ホスピス緩和ケア白書

2017

小児緩和ケアの現状と展望

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　京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻
細川 豊史　京都府立医科大学 疼痛・緩和医療学教室
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

恒藤　暁

京都大学大学院医学研究科
人間健康科学系専攻

ホスピス緩和ケア白書は，2004 年よりホスピス緩和ケアの取り組みを俯瞰したさまざまなテーマで発行されてきた。本年度の白書では，「小児緩和ケア」をテーマに取り挙げ，わが国における現状と活動を紹介する。

小児科学の進歩により，多くの病気の子どもを救えるようになった。しかし，それでもなお死が避けられない子どもが存在している。このように生命を脅かす病気を抱えながら生きる子どもとその家族への緩和ケアの提供が国際的に重視されてきている。ここでいう小児緩和ケアとは，「身体的，精神的，社会的，スピリチュアルな要素を含む全人的，かつ積極的な取り組みである。そして，それは子どもたちの QOL の向上とその家族のサポートに焦点を当て，苦痛を与える症状の緩和，小休憩の提供，臨死期のケア，死別後のケアの提供を含むものである」と英国小児科学会は定義している。

わが国の小児緩和ケア提供体制は，国際比較において立ち遅れが指摘されている。近年，第 2 期がん対策推進基本計画において，小児がんが新たな重点課題になり，小児がん治療施設を中心に小児緩和ケアの取り組みは高まりつつある。欧米先進諸国の取り組みから，小児緩和ケアの拡充を目指すには，各施設での取り組みにとどまらず，地域に根差した小児緩和ケアの広がりが不可欠である。特に小児緩和ケアを必要とする子どもの疾患はがん以外が大半であり，さまざまな病気を抱えながら社会の中で暮らす子どもとその家族の多様なニーズを病院と地域が連携してサポートする体制づくりが求められている。

今回の白書の前半では，最初に小児がん治療施設における緩和ケアチームによる取り組みの現状と展望を紹介する。次に，在宅診療所を中心とした地域医療における緩和ケアの実践，さらに小児緩和ケア教育プログラムの取り組みも紹介する。続いて全国各地で活動が始まりつつある子どものホスピス活動の萌芽を紹介する。施設によって事業形態やサービス内容はさまざまであり，それぞれの特徴を踏まえた子どものホスピスの活動実践を紹介してもらう。最後に地域の中で生命を脅かす病気と共に生きる子どもとその家族を支える全国の NPO 法人などによる社会活動を紹介する。後半では，全国の緩和ケアチームや緩和ケア病棟の動向と現状など，わが国の緩和ケアの現状の統計資料を掲載している。

今後，わが国における小児緩和ケアの取り組みがますます広がっていくことを心から願うものである。

目　次

序　文 …… 恒藤　暁　iii

第Ⅰ部　小児緩和ケアの現状と展望

1. わが国の小児緩和ケアの現状と海外の状況 …… 多田羅竜平　2

2. 小児緩和ケアの現状と展望

A. 大学病院（小児がん拠点病院）における緩和ケア …… 杉下美保子　8

B. 小児病院における緩和ケア …… 天野功二　11

C. がんセンターにおける AYA（思春期・若年成人）世代
がん患者への緩和ケア …… 里見絵理子　16

D. 小児患者に対する専門的緩和ケア …… 宮本二郎，他　19

E. 地域における小児緩和ケア（悪性腫瘍以外） …… 南條浩輝　22

F. 地域における小児がん緩和ケア …… 前田浩利　26

G. 小児医療に携わる医師のための緩和ケア研修
プログラム（CLIC） …… 永山　淳　30

H. 研究の動向 …… 余谷暢之，他　34

3. 子どもホスピス型施設における活動の萌芽

A. あそび創造広場 TSURUMI こどもホスピス（大阪府大阪市）
…… 市川雅子，他　38

B. 奈良親子レスパイトハウス（奈良県奈良市） …… 富和清隆　42

C. 淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院
―4 年間の活動実績（大阪府大阪市） …… 鍋谷まこと　46

D. 大阪市立総合医療センター（小児がん拠点病院・小児専用緩和ケア病床
〈ユニバーサル・ワンダー・ルーム〉）（大阪府大阪市） …… 宇野光昭　49

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動

A. そらぷちキッズキャンプ（北海道滝川市） …… 佐々木健一郎　53

B. うりずん（栃木県宇都宮市） …… 髙橋昭彦　55

C. 難病の子どもとその家族へ夢を（東京都中央区） …… 大住　力　57

D. メイク・ア・ウィッシュ・オブ・ジャパン（本部東京都千代田区）… 鈴木朋子 59
E. レスパイト施設 あおぞら共和国（東京都文京区）…… 小林信秋 61
F. がんの子どもを守る会（東京都台東区）…… 樋口明子 63
G. しぶたね（大阪市中央区）…… 清田悠代 66
H. エスビューロー（大阪府茨木市）…… 安道照子 68
I. ビリーブ（大阪府大阪市）…… 坂下裕子 71
J. チャイルド・ケモ・ハウス（兵庫県神戸市）…… 楠木重範 73
K. NEXTEP（熊本県合志市）…… 島津智之 75

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…… 五十嵐尚子，他 78
2. ホスピス緩和ケア週間 …… 安部奈津子，他 108
3. 緩和ケア関連の資料 …… 110

第 I 部

小児緩和ケアの現状と展望

1. わが国の小児緩和ケアの現状と海外の状況

多田羅 竜平
（大阪市立総合医療センター 緩和医療科・緩和ケアセンター）

小児緩和ケアの理念

「小児緩和ケア」の理念としては，1997年に英国小児緩和ケア協会と英国小児科学会の合同で出版された「小児緩和ケア・サービスの発展に向けての指針」[1]に示された「小児緩和ケアの定義」（**表1**）が国際的に広く取り入れられてきた。子どもだけでなく家族のサポートも強調しているのが特徴である。

また，世界保健機関（WHO）は緩和ケアを，「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して，痛みやその他の身体的問題，心理社会的問題，スピリチュアルな問題を早期に発見し，的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって，苦しみを予防し，和らげることで，クオリティ・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチである」と定義し[2]，終末期だけでなく早期から提供されるべき取り組みであることが強調されている。

なお，「ホスピス・ケア」という言葉は，かつては「緩和ケア」と同義的な意味で使われていたが，「緩和ケア」という用語が広く普及するのに伴い，現在はホスピス・サービスによって提供されるケアを指すのが一般的となっている[3]。「ホスピス・サービス」とは独立した立場（フリー・スタンディング）によって運営される，専門的な施設（specialized hospice），あるいは患者の自宅（hospice at home）において提供される緩和ケアのサービスを指し，病院や公的福祉サービスとは区別されるのが一般的である。「子どものホスピス」も同様に解釈されている。ただし，わが国では歴史的にフリー・スタンディングのホスピスが発展しておらず，病院の緩和ケア病棟が「ホスピス」として発展してきた伝統もあり，国際的な理解とは少し異なる形でホスピス・サービスの解釈が定着していることを理解しておく必要があるだろう。

表1　小児緩和ケアの定義

生命を制限する（脅かす）病気とともに生きる子どものための緩和ケアとは，身体的，情緒的，社会的，スピリチュアルな要素を含む全人的かつ積極的な取り組みである。それは子どもたちのQOLの向上と家族のサポートに焦点を当て，苦痛を与える症状の緩和，ショートブレーク（レスパイトケア），臨死期のケア，死別後のケアの提供を含むものである

（1997年，英国小児緩和ケア協会/英国小児科学会）

小児緩和ケアの対象

小児緩和ケアは一般に，小児期からの病気によって，親よりも早く死に至る可能性が高い（おおむね40歳ぐらいまでに死を迎えると予想される）病態の子どもや若者を対象としている。このような死に至る可能性の高い病気は「生命を脅かす病気」あるいは「生命を制限する病気」とよばれることが多いが，ここでは「生命を脅かす病気」で統一する。

生命を脅かす病気は，小児特有の稀な疾患が多く，しかも病態が多様であり，さまざまな専門領域に分かれているうえに，病気の致死率や進行の仕方が必ずしも明確でないことが多い。医学の進歩とともに生存期間が大きく延長している病気も少なくない。また，同じ病気であっても緩和ケアのニーズがない場合もあれば，多くの複雑なニーズを抱えている場合もある。そのため，どのような病態・疾患を「生命を脅かす病気」として「小児緩和ケアの対象」に含めるべきなのか，厳密に

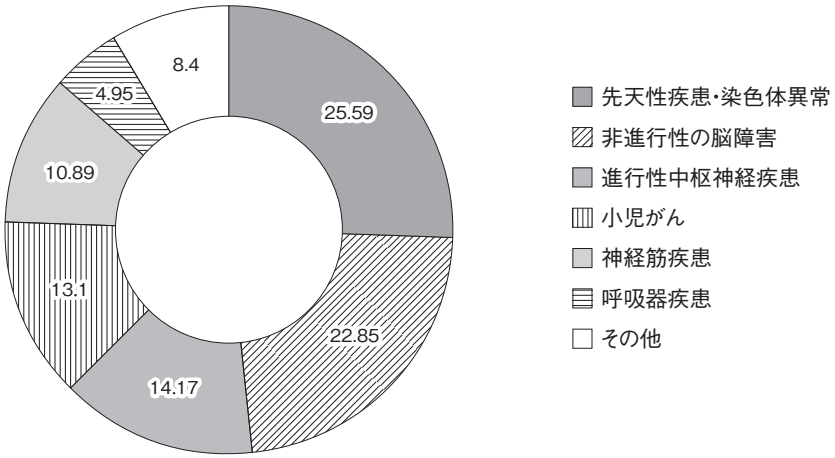


図１　生命を脅かす病気の子どもたちの疾患別内訳〔文献 4)より抜粋〕

規定することは容易ではない。緩和ケアの対象となる病気の範囲は，疾患や医学的条件のみで明確に決められるものではなく，ニーズも多様であることを理解しておくべきである。

イギリスで行われた大規模なコホート調査[4]に基づく，生命を脅かす病気の病態別割合を**図１**に示す。この図からもわかるとおり，小児がんは対象となる病態のなかで２割にも満たず，多くは先天性の疾患や中枢神経の疾患が占めている。

生命を脅かす病態の子どもがどのくらいいるのかについて，わが国の正確な有病率は不明である。先のイギリスでの調査によると，有病率はおおむね小児人口１万人当たり８～10人とされ，これは他の先進国の調査でもおおむね同様な数字となっている。わが国の人口に当てはめると，２万人以上の子どもたちがこれらの病気に罹患していると推計される。

また，生命を脅かす病気をもつ子どもたちの約10％が１年間に死亡するとされ，そのうち小児がんの占める割合は死亡患者全体の約２割となっている。わが国における小児がんの死亡者数が年間500人程度であることから計算すると，年間約2,500人の子どもたちがこれらの病気のために死亡していると推計される。

海外における小児緩和ケアの歴史と発展

小児緩和ケアは1980年代に入って先進的な取り組みが２つの異なる領域から始まった。その１つは小児がん終末期における緩和ケアの提供を中心とした病院を拠点とする小児緩和ケア・サービスであり，もう１つは慈善活動を基盤とした「子どものホスピス」のサービスである。

また，同じく1980年代から，子どもの権利擁護活動への関心が社会的な高まりをみせ始め，1989年には国連で子どもの権利条約が採択された。小児医療においても，病気の子どもたちと家族の権利を重視し，彼らの多様なニーズや意向を尊重して共感的に取り組むことが１人ひとりの医療者にとってだけでなく，学会などの全国組織や政府の重要課題として認識されるようになってきた。1988年に「ヨーロッパ病院の子ども憲章」が出されるなど，小児医療のパラダイムが「医師主導モデル」から，「子どもと家族本位のモデル」へと変換され，子どもと家族を支える多職種的なチーム・アプローチが促進されるようになったことも小児緩和ケアの普及を後押しすることとなった。

1. 病院を拠点とする小児緩和ケア

小児がん患者に対する緩和ケアは病院のサービスを中心に発展してきたが，それは必ずしも病院に入院中の子どもたちに対して緩和ケアを提供するためだけのものではなく，特にイギリスではむしろ在宅ケアを推進するサービスとして発展してきたといえる。

イギリスでは小児がん治療施設の集約化に伴い地域との連携が必要となり，1980 年代から小児がんアウトリーチ看護師（paediatric oncology outreach nurse specialist：POONS）が各小児がん治療施設に配置されるようになった。POONS は診断時から地域にアウトリーチすることで地域連携に取り組み，特に終末期のサポートに力を発揮してきた。こうした背景のなか，ロンドンの子ども病院（Great Ormond Street Hospital）において小児緩和ケア医（A. Goldman）の主導により POONS 2 名と協働する形で病院を拠点とする専門的小児緩和ケア（specialist paediatric palliative care：小児緩和ケア医主導による緩和ケア・サービス）を提供するチームが発足した。このチームは症状緩和をはじめとする緩和ケアのコンサルテーションを行うことを通じて地域と連携することによって小児がんの子どもたちが自宅で暮らせるようにサポートしてきた。実際，チームが活動を始める以前の小児がんの在宅死亡率が 19％（1978 ～ 1981 年）であったのに対して，活動開始後の小児がんの在宅死亡率は 75％（1987 ～ 1989 年）に上昇した[5]。このように，わずか数年の間に専門的小児緩和ケアチームのサポートによって小児がん終末期の在宅ケアが大きく促進されたことは画期的である。同様のスタイルの専門的小児緩和ケアチームは，カーディフ，リバプール，リーズなどの小児病院へと広がっていった。そして，当然の成り行きとしてこれらのチームは非がんの子どもたちにもサービスを広げていった。

また，他の国々においても，アメリカではボストンの小児病院，オーストラリアではシドニーの小児病院，ニュージーランドではオークランドの小児病院，カナダではモントリオールの小児病院など，現在レベル 4（**図 2**）と評価されている国々において熱意ある小児緩和ケア医のリーダーシップのもと先進的な専門的小児緩和ケアのサービスが始まっていった。

一方，小児緩和ケアを必要とする子どもの人口規模を考えると，全国津々浦々に小児緩和ケアの専門家を配置することは現実的ではない。そのため，子どもたちがいつでもどこでも必要な時に緩和ケアが受けられるためには，病院や地域において日ごろ子どもや家族に関わるさまざまな人たちが中心となって基本的な緩和ケアを提供し，それを専門家が直接的，間接的にサポートする重層的な提供体制が構築されてきた。

2. 子どものホスピスの歴史と発展

小児がんを中心に病院と地域が連携した小児緩和ケアの提供システムが構築されてきたのとは別に，ユニークな活動を独自に発展させてきたのが子どものホスピスである。1982 年に世界で最初の子どものホスピス「ヘレンハウス」がイギリスのオックスフォードに設立された。慈善活動を基盤としたフリー・スタンディングの施設として，病院とは異なる家庭的な環境において，（医療者である前に）友として関わるというコンセプトを重視した看護師主導のケアを始めた。利用患者の大半が非がんの子どもたちである点や，臨死期のケアやサポートを重視している点は成人のホスピスと共通するが，子どもと家族のリフレッシュのためのショート・ブレーク（レスパイト・ケアともいう）がケアの主体という点では，がん終末期のケアが中心の成人のホスピスとはケア・モデルが大きく異なっているのが特徴である。ヘレンハウスの実践は，イギリス国内のみならず，世界中に大きな影響を与え，子どものホスピスの活動が広がっていった。現在，イギリスでは 40 施設を超す子どものホスピスが活動している。

イギリス国外で初めての子どものホスピスは 1995 年に設立されたカナダの Canuck Place（バンクーバー）で，現在カナダではオタワ，モントリオール，カルガリー，トロントなどでも子どものホスピスが活動を行っている。

オーストラリアでは，メルボルンの慈善団体 Very Special Kids が 1985 年から活動を開始し，1996 年にオーストラリアで最初の子どものホスピスを開設した。シドニーでは子ども病院の主導により 2001 年に Bear Cottage が設立された。

ヨーロッパ大陸で初めての子どものホスピスは 1998 年に設立されたドイツの Balthasar である。現在，ドイツでは 10 施設の子どものホスピスが活動している。

1	取り組みなし	
2	初期的取り組み	カンファレンスの開催, 参加 国外での個人的なトレーニング 初期段階のサービス
3	ローカルに存在	国内数カ所での小児緩和ケア活動 組織化, 経済基盤の確立 研修機会の提供
4	高度に組織化	複数の大規模なケア提供システム 医療者と地域コミュニティへの認知 政策への影響力 教育機関整備と学際的研究 全国規模の組織

〔文献7)より抜粋〕

図２　小児緩和ケアのレベル

アメリカの（成人向け）ホスピス・サービスは，イギリスのような施設サービスではなく，在宅患者向けの訪問ホスピス・プログラムとして看護師主導で発展してきた歴史がある。1980 年代から少しずつ子どもにも訪問ホスピス・プログラムが提供されるようになり，現在，アメリカの全ホスピス・プログラムのうち約 15％が子どもへのホスピス・プログラムとなっている。その一方で，フリー・スタンディングのホスピス施設のサービスが始まったのは比較的遅く，2004 年にアメリカで初めての子どものホスピスである George Mark Children's House がカリフォルニアに設立された。その後，2010 年に Ryan House が設立されるなどここ数年の間にいくつかの子どものホスピスの活動が始まっているようである。

なお，アメリカでは 1985 年にニューヨークのこども病院（St. Mary's Hospital for Children）にアメリカで初めての小児緩和ケア病棟がつくられた。この病院では HIV の垂直感染による AIDS 患児のケアに精力的に取り組んでいたため，その一環として AIDS 患児への緩和ケア目的で病棟が設置されたという経緯がある。その後，この病棟は 1990 年代に閉鎖されている[6)]。ちなみに，この病棟は当時から「小児緩和ケア病棟」とよばれており，歴史的にも「子どものホスピス」としては扱われていない。

上記以外にも，ヨーロッパでは，ポーランド，スウェーデン，オーストリア，アイルランド，ハ

ンガリー，ロシアなどに子どものホスピスがつくられている。アジアでは，2010 年に中国（長沙）に最初の子どものホスピスがつくられ，2012 年にクエート（Sulaibikhat：スライビカット），2014 年にインド（ムンバイ）などへと広がっている。

わが国における小児緩和ケアの歴史と現状

わが国における小児緩和ケアの取り組みは欧米諸国から大きく後れを取ってきたのが実情である。2011 年に発表された Knapp らによる調査[7]では、日本の小児緩和ケアのレベルは 2（1 が最低で 4 が最高）と評価されていた（**図 2**）。

確かに，10 年前までは小児緩和ケアを組織的に提供する体制はほとんどなかったのが実情であった。筆者が大阪府立母子保健総合医療センターに赴任し専門的小児緩和ケアのコンサルテーション・サービスを開始したのは 2007 年のことである。その後 2009 年に現職の大阪市立総合医療センターへ転勤したのを契機に，当院において多職種的な専門的小児緩和ケア・サービスを提供する緩和ケアチームの活動を開始した。同じく 2009 年に神奈川こども医療センターにおいて小児病院で初めて小児緩和ケアチームが発足した。この頃，がん対策推進基本計画（2007 年）において緩和ケアががん政策の重要課題となり，全国的に緩和ケアの実践が急速に普及してきたこともあり，小児への緩和ケアの取り組みにも少しずつ関心がもたれるようになってきた。こうしたなか，わが国の小児緩和ケアの発展におけるブレークスルーとなったのは，2012 年のがん対策推進基本計画の改正によって小児がんが重点項目となり，小児がん患者への緩和ケアの提供が国の政策課題になったことである。小児がん拠点病院 15 施設をはじめ，多くの小児がん治療施設が小児緩和ケアの提供に力を注ぐようになった。加えて，2010 年から始まった小児緩和ケア教育プログラム（CLIC）が，2012 年より厚生労働省の委託事業として日本小児血液がん学会の主催によって開催されるなど，小児緩和ケアの基本的な土台の構築も促されてきた。ただ，小児緩和ケア医の主導による専門的小児緩和ケアのサービスは未だ限られている。

小児緩和ケアの普及は病院のみならず，地域においても子どもへの在宅ケアが各地で普及しつつあり，さらに子どものホスピスの設立など慈善団体の取り組みも急速に発展してきている。わが国では，先述のごとく，成人領域においてもフリー・スタンディングのホスピス・サービスが定着してこなかった経緯があり，「子どものホスピス」型のサービスも病院主導で始まった。2012 年に大阪市立総合医療センターの緩和ケア病棟にわが国で初めて小児専用の緩和ケア病室「ユニバーサル・ワンダールーム」が設置され，同じく 2012 年に淀川キリスト教病院ホスピスこどもホスピス病院においてわが国で初めて小児専用の緩和ケア病棟「こどもホスピス」が設置された。その後，2016 年には小児医療のナショナル・センターである国立成育医療研究センターに「もみじの家」が開設されている。フリー・スタンディングの子どものホスピスとしては，2016 年に大阪の「TSURUMI こどもホスピス」がわが国で初めて開設された。さらに，全国のいくつかの地域において子どものホスピスの設立を目指した運動が始まっている。子どものホスピスとコンセプトを共有するようなフリー・スタンディングの活動として，「奈良親子レスパイト・ハウス」「北海道のそらぷちキッズキャンプ」など，地域の中で病気の子どもたちを支えるさまざまな活動が各地で広がっており，その一部がこの白書でも紹介されている。

わが国における小児緩和ケアの課題（レベル 4 に向けて）

現在，わが国の小児緩和ケアの提供体制はレベル 3 と国際的に評価されており，レベル 4 に向けて発展しているところといえるだろう。今後，レベル 4 に到達するためにはさまざまな課題があると思われるが，以下におもなものを挙げてみる。

1 つは，小児緩和ケアを専門とする医師や看護師などのスタッフを養成する研修システムを構築

し，全国に数カ所の専門的小児緩和ケアチームを配置することが望ましいだろう。これらのチームは子どもに関わるさまざまな多職種の人たちへのコンサルテーションを行うとともに多施設間の連携システムを主導したり，教育や研修で指導的役割を担い，アカデミックな研究をリードするなど，一施設の専門的緩和ケアの充実のみならず，わが国の小児緩和ケア全体の向上に寄与することが求められる。

一方，小児緩和ケアは一部の専門家によってのみ行われるべきものではなく，その多くは子どもに関わるすべての人たちが必要に応じて基本的な緩和ケアの実践に取り組むことが求められる。そのためには小児緩和ケアの標準化，均てん化に向けて，多職種がおのおのの役割を発揮できるように，さまざまな形で実践がサポートされ，カンファレンスや教育・研修の機会を充実させていく必要がある。そして，生命を脅かす病気をもつ子どもたちが社会の中でいきいきと暮らしていけるためには，病院の中での緩和ケアの提供のみでなく，地域におけるさまざまな支援が不可欠である。

在宅ケアを含めた地域医療機関における小児緩和ケアの普及に加え，教育や福祉などの公的サービスと医療との円滑な連携に向けての制度設計が急務であることは言を俟たない。さらに子どものホスピスをはじめとした，病気の子どもたちのQOL向上を支援する各種NPO，慈善団体，ボランティア団体など，公的制度や営利に拘束されないフリー・スタンディングの社会活動を促進させていくことも重要である。地域におけるこうした多彩な取り組みが全国規模で広く展開されているのが，小児緩和ケアが普及しているレベル４の国々の大きな特徴であり，重要な要件であるといえよう。

文献

1) ACT/RCPCH：A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services：Report of the Joint Working Party. 2nd ed. ACT/RCPCH, London, 2003
2) World Health Organization：WHO Definition of Palliative Care〔http：//www.who.int/cancer/palliative/definition/en/〕
3) Mcnamara-Goodger K, Feudtner C：History and Epidemiology. In Goldmann A et al. 2nd ed. Oxford Textbook of Palliative Care for Children. New York：Oxford University Press, p.3-12, 2012
4) Hunt A, et al：The Big Study for Life-limited Children and their Families：Final Research Report. Together for Short Lives, 2013
5) Abu-Saad H：Evidence-Based Palliative Care. Models of Palliative Care for Children. Blackwell, 2001
6) Grebin B：Palliative Care in an In-patient Hospital Setting. In Arstrong-Daley and Goltzer, 2nd ed. Hospice Care for Children. New York：Oxford University Press, p.313-322, 2001
7) Knapp C, Woodworth L, Wright M, et al：Pediatric Palliative Care Provision around the World：A Systematic Review. Pediatr Blood Cancer **57**：361-368, 2011

2. 小児緩和ケアの現状と展望
A. 大学病院（小児がん拠点病院）における緩和ケア

杉下 美保子
（名古屋大学医学部附属病院 緩和ケアチーム）

はじめに

わが国において，「がん」は小児の病死原因の第1位である。小児がん患者は，治療後の経過が成人に比べて長いことに加えて，晩期合併症や，患者の発育・教育に関する問題など，成人のがん患者とは異なる問題を抱えている。特に，小児がんの年間発症患者数は2,000～2,500人と少ないが，小児がんを扱う施設は約200程度と推定され，医療機関によっては少ない経験のなかで医療が行われている可能性があり，小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。このような背景により，2012年6月，がん対策推進基本計画では重点的に取り組むべき課題の1つとして，新たに小児がん対策が掲げられた。基本計画のなかでは，小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられる環境の整備を目指し，5年以内に「小児がん拠点病院」を整備し，小児がんの全国の中核的な機関を整備することが目標に定められた。2014年2月，地域で小児がん診療の中心的役割を担う「小児がん拠点病院」として15施設が選定され，当院もそのうちの1病院として選定された。

小児がん拠点病院である当院における小児緩和ケアに対する取り組み，現状について紹介する。また，今後の展望についても後述する。

取り組みの現状―診療体制

1. 緩和ケアチーム体制

当院緩和ケアチームは身体担当医師2名，精神科医師1名，薬剤師2名（緩和薬物療法認定薬剤師，がん専門薬剤師），看護師2名（緩和ケア認定看護師，がん性疼痛認定看護師），作業療法士2名で構成されており，2015年1～12月までの依頼件数は143件で，そのうち小児がんの依頼件数は10件（7%）であった。がん種は，神経芽腫4名，急性リンパ性白血病，腎がん，皮膚がん，鼻腔がん，横紋筋肉腫，尿膜管がん各1名であった。

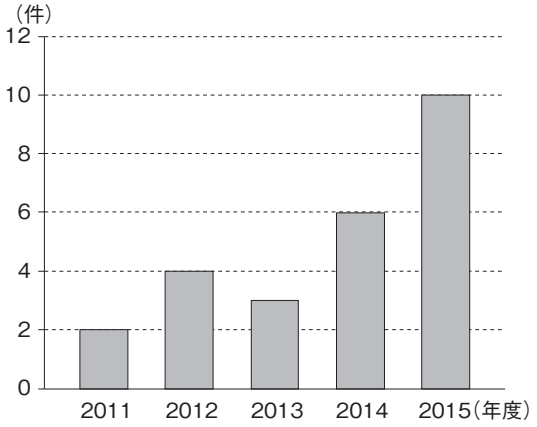


図1　緩和ケアチームへの小児患者依頼件数

男児3名，女児7名，年齢中央値は　8.5歳（1～18歳），依頼内容は疼痛緩和が9名，せん妄対応が1名であった。過去5年間の緩和ケアチームへの小児患者依頼件数を示す（**図1**）。

2. CLSの取り組み

チャイルド・ライフ・スペシャリスト（child life specialist；CLS）は，医療環境にある子どもや家族に，心理社会的支援を提供する専門職である。当院にはCLSが3名おり，医師，看護師，社会福祉士，心理士，教師や保育士など，多職種で構成される医療チームの一員として活動している。多職種カンファレンスにも参加し，さまざまな専

門職と協働している。原則として6歳以上のがんの子どもには病名告知を行っており，これから受ける医療を理解し主体的に臨めるように，主治医と一緒に心の準備をサポートしている。また，病気の子どもだけでなく，その兄弟や周りの子どもたちも心理社会的に支援している。

3. トータルケアカンファレンス

1カ月に1回，小児科医，病棟看護師，薬剤師，児童精神科医，臨床心理士，CLS，保育士，緩和ケアチーム，リハビリスタッフが集まり，根治の見込めない小児がん患者についての治療方針を話し合い，情報共有を行っている。また，はじめてがんと病名を告知された子どもに対する心理面や，親を含めた支援についても検討し，他職種で情報共有を行っている。

4. フォローアップ外来

当院では，小児がん患者に対して，長期にわたり診療を提供できる体制づくりを開始している。現在のところ，移植後および化学療法後3年目以降の患者について，外来で診察を行っている。2016年12月より，医師の診察にあわせて看護面談を行う予定である。面談では，問題点抽出や生活面での指導を行い，必要時にはMSW，薬剤師など，多職種も介入する。

療養支援

1. 中高生の会

院内で療養中の中高生を対象として，同年代のつながり，情報交換，感情表出を目的として隔週で「中高生の会」を行っている。主にCLSが企画調整し，医師や看護師が参加することもある。平均参加人数は6.2名/回（2015年度）であった。

会では，ゲーム，調理，映画鑑賞などを通して，病気や治療についての情報交換や励まし，日常の不満，近い将来，遠い将来への目標，希望，夢，時には死についての不安や恐怖を表出する場合もある。その場合，参加しているスタッフが対応し，表出していたことについて傾聴し，主治医，看護師とともに情報共有している。

2. 兄弟支援

〈きょうだいの会〉当院小児科病棟では，15歳未満の病棟立ち入りは原則禁止されており，患児の兄弟の面会が制限されている。また，療養中は親も患児に付き添っており，兄弟は親と過ごす時間が少なくなる。このような背景もあり，患児の兄弟が孤立し，疎外感を感じることが多く，また親も無力感，自責の念を抱えることも多い。

当院では，入院中の患児の兄弟を対象に，年2回，「きょうだいの会」を行っている。1回のきょうだいの会の参加人数は平均15.0名/回（2015年度）であり，スタッフは，CLS，看護師，看護学生，保育士，医師である。会では，お菓子作りやゲーム，工作を通して，同じ境遇である兄弟どうし，親どうしの交流を深めている。

教育・復学支援

1. 院内学級

小・中学校は院内学級が常設されており，常勤院内学級教師が勤務している。入院生活を続ける子どもにとって，勉強が継続できることは，大きな希望，楽しみとなっている。

高校生の院内学級は常設されておらず，愛知県立高校のみ，週3回程度，在籍高校の教員が来院し，訪問教育を行っている。高校生を対象に，自習室（9～18時）を設けている。

2. 復学支援

入院時と退院時，また受験を含めた進学時に，居住地小中学校の教諭を招き，本人と家族を交えて，医師，看護師，院内学校教諭，MSW，CLSとカンファレンスを実施している。治療の見通しや配慮事項について情報を共有し，クラスメイトへの病状や外見の変化に関する説明方法など，復学時の支援体制を検討している。

3. 学習ボランティア

学習ボランティアは名古屋大学看護学専攻の学生を中心に構成されており，2016年6月から活動を行っている。対象は入院中の中学生，高校生で，参加者は学習教材を持参し，ボランティアの

サポートを受けながら宿題や試験準備に取り組んでいる。週1回，19～21時まで行っている。

遺族ケア―遺族の会（ネリネの会）

年に3回行っており，亡くなられた患児のご家族が主体となって開催している。看護師，CLSが参加されたご遺族をフォローする体制となっている。内容としては，参加者の方が近況（亡くなられたお子さんへの思いを含めて）を報告し，クラフト作りなどをしながら，自由に遺族の思いを語り合う形で行っている。

療養場所

『ドナルド・マクドナルド・ハウス なごや』は，自宅から遠方の病院に入院している子どもと，その付き添い家族が利用できる滞在施設である。なごやハウスは，名古屋大学医学部附属病院の敷地内に建てられ，12家族が滞在することができ，キッチン，リビング，ダイニングが備わっている。

入院または通院している20歳未満の患者と付き添い家族が利用可能である。

今後の展望

当院で2012年1月から2013年12月の間に死亡した小児がん患児17例を検討したところ，看取りの場所は，当院13例（76%），自宅3例（18%），緩和ケア病棟1例（6%）であった。がんの種類によって治療背景が異なり，その違いが終末期の療養の場に影響を与える可能性が示唆された[1)]。また，終末期の症状，合併症の重篤度，療養場所の希望など，さまざまな要因が療養の場に影響すると考えられた。療養場所の希望については，家族への療養場所の希望の確認を行ったのは7例（41%）であり，希望の確認を行った7例のうち，6例（86%）が自宅での療養が可能であり，また希望を確認した全患児で，希望の場所での療養が可能であった。

以上より，療養場所の希望についても確認できていないのが現状であり，まずは家族，患児に希望を確認することが重要であると考えられる。そのうえで，患児の状態に応じて，療養を受ける場所が選択でき，患児，家族が望む療養の場を調整できる体制を整えていくことが今後の課題であると考える。

近隣でも少しずつ小児の看取りを行っていただける在宅施設は増加してきているが，成人と比較するといまだ少なく，地域によって偏在化もある。今後さらに経験を積み重ね，地域で顔の見える関係づくりを行っていき，切れ目のない緩和ケアを提供していくことが重要であると考えられる。

義務教育ではない高校生を対象にした院内学級や訪問授業は全国でもまだ少ない背景がある。高校生が学べる院内学級は現在，東京都と沖縄県などにしかない。それ以外に教師の訪問教育は少しずつ増えている。当院で療養中であった高校生が，入院療養中に，学校に行けないつらさ，入院生活の孤独さを経験した背景から，愛知県知事に，院内学級の高等部の開設を要望した。要望をもとに検討され，現在は，愛知県立高校については，籍のある高校から病院に教師が派遣される形での訪問教育の制度が整備された。院内学級高等部の設置については，引き続き検討課題である。

多職種の緩和ケアチームが終末期の患児の症状改善，親の死に対する準備にどのような効果があるか調べたところ，緩和ケアチーム介入後のほうが，痛みや呼吸困難で苦しんだ子どもが少ないこと，両親が子どもを亡くすことに対してより準備ができていることが示されており[2)]，介入の重要性が報告されている。終末期を迎えた患児，家族においては，早期から積極的な精神的サポートが必要であり，引き続き多職種の医療スタッフで，患児，家族を支えていくことが重要である。

文献

1) 杉下美保子，他：根治が難しい小児がん患児における化学療法を含めた終末期医療と看取りの場所についての報告．小児科臨床 **69**（1）：122-128，2016

2) Wolfe J，Hammel JF，Edwards KE，et al：Easing of suffering in children with cancer at the end-of-life；Is care changing? J Clin Oncol **26**：1717-1723，2008

2. 小児緩和ケアの現状と展望
B. 小児病院における緩和ケア

天野 功二
（聖隷三方原病院 臨床検査科，静岡県立こども病院 緩和ケアチーム）

はじめに

わが国の小児病院に初めて「緩和ケア」を冠した組織が登場したのは，2008 年に活動を開始した神奈川県立こども医療センターの緩和ケア・サポートチームである[1)]。その後，次第に小児医療の現場で緩和ケアの重要性が認識されるようになり，特に小児がん領域においては 2013 年の小児がん拠点病院の指定後（15 施設中 6 施設が小児病院），緩和ケアの充実に向けてその動きが加速した。

本稿では，静岡県立こども病院（以下，当院）における緩和ケアの現状を，緩和ケアチーム（palliative care team；PCT）を中心に紹介する。さらに院内の医療スタッフを対象に実施した緩和ケアに関する困難感調査にて明らかになった課題を述べる。

緩和ケアに関連した業務を行うチーム・職種

当院は静岡県のほぼ中央に位置する小児病院であり，県内の小児医療の中核施設として機能している。医師・看護師以外の，子どもを支援する医療スタッフのマンパワーは，2005 年頃まで十分とはいえない状況であった。その後，「こころの診療センター」の設置を機に臨床心理士が増員され，2009 年には緩和ケア医，チャイルド・ライフ・スペシャリスト（child life specialist；CLS）が雇用されるなど，徐々に子どもと家族を支援する体制が整ってきている。

1．緩和ケアチーム

当院では 2009 年 4 月に非常勤で緩和ケア医が雇用され，同年 6 月に有志によって PCT が組織された。当初のメンバーは，医師（麻酔科医，緩和ケア医，血液腫瘍医，児童精神科医）と看護師，薬剤師のみであったが，順次 CLS，保育士，臨床心理士，ファシリティドッグ／ハンドラーが加わっていった（**図 1**）。

PCT が介入する対象は生命を脅かす病態の患児と家族で，当初の活動は現場のニーズに確実に応えられるように身体的な苦痛症状（痛み，呼吸困難など）に関するコンサルテーションとし，徐々に心理社会的支援や死別後のケア，倫理的課題への対応などへ幅を広げていった。

PCT は定期カンファレンスを週に 1 回開催している。その場では緩和ケアに関連した研修会などの情報を共有した後，介入中の患児の病状とケア方針について話し合っている。カンファレンスの後で，必要と判断した場合にメンバーが病室を訪問して患児と家族に直接話をすることもある。

週 1 回の活動で実施できることには限界があるため，医療スタッフへの緩和ケアに関する教育が重要である。PCT は 2010 年以降，定期的に緩和ケア勉強会を開催しており，院外の医療者にも案内をしている。

PCT の活動開始後，血液腫瘍科を中心に年に 20〜30 例のコンサルテーションがあるが，非がん疾患の患児の依頼が少ない状況が続いている。

2．グリーフケアチーム

PCT が開催したグリーフケアに関する勉強会を契機として，2011 年冬に院内の有志（医師，看護師，臨床心理士，CLS）が遺族会の開催を目

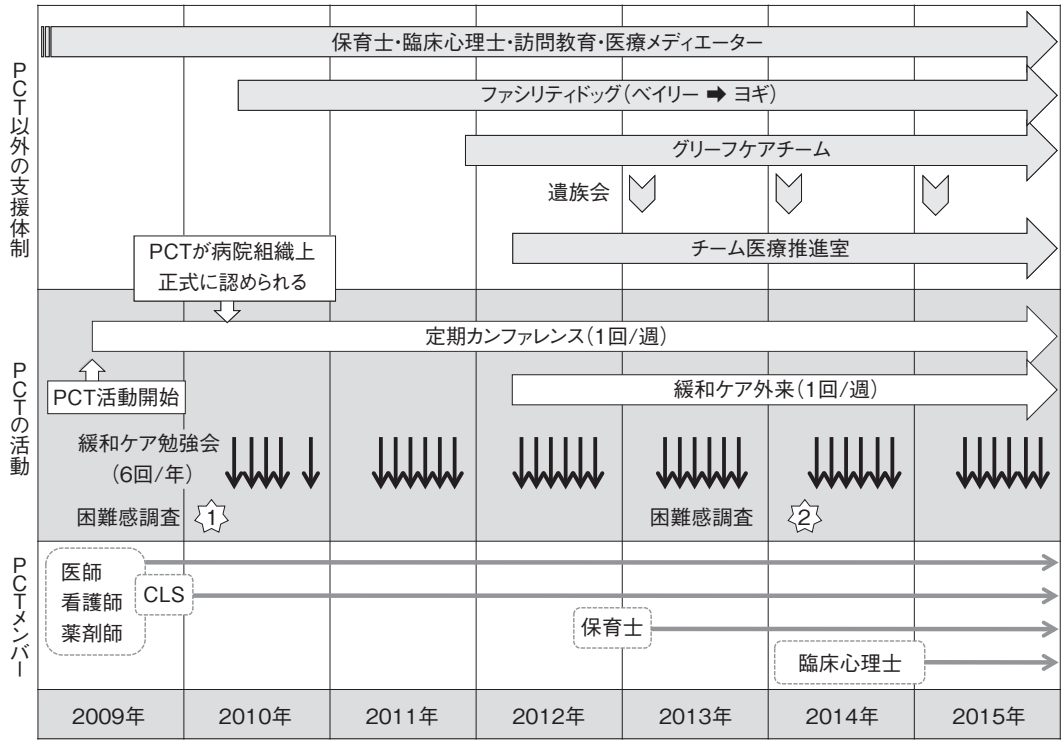


図１　緩和ケアおよび支援体制の整備

標としたグループ（グリーフケアチーム）を組織した。彼らは，子どもを亡くした親を対象に遺族会を行っている複数の病院へ見学に赴き，その報告会と遺族会開催に関するアンケート調査を院内で実施した。その結果を受けて，2013 年に第 1 回の遺族会「虹色の会」が開催された。以後，毎年 1 月に開催されており，毎回 20 名前後の遺族が参加している（**図２**）[2]。

医療スタッフのグリーフケアとしては，グリーフケアチームの臨床心理士が中心となり「スタッフのための語り合いの会」が開催されている。

３．臨床心理士

臨床心理士は，患児と家族のニーズに応じて，心理学の理論や技法を用いた専門的援助を行っている。外来では，子どもの発達に関する心配，病気に伴う二次的な心理・社会的問題，家族関係や親子関係の諸問題など，それぞれの相談内容に応じた援助を行っている。入院中の患児と家族には，治療への不安，病棟適応，病名の告知や病気の受容をめぐる問題などに関する心理的援助を行っている。

臨床心理士は PCT のメンバーとしても活動しており，緩和ケアの対象となる患児に対する心理面の相談・援助（病名告知，造血幹細胞移植，終末期に生じる問題など）を行っている。また，病棟カンファレンスの参加などを通して，医療スタッフに対する心理的援助に関するコンサルテーション業務も行っている。

４．チャイルド・ライフ・スペシャリスト／保育士

CLS は，子どもが自分らしく主体的な存在であり続けられるように，子どもの視点を大切にした遊びやさまざまな活動を通してサポートを行っている。おもな対象は，初めて日帰り手術を受ける患児と家族，集中治療室に入院する患児と家族，移植（造血幹細胞移植，腎臓移植）を受ける患児と家族である。

当院には 7 名の保育士が勤務し，その中の 5 名は静岡県立短期大学の「ホスピタル・プレイ・スペシャリスト・ジャパン」養成講座を終了している。それぞれが担当病棟をもち，子どもが生活に

図２　遺族会「虹色の会」の概要

企画・運営：グリーフケアチーム
日程：毎年１月の第３or第４日曜日
会場：静岡県立こども病院　大会議室
プログラム
・受付・開場・託児預り
・開会の挨拶・ルール説明・黙禱
・スモールグループ（6～8名）での語り合い
・レクリエーション（記念品作り）
・閉会の挨拶・おみやげ・お見送り
・医療者を交えての座談会

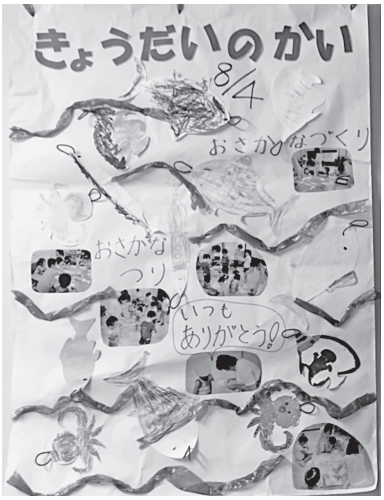


図３　きょうだいたちが作成した「きょうだいの会」の壁新聞

必要な習慣や態度を身につけ，その意味を理解して行動できるよう，年齢，発達に即した保育を行っている。

CLSと保育士は，入院中の患児の同胞支援として「きょうだいの会」を企画運営している（**図３**）。またPCTのメンバーとして毎週のカンファレンスに参加し，他の職種と連携して緩和ケアの対象となる患児と家族をサポートしている。

５．ファシリティドッグ／ハンドラー

ファシリティドッグとは，ストレスを抱えた人々に愛情と安らぎを与えるよう高度に訓練された犬であり，わが国においてはNPO法人「シャイン・オン・キッズ」によって提供されている。当院は2010年にファシリティドッグ（ベイリー）と看護師の資格をもったハンドラーを導入した。彼らは病棟で患児や家族と交流したり，検査や治療を受ける患児に付き添ったりして，入院中の不安やストレスを軽減し，病気に向かう勇気を与えている。

2016年からは，２代目のファシリティドッグであるヨギとハンドラーがPCTのカンファレンスに参加し，介入中の患児の情報を共有するようにしている。

６．その他の部門・職種

前述の職種以外にも，地域連携室の看護師や医療ソーシャルワーカー，医療メディエーター，訪問教育の教師，リハビリスタッフや検査技師，栄養士などが，緩和ケアの対象となる患児と家族の

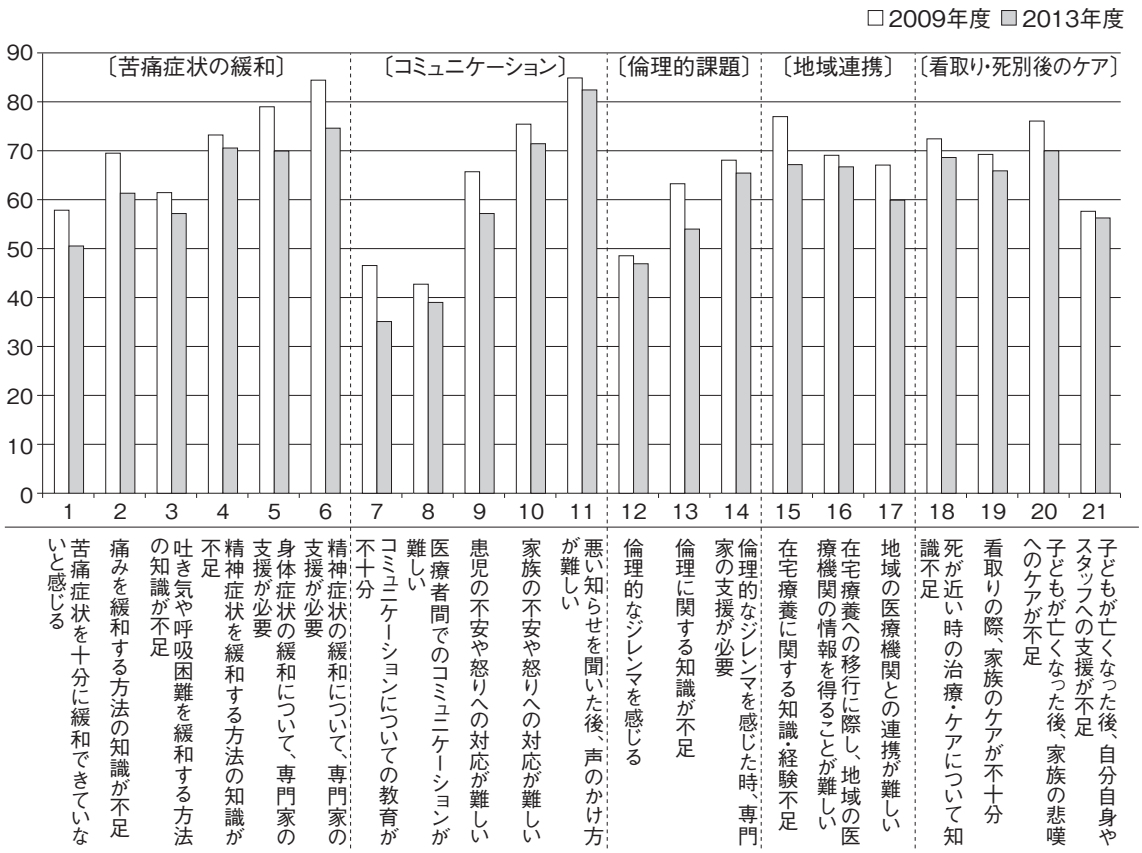


図4　緩和ケアに関する困難感の変化

生活の質の向上のため，それぞれの役割に応じた支援を行っている。

当院における緩和ケアの課題

PCTは2009年度と2013年度に，院内の医療スタッフを対象に緩和ケアに関する困難感調査を実施した（**図4**）[3]。その調査結果から明らかになった当院における課題を述べる。

1．苦痛症状の緩和

患児の身体的な苦痛症状（痛み，呼吸困難など）に対しては，これまで各診療科で経験に基づいた治療が行われてきた。PCTの活動開始後，小児がん患児に対するオピオイド鎮痛薬の使用方法については統一したガイドが作成された。

精神的な苦痛症状（不安，せん妄など）については，各診療科から児童精神科医にコンサルトされることが多い。PCTがフォローしている患児の場合は，定期カンファレンスで対応が話し合われる。

非がん疾患の患児の苦痛症状，特に終末期にみられる痛みや呼吸困難，せん妄などは緩和が難しいことがあるが，PCTへの依頼はいまだ少ない状況であり，今後の課題と考えている。

2．コミュニケーション

悪い知らせを伝えられた後の患児・家族とのコミュニケーションが，医療スタッフの感じている困難感として最も頻度が高いことが調査で明らかになった。現場でおもに対応するのは看護師であるが，当院では必要に応じて臨床心理士やCLS，医療メディエーターが関わりをもっている。

難しい場面でのコミュニケーションについて，院内で実践的な研修を行うなどの教育体制の構築が今後の課題である。

3．倫理的課題

当院の倫理委員会は隔月で開催され，他の多くの病院と同様に臨床研究や保険適用外の治療薬の適用などの倫理的な配慮が必要な案件を審議している。したがって日々の現場で医療スタッフが感じる倫理ジレンマへのタイムリーな対応は難しい。医療スタッフは臨床倫理に関する知識の不足，専門家の支援不足を感じており，対策を講ずる必要がある。

PCT は 2016 年度から緩和ケア勉強会の一環として，院外から専門家を招いての「倫理症例カンファレンス」を開催し，実際の症例に基づいた議論を通じて倫理について勉強する機会を提供している。

4．地域連携

当院は静岡県全域の生命を脅かす病態の患児に医療を提供している。静岡県は東西に長いこともあり，各地域の医療機関との連携が，時に難しい。地域連携室のスタッフ（医師，看護師，医療ソーシャルワーカー）は，患児と家族のニーズに応じて地域の医療機関との調整を行い，また週に 1 回の病棟ラウンドで病棟スタッフと密に情報を交換している。

国内の多くの地域と同様，静岡県においても緩和ケアの対象となる小児を診る地域のリソース不足は否めず，行政や医師会などとの連携を強めていくことが今後の課題である。

5．看取り，死別後のケア

看取りの時期の治療やケアは，これまで患児の疾患や病態に合わせて病棟ごとに独自に行われてきたが，死亡確認後のエンゼルケアや手続きの説明，グリーフケアのリソースの紹介など共通する部分も多い。院内でそれらを共有することが有用であると考えられ，そのための仕組みを整備することが今後の課題である。

