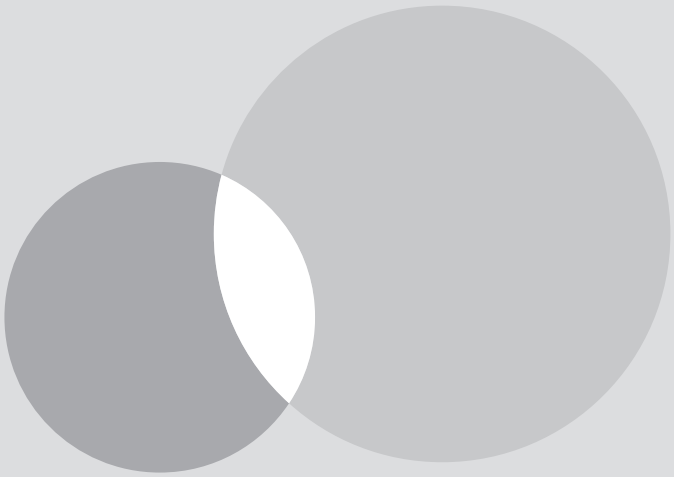
ホスピス緩和ケア白書

2016

緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス

編集
志真 泰夫　筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
恒藤　暁　京都大学医学部附属病院 緩和医療科
細川 豊史　京都府立医科大学 疼痛・緩和医療学講座
宮下 光令　東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野
山崎 章郎　ケアタウン小平クリニック



青海社

序　文

山崎 章郎

（ケアタウン小平クリニック
死の臨床研究会　世話人代表）

2025年，わが国の年間死亡者は約160万人に達すると予測されている。これは2014年の約120万人から，約40万人増加することを意味する。多死社会の到来ともいわれるゆえんでもあり，それら急増する死亡者の死に場所がみつからない，いわゆる死に場所難民の出現が語られるゆえんでもある。

また，現在年間死亡者の3人に1人ががん死者であるが，高齢者の増加により，いずれ2人に1人ががん死するとの予測もあり，約160万人の年間死亡者の，半数近くをがん死者が占めることも予測されている。

がんに罹患し，がんと共に生き，やがてがん死することは，世の中的には，特別なことではなく，現在よりもさらに，日常的なことになる。だが，個々の患者にとっては，もちろん個別的な人生の問題である。死までの困難な時をどのように生きるのかは，重大な課題のはずである。

ところが，である。2013年の『緩和ケア』誌の9月号の「らしんばん」に寄稿された栃木県立がんセンター外来化学療法センターの看護師高田芳枝さんの文章を読むと，わが国がん医療の課題が，浮かび上がってくる。

彼女は，現在のがん医療の問題として，「1つは治療効果がみられ生存期間の延長が得られても，本人の満足感が薄いこと，次にがん治療の継続自体が目的化していること，そして，本人と家族が死を考える時間が十分もてなくなっていること」と言う。さらに，患者の「死ぬのは分かっているけど，今の自分が死ぬまでの経過が，まるでブラックボックスなんだ，どうなるのかが分からないから，どうしていいかも分からないんだ」という言葉を示し，「現在のがん医療の状況を表しているように思えます」とも言っている。

限られた時間を生きる患者にとっても，その家族にとっても大切なはずの時間が目的化された治療継続の中に埋没し，延ばされた生存期間を，不安の中で，途方にくれながら過ごす患者・家族の状況が，よく分かる。

治癒が困難でいずれ死に向かうにしても，1人でも多くのがん患者が，自分らしく人間らしく生きることができるような支援の在り方は，治療の継続以上に重大な課題である。

であればこそ，本白書の特集で取り上げられているような「緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス」が必要なのである。このような取り組みの広がりを願わずにはいられない。

目　次

序　文 …… 山崎　章郎　iii

第Ⅰ部　緩和ケアにおける緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス

1. 緩和デイケアの経緯と現状，および展望 …… 阿部まゆみ　2
2. がん患者サロンの経緯と現状，および展望 …… 安藤　詳子　8
3. デイホスピス制度策定の経緯と現状，および展望 …… 矢津　剛　12
4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動
   - A. 広島県緩和ケア支援センターのデイホスピス …… 本家　好文，他　15
   - B. 愛知県がんセンター愛知病院 緩和デイケア・乳腺サロン　橋本　淳，他　18
   - C. サロン「つむぎの路」（広島県・竹原市）…… 大石　睦子，他　24
   - D. 岡山済生会総合病院「サロンさいせい」……金田美佐緒　27
   - E. 岩手医科大学附属病院「がん患者・家族サロン」…… 木村　祐輔，他　30
   - F. 四国がんセンター 患者・家族総合支援センター
     がん患者・家族サロン …… 井上　実穂，他　33
   - G. 名古屋大学キャンパス型の緩和デイケア・サロン……阿部まゆみ　37
   - H. がん患者・家族のサポートグループ「ともいき京都」……田村　恵子　43
   - I. ふらっとカフェ・ふらっと相談室 …… 河　正子，他　48
   - J. 墨田区「がんサロン SAKURA（さくら）」＆医療法人社団
     パリアンのがんサロン「サロン・ド・パリアン」 …… 川越　博美，他　52
   - K. 在宅緩和ケアクリニックが目指す緩和デイケア・
     デイサロン（デイホスピス） …… 柴田　岳三，他　57
5. 緩和デイケア運営スタッフ人材育成セミナー…… 阿部まゆみ　60

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　64
2．ホスピス緩和ケア週間 …… 松島たつ子　90
3．緩和ケア関連の資料 …… 95

第Ⅰ部

緩和ケアにおける緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス

1. 緩和デイケアの経緯と現状，および展望

阿部まゆみ
（名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻）

入院と在宅の療養をつなぐ「緩和デイケア」

わが国におけるがん患者死亡者数は 2012 年に 36 万人を超え，新たに診断されたがん罹患者数全国推計値は 2011 年で 85 万人とますます増大している[1]。がん医療においては，手術療法・化学療法・放射線療法をはじめ，がん腫を標的に効率性の高い治療法の開発が進み，5 年相対生存率は上昇し[2]，がんを有する患者は 230 万人に達し，治癒も含めたがん体験者は 500 万人以上といわれる。また，在院日数の短縮化が進み，入院から外来治療，継続的ケアへと変化している。がん患者は診断されてから長期にわたり集学的な治療を受け，症状マネジメント，生活の調整，家族との関係や自身の人生再設計と，現実を受け止めながら希望をもちつつ柔軟に対処していかなければならない。おもな治療を終えたがん患者は，治療後も続く心身の苦痛や再発への不安などを抱えている。患者と家族がこれまでの生活圏のなかで安心して暮らすには，がん治療から退院後のフォローアップ，終末期に至る経過において，シームレスな緩和ケアサービスが必要である。

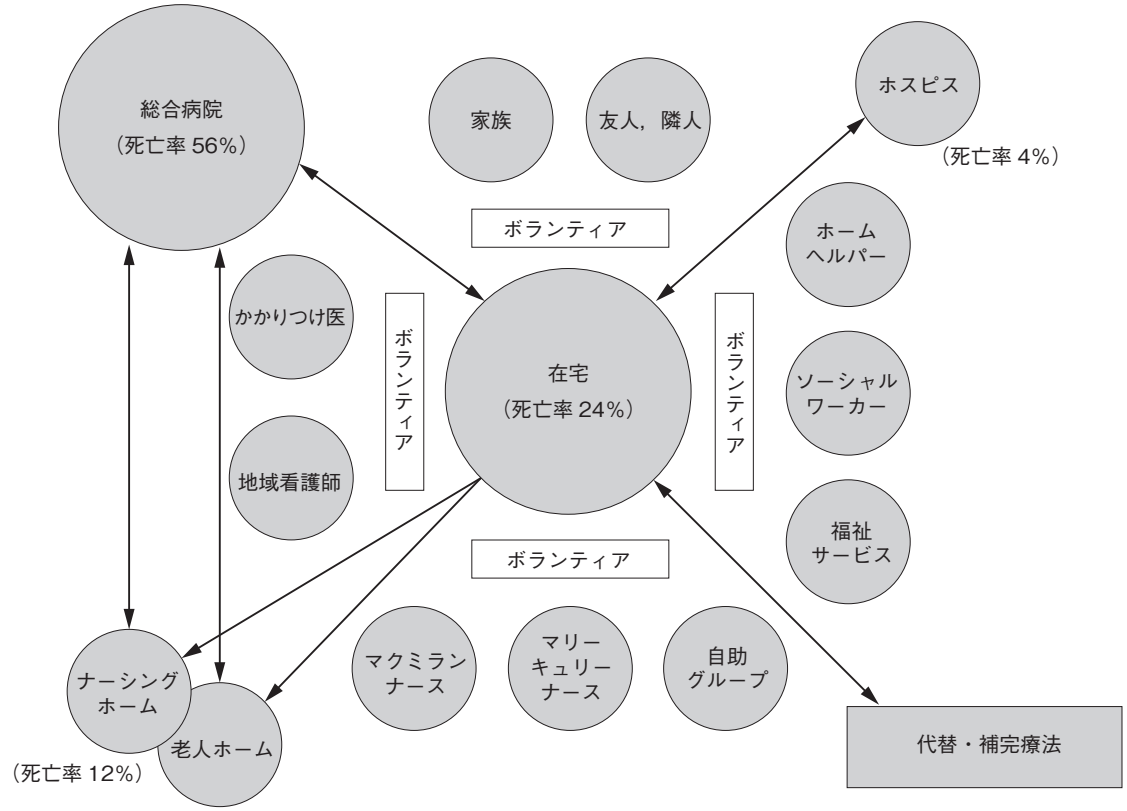
欧米で始まったモダンホスピス運動の波動が日本にも伝わり，1981 年から 2015 年までにホスピス緩和ケア病棟は 308 施設を超えた。また，がん対策推進基本計画が第 1 期（2007）から第 2 期（2012）へと継続され，在宅サービスも動き始めている。しかし，入院と在宅の療養をつなぐ中間の緩和ケアサービスの施策は薄く，必要としている患者・家族に十分に届いていないのが現状である。

イギリスでは，デイホスピスについて「自宅療養している患者と家族に対して，専門職によるさまざまなセラピーを提供し，心身の QOL の向上を図る専門的・技術的なサービスである」[3] と定義され，その発端となった活動は 1969 年から始まっている。本稿で表す「緩和デイケア」は，この定義に基づいて用いている。筆者は，1990 年代にイギリスに渡り，デイホスピスの実際を学ぶ機会を得て，帰国後，その実践を広島県緩和ケア支援センターの緩和デイケアプログラムにつなげた経緯がある。そこで，最初に緩和デイケアの先進国であるイギリスの緩和デイケアサービスに触れておきたい。

イギリスのホスピスムーブメントと「通所型」ホスピスの始まり

イギリスの保健医療福祉制度（National Health Service；NHS）は，「揺りかごから墓場まで」と称され，世界に誇る医療制度として発展し，市民生活に定着している[4]。その特徴は，医療の国

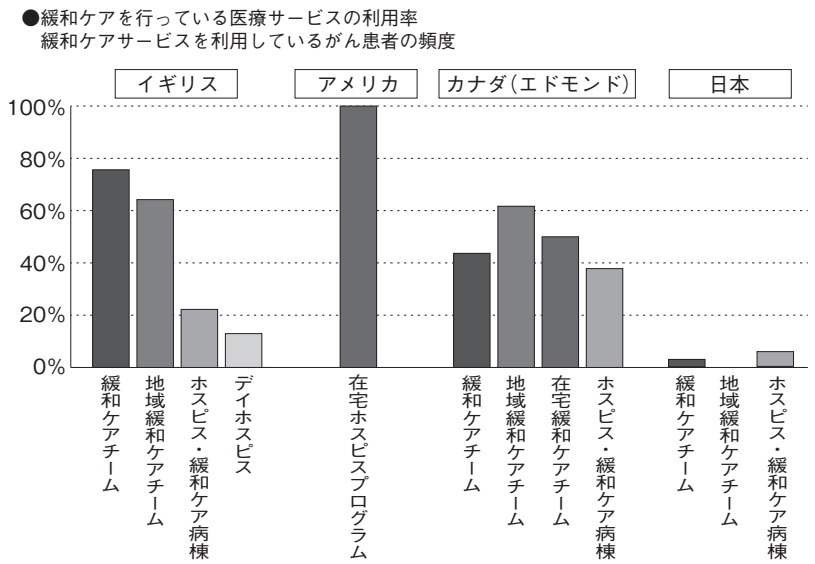
図 1　聖クリストファーホスピス デイケアセンター外観



（Clerk D：The Future for Palliative Care：Issues of Policy and Practice. Open University Press, p8, 1993）

図２　英国における緩和ケア支援体制

営化により，すべての国民は無料で医療が保障されている点である。NHS 体制の中で 1967 年に聖クリストファーホスピス（**図 1**）が産声をあげたことは，終末期医療における新たな動きが誕生したことを意味した。2 年後にはホスピス看護チームによる在宅訪問サービスが開始されている[5]。1975 年にシェフェールドの聖ルカホスピスでは，退院後の 1 人暮らし患者へのケアの必要性が浮き彫りとなり，デイホスピスが設置された[6]。ウィクスらは，1978 年にホスピス入院を待ち望んでいた多くの患者が，ベッドが空く前にケアを受けることなく亡くなるという状況を指摘した[7]。この頃から，在宅ケアに次ぐ新たなコンセプトとして「通所型」ホスピスが誕生し，専門的緩和ケアサービスの重要な一部となっていく[8]。1990 年以降 NHS では，施設中心型の医療からコミュニティケアへとシフトするなか，デイホスピスが地域と病院を橋渡しする役割を担い，シームレスな地域包括的緩和ケア体制が整備された。誰もが，どこでも，いつでも，望む場所で，地域のプライマリ・ケアチームとマクミランナースやマリーキュリーナースなどの専門職とホスピスチームの協働体制が整えられ，非常に有効に活用されている（**図 2**）。ホスピス入院期間は平均 2 週間，入院患者の 20％が入院後数日で死亡し，50％が 2 週間以内に退院している。緩和ケアサービス利用率は，①施設ケア 223 施設，②緩和ケアチーム 349 施設，③在宅ホスピスケア 424 チーム，④デイホスピス 283 施設，4 形態のサービスをシームレスにつなぎ，緩和ケアを提供するシステム体制が強化された（**図 3**）。その結果，約 8 割の患者が緩和ケアサービスを受けている。デイホスピスは，イギリスにおける費用対効果を鑑みる医療政策の中で，慈善団体・財団や寄付・募金などによる支援の動きと合わせ，ホスピスにデイケア部門が設置され普及してきた。



〔厚生労働科学研究費（がん臨床研究費）「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」班 2007，下山直人，森達也：わが国のがん緩和ケアの現状と行動計画〕

図 3　緩和ケアのサービス利用率

デイホスピスは，専門的な知識と技術をもつ看護師主導の医療サービスとして，症状管理とモニター，心理面のサポート，社会生活上の孤立の緩和，リハビリテーションなどを通して QOL が高められ，利用者による社会的入院の減少に貢献している。筆者は 1995 年にセントクリストファーホスピスのデイホスピス部門（**図 1**）に勤務し，がん患者と家族を支える実際のケアを体験してきた。ここに，デイホスピスの 4 つの機能（**表 1**），デイホスピスで優先すること（**表 2**），デイホスピスのスタッフ構成（**表 3**），看護師の役割（**表 4**），デイホスピス利用基準（**表 5**），聖クリストファーホスピスにおけるデイホスピスの概要（**表 6**），デイホスピスの 1 日の流れ（**表 7**）を提示したが，その詳細は先行文献[9] に示したので参照されたい。なお，イギリス内の小児ホスピスはデイケアを中心とした施設が 43 カ所となっている。聖クリストファーホスピスでは，利用者の増加とライフスタイルの変化に伴い，デイホスピスを早朝から夜まで利用できる「アニバーサリーセンター」として，2012 年にリニューアルされた。週 7 日間 8～21 時まで“ふらっと立ち寄れる場”となっている。

表 1　デイホスピスの 4 つの機能

①社会との交流や関わりを深め，互いにサポートすること
②創造的で健康維持に役立つ活動への支援
③身体的なモニタリングと継続ケア
④家族のレスパイトケア（一時入院による休息）

表 2　デイホスピスで優先すること

①個別性を優先すること
②精神的サポート（ストレス・不安・うつなど）
③症状コントロールとリハビリ（自立とQOL向上）
④希望や生きがいの発見
⑤社会的孤立の回避
⑥介護者のレスパイトケア
⑦医療と社会ネットワークによる患者支援

広島と愛知における緩和デイケアプログラム

日本国内における緩和デイケアは，2004 年に広島県が緩和ケアの拠点とすべく緩和ケア支援センターを設置し，その一環としてデイホスピス（日帰りサービス）モデル事業を始めたことに端を発する。筆者はその開設に関わり，イギリス方式を取り入れた。そして，2008 年には愛知県がんセンター愛知病院における緩和デイケア試行にも関わり，その動きは周囲の理解を得て拡大して

表３　デイホスピスのスタッフ構成

メインスタッフ	デイコーディネーター１名，ホスピス医１名，看護師２名，看護助手１名，医療ソーシャルワーカー１名，理学療法士１名，ケアワーカー１名，秘書１名
サブスタッフ	ホスピススタッフ兼任：医療ソーシャルワーカー１名*，チャプレン１名**，栄養士１名，作業療法士１名*，補完療法（リンパドレナージ看護師１名，アロマセラピスト１名，アートセラピスト，クリエイティブセラピスト，ヘアドレッサー１名）
ボランティア	さまざまな元職業人（陶芸・音楽・美術・自分史・ポエム・語り・ボランティア講師，理・美容師，ネールケアレディ等），登録者 80 名（曜日ごとに交代で活動）

*作業療法士や医療ソーシャルワーカーは，必要に応じて患者宅へ出向く　**チャペルサービスへの参加

表４　看護師の役割

①患者のヘルスニーズをアセスメントし，適宜，専門職につなぐ
②コミュニケーションを図り患者との信頼関係を築く
③患者の恐れや心配事について特定できるよう関わり，心身ともに安らぎを得られるよう関わる
④家族内の困りごとに対する状況を改善するために一緒に考え，求められたら提案する
⑤看護ケアの実際を通して支援する（例：包交，自壊創のケア，入浴など）
⑥ホスピス内のケアマネジメントと地域緩和ケアチームとの連絡・調整役となる
⑦ケアの必要に応じてホスピスの各専門家にコンサルトする
　たとえば･･･スピリチュアルペインではチャプレン
　　・身体面の苦痛は医師
　　・子どもや家族のことにはソーシャルワーカー

表５　デイホスピス利用基準

①専門的緩和ケアを必要とする疾患を有していること
②潜在能力の最大化，自立性の維持，可能なQOLの保持のために身体的・心理的サポートを必要としていること
③患者・介護者にレスパイトが必要であること
④移動に耐えうる身体状態であること

デイホスピス利用患者はかかりつけ医の管理下にあり，必ず担当かかりつけ医の許可を必要とする。
診察やデイトリートメントなどについてはかかりつけ医に報告する。
緩和ケア医・薬剤師の役割は，症状の対処と専門的アセスメントに基づいたアドバイスのみである。

表６　聖クリストファーホスピスのデイホスピスの概要

開設日/時間	月曜日～金曜日　10:00 ～ 15:00
運営	1 日最大利用者：20 名ほど
プログラム内容	医療・介護プログラム，創作・芸術・音楽など
参加者	がん患者，ALS 患者，その他希望者
利用料金	なし
送迎	ボランティアドライバーによる送迎

実働し，さらに，地域緩和ケアセンター建設に至り，2014 年，利用開始となった。これら２つの緩和デイケアの実践について，詳細は後述するので参照されたい。

緩和デイケアは，病院と在宅をつなぐ中間的な位置で役割を担い，患者が病とともに歩む経過において必要とされる支援システムと考える[10)]。日本の緩和デイケアは始まったばかりであるが，緩和ケア領域の専門職に課せられる役割は多大である。日本型のスタイルで，人生の最終章までより良い緩和ケアが提供されるように望まれる。

わが国のがんサバイバーの軌跡とこれから

がんとともに歩む人々の健康に対する関心は高く，病を抱えながら“いかに生きるか”を考えている。そこに真剣に向き合う医療が必要となって

表7　デイホスピスの1日の流れ

9：30 ～	スタッフミーティング（開始前 15 分間） ・コーディネーターによる利用者の状況報告
10：00 ～	ボランティアドライバーによる送迎 利用者の到着 ティーサービス（ビスケット） 家での状況把握 当日参加メニューの希望確認 看護師は必要に応じて各職種に連絡をとり，適切な支援の提供
10：20 ～	症状モニタリング：痛みや他の症状 心理社会的，スピリチュアル面のアセスメントとサポート リハビリテーション：緩和リハ，階段昇降，歩行器，車椅子など デイトリートメント：創傷ケア，リンパドレナージ，マッサージ，入浴など 日替わりプログラム：創作，絵画，ポエム，朗読，読書，陶器づくりなど
11：30 ～	食前：軽いストレッチ，呼吸法，瞑想など，ドリンクサービス
12：00 ～	昼食：日替わりメニュー：食前酒サービス，ジュース類，スイーツ
13：00 ～	娯楽の時間：ソファ休憩，午前中の続き，語り合いなど ピアノコンサート，近隣小中学生の訪問，クイズ，リラクセーションなど
15：00 ～ 15：30	ティーサービス ボランティアドライバーによる送迎，帰宅 スタッフミーティング（終了後 15 分間）・利用者の参加状況

＊週 1 回多職種合同ミーティングを開催　＊プライマリ・ケアチームとの連携と報告

いる。がんサバイバーの軌跡では，さまざまな病期にあって直面する課題に対峙しながら，より良くあり続けること“well-being”を支えることにある。これらを実現するには，早期から緩和ケアを導入し心身の苦痛を和らげることができればQOLが向上し，がんとの共生も可能になると考える。がんサバイバー“がんと診断された人”は，診断期・治療期を経て完治する場合もあるが，慢性期・再発期を経て終末期に移行する場合も多い。その経過は，がんの進行度や病期，性別・年齢によっても異なる。診断期において，患者は診断を告知され，ショックや否認の気持ちを拭えないなかで治療法を決定しなければならない状況があり，治療に対する意思決定への支援が重要となる。治療期は，患者にとって治療の副作用症状を耐え心身をもちこたえる闘病の時期で，実際に効果的な症状マネジメントを要する。慢性期にあっては，治療後の回復を実感し，自分らしさを取り戻す時期である。再発期においては，その告知に大きなショックを受けながら，さらなる治療の可能性とその選択に迷い，日常生活に折り合いをつけながら予後を覚悟しつつ苦悩する。複雑

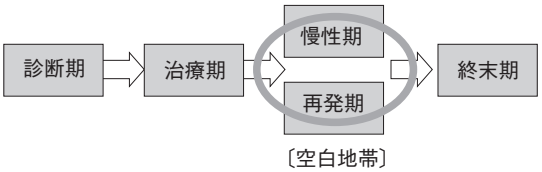


図4　がんサバイバーの軌跡

な心理が交錯する状態で，さまざまな立場や機会から多面的に支援を受けることが必要となる。終末期は，およそ死の2カ月前から急激にADLが低下し介助を要し，疼痛や倦怠感などの諸症状が著明となり，症状マネジメントが最も求められる時期である。そして，その人が望む場で自分らしく生き抜くための支援が重要となる。がんと診断されて以後，がんサバイバーが辿る軌跡の特徴に沿い，適切な支援が提供されることが望まれる。

積極的治療から終末期ケアに移行する慢性期と再発期において，がんサバイバーは，治療や療養場所の選択，完治を目指せない絶望感や将来への希望を失うなど難しい局面に置かれている。しかし，この時期のがん医療における支援体制は薄く，空白地帯（**図4**）とも表される。この時期は，

病とともに精一杯生きる人々の生を支える仕組みづくりとして，生きる力を育みながら，今を生き抜く方略をつかめるよう，より多面的なサポート体制づくりが不可欠となる。がん医療においては緩和ケアの手腕が必要とされ，緩和ケア病棟，病院における緩和ケアチーム，在宅緩和ケアチームによる在宅ホスピスと体制が整備されてきた。そして，新たな「通所型」の緩和デイケアが，緩和ケアサービスの一環として空白地帯を埋めることができるか，医療サービスの質が問われる。次節以降，がん患者サロン，地域在宅医療が担うデイホスピスについて取り上げ，日本的なあり方を探っていきたい。

文　献

1） 国立がん研究センターがん対策情報センター：最新がん統計〔http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html（2015.12 引用）〕
2） 有賀悦子：がんサバイバーを支える緩和デイケア・サロン．p.6–9，青海社，2015
3） Eve A, Smith A M. Tebbit P：Hospice and Palliative Care in the UK 1994-1995, including a summary of trends 1990-1995. *Palliative Medicine* **11**（1）：31–43, 1997
4） NHS：National Health Service　Act：1948
5） Saunders C：Changing the Face of Death. *Religious and Moral Education Press,* p9–10, 1985
6） Hearn J, Myers K: Palliative Day Care in Practice. *Oxford University Press*, 2001
7） Wilkes E, Crowther AG, Greaves CW：A different kind of day hospital for patients with pre-terminal cancer and chronic disease. *British Medical Journal* **2**：1053–1056, 1978
8） Faulkner AH, Egerton HP, Sykes N, et al：Hospice day care：a qualitative study. Trent Palliative Care Centre and Help the Hospice Sheffield, 1993
9） 阿部まゆみ，安藤詳子：がんサバイバーを支える緩和デイケア・サロン．青海社，2015
10） 阿部まゆみ：英国の緩和ケアサービスから学ぶ支援体制とわが国のこれから．内科　**12**：1439–1444，2013

2. がん患者サロンの経緯と現状，および展望

安藤 詳子
（名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻）

21 世紀幕開けから動き出した「がん患者サロン」

がん死が日本における死因 1 位になった 1981 年，日本初のホスピスが聖隷三方原病院に開設された。政策は 1984 年から 10 カ年戦略が 1 次・2 次と動き，病院において 1990 年に緩和ケア病棟，2002 年に緩和ケアチームに関する制度が成立した。また，急テンポに超高齢社会に突入したわが国では，地域在宅医療と介護における改革を迫られ，医療保険と介護保険を組み入れながら多様な制度を駆使してきた。

散乱する多大な課題に蠢くがん医療の中で，21 世紀が幕を開け，前稿に記述されている通り，セントクリストファーホスピスでデイホスピスを学んだ阿部まゆみ氏によって，イギリス型緩和デイケアの実践が報告された。本書に紹介されている医療法人パリアンが，英国デイホスピスを参考にサロンを開始したのは 2003 年である。また，サロン「つむぎの路」は，2003 年に設立された在宅ホスピスボランティア団体の広島・ホスピスケアをすすめる会によって開始された。患者や家族が本音を語れる交流の場として，がん患者サロンを自発的に開設する動きの始まりであった。そして，2004 年，イギリス型緩和デイケアプログラムを取り入れた緩和デイケアが，広島県緩和ケアセンターに設置され，全国から医療職や患者会・ボランティアメンバーが見学に訪れ，おのおのの事情に合わせたサロン開設への動きが波及した。緩和デイケアプログラムは，緩和ケア病棟設置基準に加味されることはできず，制度化への流れは苦渋し，まずはできることからと，見切り発車で「がん患者サロン」が多様なスタイルで動き始めていった。

2004 年，10 カ年戦略は第 3 次が動き，さらに 2006 年，自身ががん患者であった 1 議員の発言に触発された「がん対策基本法」が成立，2007 年「がん対策推進基本計画」が策定され，目標には「がん患者や家族等が，心の悩みや体験等を語り合うことにより，不安が解消された，安心感につながったという例もあることから，こうした場を自主的に提供している活動を促進していくための検討を行う」という点が明記された。そして，本書内に紹介されている岡山済生会総合病院「サロンさいせい」や岩手医科大学附属病院「がん患者・家族サロン」の例に見るように，2008 年「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に伴い，サロン開設に動いた病院は多い。

利用者ニーズに合った多様なスタイルで広がる「がん患者サロン」

現在，がん患者サロンは，市民による街の中のコミュニティサロン，地域クリニックや訪問看護ステーションにおけるサロン，がん診療連携拠点病院などの院内サロン，大学キャンパス内サロンと実に多様なスタイルで広がっている。しかし，国内で活動しているすべてのがん患者サロンを網羅するデータはない。筆者が 2012 年にがん診療連携拠点病院 15 施設に聴き取り調査[1] を実施した際，回答内容から「がん患者サロンの実施要件」として 4 領域（**図 1**）を抽出し，その構図を基に質問紙調査を郵送法で実施した結果，154 病院の有効回答を得ることができた（**図 2**）。

その実態を見ると，先駆的にサロンを開設したがん診療連携拠点病院は，“患者の要望”に応え

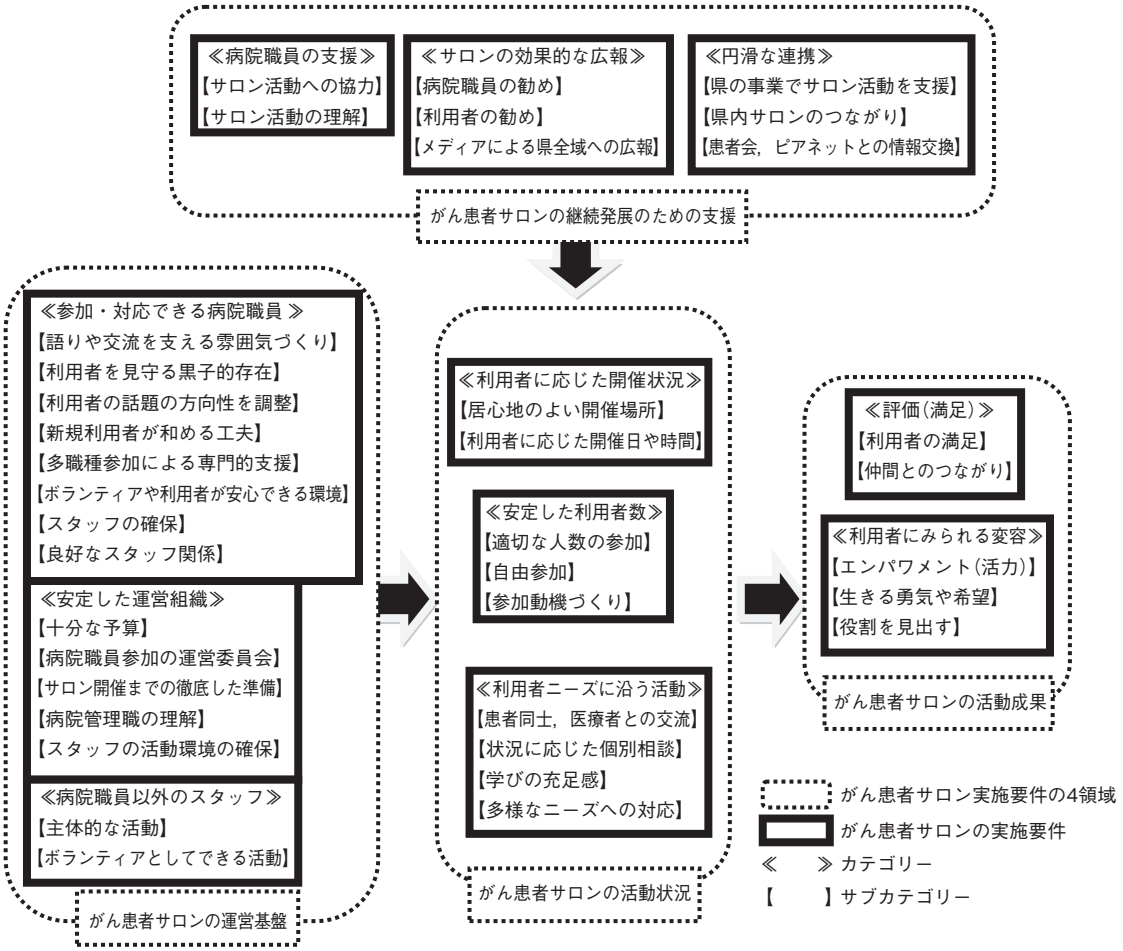


図１　がん患者サロンの実施要件

て動き始めたが，その後は，職員が患者の意見を身近に聞いてサロンを発案し，政策や病院組織の後押しがあって開設された場合が多い。予算や運営委員会などの管理運営の体制が整っている施設は半数程度である。月に１回２時間ほど，１回に4～10 人の参加者で，女性・60 歳代が多い。話題は，生活のこと・身体症状・今後の不安・治療内容・医療者との関係・家族や友人のこと・医療情報などである。サロンに関わるおもなスタッフは看護師や MSW が多く，がん体験者・ピアサポーターや家族・ボランティアの活動によって支えられている場合もある。サロン進行役に求められるおもな役割は，雰囲気づくり・黒子的存在で見守る・話題の方向性の調整・支援内容のキャッチ・新規利用者が和める工夫をする，などである。調査結果の解析によると，特に話題では「家族のこと」，進行役割では「黒子的存在で見守る」が，参加者の自己変容と関連して重要であることが示唆された。

サロンでの参加者交流の効果は，心身共に安全な場において理解してもらえる医療者や仲間と素直な思いを話し合うことにより，心理社会的苦悩が緩和されることにあるといえる。

ボランタリーによる支え合う関係性に着目して発展する「がん患者サロン」

前述の調査[1)]によって分かった実態から院内がん患者サロンについては，以下の点を考慮することが望ましいと考えられる。

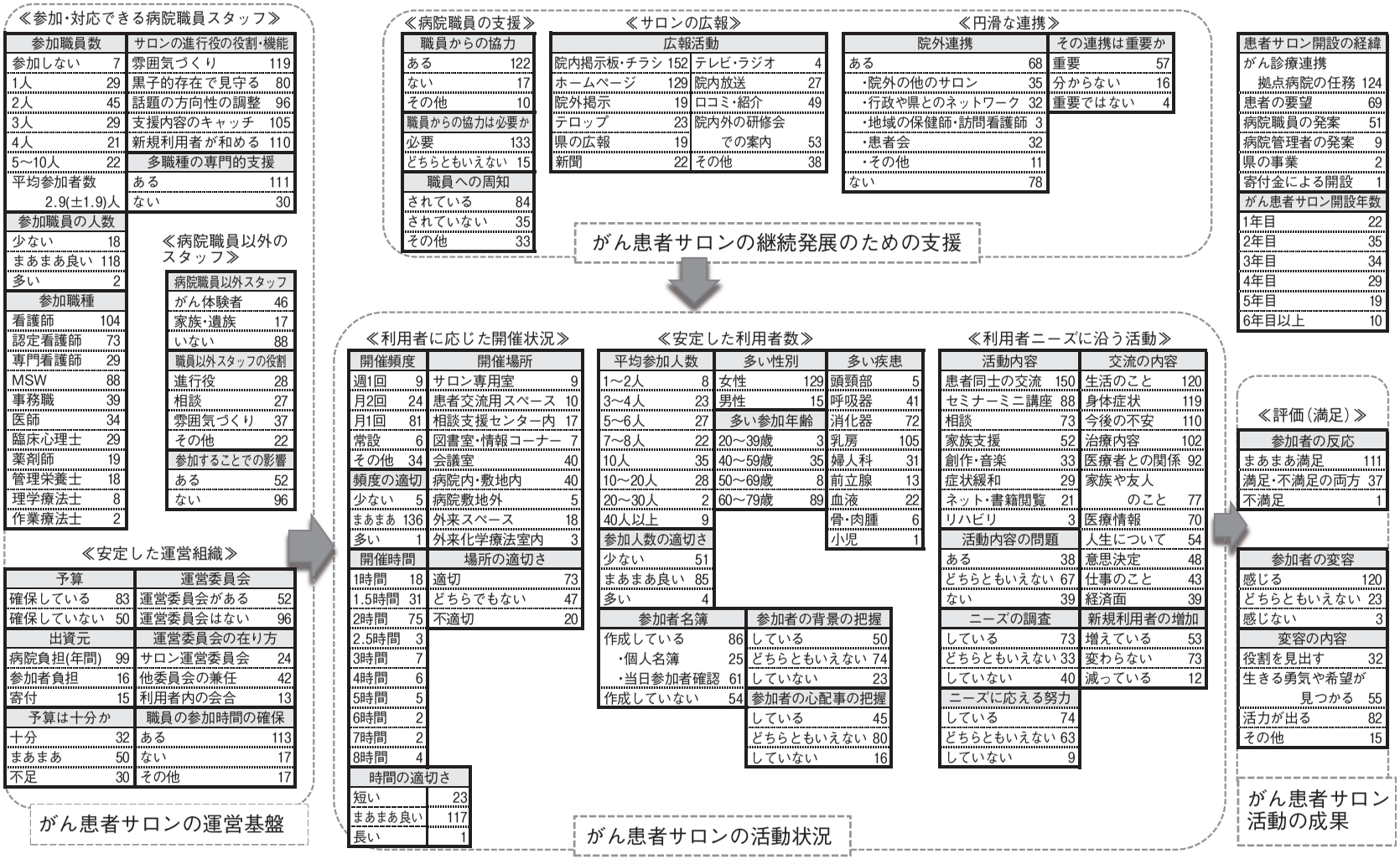


図２　がん診療連携拠点病院における「がん患者サロン」の実施要件からみた全国実態調査の結果　n=154

1．病院職員や予算などの安定した運営を基盤とし，看護師やMSWが進行役となって黒子的存在で関わり，がん体験者がサロンの実際に関わる場合は，過負担を防ぐ医療者側の配慮を要する。

2．サロン利用者数を安定化し，利用者ニーズに沿う開催方法と活動が必要で，家族に関する話題は重視する。

3．サロンの成果として利用者のエンパワメントや変容と満足が期待される。

4．サロンの継続発展には病院職員の理解と協力や行政・地域との連携を必要とする。

以上の4点にまとめられた。これらは，がん診療連携拠点病院の実態調査から見出した方向性であるが，運営主体が異なっている場合でも，類似して応用されるといえよう。今や，院外にて，コミュニティで，ボランタリーな動きが活発になっている。がん体験者である患者や家族などボランティアのサロンへの関わりについて，第二期がん対策推進基本計画にも言及されているように，ピアサポーターとして支え合うことができる関係性に着目して，医療者が臨床において培ってきた実践知と融合的に関わりサロンを運営していく方向性を探求することが求められるであろう。

文献

1） 藤本喜久恵，阿部まゆみ，光行多佳子，他：がん診療連携拠点病院15施設に対する聴取調査によるがん患者サロン実施要件の検討．死の臨床 **37**（1）：125–130, 2014

3. デイホスピス制度策定の経緯と現状，および展望

矢津　剛
（矢津内科消化器科クリニック）

背景とデイホスピスの内容

近代ホスピス運動は，「医療の中に取り込まれる管理化された看取りから自分らしさを取り戻し，疼痛緩和など全人的ケアを受け，尊厳ある人生を全うできるよう支援するコミュニティーづくり」であった。わが国のホスピス緩和ケアの歴史においては，延命主義あるいは抗がん剤至上主義を是正するためにおもにがん患者を対象とした緩和ケア病棟が創設された。したがって病院医療者による緩和ケアが主となり，地域における生活支援やレスパイトケアは2000年以降，在宅ホスピス緩和ケアにおける介護保険サービス・コミュニティーケアに委ねられた。

末期がん患者の介護保険適応は2006年に40歳以上に繰り下げられたが，多くの末期がん患者は死前期まで比較的ADLは保たれているため，認定が下りるのは急激にADLが低下する死の数週間前ということが多く，実際には要介護2程度のサービス量を短期間に使用されるに過ぎない。またADLが低下してからの介護保険認定には1カ月ほど要するため，暫定的にサービスを導入しても利用できる期間は限られ，サービスが間に合わないケースも多い。さらに，40歳未満の末期がん患者は介護保険すら受けられず，幼子を抱えながら末期がんと向き合わなければならないケースもしばしばある。

一方，2007年に施行された「がん対策基本法」により，患者・家族の生活の質の向上と療養環境の改善，在宅療養の推進がうたわれた。それに伴う在院日数の短縮は，がんになっても安心して暮らせる地域の受け皿と社会構造のうえに成り立つものであるが，介護者の高齢化・独居所帯の増加や核家族化による介護力の低下，通所やショートステイなどのレスパイトケアが常に必要な患者の増加のため，地域緩和ケアの普及はいまだ十分ではない。そのため，地域に取り残され孤独な生活を送る末期がん患者やまれな疾患のため周囲の人々に共感や理解を得られない難病・若年末期がん患者および家族は，情報提供や相談支援の場を求めている。

デイホスピスは，このような患者と家族に対し，①傾聴してもらえる場の提供，②在宅療養の情報などの提供，③相談支援，④グリーフケア，⑤レクリエーション，⑥生活支援としての食の提供，⑦メモリアルイベントやアイテムの作成，⑧アート療法，⑨音楽療法，⑩リラックステラピー（マッサージ），⑪回想療法などを提供するとともに，⑫同じ境遇の方々と接することでセルフヘルプの役割も満たすことができる。もちろんADLが低下した場合は介護者を休ませる，⑬レスパイトケアや医療ニーズを満たす緩和ケアも重要な要素となる。

欧米・オセアニアや先進的アジア地域では，デイホスピスは基金によって運営されている慈善団体や財団等により地域緩和ケアの一部として機能し，一般的に認知されている制度であるが，わが国では現在デイホスピスは有志のボランティアあるいはモデル事業や期限付きの補助金事業の数少ない活動でしかなく，いまだ地域緩和ケアのリソースとして広く認知されるものではない。

通所緩和ケアという新しい概念と対象者

通所緩和ケアの広い概念としては，「がんカフェ・デイホスピスなどを利用するADLが自立

している患者から，ADL が低下した要介護 5 までの患者を含む対象者に緩和ケアを通所で提供すること」と言える。対象者を大きく分けると，①介助なく通所できる ADL の保たれた患者と，②介護保険で要介護 2 程度以上の ADL の低下した患者に分かれる。したがって，通所緩和ケアのプログラムも，前者には相談支援やレクリエーションが主となるが，後者では生活支援や介護・医療支援が主となる。

介護保険制度と通所緩和ケア

2000 年，わが国において介護保険制度が開始され，一部のデイケアやデイサービスにおいて末期がん患者の受け入れがなされた[1)]。2003 年，医療法人パリアンは「通所看護」として末期がん患者の日帰りデイケアを訪問看護ステーションが主体となって試験的に施行した。「通所看護」については，当初医療保険制度に組み込むことが想定されたが，医師がおらず，設備も整っていないところで医療行為を行うのは問題ということで，最終的には 2006 年の介護保険法改定により，訪問看護ステーションを活用した多機能サービスとして「療養通所介護」の制度が設立された。この制度は基本的に重度者の緩和デイケアであり，自宅に閉じこもりがちな末期がんや筋萎縮性側索硬化症（ALS）などの難病患者に自宅外の空気を吸ってもらい，家族に休息を提供する制度として有用であった[2)]。しかしながら要介護 2 程度以上の介護度のためほぼ寝たきり状態にあることで，ストレッチャー搬送にマンパワーが必要となり，リスクも伴うこと，看護師を主とする手厚い人員配置の割には少ない介護保険報酬などが原因し，なかなか普及していない。また，緊急時のショートステイ機能を持ち合わせないことで重度者のレスパイト機能が不十分な点も指摘される。

2012 年の介護保険改定では「訪問看護」と「小規模多機能型居宅介護」を組み合わせて提供するサービスとして「複合型サービス」が創設された。緩和デイケアとショートステイが随時利用可能であり，突発的なレスパイトに対応できる。そして，提供するサービス内容を分かりやすくするために，2015 年度介護報酬改定で「看護小規模多機能型居宅介護」（以下：看多機）に名称が変更された。看多機は 45 都道府県に 218 事業所が指定を受け，運営している（2015 年 4 月末）。制度創設から 3 年で 218 事業所は決して多いとはいえない数であるが，着実に必要性が理解され，看護と介護の協働での看取りケアまで行うことが可能である。一方で，「看護職・介護職の確保が難しい」「看多機の運営が難しい」「行政や医療機関，地域住民の周知・理解が進んでいない」という課題もある[3)]。いずれにしても，病院からのスムーズな移行ができ不必要な入院を避け，顔見知りのスタッフと最期まで付き合うことでストレスを軽減し，在宅ホスピス緩和ケアの有用な切り札となりうる制度である[4)]。

