

# 1. わが国におけるがんのリハビリテーションの現状

## B. 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題

高島千敬

(広島都市学園大学 健康科学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻)

### はじめに

2006年にがん対策基本法が成立し、基本的施策として「がん患者の療養生活の質の維持向上」が謳われた。この中でリハビリテーションによる患者支援が注目されるようになり、2010年に従来の疾患別リハビリテーション料に加えて、がん患者リハビリテーション料が新設された。

一方、緩和ケア病棟入院料は、1990年に保険収載され、以降点数や施設基準等が見直されて現在に至っている<sup>1)</sup>。

本稿では、緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題について解説する。

### リハビリテーションの保険診療の現状

がん患者に関連するリハビリテーション料の保険請求には、障害の種類に応じて算定できる疾患別リハビリテーション料、それとは別枠のがん患者リハビリテーション料の2つの方法がある

(表1)。

疾患別リハビリテーションでは、たとえば運動器リハビリテーション料で150日というように、標準算定日数が定められているが、がん患者リハビリテーション料は入院中であれば1日6単位を上限として日数制限なく算定できる。

がん患者リハビリテーション料の算定には、施設基準に示されている人員への研修要件が課せられており、療法士はもとより、医師、看護師によるチームでの参加が義務付けられている。この研修には、進行がんの講義があり、緩和ケアに関する内容が含まれている。

がん患者リハビリテーション料の対象は、新設当初はがんの局在を中心に8つの分類が示されていた。しかしながら、婦人科がんと泌尿器系のがんが対象に含まれおらず、各種医療団体の要望により、2020年の診療報酬改定にて、その枠組みが撤廃され、治療や症状による区分へと変更された。

この中でも、「在宅において緩和ケア主体で治

表1 がん患者リハビリテーション料

点数・施設基準	点数：205点（入院中に限り、1日につき6単位に限り算定） 施設基準の人員要件として、療法士、医師、看護師によるチームでの研修要件が課せられている。進行がんの講義もあり、緩和ケアの内容が含まれている
対象	当該入院中のがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者 ----- 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

2020年度の診療報酬の改定により、対象が変更された。

療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者」として、一般病棟が対象ではあるが緩和ケア主体の患者へのリハビリテーションについて明記されている。

以上のことから、がん患者リハビリテーション料の施設基準の取得施設においては、緩和ケアの対象者へのリハビリテーションについて一定の水準で教育された療法士が勤務している体制にあるといえる。

他方、緩和ケア病棟の施設基準の人員配置は、医師、看護師のみで、リハビリテーション職種の配置は定められていない。また、同病棟は包括医療のために、疾患別リハビリテーション料やがん患者リハビリテーション料の出来高算定ができない。

緩和ケア診療加算を算定している施設では、緩

和ケアチームからの相談で、一般病棟の患者のリハビリテーションの適応を打診されるケースもあるが、同チームも医師、看護師のほか、薬剤師で構成されており、リハビリテーション職種は含まれていない。

このように、現状の保険診療体制においては、緩和ケア病棟におけるリハビリテーションは、医師による指示は可能であるが、実施に際しては無報酬での対応となっている。

## 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実態調査

2012年に日本ホスピス緩和ケア協会の協力により、日本作業療法士協会、日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会が「緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実態調査」<sup>2)</sup>を実施した。

対象は日本ホスピス緩和ケア協会に所属してい

表2 結果

回収率	46.2% (109通)
病床数	総計 2,081床 (1施設平均 19.1床)
病棟稼働率	82.6% (45～102%)
過去3カ月の入棟患者数	4,168名 (平均 39.3名)
調査時の患者の平均年齢	73.7歳
入院までの平均待機日数	17.1日 (1～80日)
平均在院日数	37.3日 (15～92日)

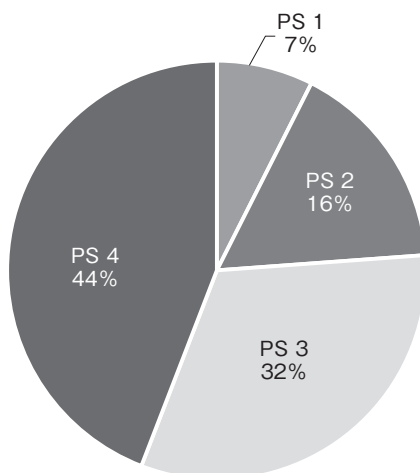


図1 入棟者の Performance Status (PS)

