

総 説

医療経済的視点を含めたあるべき緩和ケアの文献的検討

小林慎太郎¹, 上田壮佑¹, 岩澤聡子², 吉岡範幸², 鈴木聡子², 角田正史²

防医大誌 (2026) 51 (2) : 51 – 56

要旨：高齢化社会の進展に伴い、がんを含む慢性疾患治療における緩和ケアの重要性が増している。日本において緩和ケアが患者のQOLの向上に寄与することを前提に、医療経済的観点を含めた望ましい緩和ケアの姿を検討するための基礎資料を得ることを目的とした。【方法】「経済」と「緩和ケア」をキーワードに1990年以降の国内文献を検索・抽出した。【結果】吉本らは、医療費抑制に関して、緩和ケアチームの導入が入院期間の短縮を実現し、病院経営の改善と両立できることを示唆した。また、増加する入院医療費を抑制するため、前田は在宅医療と緩和ケアの推進を主張した。篠田らは、特に在宅緩和ケアが病院緩和ケアと比較して医療費を約40%に抑えられるという、医療経済的優位性を示した。加藤らはロジスティック多変量解析を用いて社会経済要因を考慮した上で在宅緩和ケアと病院緩和ケアを比較し、在宅緩和ケアが治療費の面で優位であるとした。さらに高橋らは、在宅ケアの優位性は単に費用面だけにとどまらず、患者のQOLも高水準で維持することを示した。【考察】以上より、今後の日本の医療政策として在宅緩和ケアを支援する社会体制の整備と、より長期的な費用効果分析の実施が必要と考える。

索引用語： 緩和ケア / 在宅医療 / 在宅緩和ケア / 医療経済 / QOL

緒 言

日本国内においては周知のごとく高齢化が急速に進行している。内閣府が毎年公表している高齢社会白書の最新令和7年版によると、総人口のうち65歳以上の高齢者が占める割合は29.3%で、令和52年（2070年）には、2.6人に1人が65歳以上、約4人に1人が75歳以上との推計結果が出ている¹⁾。高齢化社会の急速な進行に伴い、様々な生活習慣病や、がんを含む慢性疾患への治療の一部として、緩和ケアの重要性がますます高まっている。わが国では1990年に緩和ケア病棟入院料が診療報酬の枠組みに新設されて以降、緩和ケアが制度化された。緩和ケア関連18団体が、2002年にWHOが発表した緩和ケアの定義を定訳したものによれば、「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直

面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ」²⁾となっている。すなわち、緩和ケアの究極の目的とは末期患者のQOL向上にあるといえる。そのため、他領域以上に、対象患者への寄り添い、そして末期患者の場合にはどのような最期を望んでいるかについての最大限の考慮が必要である。

一方で、国民医療費は直近の統計では48兆915億円と3年連続で過去最高を更新し³⁾、令和6年度の概算医療費48.0兆円のうち、入院医療費は19.2兆円（構成割合39.9%）となっている⁴⁾。増え続ける医療費に対して、各医療領域において経済的合理性を加味した医療政策を立

¹ 防衛医科大学校学生
Student, National Defense Medical College, Tokorozawa,
Saitama 359-8513, Japan

² 防衛医科大学校衛生学公衆衛生学講座
Department of Preventive Medicine and Public Health, National
Defense Medical College, Tokorozawa, Saitama 359-8513, Japan

令和7年12月12日受付
令和8年3月18日受理

案する必要性が高まっている。緩和ケアも例外ではなく、患者のQOLの向上と医療経済的合理性の両立が求められている。緩和ケアには病院で行われる病院緩和ケアと在宅で行われる在宅緩和ケアがあり、医療経済という視点での両者の比較も興味のあるところである。

本総説では、急速に高齢化社会の進展する日本において求められる望ましい緩和ケアの形について明らかにするため、その基礎資料として緩和ケアと医療経済について論じた、日本の緩和ケア制度化がなされた1990年以降の先行研究を記述することとした。

