
 特集：緩和ケア病棟の開設に向けて

緩和ケアの現状と当院緩和ケアに期待されるもの

Current Status and Mission of Palliative Care at Niigata Cancer Center Hospital

 本間 英之 中島 真人
 Hideyuki HOMMA, Masato NAKAJIMA

要 旨

本邦・新潟県・新潟県立がんセンター新潟病院における緩和ケアの現状を概括し、課題を述べた。緩和ケアチーム活動は、全国的に益々拡がりを見せているが、本県では施設毎に差異が大きい。当院の緩和ケアチーム活動は、緩和ケア外来同様、高水準の活動を保っているが、担当する医療者の充足や効率的な緩和ケアサービスの提供は喫緊の課題である。在宅緩和ケアに関しては、全国的に増えているものの地域差が大きく、新潟県の実情は熱心な小規模診療所による診療が中心で、がん診療連携拠点病院の支援が必須である。当院緩和ケア病棟が2019年2月に開設される。単に当院の緩和ケア臨床の充実のみならず、本県の緩和ケアを担う医療者の育成を目指さなければならないし、課せられた責務である。

はじめに

本邦におけるホスピス草創期には、1973年に始まった淀川キリスト教病院(大阪市)柏木哲夫らによる「死に逝く人たちのための組織されたケア」活動と共に、1981年聖隷三方原病院(浜松市)に開設された聖隷ホスピスの存在が大きい。特に聖隷ホスピスが院内独立型ホスピスとして発足した事は、その後続く本邦のホスピス・緩和ケア病棟が、英国など諸外国とは違い、創設期から医療機関の一部として社会から認識されたことを決定づけたと言えよう。

聖隷ホスピス開設には、敬虔なキリスト者であり聖隷福祉事業団理事長であった長谷川保の指導力と共に、臨床実践においては原義雄、千原明の二名の医師が大きな働きをした。原義雄は初代ホスピス所長として、千原明は第二代ホスピス所長として創設期の聖隷ホスピス運営と教育、研究に邁進した。その基には、ホスピス・ケアの理念に共感した多くの医師・看護師が日本中から集まり、共に働きながら学びを得た。現在、緩和医療学分野で指導的な活躍をしている人々にも原、千原に師事を請うたものは多い。

しかしながら、この二人がここ新潟で医学生時代

を過ごし、その後に当院—県立がんセンター新潟病院—に勤務した医師であったことは、意外にも多くに知られていない¹⁾。あるいは二人の臨床実践を第一として、マス・コミュニケーションへの露出をよしとしなかった気風が、その遠因かもしれない。

県立がんセンター新潟病院緩和ケア病棟が2019年2月に開設されたことは、約40年の月日を経て、当院で活躍した二名の先駆者の思いが、新潟に帰ってきたこととも言える。我々は先達の苦労を偲ぶだけではなく、これからの時代に—それまで本邦に無かったホスピスを、未来に夢見た先達の様の一適応した緩和ケアを新潟に根付かせ、さらに時代に合わせ発展させなければならない。我々が従来提供してきた緩和ケアチーム活動・緩和ケア外来に加え、緩和ケア病棟を設立し、専門的緩和ケアの臨床を公的教育医療機関で実践することは、本県で緩和ケア臨床・研究・教育を続けるための重要な一歩である。

本稿は本邦と県内の緩和ケアの現状を概括し、当院に課せられた使命を考察する。10年後、20年後に現在の我々の役目が基本的な医療として広く普及し、あまねく医療機関でごく一般的に提供されていることを強く願う。

I 緩和ケアの現況

1. 邦における緩和ケア

本邦において提供されている緩和ケアには種々の分類があるが、ここでは提供する場所・形態により大きく3つに分ける。

1) 緩和ケアチーム活動・緩和ケア外来など(緩和ケアに特化しない一般医療機関の緩和ケア)

緩和ケアチームは、2008年に全国377カ所のがん診療連携拠点病院に設置が義務化されてから既に10年が経過し、2015年には全国で521施設に緩和ケアチームが設置されるに至った。そもそも、我が国の専門的緩和ケアがホスピス・緩和ケア病棟を中心に発展してきた歴史的経緯を踏まえ、一般病院での専門的緩和ケアの供給、特にがんの診断初期から積極的治療期という拠点病院の施設特性に応じた専門的緩和ケアの供給が、当初期待された目的だった²⁾。

