

II. わが国のホスピス・緩和ケア病棟の実態

恒藤 暁

(大阪大学 大学院人間科学研究科)

はじめに

わが国初のホスピスが誕生して20年以上が経過した。この間、医療環境は疾病構造、情報開示、患者・医師関係などの点において著しく変わってきている。そして、治療の向上だけでなく、患者の quality of life や spirituality を視野に入れた発展が望まれる。本稿では、ホスピス・緩和ケア病棟の課題や方向性を検討するうえで参考資料となることを願って、データを中心にホスピス・緩和ケア病棟の実態を紹介する。

ホスピス・緩和ケア病棟の歴史

わが国では1970年代にホスピスが紹介され、その必要性が叫ばれ始めた。1981年にわが国で第1号のホスピスが、聖隷三方原病院に誕生した。続いて院内病棟型ホスピスが、1984年に淀川キリスト教病院に開設された。それ以降、医療従事者のみならず、一般の人々も高い関心を示すようになり、ホスピス・緩和ケア病棟が徐々につくられるようになってきた。このような状況の中、厚生省は1987年7月に末期医療のケアに関する問題点をまとめ、患者と家族の要望に応える方策を検討する「末期医療に関するケアの在り方の検討会」を設置し、1989年には報告書「末期医療のケア」を発表している。

1990年4月にホスピス・緩和ケアが医療保険の診療項目として正式に制度化され、「緩和ケア病棟入院料」という診療報酬項目が新設された。これは許認可を受けたホスピス・緩和ケア病棟で行われるホスピス・緩和ケアに対して定額の医療費が支払われる制度である。入院患者1人1日あたり

■表1 緩和ケア病棟の施設基準(2002年4月)

1. 主として末期の悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを病棟単位で行うものであること
2. 当該病院において看護を行う看護師の数は、当該病棟の入院患者の数が1.5又はその端数を増すごとに1以上であること
3. 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること
4. 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること
5. 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること
6. 健康保険法第43条第2項に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること
7. 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること

診療報酬は、1990年25,000円、1992年30,000円、1994年31,200円、1997年36,000円、1998年38,000円、2002年37,800円と推移している。2002年4月に改定された施設基準を表1に示す。今回の改定で「医療機能評価を受けている」という条件が付加された。今後、ホスピス・緩和ケア病棟の増加に影響を与えたと考えられる。

全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会

1991年10月にホスピス・緩和ケア病棟として承認された5施設の代表が集まり協議した。そして、ホスピス・緩和ケアを行う施設の質の向上とホスピス・緩和ケアの啓発・普及を目的として、「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」が発足した。本協議会の活動内容としては、年次大会にて各施設に共通する問題や課題について意見交換を行うほか、厚生労働省と連絡をとりながら、ホスピス・緩和ケア病棟の普及、内容の改善に取り組むことである。

■表2 緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準

この基準は、厚生省が定めた「設置基準」に従い、厚生大臣あるいは各都道府県知事が承認した施設としての「緩和ケア病棟」にあって、ホスピス・緩和ケアを受ける人々とケアを提供する人々にとって共通の理解と指針になるものである。

[ホスピス・緩和ケアの基本的な考え方]

ホスピス・緩和ケアは、治癒不可能な疾患の終末期にある患者および家族のクオリティーオブライフ（QOL）の向上のために、さまざまな専門家が協力して作ったチームによって行われるケアを意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。ケアの要件は、以下の5項目である。

- 1) 人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる「死への過程」に敬意をはらう。
- 2) 死を早めることも死を遅らせることもしない。
- 3) 痛みやその他の不快な身体症状を緩和する。
- 4) 精神的・社会的な援助を行い、患者に死が訪れるまで、生きていることに意味を見いだせるようなケア（霊的ケア）を行う。
- 5) 家族が困難を抱えて、それに対処しようとするとき、患者の療養中から死別したあとまで家族を支える。

[施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準]

施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムは、国または地方自治体の定める法律等を遵守し、患者と家族に提供される。

I. 患者と家族について

- 1) ホスピス・緩和ケア病棟のケアは、患者とその家族とを一つの単位として提供される。
- 2) いずれの患者や家族もそれぞれ独自の価値観と信念を持っていることを認識し尊重する。

