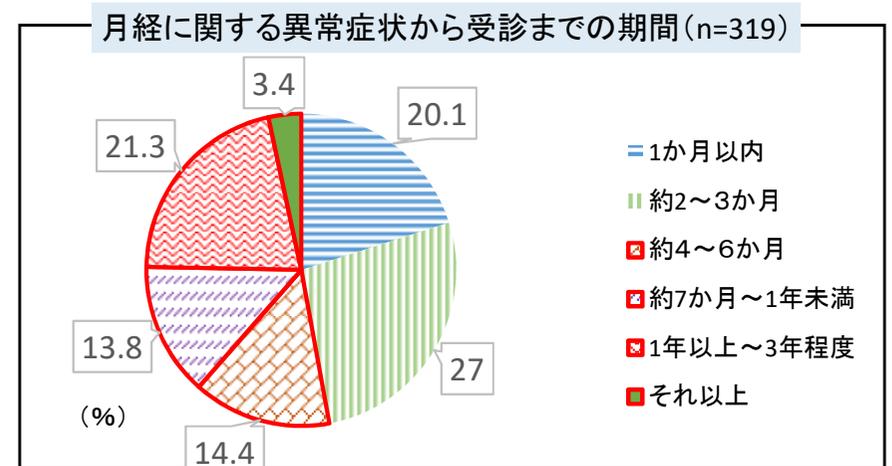
※出典: プリンシプル産婦人科、日本婦人科腫瘍学会ホームページ

婦人科・産婦人科の受診状況等に係る調査結果①

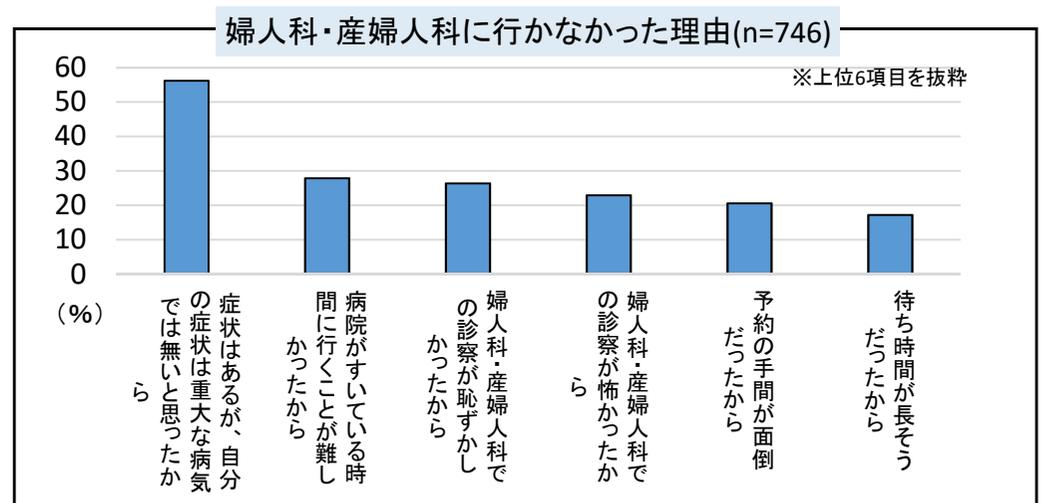
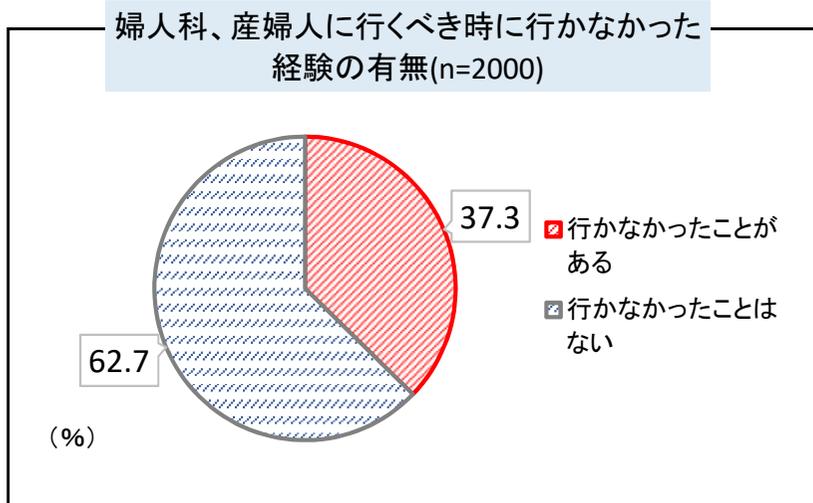
- 18～49歳のフルタイム女性職員を対象とした調査によると、現在又は過去に月経異常があった人の割合は約半数であった。月経に関する異常症状が出てから、婦人科、産婦人科を受診するまでの期間が、4か月以上であった人が半数以上であった。
- また、婦人科、産婦人科を受診すべきだと思ったが受診しなかった経験がある人は約37%であった。その理由は「自分の症状は重大な病気では無いと思ったから」が最多であった。



出典：日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査（2018）」より改変



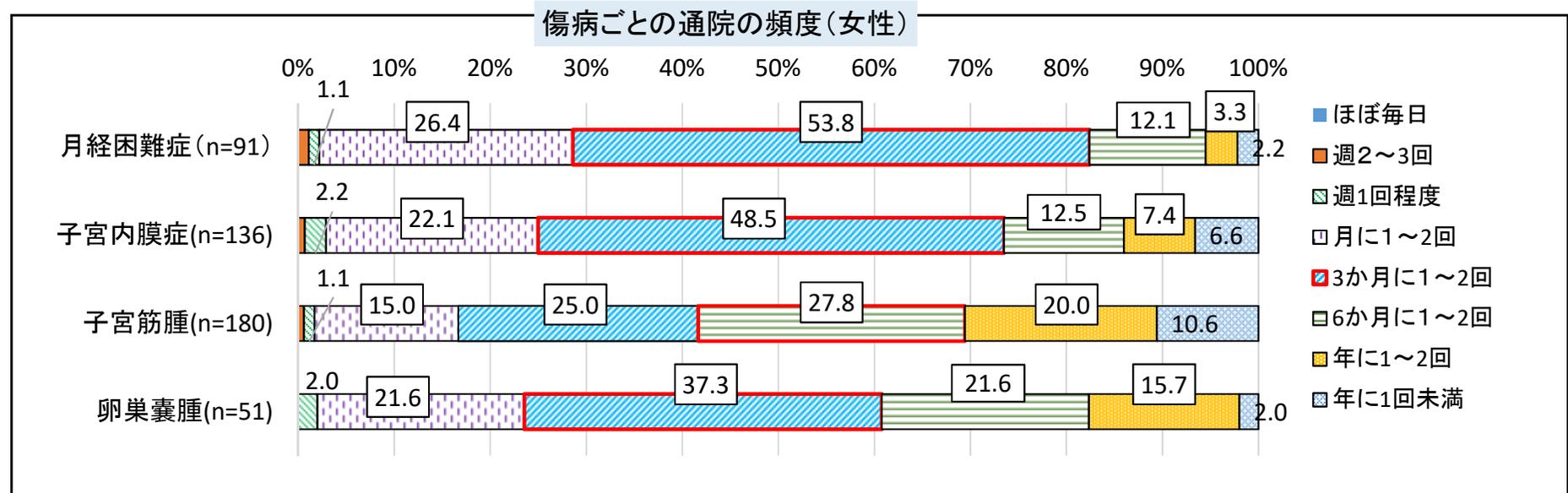
出典：日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査（2018）」より改変



出典：日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査（2018）」より改変

婦人科・産婦人科の受診状況等に係る調査結果②

- 男女の健康意識に関する調査報告によれば、傷病ごとの通院頻度は、月経困難症、子宮内膜症、卵巣嚢腫は3か月に1～2回が最も多く、子宮筋腫は6か月に1～2回が最多であった。
- 患者に対するアンケート調査の結果、過去に婦人科、産婦人科の通院を中断した理由について、「多忙により再診を先延ばしにしているうちに中断した」や「薬剤等の治療を開始してもすぐには効果を実感できなかったから、通院しても意味が無いと自己判断した」等の回答があった。



出典：内閣府「男女の健康意識に関する調査報告書（2018）」より改変

過去に婦人科・産婦人科の通院を中断した理由

- 多忙により再診を先延ばしにしているうちに中断した。
- 薬剤等の治療を開始してもすぐには効果を実感できなかったから、通院しても意味が無いと自己判断した。
- そもそも通院の必要性を理解していなかったから。

月経困難症、子宮内膜症等について

○ 月経困難症、器質性月経困難症の原因疾患の特徴、検査、治療管理等の詳細は以下の通り。

月経困難症	特徴・症状	治療管理
(原発性)機能性月経困難症	○若年者の月経痛の70-80% ○器質性月経困難症が除外された場合に機能性と診断	○日常的な生活指導 ○対症療法 ・抗プロスタグランジン製剤 ・一般鎮痛剤 ・筋弛緩薬 等
(続発性)器質性月経困難症 ・子宮筋腫 ・子宮内膜症 ・卵巣嚢腫 ・子宮腺筋症 など	○30歳以上に起こりやすく、加齢と共に悪化しやすい	○無効の場合 低用量エストロゲンプロゲステン製剤(LEP)による排卵抑制を検討 レボノルゲストレル放出子宮内システム(LNG-IUS) ○器質性疾患がある場合にはその治療

器質性月経困難症の原因疾患	特徴・症状	検査	治療
子宮内膜症 ※子宮内膜症に続発する 卵巣嚢腫については、 子宮内膜症に準じる	○子宮内膜が子宮内腔以外の組織に発生する疾患 ○放置することにより症状悪化や妊孕性が低下することがあるため、早期の精査が重要 【症状】 ○月経困難症等の疼痛症状 ○重症化すると病変増大(卵巣嚢腫、チョコレート嚢胞等を含む)、症状進行、骨盤内臓器癒着による慢性疼痛等を来す	内診 血液検査 画像検査 (超音波・CT・MRI) 腹腔鏡 等	○月経困難症の治療、LEP ○エストロゲンを抑制する偽閉経療法 ○手術(術後にLEPを使うこともある) ※妊娠を希望する場合は手術療法、生殖補助療法を行う(薬物療法中は妊娠できない)
子宮筋腫	○子宮を構成する平滑筋の異常増殖による良性腫瘍(筋腫) ○緩徐に成長し、悪性腫瘍に移行する可能性は低い ○複数の腫瘍ができ、子宮が肥大することが多い ○エストロゲンの関与 【症状】 ○月経困難症 ○過多月経、続発性貧血 ○頻尿、尿閉 等	内診 超音波検査 MRI検査 等	○症状が無い場合経過観察 ○薬物療法 (閉経まで一時的にホルモン療法を行う) ○手術
子宮腺筋症	○子宮内膜が子宮筋層に発生する疾患 ○子宮の腫大を起こす ○しばしば子宮内膜症や子宮筋腫と合併する 【症状】 ○月経困難症 ○過多月経、続発性貧血 ○頻尿、尿閉 等	内診 超音波検査 MRI検査 腫瘍マーカー 等	○月経困難、過多月経に対する対症療法

子宮内膜症、子宮筋腫、子宮腺筋症等の介入・治療イメージ

月経困難症

生活指導、鎮痛剤等の対症療法 → 無効 → 低用量エストロゲンプロゲステン製剤 (LEP)
レボノルゲストレル放出子宮内システム (LNG-IUS)

子宮内膜症

- ① 【LEP】 早期介入による増悪予防が可能(※1)、奏効率50%
- ② 【プロゲステン】 奏効率80%
- ③ 【GnRHa】 奏効率95%、6月以上の継続不可

無効時、副作用出現時

機能温存手術

根治術

(※1) 子宮内膜症に対するホルモン療法の予防効果

	オッズ比
子宮体癌	0.57
卵巣癌	0.75
直腸癌	0.86

子宮筋腫

- ① 【LEP】 症状軽減のために使用
- ② 【プロゲステン】 症状軽減のために使用
- ③ 【LNGIUS】
- ④ 【GnRHa】 病巣に対して有効、奏効率ほぼ100%、6月以上の継続不可

無効時、副作用出現時

機能温存手術

根治術

子宮腺筋症

- ① 【LEP】 奏効率30%
- ② 【プロゲステン】 奏効率50%
- ③ 【LNGIUS】
- ④ 【GnRHa】 奏効率95%、6月以上の継続不可

無効時、副作用出現時

機能温存手術

根治術

妊娠希望があり不妊の場合
不妊治療(※2)

(※2) 不妊治療中はホルモン療法を中断する必要がある

器質因／
続発性

初経

月経障害
30歳代が最多

子宮内膜症等
器質性疾患の好発年齢

閉経

10歳

20歳

30歳

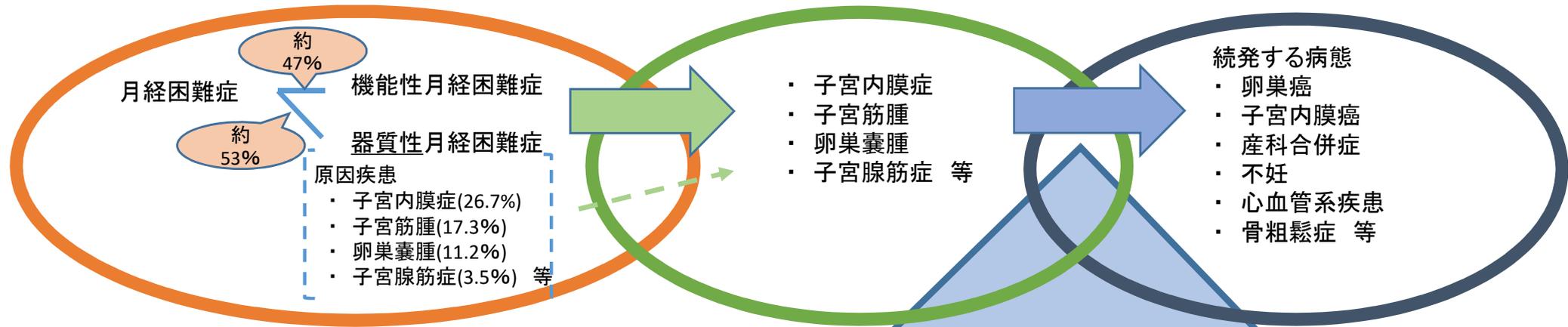
40歳

50歳

出典：日本産科婦人科学会調べ

月経困難症、子宮内膜症等と関連する器質性疾患について

- 月経困難症の患者については、後に子宮内膜症等を発症するリスクがあることが報告されている。
- 子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮腺筋症等の患者については、卵巣癌、産科合併症、不妊、心血管性疾患等が発生するリスクがあることが報告されている。



【月経困難症がもたらす影響】

疾患	オッズ比
学校欠席回数増加	1.9-27.9
子宮内膜症の発症	2.6 (1.1-6.2)
不妊症の発症	2.12 (1.76-2.56)
慢性骨盤痛	—

【卵巣嚢腫(チョコレート嚢胞)がもたらす疾患】

疾患	オッズ比
卵巣がん	8.95

【子宮内膜症がもたらす疾患】

疾患	オッズ比
卵巣がん	3.65
不妊症	1.78
脳梗塞	2.10
一過性脳虚血発作	1.91
狭心症	1.55
骨粗鬆症	1.89
前置胎盤	6.42
常位胎盤早期剥離	3.45

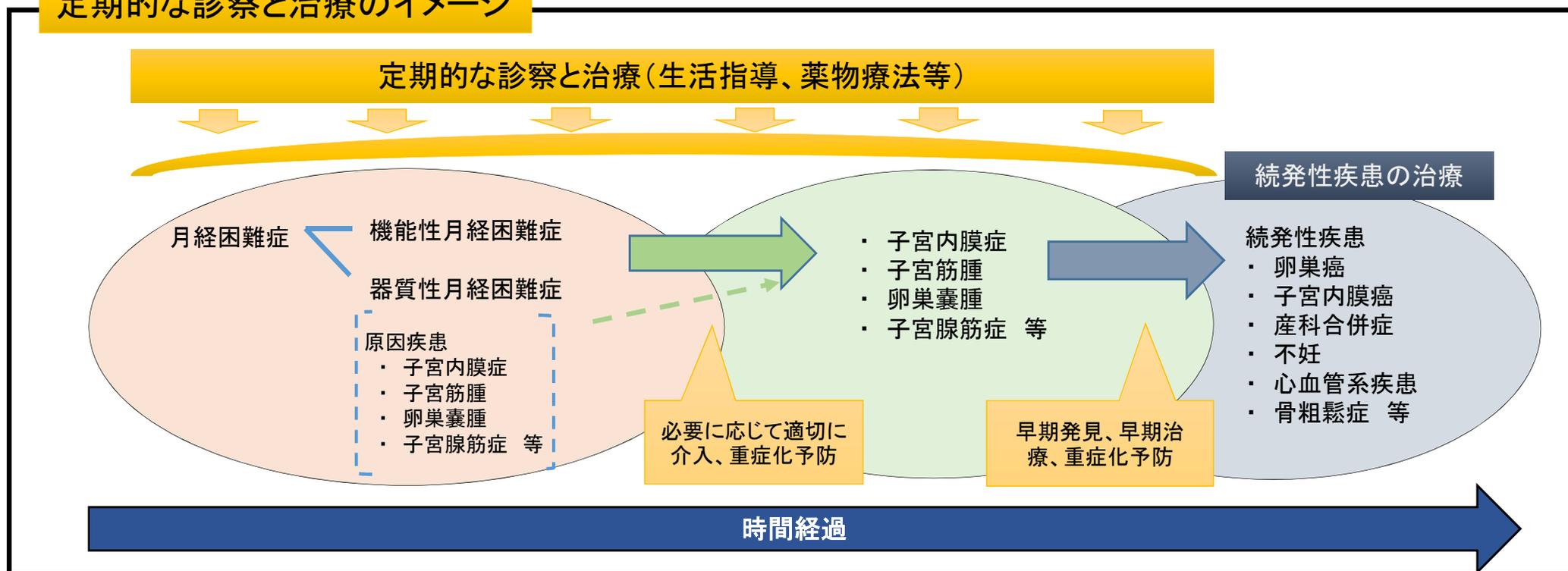
【子宮筋腫と関連する疾患/状態】

疾患	オッズ比
貧血	2.73
骨粗鬆症	1.54
高血圧	1.50
うつ	1.46
帝王切開	3.7
周産期子宮摘出	13.4
胎盤早期剥離	3.2
前置胎盤	2.3
早産	1.5
子宮内胎児発育遅延	1.4