診療依頼件数は年々増加しており、2010年には一施設あたり平均119.5件/年だったものが2015年には156.0件とおおよそ3割増加している(図1)。また、

介入対象の症状は疼痛が6割、それ以外が4割と、疼痛への治療介入が必要として高い。

緩和ケアチーム紹介のタイミングは、診断早期からの緩和ケアが喧伝される現在でも、治療前・治療中の紹介は約50%に留まり、治療終了後の患者の苦痛への介入が依然として半数を占めている。

2) ホスピス・緩和ケア病棟など(入院で提供される専門緩和ケア)

2018年11月時点で、緩和ケア病棟入院料届出受理施設(以下認定緩和ケア病棟)は、全国で415施設(8423床)存在する(図2)。これは、本邦病院における一般病床89万病床の約1%にあたる。けっして多くはないものの、特にこの10年間においては、国内で毎年10以上の施設に認定緩和ケア病棟が開設されている。緩和ケアの認知度と必要性が広く認められた結果とも言えるが、後述する保険収載と入院料保険点数の上昇も一因として挙げられる。

我が国では1990年に緩和ケア病棟入院料が保険収載され、公的保険の対象となったが、これ

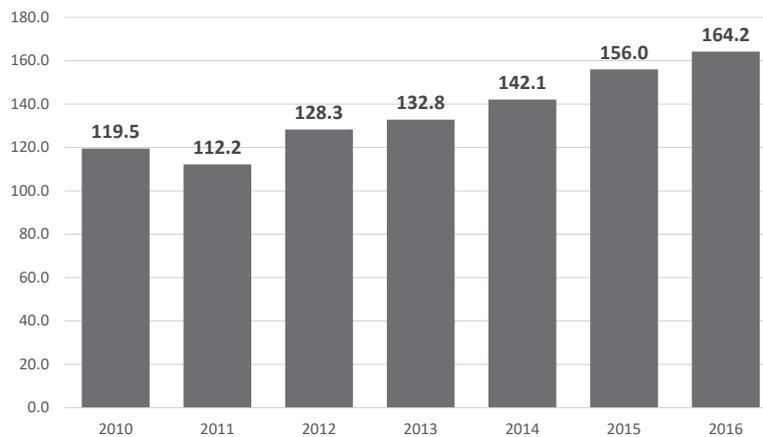


図1 全国緩和ケアチーム診療依頼件数平均値/年

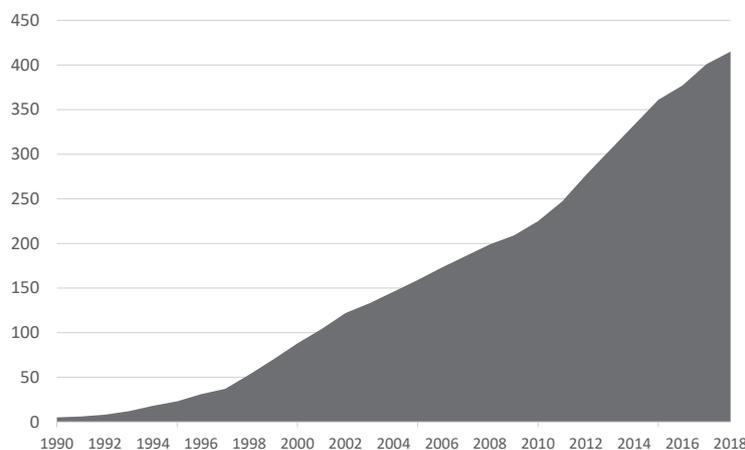


図2 緩和ケア病棟届出施設数の累計

は近代ホスピスで先行した欧米諸国や、比較的医療資源の豊かな東アジア諸国などと比較しても珍しいことであり、ホスピス・緩和ケアが一般的な医療の一部という先述した本邦の緩和ケアを特徴付けるものとなった³⁾。その緩和ケア病棟入院料は、この十年間で大きな変遷を認めている。

2011年度までは、入院期間に関わらず一律の給付点数であったのが、2012年度からは当時問題化した長期化する入院期間に対応し、期間によって給付点数が漸減するシステムに変更、さらに2018年4月からは平均在院日数、待機日数、在宅への移行率などを基準とした二区分に分けられることとなった。これは、多くの患者に緩和ケア病棟利用の機会を提供する(平均在院日数を減らす誘導、とも言えるが)と同時に、従前本邦で広く認められていた「緩和ケア病棟は終の棲家である」というイメージを脱却し、より急性期病棟に近い運営と、療養場所の在宅への移行を促すものでもある。このような変化をうけ、2006年で40日を超えていた平均入院日数は、2016年には平均29日と30日を切っている⁴⁾。

