

個別事項について（その5）

がん対策・難病対策・透析医療・緩和ケア

1. がん対策に係る評価について
2. 難病対策に係る評価について
3. 透析医療に係る評価について
4. 緩和ケアに係る評価について

1. がん対策に係る評価について
2. 難病対策に係る評価について
3. 透析医療に係る評価について
4. 緩和ケアに係る評価について

1. がん対策に係る評価について

1－1. がん対策をとりまく現状について

1－2. 外来化学療法について

1－3. がんゲノム医療について

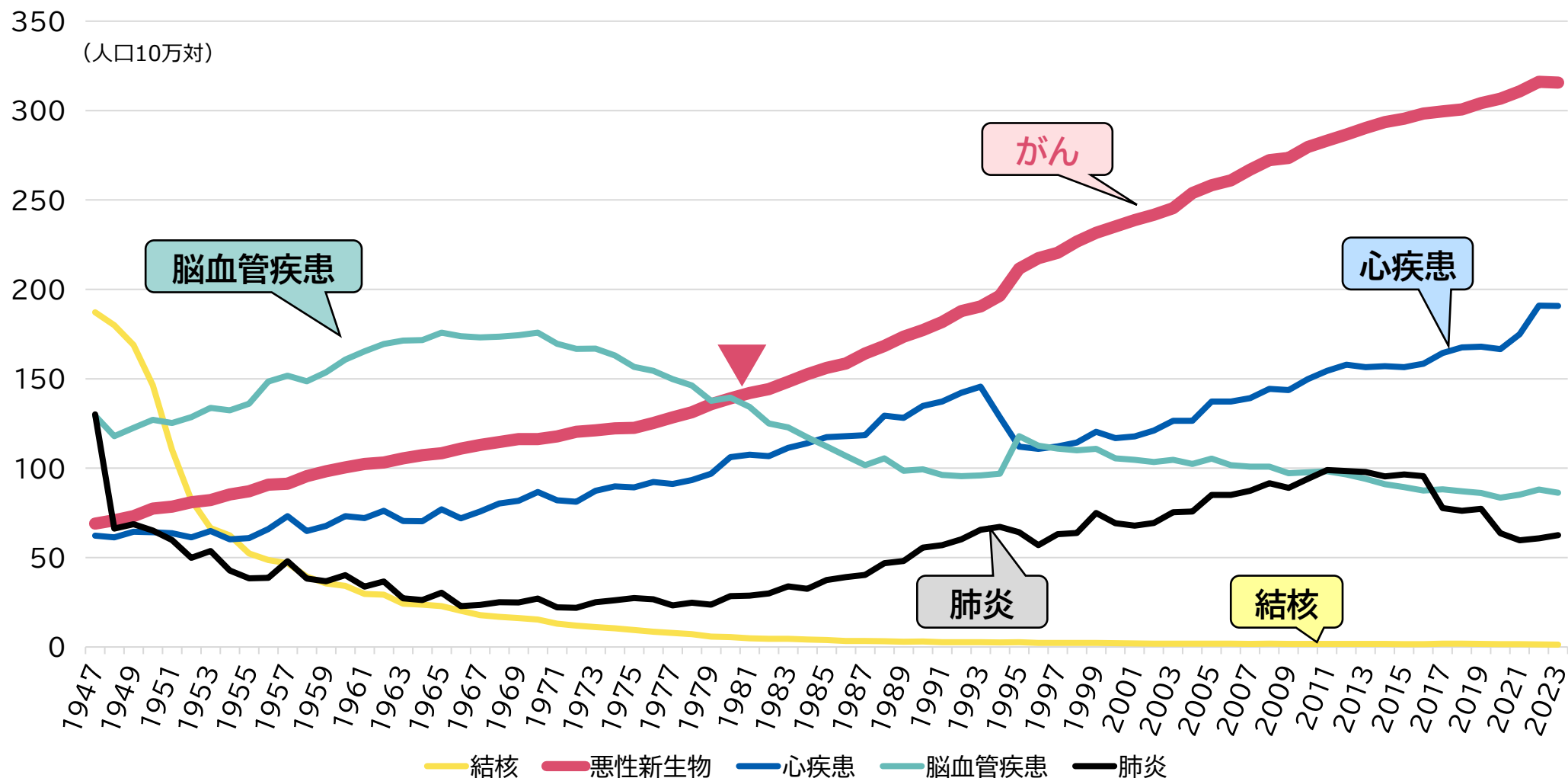
1－4. 放射線療法について

1－5. がん患者の意志決定支援等について

1－6. 抗悪性腫瘍剤の取扱について

わが国における粗死亡率の推移（主な死因別）

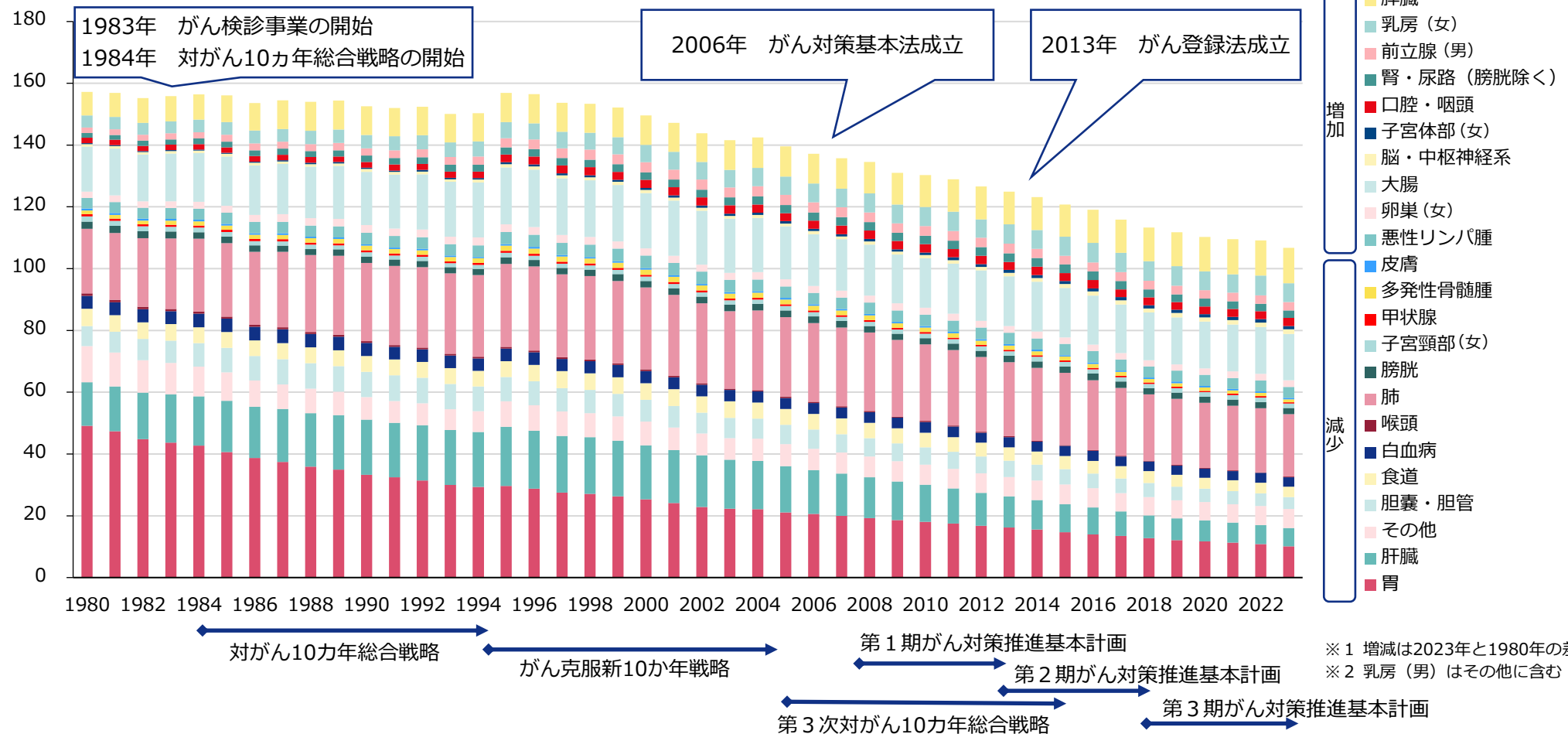
- 1981年(昭和56年)以降、死因の第1位はがん
- 約4人に1人ががんで死亡(2023年 年間死亡者数 約38万人)
- 加齢により発症リスクが高まることから、今後さらに死亡者数の増加が見込まれる



がん対策とがんの年齢調整死亡率（全年齢）の推移

- がんの年齢調整死亡率（全年齢）は低下傾向にあり、これまでのがん対策の推進により着実に成果を上げてきている。
- ピロリ菌の感染者の減少等の影響により、従来多かった胃がんが近年減少傾向である。

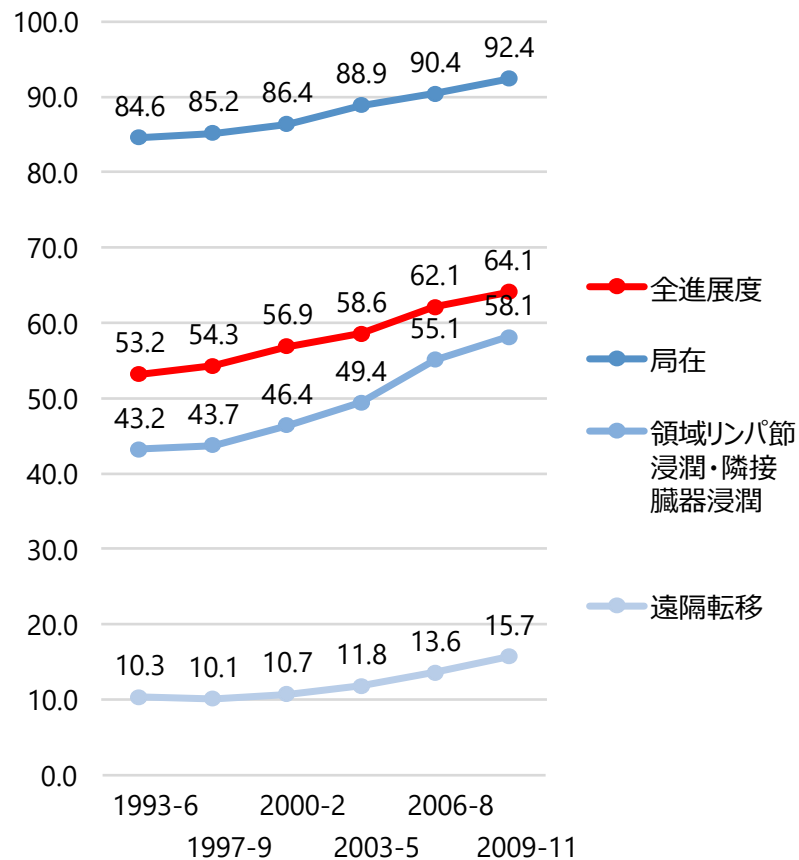
（人口10万対、昭和60年モデル人口）



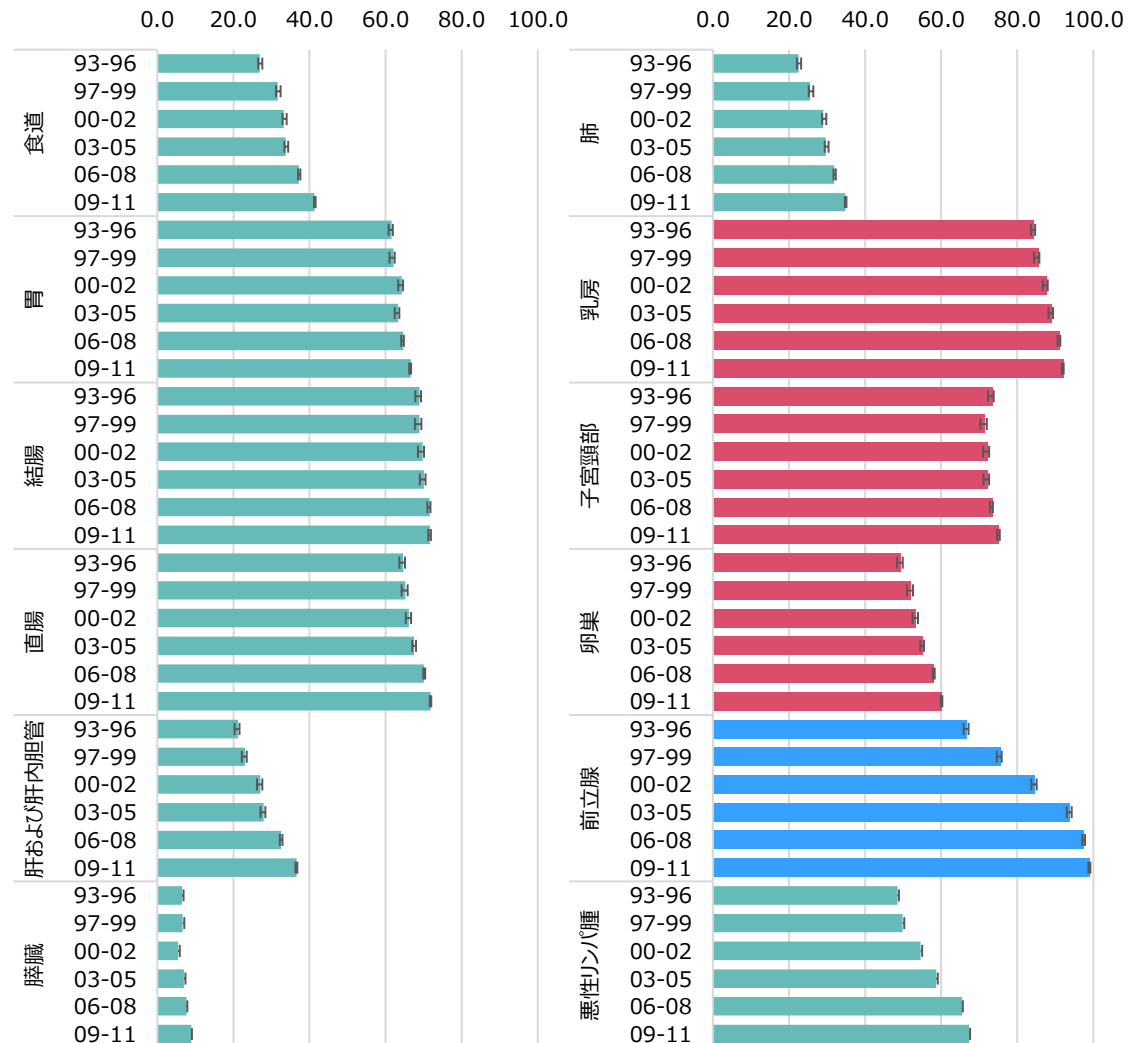
全がん及びがん種別 5 年相対生存率

- 全がん及びがん種別 5 年相対生存率は徐々に上昇している。

進展度別5年相対生存率の推移
(全部位 男女計 1993～2011)



腫瘍部位別5年相対生存率の推移（男女計 1993～2011）



第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）概要

第1．全体目標と分野別目標 ／ 第2．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標

がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

1. がん予防

- (1) がんの1次予防
 - ①生活習慣について
 - ②感染症対策について
- (2) がんの2次予防（がん検診）
 - ①受診率向上対策について
 - ②がん検診の精度管理等について
 - ③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

「がん医療」分野の分野別目標

適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

2. がん医療

- (1) がん医療提供体制等
 - ①医療提供体制の均てん化・集約化について
 - ②がんゲノム医療について
 - ③手術療法・放射線療法・薬物療法について
 - ④チーム医療の推進について
 - ⑤がんのリハビリテーションについて
 - ⑥支持療法の推進について
 - ⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
 - ⑧妊孕性温存療法について
- (2) 希少がん及び難治性がん対策
- (3) 小児がん及びAYA世代のがん対策
- (4) 高齢者のがん対策
- (5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

「がんとの共生」分野の分野別目標

がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

3. がんとの共生

- (1) 相談支援及び情報提供
 - ①相談支援について
 - ②情報提供について
- (2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
- (3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
 - ①就労支援について
 - ②アピアランスケアについて
 - ③がん診断後の自殺対策について
 - ④その他の社会的な問題について
- (4) ライフステージに応じた療養環境への支援
 - ①小児・AYA世代について
 - ②高齢者について

4. これらを支える基盤

- (1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
- (2) 人材育成の強化
- (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
- (4) がん登録の利活用の推進
- (5) 患者・市民参画の推進
- (6) デジタル化の推進

第3．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化
- 2. 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
- 3. 都道府県による計画の策定
- 4. 国民の努力
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

がん診療連携拠点病院制度

令和7年4月現在

都道府県がん診療連携拠点病院
地域がん診療連携拠点病院
特定領域がん診療連携拠点病院※
地域がん診療病院

51か所
352か所（うち特例型12か所）
1か所
59か所
合計463か所

特例型は、指定要件を満たしていない場合に1年の期間を定めて指定される。

- ・ 全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を目指して、各都道府県において整備する。
- ・ 都道府県知事が推薦する医療機関を指定の検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が拠点病院等として指定する。

国



国立がん研究センター

- ・ 国立がん研究センターが事務局となり、都道府県がん診療連携拠点病院と連携し、情報収集、共有、評価、広報を行うための**都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）**を開催する。

都道府県



都道府県がん診療連携拠点病院

- ・ 都道府県に原則として1か所整備。
- ・ 都道府県におけるがん対策の中心的な役割を担う。
- ・ 都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行うための**都道府県がん診療連携協議会**を設置する。

がん医療圏



地域がん診療連携拠点病院

- ・ がん医療圏に原則として1か所整備。
- ・ 当該がん医療圏におけるがん医療が適切に提供されるよう努める。
- ・ 専門的ながん医療の提供と連携協力体制を整備し、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行う。

がん医療圏



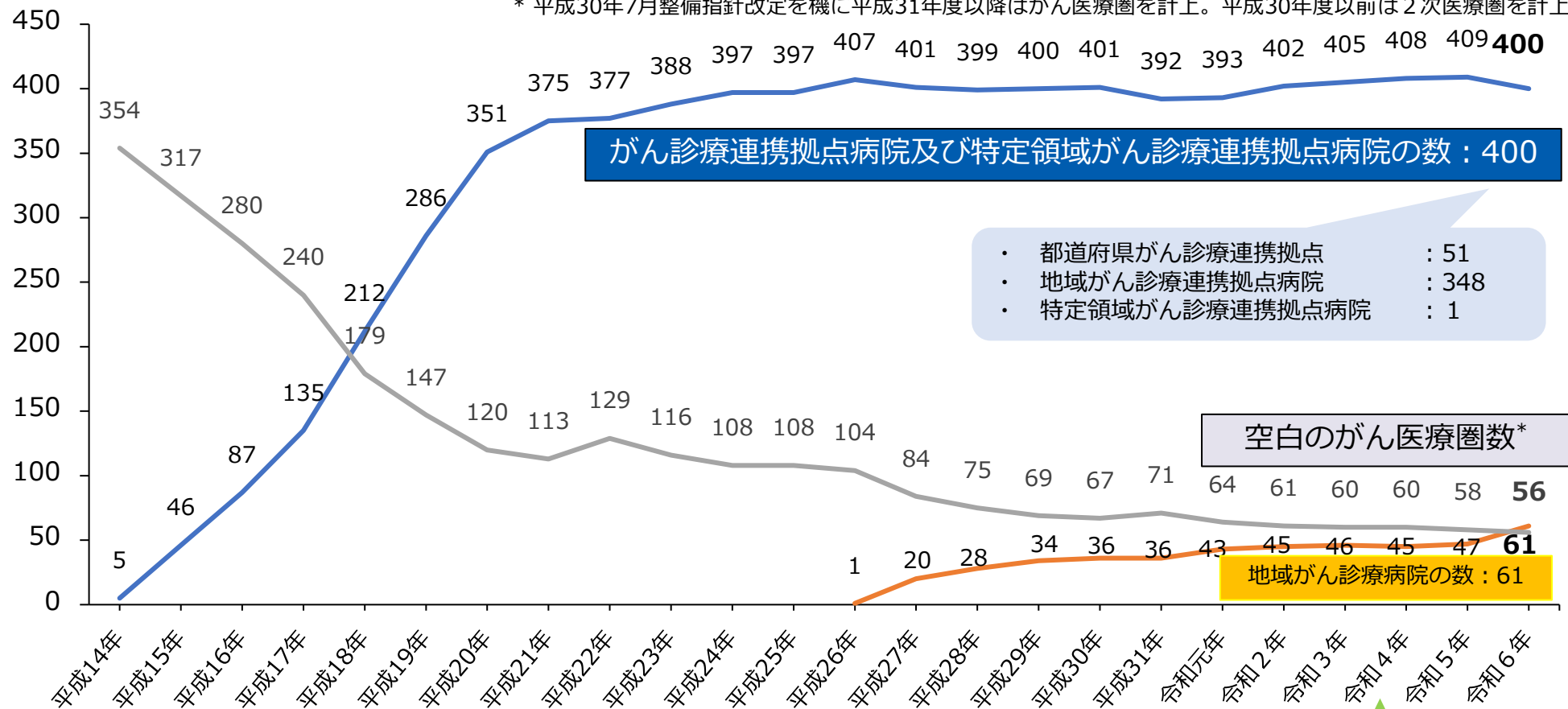
地域がん診療病院

- ・ がん診療連携拠点病院のないがん医療圏に1か所整備。
- ・ 隣接するがん診療連携拠点病院とグループ指定を受け、連携して専門的な集学的治療を実施する。

がん診療連携拠点病院等の整備の推移

- がん対策基本法施行後、がん対策推進基本計画に基づき、都道府県において拠点病院等の整備が進められた。
- 拠点病院等のないがん医療圏（空白のがん医療圏）が、56か所（令和6年4月時点）まで減少した。

* 平成30年7月整備指針改定を機に平成31年度以降はがん医療圏を計上。平成30年度以前は2次医療圏を計上。



がん克服新
10か年戦略
(～平成15年)

第3次対がん10か年総合対策（～平成25年）

第1期がん対策推進基本計画
がん対策基本法
(2006年)

第2期がん対策推進基本計画

第3期がん対策推進基本計画

第8次医療計画等に関する検討会

第4期がん対策推進基本計画

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきた。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取り組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。

	想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
都道府県又は更に広域 (※1)での集約化 の検討が必要な医療	- 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 - 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (医療技術の観点) - がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 - 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 (医療需給の観点) - 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
がん医療圏又は複数のがん 医療圏単位での集約化 の検討が必要な医療	- がん診療連携拠点病院等 - 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
更なる均てん化が 望ましい医療	患者にとって身近な診療所・病院(かかりつけ医を含む)	更なる均てん化が望ましい医療についての考え方 がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

(※1)国及び地域ブロック単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例

	手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療	・希少がんに対する手術					・粒子線治療 ・ホウ素中性子捕捉療法	・小児がんに対する高度な薬物療法 ・希少がんに対する薬物療法	
都道府県での集約化の検討が必要な医療	消化器がん ・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術 ・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法	呼吸器がん ・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	乳がん ・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	婦人科がん ・子宮頸がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	泌尿器がん ・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療（組織内照射）	・小児がんに対する標準的な薬物療法 ・高度な薬物療法（特殊な二重特異性抗体治療等）	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療	消化器がん ・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	呼吸器がん ・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	乳がん ・乳がんに対する標準的な手術	婦人科がん ・子宮頸がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	泌尿器がん ・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療（腔内照射） ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ※がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるようにすることが望ましい。 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・妊孕性温存療法
更なる均てん化が望ましい医療	・腸閉塞に対する治療 ・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療						・副作用が軽度の術後内分泌療法 ・軽度の有害事象に対する治療	・がん検診 ・がんリハビリテーション ・緩和ケア療法 ・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・排尿管理（尿道カテーテルや尿路ストーマの管理）

※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではないという点に留意。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意。

(監修)一般社団法人 日本癌治療学会、公益社団法人 日本放射線腫瘍学会、公益社団法人 日本臨床腫瘍学会

1. がん対策に係る評価について

1－1. がん対策をとりまく現状について

1－2. 外来化学療法について

1－3. がんゲノム医療について

1－4. 放射線療法について

1－5. がん患者の意志決定支援等について

1－6. 抗悪性腫瘍剤の取扱について

1. がん対策に係る評価について

1 - 2. 外来腫瘍化学療法について

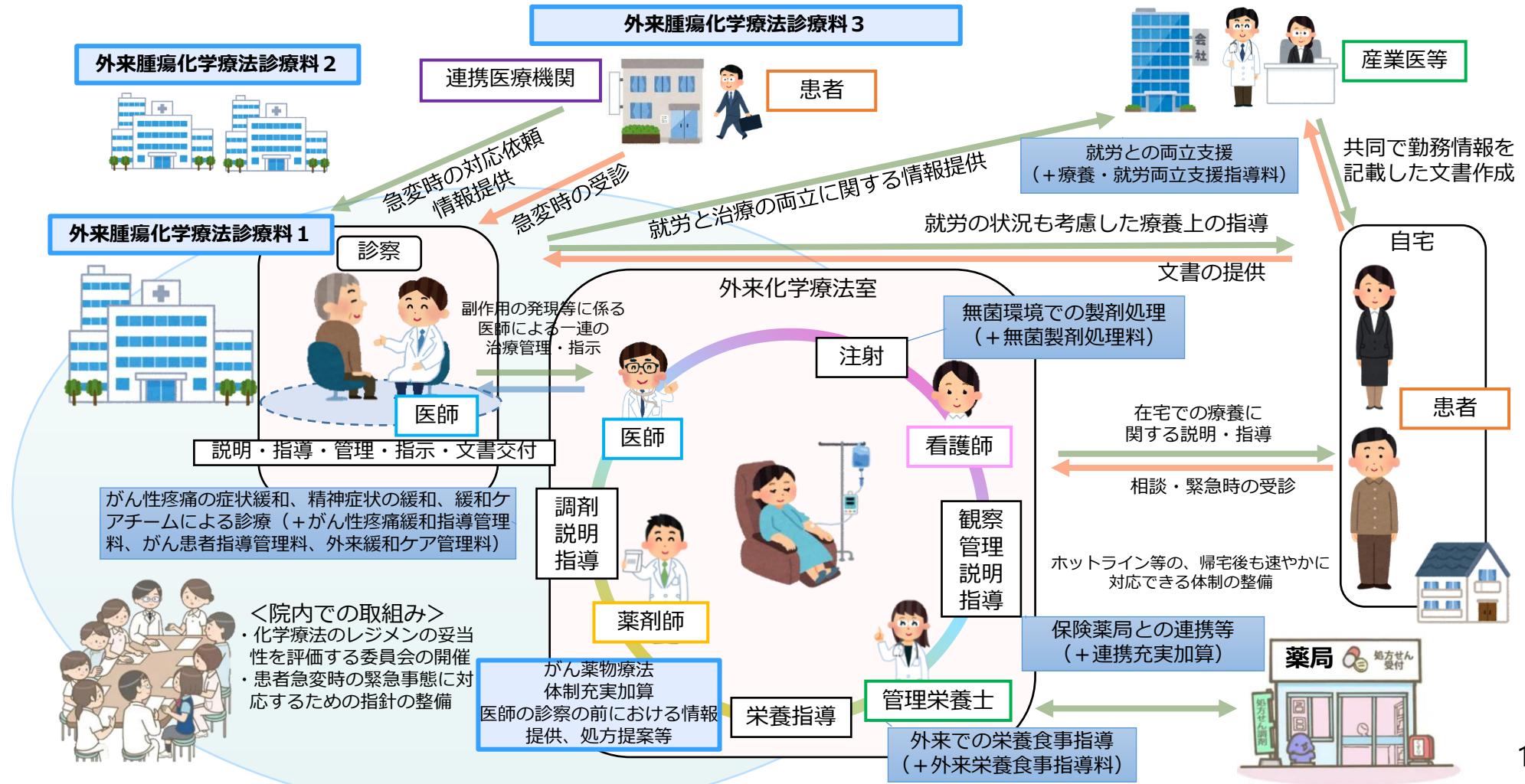
- ① 外来腫瘍化学療法診療料の対象とする化学療法について
- ② 急変時指針の整備について

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日 閣議決定）における位置づけ

- 外来化学療法については、第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日 閣議決定）において、以下のとおり位置づけられており、診療報酬上も様々な評価がなされている。

第4期がん対策推進基本計画（抄）（令和5年3月28日 閣議決定）

国及び都道府県は、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を外来も含め適切な場で受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

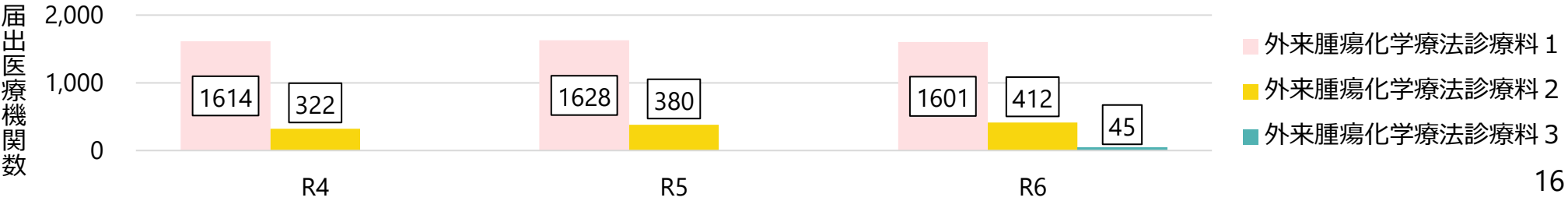


外来腫瘍化学療法診療料の主な算定要件

- 診療報酬上、外来腫瘍化学療法診療料については、静脈内、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射等により、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に限り算定できるとされており、皮下注射により投与した場合については、外来化学療法加算を算定できないこととされている。

	外来腫瘍化学療法診療料 1		外来腫瘍化学療法診療料 2		外来腫瘍化学療法診療料 3	
	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合
点数(1日につき)	初回から 3 回目まで 800点 4 回目以降 450点	350点	初回から 3 回目まで 600点 4 回目以降 320点	220点	初回から 3 回目まで 540点 4 回目以降 280点	180点
算定対象	○ 入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者					
主な算定要件	○ 患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。					
算定可能な化学療法	○ 静脈内、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射等					
主な施設基準	○ 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。 ○ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。 ○ 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。					
	○ 専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時 1 人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること。				○ 外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。	
	○ 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。 ○ 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の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。		○ 化学療法の経験を有する専任の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。 ○ 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。			

外来腫瘍化学療法診療料の届出医療機関数の年次推移



皮下注製剤の利点・副作用等

- 今般、皮下注射で投与可能な抗悪性腫瘍薬（以下、単に「皮下注製剤」※1）が上市されており、その中には、静脈注射等により投与する抗悪性腫瘍薬（以下、単に「静注製剤」）よりも投与部署での所要時間が短く済むものが存在し、全国がんセンター協議会が同協議会加盟医療機関に対して行った調査においては、皮下注製剤の導入の理由としては、「治療時間の短縮」が最多であった。
- 一方で、皮下注製剤には、静注製剤と同様に、一定の頻度で重篤な副作用（SAE）が発生するものが存在する。
- また、上記の調査においては、皮下注製剤の未導入の理由としては、「外来腫瘍化学療法診療料を算定できない」が最多であった。

皮下注製剤と静注製剤の投与に要する時間の比較

医薬品名称	投与経路	投与部位	投与部署での所要時間 (投与後の観察時間を含む)
ボルテゾミブ	静脈注射	静脈内	30分程度
	皮下注射	腹部、大腿	20分程度
アザシチジン	静脈注射	静脈内	60分程度
	皮下注射	腹部、大腿、 上腕など	60分程度
ダラツマブ	静脈注射	静脈内	4-5時間
ダラツマブ・ボルヒアルロニダーゼアルファ	皮下注射	腹部	30-75分

皮下注製剤と静注製剤のSAEの発生の比較

医薬品名称	SAE発生頻度（※2）	参考文献
ボルテゾミブ	(多発性骨髄腫を対象としたボルテゾミブ皮下注 vsボルテゾミブ静注の第3相試験) 皮下注36%(53/147) vs 静注35%(26/74)	Lancet Oncol. 2011 May;12(5):431-40
ダラツマブ・ボルヒアルロニダーゼアルファ	(多発性骨髄腫を対象としたダラツマブ皮下注 vsダラツマブ静注の第3相試験) 皮下注26%(68/260) vs 静注29%(76/258) (うちSAEとしての肺炎:皮下注3%vs静注4%)	Lancet Haematol 2020; 7:e370-380
ベルツズマブ・トラスツズマブ・ボルヒアルロニダーゼアルファ	(HER2陽性早期乳癌を対象としたベルツズマブ・トラスツズマブ皮下注+化学療法併用療法 vsベルツズマブ・トラスツズマブ静注+化学療法併用療法の第3相試験) 皮下注16.1%(40/248) vs 静注17.9%(45/252)	Lancet Oncol 2021; 22:85-97

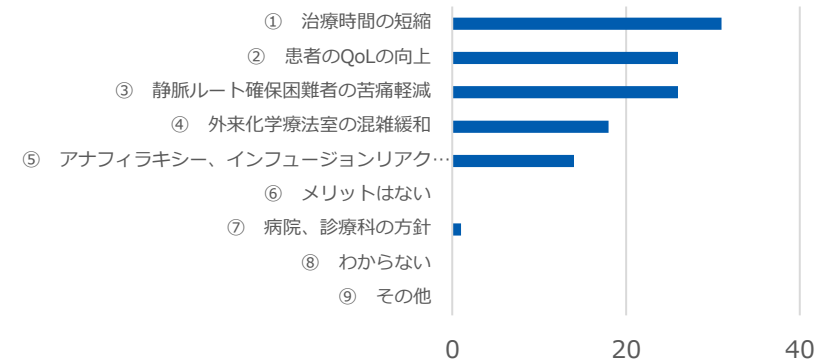
出典：健康・生活衛生局がん・疾病対策課にて作成

※1 ここでは、皮下注射で投与可能な抗悪性腫瘍薬のうち、医学的に化学療法室で実施すべき必要性が特に高いものを指す。

※2 皮下注製剤と静注製剤のSAE発生頻度について記載のあったものを抜粋。

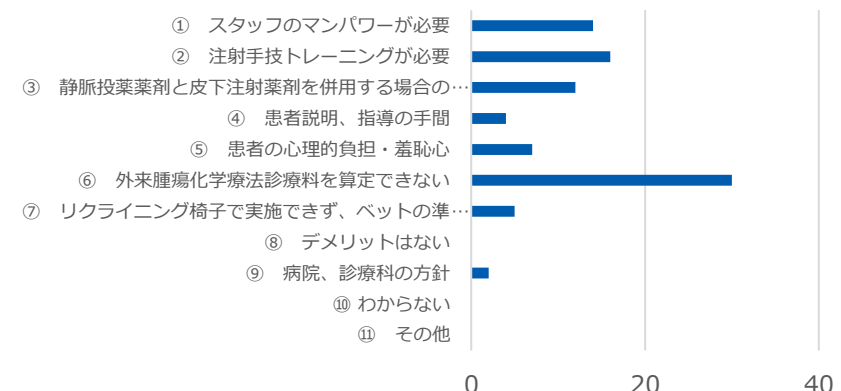
皮下注製剤のメリット/導入の理由と考えられることは何でしょうか

(複数選択可、その他：自由記述)



皮下注製剤のデメリット/未導入の理由と考えられることは何でしょ

うか(複数選択可、その他：自由記述)



