
I. わが国におけるホスピス・緩和ケアの歩み

—現状と展望—

志真 泰夫

(国立がんセンター東病院 緩和ケア病棟)

はじめに

わが国のホスピス・緩和ケアは、いま大きな転換点に立っている。

1998年以降、わが国のホスピス・緩和ケア病棟の施設数とベッド数は、急速に増加している。その背景には、ホスピス・緩和ケア病棟が1990年4月に健康保険の適用を受け、「緩和ケア病棟入院料」という定額制の診療報酬が設けられたことが挙げられる。また、2002年4月に、緩和ケア病棟以外の一般病棟で専門的な緩和ケアを提供する「緩和ケアチーム」のコンサルテーション活動に対して、「緩和ケア診療加算」という新たな診療報酬が設けられた。これによりホスピス・緩和ケアは、緩和ケア病棟から広がり、一般病棟で療養する患者にも普及する可能性が拓けてきた。

さらに、1996年4月、日本看護協会は認定看護師制度を発足させた。その後、ホスピス・緩和ケアに関連して「ホスピスケア」「がん疼痛」のふたつの領域に認定看護師が誕生した。その結果、わが国の医療でホスピス・緩和ケアが専門領域として確立する可能性ができたといえる。

これらの変化は主として医療を提供する側に起きたものである。それと同時に医療の受け手である市民の側にも、この間大きな変化が起きている。たとえば、市民を対象にしたアンケート調査では、がん終末期における延命治療を希望しない人が多数となってきている。また、いくつかの調査でホスピス・緩和ケアは、終末期医療における診療モデルとして市民権を得つつあるといえる。一方、市民を対象にした調査では、終末期がん患者の在宅療養は困難という意見が多数となっている。

そこで、本稿ではまず「医療の提供側」と「医

療の受け手側」の両面からホスピス・緩和ケアの現状を分析し、次に地域医療とがん医療の視点からこれからの展望を述べる。

ホスピス・緩和ケアの提供態勢

わが国のホスピス・緩和ケアは、この10年間あまり「施設としてのホスピス」、すなわち「緩和ケア病棟」という形態で発展してきた。厚生労働科学研究「緩和医療提供体制の拡充に関する研究」班（主任研究者：恒藤暁・志真泰夫）では、2000年、緩和ケア承認施設79施設にかなり詳細な「施設・設備に関するアンケート調査」を送り、78施設から回答を得て、その結果をまとめた¹⁾。この報告は、現時点でわが国のホスピス・緩和ケア病棟の施設、設備、人員に関する最も詳細で広範なデータといえる。

施設面からみると、わが国のホスピス・緩和ケア病棟の病床数は20床規模が最も多く、全個室の病棟が42%、個室と2床室が22%で個室中心の部屋構成となっている。そして、66%の施設が「特別の療養環境の提供にかかる特別室料（いわゆる差額ベッド代）」を50%の個室に設定している。病棟の目的、性格から個室中心の病室構成になっており、「特別の療養環境の提供にかかる特別室料（いわゆる差額ベッド代）」は、健康保険の診療報酬だけで病棟を維持・運営し、経営するという現状からすれば、やむを得ない。しかし、調査では「金持ちしか入れない」「入院料が高い」という指摘があり、その設定根拠、金額などについて検討する必要がある。設備面からみると、「施設基準」で決められた部屋以外に、洗濯室、一般浴室、機械浴室、多目的室、食堂、スタッフのための休憩

室、会議室、ボランティア室などを備えている病棟が多かった。これは、ホスピス・緩和ケア病棟が急性期病棟とは異なり、療養と介護の比重が高いため生活関連の設備として必要なものといえる。

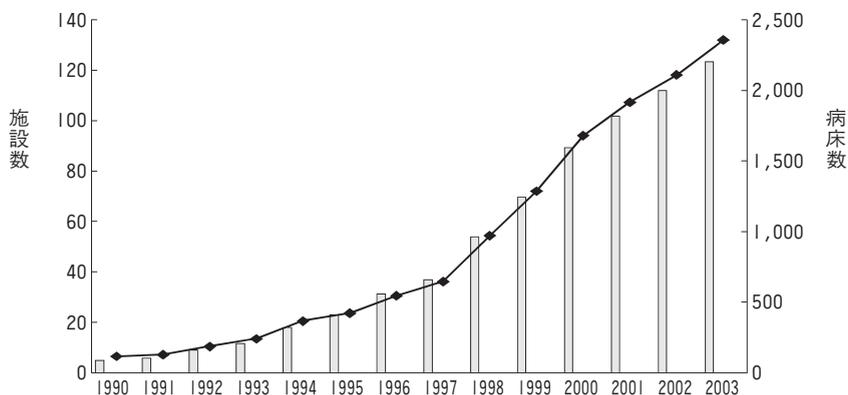
人員面からみると、常勤医師は平均1.5人となり、2人に満たない。看護職員は平均15.6人で「3交替または2交替、月8回夜勤」が可能な最小限の人員数である。「施設基準」で定められた患者1.5人に対して看護職員1人以上という基準を満たせない施設も少数認められた。専任のコメディカルとして勤務している職種は、クラーク31%、ソーシャルワーカー24%、宗教家12%、カウンセラー6%とその割合はいずれも少なく、「兼任」か「なし」の施設が過半数となっている。

