

ホスピス緩和ケア白書

2015

ホスピス緩和ケアを支える
専門家・サポーター

編集

志真 泰夫
恒藤 暁
森田 達也
宮下 光令



青海社

序 文

志真 泰夫

(特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会 理事長
公益財団法人 筑波メディカルセンター 理事・在宅ケア事業長)

『ホスピス緩和ケア白書 2015』では、ホスピス緩和ケアに関わる薬剤師をはじめとする専門職（専門家）、そしてホスピス緩和ケアを支えるボランティアをはじめとするさまざまな役割を担う人（サポーター）を幅広く取り上げた。医師と看護師は、『ホスピス緩和ケア白書』の2007年、2009年、2012年の特集の中で取り上げたので、今回は取り上げていない。

総論はホスピス緩和ケアの経験が豊富で、日本死の臨床研究会代表世話人をお勤めになった末永和之先生にお願いをした。薬剤師は、近年、病棟への配置が診療報酬で認められ、緩和ケアチームの一員として不可欠な職種となってきた。リハビリテーションとしては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を取り上げた。また、医療専門職種として資格面で課題を抱える臨床心理士、医療ソーシャルワーカーを取り上げた。これらの職種は、ホスピス緩和ケアを支える専門家という役割がある。

そのほか、音楽療法士、園芸療法士、アロマセラピスト、チャプレンや仏教者、アニマルセラピスト、チャイルド・ライフ・スペシャリストなどは、今日のホスピス緩和ケアの臨床ではサポーター（支援者）という役割だが、将来、専門職種として認められ、臨床での専門家という役割が確立することを期待したい。また、ボランティアは患者・家族と同じ目線でベッドサイドに日常の雰囲気をもたらす頼もしいサポーターである。最後に歯科医師、管理栄養士、介護支援専門員を取り上げた。歯科医師は口腔合併症の悪化を防ぎ、口から食べる楽しみをもてるように、管理栄養士は緩和ケア病棟では毎日の献立を立て、患者のQOL向上に不可欠な職種であり、介護支援専門員は在宅ケアのコーディネーターとして重要な職種となっている。本白書では、これら17の専門家・サポーターの中から執筆者をお願いして、その役割や現状、展望などを執筆いただいた。

『ホスピス緩和ケア白書』では、これまで毎年特集テーマを定め、さらに『白書 2014』からは「統計と解説」編を独立させた。特集のテーマとして、わが国のホスピス緩和ケアの歴史、関連の学会・研究会の動向、人材育成や教育・研究の現状、ガイドライン・関連する法規などを取り上げてきた。その意味では、『ホスピス緩和ケア白書』はわが国のホスピス緩和ケアに関する年報（Annual Report）、あるいは年鑑（Year Book）という役割を確実に担いつつあるといえる。これから多様化するホスピス緩和ケアの状況を俯瞰できる年報、年鑑として、その内容を充実して重要な役割を果たすことを期待したい。

目 次

序 文	志真 泰夫	iii
-----------	-------	-----

第 I 部 ホスピス緩和ケアを支える専門家・サポーター

1. ホスピス緩和ケアを支えるさまざまな人たち	末永 和之	2
2. 薬剤師	縄田 修一	6
3. 理学療法士	林 邦男	9
4. 作業療法士	目良 幸子, 他	15
5. 言語聴覚士	安藤 牧子	18
6. 臨床心理士	小池真規子	21
7. 医療ソーシャルワーカー	田村 里子	25
8. 音楽療法士	新倉 晶子	29
9. 園芸療法士	澤田みどり, 他	33
10. アロマセラピスト	山下 真理	37
11. チャプレン	沼野 尚美	40
12. ビハーラと仏教者	谷山 洋三	44
13. アニマルセラピスト	大日向 潔	48
14. チャイルド・ライフ・スペシャリスト	村瀬有紀子	51
15. ボランティア	吉村 規男	55
16. 歯科医師	大野 友久	59
17. 管理栄養士	山邊志都子	62
18. 介護支援専門員	田中 嘉章	66

第 II 部 統計と解説

1. データでみる日本の緩和ケアの現状	宮下 光令, 他	72
2. 緩和ケア関連の資料		96

第 I 部

ホスピス緩和ケアを支える 専門家・サポーター

1. ホスピス緩和ケアを支えるさまざまな人たち

末永 和之

(すえなが内科在宅診療所)

はじめに

多くの人びとが生命を脅かす疾患に直面したとき、患者も家族も同じ苦しみに見舞われる。特に、がんと診断されたときから、患者も家族も心はゆらぎの連続である。がんの進行や再発の不安を抱えながら、希望を見出したいと思いつつ、日々の療養を続けている。身体的な苦しみがあると希望は見出されなくなる。また、家族のこと経済的なことにも思い悩む。家族もその苦しみは同じなのである。治ってほしい、元気でいてほしいと願い続けられる。

そして、スピリチュアル、魂の叫びがいつも不安となって頭をもたげてくる。いつまで生きられるのだろうかという将来への希望が見出せなくなり、愛する家族や人生を共に歩んだ人と別れなければならないという不安、そして自分で自分のことができなくなり、この世にいただいた「いのちの存在」そのものに向き合わざるをえなくなる。

この苦悩に寄り添い、支えていくにはさまざまな人びと、専門的な人びとの力を必要とする。ホスピス緩和ケアにおけるチームアプローチは、1人の患者・家族のさまざまなニーズに対応するために必要不可欠である。多種多様な専門家、あるいはインフォーマルな人びとが、それぞれの専門的な立場で互いに連携して、ケアに参加することによってなされるものである。

ホスピス緩和ケアの基本的理念

WHO（世界保健機関）は「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、

心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」と2002年に定義している¹⁾。緩和ケアにおける全人的苦痛（トータルペイン）は、チームを組んでケアすることで初めて患者・家族のQOLを改善することができる。柏木は、オーガナイズド・ケアという観点からチームアプローチは、①患者のトータルな状態を総合的に判断できる、②患者の多くのニーズを満たすことができる、③専門職がそれぞれの本来の任務を遂行できる、④方針の一致したケアができる、と述べている²⁾。そのケアは、患者と家族が可能なかぎり人間らしく快適な生活が送れるように提供されなければならない。

従来、チームケアは患者と家族を中心として、医師、看護師、ソーシャルワーカーなどの専門職とボランティアが参加し、チームの構成員は、それぞれの役割を尊重し、対等な立場で意見を交換し、互いに支え合いホスピス・緩和ケアの理念と目的を共有する³⁾。チームの中心である医師・看護師の役割については『ホスピス緩和ケア白書2007』にて取り上げているので、参照されたい。

患者は身体的な苦しみがあれば生きる希望を見出すことができず、身体的な苦痛緩和は医師、看護師による医療、看護に重要な役割があるが、今回は医師、看護師以外のメンバーでホスピス・緩和ケアを支える人たちに焦点を当てて、取り上げる。

緩和ケアチームの役割と構成スタッフ

がん対策基本法やがん対策推進基本計画に基づ

き、緩和ケア診療加算が算定できるようになり、施設基準に基づき緩和ケアのチームの役割が示されている。すなわち、「患者・家族のQOLの維持向上を目的に、主治医や担当看護師と協働しながら、緩和ケアに関する知識や技術を提供するとともに、地域連携による切れ目ないケアの提供や医療従事者などへの教育、院内および地域での緩和ケアの普及などを行うとされている。緩和ケアチームは身体症状緩和担当医、精神症状担当医、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション、栄養士、臨床心理士、チャプレン、音楽療法士、ボランティアなどが関わる^{4,5)}。

また、日本ホスピス緩和ケア協会は2009年にホスピス緩和ケアの基準の中で、ホスピス緩和ケアを提供するチームとして、以下のことを挙げている。

①ここでいうチームは、ホスピス緩和ケアを提供する場所の如何にかかわらず、患者と家族を中心として医師、看護師、ソーシャルワーカーなどの専門職とボランティアで構成されるものを指す。

②チームの構成員は、それぞれの役割を尊重し、対等な立場で意見交換をする。そして、ホスピス緩和ケアの目的と理念を共有し、互いに支え合う。

③チームの構成員は、教育カリキュラムに基づいた計画的なプログラムのもとで研修を受ける。そして、継続評価によってチームとして成長が図られるようにする。

また、ボランティアについて、

①ボランティアはチームの一員であり、大切なケアの提供者である。

②ボランティアは自由意思によって、チームに参加する。そして、チームにおける役割を明確にしたうえで応分の責任を果たすと基準を設けている。

緩和ケア病棟や病院での緩和ケアチームは、同じメンバーが関わることが多くなる。患者が違うだけで、一体となったチームが組みやすいという利点がある。しかし、現場での緩和ケアチームが多くのメンバーを有しているとは限らない。病院での緩和ケアチームに多くの専門職が集まれば良

いケアができるかという点、必ずしもそうではない。

大切なことは、それらのスタッフがチームとして「一体となった」働きをすることができるかということである。良いチームワークは一体となったチームであり、チームスタッフが同じ価値観（マインド）を共有することである。チームメンバーが同じ価値観、哲学を共有できれば、それぞれが自分の力を十分に発揮することで、チームとして素晴らしいパワーを生み出すことができる⁶⁾。

在宅ホスピス緩和ケア

在宅の良さは医療目線にならない、生活の中での存在であり、管理からの脱却であると考えられる。多くのチームの協働により、患者・家族に寄り添い、生きる希望を見出し、その瞬間まで自立を支援し、患者の尊厳性を大切にしたい関わりだと思ふ。2次元の世界から3次元の世界へ、ベッドから屋内へ、そして屋外へ生活空間を広げ、今ここに生きているということを感じ、天の恵みの中で、家族の愛の中で、多くのチームの協働の中でその瞬間まで実存を感じ、ゆっくりとした時間の中でいのちを見つめ合うことができていくのである。

在宅ケアは、人間らしく生きるということの最も大切な希望につながる支援だと思ふ。これを支えるメンバーは、病院の緩和ケアチームメンバーの構成と異なる。地域によって関わる医師、看護師、薬剤師などが同じとは限らない。さらに、在宅ホスピス緩和ケアは、医療保険、介護保険が関係して、チームアプローチも多くの職種が関わっている。介護保険ではケアマネージャー（居宅介護支援事業所）、訪問入浴、ヘルパー（訪問介護事業所）、福祉用具業者、医療保険では在宅医（在宅療養支援診療所）、地域病院、調剤薬局、訪問看護師、後方支援病院、行政として地域包括支援センター、病院の地域連携室（医療ソーシャルワーカー）などによって連携が組まれる。地域によって、在宅ホスピス緩和ケアを支えるメンバーも変わることも多いが、連携がとれ、調整会議などを行うことで一体となったチームが組めるよう

になる⁶⁾。

『ホスピス緩和ケア白書 2013』で在宅ホスピス緩和ケアの現状と展望が述べられている。参照されるとよい⁷⁾。

さまざまな人たちの役割

① 薬剤師

薬剤師は病院薬剤師と調剤薬局での薬剤師の役割がある。病院薬剤師の役割は、がん治療などの薬物療法のレジメン管理、無菌調整、服薬指導、感染管理など多岐にわたる。また、チーム内では、患者が安心して治療が受けられるように薬の副作用や対応について説明と同時にスタッフにも指導しなければいけない。調剤薬局では、医薬分業のもと、医師の処方箋に基づいて薬を調剤し、服薬管理指導をする。在宅調剤薬局は、在宅介護の支援もし、寝たきりの方や通院が困難な方に、医師の指示により、自宅訪問、配薬、薬剤管理など在宅ホスピス緩和ケアのチームとして非常に大切である。

② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

患者は自分で自分のことができなくなると、実存の喪失、生きる希望が見出せなくなる。いかなる場合にも生きる希望を見出し、その瞬間まで自立を支援し、尊厳性を大切にしたい関わりが必要であり、その支援のためにはリハビリテーションがとて大切である。理学療法、作業療法などにより、自立に向けて残された機能を回復向上させ、生きる希望を引き出し、言語や嚥下訓練により自ら食を味わい、コミュニケーションを取り戻すことは尊厳に関わる問題であり、喜びの提供である。

③ 歯科医師、栄養管理士

口腔内のケア、治療により食べるという欲求を満たし、少しでも美味しく味わうということの食べる楽しみは生きる希望につながる。また、栄養サポートチームによる栄養指導も、とても大切である。

④ 音楽療法士、園芸療法士、アロマセラピスト、アニマルセラピスト

病状の進行とともに精神、心理的な不安、悲しみ、恐怖などに直面する。また、スピリチュアルな苦悩が起ってくる。その時、日常生活や自分の生きてきた人生に情緒面から潤いを与えてくれる役割が必要である。これらの人びとが日常生活の潤滑油であり、心のヒーリングであり、心の平安を少しでも引き出して、気持ちのつらさに寄り添うことによって、生きる希望につながっていく。

⑤ 臨床心理士、チャプレン、僧侶

病気の進行に伴い、将来への希望が見出せなくなる。愛する人と別れなければならない。自分で自分のことができなくなる。すべてが削ぎ落とされていく。そして、人間の及ばない世界に気づいていく。このスピリチュアルな苦悩に対して傾聴、共感、受容というコミュニケーション、寄り添いが必要であり、死にゆく人への道標がいるのである。岡部は自らの闘病の中で、死にゆく人に「死の道しるべ」が必要であり、臨床宗教師の誕生に全精力を傾けた⁸⁾。

⑥ ボランティア

ボランティアは社会の風を入れ、いつでも社会とのつながりをもった日常の生活をサポートすることが大切である。患者・家族の生きる意味に輝きを与えてくれる。本来的な緩和ケアの在り方は、緩和ケア病棟でも、緩和ケアチームでも、在宅緩和ケアでも、そのケアを通してさまざまな職種とボランティアなど地域社会の人々が共に手を携え合って、心身の困難に直面している人びとを支えることができる⁹⁾。

⑦ 医療ソーシャルワーカー、ケアマネージャー

心理社会的な支援、経済的な問題、仕事の問題、セカンドオピニオン、家族支援、地域連携、在宅療養への連携、在宅療養を支える支援体制、遺族への支援など、幅広くチームケアの中でのコーディネーターの役割があり、そのことにより、患

者・家族が今の時を有意義に生きることへの橋渡しが求められている。

⑧ チャイルド・ライフ・スペシャリスト

チャイルド・ライフ・スペシャリストは、子どもが受け身になりがちな医療の中でも、医療環境にある子どもや家族に、心理社会的支援を提供する専門職である。子どもや家族が抱える精神的負担を軽減して、主体的に医療体験に臨めるよう支援し、「子ども・家族中心医療」を目指している¹⁰⁾。

おわりに

ホスピス緩和ケアの患者・家族への究極的なケアは霊的なケア（スピリチュアル、実存ケア）であると考える。悩まれ苦しみにある患者や家族の方の足下にそっと灯りをかざすことではないか。温かい心の通い合いであり、患者と家族の不安に寄り添い、薄明るい歩むべき道筋が見えてくるように傍らに立つことではないか。そのために多くの専門の人たちの支えが必要なのである。

文 献

- 1) WHO ホームページより [http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/]
- 2) 柏木哲夫：定本ホスピス・緩和ケア。青海社、2006
- 3) ホスピス・緩和ケア病棟の現状と展望 厚生科学研究「緩和医療供給体制の拡充に関する研究」班、2001
- 4) 森田達也、他：緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方。青海社、2008
- 5) 石谷邦彦 監修：チームがん医療実践テキスト。先端医学社、2001
- 6) 前野 宏：教えて在宅緩和ケア。北海道新聞社、2014
- 7) 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2013。日本ホスピス緩和ケア研究振興財団、2013
- 8) 奥野修司：看取り先生の遺言書。文藝春秋、2013
- 9) 山崎章郎：なぜ、緩和ケアにボランティアは必要なのか。緩和ケア、2008
- 10) チャイルド・ライフ・スペシャリスト協会ホームページより [childlifepespecialist.jp]

2. 薬剤師

縄田 修一

(昭和大学横浜市北部病院 薬局・病院薬剤学講座, 薬剤師)

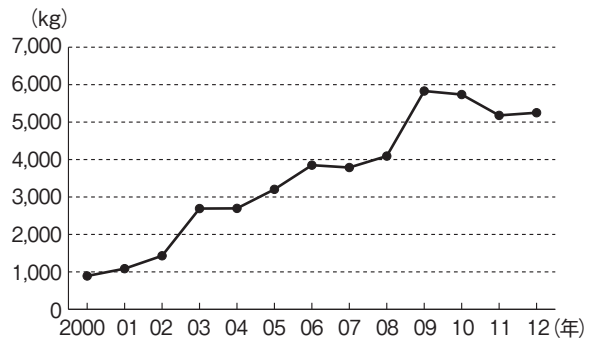
ホスピス緩和ケアにおける薬剤師の役割は、大きく2つに分かれると考えられる。1つは、チーム医療での薬の責任者としての薬の安全かつ適正な使用の推進である。もう1つは、疼痛緩和において欠かすことのできない麻薬の管理である。麻薬管理とチーム医療における薬剤師の役割の側面から薬剤師のホスピス緩和ケアにおける役割を述べる。

麻薬の使用量推移と麻薬管理

緩和ケアにおける疼痛管理に重要な役割を果たしているのが、医療用麻薬である。医療用麻薬の使用量は、わが国における疼痛治療の現状の1つの目安として紹介されている。モルヒネ使用量は、1989年にMSコンチン[®]が発売され、がん疼痛治療を目的に患者自身が管理するきっかけとなり広く普及し始めた。その後、2002年にフェンタニルを成分にする貼付剤のデュロテップ[®]パッチ、2003年にオキシコドン[®]を成分とする経口製剤のオキシコンチン[®]、オキノーム[®]散、2013年にはフェンタニルの速放口腔内吸収製剤であるアブストラル[®]舌下錠、イーフェンバツカル[®]錠が発売された。

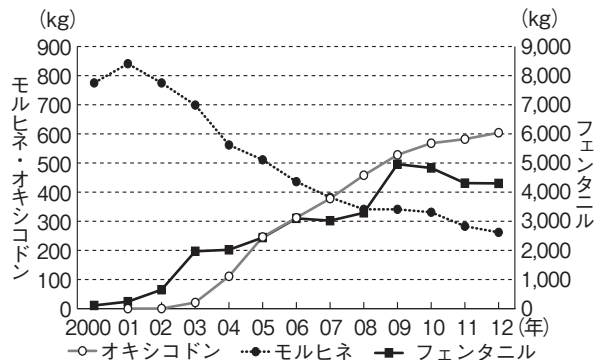
モルヒネ量換算の3成分合計使用量は2001～2011年の10年間で約6倍増加した(図1, 2)¹⁾。また、フェンタニル貼付剤はがん疼痛治療のみでなく、慢性疼痛にも使用されるようになった。さらに2013年メサドン(メサペイン[®]錠)、2014年タペントロール(タペンタ[®]錠)など新規の麻薬成分の薬も発売された。

このように、この15年で医療用麻薬は、病院内から在宅で生活する患者さんの手元に急激に広



[モルヒネ換算の定義] 国際麻薬統制委員会 (INCB)・統計のために定義された1日投与量 (S-DDD: フェンタニル 0.6mg=オキシコドン 75mg=モルヒネ 100mg) で換算

図1 モルヒネ換算使用量の推移¹⁾



[モルヒネ換算の定義] 国際麻薬統制委員会 (INCB)・統計のために定義された1日投与量 (S-DDD: フェンタニル 0.6mg=オキシコドン 75mg=モルヒネ 100mg) で換算

図2 各オピオイドのモルヒネ換算使用量の推移¹⁾

まった。麻薬の調剤が可能な「麻薬小売業免許」を有する薬局も2009年には、34,707件にのぼり、全薬局数53,642件の64.7%となっている。しかし、伊勢ら²⁾が2009年に全国3,000施設を対象に行ったアンケート調査(回答施設数1,036施設:回収率34.5%)では、麻薬小売業者の免許を有する薬局が795施設(76.7%)、麻薬の在庫を有して

いる施設が637施設(61.5%)、経口麻薬製剤の調剤を行っている施設が555施設(53.6%)、月平均の麻薬処方箋受け入れ枚数は1枚未満が557施設(53.8%)と最も多く、6枚以上は92施設(8.9%)であった。このことから、麻薬小売業の免許を有していても、麻薬の調剤を実際に行っている施設は少ないことが分かる。このような現状の中、2014年度基準調剤加算では、加算条件の1つに「麻薬小売業者免許」を有することが条件になっており、免許を有する薬局はさらに増えるものと考えられるが、患者指導の質の確保が急務と考えられる。

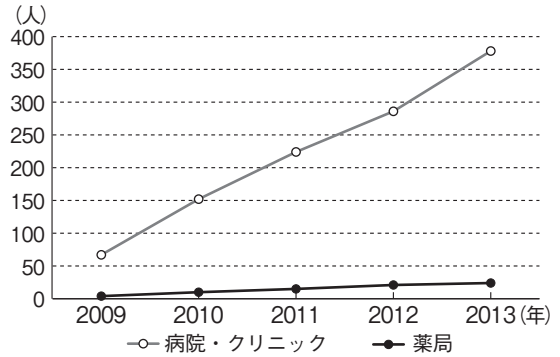
病院における麻薬管理もがん患者さんの疼痛管理を目的に使用される麻薬が中心となったことから、2011年4月に出された「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」では、疼痛治療の向上を目的に入院中の患者さんの麻薬の自己管理が認められた。そこで、多くの病院が麻薬管理者である薬剤師を中心に麻薬の自己管理の方法について取り組むことになった。大柄根ら³⁾は、麻薬の自己管理が可能かどうかを事前に看護師、薬剤師でアセスメントすることで、安全かつ適切に入院中の患者さんが麻薬の自己管理を行えたと報告している。

以上のように、がん疼痛治療の向上のために多くの医療用麻薬が発売され、消費量も大幅に増加した。さらに、その状況に対応するために保険薬局における麻薬小売業免許取得の促進や病院・診療所に入院中の患者さんの麻薬自己管理が認められるなど、麻薬管理における薬剤師の役割は増している。しかし、これらの運用が円滑に進むためには、薬剤師自身の緩和ケアにおけるスキルアップや他の医療者への薬剤に関する情報提供、患者さんや一般の方への正しい麻薬に関する知識の啓発などが不可欠である。

次に、薬剤師のこれらの課題への取り組み状況について述べる。

緩和ケアにおける薬剤師の活動

ホスピス緩和ケアにおける薬剤師の活動としては、いくつかの学会活動がある。NPO法人日



日本緩和医療薬学会が公表している認定薬剤師名簿より作成。所属が記載されていないまたは病院・クリニック、薬局勤務以外の6名を除く推移

図3 日本緩和医療薬学会認定緩和薬物療法認定薬剤師数推移¹⁾

本緩和医療学会に所属している薬剤師会員数は、2001年3月末には70名(全会員1,829名の4%程度)だったのが、2015年1月時点では、1,134名(全会員11,559名の10%程度)と増加している。また、薬剤師の緩和医療域における認定制度の設立を1つの目的として2007年に発足した一般社団法人日本緩和医療薬学会は、2013年には会員数が3,500名を超えるまでに成長している。学会が行っている「緩和薬物療法認定薬剤師」は、2009年から認定が開始され、病院勤務および保険薬局薬剤師の両方が取得できる認定制度として2013年度には400名程度の薬剤師が認定を受け活動している(図3)。

また、がん領域では、一般社団法人日本病院薬剤師会が認定する「がん薬物療法認定薬剤師」829名(2014年10月時点)、一般社団法人日本医療薬学会が認定する「がん専門薬剤師」377名(2014年9月時点)が認定されており、がん治療全般の知識並びに緩和ケアの知識を有する薬剤師として、それぞれの現場で活躍している。

しかし、がん領域では、近年の外来化学療法急激な進歩と発展を背景に病院薬剤師のみでなく、経口抗がん薬の処方箋を応需する薬局との連携が重要視されている。これらの社会的ニーズに応える形で一般社団法人日本臨床腫瘍薬学会が2012年に発足し、2014年3月には、病院・クリニック薬剤師のみならず薬局勤務薬剤師も取得可能な「外来がん治療認定薬剤師」が発足し、病院・

クリニック勤務者 46 名，薬局勤務者 1 名が認定されている。

このように，ホスピス緩和ケアにおける薬剤師の専門性を担うための学会活動はこの 10 年で急速に盛んになってきた。さらに今後，重要性を増すと考えられる在宅医療の分野についても，一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会，一般社団法人日本在宅薬学会などが発足し，在宅チーム医療における薬剤師の役割を担うべく活動をしている。一般社団法人日本在宅薬学会では，在宅療養支援認定薬剤師制度を発足させており，今後，認定を取得した薬剤師が在宅医療の中心を担っていくことが期待されている。

次に，緩和ケアチームにおける薬剤師の活動状況を報告する。日本緩和医療学会が行っている緩和ケアチーム登録データによると，2012 年度に登録された 485 チームのうち，薬剤師が専任・専従でいるチームは 34.6% (168 / 485) であった。このうち都道府県がん拠点病院では 58.8% (30 / 51)，地域がん診療連携拠点病院では 42.6% (106 / 249) であり，がん医療の中核的役割を担っている病院では専従・専任の割合が高かった。また，病床数が 1,001 床以上では 76% (19 / 25)，501 ～ 1,000 床 47.4% (93 / 196)，500 床未満 21.2% (56 / 264) と薬剤師数が多いと思われる病院では専従・専任の割合が高かった。しかし，多くの病院の緩和ケアチームでは専従・専任でなくてもなんらかの形でチームに薬剤師が関わっている例が大多数であり，これらの関わりについてもデータとして抽出していく必要があるだろう。

最後に，地域でのホスピス緩和ケアに関する活動について述べる。各地域で一般の方を対象にした緩和ケアの普及活動が行われてきた。特に，オレンジバレーンプロジェクトは，2008 年から日本緩和医療学会が厚生労働省委託事業・緩和ケア普及啓発事業として，一般の方への緩和ケアの普及に力を入れている取り組みである。

薬剤師の取り組みとしては，筆者が発足から関わっている「神奈川県薬剤師がん疼痛緩和研究会」（以下，当研究会）の取り組みを紹介する。当研究会は，市民および薬剤師へのがん疼痛緩和の啓発を目的に神奈川県病院薬剤師会，神奈川

県薬剤師会の支援のもと発足した研究会である。2004 年から年 1 回の市民公開講座を毎年行っており，薬剤師による医療用麻薬に関する講演と緩和ケアに関連する特別講演，会場の質問に回答することを中心にしたシンポジウムから構成されている。薬剤師による医療用麻薬に関する講演では，講演前後で聴講した一般の方の麻薬に関する誤解の解消に努めている。

課題と今後の展望

ホスピス緩和ケアにおける薬剤師の役割は，ここ 10 年で大きく変わった。多くの関連学会の発足や認定・専門制度の確立，保険制度の変更などにより社会のニーズとともに多くの薬剤師が緩和ケアの向上に貢献するようになった。

医療用麻薬が広く普及するとともに，海外では不適切な使用や乱用が問題となってきた。日本国内でも医療者による不適切な麻薬使用が問題となっており，今後は，一般社会でも医療用麻薬の不適切利用が問題になる可能性が高く，薬剤師による適切な管理，医療者や一般の方への啓発活動が重要になってくると考えられる。

また，ホスピス緩和ケアにおいては，多くの種類や剤型のオピオイド製剤が利用可能となったことから，それぞれの薬剤の特徴を踏まえた適切な使用への貢献が薬剤師に求められている。これは，病院・診療所のみならず在宅医療でのニーズがより高いと考えられる。病院・診療所の薬剤師と在宅医療を担う薬剤師が密に連携し，シームレスな緩和ケアの提供に貢献していくことがより必要になるだろう。

文献

- 1) がんの統計 '13. p. 94, がん研究振興財団 (厚生労働省調べ 2012 年) [http://ganjoho.jp/data/professional/statistics/backnumber/2013/cancer_statistics_2013.pdf]
- 2) 伊勢雄也，森田達也，前堀直美，他：麻薬小売業者間譲渡許可免許に対する調査研究. Palliat Care Res 5 (2) : 213-218, 2010
- 3) 大柄根いづみ，斎藤真理，縄田修一，他：入院患者のための新しい医療用麻薬管理システムの構築と評価. Palliat Care Res 5 (1) : 114-126, 2010

3. 理学療法士

林 邦男

(栄光病院 リハビリテーション課, 理学療法士)

はじめに

2006年のがん対策基本法が制定され、2010年の診療報酬改定においては、疾患別リハビリテーション（以下、リハ）としてがんリハビリテーション料が初めて認められ、周術期を中心としたがん患者へのリハが積極的に提供されるようになった。わが国においてがん患者に提供される医療、介護は質的、量的に年々充実してきている。そのような流れの中で2013年に日本がんリハビリテーション研究会が発足し、がんリハの普及とその領域の今後の臨床や研究の質の向上を図り、がんに従事するリハ専門職種を養成するに至っている。

今後、2025年問題を代表とする国家として初めて迎える超高齢化社会、あるいは多死社会とも呼ばれる人口バランスの変化に対して、国の施策として地域包括ケアシステムの確立が急がれている。その一方で、われわれ理学療法士（以下、PT）にはがんを中心とした終末期の医療、介護の現場でどのような役割が求められ、また、がん終末期に関わるうえでPTをはじめとしたリハ職種にどのような心構えや態度が必要とされていくのか考えていきたい。

リハビリテーションとスピリチュアリティ、そしてホスピス

Rehabilitationの語源はラテン語であり、「re（再び）+ habilis（～らしい、～に適した）+ ation（接尾語）」で構成されている¹⁾。

したがって、「再びその人らしい生活（人生）を取り戻す」と解釈するのが適切であろう。

そんなPTとして働くリハの現場で、患者からしばしばこういう言葉を耳にすることがある。

- ・家事が出来ない私は役立たず…
- ・仕事ができない（収入がない）自分は生きている意味がない…

これらの言葉は、村田²⁾が提唱しているスピリチュアルペイン（自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛）の一部であり、“どのような状態であれ私は私である、今の私でいいんだ”と自分で思えない状態のことを指すものともいえよう。スピリチュアリティとは「私は私だ、今の私でいいんだ」と自己評価（自己受容）へ促す働きがある。

そして、近代ホスピス運動の創始者であるシシリー・ソングースは

「あなたがより良い死を迎えるのを手伝うだけではなく、あなたが“最後まであなたらしく生きる”ことの力になりたい」

と語った。

私が終末期医療の現場にかかわり始めてまだ浅く、PTとして介入することの意義を見出せずにもがき苦しんでいる頃に先輩看護師から教えていただいた言葉でもあり、今でも臨床経験を重ねるうえで大切にしている言葉のひとつとなっている。

これらのことを踏まえると、リハ医療の現場においてスピリチュアリティという用語が用いられることや、がんや神経難病の終末期および高齢者医療の現場で、最後までリハ医療が提供され続けることは、ごく自然なことであるといえよう。

たとえば、もっとも身近にできるスピリチュアルケアとして“挨拶”がある。これは、目の前を通り過ぎる患者に対して目線を合わせ、しっかり声が届くように挨拶することが“あなたの存在を認めていますよ”という意味表示となり、ケガや病気で自己の存在評価が揺らいでいる患者に対するスピリチュアルケアに繋がると考えている。

スピリチュアリティを支えるセラピストの心得

PT およびリハ職種には、以下に述べる①～③の3つの役割があることを心得て臨床に望んでほしい。

① 身体機能の維持, 回復

ホスピス緩和ケア病棟に入院してくる患者は、前院や在宅での長期にわたる安静から廃用性変化をきたしていることもしばしばであり、医師の適切な症状コントロールの後にリハ職種が介入することで具体的な効果を得ることが、スピリチュアリティを支えることに繋がる。

② 社会性再構築のサポート

患者は病状の進行に伴う転院や在宅からの入院を余儀なくされるようになり、住み慣れた生活環境や慣れ親しんだ人間関係（医療者を含む）から引き離されることになる。特に、ホスピス緩和ケア病棟への入院となると個室対応となることが多く、患者同士の接する機会が少なくなる。これは医療者と患者の関係では得られない、患者同士で癒しを提供し合うといった貴重な機会を失ってしまうことになりかねない。したがって、患者自身を取り巻く社会を再度つくり直す必要性が出てくる。

〔当院での一例〕 栄光病院（以下、当院）では、毎週火曜日の午後3時から作業療法士と音楽療法士が協同で「お茶会」を開催している。ホスピス病棟入院中の患者を対象としたグループ活動である。当初の目的としては、「慣れ親しんだ音楽と共にコーヒーや紅茶、緑茶などを提供して、入院生活に彩りを添えたい」といったような“おもてなしの心”から始まった。それから約8年が経過し、スタッフの創意工夫が継続的に重ねられた結果、当初の目的に加えて、1週間の生活リズムの構築の場、入院生活の中で人間関係の再構築の場、患者にとっての社会を提供する機能がお茶会にはあるのではないかなどの気づきを得られるようになった。今では、日常的に提供できるイベントとして他職種からも評価を得ている。

③ 「私とあなた」としての役割

最初から役割として掲げるのが適切か否かは検討の余地はあるが、医療者と患者には、結果として避けることができない関係性として、「私とあなた」というもうひとつの関係性がある。この関係性を理解し、目の前の患者との出会いを大切にしておくことも添えておきたい。

④ ポイント

前記①～③は、常に同時進行で行われるものである。すなわち、エビデンスに基づいた専門職としての関わりが患者の病状進行と共に困難となったときに、具体的な技術を提供できないことに無力感を感じて役割を終えるのではなく、状況によっては現在進行形で繋がっている「私とあなた」という人間関係の中で病室を訪れ、顔を見る、会話をし、ベッドサイドの椅子に腰を下ろして場を共有するなどのことに対して価値観を見出すということである。これは、人生経験豊富な患者はPTに対して答え（answer）を求めているのか、それとも応え（response）を求めているのか、PT自身がその場の雰囲気を感じ取る能力が求められる場面である。われわれPTをはじめとするリハ職種には、専門的知識・技術を磨く一方で、専門性の限界を知り、それでも関わり続けることが時には求められている。

終末期におけるリハスタッフの大切な心得は、“何か専門的技術を提供した自分へのみ価値がある”のではなく、“ただ患者に関わっていること、そのものに大きな価値がある”ということを理解することである。

当院におけるリハビリテーションの介入

当院においては、約15年前からホスピス病棟におけるリハの介入を開始している。2013年度実績では3病棟71床、平均在院日数約43.6日という状況に対してPT5名、作業療法士4名、言語聴覚士1名、音楽療法士1名が非専従の形態で配置されており、症状コントロール後の入院生活の質（QOL）を高めることを目的に月平均60件程度の処方医師よりなされている。

表1 アンケートーホスピス病棟にリハ職種が関わる必要性に関する多職種意識調査

下記A～Uの項目の中で、重要と感じる項目から順位をつけて1位～5位まで数字をご記入ください	
I. 専門性を生かした関わり	A () 廃用性変化(関節拘縮, 筋力低下, 心肺機能低下 他) 予防を目的とした介入 B () 呼吸苦軽減, 褥瘡予防, 安楽な肢位の提案を目的としたポジショニングのコンサルト C () 慢性疼痛, 長期臥床による不快感軽減を目的とした介入(リラクゼーション, 関節アプローチなど) D () 認知症予防, 進行抑止を目的とした個別, またはグループでの介入 E () QOL改善, 生活リズム構築, 精神機能賦活を目的とした作業活動の提供(作品制作, 園芸など) F () 可能なかぎり自立した生活を実現することを目的としたADLへの介入(含:福祉用具, 装具提案) G () 可能なかぎり最後まで食べる, 飲む, といった楽しみを実現することを目的とした介入 H () 音楽という媒体を利用し, 感情表出や人生の振り返りを引き出すことを目的とした個別の関わり
II. 楽しみや日常の提供, 自然からの癒しをもらう中継役としての関わり	I () 1週間の生活リズムの構築, 他者との交流の機会, 音楽を用いた楽しみや場や人生の振り返りの場の提供を目的とした毎週火曜日のお茶会 J () 外の空気を吸う, 自然の風に吹かれる, 陽の光を浴びるといった病前は当たり前に行っていた自然に癒されるという日常を提供することを目的とした外出支援(含:屋外歩行訓練, 車椅子散歩) K () 話の傾聴
III. 家族に対する関わり	L () 家族でも可能な簡単なマッサージなどの指導 M () 在宅復帰を目的とした患者, 家族への家屋調査やADL指導 N () 話の傾聴 O () グリーフケアの一環として, お別れ式, ご葬儀, 追悼記念会などへの参加
IV. 希望を支える関わり	P () たとえ終末期という状況であろうが, 機能回復の見込みがなかるうが, 「頑張りたい」という気持ちに寄り添うためにリハビリ専門スタッフが関わっているという事実 Q () 尊厳を支えることを目的に, 実用性の有無にかかわらず, 「立つ, 歩く, トイレ」などへの介入
V. チームアプローチの一環としての関わり	R () 各種ミーティング, カンファレンスへの参加 S () 季節ごとのイベントへの参加とサポート
VI. 病棟スタッフに対する関わり	T () スタッフの負担軽減を目的とした介助方法の提案 U () スタッフの疲労軽減, 腰痛予防, 腰痛再発予防を目的としたケア方法の提案と実際のケア(治療)

2014年5月2日～9日に「緩和ケア領域におけるリハビリテーション介入の臨床的意義」を他職種意識調査という形でアンケートを実施したので、ここで紹介する(表1)。

アンケート項目は、過去に当院リハ科で実際に提供してきた内容をもとにして作成した。6領域(I～VI)、21項目(A～U)からなり、現状把握を目的としたプリコード法を用い、回答項目は5つの選択複数回答方式にて実施した。

- ①希望を支えることを目的に終末期という状況においてもリハ職種が関わっている事実そのものを求められていること
(第IV領域 項目:P, Q)
- ②当然のことではあるが、痛みや不快感、廃用性の変化に対して、専門職としての知識と技術が求められていること
(第I領域 項目:A, B, C)

③楽しみや日常の提供, 自然からの癒しをもらう中継役としての関わりを求められていること
(第II領域 項目:I, J)

④「最期まで自分でトイレに行きたい」「最後まで食べる楽しみをもち続けたい」という生理的欲求を満たすとも尊厳を守るともいえることに関わりを求められていること
(第I領域 項目:F, G)

以上4つの結果が得られた。

③に関して、前記【スピリチュアリティを支えるセラピストの心得】の②で述べたように、グループ活動による楽しみや日常の提供、屋外散歩という活動のその先には、患者自身では展開が困難な入院生活における人間関係などの関係性の再構築をサポートするという役割があると考えている。

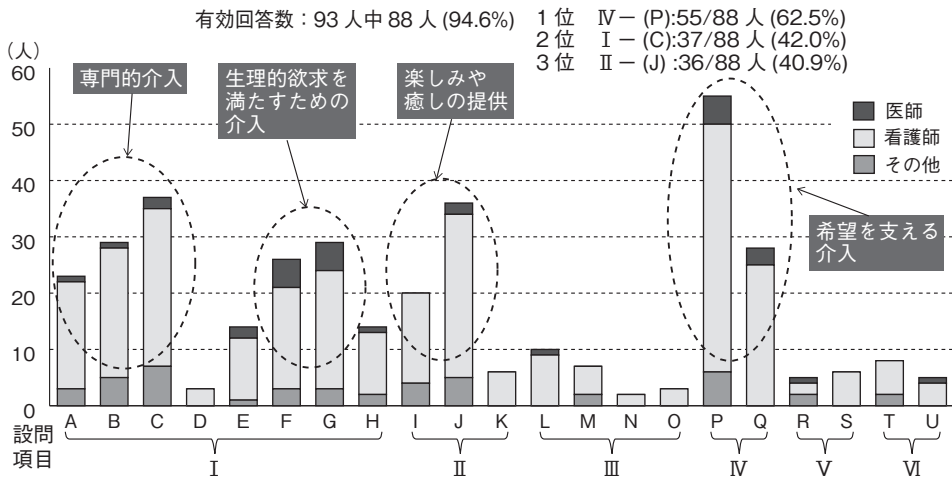


図1 全医療スタッフ合計で回答頻度の高い項目(1位～3位)の内訳

PTに求められる専門性

1. 廃用性変化予防（筋力低下，関節可動域，循環器機能，呼吸器機能など）
2. 移動方法の獲得（歩行訓練，車椅子自己駆動など）
3. 疼痛，不快感の緩和（徒手，ポジショニング）
(図3)
4. 日常生活動作への支援，周辺環境調整（移動式手すり設置，ベッドの高さなど）
5. 外出・外泊支援（介助法の家族指導，リスク説明など）
6. 装具・補装具・福祉用具の選定と紹介，指導
(図4,5)
7. 看護師・介護スタッフ，家族の腰痛管理（要因分析，体操指導，靴の選定など）
8. 医学的知識の蓄積（多職種情報共有）

「6」に関して，終末期がん患者の特徴として，「鍛えて動作を獲得する」というよりも，「残存機能を活かす適切な福祉用具を選定する」といった介入でQOLが大幅に改善する場面がしばしばみられる。介護者の身体的負担を軽減する意味でも，福祉用具の適切な選定は重要である。

今後の課題と展望

① 今後のPT業界全体の展望

2014年3月，日本理学療法士協会の半田一登会長から協会ホームページ³⁾にて，「ADLと

QOL，そしてQOD」というタイトルでメッセージが発表されている。この中で会長は“quality of death (QOD)”という用語を紹介しており，「死を前提としながら現在を生きることを見出すこと」と述べている。

また，「世界に例をみない日本の超高齢化社会にあって，右肩上がりのリハ思想による，右肩上がりの理学療法に終始することへの違和感」を述べており，機能回復を前提とした理学療法のみで終始することへの警鐘を鳴らしている。「防ぐための理学療法」，「治すための理学療法」の質を上げていくことはもちろん大切であるが，がんや神経難病などの終末期の患者や在宅で過ごす高齢者などの「右肩下がりの中での，支えるための理学療法」の実績を積み重ねていくことも，社会の中で求められ続け，われわれの職域を拡げていくことに繋がっていくと私は信じている。

② 在宅・施設分野におけるPTの職域拡大

私事ではあるが，1昨年に100歳になる認知症を患った祖母を有料老人ホームで看取った。祖母にとってまさに最後の家となったのだが，そこには非常に穏やかな時間が流れており，家族という立場で安心して身の回りの世話を任せ，安心して顔を覗きに行くことができた。祖母の尊厳はしっかりと保たれており，それを支える家族1人ひとりの気持ちに寄り添ってくれていたように思う。さらには，リハの概念も実践されており，あるが



タイヤが大きく段差が越えやすいことと座って休憩できる機能がついているのが利点。

図3 屋外歩行対応型歩行器



文字通り、座面と背面に水が入ったバッグが内蔵されており、骨転移のある患者の離床時に抜群の性能を発揮する。

図4 ウォーターチェア

ままだに祖母らしく安心して暮らしていた。病院にしか勤めたことのない私自身の中にあった施設での看取りの不安なイメージや味気なさ、家族としての後ろめたさなどの誤解を変えてくれる貴重な経験となった。

しかし一方で、施設職員の負担の大きさも気になるところであった。まず第1に、腰痛などの身体的負担である。介護職員に対して、患者も職員も負担の少ない介助法の提案や腰痛体操指導などで定期的に関わる必要性を感じた。そして第2に、精神的負担である。多忙な業務の中での精神的負担に対して、ストレスマネジメントを行うことも大切であるが、「自分たちが当たり前を提供している介護が、実はその人と家族にとって尊厳を支える重要な役割を果たしている」という肯定的意

味づけをフィードバックすることで介護職員の背中を押すような役割を果たすことでも、PTの介入の余地があると感じた。

③ 教育、研究の重要性

2014年11月に大分県別府市で開催された「第38回 日本死の臨床研究会年次大会」に参加してきたが、リハ領域の発表は少ない状況であった。現場からのニーズが高いにもかかわらず、終末期におけるPTおよびリハ職種の介入はまだまだマイナーな分野であることも事実であると痛感した。

日本がんリハビリテーション研究会代表の辻⁴⁾は、自らの著書の中で、「がんと共存する時代となった今、評価方法の確立、EBMに基づいた臨床研究などによる社会に対するアピールが求められる」と語っている。徐々にではあるがPT養成校やPT職能団体からの講義依頼が来るようになってきているが、今後は養成校での教育や卒業後の教育に加えて、もっと社会に向けてリハの重要性をアピールする機会がさらに必要と考える。

④ 病院経営上の課題

ホスピス緩和ケア病棟においてリハの介入は緩和ケア入院基本料の中に包括されており、個別介入や家屋調査に要した時間が診療報酬として出来高で算定可能な状況には未だ至っていない。これは、終末期医療の現場からのニーズが高いにもかかわらず普及が進んでいない大きな要因であり、今後は、病棟ごとに専従スタッフを配置することに対して加算を認めるなどといった診療報酬上の理解が望まれるところである。

おわりに

本稿では、当院ホスピス病棟において私がPTとして長年にわたってリハを提供する中で学んだことを述べた。がんを中心とする終末期医療の現場において、PTやリハ職種が関わることはとてもエネルギーを要することであり、時には役割や方向性を定めきれず、セラピスト自身の存在を確認・肯定することに戸惑うこともあるであろう。

そのような場面こそ、エビデンスに基づいた関わりに加え、患者のスピリチュアリティやその人らしさを理解しようと努め、支えることの意義がとても大きいと確信している。

また、その人らしさを支える緩和ケアチームの一員である、という役割を認識することの大切さも日々の臨床経験の中で学んでいる。

今まで当院ホスピス病棟で出会った患者さん方やご家族に感謝しつつ、今後も現場でさらに多くの研鑽を積んでいきたい。そして、ホスピス緩和ケア領域におけるPTの役割についてさらに学びを深め、広く伝えていくことで、がん終末期の現場においても当たり前になりハが提供される日ができるだけ早く来ることを望んでいる。

引用文献

- 1) 今田 拓：リハビリテーション医療をめぐる社会保障制度総説. リハビリテーションマニュアル, 日医会誌 112 (11) : 282-289, 1994
- 2) 村田久行：日本死の臨床研究会 九州支部・第25回研究集会, 教育講演「スピリチュアルケア」, 2009
- 3) 日本理学療法士協会：ADLとQOL, そしてQOD. [http://www.japanpt.or.jp/members/message/old_message/2014_03101]

参考文献

- 1) 清田直人 著, 三木浩司 監修：スピリチュアルペインとスピリチュアルケア—末期がん患者の心のケア. 死をみるころ生を聴くころⅡ—緩和ケアの場にいきる心理的援助と技法. p.147-167, 木星舎, 2006
- 2) 辻 哲也 著, 門田和気, 有賀悦子 編：コンサルテーションスキル—リハビリテーション科医からの提言. 緩和医療の基本的知識と作法. メジカルビュー社, p.157-164, 2012

4. 作業療法士

目良 幸子*¹ 里見 史義*² 臂 美穂*³

(^{*1} たなかクリニック, 作業療法士 ^{*2} 倉敷中央病院, 作業療法士)
(^{*3} 公立みつぎ総合病院, 作業療法士)

はじめに

作業療法士 (OT) は理学療法士 (PT), 言語聴覚士 (ST) と並び医学的リハビリテーション領域の専門職である。作業療法の起源は精神科医療の道徳療法にある。英語名 occupational therapy という名称が示すように, あることに専念する, 没頭することにより人のこころと身体に効果的変化を起こすことをその目的にしている。作業療法の目標は, その人らしい生活を維持, 回復することであり, それにより可能なかぎり QOL を高めることにある。日本国内での有資格者数は 2014 年 4 月現在 70,675 人で, この 20 年で約 10 倍に増加した。

作業療法士の役割

① 終末期リハビリテーションにおける 作業療法の意義

作業療法士の役割は, 今その人にとって意味のあることは何かを共に考え, 実行することにある。具体的には身体機能面の回復, 精神・心理機能面の回復, 生活動作面の問題に対応すること, 対象者自身とその家族が可能なかぎり自分らしく生活できるように支援することである (表 1)。

