

■背景・課題

○ 在宅医療に関しては、がん患者の間でもそのニーズが高まっており、例えば、がん患者の自宅での死亡割合については平成17年から平成22年に掛けて2.2%の増加(5.7→7.9%)を認めるが、未だ充分に在宅医療が整備されているとは言い難い。こうした状況の中、がん診療連携拠点病院を中心とする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入体制を整備することが求められている。また、在宅医療を担う医療従事者にあたっては、がん患者への医療についてよりきめ細やかな知識と技術を習得することが必要である。

■事業の目的・概要

(在宅緩和ケア地域連携事業)

○ がん診療連携拠点病院において都道府県と連携し、二次医療圏の在宅療養支援診療所の協力リストを作成する。また、医療圏内の在宅緩和ケアを専門とする医師等と協力し、在宅療養支援診療所の医師に対し、がん緩和ケアに関する知識と技術の研修を行い、在宅緩和ケア地域連携体制の構築を図る。

(緩和ケア推進事業)

○ 都道府県がん診療連携拠点病院においてこれまでの「緩和ケアチーム」、「緩和ケア外来」、「緩和ケア病棟」等を統括した「緩和ケアセンター」を整備し、緩和ケアチームや緩和ケア外来の運営、重度のがん性疼痛が発症した場合に緊急入院（緊急緩和ケア病床の確保）による徹底した緩和治療が実施できる体制整備の他、院内の相談支援センターや都道府県内の拠点病院、在宅医療機関等との連携を進めることにより、診断時より切れ目のない緩和ケア診療体制を構築する。

がん診療連携拠点病院



院内緩和ケアチーム



都道府県がん診療連携拠点病院
緩和ケアセンターを整備

①症状増悪等の急変時
対応のための体制整備
②難治性症状への対応
等



緊急緩和ケア病床(病棟)の確保

在宅緩和ケア



在宅緩和ケア地域連携体制の構築



医療用麻薬の
使用方法 等



在宅緩和ケア診療
技術的サポート



※拠点病院が
在宅緩和ケア
教育研修
サポート



必要時には緊急入院にて
治療できる体制を整備。

- ・医療圏内の在宅療養支援診療所リストの作成
- ・終末期看取りまで責任を持って対応出来る、
在宅緩和ケアを専門とする医師と連携
- ・在宅緩和ケア医と連携し、
地域の在宅がん緩和ケアの研修を実施 等

在宅療養支援診療所群

「疼痛管理、得意ですよ！」



在宅緩和ケアを
専門とする医師

「私の専門は
脳血管障害です。」



地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制 (1) 診療機能 ④病病連携・病診連携の協力体制

- ア 地域の医療機関から紹介されたがん患者の受入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。
- イ 病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線療法又は化学療法に関する相談など、地域の医療機関の医師と相互に診断及び治療に関する連携協力体制を整備すること。
- ウ 我が国に多いがんについて、地域連携クリティカルパス(がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、協働診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。)を整備すること。
- エ ウに規定する地域連携クリティカルパスを活用するなど、地域の医療機関等と協力し、必要に応じて、退院時に当該がん患者に関する共同の診療計画の作成等を行うこと。

がん患者の地域連携に関する診療報酬について(主な項目)

診療報酬名	点数	概要
地域医療支援病院 入院診療加算	1000点	地域医療支援病院における、紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器などの共同利用、24時間救急医療の提供などを評価するもの。
地域連携夜間・休日診療料	200点	保険医療機関が地域の他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価する。
在宅患者緊急入院診療加算	2500点 (在宅療養支援診療所・ 支援病院の場合)	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取り組みを評価する。
退院調整加算	340点 (一般病棟入院基本料を算 定、14日以内場合)	入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合について算定する。
退院時共同指導料	1000点(在宅療養支援診療 所の場合) 600点(上記以外の場合)	保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師若しくは准看護師が当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定。
地域連携診療計画管理料	900点	転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患にかかる治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に掛かる診療情報を文書により提供した場合に算定。
地域連携診療計画 退院時指導料	600点	地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。