

個別事項 (その8:その他の論点)

平成29年12月15日

個別事項(その8:その他の論点)

1. 治療と仕事の両立支援
2. 保険医療機関に所属しない病理医との連携による病理診断
3. 麻酔の技術評価の在り方
4. スティーヴンス・ジョンソン症候群等の眼後遺症に対する治療

1. 治療と仕事の両立支援

【課題】

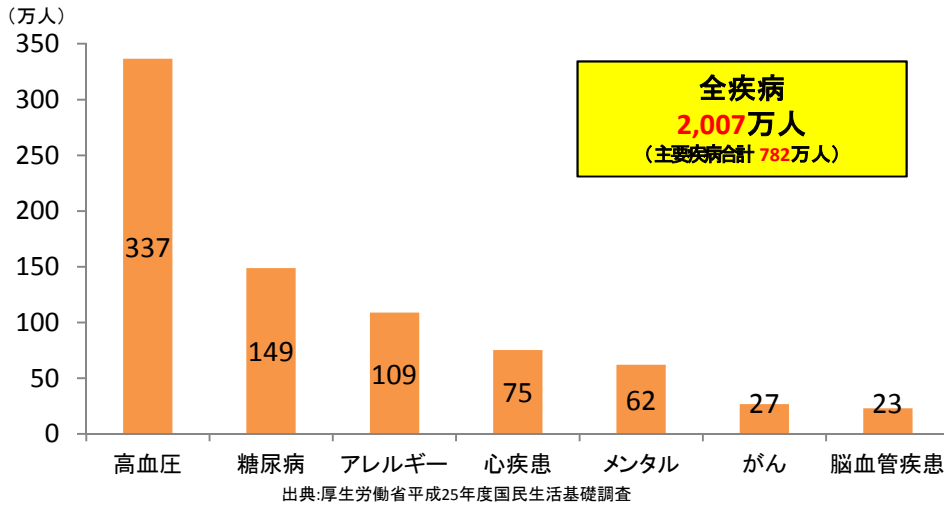
- 日本の労働人口の約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いている。
- 疾病を抱える患者(労働者)の治療と仕事の両立を支援するため、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」に基づき、事業場、医療機関等の連携により、患者(労働者)の症状や業務内容に応じた両立支援が実施される。
具体的には、事業者は、主治医及び産業医等の意見を勘案し、就業可と判断した場合、就業上の措置等をまとめた「両立支援プラン」を作成することとなる。
- 平成29年3月に、産業医の養成研修の科目に、「病気の治療と仕事の両立支援」が追加された。
- 「働き方改革実行計画」に基づき、医療機関向け「企業連携マニュアル」の策定・普及、両立支援コーディネーターの養成・配置等の取組が進められている。

治療と仕事の両立

現状

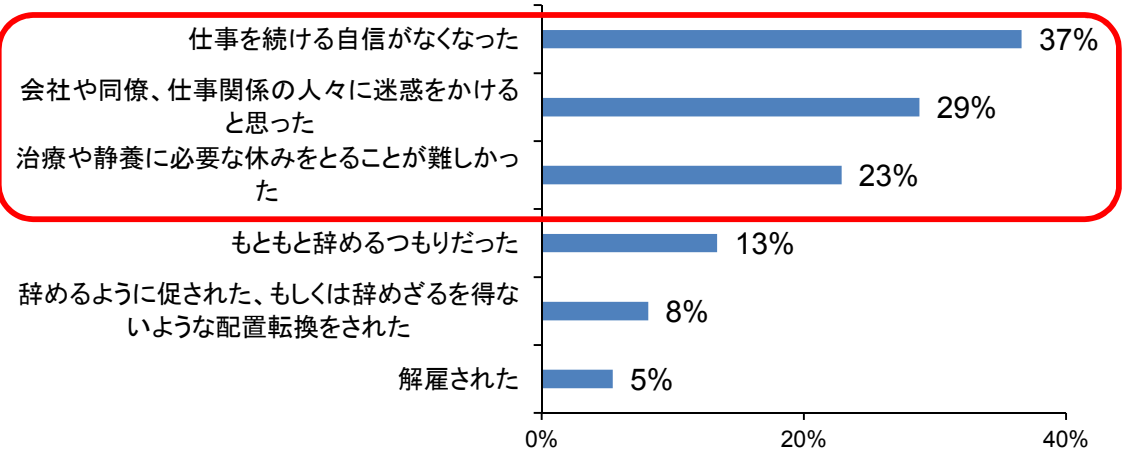
日本の労働人口の**約3人に1人**が
何らかの疾病を抱えながら働いている

◆罹患しながら働く人数(主な疾病)



治療を続けながら働くための
制度や社内の理解が不十分

◆がん患者の離職理由



課題

治療と仕事が両立可能な環境が必要
⇒現実には困難な状況に直面している方々も多い

- 治療と仕事の両立に向けては、主治医や会社と連携したコーディネーターによる支援が重要。

病気を抱える労働者の就業希望: 92.5%(2013年度)

がん罹患後に離職した主な理由:

①仕事を続ける自信の喪失、②職場に迷惑をかけることへの抵抗感(2013年)

- 患者にとって身近な相談先が不足している。

例えば、がん診療連携拠点病院で、就労専門家の配置やハローワークとの連携による相談支援体制が整備されているのは38%(399か所中150か所)のみ(2016年)

- 治療と仕事の両立に向けた柔軟な休暇制度・勤務制度の整備が進んでいない。

病気休暇制度のある企業割合:22.4%(常用雇用者30人以上民営企業)(2012年)

病気休業からの復帰支援プログラムのある企業割合:11.5%(常用雇用者50人以上民営企業)(2012年)

働き方改革実行計画に基づく今後の対応

1 会社の意識改革と受入れ体制の整備

- 治療と仕事の両立を含む社員の健康保持増進に対する**経営トップ、管理職等の意識改革**
- 柔軟な休暇制度・勤務制度等**両立を可能とする社内制度**の整備促進
- 治療と仕事の両立等の観点からの**傷病手当金の支給要件**等の検討

2 トライアングル型支援などの推進

- 主治医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによる**トライアングル型サポート体制**の構築
- 患者ごとに作成する**「治療と仕事両立プラン」**の具体的内容の検討・普及
- トライアングル型サポート体制のハブとなる**両立支援コーディネーター**の育成・配置
- 会社向け**「疾患別サポートマニュアル」**、医療機関向け**「企業連携マニュアル」**の策定・普及
- 医療面だけでなく、就労・両立支援まで拡大した**不妊治療への支援**

4

治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す

治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン ①

がん、脳卒中などの疾病を抱える従業員に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事が両立できるようにするため、職場における取組などをまとめた「ガイドライン」を公表（平成28年2月23日）

※平成28年度までに参考資料としてがん、脳卒中、肝疾患に関する留意事項をまとめた。今後、その他の疾患についても順次作成していく予定。

概要

1 治療と仕事の両立支援のため企業が取り組むべき環境整備

■研修等による両立支援に関する意識啓発

当事者やその同僚となりうる全ての労働者や管理職に対して研修等を通じて意識啓発

■相談窓口の明確化等

労働者が安心して相談・申出を行える相談窓口及び情報の取扱い等を明確化

■休暇・勤務制度の整備

短時間の治療が定期的に繰り返される場合等に対応できる休暇・勤務制度を検討・導入

【休暇制度】 時間単位の年次有給休暇、傷病休暇・病気休暇

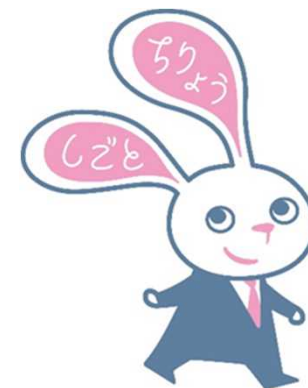
※時間単位の年次有給休暇がある企業割合：16.2%（平成27年）

※病気休暇制度がある企業割合：22.4%（平成25年）

【勤務制度】 短時間勤務制度、在宅勤務（テレワーク）、時差出勤制度、試し出勤制度

※短時間勤務制度を導入している企業割合：14.8%（平成26年）

※在宅勤務（テレワーク）を導入している企業割合：11.5%（平成26年）

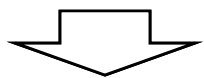


治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン ②

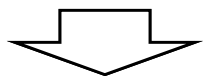
2 個別の両立支援の進め方

① 労働者が事業者へ申出

- 労働者から、主治医に対して、業務内容等を記載した書面を提供
- それを参考に主治医が、症状、就業の可否、作業転換等の望ましい就業上の措置、配慮事項を記載した意見書を作成
- 労働者が、主治医の意見書を事業者へ提出



