

個別事項 (その1:がん対策等について)

平成25年11月15日

本日の内容

1. がん

イ. がん対策について

ロ. 平成24年改定の概要(技術を除く)

ハ. がん診療提供体制について

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

②がん診療連携拠点病院の見直し

③小児がん拠点病院の整備

ニ. がん患者に対する管理指導

①がん患者に対する支援について

②看護師による継続的な介入の効果

③薬剤師による継続的な介入の効果

ホ. 外来化学療法の対象薬剤等について

2. 在宅自己注射

3. たばこ対策

①若年層(20代)のニコチン依存症治療

②入院中に開始するニコチン依存症治療

本日の内容

1. がん

イ. がん対策について

ロ. 平成24年改定の概要(技術を除く)

ハ. がん診療提供体制について

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

②がん診療連携拠点病院の見直し

③小児がん拠点病院の整備

ニ. がん患者に対する管理指導

①がん患者に対する支援について

②看護師による継続的な介入の効果

③薬剤師による継続的な介入の効果

ホ. 外来化学療法の対象薬剤等について

2. 在宅自己注射

3. たばこ対策

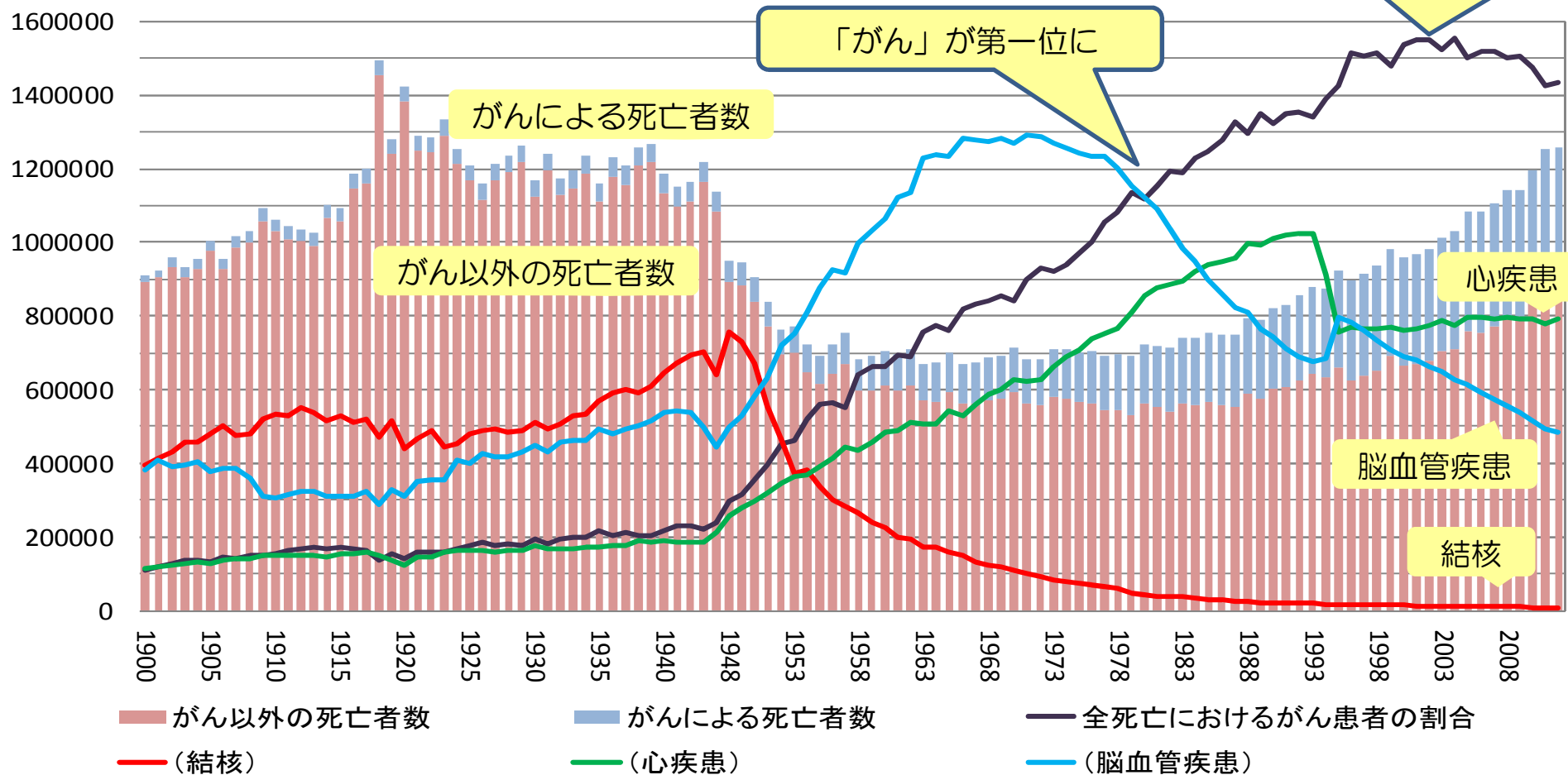
①若年層(20代)のニコチン依存症治療

②入院中に開始するニコチン依存症治療

がん死亡者数と全死亡者に対する割合

男性:54%、女性:41% → “日本人の2人に1人ががんになる”
年間罹患者数推計70万人

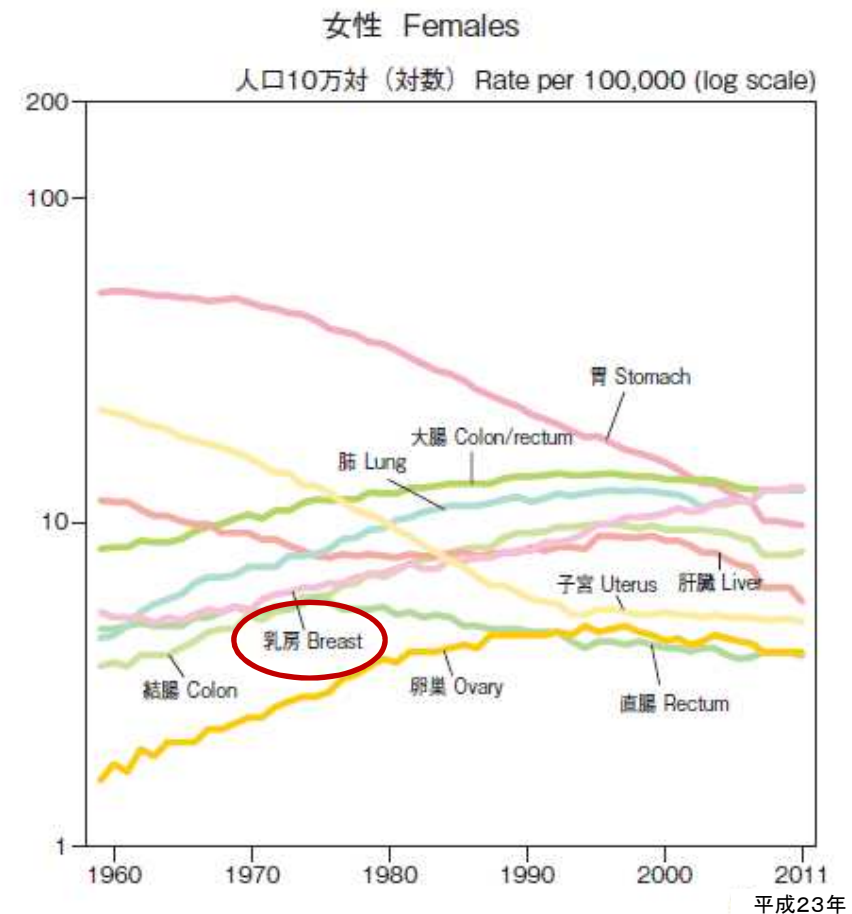
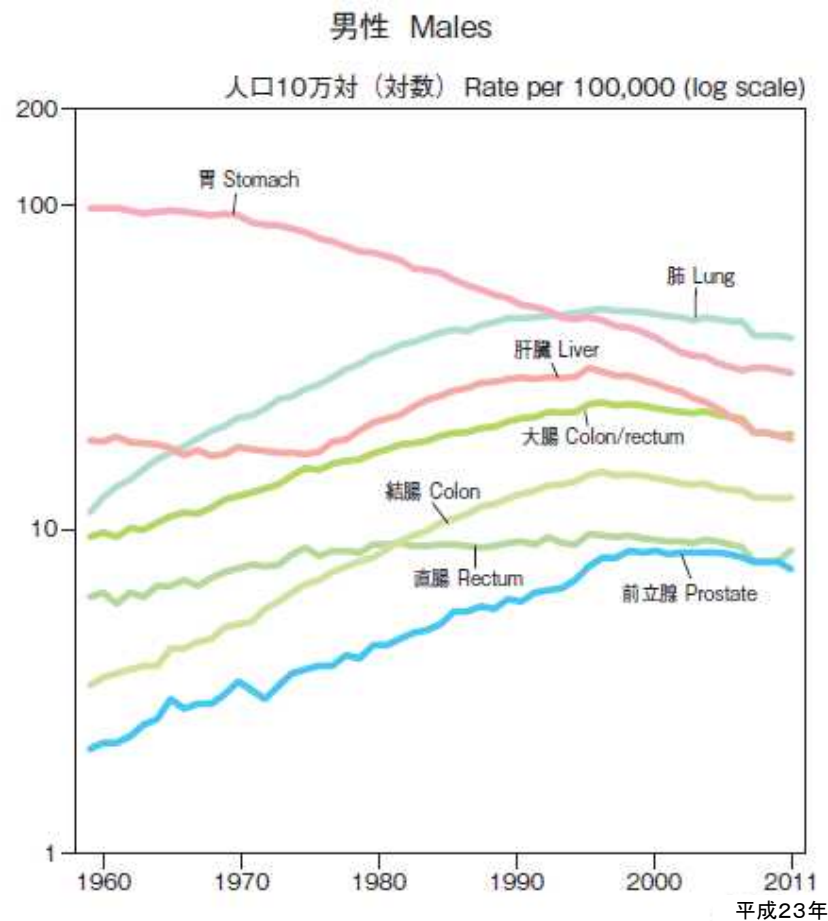
約3人に1人ががんで死亡
(年間死亡者数約35万人)



出典 平成24年(2012)人口動態統計(確定数)の概況

部位別がん年齢調整死亡率推移①

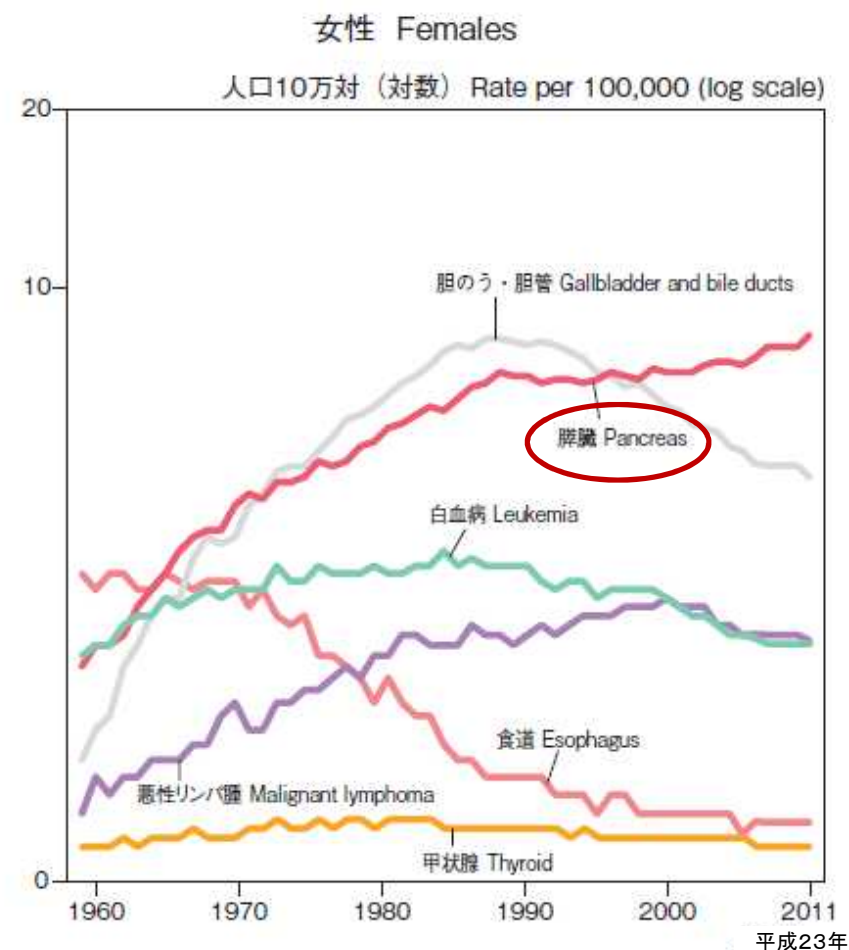
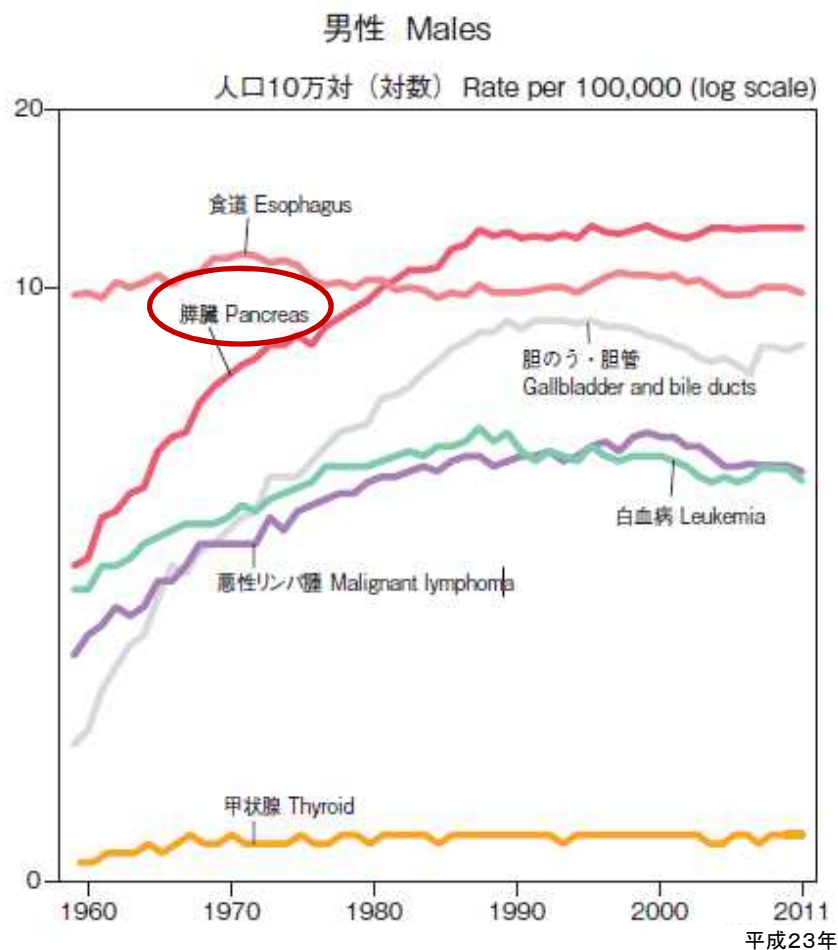
死亡率は横ばいから減少傾向。乳がんは上昇傾向。



出典：がんの統計'12 財団法人がん研究振興財団

部位別がん年齢調整死亡率推移②

男女ともに膵臓がんが増加



出典:がんの統計'12 財団法人がん研究振興財団

政府におけるがん対策のあゆみ

昭和56年	悪性新生物が死亡原因の第1位となる
昭和59年	対がん10ヵ年総合戦略（～平成5年）
平成 6年	がん克服新10ヵ年戦略（～平成15年）
平成16年	第3次対がん10ヵ年総合戦略（～平成25年）
平成17年5月	がん対策推進本部 設置（厚生労働省）
平成18年4月	がん対策推進室 設置（厚生労働省健康局）
平成18年6月	がん対策基本法 成立
平成19年4月	がん対策基本法 施行
平成19年6月	がん対策推進基本計画 策定（閣議決定）
平成24年4月	がん対策・健康増進課 設置（厚生労働省）
平成24年6月	（新）がん対策推進基本計画 策定（閣議決定）

(旧)がん対策推進基本計画 (平成19年6月閣議決定)

重点的に取り組むべき課題

(1)放射線療法・化学療法の推進、
これらを専門的に行う医師等の育成

(2) 治療の初期段階からの
緩和ケアの実施

(3)がん登録の推進

全体目標【10年以内】

がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

全てのがん患者及びその家族の
苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成
②緩和ケア ③在宅医療 ④診療ガイドラインの作成 ⑤その他

- ☆ すべての拠点病院において、放射線療法及び外来化学療法を実施【5年以内】
- ☆ 全てのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得【10年以内(運用上5年以内)】

2. 医療機関の整備等

- ☆ すべての2次医療圏において、概ね1箇所程度拠点病院を設置【3年以内】
- ☆ 5大がんに関する地域連携クリティカルパスを整備【5年以内】

3. がん医療に関する相談支援及び情報提供

- ☆ すべての2次医療圏において、相談支援センターを概ね1箇所以上整備【3年以内】

4. がん登録

- ☆ 院内がん登録を実施している医療機関を増加

5. がんの予防

- ☆ 未成年者の喫煙率を0%とする【3年以内】

6. がんの早期発見

- ☆ がん検診の受診率について、50%以上【5年以内】

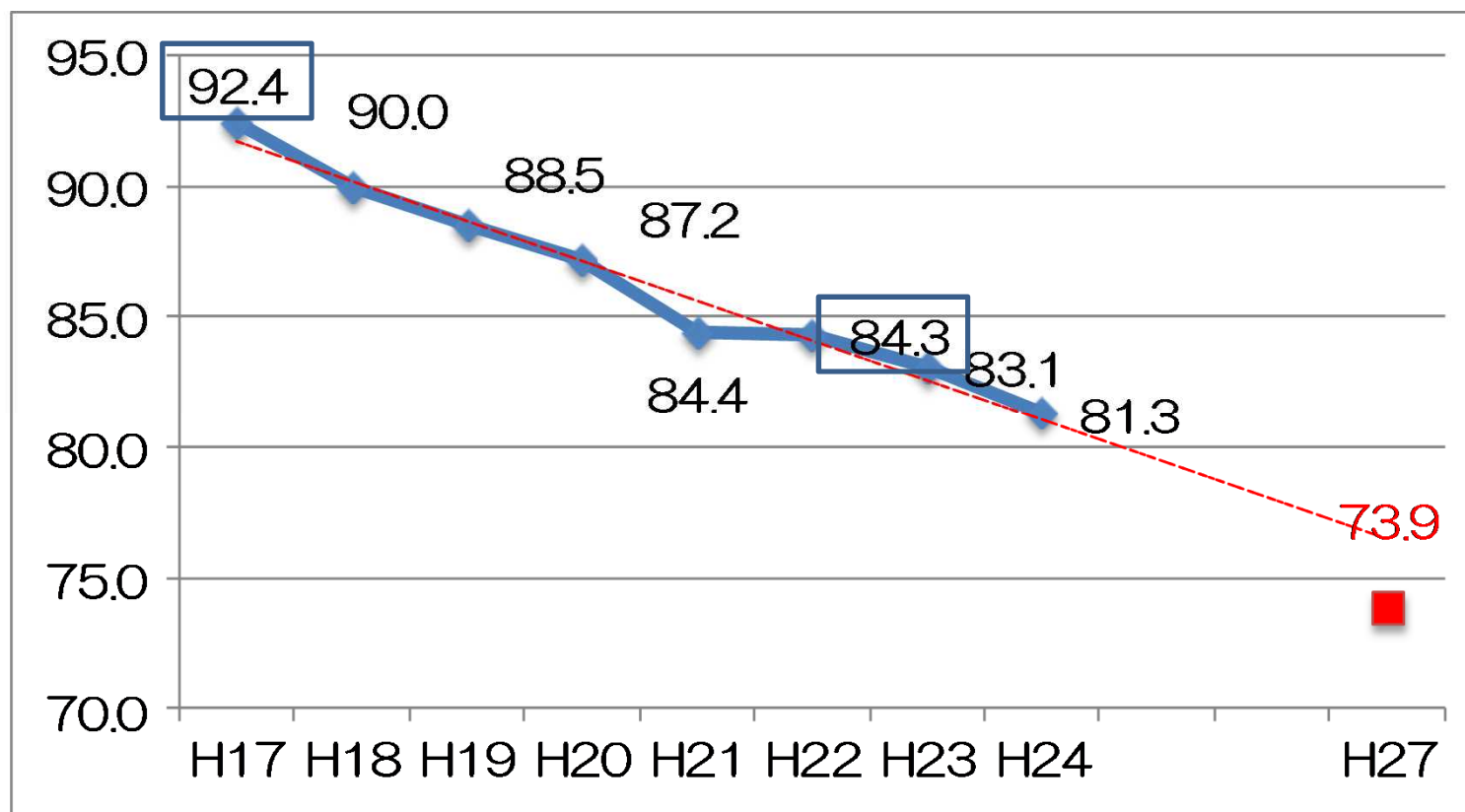
7. がん研究

- ☆ がん対策に資する研究をより一層推進

全体目標（がんによる死亡者の減少）に対する進捗状況

【目標】 がんによる死亡者数の減少
（10年間でがんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少）

【進捗】



出典：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービスHPより

がん対策推進基本計画策定後の主な成果

(1) 拠点病院の整備

- ・ 拠点病院数は286か所（平成19年）から397か所（平成25年11月）に増加。
- ・ すべての地域がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）に放射線治療機器（リニアック）及び外来化学療法室を設置。
- ・ すべての拠点病院に相談支援センターを設置し、研修を終了した相談員を配置。
- ・ すべての都道府県がん診療連携拠点病院（51か所）及び特定機能病院（79か所、うち都道府県がん診療連携拠点病院は31か所）が、放射線療法部門、化学療法部門を設置。

(2) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

- ・ 「がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業」を開始し、平成25年3月末で40550人が修了。

(3) がん登録の実施

- ・ 地域がん登録の枠組みについて、平成19年では35道府県のみ実施→全都道府県（平成25年11月）

(4) がんの予防

成人喫煙率は平成19年25.6%から平成23年21.2%に減少

(5) がん検診

無料クーポン事業等により受診率は向上しているものの、目標の50%には到達せず。

(新)がん対策推進基本計画(平成24年6月8日閣議決定)

重点的に取り組むべき課題

(1)放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3)がん登録の推進

(新) (4)働く世代や小児へのがん対策の充実

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(2) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

(新) (3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- (新)** ⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
- ⑥その他(病理、リハビリテーション、希少がん)

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

(新) 7. 小児がん

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

(新) 8. がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

(新) 9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

がん対策推進基本計画(本日の内容に関する部分の概要)

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

①放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進

<化学療法の推進>

化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置し、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対して迅速かつ継続的に対応できる診療体制を通院治療を含めて整備する。

③がんと診断された時からの緩和ケアの推進

拠点病院を中心に、緩和ケアチームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を強化する。

④地域の医療・介護サービス提供体制の構築

拠点病院のあり方(拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等)について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

2. がんに関する相談支援と情報提供

○拠点病院は、相談支援センターの人員確保、院内・院外の広報、相談支援センター間の情報共有や協力体制の構築等の取組を実施するよう努める。

○拠点病院は、相談支援センターと院内診療科との連携を図り、特に精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対して専門家による診療を適切な時期に提供するよう努める。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

7. 小児がん

小児がん拠点病院を指定し、専門家による集学的医療の提供(緩和ケアを含む)、患者とその家族に対する心理社会的な支援、適切な療育・教育環境の提供、小児がんに関わる医師等に対する研修の実施、セカンドオピニオン等の体制を整備する。

本日の内容

1. がん

イ. がん対策について

ロ. 平成24年改定の概要(技術を除く)

ハ. がん診療提供体制について

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

②がん診療連携拠点病院の見直し

③小児がん拠点病院の整備

ニ. がん患者に対する管理指導

①がん患者に対する支援について

②看護師による継続的な介入の効果

③薬剤師による継続的な介入の効果

ホ. 外来化学療法の対象薬剤等について

2. 在宅自己注射

3. たばこ対策

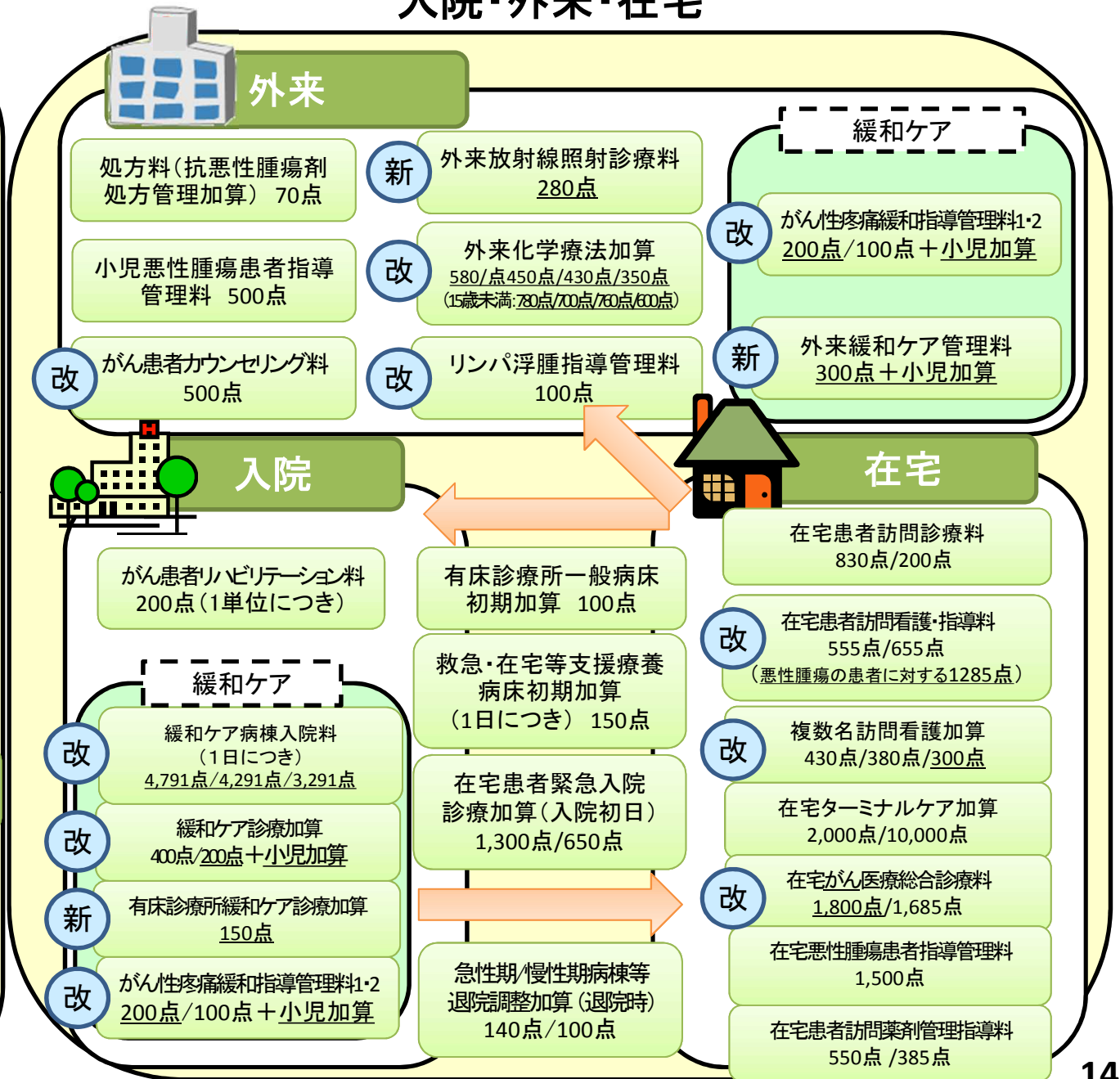
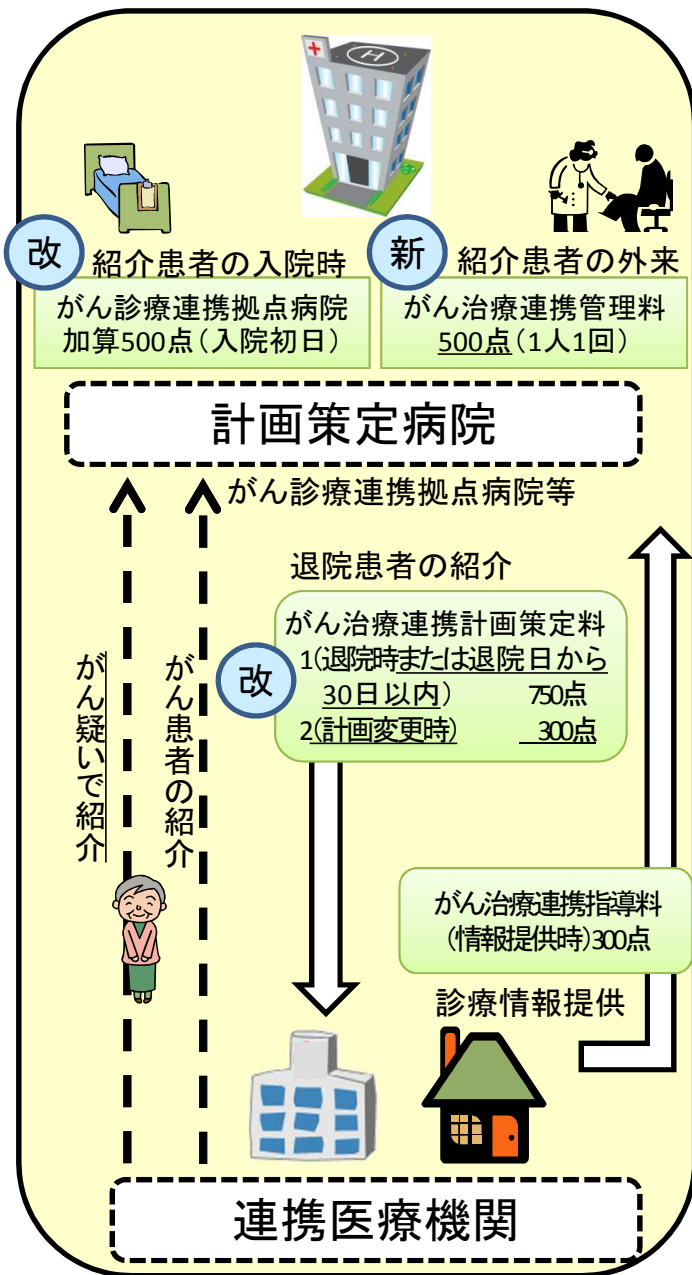
①若年層(20代)のニコチン依存症治療