この調査からは、現在の緩和ケア病棟は施設、設備面では基準を上回る施設が多いが、人員面では基準を「ぎりぎり最低限」満たしているが、ほとんど余裕のない状態で運営していることが読みとれる。また、コメディカルについては、「施設基準」にも定められておらず、その必要性が明確になっていないため、専任の数は十分とはいえない。

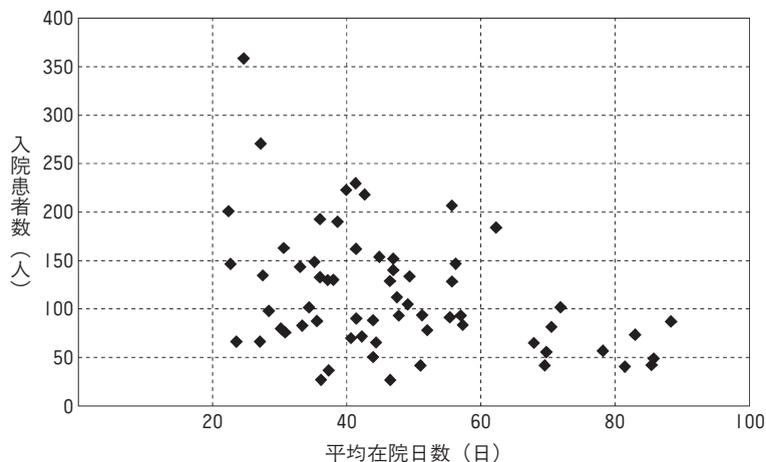
全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会が毎年行っている実態調査によれば、2003年12月末の時点で施設数123、病床数2,352床となり、1990年当時と比較すると施設数で25倍、病床数で20倍となっている(図1)。さらに、この調査から各施設の病棟運営の現状をみると、緩和ケア病棟は死亡前1～2カ月の終末期がん患者が入院し、1カ

月前後の短期間の「ターミナルケア」の後、死亡する「看取りのための病棟」といえる(2002年の死亡退院率:72.1%、軽快退院率:21.9%、平均在院日数:46.6日)。病床利用率は、1999年に最小39%、最大100%、平均で74.2%となり、8割の施設が60%を超えており、施設間格差はあるが、終末期がん患者の入院の需要は徐々に増加している。すなわち、わが国のホスピス・緩和ケアが「一部の医療従事者による一部のがん患者のための特別な医療」から「健康保険のもとでの一般的な医療」に変化しつつあることが連絡協議会の調査から読みとれる。また、この調査では平均在院日数と入院患者数の間には負の相関がみられた(図2)。これは、入院患者(その70～80%は死亡退院)が多い施設ほど在院日数が短く、回転の速い「忙しい病棟」となっていることを意味している。これは、現在の緩和ケア病棟の構造的な問題を示している。

ホスピス・緩和ケア病棟に入院した患者の施設内死亡率は高く、在宅での死亡率は2～3%にとどまっている。これは、多くの施設が入院ケアのためだけに人員をあて、在宅ケアの人員やシステムを持っていないことを反映している。「施設としてのホスピス」が「緩和ケア病棟」という形態で病院の入院機能のひとつとして発展してきた現状からすると、やむを得ない結果ではある。その結果、緩和ケア病棟で「看取り(ターミナルケア)の役割」のみが大きくなってしまい、病棟で働くスタッフ、とくに看護職員に大きな負担をかけて