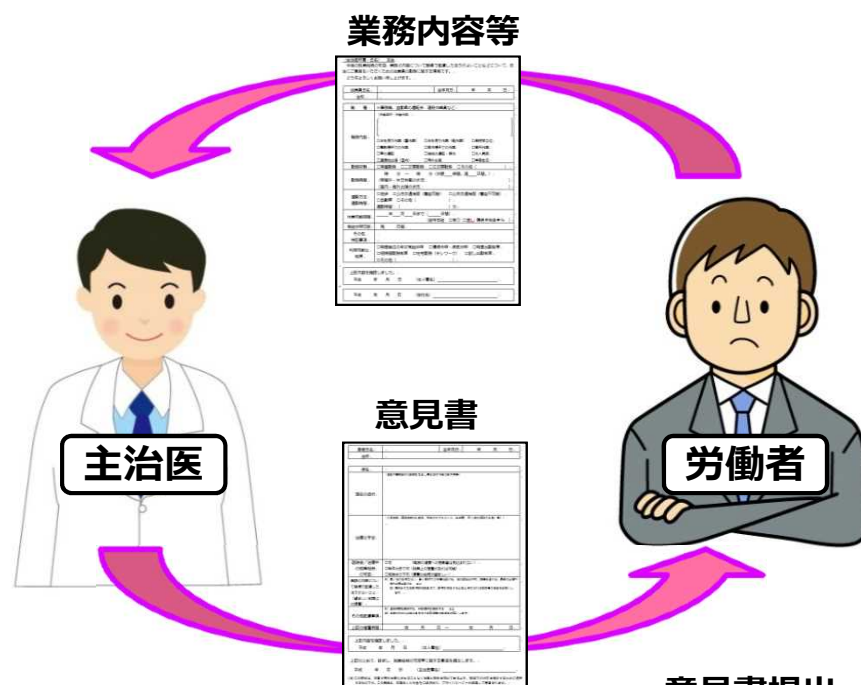
② 事業者が産業医等の意見を聴取



③ 事業者が就業上の措置等を決定・実施

- 事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者の意見も聴取した上で、就業の可否、就業上の措置（作業転換等）、治療への配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施

※「両立支援プラン」の作成が望ましい



意見書提出



会社

両立支援プラン

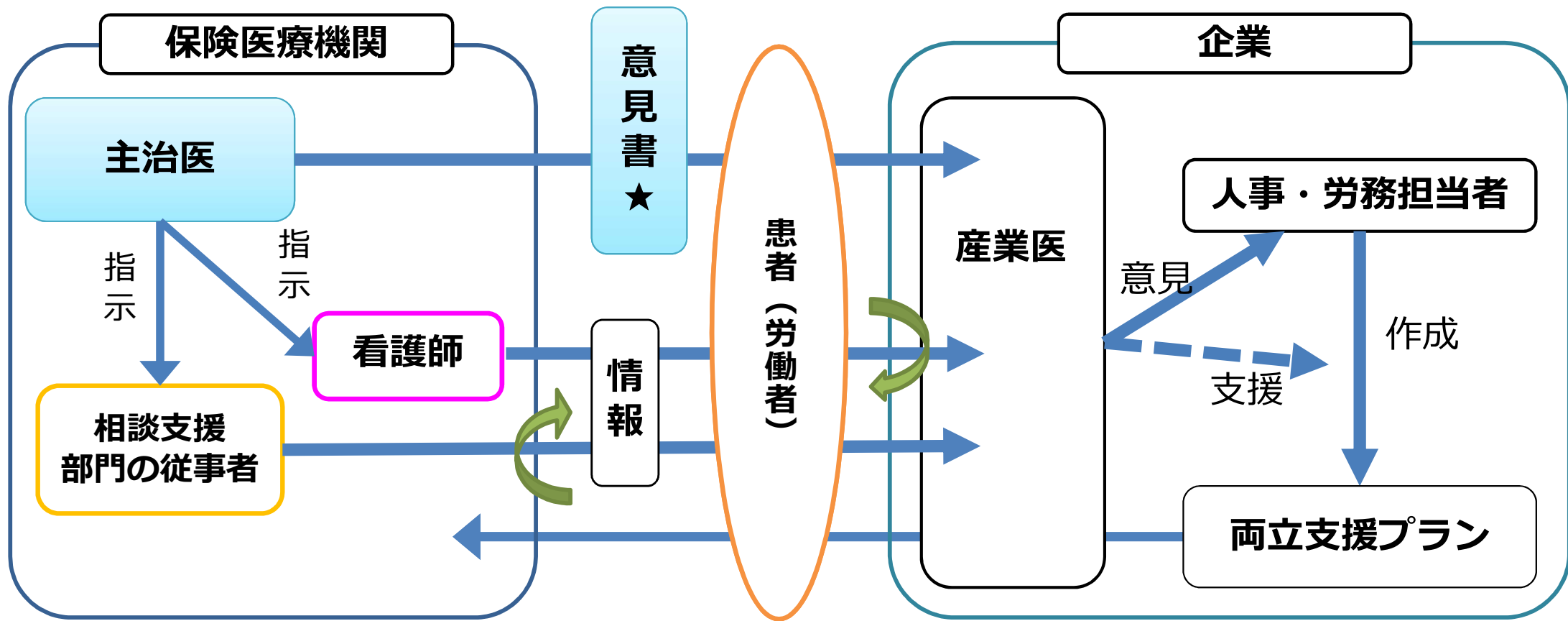
| 作成日: 年 月 日 | | |
|----------------------|---|-----------------------------------|
| 従業員 氏名: | 生年月日: 性別: | |
| 所属: | 従業員番号: | |
| 治療・就業 等の状況 | <ul style="list-style-type: none"> 入院による予定済み。 今後1か月: 平日5日間の連続治療が必要。 その後の就業による治療の予定: 週1回の通院1か月、その後1回の連続治療に予定。 治療期間を差し引くとして療養しやすい業務の転換が予定される。 ※転換支援プランの場合は、転換開始日についても記載。 | |
| 期間 | 勤務時間、就業上の措置、治療への配慮等 (参考) 治療の予定 | |
| 1か月目 | 10:00 ~ 15:00 短時間勤務 毎日の連続治療 残業・深夜勤務、連続出勤禁止。 (1時間制) 作業転換 | 平日毎日通院・放射線治療 (交代・交代せず、先発か後下) |
| 2か月目 | 10:00 ~ 17:00 短時間勤務 残業・深夜勤務、連続出勤禁止。 (1時間制) 作業転換 | 週1回通院・高エネルギー治療 (交代・交代せず、先発か後下) |
| 3か月目 | 9:00 ~ 17:30 通常勤務に復帰 残業1日あたり1時間まで可。 深夜勤務、連続出勤禁止。 (1時間制) 作業転換 | 月1回通院・高エネルギー治療 (交代・交代せず、先発か後下) |
| 業務内容 | <ul style="list-style-type: none"> 治療期間中は業務軽減のため作業転換を行い、業務の連続・設備稼働から作業内容の●●業務に変更する。 | |
| その他、 就業上の 配慮事項 | <ul style="list-style-type: none"> 副作用により疲れやすくなることが見込まれるため、休日にあわせて、連続休憩を認める。 | |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> 治療開始後は、2週間ごとに産業医・本人・総務担当で面談を行い、必要に応じてプランの見直しを行う。(面談予定日: ●月●日●時)・労働者においては、通院・服薬を継続し、自己申告しないこと。また、休日の夜間に緊急時、休診日発生は並み程度のこと。 上記においては、本人からの訴えや労働者の体調等について気になる点があればすみやかに総務担当まで連絡のこと。 | |

作成



主治医の意見を踏まえた治療と仕事の両立支援の流れ（イメージ）

- 治療と仕事の両立支援のため、患者の求めがあった場合に、主治医が病状や治療内容等を記載した意見書を患者の同意を得た上で提供することが必要(★)。
- 主治医と産業医との連携は患者の同意を前提とし、患者を介して行うことが原則(ただし、患者の同意を得た上で、詳細な情報共有のための直接のやりとりは可能)。
- 主治医の負担軽減の観点から、産業医との情報共有が複数回に及ぶ場合には、主治医の指示を受けた看護師等の活用が考えられる。



