

V. わが国の在宅ホスピス・緩和ケア

2. ホスピス・緩和ケア病棟による在宅ケア

井田 栄一

(社会福祉法人イエスの聖心病院 みこころホスピス)

はじめに

日本のホスピス・緩和ケア（以下、ホスピスケア）は、これまでおもに病棟で展開されてきた。欧米に比べ、在宅ホスピスケアの実践が遅れている。

ホスピスケアの保険診療は、1990年4月から「緩和ケア病棟入院料」として正式に始動した。厚生労働大臣が定める施設基準を満たすホスピス・緩和ケア承認施設（以下、ホスピス施設）は、ホスピスケアを積極的に社会に啓発してきた。また、末期がん患者のその人らしい生の完成を願い、安らかな最期を迎えることを援助し、地域におけるホスピスケアの質向上の拠点として貢献している。

厚生労働省の人口動態統計（1995～2002年、表1）によると、がん死亡数とがん死亡者の割合は増加している。がん死亡数は2002年には30万4,568人となり、死亡者に占める割合は31.0%である。がん死亡者の死亡場所は、病院・診療所などの施設内死亡の割合が増加し、2002年の施設内の死亡者数は28万4,967人（93.6%）であり、自宅で亡くなったがん患者数は1万8,817人（6.2%）だった。

ホスピス施設を対象としたホスピス・緩和ケア病棟（以下、ホスピス病棟）の病棟死および在宅死のがん患者数について、8年間（1995～2002年）の調査を実施した。ホスピス施設の在宅ホスピスケアに関する実施状況、医師および看護師の態勢の調査結果を報告する。最後に、在宅ホスピスケアの今後の展望を記す。

ホスピス施設の病棟死数と在宅死数の変化（表1）

調査対象：ホスピス病棟を有するホスピス施設
調査期間：1995年1月1日～2002年12月31日までの8年間
調査項目：各ホスピス施設が、承認後に担当したがん患者のホスピス病棟死数と在宅死数

・**在宅ホスピスケアの調査対象：**今回の調査では、ホスピス施設に所属する医師が、治療困難な状態であるがん患者の訪問診療を担当する在宅ホスピスケアを対象とした。

・**在宅死亡患者：**ホスピス施設の医師が担当する在宅ホスピスケアの患者のうち、在宅死となったがん患者である。その施設の医師が、死亡診断書を作成した在宅死のがん患者であり、かかりつけ医などのホスピス施設以外の医師が担当し、死亡診断書を作成した在宅死患者は含まない。

・**在宅死率：**在宅死数がホスピス病棟死数および在宅死数の合計に占める割合

・**ホスピスのカバー率：**ホスピス病棟死数と在宅死数の全合計が全がん死亡者数に占める割合

ホスピス病棟は、1995年の23施設から2002年に117施設に増えた。それに伴って、ホスピス病棟のがん死亡患者数は、1995年の約1,800人が、2002年には約1万1,000人と約6倍に増えている。ホスピス施設が担当したがん患者の在宅死数の合計は、1999～2000年は1995年に比べ約3倍に増加した。また、2001年は228人に増加したが、2002年は225人で増加していない。

