

個別事項(その7)

緩和ケアについて

1. 緩和ケアをとりまく現状等について
2. 多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について
 - 2-1 精神症状に対する緩和ケアの提供について
 - 2-2 疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について
3. 切れ目のない緩和ケアの提供体制について
 - 3-1 治療期における外来緩和ケアの提供体制について
 - 3-2 緩和ケアにおける医療機関の連携体制について
4. 非がん等の緩和ケアについて
 - 4-1 在宅における非がんの緩和ケアについて
 - 4-2 小児の緩和ケアについて

- **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。

がんの医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等について、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。
- 多職種連携によるチーム医療をさらに充実させるとともに、小児・AYA世代のがん患者や、高齢のがん患者など、患者の特性に応じたがん診療提供体制の整備を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時や災害時等においても必要ながん医療が提供できる連携体制の整備を進める。
- がんの予防や、仕事と治療の両立支援や就職支援等に引き続き取り組む。

がん医療提供体制等の整備

- がん医療の均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進
- がんゲノム医療中核拠点病院等を中心としたがんゲノム医療の提供体制の整備を引き続き推進
- 拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備等による多職種連携の更なる推進
- がんと診断された時からの緩和ケアが全ての医療従事者により提供される体制の整備を推進

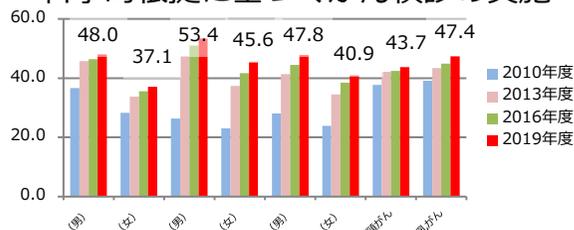


患者の特性に応じた体制の整備

- 小児・AYA世代のがん患者に対する、地域の実情に応じた拠点病院等の役割分担と連携体制の整備を推進
- 高齢のがん患者がそれぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備を推進
- 患者やその家族等の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるような体制の整備を引き続き推進

がん検診

- 科学的根拠に基づくがん検診の実施
- 要精密検査とされた者が確実に医療機関を受診できる体制の構築



出典：国民生活基礎調査

精密検査受診率（2019年度）（第4期の目標値：90%）

胃がん	84.1%
肺がん	83.0%
大腸がん	69.8%
子宮頸がん	74.6%
乳がん	89.2%

出典：地域保健健康増進事業報告

仕事と治療の両立等に係る支援

- 仕事と治療の両立支援や就職支援に係る取組を推進
- 相談支援の体制の確保、情報の収集・発信、患者・家族等の交流の支援を引き続き推進

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

がん対策基本法の一部を改正する法律の概要

(平成28年12月9日成立、12月16日公布・施行)

専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成（第15条）

国及び地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法、緩和ケア（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。第十七条において同じ。）のうち医療として提供されるものその他のがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。

がん患者の療養生活の質の維持向上（第17条）

国及び地方公共団体は、**がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること**、がん患者の状況に応じた良質なリハビリテーションの提供が確保されるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活（これに係るその家族の生活を含む。以下この条において同じ。）の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

がんの治療の段階ごとの課題

がんの治療の段階により、緩和ケアが提供される場や実施者が変化している実態がある中で、これらに応じて、緩和ケアの課題を検討するべきではないか。

治療の段階	診断時	治療期	終末期
主なケアの主体	検診医療機関 かかりつけ医	拠点病院等 (入院・外来)	在宅等
			地域の病院
			緩和ケア病棟
主な課題	<p>(1) 診断時の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 検査時の対応 ・ 告知時の対応 ・ 診断時からの緩和ケアについての認識 等 	<p>(2) 治療期の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来や在宅における緩和ケアの提供 ・ 緩和ケアチームへの介入依頼のタイミング ・ 緩和ケアチームの質の評価 ・ 難治性の疼痛への対応 等 	<p>(3) 終末期、緩和ケア病棟の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期のケアに関する実態の把握 ・ 緩和ケア病棟と他の医療機関との連携体制 ・ 亡くなる前の療養生活における質 等
	<p>(4) 共通の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 誰が如何なる役割を果たすことが求められているか ・ 継続的に緩和ケアを提供できる実現可能な方策 ・ がんの苦痛を把握する対応 (適切なスクリーニング等) ・ 医療用麻薬に関する理解 ・ 緩和ケアを提供する人材の確保 等 		

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- ◆ 患者とその家族が、可能な限り質の高い治療・療養生活を送れるように、**より迅速かつ適切な緩和ケアを提供し、診断時、治療中、在宅医療などさまざまな場面において切れ目なく提供される体制の構築が必要。**
- ◆ がん患者の状況に応じて、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備することが必要。



がん等の診療に携わる医師等に対する
基本的緩和ケア研修

がん診療連携拠点病院における
緩和ケアセンター、緩和ケアチーム、
緩和ケア外来等の専門的緩和ケアの整備

緩和ケアに関する専門的医療従事者
(看護師等)の育成

在宅緩和ケア地域連携体制の構築

患者、医療従事者を含む
国民への普及啓発

- がん等の診療に携わる全ての医療従事者が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や技術、態度を修得する。
- 緩和ケアチームや緩和ケア外来等、専門的緩和ケアを提供する体制を整備する。
- 患者・家族の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる体制を整備する。

治療早期からの緩和ケアの重要性

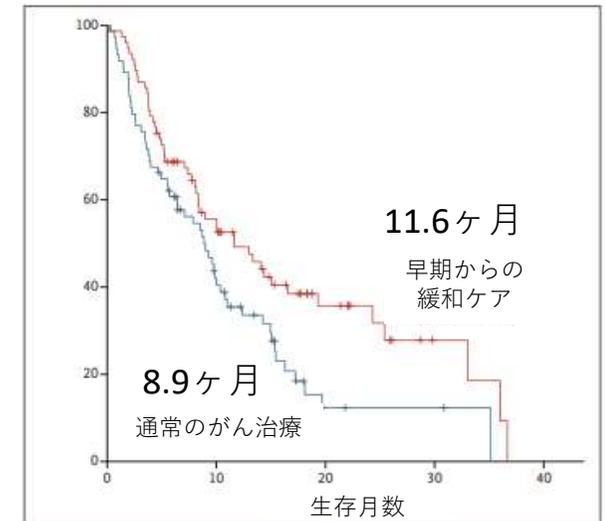
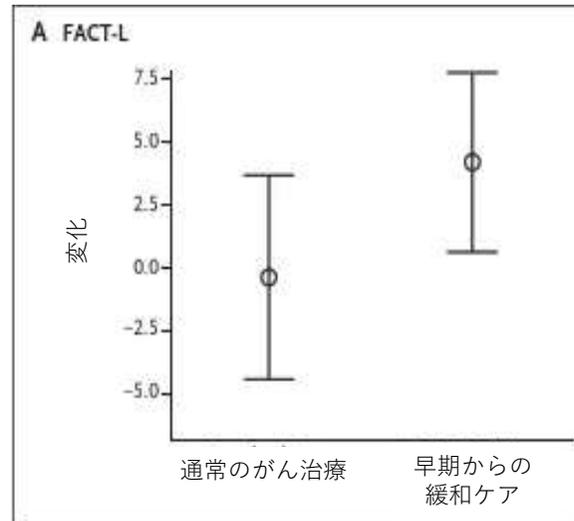
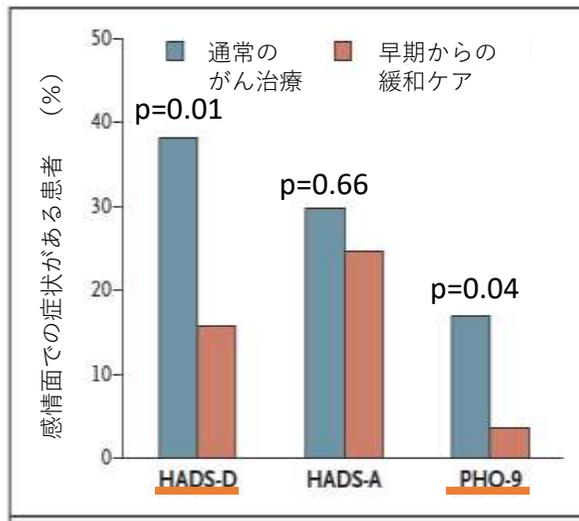
○ 治療早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで、うつ症状が減少し、生活の質(QoL)が改善するのみならず、生命予後が改善する。

■ 新たに診断された進行期の非小細胞肺癌患者151人をランダム化

通常のがん治療 + 早期からの緩和ケア群 (77人) vs 通常のがん治療群 (74人)

■ 診断時から専門的な緩和ケア*を提供することで、以下の結果が得られた

* 特別な教育を受けた専門家 (医師、看護師等) による、疼痛等の症状コントロール、精神心理的・スピリチュアルな支援、在宅医療の支援、グリーフケア等



➤ うつ症状が少ない (12週後)
(HADS-D; 38% vs 16%, p=0.01 PHQ-9; 17% vs 4%, p=0.04)

➤ QoLが高い (12週後)
(FACT-L score; 98.0 vs 95.5, p=0.03)

➤ 生存期間が長い
(11.6mo vs 8.9mo, p=0.02)

N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42.

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

WHOがん疼痛ガイドライン

- WHOがん疼痛ガイドラインは、オピオイドを含むがん疼痛治療法のさらなる普及だけでなく、安全性に関しても幅広く網羅され世界的な視点に立脚したガイドライン。(初版:1968年、2018年に改訂)
- ガイドラインは7つの基本原則と推奨から構成されており、推奨には鎮痛薬、鎮痛補助薬、骨転移による痛みについての治療法が挙げられている。
- 特に、骨転移による痛みについての対処法として、ビスホスホネートと放射線治療が挙げられている。

【がん疼痛マネジメントの基本原則】

- ① 疼痛治療の目標
(患者にとって許容可能な生活の質を維持できるまで痛みを軽減する)
- ② 包括的な評価
(がん疼痛マネジメントの最初のステップは患者を評価することである)
- ③ 安全性の保障
- ④ がん疼痛マネジメントは薬物療法が含まれるが、心理社会的および精神的ケアも含まれる
- ⑤ オピオイドを含む鎮痛薬は、いずれの国でも使用できるべきである
- ⑥ 鎮痛薬は、「経口的に」「時間を決めて」「患者ごとに」「細かい配慮をもって」投与する
- ⑦ がん疼痛治療は、がん治療の一部として考えられる



【推奨のサマリー】

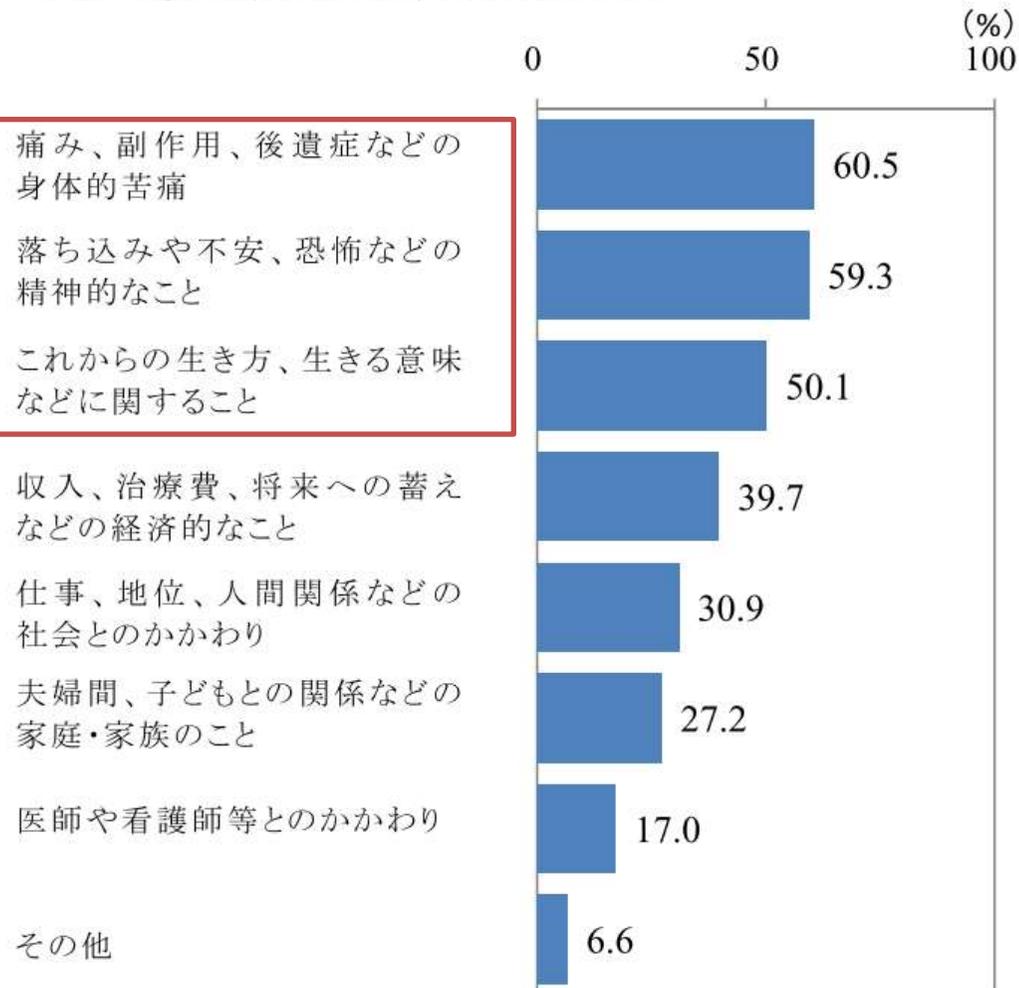
鎮痛薬	導入	臨床的評価および痛みの重症度に応じて、非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)、アセトアミノフェン、およびオピオイドを単独でまたは組み合わせて使用すべきである
	維持療法	臨床的疼痛評価および痛みの強さに応じて、どのオピオイドが選択されてもよい
鎮痛補助薬	ステロイド	必要に応じて疼痛管理を達成するために鎮痛補助薬としてステロイドを投与することがある
骨転移による痛み	ビスホスホネート	骨転移による骨痛を予防および治療するために、ビスホスホネートを使用すべきである
	放射線治療	骨転移による痛みに対する放射線治療の適応があり、実施可能な場合には単回照射放射線治療を使用すべきである

がん患者の抱える不安

中医協 総 - 1
25.11.15

がん患者は身体的苦痛、精神的苦痛、将来への不安等多様な悩みを抱えている

がんの診断や治療を通して、どのようなことについて悩みましたか。※複数回答可



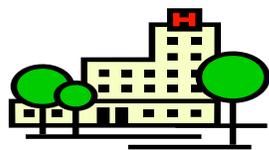
特定非営利活動法人 日本医療政策機構
がん患者意識調査2010年

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

http://ganseisaku.net/pdf/inquest/110513_press.pdf

わが国における専門的緩和ケア

中医協 総 - 1
29. 10. 4



入院医療

在宅医療

- ・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

緩和ケアチーム

- ・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



緩和ケア病棟

在宅緩和ケア

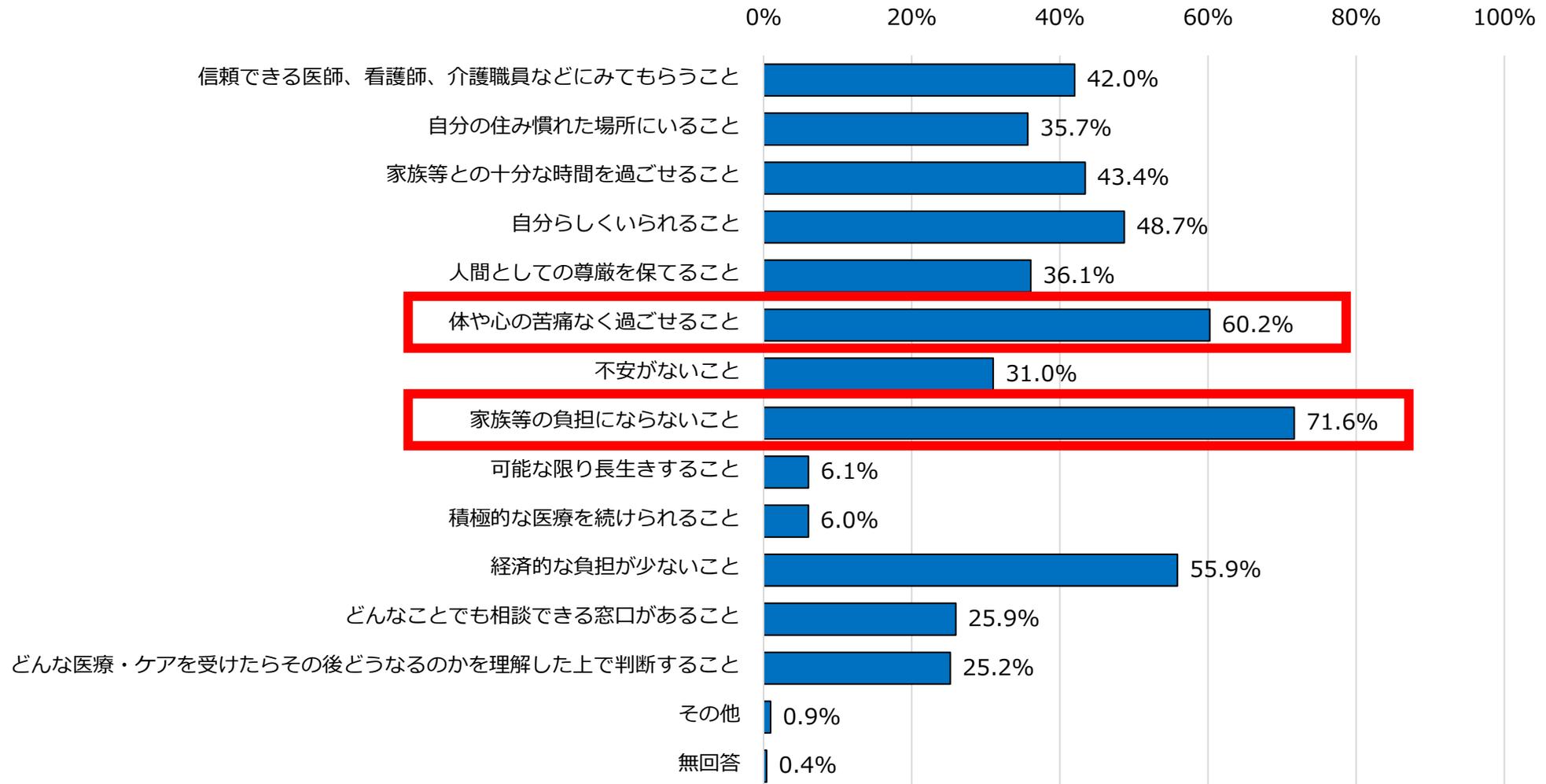


- ・症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・緩和ケア病棟でケアを専門的・集中的に提供する。

最期を迎えるにあたり重視する点

○ 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。

1. 緩和ケアをとりまく現状等について
2. 多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について
 - 2-1 精神症状に対する緩和ケアの提供について
 - 2-2 疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について
3. 切れ目のない緩和ケアの提供体制について
 - 3-1 治療期における外来緩和ケアの提供体制について
 - 3-2 緩和ケアにおける医療機関の連携体制について
4. 非がん等の緩和ケアについて
 - 4-1 在宅における非がんの緩和ケアについて
 - 4-2 小児の緩和ケアについて

緩和ケアによる対応が求められる苦痛や不安等（再掲）

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

1. 緩和ケアをとりまく現状等について
2. 多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について
 - 2-1 精神症状に対する緩和ケアの提供について
 - 2-2 疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について
3. 切れ目のない緩和ケアの提供体制について
 - 3-1 治療期における外来緩和ケアの提供体制について
 - 3-2 緩和ケアにおける医療機関の連携体制について
4. 非がん等の緩和ケアについて
 - 4-1 在宅における非がんの緩和ケアについて
 - 4-2 小児の緩和ケアについて

- 「都道府県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」に特例型を新設する。
- 「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」は廃止する。

〈がん診療連携拠点病院等の全体像〉

◆都道府県がん診療連携協議会（都道府県協議会）

都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県協議会を設置し、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。

都道府県がん診療連携拠点病院:51か所

- ・都道府県における中心
- ・都道府県下の拠点病院等のとりまとめ（研修実施、情報提供等）

都道府県がん診療連携拠点病院(特例型):3か所(51の内数)
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

地域がん診療連携拠点病院:355か所

- ・がん医療圏に原則1か所整備
- ・専門的ながん医療の提供・連携体制の整備

地域がん診療連携拠点病院(特例型):24か所(355の内数)
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

特定領域がん診療連携拠点病院(1か所)

- ・特定のがんについて都道府県で最も多くの患者を診療

特定領域がん診療連携拠点病院(特例型)(なし)
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

地域がん診療病院:47か所

- ・がん診療連携拠点病院のないがんの医療圏に1か所整備
- ・グループ指定(隣接するがん診療連携拠点病院との連携)

地域がん診療病院(特例型):6か所(47の内数)
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

国・厚生労働省

◆都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）
国立がん研究センターと都道府県がん診療連携拠点病院が連携し、情報収集、共有、評価、広報を行う。

国立がん研究センター(2か所)

- ・がん対策の中核的機関としてがん医療を牽引
- ・都道府県下のがん診療連携拠点病院等に対し、診療支援、情報提供、人材育成等の役割を担う
- ・我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

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

③ 緩和ケアの提供体制

ア がん診療に携わる全ての診療従事者により、全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行うこと。

イ がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応を、診断時から一貫して経時的に行っていること。また、診断や治療方針の変更時には、ライフステージ、就学・就労、経済状況、家族との関係性等、がん患者とその家族にとって重要な問題について、患者の希望を踏まえて配慮や支援ができるよう努めること。

ウ ア、イを実施するため、がん診療に携わる全ての診療従事者の対応能力を向上させることが必要であり、これを支援するために組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームにより、以下を提供するよう体制を整備すること。

i 定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、依頼を受けていないがん患者も含めて苦痛の把握に努めるとともに、適切な症状緩和について協議し、必要に応じて主体的に助言や指導等を行っていること。

ii (2)の②のウに規定する看護師は、苦痛の把握の支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来・病棟の看護業務を支援・強化すること。また、主治医及び看護師、公認心理師等と協働し、適切な支援を実施すること。

エ 患者が必要な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケア外来の設置など外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。なお、自施設のがん患者に限らず、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者についても受入れを行っていること。また、緩和ケア外来等への患者紹介について、地域の医療機関に対して広報等を行っていること。

オ 医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用時や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等により、外来・病棟を問わず医療用麻薬等を自己管理できるよう指導すること。その際には、自記式の服薬記録を整備活用すること。

カ 院内の診療従事者と緩和ケアチームとの連携を以下により確保すること。

i 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順等、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。

ii 緩和ケアの提供体制について緩和ケアチームへ情報を集約するために、がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアチームと各部署をつなぐ役割を担うリンクナース（注7）などを配置することが望ましい。

（注7）リンクナース：医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師をいう。

緩和ケアに係る拠点病院指定要件

【拠点病院指定要件】

緩和ケアチームの 人員配置

●専任の身体症状担当医師
(原則として常勤。専従であること、緩和ケアに関する専門資格を有することが望ましい)

●精神症状担当医師
(常勤、専任が望ましい)

●常勤、専従の看護師

がん看護専門看護師、
緩和ケア認定看護師、
がん性疼痛看護認定看護師
のいずれかの配置を義務化

●薬剤師
(緩和薬物療法の専門資格を有することが望ましい)

●相談支援に携わる者
(社会福祉士等が望ましい)

●協力する公認心理師等の医療心理に携わる者

求められる主な取組
苦痛のスクリーニングの徹底 診断時から外来及び病棟での系統的な苦痛のスクリーニングの実施を義務化
緩和ケアチームの看護師による 外来看護業務の支援・強化 がん患者カウンセリング等、緩和ケアチームの専従看護師の役割・義務を明確化
苦痛への対応の明確化と診療方針の提示 緩和ケアチームへの診療の依頼方法など対応を明確化し、患者とその家族に診療方針を提示
迅速な苦痛の緩和(医療用麻薬の処方等) 全ての診療従事者と緩和ケアチームの連携による、迅速な対応を義務化
地域連携時の症状緩和 症状緩和に係る院内パスに準じた地域連携パス、マニュアル等の整備
緩和ケア研修の受講促進 若手医師が緩和ケア研修会を修了する体制を整備

ねらい

患者の苦痛の拾い上げの強化。
患者が苦痛を表現できる。

がんと診断されたときから患者が切れ目のないケアを受けられる。

全ての診療従事者により苦痛への系統的な対応を行う。

患者の立場に立って苦痛をできるだけ早く緩和する。

入院時の緩和ケアが退院後も継続して提供される体制を構築する。

自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了する。

A232 がん拠点病院加算(入院初日)

1 がん診療連携拠点病院加算

イ がん診療連携拠点病院 500点

ロ 地域がん診療病院 300点

2 小児がん拠点病院加算 750点

通知(抜粋)

- (1) がん診療の拠点となる病院として、当該加算の対象となる病院は、「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成 30 年7月 31 日健発 0731 第1号厚生労働省健康局長通知)に定めるがん診療連携拠点病院等(がん診療連携拠点病院(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(高度型及び特例型を含む。))、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院)又は「小児がん拠点病院の整備について」(平成 30 年7月 31 日健発 0731 第2号厚生労働省健康局長通知)に定める小児がん拠点病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん拠点病院加算の1のイを算定する(以下同じ。))。
- (2) がん拠点病院加算の1のイは、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、**緩和ケアの提供**、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院(地域がん診療連携拠点病院(特例型)を除く。)として指定された病院を評価したものである。
- (3) がん拠点病院加算の1のロは、がんの集学的治療、**緩和ケアの提供**、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、地域がん診療連携拠点病院(特例型)又は地域がん診療病院として指定された病院を評価したものである。
- (4) がん拠点病院加算の2は、地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、長期フォローアップ体制、**緩和ケアの提供**、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター、適切な療育環境等の体制を備えた、小児がん拠点病院として指定された病院を評価したものである。
- (5) 当該加算は、他の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者(最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。)又は悪性腫瘍と診断された患者であって、これらの保険医療機関等からの紹介により、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院に入院した患者(小児がん拠点病院に入院した患者については、20 歳未満のものに限る。)について、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。

