

ホスピス緩和ケア白書 2012

ホスピス緩和ケアに関する 統計とその解説

編集 (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会

志真 泰夫 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
恒藤 暁 大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学寄附講座
松島たつ子 ピースハウス病院 ホスピス教育研究所
宮下 光令 東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野
山崎 章郎 ケアタウン小平クリニック

序 文

柏木 哲夫

(日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団理事長)
金城学院学院長

わが国のホスピス・緩和ケアの現状を概観する『ホスピス緩和ケア白書』は今回の2012年度版で9冊目になる。1970年代に始まった日本のホスピス運動は着実に広がり、公認のホスピス・緩和ケア病棟は244施設、4,836床(2012年2月10日現在)になった。

『ホスピス緩和ケア白書』では、2004年にホスピス緩和ケアの取り組みの概況を俯瞰し、2005年ではホスピス緩和ケアの質の評価および関連学会・研究会の動向を紹介した。また、2006年は緩和ケアにおける教育と人材の育成をテーマに、2007年は緩和ケアにおける専門性、特に緩和ケアチームと緩和ケア病棟に焦点を当てた。2008年には緩和ケアにおける医療提供体制と地域ネットワークの状況をまとめ、2009年には緩和ケアの普及啓発・教育研修・臨床研究を取り上げるなど、わが国のホスピス緩和ケアの現状や進歩を概観できるように企画し、発行してきた。2010年版では「ホスピス緩和ケアにおけるボランティアとサポートグループの活動」を取り上げた。『ホスピス緩和ケア白書2011』では「がん対策基本法」「がん対策基本計画」の前後でホスピス緩和ケアがどのように変わったのか、また課題がどのようなところにあるのかなどについて、経過も含めて振り返った。

『ホスピス緩和ケア白書2012』では、これまで緩和ケアの種々データが蓄積されており、「ホスピス緩和ケアに関する統計と解説」をテーマに掲げた。1992年に昭和大学で初めて緩和ケアチームが結成され、2002年の診療報酬改定により加算が設定された。そして、2007年4月の「がん対策基本法」によって設置が義務づけられた緩和ケアチームは増加傾向にあるが、その動向を紹介する。緩和ケア病棟については、これまで雑誌・書籍などで統計的なデータが掲載されてきたが、至近の実態を解説する。また、統計的なデータが収集されてこなかった緩和ケア外来の実情も可能な範囲で取り上げる。

さらに、拠点病院や在宅ではどのような緩和ケアが行われているのか、緩和ケアにおける専門・認定制度が始められている医師・看護師・薬剤師の教育の経緯や現状も解説する。統計的なデータとはいえないが、緩和ケアに関わる診療報酬は緩和医療の基礎となるものであり、変遷などを述べる。

今回の白書は、緩和ケアに関するわが国で初めてのまとまった統計データの解説であり、どういう統計がこれまでとられ、また今後必要なデータは何かを探る意味合いも持っている。緩和医療・ケアの向上のために、さらなる実態調査が望まれる。

目 次

序 文	柏木 哲夫	iii
I. 緩和ケアチームの動向と現状		
1. 緩和ケアチームの全国調査	木澤 義之	1
2. 日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録結果報告	富安 志郎, 他	6
II. 緩和ケア病棟の動向と現状		
1. 日本ホスピス緩和ケア協会の調査データからみた 緩和ケア病棟の現況	佐藤 一樹	10
2. 日本ホスピス緩和ケア協会および日本医療機能評価 機構のデータ	小野 充一, 他	18
III. 緩和ケア外来の動向と現状	木澤 義之	28
IV. がん診療連携拠点病院の緩和ケアの動向と現状	宮下 光令	30
V. 在宅緩和ケアの動向と現状	鈴木 雅夫, 他	40
VI. サイコオンコロジーの動向と現状—がん診療連携拠点病院 緩和ケアチームに携わる精神症状緩和担当医師の現状調査	小川 朝生	46
VII. 緩和ケアに関する教育		
1. 医師卒前教育の実態調査と進行中の活動	高宮 有介	52
2. 医師に対する緩和ケア教育—PEACE プロジェクト	山本 亮	55
3. 看護師の緩和ケアに関する教育	竹之内 沙弥香	58
4. 薬剤師の緩和ケアに関する教育	伊勢 雄也, 他	62
VIII. 緩和ケアに関する学会などについての情報		
1. 日本緩和医療学会	有賀 悦子	65
2. 日本サイコオンコロジー学会, 日本総合病院精神医学会	明智 龍男	71
3. 日本がん看護学会, 日本小児がん看護学会, 日本看護系 大学協議会, 日本看護協会	内布 敦子, 他	74
4. 日本緩和医療薬学会	鈴木 勉, 他	78
5. 日本死の臨床研究会	末永 和之, 他	81

IX. 緩和ケアで使われる薬剤の動向と現状—オピオイド使用量

など薬剤に関するデータ 鈴木 勉, 他 85

X. 診療報酬の変遷と現状

1. 病院・緩和ケア病棟 加藤 雅志 90

2. 在宅 山田 雅子 94

XI. (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

2011年度 事業活動(進捗状況)報告 大谷 正身 97

[資料]

1) ホスピス緩和ケアの歴史を考える年表 101

2) がん診療連携拠点病院指定一覧 104

3) 緩和ケア診療加算届出受理施設一覧 113

4) 緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧 117

I. 緩和ケアチームの動向と現状

1. 緩和ケアチームの全国調査

木澤 義之

(筑波大学 医学医療系臨床医学域)

背景

2007年に施行されたがん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画（2007年6月15日閣議決定）において緩和ケアの推進がその重要な施策のひとつとして位置づけられた。2009年4月の時点で全国に375のがん診療連携拠点病院が整備され、がん診療拠点病院のすべてに緩和ケアチームの設置が義務づけられた。また、日本ホスピス緩和ケア協会が各都道府県厚生局に対して行った調査によれば（回収率100%）、全国で133施設が緩和ケア診療加算届出受理施設とされている。がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームのストラクチャーに関しては医療水準調査等で調査が行われその概要が明らかとなっているが、がん診療連携拠点病院のみの調査であり、加えて患者数、診療の場所、依頼内容、患者の背景などが明らかとなっていない。

調査方法

2010年10月～2011年1月に郵送法による無記名質問紙調査および電話による聞き取り調査を行った。下記の4条件に当てはまる828施設の緩和ケアチーム担当者、もしくは緩和ケア担当者に依頼状と質問紙を郵送した。ひとつの施設には重複して郵送しないように1施設1通のみ質問紙を郵送することとした。

① 2010年4月1日時点におけるがん診療連携拠点病院

② 2010年8月1日時点における日本緩和医療学会評議員、または暫定指導医、または緩和医療専門医の所属施設

③ 2010年7月17日時点における日本ホスピス緩和ケア協会加盟の緩和ケア病棟のある施設

④ 2008年9月1日～2009年3月31日までに日本緩和医療学会主催緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会を修了した医師の所属する施設

質問紙を郵送する前に、緩和ケア研修会修了者が登録しているメーリングリスト等を通して本調査の実施に対して事前および研究実施中に呼びかけた。未返送施設には、はがきで1回督促を行い、さらに返送のない施設には研究代表者が電話で督促および聞き取りを行い、聞き取りにて緩和ケアチームがないと回答した施設は、緩和ケアチームなし、回答ありとして処理した。

調査結果

① 概要

828施設に調査票を送付し、785施設（郵送720施設、電話で回答65施設）から回答を得た（返送率90.7%）。返送施設のうち、緩和ケアチームがあると回答した施設は541施設（65.3%）であった。

② 緩和ケアチームがあると回答した施設の背景（表1）

緩和ケアチームがあると回答した541施設のうち、がん診療拠点病院である施設が265施設、大学病院が81施設、その他の病院が213施設、診療所が5施設、その他が2施設であった（複数回答）。緩和ケアチーム診療加算を算定している施設は150施設（27.7%）であった。また、541施設のうち緩和ケア病棟を持っている施設が107施設（19.8%）あり、そのうち緩和ケア病棟入院科

表 1 緩和ケアチームがあると回答した施設の概要

項目		n=541	割合 (%)
施設の種別	がん診療拠点病院	265	49.0
	大学病院	81	15.0
	その他の病院	213	39.4
	診療所	5	1.0
	その他	2	0.4
緩和ケアチーム加算の算定	あり	150	27.7
	なし	391	72.3
緩和ケア病棟の有無	あり	107	19.8
	なし	434	80.2