全国のホスピス施設の病棟死数と在宅死数の全

■表1 ホスピス施設が担当したホスピス病棟死数と在宅死数の変化

調査年	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
全死者数 ^{a)} (人)	922,139	896,211	913,402	936,484	982,031	961,653	970,331	982,379
全がん死亡者数 ^{b)} (人)	263,022	271,183	275,413	283,921	290,556	295,484	300,658	304,568
がん死亡率 (%)	(28.5)	(30.3)	(30.2)	(30.3)	(29.6)	(30.7)	(31.0)	(31.0)
死亡場所 ^{a)}								
施設内 (人)	243,986	252,540	255,568	263,921	271,056	277,176	281,832	304,568
(%)	(92.8)	(93.1)	(92.8)	(93.0)	(93.3)	(93.8)	(93.7)	(93.6)
自宅 (人)	18,285	17,967	19,085	19,264	18,783	17,645	18,093	18,817
(%)	(7.0)	(6.6)	(6.9)	(6.8)	(6.5)	(6.0)	(6.0)	(6.2)
その他 (人)	751	676	760	736	717	663	733	784
(%)	(0.3)	(0.2)	(0.3)	(0.3)	(0.2)	(0.2)	(0.2)	(0.3)
ホスピスケアを受けた死亡者 (人)	1,778	2,255	2,925	3,724	5,602	7,607	9,149	11,019
死亡場所								
ホスピス病棟 (人)	1,726	2,154	2,819	3,603	5,431	7,437	8,921	10,794
(%)	(97.1)	(95.5)	(96.4)	(96.8)	(96.9)	(97.8)	(97.5)	(98.0)
自宅 ^{b)} (人)	52	101	106	121	171	170	228	225
(%)	(2.9)	(4.5)	(3.5)	(3.2)	(3.1)	(2.2)	(2.5)	(2.0)
ホスピス施設数 (累積)	23	30	36	50	68	86	96	117
病床数 (累積)	433	542	639	915	1,242	1,590	1,806	2,215
ホスピスのカバー率 ^{c)} (%)	0.7	0.8	1.1	1.3	1.9	2.6	3.0	3.6
ホスピス23施設:1990~95年承認 のホスピスケアを受けた死亡者 (人)	1,778	2,065	2,307	2,315	2,490	2,536	2,597	2,775
死亡場所								
ホスピス病棟 (人)	1,726	1,975	2,208	2,228	2,412	2,459	2,496	2,692
自宅 ^{b)} (人)	52	90	99	87	78	77	101	83

a) 厚生労働省・人口動態統計から引用

b) 在宅死亡患者とは、ホスピス施設のホスピスケア対象と登録した患者で、在宅ホスピスケアを受け在宅死となり、同施設が死亡診断書を作成した患者

c) ホスピスのカバー率：ホスピス施設のホスピス病棟死数と在宅死数の合計が、全がん死亡者数に占める割合

注：文献1) から引用し、2001年および2002年のデータを追加した

合計¹⁾が、全がん死亡者に占める割合(ホスピスのカバー率)は、2001年にはじめて3.0%に達し、2002年は3.6%だった。2002年の117施設のホスピスカアを受け死亡した1万1,019人の死亡場所は、ホスピス病棟1万794人(98.0%)、自宅225人(2.0%)だった。

ホスピス病棟死数が年々増加している背景には、一般市民がホスピス病棟を療養生活の場として認知してきたことが関与していると思われる。末期がんの状態となったときの「療養生活の希望場所」についての2つの意識調査の質問内容、実施対象および回答者数を示す(表2)。

- 調査1 (1998年1月実施)
「痛みを伴い、治癒困難で、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」(厚生省実施, 対象: 全国20歳以上の市民, 回収数: 2,422人・48.4%)²⁾
- 調査2 (2001年11月実施)
「末期で、余命が限られている場合」(ライフデザイン研究所実施, 対象: 同研究所生活者モニターより抽出・40~69歳男女, 有効回収数: 971人・98.1%)³⁾

ホスピス病棟で最期を迎えたいとの回答は、調査1で49.0%、調査2で69.8%だった。一方、最期まで自宅療養を希望するとの回答は、それぞれ9.0%、10.3%であるが、自宅療養の継続を希望する割合は、それぞれ57.7%、70.7%と高かった。

■表2 自分ががん末期になったとき療養生活を希望する場所

がん末期療養生活の希望場所	1998年1月 厚生省	2001年11月 ライフデザイン 研究所
緩和ケア病棟	49.0%	69.8%
入院	20.7%	12.0%
自宅療養より必要時に入院	28.3%	57.8%
病院	32.2%	16.3%
入院	11.8%	13.7%
自宅療養入院	20.4%	2.6%
最期まで自宅療養	9.0%	10.3%
その他・分からない	9.8%	3.6%
自宅療養希望: 合計(*)	57.7%	70.7%

* 自宅療養希望の上記3項目の合計(文献2)・3)から引用

た(表2)。このなかには、ホスピス施設の在宅ホスピスカアを希望する市民も含まれていると思われる。自宅療養の希望者が多くいることから、ホスピス病棟を備えている医療施設でも、在宅ホスピスカアを提供していくのが、自然なホスピスカアへの取り組みと考える。

