

令和元年 8 月 8 日

厚生労働大臣

根本 匠 様

令和 2 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

理事長 志真泰夫

医療・介護保険委員会 委員長 中橋 恒

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「令和 2 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。

令和 2 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. 緩和ケア病棟入院料関連

提言1 : 「緩和ケア病棟入院料」の施設基準改定に伴う弊害是正の手当てを行うこと

提言理由 :

- ・日本ホスピス緩和ケア協会（以下、**当協会**とする）は、平成30年度診療報酬改定による緩和ケア病棟への影響を調査する目的で、平成31年3月に全会員施設を対象にアンケート調査（以下、**協会調査**とする）を実施しました（**資料1**）。
- ・緩和ケア病棟入院料届出受理施設では、協会調査の結果「入院料1」届出が132施設（71%）、「入院料2」届出は54施設（29%）でした。
- ・「入院料1」届出施設で行われた対応策として、「入院相談の時点で予め入院期間が30日を超えそうな場合は、退院してもらう可能性がある旨を説明するようにした」72施設（55%）が最も多く、次いで「病棟の方針で入院の待機期間を短くなるようにした」45施設（34%）でした。さらに「病棟の方針として、30日以上入院患者を減らすようにした」24施設（18%）という回答もあり、入院後30日を超える患者には退院を促す等の「入院料1」の施設基準に基づく退院や在院日数の調整が行われている実態が認められました。
- ・多くの地域で在宅緩和ケアの整備がまだまだ不十分な現状の中で、無理な退院による弊害が出ている可能性があります。
- ・30年度診療報酬改定の影響として本来、緩和ケア病棟が担う「症状の緩和」「QOLの向上」、その人らしさを大切に「全人的ケア」の実現とは異なる方向に病棟機能が向かっている懸念があります。
- ・「緩和ケア病棟入院料1」届出受理施設の施設基準に伴う弊害の是正に対して手当て（措置）が必要であることを提言します。

提言2 : 緩和ケア病棟の施設基準における末期心不全患者の適応追加は見合わせることを提言する

提言理由 :

- ・平成30年度診療報酬改定で、緩和ケア診療加算に対象疾患として「末期心不全」が追加されました。そこで、協会調査で「末期心不全」の患者への対応について、緩和ケア病棟入院料届出受理施設における意見集約を行いました。
- ・緩和ケア病棟における末期心不全患者の受け入れに対して、「現時点で可能」33施設（18%）、「不可能」56施設（30%）、「どちらとも言えない」88施設（47%）でした。
- ・「不可能」と答えた施設の意見として「スタッフ教育が出来ていない」を挙げた施設が多く、「どちらとも言えない」という施設の意見としても「循環器科専門医との連携・スタッフ教育の準備がある」という意見が多数でした。
- ・平成30年度診療報酬改定で緩和ケア病棟の在院日数の短縮化が進んでいる状況と緩和ケアチームにおける末期心不全に対する診療の実態が明らかになっていない現状では、緩和ケア病棟の施設基準における末期心不全患者を対象疾患として追加することは時期尚早であり、現状では見合わせることを提言します。

2. 緩和ケア外来関連

提言3 : 「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:

- ・ 現行の「外来緩和ケア管理料の施設基準」は、緩和ケアチームによる診療を前提に算定することになっており、緩和ケア病棟入院料のみを届け出ている場合は対象になっていません。
- ・ 平成30年度診療報酬改定で緩和ケア病棟入院料1、2に区分され、「入院料1」の施設基準では「ヌ:①入院を希望する患者の速やかな受け入れにつき十分な体制を有すること、②在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。」と定められており、いずれも外来機能を必要とする施設基準といえます。
- ・ 地域連携が進み、緩和ケア病棟の機能として外来や在宅からの円滑な受け入れと在宅復帰がますます重要になっています。
- ・ 当協会では「緩和ケア外来の在り方に関するワーキンググループ」を設けて、実態調査等を実施して緩和ケア病棟と外来機能の在り方について、鋭意検討を進めております。
- ・ そこで、「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4 : 医療用麻薬を使用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」では、「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、医療用麻薬を投与していない患者は当該管理料の対象になっていません。
- ・ 当協会の「緩和ケア外来の現状に関する調査」(平成30年2月)ではがん診療連携拠点病院100施設の「外来緩和ケア管理料」の年間算定件数は、平均21.5件であり、年間延べ外来受診者数の平均568件に比較して少ない現状です。
- ・ また、日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録調査(平成30年)では、緩和ケアチームへの依頼内容のうち、「家族へのケア」12.7%、「地域連携」11.3%と「痛みなどの身体症状の緩和」「精神症状の緩和」に次ぐ頻度となっています。
- ・ 今後、主たるがん治療の場が外来に移行している現状を考えると、がん治療継続・中止、療養の場の選択などアドバンス・ケア・プランニング(ACP)に係わる緩和ケア外来の役割がますます大きくなってきています。
- ・ したがって、「外来緩和ケア管理料」は医療用麻薬の投与の有無により対象を限定することは適切とは言えません。
- ・ 緩和ケア外来では症状の緩和やACPに係わる意思決定支援等を必要とするすべての患者を対象とする必要があります。医療用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。