月経異常、月経困難症と関連する器質性疾患に対する 定期的な診察と治療について

- 国内の学会等により、月経困難症等の婦人科・産婦人科疾患に対する治療ガイドラインが取りまとめられている。
- 月経困難症や子宮内膜症、卵巣嚢腫等に対して、婦人科、産婦人科医による定期的な診察を行い、必要に応じた適切な治療(専門医師による生活上の指導等を含む)を行うことで、続発性疾患の早期発見、早期治療及び重症化予防が可能とされている。

定期的な診察と治療のイメージ



産婦人科
診療ガイドライン
—婦人科外来編2017

日本産科婦人科学会
日本産婦人科医学会

CQ304 機能性月経困難症の治療は？

Answer

1. 鎮痛薬 (NSAIDs など), 低用量エストロゲン・プロゲステロン配合薬, またはレボノルゲストレル放出子宮内システムを使用する. (B)
2. 漢方薬あるいは鎮痙薬を投与する. (C)

- 平成30年度診療報酬改定において、運動器疾患を有する小児に対する専門的な管理に係る評価が新設された。
- 他院からの紹介患者であること、6歳未満の時点で診療を開始していること等が算定要件とされている。

B001・28 小児運動器疾患指導管理料 250点

他の保険医療機関から紹介された、運動器疾患を有する6歳未満の患者に対して、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

【対象患者（概要）】

- 対象患者は、以下のいずれかに該当する6歳未満の患者とする。
 - ア 先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者
 - イ 装具を使用する患者
 - ウ 医師が継続的なりハビリテーションが必要と判断する状態の患者
 - エ その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

【算定要件（抜粋）】

- 入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患に対し継続的な管理を必要とする者に対し、専門的な管理を行った場合に算定するものであり、小児の運動器疾患に関する適切な研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定出来る。
- 初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載する。
- 6月に1回に限り算定する。

	届出医療機関数	算定回数
小児運動器疾患指導管理料	(届出不要)	1,990

女性の健康に対する医学的管理に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 月経関連の症状(月経痛等)や疾病(子宮内膜症等)により、働く世代の女性のQOLが損なわれていることが課題とされているところ。
- 現在又は過去に月経異常があった人の割合は約半数であり、月経に関する異常症状が出てから、4か月以上経った後に産婦人科、婦人科を受診した人の割合は半数以上であった。
- 過去に婦人科、産婦人科の通院を中断した理由について、「多忙により再診を先延ばしにしているうちに中断した」や「薬剤等の治療を開始してもすぐには効果を実感できなかったから、通院しても意味が無いと自己判断した」等の回答があった。
- 月経困難症の患者については、後に子宮内膜症等を発症するリスクがあり、また、子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮腺筋症等の患者については、卵巣癌、産科合併症、不妊、心血管性疾患等が発生するリスクがあると報告されている。
- 月経困難症や子宮内膜症、卵巣嚢腫等に対して、婦人科、産婦人科医による定期的な診察を行い、必要に応じた適切な治療を行うことで、続発性疾患の早期発見、早期治療及び重症化予防が可能とされている。



【論点】

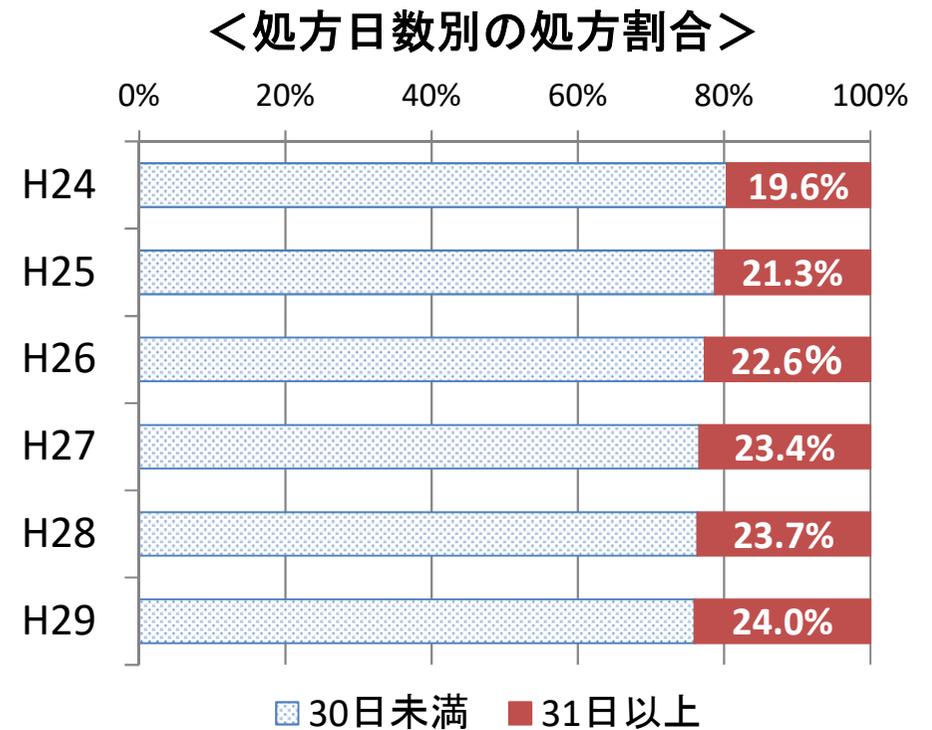
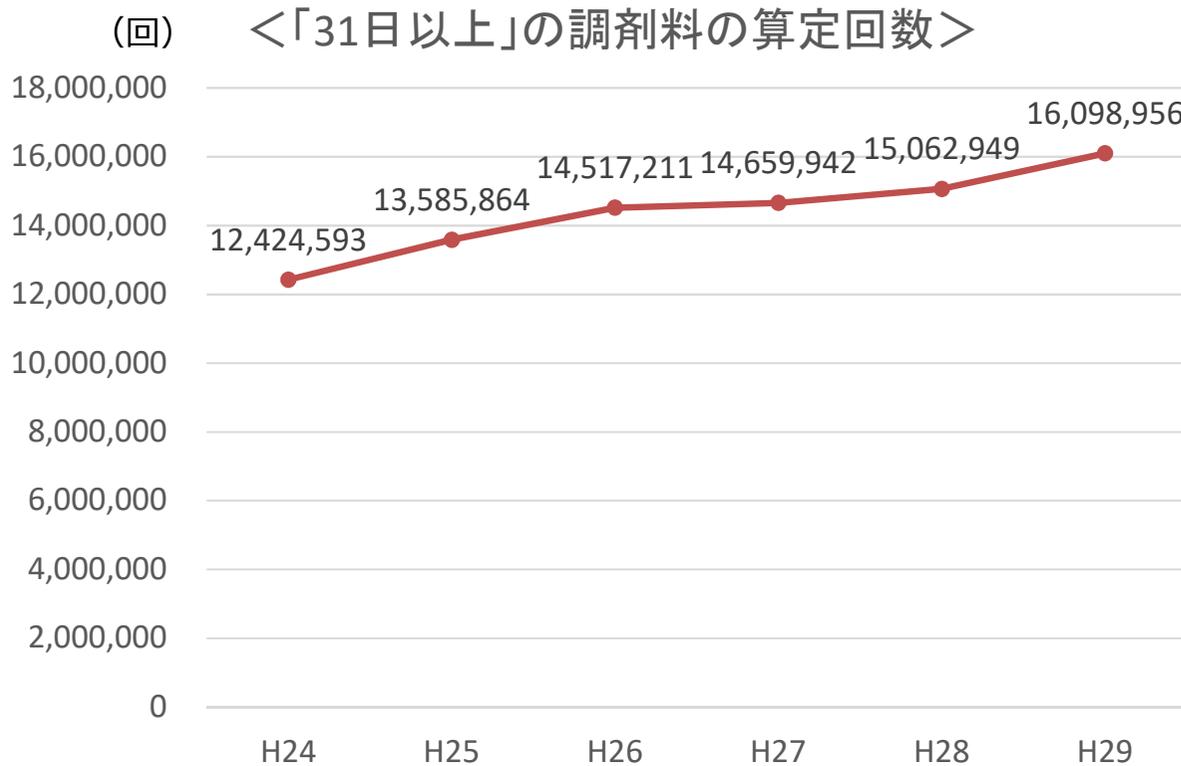
- 月経関連の症状や疾病により、働く世代の女性のQOLが損なわれていることが課題とされていることを踏まえ、月経困難症や子宮内膜症等の継続的・定期的な医学管理を行った場合の評価のあり方についてどのように考えるか。

- (1) かかりつけ医機能等について
- (2) 女性の健康に係る課題等について
- (3) 分割調剤について**
- (4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて
- (5) ニコチン依存症管理料等について

処方日数が30日を超える処方の状況（薬局での調剤）

中医協 総 - 4 - 1
元 . 6 . 2 6

- 「31日以上」の調剤料の算定回数は、増加傾向にある。
- 調剤全体に占める31日以上の処方の割合は、増加傾向にある。

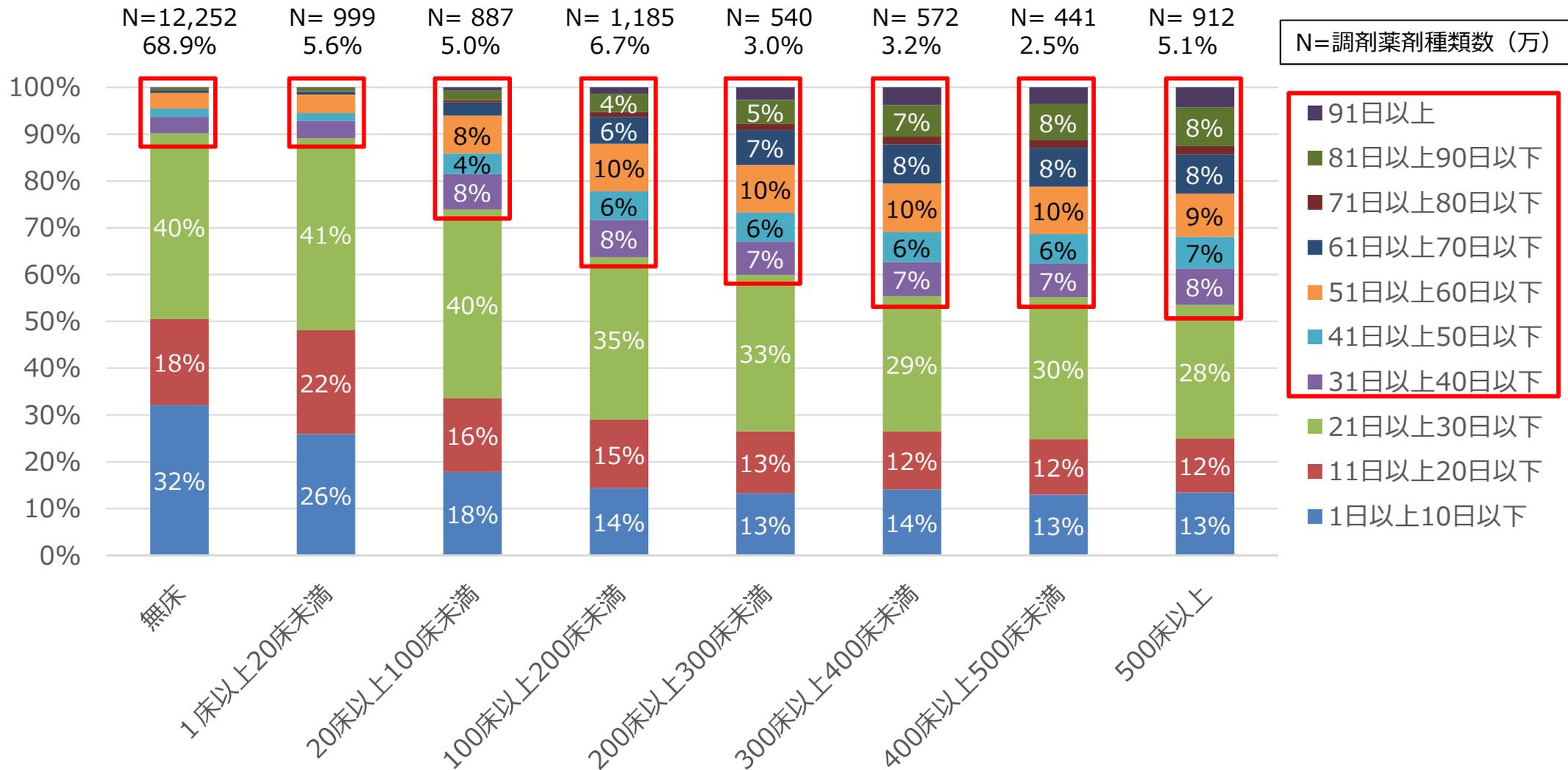


（注）30日未満の処方については、調剤基本料の算定回数から、「調剤料（31日以上の場合）」の算定回数を差し引いて算出

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

病床数別の処方日数（内服薬）

- 診療所での処方日数は約9割が30日以内であった。
- 一方、病院では病床規模が増えるにつれて処方日数が増加しており、処方日数が31日以上の割合は、200床から300床の病院では約4割、500床以上の病院では約5割であった。



長期投薬の取扱いの明確化【医科】

- 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関(200床未満の病院又は診療所に限る。)に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、**分割指示に係る処方箋を交付する。**

薬局における分割調剤

- 長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、**医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方箋の備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。**2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

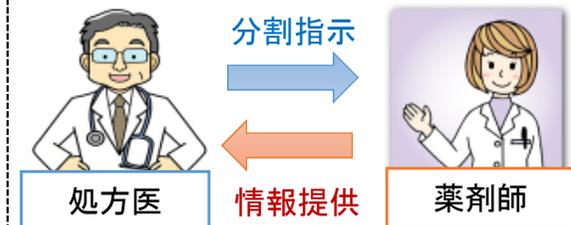
〈上記分割調剤の算定例〉 ※90日分の処方を30日ごとに3回分割調剤を指示

○ **調剤基本料、調剤料、薬学管理料***

分割調剤しない場合(90日分調剤した場合)の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとに**A/3点**

※2回の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/2点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/3点

○ **薬剤料** ⇒ 分割調剤ごとに**30日分の薬剤料**



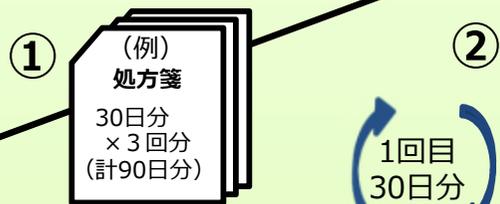
分割調剤の手続きの明確化

分割調剤（例）

- ・分割指示の上限は3回
- ・患者に別紙を含む処方箋の全てを毎回薬局に提出するよう指導



医療機関



自宅



残薬・副作用等の確認



残薬・副作用等の確認



残薬・副作用等の確認

対面による丁寧な確認を実施



薬局

- ③ 服薬状況、副作用等のフィードバック

[分割調剤に係る留意事項]

ア 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から調剤済みになるまでを通して、同一の保険薬局に処方箋を持参すべきであることを説明する。

イ 患者に対し、次回の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

ウ 患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

[その他]

ア 別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

分割調剤の手続きの明確化

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載する。

保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載する。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載する。

処方箋		処方	
（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）			
公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
患者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称	
	生年月日	明大昭平	男・女
	区分	被保険者	被扶養者
交付年月日		平成 年 月 日	処方箋の使用期間
処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更し差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。	
	処方	Rp1【般】○○○○○口腔内崩壊錠 20mg 1日2回 朝夕食後服用 2錠 28日分 （総投与日数56日）	
備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。	
	調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号
調剤済年月日		平成 年 月 日	公費負担医療の受給者番号
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	