②入院中に開始するニコチン依存症治療

がん医療の診療報酬における主な制度上の評価(平成24年改定)

医療機関の連携

入院・外来・在宅



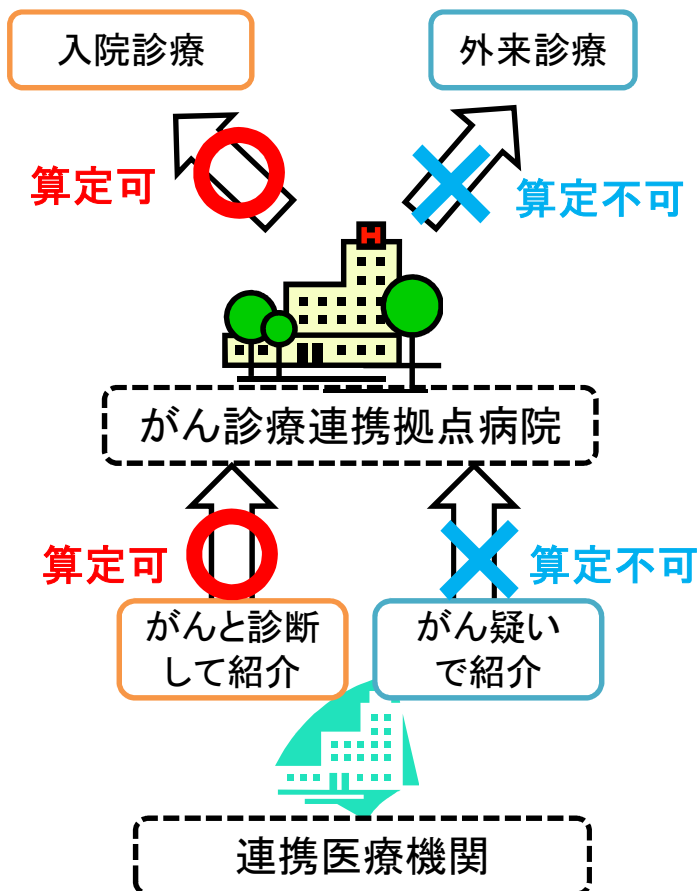
がん診療連携の充実①

(平成24年改定)

がん診療連携拠点病院加算の見直し

- 従来は、別の医療機関で悪性腫瘍と診断された紹介患者が入院した時のみ評価されていたが、疑い病名での紹介や、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合でも算定可能とする。

【現行】



【改定後】

(新) がん治療連携管理料 500点(1人1回)

入院には至らず外来において化学療法又は放射線治療を行った場合についても算定できるよう新設。

【改定後】

(改) がん診療連携拠点病院加算 500点(入院初日※)

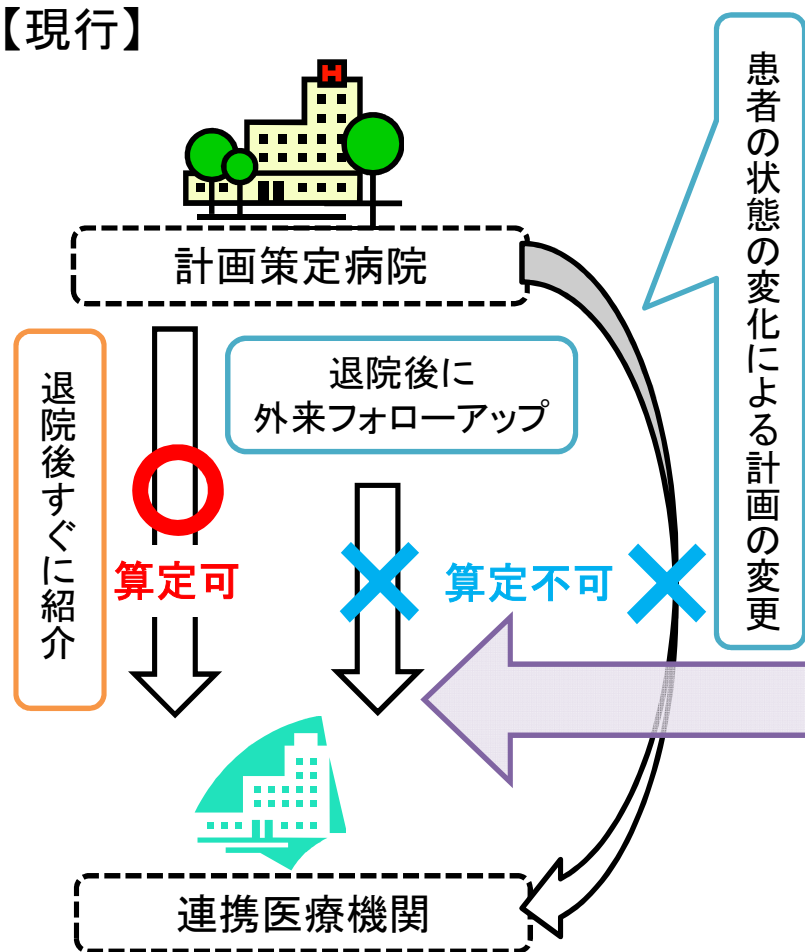
がん疑い(最終的にがんと診断された患者に限る。)で紹介された患者についても算定できるよう要件を変更。

※ 悪性腫瘍の疑いがあるとされ、入院中に悪性腫瘍と診断された患者については、入院初日に限らず、悪性腫瘍と確定診断を行った日に算定する。

がん治療連携計画策定料の見直し

- 従来は、退院時に紹介した場合のみ算定可能であったが、退院後30日以内の外来診療時にも算定可能とするとともに、計画変更時も評価を行う。

【現行】



【改定後】

(新)がん治療連携計画策定料2 300点

患者の状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合の評価を新設。

【改定後】

(改)がん治療連携計画策定料1 750点

計画策定病院からの退院時または退院日から30日以内に紹介した場合にも算定できるよう要件を変更。

がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

- がん患者カウンセリング料は、がんと診断された患者に対して1回に限り算定することとされているが、継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

(改) がん患者カウンセリング料 500点

[算定要件]

がんと診断された患者に対して、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。さらに、地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関に転院した場合は転院先の医療機関(がん治療連携指導料を算定した場合に限る)においても患者1人につき1回に限り算定できる。

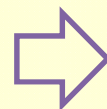
がん治療等に対する化学療法の評価の充実 (平成24年改定)

化学療法について

- 外来化学療法加算の見直し(薬剤のリスクに応じた評価体系の見直し)
 がんに対する化学療法は、投与経路や管理の必要性が多様化している。また、抗リウマチ薬等の分子標的治療薬についても化学療法と同様の管理が必要な場合もあることから、薬剤のリスクや管理体制に応じた評価体系に見直し、手厚い体制や設備が必要な場合はより重点的に評価を行う。

【現行】

外来化学療法加算	
イ 外来化学療法加算1	550点
15歳未満の患者に対して行った場合	750点
ロ 外来化学療法加算2	420点
15歳未満の患者に対して行った場合	700点



【改定後】

外来化学療法加算	
1 外来化学療法加算1	
イ 外来化学療法加算A	
(1) 15歳未満	780点
(2) 15歳以上	580点
ロ 外来化学療法加算B	
(1) 15歳未満	630点
(2) 15歳以上	430点
2 外来化学療法加算2	
イ 外来化学療法加算A	
(1) 15歳未満	700点
(2) 15歳以上	450点
ロ 外来化学療法加算B	
(1) 15歳未満	600点
(2) 15歳以上	350点

[外来化学療法加算Aの対象]

薬剤: 添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」に、

「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」
 又は「infusion reaction又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的治療薬

投与経路: 静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など。

(G000(皮内、皮下、筋肉内注射)を除く。)

本日の内容

1. がん

イ. がん対策について

ロ. 平成24年改定の概要(技術を除く)

ハ. がん診療提供体制について

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

②がん診療連携拠点病院の見直し

③小児がん拠点病院の整備

ニ. がん患者に対する管理指導

①がん患者に対する支援について

②看護師による継続的な介入の効果

③薬剤師による継続的な介入の効果

ホ. 外来化学療法の対象薬剤等について

2. 在宅自己注射

3. たばこ対策

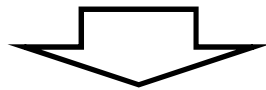
①若年層(20代)のニコチン依存症治療

②入院中に開始するニコチン依存症治療

がん診療提供体制に関する課題と論点

【課題】

- がん診療連携拠点病院は、がん医療の均てん化を図るため、2次医療圏に原則1つ整備することを目指し、平成14年から整備を開始した。現在、その数は397であるが、拠点病院の無い2次医療圏は減少傾向であるもの下げ止まっていることや(現在107医療圏)、拠点病院間に大きな診療実績等の格差が存在しているなどの課題がある。
- これらの課題の解決のため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」では、拠点病院の要件を厳格化するとともに、拠点病院のない2次医療圏でもがん医療の均てん化(特に高度な技術を要さない手術、化学療法、緩和ケア、相談支援等)を進めるため、「地域がん診療病院」を整備すること、さらに、特定のがん種について、拠点病院よりも高度な診療機能を有する医療機関を「特定領域がん診療病院」として指定する方向性がとりまとめられた。
- 今後、報告書をもとに指針を改正し、平成26年度早期に新制度を運用する予定としている。
- また、小児の病死原因の第1位はがんであり、年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、診療機能が拡散し、小児がん患者が適切な医療を受けられていないことが懸念される。
- このため、小児がんにかかる診療機能を一定程度集約化するため、平成25年2月に全国15カ所の「小児がん拠点病院」が指定された。



【論点】

- がん医療のさらなる均てん化と特定の領域における高度な診療機能を有する医療機関の評価のため、今後整備が予定されている「地域がん診療病院」と「特定領域がん診療病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。
- 小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、がん診療連携拠点病院の要件に加えて、小児がん医療に必要な診療機能を備えた「小児がん拠点病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

がん診療連携拠点病院のあゆみ

➤平成13年8月 地域がん診療拠点病院の整備に関する指針

➤平成14年3月 地域がん診療拠点病院の指定開始(5施設)

➤平成17年4月 がん医療水準均てん化に関する検討会報告書

拠点病院指定要件をできる限り数値を含めて明確化すること、地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて2段階に階層化すること、特定機能病院を指定の対象とすること等が提言された。

➤平成18年2月 がん診療連携拠点病院の整備について(旧指針)

➤平成18年6月 がん対策基本法 成立

➤平成19年4月 がん対策基本法施行

➤平成19年6月 がん対策推進基本計画の閣議決定

➤平成20年3月 がん診療連携拠点病院の整備について(現在の指針)

➤平成24年6月 (新)がん対策推進基本計画の閣議決定

➤平成24年12月～ がん診療提供体制のあり方に関する検討会

平成25年11月現在 397施設が指定

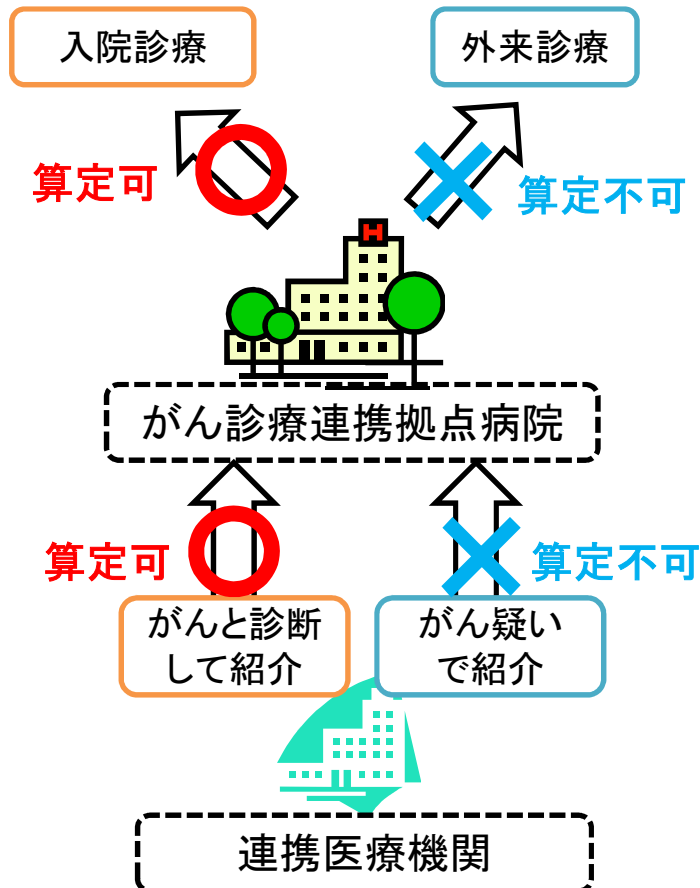
がん診療連携拠点病院加算とがん治療連携管理料

	がん診療連携拠点病院加算	がん治療連携管理料
評価内容	がん診療連携拠点病院に別の保険医療機関等からの紹介により入院した <u>がんと診断された患者について入院初日に限り所定点数を算定。</u>	がん診療連携拠点病院に別の保険医療機関等から紹介された患者であって <u>がんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定。</u>
評価の趣旨	<p>がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したもの</p> <p>がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したもの キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内癌登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したもの</p>	
点数	平成18年改定 200点(新設) 平成20年改定 200点→400点 平成22年改定 400点→500点	平成24年改定 500点(新設)

がん診療連携拠点病院加算の見直し

- 従来は、別の医療機関で悪性腫瘍と診断された紹介患者が入院した時のみ評価されていたが、疑い病名での紹介や、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合でも算定可能とする。

【現行】



【改定後】

(新) がん治療連携管理料 500点(1人1回)

入院には至らず外来において化学療法又は放射線治療を行った場合についても算定できるよう新設。

【改定後】

(改) がん診療連携拠点病院加算 500点(入院初日※)

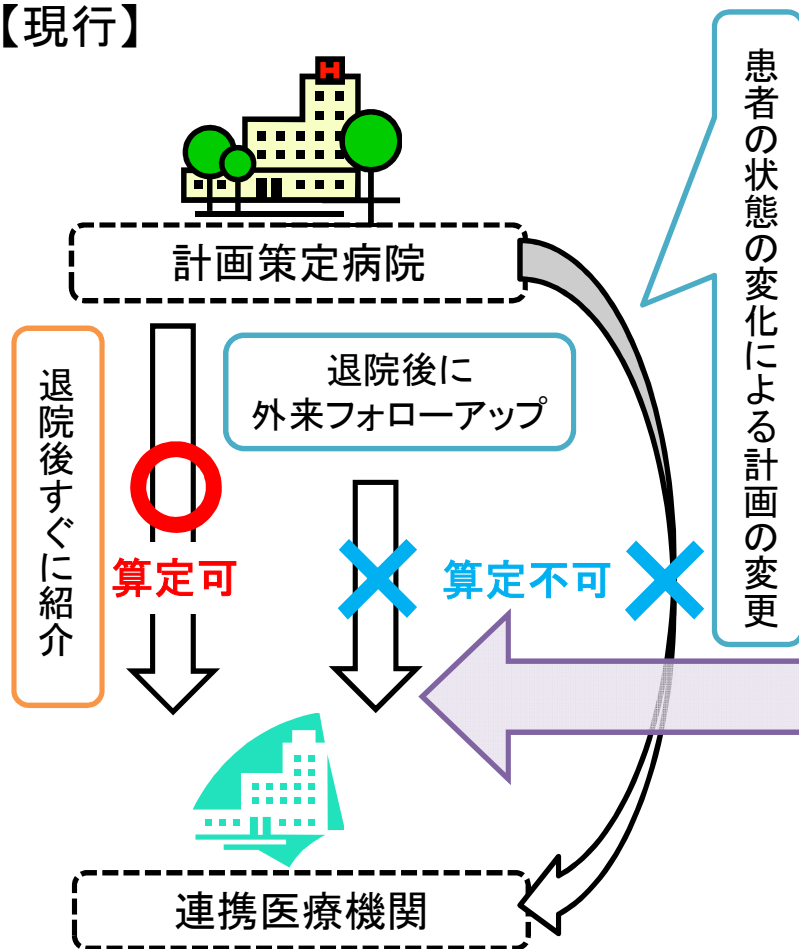
がん疑い(最終的にがんと診断された患者に限る。)で紹介された患者についても算定できるよう要件を変更。

※ 悪性腫瘍の疑いがあるとされ、入院中に悪性腫瘍と診断された患者については、入院初日に限らず、悪性腫瘍と確定診断を行った日に算定する。

がん治療連携計画策定料の見直し

- 従来は、退院時に紹介した場合のみ算定可能であったが、退院後30日以内の外来診療時にも算定可能とするとともに、計画変更時も評価を行う。

【現行】



【改定後】

(新) がん治療連携計画策定料2 300点

患者の状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合の評価を新設。

【改定後】

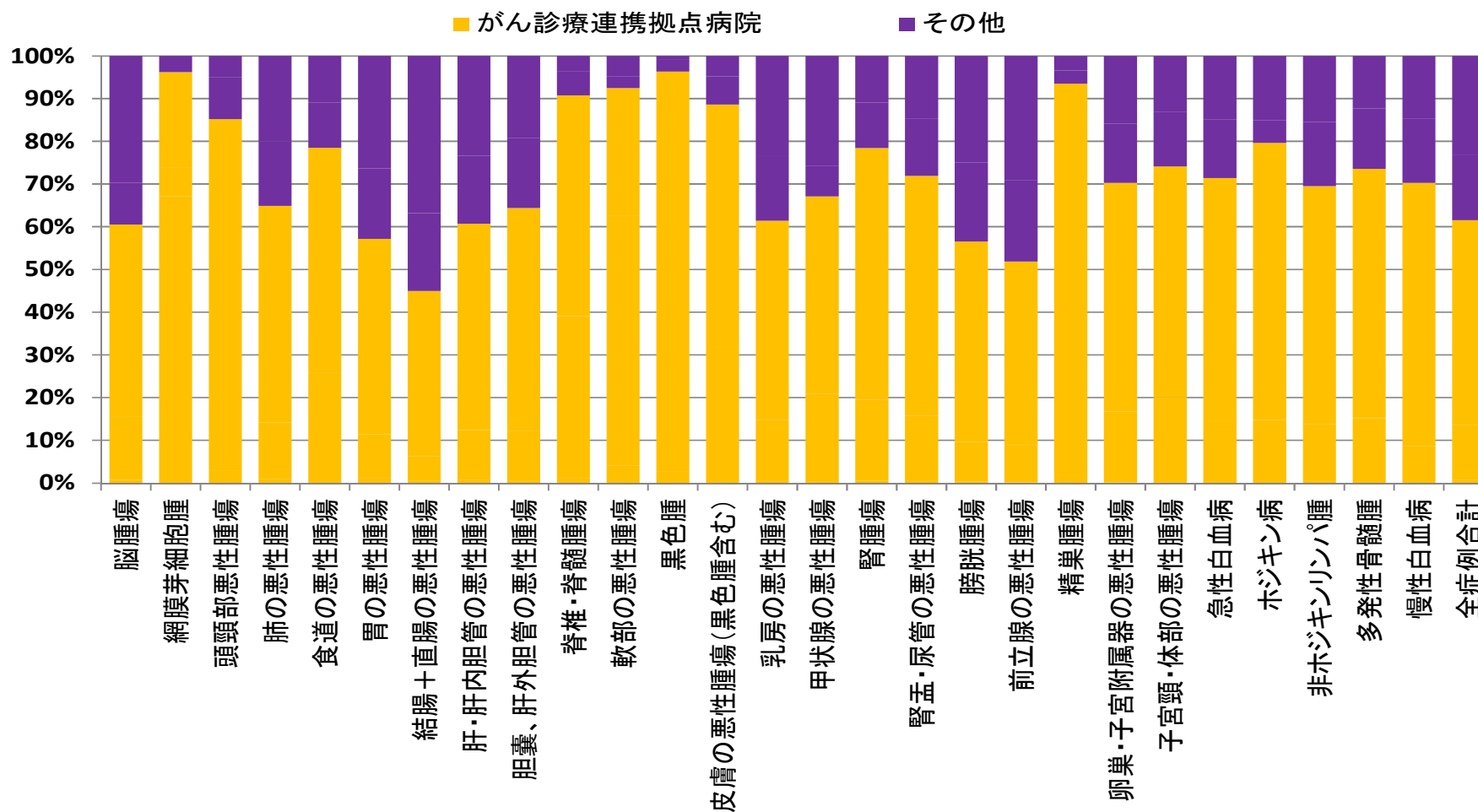
(改) がん治療連携計画策定料1 750点

計画策定病院からの退院時または退院日から30日以内に紹介した場合にも算定できるよう要件を変更。

全国のがん患者の拠点病院への集約状況について

(がん種別)(対象:全入院症例)

がん種により差はあるものの約6割が集約している

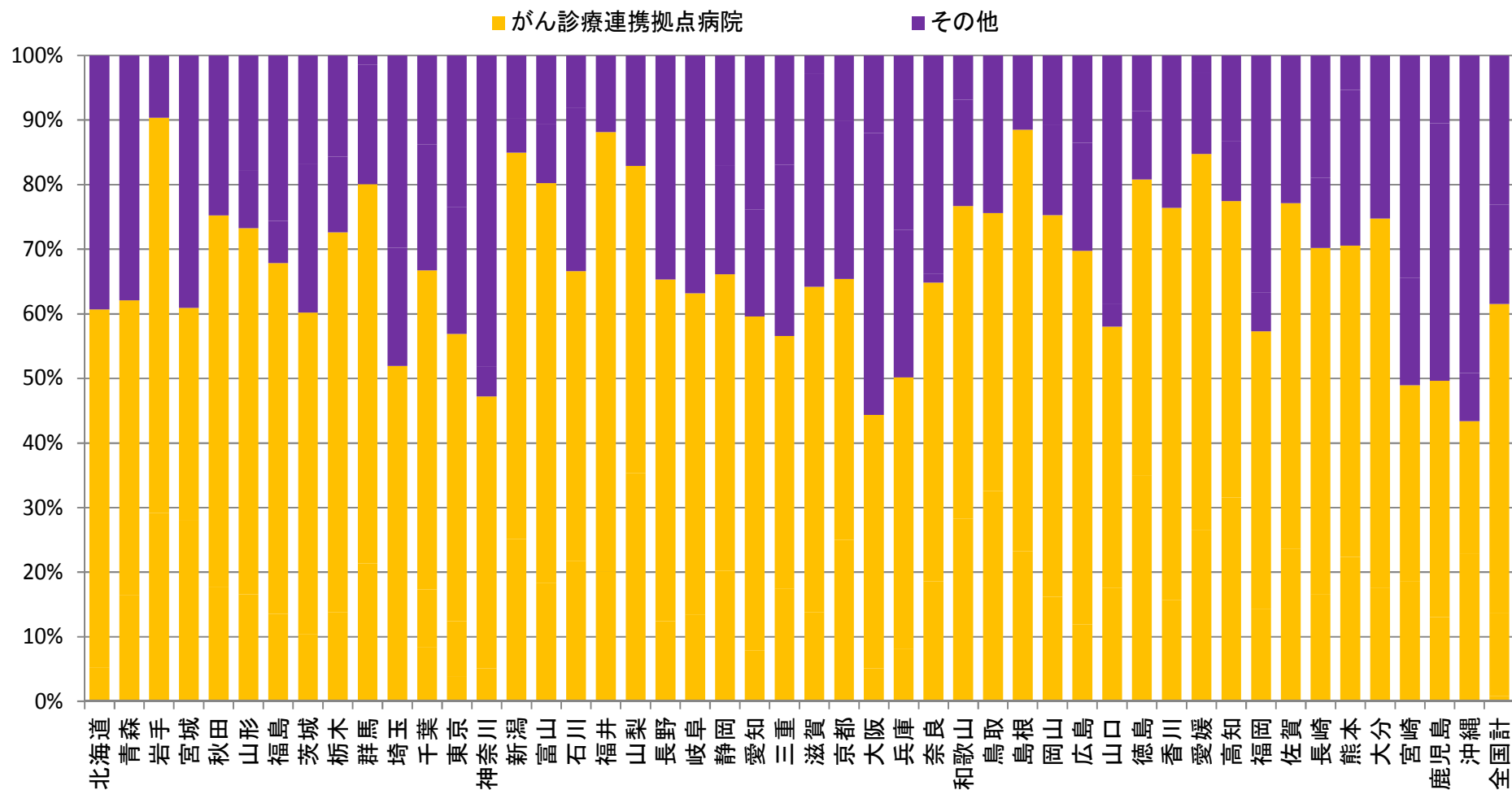


出典:厚生労働科学研究「がん診療連携拠点病院の機能のあり方及び全国レベルのネットワークの開発に関する研究」報告書2012(主任研究者:国立がん研究センター 加藤雅志)

全国のがん患者の拠点病院への集約状況について

(都道府県別)(対象:全入院症例)

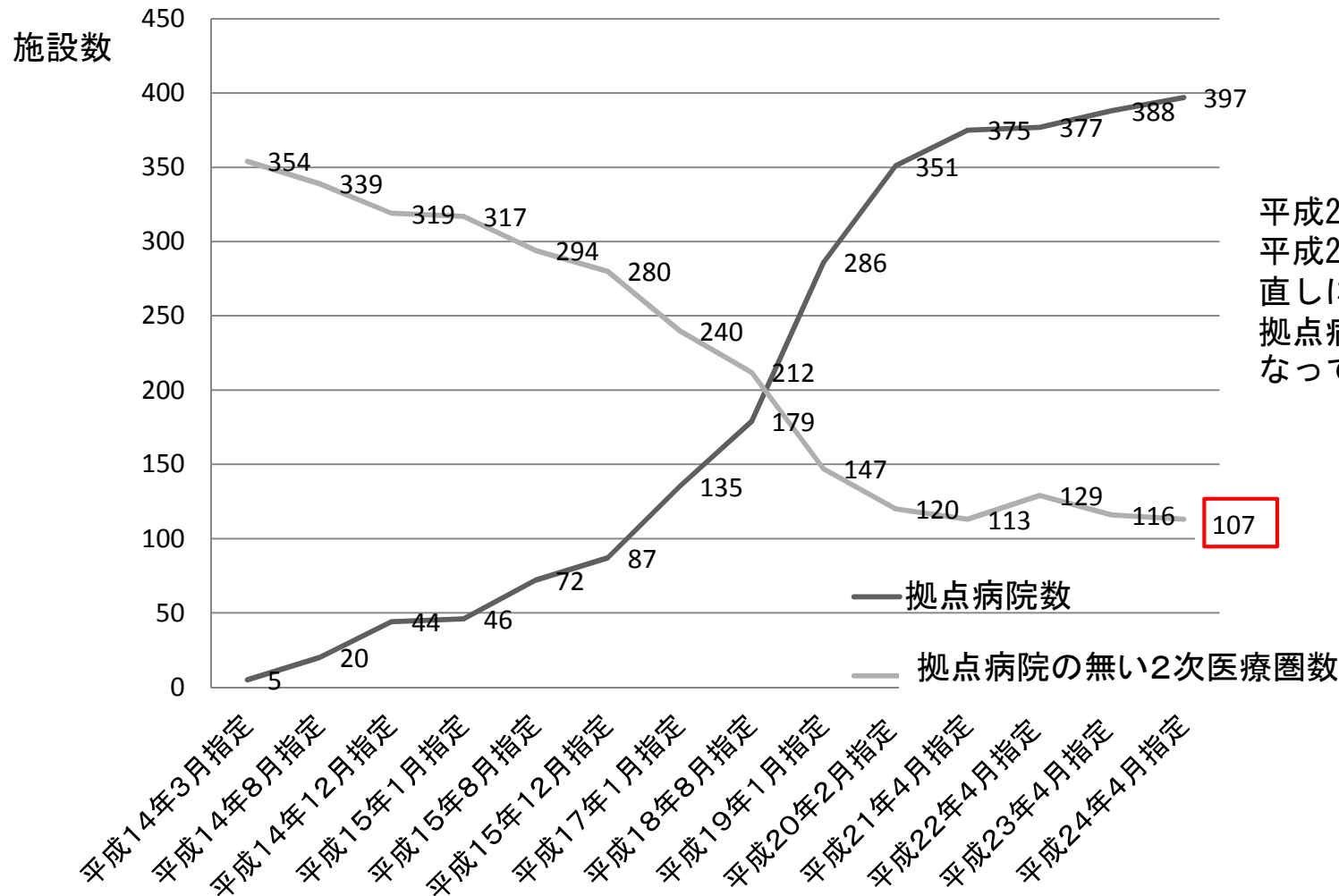
地域差はあるものの約6割が集約している



出典:厚生労働科学研究「がん診療連携拠点病院の機能のあり方及び全国レベルのネットワークの開発に関する研究」報告書2012(主任研究者:国立がん研究センター 加藤雅志)