方 法

医中誌Webで「経済」and「緩和ケア」の条件でフリーワード検索をし、抄録を含むものを抽出した。期間は1990年以降のものに限定し、会議録は除いた。本文ではそのうち、緩和ケアを医療経済的観点から定量的に評価し、特に在宅緩和ケアの費用効率性と医療の質に焦点を当てた論じた国内の論文を選択し、まとめることとした。

結 果

医中誌で上記の検索を行ったところ、111件が該当した。そのうち日本国内において緩和ケアを医療経済的観点から定量的に評価し、特に在宅緩和ケアの費用効率性と医療の質の両立に焦点を当てた研究は5件であり、本総説ではその5件の論文について記述する。

名古屋市南部の社会保険中京病院の吉本ら⁵⁾は緩和ケアチーム (palliative care team: PCT) の新設に伴い導入されたクリニカルパスによって、職員の業務負担は急激に増大したものの、在院日数は10年間でほぼ半減させることに成功している。吉本ら⁵⁾は、先行研究⁶⁾をもとに実質病院の病床数が倍増したことに等しいとし、PCTの運営がその効果とともに、病院経営改善と両立できているとしている。

また、前田⁷⁾によれば、病床数と入院医療費にはかなり強い相関関係があり、またわが国はすでに他の先進国と比較して病床数が多く、来る多死社会への備えとしてこれ以上病床数を増やすことは考えられないとしている。そこで

前田⁷⁾は、病院での死を減らし、在宅医療を推進し、自宅、地域で最期まで過ごせる仕組みを構築することで医療資源を有効利用できると主張している。わが国の年間死亡数における死因第一位は悪性新生物 (がん) であり⁸⁾、高齢者のみならず、がんの終末期ケアを考えることは医療経済の観点でも重要である。前田⁷⁾によれば、2011年のがん患者の死亡場所は90.1%が病院で、内訳は緩和ケア病棟が8.2%、その他の病床が81.7%であり、病院で死亡したがん患者の実に9割以上が一般病棟で死亡している現状を鑑みて、より多くの患者に緩和ケアを提供する方策として2つを述べている。ひとつは病院内に緩和ケアチームを作ること、そしてもうひとつは在宅緩和ケアの推進である。在宅緩和ケアの推進は、緩和ケア病棟と地域の緩和ケアを循環型で連携させることで病棟入院日数を削減し、病床を有効活用することにつながると主張している。

在宅での緩和ケアを推進することの経済的メリットについては篠田ら⁹⁾の研究がある。埼玉県富士見市にある篠田中央クリニックでは1994年から在宅ケアチーム (医師2名、看護師2名、緩和ケア相談専任看護師1名、薬剤師、管理栄養士) を編成して、2002年から2006年までの5年間に在宅緩和ケアを施行し、計32人を看取るに至った。なお、在宅緩和ケアに関わる代表的な診療報酬点数には以下のようなものがある¹⁰⁾。(表1)

このように、在宅緩和ケアに関して多様な診療報酬が新設されているが、これについて篠田ら⁹⁾はがん患者の緩和ケアについて、在宅緩和ケアと病院緩和ケアにかかった実際の医療費を比較検討している。対象となったのは、1) 在宅緩和ケアののち在宅死した2人、2) 在宅緩和ケアののち病院死した3人、3) 病院緩和ケアののち病院死した2人の、3つのケースである。患者の死亡直前の1か月間に関して診療報酬点数を実際のレセプトより抽出したところ、それぞれの平均医療費では、1) 在宅死 25735点、2) 在宅医療+病院死 17240点+11674点=28914点、3) 病院死 66264点となり、在宅緩和ケアは病院緩和ケアの約38.8%で済み、明確に医療費の効率利用に寄与しているとしている。