分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数(回数)を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数(回数)を付記する。

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）
 処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先
 電話番号 〇XX-XXXX-XXXX FAX番号 〇XX-XXXX-XXXX
 その他の連絡先 メールアドレス：XXXXXX@XX.XX.jp

（受付保険薬局情報）

1回目を受け付けた保険薬局 1回目の分割指示に基づき 28日分を調剤
 名称 △△薬局
 所在地 △△△△△△△△△△△△
 保険薬剤師氏名 △△ △△
 調剤年月日 平成30年5月1日

2回目を受け付けた保険薬局（調剤済み）
 名称 △△薬局
 所在地 △△△△△△△△△△△△
 保険薬剤師氏名 △△ △△
 調剤年月日 平成30年5月29日

3回目を受け付けた保険薬局
 名称
 所在地
 保険薬剤師氏名
 調剤年月日

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和54年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

調剤報酬における分割調剤に関する規定

- 分割調剤は、①薬剤の長期保存が困難な場合、②後発医薬品を初めて使用する場合、③医師による指示がある場合などに行われる。

分割調剤

(1) 長期保存の困難性等の理由によるもの

長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。

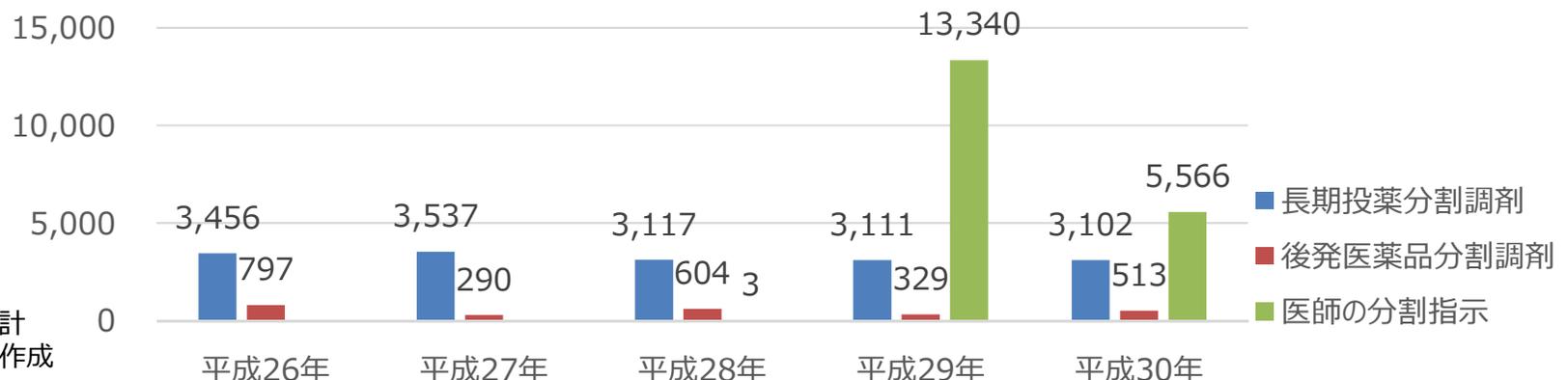
(2) 後発医薬品の分割調剤

後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。

(3) 医師の分割指示

医師の分割指示に係る処方箋受付において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

分割調剤算定回数



出典：社会医療診療行為別統計
(各年6月審査分)より医療課作成

分割調剤に関する平成30年度改定の影響等について（医療機関・薬局調査）

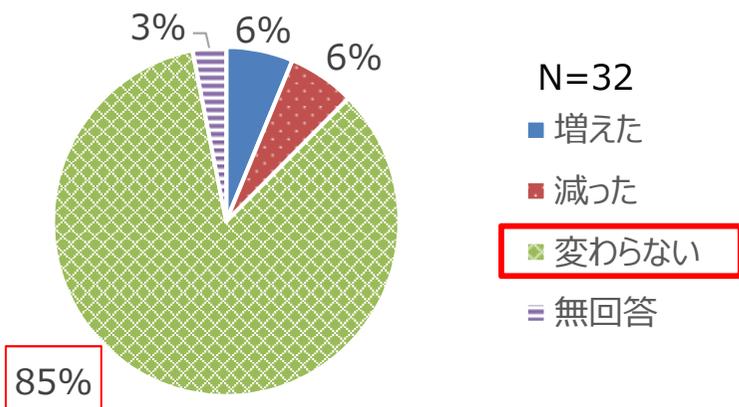
- 分割指示による処方箋を発行していると回答した医療機関は、約9%であった。
- 平成30年度診療報酬改定の前後で分割指示に係る処方箋の発行回数は「変わらない」と回答した医療機関が最も多かった。
- 平成30年度診療報酬改定による分割調剤の取扱いの明確化により、分割処方・調剤に変化を感じた医療機関・薬局は少なかった。

病院調査（薬剤部への確認）

分割指示に係る処方箋を発行しているか

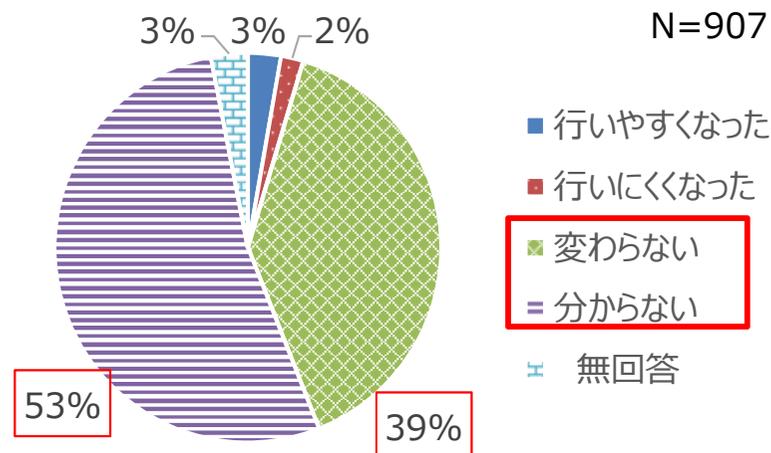


平成30年度診療報酬改定前と現在で、分割指示に係る処方箋の発行回数は変化したが



薬局調査

平成30年度診療報酬改定の後、分割調剤が行いやすくなったか



分割調剤と多職種連携を活用した服薬管理

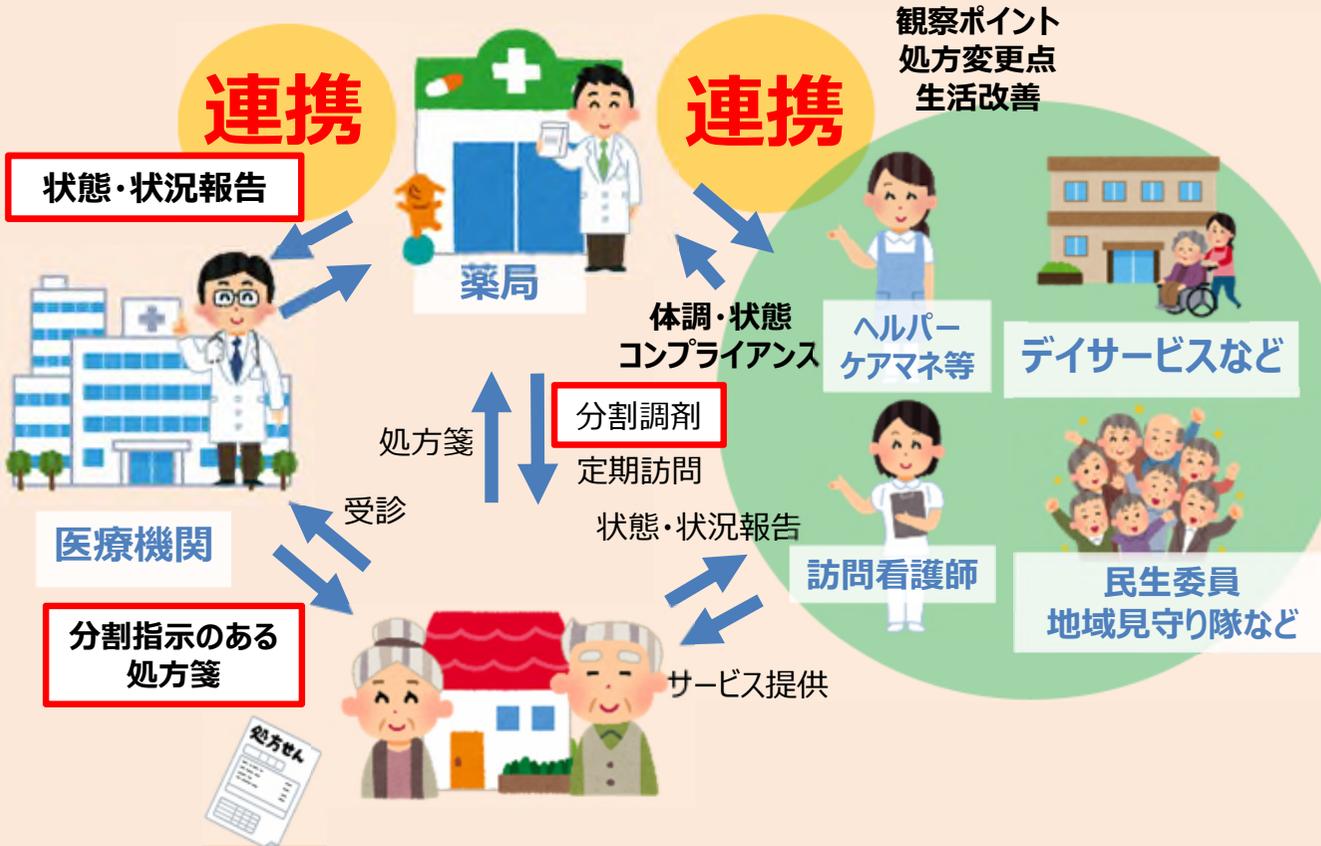
平成30年度患者のための薬局ビジョン推進事業（岡山県での取組）

- 服薬管理が難しい患者等に対して、分割調剤を活用し、薬局の薬剤師が服薬状況や有害事象の有無等を確認し、詳細な患者の状況を処方医に報告する取組が実施されている。

岡山県での事業の全体像

事業の概要：

- ①医療・介護関係の職種との連携、②分割調剤により、患者の服薬状況や有害事象の有無等を確認し、その結果を医師に情報提供



対象患者

以下の点を勘案し対象患者を選定

- ・ コンプライアンス不良の患者
- ・ 患家への訪問が可能な患者
- ・ 高血圧、糖尿病いずれか治療中、もしくは抗凝固薬、抗血小板薬を服用中の患者
- ・ 医療資源、受診環境の乏しい地域に在住の患者 等

薬局から医療機関への報告様式記載事項

- 服薬状況の確認
- ・ 残薬の有無
- ・ 残薬が生じている理由
- 有害事象の確認
- ・ 有害事象の有無
- ・ 有害事象の原因と考えられる薬剤の確認等
- その他

薬局における対人業務の評価の充実(服薬情報等提供料)

服薬情報等提供料

○ 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現行	
【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料	20点



改定後	
【服薬情報提供料】 服薬情報等提供料1 ※保険医療機関の求めがあった場合	30点
服薬情報等提供料2 ※患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合	20点

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報



保険薬局

患者等への情報提供や必要な指導

- ・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導



患者

例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

医師の指示に基づく分割調剤を行った場合の調剤報酬

- 医師の分割調剤指示により調剤を行った場合、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料も分割される（薬剤料は分割されない）。

例：3回分割した場合

1回目	2回目	3回目
○ (調剤基本料 + 調剤料 (全日数分) + 薬学管理料) ÷ 3	同左	同左
○ 薬剤料		

【具体例】(90日分処方 → 30日×3回の分割指示、調剤時には一包化を行う)

〈1回目〉	
・調剤基本料	42点
・地域支援体制加算	35点
・調剤料 (2剤の場合)	172点 (90日分)
・一包化加算	240点 (90日分)
・薬剤服用歴管理指導料	41点
計	530点 × 1/3 = 176.666 = 177点 + 薬剤料(30日分)

〈2回目〉	
・調剤基本料	42点
・地域支援体制加算	35点
・調剤料 (2剤の場合)	172点 (90日分)
・一包化加算	240点 (90日分)
・薬剤服用歴管理指導料	41点
・服薬情報等提供料 1	30点
計	560点 × 1/3 = 186.666 = 187点 + 薬剤料(30日分)

〈3回目〉※時間外加算を含めて合算する。	
・調剤基本料	42点
・地域支援体制加算	35点
・調剤料 (2剤の場合)	172点 (90日分)
・一包化加算	240点 (90日分)
・薬剤服用歴管理指導料	41点
・服薬情報等提供料 1	30点
計	560点 × 1/3 = 186.666 = 187点 + 薬剤料(30日分)

通常、処方箋受付時に行う業務ではないが、分割回数で除した点数（この場合、10点）を算定

その他分割調剤時の算定ルール

参考

	1回目の調剤時に算定可能な点数	2回目の調剤時に算定可能な点数 (1回目と同一薬局の場合)	3回目の調剤時に算定可能な点数 (1回目と同一薬局の場合)
医薬品の長期保存が困難等の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤基本料 ・調剤料 ・薬剤料 ・薬学管理料 	<ul style="list-style-type: none"> ・5点 ・調剤料 (残り分*) ・薬剤料 — <p>※薬学管理料は算定できない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・5点 ・調剤料 (残り分*) ・薬剤料 — <p>※薬学管理料は算定できない</p>
後発医薬品の試用を目的とする場合	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤基本料 ・調剤料 (残り分*) ・薬剤料 ・薬学管理料 	<ul style="list-style-type: none"> ・5点 ・調剤料 (残り分*) ・薬剤料 ・薬学管理料 <p>※薬歴管理料のみ算定可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> — ・調剤料 (残り分*) ・薬剤料 — <p>※調剤基本料及び薬歴管理料は算定できない</p>

* 内服薬を調剤する際、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定

(例) 90日分の内服薬を30日分ずつ3分割で調剤する場合

1回目：調剤料 (30日分 78点)

2回目：調剤料 (通算60日分 - 30日分 86点-78点 = 8点)

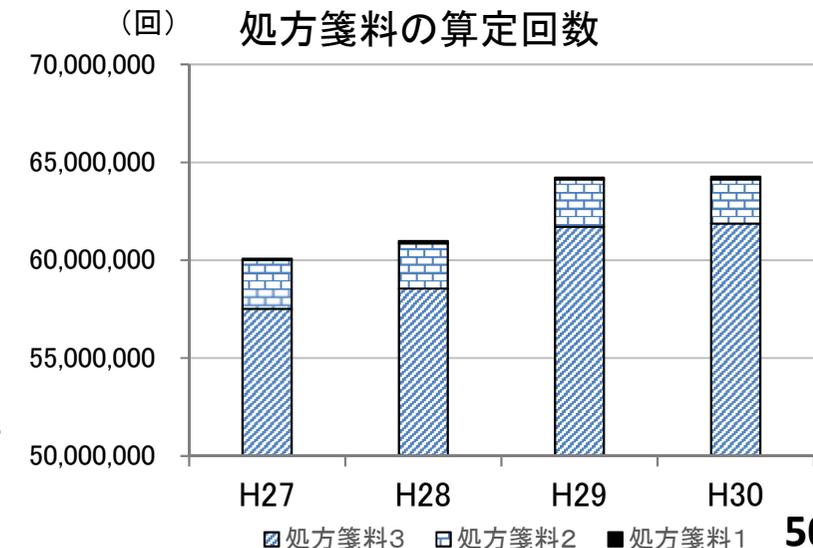
3回目：調剤料 (通算90日分 - 60日分 86点-86点 = 0点)

F400 処方箋料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬(臨時の投与等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合
28点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。)を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬(当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。)を行った場合 40点
- 3 1及び2以外の場合 68点

【算定要件等】

- 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に交付1回につき算定する。
- 診療所又は200床未満の病院において、慢性疾患を主病とする患者に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として18点を加算する。(月2回まで)
- 診療所又は200床未満の病院において、慢性疾患を主病とする患者に対して28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として66点を加算する。(月1回限り。特定疾患処方管理加算1との併算定不可。)
- 200床以上の病院であって、化学療法の経験を5年以上有する専任の上記医師が1名以上勤務している医療機関において、治療の開始に当たり投薬の必要性、意見政党について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として70点を加算する。(月1回限り)
- 薬剤の一般般的名称を記載する処方箋を交付した場合、全ての医薬品が一般名処方されているときは、一般名処方加算1として6点を、1品目でも一般名処方されたものが含まれているときは、一般名処方加算2として4点を加算する。
- 抗不安薬等が処方された患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、1処方につき、12点を加算する。(月1回限り)