※「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を参考に保険局医療課において作成

産業医の選任義務（安衛則第13条第1項）

| | 1～49人 | 50～999人 | 1000～3000人 | 3001人以上 |
|------------|------------------------------|---------------|-------------|------------------|
| 産業医の選任義務の別 | 選任義務なし (医師等による健康管理等の努力義務) | 産業医 (嘱託可※) | 産業医 (専属) | 2人以上の産業医 (専属) |

※ただし、有害業務に500人以上の労働者を従事させる事業場においては、専属の産業医の選任が必要。

※産業医は、日本医師会等が実施する産業医養成研修を修了、産業医科大学を卒業又は労働衛生コンサルタント試験（保健衛生）に合格した医師から選任しなければならない。

産業医の職務（安衛則第14条第1項）

次の事項で、医学に関する専門的知識を必要とするもの

- ① 健康診断・その結果に基づく措置
- ② 長時間労働者に対する面接指導・その結果に基づく措置
- ③ ストレスチェック、高ストレス者への面接指導・その結果に基づく措置
- ④ 作業環境の維持管理
- ⑤ 作業管理
- ⑥ 上記以外の労働者の健康管理
- ⑦ 健康教育、健康相談、労働者の健康の保持増進措置
- ⑧ 衛生教育
- ⑨ 労働者の健康障害の原因の調査、再発防止

●：具体的措置を、産業医以外の他の医師に委ねることができるもの

産業医の権能

- ◇ 事業者、総括安全衛生管理者への勧告
(安衛法第13条第3項、安衛則第14条第3項)
 - ◇ 衛生委員会における労働者の健康障害防止対策等の調査審議
(安衛法第18条)
 - ◇ 衛生管理者への指導、助言
(安衛則第14条第3項)
 - ◇ 労働者の健康障害防止のための職場巡視及び現場における緊急的措置の実施
(安衛則第15条)
- 《平成29年6月施行》
- ◇ 長時間労働者等に関する情報の把握
(安衛則第51条の2、第52条の2等)

【近年の産業医制度の見直し】

- ・ 病院の院長等が、自身の病院の産業医を務めることを禁止した(安衛則改正・平成28年3月公布、平成29年4月施行)
- ・ 産業医が、健診の有所見者や長時間労働者に関する情報を事業者から取得できるようにした(安衛則改正・平成29年3月公布・6月施行)
- ・ 産業医の養成研修の科目に、**「病気の治療と仕事の両立支援」**を加えた(大臣告示改正・平成29年3月公示・10月適用予定)

(参考) 産業医の選任状況・活動状況について

● 産業医等の選任状況

- ・ 産業医の選任義務がある事業場は、約16.4万事業場（労働者は約2,470万人）で、産業医の選任率は87.0%
- ・ 労働者1,000人以上の規模の事業場では選任率が高く（99.8%）、労働者500人未満の事業場では選任率が低い（86.5%）
- ・ 産業医の選任義務がない事業場における労働者の健康管理を行う医師の選任率は、概ね30～40%（平成22年労働安全衛生基本調査、平成23年労働災害防止対策等重点調査報告、平成26年経済センサス）

● 産業医の養成研修・講習を修了した医師の数

- ・ 現在、産業医の養成研修・講習を修了した医師は約9万人（実働は推計約3万人※）
※（公社）日本医師会産業保健委員会答申（平成28年3月）からの推計
- ・ なお、平成27年度に新たに産業医の資格を取得した医師数は3,498人（厚生労働省調べ）

産業医を宛先とする意見書の費用の取扱い

- 現在、主治医が、産業医にあてて記載する意見書については、療養の給付と直接関係ないサービス等として、患者からの費用徴収を行うことができることとされている。

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

(中略)

(2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

ア 証明書代

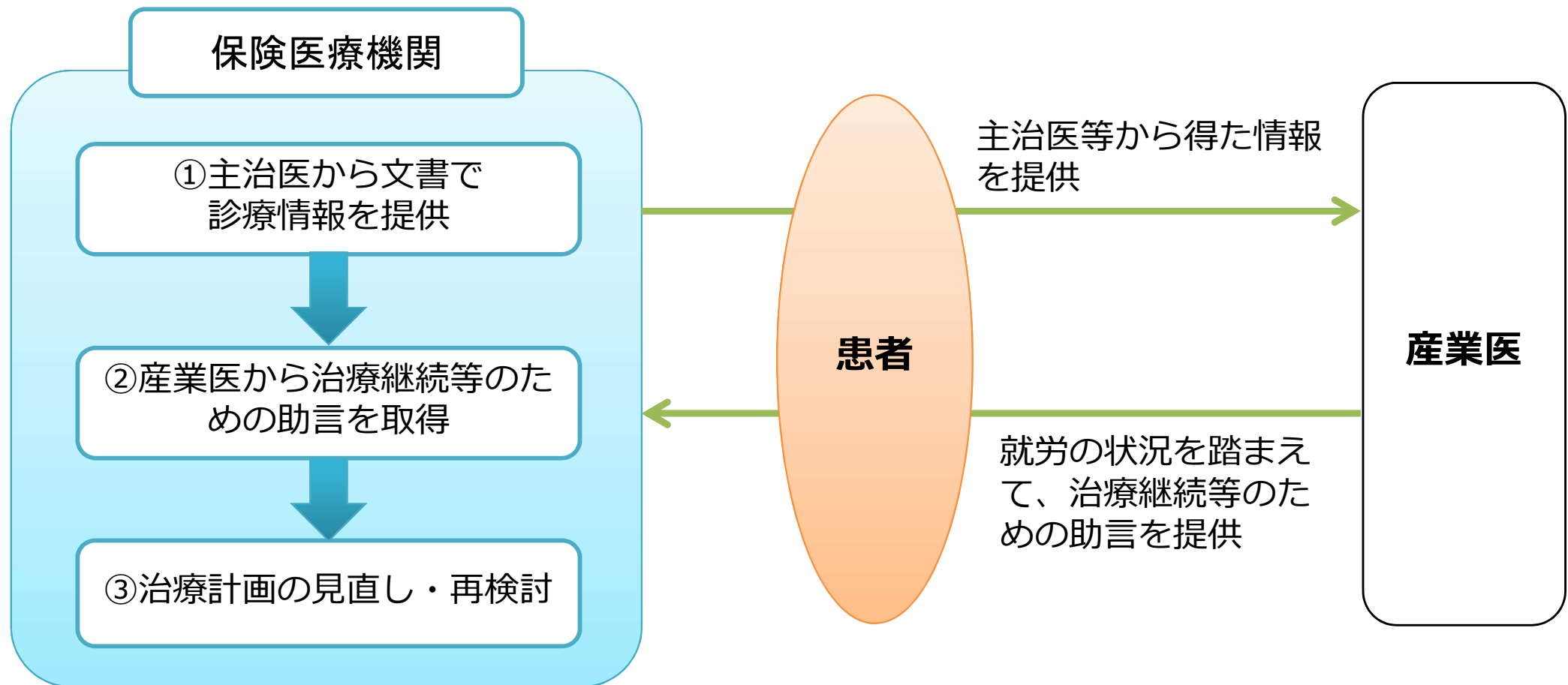
(例) 産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、生命保険等に必要な診断書等の作成代等

イ 診療録の開示手数料(閲覧、写しの交付等に係る手数料)

ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要な診断書等の翻訳料等

治療と仕事の両立支援に係る診療報酬上の取扱い（イメージ）

- 就労中の患者が、働きながら現在の治療を継続するための助言を産業医から得るためには、主治医による診療情報（病状、治療スケジュール、想定される副作用の内容・程度等）の提供が必要となる場合がある。
- 主治医の情報提供に対し、産業医から治療継続や効率化等に資する助言を得て、治療計画の見直しや再検討につなげた場合には、診療報酬上の評価を行ってはどうか。



治療と仕事の両立に係る診療報酬上の対象患者の範囲（案）

- 診療報酬において、治療と仕事の両立のための取組に対し評価を行う場合、対象疾患については、主治医等によるきめ細やかな調整が不可欠な疾患として、以下の全てを満たすことを原則としてはどうか。

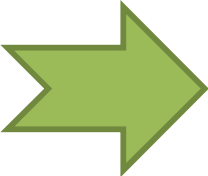
<基本的な考え方>

- ①治療の継続が生命予後に大きな影響を及ぼすこと
- ②治療の継続のために、就労上、一定の配慮が必要であること
- ③就労の継続のために、治療上、一定の配慮が必要であること
- ④職業病や作業関連疾患(※)でないこと

