

緩和ケア病棟運営の工夫： 緩和ケアの地域連携と救急対応

佐藤 健[†] 鶴生 嘉也* 青木康太郎 安藤 雅紀 稲岡 健一
大本 孝一 伊藤 武 山下 克也 市原 透

IRYO Vol. 75 No. 6 (525-531) 2021

要 旨

目的：現代のがん診療では緩和ケアは重要な位置を占めている。当国立病院機構豊橋医療センター緩和ケア病棟は3つの目的別入院（症状コントロール、レスパイトケア、看取り）を基本方針に運営され、救急対応と地域連携に努めてきた¹⁾。その取り組みを省み成果と課題を分析した。

方法：2005年3月-2019年3月の当緩和ケア病棟入院の患者数と年度毎の変遷、疾患の内訳等を集計。また入院方法や回数、紹介元、疾患別特徴、経過等を後ろ向きに調査分析した。

結果：入院総数6,615件をケア、肺癌2,028、大腸癌650、胃癌555、膵癌458の順であった。年間入院患者数は2005年度264から年々増加し2018年度676へ大きく増加している。2013-2018年度入院3,591のうち救急入院1,326（36.9%）であった。

考察：3つの目的別入院を基本方針に運営の工夫と救急への努力の結果、在院日数は短縮し、患者数は増加した。地域連携と救急体制の構築が患者や地域診療機関の信頼を得、地域緩和ケアの発展となるものと考えられる。

キーワード 緩和ケア、緩和ケア病棟、症状コントロール、レスパイトケア、看取り

緒 言

超高齢社会、多死社会の現在、がん死は増加し緩和ケアの重要性は高まっている。広く緩和ケアは行われているが緩和ケア病棟と一般病棟間の質の格差が存在する。国立病院機構豊橋医療センター（当院）で緩和ケア開始した当時「緩和ケア病棟は最期に行く所、入院したら帰れない所」という誤解偏見から紹介が遅れることを実感した。早期の緩和ケア受診のため3つの目的別入院（症状コントロール、レス

パイトケア、看取り）を柱に入退院を繰り返す病棟運営を開始した¹⁾²⁾。その14年間の経験と特徴、課題を分析し今後を展望する。

倫理的配慮

本論文は当院倫理委員会の承認（番号1-35）を得ている。

国立病院機構豊橋医療センター 外科 *精神科 †医師

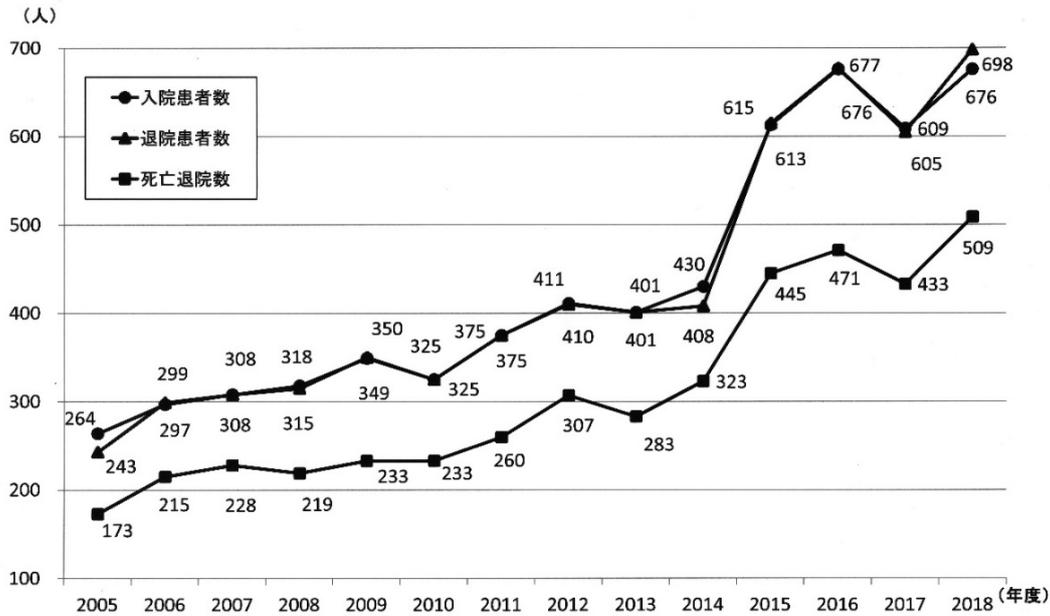
著者連絡先：佐藤 健 国立病院機構豊橋医療センター 副院長 〒440-8510 豊橋市飯村町浜道上50

