

Ⅶ. がん対策基本法後に緩和ケア病棟は どう変わったか

— 当院緩和ケア病棟の経験から —

金子 和彦 遠藤 俊江

(岡谷塩嶺病院 緩和ケア病棟)

はじめに

わが国の緩和ケア病棟入院料の届出受理施設は210施設、病床数は4,183床(2011年2月1日現在)となった¹⁾。長野県には4施設、84床ある。信州・長野県は、北信・東信・中信・南信の4つの文化圏に分かれている。

岡谷塩嶺病院(以下、当院)は10床の緩和ケア病棟を併設する総病床数53床の小規模公立病院で、南信地方の北に位置し、近隣の6市町村で人口20万人の二次医療圏を形成している。二次医療圏内には、緩和ケアチームを持つ病院が2つ(うち1つは地域がん診療連携拠点病院<以下、拠点病院>)、緩和ケア病棟(6床)を持つ病院がもう1つあり、緩和ケアの環境として入院治療に関しては比較的恵まれた状況であると思われる。

県内の緩和ケア病棟を併設している病院の分布には偏りがあり、北信地方に2病院、南信地方に当院を含め2病院である。当二次医療圏と北に接している中信地方には緩和ケア病棟が併設されている病院がなく、そのため中信地方の県がん診療連携拠点病院(以下、県拠点病院)や拠点病院からも当院緩和ケア病棟へ紹介がある。

当院緩和ケア病棟における変化

① 目的

当院では、1996年9月に緩和ケア病棟を開設した。2007年4月に施行されたがん対策基本法(以下、基本法)によって当院緩和ケア病棟に入院された患者の構成にどのような変化があったか

を検討し、地域連携において当院緩和ケア病棟が担っている役割を明らかにする。

② 対象と方法

2006年4月から2008年3月までの期間に当院緩和ケア病棟に入院した患者を対象とし、2007年4月を境に、基本法の施行前と施行後とで、入院患者数・年齢・在院日数・居住地・紹介機関などを比較検討した結果は、既刊の『緩和ケア』20巻1号にて報告した²⁾。今回は対象期間を2004年4月から2010年3月までの6年間とし、基本法の施行前3年間と施行後3年間とでの比較検討を行った。

③ 結果

基本法施行後3年間の入院患者数は211名で、施行前の3年間の186名に比べ13.4%増加した。平均年齢は73.2歳から76.7歳と上昇していた。在院日数は、前後1年間ずつの比較では39.4日から35.7日と減少していたが、前後3年間ずつの比較では施行前平均45.1日、施行後も45.8日と著変を認めなかった。

死亡退院以外の退院は2004年度9名、2005年度6名、2006年度6名、2007年度5名、2008年度1名、2009年度0名と基本法施行後は著明に減少していた。

紹介機関別にみると、拠点病院・県拠点病院からの紹介患者は基本法施行前の3年間では77名、施行後の3年間では106名と37.7%増加していた。特に、同じ二次医療圏内にある拠点病院からの紹介が47名から72名と有意に上昇していた(図1)。