<その他考慮すべき要素の例>

- ・治療の内容や病状によって、ADLや状態に変化が生じうること
- ・日中の通院治療を一定期間継続する必要があること
- ・一度の通院に係る所要時間が長いこと

(※)作業関連疾患：一般住民にも広く存在する疾患ではあるが、作業条件や作業環境の状態によって、発症率が高まったり、悪化したりする疾患



これらの要件を満たす疾患として、当面の間、がん患者を優先して評価することとしてはどうか。

治療と仕事の両立支援に関する論点(案)

【論点(案)】

- 就労中のがん患者に対して、治療の継続に資する観点から、がんの治療を担当する主治医が、治療と仕事の両立のため、産業医宛てに治療計画などの一定の要件を満たす診療情報を提供した結果、当該産業医から仕事との両立の観点からの助言を受け、治療計画の見直し・再検討を行った場合について、診療報酬上の評価を検討してはどうか。

2. 保険医療機関に所属しない病理医との連携による病理診断 (遠隔病理診断の続き)

【課題】

- 現行の診療報酬では、病理診断料は、病理診断を専ら担当する医師が勤務する保険医療機関において病理診断を行った場合又は、病理診断を専ら担当する常勤の医師の配置等の要件を満たす保険医療機関間との連携により病理診断を行った場合に算定できる。
- 保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携により病理診断を行った場合も、病理診断料を算定可能にすべきとの指摘がある。

地方分権改革における地方自治体からの提案

- 地方分権改革に関する提案募集において、離・退職病理医等の活用に向けた、遠隔病理診断の保険適用対象の規制緩和の提案がなされており、保険医療機関に所属しない個人の病理医と連携して病理診断を行った場合も、病理診断料を算定可能にすべきと指摘されている。

求める措置の具体的内容

離・退職病理医等が、遠隔病理診断ネットワーク上で病理診断を行う場合に診断料の保険請求が可能となる規制緩和

具体的な支障事例

【支障事例】

病理医が不足している一方で、その不足分を補うことが可能な定年退職や結婚・育児等の理由で離職している病理医の方々については、一定の勤務時間を確保することが困難など病院との雇用契約関係を結ぶことが困難なため、病院と病理医が雇用契約関係を結ぶのではなく、病院があらかじめそのような病理医を登録し、病理診断の必要が生じた際に、自宅等でテレパソロジーを活用して診断を行う都度謝金等の形で報酬を支払う制度を設けることを検討している。その場合、病理医に対する謝金の財源として、病理診断に係る診療報酬の項目である組織診断料又は細胞診断料を活用することを想定しているが、組織診断料又は細胞診断料を算定するには、病院の場合、当該保険医療機関に「病理診断を専ら担当する医師が勤務する」ことが求められており、常勤・非常勤を問わないものの、当該保険医療機関と何らかの雇用契約関係を有することが要件とされていることから算定できず、謝金に必要な財源が確保できない状況となっている。

【制度改正の必要性】

保険医療機関と雇用契約を有しない場合でも、「勤務する」と準じる扱いとして、組織診断料又は細胞診断料の算定を可能にすることで、テレパソロジーの活用が拡大し、診断の迅速化、診断精度の向上を図ることが可能となる。

地方分権改革における地方自治体からの提案

- 地方分権改革に関する提案募集において、離・退職病理医等の活用に向けた、遠隔病理診断の保険適用対象の規制緩和の提案がなされており、保険医療機関に所属しない個人の病理医と連携して病理診断を行った場合も、病理診断料を算定可能にすべきと指摘されている。

厚生労働省からの第1次回答

N006病理診断料については、診断に係る責任を明確化する観点から、当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務実態がない場合においては、病理診断料は算定できないこととしており、雇用契約を結んでいることが要件である。

平成18年度の診療報酬改定により、病院については、非常勤の病理医が診断を行った場合でも病理診断料を算定できるようにしたところであり、各病院においては、当該項目の算定については、診断に係る責任の明確化や患者の安全性の確保等の観点から、病理医との間で雇用契約を締結されたい。

各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの見解

テレパソロジーでの診断を前提とした提案であり、遠隔診断の場合、通信環境と情報端末が整っていれば診断可能であることから、医療機関の施設内での医療行為に限定する必要性が感じられない。端末上の病理画像に医療施設内と施設外とで診断に違いが出るとは考えられず、病理医が著しく不足している現状および今後のがん医療の体制維持に着眼してご検討いただきたい。

ご指摘の「診断に係る責任の明確化や患者の安全の確保」は重要であるが、「雇用契約」という手法で責任と安全性を担保するのではなく、「保険診療の対象とすること」で診断行為を顕在化させる、言い換えれば他の者の目に触れさせる状況に置くことで、医師の責任や安全性の向上は確保できると考える。

高齢化の進展化に伴い、高齢者の病気であるがん患者数は増加の一途を辿ることが見込まれていることから、常勤・非常勤の枠から漏れる医師の力も借りていかなければ、がん診療体制の維持は難しいという視点で再考願いたい。

地方分権改革における政府の取組

- 政府は、地方分権改革に関する遠隔病理診断の保険適用対象の規制緩和の提案について、平成30年度診療報酬改定に向けて検討することとしている。

～平成28年度の地方からの提案等に関する対応方針(抜粋)～ (平成28年12月20日閣議決定)

遠隔で行われた場合の病理診断（テレパソロジー）については、保険医療機関間の連携を推進する観点から診療報酬の算定の対象としているが、診断に係る責任を明確化しつつ医師（病理医）の不足に対応する観点から、その保険医療機関と雇用関係にない医師（病理医）が保険医療機関と締結した請負、委任等の契約に基づいて行った場合にも診療報酬の算定の対象とすることが適当かを含め、診療報酬上の評価について、中央社会保険医療協議会の意見を聴いた上で検討し、平成30年度の診療報酬改定に向けて結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

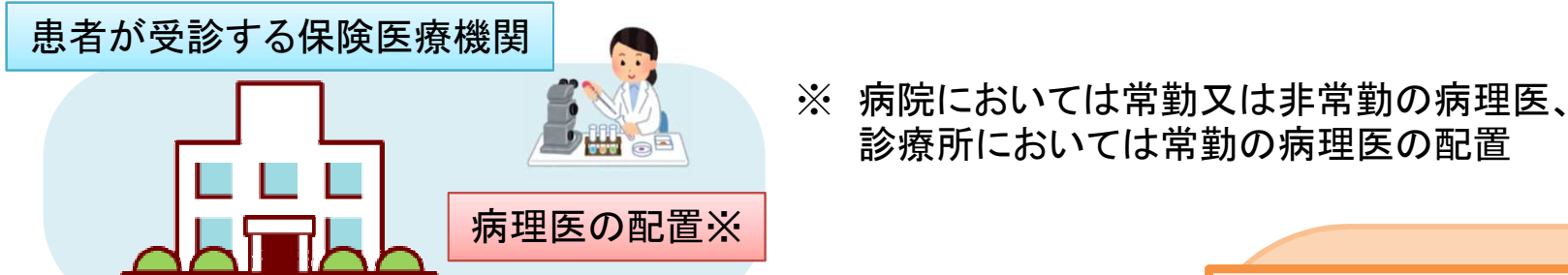
病理診断料の算定要件

- 現行の診療報酬では、以下の場合に病理診断料を算定できる。
 - ① 病理診断を専ら担当する医師が勤務する保険医療機関において、病理診断を行った場合
 - ② 病理診断を専ら担当する常勤の医師の配置等の要件を満たす保険医療機関との連携により病理診断を行った場合

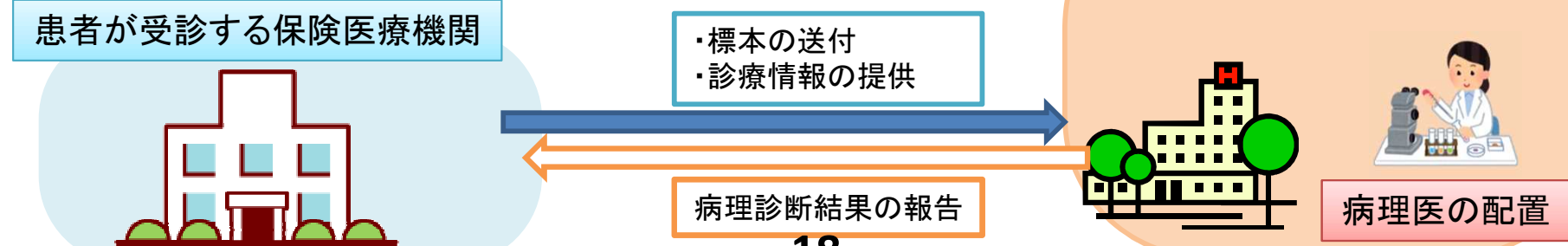
【保険医療機関間の連携による病理診断における連携先の保険医療機関の施設基準(抜粋)】

