

[短 報]

がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響

伊勢 雄也*¹ 森田 達也*² 片山 志郎*¹ 木澤 義之*³*¹ 日本医科大学付属病院薬剤部*² 聖隷三方原病院 緩和支援治療科*³ 神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 先端緩和医療学分野

(2013年10月26日受理)

【要旨】 がん診療拠点病院の施設背景が、緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響について検討を行った。緩和ケア診療加算を算定していた施設 ($n = 118$) を対象として、施設背景と算定件数との相関について解析を行ったところ、各職種の専従人数と緩和ケア診療加算との間に相関関係を認めた。以上より、緩和ケア診療加算件数を上昇させるためには、他の業務とは独立したかたちで各職種の医療スタッフを配置することが重要である可能性が示唆された。

キーワード：がん診療拠点病院, 緩和ケアチーム, 緩和ケア診療加算, 専従人数

緒 言

2002年4月の診療報酬改定で「緩和ケア診療加算」が新設され、全国で緩和ケアチーム活動が開始されて約10年が経過した。現在でも、その数は増え続けており、緩和ケアチーム活動に関する学会発表や報告が数多くなされている¹⁾。

「緩和ケア診療加算」とは、一般病床に入院する悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状や不安、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、症状緩和に関わる専従のチーム（以下、緩和ケアチーム）による診療が行われた場合に400点または200点算定することができる制度である²⁾。前述したように、現在では緩和ケアチーム活動に関する報告が数多くなされているものの、各施設の背景が緩和ケア診療加算件数に影響しているか否かについて検討した調査はまだない。施設のどのような因子が緩和ケア診療加算件数に影響しているか調査することは、緩和ケアチーム業務を評価するだけでなく、病院経営的な側面からも非常に重要と考えられた。そこで本研究では、がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響について検討を行った。

方 法

1. 対 象

がん診療連携拠点病院（397施設）の緩和ケアチーム薬剤師に自記式質問紙調査票を郵送し、一定期間後に返信してもらった（調査期間は2012年11月～2013年1月）。

問合せ先：伊勢雄也 〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5
日本医科大学付属病院薬剤部
E-mail：yuyaise@nms.ac.jp

なお、本研究は、日本医科大学付属病院倫理委員会の承認後に実施された（受付番号：24-01-209）。また、本調査は、調査票を記載者の自由意志で決められること、回答した内容は、個人ならびに施設が特定されないかたちで解析することを文書で通知した³⁾。

2. 調 査 項 目

各施設の概要（病床数、2012年度のがん患者入院数、総入院数、平均在院日数、緩和ケアチーム活動開始時期、1年間のコンサルテーション依頼件数、1カ月間（6月）の緩和ケア診療加算（+400または+200点）算定施設数（各病院の集計の手間を考慮し、日本病院薬剤師会の調査等でも対象となっている6月1カ月を対象月とした）、算定件数および各職種の人数（専従人数）について調査を行った。また、緩和ケア診療加算を算定していた施設を対象として、施設背景と算定件数との相関について解析を行った。チーム活動期間が長ければ、それだけチーム内業務が標準化され、その結果として加算件数が上昇する可能性も考えられたため、活動期間と加算件数の相関についても、あわせて検討した。

3. 統 計 解 析

値は平均値±標準偏差（S.D.）で示し、施設背景と緩和ケア診療加算との相関性は、直線回帰分析およびKendallの順位相関係数を用いて検定を行った。なお、 $p < 0.05$ を有意性ありとして評価し、統計解析ソフトはStat View-J 5.0 for Macintoshを用いた。

結 果

304施設より回答を得た（回収率77%）。アンケート回答者の男女比は男：49.7%、女：50.3%であり、病院での実務年数は平均14.1年、緩和ケアチームにおける実務年数は平均4.6年であった。

施設背景を表1に示す。平均病床数は595.4床、平均在院日数は14.6日、緩和ケアチーム活動開始時期は2003～2007年が最も多く約67%であった。また、緩和ケア診療加算（+400または+200点）算定施設数は118施設、算定施設の1カ月の平均加算件数は195.4件であった。