保険制度で制度化が困難なデイホスピス

一方で，ADL が自立した患者のデイホスピスのシステムをどの制度に組み込むのかは非常に難しい。そもそも医療行為が主ではなく，看護・介護・ソーシャルワーク・心理カウンセリング・レクリエーションが同時になされることが医療保険に馴染まず，先に述べたように ADL が保たれた患者は介護保険にも馴染まない。しかし，デイホスピスは早期退院の受け皿になり，家族のレスパイト，地域かかりつけ医の支援にもなる制度である。地域包括ケアが叫ばれる中，地域支援事業として市町村が運営することも可能であろうし，非営利組織（NPO）が補助金などを利用しながらボランティア主体で運営するケースも今後増え続けるであろう。ちなみに海外のホスピスケアにおいては，地域に根付いたデイホスピスケアが緩和ケア病棟よりも数多く存在する。海外の多くの施設が地域住民からの寄付や基金で運営費の 50% 以上が賄われている。今後，医療保険制度や介護保険制度の財源が危ぶまれる時代がくるものと思われるが，最期の自分の命は自分たちで守る姿勢が必要であろう。

さらに，デイホスピス制度はがん患者だけのものでもない。新生児から高齢者まで理不尽な高度障害に見舞われる場合，自宅で過ごしたとしても

人工呼吸器を抱えて外の世界に出かけることは難しい。外の風景を眺め，記念の品をつくり，家族以外の人々と交流する，家族も昼間の数時間でも介護から解放されることは生き甲斐づくりであり，地域のホスピス文化の創造といえる。

福岡県では，行政が2007年より在宅医療推進事業の一環として在宅ホスピス事業を行ってきた。介護保険適応外のADLが比較的自立したがん患者や40歳未満の末期がん患者，小児重度心身障害児を対象に京築地域の1拠点で施設デイホスピスを運営するとともに，「出張デイホスピス」と称し，月2回程度の頻度で地域の公民館などを利用し看護職・介護職・音楽療法士を派遣しプログラムを実行することが可能であった。このことは，高額なハード（建物・施設）を建築しなくても，ソフト（人材・プログラム）を駆使し地域を巡回しながら在宅緩和ケアを支援するデイホスピスを運営できることを意味する[5]。

最後に，デイホスピスが地域住民に認知され，終末期患者や難病患者が残された時間を地域で過ごし，デイホスピスの場で地域コミュニティーの人々に「命のメッセージ」を発信することを期待したい。

文献

1) 花田由美，石橋由美，愛甲大介，他：介護保険デイケアを利用したデイホスピスについて．ホスピスケアと在宅ケア **10**（2）：119–119，2002
2) 高辻　奏，片山泰代，矢津　剛：デイホスピスをめざす療養通所介護サービスにおいて―利用者さん同士が生み出す不思議な空間とコミュニケーションについて．ホスピスと在宅ケア **16**（2）：109–109，2008
3) 沼田美幸：3年間の情報収集から見る看多機の実態と課題．コミュニティケア **17**（12）：10–17，2015
4) 愛甲大介，白川美弥子，矢津　剛：複合型サービスにおける緩和ケア―矢津内科消化器科クリニック，複合型サービスひと息の村，ひと息の村訪問看護ステーション．第19回日本緩和医療学会学術大会抄録集．p426，2014
5) 白川美弥子，成瀬　昴，片山泰代：福岡県京都医師会デイホスピスパンフレット作成委員会：ともに泣き，笑って支えあう緩和ケアの実現―はじめようデイホスピス．勇美記念財団在宅医療助成記録物．2011

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動
A. 広島県緩和ケア支援センターのデイホスピス

本家好文[*1]　亀井典子[*1]　阿部まゆみ[*2]
（[*1] 広島県緩和ケア支援センター　[*2] 名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻）

広島県緩和ケア支援センターの機能

広島県では県内の緩和ケアを推進する拠点として，2004 年 9 月から広島県緩和ケア支援センターの運用を始めた。当センターでは情報提供，総合相談，研修，地域連携の 4 つを柱として，地域の連携体制を構築して在宅緩和ケアを推進することや，緩和ケア病棟や緩和ケアチームを中心とした施設緩和ケアを充実させること，緩和ケアを担う人材の育成を重点的に取り組んでいる。

具体的な事業内容としては，

①緩和ケアに関する情報収集，情報発信事業：緩和ケア支援センター内に情報収集室（図書室）を整備して，専門書や一般書などが閲覧できるようにした。患者家族や医療者がインターネットによる情報収集ができるスペースも設置している。

②患者家族および医療機関などを対象とした相談事業：がん医療全般に関すること，緩和ケアに関すること，症状緩和に関すること，療養場所の選択に関する相談に対応している。

③医療・福祉・介護関係者などを対象とした研修事業：緩和ケアに関する知識・技術を習得するために，医師・看護師・薬剤師・ケアマネージャー・介護職などに対する研修を実施している。基礎的な知識を学ぶコースから専門的な知識を習得するコースまで，地域の要望に応えながら研修プログラムを実施している。

症状マネジメント・チームアプローチなどの知識を学ぶ講義に加えて，コミュニケーションスキルなどの実践的な技術習得のためのプログラムも実施している。

④地域連携を推進するための事業：緩和ケアを推進している二次保健医療圏域にアドバイザーを派遣して講演会を開催したり，事例検討会などを通じて具体的な課題解決法を学び，地域緩和ケアの推進を行っている。

また在宅緩和ケアを推進する事業の一環として，在宅療養中の患者をおもな対象として「デイホスピス」を実施している。

デイホスピスの実践

1. デイホスピスが求められる理由

がんの積極的治療中や治療終了後に，自宅で療養している患者やその家族の QOL 向上を図るための支援プログラムとして，「デイホスピス」は有用と考えている。一般病院の在院日数が短縮化傾向にあり，早期の退院を迫られても，地域によっては訪問診療や訪問看護師などの資源不足もあり，十分な緩和ケアサービスが届けられていないこともある。地域によっては緩和ケア病棟設置にも物理的な限界がある。

自宅で療養しながら抗がん治療を受けたり，治療後に療養している患者の多くは，身体症状が悪化した場合の対応や，介護力が乏しい状況で日常生活を継続することに不安を感じている。患者だけでなく家族の心身も負担が大きくなり疲弊する場合がある。こうした状況を改善する手段のひとつとして，通院しながらケアを受ける「デイホスピス」機能が有用である。

2. デイホスピスの概要とその役割（表 1）

デイホスピスの役割は，通院で抗がん治療を受けたり，抗がん治療が困難になって在宅療養している患者が，デイホスピスを通して在宅療養を継続するために必要な支援を受けられるようにする

表１　デイホスピスの概要

《趣旨》
・がんを抱えながら在宅療養している患者が，同じ病をもつ人との交流や癒しの時間を通じて自分らしさを取り戻す場所である。
・がんになったことをマイナスばかりに考えるのではなく，心身のリハビリテーションを通して気持ちの充実を図って生活の質を高めることを目的にしている。
《対象》
・自宅・緩和ケア病棟・一般病棟で療養しているがん患者およびその家族
・医療機関に入院中で在宅療養へ移行する患者

対応内容：初回は看護面談を行い，ニーズに応じてプログラムを実施する（創作活動，音楽療法，アロマトリートメントなど）。
実 施 日：毎週火曜日・金曜日　10時～15時
利用方法：利用者，家族，医療関係者から電話で予約する。
利用料金：飲食は各自実費で準備する。
紹 介 元：県立広島病院の一般病棟，緩和ケア病棟，緩和ケア外来。その他の医療機関からも可。

表２　参加者数の推移

年度	実参加者数	延べ参加者数	内容
2004年度	—	—	ハンドブック作成
2005年度	30	326	
2006年度	33	518	
2007年度	3	106	
2008年度	4	53	
2009年度	17	90	一般病棟へ拡大
2010年度	23	119	
2011年度	11	66	
2012年度	7	60	
2013年度	8	60	
2014年度	16	93	
2015年度	4	33	

2015年度は10月末現在

ことである。専門職による「看護セラピー」「クリエイティブセラピー」などを受け，「心身を癒す空間」を提供し，総合的なサービスを提供して，QOL を高めて患者や家族の生き方を支える。また，療養場所を病院から在宅に移行しても，継続した質の良い緩和ケアを提供するためにも重要な機能と考えられる。

デイホスピスを通じて同じ病を抱えた人が触れ合いの時間をもち，作業療法などを通して孤立しないように援助すること。病状が説明されていない不安に対して，分かりやすく説明すること。患者が死について話したい時に，それを分かち合う時間をもつこと。家族がサポートを必要とした時に，支援が受けられることを保証する取り組みである。

3. デイホスピスの目標

緩和ケア支援センター開設と同時に，新たな緩和ケア提供の形としてデイホスピスをモデル事業として開始した。デイホスピスを利用して家族がリフレッシュできるようにしながら，在宅療養が続けられることを目標としている。

デイホスピスは在宅療養中の患者だけでなく，緩和ケア病棟入院中の患者も気分転換や人との交流，心身のリハビリを目的として利用している。デイホスピスでは病をもちながら過ごしている人との関わりを通して，孤立しないで安心を得ることができ，気持ちの安らぎにもつながる。

デイホスピスに参加することにより，病と向き合うだけの人生から，日々生きている実感を味わうことによって，自らの人生を肯定するプロセスを支えることになる。またライフレビューを通して充実感を味わい，次の世代へのメッセージを託したり，家族の絆を育む時間にもできる。

4. デイホスピスの実際（表 1）

デイホスピスには，週２回，がんとともに歩む人々が集う空間がある。デイホスピスは，年齢，性別，疾患や住んでいる地域も異なる人たちの憩いの場となる。

プログラムは語りの場を通して，がんと診断されてからの闘病生活に触れながら，お互いを知ることから始まる。利用者はおもにデイホスピス利用者との交流などを通して，疾患についての知識を深めていく。

また参加者とともに行う絵手紙や，音楽療法で懐かしい曲を聞いたり歌いながら時間を過ごす。ボランティアとともに季節の花をカンバスに描く人，好きな詩や朗読などを楽しむ人など，過ごし方はさまざまである。徐々に精神的な安定や日常

表３　デイホスピス実施状況

2004年度～2006年度：デイホスピスモデル事業として実施
2007年度～：県立広島病院がんサロンと協力して実施
2008年度～：各地域がん診療連携拠点病院の取り組みを推進
2009年度～：県立広島病院内の一般病棟や緩和ケア病棟,近隣の医療機関からの参加が増加
2012年度～：県立広島病院一般病棟から院内緩和ケアチームを通じての紹介が増加
2014年度～：一般病棟からの紹介が徐々に増加

の楽しみなどが表現されるようになり，孤独な状況からの解放と病気との向き合い方，日常生活の工夫などに変化が見られるようになる。

デイホスピスの実施状況

2004（平成 16）年 9 月からの 3 年間は，広島県緩和ケア支援センターのモデル事業としてデイホスピスを実施してきた。その 3 年間には，院内や地域に対してデイホスピスに関する広報や啓発活動を活発に行った。その後は緩和ケア支援室のスタッフとボランティアを中心に実践してきた。年度ごとの利用者数推移を（**表 2**）に示している。

また 2007 年からは，がん診療連携拠点病院である県立広島病院において，がん患者や家族の交流の場として「がんサロン」が設置され，毎月 1 回の学習会・交流会が開かれるようになり，デイホスピスと連携しながら開催している（**表 3**）。

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動

B. 愛知県がんセンター愛知病院 緩和デイケア・乳腺サロン

橋本　淳[*1]　渡邊 祥子[*1]　阿部まゆみ[*2]　安藤 詳子[*2]
([*1] 愛知県がんセンター愛知病院　[*2] 名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻)

当院の概要と緩和ケア活動の始動 ～緩和デイケアに向けて～

愛知県がんセンター愛知病院（以下，当院）は，愛知県のほぼ中央に位置する病床数276床の中規模の県立病院である。1954（昭和29）年に県立愛知病院として開設され，結核を含む呼吸器疾患を中心に診療にあたってきたが，がん診療機能を強化することとなり，2005年に愛知県がんセンターと組織統合して愛知県がんセンター愛知病院に改称され，2015年3月には地域がん診療連携拠点病院に指定された。西三河南部東医療圏（人口約41万人，高齢化率18%）をおもな対象地域としているが，この地域では一般病床数が，人口10万人あたり350床と，全国平均のおよそ1/2であり，入院病床の不足と在宅療養の推進が地域の課題になっている。

当院の緩和ケア活動は，2006年に緩和ケア病棟（院内病棟型20床）を整備したところから本格的に始動した。緩和ケア病棟を運営していく中で，外来患者に対して緩和ケアが十分提供できていないこと，在宅療養のための支援体制が不十分であることなど，いくつかの課題が明らかとなってきた。こうした課題に対応するため，「緩和デイケア」に着目し，名古屋大学医学部保健学科の阿部まゆみ特任教授，安藤詳子教授の協力・指導のもと，緩和デイケアの開発プロジェクトを計画することとなった。

外来がん患者のニーズ ～外来患者調査から～

緩和デイケアの開発にあたり，外来患者の療養ニーズを明らかにするために，2008年8～9月に外来通院患者1,085名を対象に質問紙調査[1)]を実施した。有効回答988名（91.1%）を分析し，自作の療養上困っていること10項目，気がかりに思っていること8項目，外来にあると良いもの15項目について検討した（**表1**）。

外来患者は，症状悪化時の対応，食事，気持ちの表現について困り，病気や症状の進行，治療，経済面について気がかりに思いながら，症状の相談，リラクゼーション，気持ちの表現の場を求めていた。背景要因との関連では，男性は日常生活，食事について困り，治療を気がかりに思い，経済面に関する相談を求め，女性は通院方法の相談，気持ちの表出や同病者との交流，リラクゼーションやリンパマッサージの場を求めていた。20～40歳代は，家族や経済面に関する相談，気持ちの表出，リラクゼーションやリンパマッサージの場を求めていた。配偶者や同居家族がない場合，症状悪化時の対応，介護者・相談相手，通院方法の相談の場を求めていた。performance status（PS）の低い人は，療養生活を自分でしたくてもできないという気持ちを抱えながら生活し，症状軽減の方法や外出に関する相談の場を求めていた。また，患者の身体症状，精神症状，生活状況によって影響される療養ニーズが異なることが示唆された。がん患者は，他の患者よりも外出や食事について困り，病気の進行・症状の悪化が気がかり

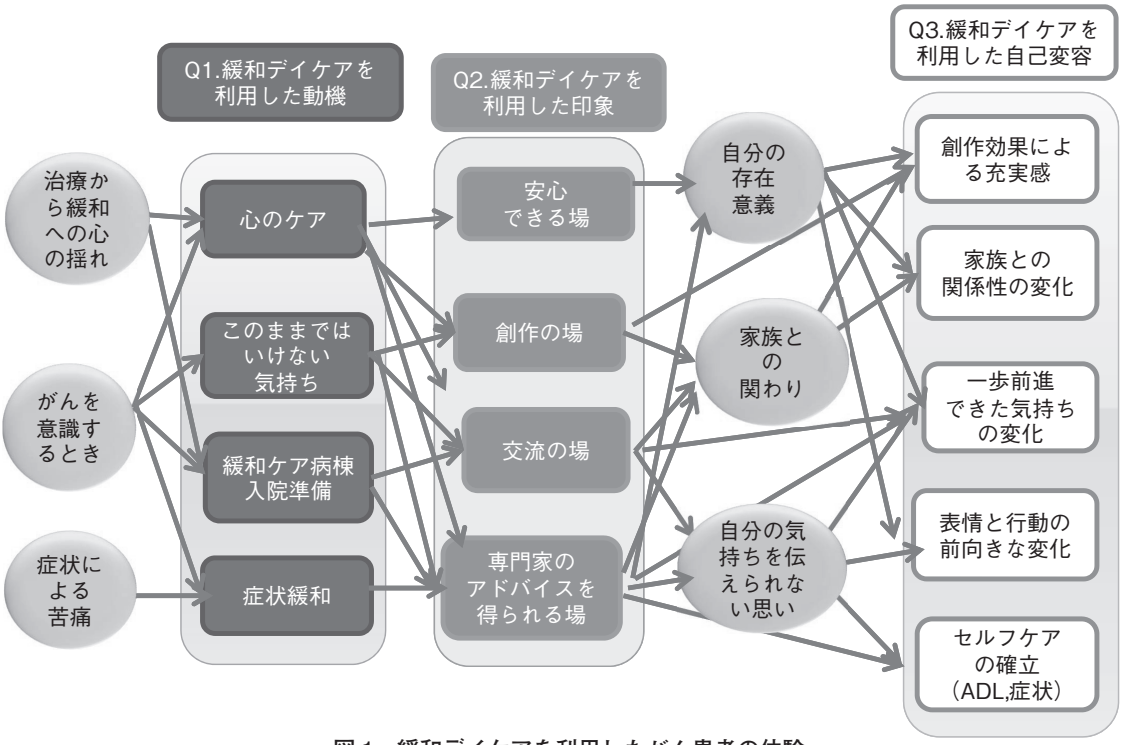


図１　緩和デイケアを利用したがん患者の体験

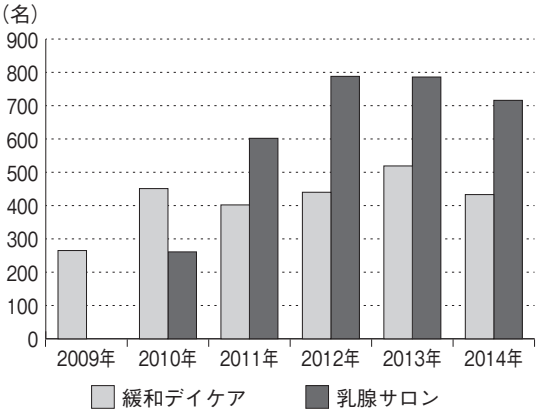


図２　緩和デイケアと乳腺サロンの利用実績

で，この不安を理解し合える仲間との交流や症状を軽減できるマッサージの場を求めていることが明らかになった。

緩和デイケアの試行

外来患者調査の結果を受けて，2008 年 11 月から週 1 回，木曜午後に緩和デイケアを試行的に開

表２　緩和デイケアの流れ（木曜午後）

時間	内容
午前中	会場設営
12:15	スタッフミーティング（医師・看護師） ・利用人数，サービス内容，スケジュール，ケア時の注意点，医療状況（酸素吸入・シリンジポンプ・内服管理）等の確認
13:00～	ボランティアミーティング ・看護師からボランティアへ利用者の状況と注意点を説明
13:30～	緩和デイケア ・医師による外来診察 ・看護師による利用者と家族の生活状況，困りごとの確認→状況により各専門スタッフによる個別指導 ・専門職（薬剤師・栄養士・MSW・理学療法士）による相談対応 ・ボランティアによる創作活動（パステル画，季節の小物作りなど），アニマルセラピー，季節の催し（例：お花見など）
15:00～	緩和デイケア終了　　片付け
15:15～	ミーティング（医師・看護師・ボランティア） ・デイケア内容の振り返り，必要により各連携部署への申し送り（ケアの橋渡し）
15:45～	利用者記録・看護記録等の記録（看護師）

表１　外来通院患者の療養ニーズと背景要因

療養ニーズ ＼ 背景要因		n(%)	性別	年齢	職業	配偶者	同居家族
1 療養生活上困っていること	①痛みや症状が悪化したときの対応など	179(18.1)			＊休＆無	＊なし	＊＊なし
	②薬が適切に飲めない	30(3.0)				＊なし	
	③日常生活が自分でできない	23(2.3)	＊男	＊＊70～90	＊＊休＆無		
	④外出したいが自分1人でできない	83(8.4)		＊＊70～90	＊＊休＆無	＊＊なし	
	⑤食べたいものが食べられない	87(8.8)	＊男		＊＊休＆無		
	⑥介護者がいない	38(3.8)				＊＊なし	＊＊なし
	⑦通院がつらい	54(5.5)			＊＊休＆無	＊＊なし	＊＊なし
	⑧相談する相手がいない	54(5.5)				＊＊なし	＊＊なし
	⑨自分の気持ちをうまく表現できない	87(8.8)		＊＊70～90	＊＊休＆無		＊なし
	⑩医療的ケアがうまくできない	13(1.3)		＊＊70～90	＊＊休＆無		
2 気がかりに思っていること	①現在の治療に関すること	194(19.6)	＊男				
	②病気や病状の進行に関すること	434(43.9)					
	③医師との関わり	65(6.6)					
	④看護師との関わり	11(1.1)					
	⑤その他の職種との関わり	2(0.2)					
	⑥家族とのこと	138(14.0)		＊＊20～40	＊就業		
	⑦経済面のこと	163(16.5)		＊＊20～40	＊就業		
	⑧仕事のこと	118(11.9)		＊＊20～40	＊＊就業	＊＊なし	
3 外来にあると良いもの	①症状を軽減させる方法の相談	210(21.3)					
	②薬の飲み方の相談	55(5.6)					
	③日常の生活に関する相談	115(11.6)					
	④外出に関する相談	33(3.3)			＊＊休＆無	＊なし	
	⑤食事に関する相談	145(14.7)					
	⑥家族との生活に関する相談	45(4.6)		＊20～40			
	⑦通院方法に関する相談	37(3.7)	＊女	＊＊70～90		＊＊なし	＊なし
	⑧気持ちを聞いてくれる場	184(18.6)	＊＊女	＊＊20～40			
	⑨同病者との話し合いの場	147(14.9)	＊＊女				
	⑩自分の家族を支える場	65(6.6)		＊＊20～40			
	⑪外来の診療に関する相談	64(6.5)					
	⑫経済面に関する相談	89(9.0)	＊＊男	＊20～40	＊＊就業		
	⑬リラクゼーションの場(マッサージや音楽など)	185(18.7)	＊＊女	＊＊20～40	＊＊就業		
	⑭リハビリテーション(歩行訓練や呼吸法など)	44(4.5)				＊なし	
	⑮リンパマッサージ	120(12.1)	＊＊女	＊＊20～40	＊＊就業		＊＊3人以上

※症状尺度:10(強い)～0(なし), 100点満点. 精神症状尺度:10(強い)～0(なし), 60点満点. 生活状況尺度:0(最悪)～10(最良), 80点満点

＜背景要因の群別人数＞　単位(人)

性別(*n*=986):男(*n*=411), 女(*n*=575)

年齢3段階(987):20～40歳代(203), 50～60歳代(478), 70～90歳代(306)

職業(977):就業中(358), 休業中＆無職(400), その他(主婦を含む)(219)

配偶者(982):配偶者あり(788), 配偶者なし(194)

同居家族(970):同居家族なし(62), 同居家族1人(278), 同居家族2人(224), 同居家族3人以上(406)

PS4段階(952):1.病気になる前と同じように振る舞える(560), 2.軽度の作業ができる(230),
3.日中の50%以上は起きて生活できる(97), 4.日中の50%以上は就寝している＆終日就寝を必要としている(65)

病名(944):がん(492), がん疑い(202), 非がん(250)

QOLの状況:「ケアノート」症状尺度(886), 精神症状尺度(942), 生活状況尺度(934)

n=988

PS	病名	症状尺度※			精神症状尺度※			生活状況尺度※		
		有りM(SD)	無しM(SD)		有りM(SD)	無しM(SD)		有りM(SD)	無しM(SD)	
**4		26.2(20.0)	11.8(13.5)	**	25.1(17.5)	13.2(13.4)	**	52.7(16.9)	62.3(15.3)	**
**4		29.6(22.5)	13.9(15.4)	**	19.6(17.2)	15.2(14.8)		53.7(18.5)	60.8(15.9)	*
**4		34.8(19.4)	13.9(15.4)	**	26.5(18.9)	15.1(14.7)	**	48.1(24.8)	60.9(15.7)	*
**4	*がん	31.0(21.2)	13.0(14.5)	**	23.6(19.3)	14.6(14.3)	**	49.0(17.7)	61.5(15.5)	**
**4	**がん	32.1(22.8)	12.7(13.9)	**	24.1(19.0)	14.5(14.2)	**	49.6(17.3)	61.6(15.5)	**
**2		30.1(19.6)	13.8(15.4)	**	28.2(18.9)	14.9(14.5)	**	44.7(20.1)	61.2(15.6)	**
**4		33.0(22.5)	13.2(14.6)	**	29.3(18.7)	14.5(14.2)	**	46.3(17.9)	61.3(15.6)	**
*2		25.0(19.6)	13.8(15.4)	**	27.9(18.2)	14.7(14.4)	**	42.6(18.8)	61.5(15.3)	**
**4		29.4(23.7)	12.9(14.1)	**	30.2(18.1)	13.9(13.8)	**	45.1(18.1)	62.0(15.1)	**
**4		33.3(23.6)	14.1(15.5)	*	28.9(21.9)	15.2(14.7)	*	45.0(22.6)	60.8(15.8)	*
**2		20.6(17.7)	12.8(15.0)	**	21.4(16.1)	13.9(14.2)	**	56.5(16.4)	61.6(15.8)	**
**2	**がん	18.0(17.1)	11.4(14.1)	**	19.4(15.7)	12.2(13.5)	**	57.6(15.9)	62.9(15.7)	**
		19.9(19.4)	14.0(15.5)	*	22.7(16.0)	14.9(14.7)	**	55.4(16.0)	60.9(16.0)	*
		25.8(26.7)	14.2(15.6)		27.6(19.2)	15.2(14.8)	**	52.8(19.7)	60.7(16.0)	
		67.0(21.2)	14.2(15.6)	**	51.0(5.7)	15.3(14.8)	**	29.0(18.4)	60.6(16.0)	**
		17.8(19.6)	13.8(15.0)	*	23.2(16.1)	14.1(14.3)	**	53.3(18.0)	61.8(15.4)	**
		20.6(19.1)	13.1(14.8)	**	22.7(16.5)	13.9(14.2)	**	51.0(17.2)	62.5(15.1)	**
		16.9(17.5)	14.0(15.6)		21.3(14.7)	14.6(14.8)	**	55.0(15.3)	61.4(16.0)	**
**4		19.4(18.9)	13.0(14.6)	**	19.8(16.7)	14.2(14.2)	**	57.9(15.8)	61.3(16.0)	**
		20.8(20.2)	14.0(15.5)	*	22.7(16.2)	14.9(14.7)	**	55.5(16.4)	60.9(16.0)	*
		18.1(20.5)	13.9(15.1)	*	21.1(16.8)	14.6(14.5)	**	57.0(17.3)	61.1(15.8)	*
**4		23.5(18.0)	14.1(15.7)	**	22.4(15.9)	15.1(14.8)	**	52.4(13.2)	60.9(16.1)	**
		16.0(17.3)	14.0(15.5)		17.9(16.5)	14.9(14.6)	*	58.9(16.2)	60.9(16.0)	
		19.5(19.2)	14.1(15.6)		24.7(16.4)	14.9(14.7)	**	52.7(18.2)	61.0(15.8)	**
*2		20.0(21.0)	14.1(15.6)		23.1(18.7)	15.1(14.7)	*	52.9(18.2)	60.8(15.9)	*
		17.3(17.3)	13.7(15.4)	*	24.4(16.2)	13.3(13.8)	**	56.0(16.1)	61.6(15.9)	**
*2	**がん	16.7(15.8)	14.0(15.8)		19.0(14.2)	14.7(15.0)	**	57.6(15.2)	61.1(16.1)	*
		20.1(17.5)	14.0(15.6)	**	22.5(15.9)	14.8(14.7)	**	57.1(16.9)	60.8(16.0)	
		15.0(13.6)	14.3(16.0)		17.5(13.7)	15.2(15.0)		59.5(13.2)	60.7(16.2)	
		17.5(16.3)	14.0(15.7)		19.5(15.8)	15.0(14.8)	**	51.7(16.1)	61.5(15.8)	**
*1		15.1(16.3)	14.2(15.7)		18.4(14.9)	14.7(14.8)	**	59.0(16.2)	61.0(16.0)	
*3		14.9(17.9)	14.3(15.7)		16.6(13.1)	15.3(15.0)		58.2(14.3)	60.7(16.1)	
*1	**がん	14.4(15.6)	14.4(15.9)		17.7(13.9)	15.1(15.0)		61.0(13.6)	60.5(16.4)	

有意確率　*p<0.05, **p<0.01

始した。当初は場所もないため，緩和ケア病棟のラウンジの一角を使用しての開催であった。医師，看護師，薬剤師，理学療法士，管理栄養士，ボランティアなどで運営したが，当初はどのようにすればよいのか手探り状態で，変に緊張した雰囲気の中で空回りしている感覚だった。利用を呼びかけても，緩和デイケアという名前から活動内容がイメージされず，また緩和ケア病棟で開催しているという抵抗感もあり，利用する人も少なく，参加者がひとりもいない日もあった。当時の緩和デイケア利用者10名に対してインタビュー調査を行った結果を**図1**に示す。この調査の結果からも緩和デイケアの意義が確認され，運営方法を試行錯誤しながら改善し，徐々に利用者も増加していった。

緩和デイケアの本稼働と乳腺サロンの開始

2009年7月から，院内の1室を改装して患者サロンとし，週1回緩和デイケアを開催することとなった。緩和デイケアは外来部門に位置付けられ，利用時には緩和ケア外来を受診し，体調や苦痛症状などの確認，必要に応じて検査，処方，他科へのコンサルテーションなども行った。看護師を中心とした多職種とボランティアが，利用者のさまざまな困りごとをサポートしつつ，患者同士の交流を促し，患者自身の自己効力感を高めるように関わった。また，リンパ浮腫に対するリンパドレナージや，これまでは困難だった外来患者の家族ケアにも介入できるようになった。

開催場所の変更などの影響もあり，外来患者の利用，特に乳がん患者が著しく増加した。乳がん患者は，患者同士の交流やリンパ浮腫のケアなどを期待しての参加で，比較的若年の方も多いため，活気のある場になったが，逆に，これまで利用していた進行がんの患者にとっては参加しにくい雰囲気になることも懸念された。そこで，乳がん患者のみを対象とした乳腺サロンを2010年6月から開催することとなった。乳腺サロンは，短期間に利用者が増加し，利用制限が必要な状態となった。緩和デイケアと乳腺サロンの利用実績を**図2**に，緩和デイケアの流れを**表2**に示す。

図3　地域緩和ケアセンターデイルーム

地域緩和ケアセンターの開設と現状

当院が，がん専門病院の道を進み始めて10年，緩和ケア活動についても，緩和ケア病棟から始まり，緩和デイケア，乳腺サロン，また地域へのアウトリーチを行う地域緩和ケアチームなどの取り組みに広がってきた。これらの活動が評価され，当院の緩和ケア活動の拠点として，2014年7月

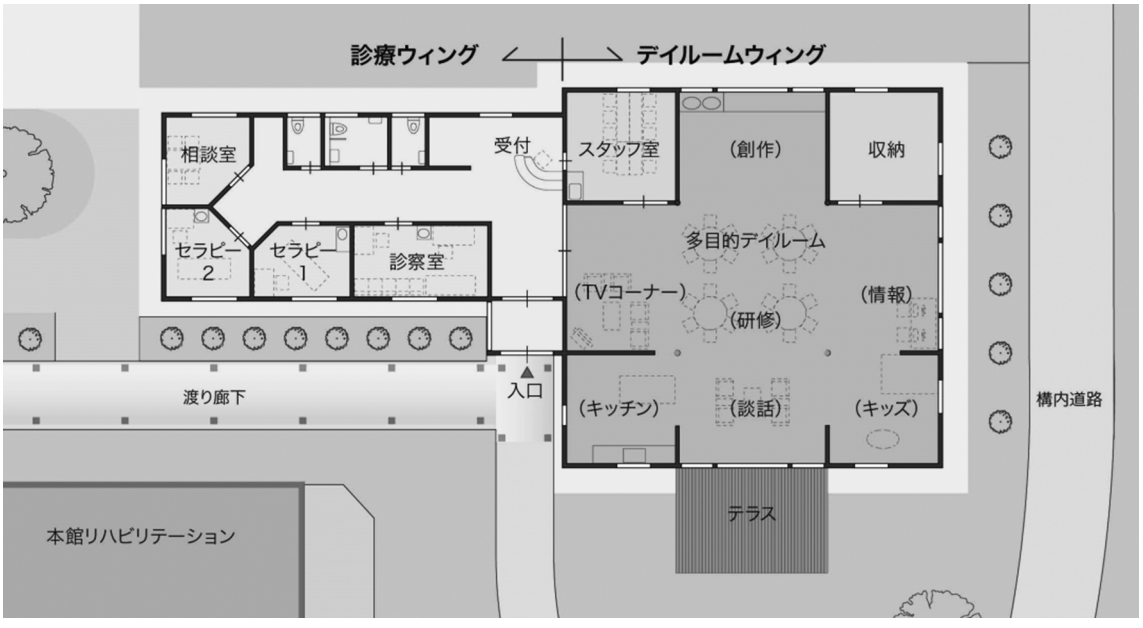


図4　地域緩和ケアセンター平面図

に地域緩和ケアセンター（以下，センター）を開設した。センターは，主として外来通院，在宅療養中のがん患者に，専門的緩和ケアを提供することを目的として計画された。木造平屋建ての明るく暖かな雰囲気の施設で，病院周囲の自然ともよく調和している。広々としたデイルームのほか，プライバシーに配慮した診察室，リンパドレナージを行うセラピー室，がん看護外来などを行う面談室などを備えている（**図 3，4**）。

センターが開設してから，緩和デイケア（週 2 日），乳腺サロン（週 1 日），緩和ケア外来とリンパドレナージは毎日利用できるよう拡大して運営している。プログラムはこれまでと同様だが，センターのもつ雰囲気や木の香りに癒されるといった声も多く聞かれ，環境の重要性を改めて認識した。収益の問題も懸念されたが，診療報酬改定によるがん患者指導管理料の算定や，リンパドレナージの自由診療化，外来，入院患者の増加などで何とか運営している。

多くの方の支援によってセンターを開設することができたことに感謝しつつ，今後も地域の専門職と連携し，療養場所にかかわらず，早期から切れ目のない緩和ケアを提供できる体制を整備し，がん患者と家族が安心して暮らすことができる地域づくりに努めていきたい。

文献

1）安藤詳子：平成 20～24 年度受託研究「愛知病院における在宅療養がん患者と家族のための緩和デイケア開発」成果報告書．2013

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動
C. サロン「つむぎの路」（広島県・竹原市）

大石 睦子[*1]　後藤みゆき[*1,2]
（[*1] 広島・ホスピスケアをすすめる会 竹原支部　[*2] 山口県立大学 看護栄養学部看護学科）

サロン開設までの経緯

『広島・ホスピスケアをすすめる会　竹原支部』は，住み慣れた家で最期を迎えられる街を目指す在宅ホスピスボランティア団体として発足した。当会は地域住民が中心となり，医師や看護師が連携して，がん患者と家族支援を行っている。2003年の開設以降，電話相談や訪問ボランティア，市民を対象にホスピスに関する啓発活動を展開しているが，活動の基盤は2007年から開始したサロン『つむぎの路』（以下，サロン）である。

サロンの特徴として，市民参加型のサロンであることから主婦を中心とする地域住民が活動の中心を担うこと，がん患者や遺族もボランティアとして参加することが挙げられる。

サロンの運用と実際

サロンの概要は**表1**に示す。

サロンの利用対象はおもにがん患者と家族（遺族）であるが，明確な対象は規定しておらず利用要件はない。また，サロンには既定のプログラムはなく，ボランティアと利用者（患者・家族）による手づくりの食事やお茶を楽しみ，皆で語り，笑いながら1日が終了する。体調不良や症状悪化などで患者のサロン利用が困難になると，自宅への訪問を行っている。

『つむぎの路』は患者教育や医療情報提供が中心のサロンとは異なり，患者や家族（遺族），そしてボランティアが心の底から本音で語り合うサロンである。何でも言い合えることを尊重するため，サロンでの話は口外しないこと，他者の話を批判しないことが厳守される。また，患者や家族が抱える心身の辛さや痛みは，同じ経験をした者同士だからこそ分かち合えるという環境がある。つまり，サロンには辛い思いや苦しい思いなど，“本音で話せる”“受け止めてくれる”仲間がいるからこそ，痛みや倦怠感を感じる場合でも，ここでは不思議と食事が摂れ，痛みが和らぎ，笑って過ごすことができると，われわれは考えている。

“死”の話もタブーではない。“三途の川の渡り方”や“葬儀の方法”について，患者とボランティアが笑いを交えて話すこともある。そして「死ぬ時は痛くないように，お願いね」との患者の言葉に，ボランティアは「大丈夫，そばに居るからね」と声をかける。患者の治療選択に後悔を感じている遺族に対して，ボランティアは「あなたの選択

表1　サロン『つむぎの路』の概要

場所	1) 広島・ホスピスケアをすすめる会　竹原支部事務局 広島県竹原市忠海中町2-5-3 TEL0846-26-3788 2) サロン開催場所 広島県竹原市中央1-8-22-101
実施時間	毎週木曜日　10～16時
利用対象者	がん患者，家族（遺族）
スタッフ	地域住民ボランティア（看護師や介護支援専門員等によるpro bono publico活動を含む），がん患者（サバイバーを含む），家族，遺族
送迎	原則なし（ただし，体調不良等で参加困難な場合は送迎を行う）
利用者負担	昼食費300円
運営費など	1) 市民からの寄付（金銭的な寄付，サロン開催場所の無償貸与） 2) 会員による会費納入 3) 手芸グループとバザーによる売上金（運営資金獲得のため，手芸グループのボランティアを有している）

は間違っていなかった，大丈夫」と背中をさする。このように，患者と家族，ボランティアが本音で向き合うサロンは，参加者それぞれの思いがあふれる場所であり，涙と笑いが絶えない。

これらのプロセスを経て構築された信頼関係は，訪問ボランティアへの導入となり，自宅で最期を迎えたいと望む患者・家族に対する支援につながっている。

事例紹介

ここで紹介する事例の患者（A 氏・C 氏）は，サロンで十分な信頼関係が構築された後に，訪問ボランティアとして支援を行った事例である。

事例 1

A 氏（60 歳代・男性・膵臓がん）は積極的治療を行わず，自宅で最期まで過ごすことを希望したが，妻（B 氏）は A 氏との死別を受け入れられず，積極的治療の継続を望んだ。

サロンに参加する中で，A 氏はたびたび「できることならば家に居たい」と話し，ボランティアも A 氏の希望を支援したいと考えていた。そのような中，A 氏は自宅で骨折し，入院となった。われわれは A 氏の希望に少しでも沿えるよう，たびたび病院を訪問し，妻の思いを聴くとともに，A 氏の希望と自宅へ戻るには今が最後の機会であることを妻に伝えた。しかしながら，治療を諦められない妻は，「良くなったら家に帰れるから」と，A 氏の在宅ケアを受け入れられず，夫婦の間では“死”や“お別れ”に関する会話がもたれなかった。妻の思いを察した A 氏は，「もういいよ，ありがとう」との言葉を残し，病院で逝去された。

A 氏の死後，妻は徐々に，自身が A 氏の思いに気付けなかったことに後悔の念を表出しはじめた。「夫の死を考えていたら，もっと夫婦の会話ができたと思う」「残された時間の過ごし方が違っていたかもしれない」と気付いた妻は，A 氏の死後，毎週サロンへ参加するようになり，ボランティアや他の患者と A 氏のことを話しては，涙を流す姿が見られた。そして，A 氏の死から数年が経過した現在，妻は自身の経験を活かし，サロンで家族の支援を行っている。

事例 2

C 氏（70 歳代・女性・肺がん）は，肺切除後の化学療法において腎機能が悪化し，血液透析が必要な状態となった。C 氏は「腎不全では死にたくない」と，透析を続けながら最期まで自宅で過ごすことを希望した。しかしながら，介護休暇を取って帰省した長女と 2 人で暮らす C 氏の自宅は，エレベーターのないアパートの 2 階である。1 人で歩くことも厳しい C 氏が透析を継続するには，まず，アパートの 2 階から 1 階へ降りる必要があった。

われわれはサロン以外の地域住民にもボランティアとしての協力を求め，C 氏が 1 週間に 3 回行われる透析を受けられるよう支援した。4 名のボランティアは C 氏が乗った車いすを抱えてアパートの 1 階から 2 階までの階段昇降を行い，C 氏は死亡直前まで透析を継続することができた。C 氏に関わったボランティアは 360 名（延べ人数），支援期間は 3.5 カ月であった。

※上記の事例紹介については，ご遺族より了承を得ている。

成果と意味

以上の事例から，当サロンのボランティア活動において，以下の成果や意義が考えられる。

①サロンにおける患者・家族とボランティアの信頼関係は，訪問ボランティアの導入を容易にする。このことは，最期まで自宅で過ごしたいと願う患者を支援する一助となる。

②患者だけでなく家族を含めた支援を展開している。患者の死後においても遺族の心理的支援を行うため，予期悲嘆からグリーフ・ケアまでを提供しているといえる。

現在，B 氏はボランティアとしてサロンに参加している。このように，サロンで活動する患者や遺族は，サロンの支援を受けた経験をもつ人々であり，“自分にできることがしたい”と，“支援を

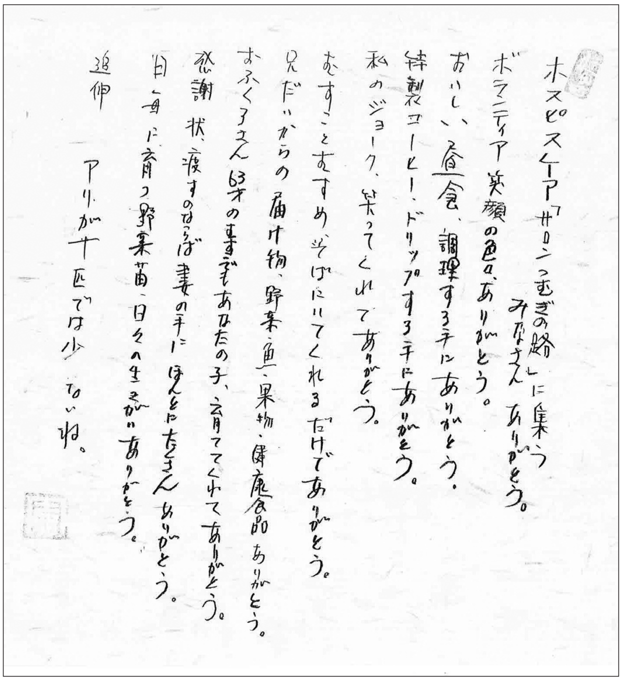

ホスピスケア「サロンつむぎの路」に集う
みなさん ありがとう。
ボランティア笑顔の色々、ありがとう。
おいしい昼食、調理する手にありがとう。
特製コーヒー、ドリップする手にありがとう。
私のジョーク、笑ってくれてありがとう。
むすことむすめ、そばにいてくれるだけでありがとう。
兄だいからの届け物、野菜、魚、果物、健康食品ありがとう。
おふくろさん 83才のいまでもあなたの子、育ててくれてありがとう。
感謝状、渡すのならば妻の手に ほんとにたくさんありがとう。
日毎に育つ野菜苗、日々の生きがいありがとう。
追伸 アリが十匹では少ないね。

図 1　患者さんが残したメッセージ

受ける者”から“支援を提供する者”となり，サロンで活動を行っている。

③事例 2 では，日頃サロンに参加しない地域住民や大学生がボランティアとして C 氏の支援に臨んだ。徐々にではあるが，地域にホスピスマインドが広がっていると思われる。

現状の課題と今後の歩み

われわれが活動を始めて 12 年間，在宅での看取り支援は 34 件となった。主婦を中心とする“おばちゃんボランティア”が，なぜ，がん患者と家族の支援ができるのか。専門職をはじめ，多くの方々は不思議に思われるであろう。この要因には，サロンで患者・家族とボランティアの厚い信頼関係が構築されているからこそできることであると，われわれは考えている。先に逝った人々が残した「天国でもつむぎをしましょうね」との言葉，遺族の「家族のように関わってもらった」との言葉は，それを示していると思われる（**図 1**）。

『つむぎの路』は住み慣れた家で最期を過ごしたいと願う患者と家族の思いを支援することを目指して，市民参加型の活動を行ってきた。しかしながら一方で，①サロンを利用する患者・家族が増加しないこと，②後継者となるボランティアの育成に難渋していることの課題を抱えている。上記課題①については，誰もが“1 人で悩まず賢い患者となる”ことを目指して市民への啓発活動を行うこと，また，課題②については医師や看護師などと連携しながら後継者の育成に取り組むことで対応し，ホスピスケアタウンを目指してたゆまぬ努力を行っていきたい。