しかしながら、認定緩和ケア病棟の運営側人員構成や入院患者構成は、この十年間で大きな変化を認めていない。一施設あたり平均20床前後の病床を、約2名の専従・専任医師と、18名前後の看護師で運用し、死亡退院率は85~90%程度で推移している⁴⁾。在院日数や待機日数が短縮しているにも関わらず、死亡退院率の変化を認めない現状は、勤務している医療者の負担が増えていることを意味する。人員の充実是全国的な課題である。

3) 自宅や施設入所中など、患者居宅で提供される緩和ケア

在宅患者においては、「苦しい症状となった時に病院での診療が保証されている」ことが無ければ安心して自宅で過ごすことはできない。いわば、在宅緩和ケアは自宅への片道切符、の時代は過ぎ去り、病院との共同作業が必須となっている。

2016年の全死因による自宅死亡率は全国平均で13.0%であり、がんでは11.0%だった。在宅看取りや在宅緩和ケアを支える、在宅療養支援診療所は14,000施設以上に増加し、この十年間の伸び率は40%程度である⁵⁾。医療経済的な観点から、認定を受けた在宅療養支援診療所が有利となるよう診療報酬の制度設計はなされているが、認定要件の厳しさ(24時間連絡を受ける医師または看護職員をあらかじめ指定し、往診・訪問看護ができる体制を確保する、など)から、敢えて認定を申請しない診療所もあるとされている。しかし、その実態は不明である。

在宅がん医療総合診療料1(1,650~2,000点/日)の算定は、在宅療養支援診療所(または病院)に認められるが、この2012年に全国で2,000件/年を超えて以来漸増傾向であるものの、おおよそ1,900~2,400件/年で推移している⁵⁾。

在宅死や在宅緩和ケアについては、かねてより地域差が大きいことが指摘されている。一般に北海道・東北と九州では自宅死亡率が低く、東京・大阪などの大都市圏と関西・中国地方においては高いことが言われている。全死因の自宅死亡率でみると、東京・神奈川・奈良などが16%を超過しているのに対し、大分・宮崎・鹿児島ではおおよそその半分(8~9%)である。同様にがんの自宅死亡率も、神奈川・東京・奈良では15%を超えているのに対し、秋田・新潟・熊本では6%を下回り大きな差異を認める(図3)。

2. 新潟県における緩和ケア

1) 緩和ケアチーム活動・緩和ケア外来など(緩和ケアに特化しない一般医療機関の緩和ケア)

本県において、緩和ケアチーム活動の診療加算が可能な施設は、2018年2月現在、新潟大学医歯学総合病院・新潟市民病院・長岡赤十字病院の3病院のみである。直近の10年間、この状況は変化なく、本県がん診療連携拠点病院8病院(2018年2月現在: 県立がんセンター新潟病院、県立新発田病院、新潟大学医歯学総合病院、新潟市民病院、長岡赤十字病院、長岡中央総合病院、県立中央病院、新潟労災病院)中、5病院では緩和ケアチーム人員の充足の問題、特に精神症状の緩和を担当する医師の確保が困難により、緩和ケアチーム活動を行っているものの加算算定は不能である。

また、2017年の予備的調査では、本県の緩和ケアチームは活動実績について施設間で差異を認め、例えば平均的な年間緩和ケアチーム介入依頼件数については、20件以下から200件超と幅が大きい。大きな原因として、緩和ケアチーム専従職員の有無と充足数が挙げられる。一般的に本県の医師・看護師数は全国最低水準の充足率であり、緩和ケア分野も例外ではない。単に緩和ケアを専門とする医療者だけではなく、本県医療者不足の危機的状況の結果とも言えよう。

2) ホスピス・緩和ケア病棟など(入院で提供される専門緩和ケア)

2018年2月現在、新潟県内の緩和ケア病棟入院料の算定が可能な緩和ケア病棟は4施設100床である。病床の絶対数に関する都道府県別比較では、全国28位とほぼ中間であるが、人口10万人あたりでは4.4床と全国平均の6.6床を大きく下回り全国41位である。また本県の人口10万人あたり病院一般病床数は745.6と、全国平均を上回っていること