2002年秋、熊本緩和ケア研究会が同様なアンケート調査を熊本市で実施した。同市は人口67万人で、2003年秋現在、熊本市近郊にホスピス施設は4カ所(計66床)開設されている。「痛みを伴う末期がんと診断されたとき、希望する療養場所」について質問した。ホスピスカアの講演会に参加した市民や医療従事者の約60%(707人)が回答した。その結果(複数回答)は、「最期まで自宅療養」13%、「自宅療養を続け必要時に入院」34%で、「入院するならホスピス病棟」は48%だった。また、「分からない」は5%だが、「入院するなら一般病院」を選択した回答者はいなかった。

今後、市民の要請に応えるホスピス施設に発展するためには、患者・家族が希望するときに入院できる態勢づくりと在宅ホスピスカアを提供できる態勢づくりが課題である。

ホスピス施設の在宅ホスピスカアの実施状況(表3・図1)

- 調査対象: 2002年12月31日までに承認されたホスピス
- 調査項目: ホスピス施設に所属する医師が訪問診療を担当する在宅ホスピスカアの実施状況を調査した。医師と看護師の態勢、ホスピス担当医師と訪問看護ステーションの看護師が担当する割合

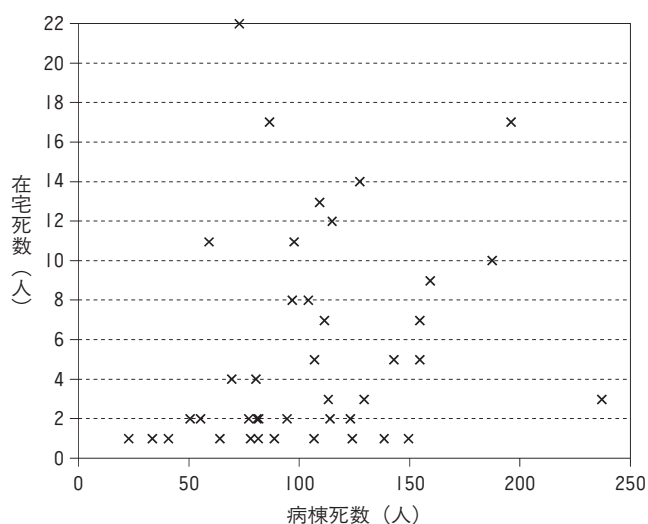
2000年のホスピス86施設の調査で、在宅ホスピスカアに取り組んでいたのは53施設(61.6%)で、そのうち48施設(90.6%)がホスピス担当医師による実践であり、訪問看護ステーションの看護師との連携は38施設(71.7%)だった(表3)。2001年の96施設の調査で、在宅ホスピスカアに取り組んでいたのは55施設(57.3%)で、そのうち

■表3 ホスピス施設の在宅ホスピスケアに関する実施状況 (2000年)

承認時期(年)	1990～1995	1996～1998	1999～2000	合計：1990～2000
ホスピス施設	23	27	36	86
在宅死(人)	84	67	21	172
在宅死患者登録施設数	14 (60.9%)	14 (51.9%)	11 (30.6%)	39 (45.3%)
在宅ホスピス実施施設 ^{a)}	15 (65.2%)	18 (66.7%)	20 (55.7%)	53 (61.6%)
在宅ホスピスの担当者(医師) ^{b)}				
ホスピス担当医師(%)	15 (100%)	18 (100%)	15 (75.0%)	48 (90.6%)
ホスピス担当医師のみ	10	10	13	33
ホスピス担当医師+同施設医師	5	8	2	15
同施設医師	0	0	5	5
在宅ホスピスの担当者(看護師) ^{b)}				
訪問看護ステーション(%)	10 (66.7%)	11 (61.1%)	17 (85.0%)	38 (71.7%)
訪問看護ステーションのみ	7	7	10	24
訪問看護ステーション + ホスピス病棟看護師	3	2	3	8
訪問看護ステーション + 同施設看護師	0	2	4	6
同施設看護師のみ	4	3	1	8
ホスピス病棟看護師のみ	1	2	2	5
同施設看護師 + ホスピス病棟看護師	0	2	0	2

a) 在宅ホスピスケア実施施設(%)：在宅ホスピスケアの実実施施設数がホスピス施設数に占める割合

b) 在宅ホスピスケアの担当者(%)：在宅ホスピスケアの担当者数が在宅ホスピス実施施設数に占める割合



■図1 病棟死数・在宅死数の関係 (2002年在宅死患者登録：41施設/117施設)

