

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—

佐藤 健 遠藤純央* 井戸田 愛 浅田 崇洋
山本 貴之 岡本喜一郎 山下 克也 市原 透

IRYO Vol. 64 No. 5 (333-338) 2010

要 旨

近年、わが国の医療においても緩和ケアの普及が進められてきており、今後の緩和ケア病棟のあり方も検討される時期に来ている。豊橋医療センターでは、三つの入院形態（症状コントロール、レスパイトケア、看取りのケア）を提唱して緩和ケアを実践してきた。そこで、第1期（2001年7月-2005年1月、旧豊橋病院の一般病棟での緩和ケアを実践した期間）と第2期（2005年4月-2009年3月、国立病院機構豊橋医療センター緩和ケア病棟開設からの4年）に実践された緩和ケアについての評価を行った。

第1期では198名の多くの種類の癌患者のケアにあたった。第2期では入院患者数は飛躍的に増加した。2005-2008年度の入院延べ患者数は初年度より7,716名、7,777名、8,298名、8,453名と年度毎に患者は増加していった。平均在院日数は初年度29.0日で以後25.6日、26.5日、26.7日と在院日数26日前後を推移した。平均入院回数は2005年度-2008年度で1.29(286/221)、1.24(327/263)、1.22(353/289)、1.26(356/282)という結果で、患者数の増加はみられたが、入院回数の変化はあまりみられなかった。

従来のわが国の緩和ケア病棟の運営方法と比較して、私たちの提唱したこの方法は入院患者数の増加、平均在院日数の短縮および、より多くの患者に緩和ケアを提供するのに役立つ方法であると考えられた。

キーワード 緩和ケア，症状コントロール，レスパイトケア，看取りのケア

緒 言

当院、国立病院機構豊橋医療センターは旧豊橋病院と旧豊橋東病院が統合して2005年3月に開院。同年4月、緩和ケア病棟を開設した。旧豊橋病院において、一般病棟の一部を改装し、緩和ケア専用病室

を設け2001年7月より緩和ケアの実践を開始した。開始した当初、亡くなる直前（1週間以内）に紹介されてくるケースが多くみられた。このことは十分なケアがなされないまま亡くなることを意味し、患者にとってメリットが少なく、提供する側の医療スタッフにはストレスの多いことであると考えられた。

国立病院機構豊橋医療センター 外科 *泌尿器科

別刷請求先：佐藤 健 国立病院機構豊橋医療センター 外科 〒440-8510 豊橋市飯村長字浜道上50

（平成21年12月28日受付，平成22年5月14日受理）

The Practice and Analysis of the New Form of Management of the Palliative Care Unit

Tsuyoshi Satoh, Sumio Endoh, Ai Idota, Takahiro Asada, Takayuki Yamamoto, Kiichiroh Okamoto, Katsuya Yamashita, Tohru Ichihara, NHO Toyohashi Medical Center

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

その原因としてホスピスや緩和ケア病棟は最後に行くところであり、入院したら死ぬときまで出られないところという誤解、偏見があることが考えられた。そこで緩和ケア病棟へは三つの入院（①最初の症状コントロール、ケアを体験するための入院、②レスパイトケアの入院、③看取りの時の入院）の仕方があり、入退院を繰り返しながら、緩和ケア病棟と共に終末期の大切な時間を過ごすことが重要であることを提唱してきた。従来のわが国の緩和ケア病棟運営とは異なる、この三つの入院形態に則した運営方針に基づき、旧病院での緩和ケア実践を基に、新病院緩和ケア病棟でさらに発展させてきたこの4年間の実践と経験を省み、今後の緩和ケア病棟の運営の新しい形態として提言できるものであるかを検証してみる。

対象と方法

対象は当院での緩和ケアを希望された末期がん患者で入院ケアを受けた者について、三つの入院形式での緩和ケアについての集計、検討を行う。

期間：緩和ケアを実践してきた期間を以下の2期に分けて考える。

第1期：2001年7月-2005年1月までの旧病院一般病棟で緩和ケアを実践した期間。

第2期：2005年4月-2009年3月まで緩和ケア病棟開設からの4年間。

三つの入院形態について

第1期より、この三つの入院を地域の医療機関にPRして、患者のケアにあたってきたが、第2期より、緩和ケア病棟の基本理念と入院基準を決定し、入院の対象、条件、時期を決めて、正式に三つの入院について病棟運営の基本方針として位置づけた。