- 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。
- 病理診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。(専ら病理診断を担当した経験を7年以上担当した経験を有するものに限る。)
- 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検を実施し、診断を行う体制が整備されていること。(特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の場合)

① 病理診断を専ら担当する医師が勤務する保険医療機関において病理診断を行った場合



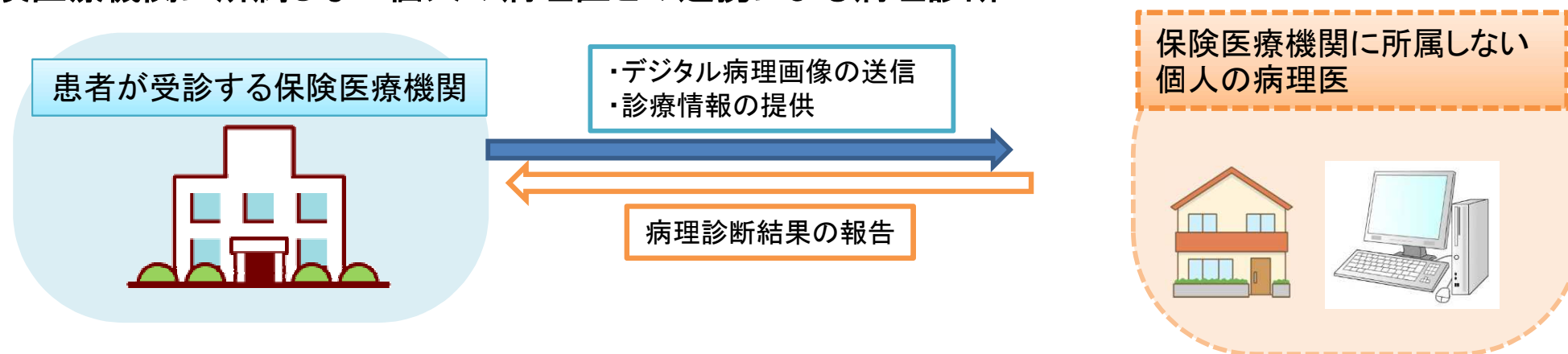
② 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合



保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携による病理診断の課題①

- 保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携による病理診断については、以下の課題が考えられる。

○ 保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携による病理診断



- 病理診断は、疾病の治療方針の決定に大きく影響するものであり、保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携により行われた場合、以下の点で課題がある。
 - 病理診断の質の確保
 - 病理診断の責任の所在
 - 適正な保険診療実施の確保

保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携による病理診断の課題②

➤ 病理診断の質の確保

○ 保険医療機関間の連携による病理診断においては、病理医は患者の主治医と同一医療機関に勤務しておらず、患者情報の適切な共有等、主治医との連携がより困難な状況下での対応が求められる場合があると考えられることから、現行の診療報酬では、連携先の保険医療機関における病理診断の質を担保するため、その体制について、以下のような一定の要件を課している。

- ✓ 病理診断に習熟し、日常的に病理診断に従事する病理医の下で病理診断が行われるよう、病理診断の経験を7年以上有し、病理診断を専ら担当する常勤の医師の配置を求めている。
- ✓ 病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検を実施することにより、診断を相互に確認し合うことが可能な体制を求めている。

※特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の場合

○ これらについて、個人の病理医が、同等の体制を確保することは困難と考えられる。

➤ 病理診断に係る責任の所在

○ 病理診断は、疾病の治療方針に大きく関わるものであり、病理診断の精度管理や、診断結果に係る責任は大きく、その責任の所在は明確にする必要があり、現行の運用は、保険医療機関が組織としてこれらを担保している。しかし、個人の病理医と連携して行った場合は、その責任の所在が不明確になり、また、個人の病理医の責任の範囲には限界があると考えられる。

➤ 適正な保険診療実施の確保

○ 医療保険の制度上、保険医療機関は、その診療体制や診療内容について、行政による指導・監査の対象とされているが、個人の病理医は、その対象とされていない。

他機関との連携が評価される診療報酬点数の概要

- 病理診断、画像診断、脳波検査を保険医療機関間の連携により実施した場合には、連携先の保険医療機関の体制に応じて、各種の加算等を算定できるが、個人の医師や学術機関等、保険医療機関以外との連携により実施した場合は算定できない。

| | 連携により実施した場合に算定するための連携先の要件(抜粋) |
|----------|--|
| 病理診断料 | <ul style="list-style-type: none"> • <u>病理診断科を標榜している保険医療機関</u>であること。 • 病理診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。(専ら病理診断を担当した経験を7年以上担当した経験を有するものに限る。) • 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 • 同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検を実施し、診断を行う体制が整備されていること。(特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の場合) 等 |
| 病理診断管理加算 | <ul style="list-style-type: none"> • <u>病理診断科を標榜している保険医療機関</u>であること。 • 病理診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。(専ら病理診断を担当した経験を7年以上担当した経験を有するものに限る。) • 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 等 |
| 画像診断管理加算 | <ul style="list-style-type: none"> • <u>放射線科を標榜している保険医療機関</u>であること。 • 画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。 • 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 等 |
| 脳波検査判断料1 | <ul style="list-style-type: none"> • <u>小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経内科又は心療内科を標榜している保険医療機関</u>であること。 • 脳波診断に係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が配置されていること。 • 脳波検査の経験を有する常勤の臨床検査技師が配置されていること。 等 |

保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携による病理診断における論点(案)

【論点(案)】

- 病理診断料について、病理診断の結果は治療方針の決定に大きく影響するため、病理診断の質の確保等の観点から、病理診断に係る一定の体制をとることを前提に、保険医療機関間の連携により病理診断を行う場合について算定を認めている。保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携により病理診断を行う場合について、どのように考えるか。

3. 麻酔の技術評価の在り方

【課題】

- 麻酔科においては、外部から派遣される医師の活用が進んでいる一方で、その課題も指摘されている。
- 医師の働き方の改革の議論の中で、一部の診療科については週24時間程度の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせることで常勤換算を可能とする方向で議論している。

外部からの麻酔科医の要請にかかる実態①

<調査概要>

調査施設数：大学病院146施設、一般病院4,963施設

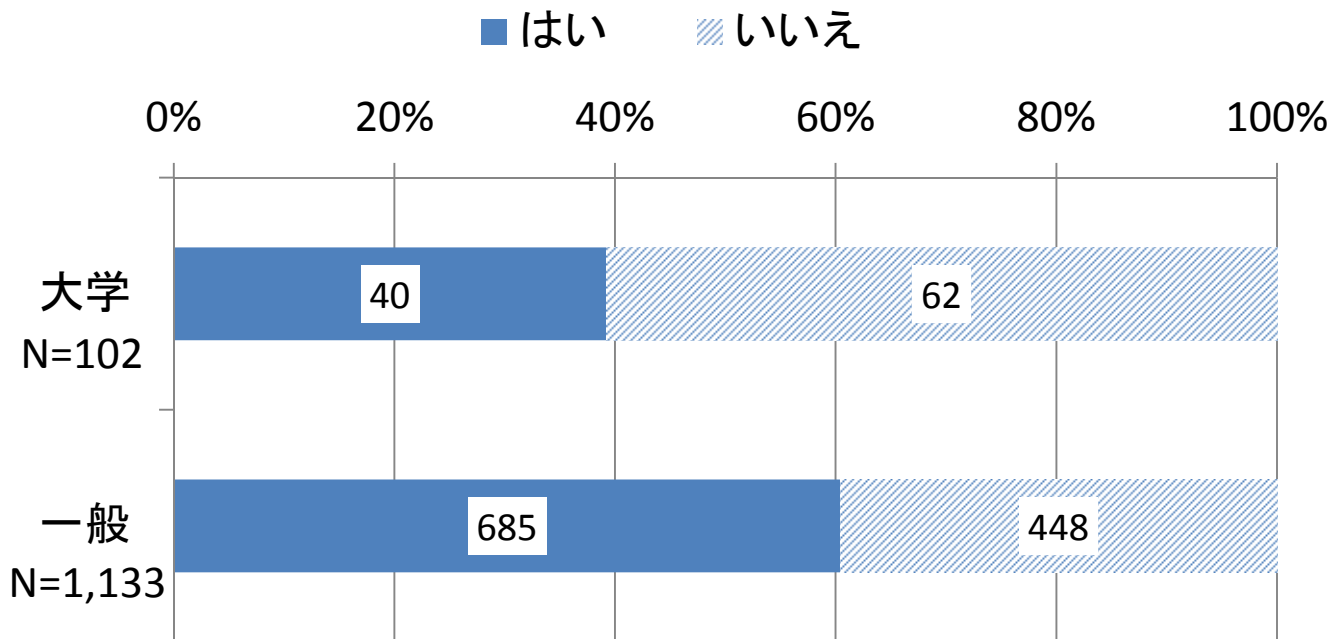
回答施設数：大学病院103施設（回答率71.9%）、一般病院1,406施設（回答率28.7%）