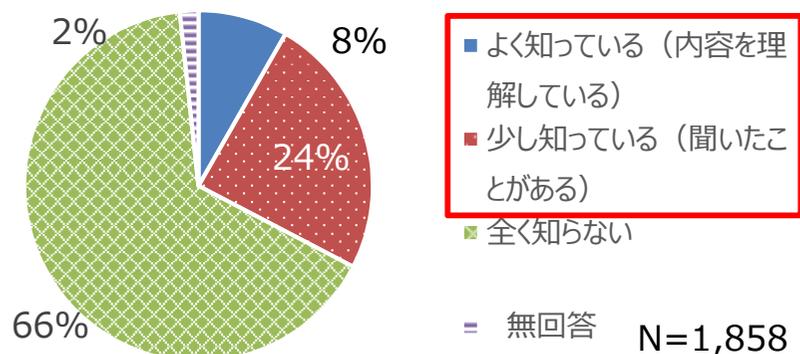


分割調剤に関する平成30年度改定の影響等について

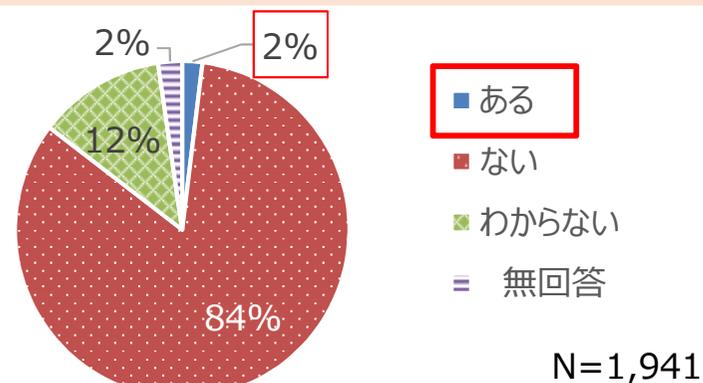
(内服薬を30日以上処方されている患者への調査)

- 内服薬を30日以上処方されている患者のうち、分割調剤を「よく知っている」又は「少し知っている」と回答した患者は全体の約3割であった。
- 医師による分割調剤の指示のある処方箋をもらったことのある患者は約2%であったが、これらの患者のうち、分割調剤を利用した患者の約8割は「大変満足している」又は「やや満足している」と回答した。
- 分割調剤を利用するかどうかについては「どちらでもない（医師などの判断に任せる）」という結果が最も多かった。

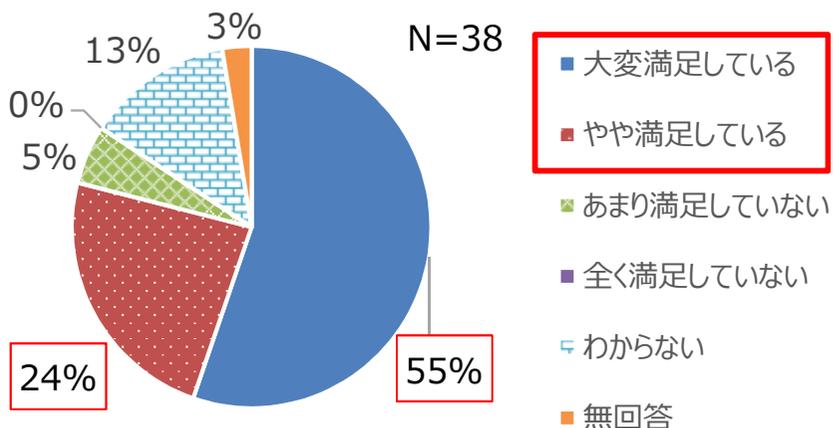
分割調剤を知っているか



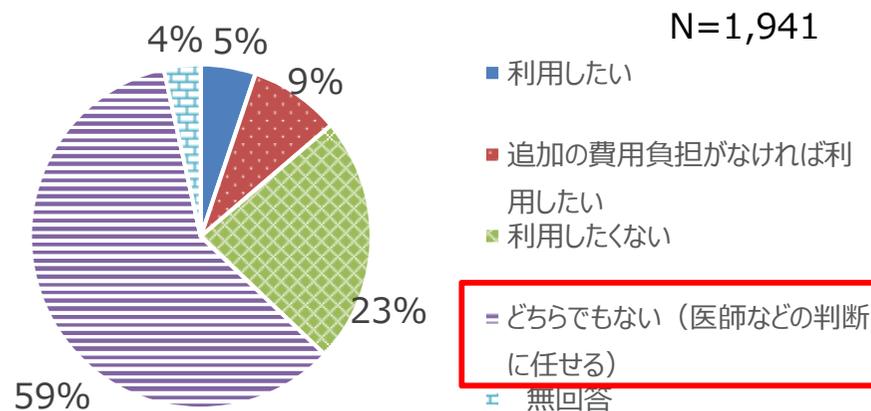
医師から分割調剤の指示がある処方箋をもらったことがあるか



分割調剤を利用した満足度 (分割指示のある処方箋をもらったことのある患者)



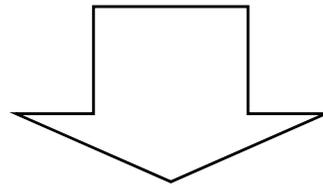
今後、分割調剤を利用したいと思うか



分割調剤に係る現状・課題及び論点

【現状・課題】

- 分割調剤は、①薬剤の長期保存が困難な場合、②後発医薬品を初めて使用する場合、③医師による指示がある場合などに行われる。
- 服薬管理が難しい患者等に対して、分割調剤を活用し、薬局の薬剤師が服薬状況や有害事象の有無等を確認し、詳細な患者の状況を処方医に報告する取組が実施されている。
- 医師の分割調剤指示により調剤を行った場合、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料も分割される（薬剤料は分割されない）。
- 内服薬を30日以上処方されている患者のうち、分割調剤を「よく知っている」又は「少し知っている」と回答した患者は全体の約3割であった。
- 医師による分割調剤の指示のある処方箋をもらったことのある患者は約2%であったが、これらの患者のうち、分割調剤を利用した患者の約8割は「大変満足している」又は「やや満足している」と回答した。



【論点】

- 医師の指示に基づき分割調剤を実施する場合、患者の服薬状況や副作用の状況等を処方医にフィードバックすることが重要であることに鑑み、服薬情報等提供料について、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数（30点）を算定できることとしてはどうか。
- 医師が分割指示に係る処方箋を交付した場合、薬局からのフィードバックの情報等も踏まえて次回診療に備える必要があることなどを踏まえ、一定規模以下の病院や診療所について、分割指示の処方箋を発行した場合について評価を検討してはどうか。
- 分割調剤の活用実態や患者の認知度等を踏まえ、このほかどういった対応が考えられるか。

- (1) かかりつけ医機能等について
- (2) 女性の健康に係る課題等について
- (3) 分割調剤について
- (4) **ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて**
- (5) ニコチン依存症管理料等について

ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムの効果について

令和元年11月20日中医協総会における指摘事項

- ギャンブル依存症の治療法については、海外における研究も含め、更にデータを提示していただき、それを踏まえて検討する必要があるのではないか。

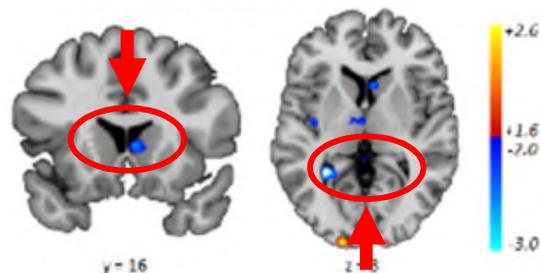
ギャンブル等依存症とアルコール等の物質依存における脳内メカニズム

- ギャンブル等依存症の患者と健常者の脳機能画像を比較した研究結果によれば、ギャンブル等依存症は、アルコール依存症を含む物質依存症と同様に、脳の報酬系と呼ばれる回路の異常が認められる。
- ※ 報酬系は刺激により活性化するとドーパミンを放出し、人が感じる「気持ちよさ、ワクワク感、多幸感」などを生む脳の部位であり、一定の行動を反復する癖をつける。
- ギャンブル等依存症では、例えば、ギャンブルを始めたばかりの頃に大儲けする等のドーパミンが大量に放出される経験を繰り返すことで、欲求が満たされにくくなる等の脳の機能の異常（報酬系の感受性の低下）をきたし、欲求を満たそうとギャンブルを反復する。
- また、報酬系に異常が起きることで、ギャンブルにより得られると期待される報酬の予測にも異常をきたし、例えば、“ギャンブルをここで止めよう”といった意思決定に支障が出る。

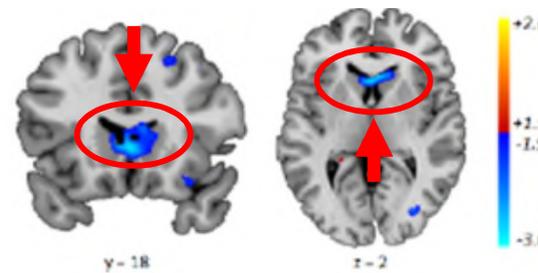
〔機能的脳MRIに関する25の研究のメタ解析の結果〕

- 643例の依存症群（ギャンブル依存症191例とアルコール依存症を含む物質依存症452例）と健常者群609例の機能的脳MRIに関する25の研究のメタ解析。
- ギャンブル依存症は、物質依存症群等と同様に、報酬に関する予測をする際に、健常者群と比較して脳の報酬系の機能が低下していた。

健常者群と比べて、**物質依存症**群特有でみられる脳の異常部位



健常者群と比べて、**ギャンブル依存症**群特有でみられる脳の異常部位

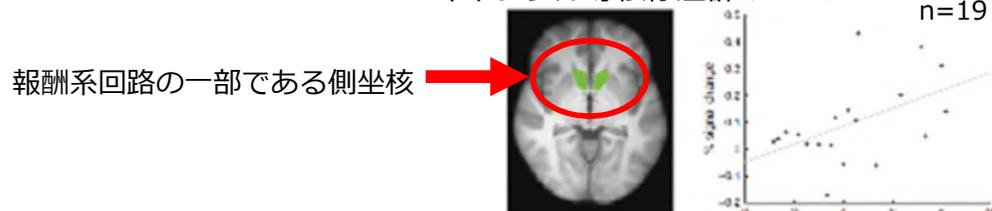


※赤矢印は報酬系回路
出典：Disruption of reward processing in addiction: an image-based meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Jama Psychiatry*. (Luijten M, et al. *Jama Psychiatry*, 2017)

〔ギャンブル等依存症の者のfMRIを用いた研究〕

- ギャンブル等依存症群と同数の対照群（健常者群）に対してギャンブルに関連した写真を見せて、刺激したときの脳の活動をfMRIを用いて比較したところ、ギャンブル等依存症群では、ギャンブルに対するCraving（渴望）の強さと側坐核の信号変化に相関が認められた。

ギャンブル等依存症群のfMRI



出典：Neural substrates of cue reactivity and craving in gambling disorder. (Limbrick-Oldfield EH, et al, *Transl Psychiatry*, 2017)

海外におけるギャンブル依存症に係る治療プログラムの効果検証の研究報告 (系統的レビュー及びメタ解析)

- 対象者が25人以下の研究報告を除外した21件の系統的レビュー及びメタ解析論文によると、ほとんどの研究で**認知行動療法の有効性**が示されていた。約半数の研究が待機による対照群を設定していた。

Petry N, et al. Psychol Addict Behav. 2017

- ギャンブル依存症に対する認知行動療法の効果を検証した25件の系統的レビュー及びメタ解析論文によると、**認知行動療法はギャンブル行動を減少させることに有効**であり、効果量は6か月、12か月、24か月の追跡期間において有意であった。

Gooding P, et al. Behav Res Ther. 2009

〔ギャンブル依存症に対する認知行動療法〕

- 認知行動療法群に対しては、1回60分、週1回、全8回の認知行動療法を実施した。
- 認知行動療法群は、GAのみ群と比較して、ギャンブルの頻度や費用が減少した。

ギャンブルをした日数 (直近1か月)

	ベースライン	1か月後	2か月後	6か月後
GA紹介のみ群 (n=63)	14.2	9.0	8.0	7.9
認知行動療法群 (n=84)	13.3	5.2	4.5	6.3

ギャンブルの費用 (ギャンブルをした日の出費額, 中央値, ドル)

	ベースライン	1か月後	2か月後	6か月後
GA紹介のみ群 (n=63)	1,100	205	200	150
認知行動療法群 (n=84)	1,260	90	20	90

GA : ギャンブラースアノニマス (自助グループ)

出典 : Cognitive-Behavioral Therapy for Pathological Gamblers. J Consult Clin Psychol. 2006 (Petry N, et al.)

〔ギャンブル依存症に対する動機づけ面接と認知行動療法プログラムの併用による集団療法の効果〕

- 集団療法群に対する認知行動療法プログラムは、1回150分、週1回、全6回実施した。
- ギャンブル依存症に対する動機づけ面接と認知行動療法プログラムを集団療法として実施したところ、ギャンブルの頻度や費用が減少した。

ギャンブルの頻度 (直近2週間の回数)

	治療前	治療後
集団療法群 (n=43)	5.47	2.24

ギャンブルによる1日平均費用 (ドル)

	治療前	治療後
集団療法群 (n=43)	182	79

出典 : Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: a randomized controlled trial. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2010 (Oei T, et al.)

ギャンブル等依存症に対する標準的治療プログラム

- アメリカ、カナダ、オーストラリアなどで開発され、効果が立証されているギャンブル障害等の者に対する集団認知行動療法プログラム等（※）を参考に、日本におけるギャンブル依存症の集団療法プログラムとして「標準的治療プログラム」を作成した。
※ 「病的賭博の克服プログラム」、「病的賭博：疫学、併存症、治療のプログラム」、「問題ギャンブリングに対する認知行動療法プログラム」等
- 標準的治療プログラムでは予め定められたワークブック及びマニュアルを用いて、他の参加者との意見交換を通じ、ギャンブル等に対する偏った知識や考えを見直し改善することや、ギャンブル等の使用に替わる行動を見つけることを支援するものである。

対象者 ギャンブル等に対する行動依存の状態にある者

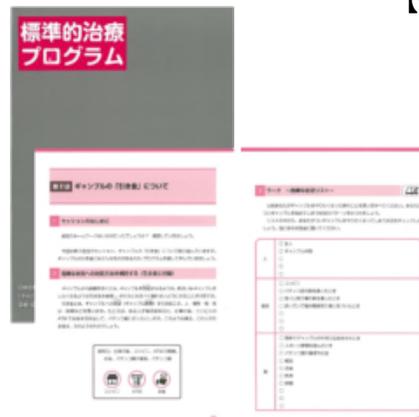
実施者 医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師

標準的治療プログラムの構造

- 2週に1回、60分以上、参加者数人から10人程度のグループセッションとして実施する。計6回。
- 参加者はワークブックに出てくる「クエスチョン」に対して自分なりの答えを書き込み発表する。
※ プログラム実施者はファシリテーション及び板書等を実施

【参考1】標準的治療プログラムのトピック

第1回 あなたにとってのギャンブルとは？
第2回 ギャンブルの「引き金」について
第3回 引き金への対処とギャンブルへの渴望
第4回 生活の再建・代替行動 (ギャンブルの代わりにする行動)
第5回 考え方のクセ
第6回 まとめ



【参考2】海外におけるギャンブル依存症に対するプログラムのトピック

Why Petry? Central and North West London NHS Foundation Trust

	Ladouceur	Petry	Oei
Relapse prevention	X	X	X
Stimulus control	X	X	X
Motivational work	X		X
Alternative activities		X	X
Reinforcement		X	
Extended cognition work	X		X
Debt		X	X
Assertiveness		X	X
Family issues			X
Imaginal exposure			X

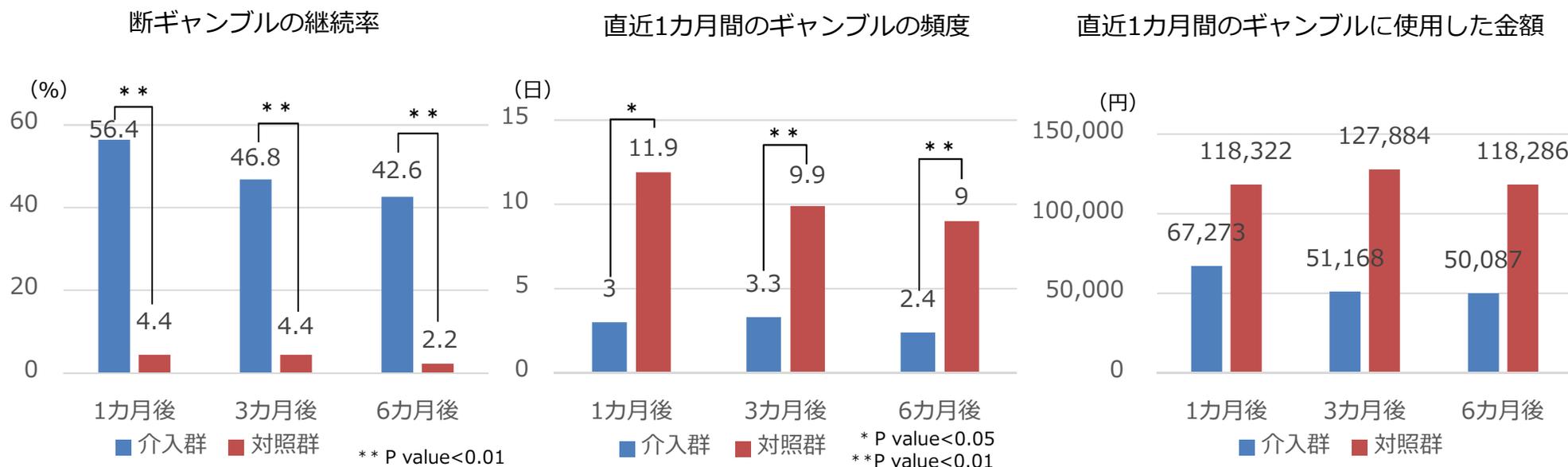
赤枠は日本の標準的治療プログラムと同様のトピック

Ladouceur and Lachance (2007) Overcoming your pathological gambling
 Petry (2006) Pathological gambling: etiology, comorbidity and treatment
 Oei & Raylu (2010) A cognitive-behavioural therapy programme for problem gambling: Therapist manual.

