

ホスピス緩和ケア白書 2013

在宅ホスピス緩和ケアの現状と展望

編 集 (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会

志真 泰夫 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
恒藤 暁 大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学寄附講座
松島 たつ子 ピースハウス病院 ホスピス教育研究所
宮下 光令 東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野
山崎 章郎 ケアタウン小平クリニック

序 文

柏木 哲夫

(日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 理事長)
金城学院 学院長

わが国のホスピス・緩和ケアの現状を概観する『ホスピス・緩和ケア白書』は今回の2013年度版で10冊目になる。『ホスピス緩和ケア白書』では、2004年版でホスピス緩和ケアの取り組みの概況をまとめて以来、さまざまなテーマで毎年発行してきた。昨年度2012年版では、これまで緩和ケアの種々データが蓄積されており、「ホスピス緩和ケアに関する統計と解説」をテーマに掲げた。

さて、2011年度版まではトピックスをテーマに特集を組み、2012年度版ではデータを中心にホスピス緩和ケア白書を企画した。2013年からは、ホスピス緩和ケアの現状や展望に時宜的に対応するために、また白書本来の意味合いを踏まえて「特集（トピックス）編」と「ホスピス緩和ケアに関する統計と解説（データ）編」で構成することにした。

今回、特集では「在宅ホスピス緩和ケアの現状と展望」を取り上げた。間もなく多死社会を迎えるわが国では、療養の場の選択は重要な課題である。国民を対象にした療養場所の選択に関する各種アンケート調査では「できれば住み慣れた自宅で最期を迎えたい」という回答が半数を超す。しかし、現実的な最期の場所となると、病院やホスピスを希望するの方が多くなる。これは、国民の多くは在宅死を望んでも、現在の医療状況ではそれが叶わぬ夢であることを知っているからであろう。関係者は国民の真のニーズに応える努力をすべきなのである。さて、そのような国民ニーズの背景や、また増大する医療費などの背景もあり、厚生労働省も従来に増して在宅重視の方向性を明確にした。結果、2012年度の診療報酬・介護報酬改定では、在宅に取り組む事業者に手厚い配慮がなされている。

以上のような状況を鑑み、がん患者に特化した訪問専門の在宅療養支援診療所（在支診）、がんも非がん患者も対象とする訪問専門の在支診、訪問を専門としない外来を中心とした在支診、有床の在支診、緩和ケア病棟を有する病院などさまざまな形態での、在宅ホスピス緩和ケアの取り組みを紹介する。また、地域での緩和ケア推進プロジェクトのいくつかの実際や結果についても報告する。在宅療養の場も選択の幅を広げることが求められており、そのいくつかの実際を解説する。

データ編では、緩和ケアチームや緩和ケア病棟の動向と現状、緩和ケアに関わる専門職などを取り上げ、これまで通り重要な資料は一覧として掲載する。

多忙な臨床の日々の中で、執筆してくださった皆様に心から感謝したい。この白書がホスピス緩和ケアに従事している人たちや、これから新たに取り組もうとしている人たちの参考になることを願っている。

目次

序文	柏木 哲夫	iii
第Ⅰ部 在宅ホスピス緩和ケアの現状と展望		
1. がん患者を対象とする訪問専門の在宅療養支援診療所の取り組み	藤本 肇, 他	2
2. がん患者・非がん患者を対象とする訪問専門の在宅療養診療所—ケアタウン小平の取り組み	山崎 章郎	6
3. 外来を中心とした在宅支援診療所の取り組み—地域に在宅医療をどう提供するか	矢津 剛	10
4. 緩和ケアを提供する有床の在宅療養支援診療所の取り組み	土地 邦彦	16
5. 緩和ケア病棟のある病院が取り組む在宅ホスピス緩和ケア	山田 祐司	20
6. 地域包括ケアシステムをどうつくるか—柏市における取り組みの現状と展望	吉江 悟, 他	24
7. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) から得られたものをどう生かすか	森田 達也	28
8. 在宅医療・介護あんしん 2012 の推進—在宅医療・介護のルネッサンスとするために	山岸 暁美	38
9. 在宅療養の場はさまざまに変わる		
A. 「ホームホスピスカあさんの家」の取り組み	市原 美穂	42
B. 「ケアタウン小平いっぷく荘」の取り組み	長谷 方人	45
C. サービス付き高齢者向け住宅	天本 宏	48
第Ⅱ部 統計と解説, 事業報告		
1. データでみる日本の緩和ケアの現状	宮下 光令, 他	54
2. 緩和ケア関連の資料		70
3. (公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2012年度 事業活動 (進捗状況) 報告	大谷 正身	89

第 I 部

在宅ホスピス緩和ケアの 現状と展望

1. がん患者を対象とする訪問専門の在宅療養支援診療所の取り組み

藤本 肇* 相澤 佳代子*

(*ふじもと在宅緩和ケアクリニック)

現在までの経緯

ふじもと在宅緩和ケアクリニック（以下、当院）は、がんの在宅緩和ケアに特化した診療所として2005年10月、埼玉県所沢市に開設した。それ以前、筆者は大学病院の外科で、再発がん患者の診療に当たっていたが、最期まで家で過ごしたいと希望するがん患者を受け入れることができる医療機関はほとんどなく、当院を立ち上げるに至った。

開設当初は医師と医療事務が各1名で、地域の訪問看護ステーションと連携していたが、現在は、医師2名、看護師3名、事務2名の構成で、訪問看護は院内の看護師が担っている。

現在の取り組み

① 診療の概要

訪問を主たる診療業務として常時10～15人程度の在宅がん患者を受け入れ、このほかに将来的に訪問診療を予定している患者や、当院で看取った患者の遺族を予約制で外来診療している。開設以来、これまでに訪問した患者は557人、うち464人を在宅で看取った。患者背景は表1のとおりである。

ほかの医療従事者から、「少人数でそんなに診療してスタッフは休めるのか。継続性に問題はないのか」としばしば問われる。当院では“コンビニではなく、老舗のようなこだわりを”の理念を掲げ、対象をがんに絞って診療所の特徴を明確化し、すべてのニーズに対応しようとすすぎず、当院が提供できるものを求める患者・家族にしっかりと応えていくことを重視している。

表1 訪問診療対象患者の背景

患者数	557人（集計期間：2005年10月～2012年11月）			
平均年齢	69.5歳（最小31歳，最大101歳，中央値71歳）			
性別	男	58.7%	女	41.3%
原発臓器	下部消化管	24.5%	子宮卵巣	7.8%
	肝胆脾	19.3%	乳腺	6.5%
	上部消化管	13.5%	頭頸部	3.6%
	泌尿器	12.3%	原発不明	1.4%
	呼吸器	10.7%	筋骨格	0.4%
死亡場所	自宅	83.3%	緩和ケア病棟	13.1%
	一般病床	3.4%	療養病床	0.2%

② 診療における取り組み

1. すべては初回面談から

診療開始前に、患者本人やキーパーソンのほか、介護や意思決定に関わる家族も交えて90分以上の時間をかけて初回面談を行う。そこでは、①病状認識、②療養選択の希望を確認し、さらに③在宅医療の内容、④後方ベッドの手配方法、⑤医療費、などを細かく説明する。面談の場で、家族の間でも伝え合っていなかった情報や、本音が語られることもある。このようなやりとりを通じて在宅療養に対する家族の合意形成を支援し、「病院から出されたから在宅」という消極的選択ではなく、「家に帰りたいから、家族で支え合いたいから在宅」という積極的選択に導く。

この初回面談、すなわちマッチング作業には多大な時間と労力を要するが、最初に患者・家族と医療者の目的を共有することができ、その後の関わりがスムーズになる。急ぎの依頼でこの過程を省いたケースでは、療養開始後に家族と医療者の両方に不全感が残ることもあった。

2. 訪問形態と緊急対応

在宅での看取りが想定される段階においては、「在宅がん医療総合診療」を活用している。緩和ケア病棟における緩和ケア病棟入院料に準じた在宅の包括医療制度であり、1週間当たり4回の定期訪問と24時間対応を基本とする。当院では、1人の患者につき医師と看護師がそれぞれ単独で2回ずつ定期訪問を行う。看護師は、身体のケアに時間を割くことよりも、患者や家族との対話を重ねながら問題点の抽出と解決策の立案に医師と協同して取り組む。患家からの緊急電話連絡は医師が対応する。

過去1年間の定期訪問と臨時対応の状況を表2に示す。定期訪問の場で次に起こると予想される出来事を先読みし、しっかりと解決を図っておけば、24時間対応といえども臨時の訪問を減らすことができる。緊急訪問看護のほとんどが看取りで、医師も電話での投薬や対応の指示に終わるものが多い。

3. 院内の意識共有

同じ電子カルテ上に医師と看護師が訪問内容を記録するとともに、毎日の訪問終了後にカンファレンスを行い、リアルタイムに情報とケアの方針を共有する。診療所内は、1つの部屋に事務職員を含むすべてのスタッフが向かい合う配置で、常にコミュニケーションを図れる環境となるよう工夫している。

4. 介護職との連携

定期的な身体のケアは看護師と介護職との話し合いのもとで分担して行う。看取り間際であっても介護職がケアに積極的に参加できるよう、医師や看護師と介護職との間で予測される身体の変動などに関する情報交換を密にしておく。それにより、介護職との信頼関係を築き、チームとして介護職も安心してサービスを提供できるようになる。

5. 看取り

看取り前には、家族教育を行い、看取りの経験がない家族でも落ち着いて見守れるよう備えておく。その結果、ほとんどの場合は家族が呼吸停止を確認後に、当院へ穏やかな声で連絡が入る。医師の往診と死亡確認のあと、家族が希望する場合は、看護師による看取り後の処置を行うが、時間

表2 定期訪問と臨時対応の状況

対象期間：2011年12月～2012年11月			
全死亡数	55人	在宅死数	48人
定期の訪問			
訪問診療	1,107件	訪問看護	972件
臨時の訪問			
医師往診	175件	緊急訪問看護	18件
夜間	40件	夜間	1件
深夜	32件	深夜	8件
土曜・日曜	51件*	土曜・日曜	4件*
臨時の電話対応			
臨時の訪問を要しなかった電話対応			254件

*夜間・深夜の件数との重複あり

が許せばその終了まで医師も立ち会い、看取りの時間を家族と共有する。そこでは、療養中の思い出が自然に語られ、グリーフケアの入り口として欠かせない時間となっている。

6. 後方ベッドの手配

当院が訪問診療を行う状況下での入院の位置づけを、患者・家族に対して予め説明する。具体的には、症状が緩和できず緊急入院することは稀で、家族の介護疲労を理由に入院する場合は計画的に入院することを伝えておく。初回面談の場で、家族の介護力、紹介経緯、予後、必要な医学的処置に応じて後方ベッドの手配先を決めるが、その多くは緩和ケアの診療理念を一貫できる近隣の緩和ケア病棟に依頼している。当院の訪問診療から入院へ移行した患者は17%であり、そのうち80%が緩和ケア病棟への計画的入院であった(表1)。後方ベッドの手配は、実際の利用の有無にかかわらず、在宅療養する患者や家族の安心につながり、心の支えとなっている。

③ 医療者のスキル向上と勤務環境の配慮

1. 在宅緩和ケアに必要なスキルと教育・研修

がんは在宅医療の対象疾患の中でも短期間の経過をたどりやすい。図1に示すように、当院の訪問診療期間は平均57日であり、約半数は1カ月未満である。この短期間で人生の最終章という重要な局面を支えると同時に、変動する症状への的確な対応が求められる。

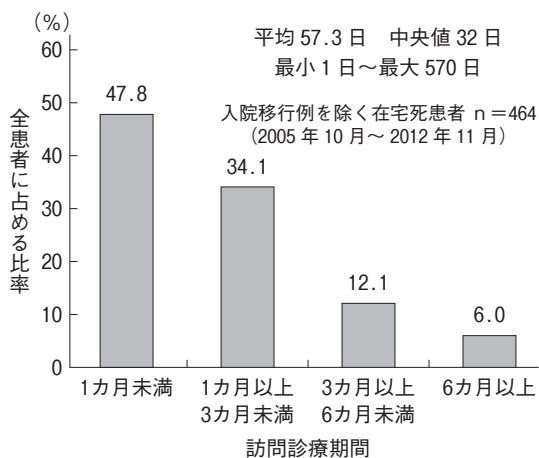


図 1 訪問診療期間の分布

細かに対応しようとして多数の訪問スタッフが出入りすると、静かな環境を乱してしまうこともある。訪問スタッフは、家族が何もせずに済むようにするのではなく、家族自身が患者を支えることにやりがいを感じながら過ごせるよう配慮して支援する。このように、家族の関係性を踏まえた支援の比重が大きい点が在宅緩和ケアの特徴であり、そのためには、①幅広い知識、②深い洞察力、③豊かな人間性、が欠かせない。しかし、在宅緩和ケアのスキルを客観的に示せる指標は未だ確立されていないため、今後の在宅緩和ケアの教育カリキュラムの作成が待たれる。

現状では、医師が日本緩和医療学会暫定指導医を、看護師が緩和ケア認定看護師の資格をそれぞれ取得している。このほか、研修への参加や学会での研究発表も積極的に行い、知識や技術の向上に努めている。

2. 勤務環境

定期訪問への従事を週 4 日間とし、看護師 1 人当たりの定期訪問件数にゆとりをもたせている。個々の患者とゆっくりと向き合う時間をもてることにより、ケアを不全感なく行え、スタッフの燃えつき予防にもつながる。このため、在宅療養を希望する患者全員を受け入れることはできないが、継続的に診療を続ける力を保つためには必要な対応と考えている。スタッフ自身に時間的にも、精神的にも余裕がなければ、患者に良質なケアを提供できないとの信念で診療に当たっている。

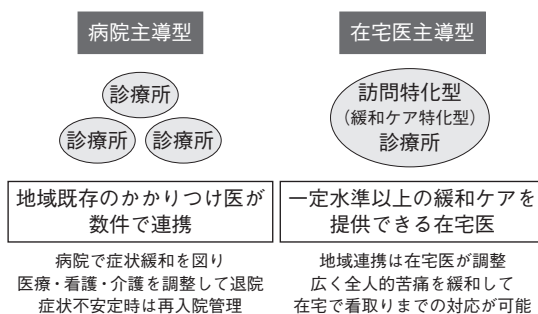


図 2 在宅緩和ケアを担う 2 つの形態

明らかになった課題

① 診療所の機能に応じた退院連携の必要性

多死時代の到来を前に、地域連携によって在宅に患者を帰そうとする動きが加速している。この議論の中で、在宅医の役割が一括して議論されることが多いが、在宅医療も専門分化が進み、診療所の機能は多様化している。

緩和ケアにおける診療所の機能は、病院主導型と在宅医主導型の 2 つに分類できる (図 2)。どちらか一方だけでなく、いずれの形態も必要であり、その構成は地域ごとに異なる。

当院の場合は、在宅医主導型の連携で患者を支えている。そのため、退院前に病院側で予め看護や介護が手配されると、初めて顔を合わせる者同士でチームを組むことになり、短期間で変動する患者を支えるには困難が多い。したがって、連携手配も含めて在宅医に任せられれば、迅速かつ機能的に対応しやすい。

一方、病院主導型の退院連携では、病院が各種の訪問スタッフと調整しなければ在宅への移行は難しい。退院連携の現場では、在院日数の短縮化に伴い連携の作業効率が優先され、患者や家族の希望と依頼先の在宅療養を担う医療機関とのマッチングがおろそかになり、画一的対応になりがちである。依頼先の診療所がどのような機能を有しているのかは、患者の療養内容に直結する重要な点であり、連携担当者が診療所の機能を十分に把握したうえでの対応が望まれる。

地域の緩和ケア基盤の底上げには幅広い連携が不可欠であり、当院も自施設チームの殻に閉じこもっているわけではない。地域での知識や技術の

共有については積極的に“顔の見える”連携の輪を広げつつ、個別の患者対応は、一歩踏み込んだ“心が見える”連携の中で支えていけるように、2種類の連携の両立に取り組んでいる。

② 人材確保の難しさ

小規模な組織で24時間対応を行うことは求職者にとって不安が大きい。充実感をもてるとしても、在宅医療の経験のない求職者に対して自宅待機や緊急対応などの仕事内容を伝えるのは難しく、人材の確保に苦労してきた。

現在、日本ホスピス緩和ケア協会が取り組んでいるようなホームページ上での職員募集の支援を進展させ、在宅や緩和ケア病棟、チームなど緩和ケア人材の相互の研修の枠組みを活かして、人材確保が実現できればと感じている。

ほかの地域でも活かせる運営や活動の知恵や秘訣

① 動機でつながる連携の構築

2010年の全国のがん（正確には悪性新生物）患者の在宅死率は7.8%に留まるが、当院のような在宅専門の診療所が取り組むことにより、単独でも地域のがん死亡数の5~10%を在宅で看取ることができる。年間数十人を看取る診療所が2次医療圏レベルで1~2件開設され、既存の診療所が年間数人を看取れるように地域連携を構築すれば、がん患者の20%を在宅で看取るとは実現可能である。国の政策によって義務的に取り組むばかりでなく、動機と理念をもって、一診療所からでも取り組めば確実に結果を出すことができるはずである。

連携の秘訣は、それを難しく考えず、まずは訪問の内容を、バイタルサインだけでなく、会話の内容まで丁寧に伝え合う。個々の患者の情報交換を密度高く行えば、患者の全体像がよくみえるようになっていく。次に連携するスタッフが顔を合わせ、個々の患者を越えた理念の共有に発展させる。そうするうちに、連携がさらにスムーズになることを実感できるに違いない。最初から大きなシステムを築き上げようとして、形式に陥らない

ことも大切である。

② 在宅緩和ケアを見せる教育

将来の在宅緩和ケアを担う卵である医学生、看護学生、研修医を在宅医療機関は積極的に訪問現場に受け入れ、一方で教育機関側は送り出してほしい。学生や研修医にとって、在宅での研修現場は新鮮で、座学では得られない刺激を受ける機会となる。当院でも研修医を受け入れており、小さな組織で研修を受け入れる負担は大きいですが、必ず将来の戦力として戻って来てくれることを願っている。

将来の展望

緩和ケアの本質はQOLの向上にあるが、その実現には苦痛の緩和と療養選択が両立されなければならない。がん治療の均てん化が推進される一方で、療養選択は究極の個別性が必要とされる部分である。個々の患者・家族の希望をかなえる療養選択のマッチングは時間と労力がかかるが、結果的には緊急対応や再入院を減らせるなど患者のメリットのみならず、医療者にとっても効率的なはずである。そのためには、地域ごとの医療資源の正確な情報蓄積と、高精度なマッチングが欠かせない。これからは、自院での診療と並行しながらマッチングにも力を注いでいきたい。

今後、ますます在宅医療が注目され、病院や在宅のそれぞれの立場から基準や枠組みが検討されていくと思われる。在宅の領域では、基本的に備えるべきものを定めながら、1つの形態に固執しすぎず、地域の特性や、医療者の個性も発揮できるさまざまな形態が認められるような、柔軟な枠組みを期待したい。

ホスピスは「もてなし」という意味においてホテルと語源が共通である。療養選択において患者・家族が在宅ホスピスを選ぶ時に、旅の宿を選ぶのと同じように、広い選択肢の中から自分の好みの宿を探すような感覚で選べればと思う。どこでも同じ規格化されたビジネスホテルのような宿もあれば、老舗旅館のように味わいと個性あふれる宿もある。当院は、これからも老舗旅館のような診療所であり続けたいと考えている。

2. がん患者・非がん患者を対象とする訪問専門の在宅療養診療所—ケアタウン小平の取り組み

山崎 章郎*

(*ケアタウン小平クリニック)

これまでの経緯

筆者は、1991年から東京都小金井市にある聖ヨハネ会桜町病院ホスピスで14年間にわたりホスピスケアに取り組んできた。そのケアを通して学んだことは、全人的ケアであるホスピスケアは、改善できず、悪化しつつある状況の中でも、患者さんが新たな希望や価値を見出して自己肯定できるように、チームで支えることであり、それは末期がんに限らず、すべての生命を脅かす疾患に直面している人々に必要であるということ、さらには、それら命を脅かす疾患のみならず、人生の困難に直面しているすべての人々を支えることが可能な普遍的なケアのあり方でもある、ということであった。

そのホスピスケアを「がんの方にも、がんでない方にも在宅で」提供したいと考えた。

そのことを実現するために、2005年10月より、人口17万人の東京都小平市で開始したケアタウン小平の取り組みについて報告したい。

ホスピスケアを在宅で提供できる条件

先述したような普遍的なホスピスケアを、がんであろうが、なかろうが、誰にでも提供するためには、その人の住んでいる家もしくは終の棲家で展開すればよい。その条件は下記のようなものである。

①本人および家族が在宅（この在宅には住み慣れた特養なども含まれる）での療養を希望していること。

②在宅療養中の介護力が十分あること。この介護力の中には家族のみならず、介護保険に基づく

訪問看護師やボランティアも含まれる。

③24時間対応できる訪問診療、訪問看護の存在。

④苦痛症状が十分に緩和されていること。

⑤家族の介護疲労を軽減し、かつ患者本人が他者との交流可能で医療ニーズの高い利用者に対応できるデイサービスの存在。

⑥入院可能なバックアップ病院（ホスピスも含む）との連携。

⑦末期がんなどのプロセスをよく知るケアマネジャーの存在。

ケアタウン小平の取り組み—その運営、活動、知恵、秘訣

さて、上記の条件に基づいたケアを地域で展開していくためのケアタウン小平の取り組みは次のようなものである。

① スムーズなチームケアを可能にする仕組みをつくること

施設ホスピスのメリットの1つは、ホスピス理念を共有した職種がいつも身近にいて、いつでも情報交換やカンファレンスができるという物理的環境である。これは在宅とて同じことといえる。適切なチームケアのためには、在宅ホスピスケアを支える医療、看護、介護が、随時、顔を合わせながら情報交換や問題の共有を行い、その過程や結果を速やかにそれぞれの立場で患者さんやご家族にフィードバックできるような物理的環境は必須である。そして、必須職種が所属する事業体は、24時間在宅で対応する診療所、同じく24時間対応の訪問看護ステーション、末期がんやALS（筋

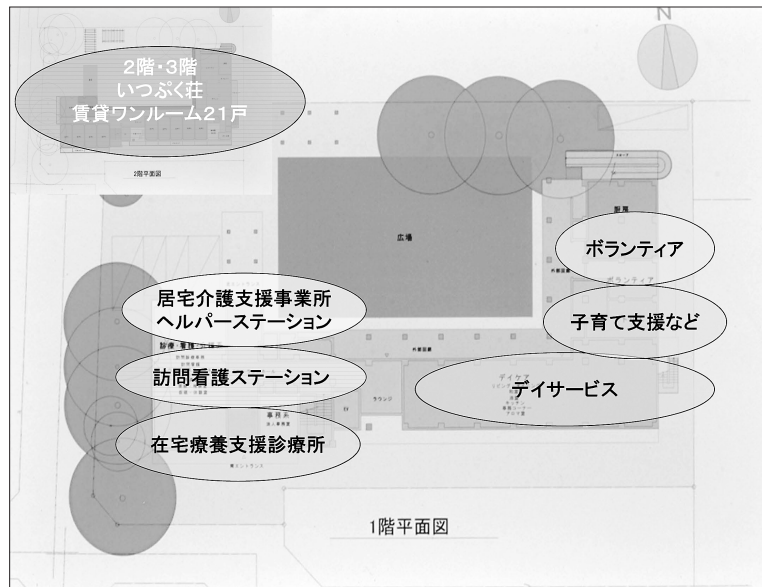


図1 ケアタウン小平チーム

萎縮性側索硬化症)など医療ニーズの高い利用者にも対応可能なデイサービス、訪問介護ステーション、居宅介護支援事業所などである。これらの事業体が1カ所に集約されればチームケアはよりスムーズになり、患者・家族のニーズに適切に応えられる質の高いホスピスケアが可能になると考えた。

② 実現可能なモデルを

ケアタウン小平構想を立てた時、どこでも、誰にでも取り組み可能な在宅療養支援体制のモデルを創り上げたいと考えた。そして、ホスピスケアの基本であるチームケアをスムーズに行うためには、①で述べたように、ホスピスケアの理念を共有できる既存の事業体が、物理的に隣同士に存在できれば済むことであると考えた。

ケアタウン小平を構成している事業体はケアタウン小平構想を共有し建物全体を管理運営する有限会社「暁記念交流基金」、その「暁記念交流基金」と賃貸契約のもとに入居しているNPO法人コミュニティケアリンク東京、この法人は訪問看護ステーションおよびデイサービスセンターを運営しているが、筆者はケアタウン小平構想の中核として位置づけている。次に、在宅療養支援診療所ケアタウン小平クリニック、これは個人開業診

療所である。さらには、訪問介護ステーションと居宅介護支援事業所を運営する株式会社、以上4つの運営主体のもとにある6つの事業体がケアタウン小平を構成する事業体ということになる。

これら6事業体は、いわばいずれもすでに地域にあるものであり、それらをうまく1カ所に組み合わせたもの、ともいえる。しかし、在宅ケアに必要なこれら既存の6事業体は、ホスピスケアを在宅でという理念によって結ばれている(図1)。

③ NPO法人の設立—ボランティアの参加を求めて

ホスピスで学んだことの中には、ボランティアの皆さんと協働することの重要性があった。ケアタウン小平の取り組みも基本的には制度に基づいた事業体の集団である。制度の狭間を埋め、より良い在宅ホスピスケアを提供していくうえで、ボランティアの参加は欠かせないと考えた。そこでボランティアが参加しやすい非営利公益の事業体であるNPO法人コミュニティケアリンク東京を立ち上げ、訪問看護ステーションとデイサービスの運営はNPO法人が担うことにしたのである。2012年12月現在、約80名がボランティア登録を行い、ケアタウン小平で活動している。

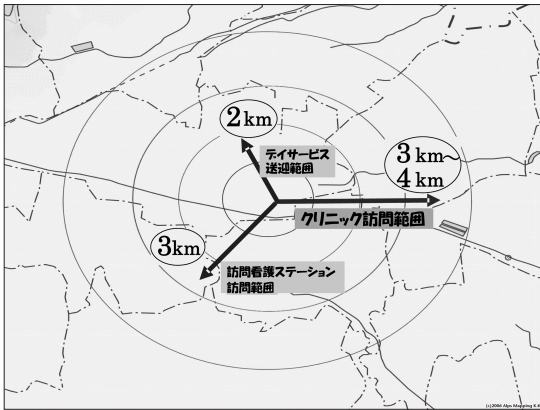


図2 訪問診療・訪問看護の圏域

4 訪問エリアを設定した取り組み

在宅ホスピスケアを支える中心職種は、看護師である。訪問看護ステーションのスタッフたちと相談した結果、自転車での訪問もある24時間対応の訪問看護エリアはケアタウン小平を中心とした半径3km以内とした。ケアタウン小平クリニックも、原則的な訪問診療範囲は訪問看護同様、ケアタウン小平を中心にして半径3kmであるが、やむをえず半径4km程度まで訪問することもある。それでも、人口密集地帯であり、道路事情も良くないため、時には片道30分近くかかることもあり、この訪問範囲が限界と考えた。デイサービスは送迎が必要であるため、その送迎エリアはケアタウン小平を拠点にして半径2km以内としている(図2)。

5 ケアタウン小平の成果

ケアタウン小平を開設した2005年10月から2012年11月までの7年2カ月の間に、在宅でわれわれが関わった患者さんのうち581人が亡くなった(図3)。その内訳は、がんの方は488人、非がんの方93人であった。がんの方488人中、366人(75%)を在宅で看取っている。残り122人(25%)の方は病院死(ホスピス含む)である。入院を余儀なくされる理由の多くは介護の限界である。非がんの患者さん93人のうち66人(71%)を在宅で看取っている。病院へ入院することになった27人のうち、その多くが肺炎や介護力の限界であった。そして、入院後も改善することな

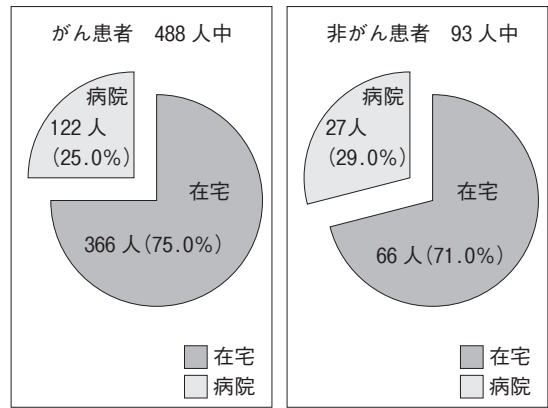


図3 ケアタウン小平クリニックの在宅看取り率 (2005年10月～2012年11月)

く、病院死となった。

ケアタウン小平クリニックが在宅で看取った、がん、非がん合わせた患者の約75%がケアタウン小平訪問看護ステーションと連携をした患者さんであった。その他の患者さんはケアタウン小平訪問看護ステーション以外の地域の訪問看護ステーションであったが、当然、24時間対応である。

さて、ケアタウン小平のようなチームがあれば、在宅患者の7割強はそのまま最後まで家にいることが可能なのである。特にがん患者の場合、最近2年間では80%を超えるがん患者を在宅で看取っている。

6 グリーフケアと遺族会の誕生

ケアタウン小平のグリーフケアは、1つは患者さんの死後約1カ月半頃にクリニックと訪問看護ステーション連名でご遺族に花を届けることである。次に、死後半年内のご遺族との交流会、さらには死後1年以上経過したご遺族との茶話会を開催している。それは遺族といっても、配偶者を亡くした遺族、親を亡くした遺族、子どもを亡くした遺族など、その背景はさまざま、同じような境遇のご遺族同士がそれぞれの思いを分かち合えればと考えたからである。

そのような交流会を通してご遺族が世話人となり、在宅遺族会「ケアの木」が誕生した。「ケアの木」は世話人がホストになり、月に1回定期的に、会員が自由に参加できる分かち合いの会「ケアの木サロン」などを開催している。

ちなみに、ケアタウン小平の登録ボランティア約80名の2割はご遺族である。

課題と展望

まずは、ケアタウン小平の成果でも触れたが、ケアタウン小平のようなチームがあり、最期まで在宅にいることを望む患者・家族がいれば、がん・非がん患者合わせて約70%強が、その思いの実現が可能であった。しかし30%弱は、介護力の限界で病院への入院を余儀ないものとされた。がんに限れば、最近のそれらはそれぞれ80%強、20%弱であるが、それは老老介護などで、夜間も含めた排泄などの基本的日常生活を支えることが、家族だけでは限界になってしまったからである。逆をいえば、日常生活さえ継続できれば、最期まで家にいることはほとんどの人が可能である。症状コントロールなど医療的問題で入院する必要はまずないからである。

課題は、独り暮らしや老老介護などで、自力では日常生活の継続が困難になってしまった人々にどう対処できるのかということである。そのことに対しては、宮崎で取り組みが始まり、その後、じわじわと各県に広がりつつあるホームホスピスが1つの可能性を示している。詳しくは本白書で取り上げられている宮崎県宮崎市の「かあさんの家」の取り組みを参照していただきたい。

たとえば、このホームホスピス「かあさんの家」とケアタウン小平チームの連携ができれば、ケアタウン小平チームが関わっていても、独居だったり、介護力の限界で、本当は家に居たいのに、あるいは住んでいる地域から離れたくないのに、否応なく集団生活を余儀なくされる介護療養施設に入居したり、一般病院や緩和ケア病棟に入院せざるをえなかった人々も、地域の中の「かあさんの家」に住めるようになり、そこを終の棲家とすることができるようになるだろう。

もちろん、ケアタウン小平のようなチームがあり、介護保険がさらに充実して24時間必要に応じた随時介護が可能になれば、それぞれの自宅

で、最期まで独り暮らしも可能である。

次に、ホスピスケアを施設ではなく、地域で展開しようとしているわれわれにとって、その直接的な利用者である患者さんだけではなく、そのご家族が住む地域の人々も視野に入ってくる。その延長線上に、地域での子育て支援がある。それは、核家族化した狭い空間の中で、子育ての最中にさまざまな問題に直面し、どうしてよいか分からずに途方に暮れている親や、その子どもを支えうるケアとしてホスピスケアのあり方は普遍化できると考えるからである。

現在、毎月1回、日曜日の午前中にケアタウン小平の庭を使い近所の子どもたちを集めて、「集まれ子ども広場」と称した遊びの場を提供している。近所の親子が気軽に参加し、自分たちも工夫しながら遊びを創り上げ、楽しめるように計画されている。ケアタウン小平に慣れてきた子どもたちは、平日の放課後や、休日にはよく庭で遊んでいる。デイサービスでボランティアのような手伝いをする子どもも出てきている。結果的にデイサービスを利用する高齢者と子どもたちとの交流も始まっている。ケアタウン小平は、さまざまな世代間の交流が可能な空間に育ちつつある。

おわりに

ホスピスケアは命や存在を脅かされる人々を支援することを目的に提供されるが、その究極の困難状況におけるケアのあり方は、ケアと名のつくものの中で最も普遍的なケアの形態であると考えられる。われわれはそのケアを提供するための拠点を、施設ホスピスから、ホスピスケアを必要としている人々が住む地域へと移行した。そして、7年強の経験を通していえることは、われわれの取り組みは利用者への直接的サービスのみならず、人間関係が希薄になり、崩壊しつつあるといわれている地域の再生モデルになりうるということである。また、同時に、どんな状況になっても最後まで安心して住み続けられることを保証する社会モデルにもなりうるということである。

3. 外来を中心とした在宅支援診療所の取り組み —地域に在宅医療をどう提供するか—

矢津 剛*

(*矢津内科消化器科クリニック)

これまでの経緯

当院は1966年に矢津外科医院として開設後、1996年に矢津内科消化器科クリニックとして筆者が継承した。継承直後より外来診療の傍ら在宅ホスピス緩和ケアに取り組み、現在まで約700人の在宅ホスピスケアに当たった。当院が属する京築2次医療圏は人口約20万人のエリアであるが、総合病院・がん連携拠点病院・緩和ケア病棟は存在せず、北九州市エリアの専門病院への受診入院が多くなる地域であり、入院日数の短縮化により末期がんであっても長時間かけて外来がん化学療法のためや外来緩和ケアのために専門病院へ通院するケースも少なくない(図1)。

外来機能を有する診療所のこだわり

従来の診療所の多くは午前外来患者を診療し、午後在宅診療¹⁾を行うことが普通であったが、夜間休日の呼び出しなどにより徐々に訪問診療を行う診療所が減り続けたのが現状であろう。ホスピス緩和ケアにおける在宅専門でない診療所の強みは、①包括的かつ継続的な地域の「かかりつけ医」機能と②外来緩和ケア機能およびデイホスピスに結びつく通所緩和ケア可能性の大きく2項目が挙げられる。

1つ目は、患者さんが通院可能なADLの頃から「人となり」を知り、万が一の時の関係性を築くことが容易であること。特に、アドバンスドケアプランニング(以下、ACP)を立てやすいことにある。また、「家族ぐるみ」でケアが可能である点も挙げられる。多くの介護者は慢性疾患を抱えており、ご家族とも健康診断や学校健診、予防



図1 矢津クリニックが位置する福岡県京築地域

注射など外来でお会いする機会がある。特に、家族のグリーフケアも同時に行えることは外来機能をもつ診療所の強みであろう。

また、エンド・オブ・ライフケア(以下、EOLケア)をサポートしていくためには高齢者の住まいの問題がしばしば課題となり、独居患者や老老世帯の生活支援と介護問題は切り離せない状態にある。知らない間に特定施設に移り住んで、かかりつけ医が変わっている場合もあり、地域社会の構造変化を敏感に感じるためには外来機能は必要である。

2つ目は、連携拠点病院から紹介された患者さんが必ずしも速やかに在宅ケアに移行することを希望されとは限らないこと。要介護状態であっても外来に通院することが、希望を捨てない患者にとって、一途の望みであることもある。緩和ケア外来は地域にあっても重要な意義を要し、今後デイホスピス(通所緩和)や情報提供・相談機能窓口としての機能に発展が期待される。また、早期からの緩和ケア導入の窓口として、専門病院と