e-mail : sato.tsuyoshi.aj@mail.hosp.go.jp

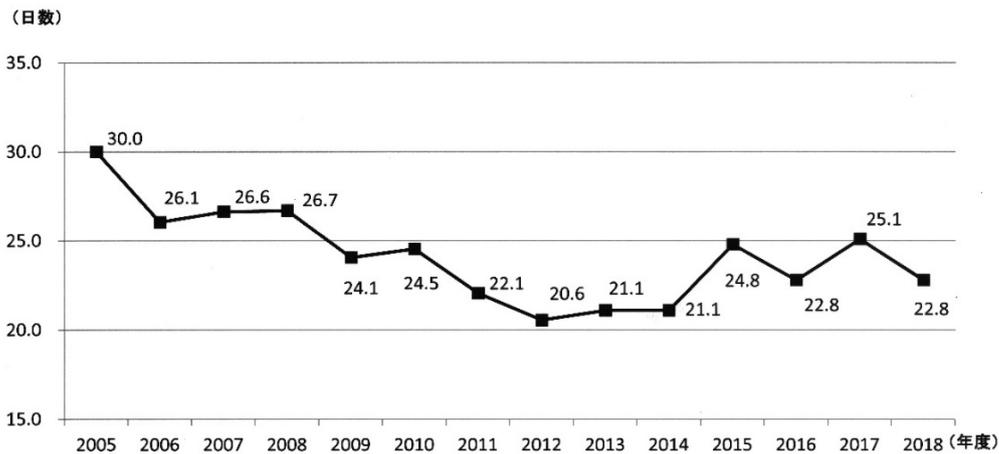
(2020年7月10日受付、2021年10月15日受理)

Management Strategies for Palliative Care Units : Regional Cooperation and Emergency Responses in Palliative Care
Tsuyoshi Satoh, Yoshiya Uno*, Kohtaro Aoki, Masanori Ando, Kenichi Inaoka, Koichi Ohmoto, Takeshi Ito, Katsuya Yamashita and Tohru Ichihara, Department of Surgery, *Department of Psychiatry, NHO Toyohashi Medical Center
(Received Jul. 10, 2020, Accepted Oct. 15, 2021)

Key Words : palliative care, palliative care unit, symptom control, respite care, end-stage care



入院患者数と死亡退院数



平均在院日数

図1 緩和ケア病棟入院患者数と平均在院日数の推移

対象と方法

2005年3月から2019年3月の緩和ケアの患者数と変遷、疾患の内訳、入院回数、紹介元医療機関、疾患別特徴等を集計、また2013年4月から2019年3月の入院方法（予定入院、救急受診、救急車搬送）や経過等を調査分析した。

1. 運営方針である3つの目的別入院とその時期について

①身体の痛みなどの辛い症状が出現し、そのコントロールが必要と判断された時

②レスパイトケアまたは再度の症状コントロール
③病状が進み、在宅ケアが困難になってきた時から、看取りの時まで

2. 上記入院中のケアの目標

①身体の痛みが薬剤等で緩和され、終末期の病状と対処法を理解し在宅で過ごすための自信がつく。
②レスパイトケアは患者と家族双方の疲れが癒され在宅に戻る自信がつくこと。症状悪化の際はその症状が緩和され安定するまで。
③さらに厳しい状態の中で身体症状の緩和と心の問題に対処し、最後まで患者の生を援助し全人的ケ