拠点病院数と拠点病院のない2次医療圏数の推移

課題1：拠点病院の無い2次医療圏は減少傾向であるものの下げ止まっている。

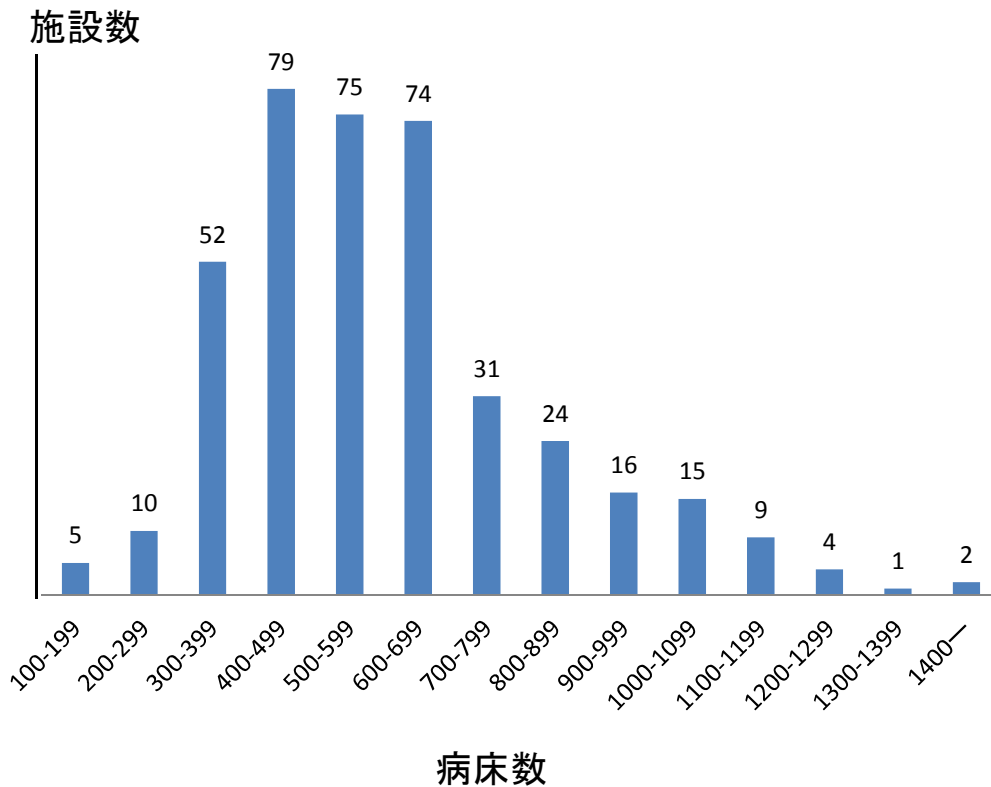


平成24年度のデータに基づき作成。
平成25年度は都道府県医療計画の見直しに伴い、2次医療圏数は344、
拠点病院のない2次医療圏数は107となっている。

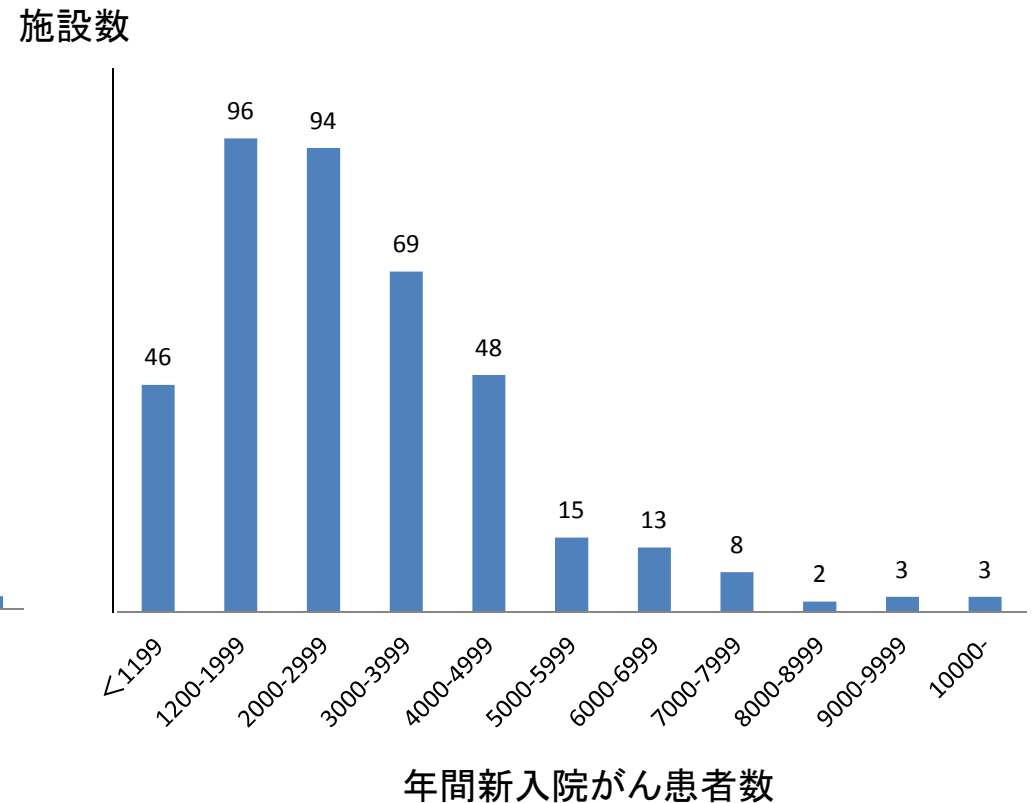
拠点病院の現状

① 拠点病院の病床数、がん患者数

病床数の分布



年間新入院がん患者数の分布

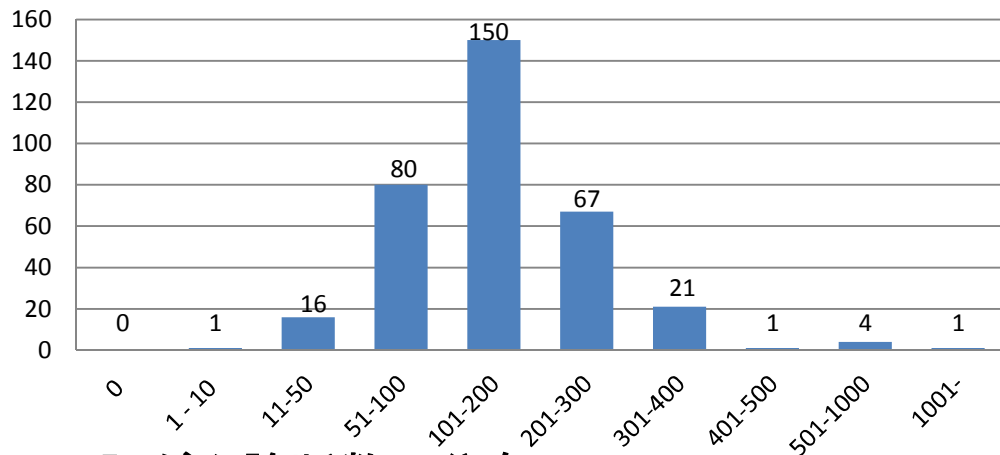


課題2: 拠点病院間には大きな診療実績等の格差が存在している。

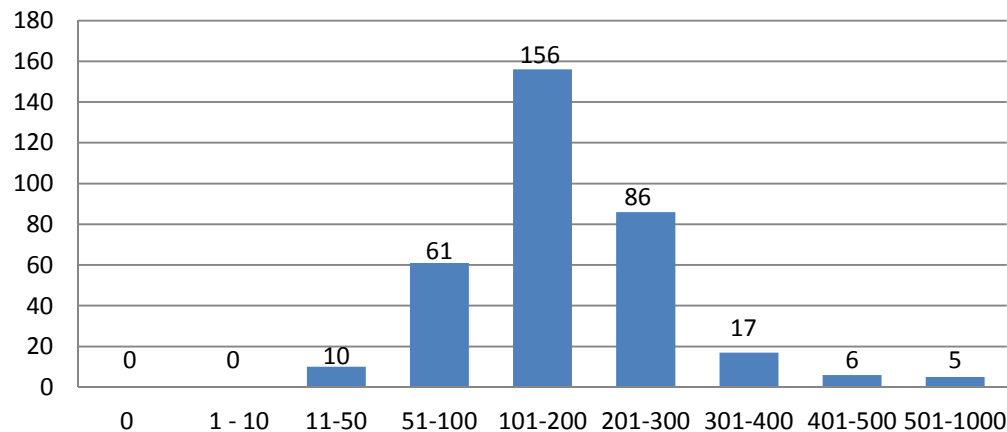
出典: 2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

拠点病院の現状 ②年間診断数

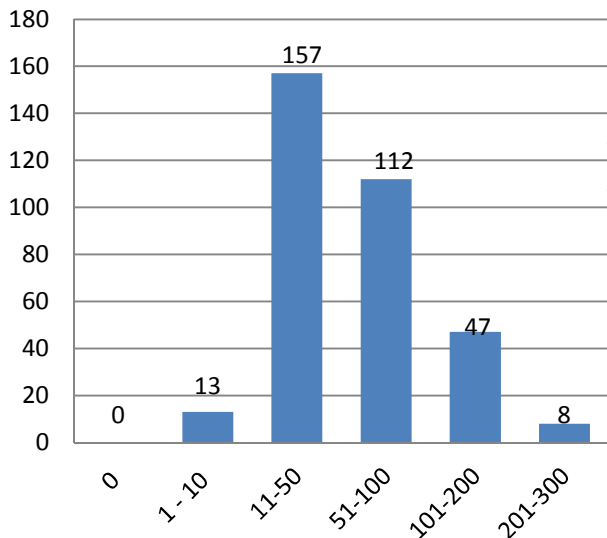
施設数 胃がん診断数の分布



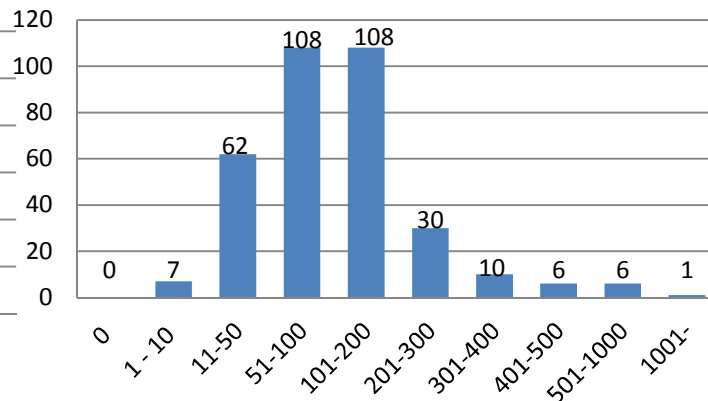
施設数 大腸がん診断数の分布



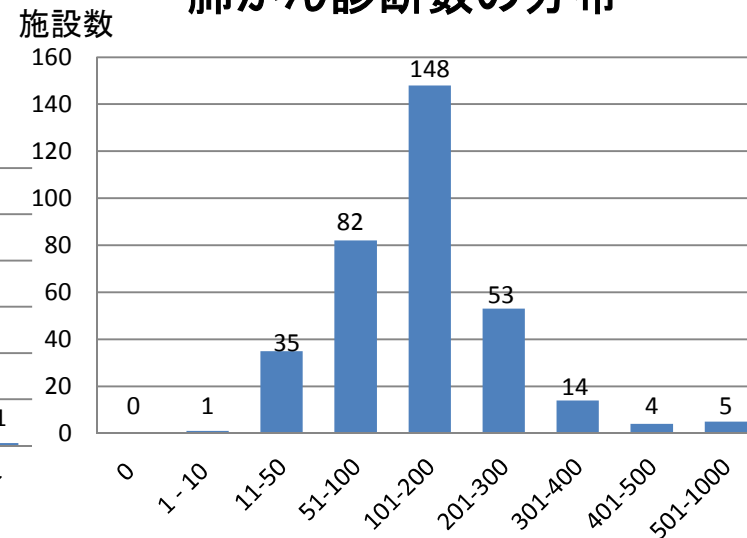
施設数 肝がん診断数の分布



施設数 乳がん診断数の分布

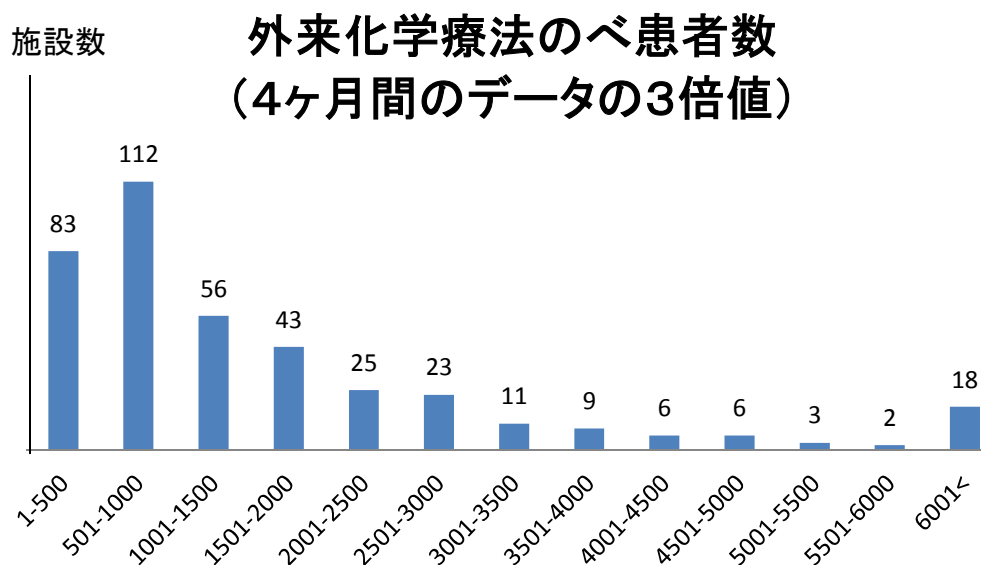
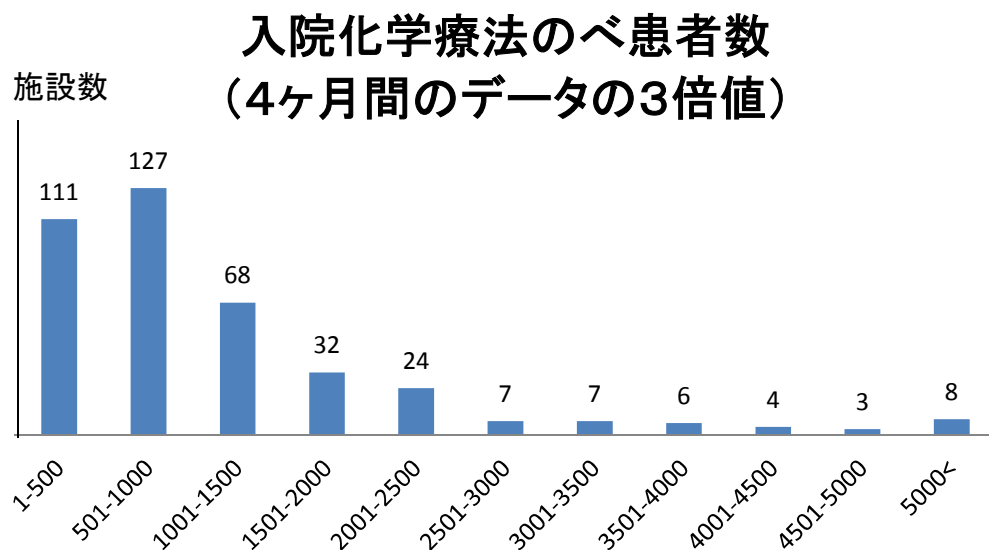
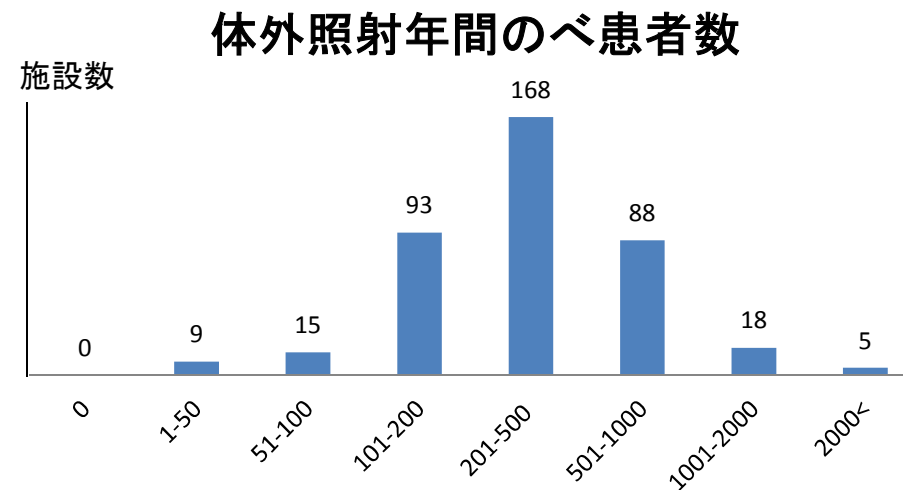
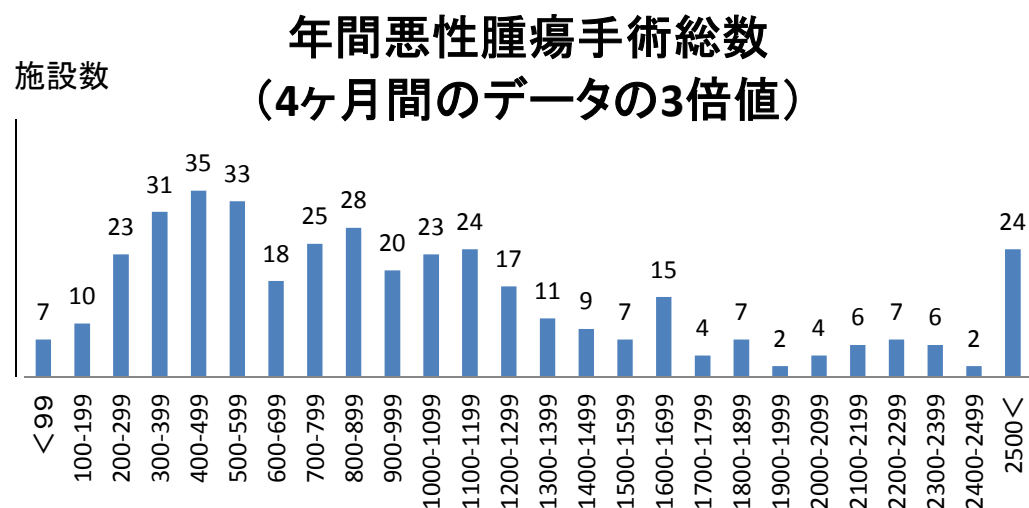


施設数 肺がん診断数の分布



課題2: 拠点病院間には大きな診療実績等の格差が存在している。

拠点病院の現状 ③診療実績



課題2: 拠点病院間には大きな診療実績等の格差が存在している。

出典: 2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

②がん診療連携拠点病院の見直し

基本計画における「地域の医療・介護サービス提供体制の構築」に関する記載

拠点病院のあり方(拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等)について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

【現状】

全国どこでも質の高いがん医療を提供することを目指し、がん診療連携拠点病院を2次医療圏(344箇所)に原則1つを目指して整備した結果、現在397箇所(都道府県拠点51箇所、地域拠点344箇所、国立がんセンター2箇所)の医療機関が指定されている(一部医療圏では人口や医療機関の配置等を加味して複数指定)。

【課題】

拠点病院間の格差が大きいこと、未だに107の医療圏で拠点病院が整備されていないこと、特定の領域に高度な診療機能を持つ医療機関をどう位置づけるかといった課題がある。

【構成員】

伊藤 朋子	声を聴きあう患者たち&ネットワーク「VOL-Net」代表	田村 和夫	学校法人福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授
今村 聡	社団法人日本医師会副会長	中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
緒方 真子	神奈川県立がんセンター患者会「コスモス」世話人代表	西山 正彦	国立大学法人群馬大学医学系研究科医科学専攻病態腫瘍制御学講座病態腫瘍薬理学分野教授
神野 正博	社団法人全日本病院協会副会長	平岡 真寛	国立大学法人京都大学放射線腫瘍学・画像応用治療学教授
○北島 政樹	学校法人国際医療福祉大学学長	堀田 知光	独立行政法人国立がん研究センター理事長
佐々木 淳	宮城県健康福祉部次長	松月 みどり	公益社団法人日本看護協会常任理事
篠 道弘	静岡県立がんセンター薬剤部長	横山 晶	新潟県立がんセンター新潟病院院長
		吉川 幸伸	独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター外科系診療部長

【設置】 平成24年12月

(五十音順・敬称略 ○は座長)

【報告書】

平成25年7月がん診療提供体制に関するワーキンググループ報告書を受け、最終報告書を平成25年9月にまとめた。

新たながん診療提供体制の概要

(平成25年7月がん診療提供体制に関するWG報告書概要)

【課題と対応案】

①拠点病院間の格差の存在

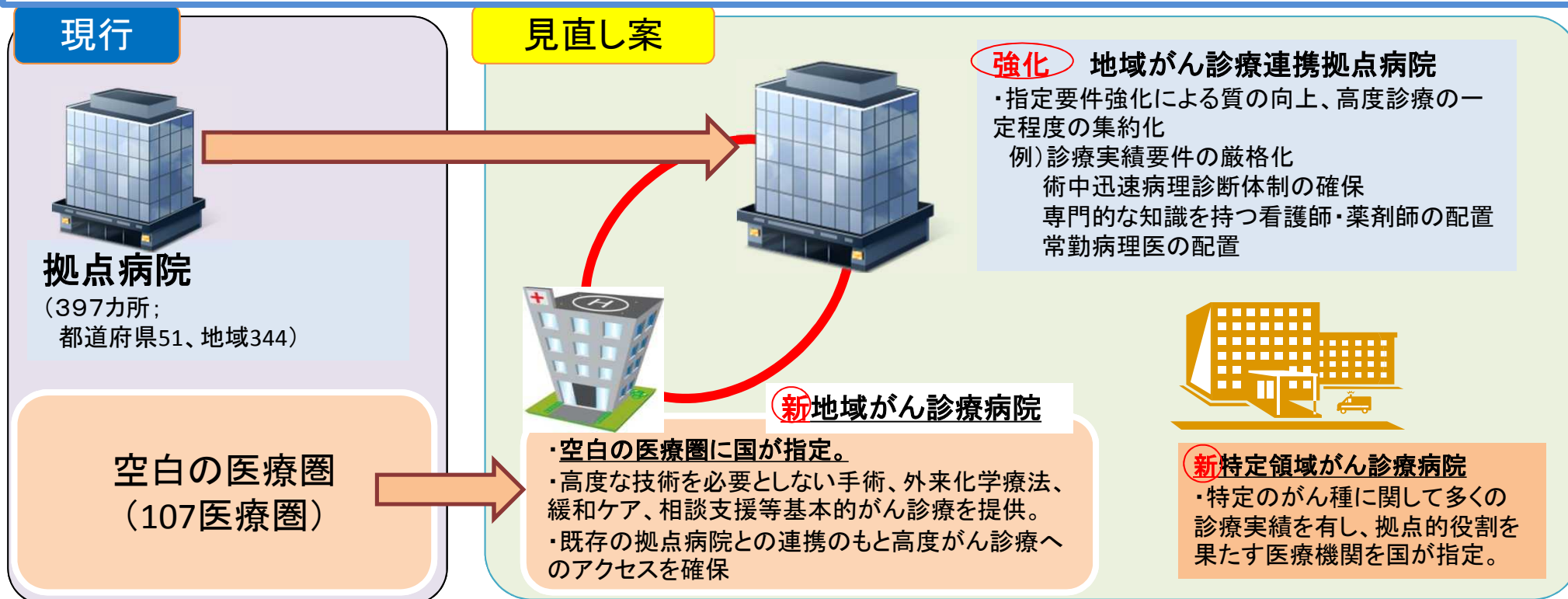
→人材配置要件、診療実績要件等の強化、相談支援体制の充実によるさらなる質の向上及び一定の集約化

②拠点病院未設置の空白の2次医療圏の存在

→緩和ケア、相談支援及び地域連携等の基本的がん診療を確保した「地域がん診療病院(仮称)」の新設。

③特定のがん種に特化した診療を行う病院の存在

→特定のがん種に対し高い診療実績を持ち、都道府県内で拠点的作用を果たす「特定領域がん診療病院(仮称)」の新設。



がん診療連携拠点病院の要件案概要(変更点を中心に)

要件		
集学的治療	<p>がん診療連携拠点病院</p> <p>がん診療連携拠点病院</p> <p>がん診療連携拠点病院</p> <p>がん診療連携拠点病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・その実施主体を明らかにし、月1回以上の開催を求める。 ・構成員は放射線診断、放射線治療、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師の参加を必須化。
	手術療法	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な手術については術中迅速病理診断が可能な体制を確保することを求める。(当該体制は遠隔病理診断でも可)
	化学療法	<ul style="list-style-type: none"> ・グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な化学療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援する体制を確保することを求める。
	放射線治療	<ul style="list-style-type: none"> ・高度な技術と設備等による放射線治療を必要とする患者を当該設備を有する施設との連携により提供できることを求める。 ・放射線治療装置から出力される線量の適切な管理を求める。
	緩和ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・インフォームドコンセントやセカンドオピニオンの提供体制等意思決定環境の整備 ・苦痛のスクリーニングの徹底 ・院内クリティカルパスや服薬指導等基本的緩和ケア提供体制の整備 ・緩和ケアチームへの紹介手順の明確化等専門的緩和ケアへのアクセスの改善 ・病棟ラウンド、カンファレンス、外来診療等緩和ケアチームの診療の充実 ・地域連携パスや連携マップ、退院時カンファレンスの開催等地域連携の充実 ・緩和ケアに関するPDCAサイクルの確保 等を求める。
診療実績		<ul style="list-style-type: none"> ・年間入院がん患者数による評価を廃し、「院内がん登録数500件以上」、「悪性腫瘍の手術件数400件以上」、「化学療法のべ患者数1000人以上」、「放射線治療のべ患者数200人以上」等による絶対数の評価と、地域の2次医療圏等におけるがん患者の診療割合等による相対数の評価を導入。
医療施設		<ul style="list-style-type: none"> ・術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室の設置を求める。
医師	手術療法	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤の医師の配置を求める。
	放射線治療	<ul style="list-style-type: none"> ・専従の医師の配置を求める。
	化学療法	<ul style="list-style-type: none"> ・専任で常勤の医師の配置を求める。
	病理診断	<ul style="list-style-type: none"> ・専任で常勤の医師の配置を求める。
医師以外	看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・外来化学療法室に専任かつ常勤の看護師の配置を求める。 ・がん看護専門看護師や認定看護師をはじめとするがん看護に関する一定の教育を受けた看護師の専従配置を求める。
相談支援		<ul style="list-style-type: none"> ・相談員のうち少なくとも2名が国立がん研究センターの「相談支援センターの相談員研修・基礎研修」(1)～(3)を修了していることを求める。 ・「就労相談」、「患者活動の支援」、「相談支援センターの広報・周知活動/地域連携の強化」、「相談員教育と支援サービス向上に向けた取り組み」を追加。
がん登録		<ul style="list-style-type: none"> ・登録実務者には、常勤かつ専従を求める。

地域がん診療病院の要件案概要

		要件
集学的治療	がんセンター	がんセンターを設置し、定期的に開催。
	手術療法	・提供が困難である手術や術中迅速病理診断が必要な手術についてはグループとなる拠点病院と連携し提供できる体制を確保。 ・当該体制は遠隔病理診断でも可とする。
	化学療法	・グループとなる拠点病院との連携のもとレジメンを審査し、標準的な化学療法を施行できる体制を確保。
	放射線治療	設備や人材配置の点から自施設で放射線治療の提供が困難である場合にはグループ指定となる拠点病院と連携することにより放射線治療を提供できる体制を確保。
	緩和ケア	・ がん診療連携拠点病院と同等の緩和ケアの提供を求める。
診療実績	当該2次医療圏のがん患者をどの程度診療しているかを目安とし、指定に当たり個別に判断。	
医療施設	・ 外来化学療法室 、集中治療室(※)、白血病を専門とする分野に掲げる場合は無菌病室、がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場(※)に加え、下記の要件を求める。 (※)必須ではない。 ・放射線治療を行う場合には、放射線治療機器を設置すること。 ・術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である 病理診断室の設置 を求める。	
医師	手術療法	医師の配置を求める。
	放射線治療	放射線治療を行う場合には、専従の医師の配置を求める。
	化学療法	常勤かつ原則専任の医師の配置を求める。
	病理診断	専任の医師を配置することが望ましい。
医師以外の従事者	診療放射線技師	放射線治療を行う場合は、専従かつ常勤の診療放射線技師の配置を求める。
	放射線治療に携わる看護師	放射線治療を行う場合は、放射線治療室に専任の常勤看護師を1人以上配置することが望ましい。
	化学療法に携わる看護師	外来化学療法室に専任かつ常勤の看護師の配置を求める。
	化学療法に携わる薬剤師	専任かつ常勤の薬剤師を1人以上配置することが望ましい。
	細胞診断	細胞診断に係る業務に携わる者の配置を求める。
	相談支援	国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置すること
	院内がん登録	国立がん研究センターによる研修を受講した専従かつ常勤の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置。

特定領域がん診療病院の要件案概要

- ① 特定のがん種について、当該都道府県内の多くの患者を診療し、所属する都道府県が推薦。
- ② 診療機能や人材配置等については拠点病院の要件を課すこととする。ただし、がん種に応じて治療法が異なるため、指定にあたっては個別に判断することとする。
- ③ 圏域を超えて都道府県内全体での実績が求められることから、患者の状態（緊急性や合併症の有無）により、拠点病院等と連携した適切ながん医療の提供を求める。
- ④ 特定領域における高い診療技術や知識を共有する観点から、拠点病院等との人材交流、技術提携、合同のカンファレンス、相談支援センター間の情報共有等を行うことが望ましい。

