

個別事項 (その2:がん、感染症等)

平成29年10月4日

個別事項（その2：がん、感染症等）

1. がん

- a. がん医療の提供体制

2. 緩和ケア

- a. がん患者に対する緩和ケア
- b. 非がん患者に対する緩和ケア

3. 感染症

- a. 薬剤耐性（AMR）対策
- b. 小規模の結核病棟の取扱

4. 移植医療

- a. 造血幹細胞移植の実施体制

個別事項(その2:がん、感染症等)

1. がん

a. がん医療の提供体制

2. 緩和ケア

a. がん患者に対する緩和ケア

b. 非がん患者に対する緩和ケア

3. 感染症

a. 薬剤耐性(AMR)対策

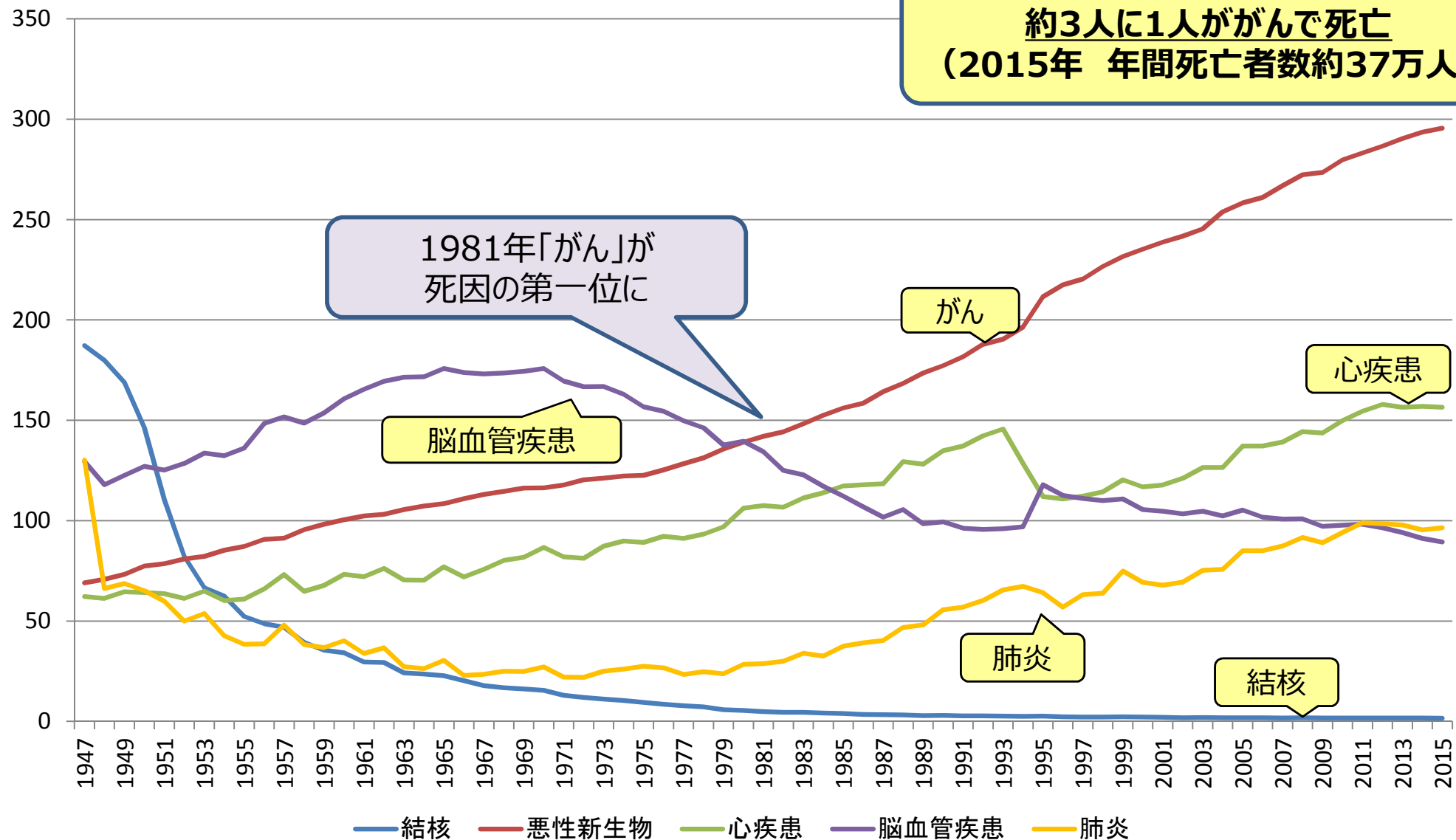
b. 小規模の結核病棟の取扱

4. 移植医療

a. 造血幹細胞移植の実施体制

我が国における死亡率の推移（主な死因別）

（人口10万対）



出典 平成27（2015）年人口動態統計

がん対策は、「がん対策推進基本計画」(平成24年6月)に沿って進めている。基本計画では、平成19年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを全体目標としているが、このままでは目標達成が難しいと予測されている。このため、平成27年6月1日に開催された「がんサミット」で内閣総理大臣の指示を受け、厚生労働省が中心となり、基本計画に示されている分野のうち、①遅れているため「加速する」ことが必要な分野、②当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野に絞り、短期集中的に実行すべき具体策を明示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

実施すべき具体策

予防

- ① **がん検診**
 - ・ 精検受診率等の目標値設定
 - ・ 市町村、保険者の受診率及び取組事例等の公表
 - ・ 保険者に対する検診ガイドラインの策定
 - ・ 検診対象者等へのインセンティブの導入
- ② **たばこ対策**
 - ・ FCTCや海外のたばこ対策を踏まえた、必要な対策の検討
 - ・ 厚生労働省としては、たばこ税の税率の引上げを継続して要望
 - ・ ラグビーW杯、東京オリンピック・パラリンピックに向けた受動喫煙防止対策の強化
- ③ **肝炎対策**
 - ・ 患者の自己負担の軽減を通じた、重症化予防の推進
- ④ **学校におけるがん教育**
 - ・ 「がんの教育総合支援事業」の実施 等

治療・研究

- ① **がんのゲノム医療**
 - ・ ゲノム医療実現に向けた実態調査
 - ・ 全ゲノム情報等の集積拠点の整備
 - ・ 家族性腫瘍の検査・治療等の検討
- ② **標準的治療の開発・普及**
 - ・ 高齢者や他疾患を持つ患者への標準的治療の検証
- ③ **がん医療に関する情報提供**
 - ・ 患者視点で簡単に検索できる拠点病院検索システムの構築
- ④ **小児・AYA世代のがん、希少がん**
 - ・ 小児がん医療提供体制、長期フォローアップ体制等の検討
 - ・ AYA世代のがん医療等の実態調査
- ⑤ **がん研究**
 - ・ 「健康・医療戦略」・「医療分野研究開発推進計画」及び「がん研究10か年戦略」を踏まえた研究の推進 等

がんとの共生

- ① **就労支援**
 - ・ 拠点病院における仕事の継続を重視した相談支援の実施
 - ・ ハローワークにおける就職支援の全国展開、事業主向けセミナー等の開催
 - ・ 産業保健総合支援センターの相談員による企業等に対する相談対応等の支援
 - ・ 企業向けのガイドラインの策定及び普及啓発
- ② **支持療法の開発・普及**
 - ・ 支持療法に関する研究の推進
- ③ **緩和ケア**
 - ・ 緩和ケアチームの実地研修の実施
 - ・ 患者の苦痛のスクリーニング方法の事例集の作成
 - ・ 地域連携のための訪問看護師の育成 等

避けられるがんを防ぐ

がん死亡者の減少

がんと共に生きる

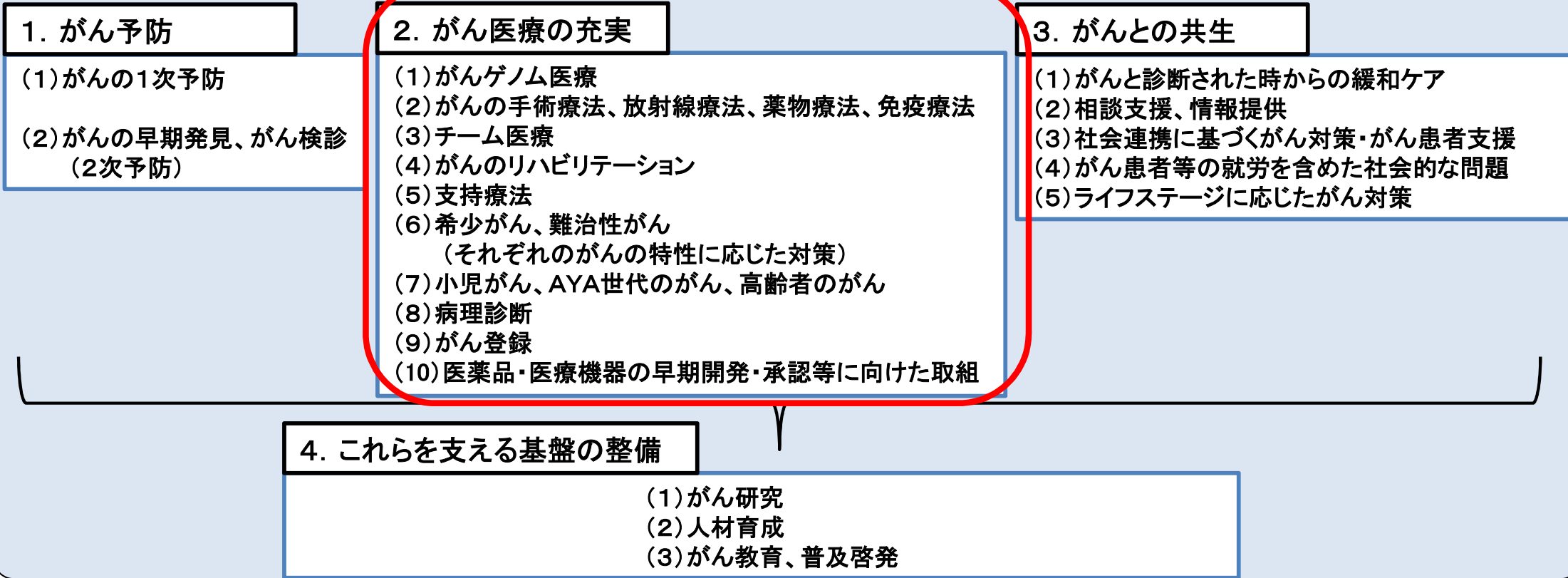
第3期がん対策推進基本計画案(案)(概要)

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策



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 | 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化 |
| 2. 都道府県による計画の策定 | 6. 目標の達成状況の把握 |
| 3. がん患者を含めた国民の努力 | 7. 基本計画の見直し |
| 4. 患者団体等との協力 | |

がん診療連携拠点病院制度（平成13年～）

【背景】

- 我が国において、がんによる死亡は昭和56年以降、死因の第1位を占め、がん患者数は毎年増加傾向を示している。
- このような状況において、がん診療体制の一層の充実を図るなど、がんに関する積極的かつ効果的な施策の展開が重要かつ急務であった。

【目的】

- 日常生活圏域において、全人的な質の高いがん医療の均てん化を図ること。

【方法】

- 二次医療圏に1カ所程度を目安に、都道府県知事が推薦する医療機関について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定する。

がん診療連携拠点病院等

平成29年4月1日時点

がん診療連携拠点病院: 400カ所
地域がん診療病院: 34カ所

都道府県がん診療連携拠点病院



49カ所

都道府県内の
拠点病院全体
のとりまとめ

地域がん診療連携拠点病院



348カ所

地域がん診療病院

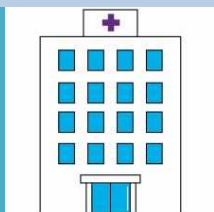


34カ所



隣接する2次医療圏の拠
点病院とグループ化

特定領域 がん診療連携拠点病院



1カ所

国立がん研究センター

- 様々な研修
- 都道府県がん診療連携拠点
病院連絡協議会の開催 等

2カ所

空白の二次医療圏(拠点病院、地域がん診療病院の無い二次医療圏): 69箇所

拠点病院等の指定要件（H26.1月 整備指針）①

<診療実績>

がん診療連携拠点病院

地域がん診療病院

診療実績	下記1または2を概ね満たすこと。 1. 以下の項目をそれぞれ満たすこと。 - 院内がん登録数 500 件以上 - 悪性腫瘍の手術件数 400 件以上 - がんに係る化学療法のべ患者数 1000 人以上 - 放射線治療のべ患者数 200 人以上 2. 相対的な評価 - 当該二次医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績があること。	当該二次医療圏のがん患者を一定程度診療していることが望ましい。
------	--	---

<医療施設>

がん診療連携拠点病院

地域がん診療病院

医療施設	- 放射線治療に関する機器の設置（リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。） - 外来化学療法室の設置 - 原則として集中治療室設置 - 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌室設置 - 術中迅速病理診断実施可能な病理診断室の設置	- 自施設で放射線治療を提供する場合には、放射線治療機器の設置（リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。） - 外来化学療法室は同左 - 集中治療室を設置することが望ましい。 - 無菌室は同左 - 病理診断室は同左
------	---	---

拠点病院等の指定要件（H26.1月 整備指針）②

＜診療従事者に関する指定要件＞

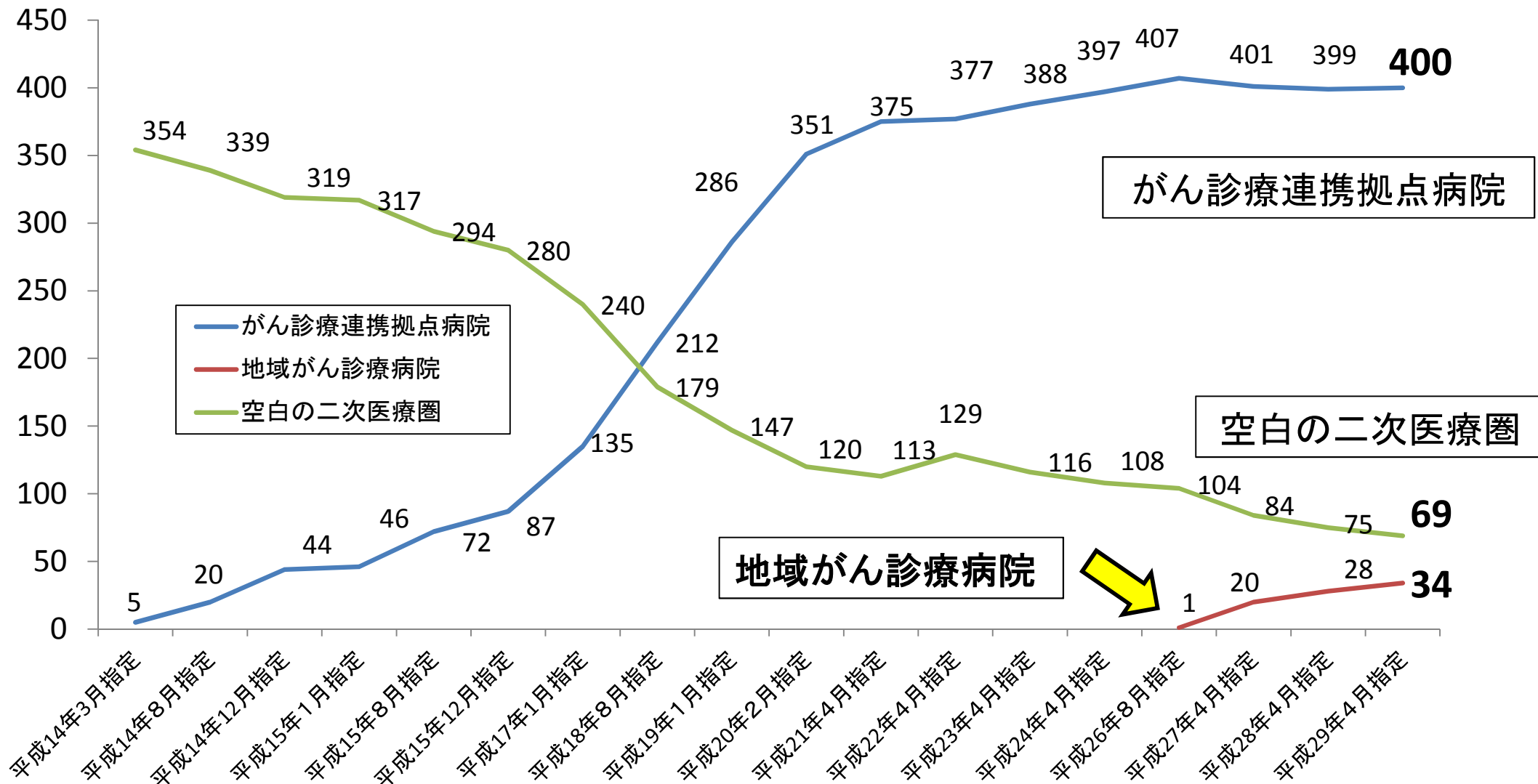
がん診療連携拠点病院

地域がん診療病院

手術	手術療法に携わる常勤医師	手術療法に携わる医師
放射線診断・治療	- 放射線治療に携わる専従医師（原則として常勤） - 放射線診断に携わる専任医師（原則として常勤） - 常勤、専従の放射線技師（<u>2名以上の配置</u>、放射線治療専門放射線技師が望ましい） - 機器の精度管理、照射計画等に携わる常勤の技術者（医学物理士であることが望ましい） - 放射線治療室への常勤、専任看護師の配置（がん放射線療法看護認定看護師であることが望ましい）	- 放射線治療を実施する場合は専従医師の配置 <u>放射線診断医の規定無し</u> - 常勤、専従の放射線技師（放射線治療専門放射線技師が望ましい） <u>技術者の規定無し</u> - 放射線治療を実施する場合は放射線治療室への常勤、専任看護師の配置（がん放射線療法看護認定看護師であることが望ましい）
化学療法	- 化学療法に携わる常勤かつ<u>専任</u>の医師（原則として専従） <u>常勤、専任薬剤師の配置</u>（がん専門薬剤師等であることが望ましい） - 外来化学療法室に専任、常勤の看護師（がん看護専門看護師等であることが望ましい）	- 化学療法に携わる常勤医師（原則として<u>専任</u>） <u>薬剤師の規定なし</u> - 看護師は同左
病理	- 病理診断に携わる常勤、<u>専従</u>の医師 <u>専任</u>の細胞診断業務に携わる者（細胞検査士が望ましい）	- 病理診断に携わる<u>専任</u>の医師の配置が望ましい。 - 細胞診断業務に携わる者の配置。（細胞検査士が望ましい）
緩和ケアチーム	- 身体症状緩和専門の専任医師（原則として常勤。専従が望ましい） - 精神症状緩和に携わる医師（常勤、専任が望ましい） - 専従、常勤の看護師（要件に規定された専門看護師であること）	- 医師については同左 - 専従、常勤の看護師（要件に規定された専門看護師であることが<u>望ましい</u>）
相談支援センター	専従と専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ（相談員基礎研修1～3を修了していること）	同左（<u>1人は相談員基礎研修1, 2までの修了でよい</u>）
院内がん登録	研修を修了した専従の院内がん登録実務者1人以上	同左

拠点病院数と拠点病院のない二次医療圏数の推移

- 平成26年8月より地域がん診療病院を設置。
- 地域がん診療病院の設置により、拠点病院のない二次医療圏(空白の二次医療圏)が、108カ所(平成26年4月時点)から69カ所(平成29年4月時点)に減少した。



小児がん医療

小児がん対策の経緯

- ・ 小児においてがんは病死原因の第1位であるが、がん対策推進基本計画に小児がん対策はほとんど盛り込まれておらず、小児がん対策が遅れている。
- ・ 小児がんは発生頻度が低く、さまざまな部位から発生するうえ、小児から思春期、若年成人まで発症するため、多種多様ながん種と幅広い年齢層を念頭に置いた対策が必要。また、治療による合併症に加え、成長発達期の治療による合併症（発育・発達障害、内分泌障害、臓器障害等）への対応が必要であり、成人がんとは異なる取り組みが必要。
- ・ 2000～2500人の患者が約200の施設で治療されているが、必ずしも適切な治療がなされていない。
- ・ その他、治療に関する正確な情報提供・相談支援体制の整備、療養環境や教育体制の整備、治療後長期にわたり支援する診療・相談体制の確立、緩和ケア等が課題としてあげられる。

（平成23年8月「小児がん専門委員会報告書」より）

（参考）＜子どもの年齢階級別死因順位（カッコは死亡率（人口10万対））＞

	1－4歳	5－9歳	10－14歳
1位	先天奇形、変形及び染色体異常（4. 0）	不慮の事故（1. 9）	悪性新生物（1. 9）
2位	不慮の事故（2. 7）	悪性新生物（1. 7）	不慮の事故（1. 6）
3位	悪性新生物（1. 7）	先天奇形、変形及び染色体異常（0. 6）	自殺（1. 3）

小児がん対策の経緯

平成24年5月-6月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会(計3回)開催
平成24年6月	第2期がん対策推進基本計画閣議決定 ・重点的に取り組むべき課題に「働く世代や小児へのがん対策の充実」 ・分野別施策に「小児がん」を追加
平成24年9月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書とりまとめ
平成24年11月- 平成25年1月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会(計4回開催)
平成25年2月	小児がん拠点病院選定(15施設)
平成25年12月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催 ・小児がん中央機関について ・小児がん医療・支援に係る計画書等について
平成26年2月	小児がん中央機関選定(2施設)
平成26年7月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催 ・小児がん拠点病院等指定後の整備状況にかかるヒアリング実施
平成26年10月	小児がん拠点病院等指定後の整備状況にかかるヒアリング結果公表
平成27年6月	「がん対策推進基本計画中間評価報告書」のとりまとめ
平成27年12月	「がん対策加速化プラン」策定

小児がん拠点病院の要件概要

- 平成25年2月より小児がん拠点病院を設置。
- 小児がん医療の診療機能を集約化することを目的として、がん診療連携拠点病院の要件を基本に、小児がん医療の診療実績と必要な機能・体制（長期フォローアップ体制、臨床研究、療育環境等）を追加した要件を策定。

(1) 拠点病院の役割

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

(2) 拠点病院の要件

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

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

※2 必須要件ではない。

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

小児がん拠点病院

● 小児がん拠点病院
全国に15箇所配置



がん診療に係る診療報酬加算～がん拠点病院加算～

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)

● 算定要件の概要

保険医療機関に、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。

● 施設基準の概要

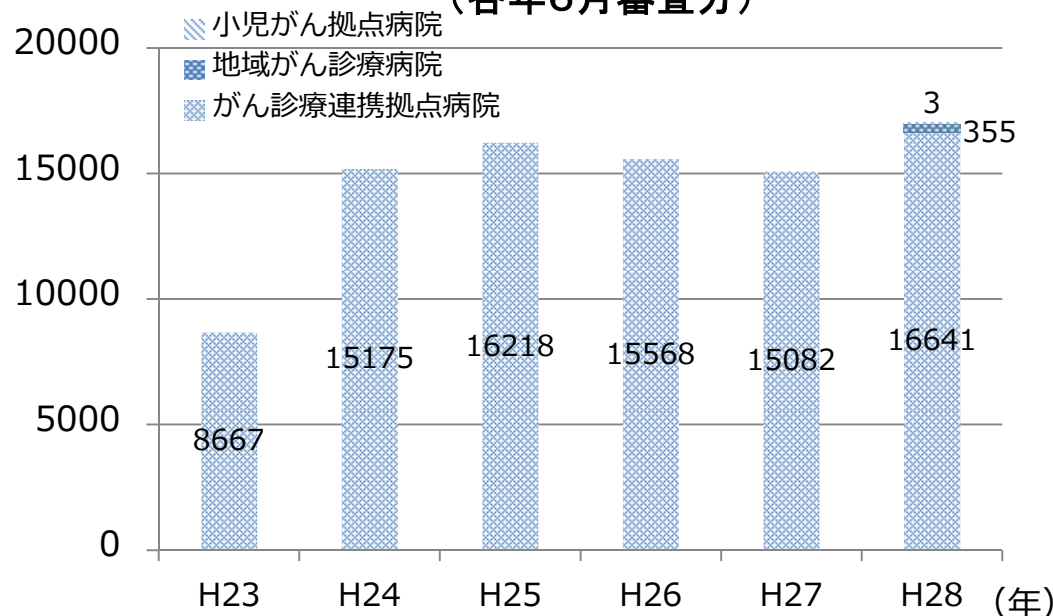
<がん拠点病院加算の1のイ>

- がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。
- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。

<がん拠点病院加算の1のロ>

- 地域がん診療病院の指定を受けていること。
- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。

がん拠点病院加算の算定回数
(各年6月審査分)



出典: 社会医療診療行為別統計・調査より

※平成27年までは「がん診療連携拠点病院加算」、平成28年は「がん拠点病院加算」

<がん拠点病院加算の2>

- 小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。
- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。

がん診療に係る診療報酬加算～緩和ケア診療加算～

A226-2 緩和ケア診療加算

400点（1日につき）

● 算定要件

一般病床に入院する**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。

● 施設基準

専従の緩和ケアチーム

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

（悪性腫瘍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）

イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師

（3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者）

ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師

（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ている者）

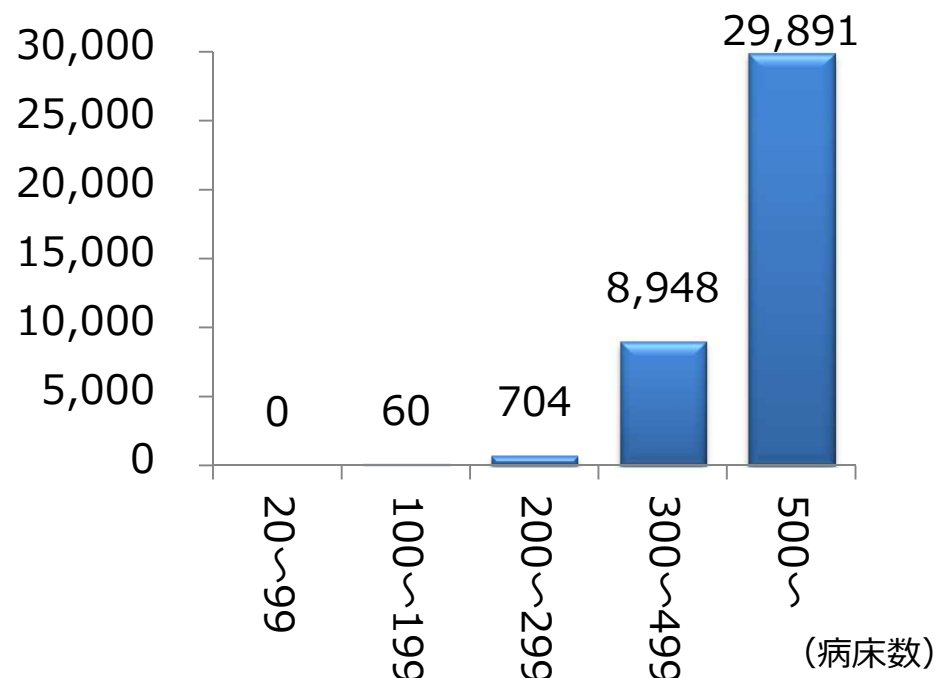
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

