

個別事項(その2)

がん・疾病対策について

1. がん対策について

1-1 外来化学療法について

1-2 がん診療連携拠点病院等について

2. 脳卒中対策について

第2 分野別施策と個別目標

2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供

(1) がん医療提供体制等

③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について

(ウ) 薬物療法について

(現状・課題)

国は、がんに対する質の高い薬物療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、継続的にレジメンを審査し管理する体制の整備や、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を推進してきた。また、免疫チェックポイント阻害薬や遺伝子情報に基づく治療薬等の新しい薬物療法について保険適用が拡大されたほか、外来での薬物療法の拡大が進められてきた。

一方で、高齢のがん患者等の合併症リスクの高い患者の増加や新しい薬物療法の普及に伴う、新たな副作用や学際領域への対応に向け、薬物療法に係る専門的な医療従事者の配置について、地域間及び医療機関間における差の改善が求められている。

科学的根拠に基づく正しい薬物療法に関する知識の普及について、EBM普及推進事業Mindsに登録されているがんに関連した診療ガイドラインの数、患者用診療ガイドラインの数は増加しており、関係学会等によりエビデンスを活用しやすい環境の整備が進められている一方で、インターネット上で科学的根拠に乏しい情報が多く見られている。特に、近年研究開発が進み、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法をはじめ、がん患者が治療法に関する正しい情報を得ることができるよう、取組を進める必要がある。

また、患者やその家族等の経済的な負担の軽減につながるバイオ後続品について、更なる使用促進に向けた取組が求められている。

第2 分野別施策と個別目標

2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供

(1) がん医療提供体制等

- ③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について
 - (ウ) 薬物療法について

(取り組むべき施策)

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

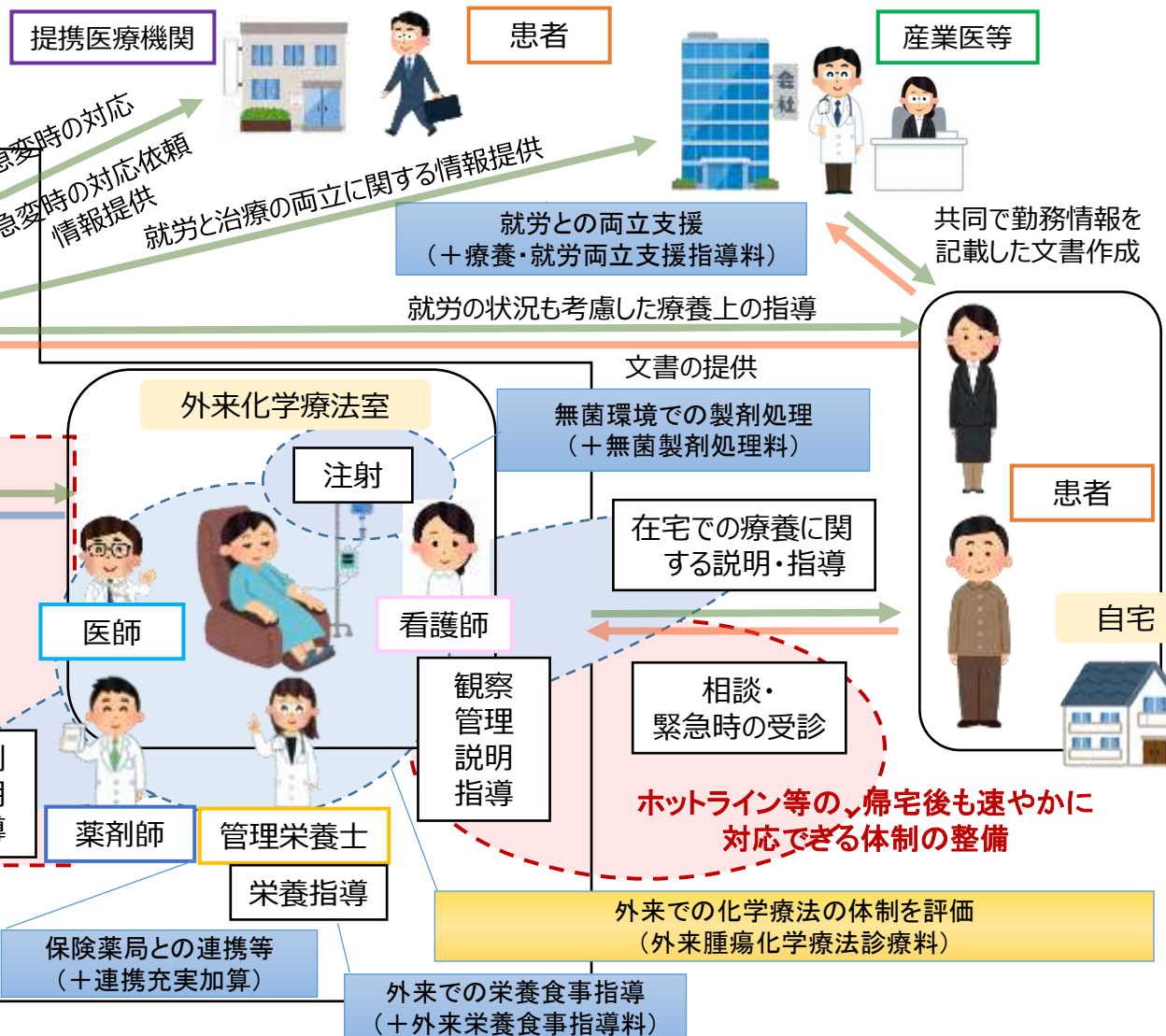
国は、国立研究開発法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）や関係学会と連携し、国民が、薬物療法等に関する正しい情報を得ることができるよう、科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発を推進する。

国及び都道府県は、バイオ後続品に係る新たな目標を踏まえ、使用促進のための具体的な方策を検討する。

がん患者の外来における薬物療法のイメージ

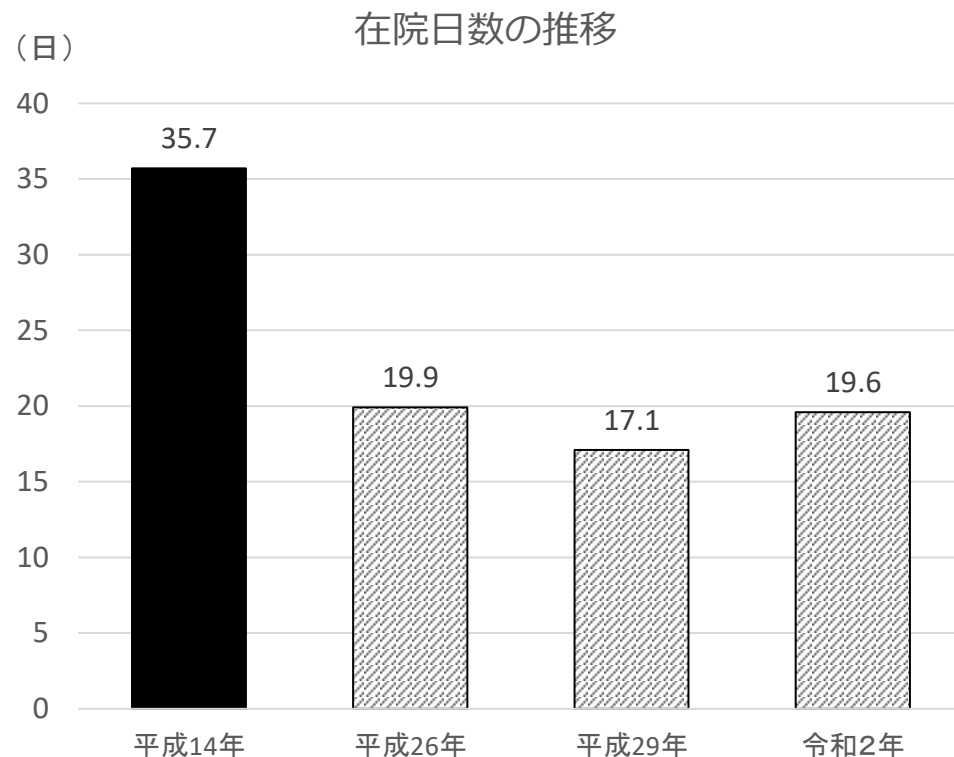
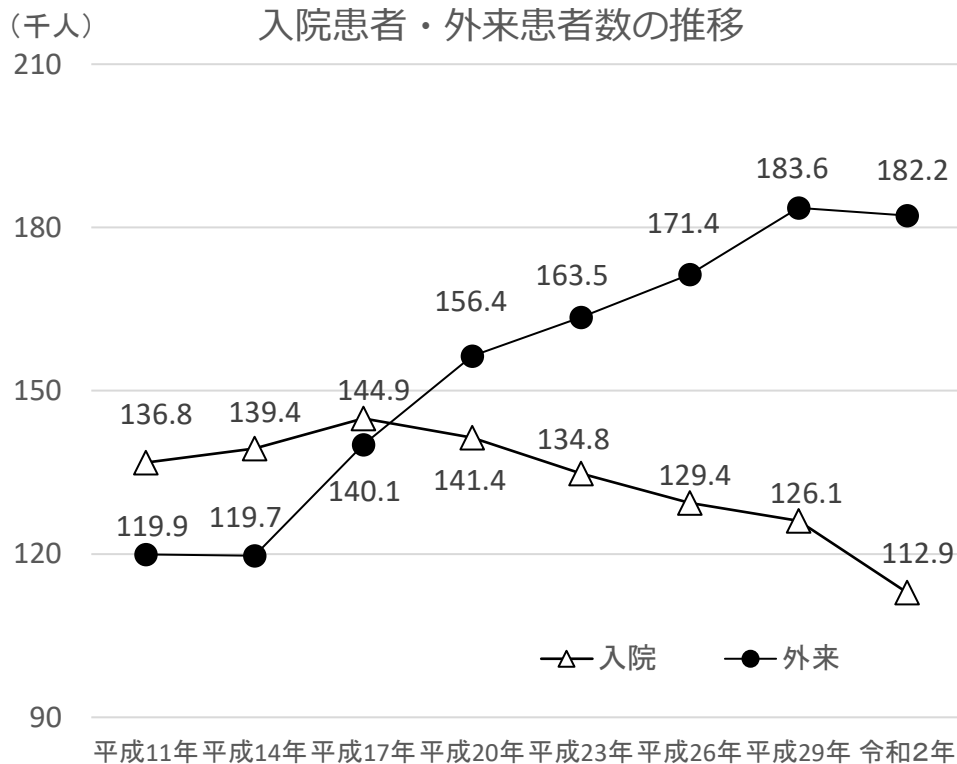
- がん患者の外来における薬物療法については外来化学療法をはじめ、各種の体制整備を評価してきている。
- 引き続き、安心・安全ながん患者の通院治療を推進していく必要がある。

■ がん患者の外来の薬物療法(イメージ)



入院日数の短縮化と通院治療へのシフト

- 近年、がんの入院患者数は減少傾向であるが、外来患者数は増えている。
- がん患者の在院日数については減少傾向であったが、平成29年から令和2年にかけて増加していた。



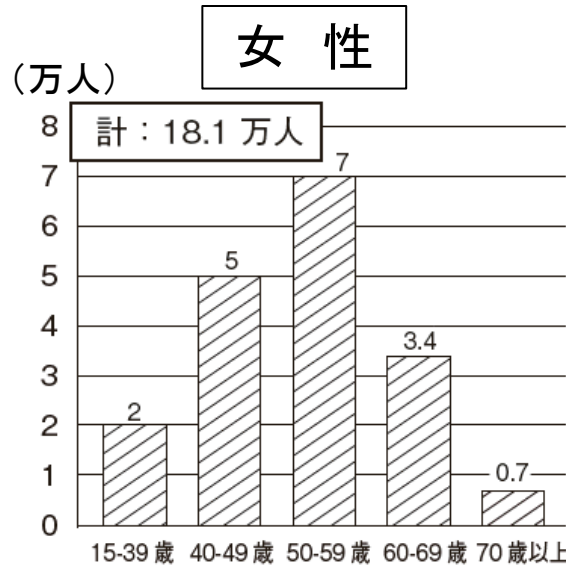
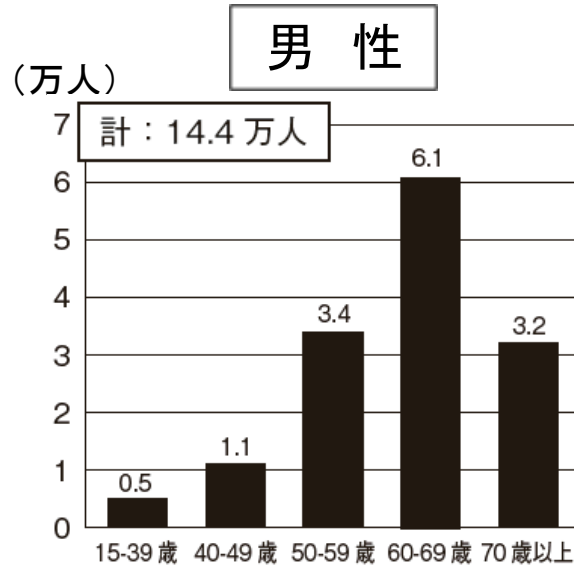
※悪性新生物(がん)の入院患者・外来患者数

※悪性新生物(がん)の退院患者における平均在院日数(病院・一般診療所)

仕事を持ちながら悪性新生物で通院している者

○ 悪性新生物の治療のため、仕事を持ちながら通院している者は増加傾向であり、特に女性および高齢者の増加が著しい。

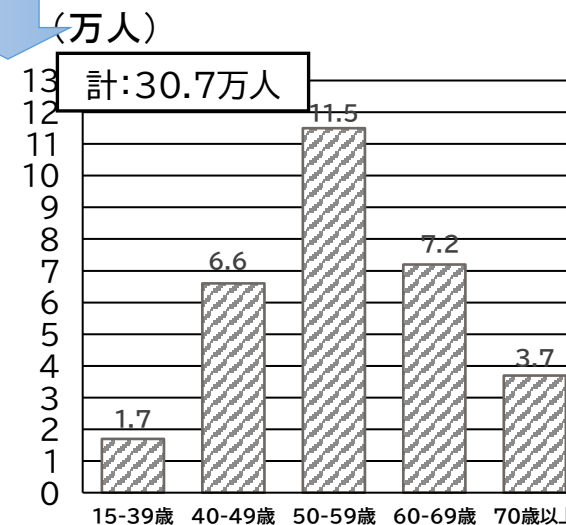
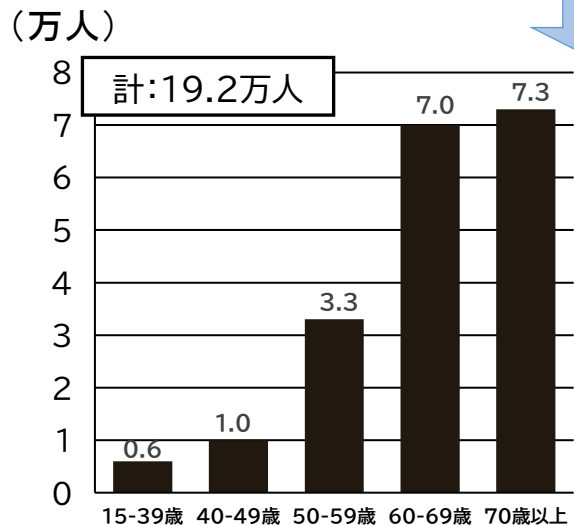
平成22年



計：32.5万人

資料：厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」を基に同省健康局にて特別集計したもの

令和4年



計：49.9万人

資料：厚生労働省「令和4年国民生活基礎調査」を基に同省保険局医療課にて特別集計したもの

※ 仕事をもっているとは、調査月に収入を伴う仕事を少しでもしたことを行い被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。

出典：厚生労働省 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン 参考資料 がんに関する留意事項

- 外来化学療法を安全に実施するためには、施設の設備や体制を整える必要がある。
- 外来化学療法に必要な体制として、専任の医師・看護師・薬剤師など多職種が連携し、治療体制を整備していくことが必要であり、その一つとして、副作用管理体制が挙げられる。

外来化学療法に必要な体制について

表4 要件

外来化学療法を行う施設の設備・体制についての必要条件

1. がん化学療法に精通した医師・薬剤師・看護師など他職種の連携
2. レジメンの管理、指示の統一
3. マニュアルやガイドラインの作成と定期的な見直し
4. エラーを防止するシステム
5. 緊急時に迅速に対応できる体制
6. 外来における患者教育
7. 他部門との連携
8. 外来化学療法運営を検討する場

表5 職種別のチーム医療の役割

医師	薬剤師	看護師
<ol style="list-style-type: none"> 1. 新しい治療・プロトコールがスタートする場合は、必ず事前に説明・勉強会を実施 2. 情報の共有化の徹底 3. 確実な指示 4. 当番医との連携 5. 看護師とのコミュニケーションスキル 6. チーム医療の実施 7. 急性期副作用に対応 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 迅速な抗がん薬調整の強化 2. 薬剤調整の連絡(投与時間に制限があるレジメンの取り決めなど) 3. 医師からの指示の実施、レジメンの確認 4. 患者への薬剤指導 5. 医師・看護師との定例ミーティングの開催 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 適切な知識のもと安全・確実な投与管理 2. 副作用症状のマネジメント <ol style="list-style-type: none"> a. 副作用症状の予防と緩和 b. 患者・家族へのセルフケア支援 3. 副作用症状以外の症状マネジメント 4. 意思決定支援 5. 不安を軽減する情報収集 6. 信頼関係の構築 7. 安全や緊急時のためのシステム作り 8. チーム医療の推進 9. セルフケア支援

外来化学療法に係るマニュアル

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

<抗がん薬による過敏症出現時の対応>



<外来化学療法に係るマニュアルの作成事例>

目次

- 外来化学療法室について……1 (沖村美香)
 - 位置づけ/施設案内/外来化学療法室での治療/外来化学療法室での治療対象患者/感染症について
- スケジュール……2 (沖村美香)
- 各種薬の薬性……2 (沖村美香)
 - 抗がん剤の薬性/副作用抑制剤の薬性/鎮痛剤の薬性
- がん化学療法のレジメン……3 (内田聖、坂井康仁、村上理恵)
 - レジメンの新規登録/登録済みレジメンの運用/登録済みレジメンの変更/レジメン登録の流れ
- 化学療法の流れ……4 (沖村美香、坂井康仁)
 - 外来化学療法室オリエンテーション/治療前事前オリエンテーションを希望される場合/外来化学療法室の手続とレジメンオーダー/治療当日の手続・流れ/配薬室内観覧位置についての取扱い/外来化学療法室配薬室の種類と機能
- 血管外漏出時の対応……6 (沖村美香、坂井康仁)
 - 血管外漏出/血管外漏出時の経路/漏出に基づく(分類)血管外漏出の名称/管理の基本/血管外漏出の予防/血管外漏出の早期発見/血管外漏出時の対応/血管外漏出時の対応/マシーン使用方法/使用中の注意事項/血管外漏出後の観察及び患者指導/注し/血管外漏出時の対応方法 フローチャート
- 抗がん薬による過敏症出現時の対応……12 (沖村美香、坂井康仁)
 - 過敏症/投与前のアセスメント/抗がん薬投与前の注意事項/発症時の対応/過敏症後の治療期間について/インフォームドコンセント/治療期間について/過敏症が出現しやしない薬剤と特徴
- 皮下埋込み型中心静脈ポート(CVポート) 使用管理……20 (沖村美香)
- 資料……26 (沖村美香、内田聖、坂井康仁、村上理恵)
 - 資料1 化学療法室実施している患者からの副作用等に係る相談等に24時間対応する連絡体制
 - 資料2 レジメン運用手順
 - 資料3 抗がん剤レジメン登録の方法
 - 資料4 外来化学療法室で治療を受けられる方へ
 - 資料5 抗がん薬治療中に自宅や職場で薬をつけていたこと (抗がん薬漏出対策)

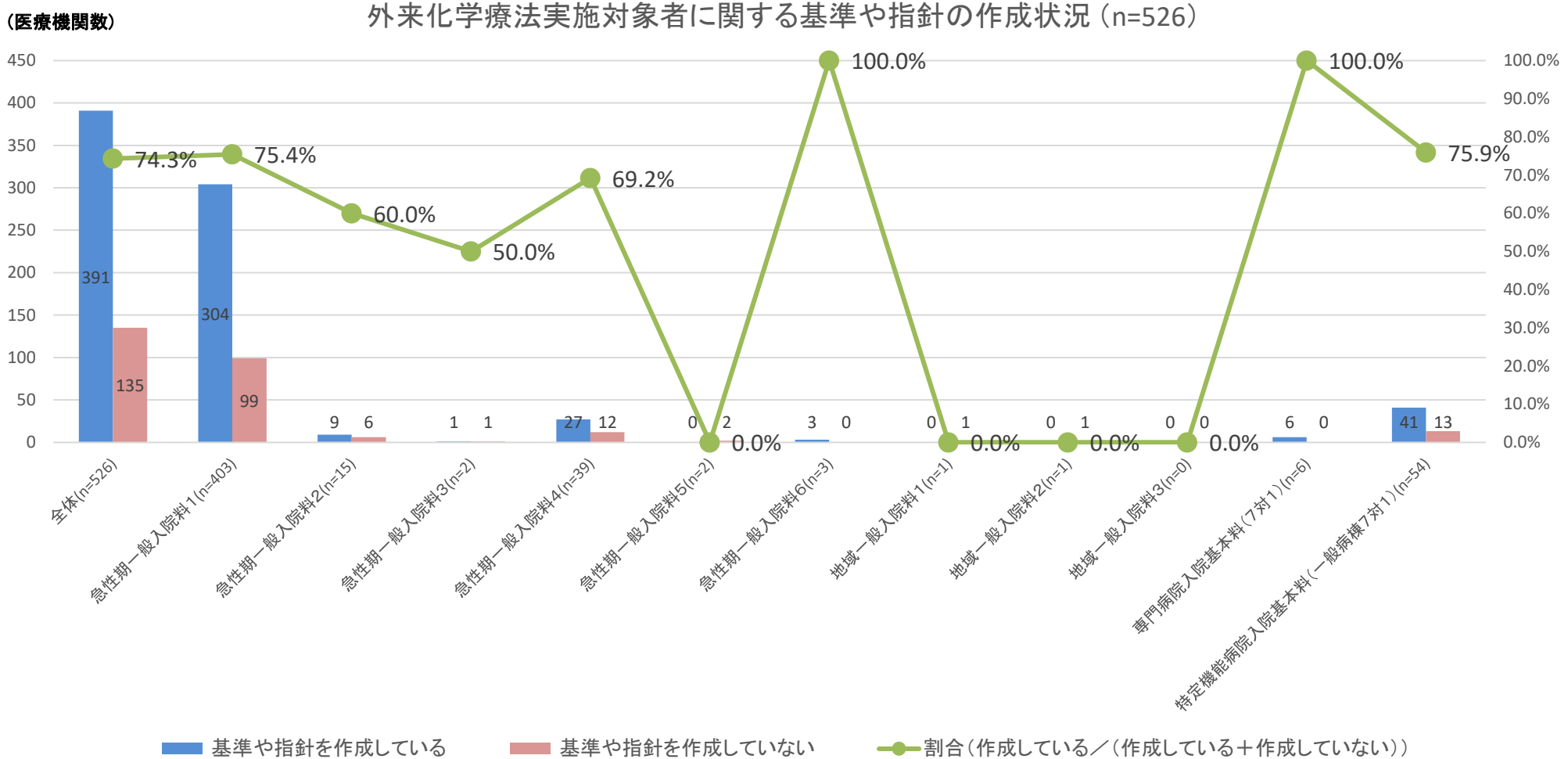
化学療法を実施している患者からの副作用等に係る相談等に24時間対応する連絡体制について

(外来化学療法室と薬剤科の協働による体制)

診療科	夜間 (18:30-17:00)			夜間 (17:00-6:30) 休日(祝日)		
	受付受付	内線	直通	受付受付	内線	直通
第一内科	受付	●	●	受付	●	●
第二内科	受付	●	●	受付	●	●
第三内科	受付	●	●	受付	●	●
小児科	受付	●	●	受付	●	●
第一外科	受付	●	●	受付	●	●
第二外科	受付	●	●	受付	●	●
整形外科	受付	●	●	受付	●	●
皮膚科	受付	●	●	受付	●	●
泌尿科	受付	●	●	受付	●	●
放射線科	受付	●	●	受付	●	●
眼科	受付	●	●	受付	●	●
耳鼻咽喉科	受付	●	●	受付	●	●
歯科	受付	●	●	受付	●	●
産科/小児科	受付	●	●	受付	●	●
外来化学療法室	受付	●	●	受付	●	●
薬剤科	受付	●	●	受付	●	●
検査科	受付	●	●	受付	●	●
理学療法科	受付	●	●	受付	●	●
放射線科	受付	●	●	受付	●	●
特別室/検査室	受付	●	●	受付	●	●