緩和ケア診療加算の概要

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。

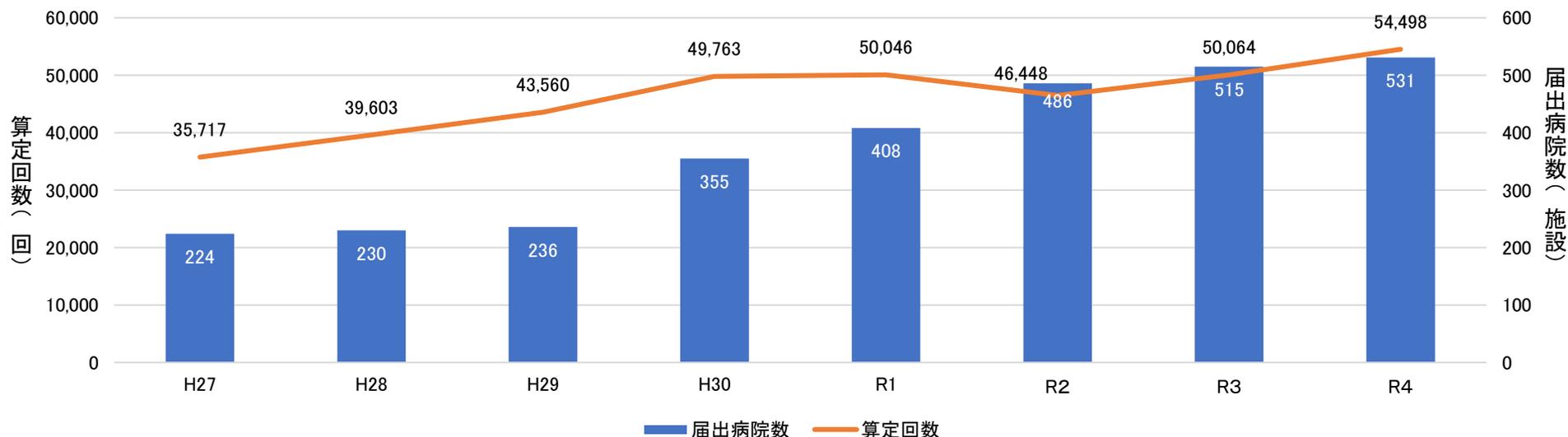
※小児加算 100点

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



外来緩和ケア管理料の概要

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。

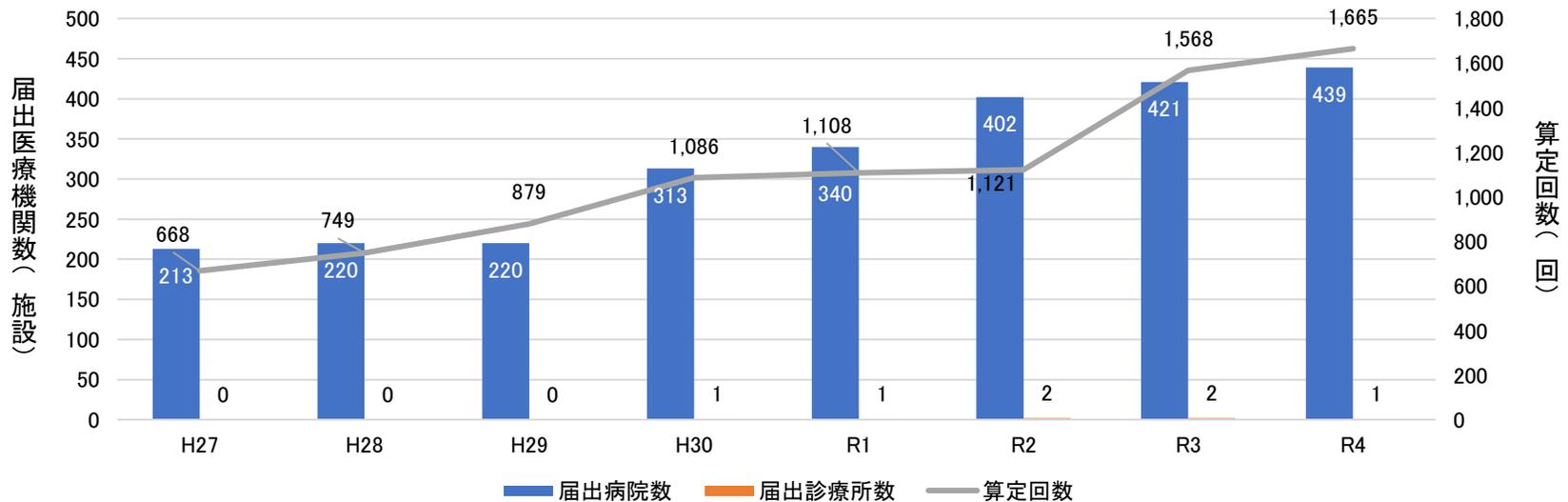
【算定要件(抜粋)】

- 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



専従要件の緩和

- より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件※について、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるように見直す。

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能

- ① チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料)
- ② チームで担当する患者数が一定程度以下の場合、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、栄養サポートチーム加算)



(例) 現行(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチーム(医師2名、看護師1名、薬剤師1名)について、少なくとも医師のいずれか1人及び看護師が専従であること。

400点



(例) 改定後(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチームのうちいずれか1人は専従であること。
ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

390点

- ③ 職員の専従が要件となっている精神科専門療法(精神科作業療法、精神科ショート・ケア等)について、当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事しても差し支えないこととする。また、当該業務と他の業務が異なる時間帯に実施される場合は、他の業務の専従者として届け出ることを可能とする。
- ④ 一定程度以上の水準のリハビリテーションの提供※や外来リハビリテーション等を実施している保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和し、入院中の患者に対する退院前の訪問指導や退院後3ヶ月以内の患者に対する外来リハビリテーション等を実施しても差し支えないこととする。

※ リハビリテーション実績指数が37以上

緩和ケア診療加算等とがん診療連携拠点病院等の緩和ケアチーム要件

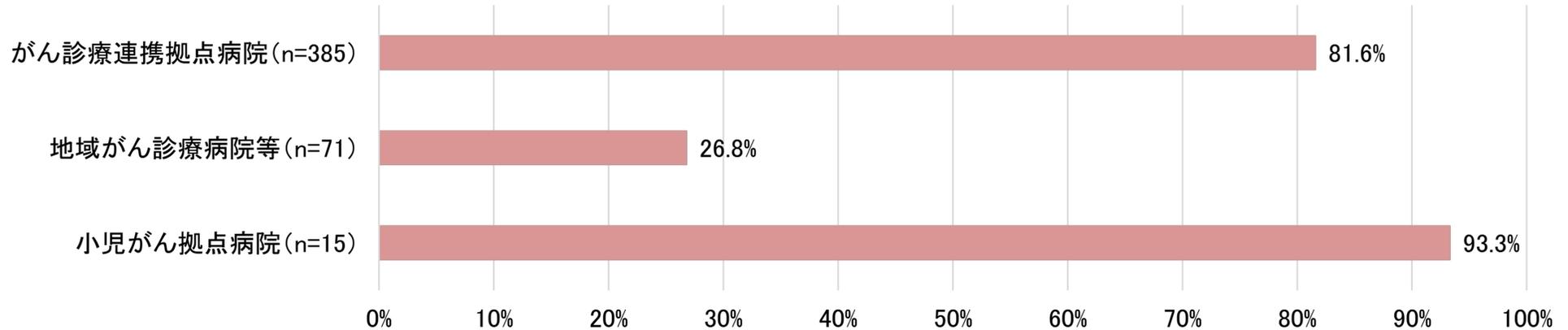
○ 緩和ケアチームを構成する人員の配置について、緩和ケア診療加算等とがん診療連携拠点病院等の指定要件で異なっている。

	A226-2 緩和ケア診療加算 B001-24 外来緩和ケア管理料	がん診療連携拠点病院指定要件 (緩和ケアチームについて、一部抜粋)	地域がん診療病院指定要件 (緩和ケアチームについて、一部抜粋)
趣旨	悪性腫瘍等の患者のうち、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に対して、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。	がん診療に携わる全ての診療従事者により、全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行うこと。等	
身体症状の緩和を担当する医師	悪性腫瘍等の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する、 専任 の常勤医師。所定の緩和ケアに関する研修を修了していること。	専任 の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師。専従であること、緩和ケアに関する専門資格を有する者であることが望ましい。	専任 の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師。専従であること、緩和ケアに関する専門資格を有する者であることが望ましい。
精神症状の緩和を担当する医師	3年以上がん専門病院または一般病院で精神医療に従事した経験を有する、 専任 の常勤医師。所定の緩和ケアに関する研修を修了していること。	精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する 常勤 の医師。 専任であることが望ましい。	精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師。 専任であること、常勤であることが望ましい。
看護師	5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した、 専任 の常勤看護師。	専従 の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師。がん看護または緩和ケアに関する専門資格を有する者であること。	専従 の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師。がん看護または緩和ケアに関する専門資格を有する者であることが望ましい。
薬剤師	麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する、 専任 の薬剤師。	緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する薬剤師。緩和薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい。	緩和ケアチームに協力する薬剤師を配置することが望ましい。
相談支援	4つの職種のうちいずれか1人は 専従 であること。	相談支援に携わる専門的な知識及び技能を有する者。社会福祉士等であることが望ましい。	緩和ケアチームに協力する社会福祉士等の相談支援に携わる者を配置することが望ましい。
心理的支援		緩和ケアチームに協力する、公認心理師等の医療心理に携わる専門的な知識及び技能を有する者を配置することが望ましい。	緩和ケアチームに協力する公認心理師等の医療心理に携わる者を配置することが望ましい。

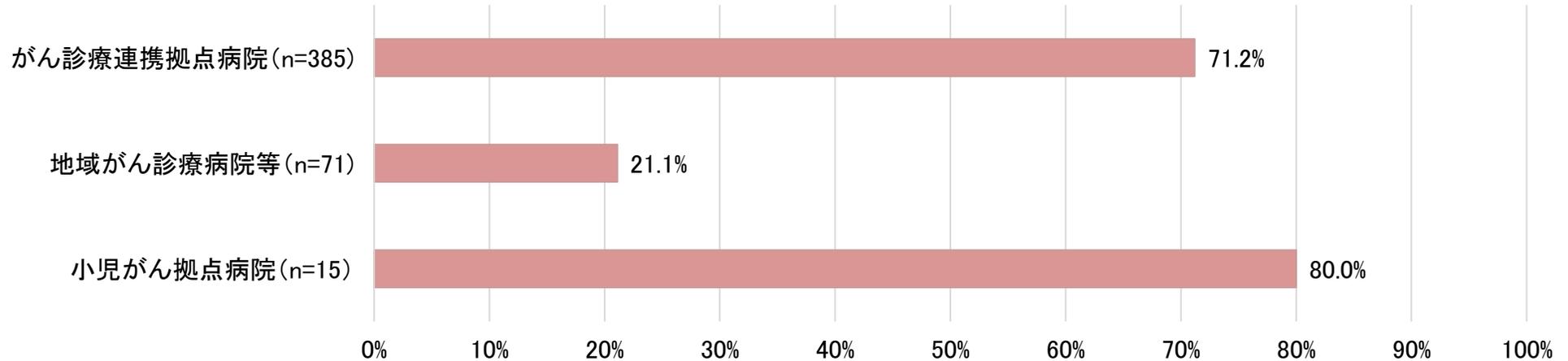
がん拠点病院等における緩和ケア診療加算等の届出状況

○ がん診療連携拠点病院において緩和ケア診療加算を届け出ている割合は81.6%、外来緩和ケア管理料を届け出ている割合は71.2%に留まる。

緩和ケア診療加算の届出状況



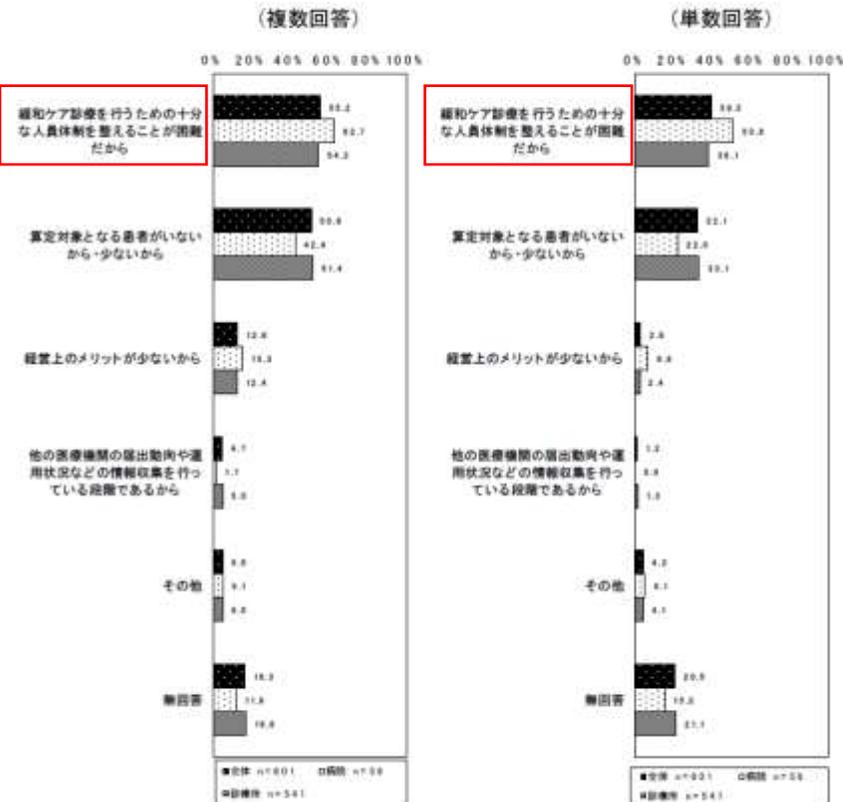
外来緩和ケア管理料の届出状況



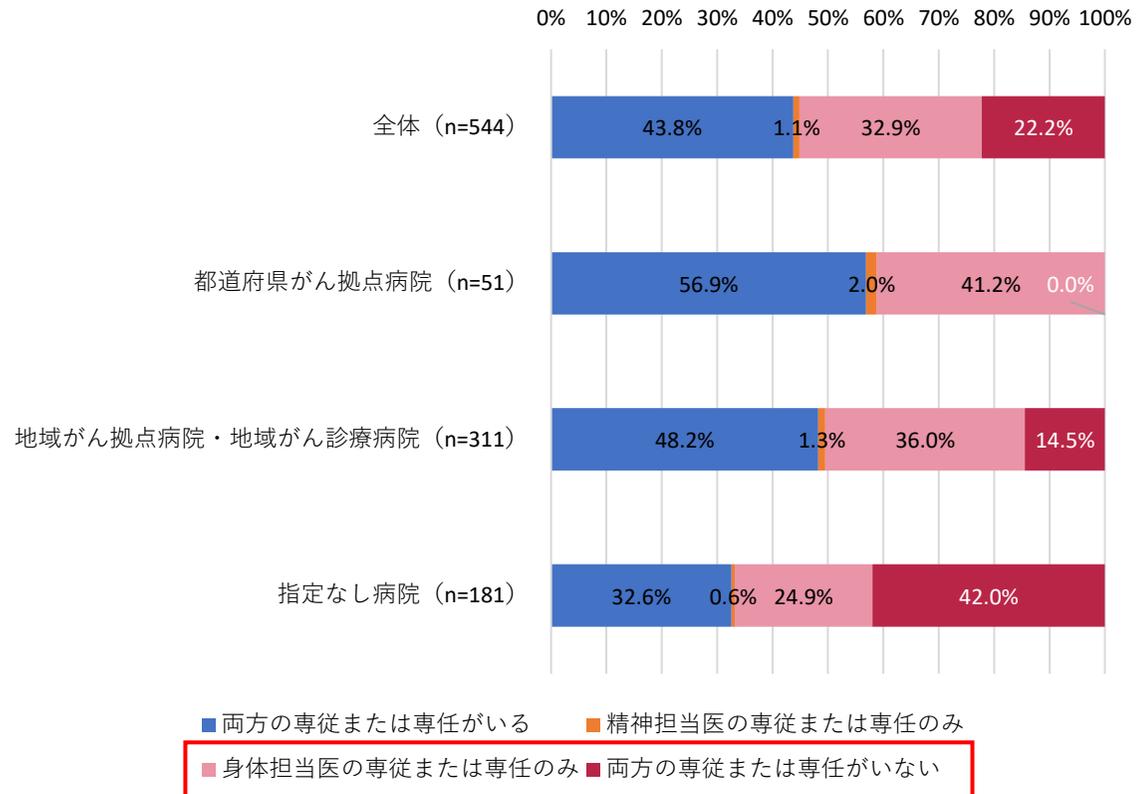
緩和ケア診療加算等が算定できない理由

- 緩和ケア診療加算等が算定できない理由としては、「緩和ケア診療を行うための十分な人員体制を整えることが困難だから」が最も多い。
- 緩和ケアチームの人員体制について、都道府県がん拠点病院の41.2%、地域がん拠点病院・地域がん診療病院の50.5%で、専従または専任の精神担当医が配置されていない。

図表 2-159 緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算・外来緩和ケア管理料の届出をしていない理由



専従または専任の担当医がいる施設の割合 (常勤のみ対象)



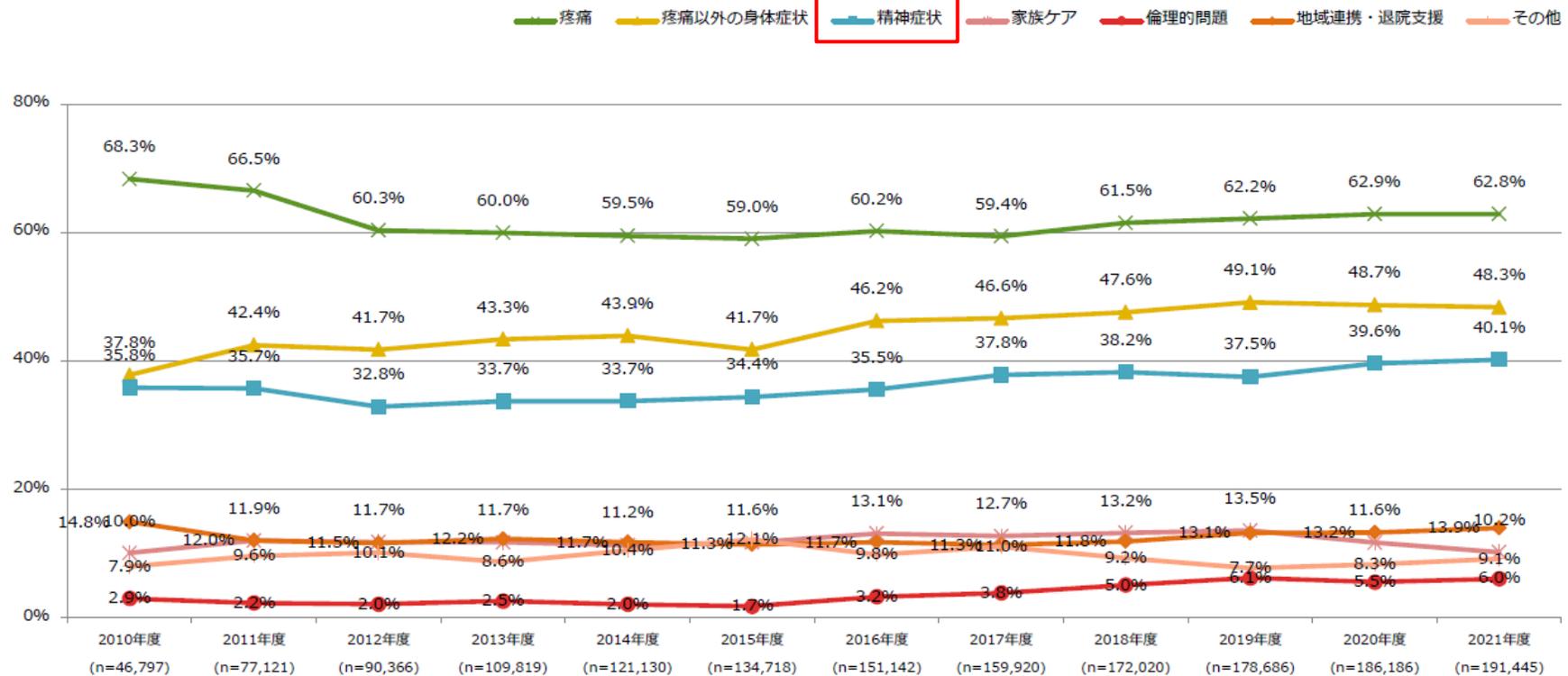
出典: 令和2年診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)(左図)、
日本緩和医療学会 2022年度緩和ケアチーム登録(2021年度チーム活動)結果報告(右図)

がん患者における緩和ケアチームへの依頼内容

○ 入院患者を対象とする緩和ケアチームへの依頼は、身体症状に関するものだけでなく、精神症状に関するものも4割程度存在する。

依頼時の依頼内容(※複数回答を含む)

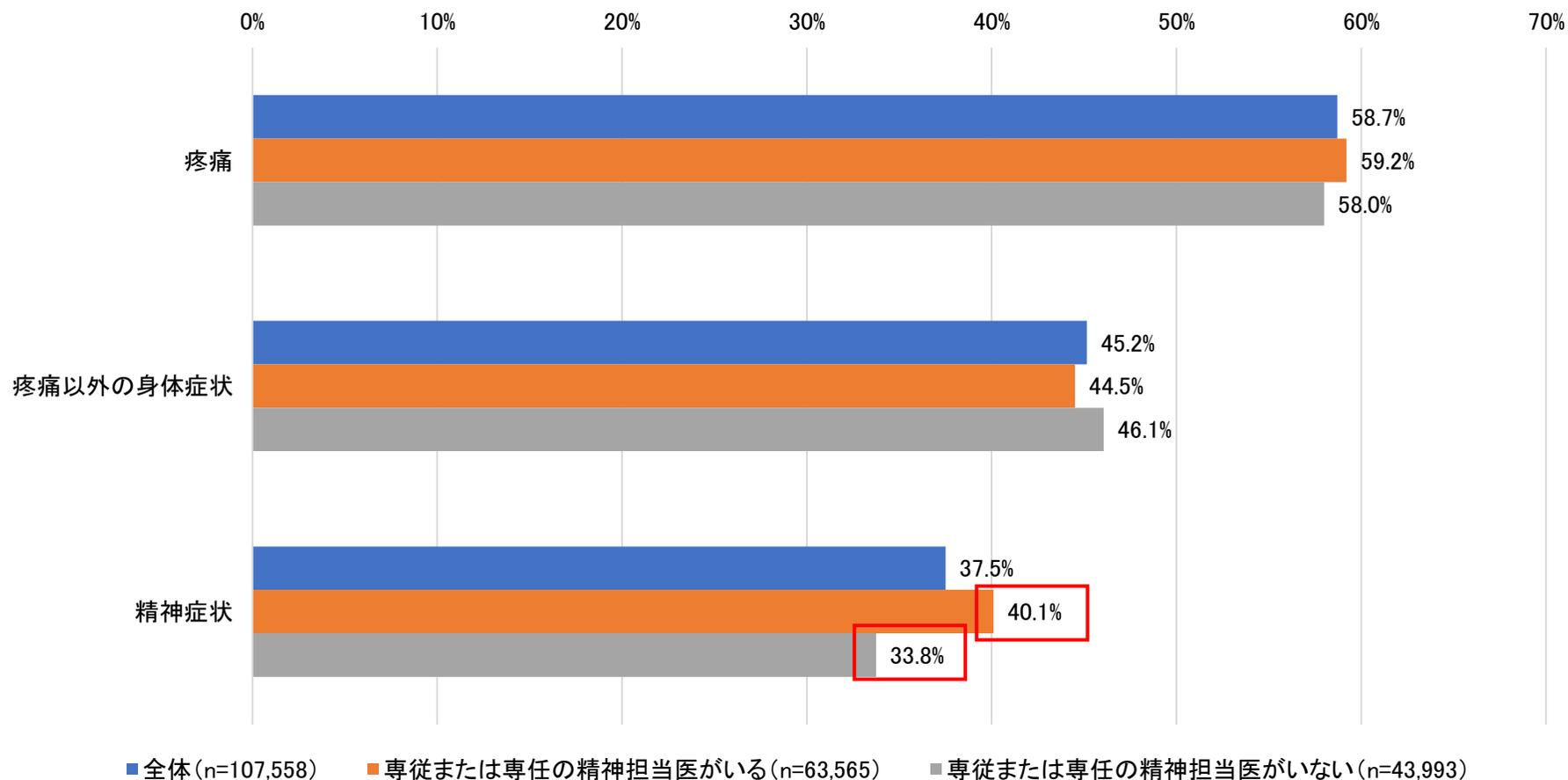
【がん患者のみ(小児がんを除く) 年次別】



精神担当医の配置の有無による緩和ケアチームへの対応依頼の症状割合

- 緩和ケアチーム以外の主治医等から入院患者に対する緩和ケアチームへの対応依頼について、緩和ケアチームに専従または専任の精神科医がいる医療機関の方が、精神症状についての対応依頼の割合が多い。

専従または専任の精神担当医の配置の有無による緩和ケアチームへの対応依頼の症状割合(複数回答)



1. 緩和ケアをとりまく現状等について
2. 多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について
 - 2-1 精神症状に対する緩和ケアの提供について
 - 2-2 疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について
3. 切れ目のない緩和ケアの提供体制について
 - 3-1 治療期における外来緩和ケアの提供体制について
 - 3-2 緩和ケアにおける医療機関の連携体制について
4. 非がん等の緩和ケアについて
 - 4-1 在宅における非がんの緩和ケアについて
 - 4-2 小児の緩和ケアについて

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

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

③ 緩和ケアの提供体制

キ 患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニング（注8）を含めた意思決定支援を提供できる体制を整備していること。

ク アからキにより、緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布、ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行うこと。

ケ かかりつけ医等の協力・連携を得て、主治医及び看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

コ **疼痛緩和のための専門的な治療の提供体制等について、以下の通り確保すること。**

i 難治性疼痛に対する神経ブロック等について、自施設における麻酔科医等との連携等の対応方針を定めていること。また、自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確認しておくこと。さらに、ホームページ等で、神経ブロック等の自施設における実施状況や連携医療機関名等、その実施体制について分かりやすく公表していること。

ii 緩和的放射線治療を患者に提供できる体制を整備すること。また自施設の診療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、連携する医療機関に対し、患者の受入れ等について周知していること。さらに、ホームページ等で、自施設におけるこれらの実施体制等について分かりやすく公表していること。

サ **全てのがん患者に対して苦痛の把握と適切な対応がなされるよう緩和ケアに係る診療や相談支援、患者からのPRO（患者報告アウトカム）（注9）、医療用麻薬の処方量など、院内の緩和ケアに係る情報を把握し、検討・改善する場を設置していること。それを踏まえて自施設において組織的な改善策を講じる等、緩和ケアの提供体制の改善に努めること。**

（注8）アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのこと。

（注9）PRO（患者報告アウトカム）：Patient Reported Outcome の略。自覚症状やQOLに関する対応の評価のために行う患者の主観的な報告をまとめた評価のこと。医療従事者等による解釈が追加されない形での実施が望ましいとされる。治験等の領域において客観的な指標では計測できないが重要な自覚症状等について、各治療法の効果等を適切に評価するために発展してきた概念。

がん疼痛に対するアプローチ

○ 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、神経ブロックの有効性

○ 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

がん性疼痛緩和指導管理料の概要

B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料(月1回)

200点

【対象患者(概要)】

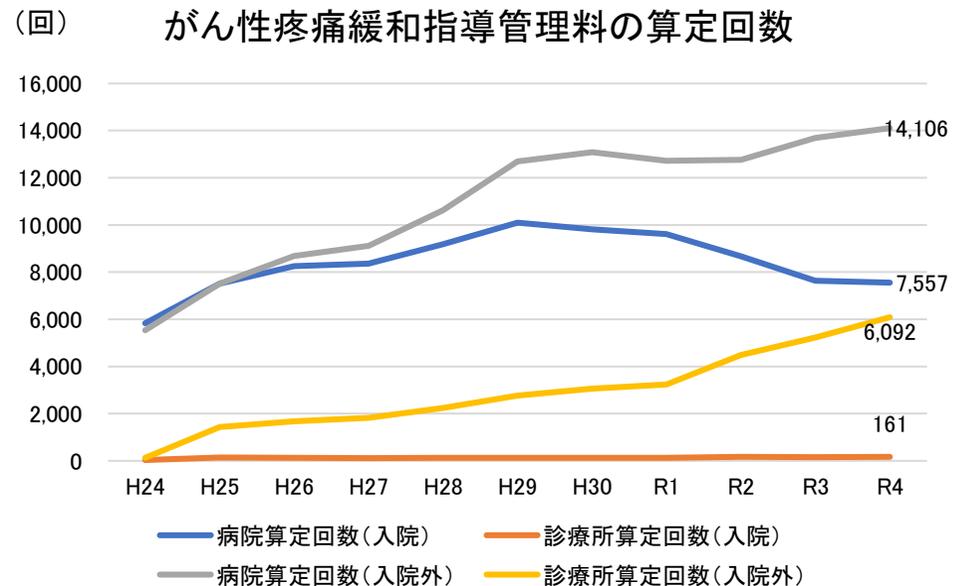
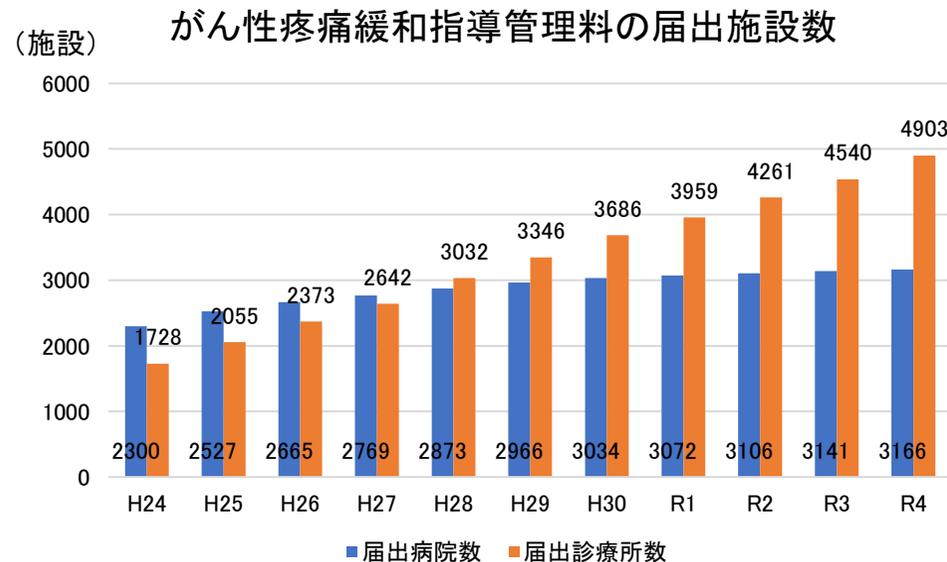
○ 医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者。