調査方法：アンケートの送付

調査期間：2013年11月～2014年1月

<Q.外部からの麻酔科医への報酬は1日いくらか>

<Q.外部から麻酔科医を定期的に要請しているか>



一般病院 N=868

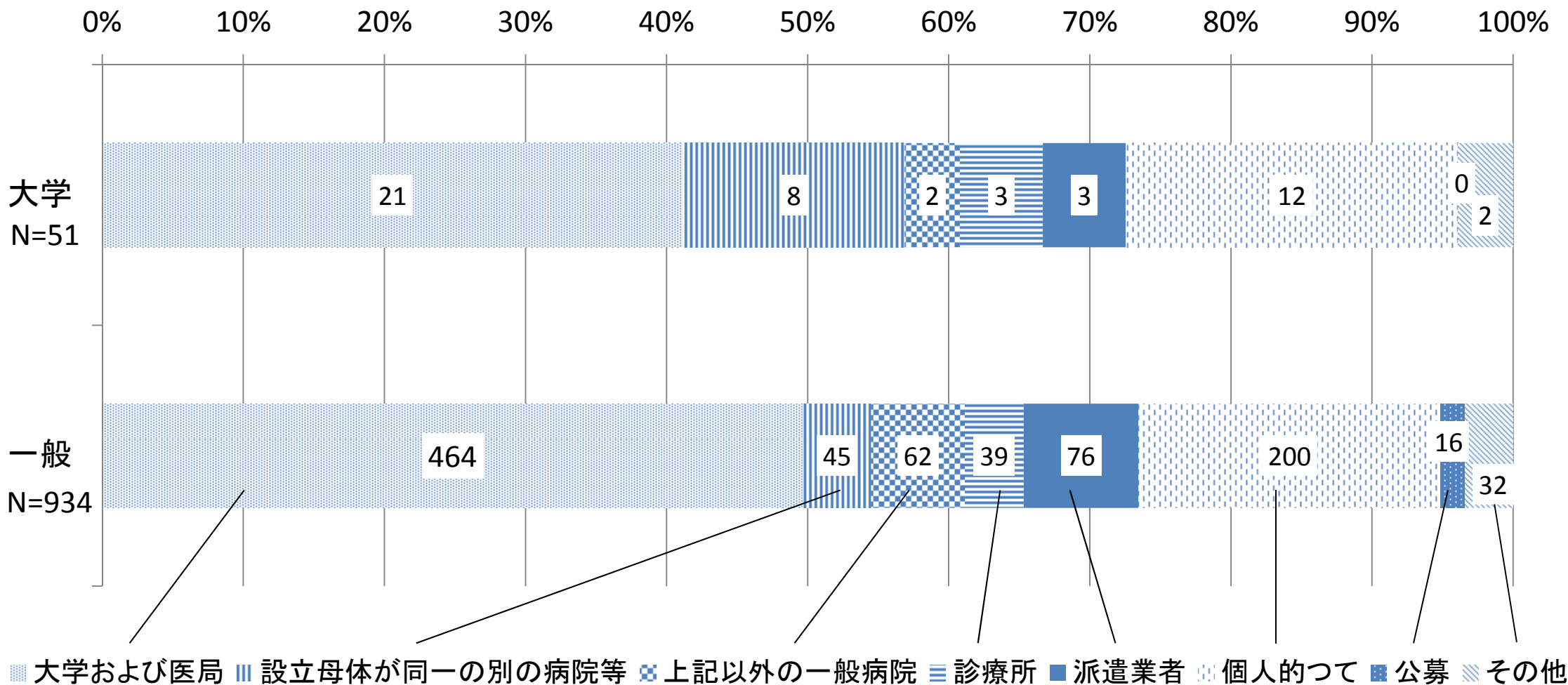
| | |
|-----------|-----|
| 5万円未満 | 34 |
| 5-10万円未満 | 340 |
| 10-15万円未満 | 270 |
| 15-20万円未満 | 44 |
| 20万円以上 | 17 |
| 本人と交渉 | 1 |
| その他 | 162 |

大学病院 N=48

| 謝金 | 施設数 |
|-----------|-----|
| 5万円未満 | 16 |
| 5-10万円未満 | 15 |
| 10-15万円未満 | 14 |
| 15-20万円未満 | 0 |
| 20万円以上 | 0 |
| 本人と交渉 | 0 |
| その他 | 3 |

外部からの麻酔科医の要請にかかる実態②

<Q.外部からの麻酔科医をどこを通して要請したか>



出典：麻酔科医のマンパワーに関する調査（2015年1月9日 公益社団法人日本麻酔科学会）

外部から麻酔科医を要請する場合の課題

○ 外部から麻酔科医を要請することの課題として、以下のような問題点が指摘されている。

| 問題点 | 件数（件） | |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|
| | 大学病院 (103施設) | 一般病院 (1,509施設) |
| 1 要請しても常に来てもらえるとは限らない | 23 | 592 |
| 2 麻酔科医への謝金・給与が他科に比べて高い | 24 | 429 |
| 3 麻酔科医の都合で手術開始時間が決まり、開始時間が一定しない | 3 | 174 |
| 4 派遣される麻酔科医の技術に差がありすぎる | 23 | 186 |
| 5 その他 | 12 | 81 |

<その他の指摘>

（一般病院）

- 常勤医と謝金のバランスをとる必要がある
- 手術がキャンセルになったときの補償が難しい
- 技量が不安
- 技量ややる気に差がありすぎる

（大学病院）

- 病院が謝金を出さない又は少ないために要請が難しい

出典：麻酔科医のマンパワーに関する調査（2015年1月9日 公益社団法人日本麻酔科学会）

麻酔にかかる主な診療報酬(概要)

- 麻酔料は、手術の種類によって評価を分けている。
- 麻酔管理料は、常勤の麻酔科標榜医の配置等によって評価を分けている。

麻酔料

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

人工心肺を用いる心臓手術の場合等※1
24,900点～12,200点

人工心肺を用いない心臓手術の場合等※2
12,450点～9,150点

腹腔鏡を用いた手術の場合等※3
9,130点～6,710点

※1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)であって低体温で行うものが行われる場合、分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合、坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術(低体温で行うものを除く。)若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)(低体温で行うものを除く。)が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合

※2 ※1以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合(※1に掲げる場合を除く。)

※3 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合(※1から2に掲げる場合を除く)

麻酔管理料

(マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合)

L009 麻酔管理料(Ⅰ) ※4 900点

L010 麻酔管理料(Ⅱ) 300点

麻酔管理料(Ⅰ)

施設基準に適合している保険医療機関において、常勤の麻酔科標榜医(地方厚生(支)局長に届け出ている医師に限る。以下この項において同じ。)が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が麻酔を行った場合に算定する。

麻酔管理料(Ⅱ)

施設基準に適合している保険医療機関において、常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、麻酔を行った場合に算定する。

※4 麻酔管理料(Ⅰ)においては、閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算7,500点を算定できる。

L009 麻酔管理料(Ⅰ)

- | | |
|--------------------------------|------|
| 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 | 200点 |
| 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 | 900点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師(麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。)が行った場合に算定する。
2～4 (略)

<算定する場合>(留意事項通知より抜粋)

麻酔管理料(Ⅰ)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医(地方厚生(支)局長に届け出ている医師に限る。以下この項において同じ。)が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

施設基準(抜粋)

- ・ 常勤の麻酔に従事する医師(医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。)が1名以上配置されていること。
- ・ 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

L009 麻酔管理料(Ⅱ)

- | | |
|--------------------------------|------|
| 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 | 100点 |
| 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 | 300点 |

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。

<算定する場合>(留意事項通知より抜粋)

麻酔管理料(Ⅱ)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

施設基準(抜粋)

- ・ 常勤の麻酔科標榜医が5名以上配置されていること。
- ・ 常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合

- | | |
|-----------------------------|---------|
| イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 | 24,900点 |
| ロ イ以外の場合 | 18,300点 |