■ 図1 緩和ケア病棟承認施設の推移



■図2 平均在院日数と入院患者数との関係

いる現実がある。

全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会「評価基準検討専門委員会」は、1998年度に実施した「遺族のケアに対する満足度調査」の詳細な結果をまとめた¹⁾。ここでは、いくつか興味深い事実が明らかとなった。対象となった遺族は、調査時点で患者の死亡からの経過期間は平均5.39カ月、6カ月以内というのが大半であった。全体として遺族の満足度は「とても満足」「満足」を合わせて、87.4%と高く、ホスピス・緩和ケア病棟でのケアが一定の評価を受けていることがわかる。

満足度が高い項目は、「面会」「付添」「一緒に過ごす」といった項目であり、看護師をはじめとした「病棟スタッフの対応」が高い評価を受けていた。一方、満足度が低い（不満足度が高い）項目は、「病棟に関する情報」「入院待ち」「差額ベッド料」、さらに「余命についての説明」「痛み以外の症状緩和」であった。また、満足度に寄与する因子があきらかになったことも重要である。「スタッフの対応」の満足度は、看護師の2交代勤務、夜勤看護師数が3人以上、ソーシャルワーカーが存在する施設で高かった。「入院しやすさ」の満足度は、入院期間が長いこと、ソーシャルワーカーが存在する場合に高かった。また、「症状緩和」の満足度は、医師のホスピス・緩和ケアの経験年数が3年以上の場合、常勤医師が2人以上の場合、1病床当たりの医師数が0.1以上の場合に高かった。これらの結果から人員面の拡充に関して、必要と

される常勤医師は10床に1人は必要であり、看護師は2交代勤務が組めるだけの人数を確保する必要がある、ソーシャルワーカーは専任で必要という3点が指摘できる。ただし、今回は遺族のケアに対する満足度という側面からの調査であった。今後は、患者の満足度、医療スタッフの満足度などの調査が必要である。

緩和ケアチームの現状については、把握ができていない。「緩和ケア診療加算」の承認を受けたチームが全国で20～30チームあり、「緩和ケア診療加算」の承認を受けていない緩和ケアチームについて、その数は十分に把握されていない。したがって、緩和ケアチームの活動内容、提供しているコンサルテーション活動の質の評価などについては今後の課題である。

在宅ホスピス、在宅緩和ケアとよばれる地域でのホスピス・緩和ケアの活動については、その名称、定義、健康保険との関係などが十分整理されておらず、現状の把握は困難である。在宅ホスピス協会（川越厚 代表）が作成した「末期癌の方の在宅ケアデータベース」には500近い医療機関が登録しているが、その活動内容や提供している医療サービス、ケアの内容は様々である。地域における緩和ケアチームのあり方についてさらに検討が必要である。

ホスピス・緩和ケアと市民の意識

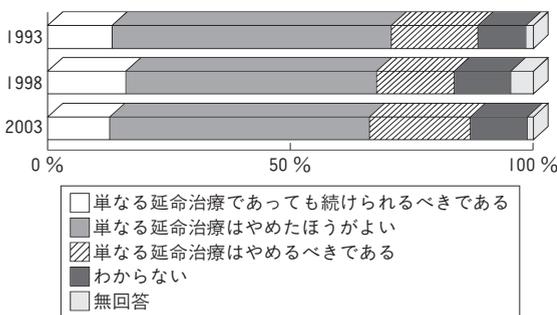
厚生労働省は、1993年(平成5年)、1998年(平成10年)、2003年(平成15年)と5年おきに「終末期医療に関するアンケート調査」を実施してきた²⁾。調査項目は、「末期医療への関心」「告知と説明」「治療方針の決定」「痛みを伴う末期状態の患者における医療の在り方」「持続的植物状態の患者における医療の在り方」「リビングウィル」など多項目にわたる。その中で「痛みを伴う末期状態の患者(終末期がん患者)における医療の在り方」と「リビングウィル」について、経時的に調べられた項目を紹介する³⁾。

1. あなた自身が末期がんで死期が迫っている(6カ月以内)場合、延命医療をどう考えるか(図3)

「延命医療は続けられるべき」との回答は、1993年13.5%、1998年16.0%、2003年12.7%、一方「延命医療はやめたほうがよい」「やめるべきである」を合わせると、75.1%、67.6%、74.0%となった。

2. 延命治療を中止したあと、具体的にどのような治療を望むか

「痛みなど苦痛を和らげること重点をおく方法」との回答は、1993年66.9%、1998年69.2%、2003年58.9%、「自然に死期を迎えさせる方法」という回答は、15.9%、13.8%、24.5%、「積極的な方法で生命を短縮させる方法」という回答は、



■ 図3 あなた自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、単なる延命医療についてどのようにお考えになりますか

