

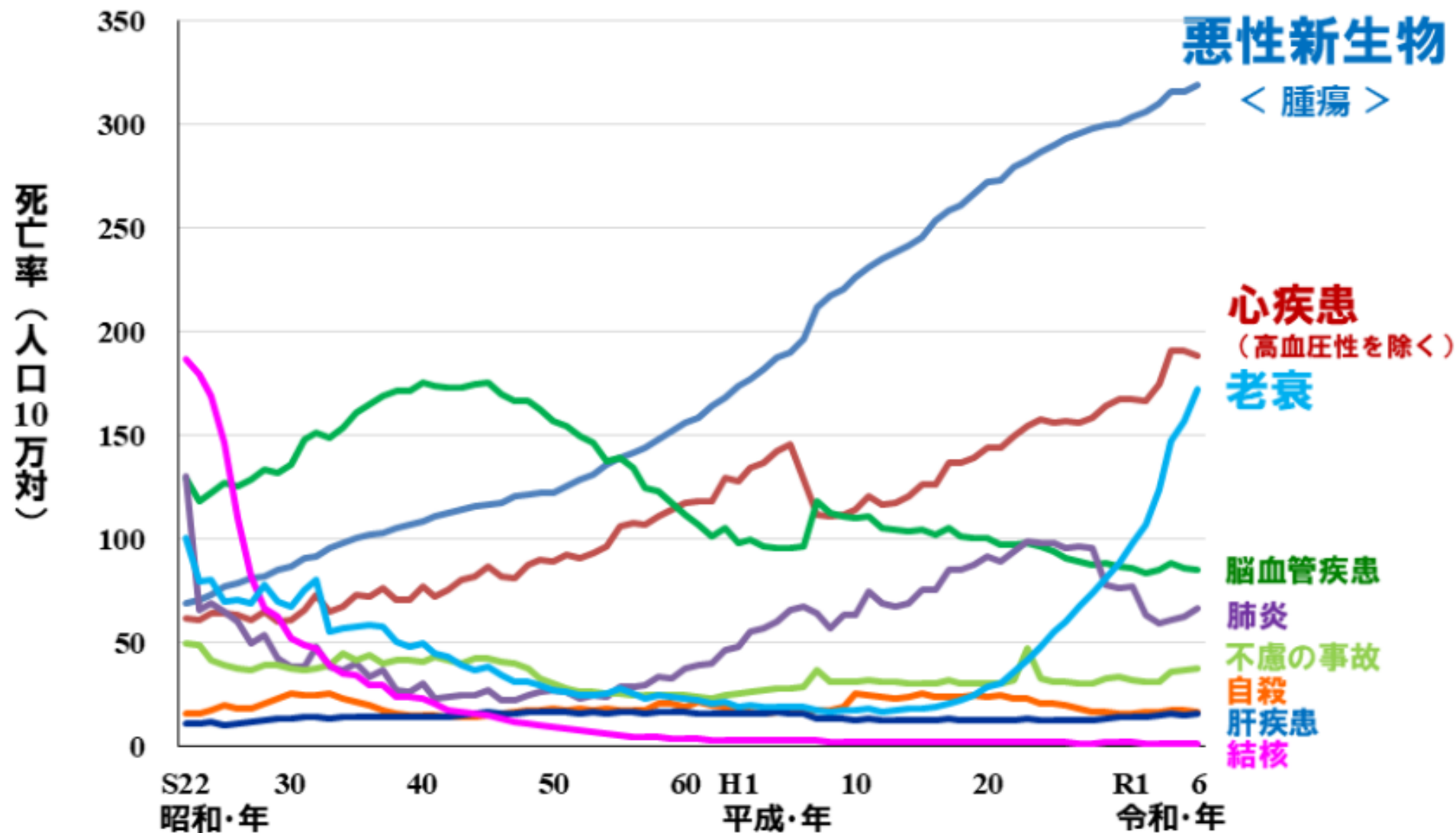
変わりゆく緩和ケア病棟の役割と 専門的緩和ケアの再定義

日本ホスピス緩和ケア協会 理事長
医療法人若葉会 六甲病院 病院長
安保 博文

今、緩和ケア病棟で起きていること

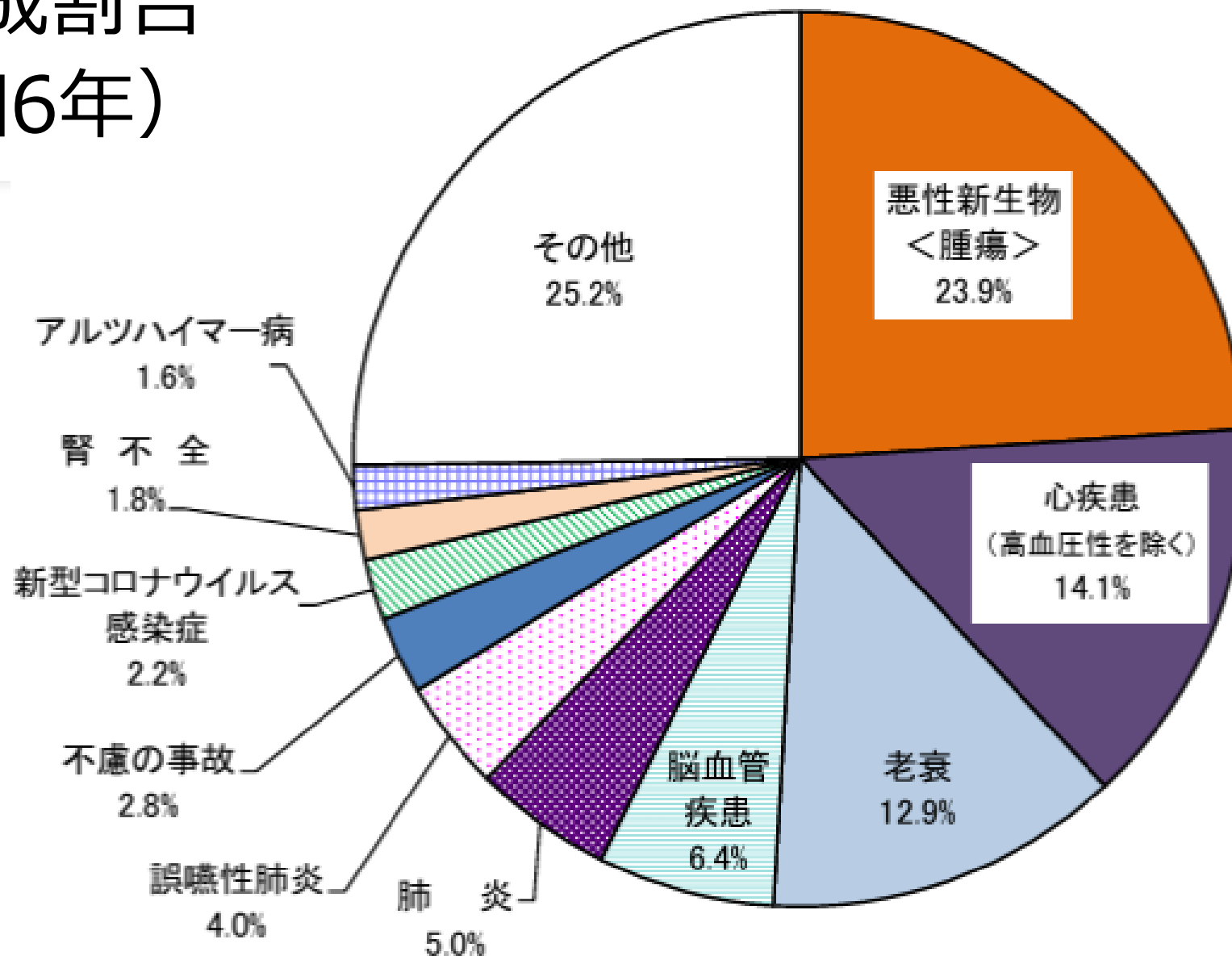
- ◆ 多疾患合併の高齢がん患者増加
- ◆ 自宅・施設療養中のがん患者の緊急入院の要請増加
- ◆ 介護施設のコストや悪化時の対応困難を理由とする退院調整困難
- ◆ 家族のつながりの希薄化と在宅介護力の低下
- ◆ 病院医療への過剰な期待に伴う葛藤の増大
- ◆ 病院全体の経営逼迫による病床運営へのプレッシャー
- ◆ 長期療養目的でのホスピス型住宅への退院の増加

