

Ⅱ．緩和ケア病棟の動向と現状

1. 日本ホスピス緩和ケア協会の調査データからみた緩和ケア病棟の現況

佐藤 一樹

(東北大学大学院 医学系研究科保健学専攻 緩和ケア看護学分野)

はじめに

イギリスから世界へと拡大したホスピス運動が日本に移入されたのは1970年代である。1981年の聖隷ホスピス、1984年の淀川キリスト教病院ホスピスに端を発する日本の緩和ケア病棟は、1990年の「緩和ケア病棟入院料」の新設により医療保険上制度化されて約20年になる。緩和ケア病棟入院料の届出受理施設は1990年の5病棟117病床から一貫して増加を続け、2000年には88病棟1,659病床、2005年には158病棟2,991病床、2011年には222病棟4,413病床まで拡大した(図1, 2)。

その間に緩和ケアを取り巻く状況は大きな変化をみせている。一般病棟でコンサルテーションにより緩和ケアを提供する緩和ケアチームは、2002年に診療報酬に「緩和ケア診療加算」が新設されて制度化し、がん診療連携拠点病院に設置が義務づけられることで、その数は急速に拡大している。また、日本人の終末期の療養場所や死亡場所の希望は自宅が最も多いことや医療費抑制の側面などから、2006年の在宅療養支援診療所の新設や「ターミナルケア加算」などさまざまな診療報酬の導入により政策的に在宅緩和ケアが推進されている。さらに、2006年に成立した「がん対策基本法」や、翌2007年に策定された「がん対策推進基本計画」では、早期からの緩和ケアの提供が重点課題として示されている^{1,2)}。

本稿では、緩和ケア病棟が制度化されてからの約20年間、特に日本の緩和ケアに大きな変化のもたらされたこの10年間での緩和ケア病棟の

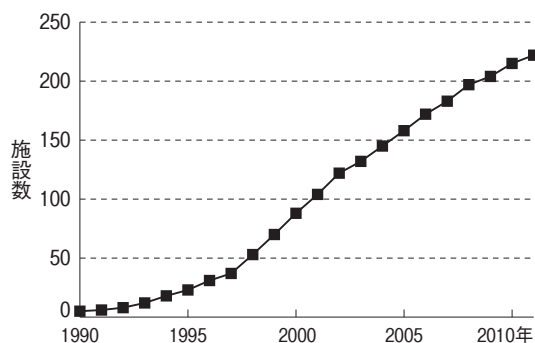


図1 緩和ケア病棟数の推移 (緩和ケア病棟入院料届出受理施設)

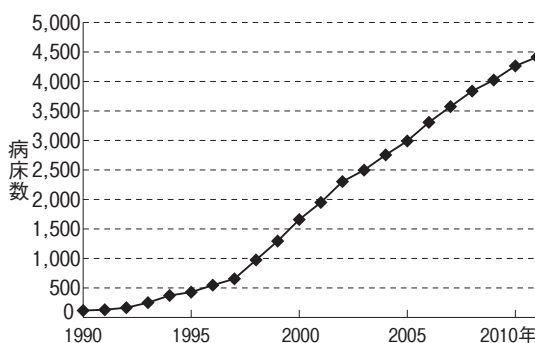


図2 緩和ケア病棟の病床数の推移 (緩和ケア病棟入院料届出受理施設)

変遷を日本ホスピス緩和ケア協会の調査データから概観する。日本ホスピス緩和ケア協会は、1991年に結成された「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」を前身とし、2004年に現在の名称に改称した。日本の緩和ケア病棟のほとんど全施設が会員であり、会員施設を対象に施設概要と利用状況を毎年調査している。日本ホスピス緩和ケア

表1 緩和ケア病棟の病棟形式

	院内独立型	院内病棟型	完全独立型
2001年度	27 (28)	65 (68)	4 (4)
2002年度	28 (27)	71 (69)	4 (4)
2004年度*	37 (27)	95 (70)	4 (3)
2005年度*	38 (26)	103 (72)	4 (3)
2006年度*	40 (25)	118 (73)	5 (3)
2008年度*	41 (22)	138 (75)	5 (3)
2009年度*	42 (22)	149 (76)	5 (3)