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動
D. 岡山済生会総合病院「サロンさいせい」

金田美佐緒
（岡山済生会総合病院）

サロン開設までの経緯

岡山済生会総合病院は553床の公的病院で，2002年に厚生労働省から「がん診療連携拠点病院」（2006年地域がん診療連携拠点病院に名称変更）の認可を受けた。当院では2009年8月，「がん診療連携拠点病院整備に関する指針」に沿ってがん患者・家族のためのサロン開設の準備を開始し，同年9月からがんサロン（以下，サロン）を開始した。

開設にあたり院内の関係者（医師，看護部，薬剤部，栄養課，医療福祉課，臨床心理士，がん相談支援センター等）に呼びかけ，準備会を開催した。がんの種類を問わないで自由に患者，家族が参加して思いを語り合ったり，互いの情報交換をしたりできる場と時間の提供をする交流サロンの設置を提案した。会議には関係者12名が集まり，サロン開設の了解と，今後も継続して協力が得られることが話し合われた。会議で話し合われたことを基に実施要領を策定した。サロンの名称は当岡山済生会総合病院の「済生」には再び生きる，蘇るという意味があり，この会にふさわしいという第1回の参加者たちの意見で「サロンさいせい」と命名した。

サロンの運用と実際

実施要領に基づいて，サロン運用の概要を**表1**に示した。毎回のアンケートを基に担当者が定期的にカンファレンスをもち，問題点を検討し次回プログラムに反映するように話し合っている。

2009年9月～2015年10月までの約6年間を通して，サロン登録者は患者本人88名，家族58名で，

表1　サロンさいせいの概要

場所	岡山済生会総合病院西館1階会議室3
日時	毎月第3金曜日　午前10時～11時30分
対象	院内外のがん患者とその家族
運営スタッフ	医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・臨床心理士・ＭＳＷ・*ボランティア
コーディネーター	がん相談支援センターＭＳＷ
広報	当院ホームページ・ポスター掲載（外来・病棟）・患者情報誌等
プログラム	前半：15分ミニレクチャー．後半：フリートーキングによる交流会

* ボランティア：当院緩和ケア病棟で活動しているボランティアの中の有志

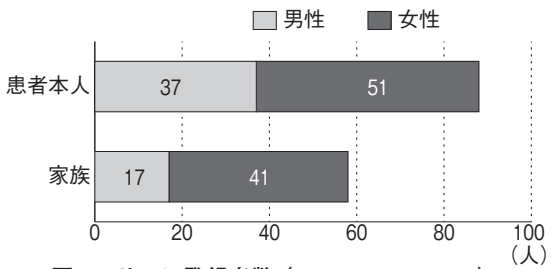


図1　サロン登録者数（2009.9 ～ 2015.10）

そのうち夫婦での登録36組，子どもと同伴2組であった。実人数としては146名の登録となり，**図1**に示した通り，患者本人・家族とも女性が多い。

年度別の参加者数と参加回数を**表2**と**図2**に示す。サロン参加は事前申し込みを原則としているが，当日まで不明のことが多い。リピーター率（複数回の参加割合）は49.8％と約半数で，4回以上の継続参加者は21.8％を占めていた。

参加者の疾患（**表3**）は，消化器がんが多く占めており，当院の特性を示しているように感じる。ステージⅢ・Ⅳの進行がんで再発・再々発が

表２　年度別サロンさいせい参加者状況　（人）

参加回数	1回	2回	3回	4回	5回以上	参加者延べ数
2009	16	2	2	1	5	57
2010	17	5	4	1	8	113
2011	17	7	3	4	10	131
2012	13	7	3	2	3	73
2013	12	4	4	2	1	48
2014	17	8	1	1	3	61
2015	14	6	3	1	4	62
計	106	39	20	12	34	545

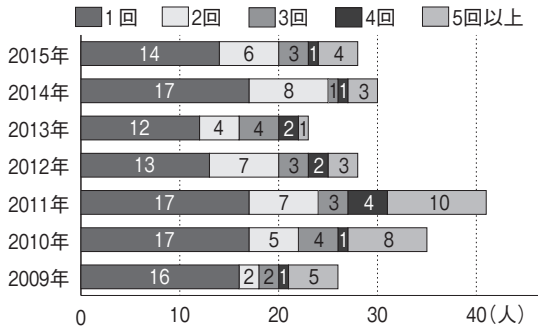


図２　サロン参加者数・参加回数（2009.9 ～ 2015.10 ）

多いのも特徴である。そのためか登録者の半数以上は，現在すでに死亡している。一方，サロンスタート時の登録メンバーの約 1/3 は今も生存し，がん医療の進歩やがん種の相違を実感するところでもある。

1. 参加者の声

参加者の満足度やニーズを知る目的で，サロン終了後にアンケートを実施しているが，ミニレクチャーや交流会の内容に関する評価はおおむね満足している回答であった。最近の感想から，「サロンは暗いイメージがあって，なかなか足が向かなかった。このたびのテーマ（体力アップのエクササイズ）は寝たきりにならないためにそれでもと思い，勇気を出して参加したが，参加者が皆さん明るく元気なので驚いた。こんなことならもっと早くから参加すればよかった。損をしていた気分」という声があった。サロンの魅力をいかに広く広報するかが問われていると反省した。

表３　サロンさいせい参加者の疾患（2009.9 ～ 2015.10）

疾患名/男女	男	女	計
大腸がん	14	13	27
胃がん	14	10	24
すい臓がん	5	5	10
肝臓がん	2	2	4
食道がん	4	0	4
胆管がん	3	1	4
肺がん	9	7	16
乳がん	1	10	11
卵巣がん	0	3	3
その他	2	5	7
計	54	56	110

2. スタッフの声

2014 年，当院でサロンに関わった経験のあるスタッフ全員（14 名）の意識調査を実施した。サロンは 87.5％が必要とし，全員が「サロンで学びを得ている」と回答し，75％が「成長している」と答えた。そして「今後も積極的に関わりたい」と答えた人は 81％であった。この結果から，ほとんどのスタッフは協力することで自身の学習につながり，成長していることを自覚していることが分かった。また，フリーコメントでは，「自分の仕事として関わった時には聞けなかったがん患者の生の声，本心を聴き，サロンのもつ力，重要性を学んだ」「予後の良くない患者が自分の状況を話す場面で，参加者がいたわりあい，励ましながらひとつになり，頑張ろうとしている姿が印象に残る」という記載があり，スタッフは「サロンはがん患者の生の声を聴くことができる場」と捉え，大切な存在と考えて参加しているとみられた。

サロンの成果と意味

以上，われわれの 6 年の実践から，がん種を問わないサロンが，患者・家族および職員にも有効な学びと交流の場としての役割を果たしていることは確かである。

夫婦での参加はリピーター率を高めていると同

時に，家族から見た患者，患者から見た家族への思いが率直に語られるため，互いの理解を深めていく場になっている。また他の参加者も自分の家族への理解が進むという効果もあり，相互の思いの学びの場になっている。また，先輩たちは新しい参加者に対して特に思いを尊重し，丸ごと受け止めようとする傾聴の態度が自然に生まれていて，癒しの場にもなっている。「手術して良くなると思っていたがそうではなかった。しかし，しんどい時に横にならないで頑張って動いているとしんどさがどこかへ行ってしまう。できるだけ普通の生活をしようと心がけている。希望が力になるから，皆さんからもらいたいし，あげたい」「ここに参加することで元気をもらって帰っている。ほかでは話せないことを安心して話せる場だ」「病気のことはだれにも話したくなかったが，ここなら安心して話せる。宝物を見つけたような気分だ。分かり合える，分かち合える大切な場，みんなに教えてあげたい」など，サロンによって元気が出たり，前向きな姿勢になったりと交流の場として役立っていることがうかがえる。

スタッフも，サロンをがん患者の生の声を聴くことができる場と捉え，本来の業務にも生かせる大切な存在と考えて，積極的に参加している。それぞれの所属する学会でサロンに関する発表をしたり，管理栄養士はサロンに触発されて，がん病態栄養専門士資格取得にもつながったりと相乗効果がうかがわれる。

現状の課題と今後の歩み

サロンでは早くからピアサポーターの成長を期待して働きかけているが，リーダー格の患者の相次ぐ死亡でなかなか育っていかないのが悩みである。また，参加者から，有意義な会なのに参加者がどうして少ないのかと，よく指摘される。カンファレンスで検討し，広報の方法をいろいろ試みている。一時参加者が極度に減少していたが，2014 年くらいからまた徐々に増え始め，リピーターが定着するようになり，サロン全体が活気づいてきたように感じる。約 6 年の実績を踏まえ，今後，より参加しやすい場所や時間，回数などのハード面にも工夫し，多くの人が安心してがんの療養が送れる場つくりを模索したいと考えている。また，遺族のサロンを始めて 2 年が経過し，好評を得ている。今後，これらが互いに有機的に交流して，がんサロンのさらなる充実を図りたいと考えている。

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動
E. 岩手医科大学附属病院「がん患者・家族サロン」

木村 祐輔[*1,2] 堀口真由子[*2] 伊藤 薫樹[*2,3] 杉山 徹[*2,4]
([*1] 岩手医科大学 緩和医療学科 [*2] 同 腫瘍センター [*3] 同 腫瘍内科学科 [*4] 同 産婦人科学講座)

はじめに

岩手医科大学附属病院（以下，当院）では，がん患者およびその家族に対する支援の充実を目的に，緩和ケアセンターの設立，緩和ケア認定看護師教育課程の開講と並び，腫瘍センター長直轄の事業として，「岩手医科大学附属病院がん患者・家族サロン」を 2009 年 4 月に開設した。

本稿では，当サロンの設置の経緯ならびに運営状況について概説する。

「がん患者・家族サロン」の開設

当院は病床数 1,166 床を有し，年間の入院患者数約 15,000 人のうち，がん診療を目的とした入院患者数が約 4,200 人の特定機能病院である。

2008 年 2 月に都道府県がん診療連携拠点病院（拠点病院）としての指定を受け，岩手県におけるがん医療の中心的役割を担ってきた。

がん対策基本法施行以前より，当院に対し，県内の各がん患者団体から「患者や家族が悩みや不安を自由に話し合い，さらに情報交換が可能なスペース」の院内設置に関する要望が多数寄せられていた。このため，拠点病院の指定を機に，がん患者団体との協働によるがん患者や家族のためのサロンの開設を計画した。設置にあたっては，各患者団体とのヒアリングを繰り返し行い，当サロンに盛り込む機能について検討を重ね，以下の 4 点をサロンの主たる機能とした。

①がん患者・家族同士の交流や情報交換。
②各医療専門職による相談機能（よろず相談）。
③患者団体やボランティア団体，あるいは個人が企画する各種イベントの開催。
④がんに関する情報へのアクセスを可能にするため，がん関連書籍や各種パンフレットの配置，およびインターネット環境の整備。

これらの活動主体は，患者会との協議により当院が担当することとし，具体的な役割としては，専用スペース（約 30m^2）の提供に加え，ボランティア研修の開催ならびにボランティアスタッフの登録，よろず相談や各種イベントの運営支援および日程調整，書籍・パンフレット等の管理，ホームページの更新や広報誌の発行，ならびに訪問者数の集計を担うこととした。これら広範な活動を有効に維持・機能させ，さらに訪問者の安全を確保するために，専従スタッフを配置し，病院診療日の 10〜16 時を基本的な開設時間帯とする常設型のサロンとして運営を行っている。

1. 専従スタッフの配置

当院のがん病棟勤務経験を豊富に有する看護師の OG 2 名を専従スタッフとして雇用し，さらに腫瘍センターの事務担当者 3 名が専任スタッフとして，ボランティアの方々とともに訪問者に対

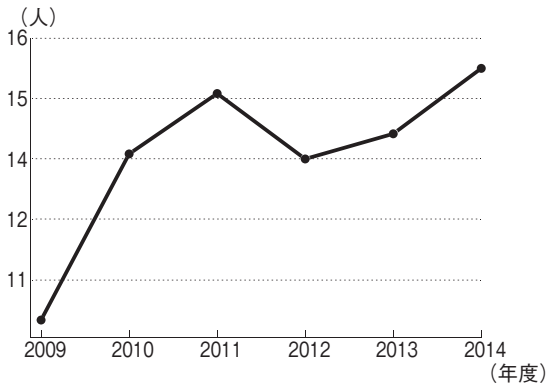


図 1　1 日あたり平均利用者数の年次推移

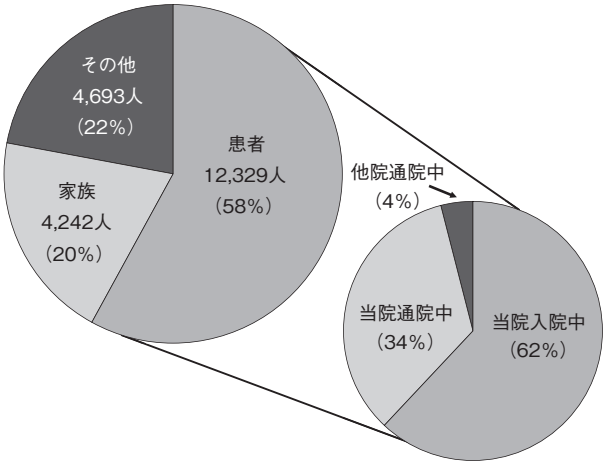


図 2　利用者の内訳

する傾聴を行っている。さらによろず相談のスケジュール調整，ホームページの維持管理，広報誌の発行，来場者の背景や利用目的などの集計・解析を担当している。また，患者団体やボランティアスタッフとの連携によって，各種イベントの企画・運営を行っている。

2. ボランティア登録

当サロンでは，ボランティアスタッフは登録制としている。登録には，年 1 回開催する当院主催のボランティア研修会の受講を要請しており，専従スタッフとともにボランティアの役割や守秘義務の重要性などについて学んでいる。

3. よろず相談

各専門医療者に気軽に相談できる機会についての要望に応じ，各専門職（看護師，栄養士，薬剤師，医療相談員）が交替で訪問者の相談を受ける体制を整えている。

4. 各種イベント開催

事前に各団体あるいは個人から，イベントの企画書の提出を受け，安全性などの点をボランティアスタッフとともに確認した後に開催してきた。前述のよろず相談とともに，スケジュール表を作成しホームページ上に公開している[1)]。「オストメイトの相談日」や，喉頭摘出された方が集う「喉友の時間」，化学療法中の頭髪に関する相談を受ける「頭皮ケア・美容ケア相談会」，入院患者に加え，長期入院を支える家族も対象にした「フェイス & マッサージによる癒しの時間」などが定期開催されている。さらに今年度（2015）からは，がん治療中の就労に関する相談日として「おしごトーク」の活動も開始した。また，「対話カフェ」として，腫瘍センターの構成メンバーが，交替でそれぞれの専門性に応じてミニレクチャーを行い，その後にお茶とお菓子をいただきながら，疾患のことや生活のことなど，医療者，患者・家族の立場を離れて談話する会の開催も開始し，これまでに 17 回にわたり継続して行っている。

運営実績

2009 年 4 月 8 日の開設以来，2015 年 7 月 31 日までに，延べ来訪者数は 21,262 名，1 日平均 13.7 名である。1 日あたりの来訪者数の推移は，震災後一時減少したものの，その後は再び増加に転じている（**図 1**）。利用者の内訳では，患者自身が 12,329 人（58％）と最も多く（**図 2**），年齢別では 60 歳代の利用者が多かった（**図 3**）。利用者の居住地区の内訳では，当院のある盛岡医療圏が約 62％と最も多いが，その他，県内はもとより県外からの多くの方が訪問されている。訪問者の利用目的としては，気持ちや体のつらさに対する

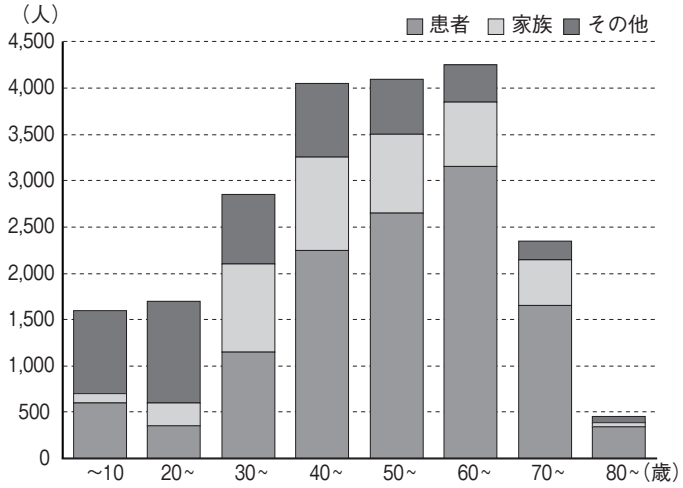


図 3　利用者の年齢分布

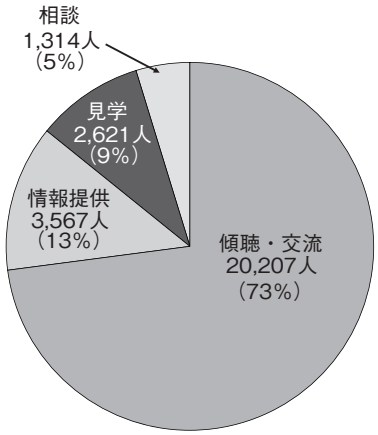


図 4　訪問者の利用目的

傾聴や，語らいなどの交流を求めて来られる方が73%と最も多く，がんに関する情報へのアクセス目的が 13%だった（**図 4**）。

まとめ

がんと診断された時点から，治療経過中，さらには治療後に至る過程において，がん患者やその家族に対し，がん治療経験者が「Peer」（仲間）として，さまざまな苦悩，不安に寄り添い，支え合う活動「Peer support」の重要性が示されている。

2012 年 6 月に策定された第 2 次がん対策推進基本計画においても，がん患者とがん治療経験者との協働を進め，ピア・サポートの一層の充実を図ることが取り組むべき重要な施策の 1 つとして掲げられた[2)]。

当院では，県内のがん患者団体と協働して，がん患者・家族サロンを開設し運営にあたってきた。開設から約 7 年の経過において，患者・家族の希望，時代の変化に対応して，話し合いを重ねたうえでサロンの活動内容を柔軟に変化させてきている。当院の特徴である常勤の専従スタッフの配置は，当院の診療時間帯に，常に訪問者に対応できるサロンを維持するためには不可欠であると考えるが，この体制は同時に，ピアサポートの基本である患者・家族の主体性，自律性に影響する可能性を構造的に内包している。筆者らはこの点を十分に認識し，今後も当サロンが，患者・家族のためのより良い交流の場として多くの方に安心して利用していただけるよう，専従スタッフ，ボランティアスタッフ，利用される方々が，共に十分な対話を重ね，さらなる発展を目指すことが重要であると考える。

文献

1）岩手医科大学附属病院「がん患者家族サロン」ホームページ：http://www.iwate-med.ac.jp/hospital/gancenter/salon/index.html
2）がん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月）：（http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf）

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動

F. 四国がんセンター 患者・家族総合支援センター がん患者・家族サロン

井上 実穂　福島 美幸　池辺 琴映　宮内 一恵　谷水 正人
（四国がんセンター 患者・家族総合支援センター）

はじめに

四国がんセンターでは，がんになっても安心して暮らすことのできる体制整備を目指し，2013年に愛媛県地域医療再生補助金事業を受け，愛媛県患者・家族総合支援センターが設立された。その事業の1つとして患者・家族サロンの設置があり，運営方法・内容は**表1**に示す。いずれのサロンも院内外から参加可能で，事前申込みは不要である。

がん患者と家族のサロン 「ひまわりサロン」

1. 設立までの経緯

患者家族会の要望を受け，がん患者・家族の不安や落ち込み，孤独感などの精神的苦悩の緩和を目的に，「がん患者と家族のサロン」が病院敷地内宿泊施設「向日葵」ロビーにて2011年3月にプレオープン，翌月に正式オープンとなり，2012年4月には「ひまわりサロン」と命名され，2013年7月からは患者・家族総合支援センター　憩いの広場に場所を移し，現在まで毎月第3木曜日に定期開催されている。

当初は患者家族会，病院ボランティア団体，医療者の3者が運営に関わっていたが，現在では研修を受けたピアサポーターがサロンを運営し，医療者はその補助的な役割を担っている。ピアサポーターは自身の体験を紹介し，参加者が話をしやすいように会を進めていく。体験者同士が医療者に気兼ねせず話し合えるという仲間意識が参加者の不安を軽減し，孤立感を和らげる。

2. ひまわりサロンピアサポーターについて

愛媛県ピアサポーター派遣事業の一環として2009年度より実施されている「がん体験者のためのピアサポート研修」受講者のうち，15名（2015年10月現在）がひまわりサロンピアサポーターとして登録し，そのうち3〜4名が交代でサロンを担当している。活動内容は，①参加者の思

表1　四国がんセンター　患者・家族サロン

	ひまわりサロン	憩いのサロン		ふれあいサロン
発足年月	2011年3月	2013年7月	2014年4月	2014年4月
目　的	体験者同士の語り合いによる心理的苦痛の軽減	がんに関する知識習得（現在はセミナーへ移行）	共通の背景をもつ参加者が出会うことによる心理的苦痛の軽減	体験活動によるストレス緩和，日常性の回復
運　営	ピアサポーター	医療者		ボランティア
内　容	参加者自己紹介の後，ピアサポーターが話を傾聴	医療者による講義の後，質疑応答，歓談	医療者がファシリテーターとなりグループを運営	特技をもつ病院ボランティアが参加者に教える
時　間	2時間	1時間30分	1時間30分	1時間30分

表 2　四国がんセンター患者・家族サロン運営状況

サロン名	主たる運営	内容	2011(H23)年			2012(H24)年		
			回数	参加人数	平均人数	回数	参加人数	平均人数
ひまわりサロン	ピアサポーター	語り合い	12	159	13.3	12	185	15.4
憩いのサロン	医療者	語り合い						
セミナー	医療者	講義						
ふれあいサロン	ボランティア	体験						
暖だんティーサービス	ボランティア	語り合い						
合計			12	159	13.3	12	185	15.4

いに同じ経験者として寄り添う，②参加者同士の語り合いを促進する，③相談内容に応じ，適切な情報提供をする，であり，ピアサポーターの属性は，男性 4 名・女性 11 名，患者 5 名・家族 3 名・患者かつ家族 7 名，平均年齢（登録時）56.7 歳，男性 69.8 歳・女性 52.0 歳である。

3. 実際のひまわりサロンの流れ

- 12：30（1 時間前）　会場設営：飲み物などの準備，椅子テーブルの配置など
- 13：00(30 分前)　プレミーティング：リーダーの選出，ピアサポーターの体調，前回の引き継ぎ，気になることなど確認。
- 13：30　開始：参加者にサロンの主旨，約束事を確認。ピアサポーターリーダーが進行役となり，順々に自己紹介を促す（約 20〜30 分)。一巡したら，Tea Break し，少人数で自由に話す時間へ。ピアサポーターは参加者の様子を見ながら，席を移動し，参加者にお茶を勧めるなど参加者の話を促す。共通のテーマなどがあれば，全体で分かち合う（約 60 分)。
- 15：00　クロージング：再び一円になり，参加者から感想を述べてもらう。
- 15：30　会場片付け，ポストミーティング（振り返り会)：ピアサポーターから今日のサロンの感想，気になったことなどをシェアする。

憩いのサロン

1. 設立までの経緯

ひまわりサロン参加者のアンケート分析の結果，同じがん種での集まりを希望する声が多かったことから，2013 年 6 月に患者・家族総合支援センターが設立されたことを機に乳がん，婦人科がん，大腸がん，胃がんのサロンが始まった。このサロンでは，医療者がファシリテーターとなり，参加者の気がかりや知りたいことを引き出し，話し合えるように運営する。参加者は共通の疾患であるため，治療や副作用対策などの悩みを相談しやすく，また医療者から専門的知識を得る機会となる。医療者にとっても，患者家族を生活者として捉えることができ，特にこれまでサロン運営に関わることのなかった看護師にとっては，患者を多面的に理解する場となっている。

その後，憩いのサロンは医療者の講義をセミナーとして独立させ，現在では下記のように運営している。

2. 運営状況（表 2)

2013 年度憩いのサロン（年 6 回開催　延べ参加人数 58 名　平均参加人数 9.7 名）
①胃がん患者・家族のサロン（年 1 回）
②乳がん患者・家族のサロン（年 2 回）
③大腸がん患者・家族のサロン（年 1 回）
④婦人科がん患者・家族のサロン (年2回)

2014 年度憩いのサロン
①乳がん患者さんと家族のためのサロン（年 2 回）
②放射線治療中の患者さんと家族のた

表２　四国がんセンター患者・家族サロン運営状況（つづき）

2013(H25)年			2014(H26)年			2015(H27)年　4~10月		
回数	参加人数	平均人数	回数	参加人数	平均人数	回数(予定)	参加人数	平均人数
12	131	10.9	12	82	6.8	10(12)	41	5.9
6	58	9.7	13	123	9.5	7(10)	71	9.5
			75	649	8.7	38(62)	367	9.7
3	98	32.7	21	370	17.6	12(18)	163	13.6
			12	192	16	7(12)	100	14.3
21	287	13.7	133	1416	10.6	74(114)	742	10.0

めのサロン（年１回）→セミナーへ
③ナイトサロン～働く患者さんと家族のためのサロン～（18 時 30 分～20 時，年２回）
④オストメイトと家族のためのサロン（年２回）→セミナーへ
⑤抗がん剤治療中の患者さんと家族のためのサロン（年１回）→セミナーへ
⑥子育て中の患者さんと家族のためのサロン（10 時 30 分～12 時）
⑦若年（40 歳未満）の患者さんと家族のためのサロン（年１回）
⑧大切な人を亡くした方のためのサロン（年１回）

2015 年度憩いのサロン（年 10 回開催）
①女子会サロン（年２回）
②家族サロン（年２回）
③ナイトサロン（年３回：七夕・お月見・クリスマス）
④男子会サロン（年１回）
⑤若者（40 歳未満）サロン（年１回）
⑥大切な人を亡くした方のためのサロン（年１回）

2015 年度セミナー
がんとお薬(6回)／がんとお金･仕事(5回)／がんと外見(21回)／がんとからだ(13回)／がんと検査(2回)／がんと食事(3回)／がんと遺伝(6回)／がんとこころ(6回)

ふれあいサロン

1. 設立までの経緯

患者・家族総合支援センター利用者から「歌いたい」「体操をしたい」など，がんのつらさや痛みから解放されるサロンを求める声が数多く寄せられた。そこで，2013 年度にボランティアの協力を得て「ケア帽子を作ろう会」「クリスマス会」「タクティールケア」の３つの体験型サロンをふれあいサロンとして開催したところ，多数の参加者があり好評であった。2014 年度には，新たにボランティア講師を募り，「歌声ひろば」「笑いヨガ」「フラワーセラピー」「楽しい！書道教室」「アロマテラピー教室」と幅を広げ，2015 年には「体操教室」を加えて８種類，延べ 18 回の開催を予定している。

2. 今後の展望

参加者のアンケート分析の結果，ふれあいサロンはひまわりサロンや憩いのサロンよりも満足度が高いことが明らかとなった。これまでのサロンは，気持ちを語り合ったり，知識を得ることが主であったが，体験型サロンは，患者家族にとって日常生活を取り戻す契機となり，健康度を高める効果があると考える。また，ボランティア講師の中にはがん患者や家族の体験者もおり，体験を活かしたいと希望する人も少なくない。医療スタッフは裏方から支援することで，サロン運営の課題であるマンパワー不足の解消にもなるであろう。一方で，体験型サロンは内容によっては材料費が必要であり，また参加できる人数に限りがあるため，事前申込み制や実費徴収など，検討しなけれ

ばならない。

その他にも，緩和ケア病棟でお茶会を開いていた病院ボランティア団体が 2014 年度から月に 1 回，暖だんティーサービスを開始した。毎回 15 名前後の参加者が集い，和気あいあいと話に花を咲かせている。

今後のがん患者家族サロンは，医療者，ボランティア，患者会などがお互いに協力し，安全に長期的に運営していくことがより一層望まれる。

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動
G. 名古屋大学キャンパス型の緩和デイケア・サロン

阿部 まゆみ
（名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻）

名古屋大学キャンパス型「緩和デイケア・サロン」開設の経緯

本学の医学系研究科では，2007（平成 19）年 10 月，東海がんプロフェッショナル養成プランが開始された。筆者は特任教員として，がん医療に携わる医療職の中のおもにがん看護専門看護師養成の推進に関わった。すでに，2007 年 2 月，日本看護系大学協議会より大学院前期課程に，がん看護専門看護師教育コースが承認され，学内にはがん医療において期待される高度がん看護実践家を養成する気運の流れがあった。そして，現代の少子高齢社会に必要な保健医療福祉のあり方を切り拓こうとするライフトピア構想の一環で，がん患者や家族など市民を対象に 2007 年より「がんを生き抜くライフトピアスクール」が年 4 回開催されていた。在宅療養をより良く過ごせるように，「がんを生き抜くバイタルパワー」「がん情報とリテラシー」などをテーマとし，講義やグループセッション形式で患者参加型の教育プログラムである。筆者はこのスクールで，“イギリスでは緩和デイケアプログラムが，がん患者の QOL と ADL の維持・向上に大きく関与していたこと”について報告した。その受講者から“緩和デイケア風”の開催要望がアンケートによって寄せられた。

そこで，緩和デイケアをキャンパス内で開始し，さらには緩和デイケアを運営できる人材を育てるための研修開催を見込みながら，発足に向けて着手した。2008 年 12 月に全国初の医系キャンパス型緩和デイケアを「ライフトピアサロン」と命名し，参加者 14 名とスタッフ 3 名でスタートした。

表 1　名古屋大学キャンパス型「ライフトピアサロン」の概要

目的	病気になったことをマイナスに考えるのではなく，心と体のリハビリテーションを通して，心身の充実を図り，QOL を高めること
実施日/時間	週 1 回　水曜日　13：00 ～ 15：30
場所	名古屋大学医学部保健学科（大幸キャンパス）本館 1F がん緩和ケアラボ
対象	大幸キャンパス内「がんを生き抜くライフトピアスクール」の受講者 東海地域住民，がん療養中の人とその家族・友人
プログラム内容	交流の場（茶話会・交流ノート・サロンレター・アルバムなど），創作セラピー（絵画・人形作り・消しゴムハンコ作り・折り紙・芸術大学講師や学生を交えたアート教室・クッキングなど），セルフケア支援（症状緩和・心のケア・個別相談・リンパドレナージ・マッサージ・ストレッチ・アロマセラピーなど），リラクゼーション（音楽鑑賞・映画鑑賞・読書），学外サロン（花見・ピクニックなど）
運営スタッフ	1 日平均 4 ～ 5 名，がん看護専門看護師コースの教員と大学院生，保健学科教職員，教育学部臨床心理・発達心理学コース大学院生，事務職，ボランティアなど
利用料金	なし
組織	がん看護専門看護師コース担当教員による運営体制の確保
運営経費	寄付金・研究助成金など

「ライフトピアサロン」の概要と実際

ライフトピアサロン（以下，サロンと略す）の取り組みの趣旨は，がんサバイバーがその人なりの生き甲斐をもち，社会との接点を保ちながら，QOL の維持向上を図り，自分らしく生きることを支援することである。その概要を**表 1** に示した[1)]。週 1 回，場所は 36㎡ほどの「がん緩和ケアラボ」で，テーブルと椅子，書籍，創作用コーナー，ビデオ鑑賞，パソコン，冷蔵庫，キッチンコーナーなどの設備がある。対象は，前述の経緯から「がんを生き抜くライフトピアスクール」を受講したがんサバイバーと家族である。運営スタッフは，がん看護専門看護師コースの教員と大学院生・事務職であり，サロン参加者にとって若い学生とのエネルギー交流の場となる点はキャンパス型ならではの特徴といえる。

初回に面談し，現在までの治療と療養経過，抱えている症状やニーズについて聴き取り，以後，継続して把握していく。症状緩和の方法や生活面の相談に対し，セルフマネジメント力を高める支援，必要に応じて不安への対応や気分転換，各自に合ったリラクゼーション法の工夫など助言する。サロンの流れ（**表 2**）の中で，利用者各自が病とともにある自己の新たな生き方を見出し，自分らしく生きる力を取り戻す機会になるように，環境やプログラム内容を整え，「癒し」の場を提供している（**図 1**）。

サロンで患者同士が支え合うことの良い面（**表 3**）を十分に捉え相互に確認する。必要に応じて治療に関する振り返りや意思決定を援助し，終末期へ移行していく場合は，本人の思いを尊重し療養の場の相談や家族の相談に応じている（**表 4**）。サ

図 1　ライフトピアサロン音楽療法（パラグアイのハープ演奏）

表 2　「ライフトピアサロン」の実際

時　間	サロン運営・内容
12：30	スタッフミーティング：参加予定者の情報と進行予定の確認 会場の設営：机椅子の配置，ドリンクの準備
13：00	サロン開始 ・ドリンクサービス ・参加者とスタッフの自己紹介 ・交流（茶話会・交流ノート・サロンレター・アルバム等） ・日替わりプログラム（創作セラピー・リラクゼーション等） ・個別対応が必要な場合の相談への対処
15：30	終了：次回参加希望の確認，今後のお知らせ
15：45	片づけ
16：00	スタッフミーティング：参加者情報の共有，進行の振り返り

表 3　「ライフトピアサロン」で患者同士が支え合うことの良い面

・悩んでいるのは，自分 1 人ではないことに気づき，気持ちが楽になる。
・他の患者の経験談を聞くことで，悩みを解決するヒントを得たり，問題との付き合い方を学んだりできる。
・実際の患者体験に基づいた解決方法を伝え合える。
・がんの体験を人に話すことにより，自分の気持ちが整理される。
・自分の体験が他の患者や家族を支援する力になることを知り，失った自信を取り戻せる。

表 4 「ライフトピアサロン」におけるおもな相談内容と対応

おもな相談内容	対応
心配･不安なこと： 再発や転移, 治療の限界など	分かりやすい説明, 体験した治療に関する振り返り, 理解を助ける
痛みのこと： 麻薬に関する考え, 鎮痛薬の知識, 術後痛など	痛みの状況, 分かりやすい説明, 理解を助けるためのサロン図書の利用･貸出
身体的な症状のこと： リンパ浮腫, 皮膚症状, 消化器症状など	自身の身体を知る, 自分にできるセルフケアの具体的な方法の見通し, 予防法の理解
日常生活のこと： 家事, 生活動作, 活動範囲など	さまざまな手当てや体力維持の方法とポイントのアドバイス
家族のこと： 子育て, 介護, 家族の病気, 将来のこと	悩みの傾聴, 家族の関係性への気づきや理解を助ける, 親子支援サロンへつなぐ

表 5 「ライフトピアサロン」における看護支援として心がけていること

①利用者の意思を尊重し，その人が望む形で十分に生きることを支援する。
②人間としての尊厳をもとに，心身の安らぎを提供し，生きることを支える。
③利用者が自らの“いのち”を生き抜くため，時には見守る姿勢，時には目的達成のために折り合いをつけながら調整し利用者の QOL を中心に支える。

表 6 「ライフトピアサロン」における 3 タイプ

	ふれあいサロン（週 1 回）定例	親子支援サロン（適宜）	グリーフサロン（適宜）
発足	2008 年 12 月	2009 年 6 月	2010 年 12 月
目的	がんサバイバーに対する QOL 向上の支援	がん患者の子どもを中心とした支援	サロン利用者，最愛の人を亡くした家族の支援
運営	スタッフ	スタッフ・サロン利用者	スタッフ・サロン利用者
内容	がんサバイバー間の交流やセルフケア支援等（**表 3**）	サポートブックを活用した闘病中の親子への支援	利用者・遺族のグリーフワーク，死別後の電話対応，心に残るアルバム作り
時間	2 時間半	1 時間	2 時間

表 7 「ライフトピアサロン」の利用者延べ数 （人）

年度/月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計
2008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9
2009	17	15	14	27	9	16	21	12	30	23	22	22	228
2010	18	27	21	26	12	28	22	29	34	25	33	32	307
2011	21	36	47	32	14	42	37	13	24	38	14	23	341
2012	13	24	19	35	42	51	55	39	23	57	36	41	435
2013	27	36	30	24	28	27	53	29	30	43	37	21	385
2014	25	22	17	35	20	25	45	16	22	32	12	28	299
2015	20	21	15	19	8	16	32	11	18	18	20	15	213
合計													2,217

＊総開催回数：323 回.　1 回の平均利用者数：6.9 人

表8　ライフトピアサロン利用者の背景
n=60

項目	内訳	人　(%)
性別	男性	20 (33.3)
	女性	40 (66.6)
年齢	30 歳代	3　(5.0)
	40 歳代	10 (16.6)
	50 歳代	14 (23.3)
	60 歳代	21 (35.0)
	70 歳代	12 (20.0)
職業	就業中	18 (30.0)
	休業中・無職	20 (33.3)
	他（主婦）	22 (36.6)
配偶者	あり	44 (73.3)
	なし	16 (26.6)
家族	同居	54 (90.0)
	独居	6 (10.0)
PS	PS：0	38 (63.3)
	PS：1	17 (28.3)
	PS：2	3　(5.0)
	PS：3	2　(3.3)
	PS：4	0　(0.0)
病名	乳がん	19 (31.6)
	胃がん	7 (11.6)
	大腸がん	7 (11.6)
	肺がん	6 (10.0)
	肝がん	5　(8.3)
	婦人科がん	5　(8.3)
	前立腺がん	4　(6.6)
	血液がん	3　(5.0)
	その他	4　(6.6)
罹患状況	初発	33 (55.0)
	再発・転移	25 (41.6)
	経過観察	2　(3.3)
治療状況	経過観察	32 (53.3)
	化学療法	12 (20.0)
	ホルモン療法	11 (18.3)
	放射線	4　(6.6)
	免疫療法	1　(1.7)

表9　ライフトピアサロンの利用目的
n=60（複数回答）

利用目的	人　(%)
利用者との交流	42 (70.0)
心のケア	27 (45.0)
不安の緩和	19 (31.6)
身体面の自己管理	12 (20.0)
治療に対する意思決定	6 (10.0)
情報収集その他	5　(8.3)

ロンにおける看護支援として心がけていることは，その原則（**表5**）を基に，利用者が必要としていることを援助する，利用者の心身の安らぎを提供する，利用者の不安や病状からくる状態について分かりやすく説明する，利用者が死について話したい時に分かち合う時間をもつ，家族がサポートを必要とした時に対処する，などである。また，週1回の定例サロンに加えて，親子支援サロン，グリーフサロンを開催している（**表6**）。

親子支援サロンは，がん患者の子どもとその親の心をつなぐために，子どもに対する支援を考える目的で始めた。月1回で11～12時に開催し，2～3名の参加がある。また，名古屋大学医学部附属病院の患者情報センター「広場ナディック」において，がん相談員と協力し3カ月に1回の割合で，「親子をつなぐサポートブック」を用い若い子育て世代の親子サポートをスタートした。グリーフサロンでは，サロン利用者のために亡くなられた利用者への追悼と偲ぶ会を開催したり，家族をサロンに招待し最愛の方の在りし日の様子について語り合ったりする。

「ライフトピアサロン」の実績（2008.12 ～ 2015.12）

2008年12月から2015年12月まで7年1カ月の活動（**表7**）を集計すると，実施回数323回，総利用者延べ数2,217名，1回の平均利用者数7名，最も多い利用回数は203回であった。利用者実数は60名で，その背景（**表8**）は，男女比1：2で他のサロンに比して男性の利用が多い方である。就労世代のがん患者の増加により平均年齢は62.6

表 10　利用者のうち死亡者の背景

	性別	年代	病名	参加期間	参加回数	死亡場所
A	女	60	肝がん	2008.12	1	病院
B	男	60	骨髄腫	2008.12〜2013.4	26	病院
C	女	70	肺腺がん	2009.1〜2009.1	2	自宅
D	男	70	大腸がん	2009.10〜2011.11	26	緩和ケア病棟
E	男	60	膵がん	2009.11〜2011.12	2	病院
F	女	40	乳がん	2010.6〜2011.4	20	病院
G	女	50	肺腺がん	2012.4〜2013.3	29	自宅
H	男	50	肝がん	2011.7〜2013.7	37	自宅
I	女	40	乳がん	2011.7〜2015.4	85	自宅
J	女	60	肺腺がん	2011.6〜2013.7	29	ホスピス
K	男	70	胃がん	2012.6〜2013.1	27	病院
L	女	60	肝内胆管がん	2012.8〜2013.10	4	病院
M	女	50	卵管がん	2013.6〜2014.9	6	病院
N	男	30	胃がん	2014.4	1	病院

歳であり，60 歳代 21 名（35%）が最も多い。職業では就業中が 18 名（30%）で，PS（performance status）0〜1 が 55 名（91.6%）で多くを占めた。がん種は乳がんが 19 名（31.6%）と目立って多く，初発（1〜5 年経過）33 名（55.0%）で，治療中 28 名（46.6%）であった。

おもな利用目的（**表 9**）は，利用者との交流・心のケア・不安の緩和などで，実際の情報交換の内容は，治療内容や意思決定・気づきや心がけ・家族や友人のこと・サロンへの提案・身体面のこと・主治医との関係や医療情報などであった。当初の利用者による満足度は 5 段階評価で平均 4.5 であり，その理由では，同病者との交流・情報収集・スタッフとの交流・相談・サロンの雰囲気・プログラム企画などであった。サロン利用後の変化では，43 名（71.2%）の利用者が復職したりボランティア活動を始めるなど，趣味や学習の機会を広げ，中には再婚された方もあった。7 年の経過のなかで，60 名の利用者のうち 14 名が亡くなり（**表 10**），死亡場所は病院 8 名・自宅 4 名・ホスピス / 緩和ケア病棟 2 名であった。亡くなる 1〜2 カ月前まで 10 名がサロンに参加されており，うち 1 週間前までの参加者は 2 名であった。40 歳代の I さんは 5 年間で 85 回参加し，旅立ちの 1 週間前までサロンに参加され，自宅で穏やかな旅立ちであった。30 歳代の N さんは診断後間もなく産業看護師の相談で参加され，“もっと早く来たかった，でも今日参加できてほっとした”と笑みを浮かべられ，数日後の旅立ちとなった。

「ライフトピアサロン」の成果と意味

ライフトピアサロンの開設当初，利用者の多くは治療を終えて在宅で過ごしているが，ちょっとした身体の変化に対する不安や積極的な治療をしないことへの焦りなどを抱えていた。そして，その思いを家族にも話せずに 1 人で抱え込みやすい状況に置かれていた。参加目的別比率（**表 9**）を見ると，「利用者との交流」に次いで「不安の緩和」「心のケア」を求める声が大きく，この時期の療養者がいかに在宅で不安を抱えながら生活を送っているかが分かる。また，「治療に関する意思決定」に関して，実際に参加者やスタッフと話し合い，現在の治療についての迷いや不安について語り，感情の共感や助言を受けながら確認，修正を積み重ねるなかでエンパワーメントされていた。その結果，「前向きに病気を捉えられるようになった」「視野の広がり」「日常の楽しみ」「精

神的安定，不安の緩和」などのポジティブ感情が芽生え，「疾病観の変化」「前向きな気持ち」につながっている。サロン参加者は健康観の捉え方や健やかに生きる工夫などに触れる場を通して，自己理解と他者理解につながり，エンパワーメントされるという相乗効果をもたらしていた[2]。これらは，サロンでの交流や情報交換の場が，いかに生きるかを考える機会となり，病との折り合いや前向きな人生の捉え方につながっている。

2012年にライフトピアサロン利用者10名の協力を得て，面接調査を実施した結果[3]では，サロンの利用動機は《心の支えを求める》《生きる術を学びたい》で，サロンを利用した印象は《安心し癒される場》《本音で交流できる場》《自由に活動できる場》《専門的支援を受け活力が得られる場》であった。サロンに参加してからの変化は《サロンの中での心地よさ発見・居場所づくり》《がん患者意識からの解放》《いのちの直視と死生観の変化》《家族・友人の絆の見直し》《がんサバイバーシップの発揮》《がん免疫力の強化，活性化》であった。対象者は，ライフトピアサロンに自分の居場所を見出し，積極的な参加を通して，がん患者意識から自己を解放して，その相互関係を通じ，いのちと絆の大切さへの認識が高まり，サバイバーの力が強化されていると考えられた。

