

1. わが国の緩和ケアの制度と看護

B. 診療報酬と看護

林 あり子

(藤沢湘南台病院)

はじめに

現在、わが国の緩和ケアにおける看護師に関係する主な診療報酬は、「緩和ケア診療」「がん患者指導管理料イ・ロ」「がん患者リハビリテーション料」「リンパ浮腫指導管理料」、その他、その周辺では、「緩和ケア病棟入院料」「外来緩和ケア管理料」「退院時共同指導料2」「在宅療養支援診療所」に関係するものである。ここでは、緩和ケアの看護師に関係する診療報酬看護の動向について紹介する。

緩和ケアにおける看護師に関わる診療報酬と動向の概要

1990年に「緩和ケア病棟入院料」の算定が開始されたが、当時は、緩和ケアに関する診療報酬は、唯一「緩和ケア病棟入院料」のみであった。以降、2002年に「緩和ケア診療」が新設された。緩和ケアの普及と並行して看護師教育の変遷として、公益社団法人日本看護協会における専門・認定看護師の資格認定の中でも、がん看護CNS、緩和ケアCN、がん性疼痛看護CNなどの認定者数が急増した時期でもあった。特に緩和ケア診療加算に関する配置要件として、がん領域（緩和ケアCN、がん性疼痛看護CN、がん化学療法看護CN、乳がん看護CN、がん放射線療法看護CN、がん看護CNS）の専門・認定看護師の配置が要件になっている。さらに、2006年には、地域や訪問看護で活躍する訪問看護CNが認定され、同時期に、在宅緩和ケアに関する「在宅療養支援診療所」が制度化され、在宅緩和ケアを促進している。2012年には、外来緩和ケアの強化を目的に

「外来緩和ケア管理料」が新設された。

一方、緩和ケアやがん看護関連における動向として、看護師の関わりが直接的に診療報酬となったのは、2010年に新設された「がん患者カウンセリング料（500点、1人につき1回）」である。がんと診断された患者に、治療方針などを説明したり相談を受けたりした場合に算定可能となった。当時は、緩和ケアの研修を診療した医師と、カウンセリングの研修を受けた専任の看護師が、同席の下で実施することが算定要件であり、がん看護CNS、緩和ケアCN、がん性疼痛看護CN、がん化学療法CN、がん放射線療法CN、乳がん看護CN、摂食・嚥下障害看護CN、皮膚・排泄ケアの認定看護師CNが算定対象であった。続いて2014年には、「がん患者カウンセリング料」より、「がん患者指導管理料1（500点）」「がん患者指導管理料2・3（200点）」が新設された。現在のがん患者指導管理料は、医師または看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合に6回に限り算定できるようになり、看護師の継続的支援についても診療報酬で算定されるようになった。

1. 緩和ケア病棟入院料

1990年：「緩和ケア病棟入院料（2500点）」の算定が新設

緩和ケア病棟の入院料の算定が開始されたが、当時は緩和ケアに関する診療報酬は「緩和ケア病棟入院料」のみで、本診療報酬は入院日数に限らず包括支払いだった。

2008年：緩和ケア病棟入院料（3780点）の対象患者の拡大

緩和ケア病棟入院料（3,780点）の対象患者を

表 1 緩和ケア病棟入院料 保険点数の推移

年	2002～2011		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
									入院料 1	入院料 2
点数	3,780	入院期間 30日以内	4,791	4,791	4,926	4,926	4,926	4,926	5,051	4,826
		31日以上 60日以内	4,291	4,291	4,412	4,412	4,400	4,400	4,514	4,370
		61日以上	3,291	3,291	3,384	3,384	3,300	3,300	3,350	3,300

表 2 2018年4月日本ホスピス・緩和ケア協会調査結果：緩和ケア病棟における専門・認定看護師の配置状況

施設 (342) ⑥	1施設に1人以上配置している施設数	割合 (%)
がん CNS, 緩和ケア CN, がん性疼痛看護 CN いずれか配置	255	74.6
がん看護 CNS	53	15.5
緩和ケア CN	236	69.0
がん性疼痛看護 CN	65	19.0
緩和ケア CN 単独	217	63.5
がん性疼痛看護 CN 単独	11	3.2
CNS 単独	8	2.3
緩和ケア CN とがん性疼痛看護 CN 両方	46	13.5