人が主体的に自分らしい時間をもつことができると, その人が本来もつ力を発揮することができる。自己効力感や充実感を感じることができる。また, 意味ある作業活動に集中することで苦痛が緩和され, 気分転換を図ることができる。そして, 作業活動の結果として形のあるものが生まれると, その作品は自分自身のエネルギーが形を変えたものとして目の前に残る。

表 1 作業療法の役割

- ① 身体機能の維持と向上
- ② 精神・心理機能の安定と賦活
- ③ 日常生活活動への支援
- ④ 外出・外泊・退院支援
- ⑤ 職業活動への支援
- ⑥ 家族指導・支援
- ⑦ 安楽な休息と適度な活動の提供

「回復を期待できない終末期にリハビリテーションは必要か?」という疑問があるが, 廃用性障害を軽減し, 心身のコンディションを整えて, 可能なかぎり快適に生活を維持するためにはリハビリテーションの技術を使用した介入が必要である。また, リハビリテーションという言葉には前向きな響きがあり, 対象者の中には「最後までリハビリテーションが続けられる」ということ自体に希望を見出す方もいる。

終末期に大切なことは, 対象者自身が自らの残された時間とエネルギーをどのように使いたいかということ尊重することである。その人らしい在り方, 時間の使い方を可能なかぎり支援することが大切で, そのためには, よくコミュニケーションし, 対象者の人となりや生活歴を理解し, 意思を確認することが必要である。

② 終末期リハビリテーションにおける 作業療法の内容

1. 身体機能の維持と向上

関節可動域, 筋力, 持久力, 協調性など身体機能に問題がある場合には, その機能の回復と維持を目指す。また, 全身機能が低下してきた場合には活動性を維持し, 廃用障害を予防することが必要である。

2. 精神・心理機能の維持と向上

認知機能や集中力の維持や向上、心理的な安定などを目的とする。その人自身の活動エネルギーが残されているにもかかわらず、入院生活での活動制限や安静のための行動制限などにより刺激がなく退屈に過ごしている人に適切な活動を提供することがよい刺激となる。

3. 日常生活活動への援助

毎日繰り返す日常の活動はその人らしい生活の基礎といえる。自分自身の力で、自分なりの方法とタイミングで日常生活動作を行うことは個人の尊厳を守るという点からも意味が大きいと考えられる。特に、食事と排泄は最後まで自分の力でやりたい活動である。そのために心身機能の評価を実施し、自助具の選択や姿勢調整、環境設定により安全で適切な実施方法と必要な介助方法を指導することは大きな役割のひとつである。

4. 外出・外泊・退院への援助

入院中または入所中の対象者が外出、外泊するために必要な準備と練習を行う。たとえば、車椅子の操作や介助方法、自動車への移乗、玄関へのアプローチなどに関して具体的な状況設定を行って練習を繰り返す。そのために自宅見取り図の作成、必要な機器の選択などを家族や理学療法士、看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャーなどの他職種と協力して進めていくことが必要である。

5. 職業復帰または残務整理などのための支援

職場へ復帰したいとの希望があり、その体力があり、状況が可能であれば復職のための訓練を実施する。また職業活動上の残務整理や、やり残したことができるよう、作業療法の範囲で希望に添えるよう支援を行う。

6. 家族・介護者への援助

身体の動かし方、着替えの仕方、トイレや入浴介助の方法などを看護師と協力しながら家族に指導する。外出や外泊に必要な機器の紹介や使い方の指導を実施する。また、時には家族の話し相手となりその不安を受け止め、必要な時には患者自身の思いや言葉を家族に伝えて、コミュニケーションの橋渡しとなることもある。

7. 適度な休養と適度な活動の提供

痛みや緊張がない安楽な姿勢保持は快適に休む

ために重要であり、適度な活動で心身を使用することがしっかりした睡眠をとるために有効である。昼夜逆転を防ぐため、日中の適度な作業活動を提供する。

自分自身で姿勢を変換できない場合には痛みや呼吸状態に配慮し、褥瘡を予防するために適切なポジショニングが必要である。看護師と協力しながらベッド、枕やクッション、タオルを組み合わせることで安楽な姿勢を保持する。また自ら身体を動かすことができないために起こる不動性の痛みや全身倦怠感に対して、ごく軽い関節可動域運動や全身のマッサージなどを実施して不快感の軽減を図る。このような対応について、できることを家族に指導することで家族自身が対象者に手助けできる範囲が拡大することもある。

作業療法への処方・依頼例

「身体機能が低下している。機能改善を図りたい」「ベッド上で寝たきりになっている。活動レベルを上げてほしい」「セルフケアができなくなっている。自分でできることを増やしてほしい」「抑うつ的になっている。心理支持的な働きかけをしてほしい」「認知機能の低下を予防してほしい」「昼夜逆転を軽減するため日中に刺激を入れてほしい」などが、一般的に作業療法に対する依頼内容である。

作業療法事例の紹介

作業療法の特徴のひとつはさまざまな活動を利用することであるが、これを総称し、「作業活動・アクティビティ」と呼ぶ。この作業活動は多種多様であるが、代表的なものに日常生活活動（食事、更衣、整容、排泄、入浴、家事動作など）、創作活動（手工芸、絵画、習字、陶芸など）、農耕、園芸、音楽、レクリエーションなどがある。ここでは緩和ケア病棟での作業療法事例を紹介する。

① 園 芸

園芸作業では「芽が出た」「花を咲かせた」「実をつけた」という達成の喜びが大きく、自信と新



図1 園芸をするAさん
(倉敷中央病院緩和ケア病棟)

たな意欲につながることを経験する。植物を管理するという継続的で親しみのある活動は、患者自身が見失いがちな「役割機能」や「外界との繋がり」を再認識するきっかけをつくる。そして、植物の成長は、活動に関与していない患者・家族・院内スタッフなど多くの方へ影響をもたらし、さまざまな場面で会話が広がるきっかけともなる。

図1の男性Aさんは、緩和ケア病棟での園芸に、「長年、土いじりを楽しんできたが、発芽の瞬間を観察したことはこれまでに一度もなかったな…。そういうことに今更ながら気がついたよ」と、はにかんだ表情で穏やかに語った。倦怠感と吃逆による苦痛症状を緩和しながらの入院生活ではあったが、その人らしい穏やかな日常を垣間見る瞬間であった。その姿に触れたご家族の安堵した表情もまた印象的であった。

② 革細工

Bさん、30歳代男性、脳腫瘍。ADLは食事以外全介助、終日ベッド臥床で、脳腫瘍により視野狭窄の状態であった。Bさんは、積極的な運動を好まず、毎日付き添っていた母親からも「苦痛なく疲れが残らないような作業療法を」と希望されていた。

ある時、Bさんが「母親に感謝しているが、何もできないので申し訳ない」と涙を流して話され



図2 Bさんの製作したキーホルダー
(公立みつぎ総合病院)

た。作業療法士は、自己効力感の向上と達成感の獲得、病者の役割から離れて過ごす時間の確保が必要と考え、母親に対する感謝の思いを形にしてはどうかとBさんに提案した。Bさんはそれを受け入れ、還暦を迎える母親に贈る革細工のキーホルダー製作を開始した。易疲労性でもあり病状の進行とともに徐々に作業介助が増えたが、完成後は手書きのメッセージとともにプレゼントすることができた。母親はそれをととても喜ばれ、その姿を見てBさんも嬉しそうな表情であった。Bさんが亡くなった後、遺族会で母親が「キーホルダーをいつも持ち歩いています」と語って見せてくださった(図2)。

今後の課題

緩和ケア病棟専属の作業療法士はまだ少数であるが、緩和ケアチームに所属して活動する者や、がん拠点病院などでがん終末期のケアに携わる作業療法士は増加している。また自宅で生活するためのデイケアや在宅訪問リハビリテーションに携わる者も増えてきた。今後は超高齢化社会の中で高齢者、特に認知症を合併する方や、神経難病、呼吸器疾患などをもつ方の最後の日々を実りあるものにするための作業療法の支援が必要になってくると思われる。

参考文献

- 1) 目良幸子, 福田園子: 疾患別作業療法の実際—肺がんの作業療法, OTジャーナル 45:917-922, 2011
- 2) 倉敷中央病院 緩和ケアニュース, 第31号, 2013
[<http://www.kchnet.or.jp/formedicalstaff/carenews31.pdf>]

5. 言語聴覚士

安藤 牧子

(慶應義塾大学病院 リハビリテーション科, 言語聴覚士)

言語聴覚士とは

国家資格化される以前は認定資格という形で有資格者が医療・福祉・教育などの現場で活動していたが、養成校も少なく、理学療法士、作業療法士に比べ、人口が圧倒的に少ない状況であった。1999年によりやく第1回国家試験が実施され、国家資格化されてからは4年制の養成校も増え、有資格者は順調に増加傾向にあり2014年現在、全国に約23,000人の言語聴覚士がいる(図1)¹⁾。職能団体である日本言語聴覚士協会の調査では、会員のほとんどが医療機関に勤務している(図2)¹⁾。

言語聴覚士の仕事

人が人らしく在るために欠かせない「話す」「聴く」などのコミュニケーション手段、またコミュニケーションをとるうえで欠かせない認知面や「食べる」ためのアプローチを行うことがおもな仕事である。対象者は乳児から高齢者まで、対象疾患も悪性腫瘍を含め脳血管疾患や進行性の神経筋疾患や発達遅滞など多岐にわたっている。

訓練内容を詳しくみていくと、失語症に対しては聴覚的理解や発話訓練などの言語機能訓練、高次脳機能障害に対しては注意や記憶、遂行機能訓練などを行っている。口腔内の手術などより呂律障害(構音障害)を生じた場合は構音訓練、飲み込みの障害に対しては嚥下訓練を実施している(図3)¹⁾。

では、がん患者に対してどのような訓練を行っているのか。対象障害もさまざま、表1に挙げたようにがん種を問わず介入の機会があることが分かる。施設にもよるが、脳腫瘍と頭頸部がんの

患者に関わる機会が圧倒的に多く、次いで食道がんなどの消化器系や呼吸器系腫瘍に関わる人が多い。病期に関しても、予防的・回復的・維持的・緩和的リハビリテーションと、すべての病期に介入している。

ホスピス緩和ケアにおける言語聴覚士の位置づけ・役割

現在どれだけの言語聴覚士がホスピス緩和ケアに関わっているか、統計学的データはないが、医療機関所属の言語聴覚士が多く、また嚥下障害へのアプローチが多いことから、ホスピス緩和ケアにおいても、おそらく嚥下障害に関わる機会が多いと思われる。嚥下障害へのアプローチを行うにあたり、言語聴覚士の位置づけ・役割を考えると、嚥下機能について専門的な知識を有し、評価・専門的訓練・アプローチを行う職種といえることができる。

ホスピス緩和ケアにおいては、訓練はもちろんだが、全身状態に合わせて誤嚥予防的に食事形態の変更や、経口摂取時の姿勢の工夫などの環境調整を適切な時期に提案していく役割も大きい。嚥下障害は全身状態、栄養面、誤嚥リスクの管理など医学的管理に深く関わっているため、医師、(認定)看護師、管理栄養士、歯科衛生士などチーム医療の一員として言語聴覚士も位置づけられている。

また、コミュニケーション障害についても関わる機会が多く、がん患者においては脳腫瘍による失語症などの高次脳機能障害や喉頭摘出による音声喪失、頭頸部がん術後の構音障害への専門的アプローチを行う役割もある。ホスピス緩和ケアに

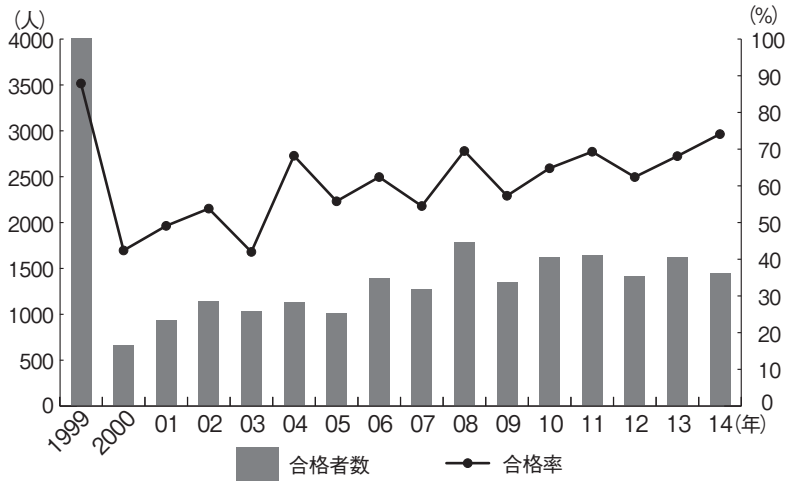


図1 言語聴覚士の国家試験合格者数¹⁾

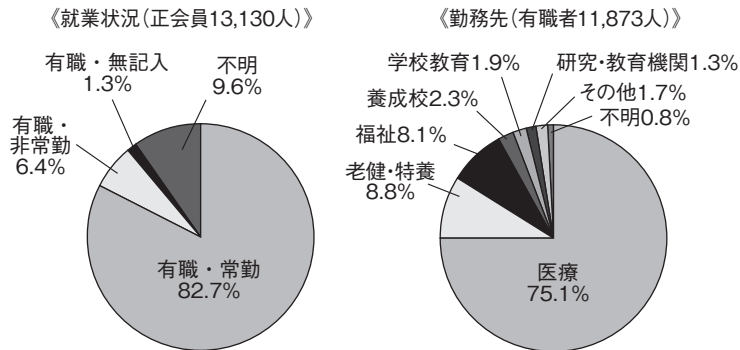


図2 会員の勤務先¹⁾

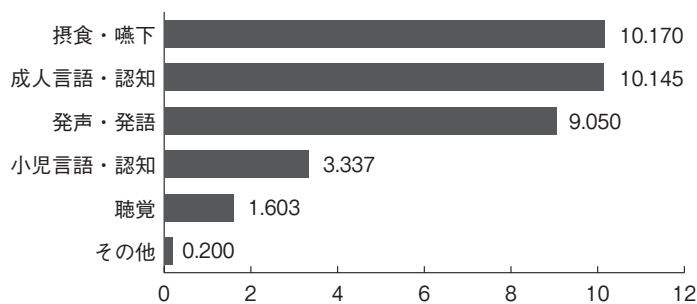


図3 会員が対象としている障害¹⁾

においては、全身状態の悪化とともに、今まで行っていたコミュニケーション手段が使えなくなることが予想され、より簡便に意思伝達ができるような代替手段の導入を提案することなども重要である（例：失語症者では発話が困難になる→コミュ

ニケーションノートの導入、音声喪失後習得した食道発声が困難になる→電気式人工喉頭へ切り替える、構音障害が悪化→構音障害用のコミュニケーションノートや文字盤を導入するなど）。

表1 おもな対象疾患と障害

疾患名	おもな対象障害
脳腫瘍	失語症, 高次脳機能障害, 構音障害, 嚥下障害
頭頸部腫瘍	構音障害, 嚥下障害, 開口障害, 音声障害
消化器系腫瘍 (おもに食道がん)	嚥下障害, 音声障害
呼吸器系腫瘍	嚥下障害, 音声障害
脊椎系腫瘍	嚥下障害, 音声障害
血液系腫瘍	嚥下障害, 高次脳機能障害 (場合によっては) など

表2 医中誌 WEB 文献検索状況 (会議録も含む)
(2015年1月13日現在)

検索条件	理学療法	作業療法	言語聴覚療法
がん/〇〇療法	13,136	748	18
がん/〇〇療法士	847	457	114
がん/〇〇療法/ 緩和ケア	405	129	0
がん/〇〇療法士/ 緩和ケア	93	83	5

がん患者に関わる言語聴覚士の現状と問題点

2003年に静岡県立静岡がんセンターに初めて常勤の言語聴覚士が配置されて以来、徐々にがん専門病院(がんセンター)に常勤の言語聴覚士が配属されるようになってきている(兵庫県立がんセンター, 国立がん研究センター中央病院, 同東病院, がん研有明病院など)。しかし, もともと有資格者人口が少なく, がん拠点病院などでも言語聴覚士を配置している施設が少ない現状がある。さらに, 緩和ケア病棟においては, 診療報酬算定の問題からリハビリテーション料を個別に算定することが難しく, 経営的にリハビリテーションスタッフの配置が困難な状況に置かれていることも問題である。臨床的にはがん種を問わず緩和

期において, 特に嚥下について問題が生じる可能性があり, 言語聴覚士が介入可能な症例が潜在的に多く存在する可能性は否めない。

言語聴覚士自体の緩和ケアへの取り組みについて考えてみる。文献検索数(表2)で見ると, 有資格者の人口も反映しているが, ホスピス緩和ケアで言語聴覚領域の文献や発表はほかのリハビリテーション領域に比べ極端に少ないことが分かる。要因のひとつとしては, もともと人口が少なく, がん患者に関わる言語聴覚士のマンパワー不足の表れと考えられる。また, 前述した診療報酬上の問題であったり, 教育課程の中でがん関連の授業や研修がまだ少ないため言語聴覚士自体の認識にも差が出ている可能性がある。

今後の展望

がん患者リハビリテーション料が算定可能となり, 算定のため専門の研修会が各地で開催されるようになった。このがんリハビリテーションの研修会を修了した言語聴覚士も年々増え続けており, がんリハビリテーションや緩和ケアの知識を身につけた言語聴覚士は少しずつ増えてきている。今後, 臨床場面でより多くの症例にあたる機会が増え, その中でホスピス緩和ケアに取り組む体制が少しずつ形になってくることが期待される。

また, 地域包括ケアにより, 在宅で最期を迎える患者が増えると予想され, 訪問診療や訪問リハビリテーションが充実していく中で, 言語聴覚士に関わる機会も絶対的に増えてくると考えられ, がん領域において言語聴覚士の必要性が高まってくると考える。まずは, 教育課程でのがんやホスピス緩和ケアに関する知識の充実を図り, 卒後の研修会でさらに実践的な知識や手技を習得していくといった仕組みが構築されることが望まれる。

文献

- 1) 一般社団法人 日本言語聴覚士協会ホームページ
[<http://www.jaslht.or.jp/>]

6. 臨床心理士

小池 真規子

(目白大学大学院 心理学研究科, 臨床心理士)

はじめに

臨床心理士は、内閣府が認可する公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会の実施する試験に合格したものに交付される資格である。1988年より資格認定が始まり、2014年4月現在28,080名が認定されている¹⁾。臨床心理士資格試験を受験するためには、学校教育法に基づく指定大学院(第1種、第2種)または専門職大学院^{*1}を修了することが求められる^{*2}。2013年12月末現在、

第1種指定150校、第2種指定12校、専門職大学院6校がある¹⁾。

臨床心理士養成大学院における教育は、表1のようなカリキュラムにより行われている²⁾。心理職が専門とする面接、査定(心理テスト)を中心に、職域となる医療・保健、教育、福祉、司法・矯正、労働・産業等の心理臨床について幅広く学ぶ。医療に関しては、精神医学については基礎知識を学び、精神科クリニックなどにおいて実習する機会をもつことが多いが、がんその他の身体疾

表1 臨床心理士養成大学院カリキュラム

指定大学院 (第1種)	専門職大学院
26単位以上	44単位以上
[必修科目] 16単位以上 臨床心理学特論 臨床心理面接特論 臨床心理査定演習 臨床心理基礎実習 臨床心理実習	[基幹必修科目] 臨床心理学原理, 臨床心理査定学, 臨床心理面接学, 臨床心理事例研究 [展開必修科目] 臨床心理地域援助学, 臨床心理調査研究, 総合事例研究
[選択科目] 10単位以上 (各群2単位以上) A群 心理学研究法, 心理統計法, 臨床心理学研究法 B群 人格心理学, 発達心理学, 学習心理学, 認知心理学, 教育心理学など C群 社会心理学, 家族心理学, 犯罪心理学, 臨床心理関連行政論など D群 精神医学, 心身医学, 神経生理学, 障害(児)者心理学, 精神薬理学など E群 投影法, 心理療法, グループ・アプローチ, 臨床心理地域援助など	[選択科目] 認知行動論, 生涯発達論, 人間関係論, 適応障害論 障害心理臨床論, 犯罪心理臨床論, 臨床心理関連行政論, 心身医学, 臨床精神医学, 臨床精神薬理学 [臨床実践事例特修科目] (教育・医療・子ども・成人など) [臨床実践技能特修科目] (査定・面接・理論・技法など)
修士論文	

(公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会 監修: 新・臨床心理士になるために (平成26年版). 2014)

^{*1} 第1種指定大学院および専門職大学院修了者: 終了後に実施される直近の資格試験を受験できる。第2種指定大学院修了者: 終了後1年以上の心理臨床実務経験を経た後に受験可能となる。

^{*2} 諸外国における教育歴・心理臨床歴を有するものおよび医師免許取得者は特例あり。

	全体	都道府県	地域	都道府県独自	指定なし	1001床以上	501~1000床	0~500床
いる	268	28	163	48	29	16	126	126
いない	217	23	86	47	61	9	70	138
「いる」の割合	55.3%	54.9%	65.5%	50.5%	32.2%	64.0%	64.3%	47.7%

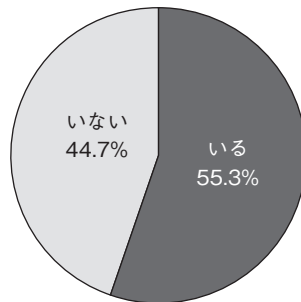


図1 臨床心理士（専従・専任・兼任のいずれか）がいる施設・いない施設
 （特定非営利法人日本緩和医療学会 [http://www.jspm.ne.jp/]）

患について専門的に学ぶ機会は少ないといえる。

臨床心理士の資格を取得したものは、学会や研修会への参加など、指定された条件を満たしたうえで5年ごとの更新が義務づけられている。

ホスピス緩和ケアに携わる臨床心理士の実態

臨床心理士が働いている領域は、医療・保健、教育、福祉、司法・矯正、労働・産業、私設心理相談、大学・研究所など多岐にわたっている³⁾。2011年に一般社団法人日本臨床心理士会が実施した「臨床心理士の動向調査」によると、全対象者の58.3%という回収率ではあるが、臨床心理士が最も多く勤務している機関は病院・診療所であった（全回答者数の35.5%）⁴⁾。また、2014年4月に日本臨床心理士会医療保健領域委員会が医療保健領域機関に勤務する臨床心理士を対象に実施した調査では、勤務先診療科では精神科が最も高値であるが、がん・緩和ケアに関係する臨床心理士は前回調査時（2012年）に比べ増加傾向がみられる⁵⁾。特定非営利法人日本緩和医療学会の2012年度緩和ケアチーム登録によると、485の登録のうち、メンバー構成に臨床心理士が加わっているのは全体の55.3%である（図1）⁶⁾。

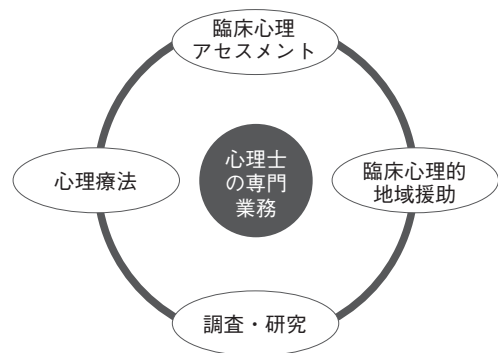


図2 臨床心理士の専門業務

（平成25年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「緩和医療に携わる医療従事者の育成と技術向上に関する研究」班：がん医療で心理士と一緒に働く医療者へ。2014）

役割と実践の特徴

臨床心理士には図2に示すような4つの専門業務が求められている^{1,2,7)}。

① 臨床心理査定（アセスメント）

臨床心理査定とは、心理面接や種々の心理テストを通じて、個々人の独自性、個別性の固有な特徴や問題点の所在を明らかにすること、同時に、心の問題で悩む人々をどのような方法で援助するのが望ましいかを、他の専門家とも検討し、選択実践することを意味する。心理テストを用いる場合には、導入の仕方、テストの選び方、テスト

バッテリーの組み方、判断の基準、結果を報告する際の焦点など、対象者および臨床領域に適した方法の検討が求められる。

がん医療においては、アセスメントのための心理学的な基礎知識とスキルをもつとともに、がんという病気、その臨床経過、治療、疾患に伴う身体症状・精神症状など、医学的な知識について学び、医師、看護師ほか他職種と相談・連携をとりながら、包括的なアセスメントを心がける⁸⁾。

② 心理面接

心理カウンセリング・心理療法といわれるもので、他の専門業務の基盤となる基本的な人間関係技能であるとともに、臨床心理士の中心的な臨床実践技能である。クライアントの課題に応じてさまざまな臨床心理学的方法を用いて、心理的な問題の克服や困難の軽減に向けて支援を行う。心理療法にはさまざまな方法があるが、がん医療においては支持的療法により、患者の思いを批判、解釈することなく、できるかぎり理解しようと努力し、支持し続けることに努める。対話による面接だけでなく、リラクゼーション技法を用いることもある。一般的に心理面接は個室にて毎週(隔週)何曜日の何時から何時といった構造的に行われるが、がん医療においては、外来受診時や入院中であれば患者の身体症状・精神症状など、また他職種からの情報を考慮し、柔軟に対応することが多い。患者だけでなく、必要に応じて患者と家族、家族のみなどの面接も行う。

個別面接だけでなく、たとえば同じ疾患の患者を対象としたグループ・アプローチなど、集団療法を行うこともある。

③ 臨床心理的地域援助

悩みの解決のためには、個人だけではなく、その人を囲む環境への働きかけや情報整理、関係の調整を行ったり、他の専門機関と連携することもある。患者・家族への直接的な働きかけだけでなく、多職種と連携し、患者・家族のもつ問題への対応を行っていく。今後、在宅療養の患者が増え

ることが予想されることから、在宅における臨床心理士の支援の可能性を考えていく必要がある。

④ 研究活動

臨床心理士による研究活動は、対象者に関する認識を深め、臨床心理士自身の経験をとらえ直し、他の臨床心理士と経験や知見を相互に検討し、分かち合うことによって、臨床心理士個人の臨床実践技能と認識に公共性、社会的現実性を与えていくものとされる。臨床心理実践倫理を踏まえた調査的・数量的な研究を行う専門資質を備えるとともに、専門性に固有で独自の研究方法である事例研究においても、臨床実践における研究的視点をもつことで、単なる1事例ではない発展がみられる。

臨床心理士は、これらの専門業務のすべてにおいて、バランスよく総合された力を発揮できるようになることが必要である。

関わっている学会・研究会の動向

先に述べたように、臨床心理士はその養成課程において医学的知識、特にがんなどの身体疾患について学ぶ機会がきわめて少ない。そのために、がん医療に従事する心理士にとって、がんについての医学的基礎知識を学ぶこと、がん患者・家族の心身のありようについて学ぶ場所が必要となる。

日本サイコロジロジー学会では、心理職を対象とした教育カリキュラムを策定し、スタンダードコース、アドバンスコースI、アドバンスコースIIの3コースからなる研修会の体制を整えている⁹⁾。

心理学関係の学会として日本心理学会、日本臨床心理学会、日本カウンセリング学会などがあるが、これらの学会においてがん医療に関する研究発表は増えてきているものの、がんについて学ぶ継続した研修会は行われていない。

そのような中、がん医療に携わってきた臨床心理士たちが独自に研究会などを行うようになってきている。

パリアティブケア研究会^{*3}は全国規模のメー

^{*3} パリアティブケア研究会(PCCP)の問い合わせは、広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター 黄 正国先生(kouseikoku@hiroshima-u.ac.jp)まで。

リングリストを立ち上げ、メンバーによる事例検討会を東京、愛知、中国四国、九州などの地域で実施し、年に1回はこれらの地域合同の事例検討会を実施している。パリアティブケア研究会のメンバーは、日本心理臨床学会総会開催時には、がん医療におけるさまざまなテーマの自主シンポジウムを企画し、大学院学生をはじめ毎年多くの参加がある。

がん緩和ケアと HIV 臨床に携わる心理職有志による由布院アカデミア¹⁰⁾では、がん・エイズを含む身体疾患の医療において5年以上の経験がある心理職に向けた基礎編・応用編の研修会の活動を始めている。

活動・実践の今後の見通し

岩満ら¹¹⁾によると、緩和ケアチームの一員である医師・看護師が心理士に求めるものに、緩和ケアチーム内での連携およびそのための心理士としての独自性がある。心理士としての知識・心理療法の技術を身につけると同時に、心理士としての視点から他職種との十分なコミュニケーションを意識していくことが必要である。

また岩満ら¹¹⁾によると、心理士による「医療者のサポート」も求められている。心理士が患者や家族を直接支援するだけでなく、対応が難しい患者や家族にどのように接していったらよいかなどのコンサルテーションや、バーンアウト状態の医療者の心理的支援を担う役割も進めていきたい。

おわりに

臨床心理士は現在、医療・教育・産業・司法な

ど広い領域で活動を行っているが、心理職の国家資格化が進められており、その推移を見守る必要がある。

文 献

- 1) 公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会 [http://fjcbcp.or.jp/] (2014年11月13日アクセス)
- 2) 公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会 監修：新・臨床心理士になるために(平成26年版)。誠信書房、2014
- 3) 一般社団法人日本臨床心理士会 [https://www.jsccp.jp/] (2014年11月13日アクセス)
- 4) 一般社団法人日本臨床心理士会：第6回「臨床心理士の動向調査」報告書、2012
- 5) 一般社団法人日本臨床心理士会 第2期後期医療保健領域委員会：2014年度医療保健領域に関わる会員を対象としたウェブ調査(2013年度状況)結果報告書、2014
- 6) 特定非営利活動法人日本緩和医療学会 [http://www.jspm.ne.jp/] (2014年11月13日アクセス)
- 7) 平成25年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「緩和医療に携わる医療従事者の育成と技術向上に関する研究」班：がん医療で心理士と一緒に働く医療者へ、2014
- 8) 小川朝生 著、小川朝生・内富庸介 編：心のケアの考え方。これだけは知っておきたいがん医療における心のケア。創造出版、p.36-52、2010
- 9) 日本サイコオンコロジー学会：活動紹介—心理職の教育・研修。[http://jpos-society.org/activities/psycho.php] (2014年11月13日アクセス)
- 10) 由布院アカデミア [http://yufuin-academia.com/] (2014年11月13日アクセス)
- 11) 岩満優美, 平井 啓, 大庭 章, 他：緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究—フォーカスグループインタビューを用いて。Palliat Care Res 4 (2) : 228-234, 2009

7. 医療ソーシャルワーカー

田村 里子

(WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部, 社会福祉士・医療ソーシャルワーカー)

はじめに

緩和ケアにおいて、ソーシャルワーカーは、患者とその家族・遺族を対象に、相談援助によって心理社会的な支援を行うことを主たる役割としている。厚生労働省保険局「医療ソーシャルワーカー業務指針」には、「病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場から患者の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決・調整を援助」とその役割が示されている。

本稿では、緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの心理社会的支援（こころと暮らしを支える）役割の実践として、意思決定支援を中心に述べる。また、緩和ケア領域の医療ソーシャルワーカーの活動と教育の現況についても言及する。

療養の経過で生じる心理社会的課題と支援

療養の経過に沿って、日常生活の維持と療養継続のために、生活基盤の再構築、就労問題、療養の場の選択、緩和ケア移行、在宅生活の整備、未完の仕事の完遂などの心理社会的課題が生じる。家族には加えて、予期悲嘆や、看取り、死別後の生活の再構成も課題となる。これらについて、常にその個人の自己決定を柱に支援する。

ソーシャルワークの個別援助技術の基本原則であるバイステックの7原則は、個別化、受容、意図的な感情表出、統制された情緒的関与、非審判的態度、自己決定、秘密保持である。中でも自己決定の原則は、実践の根幹をなすものであり実践の価値である。

意思決定支援

相談支援による課題解決は、意思決定（いくつかの選択肢を選定しつつ、その中から最善の解を導く営為）を経てなされる。この意思決定のプロセスを通じて、課題や問題の緩和や解決が導かれる。

① 緩和ケアの現場における意思決定の局面と支援

緩和ケアの移行は、望む選択肢がない中での結果であることは少なくない。意思決定場面をもたぬままの移行ゆえの、結果への怒りや内在する意向を、聴き、受けとめ、折り合いを支援する。入院後の日常生活における外出や外泊、思い出づくりのイベントなど時間の過ごし方の選択も、緩和ケアの中では限りある人生についての選択であり、時に生命の問題に直結する可能性をはらむ。

栄養補給などについても医学的な説明とともに提案があり、選択の局面がもたらされる。たとえば、胃瘻の造設の選択は、どこで過ごすかに直結する。次の療養場所を想定しつつ、まさに人生の過ごし方の選択となる。個々人のもっている価値に照らし、共に選択肢を吟味する。「最期まであきらめずに…」 「自然な看取りを…」などと表現される希望は曖昧さを含み、言葉を発した真意を推し量り、言葉の意味する所にたどりつくため、深い対象者理解を必要とする。それを医療チームと共有し、その意向や希望に適合する医療的介入を支援する。ソーシャルワーカーの通訳機能やアドボカシーが求められる場面である。

② 意思決定の環境整備と課題

意思決定の前提には、意思決定のための環境整備、選択決定の状況を整える支援が必要となる。情報の課題は大きい。当事者にとっては、提示される選択肢の内容や、選択後のプラス面マイナス面の十分な理解が難しいことも多い。医療者と当事者に知識の絶対的な差がある背景を鑑み、その意思決定が十分理解されたうえでのものか、情報の不足の現況をつまびらかにする必要がある。情報不足についての介入は、意思決定のための環境整備として必要な意思決定支援といえる。

意思決定場面では、医療者側の価値判断が反映されパターナリスティックな状況に陥る可能性がある。常に注意を喚起し臨むことは、意思決定支援の必須の姿勢である。支援は、常に時間制限との闘いである。限定された時間の中で熟考し、いかに妥当なプロセスを歩むかが、切実な課題となる。

代理意思決定者となった家族への支援も重要である。家族の心理的な負担や自責感、また決定を巡って家族間の葛藤が生じることも多い。これは家族へのケアでもあるが、医療における意思決定支援として、家族の代理意思決定は考慮すべき課題である。

③ 意思決定のプロセスで生じる倫理的な課題

意思決定の場面では、医療者の考える最善の利益と当事者の選好や、患者本人と家族の意向の相違、また家族内の意向不一致など、合意形成へ向けた調整を要することも生ずる。いずれも一筋縄では行かず、さまざまな価値が交差する。意思決定支援は、臨床倫理的な課題と不可分である。諸刃ともいえる局面に向き合う、臨床倫理的な感性が問われる。

④ 医療チームメンバーとしてのソーシャルワーカーの意思決定支援

意思決定支援は、いうまでもなく医療チームで行われる。人生の最終段階における医療の意思決定支援の重要性が注目され、厚生労働省の事業も開始された。きわめて高い個別性を担保し、チームの意思決定支援のプロセスを妥当なものにして

いくためには、「個別化」に基づくソーシャルワーカーの積極的な関与が不可欠であると考えられる。

緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの活動

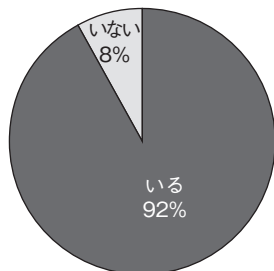
緩和ケアの提供される場が、緩和ケア病棟からがん拠点病院をはじめ一般医療機関へ、形態も入院だけではなく外来そして地域へと変化してきたことにより、ソーシャルワーカーの活動の場も変化してきた。

緩和ケア病棟における実践については、NPO法人日本ホスピス緩和ケア協会（以下、ホスピス協会）の2013年調査報告によると、全国の緩和ケア病棟の92%にソーシャルワーカーが存在している（図1）。回答の対象は、ホスピス協会に加入する全国251カ所の緩和ケア病棟のうち、情報非公開5施設をのぞく246施設である。しかしその実際は、ソーシャルワーカーの関与割合としては、専従が12%、専任は9%と、両方をあわせても2割程度であり、ほとんどは兼務という状況である。

緩和ケアチームにおける現状については、NPO法人日本緩和医療学会による2012年の緩和ケアチーム登録（全国の都道府県拠点・地域拠点・都道府県独自・指定なしなど、登録数485）の結果によると、全国の拠点病院の緩和ケアチームの、77.7%に、ソーシャルワーカーが専従・専任・兼務のいずれかでは、存在している。しかしその現状は、専従・専任あわせても35%、専任は7%にすぎない。ほとんどが兼務という実情である（図2）。登録された緩和ケアチームの属する医療機関は、病床数251～700床が75.7%を占め、おのおの地域の中核病院とされる大規模病院がほとんどである。ソーシャルワーカーはそこで多くの役割を兼務しつつ、現実的には緩和ケアチームとの連動した活動を望みつつ、人員配置的にもタイムリーな動きが難しい現状がある。

在宅療養診療所は、在宅ホスピスを支える中核である。在宅療養は、種々の場面でソーシャルワーカーの生活支援機能が発揮される。在宅療養支援診療所のソーシャルワーカーも増加傾向がみられ、ネットワークが形成されている。「在宅緩和ソ

緩和ケア病棟のMSWの有無 (n=246)



緩和ケア病棟のMSWの状況 (n=246)

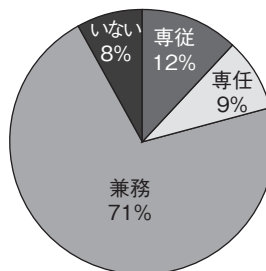
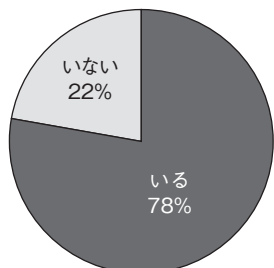


図1 緩和ケア病棟と医療ソーシャルワーカー (MSW)
(NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会：2013年報告調査)

緩和ケアチームのMSWの有無 (n=485)



緩和ケアチームにおけるMSW (n=485)

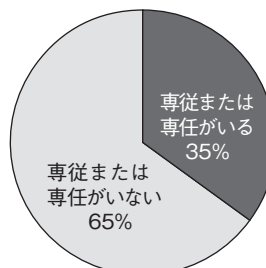


図2 緩和ケアチームと医療ソーシャルワーカー (MSW)
(日本緩和医療学会 緩和ケアチーム登録 2012年)

「ソーシャルワークネットワーク」では、メール上での情報共有や相談などの活動が始まっている。

現状の課題と現任教育

緩和ケアの広がりによりソーシャルワークのもつ多様な機能で迅速に対応していくためには、種々の課題が山積する。教育体制の課題や、活動基盤としての医療制度上の課題、そして診療報酬などの経済基盤の整備は、難解な課題である。

こうした状況下で、実践的な学びを求める現場のソーシャルワーカーたちの教育ニーズから、2006年よりホスピス緩和ケアソーシャルワークスキルアップセミナーが、日本ホスピス緩和ケア研究振興財団の助成を受け始まった。2014年11月現在までに、全国14カ所での開催を重ねる(表1)。どの医療機関内でも業務内容に比して人員不足であることから、研修に向くことの困難や、所属機関からの出張支援が得にくい実情をふまえ、全国各地に出向き実施してきた。過去14回の参

加者は、延べ600人に上る。

また、日本の医療ソーシャルワーカーの職能団体として、公益社団法人日本医療社会事業協会では、毎年「緩和ケアにおけるソーシャルワーク：いのちに向き合う」をテーマに藤井美和氏(関西学院大学大学院人間福祉研究科教授、死生学・スピリチュアリティ研究センターセンター長)の基調講演で開催している。日本ホスピス緩和ケア協会の年次大会でも、分科会やソーシャルワーカー部会の形態で研修を実施してきた(表2)。

緩和ケアにおけるソーシャルワーク実践についての環境改善は困難が大きいが、全国に緩和ケアにおけるソーシャルワークの実践に、意欲をもって取り組んでいるソーシャルワーカーも増加している。地道に確かな実践を積み重ねる仲間が増えてきていることを、お互いの励みとし、学び支えて進んでいきたいと考える。

表1 がん・緩和領域のソーシャルワーカーのためのスキルアップセミナー

開催(年)	場所	テーマ
第1回 (2006年)	東京	がん患者・家族の心理社会的支援：ニーズのアセスメントとその支援
第2回 (2006年)	山口	がん患者・家族の心理社会的支援：ニーズのアセスメントとその支援
第3回 (2007年)	大阪	がん患者・家族の心理社会的サポート：カウンセリング技法と家族力動への理解
第4回 (2007年)	札幌	がん患者・家族の心理社会的サポート：カウンセリング技法と家族力動への理解
第5回 (2008年)	大分	がん患者と家族中心の地域連携とネットワーキング
第6回 (2008年)	金沢	がん患者と家族中心の地域連携とネットワーキング
第7回 (2009年)	神戸	がん患者・家族の心理社会的サポート：聴くことの意味
第8回 (2010年)	高知	がん患者・家族の心理社会的アセスメント：アセスメントから援助展開へ
第9回 (2011年)	静岡	緩和医療のMSW 現任者教育—共育：伝える・育ちあう
第10回 (2012年)	山形	患者と家族の苦悩によりそうアプローチ：予期悲嘆・死別後悲嘆
第11回 (2013年)	鹿児島	緩和ケアネットワーク—気持ちや暮らしを繋ぐ連携のために
第12回 (2014年)	京都	かけがえのない時を大切に過ごすための意思決定支援

(公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団より助成を受け、研究事業として実施)

表2 日本ホスピス緩和ケア協会年次大会の分科会およびソーシャルワーカー部会として開催

開催年	場所	テーマ
2005年	東京	医療ソーシャルワーカーの役割：期待と現実のギャップ
2006年	愛媛	ホスピス緩和ケア領域におけるソーシャルワーカーの現状(報告)・入院相談の面接演習
2008年	仙台	患者の生活の場でいかにチームをつくるのか
2011年	東京	4) 緩和ケア領域におけるソーシャルワーカー教育プログラム作成について
2012年	東京	医療ソーシャルワーカー「教育・共育 Part1 (教える・育てる・共に育む)：ネットワーキングをどう磨くか」
2013年	東京	医療ソーシャルワーカー「教育・共育 Part2 (教える・育てる・共に育む)：チームアプローチ 院内スタッフとどう組むか」
2014年	東京	専門的緩和ケアのためのソーシャルワーカー教育：援助者としての自分を識る

おわりに

緩和ケアを担う職種としてのソーシャルワーカーについて、その役割、活動の現状、現任教育について述べた。

緩和ケアにおいては、患者と家族のこころと暮らしに焦点を当て、支持的で共感的な情緒的サポートが継続的に求められる。きめこまやかなソーシャルサポートを提供するための相談支援が不可欠である。緩和ケアが提供される場に、すべからず心理社会的支援を担うソーシャルワーカーが配置され、患者と家族の気持ちと暮らしを支える役割と機能を十分に発揮していくことが望まれる。

参考文献・資料

- 1) バイステック FP 著, 尾崎 新, 原田和幸, 福田俊子 訳: ケースワークの原則—援助関係を形成する技法. 誠信書房, 2006
- 2) 田村里子, 他 著, 石谷邦彦 監修: ソーシャルワーカーの役割はどのようなものか. チームがん医療実践テキスト. p.321-327. 先端医学社, 2011
- 3) 日本緩和医療学会 2012年度緩和ケアチーム登録 解析 [http://www.jspm.ne.jp/pct/report_jspmcpct2012_1.pdf]
- 4) 日本ホスピス緩和ケア協会, 2013年年度大会資料, 調査報告資料

8. 音楽療法士

新倉 晶子

(日本赤十字社医療センター 緩和ケア科, 音楽療法士)

はじめに

ホスピス緩和ケアでは、終末期の患者や家族の心身の痛みに対して全人的ケアをチームで行っている。音楽療法士もチームの一員であり、専門職として全人的ケアに携わるべきだが、現在、日本では国家資格になっていないことなどの諸事情により、音楽療法士が報酬を得てチームの一員として勤務しているホスピス緩和ケア病棟は少ない。

本稿では、終末期での音楽の役割と歴史、わが国におけるホスピス緩和ケア病棟の音楽療法の位置づけと実践、現状と課題、そして目指す方向について紹介する。

終末期での音楽の役割と歴史

苦しみを抱えた終末期の人に、昔から音楽で寄り添いケアを行っていた歴史がある。たとえば、ヨーロッパのケルト地方には、歌や詩で終末期のケアをする「助産婦」の伝統が少し残っている¹⁾。

1975年、カナダのロイヤル・ヴィクトリア病院で緩和ケア病棟が設立され、多職種の専門家からなる学術的チームの一員として、音楽療法士スーザン・マンローが緩和ケアとしての音楽療法を始めた。近年欧米では、音楽療法士が常勤で勤務しているホスピス緩和ケア病棟もみられ、患者や家族の全人的痛みを緩和する一端を担っている。

わが国で初めてホスピス緩和ケアの音楽療法がチームケアの一環として実践されたのは、1992年、筆者が当時在籍していた救世軍清瀬病院のホスピス・緩和ケア病棟であった。ちなみに、『ホスピス・緩和ケア白書』（三輪書店「ターミナルケア」Vol.8, 6月号別冊, 1998年）によれば、1997年末、

当時のホスピス緩和ケア病棟36施設のうちチームスタッフとしての音楽療法士が在籍していたのは救世軍清瀬病院と信愛病院の2施設だけであった。しかし、2011年には、日本終末期・緩和ケア臨床音楽療法士連絡会（略称ELC-MT）の行ったアンケートでは238施設中61施設であった。

ホスピス緩和ケア病棟の音楽療法の位置づけと実践

① 終末期の音楽の特徴について

1. 言語化できない感情の表出の一助とつらい感覚の緩和

患者は、たとえ会話が可能であっても、厳しい症状や今までできていたことができなくなっていくという喪失感、死へ向かっていることへの不安、やり残したことへの思いなど、多くの苦悩を言葉にすることが難しかったりする。また、言葉では表現しきれない曖昧な感情や無意識な感情などは、さらに表しにくいので、コミュニケーションが取り難いことが多々ある。脳腫瘍などで言語でのコミュニケーションが不可能な症状を有する患者たちは、さらに全人的な痛みは強いと考えられる。

しかし、音楽にはメロディ、音程、リズム、音の強弱など非言語的スキルがあり、患者の自然な感情表現が可能になったり、不快な感覚を心地よい感覚へと変える力がある。したがって、患者は音楽という非言語的なコミュニケーションを通して、ネガティブな感情や感覚を含め、それを音楽療法士と共有しやすい。また、音楽を通して家族が和解したり、患者の好きな場所に旅しているような疑似体験をしたりすることもある。

ある患者は、子どもの死をきっかけに妻と別れてしまった。やがて末期がんになった彼が入院し

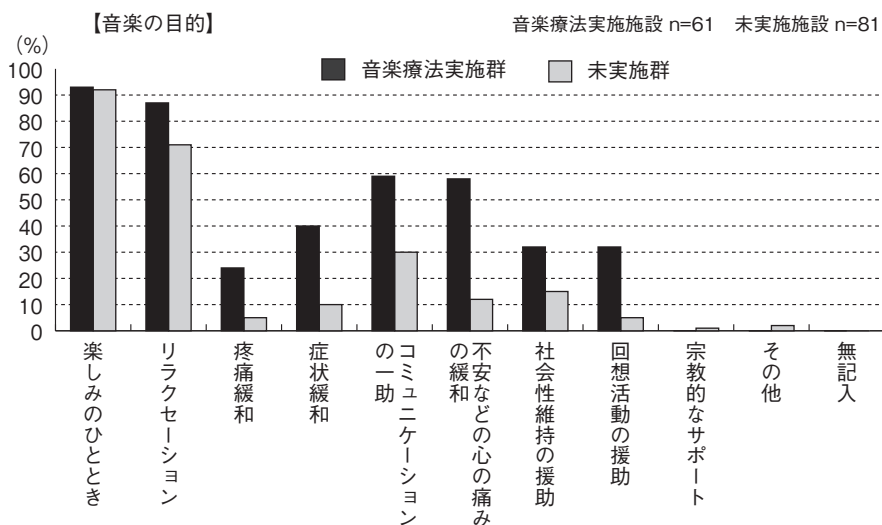


図1 ELC-MTのアンケート調査より

てきたホスピス緩和ケア病棟の病室で、音楽療法士が「音楽でどこかに行きませんか」と尋ねると、彼は「牧場に行きたい」と答え、音楽の世界で彼の好きな牧場に行くことになった。オートハープの伴奏で牧場をイメージした歌を即興で歌うと、その音楽の世界で彼は夕暮れまで1人で牧場の牛たちを見ていた。そして、別れた妻を思い出し、暖かい気持ちになった。その直後、彼は元妻にやり直したいと電話して和解、孤独ではなくなり、元妻に見守られ最期を迎えられた。