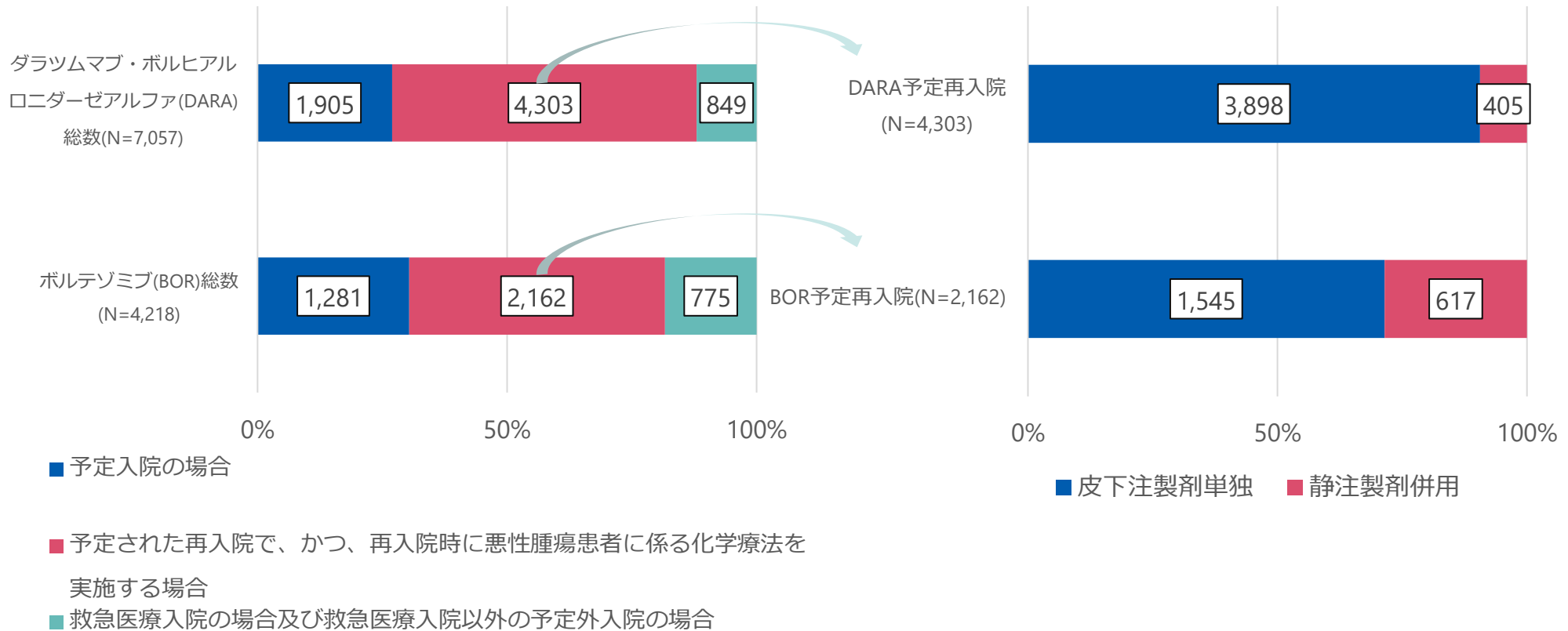
出典：全国がんセンター協議会提出資料

入院下での皮下注製剤の投与実態

- 静注製剤の投与を伴わない皮下注製剤のみの単独投与を、予定された再入院下（※ 1）で行っている症例が相当数存在していた。

予定入院/救急医療入院別の皮下注製剤が投与された症例数

予定再入院時の抗悪性腫瘍薬の投与経路別の症例数（※ 2）



出典：令和6年6月～令和7年3月DPCデータ

※ 1 予定された再入院については、一般に2回目以降の化学療法の実施目的の入院であると想定される。

※ 2 皮下注製剤を使用した症例のうち、デキサメタゾンを併用するレジメン等、静脈注射により投与する可能性がある併用薬を使用している症例を「静注製剤併用」と定義し、これらの併用薬を用いない症例を「皮下注製剤単独」と定義した。

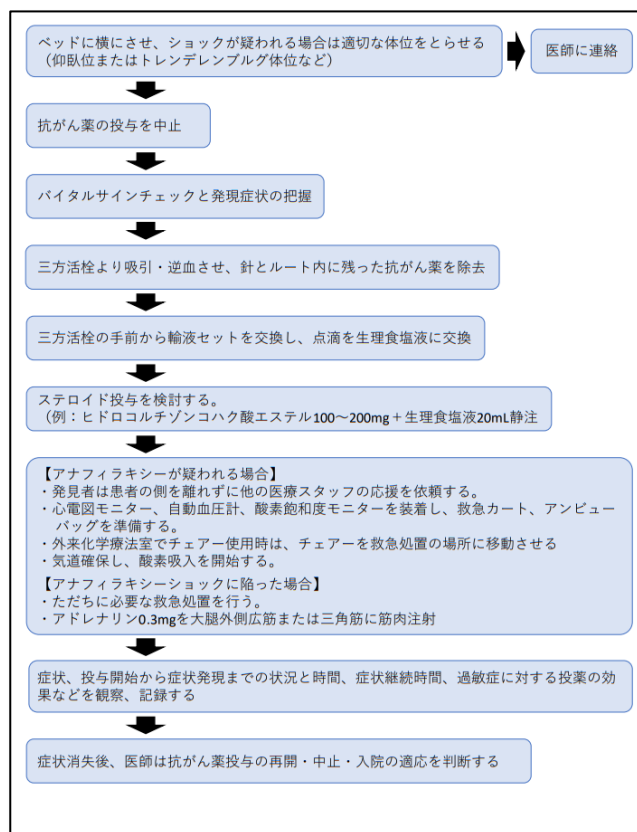
1. がん対策に係る評価について

1 - 2. 外来腫瘍化学療法について

- ① 外来腫瘍化学療法診療料の対象とする化学療法について
- ② 急変時指針の整備について

- 化学療法に伴う過敏症出現時については、一般的に緊急対応を要する場合がほとんどであり、施設の状況に応じてあらかじめ対応マニュアルを作成する必要がある。
- 一部の病院においては、外来化学療法に係るマニュアルを作成し、副作用等に係る相談等に24時間対応する連絡体制等が明確化され共有されていることで、患者にとって、より安心で安全な外来化学療法が実施されている。

＜抗がん薬による過敏症出現時の対応＞



＜外来化学療法に係るマニュアルの作成事例＞

目次	
■ 外来化学療法室について……………1 (沖村美香)	位置づけ/施設案内/外来化学療法室での治療 外来化学療法室での治療対象患者/感染症について
■ スケジュール……………2 (沖村美香)	
■ 各職種の業務……………2 (沖村美香)	担当医の業務/専任看護師の業務/薬剤師の業務
■ がん化学療法のレジメン……………3 (内田豊、坂井康仁、村上理恵)	レジメンの新規登録/登録済みレジメンの運用 登録済みレジメンの変更/レジメン登録の流れ
■ 化学療法の流れ……………4 (沖村美香、坂井康仁)	外来化学療法室オリエンテーション/治療日事前オリエンテーションを希望される場合 外来化学療法室の予約とレジメンオーダー/治療当日の手順・流れ 配置薬内服前投薬についての取扱い/外来化学療法室配置薬の種類と規格
■ 血管外漏出時の対応……………6 (沖村美香、坂井康仁)	血管外漏出/血管外漏出時の組織傷害性に基づく分類/血管外漏出の投与管理の基本 血管外漏出の予防/血管外漏出の早期発見/血管外漏出時の対応 血管外漏出時局所の対応/「サビーン」使用方法/使用中の注意事項 血管外漏出後の観察及び患者指導/記録/血管外漏出時の対処方法 フローチャート
■ 抗がん薬による過敏症出現時の対応……………12 (沖村美香、坂井康仁)	過敏症/投与前のアセスメント/抗がん薬投与前の注意点/発生時の対応 過敏症後の治療再開について/インフュージョンリアクション治療再開について 過敏症が出現しやすい薬剤と特徴
■ 皮下植込み型中心静脈ポート (CVポート) 使用輸液管理……………20 (沖村美香)	
■ 資料……………25 (沖村美香、内田豊、坂井康仁、村上理恵)	資料1 化学療法を実施している患者からの副作用等に係る相談等に24時間対応する連絡体制 資料2 レジメン運用手順 資料3 抗がん剤レジメン登録の方法 資料4 外来化学療法室で治療を受けられる方へ 資料5 抗がん薬治療中に自宅や職場で気をつけていただきたいこと (抗がん薬曝露対策)

化学療法を実施している患者からの副作用等に係る相談等に24時間対応する連絡体制について

(※外来腫瘍化学療法診療科の施設基準に係る体制)

```

graph TD
    Patient[患者] --> Window[化学療法による副作用等相談受付窓口]
    Window --> Phone[電話]
    Phone -- "(専用電話番号)" --> Table
    
```

診療科	昼間 (8:30-17:00)			夜間 (17:00-8:30) 休日(土日)		
	専任担当	内線	備考	専任担当	内線	備考
第一内科	医師			医師		
第二内科	医師			医師		
第三内科	医師			医師		
小児科	医師			医師		
第一外科	医師			医師		
第二外科	医師			医師		
整形外科	医師			医師		
皮膚科	医師			看護師		医師にコンサル
泌尿器科	医師			医師		
眼科	医師			看護師		医師にコンサル
耳鼻咽喉科	医師			医師		
放射線科	医師			看護師		医師にコンサル
産科婦人科	医師			医師		
脳神経外科	医師			医師		
歯科口腔外科	医師			医師		
呼吸器・感染症内科	医師			医師		

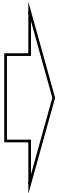
外来腫瘍化学療法診療料の見直し③（外来腫瘍化学療法診療料 1）

外来腫瘍化学療法診療料 1 の施設基準の見直し

- 外来腫瘍化学療法診療料 1 について、実施医療機関における更なる体制整備等の観点から、次のとおり要件及び評価を見直す。

現行

【外来腫瘍化学療法診療料 1】
〔施設基準〕
(1) ～ (7) (略)
(新設)



改定後

【外来腫瘍化学療法診療料 1】
〔施設基準〕
(1) ～ (7) (略)
(8) 区分番号「B001」の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。
(9) 区分番号「B001」の「23」に掲げるがん患者指導管理料の口の届出を行っていることが望ましい。
(10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
(11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。
(12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。
(13) 外来腫瘍化学療法診療料 3 の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する保険医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する保険医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
(14) (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
(15) (13)及び(14)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

<外来腫瘍化学療法診療料 1 の施設基準（抜粋）>

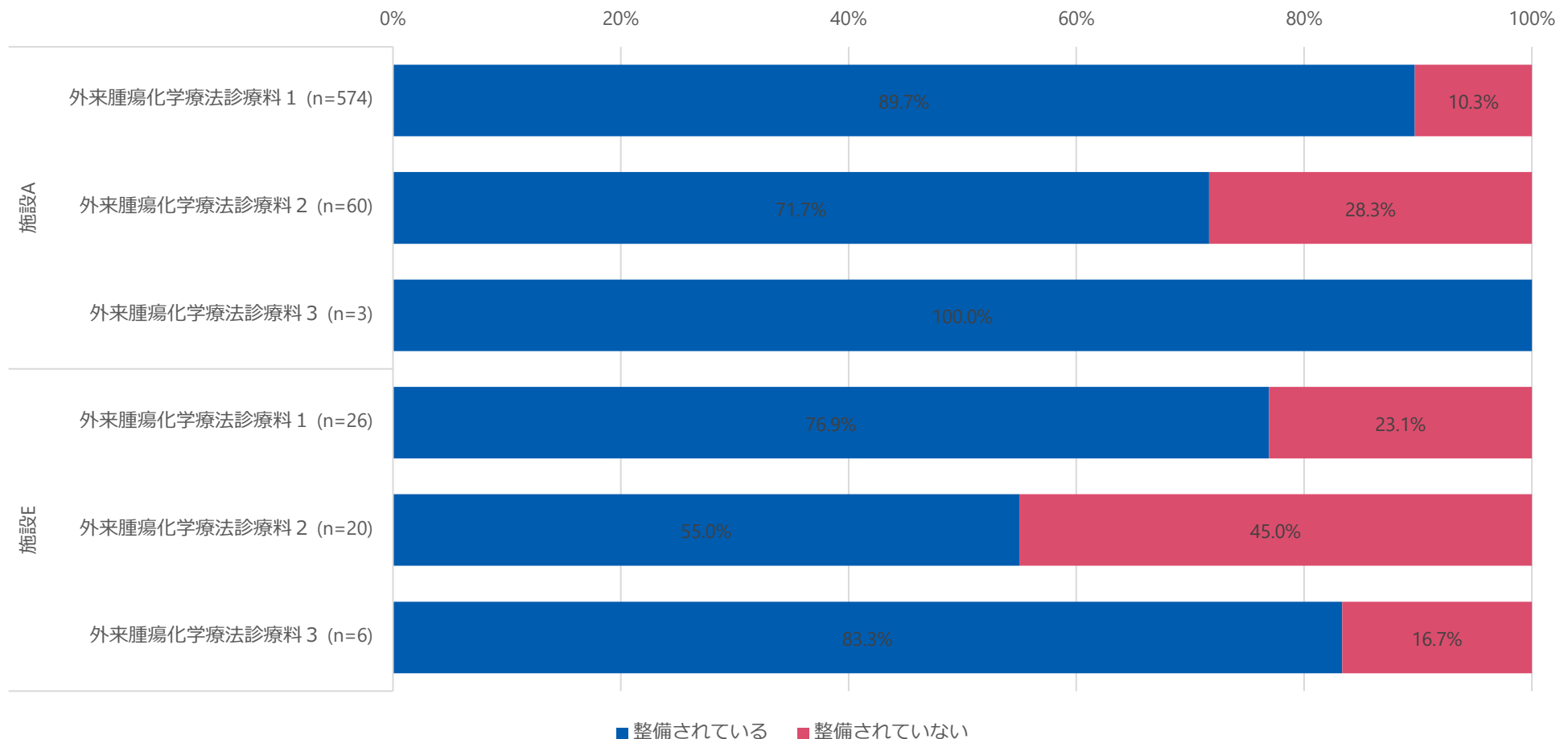
- (2) 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
(5) 専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時 1 人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に 24 時間対応できる連絡体制が整備されていること。
(6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
(7) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。
当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で 1 名以上（1 診療科の場合は、2 名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年 1 回開催されるものとする。

外来腫瘍化学療法を受ける患者の急変時指針の整備状況

診療組 入-1
参 考
7 . 5 . 2 2

- 外来腫瘍化学療法診療料 1 を算定する医療機関のうち、患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針について、「整備されている」と答えた医療機関の割合は、施設票Aにおいては約 9 割、施設票Eにおいては約 8 割であった。

「患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針」の整備状況



1. がん対策に係る評価について

1－1. がん対策をとりまく現状について

1－2. 外来化学療法について

1－3. がんゲノム医療について

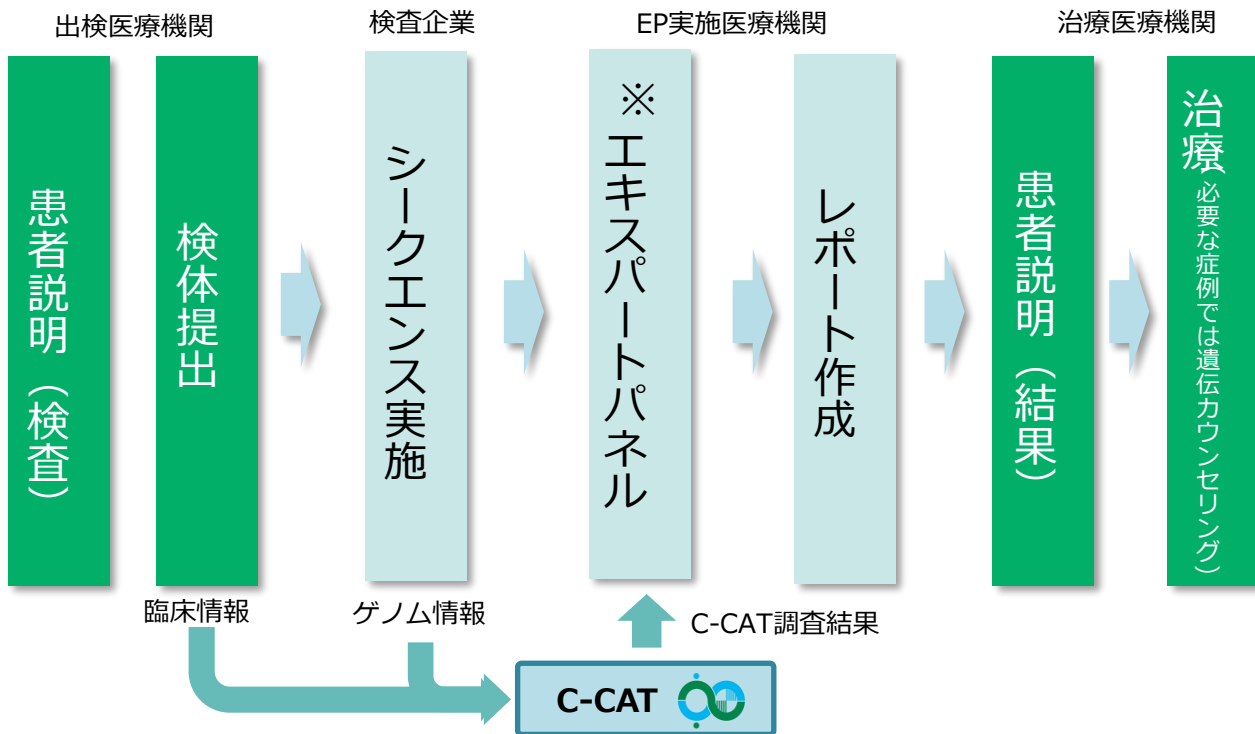
1－4. 放射線療法について

1－5. がん患者の意志決定支援等について

1－6. 抗悪性腫瘍剤の取扱について

がん遺伝子パネル検査の概要（固形がん）

がん遺伝子パネル検査とは、生検や手術などで採取されたがん組織等を用いて、高速で大量のゲノムの情報を読み取る「次世代シーケンサー」という解析装置で、1回の検査で多数（多くは100以上）の遺伝子を同時に調べる検査。その調査結果を用いたエキスパートパネル（EP）により使用する薬剤等の治療方針が提示され、主治医が決定する。



C-CAT調査結果とは

症例ごとに基本項目や変異遺伝子の詳細の他、候補となる臨床試験の一覧等が記載され、EPの治療方針の検討に活用される。

1. 基本項目：患者や医療機関、検査に関する情報
2. 調査結果：検出された変異の数や、マーカー、エビデンスレベル、エビデンスタイプなどに関する情報
3. 候補となる臨床試験一覧：検出された変異を対象とする臨床試験の情報
4. 変異遺伝子の詳細：検出された変異に関する遺伝子の詳細情報
5. 参考文献：検出されたマーカーに関する論文など、参考となる文献の情報
6. 使用ソフトウェアバージョン：アノテーションおよび調査結果を生成する際に使用した、ソフトウェアのバージョンおよびデータベースのバージョン
7. エビデンスレベル定義：治療効果に関するエビデンスレベルの分類について
8. 注意事項・免責事項

対象患者

以下の①又は②に該当し、本検査施行後に薬物療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した患者が対象

- ①標準治療のない固形がん患者
- ②標準治療が終了となった固形がん患者
（終了が見込まれる者を含む）

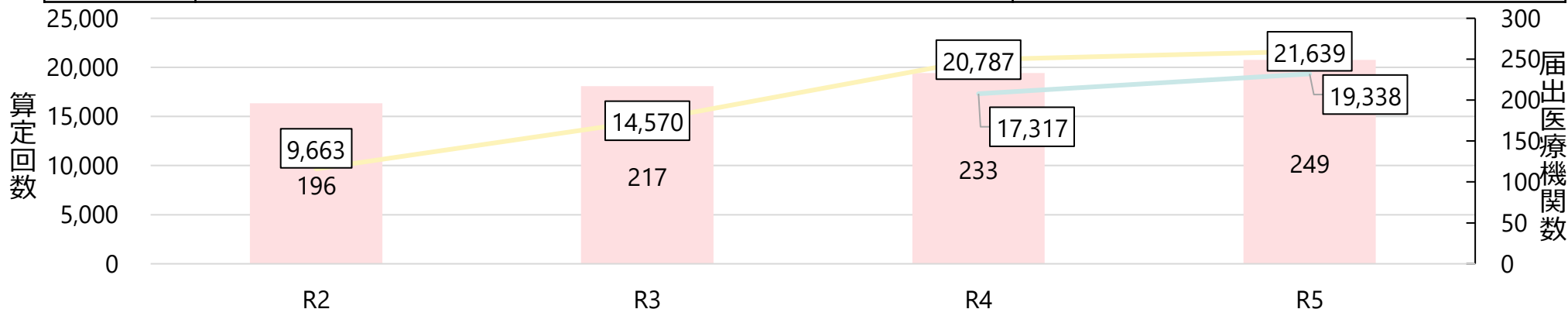
※エキスパートパネルとは

がん遺伝子パネル検査の結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会のこと。

がんゲノムプロファイリング検査に係る診療報酬上の評価

- がんゲノムプロファイリング検査については、「D006-19 がんゲノムプロファイリング検査」及び「B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料」により評価されている。
- 主な算定要件及び届出医療機関数等の推移は以下のとおり。
- 「D006-19 がんゲノムプロファイリング検査」については、対象患者は標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者に限られており、また、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、包括的なゲノムプロファイルの結果について、エキスパートパネルでの検討を経た上で、患者に提供することとされている。

主な検査	D006-19 がんゲノムプロファイリング検査	B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料
主な算定要件	○ 標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む。）であって、関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、当該検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者に対して実施する場合に限り算定できる。	○ 固形がん患者について、「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査を行った場合であって、エキスパートパネルで検討を行った上で、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者1人につき1回に限り算定する。
主な施設基準	○ がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。 ○ 当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、 <u>エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。</u>	○ がんゲノムプロファイリング検査の施設基準の届出を行っていること。



出典：算定回数については各年NDB。届出医療機関数については、保険局医療課調べ（各年7月1日時点）。

※ 「B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料」については、令和4年度診療報酬改定において「D006-19 がんゲノムプロファイリング検査」から分離して評価することとされたため、R3以前の算定回数は0となる。

固形がんのエキスパートパネル省略可能な症例の考え方について

令和7年6月16日

関連学会の見解を受け、薬事承認により品質が担保された検査を用いて有効性が認められている薬剤へ到達する範囲または到達可能な薬剤がないことが明らかな場合においては、「薬剤アクセス」及び「二次的所見の有無」（※1）の観点を考慮し、「主治医判断でエキスパートパネル（EP）省略可能な症例」とする考え方を以下のとおり整理する。

検査 ¹	薬剤アクセス		EPの実施
	治療薬	治験等 ²	
がん遺伝子パネル検査に搭載されている、薬事承認されたコンパニオン診断機能の結果	国内で薬事承認されている医薬品（適応内）にアクセス可能	—	主治医判断でEP省略可（※2）
薬事承認された遺伝子パネル検査であるが、コンパニオン診断としては適応外の検査結果	国内で薬事承認されている医薬品（適応内）にアクセス可能	—	主治医判断の下、学会の示すリストに基づき、検査の分析性能が担保されている場合は、EP省略可（※2）
がん遺伝子パネル検査の結果	国内で薬事承認されている医薬品（適応外）にアクセス可能	—	EPを実施
がん遺伝子パネル検査の結果	国内で薬事承認されている医薬品はないためアクセス不可	治験等にアクセス可能	EPを実施
		治験等にアクセス不可	主治医判断でEP省略可（※2）

※1 二次的所見を疑う病的変異が検出されない又は疑われない症例は「主治医判断でEP省略可」とするが、二次的所見を疑う病的変異が検出される又は疑われる症例（例：BRCA遺伝子変異の検出あり）は、EPの実施が必要である。

※2 EP省略可に該当する症例であっても、主治医の要請があればEPを実施することは可能とする。なお、C-CATより主治医に提供される調査結果において、国内で薬事承認されている医薬品やアクセス可能な治験の有無等を記載するよう改訂予定であり、主治医によるEP省略の可否判断が可能となる予定である。

- がん遺伝子パネル検査における解析対象変異に対する検出性能は、コンパニオン診断機能に限らず、真度及び精度等の評価結果に基づき審査され、临床上必要な性能を有すると判断されたうえで薬事承認される。また、必要に応じて検出性能の限界等に関する注意喚起が添付文書等により行われる。
- 治験等にアクセス可能とは、国内での臨床試験等が存在する。また保険外併用療養制度（評価療養及び患者申出療養等）の活用を含む。

(参考) 改訂を予定しているC-CAT調査結果のイメージ

- C-CATより医療機関に提供される調査結果の改訂のイメージは以下のとおり。
- 当該調査結果およびがん遺伝子パネル検査結果に基づいて、主治医において、EPの省略の可否の判断を行うことが可能となる。

例：非小細胞肺癌患者に対してがん遺伝子パネル検査を行った場合（いずれも二次的所見疑いなし）

1) 国内承認薬（コンパニオン診断薬）に到達可能な場合の調査結果の例

省略可能/不可

検査結果サマリー（患者ID:01）

薬剤到達性	薬剤名	CDx	マーカー
国内承認	Osimertinib	適合	EGFR L858R
国内承認	Afatinib	適合	EGFR L858R
国内承認	Erlotinib	適合	EGFR L858R
国内承認	Dacomitinib	適合	EGFR L858R



省略可能

検査に用いた医療機器等がコンパニオン診断としての性能を有しており、当該遺伝子変異に対応する国内承認薬が存在する等、がん遺伝子パネル検査に基づく治療の存在が明らか

2) 国内承認薬がないものの、国内の治験等にアクセス可能な場合の調査結果の例

検査結果サマリー（患者ID:02）

薬剤到達性	臨床試験名	マーカー
臨床試験	AMG 193 + docetaxel	CDKN2A Loss



省略不可

3) 国内承認薬やアクセス可能な治験等がない場合の調査結果の例

検査結果サマリー（患者ID:03）

薬剤到達性	マーカー
該当なし	該当なし



省略可能

使用可能な国内承認薬やアクセス可能な治験等がなく、がん遺伝子パネル検査に基づく治療の不存在が明らか

1. がん対策に係る評価について

1－1. がん対策をとりまく現状について

1－2. 外来化学療法について

1－3. がんゲノム医療について

1－4. 放射線療法について

1－5. がん患者の意志決定支援等について

1－6. 抗悪性腫瘍剤の取扱について

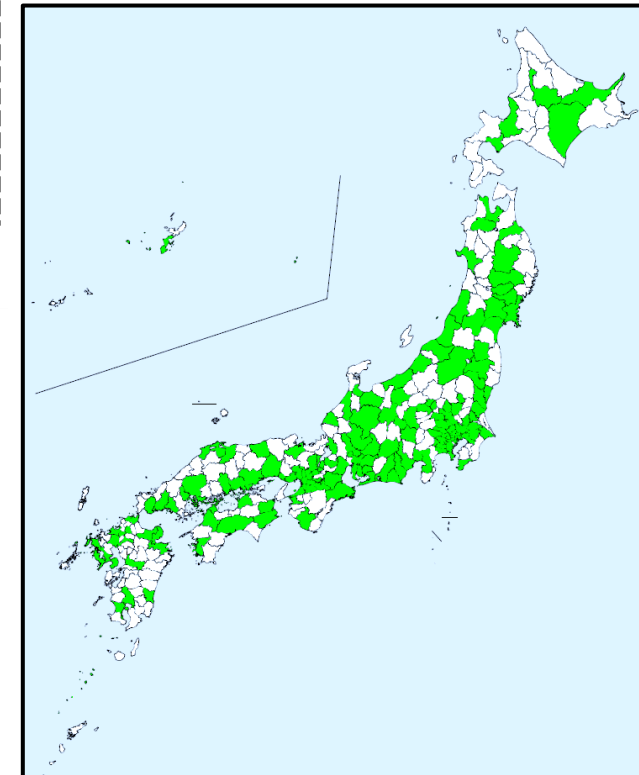
強度変調放射線治療（IMRT：Intensity Modulated Radiation Therapy）について

- 標準的な放射線治療のうち精度の高い放射線治療である強度変調放射線治療（IMRT）は、がん診療連携拠点病院等を中心に実施体制を整備してきたが、IMRTが実施可能な医療機関が存在する二次医療圏は171（50.9%）に留まり、都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院（計391施設）のうち93施設（23.8%）が施設基準を満たすことができていない。
- また、各施設におけるIMRT実施患者数にはばらつきが見られる。

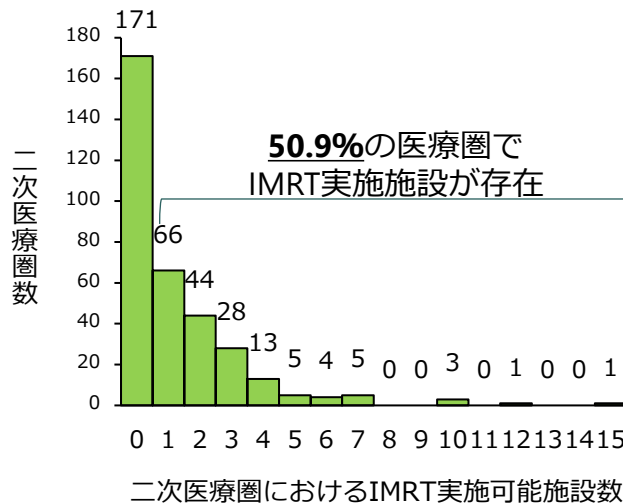
Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

- 2 診療体制 （1）診療機能 ②手術療法、放射線療法、薬物療法の提供体制の特記事項
集学的治療等を適切に提供できる体制を整備する上で、特に以下に対応すること。
- ア・イ （略）
- ウ **強度変調放射線治療**と外来での核医学治療を提供することが望ましい。
- エ〜ケ （略）

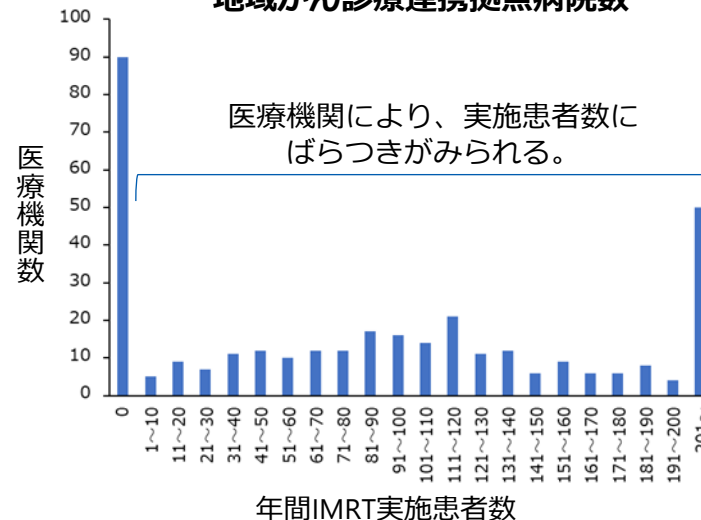
IMRTが実施可能な医療機関がある二次医療圏



二次医療圏別IMRT実施可能施設数



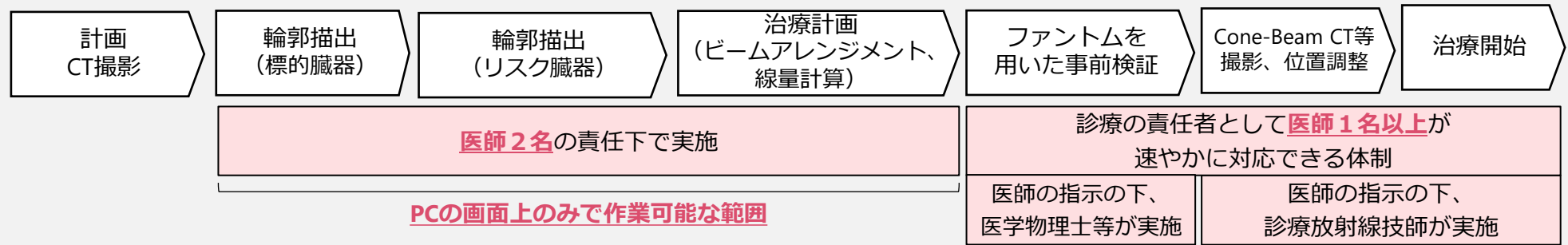
年間IMRT実施患者数別の地域がん診療連携拠点病院数



IMRTと遠隔放射線治療計画

- IMRTを実施するには、通常、医師2名が放射線治療計画の策定に関与しており、IMRTの施設基準として放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置がされていることが要件の1つとなっている。
- 平成30年度診療報酬改定において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における緊急時の放射線照射計画の立案等の遠隔支援の評価として遠隔放射線治療計画加算が新設された。今般、厚生労働科学研究の解析において、医師2名のうち1名が遠隔でIMRTの治療計画を策定した場合においても、放射線治療計画の品質に差が無いことが示唆された。

現行のIMRTの診療フロー



REMOTE-IMRT trial の解析結果 (厚生労働科学研究大西班)

現行要件群：医師2名が
同治療施設内で治療計画
を作成・確認

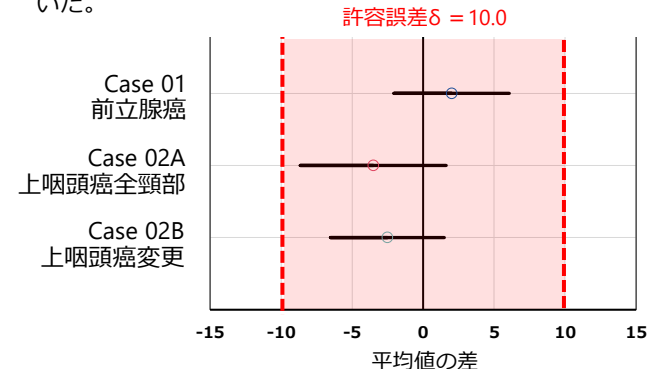
提案要件群：医師2名の
うち1名が治療施設内で
治療計画を作成、1名が
遠隔支援施設で確認

	IMRT治療計画品質指標 (PQM) (n=36)		平均値の差の 95%信頼区間 (下限,上限)
	現行要件群	提案要件群	
Case 01 前立腺癌	60.77±7.93	62.77±9.05	[-2.05, 6.07]
Case 02A 上咽頭癌 全頸部	59.05±11.25	55.54±10.27	[-8.65, 1.62]
Case 02B 上咽頭癌 局所	76.92±8.73	74.40±8.06	[-6.52, 1.49]

IMRT治療計画品質指標 (PQM)

平均値の差の95%信頼区間 (Forest Plot)

平均値の差の95%信頼区間が設定した許容誤差(*)内に収まっていた。

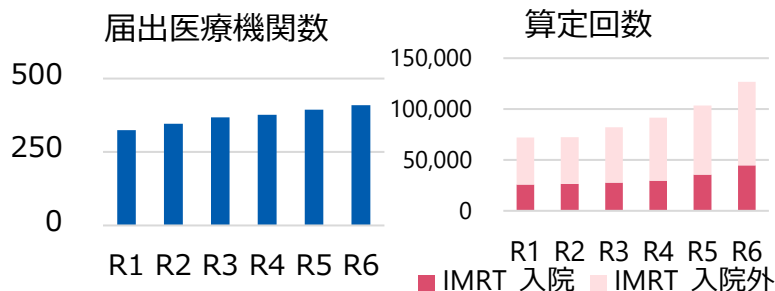


※ 既存研究におけるPQMのスコア (前立腺癌:0-150, 頭頸部癌:0-200) の平均±標準偏差 (116.9±16.4, 158.5±20.6)に基づく。スコアのレンジが異なるため、本研究のスコア範囲(0-100)に換算(1SD:16.4×(100/150)≒10, 1SD: 20.6×(100/200)≒10)し、許容誤差を10と設定