当院では，死別後のケアとして，グリーフケアチームにより遺族会「虹色の会」を年に 1 回開催している。また医療スタッフを対象にした「スタッフのための語り合いの会」を 2015 年から開催している。これらの継続と効果の評価が今後の課題と考えている。

おわりに

小児病院には小児医療の専門スタッフが多く配置されており，急性期疾患に対する質の高い医療が提供されている。しかし緩和ケア専門家との連携をとることが困難であり，残念ながら十分な緩和ケアが提供できていない。

当院では緩和ケアに関連した業務を行うチームや職種が，それぞれの業務を行いつつ緩やかに連携して緩和ケアを提供している。総合病院のように緩和ケアの専従スタッフを確保することが難しい小児病院では，このような活動形態が解の 1 つではないだろうかと考えている。

文献

1） 三輪高明：小児緩和ケアにおいて緩和ケアチームの果たす役割．緩和ケア **20**：144-147, 2010
2） 天野功二，工藤寿子，岡和田祥子，他：小児専門病院における現状と課題．難病と在宅ケア **19**（4）：25-28, 2013
3） 天野功二：小児緩和ケアチームの役割―静岡県立こども病院での実際．小児科診療 **75**：1187-1194, 2012

2. 小児緩和ケアの現状と展望

C. がんセンターにおけるAYA（思春期・若年成人）世代がん患者への緩和ケア

里見 絵理子
（国立がん研究センター中央病院 緩和医療科・緩和ケアチーム）

はじめに

国立がん研究センター中央病院（以下，当院）では，2015年度のAYA世代（16～39歳）の新規患者数は1,149名，1回以上の入院症例数は463名と非常に多くのAYA世代の診療を積極的に行っている。

AYA世代の診療では，疾患や病態に関連することだけでなく，年齢や発達に関連した特有の問題（就学・就職，妊孕性，経済面，スピリチュアリティなど）を踏まえての治療療養と，それに伴う意思決定が必要になることから，医療者自身はその特性を理解して診療にあたることが求められる。当センターでは，プライマリーチームの医師・看護師が必要に応じてAYA世代特有の問題に応じた専門家に連携し，支援している。

当院の横断的支援リソースと緩和ケアチーム

当院では，緩和ケアチームをはじめ多数の組織横断的専門チームによって患者と家族のQOLの向上を目指している。筆者が所属する緩和ケアチームは，診断から終末期まで時期を問わず，入院および外来において患者支援を行っている。構成メンバーは，緩和医療科医師，精神腫瘍科医師，看護師，薬剤師，心理療法士，ホスピタルプレイスタッフ，鍼灸師で構成され，他部門と密に連携して横断的に活動をしている。当院の特徴は，一般的ながん診療連携拠点病院の緩和ケアチームと比較して，全体の支援件数が多い，そのうちAYA世代の占める割合が15%と多いことが挙げられ（**図1**），患者・家族の支援はもちろんのこと，

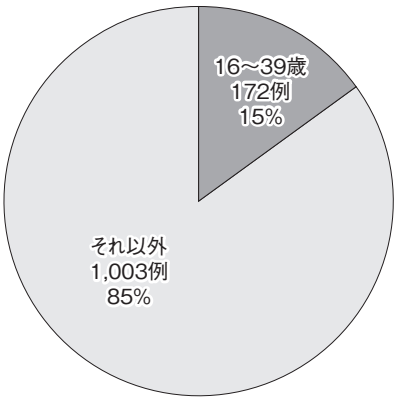


図1　2015年度 国立がん研究センター中央病院緩和ケアチーム介入件数（N＝1,175）

AYA支援上の難しさを感じるプライマリーチームの医療者（担当医，看護師）のサポートのニーズも大きい。

AYA世代の入院における緩和ケアチーム依頼（172例）の内訳は，精神的苦痛に対する介入依頼が最も多く131件，次いで疼痛管理81件と続く。多くの症例において，苦痛は多面的であり，緩和ケアチームと，他の横断的支援チームとの連携を生かして，対処している。

1. 精神的苦痛

精神的苦痛に関するAYAの介入依頼症例においては，不安・気持ちのつらさに焦点を当てた心理支援が多く，一般的な緩和ケアチーム依頼で頻度の高いせん妄やうつに関する依頼は多くない。早期緩和ケアの重要性が臨床に浸透し，AYAにおける精神心理的支援は，精神腫瘍科医師と心理療法士が中心となって診断時から介入する機会が増えている。現在，造血幹細胞移植科の骨髄移植予定の患者，乳腺腫瘍内科の16～29歳の患者，

また小児腫瘍科患者においてはAYA世代を含め患児と保護者に，必ず精神腫瘍科医師と心理療法士が関わり，プライマリーチームと連携して，精神医学的なアセスメント・マネジメントとともに，治療や療養の支援を行っている。

そのほかの診療科においても，特に思春期・若年成人患者においては，積極的に緩和ケアチームへ依頼がなされ，入院時だけでなく，外来においても，また治療後のサバイバーシップにおいても継続的に支援を行っている。また，家族ケア外来として，精神腫瘍科医師が担当し，闘病中の患者の家族や遺族のカウンセリングを自費診療で行っており，AYA世代の患者の家族・遺族も多く利用している。

2. 身体的苦痛

身体的苦痛については，全年齢において，疼痛管理依頼が最も多いが，がん自体を原因とする疼痛などの身体症状のほか，化学療法などがん治療に関連した苦痛，サバイバーシップにおける症状緩和も含め，支援している。当院のAYA世代の入院患者に関する調査[1]によると，AYA世代のがん患者の最も大きな気がかりは「からだのこと」であり，最も多かった項目が「痛み」であった。

痛みの存在が，QOLを著しく阻害することから治療と並行して積極的な疼痛緩和治療が必要である。AYA症例において，高用量オピオイドや多数の鎮痛補助薬を要する難治痛例や，ケミカルコーピング例に遭遇することが珍しくなく，緩和ケアの専門家の役割が大きい。AYAサバイバーにおける慢性痛は，乳がん術後や患肢切断例，骨髄移植後免疫抑制剤や，種々のがん薬物療法剤による神経障害性疼痛などが挙げられる。疾患自体の治療が終了して経過観察のみとなっている場合も多く，周囲の理解が得られず，また長期にわたり患者自身を悩ます。社会復帰への妨げになることも多く，心理面を含めたサポートを含めた診療が重要であり，各診療科外来と連携して緩和ケアチーム外来（緩和医療科外来，精神腫瘍科外来）で外来診療も行っている。

3. チャイルドケア（育児中の患者さんとそのご家族の支援）

AYA世代は，未成年の子どもの子育てをしながらがん治療を受ける患者が多い。18歳未満の子どもをもつがん患者の全国推定値は年間56,143人で，その子どもの総数は87,017人いるといわれている[2]。当院に入院するがん患者のうち18歳未満の子どものいる患者割合は24.7％（2012年度）であり，特に未就学児や小学生をもつがん患者にはAYA世代である30代が多い。「子どもにどのように伝えたらよいか」「長期入院のため子どもに親としての役割を果たしてあげることができない」といったがん罹患後に子どもとの関係性に関する多くの悩みは，AYA世代で共通している。当院緩和ケアチームでは，ホスピタルプレイスタッフ（Hospital Play Staff；HPS）を2012年よりメンバーとして迎え，①個別相談，②親と子のサポート教室（集合教育），③子育て中のがん患者に関わる医療者支援，を行っている。

①の個別相談は，HPSと緩和ケアチーム専従看護師とペアとなり，育児中の患者さんとご家族の，子どもへの気がかりを含めた看護相談を行うもので，主治医や担当看護師，医療ソーシャルワーカーがニーズを拾い上げて緩和ケアチームにチャイルドケア依頼として連絡がくる。患者さんとご家族の希望に合わせて，面談を行い，患者さんの希望に応じて，子どもとの面談も実施している。多くの患者さんやご家族は，自身のがん治療や経過，症状に関する不安とともに子どもに関する気がかりを話されることが多いため，看護師と子ども支援の専門家であるHPSが一緒に面談を行うことに意義がある。③の医療者支援もニーズが高い。AYA世代など若年患者の治療やケアに携わる医療者の燃え尽き症候群の頻度は高く，スタッフは患者・家族のつらさを共有し，心理的に負担となっていることが多い。また，AYA世代の特徴に配慮した関わりなど，緩和ケアチームとともに，カンファレンスを繰り返しながら，医療チームとしてのサポート体制を強化することを目的に医療者サポートを行っている。

4. 他部門との連携

当院では各部門では，通常の支援に加えてAYA世代特有のニーズに対応している。相談支援センターにおける就労や就学相談，妊孕性に関する相談，アピアランスセンターにおけるがん治療に伴う外見の変化，それに伴う心理的苦痛に焦点を当てたケア，栄養チームにおける肥満・過食に関する指導などが挙げられる。

当院におけるAYA世代の緩和ケアの今後

2016年9月に患者サポート研究開発センター[3]が開設され，患者のアンメットニーズに対応する支援体制の強化を開始した。多職種で診断時からの早期緩和ケアを含む患者支援を目標とし，認定・専門看護師が常駐し，立ち寄った患者，家族の困り事の相談に応じワンストップで専門家につなぐハブとしての役割を担っている。AYA世代へのサポート体制は緩和ケアチームをはじめ各部門で積極的に取り組んできたが，患者目線になると分かりにくいことが課題であった。現在，本センターを「AYA支援のハブ」とする形で，体制を整備し，AYA世代のアンメットニーズに対応し，緩和ケア的側面においても支援を充実させることを目指している。また，腫瘍内科病棟で主に活動していた多職種AYAサポートチームを診療科を広げていくことも計画している。

文　献

1) 堀口沙希，瀧田咲枝，浅野有美：AYA世代の希少がん患者の苦痛に関する後方視的実態調査―パイロット調査結果より．第31回日本がん看護学会学術集会，高知，2017
2) Inoue I, et al.：A national profile of the impact of parental cancer on their children in Japan. Cancer Epidemiology　**39**：838-841, 2015
3) 国立がん研究センター中央病院患者サポート研究開発センター〔http://www.ncc.go.jp/jp/information/hibiho/files/hibiho_201611.pdf〕

2. 小児緩和ケアの現状と展望
D. 小児患者に対する専門的緩和ケア

宮本二郎[*1]　佐藤恵美[*2]
（[*1]大阪市立総合医療センター 緩和医療科　[*2]大阪市立総合医療センター 緩和ケアセンター）

はじめに

大阪市立総合医療センター（以下，当院）は，1,063 床を有する大阪市の基幹病院であるとともに，地域がん診療拠点病院として多くのがん患者の診療を行っている。

同時に，199 床の小児病床を有する小児医療センターとして機能しており，全国で 15 施設ある小児がん拠点病院の 1 つに指定されている。さらに 24 床の緩和ケア病棟を有している。

このように大規模な三次医療施設に小児病院を内包するという特徴を有する当院において，緩和ケアの提供は緩和ケアセンターが統括している。緩和ケアセンターは，緩和医療科医師 5 名と緩和ケアセンター専従看護師 6 名が中心となって，一般病棟入院患者と外来患者を併せて年間 1,000 人を超す新規依頼患者に対して専門的緩和ケアを提供しており，さらに緩和ケア病棟において年間 400 人近い入院患者の診療を行っている。なかでも，当院の緩和ケアの特徴といえるのは，全国的にも最も早い時期（2009 年）から，専門的小児緩和ケアを提供するための多職種によるサービスを行ってきたことである。現在では，緩和医療科医師 5 名のうち 3 名が小児科専門医の資格を有しており，小児緩和ケアを担当する専任看護師 2 名とともに，小児 AYA 緩和ケアチーム（通称：子ども AYA サポートチーム）を主導して，生命を脅かす疾患に罹患する小児患者に対する多職種的な専門的緩和ケアを提供している。

本稿では，当院における小児 AYA 緩和ケアチームによる専門的小児緩和ケアの取り組みについて紹介したい。

小児 AYA 緩和ケアチーム（通称：子ども AYA サポートチーム）の概要

子ども AYA サポートチームは，緩和ケアを専門とするスペシャリストが専従し，多職種アプローチを実践する小児緩和ケアのコンサルテーション・チームである。もともとは成人と小児の緩和ケアは合同のチームとして提供していたが，小児と成人では緩和ケアを提供する多職種の職種もその関わり方も大きく異なることから，小児に特化することでより効果的，効率的にチーム・アプローチを実践することを目的として，成人の緩和ケアチームとは独立したチームを 2011 年に発足した。

中心となる構成メンバーは，小児緩和ケア医，緩和ケア認定看護師，がん化学療法看護認定看護師，ホスピタル・プレイ・スペシャリスト，MSW，在宅支援看護師，臨床心理士である。対象は 0 ～ 25 歳ぐらいまでと幅広く，年間約 150 例のコンサルテーションを受けている。疾患の内訳は，がん患者が約 4 割，非がん患者が約 6 割であり，多様なニーズに即時的な対応をしている。また，子どもの QOL 向上に関わる保育士や教師とも連携を図り，狭義の緩和ケアだけでなく，子どもと家族へのトータル・ケアを提供している。

活動場所は，小児科病棟を主とするが，AYA 世代が入院する成人病棟や重症・急性期の ICU・NICU・救急病棟，小児科外来，化学療法室，緩和ケアチーム外来など多岐にわたる。

チームへの新規介入依頼の相談内容としては，患者本人・家族の精神的ケア目的とした介入依頼が多数を占めるが，介入後の経過を通し，症状緩和やプレイサービス，在宅ケアなどその時々の状

況に合わせたニーズに対応している。症状緩和については，診療科より依頼を受け，おもに疾患や治療の影響によるさまざまな症状についてのコンサルテーションに対応し，必要に応じて，直接診療や症状緩和につながるケアの実践を行っている。

ここからは専門的小児緩和ケアについて，1. 医師としてのアプローチ，2. 看護師としてのアプローチ，3. 多職種としてのアプローチ，に分けて述べていく。

小児緩和ケアへのアプローチ

1. 小児緩和ケア医としてのアプローチ

1）小児患者に対する専門的緩和ケアの提供

緩和ケア病棟入院中の患者については，緩和医療科医師全員で毎朝カンファレンスを行い，診療方針についての議論を行っている。緩和ケア病棟では，小児患者の入院受け入れを行っており，患児の全人的苦痛を緩和するための薬物的および非薬物的な対応を行い，兄弟支援を含め家族へも充分に配慮して関わり，患児と家族がよりよい療養環境で過ごせるよう支援を行っている（3章D「ユニバーサル・ワンダールームの活動」の項を参照）。

緩和ケア病棟以外の病棟に入院中の小児患者に対しては，前述の「子ども AYA サポートチーム」の一員として，毎日の病棟ラウンド，週1回の病棟カンファレンス，チーム・ミーティング，臨時のカンファレンスに参加しながらコンサルテーションに対応している。診療科で積極的治療をしている時期から小児緩和ケア医が苦痛緩和などに関わっていくことで，さらに緩和ケアが濃厚に必要な終末期にも介入がシームレスに行いやすいメリットがある。

入院患者のみでなく，外来通院中の子どもたちについても，疼痛コントロール，心理社会的なケア，終末期の症状コントロール，在宅調整，意思決定支援などを含めたトータル・ケアを各診療科と協力して行っている。

2）他科医師やコメディカルなどに対する小児緩和ケアの教育・研修

小児血液腫瘍科医など他科の医師に対する（成人患者も含めた）緩和ケア研修の受け入れも積極的に行っている。小児患者だけの診療では経験が不十分になりがちなオピオイドや抗精神病薬などの薬物療法をはじめ，終末期患者の意思決定支援，地域連携などの実践に至るまで，成人も含めた多くの患者に主治医として関わり，指導医のもとで研修を行っている。また他院の小児科医師の短期研修や見学，医学生のベッドサイドラーニングの受け入れも積極的に行っている。コメディカルへも定期的に勉強会を行い，小児緩和ケアの普及/教育活動を行っている。

3）小児緩和ケア医としての地域との関わり

在宅ケアを必要とする子どもとその家族については，希望を汲み取りながら，地域と密でシームレスな連携を支援している。退院後も，症状コントロールなどに関して在宅医からコンサルテーションを受けたり，協働訪問を行ったりするなど，継続した連携を行っている。 大阪で活動する TSURUMI こどもホスピスの運営やさまざまな実践にも専門家としてサポートしている。

4）学術活動（研究/学会発表）

エビデンスの蓄積が困難な小児緩和ケア領域の研究や学会発表も積極的に行い，全国への小児緩和ケアの普及に努めている。小児緩和ケアの知識や考え方の普及を目的として地域へ向けて教育活動を行ったり，近隣の施設とともに症例検討を中心としたカンファレンスを行っている。また，全国の小児緩和ケアチームのレベル向上および交流を目的に毎年1回当院主催で「小児緩和ケアチームカンファレンス」を 2012 年より行っている。毎年 100 名を超える参加者が集まり，昨年 2016 年 11 月も「各施設での小児緩和ケアの取り組み」や「終末期患児における経鼻胃管挿入やモニター装着の在り方」などをテーマに活発な議論が行われた。

2. 子ども AYA サポートチーム専任看護師によるアプローチ

当チームの専任看護師は，緩和ケア認定看護師1名とがん化学療法看護認定看護師1名の2名で構成されている。チームで介入する患者に対しては担当制としている。主治医，プライマリーナースとも連携しながら定期的なラウンドを行い，必

要時には個別面談を実施し，患者・家族のサポートを行っている。

1）診断時・再発時の子どもと家族への支援

小児血液腫瘍科による病名告知・病状，治療方針の説明の場への同席を行い，診断時からの緩和ケアを提供している。診断時から関わることで，子どもや家族との信頼関係を築きやすくなる。また病気や治療についての説明に対する子どもの理解を確認し，理解できていないところがあれば補足説明を行うことで，子どもが治療を受け入れることができ，主体的に参加できるようサポートを行っている。また家族に対しては，治療や病状に対して不安な思いを受け止め，抱えている不安に対して，対処可能なことがあれば具体的な方法を提案することで不安軽減に努めている。

2）化学療法中の子どもと家族への支援

化学療法を受ける子どもと家族に対しては，治療開始前の不安や副作用対策への対応など，精神的サポートも併せて行っている。

3）終末期の子どもと家族への支援

子どもが抱える苦痛な症状に対しては，効果的な薬剤の使用や安楽につながるケアを実践している。入院中の子どもに対しては，できるだけ安楽に過ごせるような環境調整やケアの工夫ができるようプライマリーチームとのコーディネートを行っている。

家族にとっては，愛する子どもが病気の進行や障害により死が避けられない状況のなかで，子どもを支える役割を担いながら抱える苦悩は計り知れない。残された時間をどこでどのように過ごすのか，亡くなる場所はどうするのかなど意思決定も迫られ，家族の緊張は高まる。家族の意向を丁寧に確認し，希望に沿いながら，子どもと家族が望む場所で過ごすことができるよう，チーム間のカンファレンスで情報を共有し，主治医・プライマリーチーム・保育士などとも連携しながらサポートを行っている。

3. 多職種によるアプローチ

1）プレイサービス

子どもと家族は，治療に伴うストレスや処置に対する恐怖，今後の見通しに対する不安など心理的苦痛を伴いやすい。たとえば，中心静脈カテーテルの挿入・手術・放射線治療などの医療処置において，子どもが体験する事態によってもたらされる心理的混乱に対しては，ホスピタル・プレイ・スペシャリストを中心として苦痛緩和を目的としたプレパレーションの実施や，採血やルート確保時など，医療処置の痛みから気を紛らわすディストラクションを実施している。また，子どもの仕事である「遊び」を通して，入院に対するストレスや不安の軽減に取り組んでいる。

2）社会的支援

入院での治療に伴い，学校生活や友達との交流が途絶えることによる孤独感が生じたりすることや進級・進学・就職にまつわる問題など，社会的な問題に対しては，MSW が中心となり，入院早期から社会資源についての情報提供や，復学・復園支援として原籍校（園）との入院時・退院時カンファレンス，地域との多職種カンファレンスを実施している。多施設間の連携として医療用 SNS を導入し，タイムリーに情報提供や情報交換ができることでサポートの強化に役立っている。

3）AYA 世代への支援

AYA 世代のがん患者は過去数十年間でがんの生存率が上がっていない年齢層であり，がんの種類や治療法もさまざまである。また，成長発達過程にあり，年齢特有の心理社会的ニーズも多種多様である。当院は地域がん診療連携拠点病院であり，かつ小児がん拠点病院でもあるため，多くの AYA のがん患者を診療している。当院での AYA 世代に対する取り組みとして，多職種的なカンファレンスを毎月 1 回開催している。主治医や担当看護師など関係者が多職種で集まり，今起こっている問題の解決策を討議したり，必要なアプローチのための情報共有を行ったりしている。

4）苦痛のスクリーニング

小児血液腫瘍科の 12 歳以上の子どもに対して，独自で作成した「困っていること」に関する質問票を活用し，子どもの抱えるつらさや困ったことに対するスクリーニングを行っている。希望があれば子ども AYA サポートチームの専任看護師が相談を受け，対応している。必要時には介入を継続して関わっている。

2. 小児緩和ケアの現状と展望
E. 地域における小児緩和ケア（悪性腫瘍以外）

南條 浩輝
（かがやきクリニック）

はじめに

小児の緩和ケアにおいて，とりわけ悪性腫瘍以外の小児では，「終末期」とはどういう状態を指すのか，従来の考え方では定義が難しい。そのため，近年では「life-threatening conditions」[1]という概念が提唱されている。

そして，小児においても成人と同様に，緩和ケアとは単に症状の緩和のみを行う医療のことではなく，診断時から死，あるいはその後まで継続的に行われる，子どもと家族に対するトータルなケアである。基本的な部分での考え方は，小児の緩和ケアは成人の緩和ケアと共通しているといってよいだろう。しかし，小児の緩和ケアは日本ではまだあまり注目されておらず，また成人に比べて実践には困難さを感じる場面が多い。そして，悪性腫瘍以外の子どもではその傾向はさらに強い。本稿では，悪性腫瘍以外の小児の緩和ケアの現状と今後の課題について考えてみたい。

悪性腫瘍以外の小児の緩和ケアの特徴

医療は歴史的に，疾病を治して死を遠ざけることを最大の目標として発展してきた。その一方で，死は万人に必ず訪れるものであることには変わりはない。

死別に直面する家族や医療従事者には，大きな悲嘆が伴う。高齢者が亡くなる場合には，「老いの結果の死は仕方のないことだ」という受け入れのプロセスを得られることが比較的多い。一方で，亡くなる子どもは多くないため，家族や医療従事者にとってとても特殊な出来事として捉えられがちであり，小児の緩和ケアについて経験の蓄積が難しい現実がある。それに，高齢者や成人の悪性腫瘍のターミナル患者と異なり，小児，特に悪性腫瘍以外においては終末期の定義が困難なこともあり，緩和ケアの対象者がどういう子どもなのかという時点でも迷いが生じる。

ほかにも，小児には成人と異なる特性が数多く存在する（**表 1**）[2]。年齢の幅が胎児・新生児期から思春期，成人期にまで及ぶため，成長や発達の段階に応じた対応を求められること，また意志決定に親権者と本人の関係をもととした倫理的・法的配慮の必要性があること，などは，特に大きな違いといえるだろう。

そして，家族にとっての子どもの死には，親子として，あるいはきょうだいとして，これから送るはずの生活がごっそり失われてしまうという，

表 1　小児と成人の緩和ケアの共通点と異なる点

小児と成人の共通点
・患者の生命予後が限られていること
・QOL(生活の質)の重視→在宅ケアの必要性
・症状コントロールの重要性
・精神面のケアの重要性
・家族ケアの重要性
・多職種連携が必要なこと
小児が成人と異なる点
・死はまれである
・対象となる疾患が多く，まれな疾患が多く，経過も異なり，時として進行が急速で予測が困難である
・発達・成長を考慮しなければならない
・知的・　あるいはコミュニケーションに障害のある子どもへのケアに特殊な技術を要する
・家族ケアの対象が広い（兄弟姉妹や祖父母など）
・倫理的配慮の必要性が高い（子どもの自己決定権など）
・関わる職種が多い（学校，地域，病院など）
・子どもと家族に関わるスタッフの精神的負担が大きい
・家庭で生活することが決定的に重要

（2015 在宅医療テキスト 第3版，勇美記念財団 を改変）

表 2　子どもの死因（2015 年）[3)]

	0歳	1〜4歳	5〜9歳	10〜14歳	15〜19歳
第1位	先天異常・染色体異常	先天異常・染色体異常	悪性新生物	悪性新生物	自殺
第2位	周産期呼吸障害	不慮の事故	不慮の事故	自殺	不慮の事故
第3位	乳幼児突然死症候群（SIDS）	悪性新生物	先天異常・染色体異常	不慮の事故	悪性新生物
第4位	出血性障害・血液障害	心疾患	心疾患	先天異常・染色体異常	心疾患

大きな喪失体験が待っている。そのため，わが子が死に逝くという事実を受容できない親は少なくなく，最期まで集中治療を望まれるケースは高齢者より多いかもしれない。このような困難さを抱えた子どもと家族を，経験の蓄積が難しい医療従事者が支える，という構図が小児の緩和ケアの現場には存在する。

Life-threatening conditions

筆者は，小児を中心に在宅医療を行う在宅療養支援診療所を開設している。小児在宅医療は，NICU（新生児集中治療室）の長期入院児問題をきっかけに注目を浴びるようになり，対象には，気管切開や在宅人工呼吸などの高度な医療に依存している子どもが多い。

在宅医療を必要とする小児においては，さまざまな原疾患により，年単位，あるいは十年単位で成長しつつ，常に生命の危険と隣り合わせである子どもが少なくない。こういう子どもに緩和ケアを提供するにあたり，「life-threatening conditions（以下，LTC）」という概念が近年用いられるようになっている。LTC にある子どもには，いつから終末期かという線引きを行うのではなく，すべての段階において小児緩和ケアの対象であるという考え方が徐々に広まりつつある。**表 2**[3)] に示すとおり，子どもでは悪性新生物による死亡が全体に占める割合はそれほど多くない一方で，LTC にある子どもたちが成長過程において亡くなっているケースが多いことからも，このような考え方の必要性があるといえよう。

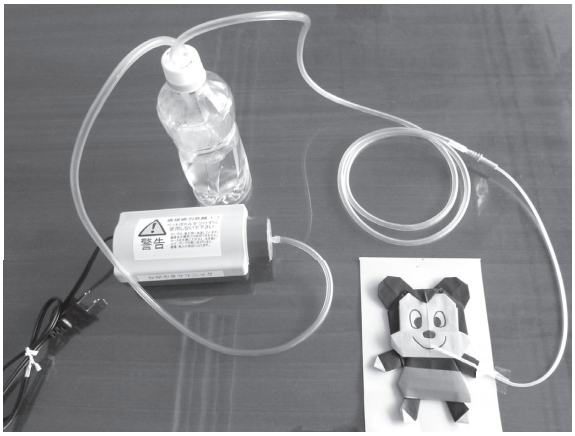


図 1　低圧持続吸引器

口腔から吸引された唾液がペットボトルに溜まる仕組み。音が小さく，24時間使用しても，生活上あまり気にならない。

非がんの小児の緩和ケアの実例

9 カ月女児。両親，双胎の姉との 4 人家族。特に基礎疾患なし。5 カ月時に自宅で心肺停止となり救急搬送，蘇生後に集中治療を行われるも，低酸素性虚血性脳症となり，寝たきりで経口摂取不能となった。9 カ月時に胃瘻造設・噴門形成術を受け，在宅移行を目指すこととなった時点で当クリニックに相談があった。

嚥下障害が強く，咽頭部には常に唾液が貯留している状態であり，誤嚥性肺炎を繰り返していたため，病院主治医より気管切開・気管喉頭分離術を勧められた。退院前カンファレンスでも同手術について議論があった。しかしご両親は，これ以上の侵襲的な治療や蘇生行為などを望まれず，11 カ月時に自宅退院となった。

退院後，吸入薬や内服薬の調整や，低圧持続吸

引器の使用開始（**図 1**），訪問看護，理学療法士の訪問などによる呼吸状態の評価および呼吸リハビリテーションを行うことで，誤嚥性肺炎の発症を予防することができ，安楽に過ごすことができた。また，家族旅行にも頻繁に出かけて，家族の時間を楽しまれ，退院後に入院加療を要したのは肺炎による 5 日間の 1 回のみであった。

しかし徐々に，気道分泌物貯留による Spo_2 低下をきたし，吸引とバギングで回復することを繰り返すようになっていった。侵襲的治療や蘇生行為を望まないとのご両親の考えに変化はなかったため，病院スタッフと在宅スタッフとの間で倫理面に関するカンファレンスを開催し，ご両親が希望する方向性を共有，対応策を確認した。

1 歳 6 カ月時に自宅で呼吸状態が急変し，緊急往診。全身チアノーゼあり，痛刺激への反応なく，徐脈となっていた。在宅看取りを含めた対応策も提案したが，家族が医療職のいない環境で過ごすことに不安を感じられていたため，医師同乗の救急車で病院へ搬送。そのまま特に処置を行われずに，病室で家族で過ごされ，搬送翌日に看取りとなった。

小児緩和ケアの今後の課題

筆者が医師となった 2001 年頃には，子どもの自己決定権について臨床の現場で議論されることはまだ少なかった。そのため，予後が短いと考えられる子どもに対して診断名や病状，今後の見通しなどをいっさい説明せず，医療従事者と親権者のみで意志決定を行い，治療を進めていたことも多かった。

しかし，「子どもの権利条約」第 12 条において「自己の意見を形成する能力のある児童がその児童に影響を及ぼす，すべての事項について自由に自己の意見を表明する権利を確保する」とされているとおり，近年は子ども本人に対して，その発達段階や理解力に合わせた説明を行い，可能なかぎり本人の考えを意志決定につなげていくことが重要視されるようになっている。2012 年に日本小児科学会から示された「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」[4] においても，基本精神として「子どもの気持ちや意見を最大限尊重する」と明記されている。

一方で，前記の実例のように，子ども本人の意志を直接聞くことができない場合も多い。前述のガイドラインでは，そういった場合には，生存時間だけでなく治療による子どもの身体的・精神的苦痛を含んだ「子どもの最善の利益」を最優先させることを，保護者や医療スタッフは確認し，話し合いを重ねること，また必要時には倫理カンファレンスの開催や，倫理委員会もしくは第三者機関への相談も考慮することとしている。この例でも繰り返してそのような議論を重ね，カンファレンスの開催による意志確認ができていたことが，スムーズな対応につながったと考えている。

このような合意形成を行ううえでは，子どもと家族に対して成人以上に精神的なサポート体制が必要であり，医師や看護師のみならず，臨床心理士，Child Life Specialist や Hospital Play Specialist，場合によっては保育士や教師などの多職種による支援を必要としている。また，生存時間を短くする可能性のある治療方針を選ぶことに対しては，第三者から「医療ネグレクトに相当するのではないか」という疑念をもたれる場合もあるため，必要に応じて児童相談所も議論に加わり，短絡的な決定がなされていない過程を共有しておくことも検討されるべきである。

さらには，前記の実例でも頻繁に家族旅行を楽しまれていたように，LTC にある子どもと家族にとって，長期入院を余儀なくされるのではなく，可能なかぎり家庭で過ごし，親子として，きょうだいとして過ごすことはとても意義の大きいことである。その実現のためには，訪問看護や訪問リハビリテーション，訪問診療，訪問歯科診療，訪問薬剤師，ヘルパーなどの在宅サポートや，通所でのリハビリやデイサービス，ショートステイなどのサポート体制が必要である。しかし，介護保険の整備されている成人に比べると，小児の利用できる社会リソースはかなり少なく，その充実が急務である。特に近年，「歩く重症児」といわれるような，医療的ケアを要する状態で歩いたり走ったりできる子どもが増えてきているが，そういう子どもには教育，福祉ともに受けられるサ

ポートが非常に少ないのが現状であり，早急な整備が求められる。

近年では，「小児科医のための緩和ケア教育プログラム（Care for Life-threatening Illnesses in Childhood；CLIC）」などの研修会をはじめ，小児緩和ケアに関する啓発や教育が行われるようになっている。LTC にある小児に関わる多職種に対してさらなる小児緩和ケアの普及を図り，身体的苦痛のみではなく，全人的な視点で子どもと家族を支えることが広く可能となるよう，今後の発展が望まれる。

引用文献

1） Goldman A, et al：Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Oxford University Press. 2006
2） 在宅医療テキスト編集委員会 編：在宅医療テキスト第 3 版．公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団，2015
3） 厚生労働省：死因順位別にみた年齢階級・性別死亡数・死亡率（人口 10 万対）・構成割合．平成 27 年厚生労働省．人口動態統計年報，2015
4） 公益社団法人日本小児科学会 倫理委員会小児終末期医療ガイドラインワーキンググループ：重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン．2012

参考文献

1） 南條浩輝，岩出るり子：小児在宅医療実践の手引き．日総研出版，2015
2） 加藤陽子，他：特集小児緩和医療―包括医療としての取り組み．小児科診療　**75**（7），2012
3） 南條浩輝，望月成隆，他：医療的ケアを要する子どもの在宅療養支援体制の整備に関する基礎調査― NICU 長期入院児が家族とともに暮らすには何が必要か？〔http；//hirokinanjo.com/doc/report_01.pdf〕

2. 小児緩和ケアの現状と展望
F. 地域における小児がん緩和ケア

前田 浩利
（子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田）

子どもの緩和ケアにおける在宅ケアの重要性

世界保健機関（World Health Organization；WHO）では，子どもの緩和ケアを成人のものとは区別して定義し，子どもにとって，在宅緩和ケアが重要であることが明記されている（http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/）。

しかしながら，わが国では成人以上に子どもの在宅緩和ケアは少なく，その実施は困難である。

当法人における小児がんの在宅緩和ケア

当法人（医療法人財団はるたか会）では1999年の開設以来，小児の在宅医療，在宅緩和ケアに積極的に取り組んできた。その結果，現在まで約590例の小児の在宅患者を経験し，157人（27%）が亡くなっている。また，その中で65人（全死亡者の41%）を自宅で看取っている。がん，非がんで分けると，がんの子どもは62人中38人（61%），非がんの子どもは95人中27人（28%）を自宅で看取っている。非がんの子どもより，がんの子どもの方が在宅で多く看取ることができているのは，成人と同じ傾向であり，その数は年々増えている。2016年は11人のがんの子どもが亡くなり，8人（73%）を自宅で看取った。

在宅緩和ケアでできること

多くの医師や患者家族が，在宅医療ではできることが限られていると思っているが，実は，病棟で実施される処置のほとんどは在宅でも行うことができる。採血，心電図，エコーなどの検査は可能である。また，在宅でX線検査が可能な施設もある。輸液も可能で，静脈内投与はもちろん，一般的に小児ではあまり行なわないが，皮下輸液も在宅医療に適している。そのほか，皮下注射，筋肉注射も行う。中心静脈からの輸液，中心静脈の管理，ケア，気管カニューレの交換，胃瘻の交換，尿道カテーテルの交換は，当然行う。また，実施する施設は多くはないが，輸血も実施可能である。そのほかに，化学療法や，精密持続注入ポンプによる麻薬などの薬剤の注入も可能である。

ただし，病棟と在宅では，リスク管理の方法とモニタリングに違いがある。当たり前だが，在宅だと医師や看護師が，傍にいないので，家族が患者を見ていて，モニタリングする必要がある。その分，家族に精神的，身体的負担がかかる。その負担を家族が担ってはじめて，在宅医療は成立する。患者のみでなく，家族のQOLも大切にしてサポートする必要がある。

子どもと成人の緩和ケアの異なる点

緩和ケアのスピリッツは大人も子どもも変わらない。患者のQOL，症状コントロール，精神的ケア，家族ケア，多職種連携などである。しかし，異なる点もある。

1. 成長と発達を支える緩和ケア

大人と子どもの違いは，子どもは常に成長と発達をして，変わり続けることである。それは，どんな病気や障害をもっている子どもでも同じである。成長と発達は，子どもの最大の特徴であり，それは周囲の人，家族にとっても大きな喜びであり，励みでもある。それゆえに，子どもの緩和ケ

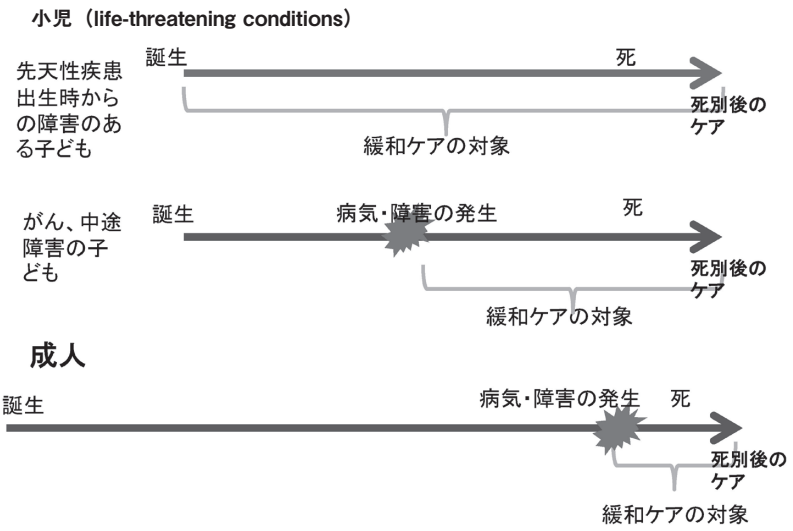


図 1　緩和ケアを必要とする期間の比較[1)]

アには，成長と発達を支えることが求められる。また，子どもは，緩和ケアを必要とする期間の人生の時間の中での割合が，大人とは根本的に異なる（**図 1**）[1)]。

大人は，その人生をある程度生きたところで，病気になり，治らない状態になり，緩和ケアを受ける。いくら，緩和ケアが病気の発症時から開始されるようになったとはいえ，多くの患者にとって緩和ケアを受ける時間は，人生の数 10 分の 1 以下の時間である。しかし，多くの子どもたちは，人生の大半を“生命を脅かす疾患”とともに生き，その間，緩和ケアを必要とする。小児がんでも，さまざまな治療が発達してきたがゆえに，短い人生の半分以上の時間をがんと闘い続けて亡くなっていく子どもも多い。

多くの“生命を脅かす疾患”の子どもにとって，人生の大半の時間を緩和ケアを受けながら生きることになり，緩和ケアは，長期にわたって子どもの人生と生活の重要なパートナーとなる。それは，緩和ケアにとって，成人とは異なる働きを求められることになる。それが，子どものライフステージの変化を支え，成長と発達を支えるという働きである。

2. 子どもとのコミュニケーション

大人の場合，多くは，本人の精神的ケアを行う際に，死に向かう病気についてどの程度理解しているのかを，コミュニケーションによって医師や看護師側が捉えることが可能である。何がしたいか，どのような生活を送りたいか，どこで死を迎えたいか，といった希望を尋ねつつ寄り添うことができる。しかし，子どもの場合は，コミュニケーションの能力が十分に発達していない。知的な障害がある場合も多いため，特殊な技術が必要になる。また，そもそものコミュニケーションが不可能な場合も少なくない。

そのような状況で，患者とのコミュニケーションを重要な柱とする緩和ケアを行うことはそもそも困難である。多くの場合，子どもの代わりに親が，患者に代わってコミュニケーションをすることになる。しかし，親の意向と患者の意向がいつも同じとは限らない。子どもの自己決定権をどの程度まで認めるのかについても，倫理的な側面まで考慮することが必要となる。

3. 家族・家庭とその他の環境

子どもを取り巻く家族は，大人の場合と比べて多様である。両親のケアは当然として，親の関心が病気の子どもに集中する傾向がある環境で，深

く傷ついていることも多い兄弟のケアは非常に重要なテーマになる。両親以外に祖父母などのケアも必要となる。特に子どもの死に対しては，家族の悲嘆がきわめて深いので，医療従事者だけでなく地域や学校など，関わる人びとの精神的な負担が大きい。

特に子どもは，家庭で生活することが決定的に重要である。施設ではなく，在宅でのケアの重要性が大きい点も，家族や学校などまわりの環境に大きな変化をもたらすことになる。

3.「緩和ケア」の受容の困難さ

上記，子どもの死が稀なことの項目でも触れたが，成人と小児の大きな違いは「死」の受容の困難さを背景とした「緩和ケア」そのものの受容の困難さである。非常に印象的な出来事があった。当法人の訪問看護師が，終末期の脳腫瘍の患児のお宅に訪問した際，患者さんが安心されると思い「次は，緩和ケアの専門看護師が来ますから」と伝えたところ，患者家族からクレームがあった。「うちの子どもは看取りのための，看護はしてほしくないです」というものだった。

成人では，治療より生活の質を重視したケアに切り替えるということは，受け入れやすい，しかし，子どもでは「1分,1秒でも長く生きてほしい」という両親の想いは強く，看取りを連想させる「緩和ケア」そのものの受け入れが困難である。

4. 家族が在宅医療に求める医療水準の高さ

在宅医療は，病院の医療と異なり，制約がある。たとえば，1日2回や3回の薬剤の点滴や，輸血など，実施が難しい場合もある。成人なら，1日何回も点滴はできないが，家で暮らせるのでそちらがよいという選択はある。しかし，家族は子どもが受ける医療の質を落とすことに強い抵抗を感じる。最後の最後まで，できるかぎりの治療を受けさせたいと思っている。

この想いが，在宅でのケアへの移行を阻む。「本人は家に帰りたいと言う。できれば，その願いを叶えたい。しかし，家でできることは限られている。ならば，このまま病院に留まるしかない」多くの家族がそう考える。特に悪性腫瘍の場合に，その傾向は強い。したがって，在宅移行当初は，病院と同じレベルの医療を提供できる体制を整えないと，がんの子どもの在宅緩和ケアは実現しないことが多い。

がんの子どもの在宅緩和ケアにおける症状コントロール

がんの子どもの在宅緩和ケアの特徴は，その疼痛コントロール，症状コントロールの困難さである。高齢者のがんに比べ，若年者，特に子どものがんはその疼痛が著しい。子どもにとって，内服そのものが苦痛であることも多く，内服薬だけでがんの子どもの苦痛を緩和することはほとんどの場合，困難である。オピオイドの持続点滴，もしくは持続皮下注射が必要になる。また，オピオイドの量も大量になることが多く，その副作用にも十分な対策が必要である。また，子どものがんにおいては，末期に呼吸苦が出現することも多く，オピオイドに加え，さまざまな補助薬を組み合わせて，症状コントロールを行う必要がある。

そのうえ，こどもの痛みや苦痛の評価は難しい。子どもが，痛みや苦痛を訴えないこともあり，セルフレポートと客観的な苦痛の評価を組み合わせて行う必要がある。在宅緩和ケアにおいては，子どもと家族だけで過ごすことができることが大きな利点であるが，医療者，医師や看護師が居ない時間をつくるためには，子どもの苦痛をほぼゼロにする必要がある。そのため，がんの子どもの在宅緩和ケアにおける症状コントロールは，かなりの技術と経験を要する。

看取りに至るプロセス

自宅で子どもの最期を看取る，病院に勤務している多くの小児科医にとって，実際それをどう患者の家族に話し，具体的に進めていくのか，想像が難しいであろう。それは，以下のようなステップによる。

①最期をどこで過ごすかを患者と家族に決めてもらう。それは，家か病院か？ということである。そして大事なことは，②それをいつ話すか，とい

うことだ。そのタイミングは，初診時ではない。信頼関係ができてからであるが，信頼関係ができるためには，家で良い時間を過ごすことが必要である。家で良い時間を過ごすことを手伝ってはじめて，家族は，われわれ在宅支援の医療者を本当に信頼する。そのために，③症状コントロールが必要になる。多くの親にとって，いくら良い看取りといっても，わが子を看取る体験などしたくない。最初から「緩和ケア」を掲げて，在宅介入するのは，両親にとっては，「自分の子どもの死を受け入れろ」と言われているに等しい。子どもに死んでほしくない，1分1秒でも一緒に居たい，そのために親は，迷い，悩み，手を尽くし，心を尽くす。

医療者が，それを理解し，一緒に悩み，一緒に揺れ，一緒に手と心を尽くしてくれたと感じた時に家族は初めて，その医療者を信頼する。その時に「最期を家で過ごすか，病院で過ごすか」という問いを発することができる。そして，信頼関係が深い分，あるいは良い体験を自宅療養で過ごすことができた分，家族は「自宅での最期」を希望するように感じる。もちろん，家族ごとの事情があるので，「自宅」がすべてのケースで最適というわけではないことは当然である。

文　献

1）前田浩利 編：地域で支えるみんなで支える実践‼ 小児在宅医療ナビ．p.306，南山堂，2013

2. 小児緩和ケアの現状と展望
G. 小児医療に携わる医師のための緩和ケア研修プログラム（CLIC）

永山　淳
（国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 緩和医療内科）

背　景

生命を脅かす疾患（Life-threatening illnesses；LTI）の子どもたちとその家族にとって，緩和ケアが適切に提供されることが大切であることは論をまたない[1,2]。しかし，わが国では医学教育や臨床研修の場において，小児緩和ケアを系統だって学ぶ機会は十分であるとはいえない状況があった。2011年に世界各国の小児緩和ケアの発展レベルの系統的評価が示されているが[3]，それによれば，わが国の小児緩和ケアは全4段階のうちの第2段階とされていて，医療先進国のなかでは際立って低い評価にとどまった。小児緩和ケアの組織化や経済的基盤整備の遅れとともに，研修機会の提供が十分でない点が指摘されている。

こうした状況に変化をもたらす取り組みの1つとして，筆者たちは，小児医療に従事する医師を対象とする小児緩和ケアの基本的な知識や技術，診療態度に関する教育プログラム「小児科医のための緩和ケア教育プログラム（Care for Life-threatening Illnesses in Childhood；CLIC）」を開発した。2010年から開催している研修の成果とともに報告する。

教育プログラムの開発

「平成20～21年度厚生労働省 厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業『がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究』班（木澤班）」の活動の1つとして，小児緩和ケア教育プログラム開発プロジェクトは2009年に活動を開始した。プロジェクトチームは，日本緩和医療学会に所属する，LTIの子どもの診療経験が豊富で，小児緩和ケアに造詣の深い，小児科医，緩和ケア医，看護師，臨床心理士らで構成された。プロジェクトチームは，プログラムに含まれるべき学習項目とプログラムの構造を，国際的な水準[4,5]や国内の実臨床と照らし合わせながら検討した。プログラムは，小児緩和ケアの概論に始まり，疼痛の評価とマネジメント，侵襲的処置時の苦痛緩和，アドバンス・ケア・プランニング，臨死期のケアなどのモジュールから構成されている。特に子どもや保護者とのコミュニケーションを重視して，多くの時間を割いている。また，生命維持治療の中止と差し控え，子どもの自己決定権をめぐる倫理的なディスカッションを行うセッションを設けているのも本プログラムの特徴である。研修会は，2日間の集中開催形式をとり，インタラクティブ講義，小グループディスカッション，ロールプレイ，ビデオ学習という4つの要素からなる教育ワークショップとして設計されている（**表1**）。

研修会の開催

2010年5月に初回の研修会を開催し，以後は年に2～4回の開催を継続している。初年度から2年間は研究班研究補助金のほか，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，笹川医学医療研究財団の事業助成を受けて開催された。2012年度からは，厚生労働省委託事業「小児がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業」として，日本小児血液・がん学会主催（協力・日本緩和医療学会）のもと，開催を継続してきた。これまでに国内から多くの小児医療に携わる医師が研修会を修了しており，小児がん医療に携わる医師はもち

表1　プログラム概要

	モジュール	時間(分)	形式	内容
1	小児緩和ケア概論	40	IL	小児緩和ケアの定義と歴史, 全人的苦痛の概念 LTIの疫学と分類 成人緩和ケアとの類似点と相違点
2	基本的なコミュニケーション	35	IL/RP	医療コミュニケーションのゴール 共感的コミュニケーションの技術
3	子どもの疼痛	80	IL	疼痛の評価:言語的コミュニケーションが可能/不可能な場合に応じて 世界保健機関(WHO)ガイドラインに則った薬物療法
4	処置時の苦痛緩和	35	VL	プリパレーション・ディストラクションの紹介
5	希望を支えるケアプラン	90	SGD	治癒が見込めない神経芽腫の模擬症例を用いたアドバンス・ケア・プランニング
6	小児医療と倫理	120	IL/SGD	生命維持治療の中止と差し控え 子どもの自己決定権
7	難しい場面でのコミュニケーション	100	IL/RP	予期せぬ知らせを伝える 子どもへの説明を拒む保護者との対話 子どもからの思わぬ質問に対処する
8	死が近づいたとき:総論	80	SGD	神経芽腫の模擬症例を用いて, 臨死期の治療・ケア, 患者・家族とのコミュニケーションについて医療チームで検討する
9	死が近づいたとき:救急の場面で	120	SGD/RP	インフルエンザ脳症の模擬症例を用いて, 共感的に救命不可能であることを保護者へ伝える
10	ストレス・マネジメント	25	IL	緩和ケア従事者自身のストレスへの対処

IL：双方向性講義，RP：ロールプレイ，VL：映像教材，SGD：小グループ討議

ろんのこと，小児神経科医，新生児科医，小児救急医などさまざまなサブスペシャリティの医師が含まれている。

2010 ～ 2011 年度は，計 4 回の研修会を開催し，151 名が研修を修了した。厚労省委託事業となった 2012 年度以降，年 3 ～ 4 回の研修会開催を継続し，2016 年度途中までに 639 名が研修会を修了している。研修会修了者の概略を**表2**に示す。