【算定要件(抜粋)】

○ 緩和ケアの経験を有する医師(緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。)が、WHO方式のがん性疼痛の治療法(がんの痛みからの解放—WHO方式がんの疼痛治療法—第2版)に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

※小児加算 50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概要（再掲）

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。

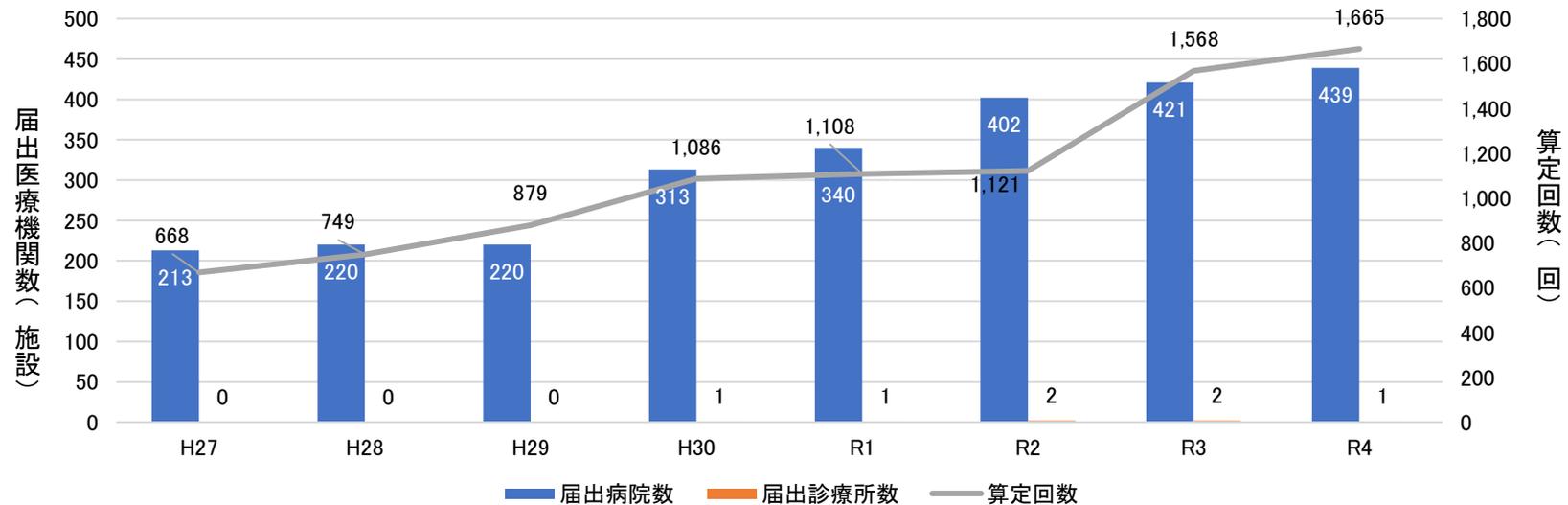
【算定要件(抜粋)】

- 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。

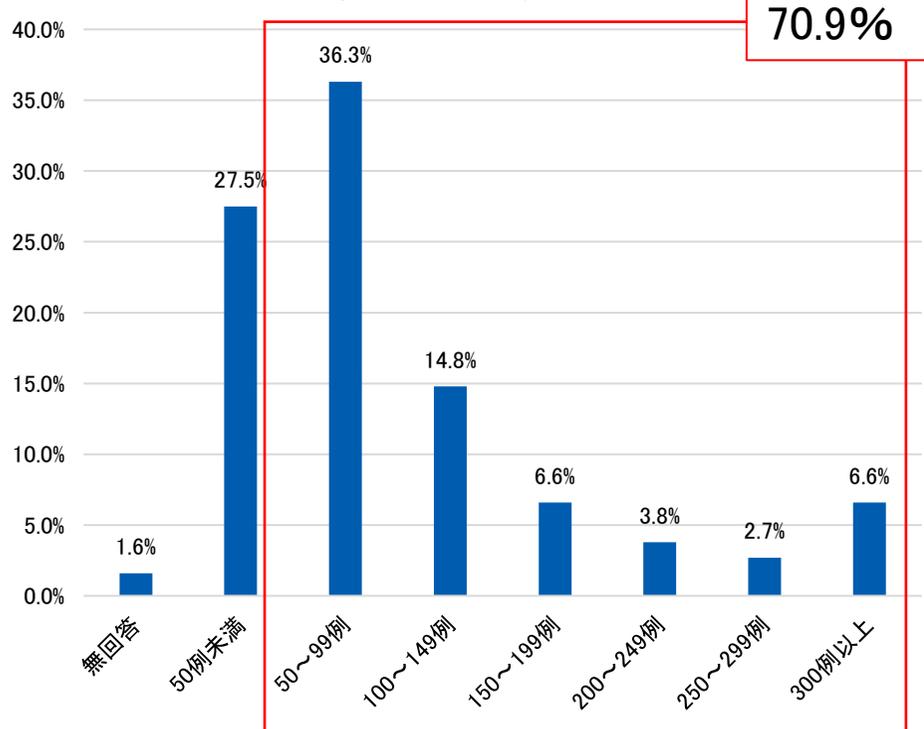
外来緩和ケア管理料の届出状況と算定回数



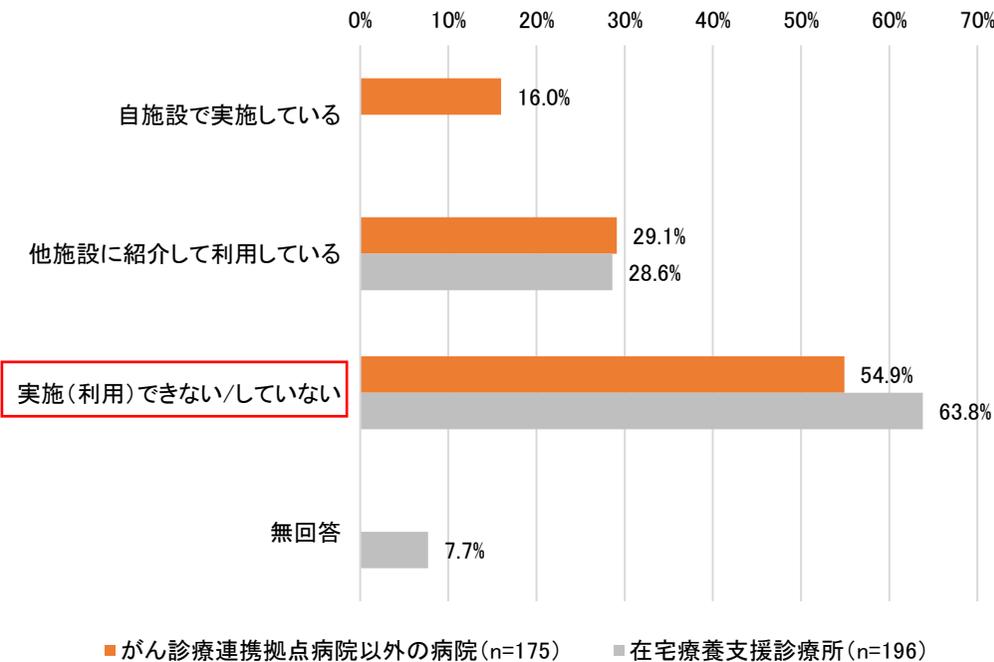
緩和的放射線治療の実施状況

- がん診療連携拠点病院において、緩和的放射線治療が年間50件以上実施された施設が70.9%存在する。
- がん診療連携拠点病院以外の病院や在宅療養支援診療所においては、緩和的放射線治療を「実施や利用ができない/していない」と回答した施設が多い。

がん診療連携拠点病院における緩和的放射線治療の年間件数(n=182)



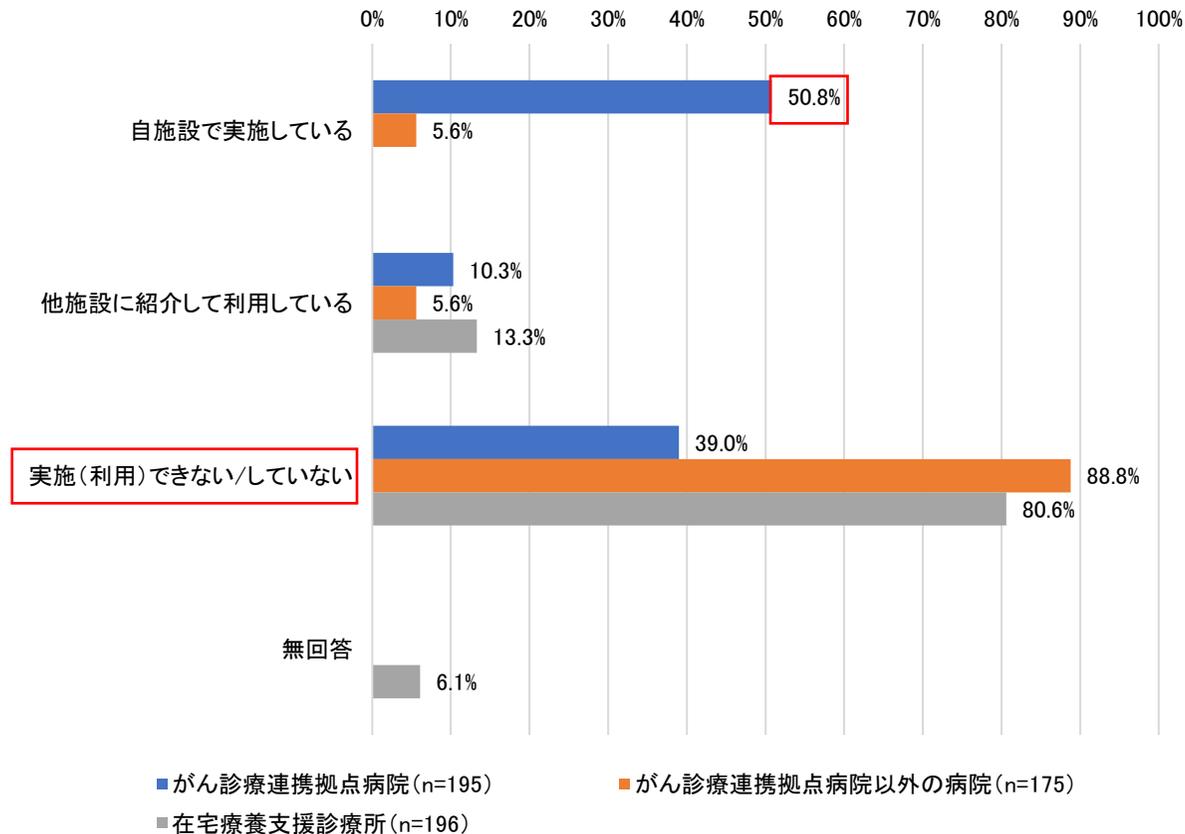
鎮痛を目的とした放射線治療の実施状況



腹腔神経叢ブロックの実施状況

- がん診療連携拠点病院において、膵癌に対する腹腔神経叢ブロックが実施されている施設が50.8%存在する。
- がん診療連携拠点病院以外の病院や在宅療養支援診療所については、「実施や利用ができない/していない」と回答する施設が多い。

膵癌による痛みに対する腹腔神経叢ブロックの実施状況



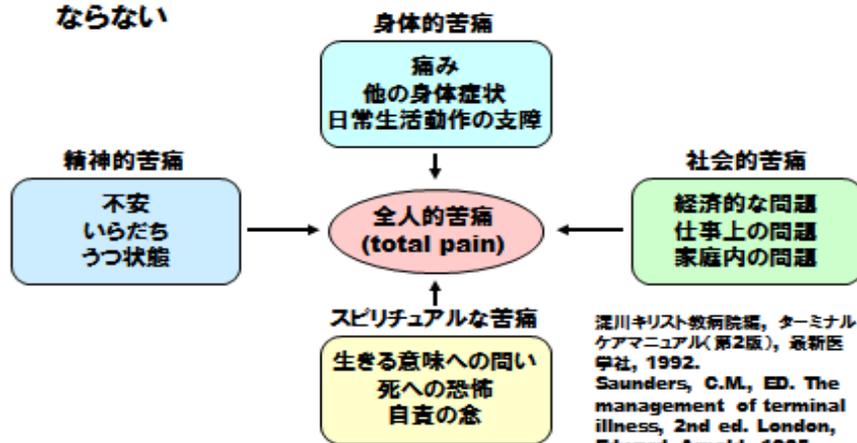
1. 緩和ケアをとりまく現状等について
2. 多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について
 - 2-1 精神症状に対する緩和ケアの提供について
 - 2-2 疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について
3. 切れ目のない緩和ケアの提供体制について
 - 3-1 治療期における外来緩和ケアの提供体制について
 - 3-2 緩和ケアにおける医療機関の連携体制について
4. 非がん等の緩和ケアについて
 - 4-1 在宅における非がんの緩和ケアについて
 - 4-2 小児の緩和ケアについて

緩和ケアについて

■緩和ケアとは

全人的苦痛 (total pain)

- がん患者の苦痛は多面的であり、全人的に捉えなければ
ならない



出典: 厚生労働省委託事業
「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」テキストより

■日本の外来がん患者の緩和ケアの多彩なニーズ

1. 全国の外来通院中の進行・遠隔転移にある患者 1,493名¹⁾

- 身体的苦痛
 - 中等度以上の痛み 20%
 - 痛み以外の身体的苦痛 21%
- 精神的苦痛(気持ちのつらさ) 24%
- スピリチュアルな苦痛(生きている意味など) 迷惑をかけてつらい 54% など

2. 外来化学療法に通院しているがん患者 4,000名²⁾

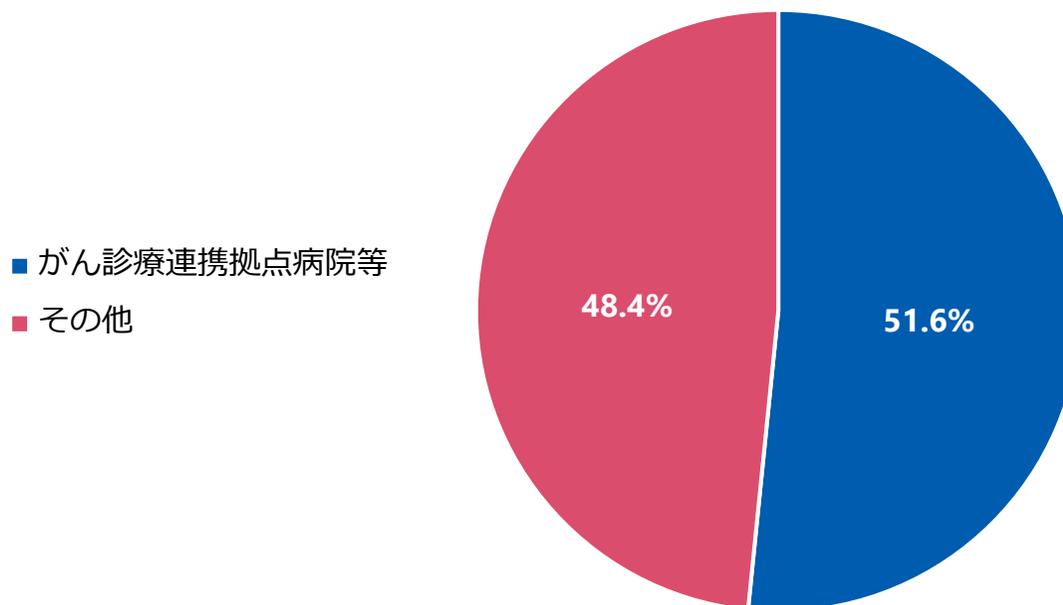
- 身体的苦痛

倦怠感	23%	痛み	14%
不眠	19%	呼吸困難	13%
食欲不振	17%	しびれ	12%
便秘	16%		
- 精神的苦痛(気持ちのつらさ) 15%
- 病状に関する説明・意思決定の支援 14%

1) 厚生労働科学研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究班」2010
Yamagishi A, et al. J Pain Symptom Manage 2012; 43; 503-514.
2) Yamagishi A, et al. J Pain Symptom Manage 2009; 37; 823-830.

院内がん登録におけるがんの登録割合（対全国がん登録, 初回治療開始例）

医療機関の分類



約半数のがん患者が拠点病院以外で初回治療を開始している。

がん患者の外来における薬物療法のイメージ

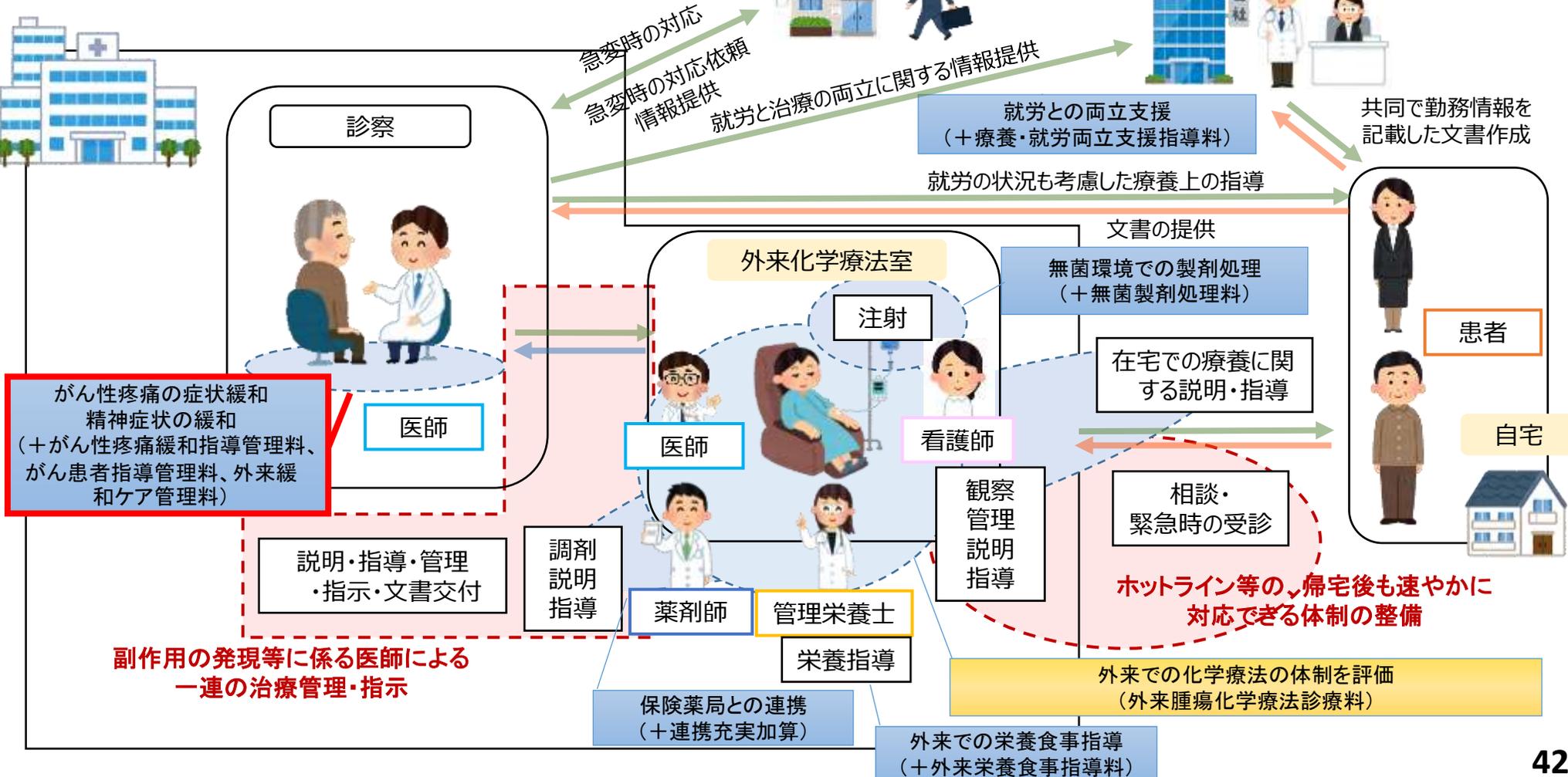
- がん患者の外来における薬物療法については外来化学療法をはじめ、各種の体制整備を評価してきている。
- 引き続き、安心・安全ながん患者の通院治療を推進していく必要がある。

■ がん患者の外来の薬物療法(イメージ)

提携医療機関

患者

産業医等



悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設

- 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、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。

現行	
イ 外来化学療法加算1	
(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合	
① 15歳未満	820点
② 15歳以上	600点
ロ 外来化学療法加算2	
(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合	
① 15歳未満	740点
② 15歳以上	470点



改定後	
(新) 1 外来腫瘍化学療法診療料1	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	700点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	400点
(新) 2 外来腫瘍化学療法診療料2	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	570点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	270点
(新) 注 15歳未満の小児の場合	200点を加算

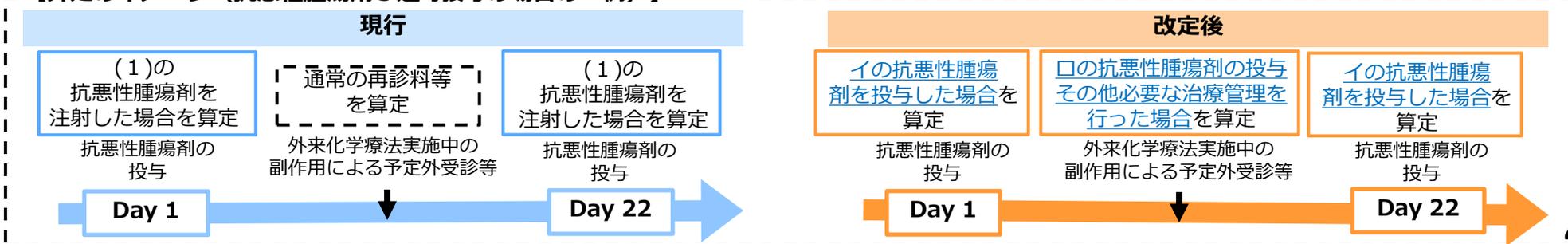
[算定要件]

- 悪性腫瘍を主病とする患者で、入院中の患者以外の患者に対して、**注射による化学療法の実施及び実施に伴うその他必要な治療管理（副作用等に係る診療等を含む）**を行った場合に、**イについては抗悪性腫瘍剤を投与した日に、月3回に限り、ロについては抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に週1回に限り**算定する。
- ロに規定する点数**は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、**当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。**
- 患者の心理状態に十分配慮された環境で、**抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策等について文書により説明**を行う。

[施設基準]

- 専任の医師又は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の副作用等に係る問い合わせ・相談に24時間対応できる連絡体制が整備**されていること。 ・ 急変時等に当該患者が入院できる体制が確保されていること。
- 外来化学療法を実施するための治療室を有していること。 ・ 化学療法の経験を有する専任の医師、看護師、薬剤師が勤務していること。
- (外来腫瘍化学療法診療料1のみ) 化学療法のレジメンの妥当性を評価・承認する委員会を開催していること。

[算定のイメージ（抗悪性腫瘍剤3週毎投与の場合の一例）]



外来腫瘍化学療法診療料の算定状況

診調組 入-1

5 . 7 . 2 0

- 令和4年の外来腫瘍化学療法診療料1の届出医療機関数は、令和3年における外来化学療法加算1の届出医療機関数と比較して、94%の医療機関が届出を行っていた。
- 算定回数については、令和4年の診療料1イ及びロの合計値(303,175件)は、令和3年(259,916件)と比較して増加。
- 令和4年の外来腫瘍化学療法診療料2の届出医療機関数は、令和3年における外来化学療法加算2の届出医療機関数と比較して、37%の医療機関が届出を行っていた。
- 算定回数については、令和4年の診療料2イ及びロの合計値(4,793件)は、令和3年(6,008件)と比較して減少。

	外来腫瘍化学療法診療料1		外来腫瘍化学療法診療料2																																																																																											
	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他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その他必要な治療管理を行った場合																																																																																										
点数(1日につき)	700点	400点	570点	270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																																																																																													
届出医療機関数	<table border="1"> <caption>届出医療機関数 (Category 1)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>病院</th> <th>診療所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>1,530</td><td>66</td></tr> <tr><td>H28</td><td>1,557</td><td>65</td></tr> <tr><td>H29</td><td>1,560</td><td>63</td></tr> <tr><td>H30</td><td>1,563</td><td>63</td></tr> <tr><td>R1</td><td>1,591</td><td>62</td></tr> <tr><td>R2</td><td>1,624</td><td>63</td></tr> <tr><td>R3</td><td>1,653</td><td>65</td></tr> <tr><td>R4</td><td>1,578</td><td>36</td></tr> </tbody> </table>		年度	病院	診療所	H27	1,530	66	H28	1,557	65	H29	1,560	63	H30	1,563	63	R1	1,591	62	R2	1,624	63	R3	1,653	65	R4	1,578	36	<table border="1"> <caption>届出医療機関数 (Category 2)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>病院</th> <th>診療所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>598</td><td>344</td></tr> <tr><td>H28</td><td>582</td><td>336</td></tr> <tr><td>H29</td><td>580</td><td>328</td></tr> <tr><td>H30</td><td>568</td><td>322</td></tr> <tr><td>R1</td><td>570</td><td>315</td></tr> <tr><td>R2</td><td>555</td><td>309</td></tr> <tr><td>R3</td><td>557</td><td>307</td></tr> <tr><td>R4</td><td>299</td><td>23</td></tr> </tbody> </table>		年度	病院	診療所	H27	598	344	H28	582	336	H29	580	328	H30	568	322	R1	570	315	R2	555	309	R3	557	307	R4	299	23																																				
年度	病院	診療所																																																																																												
H27	1,530	66																																																																																												
H28	1,557	65																																																																																												
H29	1,560	63																																																																																												
H30	1,563	63																																																																																												
R1	1,591	62																																																																																												
R2	1,624	63																																																																																												
R3	1,653	65																																																																																												
R4	1,578	36																																																																																												
年度	病院	診療所																																																																																												
H27	598	344																																																																																												
H28	582	336																																																																																												
H29	580	328																																																																																												
H30	568	322																																																																																												
R1	570	315																																																																																												
R2	555	309																																																																																												
R3	557	307																																																																																												
R4	299	23																																																																																												
算定回数	<table border="1"> <caption>算定回数 (Category 1)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>加算1A①</th> <th>加算1A②</th> <th>診療料1のイ</th> <th>診療料1のロ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>169,077</td><td>312</td><td>169,389</td><td></td></tr> <tr><td>H28</td><td>193,540</td><td>284</td><td>193,824</td><td></td></tr> <tr><td>H29</td><td>215,286</td><td>396</td><td>215,682</td><td></td></tr> <tr><td>H30</td><td>241,863</td><td>375</td><td>242,238</td><td></td></tr> <tr><td>R1</td><td>250,329</td><td>268</td><td>250,597</td><td></td></tr> <tr><td>R2</td><td>247,266</td><td>261</td><td>247,527</td><td></td></tr> <tr><td>R3</td><td>259,642</td><td>274</td><td>259,916</td><td></td></tr> <tr><td>R4</td><td>38,265</td><td></td><td>264,910</td><td>303,175</td></tr> </tbody> </table>		年度	加算1A①	加算1A②	診療料1のイ	診療料1のロ	H27	169,077	312	169,389		H28	193,540	284	193,824		H29	215,286	396	215,682		H30	241,863	375	242,238		R1	250,329	268	250,597		R2	247,266	261	247,527		R3	259,642	274	259,916		R4	38,265		264,910	303,175	<table border="1"> <caption>算定回数 (Category 2)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>加算2A①</th> <th>加算2A②</th> <th>診療料2のイ</th> <th>診療料2のロ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>8,312</td><td>41</td><td>8,353</td><td></td></tr> <tr><td>H28</td><td>8,653</td><td>58</td><td>8,711</td><td></td></tr> <tr><td>H29</td><td>9,004</td><td>42</td><td>9,046</td><td></td></tr> <tr><td>H30</td><td>8,496</td><td>52</td><td>8,548</td><td></td></tr> <tr><td>R1</td><td>7,912</td><td>48</td><td>7,960</td><td></td></tr> <tr><td>R2</td><td>6,014</td><td>64</td><td>6,078</td><td></td></tr> <tr><td>R3</td><td>5,973</td><td>35</td><td>6,008</td><td></td></tr> <tr><td>R4</td><td>1,704</td><td></td><td>3,789</td><td>4,793</td></tr> </tbody> </table>		年度	加算2A①	加算2A②	診療料2のイ	診療料2のロ	H27	8,312	41	8,353		H28	8,653	58	8,711		H29	9,004	42	9,046		H30	8,496	52	8,548		R1	7,912	48	7,960		R2	6,014	64	6,078		R3	5,973	35	6,008		R4	1,704		3,789	4,793
年度	加算1A①	加算1A②	診療料1のイ	診療料1のロ																																																																																										
H27	169,077	312	169,389																																																																																											
H28	193,540	284	193,824																																																																																											
H29	215,286	396	215,682																																																																																											
H30	241,863	375	242,238																																																																																											
R1	250,329	268	250,597																																																																																											
R2	247,266	261	247,527																																																																																											
R3	259,642	274	259,916																																																																																											
R4	38,265		264,910	303,175																																																																																										
年度	加算2A①	加算2A②	診療料2のイ	診療料2のロ																																																																																										
H27	8,312	41	8,353																																																																																											
H28	8,653	58	8,711																																																																																											
H29	9,004	42	9,046																																																																																											
H30	8,496	52	8,548																																																																																											
R1	7,912	48	7,960																																																																																											
R2	6,014	64	6,078																																																																																											
R3	5,973	35	6,008																																																																																											
R4	1,704		3,789	4,793																																																																																										