現状の課題と今後の歩み

緩和デイケア・サロンが広く周知されるように見学者を積極的に受け入れ，これまで100名を超えている。キャンパス型であることから見学者は教員・学部生・院生・留学生などの大学関係者が多く，看護師・医師・セラピストなど医療関係者，また，報道関係者などであった。特に将来を担う若い学生らに触れる機会をもたらした点の意義は大きい。そして，運営に関わった大学院医学系研究科前期課程がん看護専門看護師コースの院生らが，修了後に自分の職場でサロンを開設していった動きは，教育的な波及効果としてみることができる。地域における大学の社会貢献が期待される今日，文部科学省プロジェクトや関係者の協力があって，このような取り組みを実現できた。キャンパスで培った緩和デイケア・サロンのノウハウが，キャンパスを拠点としたがんサポート活動として，今後にも生かされることを期待するものである。

引用・参考文献

1) 阿部まゆみ：キャンパス型ライフトピアサロン―がんサバイバーささえあいプログラム（冊子）p1–9, 名古屋大学大幸キャンパス研究会，2008
2) 阿部まゆみ：国として終末期を支えるには　国際福祉研究の立場から（1）―英国の緩和ケアサービスから学ぶ支援体制とわが国のこれから．内科 **112**（6）：1439–1444, 2013
3) 光行多佳子，阿部まゆみ，安藤詳子：「キャンパス型デイケア・サロン」におけるがんサバイバーの体験 .Palliative Care Res　**9**（1）：308–313, 2014

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動
H. がん患者・家族のサポートグループ「ともいき京都」

田村 恵子[*1,2]
（[*1] 京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻　[*2] ともいき京都代表）

はじめに

わが国のがんの罹患率は急速な高齢化の影響により増加しているが，治療の進歩により多くのがん体験者が地域社会の中で生活する時代となった。がん対策基本法では，死亡率の減少のみではなく，療養生活の維持・向上を主要な目標としているが，がん体験者が住み慣れた地域で，安心して暮らすための取り組みは始められたばかりである。そこで，われわれはがん体験者が住み慣れた地域で，同じがん体験者や家族・友人，看護師を初めとする医療従事者やセラピスト等の専門家とともに，より良く生きる暮らしの知恵を育み，相互につながり支え合う場づくりを目的として，「ともいき京都」の活動を始めた。まだ半年の歩みではあるが，これまでの活動および課題について報告する。

開設までの経緯

筆者は，1996年にホスピスケア研究会の活動を通してがん患者さんと家族のためのサポートプログラムである「がんを知って歩む会」と出会い，1997年よりホスピスケア研究会・関西分会の活動の一環として，会の開催運営に長く携わってきた。この活動を通して，普段に病院で出会う患者や家族の姿はその方々のある一面にすぎないことを実感して，患者や家族の真のニードは何か，サポートするとは何か，われわれには何ができるのだろうか等について探求する機会を得た。

一方，がん看護専門看護師として，ホスピスでの働きに従事する中で，患者はこれまで自分の死に一度は向き合って，生きる力を育んできたはずなのに，人生の最期にその力を十分に活用して生きている方はさほど多くないと感じていた。患者ががんという病いと自己の死との対峙を通して獲得した生きる力をどうすればその後の人生において活用できるのかと疑問を感じながらも，ホスピスで，日々，出会う患者や家族のケアに奔走していた。その後，イギリスでホスピスとは異なるがん患者へのケアを提供している場として，「マギーズキャンサーケアリングセンター」（以下，マギーズ）があることを知った。

2010年に金沢大学での英国マギーズCEOローラ・リー氏とサラ・ビアード氏を招聘した市民対象のイベントに筆者も招聘され，初めてその活動についての詳しい説明を聞く機会を得た。その後，秋山正子氏らによる「暮らしの保健室」や，石川県がん安心生活サポートハウス「つどい場・はなうめ」などの見学を通して，「関西にもマギーズを造ろう！」との思いを温めてきた。2014年1月に，現職である京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻に着任し，京都におけるがん患者と家族・親しい人たちの状況を見聞する中で，マギーズの活動を念頭に置きながらも，今後の高齢社会で活かすことのできる暮らしの知恵の創生が急務であると考え，当活動の構想に至り，その実現を目指してきた。

そして，2015年3月に現在の会場である「風伝館」1階にコミュニティスペースがあることを知り，早速に利用の手続きを行った。同時に，これまでの「関西にもマギーズを造ろう！」との呼

図 1　第 1 回準備会

図 2 「ともいき京都」開始ポスター

びかけに応じて 19 名の仲間が集まり，2015 年 4 月 26 日に第 1 回準備会を「風伝館」で開催して，活動の理念，目的，目標等をみんなで話し合った（**図 1**）。その席上で，われわれの活動は，マギーズのコンセプトを基盤としつつも，そのままの形で受け継ぐのではなく，「がん体験者が住み慣れた地域で，同じがん体験者や家族，医療従事者等

表 1 「ともいき京都」設立趣旨

〈ミッション〉
重層的な市民文化を育んできた京都で，がんを体験した人が，生きる力を発揮して知恵を育み，周りのいのちと共に生き，支え合うネットワーク創りを目指します。

〈名前の由来〉
がんを体験した人が，京都で共に息し，意気を持ち，粋（庶民の生活から生まれた美意識）に生きる。そして，いつかは共に逝く者であることを思いつつも，周りのいのちと共に支え合って生きることができるよう願って，「ともいき京都」と名付けました。

が共に，よりよく生きる暮らしの知恵を育み，相互につながり支え合う場づくり」を目的とすることを確認した。その後，数回の会議を重ねて，名称を「ともいき京都」（**表 1**）に決定した。さらに，運営方法やプログラム内容を検討して，2015 年 7 月 10 日より活動を開始した（**図 2**）。

運用と実際

会場は京都御所の西側にある築約 150 年の京町家を改装した「風伝館」1 階コミュニティスペースで，第 2・第 4 金曜日の 14 時〜20 時 30 分に開催しており，参加は無料である。おもな対象者は，がん患者，家族，親しい人々であるが，大切な方を亡くされた遺族や見学を兼ねた他のがんサロンの運営者や医療従事者の参加もある。

「ともいき京都」が提供しているプログラムは，**図 3** に示す通りであり，その目的から大きく 2 部構成となっている。

第 1 は「生きることへ向き合う語り合い」であり，「語り」「対話」「相談」をキーワードとして，「がん患者自身が体験を語る」「グループで対話する」「専門職に相談する」場を提供している（**図 4**）。

第 2 は「生き抜く力を育むイベント」であり，タッチケアやアロマセラピー，ミュージックセラピーなどの癒し，ヨガや体幹の筋肉を整えることによる体力維持，暮らしの知恵や医療者とのコミュニケーションなどの知識の獲得，ごはん会を通しての栄養や絆づくりなど，各領域の専門家が講義・実技指導を担当している。

また，活動を始めるにあたって，京都で暮ら

がんを体験した人、家族や親しい人達が、
日頃の思いや悩みを語り、
医療の専門職が一緒に対話する場

ともいき京都 Tomoiki Kyoto

2016年1月～3月 ご案内

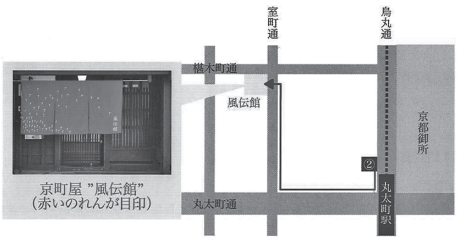
ともいき京都 事務局
〒600－8199
京都府京都市下京区万屋町342ガーデンコート河原町907
緩和ケアパートナーズ京都事務局内
HP: http://kansai.me/west3260/

●対象者
がんを体験した人、その家族・親しい人々、市民

●参加費は無料
（一部イベントによっては材料費のみ徴収いたします）

●運営メンバー
がんを体験した人とその家族・親しい人々、
がん看護を専門とする看護師、メディカルソーシャルワーカー、
セラピスト、事務職、大学教員、経営者等

●会場：風伝館
京都府京都市上京区室町通丸太町上る大門町253番地
京都市営地下鉄「丸太町」駅2番出口から徒歩約5分
京都市営バス「烏丸丸太町」「府庁前」バス停下車徒歩約5分



＜お問い合わせ先＞
■メールアドレス tomoiki_kyoto@yahoo.co.jp
■電話（開催日のみ） 090-7109-5672
※お電話での受付は、開催日の14:00-20:00 のみとなります。

1. 生きることへ向き合う語り合い

14:30 ～ 20:00
「語り」「対話」「相談」
※右記イベントの開催日に常時開催

あなた自身の体験を語る
あなたの語る、ご自身の体験談が、
他の体験者や親しい人々の、生きる知恵を広げます。

グループで対話する
他のがん体験者、親しい人々や、
医療の専門職と一緒に語り合いましょう。

専門職に相談する
がん医療の専門職が、ここでは個人として、
あなたの日頃の思いや悩みに寄り添います。

" みなさんでともに、
生きる力を見つめ直して、
暮らしの知恵を育みましょう"

●ご質問等ございましたら、お気軽にスタッフにお声かけください。

がん体験者の企画イベント募集中！

2. 生き抜く力を育むイベント

	昼 14:30～16:00	夜 18:30～20:00
1月8日(金)	アロマセラピー :講義とクラフト作成 毎日の暮らしに 癒し・心地よさを取り入れましょう 担当：看護師/アロマセラピスト	ボディ・コア・コンディショニング 呼吸を意識した軽度の運動で 体幹の軸(筋肉)を整え、健やかで 活動的な生活を取り戻しましょう 担当：上前香里氏（ルチア）
1月22日(金)	リンパ浮腫:講義と実技で学ぶ 乳がん、婦人科がん、泌尿器がんなど 治療後のリンパ浮腫と上手く付き合う 方法を学びましょう 担当：がん看護専門看護師 /リンパ浮腫療法士	タッチケア（タッチセラピー） ストレスや不安を和らげ、 穏やかさ、やさしさを体験しましょう 担当：タッチセラピスト （オンコロジータッチセラピーの会）
2月12日(金)	ともいき京都演奏会 ジャズピアノと詩の朗読を聴き、 お抹茶をいただきながらゆったりした 時間を過ごしましょう 担当：前滝康彦氏（ピアノ） ＆田村恵子（詩の朗読）	体験者企画イベント! ：身体でコミュニケーション ゲーム感覚で、言葉以外の コミュニケーションを楽しみましょう 担当：松田裕樹氏 （身体で表現するワークショップ主宰）
2月26日(金)	ボディ・コア・コンディショニング 呼吸を意識した軽度の運動で 体幹の軸(筋肉)を整え、健やかで 活動的な生活を取り戻しましょう 担当：上前香里氏（ルチア）	AYA世代ミーティング 同世代の参加者と集まり 自らでともいき京都での 活動を計画しましょう
3月11日(金)	タッチケア（タッチセラピー） ストレスや不安を和らげ、 穏やかさやさしさを体験しましょう 担当：タッチセラピスト （オンコロジータッチセラピーの会）	みんなで語ろう！医療者や 親しい人とのコミュニケーション 上手く話せない？伝わらない？ 体験を通して、日頃の コミュニケーションを考えましょう 担当：藤本啓子氏(患者のウェルリビングを考える会)・がん看護専門看護師
3月25日(金)	ともいき京都ごはん会 栄養に関する講義と、身体と心に やさしい献立を、みんなで一緒に つくっていただきましょう ※材料費500円徴収 ※調理の時間 14:30～16:00 食事の時間 16:00～17:00 担当：管理栄養士	ともいき京都ごはん会 栄養に関する講義と、身体と心に やさしい献立を、みんなで一緒に つくっていただきましょう ※材料費500円徴収 ※調理の時間 17:30～19:00 食事の時間 19:00～20:00 担当：管理栄養士

※上記プログラムの内容は変更となることがございます。ご了承ください。

図3 「ともいき京都」プログラム

図 4 「ともいき京都」語り合いの風景

す小児がん体験者や AYA（Adolescence and Young Adult：思春期・若年成人）世代の体験者が定期的に集まることのできる場を提供することを決定した。第 1 回目の AYA 世代参加者の希望に基づいて，約 3 カ月ごとに場の提供を行っている。運営はこれまで小児がん体験者の支援を行ってきた看護師や MSW がファシリテーターとなり，参加者の意向を確認しながら進めている。

さらに，本プログラムの特徴として，がん体験者によるイベント企画を募集している。参加者であるがん体験者の女性よりカラーセラピーの申し出があり，11 月に「がん体験者の企画イベント：カラーセラピー」を開催した。12 月に開催したクリスマス会でも，和紙を使った小物づくりをがん体験者が企画して行った。

活動の成果とその意味

2015 年 7 月 10 日～11 月までの計 10 回の参加者は延べ 211 名で，参加後のアンケート回収率は 85％であった。参加者の背景は，性別では女性が 76％と圧倒的に多く，平均年齢は 56 歳で，内訳は 10 歳代 2％，20 歳代 14％，40 歳代 13％，50 歳代 17％，60 歳代 25％，70 歳代 26％，80 歳代 3％であった。属性ではがん体験者 75％と当事者が多く，続いて家族 5％，遺族 3％であった。診断名は大腸がん 29％，乳がん 26％，白血病 9％，子宮がん 6％，胃がんと小腸がんが各 4％である。住居は京都市内が 56％，京都府内 18％，大阪 13％，滋賀 3％であり，プログラムを知ったきっかけは病院（がん相談支援センター）32％が最も多く，友人・知人 28％，新聞 13％であった。参加者のプログラムに対する満足度は大変満足・やや満足が 96％であり，今後のプログラムへの参加希望も全員が是非参加したい・まあまあ参加したいであった。

冒頭でも述べたようにようやく半年が経過しようとしているところであるため，成果および意味の検証には至っていない。しかし，開催回数を重ねるごとに，「ともいき京都」がスタートすることを紹介した新聞を握りしめて「ずっと来たいと思っていました」と参加される方，「ホームページで探してきました」と参加される方など，徐々にではあるが，「ともいき京都」の活動が地域で暮らすがん体験者に伝わりつつあると実感している。

一方，運営メンバーはイベント担当者も含めて毎回平均 19 名であり，全員がボランティアである。参加者数に比してボランティアが多いことが特長であり，参加者からは「対応が親切で丁寧」「笑顔で元気をもらっている」などの感想が寄せられている。また，「このような場があると思うだけで少し気持ちが前向きになれます」「この激しい時代に，こんなに優しい静かな時間をつくってくださって感謝しています」などのアンケート結果から，参加者と運営メンバー，そして京町家という環境の 3 者が一体となって「ともいき京都」という独自のコミュニティを紡ぎだしつつあると思われる。

現状の課題と今後の歩み

前述のように，参加者の約 8 割が女性であり，男性の体験者の参加が少ない。また，就労世代の体験者が気軽に立ち寄れる場を提供したいとの考えから，夜間もプログラムを開催しているが，就労世代の参加はまだまだ少ない。プログラムへの

満足度は高いが，今後は参加者の視点から必要なプログラムについて検討し，改善を図っていく必要がある。また，「ともいき京都」の目的である「生きることへ向き合う語り合い」を十分に行うまでには至っておらず，イベント参加後の体験者同士の語り合いの場の活用や告知方法の工夫が課題である。

しかし何よりも，筆者自身，「関西にもマギーズを造ろう！」との思いはずっともち続けてはいたが，まさか今年（2015 年）その夢に着手できるとは想定していなかったため，準備不足の感は拭えない。現状においては行動しながら考えて，その結果をみて，修正を加えながら継続している状態であり，そういった意味では参加者目線のプログラムの継続には長期的な視野に立つ計画の立案が必須である。

このように課題は山積みであるが，ようやくスタート地点に立つことができたことへの感謝を忘れずに，参加者の呼吸に合わせて一歩一歩丁寧に歩み重ねていきたい。

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動
I. ふらっとカフェ・ふらっと相談室

河　正子[*1]　中島 朋子[*2]
（[*1]NPO 法人緩和ケアサポートグループ　[*2]東久留米白十字訪問看護ステーション）

はじめに

NPO 法人緩和ケアサポートグループ（以下，NPO）と東久留米白十字訪問看護ステーション（以下，ステーション）が東京都の西部，東久留米市で協働開催している「ふらっとカフェ」およびそこから生まれた「ふらっと相談室」について紹介する。

ふらっとカフェの歩み

NPO とステーションの間では代表者同士の親交があって，地域の療養者と家族を支える活動の必要性を共有していた。2008 年の NPO 設立以来，緩和ケア学習会を基盤に地域のニーズを検討した結果，療養者やご家族・ご遺族が専門職を含むスタッフとともに気軽に参加して語り合える相談・交流の場―カフェを設けたいと考えた。会場や対象者（がん患者に限定するか否か），運営方法等を模索しながら，2011 年 4 月にステーションを会場として第 1 回「ふらっとカフェ@東久留米」を開催した。

初めの 2 年間は隔月，その後は月 1 回のペースで開催している。2015 年 12 月には 40 回を数えた。案内チラシには「ご高齢であったり，がんを抱えておられたり…，地域で療養されている方やご家族，ケアにあたる方々の，日々の困りごとやケアのことなど，何でも語りあえる場です。たとえば，家族が病気になってどうしたらよいかわからない，治療中の不安を聞いてもらいたい，大切な人を失くした気持ちを聞いてほしい…など。お気軽に，ふらっとお立ち寄りください。」と記している。「ふらっと」には「気軽にふらっと立ち寄れる」，「立場を問わないフラットな関係」という 2 つの思いを込めている。

さらに，カフェ参加者を中心とした小グループ活動―「手芸の会」「詩彩画の会（12 月に年賀状を制作）」「アロマの会」を運営している。創作をしながら会話がはずみ，完成の喜びも得られるプログラムである。講師はカフェ参加者やスタッフの知人，かつてのステーション利用者（がんサバイバー）で，参加者の様子を気遣いながらご指導くださる。

これらの活動に加えて 2013 年 12 月に，日本財団の助成を受けて「ふらっと相談室」を開設した。カフェだけでは対応し難い個人のニーズに応えることを目的としている。

ふらっとカフェの実際

1. 概要（表 1）

参加者は，NPO やステーションの関係者からの紹介，駅の案内ポスターやチラシ，市の広報やタウン誌の案内記事，NPO のホームページなどを見て来ている。

表 1 「ふらっとカフェ」の実施概要

場所	訪問看護ステーション内の相談カンファレンスのスペースを活用
実施時間	毎月1回. 土曜日の午後1時から3時
対象	東久留米周辺地域に住む方々, がんを含む諸疾患をもちながら療養中の方々, 介護不安を抱える家族, 悲しみを抱える遺族など
運営スタッフ	NPO会員と医療福祉従事者（毎回6～7名で対応）
参加費	無料（5年間に, 公益財団法人三菱財団, 公益財団法人日本財団, 公益信託オラクル有志の会ボランティア基金, 公益財団法人太陽生命厚生財団の助成を受けた）

表 2 「ふらっとカフェ」の進行

11:00	会場準備
11:20	スタッフ準備ミーティング ・参加予定者情報, 進行の予定と注意点, 役割の確認
13:00	開店 ・開催者挨拶と「カフェでの約束（個人の信念を押しつけない, 個人に関わる会話の内容は外にもち出さない等）」説明 ・スタッフ紹介 ・お茶を飲みながら参加者の自己紹介または近況報告（パスすることも可能）
13:45	自由歓談：茶菓（ステーション利用者のご遺族が作製のことも）を楽しみつつ
14:00	小グループ：がん療養者・家族, 家族を介護中の方, ご遺族　etc. ・遅れた参加者も落ち着いた頃, 語りやすい少人数に分かれ, スタッフが同席. 個別対応が必要な方にはスタッフ1名が対応する.
14:50	次回案内, アンケート記入
15:00	閉店　皆の健康を祈って拍手で解散 （その後, アロマの会を設けることが多い. 申込者が参加する）
17:30	スタッフミーティング ・参加者に関する情報共有, 進行の反省

2014 年 10 月から 1 年間の集計では，1 回のカフェに平均して 11〜12 名の参加（うち新来 2〜3 名）があった。内訳は，女性 8 名，がん療養中の方が 5〜6 名，非がんの方は 0〜1 名，家族 1 名，遺族 2 名，市民 1 名，医療福祉関係者 1 名という状況である。スタッフ 6〜7 名が対応している。

2. カフェの進め方

表 2 に最近のカフェの流れを示した。がん療養者のグループでは，治療選択の困難さ，副作用のつらさ，体調による気分の落ち込み，医師との付き合い方の難しさなどがよく話題となる。介護家族グループでは利用できる資源の紹介，日々の介護の肯定を主として関わり，ご遺族グループでは悲しみを表出できるよう傾聴に努めている。どのグループでも同じ経験をもつ参加者の共感や助言から語り合いが深まる。その日の参加者の顔ぶれによっては，ギター演奏を楽しむことや，皆で歌うこともある（**図 1**）。

3. カフェの評価

終了時に参加者が記載する感想欄では，おおむね「ほっとできる雰囲気で語り合う時間がうれしかった」との感想を得ている。ほぼ全員が次回の案内を希望される。

図 1 「ふらっとカフェ」の様子
（上）自己紹介後ちょっとひと息
（下）小グループに分かれての談話風景

ふらっと相談室の開設

2013 年 12 月に，療養や介護に関する個別相談のため，あるいはふらっと訪れてくつろいだ時間を過ごしてもらえるように，「ふらっと相談室」（以下，相談室）を開設した。

カフェと同じ場所で，毎週月・木（土曜日は月 1 回程度）の午後 2〜5 時に開室している。スタッフは 2〜3 名（1 名は必ず医療福祉の専門職）。利用は無料，コピー代などは実費払いとしている。開設時の改修費と 2 年間の相談担当者人件費は公益財団法人日本財団の助成に依った。最近では，毎回 1〜3 名（多い時は 5 名）程度の利用者がある。

カフェ参加経験者が大半であり，ステーションなどの他機関経由や，案内表示を見て来室する利用者はまだ少ない。

利用者カードや相談記録によれば，「ふらっと寄ってみた」「誰かと話したかった」という来室動機が多い。スタッフや既知の来室者と過ごす「くつろぎ・交流の場」として用いられている。同時に，療養の方向性の相談，治療薬の副作用等の情報検索，治療病院の相談室への仲立ち，ホスピス緩和ケア病棟の紹介，地域包括支援センター紹介，看取り経験の傾聴など，専門職の対応を必要とする利用者もある。

ふらっとカフェ / 相談室利用者の事例

1. 60 歳代女性

乳がん再発後，可能なかぎりの治療を試みている中で，家族と暮らしていても寂しさがあり，いつでもふらっと立ち寄れる場所を望まれた。カフェ参加初期には「再発のない人との間には大きな溝を感じる」と発言されたが，次第にカフェや相談室が落ち着ける場所となり，「溝はなくなった」と語った。病状の進行に伴い，在宅療養体制の相談にのり，訪問看護ステーションにつなげることができた。

2. 50 歳代女性

大腸がん治療後の肝臓転移の治療法に関して，カフェで同席した肝臓がん患者から助言を受けてセカンドオピニオン外来を受診，あらためて治療を受けた。大腸がんの再発や，肝臓がんの再燃などに対処しながら安定した生活を続けている。相談室には時折来室して，スタッフやカフェの知己との会話を楽しまれる。

3. 50 歳代女性

難病の夫が在宅療養中に急死，1 人暮らしとなった。夫の死後 3 週間くらいの時，駅のポスターでカフェを知って来室した。深い悲嘆の時期，うつ病の診断時期をカフェ参加者やスタッフに支えられつつ過ごした。1 年後に子宮頸がんが発見された。化学療法と放射線療法で腫瘍が縮小，病状は安定したものの，不安を抱え，カフェや相談室に「誰かと話したくて」と来室される。波はあるが「悲しみの階段を 1 段 1 段降りる」ことができている。

4. 30 歳代男性

公民館のチラシでカフェを知って参加した。心身の不調で就職もままならず現在無職，両親と同居，精神科治療中である。「いろいろな人の話を聞きたい」「同世代の人と話したい」と希望があり，同年代のスタッフ男性が対応したり，年長の女性スタッフが傾聴を行ったりしてきた。「ここは僕を否定する人が誰もいないから，安心して来られる」と語っている。

成果と今後の展望

ふらっとカフェは，初期からの継続的参加者を核として，新来者が少しずつ加わり，地域に定着してきた。対象者をあえて限定しないために話題の焦点を絞りにくい難もあるが，多様な人々の住む地域の縮図のような場で互いを気遣う意識が生まれてくる。異なる背景の参加者が，それぞれに相談者にも助言者にもなれる。継続的参加者には「何か人の力になれると，自分のいる意味が感じられる」と，カフェ運営に協力くださる方もある。参加者とともにプログラムを育てる過程を大切にしていきたい。

ふらっと相談室では，個別の相談ニーズに応えることと，常連利用者にくつろぎ・交流の場を提供することとの両立に難しさがある。また，「いつでもふらっと立ち寄れるところがほしい」という希望に応じるには，開室頻度を上げる必要がある。カフェ参加者以外の利用も高めるために地域への広報に努めることも必要である。加えて，スタッフとなる人材，運営資金の確保が活動拡充の大きな課題である。

ステーションでは日常の訪問看護活動に力を注ぐことが求められ，地域に相談・交流・くつろぎの場を提供する活動実践は難しい。NPO が協働して，カフェや相談室をステーションの一画で開催する方式は効果的であったと考える。今後も参

加者，利用者，スタッフが気遣い合い，近隣の医療福祉関係者，がんサロン（清瀬がんカフェ，がん哲学外来カフェ等）とも協力関係をもって，地域にケアコミュニティを形成していけるように努めたい。

活動紹介記事

1） 中島朋子：ふらっとカフェ―地域で行う相互支援機能．緩和ケア **22**（3）：256–257, 2012
2） 河　正子：「ふらっとカフェ」―在宅療養の方々に開かれた相談・くつろぎの場．地域緩和ケアりんく **14**：13, 2012
3） コミュニティケア編集部：地域を“元気”にするナース〈報告 2〉ふらっとカフェ：地域を支える温かいよりどころとして．コミュニティケア **16**（6）：54–57, 2014
4） 河　正子，中島朋子：NPO 法人緩和ケアサポートグループ「ふらっとカフェ・ふらっと相談室」．阿部まゆみ，安藤詳子 編著：がんサバイバーを支える緩和デイケア・サロン．青海社，pp.92–94, 2015

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動

J. 墨田区「がんサロン SAKURA（さくら）」&医療法人社団パリアンのがんサロン「サロン・ド・パリアン」

川越 博美[*1,2]　松浦 志のぶ[*2]
（[*1] 訪問看護パリアン　[*2] NPO 法人すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会 あこも）

墨田区「がんサロン SAKURA（さくら）」

1.「がんサロン SAKURA」開催までの歩み

NPO 法人すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会「あこも」（以下，「あこも」）は，がんになっても最期まで住み慣れた地域で安心して過ごせるようなまちづくりを目指して，区民，医療職，福祉職，行政職などさまざまな立場のメンバーが集まり，2010 年 7 月に墨田区を拠点として設立された。筆者の川越はこの NPO 法人の代表を務めている。「あこも」のメンバーは設立前の 2008 年 3 月から，在宅ホスピス緩和ケアに関する講演会や専門職対象の勉強会の開催などの活動をしていた[1)]。

一方，「墨田区がん対策基本方針」が 2009 年 11 月に策定され，その中での在宅医療の充実に関する方針と「あこも」の活動の方向性が同じであったことから，2011 年度より墨田区在宅緩和ケア事業が「あこも」に委託されることになった。

墨田区主催，「あこも」企画・運営で進めている本事業は，当初 2 年間は在宅ホスピス緩和ケアに関する連続講座，シンポジウム，啓発リーフレット作成，専門職対象の研修会などを行った。事業 3 年目の 2013 年度に，上記の区の方針「在宅医療の充実・強化」の具体的な施策である「地域包括支援センターや民間団体等との連携を図りながら，在宅医療及び緩和ケアに関する相談・支援体制を整備」を進めるため，がん患者とその家族からの相談を受ける会が計画に挙がった。ここで，単に窓口を設けて相談を受けるよりも，同じ病気を抱える患者同士の交流の場をつくり，そこで専門職に相談もできる会のほうが，患者・家族にとっては安心できる情報や機会がより多く得られると考え，「がん相談会 がんサロン SAKURA」を開催することになった。当時，がん患者のためのサロンは病院内で行われるものが多かったため，かかりつけの病院に関係なく，患者・家族が地域で集える場をつくりたいという思いもあった。2 年目からは同じ墨田区内にある東京都立墨東病院がん相談支援センター，社会福祉法人賛育会賛育会病院緩和ケア病棟と共催で行っている（**図 1** 左）。

2.「がんサロン SAKURA」のプログラム

がんサロン SAKURA は年 4 回，土曜日の午後 2 時から 4 時に，原則として区の公共施設を会場として行っている。毎回のプログラムとして，ミニ講義，語り合い，ティータイム，個別相談を柱としている（**表 1**）。

1）ミニ講義

さまざまな専門職に，自宅でのがんの療養に有用な情報を 20 分程度で話していただいている。これまで，在宅緩和ケア診療所・都立病院院長・緩和ケア科の医師や，病院の栄養士やソーシャルワーカー，訪問看護師などによる講義があった。2015 年度初めての試みとして，がん患者の方に自身のがんに関する経験や日々思うことなどを皆の前で話していただき，参加者の方にはとても参考になったと大変好評であった（**図 1** 右）。2014 年度は第 4 回のミニ講義の代わりに音楽を聴く時間を設けた。チェロとバイオリンのプロの奏者による二重奏で，なかには皆で歌える曲もあって参加者にゆったりとした時間を過ごしていただい

図1　がんサロン SAKURA の準備会（左）とミニ講義（右）の様子
行政，病院の医師・看護師・MSW，診療所医師，訪問看護師などが協働してがんサロンを運営している

表1　がんサロン SAKURA　実施概要

		2013年度			2014年度			2015年度		
主催		墨田区								
共催		—			東京都立墨東病院 社会福祉法人賛育会　賛育会病院					
企画・運営		特定非営利活動法人すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会あこも								
参加人数		患者	家族	計	患者	家族	計	患者	家族	計
	第1回	8	3	11	11	0	11	14	2	16
	第2回	8	2	10	9	0	9	11	0	11
	第3回	7	3	10	9	0	9	9	1	10
	第4回	2	0	2	8	4	12	2016年3月19日実施予定		
参加実人数		11	4	15	19	4	23	16	3	19
ミニ講義内容	第1回	がんとはどういう病気？ （在宅緩和ケア診療所院長 医師）			「がん」とはどんな病気？ （都立病院長 医師）			「がん」とはどんな病気？ （緩和ケア科部長・緩和ケア病棟医師）		
	第2回	日々の食事の工夫（病院栄養士）・がんの「お金」に関する制度（看護師）			「がん」にやさしいお食事 （病院管理栄養士）			がんとどう付き合うか （がん患者さん）		
	第3回	ストレスへの対処＆リラクゼーション法（訪問看護師）			がん患者を支える社会資源 （病院MSW）			がん患者を支える社会資源 （病院MSW）		
	第4回	活用できる医療・福祉サービス （病院MSW）			なし			なし		
語り合い		4〜8名のグループに分かれて，ファシリテータ（メイン・サブ各1名）の進行のもと，下記のグランドルールに沿って行う 1.個人の秘密を守りましょう：今日聞いたことはグループだけで共有し，口外しないことを約束しましょう 2.みなさんのお話に耳を傾けてください：他の方が話しているときに，途中でさえぎらないようにしましょう 3.他の方の話を否定したり批判しないようにしましょう：他の方の話に共感したときは，うなずいたりして絆を深めていきましょう									
特記事項		第4回は大雪のため，欠席者が多かった			第4回にチェロ・バイオリン二重奏			第4回に管楽五重奏		

た。2015年度の第4回では管楽五重奏を予定している。

2）個別相談

専門職への相談を希望する参加者は，ミニ講義の直後や語り合いの合間に医師，看護師，ソーシャルワーカー，栄養士に相談することもできる。

3）語り合い

語り合いでは毎回4〜8名のグループに分かれて円形に座り，各グループを担当するメインとサブの2名のファシリテーターの進行のもとに，自らのがんの経験や悩みなどを語っていただき，他のがん患者・家族との分かち合いの場としている。気兼ねなく，しかし節度をもって参加者に安心して話していただくために，グランドルール（**表1**参照）を，ファシリテーターから最初に説明するとともに語り合いの間は参加者が見える場所に掲示している。3年目の2015年度はファシリテーションの質の向上のために，ファシリテーターや運営スタッフが，特定非営利活動法人がんサポートコミュニティーのコーディネーターによるファシリテーション研修を受けた。それまではファシリテーター個々の考えで進行していた部分もあったため，グループによって進行や発言の仕方に偏りが生じていたが，2015年度は8名のファシリテーターが統一された方法で進行できるように努めた。

語る内容は，初回は自己紹介も兼ねて，がんの診断を受けた時からこれまでの経過，現在の治療に関することが多い。治療内容や医師への不満・批判も出るが，それだけに始終しないようにファシリテーターが配慮している。回が進むと今後の治療への期待や不安，そして治療ができない段階まで進んだ時の話も増えてくる。ファシリテーターは，語り合い中に参加者から医療や介護に関する質問を受けることもあるが，語り合いの流れを止めないために，後で詳しく答えることを伝え，その質問に関する話題を続けたまま他の参加者に発言を促すようにしている。

4）ティータイム

ハーブティなどを飲みながら，参加者・スタッフが自由に歓談する。共に語り合った参加者同士がスタッフも交えて，日々の生活の工夫やがんに直接関係のないことまで，楽しくおしゃべりするといった雰囲気で過ごす。ミニ講義で聴いたことをより詳しく聞きたい参加者が講師と話し込むこともある。

医療法人社団パリアンのがんサロン「サロン・ド・パリアン」―ボランティアと専門職の協働による community がんサロン[2)]

1. ホスピスデイケアの始まり

医療法人パリアンは，医師と訪問看護師を核として在宅で末期がん患者をケアしている，いわゆる在宅ホスピスケアチームだ。ヘルパー・ケアマネジャー・ボランティアもチームとして加わっている。

今から16年前（2001年），ひとりのがん患者さんが，「ひとりで家にいるのは寂しい」と訴えてきた。これがデイホスピスを始めるきっかけになった。最初はボランティアが食事をつくり，話し相手になっていた。その活動が，家で過ごす末期がん患者さんにとって大切な活動だとスタッフもボランティアも徐々に認識するようになった。そこでプログラムをつくりホスピスデイケアとして正式に活動を始めた。まさに患者さんの必要が生んだ，現場の草の根的活動だった。

2. 療養通所介護としての活動と中止，「サロン・ド・パリアン」へ

ボランティアが中心になって活動を続けていたが，経営的にはパリアンからの支出を余儀なくされた。2005年，療養通所介護を制度化する動きが出て，厚生労働省や国会議員の方々がパリアンのホスピスデイケアを視察に見えた。そして正式に介護保険制度のサービスの1つとなった時，パリアンのデイケアを療養通所介護事業として位置づけた。介護保険事業者としての基準を満たすため，部屋を改造し設備を整えた。そして3年間療養通所介護として活動を続けた。しかし，制度上の介護保険事業者として求められるものとがん患者さんが求めるものとの間に乖離を感じるようになり，療養通所介護から外れ，より自由に利用で

きる元のホスピスデイケアに戻した。

医療的ケアが必要な人を日中預かるというより，がん患者さんはより主体的に患者同士あるいはボランティアやスタッフと語り合い，仲間をつくり，自分の今を見つめたいという希望だった。また，療養通所介護はケアマネジャーが立てるケアプランに入れないと利用できないため，要介護度が低めに出る末期がん患者さんは，ケアプランによって縛りを受け，サービスが使い難くなったことも中止した一因だった。現在は地域に開いたがんサロンを目指し，名前をがんサロン（サロン・ド・パリアン）として活動を続けている。

3. パリアンのがんサロン（サロン・ド・パリアン）のプログラム

実施：週1回　1時間30分程度

内容：ボランティアの手づくりの昼食とスイーツを食べながら語り合う
最初に10分程度のミニレクチャー（参加者持ち回りのお話や音楽）

対象者：がん患者とその家族。時には遺族も参加（定員5〜6名）

送迎：必要な人にかぎり訪問看護師と医療法人パリアンの運転手が行う。

プログラムの立案にあたっては，イギリスの研究結果を参考にした。参加者の“feel comfortable, feel of value, feel less isolated”を目指してプログラムを組んだ。結果，参加者が“共に食し，語り合い，学び合う”場としてのホスピスデイケアになった。

がんサロン参加者の声

「がんサロンSAKURA」「サロン・ド・パリアン」共に参加者のがんの病状はさまざまだが，同じ病気をもって生きているという共通点で心を通わせて語り合える。参加することで「家族にすら話せないことでも，同じ病気で分かってくれる仲間と安心して何でも話せて，精神的に楽になる」「お互いに話を聞いたりしたりでき，体も心も元気になれた」「心の支えや勇気をいただいた」「みんな大変なのに前向きに生きていることにとても勇気づけられた。もっと強く生きていこうと思った」と，前向きな気持ちになる方が多い。

「サロン・ド・パリアン」には，余命3カ月と言われた人が，がんは進行しているが3年も通い続けている。最初は何かにつけ涙を流し，別室で1人心を落ち着かせなければみんなと合流できなかった。しかし今は「サロン・ド・パリアン」のピアカウンセラーのように参加者の気持ちを引き出し，語り合いのファシリテーターのようになっている。「自分が出かける場ができたという安心感が芽ばえた」「あなたはここにいて生きていて良いのですよというメッセージをもらえた」「自分と同じように不安や孤独感に苦しむ人たちがこうして生きていることを知り仲間になれた」「家では喉を通らない食事が，ここで皆と一緒に食べると不思議と食べられる」など，参加者の言葉にボランティアやスタッフも力づけられ，共に今を生きている喜びを分かち合っている。

一方で，「がんサロンSAKURA」では，1回のみ参加しただけでその後は現れない方もいる。その理由は不明なままだが，開催の案内は送り続けている。また，深刻な病状に面している方は語り合いに入りづらい様子が見られるので，そのような方にどう対応したらよいかは，今後の課題の1つだ。

地域に開かれたがんサロン

「サロン・ド・パリアン」のホスピスデイケアは休むことなく週に1度の活動を続けて12年が過ぎた。「サロン・ド・パリアン」の患者さんだけではなく地域のがん患者さん誰でもが参加できるよう，対象者を広げようという声があがり，がんサロン「サロン・ド・パリアン」としてチラシをつくって地域にPRした。治療中の方やその家族，遺族も参加するようになったが，まだPR不足であると思うので，今後も地域への発信を続けたい。

墨田区主催の「がんサロンSAKURA」は，年に4回のみの開催であるため，継続的にがんサロンを利用したいという方には，他のNPO法人が

開くがん患者の集まりや，「あこも」の数名のメンバーが関与している医療法人パリアンのがんサロン「サロン・ド・パリアン」を紹介している。

「がんサロン SAKURA」と「サロン・ド・パリアン」は互いに役割を補完しながら，がん患者さんを地域で支えるために墨田区になくてはならない活動になっている。「集える場がある，というのは安心でうれしいです」という声に支えられ，今後もがん患者と家族が集まることができる，地域に開かれた場としてありたい。

文献

1) 川越博美，松浦志のぶ，内田千佳子：市民が参加する「家で死ねるまちづくり」．緩和ケア　**22**：358–361, 2012
2) 川越博美：パリアンのデイホスピス．がんサバイバーを支える緩和デイケア・サロン．p.82–85, 青海社，2015

4. 緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス等の活動

K. 在宅緩和ケアクリニックが目指す緩和デイケア・デイサロン（デイホスピス）

柴田 岳三* 金澤登貴子*
（*医療法人社団 緩和ケアクリニック・恵庭）

デイホスピス（サロン・ド・ミュゲ）への歩み

筆者らは2000年，北海道室蘭市の日鋼記念病院に緩和ケア病棟が設立されることになった際，その設計段階から携わり，2001年病棟発足後も9年間務めた。当時はまだホスピス・緩和ケアの黎明期にあたり，全国の緩和ケア病棟数も100に満たない時代であった。そうした時代の流れの中で2008年，病院内の多職種に協力を求め，最初のデイホスピスを開催し，「がん診療連携拠点病院における疑似デイホスピスの試み」の演題名で日本ホスピス在宅ケア研究会に発表した。だが「今回（緩和ケア病棟医）が医師としての最後の仕事」と考えていた筆者らの意識も変化を遂げ，もっと足りないものがあると感じるようになり，それが在宅診療であると考えるようになった。

2010年1月同病院を退職し，3月恵庭市に訪問診療専門の「緩和ケアクリニック・恵庭」を開院した。恵庭市で在宅ホスピスを目指し，診療を開始して早くも6年目を迎えているが，ホスピス病棟での経験をもとに形を変えながらも続いているのがデイホスピス「サロン・ド・ミュゲ」である。対象疾患はがんで，外来通院患者主体のデイホスピスから，非がん患者も含めた在宅療養患者が主体のデイホスピスに変わっている状況をご報告したい。

施設ホスピスでの経験（室蘭市）

冒頭でも触れたが，筆者が日鋼記念病院緩和ケア病棟に勤務していた2008年，同院ががん診療連携拠点病院となり，われわれは患者さんのQOL向上を目指し，デイホスピスの開催を試みた。

対象は日鋼記念病院で治療を受けているがん患者やがん患者会のメンバーなどが中心で，病院側はスタッフ，ボランティアなどである。方法は，①患者会メンバーにアンケートを行い，デイホスピスへの参加を募る，②病院各科（課）にデイホスピス開催協力を依頼する，③デイホスピスを実践，④実践後，参加者・スタッフからアンケートをとり，⑤病院事務方によるデイホスピス運営評価，などを順次行った（**表1**，**表2**）。

結果は患者（キャンサーサバイバー）の全員がデイホスピスの開催に興味を示した。デイホスピスに参加した患者の多くはデイホスピスに満足していた。参加患者の多くは，デイホスピスの再開を期待していた。がん診療連携拠点病院におけるデイホスピスの開設は可能であると考えた。

表1 「デイホスピス」参加者および受療プログラム・部署

参加者合計	43名	受療者が受けた療法および相談した部署	
受療者	18名		
スタッフ	13名	音楽療法	7名
医師	3名	アロマセラピー	10名
看護師	2名	心理療法	10名
MSW	3名	理学療法	1名
薬剤師	1名	作業療法	1名
理学療法士	1名	医師	3名
作業療法士	1名	看護師	3名
心理療法士	1名	薬剤師	3名
写真係	1名		
ボランティア	11名		
新聞社	1名		

表2　病院医事課による「デイホスピス」実行試案

実施日：毎月第4土曜日　9:00〜12:30
場所：緩和ケア病棟
対象者：在宅療養中のがん患者（がん患者会メンバー中希望者）
スタッフ：医師，看護師，薬剤師，理学療法士，作業療法士，心理療法士，管理栄養士，MSW，ボランティア
内容：利用者の希望や症状の程度，体調に合わせてプログラムを作成 ①痛みなどに対する相談，②リンパマッサージ，瞑想，リラクゼーションなどの療養サービス，③患者や家族または介護者間の出会いの場の提供，④心身のリフレッシュと癒しの場の提供
料金： 案1…すべて医師の診療を行い，保険診療として診察料のみを頂く，初診の場合2,730円，再診の場合700円（当時） 案2…一般料金としてプログラムにかかわらず一律の料金とする（1,500〜3,000円）

この経験が，その後のデイホスピスの考え方に大きな自信となった。

恵庭市の地域特性と当院の陣容

千歳保健所管内の中心的な位置にある恵庭市は千歳市，北広島市などとともに札幌市の南に位置し3市合わせ人口22万人を擁しながら，大都市札幌に近いがために，医療施設の希薄な地帯である。がん診療連携拠点病院は言うに及ばず，ホスピス・緩和ケア病棟はなく，在宅療養支援診療所は少なく，強化型在宅療養支援診療所も当院1施設のみであった（2012年10月現在）。

緩和ケアクリニック・恵庭（以下，当院）は札幌の南30kmに位置し，千歳空港からも車で20分ほどで，大都市札幌と基幹空港に挟まれた交通至便な人口7万人弱の都市にある無床診療所である。人口密度は小さく，したがって当院の訪問診療は半径16km圏全域にわたるなど，移動にはかなりのエネルギーと時間のかかる地域である。

当院のスタッフは医師1名，看護師2名，理学療法士2名，音楽療法士2名，事務員3名の陣容である。

診療体制は月木の午後を外来枠とし，土日を除くその他の日は訪問に出かけている。訪問診療している患者数は50〜60名ほどで，がん患者が半数弱。非がん患者は神経難病，慢性疼痛，超高齢者など，病院への通院が困難な患者である。