ち48施設(87.3%)がホスピス担当医師による実践であり、訪問看護ステーションとの連携は44施設(81.5%)だった。全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会の資料によると、2003年7月現在、在宅ホスピスケアの実実施施設数は、ホスピス117施設のうち55施設(47.0%)で増加していない。このことは、ホスピス施設が担当したがん患者の

在宅死数の合計が増加していない理由の一つと考えられる。

在宅ホスピスケアの担当患者数の推移に関する全国調査は実施されていないので、その取り組みの実態はわからない。2002年の117施設のうち41施設(35.0%)が、在宅死患者を登録している。この施設の病棟死と在宅死の相関(図1)を示すこ

とで、在宅ホスピスケアの現状報告の一部とする。2002年に在宅死患者を登録した施設の在宅死数は、1～22人であり、平均値5.5人、中央値3人だった。在宅死数が、1～4人：24施設(58.5%)、5～9人：8施設(19.5%)、10～19人：8施設(19.5%)、20人以上：1施設(2.4%)だった。

ホスピス担当医師は、病棟での看取りの経験は豊かだが、在宅死の経験はまだ十分とはいえない。しかし、ホスピス施設の半数のホスピス担当医師は、ホスピス病棟と在宅ホスピスの一貫したケアに取り組んでいる。この一貫したホスピスケアは、患者・家族と医療者の信頼関係を築き、患者・家族に安心感を与えている。現在、ホスピス病棟の医師は、在宅ホスピスケアまで担当できるほど配属されていないが、その献身的な医師の努力に支えられ、ホスピス施設の在宅ホスピスケアは実践されている。

ホスピス 23 施設の在宅ホスピスケアに関する実施状況 (表 1)

調査対象：1990年4月の承認1番目のホスピス施設から、1995年末までのホスピス 23 施設
調査期間：1995年1月1日～2002年12月31日までの8年間
調査項目：各ホスピス施設が、承認後に担当したがん患者のホスピス病棟死数と在宅死数

ホスピスの経験年数により、在宅ホスピスケアの実践は充実してくる(表3)。その視点から、ホスピス 23 施設におけるホスピス病棟死数とその施設が看取った在宅死数の推移について調査した。病棟死数は、1995年の1,726人から1999年には2,412人に増加したが、その後の増加は軽微で2001年は2,496人だった。2002年は2,692人に増加したが、この23施設のホスピス病棟で担当できるがん患者は、近いうちに上限に近づくことが予想される。

一方、ホスピス 23 施設が看取った在宅死数は、100人程度にとどまっている。今後、このホスピス

23施設が、少しでも多くのがん患者と家族を担当するためには、在宅ホスピスケアの取り組みの発展を考えなければならない時期にきている。

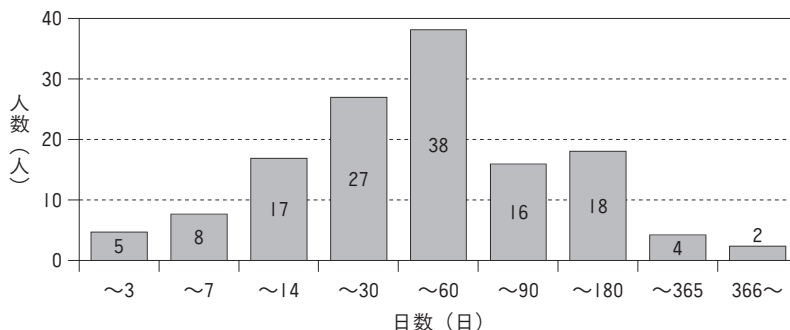
みこころホスピスの実績 (図 2, 3)