2. ライフレビューとグリーフケア

音楽にはライフレビューを助ける大きな力もあり、患者や家族の思い出の曲を演奏すると、あたかも当時のように感じることもある。臨死期で意識の低下した患者の家族が、患者の好きな曲を音楽療法士と一緒に歌ったり、聴いたりすることは、大切な思い出づくりの時間となり、悲嘆の緩和にもつながる。また、患者の乱れていた呼吸がまるで患者と一緒に歌をうたっているように整うこともあり、その様子を見て家族は「ともに歌っている。私たちがそばにいることも分かっている」と感じることもある。

3. 「今を生きている」という実感と「楽しいひととき」を提供

そして、何よりも音楽の一番の特徴は、一緒に聴いたり歌ったりしているとき、「今を生きている」と実感できることや、患者や家族の希望して

いる音楽はジャンルにかかわらず「楽しいひととき」となることだ。

4. チームとして

チームとして「患者の言語化できないような感情をチームで共有」でき、緊張の多い職場での「気分転換」の一助にもなる。

② 音楽療法の専門性について

図1は音楽療法の専門性を表している。

ホスピス緩和ケア領域でチームケアの一環として音楽療法を担当している音楽療法士の団体として、2004年に発足したELC-MTはホスピス緩和ケア領域での音楽の活用状況や必要性などの現状調査目的に、2011年にホスピス緩和ケア領域238の医療施設の看護師長と音楽療法士にアンケートを実施した。

看護師長の回収率は59.7%、音楽の活用状況は病棟行事やコンサートが約8割、BGMが6割弱であった。そのうち音楽療法を導入している施設は3割強であった。音楽の目的は音楽療法実施施設と未実施施設共に「楽しみのひととき」が多かったものの、音楽療法実施施設では楽しみだけではなく、コミュニケーションや心身の緩和、自己受容や自己実現の一助など、その目的は多岐にわたっていた。

音楽の担当者は看護師、ボランティア、音楽療法士などで、おもに病棟行事として音楽を楽しむのひとつとして取り入れているケースが多いと考

えられた。

③ 音楽療法の実践

1. 音楽療法の実施にあたって

音楽療法士は、日本音楽療法学会の認定音楽療法士、もしくは海外で認定音楽療法士の資格を有する人、そして音楽療法の実践経験5年以上の人が妥当だろう。なぜなら、音楽療法の実施にはカルテの閲覧や記載が必要であり、音楽療法士は、病棟での日々のカンファレンスやデスカンファレンスの参加で必要な情報を共有し、同時に音楽療法での患者の事象をチームにフィードバックしていくことで初めて、チームの一員として専門職の役割を担えるからだ。

2. 実際例

ここで日本赤十字社医療センター緩和ケア病棟の例を紹介する。

1) 緩和ケア病棟のチームの構成

医師、看護師、看護助手、臨床心理士、管理栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカー、音楽療法士、ハーブ・セラピスト、ボランティア

2) 音楽療法士の業務の流れ

カンファレンス参加、音楽療法対象者の検討→集団セッション（平均参加人数4～5名、約50分）→個別セッション（2～3セッション、1セッション平均約30分）→カルテ記載

3) 音楽や活動の内容

〔集団〕リクエストを中心に電子ピアノ、ピアノ、オートハープなどで音楽療法士が伴奏し、患者や家族は歌唱や鑑賞をする。また会話も重視。

〔個別〕リクエストが中心だが、状況によって音楽療法士の選曲や即興をオートハープの伴奏で音楽療法士が歌唱。時には患者や家族が歌唱することもある。患者が作詞や物語の創作することもある。会話も重視。

また、音楽療法以外に音楽を通じたケアとして、専門的教育を受け認定を取得したハーブ・セラピストが月に2回勤務。おもに臨終期の患者と家族が対象で、アイリッシュハープでの即興演奏を個室で30分ほど行っている。音楽療法は患者がどのような状態であっても原則実施でき、選曲は基本的に患者であるが、ハーブ・セラピーは臨



図2 緩和ケア病棟の個別音楽療法（患者の個室）

ベッドサイドで患者のリクエストした曲をオートハープの伴奏で歌唱する音楽療法士。患者は音楽に思いを馳せるように閉眼して聴いていた。

死期の患者と家族を対象とすることが特に多いため、選曲や曲想はハーブ・セラピストに委ねられている（図2）。

現状と課題

先述の ELC-MT の調査では、ホスピス緩和ケアの音楽療法士は非常勤職員 53%、病院などの施設全体の常勤職員 31%、ホスピス緩和ケア病棟の常勤職員 7%、ボランティアが 9% であり、1 年契約の非常勤職員が半数以上と多く、続いて施設全体の常勤職員と続き、ホスピス緩和ケア病棟の常勤職員は少なかった。この領域で実践している音楽療法士が少ないうえに、安定した雇用が保障されていないことが一番の課題ともいえる。

その理由は、音楽療法が診療報酬に結びつかないこと、日本での音楽療法教育の歴史が浅いことなどが大きいと考えられる。特に、ホスピス緩和ケア領域は終末期の人を対象としており、コミュニケーションや音楽の提供の仕方により細心の配慮が求められる。また、ホスピス緩和ケア関係の施設も経験の浅い音楽療法希望者を育成する余裕がないこともある。

目指す方向

「音楽療法の実践」の項で述べたように、ホスピス緩和ケア領域での音楽療法は、全人的ケアのツールのひとつとして必要とされている。対象者がどのような状態であっても、音楽は提供の仕方が適していれば、精神的痛み、社会的痛み、そしてスピリチュアルな痛みの緩和に貢献できる。そのためには、音楽療法士は少なくとも週3日専門職として勤務できることが望ましい。また、ホスピス緩和ケア病棟だけではなく、在宅～一般病棟～療養病棟など、対象者にとってシームレスな関わり方を目指す方向が望ましい。

そして、2015年問題でもある看取りの場として在宅やそれに代わる老人ホーム、特別養護老人ホームなどでもホスピス緩和ケアの音楽療法は全人的ケアとして必要だろう。在宅は生活臨床や人生回想の行いやすい場であるが、まだまだ音楽療法を実施している診療所は少ない。しかし、実施しているところにとっては、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²⁾など、在宅ホスピス緩和チームには不可欠な存在となっている。

筆者は10年前からある有料老人ホームで、自立している人から看取りの時期になった人までの音楽療法をシームレスな形で実施している。

また、ある病院は一般病棟と介護療養型医療施設、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟を有しているが、がん患者だけではなく、慢性疾患患者や認知症高齢者においても音楽療法を実施している³⁾。緩和ケア病棟以外でも回復期リハビリテーション病棟を除いて看取りの対象となる患者がいる場合は、各病棟で全人的ケアの一環としてホスピス緩和ケアの音楽療法を実践している。

終末期の音楽療法について「元気なときには想像もできないような、些細と思われるようなことに、患者さんは敏感に反応します」⁴⁾と、特に配慮が必要であると指摘されている。その観点からも、音楽を聴く・聞く自由と同時に、聞かない自由も、患者には平等に保障しなければならない。そのためにはチームで対象者の心身の状態を把握

し共有すること、そして音楽を希望する患者には、希望できるように医師・看護師など他職種の連携に基づいた工夫が必要である。同時に希望しない患者にも同様の連携で聞かないようにすることも可能である。

そして、何よりも重要なことは、音楽療法士自身が常に音楽は誰のためにあるのかというケアギバーとしての自覚をもって音楽療法に臨むことである。

今後、音楽療法はホスピス緩和ケアの理念を鑑み、どの領域でもどのような人であっても、1人ひとりを尊重したケアのひとつとして実践していくことを目指していく必要があるだろう。

引用文献

- 1) チャード・F・グローヴス、ヘンリエッタ・アン・クラウザー 著、西野 洋 訳：実践/スピリチュアルケア—病む人の心に寄り添うために、p.38, 春秋社, 2009
- 2) 矢津 剛 著、(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：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、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、p.15, (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2013
- 3) 北川美歩、桑名 斉、岡安大仁：人生の最後を緩和ケア病棟で過ごした精神発達遅滞のあるがん患者の1事例—ウクレレや歌を通し自分の存在意味を見出したA氏、日本音楽療法学会誌 9 (1)：37, 2009
- 4) 新倉晶子：音楽で寄り添うこと—ホスピス緩和ケアの音楽療法、p.144, 春秋社, 2010

参考文献

- 1) スーザン・マンロー 著、進士和恵 訳：ホスピスと緩和ケアにおける音楽療法、音楽之友社, 1999
- 2) ターミナルケア編集委員会 編：ホスピス・緩和ケア白書、ターミナルケア 8 (6月号別冊), 1998
- 3) 日本終末期・緩和ケア臨床音楽療法士連絡会 編：音楽療法実態調査アンケート報告書、日本終末期・緩和ケア臨床音楽療法士連絡会, 2012
- 4) 新倉晶子：音楽で寄り添うこと—ホスピス緩和ケアの音楽療法、春秋社, 2010
- 5) デボラ・サーモン 著、生野里花 訳：DVDブック 歌の翼に一緩和ケアの音楽療法、春秋社 2004

9. 園芸療法士

澤田みどり^{*1,2} 岡田 美幸^{*2,3} 近藤 孫範^{*2,3} 鷺澤 孝美^{*2,3}

(^{*1} 恵泉女学園大学 社会園芸学科, 園芸療法士,
^{*2} NPO 法人 日本園芸療法研修会,
^{*3} ピースハウスボランティア)

はじめに

園芸療法 (horticultural therapy) とは、植物や植物のある環境、植物を育てる園芸作業、さらには育てた植物を活用する活動を医療、リハビリテーション、福祉、教育など幅広い分野に利用する方法である。アメリカでは1973年、イギリスは1978年にそれぞれ園芸療法の団体が設立され、1990年代に入ってから日本に紹介され、1995年以降、各種団体や教育機関が立ち上がった。2008年、全国の園芸療法実践者および団体相互の情報交換および、学術研究を高めて、わが国における園芸療法のさらなる発展を目的に、日本園芸療法学会が設立された。学会認定園芸療法士が徐々に増え、全国各地での実践が広がってきている。

日本での園芸療法実践はまだ20年あまりであるが、超高齢社会の支援のひとつとして行政も興味を示し、活用の場も増えている。ホスピス、緩和ケアにおける園芸療法の実践はまだ多くはないが、病床数の増加やケアの多様化に伴い今後ニーズが高まると考えている。

ホスピス緩和ケアにおける植物や植物のある環境の効果

1. 五感を開き、感性を引き出す

植物と共に過ごす時、自然がつくりだすさまざまな色、香り、身体に触れた際の触感、風に揺れる葉音や落ち葉の音、木の実や花の蜜、採れたての野菜を口にするなど、優しく五感を開くきっかけをつくることのできる。五感を使って自然を楽しむことで、感性を引き出し、心を動かして日々

の暮らし、その時々を豊かに楽しく変化させる。

2. 心を穏やかに和ませ、安心感や落ち着きを得る

万国共通に慶弔時に植物を飾り、贈るのは、植物がひとの心を穏やかに和ませる力があるからである。また、草花や木々の緑に囲まれる環境に身を委ね、訪れる虫や鳥などさまざまな生き物との出会いから自然と繋がっている感覚を得、安心感、安らぎ、落ち着き、心の安定を取り戻す。心が落ち着くことで緊張がほぐれ、リラックスし、不安や痛み、疲労感から解放され、気分転換になる。

3. 時間や季節の感覚を取り戻す

新芽や新緑に新たないのちを感じて感動したり、蕾や実りから明日への期待や希望を感じ、季節の移ろいを楽しむ気持ちが生まれる。季節感をもつことで、懐かしい思い出や人生のさまざまなシーンが蘇り、自分を振り返る時間をもつこともできる。

4. 日光浴、外気浴の機会を増やす

植物を見たい、自然に触れたいという欲求から日光浴や外気浴の機会が増え、基礎代謝や新陳代謝を高め、昼夜逆転防止、快眠導入など生活リズムを整える効果がある。

5. 会話のきっかけが生まれ、共感する機会が増える

植物や自然の営みは、ひととの共感を生み出す。「今日はいい天気ですね」「桜がきれいですね」など会話のきっかけになり、開花や実り、紅葉に互いの感性を響かせて共感をすることで、家族と患者、医療スタッフと患者の関係ではない日常を取り戻す。

ホスピス緩和ケアにおける園芸作業の もたらす効果

1. 植物の成長が楽しみになる

植物を見たり、植物の中で過ごすだけではなく、自ら栽培や収穫、利用に関わることで、植物への愛情がわき、いとおしくなり、毎日の成長の変化が楽しみになる。

2. 達成感、満足感、自己有用感、自己尊重、自己評価の向上

栽培容易な植物を選択することで、自分でも育てることができたという自信や園芸作業を通じた周囲への貢献からさまざまな自己肯定の感情が生まれる。さらに、育てたものや庭の植物を調理やフラワーアレンジメント、押し花、染色、クラフト作品づくりに活用することで創造性も豊かになる。

3. 感覚系の賦活、基本的体力、持久力の向上

植物のために自然と身体が動き、負担にならない適度な園芸作業を行うことで、健康維持に繋がる。

4. 世話をする役割の取得

同じ自然の中の存在として、生き物の世話をすることで役割を担っているという実感を得ることができる。

5. 受 容

栽培をする過程では、人間ではどうすることもできない自然の力を感じ、植物のライフサイクルや生命力を目の当たりにする。植物と共に生きる時間の流れの中で、自然の中に生かされている自分の病や、将来への不安を受け入れる人も少なくない。なんらかのかたちで生きることの価値や意味を探し求めている人にとっては、自然との触れ合いによってその答えを得る人もいる。

園芸療法プログラムの実践方法

① リスクマネジメント

まず、植物や園芸作業から生じる対象者へのデメリットやリスクをシミュレーションし、回避する方法を検討する。ホスピス緩和ケアの場合、免疫が低下している患者へ配慮し、活動する病院や施設と衛生面についてよく相談をしてから植栽し

たり、室内に持ちこむようにする。

植物には、棘や毒性、アレルゲンをもつもの、香りの強いもの、花粉が落ちるもの、虫がつきやすいものなど、それぞれ特性があるのであらかじめ確認をする。実際に園芸作業をする際には、鋭利な道具や重たい道具、水やりで衣服が濡れる、作業中に衣服や車椅子に土が付着することなどもあるため、さまざまな配慮が必要である。

また、夏には日除け、虫よけ、水分補給、秋冬には防寒や屋外に出る時間帯の確認など、安全が保障できるか検討をする。リスクを回避できると判断したうえで、初めて植物や園芸作業を活用した園芸療法プログラムの活動開始を決定する。

② プログラム立案

1. アセスメントをする

対象者の病状やその日の状態を把握する。

2. 目的を設定する

植物や園芸作業、栽培した植物を活用する活動を行う目的を明確にする。

3. 作業を選択する

アセスメント、目的に合わせて、どのような作業が好ましいか検討する。それぞれの作業を分析し、負担を軽減し、楽しい作業を組み立てる。

4. 植物を選択する

対象者が播ける種の大きさ、対象者の体力に合わせた栽培の手間、栽培期間、季節感のある植物、思い出の植物、好きな音楽や書籍、歴史に登場する植物、お茶や調理に使用できるもの、フラワーアレンジメント、ドライフラワー、押し花、染色、クラフト作品に活用できるものなど、目的に合わせて適切な植物を選ぶ。

5. 道具を工夫する

握力や体力、持久力を考えて道具を工夫する。少しでも多くの栽培作業や収穫に容易に参加し、可能性が広がるような道具を考える。

6. 環境を整える

安全で、能力を発揮できる環境を準備することで、より多くの作業を行い、達成感や満足感、自信の回復、可能性の拡大など園芸療法の効果が高まる。対象者に合った環境はケースバイケースで考える。

7. 説明の工夫をする

主体的に植物との関わりをわくわく楽しみにする話題の工夫をすることで、より充実感のある活動になる。

ピースハウス病院（ホスピス）での庭作り（環境整備）と園芸療法の試み

① ピースハウス病院と庭

ピースハウス病院は、神奈川県足柄上郡中井町に1993年に日本で最初の独立型ホスピスとして設立された。21床あり、「ピースハウスはやすらぎの家である」という理念と共に美しい中庭が作られている。

ホスピスにとって患者の住居環境の整備は大きな要素であり、植物の植栽による心のケアの大きさは想像を超えるものがある。末期がんという厳しい状況にありながらも、なおその人らしい人生を全うしようとしている方々に、風や光や色彩や香りを感じられるような心と風景を庭の中に実現したいとの思いから、近藤と鷺澤は2002年からこの庭を作りはじめ、岡田はこの庭を活用し2006年4月～2009年6月の3年2カ月、園芸療法プログラム「庭さんぽ」を実施した。心のケアを支える庭と園芸療法プログラムについて紹介する。

② ピースハウス病院の庭作り（環境整備）

2002年から園芸療法を学んだ近藤と鷺澤を中心に、ボランティアと共に実施している。ピースハウス病院の庭は園芸療法の考えに基づき、以下6項目の「ホスピスにふさわしい庭」を理想に掲げている。「ホスピスケア」がすべてのケアに通じることと同様に、「ホスピスガーデン」もすべての庭に通じると考えてよいだろう。

- ①日本の原風景を感じる自然豊かな景色の創造
- ②見て、散歩して、四季を感じ、心がやすまる庭
- ③土に触れ、新たな命の根つきと植物の生長を楽しむ庭
- ④収穫の喜びと調理や味わいを共有できる庭
- ⑤目標を掲げつつ、いつの時点でも完成した庭
- ⑥散歩を試みたくなる小道、意欲醸成型の庭



図1 ピースハウス病院の中庭風景（6月）

庭は患者に配慮した植栽になっている。使用する植物の特徴としては、花期が長く丈夫なもの、季節を感じさせるもの、穏やかな花色のもの、ベッドからの視線を考えた草丈のあるもの、切り花に向くもの、昔懐かしいものなどがあり、棘のあるもの、匂いのきついもの、有毒植物は避けるようにしている。

一年草だけの単調な庭やまだ十分に咲き切っていない花があるのに、機械的に植え替え作業をしていくことは患者の心に負担をかけるとの配慮で、庭は四季折々の樹木、宿根草、一年草と多様な植物相で構成し、植え替え作業も庭の植物の状態を見て、おもに花期の終えた一年草だけの植え替えをしている。中庭に面していない病室から見える景観を良くするために雑木林を切り開き、山野草を植え、丸太で散歩道をつくった。また、無機質なコンクリートの壁が目立たないように、コンテナ類を配置して草花の寄せ植えを植えている。市場から購入した苗だけでなく、庭で咲いた花から種を採種して鷺澤とボランティアが種から苗を育て、それを庭に植えている。その他、患者や家族から提供された植物を庭に植えたりと、皆が植物に込めた大切な思いを植栽に反映している（図1）。

年2回行っている夏花壇と冬・春花壇の植え替え作業にあたっては、園芸療法を学んだ仲間たちも多く集いボランティアと一緒に気持ちよく働いている。患者が園芸療法プログラムの一環として庭作りに参加する場合もある。日常の庭の維持管

理としての芝刈り、水やり・花がら摘みなどは、ボランティアが行っている。植栽による心のケアに重点を置き、病院スタッフとボランティアとのチームケアの意識をもちながら庭が作られている。

③ 園芸療法プログラム「庭さんぽ」

園芸療法を学んだ岡田を中心に、ボランティアと共に以下の目的を掲げて実施した。

- ①五感を刺激することによる心身の癒し
- ②人との新たな交流・会話を生みだすこと
- ③収穫の喜びや楽しみ
- ④自己による表現

④ プログラム内容

園芸療法の考えを基にプログラムを計画し、実施した。プログラムは毎週1回、40分間行った。プログラムの対象者は患者と家族で、参加人数は1～3人程度だった。プログラム担当者は、参加者と一緒に徒歩または車椅子、ベッドで庭を散歩し、散歩をしながら自然に触れ、気候・天候・体力・参加者の趣向を考慮し、かつ四季の営みを感じることができるようなプログラムを行った。

おもな内容としては、庭の散歩、植物観察、花&ハーブ摘み、野菜の栽培と収穫、ガーデニング、庭の植物を利用したクラフト製作がある。収穫した野菜はティーラウンジに飾り、ボランティアが行うティータイムサービスのときに、院内の人々と収穫の喜びを分かち合った後に調理室へ届けた。野菜は調理室で調理され、食事として患者に提供されることもあった。気候が厳しくて散歩に出られない際は、庭の植物を使ったクラフト製作、コンテナで育てた植物を室内に持ち込むなど、少しでも自然の恵みを身近に感じてもらえるように配慮した。

プログラムから派生した活動として、庭がより

いっそう「ホスピスにふさわしい庭」になるように、プログラムから学んだことを庭作りに活用した。また、人と庭をつなぐ活動として、四季の庭の様子を伝える院内新聞「ピースハウス庭だより」の発行（年4回）、遺族や病院協力者に庭で採取した花の種を贈る活動を行った。

まとめ

実際に活動をすると、身体機能の向上・回復というよりは、患者の気分を引き立て、日常性を維持・回復するために工夫するという発想の転換が必要であった。プログラムに連続して参加できる患者は多くはない。プログラム1回1回を一期一会の気持ちで行い、行事の日には季節感に富んだプログラムを提供すると喜ばれた。患者の思いと実際の機能がかけ離れてしまうことも多く、予定していたプログラムが行えないこともあるが、その時々に応じて代替プログラムを用意して対応をした。

プログラムでは、実際の作業より患者や家族の話を聴くだけでよいこともある。患者のプログラムへの要望は、ただ自然に触れたいというささやかなものが多かった。園芸に関する説明や助言が役立つこともあるが、詳細な学問的な知識はあまり必要としない。むしろ1人の人間として時を共有する姿勢が大切であることを学んだ。園芸作業（寄せ植え作り、野菜作りなど）を通して周囲の人々へ貢献したいという思いが患者に頻繁にみられたが、これは院内で活動する多くのボランティアの影響もあるように思えた。

本稿の紹介を参考に、さまざまなホスピス緩和ケアの取り組みの中に園芸療法が導入され、より多くの患者や家族、支援者、医療スタッフもが植物や園芸作業により、豊かで穏やかな時間を過ごせることを願っている。

10. アロマセラピスト

山下 真理

(横浜薬科大学, アロマセラピスト)

緩和ケアにおけるスピリチュアルケア

本稿では緩和ケアにおける心のケアに焦点をおき、さらにスピリチュアリティとアロマセラピーとの関連性について述べていきたい。

緩和ケアにおけるスピリチュアリティの概念の明確な説明は難しいが、自己超越性という言葉は共通している。ここで海外の概念の例をとれば、「人間の本質を現し、すべての人に生まれつき備わっており、危機的状況でも生きる本当の意味や目的を見つけ出し、問題に対処し、自分らしく生きるための機能」となっている。ターミナルケアにおいて命の危機がそこに迫り、身体的、精神的苦痛が襲っていても自分らしさを見失わず生きる意味を見出すことは難しい。己を救う意識は、自分自身の中にあると条件づけると、その道しるべを医療従事者であるスタッフが全員この見解をもって治療にあたるのも厳しいものがある。教育の必要性が生じてくる。

実際アメリカの医学部の90%、イギリスでは60%がスピリチュアルケアをカリキュラムに取り入れているが、日本では緩和ケアのできる看護師の育成が始まっているとはいえ、6カ月(630時間)の集中講座の中でスピリチュアルケアは15時間と短い。ハーバード大学附属のダナ・ファーバー癌研究所内では仏教、イスラム教、キリスト教などの僧侶が24時間対応するなどのほか、ヒーリングなども行っている。スピリチュアリティなしの緩和ケアは難しいといえる。アメリカにあるNCCAM(国立補完代替医療センター)で効果の確認できた療法として、祈り、鍼灸、ヨガ、催眠療法、太極拳、アロマセラピー、漢方薬、マッサージセラピーが載せられている。



図1 アロマ回想法の風景

アロマ回想法とスピリチュアルケア

ここでひとつのスピリチュアルケアとしてのアロマ回想法を紹介したい。アロマ回想法とは、ブレンドされた精油の香りを目を閉じて聴き、思い浮かんだことを自由に語ってもらうカウンセリングの一種である。嗅覚の海馬などへの刺激により、さまざまな記憶、感情を引き出すことが可能なメソッドである(図1)。

ターミナルケアでは、もっぱらアロマセラピーはトリートメントの一環としてマッサージが主体であると思う。アロマ回想法はマッサージではなく、植物から抽出した精油の香りで記憶や感情を蘇らせるメソッドである。嗅覚は他の感覚器と異なり、直接脳に刺激を伝える。嗅覚は大脳辺縁系で海馬、扁桃核と複雑に接続する(図2)。その結果、感情を伴うさまざまな記憶をよみがえらせることが可能である。

一般の回想法である、その患者の元気であった時代を反映した映画、音楽などからの回想とは異

なり、アロマ回想法はその人個人が生きてきた自分だけの価値観と記憶の回想である。己の人生を振り返り、それは小さな喜びの記憶であっても自分を受容し、愛し、今を生きるエネルギーになるものと感じる。そして、自分を客観視できようになるのも落ち着きを取り戻すうえで重要である。

筆者は精神科の病院でうつ、PTSD（心的外傷後ストレス障害）などの患者にこの療法を行ってきたが、どの場合においても子ども時代の記憶をよみがえらせることが多い傾向にあった。子どもたちは遊びや生活を通して脳の引き出しに、感じたいいろいろなさまざまな情報をしまいこんでいく。子ども時代は、人間形成において重要な鍵となる時である。しかし、子どもは、実は大人より多くの忍耐を背負っている場合も多く、精神科領域ではそのことを痛感する場面もある。アロマ回想法により、その問題にまで記憶とともに自分を掘り下げていく作業は、生きる本当の意味や目的を見つけ出し問題に対処し自分らしく生きるための機能としてのスピリチュアリティへの導きになるものと感じている。植物と人間の、時代を超えた係わり合いがもたらす力である。

緩和ケアにおいても、アロマ回想法によって引き出された1人ひとりの深い感情や記憶の中から自分らしさを感じることができる。そこに至る行程はあるが、最終的に己を受容し愛を見出す方法である。

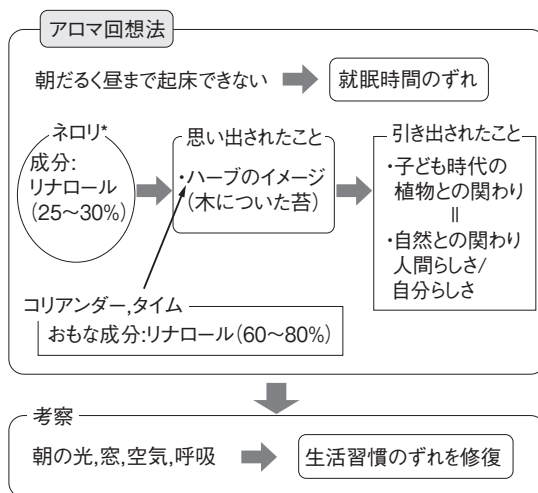
アロマセラピーのメリット

この症例はホスピス患者ではないが、植物の香りにより“立ち返り”へのきっかけになった症例である（表1、図2）。

この方は、母の看病、夫との不和などで引きこもりとなった方である。以前より人付き合いは悪く、家の中では昼夜逆転の生活が続いていた。アロマ回想法により自然とかわった記憶の蘇りによって、自分自身への立ちかえりのきっかけをつかむことができた。まず、とりあえず朝は窓を開け、光と風を感じて深呼吸する。これを少しずつ取り入れてもらうことにより、昼夜逆転の悪習慣に立ち向かうことが可能となった。この一歩が新

表1 症例1の概要

- ・病名：神経症、気分障害、不安抑うつ状態
- ・年齢、性別：40歳代、女性
- ・処方：塩酸セルトラリン（SSRI）、フルニトラゼパム（眠剤、筋弛緩作用あり）
- ・高卒、OL、先輩のいじめで1年で退職→うつ傾向
- ・母（くも膜下出血）の看病→気分の落ち込み
- ・同棲相手と結婚、夫の暴力、病気への不理解、流産で離婚→前後して家に閉じこもる
- ・来院時の訴え：不眠、イライラ、ソワソワ感、生きていてもしようがない（自殺企図なし）



*ネロリ：オレンジの花びらの精油

図2 症例1とアロマ回想法

しい生活に欠かせない要素と考える。

ここでもひとつアロマセラピーのメリットを説明する。それは呼吸の自発的な促しである。怒り、悲しみ、憤り、身体的痛み、そのどれもが呼吸を浅く、時には止めてしまう。そのときは、説得ではなく、まずゆっくりと呼吸することを促さなければならない。祈り、ヨガ、催眠療法、太極拳、アロマセラピー、どれも呼吸が重要なポイントである。

アロマセラピーにおいて、精油の香りを嗅いでいるとき人は単に心地よさに癒されるだけではなく、自分の脳の引き出しから何かをたぐり寄せようと深く呼吸する。それを筆者は、「心呼吸」と呼んでいる。そこから自分らしさを紡いでいくことが可能である。これにマッサージを加えれば、

タッチングによるオキシトシン効果による相互信頼も生まれる。

オキシトシン効果については、東京大学などでの発達障害患者への取り組みも開始されている。信頼感をもつためにも記憶、価値観の共有、そして触れることは重要である。そのときに人は、心から安堵のため息をつくことができるであろう。

おわりに

終末がんから生還した患者に関する書物にも、実践したことの中に、自分の魂と深くつながるとある。アロマセラピーが、この分野でさらに役立つことを願ってやまない。

11. チャプレン

沼野 尚美

(宝塚市立病院 緩和ケア病棟, チャプレン・カウンセラー)

はじめに

チャプレンとは、施設で働く宗教家であり宗教的援助者である。チャプレンは、キリスト教主義の施設には昔から必要とされ、存在してきた。キリスト教主義の施設にチャプレンが、仏教主義の施設にビハラー僧が常時存在するのは歴史上当然のことである。

日本にホスピス・緩和ケア病棟が開設され、全国で200カ所以上の数となり、チャプレンは人数として大きな変化をもたらしてきたわけではないが、宗教カラーをもたない病院にも数は少ないながら、存在する姿がみられるようになってきている。この現実をどう受け止め、チャプレンは前進したらよいのか、ホスピス緩和ケアにおけるチャプレンの役割と動向と今後の課題について、述べたいと思う。

チャプレンの役割

① 苦情や悩みの相談

宗教家には、誠実さや公平さへの期待や、秘密を守ってくれるというイメージをもつ人が多い。それゆえに、医療者への不満や、今まで一度も話したことのない心の内なる話、人生の大切な出来事の話、今困っていることや気がかりなことの話をお聴きすることがある。多忙な医療者よりもチャプレンはやや暇そうなのとも思われている。身体の治療やケアに直接関係がない人なので、遠慮しなくてもいい、気を遣わなくてもいい人と思われている傾向があって、正直に話をする勇気やひきとめて話をしようという気持ちをもちやすいようだ。

また、患者が他のスタッフに悩みを打ち明け、その悩みによっては、より専門的な力添えを願って、そのスタッフから応援を求められることがある。

② スピリチュアルケアの提供

スピリチュアルケアには、宗教色を必要としないレベルのものと、宗教色を必要とするレベルのものがある。チャプレンは、前者は他のスタッフと共有してケアにあたり、後者はチャプレン独自の働きを提供することになる。

たとえば、「なぜ、がんになったのか」と問われている人に対して、がんになってしまった悔しさ、情けなさ、腹立たしさを共感するだけでケアになることもあれば、「なぜ、人生に苦しみがあるのか、がんになって神は私に何を教えようとしてきているのか」を求めている人には、宗教が語るメッセージが必要である。また、寂しさには人恋しい寂しさと、1人で旅立っていく孤独感がある。誰かがそばにいてくれることでなごむこともあれば、「生と死にまたがって神はあなたと共にいる」というメッセージを必要としていることもある。

人生の後悔や怒りをもっている人がその思いを分かち合ってくださいるとき、一生懸命に聴こうとするこちらの共感的態度がケアになることがある場合と、神の赦しと神がくださる心の平安までを求めている患者もいる。余命の過ごし方に関して、自分は何をしたいのかを考える患者は多く、有意義に過ごせるように援助してきたが、「残された時間に神は私に何をしてほしいと願っておられるのかを祈って求めている」と言われたクリスチャンの患者には、その信仰を支えるアプローチを必要とした。

死後の世界を求める叫びにおいては、あの世がこんな所だったらいいのという慰めのイメージを求めて話し合うだけでも援助になることもあれば、自分の勝手な思い込みではなく、聖書に根拠のある死後の世界に希望を求める人もいる。愛されたいという欲求も、人間的な思いやりだけで幸せを感じられ満足する人もいれば、神に赦され愛されているという確信によって、やっと十分に心が満たされたと感じる人がいる。

③ スタッフの心のケア

医療スタッフは、いろんな悩みを抱えている。病気のための言動と分かっている、患者に怒鳴られると心はへこむし、傷つく。また、精一杯力を尽くした医療でありケアであったとしても、後悔するものや納得できないものを心に残していることがある。また、スタッフ間の人間関係からくるストレスをもつこともある。そんなとき、チャプレンはチームメンバーだからこそ、そばで彼らの働きを見ているからこそ、その悔しい気持ちや腹立たしい気持ちを理解することができる。

職種や立場の違いがあるから、互いに素直な思いで関わることができる。スタッフケアのときに大切なことは、カウンセリングをするかのような対応ではなく、チームメンバーとして仲間として関わることである。そして、多くの場合、聴くだけでよい。求められれば意見を言うこともあるが、一緒に悩み、考え、親身になって一緒に頑張ろうと伝えることである。

④ スタッフの相談相手

医療者も患者や家族のスピリチュアルペインに関わりケアを提供する必要がある。スピリチュアルペインをキャッチしたスタッフがどう関わりケアをするかにおいて、コミュニケーションのとり方やアプローチの仕方について悩んでいる。スタッフの相談にのり、チャプレンは可能な対応方法を伝えることができる。

また、スタッフが患者や家族、あるいは他のスタッフとの信頼関係づくりに悩むとき、チャプレンは相談相手になることができる。

⑤ 信仰の成長のための援助

患者や家族、そしてスタッフの中には、自ら信心する宗教をもち、信仰を大切にしている人がいる。チャプレンは、彼らの信仰上の悩みに関わり、信仰を励ましたり、深めたりする援助を提供する役目がある。また、信仰に目覚めた人が信仰を確立していけるように、相手の願いとペースに沿って導く必要がある。

チャプレンは、自分が信心している宗教・宗派以外の信仰に対しても尊重し、相手が求めるなら、自らと違う宗教の宗教家の協力と支援を求めることができる。

チャプレンの働きの動向

① 高齢者の増加と関わり

近年、ホスピス・緩和ケア病棟を利用される患者さんの特徴が変化してきている。

まず、超高齢社会に入り、高齢者が入院患者の大半を占めるということである。しかも90歳代の患者が増えてきている。高齢者の患者の中には、最後まできちんとした会話ができ、よい人間関係を築ける人もいるが、認知症が進んだり、せん妄が生じたりして、会話が成立しにくくなったり、難聴や入れ歯が合わなくなつての発音障害のために、会話に困難が生じてくるケースが多い。また、高齢者の話は長く、くどい、同じ話を何度もされるともいわれてきた。

チームの中で、チャプレンは何をすべきであり、することができるのかを考える必要がある。増えている高齢者との関わりにおいて、その人にも若いときがあり、人生があったこと、老いても自尊心があることを心にとめ、忙しい医療者たちの関わりを補っていくことが必要である。比較的時間の都合がつくチャプレンは、要領よくしゃべれなかったり、聞き取りにくい高齢者の本音に耳を傾け、医療者とその患者を正しく理解し、対応するために、キャッチした患者の思いと背景を、分かち合うこと、報告することが期待されている。認知症・せん妄状態という言葉で片づけられてしまい、高齢者の人格や本心への関心が薄れてしまわぬように、医療者に働きかける役目がある。

② チームの力を借りた働き方

ホスピス・緩和ケア病棟をご利用される時期が遅くなってきているため、入院時から死亡時までの時間が短くなってきている。化学療法をとことん受けてから来られる方や、がんが発見された時点で末期状態になっている方で、残された日々がかなり少なくなっているケースが増えている。つまり、ゆっくりと時間をかけて関わっている時間がなく、会話ができる時間や症状コントロールのゆえに、穏やかな良い時間をもっといただくのが短い時間になってきているということである。

近年、このような状況のゆえに、1人ひとりのスタッフが信頼関係づくりから始めて、患者の思いを聴き、ケアを提供するといったやり方では、間に合わない。チーム力の質が問われるようになり、チームとして短い期間しか関われない患者のニーズを早くキャッチし、そのときできうる最善のケアを提供するためには、他の職種への理解を深めること、役割を正しく認識して、タイムリーな出番を互いに配慮する必要がある。

筆者は今までチームワークを組む力量のあるドクターやナースにタイミングよく仕事をふってもらい、チームがすでに得ている患者情報を分かち合ってもらって、チャプレンとして焦点を合わせた関わりができたケースがいくつもある。患者に一度しか会えなくてもできるケアがある。一発勝負で、的を射たアプローチをしようと思ったら、ナースをはじめとする他のチームメンバーの気の利いた御膳立てがあると可能であることを学んできた。

チャプレンはチャプレンでしかできない働きをするタイミングを失ってしまわぬように、チームメンバーの力を借りることが大切である。必要な情報がタイムリーに耳に入るように、ここぞというときに関わるチャンスをいただけるように、今まで以上にチームメンバーへの働きかけが必要になってきている。

今後の課題

① チャプレンの存在の増加

チャプレンの存在は、画期的な進化を遂げてい

るわけではないが、チームの中にもいいねと言われるようになってきた。宗教カラーのない病院に、チャプレンが非常勤として勤務したり、ボランティアとして存在していることもある。必ずしも簡単に正職員になれる道はまだついていないが、小さなご縁がチャプレンの存在を生み出している。

筆者はキリスト教主義の病院で正職員として、公立系の病院で非常勤として勤務してきた。両方の形で働いてみて、気づけたことがある。正職員だからこそできることはあるが、医療チームの中で、非常勤でもできることはあるということだ。毎日、患者と会えると、また明日も会えると思いがやすいが、1週間に1回の訪室ならば、患者もチャプレンも互いに1週間後、会えるだろうかという緊張感がある。「明日までは生きられても1週間後には会えない気がする」と、たまにしか会えないチャプレンだけに、別れの挨拶をしてくださった患者もいた。チャプレンはお会いできる回数よりも、“意味ある摂理の時”を生かして働くことを知っているはずだ。医療チームの中に入れる可能性を得るとき、どんな条件でも、そのチャンスをまずつかもう。

② チームワーク力を養う訓練

チャプレンは将来、ボランティアとしてではなく、有給職員として必要とされる立場を獲得できるようにしてほしいと願っている。

時々、チャプレンがほしいが、適当な人材を見つけないと聞かないという声を聞くことがある。たった1人のチャプレンを求めるとき、職場としてはチャプレンとしての力量の前に、その人柄・人格を重視する。まだ専門資格制度がないだけに、専門能力というよりも、チームワークを組む能力が問われるということである。医療者とチームワークが組めるチャプレンの養成・訓練が必要である。

③ チャプレン同士の協力

日本においてチャプレンは、1つの施設において1名から多くても数名しか存在しない。他の医療スタッフのように、同業者をたくさんもってい

ないので、組織の中で孤独な思いをしてきた。しかも、宗教・宗派の違い、そして個々の考え方の違いを気にするチャプレンたちは、人の悩みの相談者になることができて、自分の弱さや過ちも含めた本心を他のチャプレンに分かち合うことに不慣れである。

チャプレンが心が合う医師や看護師から励ましを得ることができるとするならば、これは素晴らしいことである。と共に、チャプレンには

I. ホスピス緩和ケアを支える専門家・サポーター

チャプレンしか分からない気持ち・思いがある。チャプレン同士が出会い、互いに助け合える関係になるためには、自己の殻を破った成長が必要である。

文 献

- 1) 沼野尚美：チーム医療におけるチャプレンの役割と心得. THE LUNG 20 (2) : 94-96, 2012

12. ビハーラと仏教者

谷山 洋三

(東北大学大学院 文学研究科, 元 長岡西病院ビハーラ僧)

はじめに

日本ホスピス緩和ケア協会正会員の施設概要一覧¹⁾によると、緩和ケア病棟・緩和ケアチームに参加している宗教者は、2014年4月現在で、常勤・非常勤を合わせて69名を数えることができる。施設の背景などから、そのほとんどがキリスト者であることが容易に想像される。このようなデータからは読み取ることができないが、仏教者も常勤・非常勤・ボランティアという形で参加していることがある。すべてを網羅できないものの、ここで代表的な活動とその内容、そして今後の課題について述べたい。

ビハーラ

「ビハーラ」は「寺院、休息の場所」を意味するサンスクリット語である。1985年に田宮仁が「仏教ホスピス」の代替語として提唱し、「仏教を基礎としたターミナルケアおよびその場所」を指すようになった。仏教系緩和ケア病棟（ビハーラ病棟）があるのは、2014年11月現在で、(医)崇徳会長岡西病院（1992年開設、32床、超宗派、新潟、以下「長岡西」と略す）、(宗)立正佼成会付属佼成病院（2004年開設、20床、立正佼成会、東京、以下「佼成」と略す）、(一財)大日本仏教慈善会財団あそかビハーラ病院（2007年開設、28床、浄土真宗本願寺派、京都、以下「あそか」と略す）の3カ所である。

ターミナルケアを出発点としていたビハーラ運動は、その後徐々に高齢者福祉、児童福祉、障害者福祉、精神保健福祉、災害援助などに展開しているが²⁾、本稿では緩和ケアに関するものだけを

取り上げる。また、ビハーラの理念や開設の経緯などについて、田宮³⁾の著書に詳しく記されているように、ビハーラ運動は布教伝道活動ではなく、「無宗教」を含む多様な信仰的態度を尊重するという姿勢を基本としている。

チームの一員として

長岡西では「ビハーラ僧」1名が常勤で、他に地元の「仏教者ビハーラの会」会員約15名がボランティアのビハーラ僧として活動している。現在の常勤者は融通念仏宗、地元の僧侶は曹洞宗、浄土真宗（大谷派、本願寺派、仏光寺派）、真言宗（智山派、豊山派）などである。佼成では、関連部門の「佼成カウンセリング研究所」のカウンセラー8名が、ボランティアの「スピリチュアルケアワーカー（心の相談員）」として相談を受けているほか、日蓮宗、真言宗、孝道山本仏殿などの僧侶がイベント時に手伝いをすることがある。あそかでは、「ビハーラ僧」3名が勤務しているほか、浄土真宗本願寺派の僧侶が研修生として活動することがある。長岡西とあそかには常勤のビハーラ僧がいるため、カンファレンスに参加するなど、常に医療者との連携を密にすることができる。死亡退院時のお別れ会には、仏堂で僧侶が読経を行う。

ほかにも、仏教者が緩和ケアに参加しているケースがある。元は県立病院だった佐賀医療センター好生館緩和ケア病棟では、開設当初から僧侶（曹洞宗、浄土真宗）・キリスト者（牧師、神父）・神職が、聖ヶ丘病院ホスピス（東京）では作務衣姿の融通念仏宗の尼僧が、相良病院緩和ケア病棟（鹿児島）では浄土真宗の僧侶がボランティアを

している。在宅緩和ケアでは、岡部医院（宮城）で曹洞宗僧侶がボランティアの臨床宗教師として、沼口医院（岐阜）・オレンジホームケアクリニック（福井）・ささえ愛よろずクリニック（新潟）では、それぞれ浄土真宗・天台宗・曹洞宗の僧侶が臨床宗教師として勤務している。普門院診療所（栃木）は真言宗豊山派寺院住職である医師が院長を務め、入院・関連施設・在宅での緩和ケアも行う。

仏教看護・ビハーラ学会や日本ホスピス・在宅ケア研究会での発表などから、ほかにもなんらかの形で緩和ケアに関わっている僧侶の姿が確認できる。しかし、他の一般のボランティアと同様の活動を行うだけで、次に述べるような専門性を発揮できずにいる者が多いように思われる。それは僧侶個人の課題ではなく、施設側との共通の課題であり、何よりも患者・家族、すなわち市民全体の課題である。

仏教者の役割

以下、「僧侶」「ビハーラ僧」「スピリチュアルケアワーカー」などをまとめて「仏教者」とする（寺族や在家信者を含む）。仏教者にはスピリチュアルケア、宗教的ケアの担い手としての期待があるが、それだけではなく、遺族の対応としてのグリーフケア、スタッフとの連携、スタッフのケアなども重要な役割である。長岡西の仏教者の活動については、村瀬⁴⁾が詳しく報告しており、参考になる。

患者・家族に対しても、スタッフに対しても、信頼関係の構築が大切なというまでもない。ケアは基本的には傾聴から始まり、ケア対象者の必要に応じて、理解をとりながら必要なアプローチを提供し、もしくは他の専門職と連携する。相手の了解なしに、突然お説教を始めるようなことがあれば、退場処分となってしかるべきである。

スピリチュアルケアについてはここでは触れないこととして、仏教者ならではの宗教的ケア（もしくは宗教的資源の活用⁵⁾）について、4つのアプローチ（儀礼、教え、情報提供、そして存在感を示すこと）に分けて述べる。繰り返しになるが、

ケア対象者のニードとその確認をしてから実施されるものである。

1つ目の儀礼としては、まず施設内の仏堂や、患者が持参した仏壇・位牌・過去帳などを前にした「読経」がある。もちろん、患者・家族・スタッフ（事前もしくは病棟の方針として）の同意が前提となる。個室で実施する場合も、声量などには気を遣わなくてはならない。読経をする機会としては、物故者の命日やお盆、お彼岸だけでなく、日常生活において毎朝夕に仏壇に手を合わせたり、（僧侶ではなく）自分なりに読経するという習慣をもつ人もいる。

仏教信仰を目的で読経することもあるが、むしろ多くの場合は、親族などの死者との対話の機会であり、“成仏”した死者との対話は、安心してあの世に赴き、死者と再会し、さらには自分自身も“成仏”するというイメージにつながる。僧侶など仏教者が介在することで、その意味はさらに強化される。また、こうした「供養」に関わる意味だけでなく、読経には祈願・祈禱の意味を込めることができるので、さまざまな不安が緩和され、癒しの機会にもなりうる⁶⁾。

2つ目のアプローチは、「教え」である。教えの内容は多岐にわたり、仏教の基本的な思想から、特定の宗派・教団の教義、そして仏教思想の外縁に位置する民間信仰的な内容までが求められる。また、ケア対象者からのニードには、知識として知りたいとするものから、信仰したいとするものまで、さまざまなレベルがあるので、仏教者はその点を注意して関わることになる。

3つ目の情報提供とは、仏教式を含む冠婚葬祭、特に葬儀や法事に関する基本的な情報の提供である。地域によって、いわゆるお布施の相場や法事の習慣も異なる。そういった、聞きたくてもなかなか聞けない質問にも、仏教者は答えることができる。

4つ目の存在感というのは、他の宗教者や職種にもある程度共通する。森田は「何となくいること⁷⁾」と表現しているが、それは、先に述べたアプローチを含む、さまざまな「期待感」を惹起し、醸成する存在の提示として捉えることができる。患者が医師の姿を見て、症状の緩和や治癒が

期待されるように、仏教者はその姿だけで、いい意味での権威として働き、存在するだけで癒やされたり、祈りたくなるような雰囲気をつくり出す。

仏教者の課題

仏教者、特に僧侶というと「葬式仏教」や「死」のイメージが伴う。また、いくら仏教が日本文化に根づいているとはいえ、神道やキリスト教など他の宗教をさておいて、仏教という特定の宗教だけを優遇するわけにはいかない…このように考える方も少なくないだろう。そこで、仏教者が緩和ケアに関わる際の課題を3点取り上げる。