拠点病院単独でがん医療を完結するのではなく、一定の要件を満たす「地域がん診療病院」と「特定領域がん診療病院」を指定し、拠点病院との役割分担や連携を進めることにより、がん医療のさらなる均てん化と特定の領域における診療機能の集約化の推進が期待される。

参考

がん診療提供体制に関するWG報告書の概要（機能・実績・施設）

集学的治療

診療機能	地域がん診療連携拠点病院 (現行の要件)	地域がん診療連携拠点病院(案)	地域がん診療病院(新設)
<p>がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、がん診療連携拠点病院に設置し、定期的に開催すること。</p>	<p>・がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、がん診療連携拠点病院に設置し、定期的に開催すること。</p>	<p>・その実施主体を明らかにし、月1回以上の開催を求め、構成員には放射線診断、放射線治療及び病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の参加を必須化する。</p>	<p>・現行の拠点病院に求められるがん診療連携拠点病院に設置し、定期的に開催すること。構成員は必要に応じグループ指定の拠点病院との連携により確保する。</p>
<p>新 手術療法</p>	<p>ア 急変時等の緊急時に外来化学療法室において化学療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保すること。 イ 化学療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、がん診療連携拠点病院と連携協力すること。</p>	<p>新 必要な手術については術中迅速病理診断が可能な体制を確保すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。</p>	<p>・提供が困難である手術や術中迅速病理診断が必要な手術についてはグループ指定の拠点病院と連携し提供できる体制を確保することを求める。当該体制は遠隔病理診断でも可とする。</p>
<p>化学療法</p>	<p>ア 急変時等の緊急時に外来化学療法室において化学療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保すること。 イ 化学療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、がん診療連携拠点病院と連携協力すること。</p>	<p>・現行の要件に加え、グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な化学療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援する体制を確保することを求める。</p>	<p>・現行の拠点病院の要件アを求める ・グループとなる拠点病院との連携のもとレジメンを審査し、標準的な化学療法を施行できる体制を確保することを求める。</p>
<p>新 放射線治療</p>	<p>・年間入院がん患者数が1200人以上であることが望ましい。</p>	<p>新 高度な技術と設備等による放射線治療を必要とする患者を当該設備を有する施設との連携により提供できることを求める。 ・放射線治療装置から出力される線量の適切な管理を求める。</p>	<p>・設備や人材配置の点から自施設で放射線治療の提供が困難である場合にはグループ指定となる拠点病院と連携することにより放射線治療を提供できる体制を確保することを求める。</p>
<p>診療実績</p>	<p>・年間入院がん患者数が1200人以上であることが望ましい。</p>	<p>下記1または2を満たすことが望ましい。</p> <p>1. 絶対数での評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 院内がん登録数 500件以上 悪性腫瘍の手術件数の総数 400件以上 がんに係る化学療法のべ患者数 1000人以上 放射線治療のべ患者数 200人以上 <p>以上の数値をそれぞれ満たすことが望ましい。</p> <p>2. 相対的な評価</p> <p>患者数が少ない地域の2次医療圏において、当該2次医療圏、場合によっては隣接する医療圏に居住するがん患者をどの程度診療しているかを目安とし、実績を考慮する。</p>	<p>・当該2次医療圏のがん患者をどの程度診療しているかを目安とし、指定に当たり個別に判断することとする。</p>
<p>医療施設</p>	<p>ア 放射線治療機器を設置すること。 イ 外来化学療法室を設置すること ウ 集中治療室を設置することが望ましい。 エ 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室を設置すること。 オ がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けることが望ましい。</p>	<p>現行の要件から下記のように要件を厳格化、追加する。</p> <p>ウ <u>原則として</u>集中治療室を設置することとする。</p> <p>新 術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室の設置を求める。</p>	<p>現行の要件イ～オに加え、下記の要件を求める。</p> <p>ア 放射線治療を行う場合には、放射線治療機器を設置すること。</p> <p>術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室の設置を求める。</p>

参考

がん診療提供体制に関するWG報告書の概要（診療従事者）

診療従事者 各々専門的な知識及び技能を有する者		地域がん診療連携拠点病院 (現行の要件)	地域がん診療連携拠点病院(案)	地域がん診療病院(新設)
医師	新 手術療法		新 ・常勤の医師の配置を求める。	・医師の配置を求める。
	放射線治療	・専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。	・専任から専従へ厳格化。	・放射線治療を行う場合には、専従の医師の配置を求める。
	新 放射線診断		新 ・専任の医師の配置を求め、原則として常勤とする。	
	化学療法	・専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であることが望ましい。	・常勤を必須とし、原則として専従を求める。	・常勤かつ原則専任の医師の配置を求める。
	病理診断	・専従の病理診断に携わる医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。	・常勤を必須とし、専任とする。 当該医師は専従であることが望ましいとする。	・専任の医師を配置することが望ましいとする。
医師以外の従事者	診療放射線技師	・専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師を1人以上配置すること。	・現行の要件に加え、以下を追記する。 当該技師は放射線治療専門放射線技師であることが望ましい。	・放射線治療を行う場合は、専従かつ常勤の診療放射線技師の配置を求め、当該技師は放射線治療専門放射線技師であることが望ましいとする。
	放射線治療に携わる技術者	・専任の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる常勤の技術者等を1人以上配置すること。	・現行の要件に加え、以下を追記する。 当該技術者は医学物理士であることが望ましい。	
	新 放射線治療に携わる看護師		新 ・放射線治療室に専任の常勤看護師を1人以上配置すること。	・放射線治療を行う場合は、放射線治療室に専任の常勤看護師を1人以上配置することが望ましいとする。
	化学療法に携わる看護師	・外来化学療法室に専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。当該看護師は専従であることが望ましい。	・原則として専従を求め、以下を追記する。 当該看護師はがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師であることが望ましい。	・外来化学療法室に専任かつ常勤の看護師の配置を求め、専従であることが望ましいとし、当該看護師はがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師であることが望ましいとする。
	化学療法に携わる薬剤師	・専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置すること。	・現行の要件に加え、以下を追記する。 当該薬剤師はがん薬物療法認定薬剤師、またはがん専門薬剤師であることが望ましい。	・専任かつ常勤の薬剤師を1人以上配置することが望ましいとする。
	細胞診断	・細胞診断に係る業務に携わる者を1人以上配置することが望ましい。	・専任かつ配置することを求め、以下を追記する。 当該者は細胞検査士であることが望ましい。	・細胞診断に係る業務に携わる者の配置を求め、当該者は細胞検査士であることが望ましいとする。

参考

がん診療提供体制に関するWG報告書案の概要（相談支援等）

相談支援	地域がん診療連携拠点病院 (現行の要件)	地域がん診療連携拠点病院(案)	地域がん診療病院(新設)
<p>名称</p> <p>新</p>		<p>新・病院固有の名称との併記を認めた上で、「がん相談支援センター」との表記を求める。</p>	<p>・病院固有の名称との併記を認めた上で、「がん相談支援センター」との表記を求める。</p>
<p>相談員</p>	<p>・国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置すること。</p>	<p>・現行の要件に相談員のうち少なくとも2名が国立がん研究センターの「相談支援センターの相談員研修・基礎研修」(1)～(3)を修了していることを求めることを追加。</p>	<p>・拠点病院の現行要件と同様。</p>
<p>業務</p>	<p>ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供</p> <p>イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供</p> <p>ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介</p> <p>エ がん患者の療養上の相談</p> <p>オ 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供</p> <p>カ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談</p> <p>キ HTLV-1関連疾患であるATLに関する医療相談</p> <p>ク その他相談支援に関すること</p>	<p>・エ「がん患者の療養上の相談」の内容の具体例として、就労に関する相談を追加。</p> <p>・また、以下を追加</p> <p>①患者活動の支援(患者会への支援、患者サロン、ピアサポートなど)</p> <p>②相談支援センターの広報・周知活動/地域連携の強化</p> <p>③相談員教育と支援サービス向上に向けた取り組み</p> <p>※業務内容については相談支援センターと別部門で実施されることもあることから、その場合は明示すること。</p>	<p>・グループ指定の拠点病院や都道府県拠点病院と役割分担・連携の下業務を行うこと。</p>
<p>院内がん登録</p> <p>登録実務者</p>	<p>・国立がん研究センターによる研修を受講した専任の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置すること。</p>	<p>・常勤かつ専従を求める。</p>	<p>・新しい拠点病院の要件と同様。</p>
<p>その他</p> <p>情報の可視化等</p>		<p>新・自施設で提供するがん種別の医療の情報を病院ホームページ等でわかりやすく公表することを求める。</p> <p>新・地域がん診療病院とグループ指定される場合は、連携先の地域がん診療病院名、連携内容、連携実績等も病院ホームページ等でわかりやすく公表することを求める。</p> <p>新・拠点病院と自治体指定のがん診療施設等との区別を容易にするため、例えば看板の形状や同一のマークの掲示等を求める。</p>	<p>・自施設で提供可能な医療及び自施設で提供困難であるものの拠点病院との連携により提供される医療についてわかりやすく明示することを求める。</p>

③小児がん拠点病院の整備

小児がん拠点病院の整備の背景

・日本においてがんは小児の病死原因の第1位。小児がん患者は治療後の経過が成人に比べて長いことに加えて、晩期合併症や、患者の発育・教育に関する問題等、成人のがん患者とは異なる問題を抱えている。

・小児がんの年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され(※)、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。 ※平成23年8月25日がん対策推進協議会小児がん専門委員会「今後の小児がん対策のあり方について 参考資料」

・平成24年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」で、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの全国の中核的な機関の整備を開始することが目標に定められた。

・小児がん拠点病院等について「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」で検討し、検討結果を踏まえ、拠点病院の要件等を定める「小児がん拠点病院の整備について」（平成24年9月7日健康局長通知）を策定した。

(参考) <子どもの年齢階級別死因順位(カッコは死亡率(人口10万対))>

	1-4歳	5-9歳	10-14歳
1位	先天奇形、変形及び染色体異常(4.3)	不慮の事故(1.9)	悪性新生物(1.9)
2位	不慮の事故(2.9)	悪性新生物(1.6)	不慮の事故(1.6)
3位	悪性新生物(2.4)	先天奇形、変形及び染色体異常(0.7)	自殺(1.3)

小児がん拠点病院の指定

小児がん拠点病院の指定:

「小児がん拠点病院の指定に関する検討会」の議論の結果を踏まえ、**小児がんの診療機能を集約化**するため、平成25年2月に、**応募のあった37医療機関から、厚生労働大臣が以下15医療機関を小児がん拠点病院として指定。**

ブロック	都道府県名	医療機関名	ブロック	都道府県名	医療機関名
北海道	北海道	北海道大学病院	近畿	京都	京都大学医学部附属病院
東北	宮城	東北大学病院		京都	京都府立医科大学附属病院
関東	埼玉	埼玉県立小児医療センター		大阪	大阪府立母子保健総合医療センター
	東京	国立成育医療研究センター		大阪	大阪市立総合医療センター
	東京	東京都立小児総合医療センター	兵庫	兵庫県立こども病院	
東海・北陸・信越	神奈川	神奈川県立こども医療センター	中国・四国	広島	広島大学病院
	愛知	名古屋大学医学部附属病院	九州	福岡	九州大学病院
	三重	三重大学医学部附属病院			

小児がん拠点病院の今後の予定:

各小児がん拠点病院は、地域の小児がん医療提供体制に関する計画を平成25年8月に厚生労働省に提出。平成26年2-3月目途に、その進捗状況等を把握するための検討会を開催する予定。また、小児がんの全国の中核的な機関も平成25年度中に整備する予定。

小児がん拠点病院の要件概要

(1) 拠点病院の役割

地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、地域全体の小児がん医療及び支援の質の向上に資すること、地域医療機関との連携、長期フォローアップの体制整備等の役割を担う。

(2) 拠点病院の要件

- ① 診療機能（集学的治療の提供、カンサーボードの開催、**長期フォローアップ体制(※1)**、緩和ケアチームの整備、地域医療機関との連携、セカンドオピニオンの実施等）
- ② 診療従事者（放射線治療医師・診療放射線技師・薬剤師・認定看護師等の配置等）
- ③ 医療施設（放射線治療機器の設置、集中治療室の設置※等）
- ④ 診療実績（**造血器腫瘍年間10例程度以上、固形腫瘍年間10例程度以上（うち脳・脊髄腫瘍が2例程度以上）**）
- ⑤ **日本小児血液・がん学会の「研修施設」及び日本小児外科学会の「認定施設」であること。**
- ⑥ 相談支援センターの設置
- ⑦ 院内がん登録の実施
- ⑧ **臨床研究（臨床研究専門部署の設置※2、CRCの配置※2等）**
- ⑨ **療育環境の整備（保育士の配置、教育支援、プレイルームの整備、長期滞在施設の整備等(※3)）**

※1 小児がん患者の場合、成長期の治療により、治癒後も発達障害、内分泌障害、二次がん等の晩期合併症の問題があり、治療後も、長期フォローアップ外来等で健康管理、晩期合併症の予防、早期発見、早期治療が必要とされている。

※2 必須要件ではない。

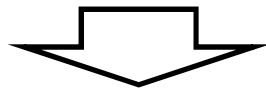
※3 患者の療育及び教育等に関して必要な環境整備として、(1)保育士を配置していること、(2)病弱の特別支援学校又は小中学校の病弱・身体虚弱の特別支援学級による教育支援（特別支援学校による訪問教育を含む。）が行われていること、(3)退院時の復園及び復学支援が行われていること、(4)子どもの発達段階に応じた遊戯室等を設置していること、(5)家族等が利用できる長期滞在施設又はこれに準じる施設が整備されていること、(6)家族等の希望により、24時間面会又は患者の付き添いができる体制を構築していること等が要件となっている。

小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、がん診療連携拠点病院の要件を基本に、小児がん医療の診療実績と必要な機能・体制（長期フォローアップ体制、臨床研究、療育環境等）を追加した要件を策定。

がん診療提供体制に関する課題と論点

【課題】

- がん診療連携拠点病院は、がん医療の均てん化を図るため、2次医療圏に原則1つ整備することを目指し、平成14年から整備を開始した。現在、その数は397であるが、拠点病院の無い2次医療圏は減少傾向であるもの下げ止まっていることや(現在107医療圏)、拠点病院間に大きな診療実績等の格差が存在しているなどの課題がある。
- これらの課題の解決のため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」では、拠点病院の要件を厳格化するとともに、拠点病院のない2次医療圏でもがん医療の均てん化(特に高度な技術を要さない手術、化学療法、緩和ケア、相談支援等)を進めるため、「地域がん診療病院」を整備すること、さらに、特定のがん種について、拠点病院よりも高度な診療機能を有する医療機関を「特定領域がん診療病院」として指定する方向性がとりまとめられた。
- 今後、報告書をもとに指針を改正し、平成26年度早期に新制度を運用する予定としている。
- また、小児の病死原因の第1位はがんであり、年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、診療機能が拡散し、小児がん患者が適切な医療を受けられていないことが懸念される。
- このため、小児がんにかかる診療機能を一定程度集約化するため、平成25年2月に全国15カ所の「小児がん拠点病院」が指定された。



【論点】

- がん医療のさらなる均てん化と特定の領域における高度な診療機能を有する医療機関の評価のため、今後整備が予定されている「地域がん診療病院」と「特定領域がん診療病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。
- 小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、がん診療連携拠点病院の要件に加えて、小児がん医療に必要な診療機能を備えた「小児がん拠点病院」についても、その体制を評価することについてどのように考えるか。

本日の内容

1. がん

イ. がん対策について

ロ. 平成24年改定の概要(技術を除く)

ハ. がん診療提供体制について

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

②がん診療連携拠点病院の見直し

③小児がん拠点病院の整備

ニ. がん患者に対する管理指導

①がん患者に対する支援について

②看護師による継続的な介入の効果

③薬剤師による継続的な介入の効果

ホ. 外来化学療法の対象薬剤等について

2. 在宅自己注射

3. たばこ対策

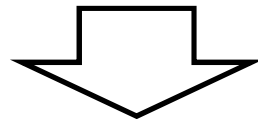
①若年層(20代)のニコチン依存症治療

②入院中に開始するニコチン依存症治療

がん患者に対する管理指導に関する課題と論点

【課題】

- がん患者は身体的な苦痛、精神的苦痛、将来への不安等多様な悩みを抱えている。
- 治療方法の説明等に関しては、「がん患者カウンセリング料」を患者1人につき原則1回算定できるが、専門的な知識を持つ医療従事者による継続した介入は評価されていない。
- 看護師の継続的な介入により、不安やうつ症状の改善・医師の負担軽減・在宅での看取りにつながる事が期待されるほか、薬剤師の抗がん剤管理により、副作用の予防・改善やコンプライアンスの向上につながる事が期待される。
- また、抗がん剤の管理指導に関しては、「薬剤管理指導料」「外来化学療法加算」等で評価されているが、「薬剤管理指導料」は外来患者が対象とならない、「外来化学療法加算」は経口抗がん剤が対象とならないなどの問題があり、がん患者の診療場所、抗がん剤の投与経路によって算定できる報酬が異なっている。



【論点】

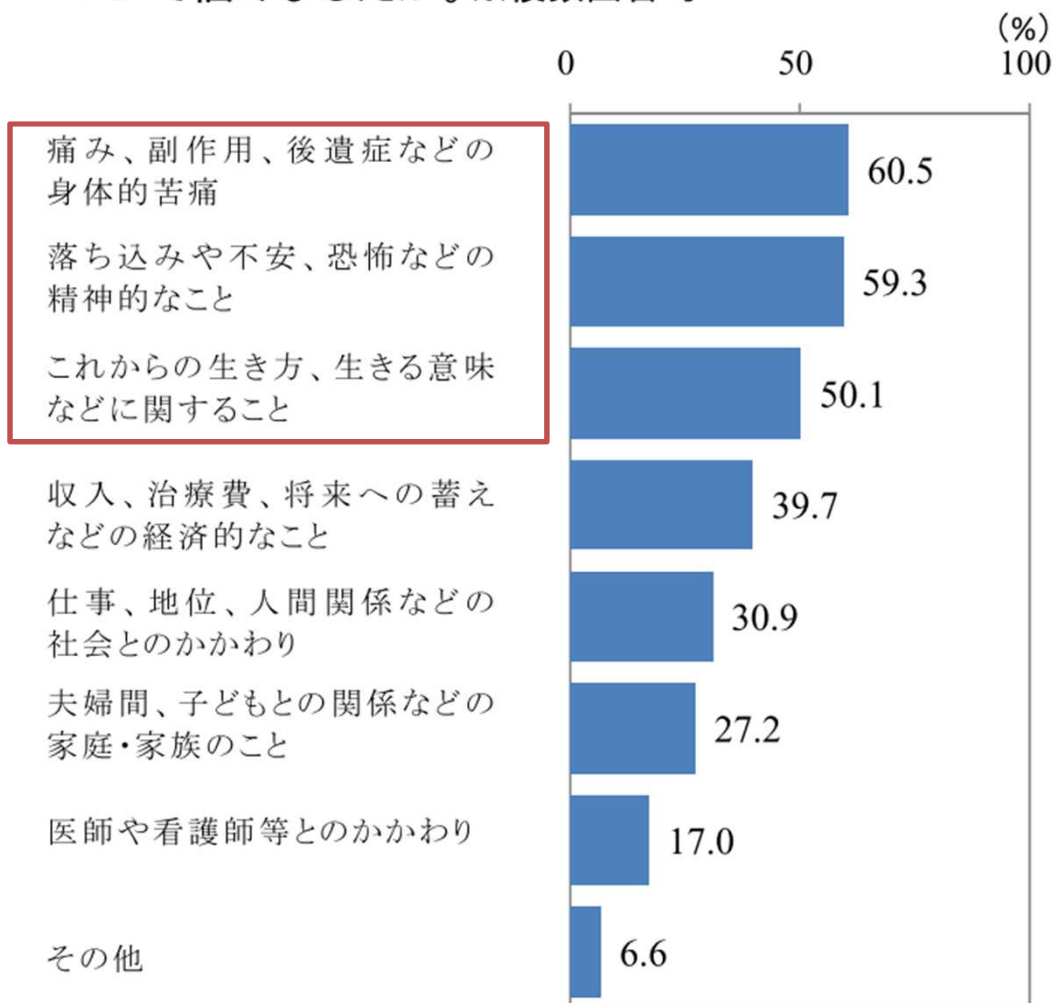
- 医師による診断結果や治療方法の説明のあと、患者の状態に応じ、患者の同意を得た上で、医師または、医師の指示のもと 医師と連携して、がん医療について一定の経験と専門的な知識を持つ看護師や薬剤師が、継続して指導管理を行うことについてどのように考えるか。

①がん患者に対する支援について

がん患者の抱える不安

がん患者は身体的苦痛、精神的苦痛、将来への不安等多様な悩みを抱えている

がんの診断や治療を通して、どのようなことについて悩みましたか。※複数回答可



特定非営利活動法人 日本医療政策機構
がん患者意識調査2010年

調査対象：がん関連の患者団体に所属しているがん患者・経験者とその家族・遺族
調査方法：郵送調査、インターネット調査
調査期間：2010年 11月 4日～12月 20日
有効回答数：1,446件 [内訳] 郵送：1,286件(89%)、ウェブ：160件(11%)
http://ganseisaku.net/pdf/inquest/110513_press.pdf

治療方法の説明・副作用等に関する管理指導

治療方法等の説明



がん患者カウンセリング料
500点(患者1人1回まで)

※医師と看護師が診断結果や治療方法等について患者に説明及び相談を行った場合。

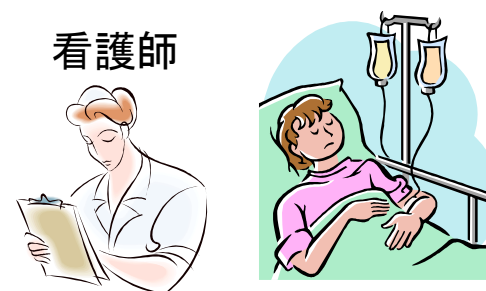
入院

外来



薬剤管理指導料2
380点(週1回月4回まで)

※薬剤師が実施することとされている。



外来化学療法加算(注射薬限定)
350点~780点(1日につき)

※外来化学療法にかかる専用室において、
抗がん剤等が投与された場合。

がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

- がん患者カウンセリング料は、がんと診断された患者に対して1回に限り算定することとされているが、継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

(改) がん患者カウンセリング料 500点

[算定要件]

がんと診断された患者に対して、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。さらに、地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関に転院した場合は転院先の医療機関(がん治療連携指導料を算定した場合に限る)においても患者1人につき1回に限り算定できる。

薬剤管理指導料

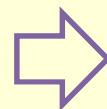
	薬剤管理指導料1	薬剤管理指導料2	薬剤管理指導料3
評価内容	入院患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。(当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合)		
評価の趣旨	救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合	特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合	1及び2の患者以外の患者に対して行う場合
施設基準	<p>薬剤師を配置していること。</p> <p>医薬品情報の収集・伝達を行うための専用施設を有していること。</p> <p>入院患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること。</p>		
対象患者	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料等を算定している患者	抗悪性腫瘍剤 、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン剤等が投薬又は注射されている患者	1及び2の患者以外
点数	430点	380点	325点

化学療法について

- 外来化学療法加算の見直し(薬剤のリスクに応じた評価体系の見直し)
 がんに対する化学療法は、投与経路や管理の必要性が多様化している。また、抗リウマチ薬等の分子標的治療薬についても化学療法と同様の管理が必要な場合もあることから、薬剤のリスクや管理体制に応じた評価体系に見直し、手厚い体制や設備が必要な場合はより重点的に評価を行う。

【現行】

外来化学療法加算	
イ 外来化学療法加算1	550点
15歳未満の患者に対して行った場合	750点
ロ 外来化学療法加算2	420点
15歳未満の患者に対して行った場合	700点



【改定後】

外来化学療法加算	
1 外来化学療法加算1	
イ 外来化学療法加算A	
(1) 15歳未満	780点
(2) 15歳以上	580点
ロ 外来化学療法加算B	
(1) 15歳未満	630点
(2) 15歳以上	430点
2 外来化学療法加算2	
イ 外来化学療法加算A	
(1) 15歳未満	700点
(2) 15歳以上	450点
ロ 外来化学療法加算B	
(1) 15歳未満	600点
(2) 15歳以上	350点

[外来化学療法加算Aの対象]

薬剤: 添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」に、

「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」
 又は「infusion reaction又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的治療薬

投与経路: 静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など。

(G000(皮内、皮下、筋肉内注射)を除く。)

(参考) 全身的な疾患を有する者への対応について 周術期等で口腔機能管理が必要な患者

平成24年度歯科診療報酬改定におけるチーム医療の促進の評価(重点課題)

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価
(術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的)

(新) 周術期口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

(新) 周術期口腔機能管理料(Ⅰ) 190点

【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

(新) 周術期口腔機能管理料(Ⅱ) 300点

【入院中の口腔機能の管理を評価】

(新) 周術期口腔機能管理料(Ⅲ) 190点

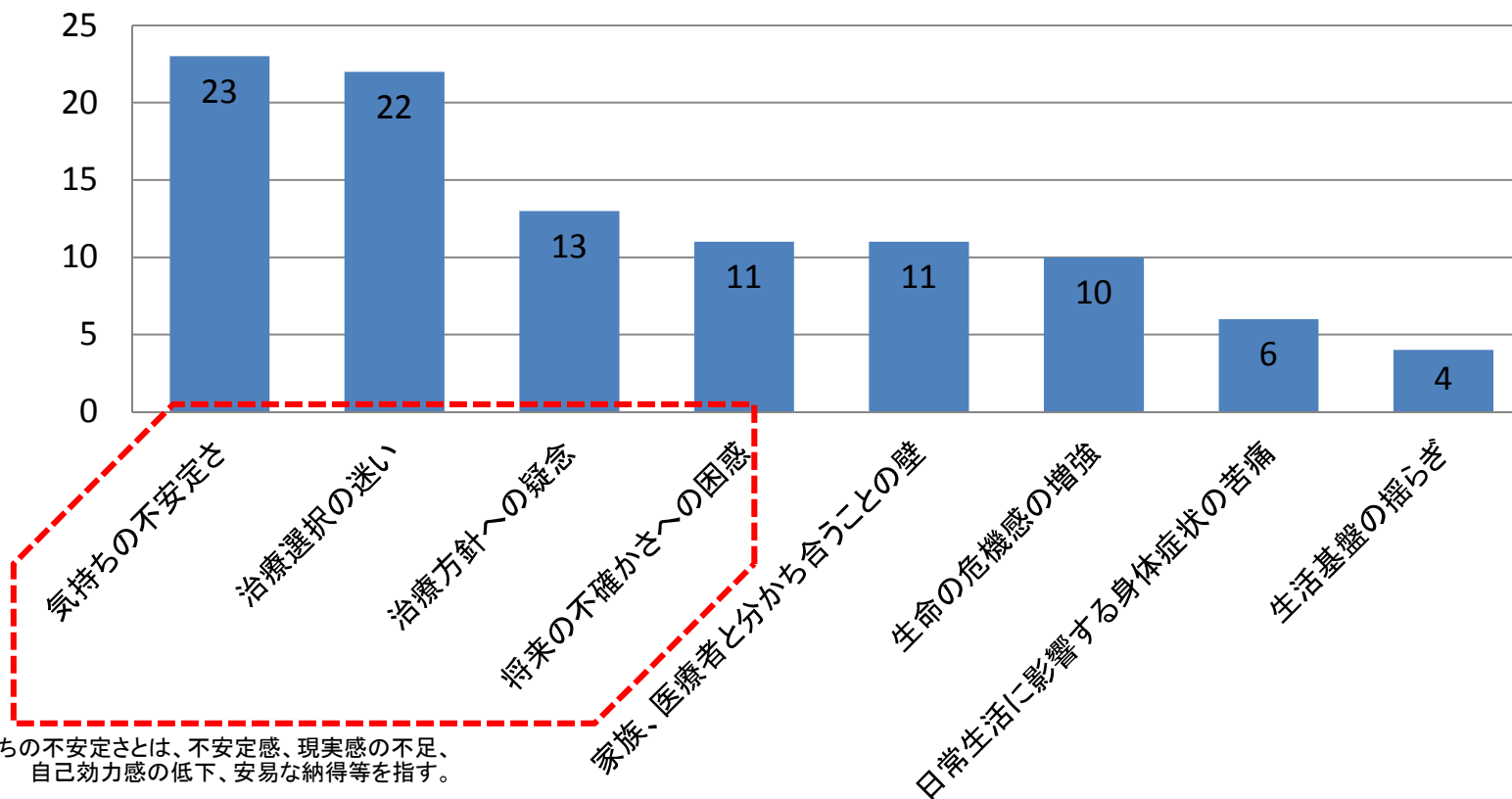
【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

(新) 周術期専門的口腔衛生処置 80点

診断結果・治療方針について説明を受けたあとの患者の状況について

S病院における2012年9月～2013年9月にがん患者カウンセリングを実施した64名のうち、カウンセリング後のアセスメントで「心配あり」と判断された53名の不安の内容の分析(複数該当あり)



カウンセリング後も気持ちの不安定、治療選択の迷い、治療方針への疑念、将来への不安等を抱える者が多く、継続的な支援が必要。

出典:小松浩子、梅田恵「厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業) QOLの向上をめざしたがん治療法の開発研究」(主任研究者:江角浩安)分担研究報告書「がん看護カウンセリングの有効性に係る研究」

医師から受けた説明に対する疑問や意見

(単位: %)

	十分に伝えられた	十分には伝えられなかった			疑問や意見は特になかった	無回答	
		質問しにくい雰囲気だった	的外れな疑問や意見のよう気がした	その他の理由			
外来	68.7	13.5	5.6	4.0	3.9	13.2	4.7
入院	62.8	16.2	5.8	4.3	6.1	15.6	5.4