外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成①

○ 外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成状況については、外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院では、74%の施設では「作成している」であった。



外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成②

- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関においては、病院では74%、診療所では58%の施設が外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
- 外来化学療法を実施しているが、外来化学療法診療料を届出していない施設においては、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していない施設が多かった。

病院

診療所

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=526)

外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=76)
※化学療法を実施していない100施設を除く

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=24)

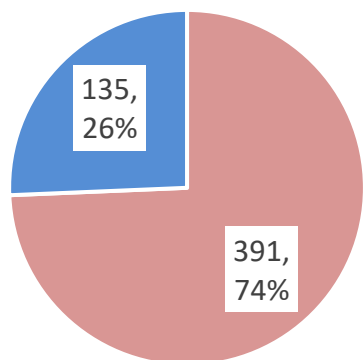
外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=36)
※化学療法を実施していない133施設を除く

外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成
(n=526)

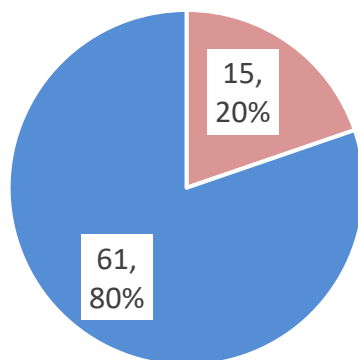
外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成
(n=76)

外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成
(n=24)

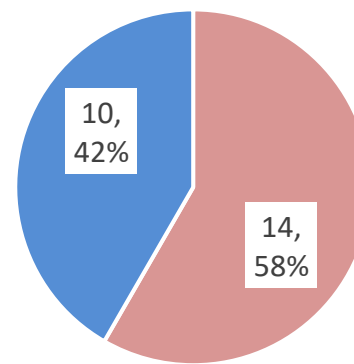
外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成
(n=36)



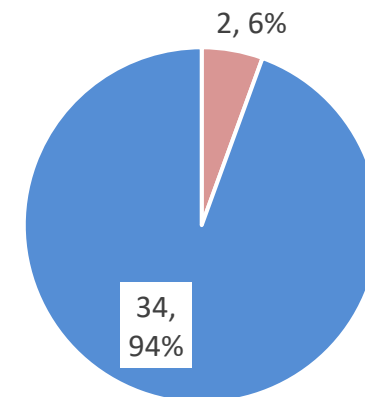
■あり ■なし



■あり ■なし



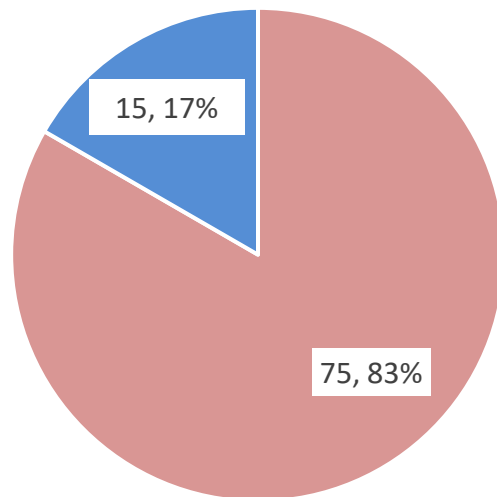
■あり ■なし



■あり ■なし

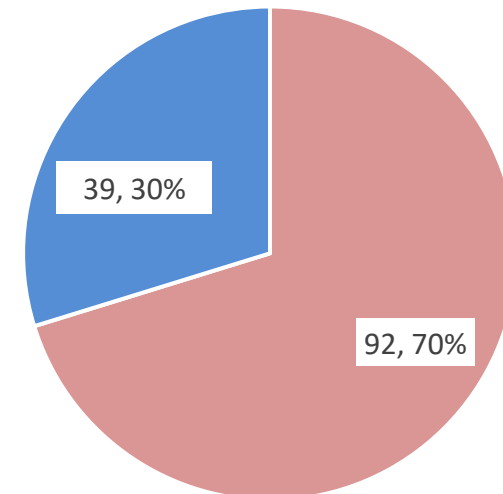
- 急性期充実体制加算を届け出ている90施設において、75施設(83%)は、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
- 総合入院体制加算を届け出ている131施設において、92施設(70%)は、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。

急性期充実体制加算を届け出ている施設における基準や指針の作成の有無



■ 指針あり ■ 指針なし

総合入院体制加算を届け出ている施設における基準や指針の作成の有無

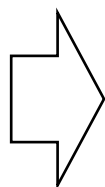


■ 指針あり ■ 指針なし

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

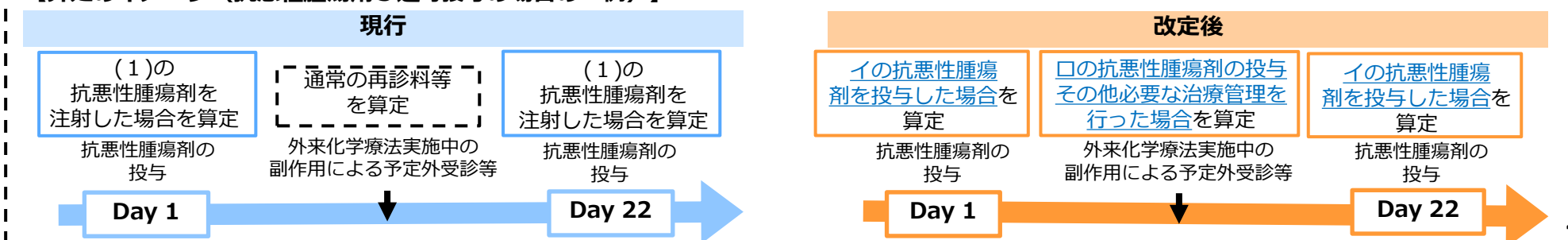
[算定要件]

- 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. 20

療養・就労両立支援指導料

連携充実加算

無菌製剤処理科

評価	療養・就労両立支援指導料	連携充実加算	無菌製剤処理科
<p>1 初回 800点</p> <p>2 2回目以降 400点</p>	<p>150点</p> <p>外来腫瘍化学療法診療料1のイを算定する日に月1回</p>	<p>無菌製剤処理科1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点</p> <p>ロ イ以外の場合 45点</p>	
概要	<p>患者と事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定。</p>	<p>患者に治療計画等を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合に算定。</p>	<p>抗がん剤への被曝防止の観点等から、閉鎖式接続器具を使用した場合等、無菌製剤処理を行う場合に算定。</p>
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 「2」については、「1」を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、「1」を算定した日の属する月又はその翌月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定。 「1」については、事業場の産業医等への就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できない。 	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法の経験を有する医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付する。 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行う。常勤の薬剤師が行い、記録を整備し保管する。 悪性腫瘍に対して用いる薬剤で細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる場合に算定。常勤薬剤師が患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行う。
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 特記事項なし 	<ul style="list-style-type: none"> レジメンに係る委員会に管理栄養士が参加。 地域の保険薬局等との連携体制として、レジメンをホームページ等で閲覧できるようにする、地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施する、保険薬局等からのレジメンに関する照会等に応じる体制を整備する、当該体制についてホームページや研修会等で周知する。 外来化学療法を実施している医療機関に5年以上、栄養管理に係る3年以上の経験を有する専任常勤管理栄養士。 	<ul style="list-style-type: none"> 2名以上の常勤薬剤師。 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で5平方メートル以上）を有していること。 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えている。
創設年度	平成30年	令和2年	平成20年

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. 20

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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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

B001・9 外来栄養食事指導料

入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**医師の指示に基づき管理栄養士が初回にあつては概ね30分以上、2回目以降にあつては概ね20分以上、療養のために必要な栄養の指導を行った場合に算定**（「注2」及び「注3」を除く）

【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- **がん患者** H28~
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

イ 外来栄養食事指導料1

（初回の指導を行った月は月2回、その他の月は月1回）

保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

- | | |
|---------------------|------|
| (1) 初回【55,336回】 | |
| ① 対面で行った場合 | 260点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 235点 |
| (2) 2回目以降【190,913回】 | |
| ① 対面で行った場合 | 200点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 180点 |

ロ 外来栄養食事指導料2

（初回の指導を行った月は月2回、その他の月は月1回）

診療所において、当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

- | | |
|-------------------|------|
| (1) 初回【1,566回】 | |
| ① 対面で行った場合 | 250点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 225点 |
| (2) 2回目以降【7,304回】 | |
| ① 対面で行った場合 | 190点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 170点 |

注2: 連携充実加算の施設基準を満たす外来化学療法室を担当する管理栄養士が外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき具体的な献立等によって月2回以上指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時に200点**を算定**（指導時間要件なし）※ただし、外来腫瘍化学療法診察料を算定した日と同日であること R2~【84回】

注3: 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月1回に限り260点**を算定**（患者の状態に合わせて必要な時間・回数を個別に設定） R4~【2,461回】

外来腫瘍化学療法診療料の算定要件及び施設基準

診調組 入-1
5. 7. 20

- 外来腫瘍化学療法診療料1及び2が令和4年度診療報酬改定で新設された。
- 主な施設基準については、「患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備」が追加された。

	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			
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定 ○ 「1」の「ロ」及び「2」の「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、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、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（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）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 			
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定可能 		-	
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師 (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 (5) 専任の医師、看護師、または薬剤師が院内に常時（※1）一人以上配置され、本診療料を算定している患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備（※2） (6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 (7) 実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の開催（委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成され、少なくとも年1回開催） 		<ul style="list-style-type: none"> (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (3) 専任の常勤薬剤師 (4) 専任の医師、看護師、または薬剤師が院内に常時（※1）一人以上配置され、本診療料を算定している患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備（※2） (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 	

※1 「常時とは、24時間」のことを指す（令和4年3月31日事務連絡）。

※2 令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所であって、令和4年9月30日までの間に体制を整備することが困難な場合については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよい（令和4年7月26日事務連絡）。

外来腫瘍化学療法診療料の算定状況

- 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> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算1を届け出ている医療機関数を表示</p>		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> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算2を届け出ている医療機関数を表示</p>		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> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算1のAの算定回数を表示 ※ 加算Aについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」に相当</p>		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> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算2のAの算定回数を表示 ※ 加算Aについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」に相当</p>		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																																																																																										

外来化学療法加算の算定要件と算定状況

- 外来化学療法加算1の届出医療機関数は増加傾向。算定回数は横ばい。
- 外来化学療法加算2の届出医療機関数及び算定回数は微減。

	外来化学療法加算 1		外来化学療法加算 2																																																							
	①15歳未満	②15歳以上	①15歳未満	②15歳以上																																																						
点数(1日につき)	670点	450点	640点	370点																																																						
算定対象	入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く） (G001静脈内注射、G002動脈注射、G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004点滴注射、G005中心静脈注射、G006挿入型カテーテルによる中心静脈注射に加算)																																																									
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算 ○ 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定可能 		-																																																							
主な施設基準	(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師 (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 (6) 実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の開催（委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成され、少なくとも年1回開催）		(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (3) 専任の常勤薬剤師 (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保																																																							
届出医療機関数及び算定回数	<table border="1"> <caption>外来化学療法加算1の届出医療機関数及び算定回数</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出医療機関数</th> <th>算定回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>66</td><td>26,085</td></tr> <tr><td>H28</td><td>65</td><td>30,713</td></tr> <tr><td>H29</td><td>63</td><td>32,749</td></tr> <tr><td>H30</td><td>63</td><td>31,087</td></tr> <tr><td>R1</td><td>62</td><td>28,913</td></tr> <tr><td>R2</td><td>63</td><td>29,455</td></tr> <tr><td>R3</td><td>65</td><td>30,346</td></tr> <tr><td>R4</td><td>66</td><td>30,346</td></tr> </tbody> </table>		年度	届出医療機関数	算定回数	H27	66	26,085	H28	65	30,713	H29	63	32,749	H30	63	31,087	R1	62	28,913	R2	63	29,455	R3	65	30,346	R4	66	30,346	<table border="1"> <caption>外来化学療法加算2の届出医療機関数及び算定回数</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出医療機関数</th> <th>算定回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>344</td><td>6,666</td></tr> <tr><td>H28</td><td>336</td><td>6,285</td></tr> <tr><td>H29</td><td>328</td><td>6,441</td></tr> <tr><td>H30</td><td>322</td><td>6,347</td></tr> <tr><td>R1</td><td>315</td><td>6,068</td></tr> <tr><td>R2</td><td>309</td><td>5,272</td></tr> <tr><td>R3</td><td>307</td><td>5,054</td></tr> <tr><td>R4</td><td>303</td><td>4,954</td></tr> </tbody> </table>		年度	届出医療機関数	算定回数	H27	344	6,666	H28	336	6,285	H29	328	6,441	H30	322	6,347	R1	315	6,068	R2	309	5,272	R3	307	5,054	R4	303	4,954
年度	届出医療機関数	算定回数																																																								
H27	66	26,085																																																								
H28	65	30,713																																																								
H29	63	32,749																																																								
H30	63	31,087																																																								
R1	62	28,913																																																								
R2	63	29,455																																																								
R3	65	30,346																																																								
R4	66	30,346																																																								
年度	届出医療機関数	算定回数																																																								
H27	344	6,666																																																								
H28	336	6,285																																																								
H29	328	6,441																																																								
H30	322	6,347																																																								
R1	315	6,068																																																								
R2	309	5,272																																																								
R3	307	5,054																																																								
R4	303	4,954																																																								

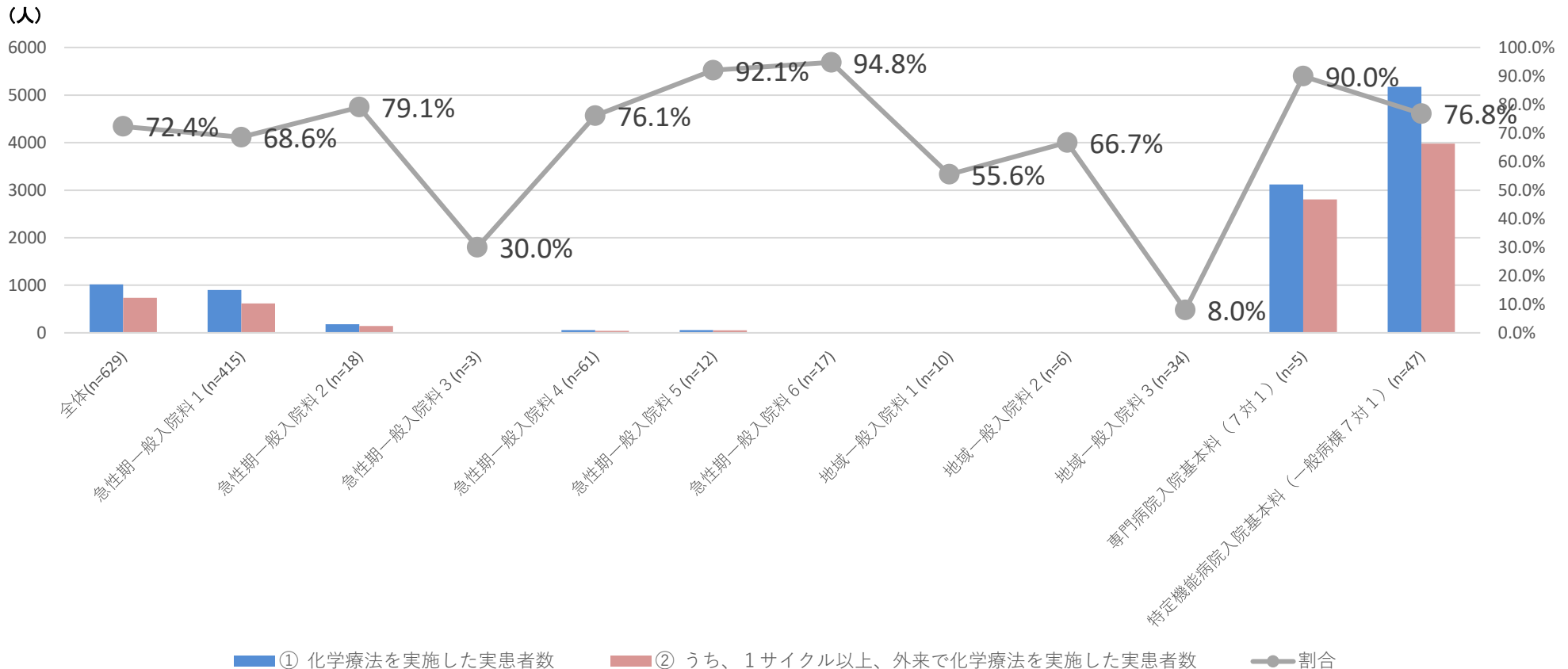
入院料ごとの外来化学療法の実施状況（実患者数）

- 化学療法※¹実施患者数(平均値)のうち1サイクル※²以上外来で実施した患者の割合は、72.4%であった。
- 特定機能入院基本料(一般病棟7対1)や専門病院入院基本料(7対1)を算定している施設において、化学療法が多く実施されていた。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般入院料1～3を算定している施設においては、化学療法を実施した患者数は少なかった。

※¹ 悪性腫瘍を主病とする患者に対し抗悪性腫瘍剤を投与するもの

※² クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す

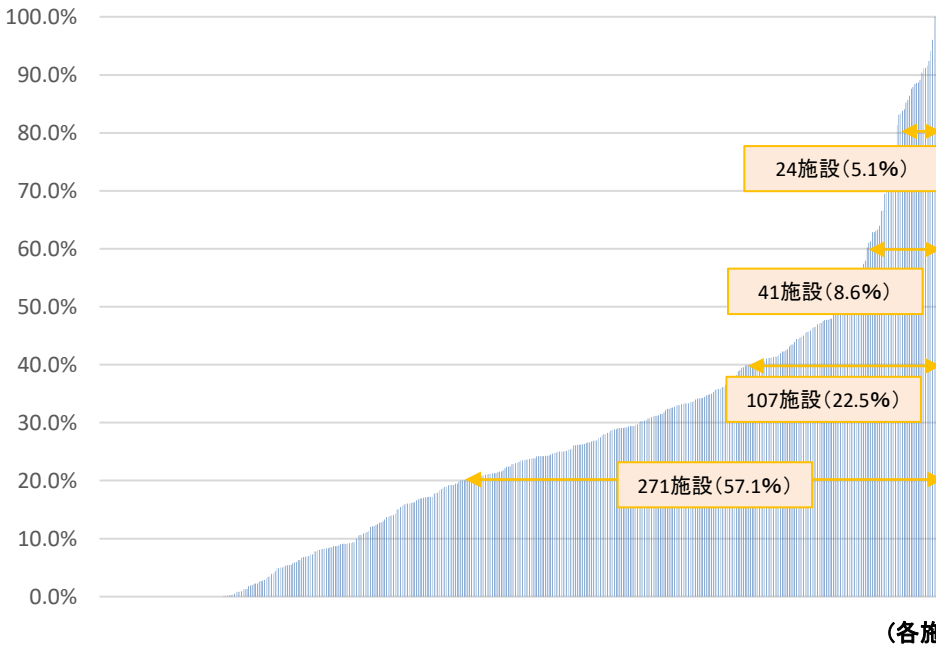
「化学療法を実施した実患者数(平均値)のうち、「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」の割合



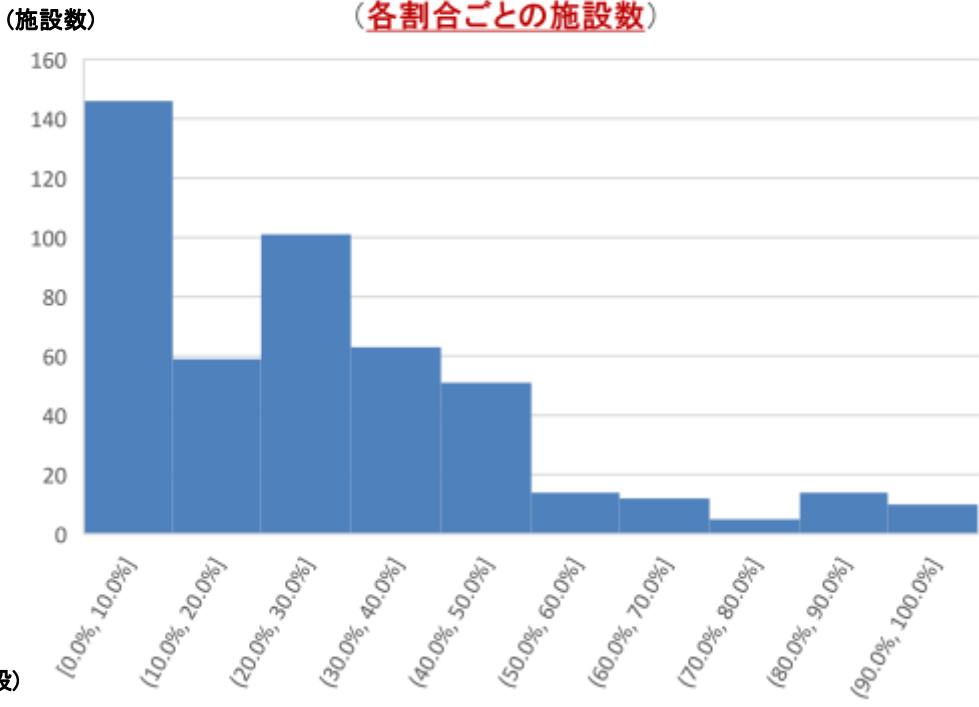
外来化学療法及び入院での化学療法の実施状況（実患者数）①

○ 外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院(n=475)において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクル(※1)も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値23.2%であった。

「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合
(各施設ごとの割合)



「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合
(各割合ごとの施設数)



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
475	25.9%	7.1%	23.2%	36.9%

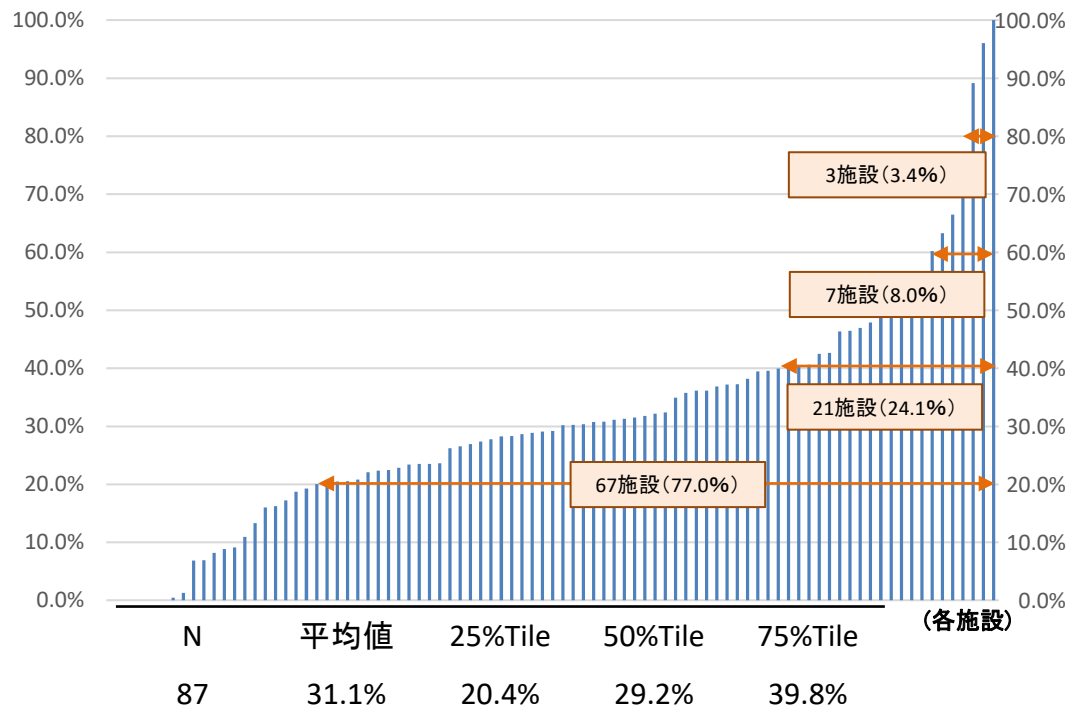
※1 クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休業期間を含む一連の期間を指す

※2 「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」=1-「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」/「化学療法を実施した実患者数」

