

# I. 緩和ケアにおける専門性とは何か

## 3. これからのホスピス緩和ケア—専門性の確立と地域への普及

志真 泰夫

(筑波メディカルセンター病院 緩和医療科)

### ホスピス緩和ケアは今どのような時期にあるか

わが国のホスピス緩和ケアは、今、大きな転換期を迎えている。これまでもわが国のホスピス緩和ケアは、いくつかの節目(=転換期)を乗り越えて成長してきた(表1)。

#### ① 第1の転換期

最初の大きな転換期は1980年代末から1990年代最初にあった。それまで、キリスト教団体などが運営する少数の病院での臨床的実践として行われてきたホスピスの活動が、1990年4月に健康保険に組み入れられた。これによって公的病院も含

■表1 わが国のホスピス緩和ケアの歴史

1972	淀川キリスト教病院でOCDP (organaized care of dying patients)の活動が始まる
1977	イギリスのセント・クリストファー・ホスピスの活動が新聞で紹介される
1981	聖隷三方原病院にわが国最初のホスピス施設「聖隷ホスピス」が開設される
1987	世界保健機関(WHO)が編集した『がんの痛みからの解放』が出版される
1989	厚生省から「末期医療に関するケアのあり方検討会」の『報告書』が発表される
1990	健康保険に診療報酬として「緩和ケア病棟入院料」が設けられる
1991	全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会(現在、日本ホスピス緩和ケア協会)が設立される
1996	日本緩和医療学会が設立される
1996	日本看護協会が専門看護師の認定を開始する
1997	ホスピスケア、がん疼痛看護師などの認定看護師の認定を開始する
2002	健康保険の診療報酬に病院内緩和ケアチームを対象に「緩和ケア診療加算」が設けられる
2005	「がん対策基本法」が成立する

めて、「緩和ケア病棟入院料」として健康保険でホスピス緩和ケアの入院医療を提供することが可能となった(表2)。その背景にはがんによる死亡者の増大、病院での終末期医療の限界などが指摘できる。

しかし、「緩和ケア病棟入院料」はがんとエイズといった特定の疾患での終末期医療の提供に限られていること、基準を満たした病棟のみの入院医療に限られていることなど、いくつか問題も残された<sup>1)</sup>。

#### ② 第2の転換期

そして、2002年の「緩和ケア診療加算」を契機にわが国のホスピス緩和ケアは、また新たな転換期を迎えている(表3)。

この転換期は、いくつかの特徴がある。第1は、2006年6月に成立し、2007年4月から施行される「がん対策基本法」が、この大きな転換期を推し進める原動力となる可能性があること、第2にホスピス緩和ケアの提供が入院医療に限らず一般病棟でのコンサルテーション活動や外来、訪問などの在宅サービスに大きく量的に広がる可能性があることである。その意味で、わが国のホスピス緩和ケアは、誰もが必要とする基本的な医療として普及する時期になりつつある。

### ホスピス緩和ケアのさまざまな用語をどう定義するか

#### ① ホスピス ホスピスケア(hospice care)

“ホスピス”に関する初期の考え方は、1960年代のイギリスのホスピスにおける臨床的な実践か

■表2 緩和ケア病棟入院料の施設基準

- 
1. 改定診療報酬点数表参考資料 基本診療の施設基準等  
「緩和ケア病棟入院料の施設基準」(2006年4月1日)より抜粋
- (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) 当該病棟において、1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、前段の規定にかかわらず、2以上であることとする。
  - (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63条第2項及び老人保健法第17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。
- 
2. 改定診療報酬点数表参考資料 特定入院料の施設基準等  
「緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等」(2006年4月1日)より抜粋
- (1) 主として末期の悪性腫瘍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、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。
  - (2) 夜間において、看護師が複数配置されていること。
  - (3) 当該病院の医師の員数は、医療法に定める基準を満たしていること。
  - (4) 当該病棟内に緩和ケアを担当する医師が常勤していること。
  - (5) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、8平方メートル以上であること。
  - (6) 当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。
  - (7) 当該病棟は全室個室であって差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が5割以下であること。
  - (8) 入退棟に関する基準が作成され、医師、看護師等により、入退棟の判定が行われていること。
  - (9) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。
- 