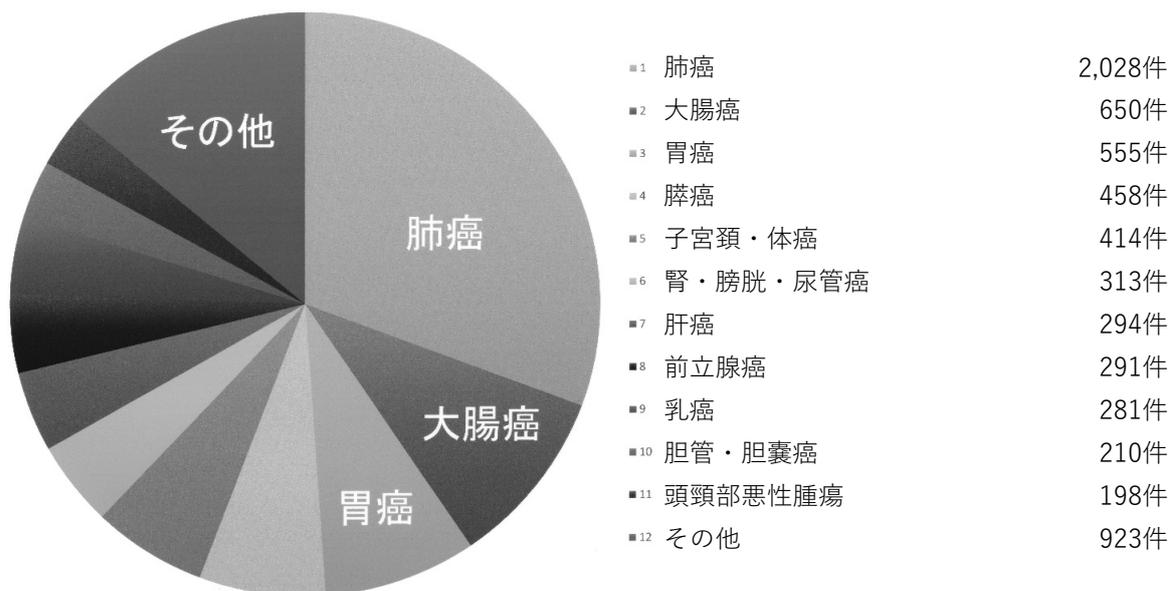


図2 緩和ケア目的入院6,615件の疾患別内訳 (2005.3/1～2019.3/31)

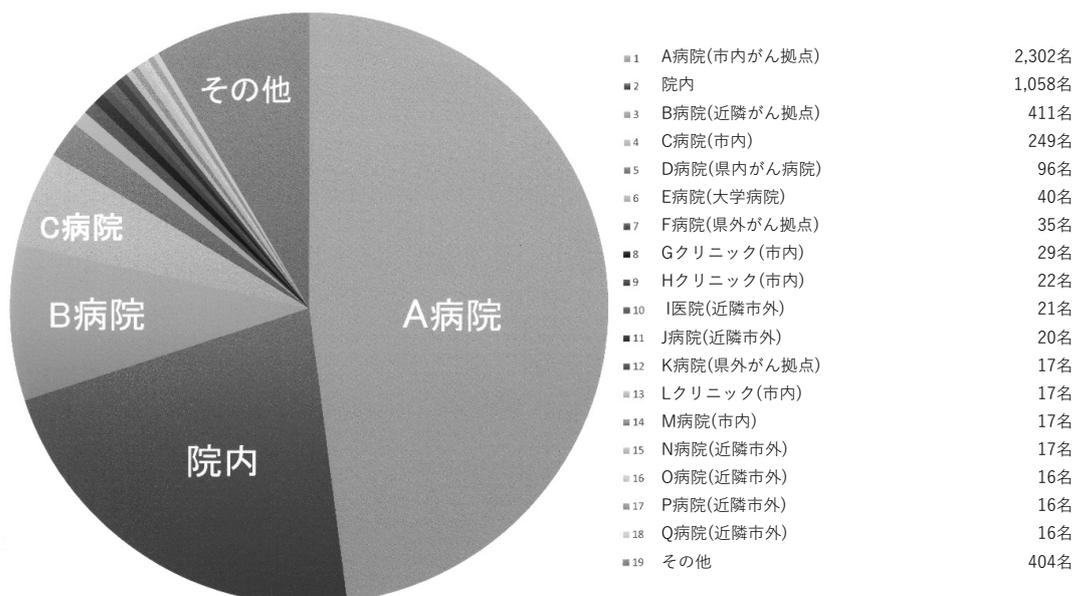


図3 緩和ケアへの紹介元別患者数 (2005.3/1～2019.3/31)