2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術(低体温で行うものを除く。)若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)(低体温で行うものを除く。)が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合(1に掲げる場合を除く。)

- | | |
|-----------------------------|---------|
| イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 | 16,600点 |
| ロ イ以外の場合 | 12,200点 |

3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合(1又は2に掲げる場合を除く。)

- | | |
|-----------------------------|---------|
| イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 | 12,450点 |
| ロ イ以外の場合 | 9,150点 |

4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合(1から3までに掲げる場合を除く。)

- | | |
|-----------------------------|--------|
| イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 | 9,130点 |
| ロ イ以外の場合 | 6,710点 |

5 その他の場合

- | | |
|-----------------------------|--------|
| イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 | 8,300点 |
| ロ イ以外の場合 | 6,100点 |

<算定する場合>(留意事項通知より抜粋)

ガス麻酔器を使用する閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を20分以上実施した場合は、本区分により算定する。

麻酔が困難な患者

心不全の患者、冠動脈疾患の患者、弁膜症の患者、不整脈の患者、先天性心疾患の患者、肺動脈性肺高血圧症の患者、呼吸不全の患者、呼吸器疾患の患者、糖尿病の患者、腎不全の患者、肝不全の患者、血球減少の患者、血液凝固異常の患者、出血傾向のある患者、敗血症の患者、神経障害の患者、BMIが35以上の患者

麻酔の技術評価の在り方に関する論点(案)

【論点(案)】

- 麻酔科においては、外部から派遣される医師の活用が進んでいる一方で、その課題も指摘されている。
また、麻酔科における診療の質を高める観点からは、
 - 1)手術前後も含めた総合的な医学管理
 - 2)院内における他の診療科及び他職種との連携の視点からの診療をより推進すべきと考えられる。
- これらを踏まえ、常勤の麻酔科医による総合的な医学管理をより重視するよう、麻酔科の診療に係る評価の在り方を見直してはどうか。

参考資料(麻酔の技術評価の在り方)

以下の事項は「医療従事者の需給に関する検討会」における構成員の意見、関係団体からの提言、保健医療2035等の提案を取りまとめたものであり、今後同検討会で議論し、年末までに取りまとめを行う

1. 医師の配置に係る対策(直接的な対策)

(1) 医学部

○いわゆる地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行い、**卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠**の在り方を検討
○医学教育において、地域医療の向上への貢献に関してより早期の動機づけ

(2) 臨床研修

○臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する**募集定員倍率のなお一層の縮小**を検討
○都道府県別の募集定員の設定に当たり、医師不足地域等により配慮
○募集定員の配分等に対する**都道府県の権限を一層強化**
○臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討

(3) 専門医

○国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、**都道府県等の調整等に関する権限を明確化**する等の対応を検討
○専攻医の募集定員について、**診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠の設定**を検討

(4) 医療計画による医師確保対策の強化

○**医療計画に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定**し、専門医等の定員の調整に利用
○将来的に医師偏在等が続く場合に、十分な診療科の診療所の開設について、**保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討**

(5) 医師・診療行為情報のデータベース化

○医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討

(6) 地域医療支援センターの機能強化

○地域医療支援センターについて、所在地の医育機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化

(7) 都道府県から国等への対策の求め

○都道府県が、国、関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みの検討

(8) 管理者の要件

○**特定地域・診療科で一定期間診療に従事**することを、**臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件**とすることを検討

(9) フリーランス医師への対応

○医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討

(10) 医療事業の承継税制

○地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討

2. 医師の就労環境改善等に関する対策(間接的な対策)

(1) 女性医師の支援

○病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組の推進

(2) 技術革新に対応した医療提供

○医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進

(3) チーム医療

○医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進

(4) サービス受益者に係る対策

○医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進

職業紹介事業者の紹介により就職した求職者の早期離職に関する対応

(1) 職業紹介事業者に、自らの紹介実績等に関する情報提供を義務付け【職業安定法改正】

- 厚生労働省の運営する「人材サービス総合サイト」に、以下の情報を掲載することが必須。
(その他、必要に応じ職業紹介事業者自身のHPに掲載)

【情報提供する項目】

- ・ 就職者の数及び就職者の数のうち無期雇用就職の者の数<過去2年分>
- ・ 無期雇用の就職者のうち就職後6箇月以内に離職した者(解雇された者を除く。)の数<過去2年分>
- ・ 手数料に関する事項(手数料表、返戻金制度(※)等)

等

(※) 紹介した求職者が早期に離職した場合に、手数料の一部を返戻する制度

⇒ **求職者及び求人者が適切な職業紹介事業者を選択することを可能にする。**

(2) 職業紹介事業者の業務運営について、以下の事項を指針に明記

【職業安定法に基づく指針の改正】

- 紹介した求職者に対し、就職した日から2年間、転職の勧奨を行ってはならないこと。
- 求人者から徴収する手数料について、返戻金制度を設けることが望ましいこと。
- 求職者及び求人者の双方に対して、求職者から徴収する手数料及び求人者から徴収する手数料双方に関する事項を明示しなければならないこと。また、返戻金制度の有無及びその内容についても明示しなければならないこと。
- 求職の申込みの勧奨については、求職者に金銭等(例:いわゆる「お祝い金」)を提供することによって行うことは好ましくないこと。

⇒ **就職してから短期間で転職するよう求職者に勧奨し、繰り返し手数料収入を得ようとすることを防止する。**

4. スティーヴンス・ジョンソン症候群等の眼後遺症に対する治療

【課題】

- 指定難病である、スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症の患者に用いるものとして新たに治療用コンタクトレンズが開発され、これを用いた治療法が当該疾病に係る診断基準等に追加されることとなったが、当該治療法は保険給付の対象となっていない。

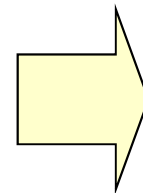
スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症

- 指定難病であるスティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症は、薬剤の使用等を原因として全身の表皮剥離が生じる疾患であり、慢性期に重篤な眼後遺症を残す場合がある。

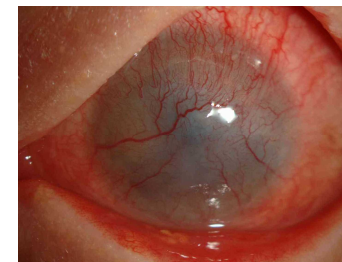
| | スティーヴンス・ジョンソン症候群 | 中毒性表皮壊死症 |
|---------|--|---|
| 概要及び症状等 | <ul style="list-style-type: none"> 高熱や全身倦怠感などの症状を伴って、口唇・口腔、眼、外陰部などを含む全身に紅斑、びらん、水疱が多発し、表皮の壊死性障害を認める疾患である。 原因として薬剤性が多いが、マイコプラズマ感染や一部のウイルス感染に伴い発症することもある。 眼では眼球結膜の充血、偽膜形成、眼表面上皮のびらんなどが認められ、重篤な眼病変では後遺症を残すことが多い。 水疱、びらんなどの表皮剥離体表面積は10%未満である。 | <ul style="list-style-type: none"> 高熱や全身倦怠感などの症状を伴って、口唇・口腔、眼、外陰部などを含む全身に紅斑、びらんが広範囲に出現する重篤な疾患である。スティーヴンス・ジョンソンから進展する場合が多い。 発症機序は不明であるが薬剤や感染症などが契機となり、免疫学的な変化が生じると推定される。 眼では眼球結膜の充血、偽膜形成、眼表面上皮のびらんなどが認められ、重篤な眼病変では後遺症を残すことが多い。 水疱・びらんなどの表皮剥離は体表面積の10%以上である。 |
| 発症者数 | 300-400人/年 | 150-200人/年 |

※「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等」、「Stevens-Johnson症候群ならびに中毒性表皮壊死融解症の全国疫学調査」より引用、一部改変

急性期



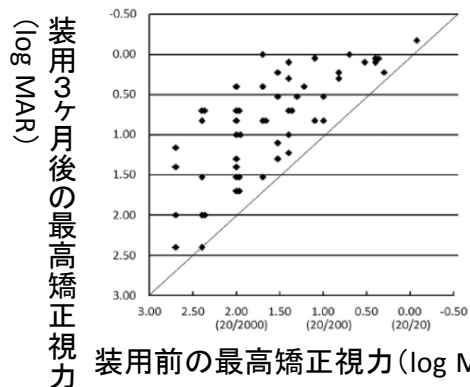
慢性期



スティーヴンス・ジョンソン症候群等の眼後遺症に対する治療

- スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対して、専用の治療用コンタクトレンズを用いた治療が有効であるとの報告がある。

- スティーヴンス・ジョンソン症候群または中毒性表皮壊死症の眼後遺症を有する患者において、治療用コンタクトレンズを装用することにより、矯正視力及び目の痛みについて改善が見られた。(n=53)



✓ 装用3ヶ月後において、81%の症例で最高矯正視力の改善が見られた。
(53眼中、43眼)

| | 装用前 | 装用3ヶ月後 |
|----------------------|-------------|-------------|
| 眼の痛み (NEI VFQ-25スコア) | 43.9 ± 29.9 | 65.7 ± 25.9 |

p<0.001

✓ 装用3ヶ月後において、眼の痛みに関する自覚症状のスコアの改善が見られた。

出典: Sotozono C, et al. Am J Ophthalmol. 158(5) :983-93, 2014.