数字は施設数, () 内は%

*1 病院に院内独立型と院内病棟型の緩和ケア病棟あり

表2 緩和ケア病棟の設置病院の病床規模

	20～199床	200～499床	500床以上
2001年度	35 (37)	36 (38)	25 (26)
2002年度	38 (37)	39 (38)	26 (25)
2004年度	52 (39)	52 (39)	31 (23)
2005年度	56 (39)	53 (37)	35 (24)
2006年度	60 (37)	64 (40)	38 (24)
2008年度	69 (38)	76 (42)	38 (21)
2009年度	73 (37)	83 (43)	38 (20)

数字は施設数, () 内は%

表3 緩和ケア病棟入院料の算定開始（または届出受理）後の年数

	0～4年	5～9年	10年以上
2001年度	66 (69)	24 (25)	6 (6)
2002年度	68 (66)	26 (25)	9 (9)
2004年度	68 (50)	49 (36)	18 (13)
2005年度	58 (40)	63 (44)	23 (16)
2006年度	59 (36)	73 (45)	30 (19)
2008年度	58 (32)	75 (41)	50 (27)
2009年度	58 (30)	73 (37)	64 (33)

数字は施設数, () 内は%

表4 緩和ケア病棟の病床の個室割合

	50%以下	51～99%	全室個室
2001年度	15 (15)	42 (43)	39 (41)
2002年度	18 (17)	42 (40)	43 (42)
2004年度	19 (14)	43 (31)	73 (55)
2005年度	18 (13)	49 (33)	77 (54)
2006年度	19 (12)	50 (30)	93 (58)
2008年度	16 (9)	60 (32)	107 (59)
2009年度	18 (8)	65 (32)	112 (58)

数字は施設数, () 内は%

協会年次大会ですでに公表済みである2000年度以降の調査データの提供を日本ホスピス緩和ケア協会から受け、分析を行った。取得できたデータは、施設概要は2001～2009年度（2003年度と2007年度を除く）、利用状況は2000～2009年度であった。施設概要調査と利用状況調査の回収率は、それぞれ範囲「88～98%」と100%であった。

緩和ケア病棟の設備概要

緩和ケア病棟の病棟形式は、2009年度では院内独立型が42施設（22%）、院内病棟型が149施設（76%）、完全独立型が5施設（3%）であった。院内独立型の緩和ケア病棟数は2004年度以降は微増にとどまり、完全独立型の緩和ケア病棟数は2001年度から横ばいで、最近での新規届出受理施設は院内病棟型の緩和ケア病棟がほとんどである（表1）。

緩和ケア病棟の設置病院の病床規模は、2009

年度では中央値が262床であり、20～199床の小規模病院は73施設（37%）、200～499床の中規模病院は83施設（43%）、500床以上の大規模病院は38施設（20%）であった。病床規模500床以上の大規模病院は2009年には全国に421施設あり、大規模病院の約1割に緩和ケア病棟が設置されていることになる。設置病院の病床規模は2001年度以降で大きな変化はない（表2）。

緩和ケア病棟入院料の算定開始（または届出受理）後期間は、2001年度では中央値3.4年であり、5年未満の緩和ケア病棟が69%で多く、10年以上の緩和ケア病棟が6%にすぎなかった。2009年度では中央値8.1年であり、5年未満の緩和ケア病棟が30%に対して10年以上の緩和ケア病棟が33%であり、経験豊富な施設の割合が顕著に増加している（表3）。

緩和ケア病棟の認可病床数の中央値〔四分位範囲〕は、2001年度では20床〔15～22床〕、2005年度では20床〔16～22床〕、2009年度では20床

表5 緩和ケア病棟の年間入院患者数

	中央値	四分位範囲	年間入院患者数が100名以下	年間入院患者数が101～200名	年間入院患者数が201名以上
2000年度	102名	[73～147名]	42 (49)	38 (44)	6 (7)
2001年度	108名	[75～147名]	47 (47)	47 (47)	6 (6)
2002年度	120名	[82～151名]	41 (35)	67 (57)	9 (8)
2003年度	121名	[87～157名]	45 (34)	73 (56)	13 (10)
2004年度	119名	[88～151名]	51 (35)	79 (55)	14 (10)
2005年度	125名	[95～162名]	51 (32)	89 (56)	19 (12)
2006年度	128名	[94～159名]	49 (29)	100 (59)	21 (12)
2007年度	128名	[95～170名]	54 (29)	109 (59)	23 (12)
2008年度	131名	[93～172名]	53 (28)	108 (56)	32 (17)
2009年度	134名	[100～178名]	51 (26)	113 (57)	36 (18)