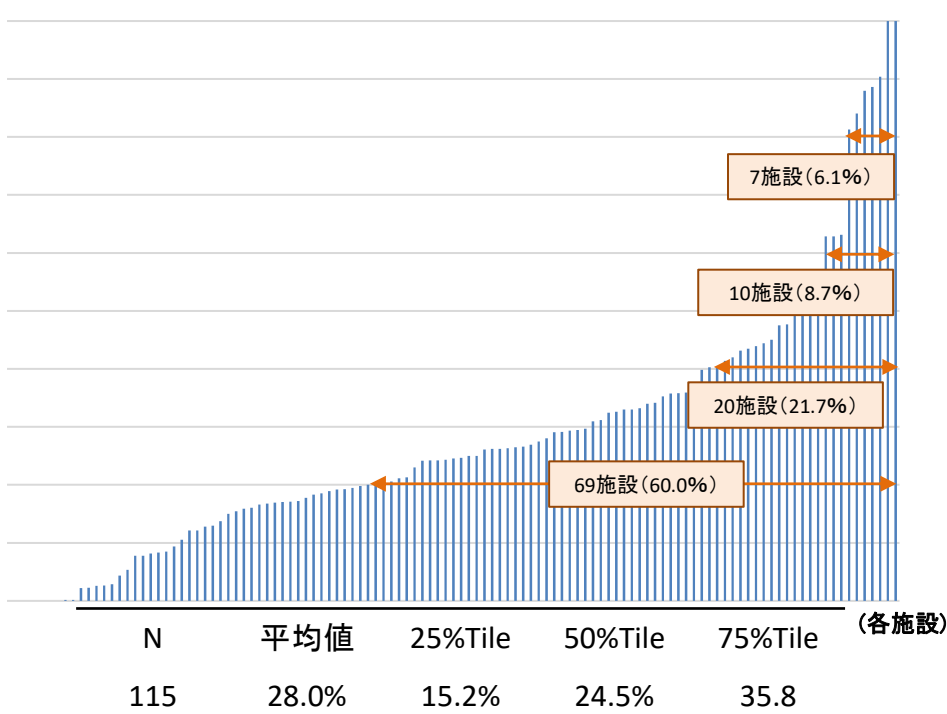
外来化学療法及び入院での化学療法の実施状況（実患者数）②

○ 急性期充実体制加算(※1)及び総合入院体制加算を届け出ている施設において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクル(※2)も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数(※3)」の割合は、中央値は29.2%、24.5%であった。

急性期充実体制加算届出施設における「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合(各施設ごとの割合)



総合入院体制加算届出施設における「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合(各施設ごとの割合)



※1 急性期充実体制加算に関する施設基準(化学療法に関する事項について抜粋)
 (2) 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。
 ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(へ)までのうち4つ以上を満たしていること。
 (イ)～(ホ) (略)
 (へ) 化学療法の実施について、1,000件/年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり3.0件/年以上
 イ (略)

(4) (2)のアの(へ)を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。
 ア 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。
 イ 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4割以上のレジメンが外来で実施可能であること。

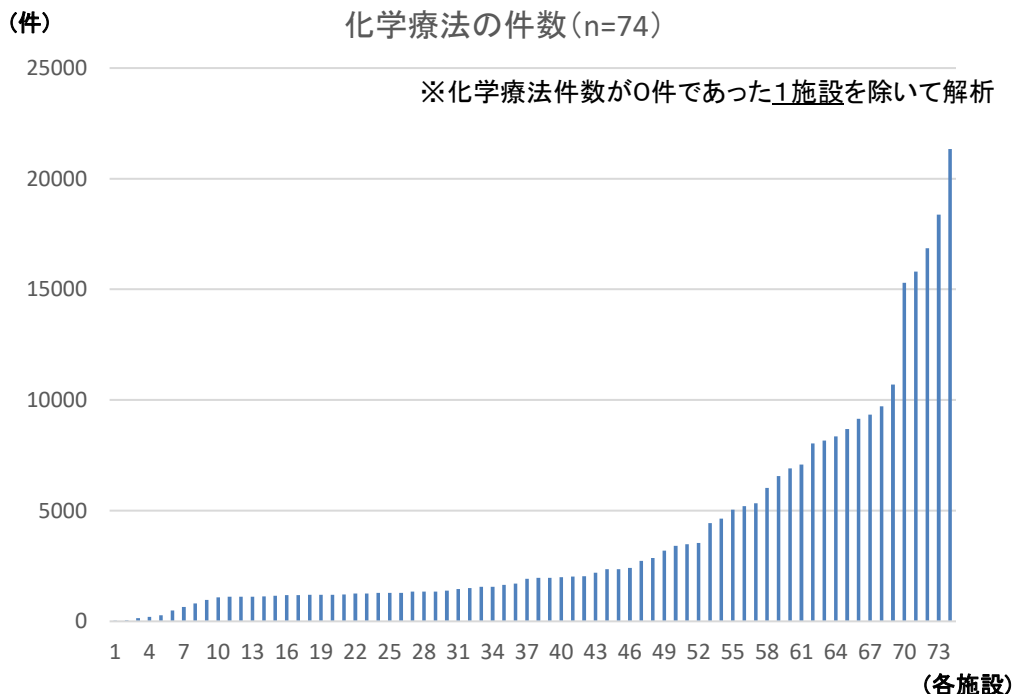
※2 クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す

※3 「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」=1-「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」/「化学療法を実施した実患者数」

急性期充実体制加算届出施設における化学療法実施件数

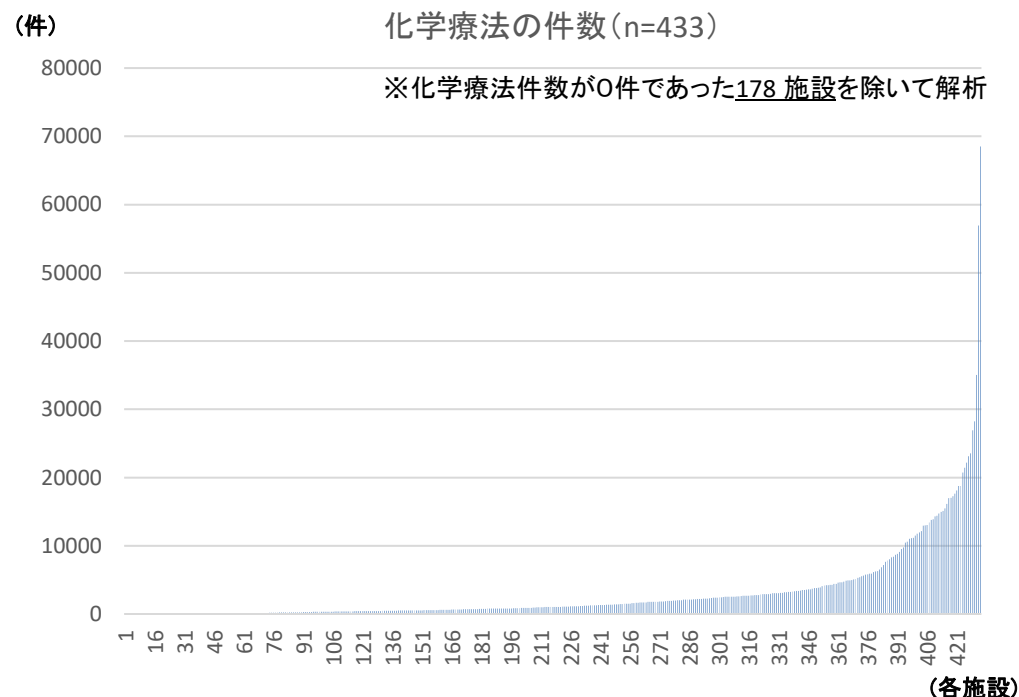
○ 急性期充実体制加算を届出している施設においては、届出していない医療機関に比べて、化学療法の実施件数は多い傾向であった。

急性期充実体制加算を届出している施設 (n=74)



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
74	3,919件	1,197件	1,937件	5,157件

急性期充実体制加算を届出していない施設 (n=433)

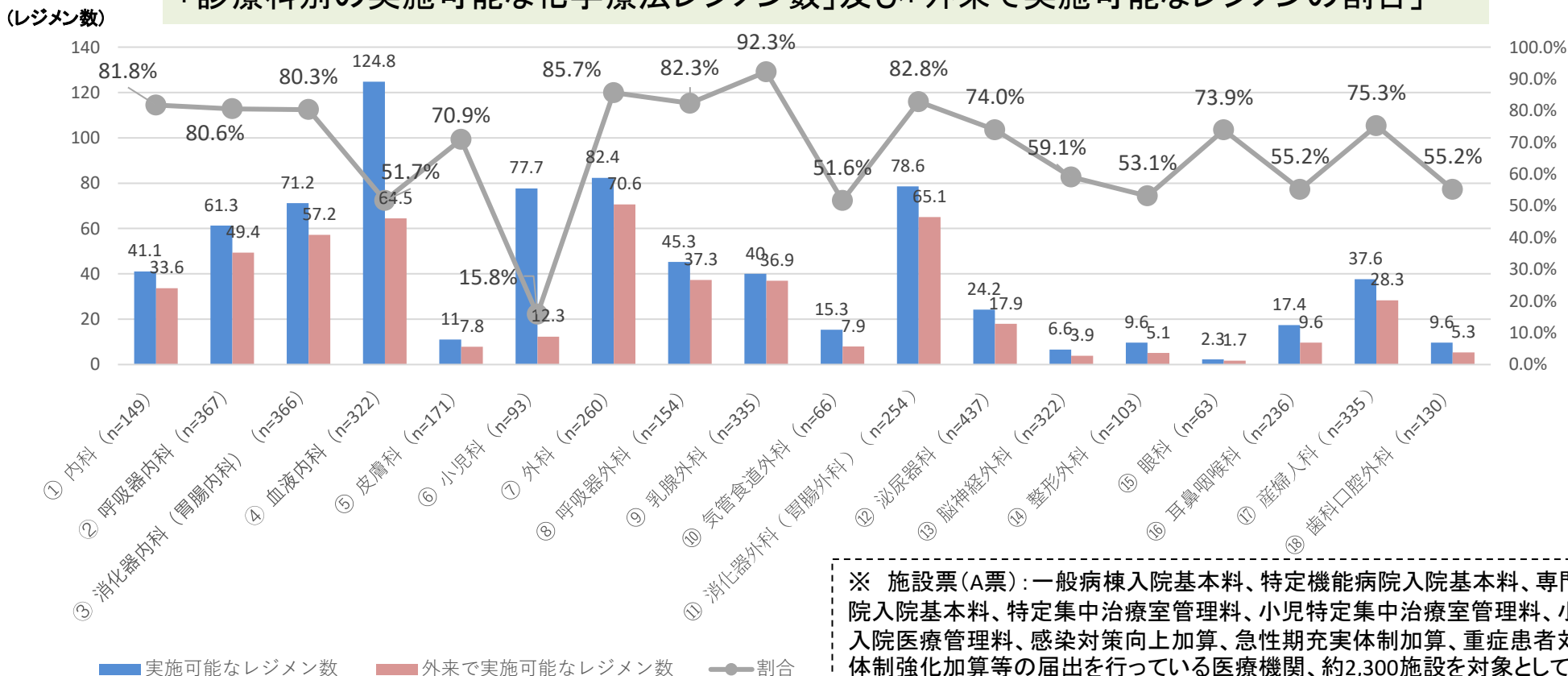


N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
433	3164件	362件	1,053件	2,905件

診療科別の化学療法レジメン数①

- 診療科別の実施可能なレジメン(平均値)については、血液内科(124.8種類)、外科(82.4種類)、消化器外科(78.6種類)、小児科(77.7種類)、消化器内科(71.2種類)が多い傾向であった。
- そのうち外来で実施できるレジメン数(平均値)の割合は、乳腺外科(92.3%)、外科(85.7%)、消化器外科(82.8%)、呼吸器外科(82.3%)、内科(81.8%)では多い傾向であった。
- 一方で、小児科(15.8%)、気管食道外科(51.6%)、血液内科(51.7%)、整形外科(53.1%)においては、外来で実施できるレジメン数(平均値)の割合が少ない傾向であった。

「診療科別の実施可能な化学療法レジメン数」及び「外来で実施可能なレジメンの割合」



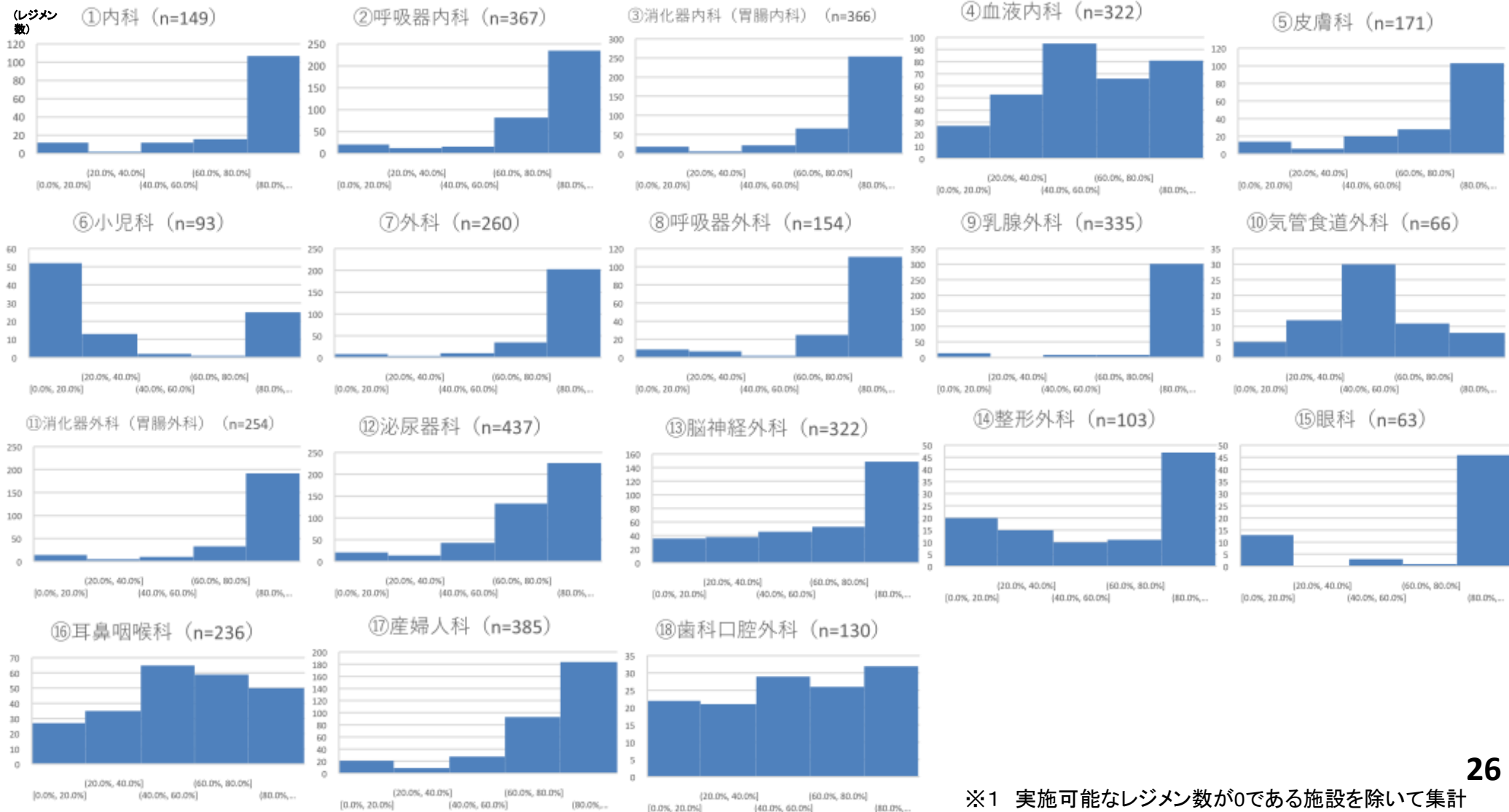
※ 施設票(A票): 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

※1 実施可能なレジメン数が0である施設を除いて集計

※2 回答した施設数が30以下のものは除外

診療科別の化学療法レジメン数②

- 実施可能な化学療法のレジメン数のうち、外来で実施可能なレジメン数の割合は、⑥小児科においては、割合が0-20%である施設が最も多かった。
- 血液内科、気管食道外科、耳鼻咽喉科では、割合が40-60%である施設が最も多かった。



※1 実施可能なレジメン数が0である施設を除いて集計
 ※2 回答した施設数が30以下のものは除外

外来化学療法患者への時間外の対応体制

- 外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院では、「①電話又はメール等による相談を常時受けられる体制」、「②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制」をとっている割合が高かった。
- 一方、外来腫瘍化学療法診療料を届出している診療所では、「③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制」を取っている施設(66.7%)が多かった。
- 診療所では、「②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制」を取っている施設の割合は低い傾向であった。

病院

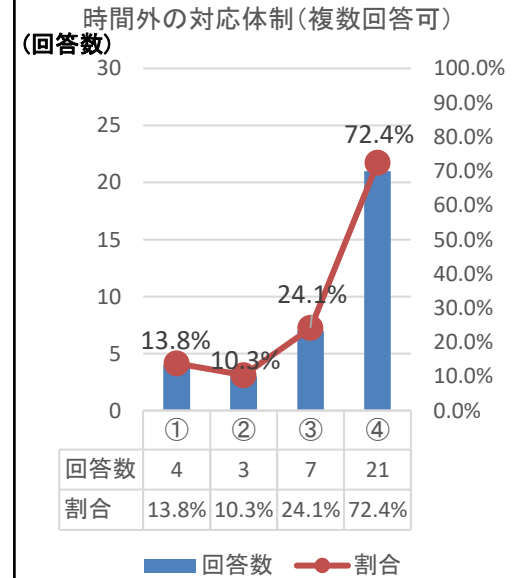
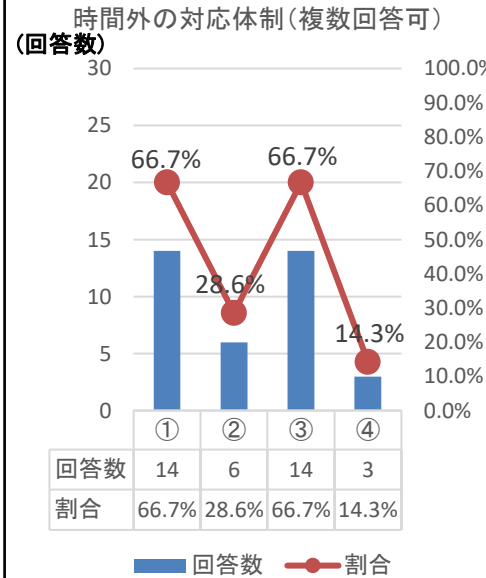
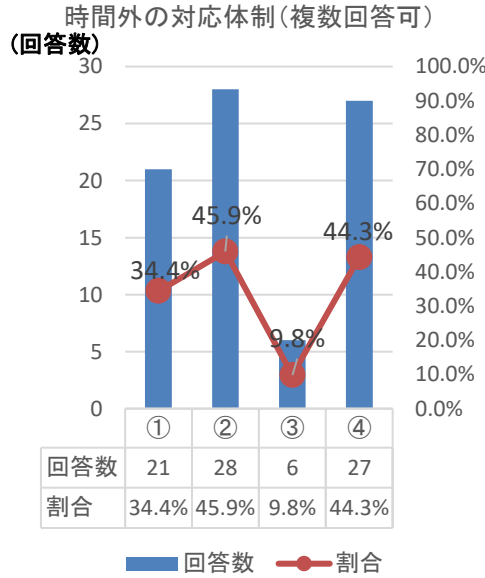
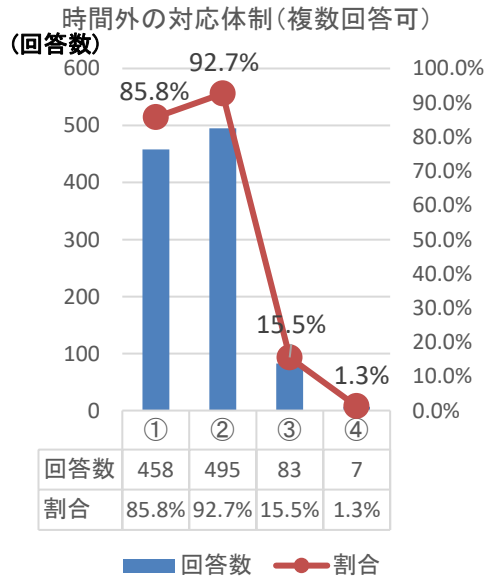
診療所

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=534)

外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=61)
※化学療法を実施していない39施設を除く

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=21)

外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=29)
※化学療法を実施していない115施設を除く



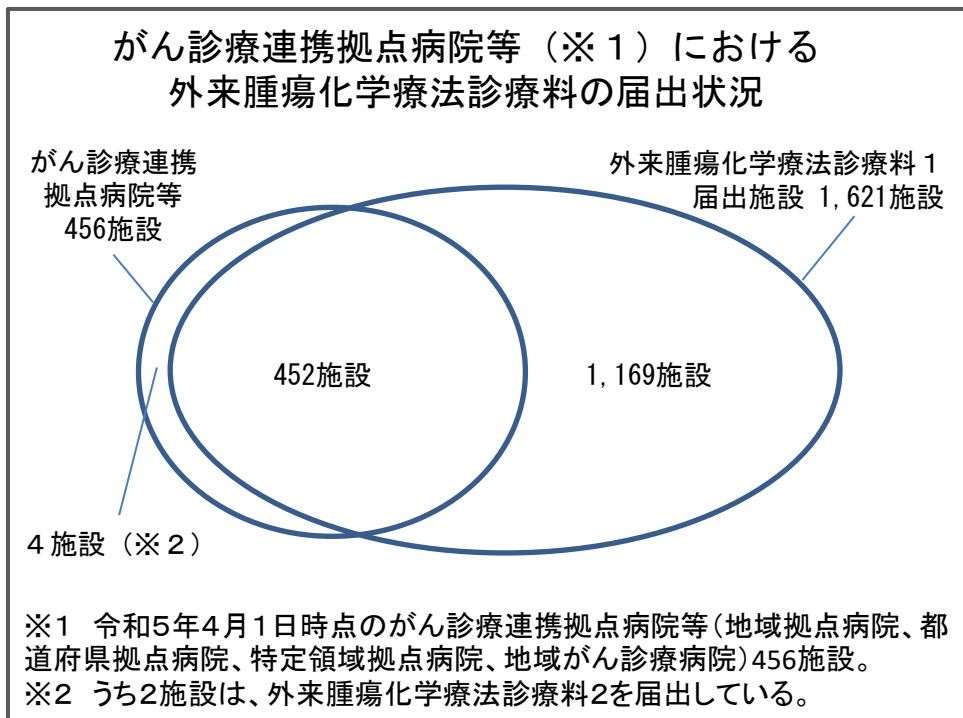
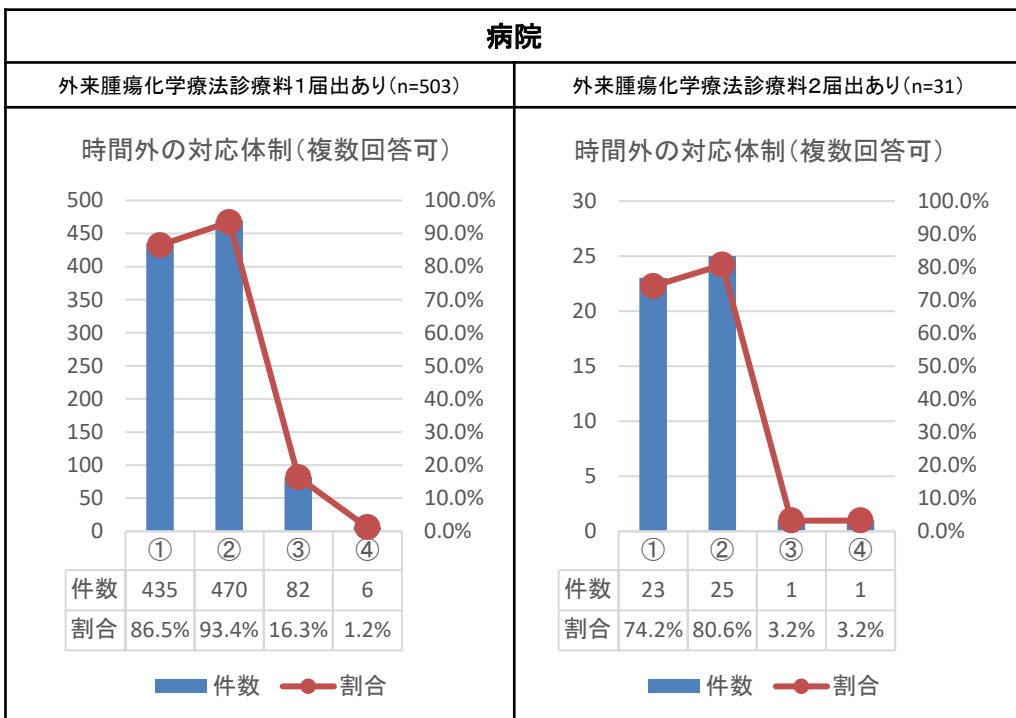
- ①電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている
- ②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制を取っている
- ③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制を取っている
- ④時間外の対応体制は取っていない