CLIC プログラムの効果

研修会受講の有効性を実証するため，質問紙形式の調査票（Questionnaire for survey on CLIC program efficacy；QLIC）を作成した。質問紙は，小児緩和ケアに関する知識について，研修プログラムの内容から正誤を問う 30 問と，緩和ケア診療における自信と困難感を 5 段階リッカート尺度（「強く同意する」から「強く同意しない」）で評価する 20 問から構成されている。質問紙の内容は，いくつかの小児緩和ケア教育カリキュラムを参考にしながら[6]，複数の小児緩和ケアの専門家によって妥当性を検討した。プログラムの効果を評価するために，研修会開始直前と終了直後に，参加者に QLIC の同じ質問に回答してもらい，研修会前後での変化を測定した。この調査は，2015 年度から開始され，これまでに 146 名のデータが集計されている。集計途上であり，統計学的な検討も十分なされてはいないが，参加者の知識，自信と困難感のいずれもが，研修会の前後で改善する傾向にあった（**図 1, 2**）。

考　察

CLIC では，Train-the-trainer 形式をとる国内外の他の緩和ケア研修会[6, 7]とは異なり，開発プロジェクトチームメンバーがそのまま研修会ファシリテータを務めている。2016 年現在でファシリテータは約 20 名と，少数精鋭での運営を行って

表２　研修終了者概要

開催年	開催回数	研修会修了者数	
2010	2	68	
2011	2	83	
2012	3	110	
2013	3	74	
2014	4	98	
2015	4	135	
2016(2016年11月まで)	3	71	
総計	21	639	
性別		人数	(%)
男性		391	61.2
女性		242	37.9
不明		6	0.9
年齢		範囲	中央値
		27～67	37
小児診療の経験年数		人数	(%)
15年未満		394	61.7
15年以上		235	36.8
不明		10	1.6
サブスペシャリティ		人数	(%)
小児血液･腫瘍		324	50.7
小児神経･発達		69	10.8
新生児		42	6.6
小児循環器		17	2.7
小児感染症･アレルギー		18	2.8
小児腎･泌尿器		10	1.6
小児救急･集中治療		12	1.9
一般小児科		23	3.6
外科系(小児外科･脳外科･整形外科)		50	7.8
その他(在宅医療, その他)		67	10.5
不明		7	1.1

いる。各モジュールの制作意図を十分理解したメンバーがファシリテータを務めることで，研修会の質を高く保つことが可能となっている。また研修会での経験を直接フィードバックすることで，教材のブラッシュアップにもつながっている。研修会の対象者を小児医療に携わる医師に絞り込んだことで，少ないマンパワーであっても，研修会の継続開催が可能となっている。

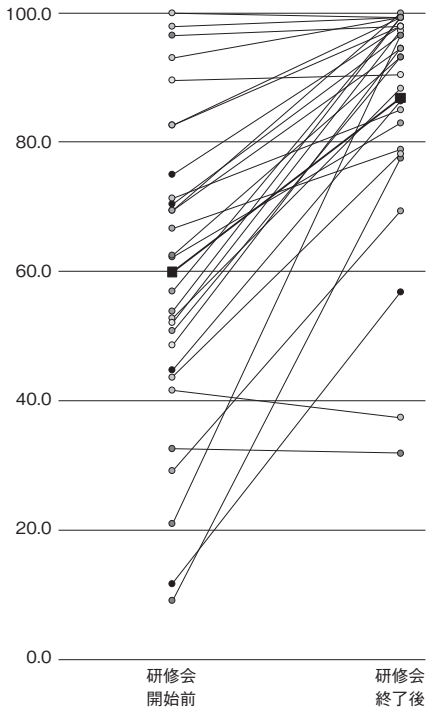


図１　研修会修了者の知識の変化（n=146）

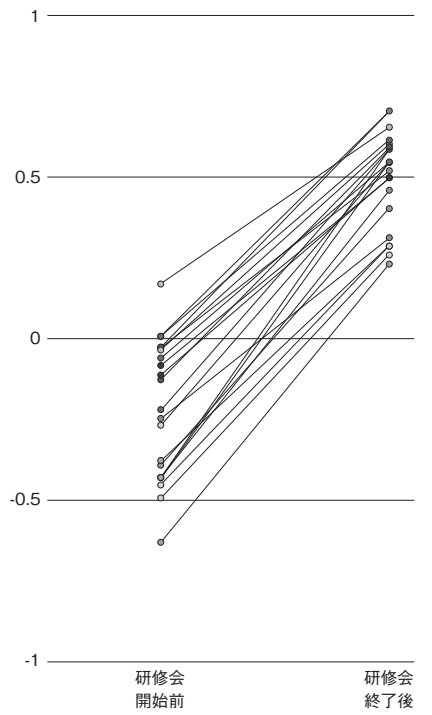


図２　研修会修了者の態度・自信の変化（n=146）

これまでに医療従事者に対する緩和ケア教育プログラムの開発と効果に関するさまざまな報告があるが[7,8]，小児緩和ケアに関するものは決して多くない。北米では，Education in palliative and end-of-life care（EPEC）や，End-of-Life Nursing Education Consortium（ELNEC）など，医療従事者の緩和ケア教育に先進的な取り組みが知られている。2012年からは小児科医と専門看護師を対象としたEPEC–pediatricsによる，Train–the–trainer形式での研修が開始されており，その効果については現在検証が進められている[9]。今回のQLICによるCLICの研修効果判定では，研修会前後である程度の教育効果があることが示唆されているが，より詳細な統計学的検討が必要である。また，研修修了からの遠隔期において，修了者の知識，自信の持続性を確かめることも求められる。修了者の自信や態度の変化については，質的研修での検討が適当かもしれない。本来，CLICの最終的な成果は，小児緩和ケアの提供対象であるLTIの子どもたちや家族の福利を生むことである。その意味では，彼らの苦痛が軽減され，満足を生み出しているか否かを確かめることが望ましい。

まとめ

小児医療に携わる医師を対象とした小児緩和ケア教育研修プログラム「CLIC」の経緯を振り返り，現況と今後の課題を明らかにした。修了者の専門性は小児がん領域にとどまらず，LTIの子どもたちの診療に携わる，さまざまなサブスペシャリティにわたっていた。研修による一定の学習効果があることが示唆されるが，さらなる検討が求められる。

文献

1) Himelstein BP, Hilden, JM, Boldt AM, et al：Pediatric palliative care. N Engl J Med **350**（17）：1752–1762, 2004
2) Hain R, Heckford E, McCulloch R：Paediatric palliative medicine in the UK：past, present, future：Figure 1. Arch Dis Child **97**（4）：381–384, 2012
3) Knapp C, et al：Pediatric palliative care provision around the world：a systematic review. Pediatr Blood Cancer **57**（3）：361–368, 2011
4) Goldman A, HainR, Liben S（eds）：Oxford textbook of palliative care for children. Oxford University Press, 2012
5) Kolarik RC, Walker G, Arnold RM：Pediatric resident education in palliative care：a needs assessment. Pediatrics **117**（6）：1949–1954, 2006
6) Schiffman JD, Chamberlain LJ, Palmer L, et al：Introduction of a pediatric palliative care curriculum for pediatric residents. J Palliat Med **11**（2）：164–170, 2008
7) Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, et al：Outcome evaluation of the palliative care emphasis program on symptom management and assessment for continuous medical education：nationwide physician education project for primary palliative care in Japan. J Palliat Med **18**（1）：45–49, 2015
8) Ferrell BR, Dahlin C, Campbell ML, et al：End-of-life nursing education consortium（ELNEC）training program：improving palliative care in critical care. Crit Care Nurs Q **30**（3）：206–212, 2007
9) Widger K, Friedrichsdorf S, Wolfe J, et al：Protocol：evaluating the impact of a nation-wide train-the-trainer educational initiative to enhance the quality of palliative care for children with cancer. BMC Palliat Care **15**（1）：12, 2016

2. 小児緩和ケアの現状と展望
H. 研究の動向

余谷 暢之　木澤 義之
（神戸大学大学院医学研究科 先端緩和医療学分野）

小児緩和ケア研究の課題

小児緩和ケアは広く小児科領域全体に関わる新しい領域である。したがって，ケアの提供者の背景は，医師においてもプライマリ・ケア，腫瘍，集中治療，精神，麻酔など多様であり，また看護師，心理士，医療ソーシャルワーカー（MSW）など多職種にわたる。その結果，緩和ケアの対象疾患は多岐にわたり，提供体制もさまざまな形が存在する。

小児緩和ケア領域における研究は，これまで十分に行われてこなかった。2001 年における小児緩和ケア領域の研究は pubmed 検索で 30 編の論文がみられる程度で，その多くは論説や総説などであった。しかし，2010 年には 65 編の論文が発表され，調査研究やケースシリーズ，後方視的検討，質的研究などが報告されるようになってきている[1]。小児緩和ケアは新しい分野であるが，成人の緩和ケアに関する研究の方法論など参考にして多くの研究の実施が可能である。一方で，小児独特の緩和ケア研究に対する障壁として，以下の課題がある。

1. 対象者が少ない

小児緩和ケアの対象となる子どもたちの有病率は，10,000 人当たり 8 ～ 10 人といわれ，そのうち 10%が毎年死亡するとされている[2]。それゆえに研究を行うに当たっても，十分なサンプルサイズを得ることが難しい。

2. 発達段階により評価法や使用薬剤が限定される

成人と違い，発達過程にある小児においては，自分の症状をきちんと訴えられないことがあり，成人の緩和ケア領域で使われている評価および効果判定方法が使用できない。MSAS 10 ～ 18[3] や PedsQL 4.0[4] など小児で用いられる症状や健康に関連する QOL の指標はあるが，進行疾患に関する指標の開発や妥当性の評価は行われていないため，緩和ケアにおいて使用できるとはいいきれない。また，小児に適応のない薬剤が多く，症状緩和に際して薬剤選択が限られる。

3. 対象疾患が多岐にわたる

死に至る子どもの疾患は多様であり，したがって緩和ケアの対象疾患も多岐にわたる。たとえば，米国においてがんや心疾患は子どもの事故以外の死亡原因の上位にあるが，それぞれ全体の 9%，4%にすぎない[5]。またがんにおいても，脳腫瘍と白血病では呈する症状や症状経過が異なる。また，急性外傷後や神経疾患の子どもは，さらに異なったニードをもっている。そして，小児緩和ケアは，疾患のみならず，子どもや家族の背景や環境によってその個別性が高い。また，病気や環境のみならず，発達段階によっても介入方法が異なるため，より個別性が高くなり，研究を行う際には障壁となる。

4. ケアの提供者が多岐にわたる

疾患の多様性は，そのままケアの提供者の多様性につながる。したがって，ケアの提供者の背景は多彩で，多職種にわたる。そのため，それぞれが自分の所属するフィールド（たとえば神経疾患，血液疾患，新生児など）で完結することが多く，緩和ケア全体としての統合的な研究体制が構築されていない。

5. 症状経過の予測がつきにくい

予後予測の難しさは，緩和ケア導入のタイミングや研究計画の作成の際に障壁となる。急性期の予後の指標として使われる PRISM[6] や PIM[7] などのスコアは，患者が死亡する可能性が高いかどうかの予測には有用であるが，亡くなるタイミングについては評価できない。

6. 研究からの脱落率が高い

緩和ケアの研究においては，途中で亡くなる，症状が変化するなどの理由で，研究中の脱落が多いとされている。成人の研究においても 35 ～ 80％の脱落があるとの報告がある[8]。

7. 資金が得られにくい

小児緩和ケア自体が新しい分野であり，資金を支援する団体における認知度はまだそれほど高くない。また，専門分野として認められておらず，科研費などの公的研究費が得られにくい。

8. 倫理的課題

子どもの死はとても痛ましいものであり，先進国においてはその頻度は少ない。したがって，生命を脅かす疾患に罹患する子どもやケアする家族，医療従事者は，精神的なストレスが大きく，脆弱である。それゆえに，それ以上の侵襲を与えることがないように，慎重に研究倫理を検討する必要がある。

小児緩和ケア研究の現状

小児緩和ケア研究の現状を示すために，小児緩和ケアの提供体制，痛みやその他の症状，アドバンス・ケア・プランニング，ビリーブメントケアの 4 つの分野について紹介し，代表的な論文を示す。

1. 小児緩和ケアの提供体制についての研究

小児緩和ケア研究においてまず明らかにすべき重要なことは，小児緩和ケアの対象者は誰か，小児緩和ケアの提供体制はどのようなものがよいか，小児緩和ケアはいつから始まるのかということであり，これまでに行われてきた小児緩和ケアに関する研究の多くは，緩和ケアプログラムに関する記述研究や緩和ケアサービスに関する研究である。これまでもいくつかの報告が行われ，現在も世界各国で研究が進められている。

1）**文献**　Widger K，et al：Pediatric palliative care in Canada in 2012：a cross-sectional descriptive study. CMAJ Open 4：E562-E568, 2016

2）**目的**　2012 年のカナダにおける小児緩和ケアプログラムの現状と小児緩和ケアを受けている子どもたちの現状について明らかにすること。

3）**方法**　横断研究

4）**結果**　2012 年現在，カナダでは 13 の小児緩和ケアプログラムが提供されており，うち 3 つは独立型の小児ホスピス，病院併設型が 10 施設で行われている。2012 年に小児緩和ケアが提供された子どもたちは 1,401 人であった。年齢は 1 歳未満が 508 人（36.2%）であり，次いで 1 ～ 4 歳が 284 人（20.3%），5 ～ 9 歳が 247 人（17.6 %）であった。背景疾患は，先天性疾患が 402 人（28.7％）と最も多く，次いで神経疾患が 375 人（26.8%），悪性腫瘍が 221 人（15.8％）であった。1,401 人のうち，431 人（30.8％）が 2012 年中に死亡したが，その死亡場所は，集中治療室・救急が 24.4%，自宅が 21.3%，一般病院が 19.7%，ホスピス・緩和ケア病棟が 15.3%であった。

2. 痛みやその他の症状に関する研究

小児緩和ケアに関する研究の多くは，記述研究や疫学研究が中心で，介入研究はまだ始まったばかりである。痛みや，その他の症状に対する研究においても，症状における疫学調査や症状の評価に関する研究はいくつか行われているが，介入研究はまだ十分に行われていない。

1）**文献**　Zhukovsky DS，et al：Symptom profiles in children with advanced cancer：Patient，family caregiver，and oncologist ratings. Cancer 121：4080–4087, 2015

2）**目的**　小児の進行がん患者の症状の頻度を明らかにし，症状評価に関して本人・介護者・医療者間の評価の一致度を検討すること。

3）方法　横断研究

4）結果　60組の患者と介護者が研究に参加し，患者の平均年齢は10歳（7～18歳）であった。pMSASを用いて症状の評価を行った結果，9人（15%）は症状がなく，2つ以上の症状を有する患者が38人（63%）であった。7～10歳においては倦怠感（45%），かゆみ（30%），11～18歳においては痛み（50%），気力がない（45%）の症状の訴えが多くみられた。介護者は，患者よりも優位に悲しみを挙げる割合が有意に高い結果であった（OR：3.77）。患者と介護者の評価の相関についてはおおむね良い結果が得られたが，介護者と医師については有意な相関が得られなかった。

3. アドバンス・ケア・プランニングに関する研究

小児におけるアドバンス・ケア・プランニングについては，大きく2つの課題がある。1つ目は，幼少時や神経疾患など自分で意思決定できない子どもたちに対するアドバンス・ケア・プランニングにおいては，代理意思決定者である両親との話し合いが中心になることである。もう1つは，思春期年齢の患者との話し合いである。医療者にとっては，予後がはっきりしないこと，両親が非現実的な期待をもっていること，医療者が十分なトレーニングを受けていないことなどが障壁となり，十分に実施できないことが報告されている[9,10]。

日本血液学会認定血液専門医を対象に行った思春期小児に対するアドバンス・ケア・プランニングの現状についての報告を以下に示す。

1）文献　Yotani N，et al：Difference between pediatricians and internists in advance care planning for adolescents with cancer. J Pediatr doi：10.1016/j.jpeds.2016.11.079.

2）目的　思春期がん患者に対するアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning；ACP）の実践と障壁における小児科医と内科医の差について検討する。

3）方法　質問紙を用いた横断研究

4）結果　患者の予後が3カ月未満の場合，患者自身とACPを実践している頻度は，項目別に「病状について話し合う」（小児科医59%，内科医70%：以下同順），「病状の理解を確認する」（55%，66%），「DNARオーダーについて話し合う」（17%，24%）であり，小児科医よりも内科医の方が患者自身とACPを実践している割合が有意に高いという結果が得られた。一方で，家族とのACPは内科医，小児科医とも前述した項目について75%以上の医師が実践しており，本人よりも家族と話し合う頻度が高いことが明らかとなった。

4. ビリーブメントケアに関する研究

子どもとの死別体験は，他の死別体験と比較しても，より峻烈であるとされている。子どもとの死別体験を経験した両親は，死別後の死亡率が高い[11]，精神疾患の有病率が高い[12]，がん発病の割合が高い[13]，失業や経済的破綻の割合が高い[14]との報告があり，ビリーブメントケアについても重要な研究課題である。

1）文献　Williams C, et al：Supporting bereaved parents：practical steps in providing compassionate perinatal and neonatal end–of–life care. A North American perspective. Semin Fetal Neonatal Med 13：335–340, 2008

周産期医療においてもビリーブメントケアは重要である。寄り添いながら明快で一貫したコミュニケーションをとることが，信頼関係の構築につながる。意思決定においては，shared decision-makingを意識する。患児の存命中に家族に対して身体的・精神的支援を行うだけでなく，亡くなった後も継続して，医療的，精神的，社会的ケアを行うことが重要である。このようなアプローチは，両親の悲しみを和らげるために有用である可能性がある。

小児緩和ケア研究の展望

2008年にカナダの小児緩和ケアに関わる研究者および臨床家によるDelphi研究[15]では，以下の4つの研究が優先的に行われるべき研究として挙げられている。①小児緩和ケアを受けている子どもと家族にとって最も重要なことは何か，②家族におけるビリーブメントケアのニーズはどのよ

うなものか，③痛みやその他の症状緩和において標準的な最もよい対処法は何か，④終末期における症状緩和の最も効果的な戦略は何か。

2015年に報告されたアメリカの小児緩和ケアの専門家と小児緩和ケアを受けている家族によるDelphi研究[16]では，「家族が終末期の意思決定を行う際に助けとなる方法の開発と評価」「緩和ケアの早期介入群と後期介入群における患者家族のアウトカムの比較」「終末期の意思決定における臨床医に対する教育プログラムの開発とその効果の検討」「エビデンスに基づいた小児緩和ケア実践ガイドラインの開発と妥当性の評価」をはじめとする20の研究が優先的に行われるべき研究として挙げられている。

わが国においては，2012年6月に閣議決定された第2期がん対策推進基本計画において，「小児がん」が新たな重点項目となり，取り組むべき課題として小児がん治療施設の集約化と小児がん患者に対する切れ目のないフォローアップ体制の確立，患者家族支援が挙げられた。そのなかで治療中から一貫した疼痛管理，終末期ケアを含めた緩和ケアの充実が明記されている。2013年に小児がん拠点病院15施設が選定され，小児緩和ケアの実践が行われ始めたところで，小児緩和ケアに関する実態についてはまだ正確なデータは得られていない。多施設共同研究の体制を整備し，先に紹介したカナダで行われた研究のように，小児緩和ケアを受けている子どもたちの現状を把握し，データベース化していくことで苦痛症状の疫学調査，頻度の高い緩和困難な症状の抽出を行い，観察研究，介入研究を行う体制づくりを整備することが重要である。

文献

1) Goldman A, et al：Oxford textbook Palliative care for children. 2nd ed. Oxford University Press, 2012
2) The Big Study for life-limited children and their families, Together for Short Lives, 2013
3) Collins JJ, et al：The measurement of symptoms in children with cancer. J Pain Symptom Manage **19**：363–377, 2000
4) Varni JW, et al：PedsQL 4.0：reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care **39**：800–812, 2001
5) Mathews TJ, et al：Annual summary of vital statistics：2008. Pediatrics **127**：146–157, 2011
6) Pollack MM, et al：Pediatric risk of mortality (PRISM) score. Crit Care Med **16**：1110–1116, 1988
7) Shann F, et al：Paediatric index of mortality (PIM)：a mortality prediction model for children in intensive care. Intensive Care Med **23**：201–207, 1997
8) Rinck GC, et al：Methodologic issues in effectiveness research on palliative cancer care：a systematic review. J Clin Oncol **15**：1697–1707, 1997
9) Brook L, et al：Predicting death in children. Arch Dis Child **93**：1067–1070, 2008
10) Durall A, et al：Barriers to conducting advance care discussions for children with life–threatening conditions. Pediatrics **129**：e975–982, 2012
11) Li J, et al：Mortality in parents after death of a child in Denmark：a nationwide follow–up study. Lancet **361**：363–367, 2003
12) Li J, et al：Hospitalization for mental illness among parents after the death of child. N Engl J Med **352**：1190–1196, 2005
13) Rosenberg AR, et al：Systematic review of psychosocial morbidities among bereaved parents of children with cancer. Pediatr Blood Cancer **58**：503–512, 2012
14) Dussel V, et al：Unmeasured costs of a child's death：perceived financial burden, work disruptions, and economic coping strategies used by American and Australian families who lost children to cancer. J Clin Oncol **29**：1007–1013, 2011
15) Steele R, et al：Research priorities in pediatric palliative care：a Delph study. J Palliat Care **24**：229–239, 2008
16) Baker JN, et al：Research priorities in pediatric palliative care. J Pediatr **167**：467–470, 2015

3. 子どもホスピス型施設における活動の萌芽
A. あそび創造広場 TSURUMI こどもホスピス（大阪府大阪市）

市川 雅子　高場 秀樹
（あそび創造広場 TSURUMI こどもホスピス）

はじめに

2016 年 4 月，大阪市鶴見区にコミュニティ型のホスピスとして，「あそび創造広場 TSURUMI こどもホスピス（以下，TCH）」はオープンした。地域の方にとっても身近な鶴見緑地公園の南東に位置し，周囲は市民プールやドッグランに囲まれている。

オープン以降，たくさんの方々が見学に来られた。多くは，TCH の利用を希望する子どもとその家族で，その問い合わせ件数はオープンから半年余りで 90 件を超えた。そのうち約 50 件の家族が，利用申し込みに至っている。ホスピスの利用希望者以外では，視察の受け入れ態勢が整った 7 月以降から現在までに，10 団体以上，70 名を超える関係者が視察に来られた。その地域は，沖縄，鳥取，神奈川，長野と，関西圏に留まらず，TCH の取り組みが全国的な関心のもとにあることを示している。

コミュニティ型のこどもホスピスの活動は，地域に根差した緩和ケアにもつながる，新しい取り組みである。地域を巻き込み，地域に支えられるこどもホスピスが，どのような活動を実践しているのか，ここでご紹介する。

TCH ができるまで

2009 年，世界で最初にできた子どものためのホスピス，英国の「ヘレン＆ダグラスハウス」の創始者である，シスターフランシスが来日された。その際，シスターフランシスの講演を聞いた大阪市立総合医療センターの医師と看護師がこの取り組みに共感し，翌 2010 年 7 月に「こどものホスピスプロジェクト」を発起し，12 月に一般社団法人「こどものホスピスプロジェクト」を設立した。“できることから始めなさい”という，シスターフランシスの言葉を柱として，病気を抱える子どものための遊び，教育，外出支援，子どもを亡くした家族への相談活動が，医師，看護師，プレイワーカー，音楽療法士ら，多くのボランティアによって始まった。そのようななか，プロジェクトの関係者の勧めもあり，2012 年，ユニクロのクローズ・フォア・スマイルズに応募し選出され，ホスピス建設のための資金を得られることになった。2014 年には，大阪市鶴見区緑地駅前エリアの整備・管理運営事業者に選出され，ホスピス建設に向けて大きく前進することとなった。そして，“できることから始めた”日から 5 年後の 2015 年 12 月 25 日，「TSURUMI こどもホスピス」が完成し，2016 年 4 月より運営がスタートした。

TCH のビジョン

TCH が大きく掲げるビジョンは，「世界水準の子どもホスピスを目指す」である。世界水準の子どもホスピスとは，以下の 4 つの基準を指す。

1. friendship　友として寄り添う
2. home from home　病院ではなく家である
3. free standing　財源を寄付に頼った慈善活動である
4. local initiative　地域に根差した自発的な活動である

病院でも福祉施設でもない，コミュニティ型ホスピスとしての TCH の活動は，日本の小児緩和ケアが課題としている，地域コミュニティへの普

及という点に，大きな力点が置かれている。目指すのは，重い病気や障害があっても，孤立することなく，地域社会の一員であることをその家族が実感して生活できること。そのために，公的なサポートではカバーできない領域に気づき，埋めていくことこそが，TCH が取り組むケアである。

なかでも，私たちが最も大切にしている姿勢が，“friendship 友として寄り添う”である。

「家族みんなでお風呂に入りたい」「家族みんなでご飯を食べたい」「きょうだい同士，一緒に遊ばせたい」「学校にもっと行きたい」「みんなと同じことがしたい」など，ホスピスを利用する子どもと家族が望むことは，決して特別なことではなく，誰でも簡単に当たり前にできると考えられることばかりである。これらをサポートするためには，特別なサービスは必要ない。私たちにできることは，既定のサービスに子どもや家族を当てはめるのではなく，友としてできることは何かを考え，子どもと家族の生活に新たな選択肢を増やすことである。そのように，制度やサービスではなく，地域にいる友として支援することで，「家庭的な環境の中で，安らぎ，楽しみ，学び，慈愛を得ることができ，つらい時，悲しい時，いつも支えが得られる場所であり，人であり続ける」という，ホスピスのミッションが達成できるものと考えている。

TCH の特徴・対象

TCH には，コミュニティ型のホスピスとして，いくつか特徴的な点がある。

①税金が投入されていない

②医療・福祉機関ではない

③ 120 名を超えるボランティアが登録している（2016 年 10 月末時点）

医療を行わないホスピスに，家族は安心して来られるのか，という質問を受けることがあるが，利用を希望される家族にまず確認するのもこの点である。家族には，医療設備がないこと，すべての医療機器を持参する必要があること，医療的ケアは基本的に家族にお願いしていることを，最初の問い合わせ時に伝えている。

現在，人工呼吸器を使用しているメンバーが 6 名いる。これらのメンバーは，子どもに医療が必要な時には短期入所施設を利用し，TCH は家族で安心して過ごす場所として，使い分けている。医療が整っている安心感とは別に，自分たちの状況をよく理解した人たちが，ウェルカムな雰囲気で迎えてくれる場所も，家族は望んでいるのだと思う。

TCH の利用基準としては，以下の 3 点が決められている。

① LTC（life-threatening condition = 生命を脅かされる状況にある）の子どもとその家族

②用できる年齢は，おおむね 18 歳まで（きょうだいは年齢の制限はない）

③家族と一緒に利用する

LTC の基準については，個々の子どもの病状を，家族と主治医の両方から提出いただくエントリー用紙をもとに，独自のシートを用いてスコアリングを行っている。さらに，家族の困窮度も含めて，TCH 利用の優先順位を判断している。その後，ケアスタッフが子どもと家族からの聞き取りを行い，利用方法について相談のうえ，第三者機関である利用者承認委員会を経て，TCH メンバーとして承認される流れである。

TCH の利用について

オープンからの約 7 カ月間で，TCH メンバーに登録された 50 家族の子どもの疾患別内訳を**図 1** に示す。

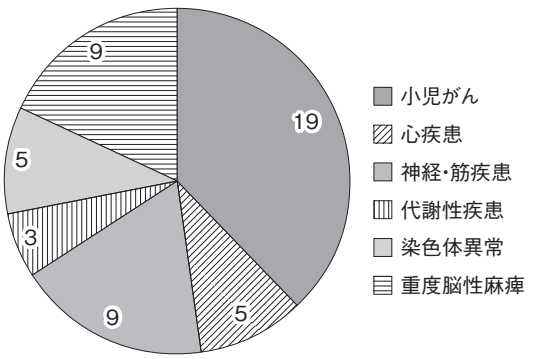


図 1　疾患別メンバー内訳（人）
（2016 年 4 月～ 10 月末時点）

TCH の利用形態や頻度は，メンバーの緊急度と困窮度によって異なる。

緊急度は，病状の厳しさである。50 家族の子どものうち 16％は，エントリー時点で病状が非常に厳しい状態にある子どもであった。これらのメンバーは，現在も治療中，あるいは入院中であることが多く，家族の希望に応じた日程で利用できるよう，随時スケジュールを相談している。この状態にある子どもと家族が，TCH の利用を最も優先されるメンバーで，所定の手続きを経ずに，すぐに利用を開始する場合もある。

困窮度とは，子どもやきょうだい，家族がもつ地域とのつながり，家族に関わる医療的ケアのボリューム，外出の機会の有無などから判断する。たとえば，医療的ケアを 24 時間必要とする子どもを在宅で介護されている家族の場合，家族で出かける機会は非常に限られている。家と病院しか行き場所がない，という方も少なくない。TCH では，このような困窮度の高いメンバーの利用を優先している。「家族と外出ができた」「きょうだいと遊ぶことができた」そんな当たり前の積み重ねによって，お子さんと家族の生活に，広がりがもたらされることを願っている。

緊急度と困窮度は，定期的に再評価を行い，病状の変化だけでなく，環境の変化なども考慮し，状況に応じた利用方法の見直しを行っている。

表 1　TCH 利用方法別　利用人数

（2016 年 4 月～ 10 月末時点）

利用方法（参加世帯数）	利用家族（世帯）	利用人数内訳（人）	
		子ども	おとな
パーソナル利用（個別）	28	57	73
	利用具体例	・余命宣告後，闘病中を支えあった家族を招いて最後のパーティー ・入院中お世話になった親戚家族とサンクスパーティー ・在宅後，初めての家族での遊び外出 ・病気発症後，初の家族との外出（入院中の病院より）など	
ゾーン利用（2～5家族/回）	41	75	60
	利用具体例	・フルートとハープのコンサート，紙芝居，フラワーセラピーなどのスペシャルスキルをもつボランティアの企画 ・家族間交流，情報交換，きょうだい交流	
イベント利用（5～10家族/回）	37	69	52
	イベント内容	・ホスピタルクラウンがいっぱい ・水遊び，夏祭り，親子ヨガ，秋祭り ・ハロウィン，プラネタリウム	
総メンバー利用数	106	201	185
（※）メンバー外利用	46	67	72
	利用内容	・小児がん経験者対象 ・地域の子どもへのTCH開放（12歳以下）	

TCH 活動と利用の実際

それぞれの子どもの緊急度，困窮度によって，どのような利用の機会があるのか，その利用状況を**表 1** に示した。

パーソナル利用とは，家族単位で TCH を利用する方法で，病状により個別な配慮が必要とされる場合の利用方法である。

ゾーン利用とは，複数の家族との交流によって，子どもと家族の楽しみを広げられる利用方法である。

イベント利用は，病状が安定しているメンバーを対象とした，大きな集団の中で体験を広げる機会とする利用方法である。病状的にはパーソナル利用対象の子どもであっても，希望に応じて，イベントに参加できるよう，環境に配慮する場合もある。

TCH では，重い病気や障害のある子どもと家族が暮らす地域社会に目を向け，地域の中で彼らを支えていくための取り組みを模索しているところである。そのために，メンバーの利用のサポートだけでなく，地域一般の子どもや家族にも開いた活動を行うことで，緩やかな交流の機会を提供している。地域向けのイベントなどを通してホスピスがもつ安心感や温かさを，地域の子どもと家族に知ってもらうことは，メンバーの子ども，家族とも緩やかな接点につながると考えている。

地域の子どもに開いたイベントでは，近隣の子育て世代の方から，ずっとホスピスの活動を気に

してくださっていた方々まで，多くの方に参加いただいた。そのなかには，以前に小児がんを経験した子どもとその家族や，ＴＣＨの利用を考えている子どもの家族も含まれていた。地域の子どもや家族にも開く機会をつくるということは，ただの地域交流にとどまらず，地域に暮らすさまざまな特別なニーズをもつ子どもと家族との接点にもなると，改めて感じた。

今後の課題

オープンから半年余りが過ぎ，次年度に向けた課題も明らかになった。①週末のお泊り（ナイトケア），②自宅への訪問（hospice at home），③グリーフケア，の３点である。

2016 年度は，コミュニティ型ホスピスとして，まずは地域に暮らす LTC の子どもとその家族が安心して来られる居場所となることを目的に，日中のケアプランの充実に力を入れてきた。今後は，ケアの質を高めるためのケアメニューの拡充が重要となる。ナイトケアと訪問は，今年度仕組みとして確立することはできなかったが，試験的な宿泊の検証，登録メンバーの自宅へ訪問し，家族から話を聞く，子どもの様子を知るなどの取り組みはスタートさせている。これらの活動を拡充させるうえでも，寄付のバリエーションを豊かにし，安定した財源を獲得することも同時に重要となる。さらに，ボランティアとの協働を軸にしながらも，ホスピスケアラーの質を高める工夫と，地域社会への発信を意識したスタッフの育成を行うことが，TCH としての大きな課題である。

地域に開いたホスピスの活動は，子どものホスピスの理解を深め，TCH の活動を応援してくださる支援者を増やすことにつながっている。コミュニティ型ホスピスの活動は，まだ始まったばかりである。

3. 子どもホスピス型施設における活動の萌芽
B. 奈良親子レスパイトハウス（奈良県奈良市）

富和 清隆
（奈良親子レスパイトハウス，東大寺福祉療育病院）

背景と設立までの経過

2009年10月7日，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の支援で，子どもホスピスヘレン＆ダグラスハウス」交流セミナーが大阪市中央公会堂で開催され，その翌日，サテライトミーティング，「奈良で子どものホスピス・レスパイトケアを考える会」を開催した。

東大寺本坊100畳の間に100人を超える地元の小児医療・福祉・教育関係者が集まり，ヘレンハウス創始者シスター・ドミニカによる「子どもホスピスの理念」，東大寺森本公誠長老による「8世紀における日本の医療行政」などの講演を聞き，古今東西，宗教の違いはあっても，病児・障害者を支援する者の在り方を深く考える機会となった。

シスター・ドミニカの講演では，「深く生きる」という言葉がキーワードになり，わが国の医療・福祉制度では注目されてこなかった，常に生命の危機に直面する（life-threatening condition）子どもとその家族へのスピリチュアルケアの重要性が語られた。また森本長老は，奈良時代の医療福祉政策の背景にある慈悲喜捨の考えについて語られた。

そうした学びを形にするために，参加者が中心となり，翌年，奈良小児在宅医療支援ネットワークが結成され，小児在宅医療の実態調査とともにレスパイトの研究的実践活動を進めることとになった。

在宅医療児のスピリチュアルケアをどのように進めるか。ヘレン＆ダグラスハウスの運営は参考にはなるものの，文化・社会制度が異なる日本では，そのままの形で輸入し実践するのは困難と思われ，先行して試験的に実施した「親子レスパイト」（後述）を事業として続けて進めることとし，奈良小児在宅医療支援ネットワークが母体となり，一般社団法人奈良親子レスパイトハウスが設立された。

活動理念

1. 親子，家族であることを大切に

釈迦は慈悲を，「あたかも，母性がその1人の子をおのが命に代えてまもるがごとく」と表現している[1)]。親が子を守る行動は人のみならず広く動物でもみられ，他者との関わり，社会性の起源と考えられている[2)]。

難病や重度の障害をもちながら成長する子どもとその親や家族は深い絆で結ばれ，子どもは親を深く信頼し，親は子どもの親であることに深い喜びを感じている。また一方で，障害の子どもをもつゆえに，親子であることの喜びを知る余裕もないままに疲れ果ててしまう家族もいる。また経済的，身体的，心理的余裕がなければ，親子の喜びも忘れがちである。限られた命，能力であっても，深く豊かに生きることができることに気づいてもらうためには，親子が共に快適な時間を過ごすことが必要である。

そこで，親子，家族であることを大切にしてもらうことを目的の第一に挙げ，その活動を「親子レスパイト」と名づけた[3)]。

2. フリーバリア

障害児・者のみならず誰にとってもがユニバーサルデザイン，バリアフリーの環境が望まれる。しかし，物理的バリアをまったくなくし，自立的

に生きることのみを目指すのではなく，人の手助けを得てバリアを一緒に越えることを大切にすることとした。

3. 貯えない

施設を管理し事業を進めるには，資金と物品が必要である。しかしいずれも，調達し管理するには多くのエネルギーを要する。資金調達（fund raising）のために理念に沿った事業活動が疎かにならないように，また，不必要な物品が残ることがないように心がけている。

4. 善き友として

医療や福祉の現場では，制度に沿った契約関係の下で活動がなされる。しかし，契約関係の下では，人としての関係性を結ぶのに制約がある。親子レスパイトでは，制度に基づく医療行為や福祉援助は行わないこととし，誰もが善き友として関わることとした。

活動拠点と施設整備

発足当初は，東大寺の宿坊，華厳寮を使って親子レスパイトを実施した。2011 年，東大寺境内にある旧職員寮（2 軒続き，敷地約 600 ㎡）を親子レスパイトハウスとして無償で借用することができた。大正時代の日本家屋で，一部改修し，事務室と日中活動の場として利用が始まった。敷地内にはシンボルとなるスモモやモクレン，ツバキなどの植栽があり，一部を菜園として整備した。

2016 年春，日本財団からの支援と個人寄付をいただき，プレハブ部分をキッチンサロン（約 30 ㎡）に改修，また風呂を増設した（**図 1**）。それにより，華厳寮を利用せずとも宿泊が可能になった。

図 1　奈良親子レスパイトハウスの中庭
キッチンサロン（左），と旧職員宿舎（右）手前はシンボルツリーのスモモ。

活動の実際

1. 対象者と条件

対象者は，命の危機に直面する（life-threatening condition）在宅児（おおおね 20 歳まで）とその家族で，「親子レスパイト」の趣旨に賛同した人。主治医の推薦，参加協力を前提とする。あらかじめ，状態やケアの状況，希望を聞き，それらに合わせた活動の準備を行う。宿泊親子レスパイトは原則 1 家族，日帰りの場合は数家族一緒である。

2. 親子レスパイトでのおもな活動

親子レスパイトでの行事を大まかに 3 つにまとめることができる。「奈良を味わう」「寧楽（なら）に遊ぶ」「善き友に会う」である。また年に一度，市民交流セミナーを実施してきた。

1）奈良を味わう

レスパイトハウス内の菜園や会員の畑から収穫した野菜，大和ポーク，大和牛など，できるかぎり地元の食材を使った献立を準備し，ボランティア会員が料理する。柿の葉ずし，三輪そうめんなど地元食品会社，近くの食堂などの差し入れを受ける。夏場は，境内の竹を切り流しそうめんを楽しむ。朝ごはんには茶がゆ。奈良の伝統的な食事であるが，ここでは二月堂の修二会（お水取り）で錬行衆に夜食として出される茶がゆの作り方を習い，提供している。

2）寧楽（なら）に遊ぶ

レスパイトハウスは世界遺産東大寺の境内にあり，鹿と遊び，歴史的景観を家族とともに楽しめる。東大寺の裏は若草山。頂上へは車で 20 分程度。頂上からは金剛，吉野の山々に囲まれた大和盆地が一望，はるか明日香，大和三山を見ること

図 2　若草山頂上
5 歳の誕生日に親子レスパイトに参加してくれた真央さん（18 トリソミー）。

ができる（**図 2**）。

3）善き友に会う

人との出会いは親子レスパイトのなかで最も大事にすることである。親子であることの喜びを実感してもらうことだけでなく，付き添いの医師や関係者と，契約や制度を超えた人としての関わりの時をもってもらえる。

善き友の原語は kalyanamitta というサンスクリット[1)]。善知識とも訳される。「慈悲」と同じ語源をもった言葉である。重度の障害をもち懸命に生きる子どもや，明るく前向きに過ごされているご家族からは大切なことを多く学ぶ。子どももご家族もお坊さんも，そしてボランティアも，善き友として出会いたいと思う。

3. 市民交流セミナー

2009 年 10 月の「奈良で子どものホスピス・レスパイトケアを考える会」を第 1 回として毎年，「難病や障害をもつ子どもとその家族への支援を考える市民交流セミナー」を冬期に開催している。映画，講演のほか，毎回，親子レスパイト参加家族やボランティアに体験談を語ってもらい，一般市民に理解を深めてもらえるようにしている。

会員とボランティア

活動の費用は，民間財団の助成と会員の会費による。ただし，会員を募るおもな目的は，資金集めよりも，多くの人に難病・重症児とその家族に関心をもってもらうことである。会費は参加しやすい額（年 1,000 円）に設定している。2016 年 11 月現在，会員数は 263 名。なかには遠方で行事に参加できない方もいるが，定期的にメルマガ，フェイスブックなどで連絡を図っている。

ボランティアを希望する方は会員登録のうえ，代表が面談をし，参加方法を一緒に考える。医療や福祉とまったく関わりのなかった人にも必ず役割がある。

ボランティア活動の 1 つは，食事準備である。食事は親子レスパイトの中心的な「おもてなし」であるため，献立，食材選び，試食，特別食（柔らか食），調理など，丁寧に準備をする。地元の奈良女子大学「奈良の食プロジェクト」の学生や経験豊富な主婦会員が担当する。

庭整備や掃除，菜園の世話も定期的になされる。また現在，薬草プロジェクトが進行中である。奈良時代の施薬院に倣ってのことであるが，行政関係，造園設計，歴史学，和漢薬学の専門家などが定期的に集まり準備している。2017 年中には薬草園が完成予定である。

親子レスパイト当日は，音楽療法士や遊びの専門家などのボランティアが参加する。そのほか，散策マップの作成，レスパイトハウスリノベーション研究，ペースト食研修会など，すべてボランティアの協力の下に実施している。

組織と運営

奈良小児在宅医療支援ネットワークの役員および東大寺塔頭住職を役員として，一般社団法人奈良親子レスパイトハウスを 2010 年 9 月に発足させた。2016 年 4 月，事業の安定的な継続を図るために，社会福祉法人東大寺福祉事業団が事業を引き継ぐことになった。もともと東大寺福祉事業団は障害児医療，通園や短期入所などを行う東大寺福祉療育病院を運営している。ただし，財務や運営はこれまでどおり独立させている。

親子レスパイトのスタッフは週 3 回程度の勤務をしている非常勤事務員 1 名のみ。そのほか役員，会員はすべて無償ボランティアとし，経費を最小

限にするように努めている。収益は会費，寄付金を合わせて年間約 200 万円，費用はおおむね収益に合った金額に押さえ，収支バランスを維持している。

目標と課題

奈良親子レスパイトハウスの活動は，英国の子どもホスピスに比べるときわめてささやかな活動である。子どもホスピスの多くの機能のうち，「親子が一緒に楽しめるわずかな時間」を提供するにすぎない。しかも，気候のよい 4 ～ 11 月，年十数組がせいぜいである。しかし，その理念は，子どもホスピスに通じるものと自負している。

レスパイトは家族の負担を他者が一時的に担うことであるが，親子レスパイトでは，それとはまったく異なり，在宅障害児として，またその家族として生きることの価値に光を当てて，その光を世に届かせることが目的である。会員，ボランティアが善き友として出会う意味もそこにある。

小さな活動ゆえに，多くの家族が参加できないことが課題である。しかし，活動を拡大することよりも，同様の小さな活動が各地でもなされることが，私たちの目標である。ヘレン & ダグラスハウスは毎年，億単位の寄付金を集めて運営費に充てるとのことである。英国にはそのような子どもホスピスが 40 カ所近くあるとされている。医療福祉制度，寄付文化が異なるわが国で同様の活動を目指すよりも，既存の医療，福祉，療育制度を活用しつつ，しかし制度枠内では限界のあるスピリチュアルケアなど，子どもホスピスの理念と精神を活かす小さな活動を広げることが現実的だと思われる。一昨年，親子レスパイトにたびたび参加くださる滋賀県立小児保健医療センターの熊田知浩医師が中心になり，姉妹ハウス　びわ湖ファミリーレスパイトが発足した。奈良親子レスパイトがそうした小さな活動のモデルになることを願っている。

文献

1) 増谷文雄：仏教の思想 1．知恵と慈悲（ブッダ）．角川ソフィア文庫，2006
2) パトリシア・チャーチランド 著，信原幸弘，樫　則彰，植原　亮 訳：脳が作る倫理．化学同人，2013
3) 富和清隆：親子として在ること―古くて新しい問．近畿新生児研究会会誌　**24**：44-48，2016

3. 子どもホスピス型施設における活動の萌芽

C. 淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院 ―4年間の活動実績（大阪府大阪市）

鍋谷 まこと
（淀川キリスト教病院 小児科）

はじめに

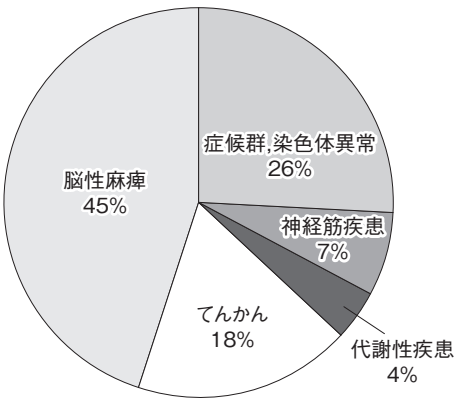
世界最初のこどもホスピスは1982年に英国のオックスフォードでシスター・フランシスによって開設された「ヘレンハウス」である。「ヘレンハウス」は開設者のシスター・フランシスが最初に子どもを預かった，脳腫瘍の女の子の名前に由来している。

①小児のホスピスは，難治性の疾患をもつ子どもを一時的に預かる「レスパイトケア」を最初の目的としてスタートしており，成人のホスピスがん患者の穏やかな看取り「エンド・オブ・ライフケア」を目的にスタートしたのとは異なる。現在，世界各地にこどもホスピスが開設されているが，その多くが「レスパイトケア」を中心にすえながら，死の避けられない患者に対して「エンド・オブ・ライフケア」を実施している。

②当院は，「ヘレンハウス」をモデルとして，アジア最初の小児緩和ケア専門病棟（こどもホスピス）として2012年11月に設立された。治療よりもQOLの向上に重きをおき，小児がんや難治性の疾患をもつ子どもを対象に，レスパイトケア，患者および家族の心理的支援，エンド・オブ・ライフケア，ビリーブメント・ケア，感覚統合遊びなどさまざまなケアを提供している。

開設から4年間の診療実績（2012年11月開設から2016年10月まで）

4年間でのレスパイト入院の登録数は321例（4年間で15名が自宅または院外で死亡）で，うち経管栄養患者が約7割，気管切開患者が約4割，人工呼吸器を装着している患者が約3割となっている。レスパイトケア入院の登録を行っている患者の，年齢の中央値は7歳（1～5歳は41%，6～10歳は27%，11～15歳は16%，15歳より年長が16%），男女比はほぼ1：1であった。基礎疾患としては，脳性麻痺が最も多く，以下，症候群・染色体異常，てんかんとなっている（**図1**）。一方で，小児がんの患者は4年間で26例が利用され，14例がこどもホスピスで看取り，2例は希望により自宅で，2例は他院で亡くなられた。



症候群，染色体異常の群には，多発奇形など，診断のついてない先天奇形症候群も含む

図1　レスパイトケア入院の登録をしている患者の疾患のうちわけと年齢分布

こどもホスピスの取り組み

淀川キリスト教病院の理念は「からだと心と魂が一体である全人に，神の愛をもって仕える」いわゆる全人医療である。こどもホスピスにおいて

も治療だけでなく，病院にいながらにして家庭と同じ，安らぎと癒しを感じることができ，「家族，仲間とともに生きる癒しと希望の病院」を目指した。

1. 病棟の構造

当院は，かつて 120 床で運用されていた 5 階建ての病院を改装し，2 階に小児ホスピス病棟 12 床を準備した。病棟には，子どもが遊べるプレイゾーン，いろいろな勉強や作業が可能なゾーンを設置した。プレイゾーンの壁は自由に落書きができるようになっており，入院中の患者のみならず，その兄弟も一緒に遊ぶことができるゾーンとなっている。12 床の病床のうち，6 床は悪性腫瘍をもつ子どもとその家族の「エンド・オブ・ライフケア」にも対応している。この部屋の中には，バスやトイレ，キッチンなども設置しており，自宅のリビングルームにいるかのように過ごせることを目指して設計された。面会に関しても，特別な伝染性疾患をもっている場合を除き制限していない。遠方から訪れる祖父母などの親戚が利用するための部屋も別に用意されており，夜間の緊急の宿泊希望にも対応できるようにしている。

また，ヘレンハウスと同様に，在宅で長期療養中の難治性の疾患をもつ子どもで，気管切開や人工呼吸器，酸素投与，経管栄養などの医療的ケアが必要な子どもを，医療短期入院または重症心身障害の短期入所サービスとして預かることができる部屋も用意している。

これらの部屋の入り口や枕元に，手作りの照明（動物などをモチーフとした紙などで作られた照明）を自分で選んでつけてもらうなど，照明環境にも工夫している。

2. こどもホスピスのおもな活動内容

1）こどもホスピスの診療体制

当院は常勤医師 1 名，非常勤医師 1 名の 2 名体制で診療を行っている。また，淀川キリスト教病院小児科スタッフ，臨床心理士，医療ソーシャルワーカーがサポートする体制をとっている。

2）患者および家族の心理的支援

患者および家族の心理的支援は，担当看護師を中心に，医師やそのほかの看護師と日々カンファレンスを行い，適宜臨床心理士の助言も受けながら行っている。

心理支援においては，家族や友人との関係性，コミュニケーションを重視したケアを提供することを目指している。緩和ケア用の病室を家族全員で過ごせる個室とすることで，家族との時間をゆったりと過ごせるように配慮しており，スタッフが，患児を含む家族全体とコミュニケーションをとるように努めている。

また，家族全体への心理的なサポートの中には個々への傾聴やカウンセリングはもちろんであるが，終末期前後に生じがちな家族メンバー内での認識のずれからくる心理的すれ違いにいち早く対応し，感情的な対立に進展する前に患者を中心とした協調がとれるよう具体的な助言や，積極的な共感できる空間づくりも含まれる。通常，困難な環境に陥った子どもやその家族は，言葉によるコミュニケーションは当然ながら，それ以外の方法でのコミュニケーションが非常に大切である。言葉がうまく表現できない子どもに対しては，遊びや音楽，お風呂などの生活の介助など，あらゆる場面において関わることで，子どもの生きる質を向上させ，家族の QOL 向上に繋がる可能性があると考えられる。

