

5. 緩和ケア病棟のこの 10 年

佐藤一樹^{*1} 志真泰夫^{*2}

(^{*1}名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻
^{*2}筑波メディカルセンター病院 緩和医療科)

はじめに—緩和ケア病棟の保険医療制度上での変遷

緩和ケア病棟は、医療保険制度上では 1990 年に「緩和ケア病棟入院料」の算定が開始されて制度化され、30 年近くが経過した。その間に、緩和ケアが提供される場合は緩和ケア病棟以外に拡大されてきた。緩和ケアに関する診療報酬は、1990 年当時は緩和ケア病棟に対する「緩和ケア病棟入院料」のみであったのに対して、緩和ケアチームに関する「緩和ケア診療加算」(2002 年新設)、緩和ケア外来に関する「外来緩和ケア管理料」(2012 年新設)、在宅緩和ケアに関する「在宅療養支援診療所」(2006 年新設、機能強化型の制度化は 2012 年)や「在宅緩和ケア充実診療所」(2016 年新設)などが制度化されてきた。緩和ケアの定義はかつての「治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケア」から病期に依らず早期に提供されるケアへと変更され(2002 年 WHO)、緩和ケアの提供の場も多様になった¹⁾。

また、緩和ケア病棟に関する医療保険制度も少しずつ変更が加えられている。1990 年に設けられた緩和ケア病棟入院料算定のための施設基準では、医療者の体制や病室といった環境などの構造面が主であった。2008 年には留意事項として、入院患者への緩和ケアの提供とともに外来や在宅への円滑な移行を支援すること、緩和ケアに関するガイドラインを参考とすること、連携する保険医療機関の患者の緊急の相談などに 24 時間対応できること、連携する保険医療機関の医師・看護師などに研修を実施することが追加された。保険点数では 1990 年の新設以降、すべてのがん・エ

イズ患者に一律の包括払い診療報酬から、2012 年以降は入院日数の長期化により漸減する包括支払いとなり(表 1)、2016 年には「緩和ケア病棟緊急入院初期加算」が新設された。これらは緩和に加えて、他施設との連携促進、在宅療養患者の支援、緩和ケア病棟の利用患者数増加の意図が 2018 年 4 月から緩和ケア病棟入院料 1 と入院料 2 に区分され、平均在院日数、平均待機日数、在宅移行割合の基準により異なる診療報酬が導入される見込みである。多様な緩和ケアの提供体制の中で緩和ケア病棟は、多くの患者が利用できるより急性期型の運用、在宅療養患者のフォローアップや診療所などとの連携の促進、緩和ケアの教育・研修に関する地域での中心的役割など、求められる役割が拡大しながら変化してきたことが医療保険制度の変遷からもうかがえる。

表 1 緩和ケア病棟入院料の保険点数の変更

診療報酬	期間	内容
緩和ケア病棟入院料	2011 年度まで	入院日数に依らず一律の包括支払い
	2012 年度から	入院日数に依って漸減する包括支払い (30 日以内 / 30~60 日 / 61 日以上の 3 段階)
緩和ケア病棟緊急入院初期加算	2016 年度から	連携して緩和ケアを提供する別の在宅療養支援診療所などから情報提供されていた在宅療養患者の緊急入院に対する加算
緩和ケア病棟入院料 1 緩和ケア病棟入院料 2	2018 年度から	直近 1 年間の平均在院日数、平均待機期間、在宅移行割合の施設要件により入院料 1 と入院料 2 のいずれかの算定となる(入院日数により点数が漸減するのは同様)

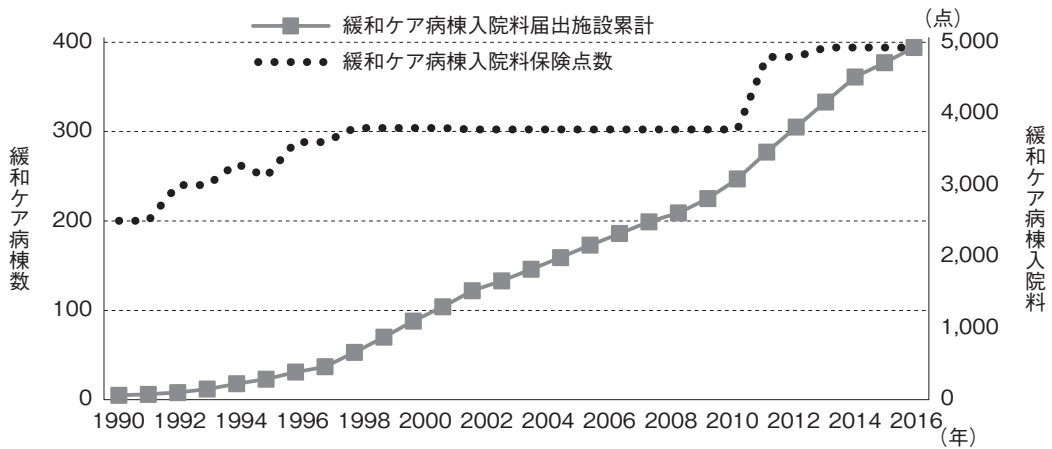


図1 緩和ケア病棟の施設数と緩和ケア病棟入院料の保険点数の推移²⁾
 緩和ケア病棟の施設数は、緩和ケア病棟入院料の届け出施設数。緩和ケア病棟入院料の保険点数は、2012年以降は入院日数別の点数の最高額