まず、服装について。現在の長岡西の常勤ビハラー僧は、スーツの上に専用の紺色の専用ガウンを着用しているが、ボランティアは作務衣、普段着、僧衣姿など、儀礼のとき以外は比較的自由である。あそかでも同様で、儀礼のときは浄土真宗本願寺派の僧衣を身につけることがあるが、それ以外は作務衣か普段着である。佼成では、在家信者が中心なので、基本的に普段着である。僧侶たちの中には、袈裟衣を身につけて病院に入りたいという「野望」をもつ者もいるが、筆者としては、一部の施設を除いてあまり姿形にこだわるべきではないと思う。普段着か、せいぜい作務衣ぐらいにしておいて、必要なときにだけ僧衣になり、数珠や経本を取り出せば、十分に僧侶としての期待に応えることができる。

宗教バランスという点では、佐賀好生館のように、他の宗教者も一緒に参加できるような体制をつくることも可能である。後述する「臨床宗教師」も同様に、超宗教超宗派を前提としている。1人の仏教者が、キリスト者になれるはずがないので、その背景にどれくらい広いネットワークを構築できるかが課題となる。患者・家族の信教の自由を守るのは当然のことであり、必要なときには宗教的ケアが提供できるような体制やネットワークづくりが求められる。

やみくもにさまざまな宗教者を登録してもらえばいいということではない。最低限のルールは必要である。たとえば、「臨床宗教師倫理綱領」⁸⁾

では、守秘義務の遵守、信仰を押しつけない、など、基本的な項目が明文化されている。このような倫理に加えて、施設の職員やボランティアと同様のルールも遵守するべきである。

おわりに

近年、特に東日本大震災後に、スピリチュアルケアや宗教的ケアに関する専門職養成の動きが活発になっている。2012年には、東北大学大学院文学研究科に実践宗教学寄附講座が開設され、10月から「臨床宗教師」の養成が開始され、日本スピリチュアルケアワーカー協会も「臨床宗教師」の認定を始めた。2013年5月には、全国青少年教化協議会・臨床仏教研究所による「臨床仏教師」の養成、同年9月に日本スピリチュアルケア学会による「スピリチュアルケア師」の認定開始。2014年には、龍谷大学大学院実践真宗学研究科と鶴見大学先制医療研究センター（総持寺の修行僧対象）でも「臨床宗教師」養成が始まり、高野山大学では別科スピリチュアルケアコースが開講された。ほかにも、同様のプログラムを準備する動きが複数ある。

それぞれ特徴があるが、共通するのは宗教性を尊重しつつ、公共性をいかにして担保するかという課題である。多くの宗教者、特に仏教者にとって、緩和ケアなど医療との連携はあまり経験がなく、いわば苦手とする分野である。それゆえに、宗教者向けの再教育が必要なのである。

それぞれの教育においては、「自分の信仰内容（教義）をどのように相手に伝えるか」よりも、まず「異なる信念・価値観をもつ人にどのように寄り添うか」が重要視される。具体的には傾聴から始めるということであるが、ただ情報を耳に入れるということではなく、相手の価値観を受け入れるということなので、これは容易なことではない。内面において若干の葛藤を感じながら、「あなたはそのままいいよ」という態度を示すことが求められる。宗教者である以上は、時には「(お坊さんは)何を信仰しているのか?」と問われることもあるだろう。そのときに、待ってましたとばかりに教えを説こうとするのではなく、「私の

信仰はこうですが、あなたが受け取るかどうかはあなたの自由です」という態度で話を始めることも大切である。

このように、ビハーラの提唱から約30年を経て、これまで以上に現場のニーズに即した人材が養成できる状況が整いつつある。今後数年の間に、百人単位から千人単位で輩出されるであろう。

文 献

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ〔http://www.hpcj.org/list/li_index.html〕より
- 2) 谷山洋三：ビハーラとは何か？—応用仏教学の視点から。『パーリ学仏教文化』19：33-41, 2005
- 3) 田宮 仁：「ビハーラ」の提唱と展開。『淑徳大学総合福祉学部研究叢書』25。学文社、2007
- 4) 村瀬正光：緩和ケア病棟における宗教者の活動の現状—ビハーラにおけるビハーラ僧。『日本仏教社会福祉学会年報』43, 2012
- 5) 谷山洋三：スピリチュアルケアの担い手としての仏教者—ビハーラ僧と臨床宗教師。鎌田東二編、講座スピリチュアルケア学第1巻：スピリチュアルケア。『ピング・ネット・プレス』、2014
- 6) Taniyama Y, Becker CB: Religious Care by Zen Buddhist Monks: A Response to Criticism of "Funeral Buddhism". *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 33-1 : 49-60, 2014
- 7) 森田敬史：ビハーラ僧の実際。『人間福祉学研究』3(1)：25, 2010
- 8) 実践宗教学寄附講座運営委員会：臨床宗教師倫理綱領。『東北大学実践宗教学寄附講座ホームページ』〔<http://www.sal.tohoku.ac.jp/p-religion/diarypro/data/upfile/66-2.pdf>〕より

13. アニマルセラピスト

大日向 潔

(NPO 法人 日本アニマルセラピー協会統括本部, アニマルセラピスト)

はじめに

近年、わが国においてもアニマルセラピーという言葉が徐々に広まりつつあり、マスコミなどで取り上げられる機会も増加の一途をたどっている。しかし、まだまだ一般には、アニマルセラピーとは、「犬と触れ合い、癒される活動」という認識しか浸透していないのが現状である。

こうした中、NPO 法人日本アニマルセラピー協会では、病院などへの訪問活動をいち早く実践し、医療現場でのアニマルセラピーの浸透に取り組んできた。

アニマルセラピーの歴史と分類

① 海外の歴史

アニマルセラピーは、古代ギリシャ・ローマにおいて、負傷した兵士に馬を用いたりハビリテーションを行う障がい者乗馬が始まりといわれている。その後、海外においては現在に至るまで、馬のみならずイルカや鳥を用いたアニマルセラピーなども行われているが、人類にとって最も身近な動物である犬を用いたアニマルセラピーは、近代になってから本格的にスタートした。そのいずれもが、医療の専門家が治療の補助として動物を用いた活動としての発達であった。

② わが国の歴史

一方、わが国においては、動物に対する考え方の相違から、治療行為としてのアニマルセラピーは、20 世紀末期に至るまでほとんど発達しなかった。このため、現在わが国では、アニマルセラピー活動を以下の通り分類し、活動内容のレベル

を設定している。

- 1) animal assisted activity (AAA) : 動物介在活動
動物がいろいろな活動の手助け・協力をするレベル。高齢者施設の訪問など。
- 2) animal assisted education (AAE) : 動物介在教育
動物が教師などを通して子どもたちの教育の手助けをするレベル。教育機関への訪問など。
- 3) animal assisted therapy (AAT) : 動物介在療法
動物が医療の専門家を通して患者の機能向上の手助けをするレベル。医療機関への訪問など。

このうち海外においては、ほとんどが動物介在療法、AAT のレベルで実施されている。すなわち、アニマルセラピーとは、therapy の言葉通り動物を介在とした治療・療法のことなのである。しかし、わが国では、アニマルセラピーは現在でも動物介在活動 (AAA) である高齢者施設訪問が中心である。

アニマルセラピーの治療効果

アニマルセラピーがなぜ治療に有効なのかは、これまでよく分かっていなかったが、その効果はデータでは証明されている。ペットを飼育している人は、していない人と比較して、以下のデータが得られている。

①年間 20% 前後病院に行く回数が減った (Headey B, F Na Zheng らの研究による)。

②心臓疾患の患者では、犬の飼育者の生存率が、飼育していない患者に比べ 3 倍高い (Friedmann らの研究による)。

また、アニマルセラピーの治療効果については、最近注目されている安らぎのホルモン「オキシトシン」の分泌が、動物と触れ合うことにより

活性化されることが要因といわれている（太田光明の研究による）。

ホスピス緩和ケアへの アニマルセラピーの導入

① ホスピス緩和ケアでのアニマルセラピーの 開始

わが国では発達途上であった動物介在療法（AAT）であったが、近年の緩和ケア医療の発達に伴い、ホスピス緩和ケアの分野でも、アニマルセラピー導入検討の機運が動き始めた。

そして、NPO 法人日本アニマルセラピー協会は、2013年6月から国立病院機構岩国医療センターの緩和ケアセンターでのアニマルセラピー活動を開始、ホスピス緩和ケアが本格始動した。

② 病院側の導入目的

終末期がん患者が動物と触れ合うことによって、精神的・肉体的苦痛を緩和し、QOLの向上を目指す。

③ 具体的導入方法

受け入れる側の病院では初めての試みであり、多くの議論を重ねた。その結果、以下の内容で活動を開始した。

●セラピードッグ3頭が、アニマルセラピスト（動物介在活動師）と共に月2回、1日1時間のペースで訪問し、デイルームや病棟で、入院中の皆さんと自由に触れ合っていた。

●訪問する犬は以下の3頭で、いずれも日本アニマルセラピー協会認定のセラピードッグとする。

①ボルゾイ：オス（ロシア原産の大型犬）

②ゴールデンレトリバー：オス（イギリス原産の大型犬）

③バセットハウンド：メス（イギリス原産の中型犬）

老人ホームなどでのアニマルセラピー活動は、小型犬（チワワやマルチーズなど）をアニマルセラピストが利用者の膝の上に載せて触れ合っていたがパターンが多いが、本件の中・大型犬を患者さんの足元などに寄りつかせる形となっ

I. ホスピス緩和ケアを支える専門家・サポーター

ている。この方が、触れ合う方の、体力的負担が少ないとみられる。

その後、1年数カ月が経過したが、現在も緩和ケア病棟での活動は継続中で、患者・病院側からも好評の内に受け入れられている。また、2014年7月からは、徳山中央病院においてもアニマルセラピー導入を開始、月1回の訪問活動を実施している。

アニマルセラピー導入後の変化と効果

導入後に生の声を伺ったが、その反応は大きく以下の6点に分類できた。

① 苦痛からの解放

「痛みが和らいだ」「痛みがなくなった」

3回目の訪問時に伺った感想であったが、繰り返し犬を触ることによって、苦痛から解放される効果が確認された。さらには、麻痺側を動かし、犬を触ろうとする動作もみられるなど、症状改善にも繋がっていることも、確認された。これらは、犬を触ることにより、いわゆるゲートコントロールと、前述のオキシトシン効果の双方の機能が働いたものと考えられる。

② 癒しの時間

「犬は癒されるね。気分転換になった。入院生活は退屈だったが、犬が来ることによって楽しみができた」

不安や抑うつを抱えた状態で、犬の温もりを通して、安心感やリラクゼーションをもたらすことが、確認できた。

③ 過去の回想

「数十年ぶりに犬に触った」「昔、犬を飼っていた」「50年ぶりに、犬を抱っこした」

過去を思い出すきっかけとなり、自分の人生を振り返る場へと繋がった。

④ 喜びの表出

「私のところへ犬が来てくれて、本当に嬉しかった。犬を飼ったことはないけれど、犬はいいね」

犬を通して、患者が素直に喜びを表出できるよ

うになった。

⑤ 幸福の希求

「久しぶりに犬に触れて、とても幸せ。犬に触って、パワーをもらった感じがする」

喜びをもたらし、生きる意欲を高め、生活の満足感に繋がった。

⑥ 楽しみと希望

「今度はいつ来るの？また会いたいな」「また来てね。かわいかった」

次もまた犬と会いたいという希望を見出し、生きる意味やきっかけを感じ取るようになった。また、犬と一緒に撮った写真を眺め、不眠改善に努めているケースもみられた。

このように、アニマルセラピー導入後の患者の反応は「苦痛からの解放」「癒しの時間」「過去の回想」「喜びの表出」「幸福の希求」「希望と喜び」の6点のカテゴリーに分類されるが、その効果は「アニマルセラピーは、精神的・肉体的苦痛の緩和が図れ、さらにはQOLの維持・向上に繋がる」ということである。

ホスピス緩和ケアへの動物介在療法(AAT)導入の現状と課題

わが国において、アニマルセラピーの本来の目的である動物介在療法(AAT)は、小児科病院などではすでに導入されているが、ホスピス緩和ケアの分野では始まったばかりである。そこには、多くの克服すべき課題が残されている。

① 緩和ケア病棟の受け入れ体制

そもそも、外部から動物を病院内に受け入れることは、これまでの日本では考えられなかったことで、現在でも病院側の抵抗感は根強いと思われる。

まず、犬を病院内に入れることへの抵抗感である。病院という性質上、衛生面、特に感染症に対する警戒感は強い。

次に、犬嫌いの人の存在である。病院スタッフ、入院者とも、わが国では犬嫌いの人はまだまだ多い。

さらに、海外と日本との犬に対する認識の相違である。わが国では、犬を室内で飼育する習慣自体、比較的最近のことである。これは、長い間、犬を単なる番犬として扱ってきたわが国と、犬を牧羊犬などのパートナーとして扱ってきた海外との意識の違いによるものと考えられる。

これらの問題は、わが国において動物介在療法(AAT)が浸透するうえでの、大きなネックとなっている。

② まだまだ足りないアニマルセラピストとセラピードッグ

セラピードッグを扱うアニマルセラピストも、わが国では非常に不足している。特に動物介在療法(AAT)を実施することの可能な上級者は、NPO法人日本アニマルセラピー協会においても、2桁を数える程度である。

同時に、セラピードッグ自体も非常に不足している。セラピードッグの育成には、大型犬では最低3年間、小型犬でも最低2年間を要するうえに、そこには多くの費用と労力が必要となる。しかし、わが国ではセラピードッグに対する認知度はまだまだ低く、育成への十分な体制がとれていない状況である。

ホスピス緩和ケアでのアニマルセラピー実践の見通し

このように、克服すべき課題が山積のホスピス緩和ケアへのアニマルセラピー導入であるが、国立病院機構岩国医療センターの2013年の導入から、その歩みは確実に進み始めている。同時に、前述のように、実践にあたっての手順や課題も明確になりつつある。特に、アニマルセラピー導入によって得られた6点の効果は、アニマルセラピーがホスピス緩和ケアにおいて最も有効な方法のひとつであることを浮き彫りにしている。一方、日本人の犬に対する考え方も、近年、急激に変化しており、動物介在療法(AAT)の浸透は、近い将来確実なものとなろう。

アニマルセラピー導入が、1名でも多くの方のQOL向上に繋がることを、願うものである。

14. チャイルド・ライフ・スペシャリスト

村瀬 有紀子

(東京医科歯科大学附属病院 小児科, 認定チャイルド・ライフ・スペシャリスト)

はじめに

チャイルド・ライフ・スペシャリスト(以下, CLS)は, 子どもと家族に心理社会的ケアを提供する専門職である。子どもや家族と, 入院時から経過に沿った関わりをもち, 困難な状況の中でも主体的に乗り越える強さを発揮できるように支援する。

本稿ではCLSおよび小児緩和ケアの定義について紹介し, 小児緩和ケアにおけるCLSの取り組みについて述べる。

CLSについて

CLSは北米で発展・普及してきた。1920年代に, 入院患児への遊びを中心とした介入から始まった。1950年代半ば以降は, 心理社会的ケアの提供が求められるようになり, 現在のようなチャイルド・ライフプログラムが確立された。CLSの資格は北米の大学や大学院における専門科目の履修と, 病院の研修生として実地の職業訓練を積むことで得られる。その後, Child Life Councilの認定試験に合格して, Certified Child Life Specialistの資格を得る。

北米には現在4,500人ほどのCLSがいる。アメリカでのおもな活動場所は総合病院の小児科, 小児専門病院だが, 成人のがん治療施設, 在宅医療, 小児専門の緩和ケア施設にも広がっている¹⁾。CLSはその専門教育とトレーニングから, 病気が子どもと家族に及ぼす影響, 病気をもつ子どもの発達面の課題, 治癒的遊びや心理的プリバレーションを通じた援助, 子どもと家族中心のケアの視点, 医療チームの中での役割・連携, 架け橋的

援助などについて学ぶ^{2,3)}。

日本では十数年前に初めてチャイルド・ライフプログラムが導入され, 徐々に広がっているが, 認定の資格をもち活動しているCLSは35人ほどである。CLS養成の教育機関は日本にはなく, 資格取得のためには留学する必要がある。

小児緩和ケアの定義

小児緩和ケアの定義としてWHOの定義を紹介する。

WHOによる小児緩和ケアの定義(2002)

小児のための緩和ケアとは, 身体, 精神, スピリット(霊性)への積極的かつ全人的なケアであり, 家族へのケアの提供も含まれる。それは, 疾患が診断されたときに始まり, 根治的な治療の有無にかかわらず, 継続的に提供される。医療従事者は子どもの身体的, 心理的, 社会的な苦痛を適切に評価し, 緩和しなければならない。効果的な緩和ケアとは, 家族も含めた幅広い多職種的な対応と地域における社会資源の有効な活用を必要とする。必ずしも人材や社会資源が十分でなくても満足のいく緩和ケアを実践することは不可能なことではない。緩和ケアは, 三次医療機関でも, 地域の診療所でも, そして子どもの自宅でも提供しうるものである⁴⁾。

緩和ケアと聞くと, おもにがん患者の終末期に緩和ケアチームによって提供される特別なケアのイメージが一般的にあるが, この定義においては決してそうではない。小児緩和ケアは, 子どもときょうだいを含む家族全体を支援する全人的なケアである。ケアする時期は子どもの病気が診断さ

れたときから始まり、終末期へと続く。死が間近に迫った状態だけではなく、長期にわたり「life-threatening condition」（生命を脅かされる状況）にある子どもと家族も対象とする。対象となる疾患は幅広く、小児がんだけでなく、中枢神経系の疾患、代謝異常症、心血管系の疾患、希少疾患など、高度先進医療の必要なさまざまな疾患において根治的治療の有無にかかわらず提供される。

緩和ケアは病院、在宅医療、小児専門の緩和ケア施設など多様な施設で提供される。さまざまな苦痛を緩和し、QOLの向上を目指して多職種で構成される医療チームが関わり、子どもや家族とコミュニケーションや連携をとる。このような継続した関わりを通じた子どもや家族、医療者の間で積み重ねた信頼関係が終末期におけるケアの支えになる⁵⁻⁷⁾。

小児緩和ケアにおけるCLSの取り組み

CLSは、子どもや家族と入院したときから関わり始め、信頼関係を築くことを大切にす。子どもに対しては、嘘ととられるようなことは極力言わない、子どもが安心できる状況や環境を整える、じっくり関わる時間をもち話を聴く、遊びなど言葉以外で表現される思いをくみ取ることを通じて関係を築く。家族に対しては、子どもへの思い、家族の関係性、教育方針を把握し、家族の中にいる子どもの姿をとらえる。そのうえで家族の個別性を尊重し、家族と共に子どもを支える姿勢を見せる。

家族にとってCLSは治療を行わない医療スタッフであるため、治療以外の悩みや心配事、医療を受けて感じたことなどを話しやすく、相談を受けることも多い。一方、CLSの方からも、子どもや家族の思い、ニーズがどこにあるのか適宜確認していく。これらを必要に応じて医療スタッフと共有し、適切な対応やリソースについて検討し、それを家族に伝えていく架橋の役割も担う。

このように、子どもや家族の話を聴き、思いを

受け止め、個別性を尊重するという関わりを通して子どもや家族と信頼関係を築く。この関係をベースにCLSは、治療期から終末期まで継続して子どもや家族と関わる。

① 治療期

CLSは治療期からさまざまな苦痛の軽減の方法、不安を安心に変える方法を子どもや家族と一緒に考え、実践する。入院時、子どもは、特に侵襲性の高い処置へ恐怖感をもちやすい。CLSは、子どもの恐怖感軽減のために心理的プリパレーション^{*1}などを行い、子どもがもつ「できる力」を引き出し、主体性をもって乗り越えられるように援助する。このときに特に大切なのは、「痛くないから大丈夫」などの嘘をつかない、処置で子どもが知らないことを突然行わないことである。処置以外の場でもこれを継続することで、子どもとの信頼関係ができ、病院で子どもが安心して過ごせるようになっていく。

CLSは、子どもの感情表出を促し、それを受け止め対処するのをサポートする。血液疾患を再発した子どもが「なぜ、自分がこのような目にあうのか、どうやったら神様は自分の元気になりたいという希望を叶えてくれるのか」と筆者に問いかけた。話していくうちに「病棟の子どもたち全員が楽しめるようなことを自分がすれば神様は自分の願いを叶えてくれると思うので、手伝ってほしい」と自ら対処法を考え、筆者はその実践を手伝った。病状への不安や焦燥感という気持ちを受け止め、話をする中で、その子なりに気持ちへの対処をしたと考える。

また、移植後など痛みがある時期にCLSと一緒に遊んでほしい、そばについてほしいと望む子どももいる。寂しさ、孤独感、恐怖など精神・心理的因子により身体的苦痛が増している場合は、CLSと気を紛らわす活動を行い、そばにすることで子どもの痛みが軽減されることもある⁸⁾。

学校の友人とは違う闘病体験をしていることに孤独感を感じる子どもたちも多く、集団遊びの形

*1 心理的プリパレーションはストレスを感じる状況に対し、子どもの発達段階に応じた情報を伝え、対処方法を一緒に考える。子どもの葛藤する気持ちを受け止め、主体性を発揮できるようにするサポートである。ストレスを感じる状況（処置や手術など）に付き添い、子どものコーピングを援助する。また、処置後のフォローアップも行う。

をとりピアサポートを援助する。集団遊びの中で子どもたちは関係性を築き、体験していない大人には分からない治療特有の悩みを共有することで互いを支え合う。

子どもの発病で影響を受ける家族全体へもサポートを行う。親とコミュニケーションをとり、きょうだいも含めた家族全体への支援を考える。もし、きょうだいが病気や病状について知らされず、ストレスを感じていると親から聞くと、CLSは医療者と相談しながらきょうだいにも直接的なサポートを行う。自分だけ「病院の人」に会えないと疎外感を感じていたきょうだいも、病院で医療スタッフに会い話をすると、家族と同じ経験をしていると喜ぶ。CLSはこの時期から徐々にきょうだいとの関係をつくっていく。

治療期にCLSが子どもや家族と関わる期間は、経過によって長いときもあれば短いときもあり、断続的な関わりもある。時間の長短にかかわらず子どもや家族と築いた関係性や個別のコーピングスタイルを知ることは、治療が別の段階に進んだときに子どもや家族と関わる支えとなる。

② 終末期の関わり

終末期は、別れのときをただ待つだけの時間ではなく、子どもが家族の中で過ごす大切な時間である。このとき子どもは、医療を受ける患者という存在から家族の中で過ごす子どもという本来の姿に戻っていく。CLSは、子どもや家族がその時間をどこでどうやって過ごしたいのか気持ちをくみ取りながら、できるだけ良い時間が過ごせるようにサポートする。

終末期の親の強い望みは、子どもができるだけ痛みがなく、安楽な状態にあることである⁹⁾。身体的に辛い中でも子どもがCLSと遊び、穏やかな時間を過ごすのは親にとって安心につながる。一方、子どももCLSと遊ぶことは楽しい時間、安心できる時間、自分の思いを受け止めてもらえる時間であるため、以前から好きだった遊びをしたいと望む子どもも多い。倦怠感や浮腫、痛みで動くのが辛い子どもには、その子が遊びやすいようにCLSが工夫をする。また、子どもはもし自分で遊べなくても、CLSがその子の代わりにベッ

ドサイドで遊ぶのを見て楽しんでいる。

終末期に死後の思い出にもつながる作品づくりを望む家族も多く、CLSがサポートする。きょうだいも含めて家族全体で行うことを提案すると、一緒に作業することを楽しみ、さまざまな話をしながら家族がお互いのつながりを再確認していく過程がみられる。

子どもの意識がない場合も、親と一緒に子どものそばで過ごす時間も多し。このとき、親は後悔や葛藤、自責の念、宗教的な信条など痛みを伴う辛い気持ちを話す一方で、CLSと子どもが元気だったときの様子、楽しんだ遊び、喜んでしたこと、頑張って治療を乗り越えてきた姿を共有する時間も訪れる。入院期間中、子どもがただ苦しいだけの時間を過ごしたのではなく、子どもにも楽しい時間があり、困難なことを乗り越えた成長があったと思えることが、この時期を含め、子どもの死後も親の助けになればと考える。

終末期には、きょうだいへのサポートも大切である。きょうだいの適応の度合いには、そのきょうだいが今までの闘病や終末期のプロセスにどれくらい含まれていたかが影響する¹⁾。そのため終末期であることをきょうだいがどれくらい認識しているか親に確認し、必要に応じてきょうだいが現状を理解するのを助ける。きょうだいが病院で安心して過ごせるように、面会時にベッドサイドと一緒に遊び、きょうだいの思いを聴く。また、きょうだいが患児についている医療器具に誤解や恐怖を抱かないように話をする。子どもが亡くなる時、きょうだいにもそばに寄り添う大人が必要であるため、誰がきょうだいと一緒にいるか配慮し、状況によって必要であればCLSが寄り添い、きょうだいが家族の輪に戻るまで見守る。

CLSは、治療期から終末期まで子どもと家族全体を継続して支援している。子どもを亡くした親が、「最後まで私たちと共に歩んでくれて、ありがとうございます。あなたは私たちの胸の中にいるので、これからも忘れません」と話をされていた。CLSの関わりとして、この共に歩むという姿勢を大切にしていきたいと思っている。

③ 死別後のサポート

死別後の遺族のグリーフケアは個別性が高く、遺族のニーズも多様であるため、個々に適した方法を家族が選択できるように病院や地域のサポートグループのサービスが充実することが望まれる。

子どもの闘病仲間のケアも大切である。当院は狭い病棟であるため、仲間の死は他の子どもやその親も気がついていることが多い。そのため、亡くなった後、医療者間で病棟の子どもたちへの対応を相談し、闘病中の子どもの親の意向も確認する。

この場合、子どもの質問に応じて死の事実を認めようと話し合われることが多い。仲間の死について、子どもは筆者と2人だけの時に質問してくる。その場合は事実を認め、その子の思いを聴く機会をつくる。ある子は直接的に言えず、仲間の死を代名詞や身振りで質問してきた。筆者がその子の意図を確認し、亡くなったことを伝え、薄々おかしいと思っていたが今まで質問できなかった気持ちを言葉で表現できるようになった。子どもに嘘をつかず、事実を共有し、思いを聴く機会をつくることは、信頼関係の維持やグリーフケアの面でも重要だと考える。

おわりに

子どもを亡くされた保護者から、“うちの子に最後まで希望をもたせてくれてありがとうございました”と挨拶をいただいたことがある。筆者は遊ぶのが大好きだったその子と、終末期に可能な限り遊ぶ機会をつくるようにしていた。「希望」の意味を考えたとき、それは治癒するという希望

ではなく、その子が生きて楽しく過ごす時間を希望と捉えたのではないだろうか。どのような状況でも希望は決してなくなるわけではなく、形をかえて私たちがかわらにいつもあるということを保護者の言葉から学んだ。

すべてがうまくいくわけではなく、終末期の自分の関わりを後悔するケースもある。ただ、これからも子どもや家族と信頼関係を築き、その子と家族の安心は何かを考え、どんな状況でも希望を探すお手伝いをし、共に歩いていきたいと考える。

文献

- 1) Tohmson RH : The Handbook of Child Life—A Guide for Pediatric Psychosocial Care. Spring Field, IL, Charles C Thomas, 2009
- 2) Child Life Council. Eligibility Requirements [http://www.childlife.org/Certification/Getting%20Certified/EligibilityRequirements (2014年10月30日アクセス)]
- 3) American Academy of Pediatrics : Policy statement: Child Life Services. Pediatrics, 133 (5) : 1471-1478, 2014
- 4) ICPCN Charter of rights for life limited and life threatened children 日本語版 [http://www.icpcn.org/icpcn-charter/ (2014年10月30日アクセス)]
- 5) 小澤美和 : 予後不良者のメンタルヘルス面の問題とその対応. 小児看護 31 (13) : 1823-1827, 2008
- 6) 中村美和 : 終末期にある小児がんの子どもと家族への緩和ケア—小児緩和ケアの発展と看護の質の向上に向けて. 小児看護 31 (11) : 1553-1559, 2008
- 7) 松岡真理 : 小児看護と小児緩和ケア. 小児看護 33 (11) : 1479-1485, 2010
- 8) 有田直子, 柏木順子, 岩崎史記, 他 : End-of-Lifeにおけるペインコントロール. 小児看護 31 (7) : 923-927, 2008
- 9) Rollins JA, Bolig R, Mahan CC : Meeting Children's Psychosocial Needs Across the Health-Care Continuum. Austin, TX: PRO-ED, 2005.

15. ボランティア

吉村 規男

(日本病院ボランティア協会・ホスピスボランティア)

そもそもボランティアは

日本におけるボランティアは1995年の阪神淡路大震災後に定着し、この年を「ボランティア元年」といわれるが、それ以前から活動は行われている。病院ボランティア活動は、2014年ですでに40年以上の歴史を有している。さまざまな活動を行うボランティアの中でも、医療施設で活動するボランティアはかなり先駆的の取り組みであるといえる。

そもそもボランティア活動は、

- ①無償性
- ②自発性
- ③利他性
- ④先駆性（ウィキペディアでは加えられている）

を基本とする市民活動である（図1）。

最近では、災害発生時に多くの人がボランティ

アとして被災地に駆けつける姿が多くみられる。しかし、その歴史は古く、ボランティアとは言われていないが「お互いさま」の精神による助け合いは世界各地にみられる。

ホスピスボランティア

ホスピス緩和ケア病棟で日常的に活動するボランティアをホスピスボランティアというが、彼らは広く病院ボランティアにも含まれる。

病院ボランティアは2014年11月現在、特定非営利活動法人日本病院ボランティア協会（略称NHVA）に加盟しているグループ数で、全国で215グループが活動している。

国内の病院ボランティア活動は1962年に大阪の淀川キリスト教病院で始まっている。

ホスピスボランティア活動は、国内にホスピス



図1 日本病院ボランティア協会加盟グループ数と1,000時間達成者数

が誕生したのとほとんど同時に始まっている。国内のホスピス・緩和ケア病棟は、独立型のホスピスは少なく、そのほとんどが施設の一部の病棟を利用してのホスピス・緩和ケア病棟である。その施設でボランティアが活動を行っており、そのボランティアがホスピス・緩和ケア病棟でも活動を行うということで始まった。したがって、どのような活動を行うか試行錯誤の状態、手探りの状態であった。何を、何をしないかは、日々の活動の中から学んでいった。

ボランティアがいること

① 安らぎを生む

ボランティアは普通の人として医療の場に存在する。実際には、ボランティアは些細なことしか行っていないとしても、そこにボランティアがいることで、患者やその家族は安心感を抱く。

医療施設は医師や看護職をはじめ多くの専門家で成り立っている。そこに普通の人（素人）としてのボランティアがいることで、患者・家族の緊張感を和らげる。

② ケアの質の向上に寄与する

病院ボランティアは、病棟で活動することもある。ここでも活動の内容はごく些細なことであったりするが、看護職にとっては日常の業務が忙しくて行うことが難しいことや、時間的にゆとりがなくてできないことをボランティアが補うことになる。そのことで看護職は、その本来の業務に専念することができるようになる。

実際さまざまな活動を行っているが、これらの活動は入院している患者にとって、その入院生活に潤いを与えるものである。そしてその活動がケアの質の向上に寄与するものである。

③ 社会の風を運ぶ

病院ボランティアは、社会で生活する一般人である。病院の中でも、1人の社会生活をする人として存在する。患者との会話でも、「クリスマス飾りが多くなってきた」「お花見の観光客が多く出ている」といった町の様子や、「紅葉が進ん

できた、今年の紅葉は例年になくきれいだ」「今日は特に暑くて病院に来るのに汗だくになった」といった季節の移ろいなどを伝えることで、社会の風を運んでいる。

ボランティアを受け入れることは、閉鎖的といわれる医療施設が社会に対して開放されることにもつながっていく。

活動内容（ボランティアはどんなことをしているのか）

病院ボランティアの活動内容は、日常的な活動と行事・イベントに関わる活動との2種類の活動がある。通常の日々に行っている日常の活動では、施設が変わってもそう大きな変化はないが、その施設の個性というか独自性の強い活動もある。

関西地区3病院の活動を具体的に挙げてみる。

1. A病院

毎朝、看護部長から患者さんについての申し送りを聞いた後に活動を始める。

- ①病棟に置いている花の手入れ、花壇の手入れ・植え付け
- ②新しく入院された患者さんのお部屋にウエルカムフラワーをお持ちする
- ③配茶、配膳、おやつ配り（ボランティアがお配りできる患者さんに）
- ④洗濯、買い物
- ⑤喫茶のサービス
- ⑥各種行事・イベントの手伝い
- ⑦ナースの依頼により患者さんの話し相手・見守り・散歩に付き添う
- ⑧ケア用品準備（口腔ケア用綿棒など）
- ⑨入院希望ご家族への院内のご案内
- ⑩その他、病院スタッフから依頼を受けた事項（郵便物のセット、図書の整理など）

2. B病院

緩和ケア病棟設立と同時にボランティア活動を開始した。約40名のボランティアが月曜日から土曜日まで、曜日ごとに担当を決め活動している。

①環境整備：病棟のホールや病室に花を飾る、病棟の周りの花壇や散歩日のガーデニング、キッチン清掃、地域の方の協力で廊下に季節の写真や切り絵・押し花絵などを飾るなど。

- ②病室訪問
- ③散歩の付き添い
- ④買い物の代行
- ⑤行事の企画と実施：“ひな祭り”“七夕さま”
“クリスマス”など、ほぼ毎月実施。患者さんとご家族に日常を感じていただく。

⑥コンサート：ピアノ、ハーブ、ハーモニカ、ギターなどの演奏会を毎月実施。

3. C 病院

①ティーサービス：週2回の午後、サロンで、あるいはお部屋に注文を聞きに行き、ご希望の飲み物とちょっとしたお菓子を提供する。人生の最後の時間を過ごしておられる患者さんに“人生最後の珈琲”になるかもしれないと思えば、丁寧に、そして質の良いものをと心がける。

②フラワーサービス：部屋や廊下などに季節の花をさりげなく飾り、機能本位の病院施設に季節感とひと時の安らぎを届ける。

③ガーデニング：屋外の花壇に季節の花苗を植えたり、場合によれば花壇や畑をつくったりする。

④アロマセラピー

⑤ドッグセラピー

⑥洗濯：患者さんやご家族に代わって洗濯・乾燥のお手伝い。

⑦裁縫：部屋で使う小物からタオル帽子や蓄尿袋のカバーなどの製作。

⑧バー：患者さんによってはアルコール飲料を好まれる方もあり、昼間のティーサービス同様、夜の時間にちょっとしたアルコール類を提供する。時には仕事を終えたスタッフと談笑の声が聞こえたりする。

⑨ナイトシアター：入院していると夜の時間が長く感じるものである。そんな無聊を慰めるひと時になればということで、DVDによる映画の上映会が開かれる。

⑩イベントへの参加：病院の行事の手伝いから、ボランティアが企画し実施する行事、毎月の誕生会のお手伝いなど、結構多彩な活動を行っている。

活動内容は、それぞれの施設ごとで創意工夫がされており、中にはユニークなものもある。基本は、機能本位で無機的になりやすい空間に社会の



図2 メッセージツリー

風を運び、患者さんに日常を感じてもらうことにある。

おわりに

ホスピスボランティアは、医療施設におけるボランティアという点では、病院ボランティアと同じであるが、ホスピス・緩和ケアにおけるボランティア活動という点で異なることも多い。さらに、一般的なボランティアとは、その呼び方であるボランティアとしては同じであっても、活動の質や量、あるいは性格や特徴は大きく異なる。

先日もホスピスでの活動を行うために訪れた施設のサロンに「メッセージツリー」(図2)が掲示され、多くの言葉が寄せられていた。「みんなの笑顔にまた会えたよ」「お母さん、大好きです」「美しいものを見ていきたい!!」「スタッフの皆さん、支えてくださってありがとう」「輝いて毎日を！」どれも、心の叫び・心情を素直に表現している。

ホスピス、そこは命の現場である。1人ひとりの生の現場である。そこでボランティアとしてあ

表1 ホスピス・ボランティア研修事業

開催年	内容と講師	開催地	参加人数
2002年	ボランティアへの思いと期待 (西村幸祐, 田村恵子, 松山 奏)	大阪	332
2003年	どのようにホスピス患者さんを理解するかーホスピスの現場から (下稲葉康之) コーディネーターから見たホスピス緩和ケアボランティア (斉藤悦子) スピリチュアルケアー魂の叫びを聴く (窪寺俊之)	福岡	27
		静岡	89
		京都	158
2004年	《無境界》に近づけるか (徳永 進)	東京	318
2005年	求められる病院ボランティア (中俣直子) 音楽療法ー音楽の可能性 (近藤里美)	鹿児島	120
		札幌	63
2006年	地域に広がる緩和ケア (本家好文) ホスピス緩和ケアーどう理解するか (清水千世)	広島	106
		岩手	68
2007年	ホスピスボランティアとユーモア (アルフォンス・デーケン)	兵庫	294
2008年	死をおそれないで生きる (細井 順)	京都	284
2009年	緩和ケアの目ざすもの (山崎章郎)	兵庫	262
2010年	緩和ケアとコミュニケーション (恒藤 暁)	大阪	209
2011年	「いのち」へのまなざし (藤井美和)	大阪	209
2012年	「日常」というギフトをもたらす病院ボランティアの役割 (石垣靖子)	大阪	239
2013年	ホスピスケアー実践を通して語り継がれるもの (田村恵子, 岡下晶子)	京都	285
2014年	緩和ケアの本質ー全人的ケア 死から生と命を考える (高宮有介)) 寄り添う心ースピリチュアルケアの視点から (大河内大博)) 生活を途切れさせないためにー緩和ケアとエンパワメント (櫃本真津)) 病院ボランティアの役割とは？ーボランティアのいる病院の風景 (中橋 恒))	兵庫	224
		愛媛	78

ること、大いなる素人としていこと、それはわれわれボランティアに生きることの意味を問いかけてくる。ホスピスという閉じた空間で完結するのではなく、社会とつながる中で「生きる」ことを見直す時間と場を多くの人と共有しているのである。

そしてホスピスボランティアの世界にも高齢化の波が押し寄せている。今後のホスピスボランティアのことを考えると、人材の確保と質の維持

はこれまで以上に差し迫った課題である。

その課題への対策としては、各施設の取り組みはもちろんであるが、社会への発信と啓発的行動を横断的組織が取り組むことが不可欠である。たとえば、日本病院ボランティア協会は、日本ホスピス・緩和ケア研究推進財団と共催で研修会を行ってきた(表1)。ほかにもさまざまな講演会・研修会が開かれている。これらの取り組みの重要性はますます大きくなってきている。

16. 歯科医師

大野 友久

(国立長寿医療研究センター 先端診療部歯科口腔外科, 歯科医師)

はじめに

緩和医療を必要とするがん患者においては、口腔合併症を抱える患者が多いことが認識されつつある。がんの治療期には、化学療法や頭頸部放射線治療による口腔粘膜炎や口腔内の炎症、味覚障害などがしばしば出現し、口腔合併症への対応はがん治療を円滑に進めるうえで重要な課題のひとつと認識されつつある。それに対応する形で、2012年に周術期口腔機能管理料と呼ばれる、おもにがん治療期の患者に対する口腔ケアについて、歯科保険診療での対応が可能となった。今後ますます発展し、地域での連携などシステム整備も進展するものと思われる。

一方、がんが進行した段階、つまり終末期がん患者においても口腔合併症が出現する。しかし残念ながら、周術期口腔機能管理はがんの治療期のみ適用されており、終末期がん患者の口腔ケアには今のところ適用されていない。終末期がん患者においても、口腔合併症を抱える患者は多く、口腔の症状緩和を目的とした口腔ケアも実は必要である。

本稿では、われわれが2012年度に厚生労働省科学研究費補助金を受けて実施した調査結果を中心に、終末期がん患者における口腔合併症とその対応の現状について記載した。

終末期がん患者における口腔合併症発症頻度

終末期がん患者の口腔についての報告は海外ではいくつかあるが、わが国では岩崎ら¹⁾が報告している。それによると、ホスピス入院患者の

表1 口腔内合併症の頻度¹⁾ (抜粋, 一部改変)

		入院時 N(%)	死亡前増加率
歯周疾患	なし	28 (20%)	+0%
	あり	114 (80%)	
舌苔	なし	51 (36%)	+22%
	あり	88 (64%)	
口腔乾燥	なし	89 (63%)	+62%
	あり	53 (37%)	
清掃不良	なし	99 (70%)	+69%
	あり	43 (30%)	

口腔内状態を評価したところ142名が対象となり、そのうち80%に歯周疾患が認められ、舌に付着する汚れである舌苔の付着が認められる者が64%、口腔乾燥が37%、口腔清掃状態不良が30%に認められたと報告している。また、経時的にも評価しており、死亡直前(平均3.8日前)の時点で死亡前4週の時点での評価と比較して増加率の高かったものは、口腔乾燥+62%、清掃不良が+56%であった。

したがって、終末期がん患者においては、口腔乾燥が多くの人に認められ、死期が近づくにつれて悪化することが分かる。また、口腔清掃状態も不良となりやすいことも分かる(表1)。

終末期がん患者の口腔ケア

前述のように、終末期がん患者の口腔内環境は悪化しやすく、良好な状態を維持する、あるいは改善する場合には口腔ケアが必要不可欠である。終末期がん患者においてはADL(activities of daily living)の低下もあり、自力での口腔清掃が困難になる患者も多く、緩和医療領域における

表2 緩和ケアにおける歯科のニーズ²⁾ (一部改変)

	N(%)
絶対必要	79 (37%)
とても必要	67 (32%)
必要	51 (24%)
どちらかという必要	14 (7%)
どちらかという必要ない	0
不要	0

口腔ケアは看護師により介助で実施されることが多い。もちろん、看護師による口腔ケアは非常に重要であり、忙しい看護業務の中ではあるが、より充実した対応が求められる。

しかし、中には歯科口腔疾患を合併するなど、対応に歯科的知識や技術を必要とし、看護師のみでは対応困難な場合も多い。たとえば、口腔カンジダ症は終末期がん患者において、ステロイドの長期投与や口腔乾燥症の進行が要因となり、しばしば認められるが、診断や処方が必要であり、歯科医師の介入が必要である。また、るい瘦が進むと口腔内の状態も変化して義歯が不適合となり、装着困難になることもある。この場合も義歯修理・調整が必要であり、歯科介入が必要となる。また、口腔内は複雑な構造をしており、口腔に関する専門的知識をもつ歯科衛生士による口腔ケアの実施が必要なケースも多く認められる。したがって、歯科医師、歯科衛生士などの歯科医療従事者の積極的な参加が望まれる。

歯科医療従事者介入の現状

2012年度厚生労働省科学研究費補助金「歯科介入型の新たな口腔管理法の開発及び介入効果の検証等に関する研究報告書」²⁾において、われわれは緩和医療の現場で働く医師・看護師において、歯科医療従事者を必要と感じている者は9割以上にのぼると報告した(表2)。本報告書においては、調査票を使用して日本国内の病院における緩和ケア病棟244施設、緩和ケアチーム192チームの計436件を対象に調査を実施している。計212件(回収率48.6%)の回答を得ており、回収率的には日本における緩和医療の現場の声を完

表3 緩和ケアにおける歯科利用の可能性²⁾ (一部改変)

		N(%)
歯科利用の可能性	いつでも可能	149 (70%)
	ときどき可能	55 (26%)
	不可能	5 (2%)
歯科利用の頻度	5日以上/週	85 (40%)
	2~4日/週	46 (22%)
	1日/週	45 (21%)
	1日/2週	7 (3%)
	1日/月	7 (3%)
	利用できない	8 (4%)
利用している歯科の診療形態	院内歯科	125 (59%)
	歯科訪問診療	81 (38%)

全に反映するものではないが、少なくとも約半数は歯科医療従事者の介入を望んでおり、ニーズの大きさを示しているものといえよう。

また、実際に医師・看護師らが歯科医療従事者に対応を依頼できるかどうかについても報告している(表3)。回答者の70%がいつでも歯科の利用が可能と回答しているが、残りの30%についてはときどき可能以下となっている。また、週に5日以上歯科が利用可能(つまり、ほぼいつでも可能)とする回答者は40%にすぎず、即時の介入が困難な施設・病院もあるということが分かる。終末期がん患者の場合、生命予後が限られ、時間的な猶予が多くはないため、迅速な対応が求められる。限られた時間の中でQOL(quality of life)をなるべく維持することは、特に重要であると考えられる。

したがって、歯科の介入についても迅速に行われるべきであろう。その意味では、週5日以上歯科利用が可能という選択肢が40%しか選択されなかった、ということは今後改善すべき結果であろう。また、利用している歯科医療従事者の診療形態としては、院内併設の歯科が59%であり、残りは地域の開業歯科医師が病院に訪問して実施する歯科訪問診療となった。歯科訪問診療での対応ももちろん必要であるが、外部からの訪問であるかぎり時間的な制約がどうしても大きいいため、迅速な対応が可能となるよう、院内歯科での対応が望まれる。

院内歯科，病院歯科の問題点

終末期がん患者への歯科対応においては，院内歯科での対応が有利であることは間違いないが，現在のわが国の病院における歯科，あるいは口腔外科の設置頻度は低い。全国には病院が7,587あるが，そのうち，歯科を併設する病院は約1,300程度といわれている（2012年現在）³⁾。緩和ケアチームや緩和ケア病棟をもつ病院がこの中にどの程度含まれているか実数は分からないが，前述の院内併設の歯科を利用できる病院が59%（125件）であるとの調査結果から判断すると，少ない数であるのは間違いないだろう。

したがって，理想的には院内歯科の利用率が上がることであるが，現時点では歯科訪問診療を活用して，可能な限り迅速に終末期がん患者の口腔内合併症や歯科的な問題に対応することが現実的に有効な手段であるといえよう。

歯科医師，歯科衛生士の緩和医療への関与

報告書においては，緩和医療に携わる歯科医師・歯科衛生士は，専門職として10年以上のキャリアをもつ経験年数が豊富な者が多い結果となった。緩和医療における歯科対応は，基本的な歯科診療技術をもったうえで，さらにがん終末期や緩和医療についての理解も必要とされるため，経験年数が豊富な者が多いのであろう。

また，処置内容としては口腔ケアが多い結果となったが，前述の通り，終末期がん患者においてはセルフケア能力の低下により，介助による口腔ケアのニーズが高くなるためと考えられる。義歯治療や拔牙・消炎・外傷も多い結果となった。義歯については前述の通りである。拔牙などの積極

的な観血的歯科治療を実施することは少ないが，歯周病の進行による動揺歯などで疼痛が生じている場合は，残された時間のQOLをなるべく高くするために，患者の全身状態やQOLなどを十分考慮したうえで拔牙を選択することはあるであろう。

おわりに

緩和医療を必要とする終末期がん患者において，口腔合併症の発生頻度は高く，看護師らとの協力の下，歯科医療従事者の介入が必要であると思われる。終末期がん患者のQOLを改善・維持することは重要である。口腔内環境を良好に保ち，ヒトの根源的な喜びである経口摂取を支援することは，生命予後の限られた中だからこそよりいっそう意味があるものと考えられる。

したがって，歯科医療従事者の積極的な参加が望まれる。そのためには，緩和ケアチームに歯科医師，歯科衛生士が含まれるのが理想であるが，そのようなケースは残念ながら現状では稀である。終末期がん患者の口腔に関する緩和医療を実施する際，歯科医師，歯科衛生士を含めたチームでの対応が，より質の高い緩和医療の提供に繋がると考えられる。今後の課題であらう。

文 献

- 1) 岩崎静乃，大野友久，森田達也，他：終末期がん患者の口腔合併症の前向き観察研究．緩和ケア 22：369-373, 2012
- 2) 菊谷 武，大野友久：平成24年度厚生労働省科学研究費補助金 歯科介入型の新たな口腔管理法の開発及び介入効果の検証等に関する研究報告書．p.41-50, 2012
- 3) 阪口英夫：わが国における病院歯科の現況．病院 71 (10)：785-789, 2012

