



ホスピスケアの現状

はじめに

癌が、わが国の全ての死亡原因のトップになって相当期間が経過した。その間、癌予防についての啓発が進められる一方で、治療についても先端的な技術が開発されるなど格段の進歩がみられている。しかし今なお癌による死亡数は増加傾向にあり、全死亡数に占める割合も約3割と高止まりの状況にある。

こうしたなか、癌の治療を目的とした積極的治療が行なわれる一方で、治療が困難になった患者のホスピスケア（緩和ケア）のニーズも顕在化してきている。これに対応し「ホスピス」、「緩和ケア病棟」と呼ばれる施設が逐次整備されてきており、癌末期の医療において大きな役割を担っているほか、一般病棟や在宅医療の現場でもホスピスケアの裾野は広がりつつある。

そこで、ホスピスケア（緩和ケア）の現状について整理するとともに、今後の方向性について概観してみたい。

1. ホスピスケアの役割

（1）ホスピスケアとは

ホスピスとは、治療の見込みがなく余命が限られた患者が抱えるさまざまな症状や痛みをコントロールして、残された日々を心身ともにやすらかに過ごせるよう患者とその家族をバックアップしていこうとするケアプログラムをいう。ホスピスケアでは身体的な痛みの緩和だけでなく、精神的な痛み、社会的、霊的な問題のケアが優先され、患者と家族のQOL（*Quality of Life*：生活の質）を高めることが重視されている。

（2）社会的なニーズの高まり

これまでの医療では癌末期の患者の多くが痛みを訴え、治療による治療が見込めない場合でも延命治療を行うことが優先され、患者の苦痛や不安に対処できていないケースも少なくなかった。

しかし現在では、インフォームド・コンセント(注)などの要請から、不治の病に対しては本人や家族に告知されることが多くなるとともに、その人らしい死を迎えるためのケアの大切さが理解されてきており、延命治療よりもQOL（生活の質）を重視する傾向が強まってきている。

(注)「(医療従事者の)十分な説明と(患者の)理解にもとづく同意」

こうした価値観の多様化を背景に、ホスピスケアに対する社会的なニーズは高まり

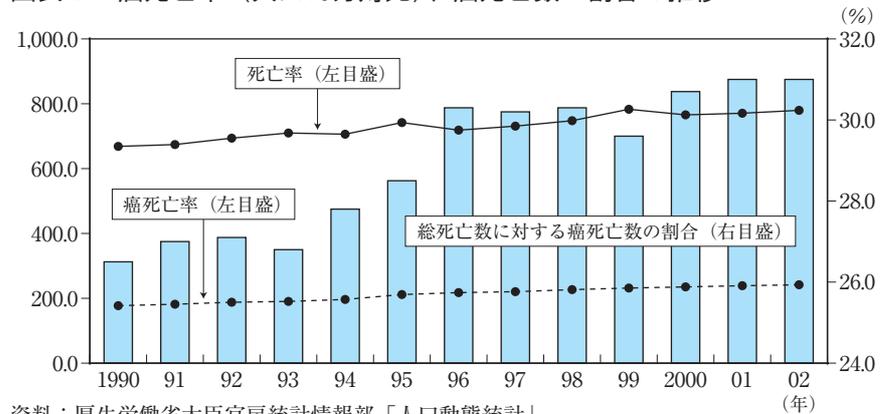
つつある。

2. ホスピス・緩和ケアの現状

(1) 増え続ける癌死亡数

全国の癌死亡数の推移をみると、1990年の21万7,413人から2002年の30万4,568人へと1.4倍の増加、癌死亡率（人口10万対比）も同じく177.2から241.7へと上昇するとともに、総死亡数に対する癌死亡数の割合も26.5%から31.0%へ増加しており、癌による死亡者が全体の3割を占めるまでになっている（図表1）。