15.1%、13.3%、13.8%となった。

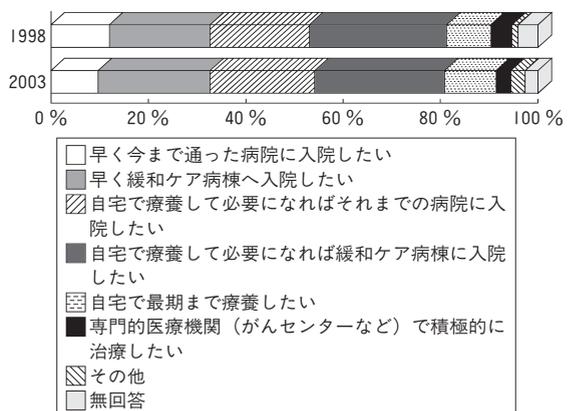
この結果をみると、終末期における延命医療は希望しない人が多数になってきており、治療のあり方としては苦痛な症状を緩和する「緩和ケア」を望む人が多数となっており、積極的に生命を断つ「積極的安楽死」や治療を手控える「治療の中止のみ」を望む人は1~2割の少数にとどまっている。

3. 痛みを伴う末期状態の療養場所について(図4)

回答を「病院」「ホスピス・緩和ケア病棟」「自宅」「がんセンターなど専門医療機関」と分けてみると、「病院」をおもな療養場所として望む人は、1998年32.2%、2003年31.2%、「ホスピス・緩和ケア病棟」49.2%、49.5%、「自宅」9.0%、10.5%、「がんセンターなど専門医療機関」4.4%、3.2%という結果であった。

4. 痛みを伴う末期状態での在宅療養について(図5)

終末期のがん患者が「自宅で最後まで療養ができるか」という問いに、「実現可能」という回答は、1998年16.2%、2003年8.3%、「実現不可能」48.7%、65.5%、「わからない」30.6%、23.2%という結果であった。実現不可能と考える人の割合が増加している。「実現不可能な理由」は2003年の調査で浮き彫りにされている。頻度の高い順に「介護してくれる家族に負担がかかる」78.4%、「病状



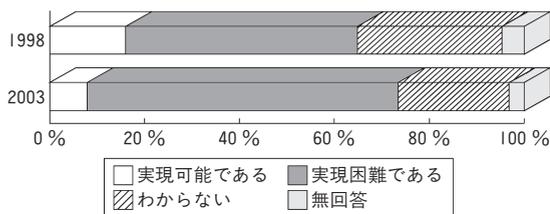
■ 図4 あなた自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、療養生活はどこで送りたいですか

が急変したとき不安である」57.3%、「経済的に負担が大きい」30.8%、「病状急変時にすぐ入院できるか不安だ」27.2%、「往診してくれる医師がいない」27.0%という結果であった。

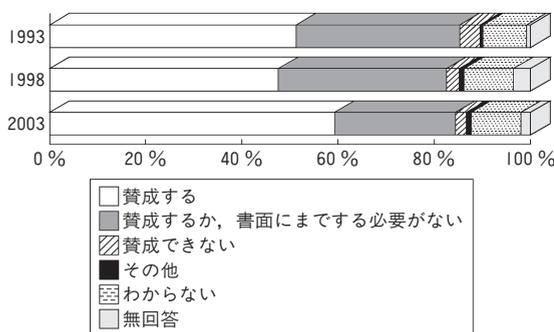
厚生労働省の死亡場所の統計では、2002年の死亡者全体では病院78.2%、自宅13.9%、がんによる死亡者に限ると病院90.9%、自宅6.0%となり、今回の調査の結果はこの現実を反映したものであるといえる。一般市民が終末期がん患者の在宅療養に感じている不安や負担を取り除かない限り、現在の医療提供体制では在宅死は増えることはないであろう。

5. リビング・ウィルについて (図6)

「リビングウィル（文書による生前の意思表示）に賛成か」という問いに、「賛成する」と回答した人は、1993年51.2%、1998年47.6%、2003年59.1%、「賛成するが書面にまでする必要はない」34.5%、34.8%、25.2%、「賛成できない」4.3%、2.9%、2.4%となり、賛成する立場が半数を超えている。しかし、「リビングウィルを法制化すべきである」という意見は、48.5%、48.7%、37.2%と半数を超えない。



■ 図5 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか



■ 図6 リビングウィルと考え方についてあなたはどうしてお考えになりますか

6. 家族など代理の意思表示について (図7)