対象は Performance Status の3、4で76%を占めており、活動レベルが低いことが示されている。

I. がんのリハビリテーション—緩和ケア主体の時期を中心に

る 236 施設の緩和ケア病棟の代表者（医師・看護師・療法士）とし、調査票を送付し、郵送にて回収した（表 2）。

2012 年 6 月～8 月までの 3 カ月間におけるリハビリテーション依頼件数は 1,520（実施率 36.5%）件であり、実施件数は 12,807 件であった。リハビリテーション実施患者の平均実施期間は 36.8 日であり、週あたり平均 4.1 回実施され、1 日の実施時間は平均 27 分であった。

また、対象患者の 76%が Performance Status の 3、4 であり、活動度が低く臥床傾向であった（図 1）。なお、一時的な ADL の改善を認めた例は 242 名であった。ADL 改善の要因としては、高齢者が主たる対象であり、環境整備による残存機能の活用や廃用症候群の改善が影響したと考えられる。

緩和ケア病棟に関わる療法士の勤務状況を図 2 に示す。ごくわずかに専従者も存在したが、大半が他の疾患別リハビリテーション料との兼任で

あった。現行では一般病棟での業務の合間に介入することになり、十分な対応には至っていないことが推測された。

リハビリテーション実施患者の転帰は、図 3 のように 83% が死亡退院であったが、自宅退院は 11%であった。

看護師の代表者への「現在の入棟患者に占めるリハビリテーションの適応があると考えられる患者の数」の問いには、48.8%の患者でリハビリテーションの適応があると回答されていた。調査時点での回答ではあるが、約半数にリハビリテーションの支援が必要なが示唆された。

リハビリテーションの提供状況に対する各職種の認識は、医師では十分 59%、不十分 6%であったが、看護師では十分 39%、不十分 38%となり、看護師で不十分という認識が高い傾向にあった。その一方で、療法士は十分が 10%でしかなく、41%が不十分と感じていた（図 4）。

療法士においては専任での関与が圧倒的に多い

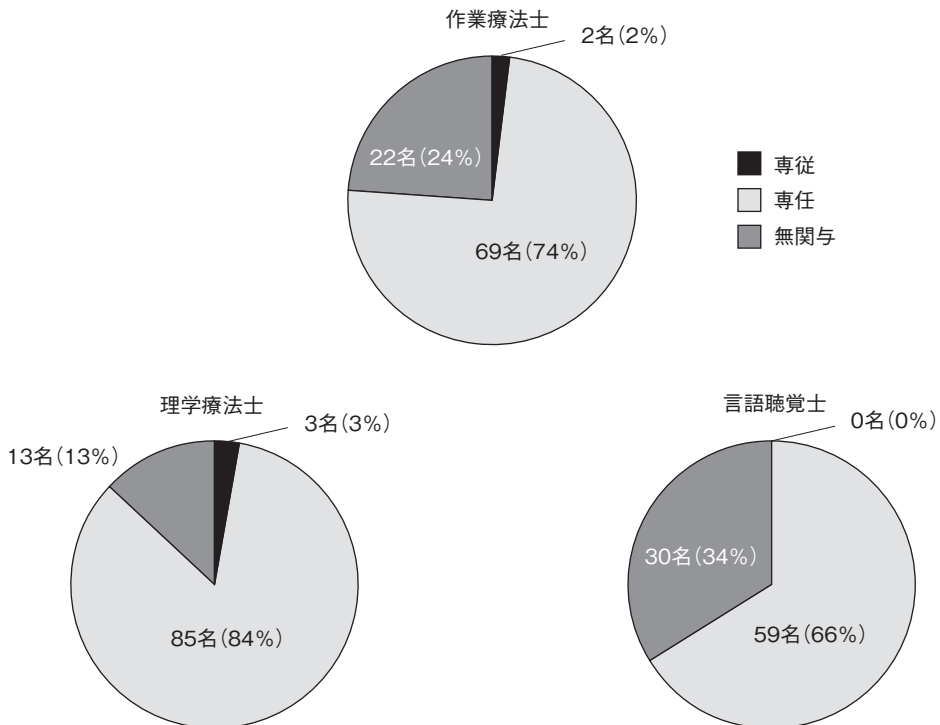


図 2 療法士の緩和ケア病棟への勤務状況

専従は緩和ケア病棟に 8 割以上勤務、専任は緩和ケア病棟での対応と疾患別リハビリテーションとの兼任と定義して調査した。作業療法士 93 名、理学療法士 101 名、言語聴覚士 89 名が関与していた。