強度変調放射線治療（IMRT）及び遠隔放射線治療計画加算の算定要件・施設基準

【M001 体外照射】

3 強度変調放射線治療（IMRT） 3,000点



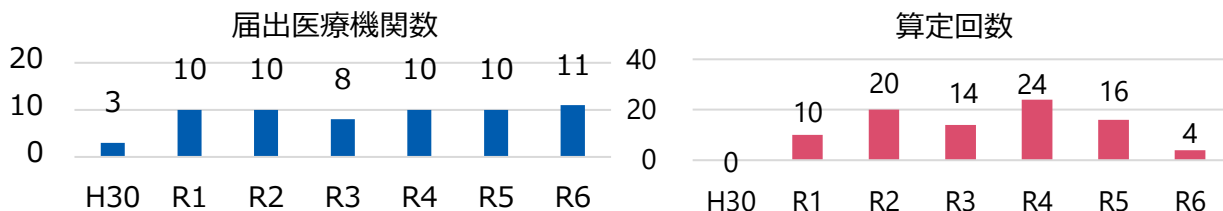
【施設基準（抜粋）】

- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。

また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名（放射線治療の経験を5年以上有する者1名を除く。）に限る。また、この場合には強度変調放射線治療（IMRT）は年間50例を限度として実施できる。

【M000 放射線治療管理料】

注4 遠隔放射線治療計画加算 2,000点



【算定要件（抜粋）】

- (5) 遠隔放射線治療計画加算は、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における放射線治療において、緊急時の放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、放射線治療を行う施設と連携した放射線治療を支援する施設の医師等による支援を受けて実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、緊急時とは急激な病態の変化により速やかに放射線治療の開始が必要な切迫した病態や、臨時的な放射線治療計画変更が必要とされる状態をいう。

【施設基準（抜粋）】

- (1) 放射線治療を行う施設は、次の施設基準を満たしていること。
ア・ウ （略）
イ 専ら放射線治療を担当する常勤の医師が配置されていないこと。
エ 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器及び施設を備えていること。
①直線加速器 ②治療計画用CT装置及び三次元放射線治療計画システム
③セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム
④第三者機関による直線加速器の出力線量の評価
オ 遠隔放射線治療の支援施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制にあること。
カ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針の策定
キ 関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施
- (2) 放射線治療を支援する施設は、次の施設基準を満たしていること。
ア 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名は5年以上の放射線治療の経験を有すること。
イ 照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。
ウ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えている
エ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されており、実際の遠隔放射線治療の支援が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な遠隔放射線治療の実施に係る記録が保存されていること。
オ 関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該支援を適切に実施

1. がん対策に係る評価について

1－1. がん対策をとりまく現状について

1－2. 外来化学療法について

1－3. がんゲノム医療について

1－4. 放射線療法について

1－5. がん患者の意志決定支援等について

1－6. 抗悪性腫瘍剤の取扱について

緩和ケアを含むがん医療の推進について①

がん患者指導管理の充実

- がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】

がん患者カウンセリング料	500点
--------------	------

【改定後】

がん患者指導管理料	
1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（1回に限り）	500点
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（6回に限り）	200点
3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合（6回に限り）	200点

【施設基準】

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合：

- ① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 ② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修（6月以上600時間以上）を修了した者であること。等

3の場合：

- ① 当該保険医療機関に、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 ② ①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者であること。等

【対象患者】

- 1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。
 2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J（STAS日本語版）で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS（Decisional Conflict Scale）40点以上のものであること。
 3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。（算定期間は、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限る。）

がん患者の心理的不安を軽減するための体制の充実

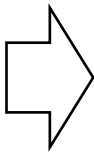
がん患者指導管理料の算定要件の見直し

- がん患者指導管理料イについて、末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の診療方針等に関する意思決定支援を実施した場合にも算定可能とするとともに、医療機関が適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

現行

【がん患者指導管理料】
〔算定要件〕

注1 イについては、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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、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（略）算定する。



改定後

【がん患者指導管理料】
〔算定要件〕

注1 イについては、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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、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 又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、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った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に（略）算定する。

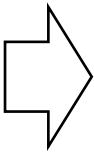
がん患者指導管理料の職種要件の見直し

- がん患者の心理的苦痛の緩和を図る観点から、がん患者指導管理料における職種要件を見直す。

現行

【がん患者指導管理料】

- イ （略）
- 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- 八～二 （略）



改定後

【がん患者指導管理料】

- イ （略）
- 医師、看護師 又は公認心理師 が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- 八～二 （略）

がん患者の軌跡と意思決定支援等について

- がん治療においては、病期の進行や治療効果の変化に伴い、診療方針の変更を検討する必要がある。その際には、患者本人に対して適切な情報提供を行い、診療方針に関する話し合いや意思決定支援を実施することが重要である。
- 特に、根治を目的とした治療後に転移や再発が判明し、根治が困難な状況となった場合や、終末期においては治療方針の大きな変更が必要となることが多く、患者本人の精神的支援や意思決定支援を含めた対応が求められる。

がん患者の軌跡

がん患者の軌跡	意思決定のタイミング（例）	患者本人が意思決定をしていくための支援内容（例）
診断時 	・ 治療方針の決定	・ 手術、放射線療法、薬物療法等の治療選択肢および治療計画、予測される効果、副作用について説明する ・ 治療を行わない場合の経過および経過観察の方法を示す ・ 治療や経過が生活に及ぼす影響等、意思決定に必要な情報を提供する
転移・再発判明時 	・ 根治を目的とした治療から延命・症状緩和目的の治療への移行 ・ 緩和ケアの視点を重視した支援への移行	・ 根治が難しい状況であることを説明し、症状緩和や生活の質の維持、延命を含めた治療方針を多職種で共有しながら検討する段階であることを説明する ・ 延命・緩和目的の手術、放射線療法、薬物療法等の治療選択肢、治療計画、予測される効果、副作用、予後について情報提供する ・ 治療を行わない場合の経過および経過観察の方法を示す ・ 治療や経過が生活に及ぼす影響等、意思決定に必要な情報を提供する ・ 必要に応じて、研究的治療、臨床試験・治験への参加に関する情報提供を行い、関係部署との連携が図られることを説明する
終末期 	・ 療養場所の決定	・ 手術、放射線療法、薬物療法を行っている場合には、これらの治療を終了し、症状緩和を最優先としたケア方針に移行することを説明する ・ 患者の意思を確認した上で、予測される経過や生活への影響を踏まえた療養場所の選択肢を提示し、決定を支援する ・ 予測される経過や生活への影響等、今後の療養に関する意思決定を行うために必要な情報を提供する

がん患者への意思決定支援の効果

- 本来的なACPが実現することは、患者の不安・抑うつ改善、QOLの向上を期待でき、家族では満足度の向上が期待できる^{1,2)}

引用文献

1) Detering KM, et al. BMJ. 2010;340:c1345.; 2) Hoerger M, et al. J Clin Oncol. 2018;36(11):1096-1102.

アピアランスケアについて

- がん患者の心理的不安を軽減するためには、就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等の様々な内容についての情報提供や相談に応じる体制が必要である。
- アピアランスケアとは、がんやその治療に伴う外見変化に起因する身体・心理・社会的な困難に直面している患者に対し、診断時からの包括的なアセスメントに基づき、多職種で支援する医療者のアプローチである。

アピアランスケアに関する記載

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）

第2 分野別施策と個別目標

3. がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（3）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）

②アピアランスケアについて

（取り組むべき施策）

国は、アピアランスケアについて、患者やその家族等が正しい知識を身につけられるよう、医療従事者を対象とした研修等を引き続き開催するとともに、相談支援及び情報提供の在り方について検討する。
国は、アピアランスケアの充実に向けて、拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について検討する。

がん診療連携拠点病院等の整備について（令和4年8月1日）

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2 診療体制

（1）診療機能

⑥それぞれの特性に応じた診療等の提供体制

工 **就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等**に関する状況や本人の希望についても確認し、自施設もしくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備すること。また、それらの相談に応じる多職種からなるA Y A世代支援チームを設置することが望ましい。

（3）その他の環境整備等

③ がん治療に伴う外見の変化について、がん患者及びその家族に対する説明やアピアランスケアに関する情報提供・相談に応じられる体制を整備していること。

アピアランスケアの必要性

がん治療に伴う外見の変化と対処行動の実態調査～1034名の患者対象調査から～（2018）

20～74歳のがん患者またはがん治療経験者をインターネット上で募集し、アンケートを実施。
分析対象者：1034名（男性518名、女性516名）平均年齢58.66才（26才-74才）

◆ がんの治療により外見が変化したと回答した人は、全体の58.1%であった。

- ・ 外見変化を体験（601名/1034名）

性別：女性69.2%＞男性47.1%

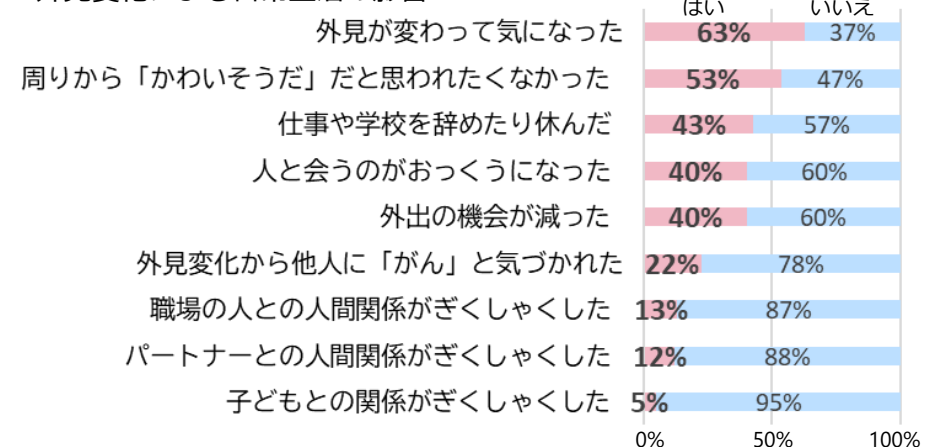
疾患別：「乳がん」92.5%、男性の最多は「肺がん」54.4%

- ・ 体験した外見の症状：手術の傷 84.5%（全体の49.1%）

脱毛 38.3%（22.3%）、痩せた 38.1%（22.1%）

◆ 外見変化が患者の日常生活に影響を与えていることが明らかになっている。

- ・ 外見変化による日常生活の影響



出典：令和元年度 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
野澤 桂子「がん患者に対するアピアランスケアの均てん化と指導者教育プログラムの構築に向けた研究」

アピアランス支援モデル事業（令和5～7年度）

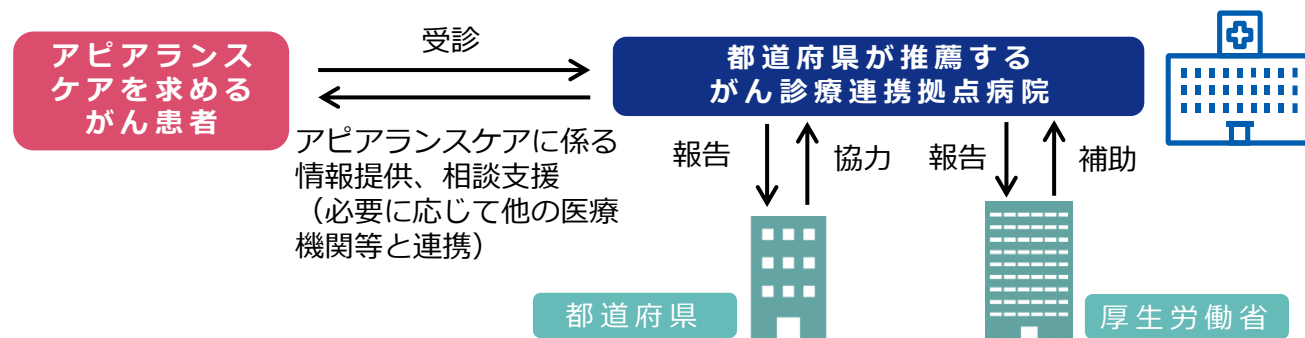
1 事業の目的

- 治療に伴う外見の変化は、社会生活に大きく影響することから、医療現場における適切なアピアランスケア体制の構築が必要である。がん治療に伴う外見の変化を克服し、がん患者が社会生活を送りやすくするため、医療現場における適切なアピアランスケア体制を構築し、効果的な支援体制について検証することを目的とする。

2 事業の概要

- がん診療連携拠点病院等のがん診療を行う医療機関において、アピアランスケアを必要とするがん患者に対し、研修を受けた医療従事者による情報提供や相談支援等を行い、効果的な支援体制について検証するモデル事業を実施する。
- 検証に当たっては厚労科研費研究班と連携し、分析を行う。

3 事業のスキーム



4 事業の結果

- 延べ30医療機関においてモデル事業を実施。
- 研究班が事前に作成した「アピアランスケア実装支援プログラム」及び「がん診療連携拠点病院におけるがん患者に対するアピアランスケア実装のためのワークブック」に基づき各医療機関がアピアランスケアを実施した。
- 各医療機関の取組を踏まえ、アピアランスケアの効果検証や好事例の抽出を実施。
- 結果として、アピアランスケアを実装するためには、以下の体制を構築することが望ましいことが明らかとなった。
 - ①アピアランスケア担当者の配置
 - ②スクリーニングの実施
 - ③多職種によるアピアランスケアの実施
 - ④委員会の開催
 - ⑤院内スタッフ向け教育の実施
 - ⑥国がんまたは都道府県がん診療連携拠点病院主催の体制整備に関する拠点病院向け研修の受講
- 今後、がん診療連携拠点病院に対し、上記の体制を整備するように促していく予定である。

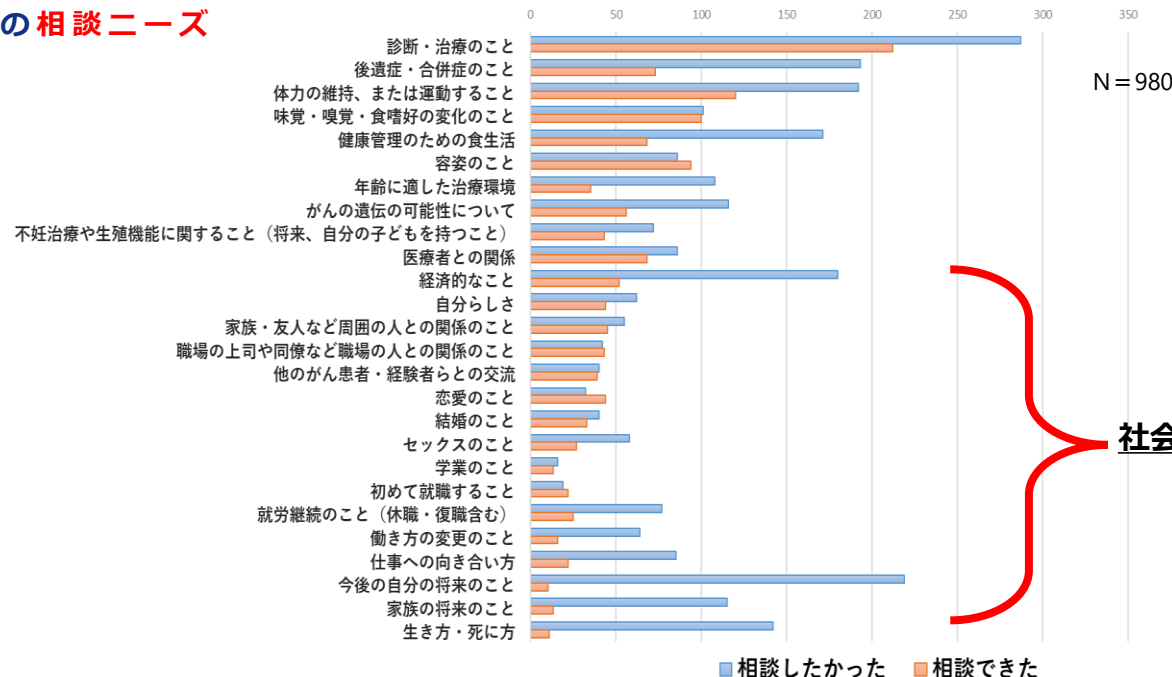
多職種によるがん患者指導管理

- がん患者ががんとともに生きるプロセスで直面する課題は多様であり、就労等の社会的、経済的な問題については社会福祉士等の多職種による支援も求められる。

■ 診断時から人生の最終段階まで、がんとともに生きるプロセスでがん患者が直面する課題

要素	内容
身体的/医学的	・ 治療が終わることと、病気を意識した生活・管理が終わることとは異なることを知る ・ 身体的な症状（痺れや痛み、倦怠感）に対応するために役立つ情報を得る ・ 二次がん、晩期合併症の管理をする ・ 再発や転移のリスクを下げるように定期的な観察と行動を行う
心理的	・ 認知や情動、行動に対する対処を通して、心理的な問題に対処する ・ 心理的な支援が得られる方法を知る ・ 再発や転移の不安に対処する
経済面・就労	・ 仕事に復帰する、新たな仕事に就くかどうかを決める ・ がんと治療に関連した経済的な問題に対応する
実存的	・ 生活/人生の中で、がんに関する体験の意味・意義について探索する ・ がんの体験を通して人間関係を深める、人生の深い意味を知るなどの強みを知る
社会関係	・ 医療チームや支援のネットワークによるサポートがなくても過ごせるようにしていく ・ 友人や家族から期待されている以前の役割・責任との折り合いをつける

■ がん患者の相談ニーズ



社会的、経済的な問題に対する支援も必要

坂本はと恵・土井俊彦・西田俊朗ほか：R6年度厚生労働科学研究「がん患者の治療と仕事の両立・就職支援プログラム実装化のための研究－持続可能な体制づくり－」（土井班）長期療養者の生活・就業実態とQOLに関する実態調査－支援プロセス最適化を目指した探索的研究－（一部抜粋）

1. がん対策に係る評価について

1－1. がん対策をとりまく現状について

1－2. 外来化学療法について

1－3. がんゲノム医療について

1－4. 放射線療法について

1－5. がん患者の意志決定支援等について

1－6. 抗悪性腫瘍剤の取扱について

抗がん剤投与時のばく露対策

- 細胞毒性を有する抗がん剤は取扱に注意する必要があるところ、最新の国内の疫学調査では、母親が妊娠中に抗がん剤を職業的に取り扱った3歳までの小児の白血病の発症リスクが7.99倍（95%CI: 1.98-32.3）であったという報告がある。
- 静脈内投与時に閉鎖式薬物移送システム（closed system drug transfer device : CSTD）を使用した場合、抗がん剤による環境汚染が低減することが報告されており、細胞毒性を有する抗がん剤等に対するばく露防止対策の1つとして、閉鎖式接続器具等を活用することが推奨されている。（平成26年5月29日基安化発0529第2号）
- 無菌製剤処理料1のイでは、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて調製時に無菌製剤処理を行った場合を評価しているが、投与時のばく露防止対策については評価されていない。

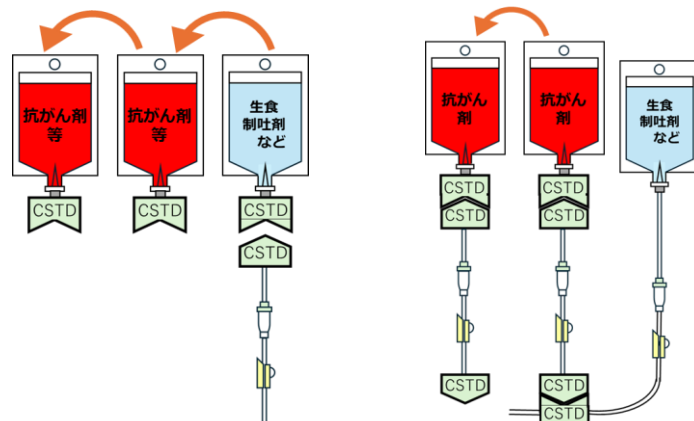
小児白血病と母親の抗がん剤に対する職業性ばく露： 子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）

医療用薬剤に曝露した母親における児の白血病リスクに関する多重代入解析（n = 93,207）

Variables	aRR	95% CI
母親の抗がん剤へのばく露	7.99	1.98-32.3
母親の放射線へのばく露	1.68	0.33-8.71

出典：Yamamoto et al. Blood 2024 143: 311-319.

CSTDを用いた抗がん剤等の投与例



がん治療専門病院におけるCSTD使用下での 複数回モニタリングによる環境曝露の評価



作業台
(ルート接続やプライミングなどをしている)

ベッドの点滴場所床

トイレ

がん研有明病院提供資料

(2023年2月20日)	通院治療室 作業台	点滴場所 床面	トイレ 床面
CSTDを使用している 薬剤 (ng/cm ²)	N/D	0.0029	0.0002
CSTDを使用していない 薬剤 (ng/cm ²)	0.0022	0.0284	0.976

出典：小林一男、他 日本病院薬剤師会雑誌60(9) 1012-1017 2024年9月

(参考 1) 無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点

ロ イ以外の場合 45点

2 無菌製剤処理料 2 (1 以外のもの) 40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、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射又は脳脊髄腔注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い 1 日につき所定点数を算定する。

[留意事項通知]

(1) 無菌製剤処理とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて製剤処理を行うことをいう。

無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管しておくこと。

(2) 無菌製剤処理料 1 の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、脳脊髄腔注射又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは独立行政法人医薬品医療機器総合機構法第 4 条第 6 項第 1 号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

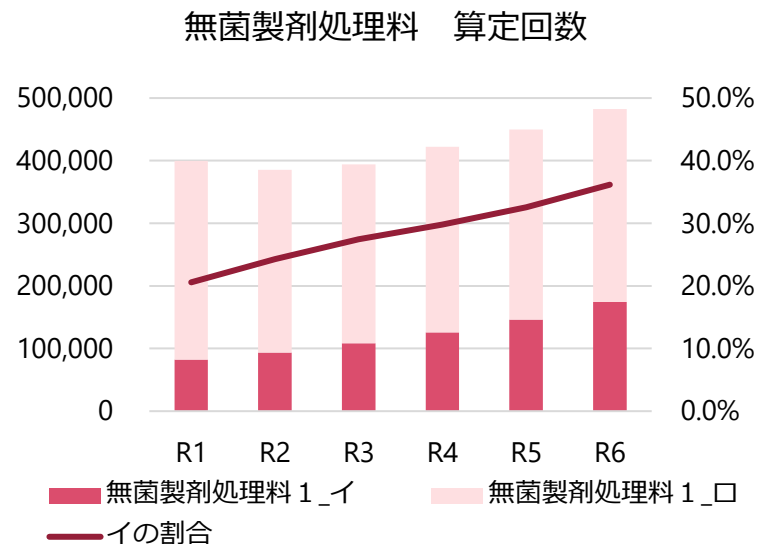
なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。

(3) 無菌製剤処理料 1 のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する。

閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を(1)に基づき記録すること。

(4) 閉鎖式接続器具については、薬剤の漏出防止性能を有するものとして薬事承認された医療機器を用いることが望ましい。

(5) (略)



(参考2) 無菌製剤処理料の評価の経緯

	見直しの概要	見直し後の評価（見直し部分は <u>下線</u> ）
H18年度	無菌製剤処理加算	G004 点滴注射（1日につき） 注2 無菌製剤処理加算 50点／40点 （悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの又は別に厚労大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があって無菌製剤処理が行われた場合）
H20年度	抗悪性腫瘍剤等の無菌製剤処理を実施した場合の評価について、その対象を拡大	G020 無菌製剤処理料 <u>ア 無菌製剤処理料 1 50点</u> （悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） <u>イ 無菌製剤処理料 2 40点 （ア以外のもの）</u>
H22年度	医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえた評価の見直し	G020 無菌製剤処理料 1 無菌製剤処理料 1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） <u>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点</u> <u>ロ イ以外の場合 50点</u>
H24年度	医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえた評価の見直し	G020 無菌製剤処理料 1 無菌製剤処理料 1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 <u>(1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点</u> <u>(2) (1)以外の場合 100点</u>
H28年度～	医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえた評価の見直し	G020 無菌製剤処理料 1 無菌製剤処理料 1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） <u>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点</u> <u>ロ イ以外の場合 45点</u>

がん対策についての現状と課題

(外来化学療法について)

- 外来化学療法については、第4期がん対策推進基本計画(令和5年3月28日 閣議決定)において、「適切かつ安全な薬物療法を外来も含め適切な場で受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進めること」とされており、診療報酬上も様々な評価がなされている。
- 今般、皮下注射で投与可能な抗悪性腫瘍剤(以下、「皮下注製剤」)が上市されており、静脈内注射等により投与する抗悪性腫瘍剤(以下、「静注製剤等」)よりも、投与部署での所要時間が短く済むものが存在する一方で、静注製剤等と同様に、一定の頻度で重篤な副作用(SAE)が発生するものも存在するが、外来腫瘍化学療法診療料については、静脈内注射等により、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に限り算定できることとされており、皮下注射により投与した場合については、外来化学療法加算を算定できないこととされている。
- 全国がんセンター協議会が実施した調査においては、皮下注製剤の未導入の理由としては、「外来化学療法加算を算定できない」が最多であった。
- 令和6年度診療報酬改定において、化学療法に伴う過敏症出現時においては、一般的に緊急対応を要する場合はほとんどであり、施設の実態に応じてあらかじめ対応マニュアルを作成する必要があること等を踏まえ、外来化学療法診療料1の施設基準に「患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい」旨の規定が追加され、外来化学療法診療料1を算定する医療機関のうち、患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針について、「整備されている」と答えた医療機関の割合は、施設票Aにおいては約9割、施設票Eにおいては約8割であった。

(がんゲノム医療について)

- がん遺伝子パネル検査とは、生検や手術などで採取されたがん組織等を用いて、高速で大量のゲノムの情報を読み取る「次世代シーケンサー」という解析装置で、1回の検査で多数(多くは100以上)の遺伝子を同時に調べる検査であり、その調査結果を用いたエキスパートパネル(EP)により使用する薬剤等の治療方針が提示され、主治医が決定する。
- 「D006-19 がんゲノムプロファイリング検査」については、対象患者は標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者に限られており、また、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、包括的なゲノムプロファイルの結果について、エキスパートパネルでの検討を経た上で、患者に提供することとされている。
- 令和7年6月16日開催の第6回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループにおいて、関連学会の見解を受け、薬事承認により品質が担保された検査を用いて有効性が認められている薬剤へ到達する範囲または到達可能な薬剤がないことが明らかな場合においては、「薬剤アクセス」及び「二次的所見の有無」の観点を検討し、「主治医判断でエキスパートパネル(EP)省略可能な症例」とする考え方が整理された。
- 具体的には、がん遺伝子パネル検査(固形がん)に搭載されている、薬事承認されたコンパニオン診断機能の結果に基づく情報提供を行う場合であって、国内で薬事承認されている医薬品(適応内)にアクセス可能な場合等については、主治医判断でエキスパートパネル(EP)を省略できるものと整理された。

がん対策についての現状と課題

(放射線療法について)

- 標準的な放射線治療のうち強度変調放射線治療(IMRT)について、実施可能な医療機関が存在する二次医療圏は171(50.9%)に留まり、都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院(計391施設)のうち93施設(23.8%)が施設基準を満たすことができていない。また、施設基準を満たす場合でも各施設におけるIMRT実施患者数にはばらつきが見られる。
- IMRTを実施するには、通常、医師2名が放射線治療計画の策定に関与しており、IMRTの施設基準として放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置がされていることが要件の1つとなっている。
- 平成30年度診療報酬改定において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における緊急時の放射線照射計画の立案等の遠隔支援の評価として遠隔放射線治療計画加算が新設された。今般、厚生労働科学研究の解析において、医師2名のうち1名が遠隔でIMRTの治療計画を策定した場合においても、放射線治療計画の品質に差が無いことが示唆された。

(がん患者の意思決定支援等について)

- 平成26年度診療報酬改定において、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価が新設され、令和4年度改定では心理的不安を軽減するための面接を行った場合に算定する点数の職種要件に公認心理師を加える等の見直しが行われている。
- がん治療においては、病期の進行や治療効果の変化に伴い、診療方針の変更を検討する必要がある。その際には、患者本人に対して適切な情報提供を行い、診療方針に関する話し合いや意思決定支援を実施することが重要である。特に、根治を目的とした治療後に転移や再発が判明し、根治が困難な状況となった場合や、終末期においては治療方針の大きな変更が必要となることが多く、患者本人の精神的支援や意思決定支援を含めた対応が求められる。
- がん患者の心理的不安を軽減するためには、就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等の様々な内容についての情報提供や相談に応じる体制が必要である。アピアランスケアとは、がんやその治療に伴う外見変化に起因する身体・心理・社会的な困難に直面している患者に対し、診断時からの包括的なアセスメントに基づき、多職種で支援する医療者のアプローチである。
- がん患者ががんとともに生きるプロセスで直面する課題は多様であり、就労等の社会的、経済的な問題については社会福祉士等の多職種による支援も求められる。

(抗悪性腫瘍剤の取扱について)

- 細胞毒性を有する抗がん剤は取扱に注意する必要があるところ、最新の国内の疫学調査では、母親が妊娠中に抗がん剤を職業的に取り扱った3歳までの小児の白血病の発症リスクが7.99倍(95%CI: 1.98-32.3)であったという報告がある。
- 静脈内投与時に閉鎖式薬物移送システム(closed system drug transfer device: CSTD)を使用した場合、抗がん剤による環境汚染が低減することが報告されており、細胞毒性を有する抗がん剤等に対するばく露防止対策の1つとして、閉鎖式接続器具等を活用することが推奨されている。(平成26年5月29日基安化発0529第2号)
- 無菌製剤処理料1のイでは、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて調製時に無菌製剤処理を行った場合を評価しているが、投与時のばく露防止対策については評価されていない。

がん対策についての論点

【論点】

（外来化学療法について）

- 皮下注射で投与可能な抗悪性腫瘍剤が上市されており、治療時間の短縮等の患者メリットが期待される一方で、静注製剤と同様に重篤な副作用（SAE）が発生するものが存在する点等を踏まえ、悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、十分な体制下で行われる、皮下注射による外来腫瘍化学療法を外来腫瘍化学療法診療料の算定対象とすることについて、どのように考えるか。
- 外来腫瘍化学療法診療料1について、悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、急変時の緊急事態等に対応するための指針の整備を「望ましい」要件から必須の要件とすることについて、どのように考えるか。

（がんゲノム医療について）

- 令和7年6月16日開催の第6回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループにおいて、一部の症例においてはがん遺伝子パネル検査実施後のエキスパートパネル（EP）を省略できることが取りまとめられたことを踏まえ、診療報酬上のがん遺伝子パネル検査の算定要件及び評価のあり方について、どのように考えるか。

（放射線療法について）

- IMRTの医師要件について、遠隔放射線治療計画加算における評価や厚生労働科学研究の研究結果を踏まえ、がん診療連携拠点病院等について、放射線照射計画の立案等の遠隔支援を行うことにより医師要件の施設基準を見直すことについて、どのように考えるか。

がん対策についての論点

【論点】

(がん患者の意思決定支援等について)

- がん患者指導管理料イは患者1人につき1回の算定になっているところ、がん患者においては診断時のみではなく転移・再発等により根治不能な状況と判断され診療方針を大きく変更する必要がある場合等においても重要な意思決定が必要であること踏まえ、その評価についてどのように考えるか。
- がん患者の心理的不安を軽減するための指導においては、就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等の様々な内容についての情報提供や相談に応じる体制が必要であることを踏まえ、指導の具体的内容にアピアランスケア等を明記することについてどのように考えるか。
- 就労等の社会的、経済的な問題等、がん患者ががんとともに生きるプロセスで直面する課題は多様であることを踏まえ、医師、看護師又は公認心理師と必要に応じて共同する職種として社会福祉士を明記することについてどのように考えるか。

(抗悪性腫瘍剤の取扱について)

- 国内の疫学調査の結果や、CSTDを使用した場合の抗がん剤による環境汚染の低減に関する報告を踏まえ、無菌製剤処理について、製剤処理時に加え、投与時のばく露予防に資する評価のあり方についてどのように考えるか。

1. がん対策に係る評価について
2. 難病対策に係る評価について
3. 透析医療に係る評価について
4. 緩和ケアに係る評価について

2. 難病対策に係る評価について

2-1. 遺伝学的検査について

2-2. 遺伝カウンセリングについて

遺伝学的検査に係るこれまでの経緯

- 遺伝学的検査は、平成18年度診療報酬改定において、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び福山型筋ジストロフィーを対象に保険適用され、以降、指定難病の診断に必須なものを中心として、対象疾患が拡充されてきた。
- 現行の診療報酬においては、207疾患が対象となっている。

年度	診療報酬上の評価及び対象疾患
平成18年度	D006-4 進行性筋ジストロフィー遺伝子検査 2,000点 デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、福山型筋ジストロフィー
平成20年度	D006-4 遺伝病的検査 2,000点 【追加】栄養障害型表皮水疱症、家族性アミロイドーシス、先天性QT延長症候群、脊髄性筋萎縮症、中枢神経白質形成異常症、ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病、ポンペ病
平成22年度	D006-4 遺伝学的検査 4,000点 【追加】ハンチントン舞蹈病、球脊髄性筋萎縮症
平成24年度	D006-4 遺伝学的検査 4,000点 【追加】フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症(1型)、アルギノコハク酸血症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロトニルグリシン血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、MTP(LCHAD)欠損症、CPT1欠損症、筋強直性ジストロフィー、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症、色素性乾皮症、先天性難聴21疾患
平成26年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点 【追加】なし
平成28年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点 【追加】神経有棘赤血球症など42疾患
平成30年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点/5,000点/8,000点(評価を細分化) 【追加】遺伝性自己炎症疾患、先天異常症候群、エプスタイン症候群
令和2年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点/5,000点/8,000点 【追加】副腎皮質刺激ホルモン不応症など73疾患
令和4年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点/5,000点/8,000点 【追加】筋萎縮性側索硬化症など53疾患
令和6年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点/5,000点/8,000点 【追加】神経線維腫症など6疾患 【新設】同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合の評価

遺伝学的検査の対象疾患と評価について①

- 遺伝学的検査は、対象となる遺伝子疾患が疑われる場合であって、関係学会のガイドライン等を遵守して実施した場合に原則として患者1人につき1回に限り算定できることとしている。

【遺伝学的検査の対象疾患 その1】

	ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの	イ PCR法による場合に算定できるもの	ウ ア、イ、エ及びオ以外のもの
1 処理が容易なもの (3,880点)	デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、家族性アミロイドーシス	球脊髄性筋萎縮症	筋強直性ジストロフィー、先天性難聴
2 処理が複雑なもの (5,000点)	福山型先天性筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症	ハンチントン病、網膜芽細胞腫、甲状腺髄様癌、多発性内分泌腫瘍症1型	フェニルケトン尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症（1型）、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、CPT1欠損症、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症
3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)	栄養障害型表皮水疱症、先天性QT延長症候群	－	メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP（LCHAD）欠損症、色素性乾皮症、ロイスディーツ症候群、家族性大動脈瘤・解離

遺伝学的検査の対象疾患と評価について②

- 遺伝学的検査が診断に必須となっている工、オに掲げる指定難病については、「遺伝学的検査の実施に関する指針」を遵守し検査を実施していることを施設基準としている。
- また、遺伝学的検査の評価については、解析領域の長さの違い等により、疾患ごとに検査に要する費用が異なることを踏まえ、3段階の評価体系としている。