主な死因別に見た死亡率（人口10万対）の年次推移



出典：令和6年(2024) 人口動態統計月報年計(概数) の概況．厚生労働省．令和7年6月

主な死因の構成割合 2024年（令和6年）



出典：令和6年(2024) 人口動態統計月報年計(概数) の概況．厚生労働省．令和7年6月

少子高齢化による療養場所への影響

◆ 少子高齢化と多死社会

：出生数 1994年 125万人 → 2024年 69万人

：死亡者数 1994年 90万人 → 2024年 160万人

➤ 独居・老老介護世帯の増加

➤ 在宅介護力の弱体化

→ 在宅療養は“贅沢”に？

少子高齢化：成熟の代償、科学の宿命

- ◆ 少子化は、貧困や疫病といった前近代の脅威を克服し、子どもを労働力や老後の保障とする経済構造から脱却し、女性の自由と教育水準を高めたことによる「**近代社会の成熟の代償**」である。
- ◆ 高齢化は、文明と医学の進歩によって、感染症や急性疾患による早期の死を減らし、慢性疾患と共に長く生きることが可能になると同時に、死へのプロセスをより長く複雑なものへと変化させた「**科学の発展の成果の宿命**」である。

老後のケアの役割を社会でいかに担うのか？

- ◆ 近代文明が家族から解放した
 - ・（長く複雑になった）老後のケアの責任
 - ・ 親族や地域が担ってきた死別と死別後のケアの役割を、社会はいかに引き受け、再構築していくのか？
- ◆ 私たちの緩和ケアは、その中で何を担い、何を変えていくのか？

従来の緩和ケア病棟の役割の限界

- ◆ 緩和ケア病棟の制度は現在のニーズに適合しづらい
 - 主として苦痛を有するがん患者を対象
 - 在宅への移行を促す逡減型の診療報酬
- ✓ がんの診断なしでの入院は困難
- ✓ 多疾患合併高齢患者の看取りを含む中長期管理には不向き
- ✓ 患者・家族の希望と病床運用の矛盾がスタッフのストレスに

非がん疾患への緩和ケアの必要性

- ◆ 慢性心不全・腎不全・呼吸不全・認知症など、長期の経過をたどる病態による死亡者数の増加
- ◆ 治療と症状緩和を継続しつつ、希望と不安、治療の継続と中止に関わる臨床倫理的支援が必要
- ◆ 外来・在宅段階からの早期関与と、穏やかな看取りと死別後のケアを支える連携が重要
- ✓ 緩和ケアチーム・緩和ケア病棟の対象疾患拡大（末期呼吸器疾患・終末期の腎不全）が検討されている

現代社会と医療の課題を象徴する終末期腎不全

◆ 腎不全の現状

- 透析患者：34万人以上
- 糖尿病性腎症が最多、55%が70歳以上
- 多疾患・高齢化・フレイルが重なる
- 年間死亡者数：3.8万人

◆ 腎不全特有の苦痛・苦悩

- 呼吸困難、掻痒、悪心、不眠、疼痛
- 治療継続/中止/再開の倫理的葛藤

✓ “延命技術が支える生の限界”が露わになる領域

医療の高度化と意思決定の複雑化

- ◆ 医療技術の進歩で治療継続・中止の判断が複雑化
 - 高齢者世代：医療の限界と自然な死を受容
 - 子世代：医療・介護の進歩に期待し延命志向→ 価値観のずれが医療方針の迷走を招く
- ✓ 医療の高度化によって、家族間の価値観の不一致が生じ、治療に携わる医療者の心理的負担が増加する傾向