（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者）

※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。

※ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、専任であって差し支えない。

（算定回数） 平成28年度：39,603回



「社会医療診療行為別統計」より（平成28年6月審査分）

○がん診療連携拠点病院の算定施設数

（現況報告：平成27年1月1日～12月31日）

都道府県・地域がん診療連携拠点病院：

175/399施設（43.9%）

特定領域がん診療連携拠点病院：1/1

地域がん診療病院：0/34

小児入院医療管理料

A307 小児入院医療管理料(1日につき)

小児入院医療管理料1	4,584点
小児入院医療管理料2	4,076点
小児入院医療管理料3	3,670点
小児入院医療管理料4	3,060点
小児入院医療管理料5	2,145点

※ 診療にかかる費用は、一部を除いて管理料に含まれる

● 算定要件

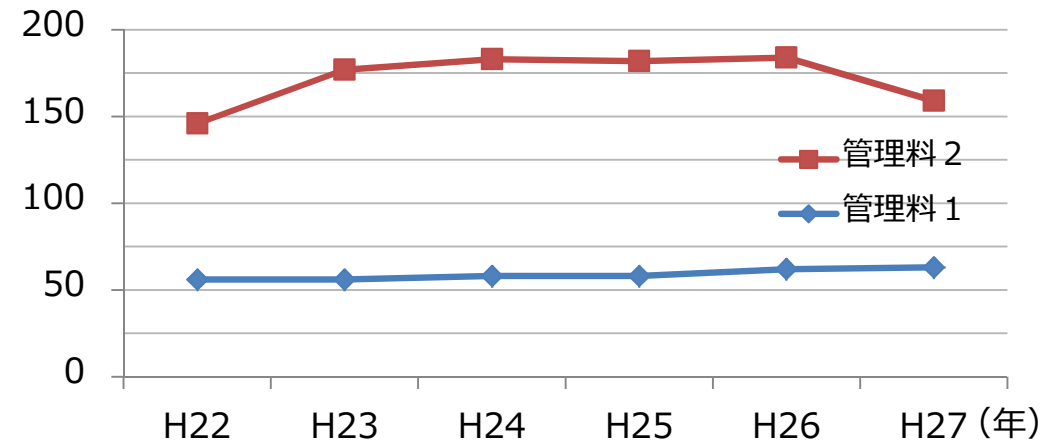
入院中の15歳未満の患者(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者)を対象に算定する。

● 施設基準の概要

＜小児入院医療管理料1＞

- 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が20名以上配置されていること。
- 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに一以上であること。
- 以下に掲げる要件を全て満たしていること。
 - ア 新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間200件以上であること。
 - イ 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。
 - ウ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。
 - エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

小児入院医療管理料1・2の届出医療機関数



出典: 主な施設基準の届出状況等(平成28年10月19日中医協総-5-1など)より

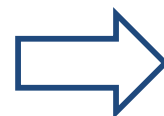
＜小児入院医療管理料2＞

- 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が9名以上配置されていること。
- 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに一以上であること。
- 以下に掲げる要件を全て満たしていること。
 - ア 入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。
 - イ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

※ 小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。

小児入院医療管理料の包括範囲

	小児入院医療管理料 の包括範囲
A 入院基本料等加算	○ <u>一部加算を除く</u>
B 医学管理等	○
C 在宅医療	— 在宅患者診療・指導料を除く
D 検査	○
E 画像診断	○
F 投薬	—
G 注射	—
H リハビリテーション	○
I 精神科専門療法	○
J 処置	○
K 手術	—
L 麻酔	—
M 放射線治療	—
N 病理診断	○ 病理診断・判断料を除く



○ 小児入院医療管理料においては、一部の加算を除いて入院基本料等加算は包括範囲に含まれている。

- ・がん拠点病院加算
- ・緩和ケア診療加算

については、別途算定できない。

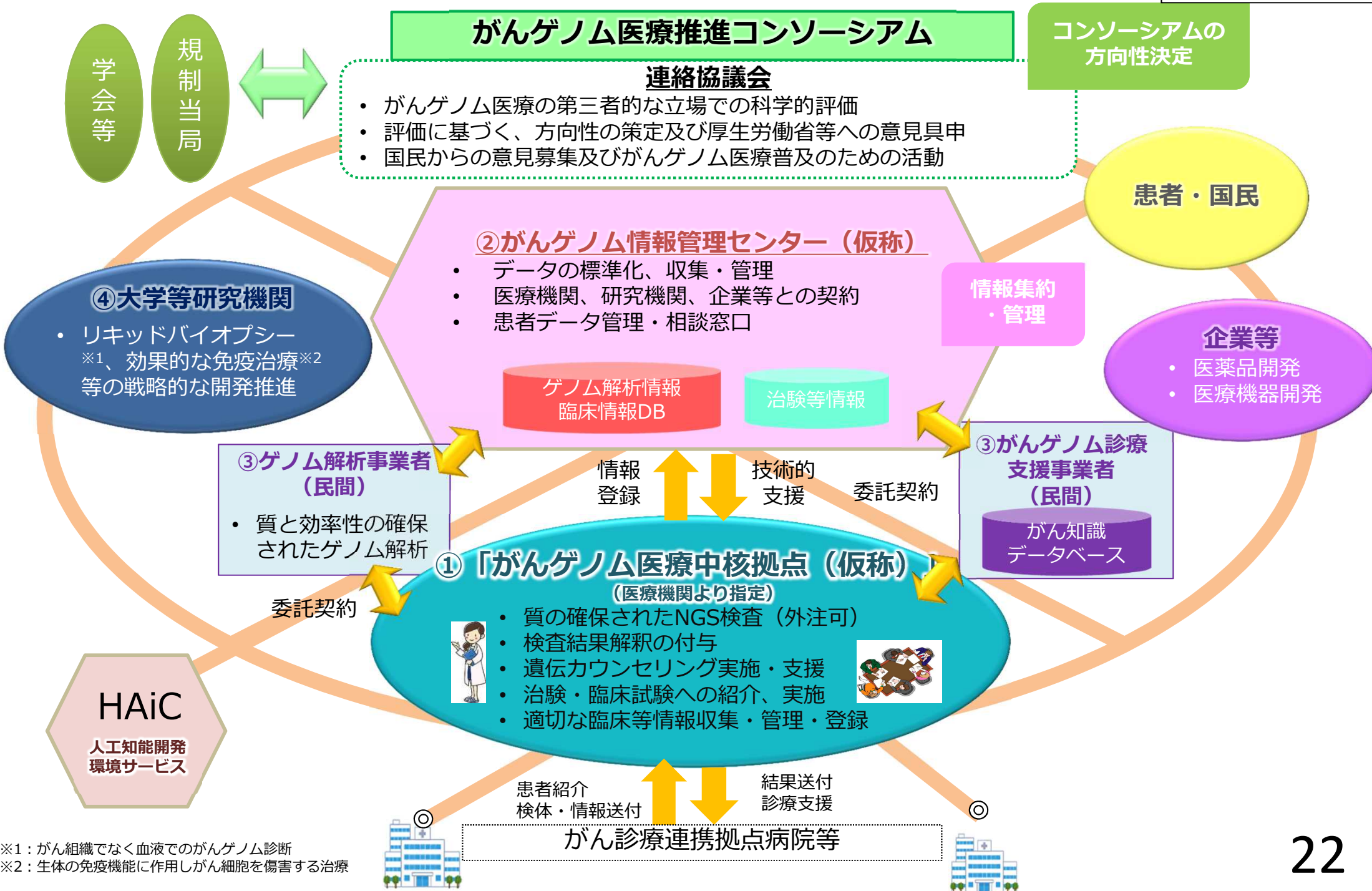
※ 小児がん拠点病院の15病院は、いずれも小児入院医療管理料1又は2の届出を行っている。

○: 包括範囲に含まれる —: 包括範囲に含まれない

がんゲノム医療

がんゲノム医療推進コンソーシアムの体制と役割

平成29年6月
がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会報告書より



※1：がん組織でなく血液でのがんゲノム診断
※2：生体の免疫機能に作用しがん細胞を傷害する治療

がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）とがんゲノム医療の提供体制について

平成29年6月
がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会報告書より一部改変

- がんゲノム医療の提供に必要な①～⑧の機能を有し、がんゲノム医療の中核を担う「がんゲノム医療中核拠点（仮称）」を整備し、当該医療機関にてがんゲノム医療を提供することが適切である。
- がんゲノム医療提供体制の構築に当たっては、通常のがん医療とがんゲノム医療とを一体として提供するため、がんゲノム医療中核拠点（仮称）を、がん診療連携拠点病院の仕組みに位置づけ、段階的にがんゲノム医療の提供が可能になることを目指す必要がある。

- ① パネル検査を実施できる体制がある（外部機関との委託を含む）
- ② パネル検査結果の医学的解釈可能な専門家集団を有している
（一部の診療領域について他機関との連携により対応することを含む）
- ③ 遺伝性腫瘍等の患者に対して専門的な遺伝カウンセリングが可能である
- ④ パネル検査等の対象者について一定数以上の症例を有している
- ⑤ パネル検査結果や臨床情報等について、セキュリティが担保された適切な方法で収集・管理することができ、必要な情報については「がんゲノム情報管理センター」に登録する
- ⑥ 手術検体等生体試料を新鮮凍結保存可能な体制を有している
- ⑦ 先進医療、医師主導治験、国際共同治験も含めた臨床試験・治験等の実施について適切な体制を備えており、一定の実績を有している
- ⑧ 医療情報の利活用や治験情報の提供等について患者等にとって分かりやすくアクセスしやすい窓口を有している

がん医療の提供体制に関する課題と論点(案)

【課題】

(小児がん医療)

- ・ 小児の病死原因の第1位はがんであり、年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、診療機能が拡散し、小児がん患者が適切な医療を受けられていないという懸念があった。
- ・ 小児がん患者を集約化し、適切な医療の提供、研究、長期に渡る適切なフォローアップ等を実施するため、平成25年2月に、小児がんにかかる診療機能を一定程度集約化する「小児がん拠点病院」が全国15カ所指定された。小児がん拠点病院は、すべて、小児入院医療管理料1又は管理料2を届け出ている。
- ・ 小児がん拠点病院や入院中のがん患者への緩和ケアを評価する診療報酬の項目を定めているが、現在、小児入院医療管理料においてこれらに関する評価は包括範囲に含まれており、積極的な評価は行われていない。

(がんゲノム医療)

- ・ がんに対する新たな治療法として、ゲノム情報を解析し最新の医学的知見に基づいて、個人の状態により合わせた診療を行う「がんゲノム医療」を実現するため、ゲノム情報を効果的に集積し、診療や新たな医薬品等の開発に利活用する仕組みの構築が求められている。
- ・ がんゲノム診療の中核的拠点となる「がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）」が検討されており、がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）には、人材育成、診療支援、治験・先進医療、研究開発、遺伝子パネル検査や遺伝カウンセリングの実施等の機能・体制ががん医療を総合的に担当する高度な機能を有する医療機関が指定される見込み。

【論点(案)】



- 小児がん拠点病院が緩和ケアを含めて小児がん患者に必要な医療を提供することが求められていること、小児入院医療管理料の届出状況等を踏まえ、がん診療に係る加算等を見直してはどうか。
- がんゲノム診療の実用化に向け、より高度ながんの診療機能を有する拠点病院を中心とした医療体制が検討されており、今後の進捗状況等を踏まえて、診療報酬での評価のあり方を検討してはどうか。

個別事項(その2:がん、感染症等)

1. がん

- a. がん医療の提供体制

2. 緩和ケア

- a. がん患者に対する緩和ケア
- b. 非がん患者に対する緩和ケア

3. 感染症

- a. 薬剤耐性(AMR)対策
- b. 小規模の結核病棟の取扱

4. 移植医療

- a. 造血幹細胞移植の実施体制

緩和ケアの定義

(2002年世界保健機関)

第19回緩和ケア推進検討会
資料5(28.3.16)

- Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

<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。

早期からのがん緩和ケアの重要性

○ 早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで、苦痛緩和が得られ生活の質(QOL)が改善するのみならず、生命予後が改善する。

■緩和ケアチームが早期からかかわる効果

1. 早期からの緩和ケア¹⁾

進行肺がん患者に診断時から専門的緩和ケアが介入すると、12週後のQOLが有意に高くなる。

Table 2. Bivariate Analyses of Quality-of-Life Outcomes at 12 Weeks.*

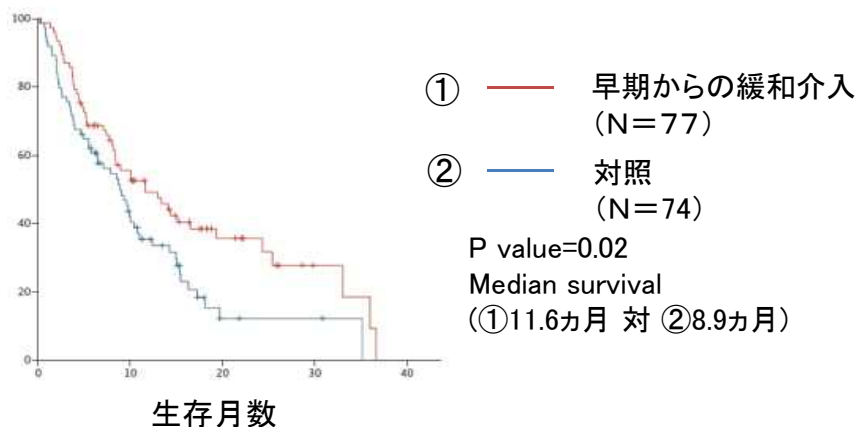
Variable	Standard Care (N=47)	Early Palliative Care (N=60)	Difference between Early Care and Standard Care (95% CI)	P Value†	Effect Size‡
FACT-L score	91.5±15.8	98.0±15.1	6.5 (0.5–12.4)	0.03	0.42
LCS score	19.3±4.2	21.0±3.9	1.7 (0.1–3.2)	0.04	0.41
TOI score	53.0±11.5	59.0±11.6	6.0 (1.5–10.4)	0.009	0.52

FACT-L score : 高いほどQOLが高い

LCS score : 高いほど症状が少ない

TOI score : LCSとFACT-Lの一部を合計

早期からの緩和ケアにより、生命予後が改善する。

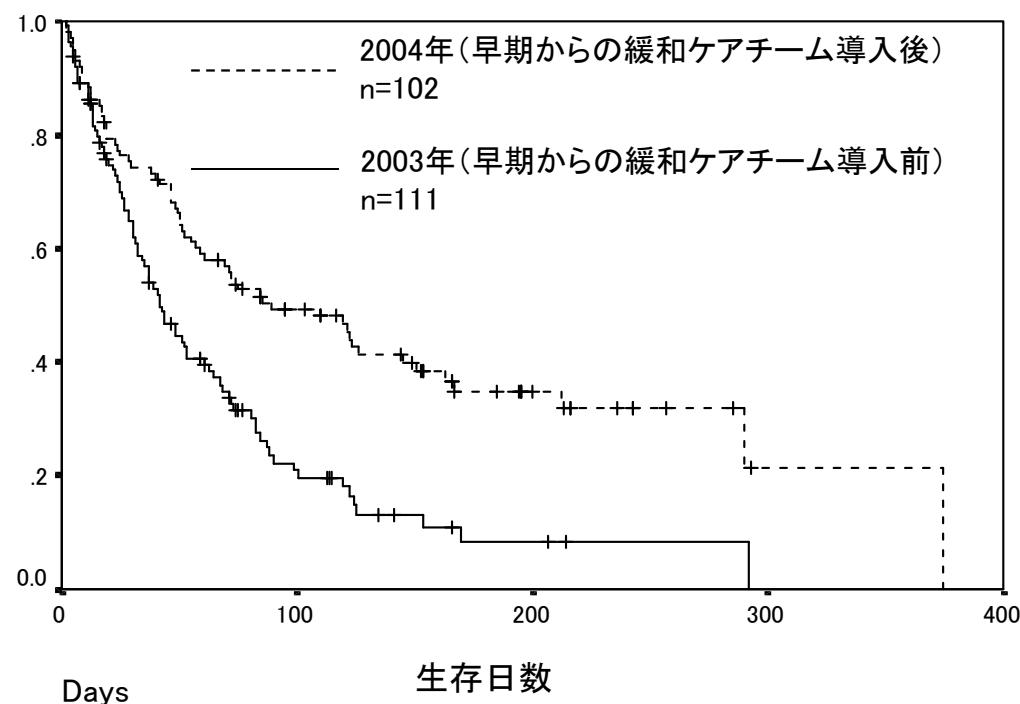


1) Temel JS. N Engl J Med 2010; 363: 733

2. 日本の状況²⁾

複数の施設で緩和ケアチームの早期からの導入が行われ、同様の効果を上げつつある。

Figure 1 Patient survivals after referrals to palliative care team



2) Morita T. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 204

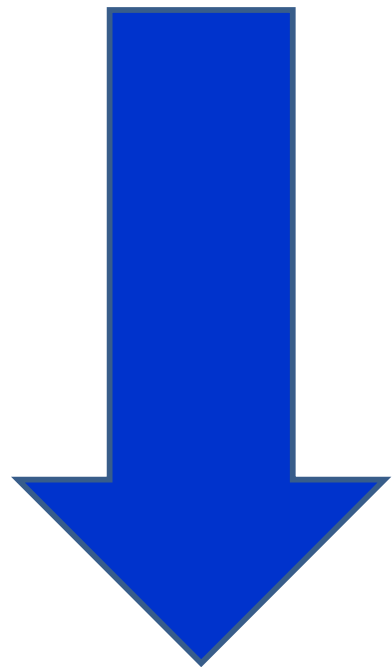
がん対策基本法における緩和ケアの位置づけ

(がん患者の療養生活の質の維持向上)

第十七条 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。



がん診療に携わる医師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

- すべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識・技術を習得する。
- 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。

個別事項(その2:がん、感染症等)

1. がん

- a. がん医療の提供体制

2. 緩和ケア

- a. がん患者に対する緩和ケア
- b. 非がん患者に対する緩和ケア

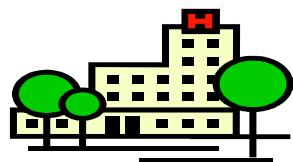
3. 感染症

- a. 薬剤耐性(AMR)対策
- b. 小規模の結核病棟の取扱

4. 移植医療

- a. 造血幹細胞移植の実施体制

わが国における専門的緩和ケア



- ・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



緩和ケア病棟入院料

緩和ケア病棟入院料(A310)

- ① 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。
- ② 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は、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。
- ③ 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。
- ④ 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。

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

(包括範囲)

- 第1章基本診療料のうち、第2部第2節入院基本料等加算の一部
(医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算等)
- 第2章第2部在宅医療の一部
(退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料 等)
を除き、全ての診療(検査、手術、放射線治療等を含む)が包括されている。

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



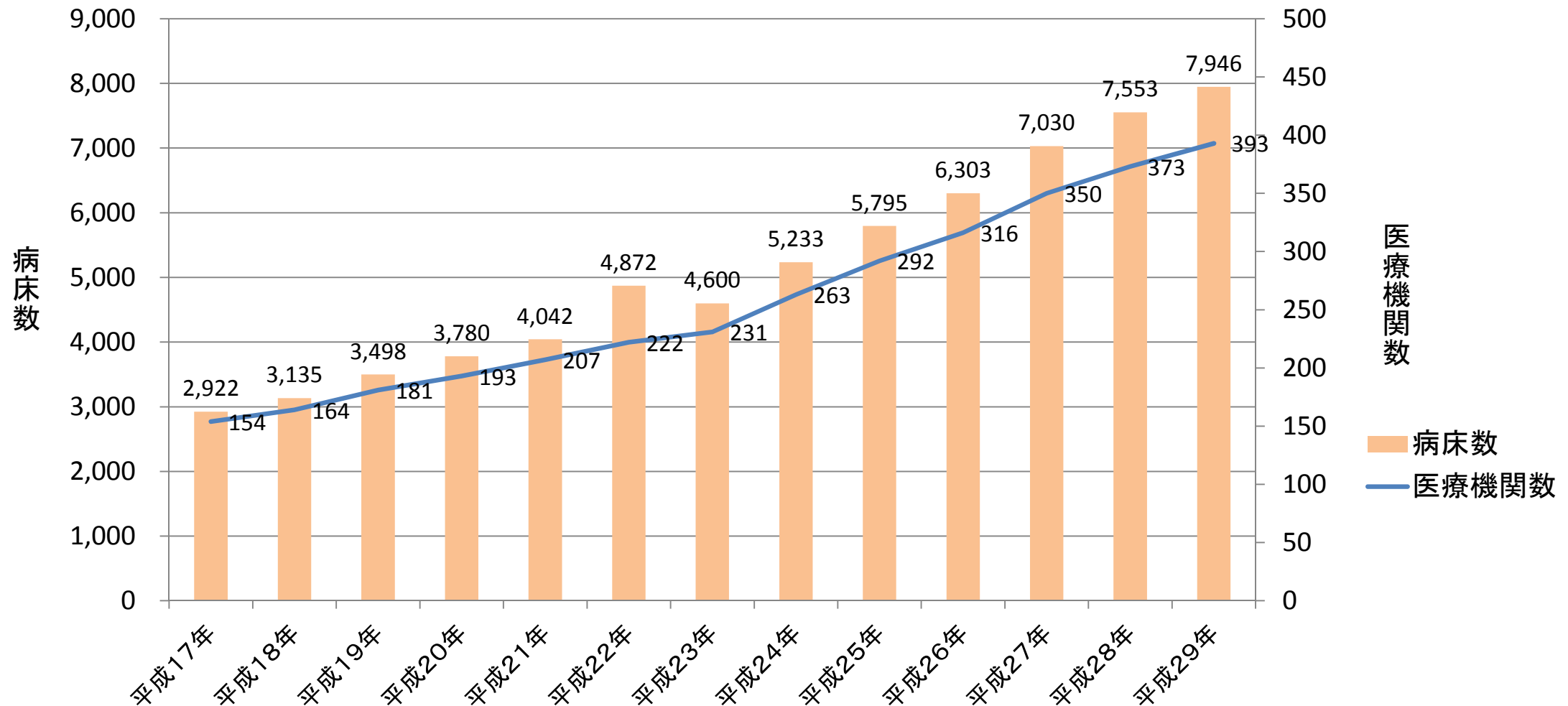
改定後		
緩和ケア病棟入院料		
1	30日以内の期間	4,926点
(新)	緩和ケア病棟緊急入院初期加算	200点
(改) 2	31日以上60日以内の期間	4,400点
(改) 3	61日以上	3,300点

[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。

緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数の推移

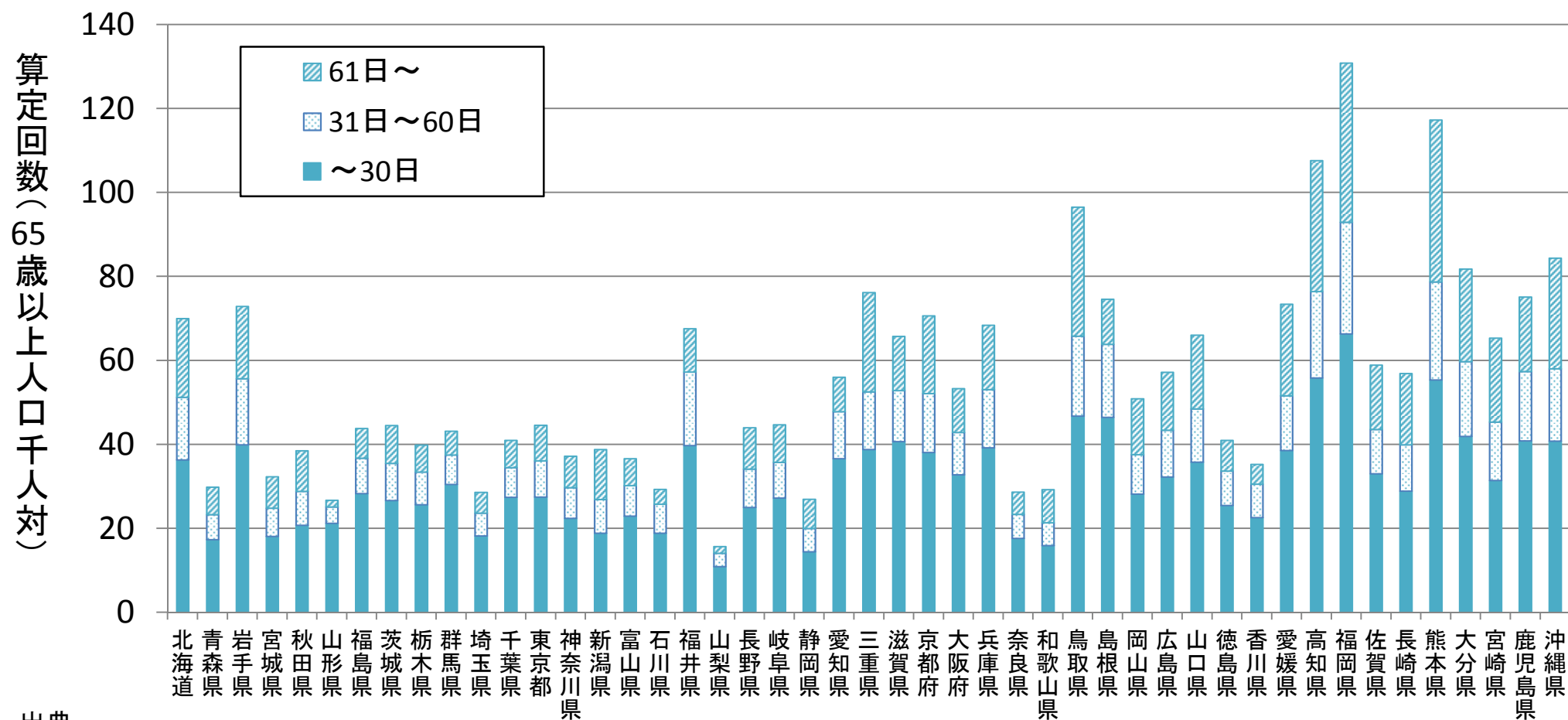
緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数は、年々増加している。



