

# 日本ホスピス緩和ケア協会からの提言

## これからのホスピス緩和ケアについて

### 提案と要望

わが国のホスピス緩和ケアは施設（ホスピス・緩和ケア病棟）から発展してきた。これからのホスピス緩和ケアは患者家族の希望を踏まえ、病院で完結するあり方から住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送ることができるように地域を基盤としたあり方に変える必要がある。そのために：

1. **がん診療拠点病院を中心に、ホスピス・緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所等との地域連携のためのネットワークを作る**こと
2. **ホスピス緩和ケアにおけるケアの質を保証**すること
3. **ホスピス緩和ケアに対する国民の理解を深め、地域の医療従事者等への教育研修の支援体制を作る**こと

以上3点を日本ホスピス緩和ケア協会は提案する。

### 1. 現状と課題

#### 1) 終末期の療養場所が病院に偏っている

わが国のがんによる死亡者数は平成17年に年間約33万人（全死亡者の30%）、このうちホスピス・緩和ケア病棟（協会加盟全国163施設）における死亡者数は約1万8千人（がん死の約5%）である。在宅死は約1万6千人（約5%）で、およそ90%は主として病院の急性期病棟で亡くなっている。

#### 2) ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチームを持つ施設は地域的に偏っている

ホスピス緩和ケア協会（以下、協会と略）の調査によれば、ホスピス・緩和ケア病棟のベット数が最も多いのは高知県（100万人対78.4）、ついで広島県（49.6）、滋賀県（42.2）であり、最も少ないのは埼玉県（5.2）、ついで福島県（8.5）、秋田県（11.2）である。がん診療連携拠点病院でホスピス・緩和ケア病棟を有している病院は37施設、地域医療支援病院では10施設に止まっている。緩和ケアチームとして「緩和ケア診療加算」の最も届出が多いのは東京都（5施設）と大阪府（5）であり、全く届出のない県が20県にのぼる。

#### 3) ホスピス緩和ケアへの評価は高いが、課題も多い

厚生労働科学研究費によるホスピス・緩和ケア病棟で身近な人を亡くした遺族調査で、ホスピス緩和ケアを受けた前後の印象を尋ねた。その結果、「痛みを緩和してもらえた」「尊厳ある生活が送れた」という印象はケアを受ける前より高得点となり、「死を待つだけだ」「高額な費用がかかる」という印象の得点が有意に低くなった。別の遺族調査では望ましい終末期のQOLとして、「穏やかな気持ちでいられる」「苦痛がない」「望んだ場所で過ごせる」「家族との良い関係」「医療者との良い関係」「家族の負担にならない」などが重視する要因として明らかになっている。

### 2. 協会の取り組みとこれからの方針

#### 1) **がん診療拠点病院を中心にホスピス・緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所等との地域連携のためのネットワークを作る**

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%、「苦痛がない末期状態」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、ホスピス・緩和ケア病棟や自宅での療養を望む人が多いという結果であった。今後、ホスピス緩和ケア提供の地域的な偏在を解消し、患者や家族が希望する終末期の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、ホスピス・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。具体的にはホスピス・緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所および訪問看護ステーション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トとして、在宅療養支援診療所および訪問看護ステーションは退院する患者の受け皿として、相互に補完しあいながら協働していくことが必要不可欠と考える。

## 2) ホスピス緩和ケアにおけるケアの質を保証する

健康保険の診療報酬では、「緩和ケア診療加算」や「緩和ケア病棟入院料」を届け出ている病院には、「日本医療機能評価機構」等が行う機能評価の認定が義務づけられている。さらにホスピス・緩和ケア病棟には任意ではあるが、評価機構による「緩和ケア付加機能評価」が求められている（認定済み 12 施設）。協会としては、ホスピス緩和ケアには社会的に質の高い専門性が求められていると考えている。したがって、がん医療の均填化に合わせてがん診療連携拠点病院を中心としてホスピス・緩和ケアの地域的な偏在を解消し普及させていくと同時に、提供されるケアの質の保証に積極的に取り組む必要があると考える。

協会では平成 17 年に「ホスピス緩和ケアの基準」と「ホスピス緩和ケア評価指針」を作成し、平成 18 年それに基づいて各施設の自主評価を実施した（参加率 73%）。その結果から、各病棟での患者、家族へのケアの提供や在宅療養に対応する体制についていくつかの改善すべき点が明らかとなった。そこで、今後は全国的な規模でホスピス・緩和ケア病棟の遺族を対象にした「ケアの質の評価に関する調査」を予定している。緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟の量的な拡充と合わせて提供されるケアの質を評価し、患者と家族の希望に応えられるようにケアの改善に取り組んでゆく。

## 3) ホスピス緩和ケアに対する国民の理解を得て、地域の医療従事者等への教育研修の支援体制を作る

協会は平成 19 年度の NPO 法人化を目指して準備を進めているが、これを契機にこれまでのホスピス・緩和ケア病棟中心の組織から、緩和ケアチーム、さらに在宅療養支援診療所はじめホスピス緩和ケアの実践を担う事業体の参加を広く募る。平成 18 年 9 月、全国のホスピス緩和ケア病棟を対象に行った「今後の在宅療養への取り組みについて」の質問紙調査結果（回収率 83%）によれば、41%の施設は地域の在宅療養支援診療所との密接な連携に取り組むと回答した。そこで、地域でのホスピス緩和ケアの質を保証するために、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護ステーションの看護師と病院の緩和ケアチームやホスピス緩和ケア病棟の医師や看護師が交流し、必要に応じて一定期間相互に研修できる制度を提案する。この教育研修制度を通じて、地域で症状マネジメント、コミュニケーション技術、チームケアの実際など、ホスピス緩和ケアの基本的知識や技術を共有することが重要である。その結果、国民は全国どこでも基本的で標準的なホスピス緩和ケアを受けられることになり、ケアの質が保証されることになる。

## 3. 提案

- 1) 地域連携のためのネットワークを作る：ホスピス・緩和ケア病棟と緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション、訪問介護ステーション等
- 2) ホスピス緩和ケアにおけるケアの質を保証する：「日本医療機能評価機構」等による第三者評価、自主的な評価、遺族による評価
- 3) 地域の医療従事者等への教育研修の支援体制を作ること：医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャ、介護福祉士等