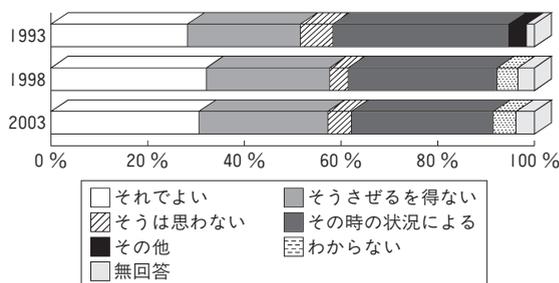
「事前に本人の意思確認ができなかった場合、家族や後見人などの意思表示を認めるか」という問いに対しては、「それでよい」1993年28.2%、1998年32.1%、03年30.7%、「そうせざるを得ない」23.1%、25.3%、26.5%と肯定的な意見が半数を超え、「そう思わない」という否定的意見は、6.9%、3.9%、4.8%と少数であった。

終末期における意思決定のあり方について、すなわちリビングウィル、代理の意思表示の問題に関する論議は十分とはいえないが、これらの結果からみる限り、市民は書面で自分の意思を残しておくという考え方を受け入れつつあり、それがない場合は、身近な家族による代理の意思表示を認めてもよいという方向にまとまりつつあるといえる。

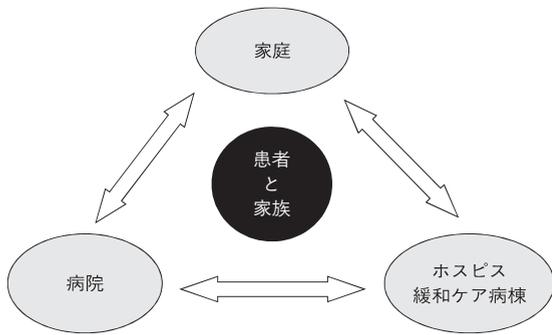
ホスピス・緩和ケアとこれからの地域医療

わが国のホスピス・緩和ケアは、発達の初期段階にあることはまちがいない。すなわち、ようやく入院設備をもった専門施設が設置され、広がりつつある。病院の緩和ケアチームは始まったばかりであり、地域の緩和ケアチームはきわめて少数か、未発達な状況である。イギリスで発達しているホスピス・デイケアに至っては、ほとんど知られていないし、実践はこれからという段階である。すなわち、地域医療とホスピス・緩和ケアがどのような関係をつくっていくか、この課題はわが国では十分検討されていない。

オーストラリアで提唱されている「ホスピス三



■ 図7 代理人による意志表示についてどう思いますか



■図8 ホスピス三角形

角形」(hospice triangle)を図8に示す。これは、家庭、病院、ホスピス・緩和ケア病棟が密接かつ迅速に連携をもって、緩和ケアの医療システムを構築するという考え方に立っている。つまり、地域を基盤にして家庭とホスピス・緩和ケア病棟と病院が相互に補完し合って、連携するという診療の提供体制(医療システム)である。現在、ホスピス・緩和ケア病棟は、ほとんどが病院に付設されており、病院の医療機能のひとつと理解されており、「看取りのための病棟」として位置づけられている。しかし、今後は患者の在宅療養を助ける在宅療養支援の機能、さらに病院から在宅療養につなぐ施設として地域医療支援の機能を持つと位置づける必要がある。現在の緩和ケア病棟の構造的な問題を解決するためにも、病院の入院機能から在宅療養、地域医療への支援機能の充実をはかる必要がある。

在宅療養支援機能とは、具体的には訪問看護、訪問診療による在宅医療の提供、訪問介護、介護用品の提供、緊急時の訪問などである。地域医療支援機能とは、症状マネジメント(放射線治療も含む)、緊急入院への対応、家族のための短期入院(レスパイトケア)、リハビリテーション、医療従事者への研修の提供などである。連絡協議会の調査結果で、わが国の特徴として、ホスピス・緩和ケア病棟の9割が専門外来を設けていることが挙げられる。イギリスはホスピスで外来診療の占める割合は低い。これからの展望として地域を基盤とした連携の要としてホスピス・緩和ケア病棟の専門外来を位置づける必要がある。ホスピス・緩和ケアの専門医はホスピス・緩和ケア病棟で入院

■表1 スウェーデンにおける在宅ケア

一般的在宅ケア (basic home care)	専門的在宅ケア (advanced home care)
地域の訪問看護師のみ チーム・アプローチはまれ 他のケアを補完する 日勤帯のみ 高度な医療処置なし 小さな診療圏 ときに緩和ケアを提供	医師が必ず加わる チーム・アプローチは必須 病院のケアをおきかえる 24時間態勢 高度な医療処置あり 大きな診療圏 常に緩和ケアを提供 (病院の緊急ベッドを持つ)

