



ヘルスケア産業の新潮流

病院経営の強化につながる病棟開設戦略
～ 回復期リハビリ病棟、緩和ケア病棟開設を考える ～

がんの痛み等を緩和する「緩和ケア」や脳血管疾患（脳卒中）の後遺症の「回復期リハビリテーション」は、痛みや後遺症を抱えながら生活する患者の「QOL（生活の質）を豊かにする医療」として、近年、関心が高まっている。限られた医療資源の効率的な配分が喫緊の課題とされるなか、病院経営の視点から、緩和ケア病棟と回復期リハビリ病棟について考察し病院経営の強化につながる病棟戦略を探った。

1. 「QOL（生活の質）」を豊かにする医療の必要性

- ・「がん」や「脳血管疾患¹（脳卒中）」は、日頃から病名を耳にすることが多い疾病の一つである。厚生労働省の「患者調査」によると、がん（悪性新生物）、脳血管疾患で継続的に医療を受けている患者は各々100万人を超えており高血圧性疾患や糖尿病等について多い（図表1）。また死因順位で、がんは年間約33万人で第1位、脳血管疾患は第3位を占めている（図表2）。
- ・その一方、がんは治療技術の進歩により、1993～1996年に診断された人の5年相対生存率²は男性45.1%、女性54.8%となっており、がんを抱えながら生活する患者も数多い。これに伴い、痛みを緩和しQOL³を高める「緩和ケア」の果たす役割は大きくなってきている。
- ・脳血管疾患では、がんとは対照的に薬物治療等の進歩により死亡率は減少傾向にあるものの（図表3）、片麻痺⁴や失語症、嚥下（えんげ）障害⁵等の後遺症により要介護状態になる患者は多く（図表4）、後遺症を改善し生活能力を回復させる「回復期リハビリテーション」（以下「回復期リハビリ」という）が欠かせない。
- ・また、将来的に緩和ケアや回復期リハビリを必要とする患者数の増大が見込まれる。これは、がん、脳血管疾患は概して高齢者ほど患者数が多く（図表5）、団塊世代が高齢者となっていく今後、患者数の増加が予測されるためである。

注)¹脳梗塞や脳出血など

²がんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体で5年後に生存している人の割合に比べて、どのくらい低いのか。100%に近いほど治療で生命を救えるという指標。厚生労働省がん研究助成金「地域がん登録制度向上と活用に関する研究」平成16年度報告書。

³Quality Of Life、生活の質

⁴身体の左右どちらか片側に生じた運動機能の障害

⁵飲み込む機能の障害。嚥下障害があると飲食物が肺に繋がる気管に誤って入り肺炎を発症するリスクが高まる。

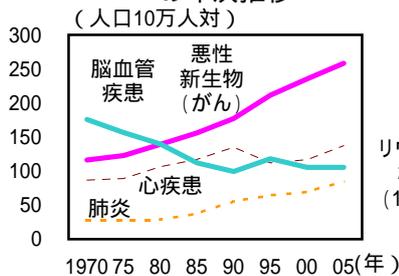
図表1 主な傷病の患者数

傷病名	2005年の 総患者数 ¹ (千人)	入院 患者数 伸び率 ² (%)
高血圧性疾患	7,809	-15.3
歯及び歯の支持組織の疾患	5,664	0.0
糖尿病	2,469	-11.1
悪性新生物(がん)	1,423	3.9
脳血管疾患	1,365	3.0
白内障	1,288	-20.0
喘息	1,092	-25.0
虚血性心疾患	863	-14.0

注)¹調査日現在において、継続的に医療を受けている者（調査日には医療施設で受療していない者も含む）の数を推計した数値。

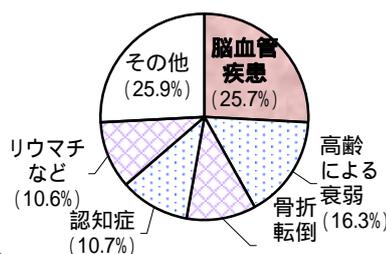
²2002年に対する2005年の入院患者数の伸び率
(備考)厚生労働省「患者調査」より作成