表 1. 在宅緩和ケアに関わる代表的な診療報酬点数

在宅患者訪問診療料 (1)	在宅診療の基本料。1人の患者に対して1つの保健医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定。	同一建物居住者以外 888点/ 同一建物居住者 213点 (その他区分あり)
在宅ターミナルケア 加算	往診料に対する加算で、死亡日および死亡日前14日以内に一定回数の往診・訪問診療または退院時共同指導などの要件を満たして在宅で死亡した場合などに算定。	3500～6500点 (施設区分などにより幅あり)
看取り加算	往診料の看取り加算。退院時共同指導などの条件下で往診を行い在宅で看取った場合に算定される。	3000点
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	緊急往診・看取り実績や常勤医師の緩和ケア研修などの施設基準がある。	5250点

注) 資料10をもとに在宅緩和ケア実施により加算される診療報酬点数のうち、代表的なものを抽出し作成した。

在宅緩和ケアを行う医療機関の数が爆発的に増えることがない理由として篠田ら⁹⁾は、24時間拘束という医師の精神的、肉体的負担や、診療報酬がそれに見合っていないこと、そして患者家族が家で家族が死を看取ることに不安を感じることを挙げている。

篠田ら⁹⁾の研究を含めた先行研究では、在宅緩和ケアと病院緩和ケアではそもそも患者の病態が異なるにもかかわらず、単純な費用の比較を行っていたものがほとんどであったが、加藤ら¹¹⁾の研究は、多変量解析を用いることにより、在宅ケアとなる疾患の管理などの患者要因、同居者の有無などの社会経済的要因を考慮したうえで在宅緩和ケアの医療経済的優位性を説いた点が特徴的である。加藤ら¹¹⁾は、末期がん患者について、在宅緩和ケアと病院緩和ケアの2つの総医療費を比較・評価した。北海道室蘭市の日鋼記念病院および本輪西ファミリークリニックで治療を受けた末期がん患者のうち、2009年1月から2013年12月までに自宅で死亡した在宅緩和ケア患者（症例群）と2008年4月から2013年12月までに病院で死亡した病院緩和ケア患者（対照群）を対象とした症例対照研究である。本研究では、症例群（48例）と対照群（99群）を比較した結果、両群の治療期間に有意な差は認められなかった（症例群：中央値23日〔四分位範囲13～68日〕、対照群：中央値26日〔四分位範囲10～48日〕、 $P=0.957$ ）。治療費に関しては、総治療費を従属変数とし、独立変数には在宅医療、プロペンシティ・スコア（ロジスティック回帰分析により算出した患者要因や社会経済的要因）、および医療費改訂年度を含めた一般化線形回帰分析の推定値を用いる

と、症例群の平均総治療費が9,958ドルであったのに対し、対照群では17,841ドルと高くなった。そして、在宅緩和ケアは患者1人あたり平均7,523ドルの費用削減と有意に関連していた（95%信頼区間：7,093～7,991ドル、 $P=0.015$ ）。加藤ら¹¹⁾は、この在宅緩和ケアと病院緩和ケアの費用差について、医療保険と介護保険における報酬算定方法の違いに起因する可能性を指摘している。病院緩和ケアでは医療・介護ニーズレベルに関わらず定額の日額報酬で算定されるのに対し在宅緩和ケアはこれらのニーズレベルを反映した従量制報酬体系で算定される。在宅緩和ケアでは提供するケアのレベルと種類に応じて報酬が詳細に定められているため、過剰な費用を抑制することができるとしている。また、多変量ロジスティック回帰分析により、在宅緩和ケアを受けた患者と病院緩和ケアを受けた患者を比較したところ、在宅緩和ケアを受けた場合の有意な説明変数として、患者と同居する者が1人以上いること、ADL(日常生活動作)に介助を要すること、酸素吸入療法を使用していないこと、経口または坐剤のオピオイドを使用していること、また、経皮パッチのオピオイドを使用していることについて有意性が認められた。これらの条件が有意な説明変数となる理由について著者は述べていないが、条件を満たす患者は在宅緩和ケアに移行しやすいことが示唆された。

また、高橋ら¹²⁾は、在宅医療クリニックで余命1か月以下と診断された末期がん患者について、QOLと費用の面で在宅ケアと院内ケア（一般病棟＋緩和ケア病棟）を比較した。QOL値については、QALY（質調整生存年）算出に