※保険局医療課調べ

都道府県別の緩和ケア病棟入院料算定回数

○ 緩和ケア病棟入院料の算定回数には、都道府県ごとのばらつきがある。

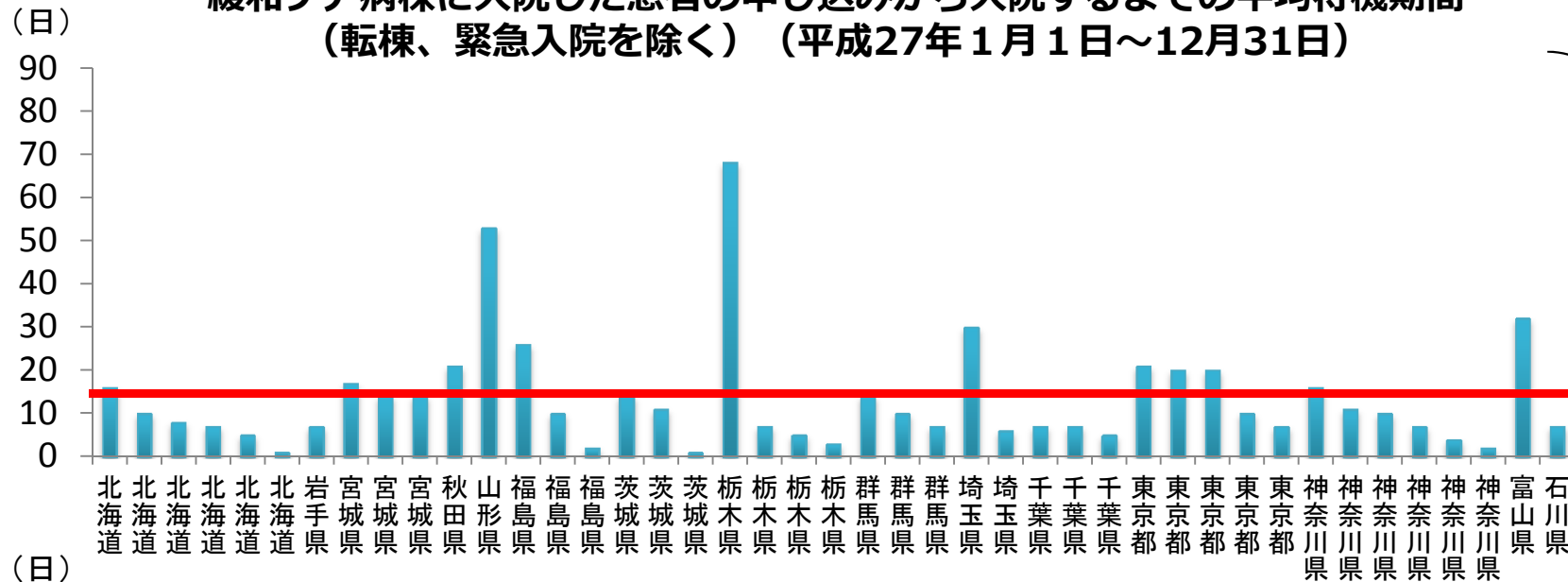


出典：
 （算定回数） 第2回NDBオープンデータ（平成27年4月～平成28年3月診療分）
 （65歳以上人口） 総務省統計局「人口推計（平成27年10月1日時点）」

がん診療連携拠点病院等における緩和ケア病棟入院までの平均待機期間①

- がん診療連携拠点病院等の緩和ケア病棟の平均待機期間の平均は、14日だった。
- 都道府県ごとのばらつきとともに、病院ごとのばらつきもあった。

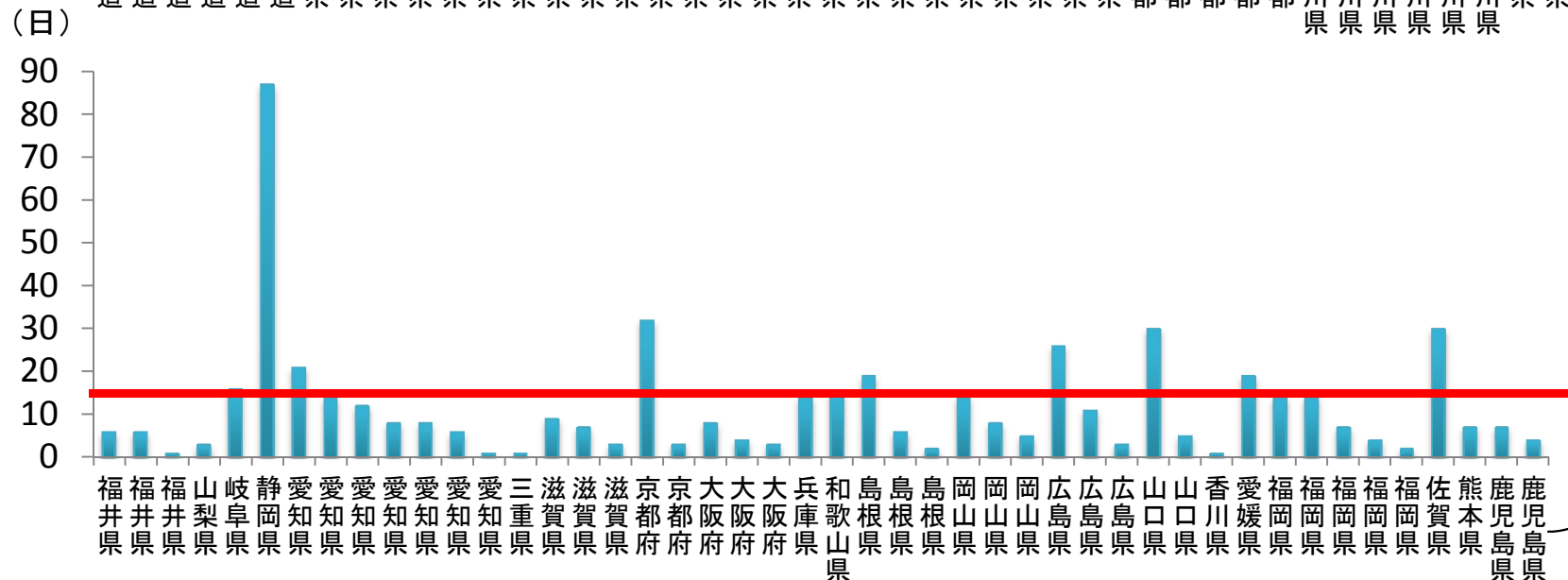
緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間
(転棟、緊急入院を除く) (平成27年1月1日～12月31日)



平均待機期間の
平均

14日

- (注)
- ・平均待機期間90日超の1病院を含む。
 - ・平均待機期間0日の62病院を除く。

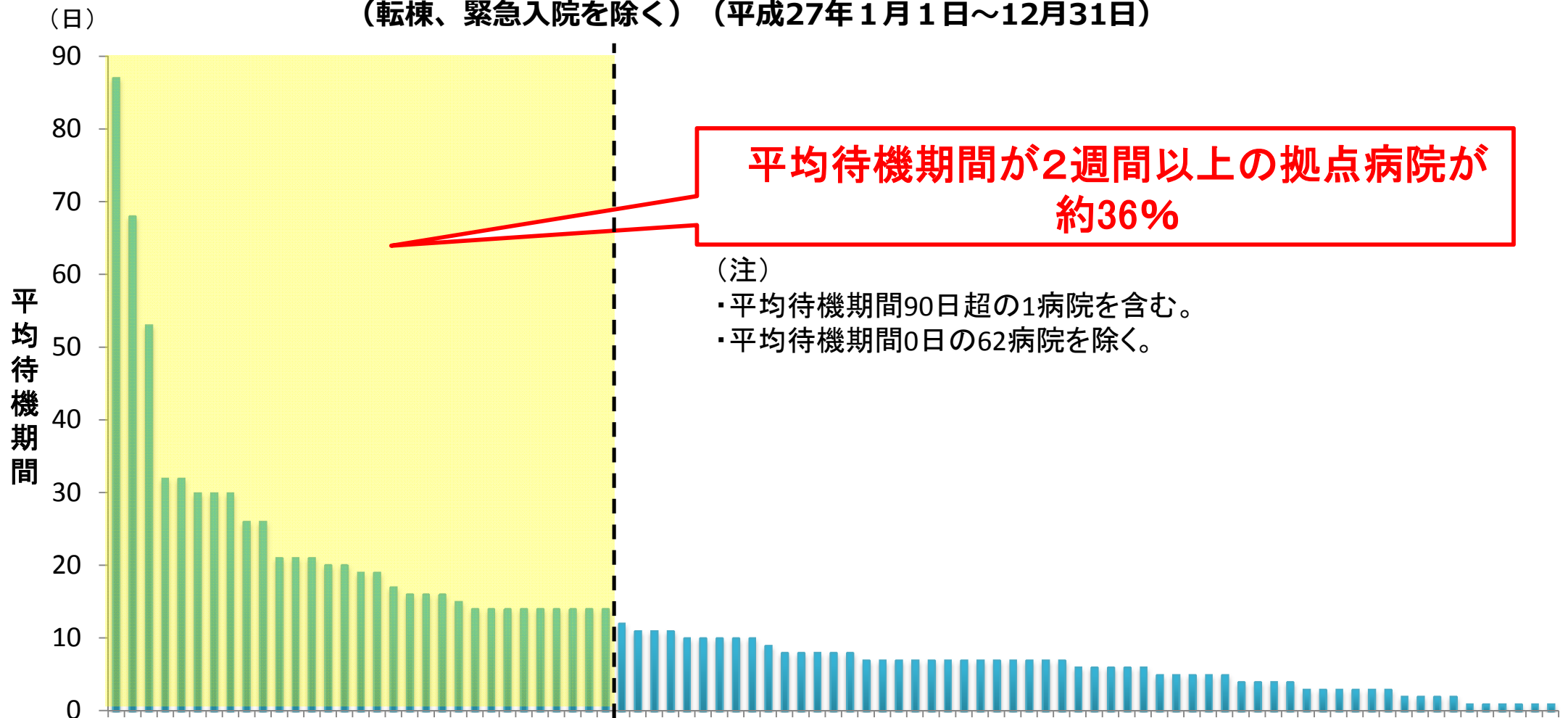


平成28年度がん診療連携拠点病院等現況報告書をもとにがん・疾病対策課作成

がん診療連携拠点病院等における緩和ケア病棟入院までの平均待機期間②

○ がん診療連携拠点病院等の緩和ケア病棟で、平均待機期間が2週間を超える病院は36%だった。

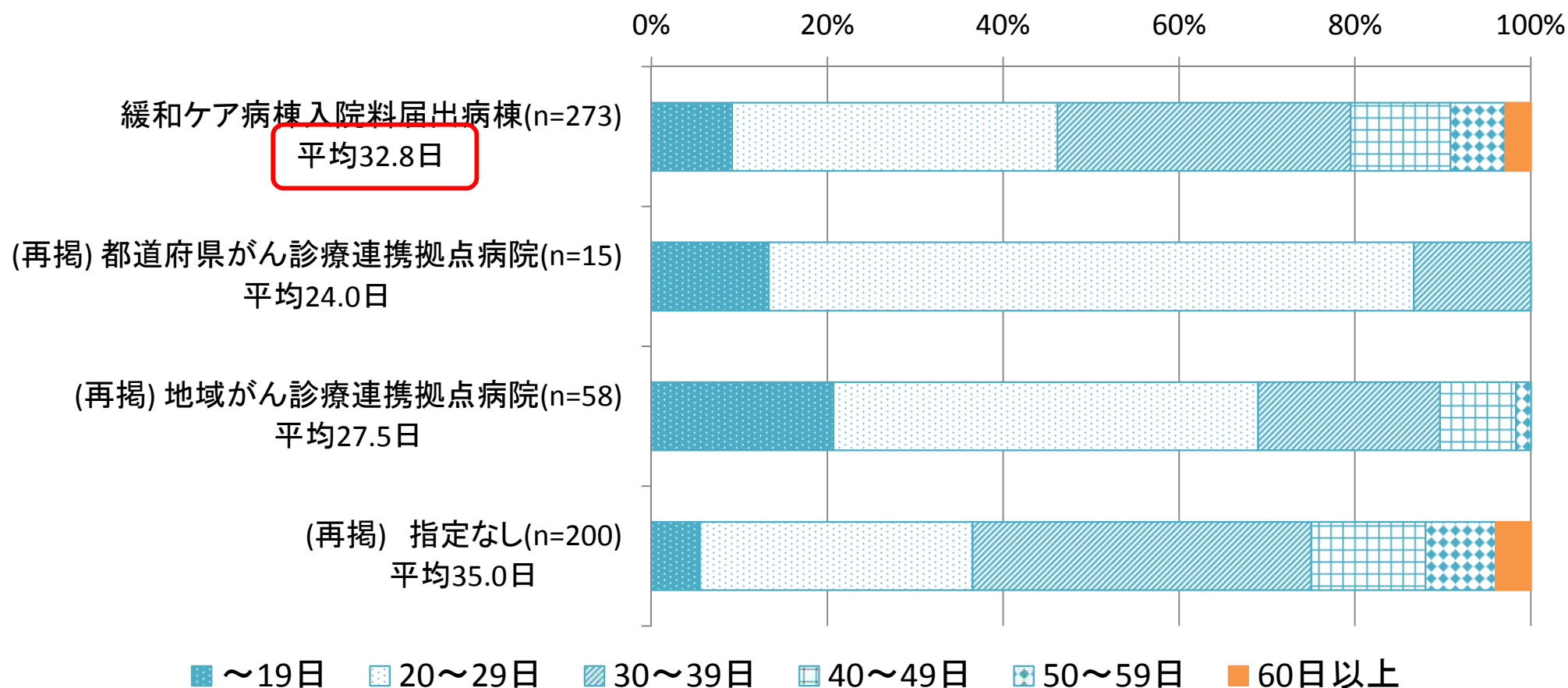
緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間
(転棟、緊急入院を除く) (平成27年1月1日～12月31日)



平成28年度がん診療連携拠点病院等現況報告書をもとにがん・疾病対策課作成

緩和ケア病棟入院後の平均在棟期間

- 緩和ケア病棟入院料の届出病棟における平均在棟期間は30日程度だが、60日を超える緩和ケア病棟も存在する。
- がん診療拠点病院の緩和ケア病棟入院料届出病棟の平均在棟日数は、その他の病院に比べて短かった。



(出典: 日本ホスピス緩和ケア協会施設概要・利用状況調査(2016年4月実施))

緩和ケア病棟には、在宅医療との連携体制の構築が期待される。

がん対策推進基本計画（平成24年6月）

- 拠点病院をはじめ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れ体制を整備する。

➤ 緩和ケア病棟に期待される役割

平成27年厚生労働省 緩和ケア推進検討会
「地域緩和ケアの提供体制について（議論の整理）」より抜粋

- 『緩和ケア病棟は、がん疼痛をはじめとする身体的苦痛が増悪した場合のバックベッドとしての役割を果たし、症状が落ち着いたら、患者や家族の意向に沿った形で、在宅への復帰を図る。』ことが期待される。

➤ 緩和ケアに関する地域連携の必要性

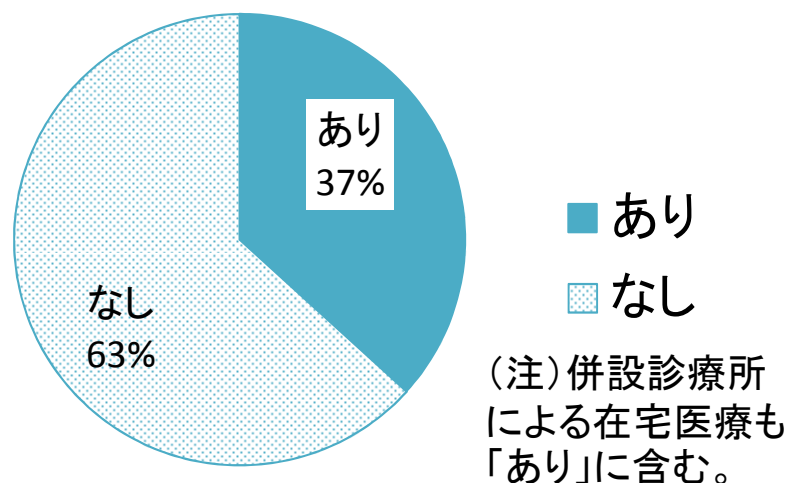
平成27年厚生労働省 がん対策推進協議会
「がん対策推進基本計画 中間評価報告書」より抜粋

- 現在のがん診療においては、全身状態が悪化するまで、複数の抗がん剤治療を継続したり、患者やその家族の在宅療養に対する不安が大きく意思決定ができない場合があるため、かかりつけ医や在宅医、訪問看護ステーションなどの在宅医療サービスに紹介するタイミングが余命が短い時期となることが多く、患者・家族と在宅医療を行う医療従事者との間に信頼関係を構築するための時間がほとんど残されていない状況がある。がん患者・家族の療養生活の質を向上させるためにも、急速に状態が悪化するがんという疾患の特性を十分に考慮し、地域医師会のネットワーク等を活用しつつ、より早期から退院後の生活を見越した医療ニーズのアセスメントや調整・支援を行い、在宅医療・介護との連携体制の構築を推進していくことがきわめて重要である。

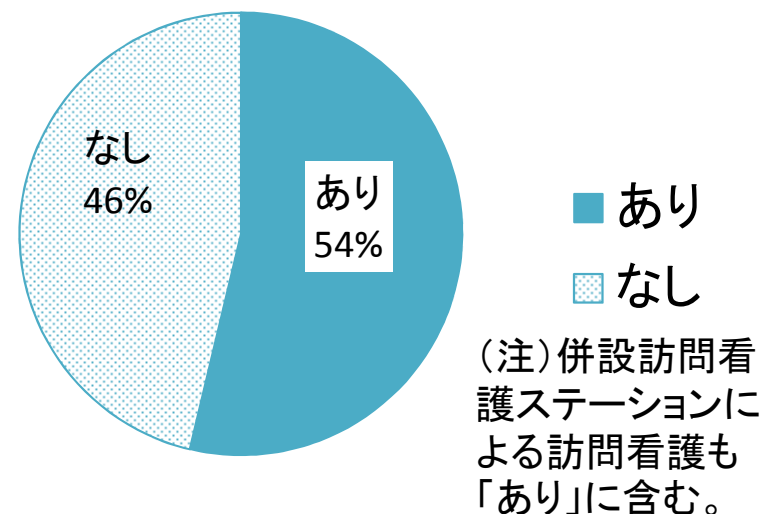
緩和ケア病棟を有する保険医療機関と在宅医療を提供する医療機関の連携

- 緩和ケア病棟入院料の届出医療機関のうち、37%が在宅医療を、54%が訪問看護を提供していた。
- 在宅医療・訪問看護のいずれについても、不定期に提供していると回答した医療機関が多かった。

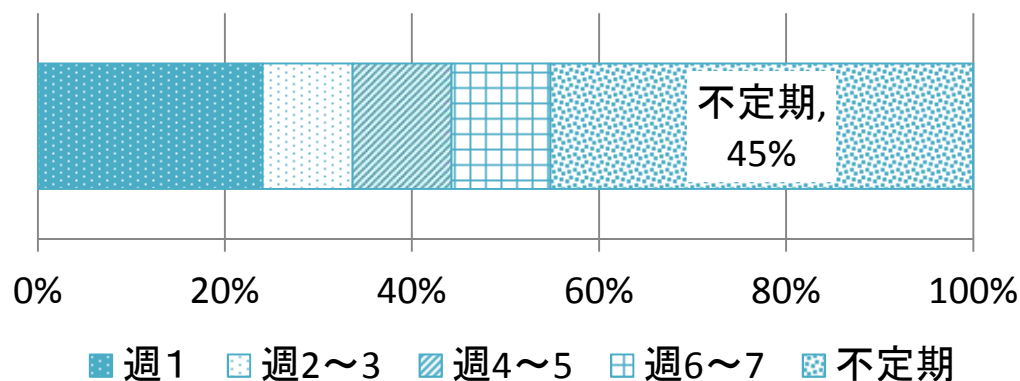
＜在宅医療の提供(n=283)＞



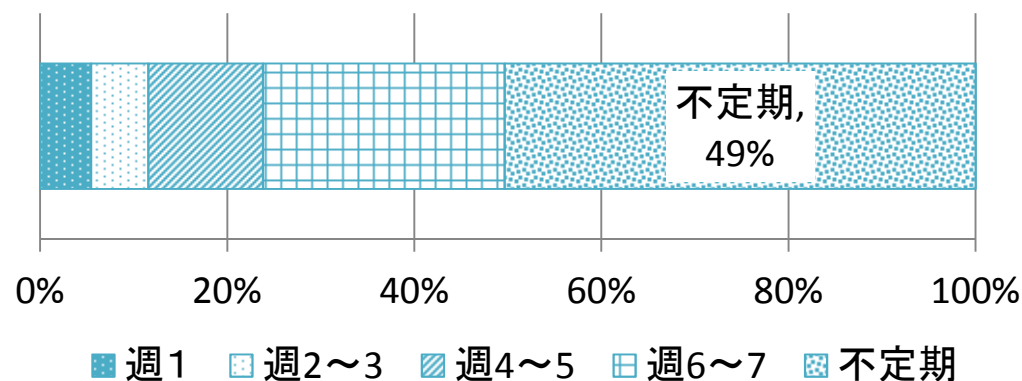
＜訪問看護の提供(n=283)＞



＜在宅医療に対応可能な曜日(n=104)＞



＜訪問看護に対応可能な曜日(n=152)＞



化学療法中の入院患者の食欲低下／緩和ケアチームへの管理栄養士の参画

- 化学療法中の入院患者の多くに食欲低下がみられ、食事がつらいと感じている。
- 緩和ケアチームのある病院のうち、管理栄養士がチームに参画しているのは約半数である。

化学療法中の入院患者の約7割に
食欲低下がみられ、その原因は
食欲不振、嘔気、味覚変化等が多い。

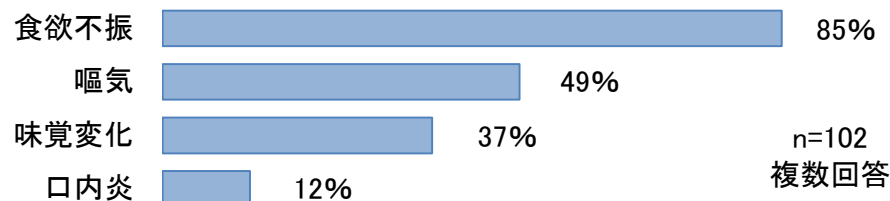


図 食欲低下(102名中67名)の理由

(出典: 山田千夏ら. 日本農村医学会雑誌. 60(2), 59-65, 2011)

化学療法中の入院患者の約8割が
食事がつらいと感じている。

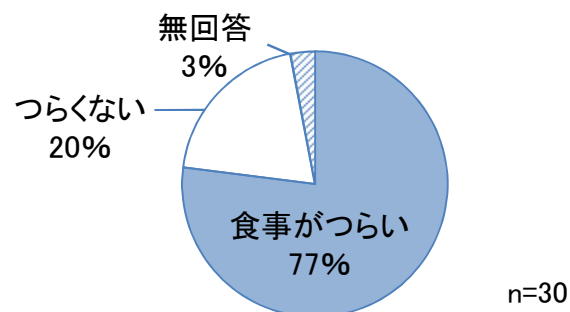


図 化学療法中の食事に対する入院患者の意見

(出典: 曾根敦子ら. 癌と化学療法. 37(11), 2217-2220, 2010)

緩和ケアチームのある病院のうち、
管理栄養士が緩和ケアチームに
参画しているのは約50%である。

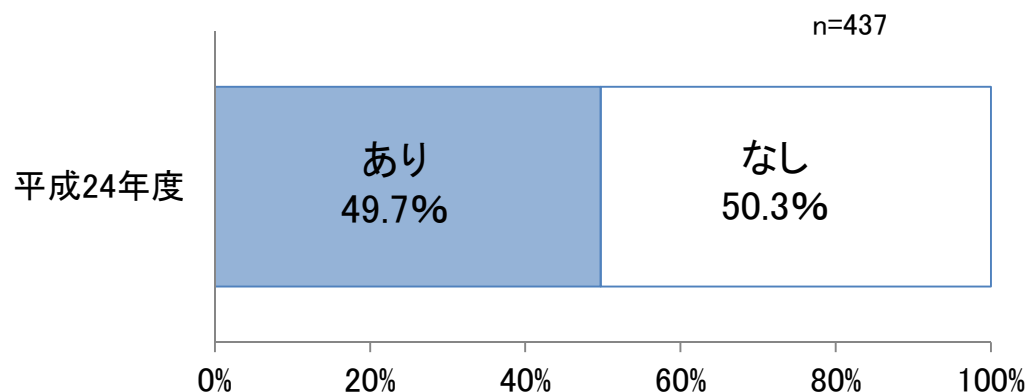
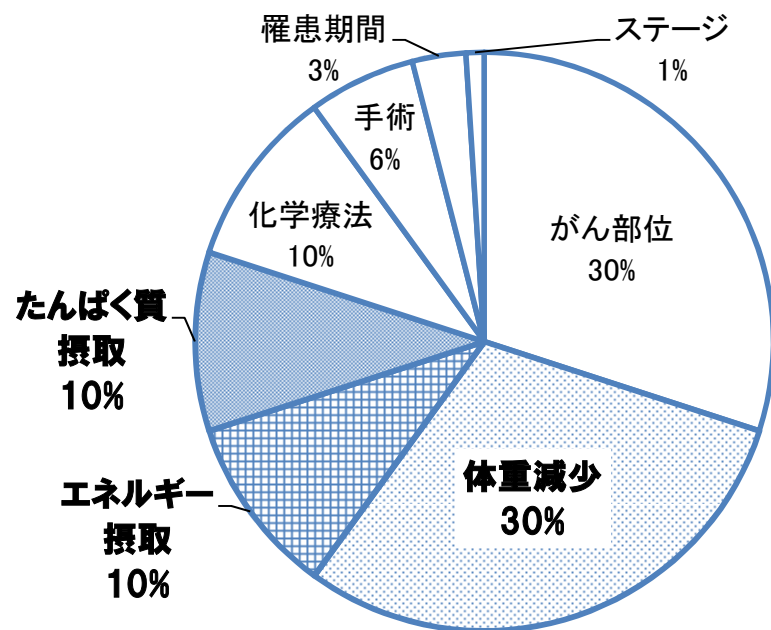


図 緩和ケアチームへの管理栄養士の参画

(出典: 平成24年度 公益社団法人日本栄養士会 医療事業部実態調査)

がん患者のQOL関連因子と緩和ケア患者への管理栄養士の介入効果

- がん患者のQOLに対する体重減少や栄養摂取量の影響は、化学療法やステージよりも大きい。
- 緩和ケア対象患者への管理栄養士の介入により、栄養摂取量が改善するとされている。



対象: 頭頸部がん及び消化器がんの患者 (n=271) ※
※ ステージ I / II (n=65)、ステージ III / IV (n=206)

図 がん患者のQOLに関する因子

(出典: Ravasco P et al. Support Care Cancer 2004; 12: 246-52.)