図表3 死因別の死亡率
の年次推移



注) 心疾患は高血圧性を除く
(備考)厚生労働省「人口動態統計年報」

図表4 介護が必要となった
主な原因



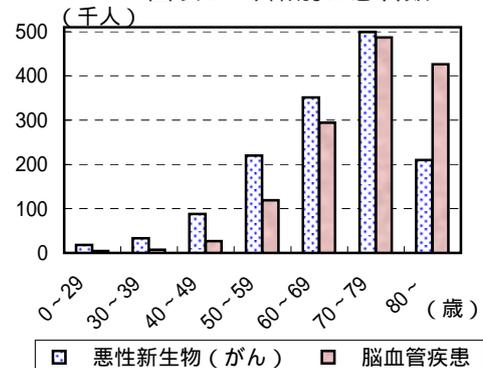
(備考)厚生労働省「平成16年国民生活基礎調査」

図表2 日本人の死因順位

順位	疾患名	死亡数 (千人)
1	悪性新生物(がん)	329
2	心疾患	173
3	脳血管疾患	128
4	肺炎	107
5	不慮の事故	38

(備考)厚生労働省「平成18年人口動態統計月報年計の概況」より作成

図表5 年齢別の患者数



(備考)厚生労働省「平成17年患者調査」



2. 緩和ケア病棟の現状と課題

- ・現在、わが国の緩和ケア医療は主に「末期のがん患者」に対して提供されている。これは診療報酬の施設基準が、緩和ケア病棟を「主として末期の悪性腫瘍（がん）の患者を入院させ」、緩和ケアを提供する病棟と定めているためである（図表6）。
- ・2002年、WHO（世界保健機関）は「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対する、疾患早期より痛み、身体的問題」に関して、「QOL」を改善するためのアプローチ」という定義を公表し（図表7）、早期よりの緩和ケアが世界の潮流となっている。
- ・わが国でも末期に限定しない緩和ケアの必要性が、緩和ケアに積極的に取り組む医療機関等から提言され、2007年4月に施行された「がん対策基本法」では「がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期に適切に行われるようにする」と明記されている。今後、緩和ケア病棟の対象も末期に限らず、一般病棟で痛みの緩和が困難な患者全般に拡大する可能性がある。
- ・緩和ケア病棟は、1990年に厚生省（当時）が「緩和ケア病棟入院料」を設けて以来、増加傾向にあり（図表8）、2007年10月末現在、緩和ケア病棟を持つ医療施設は177、病床数の合計は約3,400床となっている（日本政策投資銀行調べ）。しかし緩和ケア病棟や緩和ケアを専門的に提供するスタッフがいる病院は十分とはいえず、都市部を中心に入院待ちの患者が存在する（図表9）。

注）緩和ケア病棟の他に、通常の急性期病院の一般病棟で専従の緩和ケアチームが「緩和ケア診療加算」を算定し、緩和ケアを行う病院もある。「地域がん診療連携拠点病院」には必ず「緩和ケアチーム」が置かれている。

図表6 緩和ケア病棟の施設基準

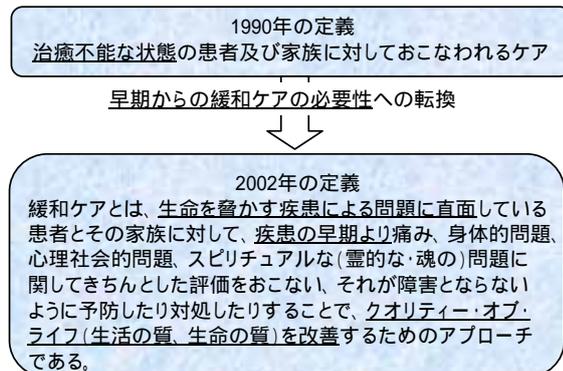
【緩和ケア病棟入院料の施設基準の概要】

- (1) 主として末期の悪性腫瘍¹の患者又は後天性免疫不全症候群²の患者を入院させ、緩和ケアを病棟単位で行う
- (2) 緩和ケアを担当する医師が常勤していること
- (3) 当該病棟は、看護基準7対1以上
2名以上の看護師が夜勤
- (4) 病棟床面積：患者1人につき30㎡以上（内法）
病室床面積：患者1人につき8㎡以上（内法）
- (5) 当該病棟内に以下の施設があること
家族控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室
- (6) 当該病棟の室料差額を請求する病床数は5割以下であること
- (7) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること
- (8) 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること

【緩和ケア病棟入院料】
1日当たり定額 37,800円
(自己負担3割の場合、11,390円/日)
処置、検査、薬剤など、ほぼすべての診療項目が入院料に包括されている

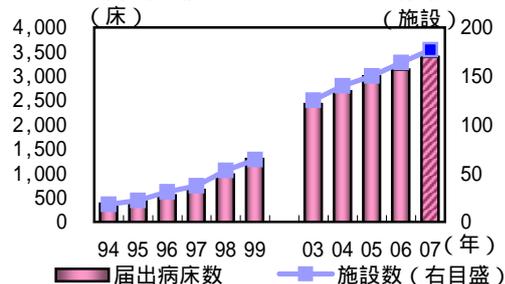
注）¹がん、²エイズ
(備考) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページより作成

図表7 WHO（世界保健機関）の緩和ケア定義の変遷



(備考) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページより作成

図表8 緩和ケア病棟入院料届出施設数及び病床数の推移



注) 03~06年は各年7月1日現在届出数
(備考) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会(94~99年度)、中央社会保険医療協議会資料(03~06年度)、日本政策投資銀行調べ(07年10月末現在)より作成

図表9 東京都内の緩和ケア病棟・病床の現況(1病院あたり)

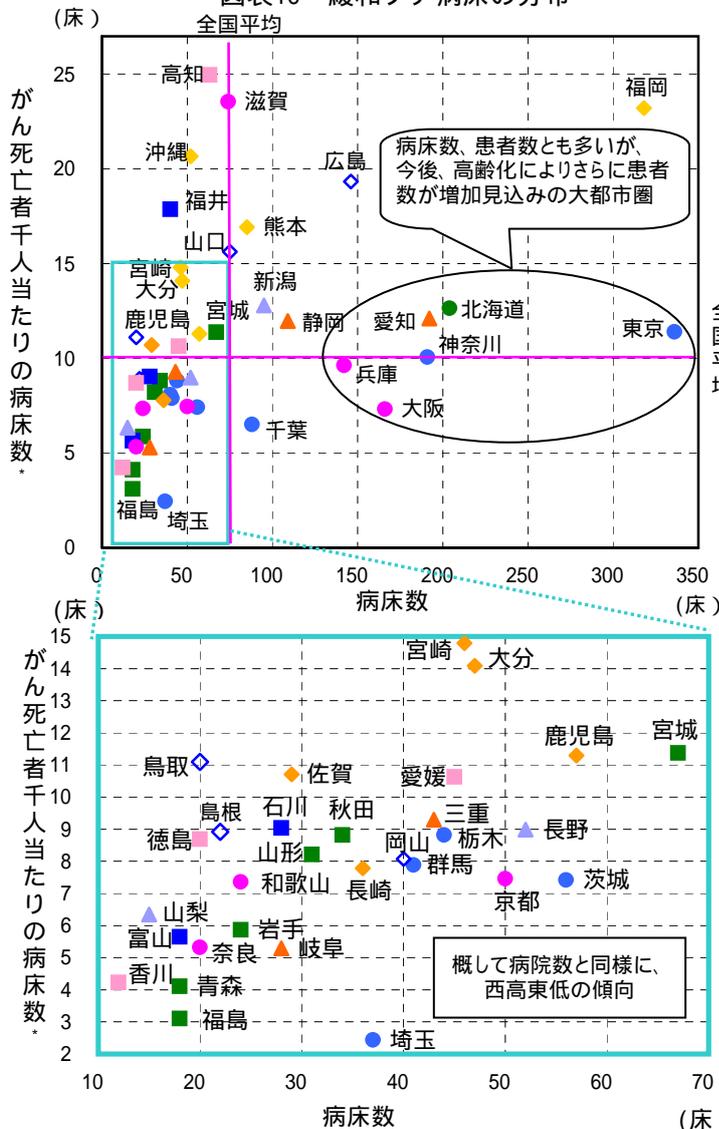
	病院数	緩和ケア病床数(床)	年間新規入院患者(人)	平均在院日数(日)	入院待機患者数(人)
「緩和ケア病棟入院料の届出を行っている」病院	17	17.8	95.3	41.1	14.2
「緩和ケア診療加算の届出を行っている」病院	9	12			