表 2 緩和ケアチームの概要とスタッフの配置

項目	総数	コンサルテーション数		p
	n=541	年間 100 例以下 n=337	年間 100 例以上 n=178	
緩和ケアチームのスタッフ配置				
専従の医師がいる	214 (39.6)	81 (24.2)	125 (70.6)	<0.001 ***
専従の看護師がいる	374 (69.1)	206 (61.3)	154 (87.0)	<0.001 ***
がん専門看護師がいる	120 (22.2)	65 (19.3)	48 (27.1)	0.043 *
緩和ケア / がん性疼痛認定看護師がいる	402 (74.3)	235 (69.7)	152 (86.4)	<0.001 ***
常勤の精神科医がいる	321 (59.3)	168 (50.1)	138 (77.5)	<0.001 ***
薬剤師がいる	526 (97.2)	327 (97.0)	175 (98.3)	0.378
ソーシャルワーカーがいる	418 (77.3)	266 (79.4)	134 (75.3)	0.284
緩和ケアチームの体制				
緩和ケア外来の存在, n (%)	409 (75.6)	237 (70.3)	154 (86.5)	<0.001 ***
地域緩和ケアチームの有無, n (%)	74 (13.7)	39 (11.6)	32 (18.0)	0.046 *
緩和ケアチームの活動が明文化されている	489 (90.4)	304 (90.7)	166 (93.8)	0.309
緩和ケアチームへの紹介方法が周知されている	502 (92.8)	283 (84.0)	170 (98.3)	0.004 **
平日中にはいつでもコンサルテーションを受けられる体制がある	369 (68.2)	206 (61.3)	155 (85.5)	<0.001 ***
週 1 回以上カンファレンスが行われている	492 (90.9)	296 (88.1)	176 (98.9)	<0.001 ***

欠損値のためにいくつかの項目で合計値が 100%未満となっている。* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

を算定している施設が 99 施設あった。

③ 緩和ケアチームにおける専従スタッフの配置 (表 2 上段)

緩和ケアチームの人員配置は、専従医師が配置されているチームが 214 施設 (39.6%)、専従看護師が配置されているチームは 374 施設 (69.1%) であった (ここでいう専従とは、勤務時間の 80%以上を緩和ケアチームの業務にあてているものを指す)。緩和ケアチームに認定看護師 (緩和ケアもしくはがん性疼痛認定看護師) は 402 施設

(74.3%)、がん専門看護師が配置されている施設は 120 施設 (22.2%)、常勤の精神症状の緩和に携わる医師は 321 施設 (59.3%)、薬剤師は 526 施設 (97.2%)、ソーシャルワーカーは 418 施設 (77.3%) で配置されていた。

また、専任以上 (ここでいう専任以上とは 50%以上の時間を緩和ケアチームの業務にあてているものを指す) の医師の配置をみると、0 名である施設が 104 施設 (19.2%)、1 名が 210 施設 (38.8%)、2 名が 111 施設 (20.5%) であり、3 名以上が配置されているとした施設は 47 施設

表3 わが国における緩和ケアチーム（PCT：Palliative Care Team）の活動

項目	全 PCT n=541	保険算定基準 を満たした PCT n=150	保険算定基準を 満たさない PCT n=388	p
年間新規診療患者実数 (n, 平均±SD, 中央値)	51,014, 99.1±104.2,70	169.3±139.2	71.2±69.6	<0.001*
年間新規診療患者数の分布 (n)	n (%)			
≤49	186 (34.4)	22 (14.7)	163 (42.0)	
50～99	151 (27.9)	25 (16.7)	126 (32.5)	
100～149	74 (13.7)	30 (20.0)	43 (11.1)	
150～199	41 (7.6)	22 (14.7)	19 (4.9)	
200～249	24 (4.4)	18 (12.0)	5 (1.3)	
250～299	12 (2.2)	6 (4.0)	6 (1.5)	
300≤	27 (5.0)	22 (14.7)	5 (1.3)	

欠損値のためにいくつかの項目で合計値が100%未満となっている。SD：標準偏差，*p<0.001

(8.7%)であった。そして、専任以上の看護師の配置が0名である施設が69施設(12.8%)、1名が333施設(61.6%)、2名が59施設(13.1%)、3名以上が34施設(7.5%)みられた。同じく専任以上の薬剤師が配置されている施設が226施設(50.1%)みられた。

専従医師、専従看護師、認定看護師、常勤の精神科医が配置されている施設の割合は、年間100件以上の新規コンサルテーション患者がいるチームで有意に高かった。

④ 緩和ケアチームの体制 (表2下段)

緩和ケアチームの体制としては、緩和ケア外来診療機能をもつ施設が409施設(75.6%)、地域緩和ケアチーム診療機能をもつ施設が74施設(13.7%)であった。緩和ケアチームの活動指針が明文化されている施設が489施設(90.4%)、緩和ケアチームへの紹介(コンサルテーション)を行う手順が明文化され周知されていると回答した施設が502施設(92.8%)であった。

緩和ケアチームのいずれかのメンバーが週3回以上、直接患者を診療する活動を行っている施設が369施設(68.2%)、緩和ケアチームのカンファレンスが週1回以上行われていると回答した施設は492施設(90.9%)であった。緩和ケアチームのいずれかのメンバーが週3回以上、直接患者を診療する活動を行っている、緩和ケアチームのカンファレンスが週1回以上行われている施設の割

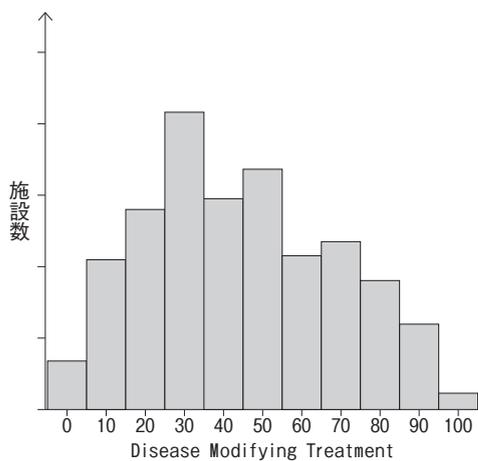
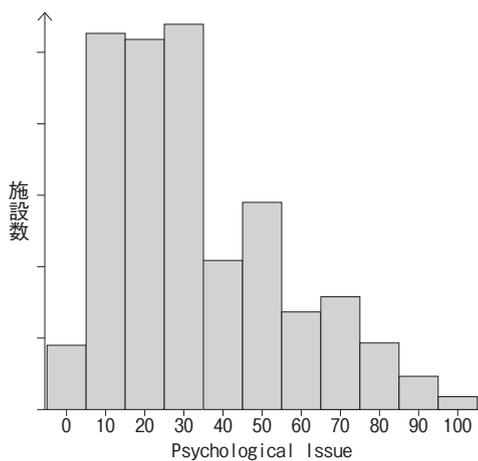
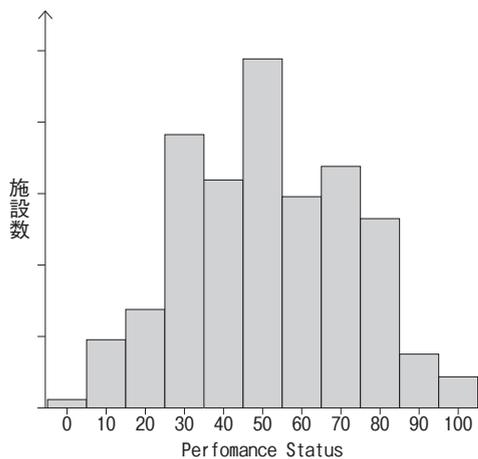
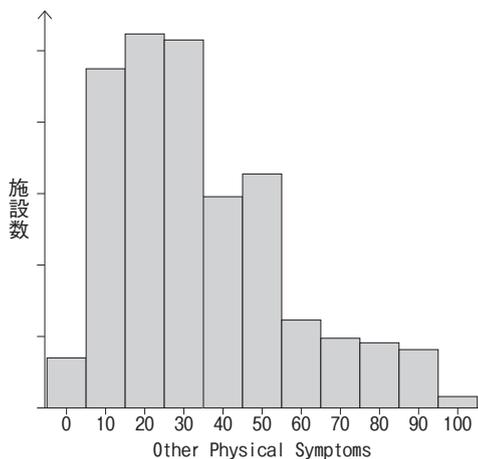
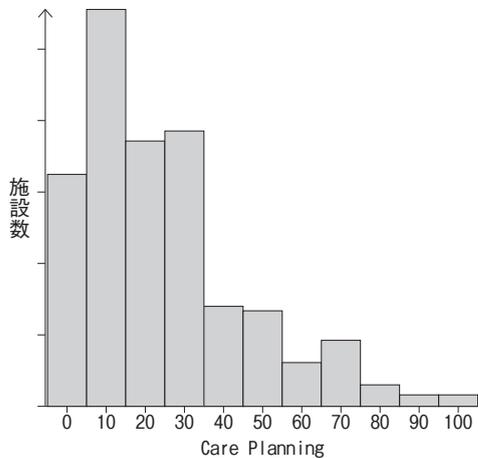
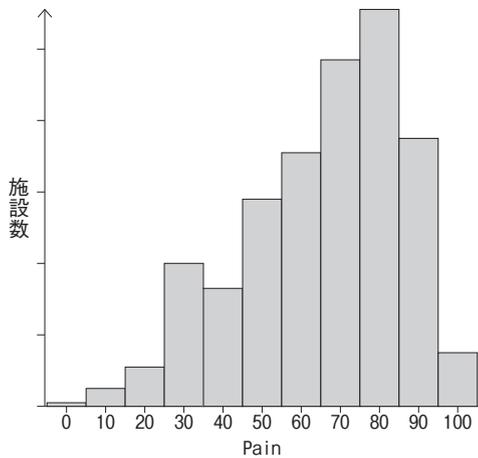
合は、年間新規コンサルテーション数が100例以上の施設で、それ以下の施設に比べて有意に高かった。

