

2013年9月12日

厚生労働大臣 田村 憲久 様

## 平成26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

特定非営利活動法人 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26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26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 26 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

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会（以下、当協会とする）は平成 24 年度に行われた診療報酬・介護報酬の改定が、現場のホスピス緩和ケアの推進のためにどのように影響したのかについて、会員施設（緩和ケア病棟 250 施設、緩和ケアチーム 35 施設、診療所 47 施設）を対象に、本年 5 月、その実態調査を実施した（回答施設は 183 施設、回答率 55.1%）。

今回の提言は、平成 23 年 9 月に厚生労働省に行った「平成 24 年度健康保険および診療報酬改定に向けた提言」の項目のうち、その実現がかなわず、しかしながら、引き続き提言が必要と思われる項目も含めた。平成 26 年度健康保険および診療報酬改定にむけて、質の高いホスピス緩和ケアの実現のために、以下のように提言する。

### 提 言

#### I. 在宅ホスピス緩和ケア関連

今後迎えることが予測されている多死社会では、特にがん死の増加に備えて在宅におけるホスピス緩和ケアの役割とその重要性は、従来に増して高まっている。在宅におけるホスピス緩和ケアを推進するために下記三点を提言する。

##### 1. 在宅がん医療総合診療料を算定しない場合の、末期の悪性腫瘍患者訪問診療料の増額

提言理由：現在、在宅患者の一訪問当たりの訪問診療料は、疾患を問わずに一律となっている。しかし、通院困難な慢性疾患で、病状の安定している患者の訪問診療時間に比して、末期の悪性腫瘍患者の一回当たりの訪問診療は、かなりの時間を要している。一方、末期の悪性腫瘍患者であっても、訪問診療、訪問看護を合わせて週 4 回を超える訪問を必要としない場合もあり、在宅がん医療総合診療料を算定しない患者もいる。

したがって、在宅がん医療総合診療料を算定しない場合、末期の悪性腫瘍患者と病状の安定している慢性疾患患者が、同一訪問診療料であることは、現場の実情に合っていない。在宅ホスピス緩和ケアの推進のためには、在宅がん医療総合診療料を算定しない場合、末期の悪性腫瘍患者の訪問診療に係る時間数に見合った訪問診療料の増額が必要である。

2. 末期の悪性腫瘍・神経難病等の特掲診療料の施設基準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日の算定の緩和

提言理由：現行の健康保険の診療報酬では、特掲診療料の施設基準に規定された疾患の患者に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出来ないとされている。末期の悪性腫瘍・神経難病等の疾患の患者は医療必要度が高く、同日に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場合も多い。しかし、このような基準があるため、特に訪問看護ステーション側の減収となり、末期の悪性腫瘍や神経難病などの疾患の患者を多数担当する訪問看護ステーションの運営を困難にしている。

したがって、特掲診療料の施設基準に規定された疾患の患者に限定して、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の同日日算定の緩和をすることが必要である。

3. 終末期非がん患者の訪問看護に対する医療保険の適応

提言理由：現在、非がん患者の場合、終末期において訪問看護を行った場合には介護保険で算定されている。その結果、訪問看護の回数が制限されるために、必要とされる看護の提供が困難なことも少なくない。非がん患者の場合であっても、主治医が終末期と診断した場合、患者が在宅に必要な看護を受けられるためには、「訪問看護費」は介護保険による算定ではなく、訪問看護の回数制限を受けない、健康保険による「訪問看護基本療養費」の算定が必要である。

## II. 緩和ケアチームおよび緩和ケア外来関連

がん診療連携拠点病院を中心に全国の病院で緩和ケアチームが活動している。現在、緩和ケアチームは、拠点病院を含めて 393 緩和ケアチームを越える（日本緩和医療学会. 2011 年度緩和ケアチーム登録結果報告. 2012）。一方、緩和ケア診療加算に関する施設基準を満たして届け出ている「緩和ケア診療加算届出受理施設」は 2002 年の 22 施設から 2006 年には 59 施設、2013 年には 195 施設（そのうち当協会加盟施設は 77 施設、当協会調べ 2013 年 8 月現在）にまで増加してはいるが、現在活動している緩和ケアチーム総数の半分にも満たない。