出典:届出医療機関数:各年7月1日時点の主な施設、算定回数:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

外来化学療法その他の評価について（主なもの）

診調組 入-1

5 . 7 . 2 0

がん性疼痛緩和指導管理料

がん患者指導管理料

外来緩和ケア管理料

評価

200点
当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回

- イ 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
- ロ 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
- ハ 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
- ニ 医師が遺伝子検査の必要性について文書により説明を行った場合 300点

290点
当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回

概要

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患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定。

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を行った場合に算定。

緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定。

主な算定要件

- ・ 緩和ケアの経験を有する医師が当該指導管理を行った場合に算定。
- ・ 麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

- ・ 指導内容等の要点を診療録等に記載。
- ・ 患者の十分な理解が得られた場合に算定。
- ・ 看護師、薬剤師が実施した場合、医師に対して情報提供や提案などを行う。
- ・ ロは継続して治療を行う者のうち、STAS-Jで2以上の項目が2項目以上該当、又はDCS 40点以上の者を対象。
- ・ ニは乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者を対象。

- ・ 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。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。
- ・ 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こと。

主な施設基準

- ・ 緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
 - (1) 「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」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）
 - (2) 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

- ・ イは、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任看護師がそれぞれ1名以上配置、緩和ケア研修会等の終了、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。
- ・ ロは、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任看護師がそれぞれ1名以上配置。看護師はイと同様。
- ・ ハは、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任薬剤師がそれぞれ1名以上配置、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。
- ・ ニは、BRCA1/2 遺伝子検査の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。

- ・ 以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置。
 - ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師
 - イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師
 - ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
 - エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
- ・ 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う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。
- ・ 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- ・ 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

創設年度

平成20年

平成26年

平成24年

がん性疼痛緩和指導管理料の概要(再掲)

B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料(月1回)

200点

【対象患者(概要)】

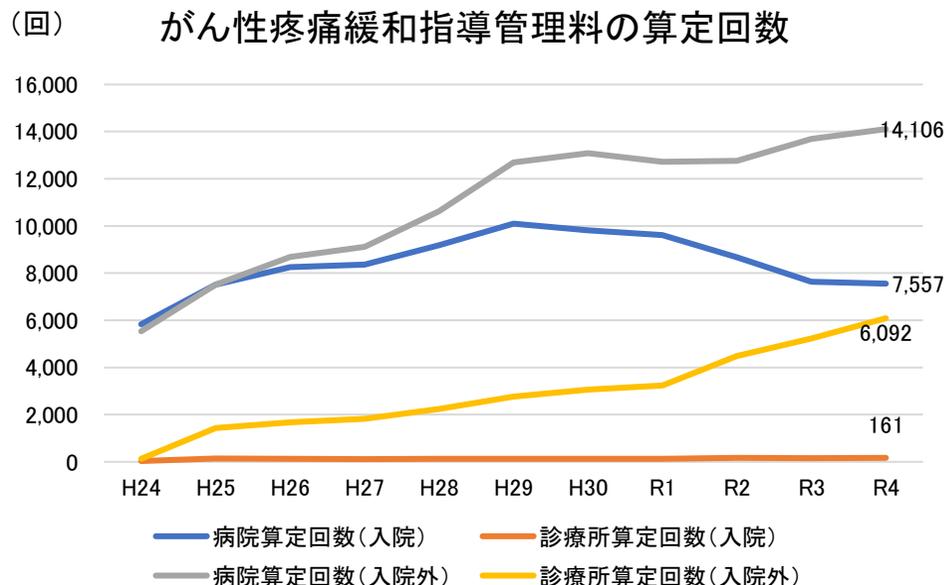
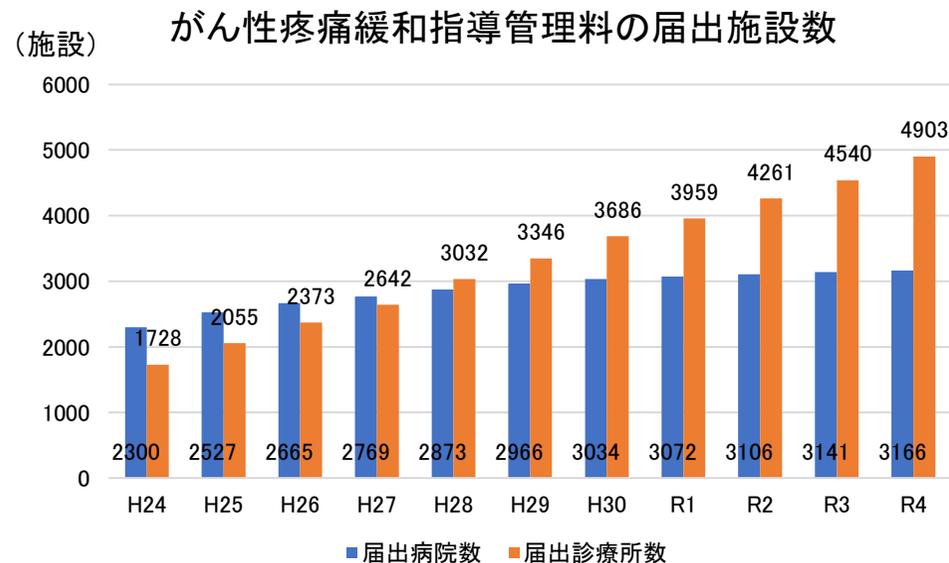
- 医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者。

【算定要件(抜粋)】

- 緩和ケアの経験を有する医師(緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。)が、WHO方式のがん性疼痛の治療法(がんの痛みからの解放—WHO方式がんの疼痛治療法—第2版)に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

※小児加算 50点

当該患者が15歳未満の小児である場合に加算する。



がん患者指導管理料口の概要

B001-23 がん患者指導管理料 口

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（6回限り） 200点

【対象患者(概要)】

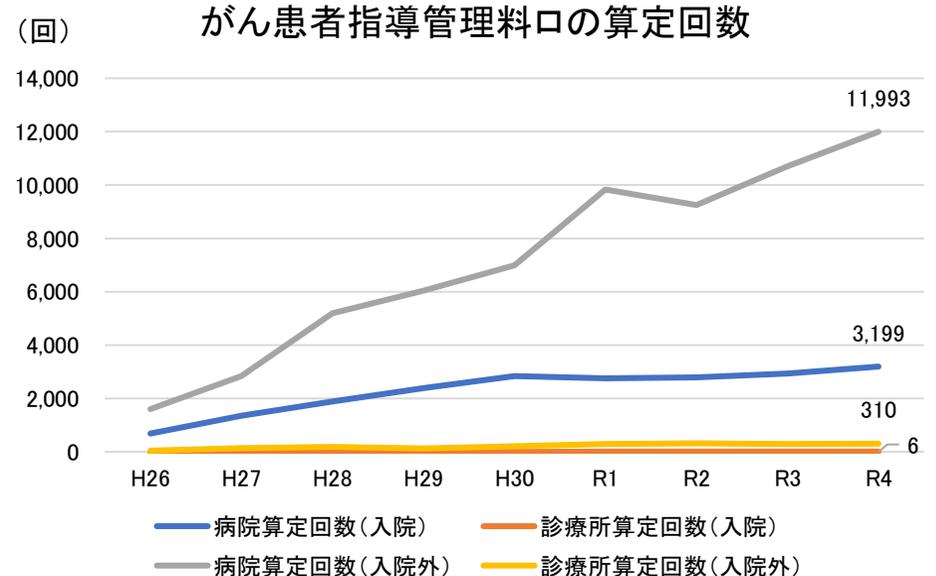
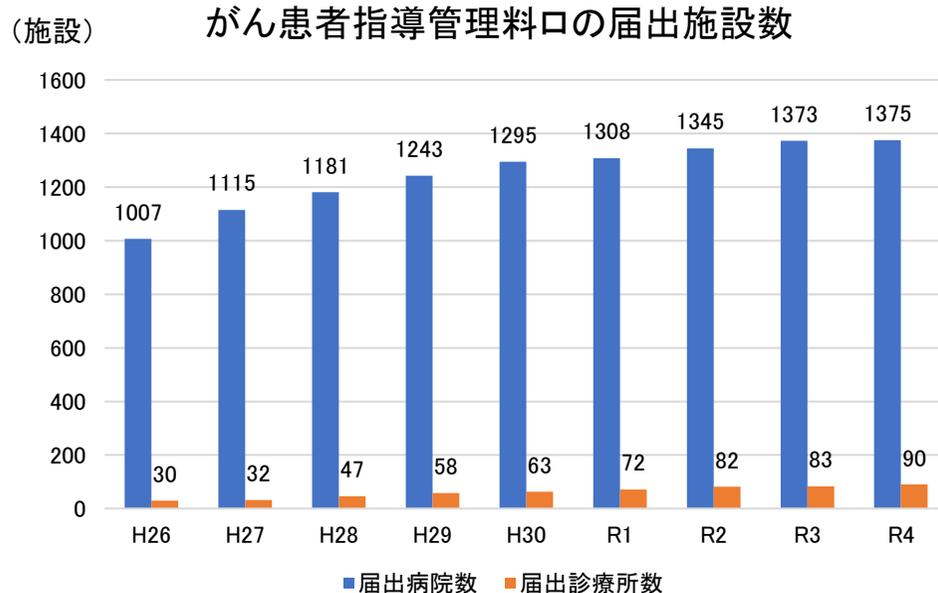
○ がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-Jで2以上の項目が2項目以上該当するもの、又はDCS40点以上の者。

【主な算定要件(抜粋)】

○ 患者の同意に基づき、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を持つ専任の看護師又はがん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、**患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。**

【主な施設基準(抜粋)】

○ **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。
○ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。



外来緩和ケア管理料の概要（再掲）

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。

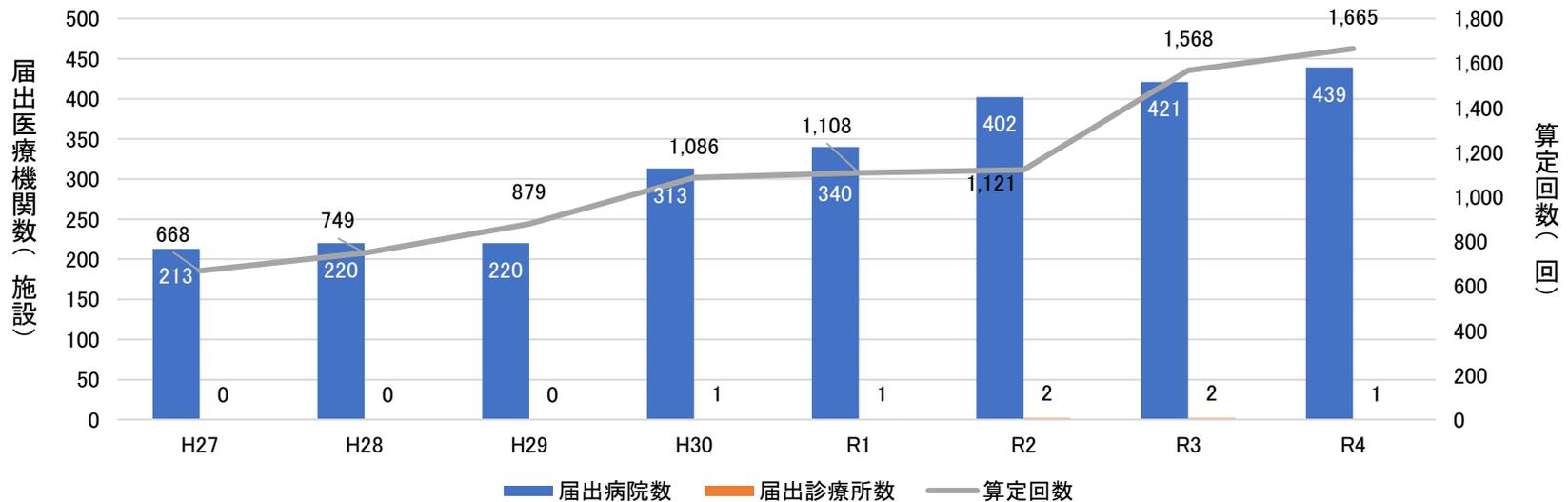
【算定要件(抜粋)】

- 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。

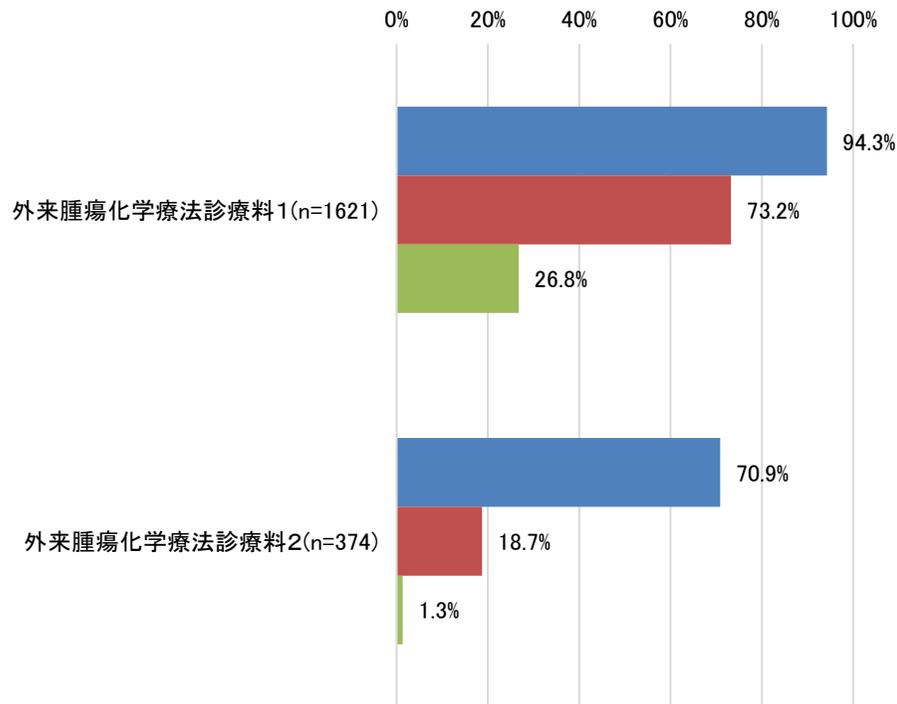
外来緩和ケア管理料の届出状況と算定回数



外来腫瘍化学療法診療料の届出状況について

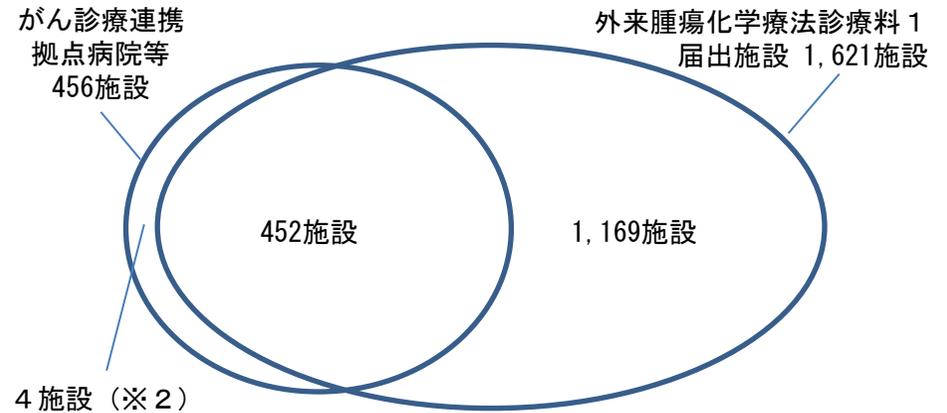
- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関のうち、がん性疼痛緩和指導管理料を届け出していない医療機関が一定程度存在する。また、がん患者指導管理料口や外来緩和ケア管理料の届出割合は低い。
- がん診療連携拠点病院等のうち、外来腫瘍化学療法診療料1を届出している医療機関が多い。

外来腫瘍化学療法診療料の届出医療機関が併せて届け出ている管理料



■ がん性疼痛緩和指導管理料 ■ がん患者指導管理料口 ■ 外来緩和ケア管理料

がん診療連携拠点病院等（※1）における外来腫瘍化学療法診療料の届出状況



※1 令和5年4月1日時点のがん診療連携拠点病院等（地域拠点病院、都道府県拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院）456施設。

※2 うち2施設は、外来腫瘍化学療法診療料2を届出している。

「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

i) 必修科目

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

ii) 選択科目

がん以外に対する緩和ケア／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

緩和ケアに関する研修の効果②

中医協 総-2
27.10.2

○ コミュニケーション技術研修^(注)を受講したがん治療医による診療では、患者の抑うつ
の程度は低く、医師への信頼度は高かった。

(注)コミュニケーション技術研修会の内容は、「緩和ケア研修会」開催指針に基づく「がん緩和ケアにおけるコミュニケーション」の内容に盛り込まれている。

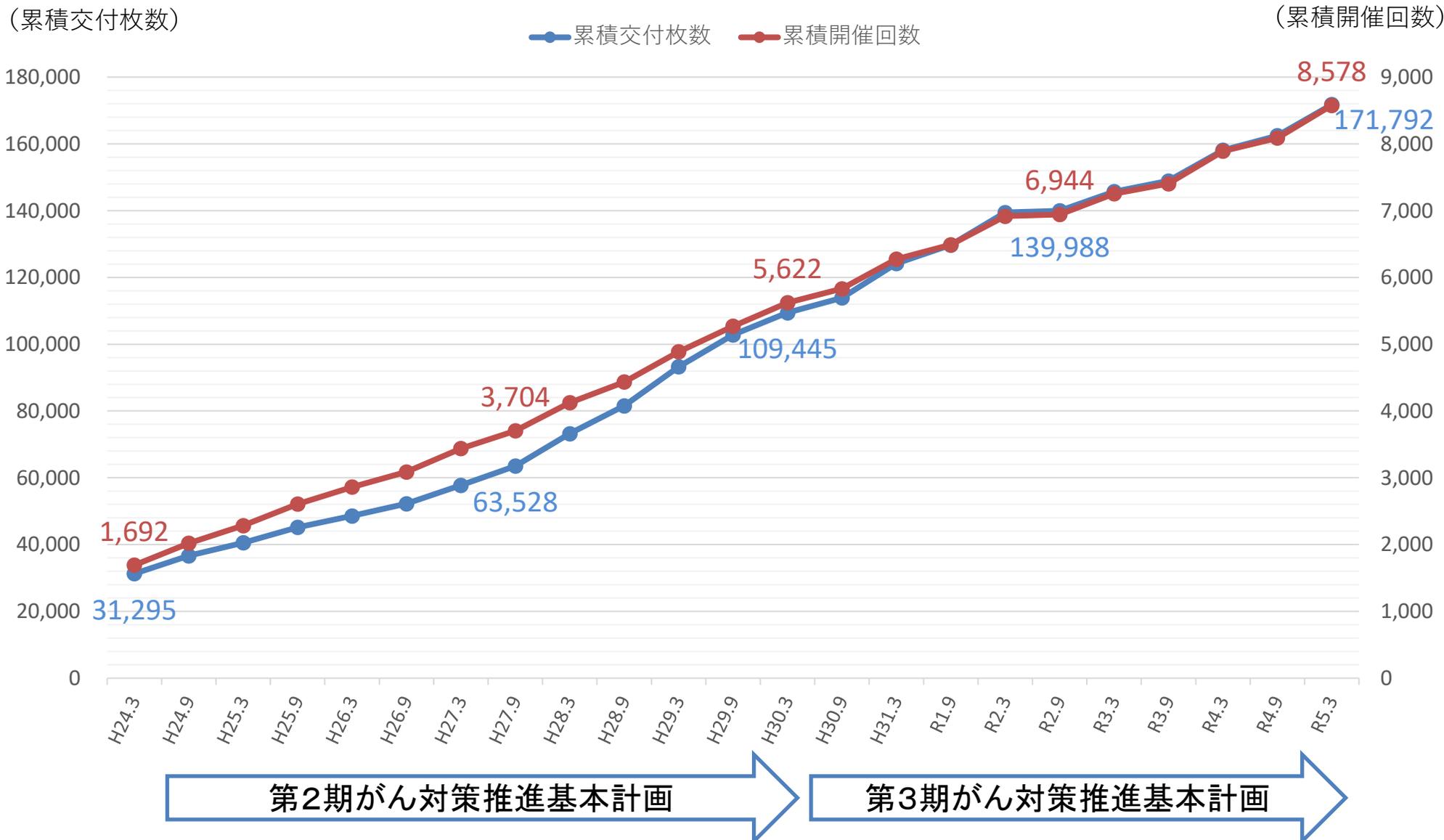
コミュニケーション技術研修会を受講したがん治療医(IG)群の患者292名と受講していない(CG)群の309名での患者のつらさ、満足度、信頼度に関するランダム化比較試験
Fujimori M et al. J Clin Oncol 2014;32:2166-72.

Factor	IG		CG		F	P
	Mean	SD	Mean	SD		
HADS						
Anxiety	4.83	3.75	5.17	3.42	0.94	.333
Depression	4.59	3.75	5.32	4.04	4.94	<u>.027*</u>
Total distress	9.36	6.93	10.50	6.90	3.85	.050
Satisfaction with oncologist communication						
	8.58	1.62	8.35	1.74	2.80	.095
Trust in oncologist	9.15	1.28	8.87	1.54	6.89	<u>.009*</u>

Abbreviations: CG, control group; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; IG, intervention group; SD, standard deviation.

* $P < .05$.

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」 開催回数と修了証書の交付枚数の推移（累積）（令和5年3月31日時点）

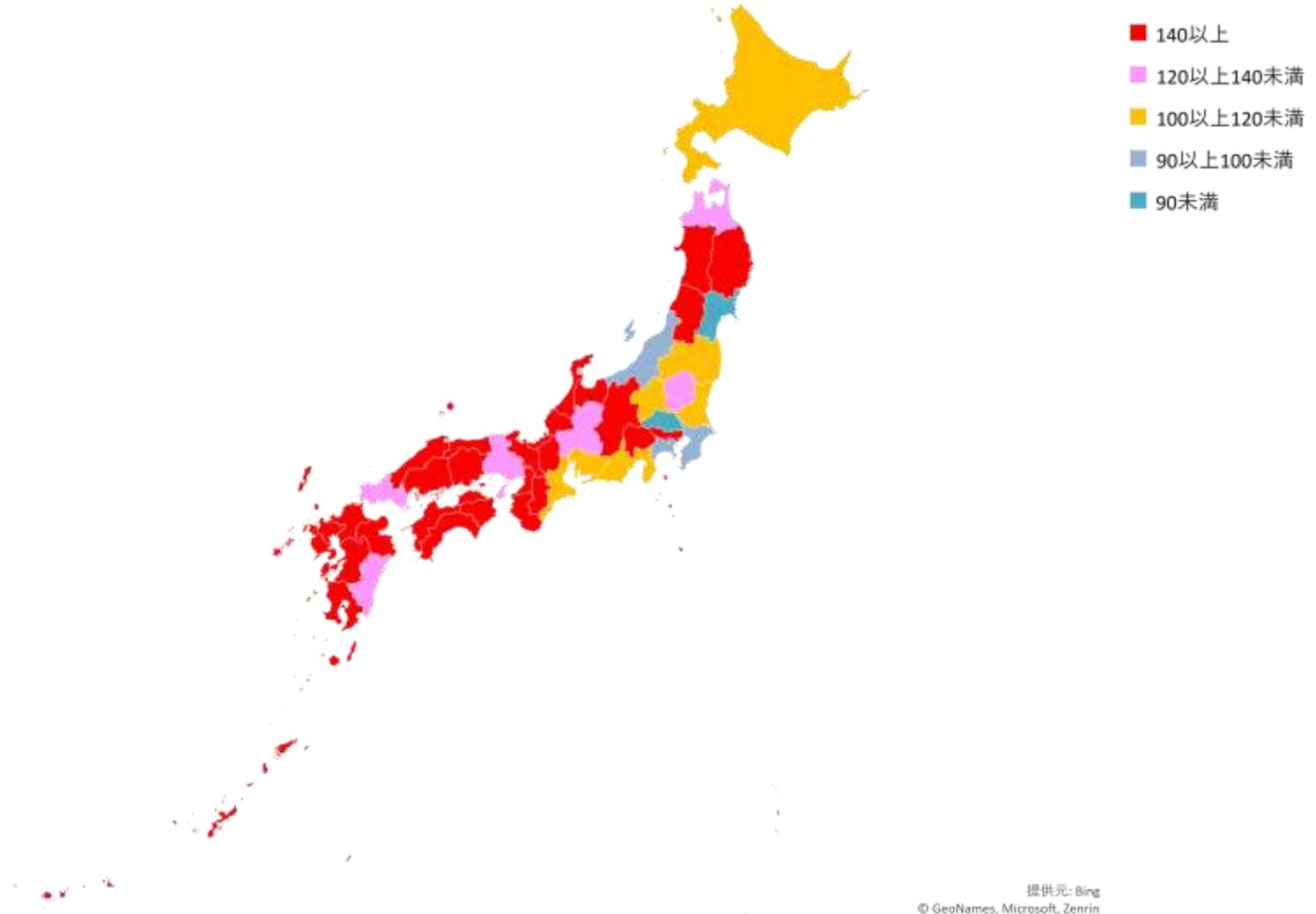


注) H30.4～R5.6 医師・歯科医師以外の修了者数 13,227名 (看護師 8,339名、薬剤師 2,145名、その他2,739名、未入力4名) **52**

緩和ケア研修会の都道府県別修了医師数

- 緩和ケア研修会の修了医師数は都道府県ごとにばらつきがあるものの、すべての都道府県において一定程度存在する。

令和4年9月30日時点の緩和ケア研修会修了者数(人口10万対)



提供元: Bing
© GeoNames, Microsoft, Zenrin

1. 緩和ケアをとりまく現状等について
2. 多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について
 - 2-1 精神症状に対する緩和ケアの提供について
 - 2-2 疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について
3. 切れ目のない緩和ケアの提供体制について
 - 3-1 治療期における外来緩和ケアの提供体制について
 - 3-2 緩和ケアにおける医療機関の連携体制について
4. 非がん等の緩和ケアについて
 - 4-1 在宅における非がんの緩和ケアについて
 - 4-2 小児の緩和ケアについて

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（令和4年8月1日）より抜粋

今般の整備指針の見直しにより、介護施設等との連携体制の整備、緩和ケアに関する地域での情報共有・検討の場の設置、**緩和ケアチームが地域の医療機関等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保すること**等について明記された。

2 診療体制

(1) 診療機能

④ 地域連携の推進体制

ア がん患者の紹介、逆紹介に積極的に取り組むとともに、以下の体制を整備すること。

iv 介護施設に入居する高齢者ががんと診断された場合に、介護施設等と治療・緩和ケア・看取り等において連携する体制を整備すること。

(中略)

オ 地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、退院後も在宅診療の主治医等の相談に対応するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること。