入院時期：緩和ケア病棟への対象患者の入院時期、期間については、患者の病態、患者と家族の希望する時期、期間に応じて決定されるが、以下の三つの時期が想定される。

- ①身体の痛みなどのつらい症状が出現し、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症状の悪化にて再度のコントロールが求められる時：在宅ケアが長く続き、患者と家族に疲れが出て休息が必要と判断された時
- 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

以上①を第1の入院（最初の入院、症状コントロール）、②を第2の入院（レスパイトケア）、③を第3の入院（看取りの時）として三つの入院とする。

①-③の入院期間中のケアの目標

- ①体の痛みが内服等でコントロールされ、がんの終末期を患者が過ごしていく上で、自身におこりうる可能性と対処法を理解し、不安が軽減され、在宅で過ごしていくための自信をつける。またこのときから家族の予期悲嘆についても対処を始める。
- ②レスパイトケアの場合は、患者と家族双方の在宅ケアでの疲れが身体的にも、精神的にも癒され、再び在宅ケアに戻る自信がつくこと。1-2週間程度が目標となる。
- ③さらに厳しくなった状態の中で、毎日ケア方針を見直ししながら、身体症状の緩和と心の問題への対処に努め、看取りの時までケアを続ける。

緩和ケア外来の位置づけ

緩和ケア外来を窓口として設置し、①緩和ケア相談、②緩和ケア対象患者としての判定、登録、③緩和ケアについての患者、家族教育、④入院判定、⑤通院診療を行う。

当院緩和ケア病棟への入院の基準

対象：悪性腫瘍の治癒困難な病態の患者を対象に以下の条件を満たす患者を受け入れる。

条件：緩和ケア外来での患者または家族との面談において、患者と家族が緩和ケアについて理解し、入院の希望があり、病状を確認した上で、入院ケアが妥当と判断された場合に、入院ケア対象患者として登録する。

経過：三つの入院形式中心に上記の運営方針に沿って患者に対してケアにあたり、緩和ケア外来初診より通院または入院へ、入院治療から退院、通院治療への移行、再入院等の継続を行った。第1期、第2期の経過の中で、取扱患者数は増加していった。

これらの対象患者の、個々の疾患名、紹介経路、診療期間、入院回数、在院日数を調査し、各月毎、各年毎の病棟全体の入院患者数、病床利用率、平均在院日数等の集計を行い、病棟運営の長所、短所、特徴について検討を行った。

表1 各年度の入院患者数

2005年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
入院	17	17	16	13	15	23	23	25	15	22	24	15	225
転棟入	18	3	3	4	5	0	2	1	5	4	2	6	53
退院	19	16	21	12	22	20	24	26	20	26	24	20	250
延べ患者数	574	622	623	673	695	612	672	602	695	627	617	704	7716
平均在院日数	21.3	34.6	31.2	46.4	32.3	28.5	26.9	23.2	34.8	23.7	23.7	34.3	29.0

2006年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
入院	11	19	24	23	24	13	20	14	18	18	14	22	220
転棟入	8	5	4	2	7	11	2	5	8	10	12	9	83
退院	20	24	30	23	28	29	20	18	30	23	25	32	302
延べ患者数	682	659	571	658	650	641	622	655	691	636	630	682	7777
平均在院日数	35.0	27.5	19.7	27.4	21.7	24.2	28.9	35.4	24.7	24.9	24.7	21.3	25.6

2007年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
入院	6	7	2	4	8	8	19	8	14	11	14	11	112
転棟入	21	22	19	24	28	15	12	11	7	21	12	11	203
退院	25	28	21	29	31	23	32	22	19	37	19	25	311
延べ患者数	692	729	715	731	726	692	666	687	673	663	660	664	8298
平均在院日数	26.6	25.6	34.0	25.6	21.7	30.1	21.1	33.5	33.7	19.2	29.3	28.3	26.5