ら形づくられた<sup>2)</sup>。それは、がん患者の長期間の闘病と死への過程を支える全人的ケアの臨床経験から産み出された。現在のわが国では“ホスピス”という言葉は、「死ぬ時に面倒を見てもらう場所」という意味で受け取られることが多い。一方、国際的には“ホスピス”は患者とその家族に対して医学的、心理社会的、そしてスピリチュアルなケアを提供する専門職集団が存在する場所を意味している。また、“ホスピス”(ホスピスケア)は「ケアにおけるひとつのアプローチ」を表した言葉でもある。

すなわち、“ホスピス”はケアが提供される場所や診療形態にかかわらず、“全人的”で“学際的”なケアのあり方も意味する。さらに、“ホスピス”はいくつかの医療機関や介護、福祉団体が提携する“保健医療福祉サービスネットワーク”を意味する場合もある。医療を提供することばかりでなく、生活を支える介護や福祉も含んだ包括

的なサービスネットワークを示す。

このように今日“ホスピス”という言葉は、多義的な言葉で、それが使われる文脈によってさまざまな意味を持っている。一方で、それが言葉の混乱を産み出している。

## ② 緩和ケア 緩和医療 (palliative care)

“緩和ケア”は、歴史的に見て“ホスピス”の概念から発展してきた。“緩和ケア”という言葉は1970年代の半ばにカナダのモントリオールにあるロイヤル・ビクトリア病院でイギリスのホスピスで提供されるケアを適切に表現し、かつカナダのフランス語圏で否定的な意味を持たない言葉として使われはじめた。

ロイヤル・ビクトリア病院では、“ホスピス”はイギリスのように独立した施設ではなく、病院の専門病棟 (palliative care unit ; PCU) として設けられた。そして、“緩和ケア”という言葉は、

■表3 緩和ケア診療加算に関する施設基準

- 
1. 改定診療報酬点数表参考資料 基本診療料の施設基準等  
「緩和ケア診療加算施設基準」(2006年4月1日)より抜粋
    - (1) 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
    - (2) 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。
  2. 改定診療報酬点数表参考資料 入院基本料等加算の施設基準等  
「緩和ケア診療加算に関する施設基準」(2006年4月1日)より抜粋
    - (1) 以下の3名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム(以下「緩和ケアチーム」という)が設置されていること。
      - ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
      - イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
      - ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
    - (2) (1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれかは緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。
    - (3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。
    - (4) (1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。
    - (5) (1)のウに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。
    - (6) (1)のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
    - (7) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて主治医、看護師などが参加していること。
    - (8) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
    - (9) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- 

病院内のコンサルテーション活動や外来、そして在宅サービスでも使われるようになった。

今日、医療従事者の間でも“緩和ケア”に異なった定義をしている場合があるが、基本的にはそれらは類似している。緩和ケアについて提唱されているさまざまな定義は、「苦痛を和らげQOLを改善する」ことに焦点が当てられている。緩和ケアに関する定義は、基本的に3つの重要な共通点がある。

①患者が生命を脅かす病気に直面し、時間が限られた人生を生きることとその人生が多面的で多次的な本質をもつこと

②患者と家族を一単位としてケアを提供すること

③患者の苦痛を軽減し、人生や生活の質を高めるために多職種チームを組織して、優先度をもってアプローチすること

2002年、WHO(世界保健機関)はこういった

緩和ケアの基本的な特質を踏まえて、以下のよう  
に緩和ケアを定義した。

“緩和ケアとは生命を脅かす疾患を持つ患者とその家族の生活の質を改善するアプローチを指す。それは痛みやその他の身体的、心理社会的、そしてスピリチュアルな問題を早期に認識し、適切に評価し、治療することで苦痛を予防し軽減することを、結果として達成することができる”<sup>3)</sup>

近年、国際的にみるとがん医療では診断後早期から必要な患者に対して、専門的で標準的な医療を提供する緩和ケアプログラムとコンサルテーションが発展してきている<sup>3)</sup>。それは“包括的がん医療(comprehensive cancer care)”とも呼ばれており、診断時からの抗がん療法とともに緩和ケアが統合された医療を意味している。包括的がん医療の目標は“患者に適切なタイミングで適切な場所を、かつ適切な費用で提供すること”である<sup>4)</sup>。

緩和ケアには、患者と家族が病気の過程で直面

する、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルかつ実際的な問題に対処するためのさまざまなケアと治療が含まれる。たとえば、がん治療を専門とする医療チームにとっては、緩和ケアはコミュニケーションと意思決定をするための重要な技術も含んでいるので、患者や家族にがん治療を提供する過程を順調に進めるためにも助けとなる。緩和ケアは患者の予後や年齢にかかわらず、たとえば、がん治療が患者の期待や必要性にそわないとき、患者が緩和ケアを必要とし緩和ケアを受ける準備ができているときにはいつでも適切といえる。