終末期の患者に限定せず、すべての悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群の患者に拡大された。これに併せて、算定要件には、在宅療養中の患者を診ている医療機関に対する後方支援や、連携医療機関の医療者向けの緩和ケア研修の実施などが追加された。

2012年：緩和ケア病棟入院料逡減制導入

緩和ケア病棟の評価の見直しとして、入院初期の緩和ケアの評価と、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系を見直して逡減制（30日以内/30～60日/61日以上）の3段階が導入された（表1）。

2016年：「緩和ケア病棟緊急入院初期加算（200点）」

連携して緩和ケアを提供する別の在宅療養支援診療所などから情報提供されていた在宅療養患者の緊急入院の場合に加算されるようになった。

2018年：「緩和ケア病棟入院料1」と「緩和ケア病棟入院料2」に名称変更

直近1年間の平均在院日数、平均待機危難、在

宅移行割合の施設要件により、入院料1と入院料2のいずれかの算定となる（入院日数により漸減するのは同様）。

342施設のうち、255施設（74.6%）にがん看護 CNS、緩和ケア CN、がん性疼痛看護 CN が配置されている状況である。また、緩和ケア CN は、236施設（69.0%）に配置されており、臨床現場における緩和ケアの質の向上に向けて実践している（表2）。

2. 緩和ケア加算

1992年：国内初の緩和ケアチーム活動が昭和大学病院で開始

2002年：「緩和ケア診療（250点）」新設

一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群または末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状または不安、抑うつなどの精神症状をもつ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という）による診療が行われた場合に算定する。

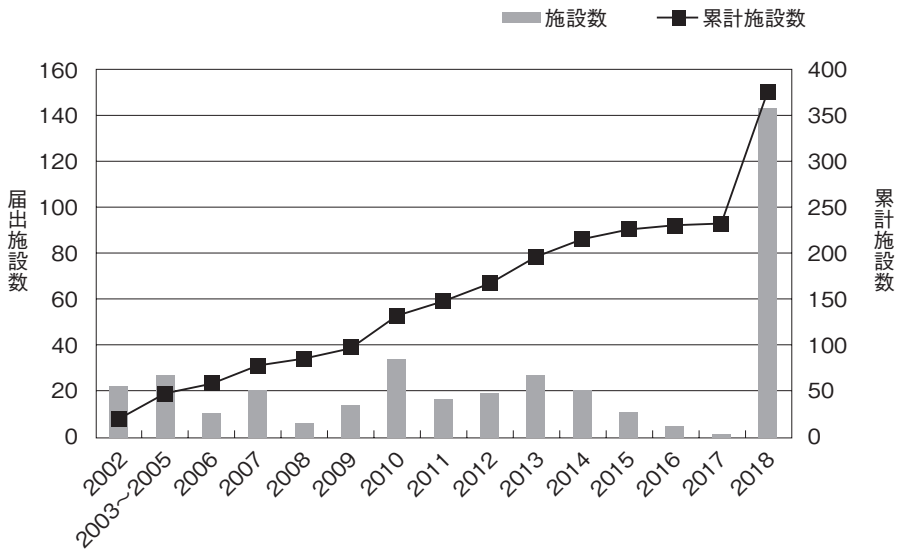


図1 緩和ケア診療加算届出施設の推移・累計施設数

表3 緩和ケア診療保険点数の推移

年	2002	2008	2010	2018
点数	250	300	400	390

2004年：緩和ケア診療加算要件に、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行う場合の評価、緩和ケア病棟等における研修修了者として、がん看護 CNS、緩和ケア CN、がん性疼痛看護 CN、がん化学療法 CN、乳がん看護 CN の専門・認定看護師が5年以上、配置されるようになった。

2008年：「緩和ケア診療（300点）」増点

緩和ケア診療保険点数を1日250点から300点に引き上げるとともに、新たに薬剤師を加えた緩和ケアチームの設置が施設基準に追加され、緩和ケア診療加算の算定要件に、がん放射線療法看護の認定看護師が追加された。実際に緩和ケア診療の加算算定をしている施設は、85施設であった。