アを提供する。家族の予期悲嘆から死別後のケアも継続する。

※症状安定後1カ月を目途に退院、在宅ケアへの患者家族教育を行い、再入院できることも約束した。緩和ケア面談は待たせず受け付け、入院待機日数を減らし、在宅からの入院は即日可能にした。

3. 緩和ケア外来の位置づけ

診療の窓口として①緩和ケア相談、②緩和ケア初

診で対象患者の判定登録、③患者家族教育、④入院判定、⑤通院加療、救急入院も行う。

結 果

2005年3月から2019年3月で6,615件の入院緩和ケアを行った。初年度の入院264名、死亡退院173名で以後年々増加し2014年3月に24床から48床(1→2病棟)へ増床し、さらに増え2018年度には

表1 2005～2018年度毎の緩和ケア目的入院回数の平均値

	総数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回以上	入院回数平均
2005年度	221	172(77.8%)	37(16.7%)	9(4.1%)	2(0.9%)	1(0.5%)	0	0	1.29
2006年度	263	210(79.8%)	43(16.3%)	9(3.4%)	1(0.4%)	0	0	0	1.24
2007年度	289	239(82.7%)	41(14.2%)	6(2.1%)	2(0.7%)	0	1(0.4%)	0	1.22
2008年度	282	219(77.7%)	53(18.8%)	9(3.2%)	1(0.4%)	0	0	0	1.26
2009年度	315	250(79.4%)	49(15.6%)	11(3.5%)	3(1.0%)	1(0.3%)	1(0.3%)	0	1.28
2010年度	313	258(82.4%)	46(14.7%)	7(2.2%)	2(0.6%)	0	0	0	1.21
2011年度	349	273(78.2%)	61(17.5%)	11(3.2%)	3(0.9%)	1(0.3%)	0	0	1.28
2012年度	386	314(81.3%)	64(16.6%)	6(1.6%)	0	1(0.3%)	1(0.3%)	0	1.22
2013年度	368	284(77.2%)	68(18.5%)	13(3.5%)	0	1(0.3%)	2(0.7%)	0	1.29
2014年度	441	365(77.2%)	61(18.5%)	10(3.5%)	4(0.9%)	0	0	1(0.2%)	1.22
2015年度	506	434(85.8%)	52(10.3%)	15(3.0%)	3(0.5%)	1(0.2%)	0	1(0.2%)	1.2
2016年度	534	423(79.2%)	90(16.9%)	13(2.4%)	7(1.3%)	1(0.2%)	0	0	1.26
2017年度	444	370(83.3%)	56(12.6%)	10(2.3%)	5(1.1%)	3(0.7%)	0	0	1.27
2018年度	504	410(81.3%)	82(16.2%)	10(2.0%)	1(0.2%)	0	0	1(0.2%)	1.22

表2 2013～2018年度の緩和ケア目的入院における緊急入院、救急外来、救急車による入院

	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	計
入院患者実数	475	538	615	674	608	681	3,591
緊急入院(救急外来)	74	76	90	98	93	105	536
緊急入院(緩和ケア外来)	80	72	69	92	76	67	456
救急車来院	35(7.4%)	41(7.6%)	57(9.3%)	79(11.7%)	51(8.4%)	71(10.4%)	334(9.3%)
緊急入院	189(39.8%)	189(35.1%)	216(35.1%)	269(39.9%)	220(36.2%)	243(35.7%)	1,326(38.9%)

入院676名、死亡退院509名となった。平均在院日数は2005年度30.0日から減少し2018年度22.8日となった(図1)。

入院6,615件の疾患別内訳は肺癌2,028件、大腸癌650件、胃癌555件等、図2に示した。その他は食道癌、悪性リンパ腫、白血病、甲状腺癌等あらゆる種類のがん923件であった。