出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票(A票)、外来施設票)

※ なお、令和4年7月26日事務連絡において、令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所であって、令和4年9月30日までの間に外来腫瘍化学療法診療料の施設基準に示す体制を整備することが困難な場合については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいことを示している。

時間外の対応体制及びがん診療連携拠点病院等の届出状況

- 外来腫瘍化学療法診療料1を届出している病院では、「②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制」をとっている割合が高かった。
- 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の割合が高かった。



- ①電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている
- ②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制を取っている
- ③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制を取っている
- ④時間外の対応体制は取っていない

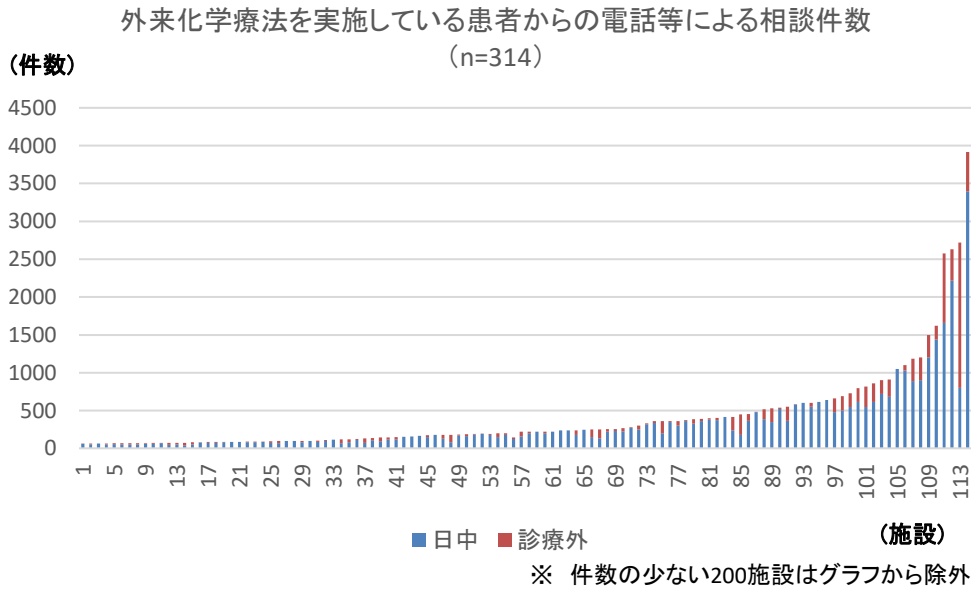
※ なお、令和4年7月26日事務連絡において、令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所であって、令和4年9月30日までの間に外来腫瘍化学療法診療料の施設基準に示す体制を整備することが困難な場合については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいことを示している。

患者からの相談件数

診調組 入-1
5. 7. 20

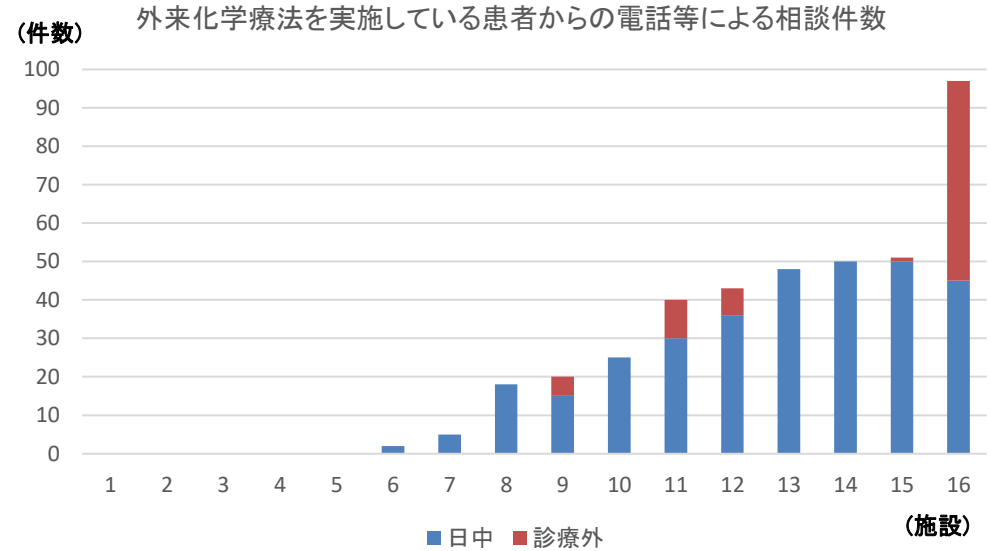
- 外来化学療法を実施している患者からの電話等による相談件数(平均値)は、病院では161.7件、診療所では24.9件であった。
- うち、診療時間外の割合(平均値)は、病院が20.1%、診療所は18.8%であった。

病院(n=314)



	合計	日中	診療外	診療外の割合
平均値	161.7	128.9	32.6	20.1%

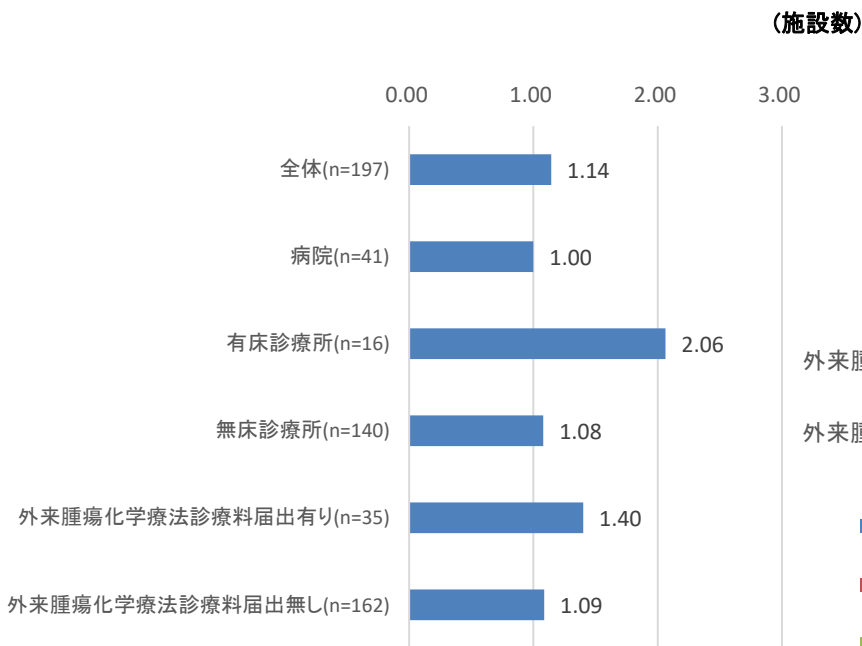
診療所(n=16)



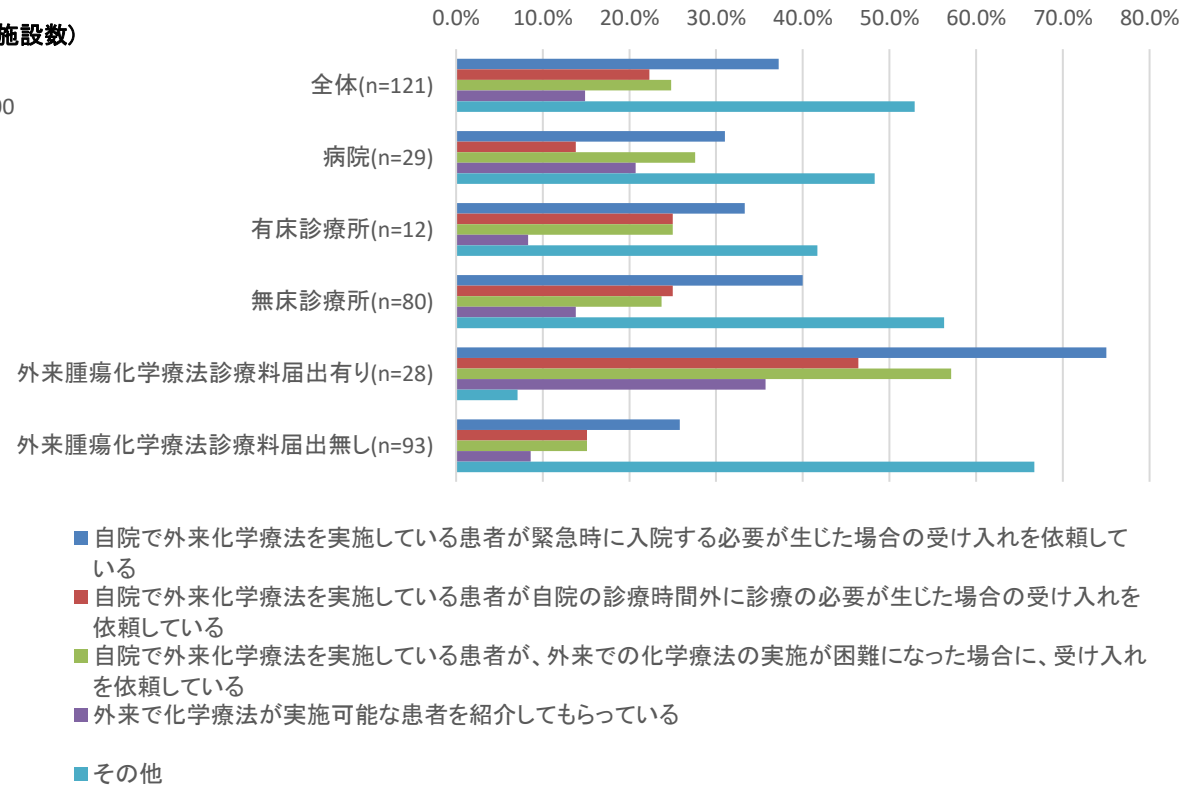
	合計	日中	診療外	診療外の割合
平均値	24.9	20.3	4.9	18.8%

- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設については、平均1.4施設と連携していた。
- 連携先医療機関との連携内容のうち、自院で外来化学療法を実施している患者について、「緊急時に入院する必要が生じた場合の受け入れを依頼している」が37.2%、「自院の診療時間外に診療の必要が生じた場合の受け入れを依頼している」が22.3%、「外来での化学療法の実施が困難になった場合に、受け入れを依頼している」が24.8%であった。

連携先施設数



連携先医療機関との連携内容(複数回答可)

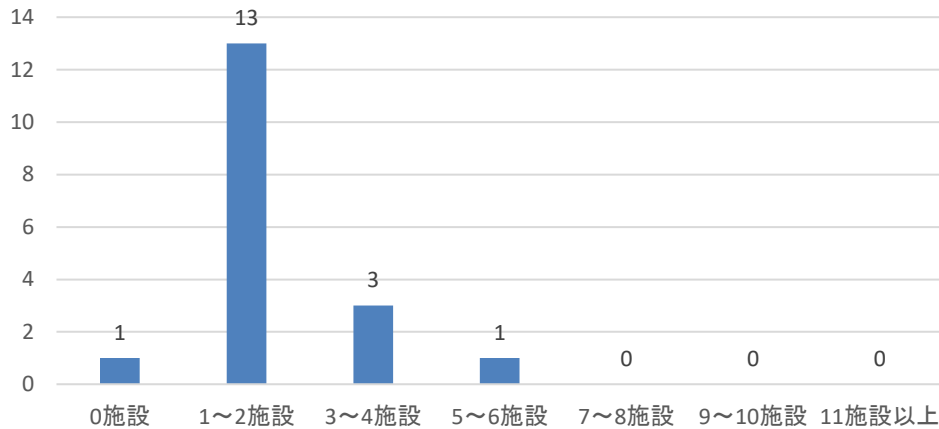


診療所における他の医療機関との連携状況

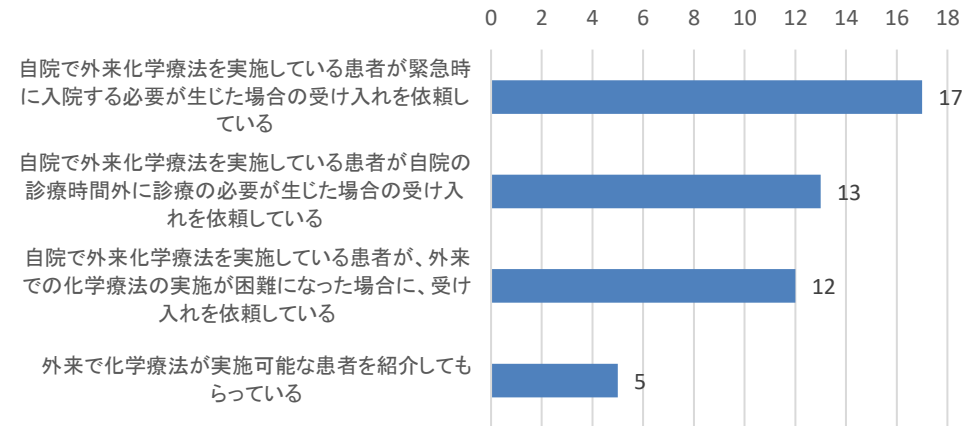
- 外来腫瘍化学療法診療料届出施設では、入院や診療時間外の対応について、他の医療機関との連携施設数は、1～2施設と回答した施設が最も多かった。
- 具体的な連携内容については、「自院で外来化学療法を実施している患者が緊急時に入院する必要がある場合の受け入れを依頼している」と回答する施設が多かった。

外来腫瘍化学療法診療料届出あり

連携先施設数 (n=18)

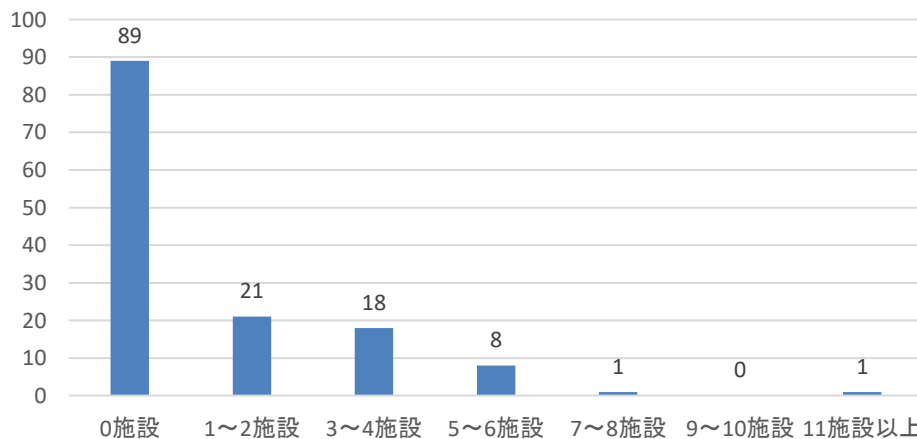


連携先の医療機関との連携内容 (複数回答可) (n=17)

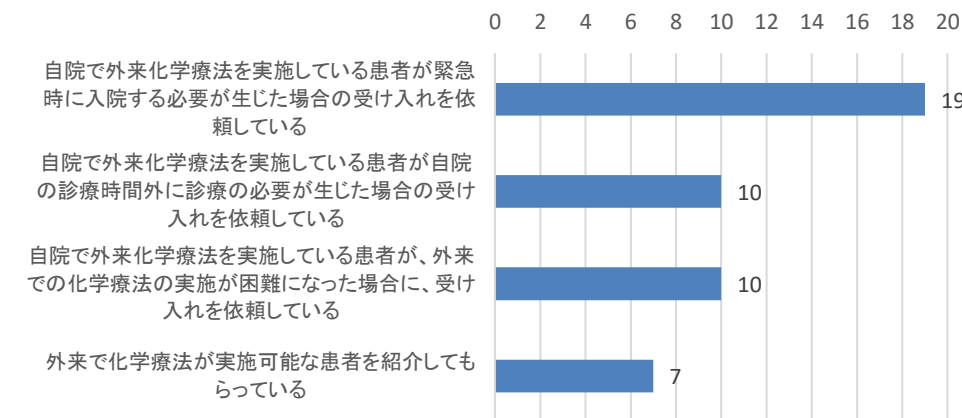


外来腫瘍化学療法診療料届出なし

連携先医療機関数 (n=138)

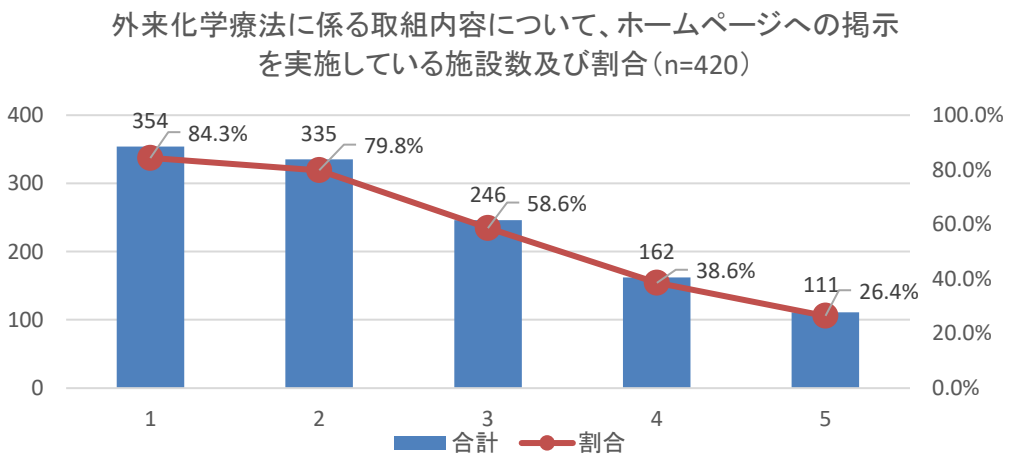
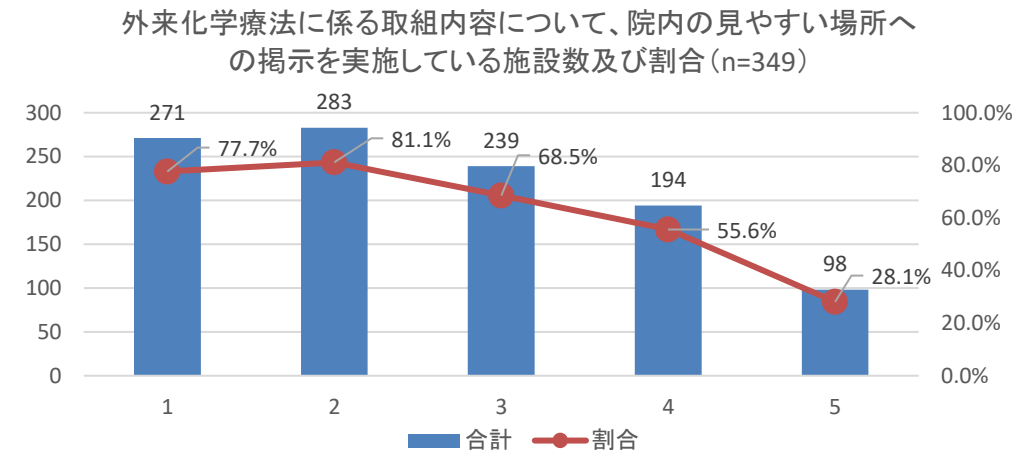
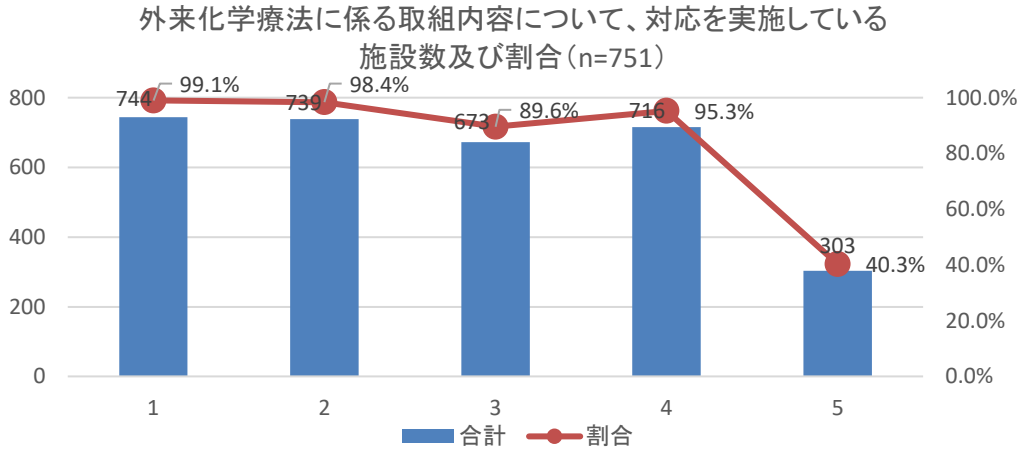


連携先の医療機関との連携内容 (複数回答可) (n=75)



外来化学療法実施施設の取組内容について、ホームページ等への掲示状況

- 外来化学療法実施施設における取組内容について、「副作用等による来院(診療時間外を含む)に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている」については、院内に掲示している施設は68.5%、ホームページに掲示している施設は58.6%であった。
- 「当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院(診療時間外を含む)に関して、緊急で入院ができる体制が整備されている」については、院内に掲示している施設は55.6%、ホームページに掲示している施設は38.6%であった。



- 1 外来化学療法の実施に向けて、医師、看護師、及び薬剤師等と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行っている
- 2 当該化学療法のレジメンについて、副作用等に関する相談に応じている
- 3 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院(診療時間外を含む)に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている
- 4 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院(診療時間外を含む)に関して、緊急で入院ができる体制が整備されている
- 5 医療機関で実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合を提示している

がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

- がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

(新)	療養・就労両立支援指導料	1,000点
	相談体制充実加算	500点



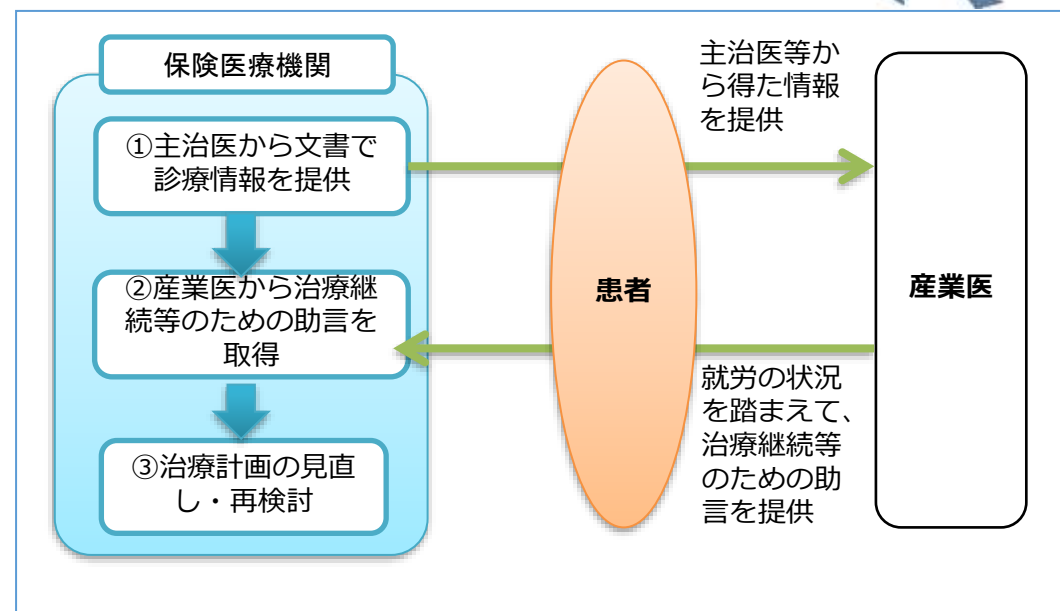
[算定要件]

就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

- (1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
- (2) 医師又は医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
- (3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
- (4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

[相談体制充実加算の施設基準]