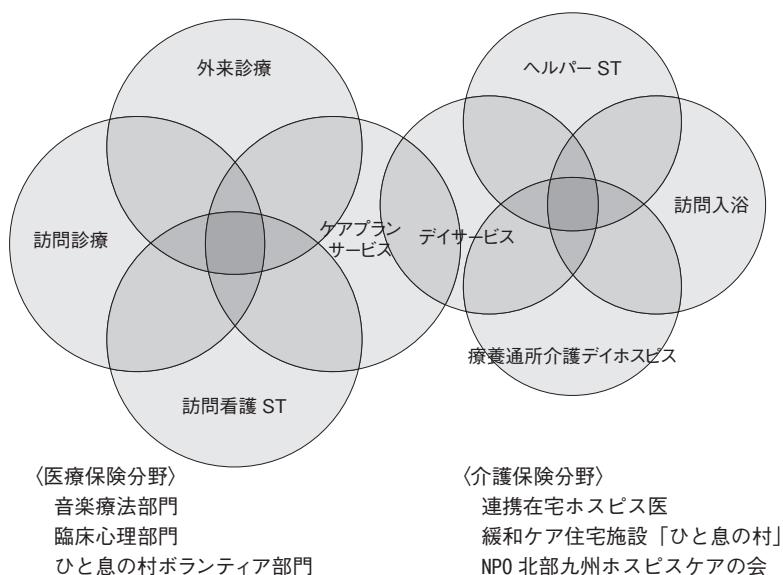


図2 強化型在宅療養支援診療所 医療法人矢津内科
消化器科クリニック

連携してがん化学療法中からの関わりをもつことが期待される。

地域からみた緩和ケアのニーズ

1996年に診療所を継承し、在宅ホスピス緩和ケアを開始した際、最も必要と思われたのは地域住民の意識改革であった。1997年に、地域啓発を目的に福岡県と大分県の医療福祉関係者、教育、芸術、宗教関係者、がん患者や家族、遺族、一般市民に声をかけ、「北部九州ホスピスケアの会」を設立した。会はホスピス精神に基づき、終末期患者が自然な死を迎えるためにホスピスケアの普及に努め、緩和技術の習得やボランティアの育成、エンディングノート作成啓発、清原浩先生（鹿児島大学名誉教授）を招いてカール・ロジャースの理論に基づくコミュニケーションスキル研修を継続した。同会は2003年にNPOを取得し、現在に至っている²⁾。

また、在宅緩和ケアを開始した際、その継続困難に至る因子は症状コントロールが約50%、家族の介護負担が50%であることが明らかになり、2000年介護保険制度開始に当たりホスピス緩和ケアを視野に置いた24時間対応の訪問看護ス

テーション、ヘルパーステーション、ケアプランサービス、末期がん患者・神経難病患者まで引き受けるデイサービス、移動訪問入浴車サービスを立ち上げた（図2）。

同年、山崎章郎先生（聖ヨハネ病院）のニュージーランドホスピス視察に参加、2001年タイエイズホスピスおよび遺児ケア視察、2003年セントクリストファーホスピスを含む英国デイホスピス視察を通してコミュニティーホスピスケアが果たす役割とレスパイトケアの重要性を実感した。

視察を通して2000年当時、明確となったのは、わが国に1980年代緩和ケア病棟が生まれたことは画期的であったが、①絶対数において緩和ケアを受けて亡くなっていく人々が少なすぎる、②わが国の多くの緩和ケア病棟が医療色の強い閉鎖的空間であり、在宅の視点を重視したものではないこと、つまり生活の視点が少ないホスピス緩和ケアであること、③主たる緩和ケア提供の場は患者が生活している在宅、あるいはデイホスピスに広がるべきということ（通所緩和ケアの概念、あるいはがんサロンの存在）、④死因の3分の2を占める非がん患者にもホスピス緩和ケアが適応されるべきであること、であった。

一方で急激な超高齢化、核家族化社会は老老介

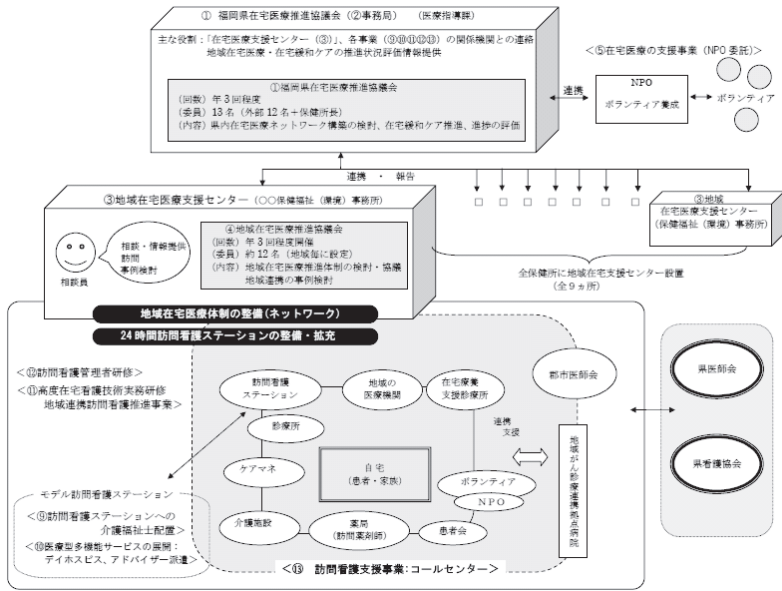


図3 在宅医療推進事業 福岡県在宅医療推進事業の概要図



在宅医療や在宅緩和ケアについて相談できる窓口

図4 地域在宅医療支援センターの啓発ポスター

護や独居家族を生み出し、病院死に拍車をかけた。多くの患者が在宅を望みながらも、家族に迷惑をかけてはいけないという介護ニーズにもかかわらず、医療入院を希望されるケースが急増した。早急に訪問看護・介護を主軸とする24時間体制を構築すべく、厚生労働省モデル事業に参加し、複数の訪問看護ステーションとの連携や看護介護一体型モデルを施行した³⁾。

2005年、福岡県行政では岡本浩二医監(後の初代内閣府在宅医療推進室長)が中心となり、福岡県終末期医療対策協議会を立ち上げた。筆者も委員となり、保健所機能の強化・地域在宅ホスピ

スアドバイザー・福祉施設在宅ホスピスアドバイザー・看護師対象ホスピスケア講習などに協力した。2008年からこの会は福岡県在宅医療推進協議会となり、各保健福祉事務所に相談支援と情報提供の役目をもつ地域在宅医療支援センターが立ち上がった⁴⁾(図3,4: 当院看取り家族写真を使用した啓発ポスター)。

さらに、福岡県内の有志の方々と共に福岡県在宅ホスピスをすすめる会を設立し、共著にて2005年『在宅ホスピスのススメ』⁵⁾および2007年『在宅ホスピスガイドブック』⁶⁾を刊行した。特に後者は、在宅ホスピス利用者の視点に立った社会資源マッピングとして笹川医学医療研究財団助成をいただき、県内すべての在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションに看取りアンケート調査を行い公表する形式での発行となった。

ショートステイコミュニティホスピス構想

介護保険制度でのレスパイトケアは高齢認知症患者を対象としており、医療ニーズの高い患者を引き受けることはできない。一方、介護負担軽減のための医療施設入院は、患者本人のニーズとミスマッチしている。緩和ケアにおける医療ニーズ

表1 在宅療養支援施設「ひと息の村」の機能

①在宅緩和ケアセンター：訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、ケアプランサービス、訪問入浴サービス、音楽療法、臨床心理
②住居型緩和ケア施設 11 室（有限会社が運営）：看取りケア、グリーンケア
③ショーステイ機能：レスパイトステイ、在宅へのワンステップ入居
④通所緩和ケア機能：デイサービス、療養通所介護、デイホスピス
⑤地域啓発施設：NPO 北部九州ホスピスケアの会、在宅ホスピスボランティア講座

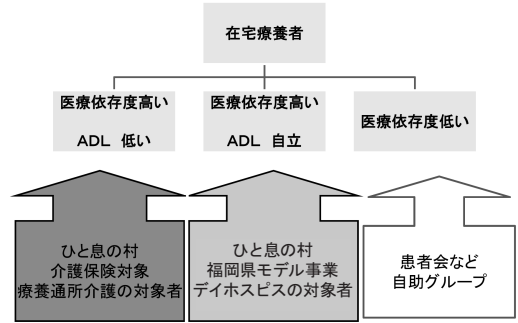


図5 通所緩和における在宅療養者像
(東京大学 成瀬 昂 資料参照、一部改変)

のほとんどは在宅医療で対応可能であることを踏まえ、2006年「ひと息の村」として有限会社が運営する緩和ケア住宅と在宅ケアセンターを設立し、ボランティア組織本拠地を併設して地域の緩和ケア支援センター的役割を担っている⁷⁾(表1)。

また、2007年には同施設内に介護保険制度内で末期がんや神経難病患者を対象とした療養通所介護サービスを福岡県で初めて開設した。重度の神経難病や寝たきりの末期がん患者さんのレスパイトケアに有用であり、日中独居の改善や夜間介護で疲労した家族の日中の休養を可能なものとした。

しかしながら、地域には、介護保険に該当しない、ADLは良いものの余命が限られた末期がん患者も存在する(図5)。2008年からは基本的に介護保険要介護適応でないがん患者や神経難病患者を対象に、福岡県モデル事業および福岡県京都医師会に委託された地域医療再生基金に基づく事業を利用しデイホスピス事業を開始した。おもな目的はスピリチュアルな問題に対する傾聴、情報提供・相談支援・家族ケア・患者間のセルフヘルプであり、デイホスピス立ち上げマニュアルなどを作成し、現在に至っている⁸⁾。

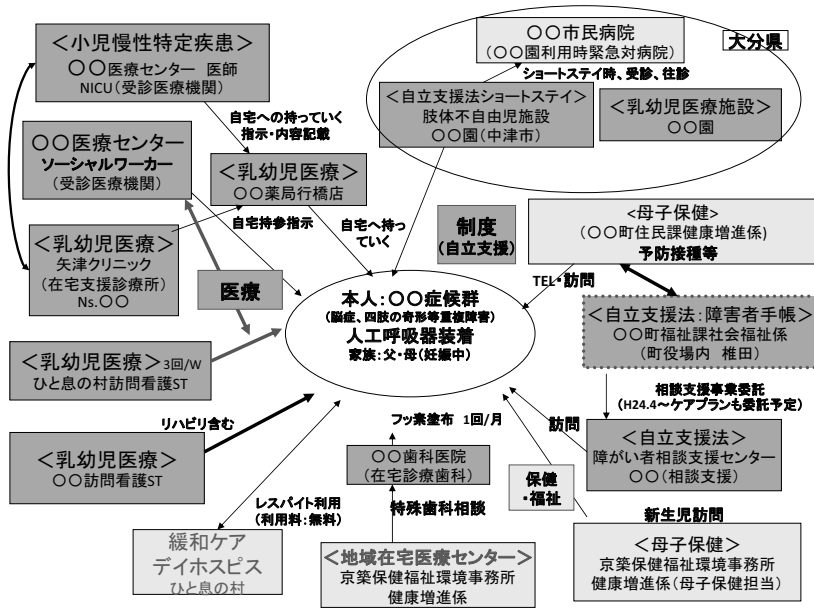
現在の取り組み

現在、常勤医3名にて2012年より機能強化型在宅支援診療所を運営し、がん拠点病院や地域支援病院から研修医の受け入れも行っている。2011年度の厚生局への報告書を参考とすると年間在宅

ホスピス緩和ケア症例97件のうち72件が在宅看取り、25件は最終的に入院死であった(自宅死亡率74.2%)。在宅看取りは月3~10名(平均月6件)でかなりのばらつきがあった。2012年11月、在宅患者数102名であり、その内訳は末期がん患者32名、神経難病6名、重度アルツハイマー病を含む非がん緩和21名、小児若年者緩和5名、人工呼吸器装着5名であり、医師3人で24時間サポートする患者内容としてはほぼ飽和状態にある。

一方、2012年10月サポート外来患者数は2,014人うち65歳以上1,027人(うち独居患者148人、独居率14.4%)、外来緩和ケア患者数15人であった。1日外来でみると平均100名、うち外来緩和ケア患者1日3~5名であった。緩和ケア症例も増加しつつあるが、認知症発症の可能性のある独居の患者のEOLケアも地域住民の独居増加とともに重要な役割になっている。

さらに、緩和ケア相談の重要性はますます増加しており、当院では外来在宅医療部へ訪問看護出身の緩和ケア経験看護師を専属で配置した。そして、2009年1月から2011年12月までの3年間に376件の相談を受け、262件(69.8%)が在宅緩和ケア、あるいは外来緩和ケアに繋がることができた。特徴は、本人からの相談はまれで、41%が家族からの相談であり、病院連携室27%、ケアマネージャーから11%、主治医9%、行政6%と続く。在宅希望にもかかわらず在宅移行の前に入院死する例もしばしばある。診療所の緩和ケア相談業務は病院の緩和ケア相談と同様に非採算業



福岡県立大学 尾形教授作成

図6 重度心身障害乳幼児緩和ケア

務ではあるが、長時間の傾聴により相談業務自身がグリーンケアやセラピーとなっており、かなりのパワーが注がれている重要な部門である⁹⁾。

また、2009年より訪問看護ステーションおよびデイホスピス事業では、重度心身障害児の在宅緩和ケアおよび通所緩和ケアも開始した。地域保健福祉事務所と連携し、北九州市のNICU病棟から5名の乳児たちが病棟主治医との関係を保ちながら地域へ戻り、家族の一員として生活し、うち3名が再入院され永眠した。乳幼児ケアには広域の医療・障がい者福祉・母子保健の連携が必要であり、地域保健福祉事務所が果たす役割は大きい¹⁰⁾(図6)。

明らかになった課題

今後、地域における緩和ケアは、認知症を含む非がん疾患も視野に入れた包括的で個別的な緩和ケアが求められる。

1. 非がん患者のエンド・オブ・ライフケア、小児の緩和ケア

福祉と医療の領域はすでに融合しており、福祉

職へのホスピスケア研修事業の重要性を感じる。林立する有料老人ホームにおいてあるいは特別養護老人ホームでも、誤嚥やPEG適応の判断などの現場で死と向き合うケアが求められている。

2. がん対策基本法はできたものの…

早期の緩和ケアの導入とはいうものの、病院医療者の在宅ホスピス緩和ケアの理解は進んでいない。医療教育の初期において包括的な地域緩和ケアの研修の必須化が必要である。また、地域開業医における24時間体制のハードルは高い。医師3人体制は理想ではあるが、医師不足の最中であり、魅力的な強化型在支診の運営やマッチングシステムの構築が急がれる。

3. 生活支援の重要性 (経済的問題の根深さ)

一般市民への啓発や地域で生きることのスピリチュアリティの保持はもちろん重要であるが、本人や介護者の職場休暇制度や女性に対する育児支援など介護ができる社会環境の整備や、介護保険が利用できない若年者が末期がんになった際の在宅補助金制度なども必要である。今後、生活困窮者の在宅ホスピス緩和ケアも課題となる。

ほかの地域でも生かせる運営や活動の秘訣

1. 遺族ケアから始まる地域市民ネットワーク

年に2回の全体遺族会には、毎回30~40人程度の遺族が参加し、近況を語り合う。また、必要に応じて訪問看護師や音楽療法士の訪問グループケアを行っている。年1回行われる「ひと息の村祭り」の主役は地域市民や遺族の人々であり、コミュニティーホスピス啓発に役立っている。

2. ホスピスチームに参加する音楽療法士による回想療法

スピリチュアルケアとしての人生回想には聞き書き（自伝作成）やコラージュアート療法などがあるが、当院では2名の日本音楽療法学会認定音楽療法士が勤務し、音楽を用いた人生回想を行っている。ポイントは、ホスピスチームの一員としてプログラムを立てることにある¹¹⁾。

将来の課題

1. 小規模多機能複合型サービスの緩和ケアへの応用

従来からある「通い」「泊まり」「ヘルプ」に「看護」を加え、医療ニーズに応える介護保険サービスが2012年開始された。新たなレスパイト制度としてホスピス緩和ケアにも利用される可能性がある。当院では、2013年開始の予定である。

2. 小児在宅緩和ケアにおける療養通所介護サービスの適応拡大および複合型サービスの導入

すでに療養通所介護サービスの小児モデル事業は開始されており、複合型サービスも小児に適応されることが期待される。当院では、2014年開始の予定で準備を行っている。

3. 緩和ケア外来制度の確立、緩和ケア相談業務の事業化

緩和ケア外来制度は、がん連携拠点病院以外で

は明確な医療保険制度として規定されていない。今後、非がんおよび小児緩和ケアも含め、外来制度基準作成が望まれる。さらに、同時に行われている転院相談や在宅移行相談などの業務内容の規定・研修事業の開発が進み、地域在宅医療拠点を含め、さまざまな場所での相談支援が期待される。

文献

- 1) 日本医師会 編：在宅医療—午後から地域へ。日本医師会雑誌 第139巻特別号(1), 2010
- 2) NPO 北部九州ホスピスケアの会会誌 15, 2012
- 3) 村嶋幸代：地域特性に応じた効果的・効率的な24時間訪問看護介護体制の継続的实施および構築方法に関する研究。平成22年度厚生労働科学研究 長寿科学総合事業報告書, 2011
- 4) 村嶋幸代 監修, 田口敦子, 永田智子, 成瀬 昂 著：24時間365日安心して暮らし続けられる地域に向けて—看護がすすめる地域包括ケア。図書出版木星舎, 2012
- 5) ニノ坂保喜 監修, 矢津 剛 著：在宅ホスピスのススメ。図書出版木星舎, 2005
- 6) 福岡県在宅ホスピスをすすめる会：在宅ホスピスガイドブック。図書出版木星舎, 2007
- 7) 片山泰代, 矢津 剛：緩和ケアアパートの有用性。第17回日本緩和医療学会学術大会抄録集, 321, 2012
- 8) 白川美弥子, 成瀬 昂, 片山泰代 著, 福岡県京都医師会デイホスピスパネル作成委員会：ともに泣き、笑って支えあう緩和ケアの実現—はじめようデイホスピス。勇美記念財団在宅医療助成記録物, 2011
- 9) 田中真希, 矢津 剛：末期がん患者の病院から在宅療養実現への必要な条件—在宅療養の希望が叶えられなかった事例を通して。第17回日本緩和医療学会学術大会抄録集, p.305, 2012
- 10) 品田英子, 矢津 剛：小児在宅緩和ケアを目指したNICUからの在宅移行の取り組み。第17回日本緩和医療学会学術大会抄録集, p.312, 2012
- 11) 矢津 剛：終末期在宅ケアにおける訪問音楽療法の意義についての研究。勇美記念財団助成実績報告集, 2002

4. 緩和ケアを提供する有床の在宅療養支援診療所の取り組み

土地 邦彦*

(*どちペインクリニック 玉穂ふれあい診療所)

これまでの経過

1992年にペインクリニックを専門として一般内科診療も行う「どちペインクリニック」を開業した。その時、一緒に参加した看護師たちが訪問看護の研修を終えていたこともあって、在宅医療も行うことにした。麻酔科医として勤務医の時代からがん性疼痛患者の治療を行ってきており、在宅緩和ケアへの取り組みは自然な流れであった。ただ世間的には、在宅医療はまだ理解されない時代であった。

5～6年の経過の中で、在宅緩和ケアも徐々に世間に理解されるようになり、患者数も増えてきた。在宅がん末期患者の約8割は、そのまま自宅で看取っている。しかし、介護力の問題や症状コントロールに難渋する例などで、病院に再入院せざるをえない場合もある。当時の山梨県内に緩和ケア病棟はなく、一般病棟に入院せざるをえなかった。すると、今までの医療がぼつんと切れてしまい、点滴漬けなど緩和ケアの視点からみれば不本意なことが多かった。

医師も複数体制になり、法人の訪問看護ステーションも3カ所になっていた。市民の中での「県内にホスピスを」の声も高まっていた。そうした状況下でホスピス開設を志した。当初、単独型ホスピスを目指したが病院新設はかなわず、有床診療所でスタートすることにした。

2003年7月、緩和ケアを主とした有床診療所「玉穂ふれあい診療所」がスタートした。病室は個室が11床（トイレ付7床、トイレ・シャワー付の広い特別室2床、トイレのない個室2床）、4人部屋が2室で8床の合計19床である。ハード面ソフト面ともに「自宅での生活」をイメージし

たものとなっている。木造平屋建てで、緩和ケア病棟の基準を十分に満たす広さを確保した。OMソーラーを採用し、自然の風が入るようになっている。薪ストーブは、自然の温もりを与えてくれる。隣の施設から自噴温泉を分けてもらい、露天風呂もボランティアの力で造った。食事は厨房ですべて手作り、富山産コシヒカリの炊き立てご飯を供している。節分、七夕、お月見、餅つきなどの年中行事や患者さんの誕生日など、催し物はその時々に合わせて随時行っている。

在宅療養支援診療所として

2006年に在宅療養支援診療所の制度ができた時は直ちに申請した。その頃の在宅患者数は40～50名で、在宅看取り数も年間20数名であった。2012年からは強化型在宅療養支援診療所（病床あり）に登録している。在宅医療と有床診療所の入院ベッドは、とても有効に機能している。

在宅医療では訪問看護師がその前面に立つというのが筆者の持論であるが、その訪問看護師にとっても入院ベッドが確保されていることは心強いことである。

現在の取り組み

地域の診療所として高血圧症や糖尿病などの慢性疾患診療や風邪などの外来診療を行い、各種寝たきり患者とがん終末期の在宅医療も行っている。専門外来としてはペインクリニックと漢方診療を行っている。また、特別養護老人ホームと特別介護福祉施設の嘱託医も受けている。訪問看護ステーションは1カ所に統合した。

表1 医療法人どちペインクリニックでの看取り

年	入院			在宅			施設			合計	がん	非がん
	がん	非がん	計	がん	非がん	計	がん	非がん	計			
2007	71	15	86	21	3	24	4	16	20	130	96	34
2008	79	15	94	18	14	32	5	29	34	160	102	58
2009	74	26	100	24	12	36	2	21	23	159	100	59
2010	83	24	107	29	12	41	3	25	28	176	115	61
2011	101	30	131	27	18	45	5	30	35	211	133	78
計			518			178			140	836	546	290
%			62.0			21.3			16.7	100	65.3	34.7

表2 玉穂ふれあい診療所の退院患者入院日数(2012年4月～9月)

入院日数	がん			非がん			合計
	死亡	軽快退院	計	死亡	軽快退院	計	
～5	18	6	24	1	6	7	31
6～10	8	5	13	5	16	21	34
11～15	13	5	18	2	12	14	32
16～20	4	6	10	1	4	5	15
21～25	5	1	6	0	5	5	11
26～30	2	1	3	0	2	2	5
31～	8	5	13	0	6	6	19
計	58	29	87	9	51	60	147

がん患者に限らずすべてのエンド・オブ・ライフケアに関わることになり、これで在宅-入院-施設と、患者や家族の希望に合わせて療養の場(終焉の場)を提供できている。

表1に最近5年間の看取り数を示す。年々看取り患者数が増えており、2011年は211名、この5年間で836名の看取りを行った。

玉穂ふれあい診療所の病床利用状況

2012年4月1日～9月30日の6カ月間の当院退院患者について集計した(表2)。退院患者総数147名で、がん患者87名、非がん患者60名であった。死亡退院はがん患者58名、非がん患者9名の合計67名であった。

平均在院日数は、全体で15.4日(がん患者16.1日、非がん患者14.4日)、死亡退院患者の平均在院日数は13.9日(がん患者14.6日、非がん患者9.3日)であった(表3)。

表2の5日以内に死亡退院したがん患者のうち、

入院当日の死亡が3名、2日が5名であり、死亡退院患者の70% 47名が15日以内に亡くなっている。このようなベッド利用状況は慌ただしく、非常に手間のかかる様子を示している。

5年前頃は平均在院日数が28日程度あったので、最近の状況は、大病院が平均在院日数を短縮するために従来は最期まで看っていた患者を送り出さざるをえなくなっていることの反映ではないかと懸念している。落ち着いて緩和ケアに取り組むには、もう少し入院日数が必要である。もう少し早い段階から紹介していただきたい、と願っている。

入院患者は、大学病院や県立病院などの大病院からの紹介、在宅での療養生活が困難になったの入院、施設で終末期となり、家族の希望での入院そして患者(家族)の希望での入院といった経由で決まってくる。特に、病院で患者の平均在院日数が問題にされるようになってから、バタバタと入院が決まってくるが多くなったように思われる。

表3 平均在院日数 (2012年4月～9月)

	平均在院日数	死亡退院の平均在院日数
患者全体	15.4日	13.9日
がん患者	15.3日	14.6日
非がん	14.4日	9.3日

表4 退院後の動向 (2012年4月～9月)

転帰	がん	非がん	計
在宅へ	16	9	25
施設へ	2	9	11
通院 (治療)	8	31	39
転医	3	2	5
計	29	51	80

表4に軽快退院後の動向を示す。がん患者の16名、非がん患者の9名が在宅医療へ帰っている。また施設へは、がん2名と非がん9名が移っている。がん患者でも症状コントロールが付き、予後もまだかなり残っていると予想される方は自宅や施設に移っていただいている。われわれが嘱託医をしている特別養護老人ホームでは、主治医が変わることなく一貫したケアが行え、その施設で最期を迎えることもできている。

医療法人どちペインクリニックの人員

当法人の陣容は、医師は常勤3名、非常勤3名、看護師は24名(病棟11名、外来6名、訪問看護ステーション7名、非常勤含む)、介護福祉士5名(病棟)、理学療法士1名、厨房4名、事務職員6名、システム2名、車輛・施設管理1名、喫茶・売店2名である。また、病棟看護師の1名は音楽療法士でもある。

看護師の教育研修にも積極的に取り組んでいる。緩和ケア認定看護師1名と現在研修中2名がいる。

病棟の看護体制は日勤と夜勤の2交代制で、夜勤は看護師2名もしくは看護師1名と介護福祉士1名の2人夜勤体制としている。

明らかになった課題

今、在宅医療が脚光を浴びている。日本の医療

は、病院中心の20世紀型医療から、在宅医療をもう1つの主軸に置いた2本足の医療にしなければ、今後の高齢化社会に破綻してしまうといわれている。そして、在宅医療ではいざという時の後方ベッドが必要である。有床診療所で在宅医療も行いながら緩和ケアを行うというのは、理想的な形ではないだろうか。

ただ、ここには大きな問題がある。それは有床診療所の入院基本料が非常に低く設定され、経営的に大きなマイナス要因となっていることである。そのため既存の有床診療所がバタバタと無床化している。

緩和ケアの場では、看護力が非常に重要である。患者の病状はさまざまであり、しかもスピリチュアルケアなどは心と能力が必要である。このため当院の看護師は、すべて「正」看護師である。緩和ケア認定看護師養成コースなどにも積極的に参加させている。こうした人材を確保育成するには資金が必要であり、現在の有床診療所の入院料などでは圧倒的に足りない。

有床診療所の入院費を病院並みに看護基準に合わせて設定していただきたい。そうしなければ、これからの日本の高齢化社会に医療に重要な役割を果たすことのできる有床診療所は潰れてしまう。

地域に根付き生活に密着した診療所

有床診療所をつくろうと決めた時、自分1人の力では無理だが、多くの人々の助けがあればなんとかなるだろうと考えた。そこで、山梨県内のホスピスをつくろうと運動していた人々に訴え、「医療法人どちペインクリニックのホスピスを支援する市民の会」(略称：DPCホスピス支援の会)をつくっていただいた。その会は、設立のための募金を訴えてくれた。そして、バザーなどを主に「DPCホスピス祭り」を開催した。この祭りはその後、毎年開催されている。支援の会と職員が一緒になった手づくりの祭りである。講演会、演奏会、空手演武、和太鼓の合奏、バザー、模擬店、金魚すくいなど、実にたくさんの催しを診療所の敷地内で行っている。年々参加者が増え、第10

回の2012年度は1,800名もの参加があった。これを支えるボランティアも200名を超える。

地域の催し物にも、積極的に参加している。中学・高校のボランティアも積極的に受け入れている。統括看護師長を中心に、小・中学校や高等学校で生徒と父母を対象とした学校主催の講演会も積極的に受けており、それが縁でボランティアに訪れる生徒たちもいる。

年末には、「DPCホスピスカレンダー」3,000部を手作りで作成し、配布している。この作成には、近くの中学校の生徒たちがボランティアで手伝ってくれている。

グリーン・ケアへの取り組み「忘れな草の会」

16年前からグリーン・ケアの集いを行っている。当初は在宅で亡くなった家族を対象に行っており、玉穂ふれあい診療所開設後は、入院と在宅の両方で亡くなった人々の家族を対象にしている。会の名前を「忘れな草の会」と名づけた。職員みんなで大切にしている会である。2012年12月の例会で34回になる。

はじめは気持ちがいっぱい、何も言えなかった遺族が堰を切ったように話し始めるといった光景がある。何回か参加するうちに自然と来なくなっていく。気持ちの整理がついたのであろう。

有床診療所の緩和ケア

エンド・オブ・ライフケアや緩和ケアは、その人の人生最後の時間をいかに充実させるかということであろう。とすれば、その人がやりたいようにできる環境をどうやってつくるかが大切になる。「ふる、めし、ねる」が生活の基本だとすれば、それが十分満たされるような療養環境をつくるように心がけてきたのが、玉穂ふれあい診療所の医

療である。

有床診療所での緩和ケアと緩和ケア病棟との大きな違いは、その自由度にあると考えている。患者と家族と職員が良いと思えば、臨機応変にいろいろなことができる。当院の隣が自動車修理工場で、そこには見事な桜がある。毎年、近くの人々が集まってお花見をするのだが、数年前から入院患者さんともども参加している。胃管の入っている患者さんが胃管から焼酎のお湯割りを入れてもらい、たらの芽のてんぷらを嚙んでから外にはき出して味わっている。それを地域の人々が介助している。そして、「俺たちもいつかは行かなくてはならぬ道だからな」と歓迎してくれるのである。地域でもいつしか「死」を受け入れ、私たちの医療を応援してくれている。

おわりに

一般外来診療に在宅医療を組み合わせた医療が、高齢化社会を迎えた日本に必要なだといわれている。有床診療所のベッドは、在宅医療やエンド・オブ・ライフケアを支える有力な手段である。その運営方法は中心になる医師の意思が重要ではあるが、その地域の人口規模や年齢構成、生活スタイルなどの状況で違ってくるはずである。そうした環境を踏まえて、地域と息を通わせ融通無碍に対処していけば、おのずからその診療所に合った医療スタイルが形成されていくはずだと考えている。

参考文献

- 1) 土地邦彦 編著：ゆっくりねろしーいのち輝く 玉穂ふれあい診療所 ホスピスの記録。かもがわ出版、2009
- 2) 伊藤真美、土本亜理子 編：生きるための緩和医療—有床診療所からのメッセージ。医学書院、2008

5. 緩和ケア病棟のある病院が取り組む 在宅ホスピス緩和ケア

山田 祐司*

(*医療法人愛和会 愛和病院)

在宅ホスピス緩和ケアの勧め

多死社会を迎え、療養の場所の選択肢を広げることは、多くの方が望んでいるものと思われる。私が住んでいる長野市でも、自宅で緩和ケアを受けることを希望される方は、年を増すごとに、増加の一途をたどっている感がある。また、サービス付き高齢者住宅も増加してきている。医師の配置が必須ではないため、サービス付き高齢者住宅にがん患者さんが入られると、訪問診察を求められることが多い。また、特別養護老人ホーム、老人保健施設などに入所しておられるがん患者さんが、症状コントロールが必要となり、意見を求められることもある。

私どもの病院は、48床の緩和ケア病棟でのケアに加えて、在宅緩和ケアにも力を入れている。緩和ケアを必要としておられる方は、緩和ケア病棟だけでなく、また在宅だけでなく、これら施設にもおられ、緩和ケアの必要性は、さらなる広がりを見せていると感じている。そして、そこには、緩和ケア病棟では会うことができなかつた、たくさんの患者さんとの出会いがあり、緩和ケア病棟で提供する緩和ケアとは違ったケアの提供を求められることもあり、新たな発見の連続であり、患者さんの笑顔が支えとなっている。

私は、緩和ケア病棟で多くの方々の旅立ちを見送ってきた。多くの患者さんは、がんに罹り、さまざまな症状、不安感をもちながら、それでも前向きに最期の時を迎えられる。私が見送ってきた多くの患者さんは、どのようにしたら身体症状を楽にすることができるのか、不安感を軽くすることができるのか、どのようにしたら前向きに最期のひとときを過ごすことができるのかを教えてく

れた。緩和ケア病棟で経験を積まれた方々は誰しも、患者さんから多くのことを教えていただいていることと思う。

私たち緩和ケア病棟で経験を積んだ者たちは、がんに罹り、旅立つまでの自然の経過を知っている。時には、積極的な医療の介入が必要な場面もあるが、点滴などの医療の介入は必要なく、ご本人の不安感のケア、ご家族の悲嘆ケアのみが必要である患者さんもおられる。患者さんがどこで療養をしたいのか、その希望を叶えることは、患者さんのQOLを考えるうえでは重要な要素である。繰り返しになるが、療養の場所は緩和ケア病棟、家族に囲まれながらの在宅ケアだけではない。住み慣れたサービス付き高齢者住宅、特別養護老人ホーム、老人保健施設なども、患者さんが希望する療養の場所の選択肢となる。そしてそこには、緩和ケアを必要としている患者さんもおられる。

在宅ホスピスケアの大きな特徴の1つは、対象疾患ががん末期に限られないことであろう。最近、緩和ケアはがん末期の患者さんだけのものではないことを耳にすることが多い。がん末期の患者さん以外でも、さまざまな疾患を抱え、さまざまな症状、不安感をもちながら生活をされる方は多い。私たちは、緩和ケア病棟での経験を元に、どのようにしたら、身体症状を楽にすることができるのか、不安感を軽くすることができるのか、どのようにしたら前向きに最期のひとときを過ごすことができるのかを、がん以外の患者さんにも応用ができたらいよと考えている。しかしながら、一部の神経難病では、薬剤の使用法が特殊であり、コンサルテーションが必要な場面もある。

在宅ホスピス緩和ケアでは、医師だけが訪問診察をすれば完結するというものではない。多くの

場合、訪問看護が必要であり、介護保険サービスを入れるためには、ケアマネジャーとの連携も必要である。また、ご家族は患者さんをみることで精一杯であり、調剤薬局へ薬剤を取りに行けないことが多い。調剤薬局が薬剤を届けてくれる、服薬指導をしてくださることは、在宅ケアを進めるうえで大きな助けとなる。調剤薬局との連携も大切である。

そのほか、訪問介護事業所との連携、訪問入浴事業所との連携、訪問リハビリテーション事業所など、在宅ケアでは多職種連携ができるかどうかが鍵になる。この多職種連携は、緩和ケア病棟の中では当たり前に行われていることであり、ここでも緩和ケア病棟での経験が役に立つ。

在宅ホスピスケアと緩和ケア病棟でのケアの違い

さりとて、緩和ケア病棟でのケアと在宅ホスピスケアがイコールではない。在宅では、緩和ケア病棟では起きないことが起こりうる。たとえば在宅では、薬剤の管理がご家族に任せられるところが多いため、思いもかけないことが起きる。胃がんの奥様のお世話をしておられた高齢のご主人が「頭痛があるのだけれどこれを飲んでもいいのかね」と、ポケットの中からオキシコンチン[®]を取り出したのには驚かされた。奥様の薬と、ご主人の個々の薬の管理が難しいようであった。また、せん妄が激しい患者にレボトミン[®]を処方したが、なぜか以前に処方したレンドルミン[®]が投与されていたこともあった。緩和ケア病棟では考えられないことが、在宅では起こりうる。服薬管理はよほど注意をしていないと、間違いが起きていることがある。

さらに、ご家族の介護の手間、精神的不安感など、ご家族の負担は病棟でケアをするのに比べて、格段に大きいことは想像に難くない。ご家族のケアは、緩和ケア病棟でのケアより細心の注意を払わなくてはならない。しかしながら、この、ご家族の負担はご家族の満足度にもつながり、在宅で大切な方を看取ったご家族は笑顔を見せることが多い。

在宅ホスピス緩和ケアでのルール

在宅ホスピス緩和ケアは、一定のルールに則って提供しなくてはならない。在宅ケアでは、医療保険だけでなく、介護保険も利用することが多い。40歳以上のがん末期患者さんであれば、介護保険を利用することができる。褥瘡防止マットレス、介護用ベッドなどの福祉用具は、介護保険から貸与される。ポータブルトイレ、入浴用品などは、介護保険から支給される。がん末期の場合、訪問看護は医療保険で提供されるが、看護師配置が必要な特定施設、特別養護老人ホーム、老人保健施設には、介護保険を使つての訪問看護師の介入はできない。

使用できる薬剤にも、一部制限がある。リン酸コデイン製剤（内服剤）、モルヒネ製剤（内服剤・坐剤・注射剤）、オキシコドン製剤（内服剤・注射剤）、フェンタニル製剤（貼付剤・注射剤）は在宅で使用できるが、麻薬製剤であるケタミン（注射剤）は使用できない。

また、在宅自己注射できる製剤に制限があり、インシュリン製剤、中心静脈栄養剤などは、患者さんまたはご家族が注射する、または注射剤の交換などが可能であるが、フロセミド注、維持輸液製剤などは在宅自己注射製剤に含まれておらず、医療者の介入が必要となる。また、在宅自己注射製剤は院外処方が可能であり、院外薬局からの支給が可能であるが、そのほかの製剤は病院または診療所からの支給となる。また、在宅中心静脈栄養用輸液セット、携帯型ディスポーザブル注入ポンプなどの在宅自己注射に関わる特定治療材料などは院外薬局から支給が可能であるが、そのほかの特定治療材料は病院または診療所からの支給となる。

退院前カンファレンスの勧め

私どもの病院の場合、緩和ケア病棟から退院されて、在宅ケアに移行する患者さんもおられる。この場合、家族背景、これまでの治療など多くの情報が提供されているので、在宅ケアへの移行がスムーズである。しかしながら、がん治療病院で