※ 3つのプログラムのうち、少なくとも2つのプログラムで採用されているトピックを選定

ギャンブル等依存症に対する集団療法プログラム

- 「標準的治療プログラム」の研修を医師等に対して行った後、全国35の医療機関において、187名を対象にRCTによるプログラムの効果検証を行った（※1）。
- 断ギャンブルの継続率（※2）は、プログラム終了後1カ月時点、3カ月時点、6カ月時点のいずれの時点においても介入群が対象群よりも高かった。
- また、直近1カ月間のギャンブルの平均回数及びギャンブルに使用した金額について、プログラム終了後1カ月時点、3カ月時点、6カ月時点のいずれの時点においても介入群が対象群よりも低かった（※3）。



（※1） 20～65歳で医療機関を受診していない者を対象にSOGS（ギャンブル依存症のスクリーニングテスト）陽性となった者に対して診断面接を実施し、DSM-5（アメリカ精神医学会による診断基準）ギャンブル障害の診断基準を満たした者を研究対象とした。

（※2） ギャンブルを断ち、一度も行っていない状態が継続していること

（※3） 国際的な研究等において、ギャンブル等依存症に係る治療効果を測定する場合には、ギャンブルの「頻度」と「使用した金額」が指標として使われている。

- 薬物依存症に対する集団療法への評価として、依存症集団療法がある。

➤ 1006-2依存症集団療法 340点(1回につき)

<算定要件>

- 覚せい剤、麻薬、大麻、又は危険ドラッグに対する物質依存の状態にあるものについて、医師又は医師の指示を受けた看護師・精神保健福祉士等で構成される2人以上の従事者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する医師、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))が実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。
- 1回に20人に限り、90分以上実施した場合に算定する。
- 平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、「物質障害治療プログラム」に沿って行われた場合に算定する。

ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムに係る現状及び課題

【現状】

- 海外の研究において、ギャンブル依存症に対する介入方法として、認知行動療法を用いた集団療法の有効性が示されている。
- 日本においても、ギャンブル依存症の集団療法プログラムとして、「標準的治療プログラム」が開発され、その有効性が示されている。
- 薬物依存症の集団療法に対して診療報酬上の評価が設けられている。



【論点】

- ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムの有効性が示されたことを踏まえ、依存症集団療法の対象にギャンブル依存症を位置付け、「標準的治療プログラム」に沿った治療を行った場合に評価することとしてはどうか。

- (1) かかりつけ医機能等について
- (2) 女性の健康に係る課題等について
- (3) 分割調剤について
- (4) ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて
- (5) ニコチン依存症管理料等について

令和元年11月22日中医協総会における指摘事項

- ニコチン依存症管理料については、特に、治療終了後の継続的な禁煙状況などを中心に効果を検証すべきではないか。こうした検証等がなされない段階で加熱式たばこなどについてその妥当性を検討することや、管理料を見直すことは問題ではないか。
- 平成28年度改定において、平均継続回数が2回未満での医療機関について、減算を設けたが、どの程度算定されているのか。そういった医療機関が、継続率に影響を与えているのではないか。
- 加熱式たばこによる受動喫煙による健康への影響については、販売されたばかりということでデータはないということだが、有害物質が含まれていることは明らかであることから、加熱式たばこについても、治療の対象とすることに異論はない。
- 加熱式たばこについては、健康影響について今後も調査研究を継続していく必要があつて、これを対象に含めるかどうかというのは時期尚早ではないか。
- 対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療については、通常の対面診療との違い、例えば呼気一酸化炭素濃度測定器の利用や処方箋の取扱などの違いで、対面診療等との違いを整理した上での検討が必要であるのではないか。
- 情報通信機器を用いて禁煙治療を行う場合には、治療終了時点における禁煙の確認については、対面で行う必要があるのではないか。
- ニコチン依存症管理料については、脱落率とか継続率を勘案すれば、情報通信機器を用いることによって治療上の懸念がないのであれば、継続的な治療を効果測定ができるという体制の下で、進めるという方向性は理解できる。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1 初回	230点
2 2回目から4回目まで	184点
3 5回目	180点

➤ 算定要件

入院中の患者以外の患者に対し、「**禁煙治療のための標準手順書**」(日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して**12週間にわたり計5回**の禁煙治療を行った場合に算定

※ 初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。

➤ 対象者

以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものである。

➤ 主な施設基準

- ① 禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- ② 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ③ 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を1名以上配置。
- ④ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- ⑤ 保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること※。
- ⑦ ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数及び喫煙を止めたものの割合等を、地方厚生(支)局長に報告していること。

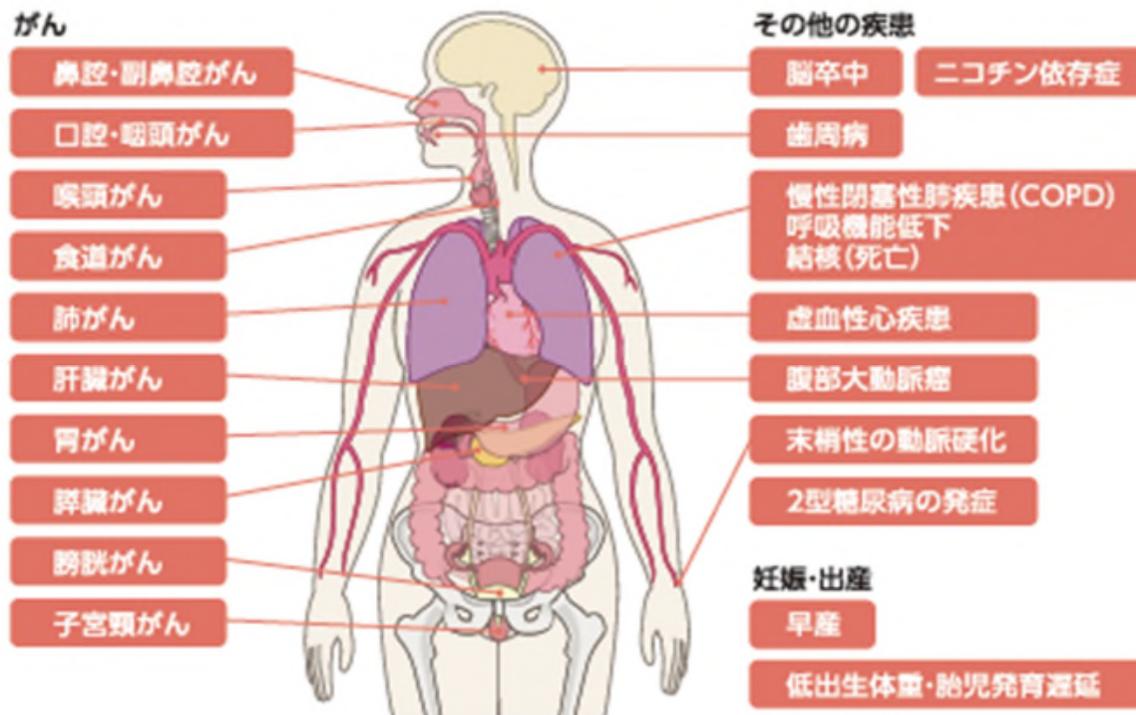
※ ⑥を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

<治療のスケジュール>



喫煙による健康影響

たばこを吸っている本人はこんな病気になりやすくなる(根拠十分: **レベル1**)



レベル1は「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である」と判定された疾患です。レベル2は、「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない」ものです。がん患者が別のがんを発症する「二次がん罹患」と喫煙との関連はレベル1、がんの再発、治療効果低下との関連はレベル2と判定されています。

その他の喫煙者本人への影響(因果関係を示唆: **レベル2**)

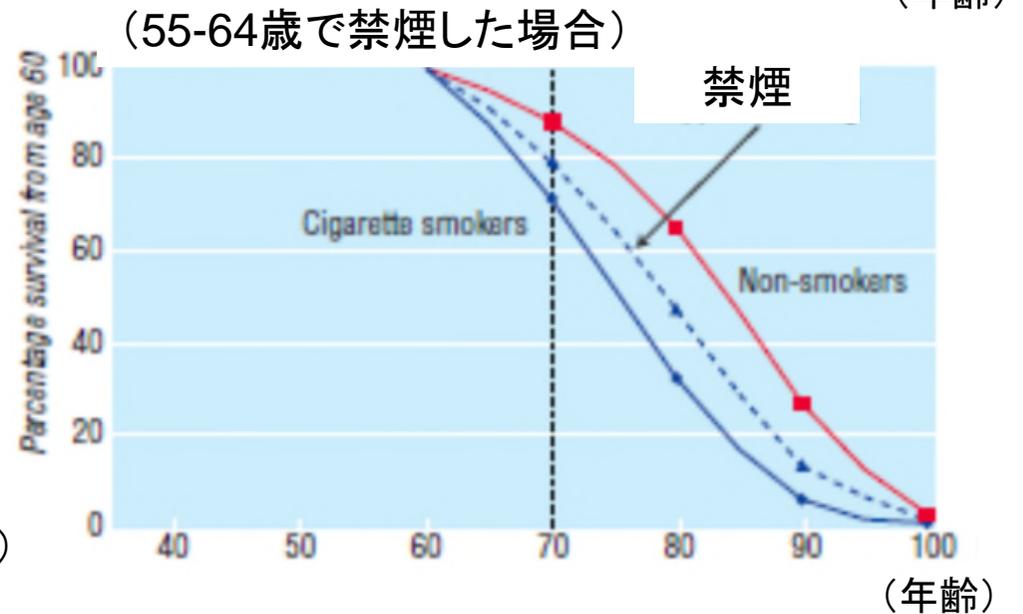
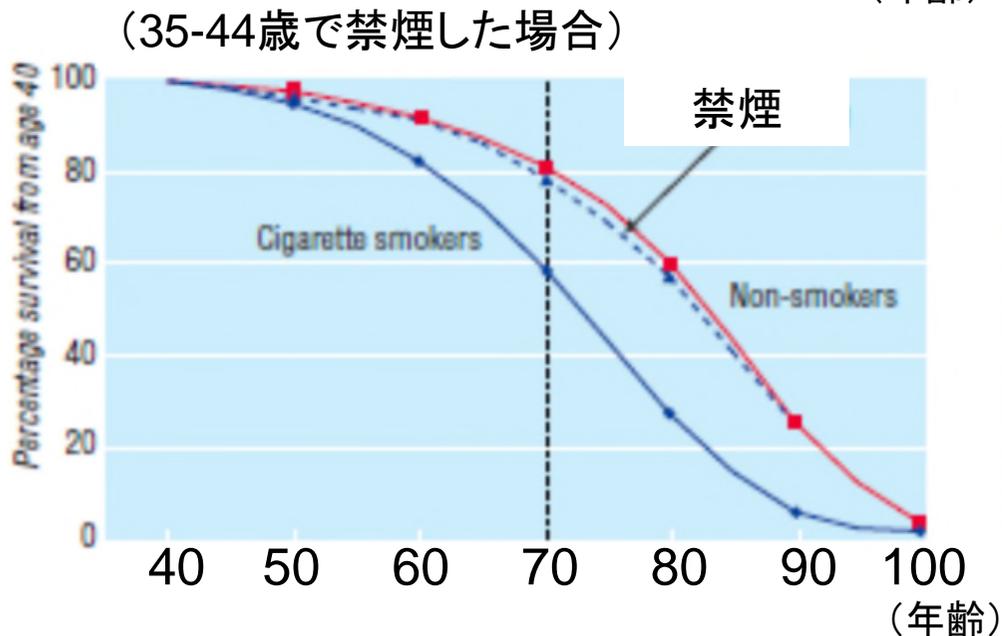
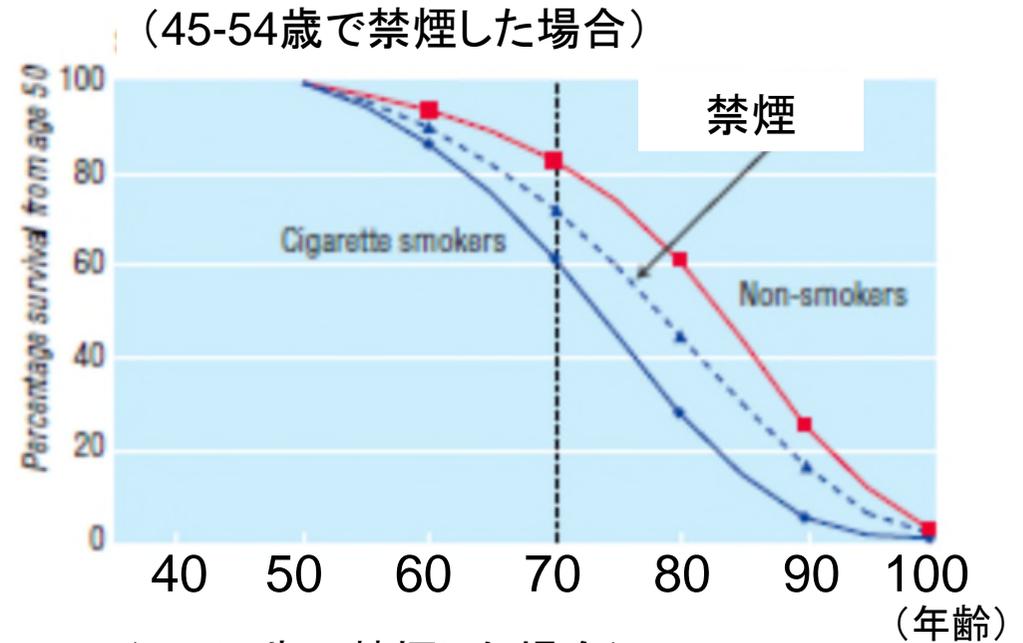
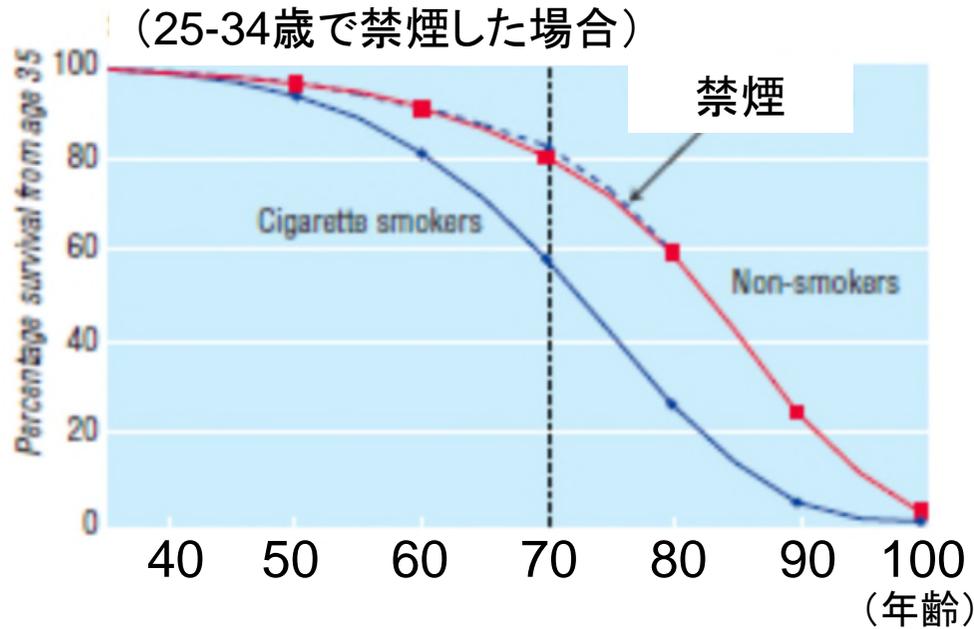
がん	急性骨髄性白血病 乳がん 腎盂尿管・腎細胞がん 大腸がん 子宮体がん(リスク減少) 前立腺がん(死亡)
妊娠・出産	生殖能力低下 子癩前症・妊娠高血圧症候群(リスク減少)* 子宮外妊娠・常位胎盤早期剥離・前置胎盤*
その他の疾患	認知症 う蝕(虫歯) 口腔インプラント失敗 歯の喪失 気管支喘息(発症・増悪) 胸部大動脈瘤 結核(発症・再発) 特発性肺線維症 閉経後の骨密度低下 大脳骨近位部骨折 関節リウマチ 日常生活動作の低下