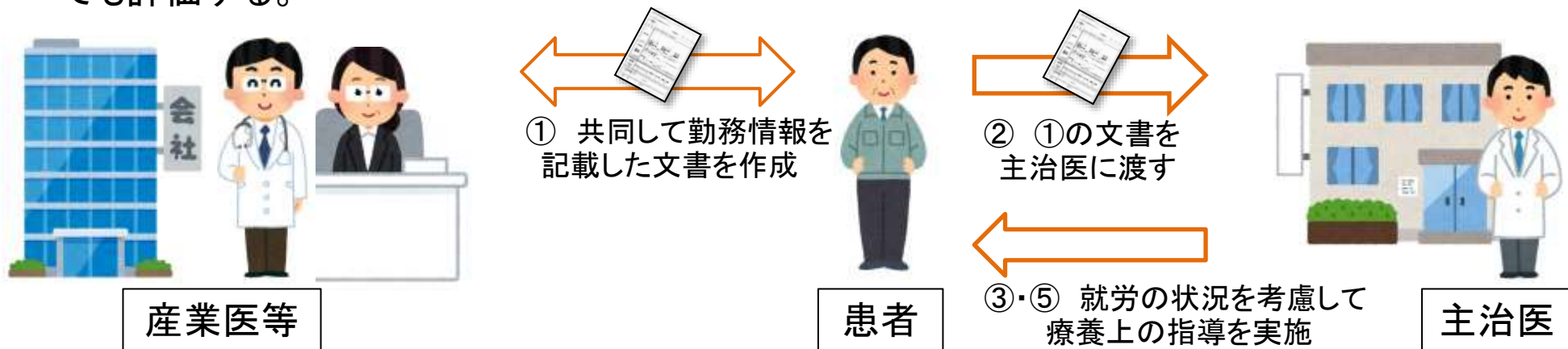
- (1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
- (2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。



[両立支援の流れ(イメージ)]

治療と仕事の両立に向けた支援の充実①

- 療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。



患者の勤務する事業場の産業医等に対して、就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行う。

当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明する。

現行

療養・就労両立支援指導料 1,000点
相談体制充実加算 500点

改定後

療養・就労両立支援指導料(3月に限る)
1 **初回** **800点**
2 **2回目以降** **400点**
相談支援加算 **50点**



療養・就労両立支援指導料の見直し

療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。
 - ・対象となる疾患に**心疾患、糖尿病及び若年性認知症**を追加
 - ・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**衛生推進者**を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し

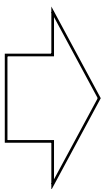
- 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。



現行

【療養・就労両立支援指導料】
[算定要件]

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。



改定後

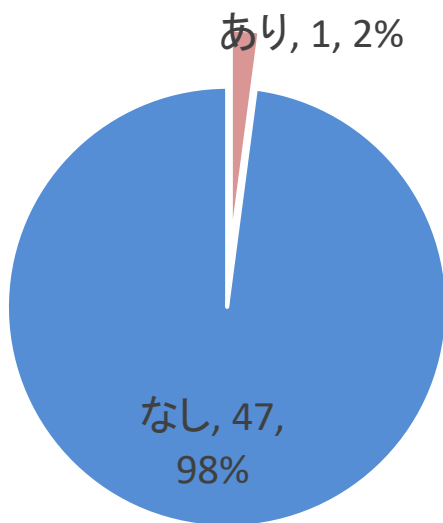
【療養・就労両立支援指導料】
[算定要件]

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、**精神保健福祉士又は公認心理師**が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

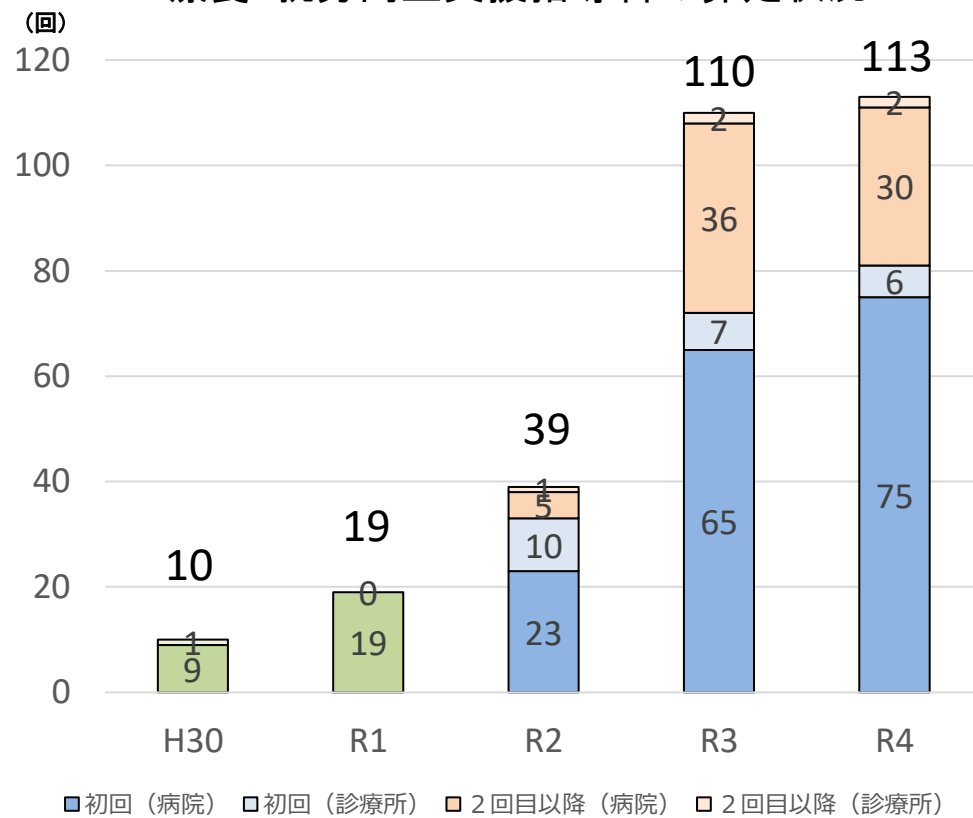
外来腫瘍化学療法診療料と療養・就労両立支援指導料

- 外来施設票において、外来腫瘍化学療法診療料1及び2を届出していた48施設のうち47施設(98%)では、令和4年4月～9月の6か月間において、療養・就労両立支援指導料を算定していなかった。
- 療養・就労両立支援指導料の算定状況については、平成30年以降徐々に増加しているが、令和4年6月の1か月間では、「初回」及び「2回目以降」の算定回数の合計は、113回であった。

外来腫瘍化学療法診療料を算定した施設における、令和4年4月～9月の6か月間での、療養・就労両立支援指導料を算定状況



療養・就労両立支援指導料の算定状況



※ 令和2年4月1日以前は「初回」「2回目」の区別がないため、色を分けて記載

外来腫瘍化学療法のための薬剤師の役割

- 外来腫瘍化学療法における薬剤師の役割は、抗悪性腫瘍剤の調製だけでなく、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施し、薬局との情報連携を行うと共に、副作用に対する薬剤の提案等、高度な薬学的管理を実施することが求められている。
- 副作用の発現状況の評価及び処方提案、投与量の評価と提案、患者等への抗悪性腫瘍剤の説明等を薬剤師が実施している割合は高かった。また「診察前の情報収集と医師への情報提供」については、約6割の施設で実施されていた。

外来腫瘍化学療法診療料の算定要件(薬剤師に関する部分の概要)

ア 初回、レジメンを変更した際、及び必要に応じて、患者に対して、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、副作用に対する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、日常生活での注意点、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法等について文書により説明を行うこと。

イ アについては、医師の指示を受けた、抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が実施しても差し支えない。ただし、その場合、アに加えて、**指導を行った薬剤師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報(患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等)、服薬状況、患者からの症状及び不安等の訴えの有無等について医師に報告するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行うこと。**

連携充実加算の算定要件(薬剤師に関する部分の概要)

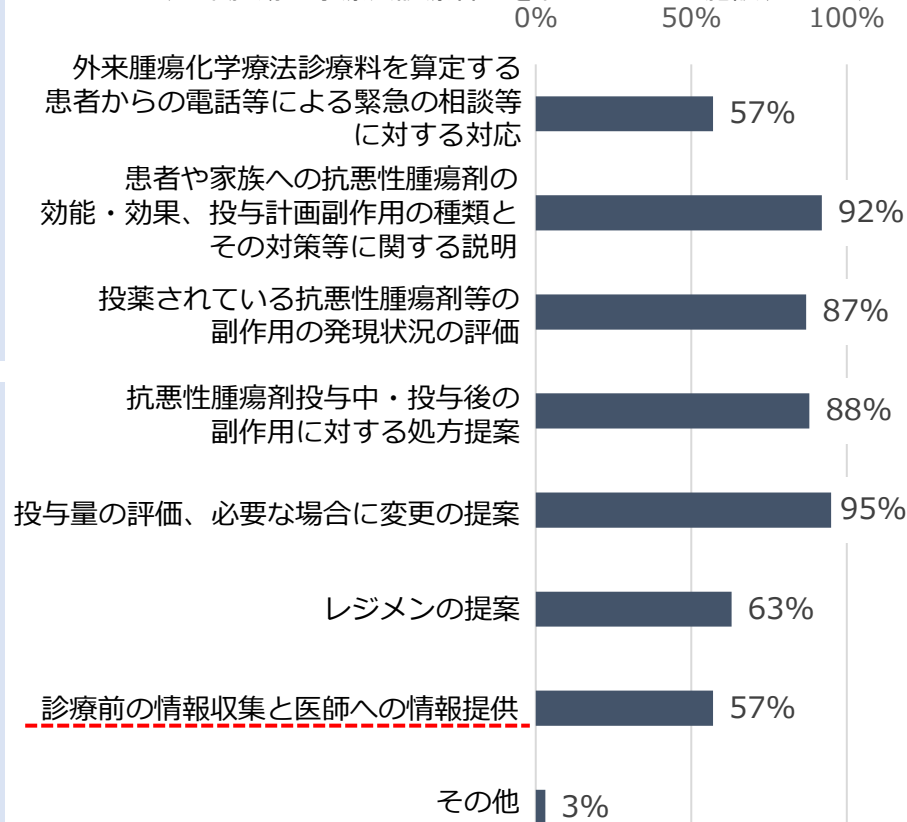
ア 化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、**患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況の評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付すること。**なお、当該文書に次に掲げる事項が記載されていること。

イ 治療の状況等を共有することを目的に、**交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関の医師若しくは薬剤師又は保険薬局の薬剤師に提示するよう患者に指導を行うこと。**

ウ 他の保険医療機関又は**保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報が提供された場合には、必要な分析又は評価等を行うこと**

エ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、**あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。**

■ 外来腫瘍化学療法に従事する薬剤師が実施している業務 (外来腫瘍化学療法診療料1を届出している施設、n=401)

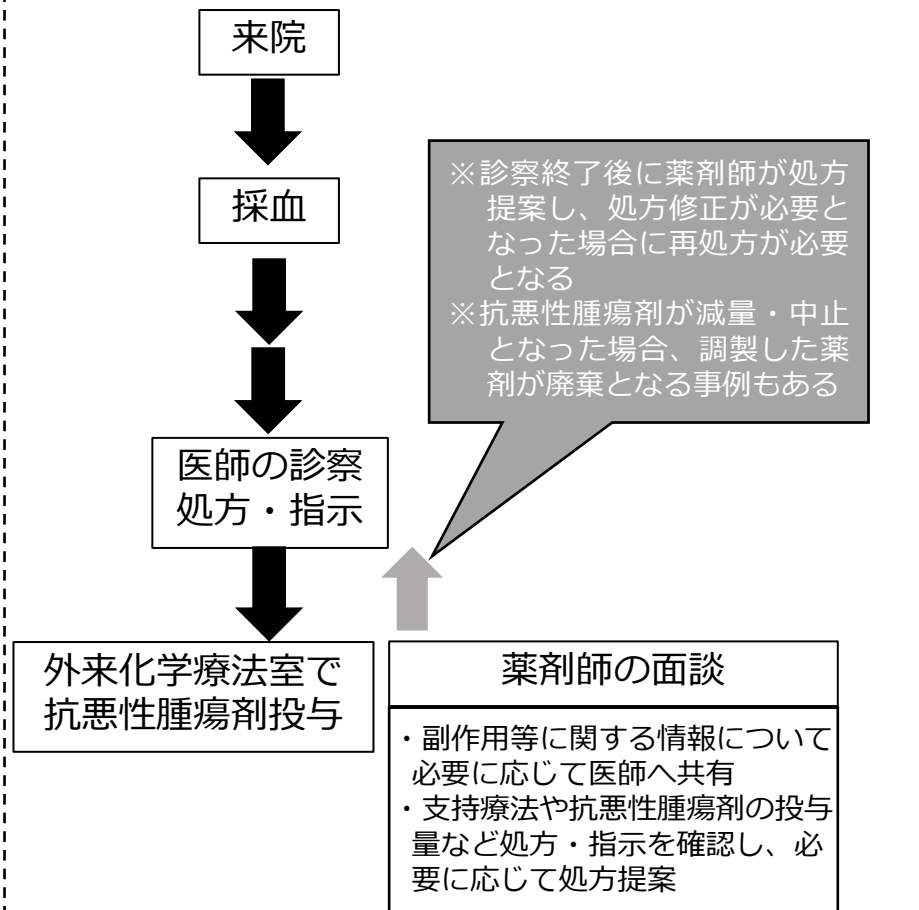


医師の診察前における薬剤師の関わり（イメージ）

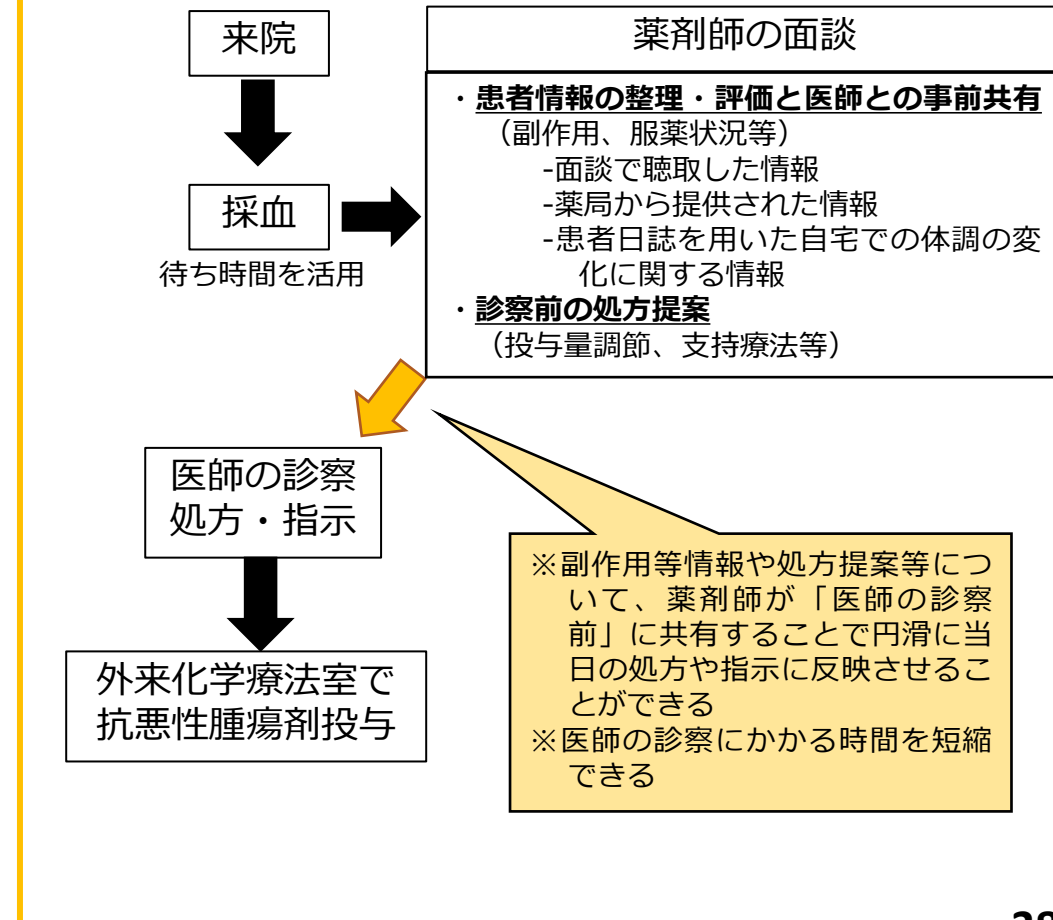
- 薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について、薬学的な観点から医師の診察前に確認を行い、医師に対して情報提供や処方提案等を行うことで、医師に処方修正等の追加の業務を発生させることなく、当日の処方や指示に反映でき、円滑に外来腫瘍化学療法が実施できる。

■外来腫瘍化学療法の流れにおける薬剤師が関わるタイミングの違い

■「医師の診察後」の場合



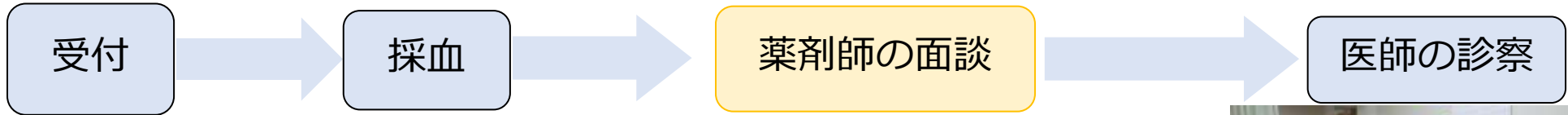
■「医師の診察前」の場合



薬剤師が医師の診察前に患者に関与している事例

- 医療機関によっては、外来腫瘍化学療法の際に、薬剤師が患者と医師の診察前に面談し、その情報を基に医師に対して副作用の評価、支持療法の提案等を行うことで、治療の質の向上及び医師の負担軽減につながっている。

■ 医師の診察前に薬剤師が関わる取組の例



■ 医師の診察前に薬剤師が関わった事例

○ 支持療法の追加

腹膜癌に対して殺細胞性抗悪性腫瘍剤を用いたがん化学療法中。既に制吐剤を使用しているが吐き気が問題になっており、医師の診察前に面談し、吐き気の時期や重症度を制吐剤の使用状況と共に聴取。担当医に報告し、追加の制吐剤を処方して対処することとなった。

○ 抗悪性腫瘍剤の用量調整

直腸癌で分子標的薬を含むがん化学療法中。副作用の皮膚症状に対してステロイド外用剤で対処していたが、副作用の悪化により疼痛が出現していることを聴取。医師と相談し分子標的薬の減量調節をすることとなった。

○ 薬局との連携による支持療法の調節



薬剤師は副作用や服薬状況等を患者から聞き取り、必要に応じて、それに基づく処方等の提案とともに電子カルテ等へ入力し医師へ伝達（必要に応じて医師と電話等で相談）



医師は薬剤師の記録も参考にして診察

外来
治療センター

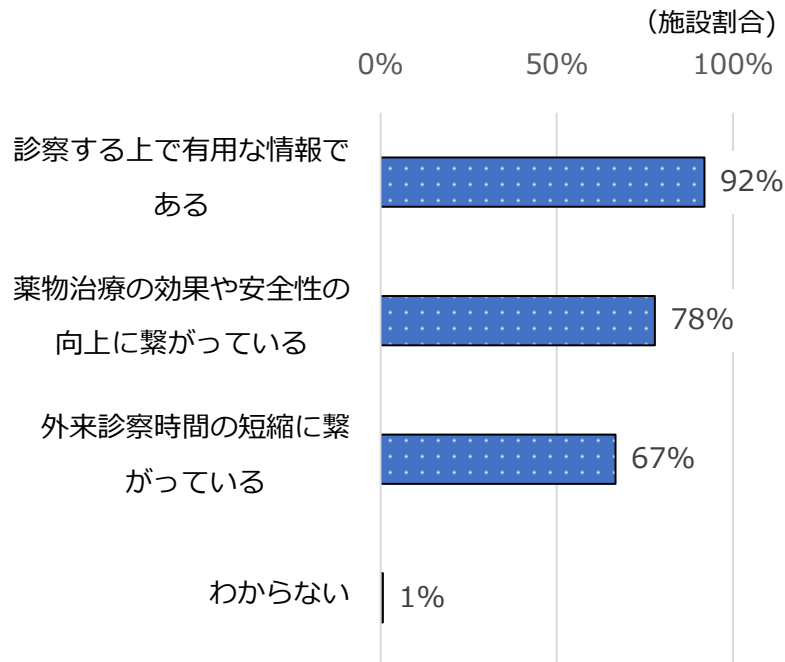


医師の診察前に薬剤師が関わることによるメリット（医師調査）

- このような取組について、9割以上の医師は「診察する上で有用な情報」と回答し、約8割の医師が「薬物治療の効果や安全性の向上に繋がっている」と回答した。
- 外来腫瘍化学療法における副作用に対する支持療法等において薬剤師が医師と協働することによって、副作用が減少する傾向を認めた。また、吐き気・嘔吐、末梢神経障害、疼痛に関連したQOL評価尺度は有意に改善。

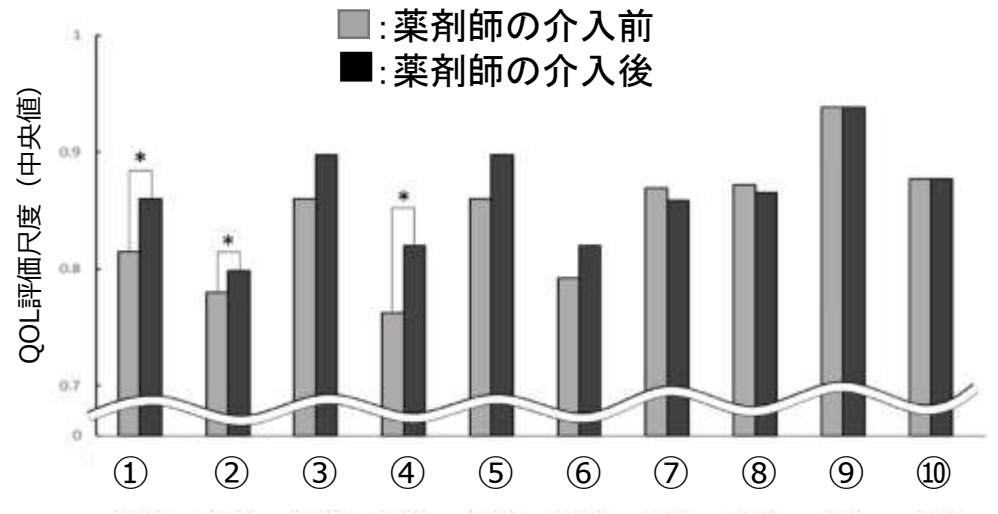
■ 医師の評価(実施している施設、n=135)

「がん診療連携拠点病院等の医師に対するアンケート」
 医師の診察前に薬剤師が患者面談等を実施して得た患者情報の共有や、それに伴う治療等の提案を実施することに対する質問



■ 副作用症状別のQOL評価尺度(EQ-5D-5L)

薬剤師の介入によって、①吐き気・嘔吐、②末梢神経障害、④疼痛の項目においてQOL評価尺度が介入前と比較して有意に向上した(下図)。また、①吐き気・嘔吐、③皮膚症、④疼痛、⑤口腔粘膜炎、⑥下痢などの副作用が介入前と比較して減少傾向を認めた(図非表示)。



- ①吐き気・嘔吐(n=50) ②末梢神経障害(n=36) ③皮膚障害(n=31)
 ④疼痛(n=29) ⑤口腔粘膜炎(n=25) ⑥下痢(n=15)
 ⑦味覚障害(n=12) ⑧倦怠感(n=6) ⑨手足の浮腫(n=4) ⑩便秘(n=2)

外来化学療法についての課題と論点

(外来腫瘍化学療法の評価)

- 外来化学療法においては、多職種が協同して外来における化学療法を実施するとともに、緊急時における対応等が実施できるよう体制を構築している。
- 近年、通院しながら抗がん剤治療を受ける患者が増えており、治療の副作用や症状等をコントロールしつつ、通院で治療を受けながら仕事を続けている場合が増えてきており、副作用管理体制を含めた実施体制等を評価するために令和4年度診療報酬改定において、外来腫瘍化学療法診療料を新設した。
- 一部の病院においては、外来化学療法に係るマニュアルを作成し、副作用等に係る相談等に24時間対応する連絡体制等が明確化され共有されていることで、患者にとって、より安心して安全な外来化学療法が実施されている。
- 外来腫瘍化学療法診療料を届出している医療機関においては、病院では74%、診療所では58%の施設が外来化学療法患者に関する基準や指針を作成していた。
- 外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクルも外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値23.2%であった。
- 急性期充実体制加算及び総合入院体制加算を届け出ている施設において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクル(※1)も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値は29.2%、24.5%であった。
- 外来腫瘍化学療法診療料1については、外来化学療法加算1の施設数と比較して9割以上の医療機関数が算定していたが、外来腫瘍化学療法診療料2については、令和3年度と比較し、算定している施設数は3割台であった。
- 時間外の体制については、外来腫瘍化学療法診療料を届出している診療所では、「③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制」を取っている施設が多かった。
- 外来化学療法実施施設における取組内容について、「副作用等による来院(診療時間外を含む)に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている」については、院内に掲示している施設は68.5%、ホームページに掲示している施設は58.6%であった。
- 療養・就労両立支援指導料の算定状況については、平成30年以降徐々に増加しているが、算定回数は低水準であった。
- 副作用の発現状況の評価及び処方提案、投与量の評価と提案、患者等への抗悪性腫瘍剤の説明等を薬剤師が実施している割合は高かった。
- 医師の診察前に薬剤師が集約した情報の共有や治療等に関する提案を受けたことについて、9割以上の医師は「診察する上で有用な情報」と回答し、約8割の医師が「薬物治療の効果や安全性の向上に繋がっている」と回答していた。
- 外来腫瘍化学療法における副作用に対する支持療法等において、薬剤師が医師と協働することによって、副作用が減少する傾向を認めた。また、吐き気・嘔吐、末梢神経障害、疼痛に関連したQOL評価尺度は有意に改善した。