注: 1)「医師から説明を受けた」者を100とした割合である。
2) 岩手県、宮城県及び福島県を除いた数値である。

出典: 厚生労働省平成23年受療行動調査

医師から受けた説明に対する疑問や意見を医師に「十分には伝えられなかった」者は外来で13.5%、入院で16.2%となっている。

拠点病院の相談支援センターの業務等

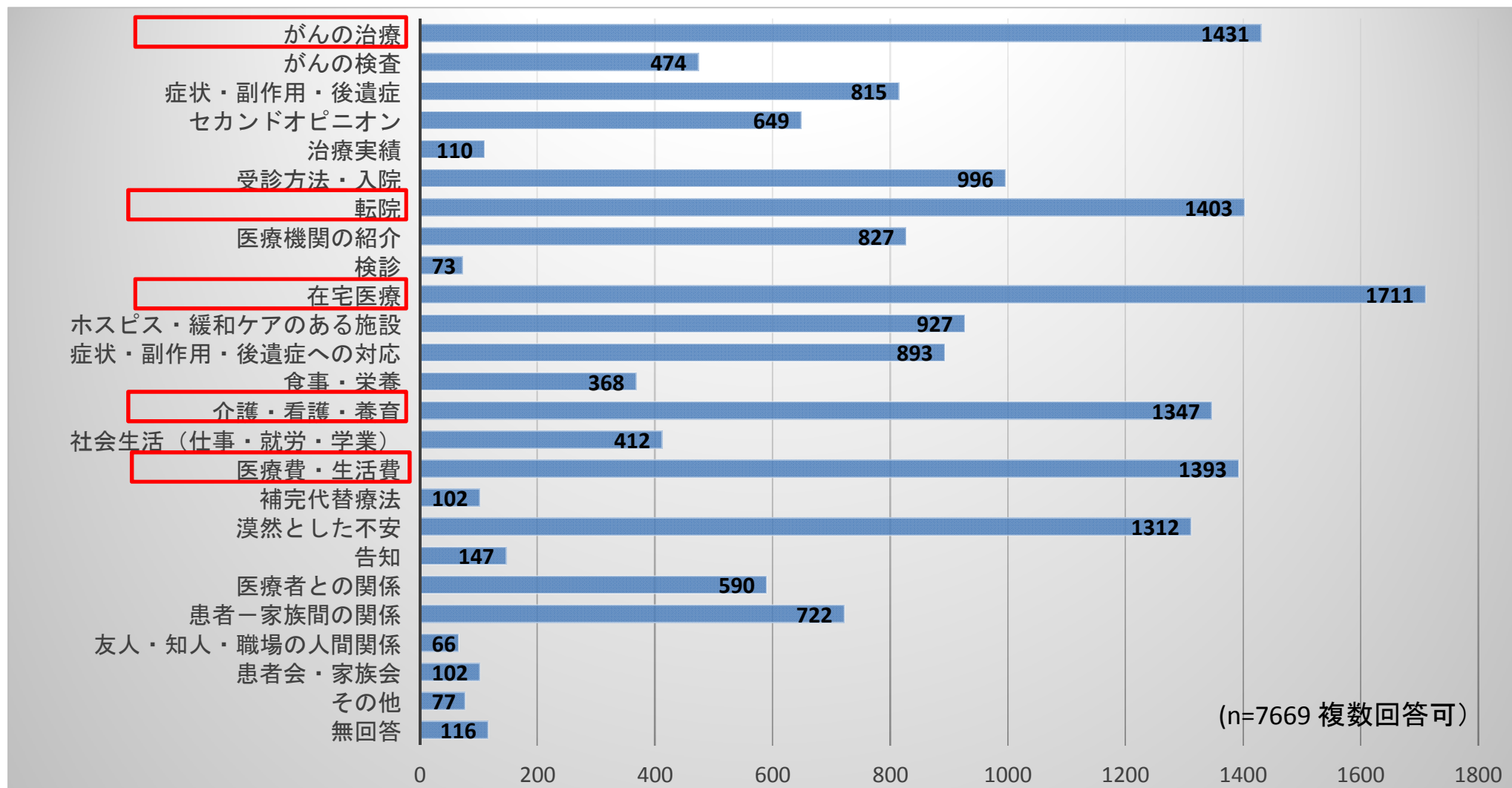
がん診療連携拠点病院では、相談支援センターを設置することが要件となっており、国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置することの他、次に掲げる業務を行うこととされている。

(「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」(健発第0301001号 平成20年3月1日厚生労働省健康局長通知))

＜相談支援センターの業務＞

- ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供
- イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供
- ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- エ がん患者の療養上の相談
- オ 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供
- カ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談
- キ HTLV-1関連疾患であるATLに関する医療相談
- ク その他相談支援に関すること

拠点病院の相談支援センターにおける相談内容



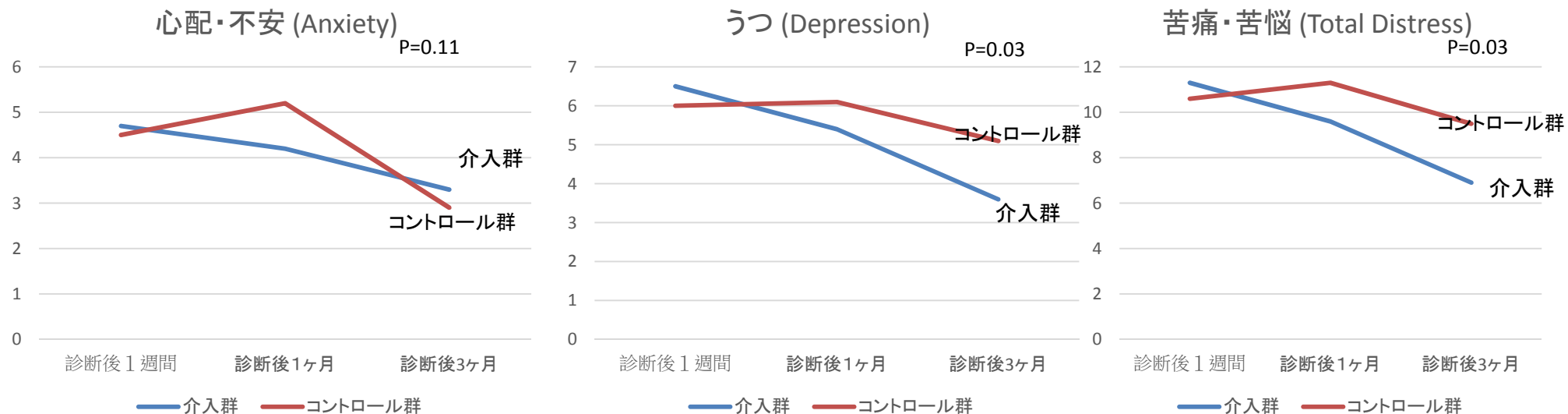
相談支援センターは、がんに関する一般的な情報提供・地域の医療機関情報の提供等、幅広い相談への対応を想定しており、専門的な知識を持つ医療従事者による継続的な介入は想定されていない。

②看護師による継続的な介入の効果

～看護師による継続的な介入の効果①～

看護師によるカウンセリングにより、うつ症状や苦痛・苦悩が改善することが期待される。

デザイン	がん患者(胃・大腸・乳)89名に対するランダム化比較試験(介入群42名、対照群47名)
介入	がん検診センターで医師よりがんの告知を受けた者に、コミュニケーションスキルトレーニングを受けた看護師の支援を診断日、診断から1週間後、1か月後に提供
指標	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)(※) 等を用いて、診断から1週間後、1か月後、3か月後に評価 ※HADSとは、心配・不安を評価する7項目とうつを評価する7項目の合計14の項目からなる指標。 それぞれの項目は0-3で評価され、「心配・不安」と「うつ」それぞれ0-21点の間で評価される。

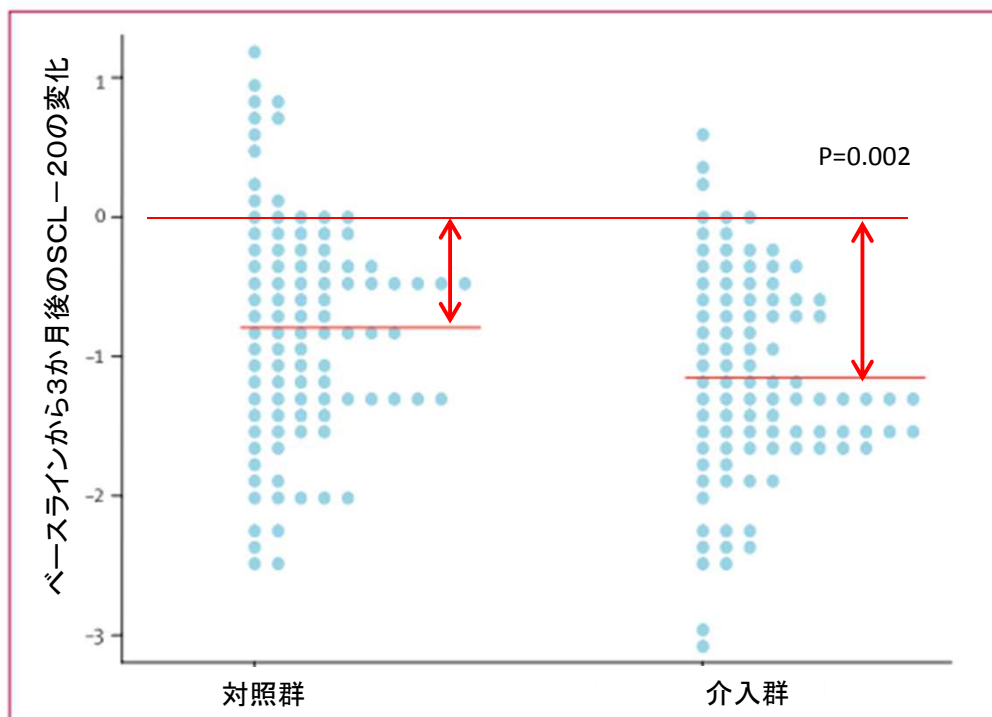


Fukui, S et al (2008). A Randomized Study Assessing the Efficacy of Communication Skill Training on Patients' Psychologic Distress and Coping Nurses' Communication with Patients Just After Being Diagnosed with Cancer. Cancer . 2008 Sep 15; 113(6):1462-70

～看護師による継続的な介入の効果②～

看護師による継続的な介入により、うつ症状が改善することが期待される。

デザイン	6ヶ月以上生存すると見込まれるうつ病のがん患者200名に対するランダム化比較試験(介入群101名、対照群99名)	
介入	トレーニングを受けた看護師による最大10回(1回あたり45分)の支援を3ヶ月にわたって実施。	
指標	SCL (Symptom Checklist) -20スコア(※)	※SCL-20とは20項目からなる精神症状を分析するツール。20の質問項目に0から4の点数で患者が回答し、その平均値をSCL-20スコアと呼ぶ。一般的に1.5以上はうつ病と判断される。

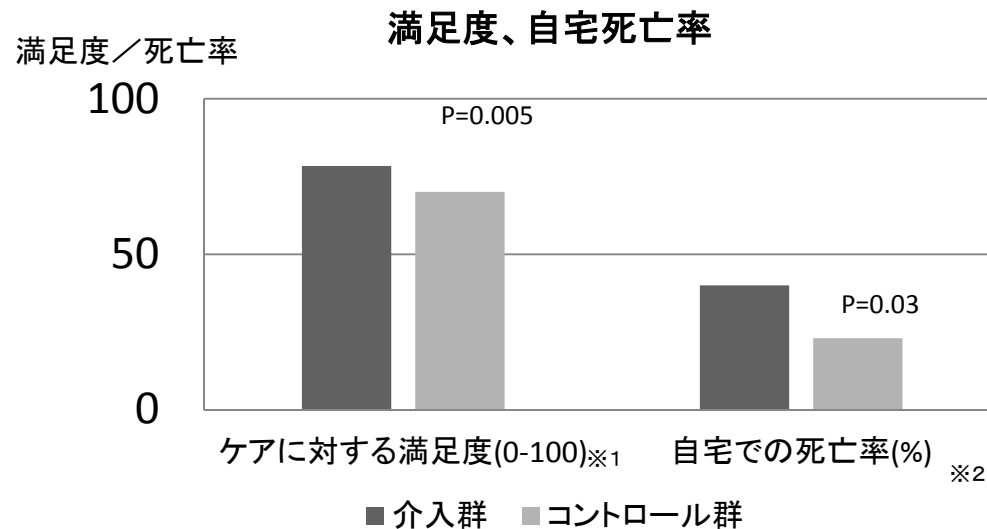
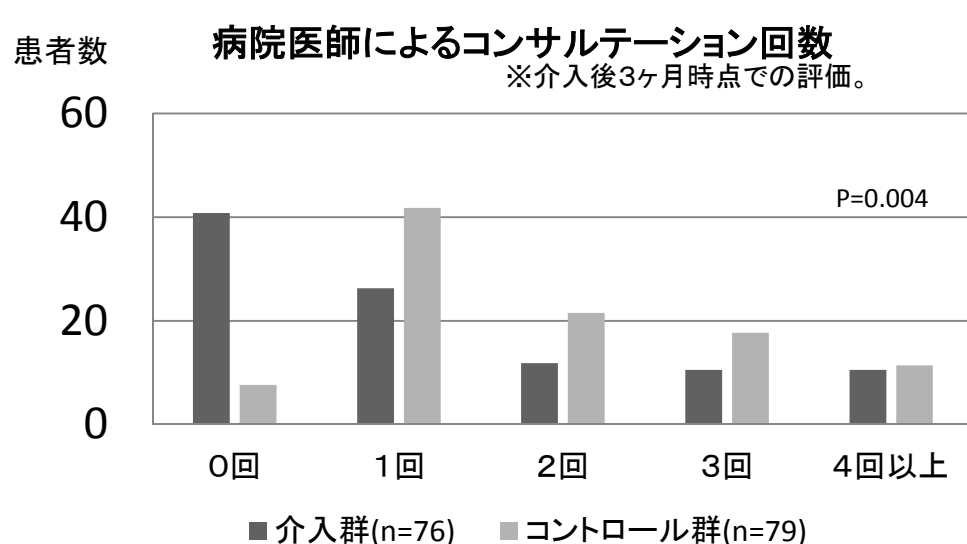


ベースラインから3か月後のSCL-20スコアを調べると、介入群の方が下げ幅が大きい。

～看護師による継続的な介入の効果③～

看護師による介入により、医師の負担軽減や在宅看取りの推進にもつながることが期待される。

デザイン	初期治療を終え3ヶ月以上生存すると見込まれる肺がん患者203名に対するランダム化比較試験(介入群100名、対照群103名)	
介入	看護師によるフォローアップを1年間実施 (内容: 月から金曜日まで看護師へ連絡可能、電話または面接による4週間毎のアセスメント、看護師外来の開設(毎週)、プライマリケアチーム等との連絡 等)	
指標	EORTC's quality of life care core questionnaire (※) その他患者満足度、死亡場所、医療サービスの使用状況	※がん患者のQOLを評価するため、EORTC (欧州がん研究治療機構)が開発したツール。



※1 介入後3ヶ月時点での評価。介入群(n=75)、コントロール群(n=71)
 ※2 研究期間中に死亡した患者 介入群72名、コントロール群62名

③薬剤師による継続的な介入の効果

薬剤管理指導料2と外来化学療法加算(概要)

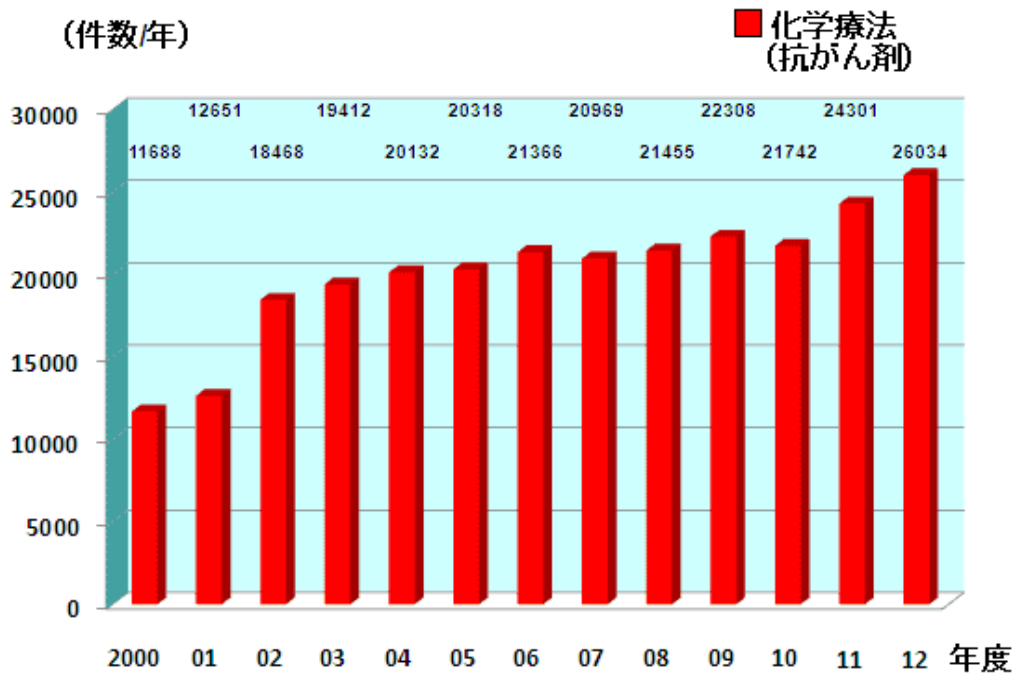
	薬剤管理指導料2 (抗がん剤使用している場合)	外来化学療法加算	(参考) 抗悪性腫瘍剤 処方管理加算
評価内容	入院患者に対し、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。(当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て、管理指導を行った場合)	外来患者に対して抗悪性腫瘍剤等について文書で説明し、同意を得た上で、外来化学療法にかかる専用室において、投与した場合に算定。	抗悪性腫瘍剤の投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他留意点等を文書にて説明し、適正使用及び副作用管理に基づく処方を行った場合
主な施設基準	薬剤師を配置。 医薬品情報管理室を有していること 等。	<ul style="list-style-type: none"> ・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を保有していること。 ・常勤看護師が常時当該治療室に勤務していること。 (外来化学療法加算1は化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師) ・常勤薬剤師が勤務していること 等。 (外来化学療法加算1は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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・200床以上の病院 ・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師の配置
点数	380点(週1回に限り算定)	350点～780点(患者の年齢、抗がん剤の種類、施設基準により点数が異なる。)	70点(処方料、処方せん料に対する加算)
	入院 ○ 外来 ×	注射薬 ○ 経口のみ ×	

診療場所、抗がん剤の投与経路によって受けられるサービスが異なり、経口抗がん剤のみの治療を受けている外来患者に対する管理指導の診療報酬上の評価はない。

抗がん剤治療の傾向

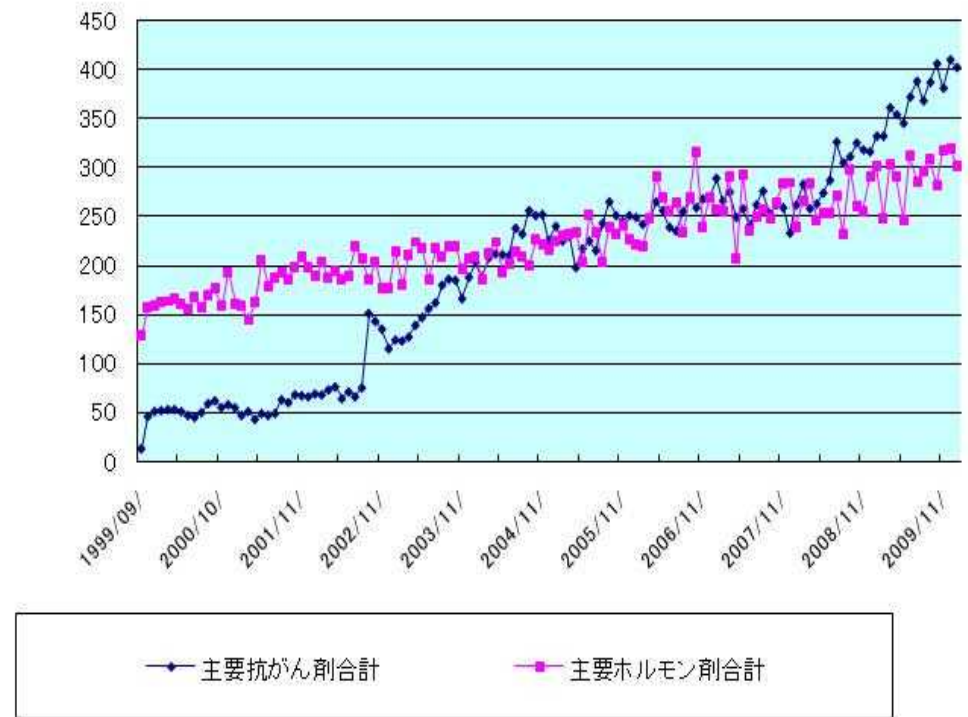
外来化学療法の数が増加傾向。

外来抗がん剤治療件数の推移



出典：国立がん研究センター中央病院独自調査

経口抗がん剤治療件数の推移



◆ 主要抗がん剤合計 ■ 主要ホルモン剤合計

出典：国立がん研究センター東病院独自調査

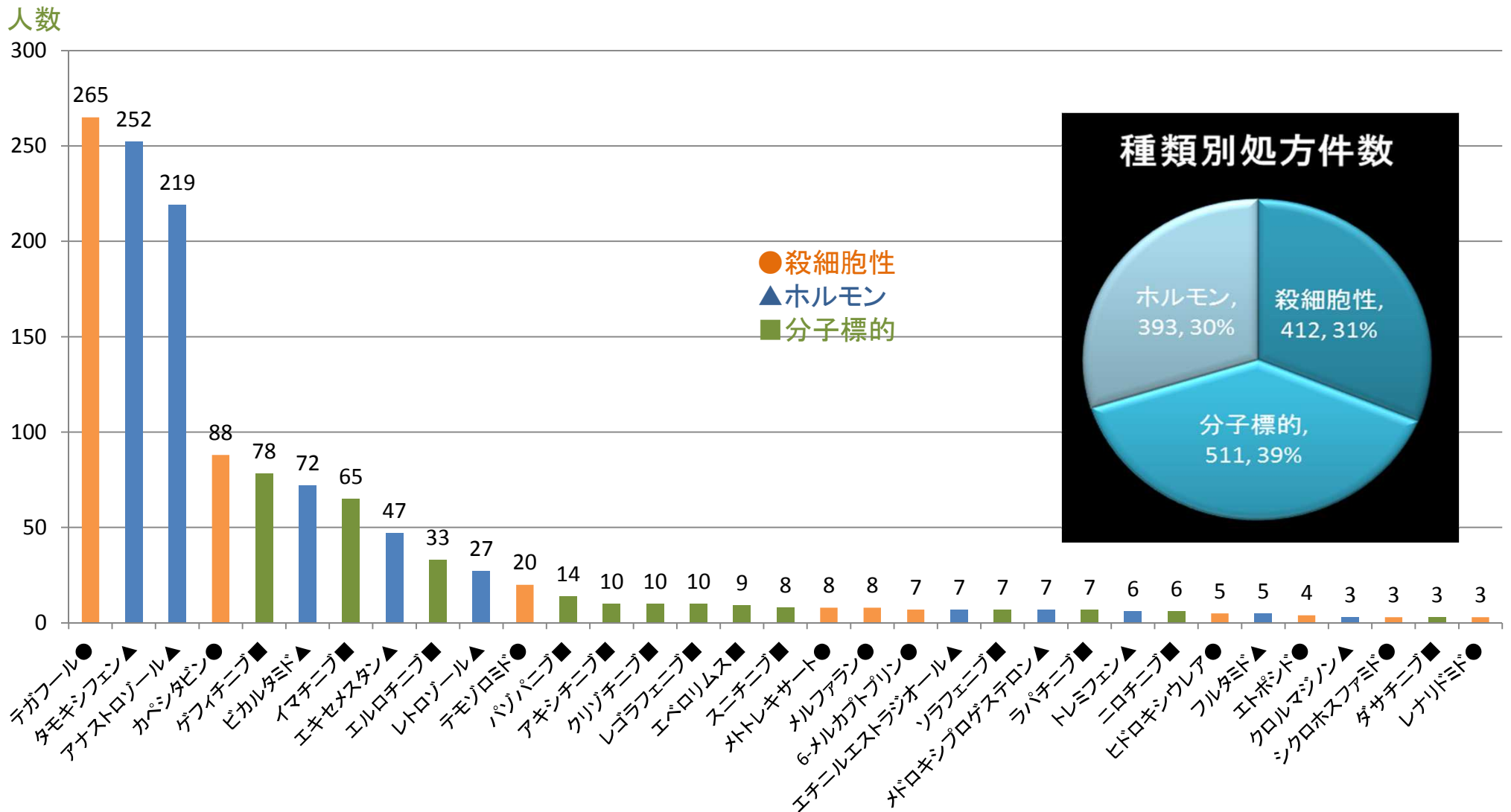
経口抗がん剤による化学療法

～主な経口抗がん剤の種類～

一般名	商品名	がん種	種類
テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤	ティーエスワン	胃がん、結腸・直腸がん、頭頸部がん 等	殺細胞系
アナストロゾール	アリミデックス	閉経後乳がん	ホルモン系
ゲフィチニブ	イレッサ	EGFR遺伝子変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺がん	分子標的薬
ビカルタミド	カソデックス	前立腺がん	ホルモン系
カペシタビン	ゼローダ	手術不能又は再発乳がん、治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸がん、治癒切除不能な進行・再発の胃がん 等	殺細胞系
エルロチニブ塩酸塩	タルセバ	切除不能な再発・進行性で、がん化学療法施行後に増悪した非小細胞肺がん 治癒切除不能な膵がん、	分子標的薬
レゴラフェニブ	スチバーガ	治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌、がん化学療法後に増悪した消化管間質腫瘍	分子標的薬
ソラフェニブトシル酸塩	ネクサバル	根治切除不能又は転移性の腎細胞がん、切除不能な肝細胞がん	分子標的薬
テガフル・ウラシル	ユーエフティ	結腸・直腸がん、頭頸部がん、胃がん 等	殺細胞系
イマチニブメシル酸塩	グリベック	慢性骨髄性白血病、KIT陽性消化管間質腫瘍、フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病 等	分子標的薬
エキセメスタン	アロマシン	閉経後乳がん	ホルモン系
タモキシフェンクエン酸塩	ノルバデックス	乳がん	ホルモン系

経口抗がん剤は全体で約40－50種

抗がん剤別処方箋発行人数 (国立がん研究センター中央病院の平成25年9月1ヶ月の集計)



多種多様な経口抗がん剤が処方されている。

出典：国立がん研究センター中央病院独自調査

経口抗がん剤のコンプライアンス^(※)

～テガフルを用いた胃癌術後補助化学療法比較試験～

期間	投与を継続した人数	コンプライアンス(n=517)	投薬中止理由(n=177)	人数
3か月	452人	87.4%	副作用その他(患者による拒否)	71人
6か月	403人	77.9%	副作用や合併症(医師による決定)	72人
9か月	366人	70.8%	転移や再発	25人
12か月	340人	65.8%	その他の理由	9人

減薬した患者の割合

割合

12か月投与した患者(340人)中減薬した患者の割合	46.5%
----------------------------	-------

主な副作用	Grade1	Grade2	Grade3	Grade4
食欲不振	213	72	30	1
吐気	146	37	19	-
下痢	227	66	16	0

※コンプライアンスとは患者が医療者の指示に従っているかどうかを指す。服薬遵守。

Sakuramoto S et al. Adjuvant Chemotherapy for Gastric Cancer with S-1, an Oral Fluoropyrimidine. N Engl J Med 2007; 357:1810-1820

もっともよく使われているテガフル(一般名TS-1)についても、
コンプライアンスを維持するためには副作用管理が重要

抗がん剤治療中の患者に対する薬剤師による指導の効果①

①日立総合病院において経口分子標的薬を服用した患者95人に対して行われた、処方提案259件のうち245件(95%)が反映された。(平成22年4月～平成24年6月)