患者を診ると同時に、患者を専門外来で地域医療と連携して診る。さらに、ホスピス・緩和ケアが地域と結びつくためには訪問看護ステーションや診療所と「地域緩和ケアチーム」をつくり、地域における医療提供体制の整備をする必要がある。

その参考として、スウェーデンにおける地域医療とホスピス・緩和ケアの関係を紹介する⁴⁾。スウェーデンでは、1977年からバルプロ・ベック・フリス教授が中心となり、hospital based home care(病院を拠点とした在宅ケア)という活動が始められ、2000年には、全国でおよそ50チームが活動している。hospital based home careは今日では、advanced home care(専門的在宅ケア)と呼ばれ、basic home care(一般的在宅ケア)と表1に示すように区別されて地域でのケアを提供している。スウェーデンにおけるホスピス・緩和ケアは、この20年あまりの間、地域における在宅ケアを中心に発展してきた。「専門的在宅ケア」が対象とする患者は、がん、AIDS(エイズ)、ALS(筋萎縮性側索硬化症)、重症の心不全、慢性呼吸不全とされている。「専門的在宅ケアチーム」、すなわち「地域緩和ケアチーム」が備えるべき要件として、

- ①看護チームの24時間体制(日勤、準夜、深夜の3交替勤務)
- ②緊急時に30分以内に患者宅を訪問できること
- ③従来、病院で実施する処置とされたことが、在宅で実施できること(鎮痛のための持続皮下注ポンプ、胸水、腹水の排液、硬膜外カテーテルの管理など)
- ④病院または地域のホスピスと連携して専用の緊急ベッドを持つこと
- ⑤訪問看護師以外に、専任の医師、ソーシャル

ワーカー、栄養士、理学療法士などの診療チームによってケアが提供されること
が挙げられる。

スウェーデンの「専門的在宅ケアチーム」は、入院にも対応する。最近の資料によれば、患者が専門的在宅ケアを受ける期間は、平均 30～40 日、この専門的在宅ケアチームが担当する 70～90 % の患者が自宅で死を迎えている⁵⁾。スウェーデンの経験から明らかなのは、がん、AIDS、ALS などの重篤な疾患を持つ患者に対しては、一般的な在宅ケアの態勢では不十分であり、それに専門的に携わる地域の緩和ケア・チームが不可欠ということである。わが国で近年、整備が進んでいる訪問看護ステーションは、スウェーデンの basic home care (一般的在宅ケア) に相当する。したがって、現在の訪問看護ステーションに加えて専門的に組織化された地域緩和ケアチームがわが国でも必要とされている。

その具体的な手がかりとして、「地域医療支援病院」と「地域がん診療拠点病院」が挙げられる。地域医療支援病院とは、特定機能病院、一般病院とならぶ病院類型のひとつで、「診療所からの紹介と逆紹介」「救急医療の提供」「医療機器、病床の共同利用」「地域の医療従事者の教育研修」を設置要件としている。全国 364 の 2 次医療圏におおむね 1 カ所とされ、地域医療の要の位置に立つとされる (2003 年 12 月末現在、54 病院)。地域がん診療拠点病院は厚生労働大臣が指定し、「がんの専門的治療の提供」「セカンドオピニオン」「地域へのがん情報の提供」「教育研修」といった役割を持つ。「地域医療支援病院」と同様、2 次医療圏におおむね 1 カ所が設置されることになっている (2003 年 12 月末現在、72 病院)。「地域医療支援病院」または「地域がん診療拠点病院」にホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケア専門外来、地域緩和ケアチームのいずれか、あるいはすべてが設置され、緩和ケアの地域医療支援機能を備えることにより、ホスピス・緩和ケア病棟の「看取りのための入院病棟」という役割が変わっていく可能性がある。

ホスピス・緩和ケアとこれからの がん医療

すでに紹介した厚生労働省の調査で、「治癒不能な疾患に罹患した場合、病名や病気の見通しを知りたいか」という質問に、市民の 70 % 以上が「知りたい」と答え、その割合は徐々に増えている。これからのがん医療は患者にがんであることを告げ、患者とともにがんに向き合う方向に確実に進むであろう。したがって、患者はがんに関する情報を求め、治療の選択に当たって、医師や看護師に対しては専門家としての適切でレベルの高いアドバイスを求めている。がん治療は、この 20 年あまりに様々な技術革新と遺伝子研究の進歩により先端的な治療技術の開発と普及が実現すると同時に、その限界も明らかになりつつある。そして、患者はがんの治癒を目的とした積極的治療と同じように治癒や延命が困難になった時期の治療とケアも要求している。