の治療を終えられ、通院治療ができなくなった患者さんを担当することも多い。この場合、病状以外の情報が不足することが多く、情報収集に難渋することがある。

そこで私たちは、がん治療病院にお願いして、退院前カンファレンスを開いていただいている。退院前カンファレンスを開くと、驚くような情報が得られることがある。驚くような情報がない退院前カンファレンスの方が少ないといっても過言ではない。多くの場合、在宅緩和ケアに対する過度の期待を修正することになることが多い。退院する患者さんの場合、入院中に受けていた治療をすべて継続できていると思っている方も多く、毎日点滴はできるのか、医師の診察は毎日受けられるのか、リハビリは毎日できるのかなど、その必要性を説明することから始めて、やっと在宅ケアを開始できることもある。

また、紹介状の日付が古く、投与されている薬剤が大幅に変更されていることもある。できるだけ退院前カンファレンスを開いて、情報収集をしたうえで、在宅ケアを開始することが、在宅ケアを引き受ける医療者にとっても、また患者さんにとっても、安心して在宅ケアを開始することができる条件であると思う。

在宅療養支援病院取得の勧め

2012年度の診療報酬改定では、在宅医療に手厚い改定があったことは、皆様ご存知だと思う。今回の改定では、在宅療養支援病院の取得条件に改定があった。200床未満の病院は、訪問診療をすることによって地域医療への貢献をし、さらに近隣の在宅療養支援診療所との連携を進めることが求められているように思われる。

これまででも在宅療養支援病院の制度はあったが、半径4km以内に診療所が存在しないことが条件とされ、実質的には取得が困難であった。今回の改定では、旧来の在宅療養支援病院の存在は残しながらも、おもに在宅療養支援診療所との連携を目的とした、新しい在宅療養支援病院制度が導入された(表1)。新しい在宅療養支援病院制度では、半径4km以内に診療所が存在しないこ

表1 新しい在宅療養支援病院の施設基準(抜粋)

-
- ・許可病床数が200床未満の病院であること
 - ・当該在宅療養支援体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅療養を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること
 - ・当該在宅療養支援体制を構築する他の医療機関と協力して、患家の求めに応じて24時間往診が可能な体制を確保すること
 - ・在宅支援連携体制を構築する保険医療機関においては診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること
 - ・当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有すること
 - ・当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上を有していること
-

とが条件から外された代わりに、10未満の医療機関(他の在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所)と連携をすることが条件となっている。連携には、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の、顔を合わせての定期的なカンファレンスを実施することが求められている。

実際にはこの定期的なカンファレンスが、多忙な日常診療の中で開催することが難しく、高いハードルとなっている。私どもの病院は、地域にある1つの在宅療養支援診療所と連携し、本年4月から在宅療養支援病院の申請をした。この在宅療養支援診療所の先生には、私どもの病院で行っている訪問看護ステーションとの情報交換(週1回開催)に月1回おいいただき、情報交換をするようにしている。実は、もう1つ別の在宅療養支援診療所から連携の打診があったが、定期的なカンファレンスへの参加が難しいことから連携を見送っている。将来的には、顔を合わせなくてもファックスまたは電子媒体など、記録が残るような形で月1回以上の情報共有でも条件が満足されれば、さらに連携は進むと思われる。

緩和ケア病棟を有する病院では、在宅ケアにおけるいくつかのルールを学べば、緩和ケア病棟での経験を生かして在宅緩和ケアを行うことは比較的容易である。さらに緩和ケア病棟に、連携する保険医療機関の医師・看護師などに対して研修を実施することが求められていることを考えると、

200床未満の緩和ケア病棟を有する病院は今回の改定を機会に訪問診療を行うことによって、連携を目的とした在宅療養支援病院の取得が望まれる。

要としておられる方は、緩和ケア病棟だけではなく、さまざまな療養の場にいらっしゃる。1人でも多くの緩和ケアを必要とする患者さんが、緩和ケアを受けられることが、私の夢である。

まとめ

緩和ケアは広がりを見せており、緩和ケアを必

6. 地域包括ケアシステムをどうつくるか — 柏市における取り組みの現状と展望 —

吉江 悟* 飯島 勝矢* 辻 哲夫*

(*東京大学 高齢社会総合研究機構)

都市部の急速な高齢化と地域包括ケアシステム

日本の総人口は2007年を折り返し地点として今後減少が続く一方、高齢者数(65歳以上人口)については2045年頃まで増え続けると見込まれている。この減少と増加が相まって、高齢化率(65歳以上人口割合)は上昇の一途をたどり、2060年には約40%、2.5人に1人が高齢者になると推計されている¹⁾。また、高齢者の中でも、特に後期高齢者(75歳以上人口)の割合の増加は著しく、それはすなわち、国民に占める医療や介護を必要とする人が急激に増加していくことを意味している。

これを支える仕組みとして近年厚生労働省が掲げているのが、人口1万人程度の中学校区程度を単位として、医療・介護・生活支援・介護予防・住まいの5つの視点での取り組みが包括的・継続的に行われる「地域包括ケアシステム」(図1)²⁾であるが、この具現化にあたり必須ともいえるの

が在宅医療の充実であろう。在宅医療の充実なくして、真の地域包括ケアシステムの具現化はなしえないからである。

全国の中でも特に高齢化の速度が著しいのが、東京大都市圏近郊である。典型的な東京近郊都市の1つともいうことができる千葉県柏市(人口約40万人の中核市)では、2009年6月より、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構(以下、機構)、都市再生機構(UR)による「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」(以下、総合研究会)を組織し、超高齢社会に向けた課題解決のため、当面の柱として「地域包括ケアシステムの具現化」と「高齢者の生きがい就労の創成」の2点を掲げ、各種取り組みを展開しているところである。

本稿では、前者の「地域包括ケアシステムの具現化」の中で最重要視している在宅医療の推進(具体的な取り組みについては表1³⁾を参照のこと)に焦点を当て、その取り組みの一翼をなす研修プログラムについて現状と展望を概説する。

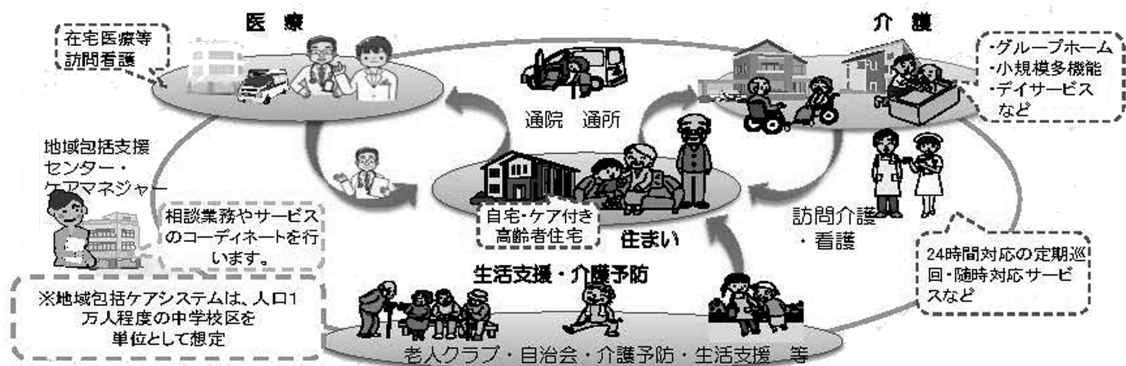


図1 地域包括ケアシステムのイメージ (厚生労働省)²⁾

表1 柏市において在宅医療を推進するための具体的取り組み³⁾

(1) 在宅医療を行う医師の増加および質の向上を図るシステム（研修プログラム）
(2) 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステム ・主治医の訪問診療を補完する副主治医 / 医師のグループ化 ・病院の短期受け入れベッドの確保 ・24時間対応できる訪問看護と訪問介護の充実と多職種連携
(3) 情報共有システムの構築
(4) 市民への相談・啓発
(5) (1)～(4)を実現する中核拠点（地域医療拠点）の設置

表2 「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」の構成

開催主体	郡市医師会を中心とする地域の関係職能団体，市町村行政	
内容	講義	在宅医療が必要とされる社会背景，在宅医療の導入，多職種連携協働（IPW），制度・報酬，認知症 [*] ，がん緩和ケア [*]
	グループワーク	地域の医療・介護資源マッピング，事例検討（認知症 [*] ，緩和ケア [*] ），在宅医療を推進する上での課題とその解決策
	同行実習（医師のみ）	訪問診療同行，他職種同行（訪問看護，ケアマネジャー，緩和ケア病棟等）
	懇親会	職種を越えた交流を目的として設定
受講対象	同一地域内に勤務する在宅医療・ケア関係者（開業医，歯科医師，薬剤師，訪問看護師，ケアマネジャー，病院職員，他）各同数	
開催単位	原則として郡市程度の単位を想定	

* 認知症とがん緩和ケアについては，基本講義，事例検討，ミニレクチャーを組み合わせた構造化されたセッションとして実施

表3 「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」の特徴

構造	①郡市医師会と市町村行政がタッグを組んで研修会運営の中心を担うこと
	②受講者のリクルートにあたり原則地域の関係職能団体の推薦を経ること
	③現実の連携との連続性を考慮して同一市町村内の多職種を受講対象としていること
内容	④医師（現役の開業医）が実習に赴くこと
	⑤多職種による議論の場が研修の中に意図的に埋め込まれていること

地域における在宅医療推進の機運を高めるための多職種研修会

表1³⁾に示したうち，在宅医療を行う医師の増加ならびに質の向上を図るための仕組みづくりの最たるものが，機構に設置された委員会において試行・評価のすえ開発した計2.5日間（医師以外は1.5日間）の研修プログラム「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」である（表2）。

この研修会の特徴を表3に示す。大きく「構造」と「内容」に分けて整理することができる。

構造的な特徴のうち，特に重視しているのが①

である。研修会の運営にあたり，郡市医師会は地域医療を護る公益団体として，在宅医療ならびに多職種連携の推進の旗振り役としての役割を果たし，介護保険の保険者たる市町村行政が，研修運営にかかる事務局機能を担うことを期待するものである。看護・介護などの団体，ないし市町村行政が自ら旗振り役を担うことも確かに可能かもしれない。しかしながら，在宅「医療」の分野において，地域の医師の主体的な関与なくしてその推進はありえず，旗振り役としての医師の存在があって初めて，この研修会の効果が最大化されるものと考えている。

柏市における在宅医療推進の取り組みの中心的

存在である柏市医師会の某幹部は、「在宅医療における医師は“責任をとる存在”」と述べている。この発言は、「医師の後ろ盾があって初めて、その他の職種は安心して在宅の臨床に創造的に取り組める」という趣旨であり、表現こそ違うものの、「旗振り役としての医師」と同じことを述べていると捉えられる。また、この旗振りは、特定の医師ではなく郡市医師会の名のもとに行われることが肝要と考えている。もともと在宅医療に取り組んでいる特定の医師のみががんばって多職種を巻き込んだとしても、それによって医師会幹部を含む地域の医師に逆に冷めた雰囲気が出てしまうようであれば、その研修会は成功したとはいえない。

急速に高齢化する都市部の将来を支えるためには、在宅医療に従事する医師数の桁が変わるほどの変化が求められる可能性があり、その実現に向けては、郡市医師会による、プロフェッショナルイズム⁴⁾に満ちた、当事者としての訴求が必要と考えている。特定の医師のみが在宅を支えている地域では、極論その医師が倒れた時に、その地域の在宅医療体制も崩壊することになろう。郡市医師会が介在し、広く薄く医師が（一部医師は厚く）在宅医療に従事することにより、地域を面的に支えることが可能となる。

なお、傍論であるが、千葉県医療情報提供システム (<http://www.iryu.pref.chiba.lg.jp/>〈2012年11月30日アクセス〉) 上、柏市内の診療所のうち、訪問診療を行うとしているのは全243カ所のうち37カ所(15.2%)。24時間の連絡体制を有する在宅療養支援診療所は21カ所(8.6%)となっている。きわめて乱暴な試算であるが、2008年の柏市における全死亡者数が2,614名、うち自宅死亡者が334名(自宅死亡割合12.8%)である⁵⁾ことから、この334名に対して、死亡前に遍く訪問診療を提供しようとする場合には、そのすべてを在宅療養支援診療所21カ所が担うとする場合に

は、1カ所当たり年間平均15.9件、訪問診療を行う37診療所が担うとする場合には、1カ所当たり年間平均9.0件の看取りを行うことになる。他方、仮に市内のすべての診療所が均等に自宅での看取りを支援する場合には、年間平均1.4件で済むことになる^{*1}。このような値からも、在宅医療に取り組む医師数いかに、高齢化が進化した際の対応の余力が大きく変わってくるのが理解できる。

また、②に示した他団体に対するアプローチも、①と同様に重要である。医師以外の職種について、個別の医療機関・サービス事業所に直接受講案内を送付することは容易に可能であるが、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護関係団体、介護支援専門員関係団体などの推薦を経て受講者を集めることにより、「面」による在宅医療・ケアの供給体制を整えることができる。なお、研修会はあくまで入口であり、その先には各団体内に在宅医療・ケアに関連した委員会が設置されるなどして、団体内・団体間で継続的な議論が行われていくことが理想的と考えられる。そして、継続的にその活動を応援し、各団体の関係を取りもつ役割を果たしていくべき筆頭候補は、市町村行政であろうと目される。2012年7月6日に行われた厚生労働省「提言型政策仕分け」の中で、「地域において、在宅医療と介護をシームレスに連携させる仕組みを面的に整備するためには、基礎自治体である市町村が、医療側と介護側の双方を調整することが必要であり、在宅医療において、都道府県との緊密な連携の下に市町村が積極的に取り組むことが必要である」という提言がなされており、この論旨と完全に一致している。これを前提とすれば、③の開催単位についてはもはやいわずもがなであろう。

④、⑤は内容的な特徴であるが、受講者個々人の動機づけのためには、このコンテンツ管理がきわめて重要である。④の実習は、多忙な開業医を

*1 実際には、突然死など訪問診療の対象とならない自宅死亡者が一定数含まれること、在宅療養支援診療所であっても看取りの実績が少ないところが一定数みられていること(平成19～21年長寿科学総合研究事業「入院医療と在宅ケアのあり方に関する調査研究」総合報告書より)、診療所の中には眼科など一般的に訪問診療を行わない専門診療科が含まれることなどを踏まえながら、大枠を捉えるきわめて粗い試算として示している。

対象とする際には、参加にあたっての障壁となる
ことが想定されるが、経験的にはその対価として
得られる効果も大きいと体感している。⑤につ
いては、多職種連携協働（interprofessional work）
の前提となる職種間のフラットな関係づくりに寄
与するとともに、たとえばその責任感の強さゆ
えに在宅医療を敬遠してきた医師等に対しては、
「地域には頼りになる多職種がいる」「1人で抱え
込まなくてもよい」という実感を与えるきっかけ
としても作用する可能性がある。

おわりに

本稿では、柏市を中心に展開している在宅医療
の推進を目的とした研修プログラムの概要を紹介
した。「研修会」と称しながら、その主たる狙い
は個人に対する教育効果以上に、地域の機運づく
りにあるといっても決して過言ではない。今後機
構では、柏市の経験をもとに近隣市、県、全国へ
と、少しずつこの取り組みを伝播させていきたい
と考えており、すでに千葉県松戸市、大田区大森
地区においては、2012年12月に初回の研修会が
開催されたところである。なお、柏市と完全に一
致する特性をもつ地域など存在しないことから、
まったく同じ形式による転用にはやはり限界があ
ると思われる。表3に掲げたような理念を基本と
して、地域の実情に応じた、一定幅のある運用を
していきたいと考えている。

また、本稿では字数の関係で記述しなかったも

の、この研修会を端緒として、表1³⁾に示した
その他の取り組みにも順次取り組んでいるところ
である。2014年初頭には、柏市における在宅医
療推進の管制塔となる地域医療拠点が竣工予定で
あり、旗振り役としての郡市医師会ならびに事務
局としての市町村行政という基本骨格を前提とし
て、在宅医療推進の取り組みが、さらに加速して
いくことを期待している。

本稿でとりあげた研修会の資料については、機構
ホームページ（<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp>）にて公開
しているため、参照されたい。

文 献

- 1) 内閣府：平成24年版高齢社会白書。〔<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>（2012年11月30日アクセス）〕
- 2) 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室：在宅医療・介護あんしん2012。〔http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf（2012年11月30日アクセス）〕より
- 3) 柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会：長寿社会のまちづくり（平成23年6月28日版）。〔http://kashiwa-toyoshikidai.org/uploading/110628_kashiwa-toyoshiki.pdf（2012年11月30日アクセス）〕より一部著者改変
- 4) Arnold L, Stern DT: What is medical professionalism? In Stern DT, ed. Measuring Professionalism. p.15-37, New York NY, Oxford University Press Inc, 2006
- 5) 千葉県：平成22年千葉県衛生統計年報。

7. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) から得られたものをどう生かすか

森田 達也*

(* 聖隷三方原病院 緩和支援診療科)

これまでの経緯と現在の取り組み

OPTIM プロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model: 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」) は、国際的にも最大規模の緩和ケアプログラムの地域介入研究であり、「何が変化するか」(アウトカム研究) と合わせて、「変化はなぜ生じたのか」(プロセス研究) を合わせて行う mixed-methods study として実施された。研究の対象・方法・介入内容については昨年の緩和ケア白書などに記載し、プロトコルを英文誌に公開した^{1~3)}。2012年度は最終年度であり、結果のまとめと臨床・政策への意義をまとめているところである。

明らかになったこと

① アウトカム研究

実施された調査研究によって以下のことが明らかになった (表1)。

① 介入に対して地域の医師・看護師の40%が3年間のうちに少なくとも1回プログラムに参加し、患者の40%がプロジェクトを認識していた。

② 地域緩和ケアプログラムにより、自宅死亡は全国平均に比較して有意に増加した (図1)。遺族調査では、自宅死亡した患者のほとんどが「死亡場所は患者の望んだ場所だった」と評価された (図2)。家族の介護負担も前後で有意な変化はなく、自宅死亡した患者の遺族ではむしろ介護負担は低い傾向があった (図3)。すなわち、地域緩和ケアプログラムにより、家族の介護負担も増やさずに患者の希望に沿った自宅での生活が可能と

なった。

③ 専門緩和ケアサービスの利用者が増加した。がん死亡との比で0.3から0.5の増加であり、期間中に行われた全国調査からがん死亡に対する専門緩和ケアサービスの利用者の比の推計値0.2より高かった (図1)。一方、緩和ケアチームに紹介された患者の抗がん治療中の患者の割合や performance status (PS) には「早期からの緩和ケア」を示唆する変化はみられず、依頼内容が多岐にわたったことから、増加した緩和ケアサービスの利用は時期が早くなったことよりも、対象が広がったためと考えられた。

④ 患者・家族の評価した緩和ケアの質評価、quality of life (QOL) が有意に改善した (図1)。外来患者ではもともと苦痛の程度の少ないものが対象となったため変化は小さかったが、終末期患者の遺族評価では全体的な改善がみられた。死亡場所の比較では、在宅では介入前後とも高く、病院では介入前後とも低かったが、介入後には改善が認められた (図4)。比較対照群がないために、全国的な変化をみているのか地域プログラムの効果かは判断できないが、介入地域において緩和ケアの質や患者のQOLは改善傾向にあると考えられた。

⑤ 医師・看護師の困難感が中程度以上改善した (図1)。変化の大きさを効果量 (effect size) で算出したところ、効果量は0.5~0.6であった (一般的に0.2を小さい変化、0.5を中程度の変化、0.8を大きい変化とされる)。改善がみられた領域は、症状緩和や患者・家族とのコミュニケーションよりも、地域連携、専門家の支援、医療者間のコミュニケーションなどネットワークに関することであった。これらは、専門や職種にかかわらず、

表1 アウトカム研究のまとめ

1. 地域緩和ケアプログラムは実施可能で、約半数が参加。
2. 自宅死亡率が増加（4地域中3地域）。患者の希望に沿ったものであり、介護負担の増加もなかった。診療所の要因がアウトカムを規定した。
3. 専門緩和ケア利用数が増加（4地域中3地域）。早期からの緩和は明らかではなかったが、対象（依頼理由）が広がり、緩和ケアチーム・外来で増加が大きかった。
4. 外来患者ではもともと質評価が良かったのが多少底上げされた。終末期患者では質評価、quality of lifeとも小さいながらも改善した。病院、緩和ケア病棟で改善がみられ、自宅では高い水準で変化がなかった。
5. 医師・看護師の困難感、特に地域連携、専門家の支援に関する困難感が改善した。プロジェクトへの参加が多いほど改善が大きかった。
6. 市民・遺族の認識・知識は改善したが、患者の認識・知識は（同じ暴露があるにもかかわらず）改善しなかった。暴露を受けた対象では改善した。

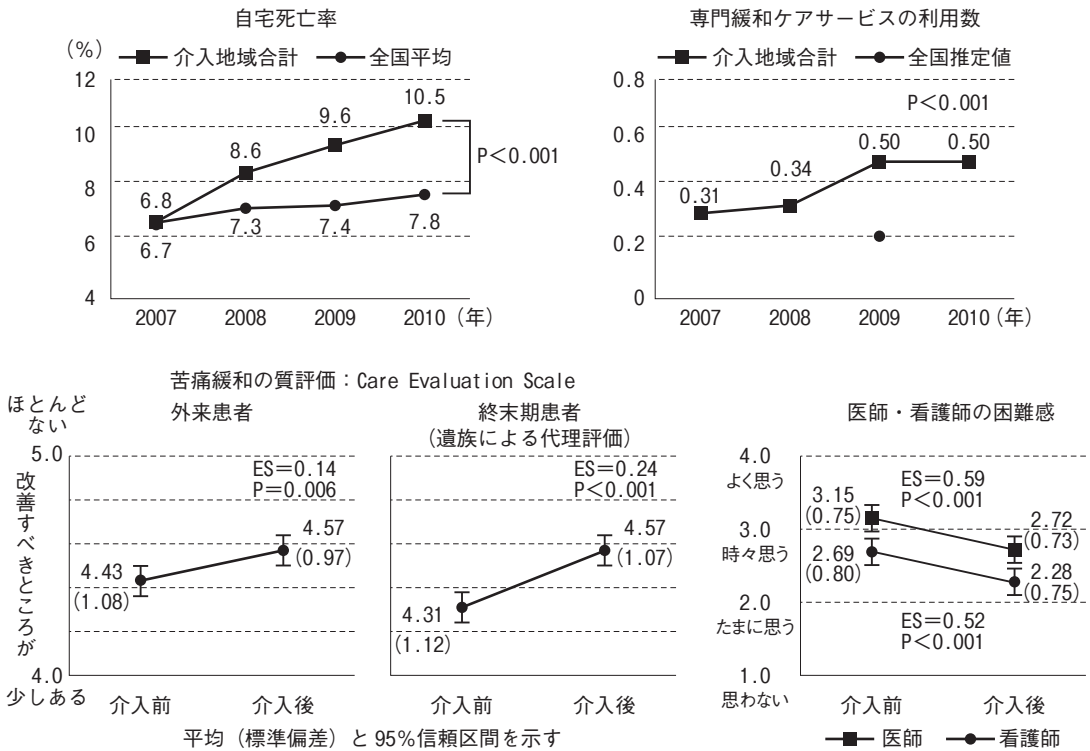


図1 主要評価項目と医師・看護師の困難感

プログラムへの参加回数が多いほど改善する明らかな傾向が認められた。すなわち、地域緩和ケアプログラムにより、地域の医療福祉従事者のネットワークが進み、地域緩和ケアに関する困難感が改善したと考えられた。

⑥知識・認識については、一般市民、遺族では全体に改善する傾向があったが、患者では住民と同等以上の暴露を受けているにもかかわらず全体では変化がみられなかった。しかし、暴露した患

者では知識や認識が変化していた。患者ではなんらかの防衛機制などによって、「意識的に情報を避けている」可能性が示唆された。

⑦変化の地域差については、自宅死亡で4地域中3地域、緩和ケア利用で4地域中3地域で前後で有意な変化がみられ、患者・遺族・医師・看護師調査では変化に有意差がなかった。すなわち、今回行われた地域プログラムは全国のどの地域でも同じような変化を生じると考えられた。

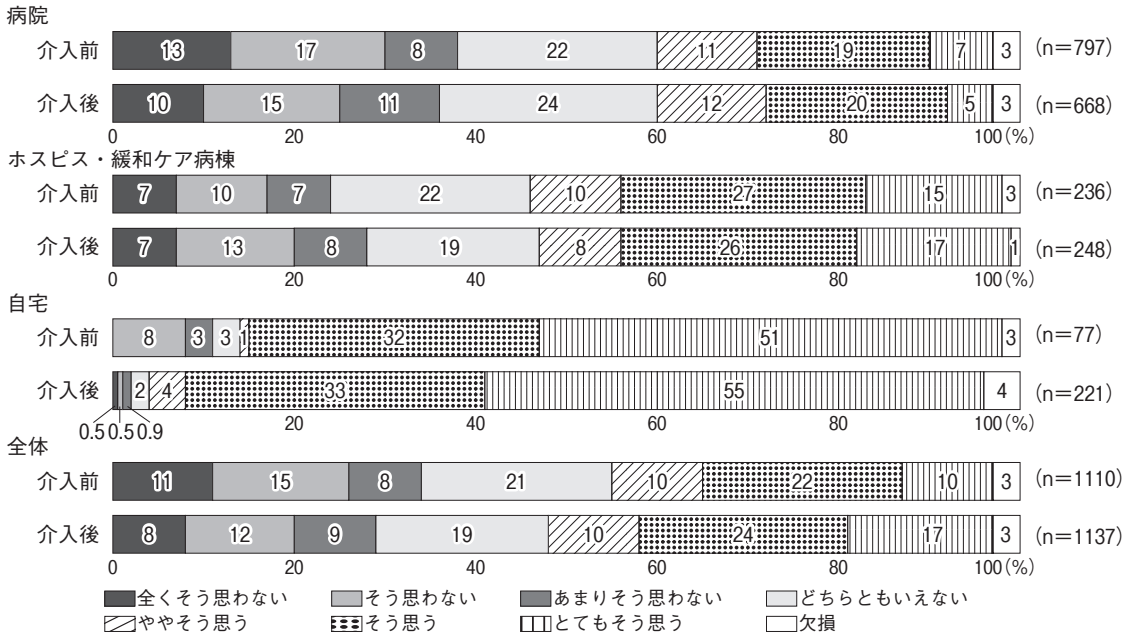


図2 「望んだ場所で最期を迎えられた」割合

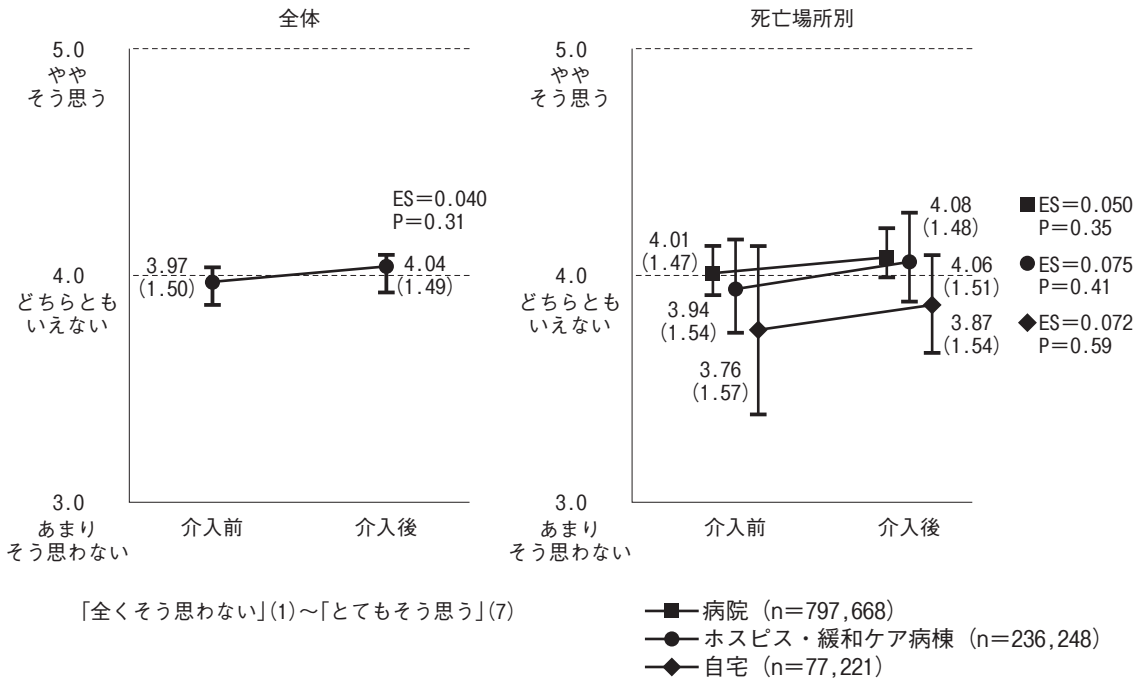


図3 介護負担：Caregiver Consequence Inventory

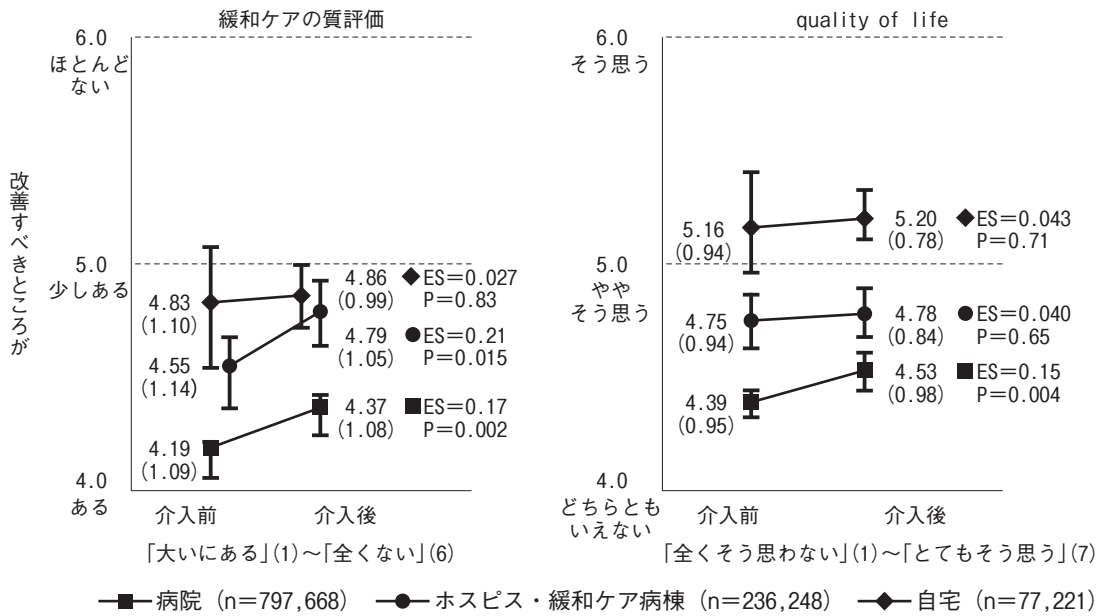


図4 死亡場所別の緩和ケアの質評価・quality of life

2) プロセス研究

インタビュー調査をもとに、「どういふ変化が生じたのか」「なぜ変化が生じたのか(生じなかったのか)」を探索したところ、【つながりができネットワークが広がった】【在宅医療が進んだ】【緩和ケアの知識・技術、認識、実践が向上した】【自信や成長、専門職としての価値の認識につながった】【患者・家族の認識の変化はさまざまであった】【プロジェクトの地域全体への影響はさまざまであった】【さらに改善が必要な点と今後の課題が見出された】というカテゴリーが見出された(表2)。特に、プロジェクトを通じて、地域の多施設多職種が会う機会をもつことで【つながりができネットワークが広がった】ことは、ほとんどの対象が最も大きい成果であると述べた。

「つながりができネットワークが広がった」直接のきっかけは、多職種・多施設で集まる機会であった。それによって、「名前と顔、人となり分かるようになり、安心して相談ややりとりができるようになった」「互いの考え方や状況が分かるようになり、自分の対応を変えるようになった」「みんなで集まる機会が増え、ついでに相談ややりとりができるようになった」「窓口や役割

が分かるようになり、誰に相談すればよいか分かるようになった」「責任をもった対応をするようになった・無理がきくようになった」といったプロセスを通じて、地域連携や医療者間のコミュニケーションに関する困難感が減少したと考えられた。これらのプロセスの理解は、「地域連携とは何か」「どのように地域連携を進めることが望ましいのか」について深い洞察を与えるものである。

また、自宅死亡が増加したプロセスについても、病院側、地域側の両方に見られた変化が図5のように整理された。このプロセスは、今後、自宅で過ごす患者を増加するための介入を行ううえでの概念的枠組みを提供するものである。

地域緩和ケアプログラムでは、地域医療福祉従事者間のネットワークが最も重要な要素であることが示唆された。これは、「顔の見える関係とは何か?」の研究でみられた予備的知見を支持するものである。「人となり」を知ることによって地域連携についての困難感が減り、選択肢が増えたり、迅速なコミュニケーションが可能になることで患者への利益となることが示唆される(図6)。

表2 地域緩和ケアプログラムのプロセスに生じた変化

<p>【つながりができネットワークが広がった】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名前と顔、人となり分かるようになり、安心して相談ややりとりができるようになった ・これまでやりとりのなかった人たちとコミュニケーションをとるようになり、選択肢・ケアの幅が広がった ・互いの役割やその重要性が分かるようになり、チームを組むようになった ・互いの考え方や状況が分かるようになり、自分の対応を変えるようになった ・みんなで集まる機会が増え、ついでに相談ややりとりができるようになった ・職種や施設間の垣根が低くなり、躊躇せずに相談ややりとりができるようになった ・窓口や役割が分かるようになり、誰に相談すればよいか分かるようになった ・生の声を聞き本音のやりとり、インフォーマルな相談ができるようになった ・責任をもった対応をするようになった・無理がきくようになった ・同じことを繰り返すことで効率が悪くなった ・地域の他職種・他施設、他地域の状況を知り、地域全体を意識した緩和ケアの実践を考えるようになった ・連帯感・信頼感が高まった
<p>【在宅医療が進んだ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養場所や最期の場所を意識し、患者・家族の希望を聞くようになった ・自宅で過ごすことができると思うようになった ・地域の生きた情報を得て、受けられる医療やサービスを具体的に説明できるようになった ・終末期・医療依存度の高いがん患者を診療所や訪問看護ステーションで受け入れやすくなった ・在宅チームが患者・家族の気持ちや希望、病状を共有し、変化を予測して対応できるようになった ・訪問看護でできることが増えた ・病院スタッフが自宅での生活を意識した診療やケアを行うようになった ・病院から退院するときの支援が充実した ・いい時期にスムーズに在宅移行ができるようになった ・自宅で過ごせる患者が増えた
<p>【緩和ケアの知識・技術、認識、実践が向上した】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアの知識・技術・実践が向上した ・緩和ケアが終末期だけのものではなく、どの時期にもすべての人に提供される普遍的なものと思うようになった ・緩和ケア専門家からのサポートが増えた ・全人的医療とチーム医療を意識するようになった ・緩和ケアの経験が増えた
<p>【自信や成長、専門職としての価値の認識につながった】</p>
<p>【患者・家族の認識の変化はさまざまであった】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族の認識が変化してきた ・患者・家族の安心感を感じる ・患者・家族の認識はまだ変化していない
<p>【プロジェクトの地域全体への影響はさまざまであった】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクトは地域緩和ケアの基盤ができるきっかけとなった ・活動のひろがりに限られた
<p>【さらに改善が必要な点と今後の課題が見出された】</p>

明らかになった課題

本研究では、介入後にまだ不十分な点がなぜであるかを明らかにするための質問紙調査を追加で行った。

緩和ケアの質が不十分であった理由は、①対応しても苦痛が緩和しない、②診察や相談に十分な時間がないであり、「医師や看護師の配慮がない」

は少なかった（図7）。患者・遺族・医師・看護師の見解はおおむね一致していた。これに対しては、①担当医が対応して緩和しない場合の専門緩和ケアへの確実な対応、②緩和困難な苦痛に対する新規治療の開発研究、③臨床現場の物理的なりソースの充実、が必要であると考えられる。専門緩和ケアサービスの受診のバリアは、患者・家族からみれば「主治医から受診を勧められない」こ