(備考) 東京都「平成18年度東京都医療機能実態調査」



- ・緩和ケア病床数を都道府県別にみると全国平均では年間がん死亡者1,000人当たり約10床となっている。がん死亡者1,000人当たりの病床数がもっとも多いのは高知県(25.0床)で、最低は埼玉県(2.4床)であり、その地域差は約10倍にのぼる。また今後高齢化が急速に進展し、がん死亡者の急増が見込まれる東京都や愛知県などの大都市圏では、現在の病床数は比較的多いものの、病床数が今後増加しなければ、死亡者数当たりの病床数が低下していくと推測される(図表10)。
- ・緩和ケア病床がある医療機関には、急性疾患や慢性疾患の急激な悪化に対応可能な病院(一般病床が主)、症状が安定した慢性疾患を治療する病院(療養病床のみ)などが混在する(図表11)。治療目的の治療はしないとされる緩和ケア医療においても、痛みの緩和のためMRI等の高度な検査や放射線治療等が有効なケースも考えられるが、これらの治療に病院内で対応できない医療機関も存在するのが現状である。
- ・緩和ケア病床の医療費は1日当たり37,800円の定額払いである(図表6)。このため、投薬や処置がより少ない方が医療機関の収益が上がり、痛みの緩和に抗がん剤や大量の医療用麻薬等を必要とする患者が入院するほど収支は悪化する。緩和ケア病床が痛みの緩和の困難な患者に対応するには、高額な投薬や処置部分は出来高払いとすること等の政策的な配慮も望まれる。
- ・緩和ケア発祥地の英国と比較すると、わが国の平均在院日数は長く入院死亡率は高い(図表12)。わが国の緩和ケア病床の位置づけは、死亡までの最後の時間を過ごす場所との認識が強く末期に入院するケースが中心であり、痛みの状態が落ち着けば在宅等に退院するケースはまだ多くない。

図表10 緩和ケア病床の分布



図表11 緩和ケア病床入院料届出医療機関の緩和ケア病床以外の機能に基づく類型

類型	施設数
一般病床が主	102
療養病床のみ	8
ケア・ミックス ¹	44
その他 ²	7
がん専門 ³	12
独立型緩和ケア ⁴	4
(再掲)がん拠点病院 ⁵	42
計	177

- 注) ¹一般病床、療養病床両方を有する施設
²回復期リハビリテーション病棟、障害者施設等入院基本料算定病床、精神・結核・感染症病床が主な機能の施設
³名称に「がんセンター」などを標榜または「がん治療専門」をホームページ等で明示している施設
⁴緩和ケア病床以外に、入院病床を有さない施設
⁵正式には「地域がん診療連携拠点病院」。「質の高いがん医療」を提供することを旨として、都道府県の推薦をもとに、厚生労働大臣が指定した病院。がんに関する医療、設備、情報提供、他の医療機関との連携などについて国の基準を満たしている。
(備考) 国立がんセンターホームページ、各病院ホームページ等より作成

図表12 日英の専門緩和ケア施設比較

	平均在院日数(日)	入院死亡率(%)	入院者数(人)
日本	43	81	21,477
英国	13	52	40,477

注) 2005年のがん死亡者数/緩和ケア病床届出病床数(2007年10月末現在)
(備考) 国立がんセンターがん対策情報センター、各病院ホームページ等より
日本政策投資銀行作成

