

診療報酬改定にむけての日本医師会の見解

5. がん対策等について

定例記者会見

2009年12月16日

社団法人 日本医師会

目 次

1. がん対策	1
1.1. 地域連携.....	1
1.2. 放射線管理体制の評価.....	2
1.3. 外来化学療法を提供する体制の評価.....	2
1.4. 緩和ケアにおける丁寧な説明や指導に対する評価.....	3
1.5. 周術期等における療養指導の取り組みについての評価.....	4
1.6. 喫煙率の現状.....	5
1.7. ニコチン依存症管理料について.....	6

1. がん対策

2009年12月16日、中医協基本問題小委員会にがん対策についての論点が提示された。日本医師会は、がん対策を最重要課題であると認識している。しかし、財源に制限があることも事実である。いずれの論点も、診療報酬の大幅かつ全体的な引き上げが実現した場合には、積極的に取り組むべきと考える。そうでない場合には、重要度に応じて取り組む必要があり、重要度、優先度についても議論しておくべきである。

1.1. 地域連携

中医協で示された論点

がん治療に関して、拠点病院を中心とした地域の診療所等との連携の取り組みが進められているが、診療報酬上の評価をどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

がん拠点病院の負担軽減のため、連携する診療所を評価し、これを拡充させることには賛成である。また、がん拠点病院以外にがん対策に取り組む病院も少なくない。日本医師会は、拠点病院の連携先である診療所、がん拠点病院以外でがん対策に取り組む病院を評価することを要望する。

がん拠点病院には、中医協資料¹にも明示されたように以下の役割がある²。がん拠点病院は、診療そのものだけでなく、地域の医療機関に対する研修や情報提供にも重きを置くべきであり、それらを重点的に評価すべきである。

< がん診療連携拠点病院の役割 >

専門的ながん医療の提供

地域のがん診療の連携協力体制の構築（研修や診療支援、患者の受

¹ 「がん診療連携拠点病院制度」2009年12月16日、中医協・診療報酬基本問題小委員会参考資料

² 詳細は、厚生労働省健康局長「がん診療連携拠点病院の整備について」健発第0301001号、2008年3月1日

入・紹介等)

がん患者に対する相談支援及び情報提供

1.2. 放射線管理体制の評価

中医協で示された論点

治療法の選択において、放射線療法の重要性が高まる中、患者本人を含め、周囲の患者の被曝に十分配慮した安全な放射線管理体制について診療報酬上の評価をどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

放射線同位元素（RI）を用いた放射線治療については、症例数が増加しているにもかかわらず、施設数が減少しており、治療待機患者の約 5 割は 3 か月以上待ちであると報告されている。こうした現状にかんがみ、RI への評価に賛成である。

1.3. 外来化学療法を提供する体制の評価

中医協で示された論点

化学療法のレジメンが複雑化する中で、患者に対して薬剤の投与スケジュール、副作用とその対策等について詳細に説明するなど、より質の高い外来化学療法を提供する体制について診療報酬上の評価をどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