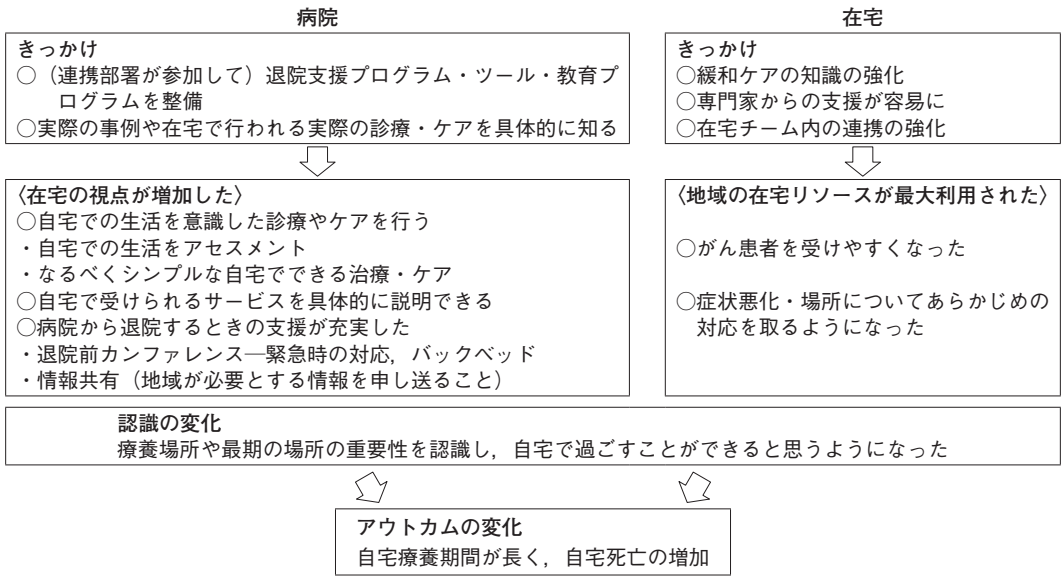


図5 在宅死亡の増加したプロセス

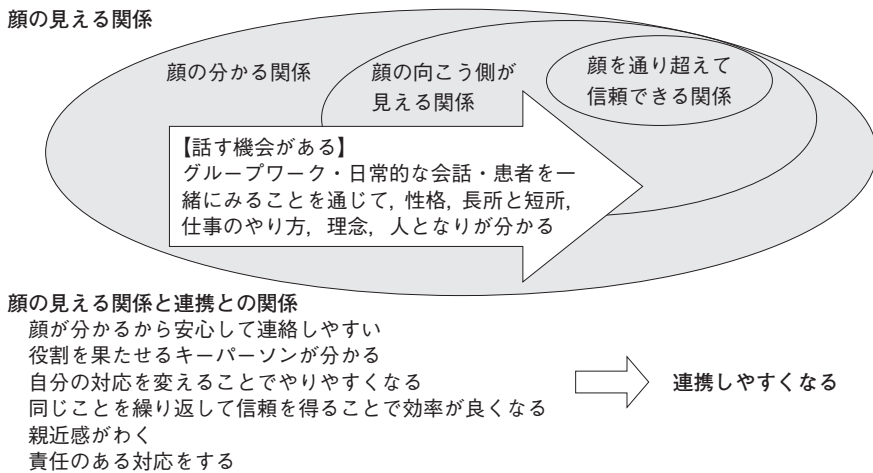


図6 「顔の見える関係がある」の意味

と、医師からみれば「困ることがなかった」「緩和ケアサービスがあることを知らなかった」であった。必要な患者に専門緩和ケアサービスを提供するために必要なことは、担当医に患者の苦痛が具体的に簡便に伝わるシステムと、紹介すれば対応が可能な項目や紹介方法が明確に伝わるアナウンス（目で見える問診票など）であると考えられた。

自宅死亡が達成できなかった理由は、「医師からの情報がなかった」ではなく、①予想より早く進む病状、②不十分な苦痛緩和、③介護力の不足、④急変時・夜間の対応、であった。自宅死亡を希

望する患者の達成を実現するのに必要なことは、①終末期ケアの対象となる患者の早い時期からの同定・相談を始める枠組み、②退院後に苦痛が悪化した場合に確実に苦痛緩和が得られる体制、③社会的資源の介護力の確保、④24時間体制の地域ごとのいっそうの整備（グループなど）、であると考えられる。

疼痛については、外来患者では多様な鎮痛のバリアが同定されたが、特にオピオイドによる副作用（眠気などの精神症状）、（オピオイドにかかわらず）薬を飲みたくないという価値観、がん以外のものともある疼痛への対応が必要であることが

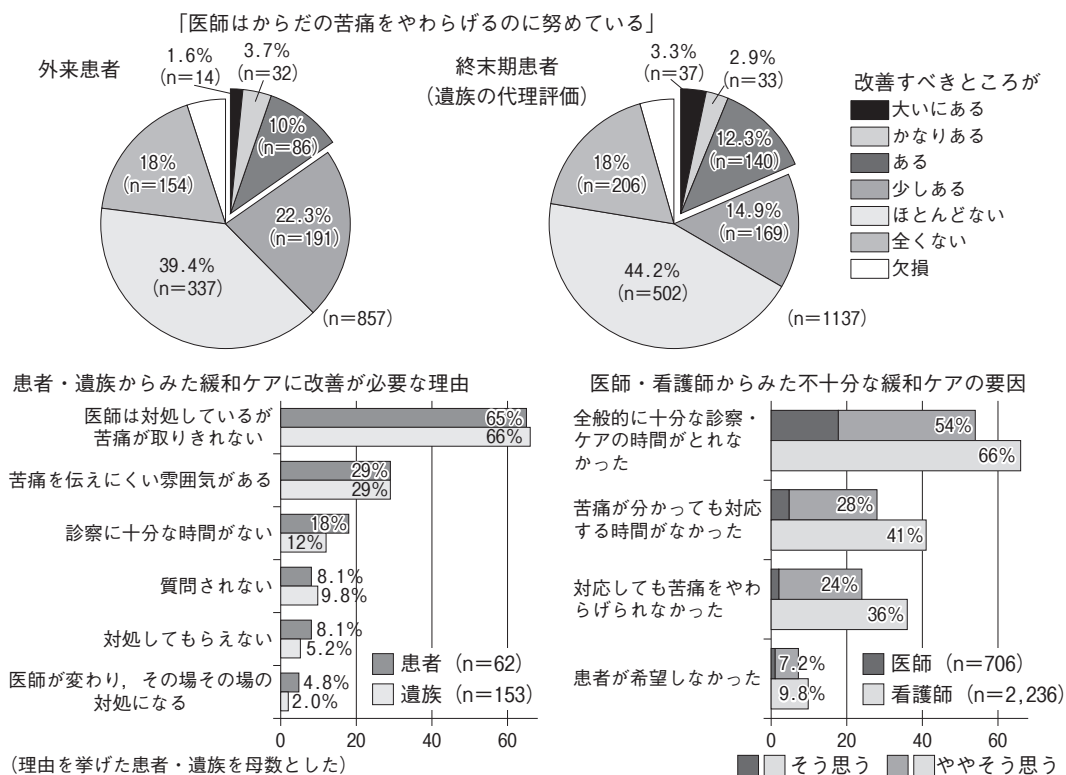


図7 緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由

示唆された。

以上より、地域緩和ケアプログラムを行っても、なお残る課題に対する方策をまとめると図8のようになり、がん緩和ケアに限らない内容が多くを占める。がん緩和ケアに関わらない領域での広範囲な取り組みが求められるが、がん緩和ケア領域では、特に緩和困難な苦痛に対する開発研究、担当医が対応しても緩和しない場合の専門緩和ケアへの受診、早い時期からの同定・相談を始める枠組みについての実践と検証が今後さらに求められるだろう。

ほかの地域でも生かせる運営や活動の知恵や秘訣

介入中に行われたプログラムの具体的な工夫については、Medical Research Councilの推奨にしたがって⁴⁾、『OPTIMレポート2011』にまとめた⁵⁾。

将来の展望

OPTIMプロジェクトが示した、そして国際的な研究でも繰り返し示されている重要なメッセージは、多施設多職種での緩やかなネットワークの重要性である^{6~9)}。本研究は、これまで全国規模で行われてきたPEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education: 医師に対する緩和ケア教育プログラム) プロジェクトやオレンジバルーンプロジェクトを修正して、地域でのネットワークを進めるためのOPTIMize strategyを各地域で導入することが有用であることを強く示唆する(図9)。すなわち、①組織をつくる(Organization)、②地域のネットワークを密にすることによって専門家へのいろいろなレベルでのアクセスを構築する(Palliative care specialists)、③一方向性の知識の伝達ではなく、病院の医療者も在宅医療を知ることができるように、緩和ケアに関するその地域

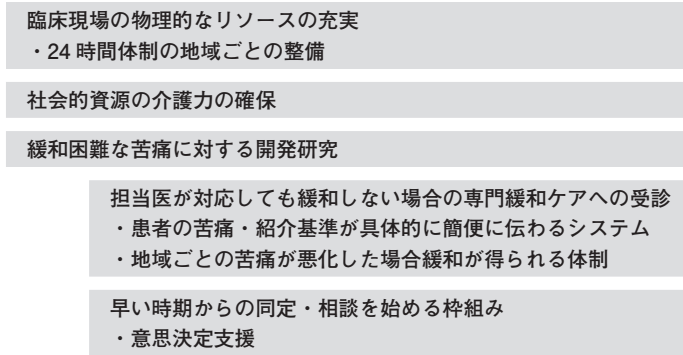


図 8 地域緩和ケアプログラムを行っても残る課題と対策

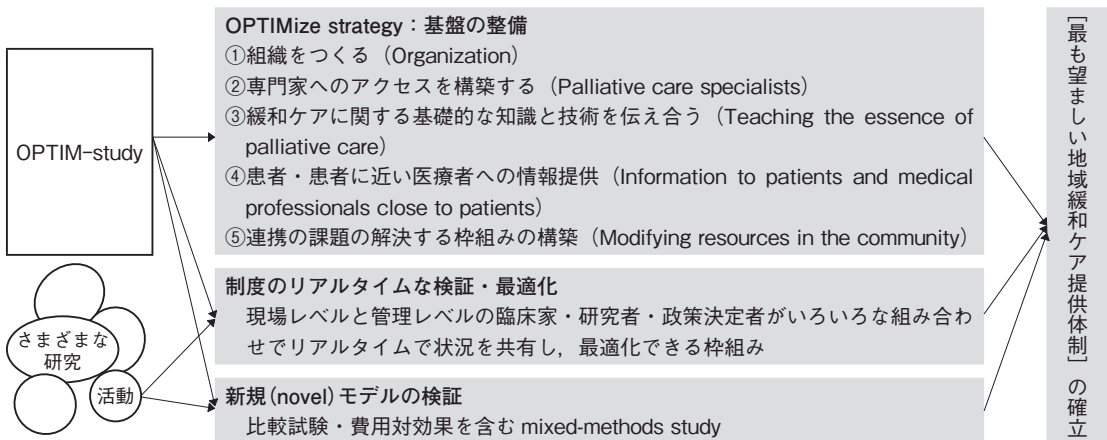


図 9 OPTIM-study の推奨

で行われている情報や技術を伝え合う (Teaching the essence of palliative care), ④広範囲な普及啓発は労力に見合う効果が得られにくいと考えられるため、より対象を絞って希望する患者・患者に近い医療者への情報提供を行う (Information to patients and medical professionals close to patients), ⑤連携の課題の解決する多様な枠組みの構築 (Modifying resources in the community), を行うことが必要である。

「多様な枠組み」は地域のその時の課題が解消されるように流動的に設定されるべきであるが、たとえば OPTIM プロジェクト後も行われているがん緩和ケアのネットワークの例として 2012 年度の浜松地域の年間活動予定を示す (図 10)。このような同職種間、多職種間の多様なネットワークが変化しながら地域を網目のようにカバーすることがまずは必要なのではないかと思われる。そのためには、市町村単位での核となる事務局機能

が重要であり、費用、人員、設置場所は地域の実情に応じて決めることになるだろう。

また、1 人ひとりがかつ情報量が著しく多く、情報の変化が速くなっている現代では、散発的に開催される「〇〇審議会」「□□協議会」によるネットワーキングの効果は限定されている。日常的に行われているさまざまなネットワーキングが自動的により広範囲なものになる枠組みが必要であるだろう (図 11)。

OPTIM プロジェクトは、これまで「エビデンス」がほとんどなしに行われてきたわが国の緩和ケア政策に、判断を行うための基盤となる情報を与えるものである。今後、OPTIM レポートを検討の基盤として、ほかの研究知見も合わせながら、根拠に基づいた政策決定・制度設計 (evidence-based policy) が評価可能な形で行われることを期待したい。

浜松地域のがん緩和ケア関係の催し 2011年度 年間計画

	名称	概要	担当・お問い合わせ先	4月	5月	6月
緩和ケアの技術の向上	緩和ケアセミナー	各病院で行っている院外にも公開されているセミナーです。多職種対象で緩和ケアの知識・技術の向上を目的としています。作成時点で未定のものもありますので、申込方法など詳細は各施設にお問い合わせください。 (どなたでもご参加いただけます)	各病院にお問い合わせください		〇〇センター 「がん看護セミナー」 開催日:6/28(火)、7/26(火)、9/6(火)、 11/7(月) 問合せ:緩和ケア認定・看護師 Tel 〇〇	
	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(医師向け)	医師向けの緩和ケアミーティングです。 (事前申し込みが必要です)	がん診療連携拠点病院	[日程が決まり次第、アナウンスいたします。]		
	緩和ケアに関する講演会	メーカーなどが主催の講演会です(形態・テーマは各メーカーなどで設定します)会の詳細については、主催者からのご案内をご参照ください。 (どなたでもご参加いただけます)	各メーカーなどにお問い合わせください		〇〇株式会社 「神経障害性疼痛に関すること(予定)」	6/24(金)〇〇株式会社 〇〇先生 「ホスピスケアに関すること(予定)」
連携の促進	浜松緩和ケア研究会	地域のがん在宅緩和ケアに関わる方が顔見知りになり、連携を深めるための多職種の集まりです。講演会などと、その後スモールグループでの交流を深める催しを行います。 (どなたでもご参加いただけます)	〇〇病院 緩和医療科 〇〇医師 (〇〇製薬(株)よりご案内します)			
	連携ノウハウ共有会	地域連携に関するノウハウの共有・課題の解決について話し合います。 (病院の連携担当者・地域医療福祉従事者:声をかけさせていただいた方になります)	訪問看護ステーション〇〇 〇〇看護師			<連携ノウハウ共有会> 6/8(水)19:00-20:30 〇〇病院
	困難事例カンファレンス	事例にかかわった関係者でふりかえりを行います。 (担当者から個別に連絡をさせていただいた方になります)	各施設から関係者にご案内します	<困難事例カンファレンス> <困難事例カンファレンス>	[日程は、担当者より関わられた方に直接ご連絡致します。]	<困難事例カンファレンス>
	診療所医師のあつまり:ドクターネット	診療連携の促進について話し合います。 (浜松在宅ドクターネットに登録されている医師が対象です)	〇〇クリニック 〇〇医師		[日程が決まり次第、メーリングリストでアナウンスいたします。]	
	病院薬剤師・保険薬局薬剤師の集まり	病院薬剤部と保険薬局の連携の話し合いです。 (声をかけさせていただいた方が対象です)	〇〇病院 薬剤部 〇〇薬剤師 〇 〇薬剤師		[今年度同様の開催を予定しております。日程が決まり次第、アナウンスいたします。]	
	がん緩和ケアリハビリ研究会	がん緩和ケアリハビリに携わる理学療法士・作業療法士の交流やスキルアップのための集まりです。 (声をかけさせていただいた方が対象です)	〇〇病院 リハビリテーション部 〇〇療法士		<がん緩和ケアリハビリ研究会> 5/14(土)14:00-16:00 〇〇病院	
	退院支援担当看護師の集まり	病院の退院支援担当看護師のスキルアップのための集まりです。 (声をかけさせていただいた方が対象です)	〇〇病院 〇〇看護師		<退院支援担当看護師の集まり> 5/25(水)19:00-20:30 〇〇病院	
緩和ケア専門家による診療の提供	緩和ケアチーム合同カンファレンス	緩和ケアチームのメンバーを中心として、困難事例についてのディスカッションを行います。 (参加ご希望の方はお近くの緩和ケアチームへご連絡ください)	〇〇病院 〇〇看護師		<緩和ケアチーム合同カンファレンス> 5/18(水)19:00-20:30 〇〇病院	
	地域緩和ケアカンファレンス	緩和ケアチームなどとともケースカンファレンスを行います。地域の困難事例もお持ちください。 (どなたでもご参加いただけます)	〇〇クリニック 〇〇看護師		<地域緩和ケアカンファレンス> 5/11(水)13:00-15:00 〇〇クリニック (担当: 〇〇センター)	<地域緩和ケアカンファレンス> 6/15(水)13:00-15:00 〇〇クリニック (担当: 〇〇病院)
	ホスピスの利用について考える会	地域のなかでのホスピスを考える集まりです。 (どなたでもご参加いただけます)	〇〇病院 ホスピス 〇〇医師		[定期開催はありませんが、開催時にメーリングリストでアナウンスいたします。]	
患者・家族に対する適切な知識の提供	患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング	患者会・家族会・遺族会に携わる実務者のミーティングです。会の運用などについて話し合います。 (どなたでもご参加いただけます)	〇〇センター 〇〇医師		<患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング> 6/29(水)19:00-20:30 〇〇センター	
システムの構築	企画ミーティング	1年間の各あつまりのスケジュールリング・企画について調節します。 (声をかけさせていただいた方が対象です)	OPTIM 浜松事務局			

*日時等が変更となる場合がございますので、担当者からの案内をご確認ください。

図 10 ある地域におけるネットワークの例

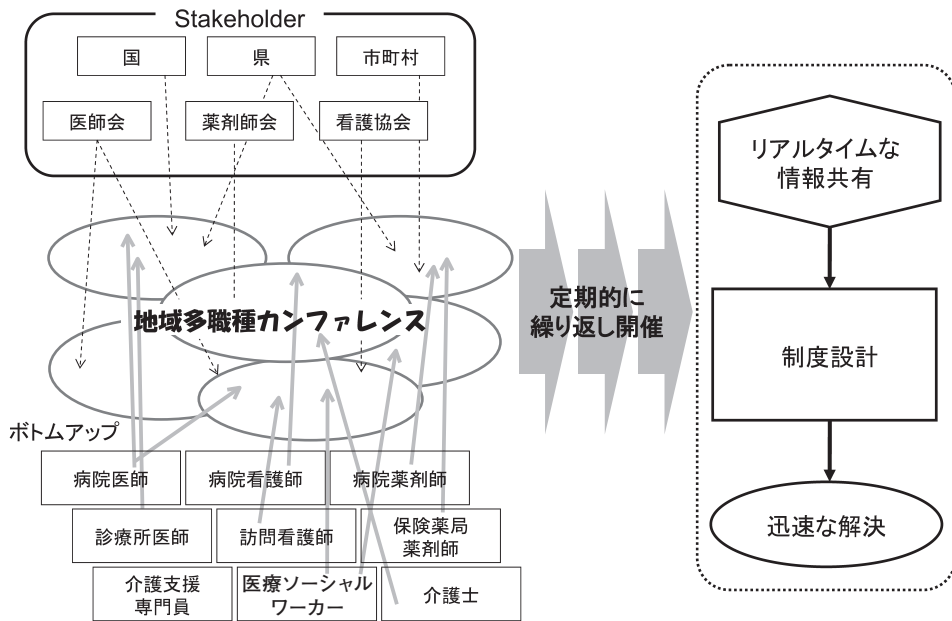


図 11 制度のリアルタイムな検証・最適化のための枠組み

注釈 本原稿は、筆者の執筆時点での個人的な見解を述べたものであり、OPTIM-studyの正式な見解ではありません。正式な見解は『OPTIM レポート 2012』（2012年3月公開予定）をご覧ください。

文 献

- 1) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al: Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. Am J Hosp Palliat Med 25: 412-418, 2008
- 2) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al: A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. BMC Palliat Care 11: 2, 2012
- 3) 森田達也：緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM-study）の経過と今後の課題. 日本ホスピス緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編：ホスピス緩和ケア白書

2011. p.24-36, 2011
- 4) Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al: Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. MRC, 2008 [www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance]
- 5) OPTIM Report 2011 [http://gankanwa.umin.jp/optim_report.pdf]
- 6) Shaw KL, Clifford C, Thomas K, et al : Review: improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. Palliat Med 24: 317-329, 2010
- 7) Kelley ML: Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. J Palliat Care 23: 143-153, 2007
- 8) Masso M, Owen A : Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. Aust J Rural Health 17: 263-267, 2009
- 9) Nikbakht-Van de Sande CV, van der Rijt CC, Visser AP, et al: Function of local networks in palliative care: a Dutch view. J Palliat Med 8: 808-816, 2005

8. 在宅医療・介護あんしん2012の推進 —在宅医療・介護のルネッサンスとするために—

山岸 暁美*

(*厚生労働省 医政局指導課 在宅医療推進室, 併任: 健康局 がん対策・生活習慣病対策課)

はじめに

わが国は、前人未踏の超高齢社会である。特に大都市圏では、後期高齢者人口が今後10年で倍増する地域もあり、まったなしの状況である。後期高齢者の増加は、医療・介護ニーズの増加を意味する。

一方で、生産人口は減少している。人口減少時代の超高齢社会に突入した今、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要がある、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要である。

もともと寝たきり高齢者を対象として整備されてきた在宅医療であるが、現在、一般病床で急性期治療を終えた回復期・慢性期患者の受け皿として、在宅医療・介護に対する期待は大きい。また、多くの国民は病気をもちつつも住み慣れた地域や家庭において、自分らしく充実した生活を送ることを望んでおり、在宅医療や緩和ケアはそれを支える医療1つである。また、その生活を支えるという視点から、介護とともに包括的に提供されることが望まれる。

そこで厚生労働省では、今年度、「在宅医療・介護あんしん2012」を掲げ、予算、制度、報酬など、持ちうる施策を総動員し、在宅医療・介護の推進に取り組んでいる。

予 算

①在宅チーム医療を担う人材の育成、②実施拠点となる基盤の整備、③個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援、を3本柱とした在宅医

療・介護の推進のための事業を展開している

①については、10月に長寿医療研究センターが開催する各都道府県のリーダーの養成講座を皮切りに、医師を中心とした医療・福祉の多職種に対する研修を全国展開する予定である。さらに、②のうち、在宅医療連携拠点事業については、公募により選出された全国105カ所の事業所が、地域の医療・介護の連携拠点としてのモデル事業を展開中である。今年度は、特に在宅医療連携拠点と市町村及び医師会等関係団体との連携を強化したうえで、地域全体の医療・介護資源の把握と課題の抽出、そしてその解決に向けての取り組みを実施し、評価していく。

制 度

医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に体制構築に係る指針を示した(2012年3月30日発出)。介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促していく予定である。

具体的には、①円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制、②日常の療養支援が可能な体制、③急変時の対応が可能な体制、④患者が望む場所での看取りが可能な体制ごとに、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、都道府県が地域の実情に応じて柔軟に設定することになっている。

また、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なる

ることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できるかぎり急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。

報酬

2012年度は、診療報酬・介護報酬のダブル改定であった。介護報酬改定においては、2011年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新サービスとして「定期巡回・随時対応サービス」「複合型サービス」を創設し、訪問看護と介護の連携を強化している。

診療報酬改定では基本的な方針として、「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定と位置づけたほか、国民・患者・家族が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野について、重点的な配分を行った。

具体的には、①負担の大きな医療従事者の負担軽減：今後も急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる（1,200億円）、②医療と介護などの機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実：医療介護同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する（1,500億円）、③がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入：日々進化する医療技術を遅滞なく国民が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む（2,000億円）、の3領域を医科における重点項目とし、4,700億円を投入している。ここでは、②医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実の概要を説明する。

24時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

〔施設基準〕

- ① 常勤医師3名以上
- ② 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- ③ 過去1年間の看取り実績2件以上

また、複数の医療機関が連携して、上記の基準を満たすことも可能とする。その場合の要件は、

- ④ 患者からの緊急時の連絡先の一元化
 - ⑤ 月1回以上の定期的なカンファレンスの実施
 - ⑥ 連携する医療機関数は10未満
 - ⑦ 病院が連携する場合は200床未満に限る
- ※さらに、病床を有する場合は高い評価を行う。

図1 在宅医療を担う医療機関の機能強化

① 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進

1. 機能を強化した在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の評価

現行の在宅療養支援診療所（以下、在支診）と在宅療養支援病院（以下、在支病）において、新たに複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関に対する区分を設け、評価を手厚くした。新たに設定された区分の要件としては図1に示したとおりであり、また単独ですべての要件を満たすだけでなく、複数の地域の医療機関で連携してこれらの要件を充足すれば、これらの点数を算定できることとした。

現在、開業医の約8割が医師1人体制で診療を行っており、各種調査において、在宅医療を担ううえで最も負担に感じることで、「24時間365日の対応」が挙げられている。医師の負担を軽減し、患者・家族が望む場所で療養や看取りが実現する体制を構築するために、在宅医療を担う医療機関ネットワークの推進を図っていくインセンティブになると考えている。

なお、新たな区分の在支診・在支病については、往診料の緊急・夜間・深夜加算や在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料などの項目において、一般の在支診・在支病より高

い報酬を算定することができる。

2. 専門的な緩和ケアの評価

在宅療養指導管理料については、同一の患者に対して、複数の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することはできないが、悪性腫瘍患者については、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両者の算定を可能とした。

また、鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズをもつ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師が訪問看護ステーションの看護師に同行訪問することについて評価を行った。

② 看取りに至るまでの医療の充実

1. ターミナルケア加算の見直し

これまで、訪問診療を行っている患者を患者で看取った場合、訪問診療を行う医療機関がターミナルケアを実施していても、看取りの直前に家族の希望などにより病院に入院した場合や、ターミナルケアを行う医療機関と看取りを行う医療機関（一般には連携先の病院）が異なる場合、「在宅ターミナルケア加算」が算定できなかった。今回の改定において、在宅ターミナルケア加算については、ターミナルケアのプロセスと看取りに分けた評価体系に見直して評価を行った。

また、訪問看護についても、死亡日前14日以内に2回以上の訪問看護・指導がターミナルケア加算の必須の算定要件であったが、この2回目においては、死亡日の訪問看護・指導も含むことを明示した。

2. 退院調整

入院7日以内に退院困難者の抽出を行い、退院困難者に対して退院調整を行った場合に、早期退院患者に係る退院調整加算を手厚く評価した。また、入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行った。さらに、総合評価加算を引き上げる

とともに、有床診療所や療養病床等、算定可能病床を拡充した。

③ 訪問看護の充実、医療・介護との連携

1. 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

1) 訪問看護における看護補助者の評価

訪問看護のケア内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではないため、看護補助者と同様、役割分担をした場合について評価した。これは、看護補助者との連携・役割分担を行うことにより、ケア時間の短縮など患者の負担軽減や、より看護が必要な多くの患者に訪問看護が提供できるとともに、事業所の大規模化に寄与することが期待される。

2) 専門性の高い看護師との同行訪問

鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズをもつ悪性腫瘍の患者及び真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行った。

2. 医療ニーズが高い患者の医療（入院）から介護（在宅）への円滑な移行

1) 試験外泊日及び退院当日の訪問看護

患者の試験外泊時における訪問看護を拡充するために、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設すると同時に、当該入院医療機関からの試験外泊時の訪問看護について、さらなる評価を行った。また、退院当日の訪問看護については、退院日以降初回の訪問看護が行われた場合のみ評価されていたが（退院支援指導加算）、退院日以降初回の訪問看護が行われる前に患者が死亡または再入院した場合に限り、その日に遡って算定可能とした。

2) 退院直後の訪問看護

医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示した。

3. 訪問看護の充実

1) 週4日以上訪問可能な患者の要件緩和

在宅で医療ニーズの高い患者については（特別

管理加算：旧重症者管理加算の算定者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）、週3日以内の訪問看護の回数制限を緩和した。

2) 長時間訪問看護の算定要件の見直し

長時間訪問看護の対象を拡大し、当該患者の回数制限を緩和した。また、医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとした。

3) 精神科訪問看護基本療養費と30分未満の短時間訪問看護の新設

訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行った。

なぜ、今、在宅医療・介護なのか

歴史的に医療は、延命こそが医学の発展の証であるとされ、社会もそれを当然のこととして捉えてきた。しかし昨今、延命治療のみに偏ることなく、患者の人間性や主体性を重視しQOLを高めることを目的とする医療のニーズが高まっている。多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養

を望んでおり、高齢になっても病気になっても自分らしい生活を支える在宅医療提供体制を整備することは、国民の生活の質の向上に資するものである。

つまり、慢性疾患患者、かつ終末期に至るまでの長きにわたって提供される治療とケアの効率性の提供が可能な地域医療の連携システムが不可欠であり、この地域医療の連携システムは、プライマリケア（住民のあらゆる健康上の問題に対し、総合的・継続的・全人的に対応する地域の保健医療福祉機能）を中心に構築し、また介護との包括的提供を視野に入れたものにすることが求められていると考える。そして、この体制を基盤として、地域の医療福祉従事者の緩和ケアの知識や技術の向上や専門緩和ケアへのアクセスを保障する仕組みが付随する形態が地域緩和ケアの体制として望ましいのではないだろうか。

しかし、在宅医療は、その地域の既存の医療・介護資源や参集するメンバーなどによって提供の仕組みや方法が異なり、画一的な拡充策は馴染まない。その地域の実情にあった策を自治体や関係団体、実践家たちが共に考え実施していく仕組み、質の高い在宅医療・介護が一体的に提供できる仕組み、国や関係機関がそれを支援する仕組みの構築のため、厚生労働省では、引き続き、予算、制度、報酬の施策を総動員し、対策を講じていく。

9. 在宅療養の場はさまざまに変わる

A. 「ホームホスピスかあさんの家」の取り組み

市原 美穂*

(*特定非営利活動法人 ホームホスピス宮崎)

かあさんの家の開設まで

2000年に介護保険制度がスタートし、国はそれまで病院中心だった医療体制から在宅中心の医療へシフトした。超高齢社会を目前にして、社会的入院などの問題もクローズアップされ、医療費が国の財政を圧迫し始めた。介護保険は病院から介護の部分を切り離して制度化されたのだが、高齢者の終末期には、やはり医療と介護が繋がっていないと支えられない。認知症でがんになった方、気管切開をして吸引などの医療行為が必要な方、重度化した認知症の方など、病院でも施設でも受け入れ困難で、どこにも行き場のない人が増えて、そのようなケースの相談が多く寄せられるようになってきた。

それではと2004年に空いている民家を借りて、そこに5名程度の高齢者が集まって暮らす「かあさんの家」を開設し、9年目を迎える。人生の最後の時間を、家で過ごしたくても1人暮らしで不安、家族はいるが昼間は仕事に出かけて留守、医療依存度が高くて自宅で介護できない、そんな方々がともに緩やかに暮らしていける場所、人生最後の居場所をつくろうと開設したのである。

ホーム(home)には、家庭・家・故郷・地域の意味がある。それは単に家を意味するものではなく、その人が安らぎを感じる居場所であり、それには普通の民家が最も適していた。リロケーション(住み替え)ダメージがほとんどないのである。広さは30平方メートルくらいの、気配が分かる広さで、ちょっとした庭があり、馴染んでいた音や匂いにあふれている。もともと人の暮らしがあった空いている民家は、それゆえに地域の中で受け入れられ、ご近所の助けも借りながら地

域と共に成長していくことができたと思う。

ホスピス(hospice)とは、病棟を指すものとして日本には導入されたが、会を設立する時にみんなで共有した理念は、患者さんとその家族が安心して望む場所で望むように生を全うできるために、医療と介護やさまざまな職種と連携して最期まで支援しようということであった。「かあさんの家」に在宅ホスピスケアチームに入ってもらったという仕組みは、開設時の条件であった。

10年前、宮崎市郡医師会病院に、在宅でがん患者を看取る「かかりつけ医」を支えるための緩和ケア病棟が開設され、そこから宮崎市内の開業医に在宅緩和ケアが広がった。施設ホスピスが看取りを独占せず、地域の緩和ケアの一部になっていった。もちろん、24時間体制の訪問看護ステーションも増え、宮崎の街では、在宅医療資源がないから在宅で看取れないということではなく、むしろ介護がないために自宅で看取れない状況であった。宮崎にこのような在宅を支える医療者やその他の職種との連携がつくられていたことは、かあさんの家での医療のバックアップが得られ、豊かなエンド・オブ・ライフケアの実現を目指すうえで、幸運であった。

その人らしい暮らしを支える

人はそれぞれの物語を生きている。入居者の1人ひとりにいくつの物語があり、入居された時には、ご本人に、ご家族に、“聞く”ことから始まる。まず、「なんとお呼びしましょうか、お名前です」「苗字で…」「どんなお仕事をなさっていたのですか」「一番楽しかったことはどんなことですか」。日常の折々に、ケアの合間に、スタッ

フはいろいろなことを聞いて、知って驚く。そう
いったやり取りを通じて一番大切なことは、感情
を共有することである。

「その人らしく」は、どんな病気や障害をもっ
ていても、普通に生活をする生活者であるという
視点だ。最期の時でも、耳に聞こえるのは、同居
人の話し声や台所の音であり、それが安心につな
がり、そして最後の1日になる。その人にとって
最善とは何か、それを支えるという視点にいつも
立ち返って、揺れ動くご家族の気持ちを共有する
ことでもある。

次第に生活機能が衰えてきて、口から食べるこ
とが困難になった時、経管栄養で補うことは技術
的に可能になっている。しかし、それが本人に
とって良いのだろうかご家族と話し合う。まだ
立てる力が残っている場合、ゆっくり待つで可
るだけ手出しをしない。転倒などのリスクは当然
伴うが、それも本人の希望を大切に。重度の
認知症で対応に苦労しても、これまでに退去を求
めたことは一度もない。「家族だから、出ていっ
てとは言えない」とスタッフは言う。そうすると、
ここにいていいのだ、あなたがいてくれて良かつ
たと、お互いの存在を認め支え合う、疑似家族の
関係ができる。

1軒の家に5～6人で住み、5～6人の介護スタッ
フが24時間体制で見守る。制度の枠がないから、
どんな病気の人でもどんな状態の人でも、安心して
最後まで暮らせる。小規模で地域のさまざまな事
業所や人とつながり、開かれた運営を目指してい
る。

最期の場所の提供

これまでに看取った方は43名になる。入居期
間は、長い方は7年、短い方で1週間の方もいる。
「最期は家で」とご本人やご家族の思いはあるけ
れど、看取りの経験がないために急変した時は不
安だという家族が増えていて、看取りのプロセス
を家族のそばで補完する役割も担っている。

ほとんど起きあがれなくなり、血圧の状態や呼
吸状態が弱くなってくると、ご家族には、「でき
るだけ寄り添って」とお願いしている。なぜなら、

看取りの主体は家族だからである。もちろん、家
族の事情はさまざまであるから、仕事が終わって
夜だけ泊まり込んで付き添う方、遠方に暮らして
いるため土日に帰省する方、お昼間だけ来て一緒
に過ごされる方などである。この時期になると、
スタッフは少し後ろに引いて、むしろご家族が安
心して寄り添えるように支援する。夜具の準備を
したり、お茶に誘ってお話を聞いたりする。

息遣いが荒く見えても、「本人はきっと苦しく
はないはず、手を握って声をかけて」と願ひす
る。ご家族にとって、大切な人がもう引き返せな
いことを受け入れる時間になる。「旅立ち」を迎
えた時、そこには安らかな人生を終えた方に対す
る感謝で満たされる。ご家族に時間を見ていただ
き、訪問看護師が主治医に連絡を入れる。死亡確
認の後、エンゼルケアは、訪問看護師の援助をも
らいながらご家族にさせていただく。死に化粧を施
し、安らかな寝顔を見て、安堵の表情が広がる。
涙もあるが、笑顔になる。このプロセスを経験す
ることが、遺族にとってのグリーフケアであるよ
うに思う。

穏やかな自然な死を受け入れ、家族が納得して
看取れるように支援していくことが、かあさんの
家の大切な目標である。そして、看取りまでケア
することでその人の人生は完結し、介護スタッフ
は自分の仕事に達成感を得ることができるのでは
ないかと思う。

ホームホスピスの広がり

かあさんの家をモデルにして、ホームホスピス
がこの数年で、九州と関西に合わせて11カ所開
設された。2012年11月24日に熊本県阿蘇にて、
介護スタッフがお互いに交流して研鑽しようと
ホームホスピス合同研修会を開いた。これから新
たに始めたいという方々も含めて全国から120名
の医療や福祉の関係者が集った。

「ホームホスピスって何?」「グループホームと
どう違うの?」「宅老所ではないの?」と尋ねら
れ、それでは集まってそれぞれの理念を共有し、
ホームホスピスの概念を少し言語化してみようと
考えたのである。

いずれの「家」にも共通していることは、地域の中から生まれてきたものであることだ。人が暮らしていた民家を利用し、医療と連携して当たり前の生活ができるようにしていることだ。地域との関わりが大きく、近隣の人たちが気にかけてくれる存在になっていることも大きな特徴である。

新しく立ち上げるために最も必要なことは、形ではなく、まずその土地を耕すということが大

切である。“耕す”ということは、その地域に暮らす人たちの思い、医療との信頼関係、多職種の顔の見える人とのネットワークがある土壌をつくることである。そして、ケアを必要としている方々のそばに寄り添って、尊厳をもって人生の最後まで安心して生活できる為に地域の人と共に作り出していく、地域に、暮らしの場に看取りの文化を取り戻すムーブメントでもある。この動きが全国各地に広がっていくことを願っている。

9. 在宅療養の場はさまざまに変わる

B. 「ケアタウン小平いつぶく荘」の取り組み

長谷 方人*

(*有限会社 暁記念交流基金／ケアタウン小平開設者)

はじめに

介護保険がスタートした2000年頃、間違いなく1人暮らし高齢者の療養相談が増加していた。2013年の現在、高齢の1人暮らしが4割を超えるのではないかと推計される2030年からの日本社会の諸問題が取り上げられている。