3）意志決定の援助

また，急性期の治癒を目指している段階から，慢性期あるいは病気が進行して治癒が困難な段階に移っていくにあたり，その状態を受け入れていく過程を援助する必要もある。家族はしばしば，病気の治療を諦めてしまうことに対して激しい抵抗を感じる。そうした心理特性を理解しながら，治療以外の大切な事柄に穏やかに目を向けていくようにする。

4）ビリーブメント・ケア

人によって悲嘆の現れ方はさまざまであり，場合によっては死後 10 年以上経ってから初めて大きな悲嘆が表現される場合もある。当院では，亡くなった後も気持ちの整理がつくまでや，さまざまな準備が整うまでは，部屋で家族にゆっくり過ごしてもらうようにしている。病院から送り出す時は，正面玄関から顔には覆いをかけずに，生前

好きだった曲を流しながら皆で旅立ちを見送る。旅立ちの際には，胸にスタッフ手作りの金メダルをかけて，その生前の頑張りに敬意を表す。

また亡くなった後にも，2，3カ月後に希望される方の自宅をスタッフ（担当看護師など）が訪問することや，病院1階ホールに亡くなった子どもの想い出の作品を保管し，振り返ることのできるメモリアルコーナーを設置していること，年に1回遺族会を開いていることは，亡くなった子どもの思い出を語り合う機会として有用な時間となっている。亡くなった子どもの家族には病院にいつ来てもよいと伝えており，実際に3家族が自分たちの発案でこどもホスピス病棟に集まり，地元へ帰る友達へのお別れ会を開いたりしている。こうした自発的な活動や，同じ気持ちの遺族家族との交流は，死別後の悲哀を軽減させると考えられる。

5）プレイゾーンを利用したアクティビティ

当院を利用する子どもたちが，外で遊んでいるかのように，日光を浴びながら，さまざまな遊びを体験できるように設置したのが，「おそと」と名づけられたプレイゾーンである。「おそと」の壁は落書きが自由にできるようになっており，入院中の子どもどもだけでなく，その兄弟が一緒になって，遊んだりお絵かきを楽しんだりすることができる。

また，ボランティアの協力のもと，お昼からは，音楽会やアートセラピー，トランポリンなどの行事が毎日のように行われ，短期入所中の，重症児やその家族も一緒に，アクティビティを楽しんでいる。

6）症状緩和

痛みに対する疼痛緩和薬の調整や，てんかんや筋緊張に対する薬剤調整，嘔吐，便秘，不眠，食欲減退，意識障害，興奮，不安などの症状緩和を行う。

まとめ

小児緩和ケアという分野は今では一般的となり，病院内に小児緩和ケアチームが配置されている小児病院や大学病院も増えてきている。しかしながらその一方で，一般の病院においては，まだまだなじみが薄く，自分たちとは関係ないと考えておられる小児科医も多い。

こどもホスピスとは小児緩和ケアを提供する場所である。がんなどの子どもの看取りの場であると同時に，難治性疾患をもつ子どものレスパイトの場でもある。こどもホスピスが今後成人のホスピスと同様に日本で受け入れられていくには，3つの視点が必要と考えられる。1つ目は，他の医学分野全般にも通じる，医学的，学術的な進歩である。オピオイドに代表される疼痛緩和薬や，頻回の末梢点滴が困難な小児における中心静脈ルートの管理技術などが含まれる。2つ目が，社会的な視点である。海外のこどもホスピスの多くが地域住民の誇りとなり，こどもホスピスを支援することが，社会全体の成熟にもつながっている。日本においても同様なモデル構築が必要である。3つ目が，他の分野では後回しにされがちな，本人の人生の質の視点である。成人ではこれまで生きてきた人生の意味について再考するが，子どもの場合にはその期間も短くより深い意味づけが必要となる。この視点なくしてはこどもホスピスの完成はないといっても過言ではない。

この3つの視点からのアプローチをバランスよく行いながら，日本社会に定着していくモデルを構築したいと考えている。そういった視点からの見直しもあり，2017年3月にはこどもホスピス病棟は本院に統合され，ベッド数は12から14に増床する。リハビリテーションの実施，臨床心理士や医療ソーシャルワーカー（MSW）など相談支援体制の充実，夜間医療体制の向上なども可能となる。各方面と連携しながら，さらなる向上を目指していきたい。

参考文献

1） Behind the Big Red Door, The Story of Helen House, Helen & Douglas House, 2006
2） Goldman A, Hain R, Liben S（ed）: Palliative Care for Children. Oxford University Press, p.100-107, 2012

3. 子どもホスピス型施設における活動の萌芽

D. 大阪市立総合医療センター（小児がん拠点病院・小児専用緩和ケア病床〈ユニバーサル・ワンダールーム〉）（大阪府大阪市）

宇野 光昭
（大阪市立総合医療センター 緩和医療科）

開設までの経緯

大阪市立総合医療センター（以下，当院）は，1,063 床を有する大阪市の基幹病院であるとともに，199 床の小児病床を有する小児医療センターとしても機能している。また，わが国に 15 施設ある小児がん拠点病院の 1 つとして，全国でも有数の小児がん診療施設であり，緩和ケアを必要とする多くの子どもたちとその家族を診療している。そのなかには，残念ながら治癒が目指せず死が避けられない子どもたちも存在する。死が避けられず残された時間が長くない子どもたちにとって，自宅で無理なく安心して暮らせるのであればそれに越したことはないが，さまざまな理由でその実現が難しくなり，最終的に入院して暮らすことを希望する子どもと家族も少なくない。

このような子どもと家族にとって限られた大切な時間を，自宅で過ごしているようにリラックスしながら，安心して過ごせる療養環境を構築したい，そのためのモデルとなるような部屋をつくりたいという当院の構想に，難病の子どもの支援活動を行っている（株）ユー・エス・ジェーの皆様が賛同してくださり，チャリティ・パーティの収益をもとに，2012 年 9 月，わが国で初めての小児専用緩和ケア病室として「ユニバーサル・ワンダールーム」が開設された。

緩和ケア病棟の特別室を用いているため部屋の広さは約 40 ㎡あり，子ども用の介護ベッド，家族用のベッド，ソファー（ベッドにもなる），40 インチの大きな液晶テレビ，ユニット・バス，キッチンが備え付けられている，ちょっとしたスイートルームである。ベッドなどの家具はフランス・ベッドの皆様にご寄付いただいた。そして，壁，枕，クッション，冷蔵庫，トイレの鏡など，いたるところにセサミ・ストリートやスヌーピーのキャラクターたちが描かれており，エルモのゴーカート（実物）まである。入院していながらユニバーサル・スタジオ・ジャパンに遊びに来ているような楽しさが加わっているため，病院にいることすら忘れさせてくれる（**図 1**）。

求められる役割と対象

1. 役　割

ユニバーサル・ワンダールームに求められる役割は，近い将来の死が避けられない子どもと家族に，専門的緩和ケアを提供しつつ，家庭で暮らしているようにリラックスして過ごせる環境を提供することである。一般病棟では面会，食事，療養スペースなどの点で家族と一緒に暮らすうえでの制限があるが，ここではそのような制限はほとんどなく，家族みんなで母の手料理を味わい，共に団らんし，寝心地のいいベッドで川の字になって寝ることもできる。

一方，多くの親や子どもが，これまで関わってきた主治医（小児がん治療医）や小児病棟のナースや保育士などのスタッフとの関係性の継続を希望する。ユニバーサル・ワンダールームは，これまで治療してきた病棟と同じ建物内にあることから，これまで関わってきたスタッフとの関係性継続が可能で，子どもとその家族の安心につながるとともに，ケアや治療方針の連続性が保たれる。

ベッドとテレビ　　ソファーとゴーカート

図1　ユニバーサル・ワンダールーム

また，在宅療養に移行する場合には，地域との連携を図り，緊急時の入院病床として機能することで，継ぎ目のない緩和ケアの提供が可能となっている。

2. 対　象

対象は，生命を脅かす病気とともに暮らす20歳未満の小児である。疾患は限定しておらず，非がん患者も対象としているが，実際には延命治療，集中治療，モニター管理の扱いなど医療上の条件から緩和ケア病棟を利用するコンセンサス形成が困難なことも多く，さらに緩和ケア病棟入院管理料を算定できるのは悪性疾患とAIDSのみという診療報酬制度上の制限もあり，これまでのところ小児がん患者のみの利用となっているのが現状である。

運用の実際

ユニバーサル・ワンダールームの特記すべき点は，緩和ケア病棟内にあるという点である。当院の緩和ケア病棟は，全室個室の24床からなり，年間400人近い入院患者に対応している。入院患者の3割程度が生存退院するが，年間300人近いがん患者を看取る病棟であり，穏やかな看取りの実践に関して豊富な経験をもっている。適切な緩和ケアは，部屋が用意されれば提供できるというものではなく，ケアを提供するスタッフの技術と理念こそが緩和ケアの基盤であることはいうまでもない。

運用は緩和ケア病棟の規則に従う。つまり，小児がん治療医からユニバーサル・ワンダールーム使用の要請を受けると，緩和医療科医師と病棟師長が親と面談を行い，緩和ケア病棟でのケアの方針を共有する。その際，緩和ケア病棟で過ごすということは，穏やかでゆとりのある雰囲気の中で，最期の時まで児の安楽に焦点を当てること，延命治療・集中治療を行う機能をもった病棟でないことについて理解を図る一方，必要であれば抗生剤投与，輸血，緩和的化学療法，放射線治療など，対応しうる範囲の治療を行うことも伝える。

患児の安楽を優先し，医療介入が軽減されることは，患児はいざ知らず，親の不安につながる可能性があり，治療方針を選択する際に，親の不安に配慮する視点をもって慎重にあたることも必要である。子どもとその家族が何を大切にしたいのか，価値観や心情に配慮しつつ共に考え，専門家として適切な治療方針を提案することが重要である。

診療は緩和医療科の医師（5名）と小児血液腫瘍科の主治医が協力してあたる。日常的なケアは病棟看護師23名に加え，ホスピタル・プレイ・スペシャリスト，小児病棟保育士，院内学級教師，理学療法士，ソーシャルワーカー，音楽療法士，ボランティアなどが適宜対応する。慣れ親しんだ小児病棟の看護師も代わる代わる訪室してくれている。

なお，当院では小児AYA緩和ケアチーム（子

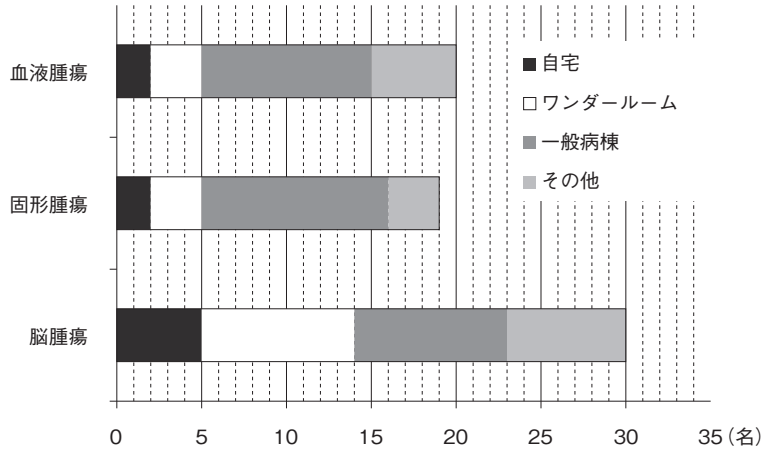


図 2　疾患群別の死亡場所
調査期間は，ユニバーサル・ワンダールーム開設後（2012 年 10 月）から 2016 年 11 月。

ども AYA サポートチーム）が活動しており，一般小児病棟で終末期を過ごしている患者に対しても，小児がん治療医と小児緩和ケア医が協働して症状緩和を行っているため，症状管理に関しては緩和ケア病棟と一般病棟で大きな違いは生じない。

利用者の内訳

2012 年 10 月～ 2016 年 11 月に，20 名の小児がん患者がユニバーサル・ワンダールームを利用し，そのうち15名がユニバーサル・ワンダールームで死亡した。疾患背景は，脳腫瘍 9 例，固形腫瘍 3 例，血液腫瘍 3 例，であった。死亡時年齢の中央値は 9.1 歳（1.6 ～ 14.8 歳）。退院した 5 名は，1 名が自宅で死亡，1 名が生存通院中，3 名が自宅近隣の病院で死亡していた。当院は，他県からの小児がん患者の入院加療要請も多く，終末期の療養場所として自宅近隣の病院を希望する場合には，転院の調整を行っている。

上記期間中に当院で診療した小児がん患者のうち，69 名が死亡しており，15 名（21.7%）がユニバーサル・ワンダールーム，9 名（13.0%）が自宅，30 名（43.5%）が一般小児病棟，15 名（21.7%）がその他の場所（ICU や自宅近隣の病院）で死亡していた（**図 2**）。

利用者の声

1）脳腫瘍の女児の母「○○ちゃんに残された時間が短いようなので，移動もつらいと思って，自宅よりも緩和ケア病棟を選びました。週末はたくさんの人に来てもらって，にぎやかに過ごさせてもらってます。明日は幼稚園の先生が来て，卒園式をしてくれる予定です」

2）白血病の女児の母「残る時間を家族で過ごしたいと思っています。抗生剤とかは使ってほしいです。覚悟はしていますが，死を迎えるためだけに来るのではなく，小児血液腫瘍科の先生にも続けて診てもらえると聞いて緩和ケア病棟に来ることにしました」

3）固形腫瘍の女児の母「妹が生まれてから，○○ちゃんもお姉ちゃんらしくしたかったと思うんです。抱っこしたり，よしよししたり，妹と嬉しそうに過ごしてる姿を見ると，涙が出ちゃいますね」

4）脳腫瘍の男児の母「小児科病棟では個室を使わせてもらって，この子のきょうだいも特別に入れさせてもらっていましたが，周りの子どもたちやご家族さんは我慢しているのに，私たちは

特別扱いで，申し訳ない気持ちがありました。緩和ケア病棟では周りに気兼ねなく過ごせるので過ごしやすいです」

今後の課題

ユニバーサル・ワンダールームをより有効に利用するために，今後さらに取り組むべき課題のおもなものを以下に挙げる。

1. 利用者の拡大

開設から4年が経ち，この間の利用者は当院で治療を行ってきた子どもたちに限られていた。必ずしも，当院での治療患者に限定してきたわけではないが，今後，他院で治療してきた子どもたちにもより利用を促していくことも検討していきたい。さらに，現状では非がん患児の多くは一般病棟，集中治療室，救急病棟で死亡していると考えられるが，非がんの子どもたちと家族のよりよい看取りの実現に向けて，ユニバーサル・ワンダールームの担うべき役割，ニーズがあるようであれば実践につなげていきたい。

2. 地域や他施設との連携

小児に対応できる在宅療養資源の充実が求められるなか，がんにせよ，非がんにせよ，在宅療養において安定した症状緩和が行われ，子どもとその家族が安心して過ごせるような体制づくりが重要である。その観点から，ユニバーサル・ワンダールームが，自宅で暮らす子どもと家族にとって，症状緩和に難渋している時や，介護体制を含めた療養環境の調整・立て直しが必要な時の緊急避難場所として，地域と連携しながら継ぎ目のない緩和ケアを提供するための受け皿としても，より一層，機能していくようにしたい。

また，当院から車で20分の距離にTSURUMIこどもホスピスが開設され，重い病気とともに暮らす子どもたちとその家族が，より豊かに過ごすための活動が始まっている。お互いの施設のより有効な活用に向けての活発な連携，役割を補完し合う関係づくりの構築も必要となってくると思われる。

3. 小児緩和ケア病室としてのモデル構築

看取りの時期を入院で過ごす子どもと家族にとっての適切な医療やケア，サポートの実践について，とりわけ専門的小児緩和ケアに基づく症状緩和の技術や多職種による包括的な全人的ケアにおいて，他の施設におけるこれからの実践に役立つような，モデルとなるプログラムを構築していきたい。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
A. そらぷちキッズキャンプ（北海道滝川市）

佐々木 健一郎
（公益財団法人 そらぷちキッズキャンプ）

開設までの経緯

そらぷちキッズキャンプの計画は，国内で活動する2つの流れが，ほぼ同時に医療ケア付キャンプ場を造ろうと動き出したことに端を発している。1つは，医療者たちの取り組みである。当財団代表理事 細谷亮太医師（聖路加国際病院・顧問）が仲間の医師や看護師らとともに，重い病気の子どもたちにとって病院の外に出てキャンプを行うことが，闘病生活の大きなエネルギーになると考え，活動を始めた。

もう1つは，公園造りの専門家たちの取り組みであった。当財団執行理事 松本守氏（元・国土交通省審議官）は仲間とともに「バリアフリーの公園という考え方を超えて，病気の子どもの幸せをサポートすることができないか」と考え，豊かな自然環境がある北海道滝川市やその関係者とともに，その実現に向けて動き出した。

2004年，思いを同じくする2つの取り組みが重なり，日本で初めて，重い病気の子どものための医療ケア付キャンプ場造りが始まった。約10年をかけて既存公共施設を使ったテストキャンプや，広報PR・資金調達活動を行い，2012年念願の専用施設群を完成させ，2014年には本格開園にたどりついた。

使命・目的

そらぷちキッズキャンプのミッション（使命・目的）は，重い病気の子どもたちとその家族を，医療ケア付キャンプ場に無料で招待し，北海道の豊かな自然環境の中で，病気や障害のことを気にせず，思いきり遊んでもらいたいというものである（**図1, 2**）。キャンプ場で過ごす非日常の時間が，闘病中の子どもたちや家族の「休息」になり，「明日を生きるエネルギー」になることを目指している。

キャンプの種類と運営体制

現在，4つの種類のキャンプを実施していて，全国から多くの子どもたちや家族が参加している。

「キッズキャンプ」は，小学生から高校生の病児のみが参加し，「ファミリーキャンプ」は，年齢に関係なく，病児，きょうだい，親が家族単位で参加する。これらはキャンプごとに同じ病種を設定し招待をしていて，専門の医療体制（専門の医師，看護師などの参画）が整った段階で，病種を増やしている。現在は，小児がんと小児外科系疾患を対象としているが，今後は心臓疾患も増える予定である。また「レスパイトキャンプ」と呼んでいる，主治医の同行が必要な病状の子ども（小児がんのターミナル期や人工呼吸器をつけた子どもなど）を対象とするファミリーキャンプも行っている。このほか家族会などを団体として受け入れる「グループキャンプ」もある。これら4種類のキャンプは3泊4日で行われ，現在はあわせて年間10回であるが，今後，年間15～20回実施する計画である。

そらぷちキッズキャンプが実施するキャンプは医療的配慮が必要となるため，参加者募集，キャンプ場への移動，生活面，レクリエーション面などの一連のアレンジを，キャンプ場に常駐する専門スタッフ（看護師など）がすべて行っている。キャンプ中の医療支援としては，専門の医師，看

図１　馬車体験

図２　車いすで行けるツリーハウス

護師が常駐し，キャンプでも日常の医療ケアが継続できるようにサポートしている。「ほけんしつ」と呼んでいる専用の建物もあり，集団から離れての休息や，特別な処置が必要になった場合にも使う（**図３**）。また滝川市立病院と連携し，緊急時対応ができる体制を整えている。

このような施設は国内にはなく，すべて寄付やボランティアの力で建設・運営している。今後，年間キャンプ数を増やしていく計画であるが，積極的な広報 PR 活動を行い，さらに支援の輪を広げていくことが必要となっている。

図３　ほけんしつの様子

キャンプの効果と今後の展開

キャンプという自然のなかでの集団生活では，人との触れ合い，自然との触れ合いの機会が増えることなどにより，さまざまな効果を生み出す。以下に参加者からの感想を紹介する。

A 氏　「1 人じゃないんだ，仲間がいるんだと，初めて感じることができた」

B 氏　「キャンプ参加は自信になりました。子どもの可能性を信じ，これからもいろんなことにチャレンジしていこうと思う」

C 氏　「病児，きょうだい，両親，一緒に楽しめたので，家族同士のいろいろな表情を発見できた。あらためて“家族一緒”が一番楽しいと感じた」

D 氏　「誰にもこの苦しさは分からないと思ってた。でも，こんなに支えてくれている人がいるんだ」

おわりに

そらぷちキッズキャンプでは，キャンプの効果をより深いものにするため，キャンプの参加前，参加後も大切にしたいと考えている。「こんなキャンプがあるんだ。行ってみたいな」と思ってもらうこと，「キャンプではあんなチャレンジができた」と思い出してもらうこと，日常生活で「明日へのエネルギー」が生まれるために，キャンプ前後の参加者とのやりとりも大切にし，このキャンプが重い病気の子どもや家族にとって，目標や支え，居場所，こころのふるさとになることを目指していく。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
B. うりずん（栃木県宇都宮市）

髙橋 昭彦
（認定NPO法人 うりずん）

はじめに

うりずんは，栃木県宇都宮市にある認定特定非営利活動法人である。隣接するひばりクリニックと連携しながら，おもに医療的ケアが必要な子どもの地域支援を行っている。2016年春，日本財団・日本歯科医師会ほかの助成により新たな拠点を開設し，活動の幅も広がった。うりずんの活動と展望について紹介する。

うりずんの成り立ち

ひばりクリニックは，2002年4月の開設以来，0〜100歳までの外来診療と在宅医療を行ってきた。2006年9月のある日，人工呼吸器をつけた子どもの家を訪問したところ，母親が高熱を出して寝込み，父親が仕事を欠勤して介護をしていた。自分にできることをやろうと，在宅医療助成勇美記念財団の助成を得て，2007年度に「人工呼吸器をつけた子どもの預かりサービスの構築」という研究事業を行い，無床の診療所でもやる気，人材，環境整備ができれば，人工呼吸器をつけた子どもの日中預かりが可能であることを実証した。これを受けて，宇都宮市が重症障がい児者医療的ケア支援事業（日中一時支援の特別版）を創設し，ひばりクリニックの内部を改修して2008年6月にうりずんを開所した。

うりずんとは

うりずんは，沖縄の春と夏の間にあるさわやかな季節である。うりずんの風は，やふぁやふぁと吹く。この風に吹かれるようにゆったりと子どもたちに過ごしてもらいたいと願って名づけた。

図1　お散歩であじさいを観に行きました

うりずんのモットーに安全・安心・安楽がある（３Ａ）。これは千葉県立千葉リハビリテーションセンターの石井光子先生から学んだものである。子どもを安全に預かることで親が安心する。それだけではなく，子どもが楽しい（安楽）ことも目指す（**図１**）。子どもが楽しく過ごしていると，親は預ける時に罪悪感を抱かないと考えている。

事業内容と活動

2017 年 1 月，うりずんは 6 つの事業を担っている。

開設当時から行っている日中一時支援は 10 ～ 16 時まで医療的ケア児者を預かる。対象年齢は問わないが，1 ～ 33 歳の 48 名が利用している。なお，この制度は市町が独自に行うことができる地域生活支援事業であり，現在 5 つの市町がこの制度をつくり，うりずんが受託している。2012 年 4 月に特定非営利活動法人うりずんとなり，居宅介護（ホームヘルプ）と移動支援を開始した。居宅介護の契約者は 18 名，移動支援は契約者 10 名でいずれも年齢は問わない。2016 年 4 月，新拠点をオープンし，児童発達支援，放課後等デイサービス，居宅訪問型保育を始めた。児童発達支援（重症心身障害児型）は就学前の子どもを 9 ～ 14 時まで預かり，現在は 10 名が契約している。放課後等デイサービス（重症心身障害児型）は学校に迎えに行き，うりずんで夕方まで過ごしてまた自宅へ送迎を行うもので 17 名が契約している。居宅訪問型保育は集団保育が難しい乳幼児を自宅に保育士が訪問して保育をするもので，2 歳児 1 名が利用している。

成果と意味

うりずんは，子どもを日常的に預かることで子どもの健康度が増し，家族がひと休みしたり，親が他のきょうだいと関わる時間を提供している。ほとんどが日々の暮らしを支える活動であるが，その延長として，人工呼吸器をつけた子ども 2 人の母親が次の子を出産する際の支援などを行ってきた。また，居宅介護や移動支援により，外出や通院，さらに，親が体調不良のため救急搬送された時の子どもの見守りなどを行ってきた。日ごろの関係性が SOS や相談への対応につながると考えている。また，子どもの社会参加，家族・きょうだい支援の活動として，クリスマス会，秋まつりなどを運営したり，宇都宮動物園と共催で夜の動物園に子どもと家族を招待する催しを行ってきた。2016 年 9 月には，北海道のそらぷちキッズキャンプへ医療的ケア児 2 名とその家族，うりずんより医師，看護師，介護福祉士が参加した。また，新うりずんの玄関ホール（地域交流スペース）は，先輩母親たちがカフェを開いて若い母親の相談に乗ったり，地域に開かれた研修の場として活用されている。

重い障がいをもつ子どもは健康な子どもが体験することの大部分をあきらめざるを得ないが，多くの方の支援により動物に触ったり飛行機に乗るなどの経験を増やすことができた。一度も経験したことがないと，経験値 0，1 回でも経験したら経験値 1 とすると，経験値 0 より 1 を増やすことが子どもの豊かな育ちに通じると考えている。

課題と展望

課題は，人材育成，経営基盤，そして社会的理解である。人材育成は，子どものことについて母親の代わりができる人材をいかに地域で育てていくか，これに尽きる。そのためにも経営基盤は必要である。うりずんは事業収入だけでは成り立たないが，助成金や全国からの寄付などさまざまな支援を得ることで運営を続けている。どの家庭にも生まれ得る重い障がいをもつ子どもの暮らしを多くの人たちに知ってもらうことは，誰もが安心して子育てができる社会を目指すことにつながる。

今後の展望として，誰もが入れる統合保育園，18 歳過ぎた子どもが日々の活動を行う生活介護，そして親から離れて暮らすグループホームや看取りなどについて，実現に向けて取り組んでいきたいと考えている。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
C. 難病の子どもとその家族へ夢を（東京都中央区）

大住　力
（公益社団法人 難病の子どもとその家族へ夢を）

開設までの経緯

2010 年 3 月に一般社団法人として創設した。最初は意外な理由からの設立であった。それまで創設者であり，現代表の筆者が約 20 年間勤めてきたディズニーランドを管理・運営する企業に約 20 年間勤めた病児に“病気を克服したら？”と聞くと，“ディズニーランドへ行きたい”と願う想いがあまりにも多かったことに驚きを感じ，その想いを実現するために創設した。そもそも，そのきっかけは，筆者の毎年の出張先である米国フロリダ州オーランド市にある，難病の子どもとその家族全員を支援するために約 30 年前に創設された NPO 法人ギブ・キッズ・ザ・ワールドの創設者，ヘンリ・ランドワース氏との出逢いにあった。ウォルト・ディズニー・ワールドのそばにあるヘンリ氏が創設したその施設を訪問した筆者は，入った瞬間，「（特別なものではなく）あなたが，いま，できることを，いま，あなたの目の前にいる人に，Share（分けて）ごらんなさい」。その give & give の精神を学び，44 歳でビジネス界を脱サラし，開設した。

目的と対象（年齢）

病児のみならず，その家族全員を対象にしていることが，大きな特徴である。まったく異業界からの転身であったため，筆者らの創設メンバーが最初に観た目は，とても素直であった。母親が笑顔になると夫である父親が笑顔になり，その母と父，つまり両親が笑顔になると子どもたちを含め，家族全員が笑顔になる構図にヒントを得た創設メンバーたちは，その対象を家族全員，なかでも病児のほとんどを看護し続けているその母親を笑顔にすることを主目的に運営を開始した。対象病児の年齢は，家族全員を対象にしていることから，0 ～ 20 歳未満の児童を対象にしている。

運用と実際

そもそも医療や福祉出身でなく，ビジネス界出身の設立者であったため，その運用も特異である。そもそも「健康」という原点からの考察をはじめ，WHO（世界保健機関）が定めた 3 つの健康，つまり身体的，精神的，そして社会的健康のなかから，特に社会からの隔絶や孤立を排除し，社会という温かなコミュニティー創りを目的に，その運用内容も構築していった。

創設以来これまで，全国から約 160 家族に，以下のような独自のプログラムに参加いただいた。具体的には，「対話」をテーマに，当初はディズニーランドへの 2 泊 3 日の家族全員旅行（ウィッシュ・バケーション）や，病床や自宅を離れられなかったり，リスクの高い病児の家族の場合のパーティープログラム（スノーホワイト・プログラム）をきっかけとして参加した家族の両親との対話プログラム（ペアレンツ・ダイアログ）である。本プログラムは，病児を授かった両親（場合によっては，片親，シングル）と筆者との 3 名で約 90 分，2 人の出逢い，結婚までのプロセス，そして家族となった子どもの出産など，家族の“ライフヒストリー”を話してもらい，これまでを対話形式で表出してもらい，整理していく。そうした後，“ライフストーリー”と時系列に整理され，これからの明日への家族像を“ライフデザイン”していくプログラムである。

そしてもう1つの大きなテーマである「永続(的な支援)」をプログラム化したギビングサンクス・パーティー（同窓懇親プログラム）や，母親への永続的な応援を目的とした女性和太鼓奏団“ひまわりのやうに”などの運用を行っている。この“ひまわりのやうに”では，全国の母親が，1カ月の中でわずか12時間だけでも現実を離れ，和太鼓奏者になって，全国の社会の方々に和太鼓のまっすぐな音魂を聴いていただき，大きな拍手とスポットライトを浴びることで，日々のエネルギーを得られるよう支援している。

また，社会との温かなコミュニティー創りを目標に据えているため，病児の病名や家族全員の顔写真，名前もすべて公開し，社会との公平な関係性を念頭に置いている。

その成果と意味

われわれは，難病を患う子どもとその家族を“患う量”としてではなく，“生きる質”として捉えようと考えている。“1家族ではなく，ひとつの家族”であり，“1病児ではなく，ひとりの大切ないのち”として捉え，社会の方々にも，そのように“生きる質”として，その生き様を直接的，間接的に見聞きし，それを社会の人々に広く啓発することによって，それを受けた社会の人々，1人ひとりが，いのち，生きること，家族の本質を真剣に自分のこと（自分事）として，再考する機会（チャンス）を提供したいと考えている。したがって，当方の運用によるいわば“受益者”とは，病児のみならず，病児を授かった家族全員のみならず，その生き様を見聞きし，自分自身のいのち，生きること，家族を深く再考した方々を含めたものとして考えている。

なぜなら，現在の日本では，そのライフスタイルも次第に変化し，生涯未婚率は男性16%，女性10%と1割を超え，2030年には男性は30%，女性は23%にまで達すると予想されている。出生数も減少傾向である。合計特殊出生率は2005年の1.26（史上最低値）をはじめ，人口ピラミッドの適正値である2.0強を大きく下回っている。また，IT高度情報化社会になって便利になったものの，あまりの情報過多により多種多様な価値観を抱くことができる社会環境によって，“自分の時間が束縛される”や“今後，安定的な生活が営めない”などといった不安から，非婚や出産，子育て，家族を望まない若者も少なくはない。そうした現象が続いていくと，ますます，人口ピラミッドの適正分布に異常をきたし，ゆくゆくは経済不況や景気低迷を招くことにもつながっていく。

この時代だからこそ，社会の1人ひとりが，ただ単に少子高齢化や労働力不足などと単一的に時況を捉えるのではなく，その1人ひとりが，再度，社会というものをより長期的な視座，視点に立って，もう一度，自分自身のいのちや生きること，そして家族形成というものを考え，行動に移すことを最終的かつ長期的なアウトカム（成果）にすべく，運用を継続していこうと思う。

現状の課題と今後の歩み

1）医療的ケア児の増加による家族負担の軽減のための“多機能型小児訪問看護ステーション”の開設

あくまでも病児を看護する母親を中心とする家族全員支援を目的にした社会的＆精神的支援に比重を置く訪問看護ステーションを開設する（2017年3月予定。東京都から）。

2）24時間365日運用拠点となるファミリーレスパイト施設の開設

全国各地に病児を授かった家族全員のレスパイト（休息）となり，また社会的健康を促進させる地域社会とのつなぎ目となる場を創出するため，ビリーブメントやグリーフケア対策の1つとして開設する（2018年予定，沖縄県から）。

3）映画，チャリティーパーティー，コンサートイベント等芸術文化啓発活動の実施

“1家族ではなく，ひとつの家族”の本質（深く，温かな価値や歓び）を社会の多くの方々に啓発すべく，2016年2月に制作，発表，劇場公開したドキュメンタリー映画「Given ―いま，ここ，にあるしあわせ」を端緒とし，今後も継続して，社会へ拡散していく（2019年，次作映画「ここ，にいつまでも」〈仮称〉予定）。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
D. メイク・ア・ウィッシュ オブ ジャパン（本部東京都千代田区）

鈴木 朋子
（一般財団法人 メイク・ア・ウィッシュ オブ ジャパン）

設立と目的

「メイク・ア・ウィッシュ（Make-A-Wish）」。英語で「願い事をする」という意味である。一般財団法人メイク・ア・ウィッシュ オブ ジャパンは，難病（命に関わるような大変な病気）と闘う子どもたち1人ひとりの大切なウィッシュ（夢や希望，願い事）を叶えるお手伝いをしている団体である。

メイク・ア・ウィッシュは1980年にアメリカのアリゾナ州に住むクリス（当時7歳）の「警察官になりたい」という夢を叶えたことから始まった。彼の夢を聞いた地元警察官たちは，クリスのために素晴らしい計画を立てた。その日クリスは，特注の制服に身を包みアリゾナ州警察の正式な名誉警察官としての任命式に出席したのである。ヘリコプターに乗って市内をパトロールし，駐車違反を取り締まるなど警察官としての任務を全うし，残念ながらその5日後，亡くなった。「同僚を失った」と思った警察官たちは，クリスのために殉職した警察官としての葬儀を執り行った。

この出来事は全米に伝えられ，多くの人の心を動かした。世界中には難病のために夢を叶えられないかもしれない子どもたちがいるに違いない，その子どもたちの応援をしたいという願いから，メイク・ア・ウィッシュは生まれた。たった1人のクリスの夢から始まったメイク・ア・ウィッシュは，今ではアメリカ国内に62の拠点を置き，世界40カ国に活動の場を広げ，夢を叶えた子どもの数は350,000人にも及ぶ世界的なボランティア団体となった。日本では1992年から活動を開始し，この24年間で夢を叶えた子どもたちは2,700人を超えた。毎年約200人前後の子どもたちの夢が叶っている。

活動対象

メイク・ア・ウィッシュでお手伝いする対象となるのは，当団体の作成した「病名リスト」に該当する病気，もしくは同等の難病にかかっている3歳以上，18歳未満の日本に住む子どもたちである。自分の夢がきちんと伝えられる年齢として，3歳からが対象となる。また，メイク・ア・ウィッシュは「子どもの夢を叶える」ことを目的としているため，夢に対して子ども自身に認知能力があることも必要となる。

誰にでも，夢や希望，願い事がある。そして何かを願う気持ちは，大人も子どもも，健康な人も病気と闘っている人も，みんな一緒のはずである。けれども大変な病気と闘う子どもたちは，何かしたいことがあっても「病気が治ったらね」「よくなったらね」「退院したらね」と，先延ばしにされてしまうことがよくある。毎日こんなに頑張っているのに，お見舞いに来てくれる人はみんな決まってこう言う。「頑張ってね」「頑張るんだよ」。「頑張れ」という言葉は，時にはとても残酷である。子どもたちは，もうすでに頑張りすぎるほど頑張っている。「頑張っても頑張っても，病気をやっつけることができない」「こんなに頑張っているのに，もっと頑張らなくてはいけないの？」そして，いつしか「願い事」をすることすらあきらめてしまう，そんな子どもたちがたくさんいる。

人は皆，嬉しいことや楽しいことがあると，ワクワクドキドキ，何だか心が弾んで元気になる。私たちは，病気の子どもたちにも，同じようにワ

クワクしたり，ドキドキしたり，もっと心を弾ませてほしいと思う。「今でも，できることがあるんだよ」そう伝えたいと思う。病気だからといって我慢をしないで，今をもっと楽しんでほしい，そして，夢を叶える素晴らしさを知ってほしい。そう願って，活動している。

子どもへのアプローチ

病院を訪問して，実際にお子さんにお会いして，「どんな願い事があるのかな？」「キミの夢は何？」とお聞きするところから，その子ためだけのオーダーメイドのプロジェクトがスタートする。メイク・ア・ウィッシュの活動は，時として，「命に限りのあるお子さんの最後の願いを叶える」「よい想い出づくり」と捉えられがちである。けれども，決してそうではない。むしろ，1つ夢を叶えることで，子どもたちは必ずと言っていいほど，「次の夢」「次の目標」に向けて歩き出す。病気のために忘れていた「子どもたちが本来もっている力」を取り戻し，子どもたちは次の夢に向かって心を開き始めるのである。夢の実現は，ゴールではなく，新しい夢へのスタートラインなのだ。

また，私たちが病院を訪ねることで，「これまで忘れかけていた日常が戻ってきた」そんな言葉をいただくことがたびたびある。朝起きて，検温をしたり点滴をしたり，注射をしたり，という毎日のなかに，Make-A-Wish （願い事）をすることで，「今，外は寒いのかな？」「出かける時には何を着て行こう」とか，私たちが普段当たり前のように感じている感覚を取り戻すことができるのである。病気だからダメなんだ，病気だから何にもできない，病気だから…という考え方から解き放たれた時，心がすーっと解放されて，きっと心が元気になるのだと思う。病気でもいいんだ，病気だって，何でもできる，そして応援してくれる人がたくさんいる。今のままの自分，病気のままの自分の存在を認めてもらえたこと，それは，きっと子どもたちの生きる勇気へとつながると私たちは信じている。

今後の歩み

大変な病気と闘うなかで，子どもたちは将来への不安や家族に心配をかけていることへの切なさで心が縮こまっていることもあるだろう。また，お父様やお母様は，「もっと早くに気づけば…」あるいは「健康な身体に産んでやれなかった」など，自身を攻めることもあったかもしれない。けれども，「キミの夢を応援しているよ，一緒に願い事を叶えよう」と応援してくれる人たちがいることを知る時，きっと子どもたちもご家族も，胸を張って生きていける。「難病と闘う子どもたちの夢のお手伝い」というプロジェクトの意味は，ここにもあると思うのである。メイク・ア・ウィッシュは，これからも1人でも多くの子どもたちの夢を叶えるために，活動を続けていこうと思う。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
E. レスパイト施設 あおぞら共和国（東京都文京区）

小林 信秋
（認定NPO法人 難病のこども支援全国ネットワーク）

はじめに

難病のこども支援全国ネットワーク（以下，難病ネット）では，難病や慢性疾病，障害のある子どもたちと家族を支えるための活動を1988年に開始した。難病の子どもの親と心ある医師たちの協働によるものである。

活動を開始して数年後，サマーキャンプを開催することになった。稀少な難病とともに過ごす子どもたちと家族，同じ疾病の患者と出会うことも少なく，主治医から「初めて体験する患者」と言われることもしばしばみられる。そんな地域で孤立しがちな子どもたちと家族を支えるのに，サマーキャンプはとてもよい機会と考えた。同じ病気の子どもや家族たちと出会い，それぞれの体験を話し合うことは，これからの毎日に重要である。

“がんばれ共和国”の建国

1992年8月，厚生省や静岡県，富士宮市などの支援を受けて，富士山山麓で難病や障害のある子どもたちと家族，ボランティアなど700名もの人々が集まり，第1回目のサマーキャンプ“がんばれ共和国”が建国された。

合言葉は「友達つくろう」である。子ども同士，家族同士，子どもとボランティア，家族とボランティアなど組み合わせは自由に，心置きなく話し合える仲間づくりの3日間だった。

最初のキャンプの大統領には，胆道閉鎖症の誠太くんが就任した。終わった後の文集に，「あのキャンプは，ズバリ！ とても楽しかった。…中略…特に1日目の夜，みんなの部屋で思い出ができた。友達もたくさんできて本当にうれしかった。家に帰るのがとても，いやだった。もっといろいろ話したり，遊んだりしたかった」と感想文を寄せてくれた。

やがて，各地から建国したいという希望が届きはじめ，九州で，宮城県で，愛知県，沖縄県と徐々に開催地が増え，現在では全国9カ所で，参加者は延べ1,300名に上る。2016年，サマーキャンプ“がんばれ共和国”は，第1回以来25年目の開催となり，その記念に開催されたフォーラムには，秋篠宮妃殿下紀子さまがお出ましくださり，参加家族への励ましとスタッフへの長年の労にねぎらいのお言葉をいただくことができ，参加者一同大感激した。

“みんなのふるさと夢プロジェクト”のスタートへ

一方で，サマーキャンプ“がんばれ共和国”は既存の宿泊施設をお借りして開催していた。そこには，一般客が同宿することもある。すると，つらい思いをすることもしばしばみられた。学生ボランティアたちが難病の子どもたちをお風呂に入れていたら，他の客が「あらいやだ，汚い」と言って出て行ったと，泣きながら私たちに報告してくれた。入浴するために脱衣所にバスタオルを敷いて着替えさせていたら，「ここはあなたたちだけの場所ではない」と抗議された。そのバスタオルを干していたら「見苦しいからしまえ」と言われた。そんな体験から，「いつか，気兼ねなく過ごせる場所があるといいね」という思いはみんなの心の中にずっと育っていた。

そんなころ，私たちの活動を開始当初からずっ

図1 “みんなのふるさと夢プロジェクト”のスタート

と支えていただいてきた企業の社長さんから，「山梨県の白州町に何も使っていない土地がある」とお申し出を受けたのであった。重い病気や障害があると，どこへ行くにしてもさまざまな心配をする。「車椅子で行っても大丈夫かな?」「迷惑をかけないかな?」「食事は無理を聞いてくれるだろうか」「安心して過ごせるだろうか?」という思いのほかにも，出かけるのにはたくさんの大きな荷物を持っていくのは，普通のことである。つまり出かけることは「大げさ」と思われるほどの大事業なのだ。だから，その土地に「気兼ねなく過ごせる場所」をつくることができれば，難病や重い障害のある子どもたちと家族にとってとても大きな朗報である。

2011年，大勢のボランティアの皆さんが参加して“みんなのふるさと夢プロジェクト”がスタートした。自然に囲まれた10,000㎡の土地にロッジ6棟，管理棟，お風呂棟など80名が宿泊できる別荘群をつくろうという計画である（**図1**）。難病ネットの会員の投票で，レスパイト施設“あおぞら共和国”と名づけられた。県と北杜市へ開発申請，住民説明会や市の審議会など手続きを進め，市からは固定資産税の免税措置を受けられることも決まった。

ここにはさまざまな工夫が凝らされることになった。ロッジは合板や新建材などは一切使わない折置き組工法という昔ながらの手法で建てる。調整池や防火水槽は安全のため地下に埋め込みにして，再生エネルギーをフル活用し，年間で5トンのCO_2を削減している。また土地のDNAという新しい思想を組み入れ，もともとこの土地にあった雑草も動物もそのままに残す手法である。建設残土などのトラブルは一切ない。

普通，レスパイト施設というと医師や看護師が常駐するものを思い浮かべるが，私たちは違う。在宅している難病や重い障害のある子どもたちは，医師のいる場所にしか出かけないわけではない。看護師が同行しなければ出かけないわけでもない。必要に応じて，子どもの安全をはかりながら，いろいろな非日常の体験に挑戦してきている。このレスパイト施設“あおぞら共和国”は難病や障害のある子どもと家族の別荘である。それぞれが家族で“あおぞら共和国”へ来て気兼ねなくゆっくりと数日間を過ごす施設である。

“あおぞら共和国”の今後

2014年3月に第1号ロッジが完成し，利用が開始され，その後，順次ロッジ建設が進み，2016年12月までに宿泊できるロッジは4棟とお風呂棟が完成，利用者は延べ2,000名に達した。休日にはキャンセル待ちの状況だが，次のロッジ建設の予定はまだ立っていない。これからは地域の人々にも運営に参加していただけるような，地域に密着した“あおぞら共和国”に育てていきたいと考えている。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
F. がんの子どもを守る会（東京都台東区）

樋口 明子
（公益財団法人 がんの子どもを守る会）

はじめに

1962 年（昭和 37 年）の夏から秋にかけて子どもを亡くした父親が，主治医のもとに御香典の寄付を申し出たことから始まる。まだ，医療界の小児がんに対する一般的な見方が「ごく稀にしか助からない病気」であり，「研究の対象にならない患者は治療せずに帰す」という実情だった時代のことである。寄付を小児がん征服のために役立ててほしいと申し出た父親に対し，主治医は，誰にも苦しみを打ち明けられず，じっと耐えている親たちの精神的負担を軽減するために，いつでも相談に乗れるような仕組みができないか，そういう機関をつくる資金に，その寄付金をあて，親の立場として立ち上げることを提案した。趣旨に賛同し，会設立に立ち上がった父親 2 名は「がんの子供を助ける会」の趣意書を作成し，配布して回った。しかしながら，それに対応する反応はほとんどなく，趣旨を理解されても実際の活動に加わるほど積極的になってくれる人もいなかった。

1966 年に東京での第 9 回国際がん学会の開催を機にＮＨＫが，がんを取り上げた企画を検討していることを聞きつけ，記者の 1 人に熱心に自分たちの意図を説いた。やがて，NHK では小児がんキャンペーンが大々的に実施されるようになった。少しずつ寄付金や会員も増え，「がんの子供を助ける親の会」として 1967 年 2 月に設立総会を開催，3 月に厚生大臣の元を訪れ“行政から忘れさられた子どもたち”としての陳情を行った。NHK のニュースとして放映されたニュースを見て，富国生命の社長より毎年 1 億円ずつ，10 年間，合計 10 億円の寄付の申し出が厚生省（当時）にもたらされたことにより，「がんの子供を守る会」（以下，当会）の財団化が急速に進んだ。1968 年 10 月，財団法人として当会が厚生大臣から認可された。

当会の目的と対象および活動内容

現在も，1968 年に設立当初と変わらず，患者家族会として社会福祉および国民保健の向上に寄与することを目的とし，小児がんに関する知識の普及，相談，調査・研究，支援，宿泊施設の運営その他の事業を展開している。約 2,500 名の会員をはじめとする多くの方々の支援・寄付によって運営され，全国 21 支部を中心に，本部とともに小児がん患児家族が直面している困難・悩みを少しでも軽減すべく，以下のような活動を行っている。

1. ピアサポート活動

各地域での同じ経験をした者同士の支え合いとして全国 21 支部で，交流会や相談会，イベントなどの支部活動を，地域の医療従事者，保健・福祉・教育などの関係者の協力を得ながら行っているほか，地域の療養環境・医療環境の整備に努めている。

また，小児がん経験者同士・小児がんのきょうだいをもつ子ども同士の出会いと，お互いの経験を共有し合う場として，キャンプ（小児がん経験者のためのキャンプ「スマートムンストン」，きょうだいのためのキャンプ「富士山にアタック」）を開催している（**図 1**）。そのほかにも，全国に広がりつつある小児がんの院内および疾患別親の会や，小児がん経験者の会の立ち上げや運営の相談支援，活動費の助成など，小児がん患児家族の

図1　きょうだいのためのキャンプ

図2　小児がんの啓発活動

ピアサポート活動を直接的・間接的に行っている。

2. 相談事業

専任のソーシャルワーカーと非常勤の嘱託医による電話や面接での生活相談，ならびに医療相談として年間約 4,000 件の相談に応じている。病気の情報や受け止め方，周囲への伝え方や感情の吐露など心理社会的相談のほか，治療内容やセカンドオピニオンの受け方などの医療相談もあり，年に数回，専門医による個別医療相談会や，子どもを亡くされたご家族の交流会も開催している。また最近，関心が高まっている小児がん経験者の自立・就労支援を，当会は 1997 年より行っている。

3. 情報提供事業

小児がんに関するさまざまな冊子を発行し，無料で配布するほか，ホームページでダウンロードできるようにしている。特にガイドラインシリーズは，小児がんだけではなく小児慢性疾患のご家族にも活用いただいている。また，最新治療，教育やサバイバーシップ，きょうだいなどをテーマにしたシンポジウムや講演会を開催している。

4. 療養援助事業

小児がんは，小児慢性特定疾病医療費助成制度の対象疾患となっており，収入によって自己負担があるものの，多くの医療費は公費負担となっている。しかし，付き添いによる二重生活，きょうだいの保育費用など，療養にかかる費用が家計を圧迫しているため，経済的負担の軽減のため治療中の小児がん患者家族の療養援助を行っている。また，小児がんの罹患歴のある高校生に対し，奨学金の給付制度や，宿泊施設「あかつきハウス」の運営，宿泊設備を併設した総合支援センター「アフラックペアレンツハウス」（亀戸，浅草橋，大阪の 3 棟）の運営を行っているほか，小児病棟への遊びと学習のボランティア派遣，ボランティア研修，企業や団体からのイベントの招待など，多岐にわたる小児がんの子どもの療養生活を支える活動を行っている。

図3　発行している資料

5. 調査・研究事業

小児がんの治癒率の向上とともに，子どもの成長や家族の生活にも十分な配慮がなされた質の高

い医療・福祉を実現させるため，研究への助成，調査研究活動に取り組んでいる。

6. 広報・啓発事業

小児がんの患児・家族をはじめ，それを支える周りの１人ひとり，そして社会全体が小児がんに対する正しい知識や関心，問題意識をもち，改善していけるよう知識の普及・啓発活動に取り組んでいる（**図 2**）。ゴールドリボンは世界共通の小児がんのシンボルマークである。このゴールドリボンを広めることにより，小児がんへの関心をもっていただけるようさまざまな活動も行っている。