II. 入院の条件について

- 1) 医師が治癒が望めないと判断した悪性腫瘍またはエイズの患者を対象とする。
- 2) 患者と家族またはその何れかが入院を希望していることが原則である。
- 3) 入院時に病名・病状について理解していることが望ましい。理解していない時には、患者の求めに応じて、適切な病名・病状の説明がなされる。
- 4) 家族がいないこと、収入が乏しいこと、特定の宗教を信仰していることなど、社会的、経済的、宗教的な理由で差別しない。

III. ケア計画について

- 1) ケア計画は、患者・家族の求めに応じ相談の上で立案する。
- 2) 提供したケアに関する適切な記録がなされ、チームメンバーが共有する。
- 3) 症状緩和やケアに関するインフォームド・コンセントを得る。
- 4) 患者との死別前から、家族や大切な人々に対するケア計画をたてる。

IV. 痛みなどの症状緩和について

- 1) 適切な治療法によって、痛みなどの不快な症状を緩和する。
- 2) 症状緩和は、患者と家族が持つ身体的・精神的・社会的な要求を確かめ、それに対応することを双方が認識し実行する。
- 3) 痛みの治療、症状の緩和は末尾に示す基準となる文書を参考にする。

V. チームについて

- 1) チームは患者とその家族を中心とし、医師、看護婦、ソーシャルワーカーなどの専門職とボランティアが参加する。
- 2) チームの構成員は、それぞれの役割を尊重し、対等な立場で意見交換を行い、互いに支え合いホスピス・緩和ケアの理念と目的を共有する。
- 3) チームは、計画的な教育プログラムを持ち、継続評価によってチームとしての成長を図る。

VI. ボランティアについて

- 1) ボランティアは、チームの一員であり大切なケアの提供者である。
- 2) ボランティアの参加は自由意思によって行われ、チームにおける役割を明確にした上で、ボランティアには応分の責任が求められる。

VII. 死別後のケアについて

- 1) 死別後のケアは患者の療養中から始まり、家族と、患者にとって大切な人々を支える。
- 2) 病的な悲嘆の中にあると判断されるときには、適切な専門家を紹介する。

VIII. 質の確保と活動の評価について

- 1) 提供された医療やケアの評価と見直しがなされること。
- 2) チームのあり方とプログラム全般の見直しがなされること。
- 3) 評価、見直しについては、原則的には各施設の責任において行うこと。
- 4) 当連絡協議会に第三者を加えた委員会を設ける。委員会は各施設に対して、ケアの「質の確保と活動の評価」について検討の上で、勧告を行うことができる。

IX. 基準の改定と委員会の設置について

- 1) 以上の基準は、当協議会会則6条-1)による協議を経て改定を行うことができる。
- 2) 「質の確保と活動の評価」に関する委員会の設置については、別に定める。

[参考文献]

- 世界保健機関 編：がんの痛みからの解放（第1版，第2版）
 厚生省・日本医師会 編：がん末期医療に関するケアのマニュアル
 世界保健機関専門委員会 編：がんの痛みからの解放とパリアティブケア

「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」は当初、当時の厚生省よりホスピス・緩和ケア病棟の承認を受けていた施設のみを集まりであった。1993年からは承認施設以外のホスピス・緩和ケアを行っている施設や諸団体にも呼びかけ、ホスピス・緩和ケアの啓発・普及に重点を置いてきた。

その後、ホスピスや緩和ケア病棟の届出承認施設が増加してきた。しかし、「緩和ケア病棟の施設基準」にはケアの質的な基準が保証されておらず、質の低下が危惧される声が聞かれるようになった。そこで「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」は、ケアの質を維持・向上することを願って「緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準」を策定し、1997年1月16日に施行することになった(表2)。そして、「質の確保と活動の評価」に関する委員会を設けて、勧告を行えることになった。この基準はソフト面のものが中心となり、理念や目標の方向性を打ち出している。

2004年1月1日現在、全国のホスピス・緩和ケア病棟届出受理施設が、123施設(A会員)である。届出を受理されていないが、ホスピス・緩和ケアを行う施設または組織および開設準備中の施設が、61施設(B会員)である。