用いられる評価尺度であるEQ-5D-5Lの日本語版¹³⁾を用いて質問紙票による調査を行った。質問紙票は、移動の程度、身の回りの管理、普段の活動、痛み/不快感、不安/ふさぎ込みについて5件法(1:問題なし~5:極度の問題あり)で回答を求めたもので、日本版EQ-5D-5Lのスコアリング換算表¹³⁾を用いてQOL値に換算した。また、医療費については対象の病院、在宅医療クリニックで死亡したがん患者の死亡前直近4週間の診療報酬請求明細書を用いて後ろ向き調査を行った。QOLについて、死亡1週間前のQOL値はそれより前の期間と比較して、在宅群と病院群のいずれの場合でも最も低くなり、全期間において在宅群のQOL値が病院群を上回った。費用については、死亡前1週間はターミナルケア加算により、在宅群で著明な医療費の上昇が認められた。以上より、死亡直前を除けば在宅ケアは低費用かつ高QOLの診療形態であるとしている。そこで、高橋ら¹²⁾は、早期の在宅療養への移行を推進すべきとの結論を示し、同時に費用増加を避けて最後の1週間だけ入院するのは非現実的であり、在宅で最期まで療養するのが現実的選択肢であるとしている。

考 察

緩和ケアは決してコスト面での効率化を図るために導入されたわけではないものの、緩和ケアが医療コストの効率利用に一役買っていることは吉本ら⁵⁾の研究を含めた先行研究によって示唆されている。特に在宅緩和ケアの医療経済的優位性についても、先行研究^{7,9,11)}により明らかにされている。医療費の約4割を占める入院医療費⁴⁾をいかに抑制させるかということが今後の医療経済にとって重要であるが、前田⁷⁾は特に末期がん患者のうちの多くが病院、それも一般病棟で死亡している現状を鑑み、早期に在宅での緩和ケアに移行すべきとして、在宅での診療・看取りに対応した社会全体の枠組みを構築する必要があると主張し、この主張は、入院医療費の抑制につながると考える。ただし、患者のQOLを維持することを前提にしなければならず、加藤ら¹¹⁾が示した決定因子を参考に個々の患者の病態について詳細に考慮

した結果、在宅ケアの適応となるかを慎重に検討しなければならない。

本研究の限界として、次のような点が挙げられる。今回取り上げた先行研究はいずれもサンプル数が多いとは言えず、単施設で行われたものが含まれており一般化には問題がある。在宅緩和ケアを提供される患者のQOLは施設によってもかなりのばらつきがあると考えられ、特に在宅緩和ケアを重視した施設では、複数の要因からケアの質も高く患者QOL向上に寄与している可能性がある。医療政策に反映させるには、サンプル数が多く複数施設にまたがった調査、より長期間の研究、様々な治療計画を考慮した費用効果分析の追加研究等が求められると考える。また、海外では、Gomesら¹⁴⁾が、のべ37,561名の参加者(主に進行がん患者)を含む23件の研究(16件のランダム化比較試験を含む)を分析している。研究間の方法差が大きいため、在宅緩和ケアの医療経済的優位性のエビデンスは最終的に不十分としているが、一部研究では医療費の削減と医療資源利用の減少に寄与していると述べている。こうした海外での実証研究が日本の在宅緩和ケア制度の検討に資する可能性がある。

吉本ら⁵⁾は、クリニカルパスの導入によって在院日数が半減したとしているが、導入後2年間の検討で54のパスが導入され、現場職員にはかなりの負担となったと報告している。クリニカルパスの具体的内容は記述されていないが、どのようにクリニカルパスを作成すべきなのかについては課題が残されている。前田⁷⁾はがん患者の死亡場所について言及しているが、死亡全体については、その死亡場所については2011年からの10年余りで介護施設等での死亡が増加している。国立がん研究センターが2019年と2020年に実施した全国調査によれば、がん患者の約5%が介護施設等で死亡しており、がん患者についても介護施設等での死亡は増加している¹⁵⁾。また、急峻な経緯を辿ることの多い心疾患や呼吸器疾患と比べて、がんや認知症の患者は在宅、あるいは施設での看取りが十分可能である¹⁶⁾とされており、介護施設で看取りを迎える患者群として、急峻な経緯を辿らないがん患者が多く含まれると考える。