【遺伝学的検査の対象疾患 その2】

	工 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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの (3,880点)	ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びボンペ病を含む。）、脆弱X症候群	TNF受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ペスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜炎、神経線維腫症、アレキサンダー病、非特異性多発性小腸潰瘍症及びTRPV4異常症
2 処理が複雑なもの (5,000点)	プリオン病、クリオピリン関連周期性熱症候群、脳内鉄沈着神経変性症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、ブラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、根性点状軟骨異形成症Ⅰ型、家族性部分性脂肪萎縮症	ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症Ⅱ型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアブテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFCS症候群、コストロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンブソン症候群、先天性腎性尿崩症、ピタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群（爪膝蓋症候群）/LMX1B関連腎症、グルコーストランスポーター1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病（糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型）、筋型糖原病（糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型）、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンベル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、パルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ボルフィリン症、先天性骨髄性ボルフィリン症、急性間欠性ボルフィリン症、赤芽球性プロトボルフィリン症、X連鎖優性プロトボルフィリン症、遺伝性コプロボルフィリン症、晩発性皮膚ボルフィリン症、肝性骨髄性ボルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性脾炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイプ1、タイプ2、タイプ3）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン病、家族性低βリポタンパク血症1（ホモ接合体）、進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群及び遺伝性ジストニア	ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型性溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、ミトコンドリア病及び線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）

新たに指定難病として追加された疾患等について

- 診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっていない指定難病について、新たに指定難病として追加された疾患や診断基準が見直された疾患等であって、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものが現時点の整理で27疾患存在する。
- また、診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっている指定難病のうち、令和6年度診療報酬改定以降、疾患概念の整理に伴う告示病名等の変更及び診断基準の見直しがあつた疾患が現時点の整理で4疾患存在する。

【遺伝学的検査の対象となっておらず、診断に検査の実施が必須となっている指定難病】

診断基準における 遺伝学的検査の位置づけ	疾患数	疾患
遺伝学的検査の実施が 必須となっているもの	13	シャルコー・マリー・トゥース病,三好型ミオパチー, レット症候群,先天性魚鱗癬,眼皮膚白皮症, 肺胞低換気症候群,偽性副甲状腺機能低下症, レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症,シトステロール血症,脳腱黄色腫症, 進行性白質脳症, 乳児発症STING関連血管炎,口ウ症候群
臨床症状、他の検査等で 診断がつかない場合に、 遺伝学的検査の実施が必須 となっているもの	14	先天性副腎皮質酵素欠損症,マリネスコ・シェーグレン症候群,弾性線維性仮性黄色腫,ジュベール症 候群関連疾患,ウェルナー症候群,コケイン症候群,ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェ ラーゼ欠損症,進行性骨化性線維異形成症,ダイヤモンド・ブラックファン貧血,レーベル遺伝性視神 経症,無虹彩症, LMNB1 関連大脳白質脳症, PURA関連神経発達異常症, 出血性線溶異常症

【遺伝学的検査の対象となっており、告示病名等の変更等があつた指定難病】

診断基準における 遺伝学的検査の位置づけ	疾患	
	変更前	変更後
遺伝学的検査の実施が 必須となっているもの	家族性アミロイドーシス（※1）	全身性アミロイドーシス
臨床症状、他の検査等で 診断がつかない場合に、 遺伝学的検査の実施が 必須となっているもの	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症 ペリー症候群 マルファン症候群	HTRA1関連脳小血管病 ペリー病 マルファン症候群/ロイス・ディーツ症候群

（※1）病型名の変更

2. 難病対策に係る評価について

2-1. 遺伝学的検査について

2-2. 遺伝カウンセリングについて

遺伝カウンセリングの概要について

- 令和7年5月2日開催第12回「ゲノム医療推進法に基づく基本計画の検討に係るワーキンググループ」において、「ゲノム医療施策に関する基本的な計画（案）」が取りまとめられており、同計画（案）では、ゲノム情報の利活用において、「遺伝カウンセリングによる正しい理解の徹底は重要」とされている。

ゲノム医療施策に関する基本的な計画（案）※1（抄）

…遺伝カウンセリング体制の充実も必要となる。ゲノム医療をはじめとしたゲノム情報の利活用において、遺伝カウンセリングによる正しい理解の徹底は重要であり、特に地方部等への遠隔医療の技術の活用も含めた遺伝カウンセリング体制の検討をしていくことが必要である。

遺伝子関連検査に基づく個別化医療のイメージ



遺伝カウンセリングの概要

遺伝カウンセリングとは「疾患の遺伝学的関与について、その医学的影響、心理的影響、および家族への影響を、患者やその家族が理解し適応していくことを支援することを目的とした、遺伝学的評価、教育、および意思決定・適応を促進するプロセス」と定義される（※2）



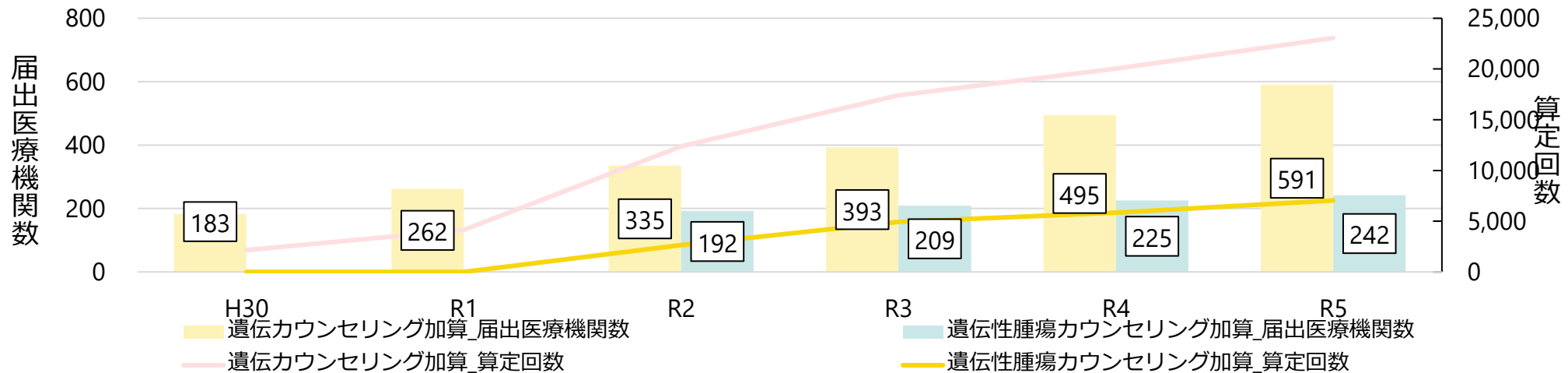
医政局研究開発政策課 医療イノベーション推進室並びに健康・生活衛生局 がん・疾病対策課及び難病対策課において作成

※1 ゲノム医療施策に関する基本的な計画（案）については、パブリックコメント募集時点のもの。

※2 「遺伝カウンセリング実施に関するガイダンス」（一般社団法人 日本遺伝カウンセリング学会、一般社団法人 日本人類遺伝学会発行）より抜粋。

遺伝カウンセリングに対する診療報酬上の評価

- 遺伝カウンセリングについては、遺伝学的検査等の実施前に、検査によって生じうる利益及び不利益の説明等を行い、検査の結果に基づいて療養上の指導を行った場合に、検体検査判断料に対する加算として評価を行っている。



	D026 検体検査判断料 注6 遺伝カウンセリング加算 1,000点	D026 検体検査判断料 注7 遺伝性腫瘍カウンセリング加算 1,000点	(参考) B001 23 がん患者指導管理料 二 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点
行為	○ 検査の実施前に、検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行うこと ○ 検査の結果に基づいて療養上の指導を行うこと	○ 遺伝カウンセリング加算と同様	○ 乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者に対して、遺伝子検査の必要性等について説明等を行うこと
実施主体	○ 臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師	○ 遺伝カウンセリング加算と同様	○ 臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師及びがん診療の経験を有する医師
主な対象検査	○ D006-4 遺伝学的検査 ○ D006-18 BRCA1/2遺伝子検査	○ D006-19 がんゲノムプロファイリング検査	○ D006-18 BRCA1/2遺伝子検査
主な施設基準	○ 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること ○ 遺伝カウンセリングを年間合計20例以上実施していること	○ がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること	○ BRCA1/2遺伝子検査(血液を検体とするもの)の施設基準に係る届出を行っていること

遺伝カウンセリングが必要となるタイミング

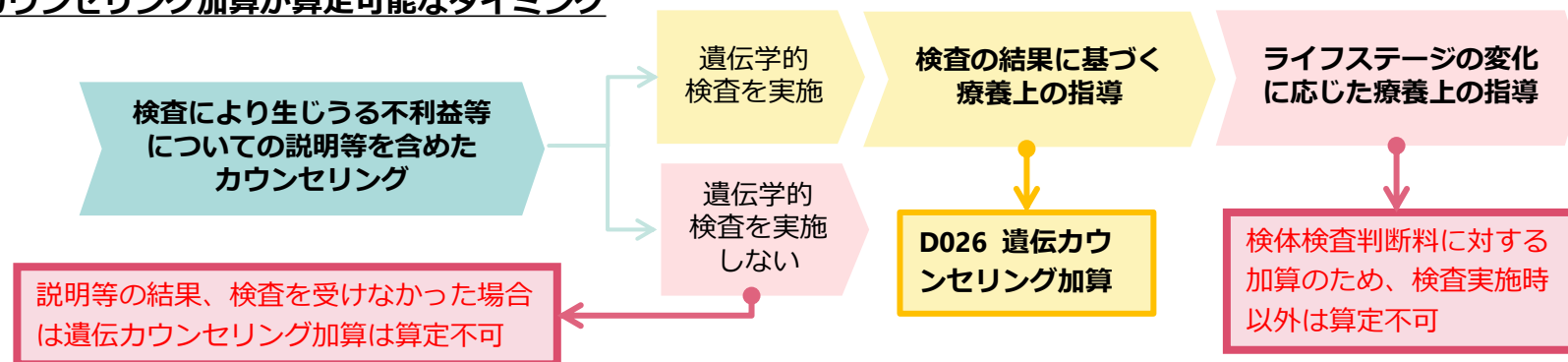
- 一般社団法人 日本遺伝カウンセリング学会及び日本人類遺伝学会が発行する「遺伝カウンセリング実施に関するガイダンス」においては、検査前後及びその後のライフステージの変化に応じて、遺伝学的な見地に基づく情報提供・心理社会的支援等が必要となる場合があることが指摘されている。
- 一方で、現行の「遺伝カウンセリング加算」は検体検査判断料に対する加算として評価されているため、検査実施後に1回に限り算定でき、適切な情報提供等の結果、検査に至らなかった場合や、ライフステージに応じて新たに必要となる情報について情報提供等を行った場合については、これらの行為に係る診療報酬を算定することはできない。

遺伝学的な見地に基づく情報提供等が必要となるタイミングの例



⇒ ライフステージに応じて必要となる情報が異なる

現行の遺伝カウンセリング加算が算定可能なタイミング



難病対策についての課題と論点

(遺伝学的検査について)

- ・ 遺伝学的検査は、累次の診療報酬改定において対象疾患が拡充されてきており、現在207疾患が対象となっている。
- ・ 診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっていない指定難病のうち、令和6年度診療報酬改定以降、新たに指定難病として追加された疾患や診断基準が見直された疾患等であって診断に遺伝学的検査の実施が必須のものが27疾患あった。
- ・ また、診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっている指定難病のうち、令和6年度診療報酬改定以降、疾患概念の整理に伴い指定難病の告示病名等が変更となった疾患が4疾患あった。

(遺伝カウンセリングについて)

- ・ 令和7年5月2日開催第12回「ゲノム医療推進法に基づく基本計画の検討に係るワーキンググループ」において、「ゲノム医療施策に関する基本的な計画(案)」が取りまとめられており、同計画(案)では、ゲノム情報の利活用において、「遺伝カウンセリングによる正しい理解の徹底は重要である」とされている。
- ・ 遺伝カウンセリングに対しては、遺伝学的検査等の実施前に、検査によって生じうる利益及び不利益の説明等を行い、検査の結果に基づいて療養上の指導を行った場合に、検体検査判断料に対する加算として評価を行っている。
- ・ 一般社団法人 日本遺伝カウンセリング学会及び日本人類遺伝学会が発行する「遺伝カウンセリング実施に関するガイドンス」においては、検査前後及びその後のライフステージの変化に応じて、遺伝学的な見地に基づく情報提供・心理社会的支援等が必要となる場合があることが指摘されている。
- ・ 一方で、現行の「遺伝カウンセリング加算」は検体検査判断料に対する加算として評価されているため、検査実施後に1回に限り算定でき、適切な情報提供等の結果、検査に至らなかった場合や、ライフステージの変化に応じて改めて情報提供等を行った場合については、これらの行為に係る診療報酬を算定することはできない。

【論点】

(遺伝学的検査について)

- 診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっていない指定難病のうち、新たに指定難病として追加された疾患や診断基準等が見直された疾患等であって、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものについて、遺伝学的検査の対象疾患としての取扱いをどのように考えるか。

(遺伝カウンセリングについて)

- 質の高いゲノム医療を推進する観点から、検査前後及びその後のライフステージの変化に応じた遺伝学的な情報提供等に係る診療報酬の算定タイミングの見直しについて、どう考えるか。

1. がん対策に係る評価について
2. 難病対策に係る評価について
3. 透析医療に係る評価について
4. 緩和ケアに係る評価について

3．透析医療について

3－1．透析医療をとりまく現状について

3－2．人工腎臓等に係る評価について

3－3．バスキュラーアクセス（シャント）について

3－4．腹膜透析について

3. 透析医療について

3－1. 透析医療をとりまく現状について

3－2. 人工腎臓等に係る評価について

3－3. バスキュラーアクセス（シャント）について

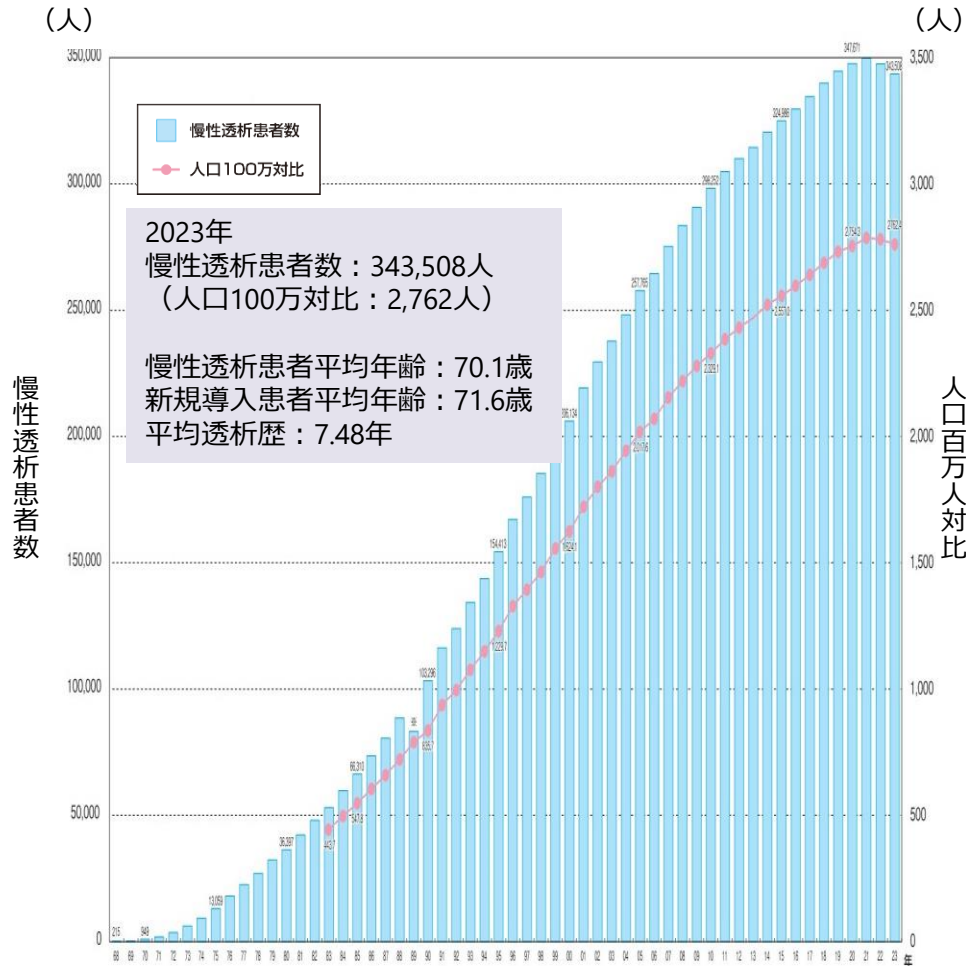
3－4. 腹膜透析について

慢性透析患者数と透析歴の内訳

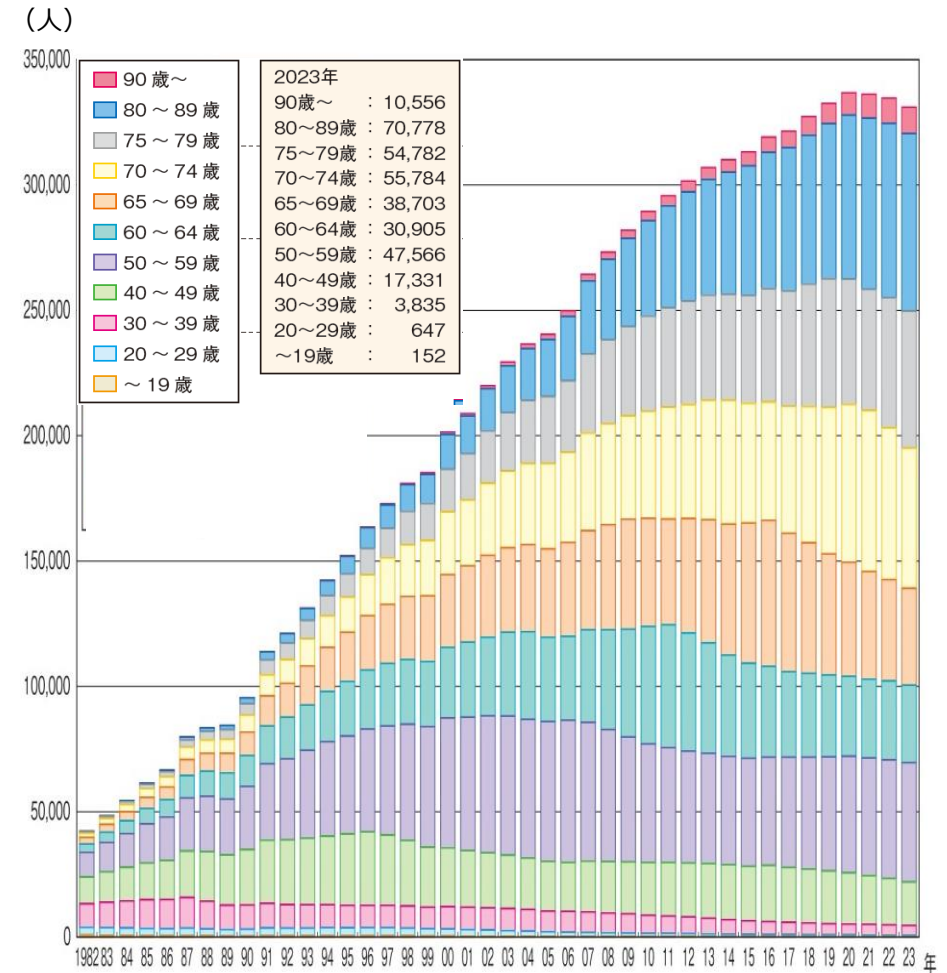
診調組 入-1
7. 9. 18

- 透析患者数は約34万人で、2021年までは緩徐に増加傾向であったが、2022年から減少傾向となっている。
- 年間約3.9万人が新規導入しており、新規導入患者の高齢化を反映し透析患者全体の高齢化が進んでいる。

＜慢性透析患者数の推移＞



＜慢性透析患者の年齢分布の推移＞



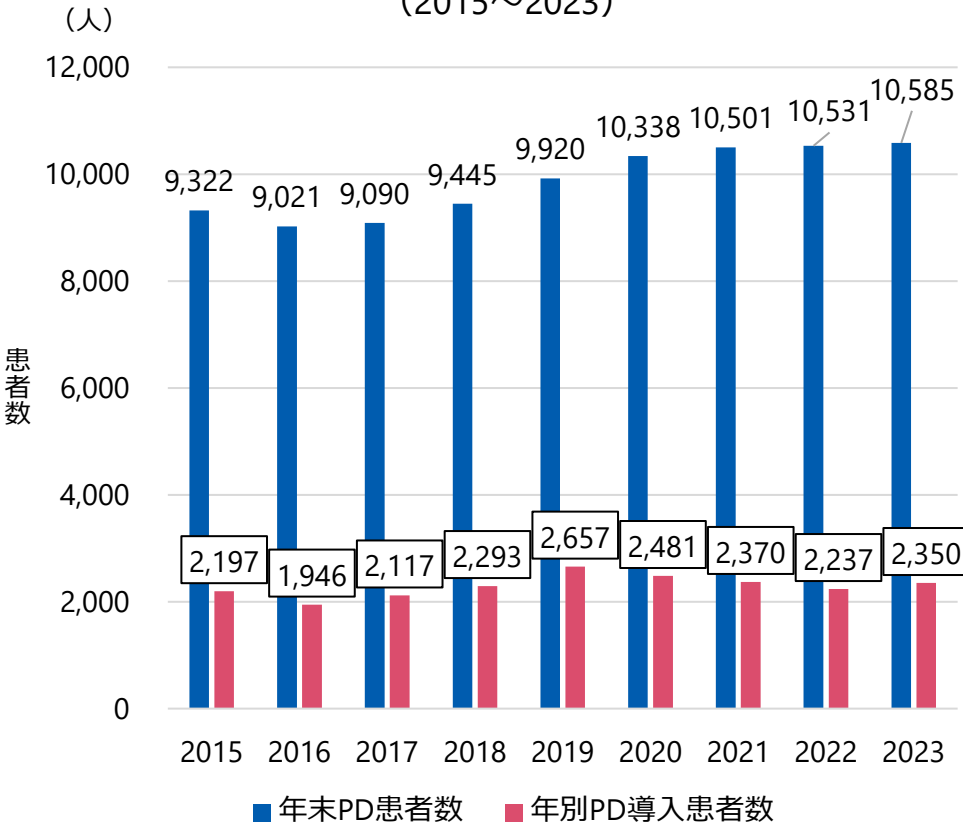
腹膜透析患者数と透析・移植患者の推移

診調組 入ー1
7 . 9 . 1 8

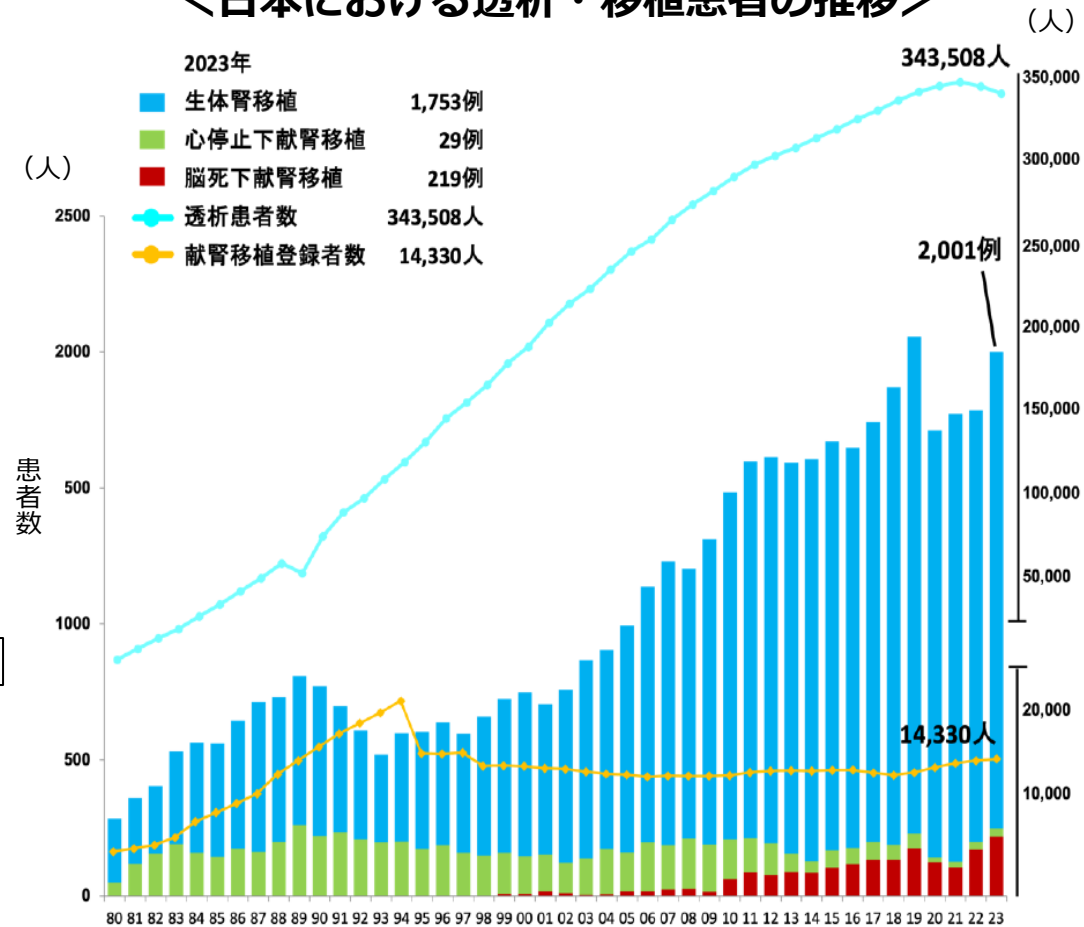
- 腹膜透析患者数は10,585人であり2021年より増加傾向であるが、新規導入患者数はピークの2019年（2,657人）と比較して減少しており、直近は横ばいである。
- 2023年の腎移植の症例数は2,001例であり、そのうち生体腎移植の症例数は1,753例、献腎移植（脳死・心停止下）の症例数は248例であった。また、献腎移植の登録者数は14,330人であり、希望者に比して献腎移植数が少ない状況が継続している。

＜腹膜透析（PD）患者数の推移＞

年末PD患者数及びPD導入患者数の推移
(2015～2023)



＜日本における透析・移植患者の推移＞



末期腎不全に対する腎代替療法の比較

診調組 入-1
7. 9. 18

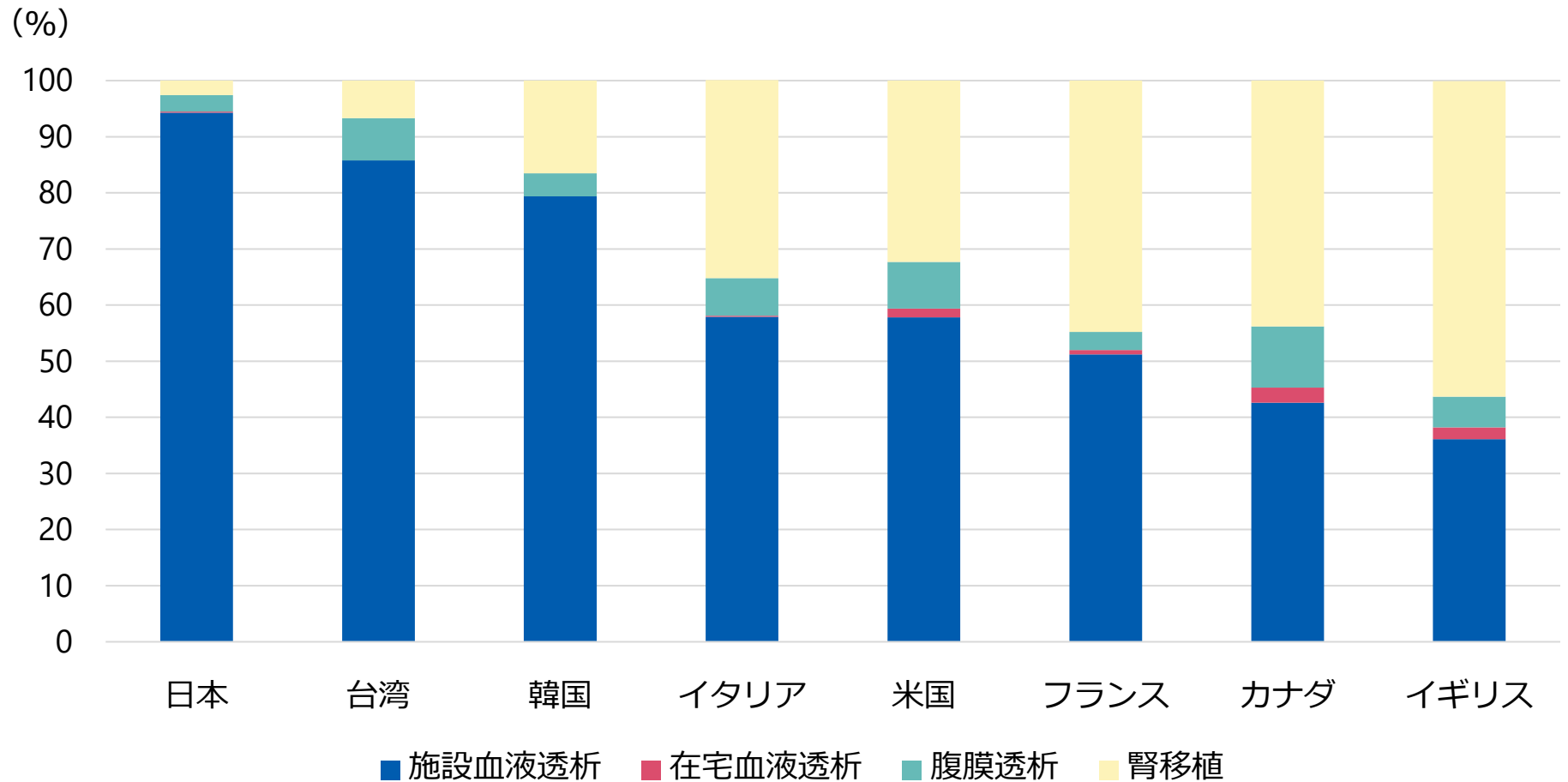
- 末期腎不全の腎代替療法には、医学的条件だけでなく、ライフスタイルや年齢、性格なども考慮して治療法を選ぶ必要がある。
- 腹膜透析は血液透析と比較して、生活の制約や食事・飲水の制限が少なく、自由度が高い。

比較の観点	血液透析	腹膜透析	腎移植
必要な薬剤	貧血、骨代謝異常、高血圧などに対する薬剤		免疫抑制薬とその副作用に対する薬剤
生活の制約	<u>多い</u> (週3回、1回4時間程度の通院治療)	<u>やや多い</u> (透析液交換・装置のセットアップの手間)	<u>ほとんど無い</u>
食事・飲水の制限	<u>多い</u> (蛋白・水・塩分・カリウム・リン)	<u>やや多い</u> (水・塩分・リン)	少ない
手術の内容	バスキュラーアクセス (シャント) (小手術・局所麻酔)	腹膜透析カテーテル挿入 (中規模手術)	腎移植術 (大規模手術・全身麻酔)
通院回数	<u>週に3回</u>	<u>月に1～2回程度</u>	移植後1年以降は月に1回
感染の注意	必要	やや必要	重要
その他	日本で最も実績のある治療法	<u>血液透析に比べ自由度が高い</u>	透析による束縛がない

末期腎不全に対する腎代替療法の割合の国際比較

診調組 入-1
7. 9. 18

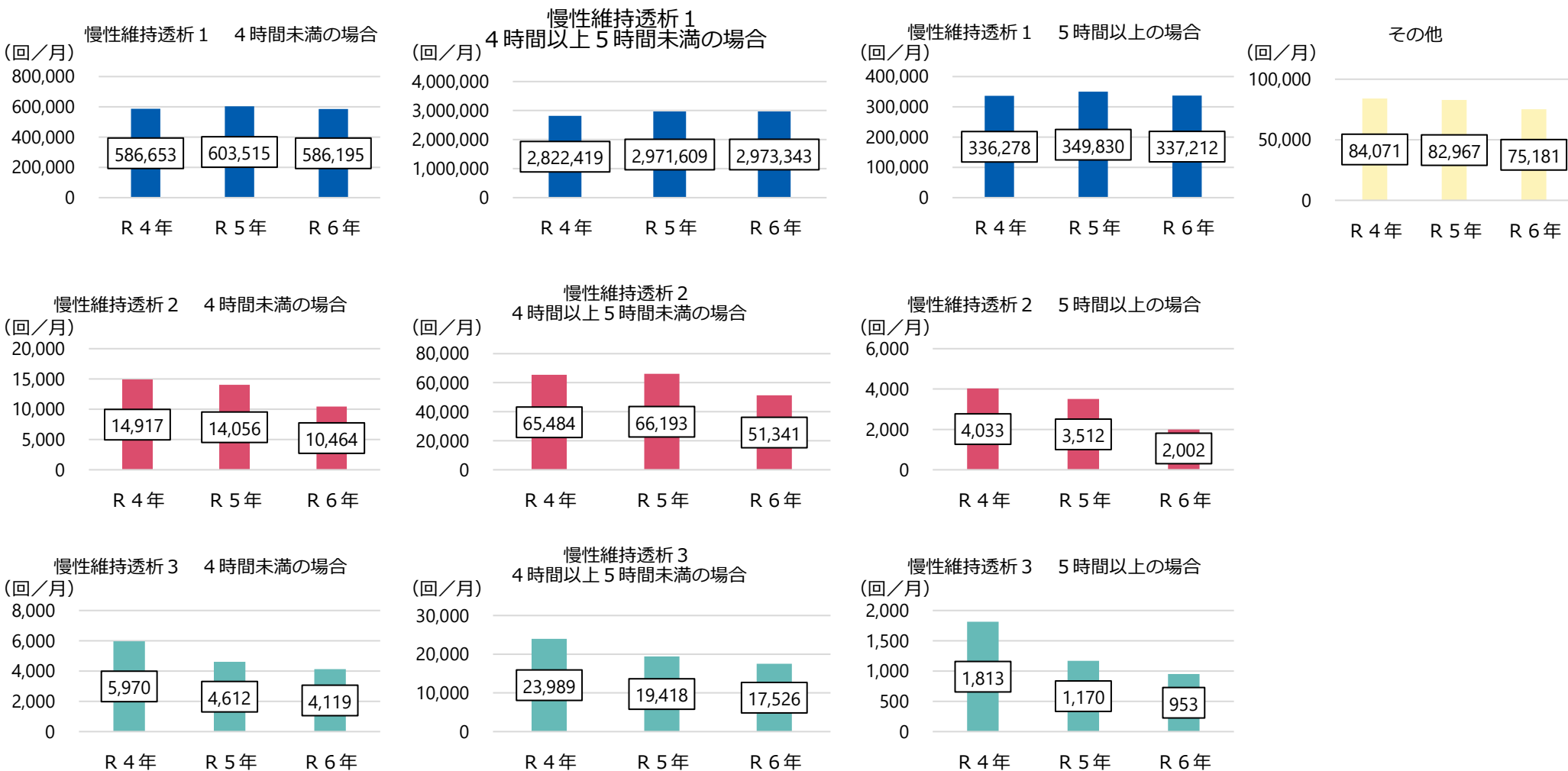
○ 日本では、血液透析を実施する患者の割合が、諸外国と比較して多い。



人工腎臓の算定回数の推移について

診調組 入-1
7. 9. 18

- 人工腎臓について、点数類型ごとの算定回数の推移は以下のとおり。
- 審査月が異なる点は留意が必要だが、慢性維持透析2・3の算定回数が相対的に減少し、慢性維持透析1の算定回数が相対的に増加している。