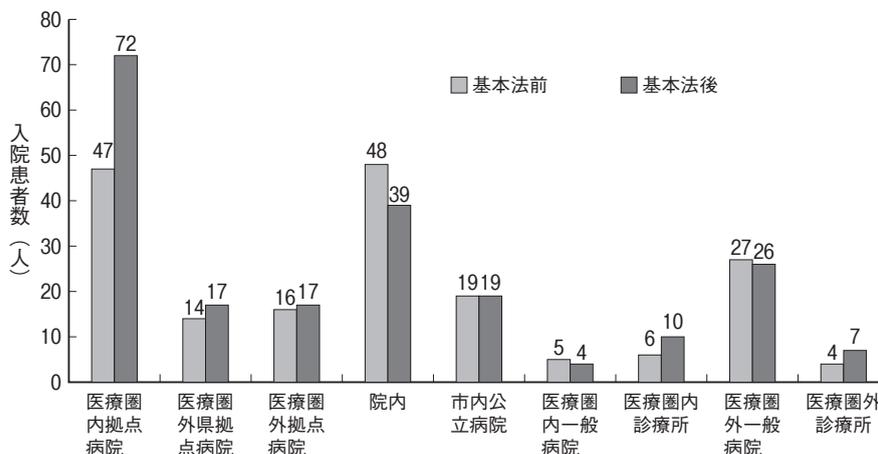


図1 紹介機関

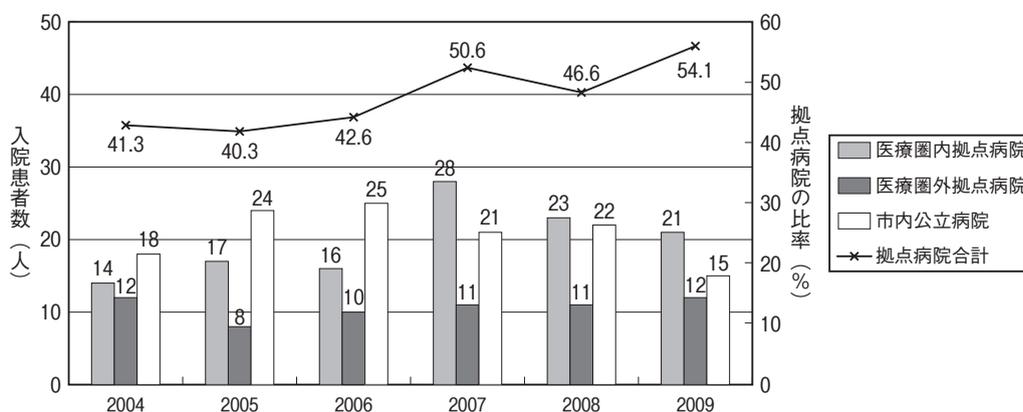


図2 拠点病院と市内公立病院

二次医療圏内・外の拠点病院と市内公立病院（当院も含む）とを年度別に比較すると、二次医療圏外の拠点病院からの紹介患者数は大きな変動はなかったが、二次医療圏内の拠点病院からの紹介患者数が基本法施行後は市内公立病院からの患者数を上回るようになっていた。割合で比較すると拠点病院からの紹介患者の比率は上昇しており、2009年度は54.1%に達していた（図2）。また、診療所からの紹介も医療圏内・外ともに増加していた（図1）。

居住地別にみると、当院の所在する岡谷市内からの患者数は3年間で70名から62名とやや減少していたが、同じ二次医療圏内にある諏訪市と下諏訪町の患者数はそれぞれ増加しており、特に下諏訪町は3年間の比較で15名から34名と倍増し

ていた（図3）。これを割合でみると、市内からの入院は37.6%から29.4%と減少していたが、二次医療圏全体では62.4%から64.5%と微増していた。

なお、当二次医療圏の6市町村とは岡谷市・下諏訪町・諏訪市・茅野市・原村・富士見町であるが、茅野市以南の原村・富士見町からの入院がほとんどないのは、茅野市に緩和ケア病棟を併設する諏訪中央病院があるためである。

④ 考察

基本法に基づき2007年6月に策定された「がん対策推進基本計画」（以下、基本計画）では、取り組むべき施策として「緩和ケアについては、治療の初期段階から充実させ、診断、治療、在宅

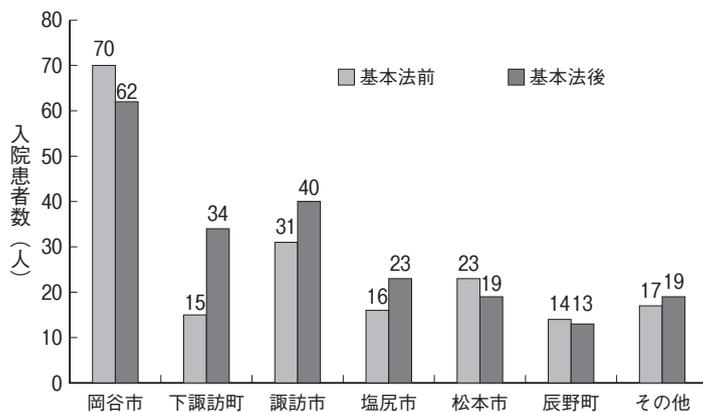


図3 居住地別の入院患者数

医療など、さまざまな場面において切れ目なく実施される必要があることから、拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携を推進していく。その際には、一般病棟や在宅医療との間に垣根を作らないホスピス・緩和ケア病棟や、在宅における緩和ケアの在り方について検討していく必要があり、緩和ケア病棟には、一般病棟や在宅では困難な症状緩和、在宅療養の支援及び終末期のケア等の機能をバランスよく持つことが期待される」³⁾と記されている（注：下線は筆者による）。

この基本計画を受けて行われた2008年3月の診療報酬改定では、がん性疼痛緩和指導管理料⁴⁾100点が新設されたほか、緩和ケア病棟入院料の内容が改定された。従来、「主として末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟であり…」と記されていたのが、緩和ケア病棟の位置づけも広がり、「緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、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、その患者について算定する」⁵⁾という表現に改められた（注：下線は筆者による）。さらに、地域の在宅医療を担う医療機関との連携が求められている。すなわち、苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍患者であれば末期でなくても対象となり、同時に外来や在宅への円滑な移行を支援する病棟としても位置づけ