デイホスピス参加者

当院の理念に沿い，あらゆる疾患で治ることが困難な患者，さらにそこに参加することがその患者にとって意味がある場合に適応となる。地域の状況などから非がん患者のサロンへの参加希望者も多く，これまでのところ患者を疾患別に分けてはいない。しかし疾患の特性から，がん患者は比較的早く入れ替わり，非がん患者は長期に継続参加する傾向がある。実際の勧誘には，訪問診療をしていて会話の中で話を持ち出すことが多い。対象疾患は，がん，非がんを問わず，訪問診療を受けている患者のうち，移動可能であることが条件である。参加方法は自家用車，家族・友人の送り迎え，タクシーの利用，ボランティアの協力などで，家族とともに参加することが多い。

デイホスピスの内容

当院でのデイホスピスは2〜3カ月に1回の割合で土曜日の午後に開催される（最近ではこれとは別に，ボランティア独自の発想でカフェ「サロン・ド・GAKU」も月1回平日の午後に開催されている）。広めの待合室に絨毯を敷き，壁に沿って十数脚ほどの椅子を並べ，中心に小さなテーブルを置いている。参加費は500円としている。

音楽療法士の中山ヒサ子元教授とボランティアとして参加している数名の協力音楽家が中心メンバーとなって，理学療法士，アロマセラピスト，ヨガ指導者などを含めボランティア，そして当院の医師，看護師，事務員などが参加している（**図1**）。

午後1時にキーボード演奏で始まり，その時の音楽家メンバーによってはギター，フルートなどが加わることもあり，歌や演奏曲のリクエストにも応えてくれる。一段落したところでお茶や菓子が出てきて，患者同士，患者とボランティアやスタッフとの談話など交流の時間となる。

アロマセラピー，指ヨガなどを受けたりするのも

図１　デイホスピス風景

図２「サロン・ド・ミュゲ」を運営するボランティア

自由である。びわの葉療法を受けることもあるし，コラージュの作成を楽しむこともある。再び楽器演奏や唱歌を楽しみ，２時間ほどで会が終了する。開催形式は，何回かの参加者，スタッフなどへのアンケートを参考に，現在の形となっている。

ボランティアの存在

クリニック自慢の１つはボランティアの存在である。室蘭のホスピスで活躍していたボランティアの方々のうち数名は恵庭や札幌から参加していた。恵庭でクリニックを開業した時点でこの方々が核となり，当院でも続けて活躍している。「ボランティアがいなかったらホスピスと呼んではいけないとさえ思っています」[1]は，在宅ホスピスにおいても至言である。彼らは自発的精神に基づく「心」「労力」「時間」の提供を基本理念に自己実現を図っている。当院では年１回ボランティア講習会を開催し，新規ボランティアの獲得と質の向上を目指している。またボランティアとクリニック，介護職員とのコミュニケーションを図るために毎月ボランティアミーティングを開催している。

デイホスピス「サロン・ド・ミュゲ」では音楽療法士のリードで進行されるが，副院長の指揮のもと，会場の設定から軽食やお茶の準備，音楽や会話の合間にはアロマセラピー，指ヨガ，コラージュ，リフレクソロジーなどのサービスをボランティアが提供している（**図２**）。

当院におけるデイホスピス（サロン）の特徴，問題点，そして夢

訪問診療を主体とした当院でのデイホスピスの特徴，問題点は，①会場に参加できない患者が多い，②末期がん患者の参加期間が短い，③非がん患者が多い，④常に使えるスペースがない，⑤プログラムの選択肢が少ない，などである。特に在宅療養の患者は動けない人が多く，今後の課題でもある。

つらい症状で悩む患者が同じつらい症状をもつ患者と交流し，自分を取り戻し，その人らしく生きるために集う場としてデイホスピスが考えられている。そこには心を許せる仲間がいて，音楽があり，談話があり，心地良い諸種のサービスが用意されている。ホスピスは建物ではなく理念・哲学であるとの言葉もあるが，ひと時を楽しく過ごせる拠点となる施設も大事な要素である。

問題点としても述べたが，現在の会場は手狭となっていて，広く使い勝手の良い施設が必要であると感じている。われわれは，がん患者だけでなく誰もがいつでも立ち寄り利用できる施設をつくり，豊富なプログラムが整ったデイホスピスをつくりたいと夢を膨らませている。

文献

1）柏木哲夫：定本　ホスピス・緩和ケア．p299，青海社，2006

5. 緩和デイケア運営スタッフ人材育成セミナー

阿部 まゆみ
（名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻）

緩和デイケア運営スタッフ人材育成セミナーの概要と開催状況

2008年，キャンパス型緩和デイケア・サロンを開設した当初から，「緩和デイケア」を運営できる人材の養成も課題として位置づけ，2010年より2日間の本セミナーを開始した。目的は，がんサバイバーを支援する緩和デイケアについて，概念と方法論を中心に実践例を通して研修し，施設や地域において緩和デイケアの推進を担う人材を育成することである。概要は**表1**に示した通りで，セミナーの内容は，緩和デイケア・コンセプ

表1　緩和デイケア運営スタッフ人材育成セミナーの概要と開催状況

目的	がんサバイバーを支援する緩和デイケアについて，概念と方法論を中心に実践例を通して研修し，施設や地域において緩和デイケアの推進を担う人材を育成する。
対象	緩和デイケアに関心をもつ医療職・市民ボランティア
会場	名古屋大学医学部保健学科（本館多目的室・がん緩和ケア研究室・東館大講義室）
セミナーの内容	〈講義〉 ・緩和デイケア・コンセプトの概論 ・イギリスの緩和デイケア研修の報告 ・「広がる緩和デイケアサロンの実践報告（緩和ケア病棟，がん診療連携拠点病院，コミュニティ，キャンパス）」 ・緩和デイケア，新たなアプローチ ・緩和ケアの国際的な動向と日本の実情 ・緩和デイケアに関する調査研究報告 ・緩和デイケアの支援ニーズ
	〈演習〉〈見学〉 ・親子の絆を高めるコミュニケーション　・クリエイティブセラピー　・サロン見学 ・サロン模擬体験
	〈グループ討議〉 ・緩和ケア病棟併設型サロン　・がん診療連携拠点病院型サロン ・クリニック型サロン　・コミュニティ型サロン　・キャンパス型サロン

図1　ゴールドフィッシュボウル教育セッション（サロン見学）

図2　人材育成のグループワーク発表

トの概論に関する講義に始まり，コミュニケーション演習やサロン見学（**図1**），サロン設立や運営ノウハウに関するグループ討議と発表などで構成した（**図2**）。

サロン実践例の紹介については，本学のがん看護専門看護師教育プログラムで学び資格を取得した修了生が，自分の就業先でサロンを開設し活動を開始した報告も含まれ，人材養成とサロンの開花が相乗的に促進されていった証である。

年2回開催して6年目を迎え，11回開催し参加者延べ数は591名である（**表2**）。南は沖縄県から北海道まで35都道府県から参加者（**表3**）があり，東海が75％を占めた。セミナー開催について，がん診療連携拠点病院をはじめ広く通知し，がん相談支援や緩和ケアに携わる看護師，医療ソーシャルワーカー，薬剤師，医師，緩和ケアに関心の高い作業療法士や理学療法士，臨床心理士，サロンに関わるボランティア市民，そして，看護大学の教員や院生・学部生などが参加している。受講動機は，緩和デイケアへの関心，在宅医療におけるサバイバー支援体制強化，地域におけるがん患者サロン運営強化やサロン立上げなどで，モチベーションの高さがうかがえた。

セミナーの経験交流から描かれる緩和デイケア・サロンの姿

セミナー開催により，病院だけでなくコミュニティやキャンパスにおける緩和デイケア・サロンのユニークな実践について広く周知されるようになり，さらにセミナー参加者による新たなサロン開設へと広がっている。緩和デイケア・サロンのタイプは，緩和ケア病棟併設型，がん診療連携拠点病院内型，在宅緩和クリニック併設型，コミュニティ拠点型，キャンパス型などのタイプで広がりつつある。これらは，患者のパフォーマンス・ステイタス（PSレベル）に合わせて選択されるという側面や，地域の特性も関連している。

セミナー参加者のアンケートから「患者サロン立上げの参考になった」「在宅で療養するがん患者をサポートする一環として緩和デイケアがあることの意義が分かった」などの回答を得，サロ

表2　開催年月日と参加者延べ数

年度	開催日	参加人数	開催日	参加人数
2010	10/16	62	3/5	51
2011	7/16	65	10/22	51
2012	7/21	69	10/6	45
2013	7/14	55	10/13	42
2014	7/13	52	10/26	55
2015	7/26	44	合計：591（人）	

表3　延べ参加者の背景　n=591

項目	内訳	人　（%）
性別	男性	53　(8.9)
	女性	538 (91.0)
地域	北海道･東北	5　(0.8)
	関東･甲信越	50　(8.4)
	東海	444 (75.1)
	近畿	56　(9.5)
	中国･四国	18　(3.0)
	九州･沖縄	18　(3.0)
職種	看護師	384 (65.0)
	保健師	3
	訪問看護師	12
	セラピスト	16　(2.7)
	MSW	15　(2.5)
	サロン運営補佐	14　(2.4)
	薬剤師	13　(2.2)
	医師	12　(2.0)
	理学･作業療法士	11　(1.9)
	臨床心理士	5　(0.8)
	社会福祉士	5　(0.8)
	医療法人経営者	3　(0.5)
	ボランティア･他	8　(1.4)
	看護教員	64 (10.8)
	院生･学部生	41　(6.9)
看護専門職	緩和ケアCN	17
	がん看護CNS	10
	がん性疼痛看護CN	8
	がん専門相談員	2
	乳がん看護CN	1

CN：認定看護師　　CNS：専門看護師

ン模擬体験では，サロン利用者との交流を通して「退院後に生じるさまざまな問題に対する解決策のヒントになる場」「がんサバイバーと家族への支え合いの場」「患者同士が構えずに語れる場」などと捉えることができ，生活の延長線上に患者サロンが必要とされることの理解につながった。今後の活動について８割の参加者から「新しい支援の在り方として緩和デイケア・サロンのイメージができ，今後の活動に役立つ内容であった」「今回の学びを通して自施設でがんに関わるミニ講座や患者同士が語れる場を提供するなど，具体的な活動につなげたい」などの意見が寄せられた。

緩和デイケア・サロンがもたらすものを継続し発展させるために

緩和デイケア・サロンの目指すところは，その人流の生き方を尊重した関わりのなかで，その方の生活世界が少しでも広がり，自己実現するよう支援することにある。緩和デイケア・サロンは身近な場所で支援プログラムを開発し，地域の実情に即して開拓していくこと，がんサバイバーに一貫して関わる多職種協働システムを築くことが今後の課題と考える。

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

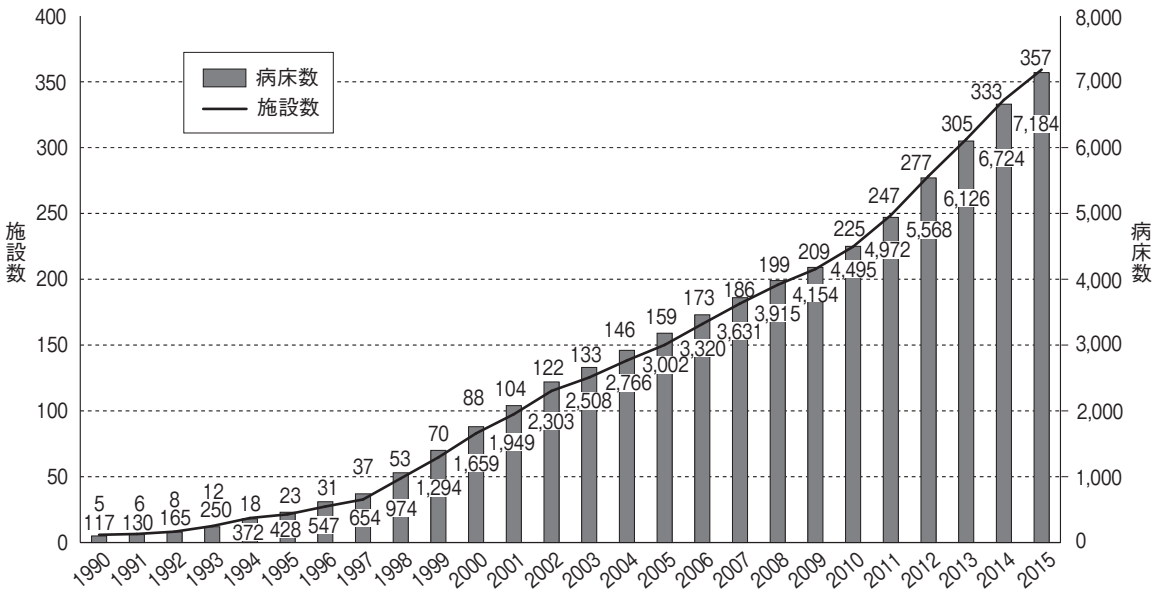
宮下 光令　今井 涼生
（東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野）

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。図表の資料はほとんどが昨年発行されたホスピス・緩和ケア白書 2016 に最新のデータを追加したものであるが，従来在宅緩和ケアに関するデータが少ないことが指摘されていたため，ホスピス・緩和ケア白書 2017 では社会医療診療行為別調査に基づく在宅緩和ケアに関するデータを新たに収載した。

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。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が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（2014 年度の数値で計算した結果）。なお，本稿の図表の個別の数値に関する質問があれば著者まで連絡をいただきたい。

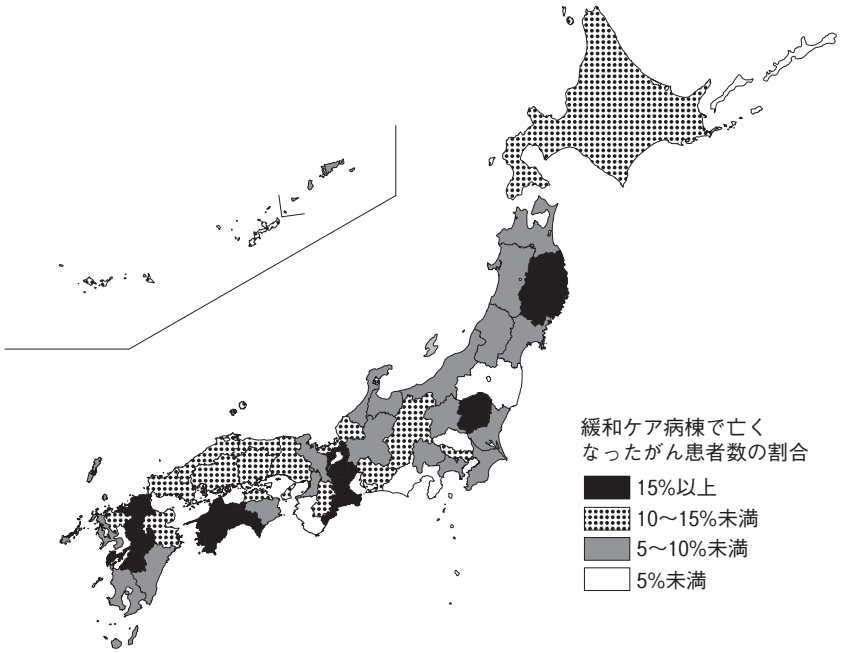
緩和ケア病棟

わが国の緩和ケア病棟は，1990 年に診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されたことにより制度化された。**図 1** に緩和ケア病棟数，病床数の推移を示す。診療報酬の増加とともに緩和ケア病棟



（日本ホスピス緩和ケア協会，2015 年 11 月 15 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。
（日本ホスピス緩和ケア協会，2015 年 4 月 1 日現在）

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）

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 2015 年には 294 病棟（6001 床）となった。

日本ホスピス緩和ケア協会会員の緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合は 2014 年で 10.5％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には地域差がみられ，高い都道府県は高知県 25.8％，福岡県 24.3％，熊本県 19.6％であり，低い都道府県は和歌山県の 2.1％，埼玉県の 3.7％，福島県の 4.4％であった。

2015 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 15％，院内病棟型が 83％であり，完全独立型は 2％（6 施設）であった。稼動病床数は平均 20.5 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 2014 年度で平均 175.8 名であり，200 名以上の施設が 2011 年度に比べて 11％増加した。退院患者のうち死亡退院が占める割合は，2014 年度では平均 84.0％であり，2011 年度より 1.9％減少した（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，さらに 2014 年度減少に転じた）。平均在院日数は 2014 年度では平均 33.4 日であり，平均在院日数が 30 日未満の施設の割合は 44％であり，2011 年度より徐々に経年的にしている。平均病床利用率は平均 75.8％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 4.4 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 224 施設に増加した。

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	41 15.2%
	院内病棟型	223 82.6%
	完全独立型	6 2.2%
認可病床数	平均±標準偏差	20.5±7.9
	1 ～ 14 床	39 14.4%
	15 ～ 29 床	215 79.6%
	30 床以上	16 5.9%
稼働病床数	平均±標準偏差	20.1±7.4
	1 ～ 14 床	42 15.6%
	15 ～ 29 床	213 78.9%
	30 床以上	15 5.6%
個室数	平均±標準偏差	17.1±6.4
	1 ～ 9 室	29 10.7%
	10 ～ 19 室	129 47.8%
	20 室以上	112 41.5%
無料個室数	平均±標準偏差	9.4 ±5.8
	0 ～ 9 室	124 45.9%
	10 ～ 19 室	130 48.1%
	20 室以上	16 5.9%
家族室数	平均±標準偏差	1.6 ±0.7
	1 室	127 47.0%
	2 室	124 45.9%
	3 室以上	19 7.0%
緩和ケア病棟入院料算定開始後年数	平均	9 年 9 ヶ月
	0 ～ 4 年	69 25.6%
	5 ～ 9 年	75 27.8%
	10 年以上	126 46.7%
病床あたり面積（㎡ / 床）	平均±標準偏差	14.4±6.7
	5 ～ 9 ㎡ / 床	36 13.4%
	10 ～ 14 ㎡ / 床	112 41.8%
	15 ～ 20 ㎡ / 床	120 44.8%
外来機能	あり	265 98.1%
	なし	5 1.9%
病院の総病床数	平均±標準偏差	331.2±237.9
	～ 99 床	33 12.2%
	100 ～ 499 床	182 67.4%
	500 床以上	55 20.4%
院内の緩和ケアチーム	あり	144 53.3%
	なし	126 46.7%
病院・併設施設からの在宅診療	あり	99 36.7%
	なし	171 63.3%
病院・併設施設からの訪問看護	あり	138 51.1%
	なし	132 48.9%

		n（%）
緩和医療専門医（人）	平均±標準偏差	0.35±0.75
	0 人	201 74.7%
	1 人	53 19.7%
	2 人以上	15 5.6%
緩和医療暫定指導医（人）	平均±標準偏差	0.58±0.67
	0 人	138 51.3%
	1 人	111 41.3%
	2 人以上	20 7.4%
がん看護専門看護師（人）	平均±標準偏差	0.19±0.5
	0 人	227 84.4%
	1 人	34 12.6%
	2 人以上	8 3.0%
緩和ケア認定看護師（人）	平均±標準偏差	1.0 ±0.89
	0 人	77 28.6%
	1 人	130 48.3%
	2 人以上	62 23.0%
がん性疼痛看護認定看護師（人）	平均±標準偏差	0.29±0.56
	0 人	204 75.8%
	1 人	54 20.1%
	2 人以上	11 4.1%
ELNEC-J 指導者数（人）	平均±標準偏差	0.91±1.0
	0 人	107 39.8%
	1 人	104 38.7%
	2 人以上	58 21.6%
ELNEC-J 受講修了者数（人）	平均±標準偏差	4.6±4.7
	0 人	54 20.1%
	1 ～ 3 人	86 32.0%
	4 人以上	129 48.0%
精神科医師のコンサルテーション	可能	191 71.3%
心理職のコンサルテーション	可能	172 64.2%
専門的な口腔ケア	可能	232 86.6%
専門的リハビリテーション	可能	225 83.6%
がん薬物療法（注射薬）	可能	50 18.6%
がん薬物療法（経口薬）	可能	92 34.2%
がん薬物療法（ホルモン療法）	可能	118 43.9%
放射線治療	可能	113 42.0%
CV ポート埋め込み	可能	196 72.9%
専門的疼痛治療（神経ブロックなど）	可能	185 68.8%
多職種カンファレンスの開催頻度	0 回	3 1.1%
	1 ～ 2 回	183 67.8%
	3 回以上	84 31.1%

*N＝270　*288 のうち 16 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，2015 年 4 月 1 日現在）

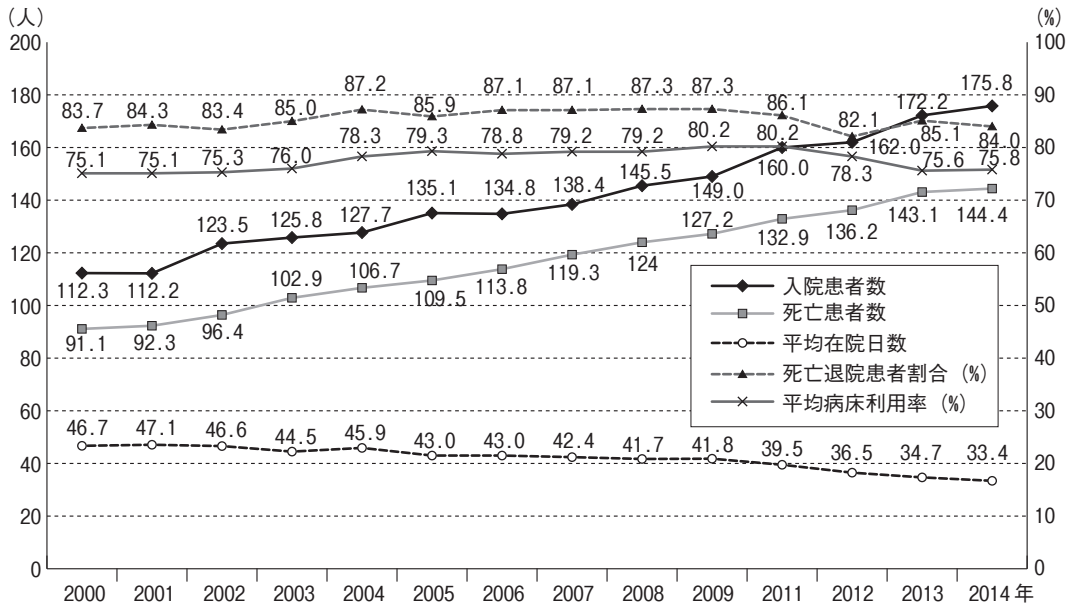
緩和ケアチームは日本緩和医療学会に登録制度がある。2015 年の日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録データの概要を**表 3** に示す。本登録は比較的活発に活動している施設が多く偏りがある可能性があることに注意する必要がある。

登録されたチーム数は，全国で 513 施設であった。内訳は，都道府県がん診療連携拠点病院が 9.6%，地域がん診療連携拠点病院が 54.8%，都道府県独自指定拠点病院が 18.1%，指定なしの病院が 17.5%だった。緩和ケアチームへのがんによ

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	SD	0～99名の割合（%）	100～199名の割合（%）	200名以上の割合（%）	平均	SD	0～99名の割合（%）	100～199名の割合（%）	200名以上の割合（%）	平均	SD	75%未満の割合（%）	75%以上90%未満の割合（%）	90%以上の割合（%）	平均	SD	30日未満の割合（%）	30日以上60日未満の割合（%）	60日以上の割合（%）	平均	SD	75%未満の割合（%）	75%以上90%未満の割合（%）	90%以上の割合（%）
2000	86	112.3	56.4	49	44	7	91.1	45.8	57	41	2	83.7	10.2	20	48	33	46.7	14.0	8	72	20	75.1	14.0	42	45	13
2001	100	112.2	57.2	47	47	6	92.3	46.6	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	44.5	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	51.6	47	50	4	85.0	11.5	15	45	40	44.5	16.6	13	76	11	76.0	14.6	39	46	15
2004	144	127.7	62.6	35	55	10	106.7	49.5	50	47	4	87.2	10.2	9	45	46	45.9	19.0	11	74	15	78.3	12.1	39	42	19
2005	159	135.1	67.3	32	56	12	109.5	52.4	44	53	3	85.9	12.9	11	48	42	43.0	15.8	15	76	9	79.3	11.4	33	47	20
2006	170	134.8	64.2	29	59	12	113.8	53.7	41	56	3	87.1	10.3	9	44	47	43.0	15.0	15	75	10	78.8	13.0	30	48	22
2007	186	138.4	71.4	29	59	12	119.3	58.1	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	54.1	35	59	7	87.3	8.5	9	48	43	41.7	15.0	24	63	12	79.2	11.9	34	46	20
2009	200	149.0	72.7	26	57	18	127.2	57.1	35	57	8	87.3	11.2	11	41	48	41.8	15.2	23	67	10	80.2	12.0	32	44	24
2011	225	160.0	78.5	21	60	19	132.9	55.2	31	59	10	86.1	11.6	11	45	44	39.5	15.2	24	69	8	80.2	12.0	30	46	25
2012	253	162.0	76.4	21	51	25	136.2	59.9	26	60	11	82.1	12.0	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	61.3	27	58	15	85.1	11.8	17	40	43	34.7	14.2	41	52	7	75.6	13.1	32	43	25
2014	288	175.8	82.6	16	54	30	144.4	64.2	22	63	15	84.0	12.5	19	44	37	33.4	12.0	44	52	4	75.8	14.4	45	36	19

（日本ホスピス緩和ケア協会，2015 年 4 月 1 日現在）



（日本ホスピス緩和ケア協会，2015 年 4 月 1 日現在）

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

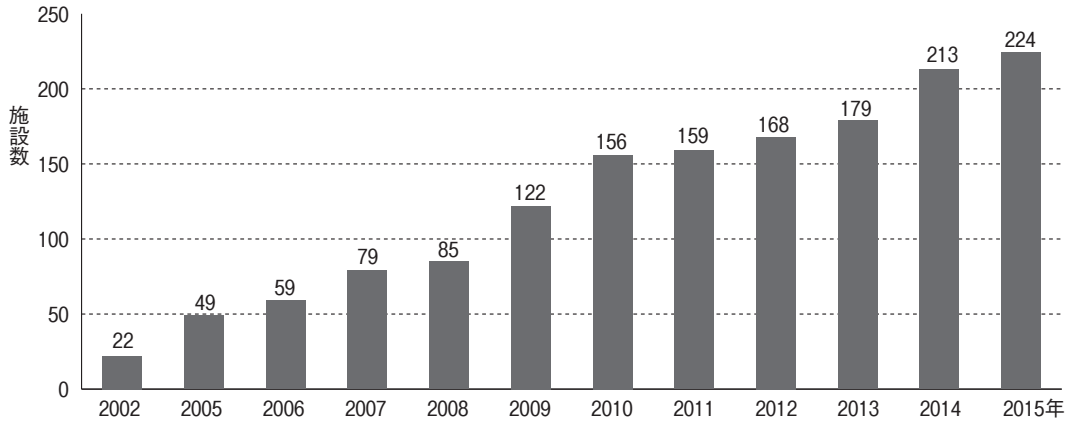
	全体	拠点病院の種別				病床数		
		都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	都道府県独自指定	指定なし	500床以上	200〜499床	0〜199床
登録数（N）	513	49	281	93	90	243	235	35
登録数（%）	100	9.6	54.8	18.1	17.5	47.4	45.8	6.8
年間がん患者退院数	1,528,814	428,392	837,011	180,614	82,797	1,060,034	449,794	18,986
依頼区分が「がん」	69,568	13,001	41,513	9,464	5,590	43,085	24,626	1,857
割合（%）	4.6	3.0	5.0	5.2	6.8	4.1	5.5	9.8
緩和ケア外来の有無								
あり	423	47	265	71	40	224	182	17
「あり」の割合（%）	82.5	95.9	94.3	76.3	44.4	92.2	77.4	48.6
外来緩和ケア管理料の算定有無								
あり	151	26	96	18	11	112	34	5
「あり」の割合（%）	29.4	53.1	34.2	19.4	12.2	46.1	14.5	14.3
緩和ケア病棟の有無								
あり	118	17	65	17	19	57	54	7
「あり」の割合（%）	23.0	34.7	23.1	18.3	21.1	23.5	23.0	20.0
緩和ケア診療加算								
あり	182	34	118	19	11	141	38	3
「あり」の割合（%）	35.5	69.4	42.0	20.4	12.2	58.0	16.2	8.6
[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	16	7	9	0	0	13	3	0
身体担当医のみ	177	29	114	20	14	130	46	1
精神担当医のみ	32	3	19	6	4	14	18	0
両方いない	288	10	139	67	72	86	168	34
両方いる（%）	3.1	14.3	3.2	0.0	0.0	5.3	1.3	0.0
身体担当医のみ（%）	34.5	59.2	40.6	21.5	15.6	53.5	19.6	2.9
精神担当医のみ（%）	6.2	6.1	6.8	6.5	4.4	5.8	7.7	0.0
両方いない（%）	56.1	20.4	49.5	72.0	80.0	35.4	71.5	97.1
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	408	48	252	64	44	234	161	13
「いる」の割合（%）	79.5	98.0	89.7	68.8	48.9	96.3	68.5	37.1
[看護師]								
専従がいる施設・いない施設								
いる	355	44	242	45	24	209	139	7
「いる」の割合（%）	69.2	89.8	86.1	48.4	26.7	86.0	59.1	20.0
専門看護師または認定看護師がいる施設								
いる	483	49	278	89	67	241	223	19
「いる」の割合（%）	94.2	100.0	98.9	95.7	74.4	99.2	94.9	54.3
[薬剤師]								
専従または専任がいる施設・いない施設								
いる	183	30	123	18	12	127	56	0
「いる」の割合（%）	35.7	61.2	43.8	19.4	13.3	52.3	23.8	0.0
[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	413	36	231	78	68	195	217	1
「いる」の割合（%）	80.5	73.5	82.2	83.9	75.6	80.2	83.1	11.1
[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								
いる	291	29	183	49	30	163	118	10
「いる」の割合（%）	56.7	59.2	65.1	52.7	33.3	67.1	50.2	28.6
[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	353	27	194	65	67	148	177	28
「いる」の割合（%）	68.8	55.1	69.0	69.9	74.4	60.9	75.3	80.0
[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	357	37	194	61	65	162	166	29
「いる」の割合（%）	69.6	75.5	69.0	65.6	72.2	66.7	70.6	82.9
[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	86	14	49	12	11	56	25	5
「いる」の割合（%）	16.8	28.6	17.4	12.9	12.2	23.0	10.6	14.3

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（つづき）

	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
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	513	49	281	93	90	243	235	35
指定別依頼件数合計	72,879	13,547	43,409	9,942	5,981	45,384	25,554	1,941
年間平均依頼件数	142.1	276.5	154.5	106.9	66.5	186.8	108.7	55.5
中央値	106	221	128	78	53	154	73	46

	全体	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（%）	3.5	0.0	1.8	6.5	7.8
週１～２日（%）	19.1	0.0	13.5	29.0	36.7
週３～４日（%）	6.2	4.1	5.3	7.5	8.9
週５～６日（%）	67.4	93.9	75.4	54.8	40.0
週７日（%）	3.9	2.0	3.9	2.2	6.7
割合合計（%）	100	100	100	100	100
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（%）	7.0	7.4	7.2	5.3	5.7
がん治療中（%）	40.9	40.4	52.8	33.8	28.2
積極的がん治療終了後（%）	52.2	52.1	40.0	61.0	66.2
割合合計（%）	100	100	100	100	100

（日本緩和医療学会，2015 年 8 月 31 日）



（日本ホスピス緩和ケア協会，2015 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

る依頼件数は総数で 72879 件であり，平均 142.1 件であった（都道府県拠点病院 276.5，地域がん診療連携拠点病院が 154.5，都道府県独自指定拠点病院が 106.9，指定なしの病院が 66.5）。

緩和ケアチームのメンバーに専従の医師がいる割合は 43.9%であり，身体担当のみが 34.5%，精神担当のみが 6.2%であった。専従看護師がいる割合は 69.2%であり，専従または専任の薬剤師がいる割合は 35.7%だった。活動状況は週 5 日以上の活動が 71.3%であり，がん患者の依頼状況は診断から初期治療前が 7.0%，がん治療中が 40.9%，積極的がん治療終了後が 52.2%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 2014 年までの変

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	95	177	118	77.5	54
2014	106	221	128	78	53

b. 依頼時の依頼内容（延べ件数）〔がん患者のみ，年次別〕

	2010	2011	2012	2013	2014 年	2010	2011	2012	2013	2014 年
疼痛	18,386	28,447	32,028	38,281	42,509	39.3%	36.9%	35.4%	34.9%	34.7%
疼痛以外の身体症状	10,084	18,137	22,157	27,669	31,043	21.5%	23.5%	24.5%	25.2%	25.4%
精神症状	9,516	15,265	17,414	21,497	23,965	20.3%	19.8%	19.3%	19.6%	19.6%
家族ケア	2,562	5,110	6,218	7,456	7,892	5.5%	6.6%	6.9%	6.8%	6.5%
倫理的問題	714	947	1,079	1,609	1,404	1.5%	1.2%	1.2%	1.5%	1.1%
地域との連携・退院支援	3,734	5,120	6,128	7,799	8,212	8.0%	6.6%	6.8%	7.1%	6.7%
その他	1,801	4,095	5,342	5,508	7,325	3.8%	5.3%	5.9%	5.0%	6.0%
合計（回答なしを除く）	46,797	77,121	90,366	109,819	122,350	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

c. PS 値（依頼時）〔がん患者のみ，年次別〕の割合

	2010	2011	2012	2013	2014 年
PS＝0（%）	6.6	5.6	5.1	5.5	5.9
PS＝1（%）	17.0	16.1	17.4	17.1	17.1
PS＝2（%）	24.1	23.2	22.3	23.0	22.7
PS＝3（%）	30.1	30.2	29.7	30.1	30.6
PS＝4（%）	22.1	25.0	25.4	24.3	23.6
合計（回答なしを除く）（%）	100.0	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	2014 年
介入終了（生存）（%）	15.4	7.9	9.0	7.8	8.3
緩和ケア病棟転院（%）	9.2	9.4	10.8	11.0	11.9
その他の転院（%）	7.1	6.8	6.9	6.7	7.2
退院（%）	35.4	33.7	34.5	36.1	36.4
死亡退院（%）	32.9	35.8	33.0	32.8	29.9
介入継続中（%）	0.0	6.5	5.9	5.7	6.3
合計（回答なしを除く）（%）	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（日本緩和医療学会，2015 年 8 月 31 日現在）

化をみると，依頼内容は疼痛が 4.6 ポイント減少し，疼痛以外の身体症状が 3.9 ポイント増加した。依頼時の PS は一貫した変化の傾向はないが，転帰は死亡退院が減少する傾向にある（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」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り，その結果を**表 5**。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が，2014 年調査では 992 施設に増加した（それぞれ一般病院数の 11.4%，13.4%）。また，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 人であったが，2014 年 9 月ではそれぞれ 28042 人，7793 人に増加した。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 6** に示す。この

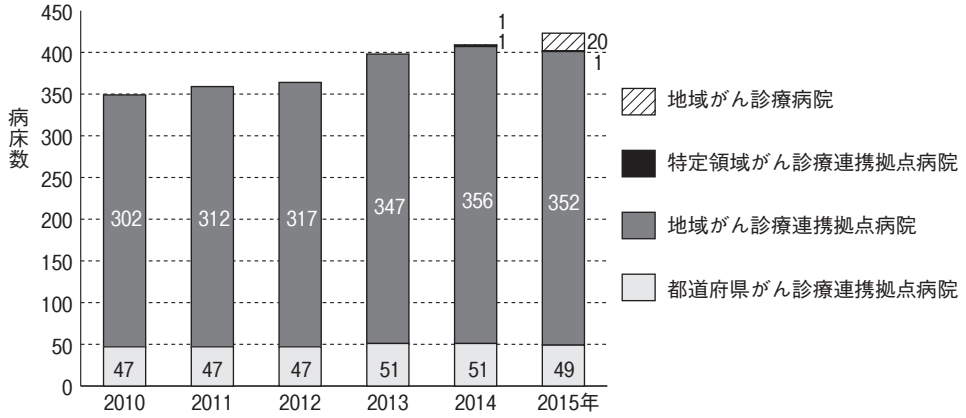
表 5　医療施設調査による緩和ケアチーム数

年	一般病院数	緩和ケアチームを有する病院数	%	緩和ケアチームが診察した患者数（9月の1カ月の数）	新規依頼患者数（9月の1カ月の数）
2011	7,528	861	11.4	23,374	5,191
2014	7,426	992	13.4	28,042	7,793

表 6　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	423	47	265	71	40	224	182	17
「あり」の割合（%）	82.5	95.9	94.3	76.3	44.4	92.2	77.4	48.6
外来緩和ケア管理料算定の有無								
あり	151	26	96	18	11	112	34	5
「あり」の割合（%）	29.4	53.1	34.2	19.4	12.2	46.1	14.5	14.3

日本緩和医療学会　緩和ケアチーム登録に基づく緩和ケア外来数（日本緩和医療学会，2015 年 8 月 31 日）



指定の効力が発生した年度により集計（厚生労働省，2015 年 4 月 1 日現在）

図 5　がん診療連携病院数の推移

データにでは都道府県拠点病院の 96%，地域拠点病院の 94%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 53%，地域拠点病院の 34%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。2015 年では都道府県がん診療連携拠点病院として 49 病院，地域がん診療連携拠点病院として 352 病院，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 20 病院，合計 422 病院が指定されている。

がん診療連携拠点病院現況報告（2014 年度）の集計結果を**表 7，8** 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 41%（都道府県拠点 67%，地域拠点 38%）であった。緩和

表 7　がん診療連携拠点病院現況報告（全般事項）（2014 年度）

		全体（n＝438）		都道府県（n＝49）		地域（n＝389）	
病床数総数	平均±標準偏差	576.6	±232.2	684.3	±220.5	563.0	±230.3
緩和ケア診療加算	あり	180	41%	33	67%	147	38%
件数（緩和ケア診療加算）	平均±標準偏差	2,297.6	±2,604.1	2,481.5	±2,879.4	2,256.4	±2,547.1
緩和ケア病棟入院料	あり	92	21%	17	35%	75	19%
件数（緩和ケア病棟入院料）	平均±標準偏差	5,082.8	±2,452.0	6,549.4	±3,172.5	4,750.3	±2,147.4
がん性疼痛緩和管理指導料 1	あり	425	97%	47	96%	378	97%
件数（がん性疼痛緩和管理指導料 1）	平均±標準偏差	281.2	±349.1	424.6	±595.4	263.4	±301.5
がん性疼痛緩和管理指導料 2	あり	404	92%	44	90%	360	93%
件数（がん性疼痛緩和管理指導料 2）	平均±標準偏差	161.1	±232.6	210.7	±285.1	155.0	±225.1
がん患者指導管理料 1	あり	343	78%	40	82%	303	78%
件数（がん患者指導管理料 1）	平均±標準偏差	59.1	±113.4	78.9	±134.8	56.5	±110.3
がん患者指導管理料 2	あり	215	49%	23	47%	192	49%
件数（がん患者指導管理料 2）	平均±標準偏差	1.0	±11.3	0.87	±4.17	1.0	±11.9
がん患者指導管理料 3	あり	170	39%	22	45%	148	38%
件数（がん患者指導管理料 3）	平均±標準偏差	1.5	±10.7	1.4	±4.6	1.5	±11.3
外来緩和ケア管理料	あり	163	37%	30	61%	133	34%
件数（外来緩和ケア管理料）	平均±標準偏差	40.3	±121.5	30.5	±61.6	42.5	±121.1
リンパ浮腫指導管理料	あり	332	76%	43	88%	289	74%
件数（リンパ浮腫指導管理料）	平均±標準偏差	68.6	±82.3	143.9	±143.1	57.4	±61.8
がん患者リハビリテーション料	あり	286	65%	38	78%	248	64%
件数（がん患者リハビリテーション料）	平均±標準偏差	1,373.2	±2,239.3	2,495.4	±3,245.9	1,201.2	±1,995.9
緩和医療専門医常勤	平均±標準偏差	0.20	±1.01	0.36	±0.68	0.18	±1.04
暫定指導医常勤	平均±標準偏差	0.75	±1.87	1.2	±1.93	0.69	±1.85
がん看護専門看護師常勤	平均±標準偏差	0.79	±1.50	2.1	±2.42	0.62	±1.25
がん性疼痛看護認定看護師常勤	平均±標準偏差	0.76	±1.01	1.1	±1.37	0.71	±0.94
緩和ケア認定看護師常勤	平均±標準偏差	1.5	±1.12	2.0	±1.74	1.3	±0.99
年間新入院がん患者数	平均±標準偏差	3,094.5	±3,039.3	5,178.2	±2,719.5	2,832.1	±2,978.6
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	±0.23	0.46	±0.27	0.24	±0.21
年間外来がん患者数	平均±標準偏差	53,589	±46,509	94,129	±68,707	48,483	±40231
年間院内死亡がん患者数	平均±標準偏差	231.9	±320.0	246.5	±207.6	230.1	±331.7
新入院がん患者数	平均±標準偏差	1,010.5	±678.1	1,779.1	±888.5	913.7	±579.9
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	0.47	±0.27	0.23	±0.11

都道府県拠点病院：49　地域拠点病院：389（国立がん研究センター中央病院・東病院を含む）。
（厚生労働省，2014 年度提出分の集計）

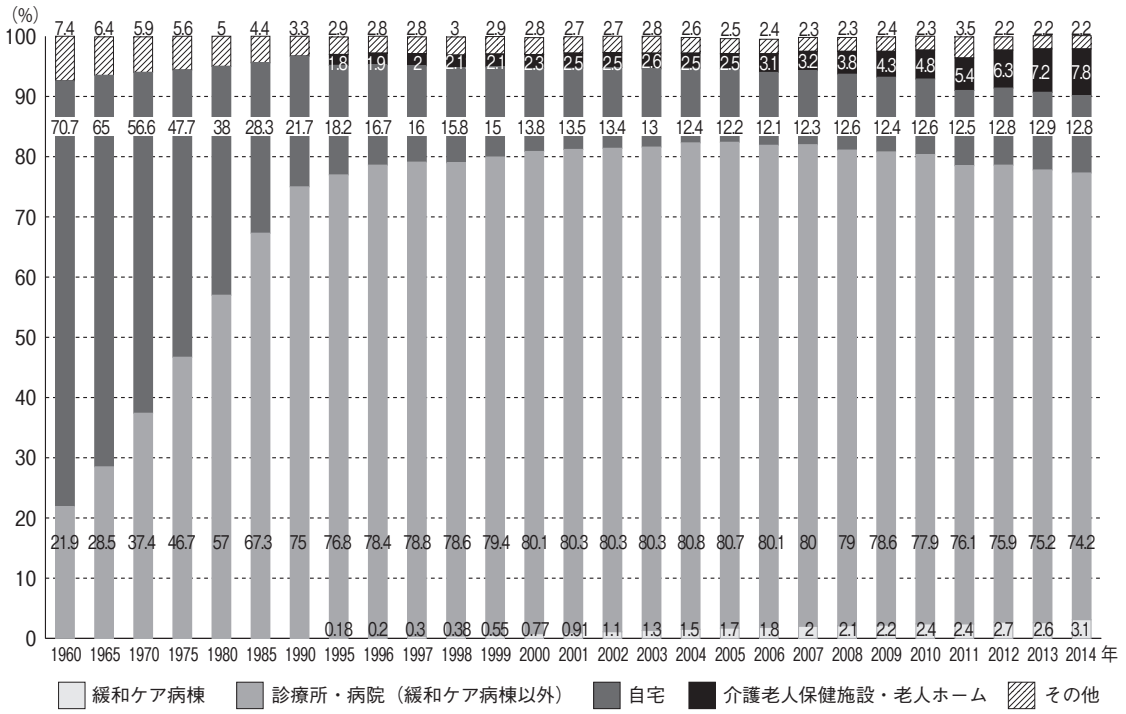
表 8　がん診療連携拠点病院現況報告（機能別）（2014 年度）

	全体（n＝438）		都道府県（n＝49）		地域（n＝389）	
		%		%		%
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	416	95%	49	100%	367	94%
緩和ケアチームの整備	416	95%	49	100%	367	94%
苦痛のスクリーニング体制	413	94%	47	96%	366	94%
スクリーニングされた患者への対応体制	414	95%	48	98%	366	94%
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	415	95%	48	98%	367	94%
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	416	95%	49	100%	367	94%
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	416	95%	49	100%	367	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	415	95%	49	100%	366	94%
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	416	95%	49	100%	367	94%
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	416	95%	49	100%	367	94%
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	414	95%	48	98%	366	94%
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	415	95%	49	100%	366	94%