2002年から計画し、2005年9月に開設した「ケアタウン小平」の建物は2045年までの40年償却で計画された。これから30年以上先まで、その時々でここで共同体を形成しながら地域に根差して看取りまで可能とする生活の場として、在宅療養にも対応していけると考えている。

建物としてのケアタウン小平

いつぶく荘は、ケアタウン小平の2、3階部にある賃貸ワンルームアパートである。建物仕様のあらましを表1に示す。敷地および建物全体概要は図1の通りである。

いつぶく荘のねらい

退院や退所後の、あるいは入院や入所ではない家での生活継続を検討する時、「安心して生活を続けられる居場所を確保したい」という当人の願いがある。まず、それに応えるものでなければならない。また、療養や十分な休息、あるいは日常の支援が求められる理由は病気だけではない。人間関係や家族関係の崩壊による「居場所喪失」、障がいなどによる諸問題もその人自身の存在意味への不信を呼ぶ。

これらの居場所探して、「1人暮らしを続けた

表1 いつぶく荘の建物仕様

〔名称〕	ケアタウン小平
〔開設〕	2005年9月
〔開設者〕	有限会社暁記念交流基金
〔所在地〕	東京都小平市御幸町131-5
〔敷地面積〕	2,645.08m ² (建蔽率：40%，容積率：80%，一種住専低層地域)
〔構造・設備〕	鉄筋コンクリート造，耐震構造25%向上，地上3階建て(屋上緑化)，スプリンクラー全室設置，エレベーター1基，井戸水利用灌水ほか防災用貯水槽(約10トン備蓄)設置，緊急通報設備(警備会社)，共同浴室2室
〔延床面積〕	2,117.82m ² ，内共用部含む住居部(いつぶく荘)1085.86m ² (2階578.43m ² 3階507.43m ²)，居室面積28m ² (1人用)+4m ² バルコニー付き，46m ² (2人用)+8m ² バルコニー付き，戸数21戸(1人用20戸，2人用1戸)
〔仕様〕	一部浮床構造(廊下はタイルカーペット敷き，室内はくり無垢材フローリング)，天然木壁・月桃紙壁紙仕上げ，玄関は鉄扉吊引き戸。トイレ，ユニットシャワー，ミニキッチン，エアコン，電気床暖房設備。
〔注〕	消防署からは福祉施設として防火指導。税務署からは賃貸住宅として課税)

い」，あるいは「1人暮らししかできない」という場合に、「かけがえのないその人の人生としての孤独」が尊重され，しかし孤立せずどうやって暮らしを継続していくかが問題になる。この問題解決に際し，置き去りや排除されていないと感じられ，時に「自分は大切にされている」と実感できる空間と生活の場の提供が，いつぶく荘のねらいである。

開設にあたってのコンセプト

1. 生活の場の選択肢

いつぶく荘は，活動性の向上を目標とせず，ま

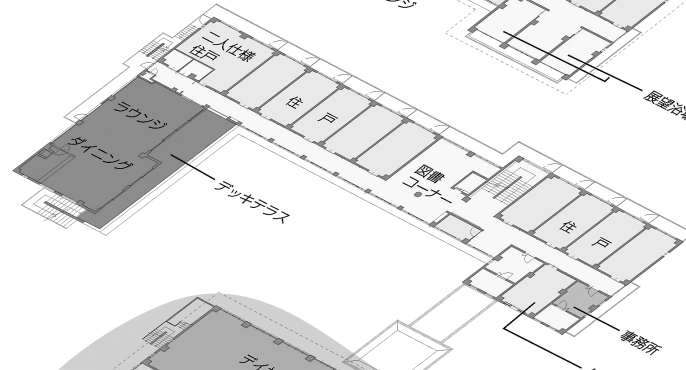
3F

住戸 (11 室)
展望浴室
ホールラウンジ
休憩コーナー



2F

住戸 (10 室)
2人暮らし仕様住戸
ゲストルーム
図書コーナー
ダイニング
ラウンジ
テラス
図書コーナー
事務所



1F

診療所
訪問看護ステーション
デイサービスセンター
スタジオ
アトリエ
ロッカー室
ボランティア室
厨房
広場

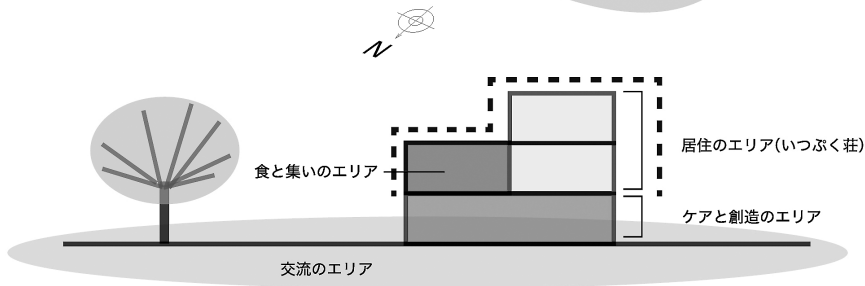
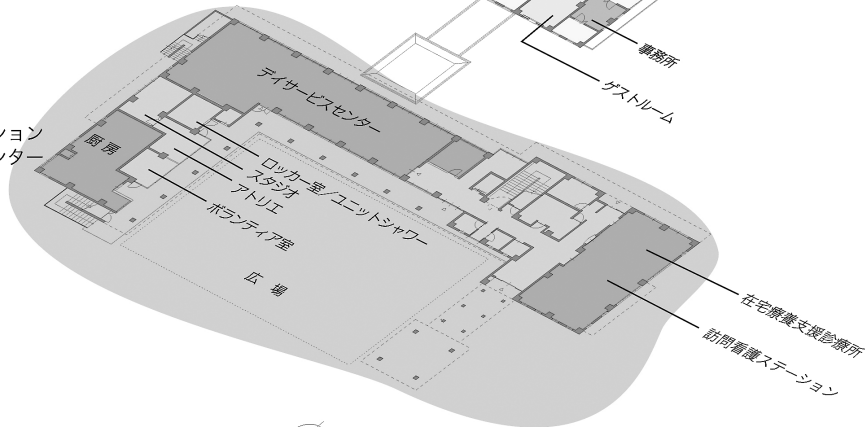


図1 いつぶく荘の見取り図

ず休息を第一にした生活が保証される住まいの選択肢であり、休息のうえその人が求める QOL (quality of life) 向上や QOD (quality of death) 実現のための支援やサービスを可能にする共同住宅である。

2. 自由と責任

選択肢であるから、選択の自由が尊重されなければならない。一方、貸主・借主双方に責任が伴

うことはいうまでもない。ケアタウン小平の在り様を事前に理解していただいたうえで、できるだけ自立・自律して生活したいという借主の要望に対して、貸主として行動管理はしない。壊す、燃やす、争うといった激しい対立は嫌うが、のびのびと暮らせる共同体でありたい。

3. 共同体と対等な契約関係

排除しないという共同体の特性に照らして、一

法的な排除や優位にならない対等な契約関係を基礎とする。

居住・生活空間・サービス利用の実際

1. 契約

いつぶく荘は、有限会社暁記念交流基金が貸主の期間2年で自動延長とする賃貸借契約で利用される。借主は入居者本人が原則だが、本人が自分以外に借主を設定したい時は、その人（多くは本人の家族）が借主となり、特約として「また貸し」を認めている。保証人は、必ずしも要求していない。契約の根幹は信頼なので、互いの信頼関係が壊れた場合は契約を解除することがありうるが、これまでのところ、家賃滞納などの争いごとで途中解約になったことはない。

2. 料金・募集と入居申し込みなど

家賃は75,000円（1人用）、129,000円（2人用）である。共益費は、52,700円（光熱水費、建物設備維持管理・利用料など含む、1人用）、90,600円（光熱水費、建物設備維持管理・利用料などを含む、2人用）となっている。

入居者募集に当たっての情報提供は、おもにホームページ（<http://www.ippukuso.net/>あるいは<http://www.akatsuki-kinen.net/>）から行っている。この1年でのホームページ閲覧回数は10万回、アクセスしているパソコンは約1万3千台であり、不動産仲業者への委託などはしていない。入居相談を面談で行い申込用紙を渡し、後日郵送で申込書を受取っている。

2012年11月現在で開設以来通算の入居申込数は112人、退居者は34人、入居申込キャンセルが25人、音信不通者が4人、常時20数名の入居待機者がある。ただし、将来入居したいという待機者が多く「空き次第すぐに入居したい」という待機者がまったくいないという時もあった。入居は申込み受付順ではなく、ここでのサービスなどをこれまで以上に利用することで1人暮らしを続けたいという希望者から入居される。入居者年齢は40歳代から90歳代まで幅広く、女性が圧倒的に多い。相談から入居契約まで2週間という事例

があり、18カ月待機されたのちキャンセルされた事例もある。年間の空室率は0.5%、退居者のうちここで最後まで看取られた方は35%、入院が約15%、転居が約50%である。

入居者の介護度は自立から要介護5まであり、必要としている医療、看護、介護、食事などのサービスは各自に在宅サービスとして計画提供され、サービスへの対価支払は公的保障制度と自費負担によっている。

7年間の実績から見えてきた問題

これまでの取り組みで、入居された方々から賃貸ワンルームアパートだという理由で療養の場としてふさわしくないという苦情は届いていない。空間プロデュースが有効でファシリティの維持管理を的確に行い、老朽化による危険を回避できれば、いつぶく荘は1人暮らしを支え、看取りまで可能にする住環境の選択肢としては及第点と考えている。また、これまで家族のない1人暮らしの居住者が「ここで最後まで暮らしたい」と望まれた時、貸主としてそれを断ったことはないし、これからも断る理由はない。

一方、数々の解決しなければならない問題もある。たとえば、生活保護費受給者にも利用してもらええる仕組み、身寄りのない認知症や治療不可能な方々への親身な理解による看取りまでのパーソナルなアシストを含めた支援のためにさまざまな力を結集していくことなど、多方面にわたる人材の育成と尊敬し合える地域のチームが必要だと考えられる。

おわりに

ケアタウン小平いつぶく荘は、今後も「ここがあつて良かった」と認められ、「安楽な療養生活もできた」と言ってもらえるようでありたい。基盤事業者としては、ここの基幹事業者との協働に基づいてミスマッチを避け、より強靱でしなやかに利用してもらええる具体的な支援を考え、実行していきたい。

9. 在宅療養の場はさまざまに変わる

C. サービス付き高齢者向け住宅

天本 宏*

(*医療法人財団天翁会 理事長)

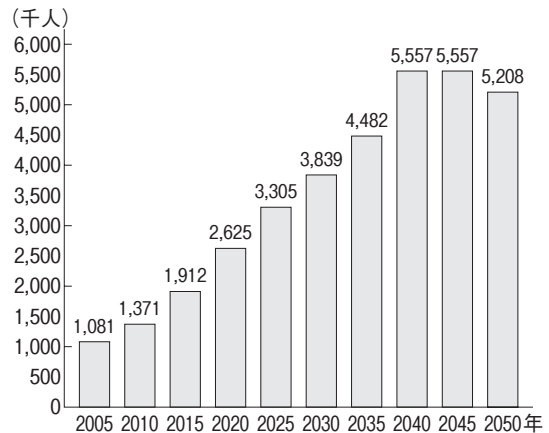
はじめに

これから90歳以上の人口は、図1のように30年以上も急速・大幅に増え続け、2040年には550万にも達する。すなわち、「90歳過ぎまで長生きする」方々が増えていくということである。しかも、統計的予測において、高齢者夫婦、単身高齢者が増えていく。また、家あって「家族なし」の家庭が増えていく。これまでの日本文化であった同居家族による見守り、生活支援がない高齢者世帯が増えていく。しかし、90歳以上の個々の高齢者の日常生活の手段的生活機能、基本的日常生活機能、家庭環境等からして生活が「自立」できる方は非常に少ないであろう。

超高齢化社会における環境整備の課題

実は、介護保険誕生時においては家族ありきで組み立てられており、介護保険の使命は「家族介護者の負担を軽減する」こととなっている。そして、これからの財政的状況からして介護保険給付からは、特に在宅介護サービスからは見守り、生活支援は外されていく可能性が高い。超高齢社会における家族構成の激変からして、見守り、生活支援といったニーズはむしろ高まるにもかかわらず、介護保険サービスは当てにはできなくなっていく。

これまでは介護保険施設、特に特別養護老人ホームを「終の棲家」と称していたが、決して生活の場、住まいではないし、十分な医療支援が外部から導入できない制度設計となっている。大部屋で、一律・画一・集団の場であり、個別的、生活の場では決してなりえていない。



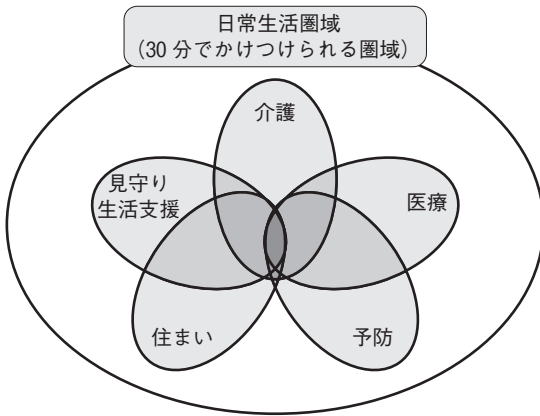
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2012年1月）」

図1 90歳以上人口増からモデルなき挑戦が始まる

しかも、現状日本での死ぬ場所は80%以上が病院である。病院は治療の場であり、安心できるかもしれないが（入院は家族の意向が強い）、決して「生活の場・人生終末に相応しい場」ではありえない。さらに、病院で亡くなる高齢者は長期間入院・生存し（延命させられ）、結局は家に帰れず「死ぬ」のである。90歳過ぎまで生き延び、「自然な幕引き・永眠」へのニーズは高まりつつある。まさに緩和ケアの趣旨である「生命・生活・人生・QOL・本人の意思を尊重し、死を自然なことと認める」といった文化、環境整備がこれからの超高齢社会におけるニーズとなり、緊急・急務な課題となってきた。

「地域包括ケアシステム」が目指すもの

そのような時代背景の下に国家戦略として「地域包括ケアシステム」が掲げられることとなっ



「地域包括ケアシステム」は現時点「構想」の段階で、これから「システムモデル」化していく。

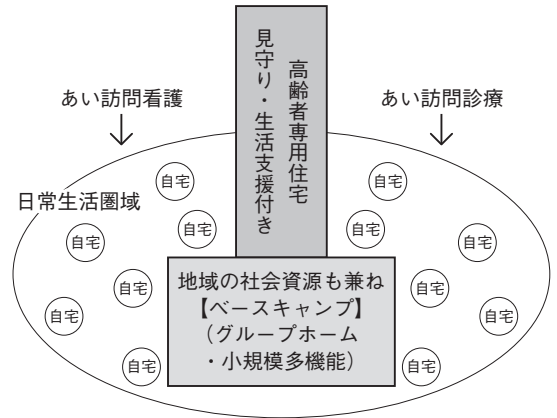
(厚生労働省資料参考)

図2 国家戦略としての「先行指標」

た。地域包括ケアシステムとは、「日常生活圏域に生活上の安心・安全・健康を支援・確保（住まいも含まれる）していき、多様なサービスを24時間・365日切れ目なく、かつ医療・介護サービスなどを包括的に提供していくシステム」である（図2）。そして、これからは市町村に「地域包括ケアシステム構築を事業計画に義務づけていく」といった社会保障のシナリオ・国家戦略として位置づけられた。

この地域包括ケアシステム構築に連鎖・連動し、高齢者単身・夫婦世帯が安心して居住・住み替えができる賃貸などの住まいを整備推進していく計画として国土交通省・厚生労働省が所管する「高齢者住まい法」が改正され、2011年10月から「サービス付き高齢者住宅」の登録がスタートした。この制度におけるサービス付きでは、「安否確認サービスと生活相談サービス」が必須となっている。ケアの専門職が、少なくとも日中建物に常駐していることが義務づけられている。

その他の生活支援や介護・看護・リハビリテーション・医療サービスは、外部サービスを選択・活用できる仕組み（地域内完結型）となっている。さらに、サービス付き高齢者住宅にテナントして地域密着型サービス（グループホーム、小規模多機能施設、定期循環型介護・看護サービス）、クリニック、訪問看護ステーションが身近に組み込まれている形態、あるいはサービス付き高齢者住宅



地域の見守り・生活支援・地域包括ケアを

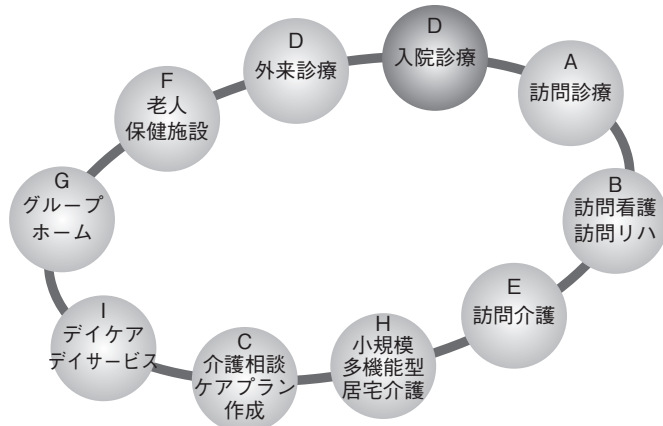
図3 多様な住まいと地域の一体化：「あいセーフティネット」による安心・安全の創造

に近接した医療・介護機関と連携し、24時間・365日の安心を保障していく形態とがセットで組み立てられていく（図3）。

地域でのホスピス・緩和ケア提供の可能性

十分とはいえないが、ホスピス・緩和ケア提供の可能性が高齢者の最期に芽生えてきた。当然、運用、普遍性を担保していくには課題山積である。急増する高齢者夫婦・高齢者所帯へのホスピス対応における課題として、①安心できる見守り・生活支援のある居場所・住まいは？（サービス付き高齢者専用住宅への住み替えなどの推進）、②介護者は？（介護保険サービスの活用、サービスを買う）、③訪問診療・看護・介護の24時間・365日体制は？（地域包括ケアシステムの計画的整備）、④急変時の対応は？（一次医療を訪問診療を含む形態に再構築、また包括的医療指示に拠る看護師への権限委譲・業務拡大など）、⑤近隣住民の理解・受容・文化は？（正しい医療への理解、医療の限界、ホスピスケアの意義などへの啓蒙活動による care in community の創造）、⑥本人の確固たる覚悟・意志・意向は？（リヴィングウイル、エンディングノートの普及があつてこそ最期にホスピスケアが可能となる）、⑦切れ目なき医療・介護の統括者は？（後段で述べる）等々、

戦略〈Aging in Place〉→戦術〈Care in Community〉



【地域を病棟として捉える】

- 医療法人財団 天翁会
 A あいクリニック
 B あい訪問看護ステーション
 C 多摩市中部地域包括支援センター
 D 新天本病院
 E あいヘルパーステーション
 F あい介護老人保健施設
 G あいグループホームはなぎりん
 A あいクリニック平尾
 B あい訪問看護ステーション平尾
 C あいケアプランセンターいなぎ
 H あい小規模多機能施設かりん
 G あいグループホームどんぐり
 I 多摩市桜ヶ丘いきがいデイサービスセンターさくら

図4 医療・介護のモデルなき挑戦—2050年に向けてのヴィジョン

多様かつ多くの課題が存在する。その解決への道のキーワードは、なんといっても「本人の確固たる意思」である。

筆者は先行モデルとして「地域を病棟と捉え、住まいを病室」と見立て、医療機関をゲートオープナー、ベースキャンプ化し、多職種協働、地域の社会資源との協業による地域内完結型・面としての医療・介護一体のトータルケアサービスをアウトプットしていくサービスのプラットフォーム「あいセイフティネット」をサービスモデル(図4)として多摩ニュータウンといった地域で実践してきた。そして、並行して「care in community」といった街づくりを少しずつ仕かけている。

お任せ医療からの脱皮、自ら選択できる終末期医療への啓蒙、過剰な医療への期待から正しい医療への理解、医療の限界への啓蒙活動、近隣住民の高齢者、認知症サポーターの養成、近隣住民の見えないケア・受容していくケアの育成をし、地域力・風土・文化を創造(quality of societyの向上)していく医療人としての間接的地域貢献をしている。

サービス付き高齢者住宅と終末期ケアの充実

ホスピスケアは高齢者、家族、医療人といった当事者のみが担っていくのではなく、地域社会も

担っていく「care in community」が不可欠である。道半ばなるも、高齢者の最期にこそこれまで培った「在宅でのホスピスケア」が高齢者自身の選択肢に加えられるべきである。これから急増していく高齢者のがん末期以外における最期、想定しにくい自然死への最期、認知症への最期におけるホスピスケア等々、モデルなき挑戦が始まる。また、想定困難な死期における方々の側に付き添う人が居ない単身老人(ご本人の意向の強い方)への対応における近隣住民の理解・サポート体制の構築など、ソーシャルサポートの技術の向上も課題となる。

さらに、ホスピスケアにおけるチームの主体者を誰にしていくかの検討も重要である。筆者の見識では、「看護師による一貫したケアプラン(医療と介護に通じた切れ目のない当事者になりうる職種)と指示系統の明確化」による組織体制構築が必要と考える。しかし、90歳以上といった超高齢者における意向表示・意思決定困難事例にどのように対応していくか(除外していくことは簡単であるも、然は然にありながら…)、家族のない方、家族との連携体制困難事例も多くなる。さらに、各プロセスにおいて合意形成をどのように踏んでいくかは、直接サービスとともに後見人制度などの法的な整備も並行して進められなければならない。

サービス付き高齢者住宅の利点・注目できるの

は、さまざまな形態の現状の介護保険施設、特定施設（外部サービス活用型有料老人ホーム）などは要介護状態になってから入所する。そのため、利用者と地域社会との一体化に欠け、箱の中だけでは安心できる居場所としての社会化、社会人としての人間関係は薄い。しかし、サービス付き高齢者住宅への入所は、健康時、要介護状態でも軽い時期からの住み替えであり、近隣住民との、地域への浸透といった安心の創造プロセスを経ていくといった環境面において「ホスピスケア」を受け入れる条件整備となりうる。

おわりに

これからの大都市東京・超高齢化における大きな課題として同居家族の居ない高齢者世帯が増えることは確実で、そのような劇的環境変化、スピードに対応した高齢者用の住まいの供給体制は

今以上に深刻化していく。在宅医療・在宅死を望む方々も増えていくが、病院・施設に入れなく、在宅医療・在宅死を受け入れざるをえない高齢者も増えていくことであろう。

そのような大都市においてサービス付き高齢者住宅が増えていき、「質の管理（地域内完結としての外部サービス活用・選択の担保など）」。高齢者への最期へのホスピスケアへのニーズは高まり、試行錯誤していく挑戦が期されているが、解決していかなければならない課題も山積している。しかし、ホスピスケア専門家・先駆者から論文依頼があったということは、「なさねばならない」と当事者も痛感されてのことと思う。このような機会を与えていただいたことを期に、高齢者への地域医療の場に「ホスピスケアへのモデルなき挑戦」をさらに一歩踏み込んで行きたいものである。ホスピスケア実践者の方々のご指導と共に実践でき、普遍化していきたいものである。

第Ⅱ部

統計と解説，事業報告

1. データでみる日本の緩和ケアの現状

宮下 光令* 今井 涼生* 渡邊 奏子*

(*東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野)

緩和ケア病棟

わが国の緩和ケア病棟は、1990年に診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されたことにより制度化された。図1に緩和ケア病棟数、病床数の推移を示す。診療報酬の増加とともに緩和ケア病棟数、病床数ともに増加し、1990年に5病棟(117床)だった緩和ケア病棟は2012年には257病棟(5,101床)となった。

緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合は2011年で8.4%であった。都道府県別の日本ホスピス緩和ケア協会会員の緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の割合を図2に示す。このデータに基づく緩和ケア病棟の死亡割合には地域差がみられ、高い都道府県は高知県23.6%、福岡県18.2%、滋賀県17.2%であり、低い都道府県は福島県・埼玉県の2.1%、秋田県・香川県の3.5%であった。

2011年の緩和ケア病棟の状況を表1に示す。院内独立型が20%、院内病棟型が78%であり、完全独立型は2%(6施設)であった。病床数は平均19.8床であり、医師数は平均1.6人、看護師数は平均17.0人であった。

緩和ケア病棟の入退院状況の推移を表2に示す。入院患者数は2011(平成23)年度で平均160.0名であり、200名以上の施設が増加している傾向にある。退院患者のうち死亡退院が占める割合は2011年度では平均86.1%であった。平均在院日数は2011年度では平均39.5日であり、平均在院日数が30日未満の施設が増加傾向にある。平均病床利用率は平均80.2%であり、病床利用率が高い施設が増加傾向にある。

緩和ケアチーム

わが国の緩和ケアチームは、2002年に診療報酬に緩和ケア診療加算が新設されたことにより制度化された。図3に緩和ケア診療加算の算定施設数の推移を示す。算定施設は2002年の22施設から2012年には168施設に増加した。わが国の緩和ケアチームの発展はがん診療連携拠点病院の指定要件に緩和ケアチームの設置が含まれたことの影響が強い。図4にがん診療連携拠点病院数の推移を示す。がん診療連携拠点病院は2012年で397病院が指定されており、このすべての病院に緩和ケアチームが設置されていることになる。がん診療連携拠点病院と緩和ケア診療加算算定施設には重複があるため、この重複を除いて合計を算出すると最低でも2012年で445の病院に緩和ケアチームが存在することになる。実際にはこれらに含まれない病院の緩和ケアチームも存在するため、総数はさらに多い。

緩和ケアチームは日本緩和医療学会に登録制度がある。2011年の日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録データの概要を表3に示す。本登録は比較的活発に活動している施設が多く偏りがある可能性があることに注意する必要がある。登録されたチーム数は、全国で393施設であった。内訳は、大学病院が79、がんセンターが19、その他の一般病院295である。専従の医師がいる割合は40%であり、専従看護師がいる割合は67%であった。依頼件数は総数で44,087件であり、平均112件であった。緩和ケア診療加算を算定している施設の依頼件数は平均189件であり、算定していない施設は平均77件であった。依頼数が最大である施設は801件であった。依頼のうち「がん」

が97%を占めていた。依頼内容(複数回答)は、がん疼痛が67%であり、疼痛以外の身体症状が42%、精神症状が36%であった。依頼時のPS(全身状態)は3~4が55%であり、0~1は22%であった。

在宅緩和ケア

全死因とがんの死亡場所の推移を図5, 6に示す。2011年の全死因の自宅死亡の割合は12.5%であり、がんでは8.2%であった。全死因とがんの都道府県別の自宅死亡割合を図7, 8に示す。全死因の自宅死亡割合が高い都道府県は奈良県17.2%、東京都16.1%、兵庫県15.7%であり、低い都道府県は佐賀県8.0%、大分県8.2%、北海道・福岡県・宮崎県8.7%であった。がんの自宅死亡割合が高い都道府県は奈良県12.9%、大阪府11.6%、和歌山県11.2%であり、低い都道府県は北海道3.1%、秋田県3.7%、石川県4.4%であった。

在宅療養支援診療所数の推移を図9に示す。2011年の在宅療養診療所の届出数は12,830件であった。都道府県別の人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数を図10に示す。人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数は全国平均が10.1であり、多い都道府県は長崎県20.9、徳島県17.2、鳥根県16.9、少ない都道府県は富山県3.9、千葉県4.2、新潟県4.7であった。在宅療養支援診療所の届出数12,830件のうち、在宅看取り数が1名以上であった診療所は6,353件(49.5%)であった。

教育・学会

がん対策推進基本計画に基づく「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了者数の推移を図11に示す。2011年までで修了者数の合計は、30,013人であった。また、2011年の都道府県別人口10万対緩和ケア研修会修了者数を図12に示す。人口10万対修了者数が多かった都道府県は鳥根県56.6、和歌山県52.6、富山県46.4であり、少なかった都道府県は神奈川県10.9、埼玉県12.1、千葉県14.4であった。

2011年の都道府県別日本緩和医療学会専門医数を図13に示す。2011年の日本緩和医療学会専門医数は39名であり、最大が東京都の8名であった。専門医がいない都道府県は25であった。

日本看護協会によるがん看護専門看護師、がん性疼痛認定看護師、緩和ケア認定看護師数の推移を図14に示す。2012年12月現在、がん看護専門看護師327人、がん性疼痛認定看護師638人、緩和ケア認定看護師数1,259人であり、これらの合計は2,224人であった。都道府県別のがん看護専門看護師、がん性疼痛認定看護師、緩和ケア認定看護師数の合計を図15に示す。合計数が多い都道府県は東京都280人、神奈川県248人、大阪府182人であり、少ない都道府県は宮崎県11人、鳥取県・佐賀県12人であった。

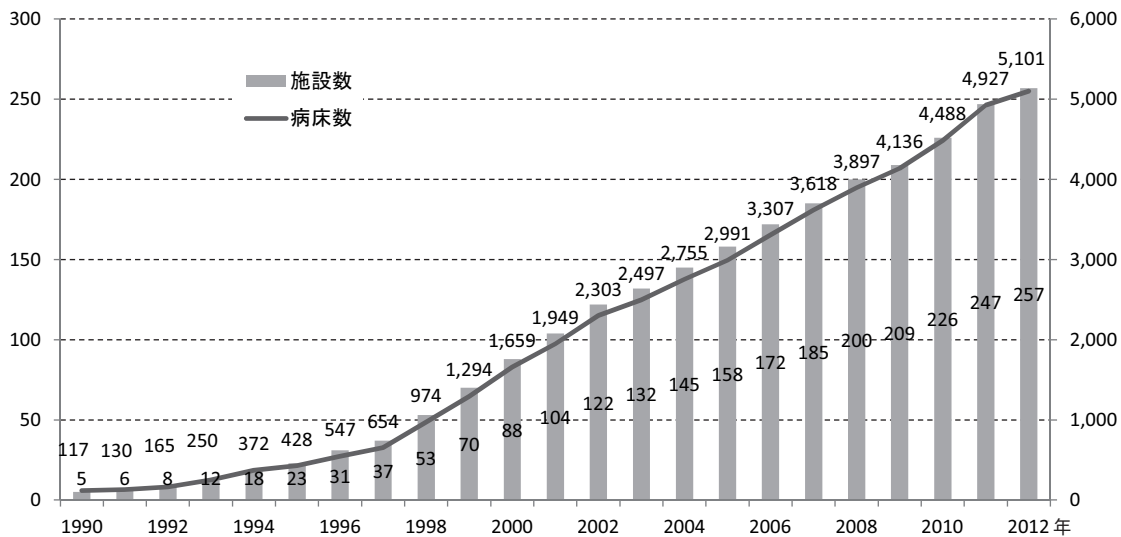
日本緩和医療学会のエンド・オブ・ライフ・ケア教育プログラムであるELNEC-J(The End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan)の指導者数の推移を図16に示す。2012年8月現在、指導者は全国で602人であった。また、2012年12月現在の都道府県別ELNEC-J指導者数を図17に示す。指導者数が多かった都道府県は東京都71人、大阪府58人、兵庫県44人であり、少なかった都道府県は佐賀県・山梨県・奈良県・徳島県2人であった。

日本緩和医療学会の緩和薬物療法認定薬剤師数の推移を図18に示す。2012年4月現在、緩和薬物療法認定薬剤師数は全国で235人であった。2012年4月現在の都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数を図19に示す。緩和薬物療法認定薬剤師数が多かった都道府県は愛知県35人、東京都26人、大阪府24人であった。

日本緩和医療学会の会員数の推移を図20に示す。2012年11月1日現在の総会員数は10,497人であり、医師が5,111人(49%)、看護師が3,669人(35%)、薬剤師が1,067人(10%)であった。日本サイコロジ学会の会員数の推移を図21に示す。2011年8月の総会員数は1,418人であり、医師が815人(58%)、看護職が239人(17%)、心理職が183人(13%)であった。日本がん看護学会の会員数の推移を図22に示す。2011年までの総会員数は4,683人であった。日

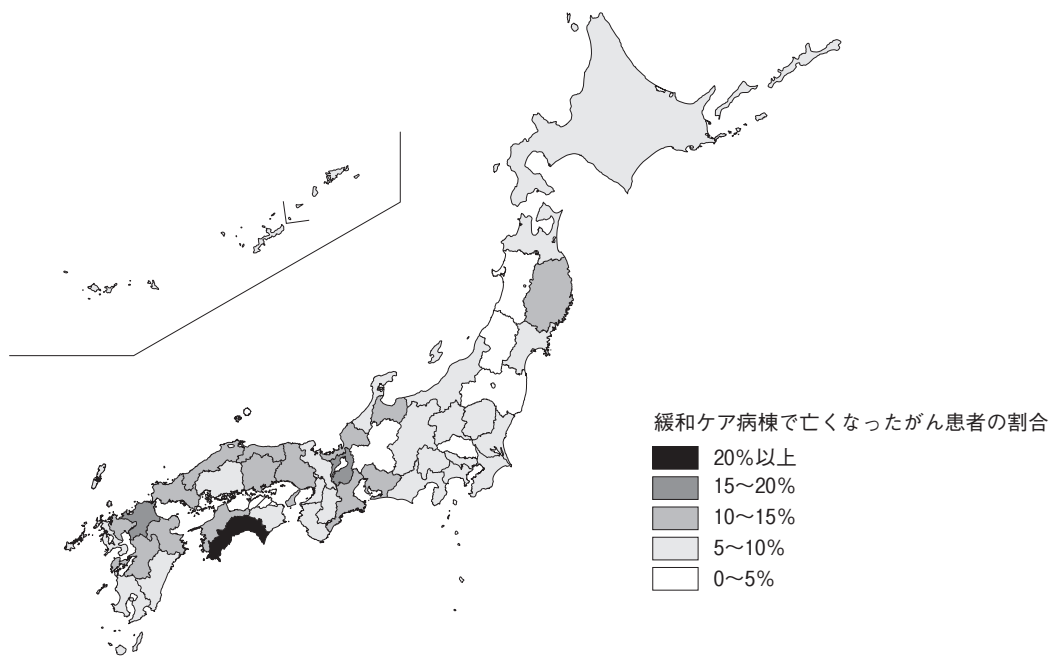
本緩和医療学会の会員数の推移を図23に示す。2012年11月30日現在の会員数は3591人であった。日本死の臨床研究会の会員数の推移を図24

に示す。2012年9月30日現在の会員数は2,541人であった。



(日本ホスピス緩和ケア協会より)

図1 緩和ケア病棟数、病床数の推移



(日本ホスピス緩和ケア協会および人口動態統計より)

図2 都道府県別の日本ホスピス緩和ケア協会会員の緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の割合

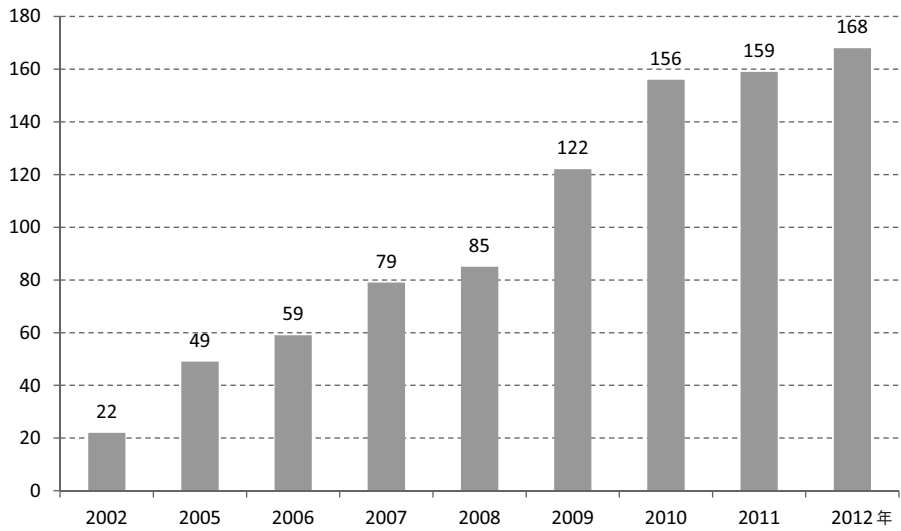
表 1 緩和ケア病棟の状況 (2011年)

		n (%)			n (%)	
病棟形式	院内独立型	44 (20)	医療ソーシャルワーカー数	平均±標準偏差	1.4 ± 0.5	
	院内病棟型	175 (78)		0名	61 (27)	
	完全独立型	6 (2)		2名未満 /20床	120 (53)	
病床規模	平均±標準偏差	19.8 ± 6.6	カウンセラー数	平均±標準偏差	0.4 ± 0.7	
	1～14床	35 (16)		0名	164 (73)	
	15～29床	182 (81)		2名未満 /20床	52 (23)	
	30床以上	8 (3.6)		2名以上 /20床	9 (4)	
算定後年数	平均±標準偏差	9 ± 21	宗教家数	平均±標準偏差	0.3 ± 0.9	
	0～4年	51 (23)		0名	189 (84)	
	5～9年	84 (37)		2名未満 /20床	29 (13)	
	10年以上	90 (40)		2名以上 /20床	7 (3)	
個室割合	平均±標準偏差	75 ± 55	ボランティアコーディネーター数	平均±標準偏差	0.3 ± 0.2	
	50%以下	18 (8)		0名	151 (67)	
	51～99%	79 (35)		2名未満 /20床	70 (31)	
	全室個室	128 (57)		2名以上 /20床	4 (2)	
医師数	平均±標準偏差	1.6 ± 0.3	外来機能	あり	210 (93)	
	1名未満 /20床	24 (11)		なし	15 (7)	
	1～2名 /20床	134 (60)		外来開診頻度	不定期～1日 / 週	35 (17)
	2名以上 /20床	67 (30)			2～3日 / 週	110 (53)
看護師数	平均±標準偏差	17 ± 2	4日以上 / 週		62 (30)	
	15名未満 /20床	29 (13)	在宅診療 (医師)		あり	82 (36)
	15～20名 /20床	127 (56)		なし	143 (64)	
	20名以上 /20床	69 (31)		訪問看護 (看護師)	あり	97 (43)
薬剤師数	平均±標準偏差	1.3 ± 0.7	なし	128 (57)		
	0名	57 (25)	研修の受け入れ	あり	195 (87)	
	2名未満 /20床	130 (58)		なし	30 (13)	
	2名以上 /20床	38 (17)		研修受け入れ対象者	医師	151 (79)
栄養士数	平均±標準偏差	1.2 ± 0.4		看護師	178 (91)	
	0名	61 (27)	その他の医療者・学生	43 (22)		
	2名未満 /20床	139 (62)				
	2名以上 /20床	25 (11)				