2008年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
入院	8	7	2	12	8	9	7	2	1	11	18	5	95
転棟入	15	19	17	15	20	23	15	24	21	18	16	20	223
退院	20	28	24	26	27	33	22	26	22	32	31	24	315
延べ患者数	696	719	700	718	729	703	722	710	734	709	586	727	8453
平均在院日数	32.4	26.6	29.2	27.1	26.5	21.6	32.8	27.4	33.4	23.2	18.0	29.7	26.7

結 果

第1期の旧国立豊橋病院での緩和ケアをまとめると以下のものであった。2001年7月-2004年12月の対象入院患者数は198名、うち死亡者数は174名、疾患別内訳は肺癌67名、大腸癌24名、胃癌24名、膵癌10名、子宮癌8名、乳癌8名、前立腺癌7名、原発

不明の転移性骨癌6名、卵巣癌6名、脳腫瘍4名、肝癌4名、胆管癌3名、腎癌3名、舌癌3名、食道癌2名、胆嚢癌2名、その他15名であった。

第2期の緩和ケア病棟開設以降、入院患者数は飛躍的に増加した。表1に各年度の取扱患者数についてまとめた。入院延べ患者数は初年度より7,716名、7,777名、8,298名、8,453名と年度毎に患者増

表2 2005～2008年度の対象患者の疾患、臓器別まとめ

呼吸器系 466名
肺癌437, 胸膜中皮腫19, その他10
消化器系 443名
胃98, 直腸75, 肝65, 結腸62, 膵57, 食道37, 胆嚢胆道44, 他 5
婦人科系 132名
子宮頸部50, 卵巣39, 子宮体部36, 他 7
泌尿器系 86名
前立腺41, 膀胱18, 腎・腎盂21, 尿管 6
乳腺 57名
その他 180名
原発不明の癌, 悪性リンパ腫, 白血病, 甲状腺, 咽頭, 喉頭, 耳下腺, 舌, 胸腺, 縦隔, 多発性骨 髄腫, 他

加がみられた。平均在院日数は初年度29.0日で以後25.6日, 26.5日, 26.7日と在院日数26日前後を推移した。第2期初年度(2005年度)は入院患者総数273件の内, 死亡退院数180名。一般病棟でケアをした患者を加えると189名を看取ったことになる。緩和ケアへの紹介の他院からの紹介率は86.2%と非常に高い数値であった。

第2期の対象患者の疾患、臓器別のまとめは表2に示したとおりであり、呼吸器系466名、消化器系443名、婦人科系132、泌尿器系86名、乳腺57名の順で多く、その他180名と多彩なほとんどのがん腫に対するケアをしているという結果であった。

緩和ケア病棟年間死亡者数は2005年度-2008年度はそれぞれ180名(189), 225名(229), 228名(246), 214名(239)と徐々に増加がみられた。緩和ケア入院で他の病棟で転棟待機中に亡くなるケースも多く、この数は緩和ケア病棟での看取りの数に含まれていないため、実際の年間死亡者数はさらに増える。括弧内はそれを加えた総数を示しており、当院で看取る緩和ケア対象患者は毎年約240名で、月平均20名を看取っている計算になる。

第2期4年間の入院回数別の患者総数をみると、1回入院の患者数は783名、2回が181名、3回が40名、4回が9名、5回、6回、7回、13回が各1名ずつであった。症状改善等での死亡ではない退院数の総退院数に対する比率は、2005年度-2008年度で各々34.2%, 32.0%, 28.9%, 33.5%であった。

平均入院回数は表3にまとめたが、2005年度-2008年度で、1.29(286/221), 1.24(327/263), 1.22(353/289), 1.26(356/282)という結果で、患者数の増加はみられたが、入院回数の変化はあまりみられなかった。

表3 各年度の入院回数

各年度	2005	2006	2007	2008	総数
退院患者数	221	263	289	282	1055
入院回数	286	327	353	356	1322
平均入院回数	1.29	1.24	1.22	1.26	1.25

2006-2008年度とさらに評判は高まり、患者数は

考 察

1967年、聖クリストファーホスピス創立から、現在では世界中にホスピス、緩和ケア病棟は広がりをみせている。創設者シシリー・ソンドースも入院のケアの目的として、症状コントロール、レスパイトケア、看取りのケアの重要性を唱えていた。わが国では1981年に最初のホスピスが開設され、1990年代に入りホスピス・緩和ケア病棟の入院診療点数が認められて、次第に全国各地に多くの緩和ケア病棟が造られるようになっていった¹⁾。