### ③ 支持的ケア 支持療法 (supportive care)

“支持療法”は、診断後早期にがん治療を開始することを可能にしたり、もしくは、がん治療の質をより高めるアプローチを表現するためにつくられた言葉である。“支持療法”では、カウンセリングやマッサージ、さらに制吐剤、G-CFS、エリスロポエチンなどの薬物療法が提供される。また、臨床現場では“緩和ケア”よりも“受け入れやすい言葉”として使う人もいる。

がん医療から始まった“支持療法”は緩和ケアの一部として抗がん療法と組み合わせることもできるし、提供される医療全体の焦点ともなる<sup>5)</sup>。

### ④ エンドオブライフ・ケア 終末期ケア (end-of-life care)

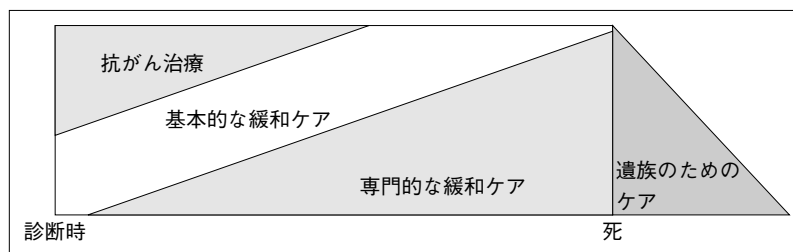
“エンドオブライフ・ケア”は、1990年代半ば以降、カナダ、アメリカなど北米を中心に使われ始めた言葉である。日本やイギリスでも近年使われるようになってきたが、使用する人や文脈によってさまざまな意味づけがされ、混乱している。

カナダでは、“緩和ケア”から発展してきた概念として、がん以外の非悪性疾患も含めた死の過程に対するケアのあり方としてこの言葉が使われる。したがって、疾患の種類によっては年単位の予後であってもこの言葉が当てられることもある。一方、アメリカではがん以外の非悪性疾患も対象とするケアであることは同じだが、メディケア（高齢者対象の公的保険）、メディケイド（低所得者対象の公的保険）でホスピスフィー（ホスピスケアに支払われる診療報酬）が支払われる死亡前6カ月のケアを“エンドオブライフ・ケア”と呼んでいる。

WHOの定義によれば、支持療法 (supportive care)、終末期ケア (end-of-life care)、死別後の遺族ケア (bereavement care) はいずれも“緩和ケア”に含まれる<sup>3)</sup>。医療に従事する専門家の多職種チームによって提供される医療サービスに対して“緩和ケア”という言葉を使うかどうかは、実際に必要とされるケアと治療を行うことに比べれば大きな問題とはいえない。しかし、医療を提供する側が自らの役割と立場を社会的に明らかにし説明する場合、言葉の意味を明らかにして定義をすることは重要な課題である。

## ホスピス緩和ケアの専門性とは何か

近年、WHOの考え方を受けて、ホスピス緩和ケアの提供体制を“基本的な緩和ケア” (general palliative care) と“専門的な緩和ケア” (specialist palliative care) と分けることがある (図1)<sup>6)</sup>。たとえば、この考え方は感染症の診断と治療のように、多くの医師に必須とされる技術・能力と、



■図1 WHOの最近の考え方<sup>6)</sup>

困難で複雑な病態に対応するために必要な専門医の技術・能力と分けることと同様である。

また、救急医療の概念と類似しているが、一次、二次、そして三次という異なる3つのレベルに分けることもある<sup>7)</sup>。一次緩和ケアは、がん診療に携わるすべての医師やプライマリーケア医に必要な技術と能力を表している。たとえばコミュニケーション技術、疼痛と症状マネジメントの能力、チームワーク、そして活用できる医療資源の知識が例に挙げられる。一次緩和ケアはがん医療と密接な関係にある領域のひとつである。

二次緩和ケアは、コンサルテーションと専門的な治療とケアを提供できる技術と能力、あるいは専門医とコンサルテーションチーム、緩和ケア病棟などの専門施設を表している。たとえば、うつなどの精神症状に関して入院するがん患者全員が精神科のコンサルテーションを必要とするわけではないが、患者の中には専門的なコンサルテーションや専門病棟への入院による集中的な治療が必要な患者もいるのと同様のことである。