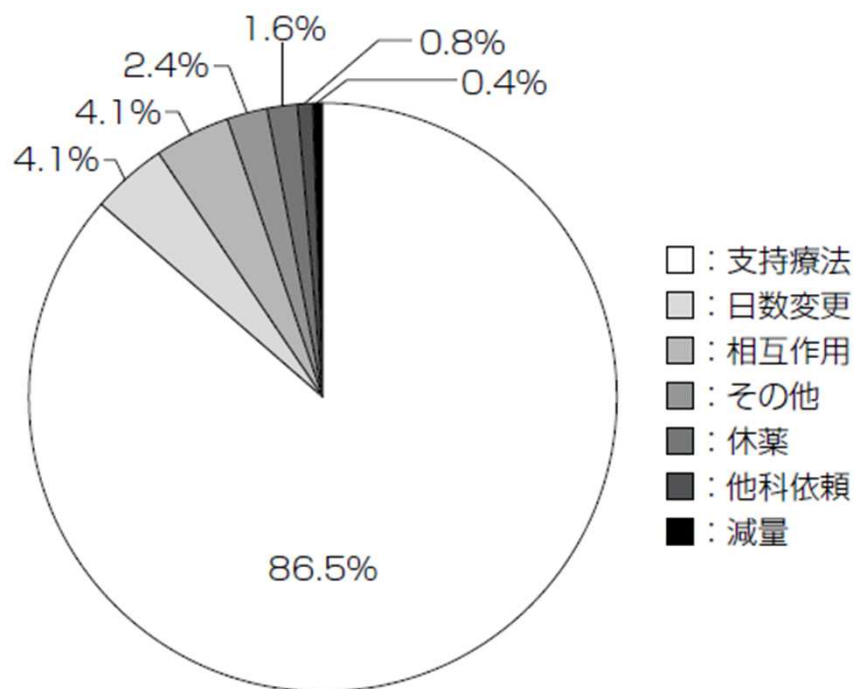
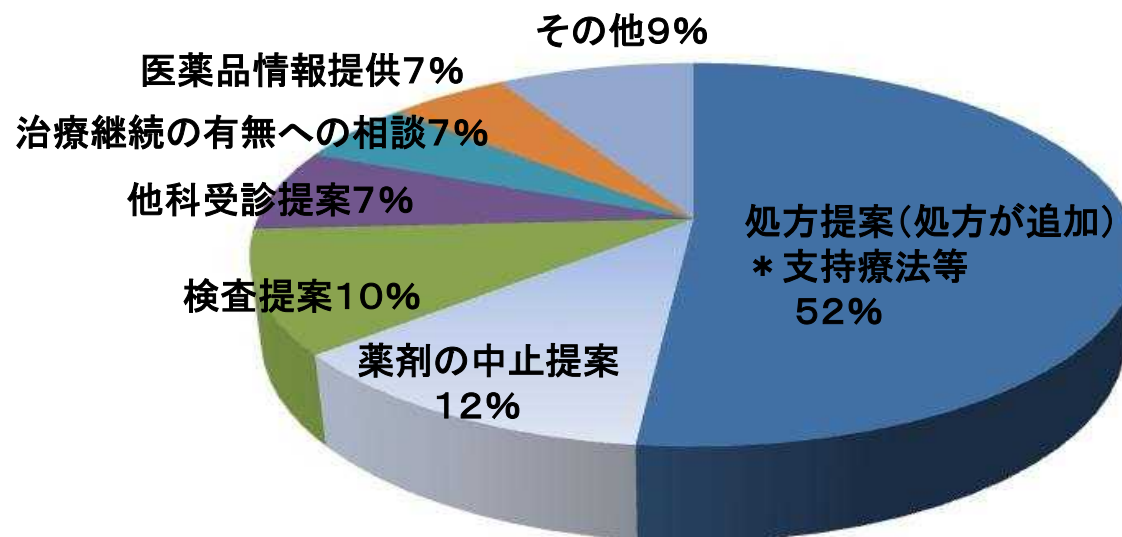


図3 採択された内容の内訳 (245件)

四十物由香他、経口分子標的薬治療における薬剤師外来有用性の検討、癌と化学療法、40(7): 901-905, 2013

②国立がんセンター東病院において薬剤師が介入した患者71名に対して行われた、処方提案69件のうち59件(86%)が反映された。(平成21年6月～平成22年11月)



出典: 国立がん研究センター東病院独自調査

※支持療法とは、がんに伴う症状や治療による副作用に対する予防策、症状を軽減させるための治療を指す。(例: 感染症に対する抗生剤投与、貧血や血小板減少に対する輸血療法、吐き気・嘔吐に対する制吐剤の使用)

薬剤師の処方提案(支持療法の追加、抗がん剤の変更)の多くは反映されており、副作用の軽減につながることを期待される。

抗がん剤治療中の患者に対する薬剤師による指導の効果②

国際医療福祉大学三田病院において抗がん剤治療を受け、薬剤師による指導を受けた62名に対するアンケートの結果。

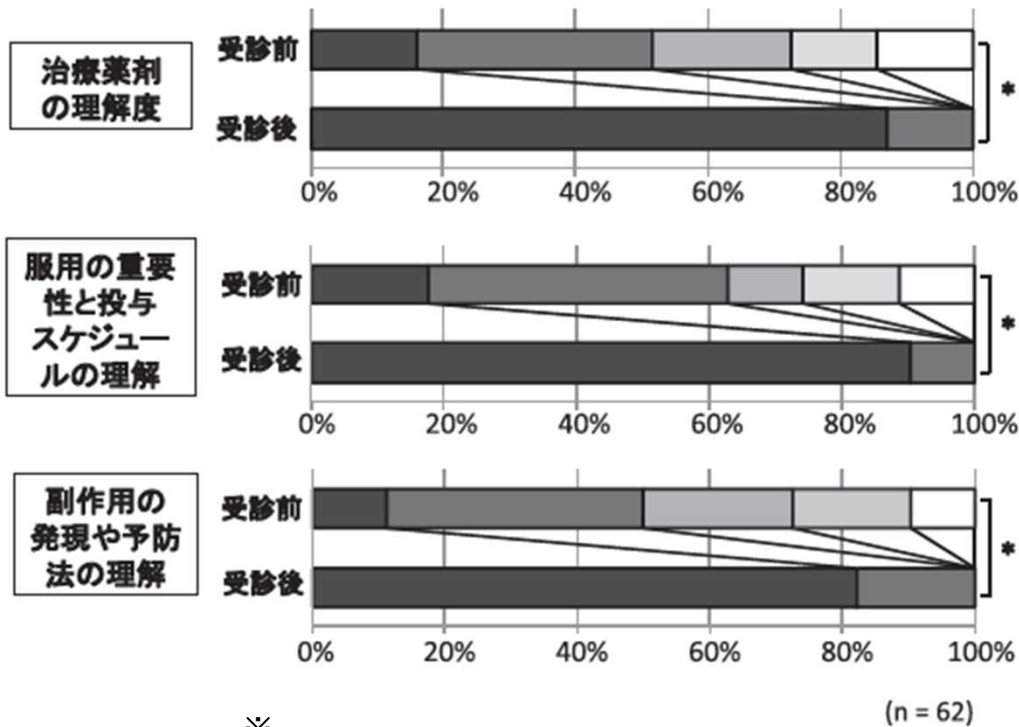
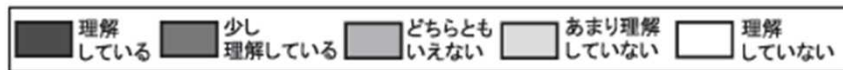


図7 薬剤師外来受診前後における治療薬剤に対する理解度の変化



* P < 0.01 (Wilcoxon signed-rank test)

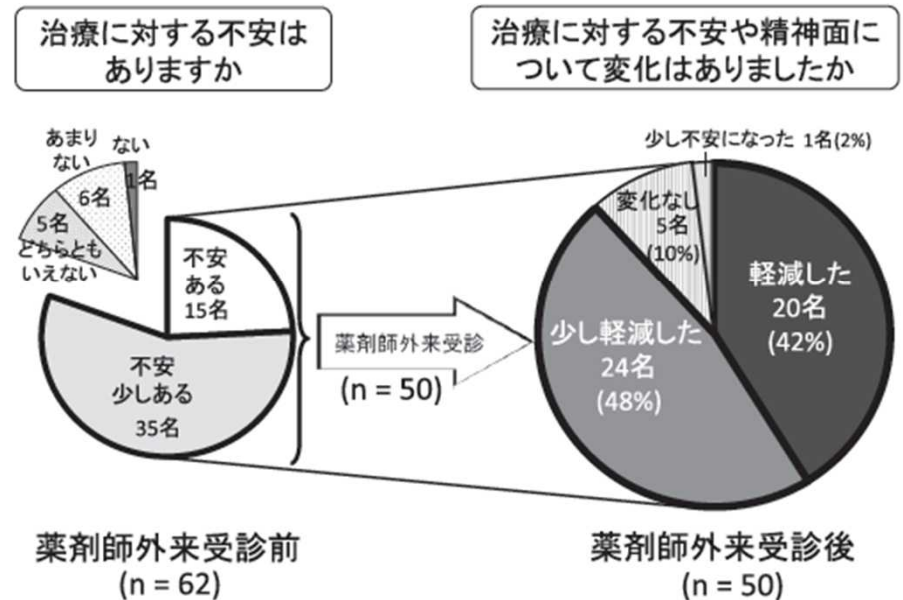


図8 薬剤師外来受診前後における治療に対する患者の不安の変化

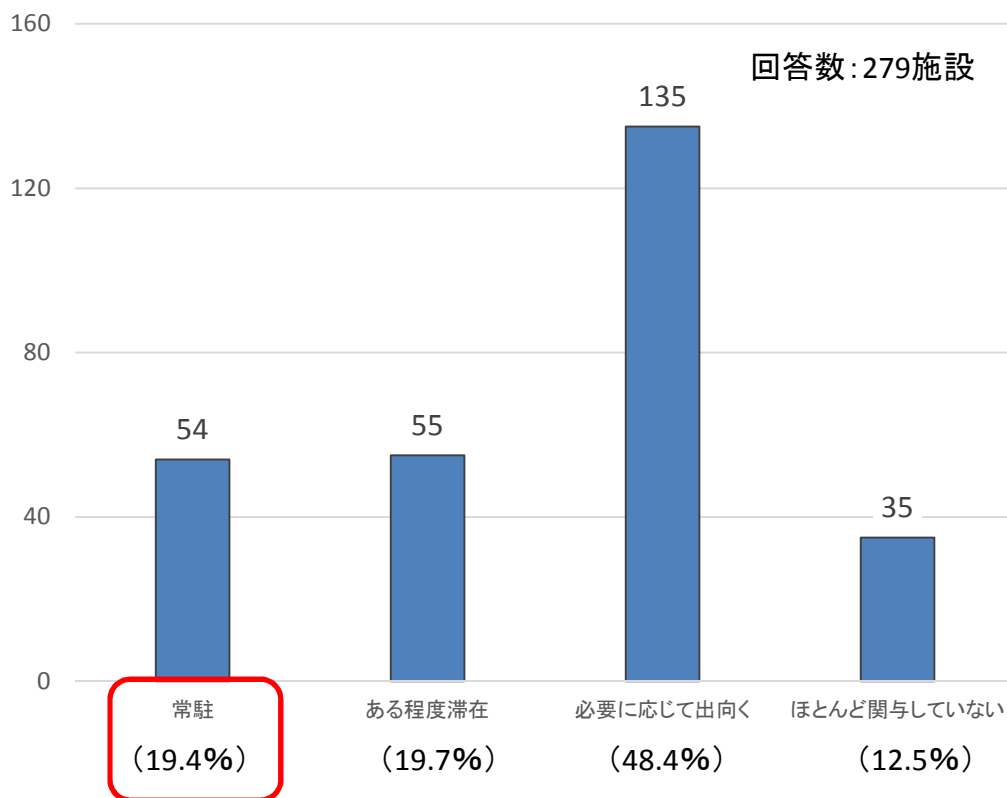
※薬剤師外来は、医師の診察後、薬剤師の指導を必要と判断した場合に指導依頼書を提出し、患者に対して面談方式で指導を行う。指導後は薬剤師から医師へ情報提供を行う。

中島輝一他、外来がん患者に対する薬剤師外来の役割とその評価、医療薬学、38(9) 599-608 (2012)

薬剤師の指導により、治療薬の理解の向上、副作用の発現や予防法の理解の向上、治療に対する不安の軽減につながることが期待される。

がん診療連携拠点病院の化学療法の現状①

①外来化学療法室への薬剤師の配置

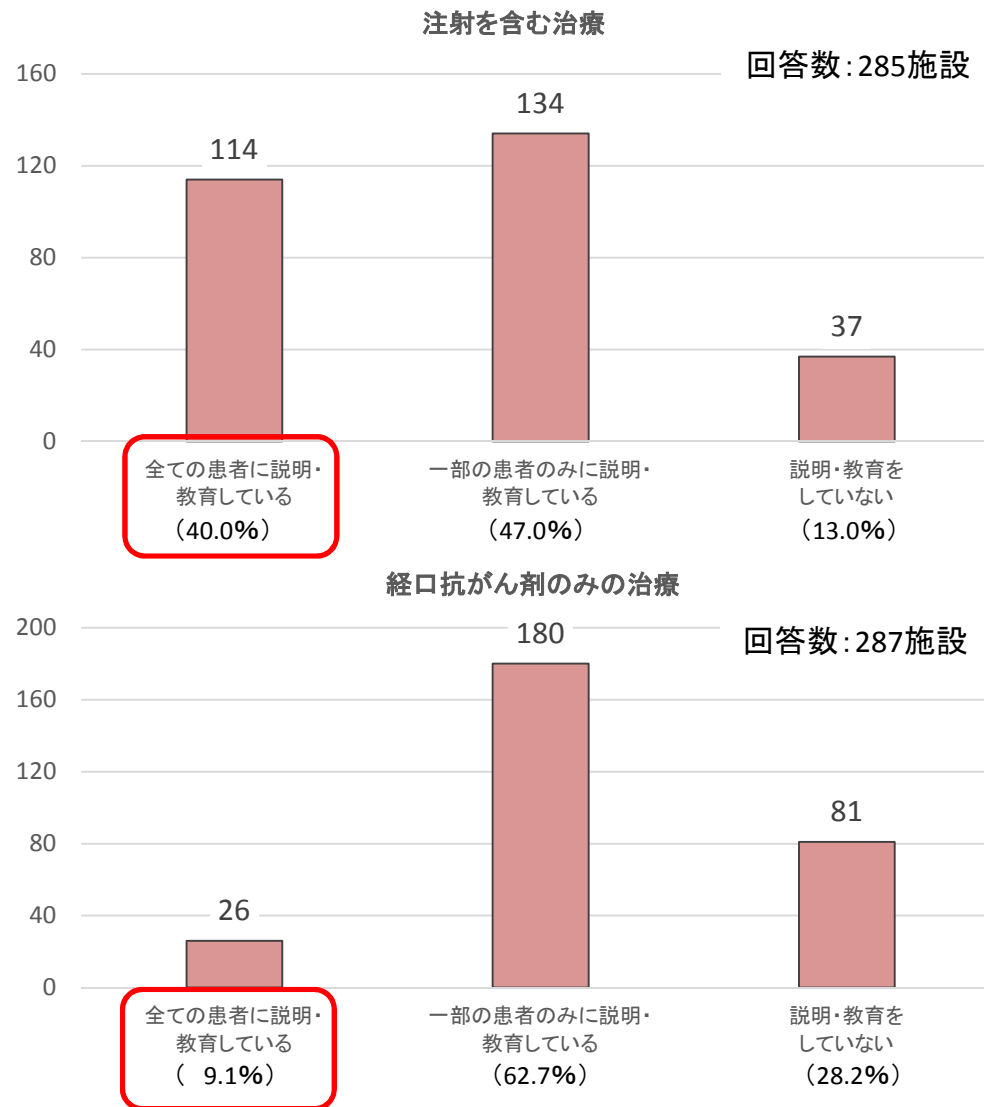


(参考) 外来化学療法加算1に関する施設基準

- ・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が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していること。
- ・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が勤務していること。

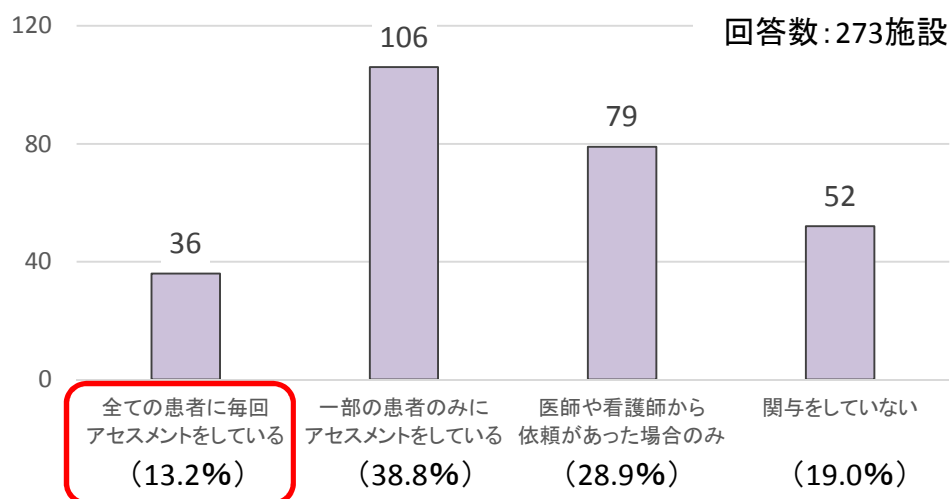
- ・常駐と回答した医療機関の配置人数の平均は1.5人
- ・ある程度滞在与回答した医療機関の一日滞在時間は平均2.4時間

②治療導入時の患者説明・教育(薬剤師による)

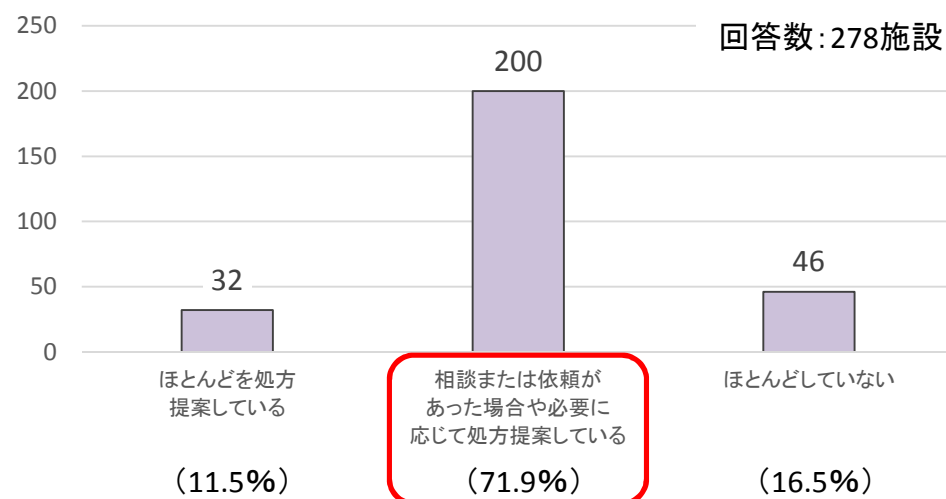


がん診療連携拠点病院の化学療法の現状②

③-1 副作用アセスメント

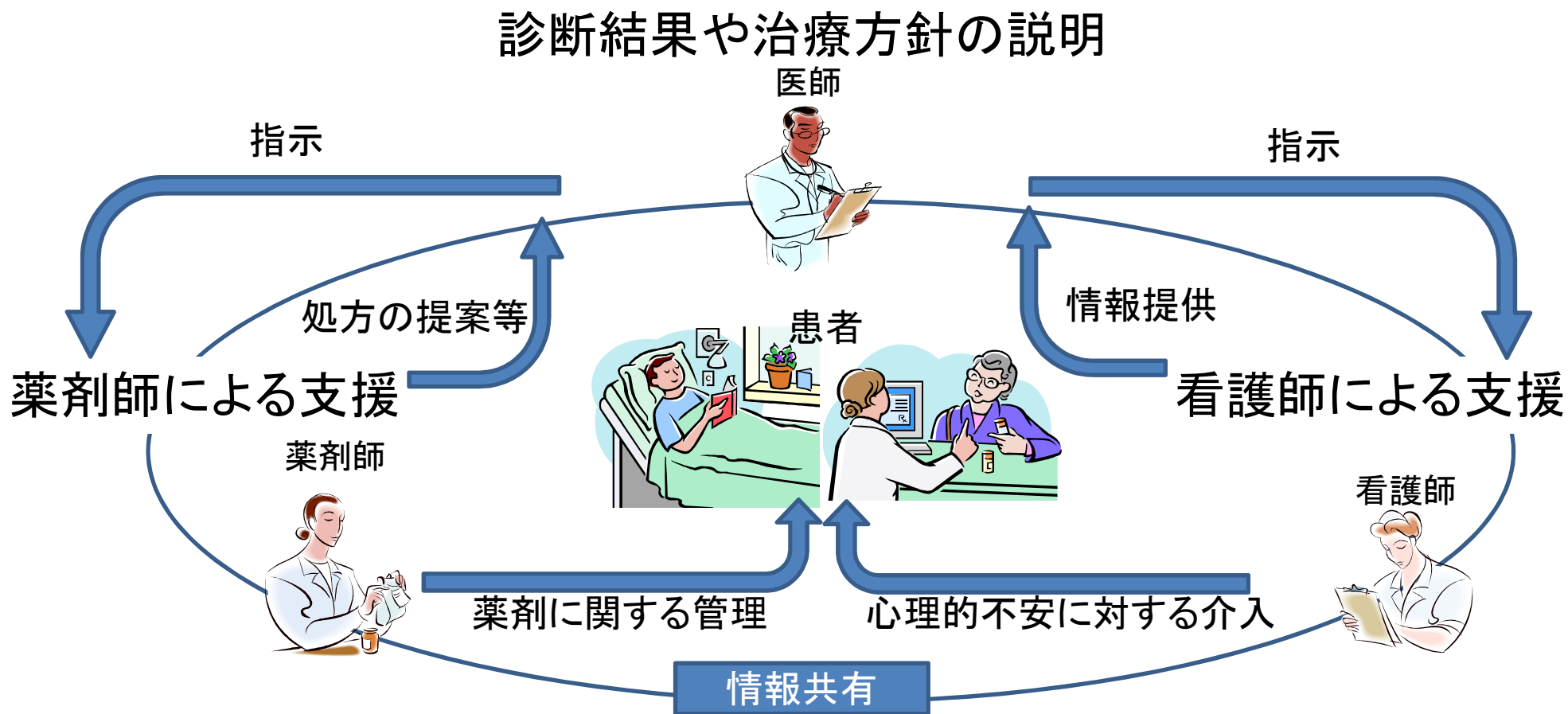


③-2 副作用に対する支持療法の処方提案



拠点病院でも化学療法における薬剤師の関与は必ずしも十分ではないと考えられる。

がん患者に対する説明や心理的不安への介入、 薬剤管理等のイメージ

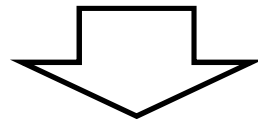


がん患者のニーズに合わせ、診断結果や治療方針の説明等に加え、がん診療の経験と知識を持つ専門職が、継続して適切に管理することが必要ではないか。

がん患者に対する管理指導に関する課題と論点

【課題】

- がん患者は身体的な苦痛、精神的苦痛、将来への不安等多様な悩みを抱えている。
- 治療方法の説明等に関しては、「がん患者カウンセリング料」を患者1人につき原則1回算定できるが、専門的な知識を持つ医療従事者による継続した介入は評価されていない。
- 看護師の継続的な介入により、不安やうつ症状の改善・医師の負担軽減・在宅での看取りにつながる事が期待されるほか、薬剤師の抗がん剤管理により、副作用の予防・改善やコンプライアンスの向上につながる事が期待される。
- また、抗がん剤の管理指導に関しては、「薬剤管理指導料」「外来化学療法加算」等で評価されているが、「薬剤管理指導料」は外来患者が対象とならない、「外来化学療法加算」は経口抗がん剤が対象とならないなどの問題があり、がん患者の診療場所、抗がん剤の投与経路によって算定できる報酬が異なっている。



【論点】

- 医師による診断結果や治療方法の説明のあと、患者の状態に応じ、患者の同意を得た上で、医師または、医師の指示のもと、医師と連携して、がん医療について一定の経験と専門的な知識を持つ看護師や薬剤師が、継続して指導管理を行うことについてどのように考えるか。

本日の内容

1. がん

イ. がん対策について

ロ. 平成24年改定の概要(技術を除く)

ハ. がん診療提供体制について

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

②がん診療連携拠点病院の見直し

③小児がん拠点病院の整備

ニ. がん患者に対する管理指導

①がん患者に対する支援について

②看護師による継続的な介入の効果

③薬剤師による継続的な介入の効果

ホ. 外来化学療法の対象薬剤等について

2. 在宅自己注射

3. たばこ対策

①若年層(20代)のニコチン依存症治療

②入院中に開始するニコチン依存症治療

外来化学療法に係る課題と論点

【課題】

- 外来化学療法加算は、本来、入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設を評価する目的で設定されたものであるが、投与経路の拡大等に伴い、加算の趣旨が不明瞭になりつつあること。
- 加算の対象となる薬剤に関する規定が不明確であったため、使用可能な薬剤の判断について、現場で混乱を来していること。
- 一部の薬剤について、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤になっており、二重評価になっていること。



【論点】

- 外来化学療法加算を設定した本来の趣旨を明確にするため、皮内、皮下及び筋肉注射を除いた点滴等による薬剤投与を重点的に評価する対象としてはどうか。
- 加算の対象となる薬剤をより明確に規定してはどうか。
- 在宅自己注射指導管理料を算定する場合、外来化学療法加算を算定できない取扱いとしてはどうか。

外来化学療法の実患者数推移 (悪性腫瘍について)

図1 通院治療センター・年度別化学療法(抗がん剤)実施件数

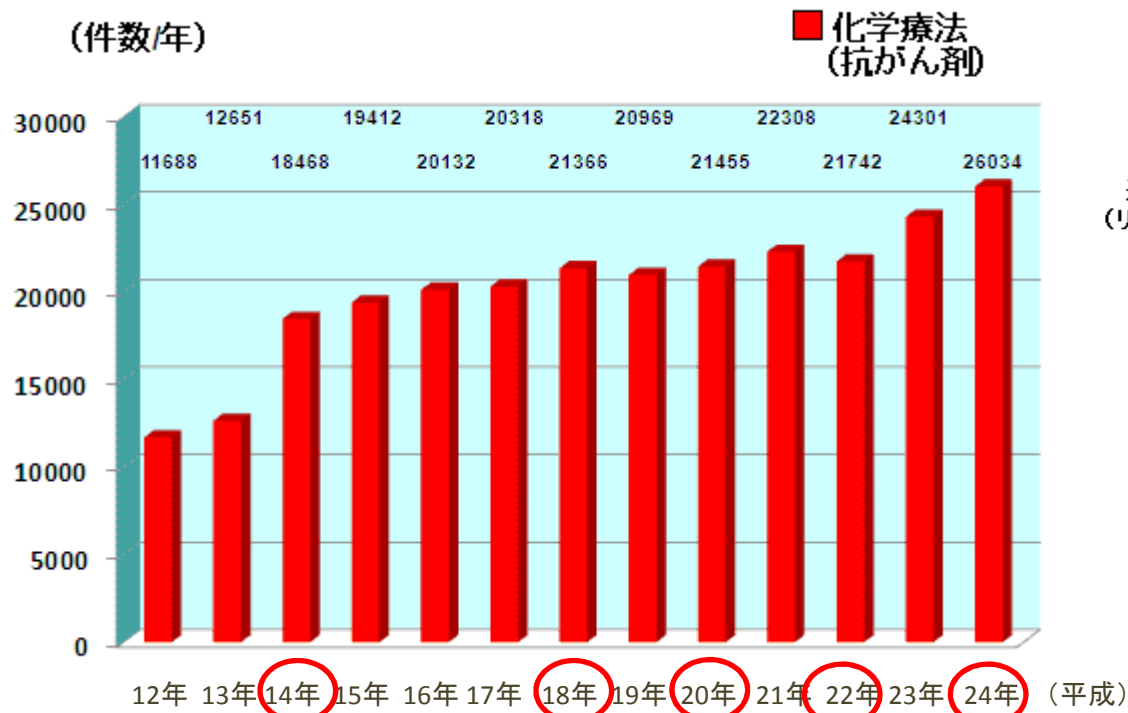
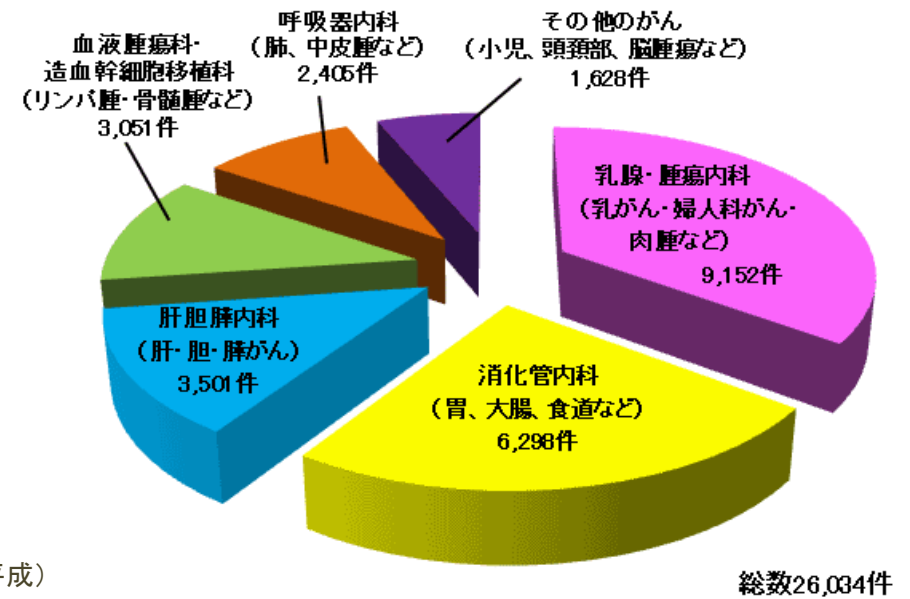


図2 がん種別化学療法の割合(2012年度)



- 外来化学療法加算の新設
- 対象者の悪性腫瘍以外の拡大
- 投与経路・対象患者の拡大
- 加算A・Bの新設対象薬・患者の拡大

出典: 国立がん研究センターHP

外来化学療法の診療報酬での評価

点数の趣旨

H14年 外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗腫瘍用薬等を投与した場合の評価として、G004点滴注射の加算として外来化学療法加算が設定。

300点

【必要とされる体制の要件】

①人的体制整備

がんの生物学や抗がん剤の薬理学などに精通した医師、
化学療法の経験を有し、点滴、状態を観察する能力がある看護師等

②設備、物品、環境要件

専用の点滴室、アナフィラキシーショックなどの緊急事態や、血管外漏出に対する薬剤、
物品等を備えた救急カート、酸素吸入設備、緊急時に当該患者が入院できる体制等



ベッド・リクライニングチェア・貸し出しDVD(国立がん研究センターHPより)

- 本来入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設を評価。
- 患者にとっては入院という時間的、精神的、金銭的負担の軽減やQOLの維持、医療提供側にとっては病床の有効利用等の利点がある。

過去の診療報酬改定での取り組み

16年改定のポイント

- 財団法人日本医療機能評価機構の機能評価を受け認定された病院以外にも拡大。

18年改定のポイント

- 治療開始時の患者への文書による説明を義務付け。
- 対象患者を、悪性腫瘍以外に拡大。関節リウマチ及びクローン病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合が追加。
- 300点 → 400点へ増点。