17. 管理栄養士

山邊 志都子

(日本赤十字社医療センター 栄養課, 管理栄養士)

はじめに

ホスピス緩和ケア病棟は、残された時間を自分らしく過ごす場所である。その目的は、患者および家族の生活の質（quality of life；QOL）を維持することにある。QOL維持のために重要な要因のひとつとして栄養がある。

終末期の患者の栄養管理方法も食事、経腸栄養、静脈栄養と多岐にわたっており、病状・症状などにより調整しなければならないが、そのために管理栄養士は栄養に関わる多様な知識を習得し、個々の症例に適した栄養管理に基づいて患者や家族の精神的なサポートともなるよう心がける必要がある。

現在、管理栄養士は医師・看護師・薬剤師とともにチームの一員として参加している。また、施設によっては栄養サポートチーム（nutrition support team；NST）、緩和ケアチーム（palliative care team；PCT）のメンバーとして参加することもある。

ホスピス緩和ケアにおける食事に関わる対応

患者や家族より「食べられることが生きているという証」というような発言がしばしば聞かれるが、終末期の患者においては食思不振、味覚障害、嚥下機能低下などさまざまな要因により、思うように食事を摂ることができない状況に陥る。そのような状況であっても、その「食べる」を支えるため工夫をするのが管理栄養士として重要な仕事である。

ホスピスや緩和ケア病棟においてはさらに特別

な対応が必要とされるが、具体的な対応は緩和ケア病棟、施設あるいは病院の栄養課の方針により異なる。管理栄養士はそれぞれの施設において、栄養に関する問題点を見出し、それぞれについてさまざまな対応を行っている。

① 食事への対応

ここでは、ホスピス緩和ケア病棟において実施されている食事に関わる対応を挙げる。

①患者が希望する献立の提供：患者が食べたいと思う献立を提供する。この対応は、週に1回、対象患者を決め実施していることが多い。病院の食事は決められた献立に必要な食材を中心に用意するため、食べたい献立のすべてについて即時の対応が困難な状況でもある。しかし、希望された翌日に食事を摂ることができない状況となることもあり、たとえばグラタンを食べたいと言われた場合には、冷凍食品を使用しても提供することもある。

②食べたいときの食事提供：決められた食事時間に食事が摂れないことが多い。患者が食べたいと思ったときに、そうめん、おにぎり、アイスクリーム、ゼリーなどの単品を提供するが、深夜など対応できない時間もある。

③食事量の調整：量の多い食事を見るだけで食欲が減退する可能性があり、その対応として、主食のみならず食事全体を1/2量・1/3量にするという調整を行うとともに食事量に合わせ食器を選び、盛り付けの工夫もしている。多くの患者は全量摂取できることで、精神的な満足感を得ることができる。

④食形態の工夫：嚥下機能に合わせた食形態の選択が必要となることもあり、嚥下評価の結果に

より食事を調整する。緩和ケア病棟に限らず食形態の工夫としては、どの施設においても一般的にペースト状やゼリー状にする対応がとられているが、この食事は見た目が悪いこともあり、盛り付けなどの工夫も必要とする。

⑤味付けの工夫：おいしく感じることで食欲を保つ大切な要因であるため、この対応は多くの施設で実施していると思われる。疾患や病状以外に、終末期に至るまでの治療や食事の摂取量の低下に伴う必要栄養素の摂取不足が味覚障害の原因となることがある。味覚障害も「味そのものを感じない」「味付けを強く感じる」「甘味や塩味など、ある種の味だけを強く感じる」など、患者個々により異なる。そのため、患者個々の状態に合わせた味付けを工夫している。

味付けを濃くする方法としては、調味料を多く使用するだけでなく、煮る調理方法の献立であれば煮汁を取り分け煮詰めて濃厚なソースを作り患者自身が調整できるようにすることもある。また、酸味を希望する患者も多く、酢の物など酢を使用した献立を取り入れたり、酸味の強いドレッシングや柑橘類などを使用するなどの工夫がされることもある。

⑥シャーベットの提供：ここでのシャーベットは口渴を癒すことが目的のもので、市販のジュースを4～5倍に薄めて凍らせ、細かく砕いたものをいう。フルーツの風味のみでほとんど味を感じないため、口渴を癒すのに適している。また、1日に数個摂取することもできるため、わずかではあるが、水分補給としても利用できる。

⑦おやつ提供：食事以外の楽しみと栄養補給として、おやつを提供することがある。日頃は嚥下障害があっても摂取できるようゼリーやムースなどを提供することが多い。日頃のおやつにも季節のフルーツなどを使用する。また、花見、夏祭り、クリスマスなどの企画がある場合には、それぞれに適したおやつを提供することもある。おやつは家族と同じものを摂り、思い出話を楽しむためにも大切である。

⑧行事食の提供：正月のおせち料理をはじめとする祝いや、季節を楽しむための食事を提供する。

⑨かみ出し食：この食事は文字通り、かんで吐き出し、味や食感を楽しむものである。消化管狭窄があり、少量の水分摂取が可能とされる患者が対象となる。ただし、固形のまま飲み込んでしまう可能性もあり、適正な評価および患者の十分な理解を必要とする。そのためにも、管理栄養士による「食べ方のこつ」の説明が必要であり、また、患者によりかみ出しやすい食材や嗜好、食への思いもあるため、これらの聞き取りも管理栄養士の役割となる。

② 症 例

当院でかみ出し食を実施し良好なQOLを得ることができた症例を紹介する。

1) 症例 1

60歳代、男性。緩和ケア病棟に入院の際には点滴や濃厚流動食の摂取は拒否されていた。かみ出し食を提案したところ、食事を口にできるとは思わなかったと言われ、肉・野菜・フルーツ以外ににゅうめんも楽しまれた。少量の飲水は可能であったため、職場の後輩である娘婿と毎晩のようにビールを酌み交わしていた。

2) 症例 2

40歳代、女性。かみ出し食は普通食を提供し、その中からご自分でかみ出せそうなものを選び食事を楽しまれた。患者は料理好きで娘たちのためにレシピノートを作成したが、一緒に作ることができなかったことを悔やんでいた。しかし、かみ出し食を経験したことにより味見ができることが分かり、外泊し、ご自宅でお嬢さんと料理をして一緒に食卓を囲むことができたことを喜ばれていた。

ホスピス緩和ケア病棟での栄養管理における情報および知識の習得

日本緩和医療学会、日本死の臨床研究会など緩和ケアに関わる学会、日本静脈経腸栄養学会など栄養に関わる学会、地域および各施設の緩和ケア研究会などで終末期患者の食事提供や栄養管理について学んでいる。日本赤十字社の関連病院においては日赤栄養士会があり、定期的に実施される会議や研修会で勉強会や情報交換を行っており、

随時相談することができるという恵まれた環境にある。

最近では終末期患者であっても、症状改善などに栄養管理も重要とされており、食事対応のみならず、必要な栄養素を補うことも勧められている。

回診メンバーによる栄養管理

ホスピス緩和ケア病棟においては、管理栄養士がカンファレンスや回診に参加している。これは、適切な栄養管理を実施するために必要な情報となる重要な時間である。特に回診では、①医師から患者の病状説明、②看護師から患者および家族などの状況説明、③患者や家族の思いの確認、④全身状態の観察、⑤入院前の民間療法やサプリメントの利用の確認などから多くの情報を得ることができる。管理栄養士は、これらの情報を基に栄養の問題を推測する。その結果は、十分な検査データがない状況では特に重要となる。

当院緩和ケア病棟の回診メンバーにより栄養管理を検討した2症例を示す。

①〔症例1〕70歳代、男性

1. 概要

主訴：右上肢痛。病名：原発不明がん、頸部リンパ節転移、第二胸椎転移。既往：糖尿病、慢性胃炎。

2. 経緯

入院までの経過：原発不明がん、胸椎・頸部リンパ節転移に対して放射線治療後、頸部リンパ節転移再燃に伴う疼痛コントロール中であったが、疼痛の増強がみられオキシコンチン®を開始したが、嘔気、ふらつき出現し、自宅で転倒、頭部外傷（切傷）を認め入院。

3. 現況

入院時の状況：入院前は麺類なら食べられると炭水化物中心の食事となっていたが、摂食量は少量であった。食欲不振の原因は、がんの進行に伴うものであると判断されていた。

経過と栄養管理：入院時より全粥食を2～3割の摂取であった。味を感じない、入れ歯が合わないということで「味付け濃い目」「副食のみきざ

み」としたが、食事の味が悪くて食べられない。入院前の食事が炭水化物中心であったため、食欲不振の原因をビタミンB₁欠乏と考え、ビタミンB₁を多く含む濃厚流動食やビタミン・ミネラル含有の栄養補助食品を提案したが、まずいという理由で摂取できない。点滴での栄養補給も考えたが、経口摂取での対応策を検討した。

長期にわたる栄養摂食不足と炭水化物中心の食事摂取となっていたことから、不足していると推測できる栄養素であるビタミンC、ビタミンB₁、ビタミンEをビタミン剤の内服での投与とした。薬剤の利用は患者本人の希望でもあった。また、同時に腸内環境に留意しGFO®（グルタミン・ファイバー・オリゴ糖配合）を開始した。対応2日後の朝食より摂食量が増え、GFO®の影響もあるのかお通じもよくなった。

その後、全粥食を全量摂取となり、歩行も問題なくなっていた。精神面も安定しており、患者本人が強く望んでいた退院となった（ビタミン剤の投与は継続）。退院後、自宅にて望まれた生活を送られたが、全身状態の悪化により約2カ月後に再入院となり、その4日後に穏やかに他界された。

②〔症例2〕50歳代、男性

1. 概要

主訴：嘔気、食欲不振。病名：前立腺がん。既往：痛風。

2. 経過

入院までの経過：前立腺がん術後、多発性骨転移となり、放射線治療とホルモン療法を施行していた。肋骨の転移による下肢麻痺にて、ベッド上での生活となっていた。入院1週間前より食欲不振・嘔気・嘔吐が出現して泌尿器科に入院となったが、症状の悪化が認められ、以前より緩和ケア病棟（PCU）への入院を希望されたこともあり、転入となった。

3. 現況

入院前の摂食状況：特に問題なく食事摂取できていた。

経過と栄養管理：泌尿器科入院2日目に意識レベルの低下を認め、高カルシウム血症もあったため、ビスフォスフォネート点滴を行った。意識レ

ベルは回復したが、摂食不能となり点滴での栄養管理となった。PCU 転入後も摂食不能のまま、食べられるものは少量のグレープフルーツだけであった。

患者本人、妻、PCU スタッフとともに食べられるものを相談し、いくつかのものを試したところ、杏仁豆腐は食べられた。再度、回診メンバーで検討した結果、食欲不振の原因として長期にわたる摂食不良が原因の栄養素の不足が考えられ、患者の許可を得て血液検査をしたところ、ビタミン B₁ 1.1 μ g/dL (基準値 2.0 ~ 7.2 μ g/dL)、亜鉛 45 μ g/dL (基準値 64 ~ 111 μ g/dL) と低値であった。結果を受けて、点滴により水溶性ビタミン、脂溶性ビタミン、微量元素 (亜鉛) を投与した。点滴開始後 1 日目に食欲が著しく回復し、全身状態の改善もみられた。

その後は、妻の手料理が食事の中心となり、中

華井など好きなものを楽しまれた。また、大好きな歴史書 30 巻を読まれるなどして過ごされた。その後、約 2 カ月間、ご自分の時間を楽しまれたが、疼痛を訴え、下血がみられた 5 日後に穏やかに他界された。

症例のように、不足している栄養素のみを補給するだけでも経口摂取を可能とし、QOL を維持することができる患者もいる。

おわりに

ホスピス緩和ケア病棟に関わる管理栄養士の役割は食事対応のみならず、患者の全身状態の改善や QOL の維持に向けた栄養管理にまで及ぶ。患者の思いに寄り添い、適切な栄養管理を実施することが今後の課題となる。

18. 介護支援専門員

田中 嘉章

(ふくしま緩和ケア支援事業所, 介護支援専門員)

はじめに

筆者が所属する「ふくしま緩和ケア支援事業所」(以下、当事業所)は、在宅緩和ケア専門の診療所、訪問看護ステーションに併設されており、それらと連携しながら年間約120人の在宅看取りを支えている。当事業所は、診療所の在宅患者約9割の要介護者のケアプランを立てており、約1割は他事業所の介護支援専門員が担当している。ソーシャルワーク全般も担当し、介護保険制度外の支援も行っている。

周知のように、在宅緩和ケアにおいてチームケアは不可欠である。患者と家族の個別性を尊重し、それに即した支援を行おうとするとき、それぞれの専門職が十分に機能するために、つなぎ目の潤滑剤となる職種として介護支援専門員やソーシャルワーカーの占める役割は大きい。ケアチーム内の連携はもとより、介護保険サービスなどフォーマルサービスと、家族やボランティアなどによるインフォーマルサービスのコーディネートにおいても、つなぐ役割が求められる。

当事業所の利用者の1割弱が独居である。昨今、独居患者の増加傾向の背景もあり、その支援が課題となっている。こうした現状と筆者の日々の実践を振り返りつつ、最期まで自宅で過ごしたい、という患者や家族の希望を実現するために何ができるか、必要なことは何かを以下に整理し、まとめることとする。

支援内容

在宅緩和ケアに関わる介護支援専門員が、患者の退院から自宅で最期まで過ごせるように、どの

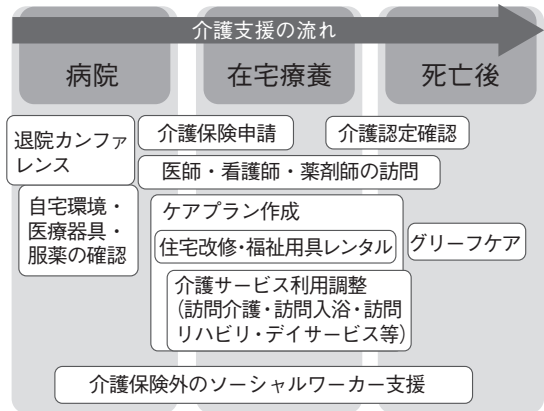


図1 病院から在宅死亡までの支援の流れ

ような手続きや支援について関わるかを以下に述べる(図1)。

① 病院から自宅への移行期

相談依頼の入り方は多様である。病院の入院患者が退院する場合はもちろん、外来通院患者が通院困難になったとき、患者家族からの依頼、地域の介護支援専門員や地域包括支援センターからの連絡、自分の担当する利用者が医療ニーズが高くなり在宅医療を受ける場合などがある。いずれのパターンであれ、在宅療養に関する説明に対する要望があれば病院や自宅に出向き、本人や家族に説明している。

説明に際して重要なのは、自宅での療養のイメージが困難であることに由来する不安の解消である¹⁾。具体的には、医療面での支援体制(訪問医療・看護のあり方や、24時間対応や緊急時の説明など)、経済面での負担の見通しなど、利用可能な介護サービスや制度に関する説明である(介護に関する説明については後述)。

病状理解についての確認も重要である。医師からどのような病状説明がなされたかという点だけでなく、説明を受けた患者、家族側についても留意すべき点がある。病院での治療が見込めないことについての理解や、説明の後に病状を受けとめているかどうかという問題、さらには家族のみが説明を受けているケースかどうかという点である。在宅緩和ケアの場合、基本的に本人と家族が理解していることが望ましい。そのうえで、この点はいまだに医療者の間でも誤解している人が多いが、在宅でも病院と遜色ない水準での緩和医療が提供されていることを伝える。医療面での不安の解消は、安心感の基盤である。

介護支援は、現在のADL状態を確認したうえで、自宅での生活に必要な介護サービスを想定して進める。病院から自宅への移行に際して留意すべき点は、退院の機会を逃さないことである。介護については、自宅療養を始めてから必要な物品やサービスをその都度状況に合わせて手配できる。そのため、事前に支援体制を整えることも大事であるが、それ以上に、自宅に戻るタイミングを逸さないように注意を要する²⁾。

自宅療養への移行にあたり、医療者への連絡の取り方は最初に確定しておくことは家族の不安の解消にもつながる。独居患者の場合は、特にこの点は重要である。独居の場合は、電話のほかにも緊急通報装置の設置を勧めている。

介護に関する説明では、患者の年齢に応じて対応が異なる。40歳未満の場合、介護保険制度が適用されないため、身体障害者手帳に該当するケースでは障害者総合支援法を利用できる。障害等級により医療費が無料になることや、介護サービスの低額利用や福祉用具購入の助成がある。ただし、障害等級認定まで時間がかかるため、申請中に患者が亡くなる場合もある。そのため、経済的状況（診断書料が請求されることにもなるため）と病気の進行を見て判断する必要がある。40歳以上65歳未満の患者の場合、末期がんなど特定疾病16項目の診断によって介護保険が申請できる。65歳以上の介護を必要とする人は無条件で介護保険申請できる。介護認定は申請した日に遡り、要介護認定の限度額まで介護サービスの1

割で利用できる。

このほかに、その他の制度として地方自治体ごとの支援や助成を受けたサービスもある。民間でのサービス（緊急通報システム、宅配弁当など）も、必要時活用している。患者家族の負担の軽減はもちろん、独居患者を自宅で最期まで支えるうえで有効な制度やサービスが周辺に存在する可能性があるため、行政や関係機関からの情報収集に努めることが有効である³⁾。

② 自宅看取り期

がん末期の患者の身体状態は階段状に低下するため、落ち着いているように見えても、2、3日で身体レベルが落ちることもある。そのため限られた時間の中での迅速な調整やニーズへの対応、状況の確認を行う。

状況変化に応じたケアプランの変更が必要となり、サービス調整や生活状況の把握のため訪問回数が増える。介護サービスの利用の調整のため毎日、あるいは必要に応じて2週に1回から週1回くらいのペースで状態の確認や変化への対応のため訪問する。ケースによっては毎日訪問することもあり、通常の要介護者のケアプランよりも介護支援専門員の負担が大きくなることも多いが、迅速な介護サービス導入は、患者本人の生活や家族介護の負担軽減になるだけでなく、患者と家族の安心感にもつながり、信頼関係が築かれていく。

退院後も患者本人や家族の気持ちは揺れ動くものであり、その思いを聴くことも欠かせない。訪問の際、家族から状態が悪いため入院させるべきかと相談されることもある。そのときの対応のポイントは、患者本人の思いと、家族の思いを分けて聴くことと考える。たとえば、本人は自宅での療養を続けたいと希望しても、家族は病院の方が患者にとって良いのではないかと考えることがある。医療者が常時いる病院に感じる安心感、病院だとより良いケアが受けられるのではないかとという期待、患者を看続ける辛さなどが訴えられる。患者本人から、自宅療養の不安ゆえの入院希望が示される場合もある。患者から入院への強い意向が示された場合、緩和ケア病棟をもつ、あるいは入院受け入れ可能な病院に紹介することもある。

表1 末期がん患者のケアマネジメントおよび医療連携上の課題

-
1. 終末期がん患者のマネジメントにおける課題
 - ①医療に関する知識不足：がんの経過が分からない、担当する不安
 - ②大規模病院との連携の困難さ：必要十分な情報をもらうことができない
 - ③医師との連携の困難さ：医師に意見を書いてもらうのに苦労する
 - ④報酬が見合わない：退院前に亡くなるケースが多く、報酬がつかない
 - ⑤がんの疾患特性と制度のミスマッチ：がんの進行が早く、マネジメントが追いつかない場合がある
-
2. 医療連携上の課題
 - ①顔が見える関係：医療従事者と顔の見える関係を構築する
 - ②医師への周知：意見書に必要な記入事項を伝える
 - ③訪問看護の有効活用：症状や今後の経過に関する相談をする
 - ④共通言語の習得：医療者と患者・家族のブリッジ機能を担いする
 - ⑤医療制度に関する知識の習得：基本的な医療制度、医療サービスの導入方法
 - ⑥経験知の習得：がん患者のマネジメントはある程度モデル化が可能であり、経験が重要
-

(OPTIM Report 2012 より引用改変)

多くの場合、入院への意向は家族の心配から生じている。こうした不安は、医療者以外の介護スタッフから訴えられることもある。そのため、ケアの方向性や看取りに関する見通しについて、ケアチーム内で共通理解をもつことが大切である。もし、医療的な悩みや質問に対応しきれない場合には、安易な回答は避け、連携する医療者に問い合わせるべきである。

介護支援専門員の基本職種割合は、福祉系が半数を超え⁴⁾、がん患者のケアプラン担当者にもなっている。自身も医療職ではないが、緩和医療の知識を得て医療者と連携することでケアの内容や方向性を理解し、患者と家族、ケアチーム内で情報共有の橋渡し役を担っている。

患者と家族が共に自宅療養を希望しても、介護負担の大きさによってそれが阻まれる恐れもある。そのため、当事業所でも介護負担軽減のためにショートステイの利用も勧めており、がん末期の患者も受け入れる施設(3, 4カ所ほど)と連携している。

緊急時の対応を想定し、あらかじめ家族や親戚、訪問に来る介護者、民生委員、知人などの関係者に向けて、救急車を呼ぶ前に診療所に連絡するよう周知している。しかし、緊急時に立ち会った人が、あわてて上記の事項を忘れて救急への対応を要請するケースもあるため、関係者にはその

都度、確認を繰り返すなどしている。独居患者には、緊急時のために、自宅で最期まで過ごしたいという意向を記した書類を自筆で作成してもらっている。

介護保険などの制度で対応できない相談支援を行うこともある。その支援内容には、①見守りや寂しさへの対応、②急な買い物など家事に関する対応、③親族間や近隣住民など人間関係の相談、④経済的な心配や問題への対応、⑤遺言書や相続の問題、⑥葬儀や墓に関する相談、などがある。独居や夫婦のみの世帯の増加もあり、多岐にわたる支援が求められる場面が増えている⁵⁾。

③ 死亡時から死亡後

特に独居の患者が亡くなった場合には、葬儀など死亡後の対応にも関わる。葬儀への対応については、業者を決め、その後の葬儀の段取りなどを行う。業者が入らない場合、火葬許可証の発行のために行政に連絡をとる。火葬許可証の申請は、家族や建物の管理者などに限られている。そのため、家族がいない患者などの場合、事前に申請者になりうる人の確認をしておく必要がある。

親族や協力者の対応範囲をあらかじめ確認し、そういった人がいない場合や対応が見込めない場合には、発生しそうな問題の所在を想定しておく。具体的には医療費や介護サービスの支払い、

家や部屋の荷物の引き渡し、ペットの問題などがある。

まとめ

自宅での看取りを支える在宅緩和ケアを十分に理解し、在宅のチームケアの一員として活動できる介護支援専門員の数は、いまだに多くはないのが現状である。在宅緩和ケアに介護支援専門員の取り組む課題が示されたものに「終末期がん患者のケアマネジメントおよび医療連携上の課題」がOPTIM Report2012(表1)にまとめられている⁶⁾。ここに挙げられた役割や課題への取り組みはもちろん、独居患者の増加を背景とした現場やニーズの変化への対応もしなければならない。その対応は制度的なものだけでなく、その外側にまで視野を拡げたものになる。それゆえに、一方では在宅療養を支えるための高度で柔軟なソーシャルワークが求められる。介護保険の制度外の支援は、現状では個々の介護支援専門員の思いや技量に左右されており、ボランティア精神に基づいている。在宅緩和ケアの現場のケアニーズをふまえた、細やかかつ柔軟な制度の見直しが求められる。

同時に他方では、在宅緩和ケアに対応できる介護支援専門員の増加も急がれる。当事業所でも、緩和ケアに携わる介護支援専門員のバックアップ

I. ホスピス緩和ケアを支える専門家・サポーター

のために、2014年10月から「ケアマネジャーのための、ふくしま在宅緩和ケア相談室」を開設した。患者を最期まで自宅で支える在宅緩和ケアにおけるチームケアの一員として、介護支援専門員の専門性向上と、すそ野の拡大が急務である。

文献

- 1) 厚生労働省：終末期医療に関する調査. p.98-99, 2010 [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/07.pdf (2014年11月13日アクセス)]
- 2) 玉井照枝：在宅に移行する際に必要な視点—⑤院外(診療所・訪問看護ステーション・ケアマネジャー)との連携, 介護保険, ナーシングトゥデイ 29(3), 日本看護協会出版会, 2014
- 3) 永井康徳：在宅医療物語(第1巻 訪問看護制度編). たんぼぼ企画, 2014
- 4) 社保審-介護給付費分科会：ケアマネジメントについて(参考資料). ケアマネジャーの保有資格. p.11 [http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001nv62-att/2r9852000001nvak.pdf (2014年11月13日アクセス)]
- 5) 田中嘉章, 相澤 出, 他：介護支援専門員の終末期がん患者とその家族への介護保険外サービスの支援について. 第19回日本緩和医療学会学術大会抄録集. p.426, 2014
- 6) OPTIM Report2012 エビデンスと提言 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書：厚生労働科学研究費補助金 第三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」班. p.656, 2013

第 II 部

統計と解説

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

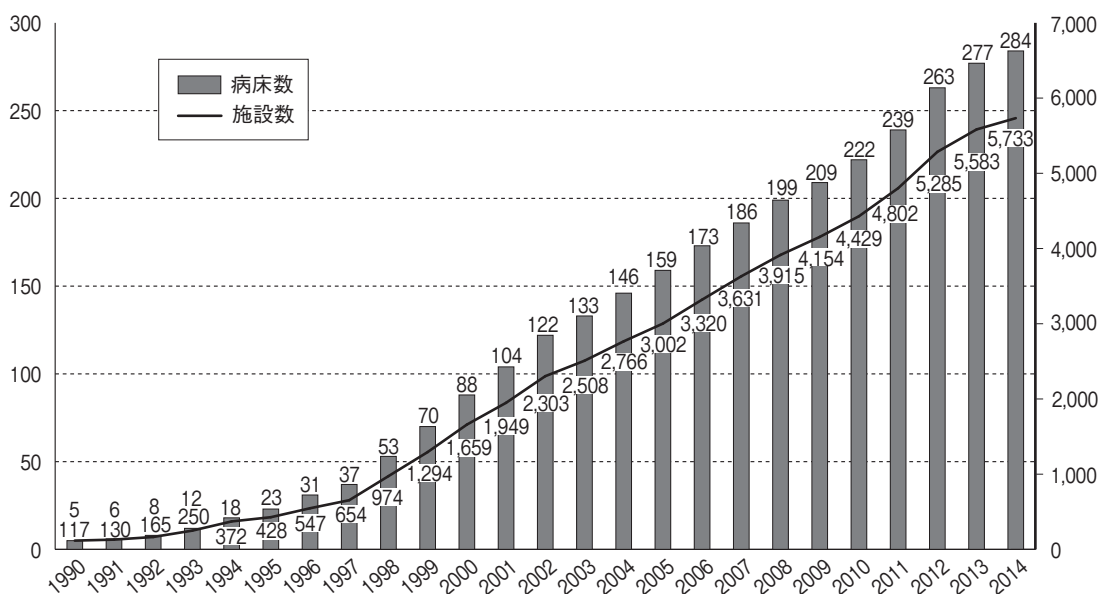
(東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野)

本稿では日本の緩和ケアの現状を、特に専門的緩和ケアを中心にデータから概観する。都道府県別のデータに関してはすべてのデータを最後に掲載した(附表)。なお、都道府県別の集計は人口10万人対で統一した。都道府県の65歳以上の高齢者人口、医師数、看護師数などを分母にした割合の算出のほうは理論的に望ましいケースもあるが、都道府県の人口とのピアソンの相関係数は65歳以上の高齢者人口($r=0.996$)、がん死亡数($r=0.992$)、医師数($r=0.959$)、看護師数($r=0.952$)と高く、どれを分母にして計算してもほとんど同様の傾向になると考えられる。これらの数値は最後に附表に記載した。

緩和ケア病棟

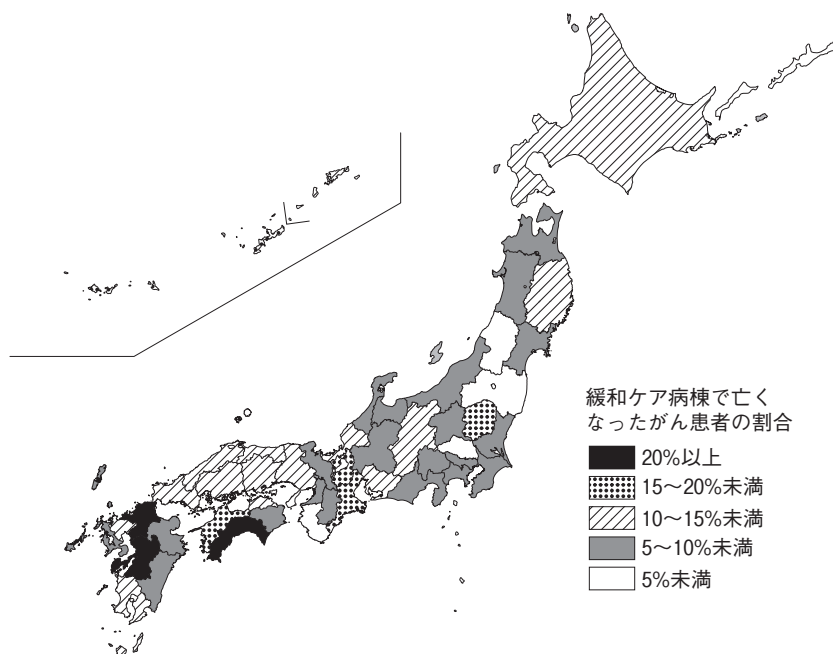
わが国の緩和ケア病棟は、1990年に診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されたことにより制度化された。図1に緩和ケア病棟数、病床数の推移を示す。緩和ケア病棟数、病床数ともに増加し、1990年に5病棟(117床)だった緩和ケア病棟は2014年には308病棟(6,182床)となった。

緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合は2013年で10.2%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。緩和ケア病棟の死亡割合が高い都道府県は高知県25.8%、福岡県24.1%、熊本県21.9%であり、低い都道府県



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2014年11月1日現在)

図1 緩和ケア病棟数・病床数の推移



緩和ケア病棟の死亡者数は日本ホスピス緩和ケア協会会員施設のデータのみを使用して計算したため、過小評価になっている（日本ホスピス緩和ケア協会、2013年）

図2 緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合（都道府県別）

は和歌山県の2.0%、埼玉県の2.7%、福島県の4.0%であった。

2014年4月における日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の状況を表1に示す。院内独立型が17%、院内病棟型が81%であり、完全独立型は3%（7施設）であった。稼働病床数は平均20.1床であった。

日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の入退院状況の推移を表2、図3に示す。緩和ケア病棟入院料は2012年4月に大幅に改訂があったため、2011年度の数値と比較して検討する。入院患者数は2013年度で平均172.2名であり、200名以上の施設が2011年度に比べて9ポイント増加した。退院患者のうち死亡退院が占める割合は、2013年度では平均85.1%であり、2011年度とほぼ同様であった（この数値は2012年度では82.1%と2011年度より4.0ポイント減少したが、2013年度には増加した）。平均在院日数は2013年度では平均34.7日であった。平均在院日数が30日未満の施設の割合は33%であり、2011年度より9ポイント増加した。平均病床利用率は

平均75.6%であり、2011年度まで増加傾向にあった病床利用率は2011年度から5ポイント減少した。

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4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、2014年には213施設に増加した。

緩和ケアチームは、日本緩和医療学会に登録制度がある。2014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497施設であった。内訳は、都道府県がん診療連携拠点病院が10.5%、地域がん診療連携拠点病院が51.3%、都道府県独自指定拠点病院が19.7%、指定なしの病院が18.5%だった。緩和ケアチームへの依頼件

表1 日本ホスピス緩和ケア協会 会員施設の緩和ケア病棟の状況

			n (%)		
病棟形式	院内独立型	44 (16.9)	病院・併設施設からの在宅診療	あり	94 (36.0)
	院内病棟型	210 (80.5)		なし	167 (64.0)
	完全独立型	7 (2.7)		病院・併設施設からの訪問看護	あり
認可病床数	平均±標準偏差	20.4 ± 7.7	なし		129 (49.4)
	1～14床	36 (13.8)	緩和医療暫定指導医(人)		平均±標準偏差
	15～29床	208 (79.7)		0人	193 (74.8)
	30床以上	17 (6.5)		1人	47 (18.2)
2人以上	18 (7.0)				
稼働病床数	平均±標準偏差	20.1 ± 7.4	緩和医療専門医(人)	平均±標準偏差	0.6 ± 0.63
	1～14床	39 (14.9)		0人	122 (47.3)
	15～29床	206 (78.9)		1人	120 (46.5)
	30床以上	16 (6.1)		2人以上	16 (6.2)
個室数	平均±標準偏差	17.4 ± 6.6	がん看護専門看護師(人)	平均±標準偏差	0.22 ± 0.54
	1～9室	24 (9.2)		0人	215 (83.0)
	10～19室	130 (49.8)		1人	35 (13.5)
	20室以上	107 (41.0)		2人以上	9 (3.5)
無料個室数	平均±標準偏差	9.8 ± 6.4	緩和ケア認定看護師(人)	平均±標準偏差	1.09 ± 0.99
	1～9室	120 (46.0)		0人	74 (28.6)
	10～19室	123 (47.1)		1人	117 (45.2)
	20室以上	18 (6.9)		2人以上	68 (26.3)
家族室数	平均±標準偏差	1.7 ± 1.1	がん性疼痛看護認定看護師(人)	平均±標準偏差	0.29 ± 0.55
	1室	124 (47.5)		0人	195 (75.3)
	2室	118 (45.2)		1人	54 (20.8)
	3室以上	19 (7.3)		2人以上	10 (3.9)
緩和ケア病棟の状況開始後年数	平均	10年1カ月	ELNEC-J 指導者数(人)	平均±標準偏差	0.68 ± 0.92
	0～4年	68 (26.1)		0人	138 (53.5)
	5～9年	65 (24.9)		1人	83 (32.2)
	10年以上	128 (49.0)		2人以上	37 (14.3)
算定後年数	平均	9年3カ月	ELNEC-J 受講修了者数(人)	平均±標準偏差	2.77 ± 4.02
	0～4年	72 (27.6)		0人	94 (36.6)
	5～9年	73 (28.0)		1～3人	90 (35.0)
	10年以上	116 (44.4)		4人以上	73 (28.4)
病床あたり面積(m ² /床)	平均±標準偏差	14.7 ± 5.1	精神科医師のコンサルテーション*		
	5～9m ² /床	33 (12.8)	心理職のコンサルテーション*		
	10～14m ² /床	114 (44.4)	専門的な口腔ケア*		
	15～20m ² /床(未回答2, その他2)	110 (42.8)	専門的リハビリテーション*		
外来機能	あり	254 (97.3)	がん薬物療法(注射薬)*		
	なし	7 (2.7)	がん薬物療法(経口薬)*		
病院の総病床数	平均±標準偏差	329.6 ± 238.7	がん薬物療法(ホルモン療法)*		
	～99床	35 (13.4)	放射線治療**		
	100～499床	172 (65.9)	CVポート埋め込み**		
	500床以上	54 (20.7)	専門的疼痛治療(神経ブロックなど)**		
院内の緩和ケアチーム	あり	124 (47.5)	多職種カンファレンスの開催頻度	0回/週	3 (1.2)
	なし	137 (52.5)	1～2回/週	168 (66.4)	
			3回以上/週	82 (32.4)	

*緩和ケア病棟内で行うことができる病床数, **緩和ケア病棟または院内で行うことができる病床数
n = 267 (実質 261), 267のうち4施設未回答, 2施設公開不承諾
(日本ホスピス緩和ケア協会, 2013年)

数は総数で66,005件であり、平均132.8件であった(都道府県拠点病院228.5、地域がん診療連携拠点病院が148.7、都道府県独自指定拠点病院が101.9、指定なしの病院が67.5)。

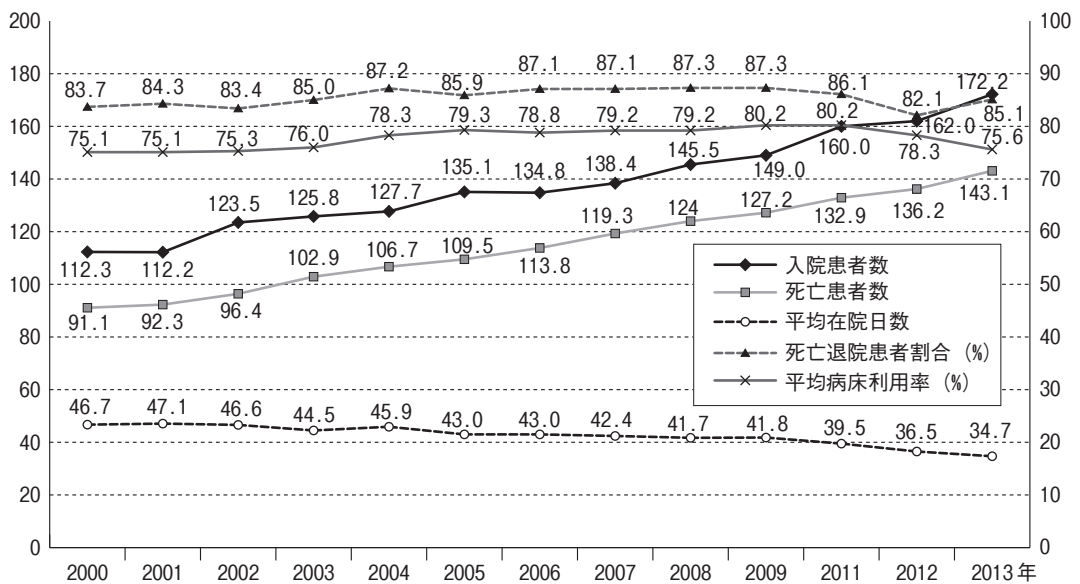
緩和ケアチームのメンバーに専従の医師がいる

割合は43.3%であり、身体担当のみが33.2%、精神担当のみが6.0%であった。専従看護師がいる割合は67.8%であり、専従または専任の薬剤師がいる割合は35.6%だった。活動状況は週5日以上の活動が88.5%であり、がん患者の依頼状況は診

表2 日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の入退院の状況

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	0	100	200	平均	S	0	100	200	平均	S	75	75	90	平均	S	30	30	60	平均	S	75	75	90
		名以上の割合(%)					名以上の割合(%)					%以上の割合(%)					%以上の割合(%)									
2000	86	112.3	56.4	49	44	7	91.1	46	57	41	2	83.7	10.2	20	48	33	46.7	14	8	72	20	75.1	14	42	45	13
2001	100	112.2	57.2	47	47	6	92.3	47	58	40	2	84.3	13.8	14	46	40	47.1	15.3	8	76	16	75.1	14.7	42	41	17
2002	117	123.5	56.4	35	57	8	96.4	45	56	42	3	83.4	12.5	21	44	36	46.6	22.4	15	67	18	75.3	14.8	42	42	16
2003	131	125.8	63.5	34	56	10	102.9	52	47	50	4	85	11.5	15	45	40	44.5	16.6	13	76	11	76	14.6	39	46	15
2004	144	127.7	62.6	35	55	10	106.7	50	50	47	4	87.2	10.2	9	45	46	45.9	19	11	74	15	78.3	12.1	39	42	19
2005	159	135.1	67.3	32	56	12	109.5	52	44	53	3	85.9	12.9	11	48	42	43	15.8	15	76	9	79.3	11.4	33	47	20
2006	170	134.8	64.2	29	59	12	113.8	54	41	56	3	87.1	10.3	9	44	47	43	15	15	75	10	78.8	13	30	48	22
2007	186	138.4	71.4	29	59	12	119.3	58	38	55	7	87.1	9.5	11	39	50	42.4	15.4	15	74	10	79.2	12.4	34	43	23
2008	193	145.5	73.7	28	56	17	124	54	35	59	7	87.3	8.5	9	48	43	41.7	15	24	63	12	79.2	11.9	34	46	20
2009	200	149.0	72.7	26	57	18	127.2	57	35	57	8	87.3	11.2	11	41	48	41.8	15.2	23	67	10	80.2	12	32	44	24
2011	225	160.0	78.5	21	60	19	132.9	55	31	59	10	86.1	11.6	11	45	44	39.5	15.2	24	69	8	80.2	12	30	46	25
2012	253	162.0	76.4	21	51	25	136.2	60	26	60	11	82.1	12	16	42	39	36.5	13.9	31	58	7	78.3	13.3	34	41	23
2013	261	172.2	80.3	17	55	28	143.1	61	27	58	15	85.1	11.8	17	40	43	34.7	14.2	33	52	15	75.6	13.1	32	43	25

(日本ホスピス緩和ケア協会, 2013年)



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2013年)

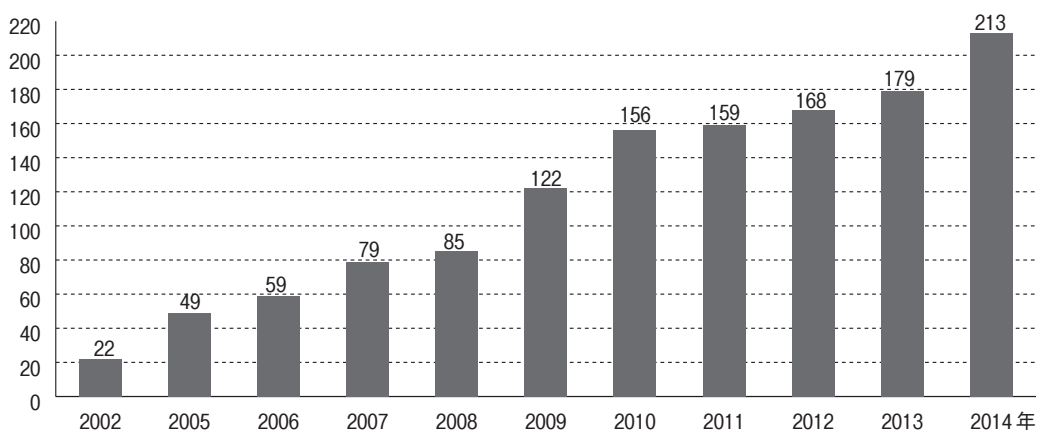
図3 日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の入退院の状況の推移

表3 日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録データの概要

	全体	拠点病院の種別				病床数		
		都道府県が ん診療連携 拠点病院	地域がん診 療連携拠点 病院	都道府県 独自指定	指定なし	500床以上	200～499床	0～199床
登録数 (N)	497	52	255	98	92	233	231	33
登録数 (%)	100	10.5	51.3	19.7	18.5	46.9	46.5	6.6
年間がん患者退院数	825,231	206,916	463,081	99,379	55,855	545,451	269,334	10,446
依頼区分が「がん」	41,148	8,513	22,739	6,081	3,815	25,075	14,956	1,117
割合	5.00%	4.10%	4.90%	6.10%	6.80%	4.60%	5.60%	10.70%
緩和ケア病棟の有無								
あり	108	19	55	17	17	49	54	5
「あり」の割合	21.70%	36.50%	21.60%	17.30%	18.50%	21.00%	23.40%	15.20%
緩和ケア病床の有無								
あり	70	13	36	8	13	35	31	4
「あり」の割合	16.60%	30.95%	16.40%	9.90%	16.70%	17.40%	16.20%	13.80%
緩和ケア診療加算の有無								
あり	165	36	100	22	7	126	37	2
「あり」の割合	33.20%	69.20%	39.20%	22.40%	7.60%	54.10%	16.00%	6.10%
【医師】								
身体担当医の専従および精神担当医の専従がいる施設・いない施設								
両方いる	20	9	11	0	0	15	5	0
身体担当医のみの割合	165	31	101	21	12	118	46	1
精神担当医のみの割合	30	2	20	5	3	14	16	0
両方いない	282	10	123	72	77	86	164	32
両方いるの割合	4.00%	17.30%	4.30%	0.00%	0.00%	6.40%	2.20%	0.00%
身体担当医のみの割合	33.20%	59.60%	39.60%	21.40%	13.00%	50.60%	19.90%	3.00%
精神担当医のみの割合	6.00%	3.80%	7.80%	5.10%	3.30%	6.00%	6.90%	0.00%
両方いない	56.70%	19.20%	48.20%	73.50%	83.70%	36.90%	71.00%	97.00%
精神科医がいない施設 (がん診療連携拠点病院の指定別)								
いる	395	51	227	66	51	221	162	12
「いる」の割合	79.50%	98.10%	89.00%	67.30%	55.40%	94.80%	70.10%	36.40%
【看護師】								
専従がいる施設・いない施設								
いる	337	46	224	46	21	204	128	5
「いる」の割合	67.80%	88.50%	87.80%	46.90%	22.80%	87.60%	55.40%	15.20%
専門看護師または認定看護師がいる施設								
いる	459	52	248	94	65	230	210	19
「いる」の割合	92.40%	100.00%	97.30%	95.90%	70.70%	98.70%	90.90%	57.60%
【薬剤師】								
専従または専任がいる施設・いない施設								
いる	177	33	112	20	12	122	52	3
「いる」の割合	35.60%	63.50%	43.90%	20.40%	13.00%	52.40%	22.50%	9.10%
【医療ソーシャルワーカー】								
専従、専任、兼任のいずれかがいる施設・いない施設								
いる	385	35	200	76	74	178	204	3
「いる」の割合	77.50%	67.30%	78.40%	77.60%	80.40%	76.40%	80.60%	27.30%
【臨床心理士】								
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設								
いる	288	31	173	52	32	159	120	9
「いる」の割合	57.90%	59.60%	67.80%	53.10%	34.80%	68.20%	51.90%	27.30%
【リハビリテーション】								
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設								
いる	336	31	175	64	66	146	165	25
「いる」の割合	67.60%	59.60%	68.60%	65.30%	71.70%	62.70%	71.40%	75.80%
【栄養士】								
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設								
いる	346	38	174	62	72	157	163	26
「いる」の割合	69.60%	73.10%	68.20%	63.30%	78.30%	67.40%	70.60%	78.80%
【歯科医・歯科衛生士】								
歯科医・歯科衛生士のいずれかがいる施設・いない施設								
いる	77	12	46	11	8	47	27	3
「いる」の割合	15.50%	23.10%	18.00%	11.20%	8.70%	20.20%	11.70%	9.10%
年間平均依頼件数 (がん診療連携拠点病院の指定別)								
指定別数	497	52	255	98	92	233	231	33
指定別依頼件数合計	66,005	11,884	37,923	9,985	6,213	39,790	24,447	1,768
年間平均依頼件数	132.8	228.5	148.7	101.9	67.5	170.8	105.8	53.6
中央値	96	174	119	79	53.5	143	77	39

	拠点病院の種別			
	都道府県がん診療 連携拠点病院	地域がん診療 連携拠点病院	都道府県 独自指定	指定なし
活動について 2：緩和ケアチームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている日数				
週 1 日未満	1 (1.90%)	5 (2.00%)	3 (3.10%)	5 (5.40%)
週 1 ～ 2 日	2 (3.80%)	34 (13.30%)	33 (33.70%)	38 (41.30%)
週 3 ～ 4 日	3 (5.80%)	15 (5.90%)	11 (11.20%)	6 (6.50%)
週 5 ～ 6 日	43 (82.70%)	189 (74.10%)	48 (49.00%)	39 (42.40%)
週 7 日	3 (5.80%)	12 (4.70%)	3 (3.10%)	4 (4.30%)
がん診療連携拠点病院の指定別による依頼の時期 (がん患者のみ)				
診断から初期治療前	815	2,129	458	433
がん治療中	6,110	14,654	3,426	1,661
積極的がん治療終了後	4,593	20,049	5,763	3,746
診断から初期治療前	7%	6%	5%	7%
がん治療中	53%	40%	36%	28%
積極的がん治療終了後	40%	54%	60%	64%

(日本緩和医療学会, 2013 年)



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2014 年は 11 月 1 日現在)