から、一般病床に対する緩和ケア病床数は約0.6%と全国平均の6割程度に留まっている⁶⁾。

施設の分布も一様ではなく、新潟市内に48床、五泉市に20床、長岡市に32床設置されているので、上越地区には存在しない。また認定緩和ケア病棟とは別に、急性期病院内に緩和ケア病床として運用している病床は、県内複数の病院に存在するが、いずれも各施設の善意と努力に任されている状態であり、所属する医療者の増減によって大きく運用が左右されている現状である。

また、がん診療連携拠点8病院に緩和ケア病棟が存在しないことも本県の特徴である。2018年現在がん診療連携拠点病院に緩和ケア病棟が存在しないのは、青森・長野・奈良・高知・長崎・宮崎・沖縄と本県の8県でのみである⁷⁾。

県土が広く、認定緩和ケア病棟の分布が一様ではない本県では、緩和ケア病棟の存在は県民のみならず一般医療者にとっても、いまだ経験したことのない未知の医療の要素が大きい。一般市民向けの情報提供に留まらず、医療者向けの情報提供も活発に進める必要があると思われる。

同時に、今後の緩和ケアに関わる専門医療者の育成には、緩和ケアチーム・緩和ケア病棟・在宅緩和ケア現場の経験は必須である。しかしながら、病院機能分化が社会的に求められる昨今、単独施設でこれら全ての経験をすることは、本県のみならず全国的にも難しくなりつつある。大都市圏では近隣医療圏内で全ての経験を積むことが可

能だが、新潟を含む地方都市では、研修のために長距離の移動・時に都道府県を跨いだ長期研修も必要になると予想される。県内で緩和ケアチーム・緩和ケア病棟・在宅緩和ケアに関する十分な臨床経験数を積むための中心的施設の設置は、今後の人材育成のみならず、近隣都道府県からの積極的な医療者勧誘のためにも必須である。

3) 自宅や施設入所中など、患者居宅で提供される緩和ケア

本県で直接在宅緩和ケアの指標となる統計はないものの、在宅療養支援診療所数は、人口10万人あたり5.0と全国平均10.8に比較して約半数である⁷⁾。本邦における緩和ケアの同項でも述べたが、本県では特に医師単独経営の診療所で、通常の外来受診を中心に訪問診療を並行して行う、比較的人的余裕がない運営形式が多いと思われる。

しかしながら、人的資源の脆弱性も要因となり、直近の10年間において各地域医師会・訪問看護ステーション・訪問介護・訪問調剤薬局などのネットワーク化が盛んに行われ、格段の発展を認めた。

一例として新潟市の在宅医療ネットワークを挙げる。本事業では、新潟市8区を単位として、各区に在宅医療・介護連携ステーションを設置している。目的として病院・診療所・介護支援専門員・介護関係機関の連携を各地域の医療・介護事業に精通した専従・専任職種が支援を行うことを事業化し、継続実施している。同



図3 全死因の在宅死亡割合

様の取り組みは県内他市町村でも認めるが、従前より発足していた自主的な緩和ケアに関する地区活動(勉強会や他職種連携会議)など既存インフラを優先し、官主体の新たな人材・予算投入を行わないことでよりスムーズで地域ニーズにあったシステム構築を目指している⁶⁾。

II 当院における緩和ケアの現況と課題

1) 緩和ケアチーム活動・緩和ケア外来など(緩和ケアに特化しない一般医療機関の緩和ケア)

当院の緩和ケアチームは、従前より緩和ケア外来と一体化した活動をしてきた。緩和ケア専従医師1名、専従看護師2~3名の体制で緩和ケア提供を行う上では実用的であり、外来・入院の期間を問わない一貫した緩和ケア提供に有用だった。また、抗がん治療に直接携わらない医療者の存在を提供し、患者-家族-治療担当チーム間の緩衝材としての臨床実践に有効だった。2018年4月より常勤医師2名体制に移行した後も順調に診療実績が拡大し、現在は月平均外来患者数600名弱と同様規模の全国がん診療連携拠点病院と比較しても極めて多い状態である。

先述した様に当院は精神症状の緩和に関する常勤医師が不在であり、緩和ケア診療加算の算定が出来ない。現在も、全ての開院日に緩和ケア外来を緩和ケア科医師1名、外来看護師1名の体制で、また入院患者への緩和ケアチームサービス提供を緩和ケア科医師1名、緩和ケアセンター専従看護師2~3名の体制で連日実施している。しかし診療実績に対し医療費算定が可能な項目は限られており、継続的な緩和ケアサービス提供に対する医療経済的な背景は脆弱と言わざるを得ない。