これらを背景として、緩和ケア病棟入院料を算定する緩和ケア病棟は、1990年に5施設でスタートした後、一貫して増加し続けている(図1)²⁾。年に数施設ずつの緩やかな増加から1998年以降は年に10施設台の増加のペースへとアップし、2011年より数年間は年に20～30施設台の増加へと加速した。2010年代の増加ペースの加速は、上述の緩和ケア病棟入院料の保険点数変更により1日あたりの保険点数の最高額が増額された影響が考えられる。2017年には394施設8068病床まで増加した。

また、緩和ケア全体に対しては、2006年のがん対策基本法の成立とそれに続くがん対策推進基本計画の策定は大きな前進の契機となった。緩和ケア病棟に関する直接的な言及は少ないが、緩和ケア病棟入院料緊急入院初期加算の新設など地域連携の推進のための施策はその一端であろう。がん診療の中心的役割を担うがん診療連携拠点病院が2次医療圏ごとに整備され、そのすべてが緩和ケアチームを有する。緩和ケア病棟は都道府県がん診療連携拠点病院の37%(18/49施設)、地域がん診療連携拠点病院の24%(83/350施設)に設置されている^{2,3)}。

本稿では、上述の緩和ケア病棟の役割の変化とがん対策による緩和ケア病棟への影響を日本ホスピス緩和ケア協会の調査データを基に検証する。

方 法

日本ホスピス緩和ケア協会が毎年4月に正会員である緩和ケア病棟を対象に行う施設概要・利用状況調査のデータを二次利用した。がん対策基本法成立後の変化を検証するため、施設概要は2006～2016年の10年間(各年4月1日時点で情報)、利用状況は2006～2016年度の10年間の情報を利用した。緩和ケア病棟入院料算定施設のうち、延べ90%(2613/2892施設)から有効回答を得た(有効回答率の範囲:2015年度306/361施設=85%,2006年度170/173施設=98%)。

結 果

1. 緩和ケア病棟の施設概要の変化(表2)

緩和ケア病棟の施設構造や人員は2006年から2016年の10年間で大きな変化はなかった。緩和ケア病棟数は増加傾向であるが、緩和ケア病棟入院料の算定開始後5年未満の開設後間もない緩和ケア病棟が約1/3ほどで割合は一定である。施設構造に関しては、独立型でなく院内病棟型が増加したものの、病床数や個室割合に著変はなかった。人員に関しても、専従・専任の医師・看護師数は同程度であった。緩和ケア病棟入院料算定の施設基準について施設構造や人員に関する変更がなく、大きな変化はみられなかったと考えられる。

表 2 緩和ケア病棟の概要の変化

年	2006 年	2016 年
有効回答	161 施設	283 施設
緩和ケア病棟入院料 算定開始後 5 年未満	36%	30%
病棟形式(院内病棟型)	72%	83%
認可病床数	19.1 ± 5.8 床	20.6 ± 7.5 床
稼働病床数	18.8 ± 5.7 床	20.2 ± 7.3 床
個室割合	84 ± 21%	87 ± 21%
医師数(専従・専任、20 床当たり)	1.7 ± 0.9 名	1.7 ± 0.9 名
看護師数(専従・専任、20 床当たり)	17.8 ± 5.9 名	18.2 ± 4.1 名
緩和ケア外来	93%	98%
緩和ケア外来の開診頻度：週 2 日以上	45%	78%
在宅診療(自施設から)	42%	37%
訪問看護(自施設から)	43%	54%
病院の病床数	331 ± 249 床	329 ± 233 床
緩和ケアチーム		
あり(緩和ケア診療加算の算定あり)	(データなし)	14%
あり(緩和ケア診療加算の算定なし)		41%