3. 在宅緩和ケア関連

提言5 : 在宅がん医療総合診療料の見直しをすること

提言理由 :

- ・在宅がん医療総合診療料（以下、在宅がん医総）は、在宅療養する末期がん患者に対して、1週間単位で医師、看護師合わせて4日以上訪問した場合に、1週間分を包括して算定し、診療報酬を請求します。
- ・在宅がん医総は、訪問診療開始時から請求出来るため、がん患者で週4日以上訪問の必要性がなくても、診療報酬に決められているからと訪問診療開始時から一律に医師、看護師が合わせて1週間に4日以上訪問することが可能です。
- ・在宅療養する末期がん患者で、まれに症状の緩和などに難渋する重篤な患者の場合、訪問診療開始時から連日医師や看護師が訪問する必要がありますが、1週間に4日以上訪問を必要とするような状況は、患者の死亡前の1～2週間に集中することが多いと思います。
- ・また、在宅がん医総は診療所のみ請求できるため、訪問看護ステーションからの訪問看護を合わせて実施した場合、費用の算定がやりにくいという問題があります。
- ・訪問診療開始時から一律に、高頻度に在宅がん医総を請求する医療機関の場合、この診療報酬を不適切に利用している可能性があります。
- ・在宅がん医総の算定状況について全国的な実態調査を実施したうえで、適切に見直しをすることを提言します。

提言6 : 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算届出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。
- ・すでに述べたように死亡前1～2ヶ月の末期がん患者の場合、急速に日～週単位毎に悪化する病状の下で、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・病院には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多くの診療所にはがん患者に対する緩和ケアに関する評価がないため、新たに「緩和ケア訪問診療料（仮称）」の新設を提言します。

提言7 : 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 :

- ・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、医療保険では算定できません。
- ・そのため、非がん患者の場合は、訪問看護によるその後の看取りの対応も困難とな

ります。

- ・非がん患者の在宅での看取りを推進するために、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8 : 末期がん患者等に対する呼吸不全に対するHOT適応の拡大をすること
提言理由 :

- ・現在、在宅酸素療法（以下、HOTとする）の適応はSpO₂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、SpO₂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、SpO₂ 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。
- ・平成30年度診療報酬改定で在宅ターミナルケア加算に酸素療法加算が新設されましたが、協会調査によれば業者への支払いが保険点数を上回る事態があり、末期がん患者の在宅酸素療法に支障がみられます。
- ・末期がん患者等に対する呼吸不全に対するHOT適応の拡大を提言します。

提言9 : 「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」の施設基準に「在宅緩和ケアの基準」を参考として質を保証する基準を追加すること

提言理由 :

- ・「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」（以下、在宅緩和ケア加算）の施設基準を満たし、届け出ることによって当該加算を算定することが可能になりました。
- ・現在、全国で670の医療機関（平成30年11月当協会調べ）が施設基準を満たし、在宅緩和ケア加算を届け出ています。
- ・しかし、在宅緩和ケア加算届出の全ての医療機関の「在宅緩和ケアの質」を施設基準のみでは保証することは困難です。
- ・そこで、当協会は在宅緩和ケアの質を保証するためには、「WHOの緩和ケアの定義」に基づいた「在宅緩和ケアの基準」の作成が必要だと判断し、在宅緩和ケアの専門家による委員会を立ち上げて、基準（資料2）を作成しました。
- ・協会調査によれば、当協会の加盟の会員施設は、その基準に基づいた在宅緩和ケアの提供に賛成しています。
- ・そこで、疾患を問わず人生の最終段階にいる人たちに質の高い在宅緩和ケアを提供するために、在宅緩和ケア加算の施設基準に「在宅緩和ケアの基準」を参考として質を保証するための基準を追加することを提言します。

4. AYA世代の末期がん患者の社会的支援について

提言10 : いわゆるAYA世代（20歳から39歳まで）の末期がん患者について、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。
- 医療費などの経済的な問題に加え、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。
- 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。