*妊婦の喫煙との関連

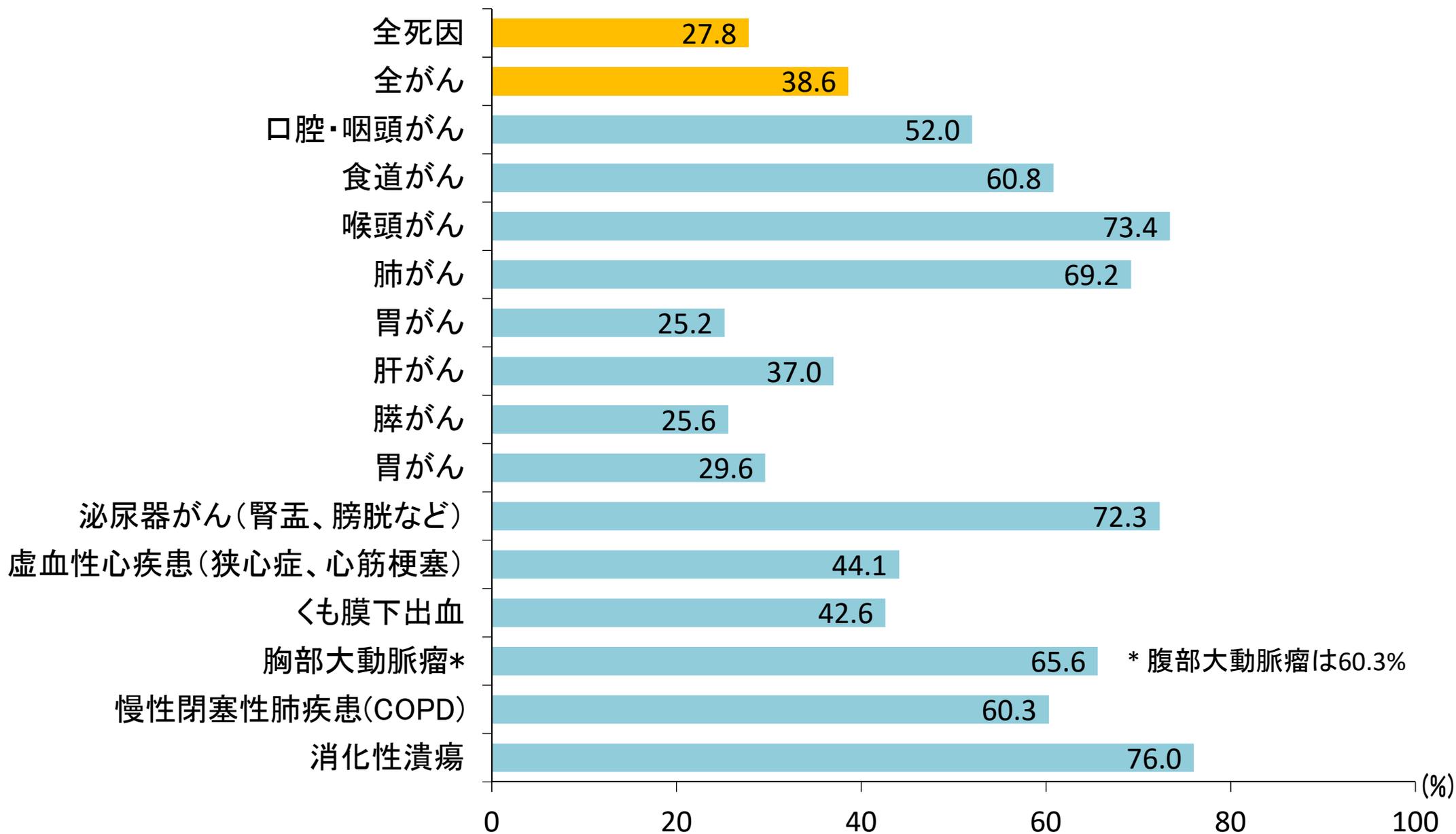
禁煙が生存に及ぼす影響（英国医師50年の追跡調査）

※縦軸は各年齢からの生存割合

青：喫煙、青・点線：禁煙、赤：非喫煙



喫煙が原因として占める割合(男性の成績)



たばこの発がん性について(WHOによる分類)

○ 国際がん研究機関(IARC)*は、たばこ、アスベスト、ホルムアルデヒドなど107種について、人に対する発がん性を示す十分な根拠がある(グループ1)としている。

※: International Agency for Research on Cancer (IARC)

世界保健機関(WHO)のがん研究の専門機関であり、ヒトへの化学物質の発がん性評価等を実施している。

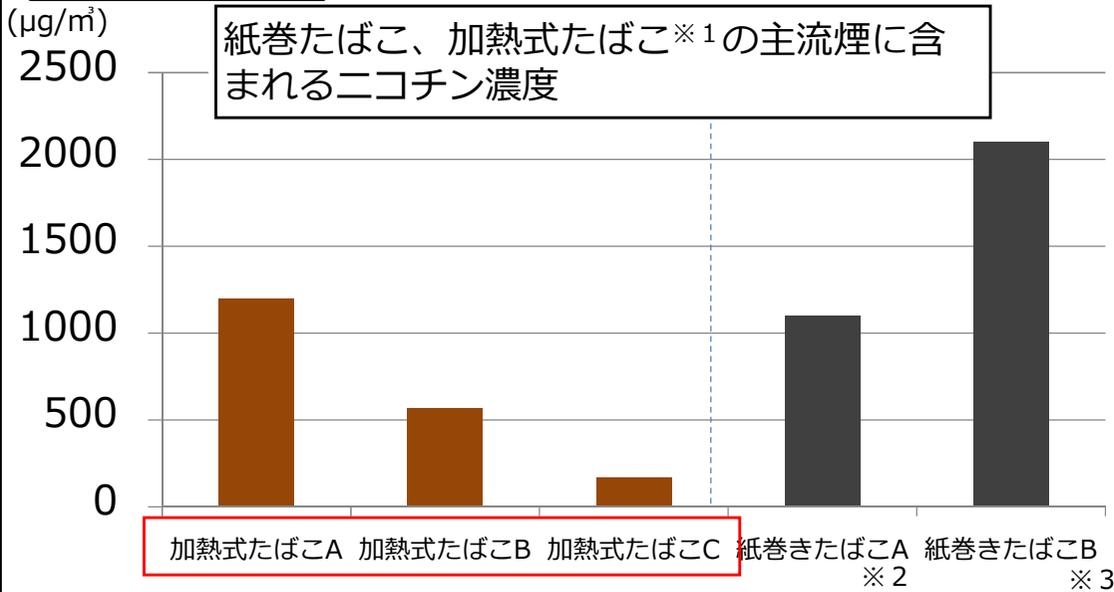
分 類		例
グループ 1	発がん性がある(Carcinogenic to humans) ヒトへの発がん性を示す十分な証拠がある場合等(107種)	たばこ(能動・受動)、アスベスト、ホルムアルデヒド、カドミウム、ダイオキシン、太陽光、紫外線、エックス線、ガンマ線、アルコール飲料、ヘリコバクター・ピロリ 等
グループ 2A	おそらく発がん性がある(Probably carcinogenic to humans) ヒトへの発がん性を示す証拠は限定的であるが、実験動物への発がん性を示す十分な証拠がある場合等(63種)	PCB、鉛化合物(無機)、ディーゼルエンジン排気ガス 等
グループ 2B	発がん性があるかもしれない(Possibly carcinogenic to humans) ヒトへの発がん性を示す証拠が限定的であり、実験動物への発がん性に対して十分な証拠がない場合等(271種)	クロロホルム、鉛、コーヒー、漬物、ガソリン、ガソリンエンジン排気ガス、超低周波磁界、高周波電磁界 等
グループ 3	発がん性を分類できない(Not classifiable as to carcinogenicity to humans) ヒトへの発がん性を示す証拠が不十分であり、実験動物への発がん性に対しても十分な証拠がないか限定的である場合等(509種)	カフェイン、原油、水銀、お茶、蛍光灯、静磁界、静電界、超低周波電界 等
グループ 4	おそらく発がん性はない(Probably not carcinogenic to humans)(1種) ヒトへと実験動物への発がん性がないことを示唆する証拠がある場合等	カプロラクタム(ナイロンの原料)

出典: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>

〔現時点までに得られた科学的知見〕

- 加熱式たばこの主流煙には、紙巻たばこと同程度のニコチンを含む製品もある。
 - 加熱式たばこの主流煙に含まれる主要な発がん性物質*の含有量は、紙巻たばこに比べれば少ない。
 - 加熱式たばこ喫煙時の室内におけるニコチン濃度は、紙巻たばこに比べれば低い。
- *現時点で測定できていない化学物質もある

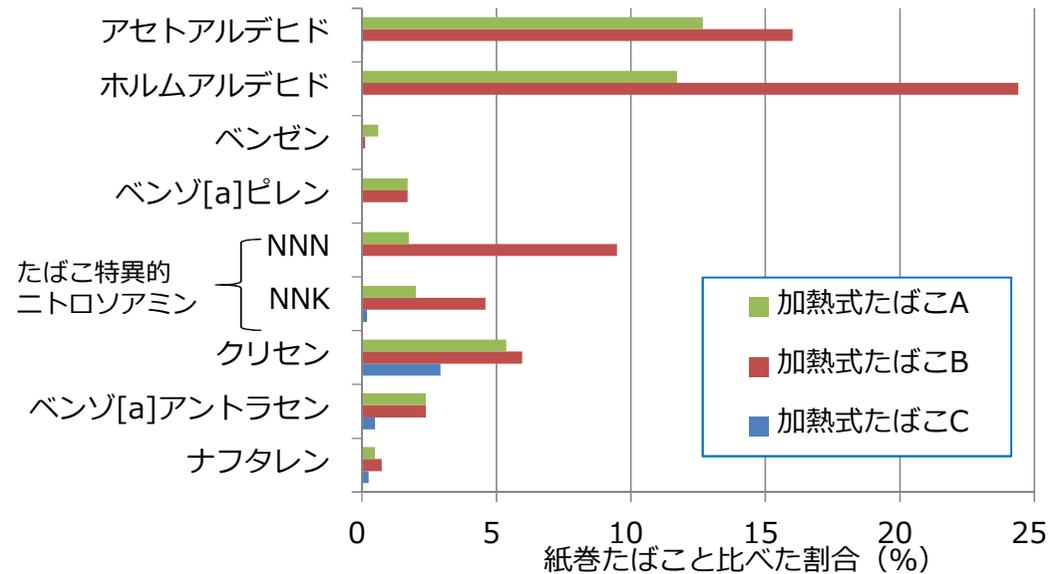
主流煙の成分



※1：12回吸引（紙巻たばこで概ね1本に相当する吸引回数）
 ※2・※3：試験研究用の紙巻たばこ参照品（※2：1R5F ※3：3R4F）

厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究「非燃焼加熱式たばこにおける成分分析の手法の開発と国内外における使用実態や規制に関する研究」

加熱式たばこ主流煙中の発がん性物質の一例 （紙巻たばこ*3の主流煙に含まれる各成分量を100%としたときの割合）



喫煙時の室内におけるニコチン濃度

- 主流煙において紙巻たばこと同等程度含まれるものがある「ニコチン」を測定。
 - 同一条件下（換気のない狭い室内で喫煙した場合）で室内のニコチン濃度を測定したところ、紙巻きたばこ（1,000～2,420 µg/m³）に比べ、**加熱式たばこ（26～257 µg/m³）**では低かった。
- 国立がん研究センター委託事業費「たばこ情報収集・分析事業」による調査

〔現時点での評価〕

・加熱式たばこの主流煙に健康影響を与える有害物質が含まれていることは明らかであるが、販売されて間もないこともあり、現時点までに得られた科学的知見では、加熱式たばこの受動喫煙による将来の健康影響を予測することは困難。このため、今後も研究や調査を継続していくことが必要。

加熱式たばこについて

【加熱式たばこは従来のたばこ製品よりも安全か？】

- 現時点では、加熱式たばこが従来のたばこ製品よりも有害性が低いことを示すエビデンスはない。・・(以下略)

【WHOは何を推奨するか？】

- 加熱式たばこを含むすべての形式のたばこ使用は有害である。たばこは本質的に有毒であり、自然の状態でも発がん性物質を含んでいる。したがって、加熱式たばこは、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約に沿って、他の全てのたばこ製品に適用される政策や規制措置の対象とされるべきである。

出典: Heated tobacco products (HTPs) information sheet, MAY 2018. WHO (抜粋: 仮訳)

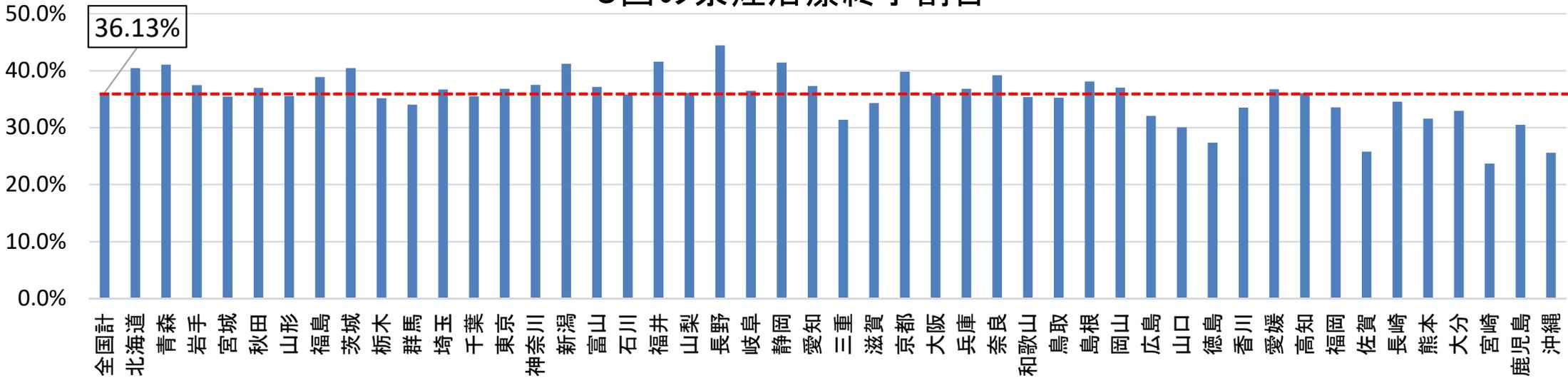
- 非燃焼・加熱式タバコや電子タバコの使用は健康に悪影響がもたらされる可能性がある。
- 新型タバコは、従来の燃焼式タバコに比べてタール(タバコ煙中の有害物質のうちの粒子成分)が削減されていますが、依存性物質であるニコチンやその他の有害物質を吸引する製品です。従って、使用者にとっても、受動喫煙させられる人にとっても、非燃焼・加熱式タバコや電子タバコの使用は推奨できません。

出典: 非燃焼・加熱式タバコや電子タバコに対する日本呼吸器学会の見解

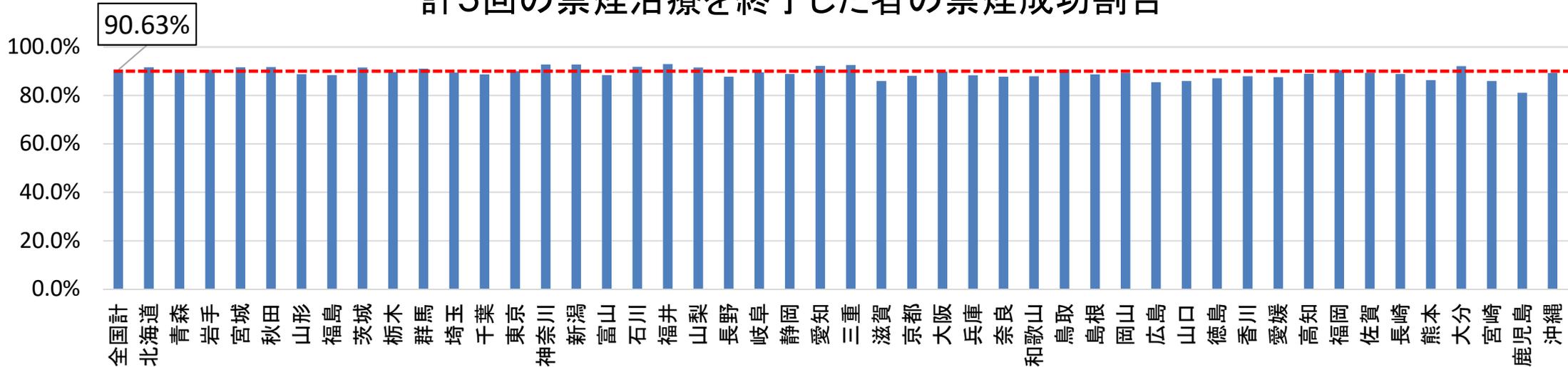
ニコチン依存症管理料の状況

○ ニコチン依存症管理料の5回治療終了割合は36.13%であり、計5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合は90.63%であった。