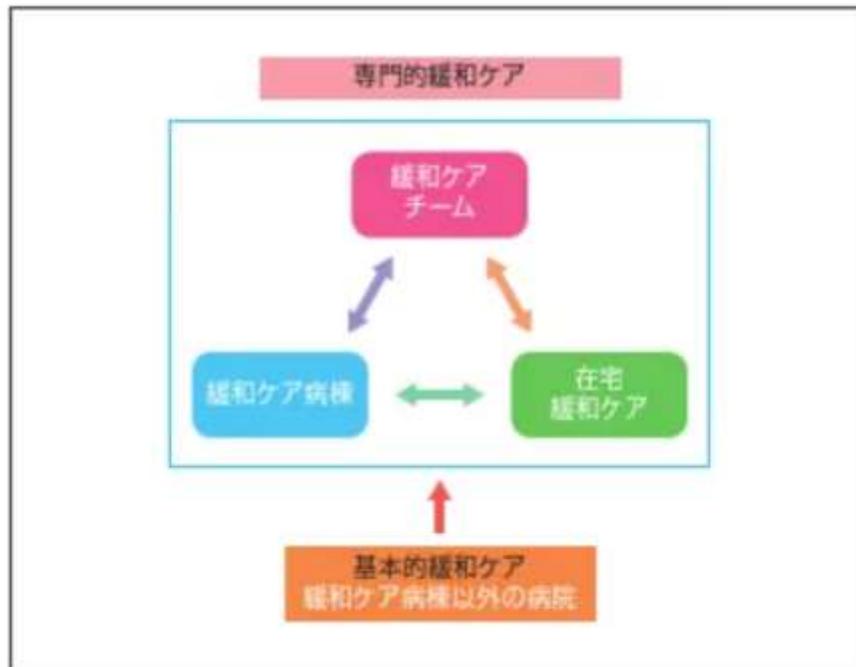
(中略)

キ 当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年1回以上設けること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること。

緩和ケアチーム等に求められること

- がん緩和ケアガイドブックにおいて、治療期から、緩和ケアチームと主治医チームの両方での支援が求められている。また、自施設に緩和ケア(身体症状および精神症状)の専門家がいない場合は、他施設の緩和ケアの専門家や緩和ケア機能をもつ施設との連携・調整を図ることが薦められている。

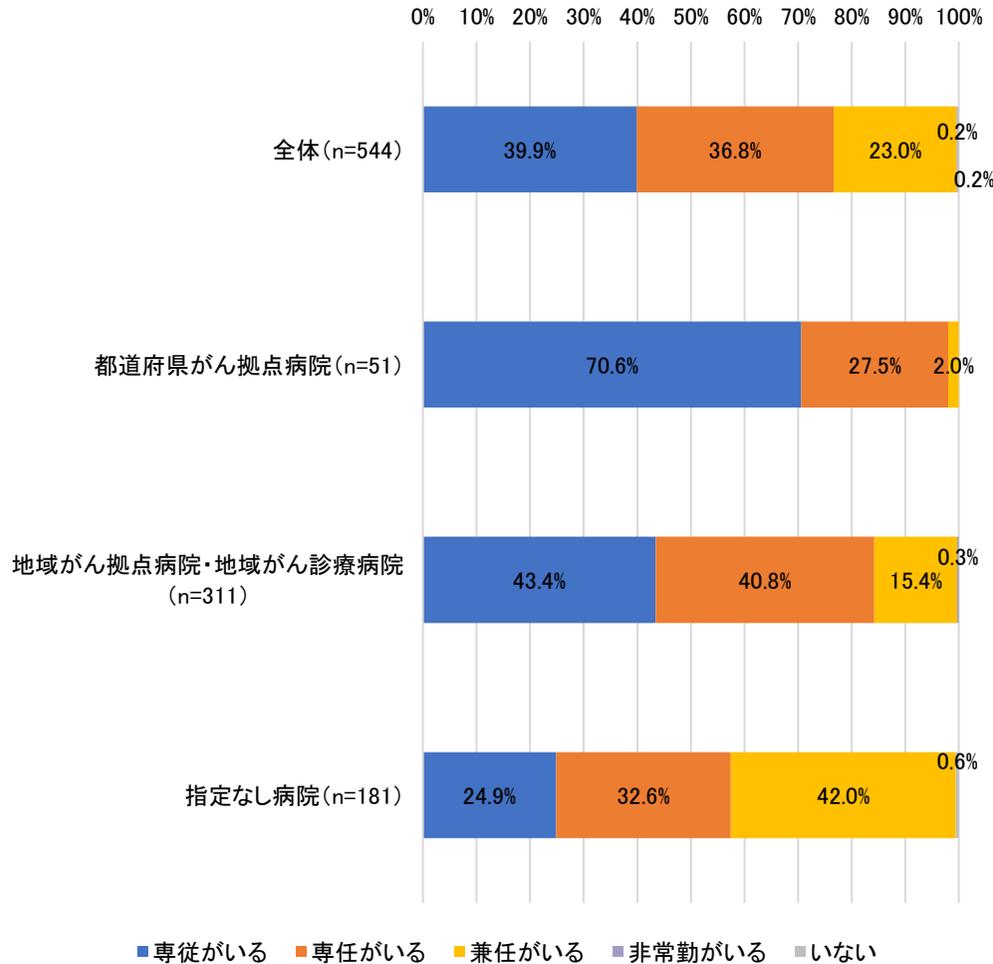
- がん医療は、集学的な治療が長期間にわたり続くことから、治療を開始するうえでの支援(疾病教育など)の重要性が指摘されてきた。近年では、がん治療と緩和ケアが治療の早期から一体となって提供されることの重要性が指摘されている。
- 治療の早期の段階から提供される支援(早期からの緩和ケアを含む)には、単に痛みの緩和や症状マネジメントに留まらず、疾病教育や意思決定支援を含んだ包括的な支援が行われる。
- 支援は、主治医チームと緩和ケアチームの協働で行われるのが望ましい。



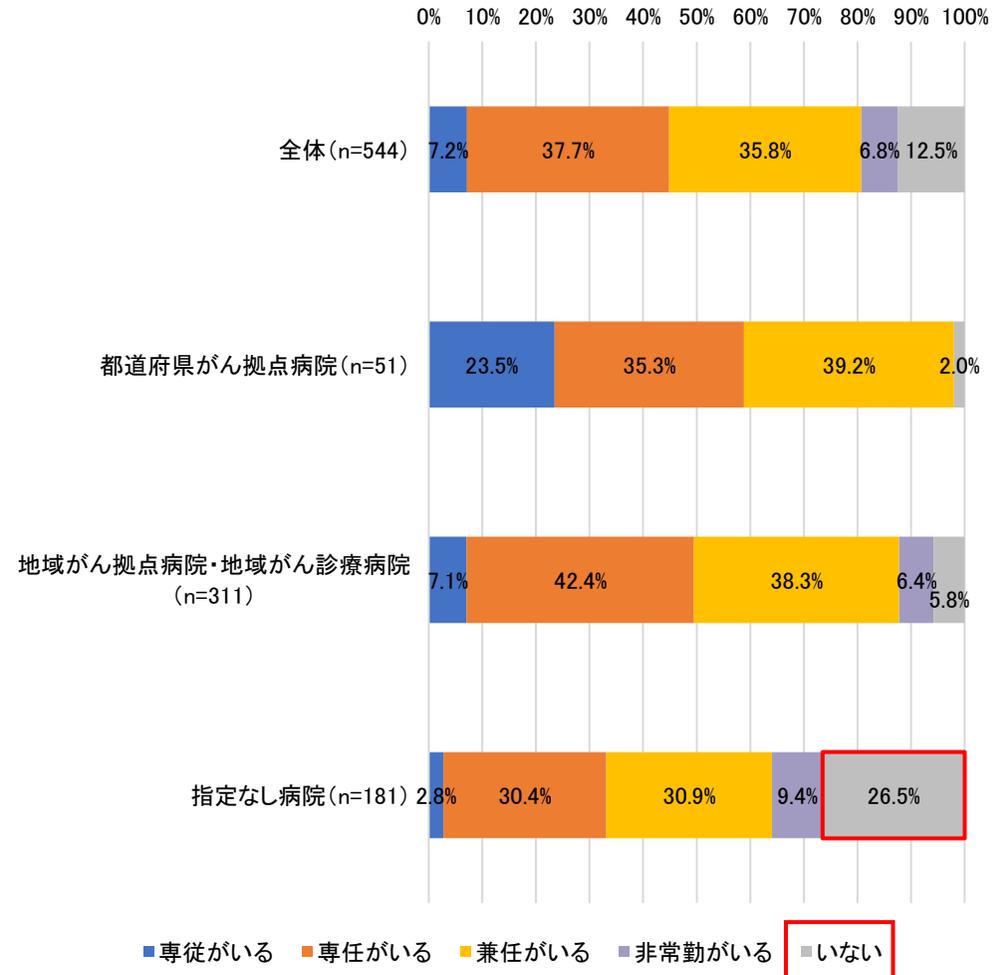
緩和ケアチームにおける医師の配置状況

○ 緩和ケアチームにおける医師の配置状況について、身体担当医はほとんど全ての病院に兼任以上で在籍しているが、精神担当医は、特にがん拠点病院等の指定のない病院で、在籍していない病院が多い。

緩和ケアチームにおける身体担当医の配置状況



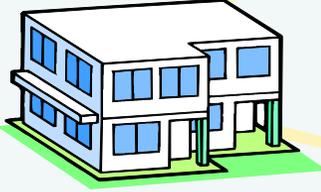
緩和ケアチームにおける精神担当医の配置状況



がん診療連携拠点病院とがん診療連携拠点病院以外の病院の精神症状に対する連携例

○ がん診療連携拠点病院以外の病院に入院中の患者の精神症状の治療に関して、がん診療連携拠点病院の精神科医及び緩和ケアチームによる診療を受けた上で診療情報提供書等を用いて情報共有をすることで、がんの治療を継続できた事例がある。

がん診療連携拠点病院
以外の病院



70歳代 男性 胃がん
・ 外来薬物療法中に不眠と食思不振が出現し、がん診療連携拠点病院以外の病院に入院。
精神科・緩和ケアチームとの連携

がん診療連携拠点病院の
緩和ケアチーム・精神科医



・ うつ病を疑うが、精神科医が勤務しておらず、対応困難。



入院中の他院外来受診

・ 精神腫瘍科にて診察。
・ がん治療の状況（身体状況、使用薬剤、生命予後等）を確認。
・ 精神症状を評価し、せん妄と診断。
・ 緩和ケアチームに支持療法を依頼。

・ がん診療連携拠点病院からの情報や提案をもとに、担当医、緩和ケアチームで支援体制を構築。

適宜、情報を共有（診療情報提供書）

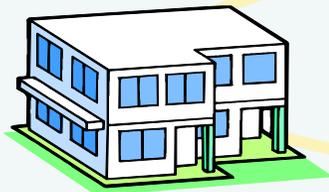
・ せん妄の改善。
・ 胃がんの薬物療法を継続。



がん診療連携拠点病院とがん診療連携拠点病院以外の病院のICTを用いた緩和ケアの連携例

○ がん診療連携拠点病院以外の病院に入院中の患者の精神症状の治療に関して、がん診療連携拠点病院の精神科医及び緩和ケアチームによるICT等を用いた定期的な連携を行うことによって、がん診療連携拠点病院以外の病院を退院することなくがん治療を継続できた事例がある。

がん診療連携拠点病院
以外の病院



40歳代 女性 乳がん

- 入院後、泣き続け、病棟スタッフの関わりも拒否している。

がん診療連携拠点病院の
緩和ケアチーム・精神科医



適宜、必要な情報交換・共有により連携

- 精神科医が勤務しておらず、精神状態に対して、対応が難しい。



電話・ICTを用いて経過を説明し、相談



- 精神状態を評価。
- 薬物療法の提案。
- 緩和ケアチームによる支持療法

- 精神症状の評価のポイントを確認し、継続的に評価。
- 有害事象の有無を確認。
- 病棟スタッフとともに心理社会的な支援体制を整備。

打ち合わせや診療（初回は訪問・その後ICT）

- 今後の乳がん治療予定に合わせた支持療法の検討と計画策定。

- 乳がん切除手術を実施。
- 外来にて術後化学療法を実施。

- 精神腫瘍科外来に通院にて治療。

- 精神状態についても観察。

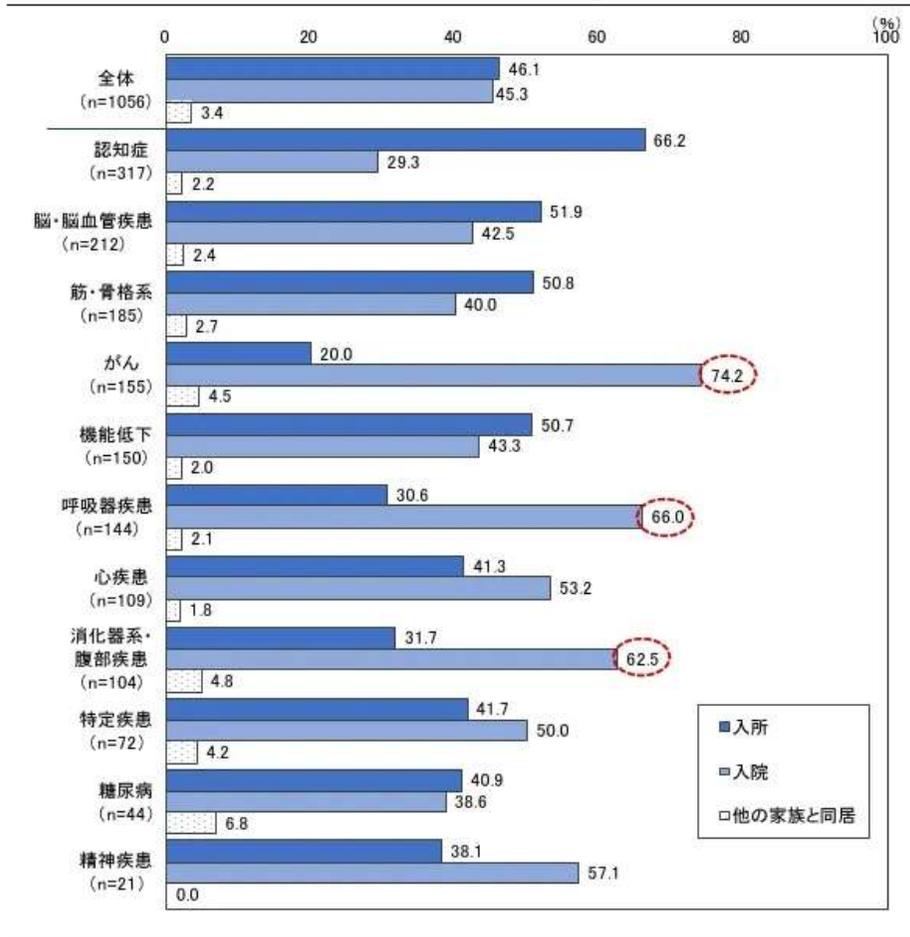
精神状態が安定したため、がん診療連携拠点病院での治療を終診



在宅療養がん患者の転帰や困難になった理由

- がん患者が在宅療養の継続が困難になった場合、74.2%の割合で転帰が入院であるとの報告があり、他の傷病と比較して入院の割合が高いとの報告もあった。
- がん患者が在宅療養が困難になった理由としては、疼痛、悪化及び進行が多い。

図表 2-24 転帰 - 主な傷病別



図表 2-19 自宅での在宅療養が困難になった理由 (複数計上) - 主な傷病別

疾患	状態	認知症		脳・脳血管疾患		筋・骨格系疾患		がん		機能低下	
		独居 (n=152)	同居 (n=158)	独居 (n=71)	同居 (n=131)	独居 (n=76)	同居 (n=96)	独居 (n=76)	同居 (n=77)	独居 (n=58)	同居 (n=90)
疾患	認知症	35.0	27.2	8.5	8.4	19.7	12.5	5.3	7.8	6.9	4.4
	肺炎	2.6	10.8	8.5	17.6	6.6	6.3	2.6	7.8	8.6	13.3
	骨折	8.6	4.4	8.5	3.8	23.7	17.7	0.0	2.6	13.8	1.1
	疼痛	0.7	0.0	1.4	0.8	0.0	4.2	10.5	15.6	1.7	0.0
	糖尿病	2.6	0.6	1.4	0.8	1.3	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	感染	2.6	1.9	1.4	3.1	0.0	2.1	0.0	2.6	3.4	4.4
	在宅での処置困難	0.7	0.6	0.0	0.8	1.3	1.0	5.3	2.6	1.7	0.0
状態	入院	16.4	19.6	19.7	25.2	31.6	28.1	22.4	32.5	19.0	27.8
	悪化	8.6	7.6	4.2	8.4	9.2	9.4	15.8	14.3	3.4	5.6
	進行	19.7	13.3	9.9	2.3	11.8	6.3	10.5	11.7	10.3	3.3
	転倒	12.5	3.8	11.3	2.3	22.4	10.4	3.9	3.9	10.8	3.3
	発症	2.6	2.5	2.8	4.6	6.6	4.2	5.3	2.6	3.4	7.8
	管理	9.2	0.6	2.8	2.3	5.3	2.1	2.6	5.2	3.4	2.2
	増悪	2.6	2.5	5.6	1.5	2.6	3.1	2.6	7.8	0.0	4.4
	誤嚥	1.3	5.1	2.8	8.4	2.6	5.2	0.0	1.3	3.4	5.6
	経口	2.0	1.9	0.0	3.8	2.6	1.0	9.2	2.6	1.7	7.8
	徘徊	5.3	1.9	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	嚥下	0.7	0.0	1.4	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	1.1
	再発	0.0	0.0	4.2	3.8	1.3	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0
	意識	0.0	0.6	0.0	1.5	0.0	1.0	2.6	1.3	1.7	0.0
	急変	0.0	0.6	0.0	0.8	1.3	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0
日常生活	食	9.2	8.2	8.5	6.9	10.5	5.2	18.4	9.1	12.1	10.0
	ADL	10.5	0.0	8.5	2.3	10.5	0.0	7.9	0.0	8.6	0.0
	歩行	4.6	1.9	5.6	1.5	9.2	7.3	1.3	1.3	10.3	1.1
	不安	0.7	1.3	0.0	1.5	2.6	2.1	3.9	6.5	1.7	0.0
	日常生活困難	5.9	0.0	4.2	0.8	3.9	0.0	1.3	0.0	5.2	1.1
	薬	5.9	0.6	1.4	0.8	5.3	1.0	2.6	1.3	3.4	0.0
	移動	0.0	0.0	7.0	0.8	2.6	3.1	2.6	1.3	5.2	1.1
外出	0.7	1.3	1.4	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	
火	2.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	
介護者	介護	11.2	50.6	14.1	52.7	10.5	43.8	15.8	40.3	10.3	45.6
	家族	6.6	19.6	16.3	22.1	10.5	16.7	11.8	26.0	13.8	26.7
	死亡	3.3	5.1	2.8	3.8	7.9	4.2	7.9	2.6	8.6	3.3
	病気	0.7	2.5	1.4	0.8	0.0	3.1	0.0	2.6	0.0	0.0
	仕事	0.7	1.9	0.0	0.8	0.0	2.1	0.0	2.6	1.7	4.4
	虐待	0.7	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
日中独居	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	
その他	2.6	1.9	1.4	0.8	3.9	1.0	1.3	2.6	8.6	4.4	

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。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

○ 緩和ケア病棟入院料 1

30日以内 5,107点 31日以上60日以内 4,554点 61日以上 3,350点

○ 緩和ケア病棟入院料 2

30日以内 4,870点 31日以上60日以内 4,401点 61日以上 3,298点



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。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算

○ 在宅緩和ケア患者の病状急変時等の入院受け入れを評価する緩和ケア病棟緊急入院初期加算について、算定回数は令和4年で増加しているが、全体の緩和ケア病棟入院料の算定回数と比べると低い。

○ 緩和ケア病棟入院料1

30日以内 5,107点 31日以上60日以内 4,554点 61日以上 3,350点

○ 緩和ケア病棟入院料2

30日以内 4,870点 31日以上60日以内 4,401点 61日以上 3,298点

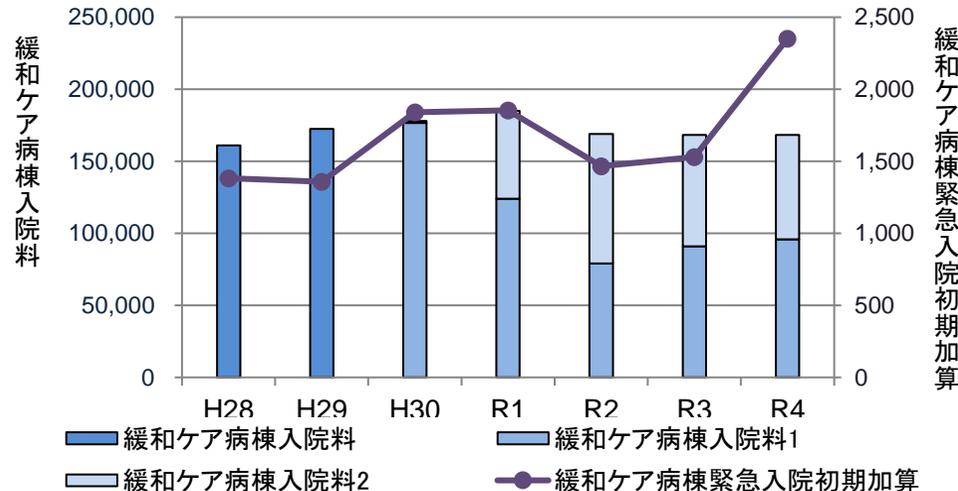


**緩和ケア病棟緊急入院初期加算
(入院後15日まで) 200点**

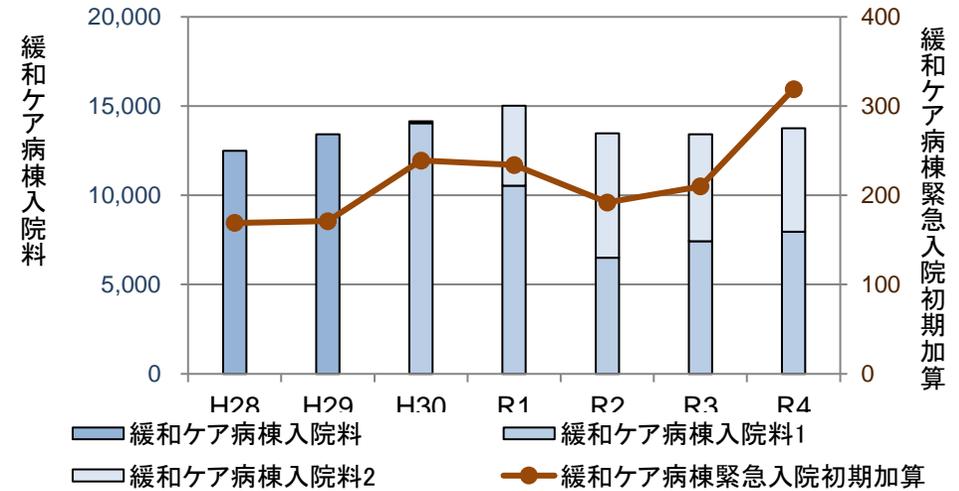
[緊急入院初期加算の算定要件]

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。

算定回数(緩和ケア病棟入院料、緩和ケア病棟緊急入院初期加算)

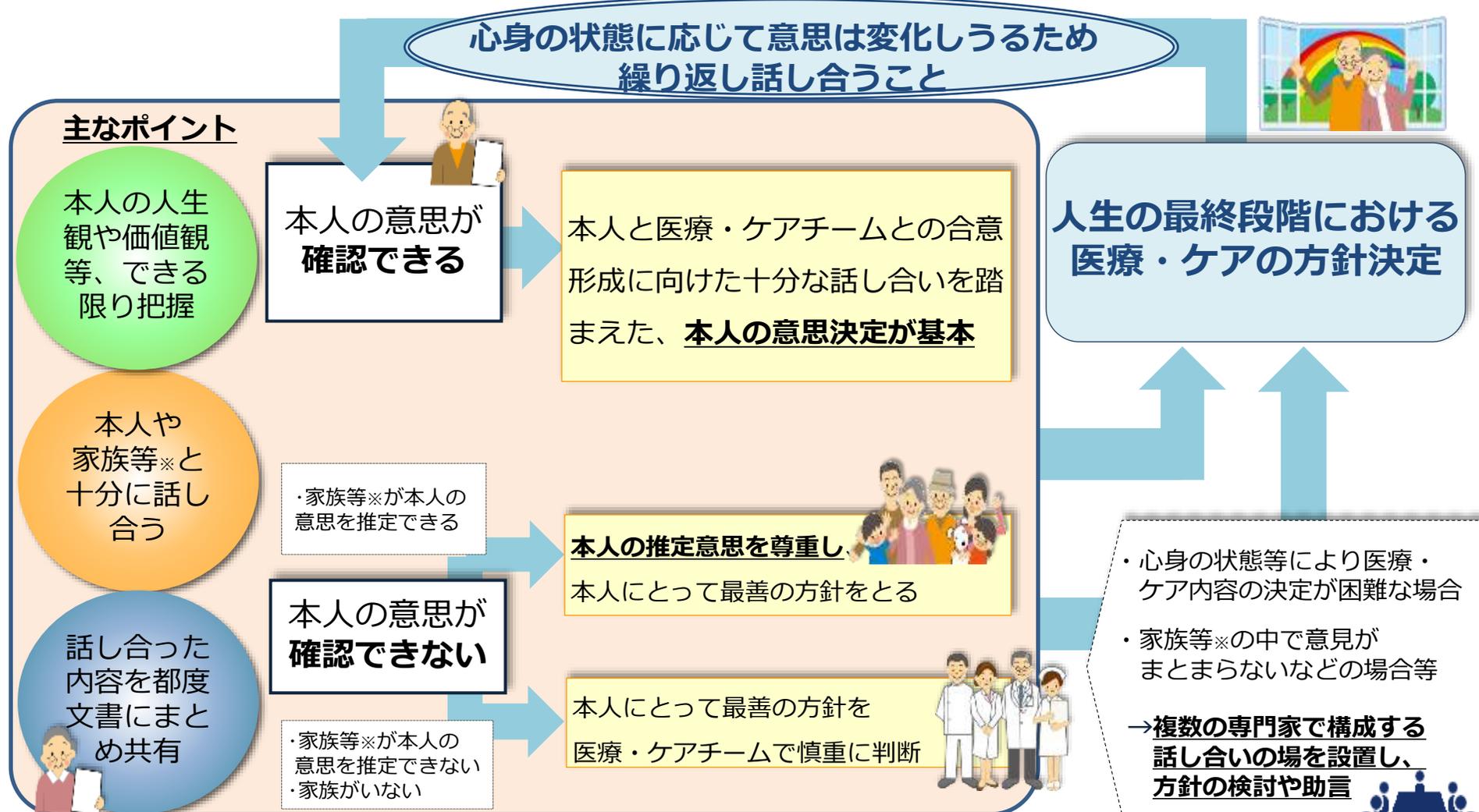


算定件数(緩和ケア病棟入院料、緩和ケア病棟緊急入院初期加算)



