

2017年8月17日

厚生労働大臣  
加藤 勝信 様

## 平成30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  
医療・介護保険委員会 委員長 矢津 剛  
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30年度健康保険および診療報酬改定に向けた提言」について検討し、別添の通り提言書をまとめました。

平成30年度診療報酬の改定に当たり、当協会の意見と要望を活かしていただければ幸いに存じます。

ご査収のほどよろしくお願い申し上げます。

## 1. 緩和ケア外来関連

**提言1：**「緩和ケア病棟入院料」届出受理施設が「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

**提言理由：**「緩和ケア病棟入院料」に関する現行の施設基準では、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」とされています。一方、「外来緩和ケア管理料」(B001 24)「医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外のがん患者のうち、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、外来において、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」とされており、緩和ケア病棟を有する施設は対象となっておりません。当協会の最新の調査(2016年)によれば、協会加盟の緩和ケア病棟の98%は外来診療を行っており、緩和ケア病棟入院前の患者および退院患者の経過を外来で診ている施設は、そのうちの83%に上ります。このようにほとんどの緩和ケア病棟が外来機能を有しています。また、当協会の調査によれば、外来機能を有している緩和ケア病棟のほうが、平均在棟日数は短いことが分かっています。「緩和ケア病棟入院料」を届け出ている病院が「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を提言します。

**提言2：**麻薬を投与していない患者にも「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

**提言理由：**「外来緩和ケア管理料」は、「麻薬を投与している入院中の患者以外のがん患者」のみを対象としており、麻薬を投与していない患者は当該管理料の対象となりません。外来診療を受けているがん患者に医療用麻薬がどれくらいの割合で使用されているか、信頼できる統計はありません。日本緩和医療学会が緩和ケアチームを対象に行った調査(2015年)では、チームへの依頼のうち疼痛は34%、疼痛以外の身体症状は24%、精神症状は20%、そのほか家族のケアなど21%とチームへの依頼内容は多岐に渡っていることが分かっています。また、厚生労働省平成23年度患者調査によれば、主たるがん治療の場が外来に移行したことにより治療終了時や緩和ケア外来初診時の意思決定支援における外来診療の役割も大きくなっています。したがって、当該管理料は医療用麻薬の投与の有無により対象を限定する必要はなく、緩和ケア外来では症状緩和、意思決定支援を必要とするす

すべての患者を対象とする必要があります。麻薬を投与していない患者にも「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を提言します。

## 2. 在宅緩和ケア関連

**提言3：在宅緩和ケア充実診療所以外の診療所における末期がん患者を対象とする、緩和ケア訪問診療料を新設すること**

**提言理由：**現在、在宅患者の一訪問あたりの訪問診療料は、疾患状態を問わずに一律となっています。しかし、通院困難な慢性疾患で、病状が安定している患者の訪問診療に比し、死亡前1～2ヶ月の末期がん患者の場合、急速に日毎に悪化する病状の中で、身体的問題のみならず、精神的問題や社会的問題など多岐にわたる問題に直面しています。すでに在宅緩和ケア充実加算を算定している診療所には緩和ケアの一定の評価がなされていますが、在宅緩和ケア充実加算を算定していないそのほかの診療所には緩和ケアに関する評価がないため、新たな「緩和ケア訪問診療料」の新設を提言します。

**提言4：非がん患者の在宅看取り時における訪問看護の医療保険の適応を拡大すること**

**提言理由：**現時点では末期状態の非がん患者には2週間の急性期にのみ医療保険の適応が認められています。2週間を過ぎて訪問看護師が訪問する場合、無報酬です。そのため、その後の看取りの対応も困難となります。非がん患者の在宅看取りを促進するために、患者死亡時から遡って2週間の訪問看護への医療保険の適応拡大を提言します。

**提言5：末期がん患者等に対する急性期呼吸不全に対するHOT適応を新設すること**

**提言理由：**現在、在宅酸素療法（以下、HOTとする）の適応は SpO<sub>2</sub>が89以下の呼吸不全状態が1か月以上持続している場合(高度慢性呼吸不全) であり、末期がんであっても、SpO<sub>2</sub>が89以下になってから1か月間はHOTの適応となりません。末期がん患者は、SpO<sub>2</sub>89以下になれば1か月以内に死亡することが多く、HOTが保険適応にならない場合、末期がん患者の在宅看取りの障害となります。したがって、高度慢性呼吸不全の患者以

外にも2週間ごとにHOTが保険適応となる新たな診療報酬の新設を提言します。

### 3. 病院緩和ケアチーム関連

**提言6：緩和ケア診療加算に関する施設基準の「イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師」に「非常勤医師」を追加し、施設基準を改定すること**

**提言理由：**緩和ケアチームのある病院は、521施設と多いが、緩和ケア診療加算を届けている病院は195施設（37%）と非常に少ない状況です。地域がん診療拠点病院の緩和ケアチームであっても、緩和ケア診療加算を届け出ているチームは、119施設（42%）にすぎません。そのために、緩和ケア診療加算を届け出ている病院では緩和ケアチームの位置づけがあいまいであり、十分な活動ができていないチームも多いのが現状です。緩和ケア診療加算を届け出ることが出来ない理由の一つは、常勤の精神科医が充足できないことがあげられます。緩和ケアチームのある病院で常勤・非常勤を問わなければ、精神科医が勤務している割合は67%であることが分かっています（2015年、日本緩和医療学会調査結果）。今後、緩和ケアチームの活動を推進するには、施設基準に非常勤精神科医を追加して、施設基準を改定することを提言します。

**提言7：緩和ケア診療加算に関する施設基準の職種「ア～エ」に社会福祉士等の生活相談員を追加すること**

**提言理由：**緩和ケアチームの職種の要件に生活相談に資する社会福祉士等を追加することにより、緩和ケアにおける社会的苦痛（就労や経済的問題など）の軽減を図ることが可能となります。

### 4. がん診療連携拠点病院以外の病院関連

**提言8：がん診療連携拠点病院以外の一般病床、回復期病床、療養型病床における緩和ケアを充実させること**

**提言理由：**病院で看取られる患者の4分の3は、がん連携拠点病院以外の病院で亡くなっています。拠点病院以外の緩和ケアの充実のため「緩和ケア研修会」の開催を病院団体等に義務付けする等の緩和ケアの基本教育の充実を

提言します。

## 5. AYA 世代の末期がんの療養について

**提言 9：20 歳から 39 歳までのいわゆる AYA 世代の末期がんについて、医療費軽減や在宅療養の支援等の社会的支援が得られるようにすること**

**提言理由：**AYA 世代の末期がん患者は就労や子育て、家庭問題など多岐にわたる複雑な問題をかかえ、経済的にも困窮しているケースが多いという現状があります。医療費などの経済的な問題に加え、生活支援としての介護保険の対象となる年齢ではないため、社会的支援もきわめて乏しい状況です。AYA 世代の末期がん患者の経済的負担の軽減を図るとともに、在宅療養が可能になるように社会的支援を強化することを提言します。