がん患者のQOLの関係因子として、体重減少や栄養摂取が50%を占めており、化学療法、手術、罹患期間、ステージよりも割合が大きい。

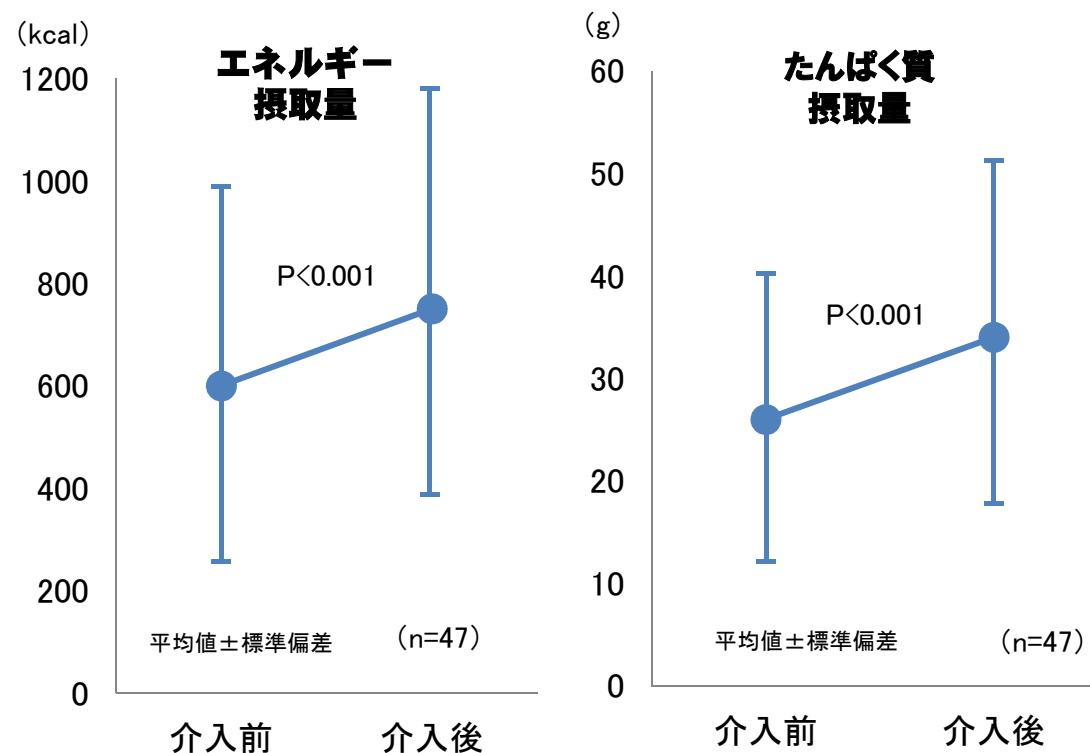


図 管理栄養士が介入した
緩和ケア対象患者の経口栄養摂取量の推移

(出典: 川口美喜子. 臨床栄養. 124(1), 27-33, 2014)

管理栄養士の介入により、
緩和ケア患者の経口栄養摂取量は有意に増加。

がん患者に対する緩和ケアに関する課題と論点①(案)

【課題】

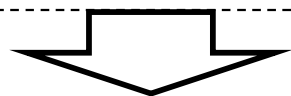
(緩和ケア病棟入院料の現状)

- 緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数は、増加傾向にある。
- がん診療連携拠点病院のうち、約36%の病院で、緩和ケア病棟の平均待機期間が2週間を超えていた。
- 緩和ケア病棟入院料の届出病棟における平均在棟期間は30日程度だが、60日を超える緩和ケア病棟も存在する。
- 緩和ケア病棟には、症状が落ち着いたら、患者や家族の意向に沿った形で、在宅への復帰を図ることが期待されている。
- 緩和ケア病棟入院料の届出医療機関のうち、37%が在宅医療を、54%が訪問看護を提供していた。

(緩和ケアチームへの管理栄養士の参画)

- がん患者が化学療法等により食欲低下をきたした場合に、管理栄養士の介入により栄養摂取量が改善するとの研究報告があるが、緩和ケアチームのある病院のうち、管理栄養士がチームに参画できているのは約半数である。

【論点(案)】



- 入院患者に対する緩和ケアについて、患者や家族の希望に沿った緩和ケアの提供を推進する観点から、平均待機期間に係る現状や在宅緩和ケアとの連携等を考慮しつつ、評価の見直しを検討してはどうか。

緩和ケアにおける医療用麻薬の使用

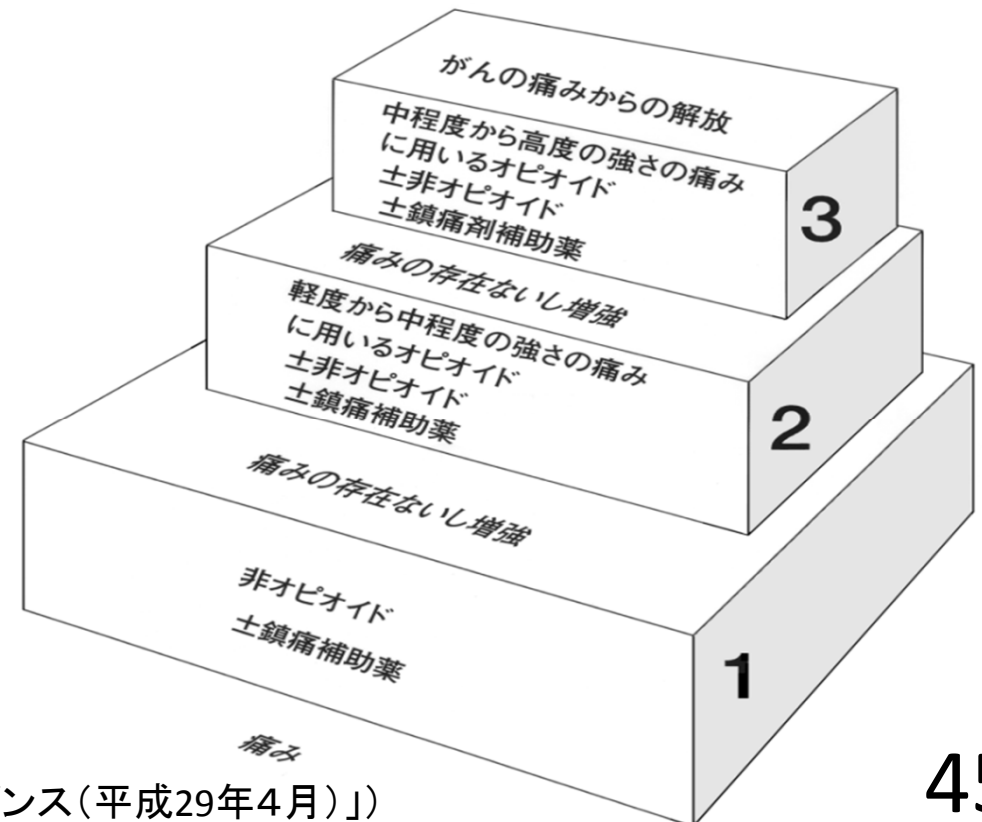
WHO方式がん疼痛療法

- がん疼痛に対する薬物療法は、WHO方式がん疼痛治療法に則って実施されることが基本である。
- WHO方式がん疼痛治療法では、70-90%の患者で効果的に痛みの軽減が得られることが明らかになっている。
- WHO方式がん疼痛治療法は、鎮痛薬の使用について、痛みの強さに応じた段階的な選択などの5つの基本原則から成り立っている。

鎮痛薬使用の5原則

- 経口的に
- 時刻を決めて規則正しく
- 鎮痛ラダーにそって効力の順に
- 患者ごとの個別的な量で
- その上で細かい配慮を

三段階除痛ラダー



医療用麻薬消費量の各国との比較

モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンの合計
(100万人1日あたりモルヒネ消費量換算)

単位：S-DDD

	モルヒネ	フェンタニル	オキシコドン	合計
アメリカ	2,141	7,085	7,840	17,066
カナダ	2,629	11,504	4,244	18,440
ドイツ	442	16,591	1,177	18,210
オーストラリア	1,069	7,769	4,337	13,175
イギリス	1,130	4,334	1,609	7,073
フランス	867	5,434	692	6,993
イタリア	230	2,815	515	3,560
韓国	39	1,959	311	2,309
日本	61	956	154	1,171
シンガポール	31	378	26	435
中国	30	50	16	96
ロシア	8	79	1以下	87

S-DDD：defined daily doses for statistical purposes

統計用特殊単位であり、数値は過去3年間の平均を表す（2012～2014）

医療用麻薬の投薬期間

- 麻薬及び向精神薬取締法の対象医薬品については、診療報酬上の投薬期間の上限を原則14日としているが、がん疼痛治療のための麻薬として、WHO方式がん疼痛療法等に位置づけられた一部の医薬品については、その特性に配慮し、平成20年度改定及び平成24年度改定において、投薬期間の上限を30日に見直している。
- がん疼痛治療に用いられるオピオイドのうち、平成24年度改定以降に、新たに薬価収載されたものは、投薬期間の上限が14日となっている。

＜WHO方式がん疼痛療法の鎮痛薬リストに含まれる麻薬に係る投薬期間の上限＞

30日	内服薬	オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩
	外用薬	フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩
	注射薬	フェンタニルクエン酸塩、モルヒネ塩酸塩
14日	内服薬	あへん、 <u>タペンタドール</u> 、フェンタニル、ペチジン（※1）、 <u>ヒドロモルフォン</u> （※2）、メサドン
	注射薬	あへん、 <u>オキシコドン塩酸塩水和物</u> 、複方オキシコドン

（※1）がん疼痛での継続的な使用（反復投与）は推奨されていないが、他のオピオイドが入手できない国があるために、リストに残された医薬品。

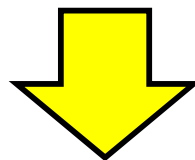
（※2）～平成30年5月まで： 新医薬品かつ麻向法上の麻薬であるため、投薬期間の上限は14日間

平成30年6月以降： 麻向法上の麻薬であるため、投薬期間の上限は14日間

（下線）我が国のがん疼痛療法において、オピオイドスイッチングの一部としての使用が想定される麻薬のうち、平成24年改定以降に薬価に収載されたもの

【課題】

平成20年度以降も、早期からの緩和医療がさらに進展したことに伴い、長期に渡り使用経験のあるコデインリン酸塩(内用)、ジヒドロコデインリン酸塩(内用)及びフェンタニルクエン酸塩(注射)、並びに薬価基準収載から既に一年以上を経過しているフェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤(外用)についても長期処方のニーズが高まってきており、関係学会からの要望もある。



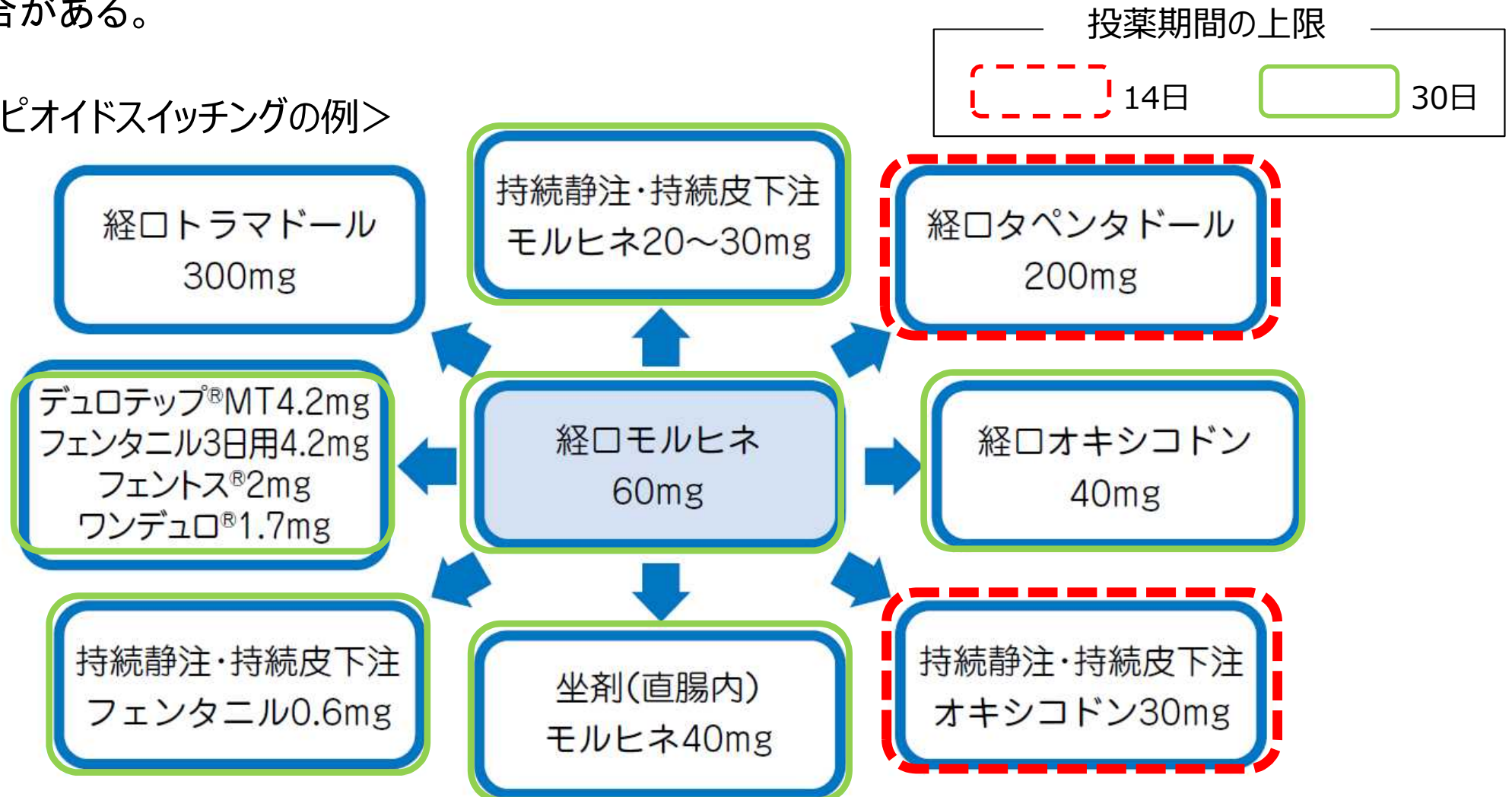
【論点】

- 従前から、基本的には医療用麻薬については、14日分の処方が限度とされている。
- しかし、緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、以下の4製剤については、30日分処方とすることを認めてはどうか。
 - **コデインリン酸塩(内用)**
 - **ジヒドロコデインリン酸塩(内用)**
 - **フェンタニルクエン酸塩の注射剤(注射)**
 - **フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤(外用)**

オピオイドスイッチング

- 医療用麻薬の継続投与を必要とする患者では、副作用の改善や鎮痛効果の改善を目的に、麻薬の種類変更(オピオイドスイッチング)が行われる。
- 投薬期間の上限日数が異なる薬剤があると、スイッチングによって、投薬期間の変更が必要となる場合がある。

＜オピオイドスイッチングの例＞



(出典: 厚生労働省監視指導・麻薬対策課「医療用麻薬適正使用ガイダンス(平成29年4月)」)

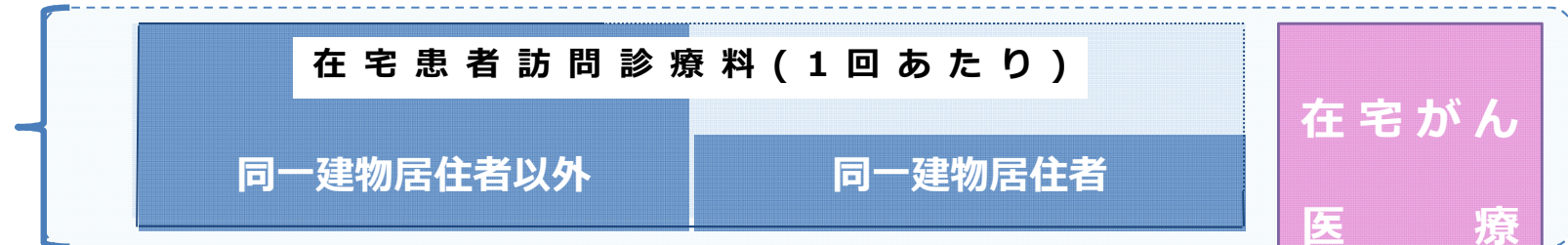
在宅緩和ケア

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）（平成28年度～）

- 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。
- 上記3種類の評価のうち、総合的な医学的管理に対する評価の占める割合が大きい。

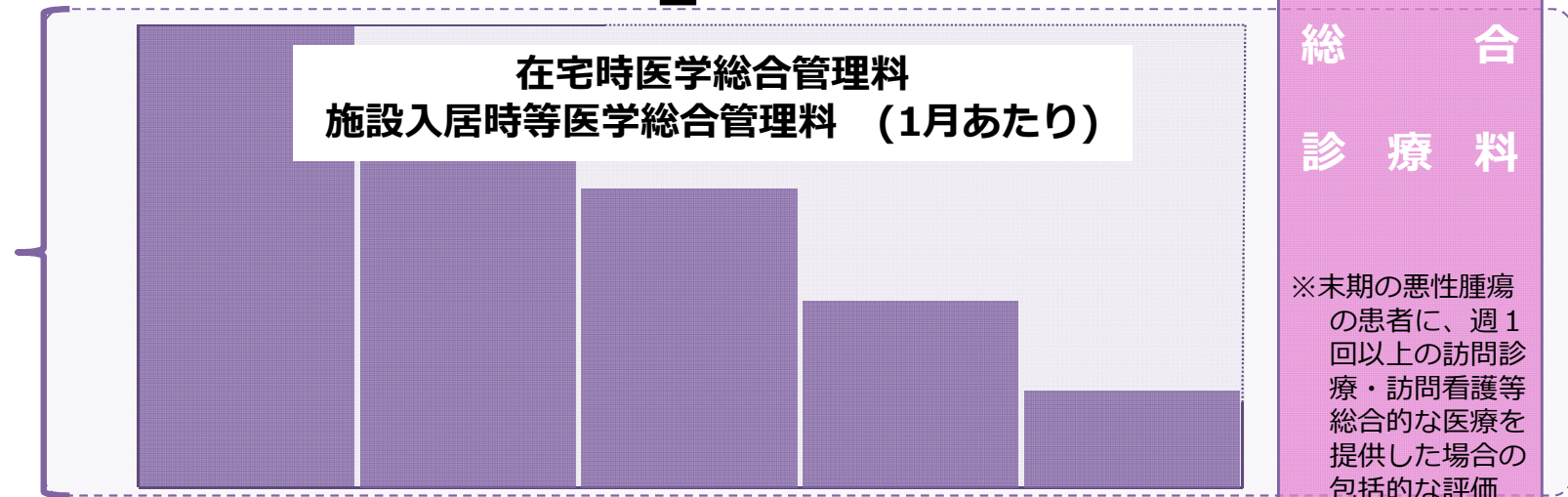
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

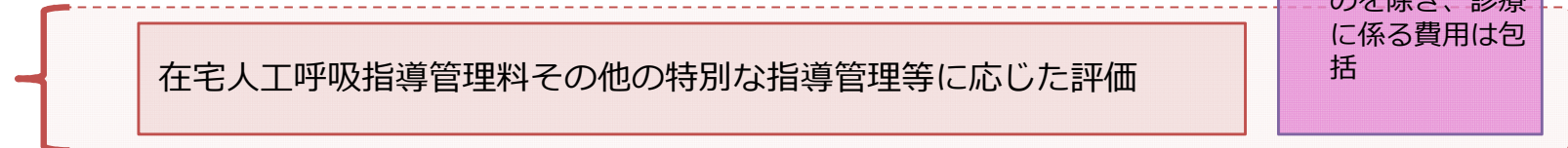


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



③指導管理等に対する評価



在宅がん
医療

総合
診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に、週1回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

在宅で療養する末期のがん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬

- 末期のがん患者については、訪問診療や医学管理の評価を出来高で算定する方法と、訪問診療に関する基本的な評価が包括された在宅がん医療総合診療料を算定する方法を選択可能な取扱いとなっている。
- 在宅がん医療総合診療料には、注射による鎮痛療法等、専門的な在宅療養に係る指導管理料も包括されている。

＜在宅で療養する末期のがん患者に訪問診療を行った場合の月あたりの診療報酬（イメージ）＞

- 医療機関の形態： 在宅療養支援診療所
- 居住形態： 一軒家
- 診療内容： 週1回の訪問診療、注射による鎮痛療法、投薬（処方せん交付のみの院外処方）

	パターン1	パターン2
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価	在宅患者訪問診療料 3,332点（833点／回）	在宅がん医療総合診療料 6,600点 （1,650点／週）
②総合的な医学的管理等を行った場合の評価	在宅時医学総合管理料 4,600点	
③指導管理等に対する評価 （在宅療養指導管理料・材料加算）	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点	

在宅酸素療法指導管理料について

- 在宅で療養する末期のがん患者等に対して、呼吸困難の緩和を目的に行われる酸素療法については、在宅酸素療法指導管理料の対象となっていない。

在宅酸素療法指導管理料（月1回）

- 1 チアノーゼ型心疾患の場合 520点
- 2 その他の場合 2,400点

<「2 その他の場合」の対象となる在宅酸素療法>

諸種の原因による高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者又は慢性心不全の患者のうち、安定した病態にある退院患者及び手術待機の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施するもの

がん患者に対する緩和ケアに関する課題と論点②(案)

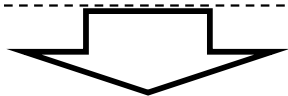
【課題】

(がん性疼痛の医療用麻薬の投薬期間の取扱い)

- ・ がん性疼痛の治療はWHO方式がん疼痛療法に則って行われることが基本。
- ・ WHO方式がん疼痛療法の鎮痛薬リストにある医療用麻薬のうち、長期処方ニーズのあるものについては、平成20年と平成24年に段階的に投薬期間の上限を30日に見直されてきたが、その後、新たに薬価に収載された医療用麻薬の投薬期間の上限は14日とされている。
- ・ 鎮痛効果の改善等を目的に医療用麻薬の種類変更(オピオイドスイッチング)が行われることが一般的であるが、投薬期間の上限日数が異なる薬剤があると、スイッチングに伴い、投薬期間の変更が必要となる場合がある。

(在宅緩和ケアにおける課題)

- ・ 末期のがん患者に在宅で緩和ケアを提供する場合、呼吸困難感などのために、酸素療法が必要となる場合があるが、酸素療法に係る在宅酸素療法指導管理料や材料加算が算定できない場合がある。



【論点(案)】

- 緩和医療の質の向上の観点から、がん疼痛療法に適応のある医療用麻薬のうち、新たに薬価収載されたものについては、投薬期間の日数上限の取扱いについて、実際の使用実態を踏まえて、見直してはどうか。
- 在宅で療養する末期のがん患者に苦痛の緩和を目的とした酸素療法が行われる場合については、在宅療養指導管理料等に関する取扱いの見直しを検討してはどうか。

個別事項(その2:がん、感染症等)