「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



ICTを用いた情報共有【事例】

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

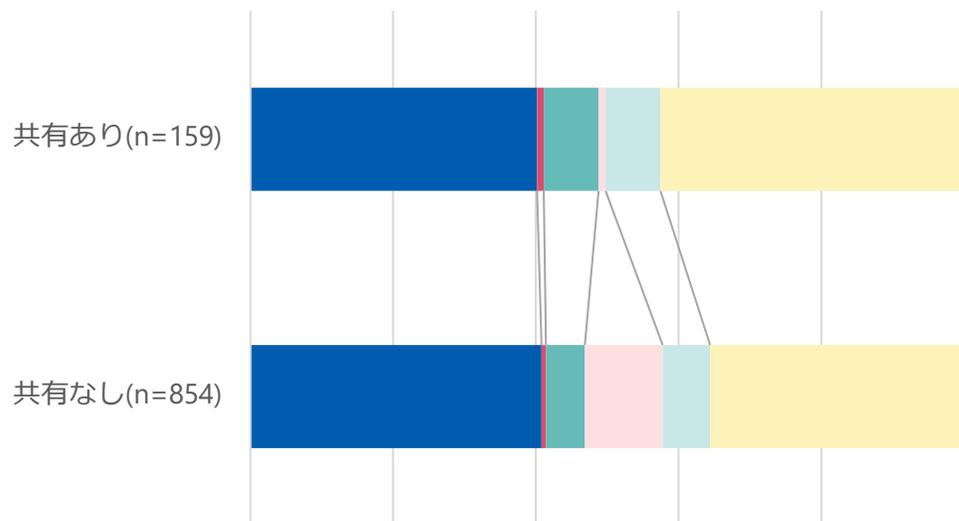
	記録者	記録内容(概要)	補足
Day	 (在宅医師)	肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。主たる介護者は妻であり、 本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。	<p>写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。 【共有内容のイメージ】</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>投稿者: ○○ ○○ (医師)</p> <p>題名: 呼吸苦時の対応 本文: 呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。</p> <p>添付: </p> </div>
-58日	 (看護師)	奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思ってます。」	
-14日	 (看護師)	トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。 (起居動作を動画にて保存)	
-10日	 (看護師)	頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。	
-6日	 (在宅医師)	奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。 (良姿勢を動画にて保存)	
		連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有	
-4日	 (ケアマネジャー)	福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されておりました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているいろいろやっていますけれども、病状は悪化する一方ですね。 先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心 」	<p>家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。</p>
-2日	 (在宅医師)	画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。	<p>ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。</p>
-2日	 (緩和ケア病棟スタッフ)	これまでも地域ICTの記録を通じて 病態変化を事前に確認できて いるので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。	<p>患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。</p>
0日	 (病室)	<p style="text-align: center;">当該緩和ケア病棟に入院</p> <p>入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。</p>	

○ 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定の情報に係る情報を共有している医療機関はそうではない医療機関と比較して、緩和ケアを必要とする患者の入院で急性不安対応目的の入院の割合が低く、容態が急変した際の入院先として急性期一般病棟に入院した割合が低い一方で、緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟に入院した割合が高かった。

人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別 (ICT)

緩和ケアを必要とする患者の入院の目的

0% 20% 40% 60% 80% 100%

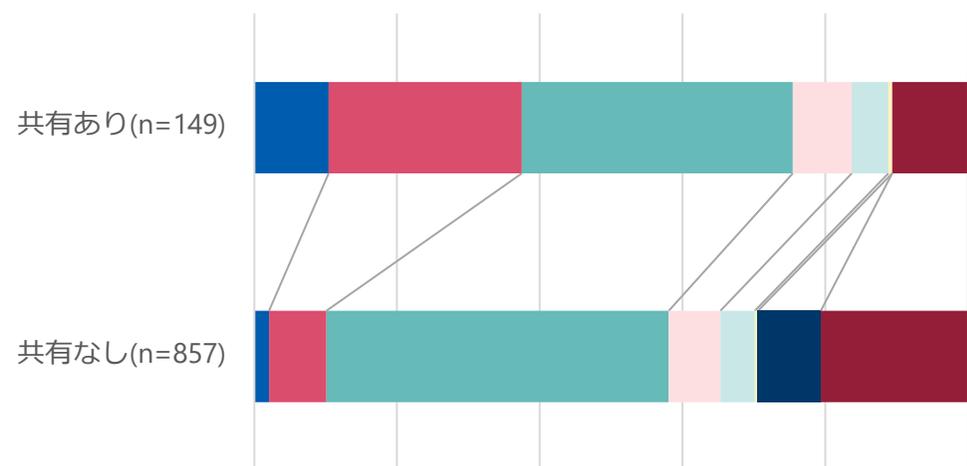


■ 疼痛コントロール目的 ■ 心不全のコントロール目的
 ■ 呼吸不全のコントロール目的 ■ 急性不安対応目的
 ■ バイタルの急変 ■ その他

人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別 (ICT)

容体が急変し入院した際の入院先

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 緩和ケア病棟 ■ 地域包括ケア病棟
 ■ 急性期一般病棟 ■ 地域一般病棟
 ■ 療養病棟 ■ 回復期リハビリテーション病棟
 ■ その他 ■ わからない

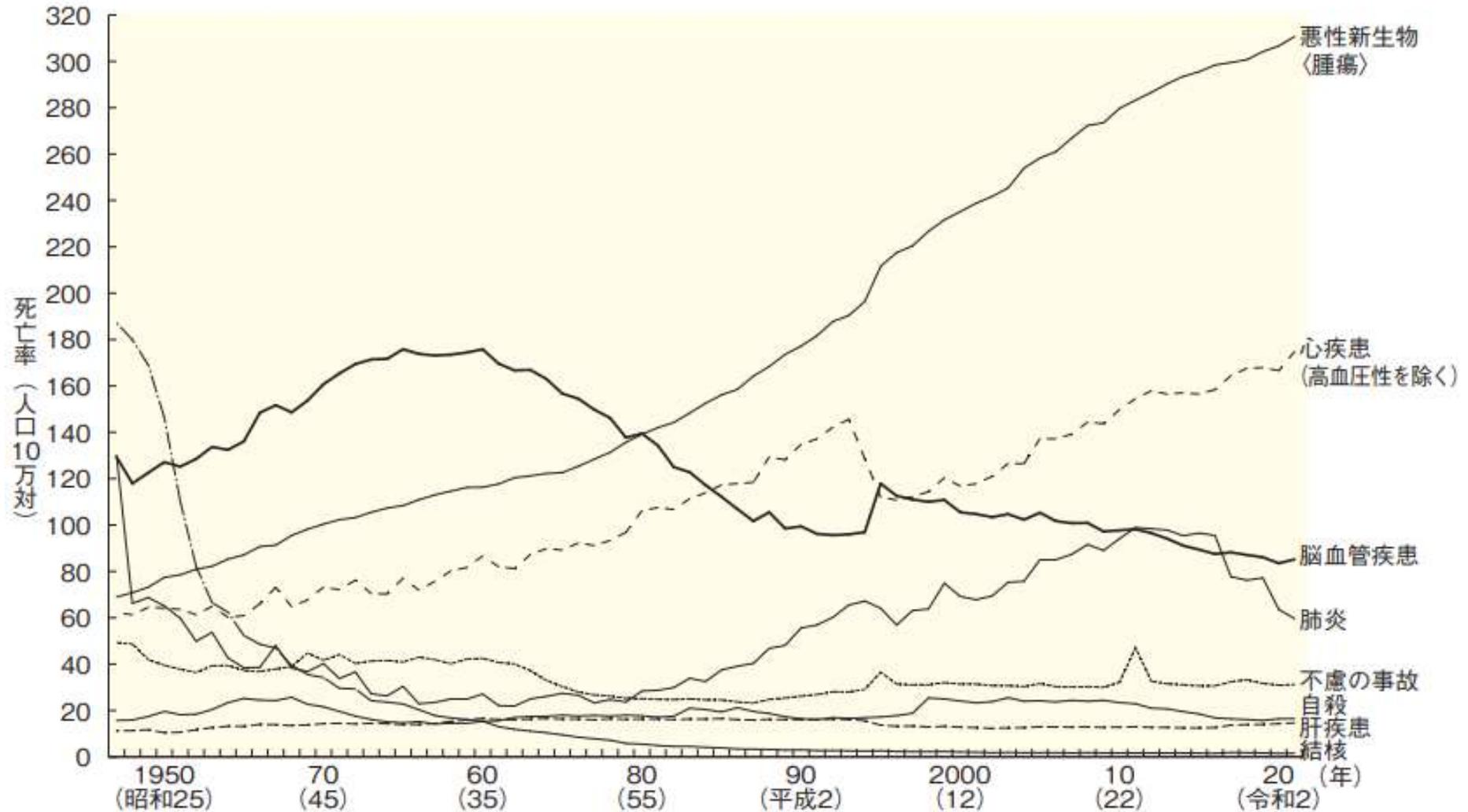
※ 容体が急変し入院した後の入院先の対象患者は、悪性腫瘍以外の患者も含まれる。

1. 緩和ケアをとりまく現状等について
2. 多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について
 - 2-1 精神症状に対する緩和ケアの提供について
 - 2-2 疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について
3. 切れ目のない緩和ケアの提供体制について
 - 3-1 治療期における外来緩和ケアの提供体制について
 - 3-2 緩和ケアにおける医療機関の連携体制について
4. 非がん等の緩和ケアについて
 - 4-1 在宅における非がんの緩和ケアについて
 - 4-2 小児の緩和ケアについて

主な死因別にみた死亡率の推移

中医協 総-4
5 . 7 . 5

主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



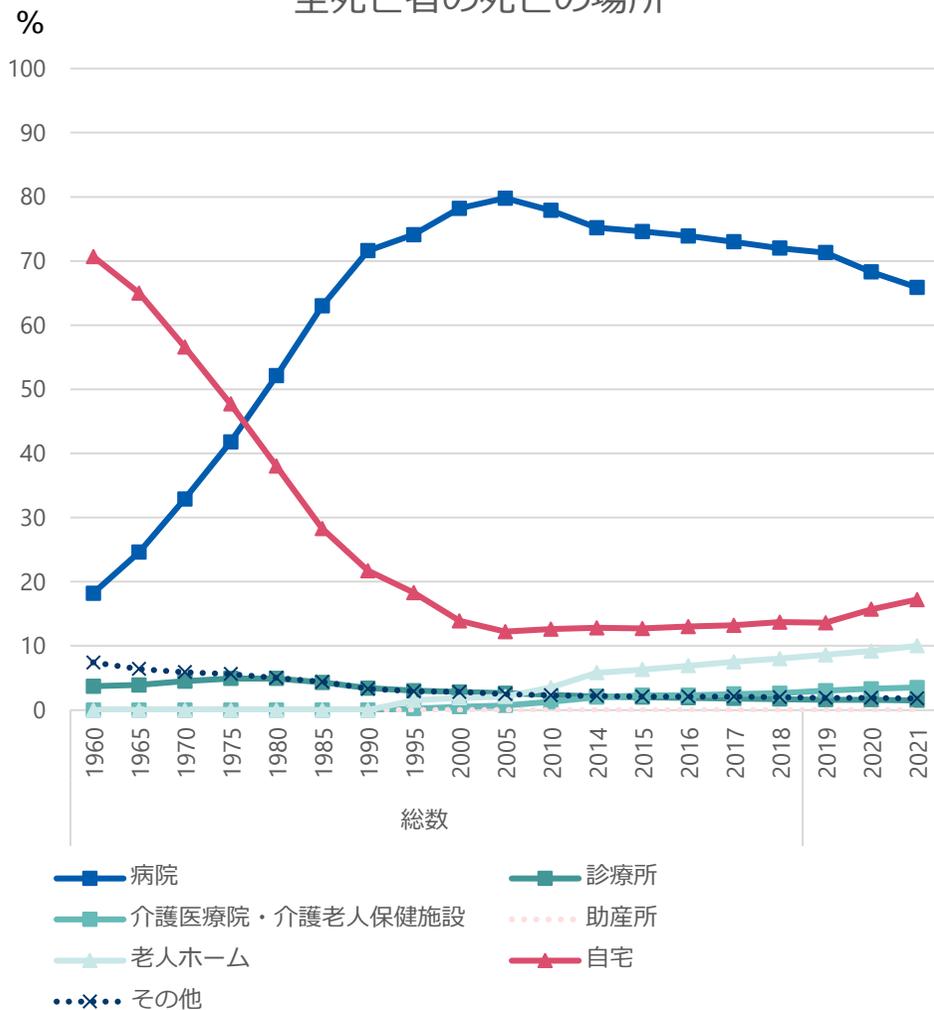
資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

- (注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。
2. 2021 (令和3) 年は概数である。

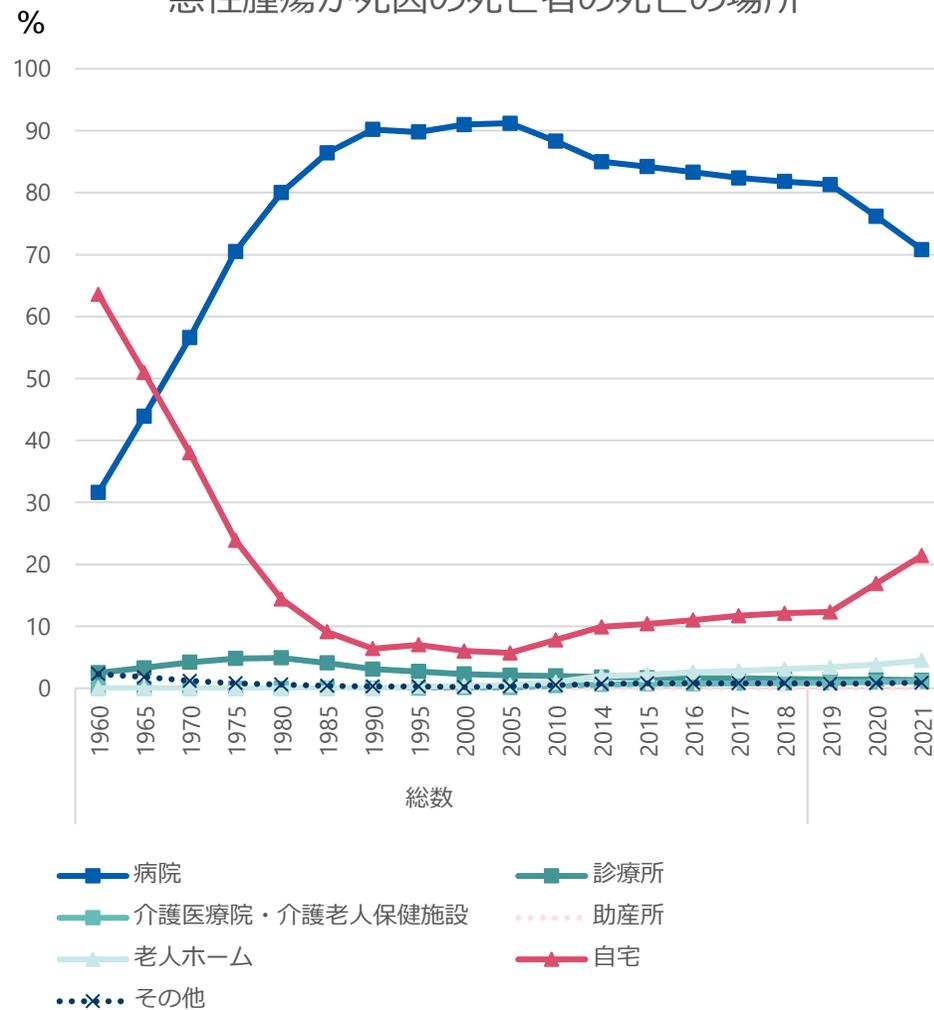
悪性腫瘍の患者の死亡の場所の推移

○ 悪性腫瘍が死因の死亡者について、自宅で死亡する患者の割合は特に増加してきている。

全死亡者の死亡の場所



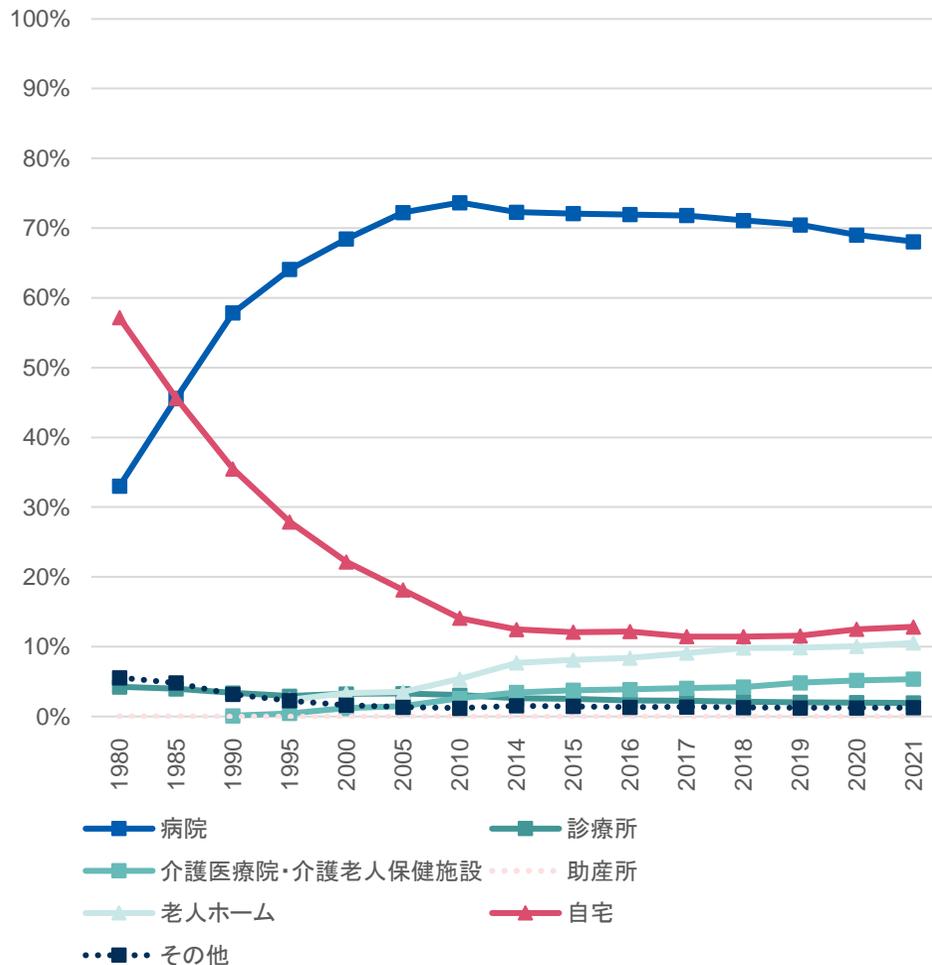
悪性腫瘍が死因の死亡者の死亡の場所



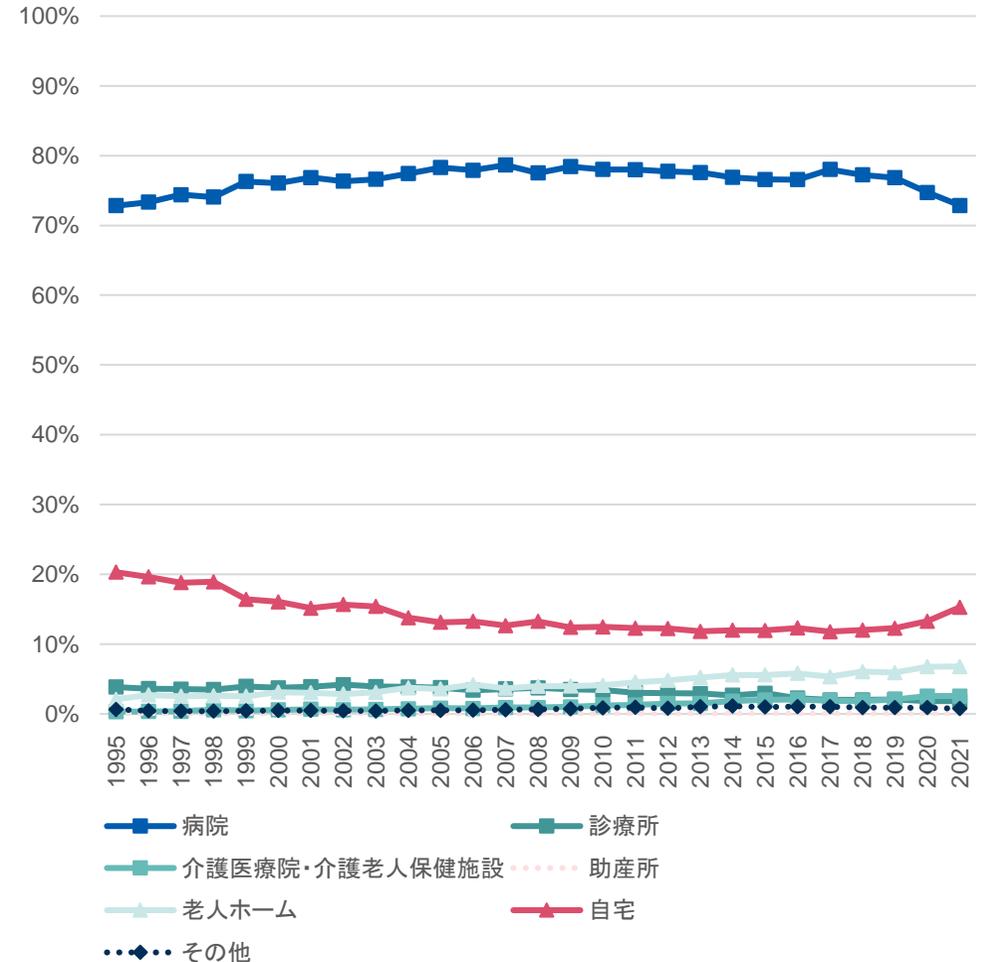
心疾患及び呼吸器系の疾患の患者の死亡の場所の推移

○ 心不全及び慢性閉塞性肺疾患の疾患が死因の死亡者について、自宅で死亡する患者の割合は2019年以降微増しているが、悪性腫瘍が死因の死亡者に比べると割合は低い。

心不全が死因の死亡者の死亡の場所



慢性閉塞性肺疾患が死因の死亡者の死亡の場所

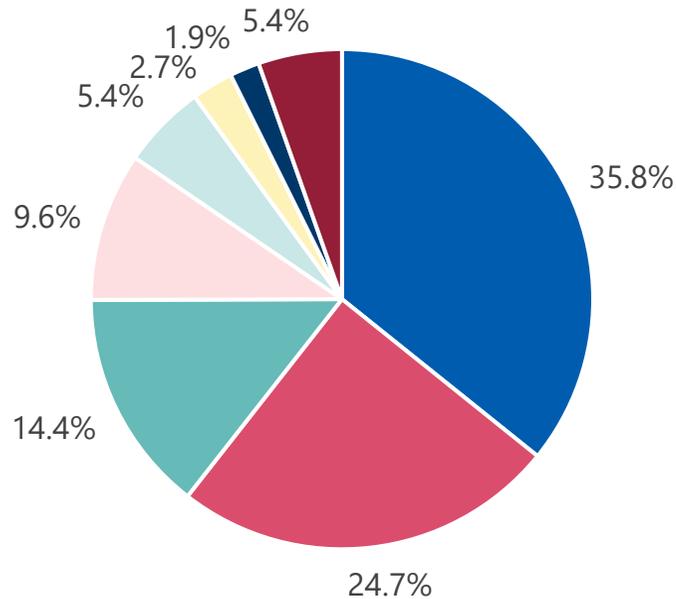


自宅における死亡者の死因の割合

○ 自宅における死亡者の平成28年と令和3年の死因の割合を比較すると、悪性腫瘍の割合が増加し、循環器疾患の割合が減少している。

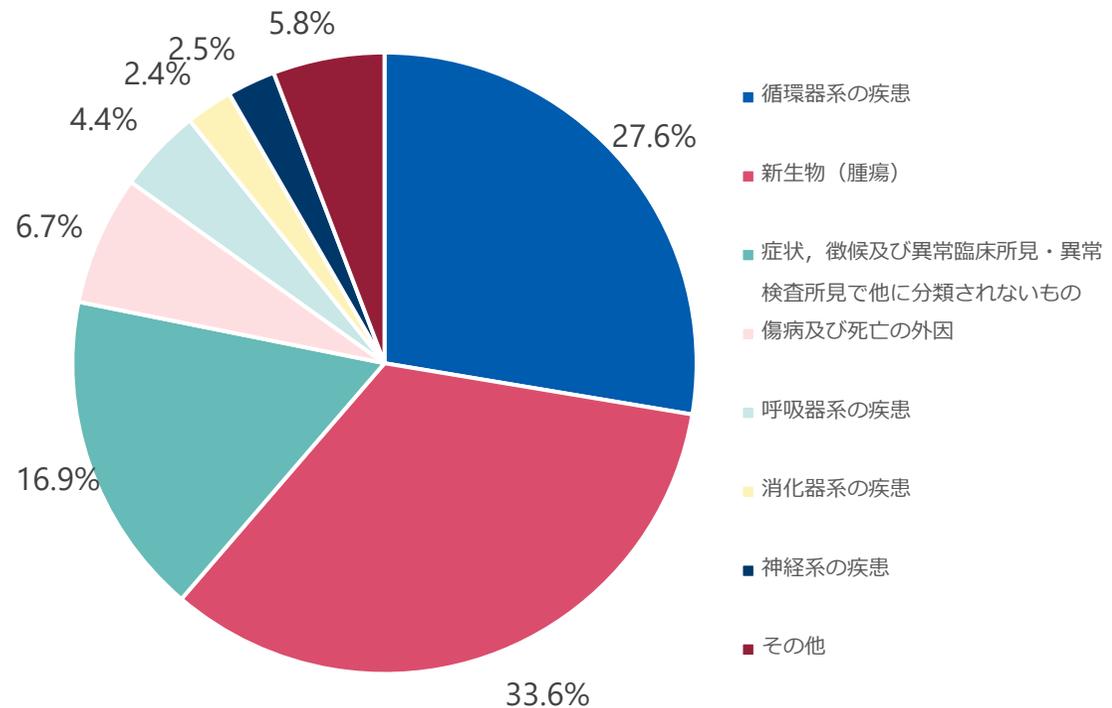
自宅における死亡者の死因の割合

(H28) n=169,447



自宅における死亡者の死因の割合

(R3) n=247,896



- 循環器系の疾患
- 新生物（腫瘍）
- 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- 傷病及び死亡の外因
- 呼吸器系の疾患
- 消化器系の疾患
- 神経系の疾患
- その他

緩和ケア診療加算等の要件の見直し

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象に追加する。

現行(対象患者)

悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、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



改定後(対象患者)

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

- 緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事管理の取組を評価する。

緩和ケア診療加算

(新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (2) 緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

[施設基準]

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。

緩和ケア診療加算等の見直し

緩和ケア診療加算等の見直し

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。
 1. 緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師に求める経験について、「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
 2. 受講を求める研修について、「日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

現行

[施設基準(緩和ケア診療加算)]

身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

緩和ケアチームの医師は、以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。

- 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

改定後

[施設基準(緩和ケア診療加算)]

身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。

緩和ケアチームの医師は、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。

- 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
- ウ 日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース

※ 有床診療所緩和ケア診療加算についても同様。

外来緩和ケア管理料の見直し

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、外来緩和ケア管理料の対象に末期心不全の患者を加えるとともに、当該患者を対象とする場合の要件を、緩和ケア診療加算等と同様に見直す。

C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点

注 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。

C108－2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点

注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

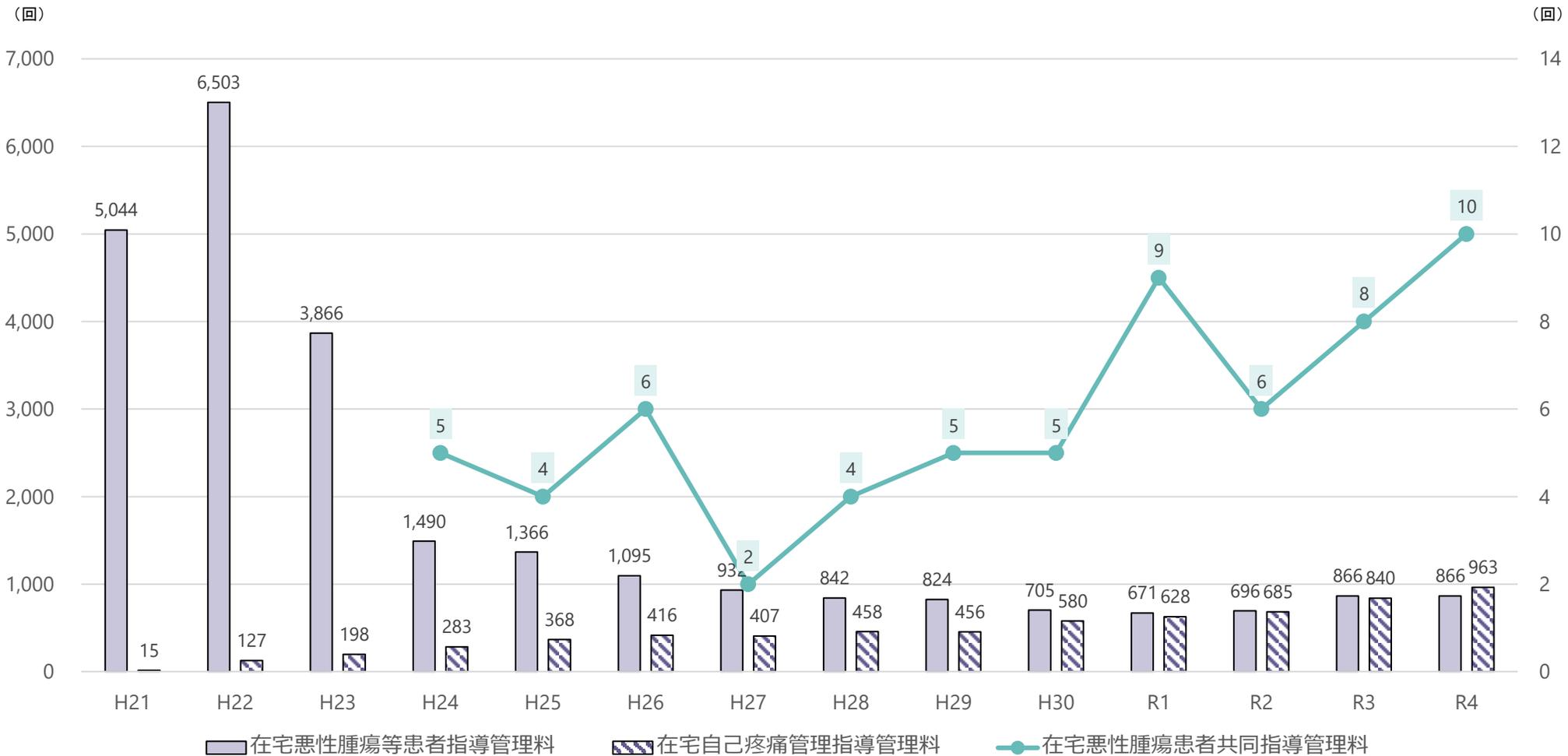
※「在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法」とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点