20年改定のポイント

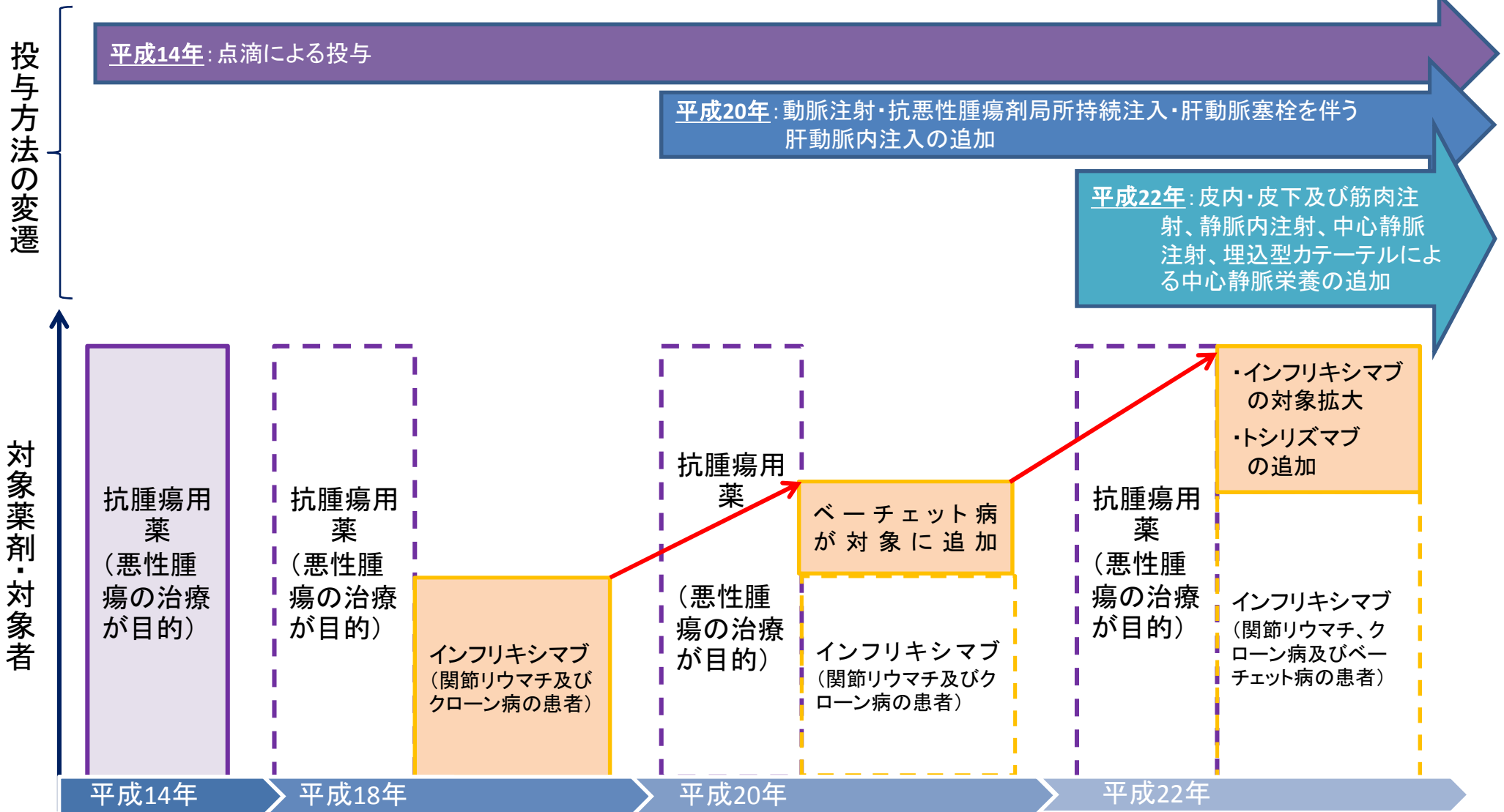
- 投与経路を拡大(動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入を追加)し、G004点滴注射の加算から通則に移行。
- 体制に応じた点数設定として「1」を増設(500点に増点)。
- 対象患者の拡大(ベーチェット病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合が追加。)

22年改定のポイント

- 投与経路にG000皮内、皮下及び筋肉内注射、G001静脈内注射が追加。
- 対象患者をさらに拡大。
1) 強直性脊椎炎の患者、潰瘍性大腸炎の患者、尋常性乾癬の患者、関節症性乾癬の患者、膿疱性乾癬の患者及び乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合が追加。2) 関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者及び全身型若年性特発性関節炎の患者に対してトシリズマブ製剤の注射を行った場合が追加。

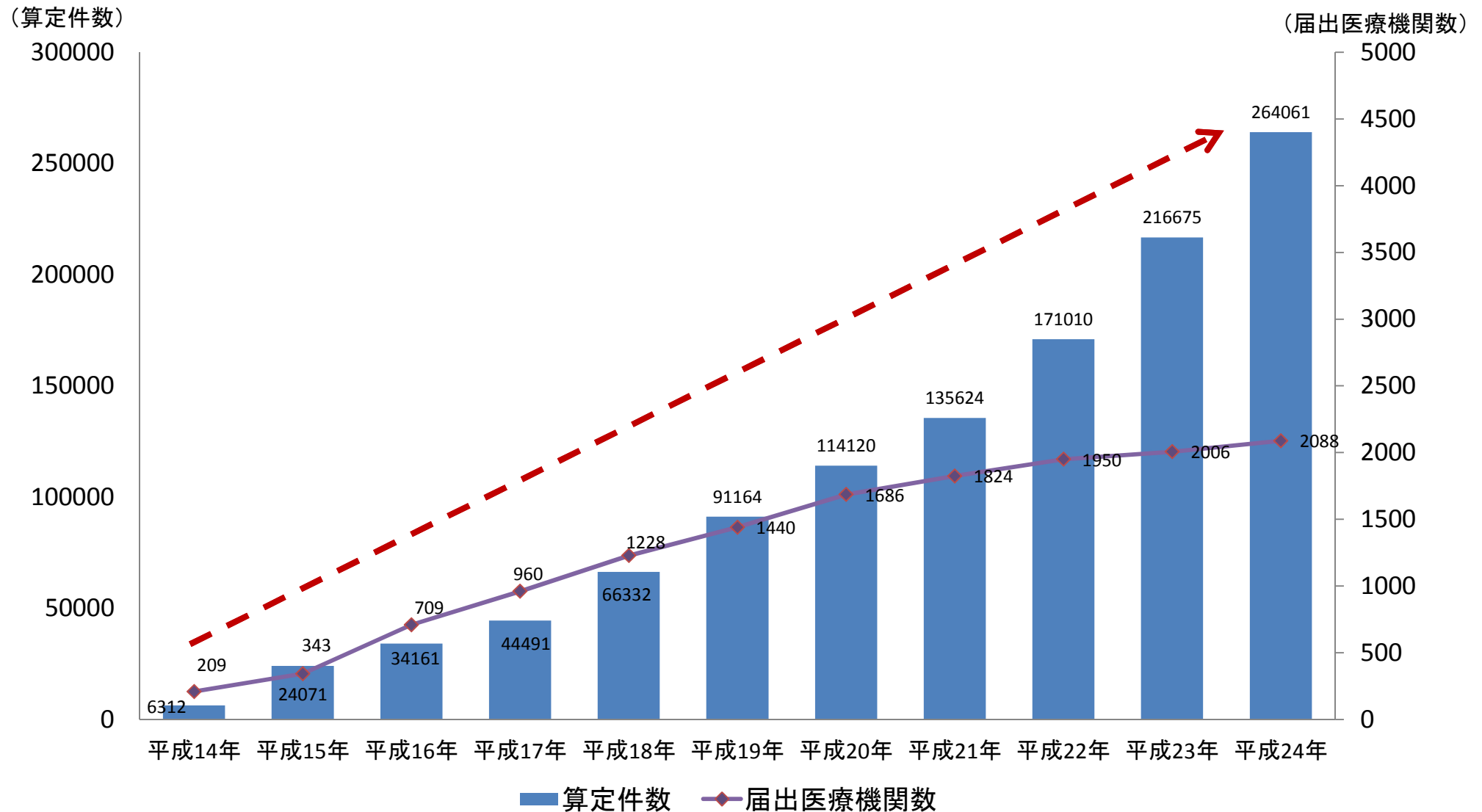
対象薬剤と投与経路の変遷

○ 外来化学療法加算は、平成14年以来、対象薬剤も投与経路も拡大してきた。



□ : 抗悪性腫瘍剤 □ : その他の薬剤

外来化学療法加算※算定件数



出典:社会医療診療行為別調査 各6月審査分
届出医療機関数については医療課の調査による

※ 外来化学療法:平成14年から19年は点滴注射外来化学療法加算、平成20年から23年は外来化学療法加算1、外来化学療法加算2の合計件数、平成24年は外来化学療法加算1(加算A及びBを含む。)、外来化学療法加算2(加算A及びBを含む。)の合計件数を示している。

平成22年診療報酬改定での評価 がん治療に対する評価の充実

平成22年改定
資料一部改変

外来化学療法の実

複雑化、高度化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。

外来化学療法加算1	500点 → 550点
外来化学療法加算2	390点 → 420点

【対象薬の概要】

- ・抗悪性腫瘍剤：悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定。
- ・その他の薬剤
 - ーインフリキシマブ製剤：関節リウマチの患者、クローン病の患者及びベーチェット病の患者に投与された場合に算定
 - ートシリズマブ製剤：関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者及び全身型若年性特発性関節炎の患者に投与された場合に算定。

内服による化学療法の評価（医療技術評価分科会にて評価）

抗悪性腫瘍剤の投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他留意点等を文書にて説明し、適正使用及び副作用管理に基づく処方を行った場合

⑧ **抗悪性腫瘍剤処方管理加算** 70点

[施設基準]

- ・200床以上の病院
- ・化学療法の経験を5年以上有する専任の医師の配置

平成24年診療報酬改定での評価 がん治療等に対する化学療法の評価の充実

平成24年改定
資料一部改変

化学療法について

- 外来化学療法加算の見直し(薬剤のリスクに応じた評価体系の見直し)
 がんに対する化学療法は、投与経路や管理の必要性が多様化している。また、抗リウマチ薬等の分子標的治療薬についても化学療法と同様の管理が必要な場合もあることから、薬剤のリスクや管理体制に応じた評価体系に見直し、手厚い体制や設備が必要な場合はより重点的に評価を行う。

【改定前】

外来化学療法加算	
イ 外来化学療法加算1	550点
15歳未満の患者に対して行った場合	750点
ロ 外来化学療法加算2	420点
15歳未満の患者に対して行った場合	700点



【改定後】

外来化学療法加算	
1 外来化学療法加算1	
イ 外来化学療法加算A	
(1) 15歳未満	780点
(2) 15歳以上	580点
ロ 外来化学療法加算B	
(1) 15歳未満	630点
(2) 15歳以上	430点
2 外来化学療法加算2	
イ 外来化学療法加算A	
(1) 15歳未満	700点
(2) 15歳以上	450点
ロ 外来化学療法加算B	
(1) 15歳未満	600点
(2) 15歳以上	350点

[外来化学療法加算Aの対象]

薬剤: 添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤(ホルモン効果を持つ薬剤を含む)又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的治療薬

投与経路: 静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など。

(G000(皮内、皮下、筋肉内注射)を除く。)

平成24年診療報酬改定後の対象薬剤と課題

○ 外来化学療法加算の対象となる薬剤は、概念上、左図のように示されるが、記載が必ずしも明確でなかったこと等から対象となる薬剤の範囲について現場で混乱を来した。

(対象薬剤)

		抗悪性腫瘍剤	
		添付文書上、インフュージショナルショック等の注意喚起がある抗悪性腫瘍剤	添付文書上、インフュージショナルショック等の注意喚起がない抗悪性腫瘍剤
皮内、皮下及び筋注以外による投与	外来化学療法A	外来化学療法B	外来化学療法B
皮内、皮下及び筋注による投与	外来化学療法B	外来化学療法B	外来化学療法B

その他の薬剤

		添付文書上、インフュージショナルショック等の注意喚起がある特定薬剤	添付文書上、インフュージショナルショック等の注意喚起がない特定薬剤
皮内、皮下及び筋注以外による投与	外来化学療法A	—	—
皮内、皮下及び筋注による投与	—	—	—

(課題)

- 以下の点が不明確であったため、どの薬剤が加算の対象となるのか、対象となる場合には加算A又は加算Bのいずれに該当するのか現場で混乱を来した。
- 抗悪性腫瘍薬の考え方
 - <例>
ホルモン剤が対象薬剤に当たるか 等
 - 外来化学療法加算Bについて、皮内、皮下及び筋肉内注射による投与が算定の対象になるのかどうか
 - 添付文書上に求められる記載内容
 - 在宅自己注射指導管理料の対象薬剤と重複している一部の薬剤の取扱い

在宅自己注射指導管理料の主な対象薬剤と注射頻度

一般名	製品名	用法	一般名	製品名	用法
インスリン製剤	ノボラピッドミックス注	1日1~2回	ヒトソマトメジンC製剤	ジェノトロピンゴークイック	1週間に2~4回に分けて筋注又は6~7回に分けて皮下注
性腺刺激ホルモン製剤	トレシーバ注	1日1回	インターフェロンアルファ製剤	オーアイエフ	1日1回連日又は週3回
	フォリスチム注	7日間投与	インターフェロンベータ製剤	ベタフェロン皮下注	皮下に隔日投与
ヒト成長ホルモン剤	ノルデイトロピン	1週間に6~7回に分けて皮下注	エタネルセプト製剤	エンブレル皮下注	1日1回週2回又は1日1回週1回
	ヒューマトロップ	1週間に2~4回に分けて筋注又は6~7回に分けて皮下注	ヘクビソマント製剤	ソマバート皮下注	1日1回
遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅷ因子製剤	ノボセブンHI	出血時、止血が得られるまで4~6時間毎に2~5分かけて静注	スマトリプタン製剤	イミグラン注、イミグランキット皮下注	頓用
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤	アドベイト	症状により1日1~3回	グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤	強カネオミノファーゲンシー静注	1日1回静注又は点滴静注
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤	ベネフィクス	症状に応じて適宜	アダリムマブ製剤	ヒュミラ皮下注	2週に1回
乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤	クロスエイトMC	症状に応じて適宜	テリパラチド製剤	フォルテオ皮下注	1日1回
乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤	クリスマシンM	症状に応じて適宜	アドレナリン製剤	エピペン注射液	頓用
顆粒球コロニー形成刺激因子製剤	ノイアアップ注	1日1回皮下注/皮下注・静注	ヘパリンカルシウム製剤	ヘパリンカルシウム皮下注	1日2回
性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤	フォリスチム注	7日間筋注	アポモルヒネ塩酸塩製剤	アポカイン皮下注	頓用
ソマトスタチンアナログ	サンドスタチン皮下注	1日2~3回	セルトリズマブベゴル製剤	シムジア皮下注	2週間に1回(症状安定後は4週間に1回可)
リユープロレリン酢酸塩	リユープリンSR	12週に1回	トシリズマブ製剤	アクテムラ皮下注	2週間に1回
グルカゴン製剤	グルカゴンGノボ注射用1mg	頓用	メトレレプチン製剤	メトレレプチン皮下注	1日1回
グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト	ビクトーザ皮下注	1日1回	アバタセプト製剤	オレンシア皮下注	週1回

投与間隔が15日以上薬剤である。

関節リウマチ患者の使用する生物学的製剤のうち、現在、5製剤で在宅自己注射が可能である。

今後の対応(案)と対象薬剤の例

抗悪性腫瘍剤	関節リウマチ患者等に 対する分子標的薬	
<ul style="list-style-type: none"> ・シクロホスファミド水和物 (エンドキサン) ・メトトレキサート (メソトレキセート) ・イリノテカン塩酸塩水和物 (トポテシン、カンプト、イリノテカン) <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・皮内、皮下及び筋肉内注射以外による抗悪性腫瘍剤等の投与 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・インフリキシマブ (レミケード) <div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・皮内、皮下及び筋肉内注射以外による投与 ・在宅自己注射管理料の対象となっていないこと </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・エタネルセプト (エンブレル) ・アダリムマブ(ヒュミラ) ・トシリズマブ(アクテムラ) ・アバタセプト(オレンシア) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・皮内、皮下及び筋肉内注射による投与 ・在宅自己注射管理料の対象となっている薬剤の投与 </div>

↓

今後、外来化学療法加算Aに準じて評価を行ってはどうか。

↓

今後、外来化学療法加算Bに準じて評価を行ってはどうか。

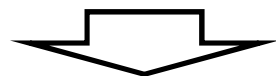
↓

在宅自己注射管理料で既に評価をおこなっているもの。

外来化学療法に係る課題と論点

【課題】

- 外来化学療法加算は、本来、入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設を評価する目的で設定されたものであるが、投与経路の拡大等に伴い、加算の趣旨が不明瞭になりつつあること。
- 加算の対象となる薬剤に関する規定が不明確であったため、使用可能な薬剤の判断について、現場で混乱を来していること。
- 一部の薬剤について、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤になっており、二重評価になっていること。



【論点】

- 外来化学療法加算を設定した本来の趣旨を明確にするため、皮内、皮下及び筋肉注射を除いた点滴等による薬剤投与を重点的に評価する対象としてはどうか。
- 加算の対象となる薬剤をより明確に規定してはどうか。
- 在宅自己注射指導管理料を算定する場合、外来化学療法加算を算定できない取扱いとしてはどうか。

本日の内容

1. がん

イ. がん対策について

ロ. 平成24年改定の概要(技術を除く)

ハ. がん診療提供体制について

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

②がん診療連携拠点病院の見直し

③小児がん拠点病院の整備

ニ. がん患者に対する管理指導

①がん患者に対する支援について

②看護師による継続的な介入の効果

③薬剤師による継続的な介入の効果

ホ. 外来化学療法の対象薬剤等について

2. 在宅自己注射

3. たばこ対策

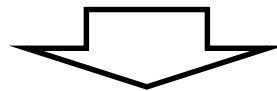
①若年層(20代)のニコチン依存症治療

②入院中に開始するニコチン依存症治療

在宅自己注射指導管理料に関する課題と論点

【課題】

- 在宅自己注射の導入前には、入院又は週2回若しくは3回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育が必要となっているが、所定の様式等はなく、指導の状況や内容が把握できない。
- 在宅自己注射指導管理料の対象となっている薬剤には、毎日数回自己注射が必要なものから1月に1度程度のものまでさまざまな用法の薬剤が混在しているが、すべて一律の評価体系となっている。
- 在宅自己注射に含まれる費用のうち、自己注射の指導にかかる部分は自己注射を開始して一定期間が経過すると新たな指導等の必要性が減少するにも関わらず常に一定の評価となっている。



【論点】

- 在宅自己注射指導管理料については、在宅自己注射の頻度に応じた評価体系に改めるとともに、導入前に頻回の指導を行う必要がある等、当該管理料に求められる指導の性質等を明確にした上で、薬事法上、15日間以上の間隔をあけて注射を行う注射等については対象外としてはどうか。
- 在宅自己注射の導入初期における評価と一定期間が経過したあとの評価についてどのように考えるか。
- 在宅自己注射の導入前に、入院又は週2回若しくは3回以上の外来、往診若しくは訪問診療で医師が十分な教育を行うことについて、実施状況を文書等で確認することについてどのように考えるか。
- 新医薬品については、投与期間が14日間と制限されていることを踏まえ、概ね14日間の間隔をあけて注射を行う医薬品については、投与期間の制限がなくなるまでの間、在宅自己注射指導管理料の算定対象から除外することについてどのように考えるか。

在宅自己注射指導管理料について ①

C101 在宅自己注射指導管理料

○ 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に月に1回に限り算定する。

1 複雑な場合* 1,230点

2 1以外の場合 820点

* 複雑な場合については、間歇注入シリンジポンプを用いて自己注射を行っている患者に対して、ポンプの状態、投与量等の確認、調整等を行った場合に算定する。

[留意事項]

○ 患者に対する注射は、医師等の有資格者が実施することが原則であるが、在宅自己注射を実施するに当たっては以下の点に留意する。

ア 在宅自己注射に係る指導管理は、当該在宅自己注射指導管理料の算定の対象である注射薬の適応となる疾患の患者に対する診療を日常の診療において行っており、十分な経験を有する医師が行う。

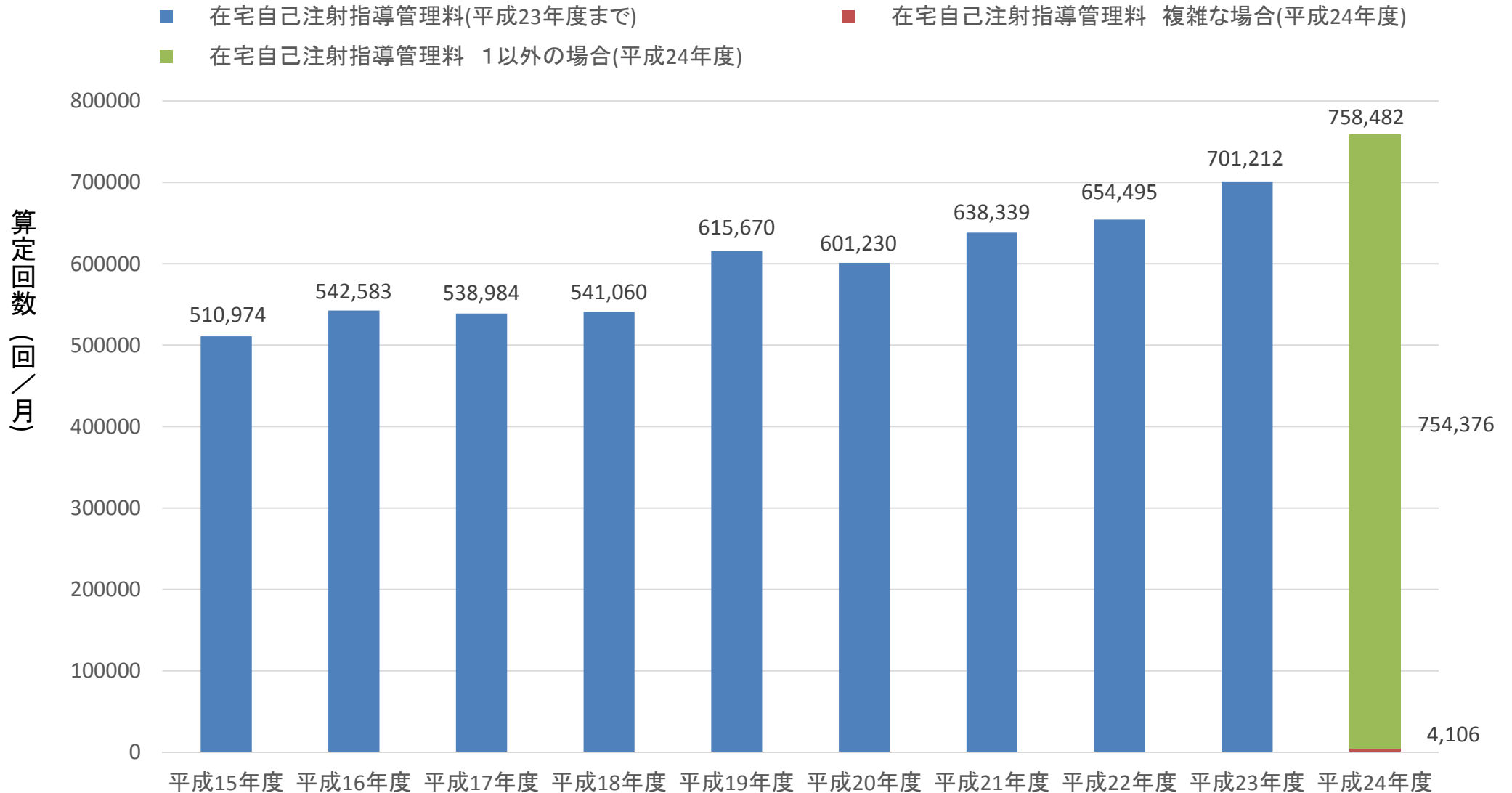
イ 在宅自己注射の導入前には、入院又は週2回若しくは3回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間を取り、十分な指導を行う。

ウ かかりつけ医師と異なる医師が在宅自己注射に係る指導管理を行う場合には、緊急時の対応等について当該かかりつけ医師とも十分な連携を図る。

エ 在宅自己注射の実施に伴う廃棄物の適切な処理方法等についても、併せて指導を行う。

在宅自己注射指導管理料について ②

＜直近10年間の在宅自己注射指導管理料の算定回数＞



在宅自己注射指導管理料の主な対象薬剤と注射頻度

一般名	製品名	用法
インスリン製剤	ノボラピッドミックス注 トレシーバ注	1日1～2回 1日1回
性腺刺激ホルモン製剤	フォリスチム注	7日間投与
ヒト成長ホルモン剤	ノルデイトロピン	1週間に6～7回に分けて皮下注
	ヒューマトロープ	1週間に2～4回に分けて筋注又は6～7回に分けて皮下注
遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤	ノボセブンHI	出血時、止血が得られるまで4～6時間毎に2～5分かけて静注
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤	アドベイト	症状により1日1～3回
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤	ベネフィクス	症状に応じて適宜
乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤	クロスエイトMC	症状に応じて適宜
乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤	クリスマシンM	症状に応じて適宜
顆粒球コロニー形成刺激因子製剤	ノリアップ注	1日1回皮下注/皮下注・静注
性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤	フォリスチム注	7日間筋注
ソマトスタチンアナログ	サンドスタチン皮下注	1日2～3回
リユープロレリン酢酸塩	リユープリンSR	12週に1回
グルカゴン製剤	グルカゴンGノボ注射用1mg	頓用
グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト	ビクトーザ皮下注	1日1回

一般名	製品名	用法
ヒトソマトメジンC製剤	ジェノトロピンゴークイック	1週間に2～4回に分けて筋注又は6～7回に分けて皮下注
インターフェロンアルファ製剤	オーアイエフ	1日1回連日又は週3回
インターフェロンベータ製剤	ベタフェロン皮下注	皮下に隔日投与
エタネルセプト製剤	エンブレル皮下注	1日1回週2回又は1日1回週1回
ペグビソマント製剤	ソマバート皮下注	1日1回
スマトリプタン製剤	イミグラン注、イミグランキット皮下注	頓用
グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤	強カネオミノファーゲンシー静注	1日1回静注又は点滴静注
アダリムマブ製剤	ヒュミラ皮下注	2週に1回
テリパラチド製剤	フォルテオ皮下注	1日1回
アドレナリン製剤	エピペン注射液	頓用
ヘパリンカルシウム製剤	ヘパリンカルシウム皮下注	1日2回
アポモルヒネ塩酸塩製剤	アポカイン皮下注	頓用
セルトリスマブペゴール製剤	シムジア皮下注	2週間に1回(症状安定後は4週間に1回可)
トシリズマブ製剤	アクテムラ皮下注	2週間に1回
メトレプチン製剤	メトレプチン皮下注	1日1回
アバタセプト製剤	オレンシア皮下注	週1回

投与間隔が15日以上のものである。

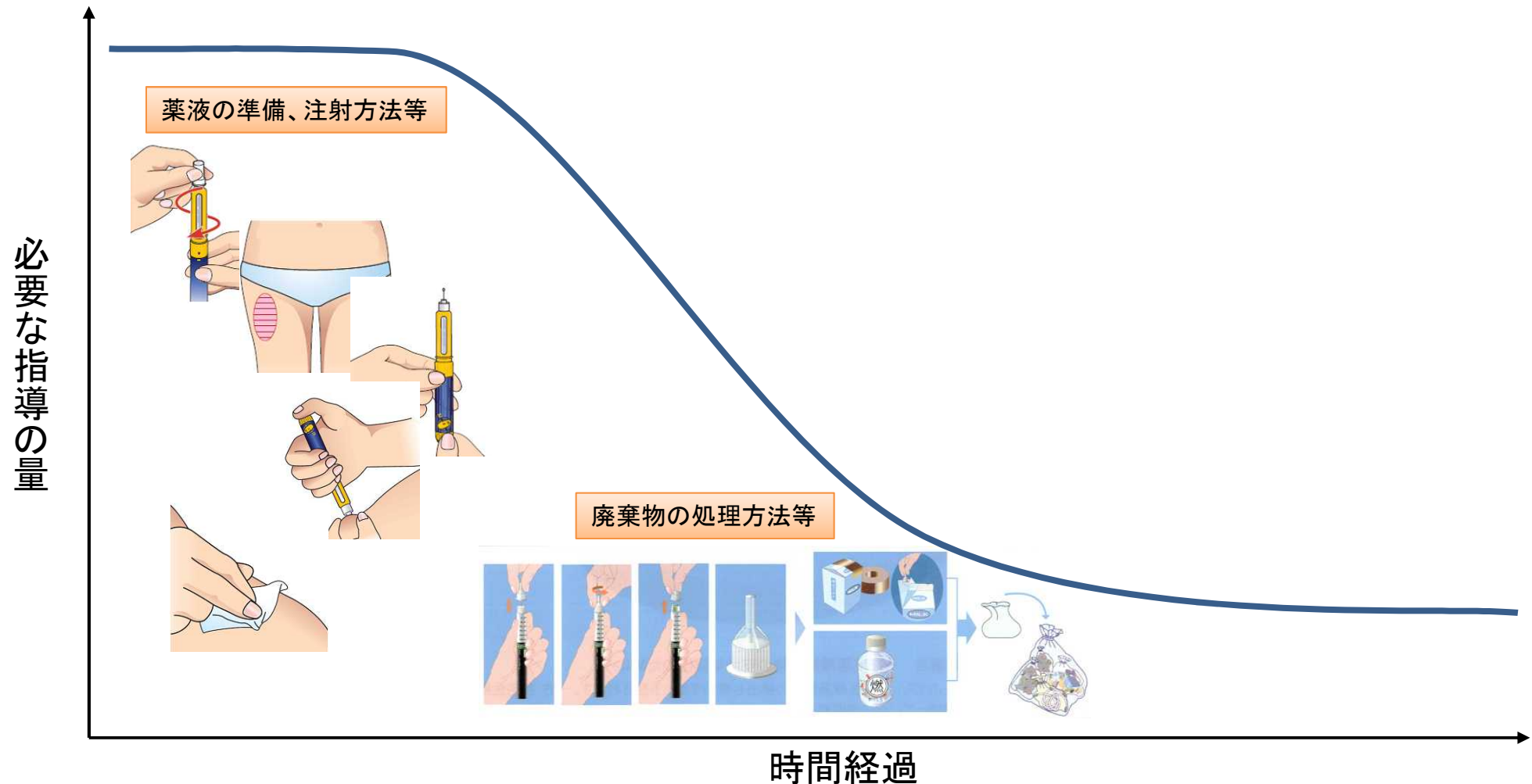
投与期間に上限が設けられている医薬品

保険医療機関及び保険医療養担当規則により投薬期間が14日と制限される医薬品

- イ 麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第2条第1号に規定する麻薬(30日を限度とするものを除く)
(例)
アヘン等
- ロ 麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号に規定する向精神薬(30日、90日を限度とするものを除く)
(例)
ペンタゾシン、ミダゾラム等
- ハ 新医薬品(薬事法(昭和35年法律第145号)第14条の第4第1項第1号に規定する新医薬品をいう)であって、使用薬剤の薬価(薬価基準)への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して1年を経過していないもの(一部、対象外となる医薬品あり)