1. がん

- a. がん医療の提供体制

2. 緩和ケア

- a. がん患者に対する緩和ケア
- b. 非がん患者に対する緩和ケア

3. 感染症

- a. 薬剤耐性(AMR)対策
- b. 小規模の結核病棟の取扱

4. 移植医療

- a. 造血幹細胞移植の実施体制

緩和ケア診療加算

A226-2 緩和ケア診療加算

400点（1日につき）

● 算定要件

一般病床に入院する**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。

● 施設基準

専従の緩和ケアチーム

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

（悪性腫瘍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）

イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師

（3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者）

ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師

（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ている者）

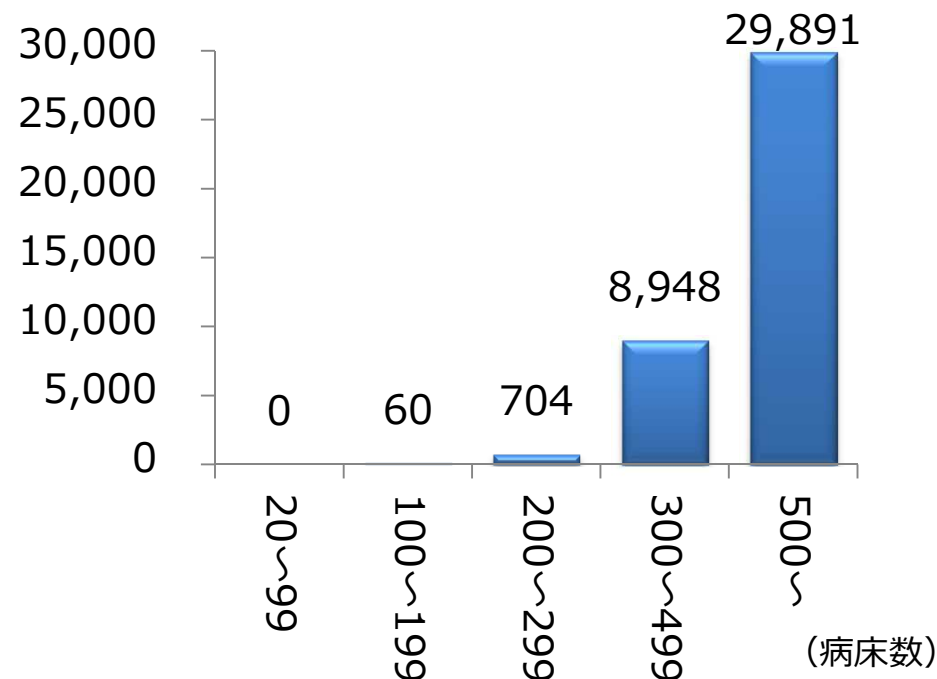
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

（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者）

※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。

※ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、専任であって差し支えない。

（算定回数） 平成28年度：39,603回



「社会医療診療行為別統計」より（平成28年6月審査分）

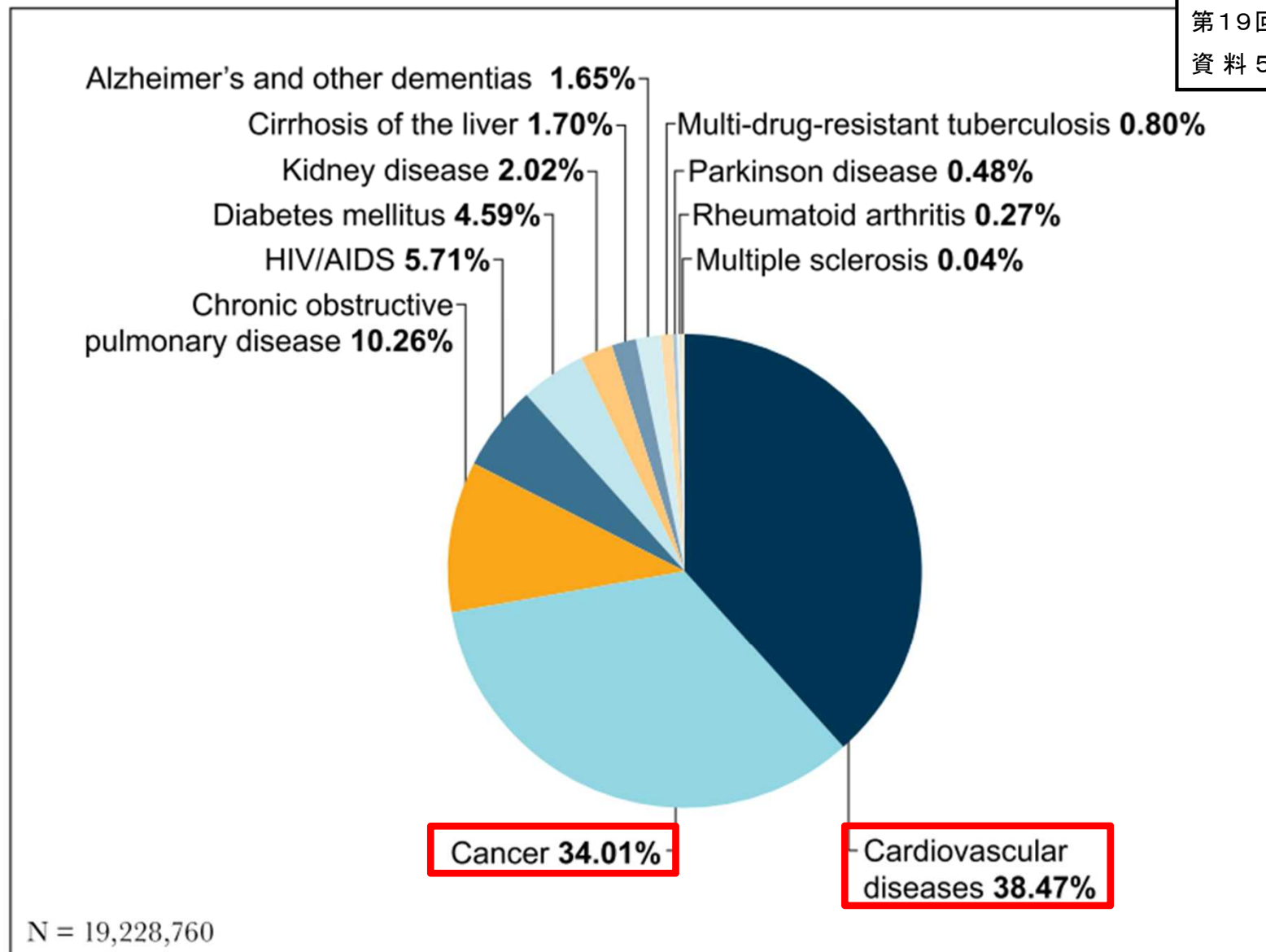
○がん診療連携拠点病院の算定施設数
（現況報告：平成27年1月1日～12月31日）

都道府県・地域がん診療連携拠点病院：
175/399施設（43.9%）

特定領域がん診療連携拠点病院：1/1
地域がん診療病院：0/34

終末期に緩和ケアを必要とする者の疾患別割合（成人）

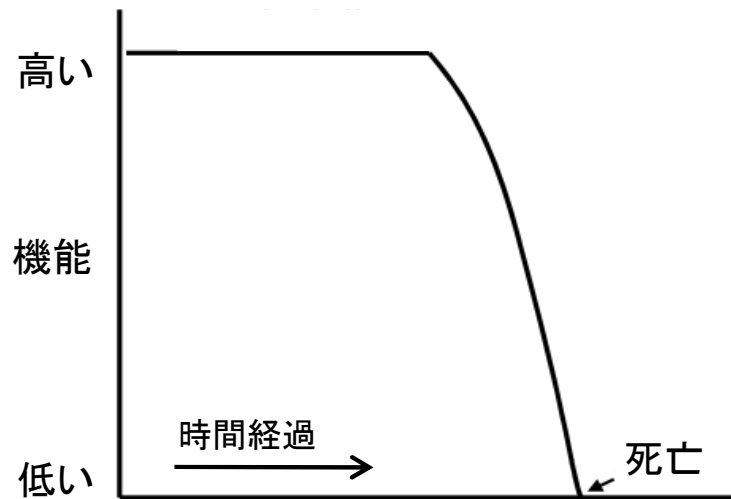
第19回緩和ケア推進検討会
資料5（28.3.16）改



1位 循環器疾患、2位 がん

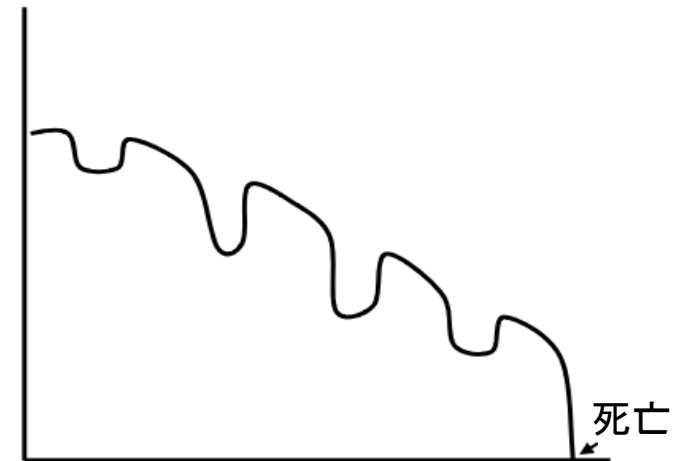
疾患群別の予後経過

第19回緩和ケア推進検討会
資料5(28.3.16)



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。
最後は比較的急に低下する。

循環器疾患の終末期における患者の苦痛

- 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

	循環器疾患	がん	AIDS	COPD	腎疾患
痛み	41-77%	35-96%	63-80%	34-77%	47-50%
うつ	9-36%	3-77%	10-82%	37-71%	5-60%
不安	49%	13-79%	8-34%	51-75%	39-70%
混乱	18-32%	6-93%	30-65%	18-33%	73-87%
倦怠感	69-82%	32-90%	54-85%	68-80%	11-62%
呼吸困難	60-88%	10-70%	60-88%	90-95%	32-71%
不眠	36-48%	9-69%	36-48%	55-65%	30-43%

心不全の患者に対する緩和ケアについて

(「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」報告書より抜粋)

- 慢性心不全の主な治療目標は、年齢、併存症の有無、心不全の重症度等により適切に設定される必要があり、状況によっては心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要とされる。

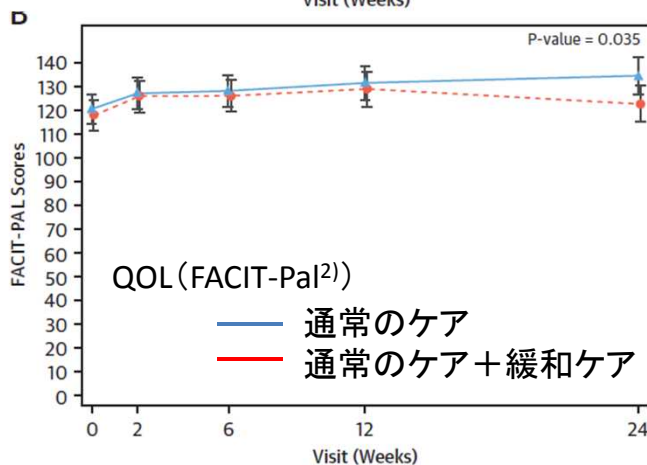
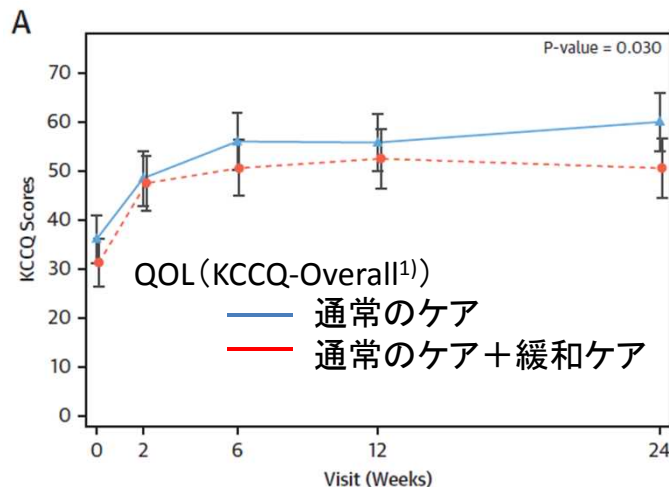
	無症状期	初回症状 発現期	慢性安定期 ↕ 急性増悪期	治療抵抗期
身体機能の 推移	心不全の進行			
	(学会ガイドラインにおける)慢性心不全 (心不全の治療と連携した)緩和ケア 急性増悪(入院管理) (学会ガイドラインにおける)急性心不全 (軽症) (重症) (突然死)			
想定される 主な管理方針	● 器質的心疾患の予防・進行抑制 ● 心不全症状の 予防	● 症状の程度に応じた適切な心不全治療 ● 心不全原因疾患の評価	● 再入院予防にむけた日常管理 ● 急性増悪時には症状の程度に応じた適切な急性期治療	● 症状のコントロール ● 人生の最終段階のケア ● (適応があれば心臓移植、補助人工心臓)

心不全の患者に対する緩和ケアの効果

○ 心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ことで、患者のQOL、不安、抑うつ、スピリチュアルの健康度において、改善が得られるとの報告がある。

進行した心不全患者において、(通常のケア+緩和ケア)を実施した患者75名、(通常のケアのみ)を実施した患者75名におけるQOL、不安、抑うつ、スピリチュアルの健康度に関するランダム化比較試験

Rogers JG et al. J Am Coll Cardiol 2017;70(3):331-341.



	介入6ヶ月後の アウトカムの差 ³⁾	P値
QOL (KCCQ-Overall)	9.49	<u>0.030*</u>
QOL (FACIT-Pal)	11.77	<u>0.035*</u>
抑うつ	-1.94	<u>0.020*</u>
不安	-1.84	<u>0.048*</u>
スピリチュアルの健康度	3.98	<u>0.027*</u>

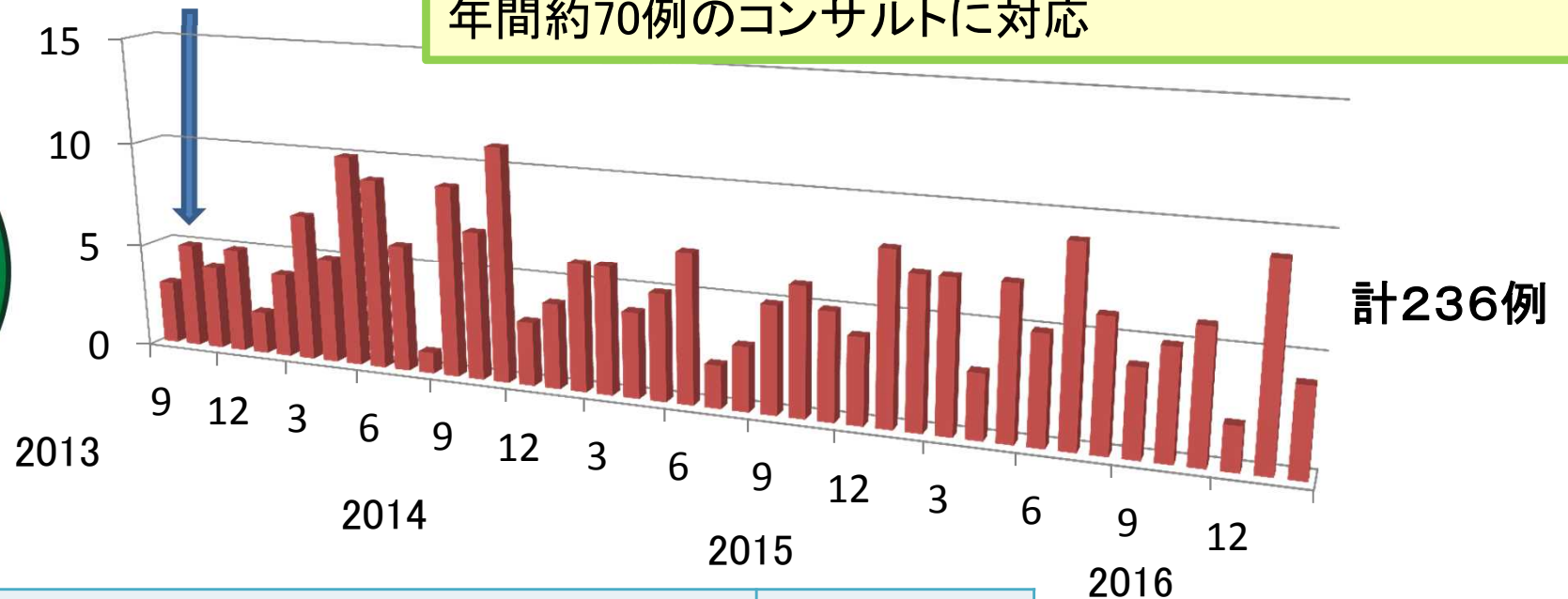
- 1) Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire Functional
2) Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care scale
3) mixed model analysis, unadjusted

*p < 0.05

国内初の循環器緩和ケアチーム活動

国立循環器病研究センター
多職種協働緩和ケアチーム
2013年9月発足

主治医からの要請により，身体症状の緩和，精神・心理・社会的サポートを多職種協働で行う
年間約70例のコンサルトに対応

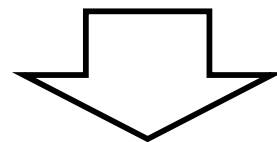


活動内容	回数
チーム・カンファレンス	50回/年
院内講習会	6回/年
院外講習会(地域医師会との連携)	2回/年
学会発表(6学会)	9演題/年
医学雑誌掲載	10編/年

非がん患者に対する緩和ケアに関する課題と論点(案)

【現状・課題】

- 現行では、悪性腫瘍(がん)又は後天性免疫不全症候群(AIDS)の患者を対象とした緩和ケア診療が、緩和ケア診療加算として、診療報酬で評価されている。
- 終末期に緩和ケアを必要とする者の疾患別割合については、1位 循環器疾患(38%)、2位 がん(34%)となっている。
- 進行した心不全の終末期においては、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。
- 進行した心不全に対して、緩和ケアチームが継続的に支援することで、心不全の患者のQOLに関する複数の指標で、スコアが改善したとの報告がある。



【論点(案)】

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアについても、現行の末期のがん患者等への緩和ケアに対する診療報酬上の評価を踏まえつつ、評価を検討してはどうか。

個別事項(その2:がん、感染症等)

1. がん

- a. がん医療の提供体制

2. 緩和ケア

- a. がん患者に対する緩和ケア
- b. 非がん患者に対する緩和ケア

3. 感染症

- a. 薬剤耐性(AMR)対策
- b. 小規模の結核病棟の取扱

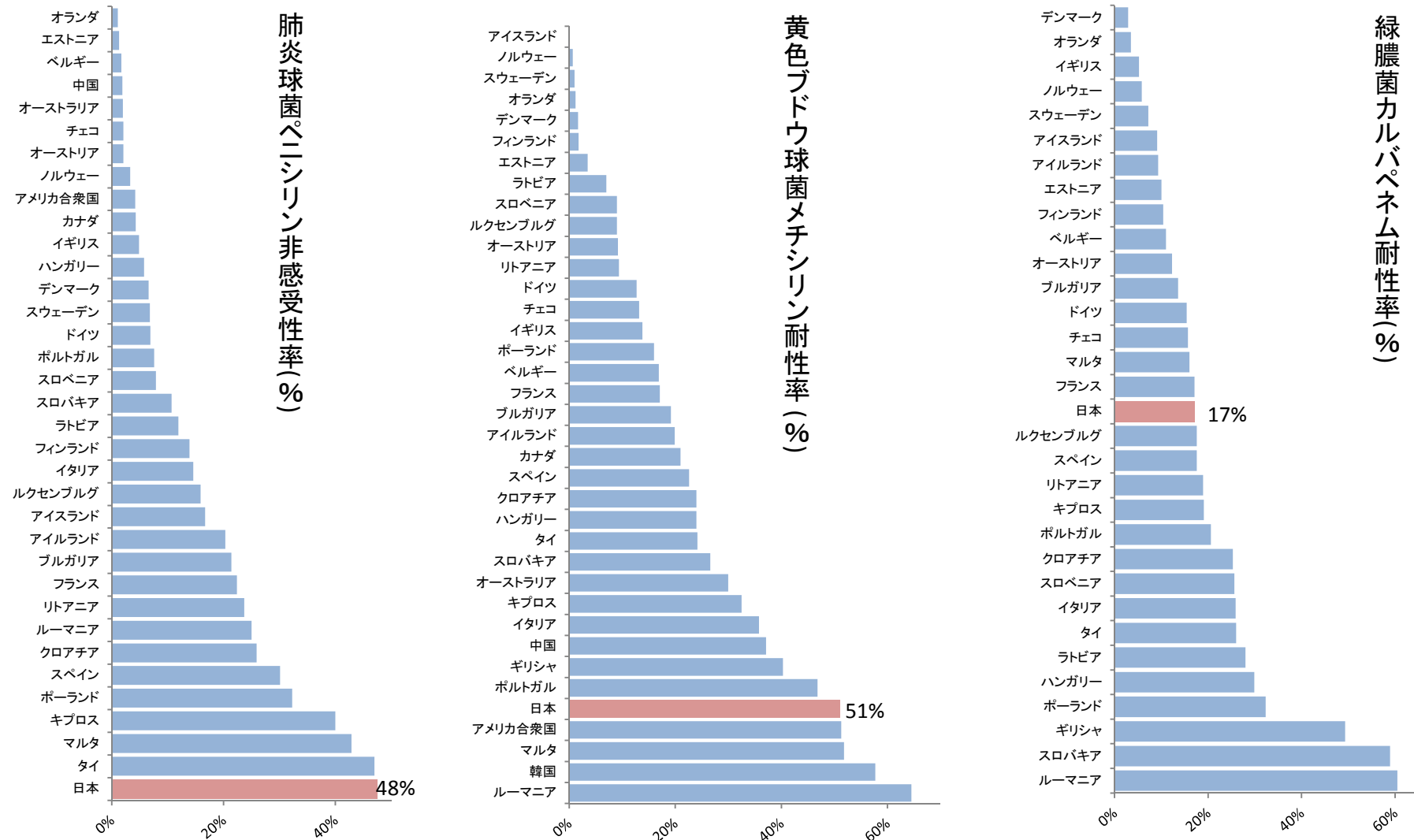
4. 移植医療

- a. 造血幹細胞移植の実施体制

ヒトにおける代表的な微生物の薬剤耐性率の国際比較

薬剤耐性菌の検出割合

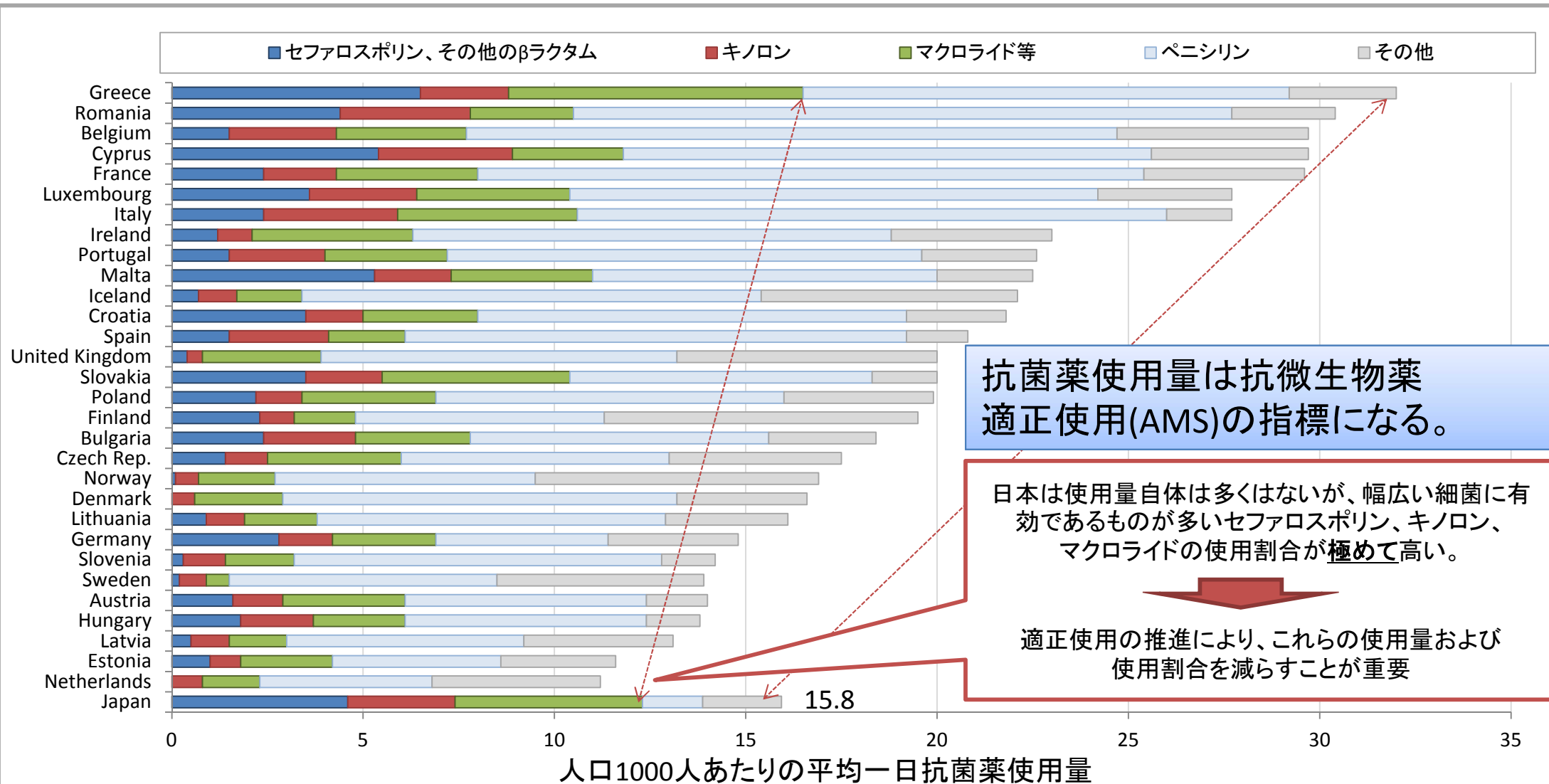
日本の、薬剤耐性菌の検出割合は、ヒトにおいてはカルバペネム系抗菌薬以外は他国と比較して高いものが多い。



薬剤耐性(AMR)対策アクションプランにおける数値目標

抗微生物薬について、2020年までに、経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライドの使用量を**半減**させ、全体の使用量を**33%減**とする。