図 4 緩和ケア診療加算の算定施設数の推移

断から初期治療前が 7%，がん治療中が 53%，積極的がん治療終了後が 40%であった。

日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録の年次推移を表 4 に示す。2010 年から 2013 年までの変化をみると、依頼内容は疼痛が 8.3 ポイント減少し、疼痛以外の身体症状が 5.5 ポイント増加した。依頼時の全身状態 (PS)、転帰は 2011 年以降あまり変化がなかった (2010 年の転帰は傾向が他の年度と異なっている)。

また、がん診療連携拠点病院のすべてに緩和ケアチームが設置されており、拠点病院の統計からもその概要を知ることができる (「がん診療連携拠点病院」の項を参照)。

緩和ケアチームに関しては政府統計である医療施設調査の統計もある。2011 年の医療施設調

査では、861 施設が緩和ケアチームありと回答した (調査施設の 11.6%)。なお、この調査において 2011 年 9 月に緩和ケアチームが診察した患者数は全国で 23,374 人であり、新規依頼患者数は 5,191 人であった。医療施設調査は 2014 年にも実施されているが、本稿執筆時点で調査結果は未公表である。なお、拠点病院の現況報告に基づく拠点病院の緩和ケアチームの状況は「がん診療連携拠点病院」の項に記載する。

緩和ケア外来

緩和ケア外来について、日本緩和医療学会緩和ケアチーム登録に基づくデータを表 5 に示す。このデータでは、都道府県拠点病院の 92.3%，地域

表4 日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録の年次推移

a. 依頼件数の推移（中央値）

年度	全体	都道府県	地域	都道府県独自	指定なし
2010	89	135	107	70	36
2011	81	155	92	55	39
2012	90	178	108	63	47.5
2013	96	174	119	79	53.5

b. 依頼時の依頼内容（延べ件数）〔がん患者のみ、年次別の割合〕

	2010	2011	2012	2013年	2010	2011	2012	2013年
疼痛	18,386	28,447	32,028	38,281	68.3%	66.5%	60.3%	60.0%
疼痛以外の身体症状	10,084	18,137	22,157	27,669	37.8%	42.4%	41.7%	43.3%
精神症状	9,516	15,265	17,414	21,497	35.8%	35.7%	32.8%	33.7%
家族ケア	2,562	5,110	6,218	7,456	10.0%	11.9%	11.7%	11.7%
倫理的問題	714	947	1,079	1,609	2.9%	2.2%	2.0%	2.5%
地域との連携・退院支援	3,734	5,120	6,128	7,799	14.8%	12.0%	11.5%	12.2%
その他	1,801	4,095	5,342	5,508	7.9%	9.6%	10.1%	8.6%
合計（回答なしを除く）	46,797	77,121	90,366	109,819	177.6%	180.3%	170.2%	172.0%

c. PS値（依頼時）〔がん患者のみ、年次別の割合〕

	2010	2011	2012	2013年	2010	2011	2012	2013年
PS = 0	1,450	2,449	2,396	3,516	6.6%	5.6%	5.1%	5.5%
PS = 1	3,719	7,096	8,142	10,901	17.0%	16.1%	17.4%	17.1%
PS = 2	5,271	10,209	10,437	14,701	24.1%	23.2%	22.3%	23.0%
PS = 3	6,585	13,293	13,875	19,212	30.1%	30.2%	29.7%	30.1%
PS = 4	4,841	11,040	11,872	15,507	22.1%	25.0%	25.4%	24.3%
合計（回答なしを除く）	21,866	44,087	46,722	63,837	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

d. 転帰〔がん患者のみ、年次別の割合〕

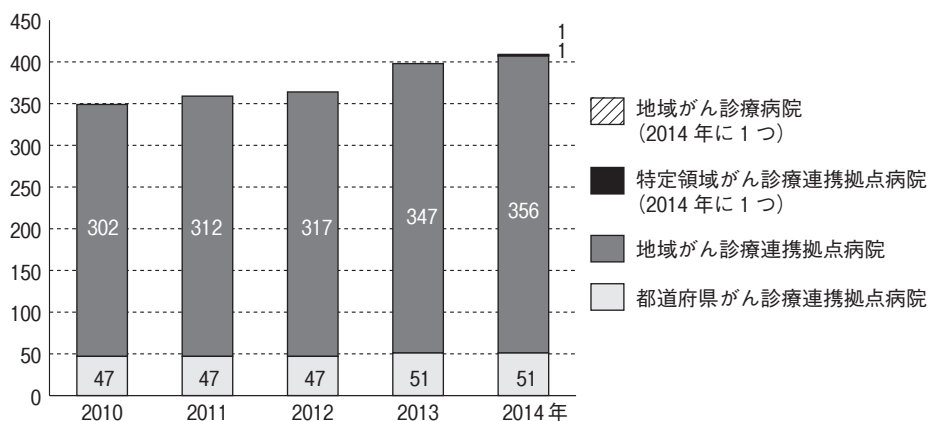
	2010	2011	2012	2013年	2010	2011	2012	2013年
介入終了（生存）	4,177	3,463	4,717	4,974	15.4%	7.9%	9.0%	7.8%
緩和ケア病棟転院	2,503	4,152	5,659	7,010	9.2%	9.4%	10.8%	11.0%
その他の転院	1,933	2,996	3,588	4,264	7.1%	6.8%	6.9%	6.7%
退院	9,625	14,857	18,052	23,026	35.4%	33.7%	34.5%	36.1%
死亡退院	8,942	15,762	17,266	20,925	32.9%	35.8%	33.0%	32.8%
介入継続中		2,857	3,068	3,638	0.0%	6.5%	5.9%	5.7%
合計（回答なしを除く）	27,180	44,087	52,350	63,837	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

（日本緩和医療学会，2013年）

表5 緩和ケア外来

	全体	拠点病院の種別				病床数		
		都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	都道府県独自指定	指定なし	500床以上	200～499床	0～199床
緩和ケア外来の有無								
あり	391	48	232	71	40	210	164	17
「あり」の割合	78.7%	92.3%	91.0%	72.4%	43.5%	90.1%	71.0%	51.5%
外来緩和ケア管理料算定の有無								
あり	126	24	77	16	9	92	31	3
「あり」の割合	25.4%	46.2%	30.2%	16.3%	9.8%	39.5%	13.4%	9.1%

（日本緩和医療学会，2013年）



(厚生労働省, 2014年8月6日現在, 指定の効力が発生した年度により集計)

図5 がん診療連携病院数の推移

拠点病院の91%で緩和ケア外来が設置されていた。外来緩和ケア管理料を算定しているのは都道府県拠点病院の46.2%, 地域拠点病院の30.2%であった。なお, 拠点病院の現況報告に基づく拠点病院の緩和ケア外来の状況は「がん診療連携拠点病院」の項に記載する。

がん診療連携拠点病院

がん診療連携拠点病院は, 2002年から指定が開始された(当時は地域がん診療拠点病院)。図5に, がん診療連携拠点病院数の推移を示す。2014年では都道府県がん診療連携拠点病院として51病院, 地域がん診療連携拠点病院として356病院(国立がん研究センター中央病院・国立がん研究センター東病院含む), 特定領域がん診療連携拠点病院として1病院, 地域がん診療病院として1病院, と総計409病院が指定されている。

がん診療連携拠点病院における緩和ケアの実施状況を(2013年度)表6に示す。緩和ケア診療加算を算定している施設の割合は全体で42%(都道府県拠点70%, 地域拠点38%)であった。緩和ケア病棟入院料を算定している施設の割合は全体で21%(都道府県拠点34%, 地域拠点19%)であった。がん性疼痛管理指導料1・2を算定している施設の割合は, それぞれ全体で97%(都道府県拠点96%, 地域拠点97%), 92%(都道府

県拠点91%, 地域拠点92%)だった。がん患者カウンセリング料を算定している施設の割合は全体で85%(都道府県拠点85%, 地域拠点85%)であり, 平均算定数は全体で55±105件(都道府県拠点93±150件, 地域拠点50±93件)であった。外来がん緩和ケア管理料を算定している施設の割合は全体で38%(都道府県拠点60%, 地域拠点34%)であり, 平均算定数は全体で13±44件(都道府県拠点21±50件, 地域拠点12±43件)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6.7に示す。2013年の全死因の自宅死亡の割合は12.9%であり, がんでは9.6%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8.9に示す。全死因の自宅死亡割合が高い都道府県は東京都16.7%, 兵庫県16.4%, 奈良県16.0%であり, 低い都道府県は大分県8.4%, 佐賀県8.7%, 北海道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14.5%, 東京都14.0%, 兵庫県13.7%であり, 低い都道府県は秋田県4.4%, 北海道4.4%, 石川県5.1%であった。

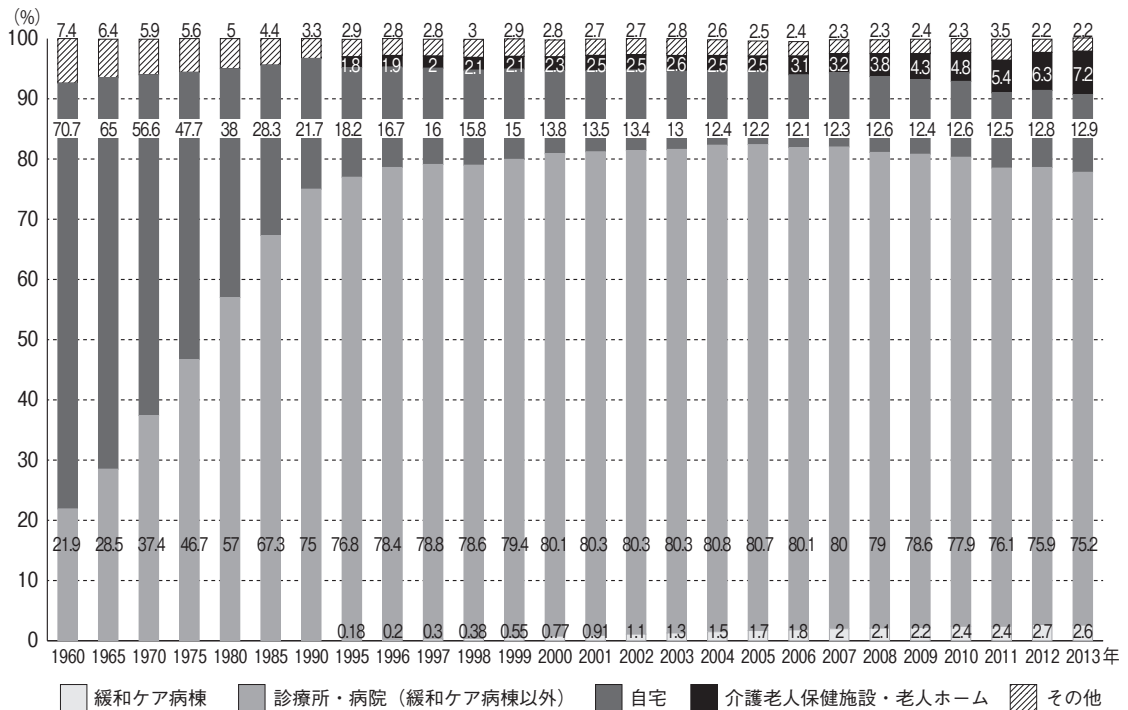
在宅療養支援診療所数の推移を図10に示す。2012年度より在宅療養診療所が従来型在宅療養支援診療所, 連携強化型在宅療養支援診療所, 強

表6 がん診療連携拠点病院における緩和ケアの実施状況 (2013年度)

	全体 (n = 407)		都道府県 (n = 51)		地域 (n = 356)	
〔全般事項〕						
病床数総数	平均±標準偏差	595.9 ± 229.7	684.4 ± 216.5	583.2 ± 228.7		
緩和ケア診療加算	あり	171 42%	37 70%	133 38%		
件数 (緩和ケア診療加算)	平均±標準偏差	2,442.4 ± 2,294.7	2,698.1 ± 2,762.6	2,376.1 ± 2,503.4		
緩和ケア病棟入院料	あり	87 21%	18 34%	68 19%		
件数 (緩和ケア病棟入院料)	平均±標準偏差	5,469.5 ± 2,265.9	6,636.6 ± 3,098	4,985.2 ± 1,943.6		
がん性疼痛緩和和管理指導料1	あり	398 97%	51 96%	345 97%		
件数 (がん性疼痛緩和和管理指導料1)	平均±標準偏差	293.6 ± 358	455.4 ± 618.9	271.6 ± 296.8		
がん性疼痛緩和和管理指導料2	あり	375 92%	48 91%	325 92%		
件数 (がん性疼痛緩和和管理指導料2)	平均±標準偏差	180.5 ± 277.4	262.5 ± 464.5	168.4 ± 237		
がん患者カウンセリング料	あり	347 85%	45 85%	300 85%		
件数 (がん患者カウンセリング料)	平均±標準偏差	63.5 ± 107.1	102.1 ± 153	58.2 ± 98.5		
外来緩和ケア管理料	あり	154 38%	32 60%	121 34%		
件数 (外来緩和ケア管理料)	平均±標準偏差	33.7 ± 64.9	35 ± 60.6	33.1 ± 65.7		
リンパ浮腫指導管理料	あり	323 79%	46 87%	275 78%		
件数 (リンパ浮腫指導管理料)	平均±標準偏差	71.7 ± 89.5	170.3 ± 153.5	56.6 ± 62.1		
がん患者リハビリテーション料	あり	250 61%	38 72%	211 60%		
件数 (がん患者リハビリテーション料)	平均±標準偏差	1,461 ± 2,238.6	2,446.4 ± 3,173.2	1,348.8 ± 2104		
緩和医療専門医常勤	平均±標準偏差	0.16 ± 0.50	0.35 ± 0.84	0.14 ± 0.42		
暫定指導医常勤	平均±標準偏差	1.1 ± 3.27	1.7 ± 3.14	1 ± 3.28		
がん看護専門看護師常勤	平均±標準偏差	0.86 ± 1.60	2.4 ± 2.81	0.64 ± 1.2		
がん性疼痛看護認定看護師常勤	平均±標準偏差	0.81 ± 1.11	1.2 ± 1.33	0.76 ± 1.1		
緩和ケア認定看護師常勤	平均±標準偏差	1.4 ± 1.05	1.8 ± 1.7	1.3 ± 0.91		
年間新入院がん患者数	平均±標準偏差	3,121.6 ± 2,011	5,439.3 ± 2,669.1	2,789 ± 1650		
年間新入院患者数に占めるがん患者の割合	平均±標準偏差	0.27 ± 0.16	0.5 ± 0.27	0.24 ± 0.1		
年間外来がん患者数	平均±標準偏差	56,436.3 ± 47,715	98,395.6 ± 71,670	50,510 ± 39,861.5		
年間院内死亡がん患者数	平均±標準偏差	234.4 ± 244.1	256.8 ± 215.9	231.2 ± 247.7		
新入院がん患者数	平均±標準偏差	1,056.4 ± 677.1	1,834.6 ± 863.5	945 ± 564		
新入院患者数に占めるがん患者の割合	平均±標準偏差	0.26 ± 0.16	0.5 ± 0.27	0.23 ± 0.1		
〔機能別〕						
症状緩和や医療用麻薬の院内マニュアル・院内クリティカルパスの整備		264 65%	35 66%	229 65%		
緩和ケアチームの整備		407 100%	51 100%	356 100%		
苦痛のスクリーニング体制		200 49%	22 45%	178 50%		
スクリーニングされた患者への対応体制		264 65%	33 66%	231 65%		
インフォームドコンセント：看護師や医療心理に携わる者等の同席		357 88%	48 94%	309 87%		
インフォームドコンセント：初期治療内容のみならず長期的視野に立ち治療プロセス全体についての説明		386 95%	49 96%	357 95%		
インフォームドコンセント：必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等の体制		380 93%	46 87%	334 94%		
医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用等の医師からの説明、薬剤師や看護師等による服薬指導と自己管理指導		307 75%	40 75%	267 75%		
緩和ケアチーム：カンファレンスが週1回程度の実施		406 99%	51 100%	355 99%		
緩和ケアチーム：週1回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンドおよびカンファレンスの実施		377 93%	48 94%	329 92%		
緩和ケアチーム：当該病棟ラウンドおよびカンファレンスに必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めている		388 95%	48 94%	340 95%		
緩和ケアチーム：院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備		345 85%	48 94%	297 84%		
外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備		405 99%	50 98%	355 99%		
緩和ケア外来に地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制の整備		361 89%	49 96%	312 88%		
緩和ケアチームの看護師の苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来看護業務を支援・強化		333 82%	40 77%	293 82%		
主治医および看護師等と協働による、がん患者カウンセリングの実施		374 92%	44 85%	330 93%		
緩和ケアチームの専従医師のは、手術療法・化学療法・放射線治療等、がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診への参加、適切な助言、必要に応じて共同して診療計画の立案		326 56%	34 66%	192 54%		

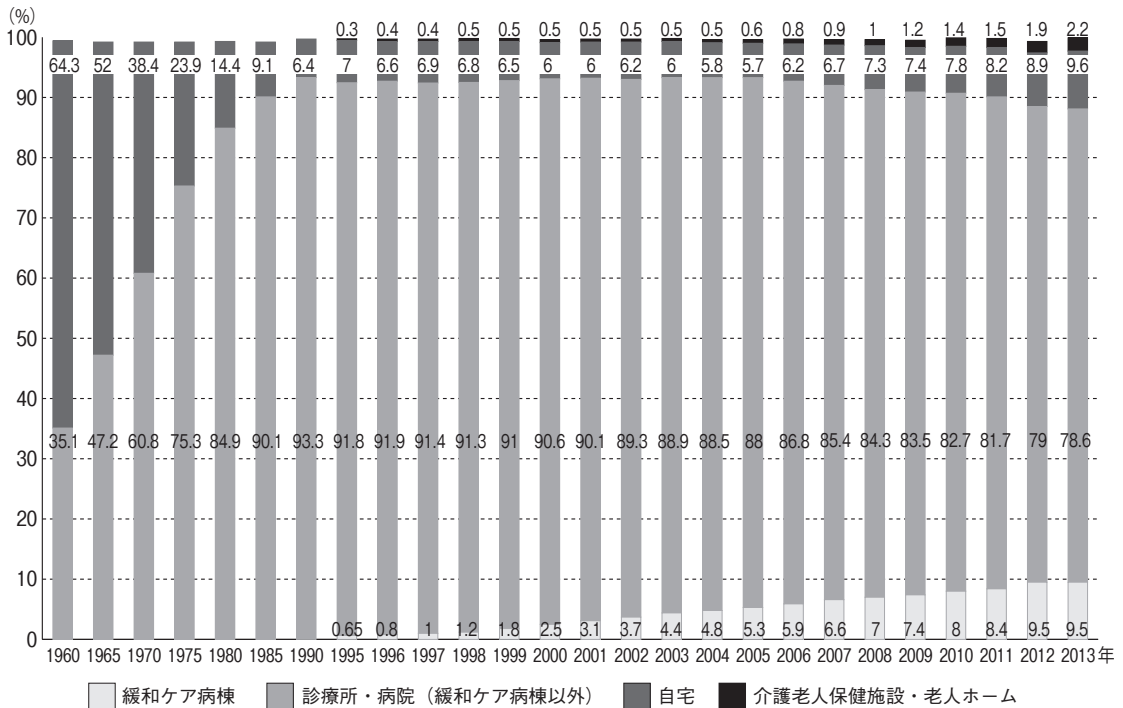
	全体 (n = 407)		都道府県 (n = 51)		地域 (n = 356)	
緩和ケアチームの専任医師のは、手術療法・化学療法・放射線治療等、がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診への参加、適切な助言、必要に応じて共同して診療計画の立案	326	56%	34	66%	192	54%
緩和ケアチームの専任の医師のがん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診への参加	283	70%	35	66%	248	70%
院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析、評価の実施	313	77%	37	70%	276	78%
緩和ケアチームへ看護師や薬剤師などから依頼できる体制	324	80%	39	74%	285	81%
緩和ケアチームへ依頼する手順の明確化と周知	350	86%	48	91%	302	85%
緩和ケアのリンクナースの配置	284	70%	34	64%	250	71%
緩和ケアについて患者・家族への情報提供	407	100%	51	100%	356	100%
情報提供の内容：院内の見やすい場所に掲示	407	100%	51	100%	356	100%
情報提供の内容：院内誌、チラシ等で広報	351	86%	50	94%	301	85%
情報提供の内容：ホームページに掲載	354	87%	47	92%	307	86%
情報提供の内容：地域の広報誌等で広報	141	35%	14	26%	127	36%
情報提供の内容：その他の方法で掲載	99	25%	8	15%	91	26%
主治医および看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明および指導	406	99%	50	99%	356	100%
地域の医療機関および在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備	407	100%	51	100%	356	100%
緩和ケア病棟の設置	89	22%	19	36%	70	20%
緩和ケア病棟：平均待機期間 (N = 150)	7.1 ± 11.2		15.5 ± 18.3		5.8 ± 9.1	
緩和ケア病棟：年間新入院患者数 (N = 151)	132.6 ± 526.3		173.6 ± 145.1		126.3 ± 567.4	
緩和ケア病棟：緩和ケア病棟の平均在院日数 (N = 152)	18.2 ± 17.2		22.6 ± 12.3		17.8 ± 18.2	
地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備	330	81%	43	81%	287	81%
院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備	251	62%	30	57%	221	62%
主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意志決定支援と、地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスの実施	391	96%	51	100%	340	96%
緩和ケアチーム：専任の身体症状の緩和に携わる医師の配置	386	95%	51	100%	335	94%
緩和ケアチーム：専従の身体症状の緩和に携わる医師の配置	195	48%	43	81%	152	43%
緩和ケアチーム：精神症状の緩和に携わる医師の配置	406	99%	51	100%	355	99%
緩和ケアチーム：専任の精神症状の緩和に携わる医師の配置	279	69%	44	83%	235	66%
緩和ケアチーム：専従の看護師の配置	405	99%	50	98%	355	99%
緩和ケアチーム：専従の看護師はがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師のいずれか	377	93%	48	94%	329	92%
緩和ケアチーム：薬剤師および医療心理に携わる者の配置	319	78%	38	72%	281	79%
当該2次医療圏の医師を対象とした緩和ケアに関する研修の実施	407	100%	51	100%	356	100%
施設に所属する卒後2年目から5年目までの全ての医師が当該研修を修了する体制を整備	217	53%	19	36%	198	56%
研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供	147	36%	15	28%	132	37%
看護師を対象としたがん看護に関する総合的な研修の実施	340	84%	39	77%	301	84%
地域を対象として、緩和ケアやがん教育をはじめとするがんに関する普及啓発	379	93%	50	98%	329	92%
緩和ケアに関係する自施設の情報の把握・評価、PDCAサイクルの確保	192	47%	27	51%	165	47%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価	110	27%	8	15%	102	29%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：地域に対してわかりやすく広報	69	17%	8	15%	61	17%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：院内の見やすい場所に掲示	31	8%	2	4%	29	8%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：院内誌、チラシ等で広報	41	10%	4	8%	37	10%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：ホームページに掲載	47	12%	6	11%	41	12%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：地域の広報誌等で広報	10	2%	3	6%	7	2%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：その他の方法で掲載	7	2%	1	2%	6	2%

*それぞれの項目の表現はホームページの記載から分かりやすく修正した。
n = 407 ※都道府県拠点病院：51 地域拠点病院：356 (国立がん研究センター中央病院〈東病院を含む〉)
(国立がん研究センターがん情報サービスホームページより独自に集計、2013年)



(厚生労働省人口動態統計, 2013年)

図6 死亡場所の推移 (全死因)



(厚生労働省人口動態統計, 2013年)

図7 死亡場所の推移 (がん)

化型在宅療養支援診療所の3区分に変更になった。そのうち連携強化型在宅療養支援診療所は2,604件、強化型在宅療養支援診療所は221件であり、すべてを合計すると13,758件であった。都道府県別の人口10万人対の在宅療養支援診療所数を図11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10.8であり、多い都道府県は長崎県24.3、大阪府19.8、広島県19.7、少ない都道府県は富山県4.4、千葉県4.8、新潟県5.0であった。2011年度のデータでは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。

訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業所数の推移を図12に示す。2013年の届出事業所数は5,007件であった。都道府県の人口10万人対訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業所数を図13に示す。人口10万人対届出事業所数が多かった都道府県は和歌山県7.7、島根県6.4、大分県6.3であり、少なかった都道府県は埼玉県2.4、千葉県2.6、栃木県2.7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14に示す。2014年9月30日までで修了者数の合計は、52,254人であった。また、2014年9月30日までの累計の都道府県別人口10万人対緩和ケア研修会修了者数を図15に示す。人口10万人対修了者数が多かった都道府県は島根県96.6、福井県73.4、和歌山県71.1であり、少なかった都道府県は埼玉県21.3、神奈川県23.3、千葉県24.7であった。

日本緩和医療学会専門医専門医数の推移を図16に、2014年6月30日現在の都道府県別専門医数を図17に示す。2014年6月30日現在の日本緩和医療学会専門医数は83人であり、最大が東京都の18人であった。専門医がいない都道府県は18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

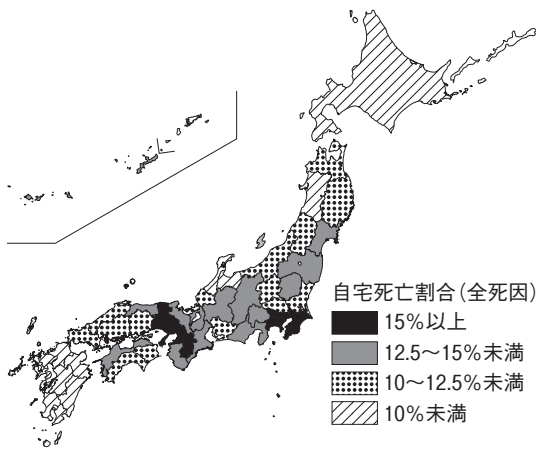
を図18に示す。2014年4月1日現在、がん看護専門看護師514人、がん性疼痛認定看護師747人、緩和ケア認定看護師数1,652人であり、これらの合計は2,913人であった。都道府県別の人口10万人対がん看護専門看護師、がん性疼痛認定看護師、緩和ケア認定看護師数の合計を図19に示す。合計数が多い都道府県は山梨県6.7、長崎県3.3、神奈川県3.3であり、少ない都道府県は沖縄県1.2、栃木県1.4、福島県1.4であった。

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20に示す。2014年4月1日現在、指導者は全国で1,088人であった。また、2014年4月1日現在の人口10万人対都道府県別ELNEC-J指導者数を図21に示す。人口10万人対指導者数が多かった都道府県は島根県1.85人、鳥取県1.73人、富山県1.57人であり、少なかった都道府県は埼玉県0.28人、千葉県0.44人、奈良県0.51人であった。

ELNEC-J看護師教育コアカリキュラムの受講者数の推移を図22に示す。2014年4月1日における累積の受講者数の合計は3,651人であった。また、2014年4月1日現在の人口10万人対都道府県別ELNEC-J看護師教育コアカリキュラムの累積受講者数を図23に示す。人口10万人対受講者数が多かった都道府県は山梨県15.0人、鹿児島県11.1人、鳥取県10.8人であり、0人であった都道府県は岐阜県、奈良県、和歌山県、山口県、徳島県、香川県、高知県であった。

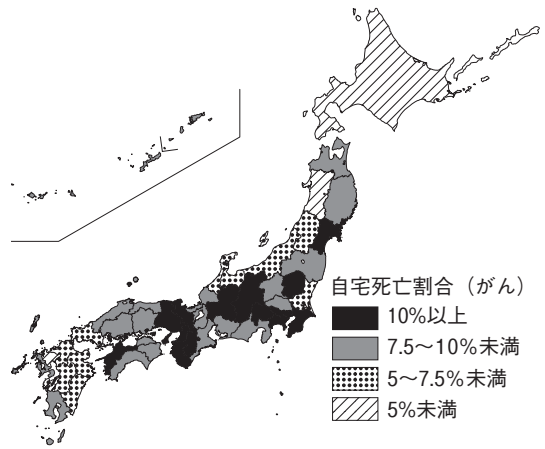
日本緩和医療薬学会の緩和薬物療法認定薬剤師数の推移を図24に示す。2014年10月14日現在、緩和薬物療法認定薬剤師数は全国で398人であった。2014年10月14日現在の人口10万人対都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数を図25に示す。人口10万人対緩和薬物療法認定薬剤師数が多かった都道府県は鳥取県0.69人、京都府0.69人、愛知県0.66人であった。緩和薬物療法認定薬剤師がいない都道府県数は6であった。

日本緩和医療学会の会員数の推移を図26に示す。2014年4月1日現在の総会員数は10,773人であり、医師が5,244人(49%)、看護師が3,781



(厚生労働省人口動態統計, 2013年)

図8 都道府県別の自宅死亡割合(全死因)



(厚生労働省人口動態統計, 2013年)

図9 都道府県別の自宅死亡割合(がん)

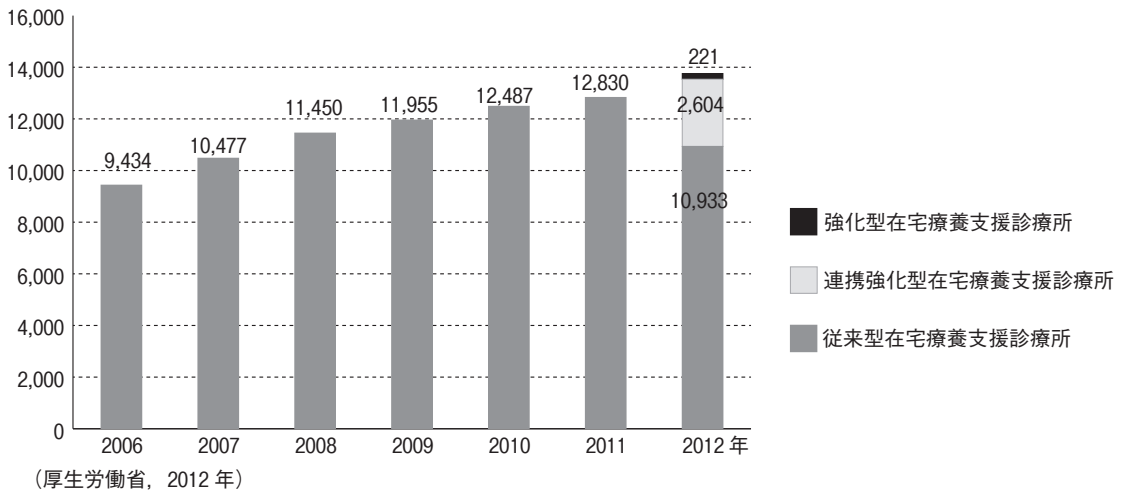
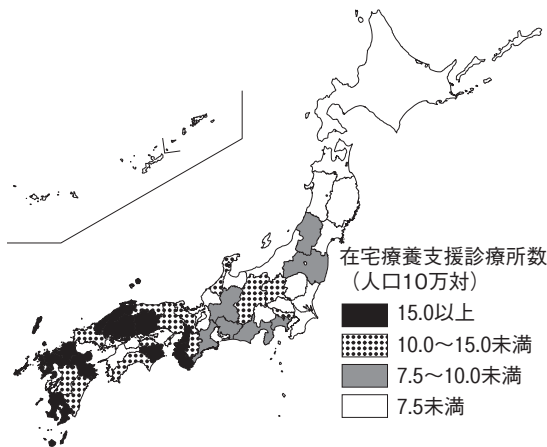
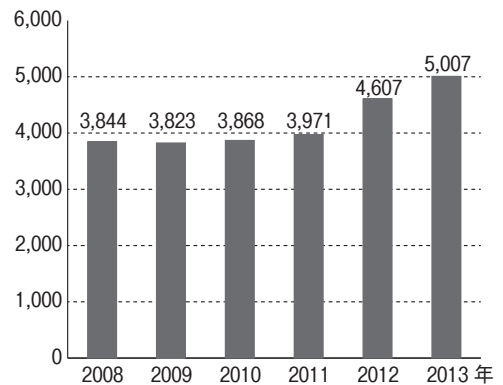


図10 在宅療養支援診療所数の推移



(厚生労働省, 2012年)

図11 都道府県別の在宅療養支援診療所数



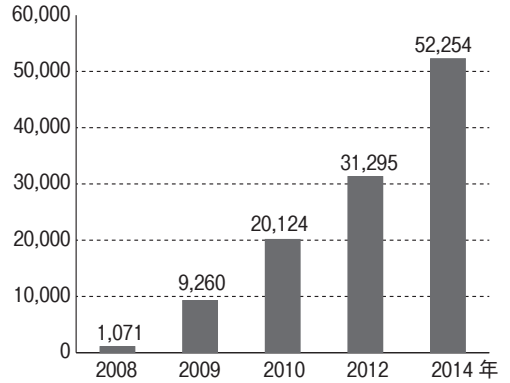
(厚生労働省, 2013年は10月時点のもの)

図12 訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業所数の推移



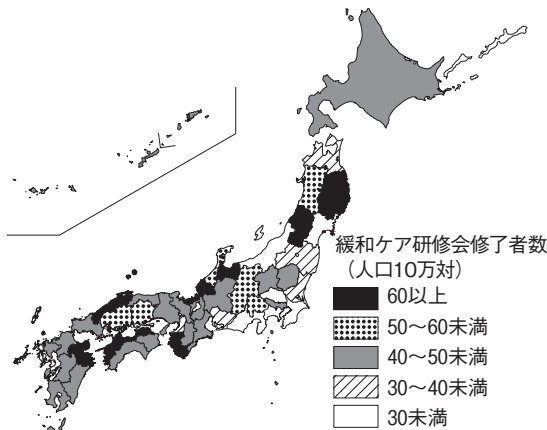
(厚生労働省, 2013年10月1日現在)

図13 都道府県別の訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業所数



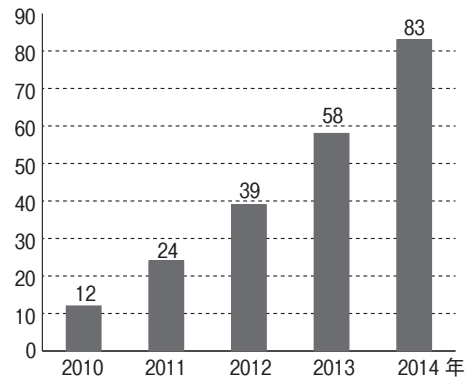
(日本緩和医療学会, 2014年は9月30日現在)

図14 「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



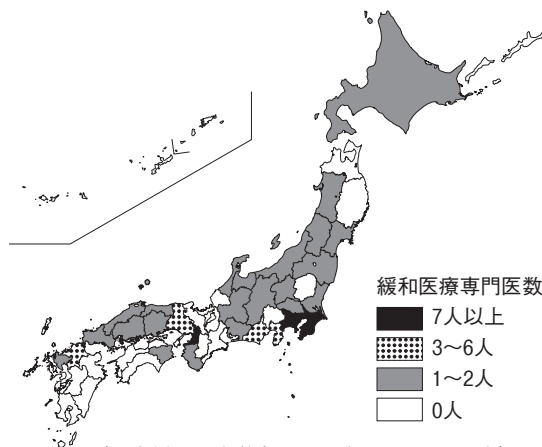
(日本緩和医療学会, 2014年9月30日現在)

図15 都道府県別「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



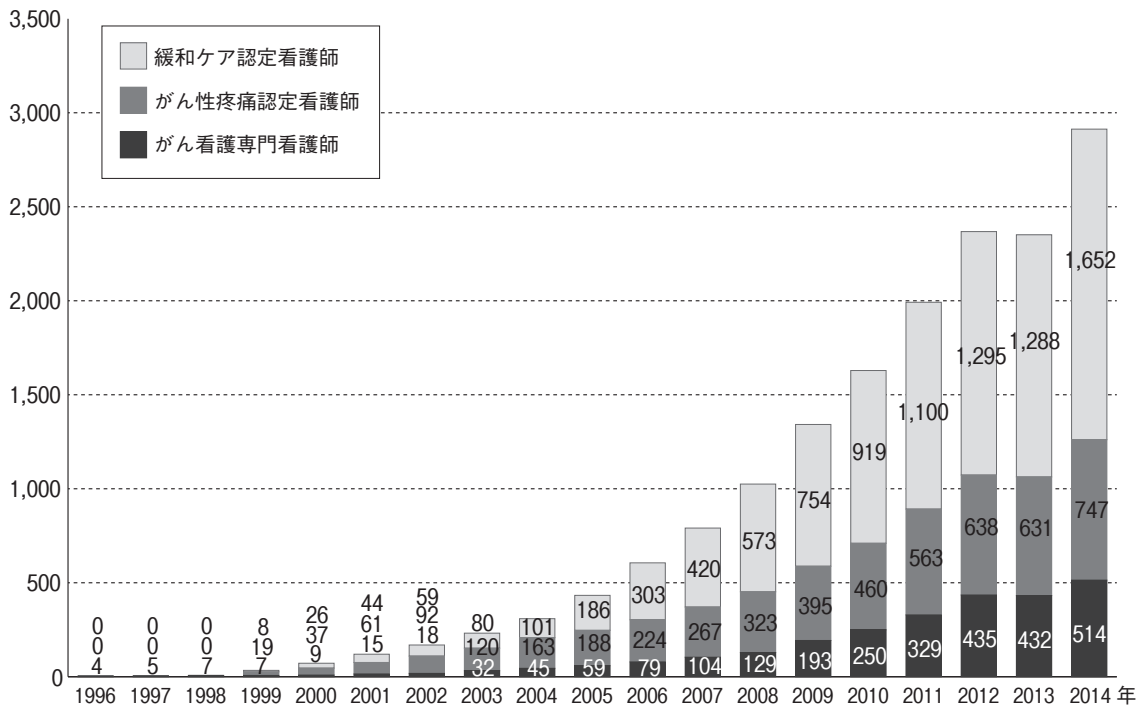
(日本緩和医療学会, 2014年は6月30日現在)

図16 日本緩和医療学会専門医専門医数の推移



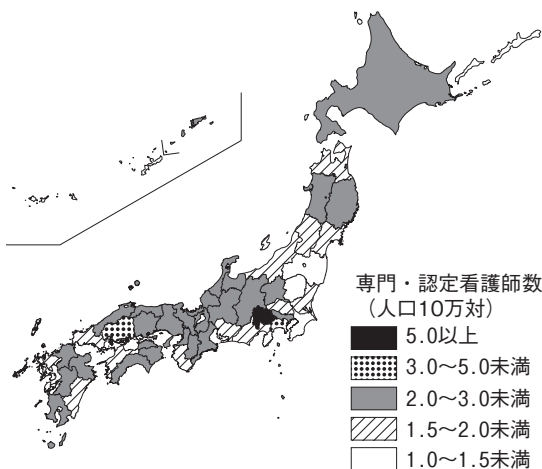
(日本緩和医療学会, 2014年6月30日現在)

図17 都道府県別の日本緩和医療学会専門医専門医数



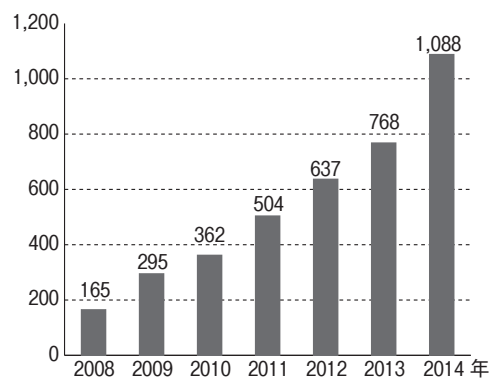
(日本看護協会, 2014年は4月1日現在, がん性疼痛看護, 緩和ケアの認定看護師は1999年から認定開始)

図18 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



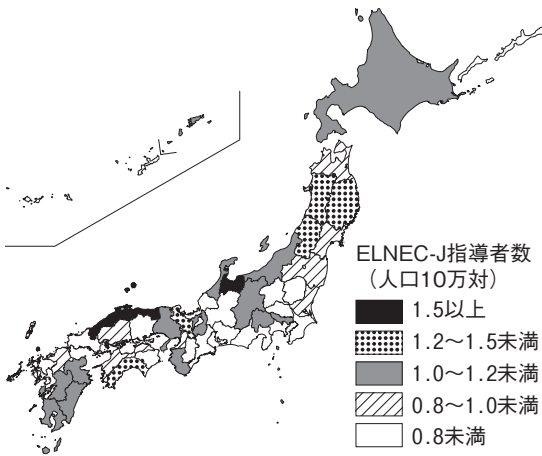
(日本看護協会, 2014年4月1日現在)

図19 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



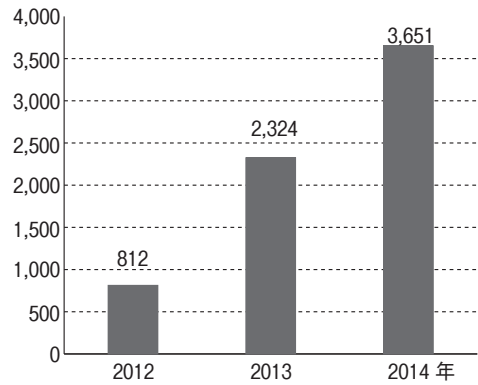
(日本緩和医療学会, 2014年は4月1日現在)

図20 ELNEC-J 指導者数の推移



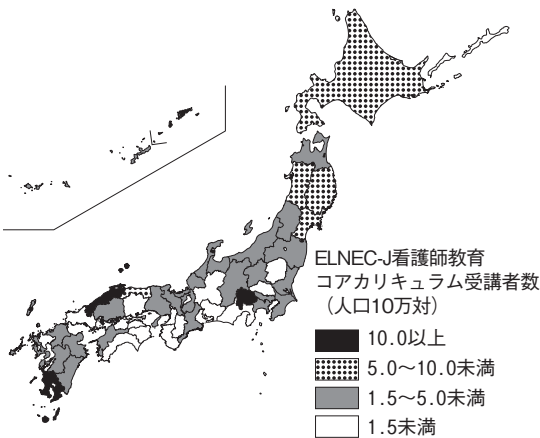
(日本緩和医療学会, 2014年4月1日現在)

図21 都道府県別のELNEC-J指導者数



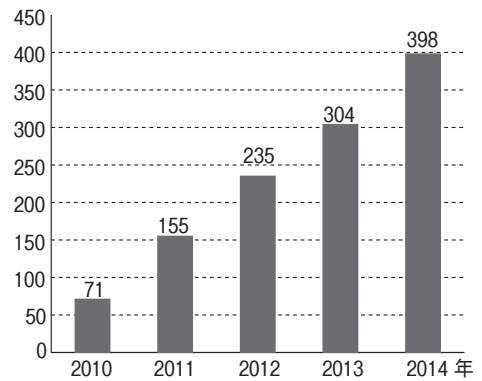
(日本緩和医療学会, 2014年は4月1日現在)

図22 ELNEC-J看護師教育コアカリキュラムの受講者数の推移



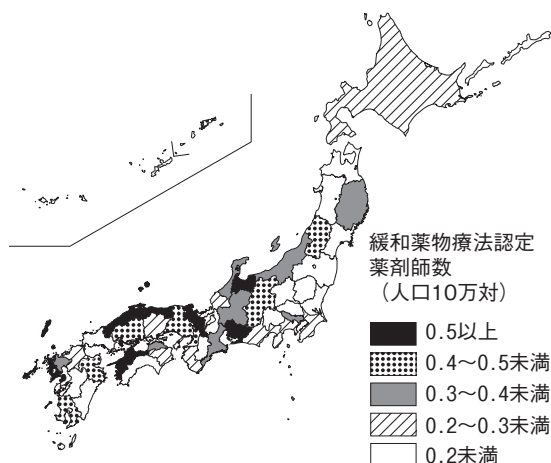
(日本緩和医療学会, 2014年4月1日現在)

図23 都道府県別のELNEC-J看護師教育コアカリキュラムの受講者数



(日本緩和医療学会, 2014年は10月14日現在)

図24 緩和薬物療法認定薬剤師数の推移



(日本緩和医療薬学会, 2014年)

図25 都道府県別の緩和薬物療法認定薬剤師数

人(35%), 薬剤師が1,053人(10%)であった。日本サイコオンコロジー学会の会員数の推移を図27に示す。2014年8月31日現在の総会員数は1,683人であり, 医師が916人(54%), 看護職が327人(19%), 心理職が237人(14%)であった。日本がん看護学会の会員数の推移を図28に示す。2014年8月31日現在の総会員数は5,335人であった。日本緩和医療薬学会の会員数の推移を図29に示す。2014年4月1日現在の会員数は3,496人であった。日本死の臨床研究会の会員数の推移を図30に示す。2015年1月15日現在の会員数は2,783人であった。

診療報酬

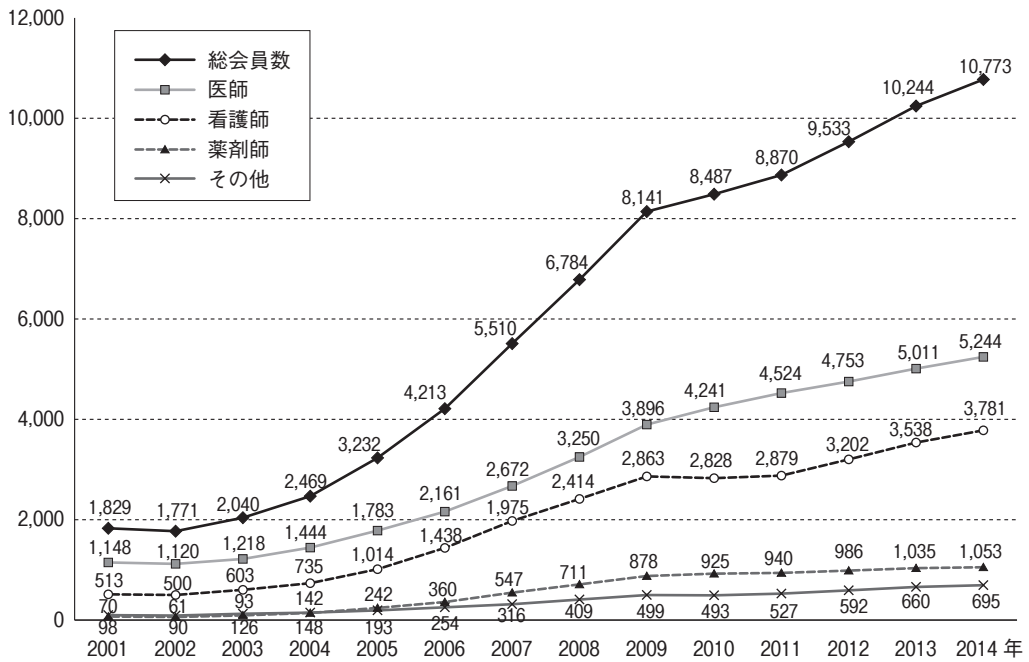
社会医療診療行為別調査に基づく診療報酬算定数の全国推計の推移を図31～33に示す。本調査は抽出調査であるため, 緩和ケア診療加算, 緩和ケア病棟入院料については算定施設数が少なく,

標本誤差の影響を受けることに注意する必要がある。

医療用麻薬

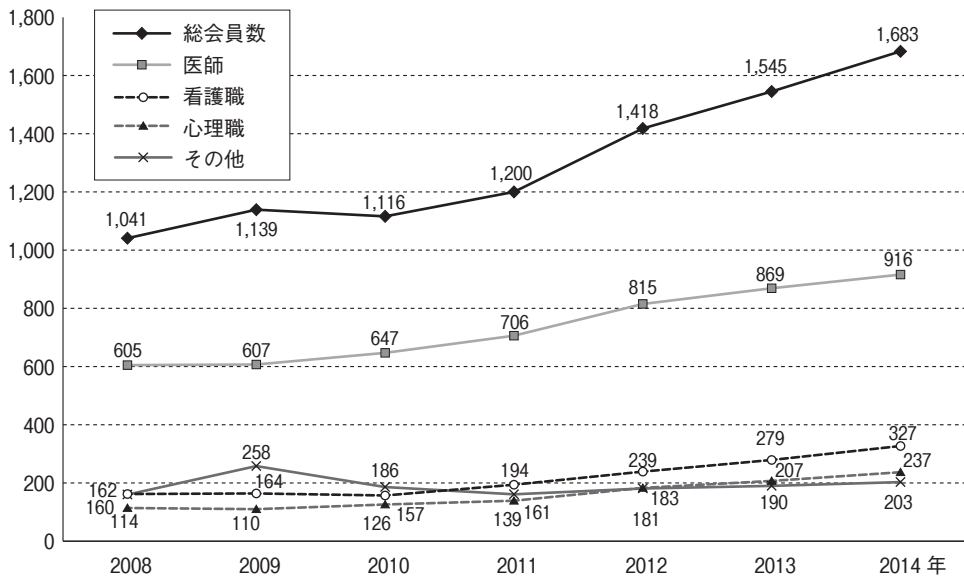
人口千人対医療用麻薬消費量(モルヒネ換算)の推移を図34に示す。2013年の人口千対モルヒネ換算消費量はモルヒネ2.4g, オキシコドン5.9g, フェンタニル33.3gであり, 合計は41.6gであった。2013年の都道府県別人口千対医療用麻薬消費量(モルヒネ換算)を図35に示す。人口千人対消費量が多かった都道府県は鳥取県70.0g, 青森県59.4g, 新潟県57.5gであり, 少なかった都道府県は三重県27.5g, 静岡県30.7g, 滋賀県31.4g, 京都府33.4gであった。

