

外来がん患者の終末期における在宅移行を評価へ

10月21日の中医協・総会（会長：田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）では、2016年度診療報酬改定に向け、がん対策等の個別事項について議論を行った。

事務局は、がん診療における連携体制として、外来がん患者の在宅医療への移行を評価する方向性を示した。現行では入院からの紹介や在宅復帰等の地域連携を想定した報酬設定となっているが、外来化学療法の普及を受け、終末期における外来医療から在宅緩和ケアへの適切な移行を進めたい考え。

がん診療提供体制については、地域がん診療病院（2014年8月設置開始）及び小児がん拠点病院（2013年2月設置開始）に対する点数設定を提案した。地域がん診療病院は、がん診療連携拠点病院と連携しながら地域の高度がん診療機能を担う病院で、設置開始後、拠点病院のない“空白の2次医療圏”は108地域（2014年4月時点）から84地域（2015年4月時点）に減少している。

緩和ケアに関する論点には、がん性疼痛緩和指導管理料における医師の緩和ケア研修受講の義務化を挙げた。同点数は、がん性疼痛緩和のための麻薬投与患者にWHO方式の治療法に従って治療管理等を行うことを評価するものであり、現行では①緩和ケア研修を受けた医師が行う場合（200点）と、②その他の場合（100点）——となっている。

これに対し、現行のがん対策推進基本計画では、2017年6月までに全医療従事者が緩和ケアの技術等を習得する目標を掲げており、年々緩和ケア研修の受講者数（累積）が増え、その効果も一定程度認められることから、②を外すことが提案された。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）が経過措置の必要性を訴えるなど慎重な実施を求める意見も出たが、大きな反対意見はなかった。また、入院までの待機期間が問題となっている緩和ケア病棟が、在宅患者の緊急時の受け入れ等の役割を果たせるよう、地域連携の取り組み等や短期間の入院を評価することも論点としている。

その他、鈴木委員は「全国がん登録に手挙げて参加する診療所を評価してほしい」との要望も行った。

■新たな指定難病を評価対象に

2015年1月から医療費助成の対象となっている指定難病306疾患（2015年7月現在）については、従前の特定疾患（難病）56疾患と同様の評価を行うことが提案された。現行では、療養病棟入院基本料や難病外来指導管理料等において特定疾患に対する評価を行っている。花井十伍委員（日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）は、「医療には均てん化すべきものがある一方、そうでないものもある。患者が少ない難病については、できる限り個別に対応することを前提として点数設定すべき」と訴えた。

医師主導治験において医療機関の負担が大きい同種同効薬の投薬・注射費用への保険外併用療養費の適用、一類感染症患者入院医療管理料における検査や注射等の包括除外、ニコチン依存症管理料を若年層に算定しやすくするための要件緩和なども論点となっている。