一方、わが国の高齢社会への移行は急速に進んでいる。1998 年の高齢人口比率は 15.6 %、20 年後、2020 年の高齢人口比率は 25 % 前後と推定されている。国全体として 4 人に 1 人は 65 歳以上という社会が目の前に迫ってきおり、現在でも地域によってはすでに 25 % を超える高齢社会になっている。しかも、わが国は世界にも例をみない速度で高齢社会に突入しようとしている。このことが、がん医療とホスピス・緩和ケアのあり方に与える影響は無視できない。

イギリスでは 1995 年 4 月に保健省が公表した“Calman & Hine's Report”によって、緩和ケアは「すべてのがん患者のために必要な医療」として公認され、がん医療における緩和ケアの普及に向けた取り組みが示された⁶⁾。このレポートでは同時にがん医療の専門分野として、ホスピス・緩和ケア (イギリスでは“hospice and specialist palliative care service”と呼ばれている) を位置づけ、その役割も明らかにしている。わが国のホスピス・緩和ケアも、「専門分野としてのホスピス・緩和ケアの確立」がひとつの目標となるであろう。

参考として、“Coleman & Hine's Report” (正

式の文書名は“A Policy Framework for Commissioning Cancer Services”)のホスピス・緩和ケアに関連したおもなポイントを要約して紹介する。

総論では、まずイギリスにおけるがん医療の基本原則を次の6つにまとめている。

(1)患者が質の高いがん医療を全国どこでも受けられるようにする

医療サービスの編成を均一に設定し、質の高いケアを提供する。また、どのようなケア、サポート、治療が受けられるかについて一般市民に情報を提供し、がん医療への関心を高める必要がある。

(2)公的ながん医療の専門教育を充実させる

医療従事者が専門教育やがん医療の専門家からの支援を受けるといった態勢を整える。

(3)患者、家族、介護者に対して、がん治療についての情報を提供する

各医療機関は患者、家族、介護者に対してどういったことが可能か、どういう治療が考えられるかといった治療法の選択に関して、明確な情報を提供する。

(4)十分なコミュニケーションと患者中心のサービスが提供できる

患者とがん医療のチームとの間に良好なコミュニケーションが不可欠であり、それによってはじめて患者中心のサービスが提供できる。

(5)プライマリケアがすべてのケアの基本である

ケアの中核は地域医療である。たとえば、患者はどこか具合が悪くなったときに、まず、かかりつけの医師(総合診療医=general physician; GP)のところに行く。そして、速やかにその医師から病院へ紹介され、適切な治療が施されるといった態勢づくりが求められる。がん医療は地域社会(家庭)中心につくられるべきであり、最終的には患者が家庭へ戻ってくることも可能にする。

(6)がん専門医をそろえたがんセンター、がん病棟を設置する

かかりつけの医師(GP)は専門領域の限定がなく、一般的な治療を行うことが多い。GPはあまりがん患者を診察したことがない場合もある。がん患者を扱う専門知識があまりない場合、患者がどこでも専門医に診てもらえるような態勢づくりも

必要とされる。

次に、「緩和ケア」の項では次のように述べている。

「緩和ケアは終末期に限らず、もっと早くから、時にはがんが発病した段階から行われるべきである。診断時がその患者さんにとっては、非常に大きな危機的な時期となることもある。がん医療では、患者、家族、介護者にとって必要な時期に十分な情報とサポートが提供されなければならない。そして、緩和ケアチームはさまざまながん医療のサービスを継ぎ目なく統合し、可能な限り患者と家族のQOLを高めることに貢献すべきである」そして、がん医療における緩和ケアの原則として、次の4つを挙げている。

①すべてのがん患者はその権利として、生命が脅かされるような病状の場合には、どこにいても適切な緩和ケアを受けられる。

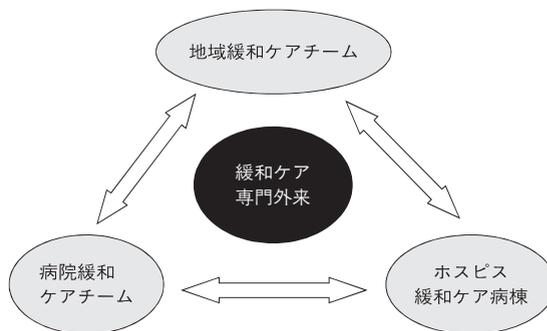
②がん医療に従事するすべての医療従事者はその義務として、がんの病状のどのような段階においても、緩和ケアを提供しなければならない。