(備考) 厚生労働省「第100回中央社会保健医療協議診療報酬基本問題委員会資料」より作成



3. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題

- 回復期リハビリ病棟とは、脳血管疾患や大腿骨骨折等の急性期治療後、リハビリ効果が高い時期に集中的にリハビリテーションを行い、「日常生活動作(ADL¹)の向上により寝たきりを予防し家庭復帰を目的とする病棟である。回復期リハビリ病棟の対象は脳血管疾患、大腿骨等の骨折、安静による廃用症候群²の3つに大別されるが多くの病棟では脳血管疾患が多数を占めている。
- 回復期リハビリ病棟の特徴は、入院対象になる疾患が定められている、対象疾患ごとに発症・手術から起算した算定可能日数に上限がある、診療報酬はリハビリテーション料は出来高払いであるが、それ以外の投薬や検査等は療養病棟より広範に包括された定額払いである、理学療法士等のリハビリテーションスタッフが手厚く配置がされ、廊下幅が広いといったリハビリテーションに適した病棟構造である等が挙げられる(図表13、図表14)。
- リハビリ効果の面でも病院収益の面でも、回復期リハビリ病棟では発症・手術後、可能な限り早い時期に患者を受け入れ、出来高払いのリハビリテーションを算定可能な単位数上限まで実施することが求められる。しかし、余りに早期の回復期リハビリ病棟への入院は、脳血管疾患の再発や肺炎等で急性期病院に再転院になるケースや、経管栄養や導尿カテーテル等の医療処置を多く要する状態で医療コストが診療報酬を上回り、病院の収益を圧迫するといった問題を生じさせている。

注) ¹Activity of Daily Living。食事、排泄、移動など、日常生活を送るための身体動作のこと。

²安静状態の継続や活動性の低下により生ずる身体・精神面の機能低下等。筋力の低下、関節のなどが代表的。

図表13 回復期リハビリテーション病棟の基準など

【回復期リハビリテーション病棟入院料 施設基準(一部抜粋)】

- 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者の入院が8割以上
- 専従のリハビリテーション科医師1名以上、専従の理学療法士2名及び作業療法士1名以上
- 看護基準 患者:看護職=15対1以上(4割以上が看護師であること)
- 心大血管疾患リハビリテーション()、脳血管リハビリテーション()若しくは()、運動器リハビリテーション()または呼吸器リハビリテーション()の届出をしていること
- 病室に隣接する廊下は内法にて1.8m以上 両側に病室がある場合は2.7m以上 あることが望ましい

【回復期リハビリテーション病棟入院料】
1日当たり16,800円(自己負担3割の場合、5,040円/日)
リハビリテーション料以外のほとんどの診療項目が入院料に包括

【回復期リハビリテーション病棟の対象疾患及び算定上限日数】

脳血管疾患、頭部外傷、クモ膜下出血のシャント手術¹後など
発症または手術後2ヵ月以内の状態、算定開始から起算して150日²以内
 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節またはひざ関節の骨折
 発症または手術後2ヵ月以内、算定開始から起算して90日以内
 外科手術または肺炎等の治療時の安静による廃用症候群
 手術後または発症後2ヵ月、算定開始から起算して90日以内
 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経、筋または靭帯損傷
 受傷後1ヶ月以内、算定開始日から起算して60日以内

注) ¹過剰な脳脊髄液が脳室などに溜まる水頭症の予防・治療のため、人工的に脳内から腹腔等まで脳髄液の通り道を作る手術。水頭症は認知症や歩行障害を起こす。

²ただし高次脳機能障害をとまなう場合は180日以内。

(備考)厚生労働省保険局通知等より作成

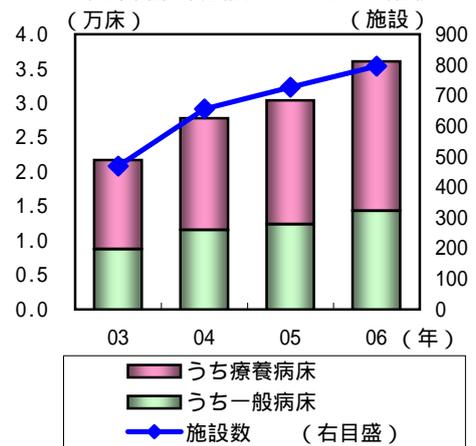
図表14 回復期リハビリテーション病棟と療養病棟の診療報酬比較

診療報酬の項目名	入院基本料	入院基本料等加算	医学管理等	検査・画像診断・投薬・注射	リハビリテーション	算定可能日数の上限
回復期リハビリテーション病棟	ほぼすべてが包括で、1日16,800円				出来高 1日最大9単位 (=180分)まで可能	対象疾患ごとにあり(図表16)
療養病棟入院基本料	医療区分とADL区分により1日7,640円~17,400円	出来高	出来高	ほぼすべて入院基本料に包括	出来高(但し算定可能期間は、疾患毎に急性増悪・手術などから90~180日以内のため、対象患者がいない可能性有)	なし