ホスピス・緩和ケア病棟の現状

全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会は、1994

年度(同年4月1日から翌年3月31日までの1年間)からホスピス・緩和ケア病棟届出受理施設の統計を毎年集計している。その統計を中心に現状を分析した。

①施設数と病床数の推移

ホスピス・緩和ケア病棟として届出受理された施設数と病床数の推移を図1に示す。過去5年間、直線的に増加してきた。2003年10月1日現在、121施設、2,310病床の数値を基準にしている。

②病院の総病床数

ホスピス・緩和ケア病棟のある施設の総病床数を表3に示す。121施設中66施設(55%)が300病床以上である。

③稼働病床数

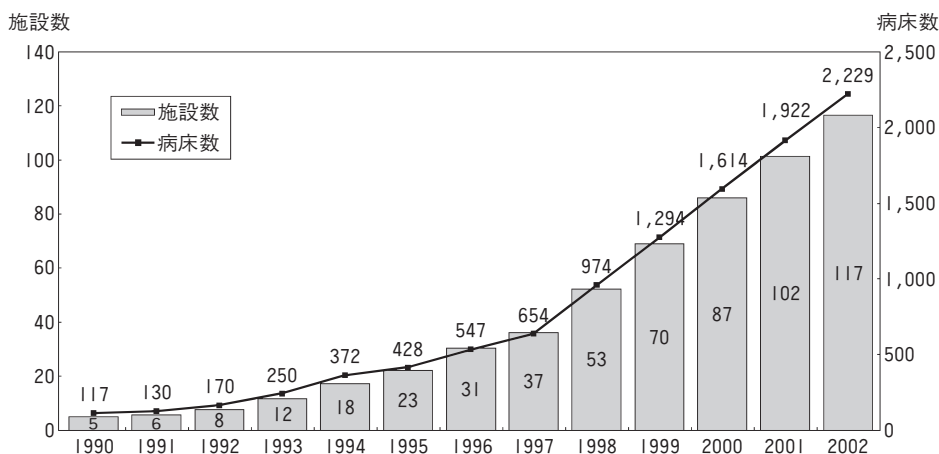
ホスピス・緩和ケア病棟のある稼働病床数を表4に示す。中央値20床、最小5床、最大37床であり、121施設中70施設(58%)が20病床以上である。

④患者数

2002年度のホスピス・緩和ケア病棟の年間入院患者数を図2に示す。2002年度の稼働病床数と年間入院患者数との関係を図3に示す。稼働病床数と年間入院患者数には相関関係が認められた。

⑤利用状況の推移

ホスピス・緩和ケア病棟の利用状況の推移を表5に示す。退院率は(入院患者数－死亡患者数)÷入院患者数とした。施設数の増加に伴い、入院患者数と死亡患者数ともに増加している。施設あた