2009年：がん診療連携拠点病院（377施設）に緩和ケアチームが整備

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム看護師が専従となった。

2010年：「緩和ケア診療（400点）」増点

緩和ケア診療加算は点数が300点から400点に引き上げられた。

2012年：「外来緩和ケア管理料（300点）」新設

緩和ケアチームの外来での診療を評価する外来緩和ケア管理料（300点）が新設された。

2014年：政府統計の医療施設調査で、緩和ケアチーム数は991施設（がん診療連携拠点病院397施設）

2018年：「緩和ケア診療（390点）」減点、「個別栄養食事管理加算（70点）」新設

緩和ケアチームの構成は、

ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

アからエまでのうちいずれか1人は専従であるが、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えないことになり、緩和ケア診療加算の届出は143施設増加し、累計で375施設となった（図1）。緩和ケア診療加算は390点に減点となったが、緩和ケアチームに栄養士が加わり、個別栄養食事管理を行うと、70点加算され、460点に加算算定が可能となった（表3）。また、条件はあるが、非がん患者末期心不全患者も適用となった。

3. がん患者指導管理

2010年：がん患者カウンセリング料（500点、1人につき1回）新設

表 4 退院調整に関して医療機関が請求可能な診療報酬

	請求可能な条件	点数
退院時共同指導料 2	在宅療養上で、必要な説明や指導を診療所の医師または看護師等と共同で文書でも情報提供を行った場合。	400 点 2018 年：300 点から 400 点へ変更
退院前在宅療養指導管理料	在宅療養に備えて一時外泊する時、在宅療養に関する指導管理をした場合	120 点
退院前訪問指導料	入院期間が 1 カ月以上と見込まれる患者に対して、退院前に患者宅を訪問し、患者または家族に退院後の療養指導を行った場合	580 点 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定 2018 年：555 点から 580 点へ
退院時リハビリテーション指導料	患者・家族に対して、退院後の在宅での基本的動作または応用的動作、社会的適応能力の回復を図るための訓練について指導を行った場合	300 点 保険医療機関の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士と共に指導を行った場合にも算定可能

がんと診断された患者に、治療方針等を説明したり相談を受けた場合に算定できる。緩和ケアの研修を診療した医師と、カウンセリングの研修を受けた専任の看護師が、同席の下で実施することが算定要件、がん看護 CNS、精神看護 CNS、緩和ケア CN、がん性疼痛看護 CN、がん化学療法 CN、がん放射線療法 CN、乳がん看護 CN、摂食・嚥下障害看護 CN、皮膚・排泄ケア CN などである。

2014 年：がん患者カウンセリング料→がん患者指導管理料 1・2・3 へ名称変更となり、「がん指導管理料 1 (500 点)」、「がん患者指導管理料 2・3 (200 点)」の 3 つが新設されたが、再度、2018 年 4 月、がん患者指導管理料 1・2・3 →がん患者指導管理料イ・ロ・ハと名称変更された。2014 年の改訂以降、がん患者指導管理料ロ (200 点) は、医師または看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合に 6 回に限り算定できるようになった。この拡大により、以前のような緩和ケア研修を受けた医師と要件を満たす看護師の同席ではなくなったことや 1 回から 6 回へと算定が拡大され、「がん患者カウンセリング料」よりも算定しやすくなった。また、がん患者指導管理料ロでは、がん領域の認定看護師またはがん看護専門看護師・精神看護専門看護師に限られ、がん看護

の専門性が求められる状況になった。がん看護の専門的知識とがん患者の心理面に配慮したがん看護が必要な患者に対して、病院組織の中で診療報酬を意識した仕組みを整えることによって、高度な看護が提供できる可能性へと広がった。

がんの初期診断後の心理的不安と治療場の選択、例えばがん治療専門病院や大学病院あるいは当院での治療で治療を行うかの意思決定支援、抗がん剤治療中の不安、がんの特有症状の出現時の対応、専門病院で抗がん治療を終えた時あるいは体力低下によって通院が困難になった場合に通院の切り替えを行いながら、残りの人生をどのように過ごすかを一緒に考えながら支援する等アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の促進にもつながっている。