紹介元病院は市内800床規模のA病院2,302名、次に院内1,058名、B病院411名、16名以上が18医療機関、15名以下の229施設全404名の紹介があった。市内中心に県内隣県の施設が多く僅かに北海道から鹿児島まで広く紹介があった(図3)。

2005から2018年度の入院回数別人数は1回入院が77.2から85.8%、2回が10.3から18.8%、3回が1.6から4.1%であった。回数平均1.20から1.29回であった(表1)。

2013から2018年度の入院患者数、緊急入院数、救急車来院数の集計結果、2013年度入院患者数475名に対し緊急入院189名、救急車搬送35名で年々患者数は増え、6年間で入院患者数3,591名、緊急入院1,326名(36.9%)、救急車搬送334名であった(表2)。

2017年度、2018年度の当病棟の平均入院待機日数はそれぞれ1.1日、1.4日、在宅復帰率はそれぞれ26.2%、24.4%であった。

※図1の入院数は緩和ケア病棟の入院数で、表2の入院数は緩和ケア目的で他病棟の一時入院も含み僅差が生じる。

考 察

当緩和ケア病棟はホスピス設置を願う市民団体と当院医師が講演会等地域の啓発活動と請願署名活動

等で実現した施設で、地域のホスピス運動と共に発展してきた^{1) 2)}。

14年間に多くの病院からの紹介を受け、6,615件のあらゆる種類のがんの緩和ケアを行い、身体・精神症状の緩和、さまざまな処置、家族支援、退院支援、救急対応等多くの臨床経験を積んできた。

3つの目的別入院の運営で早期受診を呼びかけ、入院後安定すれば通院加療となる旨、患者家族を教育した。よって緩和ケア病棟が入院中も通院中も患者家族を支え続け、安心して残された時を過ごせると考える。また地域の訪問医師・看護師からの入院要請には常に応じ地域連携を確立してきた。初診予約や入院待機期間の短縮と救急入院に加え、早期に症状緩和し退院に向け患者家族教育を行った結果、在院日数を短縮し多くの患者ケアを行えた。患者数や紹介医療機関も増え地域との信頼関係が確立してきている。

2013から2018年度の入院3,591件のうち緊急入院1,326件(36.9%)で、救急外来受診536件、救急車搬送334件で年々入院数と共に救急入院も増加した。退院後の悪化や急変の救急受診も増え入院数は増加した。2017年の全国313施設の予約外入院割合は17.5±18.1%³⁾、当院の救急入院は多いといえる。

1人当たりの入院回数で1回入院の患者比は77.2から85.8%、2回10.3から18.8%、3回1.6から4.1%であった。患者の増加に比べ入院回数平均は1.20から1.29回で著変なく、これは看取りが近い時期の紹介例が多く紹介時期が遅いと考えられる。これは緩和ケアの認知度が高まっているが、「緩和ケア病棟は最期に行く所、入院したら帰れない所」という偏見や化学療法や免疫療法の長期化が紹介時期を遅らせていると考えられる。

3つの目的別入院の意義は③看取りだけでなく、①症状コントロールと②レスパイトケアの入院を組み合わせて、患者家族の希望に沿う在宅と入院ケアができることで症状緩和の技術、在宅復帰支援、救急対応が鍵となる。

本邦の緩和ケア病棟は1990年に認可緩和ケア病棟に診療報酬が付き経営が可能となり全国に広まった。当初入院料は日数に関係なく一律で、入院したら最期まで退院しないため、緩和ケア病棟は空床待ちでなかなか入院できないといわれた。そこで当病棟は3つの目的別入院を提唱し待たずに入院できるようにした。

2012年の診療報酬改定で在院日数30日以内の点数

が上がり31日から60日、61日以上の3段階で点数が下がった。これが当院の方式に合い、全国で当院の方式を採用する施設が増え緩和ケア病棟も急性期型と療養型に分かれてきた。2018年の改定でさらに多くの施設が急性期型を目指すようになった^{4) -6)}。