⑤ 緩和ケアチームが診療を担当した患者数 (表3)

緩和ケアチームが新規に診療を行った実患者数は2009年4月1日から2010年3月31日までの1年間で、541施設を合計して51,014名(平均99.1名、中央値70名)、入院で新規に診療を行った患者数は43,716名(平均86.1名、中央値62名)、外来で新規に診療を行った患者数は10,216名(366施設、平均26.7名、中央値9名)、地域緩和ケアチームで診療を行った患者数は519名(63施設、平均6.9名、中央値2名)であった。新規コンサルテーション数は、総数、入院、外来、地域ともに保険算定基準を満たした緩和ケアチームで有意に多かった。

⑥ 緩和ケアチームにコンサルテーションがあった患者の背景 (図1)

緩和ケアチームに診療の依頼があった入院患者のうち依頼理由の中で疼痛の緩和の占める割合が50%以上と回答した施設が437施設(80.8%)、疼痛以外の身体症状が30%以上と回答した施設は146施設(27.0%)、精神症状の緩和や精神的支援が30%以上と回答した施設は296施設(54.7%)、治療療養の場の調整が占める割合



依頼内容：全依頼患者のうち、当該事項を依頼理由としたコンサルテーションの割合、依頼患者の状況：疼痛、その他の身体症状、精神症状、治療・療養の場の調整／Performance Status (PS)、Disease Modifying Treatment を受けている人の割合

図1 コンサルテーションの依頼内容と依頼患者の状況

が30パーセント以上と回答した施設は173施設(32.0%)であった。

また、緩和ケアチームに依頼があった時点で患者のPS(全身状態)が3以上である割合が50%を超えると回答した施設が285施設(52.7%)あり、依頼時にがん治療を目的とした化学療法および放射線治療(疼痛を伴う骨転移に対する緩和照射など症状緩和目的のものを除く)を受けている患者の割合が50%を超えた施設は222施設(41.0%)あった。

このデータからいえること

本調査は、われわれの知るかぎり、わが国の緩和ケアチームの実数、診療患者数、依頼理由、緩和ケアチームのスタッフの配置を全国調査した初めてのものである。この調査から、専門的緩和ケアサービスのひとつである緩和ケアチームの利用率は、緩和ケアチームの診療した新規患者数51,014名を2009年度のがん死亡者数344,105名で割ると、14.8%と推計される。正確なデータは明らかとなっていないが、2000年前後にはわず

かな数しか活動していなかった緩和ケアチームとそのチームが診療している患者数は急激に増加したことが推察される。

緩和ケアチームのスタッフの配置をみると、専門的緩和ケアサービスとして十分ではないチームもみられ、また新規コンサルテーション数が多い施設は、スタッフの配置がより充実していた。絶対的な医師・看護師不足という社会的背景もあり、緩和ケアチーム診療加算の算定が難しいという現状もあることから断言することは難しいが、今後は緩和ケアチームの質の向上、スタッフの配置を促進するような政策的工夫が必要であると考えられる。

また、緩和ケアチームの活動内容をみると、疼痛をはじめとする身体症状の緩和が最も多いが、精神症状の緩和や治療療養の場の調整などを行っているチームもみられた。また、disease modifying treatmentと並行して緩和ケアのコンサルテーションを受けている患者の割合が50%を超えた施設が4割を超え、より早期から緩和ケアが提供される体制が整備されつつあることが明らかとなった。

I. 緩和ケアチームの動向と現状

2. 日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録結果報告

富安 志郎^{*1, 2} 橋爪 隆弘^{*1, 3} 小山 富美子^{*1, 4} 加賀谷 肇^{*1, 5}
安部 能成^{*1, 6} 田村 里子^{*1, 7} 高田 正史^{*8}

(^{*1} 日本緩和医療学会 専門的緩和ケア推進委員会 ^{*2} 長崎市立市民病院 麻酔科・緩和ケアチーム ^{*3} はしづめクリニック ^{*4} 近畿大学医学部附属病院 看護部 ^{*5} 済生会横浜市南部病院 薬剤部 ^{*6} 千葉県立保健医療大学 健康科学部リハビリテーション学科 ^{*7} 医療法人東札幌病院 診療部 MSW 課 ^{*8} 長崎大学病院 麻酔科・緩和ケアチーム)

はじめに

全国の緩和ケアチームの診療形態、活動内容を明らかにすることを目的に日本緩和医療学会において全国の緩和ケアチームの2010年度活動実績登録を行った。

対象と方法

対象は下記定義を満たす全国の緩和ケアチームとした。緩和ケアチームは「緩和ケアを専門とする医師、看護師などを含めたチームによるケアの提供体制」と定義し、常勤の医師が1名以上配置されていること、および全人的苦痛の緩和に関する専門家と協力する体制があること、を条件とした。

方法はオンラインによる質問紙調査とした。調査項目は施設の種類の(国指定都道府県、地域がん診療連携拠点病院、都道府県独自指定拠点病院)、緩和ケアチームの構成(職種と専従性)、活動(周知と活動時間)、コンサルテーション実績(依頼件数・内容)などとした(http://www.jspm.ne.jp/html/pct_inp110525.pdf)。

統計学的解析には Chi square test などを用い、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。

結果 (http://www.jspm.ne.jp/pct/report_jsmpmct2010.pdf)

今回、371施設が登録を行い、このうち国指定

表1 施設の種類と登録数

	登録数
全体	371
都道府県がん診療連携拠点病院	50 (94.3%) ^{注1)}
地域がん診療連携拠点病院	185 (55.2%) ^{注2)}
都道府県独自指定	53
指定なし	83
診療加算あり	118 (88.3%) ^{注3)}
診療加算なし	253
500床以下	181
501～1,000床	166
1,001床以上	24

都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院：国が指定した拠点病院。

都道府県独自指定：

都道府県が独自に指定したがん診療の拠点病院。

指定なし：国からも都道府県からもがん診療に関する指定を受けていない。

診療加算：緩和ケア診療加算

注1) ()内は国立がん研究センター中央病院、東病院を含む都道府県がん診療連携拠点病院(総数53)に対する登録施設の割合(登録率)を示す。

注2) ()内は2010年4月時点で登録されている地域がん診療連携拠点病院(総数335)に対する登録施設の割合(登録率)を示す。

注3) ()内は2010年2月時点で登録されている緩和ケア診療加算算定施設(133)に対する登録施設の割合(登録率)を示す。

がん診療連携拠点病院の指定を受けている施設が235施設であった(表1)。今回登録のなかった国指定がん診療連携拠点病院153施設を加えると、現在少なくとも524施設で緩和ケアチームが活動していると考えられ、今回はそのうちの約70%が登録を行ったことになる。