透析診療に係る診療報酬上の評価について②

診調組 入ー1
7. 9. 18

【処置】

J038 人工腎臓（1日につき）

注1 時間外・休日加算

380点

※入院中の患者以外の患者に対し、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合に算定

注2イ 導入期加算1

200点

注2ロ 導入期加算2

410点

注2ハ 導入期加算3

810点

※導入期1月に限り1日につき当該基準に係る区分に従い算定

注3 障害者等加算

140点

※著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合に算定

注9 透析液水質確保加算

10点

注10 下肢末梢動脈疾患指導管理加算

100点

※人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合に算定

注11 長時間加算

150点

※通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定

注13 慢性維持透析濾過加算

50点

※慢性維持透析濾過を行った場合に算定

注14 透析時運動指導等加算

75点

※療養上必要な指導を行った場合に90日を限度として算定

J038-2 持続緩徐式血液濾過（1日につき）

1,990点

注1 時間外・休日加算

300点

注2 障害者等加算

120点

J042 腹膜灌流（1日につき）

1 連続携行式腹膜灌流

330点

注1 導入期加算

500点

注2 乳幼児加算

250点

2 その他の腹膜灌流

1,100点

【入院料等】

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

注 慢性維持透析管理加算

100点

【医学管理等】

B001 特定疾患治療管理料

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

2,211点

※入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対し、検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に月1回に限り算定（検査と画像診断の一部が包括）

注3 腎代替療法実績加算

100点

27 糖尿病透析予防指導管理料

350点

※医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対し、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定

31 腎代替療法指導管理料

500点

※当該患者の同意を得て看護師と共同し、当該患者と診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合に患者1人につき2回に限り算定

【在宅医療】（月1回）

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

4,000点

C102-2 在宅血液透析指導管理料

10,000点

<C102、C102-2の加算>

注1 頻回に指導管理を行う必要がある場合

2,000点

※同一月内の2回目以降1回につき月2回に限り算定

注3 遠隔モニタリング加算

115点

※注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したのに対し当該指導管理を行った場合、月1回に限り算定

C154 紫外線殺菌器加算

360点

※在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対し紫外線殺菌器を使用した場合、所定点数に加算

C155 自動腹膜灌流装置加算

2,500点

※在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対し自動腹膜灌流装置を使用した場合、所定点数に加算

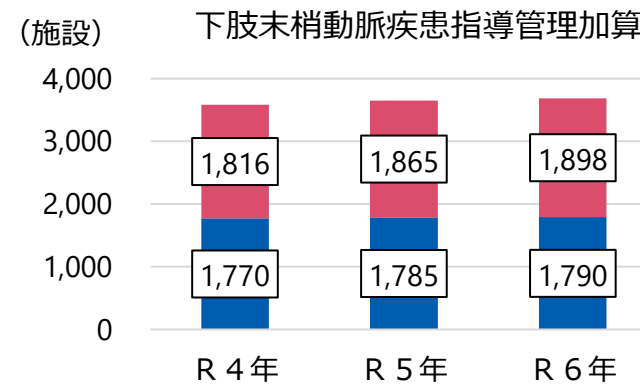
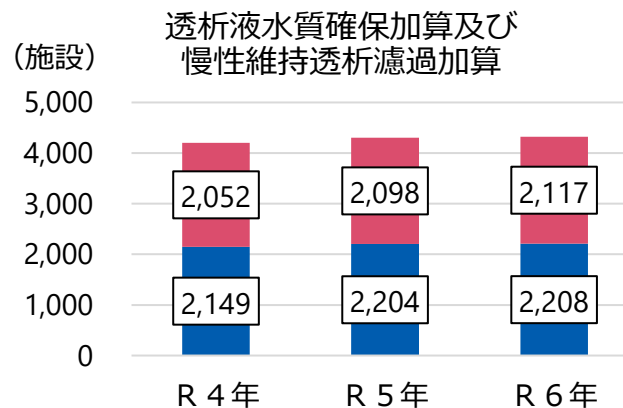
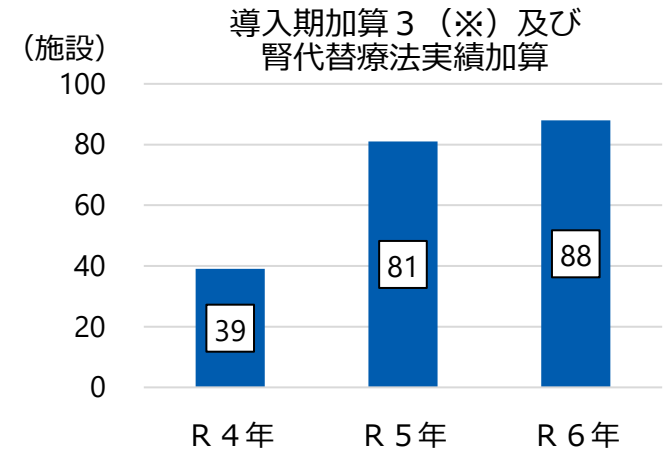
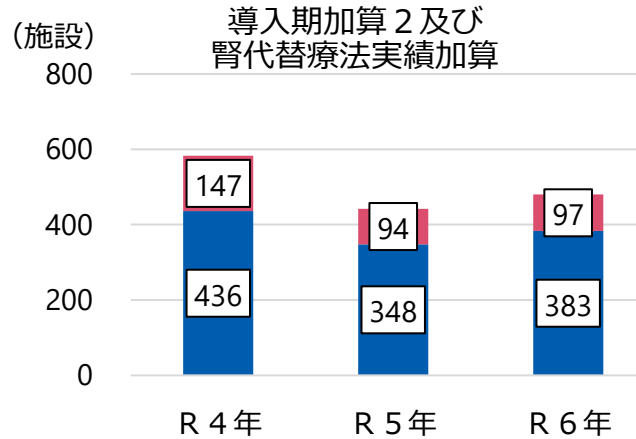
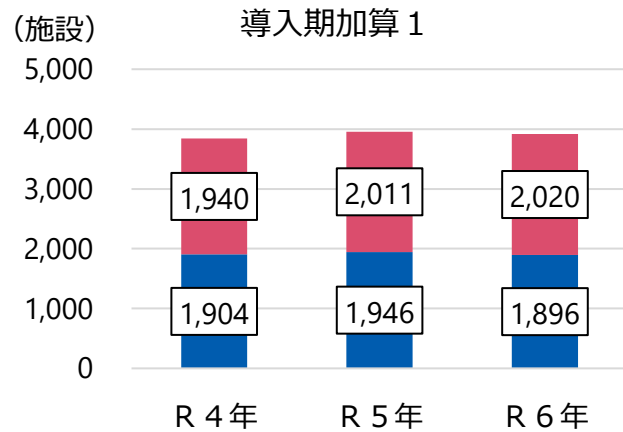
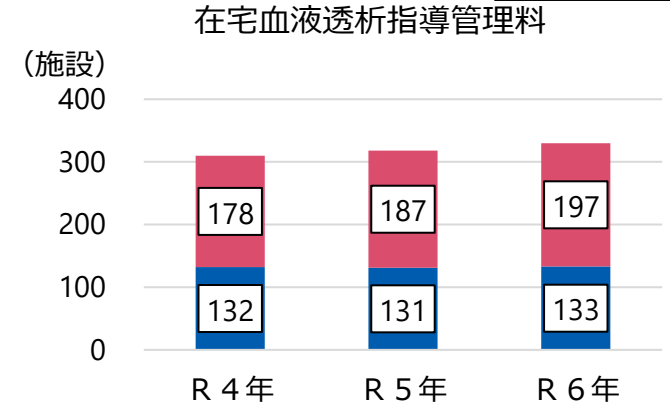
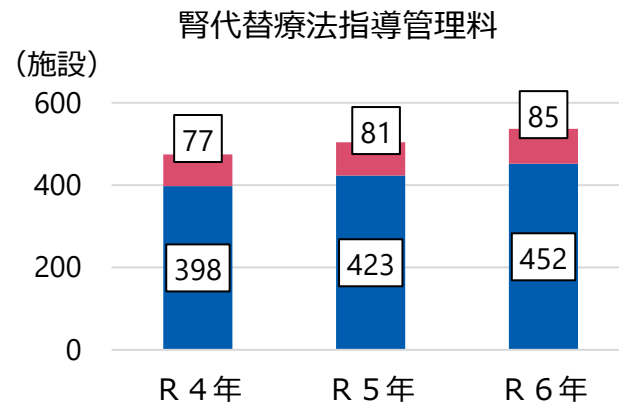
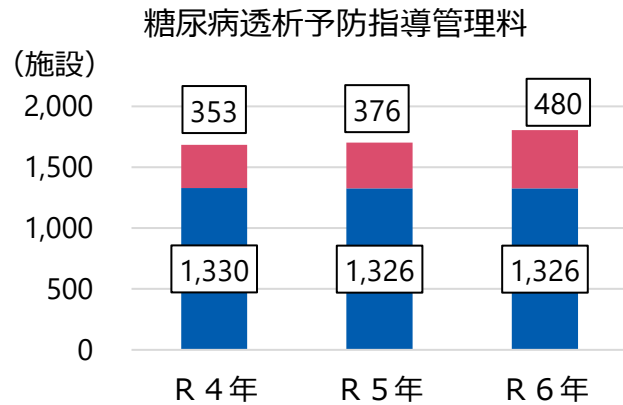
C156 透析液供給装置加算

10,000点

※在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対し透析液供給装置を使用した場合、所定点数に加算

透析診療に係る施設基準の主な届出状況について

診調組 入-1
7. 9. 18



診療所
病院

出典：保険局医療課調べ

(令和4・5年は7月1日現在、令和6年は8月1日現在の届出状況)

※令和4年度に新設

3. 透析医療について

3－1. 透析医療をとりまく現状について

3－2. 人工腎臓等に係る評価について

3－3. バスキュラーアクセス（シャント）について

3－4. 腹膜透析について

透析診療に係る診療報酬上の評価について①

診調組 入-1
7. 9. 18

	慢性維持透析を行った場合			その他の場合
	場合 1	場合 2	場合 3	
4 時間未満	<u>1,876点</u>	<u>1,836点</u>	<u>1,796点</u>	<u>1,580点</u>
4 時間以上 5 時間未満	<u>2,036点</u>	<u>1,996点</u>	<u>1,951点</u>	
5 時間未満	<u>2,171点</u>	<u>2,126点</u>	<u>2,081点</u>	

[主な施設基準]

(1) 慢性維持透析を行った場合 1 の施設基準

ア 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

① 透析用監視装置の台数が26台未満であること。

② 透析用監視装置一台当たりの「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者数（外来患者に限る。）の割合が3.5未満であること。

イ 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

ウ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(2) 慢性維持透析を行った場合 2 の施設基準

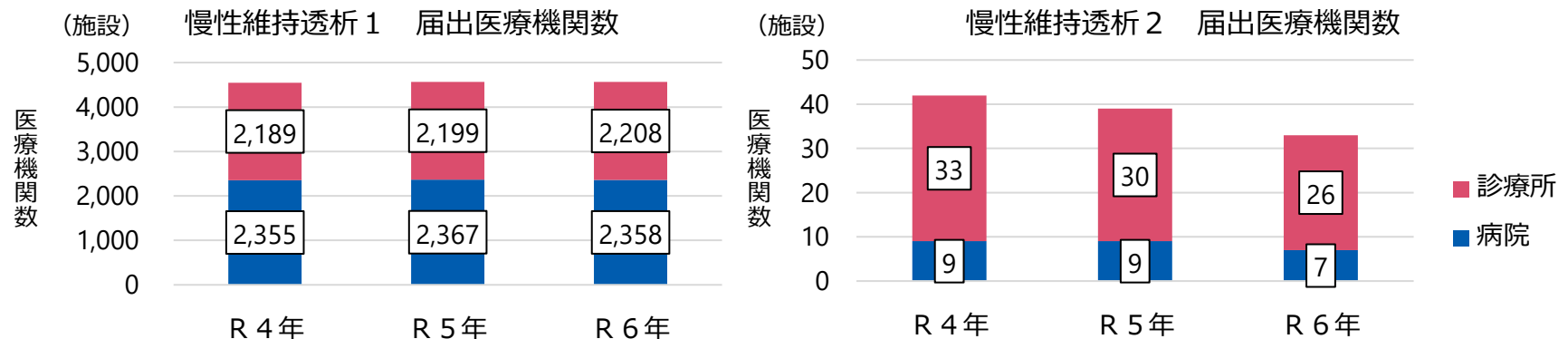
ア 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。

① 透析用監視装置の台数が26台以上であること。

② 透析用監視装置一台当たりの「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者数（外来患者に限る。）の割合が3.5以上4.0未満であること。

イ 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

ウ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。



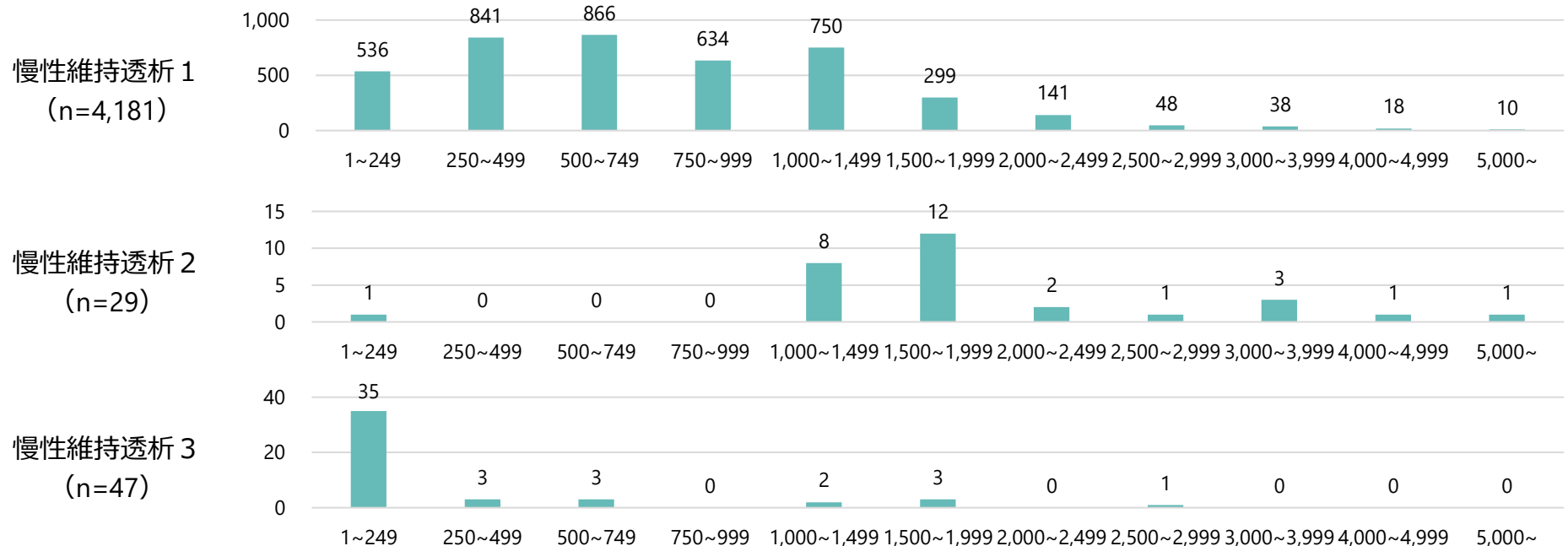
慢性維持透析について

- 平成30年度診療報酬改定において、施設の効率性等の観点から、透析用監視装置の台数及び透析用監視装置一台当たりの患者数による評価が導入されたところ。
- 医療機関別の人工腎臓の算定回数の分布を見ると、慢性維持透析 1 を算定している医療機関のうち月別の算定回数が 2,500 回を超える医療機関が複数ある。

慢性維持透析を行った場合 1～3 の施設基準のうち、透析用監視装置の台数と一台当たりの患者数との関係

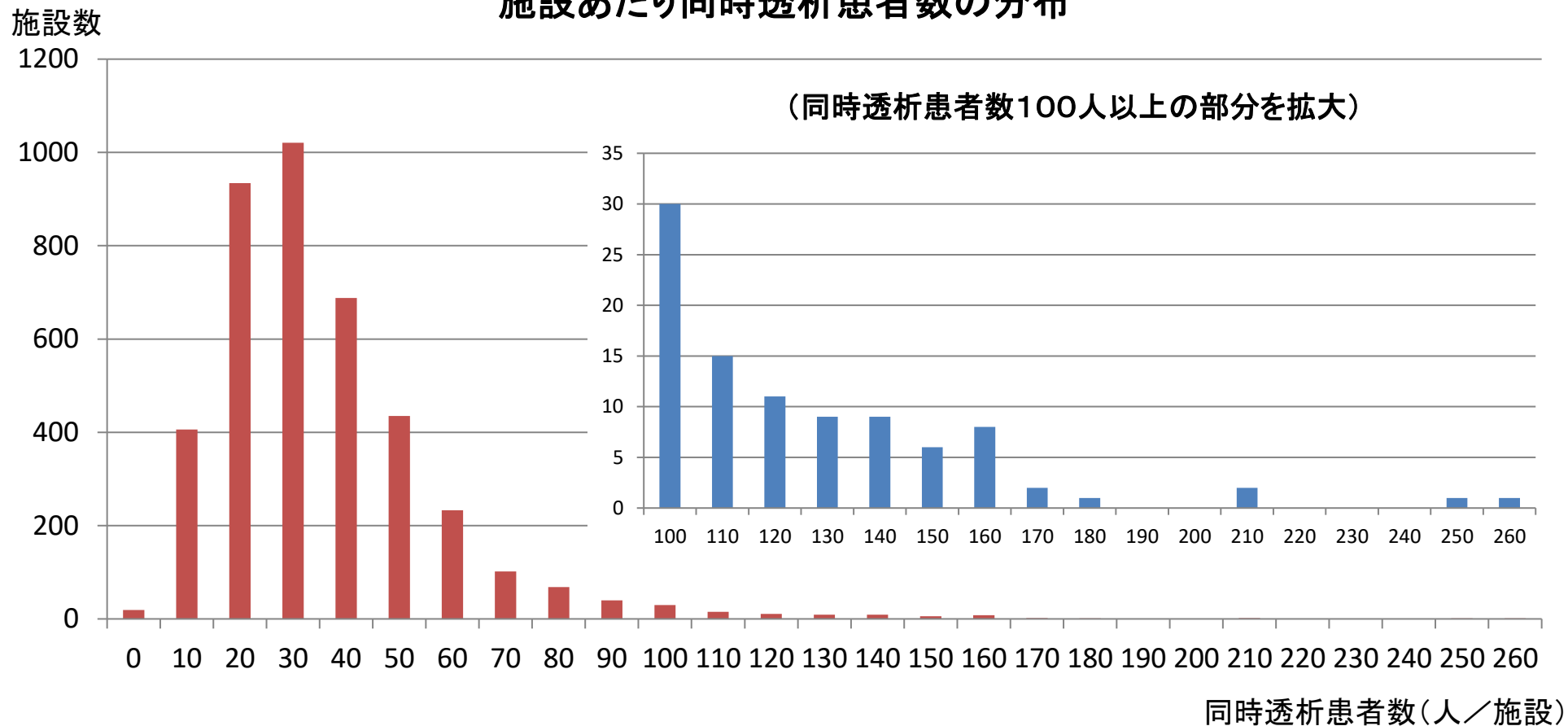
		透析用監視装置一台当たりの患者数（外来患者※に限る。） ※ 人工腎臓の「1」から「3」を算定した場合		
		3.5未満	3.5以上4.0未満	4.0以上
透析用監視装置の台数	26台未満	慢性維持透析 1		
	26台以上	慢性維持透析 1	慢性維持透析 2	慢性維持透析 3

人工腎臓 慢性維持透析の月別算定回数の分布



○ 施設あたりの同時透析患者数(同時に透析を施行可能な最大患者数)には、ばらつきが見られる。

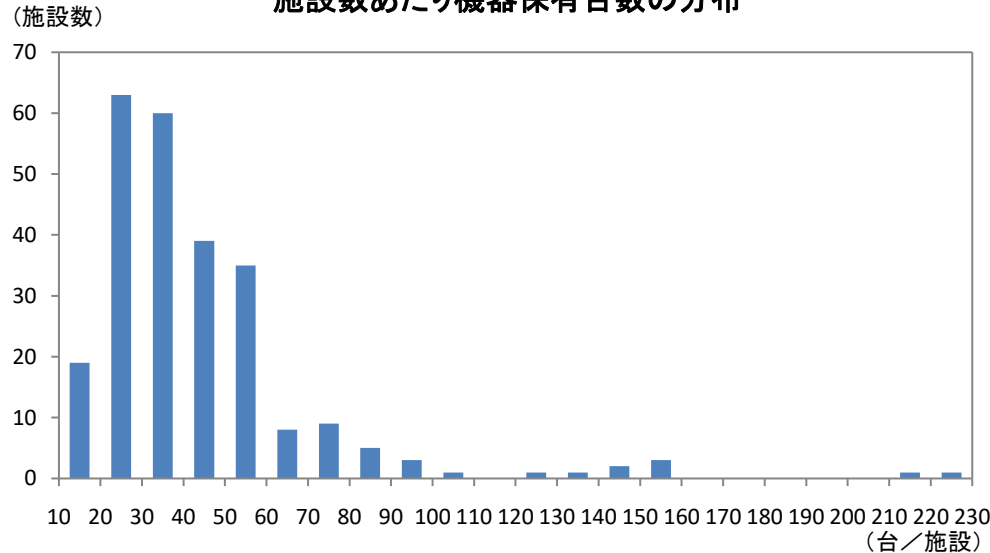
施設あたり同時透析患者数の分布



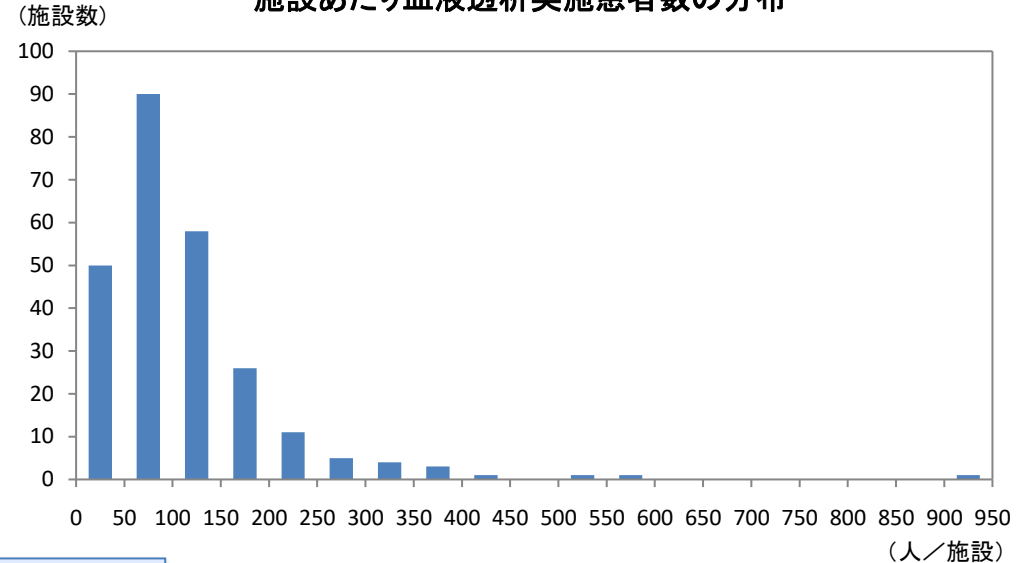
透析用監視装置1台あたり患者数の分布について

中医協 総-4
29. 12. 8

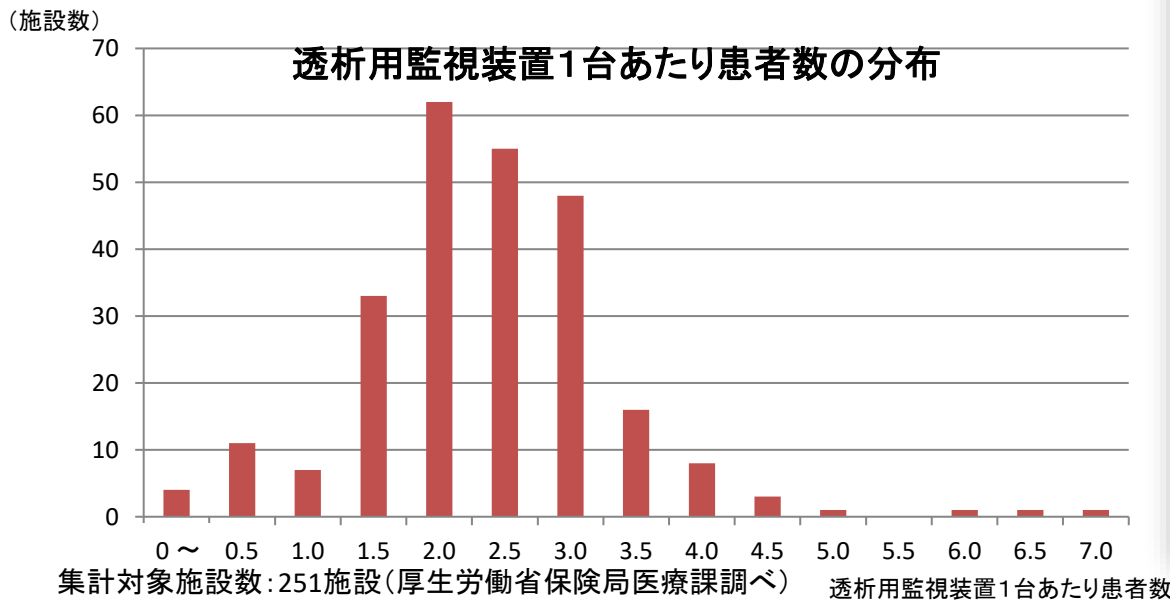
施設数あたり機器保有台数の分布



施設あたり血液透析実施患者数の分布



- 透析用監視装置1台あたり患者数が2以上3.5未満の施設が多い



<透析用監視装置から見た透析のスケジュール(イメージ)>



透析用監視装置保有台数

		透析用監視装置保有台数		
		透析用監視装置 ①	...	透析用監視装置 ②⑩
月曜日	午前	Aさん		Cさん
	午後	Bさん		Dさん
火曜日	午前	Xさん		Zさん
	午後	Yさん		(空き)
水曜日	午前	Aさん(再)		Cさん(再)
	午後	Bさん(再)		Dさん(再)

※ 水曜日は、Aさん、Bさん、Cさん、Dさん...が再び透析を行う。

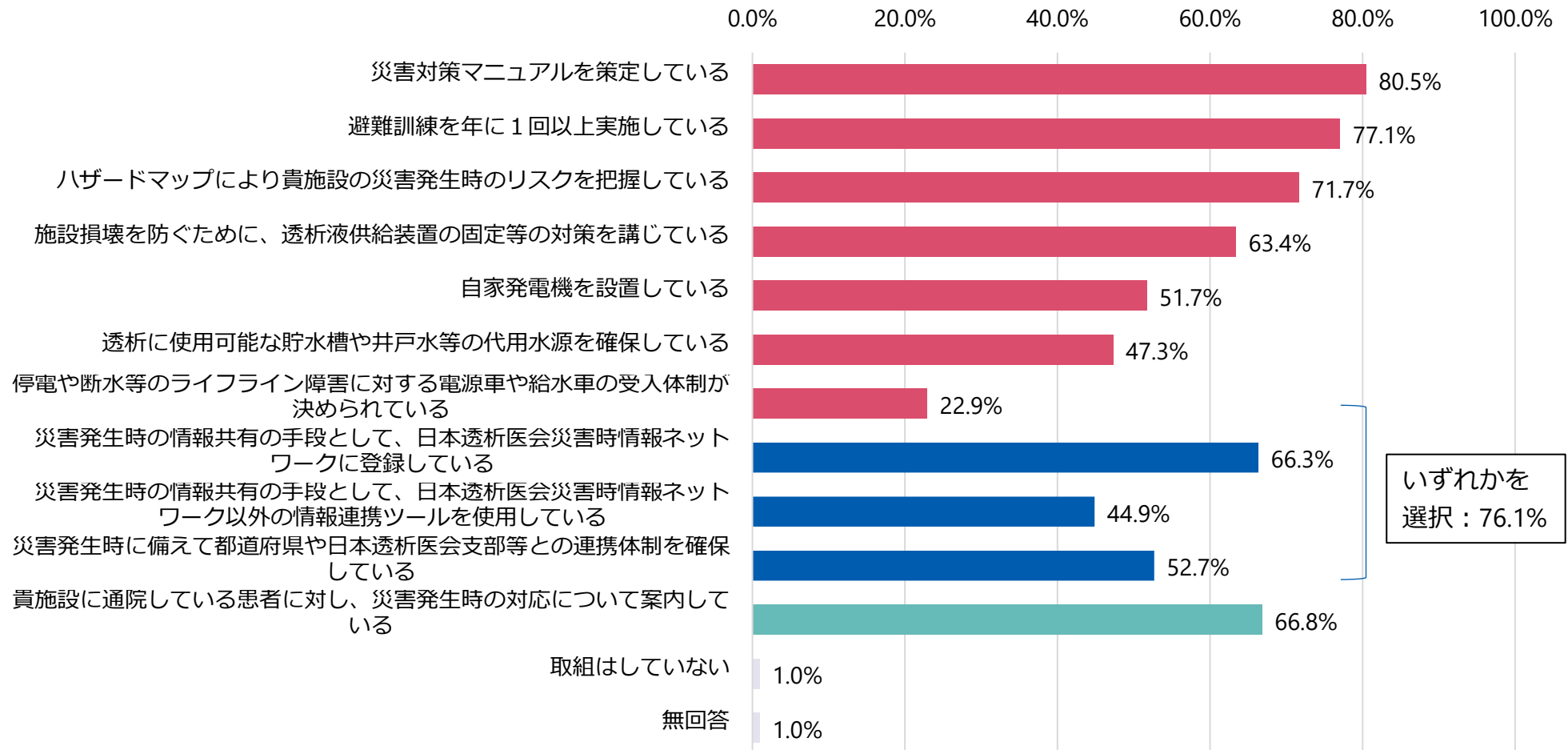
施設あたり血液透析実施患者数

透析医療の災害対策の取組

診調組 入-1
7. 9. 18

- 災害時の透析医療継続のための対策について、災害対策マニュアルの策定が80.5%、電源車や給水車の受入体制の確保が22.9%と各対策でばらつきが見られる。
- 日本透析医会災害時情報ネットワーク等への登録や自治体等との連携体制を確保していると回答した医療機関は76.1%。
- 患者に対する情報提供を実施している医療機関は66.8%。

自施設で実施している透析医療の災害対策の取組 (n=205)

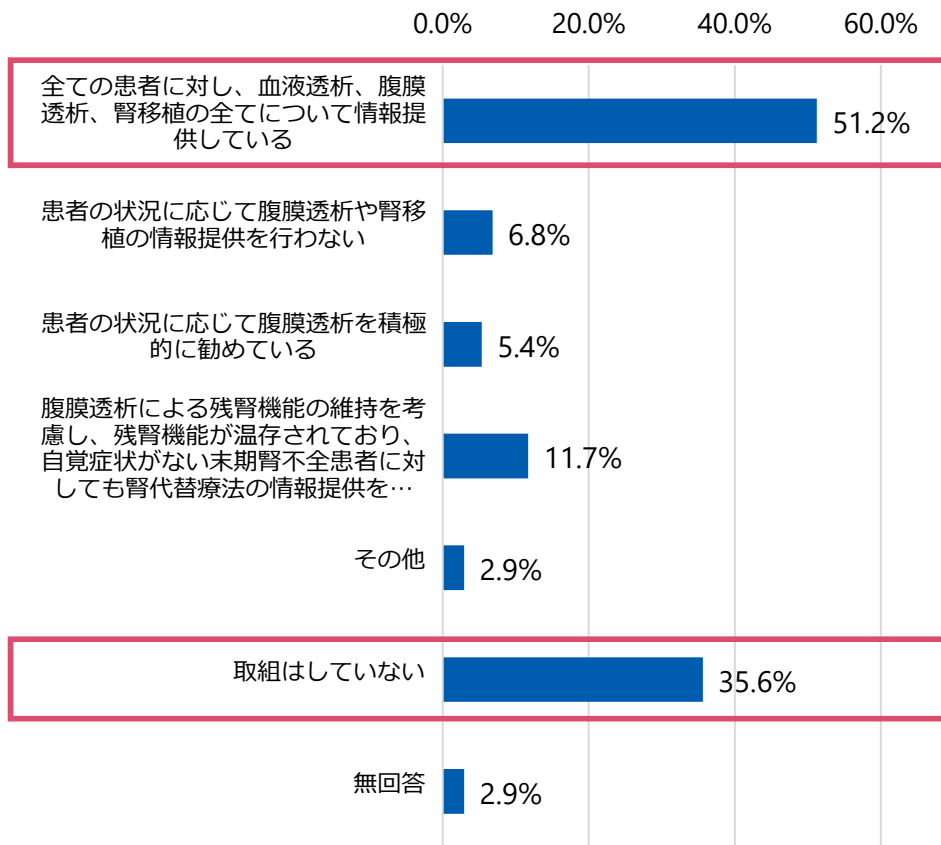


腎代替療法に関する情報提供

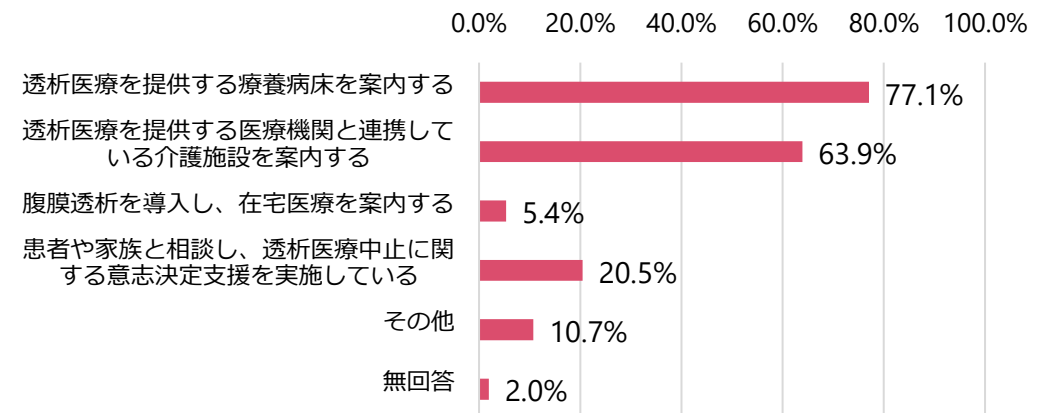
診調組 入-1
7. 9. 18

- 全ての患者に対し、腎代替療法の3つの選択肢を提示している医療機関は51.2%であり、情報提供の取組をしていない医療機関が35.6%であった。
- 通院困難な患者に対する対応について、療養病床や介護施設への紹介が77.1%、63.9%であり、腹膜透析の導入を含めた在宅医療への案内は5.4%であった。透析医療中止に関する意思決定支援を実施している医療機関は20.5%であった。
- 腹膜透析を勧める際の考慮事項として、生活支援状況（36.6%）、ADL（32.7%）、年齢（32.2%）の順で多い。

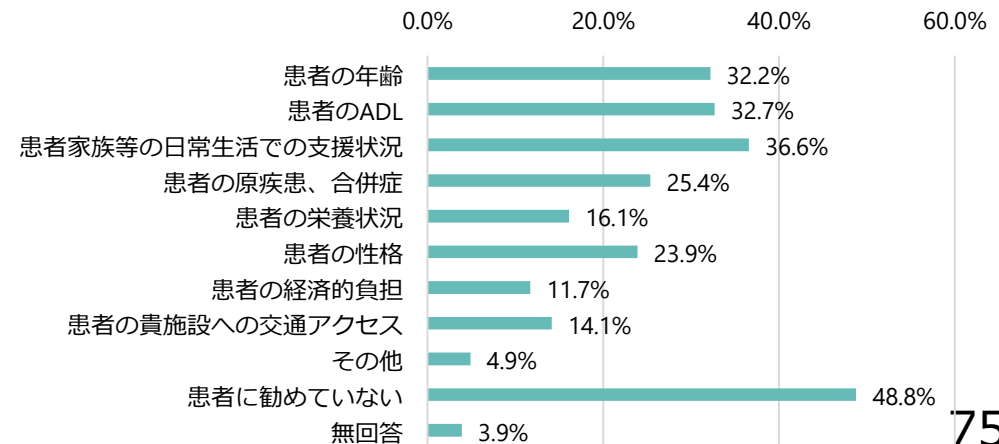
腎代替療法に関する情報提供・意思決定支援
の取組状況（n=205）



通院困難な患者に対する対応（n=205）



腹膜透析を患者に勧めるにあたっての考慮事項（n=205）



【人工腎臓】

【慢性維持透析患者外来医学管理料】

注2 導入期加算

- イ 導入期加算 1 200点
- ロ 導入期加算 2 410点
- ハ 導入期加算 3 810点

〔算定要件〕

施設基準の届出を行った保険医療機関において、それぞれ1日につき1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。