注) 医療区分は疾患や症状からの医療の必要度、ADL区分は食事、移動、排泄など日常生活動作の自立度により各々3段階に分類され入院基本料が決まる。

(備考)厚生労働省保険局通知等より作成

図表15 回復期リハビリ病棟入院料届出施設・病床数の推移



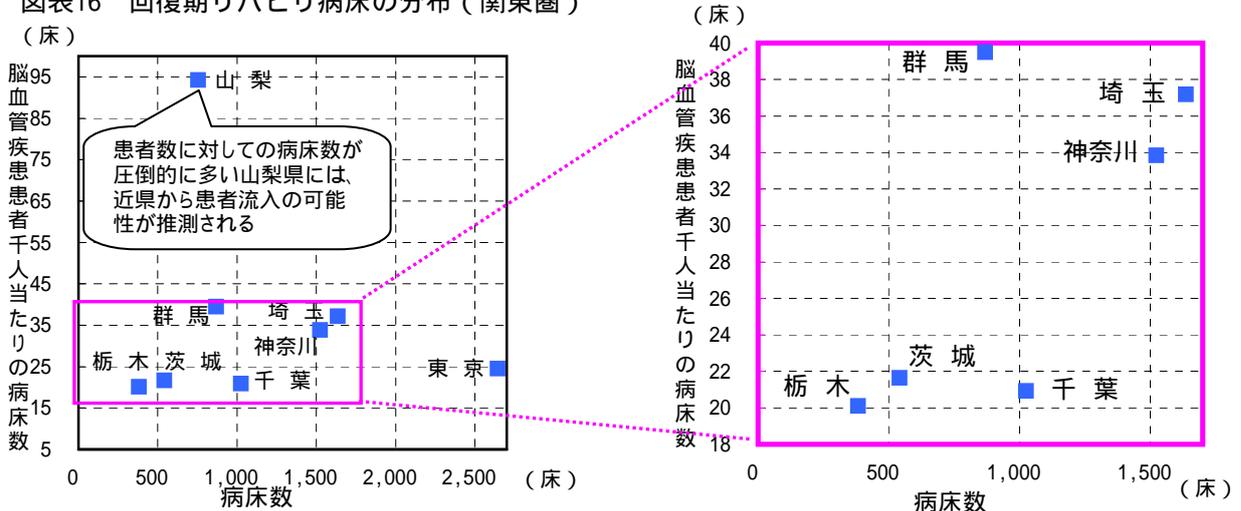
注) 各年7月1日現在の届出数 (備考)中央社会保険医療協議会資料より作成



- 回復期リハビリ病棟を持つ施設数と病床数は増加傾向にあるが、2006年度に算定日数上限が短縮され病床利用率の確保が困難になった影響等もあり、その伸びは鈍化しつつある。2006年現在、回復期リハビリ病棟を持つ施設数は796施設、総病床数は約36,000床である(図表15)。
- 2008年度から実施される各都道府県の「保健医療計画」では、脳血管疾患について重点的に取り組むべき疾患と位置づけており、回復期リハビリ病棟も治療上、重要な役割を担うことになっている。しかし、脳血管疾患患者1,000人当たりの回復期リハビリ病床数は地域差が存在する。都道府県別に関東圏の病床数を比較すると、患者1,000人当たりの病床数が最多の山梨県94.3床に対し、栃木県は20.1床と約5倍の差が存在する(図表16)。また、同一都道府県内であっても二次医療圏間で病床の偏在が見られる。例えば、東京都の場合、八王子市・町田市などの南多摩医療圏(人口約136万人)の回復期リハビリ病床数は、大田区・品川区からなる23区南部医療圏(人口約103万人)の約15倍となっている(図表17)。
- 関東圏の回復期リハビリ病棟が開設されている病院は、急性期治療を行う脳神経外科がある総合病院または脳神経外科専門病院等が主流である。このほかりハビリ後も在宅退院が困難な患者の受け皿になる療養病棟や障害者施設等入院料¹算定病棟を持つタイプもあるが、回復期リハビリ専門病院は、東京都や千葉県等の都心部に限られる。また県内患者数が少ない山梨県で、大規模な回復期リハビリ病棟が運営されていることから患者数の多い東京都等からの患者流入が推測される(図表18)。