薬剤師の説明に対する評価が想定されているようであるが、がん治療も、チーム医療の下で提供されるものであり、チーム医療全体としての取り組みを評価すべきである。

1.4. 緩和ケアにおける丁寧な説明や指導に対する評価

中医協で示された論点

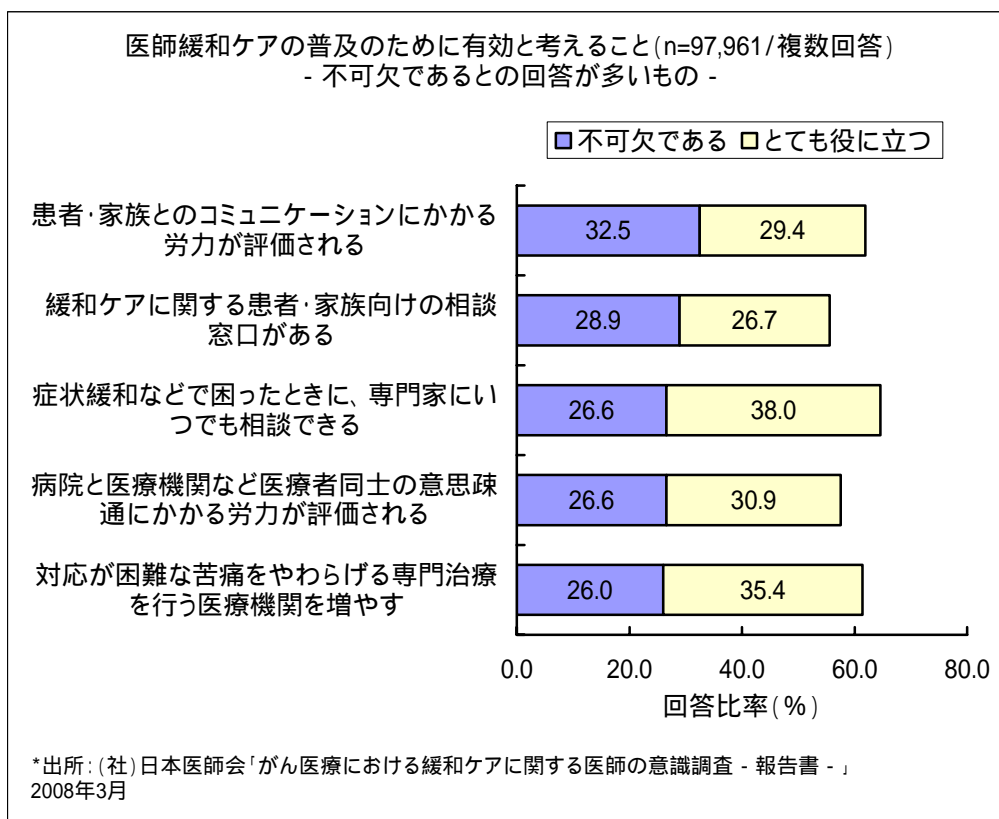
がん治療に関わる医療関係者が、初期からの緩和ケアを提供することが求められている中、がん患者に対する丁寧な療養上の説明や指導を行うことの診療報酬上の評価をどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

日本医師会は、2008年1月に「がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査」³を行った。それによると、緩和ケア普及のために不可欠であるとの回答が多かったのは、「患者・家族とのコミュニケーションにかかる労力が評価される」ことであった。このことから、病状や療養についての説明を評価することに賛成であるが、時間で測られかねない「丁寧な説明」ではなく、「適切な説明」に変更すべきである。