(日本ホスピス緩和ケア協会より)

表 2 緩和ケア病棟の入退院状況の推移

年度	施設数	入院患者数					死亡患者数					死亡退院患者割合					平均在院日数					平均病床利用率							
		平均	S	D	0	100	200	平均	S	D	0	100	200	平均	S	D	75	75	90	平均	S	D	30	30	60	平均	S	D	75
		99名以上の割合 (%)					99名以上の割合 (%)					75%未満の割合 (%)					30日未満の割合 (%)					75%未満の割合 (%)							
2000	86	112.3	56.4	49	44	7	91.1	45.8	57	41	2	84	10	20	48	33	47	14	8	72	20	75	14	42	45	13			
2001	100	112.2	57.2	47	47	6	92.3	46.6	58	40	2	84	14	14	46	40	47	15	8	76	16	75	15	42	41	17			
2002	117	123.5	56.4	35	57	8	96.4	44.5	56	42	3	83	13	21	44	36	47	22	15	67	18	75	15	42	42	16			
2003	131	125.8	63.5	34	56	10	102.9	51.6	47	50	4	85	12	15	45	40	45	17	13	76	11	76	15	39	46	15			
2004	144	127.7	62.6	35	55	10	106.7	49.5	50	47	4	87	10	9	45	46	46	19	11	74	15	78	12	39	42	19			
2005	159	135.1	67.3	32	56	12	109.5	52.4	44	53	3	86	13	11	48	42	43	16	15	76	9	79	11	33	47	20			
2006	170	134.8	64.2	29	59	12	113.8	53.7	41	56	3	87	10	9	44	47	43	15	15	75	10	79	13	30	48	22			
2007	186	138.4	71.4	29	59	12	119.3	58.1	38	55	7	87	9.5	11	39	50	42	15	15	74	10	79	12	34	43	23			
2008	193	145.5	73.7	28	56	17	124.0	54.1	35	59	7	87	8.5	9	48	43	42	15	24	63	12	79	12	34	46	20			
2009	200	149.0	72.7	26	57	18	127.2	57.1	35	57	8	87	11	11	41	48	42	15	23	67	10	80	12	32	44	24			
2011	225	160.0	78.5	21	60	19	132.9	55.2	31	59	10	86	12	11	45	44	40	15	24	69	8	80	12	30	46	25			



(日本ホスピス緩和ケア協会〈2003, 2004年は調査を実施していない〉)

図3 緩和ケア診療加算の算定施設数の推移

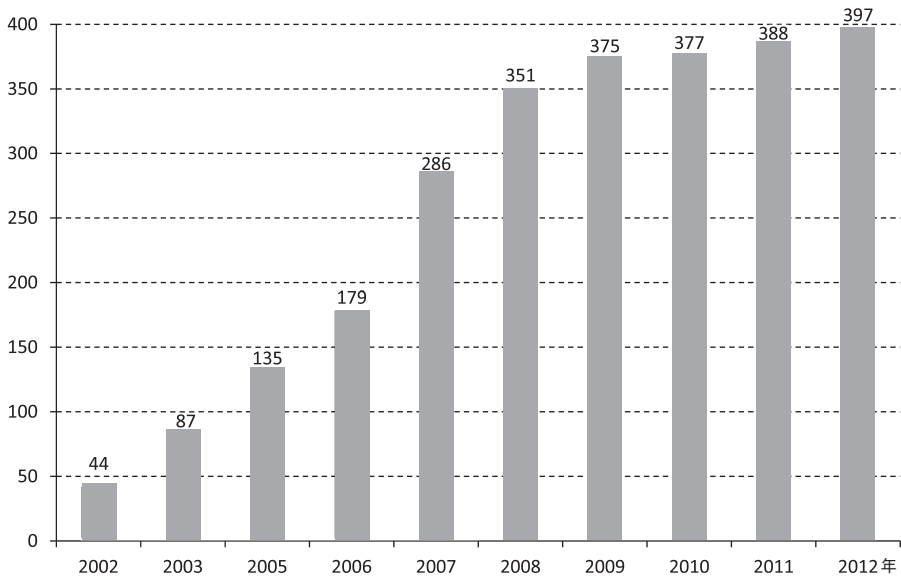


図4 がん診療連携拠点病院数の推移

表3 日本緩和医療学会の緩和ケア登録によるデータ

	全体	拠点病院の種別				緩和ケア診療加算		病院規模		
		都道府県がん診療連携拠点病院 ¹⁾	地域がん診療連携拠点病院	都道府県独自指定	指定なし	加算あり	加算なし	500床以下	501~1,000床	1,001床以上
登録数 (n)	393	45	210	61	77	123	270	208	164	21
専従医師がいる割合 (%)	40	68	44.9	34	14.5	93.5	42.4	27.4	51.2	76.1
専従・専任の医師がいる割合 (%)	66.1	91.1	41.2	42.6	40.3	97.6	17.4	50	82.3	100
専従看護師がいる割合 (%)	66.7	88.9	85.2	45.9	19.5	95.9	53.3	49.5	84.8	95.2
専従・専任の薬剤師がいる割合 (%)	32.6	57.8	38.1	19.7	13	73.2	14.1	17.7	48.2	57.1
[依頼件数]										
総数	44,087	9,354	25,203	5,040	4,490	23,292	20,795	17,155	23,181	3,751
平均 (件 / 施設)	112.2	207.8	120	82.6	58.3	189.4	77	82.5	141.3	178.6
中央値	81	155	92	55	39	153	58.5	54	120.5	171
最小 (件)	0	20	4	10	0	21	0	0	10	55
最大 (件)	801	801	476	314	289	801	351	667	801	410
がん (%)	97	21.4	56.9	11.4	10.1	52.7	47.2	39.3	52.2	8.3
非がん (%)	2.5	13	63.5	12.2	11.1	51.1	48.8	27.3	66.7	5.9
小児 (%)	0.5	24	71.1	0	4.8	82	18	13	40.1	46.7
[依頼内容 (%)]										
がん疼痛	66.5	56.8	67.2	81.8	66.1	63.4	70	66.5	67.4	60.7
疼痛以外の身体症状	42.4	27.8	42.4	58.4	55.1	40.1	45	43	43	35.8
精神症状	35.7	46.5	33.1	34.4	28.3	38.6	33.9	33.9	37.4	33.9
家族ケア	12	7	12.2	15	17.5	9.1	15.2	13.8	10.8	11
倫理的問題	2.2	1.5	1.9	3.6	4	1.7	2.7	2.8	1.9	1.3
地域連携	12	7.9	12.7	12.4	16	10.6	13.5	14.5	9.9	12.7
その他	9.6	11.1	9.7	8.6	7	9.3	9.9	8.9	9.2	15.1
[依頼時のPS (%)]										
0	5.6	7.5	5.4	4.4	3.5	6.3	4.7	5.3	5.5	7
1	16.1	19.5	14.5	17.5	16.4	17.1	15	17.2	15.9	12.3
2	23.2	24.2	23.3	22.8	20.6	24.1	22.1	23	23.6	20.8
3	30.2	28.8	31.3	28.7	27.8	30.4	29.8	29.3	30.7	30.7
4	25	19.9	25.5	26.5	31.6	22.1	28.4	25.2	24.3	29.1
[転帰 (%)] ²⁾										
介入終了	8.4	10.2	8.5	6.3	6.6	6.6	10.4	7.7	8.9	8.8
退院	36	40.9	35.2	35.1	31.3	40.4	31.1	36.3	36.3	32.9
在宅導入	0.82	7.1	8.1	8.7	11.3	7.9	8.5	9.2	7.5	7.7
死亡退院	38.2	28.1	38.1	46.2	51.6	34.3	42.6	39.9	37.4	35.5
緩和ケア病棟転院	10.1	11.3	11	6.8	5.9	10.8	9.3	9.3	10.4	11.8
その他の転院	7.3	9.4	7.3	5.6	4.6	7.9	6.6	6.7	7.1	11.1

¹⁾ 都道府県がん診療連携拠点病院には国立がん研究センター中央病院・東病院を含む

²⁾ 介入継続中を除く転帰が確定した患者の集計

(日本緩和医療学会：緩和ケアチーム登録)

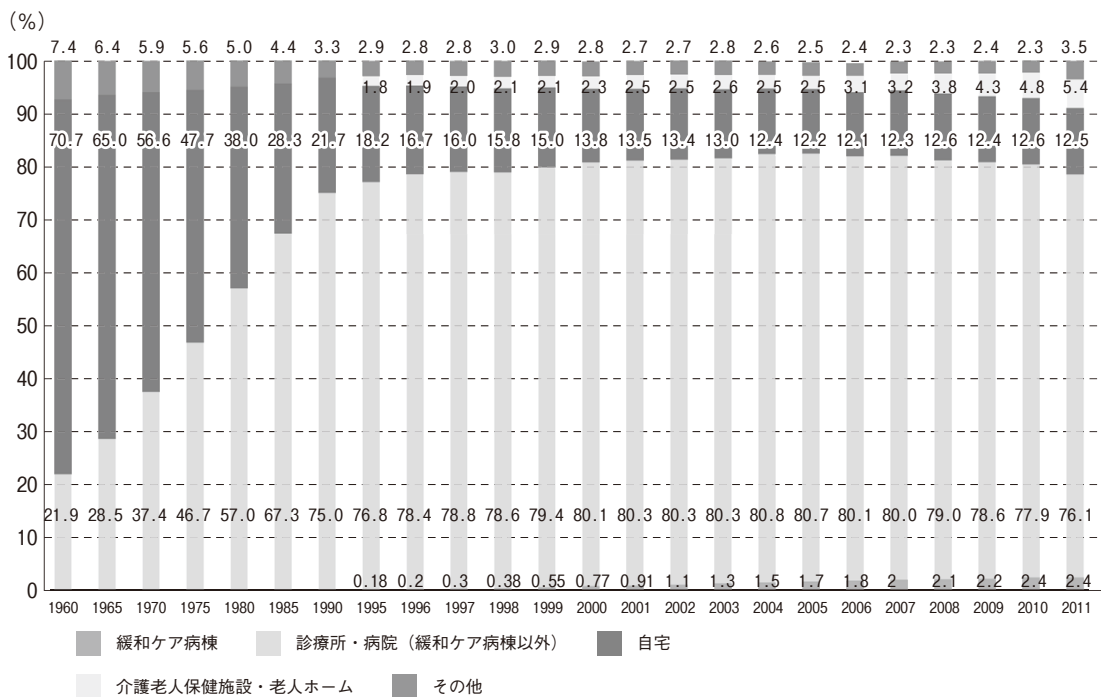


図5 死亡場所の推移（全死因）

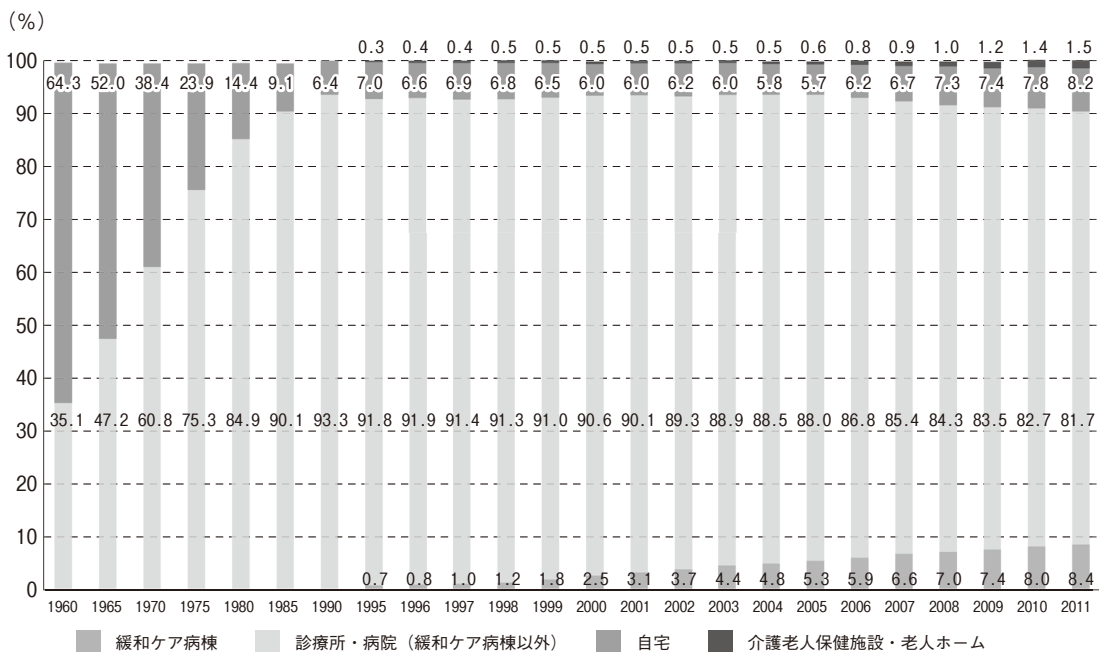


図6 死亡場所の推移（がん）

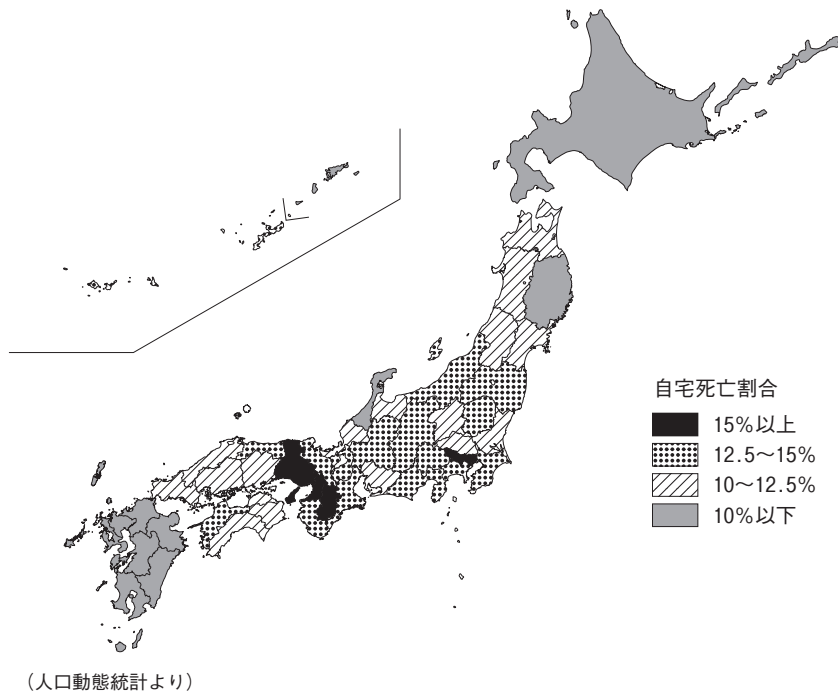


図7 都道府県別自宅死亡割合（全死因）

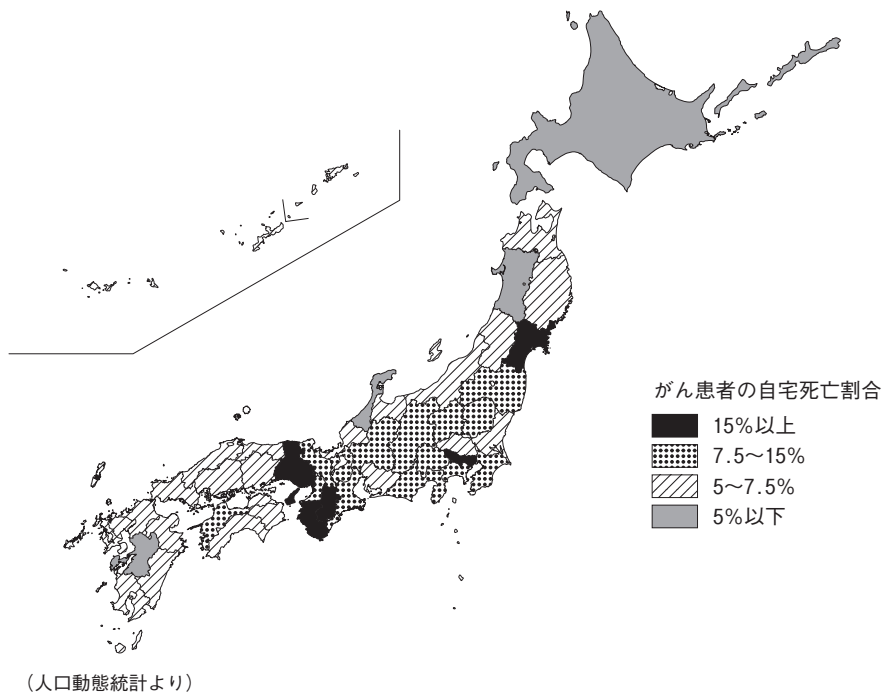
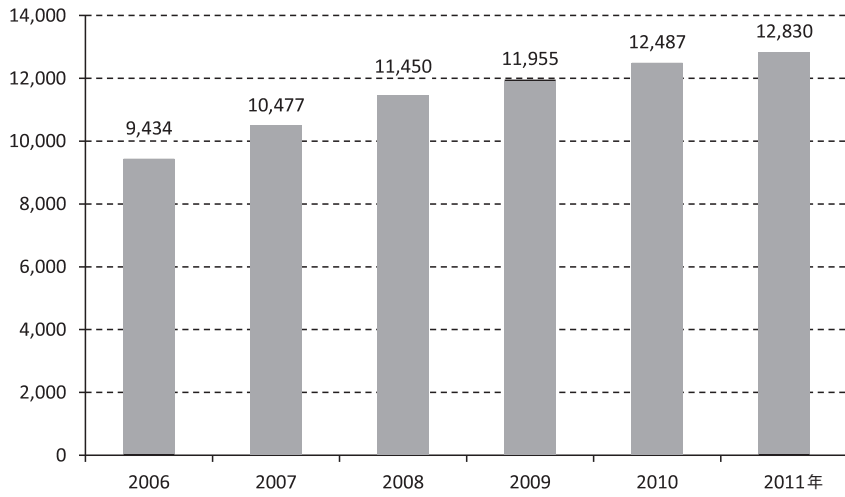
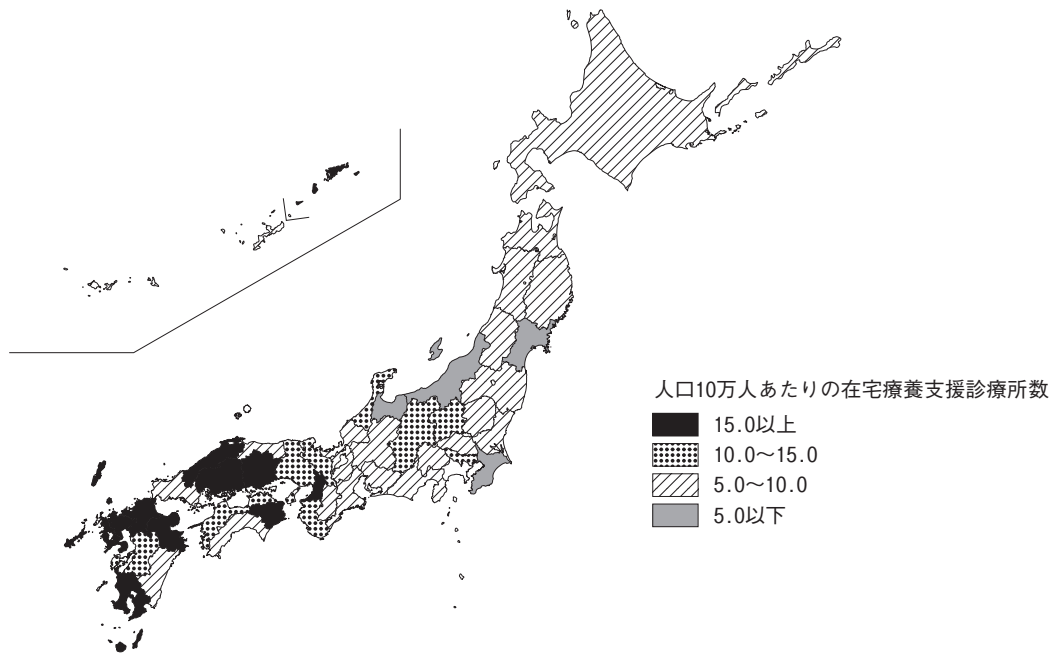


図8 都道府県別自宅死亡割合（がん）



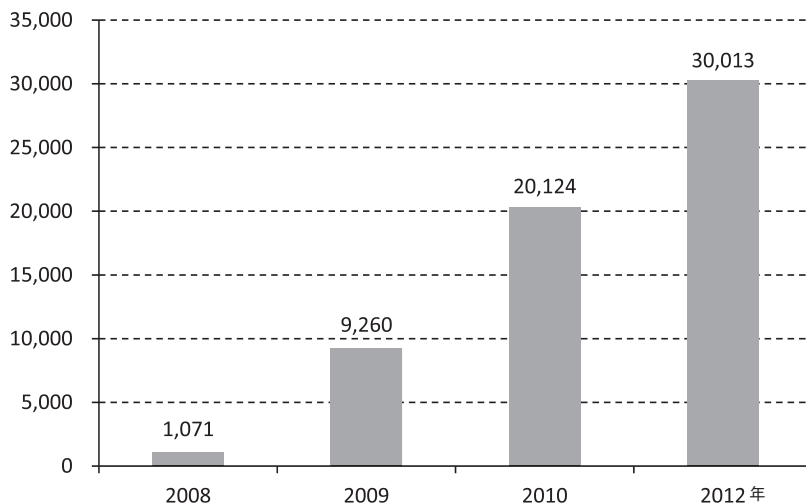
(厚生労働省より)

図9 在宅療養支援診療所数の推移



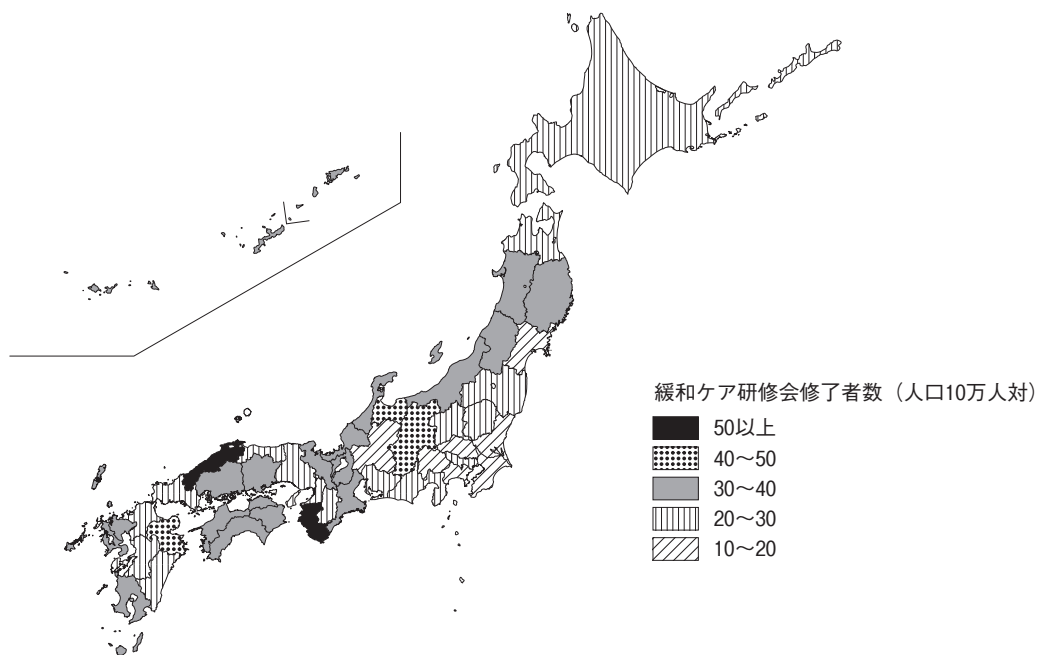
(厚生労働省より)

図10 都道府県別人口10万人あたりの在宅療養支援診療所数



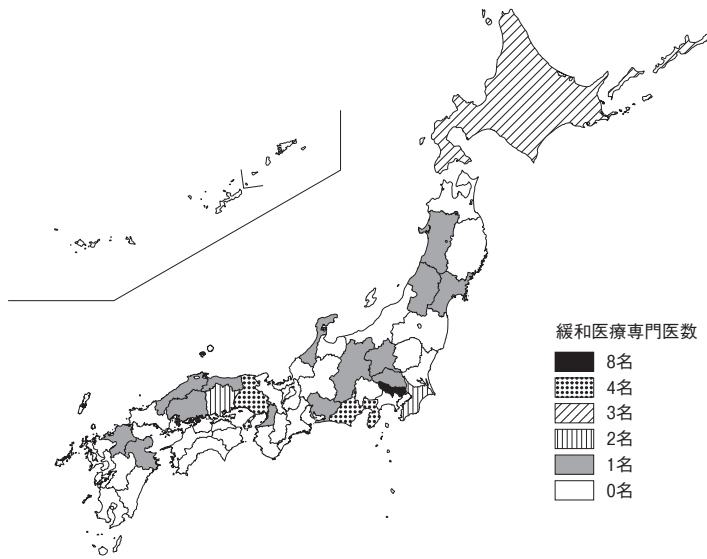
(日本緩和医療学会より (2011年はデータなし))

図 11 がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の修了者数の推移



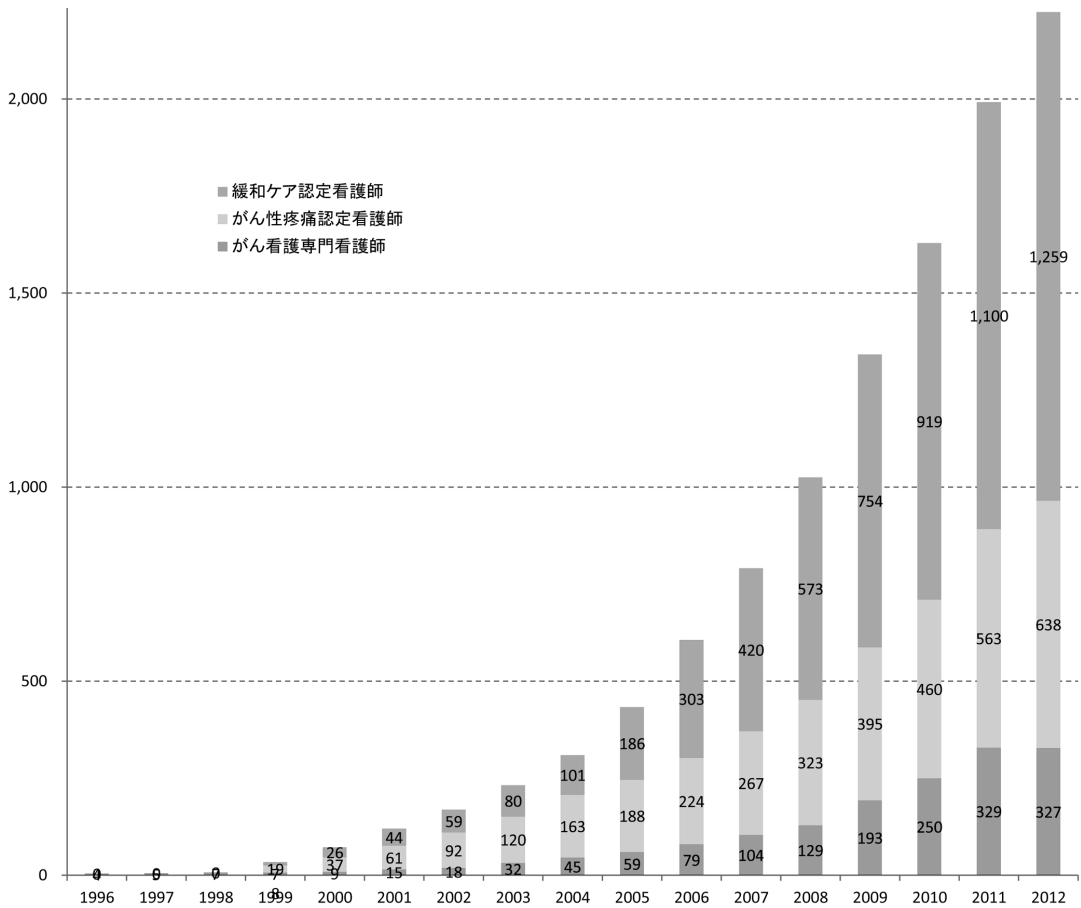
(日本緩和医療学会より)

図 12 都道府県別人口 10 万対緩和ケア研修会の修了者数 (2011 年)



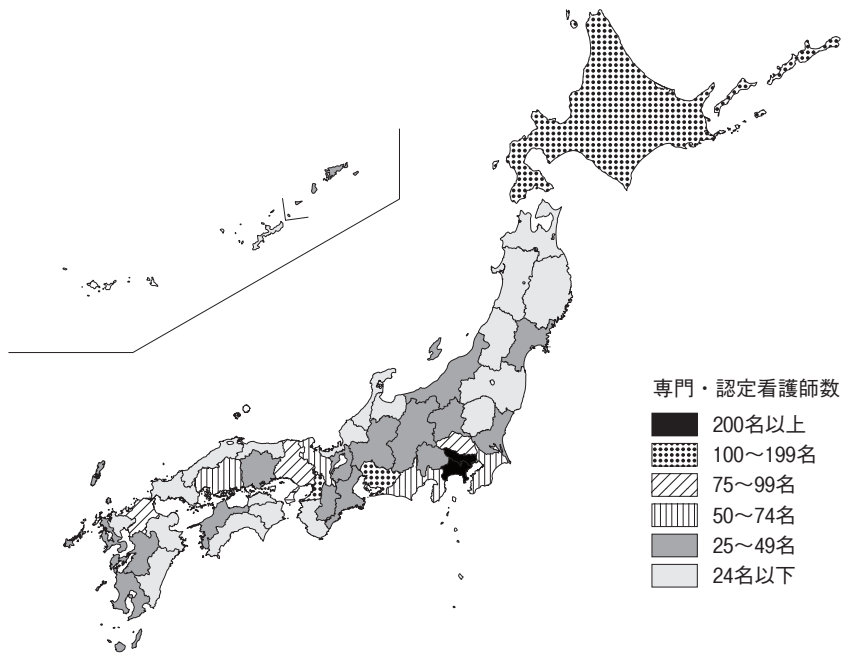
(日本緩和医療学会より)

図 13 都道府県別日本緩和医療学会専門医数



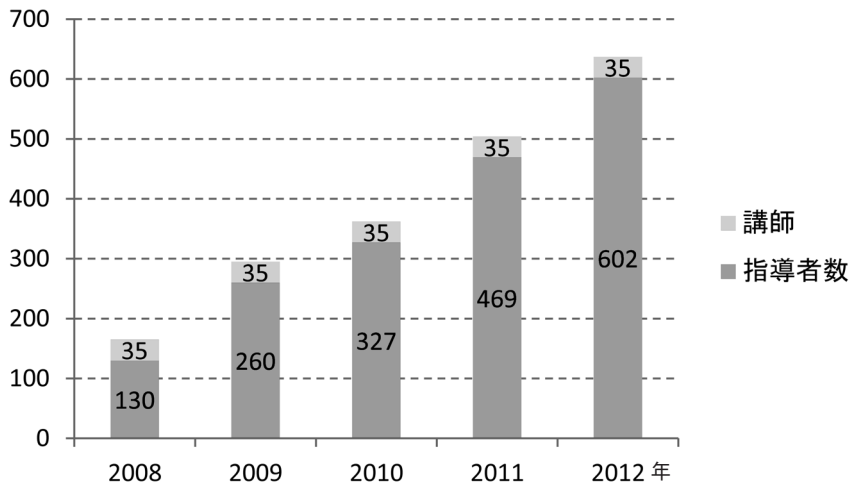
(日本看護協会より)

図 14 日本看護協会によるがん看護専門看護師，がん性疼痛認定看護師，緩和ケア認定看護師数の推移



(日本緩和医療学会より)

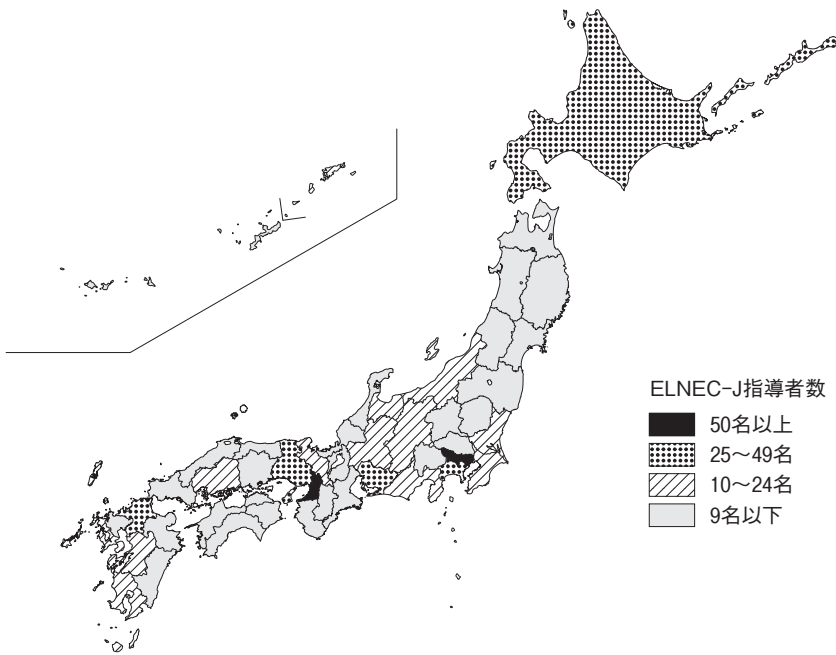
図 15 都道府県別がん看護専門看護師, がん性疼痛認定看護師, 緩和ケア認定看護師数



(日本緩和医療学会より)

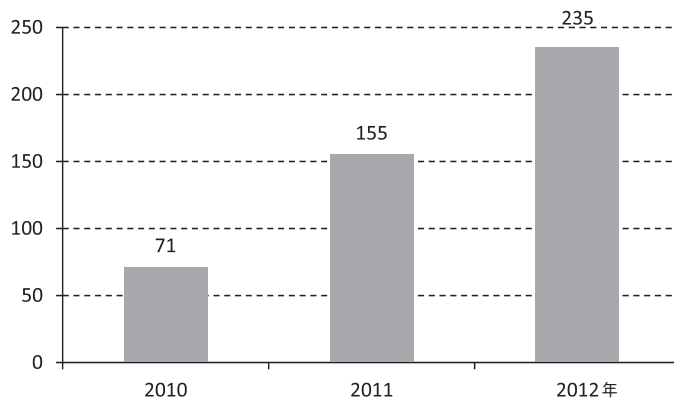
講師として ELNEC-J 指導者になったものは全ての年度に含めた

図 16 日本緩和医療学会の ELNEC-J 指導者数の推移



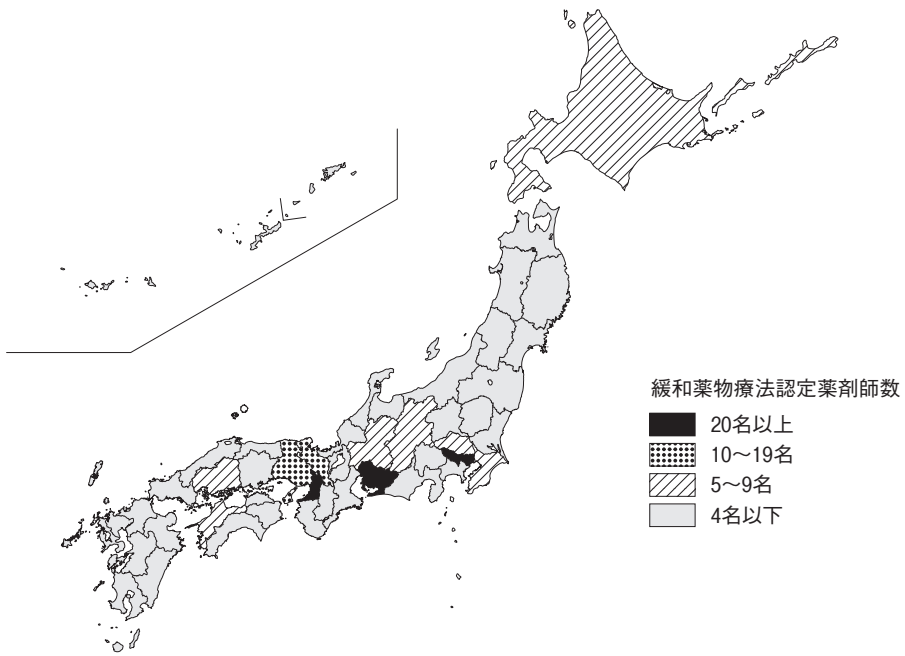
(日本緩和医療学会より)