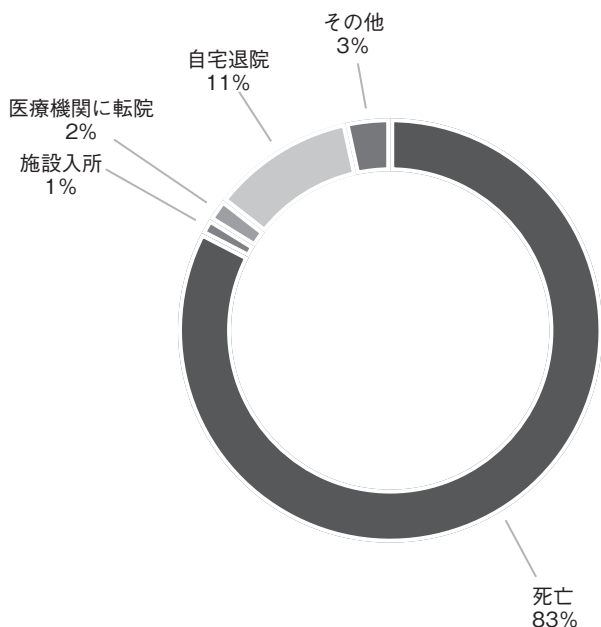


図3 リハビリテーション実施患者の転帰

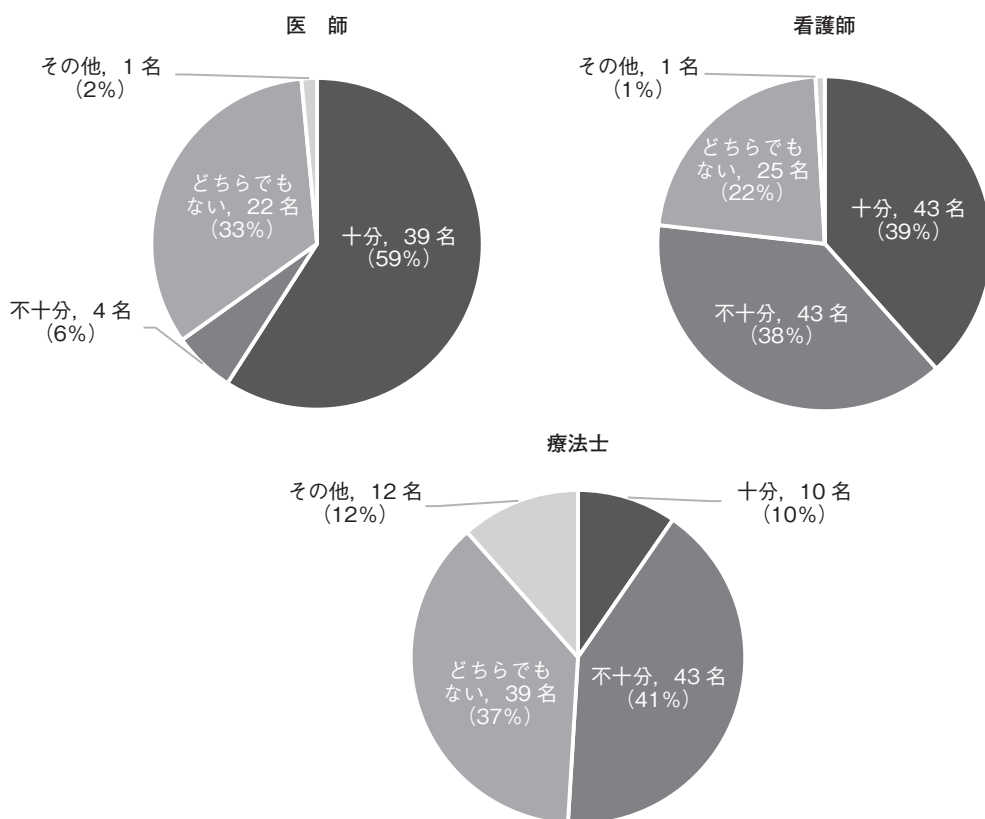


図4 リハビリテーションの提供状況に対する各職種の認識

医師の約6割はリハビリテーションの提供が十分と考えていたが、療法士は1割しか十分な提供ができていると捉えていなかった。

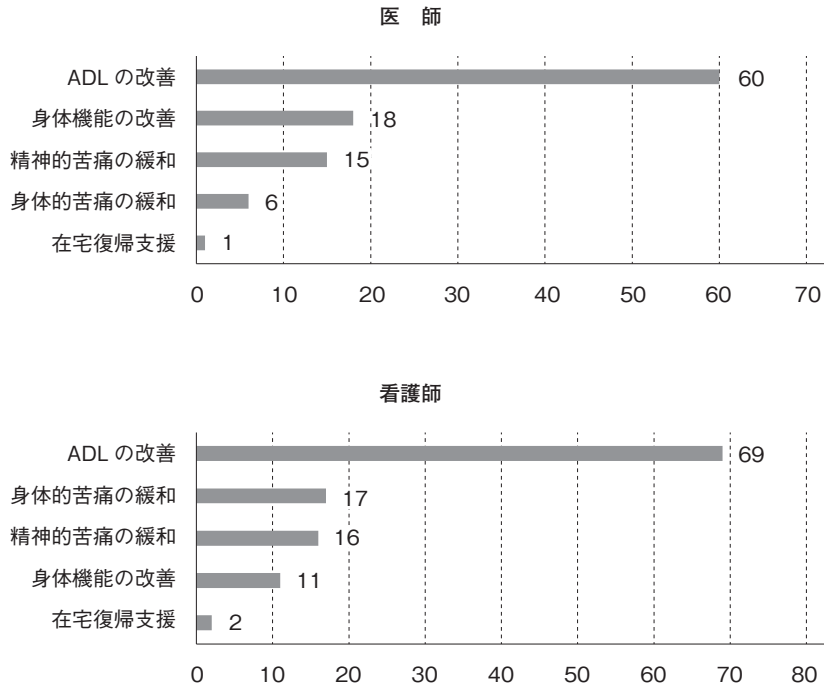


図5 医師，看護師によるリハビリテーションへの期待（件）

緩和ケア病棟の医師，看護師の代表者への質問とし，上位1番目から3番目までの順で回答を得たものの1番目としてあがった項目の順位である。心身機能の改善よりも活動の拡大への期待が大きい。