医師、看護師、薬剤師はほぼすべてのチームに

表2 チームの構成（兼任以上；兼任・専任・専従を含む）

	医師	精神科医師	看護師	薬剤師
全体（371施設）	370（99.7）	289（77.9）	369（99.5）	366（98.7）
都道府県がん診療連携拠点病院（50施設）	50（100）	47（94） ^{b,c}	50（100）	50（100）
地域がん診療連携拠点病院（185施設）	185（100）	161（87） ^{d,e}	185（100）	184（99.5）
都道府県独自指定（53施設）	53（100）	37（69.8） ^f	53（100）	52（98.1）
指定なし（83施設）	82（98.8）	44（53）	81（97.6）	80（96.4）
500床以下（181施設）	180（99.4）	116（64.1）	179（98.9）	178（98.3）
501～1,000床（166施設）	166（100）	149（89.8） ^g	166（100）	164（98.8）
1,001床以上（24施設）	24（100）	24（100） ^g	24（100）	24（100）
	MSW	リハビリテーション	臨床心理士	栄養士
全体（371施設）	283（76.3）	202（54.4）	191（51.5）	231（62.3）
都道府県がん診療連携拠点病院（50施設）	34（68）	22（44）	26（52）	29（58）
地域がん診療連携拠点病院（185施設）	147（79.5）	109（58.9）	113（61.1）	119（64.3）
都道府県独自指定（53施設）	45（84.9）	28（52.8）	25（47.2）	31（58.5）
指定なし（83施設）	57（68.7）	43（51.8）	27（32.5）	52（62.7）
500床以下（181施設）	140（77.3）	116（64.1）	79（43.6）	118（65.2）
501～1,000床（166施設）	126（75.9）	74（44.6）	96（57.8）	100（60.2）
1,001床以上（24施設）	17（70.8）	12（50）	16（66.7）	13（54.2）

数値は該当する施設数を示す。（）内は施設区分ごとの登録数に対する割合（％）を示す。たとえば都道府県がん診療連携拠点病院で精神科医のいる施設は登録50施設中47施設あり、50施設の94%であった、ということを示す。

^a: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 地域がん診療連携拠点病院

^b: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^c: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^d: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^e: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^f: p<0.05, 都道府県独自指定 vs 指定なし

^g: p<0.05, vs 500床以下の病院

表3 依頼件数（371施設）

	平均（件/施設）	中央値	最小（件）	最大（件）
全体（44,351件）	119.5	89	0	1,532
都道府県がん診療連携拠点病院（50施設）	207.9 ^{a,b,c}	135	0	815
地域がん診療連携拠点病院（185施設）	126 ^e	107	7	433
都道府県独自指定（53施設）	119.6 ^f	70	5	1,532
指定なし（83施設）	51.8	36	0	247
診療加算あり（118施設）	200.3 ^h	172	7	815
診療加算なし（253施設）	81.9	58	0	720
500床以下（181施設）	87.1	52	0	720
501～1,000床（166施設）	147 ^g	109.5	0	1,532
1,001床以上（24施設）	173.8 ^g	171	30	417

^a: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 地域がん診療連携拠点病院

^b: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^c: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^d: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^e: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^f: p<0.05, 都道府県独自指定 vs 指定なし

^g: p<0.05, vs 500床以下の病院

^h: p<0.05, vs 診療加算なし施設

表4 依頼内容 (192 施設)

	がん疼痛	疼痛以外の身体症状	精神症状
全体 (22,101 件)	14,764 (66.8)	8,212 (37.2)	7,273 (32.9)
都道府県がん診療連携拠点病院 (5,010 件)	2,824 (56.4)	1,440 (28.7)	1,627 (32.5)
地域がん診療連携拠点病院 (12,673 件)	9,106 (71.9)	5,127 (40.5)	4,478 (35.3)
都道府県独自指定 (2,102 件)	1,384 (65.8)	735 (35.0)	627 (29.8)
指定なし (2,316 件)	1,450 (62.6)	910 (39.3)	541 (23.4)
500 床以下 (8,635 件)	5,292 (61.3)	3,164 (36.6)	2,572 (29.8)
501 ~ 1,000 床 (11,921 件)	8,449 (70.9)	4,410 (37.0)	4,193 (35.2)
1,001 床以上 (1,545 件)	1,023 (66.2)	638 (41.3)	508 (32.9)
	家族ケア	倫理的問題	地域連携
全体 (22,101 件)	2,055 (9.3)	559 (2.5)	3,191 (14.4)
都道府県がん診療連携拠点病院 (5,010 件)	349 (7.0)	145 (2.9)	639 (12.8)
地域がん診療連携拠点病院 (12,673 件)	1,342 (10.6)	246 (1.9)	1,890 (14.9)
都道府県独自指定 (2,102 件)	167 (7.9)	68 (3.2)	188 (8.9)
指定なし (2,316 件)	197 (8.5)	100 (4.3)	474 (20.5)
500 床以下 (8,635 件)	850 (9.8)	273 (3.2)	1,504 (17.4)
501 ~ 1,000 床 (11,921 件)	1,073 (9.0)	241 (2.0)	1,531 (12.8)
1,001 床以上 (1,545 件)	132 (8.5)	45 (2.9)	156 (10.1)

数値は該当する件数を示す。() 内は施設区分ごとの件数に対する割合 (%) を示す。たとえば都道府県がん診療連携拠点病院でがん疼痛の依頼は 5,010 件中 2,824 件 (56.4%) であった、ということを示す。

表5 依頼時のパフォーマンスステータス (PS) (189 施設)

	0	1	2	3	4
全体 (21,129 件)	1,450 (6.9)	3,581 (16.9)	4,993 (23.6)	6,197 (29.3)	4,586 (21.7)
都道府県がん診療連携拠点病院 (4,438 件)	374 (8.4) ^c	874 (19.7)	1,021 (23)	1,301 (29.3)	831 (18.7)
地域がん診療連携拠点病院 (11,626 件)	775 (6.7) ^d	1,958 (16.8)	2,686 (23.1)	3,404 (29.3)	2,618 (22.5)
都道府県独自指定 (2,777 件)	232 (8.4) ^f	501 (18.0)	825 (29.7)	742 (26.7)	467 (16.8)
指定なし (2,288 件)	69 (3.0)	248 (10.8)	461 (20.1)	750 (32.8)	670 (29.3)
500 床以下 (8,744 件)	582 (6.7)	1,416 (16.2)	2,059 (23.5)	2,760 (31.6)	1,783 (20.4)
501 ~ 1,000 床 (10,892 件)	729 (6.7)	1,920 (17.6)	2,589 (23.8)	3,062 (28.1)	2,455 (22.5)
1,001 床以上 (1,493 件)	139 (9.3)	245 (16.4)	345 (23.1)	375 (25.1)	348 (23.3)

数値は該当する件数を示す。() 内は施設区分ごとの件数に対する割合 (%) を示す。たとえば都道府県がん診療連携拠点病院で PS 0 は 4,438 件中 374 件 (8.4%) であった、ということを示す。

^a: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 地域がん診療連携拠点病院

^b: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^c: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^d: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^e: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^f: p<0.05, 都道府県独自指定 vs 指定なし

^g: p<0.05, vs 500 床以下の病院

配置され、また医療ソーシャルワーカー (MSW)、リハビリテーション担当者、臨床心理士や栄養士が半数以上のチームに配置されていた。精神科医は約 7 割の施設でチームに配置され、国指定がん診療連携拠点病院 (p<0.0001)、501 床以上の施

設 (p=0.0079) で多かった (表 2)。専従の医師・看護師、専任の薬剤師の配置割合は国指定がん診療連携拠点病院、病床数が多い施設で高かった (p<0.0001)。

今回登録された 371 施設の年間合計依頼件数は

表6 転帰 (192施設)

	介入終了	退院	在宅導入
全体 (21,281 件)	2,718 (16.0)	7,046 (38.0)	1,912 (10.3)
都道府県がん診療連携拠点病院 (4,421 件)	443 (10.1)	1,896 (43.2)	507 (11.5)
地域がん診療連携拠点病院 (11,595 件)	1,545 (15.7)	3,571 (36.3)	872 (8.9)
都道府県独自指定 (2,717 件)	423 (19.5)	679 (31.4)	163 (7.5)
指定なし (2,548 件)	307 (15.6)	900 (45.7)	370 (18.8)
500床以下 (8,701 件)	1,296 (16.5)	3,139 (40.0)	835 (10.7)
501～1,000床 (10,958 件)	1,272 (14.2)	3,434 (38.3)	922 (10.3)
1,001床以上 (1,622 件)	150 (9.7)	473 (30.6)	155 (10.0)
	死亡退院	緩和ケア病棟転院	その他の転院
全体 (21,281 件)	6,228 (34.6)	1,848 (10.3)	1,547 (8.1)
都道府県がん診療連携拠点病院 (4,421 件)	943 (21.5) ^{a,b,c}	528 (12.0)	618 (14.1)
地域がん診療連携拠点病院 (11,595 件)	3,382 (34.3) ^{d,e}	1,072 (10.9)	717 (7.3)
都道府県独自指定 (2,717 件)	902 (41.8) ^f	110 (5.1)	143 (6.6)
指定なし (2,548 件)	1,001 (50.8)	138 (7.0)	69 (3.5)
500床以下 (8,701 件)	2,879 (36.7)	777 (9.9)	571 (7.3)
501～1,000床 (10,958 件)	2,761 (30.8)	949 (10.6)	842 (9.4)
1,001床以上 (1,622 件)	588 (38.1)	122 (7.9)	134 (8.7)