また、平成 24 年度に新たに設けられた「外来緩和ケア管理料」は緩和ケア診療加算届出受理施設のみに認められるため、算定できる施設は限られている。

そこで下記二点を提言する。

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：厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院とする）は、全国で 397 病院となっている（厚労省調べ 2013 年 8 月現在）。しかし、拠点病院では緩和ケアチームの設置が指定要件となっているにも拘らず、その基準が緩和ケア診療加算に関する施設基準と異なっているために、緩和ケア診療加算届出受理施設は 37%（149/397 施設）に留まる（当協会調べ 2013 年 5 月現在）。すなわち、緩和ケア診療加算が設けられた 2002 年以来 11 年を経過しているが、緩和ケア診療加算を届け出ている拠点病院数は、拠点病院総数に比べて 4 割に満たない現状にある。そのために、拠点病院内の緩和ケアチームであっても位置付けがあいまいであり、十分な活動が出来ていないチームも多い。

その理由のひとつとしてがん診療連携拠点病院における常勤精神科医の充足率は、28.3%に留まっていたことが挙げられる（厚生労働省委託事業「がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査結果報告書」2008 年）。今後、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は緩和ケア診療加算に関する施設基準に「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。

## 2. 外来緩和ケア管理料が緩和ケア病棟入院料を届け出ている施設も算定できること

提言理由：緩和ケア病棟入院料の施設基準は 2008 年に見直しがされ、留意事項として「入院患者への緩和ケアの提供とともに外来や在宅への円滑な移行を支援すること、連携する保険医療機関の患者の緊急の相談などに 24 時間対応できること」が追加された。緩和ケア病棟の施設概要について、2002 年と 2012 年の比較してみると、外来機能を有する施設が増加し（2002 年 85%, 2012 年 94%,  $p=0.032$ ）、外来診療の頻度が多くなった（週 4 日以上 9%, 26%,  $p<0.001$ ）（当協会調べ 2012 年 4 月）。

また、緩和ケア病棟の利用状況を 2001 年度と 2011 年度で比較してみると、平均在棟日数が短いほど有意に、外来機能を有し（平均在棟日数が 30 日以内、31-60 日、61 日以上の施設の順に、98%, 94%, 79%,  $p=0.006$ ）、カウンセラーを有し（43%, 21%, 32%,  $p=0.02$ ）、病院規模が大きく（ $417\pm 223$  床,  $308\pm 246$  床,  $255\pm 175$  床,  $p<0.001$ ）、緩和ケアチームを有していた（76%, 47%, 16%,  $p<0.001$ ）（当協会調べ 2012 年 4 月）。

これらの調査結果から「緩和ケア病棟入院料届出受理施設」も専門的な緩和ケアを提供できる緩和ケア外来が機能しており、緩和ケア診療加算届出受理施設と同様に外来緩和ケア管理料を算定できるように施設基準を改定することが必要である。

## 3. 医療用麻薬を投与している患者以外にも外来緩和ケア管理料を適応すること

提言理由：外来緩和ケア管理料の注1に「緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の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。）」とし

て、対象患者が医療用麻薬を使用している患者に限られているために、化学療法や放射線療法などがん治療を合わせて行っている患者やがん治療を希望しない高齢な患者で医療用麻薬を使用していない患者への外来における専門的な緩和ケアの提供に様々な支障が生じている。

専門的な緩和ケアを必要としている患者は、様々な身体的、精神的、社会的苦痛などを有していることが多く、その診療には一定の時間が必要である。外来緩和ケア管理料の算定が医療用麻薬を投与している患者にかぎられるのは、実状に合っていない。外来緩和ケア管理料は医療用麻薬を使用している患者以外にも適応できるようにする必要がある。

### Ⅲ. 有床診療所関連

多死社会において、在宅医療とそれを支える終末期医療を提供できる入院施設の多様化が重要となっている。そこで、小規模入院施設としての有床診療所の役割は重要である。平成 24 年度診療報酬改定で「有床診療所緩和ケア診療加算：150 点/日」が新たに設けられ、その面で一步前進となった。そこで下記の点を提言する。

#### 1. 有床診療所緩和ケア診療加算を増額すること

提言理由：有床診療所緩和ケア診療加算を届け出ている施設は 232 施設である（首都大学東京大学院調べ 2013 年 3 月）。この数は緩和ケア病棟入院料届出受理施設数 278 施設に迫っている（当協会調べ 2013 年 7 月）。しかし、当協会加盟の有床診療所で緩和ケア診療加算をとっている診療所について 1 日の診療報酬を試算したところ、約 1,900 点/日程度であった。緩和ケア病棟入院料（30 日以内点数）の 40%程度の診療報酬であり、現在の加算点数では有床診療所で緩和ケアを推進する経営を困難にし、必要な人材を確保することも難しい。有床診療所緩和ケア診療加算の増額が必要である。