在宅自己注射に関する指導について

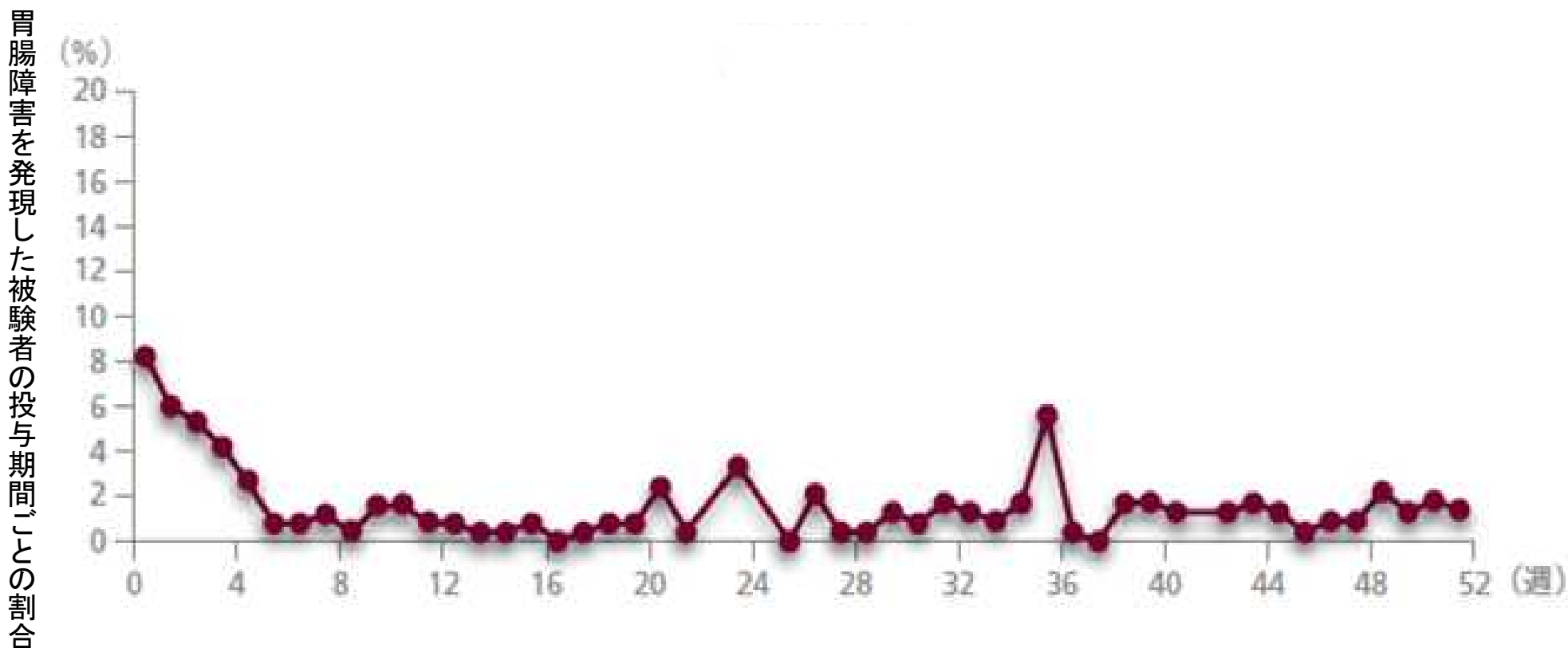
<在宅自己注射に係る指導の必要量(イメージ)>



在宅自己注射は導入時に最も重点的な指導が必要であり、導入後一定期間が経過し、患者が手技に精通することで必要な指導は減少すると考えられる。

在宅自己注射に関する副作用等の発生頻度について

○薬剤A 単独療法時における胃腸障害の発生頻度(52週:24週の二重盲検及び28週の新盲検試験)

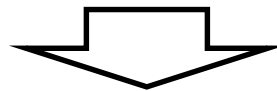


在宅自己注射の導入から約6週程度かけて副作用の発生頻度は徐々に低下している。

在宅自己注射指導管理料に関する課題と論点

【課題】

- 在宅自己注射の導入前には、入院又は週2回若しくは3回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育が必要となっているが、所定の様式等はなく、指導の状況や内容が把握できない。
- 在宅自己注射指導管理料の対象となっている薬剤には、毎日数回自己注射が必要なものから1月に1度程度のものまでさまざまな用法の薬剤が混在しているが、すべて一律の評価体系となっている。
- 在宅自己注射に含まれる費用のうち、自己注射の指導にかかる部分は自己注射を開始して一定期間が経過すると新たな指導等の必要性が減少するにも関わらず常に一定の評価となっている。



【論点】

- 在宅自己注射指導管理料については、在宅自己注射の頻度に応じた評価体系に改めるとともに、導入前に頻回の指導を行う必要がある等、当該管理料に求められる指導の性質等を明確にした上で、薬事法上、15日間以上の間隔をあけて注射を行う注射等については対象外としてはどうか。
- 在宅自己注射の導入初期における評価と一定期間が経過したあとの評価についてどのように考えるか。
- 在宅自己注射の導入前に、入院又は週2回若しくは3回以上の外来、往診若しくは訪問診療で医師が十分な教育を行うことについて、実施状況を文書等で確認することについてどのように考えるか。
- 新医薬品については、投与期間が14日間と制限されていることを踏まえ、概ね14日間の間隔をあけて注射を行う医薬品については、投与期間の制限がなくなるまでの間、在宅自己注射指導管理料の算定対象から除外することについてどのように考えるか。

本日の内容

1. がん

イ. がん対策について

ロ. 平成24年改定の概要(技術を除く)

ハ. がん診療提供体制について

①がん診療連携拠点病院の現状と課題

②がん診療連携拠点病院の見直し

③小児がん拠点病院の整備

ニ. がん患者に対する管理指導

①がん患者に対する支援について

②看護師による継続的な介入の効果

③薬剤師による継続的な介入の効果

ホ. 外来化学療法の対象薬剤等について

2. 在宅自己注射

3. たばこ対策

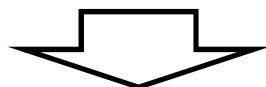
①若年層(20代)のニコチン依存症治療

②入院中に開始するニコチン依存症治療

ニコチン依存症患者の治療に関する課題と論点

【課題】

- 喫煙は若年成人でも問題であり、2011年では、20歳代男性の喫煙率は約39%あり、20歳代女性の喫煙率は約13%となっている。
- 若年からの喫煙は依存症リスクを高めるが、ニコチン依存症管理料はBI200以上を要件としており、若年の依存症患者に対する治療の多くは算定できていないことが懸念される。
- また、禁煙補助剤の薬剤料は、ニコチン依存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定できるものとされており、入院中に禁煙補助剤の処方を開始することができない。

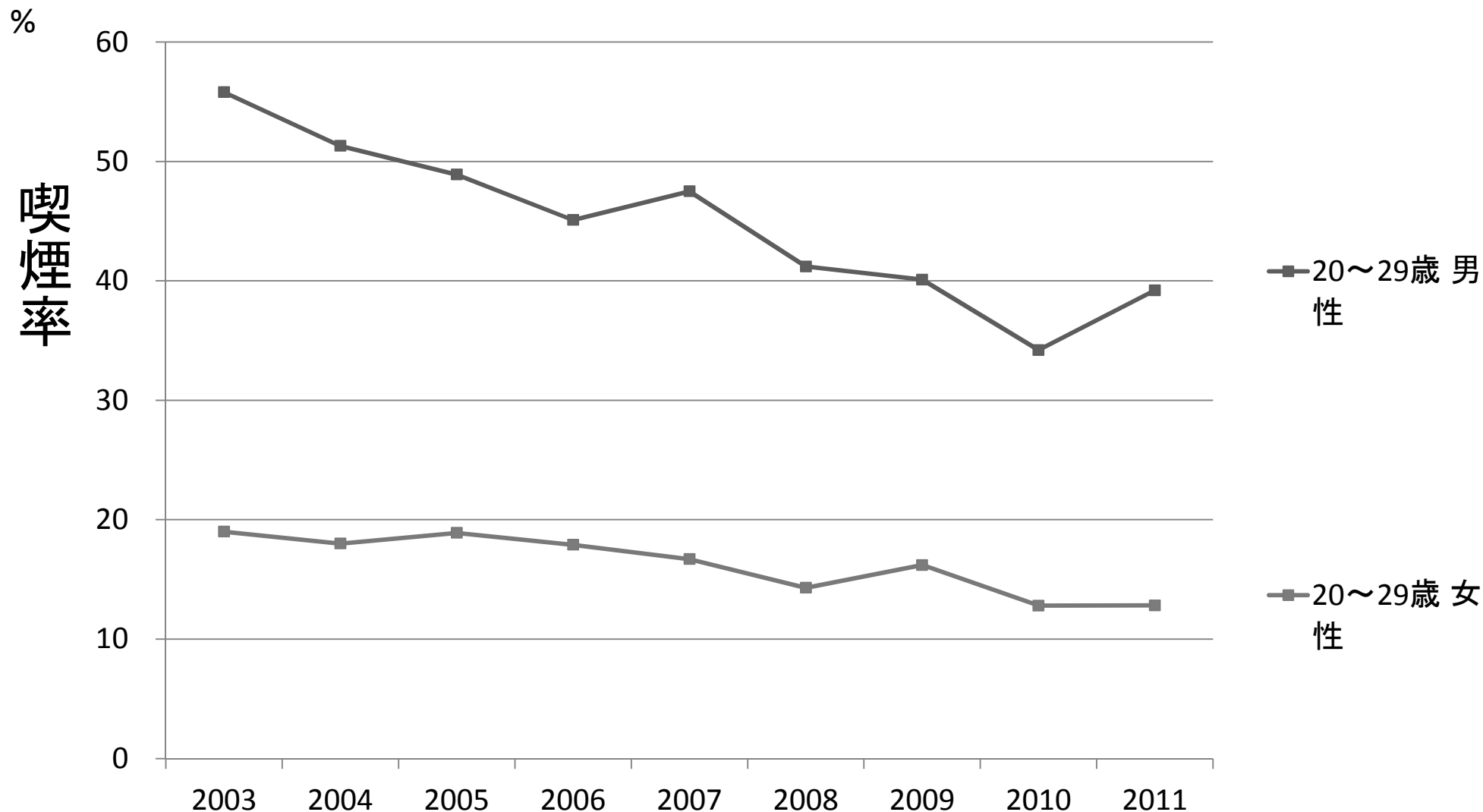


【論点】

- 若年層(20代)に対する算定要件(BI200以上)についてどう考えるか。
- 入院中であっても、指導管理を行うことを前提に、禁煙補助剤の処方を認めることについてどう考えるか。

①若年層(20代)のニコチン依存症治療

20歳代の喫煙率の経時変化



2011年時点で、20歳代男性の喫煙率は約39%あり、20歳代女性の喫煙率は約13%である。

ニコチン依存症患者の治療

B001-3-2 ニコチン依存症管理料の概要

対象患者	<p>ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものである。</p> <p>ア「禁煙治療のための標準手順書」に記載されている<u>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</u>である。</p> <p>イ <u>1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数(ブリンクマン指数(BI))が200以上</u>であるものである。</p> <p>ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った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。</p>									
点数	<table><tr><td>1 初回</td><td>230点</td><td></td></tr><tr><td>2 2回目から4回目まで</td><td>184点</td><td></td></tr><tr><td>3 5回目</td><td>180点</td><td>(5回に限り)</td></tr></table>	1 初回	230点		2 2回目から4回目まで	184点		3 5回目	180点	(5回に限り)
1 初回	230点									
2 2回目から4回目まで	184点									
3 5回目	180点	(5回に限り)								
その他	<p>入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙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する。</p>									

ブリンクマン指数(BI)

「禁煙治療のための標準手順書」より

算出式：1日の喫煙本数×喫煙年数であり、ニコチン依存症管理料の対象患者は200以上

スクリーニングテスト(TDS)

ニコチン依存症のスクリーニングテスト(TDS)－保険適用の対象患者を抽出するために実施－WHOの「国際疾病分類第10版」(ICD-10)やアメリカ精神医学会の「精神疾患の分類と診断の手引き」の改訂第3版および第4版(DSM-III-R、DSM-IV)に準拠して、精神医学的な見地からニコチン依存症を診断することを目的として開発されたもの。

下記の10項目の質問で構成。

- ・「はい」を1点、「いいえ」を0点とし、合計得点を計算。質問に該当しない場合は、0点と計算。
- ・**TDSスコア(0～10点)が5点以上をニコチン依存症と診断。**

問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまいましたか。

問2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。

問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。

問4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)

問5. 問4 どうかかった症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。

問6. 重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。

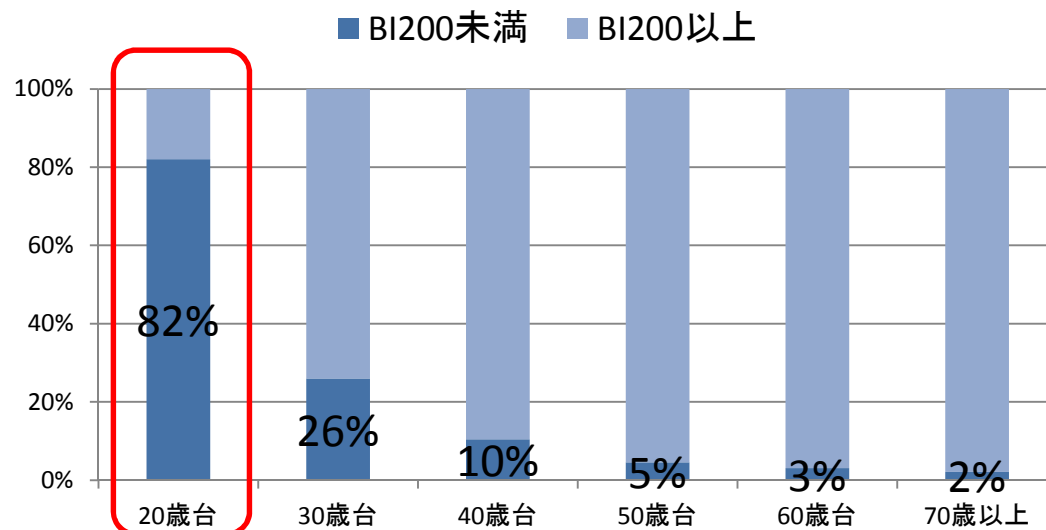
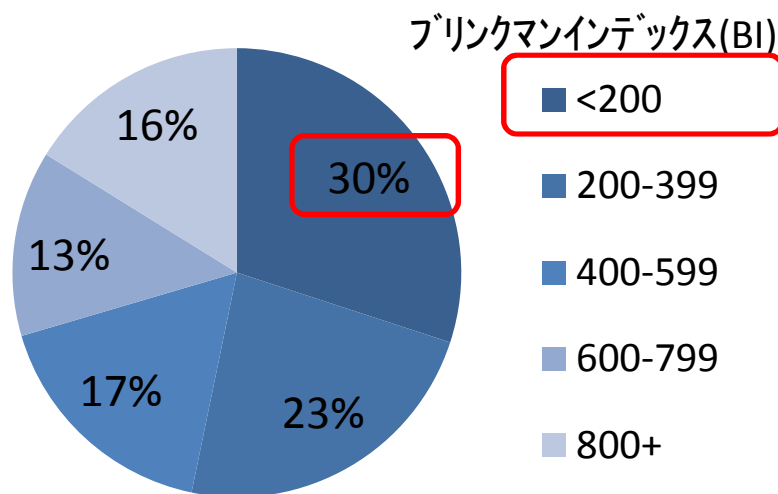
問7. タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。

問8. タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。

問9. 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。

問10. タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。

若年層のニコチン依存症患者の状況について

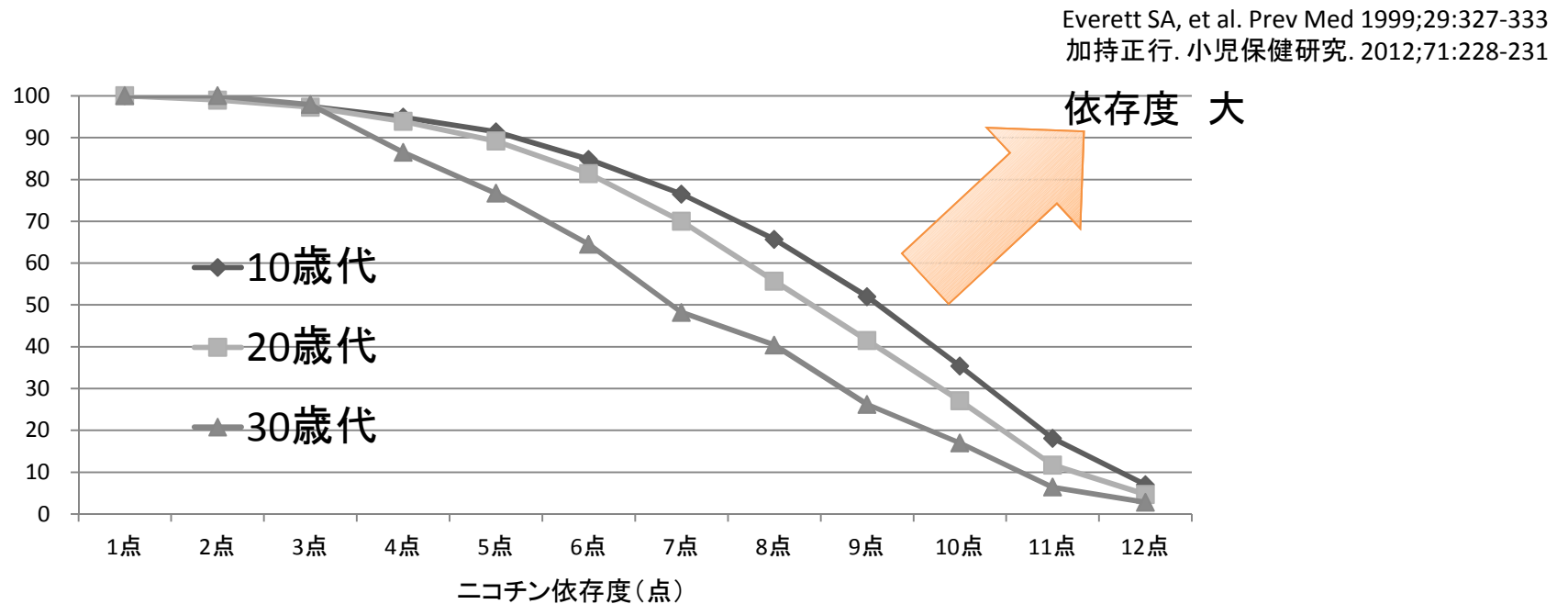


BI200未満の者は依存症患者の30%を占める

若年層のニコチン依存症患者の多くはBI200未満

若年層のニコチン依存症患者はBI200未満が多く、この場合管理料は算定できない。

若年層のニコチン依存症患者への医療の推進の重要性



厚生省. 喫煙と健康問題に関する実態調査報告書. 1998年

若年からの喫煙は依存症リスクが高い

若年層のニコチン依存症患者への治療が重要

②入院中に開始するニコチン依存症治療

ニコチン依存症患者の治療

B001-3-2 ニコチン依存症管理料の概要

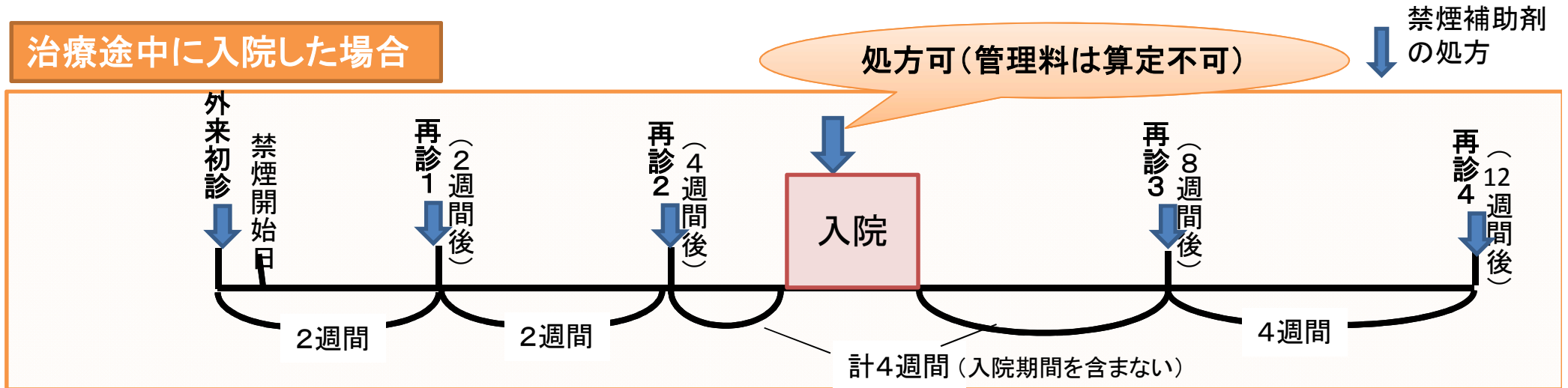
対象患者	<p>ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものである。</p> <p>ア「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。</p> <p>イ 1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数(ブリンクマン指数(BI))が200以上であるものである。</p> <p>ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものである。</p>									
点数	<table border="0"> <tr> <td>1 初回</td> <td>230点</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 2回目から4回目まで</td> <td>184点</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 5回目</td> <td>180点</td> <td>(5回に限り)</td> </tr> </table>	1 初回	230点		2 2回目から4回目まで	184点		3 5回目	180点	(5回に限り)
1 初回	230点									
2 2回目から4回目まで	184点									
3 5回目	180点	(5回に限り)								
その他	<p>入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙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する。</p>									

禁煙補助剤の処方について

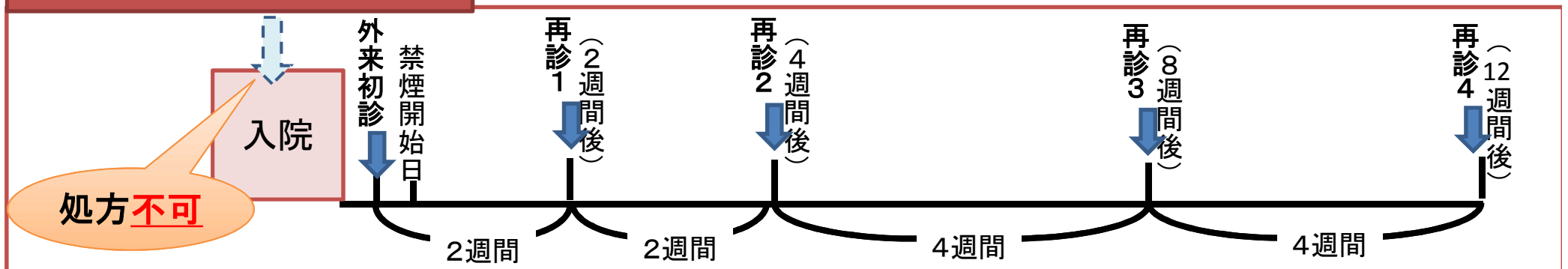
- ① 本製剤の薬剤料については、**ニコチン依存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定できることとする。**
- ② ①にかかわらず、**ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、**ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合に限り、当該禁煙治療に要した本剤の薬剤料を、**入院している保険医療機関において算定して差し支えない。**(平20.3.31保医発0331004)

入院中の禁煙治療と禁煙補助剤の処方について

治療途中に入院した場合



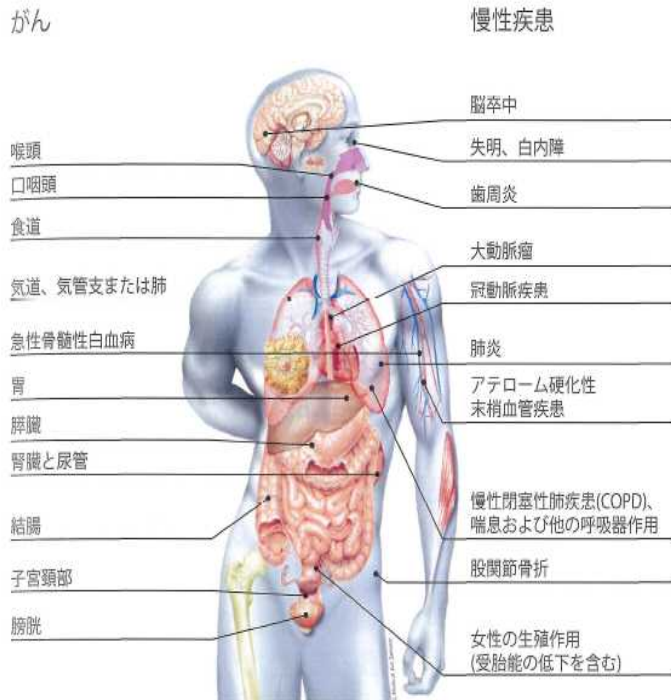
治療開始前に入院した場合



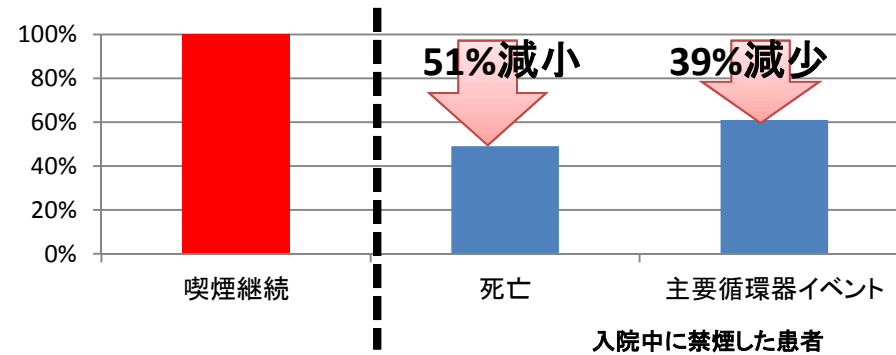
入院中に禁煙治療を開始しようとしても、禁煙補助剤は処方することができない。

入院中からの禁煙指導の重要性

喫煙が引き起こす疾患

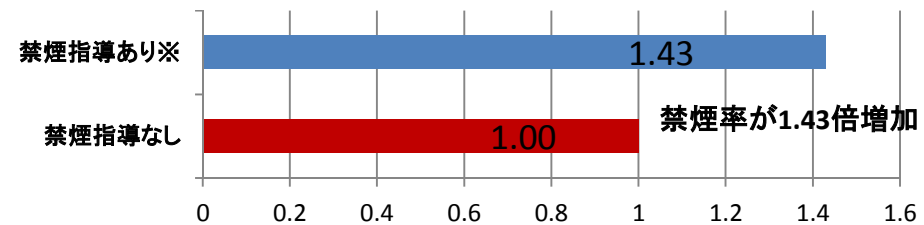


WHO 世界のたばこの流行に関する報告書
2008年版
原典: 米国公衆衛生総監報告書2004年



Boggon R, et al. Eur J Prev Cardiol 2012

急性冠症候群による入院患者において、入院中に禁煙した者は、死亡や循環器疾患発症のリスクが低下



※入院中の禁煙指導と共に1ヶ月以上後にフォローアップを実施

Rigotti NA, et al. Cochrane Database Syst Rev 2012;5:CD001837

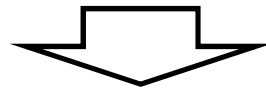
入院中に禁煙指導を開始することで禁煙率が増加

重症化予防のため入院中から禁煙指導を行うことが重要

ニコチン依存症患者の治療に関する課題と論点

【課題】

- 喫煙は若年成人でも問題であり、2011年では、20歳代男性の喫煙率は約39%あり、20歳代女性の喫煙率は約13%となっている。
- 若年からの喫煙は依存症リスクを高めるが、ニコチン依存症管理料はBI200以上を要件としており、若年の依存症患者に対する治療の多くは算定できていないことが懸念される。
- また、禁煙補助剤の薬剤料は、ニコチン依存症管理料の算定に伴って処方された場合限り算定できるものとされており、入院中に禁煙補助剤の処方を開始することができない。



【論点】

- 若年層(20代)に対する算定要件(BI200以上)についてどう考えるか。
- 入院中であっても、指導管理を行うことを前提に、禁煙補助剤の処方を認めることについてどう考えるか。