表 3 緩和ケア病棟の利用状況の推移

年度	有効回答 (施設)	年間入院患者数(名)		平均在棟数(日)		平均病床利用率(%)		死亡退院割合(%)	
		中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲
2006	173	128	[94 ~ 159]	41	[34 ~ 50]	81	[73 ~ 89]	89	[83 ~ 94]
2007	186	128	[95 ~ 170]	40	[33 ~ 47]	80	[71 ~ 90]	90	[82 ~ 94]
2008	199	131	[93 ~ 172]	39	[30 ~ 50]	82	[71 ~ 89]	88	[83 ~ 93]
2009	209	134	[100 ~ 178]	39	[31 ~ 52]	82	[71 ~ 90]	89	[83 ~ 95]
2010	225	141	[102 ~ 186]	39	[30 ~ 47]	83	[74 ~ 92]	88	[81 ~ 94]
2011	247	148	[107 ~ 188]	37	[31 ~ 44]	83	[72 ~ 90]	89	[81 ~ 94]
2012	277	157	[108 ~ 201]	34	[28 ~ 43]	80	[70 ~ 90]	88	[79 ~ 93]
2013	305	157	[111 ~ 205]	32	[25 ~ 40]	76	[64 ~ 86]	87	[78 ~ 93]
2014	333	158	[120 ~ 210]	32	[25 ~ 40]	76	[65 ~ 87]	87	[78 ~ 92]
2015	361	168	[128 ~ 218]	31	[25 ~ 39]	76	[66 ~ 85]	87	[79 ~ 92]
2016	377	176	[130 ~ 221]	29	[23 ~ 39]	76	[65 ~ 85]	85	[78 ~ 92]

外来機能では、外来設置割合はもともと高く、変化はわずかであったが、定期的な外来診療の実施割合は大きく増加した。2016 年では入院相談のみの外来は 15% で、ほとんどの外来でフォローアップ機能を有していた。また、自施設からの在宅診療や訪問看護の機能を有する割に変化がみられたが、これは他機関との連携により補完できる機能でもある。

2. 緩和ケア病棟の利用状況の推移 (表 3)

緩和ケア病棟の平均在棟日数や入院患者数に大きな変化がみられた。2010 年頃までは平均在棟日数は緩やかに短縮傾向で年間入院患者数は微増であったが、2012 年に緩和ケア病棟入院料が在棟日数により漸減する包括支払いに変更されたことを契機に平均在棟日数は著名に短くなった。平均在棟日数が 60 日以上 of 緩和ケア病棟は 2006 年の 10% から 2016 年には 3% にまで減少した。2016 年では、在棟 1 週間以内の短期入院が各施

設での退院患者の平均 23%であり、61 日以上
の長期入院は退院患者の平均 14%であった。

平均在棟日数の短縮化に伴い年間入院患者数は増加し、同時に平均病床利用率の低下もみられた。平均在棟日数と平均病床利用率は負の相関関係（順位相関係数 $\rho=0.3$ 、2016 年度）があり、平均在棟日数が短くなって入退院の頻度が増えることで空床となり、利用率が低下したと考えられる。また、施設概要で看護師数がほとんど増加していなかったことから、入退院頻度の増加による看護師のケア負担の増加も推察される。実際に 20 床当たり看護師数と平均病床利用率（ $\rho=0.21$ ）や平均在棟日数（ $\rho=-0.31$ ）は相関関係があり、看護師の人員配置への配慮が求められる。

一方で、退院患者に占める死亡退院割合は大きな変化はみられなかった。がん対策では早期からの緩和ケアの重要性が明記され、緩和ケア病棟の機能としても外来診療や地域連携での在宅療養患者への支援が求められているが、看取りのケアは現在でも緩和ケア病棟の主要な役割であることがうかがえた。

まとめ—緩和ケア病棟のこの 10 年

がん対策により緩和ケアが社会的に推進され緩和ケアの提供の場も拡大した一方で、高齢多死社会や逼迫した医療財政状況から限られた医療リソースの効率的な配分が社会的にますます求めら

れるようになったこの 10 年間に於いて、緩和ケア病棟の大きな変化は平均在棟日数の短縮であった。緩和ケア病棟は、外来診療や在宅療養支援診療所などとの連携により終末期患者がなるべく在宅療養できるよう支援し、恵まれた緩和ケア病棟の入院医療リソースを効率的に活用するよう社会的に要請され、個々の施設の努力によりそのニーズに答えてきた 10 年間であったといえる。その結果、がん死亡者に占める緩和ケア病棟での死亡割合は 2006 年の 5.8%から 2016 年に約 13%と倍増した^{2, 4)}。緩和ケア病棟が急性期化し業務が多忙化する中で医療スタッフの疲弊や、病床利用率の低下といった課題の現在解決すべき課題である。

文 献

- 1) Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, et al: Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage. 24 (2): 91-6. 96, 2002
- 2) 日本ホスピス緩和ケア協会. 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ [https://www.hpcj.org/index.html.]
- 3) 国立がん研究センター. がん情報センターホームページ [https://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/xpKyotenSearchTop.xsp.]
- 4) 厚生労働省. 平成 27 年人口動態調査 2016 [cited 人口動態調査. [http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001158057&requestSender=dsearch.]