4. 退院・在宅緩和ケア関連

1) 退院調整に関する診療報酬

患者や家族が安心して退院後も在宅で療養するために、病院、診療所、訪問看護ステーションなどが連携しながら退院支援をする中で、診療報酬も地域連携への評価を示している。表 4 は、患者が入院している医療機関で加算請求が可能な項目である。

特に、退院時共同指導料は、退院前に関係者が

集まり、「退院前カンファレンス」を行うことにより算定可能で、患者が退院後に必要となる在宅医療やリソースを利用しながら安心して在宅療養ができることを目的としている。カンファレンスへの参加者は、患者、家族、病院の医療・ケアスタッフ、地域の在宅医療者（往診医、訪問看護師等）、介護福祉従事者（ケアマネジャー、介護福祉士等）である。

2) 在宅療養の支援強化

2014年に新設された、「在宅患者訪問看護・指導料」は、1,285点の算定が可能であり、在宅療養中の悪性腫瘍の鎮痛療法もしくは化学療法を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が共同して行った場合に算定できる。

5. その他

1) がん性疼痛緩和指導管理料（100点、月1回）

2008年：緩和ケアの評価の充実

① WHO方式がん性疼痛治療法に疼痛管理を行った場合に算定できるがん性疼痛緩和指導管理料（100点、月1回）を新設。

② 介護老人保健施設や介護療養病床で、在宅療養支援診療所などの医師が医療用麻薬を使用した場合に薬剤費の請求が可能に。

2) リンパ浮腫指導管理料（100点、入院中1回）

2008年：リンパ浮腫の指導に関する評価

術後のリンパ浮腫を防止するためのリンパ浮腫指導管理料（100点、入院中1回）を新設。併せて、重症化予防のための弾性着衣が保険適用に。

3) がん患者リハビリテーション料（1日6単位まで）

2010年：がん患者リハビリテーション料（1日6単位まで）新設

がん患者リハビリテーションに関する研修を修了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを提供した場合に1単位として算定する。がんのリハビリテーションの研修を修了した専任の常勤医師が必要。

2014年：病棟においてがん患者ケアにあたる看護師1名以上配置が要件

展望

2002年に緩和ケア診療保険点数の新設において、「医師、看護師、薬剤師」が構成メンバーである緩和ケアチームが、わが国の医療機関においてコンサルテーション型チーム医療のモデルとなる役割を發揮し、医療機関の多職種連携医療をけん引する役割を担ってきた。緩和ケアチームの看護師の役割として、多職種との連携の促進、一般病棟スタッフとの医療の協働、チーム運営を行う上でもチームの底力となって活動してきた。現在では、緩和ケアチーム以外にも、精神科リエゾンチーム、栄養サポートチーム、呼吸ケアチーム等、専門・認定看護師の他の領域においてもチーム活動の要件拡大へと広がっている。また、2010年以前には看護師が診療報酬の対象となることはあまりなかったが、がん対策基本法の制定に伴い、2010年の「がん患者カウンセリン料（現在はがん患者指導管理料イ・ロ）」の算定以降、さまざまな領域において、糖尿病合併症管理料、排尿自立指導料等、対象となる専任の認定看護師が算定できる診療報酬の内容も拡大してきている。

さらに、入院から退院し、在宅療養を推進するために、退院時共同指導料2の算定によって、地域の医療・介護・福祉従事者との多職種カンファレンスを活発的に行い、病院から在宅へシームレスに連携できる体制を実現できる可能性が出てきている。医療依存度が高いがん終末期患者等に関しては、「在宅患者訪問看護・指導料3」によって、専門的な緩和ケアの提供も可能となってきている。今後さらに、緩和ケアの地域包括ケアシステムとして、外来と在宅の連携について推進できるような診療報酬が必要となる時期がくるのではないかと考える。ただ今後は、看護師としての専門性や関わりの効果をエビデンスとして示し、看護師の実践している内容が認められるよう、さらに要件の拡大、新たな診療報酬の提案をし、時代の流れに沿っていかなければならないと考える。