中央値、四分位範囲以外の数字は施設数、()内は%

[15～23床]とほとんど一定である。

緩和ケア病棟の認可病床数に占める個室の割合は、2001年度では50%以下の緩和ケア病棟が15%であったのに対し、全室個室の緩和ケア病棟は41%であった。2009年度では個室割合が50%以下の施設が8%、全室個室の施設が58%であった。緩和ケア病棟の施設基準では、「病床床面積が患者1人あたり8m²以上であること、病棟内に家族控室等を備えていること、全室個室であっても差し支えないが差額ベッド料金が必要な病床が5割以下であること」の規定があるが、個室は要件とはなっていない³⁾。プライバシーが確保でき、家族も自由に付き添うことができる個室の提供体制は、この10年間で改善がみられた(表4)。

緩和ケア病棟の利用状況

緩和ケア病棟の年間入院患者数の中央値[四分位範囲]は、2001年度で108名[75～147名]、2005年度で125名[95～162名]、2009年度で134名[100～178名]と経年的に増加している。年間入院患者数が100名以下の緩和ケア病棟の割合は2001年度の47%から2009年度には26%まで低下した一方で、201名以上の割合は2001年度の7%から2009年度は18%まで増加した。緩和ケア病棟1施設あたりの入院患者数は著明に増加しているが、病床数はほとんど一定であった。

したがって、平均在院日数の減少や病床稼働率の増加など各施設の取り組みにより、緩和ケア病棟の対応できる患者数が増加したことが考えられる(表5)。

緩和ケア病棟の平均在院日数の中央値[四分位範囲]は、2001年度で45日[36～54日]、2005年度で40日[34～49日]、2009年度で39日[31～52日]であり、中央値では10%の減少にすぎない。しかし、平均在院日数が30日未満の緩和ケア病棟は2001年度8%、2005年度15%、2009年度23%と増加し、60日以上緩和ケア病棟は2001年度16%、2005年度9%、2009年度10%と減少した。四分位範囲の変化も総合して考慮すると、緩和ケア病棟の平均在院日数は全体として短縮化する傾向ではあるが、特に在院日数の短い施設がより短縮化され、極端に長い施設の割合が減少したという変化が示唆された(表6)。

緩和ケア病棟の平均病床利用率の中央値[四分位範囲]は、2001年度で77%[69～84%]、2005年度で80%[71～88%]、2009年度で82%[71～90%]であった。平均病床利用率が75%未満の緩和ケア病棟は2001年度42%、2005年度33%、2009年度32%と減少し、90%以上の緩和ケア病棟は2001年度17%、2005年度20%、2009年度24%と増加した。平均在院日数と同様に、緩和ケア病棟の平均病床利用率は全体として増加する傾向ではあるが、特に病床利用率の高い

表 6 緩和ケア病棟の平均在院日数

	中央値	四分位範囲	平均在院日数が 30日未満	平均在院日数が 30～59日	平均在院日数が 60日以上
2000年度	43日	[37～52日]	7(8)	62(72)	17(20)
2001年度	45日	[36～54日]	8(8)	76(76)	16(16)
2002年度	44日	[36～53日]	18(15)	78(67)	21(18)
2003年度	41日	[36～51日]	17(13)	100(76)	14(11)
2004年度	41日	[35～52日]	16(11)	107(74)	21(15)
2005年度	40日	[34～49日]	23(15)	121(76)	15(9)
2006年度	41日	[34～50日]	25(15)	128(75)	17(10)
2007年度	40日	[33～47日]	27(15)	138(74)	21(11)
2008年度	39日	[30～50日]	47(24)	122(63)	24(12)
2009年度	39日	[31～52日]	47(23)	134(67)	19(10)

中央値、四分位範囲以外の数字は施設数、()内は%

表 7 緩和ケア病棟の平均病床利用率

	中央値	四分位範囲	病床稼働率が 75%未満	病床稼働率が 75～89%	病床稼働率が 90%以上
2000年度	78%	[64～86%]	36(42)	39(45)	11(13)
2001年度	77%	[69～84%]	42(42)	41(41)	17(17)
2002年度	77%	[67～85%]	49(42)	49(42)	19(16)
2003年度	79%	[69～86%]	51(39)	60(46)	20(15)
2004年度	80%	[71～88%]	56(39)	61(42)	27(19)
2005年度	80%	[71～88%]	53(33)	75(47)	31(20)
2006年度	81%	[73～89%]	51(30)	82(48)	37(22)
2007年度	80%	[71～90%]	63(34)	80(43)	43(23)
2008年度	82%	[71～89%]	66(34)	89(46)	38(20)
2009年度	82%	[71～90%]	64(32)	88(44)	48(24)