緩和ケア病棟スタッフの得意領域

- ◆ 治療と苦痛緩和のケアの両立
- ◆ 希望と現実の調整
- ◆ 医療の意味や限界について話し合う経験
- ◆ 患者・家族の価値観の揺れを支えるチーム力
- ◆ 夕方～夜間の関わりによる理解と共感の効用
- ◆ 看取りのプロセスを、生活・医療・関係性の中で捉え直す力
- ✓ こうした“対話と意思形成支援の専門性”こそ、社会が今もっとも必要としているもの

新しい専門的緩和ケアの定義

専門的緩和ケアとは：

- ◆ 苦痛緩和
 - ◆ 治療の継続／変更／終了の意思形成支援
 - ◆ 価値観・関係性の再構築を支えるケア
- ✓ 病気の進行に伴い揺れる“意味づけのプロセス”を支える実践知である。

意思形成のプロセスを支える多職種の反復支援

- ◆ 死別と喪失のプロセスの強い負担感
 - ◆ 価値観の不一致（本人vs 家族、家族内、家族vs 医療者）
 - ◆ 認知症の増加、家族関係の希薄化による代理決定の複雑化
- ✓ 多職種による反復的支援を通じて、揺れに寄り添いながら、本人と周囲の人々が「共に理解する」「一緒に考え直す」過程を共にする

緩和ケア病棟の機能の多様化

- ◆ 症状緩和型：短期入院での集中的症状緩和
 - ◆ 看取り重視型：長めの滞在で穏やかな最期を支える
 - ◆ 倫理・意思形成支援型：治療方針の再構築を支える
 - ◆ 地域のハブ型：病院・在宅・介護施設の媒介点
 - ◆ 教育拠点型：次世代育成、多職種研修の核
- ✓ 地域と施設の特性に応じて、選択可能なモデルを実践

緩和ケアの二層構造

◆ 基本的緩和ケア

- すべての医療介護職が担う、日常の医療と介護に溶け込んだケア
- 苦痛の初期対応と基本的なニーズの共有
- 困ったら専門家に投げていい、自分で抱え込まなくていい、というトリアージ能力

◆ 専門的緩和ケア

- 複雑な苦痛、困難な意思形成、関係の再構築を多職種で支える
- 医療と社会、生と死をつなぐ実践知

緩和ケアの未来像

- ◆ 死を意識せざるを得ない状況において、価値観と関係の再構築を社会全体で支援する
 - 進歩と限界を併せ持つ医療の理解
 - 大きく変化する生活を多様な職種が支援
 - 死別後のケアを支える地域社会の仕組み
- ✓ 死は誰にも訪れるが、誰もが一人では受けとめられない
- ✓ 医療・介護、専門職と市民の枠を超えて、学びあい、支え合うことが必要

専門的緩和ケアの研修の提供

- ◆ 緩和ケア病棟入院料の施設基準：専門的な研修
 - 1)～12) 省略
 - 13) 緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。
- ✓ 研修の対象者を拡大（介護施設職員、ケアマネジャーetc.）
- ✓ 相互乗り入れ研修を行う
- ✓ 複雑な苦痛、意思形成、関係の再構築へのケアのプロセスを共有する

感染対策向上加算モデルの応用による 地域緩和ケアの質向上の制度設計の一案

- 地域で連携がある、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケア施設・介護施設等の参加による年4回のカンファレンス開催
- 緩和ケアに関する相談に随時応じる体制
- 介護施設から求められた場合、現地に赴いての助言
- ◆ 上記を満たす場合、緩和ケア連携向上加算を算定

結び：医療と社会、生と死をつなぐ緩和ケアへ

少子高齢多死社会において、私達の緩和ケアは何を担うのか？

- ◆ ホスピス・緩和ケアの理想を描くとか啓蒙するのではなく、変化する社会の中で生と死をどう支えるかを共に設計する
- ◆ 日常のケアと穏やかな看取りは地域包括ケアを担う人々に委ねつつ、困難な局面では必ず専門的緩和ケアが支える
- ◆ すべての疾患において、「迷った時のコンパス（相談機能）」と「困った時のシェルター（入院機能）」を提供する
- ✓ 専門的緩和ケアは生と死の境界領域の複雑性に対応する