

X. 診療報酬の変遷と現状

1. 病院・緩和ケア病棟

加藤 雅志

(国立がん研究センター がん対策情報センターがん医療支援研究部)

はじめに

わが国の緩和ケアの提供体制は、診療報酬の変遷と密接な関係にあることについて議論を待たない。わが国の医療行為のほとんどが、公的医療保険制度に基づく保険診療として実施されていることにより、診療報酬の変化は、医療現場での医療行為に大きな影響を及ぼす。

診療報酬は、厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ決定するものであるが、わが国において適切な医療が実施されるように2年ごとに改定が行われており、政府が進める医療政策を実現するための重要な手段のひとつという側面もある。したがって、公的医療保険制度の中で、緩和ケアに関する診療報酬の位置づけをみれば、政策として緩和ケアに対して期待していることが明らかになる。

わが国の緩和ケアの歴史と診療報酬

わが国の緩和ケアは、1973年に淀川キリスト教病院において柏木哲夫医師が、末期患者への組織的なケアとチームアプローチとしてOCDP（organized care of dying patient）を開始したことが、その幕開けだった。その後、1981年に日本における施設として初めてのホスピスが聖隷三方原病院に誕生し、続いて1984年に淀川キリスト教病院でもホスピスが設置された。初期のホスピスは、当時の出来高払いの診療報酬のもとでは運営が困難であり、寄付金に頼らざるを得ない状況であった¹⁾。

当時のホスピスに関わっていた関係者の方々の熱意ある運動などにより、1990年に緩和ケアに

関する診療報酬上の初めての評価として、「緩和ケア病棟入院料」が設定された。緩和ケアに従事する者ならずでのご存知であろうが、この緩和ケア病棟入院料は、当初対象患者として、緩和ケア病棟に入院している「主として末期の悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者」と定められていた。当時のわが国の状況においては、QOL（生活の質）の向上を目的として提供されるケアの対象が、おもに終末期の患者に限られていたため、「ターミナルケア」という言葉が緩和ケアと同義語のように用いられていたこともあった。今日においても、「緩和ケア＝ターミナルケア」という印象を抱いている者がいまだに少なくないことは否めない。

その後、患者やその家族のQOLを改善するためのケアの対象は拡大していき、終末期だけではなく疾患の治療早期から緩和ケアが提供されることが求められるようになった。2002年に厚生労働省は、一般病床の入院患者に対して緩和ケアチームの活動を評価する「緩和ケア診療加算」を創設し、緩和ケアチームが次第に全国的に普及していくに至った。

上記のように、病院における緩和ケアの提供体制を診療報酬で評価することにより拡充が図られていく中、それに加え、患者の希望を踏まえ、住み慣れた家庭や地域で療養しながらQOLの高い生活を送ることができるよう在宅医療の充実にも大きな取り組みがみられた。2006年度の診療報酬と介護報酬の同時改定は、在宅におけるがん患者を含む中重度者の在宅療養の支援を高く評価するものとなった。がん患者に限られたものではないが、2006年度より在宅医療を推進していく観点から診療報酬上の制度として「在宅療養支

援診療所」が設けられた。この在宅療養支援診療所は、現在では在宅医療における中心的な役割を担っているが、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診および訪問看護等を提供する体制を構築していくものである。

また、介護保険におけるがん患者の扱いであるが、がん末期については、2006年度に特定疾病に追加され、40歳から64歳のがん末期により介護が必要となった患者も介護保険サービスの利用が可能となった²⁾。

がん対策基本法の成立と緩和ケアの推進に伴う診療報酬の新たな方向性

がんは国民の生命および健康にとって重大な問題であり、がん対策をよりいっそう充実させていくため、2006年に「がん対策基本法」が成立した。そして、この法律に基づき、2007年に「がん対策推進基本計画」が策定され、がん対策は大きな転換期を迎え、緩和ケアが大きく推進されていくきっかけとなった。

「がん対策基本法」の中で、緩和ケアについては、がん患者の療養生活の質の維持向上として、緩和ケアを必要とする患者に対して、がん医療の早期から在宅に至るまで適切に提供できる体制を整備していくことが明記された。

