

## 科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 5 月 10 日現在

機関番号：11301

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2010 ～ 2011

課題番号：22890018

研究課題名（和文）終末期がん患者への緩和ケア提供に係わる医療費のケースミックス分類の開発

研究課題名（英文）Developing an operational typology of terminally ill cancer patients hospitalised in palliative care units

研究代表者

佐藤 一樹 (SATO KAZUKI)

東北大学・大学院医学系研究科・助教

研究者番号：60583789

研究成果の概要（和文）：

緩和ケア病棟 8 施設で死亡したがん患者 379 名を対象に、約 5 万件の会計カード（処置伝票）から緩和ケア病棟で死亡前 30 日以内に実際にかかった医療費の実態を出来高により算定し、医療資源の必要度によるケースミックス分類を検討した。結果、これまで方法的な難しさから詳細が明らかでなかった緩和ケア病棟で終末期がん患者に対して実際にかかった医療費の実態が明らかとなった。ケースミックス分類開発のためさらなる分析と調査が必要である。

研究成果の概要（英文）：

The objective of this study was to examine medical cost within 30 days before death and develop an operational typology of 379 terminally ill cancer patients hospitalized in eight palliative care units. The results showed the medical cost in palliative care units within 30 days before death. We need additional analyses and survey to develop the operational typology.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2010年度	1,230,000	369,000	1,599,000
2011年度	830,000	249,000	1,079,000
年度			
年度			
年度			
総計	2,060,000	618,000	2,678,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：公衆衛生学・健康科学

キーワード：医療経済学、社会医学、緩和ケア、終末期医療

## 1. 研究開始当初の背景

ホスピス・緩和ケア(以下、緩和ケア)は、生命を脅かす疾患に直面する患者と家族に対し、痛みや他の身体的、心理的、霊的な問題の早期からのアセスメントや治療を通して苦痛の緩和と予防を行い、Quality of Life を改善するアプローチである(WHO, 2002)。多くの進行がん患者は様々な身体症状や精神的問題を抱えるため、適切な緩和ケアの提供が極めて重要となる。

わが国の専門的緩和ケアの提供体制は療養の場により区分され、「緩和ケア病棟」「緩和ケアチーム」「在宅緩和ケア」の3形態から成る。がん医療での緩和ケアの提供は、2004年開始の「第3次対がん10か年総合戦略」や2006年施行の「がん対策基本法」等を通して政策的に推進され、緩和ケア病棟を中心に量的に拡大してきた。質の高いがん医療を提供し、全国のがん患者のQuality of Life 向上のためには、緩和ケア病棟以外での緩和ケア提供の量的拡大とともに、提供される緩和ケアの質保証が課題であり、緩和ケアの質評価研究が国内外で行われてきた。

わが国でのこれまでの緩和ケアの質評価研究により、緩和ケア病棟での緩和ケアが遺族の評価が高いことが示され(Morita, 2002; Morita, 2004; Miyashita, 2008; Miyashita, 2009)、また、緩和ケア病棟で実際に提供される終末期がん医療の実態が明らかとなった(Sato, 2008; Sato, in submission)。しかし、緩和ケア病棟はがん患者の死亡場所の7%に過ぎず(日本ホスピス緩和ケア協会, 2009)、これまでの研究で明らかとした質の高い緩和ケアを緩和ケア病棟以外で提供することが緊喫の課題である。質の高い緩和ケアの普及の障害のひとつとして、診療報酬等の医療経済的な問題が専門家により指摘されている(Miyashita, 2007)。

欧米では、緩和ケアに係わる医療費のマイクロ経済評価(Campbell, 2004; Taylor, 2007; Emanuel, 2002)や緩和ケア病棟(Elsayem, 2004; Smith, 2003)、緩和ケアチーム(Ciemins, 2007; Penrod, 2006; Brumley, 2007)、在宅緩和ケア(Maltoni, 1997; Serra-Prat, 2001)の医療経済評価が行われた。これらは緩和ケアによる医療費削減効果を示し、緩和ケアが政策的に推進される1つの原動力となった。

一方、わが国では死亡前1年間の医療費調査はあるが(府川哲夫, 1998; 阿波谷敏英,

2004; 今野広紀, 2005)、緩和ケア提供に係わる医療費、すなわち質の高い終末期がん医療に関する医療費を明らかにした研究はなかった。

さらに、医療財政の観点から医療の質を保証し医療資源を効率的に配分することが求められている。急性期臨床ではわが国独自の診断群分類であるDPCに基づいた包括支払い制度DPC/PPSの対象病院数が増加し、療養病床では医療区分とADLによって区分された包括の診療報酬が導入され、医療資源の効率的な配分が目指されている。一方、専門的緩和ケアでは全ての対象患者を1つの診断群とみなす一律の定額支払いであり、多様な集団である終末期がん患者1人1人の医療資源の必要度を反映した制度ではない。このような制度下では、医療資源の配分が非効率となることに加え、患者にとって必要な検査や処置、投薬などが十分に提供されず、医療の質低下につながる可能性が指摘されている(池永昌之, 2004; 吉本鉄介, 2006; 樋口比登実, 2006; 家田秀明, 2007)。したがって、より効率的な診療報酬制度が社会的に求められている。

## 2. 研究の目的

本研究の目的は以下の2つとした。

第1に、質の高い終末期がん医療が提供されていると考えられる緩和ケア病棟での終末期がん患者の医療費の実態を明らかにすることとした。

第2に、緩和ケア病棟での終末期がん患者の医療費と患者背景や利用した医療資源などとの関連を探索し、終末期がん患者への緩和ケア提供に係わる医療資源の必要度によるケースミックス分類を検討することとした。