注 疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等の算定状況

○ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等の算定回数は近年横ばいで推移している。



※病院について : 平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査
 ※診療所について : 平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

在宅がん医療総合診療料 (1日につき)

- | | | |
|---|-----------------|--------|
| 1 | 機能強化型の在支診・在支病 | |
| | イ 病床を有する場合 | |
| | (1) 処方箋を交付する場合 | 1,800点 |
| | (2) 処方箋を交付しない場合 | 2,000点 |
| | イ 病床を有しない場合 | |
| | (1) 処方箋を交付する場合 | 1,650点 |
| | (2) 処方箋を交付しない場合 | 1,850点 |
| 2 | 機能強化型以外の在支診・在支病 | |
| | イ 処方箋を交付する場合 | 1,495点 |
| | ロ 処方箋を交付しない場合 | 1,685点 |

注) 在宅がん医療総合診療料は、
在支診・在支病のみ届出可能。



小児加算 (※)
1,000点(週に1回)

[算定要件] (抜粋)

- **在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者**であって通院が困難なものについて算定する。
- 計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、1週間を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。
 - ア 当該患者に対し、**訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上**であること。
 - イ 訪問診療の回数が週1回以上であること。
 - ウ 訪問看護の回数が週1回以上であること。

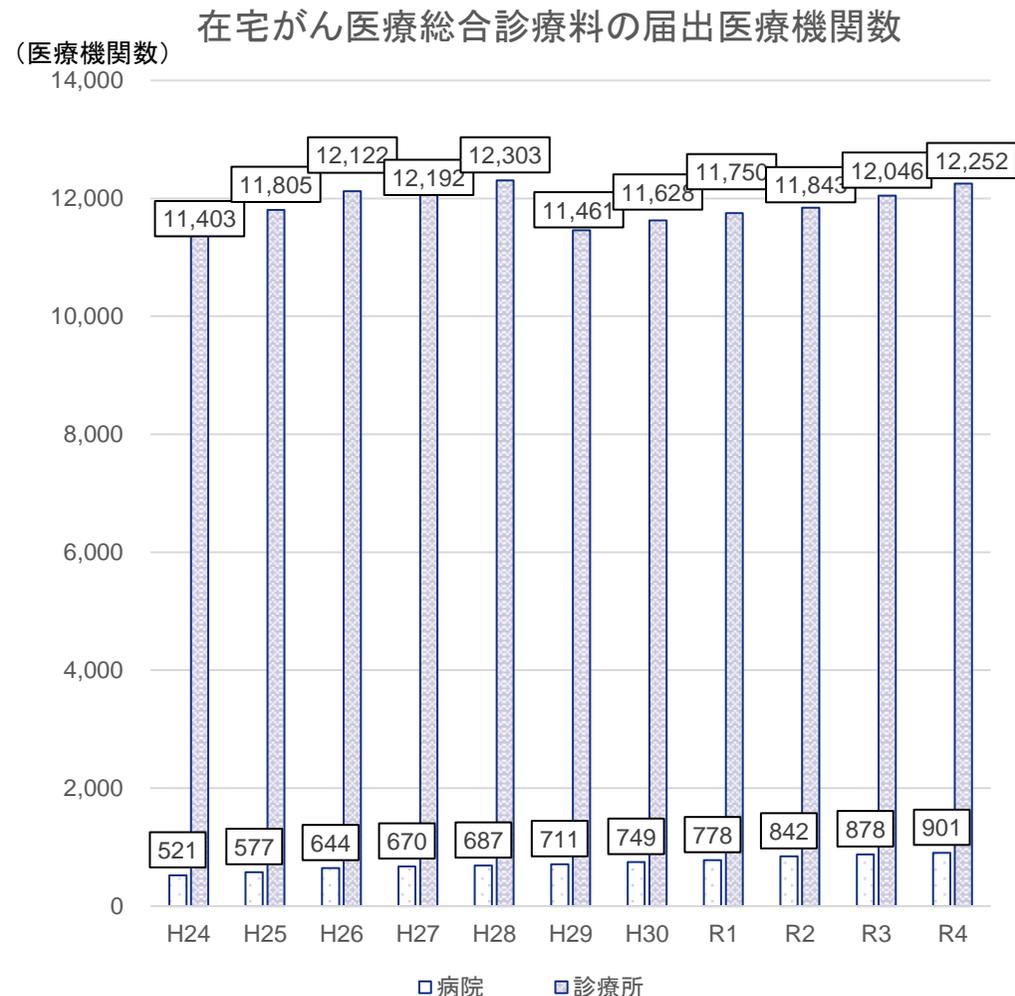
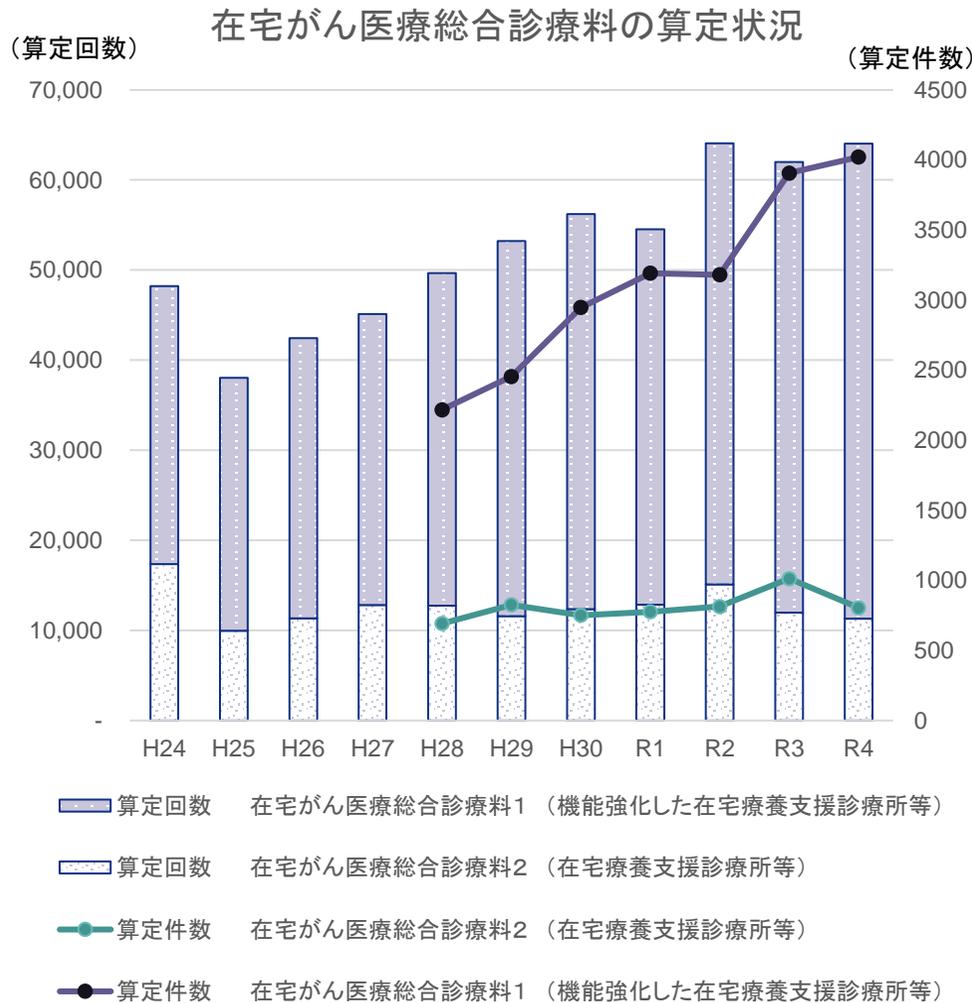
[施設基準] (抜粋)

- 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。
- 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。
- 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

(※) 小児加算は15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)について算定。

在宅がん医療総合診療料の算定状況等

- 在宅がん医療総合診療料の算定回数は近年横ばいであるが、算定件数は増加傾向である。
- 届出医療機関数については、在宅療養支援病院で増加傾向である。

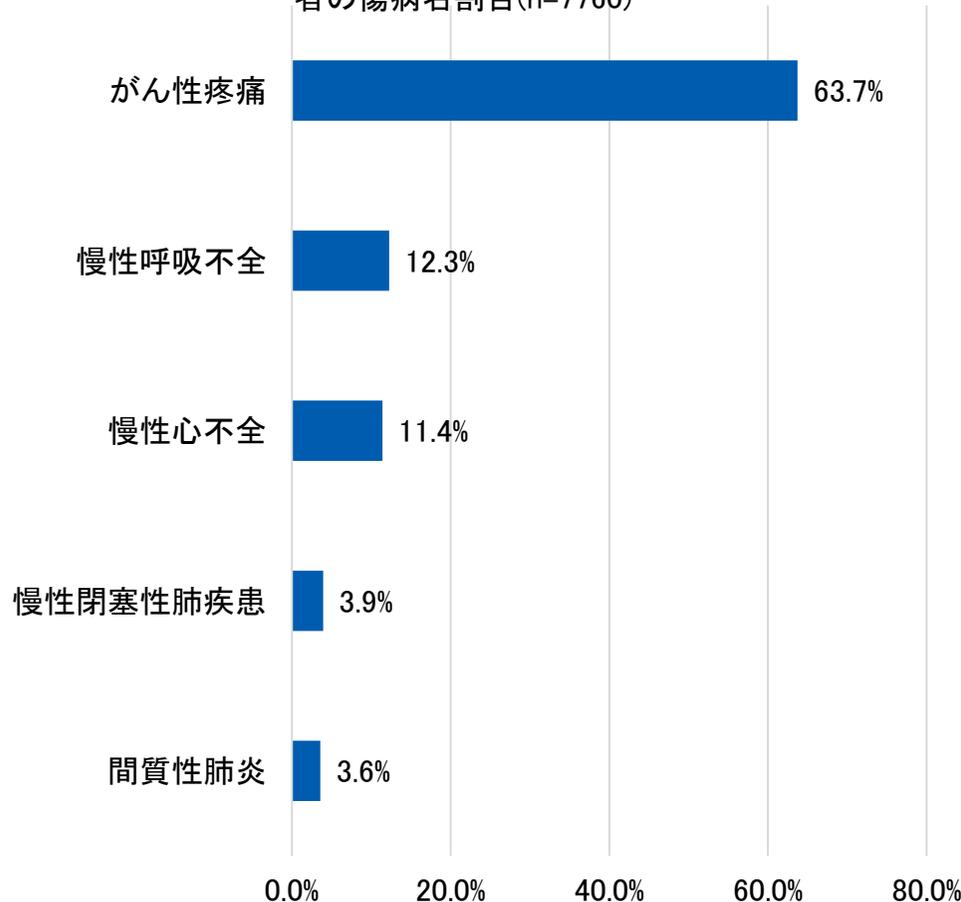


※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

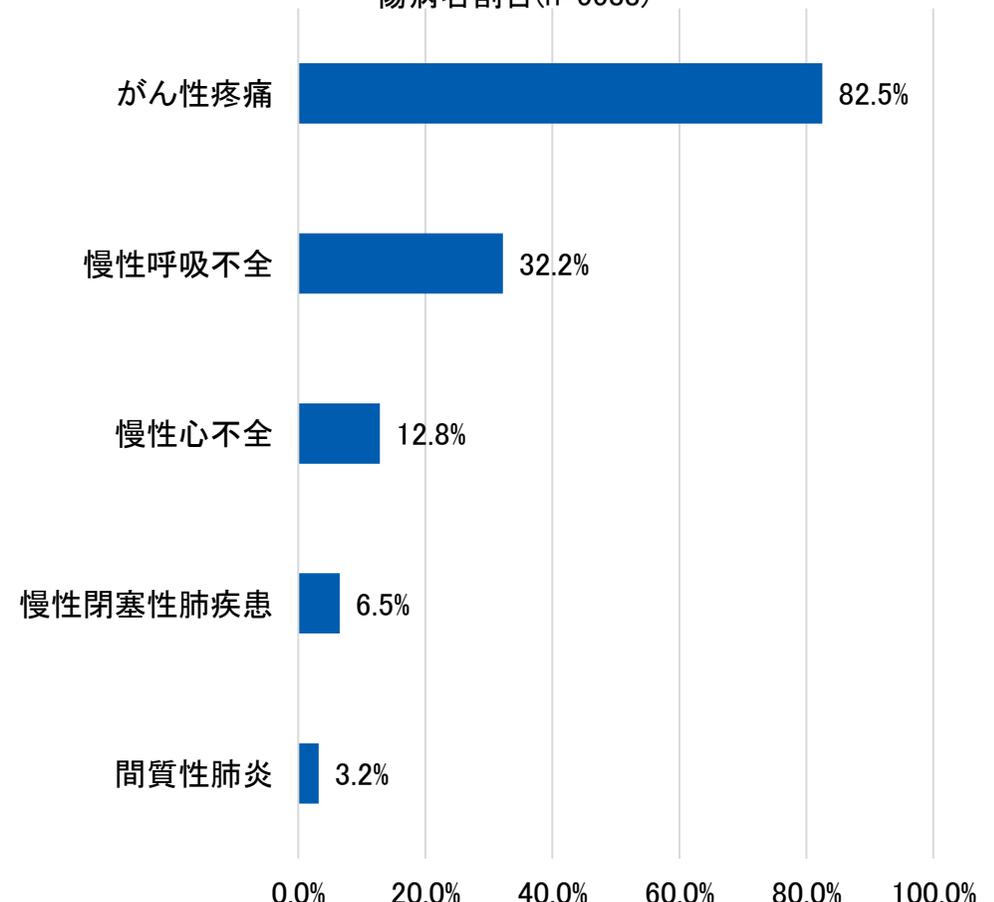
訪問診療を行っている患者の麻薬の処方状況

- 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。

麻薬を処方され、処方料または処方箋料が算定された患者の傷病名割合(n=7760)



麻薬(注射薬のみ)を処方された患者の傷病名割合(n=5588)



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

- 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

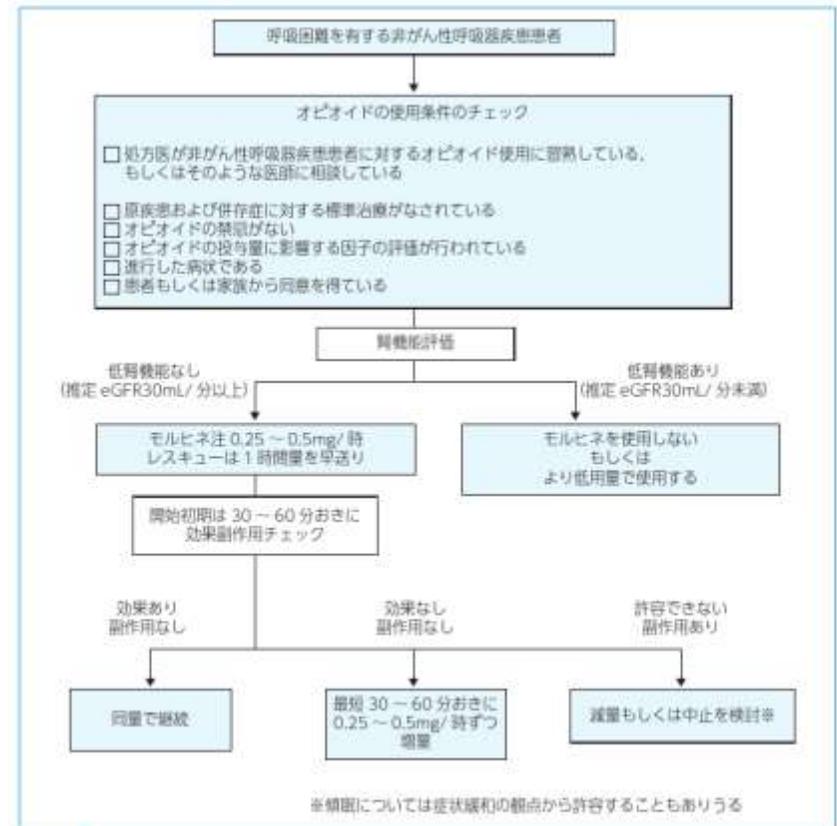


図2 オピオイド注射剤の使用方法

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

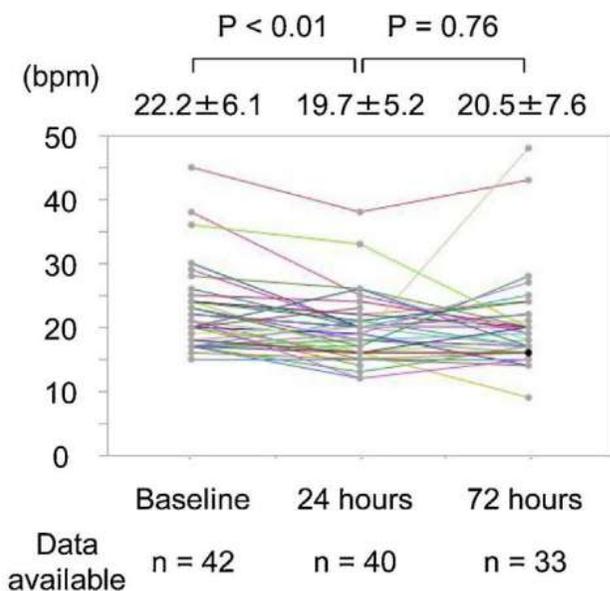
重症心不全患者のオピオイド連続投与による呼吸苦軽減

○ モルヒネを開始し24時間後に呼吸数の安定と症状の改善を認めており、心不全患者に対するモルヒネ投与は心不全患者の呼吸苦を軽減することが示されている。

対象：2013年9月から2018年12月まで国立循環器病研究センターの緩和ケアチームに紹介がありモルヒネを連続使用した重症心不全入院患者43症例※

※うち35例に入院期間中に静脈投与有り。

<モルヒネ投与後の呼吸数呼吸数の推移>



<モルヒネ投与後の症状の改善>

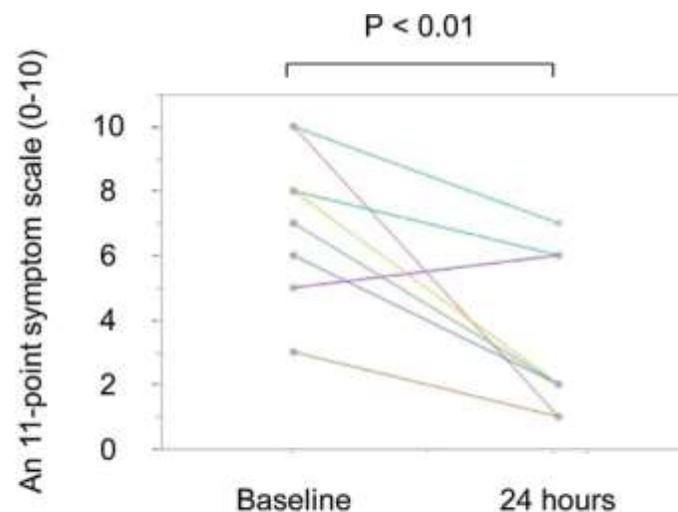


Fig. 2. Quantitative symptom scale of dyspnea at baseline and 24 h after starting treatment.

出典: Experience of morphine therapy for refractory dyspnea as palliative care in advanced heart failure patients (*J Cardiol*, 2020. 75:682-688)

非がん性呼吸器疾患に対するオピオイド静脈注射の効果

- 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)

1. 緩和ケアをとりまく現状等について
2. 多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について
 - 2-1 精神症状に対する緩和ケアの提供について
 - 2-2 疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について
3. 切れ目のない緩和ケアの提供体制について
 - 3-1 治療期における外来緩和ケアの提供体制について
 - 3-2 緩和ケアにおける医療機関の連携体制について
4. 非がん等の緩和ケアについて
 - 4-1 在宅における非がんの緩和ケアについて
 - 4-2 小児の緩和ケアについて

○ 小児に対する緩和ケアも含めた終末期ケアは、成人と比較し、きょうだいを含む家族への支援がより求められている。

小児がん看護ケアガイドライン 第15章：終末期ケア

<ケアの指針>

- どこにいても、どんなときでも、子どもらしく過ごし、家族も子どもとのかけがえのない時間を感じ、穏やかな最期の時を迎えられることを支える
- 小児がんをもつ子どもの身体的、心理社会的、スピリチュアル、さらに家族の苦痛を予防すること、あるいは苦痛を評価し、緩和する
- 子どもの認識、考え、気持ちや、子どもと家族がどうありたいと考えているか、どのように体験を感じているかという子どもと家族自身の感覚に着目する
- 子どもと家族が、それぞれの意向にそった終末期の治療や生活に関連するさまざまな選択ができるように支える
- 子どもが亡くなった後の両親、きょうだいへのケアにつながる関わりを大切にする
- 終末期ケアは、終末期になって始まるものではなく、診断後の継続した子ども、家族、医療チームとのかかわりの中で行われていくものであり、治療過程で形成された子どもと家族、医療チームの信頼関係が基盤となることを認識する

● 緩和ケア病棟入院料

- 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。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

A310

1 緩和ケア病棟入院料1

30日以内 5,107点 31日以上60日以内 4,554点 61日以上 3,350点

2 緩和ケア病棟入院料2

30日以内 4,870点 31日以上60日以内 4,401点 61日以上 3,298点



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。**

● 緩和ケア診療加算

- 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に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチームによる診療が行われた場合に算定する。

A226-2 緩和ケア診療加算

390点 (1日につき)



小児加算 100点

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

● がん拠点病院加算

- がん診療の拠点となる病院等において、別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、入院初日に限り所定点数に加算する。

A232 がん拠点病院加算(入院初日)

1 がん診療連携拠点病院加算

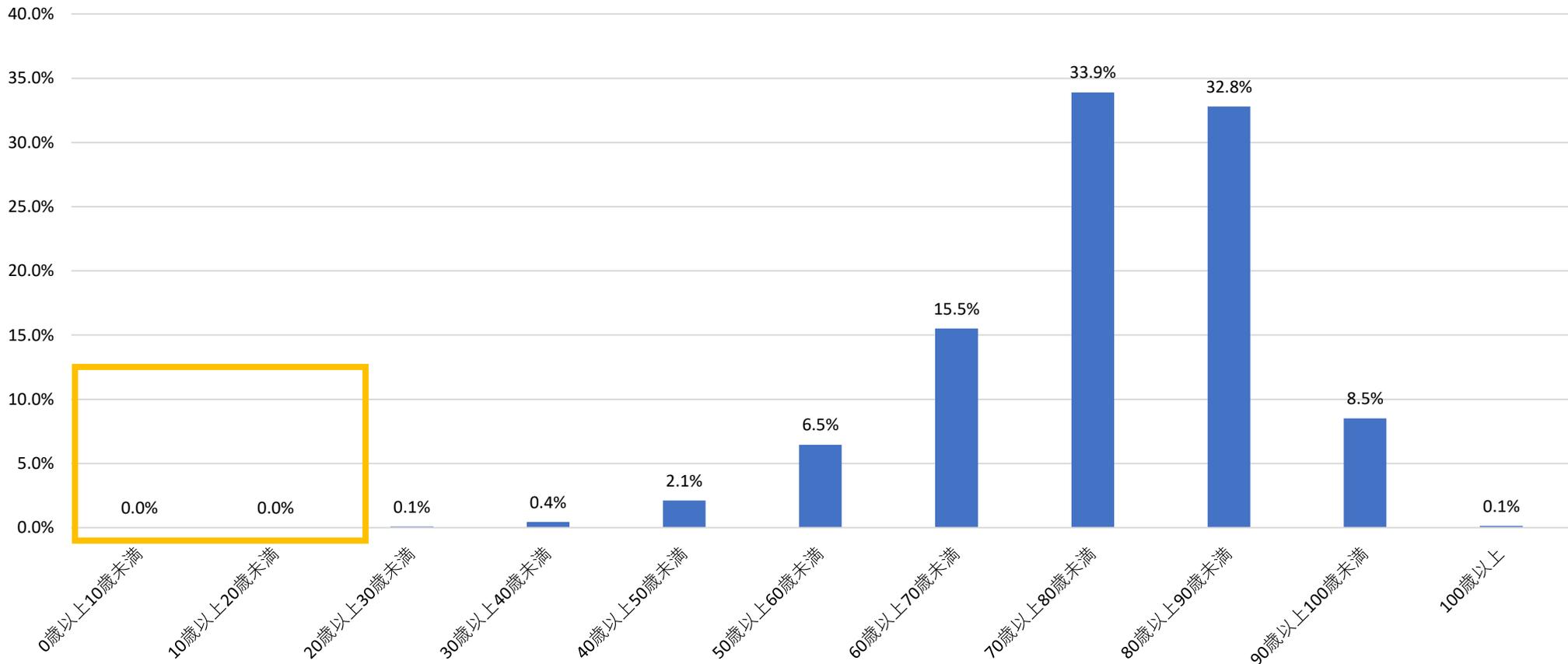
イ がん診療連携拠点病院 500点 (入院初日) ロ 地域がん診療病院 300点 (入院初日)

2 小児がん拠点病院加算 750点 (入院初日)

緩和ケア病棟に入院する患者の年齢について

- 緩和ケア病棟に入院した患者の、入院時年齢の分布は以下のとおり。
- 「20歳未満」の患者はほとんどいなかった。

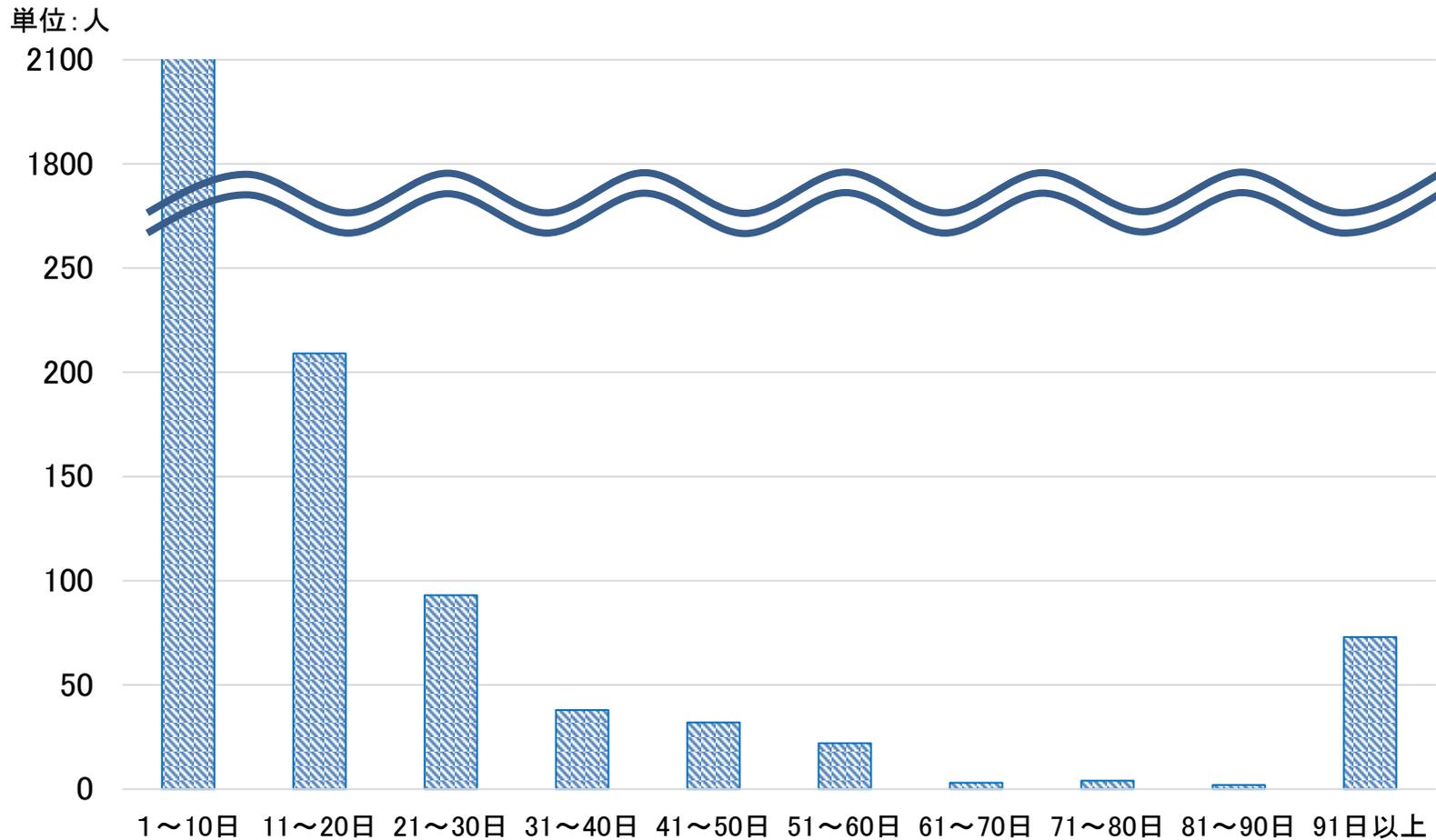
令和4年1月から9月緩和ケア病棟入院時年齢区分別患者割合
DPCデータ全体421施設(n=59837)