施設背景が算定件数に与える影響を表2に示す。304施設の中から、緩和ケア診療加算を算定していた118施設を対象として解析を行った。直線回帰分析を用いて検定を行った結果、病床数、入院がん患者数、総入院患者数、在院日数、活動期間および各職種の所属人数と緩和ケア診療加算との間に相関は認められなかったが、コンサルテーション依頼件数、ならびに各職種の専従人数と緩和ケア診療加算との間に相関関係を認めた。また、Kendallの順位相関係数を用いて各職種の専従人数と緩和ケア診療加算検定を行ったところ、専従身体担当医師数および専従薬剤師数と緩和ケア診療加算との間に相関関係を認めた（専従身

体担当医師；相関係数2.372, $p = 0.018$, 専従薬剤師；相関係数2.097, $p = 0.036$) が、専従精神担当医師数および専従看護師数と緩和ケア診療加算との間には相関関係を認めなかった（専従精神担当医師；相関係数0.690, $p = 0.490$, 専従看護師；相関係数1.654, $p = 0.098$ ）。

考 察

本研究は、われわれの知る限り、施設背景と緩和ケア診療加算件数の関連性を検討した研究としては、最初のものである。この研究で最も重要な点は、単なる緩和ケアチームスタッフ数ではなく、専従スタッフ数と加算件数が相関を示したことである。すなわち、緩和ケア診療加算件数を上昇させるためには、各職種の専従スタッフ数を充実させることが重要であることが示唆された。奥村ら⁴⁾は、緩和ケアチームの活動に専従する医師や看護師が少ないことは、結果的に緩和ケアチームの適時の介入を困難にさせ、

表1 施設背景 (n = 304)

施設項目	平均値 (標準偏差, 中央値)
病床数	595.4 (249.1, 561)
1年間 (2012年度) のがん患者入院数	9,296.3 (25,242.5, 2,859)
1年間 (2012年度) の総入院数	76,135.3 (99,022.5, 15,310)
在院日数	14.6 (2.6, 14)
緩和ケアチーム活動開始時期 (西暦)	
2008～2012	21.7% (n = 66)
2003～2007	66.8% (n = 203)
1998～2002	5.3% (n = 16)
1993～1997	0% (n = 0)
<1993	0.7% (n = 2)
1年間 (2012年度) のコンサルテーション依頼件数	172.7 (372.7, 100)
緩和ケア診療加算 (+400または+200点) 算定施設数	38.8% (n = 118)
算定している施設の1カ月の加算件数	195.4 (207.7, 131)
身体症状担当医師数	2.7 (1.9, 2)
精神症状担当医師数	1.2 (0.9, 1)
看護師数	3.6 (3.4, 2)
薬剤師数	1.8 (1.0, 2)
専従身体症状担当医師数	0.9 (0.8, 1)
専従精神症状担当医師数	0.4 (0.6, 0)
専従看護師数	1.1 (1.2, 1)
専従薬剤師数	0.1 (0.3, 0)

表2 各項目が緩和ケア診療加算件数に与える影響 (n = 118)

項 目	平均値 (標準偏差)	相関係数	p 値
病床数	724.1 (275.5)	0.014	0.881
入院がん患者数	94,321.1 (119,066)	0.051	0.614
総入院患者数	15,165.0 (36,085.6)	0.031	0.114
在院日数	14.6 (2.6)	0.055	0.575
コンサルテーション依頼件数	262.6 (536.3)	0.255	< 0.01
身体症状担当医師数	2.7 (1.9)	0.007	0.938
精神症状担当医師数	1.5 (1.0)	0.150	0.112
看護師数	2.7 (2.2)	0.018	0.845
薬剤師数	1.9 (1.0)	0.156	0.098
専従身体症状担当医師数	1.2 (0.7)	0.293	< 0.01
専従精神症状担当医師数	0.6 (0.7)	0.300	0.048
専従看護師数	1.1 (0.4)	0.211	0.027
専従薬剤師数	0.2 (0.5)	0.543	< 0.01

特にチームの活動日以外で早急に対応が必要となる事例に対して、タイムリーに対応できない現状を生み出している」と報告している。専従スタッフ数が多ければ早急に事例に対応でき、その結果として、加算件数が上昇すると考えられる。しかし、専従薬剤師数以外の職種と加算件数は弱い相関であったため、ノンパラメトリックな検定も行ったところ、身体症状担当医師および薬剤師と加算件数との間のみ相関が認められたことから、特に身体症状担当医師および薬剤師のスタッフ数の充実が重要である可能性が考えられた。