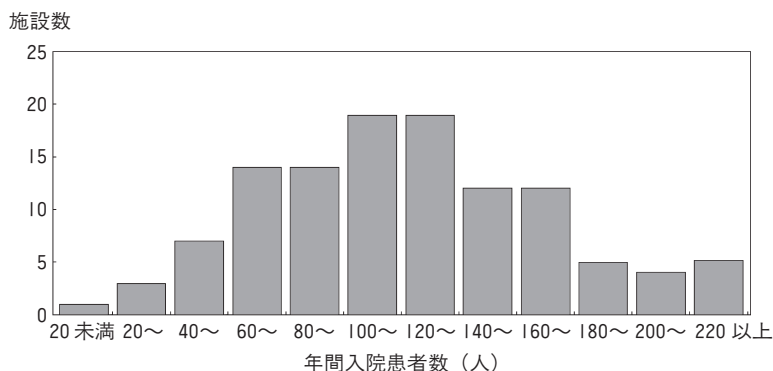
■図1 ホスピス・緩和ケア病棟のある施設数と病床数の推移

■表3 ホスピス・緩和ケア病棟のある病院の総病床数

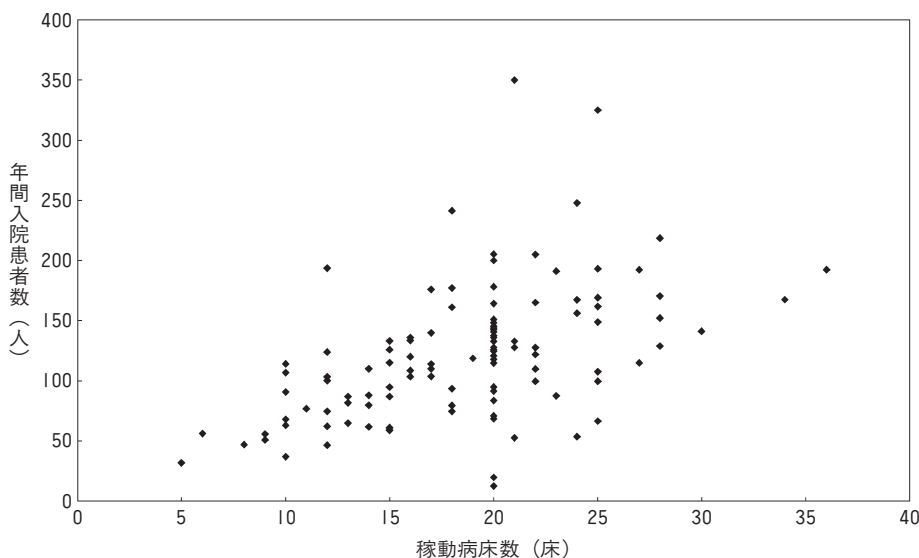
総病床数	施設数
100 未満	21 (17%)
100~199	23 (19%)
200~299	22 (18%)
300~399	14 (12%)
400~499	11 (9%)
500~599	11 (9%)
600~699	8 (7%)
700 以上	11 (9%)
合 計	121 (100%)

■表4 ホスピス・緩和ケア病棟の稼働病床数

病床数	施設数
10 未満	5 (4%)
10~14	22 (18%)
15~19	24 (20%)
20~24	49 (40%)
25~29	17 (14%)
30 以上	4 (3%)
合 計	121 (100%)



■図2 ホスピス・緩和ケア病棟の年間入院患者数



■図3 ホスピス・緩和ケア病棟における稼働病床数と年間入院患者数との関係

りの入院患者数、死亡患者数、病床利用率、在院日数などを表6に示す。2002年度の全施設(117施設)の平均値は、年間入院患者数123.5人/施設、年間死亡患者数は96.4人/施設、病床利用率75.3

%、在院日数は46.6日、1病床あたりの年間入院患者数6.59人/施設であった。

◎平均病床利用率

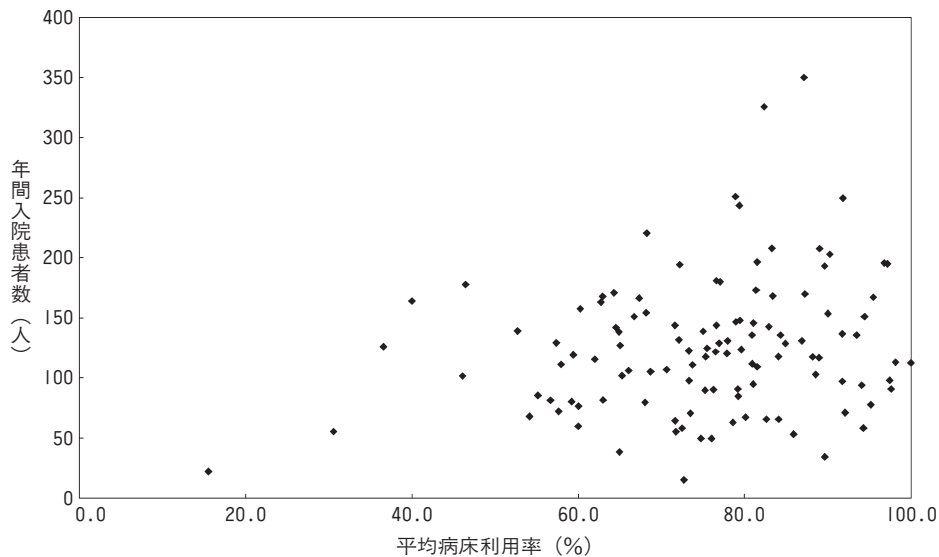
2002年度の平均病床利用率と年間入院患者数

■表5 ホスピス・緩和ケア病棟の利用状況(1)