られたわけである。

しかしながら今回の検討では、基本法施行後、当病棟では死亡退院以外の退院症例は施行前よりも少なくなっていた。症状コントロールはできていても、介護力不足や近くに往診してくれる診療所の医師がいないために退院できないというケースが多く、当地域においてはまだ患者・家族を支える在宅緩和ケアの体制が整っていないことがその理由と考えられた。

症状コントロールができた結果全身状態が安定して半年以上の入院が見込まれる状態となっても、自宅に帰ることは難しい。基本法施行前は施設や一般病棟に移っていただいた方が十数名いたが、基本法施行後は施設はいずれも満員で入所することは難しくなっていた。在宅・外来へ移行できた症例は3年間で4例ほどで、いずれも短期間で再入院となっていた。また、当院の入院患者に「末期の悪性腫瘍」ではない患者はおらず、当院緩和ケア病棟は結果的に看取りの場となっていた。

入院患者数は基本法施行後3年間で、施行前に比べ13.4%増加していた。内訳をみると、同じ二次医療圏内にある拠点病院からの紹介が有意に増加していた。拠点病院には緩和ケアチームが設置されているにもかかわらず、拠点病院からの緩和ケア病棟への紹介が増加していた。しかし、転院の理由は“一般病棟や在宅では困難な症状緩和”のためであることはほとんどなく、一般病棟でも緩和ケアチームの支援などで症状の緩和はできて

いるものの、介護力不足などで在宅への移行が困難であるか、拠点病院のベッドの事情であることが大半であった。

拠点病院は、いわゆる急性期の大規模病院であることがほとんどであり、当地域では拠点病院となったことでさらにがん患者の受診が増加し、逆に周辺の一般病院はがん患者の受診が減少し、その結果が当院緩和ケア病棟への紹介にも反映されていると思われた。同じ二次医療圏内にある諏訪市と下諏訪町からの紹介患者数の増加が、拠点病院へのがん患者の集中と、積極的治療が困難となった患者が拠点病院から退院せざるをえないという、当地域の事情を物語っていた。

拠点病院では緩和ケアを必要とする患者の病床の問題は切実であるようだ。だがその結果、“拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などによる地域連携を推進していく”ことに、当院緩和ケア病棟は貢献できているのではないかと考えられた。緩和ケアの地域連携の中で当院緩和ケア病棟が担うべき役割が示唆された。

おわりに

緩和ケア病棟の役割として、おもに苦痛緩和を必要とするがん患者を対象とし、入院のうえでの緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行を支援することが期待されている。しかし、症状が緩和できても、介護力が不足であったり、在宅緩和ケアを担えるマンパワーが不足している、在宅へ移行できる患者は少ないのが当地域の少し前の現状であった。

しかしその後、当二次医療圏でも、PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Eductaion) プロジェクトによりがん治療に関わる医師に対する緩和ケア教育が始まり、2009年度26名、2010年度15名の医師が受講された。基礎的な緩和ケアで対応できる患者に対するマンパワーが増加し始めている。

2008年11月には二次医療圏全体の緩和ケアの水準向上と、各施設との連携協力体制を図ることを目的として、拠点病院と緩和ケア病棟のある2病院の計3病院が世話人となり「諏訪地域緩和ケア連絡会」を立ち上げた。この会で4カ月ごとに「諏訪地域緩和ケア事例検討会」を開催し、これまでにのべ360名ほどの医師・看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士などといった多職種の方々に参加していただいた。これにより緩和ケアに関して、地域での顔の見える関係づくりが始まっている。

これからの緩和ケアの地域連携として、がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、一般病院が連携をとりながら入院治療に当たる必要がある。そして、在宅医療は在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、保険調剤薬局などが連携をとり、医療だけでなく福祉・介護が連携して在宅医療を支える必要があると思われる。

当院緩和ケア病棟でも今後は、従来のいわゆる終末期の「ホスピスケア的なケア」に加え、外来や在宅への移行を目指した積極的な症状緩和を行っていき、がん対策基本法がうたっている緩和ケア病棟の役割を担えるよう努めたいと考えている。

文 献

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会：緩和ケア病棟入院料の届出受理施設数・病床数（都道府県別）〔http://www.hpcj.org/what/doc_h01.html〕
- 2) 金子和彦，遠藤俊江：がん対策基本法の前と後—何が変わり、何が変わらないか。がん対策基本法後に緩和ケア病棟はどう変わったか—当院緩和ケア病棟の経験から。緩和ケア 20：28-31，2010
- 3) がん対策推進基本計画〔http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku03.pdf〕
- 4) 保医発第0305001号：特定疾患治療管理料・がん性疼痛緩和指導管理料〔<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1d.pdf>〕
- 5) 保医発第0305001号：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〔<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1d.pdf>〕