

2011年9月1日

厚生労働大臣 様

平成24年度健康保険および診療報酬改定に向けた提言

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会
健康保険・介護保険検討委員会 委員長 山崎章郎
理事長 志真泰夫

NPO法人 日本ホスピス緩和ケア協会は、ホスピス緩和ケアを推進する立場から平成24年度医療保険および診療報酬改定について、別添の通り提言をまとめました。

平成24年度医療保険および診療報酬の改定に当たり、当協会の提言を取り入れていただければ幸いに存じます。
よろしくご査収をお願い申し上げます。

平成24年度医療保険および診療報酬改定に向けた提言

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

NPO 法人 日本ホスピス緩和ケア協会は、今般、協会会員に対して、「在宅ホスピス緩和ケアの継続が困難であった事例に関するアンケート調査」(平成23年2月に実施)および「緩和ケアに関する診療報酬改定に向けてのアンケート調査」(平成23年7月に実施)を行い、それをもとに平成24年度健康保険および診療報酬改定に向けた提言を以下のごとくまとめました。

なお、「在宅ホスピス緩和ケアの継続が困難であった事例に関するアンケート調査」は介護保険改定に向けた調査も兼ねており、今回の「在宅ホスピス緩和ケア」に関する提言は、その調査のうち医療保険に関連する調査結果に基づいています。

現在、患者とその家族への早期からの緩和ケアの提供が求められています。早期からの緩和ケアの提供とともに終末期まで、その人が望む場所でその人らしく過ごすために、在宅ホスピス緩和ケア、緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算について以下のように提言をいたします。

提 言

○在宅ホスピス緩和ケア（在宅医療）

がんによる死亡者は毎年増加し、遠くない将来に年間50万人にのぼると推定されている。したがって、今後、在宅におけるホスピス緩和ケアの重要性は、ますます高まっていく。がん患者は死亡前の1カ月前後から、急速に病状が変化し、医療ニーズが高まっていく。しかし、現行の医療保険制度の下では、それら医療ニーズに迅速に応え、在宅で最期まで過ごすことを支えることは困難と言わざるを得ない。そのため、できるだけ長く在宅で療養し、さらに可能であれば最期を在宅で迎えたいと望みながらも、望まぬ入院、病院死ということも少なくない。そこで、患者・家族の医療ニーズに少しでも応えられることを目的に今回のアンケート調査結果に基づき、下記の三点を提言する。

1. 在宅患者訪問看護・指導料の長時間訪問加算の算定要件に「在宅で終末期ケアを行っている者」を追加すること

提言理由:在宅で終末期ケアを行っている患者に夜間や昼間に長時間の訪問看護を実施するニーズは増加している。現在の医療保険では訪問看護の夜間の長時間訪問や昼間であっても長時間訪問に対する診療報酬上の評価は十分ではない。現在、「人工呼吸器を使用している状態にある者」だけが在宅患者訪問看護・指導料の長時間訪問看護・指導加算の対象とされている。

○算定要件に以下の要件を追加していただきたい。

「在宅で終末期ケアを行っているもの」

2. 末期の悪性腫瘍・神経難病等の特掲診療料の施設基準等に規定された疾患の患者に対する特別な関係に当たる医療機関および訪問看護ステーションからの訪問に関する同日の算定の緩和

提言理由：現在の医療保険では特別な関係に当たる医療機関・訪問看護ステーションから訪問した場合、訪問診療料と在宅患者訪問看護・指導料の同日の算定はできないとされている。末期の悪性腫瘍や神経難病等の疾患の患者は医療依存度が高く、医師と看護師による頻回の訪問を要し、特別な関係に当たる医療機関・訪問看護ステーションから訪問することも多い。特に、このような基準により訪問看護ステーションの減収原因となるケースが多い。その結果、末期がんや神経難病などの疾患を多く担当する訪問看護ステーションの運営を不安定にしている。末期の悪性腫瘍・神経難病等の特掲診療料の施設基準等に規定された疾患に限定して算定の緩和をすることが必要である。

3. 介護保険非適用となっている40歳未満のがん患者に対する介護に対し、医療保険を用いた、訪問看護・訪問介護一体型制度を新設すること

提言理由：介護保険の対象となっていない40歳未満の末期がん患者においても在宅療養が増加している。モデル事業（厚生労働科学研究補助金、長寿科学総合研究事業、地域特性に応じた効果的・効率的な24時間訪問看護介護体制の継続的实施および構築に関する研究、平成22年度総括研究報告書）では、末期がんの若年者は、自宅療養を希望する場合、往診料や在宅患者訪問看護・指導料の利用料金が大きく経済的負担が多いこと、介護保険が利用できないため、介護サービス導入が遅れたり、必要なサービスが受けられないことが指摘されている。