5回の禁煙治療終了割合



計5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合

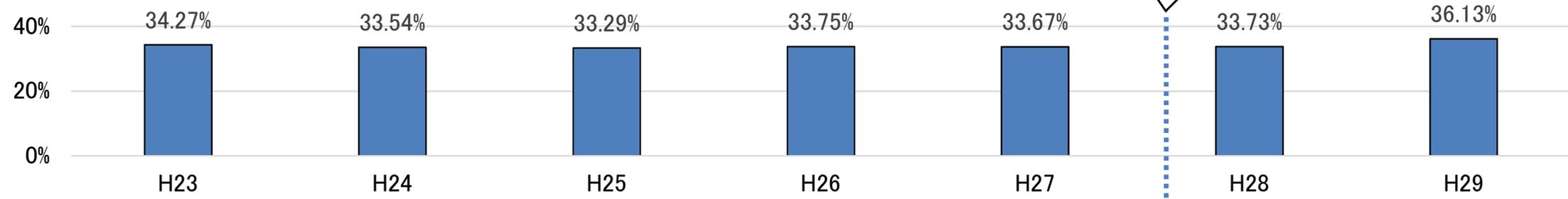


ニコチン依存症管理料の状況

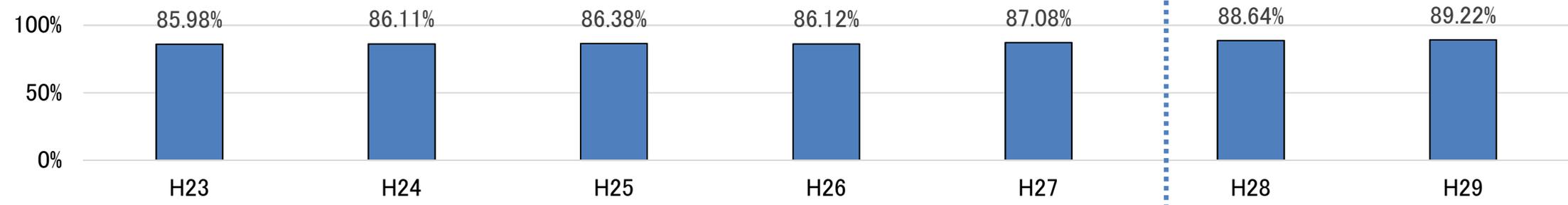
○ ニコチン依存症管理料の5回治療終了割合は約3割程度で推移している。また、5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合は約9割で推移している。

5回の禁煙治療終了割合の推移

対象患者の拡大

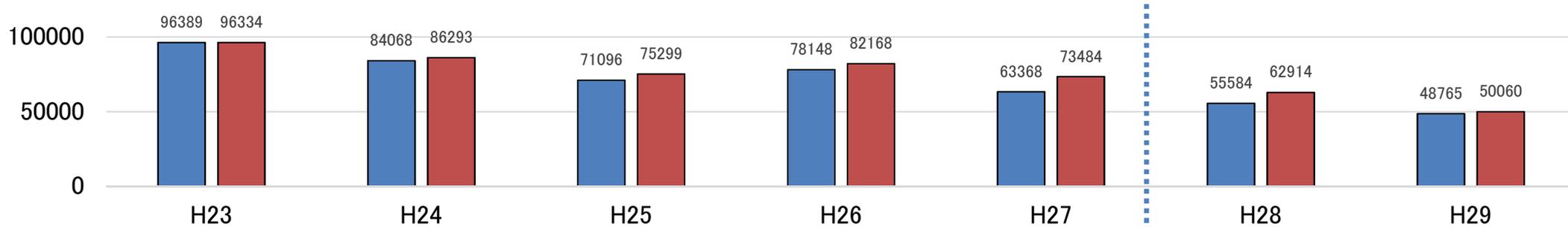


計5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合の推移



計5回の禁煙治療を終了し、禁煙に成功した人数及び

5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者のうち、中止時に禁煙していた人数の推移



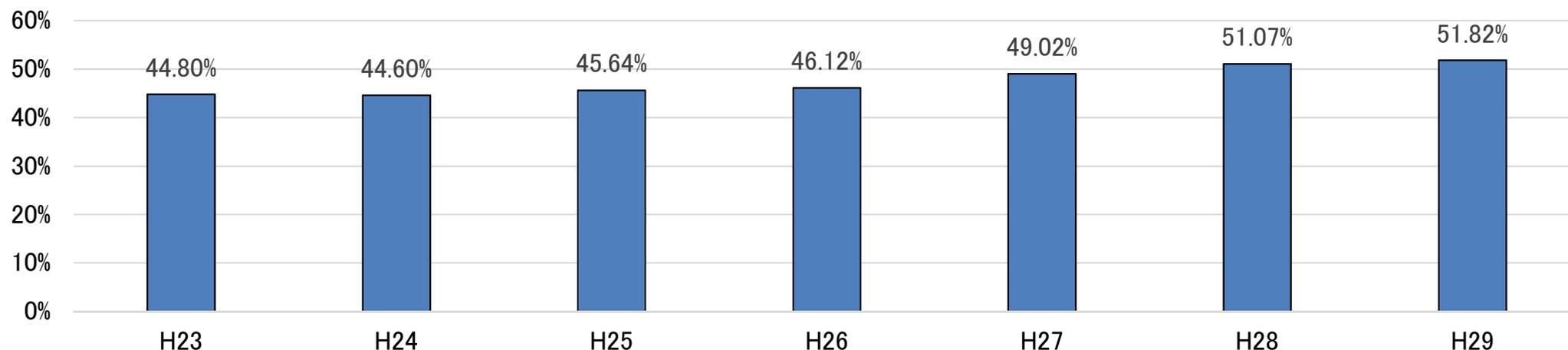
■算定患者で計5回の禁煙治療を終了し、禁煙に成功した人数

■5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者のうち、中止時に禁煙していた人数

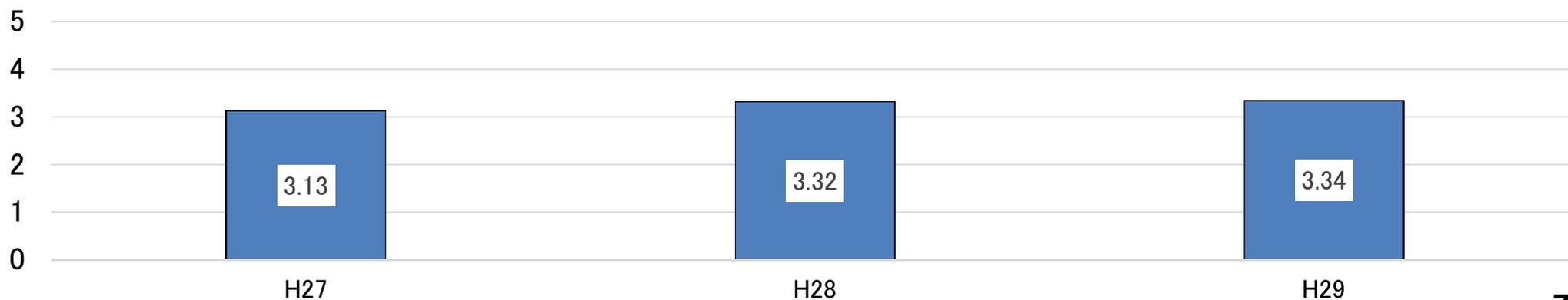
ニコチン依存症管理料の状況

- 5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者のうち、中止時に禁煙していた者の割合は約5割であった。
- ニコチン依存症管理料の平均継続回数は約3回であった。

5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者のうち、中止時に禁煙していた者の割合の推移

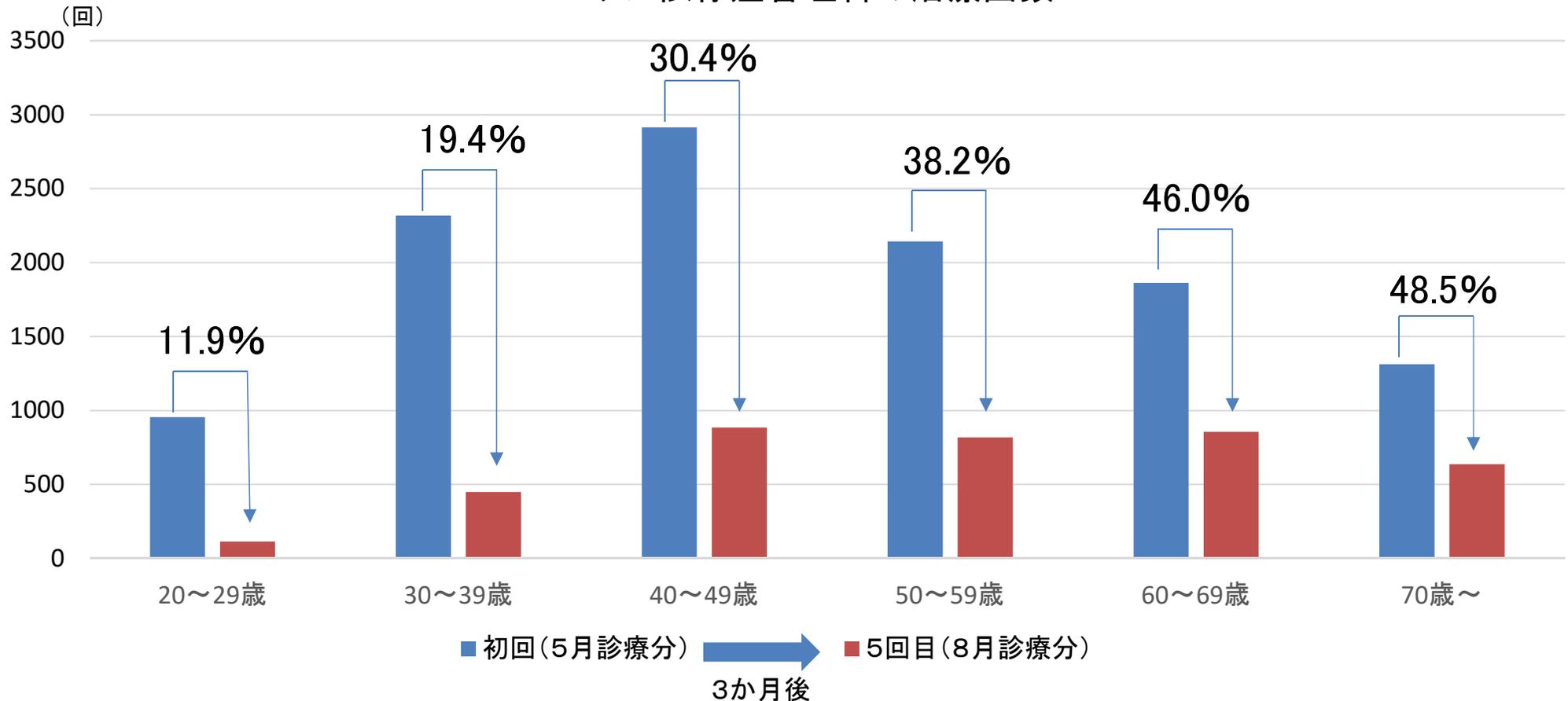


平均継続回数
(1年間のニコチン依存症管理料の延べ算定回数/初回の治療の算定回数)



- 平成30年5月のニコチン依存症管理料（初回）の算定をした患者については、3か月後の平成30年8月にニコチン依存症管理料（5回目）を算定することとなる。
- 平成30年5月のニコチン依存症管理料（初回）の算定回数と平成30年8月のニコチン依存症管理料（5回目）の算定回数の比率を見ると、年齢が上がるほど、比率が高かった。

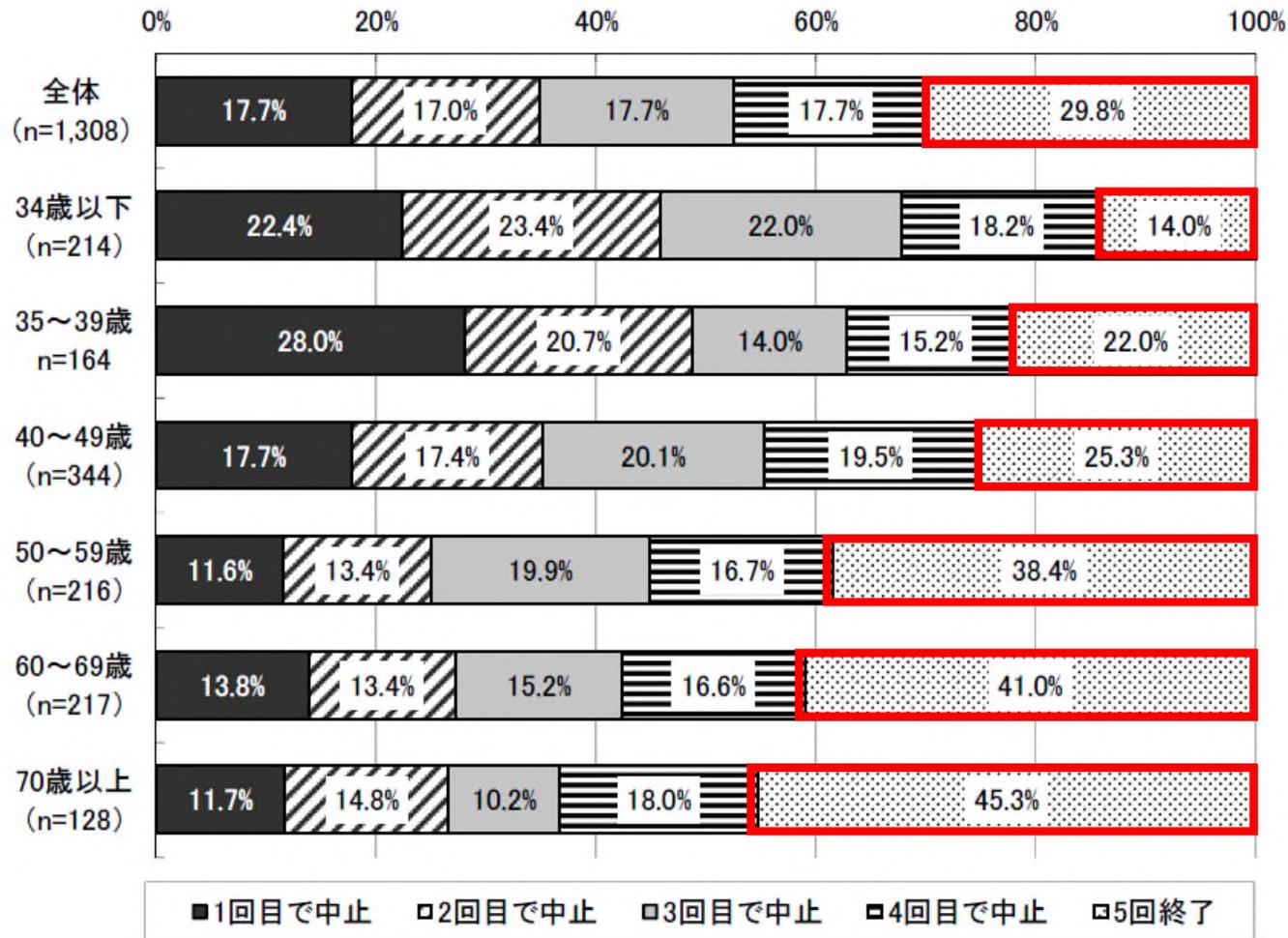
年齢階級別の5月の初回治療及び8月の5回目治療の
ニコチン依存症管理料の治療回数