旧病院時代より緩和ケア実践、病棟開設の準備を進め、2005年4月に24床の緩和ケア病棟運営を開始した。旧病院では一般病棟に専用病室を設け、約3年半で198名の患者を診療し174名を看取った。肺癌、大腸癌、胃癌のその他多彩な癌患者の診療にあたった。

旧病院時代より早い時期からケアを開始し、一度入院したら死ぬまで退院できない所といった認識を変えるために、三つの入院を方針として、入退院を繰り返してケアすることを提唱して、その考えを地域に普及させながら、緩和ケアの実践をしてきた。

新病院に移行後、本格的な緩和ケア病棟を開設し、三つの入院形式を方針の基本に据えた。1年目より患者数は飛躍的に増大し、初年度だけで看取った患者の総数は189名で第1期3年半の総数を上まわった。当初、他院からの紹介比率が86.2%と非常に高い数字がみられた。これは病院が新しく、院内での癌治療実績がまだ少ないことが原因と思われる。逆に緩和ケア病棟が周辺地域から患者を集めていることを意味し、病院の患者確保、知名度上昇には大きく寄与していると考えられた。

2006-2008年度とさらに評判は高まり、患者数は

年々増加傾向にある。疾患は肺癌，婦人科の癌が多く，消化器癌が少ないという特徴がみられ，紹介医の専門家毎の緩和ケアに対する認識にばらつきが存在すると考えられた。これは紹介の少ないがん種の専門医師に対し，緩和ケアへの理解を深めるように働きかければ患者数を伸ばせるとも考えられる。

当院緩和ケア病棟での年間約240名のがん患者の看取りは，東三河地区のがん死亡者総数の約15%を看取っていると計算され，全国のがん死亡者の4%程度が緩和ケア病棟で看取られているという報告と比べて，地域的にかなり高い数字であるといえる。

第2期4年間の入院回数別患者総数は，1回入院の患者数は783名，2回が181名，3回が40名と，まだ1回の入院で亡くなるケースが多かった。症状改善等での死亡ではない退院数の比は28.9-34.2%と，退院できる段階で入院は3割程度で，これを高める方向で努力する必要がある。一人の患者の平均入院回数は1.22-1.29で，三つの入院の観点から，平均3回が目標となるがまだ遠い印象である。しかし入院したら一度も退院できないケースが減少しているといえる。その意味でまだ紹介時期が遅いことが今後の課題である。

平均在院日数は約26日前後と短縮されてきている。ここに当院の運営の特徴がみられ，地域連携を含め，より多くの末期がん患者のケアができていたものと考えられる。

また入院待機期間は，基本的に1週間以内にするように努めてきたのは，緩和ケア病棟は入院待機期間が長く，入院できずに亡くなるケースが多いことが問題とされているからである。待機期間が長いことが，退院したら二度と入院できないという印象を患者・家族に与え，退院を拒むケースが増えるという悪循環を形成していると考えられる。そこでまず入院期間中に，病状が悪く退院できずに看取りになる可能性の高い症例と，一旦症状が緩和され一時退院できる症例を早めに見極めて方針を立てる必要がある。退院可能なケースは，その患者の家族を含めた社会的背景を考慮し，入院中に家族教育を行い，福祉資源を整え，一時退院ができるように準備を進める。この際，病態急変時はいつでも救急入院できることを伝えて，患者・家族に十分な安心を与えておくことが必要条件となる。こうして三つの入院を実践するにあたって，重要なことは，手早く身体症状のコントロールをする技術を有すること，入院中に在宅ケアへの移行を想定し患者・家族教育と条件

整備をすること，救急対応および近隣医療機関，訪問看護ステーションとのネットワーク構築などを整えることが重要である。同時に在宅ケアを担う医療機関とのネットワークの地域の中心的な役割を担うことも緩和ケア病棟に求められてくるものと考えられる²⁾³⁾。