今後の課題

小児がんは，小児期では「難病」として小児慢性特定疾病事業の対象にはなるものの，20 歳以降はがん対策推進基本計画の取り組みがあることから，「難病対策」の対象から外れてしまううえ，そのがん対策推進基本計画では，小児がん独自の 20 歳以降の医療や生活上の問題についての取り組みがほとんどなされていないのが現状である。小児期の対策は「母子保健課」，成人の難病対策は「疾病対策課」，がん全体の取り組みは「がん対策課」と，厚生労働省の中でも幅広く複数の異なる課で検討されていることは，ありがたいことである一方で，分断的・縦割り的な取り組みとなっている。また，学籍移動の制約から転校が難しい私学の小児がんの小中高生が，継続して教育を受けることが困難な場合もある。加えて，在宅で療養生活や看取りを望む子どもたちや家族にとっても，居住地に拠らない訪問医療・看護の整備，制度の充足，費用負担の軽減など，課題は多い。医療の発達により，疾病とともに生活をしていく小児がん患者も増えており，施策の充足を求める活動も推進していきたい。

また，子どもを亡くした親およびきょうだいへの支援も引き続き，当会だからこそ担える重要な事業として行っていきたい。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
G. しぶたね（大阪市中央区）

清田 悠代
（NPO 法人しぶたね）

はじめに

“NPO 法人しぶたね”は，病気の子どもの「きょうだい（兄弟姉妹）」のための団体である。

筆者自身が心臓病の弟がいたきょうだいの立場であり，中学生のころに弟が入院した病院で，感染予防のために病棟に入れない幼いきょうだいたちが廊下で毎日何時間も過ごしている状況にショックを受けたことが立ち上げのきっかけになった。その後，大学で社会福祉を学び，社会福祉士資格を取得。米国では病児のきょうだい支援が当たり前に行われていることを知り，日本にもきょうだいのための場と人を増やすため，趣意に賛同した社会福祉士や保育士とともに 2003 年，ボランティアグループ「しぶたね」を設立した。

13 年の活動を経て，さらに活動の幅を広げるため，2016 年 NPO 法人格を取得した。スタッフ 4 名，年間延べ 200 人ほどのボランティアとともに活動している。

きょうだい支援の必要性

病気の子どもと親にサポートが必要なことは想像に易く，さまざまな試みが行われている。きょうだいたちもまた，時には病児と同じように不安な気持ちを抱えていたり，時には親と同じように周りの人とのギャップに苦しさを感じていたり，加えて，寂しさ，嫉妬や自責感，プレッシャーなど，きょうだい特有の気持ちを抱えることが分かっている。大人になっても影響が続くこともあり，たとえば「常に完璧でなければならない」「自分は愛されるべき存在ではない」といった考え方の癖や自己肯定感の低さにつながって，生きづらさを抱え続ける大人のきょうだいも少なくない。

しぶたねの歩み

1.「きょうだいの日」の開催

設立当初の目標は，米国の「シブショップ（Sibshops：1982 年に生まれた特別なニーズのある子どものきょうだいのためのワークショップ。8〜13 歳のきょうだいがレクリエーション的な環境でピアサポートと情報を得ることを目的とし，米国のほとんどの州とカナダやアイルランドなどで開催されている）」を開くことであった。2001 年，シブショップの開発者であるドナルド・マイヤー氏のファシリテートレーニングを受講し，2003 年，小学生のきょうだい向けに第 1 回のシブショップ「きょうだいの日」を開催。その後，シブショップをベースに親子バージョンなどのアレンジを加え，日本のきょうだいたちに馴染むよう試行錯誤を続けてきた。

現在は，小学生きょうだいを対象にシブショップと親子プログラムを，中学生以上のきょうだいには調理やクラフトを通して交流できるようなプログラムを定期的に開催しており，参加者の 8 割ほどが数年にわたり参加してくれている。われわれの「きょうだいの日」では，あえて気持ちを話し合う時間はつくっておらず，きょうだいたちは，ただただ大歓迎されて，安心して遊びきり，「楽しかったー！」と帰るだけなのだが，満足度は高く，大人が思うよりもずっと多くのことを感じ取ってくれている。小学校の先生に「きょうだいの日」の招待状を見せ，「ここは私を守ってくれる大人がいるところ」と説明してくれた子，

「『きょうだいの日』があるから明日から頑張れる」と話してくれる子，保護者からも「うちの子『きょうだいの日』に参加して，自分に自信がもてるようになったみたいです」「親子で充電できる場です」と嬉しい声をいただいている。小学生のころに参加していたきょうだいが成人後に悩みの壁にぶつかって連絡をくれることもあり，つながりをもち続けることの大切さを教わった。

2. 病院内の活動

しぶたねの原点である，病院の廊下で過ごすきょうだいたちに居場所をつくる活動は，大阪市立総合医療センターで2006年に始まった。現在は月2回18～20時の2時間，病棟の扉の前の廊下にマットを敷き，おもちゃとゲームを用意してきょうだいたちを病院ボランティアとして迎えている。初めて来てくれた小学生の男児は「ここはぼくのための場所なんでしょう？」と目を輝かせて聞いてくれた。「ママは○○ちゃん（入院児）は迎えに行くけど私のことは迎えに来ないかもしれないよ？」と不安を口にする子や，20時を過ぎてもまだひとりきりで待ち続ける子，毎回楽しみに待っていて駆け寄ってきてくれる子，たくさんのきょうだいとの出会いがある。

2014年には病院内できょうだいのためのイベントが開かれるようになり，その企画運営の協力や，他の病院への「きょうだいの日」の出前も活動の1つになった。

3.「きょうだいさんのための本」

イベントや出前で会えないきょうだいたちにも周りの人の愛情が伝わるものを渡したいと考え，小冊子を作成した。親や周囲の大人ときょうだいがお互いの好きなところを書き込み合うページや，短い時間で親子で楽しめるゲーム，甘えられるきっかけをつくるためのクーポンなどからできていて，2011年から累計12,000冊配布，PDFも公開している。

4. たねまき活動

きょうだい支援への理解を広げるため，寄稿や講演も続けている。保健所や親の会など保護者向けや，大学や社会福祉協議会など支援者向けの依頼に応じてきた。TSURUMIこどもホスピスとも連携が始まり，研修できょうだいの気持ちについて伝えたり，ケア検証会議にきょうだい担当ワーカーとして参加している。

5. シブリングサポーター研修ワークショップ

病気の子どものきょうだいの数に対し，支援の場はあまりにも少ない。支援の必要性は認識されていても，時間や資金の問題のほか，具体的な方法の分からなさからも広がっていかない現状があることに気づき，われわれの活動のなかできょうだいたちが教えてくれたことと13年間のノウハウを伝える研修を始めた。

おわりに

われわれの行うワークショップや病院活動は，きょうだいにとって非日常なサポートである。この非日常のサポートにもきょうだいの心を支える効果があることを実感しているが，日常的にきょうだいを支える毎日の小さな声かけやぬくもり，さまざまな専門職のスキルを生かした専門的なサポートも当然に行われる社会になるように，活動を続け広げたい。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
H. エスビューロー（大阪府茨木市）

安道 照子
（NPO法人 エスビューロー）

団体設立の経緯

エスビューローという団体名は，仏語で本質の，不可欠なという Essentiel の頭文字と事務所 Bureau を合わせた造語である。筆者の長男は，大阪大学医学部附属病院で白血病と診断され，1年半の闘病の末，2000 年 1 月，5 歳で他界した。その半年前，副代表も入院生活を共にした 2 歳目前の長男を固形腫瘍で亡くしていた。その彼女に誘われ，2000 年 3 月「小児がん学会」に参加した折，偶然，息子たちの主治医と再会し，主治医の誘いで入院中の疑問や喪失後の思いなどを長時間にわたり話す時間をもった。そこで医療者と患者側の相互理解の不足を互いに痛感したわれわれは，双方の思いを綴った機関紙を作成し，双方のコミュニケーションを促進する講演会などを開催し，相互理解を深めていくことを目的に「エスビューロー」を設立した。機関紙の発行，講演会の開催に相談業務を加えた活動を始動させた。

2001 年 2 月には息子たちの主治医らを理事に巻き込んで法人格を取得し，その活動は大阪大学病院に留まらず，全国の小児がん患児・家族を対象とするものとなった。

小児がん経験者の抱える現状と問題点（図 1）

医療の進歩により，小児がんは 7 ～ 8 割が治るようになったが，退院後の経験者の約半数は内分泌，体温調節，視覚や運動機能の不全といった障害や高次脳機能障害，社会性発達遅延といった問題などを抱えていることが多い。

復学はしたものの，体育や運動会，遠足などの行事への参加や，当番・委員などの活動が制約されることも多いため，そのことが級友に理解されずいじめられたり，適切な配慮を得られずストレスを抱えて孤立するケースも散見される。また，低身長や低ＩQ という放射線治療の影響が一定の年月を経てから現れ，授業についていけなくなることも大きなストレスとなっている。

一方，労働安全法の改正に伴うストレスチェック制度の施行（2015 年 12 月～）を受けて，ストレスマネジメントに対する国民意識が高まっているが，小児がん経験者とその家族（喪失家族を含む）の受けるストレスは，精神的問題を併存しやすい傾向があるにもかかわらず，退院後の小児がん経験者とその家族に対するストレス予防・対策は十分とはいえないのが現状である。

当団体による支援策（図 2）

外からは見えにくい小児がん経験者が抱える問題の解決に向け，助成事業を活用しさまざまなアクティビティの提供や DVD 作成，冊子の執筆などを行っている。

10年前からは，4つの象限全体を網羅すべく「小児がん・脳腫瘍全国大会」を開催。ここは小児がん経験者とその家族，医療従事者はもとより小児がんに関わるすべての人々が集い，学び，小児がんに関連する最新で有用な情報を得る場となっている。

また，経験者のための「サマースクール」，喪失家族のみの「ロスカレッジ」は，「この苦しみは自分だけではない」と思える貴重な機会として定着している

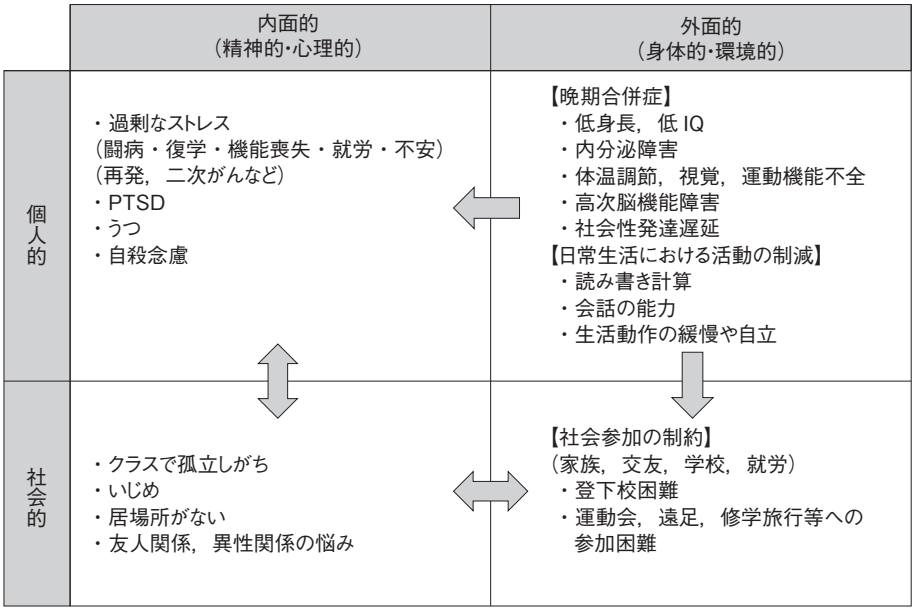


図 1　小児がん経験者の現状と問題点

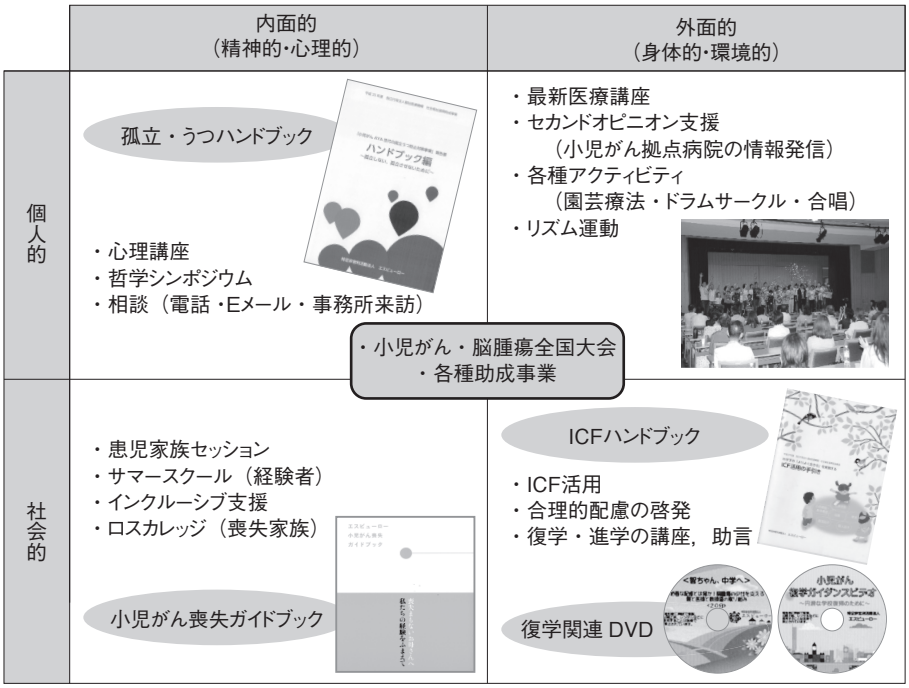


図 2　当団体による支援策

今後の歩み

近々はこうした現状を背景にストレスマネジメントのセミナーの開催や，AYA 世代まで含んだ経験者に具体的なひとつのストレス予防・対策として，「リズム運動」の要素を取り入れた打楽器アクティビティの実施を予定している。団体の歩みが 17 年にわたる今，患児らが生きられるように

なったことは嬉しいかぎりだが，医療の進歩に社会の仕組みが追いついていない現実も目の当たりにする。就職ができず将来を悲観しての自死や，二次がんを発症し亡くなるという事態にも遭遇する。まさしく息子が生きていれば直面したであろうこの生きにくさの解決に向け，小児がんについての理解や彼らを受け入れる社会の仕組みの充実，居場所づくりなどの活動を続けること，先輩母として，わが子を亡くした若き母親らに向けて，新たな価値観を見出す手助けをする場を提供すること，エスビューローは，今後も息子たちがつなげてくれた人々とともに，つらい治療を頑張った息子たちに，そして残された娘たちと一緒に考えた団体名に恥じぬよう，本質を見失わず，小児がん領域において不可欠な存在でありたいと強く思っている。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
I. ビリーブ（大阪府大阪市）

坂下 裕子
（一般社団法人 こどものホスピスプロジェクト）

ビリーブについて

ビリーブは，こどものホスピスプロジェクトの遺族支援チームで，2010年に発足した。子どもの遺族が子どもの遺族を支援する活動で，かつて同じ経験をした親たちが「友として」寄り添うことから，メンバーの呼称は「友ボラ」とした。ご自宅を訪問することが最大の特徴で，わが国で初めての取り組みである。拠点は，大阪市にあるTSURUMIこどもホスピスである。発足時のメンバーは，おもに筆者が適任と思われる知人に声をかけたが，以後はホームページで公募している。子どもの死から2年以上経っていることが条件で，ビリーブ独自の研修を受けることが義務づけられている。

「友ボラ」とその育成

ビリーブ独自の研修とは，その多くは友ボラ同士で実体験をもち寄る形態である。各自が経てきた出来事，感情，思考，行動のありようを互いに知ることは，一般的な座学では得ることのできない大きな学びになるからである。また，自身の体験を詳細に振り返ることなく，依頼者の悲嘆と向き合うことは難しいからである。研修は，時には涙をこらえて行う。

では，なぜ友ボラはこうした活動を続けていくのか。1つ言えることは，自分たちがわが子を亡くした時，ビリーブのような支援活動が日本にはなかったということである。得られなかったからこそ実現しようと考える人がほとんどで，なかには，この活動を通して亡き子との絆を感じている人もいる。いずれにしても友ボラも子どもの遺族だから，友ボラのケアにもなり得る活動を考えていくことがビリーブの役割の1つといえる。

対象者と利用状況

ビリーブが対象とするのは，基本的に小児科で亡くされた方であるが，独立前のお子様のご遺族であればどなたでもご利用いただける。かかる費用はなく，交通費などはプロジェクトから支給される。これまでの訪問の概要を**表1**にまとめる。

面談時間は，平均180分間だった。地域は，大阪府を中心に可能なかぎり訪問しているが，圏外のためお母様のほうから会いに来てくださったケースもある。死別からの期間は，最短で10日，最長は528日で，平均117日であった。本活動を知ったきっかけは，全体の3分の2（66.6％）が医療スタッフの紹介であった。「見つけるのが大変だった」「話せる相手がずっといなかった」といった現状は，下記の利用者の声にも示されている。そのため，必要とするご遺族にできるだけ速やかに訪問が実現するよう，看取りに関わった医療スタッフがビリーブの存在を知らせてくださることを願っている。

利用者の声

改めて3人のお母様に，本活動を利用した動機と感想を伺った。その言葉のなかに，友ボラが訪問することの意味が示されていると考える。

Aさん：心身ともに悲しむことに疲れ果て，考えるのは子どもの後を追って行くことばかりだった。動悸や不整脈，不眠，食欲不振などの症状を

表１　ビリーブの訪問活動の概要

子どもの年代	死因	居住地	面談時間	死別から	紹介者など
児童	小児がん	近畿	3時間	43日	医療スタッフ
幼児	事故	近畿	3時間	323日	ホームページ
学生	事故	近畿	3時間40分	105日	ホームページ
乳児	呼吸器疾患	近畿	3時間30分	32日	医療スタッフ
児童	小児がん	近畿	3時間30分	21日	医療スタッフ
児童	小児がん	近畿	3時間	183日	医療スタッフ
乳児	希少難病	近畿	3時間	73日	医療スタッフ
新生児	循環器疾患	近畿	2時間40分	10日	医療スタッフ
児童	循環器疾患	近畿	2時間	60日	医療スタッフ
乳児	小児がん	近畿	2時間50分	18日	医療スタッフ
幼児	小児がん	近畿	2時間45分	239日	医療スタッフ
胎児	胎児死亡	近畿	2時間	19日	友ボラの知人
児童	呼吸器疾患	近畿	3時間30分	92日	ホームページ
生徒	小児がん	近畿圏外	3時間40分	528日	ホームページ
児童	神経疾患	近畿	3時間	14日	医療スタッフ

抱えて悩んでいた時に紹介していただいた。精神科より敷居が低かったこと，そして経験者のお話を聞き，これから自分がどうやっていけばいいのか知恵を授けていただきたいと期待していたことが，訪問を依頼した理由である。

２時間喋りっぱなしで，ぼろぼろ泣いた。友ボラさんも頷きながらぼろぼろ泣いてくれた。その時，私の気持ちを分かってくださってる，と強く感じた。暗闇の中でひとりぼっちだった自分に，手をつないで支えてくれる方ができたと感じた。

Ｂさん：子どもを亡くして何かにすがりたい思いと，同じ気持ちをもつ親と話がしたいという思いがあった。ホームページで活動が詳しく分かることも依頼を決めた理由の１つである。ボランティアの顔写真があり，どういう状況で子どもを亡くしたかや，それぞれのメッセージがあって，ここなら大丈夫という安心があった。

実際に来てもらった日は，３カ月かけてやっと出会えたので，たどりつけて嬉しかった。すがる思いで４時間くらい話を聴いていただいた。否定することがまったくなく，「私もそうでした」と言ってくれて，「本当にどういう勉強をしたらこのように人の話を聴ける人になるの？」と思うような人だった。

Ｃさん：周りに同じ経験者がいないので，子どもを想って話したり，泣いたりすることがなかった。同じように子どもを亡くしたお母さんにお会いして，聴いてほしかったし，心置きなく胸の内を話し合いたかった。

お会いできて，つらいのは自分だけではないということが分かった。皆さん悲しみのなか，日々頑張っていらっしゃる。私も頑張らねばと，前向きになれた。生きていく希望や勇気をもらった。

今後の課題

TSURUMI こどもホスピスの完成に伴い，これからはこの素晴らしい施設を使ったプランなども考案し，ビリーブの存在が社会に周知されること，友ボラを志す遺族の輪がさらに広がることが今後の課題と考えている。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
J. チャイルド・ケモ・ハウス（兵庫県神戸市）

楠木 重範
（NPO 法人 チャイルド・ケモ・ハウス）

開設の経緯

2005 年 12 月から小児科医である筆者と患者家族の田村太郎・亜紀子夫妻を中心に小児がんに関する研究会を開催し，小児がんの子どもと家族にとって適切な医療を提供することを目的に「がんになっても笑顔で育つ」をキャッチフレーズとして，2006 年 11 月，特定非営利活動法人チャイルド・ケモ・ハウス（初代理事長 楠木重範，2016 年 12 月現在理事長 大薗恵一）を設立した。その後，小児がんなどの難病の子どもとその家族にとって理想の療養施設を建設することを活動の 1 つの目的とし，2011 年 8 月，公益財団法人チャイルド・ケモ・サポート基金（2016 年 12 月現在，理事長楠木重範）を設立した。2013 年 4 月，神戸市にチャイルド・ケモ・ハウスという施設（以下，ハウス）を開業し，2015 年 7 月にハウスは有床診療所の認定を受けた。ハウスでは，家族と一緒に暮らしながら入院治療を受けることや，ショートステイや日帰りイベントなどの入院以外の利用も可能である（**図 1**）。

目的と対象

小児がんなどの難病の子どもとその家族が，適切な医療を受けられる状況をつくることを目的としている。ここでいう「医療」とは，「治療」「療養環境の充実」「家族ケア」のすべてを含む。患者の対象年齢は，子どもから思春期・若年成人（以下，AYA）世代を含む。また患者以外でも，家族のみの利用や，遺族の利用も可能である。

図 1　チャイルド・ケモ・ハウスの病室

運用と実際

1. これまでの利用状況

①宿泊・入院による施設の利用者（2013 年 12 月～ 2016 年 11 月）

実利用家族数：38 家族　内訳：小児がん・AYA 世代のがん（33 家族），がん以外の難病（5 家族）

②施設利用者（プログラム参加者）（2013　年 12 月～ 2016 年 11 月）

実人数：97 人　内訳：小児がん・AYA 世代のがん（86 人），がん以外の難病（11 人）

2. 事業内容

1）入　院

【対象】以下の条件をすべて満たす方

・小児慢性特定疾病などの難病の小児・AYA 世代の方

・安定期（終末期を含む）の方

・現在治療中の病院と医療連携がとれること

2）在宅医療：2013 年 6 月より実施

・小児慢性特定疾病などの難病の小児・AYA 世代の方

【実績】在宅医療件数：13 件（2013 年 6 月～ 2016 年 11 月）

3）お泊りプログラム

入院中に一緒だったお友達やご家族とゆっくり過ごすための企画である。

ハウスでプログラムを楽しんだり，ご家族同士の交流の時間をもっていただく。

【実績】プログラム実施回数：8 回（2014 年 9 月～ 2016 年 11 月）

4）きょうだいサポート

臨床心理士を中心に，自宅への訪問や，ハウスを使用することによりきょうだい支援プログラムを実施するなど，きょうだいへの支援も積極的に行っている。

【実績】実利用家族数：6 家族

5）ビリーブメントケア

小児がん・AYA 世代のがんで子ども・家族を亡くされたご家族へのビリーブメントケアを行っている。具体的には四十九日以降の自宅訪問，1 周忌の自宅訪問，子どもの誕生日の連絡などである。

【実績】実施家族数：11 家族（2013 年 12 月～ 2016 年 11 月）

6）AYA 世代ピアサポートプログラム

AYA 世代（思春期・若年成人世代）。

【実績】プログラム実施回数：7 回，参加延べ人数：130 人

7）その他

安心して外で遊ぶことができない小児難病の子どもの「日帰りお楽しみプログラム」など，難病の子どもが，安心して遊べる場として施設を利用していただいている。

その成果と意味

現在の医療制度ではカバーできない分野を積極的にサポートしてきた。

具体的には，「家族と一緒に過ごしながら治療を受けること」「ビリーブメントケア」「きょうだいケア」「体力・免疫低下時に安心して楽しめる場所の提供」「ピアサポート」などである。

社会から孤立しがちな難病の子どもとその家族が，リラックスして過ごすことができる場所を提供することができた。

現状の課題と今後の歩み

小児がんなどの難病の子どもが医療を受けることができる場所は，「小児がん拠点病院などの大病院」か「自宅での在宅医療」の二者択一である。大病院には充実した医療設備と医療者がいる安心感があるというメリットがあるが，家族と一緒に過ごすことができないというデメリットがある。自宅での在宅医療は，家族と一緒に過ごすなど日常を維持することができるというメリットはあるが，身近に医療者がいないというデメリットがある。

難病の子どもたちが，その時々の病状や精神状態に応じて，大病院と自宅と，そしてハウスのような中間的施設の 3 つの選択肢から適切な場所を選択することができるようになれば，より良い医療が提供できるようになると考える。また長期療養が必要な難病の子どもとその家族にとって，関わる医療者が変化することは大変なストレスとなる。よって患者だけでなく，医療者が柔軟に動けること，たとえば大病院の医師・看護師が訪問診療や訪問看護をすることができれば，患者・家族の満足度は向上すると考える。

4. 重い病気の子どもたちとその家族を支える社会活動
K. NEXTEP（熊本県合志市）

島津 智之
（認定 NPO 法人 NEXTEP）

認定 NPO 法人 NEXTEP について

NEXTEP（ネクステップ）は，2000 年に熊本県内の大学生が中心となって設立し，世代や職種を超えた交流・学びの場づくりを行ってきた。地域の人たちとともに，医療・福祉・教育などの諸問題について必要な事業を考え，笑顔あふれる地域づくりを目指して活動している。2014 年には熊本県で初めての認定 NPO 法人としての認可を受けている。現在は，熊本県合志市に拠点を置き，不登校の子どもたちのサポートや重い障害や難病のある子どもたちのサポートを中心に活動している。

小児在宅支援事業

現状の社会環境では，障害や病気があるために，病院や障害児入所施設などで多くの時間を過ごさなければならない子どもたちがいる。当法人では，自宅で家族と一緒に暮らしたいという子どもと家族の思いを受けて，全国でも先駆的な取り組みとして，2009 年に小児専門の訪問看護ステーション“ステップ♪キッズ”を開設した。病院から初めて退院する子どもたちと不安いっぱいな家族にとって，自宅に訪問し，子どもたちや家族のよき相談相手となる訪問看護師の役割は大きく，小児在宅を支える鍵であると考えている。さらに，ステップ♪キッズの立ち上げから 3 年後の 2012 年，重い障害のある子どもたちの生活を支えるには医療だけでなく福祉も必要であることを痛感し，小児専門の居宅介護事業所“ドラゴンキッズ”を開設した。居宅介護ではおもに，生活の質の向上や保護者の負担軽減などに重きを置いてサービスを提供している。障害福祉サービスである居宅介護と訪問看護が同一事業所内に併設されたことで，支援の幅も広がりをみせ，医療と福祉の連携によるサービスが提供できるようになった。

このような 2 つの訪問系のサービスに続いて，2015 年には障害児通所支援事業所“ボンボン”を開設した。保育園や幼稚園に通う年齢になっても，病気や医療的ケアを理由に入園を断られることも多く，同年代の子どもたちとの関わりをもつ機会が少ない現状があった。子どもたちは子どもたちの中で，発育，発達していくと考え，通所によるサービスを開始することになった。

目的と対象

“ボンボン”では，0 ～ 6 歳の子どもを対象とした児童発達支援事業と 6 ～ 18 歳の子どもを対象とした放課後などデイサービス事業を行っている（**図 1**）。利用者のほとんどは重症心身障害児で，定員 5 名のうち 2 名は人工呼吸器を使用している子どもの受け入れを行っている。人工呼吸器を使用している子どもは，親 1 人での送迎は難しいため，当法人より看護師と介護職員の 2 名が福祉車両で送迎を行っている。子どもたちにはいろいろな体験活動を中心に，療育の観点での関わりをもっている。お花見やもちつきといった四季の行事を楽しんだり，いちごを植えて収穫したり，近所へ散歩に出かけたりしている。

訪問と通園の大きな違いは，母子分離ができる点である。子どもは親から離れ，子どもたちの中で子ども社会を学ぶ。自宅ではできない経験をし，初めて見せるような表情をすることもある。

図1 “ボンボン”での活動

親は子どもたちの活動内容を見て成長を感じ，介護ではなく子育てをしている，と感じることができている。

ネクステップでは，訪問系サービスで生活の安定と質の向上を図り，通園サービスで子どもの成長をサポートすることを心がけている。

その成果と意味

ネクステップでは，訪問看護や居宅介護といった訪問系サービスと，児童発達支援や放課後などデイサービスの通所サービスを，法人スタッフの多くが兼務しながら行っている。訪問系サービスと通所系サービスを一元的に管理・提供できることで，子どもたちを複合的に支えることができるメリットがある。また，スタッフも看護師・介護職・セラピストが同一事業所にいるため，子どもたちのタイムリーな情報共有を行いやすい環境ができている。また，通所利用予定の子どもが体調不良で欠席した場合に，訪問看護師が自宅を訪問し，状態確認をするといった柔軟な対応ができる。このような熊本発の小児在宅支援モデルを全国に発信していくことができればと考えている。

現状の課題と今後の歩み

“子どもたちが家で，家族と一緒に暮らす”こんな当たり前のことが難しいといわれる重い障害や医療機器に囲まれた子どもたちを地域で笑顔に囲まれた中で支えたい，それが私たちの思いである。子どもたちの命だけでなく，成長を支えていくには，医師や看護師などの医療職だけでは足りないことが認知されてきている。福祉職，教育職，行政などとも連携して，多職種で子どもたちを支えようという動きが少しずつ広がりをみせている。私たちはその輪をさらに拡げ，地域の企業や地域住民，大学生なども巻き込み，多くの人に子どもたちや家族の存在を知ってほしいと願っている。障害のある子どもたちは，社会の中では最弱者にあたるかもしれない。しかし，そんな彼・彼女らの多様性が輝く社会こそ，私たちの目指す社会である。

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

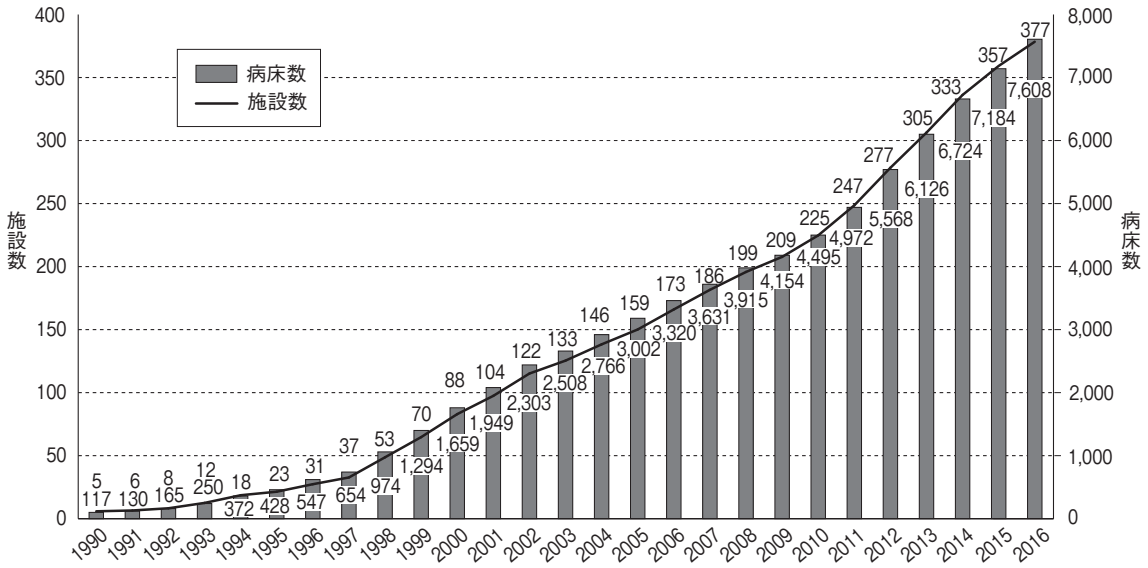
五十嵐尚子　宮下光令
（東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野）

本稿では日本の緩和ケアの現状を，特に専門的緩和ケアを中心にデータから概観する。都道府県別のデータに関してはすべてのデータを最後に掲載した。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）。これらの都道府県別の数値は最後に表中に記載した。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

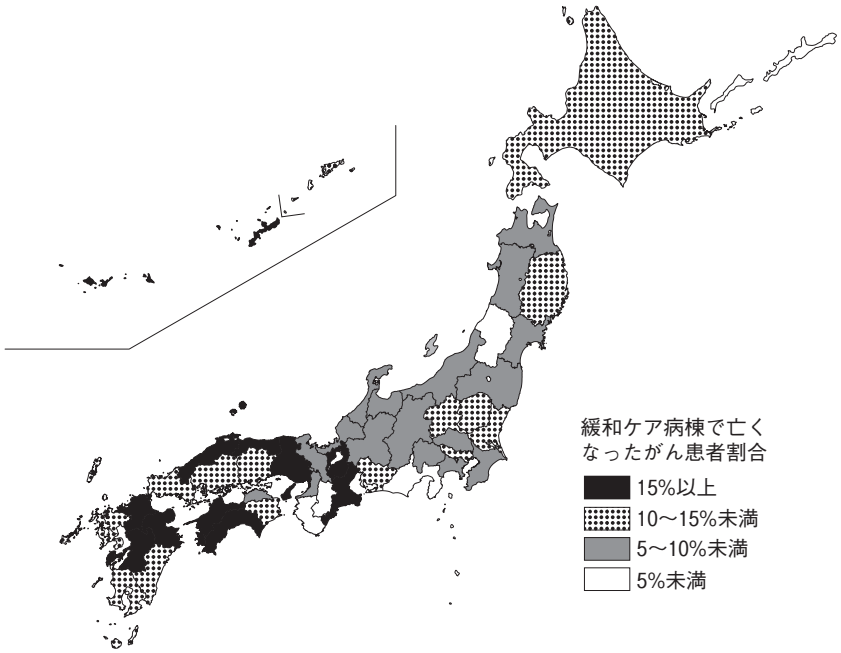
わが国の緩和ケア病棟は，1990年に診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されたことにより制度化された。**図1**に緩和ケア病棟数，病床数の推移を示す。診療報酬の増加とともに緩和ケア病棟数，病床数ともに増加し，1990年に5病棟（117床）だった緩和ケア病棟は2016年には377病棟（7,608床）となった。

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，2015年で11.5％



（日本ホスピス緩和ケア協会，2016年11月時点）

図1　緩和ケア病棟数・病床



（日本ホスピス緩和ケア協会，2015 年度）

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）

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，高い都道府県は福岡県 25.9%，高知県 24.9%，滋賀県 21.0%であり，低い都道府県は和歌山県 1.9%，静岡県 3.3%，奈良県 3.6%であった。

2016 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利用状況を**表 1** に示す。院内独立型が 13.8%，院内病棟型が 83.7%であり，完全独立型は 2.5%（7 施設）であった。稼動病床数は平均 20.2 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 2015 年度で平均 180.9 名であり，200 名以上の施設が 2011 年度に比べて 13% 増加した。退院患者のうち死亡退院が占める割合は 2015 年度では平均 84.3%であり 2011 年度より 1.8%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，2015 年度はほぼ横ばいだった）。平均在院日数は 2015 年度では平均 32.7 日で徐々に減少しており，2015 年では平均在院日数が 30 日未満の施設の割合は 46% だった。平均病床利用率は平均 74.8%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 5.4 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 2016 年 11 月時点で 231 施設に増加した。

緩和ケアチームは日本緩和医療学会に登録制度がある。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

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（287 施設）

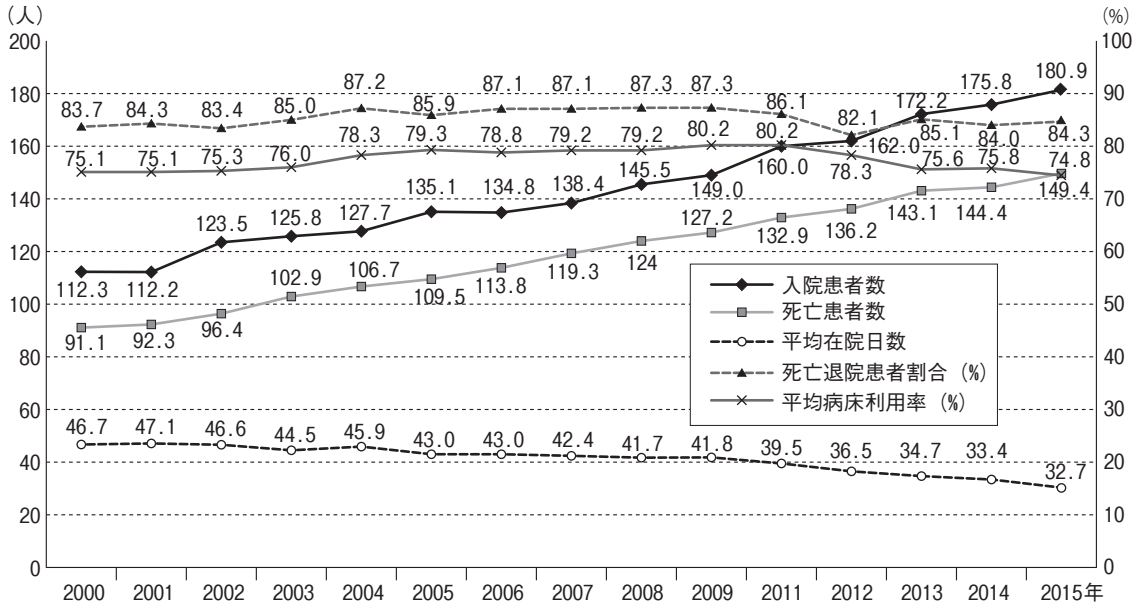
	N	%	平均	標準偏差
病棟形式				
院内病棟	238	83%	—	—
院内独立	42	15%	—	—
完全独立	7	2%	—	—
病床数（稼働）	—	—	19.9	7.1
～14 床	45	16%	—	—
15 ～ 19 床	78	27%	—	—
20 ～ 24 床	120	42%	—	—
25 床～	44	15%	—	—
個室割合（稼働病床に対して）	—	—	87%	20%
～ 49%	15	5%	—	—
50 ～ 74%	59	21%	—	—
75 ～ 99%	25	9%	—	—
100%	188	66%	—	—
無料個室割合（稼働病床に対して）	—	—	50%	29%
なし	27	9%	—	—
1 ～ 49%	57	20%	—	—
50 ～ 74%	175	61%	—	—
75 ～ 100%	55	19%	—	—
家族室				
なし	0	0%	—	—
1 室	135	47%	—	—
2 室	129	45%	—	—
3 室～	21	7%		
稼働病床 20 床あたり	—	—	1.8	1.3
ホスピス緩和ケア外来				
なし	9	3%	—	—
あり（入院相談のみ）	52	18%	—	—
あり（入院相談・フォローアップ）	223	78%	—	—
ホスピス緩和ケア外来の頻度	—	—		
1 日 / 週	38	14%	—	—
2 日 / 週	70	25%	—	—
3 日 / 週	47	17%	—	—
4 日 / 週	33	12%	—	—
5 日 / 週	54	20%	—	—
6 ～ 7 日 / 週	10	4%	—	—
在宅診療				
なし	194	68%	—	—
あり	93	32%	—	—
在宅診療の担当者（複数回答）				
緩和ケア病棟の医師	67	72%	—	—
当該科の主治医	26	28%	—	—
併設診療所の医師	20	22%	—	—
訪問看護				
なし	150	52%	—	—
あり	137	48%	—	—
訪問看護の担当者（複数回答）				
緩和ケア病棟の看護師	11	8%	—	—
院内訪問看護部門の看護師	32	23%	—	—
併設訪問看護ステーションの看護師	101	74%	—	—
専門的な資格を有する医師（複数回答）				
緩和医療専門医あり	70	24%	0.3	0.7
緩和医療暫定指導医あり	137	48%	0.6	0.7
専門医または暫定指導医（再掲）	178	62%	—	—
専門的な資格を有する看護師（複数回答）				
がん看護専門看護師あり	47	16%	0.2	0.5
緩和ケア認定看護師あり	199	69%	1.0	0.9
がん性疼痛看護認定看護師あり	70	24%	0.3	0.6
上記の専門または認定看護師（再掲）	226	79%	—	—
ELNEC-J 指導者割合（常勤看護師に対して）			5%	6%
なし	116	40%		
～ 9%	115	40%		
10 ～ 24%	49	17%		
25 ～ 49%	1	0%		
50 ～ 100%	0	0%		
ELNEC-J 受講修了割合（常勤看護師に対して）			25%	25%
なし	61	21%		
～ 9%	50	17%		
10 ～ 24%	65	23%		
25 ～ 49%	66	23%		
50 ～ 100%	45	16%		
常勤医師（稼働病床 20 床あたり人数）	—	—	2.8	2.1
常勤看護師（稼働病床 20 床あたり人数）	—	—	18.6	4.6
薬剤師（稼働病床 20 床あたり人数）				
専従薬剤師あり	13	5%	—	—
専任薬剤師あり	32	11%	—	—
兼任薬剤師あり	234	82%	—	—
常勤薬剤師あり	273	95%	1.3	1.2
非常勤薬剤師あり	7	2%	—	—
心理職（稼働病床 20 床あたり人数）				
専従心理職あり	15	5%	—	—
専任心理職あり	12	4%	—	—
兼任心理職あり	64	22%	—	—
常勤心理職あり	91	32%	0.4	0.7
非常勤心理職あり	40	14%	—	—
栄養士（稼働病床 20 床あたり人数）				
専従栄養士あり	8	3%	—	—
専任栄養士あり	19	7%	—	—
兼任栄養士あり	240	84%	—	—
常勤栄養士あり	267	93%	1.1	0.7
非常勤栄養士あり	3	1%	—	—
ソーシャルワーカー（稼働病床 20 床あたり人数）				
専従ソーシャルワーカーあり	27	9%	—	—
専任ソーシャルワーカーあり	30	10%	—	—
兼任ソーシャルワーカーあり	220	77%	—	—
常勤ソーシャルワーカーあり	267	93%	1.4	1.1
非常勤ソーシャルワーカーあり	2	1%	—	—
宗教家（稼働病床 20 床あたり人数）				
専従宗教家あり	5	2%	—	—
専任宗教家あり	5	2%	—	—
兼任宗教家あり	18	6%	—	—
常勤宗教家あり	27	9%	0.1	0.5
非常勤宗教家あり	18	6%	—	—
ボランティアコーディネーター（稼働病床 20 床あたり）				
専従ボランティアコーディネーター	13	5%	—	—
専任ボランティアコーディネーター	6	2%	—	—
兼任ボランティアコーディネーター	80	28%	—	—
常勤ボランティアコーディネーター	99	34%	0.4	0.6
非常勤ボランティアコーディネーター	13	5%	—	—
ボランティア登録数	—	—	17.8	21.2
～ 9 名	113	39%	—	—
10 ～ 24 名	106	37%	—	—
25 ～ 49 名	47	16%	—	—
50 名～	21	7%	—	—
ボランティアの役割				
お茶のサービス	196	68%	—	—
配膳	32	11%	—	—
散歩・話し相手	180	63%	—	—
洗濯・買い物	65	23%	—	—
病棟・病室の整備	114	40%	—	—
季節の行事	218	76%	—	—
教室（以後、絵画など）	62	22%	—	—
鑑賞会（コンサートなど）	169	59%	—	—
理容師・美容師	32	11%	—	—
歯科医師・歯科衛生士	8	3%	—	—
マッサージ	126	44%	—	—
清拭・入浴介助	13	5%	—	—
食事介助	12	4%	—	—
家族会・遺族会の運営	125	44%	—	—
緩和ケア病棟内で対応可能な治療等				
精神科医師のコンサルテーション	203	71%	—	—
心理職のコンサルテーション	179	62%	—	—
専門的な口腔ケア	246	86%	—	—
専門的なリハビリテーション	268	93%	—	—
がん薬物療法（注射薬）	54	19%	—	—
がん薬物療法（経口薬）	98	34%	—	—
がん薬物療法（ホルモン療法）	128	45%	—	—
放射線治療	122	43%	—	—
CV ポート埋め込み	209	73%	—	—
専門的疼痛治療（神経ブロックなど）	195	68%	—	—
多職種カンファレンス開催頻度（3 職種以上）				
1 回 / 週未満	5	2%	—	—
1 回 / 週	151	53%	—	—
2 回 / 週	35	12%	—	—
3 回 / 週	19	7%	—	—
4 回 / 週	19	7%	—	—
5 回 / 週	33	11%	—	—
6 回 / 週以上	20	7%	—	—
遺族ケア				
病棟スタッフによる手紙やカード送付	229	80%	—	—
病棟スタッフによる電話	80	28%	—	—
病棟スタッフの葬儀・通夜への参列	24	8%	—	—
病棟スタッフの家庭への訪問	13	5%	—	—
悲嘆の情報提供（本やパンフレット）	108	38%	—	—
遺族会・追悼会の開催	188	66%	—	—
カウンセラーや精神科医などの紹介	67	23%	—	—
宗教家や宗教組織による支援	33	11%	—	—
自助グループのコーディネート	32	11%	—	—
年間入院患者数	—	—	174.8	81.6
～ 99 名	44	15%	—	—
100 ～ 149 名	70	24%	—	—
150 ～ 199 名	85	30%	—	—
200 ～ 249 名	40	14%		
250 ～ 299 名	19	7%		
300 名以上	18	6%	—	—
予約外入院割合（当日入院）	—	—	15%	18%
～ 9%	134	47%	—	—
10 ～ 24%	72	25%	—	—
25 ～ 49%	35	12%	—	—
50%～	13	5%	—	—
年間退院患者数	—	—	174.7	81.8
～ 99 名	44	15%	—	—
100 ～ 149 名	75	26%	—	—
150 ～ 199 名	71	25%		
200 ～ 249 名	39	14%		
250 ～ 299 名	17	6%	—	—
300 名以上	20	7%	—	—
年間死亡退院患者数	—	—	144.2	63.3
～ 99 名	60	21%	—	—
100 ～ 149 名	104	36%	—	—
150 ～ 199 名	62	22%		
200 ～ 249 名	28	10%		
250 ～ 299 名	7	2%	—	—
300 名以上	6	2%	—	—
死亡退院割合（全退院患者数に対して）	—	—	84%	11%
～ 49%	3	1%	—	—
50 ～ 74%	47	16%	—	—
75 ～ 89%	121	42%	—	—
90%～	95	33%	—	—
自宅退院割合（全退院患者数に対して	—	—	12%	10%
～ 9%	139	48%	—	—
10 ～ 24%	99	34%	—	—
25 ～ 49%	26	9%	—	—
50%～	2	1%	—	—
病床利用率	—	—	75%	15%
～ 49%	16	6%	—	—
50 ～ 59%	28	10%	—	—
60 ～ 69%	49	17%	—	—
70 ～ 79%	58	20%	—	—
80 ～ 89%	62	22%	—	—
90 ～ 100%	47	16%	—	—
平均在棟日数	—	—	33.6	11.9
～ 19 日	24	8%	—	—
20 ～ 29 日	88	31%	—	—
30 ～ 39 日	83	29%	—	—
40 ～ 49 日	37	13%	—	—
50 ～ 59 日	15	5%	—	—
60 日以上	19	7%	—	—
在棟日数別の患者割合（全退院患者）				
在棟日数 1 ～ 7 日	—	—	23%	8%
在棟日数 8 ～ 30 日	—	—	43%	8%
在棟日数 31 ～ 60 日	—	—	19%	6%
在棟日数 61 日～	—	—	14%	8%
在棟日数別の患者割合（死亡退院患者）				
在棟日数 1 ～ 7 日	—	—	23%	8%
在棟日数 8 ～ 30 日	—	—	43%	7%
在棟日数 31 ～ 60 日	—	—	19%	6%
在棟日数 61 日～	—	—	14%	8%

（日本ホスピス緩和ケア協会，2015 年度）

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	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	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	124	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	126	63.5	34	56	10	103	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	128	62.6	35	55	10	107	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	67.3	32	56	12	110	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	135	64.2	29	59	12	114	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	71.4	29	59	12	119	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	146	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	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	133	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	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	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	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
2015	306	180.9	79.9	10	58	32	149	61.9	20	64	16	84.3	10.9	17	47	36	32.7	11.9	46	51	3	74.8	14.4	47	38	15