なお、ケースミックス分類とは、多様な患者集団を同様の医療資源の必要度の患者群に区分するサブグループ分類である。

## 3. 研究の方法

医療費調査と診療記録調査を行った。

### (1) 調査対象

調査施設は、2005年9月での緩和ケア病棟承認届出受理施設153施設のうち、2007年に行われた遺族による緩和ケアの質評価研究に参加し、実際にかかった医療費のデータが提供可能であり、本調査への参加に同意した

施設とした。

対象患者は、調査施設で2006年5月から10月に死亡した成人がん患者とし、遺族から診療記録調査への参加を拒否する連絡のあった対象患者と緩和ケア病棟での在棟日数が2日以内であった対象患者を除外した。

(2) 調査手順・調査項目

医療費調査は、緩和ケア病棟の診療報酬は包括支払いのため診療報酬明細書から実際に提供された診療行為を反映する医療費が調査不可能であるので、死亡当月・前月の2か月分の処置伝票(会計カード)の提供を受け、実際に提供された診療行為等の名称、数量、回数を調査した。2006年度改訂の診療行為マスター、特定器材マスター、医薬品マスターに基づいて出来高の医療費を算出して、死亡前30日以内に実際にかかった医療費を求めた。

診療記録調査は、各施設の調査員または事務局から派遣された調査員が各施設内で診療記録を閲覧し、診療記録閲覧マニュアルに従って専用の診療記録調査票に転記して行った。調査項目は、患者背景情報や死亡前に提供された医療などであった。

(3) 解析方法

研究目的1に対し、死亡前30日以内に実際にかかった医療費の記述統計を算出した。

研究目的2に対し、死亡前30日以内に実際にかかった医療費と緩和ケア病棟の在棟日数との関連を検討した。ここで在棟日数を検討した理由は、2012年度の診療報酬改定により緩和ケア病棟入院料が表1のように改定されたため、改定後の診療報酬の妥当性の検討を解析目的として行った。

表1. 緩和ケア病棟入院料

年	緩和ケア病棟入院料の内容
2011年度まで	全入院患者に一律の包括支払い 2002-2011年度：3780点/日
2012年度から	緩和ケア病棟の在棟日数による3段階の包括支払い 30日以内：4791点/日 31-60日：4291点/日 61日以上：3291点/日

4. 研究成果

緩和ケア病棟8施設で2006年5月から10月に死亡したがん患者379名を対象に医療費調査と診療記録調査を行った。

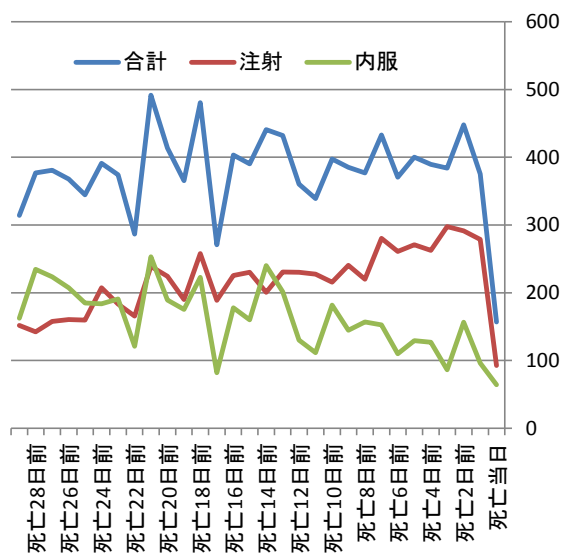
患者背景は、性別：男性233名(61%)、女性146名(39%)、年齢：平均±標準偏差69±12歳、がん原発部位：肺81名(21%)、上部消化管78名(21%)、下部消化管66名(17%)、肝臓・胆道・膵臓55名(15%)の順、緩和ケア病棟在棟日数：平均±標準偏差40±52日であった。

医療費調査の結果、述べ約5万項目の処置が算定された。入院料を除いた死亡前30日間の実際にかかった医療費は、投薬約3千点/名、注射約6千点/名、処置料約2千点/名、手術・輸血約800点/名、検査約600点/名、画像診断約500点/名、リハビリなど約300点/名であり、投薬や注射といった薬物療法に関する医療費が最も割合が高かった。

投薬に占める薬剤費は、死亡前30日間で約3千点/名であり、強オピオイドが約2.4千点/名(そのうちフェンタニルが1.8千点/名)で最大であった。注射に占める薬剤費は、死亡前30日間で約4.5千点/名であり、強オピオイド鎮痛薬が約900点/名(そのうちモルヒネが約700点/名)、NSAIDs約500点/名、サンドスタチン約500点/名であった。

また、投薬と注射の薬剤費の1日ごとの推移を図1に示した。

図1 薬剤費の死亡前30日間での推移



以上の成果から、これまで方法論的な難しさから詳細が明らかでなかった緩和ケア病棟で終末期がん患者に対して実際にかかった医療費の実態が明らかとなった。ただし、緩和ケア病棟の人的費や設備費は分析に含まれていないため慎重な議論が必要である。今後は終末期がん患者のケースミックス分類の開発のため、より詳細な分析と緩和ケア病棟在棟期間が 30 日以上を対象にした追加調査が必要である。

なお、平成 23 年度実績報告書中で調査結果の数値に誤りがあり、本成果報告書作成にあたり訂正した。

## 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計 0 件)

[学会発表] (計 0 件)

[図書] (計 0 件)

[産業財産権]

○出願状況 (計 0 件)

○取得状況 (計 0 件)

[その他]

特になし

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

佐藤 一樹 (SATO KAZUKI)

東北大学・大学院医学系研究科・助教

研究者番号：60583789

### (2) 研究分担者

なし

### (3) 連携研究者

なし