医療分野における抗菌薬使用量



1. 普及啓発・教育

- ・ 1.1 国民に対する薬剤耐性の知識・理解に関する普及啓発活動の推進
- ・ 1.2 関連分野の専門職に対する薬剤耐性に関する教育、研修の推進

2. サーベイランス・モニタリング

- ・ 2.1 医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化
- ・ 2.2 医療機関における抗微生物薬使用量の動向の把握
- ・ 2.3 畜水産、獣医療等における動向調査・監視の強化
- ・ 2.4 医療機関、検査機関、行政機関等における薬剤耐性に対する検査手法の標準化と検査機能の強化
- ・ 2.5 ヒト、動物、食品、環境等に関する統合的なワンヘルス動向調査の実施

3. 感染予防管理

- ・ 3.1 医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進
- ・ 3.2 畜水産、獣医療、食品加工・流通過程における感染予防・管理の推進
- ・ 3.3 薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化

4. 抗微生物製剤適正使用

- ・ 4.1 医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進
- ・ 4.2 畜水産、獣医療等における動物用抗菌性物質の慎重な使用の徹底

5. 研究開発・創薬

- ・ 5.1 薬剤耐性の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進
- ・ 5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用に関する研究の推進
- ・ 5.3 感染症に対する既存の予防・診断・治療法の最適化に資する研究開発の推進
- ・ 5.4 新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究及び産学官連携の推進
- ・ 5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防・診断・治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

6. 国際協力・グローバルヘルスアーキテクチャ

- ・ 6.1 薬剤耐性に関する国際的な施策に係る日本の主導力の発揮
- ・ 6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン達成のための国際協力の展開

薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン(2016.4.5)【数値目標のまとめ】

指標微生物の薬剤耐性率

	指標	2014年	2020年(目標値)
医療分野	肺炎球菌のペニシリン非感受性率	48%	15%以下
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	45%	25%以下
	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	51%	20%以下
	緑膿菌のカルバペネム耐性率	17%	10%以下
	大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1-0.2%	0.2%以下(同水準)
畜産分野	大腸菌のテトラサイクリン耐性率	45%	33%以下
	大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率	5%	G7同水準
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	5%	G7同水準

ヒトの抗微生物剤の使用量(人口千人あたりの一日抗菌薬使用量)

指標	2013年	2020年(目標値)
全体	15.8	33%減
経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライド	11.6	50%減
静注抗菌薬使用量	1.2	20%減

感染防止対策加算

感染防止対策加算1 400点（入院初日）

感染防止対策加算2 100点（入院初日）

※ 感染防止対策地域連携加算 100点を更に加算

● 算定要件の概要

院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。

感染制御チームは以下の業務を行うものとする。

ア 感染制御チームは、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

イ 感染防止対策チームは微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。

ウ 感染制御チームは院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

● 施設基準の概要

＜感染防止対策加算1＞

○ 以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）。

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること

○ 感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。

○ 感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること

○ 院内感染対策サーベイランス(JANIS)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

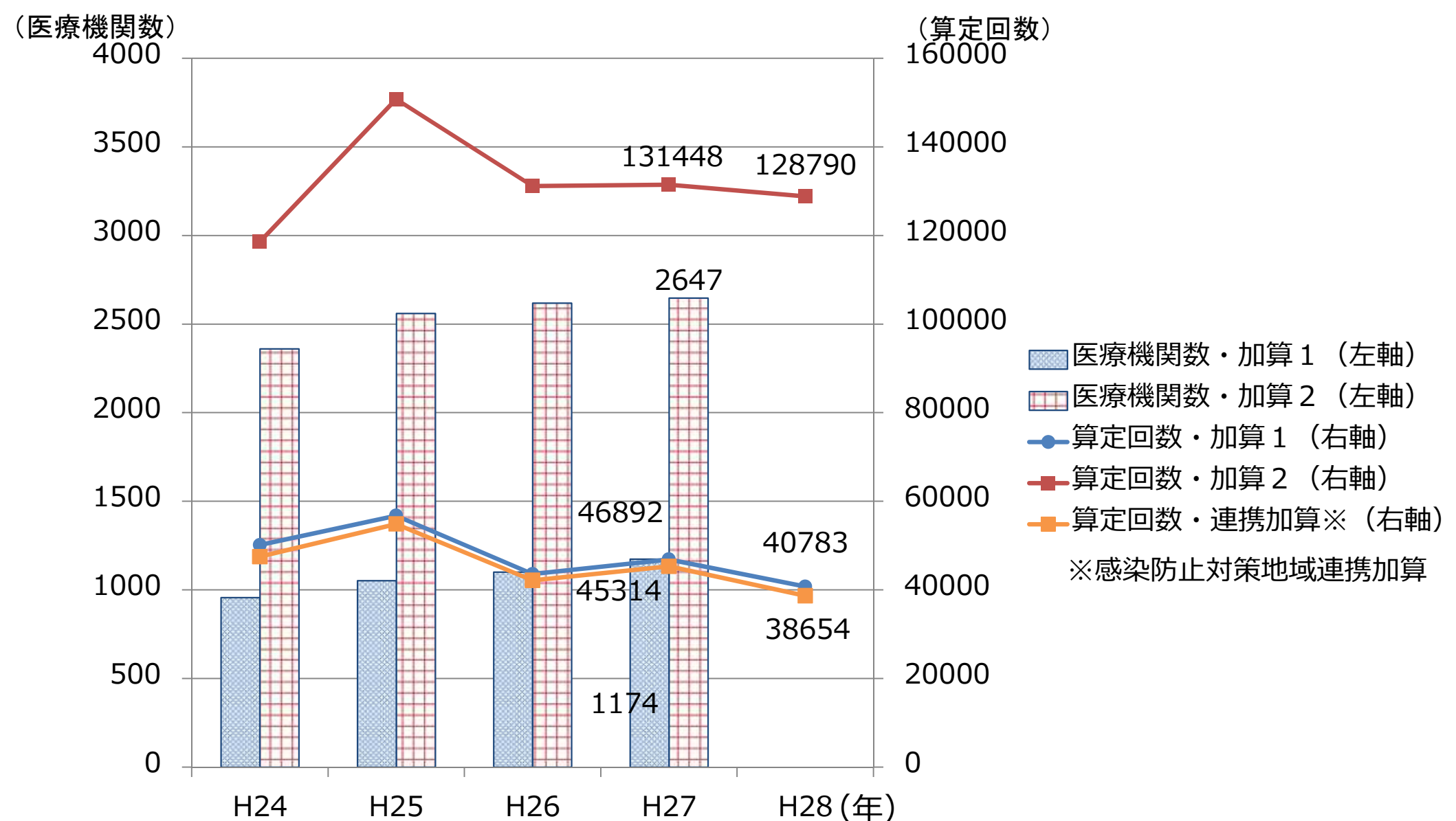
＜感染防止対策地域連携加算＞

○ 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。

○ 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

感染防止対策加算の届出医療機関数・算定回数

○ 感染防止対策加算の届出医療機関数、算定回数は、近年、ほぼ横ばいである。



出典:届出医療機関数:保険局医療課調べ(平成27年7月)

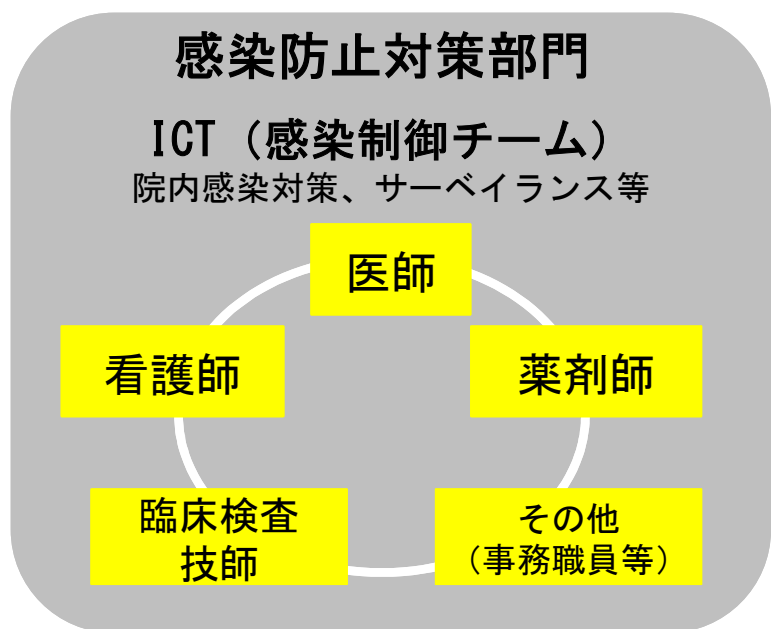
算定回数:社会医療診療行為別統計・調査(各年6月審査分)

病院内における抗菌薬適正使用支援の体制

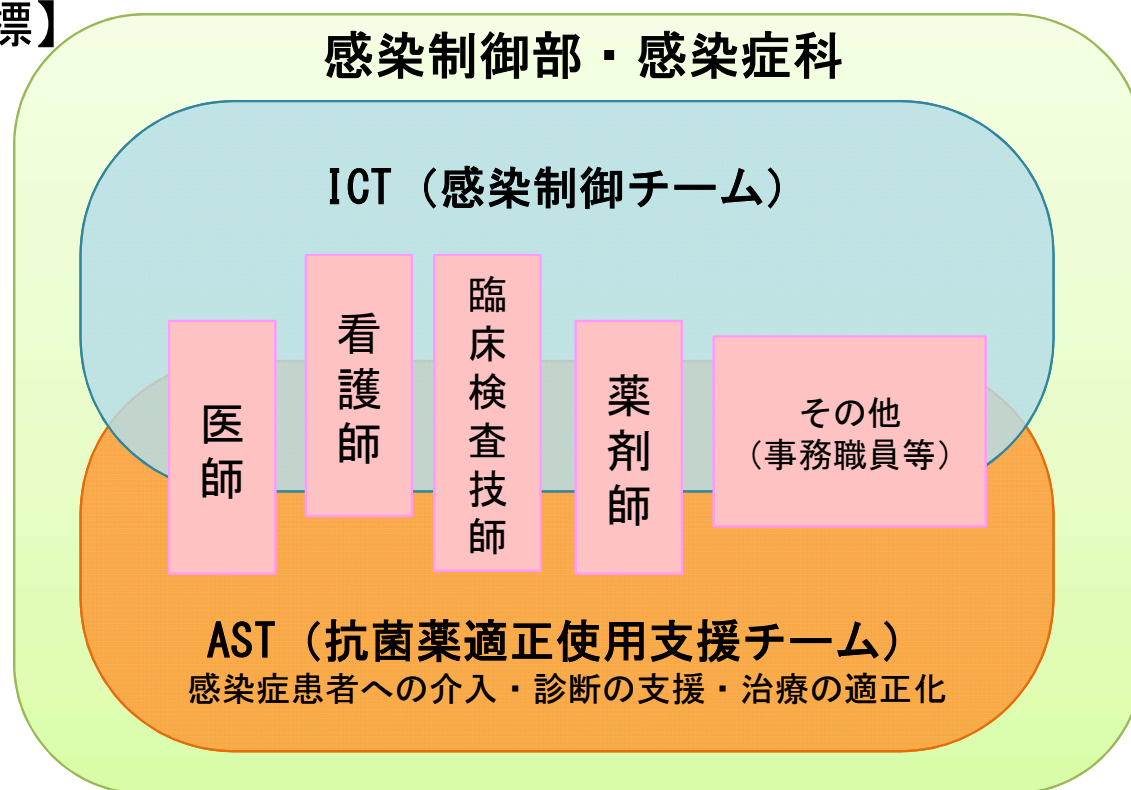
AST: Antimicrobial Stewardship Team (抗菌薬適正使用支援チーム)

医療機関が、感染症を発症した患者が適切な抗菌薬治療を受けているか否かを専門的に監視又は管理し、必要に応じて処方医へ支援を行うための多職種(感染症を専門とする医師、薬剤師を中心として、臨床検査技師、看護師、事務職員等)からなるチーム。

【現状】



【目標】



多職種チームによる感染症患者への適時介入の効果

⇒ 感染症の診断・治療レベルの向上、サーベイランスの充実、教育・啓発

⇒ 薬剤耐性(AMR)の抑制、患者予後の向上

AST(抗菌薬適正使用支援チーム)の主な活動

(Ⅰ)	介入	○ 感染症治療の早期モニタリングとフィードバック ・モニタリングの対象となる患者の設定 ・感染症治療のモニタリング ・必要に応じて主治医にアドバイス ○ 抗菌薬使用の事前承認、届出制 など
(Ⅱ)	抗菌薬使用の最適化	○ 微生物検査で原因菌や薬剤感受性が判明後、できるだけ早期に根治治療への移行を考慮 ○ 臨床薬理的なアプローチによる抗菌薬使用の最適化 など
(Ⅲ)	微生物・臨床検査の利用	○ 適切な検体採取と培養検査が可能な体制の整備 ○ 施設毎あるいは病棟毎のローカルデータとしてアンチバイオグラムを作成 など
(Ⅳ)	抗菌薬適正使用支援の評価測定	○ 抗菌薬適正使用支援のプロセス指標とアウトカム指標の両者の検証
(Ⅴ)	特殊集団の選択と抗菌薬適正使用支援の集中	○ 感染リスクの高い患者集団を選別し、効率のよい抗菌薬適正使用支援を実施
(Ⅵ)	教育・啓発	○ 処方医・医療専門職への抗菌薬適正使用に関する教育・啓発 ○ 患者への抗菌薬適正使用に関する教育・啓発

抗菌薬適正使用支援プログラム実践のためのガイダンス（8学会合同抗微生物薬適正使用推進検討委員会）より抗菌薬適正使用支援の主なものを事務局で抜粋

抗菌薬適正使用推進プログラムによるチーム介入

- 入院患者を対象とした、抗菌薬適正使用推進プログラムによる、チーム（AST: Antimicrobial Stewardship Team）の介入は薬剤耐性の抑制、広域抗菌薬使用量の節減をもたらす。

対象とした 臨床研究数	成果とした指標	効果	文献
19	多剤耐性グラム陰性桿菌（感染・定着率）	51%（32～65%）低下	1)
17	MRSA（感染・定着率）	37%（12～55%）低下	
11	Clostridium difficile感染症（感染率）	32%（12～47%）減少	
46	死亡率（2群比較研究）	31%（14～44%）低下	2)
	全抗菌薬使用量	9.4%（1.0～18.9%）減少	
	カルバペネム系抗菌薬使用量	10.6%（3.0～20.0%）減少	

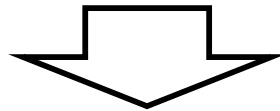
1) Baur D, et al. *Lancet Infect Dis* 2017; 17: 990-1001

2) Honda H, et al. *Clin Infect Dis* 2017; 64 (Suppl. 2): S119-S126

薬剤耐性(AMR)対策に関する課題と論点(案)

【現状と課題】

- 薬剤耐性(AMR)については、新たな耐性菌の出現と世界的な拡大などから、国際的にもAMR対策が重要な課題となっており、我が国では2016年にAMR対策アクションプラン(2016ー2020)が公表され、政府横断的な取り組みを推進している。
- 感染防止対策加算では、医療機関における院内感染防止対策やサーベイランス事業によるモニタリングなどの取り組みを評価しており、届出医療機関数は加算1は1,174、加算2は2,647で、増加傾向である。
- 感染症のトレーニングを受けた医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師などから構成される抗菌薬適正使用支援チーム(AST)が、抗菌薬を投与されている入院患者に対して、適正使用に関する評価も含めて介入することで、感染症発生率・死亡率の低下や、抗菌薬使用量が低下するといった研究報告がある。



【論点(案)】

- 薬剤耐性(AMR)対策の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進の観点から、現行の感染防止対策加算を参考としつつ、抗菌薬適正使用支援チーム(AST)の取り組みの推進に資する評価を検討してはどうか。

個別事項(その2:がん、感染症等)

1. がん

- a. がん医療の提供体制

2. 緩和ケア

- a. がん患者に対する緩和ケア
- b. 非がん患者に対する緩和ケア

3. 感染症

- a. 薬剤耐性(AMR)対策
- b. 小規模の結核病棟の取扱

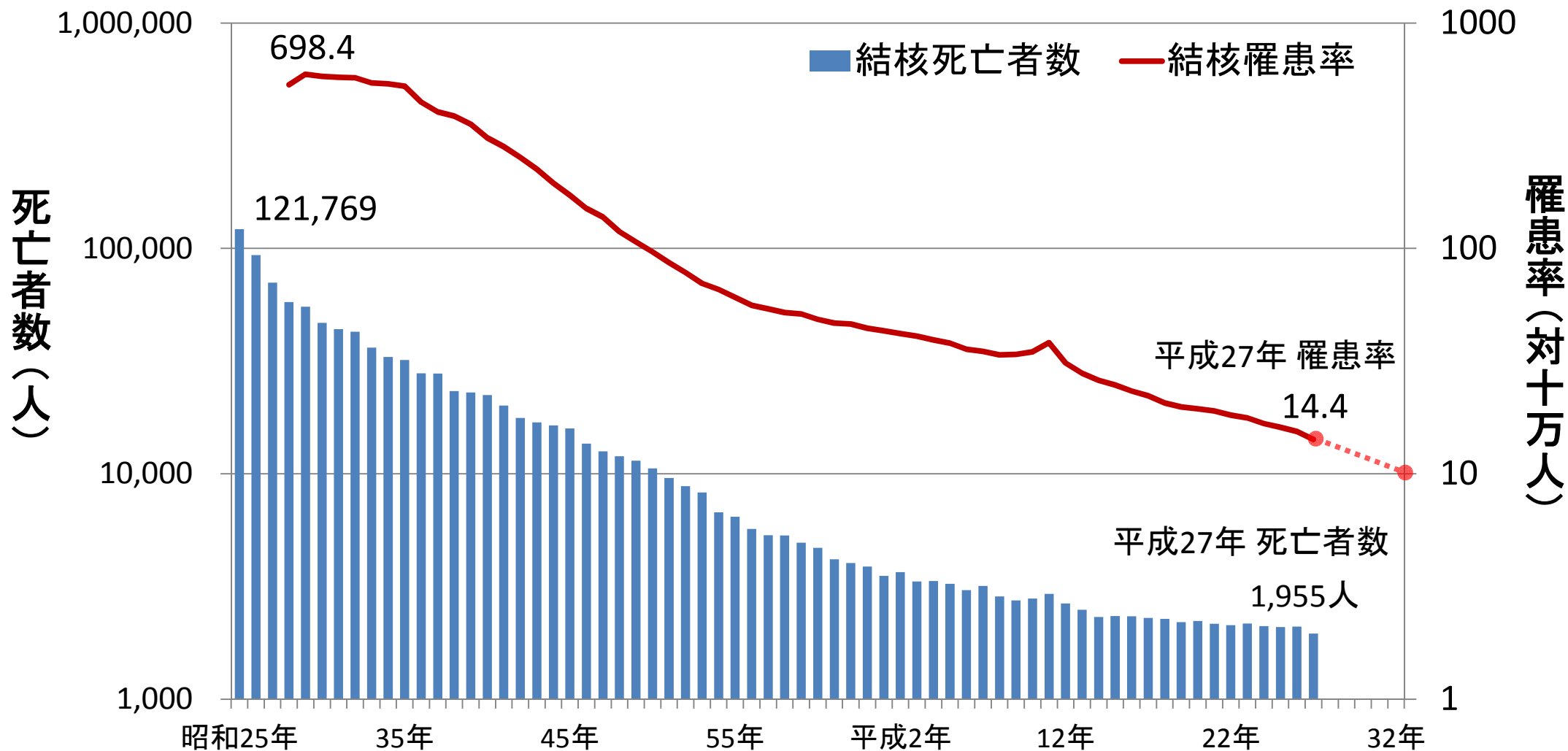
4. 移植医療

- a. 造血幹細胞移植の実施体制

日本の結核の罹患率と死亡者数の推移

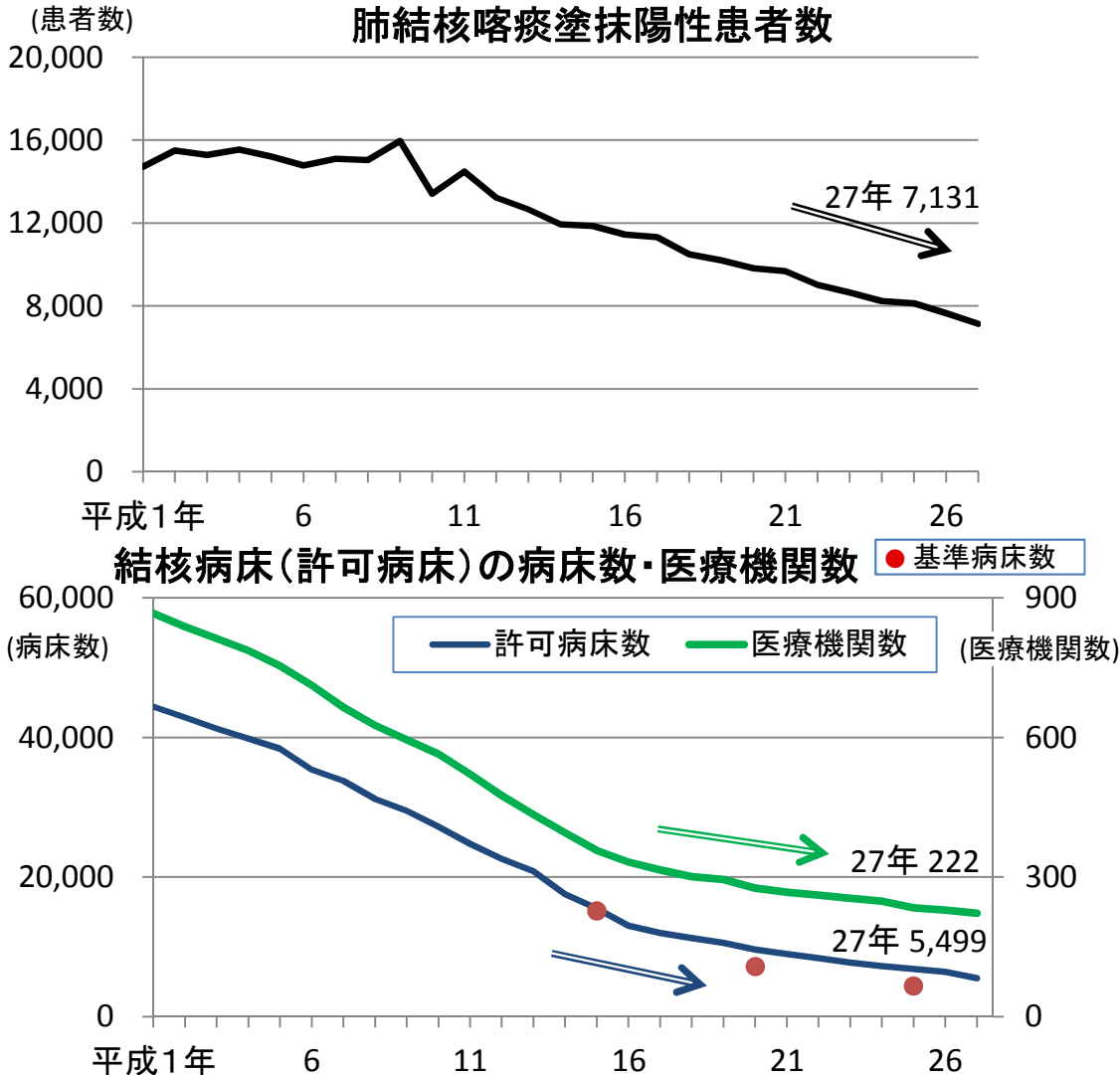
我が国は、平成32年(2020年)までの低まん延国[※]化を目指し、取り組んでいる。

※ WHO(世界保健機関)が定める基準であり、罹患率(人口10万人当たりの患者数)が10人以下。

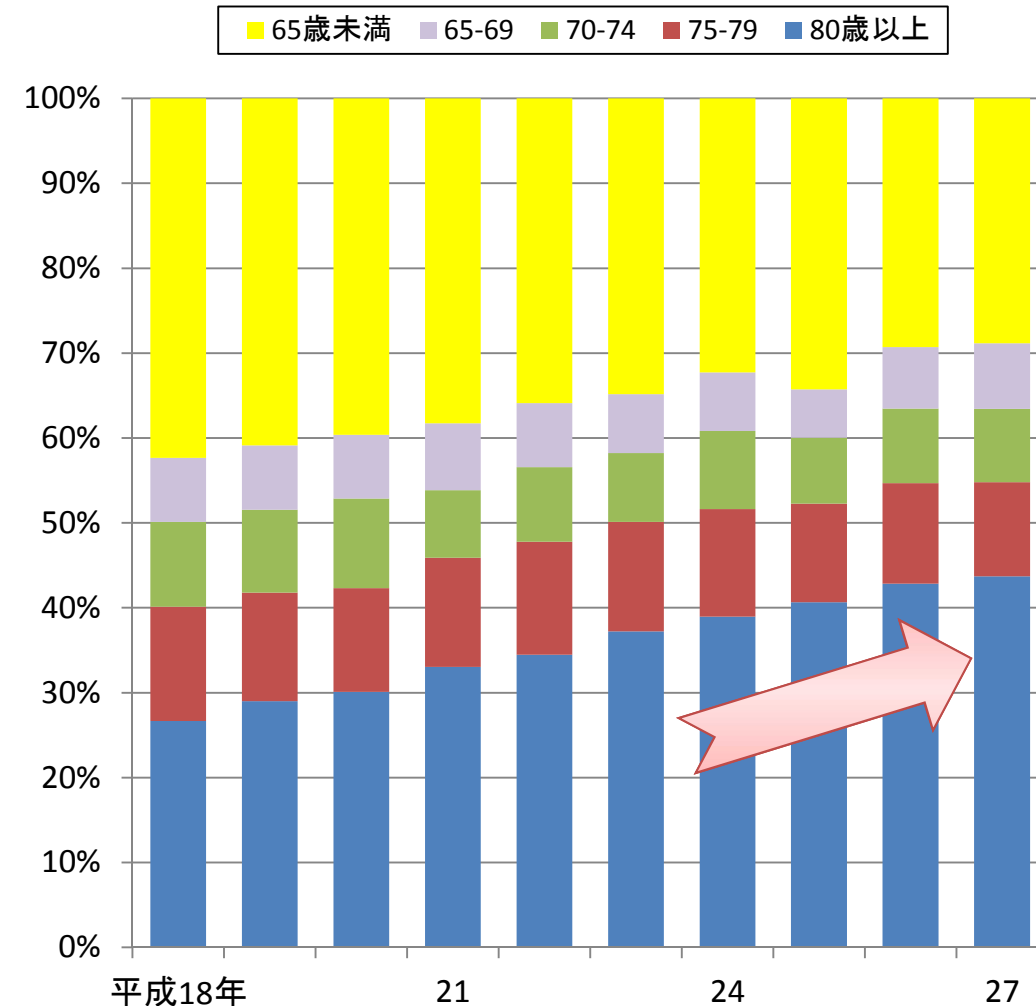


結核の入院医療体制の現状

入院患者数の減少により、結核病床を有する医療機関の結核病棟維持が困難となっている。また、入院するケースが多い肺結核喀痰塗抹陽性患者の年代別割合において、身体合併症や精神疾患を有することが多い高齢者の割合が増えている。