また、「がん対策推進基本計画」は、2007年度から2011年度までの5か年を対象として、「がん対策基本法」で定められた基本的施策の推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めたものである。この基本計画で特筆すべき重要なことは、全体目標として、「がんによる死亡者の減少」という目標に加えて、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」というQOLの向上に着目した目標が定められたことである。この全体目標は、がん患者やその家族の苦痛を軽減し、療養生活の質を高めていくことの重要性を踏まえて設定されているものであり、その達成に向けて緩和ケアは大きく推進されていくこととなった。緩和ケアは、「がん対策推進基本計画」において、重点的に取り組むべき

課題のひとつに位置づけられ、がん患者が可能なかぎり質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることが求められた。

緩和ケアに関して、「がん対策推進基本計画」で、治療の時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、様々な場面において切れ目なく適切に提供される体制の整備を進めていくことが定められた結果、診療報酬でもその方向性が反映されることになった。つまり、様々な場面において適切な緩和ケアが提供されるための診療報酬の新たな方向性についての議論が始まった。

緩和ケアの転換期を反映した「平成20年度診療報酬改定」

2008年度（平成20年度）の診療報酬改定では、がん対策を重点的に推進するための検討が行われ、特に緩和ケアをよりいっそう推進していくための評価が行われた。

緩和ケアに関するそれまでの診療報酬上の評価は、既に述べたように1990年度に緩和ケア病棟での医療がまず最初に評価された。その後、2002年度に一般病床の入院患者に対する緩和ケアチームの活動も評価されるようになり、診療報酬上で評価される緩和ケアの対象が、一段階大きく広がった。そのうえで、2008年度の診療報酬改定は、様々な場面において切れ目なく緩和ケアが適切に提供されるよう、緩和ケアの提供体制のよりいっそうの拡充を目指した改定であり、緩和ケアの対象をより大きくとらえ、その評価の対象を拡大しようとしたものであった。

その新たな診療報酬の評価のひとつが、がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者に対して、計画的な医学管理と療養上必要な指導を継続的に行うことを評価した「がん性疼痛緩和指導管理料」である。このがん性疼痛緩和指導管理料は、入院中の患者は当然のこととし、外来だけではなく、在宅の患者に対して算定が可能であり、緩和ケアを必要とする患者はあらゆる

診療の場面で存在していることを反映したものであった。

また、緩和ケアの対象が、終末期の患者だけではなく、治療の初期段階の患者も含むということに拡大していることを踏まえ、緩和ケア病棟の診療報酬の施設基準については、対象となる患者について、「末期」という条件を外し、苦痛の緩和を必要とする患者であれば、病気の時期に関係なく入院することが可能となった。さらに、終末期のケアに加えて、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援などの機能を、地域のニーズに沿ってバランスよく備えていくように、緩和ケア病棟に求められている機能を明確にし、その位置づけが定められた。具体的には、地域の在宅医療を担う医療機関との連携や24時間連絡を受ける体制、さらには専門的な緩和ケアの研修の実施などが新たに要件として加わることになった。

緩和ケアチームの活動についての評価である緩和ケア診療加算に関しては、緩和ケアの質の向上を図るために、専任の薬剤師の配置を要件に追加するとともに、がん診療の外来化が進む中、外来で緩和ケアを必要としている患者が増加していることを踏まえ、入院患者の緩和ケアに専従とされていた医師の勤務条件を緩和し、外来診療に当たることも可能となった。

そのほかにも、がん患者の疼痛緩和の普及を図るため、医療用麻薬について、介護老人保健施設入所者について医療保険において給付を行うこと、在宅がん患者の疼痛緩和などを進めるため、保険薬局での必要な注射薬および携帯型ディスプレイ注入ポンプ器の交付を行うこと、がん性疼痛の緩和などに用いられる塩酸モルヒネなどについて、14日分に制限されていた処方日数を見直し、30日処方を行うことなどを新たに認めた。

このような多くの新たな診療報酬における評価により、緩和ケアの提供体制は拡充し、緩和ケアを必要とする患者が適切な医療を受けることができる体制の整備がさらに一段階進むことになった³⁾。