2) ホスピス・緩和ケア病棟など(入院で提供される専門緩和ケア)

当院では緩和ケア科発足以前より、診断・治療まではがん急性期医療を行う当院の責務として負い、積極的抗がん治療の終了後の患者は紹介元施設または近隣一般医療機関、緩和ケア病棟・ホスピスへの逆紹介をもって入院による専門的緩和ケアの提供としてきた。緩和ケア科発足以降も状況に全く変化は無く、抗がん治療目的の入院・外来通院中患者の緩和ケア水準の向上に成果を挙げたものの、抗がん治療が適応外となった終末期患者が受療する医療に関しては他院の提供する医療サービスであり、実態が見えない状況が続いている。これは決して当院に限ったことでは無く、近隣高次医療機関の現状とも言える。

長岡赤十字病院では、長岡西病院ビハーラ病棟に、院内がん診療担当医師・看護師による見

学訪問を実施し、好評を得た実績を有している。百聞は一見にしかずの言葉通り、実際にどのようなケアがなされているのかを見ることが、講演会などの実臨床と離れた学習とは違い印象に強いと思われるが、上記の他院で提供される医療サービスに期待するという問題は解決出来ない。

3) 自宅や施設入所中など、患者居宅で提供される緩和ケア

上記緩和ケア病棟の対応と同様、当院での在宅緩和ケアの実践は極めて難しく、近隣医療機関への依頼をもって在宅緩和ケアとしている。しかしながら、本県の現状で述べた通り、在宅緩和ケアの現状は人的・医療経済的にも厳しい状況が続いており、支援する病院の役割はむしろ以前よりも大きくなっている。

幸いに当院の近隣には、在宅緩和ケアに熱心な診療所が多数存在するが、当院の特性上、上中下越全ての県内各地区の患者の診療にあたっている。それぞれの地区の訪問緩和ケアの現状を、常時全て当院に集約することは現実的ではない。今後当院をはじめ、各地区がん診療連携拠点病院の病診連携部門・緩和ケア部門に一層の連携と情報共有が求められる。県がん診療連携拠点病院としての、当院のリーダーシップが求められる。

III 当院の緩和ケアに期待されるもの 課題から考える

1) 緩和ケア臨床活動

院内では、診断早期からの緩和ケア介入が近年増加している。この2年間、緩和ケア外来受診者数は前年比で10~20%程度の増加を示しており、今後も現在の人員数で緩和ケアチーム診療にあたることは、必然的に提供出来るサービスの質低下に帰結する。

これを回避するためには、より効率的なサービス提供方法が必要とされる。全国的に従前は、緩和ケアニーズの高い患者・家族をスクリーニングにより拾い上げ、効率的にサービス提供する方法論が採られていた。しかし、スクリーニングに必要な人員数・データ集約の時間など費用対効果の不効率性に加え、患者毎の個人差、同一患者でも病期やライフイベントなどの時間差で、大きくニーズが異なる緩和ケアの個性性を、一律のスクリーニング法で適切に評価することは倫理・技術的にも最適化に限界がある。

また緩和ケア提供の過度な適正化は、依頼する治療チーム側の萎縮または責任の放棄に結びつきやすく(「敷居が高く、頼みにくい」「厳しいのだから、全て診てもらいたい」)、当院の緩和

ケアチーム・外来では、現在は意図的に全ての依頼を受諾する様にしている。

今後、提供する緩和ケアの質・量を維持したまま、さらに向上させるために、方策を検討しなければならない。本稿では詳細を述べないが、現在検討中の事項として、peer supportの充実(これは患者・医療者ともに、を意図する)と、有償・無償ボランティアの活用、健全な寄付システムの構築を目標に挙げたい。

2019年2月に、当院では緩和ケア病棟が開設される。先述の如く本県の緩和ケア病棟は人口比で全国水準を大きく下回っており、さらになんぞ診療連携拠点病院内に緩和ケア病棟存在しないことから、急性期医療における緩和ケアサービスの重要性について、実感出来る場面は少ない。現在の当院実臨床では、治療が終了した後の緩和ケアは他院に委ねざるを得ない。当院緩和ケア病棟では、治療医治療病棟チームと緩和ケア医・病棟チームが一貫した治療・ケア提供を実施することで、県内他院の緩和ケア・モデルとなることを目指したい。