肺結核喀痰塗抹陽性患者の年代別割合の推移



基準病床数は、直近の減少傾向にある入院患者数等を勘案して定めているため、定めた時点では許可病床数と乖離があるものの、その後病床が廃止されることで乖離が解消されている。

これまでに行ってきた総合的な取組を徹底しつつ、効果を高める

患者中心の DOTSの推進

- 患者の生活環境に合わせてDOTS(服薬確認療法)を推進。
- 潜在性結核感染症(LTBI)の治療を確実に。

- 保健所が拠点として、関係機関へ積極的に調整を。
- LTBIへのDOTSを徹底し、将来の患者を減らす。

病原体 サーベイランス の推進

- 分子疫学的手法による病原体サーベイランスを更に普及させることが必要。

- 分離された全患者の菌株を確保。
- 検査結果を積極的疫学調査等に活用するよう努める。
- 遺伝子解析検査や疫学調査の手法の平準化等について検討。

低まん延国化 に向けた 体制の検討

- 高齢者の定期健診での発見率が低下傾向。
- 患者が減少し、結核病棟の維持が困難に。

- 結核に係る定期の健康診断のあり方を検討。

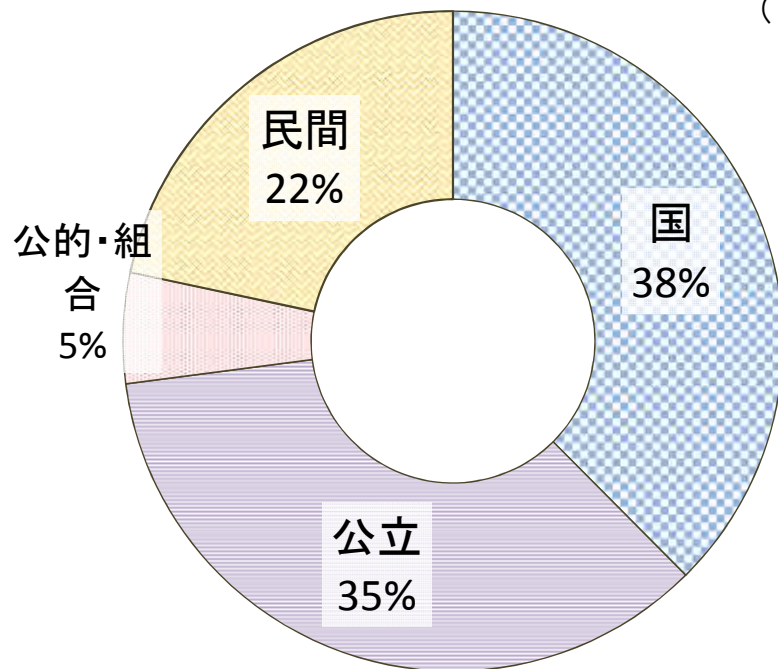
- 病床単位で入院医療体制を確保するなど、患者数に見合った結核医療提供体制の確保に努める。

結核病棟入院基本料を届出ている医療機関

- 結核病棟入院基本料を届け出ている医療機関は、国、公立、公的・組合が全体の約8割を占めている。
- 結核病棟入院基本料の区分は、7対1と10対1とで結核病床の86%を占めている。

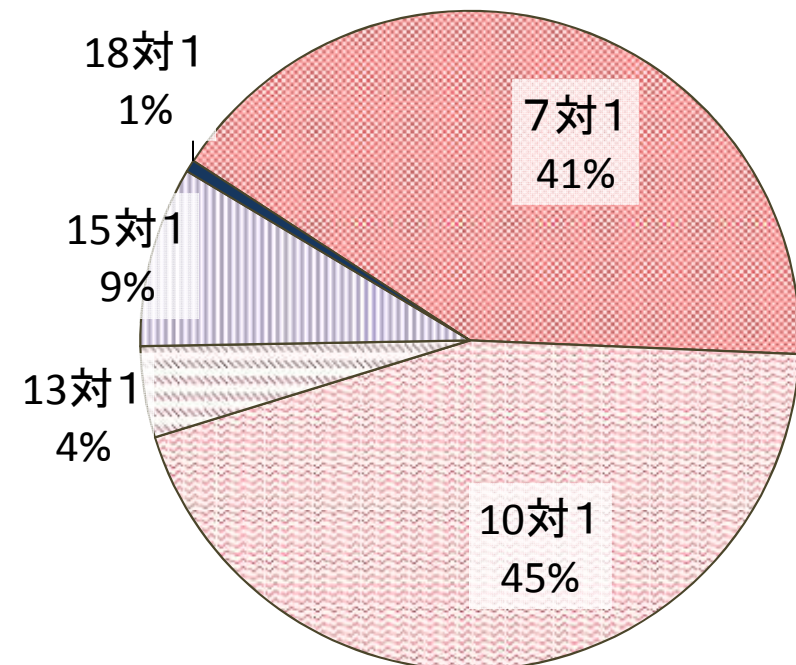
＜結核病棟入院基本料の病床※1
の開設者割合＞

(n=4,246)



＜結核病棟入院基本料の病床※1
の区分別※2割合＞

(n=4,224)



国: 国立大学法人、NHO、JCHO等 公立: 都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的・組合: 日赤、済生会、健保組合等 民間: 医療法人、学校法人、会社等

※1 他の入院料とあわせた病棟の病床は除く

※2 特別入院基本料を除く

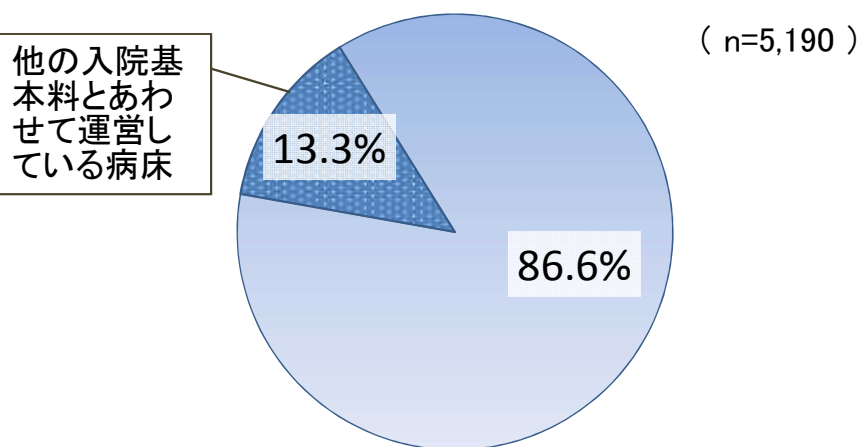
他の入院基本料と一体的に運営する結核病棟①

- 入院患者数が30名以下の場合は、他の入院基本料と合わせた病棟(看護単位)とすることができ、全病床数のうち13.3%が他の入院基本料とあわせた病棟として運営している。
- 他の入院基本料とあわせて運営する場合、その組合せ先は、一般病棟入院基本料が多く、次いで障害者施設等入院基本料が多い。

【施設基準】

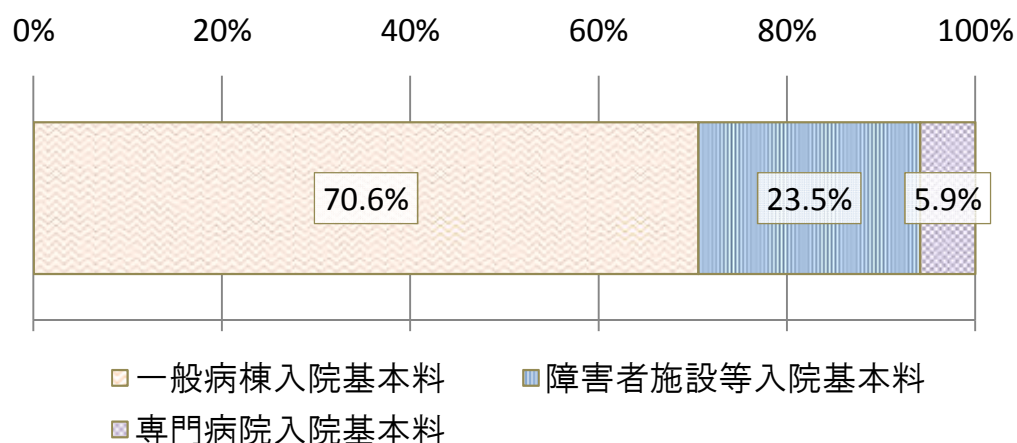
平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟)と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。

＜結核病床のうち他の入院基本料とあわせて運営している結核病床の割合＞



出典:感染症指定医療機関に関する調査
(平成29年4月1日時点)

＜結核病床と組合せて運営する入院基本料※の種別割合＞ (n=34 医療機関)

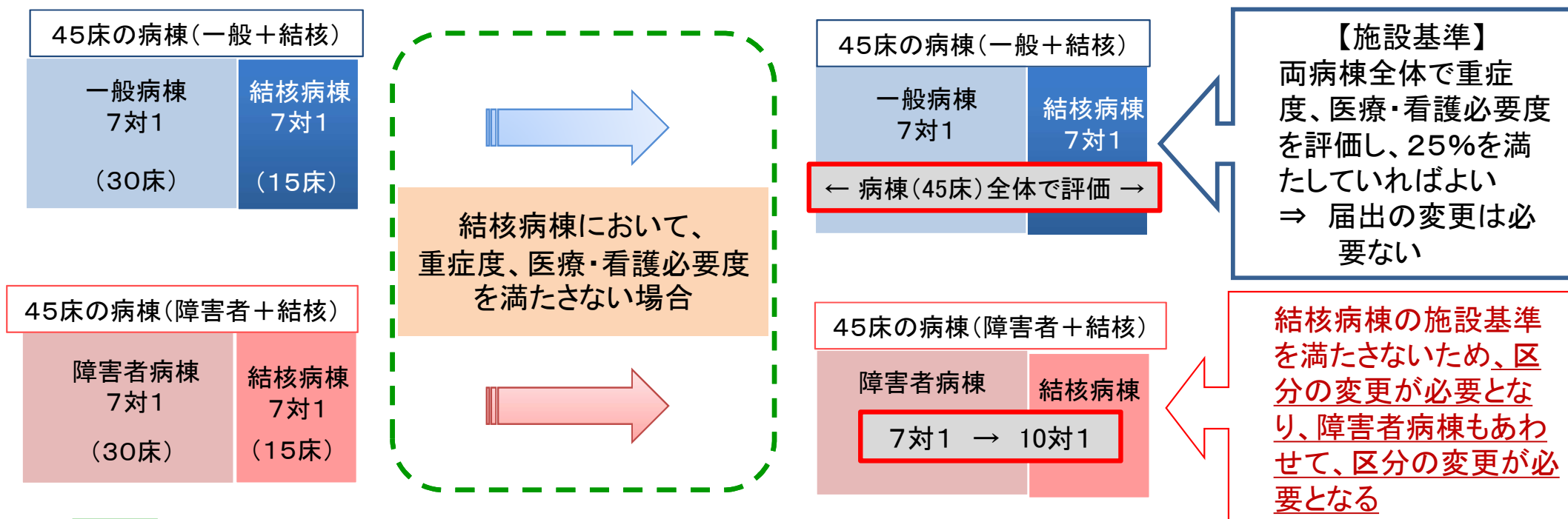


※ 独立行政法人国立病院機構の病院におけるデータ (平成28年12月)

他の入院基本料と一体的に運営する結核病棟②

- 他の入院基本料と一体的に運営する30床以下の結核病棟(7対1)について、施設基準である重症度、医療・看護必要度を満たさない場合、一般病棟(7対1)と一体で運営している場合は病棟全体で要件を満たしていればよいとの緩和要件がある。
- 一方、障害者病棟と一体的に運営している場合は、同様の緩和要件がないため、結核病棟の重症度、医療・看護必要度を満たさない場合、障害者病棟もあわせて、届出区分の変更をしなければならない。

<30床以下の結核病棟を有する病棟の例>



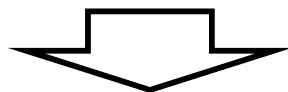
施設基準

- ◇ 一般病棟入院基本料(7対1): 重症度、医療・看護必要度の該当患者2割5分以上
- ◇ 障害者施設等入院基本料(7対1): 超重症・準超重症の状態の患者が3割以上
- ◇ 結核病棟入院基本料(7対1): 重症度、医療・看護必要度の該当患者1割以上

小規模の結核病棟に関する課題と論点(案)

【現状と課題】

- ・結核患者数は年々減少しており、あわせて、結核入院患者数も減っているため、結核病棟の運営が困難となっている。
- ・「結核に関する特定感染症予防指針」の平成28年の改正では、結核病床とその他の病床を一つの看護単位とすること等により、引き続き入院医療提供体制確保に努めること、とされている。
- ・結核病床を有する医療機関は、国、公立等の公的病院が約8割を占め、そのうち、7対1又は10対1の病床がほとんどを占めている。
- ・患者数が30名以下の小規模な結核病棟の場合、他の入院基本料とあわせて一つの病棟(看護単位)とすることが可能であり、小規模な結核病棟の多くが一般病棟とあわせて一つの病棟としている。
- ・他の入院基本料と組合せ、一体的な運営をする場合、組合せ先が一般病棟7対1の病棟については、結核病棟の施設基準である重症度、医療・看護必要度を満たさない場合の緩和要件があるが、組合せが障害者病棟については緩和要件がない。



【論点(案)】

- 結核対策の推進等により、結核の入院患者数は年々減少している状況の中で、結核病床の確保の観点から、障害者病棟と併せて病棟を運営している際に、結核病棟において重症度、医療・看護必要度のみを満たさない場合等の小規模の結核病棟における取扱いを見直してはどうか。

個別事項(その2:がん、感染症等)

1. がん

- a. がん医療の提供体制

2. 緩和ケア

- a. がん患者に対する緩和ケア
- b. 非がん患者に対する緩和ケア

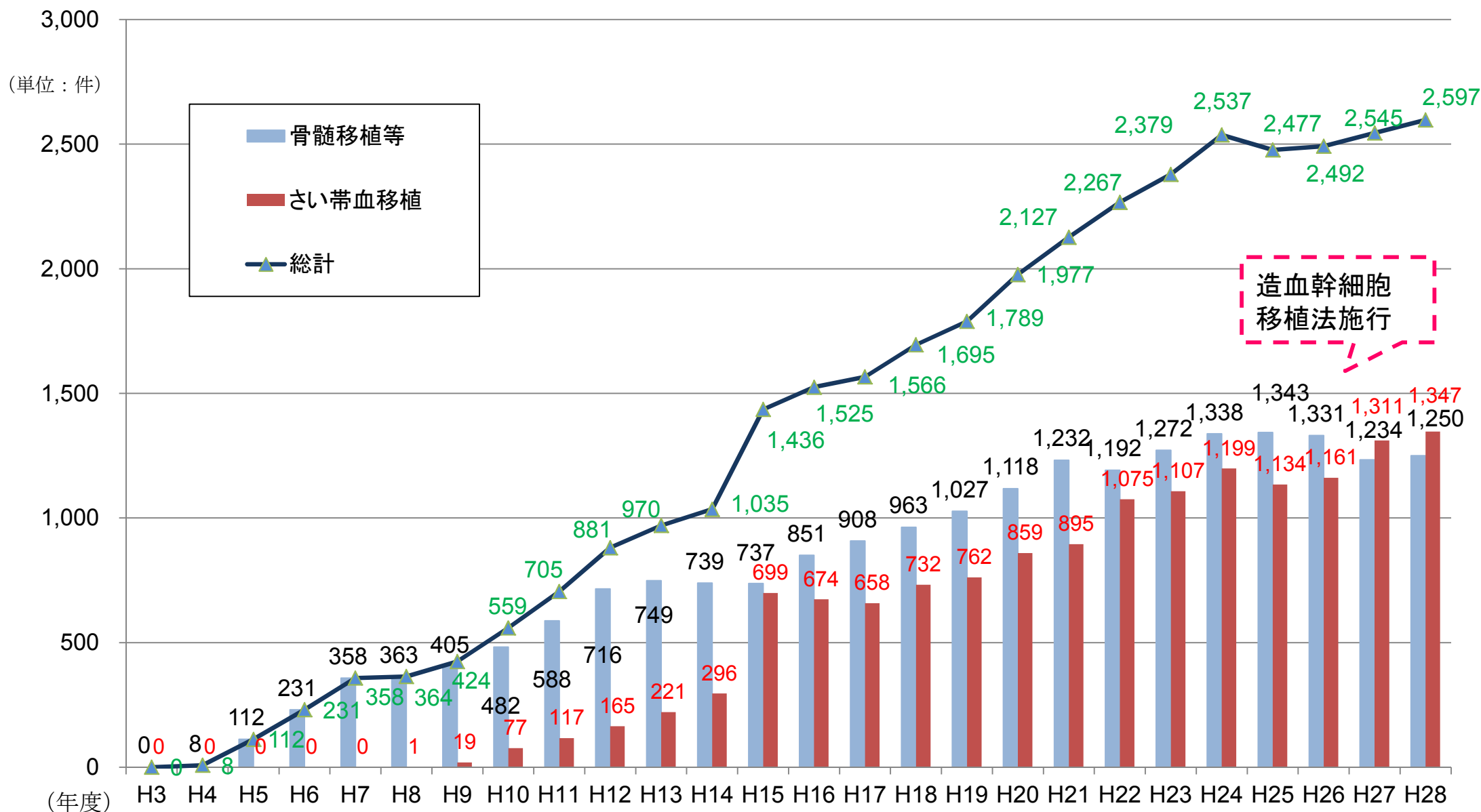
3. 感染症

- a. 薬剤耐性(AMR)対策
- b. 小規模の結核病棟の取扱

4. 移植医療

- a. 造血幹細胞移植の実施体制

造血幹細胞移植実績の推移(非血縁者間)



※健康局移植医療対策推進室調べ(日本骨髄バンク、日本赤十字社のデータより作成)

※骨髄移植等とは、骨髄移植と末梢血幹細胞移植をいう。

造血幹細胞移植に係る診療報酬

K921 造血幹細胞採取(一連につき)

1 骨髓採取	2 末梢血幹細胞採取
イ 同種移植の場合 21,640点	イ 同種移植の場合 21,640点
ロ 自家移植の場合 17,440点	ロ 自家移植の場合 17,440点

注1 同種移植における造血幹細胞提供者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定のコスト並びに造血幹細胞提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。

2 造血幹細胞採取に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤のコストとして、第4節に掲げる所定点数を加算する。

K 922 造血幹細胞移植

1 骨髓移植	2 末梢血幹細胞移植	3 臍帯血移植 66,450点
イ 同種移植の場合 66,450点	イ 同種移植の場合 66,450点	
ロ 自家移植の場合 25,850点	ロ 自家移植の場合 30,850点	

注1 同種移植を行った場合は、造血幹細胞採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

2 造血幹細胞移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤のコストとして、第4節に掲げる所定点数を加算する。

3 6歳未満の乳幼児の場合は、26点を所定点数に加算する。

4 造血幹細胞移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

5 造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定のコストは所定点数に含まれるものとする。

6 臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験のコストは、所定点数に含まれるものとする。

7 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

骨髄移植、末梢血幹細胞移植の費用負担の仕組み(同種移植の場合)

※1 採取と移植の費用を併せて移植医療機関から請求

※2 ドナー候補者4人の確認検査を実施し、移植を行った場合の金額(平均的なモデルケース)

<非血縁者間の場合>

骨髄・末梢血幹細胞提供あっせん事業者

((公財)日本骨髄バンク)

骨髄移植等を実施するために必要なドナーや採取医療機関との連絡調整(コーディネート)を行う。

診療報酬45,000点のうち

・移植術から: 40,800点

・採取術から: 4,200点

採取医療機関への支払
174,400円

移植医療機関

支払

請求

採取医療機関

請求(採取+移植)※1

同種移植術の診療報酬
66,450点(664,500円)

+

採取術の診療報酬
21,640点(216,400円)

支払

190,200円※2
(減免制度あり)

患者負担金

国庫補助金

厚生労働省

患者



保険者



同種移植術の診療報酬
66,450点(664,500円)

+

採取術の診療報酬
21,640点(216,400円)

支払

請求

移植医療機関

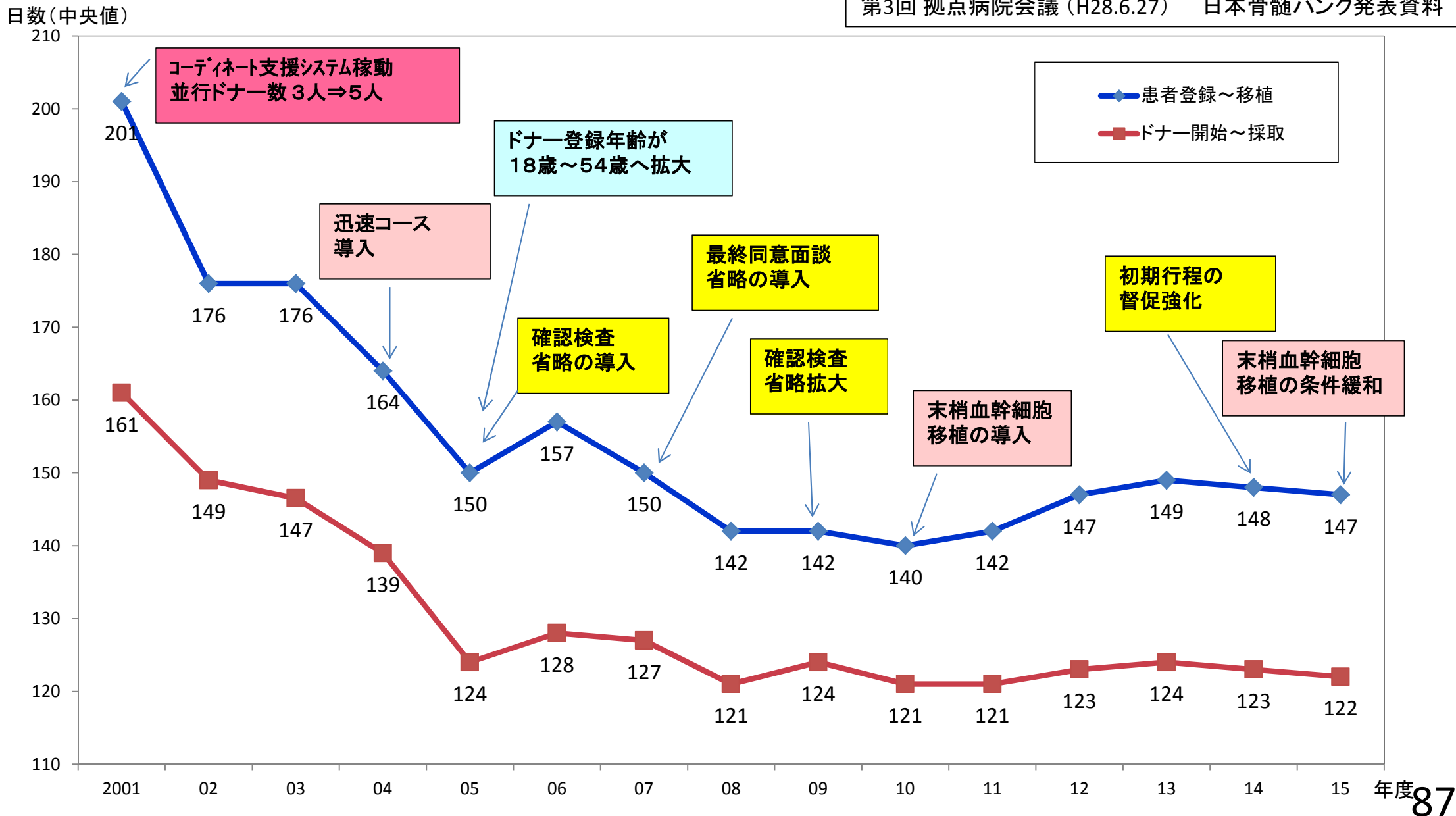
<血縁者間の場合>

骨髄移植等を実施するために必要なドナーや採取医療機関との連絡調整(コーディネート)は移植施設が行っている。

コーディネート期間の推移(2001年～2015年)

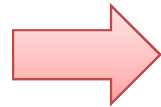
○ 2015年度における患者登録から移植までの期間の中央値は、147日であった。