（日本ホスピス緩和ケア協会，2015 年度）



（日本ホスピス緩和ケア協会，2015 年度）

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

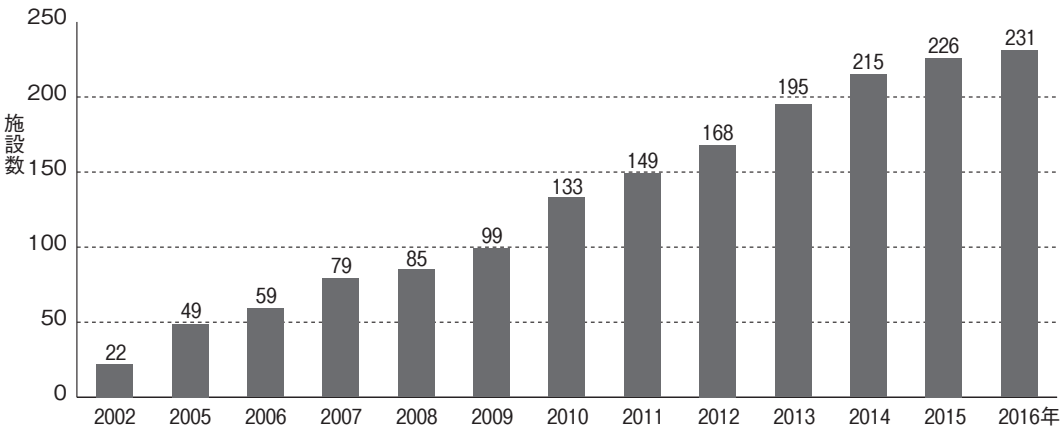
	全体	拠点病院の種別			病床数		
		都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	都道府県独自指定／指定なし	500床以上	200～499床	0～199床
登録数（N）	521	51	286	184	242	252	27
登録数（%）	100	9.8	54.9	35.3	46.4	48.4	5.2
年間がん患者退院数	1,437,101	316,234	858,371	262,496	968,834	456,356	11,911
依頼区分が「がん」	78,284	16,018	44,681	17,585	48,783	27,976	1,525
割合（%）	5.4	5.1	5.2	6.7	5.0	6.1	12.8
緩和ケア外来の有無							
あり	443	51	270	122	229	203	11
「あり」の割合（%）	85.0	100.0	94.4	66.3	94.6	80.6	40.7
外来緩和ケア管理料の算定有無							
あり	158	26	96	36	108	46	4
「あり」の割合（%）	30.3	51.0	33.6	19.6	44.6	18.3	14.8
緩和ケア病棟の有無							
あり	126	18	69	39	55	68	3
「あり」の割合（%）	24.2	35.3	24.1	21.2	22.7	27.0	11.1
緩和ケア診療加算							
あり	195	37	119	39	143	50	2
「あり」の割合（%）	37.4	72.5	41.6	21.2	59.1	19.8	7.4
[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	18	7	11	0	14	4	0
身体担当医のみ	190	31	118	41	132	58	0
精神担当医のみ	29	3	13	13	12	17	0
両方いない	284	10	144	130	84	173	27
両方いる（%）	3.5	13.7	3.8	0.0	5.8	1.6	0.0
身体担当医のみ（%）	36.5	60.8	41.3	22.3	54.5	23.0	0.0
精神担当医のみ（%）	5.6	5.9	4.5	7.1	5.0	6.7	0.0
両方いない（%）	54.5	19.6	50.3	70.7	34.7	68.7	100.0
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	350	48	208	94	221	122	7
「いる」の割合（%）	67.2	94.1	72.7	51.1	91.3	48.4	25.9
[看護師]							
専従がいる施設・いない施設							
いる	357	49	237	71	209	144	4
「いる」の割合（%）	68.5	96.1	82.9	38.6	86.4	57.1	14.8
専門看護師または認定看護師がいる施設							
いる	499	51	284	164	241	244	14
「いる」の割合（%）	95.8	100.0	99.3	89.1	99.6	96.8	51.9
[薬剤師]							
専従または専任がいる施設・いない施設							
いる	184	31	116	67	126	56	2
「いる」の割合（%）	35.3	60.8	40.6	20.1	52.1	22.2	7.4
[MSW]							
専従，専任，兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	414	37	232	145	192	221	1
「いる」の割合（%）	79.5	72.5	81.1	78.8	79.3	81.9	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	268	23	173	72	139	122	7
「いる」の割合（%）	51.4	45.1	60.5	39.1	57.4	48.4	25.9
[リハビリ]							
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	374	28	209	137	158	193	23
「いる」の割合（%）	71.8	54.9	73.1	74.5	65.3	76.6	85.2
[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	379	36	207	136	165	190	24
「いる」の割合（%）	72.7	70.6	72.4	73.9	68.2	75.4	88.9

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
［歯科医］							
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	50	9	35	6	36	14	0
「いる」の割合（%）	9.6	17.6	12.2	3.3	14.9	5.6	0.0
［歯科衛生士］							
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	55	12	29	14	37	16	2
「いる」の割合（%）	10.6	23.5	10.1	7.6	15.3	6.3	7.4
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	521	51	286	184	242	252	27
指定別依頼件数合計	81,296	16,632	46,361	18,303	50,862	28,886	1,548
年間平均依頼件数	156	326.1	162.1	99.5	210.2	144.6	57.3
中央値							

	全体	都道府県	地域	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（%）	2.7	0.0	1.4	5.4
週１～２日（%）	17.3	0.0	12.9	28.8
週３～４日（%）	6.1	2.0	6.3	7.1
週５～６日（%）	70.2	98.0	75.2	54.9
週７日（%）	3.6	0.0	4.2	3.8
割合合計（%）	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（%）	8.7	9.1	7.9	10.1
がん治療中（%）	43.4	53.6	43.4	34.2
積極的がん治療終了後（%）	47.9	37.3	48.6	55.7
割合合計（%）	100	100	100	100

（日本ホスピス緩和ケア協会，2016 年 10 月 13 日）



（日本ホスピス緩和ケア協会，2016 年は 11 月現在）

図４　緩和ケア診療加算の算定施設数の推移

れたチーム数は，全国で 521 施設であった。

内訳は，都道府県がん診療連携拠点病院が 9.8%，地域がん診療連携拠点病院が 54.9%，上記以外（都道府県独自指定または指定なし）の病院が 35.3%だった（2015 年の公開データでは都道府県独自指定と指定なしが１つのカテゴリにま

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
2015	113	250	133.5	74	

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	2015年	2010	2011	2012	2013	2014	2015年
疼痛	18,386	28,447	32,028	38,281	42,509	79,484	39.3%	36.9%	35.4%	34.9%	34.7%	34.3%
疼痛以外の身体症状	10,084	18,137	22,157	27,669	31,043	56,177	21.5%	23.5%	24.5%	25.2%	25.4%	24.3%
精神症状	9,516	15,265	17,414	21,497	23,965	46,343	20.3%	19.8%	19.3%	19.6%	19.6%	20.0%
家族ケア	2,562	5,110	6,218	7,456	7,892	15,627	5.5%	6.6%	6.9%	6.8%	6.5%	6.8%
倫理的問題	714	947	1,079	1,609	1,404	2,290	1.5%	1.2%	1.2%	1.5%	1.1%	1.0%
地域との連携・退院支援	3,734	5,120	6,128	7,799	8,212	15,223	8.0%	6.6%	6.8%	7.1%	6.7%	6.6%
その他	1,801	4,095	5,342	5,508	7,325	16,301	3.8%	5.3%	5.9%	5.0%	6.0%	7.0%
合計（回答なしを除く）	46,797	77,121	90,366	109,819	122,350	231,446	100.0%	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	2015 年
PS＝0（%）	6.6	5.6	5.1	5.5	5.9	6.2
PS＝1（%）	17.0	16.1	17.4	17.1	17.1	19.4
PS＝2（%）	24.1	23.2	22.3	23.0	22.7	22.8
PS＝3（%）	30.1	30.2	29.7	30.1	30.6	30.1
PS＝4（%）	22.1	25.0	25.4	24.3	23.6	21.6
合計（回答なしを除く）（%）	100.0	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	2015 年
介入終了（生存）（%）	15.4	7.9	9.0	7.8	8.3	8.2
緩和ケア病棟転院（%）	9.2	9.4	10.8	11.0	11.9	12.2
その他の転院（%）	7.1	6.8	6.9	6.7	7.2	7.0
退院（%）	35.4	33.7	34.5	36.1	36.4	38.1
死亡退院（%）	32.9	35.8	33.0	32.8	29.9	28.8
介入継続中（%）	0.0	6.5	5.9	5.7	6.3	5.7
合計（回答なしを除く）（%）	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（日本緩和医療学会，2016 年 10 月 13 日現在）

とめられた）。緩和ケアチームへのがんによる依頼件数は総数で 81,296 件であり，平均 156 件であった（都道府県拠点病院 326.1，地域がん診療連携拠点病院が 162.1，上記以外の病院が 99.5）。緩和ケアチームのメンバーに専従の医師がいる割合は 45.5%であり，身体担当のみが 36.5%，精神担当のみが 5.6%であった。専従看護師がいる割合は 68.5%であり，専従または専任の薬剤師がいる割合は 35.3%だった。活動状況は週 5 日以上の活動が 73.8%であり，がん患者の依頼状況は診断から初期治療前が 8.7%，がん治療中が 43.4%，積極的がん治療終了後が 47.9%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 2015 年までの変化をみると依頼内容は疼痛が5.0ポイント減少し，疼痛以外の身体症状が 2.8 ポイント増加した。2015 年は依頼時の PS は良好な傾向であり，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がその理由は不明である）。

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

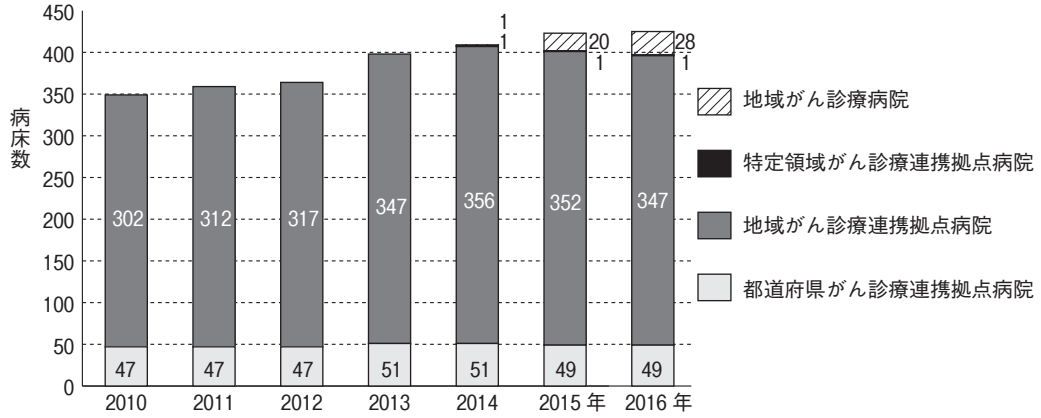
表 5　医療施設調査による緩和ケアチーム数

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	指定なし	病院以外	500床以上	200～499床	0～199床
緩和ケア外来の有無								
あり	443	51	270	122	0	229	203	11
「あり」の割合（%）	85.0	100.0	94.4	66.3	0.0	94.6	80.6	40.7
外来緩和ケア管理料算定の有無								
あり	158	26	96	36	0	108	46	4
「あり」の割合（%）	30.3	51.0	33.6	19.6	0.0	44.6	18.3	14.8

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，2016 年 10 月 13 日）



（厚生労働省，2016 年 10 月 1 日）

図 5　がん診療連携病院数の推移

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** に示す。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 28,042 人，7,793 人に増加した。医療施設調査の次回の実施は 2017 年である。なお，拠点病院の現況報告に基づく拠点病院の緩和ケアチームの状況は「がん診療連携拠点病院」の項に記載する。

緩和ケア外来

緩和ケア外来について日本緩和医療学会緩和ケアチーム登録に基づくデータを**表 6** に示す。このデータにでは都道府県拠点病院の 100%，地域拠点病院の 94.4%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 51.0%，地域拠点病院の 33.6%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。2016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347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28病院，合計425病院が指定されている。以下の集計では，都道府県がん診療連携拠点病院以外の拠点病院はすべて地域がん診療連携拠点病院に含めた。

がん診療連携拠点病院現況報告（2015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42%（都道府県拠点71%，地域拠点39%）であった。緩和ケア病棟入院料を算定している施設の割合は全体で23%（都道府県拠点37%，地域拠点21%）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98%，地域拠点97%），93%（都道府県拠点92%，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89%・84%・70%であり，平均算定

表7　がん診療連携拠点病院現況報告（全般事項）（2015年度）

		全体（n=440）		都道府県（n=51）		地域（n=389）	
病床数総数	平均±標準偏差	569.6	±227.2	682.8	±217.1	554.7	±224.6
緩和ケア診療加算	あり	186	42%	36	71%	150	39%
件数（緩和ケア診療加算）	平均±標準偏差	1078.2	±2186.1	2032.7	±2769.6	946.0	±2062.7
緩和ケア病棟入院料	あり	99	23%	19	37%	80	21%
件数（緩和ケア病棟入院料）	平均±標準偏差	1262.0	±2517	2585.9	±3777	1093.8	±2261
がん性疼痛緩和管理指導料1	あり	427	97%	50	98%	377	97%
件数（がん性疼痛緩和管理指導料1）	平均±標準偏差	300.2	±366.1	467.5	±620.7	278.0	±312.2
がん性疼痛緩和管理指導料2	あり	409	93%	47	92%	362	93%
件数（がん性疼痛緩和管理指導料2）	平均±標準偏差	135.8	±210.1	214.6	±320.6	125.4	±189
がん患者指導管理料1	あり	392	89%	45	88%	347	89%
件数（がん患者指導管理料1）	平均±標準偏差	66.0	±113.5	106.3	±174.6	60.7	±102
がん患者指導管理料2	あり	371	84%	43	84%	328	84%
件数（がん患者指導管理料2）	平均±標準偏差	41.2	±161.2	39.3	±65.8	41.4	±169.7
がん患者指導管理料3	あり	310	70%	41	80%	269	69%
件数（がん患者指導管理料3）	平均±標準偏差	84.0	±210.9	153.3	±338.3	75.1	±187.4
外来緩和ケア管理料	あり	171	39%	31	61%	140	36%
件数（外来緩和ケア管理料）	平均±標準偏差	14.3	±45	18.9	±53.4	13.7	±43.9
リンパ浮腫指導管理料	あり	343	78%	47	92%	296	76%
件数（リンパ浮腫指導管理料）	平均±標準偏差	58.2	±78.4	145.1	±133.1	46.8	±59.6
がん患者リハビリテーション料	あり	353	80%	45	88%	308	79%
件数（がん患者リハビリテーション料）	平均±標準偏差	1804.4	±2719.7	2860.8	±3014.1	1668.2	±2653.3
緩和医療専門医常勤	平均±標準偏差	0.1	±0.4	0.3	±0.6	0.1	±0.4
暫定指導医常勤	平均±標準偏差	0.5	±0.8	0.9	±0.9	0.5	±0.8
がん看護専門看護師常勤	平均±標準偏差	0.9	±1.5	2.4	±2.5	0.6	±1.2
がん性疼痛看護認定看護師常勤	平均±標準偏差	0.8	±1	1.2	±1.5	0.7	±0.9
緩和ケア認定看護師常勤	平均±標準偏差	1.5	±1.1	2.2	±1.9	1.4	±0.9
年間新入院がん患者数	平均±標準偏差	3013.4	±2039.6	5456.1	±2724.2	2693.1	±1692.2
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	25.9	±16.1	47.6	±28.2	23.0	±11.1
年間外来がん患者数	平均±標準偏差	56077.5	±49541.1	103406.3	±69280.9	49872.4	±42724.2
年間院内死亡がん患者数	平均±標準偏差	211.0	±126.7	270.3	±218.7	203.2	±107.2
新入院がん患者数	平均±標準偏差	1024.9	±705.2	1832.2	±933.5	919.1	±594.5
新入院患者数に占めるがん患者の割合	平均±標準偏差	25.7	±16	46.2	±27.2	23.0	±11.5

都道府県拠点病院：51　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，2015年度）

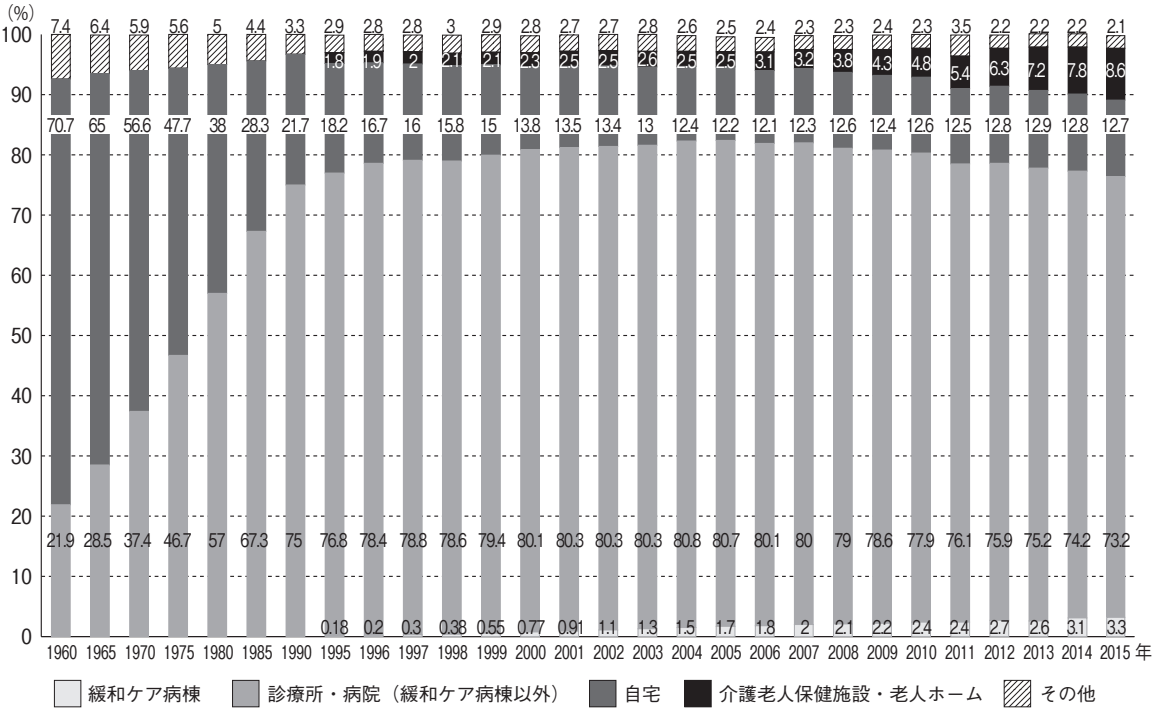
表 8　がん診療連携拠点病院現況報告（機能別）（2015 年度）

	全体（n＝440）		都道府県(n＝51)		地域（n＝389）	
	n	%	n	%	n	%
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	411	93%	51	100%	360	93%
緩和ケアチームの整備	409	93%	50	98%	359	92%
苦痛のスクリーニング体制	410	93%	50	98%	360	93%
スクリーニングされた患者への対応体制	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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，必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めている	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
緩和ケアチームの専従医師のは，手術療法・化学療法・放射線治療等，がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診への参加，適切な助言，必要に応じて共同して診療計画の立案	335	76%	46	90%	289	74%
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	343	78%	45	88%	298	77%
院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析，評価の実施	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
緩和ケアチームへ依頼する手順の明確化と周知	411	93%	51	100%	360	93%
緩和ケアのリンクナースの配置	342	78%	39	76%	303	78%
緩和ケアについて患者・家族への情報提供	411	93%	51	100%	360	93%
情報提供の内容：院内の見やすい場所に掲示	407	93%	50	98%	357	92%
情報提供の内容：院内誌，チラシ等で広報	347	79%	46	90%	301	77%
情報提供の内容：ホームページに掲載	366	83%	48	94%	318	82%
情報提供の内容：地域の広報誌等で広報	128	29%	18	35%	110	28%
情報提供の内容：その他の方法で掲載	96	22%	14	27%	82	21%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
緩和ケア病棟の設置	104	24%	22	43%	82	21%
緩和ケア病棟：平均待機期間（n=98）	13.0±15.5		19.0±24.8		11.5±11.6	
緩和ケア病棟：年間新入院患者数（n=98）	155.4±88.6		184.4±106.1		147.8±82.5	
緩和ケア病棟：緩和ケア病棟の平均在院日数（n=98）	29.3±11.7		27.5±11.0		29.8±11.9	
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	410	93%	51	100%	359	92%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	93%	51	100%	360	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	220	50%	40	78%	180	46%
緩和ケアチーム：精神症状の緩和に携わる医師の配置	410	93%	51	100%	359	92%
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	269	61%	37	73%	232	60%
緩和ケアチーム：常勤の看護師の配置	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
緩和ケアチーム：薬剤師の配置	410	93%	51	100%	359	92%
緩和ケアチーム：医療心理に携わる者の配置	292	66%	38	75%	254	65%

表 8　がん診療連携拠点病院現況報告（機能別）（2015 年度）（つづき）

	全体（n＝440）		都道府県（n＝51）		地域（n＝389）	
	n	%	n	%	n	%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
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	411	93%	51	100%	360	93%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価	410	93%	51	100%	359	92%
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	410	93%	51	100%	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	155	35%	13	25%	142	37%
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	116	26%	12	24%	104	27%
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	223	51%	33	65%	190	49%
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	34	8%	6	12%	28	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	38	9%	8	16%	30	8%

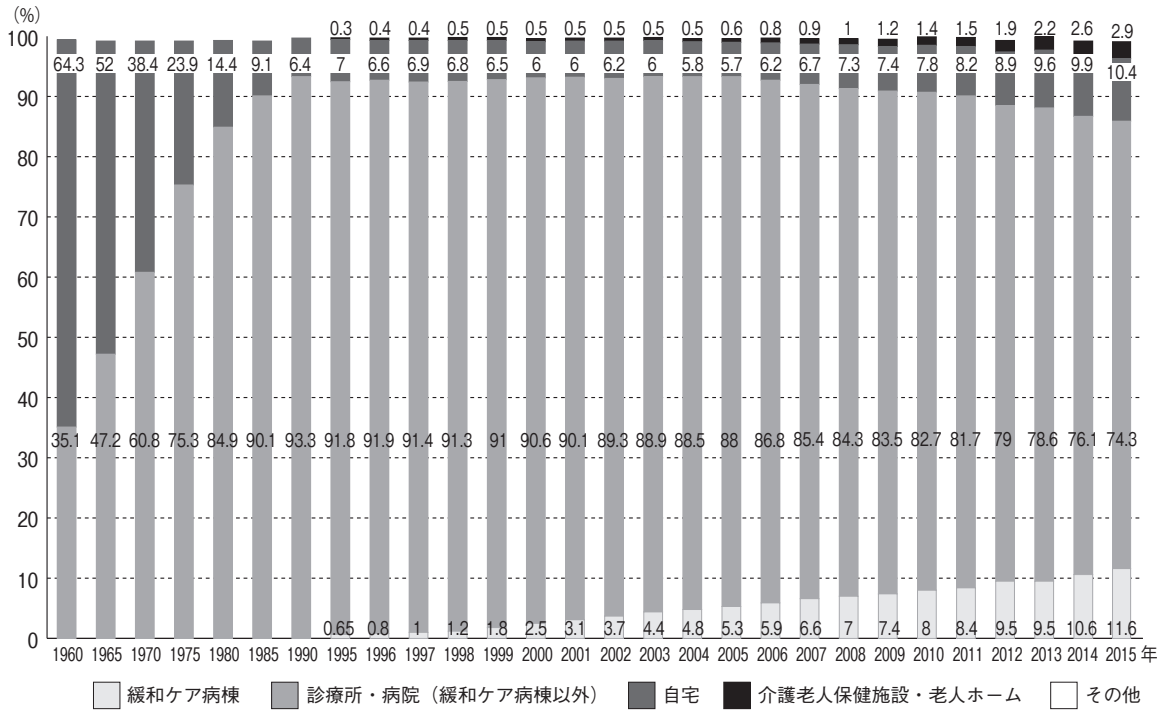
都道府県拠点病院：51　地域拠点病院：389（国立がん研究センター中央病院・東病院を含む）。
（国立がん研究センターホームページ，2015 年度）



（厚生労働省人口動態統計，2014 年 12 月 31 日現在）

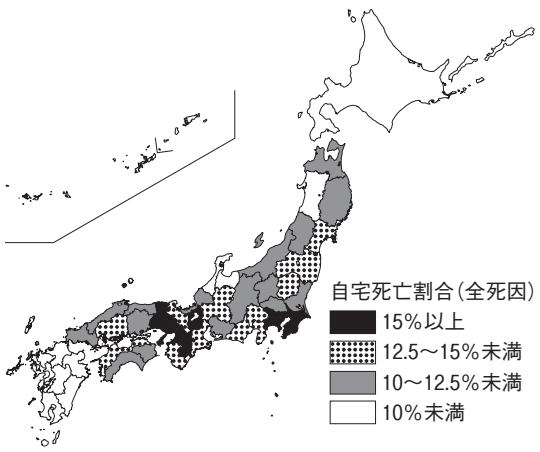
図 6　死亡場所の推移（全死因）

数はそれぞれ 66.0 ± 113.5・41.2 ± 161.2・84.0 ± 210.9 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 39%（都道府県拠点 61%，地域拠点 36%）であり，平均算定数は全体で 14.3 ± 45 件（都道府県拠点 18.9 ± 53.4 件，地域拠点 13.7 ± 43.9 件）であった。



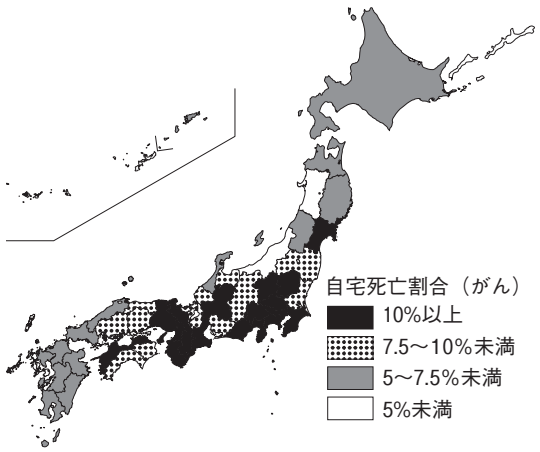
（厚生労働省人口動態統計，2014 年 12 月 31 日）

図 7　死亡場所の推移（がん）



（厚生労働省人口動態統計，2015 年）

図 8　都道府県別の自宅死亡割合（全死因）

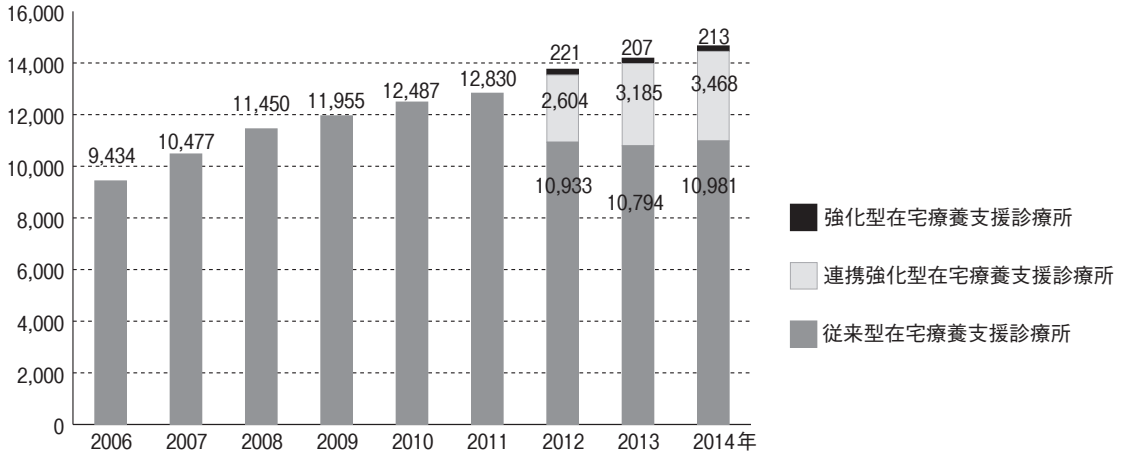


（厚生労働省人口動態統計，2015 年）

図 9　都道府県別の自宅死亡割合（がん）

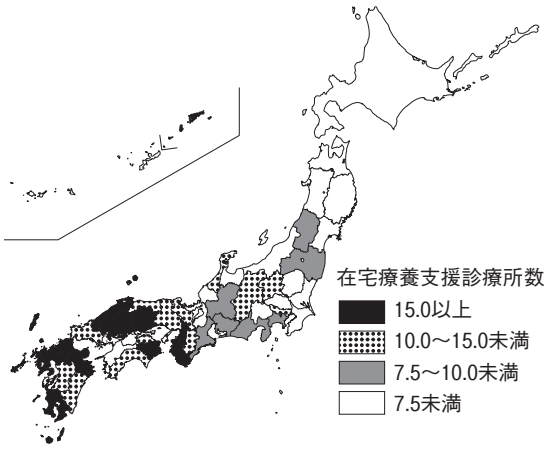
在宅緩和ケア

全死因とがんの死亡場所の推移を**図 6，7** に示す。2015 年の全死因の自宅死亡の割合は 12.7%であり，がんでは 10.4%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 17.3%，奈良県 16.1%，兵庫県 15.8%であり，低



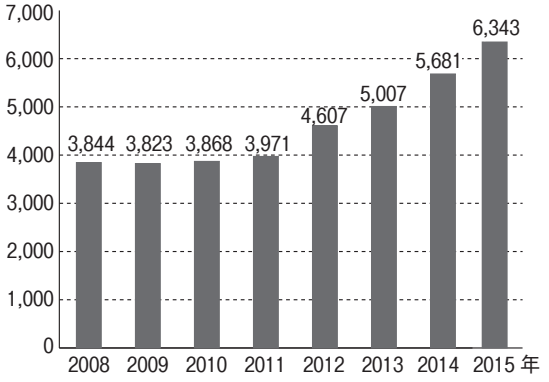
（厚生労働省，2016 年 10 月 19 日現在）

図 10　在宅療養支援診療所数の推移



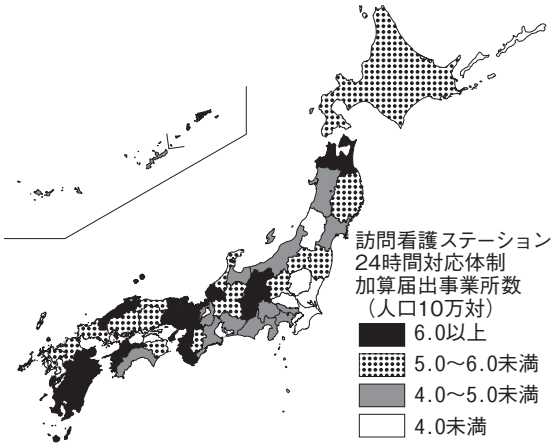
（厚生労働省，2012 年）

図 11　都道府県別在宅療養支援診療所数



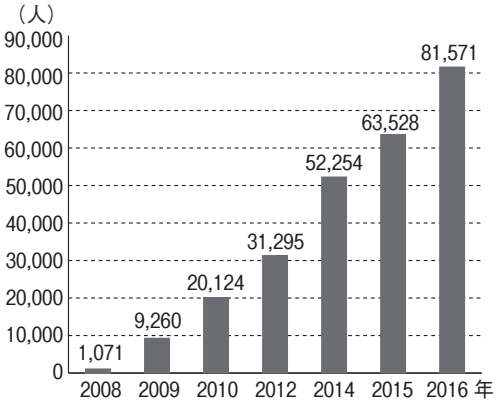
（厚生労働省介護サービス施設・事業所調査，2017 年 1 月 25 日現在）

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



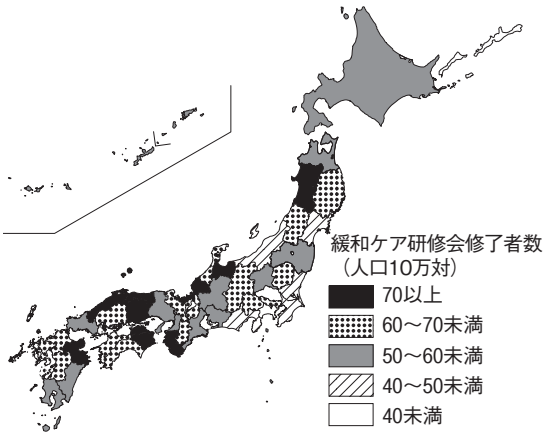
（厚生労働省介護サービス施設・事業所調査，2017 年 1 月 25 日現在）

図 13　都道府県別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



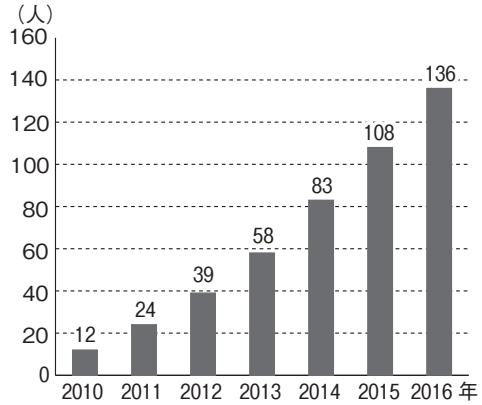
（厚生労働省，2016 年 9 月 30 日現在）

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



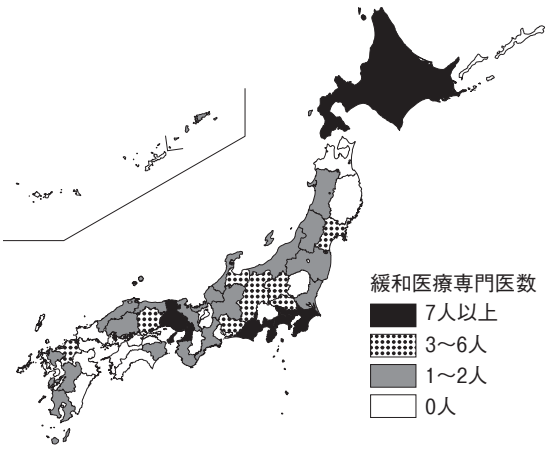
（厚生労働省，2016 年 9 月 30 日現在）

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，2016 年 7 月 29 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，2016 年 7 月 29 日現在）

図 17　都道府県別日本緩和医療学会専門医専門医数

い都道府県は大分県 8.2%，鹿児島県 8.3%，佐賀県 8.5%であった。がんの自宅死亡割合が高い都道府県は東京都 15.6%，神奈川県 15.3%，奈良県 14.8%であり，低い都道府県は秋田県 4.4%，新潟県 4.6%，北海道 5.4%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 2016 年 10 月現在，強化型在宅療養支援診療所は 345 件，連携強化型在宅療養支援診療所は 2,593 件であり，すべてを合計すると 14,562 件であった。現在入手できる最新の都道府県別データである 2012 年の人口 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。また，2011 年度のデータでは在宅療養支援診療所の届出数 12,830 件のうち在宅看取り数が 1 名以上であった診療所は 6,353 件（49.5%）であった。

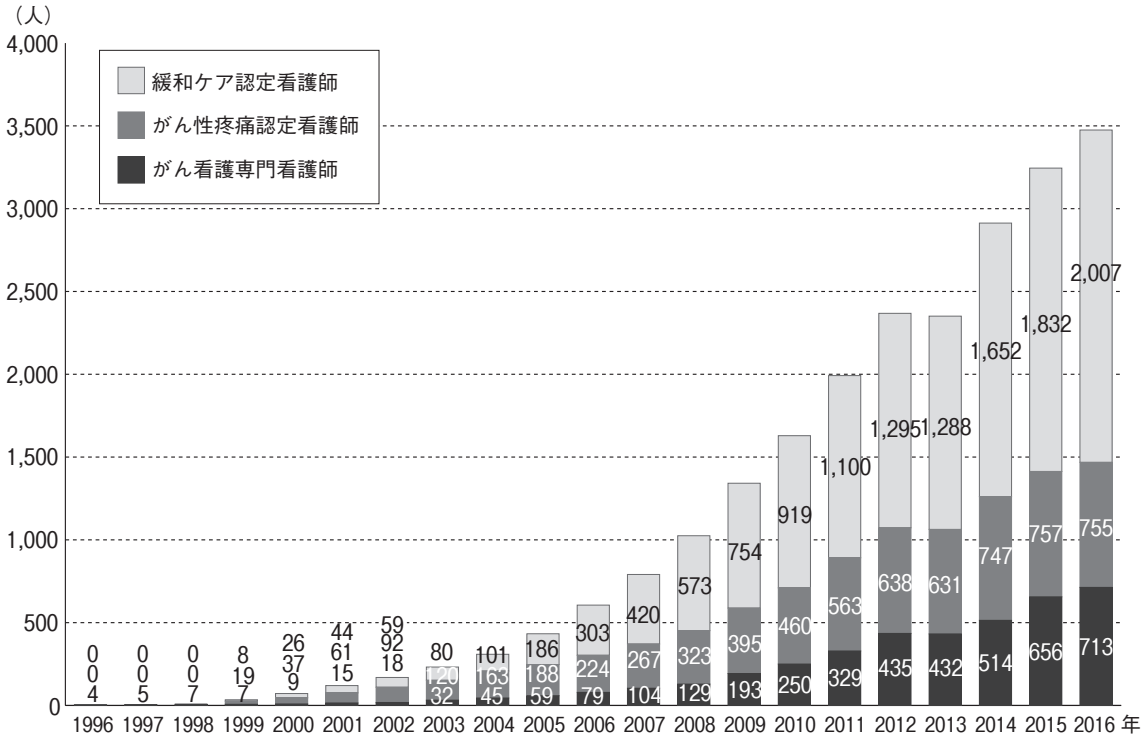
訪問看護ステーション 24 時間対応体制加算届出事業数の推移を**図 12** に示す。2015 年の届出事業数は 6,343 件と 2013 年から 1,000 件以上増加した。都道府県の人口10万人対訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業数を**図13**に示す。人口 10 万対届出事業所数が多かった都道府県は和歌山県 8.4，島根県 8.3，熊本県 6.7 であり，少なかった都道府県は千葉県 3.1，埼玉県 3.2，栃木県 3.3 であった。

教育・学会

がん対策推進基本計画に基づく「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了者数の推移を**図 14** に示す。2016 年 9 月 30 日までで修

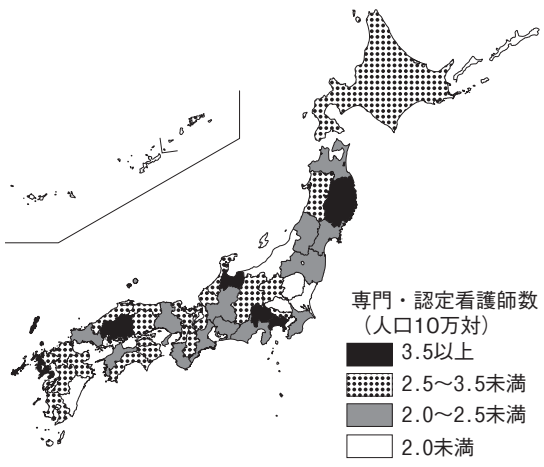
了者数の合計は，81,571 人であった。また，2016 年 9 月 30 日までの累計の都道府県別人口 10 万対緩和ケア研修会修了者数を**図 15** に示す。人口 10 万対修了者数が多かった都道府県は島根県 133，和歌山県 103，富山県 102 であり，少なかった都道府県は埼玉県 33，神奈川県 40，新潟県 41 であった。