中央値、四分位範囲以外の数字は施設数、()内は%

施設の利用率がさらに上昇しほとんど満床に近い状況で運用されていた(表7)。

緩和ケア病棟の退院患者に占める死亡退院の割合(看取り割合)の中央値[四分位範囲]は、2001年度で87%[80～93%]、2005年度で88%[82～94%]、2009年度で89%[83～95%]であった。また、全国の緩和ケア病棟の全退院患者数に占める看取り割合は、2001年度84%、2005年度85%、2009年度86%であり、横ばい～やや増加という傾向であった。がん対策基本法やがん対策推進基本計画で早期からの緩和ケアが謳われているが、緩和ケア病棟の役割として「看取りの支援」

が依然として重要な位置を占めていることが示唆された(表8)。

緩和ケア病棟でのケアの対象となる患者は悪性腫瘍と後天性免疫不全症候群であるが、その患者のほとんどすべては悪性腫瘍である。日本の全がん死亡の死亡場所に占める緩和ケア病棟の割合は、2000年の2.7%から2009年には7.4%と約3倍に上昇した⁴⁾。しかし、がん患者の死亡場所はほとんどが一般病棟である。日本の一般市民約2,500名を対象とした2004年の調査では、終末期の療養場所や死亡場所の希望は自宅が最も多く、次いで緩和ケア病棟であった(終末期の療養場所

表8 緩和ケア病棟の退院患者に占める死亡退院割合（看取り割合）

	中央値	四分位範囲	看取り割合が 75%未満	看取り割合が 75～90%	看取り割合が 90%以上
2000年度	86%	[78～92%]	17 (20)	41 (48)	28 (33)
2001年度	87%	[80～93%]	14 (14)	46 (46)	40 (40)
2002年度	88%	[77～92%]	24 (21)	51 (44)	42 (36)
2003年度	88%	[81～92%]	20 (15)	59 (45)	52 (40)
2004年度	90%	[83～94%]	13 (9)	65 (45)	66 (46)
2005年度	88%	[82～94%]	17 (11)	76 (48)	66 (42)
2006年度	89%	[83～94%]	16 (9)	74 (44)	80 (47)
2007年度	90%	[82～94%]	21 (11)	73 (39)	92 (50)
2008年度	88%	[83～93%]	18 (9)	93 (48)	82 (43)
2009年度	89%	[83～95%]	22 (11)	81 (41)	97 (48)

中央値、四分位範囲以外の数字は施設数、() 内は%

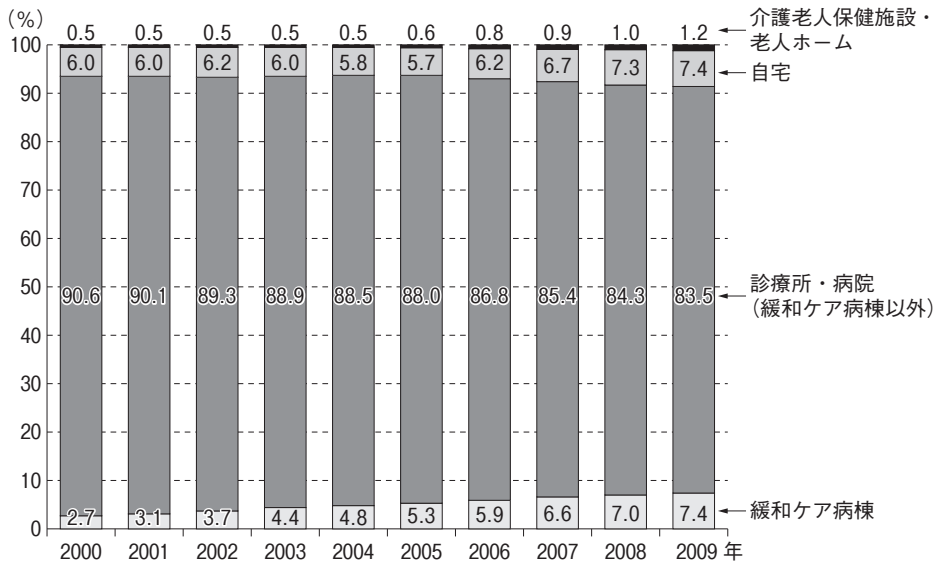


図3 がん患者の死亡場所

の希望：自宅46%，緩和ケア病棟36%，急性期病院18%，死亡場所の希望：自宅55%，緩和ケア病棟29%，急性期病院15%⁵⁾。緩和ケア病棟で提供する質の高い看取りのケアを緩和ケア病棟以外に拡大し、可能な範囲で提供していくことががん医療全体にとって重要である（図3）。