図 17 都道府県別 ELNEC-J 指導者数



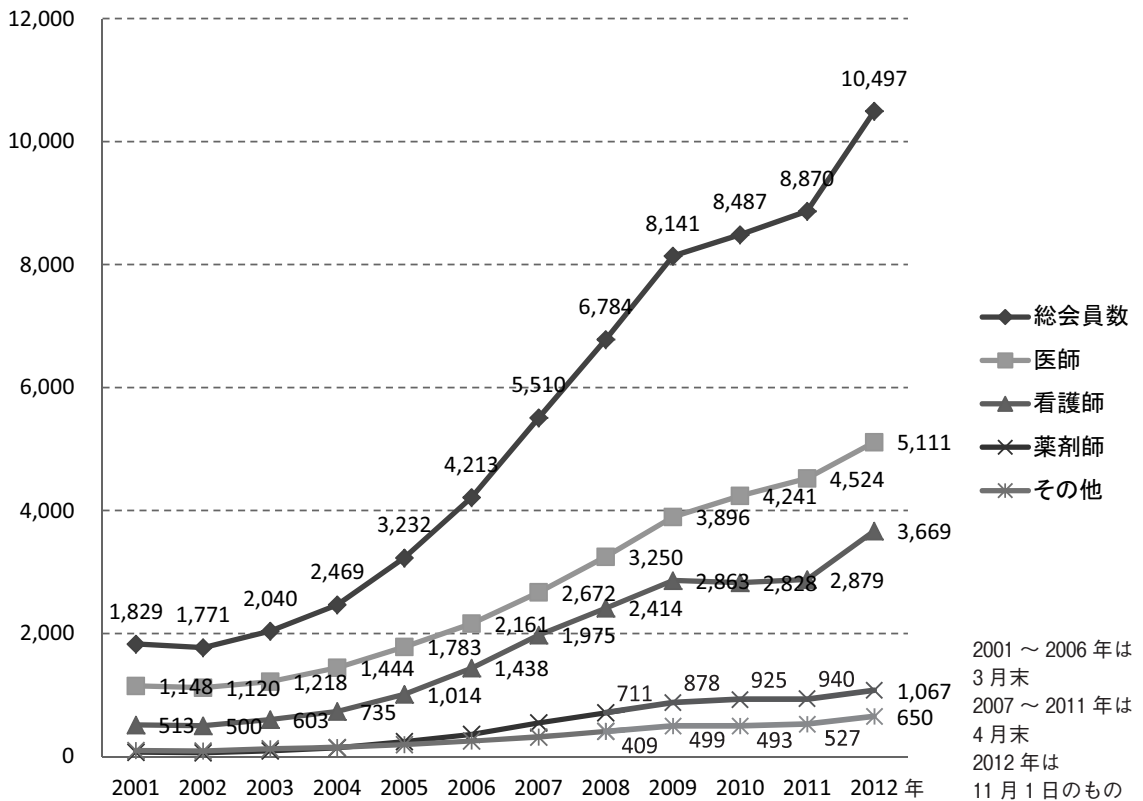
(日本緩和医療学会より)

図 18 日本緩和医療学会の緩和薬物療法認定薬剤師数の推移



(日本緩和医療学会より)

図 19 都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数



(日本緩和医療学会より)

図 20 日本緩和医療学会の会員数の推移

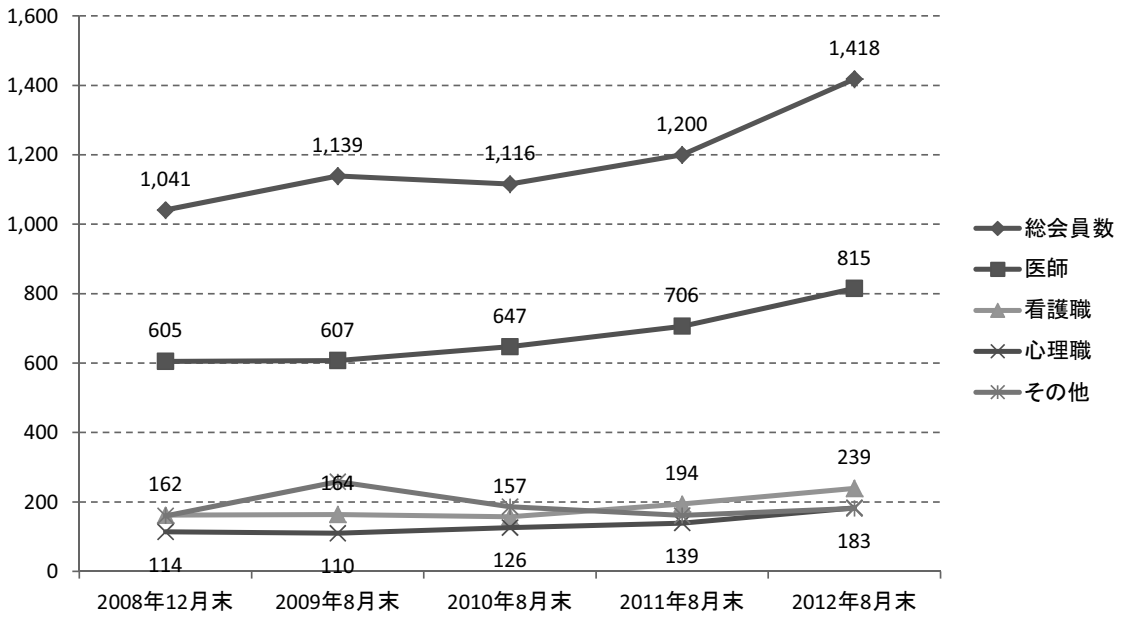
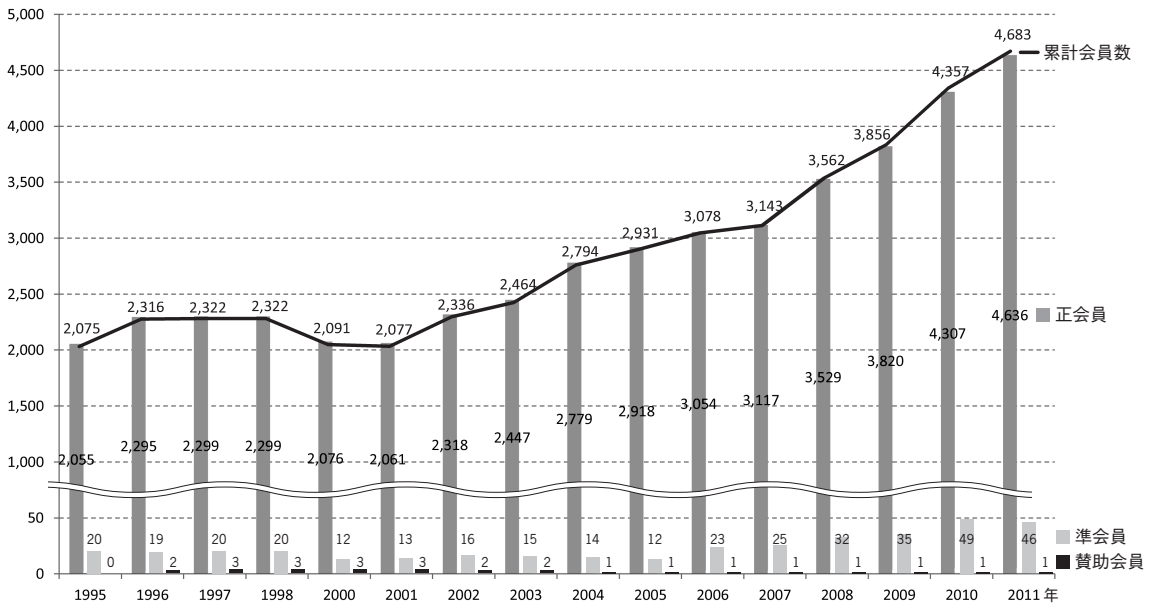


図 21 日本サイコオンコロジー学会の会員数の推移



(日本がん看護学会より)

図 22 日本がん看護学会の会員数の推移

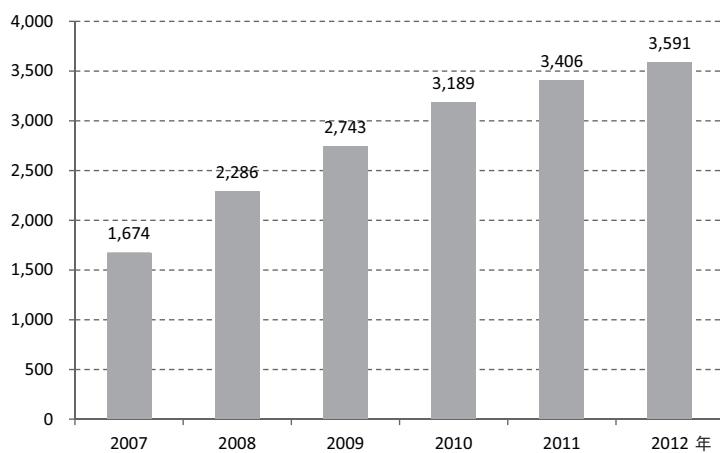


図 23 日本緩和医療薬学会の会員数の推移

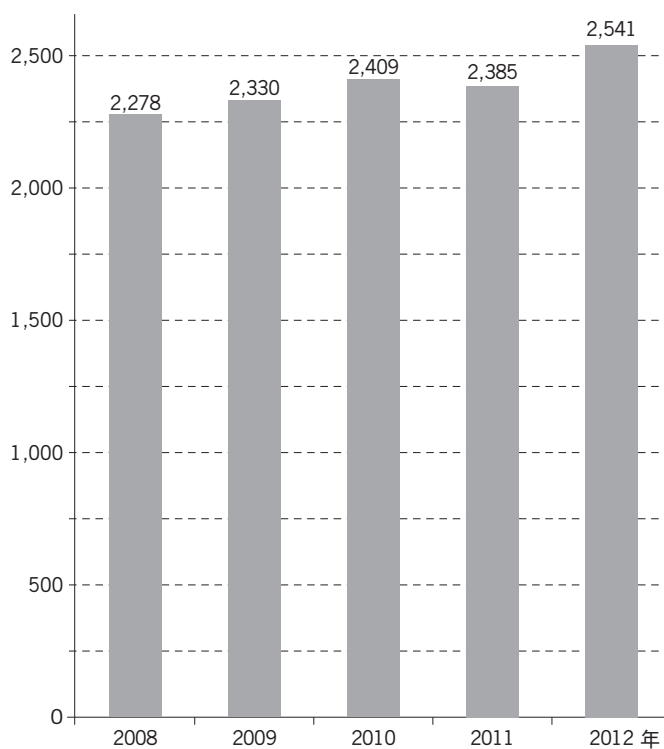


図 24 日本死の臨床研究会の会員数の推移

2. 緩和ケア関連の資料

A. がん診療連携拠点病院指定一覧

〔PCU：緩和ケア病棟入院料届出受理施設，PCT：緩和ケア診療加算届出受理施設，
協会会員：日本ホスピス緩和ケア協会会員施設〕（2013年2月1日現在）

【都道府県がん診療連携拠点病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
1	北海道		○		国立病院機構 北海道がんセンター	2009年4月1日
2	青森県		○		青森県立中央病院	2010年4月1日
3	岩手県				岩手医科大学附属病院	2010年4月1日
4	宮城県	○		○	宮城県立がんセンター	2010年4月1日
5		○	○	○	東北大学病院	2010年4月1日
6	秋田県				秋田大学医学部附属病院	2010年4月1日
7	山形県	○		○	山形県立中央病院	2010年4月1日
8	福島県		○		福島県立医科大学附属病院	2010年4月1日
9	茨城県				茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
10	栃木県	○		○	栃木県立がんセンター	2010年4月1日
11	群馬県		○		群馬大学医学部附属病院	2010年4月1日
12	埼玉県	○		○	埼玉県立がんセンター	2010年4月1日
13	千葉県	○	○	○	千葉県がんセンター	2010年4月1日
14	東京都	○	○	○	東京都立駒込病院	2010年4月1日
15		○	○		がん研究会 有明病院	2010年4月1日
16	神奈川県	○		○	神奈川県立がんセンター	2010年4月1日
17	新潟県				新潟県立がんセンター新潟病院	2010年4月1日
18	富山県	○		○	富山県立中央病院	2010年4月1日
19	石川県		○		国立大学法人 金沢大学附属病院	2010年4月1日
20	福井県	○		○	福井県立病院	2010年4月1日
21	山梨県	○		○	山梨県立中央病院	2010年4月1日
22	長野県		○	○	信州大学医学部附属病院	2010年4月1日
23	岐阜県				岐阜大学医学部附属病院	2010年4月1日
24	静岡県	○		○	静岡県立静岡がんセンター	2010年4月1日
25	愛知県		○		愛知県がんセンター中央病院	2010年4月1日
26	三重県				三重大学医学部附属病院	2010年4月1日
27	滋賀県	○		○	滋賀県立成人病センター	2009年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
28	京都府		○		京都府立医科大学附属病院	2010年4月1日
29			○		京都大学医学部附属病院	2009年4月1日
30	大阪府		○	○	大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター	2010年4月1日
31	兵庫県		○	○	兵庫県立がんセンター	2010年4月1日
32	奈良県		○		奈良県立医科大学附属病院	2010年4月1日
33	和歌山県		○	○	和歌山県立医科大学附属病院	2010年4月1日
34	鳥取県		○		鳥取大学医学部附属病院	2010年4月1日
35	島根県	○	○	○	島根大学医学部附属病院	2010年4月1日
36	岡山県		○		岡山大学病院	2010年4月1日
37	広島県		○		広島大学病院	2010年4月1日
38	山口県				山口大学医学部附属病院	2010年4月1日
39	徳島県		○		徳島大学病院	2010年4月1日
40	香川県		○		香川大学医学部附属病院	2009年4月1日
41	愛媛県	○	○	○	国立病院機構 四国がんセンター	2010年4月1日
42	高知県				高知大学医学部附属病院	2010年4月1日
43	福岡県		○		国立病院機構 九州がんセンター	2010年4月1日
44			○		九州大学病院	2010年4月1日
45	佐賀県		○	○	佐賀大学医学部附属病院	2010年4月1日
46	長崎県		○		長崎大学病院	2010年4月1日
47	熊本県		○		熊本大学医学部附属病院	2010年4月1日
48	大分県		○		大分大学医学部附属病院	2010年4月1日
49	宮崎県				宮崎大学医学部附属病院	2010年4月1日
50	鹿児島県		○		鹿児島大学病院	2010年4月1日
51	沖縄県				琉球大学医学部附属病院	2010年4月1日
計		16	31	20	51 病院	

【地域がん診療連携拠点病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日	
1	北海道		○	○	市立函館病院	2009年4月1日	
2			○	○	市立札幌病院	2009年4月1日	
3						砂川市立病院	2009年4月1日
4			○		○	日鋼記念病院	2009年4月1日
5						王子総合病院	2009年4月1日
6			○		○	旭川厚生病院	2009年4月1日
7					○	北見赤十字病院	2009年4月1日
8						帯広厚生病院	2009年4月1日
9						市立釧路総合病院	2009年4月1日
10						函館厚生院 函館五稜郭病院	2009年4月1日
11			○	○	○	KKR札幌医療センター	2009年4月1日
12			○		○	恵佑会札幌病院	2009年4月1日
13					○	札幌医科大学附属病院	2009年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
14		○	○	○	札幌厚生病院	2009年4月1日
15				○	手稲深仁会病院	2009年4月1日
16			○		北海道大学病院	2009年4月1日
17			○		旭川医科大学病院	2009年4月1日
18					市立旭川病院	2009年4月1日
19				○	釧路労災病院	2009年4月1日
20			○		国立病院機構 函館病院	2011年4月1日
21	青森県		○		弘前大学医学部附属病院	2010年4月1日
22			○	○	八戸市立市民病院	2010年4月1日
23					三沢市立三沢病院	2010年4月1日
24					下北医療センターむつ総合病院	2010年4月1日
25			○		十和田市立中央病院	2011年4月1日
26	岩手県				岩手県立中央病院	2010年4月1日
27		○		○	岩手県立中部病院	2010年4月1日
28		○		○	岩手県立磐井病院	2010年4月1日
29					岩手県立宮古病院	2010年4月1日
30					岩手県立二戸病院	2010年4月1日
31					岩手県立胆沢病院	2009年4月1日
32			○		岩手県立大船渡病院	2009年4月1日
33					岩手県立久慈病院	2009年4月1日
34	宮城県		○	○	国立病院機構 仙台医療センター	2010年4月1日
35				○	東北労災病院	2010年4月1日
36					東北厚生年金病院	2010年4月1日
37					大崎市民病院	2010年4月1日
38			○	○	石巻赤十字病院	2010年4月1日
39	秋田県				山本組合総合病院	2010年4月1日
40					秋田赤十字病院	2010年4月1日
41					由利組合総合病院	2010年4月1日
42					仙北組合総合病院	2010年4月1日
43					平鹿総合病院	2010年4月1日
44					大館市立総合病院	2009年4月1日
45					秋田組合総合病院	2009年4月1日
46	山形県				山形市立病院済生館	2010年4月1日
47			○		山形大学医学部附属病院	2010年4月1日
48					山形県立新庄病院	2010年4月1日
49					公立置賜総合病院	2010年4月1日
50			○		日本海総合病院	2010年4月1日
51	福島県	○		○	慈山会医学研究所付属 坪井病院	2010年4月1日
52					脳神経疾患研究所付属 総合南東北病院	2010年4月1日
53					太田総合病院附属 太田西ノ内病院	2010年4月1日
54					竹田総合病院	2010年4月1日
55					会津中央病院	2010年4月1日
56		○		○	福島労災病院	2010年4月1日
57					白河厚生総合病院	2010年4月1日
58	茨城県				日立総合病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
59					総合病院 土浦協同病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
60		○		○	筑波メディカルセンター病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
61			○	○	筑波大学附属病院	2010年4月1日
62					東京医科大学茨城医療センター	2010年4月1日
63				○	友愛記念病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
64					茨城西南医療センター病院	2010年4月1日
65					国立病院機構 水戸医療センター	2011年4月1日
66	栃木県	○	○	○	自治医科大学附属病院	2010年4月1日
67		○		○	栃木県済生会宇都宮病院	2010年4月1日
68			○		獨協医科大学病院	2010年4月1日
69					佐野厚生総合病院	2010年4月1日
70					上都賀総合病院	2010年4月1日
71	群馬県			○	前橋赤十字病院	2010年4月1日
72			○		国立病院機構 高崎総合医療センター	2010年4月1日
73		○	○	○	国立病院機構 西群馬病院	2010年4月1日
74					公立藤岡総合病院	2010年4月1日
75		○		○	公立富岡総合病院	2010年4月1日
76		○		○	伊勢崎市民病院	2010年4月1日
77					桐生厚生総合病院	2010年4月1日
78					群馬県立がんセンター	2010年4月1日
79					国立病院機構 沼田病院	2012年4月1日
80	埼玉県				春日部市立病院	2010年4月1日
81					獨協医科大学越谷病院	2010年4月1日
82			○	○	さいたま赤十字病院	2010年4月1日
83					さいたま市立病院	2010年4月1日
84					川口市立医療センター	2010年4月1日
85			○		埼玉医科大学総合医療センター	2010年4月1日
86					国立病院機構 埼玉病院	2010年4月1日
87			○		埼玉医科大学国際医療センター	2010年4月1日
88					深谷赤十字病院	2010年4月1日
89					埼玉県済生会川口総合病院	2009年4月1日
90	千葉県				千葉大学医学部附属病院	2010年4月1日
91					国立病院機構 千葉医療センター	2010年4月1日
92		○		○	船橋市立医療センター	2010年4月1日
93			○		東京歯科大学市川総合病院	2010年4月1日
94			○		順天堂大学医学部附属浦安病院	2010年4月1日
95			○		東京慈恵会医科大学附属柏病院	2010年4月1日
96			○		国保松戸市立病院	2010年4月1日
97			○		成田赤十字病院	2010年4月1日
98		○		○	総合病院 国保旭中央病院	2010年4月1日
99			○	○	亀田総合病院	2010年4月1日
100		○		○	君津中央病院	2010年4月1日
101					千葉労災病院	2010年4月1日
102	東京都		○	○	東京大学医学部附属病院	2010年4月1日
103			○		日本医科大学付属病院	2010年4月1日
104		○	○	○	聖路加国際病院	2010年4月1日
105		○	○	○	N T T 東日本関東病院	2010年4月1日
106		○	○	○	日本赤十字社医療センター	2010年4月1日
107			○		東京女子医科大学病院	2010年4月1日
108			○	○	日本大学医学部附属板橋病院	2010年4月1日
109			○	○	帝京大学医学部附属病院	2010年4月1日
110					青梅市立総合病院	2010年4月1日
111					東京医科大学八王子医療センター	2010年4月1日
112					武蔵野赤十字病院	2010年4月1日
113			○		杏林大学医学部付属病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
114			○	○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2010年4月1日
115			○	○	昭和大学病院	2010年4月1日
116			○	○	慶應義塾大学病院	2011年4月1日
117			○		東京医科大学病院	2011年4月1日
118			○	○	東京都立多摩総合医療センター	2011年4月1日
119					公立昭和病院	2011年4月1日
120			○		東京慈恵会医科大学附属病院	2012年4月1日
121			○		虎の門病院	2012年4月1日
122			○	○	東邦大学医療センター大森病院	2012年4月1日
123			○		国立病院機構 東京医療センター	2012年4月1日
124	神奈川県		○		横浜労災病院	2010年4月1日
125		○	○		横浜国立大学市民病院	2010年4月1日
126			○		横浜国立大学附属病院	2010年4月1日
127			○		聖マリアンナ医科大学病院	2010年4月1日
128		○	○	○	川崎市立井田病院	2010年4月1日
129					横須賀共済病院	2010年4月1日
130					藤沢市民病院	2010年4月1日
131			○	○	東海大学医学部附属病院	2010年4月1日
132		○	○		相模原協同病院	2010年4月1日
133			○		北里大学病院	2010年4月1日
134			○	○	小田原市立病院	2010年4月1日
135		○		○	昭和大学横浜市北部病院	2011年4月1日
136		○	○	○	横浜市立みなと赤十字病院	2012年4月1日
137					大和市立病院	2012年4月1日
138	新潟県				新潟県立新発田病院	2010年4月1日
139					新潟市民病院	2010年4月1日
140			○		新潟大学医学部附属病院	2010年4月1日
141					長岡中央総合病院	2010年4月1日
142			○		長岡赤十字病院	2010年4月1日
143					新潟県立中央病院	2010年4月1日
144					新潟労災病院	2010年4月1日
145					済生会新潟第二病院	2010年4月1日
146	富山県				黒部市民病院	2010年4月1日
147					富山労災病院	2010年4月1日
148		○		○	富山市立富山市民病院	2010年4月1日
149					富山大学附属病院	2010年4月1日
150			○		厚生連高岡病院	2010年4月1日
151			○		高岡市民病院	2010年4月1日
152					市立砺波総合病院	2010年4月1日
153	石川県				国立病院機構 金沢医療センター	2010年4月1日
154					石川県立中央病院	2010年4月1日
155					金沢医科大学病院	2010年4月1日
156		○		○	小松市民病院	2010年4月1日
157	福井県		○		福井大学医学部附属病院	2010年4月1日
158					福井赤十字病院	2010年4月1日
159		○		○	福井県済生会病院	2010年4月1日
160					国立病院機構 福井病院	2010年4月1日
161	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院	2010年4月1日
162			○	○	市立甲府病院	2010年4月1日
163					富士吉田市立病院	2011年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
164	長野県			○	佐久総合病院	2010年4月1日
165				○	諏訪赤十字病院	2010年4月1日
166				○	飯田市立病院	2010年4月1日
167			○	○	相澤病院	2010年4月1日
168			○	○	長野赤十字病院	2010年4月1日
169			○	○	長野市民病院	2010年4月1日
170					伊那中央病院	2009年4月1日
171	岐阜県				岐阜県総合医療センター	2010年4月1日
172					岐阜市民病院	2010年4月1日
173					大垣市民病院	2010年4月1日
174					木沢記念病院	2010年4月1日
175		○		○	岐阜県立多治見病院	2010年4月1日
176					総合病院 高山赤十字病院	2010年4月1日
177	静岡県				順天堂大学医学部附属静岡病院	2010年4月1日
178					沼津市立病院	2010年4月1日
179				○	静岡県立総合病院	2010年4月1日
180					静岡市立静岡病院	2010年4月1日
181			○	○	藤枝市立総合病院	2010年4月1日
182		○	○	○	総合病院 聖隷三方原病院	2010年4月1日
183			○		総合病院 聖隷浜松病院	2010年4月1日
184			○	○	浜松医療センター	2010年4月1日
185					浜松医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
186				○	磐田市立総合病院	2010年4月1日
187	愛知県		○		国立病院機構 名古屋医療センター	2010年4月1日
188					名古屋大学医学部附属病院	2010年4月1日
189			○		社会保険中京病院	2010年4月1日
190			○		名古屋市立大学病院	2010年4月1日
191		○		○	名古屋第一赤十字病院	2010年4月1日
192					名古屋第二赤十字病院	2010年4月1日
193		○	○	○	海南病院	2010年4月1日
194					公立陶生病院	2010年4月1日
195			○		一宮市立市民病院	2010年4月1日
196		○	○	○	小牧市民病院	2010年4月1日
197		○	○	○	豊田厚生病院	2010年4月1日
198		○	○	○	安城更生病院	2010年4月1日
199					豊橋市民病院	2010年4月1日
200	○	○		藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日	
201	三重県				三重県立総合医療センター	2010年4月1日
202					国立病院機構 三重中央医療センター	2010年4月1日
203		○		○	伊勢赤十字病院	2010年4月1日
204				○	松阪中央総合病院	2010年4月1日
205					鈴鹿中央総合病院	2010年4月1日
206	滋賀県				大津赤十字病院	2010年4月1日
207					公立甲賀病院	2010年4月1日
208					市長浜病院	2010年4月1日
209		○		○	彦根市立病院	2009年4月1日
210			○		滋賀医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
211	京都府		○		国立病院機構 舞鶴医療センター	2010年4月1日
212					市立福知山市民病院	2010年4月1日
213			○		京都桂病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
214			○		京都市立病院	2010年4月1日
215			○		京都第一赤十字病院	2010年4月1日
216					京都第二赤十字病院	2010年4月1日
217		○	○		国立病院機構 京都医療センター	2010年4月1日
218	大阪府		○		市立豊中病院	2010年4月1日
219			○	○	東大阪市立総合病院	2010年4月1日
220					国立病院機構 大阪南医療センター	2010年4月1日
221					大阪労災病院	2010年4月1日
222					市立岸和田市民病院	2010年4月1日
223		○	○		大阪市立総合医療センター	2010年4月1日
224					大阪赤十字病院	2010年4月1日
225			○		大阪市立大学医学部附属病院	2009年4月1日
226			○	○	大阪大学医学部附属病院	2009年4月1日
227			○		大阪医科大学附属病院	2009年4月1日
228			○		近畿大学医学部附属病院	2009年4月1日
229			○		関西医科大学附属枚方病院	2010年4月1日
230			○		国立病院機構 大阪医療センター	2010年4月1日
231	兵庫県		○		神戸大学医学部附属病院	2010年4月1日
232			○		神戸市立医療センター中央市民病院	2010年4月1日
233			○	○	関西労災病院	2010年4月1日
234			○		兵庫医科大学病院	2010年4月1日
235					近畿中央病院	2010年4月1日
236					西脇市立西脇病院	2010年4月1日
237					姫路赤十字病院	2010年4月1日
238					国立病院機構 姫路医療センター	2010年4月1日
239					赤穂市民病院	2010年4月1日
240					豊岡病院	2010年4月1日
241					兵庫県立柏原病院	2010年4月1日
242					兵庫県立淡路病院	2010年4月1日
243					国立病院機構 神戸医療センター	2009年4月1日
244	奈良県		○		県立奈良病院	2010年4月1日
245					天理よろづ相談所病院	2010年4月1日
246					近畿大学医学部奈良病院	2010年4月1日
247					市立奈良病院	2009年4月1日
248	和歌山県				日本赤十字社 和歌山医療センター	2010年4月1日
249					公立那賀病院	2010年4月1日
250					橋本市民病院	2010年4月1日
251					社会保険紀南病院	2010年4月1日
252		○	○	○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2010年4月1日
253	鳥取県				鳥取県立中央病院	2010年4月1日
254			○		鳥取市立病院	2010年4月1日
255					鳥取県立厚生病院	2010年4月1日
256					国立病院機構 米子医療センター	2010年4月1日
257	島根県	○		○	松江市立病院	2010年4月1日
258					松江赤十字病院	2010年4月1日
259					島根県立中央病院	2010年4月1日
260		○		○	国立病院機構 浜田医療センター	2010年4月1日
261	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院	2010年4月1日
262			○	○	総合病院 岡山赤十字病院	2010年4月1日
263					国立病院機構 岡山医療センター	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
264			○		倉敷中央病院	2010年4月1日
265			○		川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
266					津山中央病院	2010年4月1日
267	広島県	○	○	○	県立広島病院	2010年4月1日
268					広島市立広島市民病院	2010年4月1日
269					広島赤十字・原爆病院	2010年4月1日
270					広島総合病院	2010年4月1日
271		○	○	○	国立病院機構 呉医療センター	2010年4月1日
272					国立病院機構 東広島医療センター	2010年4月1日
273					尾道総合病院	2010年4月1日
274		○		○	福山市民病院	2010年4月1日
275					市立三次中央病院	2010年4月1日
276					広島市立安佐市民病院	2010年4月1日
277	山口県				国立病院機構 岩国医療センター	2010年4月1日
278					周東総合病院	2010年4月1日
279		○		○	徳山中央病院	2010年4月1日
280					山口県立総合医療センター	2010年4月1日
281		○		○	総合病院 山口赤十字病院	2010年4月1日
282					下関市立市民病院	2010年4月1日
283	徳島県		○		徳島県立中央病院	2010年4月1日
284					徳島赤十字病院	2010年4月1日
285					徳島市民病院	2010年4月1日
286	香川県				香川県立中央病院	2010年4月1日
287					高松赤十字病院	2010年4月1日
288			○		香川労災病院	2010年4月1日
289		○		○	三豊総合病院	2010年4月1日
290	愛媛県				住友別子病院	2010年4月1日
291					済生会今治病院	2010年4月1日
292			○		愛媛大学医学部附属病院	2010年4月1日
293					愛媛県立中央病院	2010年4月1日
294			○		松山赤十字病院	2010年4月1日
295				○	市立宇和島病院	2010年4月1日
296	高知県		○	○	高知医療センター	2010年4月1日
297					高知赤十字病院	2010年4月1日
298					高知県立幡多けんみん病院	2012年4月1日
299	福岡県				国立病院機構 九州医療センター	2010年4月1日
300					福岡県済生会福岡総合病院	2010年4月1日
301			○		福岡大学病院	2010年4月1日
302					国立病院機構 福岡東医療センター	2010年4月1日
303		○	○	○	久留米大学病院	2010年4月1日
304		○	○	○	聖マリア病院	2010年4月1日
305					公立八女総合病院	2010年4月1日
306					大牟田市立病院	2010年4月1日
307			○		飯塚病院	2010年4月1日
308					社会保険田川病院	2010年4月1日
309		○		○	北九州市立医療センター	2010年4月1日
310		○		○	九州厚生年金病院	2010年4月1日
311			○		産業医科大学病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
312	佐賀県	○		○	佐賀県立病院 好生館	2010年4月1日
313					唐津赤十字病院	2010年4月1日
314					国立病院機構 嬉野医療センター	2010年4月1日
315	長崎県		○		長崎市立市民病院	2010年4月1日
316					日本赤十字社長崎原爆病院	2010年4月1日
317					佐世保市立総合病院	2010年4月1日
318					国立病院機構 長崎医療センター	2010年4月1日
319					長崎県島原病院	2010年4月1日
320	熊本県				熊本市立熊本市市民病院	2010年4月1日
321					熊本赤十字病院	2010年4月1日
322					国立病院機構 熊本医療センター	2010年4月1日
323					済生会熊本病院	2010年4月1日
324					荒尾市民病院	2010年4月1日
325					熊本労災病院	2010年4月1日
326					健康保険人吉総合病院	2010年4月1日
327	大分県			○	国立病院機構 別府医療センター	2010年4月1日
328					大分赤十字病院	2010年4月1日
329					大分県立病院	2010年4月1日
330					大分県済生会日田病院	2010年4月1日
331					大分市医師会立 アルメイダ病院	2010年4月1日
332					中津市立中津市民病院	2011年4月1日
333	宮崎県				県立宮崎病院	2010年4月1日
334					国立病院機構 都城病院	2010年4月1日
335	鹿児島県	○		○	国立病院機構 鹿児島医療センター	2010年4月1日
336					鹿児島県立薩南病院	2010年4月1日
337					済生会川内病院	2010年4月1日
338					国立病院機構 南九州病院	2010年4月1日
339					県民健康プラザ鹿屋医療センター	2010年4月1日
340					鹿児島県立大島病院	2010年4月1日
341					鹿児島市立病院	2011年4月1日
342					今給黎総合病院	2012年4月1日
343	沖縄県				沖縄県立中部病院	2010年4月1日
344					那覇市立病院	2010年4月1日
345			○		国立がん研究センター中央病院	2010年4月1日
346		○	○	○	国立がん研究センター東病院	2010年4月1日
	計	60	121	99	計 346 病院	

	合計	76	152	119	合計 397 病院	
--	----	----	-----	-----	-----------	--

参考：〔厚生労働省ウェブサイト http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_byoin.html がん診療連携拠点病院指定一覧表（2012年4月1日現在）〕