数値は該当する件数を示す。()内は施設区分ごとの件数に対する割合(%)を示す。たとえば都道府県がん診療連携拠点病院で転帰終了は4,421件中443件(10.1%)であった、ということを示す。

^a: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 地域がん診療連携拠点病院

^b: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^c: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^d: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^e: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^f: p<0.05, 都道府県独自指定 vs 指定なし

^g: p<0.05, vs 500床以下の病院

44,351件、平均は119件(0～1,532, 中央値89)で、国指定都道府県がん診療連携拠点病院、診療加算算定施設で多かった(p<0.0001)(表3)。また病床数が多い施設ほど依頼件数が多かった(p<0.0001)。

依頼内容は、「がん疼痛」が最も多かった(表4)。依頼時のパフォーマンスステータス(PS)は全体では「3」が最も多く、拠点病院の指定のない施設は指定のある施設に比べてPS「0」が少なく、「3」「4」が多かった(p<0.0001)(表5)。

転帰は退院、死亡退院の順に多く、拠点病院の指定のない施設で死亡退院の割合が高かった(p<0.0001)(表6)。

考察とまとめ

今回の調査でほぼすべてのチームに医師、看護師、薬剤師が配置されていることがわかった。専従や専任など専門的に関わるスタッフや精神科医は国指定がん診療連携拠点病院の指定がある大規模病院に多く配置され、依頼件数もこれらの施設で多かった。依頼理由は施設の違いかかわらず、疼痛が最も多かった。拠点病院の指定の有無によってPSや転帰に差があることから、施設の種類によってチームの関わる患者病状に差がある可能性が示唆された。今後、これらの結果の変化を追跡調査していく予定である。

Ⅱ．緩和ケア病棟の動向と現状

1. 日本ホスピス緩和ケア協会の調査データからみた緩和ケア病棟の現況

佐藤 一樹

(東北大学大学院 医学系研究科保健学専攻 緩和ケア看護学分野)

はじめに

イギリスから世界へと拡大したホスピス運動が日本に移入されたのは1970年代である。1981年の聖隷ホスピス、1984年の淀川キリスト教病院ホスピスに端を発する日本の緩和ケア病棟は、1990年の「緩和ケア病棟入院料」の新設により医療保険上制度化されて約20年になる。緩和ケア病棟入院料の届出受理施設は1990年の5病棟117病床から一貫して増加を続け、2000年には88病棟1,659病床、2005年には158病棟2,991病床、2011年には222病棟4,413病床まで拡大した(図1, 2)。

その間に緩和ケアを取り巻く状況は大きな変化をみせている。一般病棟でコンサルテーションにより緩和ケアを提供する緩和ケアチームは、2002年に診療報酬に「緩和ケア診療加算」が新設されて制度化し、がん診療連携拠点病院に設置が義務づけられることで、その数は急速に拡大している。また、日本人の終末期の療養場所や死亡場所の希望は自宅が最も多いことや医療費抑制の側面などから、2006年の在宅療養支援診療所の新設や「ターミナルケア加算」などさまざまな診療報酬の導入により政策的に在宅緩和ケアが推進されている。さらに、2006年に成立した「がん対策基本法」や、翌2007年に策定された「がん対策推進基本計画」では、早期からの緩和ケアの提供が重点課題として示されている^{1,2)}。

本稿では、緩和ケア病棟が制度化されてからの約20年間、特に日本の緩和ケアに大きな変化のもたらされたこの10年間での緩和ケア病棟の

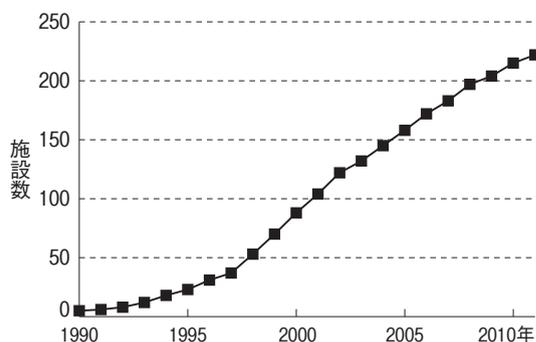


図1 緩和ケア病棟数の推移 (緩和ケア病棟入院料届出受理施設)

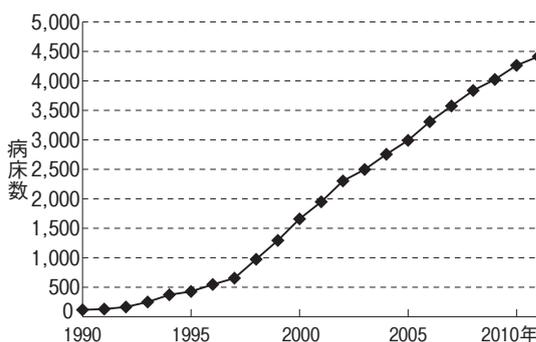


図2 緩和ケア病棟の病床数の推移 (緩和ケア病棟入院料届出受理施設)

変遷を日本ホスピス緩和ケア協会の調査データから概観する。日本ホスピス緩和ケア協会は、1991年に結成された「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」を前身とし、2004年に現在の名称に改称した。日本の緩和ケア病棟のほとんど全施設が会員であり、会員施設を対象に施設概要と利用状況を毎年調査している。日本ホスピス緩和ケア

表1 緩和ケア病棟の病棟形式

	院内独立型	院内病棟型	完全独立型
2001年度	27 (28)	65 (68)	4 (4)
2002年度	28 (27)	71 (69)	4 (4)
2004年度*	37 (27)	95 (70)	4 (3)
2005年度*	38 (26)	103 (72)	4 (3)
2006年度*	40 (25)	118 (73)	5 (3)
2008年度*	41 (22)	138 (75)	5 (3)
2009年度*	42 (22)	149 (76)	5 (3)

数字は施設数, () 内は%

*1 病院に院内独立型と院内病棟型の緩和ケア病棟あり

表2 緩和ケア病棟の設置病院の病床規模

	20～199床	200～499床	500床以上
2001年度	35 (37)	36 (38)	25 (26)
2002年度	38 (37)	39 (38)	26 (25)
2004年度	52 (39)	52 (39)	31 (23)
2005年度	56 (39)	53 (37)	35 (24)
2006年度	60 (37)	64 (40)	38 (24)
2008年度	69 (38)	76 (42)	38 (21)
2009年度	73 (37)	83 (43)	38 (20)

数字は施設数, () 内は%

表3 緩和ケア病棟入院料の算定開始（または届出受理）後の年数

	0～4年	5～9年	10年以上
2001年度	66 (69)	24 (25)	6 (6)
2002年度	68 (66)	26 (25)	9 (9)
2004年度	68 (50)	49 (36)	18 (13)
2005年度	58 (40)	63 (44)	23 (16)
2006年度	59 (36)	73 (45)	30 (19)
2008年度	58 (32)	75 (41)	50 (27)
2009年度	58 (30)	73 (37)	64 (33)

数字は施設数, () 内は%

表4 緩和ケア病棟の病床の個室割合

	50%以下	51～99%	全室個室
2001年度	15 (15)	42 (43)	39 (41)
2002年度	18 (17)	42 (40)	43 (42)
2004年度	19 (14)	43 (31)	73 (55)
2005年度	18 (13)	49 (33)	77 (54)
2006年度	19 (12)	50 (30)	93 (58)
2008年度	16 (9)	60 (32)	107 (59)
2009年度	18 (8)	65 (32)	112 (58)

数字は施設数, () 内は%

協会年次大会ですでに公表済みである2000年度以降の調査データの提供を日本ホスピス緩和ケア協会から受け、分析を行った。取得できたデータは、施設概要は2001～2009年度（2003年度と2007年度を除く）、利用状況は2000～2009年度であった。施設概要調査と利用状況調査の回収率は、それぞれ範囲「88～98%」と100%であった。