第3回 拠点病院会議 (H28.6.27) 日本骨髄バンク発表資料

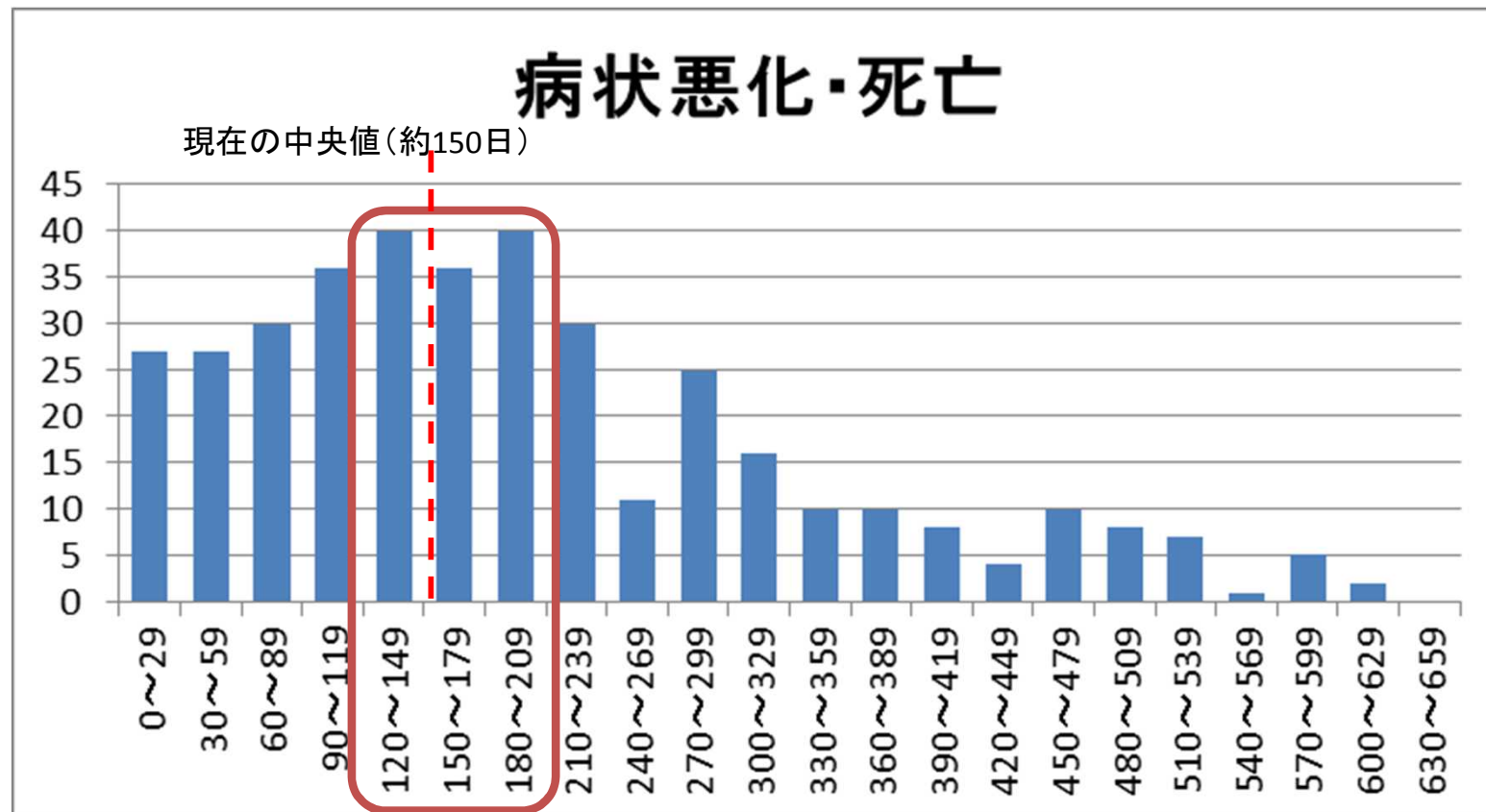


病状悪化・死亡で移植に至らなかった症例の待機期間

- 2015年度中に病状悪化・死亡で移植に至らなかった392例においては、以下の期間で移植中止となった症例が多かった。
 - ・ 120日～149日での中止が40例(10%)
 - ・ 150日～179日での中止が36例(9%)
 - ・ 180日～209日での中止が40例(10%)
- 合計すると患者登録から120日～209日の間で移植中止となった症例は116例(約30%)であった。



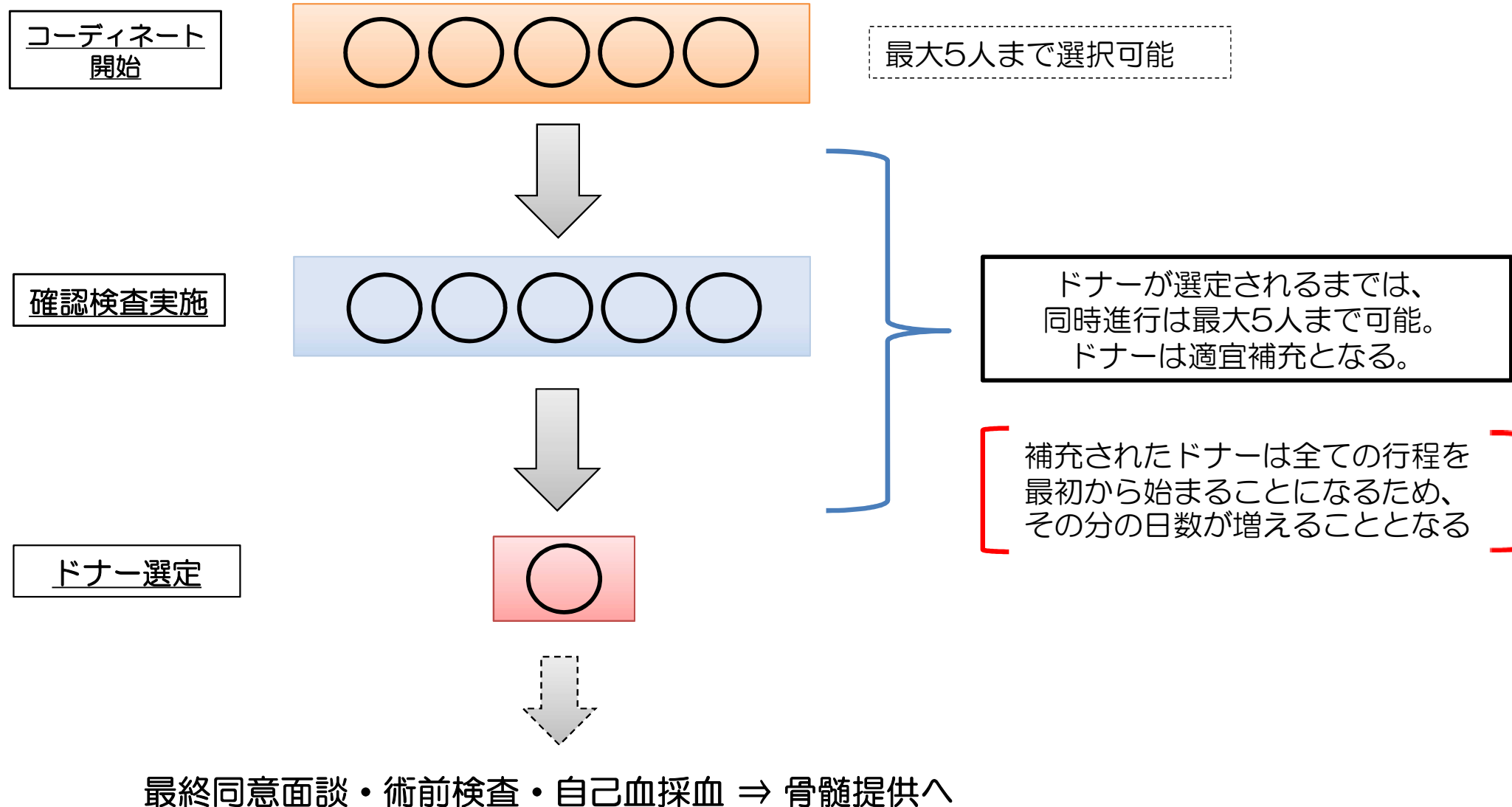
コーディネート期間の短縮が必要



出典: 日本骨髄バンク「過去10年間における骨髄バンクコーディネートの実態把握調査」

非血縁者間造血幹細胞移植における現在のコーディネートの流れ

- 現在の骨髄バンクのコーディネートにおいては、同時に選定できるドナー候補者の数は5人までとなっている。



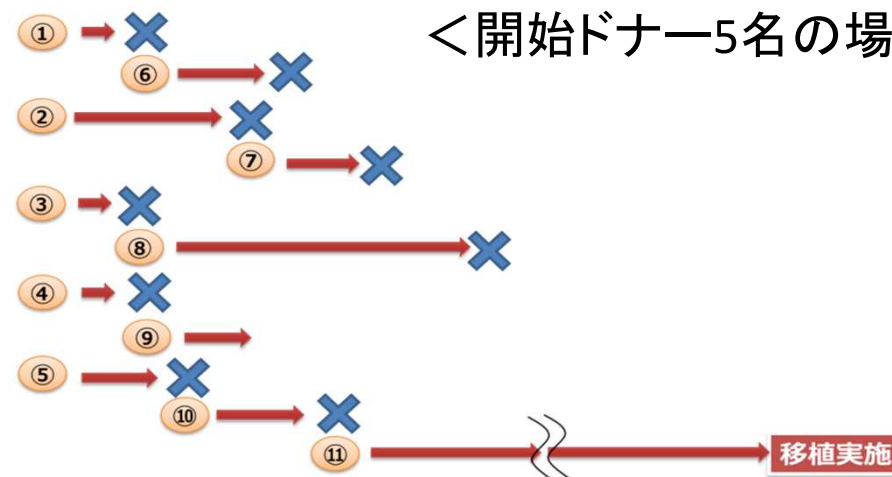
骨髄バンクドナーコーディネート開始人数増加の影響についてのトライアル事業

現状

- 現在ドナー選定人数は5名までとなっている。
- しかし、実際には1人のドナーが選定されるまでに、中央値で11名のドナー候補者が検索されている。（第37回 厚生科学審議会造血幹細胞移植委員会資料より）
- したがってドナー検索開始から選定までのタイムラグが生じている（新たなドナー候補者はまた最初からスタートとなる）。

ドナー候補者

＜開始ドナー5名の場合＞

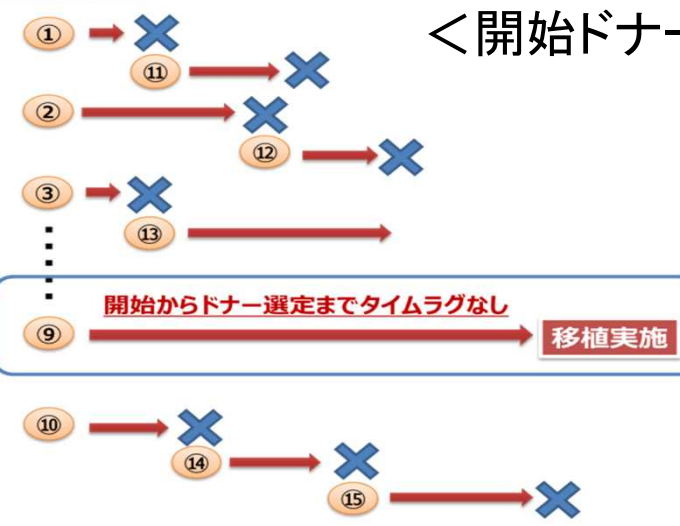


対策案と期待される効果

- 開始ドナーを10人に増加させることにより、開始から選定まで中断なく進行するドナーが得られる確率が高くなりうる。
- ⇒ その結果、タイムラグが少なくなり、コーディネート期間全体の短縮へと結びつくことが期待される。

ドナー候補者

＜開始ドナー10名の場合＞



初回開始ドナーを5⇒10人へ増加させるトライアルを施行することとした。

（骨髄バンクドナーコーディネート開始人数増加の影響についてのトライアル）

全国展開していく予定であり、非血縁者間骨髄・末梢血幹細胞移植にかかる骨髄バンクの費用負担がさらに増えることとなる。

骨髄バンクドナーコーディネート開始人数増加の影響についてのトライアル事業

- トライアル事業において非血縁者間造血幹細胞移植を実施した症例では、コーディネート期間がいずれもこれまでのコーディネート期間の中央値(147日)よりも短かった。

【トライアル患者登録時期】

2017年4月1日～5月31日まで

【実施施設】

造血幹細胞移植推進拠点病院(9施設)

国立がん研究センター中央病院

【対象患者】

- トライアル施設にてバンク登録を行い移植を行う予定の患者
- 本トライアルについて説明を受け同意を得た患者
- HLA8/8アレルフルマッチドナーが45名以上存在する患者

【平成29年9月時点の実績】

- 患者登録数 18件
- 移植まで至った症例 9件
- 取消 1件 (病状悪化で登録から75日目に取り消し)
- 保留・停止 0件

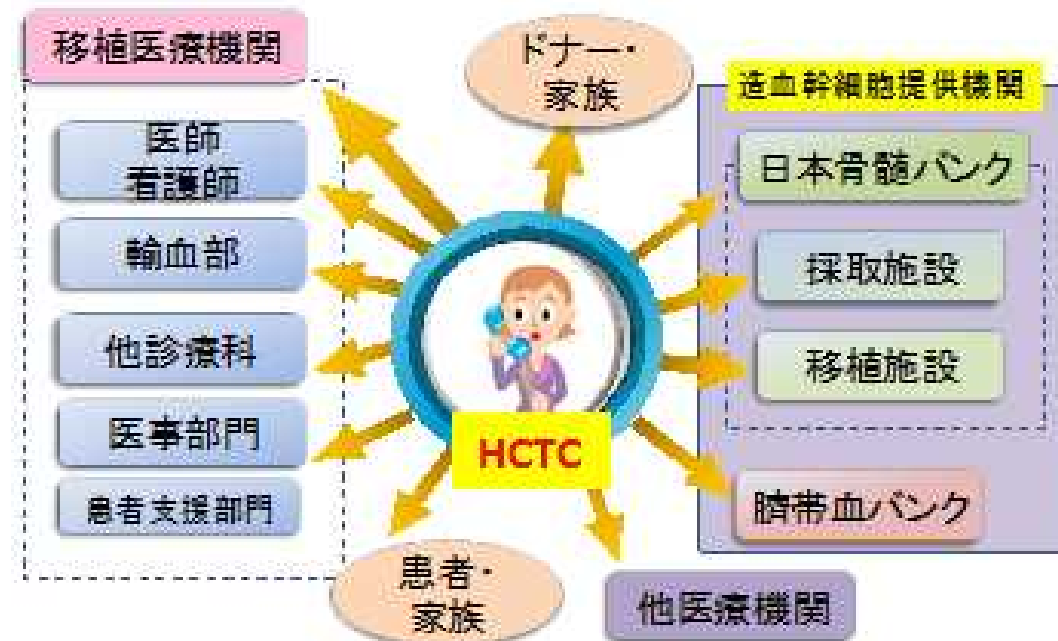
移植まで至った症例のコーディネート期間

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
登録日～移植日	76日	92日	112日	118日	94日	131日	83日	135日	81日

造血幹細胞移植コーディネーター(HCTC; Hematopoietic Cell Transplant Coordinator)

専門職としての HCTC の役割～他職種との機能分担の必要性

- (1) 患者・ドナーの **権利擁護(アドボカシー)** ならびに **自発的意思(オートノミー)** と **人間的完全性(インテグリティ)** の確保
- (2) 造血幹細胞移植の実現・非実現に向けた医学的プロセスへの **中立的な関与**
- (3) 造血幹細胞提供機関や支援機関・他医療機関との **公正かつ円滑な連絡調整**



日本造血細胞移植学会認定HCTC在籍施設 (H29.5.2現在)

	認定HCTC		認定HCTC
神戸市立医療センター中央市民病院	1	北海道大学病院	1
岡山大学病院	1	札幌北極病院	1
倉敷中央病院	1	青森県立中央病院	1
広島赤十字・原爆病院	1	東北大学	1
鳥根大学医学部付属病院	1	福島県立医科大学	1
山口大学	1	筑波大学	1
愛媛県立中央病院	1	駒込病院	2
大分県立病院	1	東京大学医科学研究所	1
原三信病院	1	聖路加国際病院	1
九州大学	1	慶應大学	1
浜の町病院	1	国立がん研究センター中央病院	1
今村病院分院	1	虎の門病院	1
		千葉大学	2
		神奈川県立がんセンター	1
		神奈川県立子ども医療センター	1
		東海大学	1
		信州大学	1
		名古屋第一赤十字病院	1
		安城更正病院	1
		江南厚生病院	1
		金沢大学	1
		滋賀医科大学	1
		京都大学	2
		大阪市立大学	1
		兵庫医科大学	1
		兵庫県立がんセンター	1
		神戸大学	1
		神鋼記念病院	1



全国の認定HCTCの合計人数: 43名

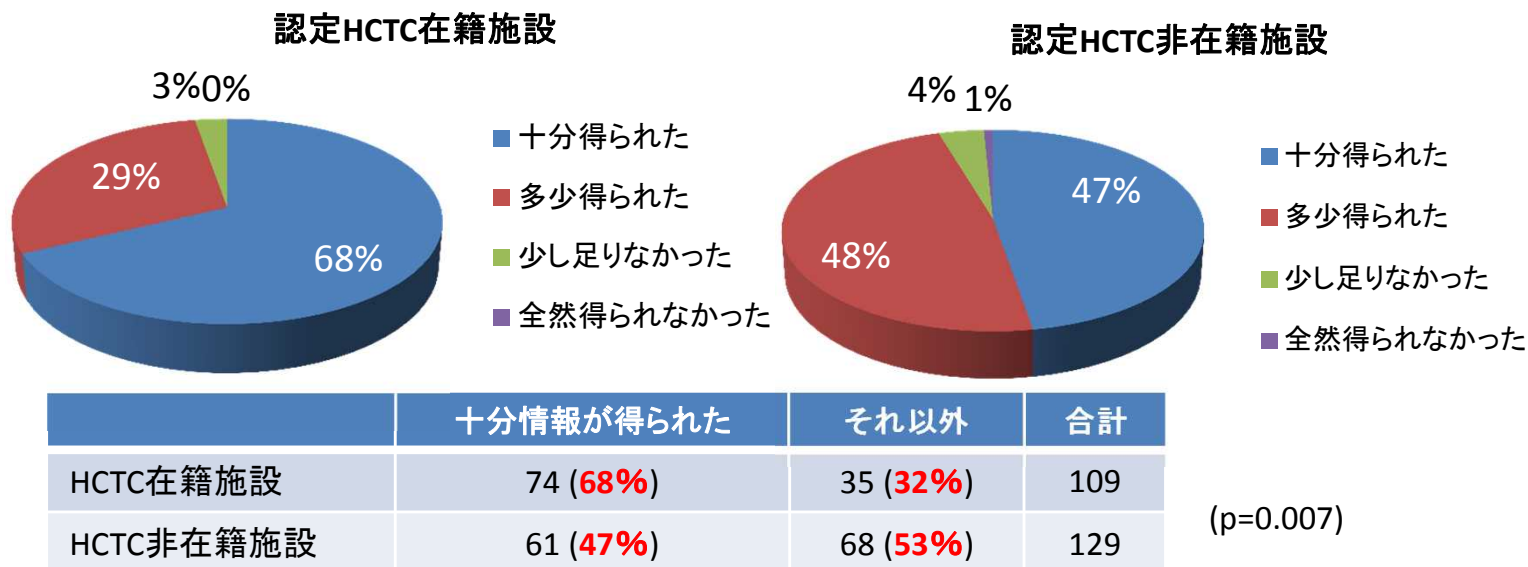
全国で40施設43名の日本造血細胞移植学会認定のHCTCが在籍している。学会認定のHCTCを含め、非血縁者間の骨髄移植が実施できる施設全体で、73名のコーディネーターが在籍している。

認定HCTCが患者に与える影響

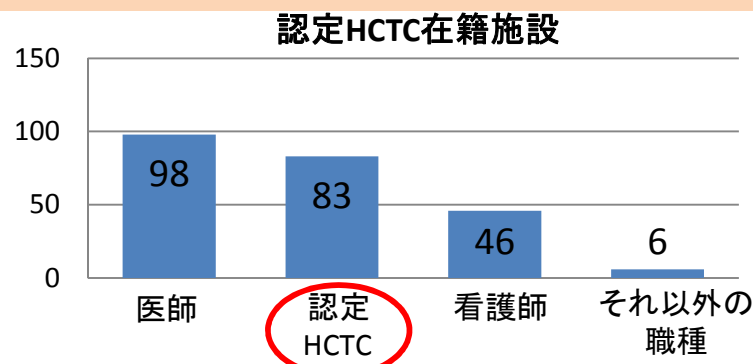
○ HCTC在籍施設は非在籍施設に比べ、移植に関する情報を十分得られた患者が有意に多かったとの報告がある。

日本造血細胞移植学会による「移植にかかわる情報提供について」のアンケート調査結果（2017年1月）

設問1) 今回の移植を行うことを決める際に、移植に関する情報は十分得られましたか？



設問2) 設問1)で「十分得られた」、「多少得られた」方に質問しますが、どなたから移植に関する情報を得られましたか。(複数回答可)

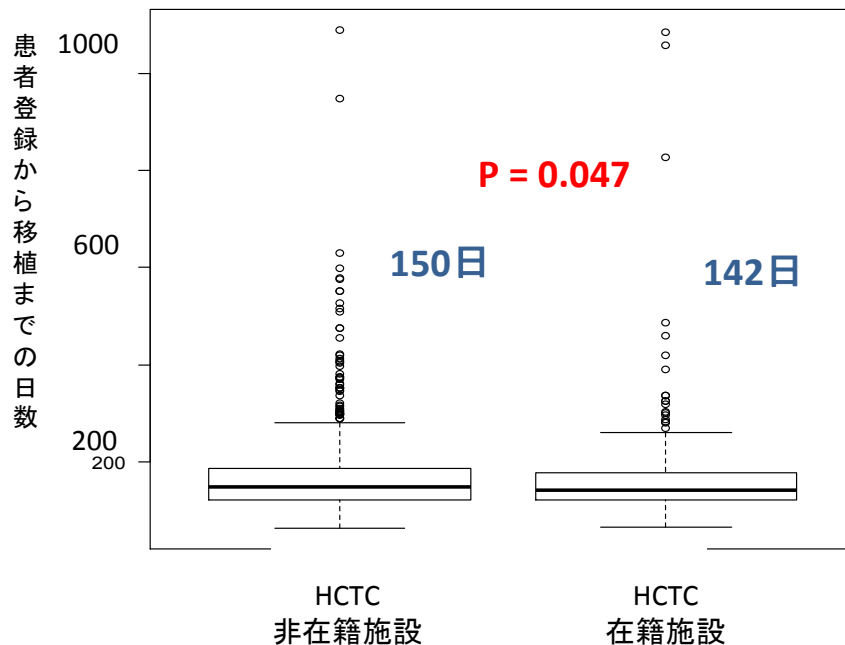


* アンケート協力施設は認定HCTC在籍施設が9施設(小児施設1施設)、非在籍施設が20施設(小児施設4施設)であり、施設に送付したアンケートの部数は患者向け584部、ドナー向け238部で、回収率は患者が44%,ドナーが35%であった。

HCTCがコーディネート期間に与える影響

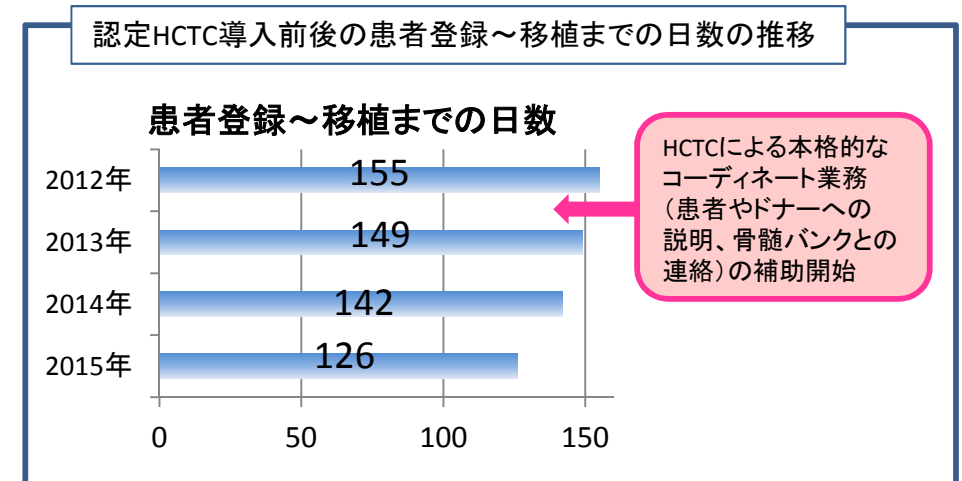
- HCTC在籍施設においては、非在籍施設に比べ、コーディネート期間の短縮が認められるとの報告がある。

2016年に骨髄バンクを介して非血縁者同種移植を行った患者における患者登録から移植日までの期間の比較
(HCTC在籍施設とHCTC非在籍施設の比較)



出典:「骨髄バンクを介した移植における、HCTCの関与によるコーディネート期間の変化」(上田恭典)

認定HCTC在籍単一施設でのHCTC導入によるコーディネート期間の変化

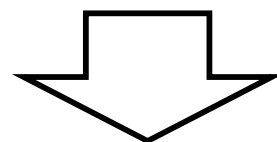


出典:「認定HCTC在籍単一施設でのHCTC導入によるコーディネート期間の変化」(武田みずほ)

造血幹細胞移植に関する課題と論点(案)

【現状・課題】

- 造血幹細胞移植には、同種移植と自家移植があり、非血縁者間での同種移植の場合は、ドナーとレシピエントとの間でコーディネートが必要であり、適したドナーが見つからない等の場合には、長期間を要する場合がある。
- 造血幹細胞移植におけるコーディネート期間の中央値は147日であるが、約30%の患者が病状悪化・死亡で移植患者登録から120日～209日の間で移植中止となっており、コーディネート期間の短縮化が必要である。
- 骨髄バンクにおけるトライアル事業によると、初回時のドナー候補者の選定人数(コーディネートの開始人数)を増加させると、現状の中央値に比べ、コーディネート期間はいずれも短縮している。
- また、造血幹細胞移植コーディネーター(HCTC)が在籍する施設では、HCTCが在籍していない施設に比べ、造血幹細胞移植におけるコーディネート期間の短縮が認められるとの報告がある。



【論点(案)】

- 造血幹細胞移植治療へのアクセス向上の観点から、造血幹細胞移植のコーディネート期間の短縮に資するようなコーディネート体制がある場合の、造血幹細胞移植の評価の見直しを検討してはどうか。