三次緩和ケアは、対処が困難な症状や複雑な心理社会的問題を抱える患者と家族に対して専門的知識や技術をもって対応できる臨床的な技術・能力だけでなく、専門医ははじめ専門家を養成するための教育を行い、さらに緩和ケアに関する研究をする能力や学術的な施設を表す。

「緩和ケア・コンサルテーション」は、病院内のさまざまな職種と協力して「苦痛の緩和とQOLの改善」に関する専門家の知識と技術を伝えるための手段である<sup>8)</sup>。コンサルテーションはがん治療医が緩和ケアを提供することをサポートすることで成功と評価され、その結果コンサルテーションはがん治療医に対する継続的な教育という役割を担うようになる。がん治療医はコンサルテーションを通して自分たちの専門領域以外での新しい進歩を学ぶ。緩和ケア・コンサルテーションは外科病棟、内科病棟、集中治療室、そしてがん専門病棟といった院内のあらゆる場所で患者のマネジメントに参加する必要がある<sup>9)</sup>。

「緩和ケア外来」は、がん治療の外来の一部としても、もしくは独立した外来でも行うことができる。患者にとってがんの闘病期間の早い段階で

治療目的の抗がん療法を受けながら、カウンセリングや症状マネジメントを提供してもらえる場所として、また、患者のフォローアップのための通院先として、緩和ケア外来は適切な場所である。

「緩和ケア病棟」は、集中的、効率的に治療とケアを提供している集中治療室が発展したのと同じ理由で発展した。緩和ケア病棟は内装だけで区別されているわけではない。そこで提供される治療とケアの質によって他の病棟とは区別されるべきである。

「長期療養・介護施設での緩和ケア」は、今後虚弱な高齢者のためのさまざまな施設が必要とされる。介護保険では、特別養護老人ホーム、老人保健介護施設、グループホームなどが設けられている。また、医療保険でも長期入院のための「療養病床」が設けられている。これらの施設では、緩和ケアの必要性が増しており、長期間にわたる緩和ケアとして“ホスピス”の経験に基づいて包括的な緩和ケアプログラムの開発が急がれる。

---

## ホスピス緩和ケアを地域に普及するためにはどうするか

患者ががんと診断されてから療養生活をもっとも長く過ごす場所は、患者の自宅であり、患者が住む地域である。ホスピス緩和ケアを提供する場所として最も重要視しなければならないのは、地域社会（community）といえる。わが国の医療提供体制は日常生活医療圏（二次医療圏）が基本になっており、この医療圏で継ぎ目のないホスピス緩和ケアの提供体制をつくる必要がある。したがって、「在宅における緩和ケア」においても地域を基盤とした包括的な緩和ケアプログラムが必要とされている。

最近の厚生労働省と厚生労働科学研究費による国民を対象としたがん終末期の療養場所の選択に関する調査では、「痛みがある末期状態」ではホスピス・緩和ケア病棟50%、病院33%、自宅11%、「痛みがない末期状態」ではホスピス・緩和ケア病棟30%、病院15%、自宅55%という結果であった。すなわち、痛みなどの苦痛があればホスピス・緩和ケア病棟、苦痛がなければ自宅

での療養を望む人が多いという結果であった<sup>10)</sup>。

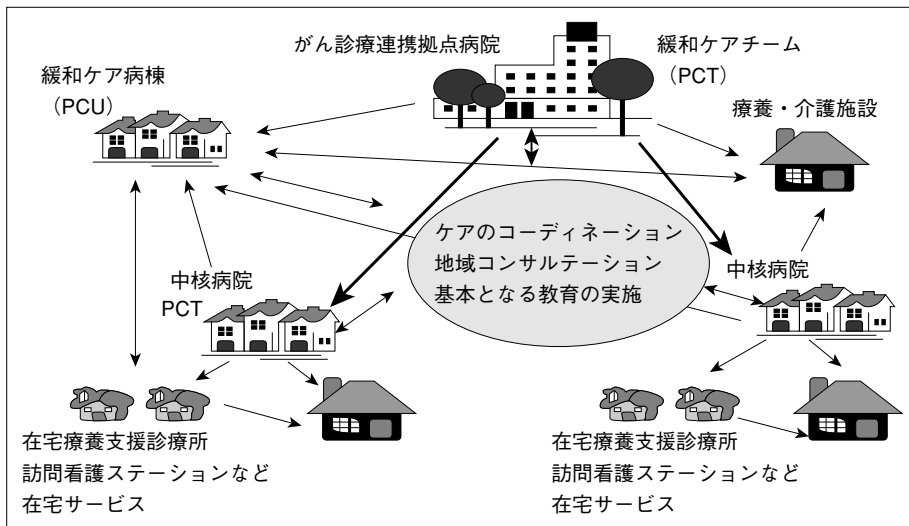
今後、地域にホスピス緩和ケアを提供し、患者や家族が希望する療養場所を選択できるようにするためには、がん診療拠点病院を中心に病院の緩和ケアチーム、緩和ケア病棟と地域医療との連携を強化する必要がある(図2)。