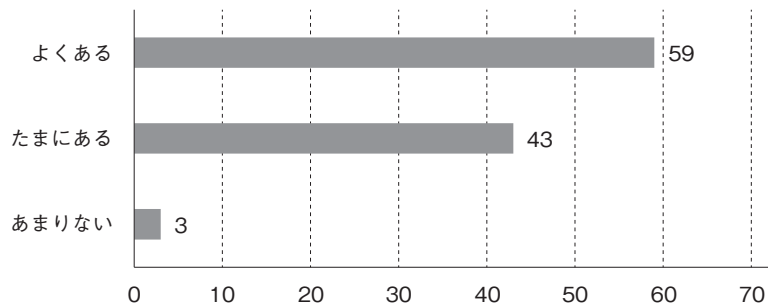


図6 患者や家族からのリハビリテーション実施の希望（件）

状況の中で，無報酬での実施となる緩和ケア病棟での対応に，十分時間を割くことができていない実情が反映された結果であろうと推測される。

医師と看護師のリハビリテーションへの期待を図5に示す。この設問は上位1～3番を回答してもらった形式の問いであり，1番目としてあがった項目の中の順位を示したものである。活動レベルの低い患者への対応となるため，ADLの改善が突出していた。

なお，表には示していないが，在宅復帰支援は両職種の3番目の期待の最上位であった。

現行の緩和ケア病棟の施設基準1には，直近1年間おける在宅退院患者が15%以上と明記されており，看取りに加えて在宅復帰支援への機能強化が図られるようになってきている。