③緩和ケアは単に専門家だけが提供するものではなく、がん医療のあらゆる領域で必要とされている。

④患者の苦痛がひどく、複雑で困難な状況にある場合は、必要に応じて緩和ケア専門家の訪問やコンサルテーションを依頼すべきである。緩和ケアはがん医療の実践を行う際の不可欠な構成要素である。

この報告での緩和ケアのキーワードは、seamless(継ぎ目なく)という言葉である⁷⁾。それをわが国で実現する具体的な手がかりとして、「病院緩和ケアチーム」が挙げられる。「大学病院の緩和ケアを考える会」(代表：高宮有介)の調査によれば、病院緩和ケアチームは全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会加盟162施設中36施設、全国の大学病院125施設中27施設に設置されていた⁸⁾。そのうち「緩和ケア診療加算」の承認を受けている施設は、22施設であった。この調査によれば、病院緩和ケアチームの役割としては、症状マネジメントに関するコンサルテーション、療養場所のコーディネート、患者・家族への精神的サポート、医療従事者への教育などが挙げられた。

今後、大学病院、全国がん（成人病）協議会加盟病院、地域がん診療拠点病院にホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケア専門外来、病院緩和ケアチーム、ホスピス緩和ケア病棟、ホスピス緩和ケアチームのいずれか、あるいはすべてが設置されることにより、がん医療で緩和ケアを継ぎ目なく提供する医療態勢をつくる必要がある。それによってホスピス・緩和ケアの役割が終末期のみではなく、診断時から早期の段階へ広がっていく可能性がある。



■図9 これからの緩和ケアの提供態勢

おわりに

全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会が発足以来継続してきた「実態調査」、厚生労働科学研究「緩和医療提供体制の拡充に関する研究」が2000年に実施した「ホスピス・緩和ケア病棟の施設・設備に関するアンケート調査」、1998年に全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会「評価基準検討専門委員会」が中心になって実施した「ホスピス・緩和ケア病棟のケアに対する遺族の満足度調査」、さらに厚生労働省が5年ごとに実施してきた「終末期医療に関する国民の意識調査」などの調査研究を通じて、現状と問題点、そこから明らかになった課題とこれからの展望について考察した。さらに地域医療とホスピス・緩和ケア、がん医療とホスピス・緩和ケアというふたつの側面からわが国のホスピス・緩和ケアの進むべき方向について具体的な提案をした。提案の具体的なイメージとしてホスピス・緩和ケア病棟、病院緩和ケアチーム、地域緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア専門外来、これら4つの医療機能を統合した診療モデルを図9に示す。

本稿では、2003年10月から開始された日本医療機能評価機構による「緩和ケアモジュール」を用いた第三者評価の現状と今後の課題については、触れることができなかつた⁹⁾。それについて

は、来年度以降、この「白書」で取り上げることになるであろう。読者が本書を通読されて、わが国のホスピス・緩和ケアの現状とこれから進む道について少しでも示唆を得ることができれば、幸いである。

文献

- 1) 厚生労働科学研究「緩和医療提供体制の拡充に関する研究」班 編：ホスピス・緩和ケア病棟の現状と展望。あゆみコーポレーション、2001。
- 2) 橋本修二：ターミナルケアに対する意識に関する研究報告書。厚生科学研究、1998。
- 3) 厚生省健康政策局総務課 監：21世紀の末期医療。中央法規出版、2000。
- 4) 志真泰夫：病院から地域へ；スウェーデンにおける在宅ケア。メディカル朝日 32：21-23, 2003。
- 5) Barbro Beck-Friis：Hospital based home care of terminally ill cancer patients；the Motala model. Uppsala University, 1993。
- 6) Department of Health：A policy framework for commissioning cancer service. A report by the expert advisory group on cancer to the chief medical officers of England and Wales, 1995。
- 7) The British Council Tokyo：Report on UK-Japan Symposium “The Reality of Palliative Care”. 1999。
- 8) 高宮有介：わが国における緩和ケアチームの現状と今後の展望。ターミナルケア 13：271-279, 2003。
- 9) 今中雄一：ホスピス・緩和ケアと病院機能評価。ターミナルケア 13：121-124, 2003。