外来化学療法についての課題と論点

【論点】

- 安心・安全な外来化学療法を推進していく観点から、外来化学療法に係る指針の作成状況を踏まえて、外来化学療法における基準や指針の在り方について、どのように考えるか。
- 専任の医師等を常時1人以上配置できない施設の時間外の対応体制等について、医療機関間の連携を含め、外来腫瘍化学療法診療料の評価について、どのように考えるか。
- 患者が望む場所での治療を推進する観点から、入院・外来での化学療法の比率が実患者数ベースで見るとばらつきが認められることについて、どのように考えるか。急性期充実体制加算や、総合入院体制加算届出施設における外来化学療法の在り方については、どのように考えるか。
- 就労と治療の両立を支援する観点から、外来腫瘍化学療法診療料の届出を行っている医療機関における取組についてどのように考えるか。
- 外来腫瘍化学療法の治療の質の向上及び医師の負担軽減を推進する観点から、医師の診察前に薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について薬学的な観点から確認を行い、医師へ情報提供や処方提案等を行うことについて、どのように考えるか。

1. がん対策について

1－1 外来化学療法について

1－2 がん診療連携拠点病院等について

2. 脳卒中対策について

〈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）
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）
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）
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

がん診療連携拠点病院等の種類（令和4年8月 整備指針）

- がん診療連携拠点病院等については、その整備に関する指針が令和4年8月に見直されており、それに伴い、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及び地域がん診療病院が一時的に指定要件を満たさなくなった場合に該当する「特例型」の類型が新設された。

地域がん診療連携拠点病院

- ・ がん医療圏に1カ所整備し、専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、がん患者に対する相談支援及び情報提供を担う。
- ・ 診療体制、診療従事者、診療実績、研修の提供、情報の収集提供体制等について満たすべき要件がある。

都道府県がん診療連携拠点病院

- ・ 都道府県におけるがん医療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し、中心的な役割を果たす。

国立がん研究センター

- ・ 我が国のがん対策の中核的機関として、我が国全体のがん医療を牽引する役割を担う。
- ・ 医師やその他の診療従事者の育成、がん診療等に関する情報の収集、分析等、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の開催などが要件化されている。

特定領域がん診療連携拠点病院

- ・ 特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する医療機関を指定する。

地域がん診療病院

- ・ 隣接するがん医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定し、がん診療連携拠点病院の無いがん医療圏に1カ所整備する。

拠点病院等（特例型）※地域がん診療連携拠点病院以外は新設

- ・ 地域がん診療連携拠点病院、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、地域がん診療病院のそれぞれの類型において、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に経過措置的に指定類型を見直す。

拠点病院等（特例型）の指定について

整備指針（抜粋）

Ⅶ 既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について

3 指定の有効期間内における手続きについて

(4) 指定の有効期間内において、拠点病院等が、指定要件を満たしていないこと等が確認された場合、厚生労働大臣は、指定の検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院等に対し、以下の対応を行うことができる。その際、当該拠点病院等は、都道府県を通じて意見書を提出することができる。

① 指定類型の見直し

指定要件を満たしていないことが確認された場合、1年の期間を定めて拠点病院等（特例型）の指定を行うことができる。その期間起算日は、指定の検討会において決定する。

(略)

(7) 拠点病院等（特例型）の指定の類型の定めは、1年以内に指定要件の充足条件が改善された場合に、指定の検討会の意見を踏まえ、見直すことができるものとする。

(略)

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針 健発0801第16号令和4年8月1日 より抜粋

がん拠点病院加算の概要

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

算定留意事項通知(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**、がんセンター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、がんセンター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。

【現行】

診療機能による分類

【見直し後】

地域がん診療連携拠点病院
(高度型)

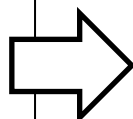
指定類型の
見直し



指定類型の
見直し



地域がん診療
連携拠点病院



地域がん診療連携拠点病院

指定類型の
見直し



指定要件を
充足した場合
復帰



地域がん診療連携拠点病院
(特例型)

※平成31年度は適応なし

平成31年以後に既指定の拠点病院で、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に経過措置的に指定類型を見直し。
未充足である状況が持続した場合は、指定の取消しも検討する。

- 必須要件に加え、望ましい要件を複数満たす。
 - 高度な放射線治療の実施が可能
 - 同一医療圏のうち診療実績が最も優れている。
 - 相談支援センターへの医療従事者の配置や緩和ケアセンターの整備
 - 医療安全に関する取組
- 等の条件を満たし、診療機能が高いと判断された場合に同一医療圏に1カ所のみ指定。

従来の地域がん診療連携拠点病院と同様。

がん拠点病院加算の見直し

がん拠点病院加算の見直し

- がん診療連携拠点病院等の整備指針の変更により、がん診療連携拠点病院等の類型として新たに設けられた「地域がん診療連携拠点病院(高度型)」については、「1 がん診療連携拠点病院加算 イ がん診療連携拠点病院」の対象とし、「地域がん診療連携拠点病院(特例型)」については、「1 がん診療連携拠点病院加算 ロ 地域がん診療病院」の対象とする。

現行

[施設基準(がん拠点病院加算の1のイ)]

- (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。

[施設基準(がん拠点病院加算の1のロ)]

- (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。

改定後

[施設基準(がん拠点病院加算の1のイ)]

- (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、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。)の指定を受けていること。[施設基準(がん拠点病院加算の1のロ)]

- (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、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の指定を受けていること。

地域がん診療連携拠点病院

指定類型の見直し

地域がん診療連携拠点病院(高度型)

地域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)

- 新たに指定された「がんゲノム医療拠点病院」については、「がんゲノム医療中核拠点病院」と同様に、「がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算」の対象とするとともに、当該加算の名称を見直す。

現行

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。

[施設基準(がん拠点病院加算の注2)]

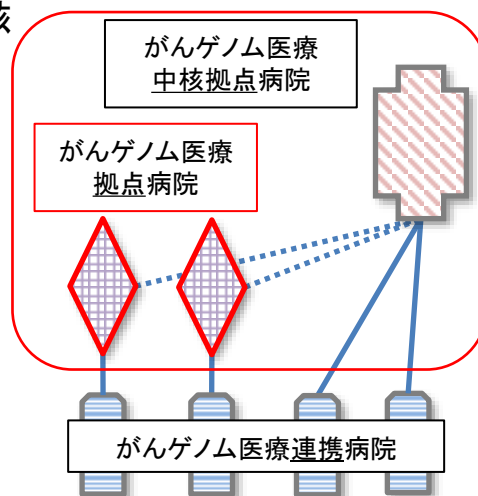
「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(平成29年12月25日健発1225第3号厚生労働省健康局長通知)に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けていること。

改定後

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、がんゲノム拠点病院加算として250点を更に所定点数に加算する。

[施設基準(がん拠点病院加算の注2)]

「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和元年7月19日健発0719第3号厚生労働省健康局長通知)に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること。



特例型のがん拠点病院（令和5年10月時点）

地域がん診療連携病院（特例型）

- 1 北海道 王子総合病院
- 2 北海道 JA北海道厚生連 帯広厚生病院
- 3 岩手県 岩手県立中部病院
- 4 岩手県 岩手県立胆沢病院
- 5 岩手県 岩手県立大船渡病院
- 6 岩手県 岩手県立釜石病院
- 7 岩手県 岩手県立宮古病院
- 8 岩手県 岩手県立久慈病院
- 9 岩手県 岩手県立二戸病院
- 10 秋田県 秋田厚生医療センター
- 11 山形県 山形県立新庄病院
- 12 群馬県 公立藤岡総合病院
- 13 埼玉県 自治医科大学附属さいたま医療センター
- 14 埼玉県 深谷赤十字病院
- 15 富山県 黒部市民病院
- 16 石川県 国民健康保険小松市民病院
- 17 滋賀県 彦根市立病院
- 18 兵庫県 兵庫県立丹波医療センター
- 19 和歌山県 公立那賀病院
- 20 岡山県 津山中央病院
- 21 山口県 山口県厚生農業協同組合連合会周東総合病院
- 22 愛媛県 愛媛大学医学部附属病院
- 23 熊本県 人吉医療センター
- 24 大分県 大分県済生会日田病院

都道府県がん診療連携病院（特例型）

- 1 山形県 山形県立中央病院
- 2 滋賀県 滋賀県立総合病院
- 3 愛媛県 四国がんセンター

地域がん診療病院（特例型）

- 1 秋田県 由利組合総合病院
- 2 秋田県 平鹿総合病院
- 3 長野県 長野県立木曾病院
- 4 岡山県 高梁中央病院
- 5 高知県 高知県立あき総合病院
- 6 沖縄県 沖縄県立八重山病院

※ 令和5年4月に特例型に指定された以降に、要件を満たしている医療機関も含まれる。

がん拠点病院加算の課題と論点

(がん拠点病院加算)

- 令和4年8月の整備指針の改定により、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及び地域がん診療病院が一時的に指定要件を満たさなくなった場合に該当する「特例型」の類型が新設された。
- 指針改定前から存在していた地域がん診療連携拠点病院の特例型の場合は、がん拠点病院加算のうち、「1 がん診療連携拠点病院加算 □ 地域がん診療病院 300点」を算定することとなっている一方で、令和4年8月に新設された特例型の類型については、がん拠点病院加算のうちどの項目を算定するかは明確になっていない。



【論点】

- 令和4年8月に新設された類型である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及び地域がん診療病院の特例型に対する診療報酬上の評価についてどのように考えるか。

1. がん対策について

1-1 外来化学療法について

1-2 がん診療連携拠点病院等について

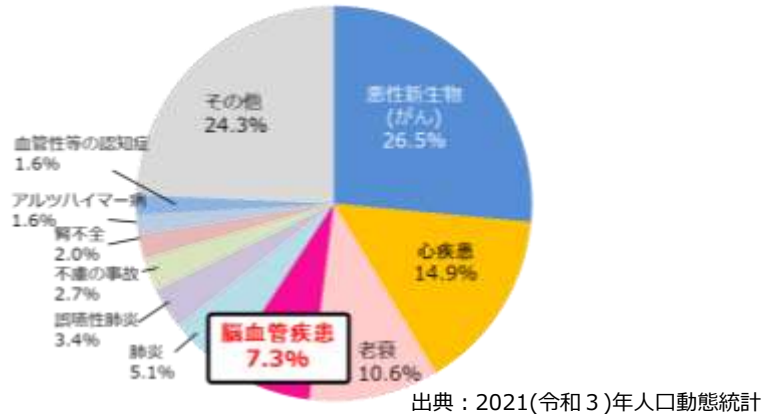
2. 脳卒中対策について

我が国における脳血管疾患の状況

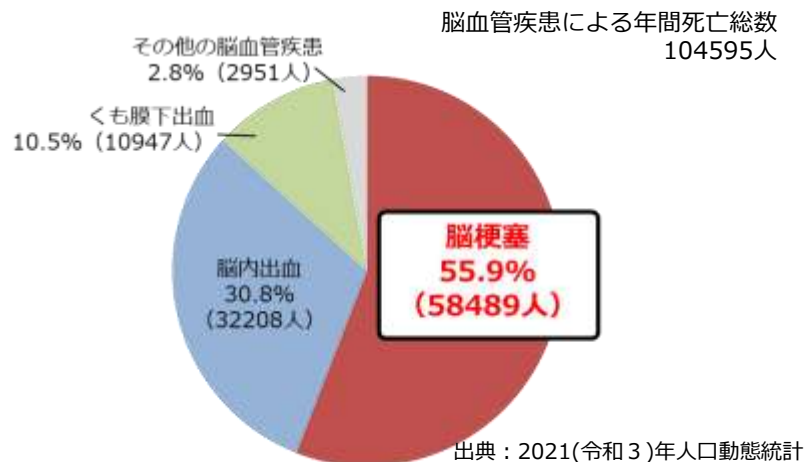
- 脳血管疾患は、我が国の死亡原因のうち約7%を占めており、そのうち脳梗塞が最も多い。
- 介護が必要となった主な原因においては、認知症に次いで最も多い。

死因について

我が国の死亡原因における脳血管疾患の割合



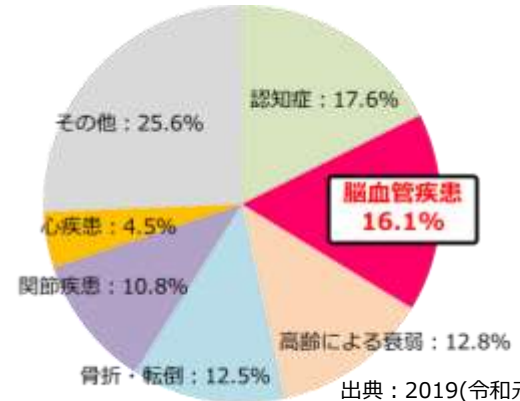
脳血管疾患による死亡総数のうち、各脳卒中病類の占める割合



介護が必要となった原因について

介護が必要となった主な原因に占める脳血管疾患の割合

※要支援および要介護者に占める割合



要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位3位）

(単位:%)

現在の要介護度	2019(令和元)年		
	第1位	第2位	第3位
総数	認知症 17.6	脳血管疾患(脳卒中) 16.1	高齢による衰弱 12.8
要支援者	関節疾患 18.9	高齢による衰弱 16.1	骨折・転倒 14.2
要支援1	関節疾患 20.3	高齢による衰弱 17.9	骨折・転倒 13.5
要支援2	関節疾患 17.5	骨折・転倒 14.9	高齢による衰弱 14.4
要介護者	認知症 24.3	脳血管疾患(脳卒中) 19.2	骨折・転倒 12.0
要介護1	認知症 29.8	脳血管疾患(脳卒中) 14.5	高齢による衰弱 13.7
要介護2	認知症 18.7	脳血管疾患(脳卒中) 17.8	骨折・転倒 13.5
要介護3	認知症 27.0	脳血管疾患(脳卒中) 24.1	骨折・転倒 12.1
要介護4	脳血管疾患(脳卒中) 23.6	認知症 20.2	骨折・転倒 15.1
要介護5	脳血管疾患(脳卒中) 24.7	認知症 24.0	高齢による衰弱 8.9

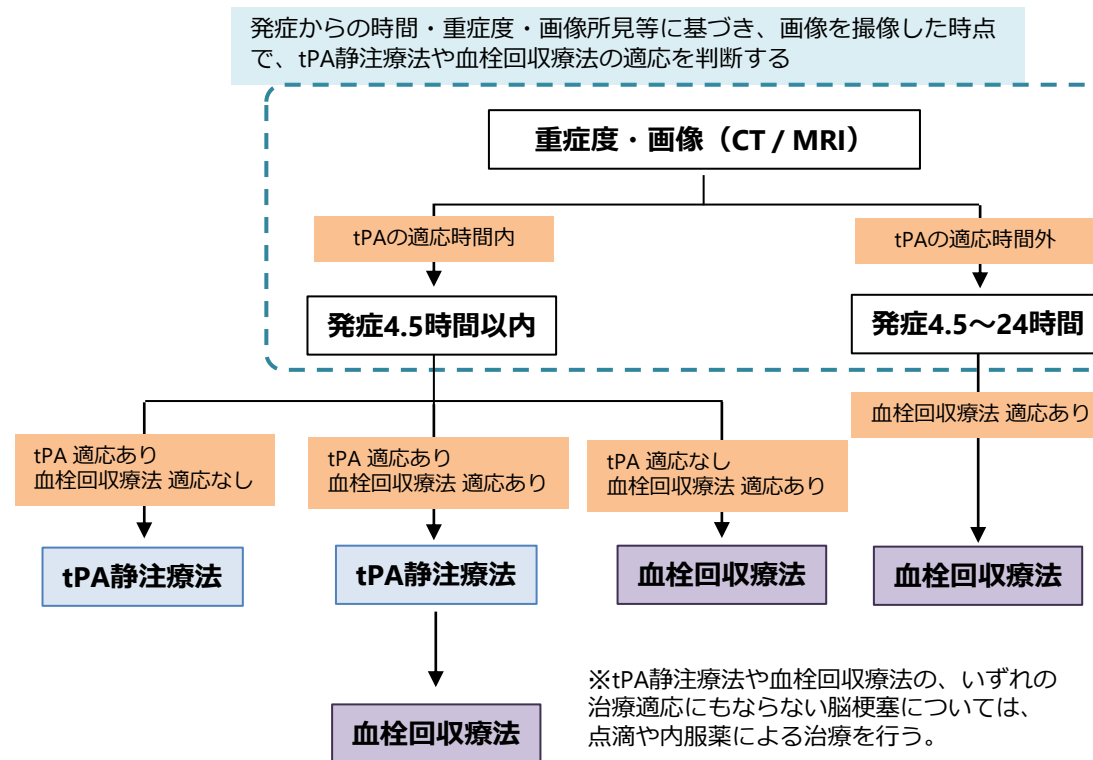
注：「現在の要介護度」とは、2019(令和元)年6月の要介護度をいう。

出典：2019(令和元)年国民生活基礎調査

急性期脳梗塞に対する急性期治療

- 急性期脳梗塞に対する急性期治療においては、発症からの時間・重症度・画像所見等に基づき、tPA静注療法や血栓回収療法の適応を判断することとされている。

急性期脳梗塞に対する急性期治療の流れ



超急性期脳卒中加算について

- 超急性期脳卒中加算は、脳梗塞と診断された患者に対して発症後4.5時間以内にtPA静注療法を行った上で入院治療を行った場合又は急性期脳卒中加算の届出を行った他の医療機関においてtPA静注療法を行った患者を受け入れて入院治療を行った場合に算定する。

A 205-2 超急性期脳卒中加算(入院初日) 10,800点

【算定留意事項(抜粋)】

- (1) 超急性期脳卒中加算は脳梗塞と診断された患者であって、発症後 4.5 時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与されたものに対して、入院治療を行った場合又は脳梗塞を 発症後 4.5 時間以内に「基本診療料の施設基準等」第八の六の三に定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た他の保険医療機関の外来で組織プラスミノゲン活性化因子を投与された患者を受け入れ、入院治療を行った場合に入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に所在する保険医療機関において、情報通信機器を用いて他の保険医療機関と連携し、診療を行うに当たっては、日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療(Telestroke)ガイドライン」に沿って診療を行うこと。なお、この場合の診療報酬の請求については(6)と同様である。
- (3) 投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会 rt-PA(アルテプラゼ)静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA(アルテプラゼ)静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。
- (4) 投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-PA 適正使用に係る講習会を受講していること。
- (5) 組織プラスミノゲン活性化因子の投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師又は臨床検査技師と連携を図ること。
- (6) 組織プラスミノゲン活性化因子を投与した保険医療機関と投与後に入院で治療を行った保険医療機関が異なる場合の当該診療報酬の請求は、組織プラスミノゲン活性化因子の投与後に入院治療を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

【施設基準(抜粋)】

- (1) 次のいずれかを満たしていること。

ア 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。)が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。

イ 次のいずれも満たしていること。

- (イ) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。
- (ロ) 日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療(Telestroke)ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。
- (ハ) 日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置されていること。

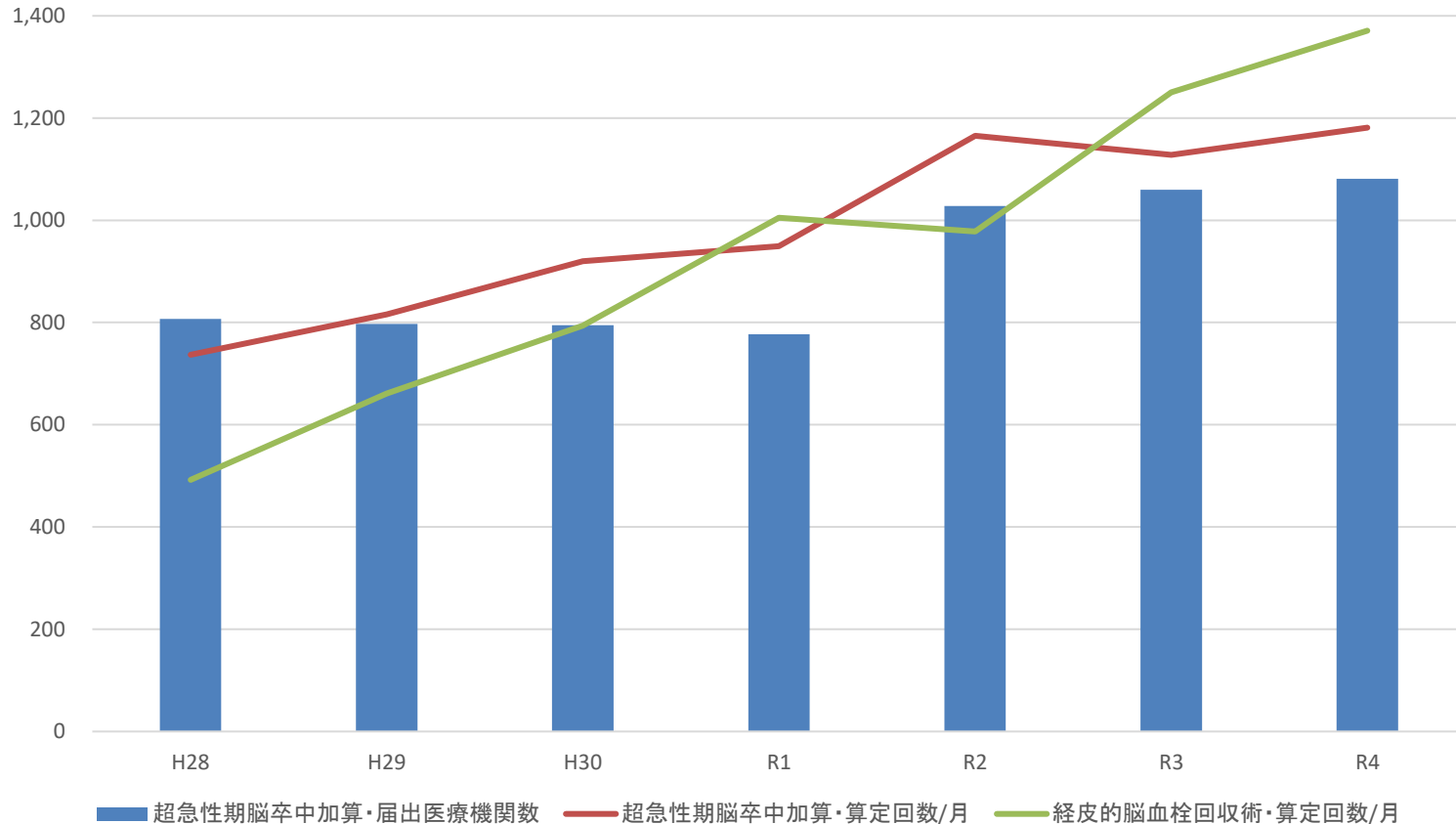
- (2) ~ (5) 略

超急性期脳卒中加算等の算定回数等

○ 超急性期脳卒中加算の算定回数及び届出医療機関数並びに経皮的脳血栓回収術の算定回数の推移は以下のとおり。

超急性期脳卒中加算及び経皮的脳血栓回収術の算定回数等

(医療機関数、算定回数)



急性期脳梗塞に対する t-PA 静注療法

- 脳卒中治療ガイドライン等では、発症から4.5時間以内の急性期脳梗塞に対し、発症時間や画像所見に基づいて慎重に適応判断を行った上でtPA静注療法を行うことが推奨されている。
- また、同ガイドライン等では、tPA静注療法による治療開始が早いほど良好な転帰が期待できるため、患者が来院した後少しでも早くtPA静注療法を始めることが推奨されている。

【脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]の記載】

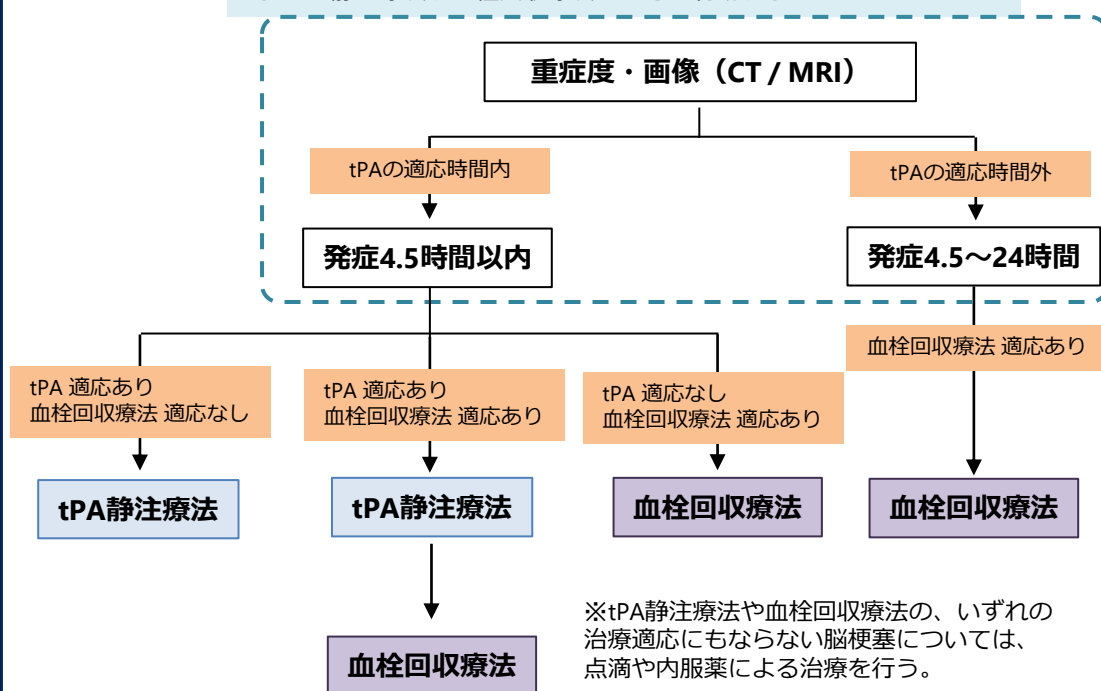
- 遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクティベータ (rt-PA、アルテプラゼ) の静脈内投与 (0.6 mg/kg) は、発症から 4.5 時間以内に治療可能な虚血性脳血管障害で慎重に適応判断された患者に対して勧められる (推奨度 A エビデンスレベル高)。
- 患者が来院した後、少しでも早く (遅くとも 1 時間以内に) アルテプラゼ静注療法を始めることが勧められる (推奨度 A エビデンスレベル高)。

【静注血栓溶解 (rt-PA) 療法適正治療指針第三版の記載】

発症後 4.5 時間以内であっても、治療開始が早いほど良好な転帰が期待できる。このため、患者が来院した後、少しでも早く (遅くとも 1 時間以内に) 静注血栓溶解療法を始めることが勧められる【A, 高】。

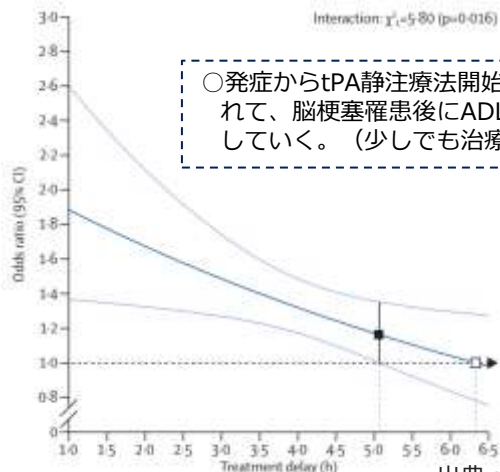
急性期脳梗塞に対する急性期治療の流れ

発症からの時間・重症度・画像所見等に基づき、画像を撮像した時点で、tPA静注療法や血栓回収療法の適応を判断する



出典：脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]を元に厚生労働省健康局がん・疾病対策課にて作成

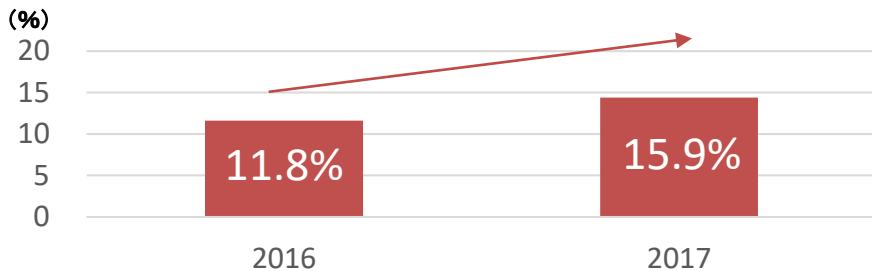
tPA静注療法開始までの時間と、脳梗塞罹患後のADLの関連



- 脳梗塞の急性期治療において、一次搬送された施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合は増加している。
- 治療においてrt-PAを投与する場合、発症から投与までの時間が短い方が患者の予後がよく、rt-PAを投与した上で血管内治療等の専門的治療が可能な医療機関に搬送する方法(Drip and Ship法)が活用されている。

※ Drip and ship法: 遠隔診療等を用いることによって、脳卒中に精通した医師の指示下にrt-PA療法を開始した上で、血管内治療が可能な施設を含む、より専門的な診療が可能な施設に、脳梗塞患者を搬送することをいう。

脳梗塞の急性期治療において一次搬送施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合

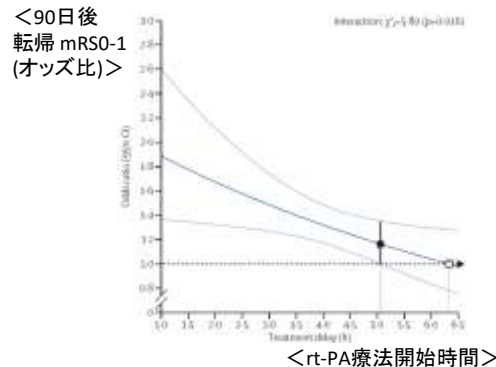


- 脳梗塞の急性期治療において血管内治療が行われた症例のうち、一次搬送施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合は約16%あり、増加している。

出典: 厚生労働科学研究費補助金「脳卒中の急性期医療体制における施設間連携体制構築のための研究」

rt-PAを投与するまでの時間と予後

- 脳梗塞の超急性期では、発症からrt-PAを投与するまでの時間が短い方が、患者の予後がよい。



出典: Lancet 2014;384:1929-1935

Drip and Ship法とMother Ship法を比較した場合の臨床転帰

	Drip and ship	Mother ship (tPA治療を行ったもの)	P値
n	368	1926	
年齢	23-98 (76, 74.4)	16-103 (77, 75.6)	0.072
男性	216 (58.7%)	1079 (56.0%)	0.34
発症前mRS 0-1	302 (83.0%)	1483 (77.7%)	0.021
SICH	25 (7.1%)	118 (6.7%)	0.79
発症90日後mRS 6	37 (10.1%)	187 (9.7%)	0.85
発症90日後mRS 5-6	88 (23.9%)	474 (24.7%)	0.76
発症90日後mRS 0-2	161 (43.8%)	834 (43.4%)	0.91

- 脳梗塞に対して血管内治療を行った症例において、Drip and Ship法でrt-PA静注療法を行った例と自施設でrt-PA静注療法を行った例では、安全性に差はなかった。

※ Mother ship: 脳卒中発症後、血管内治療が可能な施設を含む専門的な施設に直接搬送されること

※ SICH: symptomatic intracranial hemorrhage (症候性頭蓋内出血)

※ mRS: modified Rankin Scale

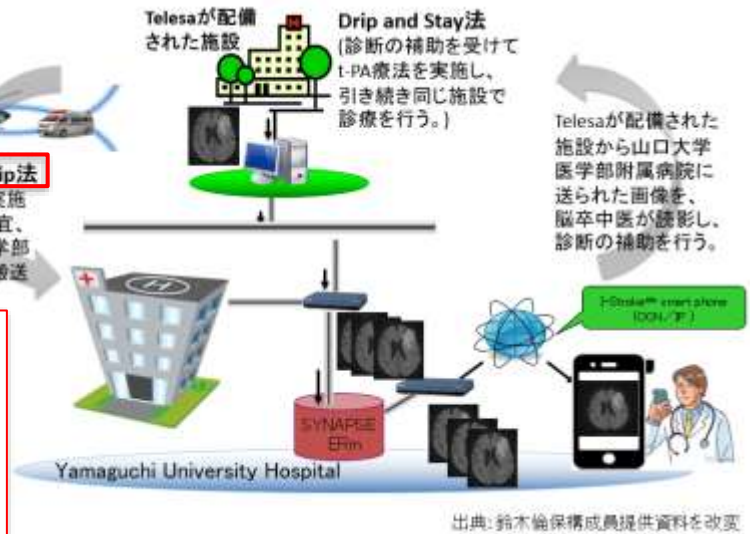
0=後遺症無く軽快, 6=死亡, であり、数値が低いほど転帰良好を示す

- 各地域における医療資源の状態によっては、遠隔診療を用いた診断の補助や、Drip and Ship法、Drip and Stay法の活用を通じ、平均的な救急搬送圏外の施設との連携体制の構築が必要である。
(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(平成29年7月)より引用改変)
- 現行の超急性期脳卒中加算は、所定時間内にrt-PAを投与した場合に、入院料の加算として算定できることとなっているため、Drip and Ship法を実施した場合は算定できない。

超急性期脳卒中加算の算定要件(再掲)

- 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。

地域における脳卒中の急性期診療施設の連携(例)



Drip and Ship法を行う場合、超急性期脳卒中加算の算定要件を満たさない。
(搬送元では薬剤料等、搬送先では以降の入院料等の算定は可能)

脳卒中对策の推進

超急性期脳卒中加算の施設基準の見直し

- 超急性期脳卒中加算の施設基準及び算定要件について、学会の指針の改訂や、安全性の向上等を踏まえ、人員配置や検査の体制に係る要件及び評価を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】

A205-2 超急性期脳卒中加算(入院初日) 12,000点

[施設基準]

- ・ 薬剤師が常時配置されていること。
- ・ 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
- ・ コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

改定後

【超急性期脳卒中加算】

A205-2 超急性期脳卒中加算(入院初日) 10,800点

[施設基準]

(削除)

(削除)

- ・ コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。

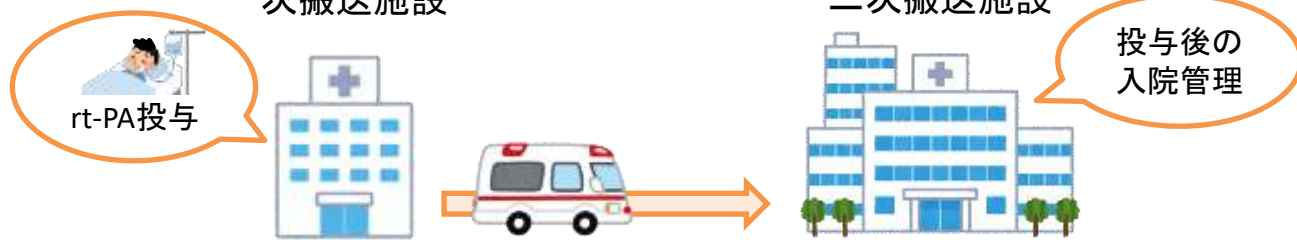
[算定要件]

- (4) 投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師と連携を図ること。

- 地域の医療機関間で連携し、一次搬送された施設でrt-PA(アルテプラゼ)を投与した上で、より専門的な医療機関に二次搬送を行って、入院治療及び管理する場合も算定できるよう見直す。

一次搬送施設

二次搬送施設



※一次搬送施設でrt-PAを投与して、二次搬送施設で入院管理を行った場合

	一次搬送施設	二次搬送施設
薬剤料算定	○	×
加算算定	×	○
施設基準届出	必要	必要

令和4年度診療報酬改定における対応

施設基準の見直し

- 超急性期脳卒中加算について、医療資源の少ない地域においては、脳卒中診療における遠隔医療の体制を構築することを要件に、施設基準を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-P A適正使用に係る講習会を受講していること。



改定後

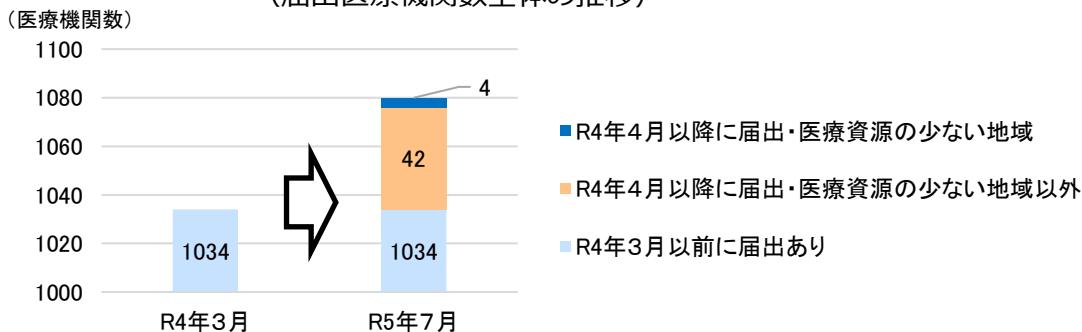
【超急性期脳卒中加算】

[施設基準]

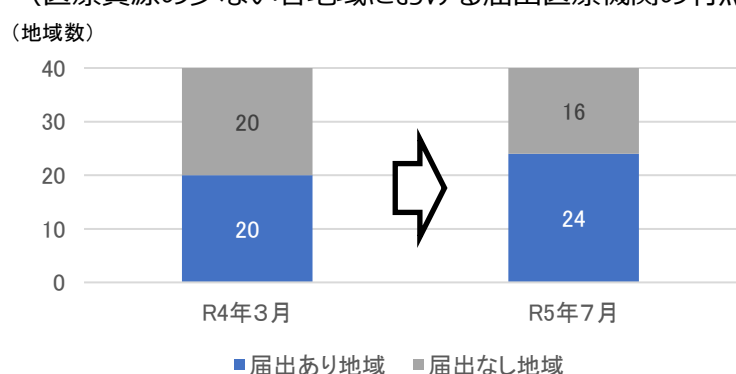
- (1) 次のいずれかを満たしていること。
- ア 略
 - イ 次のいずれも満たしていること。
 - (イ) **「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築**されていること。
 - (ロ) 日本脳卒中学会が定める**「脳卒中診療における遠隔医療 (Telestroke) ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備**されていること。
 - (ハ) 日本脳卒中学会等の関係学会が行う**脳梗塞t-P A適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置**されていること。

<令和4年度診療報酬改定以降の届出状況>

(届出医療機関数全体の推移)



(医療資源の少ない各地域における届出医療機関の有無)



出典：保険局医療課調べ

脳卒中対策における遠隔医療の位置づけ

- 第8次医療計画作成のための脳卒中の医療提供構築に係る指針において、tPA静注療法や血栓回収療法を実施できない医療機関では、デジタル技術を活用した脳卒中診療(以下、Telestroke)により治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送するなどの対応を検討することとされている。
- また、第2期循環器病対策推進基本計画においても、t-PA療法や機械的血栓回収療法等の急性期治療の拡充や、情報技術の活用による医療の質向上の必要性が指摘されている。

脳卒中の医療体制構築に係る指針(抄)

※「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和5年3月31日付け医政地発0331第14号医政局地域医療計画課長通知)より抜粋

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保する必要がある。

- ・ 血液検査や画像検査(エックス線検査、CT、MRI、超音波検査)等の必要な検査が実施可能であること
- ・ 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が実施可能であること(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。)
- ・ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が実施可能であること(遠隔診療を用いた補助を含む。)
- ・ t-PA静注療法の適応がある脳梗塞患者に対し、来院後に少しでも早く治療を開始すること(遅くとも来院後1時間以内に治療を開始することが望ましい。)
- ・ 症状の重症度と画像所見に基づき、脳梗塞患者に対する機械的血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始すること
- ・ t-PA静注療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療(Telestroke)」など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること

第2期循環器病対策推進基本計画(抄)

令和5年3月28日 閣議決定

(現状・課題)

循環器病は急激に発症し、数分や数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多い。循環器病の治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、発症後早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性があることから、急性期には早急に適切な診療を開始する必要がある。その際には、地域の状況にかかわらず、情報技術の活用などにより医療の質を高めることが求められる。

例えば、脳梗塞に対する t-PA 療法²⁰や機械的血栓回収療法を迅速に行うことで、機能予後の改善につながるとの科学的根拠も示されているが、これらの急性期治療を国民があまねく享受できる状況には至っていない。

循環器病に対する医療の質の向上、それぞれの疾患の特性に応じた医療の均てん化及び集約化並びに効率的かつ持続可能な循環器病の医療の実現を目指し、循環器病の急性期診療を提供する体制の実態を把握し、その有効性及び安全性の評価を含めた検証を進める。また、遠隔医療や情報の連携を進め、医療者の労務環境の改善や業務の効率化等へつなげられるよう、デジタル技術の積極的な活用を推進する。

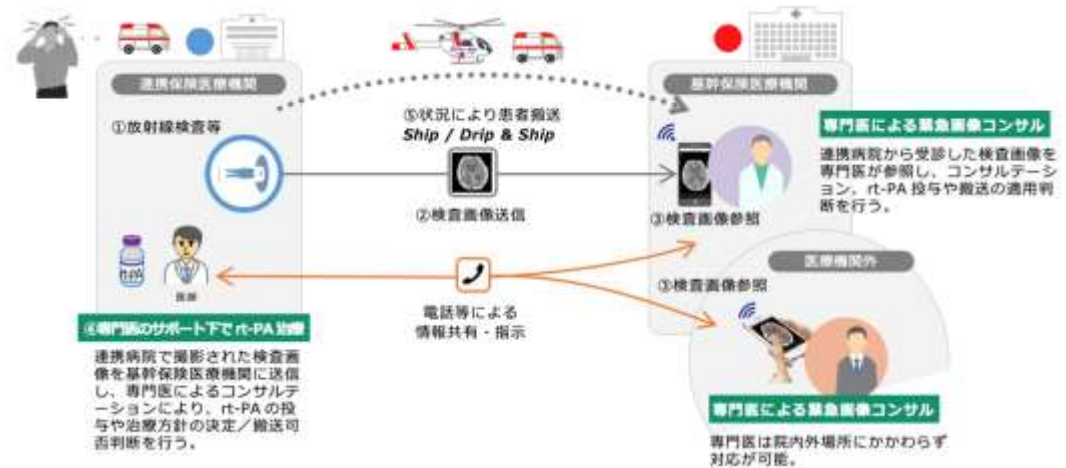
脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン

- 日本脳卒中学会による「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」においては、情報通信機器を用いた医療機関間の連携により非専門医等が専門医のコンサルテーションの下で内科的治療と管理を開始することで、rt-PA投与までの時間短縮とrt-PA施行率の向上が期待できるとされている。

1.2 Telestrokeの標準モデル

①基本モデル（1：1）（図1）

情報通信技術を用い、双方向のコミュニケーションを使用し、連携保険医療機関に搬送された患者のCT/MRI 検査画像等を基幹保険医療機関に送信し、当該専門医のコンサルテーションの下で、連携保険医療機関の非専門医等の患者に直接対応している医師（以下非専門医等）が内科的治療と管理を開始し、必要に応じて基幹保険医療機関に搬送（二次搬送）するか、そのまま連携保険医療機関で治療を継続するモデル。
特に脳梗塞急性期治療においては、画像参照を基軸とした専門医のコンサルテーションにより連携保険医療機関の非専門医等が治療方針の意思決定をしていくことで、rt-PA の投与までの時間短縮とrt-PA 施行率の向上が期待できる。



国内における t-PA 静注療法の実施率

- tPA静注療法は、二次医療圏毎の実施率に差があり、医師少数区域では、tPA静注療法の実施率や実施件数(対人口10万人)が低い。
- 急性期脳梗塞診療が常時可能な医療機関(日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センター[PSC])への一次搬送に緊急自動車を用いても30分以上要する地域には、医師少数区域が多く含まれている。

医師偏在指標（二次医療圏別）（令和5年8月9日更新）に基づく、tPA静注療法の実施成績の比較

中央値 [四分位]

	医師偏在指標 上位33.3%	医師偏在指標 中位33.3%	医師偏在指標 下位33.3%	
tPA静注療法	実施率 (/脳梗塞患者数)	5.99 [4.65-7.16] %	5.90 [3.86-8.33] %	4.55 [2.82-7.33] %
	実施件数 (/人口10万人)	11.06 [8.82-15.06] 件	9.61 [5.93-14.09] 件	8.25 [4.59-14.02] 件

出展：日本脳卒中学会2023年 年次報告（2022年1-12月）を基に、医師偏在指標に基づいて集計

PSC施設まで緊急自動車で30分以上要する地域と、医師少数区域の重なり

- ✓ 脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]では、脳卒中が疑われる患者は、可及的速やかに脳卒中治療が可能な施設（ストロークセンター）に搬送することが勧められている。

【脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]の記載】

脳卒中が疑われる患者は、可及的速やかに脳卒中治療が可能な施設（ストロークセンター）に搬送することが勧められる（推奨度 A エビデンスレベル中）。

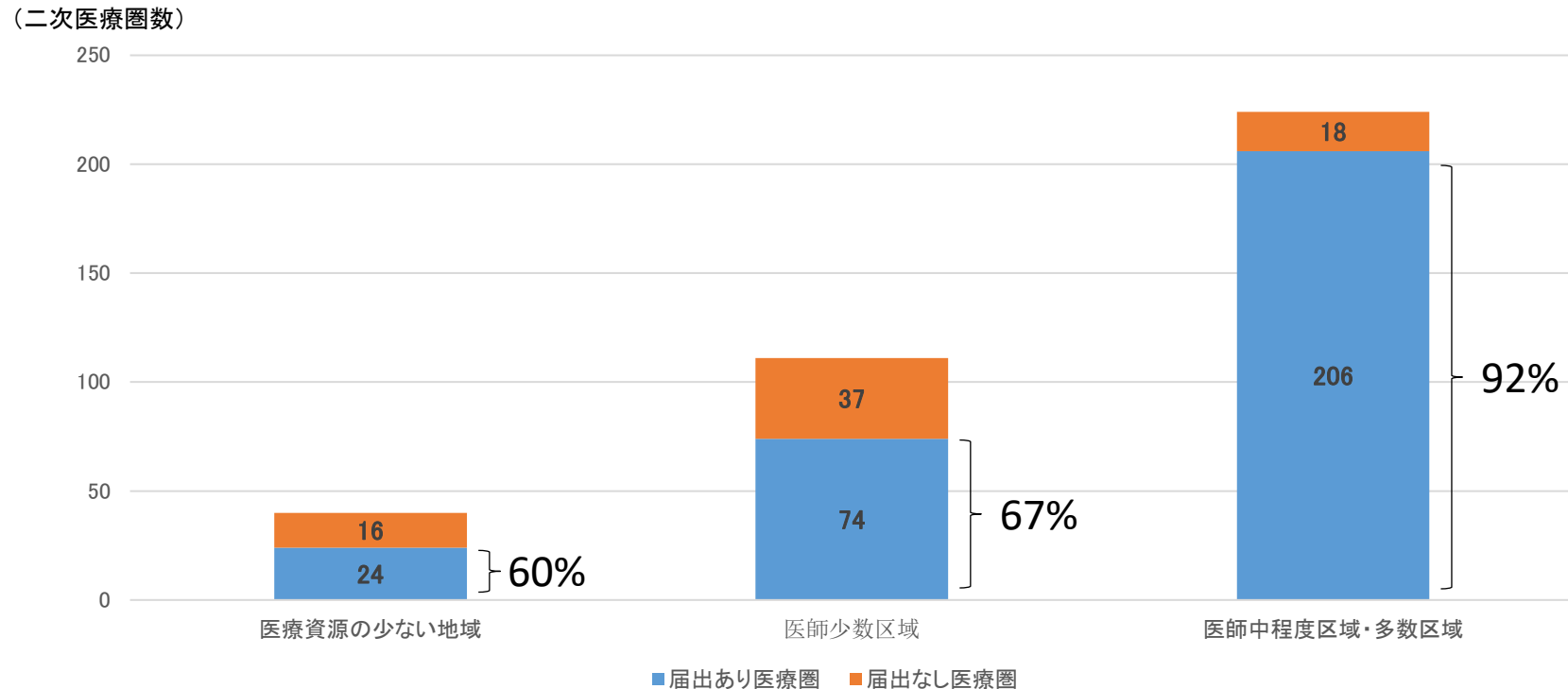
- ✓ 日本脳卒中学会は、急性期脳梗塞診療が常時実施可能な一次脳卒中センター（PSC）を認定しているが（2023年時点で957医療機関に認定）、緊急自動車を用いてもPSC施設まで30分以上かかる地域が存在し、この地域には、医師少数区域（医師偏在指標下位33.3%）が多く含まれている（左図参照）。