全国355施設の2018年度調査では病床数平均：20.8床(当院48)、年間入院患者数平均：200.8名(当院676)、年間死亡患者数平均：157.4名(当院507)、平均在院日数：29.7日(当院22.8)で当病棟は全国平均を大きく上回っている。2017、2018年度全国の認可病床合計はそれぞれ7,055名、7,379名、年間入院患者数はそれぞれ61,073名、67,068名、年間死亡患者数はそれぞれ50,271名、52,579名、平均在院日数はそれぞれ32.2日、29.7日で、全国で認可病床数、年間入院患者数、年間死亡患者数は年々増加し、平均在院日数は減少している^{7) 8)}。

現在、地域医療機関から「いつでも入院を受けてくれるので、安心して日頃の診療ができる」との評価が寄せられ、地域連携では緩和ケア病棟が救急入院を受けることが信頼の要と考えられる。患者を待たせずに入院させる努力が患者家族を安心させ、地域の信頼獲得に繋がると思われる。

患者増の成果として増床となりスタッフ教育、組織改編も進めてきた。さまざまな問題と向き合い、多くの患者をケアし今後も地域緩和ケアの発展に貢献したいと考えている。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

【文献】

- 1) 佐藤 健, 遠藤純央, 井戸田 愛ほか. 緩和ケア病棟の新しい運営形態の実践と検証 - 三つの入院形態を提唱して -. 医療 2010 ; 64 : 333-8.
- 2) 佐藤 健. ホスピスという希望. 新潮文庫. 東京 ; 新潮社 : 2014, p 3-360.
- 3) 日本ホスピス緩和ケア協会施設概要・利用状況報告 (2018年4月実施).
- 4) 西 智弘. 緩和ケア病棟入院料とその選択. 緩和ケア 2020 ; 30 : 4-8.
- 5) 廣橋 猛, 安藤恵子. より多くの患者が緩和ケアを受けられるように. 緩和ケア 2020 ; 30 : 20-4.
- 6) 吉岡 亮, 大津裕佳. 地域から求められる役割に添う. 緩和ケア 2020 ; 30 : 25-8.
- 7) 日本ホスピス緩和ケア協会正会員 緩和ケア病棟

入院料届け出受理施設 2017年度利用状況. 日本
ホスピス緩和ケア協会2018年度年次大会資料.

8) 日本ホスピス緩和ケア協会正会員 緩和ケア病棟

入院料届け出受理施設 2018年度利用状況. 日本
ホスピス緩和ケア協会2019年度年次大会資料.

Management Strategies for Palliative Care Units : Regional Cooperation and Emergency Responses in Palliative Care

Tsuyoshi Satoh, Yoshiya Uno, Kohtaro Aoki, Masanori Ando, Kenichi Inaoka,
Koichi Ohmoto, Takeshi Ito, Katsuya Yamashita and Tohru Ichihara

Abstract

Objective : Palliative care plays a significant role in current medical service for cancer. Endeavoring to response to emergencies and community cooperation, our palliative care unit is operated following a basic policy with three types of admission (symptoms control, respite care, end-stage care). In this study, we examined our past efforts and analyzed our achievements and challenges.

Method : The number of patients from March 2005 to March 2019, changes over the years, and a breakdown of diseases were tabulated. We retrospectively investigated and analyzed our admission method and admission count, referral source, characteristics by disease, and progress.

Results : The number of hospitalizations was 6615, including 2028 cases of lung cancer, 650 cases of colorectal cancer, 555 cases of stomach cancer, and 458 cases of pancreatic cancer. The number of hospitalized patients significantly increased from 264 in 2005 to 676 in 2018. Among 3591 hospitalizations from 2013 to 2018, there were 1326 emergency hospitalizations (36.9%).

Discussion : With a basic policy of three types of admissions, our management strategies and efforts made in emergency responses have shortened hospital stays and increased the number of patients. We believe the establishment of community cooperation and an emergency system will gain the trust of patients and medical institutions and contribute to the development of palliative care in the community.