緩和ケアの質の向上を目指した新たな評価

がん診療に携わる医師が、緩和ケアの重要性に対する認識について不十分であることがしばしば指摘されていることを踏まえ、「がん対策推進基本計画」では、緩和ケアに関する目標の一つとして、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することとする」ということが掲げられた。厚生労働省は、がん診療に携わるすべての医師に緩和ケアの基本的な知識を普及していくための研修を進めていくために、「緩和ケア研修会標準プログラム」を定めた。現在、がん診療連携拠点病院を中心に、全国で緩和ケア研修会が開催されている。

2010年度の診療報酬改定では、緩和ケアの質の向上を図るため、緩和ケアに携わる医師については、この緩和ケア研修会を修了していることを要件と定める一方で、診療報酬で更なる評価を行った⁴⁾。具体的には、緩和ケア病棟の医師、緩和ケアチームの医師は緩和ケア研修会（もしくは、指導者を育成するための研修会）を修了していることが求められている。また、がん性疼痛緩和指導管理料では、施設内に緩和ケア研修会を修了した医師を配置することが求められるようになった。このように、緩和ケアに関する診療報酬は、医療現場で適切な緩和ケアが提供されるように、行政の施策と連携した形でその見直しの方向性の検討が行われた。

また、特筆すべきこととして、がん患者に対するリハビリテーションが診療報酬で新たに評価されることとなった。その背景として、厚生労働省は、2007年度から、がん患者の療養生活の質の維持向上を図ることを目的に、がんのリハビリテーション研修事業に取り組んでおり、着実にその成果を積み重ねてきていたことがある⁵⁾。このがん患者へのリハビリテーションは、手術などの治療を受ける時に、合併症や機能障害に対して、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことにより、機能低下を最小限に抑え、早期の回復を図ることはもちろんのこと、終末期などに廃用症候群等の二次的障害を予防し、日常生活の活動の維持を図ることも目的としており、

今後のがん医療においては重要な分野になっていくであろう。

緩和ケアに関する診療報酬の今後の方向性

2011年12月現在、2012年度の診療報酬改定についての議論が大詰めを迎えている。2012年度改定は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、政府が推し進めている在宅医療の推進の一環として、患者の早期の在宅医療への移行や地域生活の復帰に向けた取り組みなど、患者の地域生活を支えるための在宅医療の提供体制の整備に重点的な評価がなされるであろう。

つまり、この診療報酬に関する議論を通じて、わが国の緩和ケアが、緩和ケア病棟から一般病床に拡がり、外来、そして在宅にまで拡充しつつあることを見てとることが可能である。

がん医療をはじめ、医療全体の水準が向上するにつれ、医療機関や医療従事者の専門性が高まり、医療の提供体制に切れ目が生じてしまい、患者の状況の変化に応じた適切な医療の移行を円滑に行うことが困難となっている現状がある。がん医療は特にそうであるが、ひとつの医療機関が、専門性の高い根治的な医療、再発時の医療、在宅医療のすべてを担うことは不可能であり、今後、地域の医療機関がそれぞれ役割分担を行い、その連携体制を構築していくことが必要である。

今後の医療において、地域で患者を支えていく

ことを実現していく必要があり、診療報酬もそのような方向性を持って改定されていくであろう。診療報酬はあるべき医療を評価するものであるということを、これまでも繰り返し述べてきた。そして、現場の医療がどうあるべきかについては、その領域の専門家たちが議論を行い、意見を述べていかなければならない。

2012年度は、第2期の「がん対策推進基本計画」が始まる年度である。緩和ケアについてもこれまでの取り組みを振り返り、次の段階に踏み出すための議論を関係者間で行っていくことが強く期待されている。

文 献

- 1) 柏木哲夫：日本における緩和医療. 治療学 43 (4) : 473-47, 2009
- 2) 加藤雅志：緩和ケアにおける施策の方向性. (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団編. ホスピス緩和ケア白書2007. p.1-6, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2007
- 3) 加藤雅志：がんと緩和ケア. 腫瘍内科 3 (5) : 570-577, 2009
- 4) 厚生労働省：平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-003.pdf]
- 5) 財団法人ライフプランニング・センター：がんのリハビリテーション実践セミナー [http://www.lpc.or.jp/reha/]
- 6) 厚生労働省：平成24年度診療報酬改定について [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/]