作業療法士や理学療法士は，心身機能の改善や活動の拡大を支援することが職務であり，従来から脳血管疾患などの患者への退院支援を担ってき

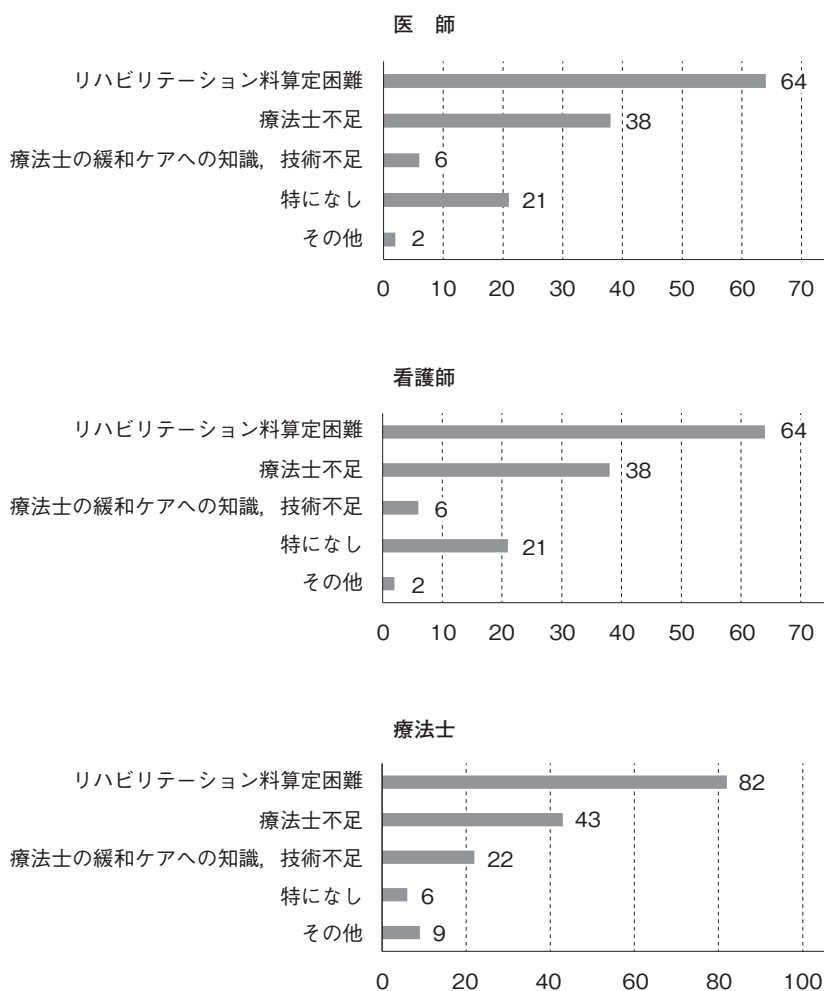


図7 リハビリテーション実施の際の課題（各職種の代表者）

た実績がある。緩和ケア病棟でもこの実践が活用されれば、身体症状を伴う患者においても、安全かつ円滑な退院支援が実現できる。

また、患者や家族からのリハビリテーションの実施の希望も非常に高い状況にある（図6）。原疾患にもよるが、患者が入棟前に一般病棟でリハを実施していたため、実施への希望が寄せられたのではないかと考えられる。

以上のように、医療職はもとより、患者本人や家族からもリハビリテーションへの期待が大きいたることが分かる。

図7に示す緩和ケア病棟でのリハビリテーションの課題については、各職種で共通して、リハビリテーション料の出来高算定ができないことが

一番の課題としてあがり、次いでマンパワー不足と続いた。

2020年の療法士の有資格者数は、理学療法士182,893名<sup>3)</sup>、作業療法士94,255名<sup>4)</sup>、言語聴覚士34,489名<sup>5)</sup>であり、年々増加してきている<sup>6)</sup>。しかし、その多くが回復期リハビリテーション病棟に勤務しているという実態があり、緩和ケア病棟を有する医療機関での数の増加とは必ずしも一致しない。

将来的には、このマンパワー不足は解消されると推測されるが、リハビリテーション料の出来高算定ができない現行の医療保険制度の見直しが必要な課題であるといえる。

近年、療法士の養成教育の中でも、緩和ケアに

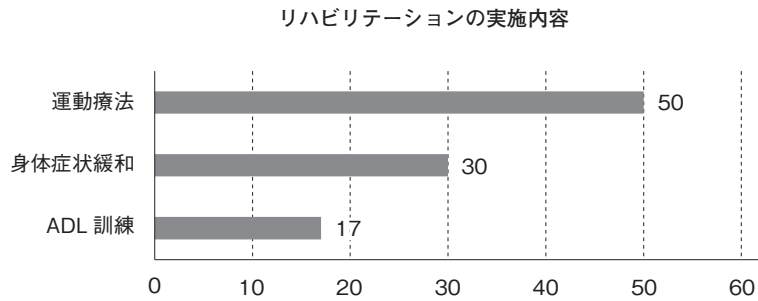


図8 リハビリテーションの実施内容（件）

リハビリテーション部門の代表者への質問であり、上位1番から3番までの順で回答を得たものの1番目としてあがった項目の順位である。表にはないが、2、3番目の最上位はADL訓練となっている。