緩和ケア病棟の医療スタッフの配置

緩和ケア病棟での医療スタッフの配置のデータ

は2006年度以降分について取得できたが、経年的にはほとんど変化がみられなかったため、2009年度の調査結果を示す。また、病床数により医療スタッフの人数の解釈が異なるため、20床当たりの医療スタッフ数もあわせて示す（表9）。

緩和ケア病棟の医師数は半数以上の緩和ケア病棟で医師1名であったが、1名の医師で20床以上を担当することは少なかった（17%）。緩和ケア病棟の看護師数は20床当たり20名未満が73%であり、7対1看護での一般的な看護師数よ

表9 緩和ケア病棟での医療スタッフの配置 (2009年度)

	実数	病床 20 床あたり		
	平均±標準偏差	1名未満 /20床	1~2名 /20床	2名以上 /20床
医師 ^{*1}	1.6 ± 1.1	34 施設 (17%)	98 施設 (50%)	63 施設 (32%)
	平均±標準偏差	15名未満 /20床	15~20名 /20床	20名以上 /20床
看護師 ^{*1}	16.9 ± 5.2	35 施設 (18%)	108 施設 (55%)	52 施設 (27%)
	平均±標準偏差	0名	2名未満 /20床	2名以上 /20床
薬剤師 ^{*2}	1.3 ± 1.1	16 施設 (8%)	136 施設 (70%)	43 施設 (22%)
栄養士 ^{*2}	1.2 ± 0.9	17 施設 (9%)	140 施設 (72%)	38 施設 (20%)
ソーシャルワーカー ^{*2}	1.4 ± 1.0	16 施設 (8%)	126 施設 (65%)	53 施設 (27%)
カウンセラー ^{*3}	0.5 ± 0.8	125 施設 (64%)	54 施設 (28%)	16 施設 (8%)
宗教家 ^{*3}	0.3 ± 0.9	152 施設 (78%)	34 施設 (17%)	9 施設 (5%)
ボランティアコーディネーター ^{*3}	0.5 ± 0.7	112 施設 (57%)	76 施設 (39%)	7 施設 (4%)

*1 専従と専任の医療スタッフについて人数を算出した。

*2 専従・専任・兼任の医療スタッフについて人数を算出した。

*3 専従・専任・兼任・非常勤の医療スタッフについて人数を算出した。

表10 緩和ケア病棟の外来機能

	外来機能の有無		外来開診の頻度*		
	あり	なし	不定期～1日/週	2～3日/週	4日以上/週
2001年度	83 (87)	12 (13)	38 (40)	30 (32)	7 (7)
2002年度	88 (86)	14 (14)	37 (36)	32 (31)	9 (9)
2004年度	120 (89)	15 (11)	32 (24)	58 (43)	24 (18)
2005年度	132 (92)	12 (8)	41 (29)	64 (44)	22 (15)
2006年度	150 (93)	11 (7)	43 (26)	72 (44)	26 (16)
2008年度	171 (93)	12 (7)	47 (26)	80 (44)	36 (20)
2009年度	180 (92)	15 (8)	47 (24)	83 (43)	44 (23)

数字は施設数, () 内は%

*外来機能のある施設に対する割合 (未回答のため合計が100にならない)

りは多いものの、2006年度と同水準であった。重篤な患者が多い緩和ケア病棟で、近年では平均在院日数の短縮や病床利用率の増加により看護師の業務負担がさらに増加しているにもかかわらず、看護配置数に著変はないため、看護師の就業状況についてさらなる調査が必要である。

医師・看護師以外の医療スタッフでは、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカーはほとんどすべて(約9割)の病棟で利用可能であった。一方、カウンセラーや宗教家は非常勤でもスタッフのいない施設が半数以上であった。

緩和ケア病棟の医療者による外来・在宅医療

緩和ケア病棟の外来機能は、2001年度で87%、2009年度で92%とほとんどの施設が有していた。そのうち、2009年度の緩和ケア外来の開診日は、不定期または1日/週が24%、2～3日/週が43%、4日以上/週が23%であった。不定期または週に1日程度の外来ではがん患者の症状マネジメントを効果的に行うのは難しく、ほとんどが入院相談の外来であると推察される。終末期が