緩和ケア病棟の設備概要

緩和ケア病棟の病棟形式は、2009年度では院内独立型が42施設（22%）、院内病棟型が149施設（76%）、完全独立型が5施設（3%）であった。院内独立型の緩和ケア病棟数は2004年度以降は微増にとどまり、完全独立型の緩和ケア病棟数は2001年度から横ばいで、最近での新規届出受理施設は院内病棟型の緩和ケア病棟がほとんどである（表1）。

緩和ケア病棟の設置病院の病床規模は、2009

年度では中央値が262床であり、20～199床の小規模病院は73施設（37%）、200～499床の中規模病院は83施設（43%）、500床以上の大規模病院は38施設（20%）であった。病床規模500床以上の大規模病院は2009年には全国に421施設あり、大規模病院の約1割に緩和ケア病棟が設置されていることになる。設置病院の病床規模は2001年度以降で大きな変化はない（表2）。

緩和ケア病棟入院料の算定開始（または届出受理）後期間は、2001年度では中央値3.4年であり、5年未満の緩和ケア病棟が69%で多く、10年以上の緩和ケア病棟が6%にすぎなかった。2009年度では中央値8.1年であり、5年未満の緩和ケア病棟が30%に対して10年以上の緩和ケア病棟が33%であり、経験豊富な施設の割合が顕著に増加している（表3）。

緩和ケア病棟の認可病床数の中央値〔四分位範囲〕は、2001年度では20床〔15～22床〕、2005年度では20床〔16～22床〕、2009年度では20床

表5 緩和ケア病棟の年間入院患者数

	中央値	四分位範囲	年間入院患者数が100名以下	年間入院患者数が101～200名	年間入院患者数が201名以上
2000年度	102名	[73～147名]	42 (49)	38 (44)	6 (7)
2001年度	108名	[75～147名]	47 (47)	47 (47)	6 (6)
2002年度	120名	[82～151名]	41 (35)	67 (57)	9 (8)
2003年度	121名	[87～157名]	45 (34)	73 (56)	13 (10)
2004年度	119名	[88～151名]	51 (35)	79 (55)	14 (10)
2005年度	125名	[95～162名]	51 (32)	89 (56)	19 (12)
2006年度	128名	[94～159名]	49 (29)	100 (59)	21 (12)
2007年度	128名	[95～170名]	54 (29)	109 (59)	23 (12)
2008年度	131名	[93～172名]	53 (28)	108 (56)	32 (17)
2009年度	134名	[100～178名]	51 (26)	113 (57)	36 (18)

中央値、四分位範囲以外の数字は施設数、()内は%

[15～23床]とほとんど一定である。

緩和ケア病棟の認可病床数に占める個室の割合は、2001年度では50%以下の緩和ケア病棟が15%であったのに対し、全室個室の緩和ケア病棟は41%であった。2009年度では個室割合が50%以下の施設が8%、全室個室の施設が58%であった。緩和ケア病棟の施設基準では、「病床床面積が患者1人あたり8m²以上であること、病棟内に家族控室等を備えていること、全室個室であっても差し支えないが差額ベッド料金が必要な病床が5割以下であること」の規定があるが、個室は要件とはなっていない³⁾。プライバシーが確保でき、家族も自由に付き添うことができる個室の提供体制は、この10年間で改善がみられた(表4)。

緩和ケア病棟の利用状況

緩和ケア病棟の年間入院患者数の中央値[四分位範囲]は、2001年度で108名[75～147名]、2005年度で125名[95～162名]、2009年度で134名[100～178名]と経年的に増加している。年間入院患者数が100名以下の緩和ケア病棟の割合は2001年度の47%から2009年度には26%まで低下した一方で、201名以上の割合は2001年度の7%から2009年度は18%まで増加した。緩和ケア病棟1施設あたりの入院患者数は著明に増加しているが、病床数はほとんど一定であった。

したがって、平均在院日数の減少や病床稼働率の増加など各施設の取り組みにより、緩和ケア病棟の対応できる患者数が増加したことが考えられる(表5)。

緩和ケア病棟の平均在院日数の中央値[四分位範囲]は、2001年度で45日[36～54日]、2005年度で40日[34～49日]、2009年度で39日[31～52日]であり、中央値では10%の減少にすぎない。しかし、平均在院日数が30日未満の緩和ケア病棟は2001年度8%、2005年度15%、2009年度23%と増加し、60日以上緩和ケア病棟は2001年度16%、2005年度9%、2009年度10%と減少した。四分位範囲の変化も総合して考慮すると、緩和ケア病棟の平均在院日数は全体として短縮化する傾向ではあるが、特に在院日数の短い施設がより短縮化され、極端に長い施設の割合が減少したという変化が示唆された(表6)。

緩和ケア病棟の平均病床利用率の中央値[四分位範囲]は、2001年度で77%[69～84%]、2005年度で80%[71～88%]、2009年度で82%[71～90%]であった。平均病床利用率が75%未満の緩和ケア病棟は2001年度42%、2005年度33%、2009年度32%と減少し、90%以上の緩和ケア病棟は2001年度17%、2005年度20%、2009年度24%と増加した。平均在院日数と同様に、緩和ケア病棟の平均病床利用率は全体として増加する傾向ではあるが、特に病床利用率の高い

表 6 緩和ケア病棟の平均在院日数

	中央値	四分位範囲	平均在院日数が 30日未満	平均在院日数が 30～59日	平均在院日数が 60日以上
2000年度	43日	[37～52日]	7(8)	62(72)	17(20)
2001年度	45日	[36～54日]	8(8)	76(76)	16(16)
2002年度	44日	[36～53日]	18(15)	78(67)	21(18)
2003年度	41日	[36～51日]	17(13)	100(76)	14(11)
2004年度	41日	[35～52日]	16(11)	107(74)	21(15)
2005年度	40日	[34～49日]	23(15)	121(76)	15(9)
2006年度	41日	[34～50日]	25(15)	128(75)	17(10)
2007年度	40日	[33～47日]	27(15)	138(74)	21(11)
2008年度	39日	[30～50日]	47(24)	122(63)	24(12)
2009年度	39日	[31～52日]	47(23)	134(67)	19(10)

中央値、四分位範囲以外の数字は施設数、()内は%

表 7 緩和ケア病棟の平均病床利用率

	中央値	四分位範囲	病床稼働率が 75%未満	病床稼働率が 75～89%	病床稼働率が 90%以上
2000年度	78%	[64～86%]	36(42)	39(45)	11(13)
2001年度	77%	[69～84%]	42(42)	41(41)	17(17)
2002年度	77%	[67～85%]	49(42)	49(42)	19(16)
2003年度	79%	[69～86%]	51(39)	60(46)	20(15)
2004年度	80%	[71～88%]	56(39)	61(42)	27(19)
2005年度	80%	[71～88%]	53(33)	75(47)	31(20)
2006年度	81%	[73～89%]	51(30)	82(48)	37(22)
2007年度	80%	[71～90%]	63(34)	80(43)	43(23)
2008年度	82%	[71～89%]	66(34)	89(46)	38(20)
2009年度	82%	[71～90%]	64(32)	88(44)	48(24)

中央値、四分位範囲以外の数字は施設数、()内は%

施設の利用率がさらに上昇しほとんど満床に近い状況で運用されていた(表7)。

緩和ケア病棟の退院患者に占める死亡退院の割合(看取り割合)の中央値[四分位範囲]は、2001年度で87%[80～93%]、2005年度で88%[82～94%]、2009年度で89%[83～95%]であった。また、全国の緩和ケア病棟の全退院患者数に占める看取り割合は、2001年度84%、2005年度85%、2009年度86%であり、横ばい～やや増加という傾向であった。がん対策基本法やがん対策推進基本計画で早期からの緩和ケアが謳われているが、緩和ケア病棟の役割として「看取りの支援」

が依然として重要な位置を占めていることが示唆された(表8)。

緩和ケア病棟でのケアの対象となる患者は悪性腫瘍と後天性免疫不全症候群であるが、その患者のほとんどすべては悪性腫瘍である。日本の全がん死亡の死亡場所に占める緩和ケア病棟の割合は、2000年の2.7%から2009年には7.4%と約3倍に上昇した⁴⁾。しかし、がん患者の死亡場所はほとんどが一般病棟である。日本の一般市民約2,500名を対象とした2004年の調査では、終末期の療養場所や死亡場所の希望は自宅が最も多く、次いで緩和ケア病棟であった(終末期の療養場所