日本緩和医療学会専門医専門医数の推移を**図**



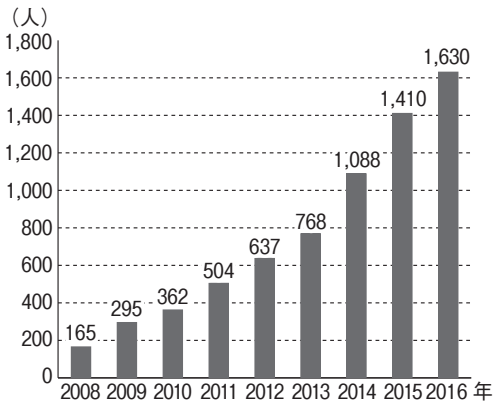
（日本看護協会，2017 年 1 月 12 日現在）

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



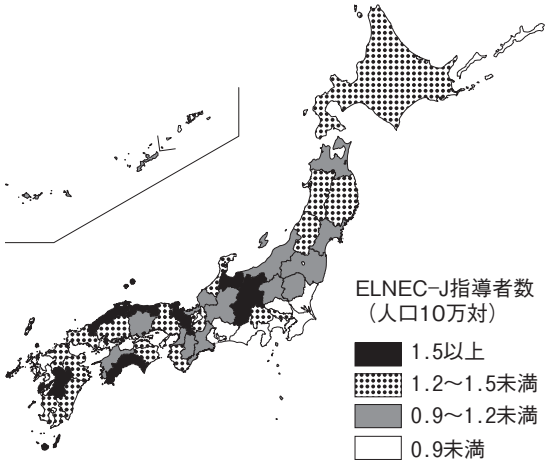
（日本看護協会，2017 年 1 月 12 日現在）

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



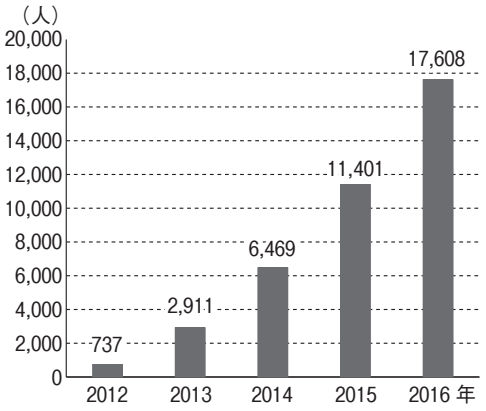
（日本緩和医療学会，2016 年 10 月 14 日現在）

図 20　ELNEC-J 指導者数の推移



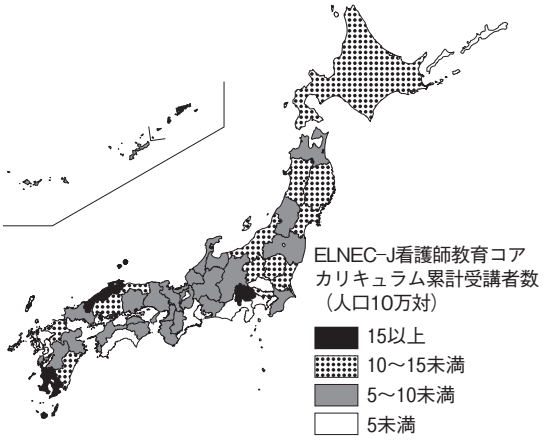
（日本緩和医療学会，2016 年 10 月 14 日現在）

図 21　都道府県別 ELNEC-J 指導者数



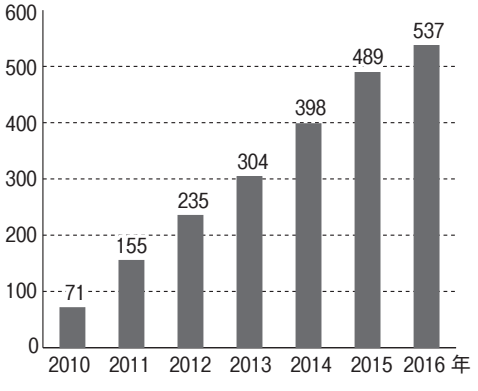
（日本緩和医療学会，2016 年 4 月現在）

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



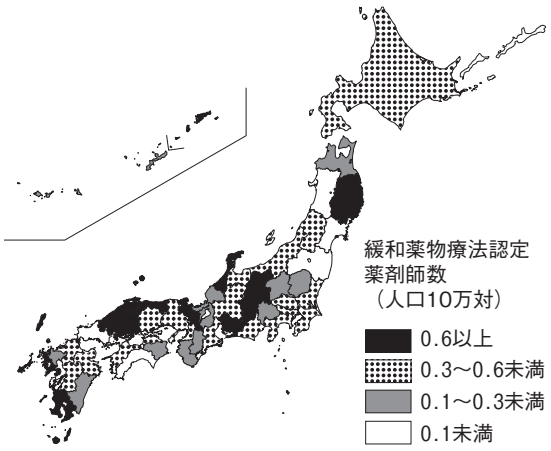
（日本緩和医療学会，2016 年 4 月現在）

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



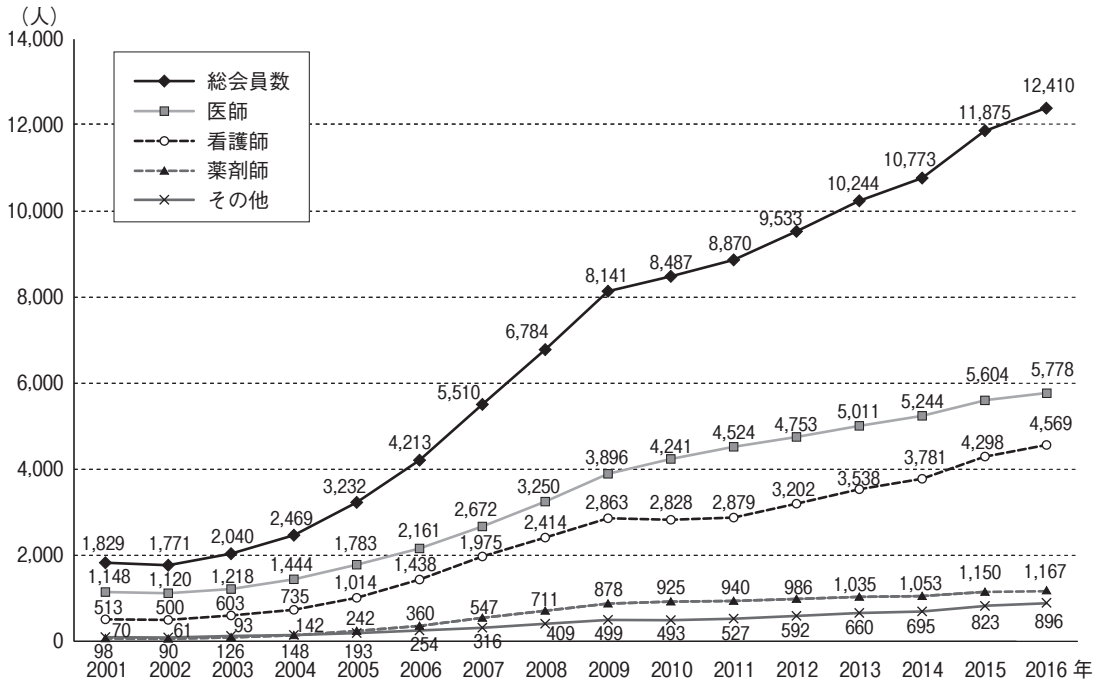
（日本緩和医療薬学会，2016 年 10 月現在）

図 24　緩和薬物療法認定薬剤師数の推移



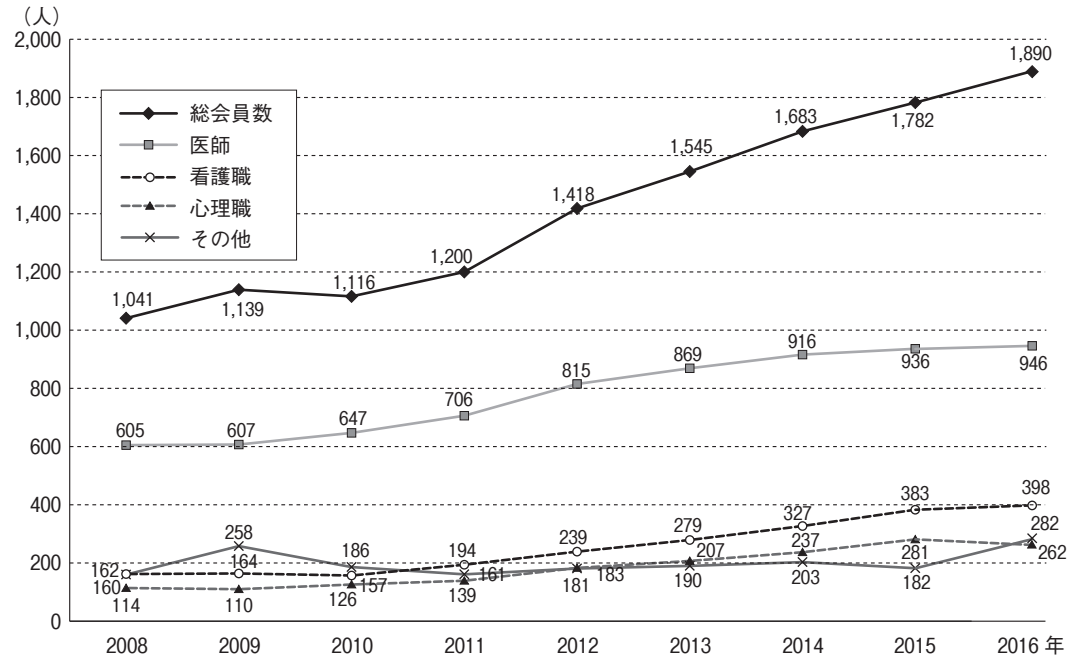
（日本緩和医療薬学会，2016 年 10 月現在）

図 25　都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数



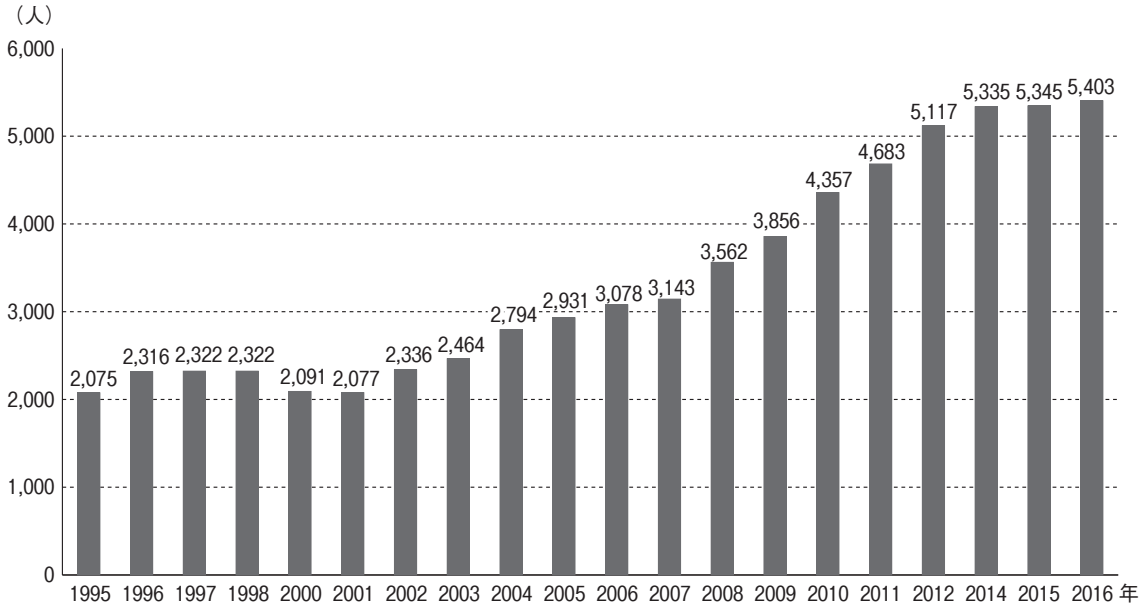
（日本緩和医療学会，2016 年 4 月現在）

図 26　日本緩和医療学会 会員数の推移



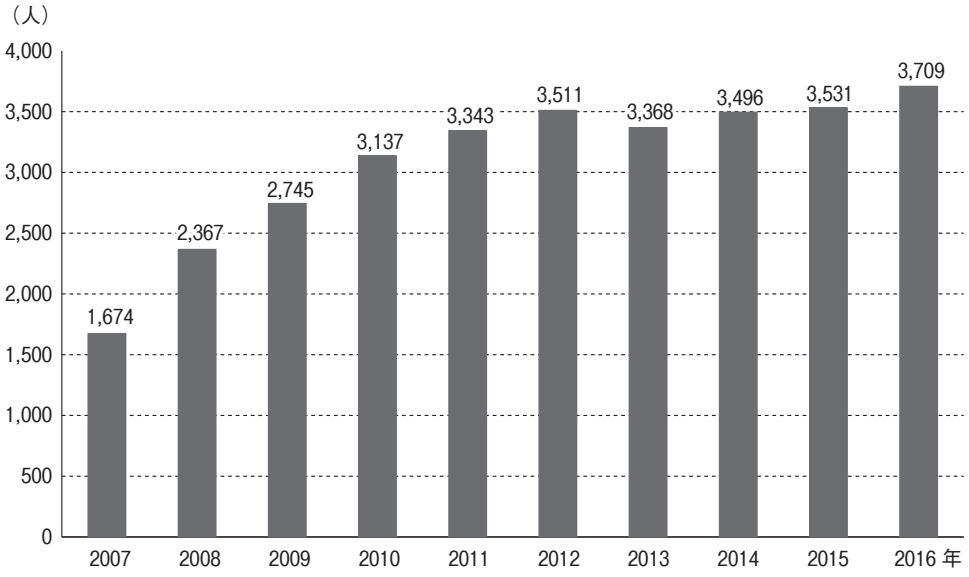
（日本サイコオンコロジー学会，2016 年 5 月 1 日現在）

図 27　日本サイコオンコロジー学会 会員数の推移



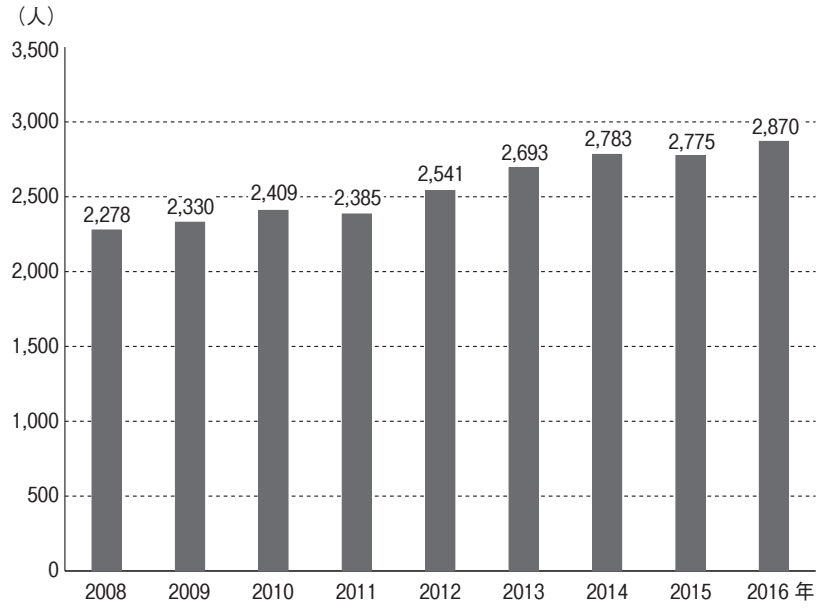
（日本がん看護学会，2017 年 1 月 25 日現在）

図 28　日本がん看護学会 会員数の推移



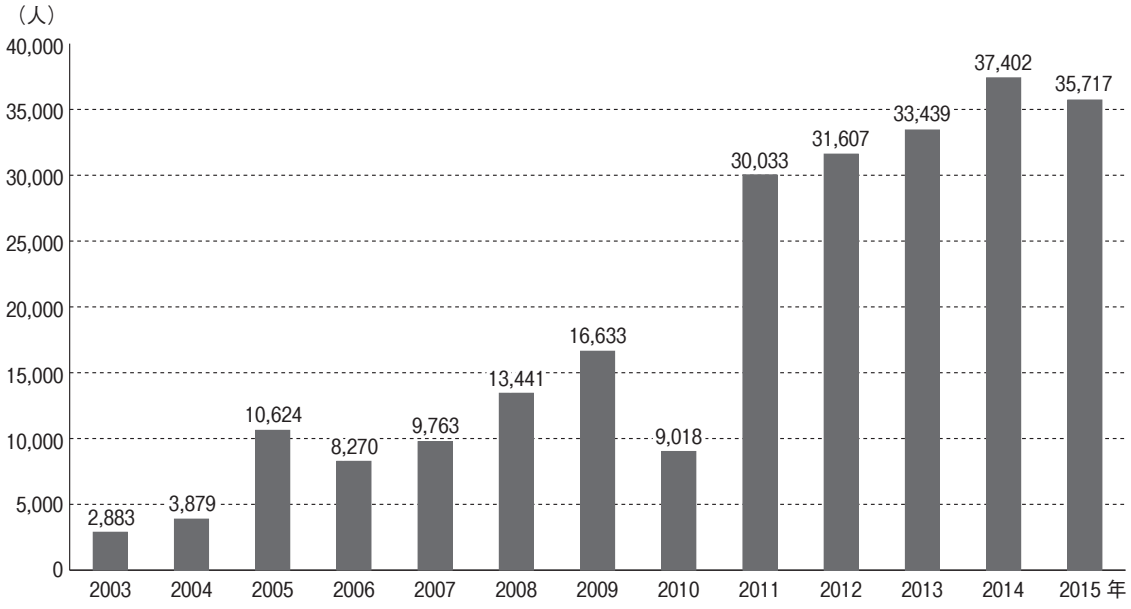
（日本緩和医療薬学会，2016 年 1 月 31 日現在）

図 29　日本緩和医療薬学会 会員数の推移



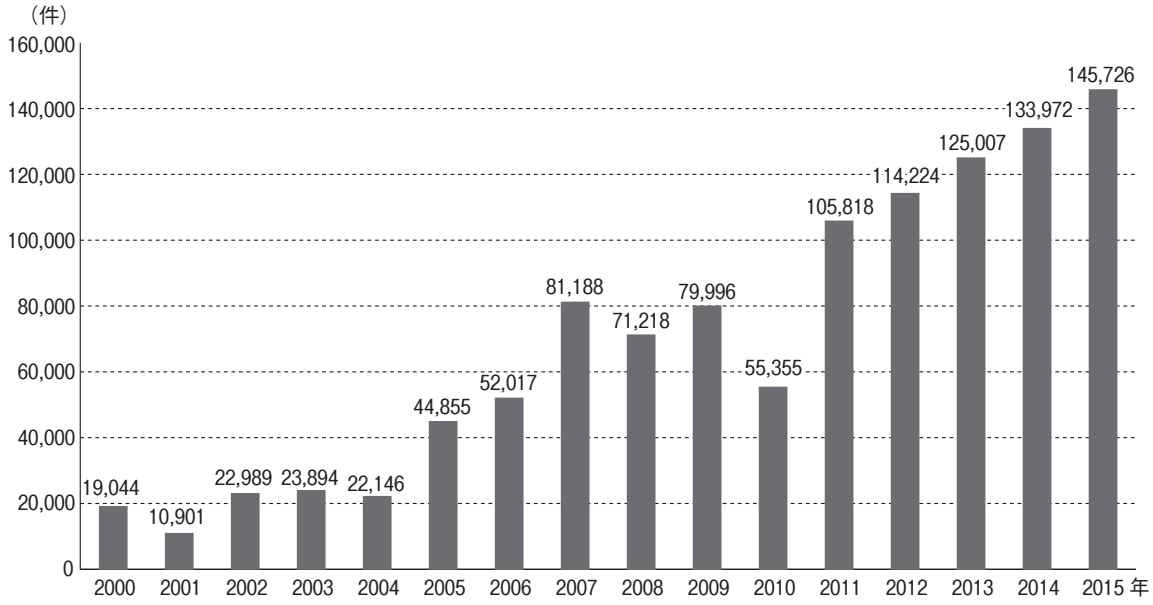
（日本死の臨床研究会，2017 年 1 月 15 日現在）

図 30　日本死の臨床研究会 会員数の推移



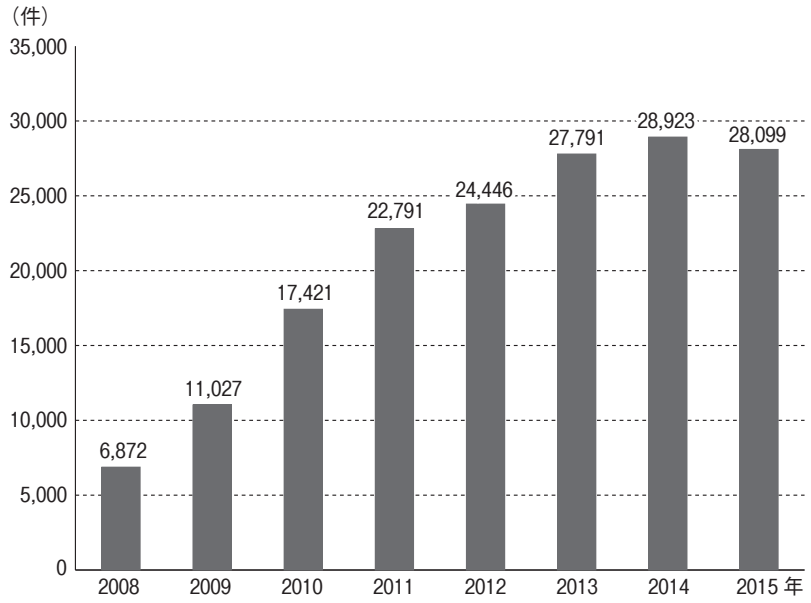
（厚生労働省 社会医療診療行為別調査，2016 年 6 月現在）

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



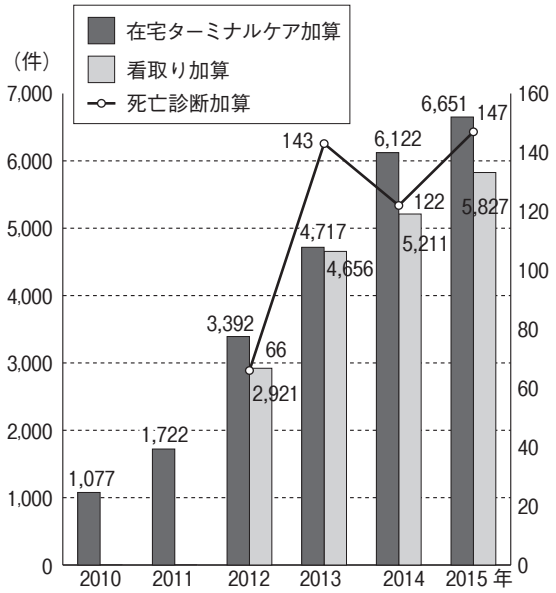
（厚生労働省 社会医療診療行為別調査，2016 年 6 月現在）

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



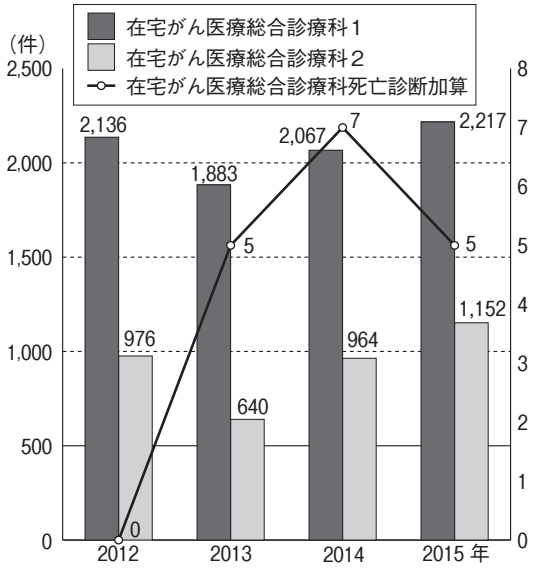
（厚生労働省 社会医療診療行為別調査，2016 年 6 月現在）

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



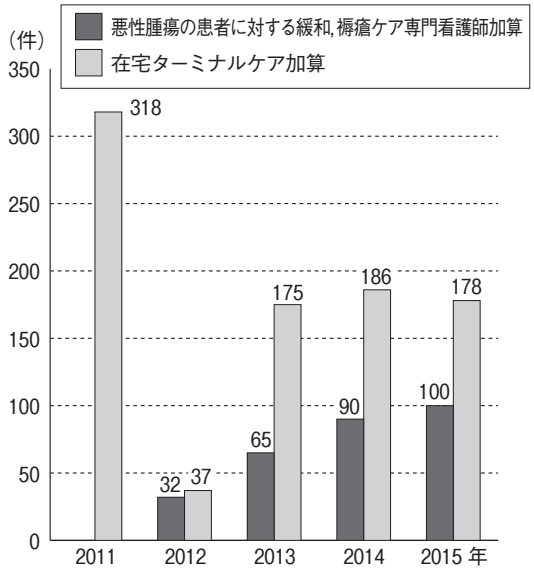
（厚生労働省 社会医療診療行為別調査，2016 年 6 月現在）

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



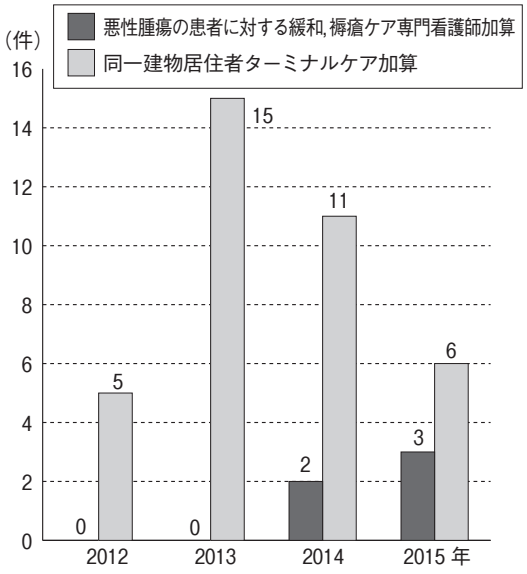
（厚生労働省 社会医療診療行為別調査，2016 年 6 月現在）

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など



（厚生労働省 社会医療診療行為別調査，2016 年 6 月現在）

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・指導料など



（厚生労働省 社会医療診療行為別調査，2016 年 6 月現在）

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・指導料など

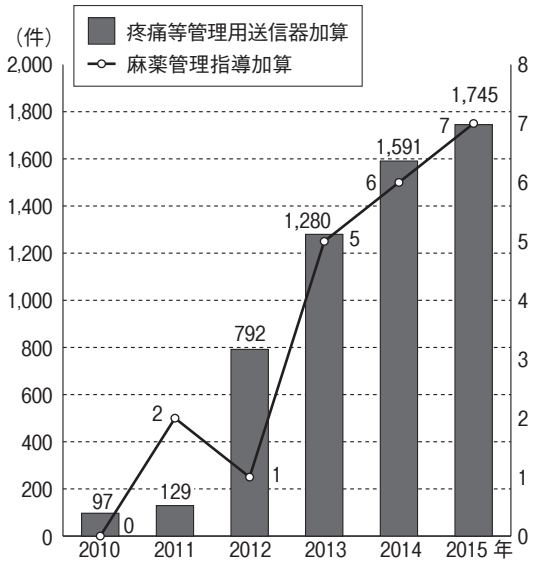


図 38　社会医療診療行為別調査に基づく麻薬管理等関する加算

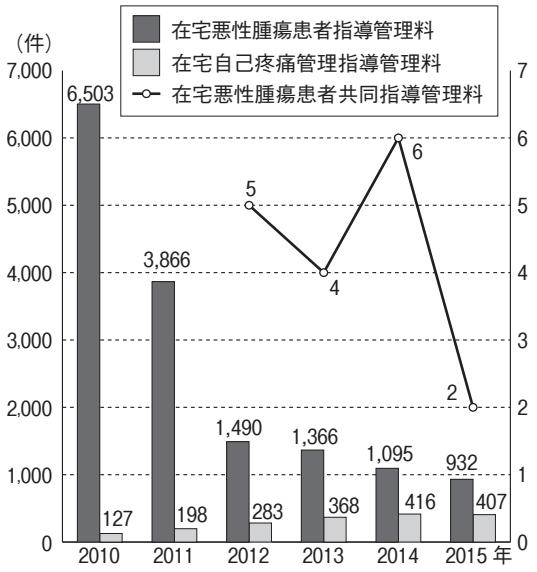


図 39　社会医療診療行為別調査に基づく在宅悪性腫瘍患者指導管理料など

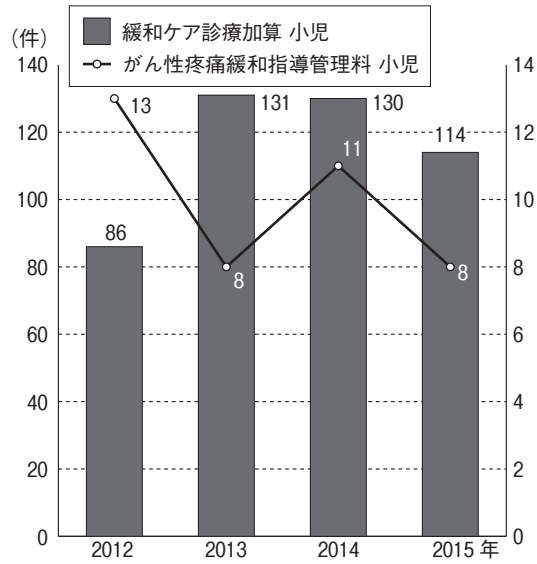


図 40　社会医療診療行為別調査に基づく小児加算

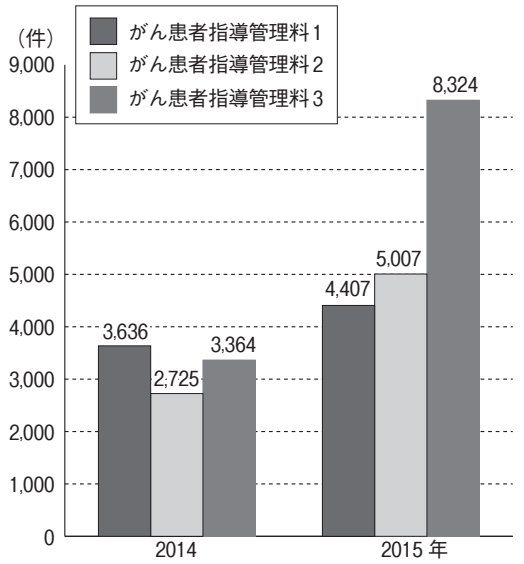


図 41　社会医療診療行為別調査に基づくがん患者指導管理料

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。2016 年 7 月 29 日現在の日本緩和医療学会専門医数は 136 名であり，最大が東京都の 26 名であった。専門医がいない都道府県は 14 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。2017 年 1 月 12 日現在，がん看護専門看護師 713 人，がん性疼痛認定看護師 755 人，緩和ケア認定看護師数 2007 人であり，これらの合計は 3475 人であった。都道府県別の人口 10 万人対がん看護専門看護師，がん性疼痛認定看護師，緩和ケア認定看護師数の合計を図 19 に示す。合計数が多い都道府県は山梨県 7.5，富山県 5.8，岩手県 4.0 であり，少ない都道府県は宮崎県 1.8，沖縄県 1.8，茨城県 1.8 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。2016 年 10 月 14 日現在，指導者は全国で 1,630 人であった。また，2016 年 10 月 14 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富山県 2.63 人，島根県 2.31 人，鳥取県 2.27 人であり，少なかった都道府県は埼玉県 0.55 人，静岡県 0.70 人，千葉県 0.76 人であった。

ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの累積受講者数の推移を図 22 に示す。2016 年 4 月 1 日における累積の受講者数の合計は 17608 人であった。また，2016 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鹿児島県 50.6 人，島根県 49.0 人，山梨県 43.2 人であり，0 人であった都道府県は高知県であった。

日本緩和医療薬学会の緩和薬物療法認定薬剤師数の推移を図 24 に示す。2016 年 10 月，緩和薬物療法認定薬剤師数は全国で 537 人であった。2015 年 10 月 1 日現在の人口 10 万人対都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数を図 25 に示す。人口 10 万人対緩和薬物療法認定薬剤師数が多かった都道府県は，鳥取県 1.04 人，石川県 0.78，愛知県 0.78 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 2 であった（2015 年度は 4）。

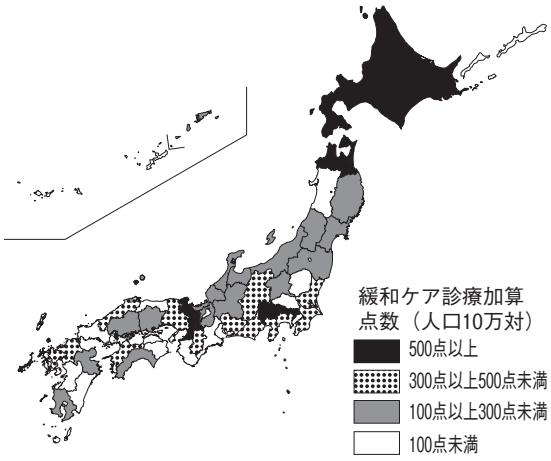
日本緩和医療学会の会員数の推移を図 26 に示す。2016 年 4 月 1 日現在の総会員数は 12,410 人であり，医師が 5,778 人（47％），看護師が 4,569 人（37％），薬剤師が 1,167 人（9％）であった。日本サイコオンコロジー学会の会員数の推移を図 27 に示す。2016 年 5 月 1 日現在の総会員数は 1,890 人であり，医師が 946 人（50％），看護職が 398 人（21％），心理職が 262 人（14％）であった。日本がん看護学会の会員数の推移を図 28 に示す。2017 年 1 月 25 日現在の総会員数は 5,403 人であった。日本緩和医療薬学会の会員数の推移を図 29 に示す。2017 年 1 月 31 日現在の会員数は 3,709 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。2017 年 1 月 15 日現在の会員数は 2,870 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。

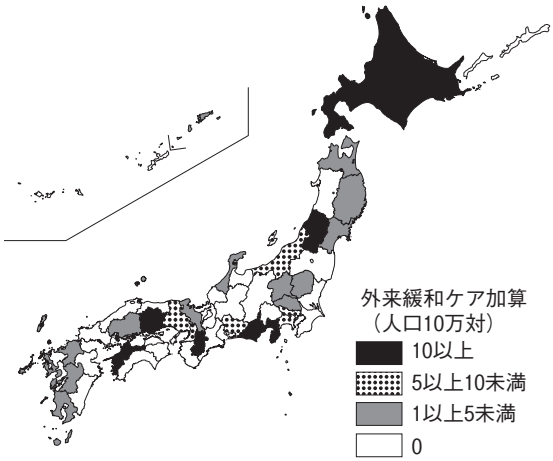
同じく社会医療診療行為別調査に基づく在宅ターミナルケア加算，看取り加算，死亡診断加算の算定数を図 34 に示す。また，在宅がん医療総診療料などを図 35，在宅患者訪問看護・指導料等を図 36，同一建物居住者訪問看護・指導料などを図 37，麻薬管理等関する加算を図 38，在宅悪性腫瘍患者指導管理料などを図 39 に示す。緩和ケア診療加算とがん性疼痛緩和指導管理料の小児加算について図 40 に示す。がん患者指導管理料 1 ～ 3 について図 41 に示す。

また，2014 年度 NDB オープンデータに基づく都道府県別の診療報酬からの集計を図 42 以降に示す。これらは年次が 2014 年度とやや古いこと



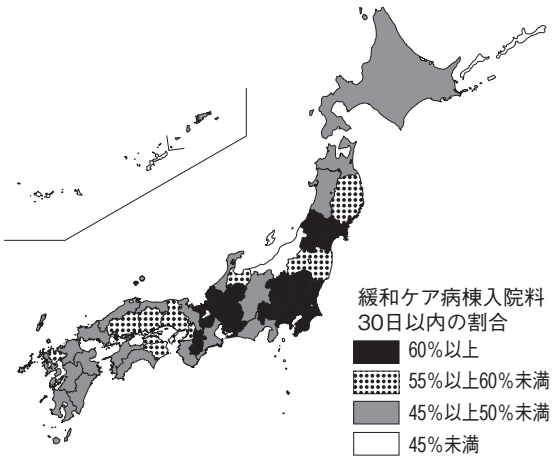
（NDB オープンデータ，2014 年度）

図 42　NDB オープンデータに基づく都道府県別人口 10 万対緩和ケア診療加算点数



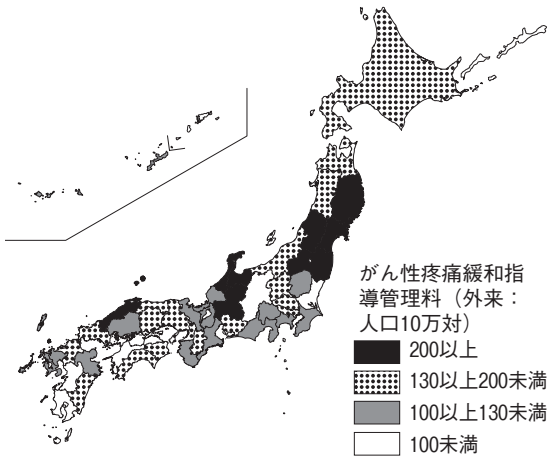
※一番小さいカテゴリは 1 未満ではなく 0 である。
（NDB オープンデータ，2014 年度）

図 43　NDB オープンデータに基づく人口 10 万対外来緩和ケア加算



（NDB オープンデータ，2014 年度）

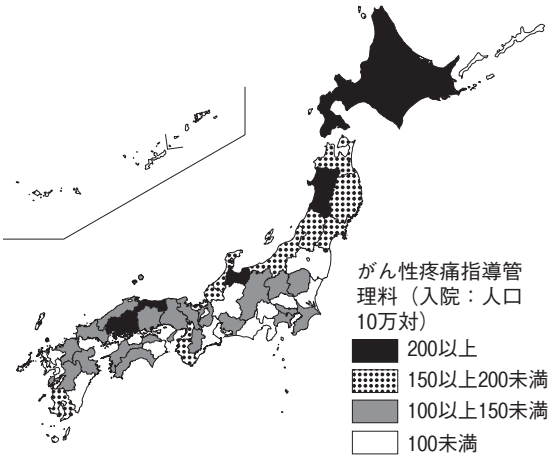
図 44　NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟の入院 30 日以内の割合



（NDB オープンデータ，2014 年度）

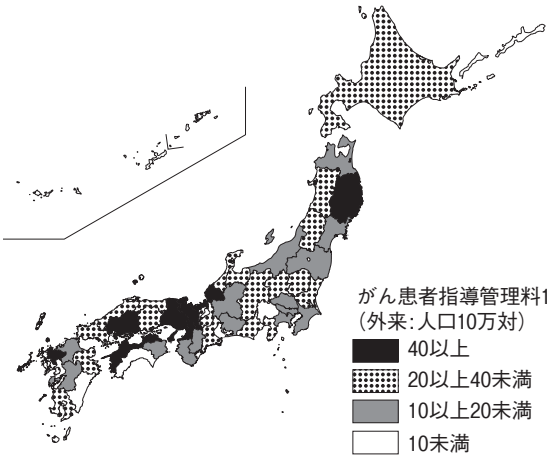
図 45　NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和指導料（外来）

に注意する必要がある。NDB オープンデータに基づく人口 10 万対緩和ケア診療加算点数を**図 42**，NDB オープンデータに基づく人口 10 万対外来緩和ケア加算を**図 43**，NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟の入院 30 日以内の割合を**図 44**，NDB オープンデータに基づくがんがん性疼痛緩和指導料（外来）を**図 45**，同（入院）を**図 46** に示す。同様に NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 1～3（外来）を**図 47～図 49**，同（入院）を**図 50～図 52** に示す。



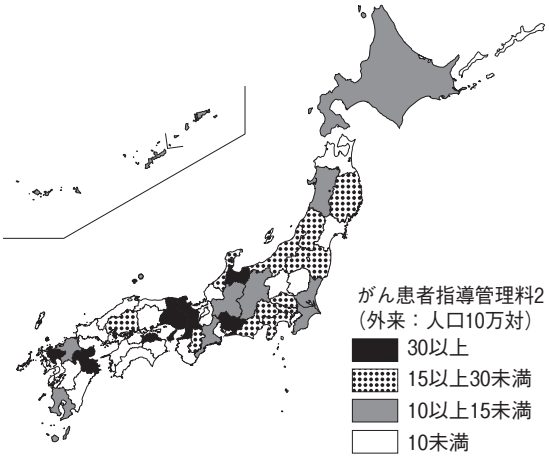
（NDB オープンデータ，2014 年度）

図 46　NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和指導料（入院）



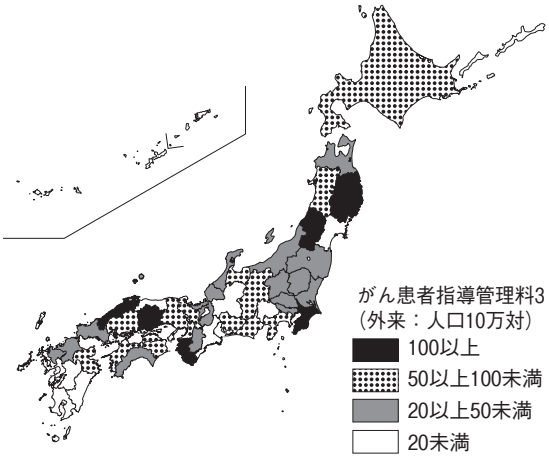
（NDB オープンデータ，2014 年度）

図 47　NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 1（外来）



（NDB オープンデータ，2014 年度）

図 48　NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 2（外来）

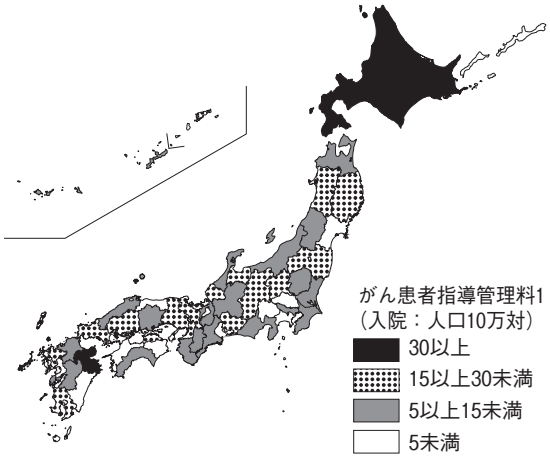


（NDB オープンデータ，2014 年度）

図 49　NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 3（外来）

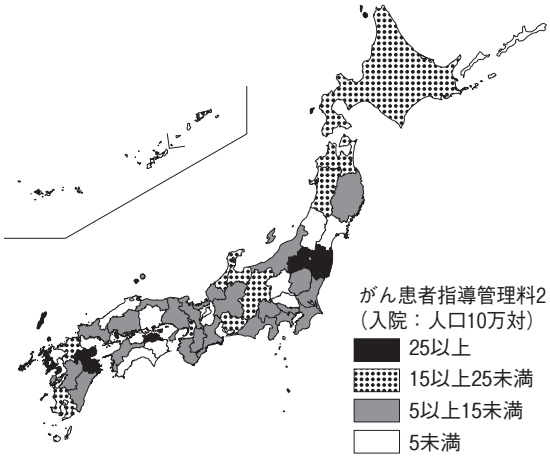
医療用麻薬

人口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）の推移を**図 53** に示す。2015 年の人口千対モルヒネ換算消費量はモルヒネ 1.6g，オキシコドン 5.8g，フェンタニル 31.3g であり，合計は 38.7g であった。2015 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 54** に示す。人口千対消費量が多かった都道府県は北海道 57.8g，青森県 55.1g，長崎県 53.9g であり，少なかった都道府県は三重県 27.9g，沖縄県 29.1g，静岡県 29.8g であった。



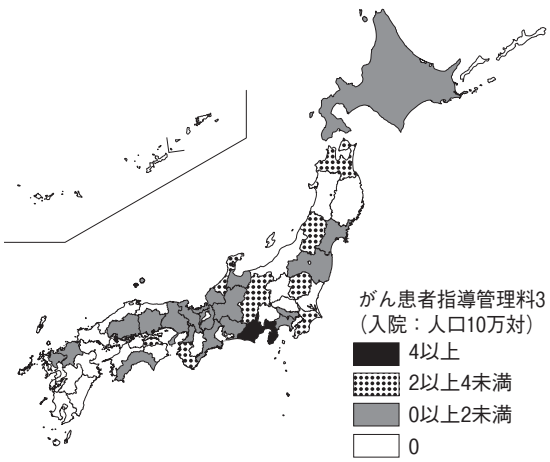
（NDB オープンデータ，2014 年度）

図 50　NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 1（入院）



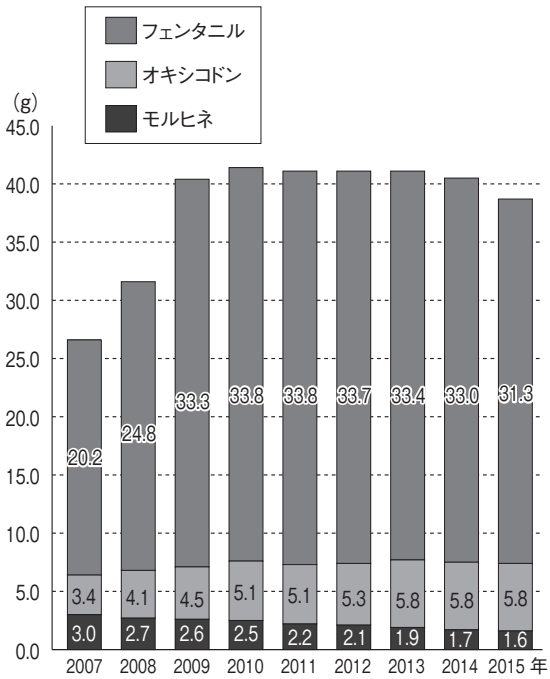
（NDB オープンデータ，2014 年度）

図 51　NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 2（入院）



（NDB オープンデータ，2014 年度）

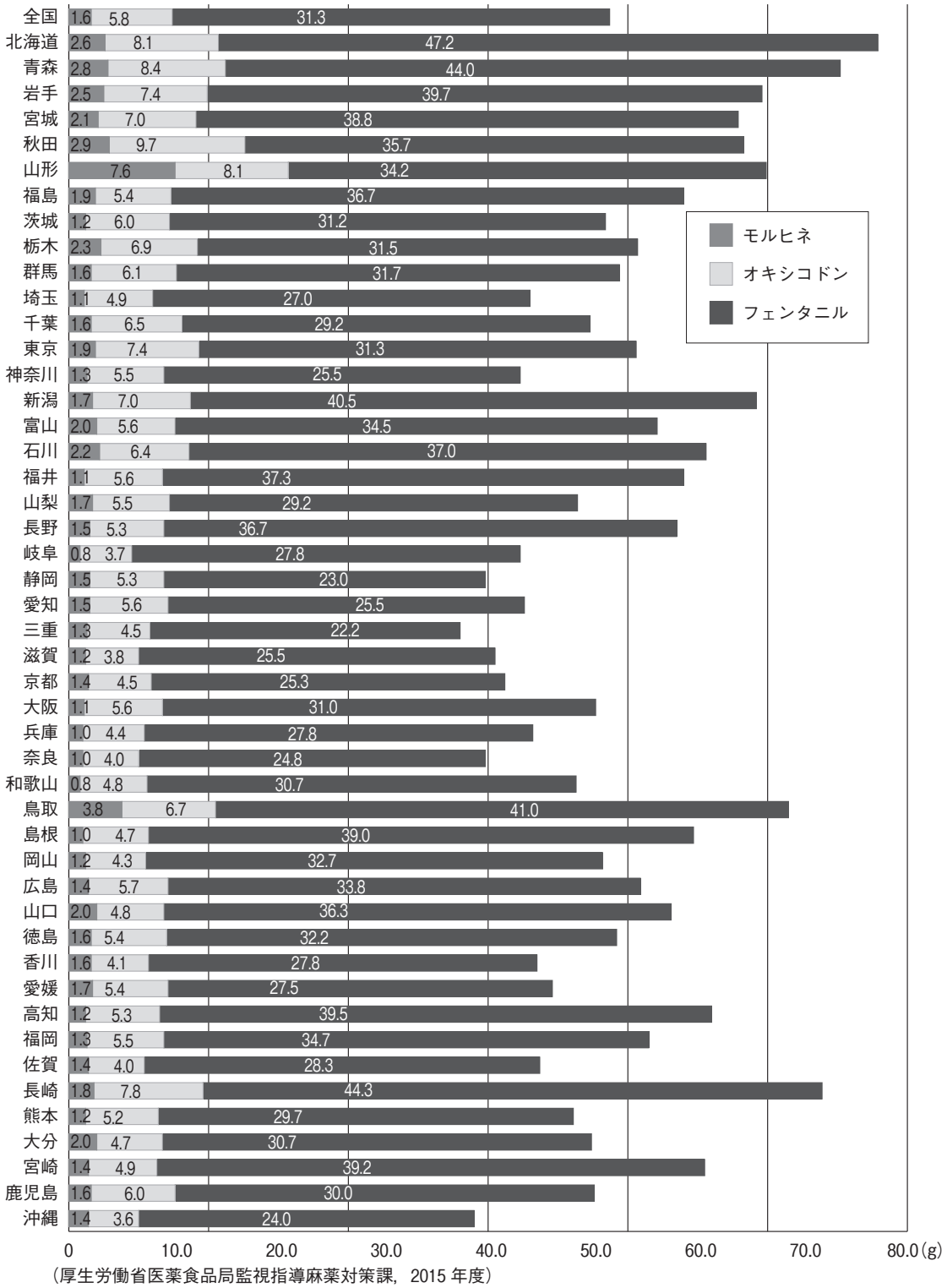
図 52　NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 3（入院）



〔レミフェンタニルの消費量について〕 近年，レミフェンタニルの消費量が増加傾向にあるため，参考としてレミフェンタニルのモルヒネ換算消費量（全国）を参考値として次に示す（換算比：×1,000）。2011 年：5,075.5kg，2012 年：5,807.5kg，2013 年：5,587.2kg，2014 年：6,540.4kg，2015 年：6,729.4kg。

（厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課，2015 年度）

図 53　人口千対医療用麻薬消費量（モルヒネ換算）の推移



（厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課，2015 年度）

図 54　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（単位　千人）	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）（%）	在宅療養支援診療所届出数（人口10万対）	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	2015	2015	2016	2015	2015	2012	2015	2016	2016	2016
総数	127,095	370,346	34.3	12.71	10.4	10.8	5.0	64.2	136	713
北海道	5,382	19,098	28.2	9.14	5.4	6.1	5.4	63.0	8	35
青森	1,308	5,035	26.0	10.50	7.1	6.4	6.0	55.5	0	0
岩手	1,280	4,404	29.1	11.24	7.1	6.2	5.2	83.8	0	9
宮城	2,334	6,578	35.5	14.58	14.0	5.5	4.3	41.3	5	8
秋田	1,023	4,165	24.6	9.31	4.4	7.3	4.1	93.2	1	6
山形	1,124	4,006	28.1	10.27	7.2	7.6	3.8	89.7	1	4
福島	1,914	6,302	30.4	13.22	9.4	8.8	5.3	50.4	2	5
茨城	2,917	8,823	33.1	10.71	7.9	5.4	3.6	46.8	2	6
栃木	1,974	5,506	35.9	13.10	11.2	7.4	3.3	75.2	0	8
群馬	1,973	5,915	33.4	10.62	10.2	10.5	5.2	63.3	3	18
埼玉	7,267	18,823	38.6	12.48	10.2	6.3	3.2	32.5	3	17
千葉	6,223	16,443	37.8	15.34	12.1	4.8	3.1	44.0	10	29
東京都	13,515	33,530	40.3	17.29	15.6	11	4.4	72.6	26	109
神奈川	9,126	23,200	39.3	15.78	15.3	8.6	4.5	39.9	8	61
新潟	2,304	7,783	29.6	10.10	4.6	5	4.2	41.0	0	11
富山	1,066	3,566	29.9	9.90	8.2	4.4	4.1	102.3	3	8
石川	1,154	3,483	33.1	9.09	7.1	13.3	5.6	86.5	1	8
福井	787	2,447	32.2	11.17	8.4	6.6	6.2	99.0	3	4
山梨	835	2,526	33.1	11.98	10.5	5.7	4.8	81.2	1	3
長野	2,099	6,219	33.8	11.90	9.9	11.3	6.2	76.0	1	4
岐阜	2,032	6,069	33.5	13.08	13.7	9.9	5.2	66.2	7	16
静岡	3,700	10,570	35.0	13.28	10.9	7.9	4.0	48.9	1	22
愛知	7,483	18,911	39.6	12.31	9.2	8.6	4.7	60.1	6	38
三重	1,816	5,321	34.1	12.64	11.6	8.6	4.4	65.7	2	14
滋賀	1,413	3,608	39.2	14.15	9.9	6.8	4.8	72.8	0	8
京都	2,610	7,574	34.5	14.27	11.8	12.2	6.2	75.2	2	21
大阪	8,839	26,056	33.9	15.27	10.8	19.8	6.5	62.8	12	49
兵庫	5,535	16,421	33.7	15.78	14.2	14.1	6.4	63.5	11	40
奈良	1,364	4,049	33.7	16.07	14.8	10.1	5.6	75.4	0	9
和歌山	964	3,405	28.3	12.79	12.8	16	8.4	102.6	1	2
鳥取	573	2,046	28.0	11.64	8.7	10.6	5.4	94.2	1	4
島根	694	2,529	27.4	10.75	7.4	17.8	8.4	133.1	1	4
岡山	1,922	5,595	34.4	10.70	8.2	16.2	5.6	90.4	3	15
広島	2,844	8,245	34.5	12.15	9.1	19.7	5.9	85.7	1	21
山口	1,405	4,999	28.1	10.36	6.5	10.2	5.8	67.5	0	2
徳島	756	2,491	30.3	10.14	7.5	18.8	5.6	91.0	1	6
香川	976	3,024	32.3	12.84	10.1	12.7	3.9	101.3	0	6
愛媛	1,385	4,600	30.1	11.87	11.2	5.2	6.6	81.2	0	7
高知	728	2,681	27.2	11.09	8.7	13.9	4.7	73.6	0	13
福岡	5,102	15,380	33.2	9.00	7.3	18.4	5.6	78.0	6	24
佐賀	833	2,698	30.9	8.45	7.0	19.1	5.2	77.6	1	3
長崎	1,377	4,808	28.6	9.40	9.4	24.3	5.3	81.8	0	6
熊本	1,786	5,481	32.6	9.34	5.7	11.3	6.7	74.7	1	6
大分	1,166	3,652	31.9	8.15	7.3	16.2	6.4	91.1	0	8
宮崎	1,104	3,621	30.5	8.49	7.2	10.3	6.3	63.0	0	7
鹿児島	1,648	5,379	30.6	8.29	7.5	16.5	6.1	64.9	1	4
沖縄	1,434	3,122	45.9	12.36	9.6	6.9	4.0	69.0	0	5

付表　本稿で用いた都道府県別データ（つづき）

都道府県	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	緩和ケア診療加算（人口10万対）	外来緩和ケア加算（人口10万対）：外来	緩和ケア入院料（30日以内）割合（%）
年次	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2014	2014	2014
総数	755	2,007	3,475	1,630	1.28	17,608	13.9	489	360	5	57
北海道	21	126	182	85	1.58	1,472	27.4	20	571	16	51
青森	2	25	27	16	1.22	159	12.2	2	626	3	48
岩手	5	37	51	25	1.95	354	27.7	8	184	4	60
宮城	12	28	48	28	1.20	471	20.2	2	134	2	60
秋田	2	24	32	16	1.56	174	17.0	0	0	0	48
山形	4	20	28	20	1.78	118	10.5	6	294	20	71
福島	10	25	40	21	1.10	267	13.9	1	114	0	59
茨城	8	39	53	28	0.96	558	19.1	10	330	0	61
栃木	7	21	36	20	1.01	365	18.5	2	74	4	64
群馬	8	37	63	22	1.12	418	21.2	3	262	4	69
埼玉	20	97	134	40	0.55	238	3.3	22	80	2	67
千葉	34	62	125	47	0.76	866	13.9	20	448	1	65
東京都	86	203	398	216	1.60	2,544	18.8	58	771	8	62
神奈川	94	173	328	78	0.85	453	5.0	39	410	9	62
新潟	11	20	42	29	1.26	385	16.7	10	139	6	41
富山	8	46	62	28	2.63	90	8.4	5	243	0	59
石川	12	20	40	17	1.47	166	14.4	9	277	3	53
福井	9	9	22	8	1.02	72	9.1	2	148	0	61
山梨	5	55	63	11	1.32	361	43.2	1	675	0	75
長野	13	46	63	42	2.00	294	14.0	13	305	0	53
岐阜	16	18	50	26	1.28	285	14.0	11	130	0	61
静岡	18	44	84	26	0.70	109	2.9	12	396	11	53
愛知	75	57	170	65	0.87	746	10.0	58	311	5	67
三重	12	17	43	22	1.21	74	4.1	8	21	1	47
滋賀	9	22	39	20	1.42	193	13.7	3	112	0	68
京都	24	41	86	58	2.22	377	14.4	19	613	2	49
大阪	80	103	232	109	1.23	887	10.0	52	626	9	59
兵庫	21	74	135	87	1.57	793	14.3	33	313	7	60
奈良	9	24	42	15	1.10	163	12.0	2	365	12	68
和歌山	6	13	21	14	1.45	51	5.3	1	61	0	53
鳥取	2	10	16	13	2.27	86	15.0	6	6	0	46
島根	3	11	18	16	2.31	340	49.0	5	337	0	54
岡山	12	27	54	23	1.20	195	10.1	8	206	12	58
広島	14	65	100	41	1.44	441	15.5	18	225	4	56
山口	9	24	35	21	1.49	84	6.0	1	22	0	50
徳島	4	10	20	13	1.72	59	7.8	1	82	0	55
香川	6	20	32	14	1.43	65	6.7	5	97	0	55
愛媛	5	20	32	17	1.23	102	7.4	8	312	10	55
高知	3	7	23	16	2.20	0	0.0	0	255	0	54
福岡	15	106	145	67	1.31	1,009	19.8	16	454	3	51
佐賀	3	17	23	8	0.96	23	2.8	2	326	0	56
長崎	7	37	50	23	1.67	211	15.3	9	360	4	52
熊本	9	37	52	36	2.02	236	13.2	6	24	1	47
大分	6	24	38	16	1.37	130	11.1	5	129	0	53
宮崎	3	10	20	18	1.63	215	19.5	2	10	0	52
鹿児島	8	40	52	32	1.94	834	50.6	11	226	3	52
沖縄	5	16	26	16	1.12	75	5.2	2	0	0	41

がん性疼痛緩和指導管理料（人口10万対）：外来	がん性疼痛緩和指導管理料（人口10万対）：入院	がん患者指導管理料1（人口10万対）：外来	がん患者指導管理料2（人口10万対）：外来	がん患者指導管理料3（人口10万対）：外来	がん患者指導管理料1（人口10万対）：入院	がん患者指導管理料2（人口10万対）：入院	がん患者指導管理料3（人口10万対）：入院	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）
2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2015	2015	2015
144	126	26	23	58	13	13	1.16	1.6	5.8	31.3
162	229	40	12	63	35	21	0.82	2.6	8.1	47.2
276	187	11	6	29	10	19	2.45	2.8	8.4	44.0
243	152	49	24	183	16	11	0	2.5	7.4	39.7
140	150	11	3	7	4	3	0.77	2.1	7.0	38.8
222	272	33	12	59	28	20	0	2.9	9.7	35.7
210	197	31	22	165	13	4	3.47	7.6	8.1	34.2
59	94	12	20	47	18	30	1.41	1.9	5.4	36.7
114	97	28	10	35	8	11	0	1.2	6.0	31.2
136	100	23	8	47	11	6	3.55	2.3	6.9	31.5
165	118	30	8	39	18	5	0	1.6	6.1	31.7
115	78	13	17	34	2	5	0	1.1	4.9	27.0
173	120	17	14	123	9	7	2.36	1.6	6.5	29.2
124	112	20	29	46	10	13	0.5	1.9	7.4	31.3
146	103	18	20	73	4	5	1.22	1.3	5.5	25.5
252	190	18	15	31	5	12	0	1.7	7.0	40.5
264	223	35	37	53	20	22	1.5	2.0	5.6	34.5
119	168	20	22	40	12	22	2.34	2.2	6.4	37.0
111	165	92	4	32	23	10	1.91	1.1	5.6	37.3
28	50	4	18	0	3	8	0	1.7	5.5	29.2
212	105	33	15	79	15	19	2.05	1.5	5.3	36.7
115	92	17	15	11	5	8	1.53	0.8	3.7	27.8
182	66	25	22	58	8	10	5.32	1.5	5.3	23.0
128	103	18	32	53	16	20	1.78	1.5	5.6	25.5
127	96	27	15	15	10	12	0.77	1.3	4.5	22.2
112	106	39	7	37	9	5	0.85	1.2	3.8	25.5
152	128	47	38	92	19	10	0.65	1.4	4.5	25.3
149	153	44	73	78	21	25	1.18	1.1	5.6	31.0
173	134	41	30	62	18	14	0.27	1.0	4.4	27.8
126	117	17	20	34	7	11	0	1.0	4.0	24.8
143	162	13	7	201	7	12	2.18	0.8	4.8	30.7
231	220	20	7	8	4	6	0	3.8	6.7	41.0
144	143	37	4	106	11	2	0	1.0	4.7	39.0
124	122	23	7	112	13	5	1.82	1.2	4.3	32.7
172	201	53	22	64	25	9	1.02	1.4	5.7	33.8
167	135	22	7	46	21	14	0	2.0	4.8	36.3
64	83	12	5	59	4	2	0	1.6	5.4	32.2
86	113	53	36	63	19	32	2.15	1.6	4.1	27.8
176	127	81	7	69	3	12	0	1.7	5.4	27.5
188	141	9	10	24	9	5	1.65	1.2	5.3	39.5
125	105	18	13	38	9	24	1.65	1.3	5.5	34.7
115	100	42	46	34	18	4	1.32	1.4	4.0	28.3
90	86	33	3	14	25	26	0	1.8	7.8	44.3
108	126	10	4	19	9	9	0	1.2	5.2	29.7
132	150	38	80	73	42	42	0	2.0	4.7	30.7
83	86	3	8	20	1	6	0	1.4	4.9	39.2
104	165	25	12	11	19	17	0	1.6	6.0	30.0
62	67	8	11	14	8	15	0	1.4	3.6	24.0