注) ¹本来は脳性麻痺、筋ジストロフィー等の障害者への手厚い医療を想定した病棟であるため脳血管疾患患者の入院が増加した現状と病棟のあり方について、現在、厚生労働省や中央社会保険医療協議会で検討が行われている。

図表16 回復期リハビリ病床の分布(関東圏)



注) 1. 病床数は病院ホームページ等で確認できたものを積算したもの
2. 回復期リハビリ病棟は病床数が多いため、東京都近県で病院ホームページ上での情報開示が整っている都道府県のみを調査。(備考)厚生労働省、「平成17年患者調査」、各病院ホームページ等より日本政策投資銀行作成

図表17 東京都内各二次医療圏の回復期リハビリ病床数

二次医療圏	主な区市町村	病床数
区中央	千代田・文京など	65
区南	品川・大田	30
区西南	目黒・渋谷・世田谷	270
区西	新宿・中野・杉並	376
区西北	板橋・北・練馬など	209
区東北	足立・葛飾・荒川	266
区東	墨田・江東・江戸川	218
西多摩	青梅・福生など	40
南多摩	八王子・町田など	459
北多摩西	立川・国分寺など	239
北多摩南	武蔵野・府中など	278
北多摩北	小平・西東京など	194

図表18 回復期リハビリテーション病棟を持つ病院の機能など(関東圏)

都道府県名	回復期リハビリ病棟を持つ病院数 ¹	1病院あたりの平均回復期リハビリ病床数 ²	脳神経外科併設の病院数(再掲)	回復期リハビリ以外療養病棟のみの病院数(再掲)	障害者施設等入院料病棟がある病院数(再掲)	回復期リハビリ病棟のみの病院数(再掲)
東京都	45	62.95	12	7	3	4
神奈川県	30	54.39	15	4	5	-
埼玉県	27	70.67	11	4	6	1
千葉県	19	56.94	11	2	-	3
群馬県	16	57.93	6	1	-	-
茨城県	10	54.10	5	-	3	-
山梨県	8	94.25	-	2	3	1
栃木県	7	63.67	4	1	1	-
合計	162	64.36	64	21	21	9

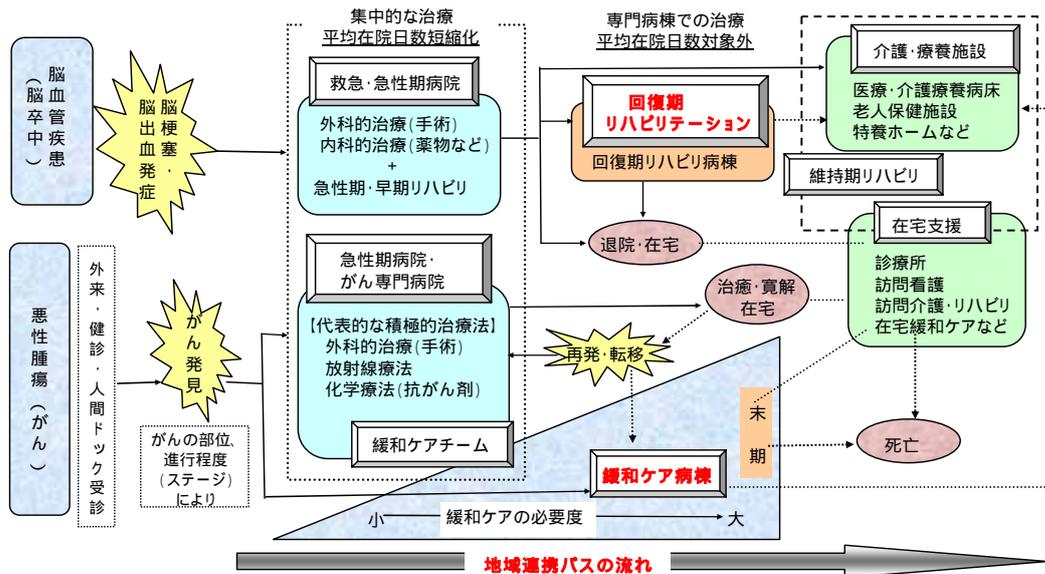
注) ¹病院ホームページ等で回復期リハビリ病棟があることが確認できた病院のみ
²病床数が不明であった病院を除外し計算(除外病院数:栃木県・群馬県各1、神奈川県2、埼玉県・東京都各3)
(備考)各種資料より日本政策投資銀行作成 (備考)各種資料より日本政策投資銀行作成