〔施設基準〕

(1) 導入期加算1の施設基準

ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。

(2) 導入期加算2の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア (1)のアを満たしていること。

イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。

ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。

エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で24回以上算定していること。

オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に2人以上いること。

カ 腎代替療法を導入するに当たって、(1)のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

(3) 導入期加算3の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア (1)のア及び(2)のイを満たしていること。

イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。

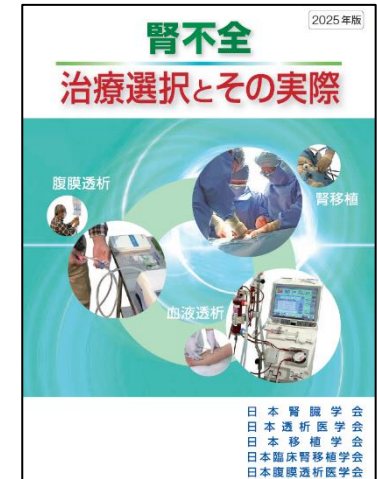
ウ 導入期加算1又は2を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。

エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定していること。

オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に5人以上いること。

カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に2人以上いること。

キ (2)の力を満たしていること。



3. 透析医療について

3－1. 透析医療をとりまく現状について

3－2. 人工腎臓等に係る評価について

3－3. バスキュラーアクセス（シャント）について

3－4. 腹膜透析について

シャントトラブルに対する取組

診調組 入-1
7. 9. 18

- シャント閉塞等のシャントトラブルは頻度が高く、透析患者の入院理由としても最も多い。
- 自院で治療している又は事前に連携している医療機関に紹介している医療機関が合計93.6%である一方、事前に連携していない医療機関に紹介している医療機関が5.9%あった。

自施設の患者におけるシャント閉塞等のシャントトラブルに対する取組 (n=205)

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

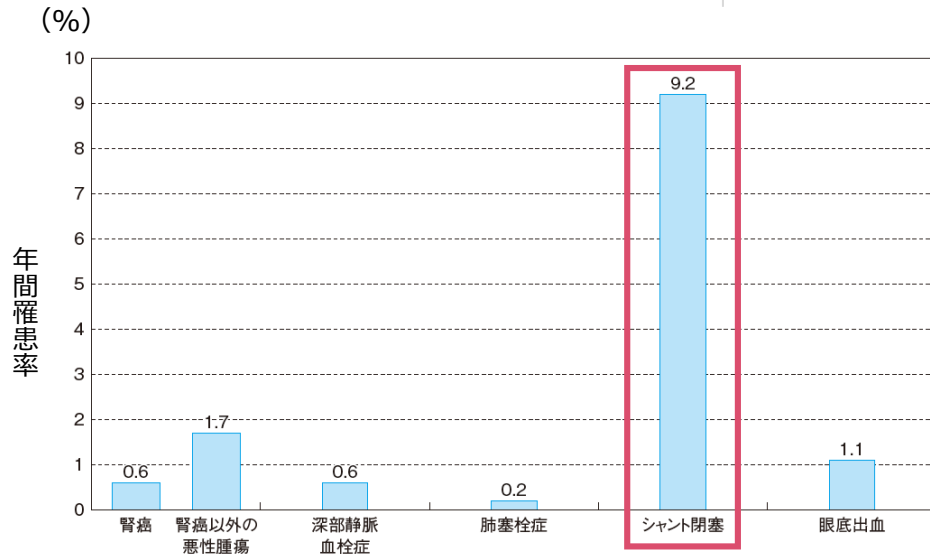
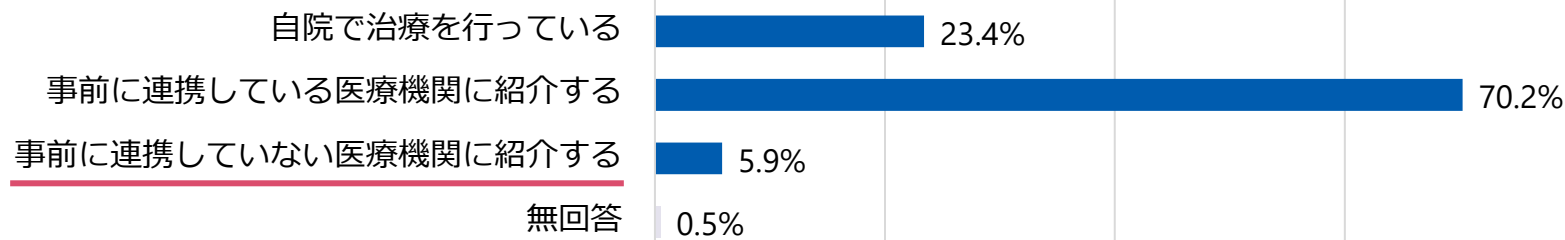


図 51 腎性貧血治療薬関連疾患の年間罹患率, 2023

(患者調査による集計)

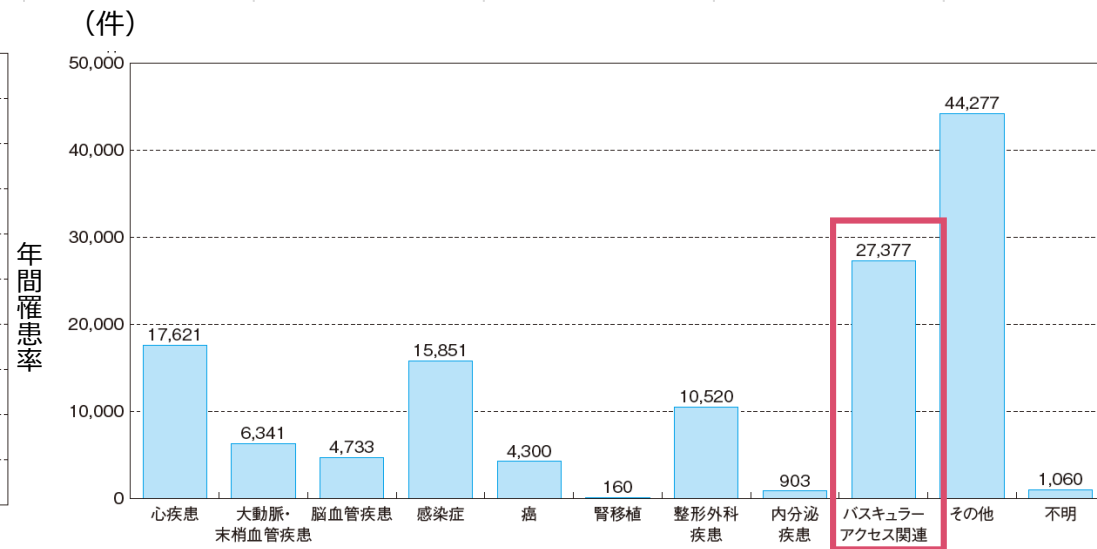


図 57 入院理由, 2023

(患者調査による集計)

バスキュラーアクセス（シャント）に係る処置の評価について

- 血液透析に用いられるバスキュラーアクセス（透析シャント）は、穿刺を繰り返すことで狭窄・閉塞等といったシャントトラブルを生じるため、狭窄・閉塞の部位によって、シャント拡張術は第一選択の治療となる。
- 経皮的シャント拡張術・血栓除去術については、初回実施後3月以内に実施する場合は、透析シャント閉塞等の場合に限り1回を限度として算定可能としている。算定回数は増加傾向であり、入院外の算定回数が75%程度である。
- 入院が必要であったり、狭窄・閉塞を繰り返す等、対応が困難な患者のシャント拡張術が実施出来ない医療機関では、入院施設やシャント造設に関する専門的な技術を持った他医療機関に紹介して管理が行われている。

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

1 初回 12,000点

2 1の実施後3月以内に実施する場合 12,000点

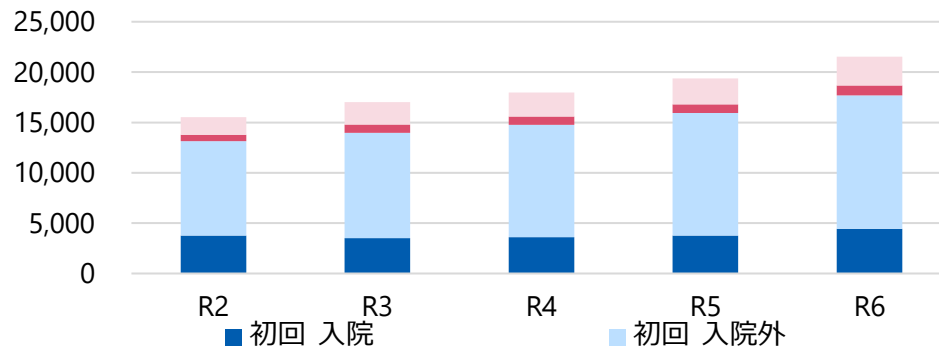
〔算定要件（抜粋）〕

- ・ 「1」については、3月に1回に限り算定する。
- ・ 「1」を算定してから3月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

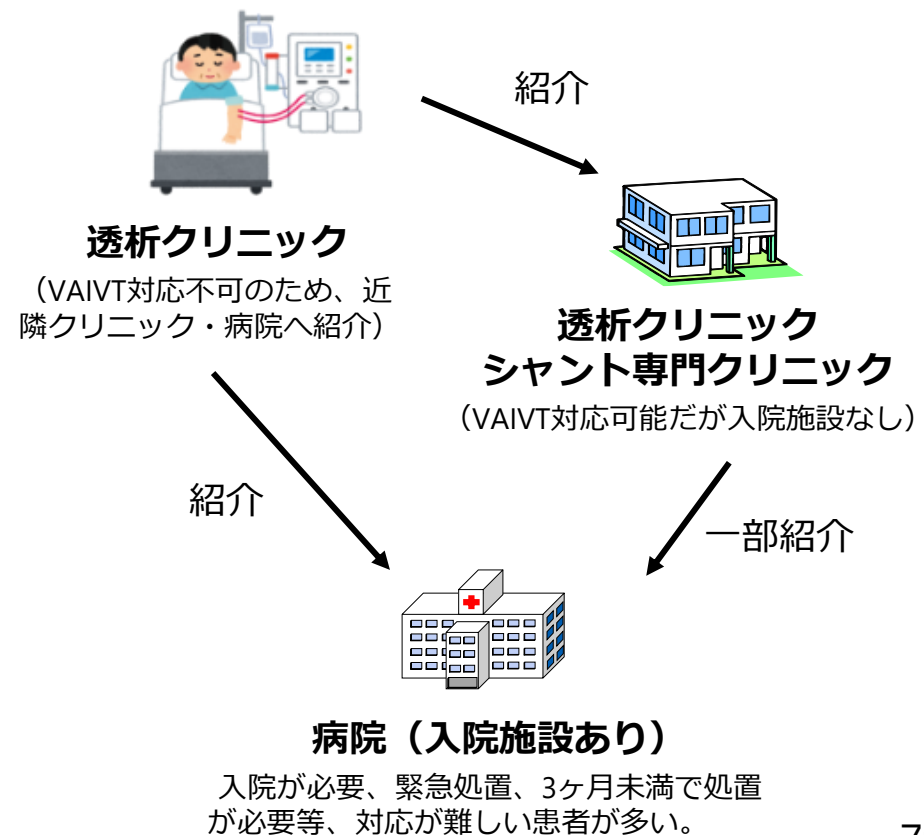
ア 透析シャント閉塞の場合

イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合（アの場合を除く。）

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

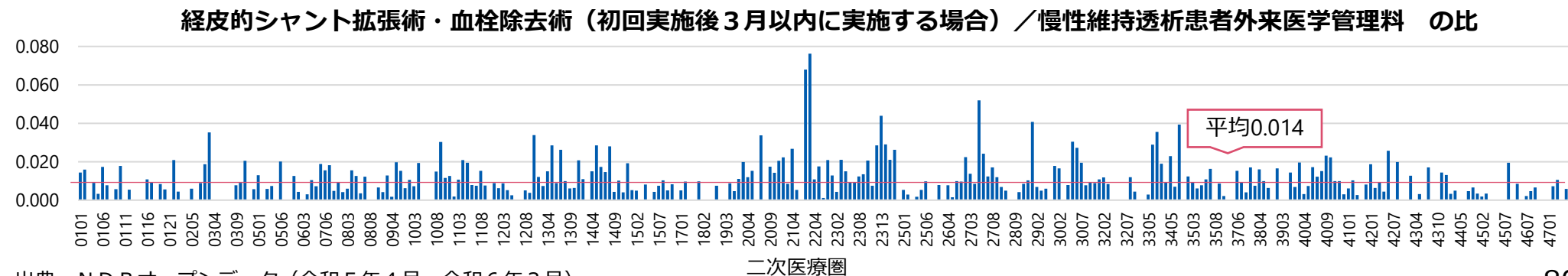
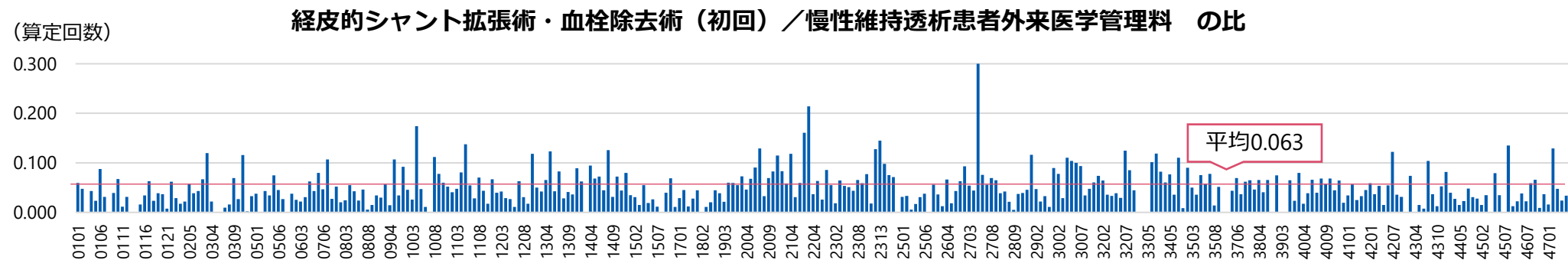
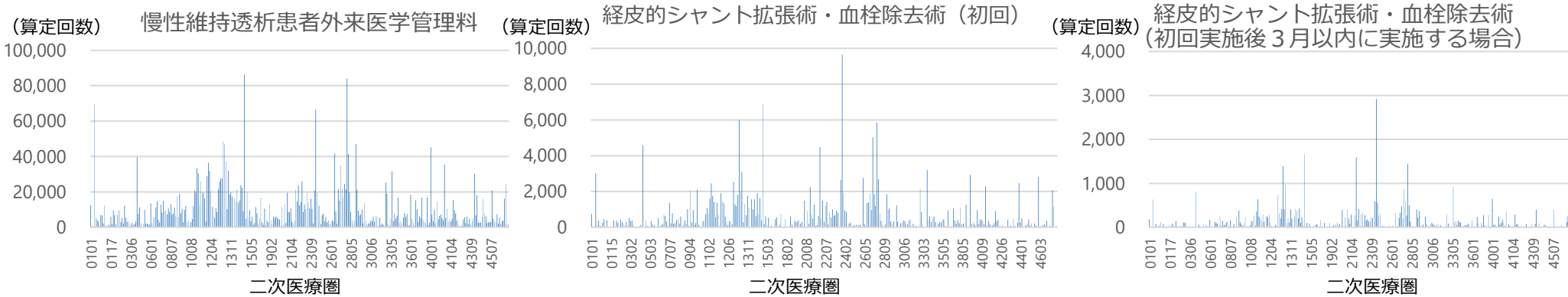


バスキュラーアクセスの管理の状況



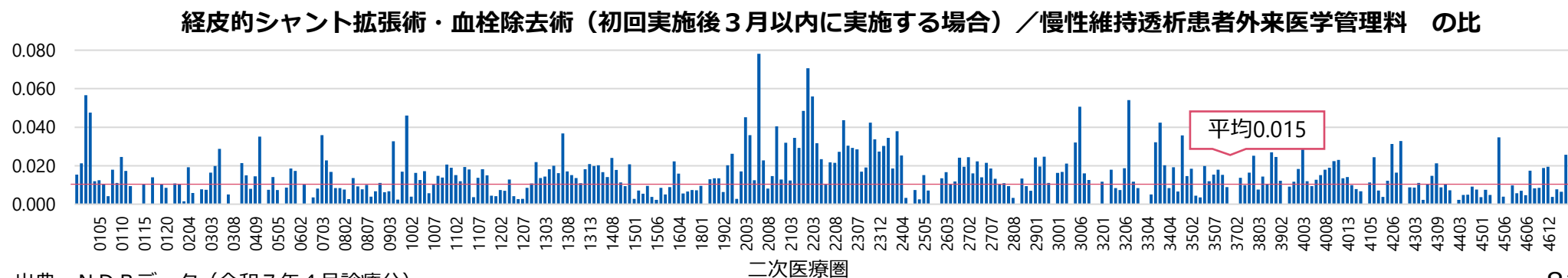
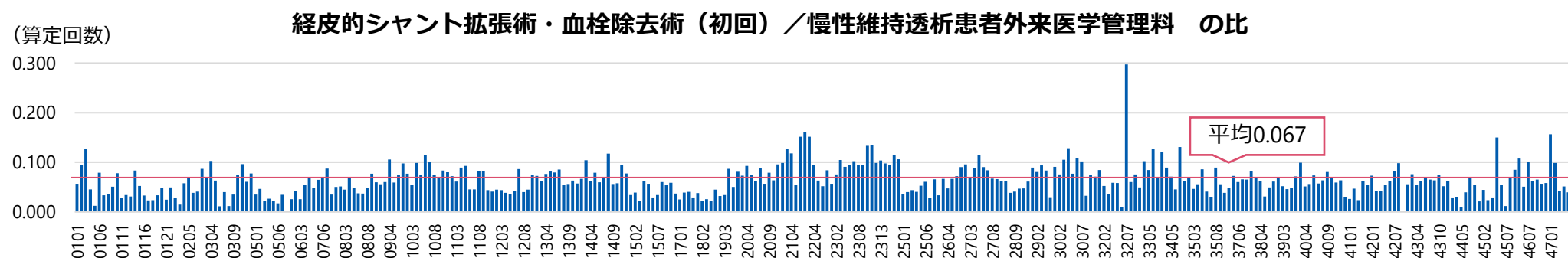
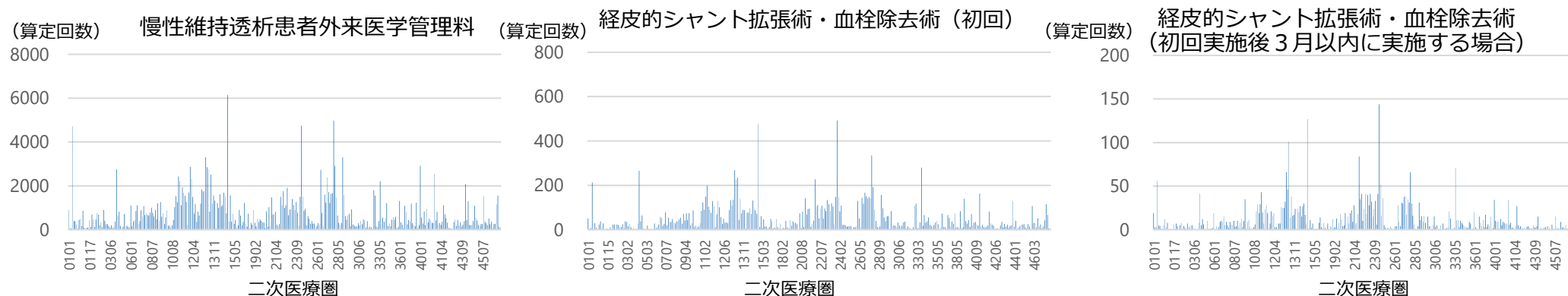
経皮的シャント拡張術・血栓除去術の二次医療圏別算定回数（医療機関住所地ベース）

○ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の算定回数には地域差が見られる。



経皮的シャント拡張術・血栓除去術の二次医療圏別算定回数（患者住所地ベース）

- 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の算定回数について、初回は医療機関住所地ベースに比してばらつきが小さいが、初回実施後3月以内に実施する場合は、ばらつきが大きく、医療機関住所地ベースと分布に差がある。



3. 透析医療について

3－1. 透析医療をとりまく現状について

3－2. 人工腎臓等に係る評価について

3－3. バスキュラーアクセス（シャント）について

3－4. 腹膜透析について

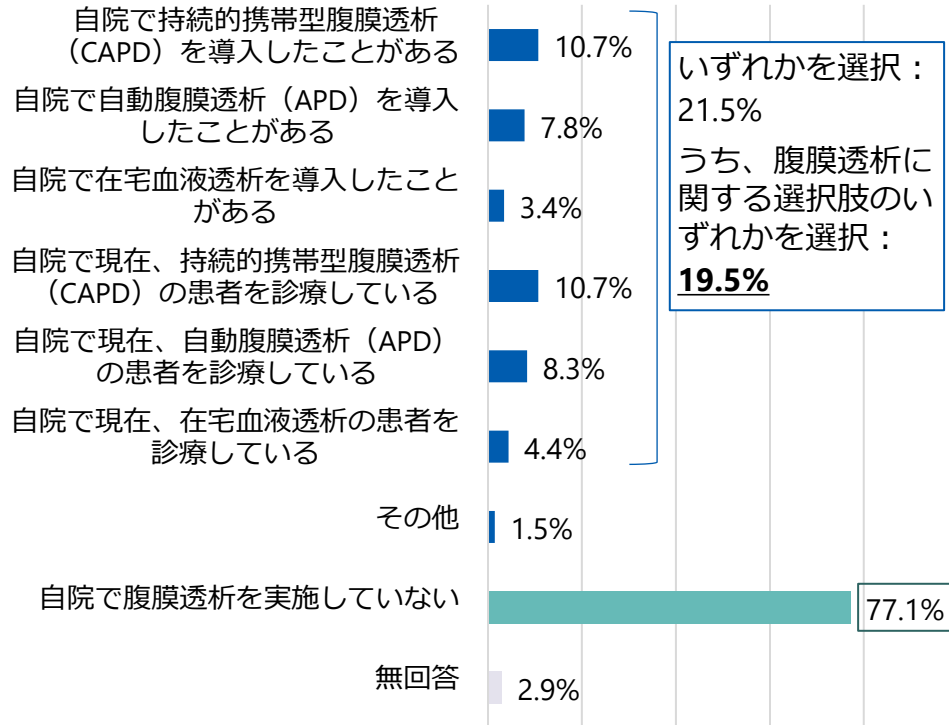
腹膜透析等の提供体制

診調組 入-1
7. 9. 18

- 血液透析を実施する医療機関のうち、腹膜透析の導入や診療等を実施している医療機関は19.5%であり、CAPDに関する診療の割合が最も高い。一方で、腹膜透析を自院で実施していない医療機関は77.1%であった。
- 腹膜透析を導入したことがない又は現在、腹膜透析患者を診療していない理由として、対象となる患者がいらないが59.5%と最も多く、次いで対応できる器具設備を備えていないためが38.6%であった。また、緊急時や入院時のバックアップ体制に不安があるといった意見があった。

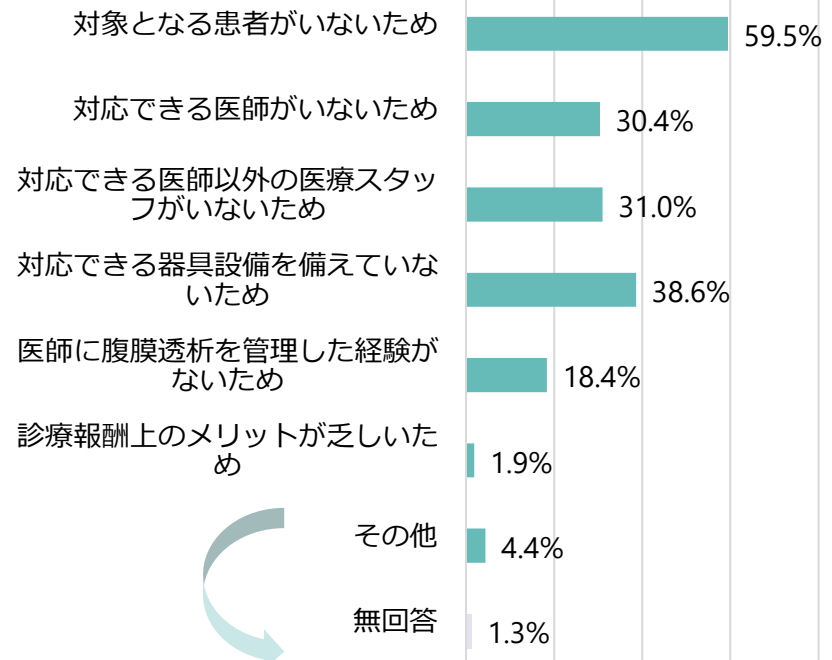
腹膜透析等の取組状況 (n=205)

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



腹膜透析を導入したことがない又は現在、腹膜透析患者を診療していない理由 (n=158)

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

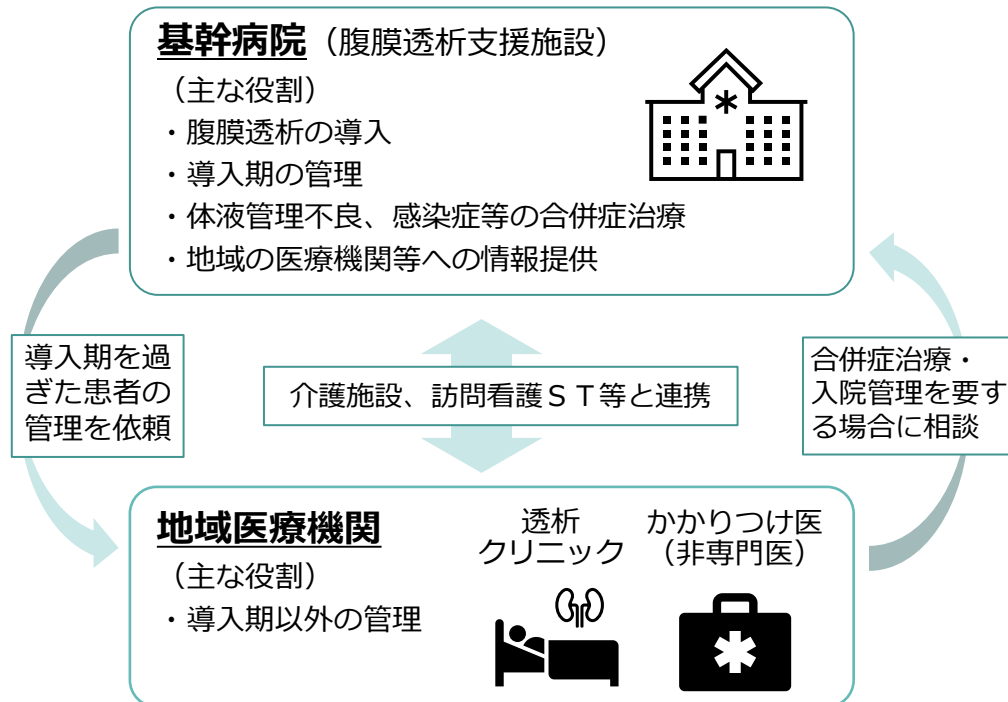


- ・ 開始するにあたって、診療体制をつくる労力が大きい。
- ・ 緊急時のバックアップの不安がある。
- ・ **当該患者の入院バックアップ体制が確立していない。**

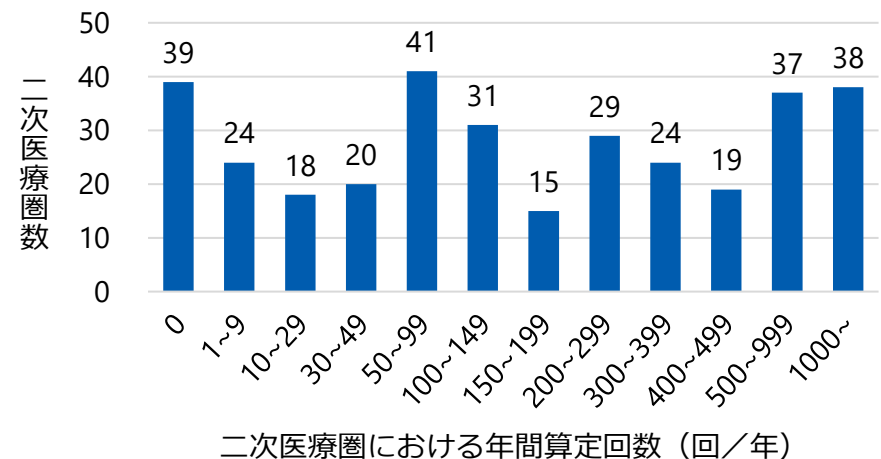
腹膜透析の提供体制に係る課題

- 腹膜透析の導入、導入期の管理及び合併症治療時は、腎臓内科専門医や透析専門医による管理が必要となるが、それ以外の場合には、地域のかかりつけ医による管理も可能となる。
- 腹膜透析の管理を評価した在宅自己腹膜灌流指導管理料について、年間算定回数が0回の二次医療圏は39、年間算定回数が50回未満の二次医療圏が101となっている。一方で、血液透析の管理を評価した慢性維持透析患者外来医学管理料については、年間算定回数が400回未満の二次医療圏は0であり、腹膜透析は地域における提供体制に差がある。
- 一部の地域においては、病診連携により、PD導入後もかかりつけ医による診療を継続しつつ、合併症治療や入院管理を要する場合には、基幹病院で対応している例がある。基幹病院が地域の医療機関等に対し、PD管理に関する研修を実施することで、地域における腹膜透析の管理体制の充実化を図っている。このような地域では、在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定回数が多い。（福岡県北九州3,309回、徳島県東部1,629回）

地域における病診連携の取組例



在宅自己腹膜灌流指導管理料
二次医療圏における年間算定回数別の
二次医療圏数



年間算定回数が50回未満の二次医療圏が100以上あり、腹膜透析の管理が困難な地域が見られる。

在宅自己腹膜灌流指導管理料の概要

- 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する医療機関が頻回の指導管理を行った際、要件を満たす場合には月2回に限り2,000点を算定できるところ、当該頻回の指導管理を別の医療機関が行った場合には算定できない。

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料（月1回） 4,000点

注1 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、**頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。**

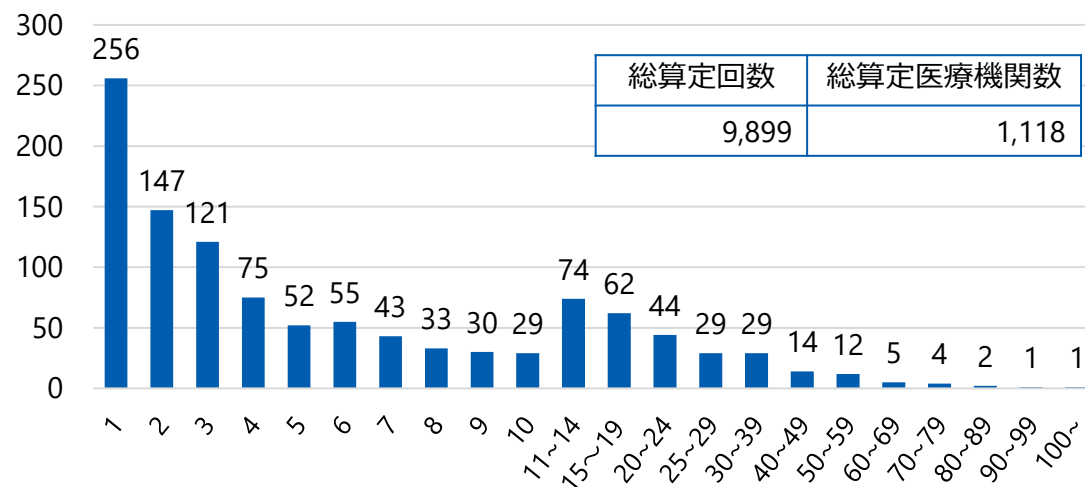
注2～3 略

（留意事項通知）

- 「注1」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。
 - ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
 - イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
 - ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
 - エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
 - オ その他医師が特に必要と認めるもの

- 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、J038人工腎臓又はJ042腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。また、当該管理料を算定している患者に対して、他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に「J038」人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること。

在宅自己腹膜灌流指導管理料の医療機関別・月別算定回数の分布



透析医療についての課題と論点

(人工腎臓等に係る評価について)

- 平成30年度診療報酬改定において、施設の効率性等の観点から、透析用監視装置の台数及び透析用監視装置一台当たりの患者数による評価が導入されたところ。医療機関別の人工腎臓の算定回数の分布を見ると、慢性維持透析1を算定している医療機関のうち月別の算定回数が2,500回を超える医療機関が複数ある。
- 災害時の透析医療継続のための対策について、災害対策マニュアルの策定が80.5%、電源車や給水車の受入体制の確保が22.9%と各対策でばらつきが見られる。日本透析医学会災害時情報ネットワーク等への登録や自治体等との連携体制を確保していると回答した医療機関は76.1%、患者に対する情報提供を実施している医療機関は66.8%であった。
- 腎代替療法に関する情報提供について、全ての患者に対し、腎代替療法の3つの選択肢を提示している医療機関は51.2%であり、情報提供の取組をしていない医療機関が35.6%であった。
- シャントトラブル対応について、自院で治療している又は事前に連携している医療機関に紹介している医療機関が合計93.6%である一方、事前に連携していない医療機関に紹介している医療機関が5.9%あった。
- 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の算定回数は増加傾向であり、75%が入院外で実施されている。医療機関住所地ベースと患者住所地ベースで見た場合に、いずれにおいても算定回数に地域差が見られる。

(腹膜透析について)

- 血液透析を実施する医療機関のうち、腹膜透析の導入や診療等を実施している医療機関は19.5%であり、CAPDに関する診療の割合が最も高い。一方で、腹膜透析を自院で実施していない医療機関は77.1%であった。腹膜透析を導入したことがない又は現在、腹膜透析患者を診療していない理由として、対象となる患者がいらないが59.5%と最も多く、緊急時や入院時のバックアップ体制に不安があるといった意見があった。
- 腹膜透析の導入、導入期の管理及び合併症治療時は、腎臓内科専門医や透析専門医による管理が必要となるが、それ以外の場合には、地域のかかりつけ医による管理も可能となるところ、在宅自己腹膜灌流指導管理料について、年間算定回数が0回の二次医療圏は39、年間算定回数が50回未満の二次医療圏が101となっており、血液透析と比較した場合に提供体制に差がある。
- 一部の地域においては、病診連携により、PD導入後もかかりつけ医による診療を継続しつつ、合併症治療や入院管理を要する場合には、基幹病院で対応している例がある。基幹病院が地域の医療機関等に対し、PD管理に関する研修を実施することで、地域における腹膜透析の管理体制の充実化を図っている。