次に重要な点は、加算件数と施設の病床数や入院患者数、在院日数およびチーム活動期間との間に相関がないことがわかったことである。すなわち、加算件数とこれらの因子との間に関連性はないことが示唆された。施設の規模が大きいほど、コンサルテーションチーム活動にマンパワーを投入できる可能性があるため、加算件数は多くなると思われたが、そのような関連性はないことが明らかとなった。

一方、本研究の限界として、以下の点が挙げられる。今回は、調査票をがん診療連携拠点病院にしか郵送しておらず、すべての算定病院を対象としなかった。すべての算定病院を対象とした場合、異なった結果が得られたかもしれない。また、本研究では、各職種の経験年数を調査しなかった。チームスタッフの経験が豊富なほど効率的に業務が遂行できるため、このような因子も算定件数に影響した可能性がある。また、すべての緩和ケアチームには、身体症状担当医師、精神症状担当医師、看護師および薬剤師が含まれているため、構成メンバーの差は本結果に影響していないと考える。

以上、本研究では、緩和ケアチーム専従スタッフ数と緩和ケア診療加算件数との間に相関性が認められた。いいかえると、緩和ケア診療加算件数を上昇させるためには、他の業務とは独立したかたちで各職種の医療スタッフを配置

し、緩和ケアチーム業務を行うことが重要であると考えられた。特に、専従薬剤師数との関連が最も強かったことから、緩和ケア診療加算件数を増加させるには、専従薬剤師のスタッフを増員させることが重要となるかもしれない。薬剤師が患者の薬物治療の支援（事前のカルテ調査や処方変更後の痛みの評価等）により時間を費やすことができれば、チームラウンドがより標準化、迅速化され、その結果として加算件数が上昇する可能性が考えられた。

今後、緩和ケアチームを全国的にさらに普及させ、活性化させるためには、このようにチームと診療報酬をリンクさせて評価することが重要と考えられる。

謝 辞

本研究を遂行するに際し、ご助言賜りました手稲溪仁会病院がん治療管理センター 久原幸先生、横浜市立大学附属病院薬剤部 小宮幸子先生、東北大学大学院医学系研究科 宮下光令先生、佐藤一樹先生、弘前大学医学部附属病院麻酔科 佐藤哲観先生、国立がん研究センター東病院精神腫瘍学開発部 小川朝生先生、北海道大学大学院医学研究科 大滝純司先生に厚く御礼申し上げます。

本研究は、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」の助成を受けて実施された。

文 献

- 1) 樋口比登実, 笹原朋代. 緩和ケア診療加算を算定している緩和ケアチームの医師の現状. がん患者と対療 2006; 17: 75-84.
- 2) 厚生労働省保険局医療 [cited 2013 AUG7]. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/gaiyou.pdf>
- 3) Ise Y, Morita T, Katayama S, and Kizawa Y. The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: A nationwide survey in Japan. J. Pain Symptom Manage. in press.
- 4) 奥村美奈子. A 県の医療機関における緩和ケアチームの活動の現状と課題. 岐阜県看大紀 2011; 11: 63-69.

Effect of a Designated Cancer Hospital on Additional Palliative Care Fees

Yuya ISE^{*1}, Tatsuya MORITA^{*2}, Shirou KATAYAMA^{*1},
and Yoshiyuki KIZAWA^{*3}

^{*1} Department of Pharmaceutical Services, Nippon Medical School Hospital,
1-1-5 Sendagi, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8603, Japan

^{*2} Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team and Seirei
Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital,
3453 Mikatahara-cho, Kita-ku, Hamamatsu 433-8558, Japan

^{*3} Division of Palliative Medicine, Department of Internal Related, Kobe University
Graduate School of Medicine,
1-1 Rokkoudai-cho, Nada-ku, Kobe 657-8501, Japan

Abstract: The influence of a designated cancer hospital on additional palliative care fees was investigated. We identified 397 designated cancer hospitals across the country. Questionnaires were mailed out to all 397 centers between November 2012 and January 2013. In those centers that charged additional fees for palliative care ($n = 118$), there was a significant correlation between the number of full-time medical staff and the additional palliative care fees. This important finding highlights the fact that the duties of the palliative care team must be performed independent of the duties of other medical staff to justify the increased palliative care fees.

Key words: designated cancer hospital, palliative care team, additional palliative care fees, number of full-time medical staff