表 8　がん診療連携拠点病院現況報告（機能別）（2014 年度）（つづき）

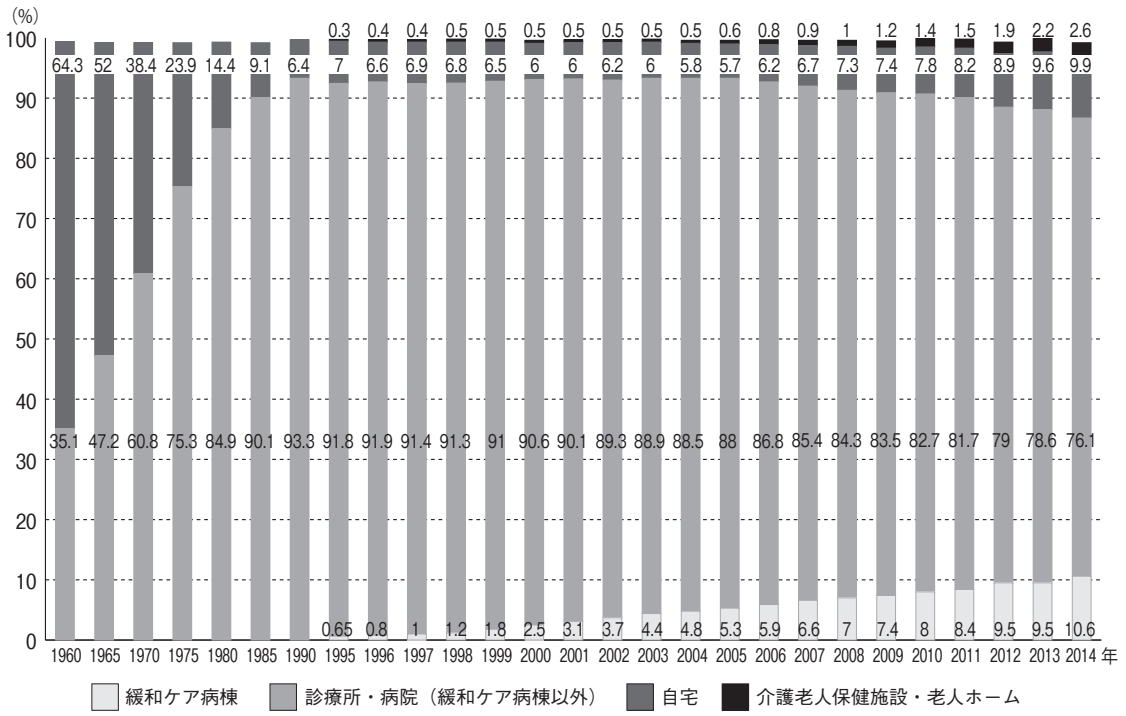
	全体（n＝438）		都道府県（n=49）		地域（n＝389）	
		%		%		%
緩和ケア外来に地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制の整備	415	95%	49	100%	366	94%
緩和ケアチームの看護師の苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等，外来看護業務を支援・強化	415	95%	49	100%	366	94%
緩和ケアチームの専従医師のは，手術療法・化学療法・放射線治療等，がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診への参加，適切な助言，必要に応じて共同して診療計画の立案	358	82%	47	96%	311	80%
緩和ケアチームの専任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	342	78%	40	82%	302	78%
院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析，評価の実施	415	95%	49	100%	366	94%
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	415	95%	48	98%	367	94%
緩和ケアチームへ依頼する手順の明確化と周知	416	95%	49	100%	367	94%
緩和ケアのリンクナースの配置	335	76%	35	71%	300	77%
緩和ケアについて患者・家族への情報提供	416	95%	49	100%	367	94%
情報提供の内容：院内の見やすい場所に掲示	414	95%	49	100%	365	94%
情報提供の内容：院内誌，チラシ等で広報	357	82%	46	94%	311	80%
情報提供の内容：ホームページに掲載	366	84%	46	94%	320	82%
情報提供の内容：地域の広報誌等で広報	142	32%	15	31%	127	33%
情報提供の内容：その他の方法で掲載	109	25%	13	27%	96	25%
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	416	95%	49	100%	367	94%
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	416	95%	49	100%	367	94%
緩和ケア病棟の設置	98	22%	20	100%	78	20%
緩和ケア病棟：平均待機期間（n=98）	11.5±12.0		18.2±17.1		9.8±9.8	
緩和ケア病棟：年間新入院患者数（n=98）	140.8±85.7		176.7±92.9		131.9±82.6	
緩和ケア病棟：緩和ケア病棟の平均在院日数（n=98）	29.3±14.2		26.4±10.5		30.0±15.0	
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	415	95%	49	100%	366	94%
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	411	94%	47	96%	364	94%
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	416	95%	49	100%	367	94%
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	411	94%	49	100%	362	93%
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	208	47%	38	78%	170	44%
緩和ケアチーム：精神症状の緩和に携わる医師の配置	415	95%	49	100%	366	94%
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	275	63%	36	73%	239	61%
緩和ケアチーム：常勤の看護師の配置	416	95%	49	100%	367	94%
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	405	92%	49	100%	356	92%
緩和ケアチーム：薬剤師の配置	414	95%	49	100%	365	94%
緩和ケアチーム：医療心理に携わる者の配置	301	69%	36	73%	265	68%
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	415	95%	49	100%	366	94%
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	415	95%	49	100%	366	94%
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	415	95%	48	98%	367	94%
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	416	95%	49	100%	367	94%
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	414	95%	49	100%	365	94%
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	48	11%	45	92%	3	1%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価	408	93%	47	96%	361	93%
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	405	92%	46	94%	359	92%
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	154	35%	14	29%	140	36%
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	114	26%	14	29%	100	26%
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	218	47%	26	53%	192	50%
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	30	7%	4	8%	26	7%
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	40	9%	7	14%	33	8%

都道府県拠点病院：49　地域拠点病院：389（国立がん研究センター中央病院・東病院を含む）。
（厚生労働省，2014 年度提出分の集計）



（厚生労働省人口動態統計，2014 年 12 月 31 日現在）

図 6　死亡場所の推移（全死因）



（厚生労働省人口動態統計，2014 年 12 月 31 日）

図 7　死亡場所の推移（がん）

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35％，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90％，地域拠点93％）だった。がん患者指導管理料1・2・3を算定している施設の割合は全体でそれぞれ78％・49％・39％であり，平均算定数はそれぞれ59±113・1.0±11.3・1.5±10.7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37％（都道府県拠点61％，地域拠点34％）であり，平均算定数は全体で40±122件（都道府県拠点31±62件，地域拠点43±121件）であった。

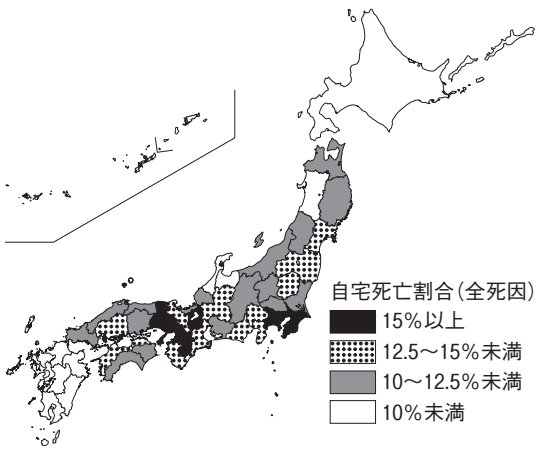
在宅緩和ケア

全死因とがんの死亡場所の推移を**図6，7**に示す。2014年の全死因の自宅死亡の割合は12.8％であり，がんでは9.9％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16.8％，奈良県16.5％，兵庫県16.2％であり，低い都道府県は佐賀県8.1％，鹿児島県8.3％，大分県8.7％，宮崎県8.7％であった。がんの自宅死亡割合が高い都道府県は東京都14.5％，兵庫県14.3％，奈良県14.2％，宮城県14.2％であり，低い都道府県は北海道4.7％，秋田県4.9％，熊本県5.3％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，強化型在宅療養支援診療所の3区分に変更になった。そ2015年7月現在，強化型在宅療養支援診療所は213件，連携強化型在宅療養支援診療所は3468件であり，すべてを合計すると14662件であった。

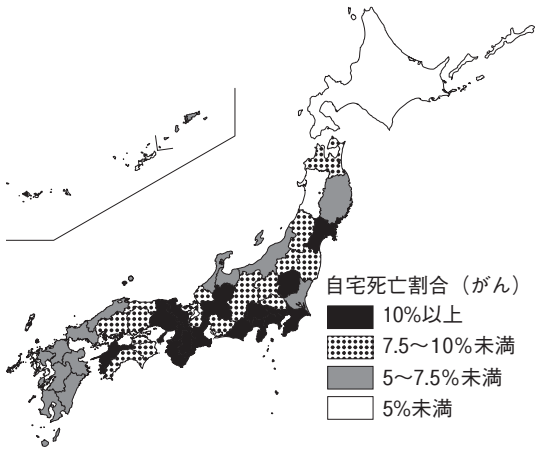
都道府県別の人口10万人対の在宅療養支援診療所数を**図11**に示す。人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数は全国平均が10.8であり，多い都道府県は長崎県24.3，大阪府19.8，広島県19.7，少ない都道府県は富山県4.4，千葉県4.8，新潟県5.0であった。表を追加し，数値も修正予定。2011年度のデータでは在宅療養支援診療所の届出数12,830件のうち在宅看取り数が1名以上であった診療所は6,353件（49.5％）であった（**付表**）。

訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業数の推移を**図12**に示す。2014年の届出事業数は6024件と2013年から1000件以上増加した。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数を**図13**に示す。人口10万対届出事業所数が多かった都道府県は和歌山県8.5，島根県8.0，福井県7.6であり，少なかった都道府県は埼玉県3.1，千葉県3.3，茨城県3.3であった。



（厚生労働省人口動態統計，2014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，2014年）

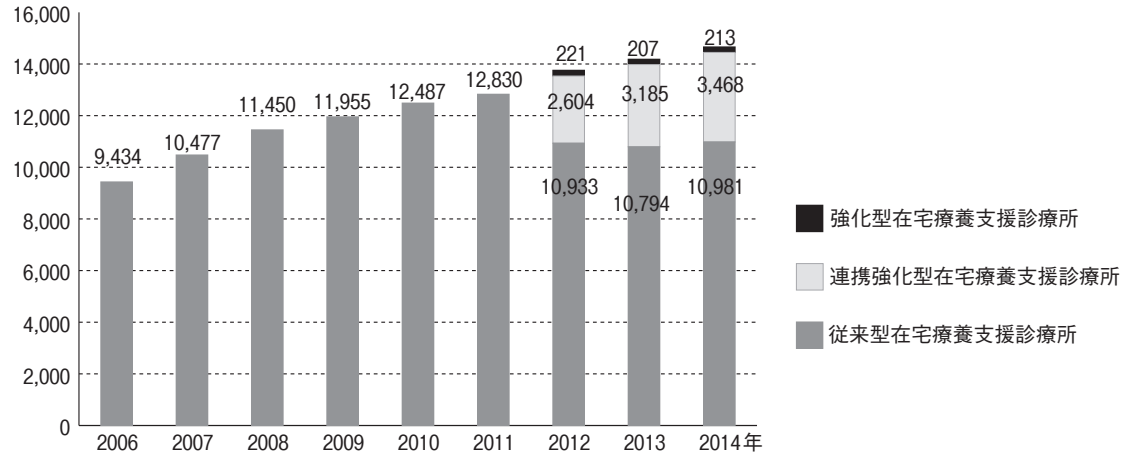
図9　都道府県別の自宅死亡割合（がん）

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。2015 年 9 月 30 日までで修了者数の合計は，63,528 人であった。また，2015 年 9 月 30 日までの累計の都道府県別人口 10 万対緩和ケア研修会修了者数を**図 15** に示す。人口 10 万対修了者数が多かった都道府県は島根県 114，福井県 86，と山県 85 であり，少なかった都道府県は埼玉県 25，神奈川県 30，千葉県 32 であった。

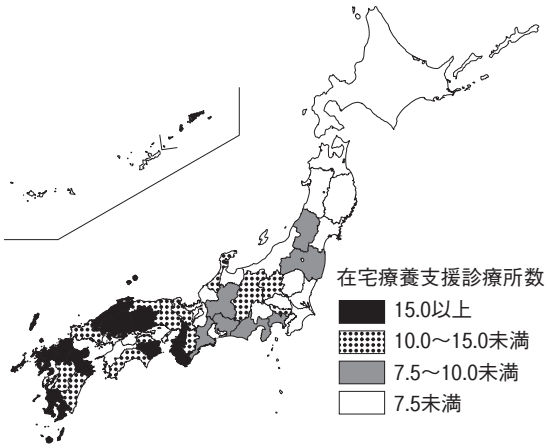
日本緩和医療学会専門医専門医数の推移を**図 16** に，2014 年 6 月 30 日現在の都道府県別専門医数を**図 17** に示す。2015 年 7 月 31 日現在の日本緩和医療学会専門医数は 108 名であり，最大が東京都の 21 名であった。専門医がいない都道府県は 16 あった。

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。2016 年 1 月 16 日現在，がん看護専門看護師 656 人，がん性疼痛認定看護師 757 人，緩和ケア認定看護師数 1832 人であり，これらの合計は 3245 人であっ



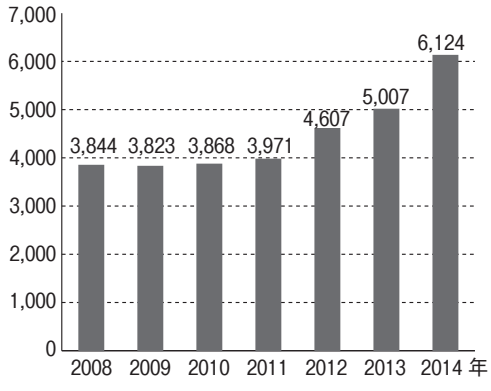
（厚生労働省，2015 年 7 月 1 日現在）

図 10　在宅療養支援診療所数の推移



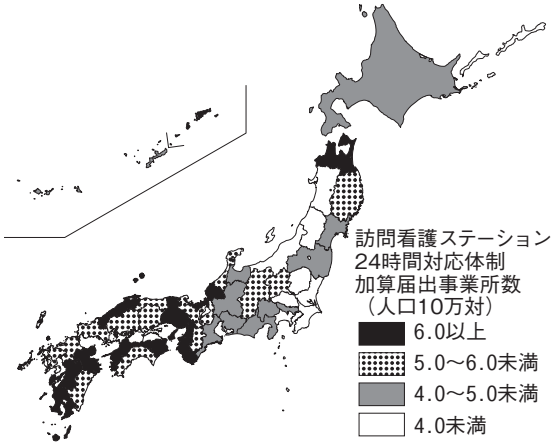
（厚生労働省，2012 年）

図 11　都道府県別在宅療養支援診療所数



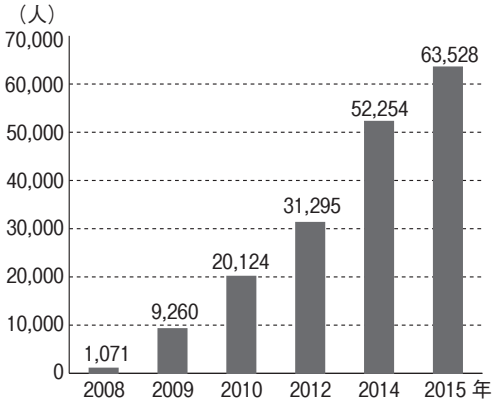
（厚生労働省，2015 年 3 月 31 日現在）

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



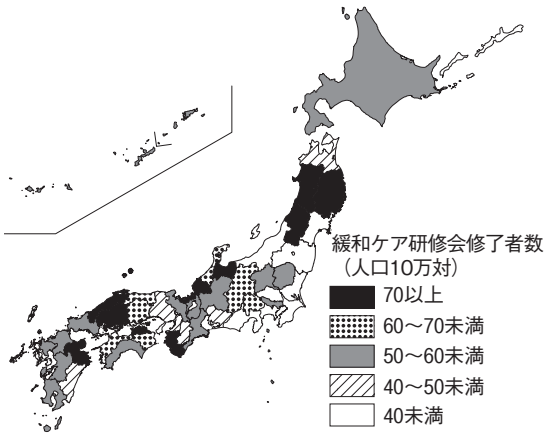
（厚生労働省，2015 年 3 月 31 日現在）

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



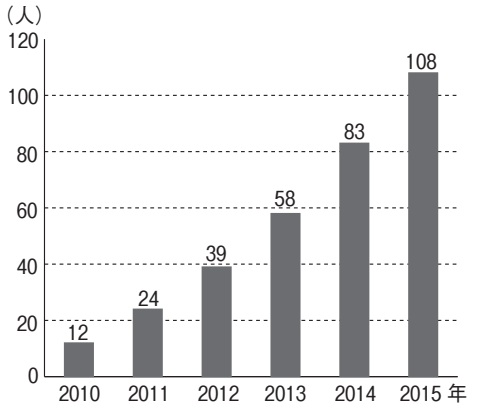
（日本緩和医療学会，2015 年は 9 月 30 日現在）

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



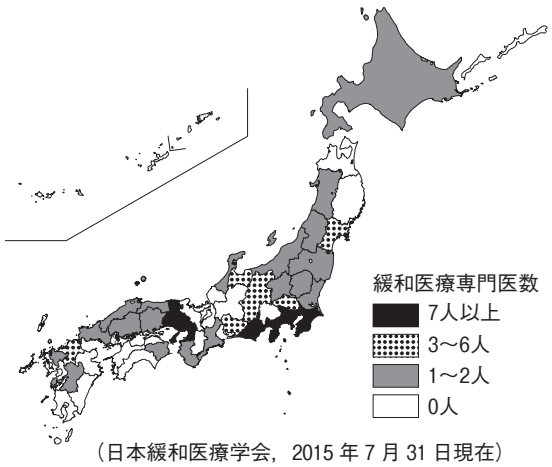
（日本緩和医療学会，2015 年 9 月 30 日現在）

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，2015 年は 7 月 31 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，2015 年 7 月 31 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

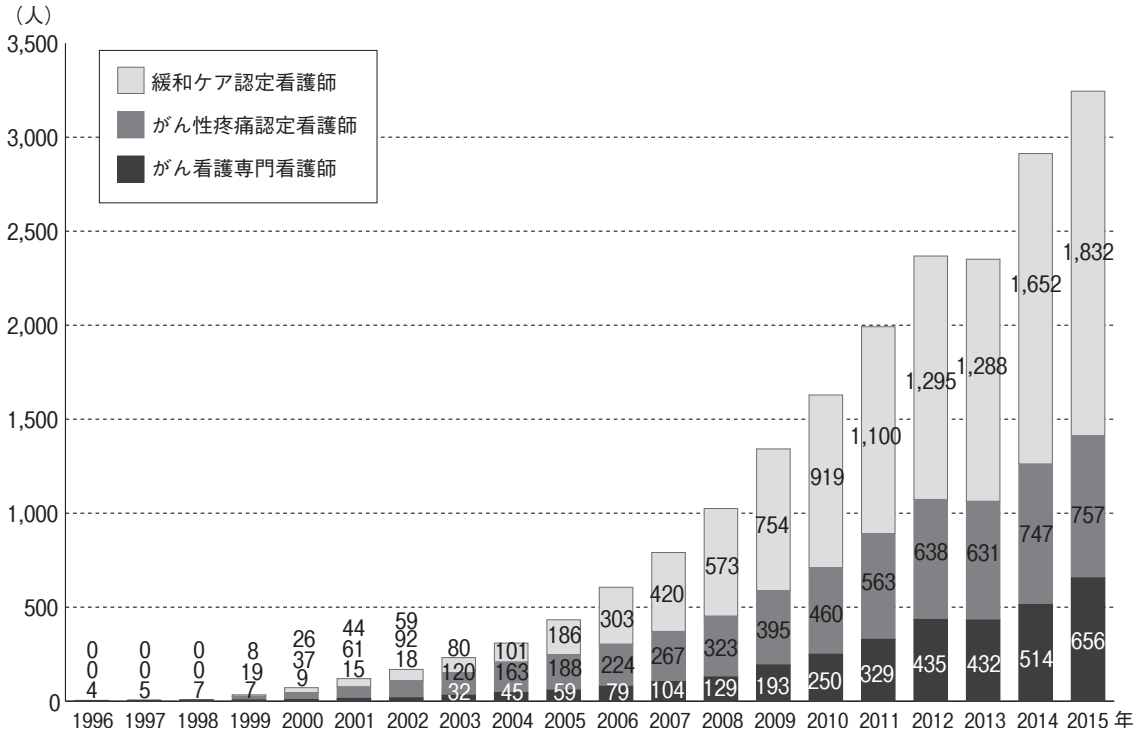
た。都道府県別の人口 10 万人対がん看護専門看護師，がん性疼痛認定看護師，緩和ケア認定看護師数の合計を**図 19** に示す。合計数が多い都道府県は山梨県 6.9，富山県 4.1，長崎県 3.8 であり，少ない都道府県は茨城県 1.6，宮崎県 1.6，栃木県 1.7 であった。

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。2015 年 9 月 11 日現在，指導者は全国で 1410 人であった。また，2015 年 9 月 11 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 2.15 人，鳥取県 2.09 人，京都府 1.99 人，であり，少なかった都道府県は埼玉県 0.44 人，静岡県 0.54 人，千葉県 0.66 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。2015 年 4 月 1 日における累積の受講者数の合計は 4902 人であった。また，2015 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 17.0 人，鹿児島県 16.2 人，島根県 13.4 人であり，0 人であった都道府県は山口県，高知県であった（2014 年 4 月 1 日は 7 都道府県）。

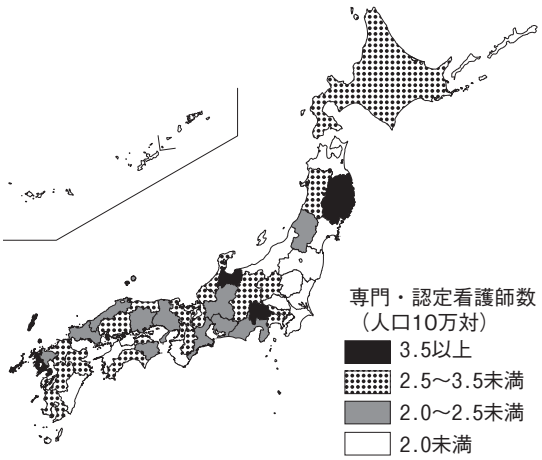
日本緩和医療薬学会の緩和薬物療法認定薬剤師数の推移を**図 24** に示す。平成 25 年度の緩和薬物療法認定薬剤師数は全国で 489 人であった。平成 25 年度の人口 10 万人対都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数を**図 25** に示す。人口 10 万人対緩和薬物療法認定薬剤師数が多かった都道府県は鳥取県 1.04 人，島根県 0.86，京都府 0.77 人であった。緩和薬物療法認定薬剤師がいない都道府県の数は 4 であった（2014 年度は 6）。

日本緩和医療学会の会員数の推移を**図 26** に示す。2015 年 4 月 1 日現在の総会員数は 11,875 人であり，医師が 5,604 人（47%），看護師が 4,298 人（36%），薬剤師が 1,150 人（10%）であった。



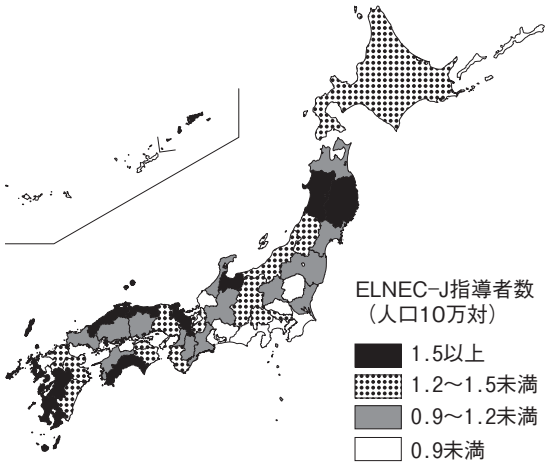
（日本看護協会，2016 年 1 月 16 日現在）

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



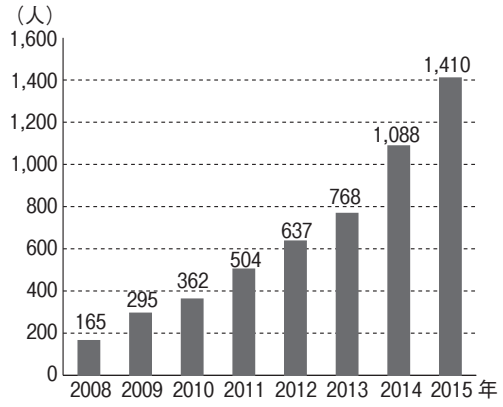
（日本看護協会，2016 年 1 月 16 日現在）

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



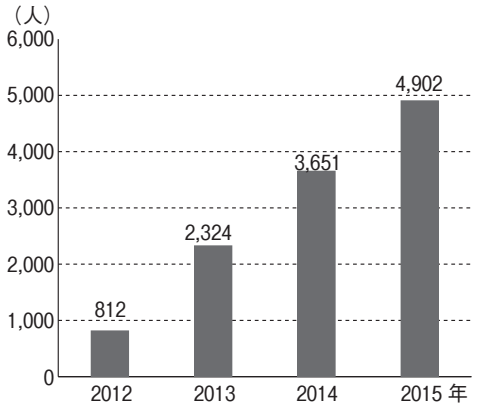
（日本緩和医療学会，2015 年 9 月 11 日現在）

図 21　都道府県別の ELNEC-J 指導者数



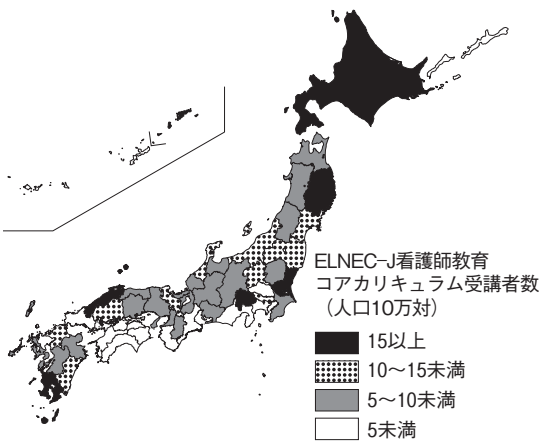
（日本緩和医療学会，2015 年 9 月 11 日現在）

図 20　ELNEC-J 指導者数の推移



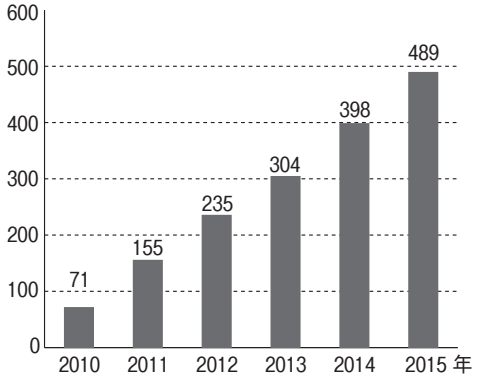
（日本緩和医療学会，2015 年は 4 月 1 日現在）

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



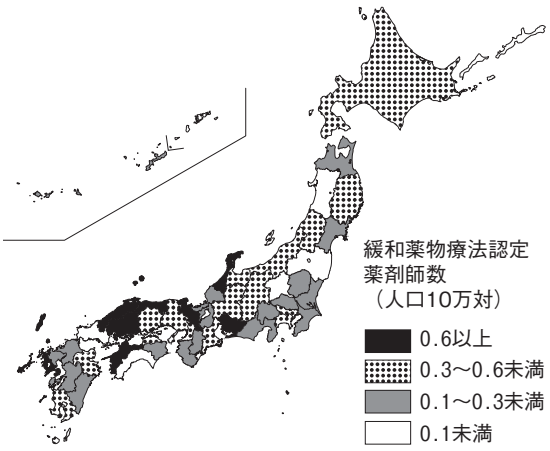
（日本緩和医療学会，2015 年 4 月 1 日現在）

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



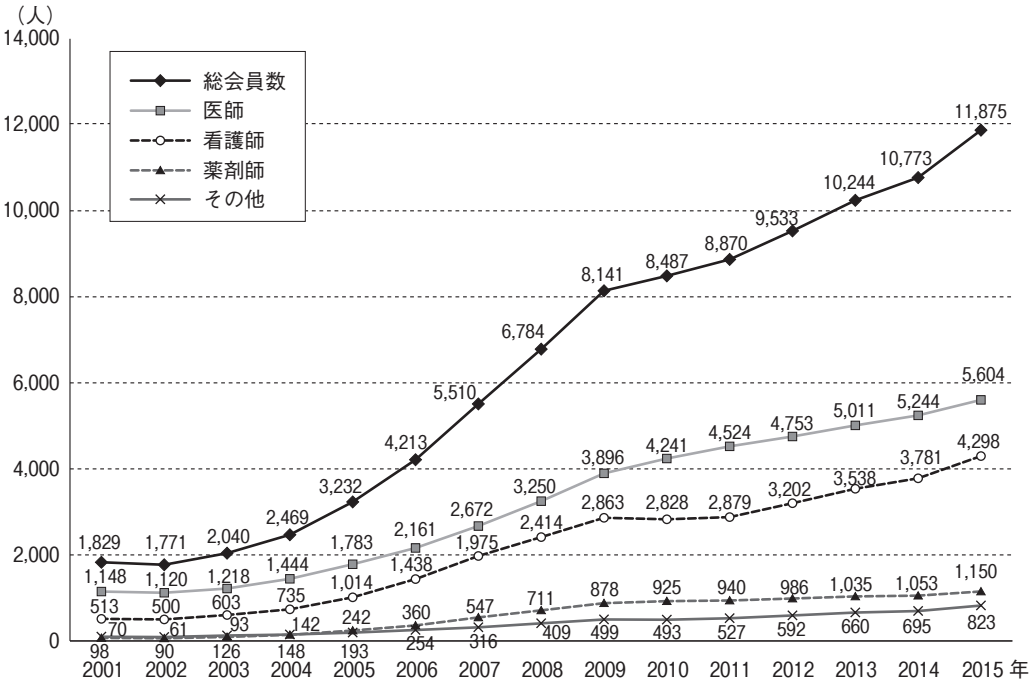
（日本緩和医療薬学会，2015 年度）

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，2015 年度）

図 25　都道府県別の緩和薬物療法認定薬剤師数



（日本緩和医療学会，2015 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の会員数の推移を**図27**に示す。2015年8月31日現在の総会員数は1,782人であり，医師が936人（53%），看護職が383人（22%），心理職が281人（16%）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。2016年1月16日現在の総会員数は5,345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。2016年1月15日現在の会員数は3,531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。2016年1月31日現在の会員数は2,775人であった。

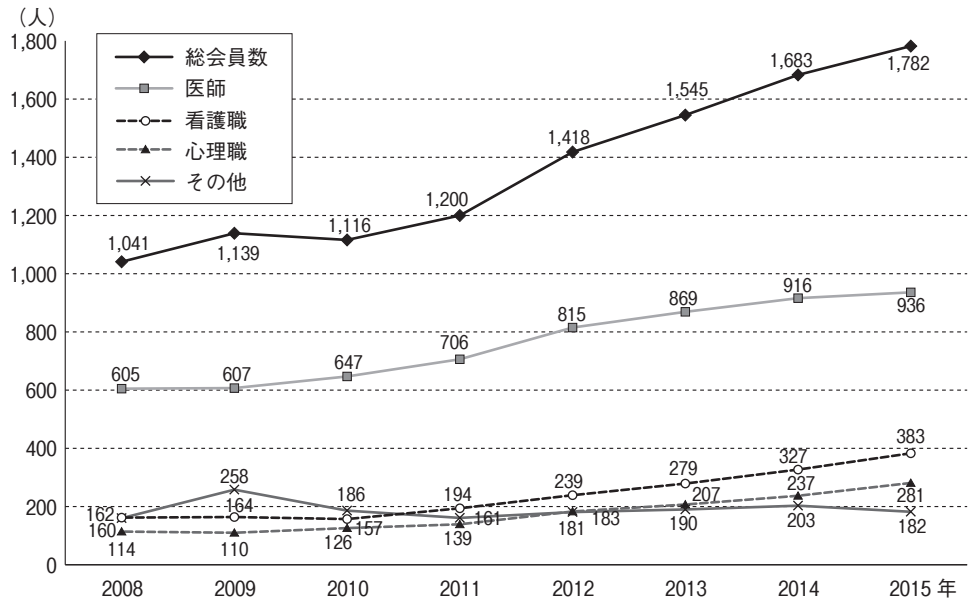
診療報酬

社会医療診療行為別調査に基づく緩和ケア診療加算，緩和ケア病棟入院料，がん性疼痛緩和指導管理料の算定数の全国推計の推移を**図31〜33**に示す。本調査は，医科病院は2010年まで，医科診療所は2012年まで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，標本誤差の影響を大きく受けることに注意する必要がある。なお，医科病院は2011年以降，医科診療所は2013年以降はレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いた推計である（各年6月の値を用いた年間の推計値であり，実数ではない）。

同じく社会医療診療行為別調査に基づく在宅ターミナルケア加算，看取り加算，死亡診断加算の算定数を**図34**に示す。また，在宅がん医療総診療料等を**図35**，在宅患者訪問看護・指導料等を**図36**，同一建物居住者訪問看護・指導料等を**図37**，麻薬管理等関する加算を**図38**，在宅悪性腫瘍患者指導管理料等を**図39**に示す。

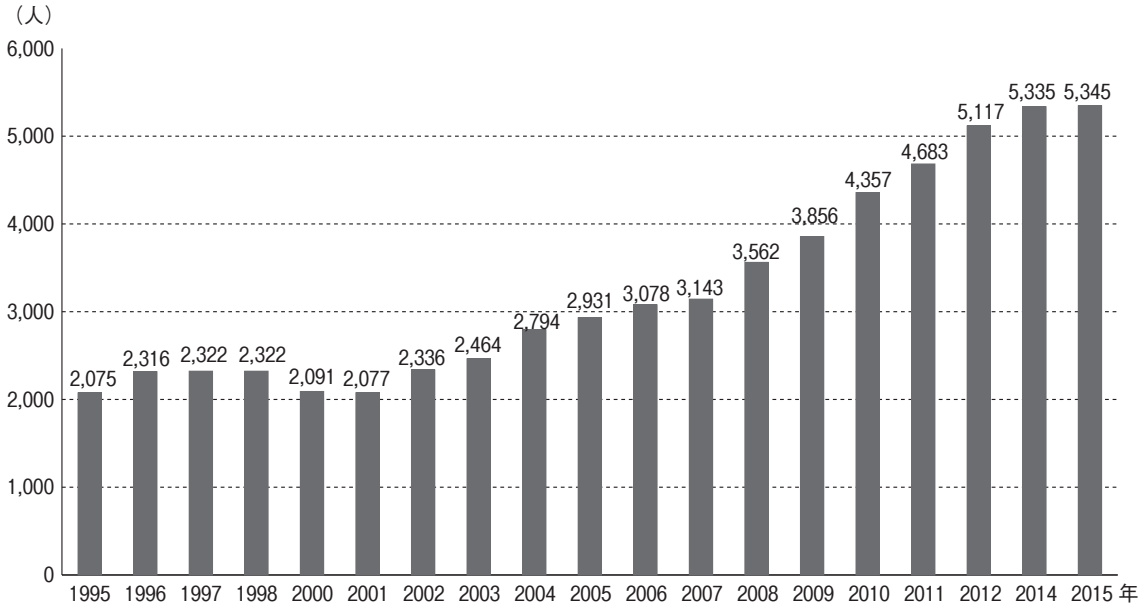
医療用麻薬

人口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）の推移を**図40**に示す。2014年の人口千対モルヒネ換算消費量はモルヒネ1.7g，オキシコドン5.8g，フェンタニル33.0gであり，合計は40.5gであった。2014年の都道府県別口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）を**図41**に示す。人口千対消費量が多かった都道府県は青森県61.1g，鳥取県60.7g，北海道57.5gであり，少なかった都道府県は大分県18.6g，三重県29.3g，奈良県30.5gであった。



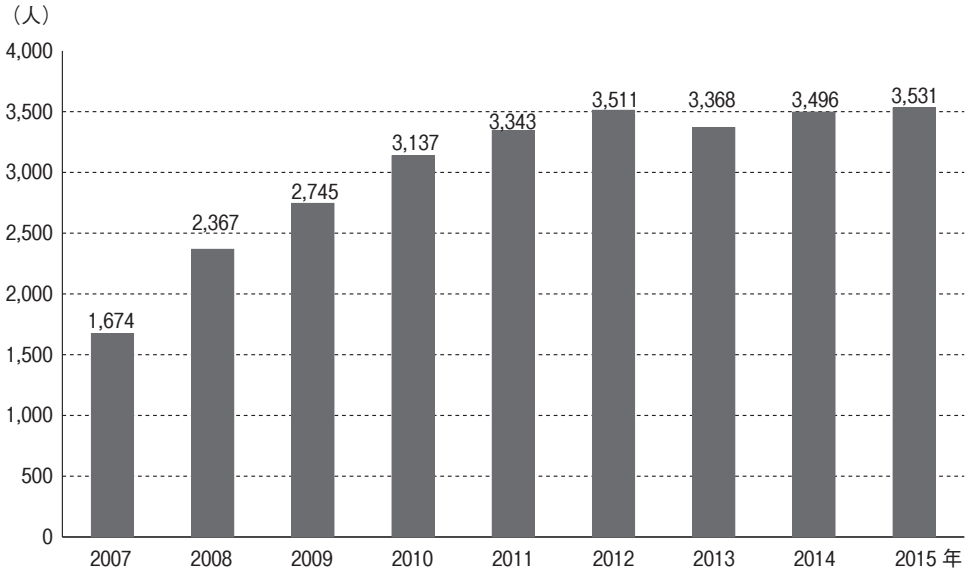
（日本サイコオンコロジー学会，2016年1月18日現在）

図27　日本サイコオンコロジー学会 会員数の推移



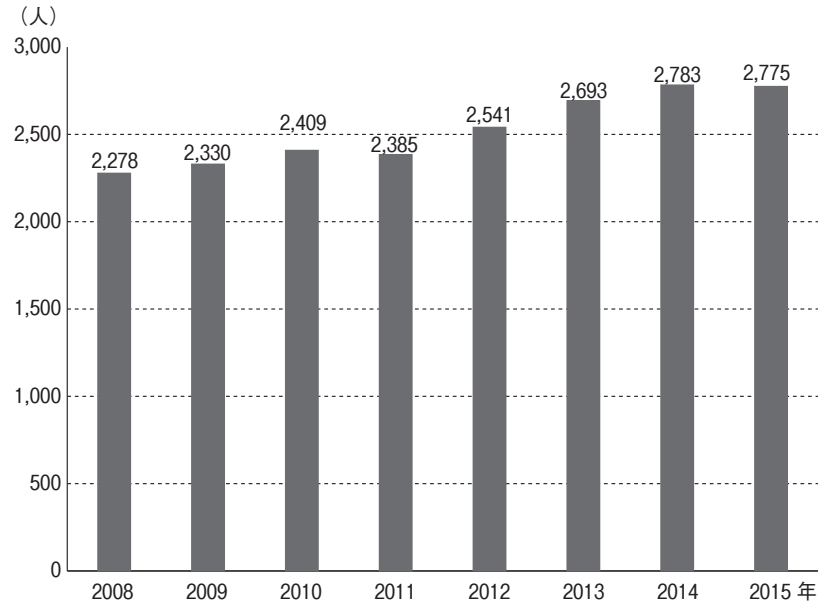
（日本がん看護学会，2016 年 1 月 16 日現在）

図 28　日本がん看護学会 会員数の推移



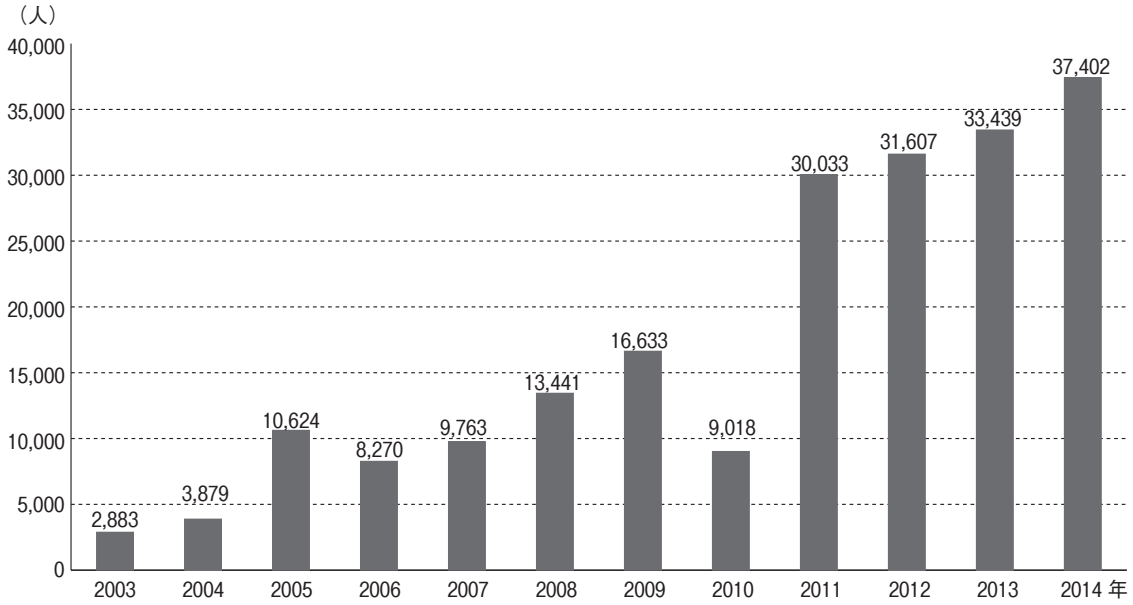
（日本緩和医療薬学会，2016 年 1 月 15 日現在）

図 29　日本緩和医療薬学会 会員数の推移



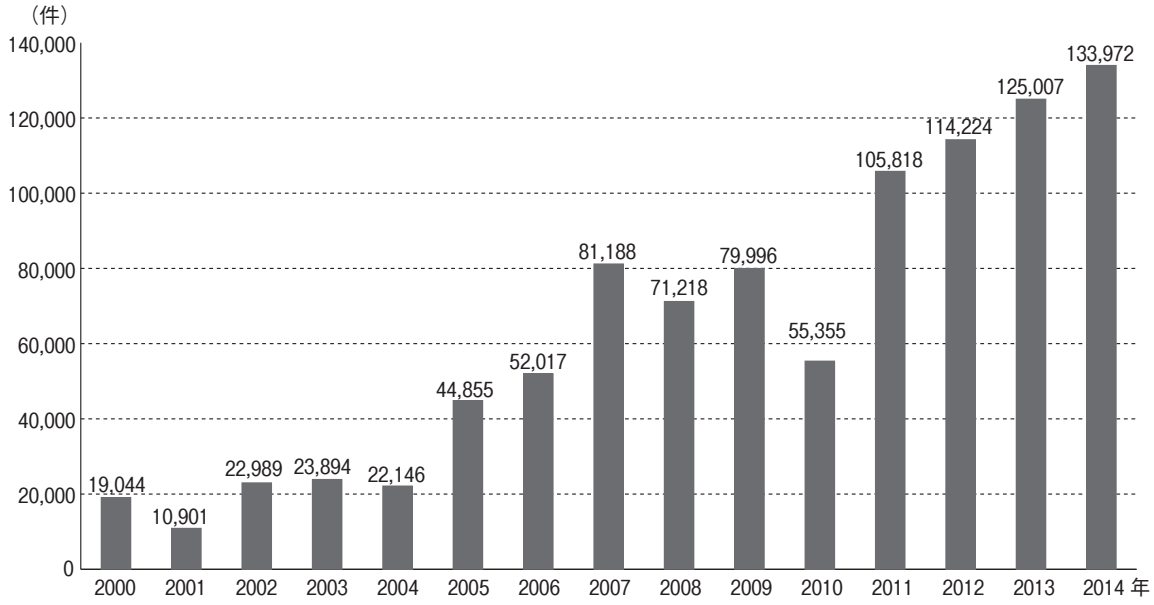
（日本死の臨床研究会，2016 年 1 月 31 日現在）

図 30　日本死の臨床研究会 会員数の推移



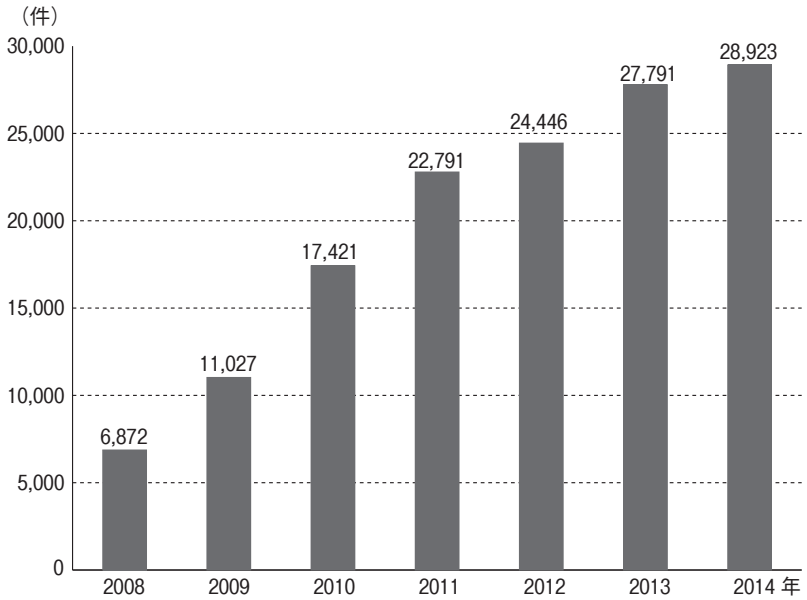
本調査は，医科病院は 2010 年まで，医科診療所は 2012 年まで抽出調査であるため，緩和ケア診療加算，緩和ケア病棟入院料については算定施設数が少なく，標本誤差の影響を受けることに注意する必要がある。
（厚生労働省，2015 年 6 月現在）