年 度	施設数	稼働病床数(床)	年間入院患者数(人)	年間死亡患者数(人)	退院率(%)
1994	18	318	1,847	1,409	23.7
95	22	375	2,256	1,760	22.0
96	31	520	3,110	2,343	24.7
97	37	631	3,822	2,932	23.3
98	53	953	5,130	3,890	24.2
99	64	1,115	6,972	5,318	23.7
2000	88	1,578	9,660	7,831	18.9
01	102	1,853	11,216	9,231	17.7
02	117	2,191	14,445	11,284	21.9

■表6 ホスピス・緩和ケア病棟の利用状況(2)

年 度	施設数	稼働病床数 (床/施設)	年間入院患者数 (人/施設)	年間死亡患者数 (人/施設)	病床利用率 (%)	在院日数 (日)	年間入院患者数/病床 (人/床)
1994	18	17.7	108.6	78.3	72.7	51.7	5.81
95	22	17.0	102.5	80.0	73.1	44.3	6.01
96	31	16.7	100.3	75.6	75.8	47.2	5.98
97	37	17.1	103.3	79.2	74.3	48.7	6.06
98	53	18.0	96.8	73.4	72.8	46.6	5.38
99	64	17.4	108.9	83.1	74.2	47.0	6.25
2000	88	17.9	109.8	89.0	75.1	46.7	6.12
01	102	18.2	110.0	90.5	75.1	47.2	6.05
02	117	18.7	123.5	96.4	75.3	46.6	6.59

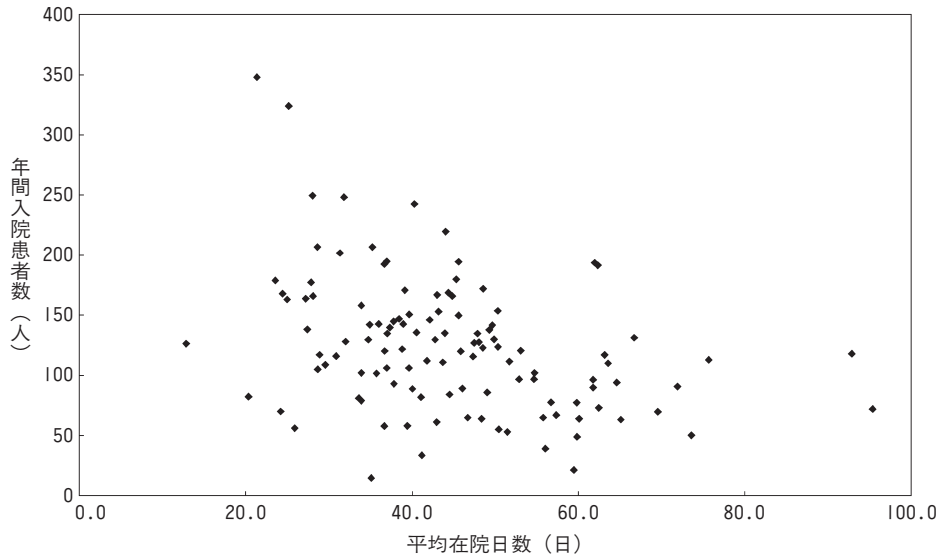


■図4 ホスピス・緩和ケア病棟における平均病床利用率と年間入院患者数との関係

との関係を図4に示す。全施設の平均病床利用率は75.3%であった。117施設中82施設(70%)は、平均病床利用率が70%以上であった。平均病床利用率と年間入院患者数には相関関係が認められた。

⑦平均在院日数

2002年度の平均在院日数と年間入院患者数との関係を図5に示す。全施設の平均在院日数は46.6日であった。117施設中96施設(82%)は平均在院日数が60日未満であった。平均在院日数と死亡患者数には負の相関関係が認められた。



■図5 ホスピス・緩和ケア病棟における平均在院日数と年間入院患者数との関係

おわりに

わが国では約9,200の病院が存在する。ホスピス・緩和ケア病棟を有する病院の割合は約1.3%である。その過半数以上が300病床以上の病院である。ホスピス・緩和ケア病棟の稼働病床数の6

割が20病床以上である。2002年度の全施設の平均値は、年間入院患者数123.5人/施設、年間死亡患者数は96.4人/施設、退院率21.9%、病床利用率75.3%、在院日数は46.6日である。これらのデータを基に、各施設ごとにケアの質の向上のための取り組みが必要と思われる。