このような、施設におけるがん患者の死亡が増えている現状において、病院内に緩和ケアチームを作ることと、在宅緩和ケアを推進するという前田⁷⁾の2つの方策に加えて、がんや認知症といった疾患の患者のうち、痛みなどの症状が少なく医学的な介入を必要としない患者については、介護施設での緩和ケアの実施を検討すべきと考える。さらに診療報酬点数という点では在宅緩和ケアに経済的優位性があるものの、実際は在宅医療には医師や看護師などの人的リソースが多く割かれている可能性があり、これらを加味した総合的なコストについての実証研究が今後求められる。また、緩和ケアの医療経済的優位性については、優位性が示されなかった論文も取り上げ俯瞰的に比較検討すべきであるが、今回医中誌Webの検索で抽出された111件の論文にそのような論旨の論文は確認できなかった。緩和ケアの医療経済的優位性が示されなかった研究は出版バイアスにより論文として発表されていない可能性があり、今後の追加研究が待たれるところである。

医療経済評価の分野では、費用対効果の「効果」の指標として、単に生存期間の延長をあらわす「生存年」ではなく、質調整生存年（quality-adjusted life year, QALY）と呼ばれる、QOLと生存期間の両方を総合的に評価できる指標が用いられる¹⁷⁾。緩和ケアの場合は疼痛の緩和などのQOLにまつわる諸問題への対応が必要であるため、QALYが用いられることから、この概念を理解することは必要であり、今後QALYを用いたさらなる在宅緩和ケアの優位性についての検討が求められると考える。なお、高橋ら¹²⁾がQALYの算出に用いたEQ-5Dという質問紙は国際的に汎用されているものではあるが、緩和ケアのQOL評価や包括的アセスメントにおいてEQ-5Dは数ある質問紙の中の一つであり、国内の緩和医療において標準化されているとまでは言い難い。本研究の結果を解釈する際には、こうした評価の限界を踏まえる必要がある。特に在宅緩和ケアにおいては、症状緩和のみならず、生活の質や家族との関係性、療養環境への適応など多面的要素が重要となるため、今後はEORTC QLQ-C15-PALやPalliative care Outcome Scaleなどの緩和ケア特異的尺度との併用や、

家族アウトカムの評価を組み合わせることで、より包括的なQOL評価を行うことが望まれる。

今後、在宅緩和ケアの優位性が示唆されていることから、在宅緩和ケアの社会体制構築推進の必要性を再認識すると共に、費用・人的資源・家族や生活者のQOLなど社会体制の整備にまつわる課題の具体的議論が今後期待される。

結 語

本研究から、緩和ケアの充実は患者のQOL向上と医療費抑制の双方に寄与しうることが示唆された。特に在宅緩和ケアは費用対効果の面で優れており、今後は社会体制の整備と長期的な費用効果分析を通じて、より持続可能な緩和ケア体制の構築が求められる。