表8 緩和ケア病棟の退院患者に占める死亡退院割合（看取り割合）

	中央値	四分位範囲	看取り割合が 75%未満	看取り割合が 75～90%	看取り割合が 90%以上
2000年度	86%	[78～92%]	17 (20)	41 (48)	28 (33)
2001年度	87%	[80～93%]	14 (14)	46 (46)	40 (40)
2002年度	88%	[77～92%]	24 (21)	51 (44)	42 (36)
2003年度	88%	[81～92%]	20 (15)	59 (45)	52 (40)
2004年度	90%	[83～94%]	13 (9)	65 (45)	66 (46)
2005年度	88%	[82～94%]	17 (11)	76 (48)	66 (42)
2006年度	89%	[83～94%]	16 (9)	74 (44)	80 (47)
2007年度	90%	[82～94%]	21 (11)	73 (39)	92 (50)
2008年度	88%	[83～93%]	18 (9)	93 (48)	82 (43)
2009年度	89%	[83～95%]	22 (11)	81 (41)	97 (48)

中央値、四分位範囲以外の数字は施設数、() 内は%

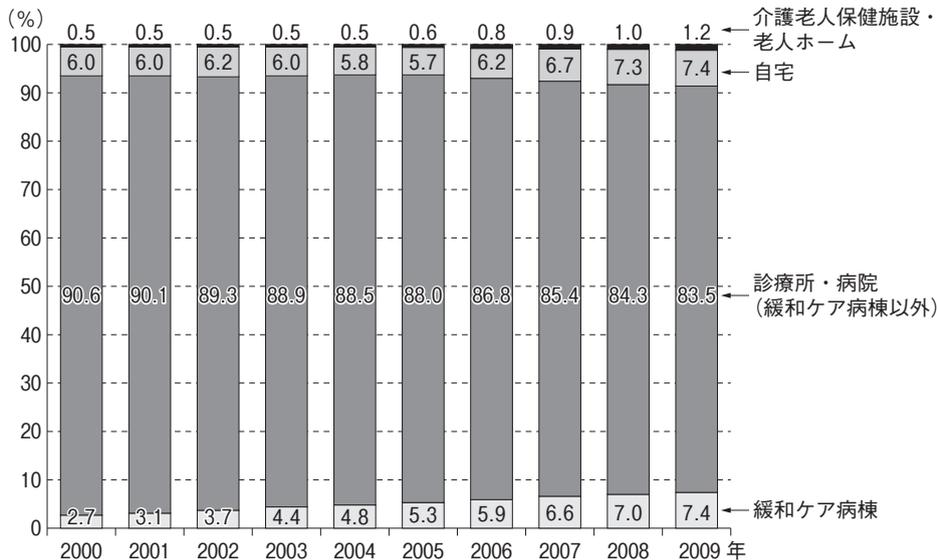


図3 がん患者の死亡場所

の希望：自宅46%，緩和ケア病棟36%，急性期病院18%，死亡場所の希望：自宅55%，緩和ケア病棟29%，急性期病院15%⁵⁾。緩和ケア病棟で提供する質の高い看取りのケアを緩和ケア病棟以外に拡大し、可能な範囲で提供していくことががん医療全体にとって重要である（図3）。

緩和ケア病棟の医療スタッフの配置

緩和ケア病棟での医療スタッフの配置のデータ

は2006年度以降分について取得できたが、経年的にはほとんど変化がみられなかったため、2009年度の調査結果を示す。また、病床数により医療スタッフの人数の解釈が異なるため、20床当たりの医療スタッフ数もあわせて示す（表9）。

緩和ケア病棟の医師数は半数以上の緩和ケア病棟で医師1名であったが、1名の医師で20床以上を担当することは少なかった（17%）。緩和ケア病棟の看護師数は20床当たり20名未満が73%であり、7対1看護での一般的な看護師数よ

表9 緩和ケア病棟での医療スタッフの配置 (2009年度)

	実数	病床 20 床あたり		
	平均±標準偏差	1名未満 /20床	1~2名 /20床	2名以上 /20床
医師 ^{*1}	1.6 ± 1.1	34 施設 (17%)	98 施設 (50%)	63 施設 (32%)
	平均±標準偏差	15名未満 /20床	15~20名 /20床	20名以上 /20床
看護師 ^{*1}	16.9 ± 5.2	35 施設 (18%)	108 施設 (55%)	52 施設 (27%)
	平均±標準偏差	0名	2名未満 /20床	2名以上 /20床
薬剤師 ^{*2}	1.3 ± 1.1	16 施設 (8%)	136 施設 (70%)	43 施設 (22%)
栄養士 ^{*2}	1.2 ± 0.9	17 施設 (9%)	140 施設 (72%)	38 施設 (20%)
ソーシャルワーカー ^{*2}	1.4 ± 1.0	16 施設 (8%)	126 施設 (65%)	53 施設 (27%)
カウンセラー ^{*3}	0.5 ± 0.8	125 施設 (64%)	54 施設 (28%)	16 施設 (8%)
宗教家 ^{*3}	0.3 ± 0.9	152 施設 (78%)	34 施設 (17%)	9 施設 (5%)
ボランティアコーディネーター ^{*3}	0.5 ± 0.7	112 施設 (57%)	76 施設 (39%)	7 施設 (4%)

*1 専従と専任の医療スタッフについて人数を算出した。

*2 専従・専任・兼任の医療スタッフについて人数を算出した。

*3 専従・専任・兼任・非常勤の医療スタッフについて人数を算出した。

表10 緩和ケア病棟の外来機能

	外来機能の有無		外来開診の頻度*		
	あり	なし	不定期～1日/週	2～3日/週	4日以上/週
2001年度	83 (87)	12 (13)	38 (40)	30 (32)	7 (7)
2002年度	88 (86)	14 (14)	37 (36)	32 (31)	9 (9)
2004年度	120 (89)	15 (11)	32 (24)	58 (43)	24 (18)
2005年度	132 (92)	12 (8)	41 (29)	64 (44)	22 (15)
2006年度	150 (93)	11 (7)	43 (26)	72 (44)	26 (16)
2008年度	171 (93)	12 (7)	47 (26)	80 (44)	36 (20)
2009年度	180 (92)	15 (8)	47 (24)	83 (43)	44 (23)

数字は施設数, () 内は%

*外来機能のある施設に対する割合 (未回答のため合計が100にならない)

りは多いものの、2006年度と同水準であった。重篤な患者が多い緩和ケア病棟で、近年では平均在院日数の短縮や病床利用率の増加により看護師の業務負担がさらに増加しているにもかかわらず、看護配置数に著変はないため、看護師の就業状況についてさらなる調査が必要である。

医師・看護師以外の医療スタッフでは、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカーはほとんどすべて(約9割)の病棟で利用可能であった。一方、カウンセラーや宗教家は非常勤でもスタッフのいない施設が半数以上であった。

緩和ケア病棟の医療者による外来・在宅医療

緩和ケア病棟の外来機能は、2001年度で87%、2009年度で92%とほとんどの施設が有していた。そのうち、2009年度の緩和ケア外来の開診日は、不定期または1日/週が24%、2～3日/週が43%、4日以上/週が23%であった。不定期または週に1日程度の外来ではがん患者の症状マネジメントを効果的に行うのは難しく、ほとんどが入院相談の外来であると推察される。終末期が

表 11 緩和ケア病棟の医療者による在宅医療

	在宅診療（医師）		訪問看護（看護師）	
	あり	なし	あり	なし
2001年度	53 (56)	41 (44)	49 (52)	46 (48)
2002年度	54 (54)	45 (45)	50 (50)	50 (50)
2004年度	63 (47)	72 (53)	61 (45)	74 (55)
2005年度	65 (45)	78 (54)	64 (44)	80 (56)
2006年度	68 (42)	94 (58)	69 (43)	93 (57)
2008年度	75 (41)	107 (59)	75 (41)	108 (59)
2009年度	78 (40)	117 (60)	87 (45)	108 (55)

数字は施設数, () 内は%

表 12 緩和ケア病棟による施設外の医療者を対象とした研修の受け入れ

	研修受け入れの有無		研修受け入れ対象者*		
	あり	なし	医師	看護師	その他の医療者・学生
2008年度	140 (78)	38 (21)	100 (71)	127 (91)	30 (21)
2009年度	157 (84)	29 (16)	115 (73)	142 (90)	37 (24)

数字は施設数, () 内は%

*研修受け入れに対する割合（複数回答）

患者が望んだ場所で療養できるよう支援することが大切であり、外来診療で適切に症状を緩和し、できるだけ長く自宅で過ごせるようなケアが望まれる。今回のデータでは外来診療の詳細な内容は不明であるため、緩和ケア病棟での外来診療についてさらなる調査が必要である（表 10）。