表 11 緩和ケア病棟の医療者による在宅医療

	在宅診療（医師）		訪問看護（看護師）	
	あり	なし	あり	なし
2001 年度	53 (56)	41 (44)	49 (52)	46 (48)
2002 年度	54 (54)	45 (45)	50 (50)	50 (50)
2004 年度	63 (47)	72 (53)	61 (45)	74 (55)
2005 年度	65 (45)	78 (54)	64 (44)	80 (56)
2006 年度	68 (42)	94 (58)	69 (43)	93 (57)
2008 年度	75 (41)	107 (59)	75 (41)	108 (59)
2009 年度	78 (40)	117 (60)	87 (45)	108 (55)

数字は施設数, () 内は%

表 12 緩和ケア病棟による施設外の医療者を対象とした研修の受け入れ

	研修受け入れの有無		研修受け入れ対象者*		
	あり	なし	医師	看護師	その他の医療者・学生
2008 年度	140 (78)	38 (21)	100 (71)	127 (91)	30 (21)
2009 年度	157 (84)	29 (16)	115 (73)	142 (90)	37 (24)

数字は施設数, () 内は%

*研修受け入れに対する割合（複数回答）

患者が望んだ場所で療養できるよう支援することが大切であり、外来診療で適切に症状を緩和し、できるだけ長く自宅で過ごせるようなケアが望まれる。今回のデータでは外来診療の詳細な内容は不明であるため、緩和ケア病棟での外来診療についてさらなる調査が必要である（表 10）。

緩和ケア病棟の医師による在宅診療機能は、2001 年度は 56%，2005 年度は 45%，2009 年度は 40% が有しており、経年的に減少していた。また、緩和ケア病棟の看護師による訪問看護機能は、2001 年度は 52%，2005 年度は 44%，2009 年度は 45% が有しており、経年的にやや減少していた。緩和ケア病棟の診療報酬算定上の留意事項として、緩和ケア病棟は「緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり…」と 2008 年より明記されている⁶⁾。しかし、必ずしも緩和ケア病棟の医療者が直接在宅医療を提供する必要はなく、地域の在宅医療者と連携して在宅緩和ケアを提供できればよいため、緩和ケア病棟の医療者による在宅診療や訪問看護の機能を有する緩和ケア病棟の割合は増加しな

かったと考えられる（表 11）。

緩和ケア病棟の教育活動

緩和ケア病棟による施設外の医療者を対象とした研修の受け入れ状況は 2008 年度以降のみデータがあり、2008 年度は 78%，2009 年度は 84% の緩和ケア病棟が研修を受け入れていた。そのうち、2009 年度の研修の受け入れ対象者は、医師が 73%，看護師が 90%，医師・看護師以外の医療者または学生が 24% であった。緩和ケア病棟の診療報酬算定上の留意事項として、緩和ケア病棟は「連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること」と 2008 年より明記されている⁶⁾。研修の受け入れ状況は 100% ではないものの、ほとんどの緩和ケア病棟が研修を受け入れており、医師や看護師対象が中心であった（表 12）。

おわりに

この10年間で、緩和ケア病棟は施設数の増加に加えて平均在院日数の減少や病床利用率の改善により、緩和ケア病棟での質の高いケアを享受できるがん患者数は約3倍に増加した。特に看取りのケアは、今日でも緩和ケア病棟の中心的役割のひとつといえる。さらに、2008年度の診療報酬の改定から地域の在宅医療者との連携や緊急時の入院受け入れ態勢の確保、研修の実施など地域の中での緩和ケア提供への貢献も求められるようになり、研修受け入れなど行われていた。一方で、外来診療の提供体制や看護師の負担などについて情報不足であり、より詳細に調査する必要性が示唆された。

文 献

- 1) がん対策基本法（平成十八年六月二十三日法律第九十八号：平成19年4月1日施行）
- 2) 厚生労働省. がん対策推進基本計画. 2007 [[cited 2012 Feb 1]; Available from: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>]
- 3) 保医発 0305 第2号平成22年3月5日：基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）
- 4) 厚生労働省. 平成12年-21年人口動態調査. 2001-10 [[cited 2012 Feb 1]; Available from: http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&statCode=000001028897&requestSender=ds_earch]
- 5) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al: Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18 (9): 1539-1547, 2007
- 6) 保医発第 0305001 号平成20年3月5日診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について