みこころホスピスは、社会福祉法人イエズスの聖心病院(熊本市)の一部門として1993年4月に開設された。1994年11月にホスピス病棟として15番目に承認された。ホスピス開設から2003年3月までの10年間で、治療困難な状態のがん患者1,039人が登録され、962人が死亡した。ホスピス担当医師がはじめて診察した場所は、ホスピス病棟637人(61.3%)、ホスピス外来210人(20.1%)、自宅134人(12.9%)、療養型病床59人(5.7%)であり、死亡場所は、ホスピス病棟777人(80.8%)、自宅135人(14.0%)、療養型病床34人(3.5%)だった。

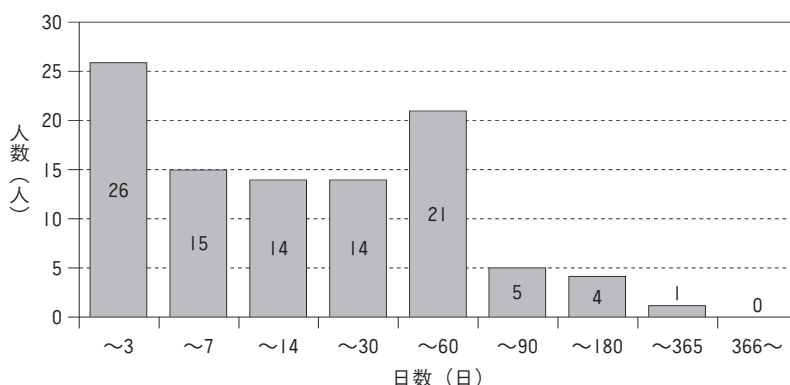
当ホスピスの在宅ホスピスケアは、ホスピスの訪問看護師2人と医師3人のチームで実践し、ホスピス施設から車で片道30分以内、半径10km以内を担当地域としている。これまで在宅ホスピスケアを終了し死亡したがん患者235人の死亡場所は、自宅135人(57.4%)、病棟100人(42.6%)だった。

在宅死135人における最後の在宅ホスピスケアの期間(最終在宅期間・図2)の中央値は35日だった。一方、病棟死100人における死亡までの最後の入院期間(最終入院期間・図3)の中央値は12日で、入院後1週間以内の死亡患者は41.0%だった。このように、ぎりぎりまで在宅ホスピスケアを利用し、最期をホスピス病棟で迎えることを選択した患者・家族も経験してきた。患者が希望する場所で最期を迎えるための援助も大切で、現在、在宅ホスピスケアの患者・家族を支援する目的で、ホスピス病棟に患者の状態に応じて空床を確保している。今後、ここに示した項目に準じた調査を各ホスピスで実施することで、全国のホスピス施設における在宅ホスピスケアの実態の概略が示されると考える。

当ホスピスの在宅ホスピスケアを利用した遺族にアンケート調査を実施した⁴⁾。1998～2000年度



■ 図 2 在宅死・最終在宅ケア期間 (10年間 135人：中央値 35日)



■ 図 3 在宅ケア→病棟死：最終入院期間 (10年間 100人：中央値 12日)

に死亡した在宅ホスピスケアの終了者は 87 人で、その死亡場所は自宅 54 人 (62.1%)、病棟 33 人 (37.9%) だった。このうち調査対象は、在宅死直前の在宅ホスピスケアを連続して 4 週間以上利用した患者 34 人の遺族である。最終・在宅期間の中央値は 63 日だった。

回答した 30 遺族の全員が、「家で最期を迎えることができよかった」と回答した。また、在宅ホスピスケアの開始時に、ほとんどの患者が「家で生活したい」と意思表示していた。また、家族の希望は、「入院してほしいくない」(28.9%)、「入院でも家でもよい」(21.1%)、「患者の意向に従う」(42.1%)と分かれていた。今回の調査においても、在宅死に影響を及ぼす因子の一つとして、最後まで自宅療養を願う患者本人の意思とそれを支える家族の意欲が関係している⁵⁾。