なお, 本原稿に記載したすべての図表はmiya@med.tohoku.ac.jpまでご連絡いただければ提供する。



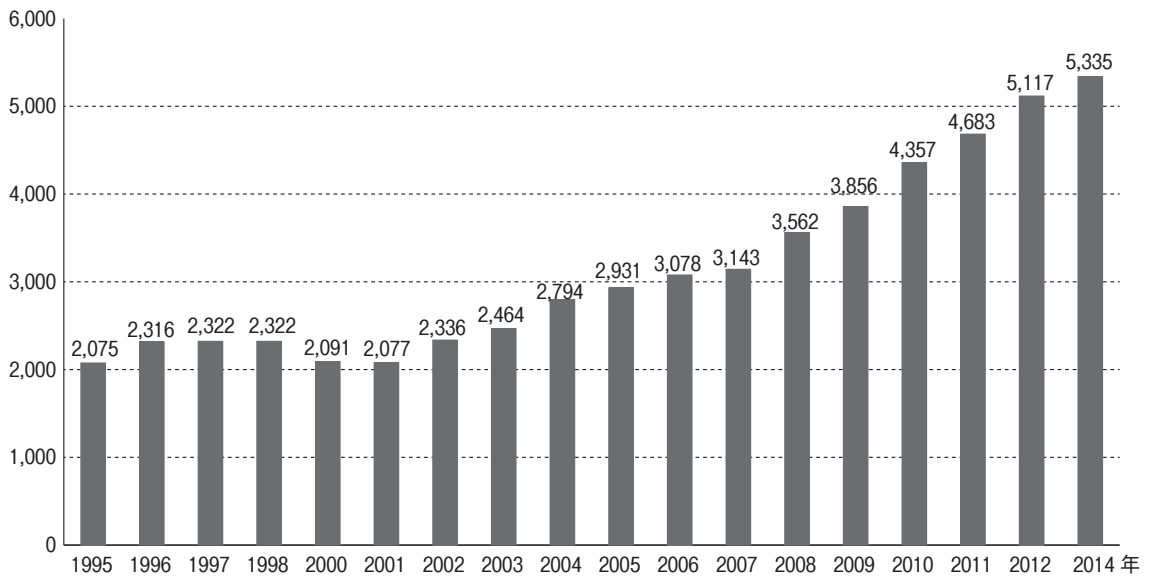
(日本緩和医療学会, 2014年4月1日現在)

図 26 日本緩和医療学会 会員数の推移



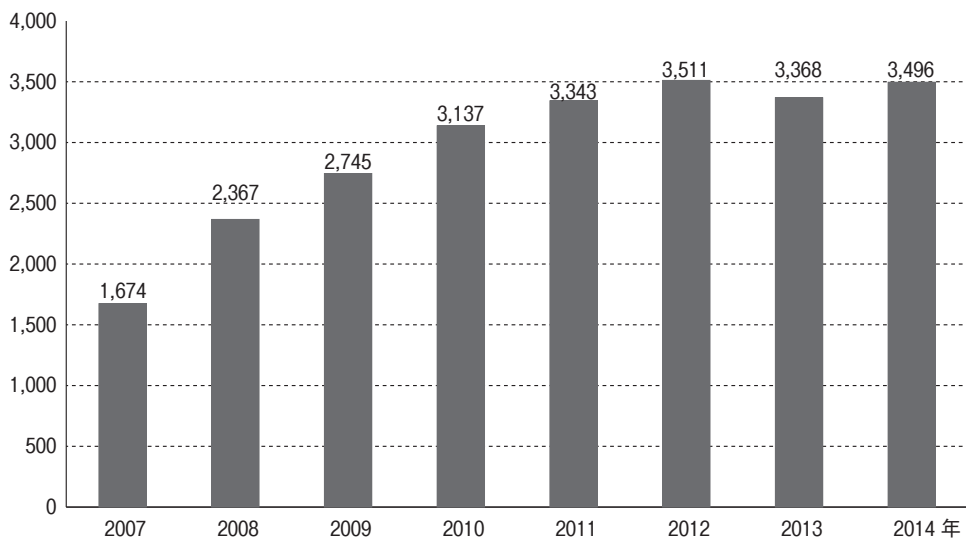
(日本サイコオンコロジー学会, 2014年8月31日現在)

図 27 日本サイコオンコロジー学会 会員数の推移



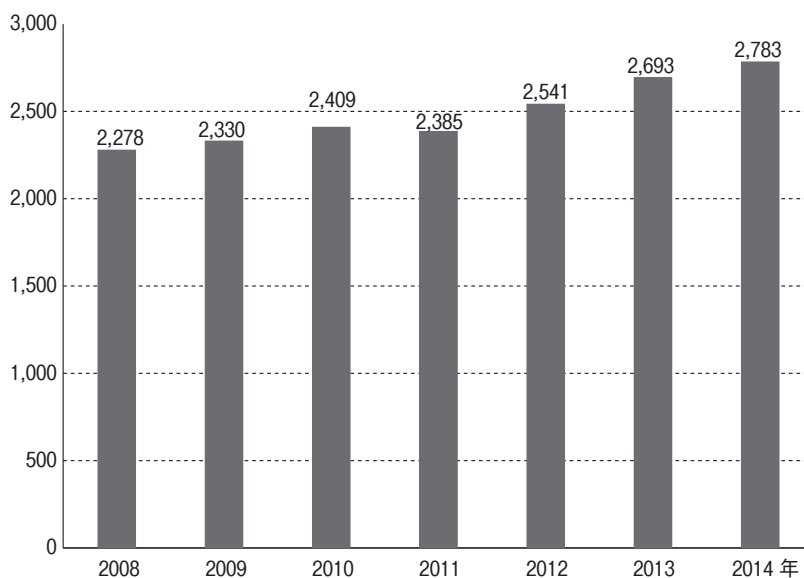
(日本がん看護学会, 2014年8月31日現在)

図 28 日本がん看護学会 会員数の推移



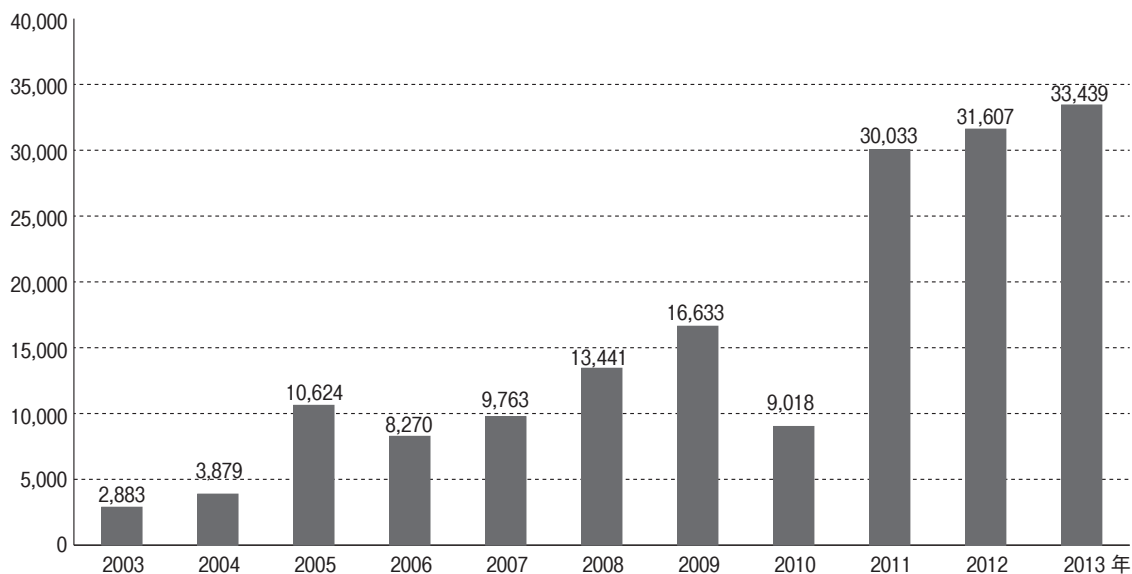
(日本緩和医療薬学会, 2014年4月1日現在)

図 29 日本緩和医療薬学会 会員数の推移



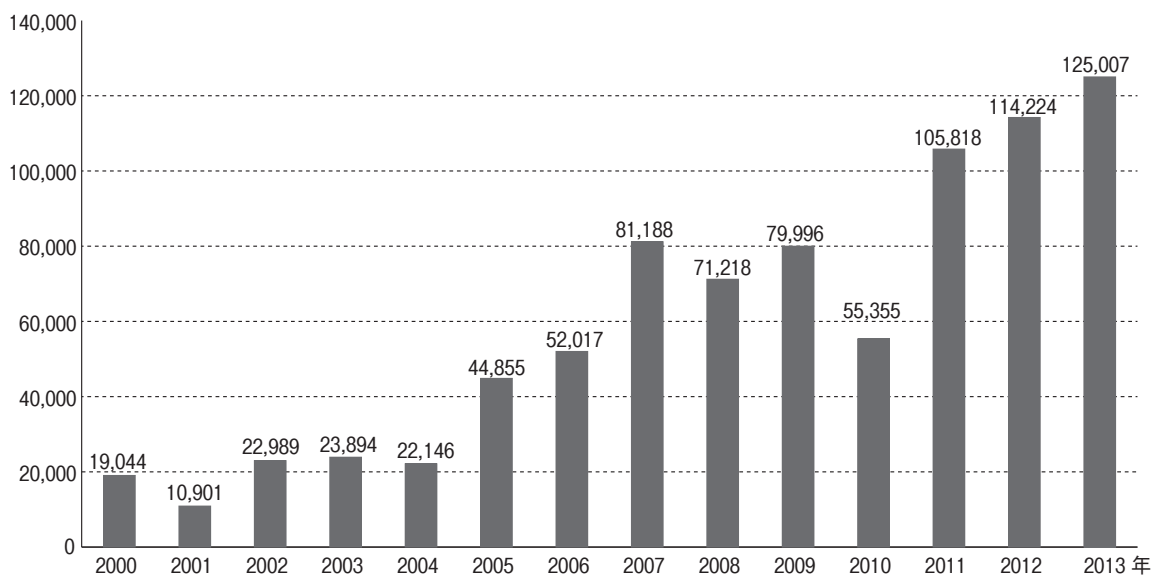
(日本死の臨床研究会, 2014年12月31日現在)

図30 日本死の臨床研究会 会員数の推移



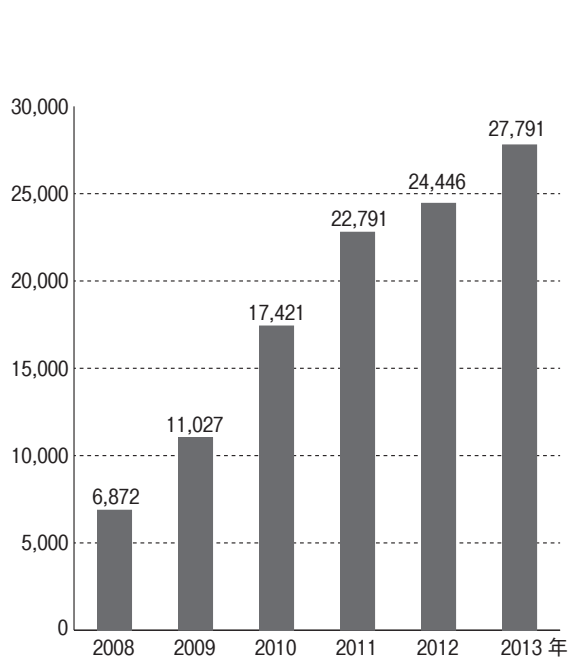
本調査は抽出調査であるため、緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料については算定施設数が少なく、標本誤差の影響を受けることに注意する必要がある
(厚生労働省, 2013年)

図31 社会医療診療行為別調査に基づく緩和ケア診療加算算定数



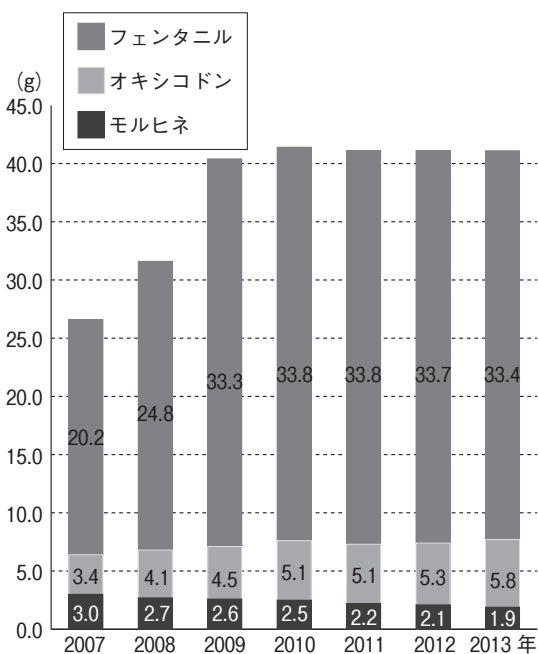
本調査は抽出調査であるため、緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料については算定施設数が少なく、標本誤差の影響を受けることに注意する必要がある
(厚生労働省, 2013年)

図 32 社会医療診療行為別調査に基づく緩和ケア病棟入院料



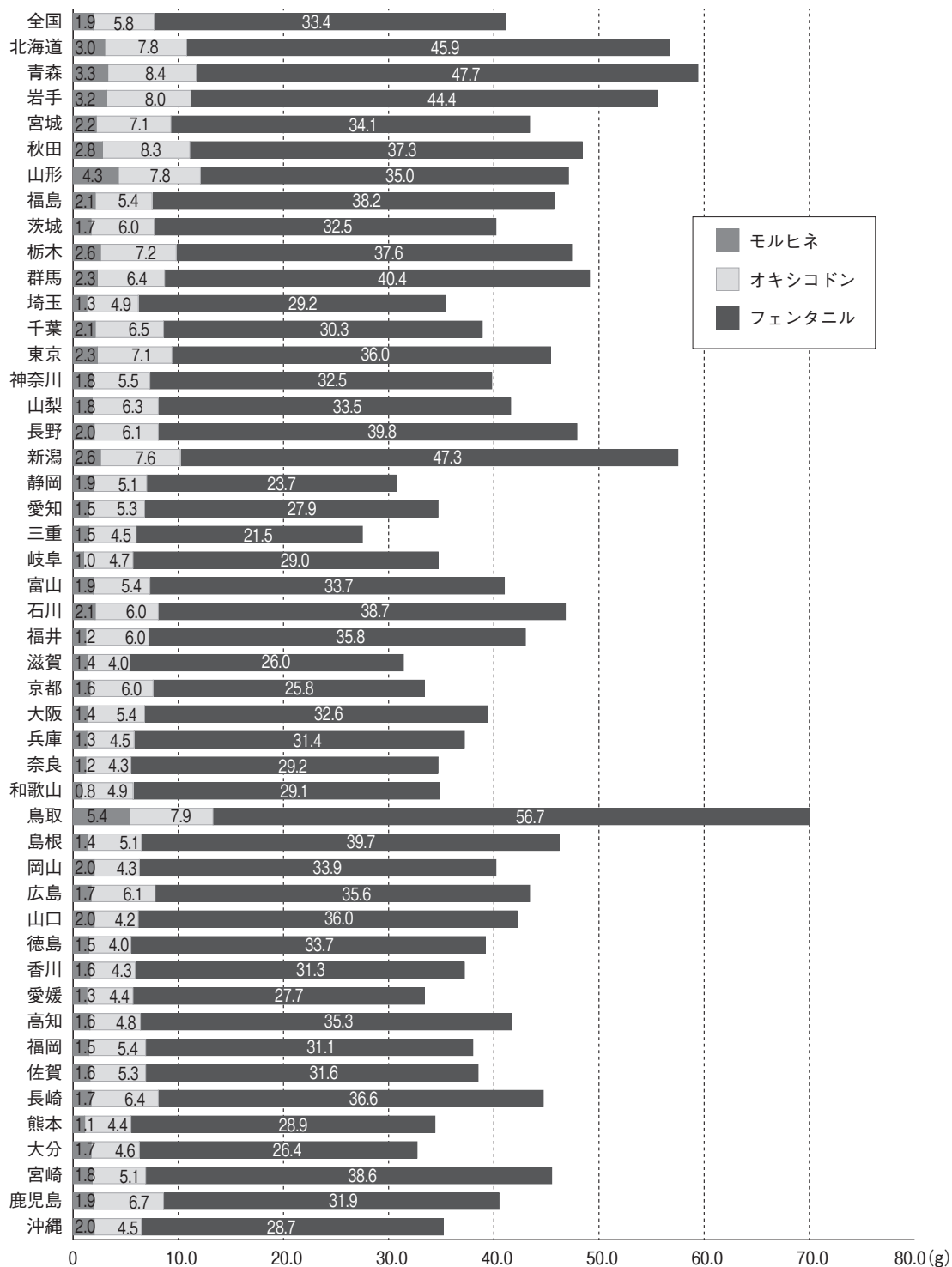
(厚生労働省, 2013年)

図 33 社会医療診療行為別調査に基づくがん性疼痛緩和指導管理料算定数



(厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課, 2013年)

図 34 人口千対医療用麻薬消費量 (モルヒネ換算) の推移



(厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課, 2013年)

図 35 都道府県別人口千対医療用麻薬消費量 (モルヒネ換算)

付表 本稿で用いた都道府県別データ

都道府県	人口	65歳以上	がん死亡者数	医師数	看護師数	准看護師数	緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合	自宅死亡割合(全死因)	自宅死亡割合(がん患者)	在宅支援診療所(人口10対)	訪問看護ステーション24時間対応体制加算(人口10万対)
年次	2013	2013	2013	2012	2013	2013	2014	2013	2013	2012	2013
総数	127,515,133	31,898,000	364,680	303,268	1,015,744	357,777	10.2	12.9	9.6	10.8	3.9
北海道	5,430,719	1,469,000	18,453	12,853	54,555	20,286	13.1	8.7	4.4	6.1	4.2
青森	1,335,494	373,000	4,928	2,639	11,758	5,751	6.8	11.2	8.5	6.4	5.5
岩手	1,294,535	372,000	4,296	2,603	12,461	3,429	13.7	12.4	8.6	6.2	4.9
宮城	2,327,811	553,000	6,498	5,358	17,213	6,751	7.6	14.7	12.7	5.5	3.5
秋田	1,050,244	331,000	4,113	2,308	10,001	3,461	6.5	9.3	4.4	7.3	3.0
山形	1,141,276	332,000	4,015	2,598	10,344	3,177	4.9	11.2	7.3	7.6	3.7
福島	1,946,202	524,000	6,116	3,685	14,590	7,702	4.0	13.8	9.6	8.8	4.4
茨城	2,931,302	728,000	8,425	5,172	18,646	8,390	8.9	11.2	6.9	5.4	2.9
栃木	1,985,860	480,000	5,628	4,301	14,039	6,702	15.1	13.1	10.0	7.4	2.7
群馬	1,983,581	512,000	5,932	4,458	15,607	7,808	8.2	10.7	9.4	10.5	4.0
埼玉	7,222,185	1,661,000	18,100	11,143	38,109	14,877	2.7	12	8.0	6.3	2.4
千葉	6,192,323	1,505,000	16,035	11,075	35,433	11,000	8.0	15.8	12.3	4.8	2.6
東京都	13,299,871	2,914,000	33,349	41,498	90,336	15,377	8.9	16.7	14.0	11	3.5
神奈川	9,078,769	2,033,000	22,509	18,291	56,674	10,864	7.8	15.5	12.9	8.6	2.8
新潟	2,330,247	655,000	7,876	4,580	19,797	6,818	4.9	11.7	5.6	5	3.4
富山	1,076,010	309,000	3,517	2,689	10,861	3,595	8.7	9.2	7.0	4.4	3.1
石川	1,159,467	302,000	3,416	3,245	12,328	3,328	7.0	9.4	5.1	13.3	4.7
福井	794,626	214,000	2,324	1,975	7,540	3,279	12.2	11.4	9.0	6.6	4.8
山梨	847,300	225,000	2,495	1,909	6,987	2,304	6.1	13.1	10.3	5.7	3.9
長野	2,121,590	600,000	6,150	4,723	19,176	5,472	10.0	12.7	10.4	11.3	5.8
岐阜	2,051,496	539,000	6,033	4,147	15,145	6,800	7.5	12.9	11.1	9.9	3.9
静岡	3,722,918	966,000	10,511	7,241	27,627	7,225	7.2	13.9	9.6	7.9	3.4
愛知	7,442,874	1,662,000	18,491	15,550	50,506	15,900	12.8	12.4	8.0	8.6	3.6
三重	1,833,197	480,000	5,229	3,783	14,095	5,599	16.3	13.2	9.8	8.6	3.3
滋賀	1,415,982	319,000	3,554	3,048	11,821	1,967	17.4	14.5	8.6	6.8	4.0
京都	2,617,347	676,000	7,649	8,195	23,541	5,902	6.2	14.8	11.7	12.2	5.0
大阪	8,848,770	2,184,000	25,528	23,878	64,182	23,884	7.1	15.2	10.1	19.8	4.7
兵庫	5,557,534	1,408,000	16,288	13,251	44,502	12,542	14.7	16.4	13.7	14.1	5.3
奈良	1,383,317	369,000	4,162	3,132	10,764	2,676	8.7	16	14.5	10.1	4.2
和歌山	979,447	288,000	3,451	2,765	9,006	3,681	2.0	13.2	12.4	16	7.7
鳥取	577,647	163,000	2,025	1,745	5,914	2,373	10.4	12.5	8.4	10.6	5.4
島根	701,995	217,000	2,562	1,946	7,513	3,250	12.8	10.8	7.7	17.8	6.4
岡山	1,930,161	524,000	5,560	5,618	19,975	5,466	12.4	11.3	8.0	16.2	4.2
広島	2,839,800	743,000	8,212	7,297	25,876	12,845	11.2	12.2	8.4	19.7	4.4
山口	1,419,544	429,000	5,007	3,662	14,848	7,145	12.4	10.7	6.4	10.2	5.0
徳島	769,711	224,000	2,482	2,441	8,007	3,980	5.6	10	7.5	18.8	4.5
香川	985,487	277,000	3,055	2,705	9,841	4,194	10.0	13.1	8.2	12.7	2.8
愛媛	1,405,192	404,000	4,440	3,584	14,616	6,090	15.2	12.6	10.5	5.2	5.2
高知	744,921	232,000	2,537	2,224	9,196	4,108	25.8	10.9	8.1	13.9	4.3
福岡	5,089,677	1,230,000	15,187	15,150	50,711	19,777	24.1	9.1	6.4	18.4	4.4
佐賀	839,670	219,000	2,758	2,206	9,240	4,847	12.6	8.7	7.4	19.1	4.4
長崎	1,396,785	390,000	4,925	4,065	15,645	8,089	7.1	9.2	9.0	24.3	5.0
熊本	1,801,061	491,000	5,269	5,035	19,993	10,352	21.9	9.7	5.7	11.3	5.3
大分	1,178,476	337,000	3,592	3,164	12,720	6,252	8.6	8.4	6.8	16.2	6.3
宮崎	1,120,489	310,000	3,526	2,709	12,314	7,081	6.4	8.9	6.4	10.3	4.6
鹿児島	1,679,619	467,000	5,471	4,227	19,275	10,709	12.1	9	7.8	16.5	5.1
沖縄	1,415,157	260,000	3,001	3,397	12,416	4,672	16.5	13.3	8.1	6.9	3.6

緩和ケア 研修会修 了者数 (人口10万対)	緩和医療 専門医数	がん専門 看護師数	がん性疼 痛認定看 護師数	緩和ケア 認定看護 師数	専門・認 定看護師 数合計	ELNEC-J 指導者数	ELNEC-J 指導者数 (人口10万対)	ELNEC-J 看護師教育 コアカリ キュアム 受講者数	ELNEC-J 看護師教育 コアカリ キュアム 受講者数 (人口10万対)	緩和薬物 療法認定 薬剤師数	医療用麻薬 使用量： モルヒネ (g/千人)	医療用麻薬 使用量： オキシコ ドン (g/千人)	医療用麻薬 使用量： フェンタ ニル (g/千人)	医療用麻 薬消費量 合計 (g/千人)
2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2013	2013	2013	2013
42.0	2	514	747	1,652	2,913	1,088	0.85	3,651	2.9	398	1.9	3.9	0.2	41.1
37.9	0	21	19	113	153	63	1.16	309	5.7	16	3.0	5.2	0.3	56.6
64.3	0	0	1	19	20	13	0.97	28	2.1	2	3.3	5.6	0.3	59.4
24.8	2	4	5	28	37	17	1.31	75	5.6	4	3.2	5.3	0.3	55.6
56.9	1	5	14	20	39	22	0.95	229	9.8	4	2.2	4.7	0.2	43.3
65.1	1	1	2	21	24	14	1.33	78	7.4	0	2.8	5.6	0.2	48.5
32.2	1	2	3	17	22	14	1.23	33	2.9	5	4.3	5.2	0.2	47.1
31.8	2	3	9	16	28	19	0.98	30	1.5	0	2.1	3.6	0.2	45.7
45.5	0	5	10	34	49	25	0.85	130	4.4	3	1.7	4.0	0.2	40.2
46.6	1	5	7	15	27	11	0.55	0	0.0	2	2.6	4.8	0.2	47.4
21.3	1	16	9	28	53	14	0.71	86	4.3	0	2.3	4.3	0.2	49.1
24.7	7	10	23	77	110	20	0.28	30	0.4	14	1.3	3.3	0.2	35.4
42.2	18	18	33	40	91	27	0.44	283	4.6	14	2.1	4.3	0.2	38.8
23.3	7	84	91	171	346	133	1.00	415	3.1	44	2.3	4.8	0.2	45.4
30.0	0	47	99	149	295	55	0.61	165	1.8	26	1.8	3.7	0.2	39.7
69.1	2	10	10	17	37	24	1.03	71	3.0	7	1.8	4.2	0.2	41.6
58.3	1	5	6	19	30	17	1.58	30	2.8	6	2.0	4.1	0.2	47.9
73.4	2	4	12	12	28	13	1.12	40	3.4	4	2.6	5.1	0.3	57.5
51.6	1	0	9	10	19	6	0.76	12	1.5	2	1.9	3.4	0.1	30.8
52.7	0	4	5	48	57	10	1.18	127	15.0	0	1.5	3.5	0.2	34.7
46.0	5	1	12	40	53	24	1.13	96	4.5	9	1.5	3.0	0.1	27.5
30.4	1	11	15	17	43	16	0.78	0	0.0	8	1.0	3.1	0.2	34.6
39.9	2	22	17	35	74	19	0.51	33	0.9	9	1.9	3.6	0.2	40.9
44.4	0	33	68	46	147	46	0.62	111	1.5	49	2.1	4.0	0.2	46.7
48.0	0	10	13	14	37	14	0.76	30	1.6	6	1.2	4.0	0.2	43.0
49.9	0	8	9	21	38	16	1.13	69	4.7	2	1.4	2.7	0.2	31.4
38.5	7	13	22	36	71	37	1.41	60	2.3	18	1.6	4.0	0.2	33.4
40.5	6	35	81	101	217	75	0.85	117	1.3	40	1.4	3.6	0.2	39.4
40.1	0	34	24	63	121	61	1.10	173	3.1	24	1.3	3.0	0.2	37.2
71.1	1	5	9	21	35	7	0.51	0	0.0	1	1.2	2.9	0.2	34.8
46.4	1	1	6	8	15	10	1.02	0	0.0	2	0.8	3.3	0.2	34.9
96.6	1	4	2	11	17	10	1.73	30	5.2	4	5.4	5.3	0.3	70.0
57.2	2	1	3	11	15	13	1.85	76	10.8	4	1.4	3.4	0.2	46.2
59.7	1	8	9	23	40	15	0.78	24	1.2	4	2.0	2.9	0.2	40.2
46.8	1	15	14	59	88	25	0.88	130	4.6	13	1.7	4.1	0.2	43.5
48.8	1	2	7	18	27	8	0.56	0	0.0	2	2.0	2.8	0.2	42.1
62.6	0	3	5	10	18	4	0.52	0	0.0	2	1.5	2.7	0.2	39.2
69.2	0	4	6	17	27	8	0.81	0	0.0	3	1.6	2.9	0.2	37.2
46.0	0	6	3	17	26	12	0.85	30	2.1	8	1.3	2.9	0.2	33.5
47.3	4	10	2	7	19	11	1.48	0	0.0	0	1.6	3.2	0.2	41.7
48.1	1	22	14	81	117	45	0.88	100	2.0	10	1.5	3.6	0.2	38.0
52.8	0	1	3	11	15	6	0.71	6	0.7	4	1.6	3.5	0.2	38.6
44.5	0	3	8	35	46	18	1.29	27	1.9	7	1.7	4.2	0.2	44.6
63.8	0	5	9	28	42	19	1.05	44	2.4	3	1.1	3.0	0.2	34.4
42.7	0	5	4	18	27	13	1.10	50	4.2	5	1.7	3.0	0.2	32.6
47.3	0	6	3	9	18	12	1.07	50	4.5	0	1.8	3.4	0.2	45.5
42.8	0	1	9	28	38	17	1.01	186	11.1	7	1.9	4.5	0.2	40.4
41.0	83	1	3	13	17	10	0.71	38	2.7	1	2.0	3.0	0.2	35.1

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〕（2015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		17	36	21	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			○	○	手稲溪仁会病院	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					岩手県立釜石病院	2014年8月6日
35	宮城県		○	○	国立病院機構 仙台医療センター	2010年4月1日
36				○	東北労災病院	2010年4月1日
37					東北薬科大学病院	2010年4月1日
38					大崎市市民病院	2010年4月1日
39			○	○	石巻赤十字病院	2010年4月1日
40	秋田県				山本組合総合病院	2010年4月1日
41					秋田赤十字病院	2010年4月1日
42					由利組合総合病院	2010年4月1日
43				○	大曲厚生医療センター	2010年4月1日
44					平鹿総合病院	2010年4月1日
45					大館市立総合病院	2009年4月1日
46					秋田厚生医療センター	2009年4月1日
47	山形県				山形市立病院 済生館	2010年4月1日
48			○		山形大学医学部附属病院	2010年4月1日
49					山形県立新庄病院	2010年4月1日
50					公立置賜総合病院	2010年4月1日
51			○		日本海総合病院	2010年4月1日
52	福島県	○		○	慈山会医学研究所付属 坪井病院	2010年4月1日
53					脳神経疾患研究所付属 総合南東北病院	2010年4月1日
54					太田総合病院附属 太田西ノ内病院	2010年4月1日
55		○		○	竹田総合病院	2010年4月1日
56					会津中央病院	2010年4月1日
57		○			福島労災病院	2010年4月1日
58					白河厚生総合病院	2010年4月1日
59					いわき市立総合磐城共立病院	2014年8月6日
60	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
61					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
62		○		○	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
63			○	○	筑波大学附属病院	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			
64		○		○	東京医科大学 茨城医療センター	2010年4月1日			
65					友愛記念病院	2010年4月1日			
66					茨城西南医療センター病院	2010年4月1日			
67					国立病院機構 水戸医療センター	2011年4月1日			
68	栃木県	○	○	○	自治医科大学附属病院	2010年4月1日			
69		○	○	○	栃木県済生会宇都宮病院	2010年4月1日			
70			○		獨協医科大学病院	2010年4月1日			
71					佐野厚生総合病院	2010年4月1日			
72					上都賀総合病院	2010年4月1日			
73		○			○	那須赤十字病院	2014年8月6日		
74	群馬県			○	前橋赤十字病院	2010年4月1日			
75					○		国立病院機構 高崎総合医療センター	2010年4月1日	
76					○	○	○	国立病院機構 西群馬病院	2010年4月1日
77								公立藤岡総合病院	2010年4月1日
78					○		○	公立富岡総合病院	2010年4月1日
79					○		○	伊勢崎市民病院	2010年4月1日
80								桐生厚生総合病院	2010年4月1日
81					○			群馬県立がんセンター	2010年4月1日
82								国立病院機構 沼田病院	2012年4月1日
83	埼玉県			○	春日部市立病院	2010年4月1日			
84							獨協医科大学 越谷病院	2010年4月1日	
85					○		○	さいたま赤十字病院	2010年4月1日
86								さいたま市立病院	2010年4月1日
87								川口市立医療センター	2010年4月1日
88					○			埼玉医科大学 総合医療センター	2010年4月1日
89								国立病院機構 埼玉病院	2010年4月1日
90					○			埼玉医科大学 国際医療センター	2010年4月1日
91								深谷赤十字病院	2010年4月1日
92								埼玉県済生会川口総合病院	2009年4月1日
93								自治医科大学附属 さいたま医療センター	2014年8月6日
94	千葉県			○	千葉大学医学部附属病院	2010年4月1日			
95							国立病院機構 千葉医療センター	2010年4月1日	
96					○			船橋市立医療センター	2010年4月1日
97						○		東京歯科大学 市川総合病院	2010年4月1日
98						○	○	順天堂大学医学部附属 浦安病院	2010年4月1日
99						○		東京慈恵会医科大学附属 柏病院	2010年4月1日
100								国保松戸市立病院	2010年4月1日
101						○		成田赤十字病院	2010年4月1日
102					○		○	総合病院 国保旭中央病院	2010年4月1日
103						○	○	亀田総合病院	2010年4月1日
104					○	○	○	君津中央病院	2010年4月1日
105						○		千葉労災病院	2010年4月1日
106	東京都			○	東京大学医学部附属病院	2010年4月1日			
107							日本医科大学付属病院	2010年4月1日	
108					○	○	○	聖路加国際病院	2010年4月1日
109					○	○	○	NTT 東日本関東病院	2010年4月1日
110					○	○	○	日本赤十字社医療センター	2010年4月1日
111						○		東京女子医科大学病院	2010年4月1日
112						○	○	日本大学医学部附属 板橋病院	2010年4月1日
113						○	○	帝京大学医学部附属病院	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					青梅市立総合病院	2010年4月1日
115					東京医科大学八王子医療センター	2010年4月1日
116			○		武蔵野赤十字病院	2010年4月1日
117			○		杏林大学医学部付属病院	2010年4月1日
118			○	○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2010年4月1日
119			○	○	昭和大学病院	2010年4月1日
120			○	○	慶應義塾大学病院	2011年4月1日
121			○		東京医科大学病院	2011年4月1日
122			○	○	東京都立多摩総合医療センター	2011年4月1日
123					公立昭和病院	2011年4月1日
124			○		東京慈恵会医科大学附属病院	2012年4月1日
125			○		虎の門病院	2012年4月1日
126			○	○	東邦大学医療センター 大森病院	2012年4月1日
127			○		国立病院機構 東京医療センター	2012年4月1日
128			○	○	東京医科歯科大学医学部附属病院	2014年8月6日
129			○		国立病院機構 災害医療センター	2014年8月6日
130	神奈川県		○		横浜労災病院	2010年4月1日
131		○	○		横浜市立市民病院	2010年4月1日
132			○		横浜市立大学附属病院	2010年4月1日
133			○		聖マリアンナ医科大学病院	2010年4月1日
134		○	○	○	川崎市立井田病院	2010年4月1日
135					横須賀共済病院	2010年4月1日
136					藤沢市民病院	2010年4月1日
137			○	○	東海大学医学部付属病院	2010年4月1日
138		○	○		相模原協同病院	2010年4月1日
139			○		北里大学病院	2010年4月1日
140			○	○	小田原市立病院	2010年4月1日
141		○	○	○	昭和大学横浜市北部病院	2011年4月1日
142		○	○	○	横浜市立みなと赤十字病院	2012年4月1日
143					大和市立病院	2012年4月1日
144					横浜市東部病院	2014年8月6日
145			○		横浜市立大学附属 市民総合医療センター	2014年8月6日
146	新潟県				新潟県立新発田病院	2010年4月1日
147			○		新潟市民病院	2010年4月1日
148			○		新潟大学歯学総合病院	2010年4月1日
149					長岡中央総合病院	2010年4月1日
150			○		長岡赤十字病院	2010年4月1日
151					新潟県立中央病院	2010年4月1日
152					新潟労災病院	2010年4月1日
153					済生会新潟第二病院	2010年4月1日
154	富山県				黒部市民病院	2010年4月1日
155					富山労災病院	2010年4月1日
156		○		○	富山市立富山市民病院	2010年4月1日
157					富山大学附属病院	2010年4月1日
158					厚生連高岡病院	2010年4月1日
159			○		高岡市民病院	2010年4月1日
160					市立砺波総合病院	2010年4月1日
161	石川県		○		国立病院機構 金沢医療センター	2010年4月1日
162					石川県立中央病院	2010年4月1日
163					金沢医科大学病院	2010年4月1日
164		○		○	小松市民病院	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
165	福井県		○		福井大学医学部附属病院	2010年4月1日
166					福井赤十字病院	2010年4月1日
167		○		○	福井県済生会病院	2010年4月1日
168					国立病院機構 福井病院	2010年4月1日
169	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院	2010年4月1日
170			○	○	市立甲府病院	2010年4月1日
171					富士吉田市立病院	2011年4月1日
172	長野県			○	佐久総合病院 佐久医療センター	2010年4月1日
173				○	諏訪赤十字病院	2010年4月1日
174				○	飯田市立病院	2010年4月1日
175			○	○	相澤病院	2010年4月1日
176			○	○	長野赤十字病院	2010年4月1日
177			○	○	長野市民病院	2010年4月1日
178					伊那中央病院	2009年4月1日
179	岐阜県				岐阜県総合医療センター	2010年4月1日
180			○		岐阜市民病院	2010年4月1日
181					大垣市民病院	2010年4月1日
182					木沢記念病院	2010年4月1日
183		○		○	岐阜県立多治見病院	2010年4月1日
184					総合病院 高山赤十字病院	2010年4月1日
185	静岡県		○		順天堂大学医学部附属 静岡病院	2010年4月1日
186					沼津市立病院	2010年4月1日
187				○	静岡県立総合病院	2010年4月1日
188					静岡市立静岡病院	2010年4月1日
189			○	○	藤枝市立総合病院	2010年4月1日
190		○	○	○	総合病院 聖隷三方原病院	2010年4月1日
191			○		総合病院 聖隷浜松病院	2010年4月1日
192			○	○	浜松医療センター	2010年4月1日
193					浜松医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
194				○	磐田市立総合病院	2010年4月1日
195	愛知県		○		国立病院機構 名古屋医療センター	2010年4月1日
196			○		名古屋大学医学部附属病院	2010年4月1日
197			○		社会保険中京病院	2010年4月1日
198			○		名古屋市立大学病院	2010年4月1日
199		○		○	名古屋第一赤十字病院	2010年4月1日
200					名古屋第二赤十字病院	2010年4月1日
201		○	○	○	海南病院	2010年4月1日
202			○		公立陶生病院	2010年4月1日
203			○		一宮市立市民病院	2010年4月1日
204		○	○	○	小牧市民病院	2010年4月1日
205		○	○	○	豊田厚生病院	2010年4月1日
206		○	○	○	安城更生病院	2010年4月1日
207					豊橋市民病院	2010年4月1日
208	○	○	○	藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日	
209	三重県				三重県立総合医療センター	2010年4月1日
210					国立病院機構 三重中央医療センター	2010年4月1日
211		○		○	伊勢赤十字病院	2010年4月1日
212				○	松阪中央総合病院	2010年4月1日
213					鈴鹿中央総合病院	2010年4月1日
214	滋賀県				大津赤十字病院	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
215		○			公立甲賀病院	2010年4月1日
216					市立長浜病院	2010年4月1日
217		○		○	彦根市立病院	2009年4月1日
218			○		滋賀医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
219	京都府				国立病院機構 舞鶴医療センター	2010年4月1日
220					市立福知山市民病院	2010年4月1日
221			○		京都桂病院	2010年4月1日
222			○		京都市立病院	2010年4月1日
223			○		京都第一赤十字病院	2010年4月1日
224					京都第二赤十字病院	2010年4月1日
225		○	○		国立病院機構 京都医療センター	2010年4月1日
226	大阪府		○		市立豊中病院	2010年4月1日
227				○	東大阪市立総合病院	2010年4月1日
228					国立病院機構 大阪南医療センター	2010年4月1日
229					大阪労災病院	2010年4月1日
230		○		○	市立岸和田市民病院	2010年4月1日
231		○			大阪市立総合医療センター	2010年4月1日
232			○		大阪赤十字病院	2010年4月1日
233			○		大阪市立大学医学部附属病院	2009年4月1日
234					大阪大学医学部附属病院	2009年4月1日
235			○		大阪医科大学附属病院	2009年4月1日
236			○		近畿大学医学部附属病院	2009年4月1日
237			○		関西医科大学附属 枚方病院	2010年4月1日
238			○		国立病院機構 大阪医療センター	2010年4月1日
239			○		大阪府立急性期・総合医療センター	2014年8月6日
240					市立堺病院	2014年8月6日
241	兵庫県		○	○	神戸大学医学部附属病院	2010年4月1日
242			○		神戸市立医療センター中央市民病院	2010年4月1日
243			○	○	関西労災病院	2010年4月1日
244			○		兵庫医科大学病院	2010年4月1日
245					近畿中央病院	2010年4月1日
246					西脇市立西脇病院	2010年4月1日
247					姫路赤十字病院	2010年4月1日
248					国立病院機構 姫路医療センター	2010年4月1日
249					赤穂市民病院	2010年4月1日
250					豊岡病院	2010年4月1日
251		○		○	兵庫県立柏原病院	2010年4月1日
252					兵庫県立淡路医療センター	2010年4月1日
253					国立病院機構 神戸医療センター	2009年4月1日
254	奈良県		○		県立奈良病院	2010年4月1日
255					天理よろづ相談所病院	2010年4月1日
256					近畿大学医学部奈良病院	2010年4月1日
257					市立奈良病院	2009年4月1日
258	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
259					公立那賀病院	2010年4月1日
260					橋本市民病院	2010年4月1日
261					社会保険紀南病院	2010年4月1日
262		○	○	○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2010年4月1日
263	鳥取県				鳥取県立中央病院	2010年4月1日
264			○	○	鳥取市立病院	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
265					鳥取県立厚生病院	2010年4月1日
266		○		○	国立病院機構 米子医療センター	2010年4月1日
267	島根県	○	○	○	松江市立病院	2010年4月1日
268					松江赤十字病院	2010年4月1日
269					島根県立中央病院	2010年4月1日
270		○		○	国立病院機構 浜田医療センター	2010年4月1日
271	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院	2010年4月1日
272		○	○	○	総合病院 岡山赤十字病院	2010年4月1日
273					国立病院機構 岡山医療センター	2010年4月1日
274		○	○	○	倉敷中央病院	2010年4月1日
275			○		川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
276					津山中央病院	2010年4月1日
277	広島県	○	○	○	県立広島病院	2010年4月1日
278			○		広島市立広島市民病院	2010年4月1日
279					広島赤十字・原爆病院	2010年4月1日
280					広島総合病院	2010年4月1日
281		○	○	○	国立病院機構 呉医療センター	2010年4月1日
282					国立病院機構 東広島医療センター	2010年4月1日
283					尾道総合病院	2010年4月1日
284		○		○	福山市市民病院	2010年4月1日
285			○		市立三次中央病院	2010年4月1日
286					広島市立安佐市民病院	2010年4月1日
287	山口県	○			国立病院機構 岩国医療センター	2010年4月1日
288					周東総合病院	2010年4月1日
289		○		○	徳山中央病院	2010年4月1日
290					山口県立総合医療センター	2010年4月1日
291		○		○	総合病院 山口赤十字病院	2010年4月1日
292					下関市立市民病院	2010年4月1日
293	徳島県				徳島県立中央病院	2010年4月1日
294					徳島赤十字病院	2010年4月1日
295					徳島市民病院	2010年4月1日
296	香川県				香川県立中央病院	2010年4月1日
297					高松赤十字病院	2010年4月1日
298					香川労災病院	2010年4月1日
299		○		○	三豊総合病院	2010年4月1日
300	愛媛県	○		○	住友別子病院	2010年4月1日
301					済生会今治病院	2010年4月1日
302					愛媛大学医学部附属病院	2010年4月1日
303			○		愛媛県立中央病院	2010年4月1日
304			○		松山赤十字病院	2010年4月1日
305				○	市立宇和島病院	2010年4月1日
306	高知県		○	○	高知医療センター	2010年4月1日
307					高知赤十字病院	2010年4月1日
308					高知県立幡多けんみん病院	2012年4月1日
309	福岡県				国立病院機構 九州医療センター	2010年4月1日
310					福岡県済生会福岡総合病院	2010年4月1日
311			○		福岡大学病院	2010年4月1日
312					国立病院機構 福岡東医療センター	2010年4月1日
313		○	○	○	久留米大学病院	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
314		○		○	聖マリア病院	2010年4月1日
315					公立八女総合病院	2010年4月1日
316					大牟田市立病院	2010年4月1日
317		○	○	○	飯塚病院	2010年4月1日
318					社会保険田川病院	2010年4月1日
319		○		○	北九州市立医療センター	2010年4月1日
320				○	九州厚生年金病院	2010年4月1日
321			○		産業医科大学病院	2010年4月1日
322	佐賀県	○		○	佐賀県立病院 好生館	2010年4月1日
323					唐津赤十字病院	2010年4月1日
324					国立病院機構 嬉野医療センター	2010年4月1日
325	長崎県				長崎みなとメディカルセンター市民病院	2010年4月1日
326					日本赤十字社 長崎原爆病院	2010年4月1日
327					佐世保市立総合病院	2010年4月1日
328					国立病院機構 長崎医療センター	2010年4月1日
329					長崎県島原病院	2010年4月1日
330	熊本県				熊本市立熊本市市民病院	2010年4月1日
331					熊本赤十字病院	2010年4月1日
332					国立病院機構 熊本医療センター	2010年4月1日
333					済生会熊本病院	2010年4月1日
334					荒尾市市民病院	2010年4月1日
335					熊本労災病院	2010年4月1日
336		○		○	健康保険人吉総合病院	2010年4月1日
337	大分県				国立病院機構 別府医療センター	2010年4月1日
338				○	大分赤十字病院	2010年4月1日
339					大分県立病院	2010年4月1日
340					大分県済生会日田病院	2010年4月1日
341		○		○	大分市医師会立 アルメイダ病院	2010年4月1日
342					中津市立中津市市民病院	2011年4月1日
343	宮崎県				県立宮崎病院	2010年4月1日
344					国立病院機構 都城病院	2010年4月1日
345	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
346					鹿児島県立薩南病院	2010年4月1日
347					済生会川内病院	2010年4月1日
348		○		○	国立病院機構 南九州病院	2010年4月1日
349					県民健康プラザ鹿屋医療センター	2010年4月1日
350					鹿児島県立大島病院	2010年4月1日
351					鹿児島市立病院	2011年4月1日
352			○		今給黎総合病院	2012年4月1日
353	沖縄県				沖縄県立中部病院	2010年4月1日
354					那覇市立病院	2010年4月1日
355			○		国立がん研究センター中央病院	2010年4月1日
356		○	○	○	国立がん研究センター東病院	2010年4月1日
	計	72	135	110	計 356 病院	