全国の緩和ケア病棟の実情と比較してみると，2006-2008年度の全施設の平均値はそれぞれ，平均在院日数42.75日，42.03日，41.77日，年間入院患者数134.8人，140.6人，145.8人，年間死亡退院数113.8人，121.7人，124.2人，死亡でない退院数の全退院数に対する比率は14.0%，13.5%，14.2%という調査報告がある⁴⁾⁶⁾。当病棟は全国の施設平均値と比較し，平均在院日数が少なく，かなり多くの患者数のケアにあたり，年間の看取りの数も多い。また死亡以外の退院数も全国平均よりかなり高いといえる。つまりこの方式で努力してきたことで，待機期間を短くし，平均在院日数の短縮を図り，多くの患者のケアができたといえる。また入退院を繰り返すことで在宅ケアとの連携をつくるという点でも有用な形態であると考えられた。また早い時期からのケアの提供もできる。通院中のケアはがん患者の悩み相談や不安解消などにおいても重要であり，このことはデイホスピスといった新しい取り組みとも共通した部分があるとも考えられる⁷⁾。

終わりに

一般病棟での緩和ケアの実践3年半，緩和ケア病棟運営の4年間，多くの患者をケアしてきた。地域の需要は多く，入院患者は年々増加している。三つの入院について地域住民，周辺医療機関に徐々に浸透してきており，早期の紹介患者が増えている一方で，紹介時期が遅いケースもまだ多い。平均入院回数が1.26-1.29回と3回の入院までには，まだかかりそうであるが，少しずつ進んできた段階といえる。今後さらにこの三つの入院形式を普及し，入院および通院でのケアと地域ネットワークをうまく活用し，ケアの充実を図り，この形式を緩和ケア病棟の新しいあり方として提言していきたいと考えている。

[文献]

- 1) 柏木哲夫. わが国におけるホスピス・緩和ケアの歴史. ターミナルケア 1998; 8: 1-5.
 - 2) 季羽倭文子. 在宅ホスピスケアの現状と展望. ターミナルケア 1998; 8: 13-8.
 - 3) 菊地信孝, 青木則明, 樽見葉子ほか. 地域緩和ケアネットワークの構築 —カナダ・エドモントンと宮城県の比較から—. 緩和ケア 2006; 16: 488-91.
 - 4) 日本ホスピス緩和ケア協会編. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設2007年度アンケート結果. 2007年度年次大会資料; 2007: p112-6.
 - 5) 日本ホスピス緩和ケア協会編. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設 2008年度アンケート結果. 2008年度年次大会資料; 2008: p144-9.
 - 6) 日本ホスピス緩和ケア協会編. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設 2009年度アンケート結果. 2009年度年次大会資料; 2009: p173-8.
 - 7) 阿部まゆみ. デイホスピスの試みと実践. 看護管理 2006; 16: p134-8.
-

The Practice and Analysis of the New Form of Management of the Palliative Care Unit

Tsuyoshi Satoh, Sumio Endoh, Ai Idota, Takahiro Asada, Takayuki Yamamoto,
Kiichiroh Okamoto, Katsuya Yamashita and Tohru Ichihara

Abstract Recently, the diffusion of palliative care is being promoted in our country so the form of the palliative care unit must be examined. In our hospital, three types of inpatient care (Symptom control, Respite care and End-stage care) in the palliative care unit have been advocated and practiced.

The palliative care practiced in the first period (July 2001 to January 2005 at the general ward in the former hospital National Toyohashi Hospital) and the second period (April 2005 to March 2009 the palliative care at the palliative care unit in the present hospital National Health Organization Toyohashi Medical Center) was assessed.

The results were as follows. 198 patients with various cancer were provided inpatient care in the first period. The number of patients greatly increased in the second period. The total number of inpatients in 2005, 2006, 2007 and 2008 were respectively 7716, 7777, 8298 and 8453. The average length of stay in the palliative care unit in 2005, 2006, 2007 and 2008 was respectively 29.0 days, 25.6 days, 26.5 days and 26.7 days. The average number of times in inpatient care in 2005, 2006, 2007 and 2008 was respectively 1.29, 1.24, 1.22 and 1.26.

In comparison with the usual management of the palliative care units in our country, it was considered that our management was successful because of the increase of the number of patients, the shortening of the average period of hospitalization, and by making palliative care available to more patients.