B. 緩和ケア診療加算届出受理施設一覧

〔拠点病院：がん診療連携拠点病院〕

都道府県	数	拠点病院	施設名	算定開始日
北海道	10	○	市立札幌病院	2010年4月1日
			KKR札幌医療センター	2012年4月1日
			札幌厚生病院	2012年6月1日
			市立函館病院	2012年4月1日
			札幌医科大学附属病院	2011年8月1日
			旭川医科大学病院	2011年4月1日
			国立病院機構 北海道がんセンター	2012年4月1日
			北海道大学病院	2010年7月1日
			国立病院機構 函館病院	2011年5月1日
			札幌北楡病院	2012年11月1日
青森県	4	○	八戸市立市民病院	2011年1月1日
			青森県立中央病院	2011年8月1日
			弘前大学医学部附属病院	2012年9月1日
			十和田市立中央病院	2007年1月1日
岩手県	1	○	岩手県立大船渡病院	2012年7月1日
宮城県	6	○	国立病院機構 仙台医療センター	2012年2月1日
			東北大学病院	2012年7月1日
			石巻赤十字病院	2012年10月1日
			東北公済病院	2012年3月1日
			仙台オープン病院	2012年4月1日
			仙台市立病院	2012年7月1日
山形県	3	○	山形大学医学部附属病院	2009年6月1日
			米沢市立病院	2010年5月1日
			日本海総合病院	2011年7月1日
福島県	1	○	福島県立医科大学附属病院	2012年2月1日
茨城県	1	○	筑波大学附属病院	2008年4月1日
栃木県	2	○	自治医科大学附属病院	2012年4月1日
			獨協医科大学病院	2010年2月1日
群馬県	3	○	国立病院機構 西群馬病院	2012年4月1日
			群馬大学医学部附属病院	2010年4月1日
			高崎総合医療センター	2012年6月1日
埼玉県	6	○	戸田中央総合病院	2008年7月1日
			さいたま赤十字病院	2010年6月1日
			狭山病院	2011年1月1日
			三井病院	2011年5月1日
			埼玉医科大学 総合医療センター	2012年8月1日
			埼玉医科大学 国際医療センター	2012年6月1日
千葉県	9	○	亀田総合病院	2011年4月1日
			国立がん研究センター東病院	2013年1月1日
			千葉県がんセンター	2011年4月1日
			日本医科大学千葉北総病院	2008年4月1日
			順天堂大学医学部附属 浦安病院	2009年9月1日
			東京慈恵会医科大学附属 柏病院	2010年4月1日
			成田赤十字病院	2010年4月1日
			国保松戸市立病院	2012年4月1日
			東京歯科大学市川総合病院	2013年1月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
東京都	32	○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2011年1月1日
		○	昭和大学病院	2012年4月1日
		○	NTT 東日本関東病院	2010年4月1日
		○	日本赤十字社医療センター	2012年4月1日
		○	日本大学医学部附属板橋病院	2011年4月1日
		○	東京大学医学部附属病院	2012年10月1日
		○	東京都立駒込病院	2012年11月1日
		○	慶應義塾大学病院	2012年4月1日
		○	聖路加国際病院	2012年4月1日
		○	東京都立多摩総合医療センター	2011年11月1日
		○	東邦大学医療センター 大森病院	2012年7月1日
			東京都健康長寿医療センター	2012年5月1日
			豊島病院	2012年7月1日
			東京医科歯科大学医学部附属病院	2012年12月1日
		○	帝京大学医学部附属病院	2012年4月1日
		○	東京慈恵会医科大学附属病院	2011年3月1日
		○	虎の門病院	2012年6月1日
		○	東京女子医科大学病院	2012年11月1日
		○	日本医科大学付属病院	2012年9月1日
		○	がん研究会 有明病院	2012年6月1日
		○	杏林大学医学部付属病院	2012年4月1日
		○	国立病院機構 東京医療センター	2012年5月1日
		○	国立がん研究センター中央病院	2010年12月1日
			東京通信病院	2011年4月1日
			JR 東京総合病院	2012年4月1日
			江東病院	2010年11月1日
			三井記念病院	2012年4月1日
		○	東京医科大学病院	2012年4月1日
			東京臨海病院	2012年4月1日
			東京慈恵会医科大学附属第三病院	2012年4月1日
			東京都済生会中央病院	2012年7月1日
			順天堂大学医学部附属練馬病院	2012年11月1日
神奈川県	12	○	東海大学医学部付属病院	2008年4月1日
		○	横浜市立みなと赤十字病院	2011年4月1日
		○	川崎市立井田病院	2011年2月1日
		○	小田原市立病院	2010年4月1日
		○	横浜市立大学附属病院	2011年4月1日
		○	北里大学病院	2011年4月1日
		○	横浜州市市民病院	2011年6月1日
		○	横浜労災病院	2010年8月1日
			けいゆう病院	2011年5月1日
			済生会横浜市南部病院	2012年4月1日
		○	聖マリアンナ医科大学病院	2012年4月1日
		○	相模原協同病院	2012年4月1日
新潟県	2	○	長岡赤十字病院	2011年4月1日
		○	新潟大学医歯学総合病院	2010年4月1日
富山県	2	○	高岡市民病院	2012年11月1日
		○	高岡病院	2012年10月1日
石川県	1	○	金沢大学附属病院	2012年7月1日
福井県	1	○	福井大学医学部附属病院	2010年6月1日
山梨県	2	○	山梨大学医学部附属病院	2011年4月1日
		○	市立甲府病院	2012年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
長野県	4	○ ○ ○ ○	長野赤十字病院 相澤病院 長野市民病院 信州大学医学部附属病院	2011年4月1日 2010年4月1日 2011年4月1日 2012年4月1日
静岡県	6	○ ○ ○ ○ ○	総合病院 聖隷三方原病院 磐田市立総合病院 浜松医療センター 藤枝市立総合病院 総合病院 聖隷浜松病院 静岡済生会総合病院	2011年4月1日 2012年3月1日 2012年4月1日 2012年4月1日 2012年3月1日 2010年7月1日
愛知県	13	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	聖霊病院 安城更生病院 小牧市民病院 協立総合病院 海南病院 愛知県がんセンター中央病院 国立病院機構 名古屋医療センター 名古屋市立大学病院 社会保険中京病院 藤田保健衛生大学病院 総合大雄会病院 一宮市立市民病院 国立長寿医療研究センター	2011年8月1日 2011年5月1日 2010年4月1日 2012年6月1日 2012年10月1日 2008年4月1日 2009年8月1日 2009年5月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2011年10月1日
滋賀県	1	○	滋賀医科大学医学部附属病院	2010年8月1日
京都府	7	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	京都大学医学部附属病院 京都府立医科大学附属病院 京都第一赤十字病院 国立病院機構 京都医療センター 国立病院機構 舞鶴医療センター 京都桂病院 京都市立病院	2010年4月1日 2011年4月1日 2010年4月1日 2011年4月1日 2010年6月1日 2011年6月1日 2012年4月1日
大阪府	20	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	大阪府立成人病センター 東大阪市立総合病院 大阪大学医学部附属病院 高槻赤十字病院 淀川キリスト教病院 医学研究所 北野病院 関西電力病院 大阪医科大学附属病院 高槻病院 大阪警察病院 大阪府立急性期・総合医療センター 近畿大学医学部附属病院 大阪市立総合医療センター 国立病院機構 大阪医療センター 国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター 市立豊中病院 大阪府済生会中津病院 関西医科大学附属枚方病院 大阪市立大学医学部附属病院 市立堺病院	2008年4月1日 2008年4月1日 2008年5月1日 2012年8月1日 2012年8月1日 2012年6月1日 2011年8月1日 2008年10月1日 2008年4月1日 2009年1月1日 2009年4月1日 2008年4月1日 2009年10月1日 2008年4月1日 2008年4月1日 2008年4月1日 2010年12月1日 2011年5月1日 2011年6月1日 2011年6月1日 2012年6月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
兵庫県	6	○ ○ ○ ○ ○	関西労災病院 社会保険神戸中央病院 兵庫県立がんセンター 兵庫医科大学病院 神戸大学医学部附属病院 神戸市立医療センター中央市民病院	2010年9月1日 2010年11月1日 2010年4月1日 2008年4月1日 2011年4月1日 2011年7月1日
奈良県	2	○ ○	奈良県立医科大学附属病院 奈良県立奈良病院	2010年10月1日 2011年7月1日
和歌山県	2	○ ○	和歌山県立医科大学附属病院 国立病院機構 南和歌山医療センター	2011年1月1日 2013年1月1日
鳥取県	2	○ ○	鳥取大学医学部附属病院 鳥取市立病院	2007年1月1日 2009年7月1日
島根県	1	○	島根大学医学部附属病院	2012年4月1日
岡山県	5	○ ○ ○ ○	岡山赤十字病院 岡山大学病院 川崎医科大学附属病院 倉敷中央病院 川崎医科大学附属川崎病院	2011年4月1日 2012年9月1日 2010年4月1日 2012年11月1日 2012年9月1日
広島県	3	○ ○ ○	県立広島病院 国立病院機構 呉医療センター 広島大学病院	2010年1月1日 2012年4月1日 2010年11月1日
香川県	2	○ ○	香川大学医学部附属病院 香川労災病院	2009年2月1日 2011年4月1日
徳島県	2	○ ○	徳島県立中央病院 徳島大学病院	2012年6月1日 2013年2月1日
愛媛県	3	○ ○ ○	国立病院機構 四国がんセンター 愛媛大学医学部附属病院 松山赤十字病院	2010年6月1日 2009年9月1日 2011年9月1日
高知県	1	○	高知医療センター	2011年2月1日
福岡県	8	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	久留米大学病院 聖マリア病院 戸畑共立病院 福岡大学病院 国立病院機構 九州がんセンター 飯塚病院 産業医科大学病院 九州大学病院	2010年4月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年8月1日 2012年4月1日 2011年9月1日
佐賀県	2	○ ○	佐賀大学医学部附属病院 佐賀県立病院 好生館	2005年11月1日 2010年4月1日
長崎県	2	○ ○	長崎大学病院 長崎市立市民病院	2011年4月1日 2012年4月1日
熊本県	1	○	熊本大学医学部附属病院	2012年4月1日
大分県	1	○	大分大学医学部附属病院	2010年4月1日
鹿児島県	2	○ ○	相良病院 鹿児島大学病院	2011年1月1日 2010年4月1日
合計	194	152		

(2013年2月10日時点で、各地方厚生局のウェブサイトに掲載されている「施設基準等 届出受理機関名簿」を元に作成)

C. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧

〔拠点病院：がん診療連携拠点病院, 支援病院：地域医療支援指定病院〕

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
1	北海道	東札幌病院	1993年9月1日	243	58		
2		恵佑会札幌病院	2000年2月1日	272	24	★	
3		札幌ひばりが丘病院	1999年5月1日	176	21		
4		札幌南青洲病院	2004年1月1日	88	18		
5		清田病院	2009年10月1日	138	20		
6		札幌共立五輪橋病院	2012年5月1日	188	18		
7		勤医協中央病院	2007年11月1日	402	23		
8		札幌厚生病院	2012年6月1日	519	25	★	
9		KKR 札幌医療センター	2005年8月1日	450	22	★	☆
10		函館おしま病院	2004年4月1日	56	20		
11		森病院	2001年9月1日	114	35		
12		洞爺温泉病院	2004年6月1日	216	18		
13		日鋼記念病院	2002年1月1日	479	22	★	
14		旭川厚生病院	2012年11月1日	539	23	★	
15	青森県	青森慈恵会病院	2000年6月1日	332	22		
16		ときわ会病院	2008年2月1日	149	20		
17	岩手県	孝仁病院	2008年6月1日	180	10		
18		盛岡赤十字病院	2009年7月1日	444	22		
19		美山病院	2011年5月1日	228	20		
20		岩手県立中部病院	2009年5月1日	434	24	★	☆
21		岩手県立磐井病院	2010年7月1日	315	24	★	
22	宮城県	東北大学病院 緩和ケアセンター	2000年12月1日	1,308	22	★	
23		光ヶ丘スベルマン病院	1998年8月1日	140	20		
24		宮城県立がんセンター	2002年7月1日	383	25	★	
25	山形県	山形県立中央病院	2001年7月1日	660	15	★	
26		三友堂病院	2005年6月1日	199	12		
27	秋田県	外旭川病院	1999年2月1日	241	34		
28	福島県	慈山会医学研究所付属 坪井病院	1990年12月1日	240	18	★	
29		福島労災病院	2011年4月1日	406	32	★	☆
30	茨城県	つくばセントラル病院	2000年10月1日	313	20		
31		筑波メディカルセンター病院	2000年5月1日	409	20	★	☆
32		水戸済生会総合病院	2000年10月1日	500	16		☆
33	栃木県	栃木県立がんセンター	2000年12月1日	357	24	★	
34		栃木県済生会宇都宮病院	1996年11月1日	644	20	★	☆
35		足利赤十字病院	2011年9月1日	555	19		☆
36		自治医科大学附属病院	2007年5月1日	1,130	18	★	
37	群馬県	公立富岡総合病院	2005年5月1日	359	18	★	
38		伊勢崎市民病院	2010年6月1日	524	17	★	☆
39		国立病院機構 西群馬病院	1994年7月1日	380	23	★	☆
40		群馬県済生会前橋病院	2012年6月1日	327	16		☆
41	埼玉県	戸田中央総合病院	2009年3月1日	446	18		
42		狭山病院	2012年4月1日	349	8		☆
43		上尾甞生病院	1992年3月1日	186	15		
44		みさと健和病院	2011年8月1日	282	20		
45		行田総合病院	2012年9月1日	504	21		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
46		埼玉県立がんセンター	1999年1月1日	400	18	★	
47	千葉県	千葉県がんセンター	2008年7月1日	341	25	★	
48		山王病院	1999年7月1日	318	23		
49		我孫子聖仁会病院	2012年7月1日	168	20		
50		船橋市立医療センター	2010年4月1日	446	20	★	☆
51		国立がん研究センター東病院	1992年7月1日	425	25	★	
52		聖隷佐倉市民病院	2008年6月1日	400	18		
53		総合病院 国保旭中央病院	1999年5月1日	956	20	★	
54		君津中央病院	2004年11月1日	661	20	★	☆
55	東京都	聖路加国際病院	1998年5月1日	520	24	★	☆
56		永寿総合病院	2000年10月1日	400	16		
57		賛育会病院	1998年6月1日	264	22		
58		東芝病院	2008年7月1日	307	15		
59		NTT 東日本 関東病院	2001年2月1日	605	28	★	
60		佑和会 木村病院	2004年7月1日	98	13		
61		日本赤十字社医療センター	2000年6月1日	733	18	★	☆
62		東京厚生年金病院	2004年6月1日	520	17		
63		佼成病院	2004年5月1日	363	12		
64		救世軍ブース記念病院	2003年11月1日	199	20		
65		東京衛生病院	1996年7月1日	186	20		
66		豊島病院	1999年9月1日	415	20		☆
67		総合病院 桜町病院	1994年8月1日	199	20		
68		日の出ヶ丘病院	2001年1月1日	263	20		
69		公立阿伎留医療センター	2006年9月1日	310	16		
70		救世軍清瀬病院	1990年6月1日	142	25		
71	国立病院機構 東京病院	1995年9月1日	560	20			
72	信愛病院	1996年9月1日	199	20			
73	聖ヶ丘病院	1996年6月1日	48	11			
74	がん・感染症センター 都立駒込病院	2011年7月1日	801	22	★		
75	野村病院	2012年1月1日	117	12			
76	がん研究会有明病院	2011年4月1日	700	25	★		
77	神奈川県	川崎市立井田病院 かわさき総合ケアセンター	1998年11月1日	443	20	★	
78		川崎社会保険病院	1999年2月1日	308	24		
79		昭和大学横浜市北部病院	2001年10月1日	697	25	★	
80		平和病院	2011年9月1日	150	16		
81		横浜市立みなと赤十字病院	2006年8月1日	643	25	★	☆
82		神奈川県立がんセンター	2002年4月1日	415	14	★	
83		横浜甞生病院	1995年3月1日	81	12		
84		総合病院 衣笠病院	1998年7月1日	251	20		
85		湘南中央病院	2006年3月1日	199	16		
86		湘南東部総合病院	2006年1月1日	231	20		
87		鶴巻温泉病院	2011年9月1日	591	25		
88		ピースハウス病院	1994年2月1日	22	22		
89		相模原協同病院	2011年10月1日	437	12	★	☆
90		横浜市立市民病院	2012年5月1日	650	20	★	☆
91	新潟県	長岡西病院	1993年4月1日	240	27		
92		白根大通病院	2006年9月1日	299	28		
93		新潟医療センター	2001年8月1日	404	20		
94		南部郷厚生病院	2001年9月1日	120	20		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
95	富山県	富山県立中央病院	1993年3月1日	765	25	★	☆
96		富山市民病院	2009年6月1日	595	20	★	☆
97	石川県	石川県済生会金沢病院	1995年1月1日	260	28		
98		小松市民病院	2009年5月1日	364	10	★	
99	福井県	福井県立病院	2006年4月1日	1,020	20	★	☆
100		福井県済生会病院	1998年10月1日	460	20	★	☆
101	長野県	愛和病院	1997年12月1日	64	48		
102		新生病院	1998年10月1日	155	20		
103		諏訪中央病院	1998年9月1日	366	6		
104		健康保険岡谷塩嶺病院	1996年11月1日	199	10		
105	山梨県	山梨県立中央病院	2005年5月1日	691	15	★	
106	岐阜県	岐阜中央病院	1999年6月1日	352	28		
107		東海中央病院	2012年1月1日	332	15		
108		岐阜県立多治見病院	2010年7月1日	627	20	★	☆
109		久美愛厚生病院	2012年7月1日	300	23		
110	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	2002年11月1日	577	50	★	
111		神山復生病院	2002年7月1日	60	20		
112		総合病院 聖隷三方原病院	1990年5月1日	934	27	★	☆
113	愛知県	国立病院機構 豊橋医療センター	2007年4月1日	414	24		
114		愛知県がんセンター愛知病院	2006年5月1日	276	20		
115		安城更生病院	2002年6月1日	692	17	★	☆
116		名古屋第一赤十字病院	2006年4月1日	857	25	★	☆
117		名古屋掖済会病院	2004年2月1日	662	19		☆
118		総合病院 南生協病院	2002年7月1日	313	20		
119		協立総合病院	2001年12月1日	434	16		
120		名古屋市立東部医療センター 守山市民病院	2010年2月1日	165	15		
121		聖霊病院	2009年4月1日	300	15		
122		愛知国際病院	1999年5月1日	72	20		
123		豊田厚生病院	2010年2月1日	606	17	★	
124		小牧市民病院	2012年6月1日	544	14	★	
125		津島市民病院	2007年1月1日	440	18		
126		海南病院	2004年7月1日	553	18	★	
127		藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日	1,489	19	★	
128		江南厚生病院	2009年11月1日	684	20		
129	三重県	三重聖十字病院	2005年11月1日	25	25		
130		藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム	1997年7月1日	218	20		
131		松阪厚生病院	2007年8月1日	780	20		
132		松阪市民病院	2008年2月1日	328	20		
133		伊勢赤十字病院	2012年2月1日	655	20	★	☆
134		済生会松阪総合病院	2012年5月1日	430	24		☆
135	滋賀県	大津市民病院	1999年6月1日	506	20		☆
136		彦根市立病院	2002年10月1日	450	20	★	
137		ヴォーリス記念病院	2006年12月1日	176	16		
138		滋賀県立成人病センター	2003年3月1日	541	20	★	
139	京都府	薬師山病院	1998年12月1日	50	50		
140		総合病院 日本バプテスト病院	1995年9月1日	167	20		
141		首羽病院	2012年7月1日	608	20		
142		国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日	600	20	★	☆
143		京都民医連中央病院	2011年11月1日	411	14		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
144		稲荷山病院	2012年9月1日	55	18		
145	大阪府	淀川キリスト教病院	1990年5月1日	487	21		☆
146		湯川胃腸病院	2002年11月1日	84	24		
147		千里中央病院	2010年4月1日	400	25		
148		ガラシア病院	2005年4月1日	115	23		
149		彩都友誼会病院	2010年5月1日	225	40		
150		高槻赤十字病院	2002年7月1日	446	20		☆
151		大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	2011年5月1日	545	20		
152		小松病院	2006年5月1日	213	18		
153		耳原総合病院	2003年2月1日	384	23		☆
154		阪和第二泉北病院	2002年11月1日	969	21		
155	岸和田盈進会病院	2002年2月1日	157	16			
156	星ヶ丘厚生年金病院	2008年12月1日	580	16		☆	
157	大阪市立総合医療センター	2010年5月1日	1,063	24	★	☆	
158	和泉市立病院	2010年12月1日	307	22			
159	多根総合病院	2011年6月1日	304	20			
160	奈良県	国保中央病院	2005年7月1日	220	20		
161		西奈良中央病院	2012年10月1日	166	23		
162	和歌山県	国立病院機構 南和歌山医療センター	2005年7月1日	316	14	★	☆
163		紀和病院	2005年8月1日	212	16		
164	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993年10月1日	116	21		
165		社会保険神戸中央病院	1996年7月1日	424	22		☆
166		六甲病院	1994年12月1日	178	23		
167		東神戸病院	2000年5月1日	166	21		
168		立花病院	2005年9月1日	272	10		
169		尼崎医療生協病院	2007年7月1日	199	20		
170		協和マリナホスピタル	2011年5月1日	80	30		
171		宝塚市立病院	2010年7月1日	446	15		
172		第二協立病院	2009年4月1日	225	22		
173		公立八鹿病院	2005年10月1日	420	20		☆
174		総合病院 姫路聖マリア病院	1996年8月1日	360	22		
175	市立芦屋病院	2012年8月1日	199	24			
176	兵庫県立加古川医療センター	2011年5月1日	353	25		☆	
177	鳥取県	鳥取生協病院	2008年4月1日	260	20		
178		藤井政雄記念病院	2003年11月1日	120	20		
179	島根県	松江市立病院	2005年9月1日	466	22	★	
180		島根大学医学部附属病院	2011年9月1日	616	21	★	
181		国立病院機構 浜田医療センター	2010年1月1日	365	15	★	☆
182	岡山県	岡山済生会総合病院	1998年9月1日	553	25	★	☆
183		岡山中央奉還町病院	2000年6月1日	81	15		
184		総合病院 岡山協立病院	2011年9月1日	318	17		
185		岡村一心堂病院	2007年6月1日	152	19		
186		倉敷第一病院	2008年6月1日	191	20		
187	広島県	福山市民病院	2006年9月1日	400	16	★	☆
188		前原病院	2012年7月1日	59	14		
189		公立みつぎ総合病院	2002年5月1日	240	6		
190		シムラ病院	2004年10月1日	116	17		
191		広島パークヒル病院	2002年5月1日	114	18		
192		県立広島病院	2004年10月1日	715	20	★	☆
193		安芸市民病院	2004年6月1日	140	20		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
194		国立病院機構 呉医療センター	2000年4月1日	700	19	★	☆
195		廿日市記念病院	2002年1月1日	135	15		
196	山口県	徳山中央病院	2009年3月1日	494	25	★	☆
197		国立病院機構 山口宇部医療センター	1998年11月1日	435	25		
198		安岡病院	1999年5月1日	278	25		
199		総合病院 山口赤十字病院	2000年1月1日	475	25	★	
200	香川県	高松平和病院	2011年8月1日	163	21		
201		三豊総合病院	2000年5月1日	519	12	★	☆
202	徳島県	近藤内科病院	2002年5月1日	55	20		
203	高知県	細木病院	2003年10月1日	320	14		
204		国吉病院	2011年2月1日	106	12		
205		もみのき病院	1999年4月1日	60	12		
206		凶南病院	2000年7月1日	183	12		
207		いずみの病院	2001年10月1日	238	12		
208		高知厚生病院	1995年12月1日	76	15		
209		須崎くろしお病院	2007年11月1日	160	10		
210	愛媛県	松山ベテル病院	2000年4月1日	155	38		
211		国立病院機構 四国がんセンター	2006年9月1日	405	25	★	
212		西条愛寿会病院	2010年9月1日	180	15		
213	福岡県	北九州市立医療センター	2001年6月1日	636	20	★	☆
214		聖ヨハネ病院	2001年10月1日	20	20		
215		製鉄記念八幡病院	2004年1月1日	453	16		☆
216		九州厚生年金病院	2005年4月1日	575	14	★	☆
217		広瀬病院	2010年12月1日	62	13		
218		及川病院	2004年11月1日	36	15		
219		秋本病院	2007年7月1日	50	16		
220		那珂川病院	2006年7月1日	162	20		
221		栄光病院	1990年9月1日	178	71		
222		至誠会 木村病院	1999年12月1日	121	14		
223		たたらりハビリテーション病院	2004年11月1日	213	21		
224		原土井病院	2001年4月1日	556	30		
225		さくら病院	1999年6月1日	152	14		
226		恵光会 原病院	2005年1月1日	220	16		
227		西福岡病院	2007年7月1日	248	15		
228		村上華林堂病院	2004年6月1日	160	20		
229		井上病院	2011年4月1日	73	18		
230		糸島医師会病院	2008年8月1日	150	14		☆
231		福岡県済生会飯塚嘉穂病院	2012年4月1日	199	20		
232		久留米大学病院	1998年10月1日	1,098	16	★	
233		総合病院 聖マリア病院	1997年9月1日	1,354	16	★	☆
234		みどりの杜病院	2012年1月1日	30	30		
235		今野病院	2007年1月1日	67	20		
236		嶋田病院	2008年9月1日	150	14		☆
237	古賀病院 21	2012年6月1日	200	8			
238	友田病院	2012年12月1日	72	16			
239	朝倉医師会病院	2012年11月1日	300	20			
240	戸畑りハビリテーション病院	2012年11月1日	154	17			
241	佐賀県	佐賀県立病院好生館	1998年3月1日	541	15	★	☆
242		河畔病院	2002年4月1日	187	18		
243		西田病院	2011年5月1日	118	20		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
244	長崎県	出島病院	1995年11月1日	41	20		
245		聖フランシスコ病院	1998年8月1日	220	22		
246		千住病院	2008年4月1日	266	19		
247		南野病院	2012年5月1日	95	17		
248	熊本県	山鹿市民医療センター	2012年5月1日	201	13		☆
249		イエズスの聖心病院	1994年11月1日	87	22		
250		熊本地域医療センター	2001年7月1日	227	14		☆
251		御幸病院	2003年6月1日	186	20		
252		桜十字病院	2010年1月1日	641	21		
253		朝日野総合病院	2012年4月1日	378	21		
254		メディカルケアセンターファイン	2007年11月1日	63	21		
255		健康保険人吉総合病院	2003年9月1日	274	11	★	☆
256		阿蘇温泉病院	2008年9月1日	260	15		
257		鶴田病院	2012年10月1日	105	20		
258	合志第一病院	2012年9月1日	132	16			
259	大分県	大分ゆふみ病院	2002年1月1日	24	24		
260		アルメイダ病院	2012年5月1日	406	21	★	☆
261		佐伯中央病院	2007年7月1日	149	14		
262		鶴見病院	2012年11月1日	230	7		
263	宮崎県	三州病院	2000年5月1日	67	27		
264		宮崎市郡医師会病院	2002年3月1日	248	12		☆
265		平田東九州病院	2007年7月1日	125	21		
266	鹿児島県	天陽会 中央病院	2011年1月1日	219	18		
267		相良病院	1997年6月1日	80	24		
268		阿久根市民病院	2008年10月1日	222	10		☆
269		国立病院機構 南九州病院	2006年4月1日	475	25	★	
270		サザン・リージョン病院	2011年3月1日	131	11		
271	沖縄県	国立病院機構 沖縄病院	2006年6月1日	320	20		
272		アドベンチスト・メディカルセンター	2003年1月1日	48	12		
273		オリブ山病院	1995年6月1日	343	21		
274		友愛会 南部病院	2012年9月1日	198	21		

合 計	緩和ケア病床数 5,475 床	がん診療連携拠点病院 76 施設	地域医療支援病院 61 施設
-----	-----------------	------------------	----------------

(2013年2月10日時点で、各地方厚生局のウェブサイトに掲載されている「施設基準等 届出受理医療機関名簿」および、各病院ウェブサイトの掲載情報を元に作成)

〈資料A～C〉作成：NPO 法人 日本ホスピス緩和ケア協会

3. (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2012年度 事業活動(進捗状況)報告

大谷 正身*

(*公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 事務局)

はじめに

2012年度は4月実施の診療報酬改訂により、ホスピス・緩和ケア分野では環境改善が行われ、ホスピス・緩和ケアを有する施設は250施設を超え、財団が発足した2000年度に比べ、大きく様変わりした年となった。しかし一方で、東日本大震災の影響を含めた社会・経済環境の不安定などにより、当財団の財政面においては収入が大きく減少し、緊縮財政での事業活動を強いられる年となった。このため、本年度は“選択と集中”を念頭に置き、オリジナリティのある事業立案を中心に財団の事業を絞込み、事業立案を行った。

具体的には、昨年度より人材育成の新しい試みとして取り上げた“Whole Person Care”を財団の教育プログラムの中核とすべく、第1回 Whole Person Care ワークショップを開催し、この分野ではバイブル的存在である Springer 社『Whole Person Care』(2011 発行)の日本語訳出版を企画した。

また、継続して実施している大型調査研究の「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」は昨年度に第2次調査が完了し、現在、報告書の刊行を準備している。さらに引き続き第3次調査を企画することとなった。

『ホスピス・緩和ケア白書』は2013年度版で10年目の節目を迎え、これを機に編集方針を新たにして「特集編」と「統計・解説編」で構成することとなった。

その他の計画された各事業も、ほぼ計画通りに進められて、ご協力いただいている皆様方に深く感謝したい。なお、本稿を執筆している時点

(2012年12月)で未実施の事業がいくつかあり、本報告は中間的な進捗状況報告であることをご理解いただきたく思う。最終的な事業報告は、年度終了後に「2012年度(第13期)事業報告書」を作成し、配布する。

事業活動

1. ホスピス・緩和ケアに関する調査研究事業(公募)

2013年度の調査・研究として公募申請された11件について、事業委員会において審査した結果、次の3件が採択された。なお、研究成果は「調査研究報告書」として刊行される予定である。

- ①わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの現状と課題—2002年度全国調査との比較
- ② Bereavement Risk Assessment Tool (BRAT) の実践的効果の調査
- ③緩和ケア病棟における宗教家の活動の現状についての質的研究

2. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する調査研究事業(第3次調査・初年度)

同名の調査研究事業の第1回目(J-HOPE 1)は2006~2008年度、第2回目(J-HOPE 2)は2009~2011年度に実施された。これらの成果は世界的に最大規模の遺族調査であり、意義の高い研究として国際的にも評価されている。

本研究は定期的に緩和ケア病棟のケアの質の評価を行い、それを各施設にフィードバックすることにより質の改善を促す観点から、今回、在宅ホスピス・緩和ケア施設を含めて第3次計画を企画

した。加えて付帯研究は公募を行い、日本の緩和ケアの課題を抽出して研究を進めるものである。調査・研究は4カ年計画で実施し、J-HOPE 3として最終的に公表する予定である。

3. 『ホスピス・緩和ケア白書 2013』（研究論文集+データブック）作成・刊行事業

『ホスピス・緩和ケア白書』は2004年より毎年発行し、2013年後版で10年目の節目を迎える。これを機に2013年版より、白書の本来の意味合いを踏まえホスピス・緩和ケアの現状や展望を時宜的に対応するため、「特集編」と「統計・解説編」で構成することとなった。2013年度版では、「在宅ホスピス緩和ケアの現状と展望」を特集として取り上げる。

4. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」報告書刊行（第2次調査）

2009～2011年度にわたって実施された第2次調査結果（J-HOPE 2）をデータ、論文集として発行し、ホスピス・緩和ケアに従事されている病院、施設などへ配布予定である。

今回は、緩和ケア病棟103施設、一般病院24施設、診療所15施設へ調査票を送付し、7,797名の遺族からデータを回収した。発行は、2013年3月を予定している。

5. MSW スキルアップ研修セミナー開催事業

ホスピス・緩和ケアにおける医療ソーシャルワーカー（MSW）のスキルアップを図るためのセミナーで、2007年から継続して実施している。本年度は6月に山形市において「患者・家族の苦悩に寄り添うアプローチの実践」をテーマに、講演とワークショップが実施された。

実施日：2012年6月30日（土）～7月1日（日）

場所：山形県天童市

基調講演：大西秀樹先生（埼玉医科大学）

ワークショップ講師：田村里子氏、福地智巴氏

参加者：35名

6. ホスピス・緩和ケアボランティア研修セミナー開催事業

ホスピス・緩和ケアにおけるボランティアの役割を確認し、そのケアの向上を目指して、2002年以来、継続して日本病院ボランティア協会との共催で進めているプログラムである。2012年は、

北海道医療大学大学院教授の石垣靖子先生を招いて「日常というギフトをもたらす病院ボランティアの役割」と題して基調講演がなされ、また3名のボランティアの方々の活動報告もなされた。

実施日：2012年6月28日（木）

場所：薬業年金会館（大阪市）

参加者：239名

7. 「Whole Person Care ワークショップ」開催事業

財団の新しいプログラムとして「第1回 Whole Person Care ワークショップ」が開催された。本ワークショップはホスピス・緩和ケアに従事する医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーやメディカルスタッフの育成を目的としたもので、従来の知識提供型ではなく、グループワークショップを通じて Whole Person Care の学びを深めるものである。今後、このワークショップは財団の中核の事業として継続・発展させていく予定である。

実施日：2012年9月22日（土）～23日（日）

場所：千里ライフサイエンスセンター

講師：恒藤暁氏（大阪大学大学院 医学系研究科教授）、安田裕子氏（スピリチュアル研究所 代表）

参加者：21名

8. グリーフケア研修セミナー開催事業

ビリーブメント（死別）とそれに伴うグリーフ（悲嘆）に対する援助は、ホスピス・緩和ケア医療の領域のみならず、東日本大震災を含めた社会的関心事となりつつある。財団として、スピリチュアルケアへの貢献の一環として、この分野での基礎研究から臨床実践までを含めた学術的交流として「グリーフ&ビリーブメント カンファレンス」の開催を定期的に行い、2013年1月に講演と事例検討を開催予定である。

実施日（予定）：2013年1月26日（土）

場所：関西学院大学 大阪梅田キャンパス（大阪市）

講演：「1. 被災者支援の取り組みから考えるグリーフケア」堤澄子氏、「2. 遺族のリスクアセスメント」廣岡佳世氏

事例検討「遺族にどう向き合えばいいのか」

岩本喜久子氏

9. Liverpool Care Pathway (日本語版) 研修セミナー開催事業

Liverpool Care Pathway (LCP) 研修セミナーは2010年度、2011年度に全国各地でセミナーを行ってきた。2012年度はTrainer's Training Seminarとして、実際にLCPを使用している施設を対象に教育セミナー、施設での使用状況などの情報交換を年2回開催する予定である

実施日(予定): ①2012年11月25日(日),

②2013年1月20日(日)

場所: ①東芝病院(東京都品川区), ②淀川キリスト教病院(大阪市淀川区)

10. 『ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム』改訂と研修会

『ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム』は2004年に当財団の支援によって作成され、一定の評価を受けて活用されてきた。施設間の格差や教育担当者の育成などいくつかの課題が明らかになっている。ELNEC-J (End-of-Life Nursing Education Consortium Japan) との整合性を図り、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケアなどの領域の看護の特徴を踏まえた改定を目指して、「日本ホスピス緩和ケア協会 専門緩和ケア看護師教育カリキュラム2012年版(改訂版)」を作成した。本年度は、この改訂版カリキュラムを用いて研修会を開催し、実施可能性の検討を行い、更なる改定を行う予定である。

11. ホスピス・緩和ケア フォーラム開催事業

ホスピス・緩和ケアについての正しい理解を医療者以外に広く一般の方々へも深めていただくために、財団設立以来、継続して進めているプログラムである。2011年度までに24都市で開催している。講演とパネルディスカッションを軸としたプログラムであり、本年度は石川県済生会金沢病院、石川県在宅緩和ケア支援センターの協力を得て10月に金沢で実施された。

実施日: 2012年10月21日(日)

場所: ホテル金沢

特別講演: 「弱さの勁さ」 鷺田清一氏(大谷大学)

シンポジウム「弱さを強さに/緩和ケアを考え

る」佐藤伸彦氏(ものがたり診療所・所長), 安田紀久雄氏(安田医院・院長), 内海純子氏(爽秋会岡部医院・看護部長), 池田朝子氏(ご家族代表)

参加者: 370名

12. 一般広報活動事業

年2回の『財団ニュース』の発行を主として、ホームページの充実、更新、その他必要に応じて財団のパンフレット改定・刊行などを行う。

13. 『Whole Person Care』日本語版発行事業

Springer社(独)発行の『Whole Person Care』は、緩和ケア従事者がWhole Person Careを学び、実践するうえで優れた指南書である事より、財団が翻訳して出版することを決定した。2012年度に翻訳に着手し、2014年度に発刊する予定である。

14. 『がん緩和ケアに関するマニュアル』など、事業啓発のための冊子増刷

『がん緩和ケアに関するマニュアル』は2002年に第1版を印刷・配布したが、それ以降も要望に応じて増刷し、現在は第3版が活用されている。継続的に追加配布の要望が寄せられており、それに応えるとともに、緩和ケア普及という当財団の使命に沿うものとして増刷し、また必要に応じその他の刊行物の増刷にも対応する予定である。

15. 特定研究「アジア・太平洋地域における緩和ケアリソース把握に関する国際研究」

2010年8月に開催されたAPHN (Asian Pacific Hospice Network) の研究委員会で採択された研究課題である。次の3つテーマについて研究が進められている。

①アジア・太平洋地域の緩和ケアリソースの把握, ②オピオイドの利用可能性と規制の状況, ③緩和ケア病棟に入院している患者の症状と行われている治療

2011年度に引き続き、2012年度も継続して実施中である。

16. APHN 関連事業費

当財団はシンガポールに事務所を設置するAPHN (Asia Pacific Hospice Network) の会員として、当財団設立以来その活動を支援してきた。本年度は9月にインドネシアにおいて、理事会が開催され、当財団の柏木理事長が出席した。

APHN 理事会実施日：2012年9月21日（金）
～23日（日）
場所：ジョグジャカルタ（インドネシア）

おわりに

はじめに記したように、本年度（2012年度）は、“選択と集中”をスローガンにしつつ、財団の使命を遂行するということから前述の16の事業を立案、実行する年となった。とりわけ、ホスピス・緩和ケア従事者を対象にした「Whole Person Care ワークショップ」および『Whole Person Care』日本語版発行事業は、今後の財団の教育事業の中核をなすものとして発展させたく願っている。

一方、緩和ケアの概念が一般にも広く知られるようになり、緩和ケア病棟も増加の傾向にある中、財団の直接の事業ではないが、新しくドキュメンタリー映画『いのちがいちばん輝く日』が完成したことは意義深いと考え、ホスピスの原点である「死期の近い人に対して、痛みを和らげ、その人にふさわしい人生を全うさせること」の啓発につながるものとして財団が後援することとした。

財政面で、厳しい環境ではあるが、来る2013年度も基本的には本年度の路線を継承しつつ、財団のオリジナリティを発揮できる新しい調査、研究にもチャレンジしたく考えている。

ホスピス緩和ケア白書 2013

在宅ホスピス緩和ケアの現状と展望

2013年3月28日 発行

非売品

発 行 (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

〒530-0013 大阪市北区茶屋町2-30

TEL 06-6375-7255 FAX 06-6375-7245

編 集 (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会

編集協力 日本ホスピス緩和ケア協会

制 作 株式会社 青海社

〒113-0031 東京都文京区根津1-4-4 河内ビル

TEL 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172

印 刷 モリモト印刷 株式会社

ISBN978-4-903246-17-8