透析医療についての課題と論点

【論点】

（人工腎臓等に係る評価について）

- 人工腎臓については、施設の効率性の観点を踏まえた評価が行われているが、施設基準の1つである透析用監視装置の台数及び透析用監視装置一台当たりの患者数について、慢性維持透析1を算定している医療機関の中で算定回数が非常に多い医療機関が一定数存在することを踏まえ、評価のあり方についてどのように考えるか。
- 災害時の透析医療継続のための対策について、個別の対策の位置づけや、日本透析医会災害時情報ネットワーク等への登録や自治体等との連携体制の確保に係る評価のあり方についてどのように考えるか。
- 腎代替療法に関する情報提供について、腎代替療法の3つの選択肢を提示している医療機関が半数程度であること、腎代替療法に係る治療手段の検討は導入期以外にも発生することを踏まえ、情報提供に係る評価のあり方についてどのように考えるか。
- シャントトラブルに対する対応として、自院で治療する施設、事前に連携している医療機関に紹介する施設又は事前に連携していない医療機関に紹介している施設があることを踏まえ、慢性維持透析患者のシャントトラブルへの対応に関する評価のあり方についてどのように考えるか。
- 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の算定回数は増加傾向であり、算定回数に地域差が見られる現状について、初回実施後3月以内に実施する場合は、透析シャント閉塞等の場合に限り算定可能としていることを踏まえ、評価のあり方についてどのように考えるか。

（腹膜透析について）

- 現状、腹膜透析の患者の管理には地域差があること、一部の地域において、病診連携により、PD導入後もかかりつけ医による診療を継続しつつ、合併症治療や入院管理を要する場合には、基幹病院で対応している例があることを踏まえ、在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定要件についてどのように考えるか。

4．緩和ケアに係る評価について

4－1．緩和ケアをとりまく現状等について

4－2．がん患者に対する緩和ケア

4－3．非がん患者に対する緩和ケア

4．緩和ケアに係る評価について

4－1．緩和ケアをとりまく現状等について

4－2．がん患者に対する緩和ケア

4－3．非がん患者に対する緩和ケア

- 世界保健機関 2002年 (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>)

生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、QOLを改善するアプローチである。

- がん対策基本法 第十五条（平成28年12月改正）

がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう。

身体的苦痛

- 疾患の症状による苦痛
(痛み、呼吸困難、倦怠感等)
- 検査に伴う苦痛
- 治療に伴う苦痛 等

精神的苦痛

- 診断がつくまでの漠然とした不安
- 診断時・再発時等悪い知らせによる抑うつや不眠
- 体調が変化していくことにより感じる不安
- 罹患により出現した様々な症状や、容姿の変化について、他者がどう思うかという不安 等

社会的苦痛

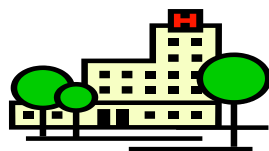
- 治療に伴う辞職、廃業、休職、配置転換などの仕事上の問題
- 治療費や生活費などによる経済的負担
- 家庭内の役割の変化
- 周囲の理解・偏見などによる人間関係 等

スピリチュアルペイン

- 人生の意味への問い
- 自責の念
- 死生観に対する悩み
- 死への恐怖 等

わが国における専門的緩和ケア

中医協 総-1
29. 10. 4



- ・医療従事者の求めに応じて、専門的な緩和ケアを提供することが目的。
- ・多職種で構成されるチームによって、緩和ケア病棟以外で実施する。

すべてのがん診療連携拠点病院に設置を義務付け



緩和ケア病棟

- ・症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・緩和ケア病棟でケアを専門的・集中的に提供する。

緩和ケアチーム

入院医療

在宅医療



- ・在宅での症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・訪問診療・看護・介護を中心として行われる。

- ✓ 医療用麻薬による痛みの治療、副作用対策、残薬管理
- ✓ 胸水・腹水等の処置
- ✓ 急変時の対応等

在宅緩和ケア

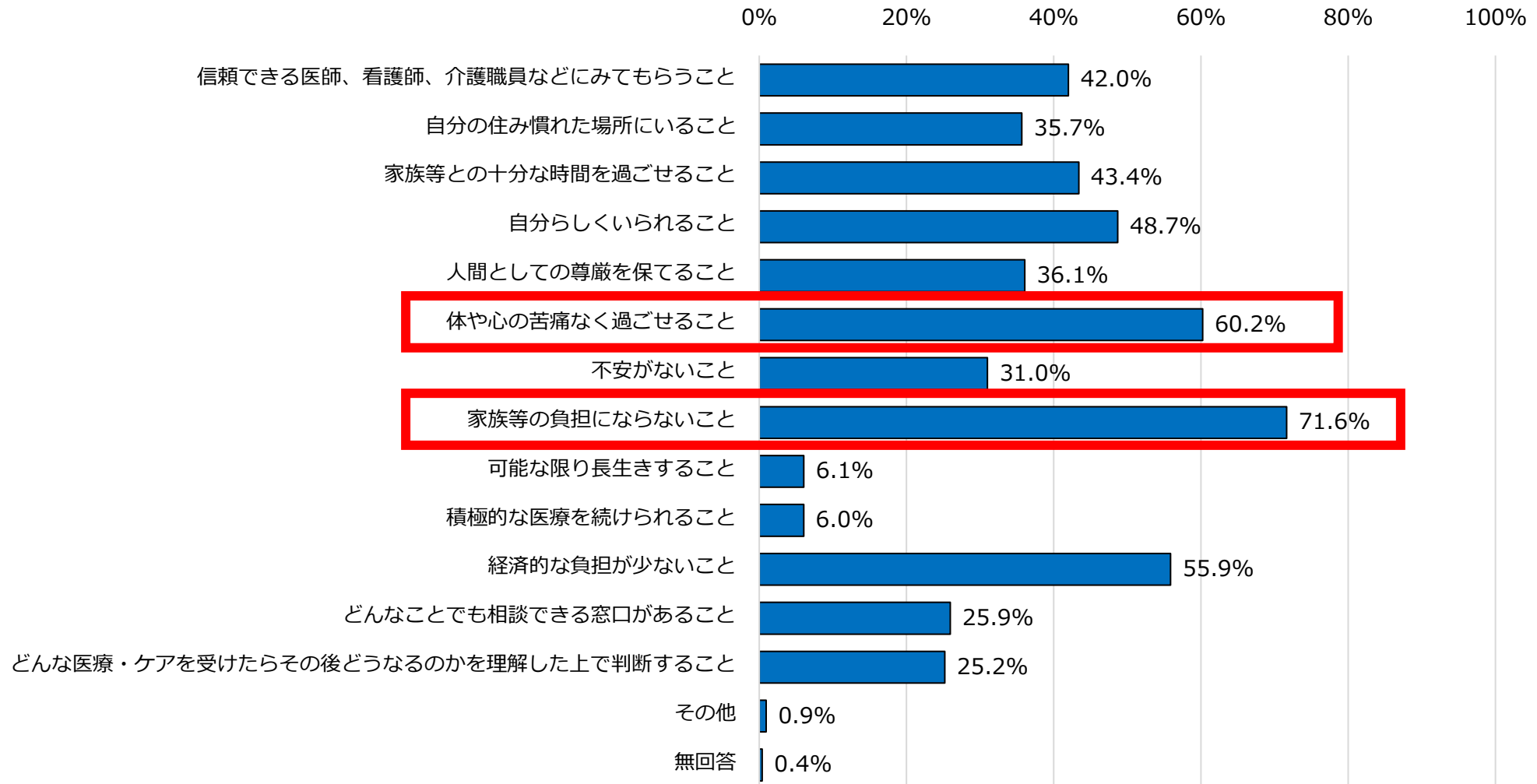


最期を迎えるにあたり重視する点

意見交換 資料
— 1 参考
5 . 5 . 1 8

○ 国民がどこで最期を迎えるかを考える際に重要としていることは、「家族等の負担にならないこと」が71.6%、「体や心の苦痛なく過ごせること」が60.2%であった。

最期を迎えるにあたり重視する点＜一般国民（n=3,000）のみ＞



テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護

(1) 人生の最終段階における意思決定支援

- いずれの場面においても意思決定を支援する取組は重要であり、認知症患者の増加を踏まえると、あらかじめ本人の意思を共有していくことは推進すべき。ただし、急性疾患において性急に意思決定を促すことや、救急隊の現場での負担軽減などを目的として強制的に推進することが起こらないよう、その推進の方法は慎重であるべき。
- 日々の診療や介護の中で、丁寧に本人の意思を確認することが大切であり、その意思は刻々と変わりゆくものであることを踏まえると、リアルタイムにその情報をICT等を用いて医師が医療関係者や介護関係者と共有することが非常に有効。
- 患者の意思決定支援は、療養病棟や在宅医療を実施している医療機関だけでなく、全ての医療機関が共通認識の下で取り組む必要があり、より多くの患者に早期から意思決定支援を行うということであれば、診療所等の外来で患者のことを最も理解している「かかりつけ医」が対応することが重要。
- 人生の最終段階において、最期まで口から食べることや口腔を清潔に保つことは、QOL向上の観点から重要。終末期において、患者の状態に応じた適切な口腔健康管理が実施できるような実施体制の構築が必要。

(2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供

- 人生の最終段階を支える医師が、在宅診療や施設における医療の中で、患者の疾病が非がんであっても、緩和ケアを専門とする医師らとICT等を使って連携することで、ご本人が望む住み慣れた環境で最期を迎えることが可能となる。
- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないか。
- 特別養護老人ホームでの看取りへの取組が強化されたが、意思を尊重したみとりの取組は進んでいる一方で、配置医師等の関係で必ずしも意思に沿わない事例もある。介護から医療サービスを利用する場合は急変等が多く連携が困難な状況もある。医療機関と介護施設が連携するために、医療情報や生活支援情報の相互交換を行うための標準的なフォーマットを国が策定し、自治体にその活用を推進することを検討していただきたい。

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

200点

[算定要件]

- ・ 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- ・ 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

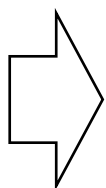
- 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

現行

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件(該当部分概要)]

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。



改定後

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件(該当部分概要)]

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。

がん性疼痛緩和指導管理料及びがん拠点病院加算の見直し

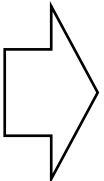
難治性がん性疼痛緩和指導管理加算の新設

- がん性疼痛緩和指導管理料において、放射線治療と神経ブロックを実施する体制及び実績を有する医療機関における、当該治療が必要な患者に対して、診療方針等について文書を用いて説明を行った場合に係る評価を新設する。

現行

【がん性疼痛緩和指導管理料】
[算定要件]
(新設)

[施設基準]
(新設)



改定後

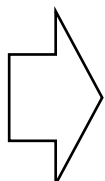
【がん性疼痛緩和指導管理料】
[算定要件]
注2 がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に100点を加算する。
[施設基準]
次に掲げる基準を全て満たしていること。
(1) 「M001の2」高エネルギー放射線治療の届出を行っていること。
(2) 「L101」に掲げる神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）を年間合計10例以上実施していること。
(3) がん性疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックをがん患者に提供できる体制について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページに掲示していること。

がん拠点病院加算の見直し

- 都道府県がん診療連携拠点病院及び特定領域がん診療連携拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を明確化するとともに、地域がん診療拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を新設する。

現行

【がん拠点病院加算】
[算定要件]
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。



改定後

【がん拠点病院加算】
[算定要件]
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、1のイ又はロの当該加算の点数に代えて、それぞれ300点又は100点を所定点数に加算する。
[ただし書きに規定する施設基準]
都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院又は地域がん診療拠点病院の特例型に指定されている保険医療機関であること。

在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、**名称を変更**するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、**心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価**を新設する。

現行		改定後
【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】 1,500点		【在宅麻薬等注射指導管理料】 1 悪性腫瘍の場合 1,500点 悪性腫瘍の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。
在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。		2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合 1,500点 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。
		3 (新) 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点 1又は2に該当しない場合であって、 緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者 に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。
		【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】 1,500点 悪性腫瘍の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

※ 注入ポンプ加算及び携帯型ディスプレイサブル注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。

在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

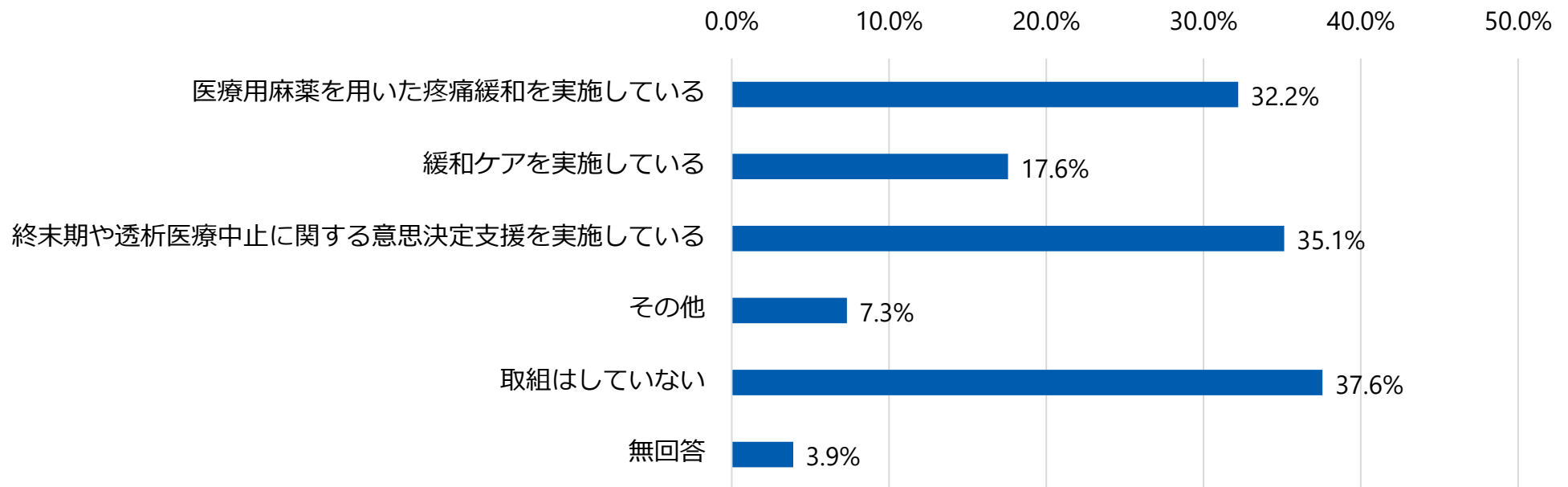
(新) 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点

〔算定要件〕（主なもの）

- 在宅強心剤持続投与指導管理料は、**循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip 分類 class IV）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者**に対して、携帯型ディスプレイサブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
- 実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
- 当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに5年以上の経験を有する常勤の医師であること。

- 緩和ケアに関する取組について、医療用麻薬を用いた疼痛緩和を実施している医療機関は32.2%、緩和ケアを実施している医療機関は17.6%、終末期や透析医療中止に関する意思決定支援を実施している医療機関は35.5%であった。

緩和ケアに関する取組 (n=205)



4．緩和ケアに係る評価について

4－1．緩和ケアをとりまく現状等について

4－2．がん患者に対する緩和ケア

4－3．非がん患者に対する緩和ケア

緩和ケア病棟入院料の概要

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。

- **緩和ケア病棟入院料 1**

30日以内 5,135点 31日以上60日以内 4,582点 61日以上 3,373点

- **緩和ケア病棟入院料 2**

30日以内 4,897点 31日以上60日以内 4,427点 61日以上 3,321点

【算定要件（抜粋）】

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する**悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群**の患者について算定する。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算 200点

当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。

緩和ケア疼痛評価加算 100点

緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

【入院料 1 の施設基準】

入院料 2 の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。

- 以下のア又はイを満たしていること
 - ア) 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
 - イ) 直近1年間に於いて、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
- 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ① 緩和ケア診療加算※1 ② 外来緩和ケア管理料※1
 - ③ 在宅がん医療総合診療料※2

【入院料 2 の施設基準】

- 看護配置 7 対 1、緩和ケアを担当する常勤の医師を 1 名以上配置
- がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること 等

※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

- がん疼痛へは、薬物療法だけでなく、放射線治療や神経ブロック、画像下治療などのアプローチが可能である。

神経ブロック

- 腹腔神経叢・内臓神経叢ブロック
- 下腸間膜神経叢ブロック
- 上下腹神経叢ブロック
- クモ膜下鎮痛法
- 硬膜外鎮痛法

等

画像下治療 (IVR)

- 動脈塞栓術
- セメント注入術

等

放射線治療

- 骨転移・原発巣等に対する外照射
- アイソトープ治療

等

薬物治療

オピオイド

- モルヒネ
- オキシコドン
- フェンタニル
- ヒドロモルフォン
- コデイン

等

非オピオイド

- NSAIDs
- アセトアミノフェン
- 鎮痛補助薬
 - 抗うつ薬
 - 抗けいれん薬

等



参考：日本緩和医療学会 がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン（2014年版）
日本緩和医療学会 がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン（2020年版）

○ 緩和的放射線治療や神経ブロックは、がん疼痛に対して有効な場合がある。

■ 緩和的放射線治療

①がん特有の痛みを緩和、②がんが引き起こす様々な症状を軽減し、患者のQOLを維持・改善する。

適
応

- ・骨転移（有痛性骨転移、脊髄圧迫、病的骨折の予防）
- ・骨転移以外の疼痛を有する再発・転移病巣
- ・脳転移・腫瘍出血・腫瘍による気道・血管狭窄の狭窄や、食物通過障害など

治
療

- ・線量分割：8Gy/単回照射、20Gy/5回照射、30Gy/10回照射 → いずれの方法でも疼痛緩和効果は同等
- ・転移性脊髄圧迫の場合、麻痺症状出現後48時間以内や、できれば歩けなくなる前の照射開始が望ましい

効
果

有痛性骨転移に対する緩和的放射線治療成績
・疼痛緩和効果は60～90%程度、QOLの改善 ・緩和的放射線治療4～8週後ほどで、疼痛緩和が最大となる
転移性脊髄圧迫に対する成績（歩行）：照射前歩行可→80%、照射前不全麻痺→40%、照射前完全麻痺→7%

出典：日本放射線腫瘍学会HP

■ 神経ブロック

○神経を一時的・恒久的に麻痺させることで、痛みの緩和、オピオイド等の使用減少で副作用を軽減

適
応

肝臓、胆嚢、膵臓等の上腹部内臓悪性腫瘍による上腹部痛または背部痛
ほか、悪性腫瘍に伴う疼痛で神経ブロックが実施可能なもの

治
療

代表的なものとして、膵がんに対する腹腔神経叢（内臓神経）ブロック
ほか、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、脊髄くも膜下フェノールブロック、
持続くも膜下ブロックなど

効
果

痛みを緩和し、オピオイドの使用量を減少させることができる
QOL、ADLの改善

出典：日本ペインクリニック学会
・インターベンショナル痛み治療ガイドライン
・がん性痛に対するインターベンショナル治療ガイドライン
・ペインクリニック治療指針改定第6版

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価②

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

- 進行がん患者で、在宅で緩和ケアを行っている患者が緩和ケア病棟を有する病院に緊急入院した場合の評価を新設する。また、**緩和ケア病棟に入院中の放射線治療**や退院した月の在宅療養指導管理料を別に算定できることとする。

現行		
緩和ケア病棟入院料		
1	30日以内の期間	4,926点
2	31日以上60日以内の期間	4,412点
3	61日以上	3,384点

改定後		
緩和ケア病棟入院料		
1	30日以内の期間	4,926点
(新)	緩和ケア病棟緊急入院初期加算	200点
(改) 2	31日以上60日以内の期間	4,400点
(改) 3	61日以上	3,300点

[緊急入院初期加算の算定要件]

当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関から予め文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院から15日を限度に、1日につき200点を所定点数に加算する。

がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

- 緩和ケア研修を受けていない医師が実施する「がん性疼痛緩和指導管理料2」について、1年間の経過措置を設けた上で、廃止する。

がん性疼痛緩和指導管理料

現行		
1	緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合	200点
2	1以外の場合	100点

改定後		
(改)	がん性疼痛緩和指導管理料	200点
廃止		

緩和ケア病棟入院料の包括範囲と専門的緩和ケアの提供状況

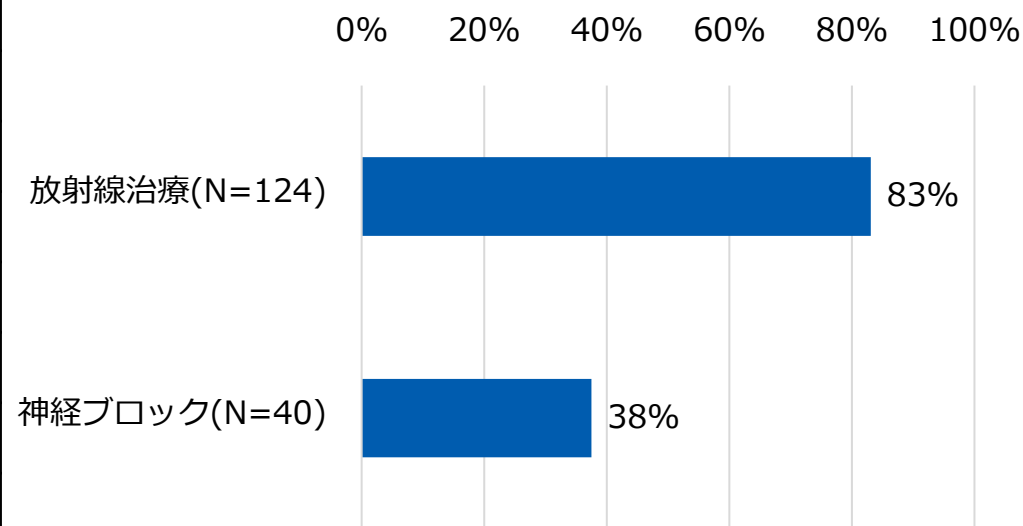
- 緩和ケア病棟入院料について、放射線照射は包括範囲外として出来高算定可能だが、神経ブロックは包括範囲内である。
- 他の病棟で緩和ケア診療加算を算定したがん患者に対して実施したことがある専門的緩和ケアについて、同一医療機関の緩和ケア病棟入院患者にも実施しているかを見ると、放射線治療と比較して、神経ブロックの実施割合が低い。

緩和ケア病棟入院料における診療行為の包括範囲

診療行為	出来高算定
入院基本料等加算	一部○
医学管理料	×
在宅療養指導管理料	○
検査・画像診断・病理診断	×
投薬・注射	×
リハビリテーション	×
精神科専門療法	×
処置・手術	×
麻酔（神経ブロックを含む）	×
放射線治療	○
その他（ベースアップ評価料等）	○

緩和ケア診療加算を算定したがん患者に対して実施したことがある診療行為について、同一医療機関の緩和ケア病棟入院患者に対しても実施したこ

とがある医療機関割合



※ 令和6年12月～令和7年5月において、緩和ケア病棟入院料と緩和ケア診療加算のいずれも算定実績のある保険医療機関156施設について集計。

※ 放射線治療は「M001体外照射」、神経ブロックは第11部第2節神経ブロック料とした。

4．緩和ケアに係る評価について

4－1．緩和ケアをとりまく現状等について

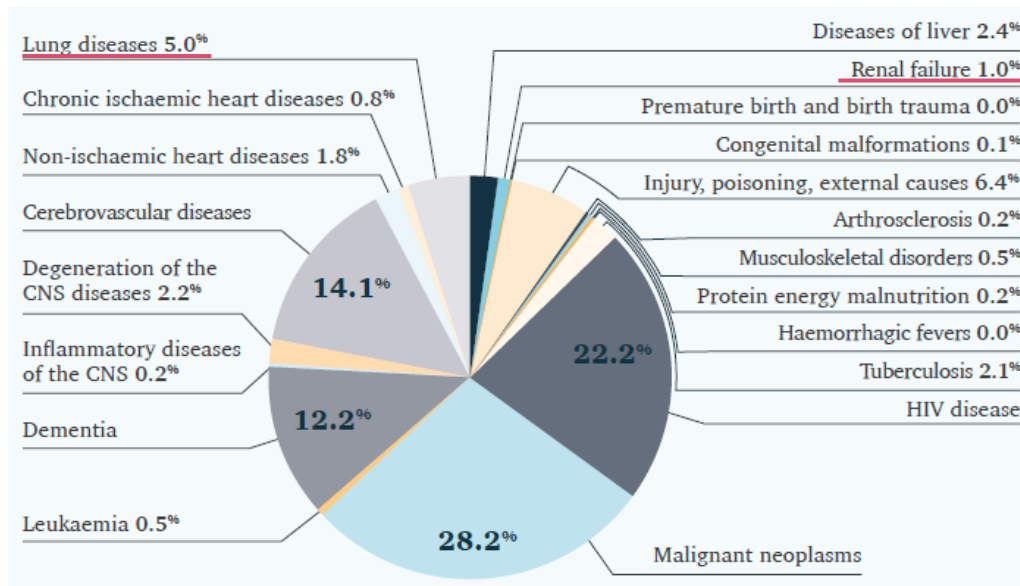
4－2．がん患者に対する緩和ケア

4－3．非がん患者に対する緩和ケア

終末期に緩和ケアを必要とする者の疾患別割合（成人）と死亡場所

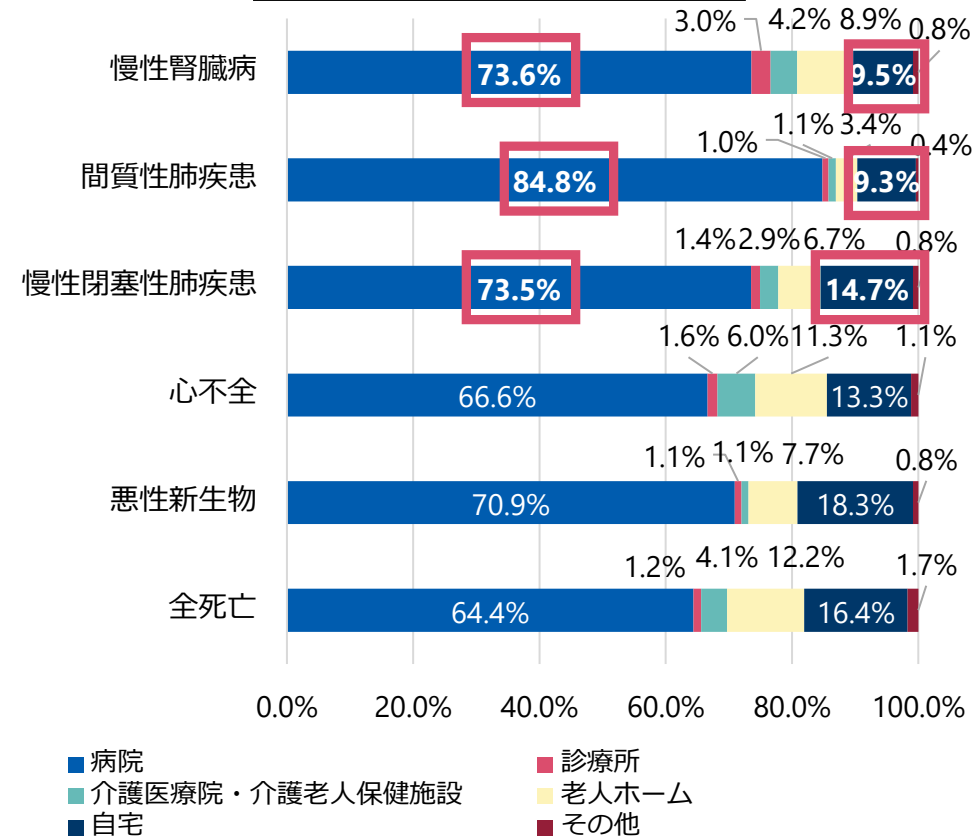
- 終末期に緩和ケアを必要とする疾患は、多岐に渡る。
- 全死亡と比較した場合、慢性腎臓病や呼吸器疾患は、病院での死亡割合が高く、自宅での死亡割合が低い傾向にある。

世界における終末期に緩和ケアを必要とする者の疾患別割合（成人）



N = 52,295,120人

死因別の死亡場所（令和6年）



「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の概要

1 背景

平成28年12月にがん対策基本法（平成18年法律第98号）が改正され、緩和ケアについて定義された。また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」では、がん以外の患者に対する緩和ケアや医師・歯科医師以外の医療従事者を対象とすることが必要との指摘があったこと等から、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を実施する。

2 目的

基本的な緩和ケアについて正しく理解し、緩和ケアに関する知識、技術、態度を修得することで、緩和ケアが診断の時から、適切に提供されることを目的とする。

3 研修対象者

- **がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師**
 - がん診療連携拠点病院等で働く者
 - がん診療連携拠点病院と連携する在宅療養支援診療所・病院、緩和ケア病棟を有する病院で働く者
- **緩和ケアに従事するその他の医療従事者**

4 研修会の構成

- 「e-learning」 + 「集合研修」



5 研修会の内容

患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケア／苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方／がん疼痛の評価や具体的なマネジメント方法／呼吸困難・消化器症状・不安・抑うつ・せん妄等に対する緩和ケア／コミュニケーション／療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケア／アドバンス・ケア・プランニングや家族、遺族へのケア

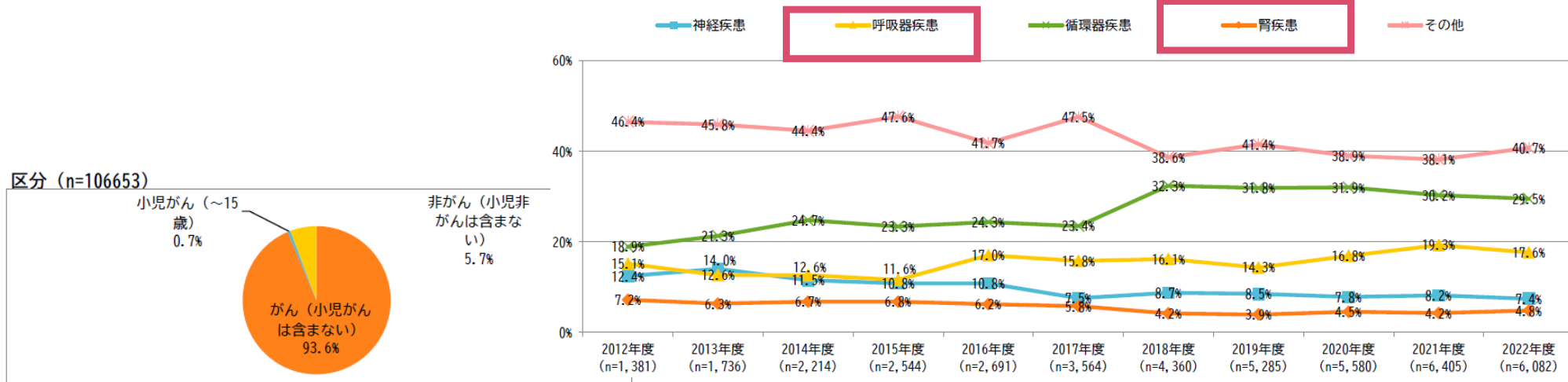
がん以外に対する緩和ケア(心不全、腎不全、慢性呼吸器疾患等)／疼痛・呼吸困難・消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア／不安・抑うつ・せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア／緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和／社会的苦痛に対する緩和ケア

※下線付はR8年度以降、医師・歯科医師の履修が必須になる予定の科目

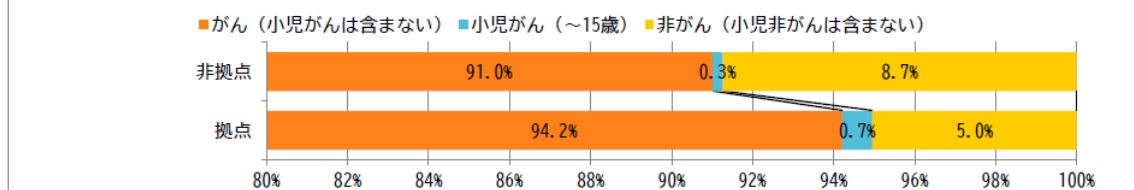
緩和ケアチームのコンサルテーション実績（非がん患者）

- 最新の緩和ケアチームの活動によると、入院患者のコンサルテーション実績のうち、非がん患者は5.7%であり、特にがん診療連携拠点病院等ではない病院や、緩和ケア病棟を有していない病院で割合が高かった。
- 非がん患者のうち呼吸器疾患は17.6%、腎疾患は4.8%程度で一定数の相談件数が継続している。

非がん入院患者（小児を除く）



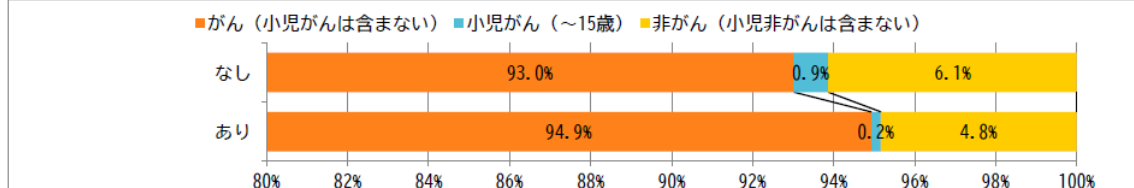
区分と拠点病院の指定



非拠点 (n=19025)

拠点 (n=87628)

区分と緩和ケア病棟の有無



なし (n=71320)

あり (n=35333)

A226-2 緩和ケア診療加算(1日につき) 390点

【対象患者(概要)】

- 一般病床に入院する**悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全**の患者のうち、**疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者。**

【算定要件(抜粋)】

- 患者の同意に基づき、**症状緩和に係るチーム(緩和ケアチーム)による診療が行われた場合に算定。**
- 緩和ケアチームは、**身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。**
- 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。

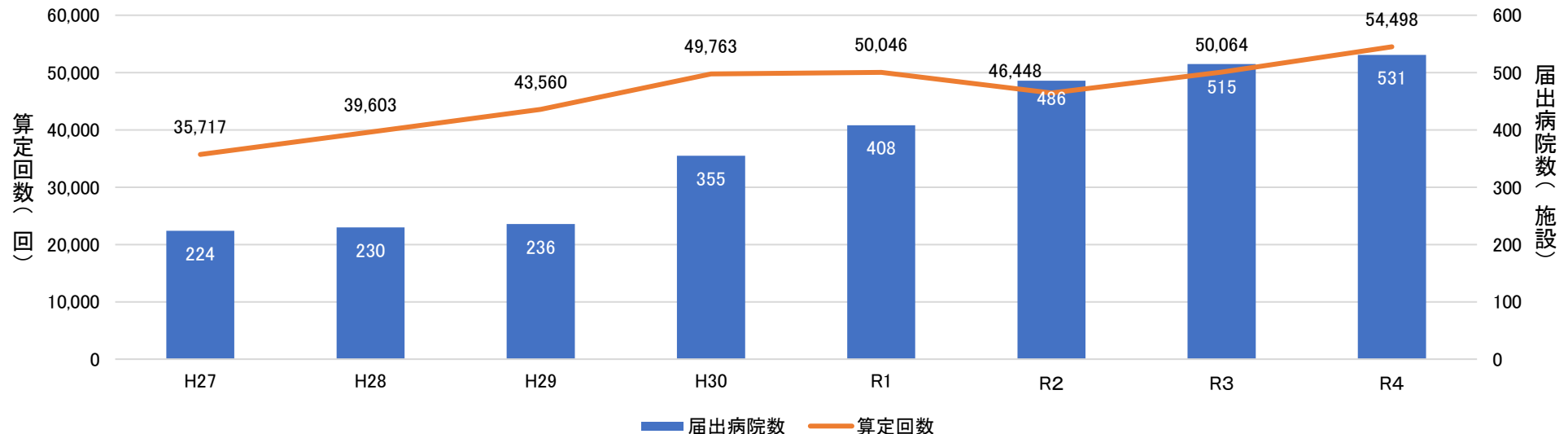
※小児加算 100点

当該患者が15歳未満の小児である場合に加算する。

※個別栄養食事管理加算 70点

緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合に加算する。

緩和ケア診療加算の届出状況と算定回数



B001・24 外来緩和ケア管理料（月1回に限る）

290点

【対象患者（概要）】

- 医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の**悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全**の患者のうち、**疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者**。