在宅ホスピスケアの今後の展望

① ホスピスケアに関する国際交流

ホスピスのカバー率向上のために、日本は在宅ホスピスケアが充実している地域との国際交流が必要である。国際比較をすると、アジア地域ではシンガポールは、在宅ホスピスケアの取り組みが進んでいる。シンガポールは人口 400 万人 (国勢調査・2000 年) で、2000 年のがんによる死亡者は 4,127 人だった。そのうち 59% を在宅ホスピスケアがカバーし、ホスピス病棟死も合わせると、がんによる死亡者の 66% がホスピスケアを受けたとみられている⁶⁾。

現代のホスピス発祥の地、英国の聖クリストファー・ホスピスの活動は、病棟 (62 床) でのホスピスケアより在宅ホスピスケアの占める比重が高くなっていると報告されている⁷⁾。英国では、地域の医療保険福祉システムにおいて、ホスピス病棟と在宅ホスピスの協調が確立し、一貫したホスピ

ケアが展開されている⁸⁾。ホスピス病棟の入院患者⁹⁾は、73%が自宅、24%が病院から入院している。その入院理由(複数回答)⁸⁾の上位は、症状の緩和(49%)、臨死期(30%)、家族の介護休暇(21%)、精神的援助(10%)、リハビリテーション(7%)である。

英国のホスピス病棟の退院において、死亡退院は50%、自宅への退院は44%である⁹⁾。このことは、ホスピス病棟で症状を緩和し、その後、自宅に戻ることを示している。2002年1月現在、英国のホスピス入院施設は208施設(3,029床)であり、人口100万人につき、ホスピス病床は50床である。1994年の病床数とほぼ変化がなく、日本に比べて約3倍の病床がある。また、日本の今後の努力目標となる機能(数)は、在宅ホスピスケア・サービス(334)、ホスピス・デイケアセンター(243)、病院内緩和ケアチーム(321)である¹⁰⁾。

日本におけるホスピス施設の退院者のうち、死亡退院の割合が増加する傾向にあることが注目される。全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会の資料によると、死亡退院率は、1996~1999年度：78.6~80.1%だったが、2000年度：82.8%、2001年度：83.4%、2002年度：81.9%と推移している。英国の現状に近づくためには、日本においても症状の緩和を目的とする入院患者の受け入れ態勢および退院後の患者と家族の支援態勢の確立が急務である。

オーストラリア、とくにビクトリア州は、在宅ホスピスケアが発展している地域である。「Triangle of Care(ケアの三角形)」と呼ばれる理念に基づき、「患者の望むところで、最も適した場所でケアを受けることができ、そのケアサービス間の移行がスムーズであること」を目標としている。このシステムのなかで、患者・家族は、病院・在宅・ホスピスのどこにいても一貫したケアを受けることができる。このようなケアの体系は、「Seamless Care(縫い目のないケア)」と呼ばれている¹¹⁾。

これらの情報を踏まえ、日本のそれぞれの地域においてホスピス施設などが連携し、日本のホスピスケアの課題に取り組む必要がある。熊本県のホスピス5施設は、地域に根差し、地域の要請

に応えるホスピス施設として、社会に貢献する取り組みを進めている。とくに、熊本市近郊のホスピス4施設(計66床)のホスピス担当医師は、在宅ホスピスケアを担当する地域のかかりつけ医の相談窓口となり支援し、入院が必要なときはホスピス4施設が共同してホスピス病棟に入院できるシステムの検討を始めている。

②訪問看護師の看護診断学

日本では訪問看護ステーションが、在宅ホスピスケアの要となると期待されている。2003年5月現在、訪問看護ステーションは全国に5,393カ所設置され、人口100万人につき、43カ所である。

訪問看護ステーションが、在宅ホスピスケアの実践を通してホスピスケアに習熟するには、かなりの時間を要すると思われる。ホスピス病棟は、多くのがん患者の病棟死を経験して、症状マネジメントや家族ケアに習熟できるので、訪問看護師の研修の場としては最適である¹⁾。日本財団および笹川医学医療研究財団が日本看護協会と連携して実施する「ホスピスナース養成研修」に、訪問看護ステーションの看護師が参加することは望ましい。訪問看護師がホスピスケアに習熟することが、日本の在宅ホスピスケアが発展するための基盤となる。ホスピス病棟は、それを支援する役割を担っていると考える。