○以下の新しい制度を医療保険に設けていただきたい。

訪問看護師と看護補助者同行訪問を医療保険にて提供すること【新規】

○緩和ケア病棟入院料

緩和ケア病棟では、おもに末期のがん患者の様々な身体的・精神的・社会的そしてスピリチュアルな苦痛を和らげ、その人らしい人生を送れるように、多職種がチームを組み、ケアを提供している。近年、苦痛緩和のための新規薬剤や医療材料、放射線治療が開発され、症状を緩和するための医療は、患者・家族のニーズに応えることを目的に多様になってきている。しかし、新規薬剤も含め症状を緩和するための放射線治療などかなり高額な費用を要するものも多い。さらには患者の苦痛を和らげ、QOLを向上させるためのリハビリテーションなどは専門的な関わりが必要であるが、それらは全て現行の緩和ケア病棟入院料の包括費用に含まれることになり、その結果、緩和ケア病棟に対する病院の費用負担も増している。そこで、これからも患者・家族に質の高いケアを提供し続けられるように、包括外費用の算定について下記四点を提言する。

1. 高額な医薬品、医療材料は、緩和ケア病棟入院料（包括）外として算定可能にすること

提言理由：近年、緩和医療の進歩に伴い、患者の苦痛を緩和する医薬品や医療材料は高額化している。そのため現行の緩和ケア病棟入院料（包括 3780 点）では、患者の苦痛を緩和するために必要な高額な医薬品や医療材料を提供する場合、医療機関の負担となっている。

○以下の医薬品、材料費について別建て請求を認めていただきたい。

医薬品：サンドスタチン、ゾメタ等の高額医薬品、一定量以上の医療用麻薬（経皮吸収型持続性癌疼痛治療剤、硫酸モルヒネ徐放製剤、塩酸オキシコドン徐放製剤を含む）、血液製剤

医療材料：褥瘡処置材料、広範囲皮膚浸潤がん処置材料、皮膚腫瘍出血処置材料、経皮的内視鏡的胃ろう造設術後に使用する医療材料、消化器領域で使用するステント類、硬膜外麻酔に伴い使用する医療材料

2. 患者の苦痛緩和および QOL の向上のために行う専門的な医療および技術提供は、緩和ケア病棟入院料（包括）外として算定可能にすること

提言理由：放射線治療施設およびリハビリテーション部門を有する医療機関の緩和ケア病棟では、有痛性骨転移等に対する苦痛緩和に放射線治療を用いること、患者の QOL を高めるためにリハビリテーションを実施することは、いずれも緩和ケア病棟における標準的な治療となっている。これらの診療報酬は、緩和ケア病棟では算定できず、現在の緩和ケア病棟入院料（包括 3780 点）では医療機関の負担となっている。

○以下の診療報酬の算定を認めていただきたい。

がん性疼痛等の症状緩和を目的とした放射線治療に係る費用

摂食嚥下障害やリンパ浮腫患者などへの運動療法等、QOL 向上を目的とした専門家によるリハビリテーションに係る費用

3. 緩和ケア病棟入院中の患者が他医療機関を受診する場合の入院料算定の基準要件を緩和すること

提言理由：緩和ケア病棟に入院中の患者が、診療の必要上他の医療機関を受診する場合、現行では緩和ケア病棟入院料（包括 3780 点）等の特定入院料の 30%のみ算定できる基準となっている。患者の苦痛を緩和するために当該診療科がないため必要な診療科を他の医療機関にて受診せざるを得ない場合があり、この基準要件は医療機関の負担となっているため、緩和していただきたい。

4. 地域連携の推進と緩和ケア病棟での緊急対応を評価すること

提言理由：緩和ケア病棟では「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（保医発第0305002号）に基づいて、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、在宅での療養を行う患者が緊急時に入院できる体制の確保、緊急の相談等に対応できるように24時間連絡を受ける体制の整備を進めている。しかし、

そのための人員の確保等に関して医療機関の負担となっている。

○以下のように地域の在宅医療を担う医療機関との連携および24時間体制を評価する加算を緩和ケア病棟入院料外として算定を認めていただきたい。

慢性期・急性期病棟退院調整加算と同様に退院時調整加算の算定

介護支援連携指導料の算定

緩和ケア病棟緊急入院対応管理加算【新規】

緩和ケア病棟24時間対応相談管理加算【新規】

○緩和ケア診療加算について

1. 緩和ケア診療加算に関する施設基準の「(1)イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師」に「非常勤医師」を追加すること。

提言理由：緩和ケア診療加算に関する施設基準を満たして、緩和ケア診療加算を届け出ている緩和ケアチームは、全国で156施設（2011年2月現在）、そのうち協会加盟施設57施設（2011年2月現在）である。緩和ケア診療加算が設けられた2002年以来9年を経過しているが、緩和ケア診療加算を届け出ている施設は未だ少ない。その理由として今回の調査では、各医療機関における緩和ケアチームの位置づけが十分でないこと、精神科常勤医が充足できないことがあげられる。今後、がん診療連携拠点病院をはじめがん医療を提供する200床以上の病院には緩和ケアチームを設けて、その普及を図るために「精神症状の緩和を担当する常勤医師」に加えて「非常勤医師」を追加することが必要である。

○以下のように緩和ケア診療加算に関する施設基準に追加していただきたい。

「精神症状の緩和を担当する常勤医師」または「非常勤医師」