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



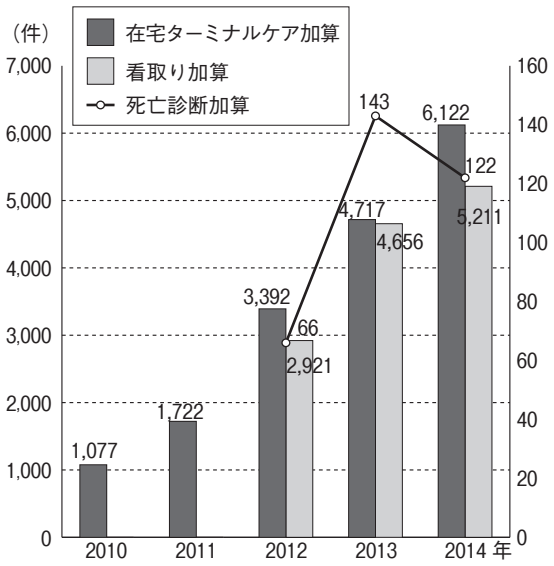
本調査は医科病院は 2010 年まで，医科診療所は 2012 年まで抽出調査であるため，緩和ケア診療加算，緩和ケア病棟入院料については算定施設数が少なく，標本誤差の影響を受けることに注意する必要がある。
（厚生労働省，2015 年 6 月現在）

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



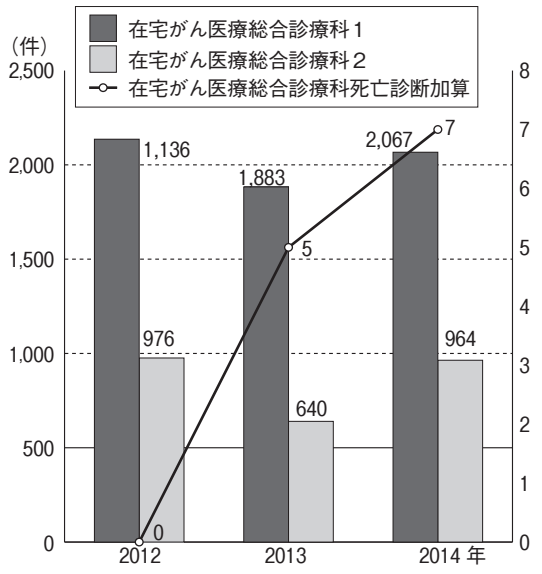
本調査は医科病院は 2010 年まで，医科診療所は 2012 年まで抽出調査であるため，緩和ケア診療加算，緩和ケア病棟入院料については算定施設数が少なく，標本誤差の影響を受けることに注意する必要がある。
（厚生労働省，2015 年 6 月現在）

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，2015 年 6 月現在）

図 34　社会医療診療行為別調査に基づく在宅患者訪問指導料



（厚生労働省，2015 年 6 月現在）

図 35　社会医療診療行為別調査に基づく在宅がん医療総合診療料等

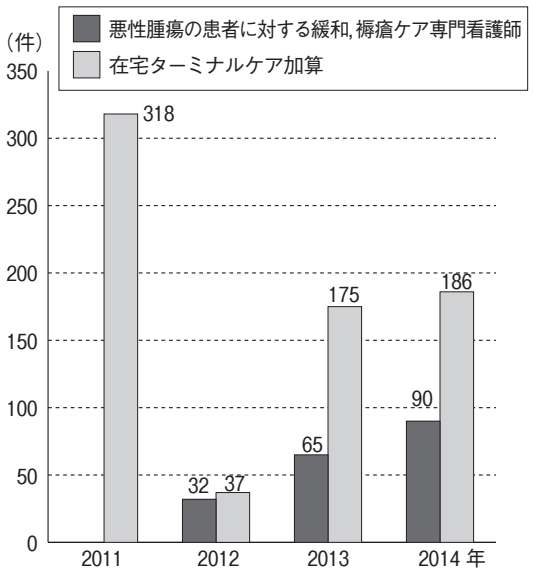


図 36　社会医療診療行為別調査に基づく在宅患者訪問看護・指導料等

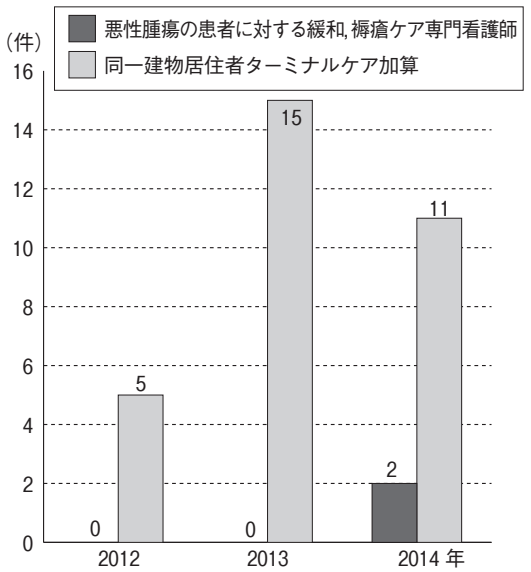


図 37　社会医療診療行為別調査に基づく同一建物居住者訪問看護・指導料等

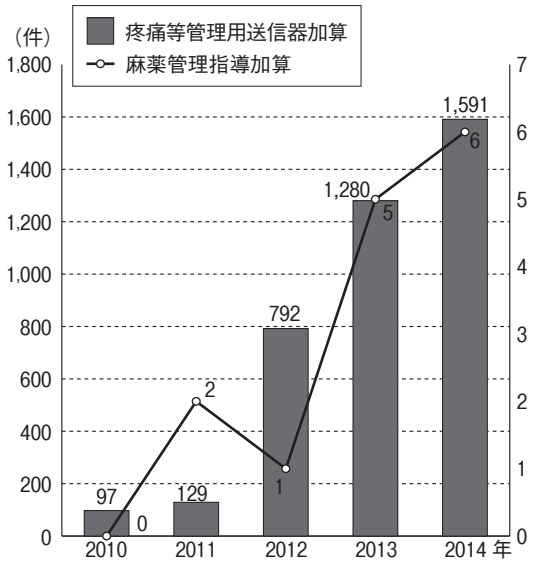


図 38　社会医療診療行為別調査に基づく
麻薬管理等関する加算

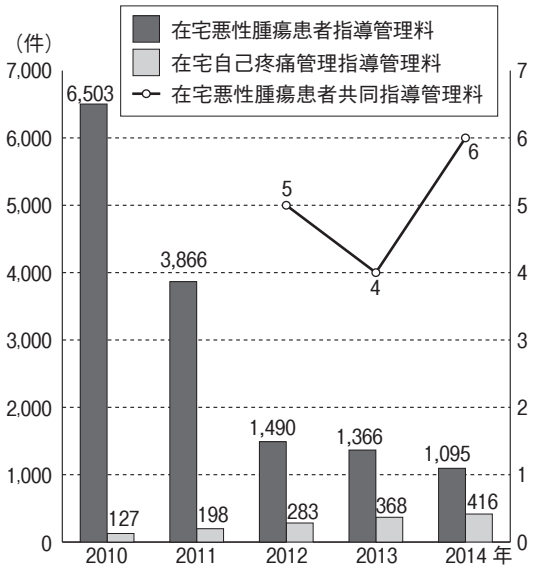
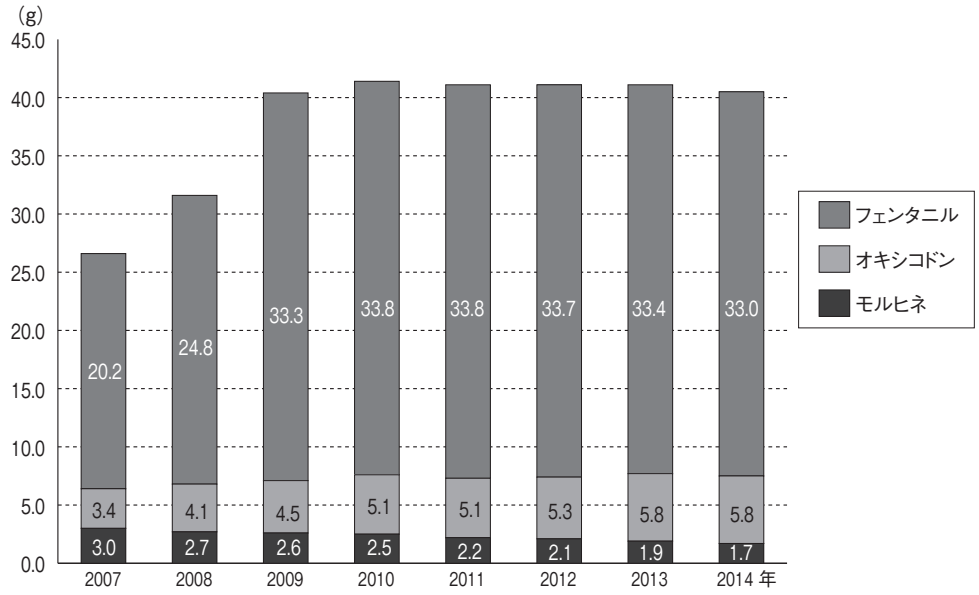
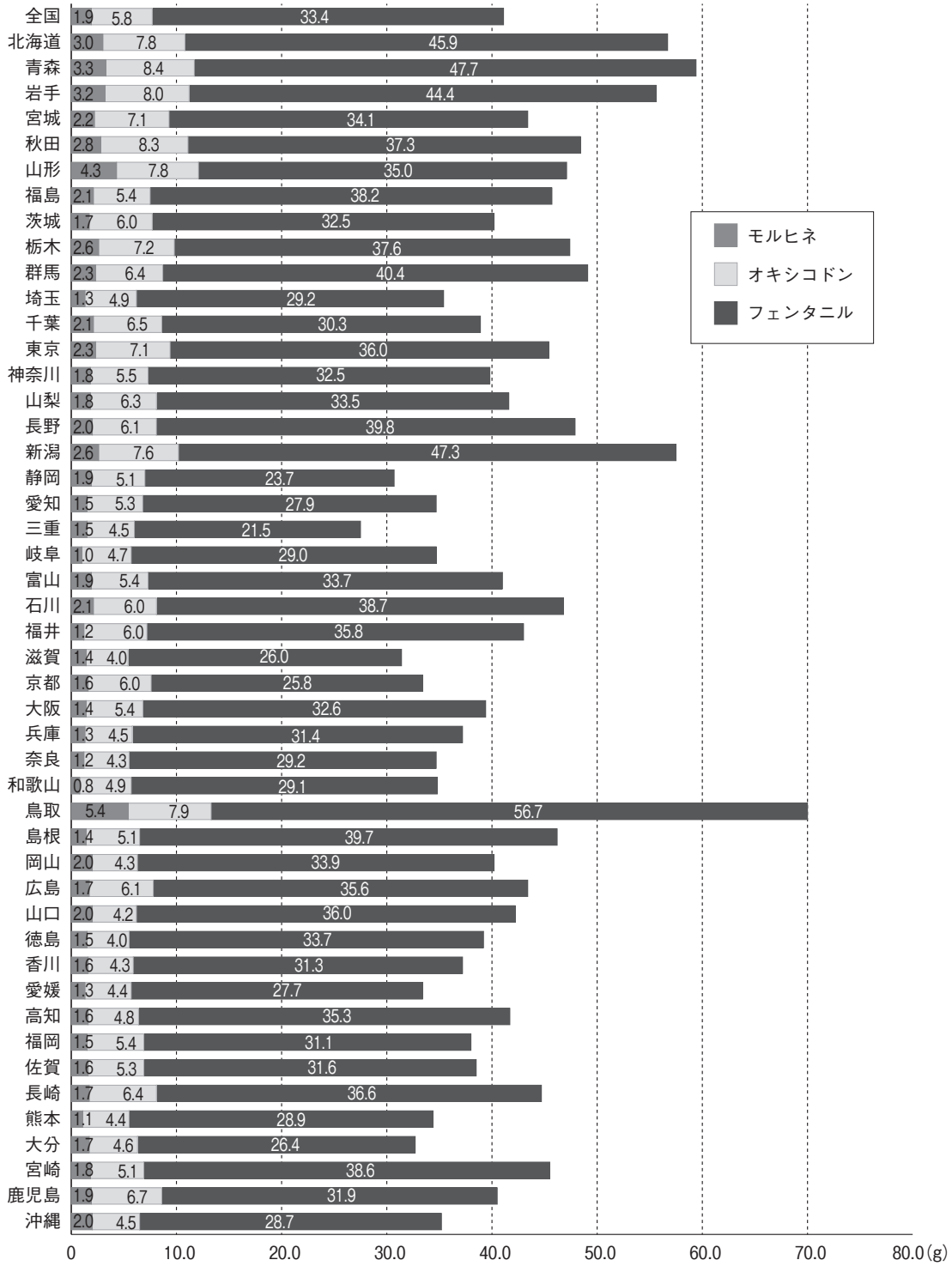


図 39　社会医療診療行為別調査に基づく
在宅悪性腫瘍患者指導管理料等



（厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課，2014 年）

図 40　人口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）の推移



大分県の値は他都道府県と比較して極端に少なく，昨年と比較しても大幅に減少しているため厚生労働省に問い合わせを行ったが，本書の発刊までに返事がなかったので提供を受けたデータのまま掲載した。

（厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課，2014 年）

図 41　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	がん死亡者数	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）（%）	訪問看護ステーション24時間対応体制加算加算（人口10万対）	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
年次	2014	2014	2015	2014	2014	2014	2015	2015	2015
総数	127,082,819	368,103	10.5	12.8	9.9	4.9	42.4	108	656
北海道	5,400,120	18,759	13.2	8.9	4.7	6.6	50.4	5	31
青森	1,321,083	5,002	6.4	10.9	8.1	6.0	48.2	0	0
岩手	1,284,426	4,307	15.5	11.6	7.2	4.2	73.8	0	8
宮城	2,327,700	6,540	8.0	14.7	14.2	3.8	29.9	5	6
秋田	1,036,982	4,211	5.2	9.7	4.9	3.4	72.5	1	5
山形	1,130,724	4,015	6.3	11.1	7.5	4.9	75.6	1	3
福島	1,935,456	6,128	4.4	13.7	9.2	3.3	38.6	1	4
茨城	2,918,710	8,639	7.7	11.2	7.3	3.3	38.8	1	6
栃木	1,980,077	5,713	16.9	13.5	11.6	5.0	56.4	1	8
群馬	1,976,029	5,844	9.9	10.6	9.1	3.1	54.1	2	18
埼玉	7,238,933	18,599	3.7	12.2	9.2	3.3	25.1	3	15
千葉	6,197,218	16,068	8.0	15.5	12.3	4.3	31.5	8	23
東京都	13,389,725	33,820	10.3	16.8	14.5	3.8	54.1	21	103
神奈川	9,096,022	22,993	7.1	15.7	13.7	3.9	29.8	7	57
新潟	2,312,973	7,812	7.0	10.9	5.5	4.3	34.7	0	10
富山	1,069,796	3,559	9.1	9.4	6.4	5.5	85.0	3	6
石川	1,155,720	3,535	6.8	9.3	6.3	7.6	68.0	1	8
福井	789,604	2,407	12.8	12.2	9.5	4.5	85.6	3	2
山梨	841,224	2,565	5.8	12.5	10.3	5.9	64.8	1	3
長野	2,109,418	6,285	10.8	12.4	9.9	4.8	65.0	0	2
岐阜	2,041,207	6,017	9.9	12.5	11.8	4.1	55.6	7	15
静岡	3,705,352	10,487	3.4	13.2	10.1	4.4	37.2	0	22
愛知	7,455,351	18,527	11.2	12.1	8.4	4.7	48.5	4	37
三重	1,825,377	5,172	19.2	12.7	11.1	5.0	52.6	1	14
滋賀	1,415,515	3,598	17.2	15.2	8.9	5.6	52.4	0	8
京都	2,609,693	7,734	9.8	14.4	12.1	6.0	57.4	0	20
大阪	8,835,525	25,595	7.1	15.0	10.1	6.5	48.8	9	44
兵庫	5,541,074	16,273	14.8	16.2	14.3	5.7	49.4	7	36
奈良	1,375,783	4,077	10.0	16.5	14.2	8.5	48.0	0	8
和歌山	971,165	3,406	2.1	13.4	13.4	5.2	77.2	1	2
鳥取	573,940	2,046	11.0	11.8	8.0	8.0	67.8	1	4
島根	696,516	2,503	13.7	10.1	6.8	5.4	114.6	1	3
岡山	1,924,147	5,852	11.9	11.2	8.4	5.8	68.5	2	11
広島	2,833,320	8,295	12.5	12.9	8.4	5.8	71.2	1	21
山口	1,408,178	4,777	13.2	10.3	6.8	6.7	53.7	1	2
徳島	763,864	2,469	6.0	10.1	7.8	3.6	65.1	1	5
香川	981,082	3,067	10.6	12.7	8.8	6.6	76.4	0	6
愛媛	1,395,483	4,526	19.8	12.6	10.8	5.3	63.3	0	7
高知	737,737	2,555	25.8	10.6	7.8	5.2	54.8	0	13
福岡	5,091,106	15,087	24.3	9.4	7.3	5.0	57.9	6	24
佐賀	835,040	2,798	13.0	8.1	7.0	5.3	58.3	1	3
長崎	1,386,468	4,928	7.9	9.0	8.3	6.4	65.2	0	6
熊本	1,794,091	5,499	19.6	9.3	5.3	6.7	55.9	1	6
大分	1,171,061	3,836	10.2	8.7	7.0	5.3	74.6	0	7
宮崎	1,114,109	3,469	9.5	8.7	6.5	6.5	47.0	0	6
鹿児島	1,667,830	5,546	9.7	8.3	7.2	4.5	56.7	0	4
沖縄	1,420,865	2,965	16.6	13.2	9.4	4.8	53.3	0	4

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）
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2014	2014	2014
757	1,832	3,245	1,410	1.11	4,902	3.9	489	1.7	5.8	33.0
19	117	167	74	1.37	406	7.5	17	2.5	7.9	47.0
2	23	25	14	1.06	80	6.1	2	3.4	8.5	49.2
5	33	46	22	1.71	68	5.3	5	3.2	7.7	42.4
14	23	43	25	1.07	100	4.3	3	2.1	7.5	36.1
2	21	28	16	1.54	63	6.1	0	2.6	8.7	39.6
3	17	23	15	1.33	26	2.3	6	7.9	7.6	33.3
10	22	36	19	0.98	123	6.4	0	2.0	5.7	39.1
9	32	47	27	0.93	112	3.8	8	1.4	5.6	33.6
7	18	33	15	0.76	120	6.1	2	2.6	7.7	40.2
9	30	57	20	1.01	118	6.0	0	1.8	6.0	37.3
24	86	125	32	0.44	75	1.0	21	1.2	4.9	28.9
34	51	108	41	0.66	153	2.5	16	1.9	6.7	30.6
86	186	375	187	1.40	767	5.7	54	2.0	7.1	32.7
97	162	316	67	0.74	148	1.6	33	1.4	5.6	32.1
11	19	40	28	1.21	90	3.9	9	2.1	7.0	43.8
6	32	44	21	1.96	30	2.8	5	1.9	5.7	35.4
12	17	37	13	1.12	45	3.9	7	2.3	5.9	36.7
9	10	21	7	0.89	30	3.8	2	1.2	5.4	36.7
5	50	58	11	1.31	143	17.0	1	1.9	6.5	35.7
13	47	62	31	1.47	48	2.3	9	1.7	6.1	40.1
15	19	49	22	1.08	137	6.7	11	1.0	4.1	27.8
18	40	80	20	0.54	60	1.6	10	1.6	4.9	23.7
70	55	162	58	0.78	110	1.5	54	1.2	5.3	27.6
13	15	42	18	0.99	44	2.4	7	1.6	4.1	23.6
10	20	38	20	1.41	34	2.4	3	1.3	4.4	26.3
24	36	80	52	1.99	132	5.1	20	1.4	5.1	25.5
81	102	227	91	1.03	224	2.5	49	1.3	5.3	31.6
22	72	130	79	1.43	122	2.2	30	1.2	4.7	29.6
9	22	39	16	1.16	16	1.2	2	1.1	4.0	25.5
6	11	19	14	1.44	12	1.2	1	0.8	5.5	31.2
2	11	17	12	2.09	10	1.7	6	4.7	8.1	47.9
3	11	17	15	2.15	93	13.4	6	1.2	5.1	44.9
10	27	48	21	1.09	50	2.6	6	1.4	4.6	32.2
14	63	98	29	1.02	161	5.7	18	1.4	5.6	35.6
8	21	31	16	1.14	0	0.0	1	1.9	4.1	39.2
4	10	19	10	1.31	29	3.8	2	1.4	3.9	33.1
6	21	33	13	1.33	35	3.6	4	1.6	4.1	31.7
3	16	26	13	0.93	30	2.1	9	1.5	4.6	29.7
3	5	21	14	1.90	0	0.0	0	1.3	4.3	39.0
15	94	133	62	1.22	375	7.4	14	1.3	5.7	32.8
3	13	19	6	0.72	6	0.7	2	1.9	5.2	33.9
8	38	52	22	1.59	64	4.6	10	1.7	6.8	42.5
9	31	46	31	1.73	45	2.5	5	1.5	5.3	30.7
6	22	35	16	1.37	40	3.4	5	0.9	2.5	15.3
3	9	18	15	1.35	47	4.2	2	1.4	5.1	38.6
9	36	49	28	1.68	270	16.2	10	1.9	6.8	33.2
6	16	26	12	0.84	11	0.8	2	1.6	4.9	27.8

2．ホスピス緩和ケア週間

松島たつ子
（日本ホスピス緩和ケア協会 事務局，ピースハウスホスピス教育研究所）

歴史：世界とつながる

日本ホスピス緩和ケア協会（以下，当協会）では，2006年から，“世界ホスピス緩和ケアデー（World Hospice&Palliative Care Day）”を最終日とした1週間を「ホスピス緩和ケア週間」として，ホスピス緩和ケアの啓発普及活動に取り組んでいる。この取り組みのルーツは，1990年にイギリスで発足した，“Voices for Hospices”である。これは，10月の第2土曜日に，教会・公民館・コンサートホール・学校など，さまざまな場所で，クラシックや聖歌からジャズ・オペラ，詩の朗読・演劇など，さまざまな催し物とともに，ホスピス緩和ケアの啓発および募金活動をしようと世界中に呼びかけたものである。どのような催し物をするかは国によってさまざまであるが，1つ共通することとして，開催日の午後7時30分（現地時間）に，ヘンデルの「メサイア」の一節「ハレルヤ」を歌うことになっている。ニュージーランドから始まり，オーストラリア，日本，韓国，台湾，シンガポール…，最後はハワイへと，ハレルヤの歌声が地球を1周する。こうして，歌声で世界中の人々とつながり，ホスピスケアを広めていこうという企画である。この運動が，“世界ホスピス緩和ケアデー”へと発展していった。

2005年2月，韓国・ソウルにおいて，第2回「ホスピス緩和ケアグローバルサミット」が開催され，アジア・オセアニア・ヨーロッパ・アフリカ・南北アメリカなど，世界各地で緩和ケアの普及に取り組んでいる14団体が参加した。会議では，がんやエイズに苦しむ人たちへ緩和ケアを継続して提供する体制づくりを各国に呼びかけることを目的とした宣言書が採択された。この宣言書の中で，10月の第1土曜日（後に，第2土曜日に変更）を“世界ホスピス緩和ケアデー”とすることが決定した。ここには，「緩和ケアについて皆で話し合う機会をもち，われわれの理想を分かち合おう。そして，世界中へホスピス緩和ケアを広げていこう」というメッセージが込められていた。

このサミットに参加していた当協会は，2006年度から，“世界ホスピス緩和ケアデー”に参加することとした。

「ホスピス緩和ケア週間」の進め方

当協会の正会員は，緩和ケア病棟入院料届出受理施設，緩和ケア診療加算届出受理施設，緩和ケアを実践する一般病院，在宅緩和ケアを行う在宅療養支援診療所などから構成されている（2015年11月現在440施設）。この全国の会員施設において，「ホスピス緩和ケア週間」に合わせて，それぞれ独自の工夫により緩和ケアの啓発普及活動を行うことになる。2008年度からは，日本緩和医療学会のオレンジ・バルーン・プロジェクトとも共催することとなり，学会会員，また，全国のがん診療連携拠点病院へも参加を呼びかけている。

毎年，協会事務局において，その年の“世界ホスピス緩和ケアデー”のテーマを参考に，日本語のテーマを決め，「ホスピス緩和ケア週間」のポスター・チラシを作成し（**図1**，**図2**），会員施設，学会会員，また，がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに送付し，掲示や配布を依頼している。初年度は，「ホスピス緩和ケア」という言葉に注目し，親しみをもっていただくことを目的に，会員施設でポスターを掲示していただくというこ

2006

2007

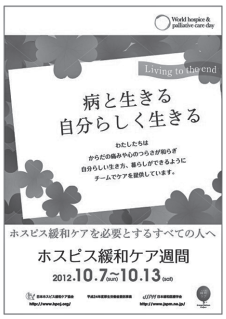
2008

2009

2010

2011

図１　ポスター（2006 ～ 2011 年度）



2012

2013

2014

2015

図２　ポスター（2012 ～ 2015 年度）

2013 年度まではポスター・チラシを同じデザインで作成していたが，
2014 年度より，緩和ケアの説明文を入れたチラシを別途作成

とからスタートした。その後，2007 年度からは，各施設に啓発普及のための具体的な取り組みを呼びかけることとなり，2015 年度は，北海道から沖縄まで，日本各地から 116 の企画が登録された（**図 3**）。

各施設，また，いくつかの施設が合同で，ホスピス緩和ケアの啓発普及活動に自主的に取り組んでおり，その内容としては，緩和ケアへの理解を深めていただくための一般向けの講演会，専門職対象の勉強会などがある。より視覚に訴え，交流しながら理解を深めていただくために，緩和ケアに関するパネル展示，緩和ケア病棟見学会，相談窓口の設置などを企画する場合もある。知識の提供だけでなく，病院玄関ロビーやチャペルでのコンサート，寸劇，落語など，さまざまな催し物を楽しみながら緩和ケアに触れるというプログラムを組む。また，アロマセラピーなどの体験プログラムを企画することもある（**図 4**）。

催し物の開催は，「ホスピス緩和ケア週間」の前後約 2 カ月間に広げ，協会事務局では，各施設から企画の申請を受け，実施後は報告書を提出していただいている。企画数は徐々に増え（**図 5**），その内容も多彩になっている（**表 1**）。

協会事務局では，各地からの報告を取りまとめ，英国にある世界ホスピス緩和ケアデーの事務局へ，日本の実績として報告している。〔URL：http://www.thewhpca.org/world-hospice-and-palliative-care-day〕

北海道	7
東北	11
関東甲信越	25
東海北陸	17
近畿	12
中国	17
四国	10
九州	17
合計	116

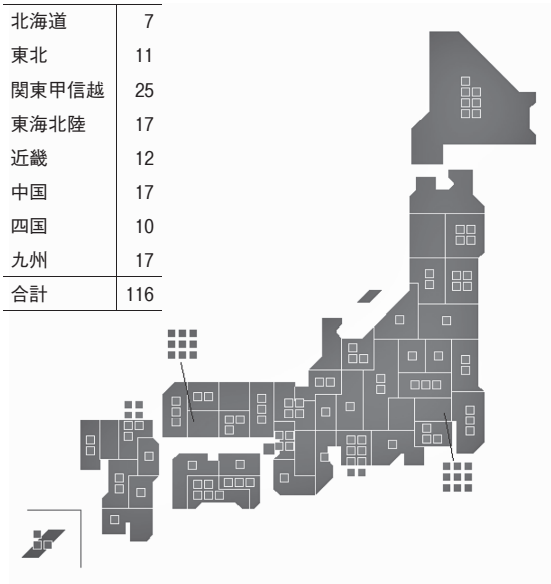


図 3　各地域の企画登録状況（2015 年度）

▲市民公開講座　▲病院ライトアップ

▲コンサート　▲ハレルヤ合唱

▲お寺でがんカフェ　▲復興ライフカフェ

▲栄養士による相談コーナー　▲医療者による寸劇

▲介護職のための看取り講座　▲パネル展示

図 4　催物の実際

企画者の自主性，自由な発想の尊重

通常，ホスピス緩和ケア協会のような全国組織の場合，本部事務局でプログラムを企画し，大都市で大きなイベントを開催してアピールするという方法がよくとられるのではないかと思う。実際，当協会でも 2007 年には，NHK 厚生文化事業団，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団との共催で，東京会場で「がんと共に生きる－痛みのない穏やかな日々」をテーマに，ホスピス緩和ケアフォーラムを開催した。第 1 部は，緩和ケアを専門とする医師と看護師，また，女優でがん体験者でもある方を迎えてのシンポジウム，第 2 部は，バイオリン演奏と合唱というプログラムで，500 人の会場が満席となった。参加者の反応としては，「緩和ケアについての理解が深まった」「緩和ケア病棟の利用の仕方が分かった」「痛みをとるいろいろな方法があることが分かり安心した」などの声が聞かれた。しかし，半日のプログラムに数カ月の準備と多額の費用をかけて開催し，フォーラムへ参加する方はすでに緩和ケアに関心のある人々が多いということから，こうした大きな会を本部企画で開催することが適切なのか再検討した。その結果，全国各地の会員施設の方々に，その地域の状況に合わせた取り組みをしていただくほうが良いのではないかということになり，現在の方式を推進することとなった。

年を重ねるごとに，本企画に参加する施設が増え，年間行事に組み込むようになったという施設もある。こうした取り組みを病棟のイベントとして企画し，あるいは，病院全体に呼びかけることなどにより，「チームの結束力が強化された」「一般病棟の方々との交流が生まれた」，また，近隣の複数の緩和ケア病棟が共同で企画することで「地域連携につながっている」など，副次的な成果が出ているという報告もある。

「ホスピス緩和ケア週間」は，各施設や地域の自由な発想，創意工夫を尊重し，自主的に参加することを大前提とし，何よりも，企画するスタッフ自身が楽しんで取り組んでいただければと考えている。

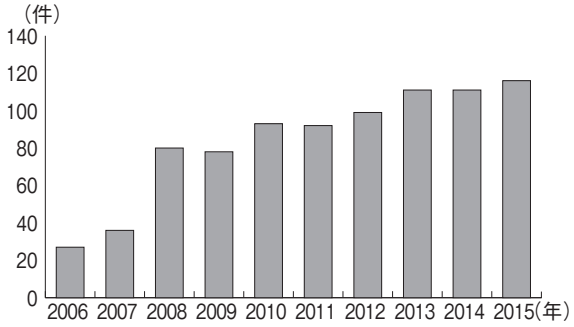


図 5　登録企画数の推移

表 1　企画内容と参加者内訳（2015 年度）

企画登録施設の種別		企画内容 ※ 1 つの登録企画内で複数の企画開催有		参加者内訳
★協会会員	78	① 一般市民向けの講演会等	37	一般市民／患者（入院・外来）／家族／遺族／学生（医学生・看護学生）／教員／医師／看護師／看護助手／薬剤師／臨床心理士／ソーシャルワーカー／カウンセラー／理学療法士／作業療法士／言語聴覚士／管理栄養士／ケアマネジャー／歯科医師／歯科衛生士／音楽療法士／介護福祉士／ヘルパー／事務員／牧師・僧侶／音楽家／ボランティア／その他
（うち拠点病院	30）	② 医療従事者向けの研究会等	13	
緩和ケア病棟	64	③ コンサート・演劇等	26	
緩和ケアチーム	5	④ 緩和ケア関連のパネル展示	21	
一般病院	5	⑤ 相談コーナーの設置	44	
診療所	2	⑥ チラシ・パンフレットの配布	34	
準会員・賛助会員	2	⑦ 緩和ケア病棟見学会	20	
★非会員	36	⑧ 体験・試食コーナー等の設置	27	
日本緩和医療学会会員	11	⑨ 茶話会・カフェ	14	
がん診療連携拠点病院	6	⑩ DVD・動画の上映	15	
学会会員＋拠点病院	13	⑪ 遺族会・懇親会等	4	
不明（無記入）	6			
合計	114	合計	255	合計　8,253名 （展示会来場者は含まず）

今後の課題

2007年度から各地での取り組みが始まり，その数が増え，内容も多彩になっているが，ここ数年，110前後の企画に留まっており，参加施設の広まりが十分とはいえない。より多くの施設，地域で参加していただけるよう，広報の仕方など再検討が必要と思う。

また，参加施設から，アンケート結果や患者からの声として，「緩和ケアへの理解が深まった」「がんに罹患した時どのように対応してもらえるのか知ることができて，気持ちが軽くなった」「専門チームがあることを知り心強い」「不安が和らいだ」など，成果の報告もあるが，本事業全体の評価は行っていない。こうした取り組みが，どこまで対象者の緩和ケアへの理解の深まりに貢献できているのか，また，一時的な理解だけでなく，実際にケアを必要とする人にケアが届くというところまでつながっているのか等々，成果を客観的に評価できていない。企画内容がさまざまなこうした取り組みの成果をいかに評価できるのか，評価に関する検討も必要と考えている。

3．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〕（2016 年 2 月 9 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	埼玉県	○	○	○	埼玉県立がんセンター	2010 年 4 月 1 日
12	東京都	○	○	○	東京都立駒込病院	2010 年 4 月 1 日
13		○	○	○	がん研究会 有明病院	2010 年 4 月 1 日
14	神奈川県	○	○	○	神奈川県立がんセンター	2010 年 4 月 1 日
15	新潟県				新潟県立がんセンター新潟病院	2010 年 4 月 1 日
16	富山県	○		○	富山県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
17	石川県		○		金沢大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
18	福井県	○		○	福井県立病院	2010 年 4 月 1 日
19	山梨県	○		○	山梨県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
20	長野県		○	○	信州大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
21	岐阜県				岐阜大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
22	静岡県	○		○	静岡県立静岡がんセンター	2010 年 4 月 1 日
23	愛知県		○		愛知県がんセンター中央病院	2010 年 4 月 1 日
24	三重県		○		三重大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
25	滋賀県	○		○	滋賀県立成人病センター	2009 年 4 月 1 日
26	京都府	○	○		京都府立医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
27			○	○	京都大学医学部附属病院	2009 年 4 月 1 日
28	大阪府		○		大阪府立成人病センター	2010 年 4 月 1 日

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
29	兵庫県		○	○	兵庫県立がんセンター	2010 年 4 月 1 日
30	奈良県		○		奈良県立医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
31	和歌山県		○	○	和歌山県立医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
32	鳥取県		○		鳥取大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
33	島根県	○	○	○	島根大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
34	岡山県		○		岡山大学病院	2010 年 4 月 1 日
35	広島県		○		広島大学病院	2010 年 4 月 1 日
36	山口県		○		山口大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
37	徳島県		○		徳島大学病院	2010 年 4 月 1 日
38	香川県		○		香川大学医学部附属病院	2009 年 4 月 1 日
39	愛媛県	○	○	○	国立病院機構 四国がんセンター	2010 年 4 月 1 日
40	高知県				高知大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
41	福岡県		○		国立病院機構 九州がんセンター	2010 年 4 月 1 日
42			○		九州大学病院	2010 年 4 月 1 日
43	佐賀県		○	○	佐賀大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
44	長崎県		○		長崎大学病院	2010 年 4 月 1 日
45	熊本県		○	○	熊本大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
46	大分県		○		大分大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
47	宮崎県		○		宮崎大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
48	鹿児島県		○		鹿児島大学病院	2010 年 4 月 1 日
49	沖縄県				琉球大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
計		17	36	22	49 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
14		○	○	○	札幌厚生病院	2009 年 4 月 1 日
15			○	○	手稲渓仁会病院	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

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
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	青森県		○		弘前大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
21			○	○	八戸市立市民病院	2010 年 4 月 1 日
22					三沢市立三沢病院	2010 年 4 月 1 日
23					下北医療センターむつ総合病院	2010 年 4 月 1 日
24			○		十和田市立中央病院	2011 年 4 月 1 日
25	岩手県				岩手県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
26		○		○	岩手県立中部病院	2010 年 4 月 1 日
27		○		○	岩手県立磐井病院	2010 年 4 月 1 日
28					岩手県立宮古病院	2010 年 4 月 1 日
29					岩手県立二戸病院	2010 年 4 月 1 日
30					岩手県立胆沢病院	2009 年 4 月 1 日
31			○		岩手県立大船渡病院	2009 年 4 月 1 日
32					岩手県立久慈病院	2009 年 4 月 1 日
33					岩手県立釜石病院	2014 年 8 月 6 日
34	宮城県		○	○	国立病院機構 仙台医療センター	2010 年 4 月 1 日
35				○	東北労災病院	2010 年 4 月 1 日
36					東北薬科大学病院	2010 年 4 月 1 日
37					大崎市民病院	2010 年 4 月 1 日
38				○	石巻赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
39	秋田県				秋田赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
40		○		○	大曲厚生医療センター	2010 年 4 月 1 日
41					平鹿総合病院	2010 年 4 月 1 日
42					大館市立総合病院	2009 年 4 月 1 日
43					秋田厚生医療センター	2009 年 4 月 1 日
44	山形県				山形市立病院 済生館	2010 年 4 月 1 日
45			○		山形大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
46					山形県立新庄病院	2010 年 4 月 1 日
47					公立置賜総合病院	2010 年 4 月 1 日
48			○		日本海総合病院	2010 年 4 月 1 日
49	福島県	○		○	慈山会医学研究所付属 坪井病院	2010 年 4 月 1 日
50					脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院	2010 年 4 月 1 日
51					太田綜合病院附属 太田西ノ内病院	2010 年 4 月 1 日
52		○			竹田綜合病院	2010 年 4 月 1 日
53					会津中央病院	2010 年 4 月 1 日
54		○			福島労災病院	2010 年 4 月 1 日
55					白河厚生総合病院	2010 年 4 月 1 日
56					いわき市立総合磐城共立病院	2014 年 8 月 6 日
57	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
58				○	土浦協同病院・茨城県地域がんセンター	2010 年 4 月 1 日
59		○		○	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
60			○	○	筑波大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
61					東京医科大学茨城医療センター	2010 年 4 月 1 日
62		○		○	友愛記念病院	2010 年 4 月 1 日
63					茨城西南医療センター病院	2010 年 4 月 1 日
64					国立病院機構 水戸医療センター	2011 年 4 月 1 日
65					ひたちなか総合病院	2015 年 4 月 1 日
66	栃木県	○	○	○	自治医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
67		○	○	○	栃木県済生会宇都宮病院	2010 年 4 月 1 日

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
68			○		獨協医科大学病院	2010年4月1日
69					佐野厚生総合病院	2010年4月1日
70					上都賀総合病院	2010年4月1日
71		○		○	那須赤十字病院	2014年8月6日
72	群馬県			○	前橋赤十字病院	2010年4月1日
73			○		国立病院機構 高崎総合医療センター	2010年4月1日
74		○	○	○	国立病院機構 西群馬病院	2010年4月1日
75					公立藤岡総合病院	2010年4月1日
76		○		○	公立富岡総合病院	2010年4月1日
77		○		○	伊勢崎市民病院	2010年4月1日
78					桐生厚生総合病院	2010年4月1日
79		○		○	群馬県立がんセンター	2010年4月1日
80					国立病院機構 沼田病院	2012年4月1日
81	埼玉県				春日部市立病院	2010年4月1日
82					獨協医科大学越谷病院	2010年4月1日
83			○	○	さいたま赤十字病院	2010年4月1日
84					さいたま市立病院	2010年4月1日
85					川口市立医療センター	2010年4月1日
86			○		埼玉医科大学 総合医療センター	2010年4月1日
87					国立病院機構 埼玉病院	2010年4月1日
88			○		埼玉医科大学 国際医療センター	2010年4月1日
89					深谷赤十字病院	2010年4月1日
90					埼玉県済生会川口総合病院	2009年4月1日
91					自治医科大学附属 さいたま医療センター	2014年8月6日
92		○	○	○	戸田中央総合病院	2015年4月1日
93	千葉県		○		千葉大学医学部附属病院	2010年4月1日
94			○		国立病院機構 千葉医療センター	2010年4月1日
95		○			船橋市立医療センター	2010年4月1日
96			○		東京歯科大学 市川総合病院	2010年4月1日
97			○	○	順天堂大学医学部附属 浦安病院	2010年4月1日
98			○		東京慈恵会医科大学附属 柏病院	2010年4月1日
99					国保松戸市立病院	2010年4月1日
100			○		日本医科大学千葉北総病院	2015年4月1日
101		○		○	総合病院 国保旭中央病院	2010年4月1日
102			○	○	亀田総合病院	2010年4月1日
103		○		○	君津中央病院	2010年4月1日
104					千葉労災病院	2010年4月1日
105	東京都		○	○	東京大学医学部附属病院	2010年4月1日
106			○		日本医科大学付属病院	2010年4月1日
107		○	○	○	聖路加国際病院	2010年4月1日
108		○	○	○	ＮＴＴ東日本関東病院	2010年4月1日
109		○	○	○	日本赤十字社医療センター	2010年4月1日
110			○	○	日本大学医学部附属 板橋病院	2010年4月1日
111			○	○	帝京大学医学部附属病院	2010年4月1日
112			○		青梅市立総合病院	2010年4月1日
113					東京医科大学 八王子医療センター	2010年4月1日
114			○		武蔵野赤十字病院	2010年4月1日
115			○		杏林大学医学部付属病院	2010年4月1日
116			○	○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2010年4月1日
117			○	○	昭和大学病院	2010年4月1日
118			○	○	慶應義塾大学病院	2011年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
119			○		東京医科大学病院	2011 年 4 月 1 日
120			○	○	東京都立多摩総合医療センター	2011 年 4 月 1 日
121					公立昭和病院	2011 年 4 月 1 日
122			○		東京慈恵会医科大学附属病院	2012 年 4 月 1 日
123			○		虎の門病院	2012 年 4 月 1 日
124			○	○	東邦大学医療センター大森病院	2012 年 4 月 1 日
125			○		国立病院機構 東京医療センター	2012 年 4 月 1 日
126			○	○	東京医科歯科大学医学部附属病院	2014 年 8 月 6 日
127			○		国立病院機構 災害医療センター	2014 年 8 月 6 日
128	神奈川県		○		横浜労災病院	2010 年 4 月 1 日
129		○	○		横浜市立市民病院	2010 年 4 月 1 日
130			○		横浜市立大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
131			○		聖マリアンナ医科大学病院	2010 年 4 月 1 日
132		○	○	○	川崎市立井田病院	2010 年 4 月 1 日
133					横須賀共済病院	2010 年 4 月 1 日
134			○		藤沢市民病院	2010 年 4 月 1 日
135			○	○	東海大学医学部付属病院	2010 年 4 月 1 日
136		○	○		相模原協同病院	2010 年 4 月 1 日
137			○		北里大学病院	2010 年 4 月 1 日
138			○	○	小田原市立病院	2010 年 4 月 1 日
139		○	○	○	昭和大学横浜市北部病院	2011 年 4 月 1 日
140		○	○	○	横浜市立みなと赤十字病院	2012 年 4 月 1 日
141					大和市立病院	2012 年 4 月 1 日
142					横浜市東部病院	2014 年 8 月 6 日
143			○		横浜市立大学附属 市民総合医療センター	2014 年 8 月 6 日
144	新潟県				新潟県立新発田病院	2010 年 4 月 1 日
145			○		新潟市民病院	2010 年 4 月 1 日
146			○		新潟大学医歯学総合病院	2010 年 4 月 1 日
147					長岡中央綜合病院	2010 年 4 月 1 日
148			○		長岡赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
149					新潟県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
150					新潟労災病院	2010 年 4 月 1 日
151	富山県				黒部市民病院	2010 年 4 月 1 日
152					富山労災病院	2010 年 4 月 1 日
153					富山大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
154			○		厚生連高岡病院	2010 年 4 月 1 日
155			○		高岡市民病院	2010 年 4 月 1 日
156					市立砺波総合病院	2010 年 4 月 1 日
157	石川県		○		国立病院機構 金沢医療センター	2010 年 4 月 1 日
158					石川県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
159					金沢医科大学病院	2010 年 4 月 1 日
160		○		○	小松市民病院	2010 年 4 月 1 日
161	福井県		○		福井大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
162		○			福井赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
163		○	○	○	福井県済生会病院	2010 年 4 月 1 日
164					国立病院機構 敦賀医療センター	2010 年 4 月 1 日
165	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
166			○	○	市立甲府病院	2010 年 4 月 1 日
167					富士吉田市立病院	2011 年 4 月 1 日
168	長野県			○	佐久総合病院 佐久医療センター	2010 年 4 月 1 日