2. ホスピス緩和ケア週間

安部 奈津子　永谷 貴美
（日本ホスピス緩和ケア協会 事務局）

日本ホスピス緩和ケア協会では，「世界ホスピス緩和ケアデー（World Hospice and Palliative Care Day）」を最終日とした1週間（2016年度は10月2日～8日）を「ホスピス緩和ケア週間」とし，ポスターの掲示およびセミナーや見学会の実施などを通して，緩和ケアの啓発普及活動に取り組んでいる。第11回目を迎えた本年も ポスター・チラシ（**図1**）を作成し，当協会の会員をはじめ，がん診療連携拠点病院，日本緩和医療学会会員へ，また今年度から日本死の臨床研究会も本企画に参加することとなり，同研究会会員にも案内した。

全国の関係者に，緩和ケアの普及啓発を目的としたプログラムの開催を呼びかけたところ，124施設から企画登録があった（**図2**）。企画内容としては，講演会，パネル展示などを通して緩和ケアの知識を提供するもの，相談コーナーや茶話会など話すこと・聴くことに重きを置いたもの，またコンサートや演劇などを楽しみながら緩和ケアへの理解を深めてもらうものなど，合計270の企画が寄せられた（**表1**）。ポスターのメッセージ「つないで，ささえる」に合わせ，外来や地域の診療所，訪問看護ステーションとの連携に関するプログラムも多かった。企画への参加者の内訳は**表1**に示す通りで，市民や医療福祉関係者など7,000名を超えた（展示会の参加者は含まず）。企画を実施した施設からは，「入院中の患者さんも活動に参加し，飾りつけを手伝っていただいた」「情報交換や連携強化の必要性を考える良い機会となった」などの報告が寄せられた（**図3**）。

2017年度の世界ホスピス緩和ケアデーは，10月14日となっており，10月8日～14日をホスピス緩和ケア週間として実施を予定している。

図1　2016年度ポスター・チラシ

北海道	9
東北	10
関東甲信越	31
東海北陸	20
近畿	12
中国	14
四国	6
九州	22
合計	124

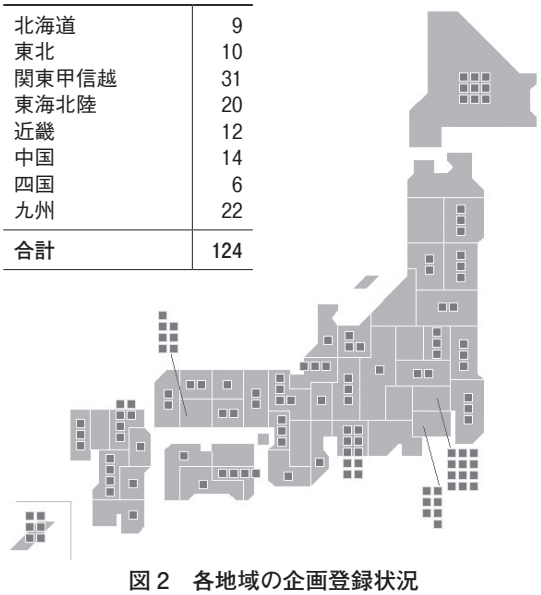


図2　各地域の企画登録状況

表 1　企画内容と参加者内訳

参加施設種別		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
1. 協会会員	**81**	①一般市民向けの講演会など	56	一般市民／患者（入院・外来）／家族／遺族／学生（看護・薬学生）／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／放射線技師／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／訪問看護師／保健師／介護福祉士／ヘルパー／事務員／牧師・僧侶／鍼灸師／ボランティア／その他
（内 拠点病院 30）		②医療従事者向けの研究会など	10	
緩和ケア病棟	70	③コンサート・演劇等	27	
緩和ケアチーム	2	④緩和ケア関連のパネル展示	35	
一般病院	5	⑤相談コーナーの設置	36	
診療所	2	⑥チラシ・パンフレットの配布	36	
準会員・賛助会員	2	⑦緩和ケア病棟見学会	18	
2. 非会員	**43**	⑧体験・試食コーナーなどの設置	32	
がん診療連携拠点病院	11	⑨茶話会・カフェ	8	
日本緩和医療学会会員	11	⑩ＤＶＤ・動画の上映	8	
学会会員＋拠点病院	6	⑪遺族会・懇親会など	4	
学会会員＋研究会会員*	5			
拠点病院＋学会＋研究会会員	6			
不明（無記入）	4			
合計　124 （*研究会：日本死の臨床研究会）		合計　270		合計　7,233 （展示会来場者は含まず）

▲在宅緩和ケアネットワーク研究会
（北海道：緩和ケアクリニック・恵庭）

▲ホスピスボランティア活動報告
（福島県：坪井病院）

▲市民公開講座
（千葉県：辻仲病院柏の葉）

▲バルーンアート
（神奈川県：神奈川県立がんセンター）

▲緩和デイケア体験
（愛知県：愛知県がんセンター愛知病院）

▲まちかどがん相談
（大阪府：ベルランド総合病院）

▲展示コーナー
（岡山県：岡山大学病院）

▲医療従事者対象の講演会
（高知県：細木病院）

▲オカリナコンサート
（熊本県：荒尾市民病院）

図 3　催し物の実際（一部紹介）

3．緩和ケア関連の資料

A．がん診療連携拠点病院等指定一覧

〔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〕（2017 年 2 月 15 日現在）

【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
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

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
36					大崎市民病院	2010 年 4 月 1 日
37			○	○	石巻赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
38		○			みやぎ県南中核病院	2016 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	○		○	慈生会医学研究所付属 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		○		○	総合病院 土浦協同病院・茨城県地域がんセンター	2010 年 4 月 1 日
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
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 渋川医療センター	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				春日部市立医療センター	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

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
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
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

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
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					済生会横浜市東部病院	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					関東労災病院	2016年4月1日
145	新潟県				新潟県立新発田病院	2010年4月1日
146			○		新潟市民病院	2010年4月1日
147			○		新潟大学医歯学総合病院	2010年4月1日
148					長岡中央綜合病院	2010年4月1日
149			○		長岡赤十字病院	2010年4月1日
150					新潟県立中央病院	2010年4月1日
151					新潟労災病院	2010年4月1日
152	富山県				黒部市民病院	2010年4月1日
153					富山労災病院	2010年4月1日
154					富山大学附属病院	2010年4月1日
155		○	○		厚生連高岡病院	2010年4月1日
156		○	○		高岡市民病院	2010年4月1日
157					市立砺波総合病院	2010年4月1日
158	石川県		○		国立病院機構 金沢医療センター	2010年4月1日
159					石川県立中央病院	2010年4月1日
160					金沢医科大学病院	2010年4月1日
161		○		○	小松市民病院	2010年4月1日
162	福井県		○		福井大学医学部附属病院	2010年4月1日
163		○		○	福井赤十字病院	2010年4月1日
164		○	○	○	福井県済生会病院	2010年4月1日
165					国立病院機構 敦賀医療センター	2010年4月1日
166	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院	2010年4月1日
167			○	○	市立甲府病院	2010年4月1日
168					富士吉田市立病院	2011年4月1日
169	長野県			○	佐久総合病院 佐久医療センター	2010年4月1日
170				○	諏訪赤十字病院	2010年4月1日
171				○	飯田市立病院	2010年4月1日
172				○	相澤病院	2010年4月1日
173			○		長野赤十字病院	2010年4月1日
174			○	○	長野市民病院	2010年4月1日
175					伊那中央病院	2009年4月1日
176	岐阜県				岐阜県総合医療センター	2010年4月1日
177			○		岐阜市民病院	2010年4月1日
178					大垣市民病院	2010年4月1日
179			○		木沢記念病院	2010年4月1日
180		○		○	岐阜県立多治見病院	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
181					高山赤十字病院	2010年4月1日
182	静岡県				順天堂大学医学部附属 静岡病院	2010年4月1日
183				○	静岡県立総合病院	2010年4月1日
184					静岡市立静岡病院	2010年4月1日
185			○	○	藤枝市立総合病院	2010年4月1日
186		○	○	○	総合病院 聖隷三方原病院	2010年4月1日
187			○		総合病院 聖隷浜松病院	2010年4月1日
188			○	○	浜松医療センター	2010年4月1日
189					浜松医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
190			○	○	磐田市立総合病院	2010年4月1日
191	愛知県		○		国立病院機構 名古屋医療センター	2010年4月1日
192			○		名古屋大学医学部附属病院	2010年4月1日
193			○		中京病院	2010年4月1日
194			○		名古屋市立大学病院	2010年4月1日
195		○	○	○	名古屋第一赤十字病院	2010年4月1日
196					名古屋第二赤十字病院	2010年4月1日
197		○	○	○	海南病院	2010年4月1日
198			○		公立陶生病院	2010年4月1日
199			○		一宮市立市民病院	2010年4月1日
200		○	○	○	小牧市民病院	2010年4月1日
201		○		○	豊田厚生病院	2010年4月1日
202		○	○	○	安城更生病院	2010年4月1日
203					豊橋市民病院	2010年4月1日
204		○	○	○	藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日
205					半田市立半田病院	2015年4月1日
206		○		○	愛知県がんセンター愛知病院	2015年4月1日
207	三重県	○		○	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				市立福知山市民病院	2010年4月1日
216			○		京都桂病院	2010年4月1日
217			○		京都市立病院	2010年4月1日
218			○		京都第一赤十字病院	2010年4月1日
219					京都第二赤十字病院	2010年4月1日
220		○	○		国立病院機構 京都医療センター	2010年4月1日
221	大阪府		○		市立豊中病院	2010年4月1日
222		○		○	市立東大阪医療センター	2010年4月1日
223					国立病院機構 大阪南医療センター	2010年4月1日
224					大阪労災病院	2010年4月1日
225		○		○	市立岸和田市民病院	2010年4月1日
226		○	○		大阪市立総合医療センター	2010年4月1日
227			○		大阪赤十字病院	2010年4月1日
228			○		大阪市立大学医学部附属病院	2009年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
229					大阪大学医学部附属病院	2009 年 4 月 1 日
230			○		大阪医科大学附属病院	2009 年 4 月 1 日
231			○		近畿大学医学部附属病院	2009 年 4 月 1 日
232			○		関西医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
233			○		国立病院機構 大阪医療センター	2010 年 4 月 1 日
234			○		大阪府立急性期・総合医療センター	2014 年 8 月 6 日
235					堺市立総合医療センター	2014 年 8 月 6 日
236				○	八尾市立病院	2015 年 4 月 1 日
237	兵庫県		○	○	神戸大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
238			○		神戸市立医療センター中央市民病院	2010 年 4 月 1 日
239			○		関西労災病院	2010 年 4 月 1 日
240			○		兵庫医科大学病院	2010 年 4 月 1 日
241					近畿中央病院	2010 年 4 月 1 日
242					西脇市立西脇病院	2010 年 4 月 1 日
243					姫路赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
244					国立病院機構 姫路医療センター	2010 年 4 月 1 日
245					赤穂市民病院	2010 年 4 月 1 日
246		○		○	豊岡病院	2010 年 4 月 1 日
247		○		○	兵庫県立柏原病院	2010 年 4 月 1 日
248					兵庫県立淡路医療センター	2010 年 4 月 1 日
249			○		西神戸医療センター	2015 年 4 月 1 日
250	奈良県		○		奈良県総合医療センター	2010 年 4 月 1 日
251					天理よろづ相談所病院	2010 年 4 月 1 日
252			○		近畿大学医学部奈良病院	2010 年 4 月 1 日
253					市立奈良病院	2009 年 4 月 1 日
254	和歌山県				和歌山医療センター	2010 年 4 月 1 日
255					公立那賀病院	2010 年 4 月 1 日
256					橋本市民病院	2010 年 4 月 1 日
257					紀南病院	2010 年 4 月 1 日
258		○		○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2010 年 4 月 1 日
259	鳥取県				鳥取県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
260			○	○	鳥取市立病院	2010 年 4 月 1 日
261					鳥取県立厚生病院	2010 年 4 月 1 日
262		○		○	国立病院機構 米子医療センター	2010 年 4 月 1 日
263	島根県	○	○	○	松江市立病院	2010 年 4 月 1 日
264					松江赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
265					島根県立中央病院	2010 年 4 月 1 日
266		○		○	国立病院機構 浜田医療センター	2010 年 4 月 1 日
267	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院	2010 年 4 月 1 日
268		○	○	○	総合病院 岡山赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
269					国立病院機構 岡山医療センター	2010 年 4 月 1 日
270		○	○	○	倉敷中央病院	2010 年 4 月 1 日
271			○		川崎医科大学附属病院	2010 年 4 月 1 日
272					津山中央病院	2010 年 4 月 1 日
273	広島県	○		○	県立広島病院	2010 年 4 月 1 日
274			○		広島市立広島市民病院	2010 年 4 月 1 日
275					広島赤十字・原爆病院	2010 年 4 月 1 日
276					廣島総合病院	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
277		○	○	○	国立病院機構 呉医療センター	2010年4月1日
278					国立病院機構 東広島医療センター	2010年4月1日
279					尾道総合病院	2010年4月1日
280		○		○	福山市民病院	2010年4月1日
281			○		市立三次中央病院	2010年4月1日
282			○		広島市立安佐市民病院	2010年4月1日
283	山口県	○		○	国立病院機構 岩国医療センター	2010年4月1日
284					周東総合病院	2010年4月1日
285		○		○	徳山中央病院	2010年4月1日
286					山口県立総合医療センター	2010年4月1日
287					山口県済生会下関総合病院	2015年4月1日
288	徳島県				徳島県立中央病院	2010年4月1日
289					徳島赤十字病院	2010年4月1日
290					徳島市民病院	2010年4月1日
291	香川県			○	香川県立中央病院	2010年4月1日
292					高松赤十字病院	2010年4月1日
293					香川労災病院	2010年4月1日
294		○		○	三豊総合病院	2010年4月1日
295	愛媛県				住友別子病院	2010年4月1日
296		○		○	済生会今治病院	2010年4月1日
297			○		愛媛大学医学部附属病院	2010年4月1日
298			○		愛媛県立中央病院	2010年4月1日
299					松山赤十字病院	2010年4月1日
300				○	市立宇和島病院	2010年4月1日
301	高知県		○	○	高知医療センター	2010年4月1日
302					高知県立幡多けんみん病院	2012年4月1日
303	福岡県				国立病院機構 九州医療センター	2010年4月1日
304			○		福岡県済生会福岡総合病院	2010年4月1日
305			○		福岡大学病院	2010年4月1日
306					国立病院機構 福岡東医療センター	2010年4月1日
307		○	○	○	久留米大学病院	2010年4月1日
308		○		○	聖マリア病院	2010年4月1日
309					公立八女総合病院	2010年4月1日
310					大牟田市立病院	2010年4月1日
311		○	○	○	飯塚病院	2010年4月1日
312					社会保険田川病院	2010年4月1日
313		○		○	北九州市立医療センター	2010年4月1日
314		○	○	○	九州病院	2010年4月1日
315			○		産業医科大学病院	2010年4月1日
316	佐賀県	○	○	○	佐賀県医療センター好生館	2010年4月1日
317					唐津赤十字病院	2010年4月1日
318					国立病院機構 嬉野医療センター	2010年4月1日
319	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
320					日本赤十字社 長崎原爆病院	2010年4月1日
321					佐世保市総合医療センター	2010年4月1日
322			○		国立病院機構 長崎医療センター	2010年4月1日
323					長崎県島原病院	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
324	熊本県				熊本市立熊本市民病院	2010 年 4 月 1 日
325					熊本赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
326			○		国立病院機構 熊本医療センター	2010 年 4 月 1 日
327					済生会熊本病院	2010 年 4 月 1 日
328					荒尾市民病院	2010 年 4 月 1 日
329					熊本労災病院	2010 年 4 月 1 日
330		○		○	人吉医療センター	2010 年 4 月 1 日
331	大分県				国立病院機構 別府医療センター	2010 年 4 月 1 日
332				○	大分赤十字病院	2010 年 4 月 1 日
333					大分県立病院	2010 年 4 月 1 日
334		○		○	大分県済生会日田病院	2010 年 4 月 1 日
335					中津市立中津市民病院	2011 年 4 月 1 日
336	宮崎県				県立宮崎病院	2010 年 4 月 1 日
337					国立病院機構 都城医療センター	2010 年 4 月 1 日
338	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
339					鹿児島県立薩南病院	2010 年 4 月 1 日
340					済生会川内病院	2010 年 4 月 1 日
341		○		○	国立病院機構 南九州病院	2010 年 4 月 1 日
342					県民健康プラザ鹿屋医療センター	2010 年 4 月 1 日
343					鹿児島県立大島病院	2010 年 4 月 1 日
344					鹿児島市立病院	2011 年 4 月 1 日
345			○		今給黎総合病院	2012 年 4 月 1 日
346	沖縄県		○		沖縄県立中部病院	2010 年 4 月 1 日
347			○		那覇市立病院	2010 年 4 月 1 日
計		81	141	114	347 病院	

【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

No.	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
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 27	京都府	○	○ ○	 ○	京都府立医科大学附属病院 京都大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日 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
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 42	福岡県		○ ○	 ○	国立病院機構 九州がんセンター 九州大学病院	2010 年 4 月 1 日 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	24	計 49 病院	

【国立がん研究センター】

No	都道府県	PCU	PCT	協会会員	医療機関名	指定年月日
1	東京都		○		国立がん研究センター中央病院	2010 年 4 月 1 日
2	千葉県	○	○	○	国立がん研究センター東病院	2010 年 4 月 1 日
計		1	2	1	2 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	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	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
2					由利組合総合病院	秋田赤十字病院	2015 年 4 月 1 日
3					雄勝中央病院	平鹿総合病院	2015 年 4 月 1 日
4	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
5	千葉県	○		○	さんむ医療センター	総合病院国保旭中央病院	2016 年 4 月 1 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					国立病院機構 信州上田医療センター	信州大学医学部附属病院	2016 年 4 月 1 日
10					長野県立木曽病院	信州大学医学部附属病院	2016 年 4 月 1 日
11	静岡県				国際医療福祉大学熱海病院	静岡県立静岡がんセンター	2016 年 4 月 1 日
12					富士市立中央病院	静岡県立静岡がんセンター	2016 年 4 月 1 日
13	滋賀県				高島市民病院	大津赤十字病院	2015 年 4 月 1 日
14	京都府				京都府立医科大学附属北部医療センター	京都府立医科大学附属病院	2015 年 4 月 1 日
15					公立南丹病院	京都府立医科大学附属病院	2015 年 4 月 1 日
16					京都岡本記念病院	京都府立医科大学附属病院	2015 年 4 月 1 日
17					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
18	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
19					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
20	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
21					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
22	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
23	福岡県		○		福岡大学筑紫病院	福岡大学病院	2016 年 4 月 1 日
24		○		○	朝倉医師会病院	久留米大学病院	2016 年 4 月 1 日
25	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

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
26					種子島医療センター	鹿児島大学病院	2016 年 4 月 1 日
27 28	沖縄県				沖縄県立宮古病院 沖縄県立八重山病院	沖縄県立中部病院 沖縄県立中部病院	2015 年 4 月 1 日 2016 年 4 月 1 日
合計		4	2	4	28 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/0000141425.pdf　がん診療連携拠点病院等一覧表（2016 年 10 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等〕

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
北海道	11	○	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
		○	砂川市立病院	2015 年 4 月 1 日
		○	旭川厚生病院	2015 年 5 月 1 日
		○	帯広厚生病院	2016 年 6 月 1 日
青森県	2	○	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
岩手県	2	○	岩手県立大船渡病院	2012 年 7 月 1 日
		○	岩手医科大学附属病院	2014 年 1 月 1 日
宮城県	3	○	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
		○	石巻赤十字病院	2016 年 1 月 1 日
山形県	4	○	山形大学医学部附属病院	2009 年 6 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
		○	山形県立中央病院	2016 年 2 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	3	○	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
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 渋川医療センター	2012 年 4 月 1 日
埼玉県	5	○	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
		○	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	8		千葉県がんセンター	2011 年 4 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
		○	千葉大学医学部附属病院	2013 年 5 月 1 日
東京都	37	○	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

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
		○	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
			東海大学八王子病院	2016 年 7 月 1 日
		○	東京女子医科大学東医療センター	2016 年 10 月 1 日
			豊島病院	2016 年 11 月 1 日
神奈川県	20		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
		○	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

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
			横浜南共済病院	2016 年 4 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	3	○	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
		○	長野市民病院	2016 年 8 月 1 日
岐阜県	3	○	岐阜市民病院	2013 年 7 月 1 日
		○	木沢記念病院	2015 年 5 月 1 日
			可児とうのう病院	2016 年 4 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	17	○	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
			総合上飯田第一病院	2016 年 6 月 1 日
三重県	2	○	三重大学医学部附属病院	2014 年 5 月 1 日
		○	鈴鹿中央総合病院	2016 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
		○	滋賀県立成人病センター	2016 年 6 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

都道府県	数	拠点病院	施　設　名	算定開始日
		○	京都大学医学部附属病院	2010 年 4 月 1 日
		○	京都第一赤十字病院	2016 年 4 月 1 日
大阪府	20		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
			関西医科大学総合医療センター	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
		○	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
			兵庫県立尼崎総合医療センター	2016 年 2 月 1 日
奈良県	4	○	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
		○	近畿大学医学部奈良病院	2016 年 8 月 1 日
和歌山県	1	○	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
			川崎医科大学総合医療センター	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	○	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
		○	広島市立安佐市民病院	2016 年 10 月 1 日
山口県	1	○	山口大学医学部附属病院	2013 年 9 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	12	○	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
		○	福岡大学筑紫病院	2016 年 5 月 1 日
		○	九州病院	2016 年 5 月 1 日
		○	福岡県済生会福岡総合病院	2016 年 7 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	3	○	長崎大学病院	2011 年 4 月 1 日
		○	国立病院機構 長崎医療センター	2016 年 2 月 1 日
		○	長崎みなとメディカルセンター市民病院	2016 年 2 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	228	181		

2017 年 2 月 15 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	532	20	★	☆
18		札幌北楡病院	2015 年 8 月 1 日	281	9		
19		北海道消化器科病院	2016 年 7 月 1 日	199	14		
20		慶友会 吉田病院	2016 年 9 月 1 日	263	11		
21	青森県	青森慈恵会病院	2000 年 6 月 1 日	332	22		
22		ときわ会病院	2008 年 2 月 1 日	149	24		
23	岩手県	孝仁病院	2008 年 6 月 1 日	180	10		
24		盛岡赤十字病院	2009 年 7 月 1 日	438	22		☆
25		美山病院	2011 年 5 月 1 日	212	20		
26		岩手県立中部病院	2009 年 5 月 1 日	434	24	★	☆
27		岩手県立磐井病院	2010 年 7 月 1 日	315	24	★	☆
28		盛岡友愛病院	2015 年 6 月 1 日	386	18		
29	宮城県	東北大学病院	2000 年 12 月 1 日	1225	22	★	
30		光ヶ丘スペルマン病院	1998 年 8 月 1 日	140	20		
31		宮城県立がんセンター	2002 年 7 月 1 日	383	25	★	
32		みやぎ県南中核病院	2015 年 8 月 1 日	310	12	★	☆
33	山形県	山形県立中央病院	2001 年 7 月 1 日	645	15	★	☆
34		三友堂病院	2005 年 6 月 1 日	190	12		
35		山形県立河北病院	2015 年 4 月 1 日	186	20		
36	秋田県	外旭川病院	1999 年 2 月 1 日	241	34		
37		大曲厚生医療センター	2015 年 8 月 1 日	437	13	★	
38	福島県	慈生会医学研究所付属 坪井病院	1990 年 12 月 1 日	230	18	★	
39		福島労災病院	2011 年 4 月 1 日	406	27	★	☆
40		星総合病院	2013 年 2 月 1 日	430	16		☆
41		わたり病院	2013 年 7 月 1 日	196	15		
42		竹田綜合病院	2014 年 11 月 1 日	837	15	★	☆
43		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		
44	茨城県	つくばセントラル病院	2000 年 10 月 1 日	313	20		
45		筑波メディカルセンター病院	2000 年 5 月 1 日	453	20	★	☆
46		水戸済生会総合病院	2000 年 10 月 1 日	472	16		☆

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		茨城県立中央病院	2013 年 5 月 1 日	500	23	★	☆
48		友愛記念病院	2014 年 8 月 1 日	325	14	★	☆
49		水戸赤十字病院	2015 年 6 月 1 日	483	20		☆
50		志村大宮病院	2015 年 6 月 1 日	178	20		
51		総合病院 土浦協同病院	2016 年 4 月 1 日	800	20	★	
52	栃木県	栃木県立がんセンター	2000 年 12 月 1 日	291	24	★	
53		栃木県済生会宇都宮病院	1996 年 11 月 1 日	644	20	★	☆
54		自治医科大学附属病院	2007 年 5 月 1 日	1132	18	★	
55		那須赤十字病院	2013 年 4 月 1 日	460	20	★	☆
56		足利赤十字病院	2016 年 10 月 1 日	555	19		☆
57	群馬県	公立富岡総合病院	2005 年 5 月 1 日	338	18	★	
58		伊勢崎市民病院	2010 年 6 月 1 日	494	17	★	☆
59		国立病院機構 渋川医療センター	1994 年 7 月 1 日	450	25	★	☆
60		群馬県済生会前橋病院	2012 年 6 月 1 日	327	16		☆
61		東邦病院	2014 年 6 月 1 日	443	21		
62		群馬県立がんセンター	2014 年 7 月 1 日	314	25	★	
63	埼玉県	戸田中央総合病院	2009 年 3 月 1 日	492	18	★	
64		埼玉石心会病院	2012 年 4 月 1 日	349	8		☆
65		上尾甦生病院	1992 年 3 月 1 日	186	15		
66		みさと健和病院	2011 年 8 月 1 日	282	20		
67		埼玉県立がんセンター	1999 年 1 月 1 日	503	36	★	
68		丸木記念福祉メディカルセンター	2013 年 12 月 1 日	624	20		
69		埼玉協同病院	2013 年 12 月 1 日	401	24		
70		上尾中央総合病院	2014 年 7 月 1 日	724	21		☆
71		吉川中央総合病院	2015 年 5 月 1 日	264	14		
72		三浦病院	2015 年 7 月 1 日	81	21		
73		彩の国東大宮メディカルセンター	2015 年 8 月 1 日	337	22		
74		シャローム病院	2016 年 7 月 1 日	55	20		
75	千葉県	千葉県がんセンター	2008 年 7 月 1 日	341	25		
76		山王病院	1999 年 7 月 1 日	318	23		
77		我孫子聖仁会病院	2012 年 7 月 1 日	168	20		
78		船橋市立医療センター	2010 年 4 月 1 日	449	20	★	☆
79		国立がん研究センター東病院	1992 年 7 月 1 日	425	25	★	
80		聖隷佐倉市民病院	2008 年 6 月 1 日	400	18		
81		総合病院 国保旭中央病院	1999 年 5 月 1 日	989	20	★	
82		君津中央病院	2004 年 11 月 1 日	661	20	★	☆
83		さんむ医療センター	2014 年 1 月 1 日	312	20	★	
84		平和台病院	2014 年 5 月 1 日	224	20		
85		千葉徳洲会病院	2014 年 8 月 1 日	391	24		
86		鎌ケ谷総合病院	2015 年 3 月 1 日	248	13		
87		辻仲病院柏の葉	2015 年 5 月 1 日	186	24		
88		東松戸病院	2015 年 10 月 1 日	198	20		
89		東葛病院	2016 年 6 月 1 日	366	20		
90	東京都	聖路加国際病院	1998 年 5 月 1 日	520	23	★	☆
91		永寿総合病院	2000 年 10 月 1 日	400	16		
92		賛育会病院	1998 年 6 月 1 日	199	20		
93		東芝病院	2008 年 7 月 1 日	308	16		
94		NTT 東日本関東病院	2001 年 2 月 1 日	627	16	★	
95		東京ちどり病院	2004 年 7 月 1 日	98	13		
96		日本赤十字社医療センター	2000 年 6 月 1 日	708	18	★	☆

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認病床数	拠点病院	支援病院
97		東京新宿メディカルセンター	2004 年 6 月 1 日	520	17		
98		佼成病院	2004 年 5 月 1 日	340	20		
99		救世軍ブース記念病院	2003 年 11 月 1 日	199	20		
100		東京衛生病院	1996 年 7 月 1 日	186	20		
101		豊島病院	1999 年 9 月 1 日	470	20		☆
102		桜町病院	1994 年 8 月 1 日	199	20		
103		日の出ヶ丘病院	2001 年 1 月 1 日	263	20		
104		公立阿伎留医療センター	2006 年 9 月 1 日	310	16		
105		救世軍清瀬病院	1990 年 6 月 1 日	142	25		
106		国立病院機構 東京病院	1995 年 9 月 1 日	560	20		☆
107		信愛病院	1996 年 9 月 1 日	199	20		
108		聖ヶ丘病院	1996 年 6 月 1 日	48	11		
109		東京都立駒込病院	2011 年 7 月 1 日	833	22	★	
110		慈生会 野村病院	2012 年 1 月 1 日	133	12		
111		がん研究会 有明病院	2011 年 4 月 1 日	700	25	★	
112		東京逓信病院	2013 年 3 月 1 日	477	18		
113		東京都健康長寿医療センター	2013 年 7 月 1 日	579	20		
114		多摩南部地域病院	2013 年 7 月 1 日	318	16		☆
115		町田市民病院	2013 年 9 月 1 日	447	18		
116		王子生協病院	2014 年 5 月 1 日	159	25		
117		杏順会 越川病院	2016 年 1 月 1 日	46	34		
118		東京さくら病院	2016 年 1 月 1 日	258	38		
119	神奈川県	川崎市立井田病院	1998 年 11 月 1 日	383	23	★	
120		昭和大学横浜市北部病院	2001 年 10 月 1 日	689	25	★	☆
121		平和病院	2011 年 9 月 1 日	146	16		
122		横浜市立みなと赤十字病院	2006 年 8 月 1 日	634	25	★	☆
123		神奈川県立がんセンター	2002 年 4 月 1 日	415	20	★	
124		横浜甦生病院	1995 年 3 月 1 日	81	12		
125		総合病院 衣笠病院	1998 年 7 月 1 日	251	20		
126		湘南中央病院	2006 年 3 月 1 日	199	16		
127		鶴巻温泉病院	2011 年 9 月 1 日	591	25		
128		日野原記念ピースハウス病院	1994 年 2 月 1 日	22	22		
129		相模原協同病院	2011 年 10 月 1 日	437	12	★	☆
130		横浜市立市民病院	2012 年 5 月 1 日	650	20	★	☆
131		宮川病院	2013 年 7 月 1 日	175	11		
132		伊勢原協同病院	2014 年 9 月 1 日	350	14		
133		AOI 国際病院	2015 年 5 月 1 日	328	28		
134		横浜南共済病院	2016 年 5 月 1 日	565	20		☆
135		国際親善総合病院	2016 年 5 月 1 日	287	25		
136	新潟県	長岡西病院	1993 年 4 月 1 日	240	32		
137		白根大通病院	2006 年 9 月 1 日	299	28		
138		新潟医療センター	2001 年 8 月 1 日	404	20		
139		南部郷厚生病院	2001 年 9 月 1 日	120	20		
140	富山県	富山県立中央病院	1993 年 3 月 1 日	733	25	★	☆
141		富山市民病院	2009 年 6 月 1 日	595	20		☆
142		高岡市民病院	2016 年 5 月 1 日	401	20	★	
143		厚生連高岡病院	2016 年 12 月 1 日	533	16	★	☆
144	石川県	石川県済生会金沢病院	1995 年 1 月 1 日	260	28		
145		小松市民病院	2009 年 5 月 1 日	344	10	★	
146	福井県	福井県立病院	2006 年 4 月 1 日	961	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
147		福井県済生会病院	1998 年 10 月 1 日	460	20	★	☆
148		福井赤十字病院	2015 年 5 月 1 日	600	20	★	☆
149	長野県	愛和病院	1997 年 12 月 1 日	64	48		
150		新生病院	1998 年 10 月 1 日	155	20		
151		諏訪中央病院	1998 年 9 月 1 日	360	12		
152		岡谷市民病院	2015 年 10 月 11 日	295	17		
153	山梨県	山梨県立中央病院	2005 年 5 月 1 日	651	15	★	☆
154	岐阜県	岐阜中央病院	1999 年 6 月 1 日	372	28		
155		東海中央病院	2012 年 1 月 1 日	277	15		☆
156		岐阜県立多治見病院	2010 年 7 月 1 日	575	20	★	☆
157		久美愛厚生病院	2012 年 7 月 1 日	300	23		
158		岐北厚生病院	2014 年 3 月 1 日	316	24		
159		中濃厚生病院	2016 年 5 月 1 日	495	20		
160	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	2002 年 11 月 1 日	615	50	★	
161		神山復生病院	2002 年 7 月 1 日	60	20		
162		総合病院 聖隷三方原病院	1990 年 5 月 1 日	934	27	★	☆
163	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		
164		愛知県がんセンター愛知病院	2006 年 5 月 1 日	276	20	★	
165		安城更生病院	2002 年 6 月 1 日	749	17	★	☆
166		聖霊病院	2009 年 4 月 1 日	198	15		
167		海南病院	2004 年 7 月 1 日	540	18	★	
168		名古屋掖済会病院	2004 年 2 月 1 日	662	19		☆
169		協立総合病院	2001 年 12 月 1 日	434	16		
170		豊田厚生病院	2010 年 2 月 1 日	606	17	★	
171		江南厚生病院	2009 年 11 月 1 日	684	20		
172		愛知国際病院	1999 年 5 月 1 日	72	20		
173		総合病院 南生協病院	2002 年 7 月 1 日	313	20		
174		小牧市民病院	2012 年 6 月 1 日	558	14	★	☆
175		津島市民病院	2007 年 1 月 1 日	440	18		
176		名古屋第一赤十字病院	2006 年 4 月 1 日	852	20	★	☆
177		藤田保健衛生大学病院	2010 年 4 月 1 日	1435	19	★	
178		名古屋徳洲会総合病院	2014 年 6 月 1 日	350	18		
179		刈谷豊田総合病院	2014 年 11 月 1 日	710	20		☆
180		済衆館病院	2016 年 4 月 1 日	360	20		
181	三重県	三重聖十字病院	2005 年 11 月 1 日	25	25		
182		藤田保険衛生大学 七栗記念病院	1997 年 7 月 1 日	218	20		
183		松阪厚生病院	2007 年 8 月 1 日	780	20		
184		松阪市民病院	2008 年 2 月 1 日	328	20		☆
185		伊勢赤十字病院	2012 年 2 月 1 日	655	20	★	☆
186		済生会松阪総合病院	2012 年 5 月 1 日	430	24		☆
187		もりえい病院	2016 年 5 月 1 日	54	20		
188	滋賀県	大津市民病院	1999 年 6 月 1 日	445	20		☆
189		彦根市立病院	2002 年 10 月 1 日	458	20	★	
190		ヴォーリズ記念病院	2006 年 12 月 1 日	168	16		
191		滋賀県立成人病センター	2003 年 3 月 1 日	535	20	★	☆
192		公立甲賀病院	2013 年 5 月 1 日	413	12	★	☆
193	京都府	薬師山病院	1998 年 12 月 1 日	70	50		
194		総合病院 日本バプテスト病院	1995 年 9 月 1 日	167	20		
195		国立病院機構 京都医療センター	2011 年 4 月 1 日	600	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
196		京都民医連中央病院	2011 年 11 月 1 日	411	14		
197		稲荷山武田病院	2012 年 9 月 1 日	55	18		
198		男山病院	2014 年 5 月 1 日	199	25		
199		京都府立医科大学附属病院	2014 年 2 月 1 日	1065	16	★	
200		あそかビハーラ病院	2015 年 4 月 1 日	28	28		
201		宇治徳洲会病院	2015 年 8 月 1 日	473	14		
202		三菱京都病院	2016 年 2 月 1 日	188	14		
203	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		
204		湯川胃腸病院	2002 年 11 月 1 日	84	30		
205		千里中央病院	2010 年 4 月 1 日	400	25		
206		ガラシア病院	2005 年 4 月 1 日	104	51		
207		彩都友紘会病院	2010 年 5 月 1 日	204	40		
208		高槻赤十字病院	2002 年 7 月 1 日	446	20		☆
209		小松病院	2006 年 5 月 1 日	190	18		
210		耳原総合病院	2003 年 2 月 1 日	386	23		☆
211		阪和第二泉北病院	2002 年 11 月 1 日	969	21		
212		星ヶ丘医療センター	2008 年 12 月 1 日	580	16		☆
213		大阪市立総合医療センター	2010 年 5 月 1 日	1063	24	★	☆
214		和泉市立病院	2010 年 12 月 1 日	307	22		
215		多根総合病院	2011 年 6 月 1 日	304	20		
216		市立岸和田市民病院	2012 年 9 月 1 日	400	20	★	☆
217		樫本病院	2013 年 7 月 1 日	199	16		
218		東住吉森本病院	2013 年 11 月 1 日	329	14		☆
219		東大阪病院	2013 年 12 月 1 日	265	30		
220		市立ひらかた病院	2014 年 11 月 1 日	335	20		
221		ベルランド総合病院	2014 年 11 月 1 日	477	15		☆
222		浅香山病院	2015 年 6 月 1 日	1063	20		
223		市立貝塚病院	2015 年 6 月 1 日	249	19		
224		ほうせんか病院	2015 年 9 月 1 日	197	48		
225		市立東大阪医療センター	2015 年 11 月 1 日	547	25	★	☆
226		松下記念病院	2016 年 4 月 1 日	323	16		☆
227	奈良県	国保中央病院	2005 年 7 月 1 日	220	20		
228		西奈良中央病院	2012 年 10 月 1 日	166	24		
229	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	★	☆
230		紀和病院	2005 年 8 月 1 日	212	13		
231	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993 年 10 月 1 日	116	21		
232		神戸中央病院	1996 年 7 月 1 日	424	22		☆
233		六甲病院	1994 年 12 月 1 日	178	23		
234		東神戸病院	2000 年 5 月 1 日	166	21		
235		立花病院	2005 年 9 月 1 日	272	10		
236		尼崎医療生協病院	2007 年 7 月 1 日	199	20		
237		協和マリナホスピタル	2011 年 5 月 1 日	80	30		
238		宝塚市立病院	2010 年 7 月 1 日	436	15		☆
239		第二協立病院	2009 年 4 月 1 日	425	22		
240		公立八鹿病院	2005 年 10 月 1 日	420	20		☆
241		姫路聖マリア病院	1996 年 8 月 1 日	360	22		
242		市立芦屋病院	2012 年 8 月 1 日	199	24		
243		兵庫県立加古川医療センター	2011 年 5 月 1 日	353	25		☆
244		市立川西病院	2013 年 2 月 1 日	250	21		☆
245		高砂市民病院	2013 年 8 月 1 日	290	18		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認病床数	拠点病院	支援病院
246		兵庫県立柏原病院	2014 年 6 月 1 日	303	20	★	
247		誠仁会 大久保病院	2014 年 2 月 1 日	199	18		
248		甲南病院	2015 年 5 月 1 日	380	22		
249		神戸協同病院	2015 年 7 月 1 日	167	19		
250		北播磨総合医療センター	2015 年 9 月 1 日	450	20		☆
251		豊岡病院	2016 年 9 月 1 日	518	20	★	
252	鳥取県	鳥取生協病院	2008 年 4 月 1 日	260	20		
253		藤井政雄記念病院	2003 年 11 月 1 日	120	20		
254		国立病院機構 米子医療センター	2014 年 9 月 1 日	270	20	★	☆
255	島根県	松江市立病院	2005 年 9 月 1 日	470	22	★	☆
256		島根大学医学部附属病院	2011 年 9 月 1 日	600	20	★	
257		国立病院機構 浜田医療センター	2010 年 1 月 1 日	365	15	★	☆
258	岡山県	岡山済生会総合病院	1998 年 9 月 1 日	553	25	★	☆
259		岡山中央奉還町病院	2000 年 6 月 1 日	81	15		
260		総合病院 岡山協立病院	2011 年 9 月 1 日	318	17		
261		岡村一心堂病院	2007 年 6 月 1 日	152	19		
262		倉敷中央病院	2013 年 6 月 1 日	1166	14	★	☆
263		総合病院 岡山赤十字病院	2014 年 7 月 1 日	500	20	★	☆
264		川崎医科大学総合医療センター	2016 年 12 月 1 日	647	18		☆
265	広島県	福山市民病院	2006 年 9 月 1 日	506	16	★	☆
266		前原病院	2012 年 7 月 1 日	59	14		
267		公立みつぎ総合病院	2002 年 5 月 1 日	240	6		
268		シムラ病院	2004 年 10 月 1 日	116	17		
269		広島パークヒル病院	2002 年 5 月 1 日	114	18		
270		県立広島病院	2004 年 10 月 1 日	712	20	★	☆
271		安芸市民病院	2004 年 6 月 1 日	140	20		
272		国立病院機構 呉医療センター	2000 年 4 月 1 日	630	19	★	☆
273		廿日市記念病院	2002 年 1 月 1 日	126	32		
274		広島共立病院	2014 年 10 月 1 日	186	19		
275		JR 広島病院	2016 年 4 月 1 日	275	20		
276	山口県	徳山中央病院	2009 年 3 月 1 日	519	25	★	☆
277		国立病院機構 山口宇部医療センター	1998 年 11 月 1 日	365	25		
278		安岡病院	1999 年 5 月 1 日	278	25		
279		綜合病院 山口赤十字病院	2000 年 1 月 1 日	475	25		☆
280		国立病院機構 岩国医療センター	2013 年 6 月 1 日	530	24	★	☆
281		下関市立市民病院	2016 年 8 月 1 日	436	20		
282	香川県	高松平和病院	2011 年 8 月 1 日	123	21		
283		三豊総合病院	2000 年 5 月 1 日	482	12	★	☆
284		坂出聖マルチン病院	2016 年 1 月 1 日	196	20		
285	徳島県	近藤内科病院	2002 年 5 月 1 日	55	20		
286		徳島県立三好病院	2015 年 1 月 1 日	220	20	★	☆
287	高知県	細木病院	2003 年 10 月 1 日	317	14		
288		国吉病院	2011 年 2 月 1 日	106	12		
289		もみのき病院	1999 年 4 月 1 日	60	12		
290		図南病院	2000 年 7 月 1 日	183	12		
291		いずみの病院	2001 年 10 月 1 日	238	12		
292		高知厚生病院	1995 年 12 月 1 日	76	15		
293		須崎くろしお病院	2007 年 11 月 1 日	160	10		
294	愛媛県	松山ベテル病院	2000 年 4 月 1 日	155	38		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認病床数	拠点病院	支援病院
295		国立病院機構 四国がんセンター	2006 年 9 月 1 日	405	25	★	
296		西条愛寿会病院	2010 年 9 月 1 日	180	15		
297		HITO 病院	2013 年 4 月 1 日	257	17		
298		済生会今治病院	2013 年 5 月 1 日	191	20	★	
299	福岡県	北九州市立医療センター	2001 年 6 月 1 日	636	20	★	☆
300		聖ヨハネ病院	2001 年 10 月 1 日	20	20		
301		製鉄記念八幡病院	2004 年 1 月 1 日	453	16		☆
302		広瀬病院	2010 年 12 月 1 日	62	13		
303		及川病院	2004 年 11 月 1 日	36	15		
304		秋本病院	2007 年 7 月 1 日	50	16		
305		那珂川病院	2006 年 7 月 1 日	162	24		
306		栄光病院	1990 年 9 月 1 日	178	71		
307		至誠会 木村病院	1999 年 12 月 1 日	121	14		
308		たたらリハビリテーション病院	2004 年 11 月 1 日	199	21		
309		原土井病院	2001 年 4 月 1 日	556	30		
310		さくら病院	1999 年 6 月 1 日	152	14		
311		恵光会 原病院	2005 年 1 月 1 日	220	16		
312		西福岡病院	2007 年 7 月 1 日	248	15		
313		村上華林堂病院	2004 年 6 月 1 日	160	20		
314		井上病院	2011 年 4 月 1 日	73	16		
315		糸島医師会病院	2008 年 8 月 1 日	150	14		☆
316		福岡県済生会飯塚嘉穂病院	2012 年 4 月 1 日	198	20		
317		久留米大学病院	1998 年 10 月 1 日	1025	16	★	
318		聖マリア病院	1997 年 9 月 1 日	1097	16	★	☆
319		みどりの杜病院	2012 年 1 月 1 日	30	30		
320		今野病院	2007 年 1 月 1 日	67	20		
321		嶋田病院	2008 年 9 月 1 日	150	14		☆
322		古賀病院２１	2012 年 6 月 1 日	217	14		
323		友田病院	2012 年 12 月 1 日	72	16		
324		朝倉医師会病院	2012 年 11 月 1 日	300	20	★	☆
325		戸畑リハビリテーション病院	2012 年 11 月 1 日	154	17		
326		長田病院	2013 年 8 月 1 日	182	20		
327		飯塚病院	2013 年 10 月 1 日	1116	18	★	☆
328		宗像医師会病院	2014 年 8 月 1 日	164	12		☆
329		田主丸中央病院	2014 年 6 月 1 日	343	14		☆
330		福岡県済生会八幡総合病院	2014 年 9 月 1 日	403	22		
331		九州病院	2014 年 11 月 1 日	575	12	★	☆
332	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	1998 年 3 月 1 日	450	15	★	☆
333		河畔病院	2002 年 4 月 1 日	184	18		
334		西田病院	2011 年 5 月 1 日	118	20		
335		なゆたの森病院	2016 年 4 月 1 日	165	20		
336	長崎県	出島病院	1995 年 11 月 1 日	41	20		
337		聖フランシスコ病院	1998 年 8 月 1 日	208	22		
338		千住病院	2008 年 4 月 1 日	266	19		
339		南野病院	2012 年 5 月 1 日	95	17		
340	熊本県	山鹿市民医療センター	2012 年 5 月 1 日	201	13		☆
341		イエズスの聖心病院	1994 年 11 月 1 日	87	22		
342		熊本地域医療センター	2001 年 7 月 1 日	227	14		☆
343		御幸病院	2003 年 6 月 1 日	186	20		
344		桜十字病院	2010 年 1 月 1 日	641	25		

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
345		朝日野総合病院	2012 年 4 月 1 日	378	21		
346		メディカルケアセンターファイン	2007 年 11 月 1 日	46	21		
347		人吉医療センター	2003 年 9 月 1 日	252	30	★	☆
348		阿蘇温泉病院	2008 年 9 月 1 日	260	15		
349		鶴田病院	2012 年 10 月 1 日	105	20		
350		合志第一病院	2012 年 9 月 1 日	132	22		
351		国立病院機構 熊本南病院	2016 年 5 月 1 日	172	16		
352	大分県	大分ゆふみ病院	2002 年 1 月 1 日	24	24		
353		大分市医師会立アルメイダ病院	2012 年 5 月 1 日	406	21		☆
354		佐伯中央病院	2007 年 7 月 1 日	149	17		
355		鶴見病院	2012 年 11 月 1 日	230	14		
356		へつぎ病院	2013 年 6 月 1 日	188	14		
357		中津胃腸病院	2014 年 11 月 1 日	112	14		
358		大分県済生会日田病院	2015 年 10 月 1 日	204	14	★	☆
359		湯布院病院	2015 年 12 月 1 日	273	12		
360	宮崎県	三州病院	2000 年 5 月 1 日	67	27		
361		平田東九州病院	2007 年 7 月 1 日	125	21		
362		潤和会記念病院	2014 年 4 月 1 日	446	24		
363		黒木病院	2015 年 3 月 1 日	76	16		
364	鹿児島県	天陽会 中央病院	2011 年 1 月 1 日	219	18		
365		相良病院	1997 年 6 月 1 日	80	24	★	
366		出水郡医師会広域医療センター	2008 年 10 月 1 日	222	10	★	☆
367		国立病院機構 南九州病院	2006 年 4 月 1 日	475	25	★	
368		サザン・リージョン病院	2011 年 3 月 1 日	131	11		
369		南風病院	2013 年 6 月 1 日	338	14		☆
370		鹿児島市医師会病院	2013 年 9 月 1 日	255	31		☆
371		今村病院	2014 年 3 月 1 日	152	20		
372		霧島市立医師会医療センター	2016 年 5 月 1 日	254	33		☆
373	沖縄県	国立病院機構 沖縄病院	2006 年 6 月 1 日	320	20		
374		アドベンチスト メディカルセンター	2003 年 1 月 1 日	48	26		
375		オリブ山病院	1995 年 6 月 1 日	343	21		
376		南部病院	2012 年 9 月 1 日	188	21		
377		与勝病院	2017 年 1 月 1 日	140	20		

	合　計	緩和ケア病床数　7,670 床	がん診療連携拠点病院　104 施設	地域医療支援病院　108 施設

2017 年 2 月 15 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 2017
小児緩和ケアの現状と展望

発　　行　2017 年 4 月 4 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 978-4-902249-84-2　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。