具体的には病院の緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、それに加えて在宅療養支援診療所および訪問看護ステーションなどの在宅サービスとの地域を基盤としたネットワークが不可欠である。緩和ケアチームは入院患者、外来患者のコンサルテーションの受け皿として、ホスピス・緩和ケア病棟は

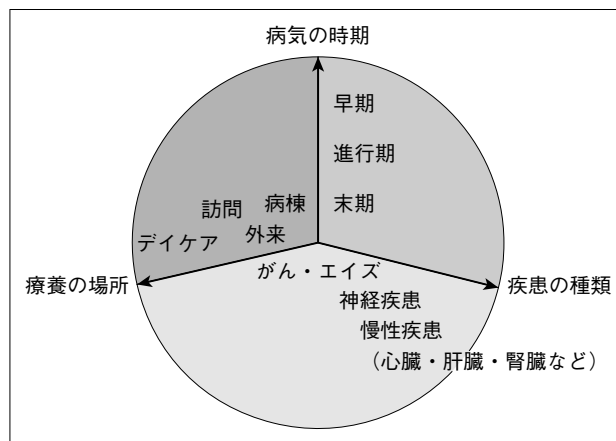
病状の悪化や急変時の入院ベッドとして、在宅療養支援診療所および訪問看護ステーションなどの在宅サービスは自宅療養をする患者の受け皿として、相互に補完し合いながら協働していくことが必要不可欠である。

## おわりに

これからのホスピス緩和ケアが目指す方向として、3つの座標軸が設定できる(図3)。第1は病状の進行程度、すなわち「病気の時期」の座標軸、第2は「療養の場所」の座標軸、第3は「疾



■図2 地域緩和ケアネットワークの構築



■図3 これからのホスピス緩和ケア

患の種類」の座標軸である。

「病気の時期」, すなわち病期は今回の転換期を通じて終末期からより早い段階へと広がるであろう。「療養の場所」は, 緩和ケア病棟などの入院ケアに限られた状態から外来, 訪問などに範囲が広がる可能性がある。「疾患の種類」に関しては, 神経疾患, 特に筋萎縮性側索硬化症 (ALS) などの神経難病に広がる可能性はあるが, それ以外の非悪性疾患については高齢者医療との統合を目指す次の機会を待たねばならないかもしれない。

#### 文 献

- 1) 柏木哲夫: 定本 ホスピス・緩和ケア. p.135-162, 青海社, 2006
- 2) Bill O'Neill, Marie Fallon : Principles of Palliative Care and Pain Control. Bill O'Neill, Marie Fallon eds. ABC of Palliative Care. p.1-4, BMJ, London, 1998
- 3) WHO Definition of Palliative Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002. Available at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Accessed April 11, 2005)
- 4) Pan CX, Morrison RS, Meier DE, et al : How prevalent are hospital-based palliative care programs? Status report and future direction. *J Palliat Med* 4 : 315-24, 2001
- 5) Meyers FJ, Linder J : Simultaneous care : disease treatment and palliative care throughout illness. *J Clin Oncol* 21 : 1412-1415, 2003. PMID : 12663735 Full Text
- 6) Watson MS, Lucas CF, Hoy AM, et al : Oxford Handbook of Palliative Medicine. p.114-115, Oxford University Press, Oxford, 2005
- 7) von Gunten CF : Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. *JAMA* 287 : 875-881, 2002.
- 8) Billings JA, Pantilat S : Survey of palliative care programs in United States teaching hospitals. *J Palliat Med* 4 : 309-314, 2001
- 9) Manfredi PL, Morrison RS, Morris J, et al : Palliative care consultations: how do they impact the care of hospitalized patients? *J Pain Symptom Manage* 20 : 166-173, 2000
- 10) 終末期医療に関する調査等検討会 編: 今後の終末期医療の在り方. p.59-72, 中央法規出版, 2005