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
169				○	諏訪赤十字病院	2010年4月1日
170				○	飯田市立病院	2010年4月1日
171				○	相澤病院	2010年4月1日
172			○	○	長野赤十字病院	2010年4月1日
173				○	長野市民病院	2010年4月1日
174					伊那中央病院	2009年4月1日
175	岐阜県				岐阜県総合医療センター	2010年4月1日
176			○		岐阜市民病院	2010年4月1日
177					大垣市民病院	2010年4月1日
178			○		木沢記念病院	2010年4月1日
179		○		○	岐阜県立多治見病院	2010年4月1日
180					高山赤十字病院	2010年4月1日
181	静岡県				順天堂大学医学部附属 静岡病院	2010年4月1日
182				○	静岡県立総合病院	2010年4月1日
183					静岡市立静岡病院	2010年4月1日
184			○	○	藤枝市立総合病院	2010年4月1日
185		○	○	○	総合病院 聖隷三方原病院	2010年4月1日
186			○		総合病院 聖隷浜松病院	2010年4月1日
187			○	○	浜松医療センター	2010年4月1日
188					浜松医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
189			○	○	磐田市立総合病院	2010年4月1日
190	愛知県		○		国立病院機構 名古屋医療センター	2010年4月1日
191			○		名古屋大学医学部附属病院	2010年4月1日
192			○		中京病院	2010年4月1日
193			○		名古屋市立大学病院	2010年4月1日
194		○	○	○	名古屋第一赤十字病院	2010年4月1日
195					名古屋第二赤十字病院	2010年4月1日
196		○	○	○	海南病院	2010年4月1日
197			○		公立陶生病院	2010年4月1日
198			○		一宮市立市民病院	2010年4月1日
199		○	○	○	小牧市民病院	2010年4月1日
200		○		○	豊田厚生病院	2010年4月1日
201		○	○	○	安城更生病院	2010年4月1日
202					豊橋市民病院	2010年4月1日
203		○	○	○	藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日
204					半田市立半田病院	2015年4月1日
205		○		○	愛知県がんセンター愛知病院	2015年4月1日
206	三重県				国立病院機構 三重中央医療センター	2010年4月1日
207		○		○	伊勢赤十字病院	2010年4月1日
208				○	松阪中央総合病院	2010年4月1日
209					鈴鹿中央総合病院	2010年4月1日
210	滋賀県				大津赤十字病院	2010年4月1日
211		○		○	公立甲賀病院	2010年4月1日
212					市立長浜病院	2010年4月1日
213		○		○	彦根市立病院	2009年4月1日
214			○		滋賀医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
215	京都府		○		国立病院機構 舞鶴医療センター	2010年4月1日
216					市立福知山市民病院	2010年4月1日
217			○		京都桂病院	2010年4月1日
218			○		京都市立病院	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
219					京都第一赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
220					京都第二赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
221		○	○		国立病院機構 京都医療センター	2010 年 4 月 1 日
222	大阪府		○		市立豊中病院	2010 年 4 月 1 日
223		○		○	東大阪市立総合病院	2010 年 4 月 1 日
224					国立病院機構 大阪南医療センター	2010 年 4 月 1 日
225					大阪労災病院	2010 年 4 月 1 日
226		○		○	市立岸和田市民病院	2010 年 4 月 1 日
227		○	○		大阪市立総合医療センター	2010 年 4 月 1 日
228			○		大阪赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
229			○		大阪市立大学医学部附属病院	2009 年 4 月 1 日
230			○		大阪大学医学部附属病院	2009 年 4 月 1 日
231			○		大阪医科大学附属病院	2009 年 4 月 1 日
232			○		近畿大学医学部附属病院	2009 年 4 月 1 日
233			○		関西医科大学附属枚方病院	2010 年 4 月 1 日
234			○		国立病院機構 大阪医療センター	2010 年 4 月 1 日
235			○		大阪府立急性期・総合医療センター	2014 年 8 月 6 日
236					市立堺病院	2014 年 8 月 6 日
237				○	八尾市立病院	2015 年 4 月 1 日
238	兵庫県		○	○	神戸大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
239			○		神戸市立医療センター中央市民病院	2010 年 4 月 1 日
240			○		関西労災病院	2010 年 4 月 1 日
241			○		兵庫医科大学病院	2010 年 4 月 1 日
242					近畿中央病院	2010 年 4 月 1 日
243					西脇市立西脇病院	2010 年 4 月 1 日
244					姫路赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
245					国立病院機構 姫路医療センター	2010 年 4 月 1 日
246					赤穂市民病院	2010 年 4 月 1 日
247					豊岡病院	2010 年 4 月 1 日
248		○		○	兵庫県立柏原病院	2010 年 4 月 1 日
249					兵庫県立淡路医療センター	2010 年 4 月 1 日
250			○		西神戸医療センター	2015 年 4 月 1 日
251	奈良県		○		奈良県総合医療センター	2010 年 4 月 1 日
252					天理よろづ相談所病院	2010 年 4 月 1 日
253					近畿大学医学部奈良病院	2010 年 4 月 1 日
254					市立奈良病院	2009 年 4 月 1 日
255	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
256					公立那賀病院	2010 年 4 月 1 日
257					橋本市民病院	2010 年 4 月 1 日
258					紀南病院	2010 年 4 月 1 日
259		○	○	○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2010 年 4 月 1 日
260	鳥取県				鳥取県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
261			○	○	鳥取市立病院	2010 年 4 月 1 日
262					鳥取県立厚生病院	2010 年 4 月 1 日
263		○		○	国立病院機構 米子医療センター	2010 年 4 月 1 日
264	島根県	○	○	○	松江市立病院	2010 年 4 月 1 日
265					松江赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
266					島根県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
267		○		○	国立病院機構 浜田医療センター	2010 年 4 月 1 日
268	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院	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
269		○	○	○	総合病院 岡山赤十字病院	2010年4月1日
270					国立病院機構 岡山医療センター	2010年4月1日
271		○	○	○	倉敷中央病院	2010年4月1日
272			○		川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
273					津山中央病院	2010年4月1日
274	広島県	○	○	○	県立広島病院	2010年4月1日
275			○		広島市立広島市民病院	2010年4月1日
276					広島赤十字・原爆病院	2010年4月1日
277					廣島総合病院	2010年4月1日
278		○	○	○	国立病院機構 呉医療センター	2010年4月1日
279					国立病院機構 東広島医療センター	2010年4月1日
280					尾道総合病院	2010年4月1日
281		○		○	福山市民病院	2010年4月1日
282			○		市立三次中央病院	2010年4月1日
283					広島市立安佐市民病院	2010年4月1日
284	山口県	○			国立病院機構 岩国医療センター	2010年4月1日
285					周東総合病院	2010年4月1日
286		○		○	徳山中央病院	2010年4月1日
287					山口県立総合医療センター	2010年4月1日
288		○		○	綜合病院 山口赤十字病院	2010年4月1日
289					山口県済生会下関総合病院	2015年4月1日
290	徳島県				徳島県立中央病院	2010年4月1日
291					徳島赤十字病院	2010年4月1日
292					徳島市民病院	2010年4月1日
293	香川県			○	香川県立中央病院	2010年4月1日
294					高松赤十字病院	2010年4月1日
295					香川労災病院	2010年4月1日
296		○		○	三豊総合病院	2010年4月1日
297	愛媛県				住友別子病院	2010年4月1日
298		○		○	済生会今治病院	2010年4月1日
299			○		愛媛大学医学部附属病院	2010年4月1日
300			○		愛媛県立中央病院	2010年4月1日
301					松山赤十字病院	2010年4月1日
302				○	市立宇和島病院	2010年4月1日
303	高知県		○	○	高知医療センター	2010年4月1日
304					高知県立幡多けんみん病院	2012年4月1日
305	福岡県				国立病院機構 九州医療センター	2010年4月1日
306					福岡県済生会福岡総合病院	2010年4月1日
307			○		福岡大学病院	2010年4月1日
308					国立病院機構 福岡東医療センター	2010年4月1日
309		○	○	○	久留米大学病院	2010年4月1日
310		○		○	聖マリア病院	2010年4月1日
311					公立八女総合病院	2010年4月1日
312					大牟田市立病院	2010年4月1日
313		○	○	○	飯塚病院	2010年4月1日
314					社会保険田川病院	2010年4月1日
315		○		○	北九州市立医療センター	2010年4月1日
316		○		○	九州病院	2010年4月1日
317			○		産業医科大学病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
318	佐賀県	○	○	○	佐賀県医療センター好生館	2010 年 4 月 1 日
319					唐津赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
320					国立病院機構 嬉野医療センター	2010 年 4 月 1 日
321	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
322					日本赤十字社 長崎原爆病院	2010 年 4 月 1 日
323					佐世保市立総合病院	2010 年 4 月 1 日
324					国立病院機構 長崎医療センター	2010 年 4 月 1 日
325					長崎県島原病院	2010 年 4 月 1 日
326	熊本県				熊本市立熊本市民病院	2010 年 4 月 1 日
327					熊本赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
328			○		国立病院機構 熊本医療センター	2010 年 4 月 1 日
329					済生会熊本病院	2010 年 4 月 1 日
330					荒尾市民病院	2010 年 4 月 1 日
331					熊本労災病院	2010 年 4 月 1 日
332		○		○	人吉医療センター	2010 年 4 月 1 日
333	大分県				国立病院機構 別府医療センター	2010 年 4 月 1 日
334				○	大分赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
335					大分県立病院	2010 年 4 月 1 日
336		○		○	大分県済生会日田病院	2010 年 4 月 1 日
337		○		○	大分市医師会立 アルメイダ病院	2010 年 4 月 1 日
338					中津市立中津市民病院	2011 年 4 月 1 日
339	宮崎県				県立宮崎病院	2010 年 4 月 1 日
340					国立病院機構 都城医療センター	2010 年 4 月 1 日
341	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
342					鹿児島県立薩南病院	2010 年 4 月 1 日
343					済生会川内病院	2010 年 4 月 1 日
344		○		○	国立病院機構 南九州病院	2010 年 4 月 1 日
345					県民健康プラザ鹿屋医療センター	2010 年 4 月 1 日
346					鹿児島県立大島病院	2010 年 4 月 1 日
347					鹿児島市立病院	2011 年 4 月 1 日
348			○		今給黎総合病院	2012 年 4 月 1 日
349	沖縄県		○		沖縄県立中部病院	2010 年 4 月 1 日
350			○		那覇市立病院	2010 年 4 月 1 日
351			○		国立がん研究センター中央病院	2010 年 4 月 1 日
352		○	○	○	国立がん研究センター東病院	2010 年 4 月 1 日
計		79	143	115	計　352 病院	

合計	96	179	137	合計　401 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	0	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	宮城県	○			みやぎ県南中核病院	宮城県立がんセンター 東北大学病院	2015年4月1日
2	秋田県				能代厚生医療センター	秋田厚生医療センター	2015年4月1日
3					由利組合総合病院	秋田赤十字病院	2015年4月1日
4					雄勝中央病院	平鹿総合病院	2015年4月1日
5	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
6	東京都				東京女子医科大学 東医療センター	東京都立駒込病院	2015年4月1日
7	山梨県				山梨厚生病院	山梨県立中央病院	2015年4月1日
8	長野県				北信総合病院	長野赤十字病院	2015年4月1日
9	滋賀県				高島市民病院	大津赤十字病院	2015年4月1日
10	京都府				京都府立医科大学附属病院北部医療センター	京都府立医科大学附属病院	2015年4月1日
11					公立南丹病院	京都府立医科大学附属病院	2015年4月1日
12					第二岡本総合病院	京都府立医科大学附属病院	2015年4月1日
13					京都山城総合医療センター	京都府立医科大学附属病院	2015年4月1日
14	岡山県				高梁中央病院	川崎医科大学附属病院 岡山大学病院	2015年4月1日
15					金田病院	国立病院機構 岡山医療センター 津山中央病院	2015年4月1日
16	山口県				長門総合病院	山口大学医学部附属病院	2015年4月1日
17					都志見病院	山口大学医学部附属病院 綜合病院 山口赤十字病院	2015年4月1日
18	徳島県	○		○	徳島県立三好病院	徳島県立中央病院	2015年4月1日
19	鹿児島県	○		○	出水郡医師会広域医療センター	済生会川内病院	2015年4月1日
20	沖縄県				沖縄県立宮古病院	沖縄県立中部病院	2015年4月1日
合計		3	0	2	合計　20　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/0000103155.pdf　がん診療連携拠点病院指定一覧表（2015年4月1日現在）〕

B．緩和ケア診療加算届出受理施設一覧

〔拠点病院：がん診療連携拠点病院〕

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
北海道	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
		○	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
		○	手稲渓仁会病院	2014年5月1日
		○	釧路労災病院	2014年10月1日
		○	砂川市立病院	2015年4月1日
		○	旭川厚生病院	2015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	2	○	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
		○	栃木県済生会宇都宮病院	2013年4月1日
群馬県	2	○	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	○	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
			防衛医科大学校病院	2015年8月1日
千葉県	10		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
			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

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
		○	千葉大学医学部附属病院	2013 年 5 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	34	○	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
		○	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
		○	ＮＴＴ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
			ＪＲ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
			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
		○	国立病院機構 災害医療センター	2014 年 11 月 1 日
		○	青梅市立総合病院	2015 年 4 月 1 日
			三井記念病院	2015 年 5 月 1 日
			荏原病院	2015 年 10 月 1 日
神奈川県	19		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
		○	東海大学医学部付属病院	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
		○	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
			国立病院機構 横浜医療センター	2015 年 2 月 1 日

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
		○	神奈川県立がんセンター	2015 年 6 月 1 日
		○	藤沢市民病院	2015 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	2	○	高岡市民病院	2012 年 4 月 1 日
		○	厚生連高岡病院	2015 年 11 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	2	○	福井大学医学部附属病院	2010 年 6 月 1 日
		○	福井県済生会病院	2015 年 11 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	2	○	長野赤十字病院	2011 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	3	○	岐阜市民病院	2013 年 7 月 1 日
			東海中央病院	2013 年 10 月 1 日
		○	木沢記念病院	2015 年 5 月 1 日
静岡県	6		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
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
		○	名古屋第一赤十字病院	2015 年 5 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
		○	国立病院機構 京都医療センター	2011 年 4 月 1 日
		○	京都大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
		○	国立病院機構 舞鶴医療センター	2015 年 8 月 1 日

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
大阪府	22		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
		○	大阪大学医学部附属病院	2015 年 4 月 1 日
			関西医科大学附属滝井病院	2015 年 5 月 1 日
			市立池田病院	2015 年 5 月 1 日
兵庫県	7	○	兵庫医科大学病院	2008 年 4 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
			神戸中央病院	2015 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	2	○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2013 年 1 月 1 日
		○	和歌山県立医科大学附属病院	2015 年 7 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	6	○	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
			岡山市立市民病院	2015 年 8 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
		○	広島市立広島市民病院	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

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
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
愛媛県	3	○	国立病院機構 四国がんセンター	2010 年 6 月 1 日
		○	愛媛県立中央病院	2014 年 9 月 1 日
		○	愛媛大学医学部附属病院	2015 年 8 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	2010 年 4 月 1 日
			九州中央病院	2013 年 4 月 1 日
		○	久留米大学病院	2010 年 4 月 1 日
		○	飯塚病院	2010 年 8 月 1 日
			戸畑共立病院	2010 年 4 月 1 日
		○	産業医科大学病院	2012 年 4 月 1 日
		○	九州大学病院	2011 年 9 月 1 日
		○	国立病院機構 九州がんセンター	2010 年 4 月 1 日
			製鉄記念八幡病院	2014 年 12 月 1 日
佐賀県	2	○	佐賀大学医学部附属病院	2005 年 11 月 1 日
		○	佐賀県医療センター好生館	2015 年 5 月 1 日
長崎県	1	○	長崎大学病院	2011 年 4 月 1 日
熊本県	2	○	熊本大学医学部附属病院	2012 年 4 月 1 日
		○	国立病院機構 熊本医療センター	2015 年 5 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	2	○	鹿児島大学病院	2010 年 4 月 1 日
		○	今給黎総合病院	2014 年 4 月 1 日
沖縄県	2	○	沖縄県立中部病院	2015 年 5 月 1 日
		○	那覇市立病院	2016 年 2 月 1 日
合計	225	179		

（2016 年 2 月 16 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	35		
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	109	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		北見赤十字病院	2015 年 2 月 1 日	232	20	★	☆
18		札幌北楡病院	2015 年 8 月 1 日	281	9		
19	青森県	青森慈恵会病院	2000 年 6 月 1 日	332	22		
20		ときわ会病院	2008 年 2 月 1 日	149	24		
21	岩手県	孝仁病院	2008 年 6 月 1 日	180	10		
22		盛岡赤十字病院	2009 年 7 月 1 日	394	22		
23		美山病院	2011 年 5 月 1 日	212	20		
24		岩手県立中部病院	2009 年 5 月 1 日	434	24	★	☆
25		岩手県立磐井病院	2010 年 7 月 1 日	315	24	★	☆
26		盛岡友愛病院	2015 年 6 月 1 日	386	18		
27	宮城県	東北大学病院 緩和ケアセンター	2000 年 12 月 1 日	1,225	22	★	
28		光ヶ丘スペルマン病院	1998 年 8 月 1 日	140	20		
29		宮城県立がんセンター	2002 年 7 月 1 日	383	25	★	
30		みやぎ県南中核病院	2015 年 8 月 1 日	310	12		☆
31	山形県	山形県立中央病院	2001 年 7 月 1 日	645	15	★	
32		三友堂病院	2005 年 6 月 1 日	190	12		
33		山形県立河北病院	2015 年 4 月 1 日	186	20		
34	秋田県	外旭川病院	1999 年 2 月 1 日	241	34		
35		大曲厚生医療センター	2015 年 8 月 1 日	437	13	★	
36	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	★	
37		福島労災病院	2011 年 4 月 1 日	406	32	★	☆
38		星総合病院	2013 年 2 月 1 日	430	16		☆
39		わたり病院	2013 年 7 月 1 日	196	15		
40		竹田綜合病院	2014 年 11 月 1 日	837	15	★	☆
41		福島県立医科大学会津医療センター附属病院	2015 年 8 月 1 日	226	18		
42	茨城県	つくばセントラル病院	2000 年 10 月 1 日	313	20		
43		筑波メディカルセンター病院	2000 年 5 月 1 日	453	20	★	☆
44		水戸済生会総合病院	2000 年 10 月 1 日	472	18		☆
45		茨城県立中央病院	2013 年 5 月 1 日	500	23	★	☆
46		友愛記念病院	2014 年 8 月 1 日	325	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
47		水戸赤十字病院	2015 年 6 月 1 日	483	16		☆
48		医療法人博仁会　志村大宮病院	2015 年 6 月 1 日	178	20		
49	栃木県	栃木県立がんセンター	2000 年 12 月 1 日	291	24	★	
50		栃木県済生会宇都宮病院	1996 年 11 月 1 日	644	20	★	☆
51		自治医科大学附属病院	2007 年 5 月 1 日	1,132	18	★	
52		那須赤十字病院	2013 年 4 月 1 日	460	20	★	☆
53	群馬県	公立富岡総合病院	2005 年 5 月 1 日	341	18	★	
54		伊勢崎市民病院	2010 年 6 月 1 日	504	17	★	☆
55		国立病院機構 西群馬病院	1994 年 7 月 1 日	380	23	★	☆
56		群馬県済生会前橋病院	2012 年 6 月 1 日	327	16		☆
57		三思会 東邦病院	2014 年 6 月 1 日	443	21		
58		群馬県立がんセンター	2014 年 7 月 1 日	357	25	★	
59	埼玉県	戸田中央総合病院	2009 年 3 月 1 日	446	18	★	
60		埼玉石心会病院	2012 年 4 月 1 日	349	8		☆
61		上尾甦生病院	1992 年 3 月 1 日	186	15		
62		みさと健和病院	2011 年 8 月 1 日	282	20		
63		行田総合病院	2012 年 9 月 1 日	504	21		☆
64		埼玉県立がんセンター	1999 年 1 月 1 日	503	36	★	
65		毛呂病院	2013 年 12 月 1 日	624	20		
66		埼玉協同病院	2013 年 12 月 1 日	401	24		
67		上尾中央総合病院	2014 年 7 月 1 日	724	21		☆
68		協友会 吉川中央総合病院	2015 年 5 月 1 日	264	14		
69		三浦病院	2015 年 7 月 1 日	81	21		
70		協友会 彩の国東大宮メディカルセンター	2015 年 8 月 1 日	337	22		
71	千葉県	千葉県がんセンター	2008 年 7 月 1 日	341	25		
72		山王病院	1999 年 7 月 1 日	318	25		
73		我孫子聖仁会病院	2012 年 7 月 1 日	168	20		
74		船橋市立医療センター	2010 年 4 月 1 日	449	20	★	☆
75		国立がん研究センター東病院	1992 年 7 月 1 日	425	25	★	
76		聖隷佐倉市民病院	2008 年 6 月 1 日	400	18		
77		総合病院 国保旭中央病院	1999 年 5 月 1 日	989	20	★	
78		君津中央病院	2004 年 11 月 1 日	661	20	★	☆
79		さんむ医療センター	2014 年 1 月 1 日	312	20		
80		平和台病院	2014 年 5 月 1 日	224	20		
81		千葉徳洲会病院	2014 年 8 月 1 日	391	24		
82		鎌ケ谷総合病院	2015 年 3 月 1 日	248	13		
83		辻仲病院柏の葉	2015 年 5 月 1 日	186	24		
84		松戸市立福祉医療センター 東松戸病院	2015 年 10 月 1 日	198	20		
85	東京都	聖路加国際病院	1998 年 5 月 1 日	520	23	★	☆
86		永寿総合病院	2000 年 10 月 1 日	400	16		
87		賛育会病院	1998 年 6 月 1 日	199	22		
88		東芝病院	2008 年 7 月 1 日	308	15		
89		NTT 東日本関東病院	2001 年 2 月 1 日	665	16	★	
90		佑和会 木村病院	2004 年 7 月 1 日	98	13		
91		日本赤十字社医療センター	2000 年 6 月 1 日	708	18	★	☆
92		東京新宿メディカルセンター	2004 年 6 月 1 日	520	17		
93		佼成病院	2004 年 5 月 1 日	340	20		
94		救世軍ブース記念病院	2003 年 11 月 1 日	199	20		
95		東京衛生病院	1996 年 7 月 1 日	186	20		
96		豊島病院	1999 年 9 月 1 日	472	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
97		桜町病院	1994 年 8 月 1 日	199	20		
98		日の出ヶ丘病院	2001 年 1 月 1 日	263	20		
99		公立阿伎留医療センター	2006 年 9 月 1 日	310	16		
100		救世軍清瀬病院	1990 年 6 月 1 日	142	25		
101		国立病院機構 東京病院	1995 年 9 月 1 日	560	20		
102		信愛病院	1996 年 9 月 1 日	199	20		
103		聖ヶ丘病院	1996 年 6 月 1 日	48	11		
104		がん・感染症センター都立駒込病院	2011 年 7 月 1 日	833	22	★	
105		野村病院	2012 年 1 月 1 日	133	12		
106		がん研究会 有明病院	2011 年 4 月 1 日	700	25	★	
107		東京逓信病院	2013 年 3 月 1 日	477	16		
108		東京都健康長寿医療センター	2013 年 7 月 1 日	579	20		
109		多摩南部地域病院	2013 年 7 月 1 日	318	16		☆
110		町田市民病院	2013 年 9 月 1 日	447	14		
111		王子生協病院	2014 年 5 月 1 日	159	25		
112		杏順会 越川病院	2016 年 1 月 1 日	46	34		
113		東京さくら病院	2016 年 1 月 1 日	258	25		
114	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	★	
115		昭和大学横浜市北部病院	2001 年 10 月 1 日	689	25	★	☆
116		平和病院	2011 年 9 月 1 日	146	16		
117		横浜市立みなと赤十字病院	2006 年 8 月 1 日	634	25	★	☆
118		神奈川県立がんセンター	2002 年 4 月 1 日	415	20	★	
119		横浜甦生病院	1995 年 3 月 1 日	81	12		
120		総合病院 衣笠病院	1998 年 7 月 1 日	251	20		
121		湘南中央病院	2006 年 3 月 1 日	199	16		
122		湘南東部総合病院	2006 年 1 月 1 日	275	20		
123		鶴巻温泉病院	2011 年 9 月 1 日	591	25		
124		ピースハウス病院	1994 年 2 月 1 日	22	22		
125		相模原協同病院	2011 年 10 月 1 日	437	12	★	☆
126		横浜市立市民病院	2012 年 5 月 1 日	650	20	★	☆
127		宮川病院	2013 年 7 月 1 日	175	11		
128		伊勢原協同病院	2014 年 9 月 1 日	350	14		
129		AOI 国際病院	2015 年 5 月 1 日	328	24		
130	新潟県	長岡西病院	1993 年 4 月 1 日	240	32		
131		白根大通病院	2006 年 9 月 1 日	299	28		
132		新潟医療センター	2001 年 8 月 1 日	404	20		
133		南部郷厚生病院	2001 年 9 月 1 日	120	20		
134	富山県	富山県立中央病院	1993 年 3 月 1 日	733	25	★	☆
135		富山市民病院	2009 年 6 月 1 日	595	20		☆
136	石川県	石川県済生会金沢病院	1995 年 1 月 1 日	260	28		
137		小松市民病院	2009 年 5 月 1 日	344	10	★	
138	福井県	福井県立病院	2006 年 4 月 1 日	961	20	★	☆
139		福井県済生会病院	1998 年 10 月 1 日	460	20	★	☆
140		福井赤十字病院	2015 年 5 月 1 日	600	20	★	☆
141	長野県	愛和病院	1997 年 12 月 1 日	64	48		
142		新生病院	1998 年 10 月 1 日	155	20		
143		諏訪中央病院	1998 年 9 月 1 日	360	12		
144		岡谷市民病院	2015 年 10 月 11 日	295	10		
145	山梨県	山梨県立中央病院	2005 年 5 月 1 日	651	15	★	

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	岐阜県	岐阜中央病院	1999 年 6 月 1 日	372	28		
147		東海中央病院	2012 年 1 月 1 日	277	15		
148		岐阜県立多治見病院	2010 年 7 月 1 日	575	20	★	☆
149		久美愛厚生病院	2012 年 7 月 1 日	300	23		
150		岐北厚生病院	2014 年 3 月 1 日	316	21		
151	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	2002 年 11 月 1 日	611	50	★	
152		神山復生病院	2002 年 7 月 1 日	60	20		
153		総合病院 聖隷三方原病院	1990 年 5 月 1 日	934	27	★	☆
154	愛知県	国立病院機構 豊橋医療センター	2007 年 4 月 1 日	388	48		
155		愛知県がんセンター愛知病院	2006 年 5 月 1 日	276	20	★	
156		安城更生病院	2002 年 6 月 1 日	749	17	★	☆
157		聖霊病院	2009 年 4 月 1 日	276	15		
158		海南病院	2004 年 7 月 1 日	540	18	★	
159		名古屋掖済会病院	2004 年 2 月 1 日	662	19		☆
160		協立総合病院	2001 年 12 月 1 日	434	16		
161		豊田厚生病院	2010 年 2 月 1 日	606	17	★	
162		江南厚生病院	2009 年 11 月 1 日	684	20		
163		愛知国際病院	1999 年 5 月 1 日	72	20		
164		総合病院 南生協病院	2002 年 7 月 1 日	313	20		
165		小牧市民病院	2012 年 6 月 1 日	558	14	★	☆
166		津島市民病院	2007 年 1 月 1 日	440	18		
167		名古屋第一赤十字病院	2006 年 4 月 1 日	852	20	★	☆
168		藤田保健衛生大学病院	2010 年 4 月 1 日	1,435	19	★	
169		名古屋徳洲会総合病院	2014 年 6 月 1 日	350	18		
170		刈谷豊田総合病院	2014 年 11 月 1 日	719	20		
171	三重県	三重聖十字病院	2005 年 11 月 1 日	25	25		
172		藤田保健衛生大学 七栗記念病院	1997 年 7 月 1 日	218	20		
173		松阪厚生病院	2007 年 8 月 1 日	780	20		
174		松阪市民病院	2008 年 2 月 1 日	328	20		☆
175		伊勢赤十字病院	2012 年 2 月 1 日	655	20	★	☆
176		済生会松阪総合病院	2012 年 5 月 1 日	430	24		☆
177	滋賀県	大津市民病院	1999 年 6 月 1 日	506	20		☆
178		彦根市立病院	2002 年 10 月 1 日	458	20	★	
179		ヴォーリズ記念病院	2006 年 12 月 1 日	168	16		
180		滋賀県立成人病センター	2003 年 3 月 1 日	541	20	★	
181		公立甲賀病院	2013 年 5 月 1 日	413	12	★	☆
182	京都府	薬師山病院	1998 年 12 月 1 日	70	50		
183		総合病院 日本バプテスト病院	1995 年 9 月 1 日	167	20		
184		音羽病院	2012 年 7 月 1 日	548	20		
185		国立病院機構 京都医療センター	2011 年 4 月 1 日	600	20	★	☆
186		京都民医連中央病院	2011 年 11 月 1 日	411	14		
187		稲荷山武田病院	2012 年 9 月 1 日	55	18		
188		男山病院	2014 年 5 月 1 日	199	25		
189		京都府立医科大学附属病院	2014 年 2 月 1 日	1,065	16	★	
190		あそかビハーラ病院	2015 年 4 月 1 日	28	28		
191		宇治徳洲会病院	2015 年 8 月 1 日	473	14		
192	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	27	27		☆
193		湯川胃腸病院	2002 年 11 月 1 日	84	24		
194		千里中央病院	2010 年 4 月 1 日	400	25		
195		ガラシア病院	2005 年 4 月 1 日	104	51		

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		彩都友紘会病院	2010 年 5 月 1 日	204	40		
197		高槻赤十字病院	2002 年 7 月 1 日	446	20		☆
198		小松病院	2006 年 5 月 1 日	190	18		
199		耳原総合病院	2003 年 2 月 1 日	386	23		☆
200		阪和第二泉北病院	2002 年 11 月 1 日	969	21		
201		岸和田盈進会病院	2002 年 2 月 1 日	157	15		
202		星ヶ丘医療センター	2008 年 12 月 1 日	580	16		☆
203		大阪市立総合医療センター	2010 年 5 月 1 日	1,063	24	★	☆
204		和泉市立病院	2010 年 12 月 1 日	307	22		
205		多根総合病院	2011 年 6 月 1 日	304	20		
206		市立岸和田市民病院	2012 年 9 月 1 日	400	20	★	☆
207		樫本病院	2013 年 7 月 1 日	199	16		
208		東住吉森本病院	2013 年 11 月 1 日	329	14		☆
209		東大阪病院	2013 年 12 月 1 日	265	30		
210		市立ひらかた病院	2014 年 11 月 1 日	335	20		
211		ベルランド総合病院	2014 年 11 月 1 日	477	20		☆
212		浅香山病院	2015 年 6 月 1 日	1,171	20		
213		市立貝塚病院	2015 年 6 月 1 日	249	19		
214		ほうせんか病院	2015 年 9 月 1 日	197	48		
215		東大阪市立総合病院	2015 年 11 月 1 日	547	25	★	☆
216	奈良県	国保中央病院	2005 年 7 月 1 日	220	20		
217		西奈良中央病院	2012 年 10 月 1 日	166	24		
218	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	★	☆
219		紀和病院	2005 年 8 月 1 日	212	13		
220	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993 年 10 月 1 日	116	21		
221		神戸中央病院	1996 年 7 月 1 日	424	22		☆
222		六甲病院	1994 年 12 月 1 日	178	23		
223		東神戸病院	2000 年 5 月 1 日	166	21		
224		立花病院	2005 年 9 月 1 日	272	10		
225		尼崎医療生協病院	2007 年 7 月 1 日	199	20		
226		協和マリナホスピタル	2011 年 5 月 1 日	80	30		
227		宝塚市立病院	2010 年 7 月 1 日	436	15		☆
228		第二協立病院	2009 年 4 月 1 日	425	22		
229		公立八鹿病院	2005 年 10 月 1 日	420	20		☆
230		姫路聖マリア病院	1996 年 8 月 1 日	360	22		
231		市立芦屋病院	2012 年 8 月 1 日	199	24		
232		兵庫県立加古川医療センター	2011 年 5 月 1 日	353	25		☆
233		市立川西病院	2013 年 2 月 1 日	250	21		☆
234		高砂市民病院	2013 年 8 月 1 日	290	18		
235		兵庫県立柏原病院	2014 年 6 月 1 日	303	20	★	
236		誠仁会 大久保病院	2014 年 2 月 1 日	199	18		
237		甲南病院	2015 年 5 月 1 日	380	22		
238		神戸協同病院	2015 年 7 月 1 日	167	19		
239		北播磨総合医療センター	2015 年 9 月 1 日	450	20		☆
240	鳥取県	鳥取生協病院	2008 年 4 月 1 日	260	20		
241		藤井政雄記念病院	2003 年 11 月 1 日	120	20		
242		国立病院機構 米子医療センター	2014 年 9 月 1 日	270	20	★	☆
243	島根県	松江市立病院	2005 年 9 月 1 日	470	22	★	☆
244		島根大学医学部附属病院	2011 年 9 月 1 日	600	21	★	
245		国立病院機構 浜田医療センター	2010 年 1 月 1 日	365	15	★	☆

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
246	岡山県	岡山済生会総合病院	1998 年 9 月 1 日	553	25	★	☆
247		岡山中央奉還町病院	2000 年 6 月 1 日	81	15		
248		総合病院 岡山協立病院	2011 年 9 月 1 日	318	17		
249		岡村一心堂病院	2007 年 6 月 1 日	152	19		
250		倉敷第一病院	2008 年 6 月 1 日	191	20		
251		倉敷中央病院	2013 年 6 月 1 日	1,161	14	★	☆
252		総合病院 岡山赤十字病院	2014 年 7 月 1 日	500	20	★	☆
253	広島県	福山市民病院	2006 年 9 月 1 日	506	16	★	☆
254		前原病院	2012 年 7 月 1 日	59	14		
255		公立みつぎ総合病院	2002 年 5 月 1 日	240	6		
256		シムラ病院	2004 年 10 月 1 日	116	17		
257		広島パークヒル病院	2002 年 5 月 1 日	114	18		
258		県立広島病院	2004 年 10 月 1 日	712	20	★	☆
259		安芸市民病院	2004 年 6 月 1 日	140	20		
260		国立病院機構 呉医療センター	2000 年 4 月 1 日	630	19	★	☆
261		廿日市記念病院	2002 年 1 月 1 日	126	32		
262		広島共立病院	2014 年 10 月 1 日	186	19		
263	山口県	徳山中央病院	2009 年 3 月 1 日	519	25	★	☆
264		国立病院機構 山口宇部医療センター	1998 年 11 月 1 日	365	25		
265		安岡病院	1999 年 5 月 1 日	278	25		
266		綜合病院 山口赤十字病院	2000 年 1 月 1 日	475	25	★	
267		国立病院機構 岩国医療センター	2013 年 6 月 1 日	530	24	★	☆
268	香川県	高松平和病院	2011 年 8 月 1 日	123	21		
269		三豊総合病院	2000 年 5 月 1 日	482	12	★	☆
270		坂出聖マルチン病院	2016 年 1 月 1 日	196	20		
271	徳島県	近藤内科病院	2002 年 5 月 1 日	55	26		
272		徳島県立三好病院	2015 年 1 月 1 日	220	20		☆
273	高知県	細木病院	2003 年 10 月 1 日	317	14		
274		国吉病院	2011 年 2 月 1 日	106	12		
275		もみのき病院	1999 年 4 月 1 日	60	12		
276		図南病院	2000 年 7 月 1 日	183	12		
277		いずみの病院	2001 年 10 月 1 日	238	12		
278		高知厚生病院	1995 年 12 月 1 日	76	15		
279		須崎くろしお病院	2007 年 11 月 1 日	160	10		
280	愛媛県	松山ベテル病院	2000 年 4 月 1 日	155	38		
281		国立病院機構 四国がんセンター	2006 年 9 月 1 日	405	25	★	
282		西条愛寿会病院	2010 年 9 月 1 日	180	15		
283		HITO 病院	2013 年 4 月 1 日	257	17		
284		済生会今治病院	2013 年 5 月 1 日	191	20	★	
285	福岡県	北九州市立医療センター	2001 年 6 月 1 日	636	20	★	☆
286		聖ヨハネ病院	2001 年 10 月 1 日	20	20		
287		製鉄記念八幡病院	2004 年 1 月 1 日	453	16		☆
288		広瀬病院	2010 年 12 月 1 日	62	13		
289		及川病院	2004 年 11 月 1 日	36	15		
290		秋本病院	2007 年 7 月 1 日	50	16		
291		那珂川病院	2006 年 7 月 1 日	162	24		
292		栄光病院	1990 年 9 月 1 日	178	71		
293		至誠会 木村病院	1999 年 12 月 1 日	121	14		
294		たたらリハビリテーション病院	2004 年 11 月 1 日	213	21		
295		原土井病院	2001 年 4 月 1 日	556	30		

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
296		さくら病院	1999 年 6 月 1 日	152	14		
297		恵光会 原病院	2005 年 1 月 1 日	220	16		
298		西福岡病院	2007 年 7 月 1 日	248	15		
299		村上華林堂病院	2004 年 6 月 1 日	160	20		
300		井上病院	2011 年 4 月 1 日	73	16		
301		糸島医師会病院	2008 年 8 月 1 日	150	14		☆
302		福岡県済生会飯塚嘉穂病院	2012 年 4 月 1 日	198	20		
303		久留米大学病院	1998 年 10 月 1 日	1,025	16	★	
304		聖マリア病院	1997 年 9 月 1 日	1,097	16	★	☆
305		みどりの杜病院	2012 年 1 月 1 日	30	30		
306		今野病院	2007 年 1 月 1 日	67	20		
307		嶋田病院	2008 年 9 月 1 日	150	14		☆
308		古賀病院 21	2012 年 6 月 1 日	230	14		
309		友田病院	2012 年 12 月 1 日	72	16		
310		朝倉医師会病院	2012 年 11 月 1 日	300	20		☆
311		戸畑リハビリテーション病院	2012 年 11 月 1 日	154	17		
312		長田病院	2013 年 8 月 1 日	182	20		
313		飯塚病院	2013 年 10 月 1 日	1,116	18	★	☆
314		宗像医師会病院	2014 年 8 月 1 日	164	12		☆
315		田主丸中央病院	2014 年 6 月 1 日	343	14		☆
316		福岡県済生会八幡総合病院	2014 年 9 月 1 日	403	22		
317		九州病院	2005 年 4 月 1 日	575	12	★	☆
318	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	1998 年 3 月 1 日	450	15	★	☆
319		河畔病院	2002 年 4 月 1 日	187	18		
320		西田病院	2011 年 5 月 1 日	118	20		
321	長崎県	出島病院	1995 年 11 月 1 日	41	20		
322		聖フランシスコ病院	1998 年 8 月 1 日	208	22		
323		千住病院	2008 年 4 月 1 日	266	19		
324		南野病院	2012 年 5 月 1 日	95	17		
325	熊本県	山鹿市民医療センター	2012 年 5 月 1 日	201	13		☆
326		イエズスの聖心病院	1994 年 11 月 1 日	87	22		
327		熊本地域医療センター	2001 年 7 月 1 日	227	14		☆
328		御幸病院	2003 年 6 月 1 日	186	20		
329		桜十字病院	2010 年 1 月 1 日	641	21		
330		朝日野総合病院	2012 年 4 月 1 日	378	21		
331		メディカルケアセンターファイン	2007 年 11 月 1 日	63	21		
332		人吉医療センター	2003 年 9 月 1 日	252	30	★	☆
333		阿蘇温泉病院	2008 年 9 月 1 日	260	15		
334		鶴田病院	2012 年 10 月 1 日	105	20		
335		合志第一病院	2012 年 9 月 1 日	132	22		
336	大分県	大分ゆふみ病院	2002 年 1 月 1 日	24	24		
337		アルメイダ病院	2012 年 5 月 1 日	406	21	★	☆
338		佐伯中央病院	2007 年 7 月 1 日	149	17		
339		鶴見病院	2012 年 11 月 1 日	230	14		
340		へつぎ病院	2013 年 6 月 1 日	188	14		
341		中津胃腸病院	2014 年 11 月 1 日	112	14		
342		大分県済生会日田病院	2015 年 10 月 1 日	204	14	★	☆
343		湯布院病院	2015 年 12 月 1 日	273	12		
344	宮崎県	三州病院	2000 年 5 月 1 日	67	27		
345		宮崎市郡医師会病院	2002 年 3 月 1 日	248	12		☆

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
346		平田東九州病院	2007 年 7 月 1 日	125	21		
347		潤和会記念病院	2014 年 4 月 1 日	446	24		
348		黒木病院	2015 年 3 月 1 日	76	16		
349	鹿児島県	天陽会 中央病院	2011 年 1 月 1 日	219	18		
350		相良病院	1997 年 6 月 1 日	80	24		
351		出水郡医師会広域医療センター	2008 年 10 月 1 日	222	10		☆
352		国立病院機構 南九州病院	2006 年 4 月 1 日	475	25	★	
353		サザン・リージョン病院	2011 年 3 月 1 日	131	11		
354		南風病院	2013 年 6 月 1 日	338	14		☆
355		鹿児島市医師会病院	2013 年 9 月 1 日	255	31		☆
356		今村病院	2014 年 3 月 1 日	152	20		
357	沖縄県	国立病院機構 沖縄病院	2006 年 6 月 1 日	320	20		
358		アドベンチスト・メディカルセンター	2003 年 1 月 1 日	48	26		
359		オリブ山病院	1995 年 6 月 1 日	343	21		
360		南部病院	2012 年 9 月 1 日	188	21		

	合　計	緩和ケア病床数　7,309 床	がん診療連携拠点病院　96 施設	地域医療支援病院　97 施設

2016 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 2016

緩和デイケア・がん患者サロン・デイホスピス

発　　行	2016 年 4 月 14 日　第 1 版第 1 刷©
編　　集	志真泰夫・恒藤　暁・細川豊史・宮下光令・山崎章郎
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。

ISBN 978-4-902249-81-1　C 3047

JCOPY ＜㈳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，㈳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。