図表1 癌死亡率（人口10万対比）、癌死亡数の割合の推移

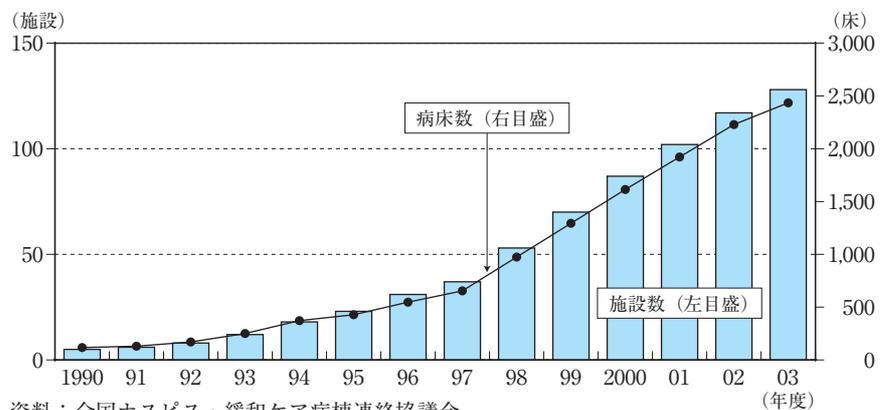


一方、本県の2002年における死亡数、癌死亡数はそれぞれ13,805人、4,264人で、癌による死亡者は全体の30.9%とほぼ全国と同水準である。また、死亡率（人口10万対比）は919.1で全国の779.6を上回っており、癌死亡率（人口10万対比）は283.9で全国の241.7を上回り、全国7位、九州では1位と上位にある。

(2) 全国の施設数、病床数の推移

全国のホスピス施設（緩和ケア病棟）の承認施設数、病床数の推移をみると、1990年度の施設数5、病床数117から2003年度は同128施設、2,435床へと、ホスピスケアに対するニーズの高まりを反映して右肩上がりの増加を

図表2 ホスピス・緩和ケア病棟の承認施設数と病床数の推移



示しているが、とくに1996年度以降の伸びが著しい（図表2）。

このように、施設が短期間のうちに整備されてきた背景としては、1990年4月に入院にかかる診療報酬が「緩和ケア病棟入院料」として新たに制度化され、ホスピス・緩和ケアが医療保険の適用対象となったことが挙げられる。これは、許認可を受けた緩和ケア病棟で行なわれる、主に末期の癌患者等を対象にした緩和ケアに対して定額の診療報酬が支払われる制度で、看護態勢や療養環境の面など緩和ケア病棟として設定された施設基準をクリアすることが求められている（図表3）。

図表3 緩和ケア病棟のおもな施設基準

- ・緩和ケアを担当する医師が常勤していること
- ・看護師の人員配置は1.5：1以上、夜間は複数配置であること
- ・患者1人につき、病棟床面積30㎡以上、病床床面積8㎡以上
- ・病棟内に患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、談話室を備えていること
- ・財団法人日本医療機能評価機構が行う医療機能評価を受けていること

資料：厚生労働省

（3）ホスピス・緩和ケア病棟の利用実態

「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」が行った2002年度アンケート調査結果から、全国のホスピス・緩和ケア病棟の平均的な利用状況をみてみよう。

全施設の実数合計では、稼働病床数が2,191床、年間入院患者数が14,445人、年間死亡退院数が11,284人である。

全施設の平均値をみると、稼働病床数が18.7床、年間入院患者数が123.5人、年間死亡退院数が96.4人（いずれも1施設当たり）であり、平均病床利用率は75.3%となっている。

また、平均在院日数は46.6日と短く（図表4）、死亡前1～2カ月の重篤な癌末期の患者が入院し、高い割合で死亡退院していく「看取り」の施設であることを窺わせる。

図表4 全国ホスピス（緩和ケア病棟）の利用実態
（2002年度：対象施設数117）

	実数	1施設当たり
許可病床数（床）	2,241	19.2
稼働病床数（床）	2,191	18.7
入院患者数（人）	14,445	123.5
入院患者数／稼働病床（人）	6.6	—
退院患者数（人）	13,687	117.0
死亡退院数（人）	11,284	96.4
平均病床利用率（%）	75.3	—
平均在院日数（日）	46.6	—

資料：全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会
「2002年度アンケート結果」
（2003年3月末現在届出受理施設対象 回収率：100%）

（４）全国の高スピスキアの現状

このように、施設としての緩和ケア病棟の数は急増しているものの、施設の絶対数や地域的な偏在（地域格差）からも、緩和ケアを必要とする患者に十分なサービスを提供できる態勢にないことは容易に推測できる。

また、厚生労働省の人口動態統計（2002年）によると、癌患者の死亡場所は自宅（6.2%）を含めた「施設外」が6.5%、「施設内」が93.5%を占める。施設内では、ホスピス施設は3.4%に過ぎず、一般病院（87.3%）、診療所（2.3%）などホスピス施設以外の医療機関が圧倒的多数を占めている。

このように、9割以上が病院などで亡くなっており、ホスピスや緩和ケア病棟だけでなく、一般病棟や在宅医療の現場でも疼痛緩和を中心にホスピス的なケアはこれまでも行われてきているのが実情である。