- スティーヴンス・ジョンソン症候群または中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対して治療用コンタクトレンズを装用した患者において、結膜充血及び角膜への血管侵入の程度の改善が見られた。(それぞれn=37, 49)

結膜充血の程度の変化
(結膜充血を有する37眼中、22眼で改善)

| | 装用前 | 装用後 | Grade 0 | Grade 1 | Grade 2 | Grade 3 |
|---------|-----|-----|---------|---------|---------|---------|
| 装用前 | | | | | | |
| 装用後 | | | | | | |
| Grade 0 | 13 | 10 | 4 | | | |
| Grade 1 | | 12 | 7 | 1 | | |
| Grade 2 | | | 3 | | | |
| Grade 3 | | | | | | |

角膜血管侵入の程度の変化
(血管侵入を有する49眼中、12眼で改善)

| | 装用前 | 装用後 | Grade 0 | Grade 1 | Grade 2 | Grade 3 |
|---------|-----|-----|---------|---------|---------|---------|
| 装用前 | | | | | | |
| 装用後 | | | | | | |
| Grade 0 | | 3 | 1 | | | |
| Grade 1 | | 11 | 5 | 1 | | |
| Grade 2 | | | 12 | 2 | | |
| Grade 3 | | | | | | 14 |

スティーヴンス・ジョンソン症候群等の眼後遺症に対する治療

- スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症への治療として、治療用コンタクトレンズを使用することが、平成30年4月に改訂が予定されている「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等」の中に追加される見込みとなっている。

厚生科学審議会疾病対策部会指定難病検討委員会（第23回平成29年11月13日）

資料2-2「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等」の修正案より一部抜粋・改変

| | スティーヴンス・ジョンソン症候群 | 中毒性表皮壊死症 |
|------|---|---|
| 治療法 | <p>早期診断と早期治療が大切である。SJSの治療として、まず感染の有無を明らかにした上で、被疑薬の中止を行い、原則として入院の上で加療する。いずれの原因においても発疹部の局所処置に加えて嚴重な眼科的管理、補液・栄養管理、呼吸管理、感染防止が重要である。</p> <p>治療指針としてはステロイド薬の全身投与を第一選択とする。重症例においては発症早期（発症7日前後まで）にステロイドパルス療法を含む高用量のステロイド薬を開始し、発疹の進展がないことを確認して減量を進める。さらにステロイド薬投与で効果がみられない場合には、免疫グロブリン製剤大量静注療法や血漿交換療法を併用する。</p> | <p>TENの治療として、まず感染の有無を明らかにした上で被疑薬の中止を行い、入院の上で加療する。皮疹部の局所処置に加えて嚴重な眼科的管理、補液・栄養管理、呼吸管理、感染防止が重要である。</p> <p>全身性ステロイド薬投与を第一選択とし、症状の進展が止まった後に減量を慎重に進める。重症例では発症早期（発症7日前後まで）にステロイドパルス療法を含む高用量のステロイド薬を投与し、その後、漸減する。初回のステロイドパルス療法で効果が十分にみられない場合または症状の進展が治まった後に再燃した場合は、数日後に再度ステロイドパルス療法を施行するか、あるいは後述のその他の療法を併用する。ステロイド薬で効果がみられない場合には免疫グロブリン製剤大量静注療法や血漿交換療法を併用する。</p> |
| 追加部分 | <p>眼後遺症に対して新規開発された輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズは、疾患状態の悪化抑制に基づく視力改善、ドライアイ症状の緩和をもたらす。</p> | <p>眼後遺症に対して新規開発された輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズは、疾患状態の悪化抑制に基づく視力改善、ドライアイ症状の緩和をもたらす。</p> |

スティーヴンス・ジョンソン症候群等の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズ

○ 新規開発された輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズが、「スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する視力補正及び自覚症状の緩和」を「使用目的又は効果」として、薬事承認を得ている。

【販売名】

サンコン Kyoto-CS (平成28年2月承認)

【使用目的又は効果】

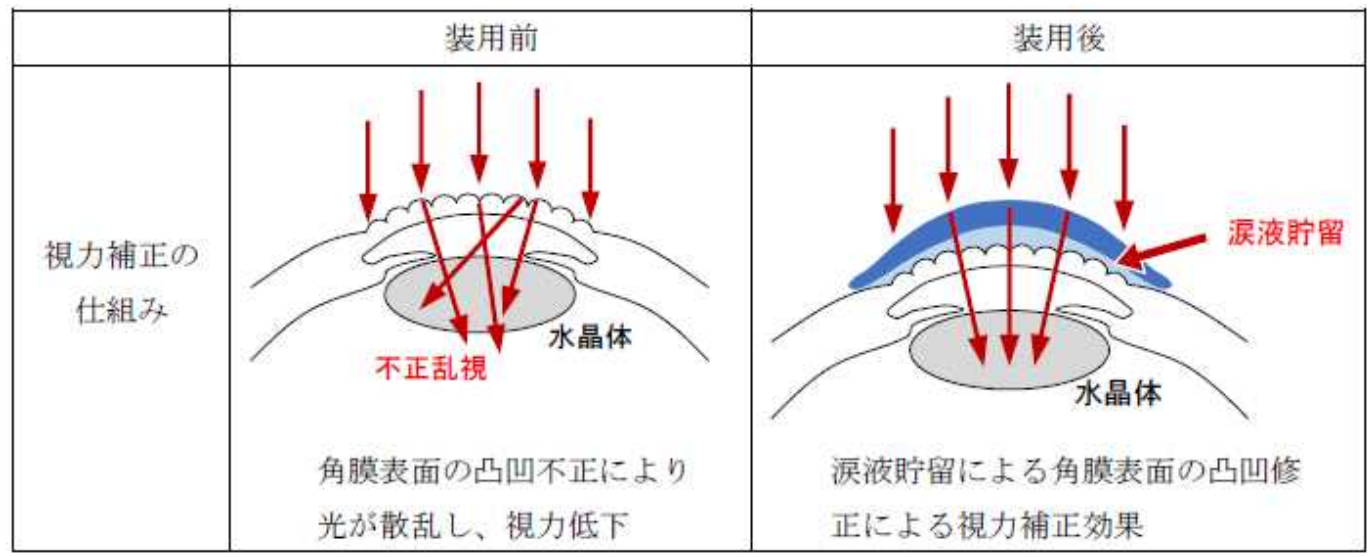
スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症において既存の眼鏡、コンタクトレンズを用いても十分な視力が得られない患者に対する視力補正及び自覚症状の緩和

【原理】

コンタクトレンズの頂点屈折力及び、コンタクトレンズと不正な角膜表面の間に存在する涙液により視力を補正する。コンタクトレンズが角膜より一回り大きいいため角膜全体を覆い、乾燥を伴う角膜表面との間に涙液をため、涙液の蒸発を抑制する。



本品(右)と通常のハードコンタクトレンズ(左)



スティーヴンス・ジョンソン症候群等の眼後遺症に対する治療の論点(案)

【論点(案)】

- スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症の患者に対して、自覚症状緩和のため新たに開発された治療用コンタクトレンズを用いた治療法が、当該疾患の指定難病に係る診断基準等に追加されることを踏まえ、当該治療法を保険適用してはどうか。
- 具体的には、既存の眼鏡、コンタクトレンズを用いても十分な視力が得られない患者に、当該治療用コンタクトレンズを装用させる場合について、対応する個別の眼科学的検査の項目を、これらの疾病に対する検査として算定できることとし、また、当該治療用コンタクトレンズは保険医からの指示を受けて院外において作製することとなり、保険医療機関における現物給付が困難なことから、その購入費用については、療養費の支給対象としてはどうか。