4. 病院経営の強化につながる緩和ケア病棟、回復期リハビリ病棟開設とは

- ・現在、緩和ケア病棟と回復期リハビリ病棟は地域により絶対数が不足している。不足地域でのこれら病棟の開設は、患者のニーズや都道府県「保健医療計画」とも合致することから、病院経営上の強みになる可能性がある。
- ・図表19に示すように、緩和ケア病棟と回復期リハビリ病棟の患者は、急性期病院での治療を経て、緩和ケア病棟や回復期リハビリ病棟に入院し専門治療を受け、在宅や介護施設等での生活が可能になれば退院するという経路を辿る。このため病床利用率の維持には、患者のスムーズな入院の流れを作り出すための病院 - 病院（診療所・介護保険施設等）間の連携が欠かせない。
- ・この連携を考えるにあたっては、まず地域で「病院の求められる役割」（ドメイン）を再定義し院内（法人内）で何をどこまでやるか確認することが第一歩となる。目先の診療報酬や収益だけでドメインを定めてしまうと現実の患者層、提供できる医療内容（質）にズレが生じ、継続的な患者確保に支障を来すことになる。緩和ケア病棟や回復期リハビリ病棟は予約入院や見学した上での入院が多いことから、患者紹介元となる急性期病院や地域住民に「医療の質」が信頼されているかが、患者確保と連携の成否を左右する。こうして築いた連携関係を、最終的に「地域連携パス」として「見える化」することが連携業務をスムーズにするとともに、患者が最初の入院から転退院・在宅までの道筋を理解し、納得・満足して医療を受ける面でも効果的である（図表20）。
- ・緩和ケア病棟、回復期リハビリ病棟開設に際しての課題と具体的対応策の一例を図表21に示した。診療報酬上の基準を満たすことは重要であるが、緩和ケア病棟や回復期リハビリ病棟に限らず、当該地域で診療所や介護施設ではなく「病院にしかできない医療機能」を担い、連携体制を築いていくことが、中長期的に病院経営の強化につながるものと考えられる。

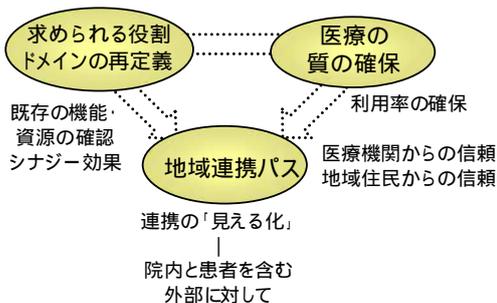
注）対象疾患ごとに複数の医療機関において共有される文書化された診療計画のこと（厚生労働省）。

図表19 がん、脳血管疾患の地域連携パスのイメージ



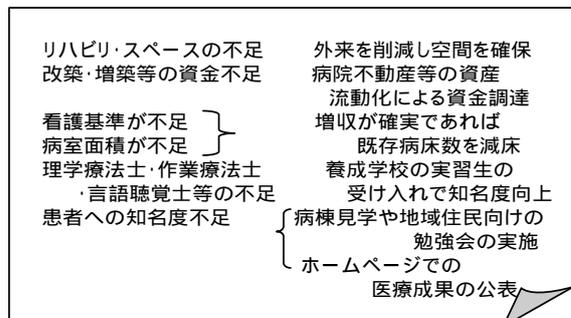
(備考) 各種資料より日本政策投資銀行作成

図表20 開設を考える上での3つの視点



(備考) 各種資料より日本政策投資銀行作成

図表21 課題と具体的対応策の一例



(備考) 各種資料より日本政策投資銀行作成

[調査部(産業調査担当) 奈倉 史子

お問い合わせ先 日本政策投資銀行調査部

Tel: 03-3244-1840

E-mail: report@dbj.go.jp