ただ、疼痛緩和だけでなく、精神的、社会的、霊的などの全人的ケアを目指そうとすると、医師、看護師等のスタッフの制約から十分なケアが尽くせない、あるいは療養環境の面でそぐわないなどの不都合な点があることは否めない。こうしたことから、一般病棟から切り離れた形で、チームを組んで、患者・家族を支援するケアプログラムが必要とされ、専門的に末期の癌患者を診るホスピス・緩和ケア病棟の存在意義がでてくるのである。

（５）県内の高スピスキアの現状

県内では、1995年に「弘仁会 朝永病院」が緩和ケア病棟12床（2003年に緩和ケア病棟22床へ増床、一般病棟21床）の許可を受けたのに続き、1998年には「聖フランシスコ病院」でホスピス病棟14床が開設されたが、以降、現在までホスピス・緩和ケア病棟としての新たな開設の動きはない。（現時点で承認施設数2施設、病床数36床、いずれも長崎市内）

緩和ケア病棟以外では、離島を含め地域の基幹的な一般病院でホスピスカアを行っているほか、一部の診療所においても在宅ケアを中心に地道なホスピスカアが展開されている。

診療所ホスピスの新たな展開の一例として、終末期医療に対応する有床診療所を核に、有料老人ホーム、グループホーム、ケアマンション、訪問看護ステーションなどを運営する、医療・介護の複合施設「アイプリーズいきりき」（西彼杵郡多良見町、運営会社「エコソール」）の開設（2004年4月）が挙げられる。

一方、癌医療の分野では、質の高い癌医療を全国的に普及させ、地域格差を解消することが求められており、2002年度から、地域癌拠点病院の整備が全国的に進められている。

本県では、長崎圏域に「長崎市立市民病院」、「長崎原爆病院」の2病院が、佐世保圏域には「佐世保市立総合病院」が指定され、今後、ホスピスケアを含む地域の癌診療の拠点となることが期待されている。

3. ホスピスケアの今後の方向性

(1) 在宅ケア態勢の整備

前にみた、厚生労働省の人口動態統計によると、自宅で亡くなる癌患者（6.2%）は1割に満たず、緩和ケア病棟など施設におけるホスピスケアと併せて、在宅ホスピスケアに対するニーズも増大していく方向にある。

緩和ケア病棟では、地域内の連携を通して、在宅ホスピスケア、在宅療養の支援に取り組んでいる例がある。具体的には、訪問看護ステーションや在宅でホスピス的なケアを専門にする病院・診療所との連携により、その地域内の患者を診てもらうことや、逆に連携先の患者が入院を必要とする場合などに、緩和ケア病棟で預かることなどは既に行なわれている。

しかしながら、在宅ケアを必要とする患者にサービスを提供できる態勢は充分でなく、在宅ケア態勢の整備が必要になっている。

(2) 開かれたホスピスとしての展開

ホスピスケアの現場では、余命が限られた患者についても、外出、外泊あるいは在宅ケアができる状態まで体調をもっていくことを念頭に置いたケアがなされている。

ホスピスが最後まで出られない所というイメージを払拭して、病棟から在宅に移っても病棟とほぼ同じケアを受けられる、また病状によっては病棟に戻ってケアを受けられるというように、ホスピスが開かれたものとして広く認知されれば、ホスピスがもっと利用されるようになるのではとの指摘もある。

県内においては、大学病院での緩和ケアチームの編成や緩和ケア研究会などが立ちあがっているなど、緩和医療への取組みの機運は徐々に高まりつつあるが、ホスピスについての地域住民の認識は概して高くなく、今後情報発信と併せて啓発にも注力していく必要があるだろう。



おわりに

ホスピス施設は全国的には今後とも増加していくことが予測されるが、高齢社会を迎え、また癌患者（癌死亡数）の趨勢からも、ハード面では圧倒的な施設不足が想定される。大多数の癌末期の患者がホスピス施設以外の医療施設でケアを受けている現実があり、また一方では、在宅での末期のホスピスケアを望む患者に対しては、少数ながらも在宅ホスピスケアに取り組む診療所や訪問看護ステーションなどが在宅での療養を支援している。

こうした現状を踏まえ、患者のニーズに沿った質の高いサービスを提供するためにも、ホスピス・緩和ケア病棟や地域の基幹病院を中心に診療所ホスピス、ボランティアグループ、介護福祉施設などによる緩和医療のためのネットワークの構築が重要になってくる。

さらに、ホスピス・緩和ケア病棟はこうしたネットワークの中心として、緩和医療に関する情報発信の機能を発揮しながら、在宅での患者の療養をサポートし、地域医療を支えていくことが求められてくるだろう。

（福山 徳明）