ニコチン依存症管理料の状況

○ ニコチン依存症管理料の算定回数を年齢階級別に見ると、「5回終了」の割合は年齢階級が高くなるほど割合が高くなる傾向が見られた。

図表 92 ニコチン依存症管理料の算定回数の状況（年齢階級別）

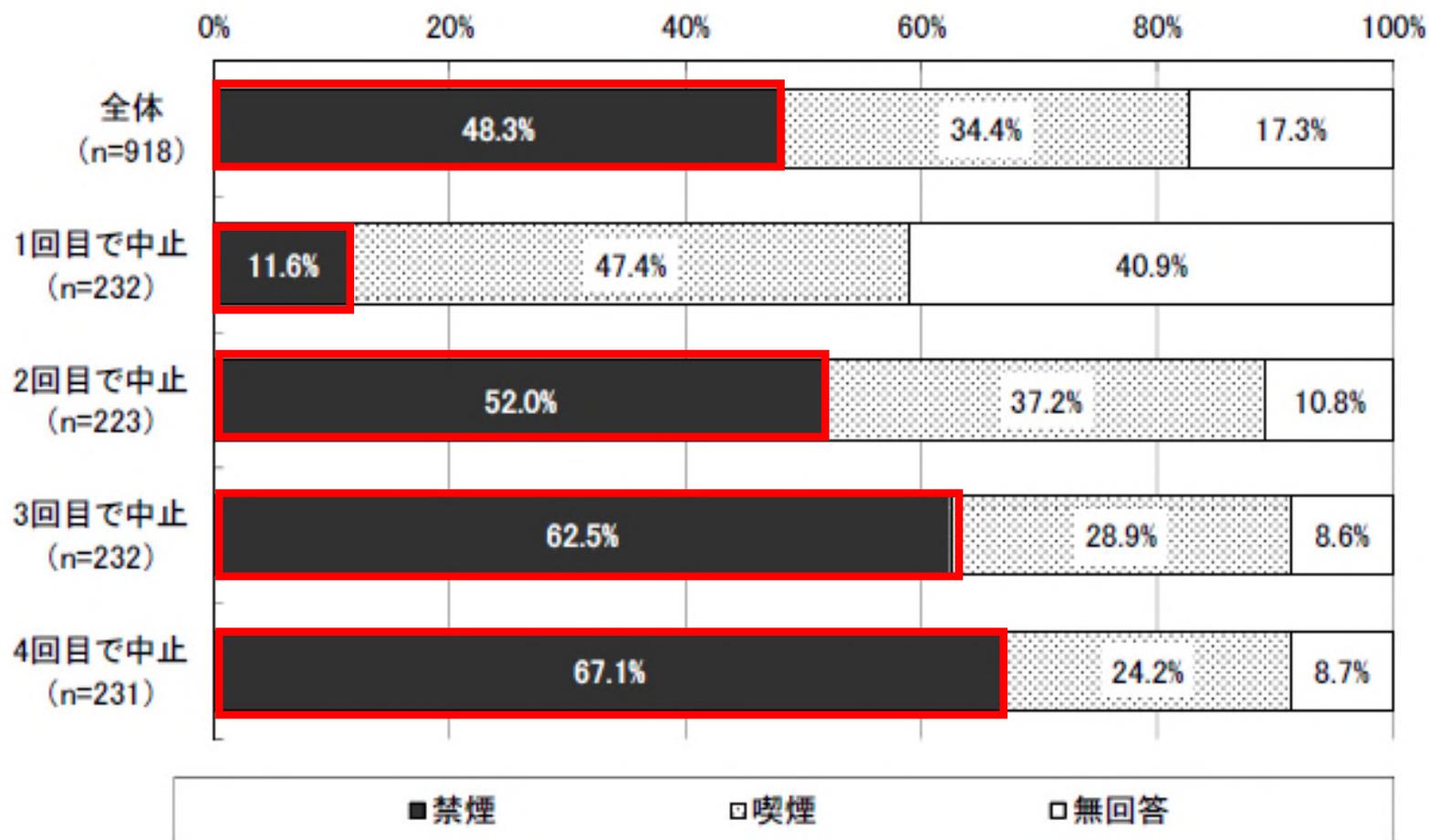


(注)「全体」には、年齢について回答のなかった25人が含まれる。

ニコチン依存症管理料の状況

○ ニコチン依存症管理料の算定を5回目より前に中止した患者について、治療を受けた回数が多いほど、中止時に「禁煙」していた人の割合が高くなる傾向が見られた。

図表 111 5回の治療を途中で中止した患者の中止時の禁煙状況（治療回数別）

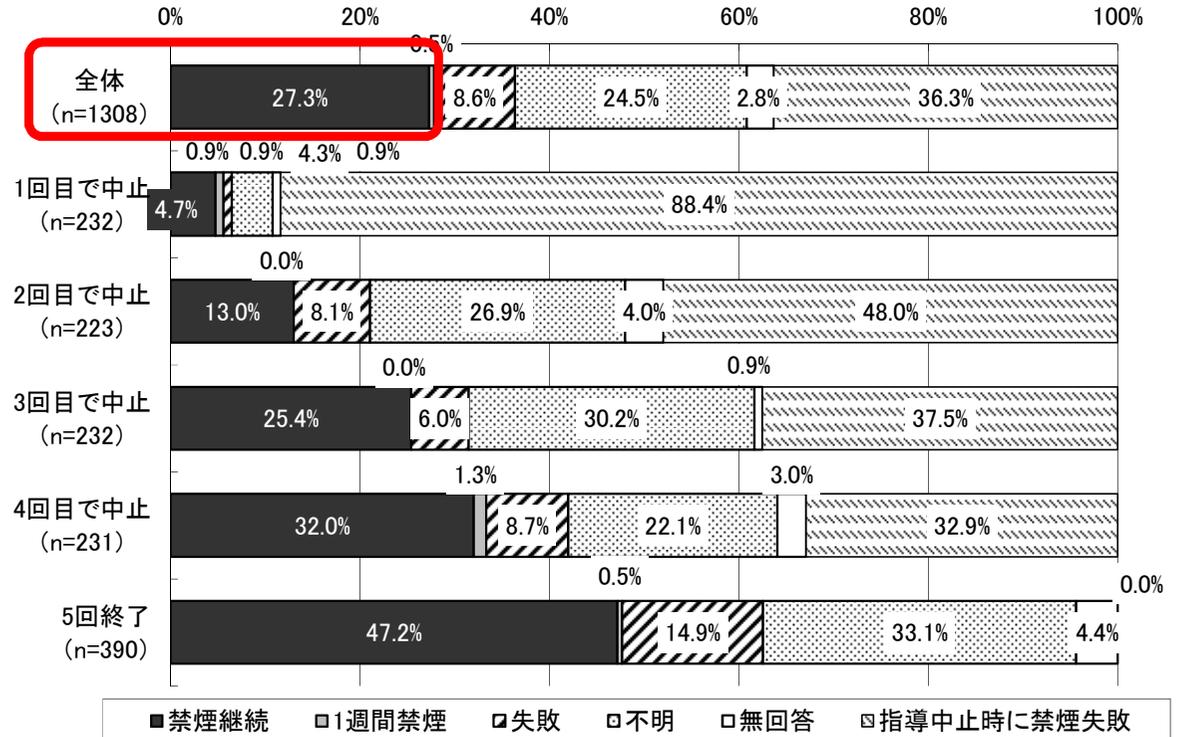


患者調査の結果⑥

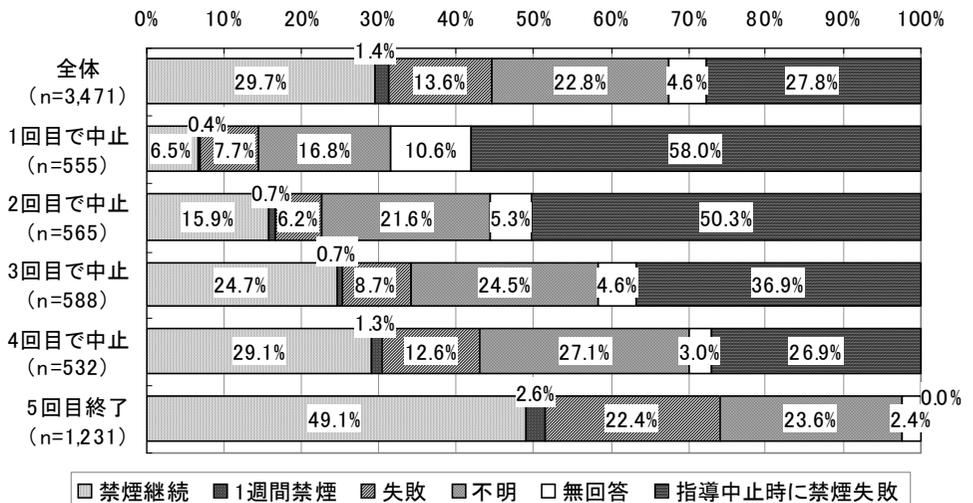
＜算定回数別の治療終了9か月後の禁煙状況＞（報告書p79）

全対象患者について治療終了9か月後の禁煙状況を算定回数別にみると、「禁煙継続」の割合は27.3%であった。算定回数（治療回数）が多いほど、「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 126 治療終了9か月後の禁煙状況（全対象患者、算定回数別）



(参考) 平成21年度調査



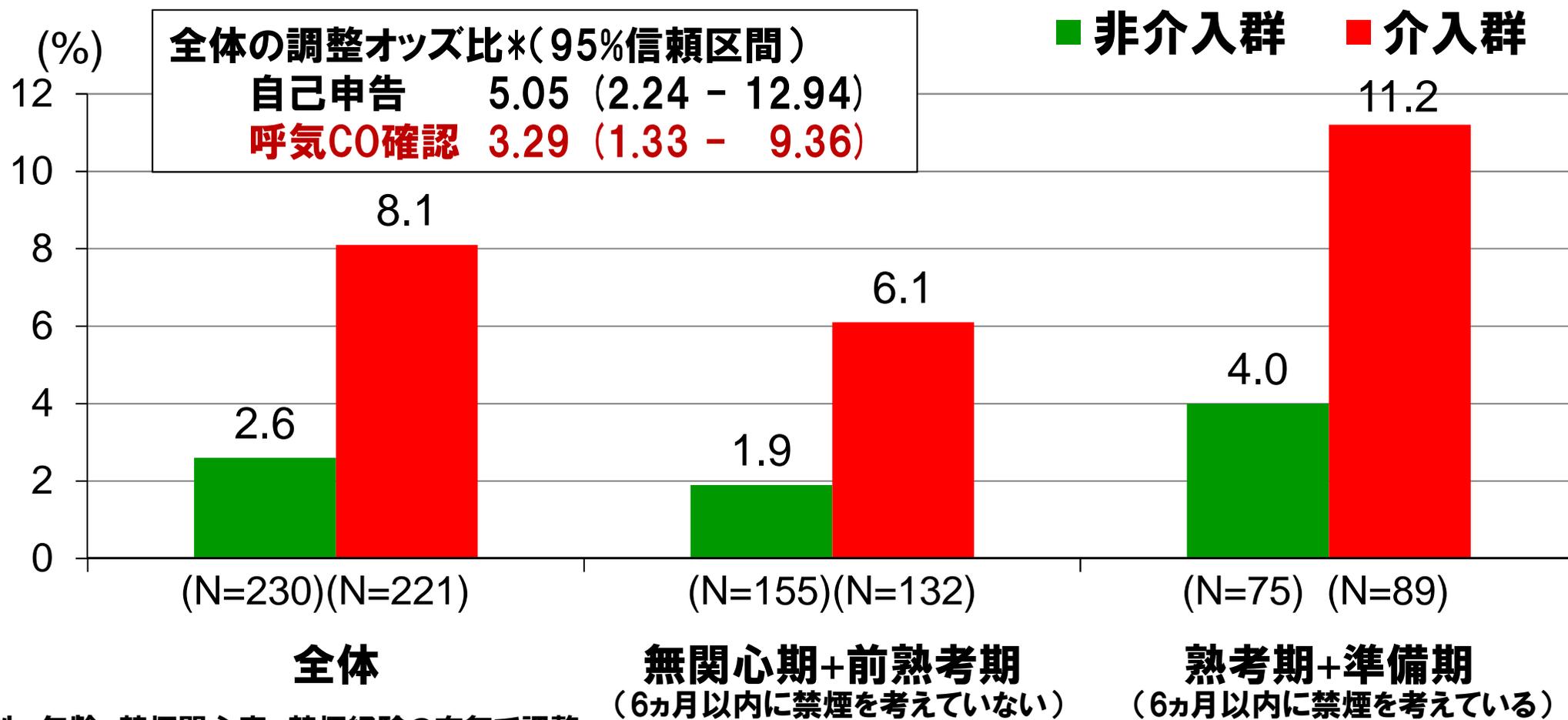
肺がん検診の場での短時間の禁煙介入の効果

—6ヵ月後断面禁煙率(呼気CO濃度確認)—

研究方法:大阪S市での総合健診(がん検診を含む)の場での介入研究、月ごとに割付

研究対象:介入群221人、対照群230人(応諾率91.7%、90.9%)、研究時期:2011~12年

介入内容:介入群は診察医師の禁煙の助言と保健指導実施者による1~2分間程度の禁煙支援、非介入群はアンケート調査のみ



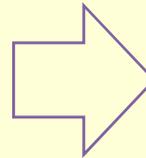
* 性、年齢、禁煙関心度、禁煙経験の有無で調整

重症化予防の取組の推進

➤ ニコチン依存症管理を実施する医療機関における、治療の標準化を推進する観点から、施設基準の見直しを行う。

改定前(主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
- ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
等



改定後(主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
 - ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
 - ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
 - ④ 過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること*。
等
- ※なお、④を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

平成30年6月審査分のニコチン依存症管理料の算定回数

初回	平均継続回数2回以上	11,217回
	平均継続回数2回未満	257回
2~4回目	平均継続回数2回以上	23,195回
	平均継続回数2回未満	515回
5回目	平均継続回数2回以上	3,331回
	平均継続回数2回未満	55回

○ 初回診療を対面で実施し、2回目から6回目までの診療を情報通信機器を用いて行った群と全ての診療を対面で行った群を比較したRCT研究において、継続禁煙率に有意差を認めなかった。

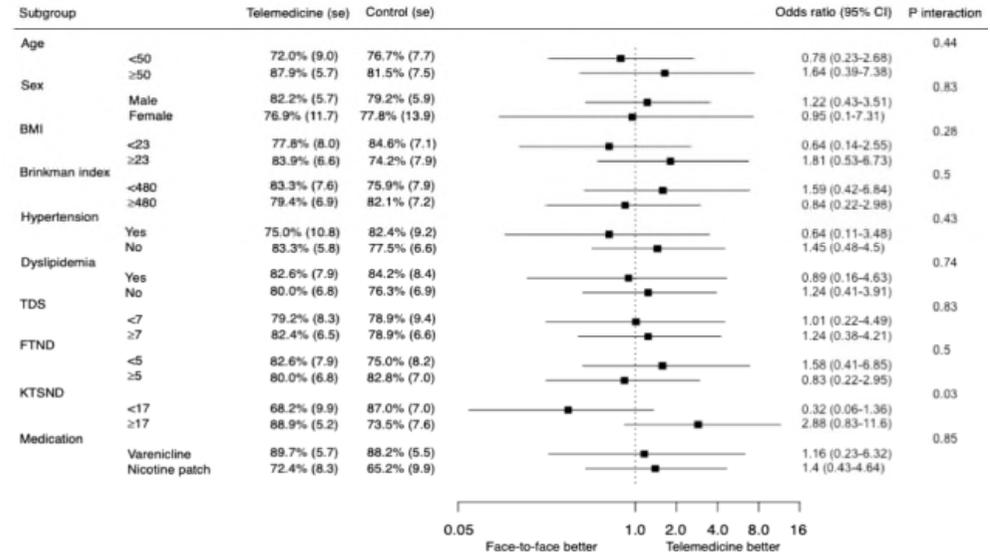
【方法】 RCT研究

Telemedicine群 58人
初回は対面で実施し、2回目～6回目の診療をビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて実施

Standard care群 57人
6回の診療全てを対面で実施
※両群とも禁煙治療アプリを利用



Supplemental figure 2. Efficacy of telemedicine on the continuous abstinence rates at weeks 9–12 by subgroup.



【結果】

	Telemedicine群	Standard care群
9～12週の継続禁煙率	81.0%	78.9% (有意差なし)
9～24週の継続禁煙率	74.1%	71.9% (有意差なし)
脱落率(24週時)	1.7%	3.5%

ニコチン依存症管理料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 喫煙と因果関係が推定される疾患が多数存在する。また、全死因のうち喫煙が原因として占める割合は27.8%と報告されている。
- IARCによるとたばこは人に対する発がん性を示す十分な根拠がある。
- WHOによると、加熱式たばこが従来のたばこ製品よりも有害性が低いことを示すエビデンスはない。
- ニコチン依存症管理料の5回治療終了割合は約3割程度で推移している。また、5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合は約9割で推移している。
- 5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者のうち、中止時に禁煙していた者の割合は約5割であった。
- ニコチン依存症管理料の平均継続回数は約3回であった。
- ニコチン依存症管理料の算定回数を年齢階級別に見ると、「5回終了」の割合は年齢階級が高くなるほど割合が高くなる傾向が見られた。
- 全対象患者について治療終了9か月後の禁煙状況を算定回数別にみると、「禁煙継続」の割合は27.3%であった。算定回数(治療回数)が多いほど、「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。
- 肺がん検診の場での短時間の禁煙介入の効果をみた研究では、熟考期と準備期の喫煙者に対して介入した群では、6か月後の禁煙率が11.2%であった。



【論点】

- ニコチン依存症管理料について、たばこの健康への影響や加熱式たばこに対するエビデンス、ニコチン依存症管理料の算定状況等を踏まえ、加熱式たばこについても対象としてはどうか。また、情報通信機器を用いたニコチン依存症治療については、初回及び最終回を対面で指導することを前提とし、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療を評価することを検討してはどうか。