ついでと言及されるようになってきており、理学療法士・作業療法士の国家試験の出題範囲にも明記されている。

加えて、リハビリテーション専門職団体協議会では、2017年よりがんの緩和ケアに関わるリハビリテーション専門職研修会を開催しており、これまでの4回で約600名が修了している。

図8は、リハビリテーションの実施内容である。先にあげた各職種のリハビリテーションへの期待であるADLの改善に対して、開始当初の活動レベルの低さを考慮し、軽負荷での運動療法からの導入がなされ、ADL訓練を併用していることが推測された。

医療費が40兆円を超える中で、リハビリテーション料が占める割合は5.5%に至り、2兆円規模になってきている<sup>10)</sup>。このような状況で、更なる医療費の増加となる緩和ケア病棟でのリハビリテーション料の出来高算定は期待しにくい。

将来的な普及促進に向けては、病棟の施設基準への療法士配置の追記や緩和ケア病棟でのリハビリテーション支援へのチーム加算等による評価を期待したい。

そのためには、この時期のリハビリテーションの効果を適切に評価できる指標によるエビデンスの構築が欠かせず、限られた状況ではあるが、日々の実践の蓄積が重要である。

## 今後の課題

緩和ケア病棟において、リハビリテーション職種には患者の自分らしい生活の維持、改善が期待されている。

症状の進行や苦痛症状に合わせた緩和ケア主体の時期のリハビリテーションは、がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版にて<sup>7)</sup>、患者にとって害が少なく、利益のあるアプローチであるとされ、ADLの維持<sup>8)</sup>、QOLの改善・患者満足度<sup>9)</sup>のエビデンスはグレードBで推奨されている。

しかしながら、医師や看護師から期待、患者本人や家族からの要望が大きい反面、制度上の課題により十分な普及が図られていない側面がある。

## 文献

- 1) 令和2年厚生労働省告示第58号：基本診療料の施設基準等の一部を改正する件「緩和ケア病棟入院料の施設基準等」〔<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603890.pdf>〕（参照日：2020.12.30）
- 2) 高島千敬，田尻寿子，島崎寛将，他：緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題—代表者（医師）への全国調査結果より．第18回日本緩和医療学会学術大会，2013.6.21～22，横浜
- 3) 理学療法士協会統計情報〔<http://www.japanpt.or.jp/about/data/statistics/>〕（参照日：2020.12.30）
- 4) 日本作業療法士協会誌2020年5月号〔<http://www.jaot.or.jp/kankobutsu/pdf/ot-news2020/2020-05.pdf>〕（参照日：2020.12.30）
- 5) 日本言語聴覚士協会〔<https://www.japanslht.or.jp/what/#:~:text=1997%E5%B9%B4%E3%81%AB%E5%9B%BD%E5%AE%B6%E8%B3%87%E6%A0%BC,%E4%BA%BA%E3%81%A8%E3%81%AA%E3>〕



- 81%A3%E3%81%A6%E3%81%84%E3%81%BE%E3%81%99%E3%80%82] (参照日：2020.12.30)
- 6) 医療従事者の需給に関する検討会 第3回 理学療法士・作業療法士需給分科会 [https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000499148.pdf] (参照日：2020.12.30)
  - 7) 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会  
がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会 編：がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版. 金原出版, 2019
  - 8) Yoshioka H: Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil* 73:199-206, 1994
  - 9) Sekine R, Ogata M, Uchiyama I, et al: Changes in and Associations Among Functional Status and Perceived Quality of Life of Patients With Metastatic/Locally Advanced Cancer Receiving Rehabilitation for General Disability. *Am J Hosp Palliat Care* 32:695-702, 2015
  - 10) 令和元年社会医療診療行為別統計の概況 医科診療 [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa19/dl/ika.pdf] (参照日：2020.12.30)