濃い青色：PSC施設
 水色：PSC施設まで、緊急自動車で30分以内に到達できるエリア
 黄色：医師少数区域（医師偏在指標下位33.3%）に該当する二次医療圏

医師少数区域等における超急性期脳卒中加算の届出状況

- 各二次医療圏に超急性期脳卒中加算を届け出ている医療機関が所在する割合は、医師中程度区域・医師多数区域においては92%であったのに対して、医師少数区域においては67%であった。

各二次医療圏における超急性期脳卒中加算の届出医療機関の有無
(令和5年7月時点)

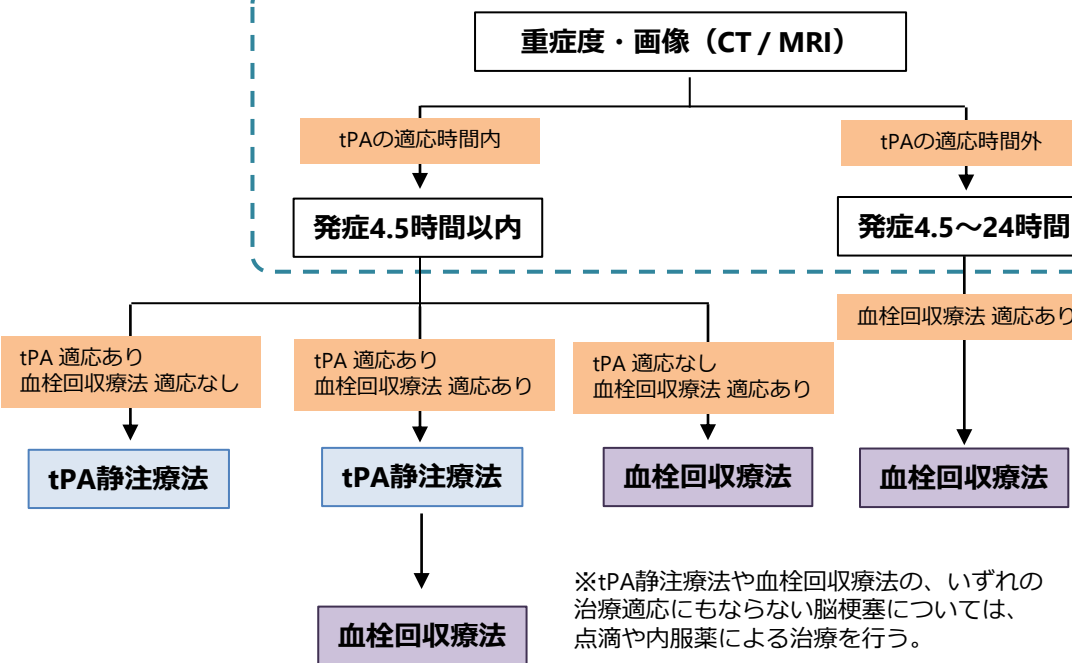


急性期脳梗塞に対する血栓回収療法

- ガイドラインでは、発症からの時間、重症度、画像情報の評価に基づき適応判断された発症から24時間以内の急性期脳梗塞に対して血栓回収療法を行うことが推奨されており、t-PA静注と同様に、治療開始および再開通までの時間が早いほど良好な転帰が期待できるため少しでも早く治療を開始することが推奨されている。
- また、発症4.5時間以内では、t-PA静注療法を行った後に血栓回収療法を実施することがあるが、その場合においても、血栓回収療法の開始を遅らせてはならないものとされている。

急性期脳梗塞に対する急性期治療の流れ

発症からの時間・重症度・画像所見等に基づき、画像を撮像した時点で、tPA静注療法や血栓回収療法の適応を判断する



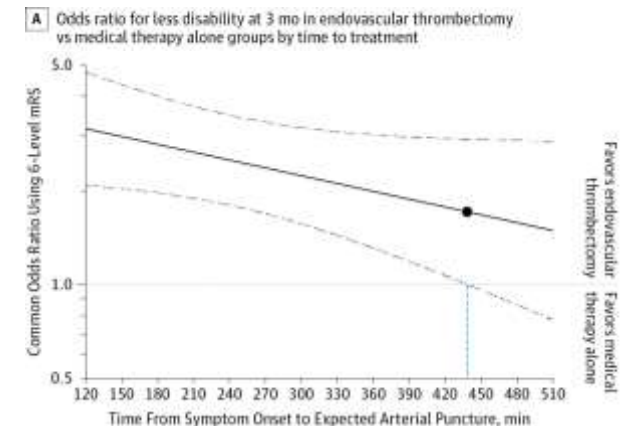
出典：脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]を元に厚生労働省健康局がん・疾病対策課にて作成

【早期治療開始の必要性】

本療法に伴い閉塞血管の再開通が早く認められるほど、良好な転帰が期待できる。このため本療法の施行を決めた場合は、遅滞なく治療を開始するとともに、最適の方法により可及的速やかに再開通を得ることが必要である。【グレードA】また、rt-PA静注療法を施行した場合も、その効果を確認するためなどの理由で本療法の開始を遅らせてはならない。【グレードD】

出典：経皮経管的脳血栓回収用機器 適正使用指針 第4版

- 発症から血栓回収療法の開始までの時間が遅くなるにつれて、血栓回収療法後にADLが自立するオッズ比が低下していく。出典：JAMA. 2016;316:1279-88.

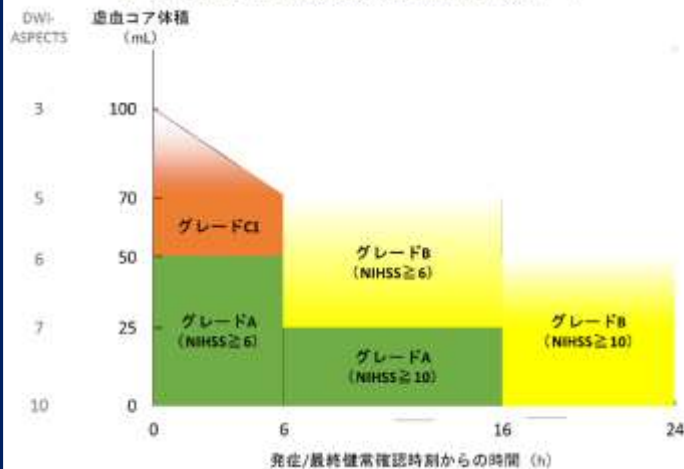


血栓回収療法の実施に必要な体制等について

- 血栓回収療法の適応判断には画像読影を含む総合的な判断が必要であり、また、実施に当たっては、血栓回収療法を常時実施可能な脳血管撮影装置を備えている施設において、脳血管内治療について専門的な医師が行う必要があるとされている。
- このため、血栓回収療法の迅速な実施のためには、一次搬送施設と基幹施設の連携による迅速な適応判断及び適応がある場合の迅速な搬送が必要となる。

【血栓回収療法の治療適応判定の観点】

図 ICA または MCA M1 閉塞例における治療適応の推奨グレード



- ✓ 発症からの時間、重症度 (NIHSS)、画像情報 (閉塞血管部位や虚血コア体積[脳梗塞の範囲]) を総合的に判断して適応を判断する必要がある。
- ✓ 画像所見や重症度等によっては、治療の有効性が確立していない症例もある。

【血栓回収療法を行うために定められている実施環境】

4. 実施環境

4.1 実施医療機関

(推奨) 実施医療機関は、rt-PA 静注療法が実施可能な環境を有し、本療法を常時実施可能な脳血管撮影装置を備えていること【グレードA】。

4.2 実施医

(推奨) 本療法は、脳血管内治療専門医または同専門医に準じる経験を有する脳血栓回収療法実施医が行う必要がある。

国内における血栓回収療法の実施率

- 血栓回収療法は、二次医療圏毎の実施率に差があり、医師少数区域では、血栓回収療法の実施率や実施件数(対人口10万人)が低い。
- 急性期脳梗塞診療が常時可能な医療機関(日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センター[PSC])への一次搬送に緊急自動車を用いても30分以上要する地域には、医師少数区域が多く含まれている。

医師偏在指標（二次医療圏別）（令和5年8月9日更新）に基づく、血栓回収療法の実施成績の比較

中央値 [四分位]

	医師偏在指標 上位33.3%	医師偏在指標 中位33.3%	医師偏在指標 下位33.3%	
血栓回収療法	実施率 (/脳梗塞患者数)	8.73 [6.89-11.28] %	7.93 [3.60-10.44] %	5.11 [0.82-8.67] %
	実施件数 (/人口10万人)	15.7 [11.9-20.4] 件	11.96 [7.28-18.56] 件	8.71 [0.79-17.27] 件

出展：日本脳卒中学会2023年 年次報告（2022年1-12月）を基に、医師偏在指標に基づいて集計

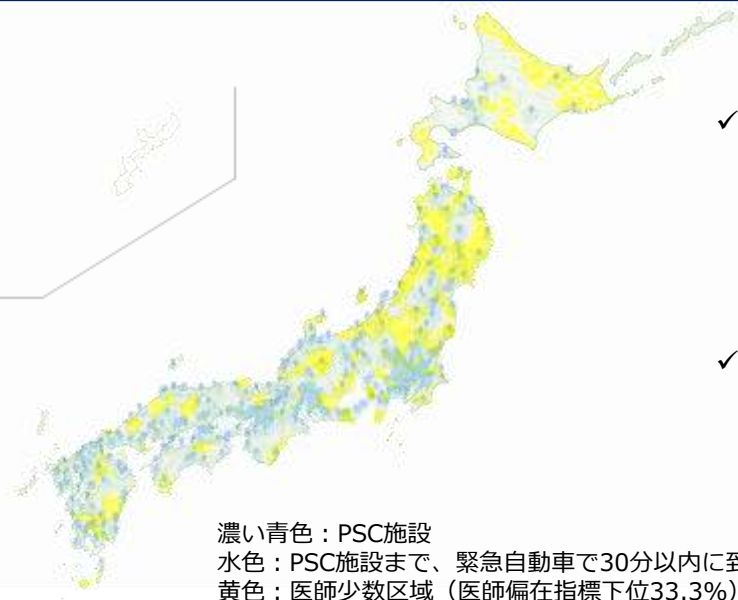
PSC施設まで緊急自動車で30分以上要する地域と、医師少数区域の重なり

- ✓ 脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]では、脳卒中が疑われる患者は、可及的速やかに脳卒中治療が可能な施設（ストロークセンター）に搬送することが勧められている。

【脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]の記載】

脳卒中が疑われる患者は、可及的速やかに脳卒中治療が可能な施設（ストロークセンター）に搬送することが勧められる（推奨度 A エビデンスレベル中）。

- ✓ 日本脳卒中学会は、急性期脳梗塞診療が常時実施可能な一次脳卒中センター（PSC）を認定しているが（2023年時点で957医療機関に認定）、緊急自動車を用いてもPSC施設まで30分以上かかる地域が存在し、この地域には、医師少数区域（医師偏在指標下位33.3%）が多く含まれている（左図参照）。



濃い青色：PSC施設
水色：PSC施設まで、緊急自動車で30分以内に到達できるエリア
黄色：医師少数区域（医師偏在指標下位33.3%）に該当する二次医療圏

血栓回収療法を実施可能な病院がない二次医療圏における血栓回収療法の適応判断及び転院搬送の現状

- 血栓回収療法を実施可能な医療機関のない二次医療圏に所在する医療機関において、他の二次医療圏に所在する基幹施設と画像の共有等はせず血栓回収の適応判断を行い血栓回収療法の実施目的に基幹施設に二次搬送を行った症例のうち2割は、血栓回収療法の適応がなかったとの報告がある。

＜水俣市立総合医療センターにおける血栓回収療法のための転院搬送の状況＞

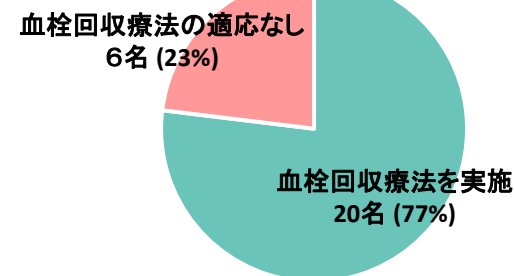
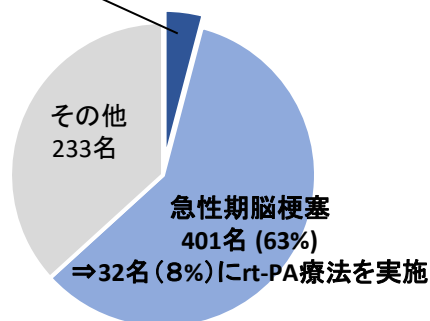
- ・水俣市立総合医療センターでは、芦北医療圏の患者のほか、鹿児島県の医師少数区域にある出水医療圏や始良・伊佐医療圏からも脳卒中患者を一部受入。
- ・同院の所在する二次医療圏では血栓回収療法は実施できないため、当該治療が必要な際には、熊本市内や八代市内へ搬送。
- ・血栓回収療法の適応について相談する際は、画像参照を含む情報通信機器を用いた相談ではなく、電話による口頭での適応相談を実施。

血管内治療のための転院搬送

水俣市立総合医療センター脳神経内科
における入院患者
(2020年4月～2022年12月)

血栓回収療法のため紹介搬送
26名(急性期脳梗塞全体の6%)

転院先での血栓回収療法の実施有無



血栓回収療法を行うための病院間連携に係る情報通信機器の有効性を検証した研究

- 情報通信機器を用いた病院間連携を行うことにより、血栓回収療法が必要な患者について、基幹施設に到着するまでの時間が短縮するとともに、治療後の転帰良好例が増加したとの報告がある。

ICTのリアルタイム性を生かした医師対医師による遠隔医療の効果に関する調査研究

【背景・目的】

脳卒中の治療における再開通療法は発症後よりなるべく早期の治療開始で、死亡もしくは要介護が減少する。しかし、スマートフォン等のモバイル ICT システムを用いた遠隔診断・治療補助システムにおける診断・治療までの時間短縮および臨床的有用性については証明されていない。このため、急性期脳梗塞に対する再開通療法を行った患者を対象に、モバイル ICTを用いた遠隔診断・治療補助システムが診断・治療までの時間短縮および治療転帰改善に有用であるか調査を行った。

【調査方法】

急性期脳梗塞に対する再開通療法を行った患者において、モバイルICT※を用いた場合と用いない場合の発症から治療までの時間および治療転帰を、国内の医療施設から後ろ向き調査で収集し、分析するとともに、各医療機関における急性期脳梗塞に対する再開通療法に関する診療体制のアンケート調査を行った。

※ 本調査研究においては、株式会社アルム社「汎用画像診断装置用プログラム Join」または富士フィルム株式会社「富士画像診断ワークステーション用プログラム FS-MV679型」を使用。



【解析結果】(抜粋)

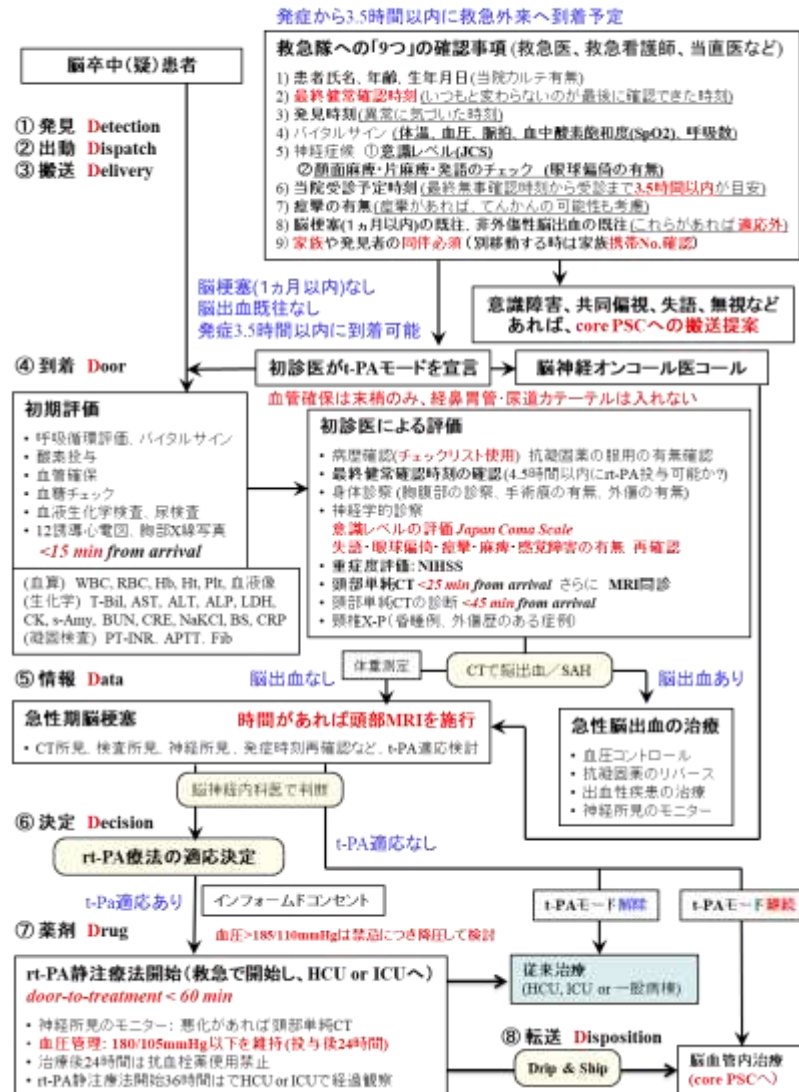
- 血栓回収療法のみを行った症例(35例)のうち「発症から自施設到着までの時間」が8時間以上(7例)と以下(28例)の症例で、脳卒中30日後転帰(mRS)を比較したところ、どちらの時間帯においても、ICT使用の方が非使用に比して良好であった(8時間以上:2.7対4.8、8時間以内:3.6対4.6)。
- モバイルICTを「前病院から使用」している場合では、「自施設内のみで使用」している場合に比べて、「使用に関係した自施設各医療従事者」および「治療に関係した自施設各医療従事者」は多い(使用:4.1±1.3人 対 1±0人、治療:6.1±0.7人 対 5±0人)が、「発症から自施設到着までの時間」は短くなっていた(265±90分 対 716±120分)。

病院間搬送に必要な手順をまとめたプロトコルの実例

○ 地域においては、一次搬送機関と基幹施設(二次搬送機関)間で迅速な転院搬送を行うため、各医療機関でのプロトコルの整備や、プロトコルを共有し検討するための会議の開催などが行われている。

一次搬送機関におけるプロトコル

熊本市民病院 超急性期脳卒中診療のフローチャート



基幹施設(二次搬送機関)におけるプロトコル

【Code stroke】

完全適応:発症<6時間の片麻痺、言語障害

日勤帯(平日8:00~16:30着予定)は優先応答、当直帯発令中は謝絶 tPA+EVTならtPAはERで

日勤帯(急患当番)	当直帯(日勤帯は1st, 当直帯は2nd)
・通報:CT1204, MRJ1218, カテ8164 他院/KEARTH 連絡応答時は全体8910へも	・通報:放射線8915, カテ8164 他院/KEARTH 連絡応答時は全体8910へも 長尾/米原は守衛室1150に2nd来院要請
・ER情報用紙をLINE(脳外科&脳内科G)	・ER情報用紙をLINE(脳外科&脳内科G)
・到着、減行/解除を即時連絡 tPA+EVT 決定は直ちにER-Ns8383に連絡	・CT終了時にカテ医意思未確認なら、来院要請 ・到着、減行/解除を即時連絡 tPA+EVT 決定は直ちにER-Ns8383に連絡

長尾カテ中は、2ndが1st業務代行、米原の2ndアシストは、tPA and/or EVT開始まで

【他院からの防災ヘリ搬送要請時】

防災ヘリ利用時は、紹介元に行く前にヘリが寄航、当院医師(≥3年目)が受診し、往復する

平日 日勤帯(急患当番)	休日 当直帯
・搭乗者確保、当院困難時は救総8990に依頼 ・紹介元に空証、搭乗者名報告、ヘリ要請依頼 ・全体8910、ER-Ns8383にヘリ要請を報告	・救総8990に搭乗者確保依頼 ・紹介元に空証、搭乗者名報告、ヘリ要請依頼 ・全体8910、ER-Ns8383にヘリ要請を報告
・紹介元/消防直接入電時は、ERと情報共有 ・ヘリレポート待機(当院困難時は救総に依頼)	・紹介元/消防直接入電時は、ERと情報共有 ・ヘリレポート待機(当院困難時は救総に依頼)

連携病院間で運用方法を共有するための会議の開催

脳梗塞急性期の血管内治療連携運用指針

Ver.1: 2013年2月19日 3施設合同委員会(熊本、済生会、日赤)
Ver.2: 2013年12月9日
Ver.3: 2015年3月4日
Ver.4: 2016年4月20日
Ver.5: 2018年7月6日 KE-EARTHプロジェクト会議

4. 運用方法

- 1) 初期対応病院(primary stroke center: PSC)に血管内治療適応症例が未対応した場合、まずKE-EARTHホットライン(080-1791-7688)に連絡する。10分以内に受け入れ可能な施設を調べ、ホットラインからPSCに転送する。画像を送付する場合は、kearthp@gmail.comまで送る。なお、画像には個人情報(名前、IDなど)が入らないように注意する。
ホットラインに連絡が取れない時には熊本大学附属病院(096-373-7026)病棟、神経内科当直医をコールもしくは熊本大学中野院(096-384-2111)ICU、救急外来へコール、済生会熊本病院(096-351-8000)ICU、脳卒中センター当直医をコールする。
- 2) 転送の際、rt-PA静注療法を行った患者に関しては、医師の同伴が必要。rt-PA静注療法を行わなかった場合には看護師、救急隊のみでも可。
また、日中であれば、ヘリ要請を行うと早急に患者を搬送でき、rt-PA静注療法を実施した患者でも同伴は不要(搬送先から医師が迎えに来る)のため、積極的に利用されたし。
- 3) 患者転送については、搬送時間短縮を最優先とする。診察情報提供書や看護サマリー、画像CD-R等は患者と同時に届ける必要はなく、緊急度などの重要な情報を随時CTは、随でfaxや電話で届けられたい。

出典: 参加医療機関提供資料資料

脳卒中対策の課題と論点

(t-PA静注療法について)

- t-PA静注療法については、医療機関同士の連携により、一次搬送施設においてt-PAを投与した後に基幹施設に搬送するDrip and Ship方式が有効な場合があり、令和4年度診療報酬改定においては、医療資源の少ない地域に限り、専門的な医師がいない一次搬送施設においても基幹施設と連携してt-PAを投与することで、超急性期脳卒中加算を算定可能としている。一方で、現行のガイドラインでは、医療資源の少ない地域に限らず、一次搬送施設における非専門医が専門医のコンサルテーションにより迅速にt-PAを投与することが推奨されている。
- 医師少数区域には、基幹施設までの到達時間が長い地域が多く含まれており、超急性期脳卒中加算の届出を行っている医療機関が所在する割合が他の地域よりも低く、t-PA静注療法の実施率も他の地域より低い。

(血栓回収療法について)

- 血栓回収療法は、t-PA静注療法と同様に、適応がある場合には発症からできるだけ早期に実施する必要がある一方で、専門的な医師がいる施設のみで実施可能であり、また、適応についても専門的な判断が求められる場合がある。
- 医師少数区域には、基幹施設までの到達時間が長い地域が多く含まれており、地域ごとの血栓回収療法の実施率は、医師少数区域において他の地域より低い。
- 脳梗塞患者が専門的な医師がいない施設に搬送された場合の血栓回収療法の適応判断や迅速な転院搬送には一次搬送施設と基幹施設の連携体制が必要だが、超急性期脳卒中加算においてはこうした連携の実施や連携体制の構築については評価されていない。

【論点】

- t-PA静注療法や血栓回収療法など、発症早期に実施することが特に重要であり、迅速な実施のために一次搬送施設と基幹施設間の連携が必要となる治療の実施を推進する観点から、治療に必要な連携の実施及び連携体制の構築に対する評価についてどのように考えるか。