2) 緩和ケアに関する研究活動

現状では、当院緩和ケア科・チームでは、十分な研究活動はなされていない。当院が今後も本県緩和ケアの中心的役割を果たすためには、継続的な全国水準の多施設共同研究の参加が必要と思われるが、全く参画できていない。2018年現在、ようやく国立がんセンターをはじめとした複数施設との、共同研究に着手したところであり実績は無いに等しい。

後述する緩和ケア教育のためにも、臨床研究の積極的な推進と、県内多施設による共同研究の着手は必須であり、今後の重点的課題としたい。

3) 緩和ケア教育活動

本県全体でも、この10年間専門的緩和ケアを提供する医師・看護師・薬剤師に関しては新規人材が活発に育成されているとは言い難い状況が続いている。

緩和ケア教育には大きく二つ、一般医療者向けの緩和ケア研修会など卒後教育と、卒前教育としての学生教育が挙げられる。

緩和ケア研修会に関しては、2019年より国指定の新指針に変更され集合研修に関しては1日で修得が可能となった。開催を義務づけられているがん診療連携拠点病院側の負担は小さくなったが、今後の緩和ケアの多様化(本稿では詳細を述べていないが、今後大きなニーズの拡大は、慢性心不全・認知症・慢性閉塞性肺疾患の三疾患関連領域と思われる)を考えるに、負担軽減だけではなく開催数や開催主体の多様化が必要と思われる、むしろ

当院の役割として実施主体だけではなく、コーディネート業務の増加が予測される。

一方卒前教育については、全国的には系統的な提供がなされている地域は少ない。各施設とも手探りの状態が続いており、必然的に学生時代に緩和ケアに接する機会が少なく、本県の現状からは卒後でも臨床を経験することは限られている。

当院は本県唯一の医学教育課程である新潟大学医学部及び医歯学総合病院に至近であり、積極的に病院実習の受け入れを行っている。また、多数の看護系研修・実習を受け入れており卒前・卒後の医療者に緩和ケア臨床を経験する機会を有している。

当院で提供出来る、緩和ケアチーム・外来・病棟の一連の経験は教育上、極めて重要な存在であり、今後も積極的な教育活動は重要である。

IV ま と め

広く本邦、新潟県と当院の置かれた緩和ケアの現状について述べた。

当院が新潟県の緩和ケアで果たさなければならない役割は大きい。本県の人口構成の変化と、緩和ケア対象疾患の多様化により、緩和ケアの需要は確実に今後も増大し続ける。

激変する当院を取り巻く医療環境の中で、臨床での緩和ケアサービス提供と共に、将来さらに増大・逼迫するであろう緩和ケア提供側の医療者育成と臨床研究のために、県立がんセンター新潟病院緩和ケアチーム・外来・病棟がその礎となることを強く祈り、稿を終える。

参考文献

- 1) 原 義雄, 原明: 新版・ホスピス・ケア 看取りの医療への提言. メヂカルフレンド社 1983.
- 2) 中澤葉宇子, 笹原朋代, 木澤義之: 6. 緩和ケアチームのこの10年. 志真泰夫, 恒藤暁, 細川豊史 ほか編. スピス緩和ケア白書2018 がん対策基本法 これまでの10年 これからの10年, 青海社, pp 52-57, 2018.
- 3) 株本千鶴: ホスピスで死にゆくということ 日韓比較からみる医療化現象. 東京大学出版会 2017.
- 4) 佐藤一樹, 志真泰夫: 5. 緩和ケア病棟のこの10年. 志真泰夫, 恒藤 暁, 細川豊史, ほか編. ホスピス緩和ケア白書2018 がん対策基本法 これまでの10年 これからの10年. 青海社, pp 48-51, 2018.
- 5) 五十嵐尚子, 宮下光令: 1. データでみる日本の緩和ケアの現状. 志真泰夫, 恒藤 暁, 細川豊史, ほか編. ホスピス緩和ケア白書2018 がん対策基本法 これまでの10年 これからの10年. 青海社, pp 98-135, 2018.
- 6) 新潟市在宅医療・介護連携センター: 在宅医療・介護連携ステーション概要. [引用2019-1-5] <http://www.niigata-rc.org/members/>
- 7) 3. 緩和ケア関連の資料. 志真泰夫, 恒藤 暁, 細川豊史, ほか編. ホスピス緩和ケア白書2018 がん対策基本法 これまでの10年 これからの10年. 青海社, pp 138-161, 2018.