小児入院医療管理料を算定している病棟の在院日数

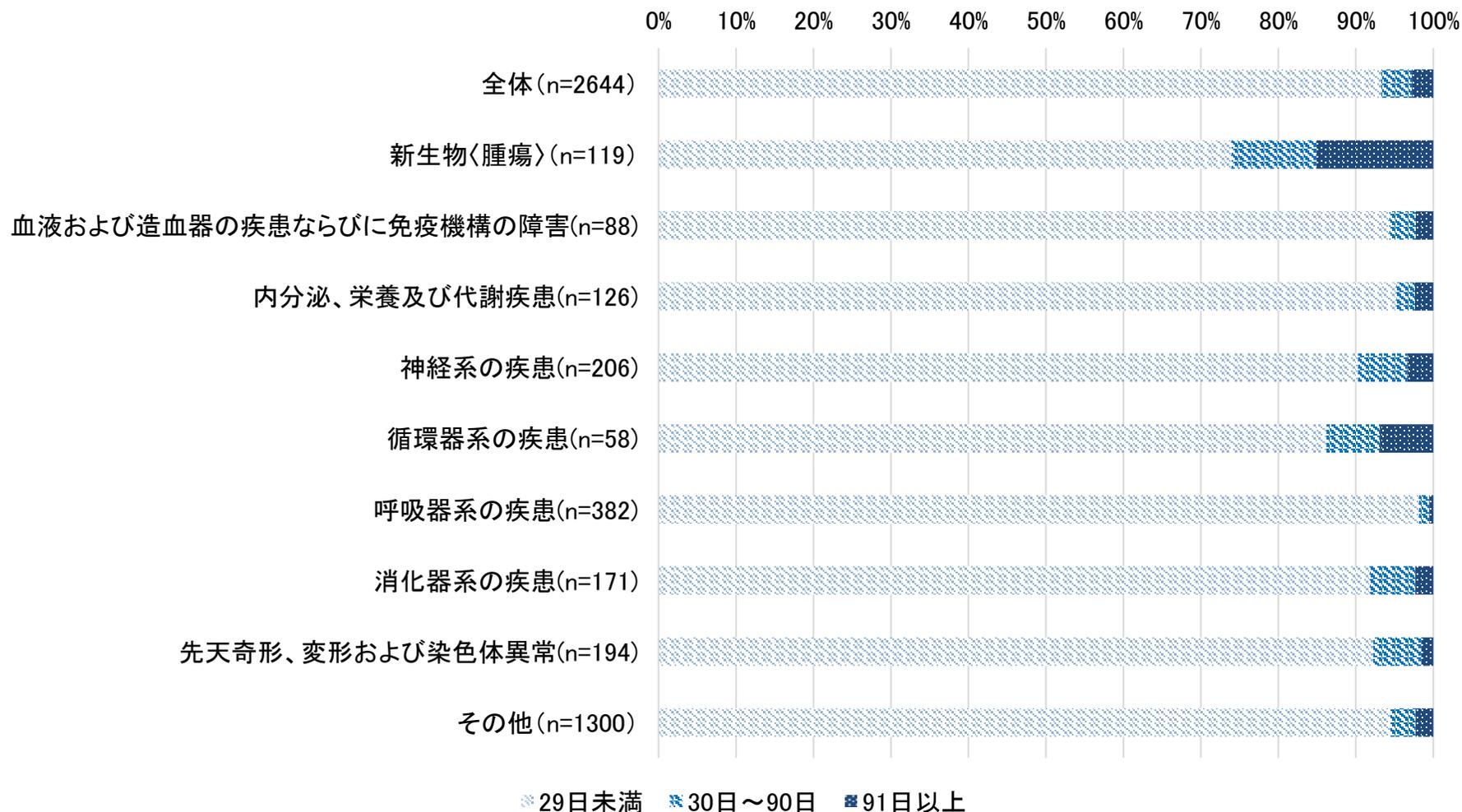
- 在院日数が10日以内である患者数は多く、在院日数が増えるにつれ患者数は減少していくが、91日以上在院している患者が一定数いる。

小児入院医療管理料を算定している病棟の在院日数



傷病分類ごとの小児入院管理料を算定する病棟の長期入院割合

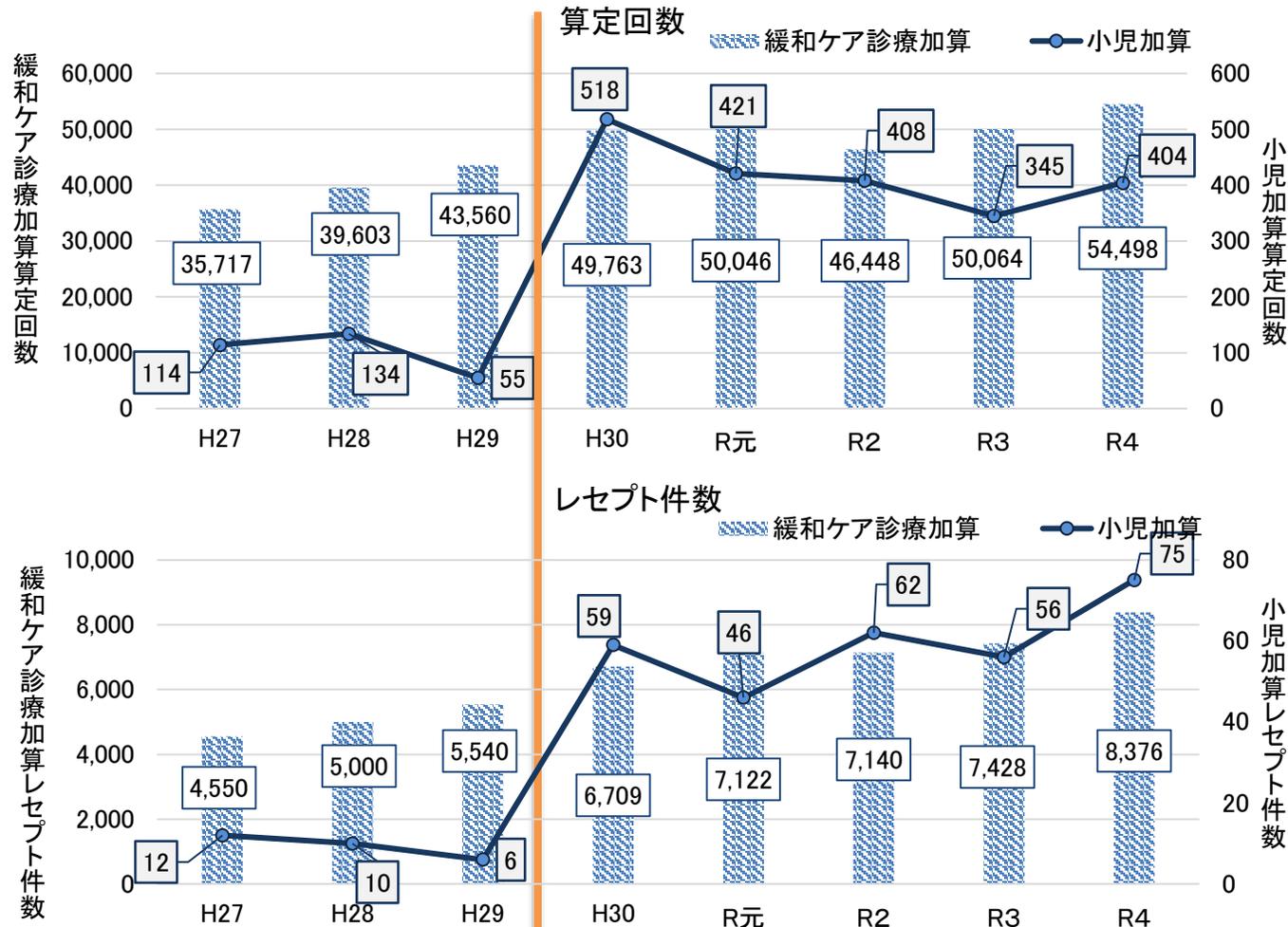
○ 30日以上入院している児の割合は、新生物で高いが、それ以外の傷病分類においても一定数いる。



緩和ケア診療加算及び小児加算の算定状況

○ 小児入院医療管理料1及び2について、緩和ケア診療加算が算定可能になってから、一定程度小児加算の算定はあるが、悪性腫瘍以外を傷病名に含む児の割合が小さい。

緩和ケア診療加算及び小児加算の算定状況



緩和ケア診療加算の小児加算を算定された児 (n=125) の傷病名に含まれていた割合

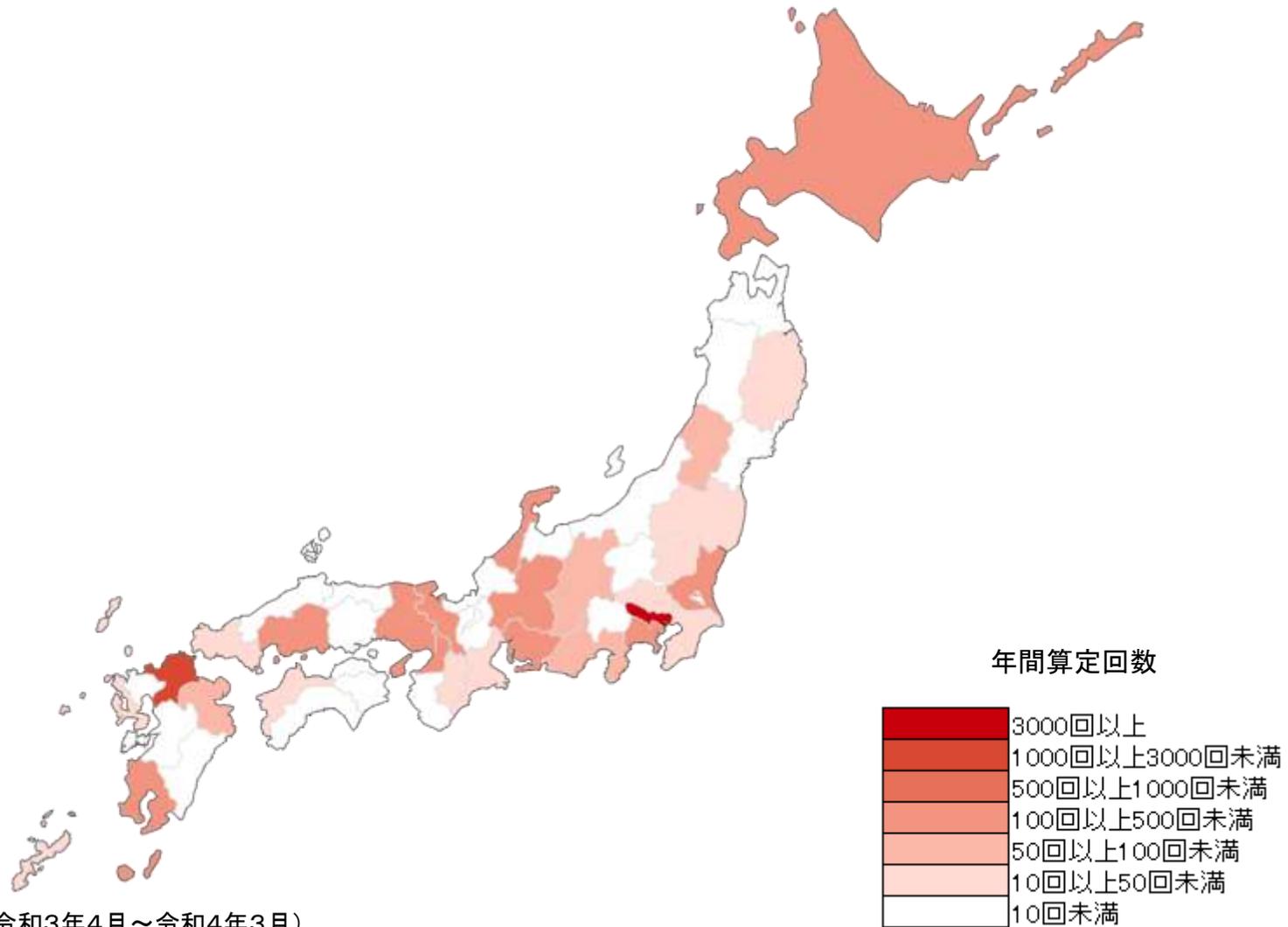
悪性新生物	98.4%
心疾患	18.4%
後天性免疫不全症候群	0.8%

※ 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が重複する可能性がある。
出典：NDBデータ(3ヶ月分：期間は患者特定を防ぐため伏せている)

平成30年度診療報酬改定において、小児入院医療管理料1及び2について、緩和ケア診療加算が算定可能となった。

緩和ケア診療加算の小児加算の都道府県別算定状況

- 緩和ケア診療加算の小児加算の年間の算定回数は都道府県によってばらつきが大きく、10回未満の都道府県が複数存在する。



0～14歳における死因順位

○ 全年齢と小児では死因の構成割合が異なっており、0歳から14歳では先天奇形、変形及び染色体異常が多い。

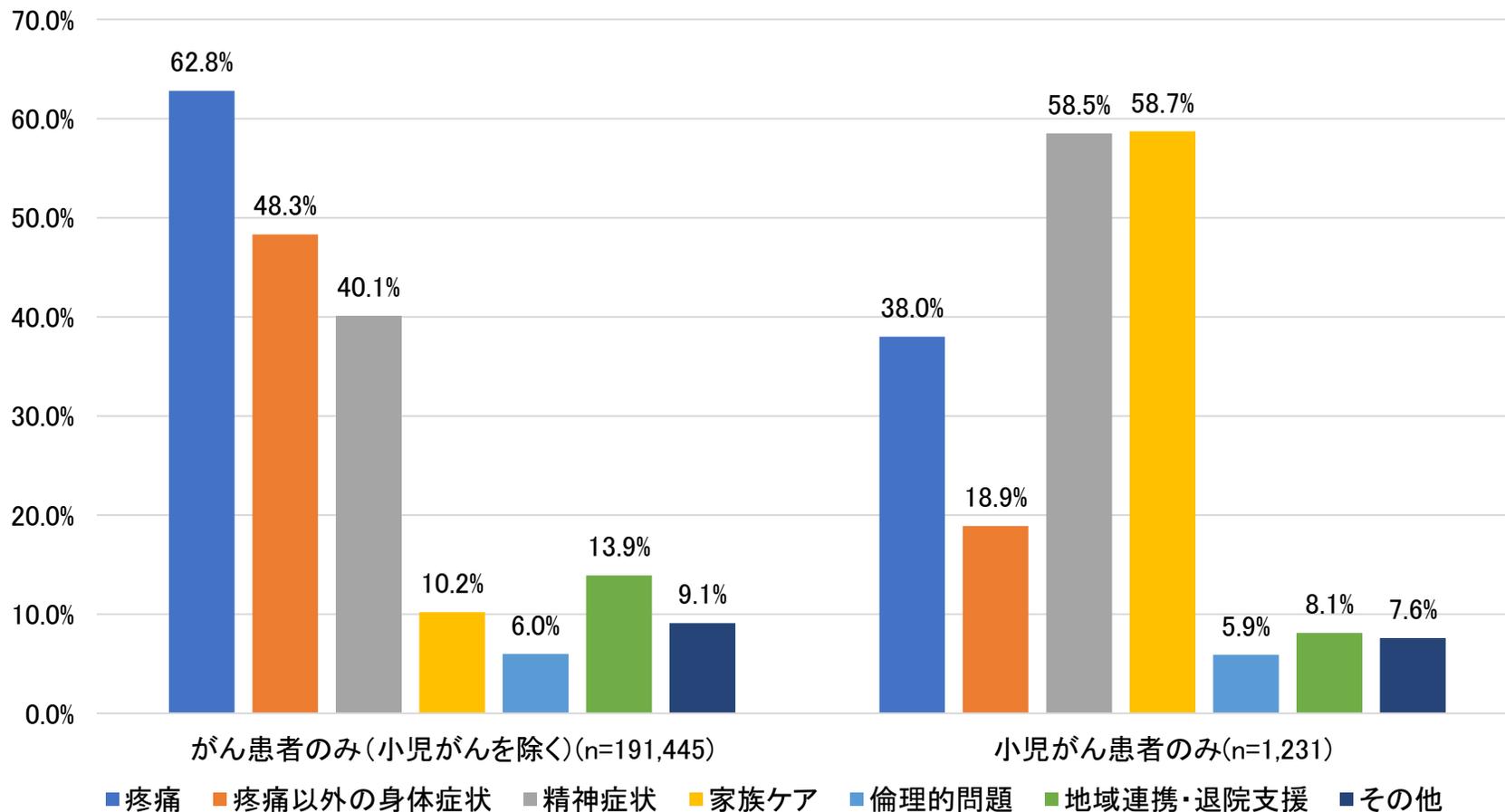
令和3年度の年齢別死因順位とその構成割合(%)

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
総数	悪性新生物 〈腫瘍〉 (26.5)	心疾患 (14.9)	老衰 (10.6)	脳血管疾患 (7.3)	肺炎 (5.1)
0歳	先天奇形、変形及 び染色体異常 (35.1)	周産期に特異的 な呼吸障害等 (15.2)	乳幼児突然死症 候群 (5.3)	不慮の事故 (4.4)	胎児及び新生児 の出血性障害等 (3.9)
1～4歳	先天奇形、変形及 び染色体異常 (20.5)	悪性新生物 〈腫瘍〉 (11.0)	不慮の事故 (10.3)	心疾患 (5.8)	周産期に発生した 病態 (3.3)
5～9歳	悪性新生物 〈腫瘍〉 (26.7)	不慮の事故 (13.6)	先天奇形、変形及 び染色体異常 (13.3)	その他の新生物〈腫瘍〉/心疾患 (5.2)	
10～14歳	自殺 (29.0)	悪性新生物 〈腫瘍〉 (18.6)	不慮の事故 (11.8)	先天奇形、変形及 び染色体異常 (7.3)	心疾患 (4.8)

がん患者に対する緩和ケアチームへの依頼内容

- 緩和ケアチームへの依頼内容は、身体症状だけでなく、精神症状に関するものも4割程度存在する。
- 小児のがん患者に対しては、家族ケアを依頼内容に含む割合が高い。

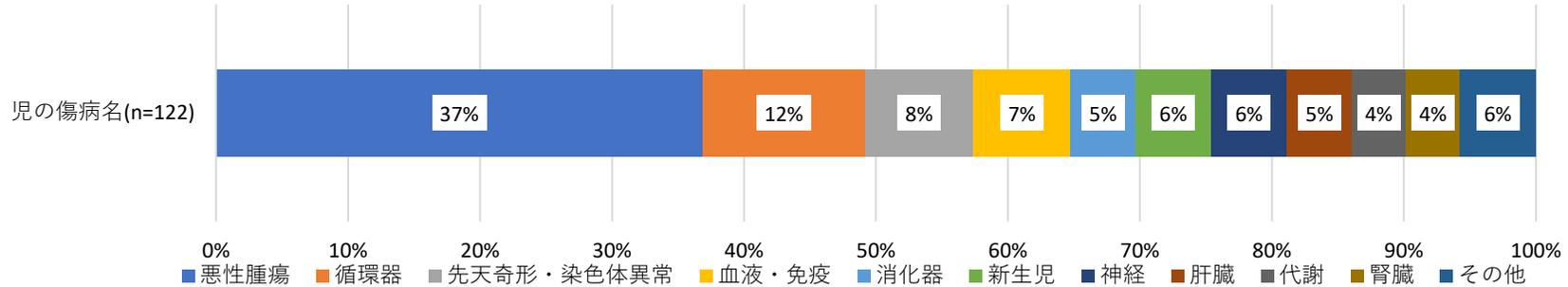
緩和ケアチームへの依頼時の依頼内容（※複数回答を含む）



小児患者への緩和ケアを行っている医療機関の一例

- 小児患者においては、幅広い疾患に対し、緩和ケアチームが介入している。
- 緩和ケアの対象となる小児患者の臨床経過は成人とは異なる場合もあり、緩和ケアチームが家族支援を行うこともある。

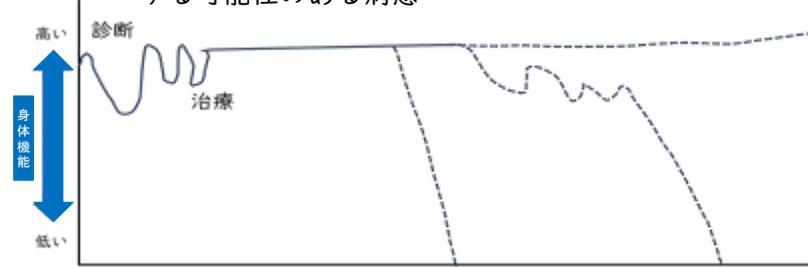
緩和ケアチームの介入した児の疾患ごとの割合



小児特有の経過をたどった症例

重症な先天性心疾患

根治の可能性はあるが、手術による改善が得られず死亡する可能性のある病態



左心低形成症候群

- ・ 経皮的心房中隔裂開術、肺動脈絞扼術後
- ・ Glenn術が検討されている際に敗血症性ショックで心不全の悪化、ECMO管理
- ・ ECMO離脱するも心不全の改善認めず
- ・ 緩和ケアチーム介入し症状緩和と方針決定の話し合いの調整を実施、家族支援も行った
- ・ 心不全の悪化に伴い永眠

胎児期から診断され、長期生存が難しい疾患（染色体異常等）



18トリソミー

- ・ 胎児期から支援を開始
- ・ 合併症に対する治療選択についての意思決定支援
- ・ 心不全悪化に伴う症状緩和策の検討
- ・ 療養場所の意思決定支援

緩和ケアについての課題①

(精神症状に対する緩和ケアの提供について)

- 緩和ケアチームを構成する人員の配置について、緩和ケア診療加算等においては専任の精神担当医が要件となっているが、がん診療連携拠点病院等では指定要件になっていない。
- がん診療連携拠点病院において緩和ケア診療加算の届出施設の割合は81.6%、外来緩和ケア管理料の届出施設の割合は71.2%に留まる。
- 緩和ケア診療加算等が算定できない理由について、精神科医の人員体制を整えることが困難であることが挙げられる。
- 入院中の患者の緩和ケアチームへの依頼内容について、精神症状に関する依頼が4割程度存在する。
- 緩和ケアチームへの対応依頼について、緩和ケアチームに専従または専任の精神科医がいる医療機関の方が、精神症状についての対応依頼の割合が多い。

(疼痛に対する専門的な緩和ケアの提供について)

- 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等のアプローチが有効な場合がある。
- 緩和的放射線治療はがん診療連携拠点病院において広く実施されている一方で、多くのがん診療連携拠点病院以外の病院や在宅療養支援診療所においては、実施のための紹介先医療機関が存在しない。
- 腹腔神経叢ブロックはがん連携拠点病院の半数程度で実施されている一方で、多くのがん診療連携拠点病院以外の病院や在宅療養支援診療所においては、実施のための紹介先医療機関が存在しない。

(治療期における外来緩和ケアの提供体制について)

- 外来化学療法に通院しているがん患者について、身体的苦痛だけでなく精神的苦痛を訴える患者が一定数存在する。
- がん患者の外来における薬物療法については外来腫瘍化学療法診療料で、がん疼痛の症状緩和や精神症状の緩和についてはがん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料で評価されている。
- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関のうち、がん性疼痛緩和指導管理料を届け出していない医療機関が一定程度存在する。また、がん患者指導管理料や外来緩和ケア管理料の届出割合は低い。
- 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修了医師は増加しており、すべての都道府県において一定程度存在している。

緩和ケアについての課題②

(緩和ケアにおける医療機関の連携体制について)

- がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームには、地域の医療機関等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保することが求められている。
- 緩和ケアチームにおける医師の配置状況について、身体担当医はほとんど全ての病院に兼任以上で在籍しているが、精神担当医は、特にがん診療連携拠点病院等の指定のない病院で、在籍していない病院が多い。
- 入院患者について、がん診療連携拠点病院とがん診療連携拠点病院以外の病院がICTを用いて連携することによって、緩和ケアの提供に繋がる事例がある。
- 在宅療養の継続が困難になった患者の多くは入院しており、原因は疼痛や悪化、進行が多い。
- 在宅患者について、人生の最終段階における意思決定支援に関する情報をICTにて共有している場合、急性不安対応目的の入院等が減り、容体が急変した際の入院先として緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟が多くなる。

(在宅における非がんの緩和ケアについて)

- 在宅で麻薬の処方を受けている患者の中には一定数呼吸器疾患、心疾患の患者が存在する。
- 末期の心不全の患者や、呼吸器疾患の患者について、モルヒネ静注のニーズや有効性は報告されており、指針にも策定されている。

(小児の緩和ケアについて)

- 小児の緩和ケア医療については、緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算における小児加算、小児がん拠点病院加算により評価を行っている。
- 緩和ケア病棟に入院した20歳未満の者は極めて少なかった。
- 緩和ケア診療加算における小児加算を算定している患者の傷病名に心疾患を含む割合が低かった。
- 30日以上入院している児の割合は、新生物で高いが、それ以外の傷病分類においても一定数いる。
- 小児の緩和ケアは成人と求められているものが異なり、経過も異なる。

緩和ケアについての論点

【論点】

(多様な苦痛に対応する緩和ケアの提供について)

- 緩和ケアの提供に係る精神科の医師が果たしている役割を踏まえ、がん診療連携拠点病院等における評価のあり方を、どのように考えるか。
- 緩和ケアの提供を受けているがん患者の難治性がん疼痛に対する対応の実態等を踏まえ、質の高い緩和ケアの提供を推進する観点から、緩和的放射線治療や神経ブロックを必要に応じて実施できる体制を推進することについて、どのように考えるか。

(切れ目のない緩和ケアの提供体制について)

- 治療期からの切れ目のない緩和ケアの提供を推進する観点から、外来腫瘍化学療法を実施している医療機関において、がん疼痛や心理的不安を軽減するための介入の評価のあり方について、どのように考えるか。
- がん診療連携拠点病院以外の医療機関における入院中のがん患者に対し、治療期からの切れ目のない緩和ケアを提供する観点から、ICT等を用いたがん診療連携拠点病院との連携について、どのように考えるか。

(非がん等の緩和ケアについて)

- 緩和ケアを必要とする患者について、いかなる療養の場においても充実した緩和ケアを提供する観点から、在宅における非がん患者に対する麻薬による症状緩和のあり方についてどのように考えるか。
- 小児における緩和ケアは対象となる疾患、臨床経過及び必要なケアが成人の緩和ケアと異なることを踏まえ、小児の緩和ケアに対する評価のあり方についてどのように考えるか。