米国は在宅ホスピスケアが中心であり、ホスピス訪問看護師の目、耳、口は、患者・家族と医師をつなぐものとして評価されている。日本の在宅ホスピスケアにおいて、看護師の看護診断学をどのように医師の診療に反映させていくのかが大きな課題である。

医師の診療は対面診察に基づくと、医師法第20条は規定している。このため医師は、訪問看護師の報告を考慮した新たな薬剤および増量分の処方はいできない。患者から症状の変化について自ら電話連絡を受けた場合も、往診などで対面診察を実施しない薬剤処方はい医師法の違反行為との指摘がある。看護師に可能な対応は、すでに患者宅にある薬剤を用いた増量・減量の指導である。今後、在宅ホスピスケアの発展を目指すために、医師の対面診察は基本だが、訪問看護師の看護診断学に

基づく薬剤処方ができる規制緩和の検討が必要である。「在宅末期医療総合診療料」(定額医療)は、医師と看護師の計画した訪問が計週4回以上で算定でき、この規制緩和の具体例としても解釈できる。

おわりに

多くの末期のがん患者を在宅ホスピスケアで担当できるように、地域住民の願う在宅ホスピスケアのシステムを行政とともに構築することが今後の課題である。その前段階として、ホスピス施設は地域のホスピスケアの拠点として、かかりつけ医、医師会と訪問看護ステーションとのネットワークづくりを始めなくてはならない。

日本のホスピスケアの発展には、在宅ホスピスケアをホスピスケアの質の一指標と考える評価が必要である。全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会も在宅ホスピスケアをさらに奨励することが望ましい。在宅ホスピスケアは、患者がより長い期間に渡って自宅生活が実現できるように支援し、最期は患者・家族の希望に従い、ホスピス施設で迎えるあり方でもよいと考える実践を提唱したい。

日本の各地域に在宅ホスピスケアも視野に入れたホスピスケアが正しく定着するために、その地域のホスピス施設の役割は大きい。これまでの病棟・外来を中心としたホスピスケアの取り組みだけでなく、可能な範囲で在宅ホスピスケアおよびホスピス・デイケアへ取り組むホスピス施設が増えることが必要である。ホスピス病棟と在宅ホス

ピスの一貫したケアを提供できるホスピス施設づくりが、これからの日本におけるホスピス運動の目標の一つであり課題である。

文献

- 1) Ida E, Miyachi M, Uemura M, et al: Current status of hospice cancer deaths both in-unit and at home (1995-2000), and prospects of home care services in Japan. *Palliative Med* **16**: 179-184, 2002.
- 2) 厚生省健康政策局総務課 監: 21世紀の末期医療(末期医療に関する意識調査等検討会報告書). 中央法規出版, pp 47-48, 2000.
- 3) 小谷みどり: ホスピスの現場・在宅ホスピスの可能性. *LDI Report* **136**: 22-23, 2002.
- 4) 井田栄一, 宮地ますみ, 上村美鈴, 他: ホスピスにおける在宅ホスピス・緩和ケア: みこころホスピスの8年の歩みを通して. *臨牀看護* **27**: 1608-1614, 2001.
- 5) がん集学的治療研究財団: 特定研究 22 在宅医療の合理的システムの開発に関する研究. pp 30-32, 1998.
- 6) Cynthia R Goh: シンガポールにおけるホスピス・緩和ケアの発展. *ターミナルケア* **12**: 267-275, 2002.
- 7) 日野原重明: 世界のホスピス運動の現状とアジア・太平洋地域における活動の展開. *ターミナルケア* **12**: 292-300, 2002.
- 8) Eve A, Smith AM, Tebbit P "Hospice and palliative care in the UK 1994-95, including a summary of trends 1990-95". *Palliative Med* **11**: 31-43, 1997.
- 9) Eve A, Higginson IJ: Minimum dataset activity for hospice and hospital palliative care services in the UK 1997/98. *Palliative Med* **14**: 395-404, 2000.
- 10) Twycross R: The challenge of palliative care. *Int J Clin Oncol* **7**: 271-278, 2002.
- 11) 下稲葉かおり. オーストラリア, ビクトリア州における緩和ケア(2). *ターミナルケア* **13**: 46-48, 2003.