³ 平成 19 年度厚生労働省委託事業

図 1.4.1 医師緩和ケアの普及のために有効と考えること



1.5. 周術期等における療養指導の取り組みについての評価

中医協で示された論点

患者の体力低下を最小限にとどめ、早期に外来医療につなげるための周術期等における療養指導の取り組みについて診療報酬上の評価をどう考えるか。

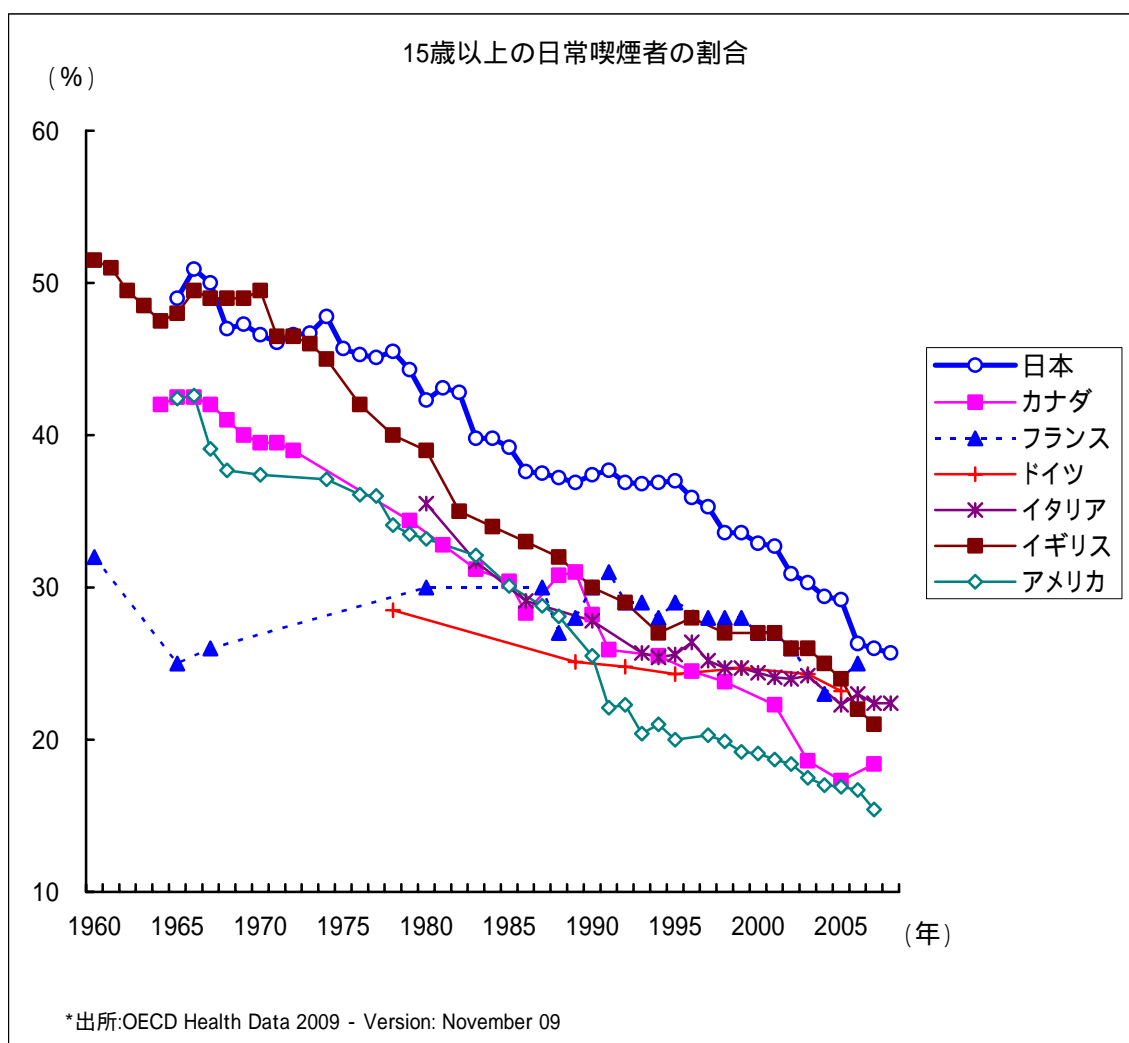
日本医師会の見解および要望

術後の合併症を予防し、後遺症を最小限にして、スムーズな術後回復に寄与することから、診療報酬上評価することに賛成である。ただし、たとえばリンパ浮腫指導管理料は、入院中1回しか算定できないが、患者の約3割が指導の内容を覚えていないことが報告されている。患者が退院後も継続してリハビリテーション等に取り組めるような評価も必要である。

1.6. 喫煙率の現状

「OECD Health Data 2009」によると、日本の喫煙率は25.7%（2008年）であり、G7の中でもっとも高い（図 1.6.1）。また、日本の喫煙率は高いだけでなく、もともと喫煙率が高くなかった国と同様の低下傾向にすぎないため、各国との差がほとんど縮小していない。

図 1.6.1 15歳以上の日常喫煙者の割合



1.7. ニコチン依存症管理料について

ニコチン依存症管理料は、2006（平成18）年改定で新設された。中医協診療報酬改定結果検証部会の調査結果⁴によれば、禁煙指導5回を終了した者の9か月後の禁煙継続率は49.1%と約5割であることが報告されている。

これを踏まえ、2009年12月16日の中医協基本問題小委員会には、ニコチン依存症管理料についての論点が示された。

中医協で示された論点

検証部会調査の結果を踏まえ、ニコチン依存症管理料のあり方についてどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

禁煙は本来、自己責任原則で取り組むべきものであり、公的保険の範囲ではないという意見もあるが、一定の成果が出ていること、日本の禁煙対策が遅れをとっていることから、日本医師会は当面の間、ニコチン依存症管理料の算定に同意する。

しかし、保険適用の治療を受ける前に、まずは自己管理が重要である。厚生労働省としての禁煙対策をあらためてお示しいただきたい。

⁴ 「ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査 結果概要（速報）」2009年11月10日、中医協・診療報酬改定結果検証部会