合計	89	171	134	合計 407 病院	
----	----	-----	-----	-----------	--

【特定領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	鹿児島県	○	○	○	相良病院	2014年8月6日
合計		1	1	1	合計 1 病院	

【地域がん診療病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	グループ指定先医療機関名	指定年月日
1	栃木県				芳賀赤十字病院	自治医科大学附属病院	2014年8月6日
合計		0	0	0	合計 1 病院		

参考：〔厚生労働省ウェブサイト <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000063314.pdf> がん診療連携拠点病院等の一覧表（2014年8月6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	12	○	札幌厚生病院	2012年6月1日
			市立札幌病院	2010年4月1日
			札幌医科大学附属病院	2011年8月1日
			KKR札幌医療センター	2012年4月1日
			札幌北楡病院	2012年11月1日
			北見赤十字病院	2013年1月1日
			北海道大学病院	2010年7月1日
			国立病院機構 北海道がんセンター	2012年4月1日
			旭川医科大学病院	2011年4月1日
			手稲溪仁会病院	2014年5月1日
			釧路労災病院	2014年10月1日
			国立病院機構 函館病院	2014年5月1日
青森県	4	○	十和田市立中央病院	2007年1月1日
			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
岩手県	2	○	岩手県立大船渡病院	2012年7月1日
			岩手医科大学附属病院	2014年1月1日
宮城県	3	○	石巻赤十字病院	2012年10月1日
			東北大学病院	2012年7月1日
			国立病院機構 仙台医療センター	2012年2月1日
山形県	4	○	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
			三友堂病院	2013年7月1日
福島県	1	○	福島県立医科大学附属病院	2014年4月1日
茨城県	1	○	筑波大学附属病院	2008年4月1日
栃木県	4	○	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
			栃木県立がんセンター	2013年7月1日
			済生会宇都宮病院	2013年4月1日
群馬県	3	○	群馬大学医学部附属病院	2010年4月1日
			国立病院機構 高崎総合医療センター	2012年6月1日
			国立病院機構 西群馬病院	2012年4月1日
埼玉県	6	○	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
			埼玉県立がんセンター	2013年8月1日
			さいたま赤十字病院	2010年6月1日
			戸田中央総合病院	2008年7月1日
			埼玉医科大学 国際医療センター	2012年4月1日
千葉県	11	○	千葉県がんセンター	2011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
			東京歯科大学 市川総合病院	2013年1月1日
			亀田総合病院	2011年4月1日
			日本医科大学 千葉北総病院	2008年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	成田赤十字病院	2010年4月1日
		○	国立がん研究センター東病院	2013年1月1日
		○	千葉大学医学部附属病院	2013年5月1日
		○	君津中央病院	2014年4月1日
		○	国立病院機構 千葉医療センター	2014年7月1日
東京都	35	○	聖路加国際病院	2012年4月1日
		○	東京慈恵会医科大学附属病院	2012年4月1日
		○	虎の門病院	2012年6月1日
			東京都済生会中央病院	2012年7月1日
		○	東京医科大学病院	2012年4月1日
		○	東京女子医科大学病院	2012年11月1日
		○	慶應義塾大学病院	2012年4月1日
		○	日本医科大学付属病院	2012年9月1日
		○	東京都立駒込病院	2012年11月1日
		○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2011年1月1日
			江東病院	2010年11月1日
		○	がん研究会 有明病院	2012年6月1日
		○	昭和大学病院	2012年4月1日
		○	N T T 東日本関東病院	2010年4月1日
		○	東邦大学医療センター 大森病院	2012年7月1日
		○	日本赤十字社医療センター	2012年4月1日
			J R 東京総合病院	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
		○	帝京大学医学部附属病院	2012年4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
			順天堂大学医学部附属 練馬病院	2012年11月1日
		○	杏林大学医学部付属病院	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
			東京慈恵会医科大学附属第三病院	2012年4月1日
			国立国際医療研究センター病院	2013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
		○	東京医科歯科大学医学部附属病院	2012年12月1日
		○	東京大学医学部附属病院	2012年10月1日
			東邦大学医療センター大橋病院	2014年2月1日
			東京臨海病院	2014年5月1日
		○	武蔵野赤十字病院	2014年11月1日
			東京都立小児総合医療センター	2014年10月1日
		○	国立病院機構 災害医療センター	2014年11月1日
神奈川県	16		けいゆう病院	2011年5月1日
			神奈川県立こども医療センター	2013年8月1日
		○	横浜市立大学附属病院	2011年4月1日
		○	横浜労災病院	2010年8月1日
			藤沢湘南台病院	2013年10月1日
		○	小田原市立病院	2010年4月1日
		○	相模原協同病院	2012年4月1日
		○	北里大学病院	2011年4月1日
			済生会横浜市南部病院	2012年4月1日
		○	昭和大学横浜市北部病院	2013年2月1日
		○	東海大学医学部附属病院	2008年4月1日
		○	川崎市立井田病院	2011年2月1日
		○	聖マリアンナ医科大学病院	2012年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	横浜市立市民病院	2011年6月1日
		○	横浜市立みなと赤十字病院	2011年4月1日
		○	横浜市立大学附属 市民総合医療センター	2014年8月1日
新潟県	3	○	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
		○	新潟市民病院	2014年4月1日
富山県	1	○	高岡市民病院	2012年4月1日
石川県	2	○	国立病院機構 金沢医療センター	2013年4月1日
		○	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	○	市立甲府病院	2012年4月1日
		○	山梨大学医学部附属病院	2011年4月1日
長野県	4	○	長野赤十字病院	2011年4月1日
		○	長野市民病院	2011年4月1日
		○	相澤病院	2010年4月1日
		○	信州大学医学部附属病院	2012年4月1日
岐阜県	2	○	岐阜市民病院	2013年7月1日
			東海中央病院	2013年10月1日
静岡県	7		静岡済生会総合病院	2010年7月1日
		○	藤枝市立総合病院	2012年4月1日
		○	磐田市立総合病院	2012年3月1日
		○	浜松医療センター	2012年4月1日
		○	総合病院 聖隷浜松病院	2012年3月1日
		○	総合病院 聖隷三方原病院	2011年4月1日
		○	順天堂大学医学部附属 静岡病院	2014年11月1日
愛知県	16	○	愛知県がんセンター中央病院	2008年4月1日
		○	名古屋市立大学病院	2009年5月1日
			協立総合病院	2012年6月1日
			名古屋掖済会病院	2013年6月1日
		○	中京病院	2010年4月1日
			総合大雄会病院	2010年4月1日
		○	一宮市立市民病院	2010年4月1日
		○	公立陶生病院	2013年5月1日
		○	安城更生病院	2011年5月1日
		○	小牧市民病院	2010年4月1日
		○	藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日
		○	海南病院	2012年10月1日
		○	名古屋大学医学部附属病院	2013年10月1日
		○	国立病院機構 名古屋医療センター	2009年8月1日
			愛知医科大学病院	2014年7月1日
			国立病院機構 豊橋医療センター	2014年10月1日
三重県	1	○	三重大学医学部附属病院	2014年5月1日
滋賀県	2	○	滋賀医科大学医学部附属病院	2010年8月1日
			大津市民病院	2014年9月1日
京都府	6	○	京都桂病院	2011年6月1日
		○	京都府立医科大学附属病院	2011年4月1日
		○	京都市立病院	2012年4月1日
		○	京都第一赤十字病院	2010年4月1日
		○	国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	京都大学医学部附属病院	2010年4月1日
大阪府	19	○	関西電力病院	2011年8月1日
		○	高槻赤十字病院	2012年8月1日
		○	大阪医科大学附属病院	2008年10月1日
		○	高槻病院	2008年4月1日
		○	大阪府立成人病センター	2008年4月1日
		○	大阪警察病院	2009年1月1日
		○	大阪府立急性期・総合医療センター	2009年4月1日
		○	大阪市立大学医学部附属病院	2011年6月1日
		○	関西医科大学附属 枚方病院	2011年6月1日
		○	淀川キリスト教病院	2012年8月1日
		○	北野病院	2012年6月1日
		○	近畿大学医学部附属病院	2008年4月1日
		○	星ヶ丘医療センター	2013年6月1日
		○	大阪府済生会中津病院	2011年5月1日
		○	大阪市立総合医療センター	2009年10月1日
		○	市立豊中病院	2010年12月1日
		○	国立病院機構 大阪医療センター	2008年4月1日
		○	国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター	2008年4月1日
		○	大阪赤十字病院	2014年5月1日
兵庫県	7	○	兵庫医科大学病院	2008年4月1日
		○	市立芦屋病院	2013年7月1日
		○	兵庫県立がんセンター	2010年4月1日
		○	関西労災病院	2010年9月1日
		○	神戸市立医療センター中央市民病院	2011年7月1日
		○	西神戸医療センター	2013年6月1日
		○	神戸大学医学部附属病院	2011年4月1日
奈良県	3	○	奈良県総合医療センター	2011年7月1日
		○	奈良県立医科大学附属病院	2010年10月1日
		○	吉田病院	2014年12月1日
和歌山県	1	○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2013年1月1日
鳥取県	2	○	鳥取大学医学部附属病院	2007年1月1日
		○	鳥取市立病院	2009年7月1日
島根県	2	○	島根大学医学部附属病院	2012年4月1日
		○	松江市立病院	2013年7月1日
岡山県	5	○	川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
		○	総合病院 岡山赤十字病院	2011年4月1日
		○	川崎医科大学附属 川崎病院	2012年9月1日
		○	倉敷中央病院	2012年11月1日
		○	岡山大学病院	2012年9月1日
広島県	5	○	県立広島病院	2010年1月1日
		○	国立病院機構 呉医療センター	2012年4月1日
		○	広島大学病院	2010年11月1日
		○	市立三次中央病院	2013年9月1日
		○	広島市立市民病院	2014年4月1日
山口県	2	○	山口大学医学部附属病院	2013年9月1日
		○	国立病院機構 山口宇部医療センター	2014年10月1日
香川県	1	○	香川大学医学部附属病院	2009年2月1日
徳島県	1	○	徳島大学病院	2013年2月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
愛媛県	3	○ ○ ○	国立病院機構 四国がんセンター 松山赤十字病院 愛媛県立中央病院	2010年6月1日 2014年1月1日 2014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	9	○ ○ ○ ○ ○ ○	福岡大学病院 九州中央病院 久留米大学病院 飯塚病院 戸畑共立病院 産業医科大学病院 九州大学病院 国立病院機構 九州がんセンター 製鉄記念八幡病院	2010年4月1日 2013年4月1日 2010年4月1日 2010年8月1日 2010年4月1日 2012年4月1日 2011年9月1日 2010年4月1日 2014年12月1日
佐賀県	1	○	佐賀大学医学部附属病院	2005年11月1日
長崎県	1	○	長崎大学病院	2011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	2008年4月1日
宮崎県	1	○	宮崎大学医学部附属病院	2014年4月1日
鹿児島県	3	 ○ ○	相良病院 鹿児島大学病院 今給黎総合病院	2011年1月1日 2010年4月1日 2014年4月1日
合計	218	171		

(2015年1月24日時点で、各地方厚生局ホームページに掲載されている届出受理施設データを元に作成)

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	229	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		札幌清田病院	2009年10月1日	122	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	450	24		
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	135	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		時計台記念病院	2013年5月1日	250	13		
16		苫小牧東病院	2014年11月1日	260	15		
17	青森県	青森慈恵会病院	2000年6月1日	332	22		
18		ときわ会病院	2008年2月1日	149	20		
19	岩手県	孝仁病院	2008年6月1日	180	10		
20		盛岡赤十字病院	2009年7月1日	438	22		
21		美山病院	2011年5月1日	212	20		
22		岩手県立中部病院	2009年5月1日	434	24	★	☆
23		岩手県立磐井病院	2010年7月1日	315	24	★	☆
24	宮城県	東北大学病院 緩和ケアセンター	2000年12月1日	1,232	22	★	
25		光ヶ丘スベルマン病院	1998年8月1日	140	20		
26		宮城県立がんセンター	2002年7月1日	383	25	★	
27	山形県	山形県立中央病院	2001年7月1日	645	15	★	
28		三友堂病院	2005年6月1日	190	12		
29	秋田県	外旭川病院	1999年2月1日	241	34		
30	福島県	慈山会医学研究所付属 坪井病院	1990年12月1日	230	18	★	☆
31		福島労災病院	2011年4月1日	406	32	★	☆
32		星総合病院	2013年2月1日	430	16		☆
33		わたり病院	2013年7月1日	196	15		
34		竹田総合病院	2014年11月1日	837	15	★	☆
35	茨城県	つくばセントラル病院	2000年10月1日	313	20		
36		筑波メディカルセンター病院	2000年5月1日	413	20	★	☆
37		水戸済生会総合病院	2000年10月1日	500	16		☆
38		茨城県立中央病院	2013年5月1日	500	23		☆
39		友愛記念病院	2014年8月1日	325	14	★	☆
40	栃木県	栃木県立がんセンター	2000年12月1日	324	24	★	
41		栃木県済生会宇都宮病院	1996年11月1日	644	20	★	☆
42		足利赤十字病院	2011年9月1日	555	19		☆
43		自治医科大学附属病院	2007年5月1日	1,132	18	★	
44		那須赤十字病院	2013年4月1日	460	20	★	☆
45	群馬県	公立富岡総合病院	2005年5月1日	341	18	★	

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		伊勢崎市民病院	2010年6月1日	504	17	★	☆
47		国立病院機構 西群馬病院	1994年7月1日	380	23	★	☆
48		群馬県済生会前橋病院	2012年6月1日	327	16		☆
49		三思会 東邦病院	2014年6月1日	508	21		
50		群馬県立がんセンター	2014年7月1日	357	25	★	
51	埼玉県	戸田中央総合病院	2009年3月1日	446	18		
52		埼玉石心会病院	2012年4月1日	349	8		☆
53		上尾甞生病院	1992年3月1日	186	15		
54		みさと健和病院	2011年8月1日	282	20		
55		行田総合病院	2012年9月1日	504	21		☆
56		埼玉県立がんセンター	1999年1月1日	503	36	★	
57		毛呂病院	2013年12月1日	616	12		
58		埼玉協同病院	2013年12月1日	401	24		
59		上尾中央総合病院	2014年7月1日	724	21		
60	千葉県	千葉県がんセンター	2008年7月1日	341	25	★	
61		山王病院	1999年7月1日	318	23		
62		我孫子聖仁会病院	2012年7月1日	168	20		
63		船橋市立医療センター	2010年4月1日	449	20	★	☆
64		国立がん研究センター東病院	1992年7月1日	425	25	★	
65		聖隷佐倉市民病院	2008年6月1日	400	18		
66		総合病院 国保旭中央病院	1999年5月1日	989	20	★	
67		君津中央病院	2004年11月1日	661	20	★	☆
68		さんむ医療センター	2014年1月1日	312	20		
69		平和台病院	2014年5月1日	224	20		
70		千葉徳洲会病院	2014年8月1日	391	24		
71	東京都	聖路加国際病院	1998年5月1日	520	23	★	☆
72		永寿総合病院	2000年10月1日	400	16		
73		賛育会病院	1998年6月1日	199	20		
74		東芝病院	2008年7月1日	307	15		
75		NTT 東日本関東病院	2001年2月1日	665	16	★	
76		佑和会 木村病院	2004年7月1日	98	13		
77		日本赤十字社医療センター	2000年6月1日	708	18	★	☆
78		東京新宿メディカルセンター	2004年6月1日	520	17		
79		佼成病院	2004年5月1日	340	20		
80		救世軍ブース記念病院	2003年11月1日	199	20		
81		東京衛生病院	1996年7月1日	186	20		
82		豊島病院	1999年9月1日	472	20		☆
83		桜町病院	1994年8月1日	199	20		
84		日の出ヶ丘病院	2001年1月1日	263	20		
85		公立阿伎留医療センター	2006年9月1日	310	16		
86		救世軍清瀬病院	1990年6月1日	142	25		
87		国立病院機構 東京病院	1995年9月1日	560	20		
88		信愛病院	1996年9月1日	199	20		
89		聖ヶ丘病院	1996年6月1日	48	11		
90		がん・感染症センター 都立駒込病院	2011年7月1日	801	22	★	
91		野村病院	2012年1月1日	133	12		
92		がん研究会 有明病院	2011年4月1日	700	25	★	
93		東京通信病院	2013年3月1日	477	16		
94		東京都健康長寿医療センター	2013年7月1日	579	20		
95		多摩南部地域病院	2013年7月1日	306	16		☆
96		町田市民病院	2013年9月1日	447	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
97		王子生協病院	2014年5月1日	177	25		
98	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	383	23	★	
99		昭和大学横浜市北部病院	2001年10月1日	689	25	★	
100		平和病院	2011年9月1日	146	16		
101		横浜市立みなと赤十字病院	2006年8月1日	634	25	★	☆
102		神奈川県立がんセンター	2002年4月1日	415	20	★	
103		横浜甦生病院	1995年3月1日	81	12		
104		総合病院 衣笠病院	1998年7月1日	251	20		
105		湘南中央病院	2006年3月1日	199	16		
106		湘南東部総合病院	2006年1月1日	275	20		
107		鶴巻温泉病院	2011年9月1日	591	25		
108		ピースハウス病院	1994年2月1日	22	22		
109		相模原協同病院	2011年10月1日	437	12	★	☆
110	横浜市立市民病院	2012年5月1日	650	20	★	☆	
111	宮川病院	2013年7月1日	175	11			
112	伊勢原協同病院	2014年9月1日	350	14			
113	新潟県	長岡西病院	1993年4月1日	240	32		
114		白根大通病院	2006年9月1日	299	28		
115		新潟医療センター	2001年8月1日	404	20		
116		南部郷厚生病院	2001年9月1日	120	20		
117	富山県	富山県立中央病院	1993年3月1日	733	25	★	☆
118		富山市民病院	2009年6月1日	595	20	★	☆
119	石川県	石川県済生会金沢病院	1995年1月1日	260	28		
120		小松市民病院	2009年5月1日	344	10	★	
121	福井県	福井県立病院	2006年4月1日	961	20	★	☆
122		福井県済生会病院	1998年10月1日	460	20	★	☆
123	長野県	愛和病院	1997年12月1日	64	48		
124		新生病院	1998年10月1日	155	20		
125		諏訪中央病院	1998年9月1日	360	9		
126		健康保険岡谷塩嶺病院	1996年11月1日	53	10		
127	山梨県	山梨県立中央病院	2005年5月1日	651	15	★	
128	岐阜県	岐阜中央病院	1999年6月1日	372	28		
129		東海中央病院	2012年1月1日	277	15		
130		岐阜県立多治見病院	2010年7月1日	575	20	★	☆
131		久美愛厚生病院	2012年7月1日	300	23		
132		岐北厚生病院	2014年3月1日	316	15		
133	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	2002年11月1日	589	50	★	
134		神山復生病院	2002年7月1日	60	20		
135		総合病院 聖隷三方原病院	1990年5月1日	934	27	★	☆
136	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		
137		愛知県がんセンター愛知病院	2006年5月1日	276	20		
138		安城更生病院	2002年6月1日	749	17	★	☆
139		聖霊病院	2009年4月1日	281	15		
140		海南病院	2004年7月1日	553	18	★	
141		名古屋掖済会病院	2004年2月1日	662	19		☆
142		協立総合病院	2001年12月1日	434	16		
143		豊田厚生病院	2010年2月1日	606	17	★	
144		江南厚生病院	2009年11月1日	684	20		
145		愛知国際病院	1999年5月1日	72	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
146		総合病院 南生協病院	2002年7月1日	313	20		
147		小牧市民病院	2012年6月1日	558	14	★	
148		津島市民病院	2007年1月1日	440	18		
149		名古屋第一赤十字病院	2006年4月1日	852	20	★	☆
150		藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日	1,505	19	★	
151		名古屋徳洲会総合病院	2014年6月1日	350	18		
152		刈谷豊田総合病院	2014年11月1日	737	20		
153	三重県	三重聖十字病院	2005年11月1日	25	25		
154		藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム	1997年7月1日	218	20		
155		松阪厚生病院	2007年8月1日	780	20		
156		松阪市民病院	2008年2月1日	328	20		☆
157		伊勢赤十字病院	2012年2月1日	655	20	★	☆
158		済生会松阪総合病院	2012年5月1日	430	24		☆
159	滋賀県	大津市民病院	1999年6月1日	506	20		☆
160		彦根市立病院	2002年10月1日	458	20	★	
161		ヴォーリス記念病院	2006年12月1日	168	16		
162		滋賀県立成人病センター	2003年3月1日	541	20	★	
163		公立甲賀病院	2013年5月1日	413	12	★	
164	京都府	薬師山病院	1998年12月1日	70	50		
165		総合病院 日本バプテスト病院	1995年9月1日	167	20		
166		音羽病院	2012年7月1日	595	20		
167		国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日	600	20	★	☆
168		京都民医連中央病院	2011年11月1日	411	14		
169		稲荷山武田病院	2012年9月1日	55	18		
170		男山病院	2014年5月1日	199	25		
171		京都府立医科大学附属病院	2014年2月1日	1,065	16	★	
172	大阪府	淀川キリスト教病院 ホスピス・こどもホスピス病院	1990年5月1日	630	27		☆
173		湯川胃腸病院	2002年11月1日	84	24		
174		千里中央病院	2010年4月1日	400	25		
175		ガラシア病院	2005年4月1日	104	51		
176		彩都友誼会病院	2010年5月1日	204	40		
177		高槻赤十字病院	2002年7月1日	446	20		☆
178		大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	2011年5月1日	551	20		
179		小松病院	2006年5月1日	190	18		
180		耳原総合病院	2003年2月1日	386	23		☆
181		阪和第二泉北病院	2002年11月1日	969	21		
182		岸和田盈進会病院	2002年2月1日	157	16		
183		星ヶ丘医療センター	2008年12月1日	580	16		☆
184		大阪市立総合医療センター	2010年5月1日	1,063	24	★	☆
185		和泉市立病院	2010年12月1日	307	22		
186		多根総合病院	2011年6月1日	304	20		
187		市立岸和田市民病院	2012年9月1日	400	20	★	☆
188		櫻本病院	2013年7月1日	199	16		
189		東住吉森本病院	2013年11月1日	329	14		☆
190		東大阪病院	2013年12月1日	265	30		
191		市立ひらかた病院	2014年11月1日	335	20		
192		ベルランド総合病院	2014年11月1日	477	20		☆
193	奈良県	国保中央病院	2005年7月1日	220	20		
194		西奈良中央病院	2012年10月1日	166	23		
195	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	★	☆

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
196		紀和病院	2005年8月1日	212	13		
197	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993年10月1日	116	21		☆
198		神戸中央病院	1996年7月1日	424	22		
199		六甲病院	1994年12月1日	178	23		
200		東神戸病院	2000年5月1日	166	21		
201		立花病院	2005年9月1日	272	10		
202		尼崎医療生協病院	2007年7月1日	199	20		
203		協和マリナホスピタル	2011年5月1日	80	30		
204		宝塚市立病院	2010年7月1日	446	15		
205		第二協立病院	2009年4月1日	425	22		
206		公立八鹿病院	2005年10月1日	420	20		
207		姫路聖マリア病院	1996年8月1日	360	22		
208		市立芦屋病院	2012年8月1日	199	24		
209		兵庫県立加古川医療センター	2011年5月1日	353	25		
210	市立川西病院	2013年2月1日	250	21			
211	高砂市民病院	2013年8月1日	290	18			
212	兵庫県立柏原病院	2014年6月1日	303	20	★		
213	誠仁会 大久保病院	2014年2月1日	199	18			
214	鳥取県	鳥取生協病院	2008年4月1日	260	20		☆
215		藤井政雄記念病院	2003年11月1日	120	20		
216		米子医療センター	2014年9月1日	270	20	★	
217	島根県	松江市立病院	2005年9月1日	470	22	★	☆
218		島根大学医学部附属病院	2011年9月1日	600	21	★	
219		国立病院機構 浜田医療センター	2010年1月1日	365	15	★	
220	岡山県	岡山済生会総合病院	1998年9月1日	553	25	★	☆
221		岡山中央奉還町病院	2000年6月1日	81	15		
222		総合病院 岡山協立病院	2011年9月1日	318	17		
223		岡村一心堂病院	2007年6月1日	152	19		
224		倉敷第一病院	2008年6月1日	191	20		
225		倉敷中央病院	2013年6月1日	1,161	14	★	
226		総合病院 岡山赤十字病院	2014年7月1日	500	20	★	
227	広島県	福山市民病院	2006年9月1日	506	16	★	☆
228		前原病院	2012年7月1日	59	14		
229		公立みつぎ総合病院	2002年5月1日	240	6		
230		シムラ病院	2004年10月1日	116	17		
231		広島パークヒル病院	2002年5月1日	114	18		
232		県立広島病院	2004年10月1日	713	20	★	
233		安芸市民病院	2004年6月1日	140	20		
234		国立病院機構 呉医療センター	2000年4月1日	630	19	★	
235		廿日市記念病院	2002年1月1日	135	15		
236		広島共立病院	2014年10月1日	186	19		
237	山口県	徳山中央病院	2009年3月1日	519	25	★	☆
238		国立病院機構 山口宇部医療センター	1998年11月1日	365	25		
239		安岡病院	1999年5月1日	278	25		
240		総合病院 山口赤十字病院	2000年1月1日	475	25	★	
241		国立病院機構 岩国医療センター	2013年6月1日	530	24	★	
242	香川県	高松平和病院	2011年8月1日	123	21		☆
243		三豊総合病院	2000年5月1日	482	12	★	
244	徳島県	近藤内科病院	2002年5月1日	55	26		

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
245		徳島県立三好病院	2015年1月1日	220	20		
246	高知県	細木病院	2003年10月1日	317	14		
247		国吉病院	2011年2月1日	106	12		
248		もみのき病院	1999年4月1日	60	12		
249		函南病院	2000年7月1日	110	12		
250		いずみの病院	2001年10月1日	238	12		
251		高知厚生病院	1995年12月1日	60	15		
252		須崎くろしお病院	2007年11月1日	160	10		
253	愛媛県	松山ベテル病院	2000年4月1日	155	38		
254		国立病院機構 四国がんセンター	2006年9月1日	405	25	★	
255		西条愛寿会病院	2010年9月1日	180	15		
256		HITO 病院	2013年4月1日	257	17		
257		済生会今治病院	2013年5月1日	191	20	★	
258	福岡県	北九州市立医療センター	2001年6月1日	636	20	★	☆
259		聖ヨハネ病院	2001年10月1日	20	20		
260		製鉄記念八幡病院	2004年1月1日	453	16		☆
261		広瀬病院	2010年12月1日	62	13		
262		及川病院	2004年11月1日	36	15		
263		秋本病院	2007年7月1日	50	16		
264		那珂川病院	2006年7月1日	162	24		
265		栄光病院	1990年9月1日	178	71		
266		至誠会 木村病院	1999年12月1日	121	14		
267		たたらりハビリテーション病院	2004年11月1日	213	21		
268		原土井病院	2001年4月1日	556	30		
269		さくら病院	1999年6月1日	152	14		
270		恵光会 原病院	2005年1月1日	220	16		
271		西福岡病院	2007年7月1日	248	15		
272		村上華林堂病院	2004年6月1日	160	20		
273		井上病院	2011年4月1日	73	18		
274		糸島医師会病院	2008年8月1日	150	14		☆
275		福岡県済生会飯塚嘉穂病院	2012年4月1日	199	20		
276		久留米大学病院	1998年10月1日	1,025	16	★	
277		聖マリア病院	1997年9月1日	1,097	16	★	☆
278		みどりの杜病院	2012年1月1日	30	30		
279	今野病院	2007年1月1日	67	20			
280	嶋田病院	2008年9月1日	150	14		☆	
281	古賀病院 21	2012年6月1日	230	8			
282	友田病院	2012年12月1日	72	16			
283	朝倉医師会病院	2012年11月1日	300	20		☆	
284	戸畑りハビリテーション病院	2012年11月1日	154	17			
285	長田病院	2013年8月1日	182	20			
286	飯塚病院	2013年10月1日	1,116	18	★	☆	
287	宗像医師会病院	2014年8月1日	164	12		☆	
288	田主丸中央病院	2014年6月1日	343	14		☆	
289	済生会八幡総合病院	2014年9月1日	403	22			
290	佐賀県	佐賀県医療センター 好生館	1998年3月1日	450	15	★	☆
291		河畔病院	2002年4月1日	187	18		
292		西田病院	2011年5月1日	118	20		
293	長崎県	出島病院	1995年11月1日	41	20		
294		聖フランシスコ病院	1998年8月1日	208	22		

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
295		千住病院	2008年4月1日	266	20		
296		南野病院	2012年5月1日	95	17		
297	熊本県	山鹿市民医療センター	2012年5月1日	201	13		☆
298		イエズスの聖心病院	1994年11月1日	87	22		
299		熊本地域医療センター	2001年7月1日	227	16		☆
300		御幸病院	2003年6月1日	186	20		
301		桜十字病院	2010年1月1日	641	21		
302		朝日野総合病院	2012年4月1日	378	21		
303		メディカルケアセンターファイン	2007年11月1日	63	21		
304		人吉医療センター	2003年9月1日	252	23	★	☆
305		阿蘇温泉病院	2008年9月1日	260	15		
306		鶴田病院	2012年10月1日	105	20		
307	合志第一病院	2012年9月1日	132	22			
308	大分県	大分ゆふみ病院	2002年1月1日	24	24		
309		アルメイダ病院	2012年5月1日	406	21	★	☆
310		佐伯中央病院	2007年7月1日	149	21		
311		鶴見病院	2012年11月1日	230	14		
312		へつぎ病院	2013年6月1日	188	14		
313		中津胃腸病院	2014年11月1日	112	14		
314	宮崎県	三州病院	2000年5月1日	67	27		
315		宮崎市郡医師会病院	2002年3月1日	248	12		☆
316		平田東九州病院	2007年7月1日	125	21		
317		潤和会記念病院	2014年4月1日	446	24		
318	鹿児島県	天陽会 中央病院	2011年1月1日	219	18		
319		相良病院	1997年6月1日	80	24		
320		出水郡医師会広域医療センター	2008年10月1日	222	10		☆
321		国立病院機構 南九州病院	2006年4月1日	475	25	★	
322		サザン・リージョン病院	2011年3月1日	131	11		
323		南風病院	2013年6月1日	338	14		☆
324		鹿児島市医師会病院	2013年9月1日	255	31		☆
325		今村病院	2014年3月1日	152	10		
326	沖縄県	国立病院機構 沖縄病院	2006年6月1日	320	20		
327		アドベンチスト・メディカルセンター	2003年1月1日	48	26		
328		オリブ山病院	1995年6月1日	343	21		
329		南部病院	2012年9月1日	188	21		
合 計		緩和ケア病床数 6,600床	がん診療連携拠点病院 89施設	地域医療支援病院 83施設			

2015年2月16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

ホスピス緩和ケア白書 2015
ホスピス緩和ケアを支える専門家・サポーター

発行 2015年4月14日 第1版第1刷©
編集 志真 泰夫・恒藤 暁・森田 達也・宮下 光令
編集協力 公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会
発行者 工藤 良治
発行所 株式会社 青海社
〒113-0031 東京都文京区根津 1-4-4 河内ビル
☎ 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172
装 幀 石原 雅彦
印刷所 モリモト印刷 株式会社

本書の内容の無断複写・複製・転載は、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。

ISBN978-4-902249-76-7 C3047

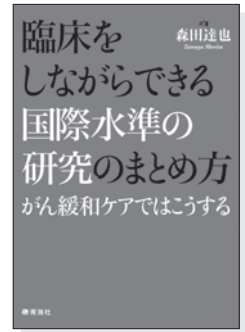
JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。
複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構
(電話03-3513-6969, FAX03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)
の許諾を得てください。

筆頭の英文原著論文80編を持つ著者が国際水準の論文に仕上げるコツを平易に解説

臨床をしながらできる 国際水準の研究のまとめ方 がん緩和ケアではこうする

好評
発売中



◆著者 森田達也 (聖隷三方原病院 緩和支援治療科)

研究活動は、単に「何かを明らかにして終わり」ではなく、「結果を臨床現場にどのように伝えていくか」までが研究のまとめ。そして、患者さんに接する現場にどうやって研究結果を伝えて臨床に取り入れていくか、その仕組みづくりがますます重要になっている。

研究にするのが難しいと思われがちながん緩和ケアの論文を国際誌に次々発表している著者が「おとしてはいけないポイント」と「世界では通用しない国内での常識」を説く。忙しいすべての臨床家と研究者の卵にそのエッセンスを送る。豊富な実例を挙げて、難しいことをやさしく解説。

研究論文を書くことに関心をもつ医療現場の方が、国際的なレベルで通用する書き方を“技術”として身につけるために気軽に読める、これまでにない手引書。

主な内容

- | | |
|---|---|
| I 研究論文を書く前に
A 研究論文の周辺
B 論文を書く、その前に原著論文の査読のシステムを知る
C 論文を書くための覚え書きとまとめ | D 多重検定と Bonferroni 補正
E サンプルサイズの計算 |
| II 論文を書こう
A 〈はじめに〉を書く
B 〈対象・方法〉を書く
C 〈結果〉を書く
D 〈考察〉を書く | IV 学会抄録・研究計画書を書こう
A 学会抄録の書き方：実際の指導例
B 研究計画書の書き方：実例 |
| III 統計の“きも”に(だけ)詳しくなる
A p 値の「意味」をきちんと知る
B 交絡因子について知る
C Intention-to-treat analysis | V 査読コメントへ返答する、査読者の立場になる
A 査読の概要と返答の仕方
B 受理された論文
C 謝絶された論文
D まとめ |
| | VI 年度で追う投稿論文とその背景
コラム
臨床の楽しい誤変換 |

●定価(本体2,000円+税) A5判 190頁 ISBN978-4-902249-53-8

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 郵便振替 00140-4-258811
ホームページ [青海社](#) (検索)

「つらい症状」の根本原因を画像で明らかにし、シエマで分かりやすく解説、ケアにつなげていく

画像・シエマで納得！ 「つらい症状」のもとが見える

好評
発売中

◆編著 齋藤 真理 (横浜市立大学附属市民総合医療センター
化学療法・緩和ケア部長)
水越 和歌 (イムス富士見総合病院 放射線科部長)

代表的な「つらい症状」を取り上げ、物語がドラマ風に進行する。緩和ケア科の医師・看護師・臨床心理士・管理栄養士などの緩和ケアチームのメンバー、放射線科医、研修医、その他に12名のキャストが登場する。カンファレンスが行われ、画像所見の基本が語られて疑問点が提示され、次の展開へつなげていく。専門用語には、説明が適宜加えられている。

随所に配置されている「読影メモ」は、画像診断に欠かせない知識である。コラム「おさえておきたい」を読むことによって緩和ケアに役立つトピックを知ることができる。

本書は、①検査の実施法、②読影のコツ、③解剖生理学の復習、④画像所見を緩和ケアへ応用するヒント、⑤専門性を活かしたチーム医療の楽しさを得ることができる。画像・わかりやすい図解から、症状の改善に焦点を当てた稀有な読み物となっている。医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、その他、緩和ケアの臨床に関わる医療者の必読本である。



おもな目次

- | | |
|--|---|
| 第1話 乳がんの多発脳転移—急性非交通性水頭症
吐き気が止まらず、なんだかうまく歩けません | 第7話 膵臓がんの神経叢浸潤
みぞおちがずっと痛くて、食欲も落ちちゃいました |
| 第2話 乳がんの髄膜播種
ママもうがんばれないみたいなの、ごめんね | 第8話 胃がん術後の癒着性イレウス
急にお腹が痛くなって、吐き続けています |
| 第3話 下咽頭がんの浸潤、多発リンパ節転移
私の顔色、やる気、元気 なおりますか | 第9話 乳がんの脊椎骨転移
痛くて、検査どころではありませんっ!! |
| 第4話 肺がんの縦隔リンパ節転移—上大静脈症候群
急に顔と首が腫れてきたんですけど、大丈夫でしょ
うか? | 第10話 子宮がんのがん性腹膜炎—肺血栓塞栓症
こんなお腹じゃ、着られる服がないんですよ! |
| 第5話 肺がんの心膜浸潤—心タンポナーデ
ああ、息すんのえらいわあ、どないどしてやあ | 第11話 肛門がん術後の腎不全—尿閉
お腹が張って、おしっこも出ません! |
| 第6話 胃がん術後のリンパ節再発—閉塞性黄疸
かゆくて かゆくて たまりません! | 第12話 多発肝転移を伴う非切除直腸がん—溢流性下痢
便がガマンできないなんて、情けない話ですね |

●定価 (本体2,800円+税) B5判 114頁 ISBN978-4-902249-73-6

株式会社 青海社
SEIKRISHA

〒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 郵便振替 00140-4-258811
ホームページ 青海社 (検索)

医師・看護師だけではなく、緩和ケアに関わるすべての職種の共通言語となる書

スリー
**3ステップ
実践緩和ケア**

好評
発売中

◆編集 木澤義之，森田達也，新城拓也，梅田 恵，久原 幸

本書は、日々、緩和ケアを実践する方々の助けとなることを願って作られた。そして、医師向け、看護師向けなどと職種を限らず、患者に関わるすべての職種にとって「共通言語」として使えるようになっている。

また、次のような特色も持っている。①即戦力となることを重視して、一般名から探す手間を省き、そして具体的に投与量を記述。②白衣に入るポケットサイズで、持ち運びに便利。③症状マネジメント、ケアの工夫、説明の仕方、看取りのケアなど、緩和ケアで生じるほとんどの問題をカバー。④看取りのケアや、呼吸困難のケアなど、がん以外の患者さんにも応用可能な内容。⑤注射薬が利用しにくい時の対応など、在宅での工夫を取り入れている。

文字だけでは伝わらない情報は、26種類のパンフレットとして、ホームページからのダウンロードで即、臨床や患者さんへのケアにつなげられるようになっている。



主な内容

- | | |
|---|--|
| <p>I はじめに
1. 目的 2. 使用にあたって</p> <p>II 評価
1. 症状の評価の仕方 2. 終末期がん患者の病状の変化と余命の予測</p> <p>III 症状マネジメント
1. 疼痛 2. 呼吸器症状 3. 消化器症状
4. 倦怠感 5. せん妄 6. 不眠 7. 気持ちのつらさ 8. 治療抵抗性の苦痛 9. 死が近づいたときのケア</p> <p>IV 緩和ケアのスキル
1. 疼痛マネジメントのスキル 2. ステロイドの使い方 3. 高カルシウム血症の治療 4. 持続皮下注射 5. 皮下輸液 6. 口腔ケア 7. 在宅緩和ケアのスキル</p> <p>V 悪い知らせを伝える
1. 悪い知らせを伝える方法 2. 緩和ケアを</p> | <p>紹介する 3. 答えにくい質問</p> <p>VI 地域連携のためのツール
1. 退院支援・調整プログラム 2. 「わたしのカルテ」</p> <p>VII 資料
1. オピオイドについての資料 2. 緩和ケアで使用される向精神薬一覧 3. 参考文献</p> <p>VIII 評価用ツールと患者・家族用パンフレットの例
1. 「生活のしやすさに関する質問表」 2. 患者・家族用パンフレットの例「息切れ、息苦しさに困ったとき」 3. 患者・家族用パンフレットの例「これからの過ごし方について」 4. 「痛みの経過シート」</p> <p>IX 索引
1. FAQ一覧 2. 事項索引</p> |
|---|--|

●定価（本体2,000円＋税） B5判変形 174頁 ISBN 978-4-902249-69-9



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 郵便振替 00140-4-258811
ホームページ [青海社](#) (検索)

臨床・研究現場の「あったらいいな」に応えます

緩和ケアプラス

The Japanese Journal of Hospice and Palliative Care

無料で
会員登録

緩和ケアプラス

検索

会員登録はお早めに!



特長
1

“ほしい”が見つかる『文献検索』

「特集に惹かれてネットで雑誌を買ったけど、ケアに活かせる情報がなかった…」

「ネットで情報を検索しても、信頼できる文献が探せない…」

と思ったことはありませんか？

「緩和ケアプラス」では、細かなキーワードからも信頼できる文献が

『緩和ケア』誌の中からヒットします。

例)「意思決定」「新薬」「ガイドライン」「死が近づいた時」…

ざっくりと「これに関する情報がほしい」と思ったら、まず検索!

ヒットした文献のイントロを読むことができます。ほしい文献であれば、その場でお取り寄せ!



“緩和ケア”って
気になっているけど…
何から始めたらいいの?

という方も、
まずは会員登録から
情報収集を!



忙しいあなたの味方『学会情報』

特長
2

「いろいろな学会に参加したいけど、スケジュールを調べる余裕がない…」

「演題登録や、ポスターの準備がいつもギリギリになってしまう…」

など、慌てることはありませんか？

「緩和ケアプラス」に会員登録すると、緩和ケア関連の学術団体・研究会の情報を

メルマガで自動受信できます。開催日程や演題募集要項はもちろん、

演題締切のリマインドも配信予定。学会情報が手軽に管理できます。

特長
3

発表準備はこれで安心『研究支援』

「ポスターの印刷、英文アブストラクトの作成はどこに外注したらいいのか…」

「こんな画像がほしいけど、ネットで探してもみつからない…」

と困ったことはありませんか？

きれいなポスター作り、翻訳や海外論文を集めるなど、

研究と発表に必要なバックアップをワンストップで得られます。

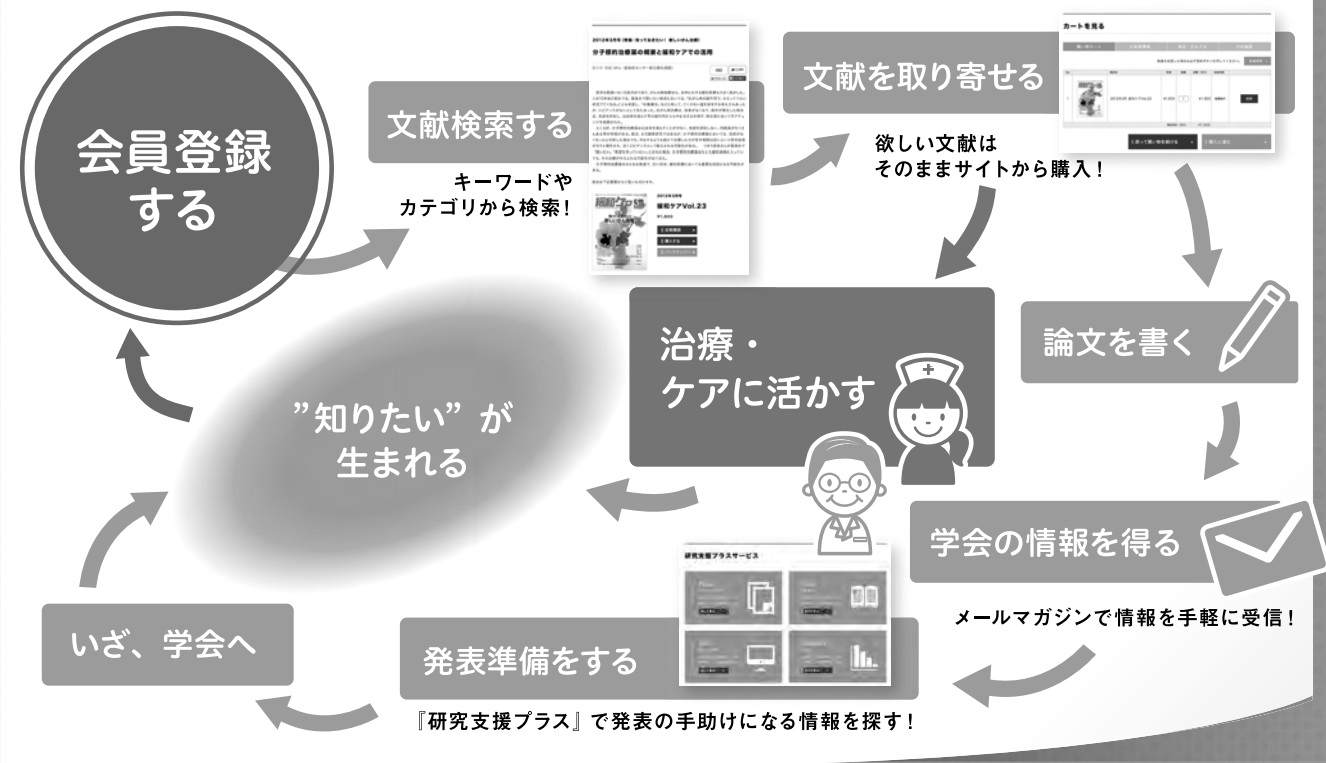
会員限定の
オトクな割引も
あります!



緩和ケアに携わる方の「あったらいいな」に応えていきます。

<https://www.kanwa-plus.com>

会員登録からはじまるワンストップの便利な機能！



『緩和ケアプラス』の Facebook ページ
からも情報を発信しています！

[https://www.facebook.com/
kanwa.plus](https://www.facebook.com/kanwa.plus)

『緩和ケア』の青海社がプロデュース。
現場の皆さんへ役立つ情報をお届けします。

『緩和ケア』誌は1991年に前身の『ターミナルケア』として発刊された雑誌です。緩和ケアが普及していなかった頃から、その情報源としての役割を担ってきました。

時代は変わり、情報があふれているいま、『緩和ケア』誌の役割には“プラスアルファ”が必要になりました。青海社に患者さんのケアはできませんが、これまで蓄積してきたみなさんの“経験智”を、必要な方にすぐに提供できることが、私たちの役割と考えています。

忙しい現場の先生方や看護師さんへ、少しでも便利に、簡単に、信頼できる情報をお届けすることが「緩和ケアプラス」の理念です。

サイト運営元



青海社

所在地：〒113-0031 東京都文京区根津 1-4-4 河内ビル

代表取締役：工藤良治

事業内容：医学・医療・保健・福祉の専門書出版

定期刊行物：「緩和ケア」、他

URL：<http://www1.tcn-catv.ne.jp/seikaisha/index.html>

<お問い合わせ> e-mail: info@kanwa-plus.com TEL: 03-5832-6171 (担当: 坂本)

がん患者・家族を中心に医療者・地域住民が協働してつくる緩和ケア・サロンのためのテキスト

がんサバイバーを支える 緩和ケア・サロン

好評
発売中

◆編著 阿部まゆみ (名古屋大学大学院医学系研究科 東海がんプロ
フェッショナル養成基盤推進プラン 特任准教授)
安藤 詳子 (名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻 教授)

がん患者や家族が心の悩みや体験を語り合う場は、不安を解消し、安心を得るために必要とされている。本書は、日本における緩和医療のがん患者を支えるシステムを振り返り、そして緩和ケアの実践を先駆的に進めてきたイギリスの歴史をひも解いている。

各論として、最初に「がん患者サロン」を地域に展開してきたがんサバイバーや家族・ボランティア市民による設立の経緯・意義・サロン運用の具体例、次にクリニックや訪問看護ステーションにおける「緩和ケア(ホスピス)」を地域に浸透する取り組み、さらにがん診療連携拠点病院などで「がん患者サロン」に関わっている医療職からの実践例など、その実際を写真や図表で分かりやすく紹介している。

これから「緩和ケア」や「がん患者サロン」を始める方のために、また運営されている方の参考として、それぞれの特徴を記しているテキストとなっている。



おもな目次

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| 第1章 がん医療政策とがんサバイバー | 第5章 がん診療連携拠点病院などの院内がん患者サロン |
| 第2章 イギリスのホスピスにおける緩和ケアから広島へ | 第6章 動き出した緩和ケアセンター |
| 第3章 がん患者サロンの動き一街の中のコミュニティサロン | 第7章 大学キャンパス内の緩和ケア・サロン |
| 第4章 地域クリニック・訪問看護ステーションのがん患者サロン | 第8章 がん患者サロン実施のエッセンス—がん診療連携拠点病院の全国調査から |

●定価 (本体2,200円+税) B5判 188頁 ISBN978-4-902249-74-3



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 郵便振替 00140-4-258811
ホームページ [青海社](#) (検索)