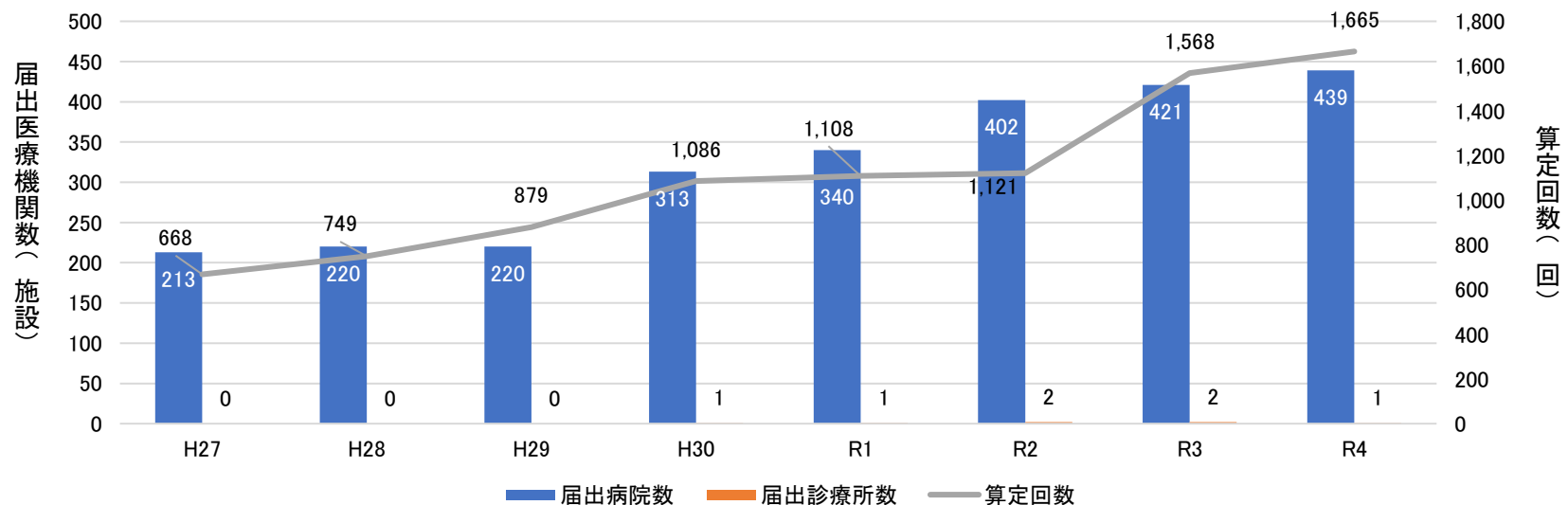
【算定要件（抜粋）】

- 患者の同意に基づき、**症状緩和に係るチーム（緩和ケアチーム）による診療が行われた場合**に算定。
- 緩和ケアチームは、**身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である**。
- 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。

※小児加算 150点

当該患者が15歳未満の小児である場合に加算する。

外来緩和ケア管理料の届出状況と算定回数



在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、**名称を変更**するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、**心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価**を新設する。

現行		改定後
【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】 1,500点		【在宅麻薬等注射指導管理料】 1 悪性腫瘍の場合 1,500点 悪性腫瘍の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。
在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。		2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合 1,500点 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。
		3 (新) 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点 1又は2に該当しない場合であって、 緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者 に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。
		【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】 1,500点 悪性腫瘍の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

※ 注入ポンプ加算及び携帯型ディスプレイサブル注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。

在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

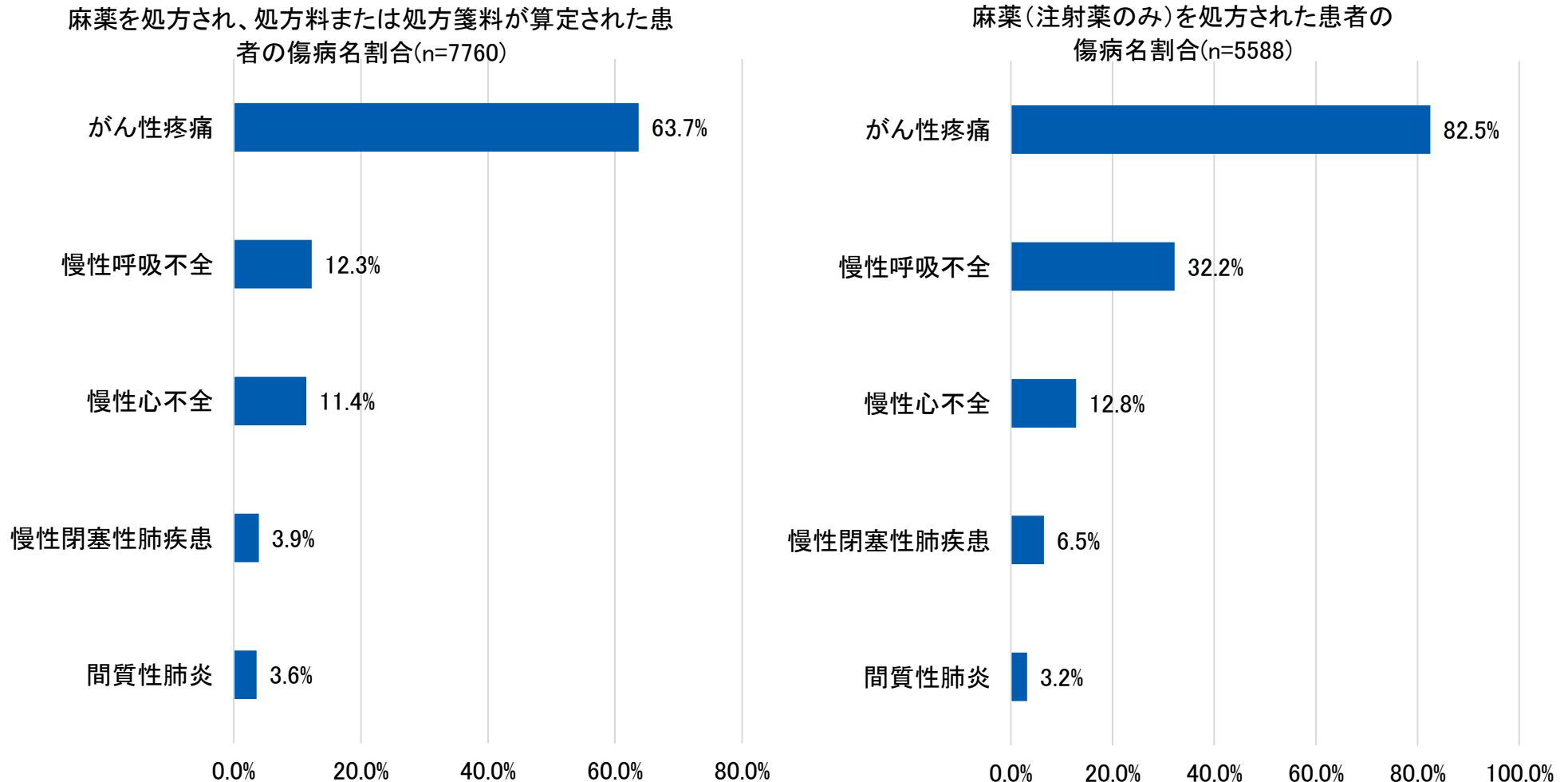
(新) 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点

- [算定要件] （主なもの）
- 在宅強心剤持続投与指導管理料は、**循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip 分類 class IV）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者**に対して、携帯型ディスプレイサブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
 - 実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
 - 当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに 5 年以上の経験を有する常勤の医師であること。

訪問診療を行っている患者の麻薬の処方状況

中医協 総－4
5. 1 1. 2 4

- 訪問診療を行っている患者で麻薬の注射薬が処方されている患者のレセプトにおいて、「がん性疼痛」が傷病名として記載されている割合は82.5%であった。
- がん性疼痛に限らず、慢性呼吸不全及び慢性心不全で注射薬の麻薬が使用されている実態があった。



レセプト内の傷病名データのため、同一レセプト内で上記傷病名が重複している場合もある。
在宅時医学総合管理料等を算定している患者に対する内服薬の院内処方等は、薬剤料が包括されるため、集計対象から除外される。
在宅がん医療総合診療料を算定している悪性腫瘍患者に対する処方等は、薬剤料が包括されるため、集計対象から除外される。

非がん疾患の呼吸困難に対するオピオイドの使用について

中医協 総-4
5. 1. 1. 24

- 非がん疾患の呼吸困難に対し、モルヒネを使用したことが全くないと回答した在宅診療医の割合は11.1%、モルヒネあるいはその他のオピオイドが有効と思うと回答した在宅診療医の割合は86.5%であった。
- 呼吸困難を有する非がん性呼吸器疾患の患者へのオピオイド注射について、指針において使用方法が示されている。

■ 非がん疾患の呼吸困難に対し、在宅でモルヒネを使用することはありますか

		非がん慢性呼吸器疾患の在宅診療に関わる頻度		
非がん疾患呼吸困難に対するモルヒネの使用		2人以下 / 年 (146 名)	3-9 人 / 年 (253 名)	10 人以上 / 年 (162 名)
全くない	62 (11.1%)	28 (19.2%)	26 (10.3%)	8 (4.9%)
ほとんどない	111 (19.8%)	48 (32.9%)	51 (20.2%)	12 (7.4%)
ときどきある	242 (43.1%)	54 (37.0%)	112 (44.3%)	76 (46.9%)
よくある	120 (21.4%)	15 (10.3%)	53 (20.9%)	52 (32.1%)
常に	26 (4.6%)	1 (0.7%)	11 (4.3%)	14 (8.6%)

有効回答 561 名 回答者が非がんの慢性呼吸器疾患の在宅診療に関わる頻度ごとに評価
(診療頻度 0 人 / 年の回答者 26 名は除いた)
回答者数 (%) を記載

■ モルヒネあるいはその他のオピオイドは有効と思いますか

全く思わない	3 名 (0.5%)
あまり思わない	9 名 (1.5%)
どちらともいえない	67 名 (11.4%)
そう思う	359 名 (61.2%)
非常にそう思う	149 名 (25.4%)

有効回答 587 名

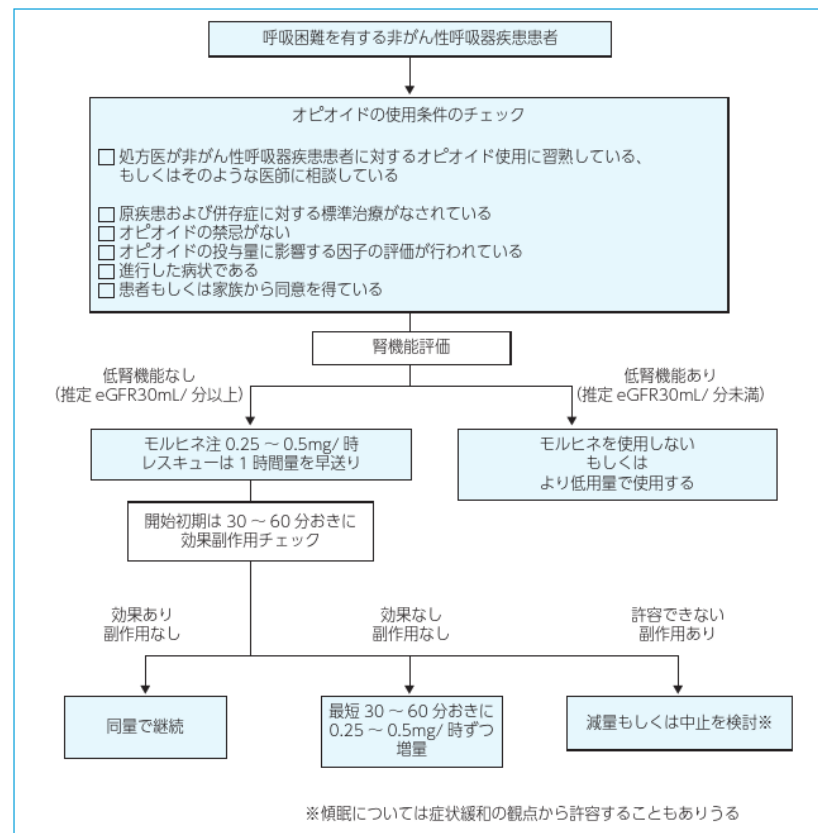


図2 オピオイド注射剤の使用方法

出典：「在宅診療における非がん性呼吸器疾患・呼吸器症状の緩和ケア指針」AMED 長寿・障害総合研究事業 長寿科学研究開発事業「呼吸不全に対する在宅緩和医療の指針に関する研究」研究代表者：国立長寿医療研究センター 三浦久幸
「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021」日本呼吸器学会・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会合同 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021作成委員会

- 非がん性呼吸疾患緩和ケア指針2021において、経口内服不可能な患者に対しては、モルヒネ注射剤を静脈注射もしくは皮下注射で持続投与する、と記載されている。

非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021 日本呼吸器学会

第3章 症状緩和の手段

ー薬物療法ー

1. オピオイド

5. 非がん性呼吸器疾患患者の呼吸困難に対するオピオイドの使用方法

1) 種類

b. オピオイド注射剤

経口内服不可能な患者に対しては、モルヒネ注射剤を静脈注射もしくは皮下注射で持続投与する

モルヒネの静脈注射の効果

- 間質性肺炎の急性増悪により呼吸困難を来し、モルヒネの持続静注が行われた間質性肺炎の患者22名に対する後ろ向き研究
- 21/22名が10L/分以上の酸素投与を要する状態であった。
- モルヒネ投与後、**77%にModerate～Good※の効果を得られた。**

※Good：患者がチャートにて「呼吸困難なし」又は「緩和された」を示した又は医師又は看護師が「呼吸困難がないように見える」、「緩和されているように見える」と記録した

Moderate：患者がチャートにて「呼吸困難は緩和されたがまだ感じる」、「前よりは良くなった」を示した又は医師又は看護師が「呼吸困難が前より緩和されているように見える」、「前より落ち着いているように見える」と記録した

出典:”Continuous Intravenous Morphine Infusion for Severe Dyspnea in Terminally Ill Interstitial Pneumonia Patients” (Internal Medicine 55: 725-729, 2016)

腎不全患者に対する麻薬投与（オピオイド静脈注射）の効果

- 腎不全患者のための緩和ケアガイドンスにおいて、痛みへの対処として、フェンタニル、オキシコドン、ヒドロモルフォンの注射薬が挙げられている。

腎不全患者のための緩和ケアガイドンス 日本緩和医療学会 日本腎臓学会 日本透析医学会

第3章 腎不全患者における緩和ケアの実践

身体症状の緩和

1 痛み ステップ3

弱オピオイドでコントロールが難しい場合には強オピオイドを使用する。

○腎不全合併症で起こりうる症状に対するオピオイド静注の有効性

○ 神経障害性疼痛（腎不全患者でも糖尿病性末梢性神経障害や透析アミロイド症などの合併症により出現）のある患者53名に対し、フェンタニル静注の効果を検証したクロスオーバーランダム化比較試験

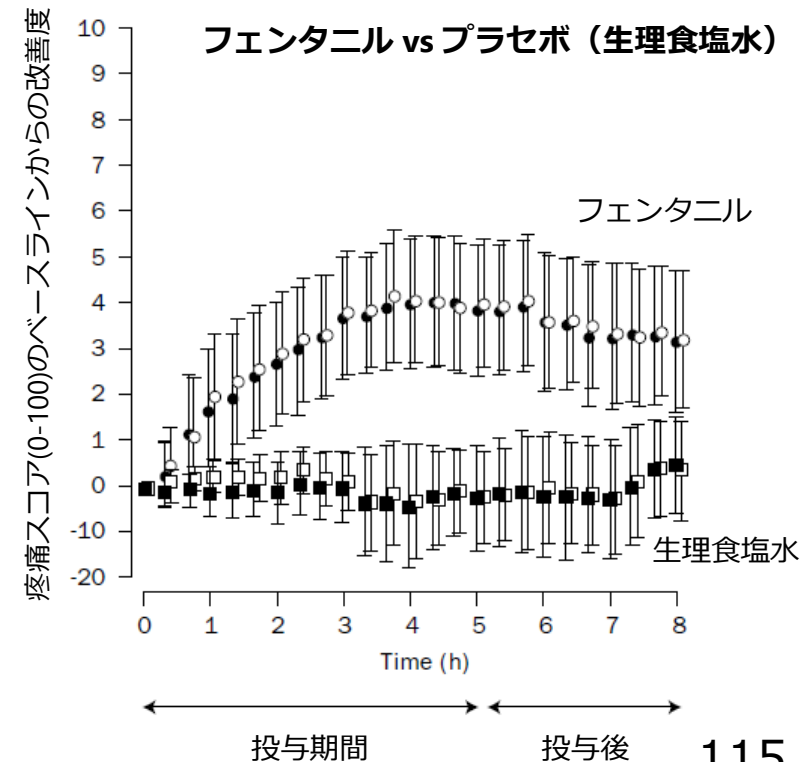
○ フェンタニル投与下ではプラセボに比較して最大疼痛が有意に改善した。（フェンタニル静注 50% [95%CI 36–63] vs プラセボ(生理食塩水静注) 12% [4–20])

【出典】 Randomised double-blind active-placebo-controlled crossover trial of intravenous fentanyl in neuropathic pain Lancet. 1997 ; 349 : 753-8.

○腎機能障害患者に対するフェンタニルの使用について

〔フェンタニル〕 肝臓で主に非活性代謝物であるノルフェンタニルに変換される。臨床経験から比較的安全に腎機能障害患者に使用できる。血中濃度の上昇はほぼないが、呼吸抑制などの副作用に注意する必要があることから、効果および副作用を注意深く観察する必要がある。

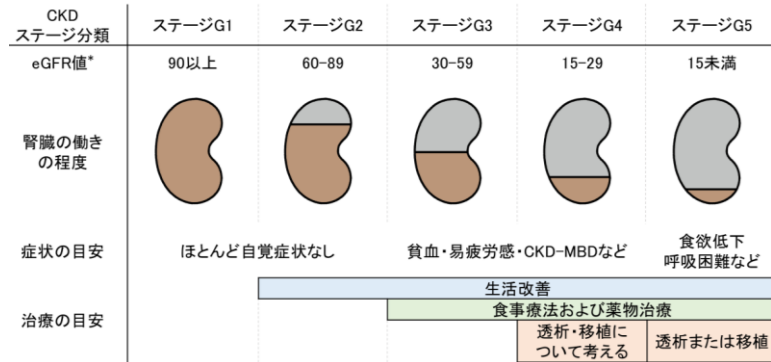
【出典】 日本緩和医療学会：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年版



腎不全の一般的な経過・症状と合併症

- 腎不全は初期には無症状だが、進行すると易疲労感、食欲低下や呼吸困難などの症状が出現し、透析を含む腎代替療法導入後も、病状の進行によって様々な合併症が出現する。
- 人生の最終段階においては、呼吸困難、倦怠感、痛みなどの身体的苦痛が、がんと共通して頻度が高い

保存期慢性腎臓病の腎代替療法導入までの経過・症状



「腎不全患者のための緩和ケアガイドンス」より引用

人生の最終段階における腎不全患者の苦痛

	末期 腎不全	がん	COPD	心不全	認知症
倦怠感	13-100%	23-100%	32-96%	42-82%	22%
痛み	11-83%	30-94%	21-77%	14-78%	14-63%
呼吸困難	11-82%	16-77%	56-98%	18-88%	12-52%
不眠	1-83%	3-67%	15-77%	36-48%	14%
せん妄	35-70%	2-68%	14-33%	15-48%	-
抑うつ	2-61%	4-80%	17-77%	6-59%	46%
不安	7-52%	3-74%	23-53%	2-49%	8-72%

* 数値は複数の報告がある場合最小頻度と最大頻度を示す。-はデータなし

出典：J Pain Symptom Manage 48, 660-677 (2014).

腎代替療法の導入後にもみられる様々な合併症

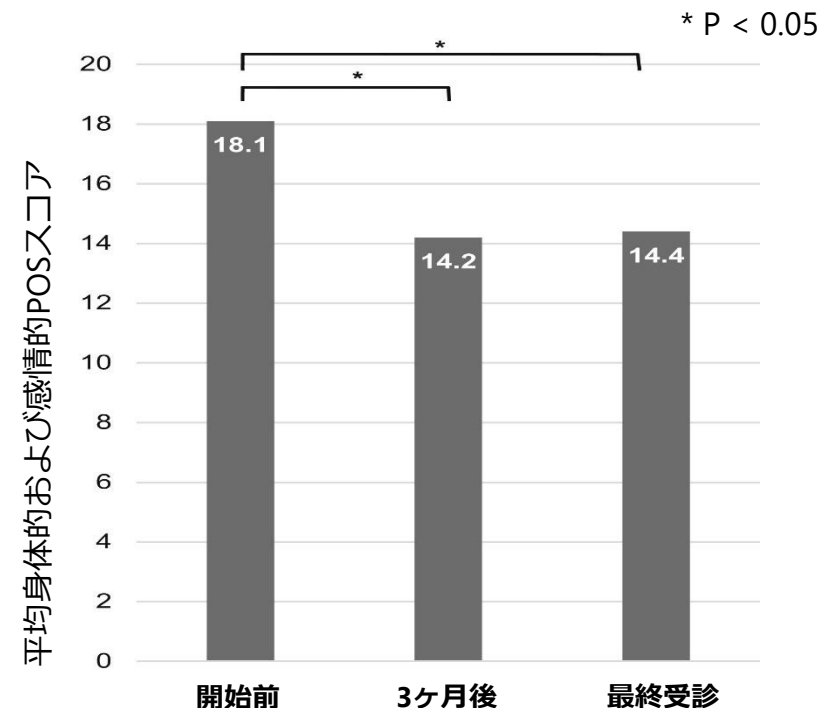
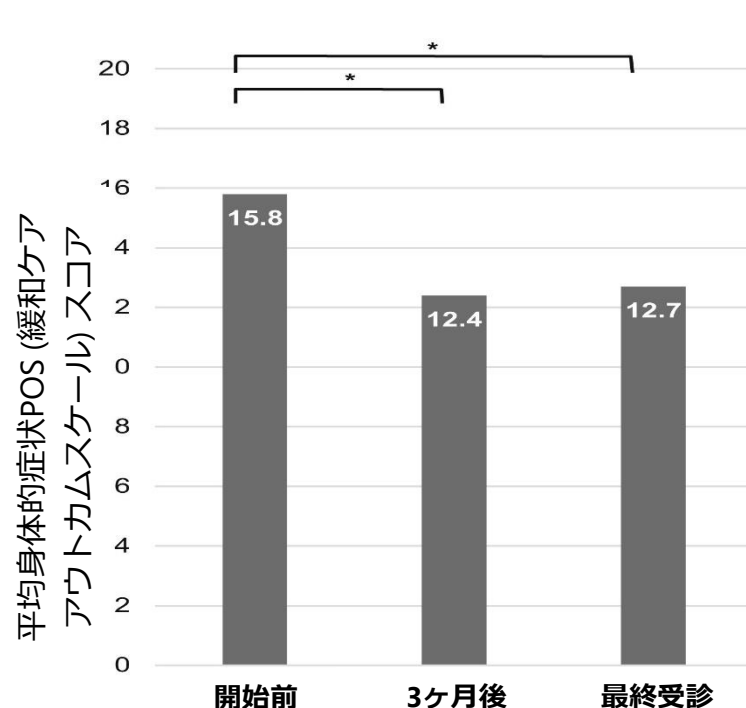
腎不全に共通する合併症	
貧血	腎性・鉄欠乏性貧血による易疲労感、動機、息切れ、めまいなど
CKD-MBD	骨が脆弱になりやすく、脆弱骨折や骨・関節痛など
透析アミロイド症	アミロイド繊維が骨・関節に蓄積し、様々な骨・関節症状
動脈硬化症	閉塞性動脈硬化症による下肢壊疽、脳梗塞・脳出血、虚血性心疾患
肺水腫	労作時呼吸困難、起座呼吸、夜間発作性呼吸困難など
感染症	免疫力が低下し、肺炎や尿路感染等の感染症のリスクが高い
不整脈	動悸やめまいなどの症状、致死的不整脈では突然死のリスクもある
血液透析に特有の合併症	
透析低血圧	透析中の血圧低下に伴う、欠伸、悪心嘔吐、頭痛、動悸、冷汗など
VAトラブル	VAの頻回の穿刺や非生理的な血流による様々なトラブル
腹膜透析に特有の合併症	
腹膜透析関連腹膜炎	腹膜炎により、腹痛、発熱、排液混濁など
被嚢性腹膜硬化症	腹膜の癒着によって、悪心嘔吐、腹痛、便秘など
腎移植関連合併症	
移植後の合併症	拒絶反応や感染症をはじめとする合併症に、特に注意が必要

(略語) CKD：慢性腎臓病、eGFR：推算糸球体濾過量、CKD-MBD：慢性腎臓病に伴う骨ミネラル代謝異常、VA：バスキュラーアクセス

出典：「腎不全患者のための緩和ケアガイドンス（日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会）」

腎不全患者に対する緩和ケアの効果

- 腎不全の患者に対して、緩和ケアチームが継続的に支援すると、介入開始後、身体的及び感情的症状が緩和されたとの報告がある。
- 透析を受けている腎不全患者127名に対し、緩和ケア専門家、腎臓内科医師、専門看護師等で構成される多職種の緩和ケアチームによる支援を行い、介入開始後、統合緩和ケアアウトカムスケール・腎臓版(IPOS-Renal Inventory)の変化を観察した。
- 介入開始3ヶ月後、統計学的有意な改善がみられ、最終受診日(中央値 13ヶ月後)にも持続していた。



緩和ケア病棟入院料の概要（再掲）

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。

- **緩和ケア病棟入院料 1**

30日以内 5,135点 31日以上60日以内 4,582点 61日以上 3,373点

- **緩和ケア病棟入院料 2**

30日以内 4,897点 31日以上60日以内 4,427点 61日以上 3,321点

【算定要件（抜粋）】

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する**悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群**の患者について算定する。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算 200点

当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。

緩和ケア疼痛評価加算 100点

緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

【入院料 1 の施設基準】

入院料 2 の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。

- 以下のア又はイを満たしていること
 - ア) 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
 - イ) 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
- 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ① 緩和ケア診療加算※1 ② 外来緩和ケア管理料※1
 - ③ 在宅がん医療総合診療料※2

【入院料 2 の施設基準】

- 看護配置 7 対 1、緩和ケアを担当する常勤の医師を 1 名以上配置
- がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること 等

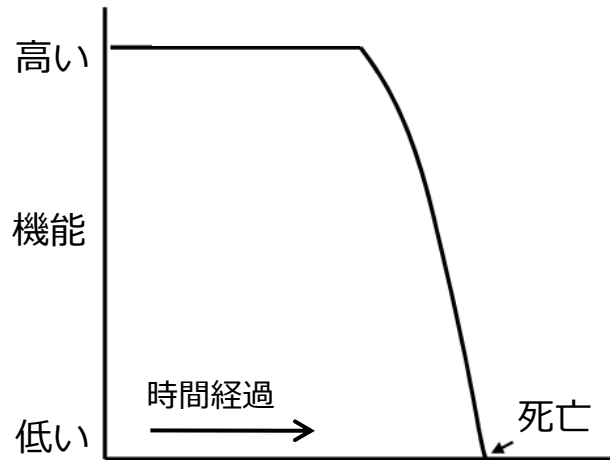
※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

疾患群別の予後経過

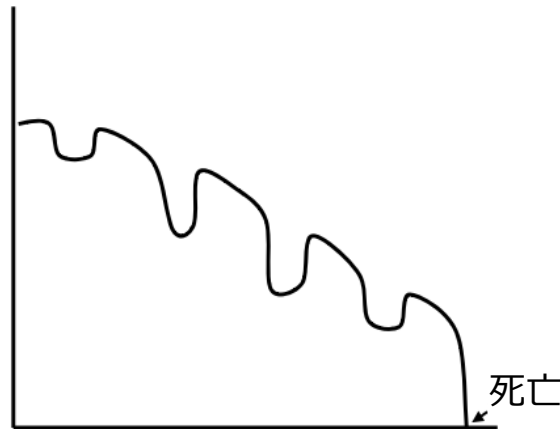
○ 疾患により臨床経過は様々であり、悪性腫瘍と、心疾患・呼吸器疾患の予後経過は異なる。

がん等



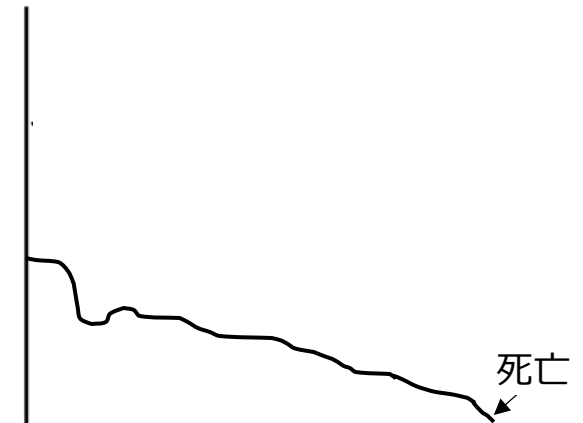
- 比較的長い間機能は保たれる。
- 最後の2か月くらいで急速に機能が低下する。

心・肺疾患末期



- 急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能が低下する。
- 急激な変化が起こった時に、それが改善可能な変化であるかの判断が難しい。
- 最後は比較的急速に変化する。

認知症・老衰等



- 全身機能が低下した時間が長く継続する。
- 全体的に緩徐な機能低下が続き、死亡まで機能が低下していく。

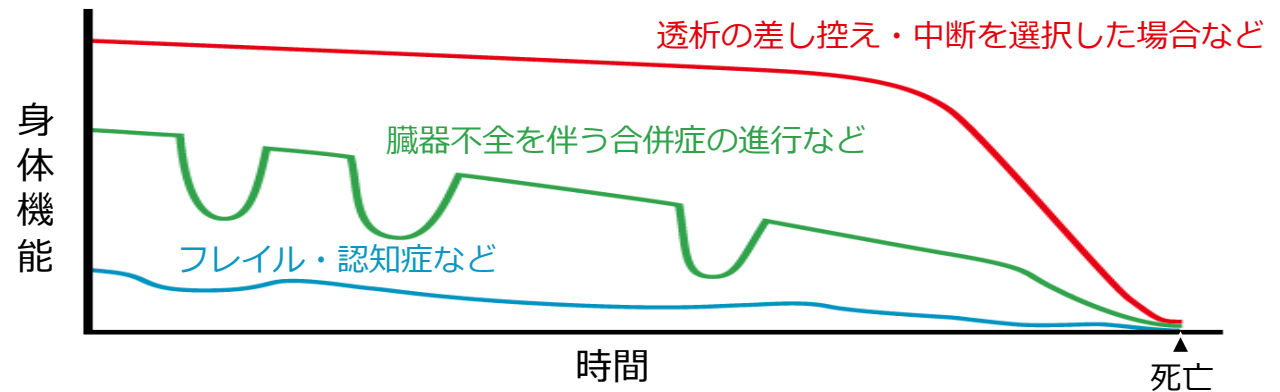
人生の最終段階における腎疾患の経過と主な症状緩和の手段

- 令和7年9月に関係学会により「腎不全患者のための緩和ケアガイドンス」が公表され、腎不全患者に対する緩和ケアの具体的な実践方法について示されている。
- 腎不全患者の人生の最終段階においては、腎代替療法の選択や合併症、身体機能に応じて臨床経過は様々である。そのうえで、人生の最終段階においても疾患特異的治療やリハビリテーション等の基本的な治療を継続し、そこに緩和的手技を加えていくことが基本的な考え方である。

腎不全患者のための緩和ケアガイドンス

2025年9月

日本緩和医療学会 日本腎臓学会 日本透析医学会



疾患特異的治療（腎保護療法、腎代替療法等）

患者教育・セルフマネジメント

栄養療法

リハビリテーション

症状緩和の手段

診療を担当する医師や看護師等（多職種腎不全チーム）による対応では症状緩和が不十分な場合、緩和ケアチームが専門的サポートを行うことで、身体症状及び精神症状の緩和をはかる。

心理・社会的サポート

抗不安薬・抗精神病薬

オピオイド

鎮静

【目次】

- 第1章 腎不全患者の臨床経過と腎代替療法の選択
- 第2章 腎不全患者における緩和ケアに関する考え方
- 第3章 腎不全患者における緩和ケアの実践
- 第4章 腎不全緩和ケアにおける医療提供体制の構築

療養病棟における緩和ケアの取扱い

- 悪性腫瘍であって医療用麻薬等による疼痛コントロールが必要な場合については、医療区分2として入院料が算定される。悪性腫瘍以外の疼痛コントロール等については、医療区分2／3の要件に該当しない。

	疾患・状態	処置等
医療区分3	・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態	・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性脾炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理
医療区分2	・筋ジストロフィー症 ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）） ・その他の指定難病等（スモンを除く。） ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態	・中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性脾炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る） ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る） ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療 ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） ・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） ・頻回の血糖検査 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療 ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	

緩和ケアに係る課題と論点

(がん患者に対する緩和ケアについて)

- ・ 緩和的放射線治療や神経ブロックは、がん疼痛に対して有効な場合があり、緩和ケア病棟入院料について、放射線照射は包括範囲外として出来高算定可能だが、神経ブロックは包括範囲内である。
- ・ 他の病棟で緩和ケア診療加算を算定したがん患者に対して実施したことがある専門的緩和ケアについて、同一医療機関の緩和ケア病棟入院患者にも実施しているかを見ると、放射線治療と比較して、神経ブロックの実施割合が低い。

(非がん患者に対する緩和ケアについて)

- ・ 現行では、悪性腫瘍(がん)、後天性免疫不全症候群(AIDS)、末期心不全又は末期の呼吸器疾患の患者を対象とした緩和ケア診療が、緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、在宅麻薬等注射指導管理料等でそれぞれ評価されている。
- ・ 腎不全患者については、人生の最終段階においては、呼吸困難、倦怠感、痛みなどの身体的苦痛が、がんと共通して頻度が高い。海外の報告では、緩和ケアチームが継続的に支援すると、介入開始後、身体的及び感情的症状が緩和されたとの報告がある。
- ・ 末期呼吸器疾患の患者に対する在宅緩和ケアについては在宅麻薬等注射指導管理料で評価されているが、緩和ケア診療加算や外来緩和ケア管理料の対象外となっている。

(療養病棟における緩和ケアの取扱いについて)

- ・ 療養病棟入院料においては、悪性腫瘍であって医療用麻薬による疼痛コントロールを行っている者は医療区分2として入院料が算定されるが、それ以外の病態において医療用麻薬による疼痛コントロールを行っている場合は該当しない。

【論点】



(緩和ケアについて)

- 緩和ケア病棟入院料において、緩和的放射線照射については包括範囲外とされている取扱いを参考にして、当該入院料における神経ブロックの評価のあり方をどのように考えるか。
- 末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者に対する緩和ケア診療の評価のあり方についてどのように考えるか。また、透析を中止した末期の腎不全患者は、末期のがん患者と同様に急速に身体機能が悪化し密度の高い緩和ケアを要することを踏まえ、緩和ケア病棟の対象患者についてどう考えるか。
- 療養病棟における、悪性腫瘍以外の医療用麻薬による疼痛コントロールを要する病態の医療区分の取扱いについて、どのように考えるか。