利 益 相 反

本総説論文に関係する利益相反（COI）はない。

文 献

- 1) 令和7年版 高齢社会白書(概要版)-内閣府 <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/gaiyou/pdf/1s1s2s.pdf> (参照2025-11-01)
- 2) 大坂 巖, 渡邊清高, 志真泰夫, 他: わが国におけるWHO緩和ケア定義の定訳—デルファイ法を用いた緩和ケア関連18団体による共同作成—, *Palliat Care Res* 14: 61-66, 2019.
- 3) 令和5年度 国民医療費の概況-厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/dl/R05data.pdf> (参照2025-11-01)
- 4) 令和6年度 医療費の動向—公表用—厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/24/dl/iryohi_data.pdf (参照2025-11-01)
- 5) 吉本鉄介, 石野由樹, 久田純生, 他: 緩和ケアチームの採算性—病院管理者の視点で緩和ケアチームを考える—, *緩和医療学* 8: 43-50, 2006.
- 6) 高橋 泰: DPC実践テキスト. じほう社, 東京, 2005, pp29-31.
- 7) 前田浩利: 在宅医療のニーズの高まりの社会的背景と在宅医療がもたらす医療のパラダイムシフト, *保健医療社会学論集* 26: 3-13, 2015.
- 8) 厚生労働省: 令和6年(2024)人口動態統計(確定版)第8表「性別にみた死因順位(第10位まで)別死亡数・死亡率(人口10万対)・構成割合」https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei24/dl/10_h8.pdf (参照2025-11-01)
- 9) 篠田 毅, 谷澤 洋, 河西竜太: 在宅緩和ケアの実践—有床診療所として—, *ペインクリニック* 29: 25-33, 2008.
- 10) 厚生労働省保健局医務課: 令和6年度診療報酬改定の概要【在宅(在宅医療, 訪問看護)】令和6年3月5日版 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001226864.pdf> (参照2025-11-01)
- 11) Kato K, Fukuda H.: Comparative economic

- evaluation of home-based and hospital-based palliative care for terminal cancer patients. *Geriatrics & Gerontology International* 17: 2247-2254, 2017.
- 12) 高橋奈央, 田辺公一, 市橋亮一, 他: 終末期がん患者における在宅療養と病院療養に関するQOLと費用の記述. *医療と社会* 34: 79-89, 2024.
- 13) 池田俊也, 白岩 健, 五十嵐中, 他: 日本語版 EQ-5D-5Lにおけるスコアリング法の開発. *保健医療科学* 64: 47-55, 2015.
- 14) Gomes B, Calanzani N, Curiale V, et al.: Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD007760
- 15) 上原立資: 終末期がん患者に対する多職種連携の取り組みと理学療法士の役割. *理学療法* 40: 911-920, 2023.
- 16) 岡本敬久, 濃沼政美, 入内島麗子, 他: 在宅医療受領患者の死亡場所に影響する因子の研究 第一報—居宅死または入院死事例における死亡前1年間の医療資源消費, 要介護度, 併存疾患を中心に—. *日本在宅医療連合学会誌* 5: 25-33, 2024.
- 17) 池田俊也: 緩和医療薬学と医療経済評価. *日本緩和医療薬学雑誌* 5: 69-72, 2012.

A literature review on optimal palliative care including standpoint of health economics—the advantage of home-based palliative care

Shintaro KOBAYASHI¹, Sosuke UEDA¹, Satoko IWASAWA², Noriyuki YOSHIOKA²,
Satoko SUZUKI² and Masashi TSUNODA²

J. Natl. Def. Med. Coll. (2026) 51 (2) : 51 – 56

Abstract: [Background] Palliative care has become more critical in the management of chronic diseases, including cancer. It contributes to improving patients' quality of life (QOL) in Japan. It is necessary to consider optimal palliative care in Japan from a standpoint of health economics. The objective of this study is to obtain fundamental evidence for optimal palliative care. [Methods] In this study, we reviewed the Japanese literature published since 1990 using the keywords “economics” and “palliative care”. [Results] Yoshimoto et al. reported that the introduction of a palliative care team reduces healthcare expenditures by shortening hospital stays. Additionally, it contributes to the operation of a hospital. To address rising inpatient medical costs, Maeda emphasized the need to promote home-based medicine and palliative care. Shinoda et al. demonstrated that home-based palliative care reduced medical expenditures by approximately 40% compared with hospital-based care. Kato et al. showed that home-based medicine is cheaper than hospital-based medicine after adjustment for medical and socioeconomic factors. Furthermore, Takahashi et al. suggested that home-based care not only reduces costs but also maintains patients' QOL at higher levels. [Discussion] Japan's healthcare policy should develop social systems to support home-based palliative care. Further long-term cost-effectiveness evaluations are required.

Key words: palliative care / home medical care / home-based palliative care / health economics / quality of life