緩和ケア病棟の医師による在宅診療機能は、2001年度は56%、2005年度は45%、2009年度は40%が有しており、経年的に減少していた。また、緩和ケア病棟の看護師による訪問看護機能は、2001年度は52%、2005年度は44%、2009年度は45%が有しており、経年的にやや減少していた。緩和ケア病棟の診療報酬算定上の留意事項として、緩和ケア病棟は「緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり…」と2008年より明記されている⁶⁾。しかし、必ずしも緩和ケア病棟の医療者が直接在宅医療を提供する必要はなく、地域の在宅医療者と連携して在宅緩和ケアを提供できればよいため、緩和ケア病棟の医療者による在宅診療や訪問看護の機能を有する緩和ケア病棟の割合は増加しな

かったと考えられる（表 11）。

緩和ケア病棟の教育活動

緩和ケア病棟による施設外の医療者を対象とした研修の受け入れ状況は2008年度以降のみデータがあり、2008年度は78%、2009年度は84%の緩和ケア病棟が研修を受け入れていた。そのうち、2009年度の研修の受け入れ対象者は、医師が73%、看護師が90%、医師・看護師以外の医療者または学生が24%であった。緩和ケア病棟の診療報酬算定上の留意事項として、緩和ケア病棟は「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」と2008年より明記されている⁶⁾。研修の受け入れ状況は100%ではないものの、ほとんどの緩和ケア病棟が研修を受け入れており、医師や看護師対象が中心であった（表 12）。

おわりに

この10年間で、緩和ケア病棟は施設数の増加に加えて平均在院日数の減少や病床利用率の改善により、緩和ケア病棟での質の高いケアを享受できるがん患者数は約3倍に増加した。特に看取りのケアは、今日でも緩和ケア病棟の中心的役割のひとつといえる。さらに、2008年度の診療報酬の改定から地域の在宅医療者との連携や緊急時の入院受け入れ態勢の確保、研修の実施など地域の中での緩和ケア提供への貢献も求められるようになり、研修受け入れなど行われていた。一方で、外来診療の提供体制や看護師の負担などについて情報不足であり、より詳細に調査する必要性が示唆された。

文献

- 1) がん対策基本法（平成十八年六月二十三日法律第九十八号：平成19年4月1日施行）
- 2) 厚生労働省. がん対策推進基本計画. 2007 [[cited 2012 Feb 1]; Available from: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>]
- 3) 保医発 0305 第2号平成22年3月5日：基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）
- 4) 厚生労働省. 平成12年-21年人口動態調査. 2001-10 [[cited 2012 Feb 1]; Available from: http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&statCode=000001028897&requestSender=ds_earch]
- 5) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al: Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18 (9): 1539-1547, 2007
- 6) 保医発第 0305001 号平成20年3月5日診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について

Ⅱ．緩和ケア病棟の動向と現状

2. 日本ホスピス緩和ケア協会および 日本医療機能評価機構のデータ

小野 充一^{*1} 大園 康文^{*2}

(^{*1} 早稲田大学 人間科学学術院 ^{*2} 順天堂大学 医療看護学部)

はじめに

緩和ケア病棟において提供されるケアの質向上を目指して「日本ホスピス緩和ケア協会」（以下、協会）では、協会として加盟施設で提供される緩和ケアの質を向上させるための方策の1つとして自己評価による「ケアの質把握ツール」を提供しており、これまでに2回の自己評価調査を行った。2006年（平成18年）に行われた1回目の自己評価調査の結果については、「ホスピス緩和ケア白書2009」で報告し、2回目の自己評価調査の結果は「第27回日本ホスピス緩和ケア協会年次大会」（2009年）で報告を行った。

本稿では、おもに2回目の自己評価調査の結果の概要を報告するとともに、公益財団法人日本医療機能評価機構（以下、機構）が2003年から行ってきた緩和ケア付加機能審査の受審施設の評価結果として機構から公表されている情報をもとに、第三者評価と自己評価の結果の違いなどに焦点を当てて分析・検討を行った結果についても報告し、緩和ケア病棟の現状と将来像について質評価が果たす役割の視点から推敲する。

日本ホスピス緩和ケア協会の自己評価のデータ

① 自己評価活動の始まりと役割

協会では、インターネットを用いた第1回の自己評価調査を2006年2月6日から3月31日まで行い、その結果を「第25回日本ホスピス緩和ケア協会年次大会」（2006年）で報告したことで、各施設による自己評価が質評価・改善に向けた具

体的な活動の一端として認知されるに至った。その後、協会評価委員会ではこの自己評価を本格運用するための検討を継続してきたが、初回調査より約2年を経過した2008年12月に2回目の自己評価調査を施行した。

② 自己評価調査の対象と方法

1) 対象および調査方法：2008年10月1日時点で、緩和ケア病棟として届け出受理された施設のうち、日本ホスピス緩和ケア協会加盟施設（190施設）を対象とした。そして、調査依頼とIDおよびパスワードを各施設に配布し、配布されたIDおよびパスワードを用いて、各施設はインターネット経由で自己評価を入力するという方法をとった。

2) 調査期間と回答：調査機関は2008年11月～12月で、回答施設は176施設（回収率92.6%）であった。

3) 施設での入力と評価判定：各施設は小項目について入力を行い、その結果をソフトによる自動判断で中項目に反映させる仕組みとした。中項目評価の評価 [5] および評価 [1] については、ソフトによる自動判断の設計が困難であったために、入力設定しなかった。このために今回の評価判定は、前回実施時と同様の3段階評価+NA（非該当）の4段階評価となった。

③ 調査結果

1. 中項目の自己評価に関する全体的な総括(表1)

今回の中項目評価の全体的な傾向をみると、「優れている」と回答した施設が全体の約半数

表1 中項目の自己評価に関する全体的な総括

	優れている (今回, [4]評価) (前回, [3]評価)	標準的である (今回, [3]評価) (前回, [2]評価)	改善の余地がある (今回, [2]評価) (前回, [1]評価)	NA (非該当)	合計
今回平均	49.2%	41.5%	7.5%	1.81%	100%
前回平均	38.6%	42.3%	19.0%		100%

(今回 176 施設, 前回 105 施設の回答を集計)

以後で、特に断りがない場合は、下記の扱いとする。

「優れている」評価：(今回, [4]評価), (前回, [3]評価)

「標準的である」評価：(今回, [3]評価), (前回, [2]評価)

「改善の余地がある」評価：(今回, [2]評価), (前回, [1]評価)

表2 「優れている」とした施設が多い項目

中項目番号	中項目の内容	今回結果	前回結果
1.2	家族へもケアを提供する	93.2%	91.0%
1.4	誰もがいつでも利用できるようにホスピス・緩和ケアに関する情報を提供する	84.1%	83.0%
1.5	ホスピス・緩和ケアに関する相談窓口を設置し、専任の担当者を設け、相談に応じる	77.3%	72.0%
4.7	逝去後にケアの振り返りを行っている	76.7%	なし

表3 「優れている」とした施設が少ない、「改善の余地がある」とした施設が多い項目

中項目番号	中項目の内容	今回結果	前回結果
5.6	職員の健康を確保する体制を整える	18.2%	10.0%
6.2	病棟で行われているケアと運営についての評価を定期的に行う	15.9%	5.0%
6.1	病棟の管理者は、運営方針・運営計画を立てチームメンバーに周知する	14.2%	6.0%

表4 今回報告で「改善の余地がある」とした施設が20%以上であった項目

中項目番号	中項目の内容	今回結果	前回結果
6.2	病棟で行われているケアと運営についての評価を定期的に行う	26.1%	61.0%
6.1	病棟の管理者は、運営方針・運営計画を立てチームメンバーに周知する	22.7%	52.0%
1.9	医師は、入院・外来患者に速やかに対応できる体制である	22.7%	52.0%

(49.2%)を占めていることが注目された。また、「標準的である」とする回答(41.5%)と合わせると、約9割の施設が標準以上の質のケアを提供していると考えていることを示している。さらに、「改善の余地がある」とする施設の割合は、前回結果の19%から今回結果の7.5%と大幅に減少しており、これらの結果を合わせると、各施設のケアの質に対する自己評価は、多くの施設で標準的、ないしそれ以上と考えており、さらに全体として高いレベルに向かっている傾向がみられた。

2. 「優れている」とした施設が多い項目(表2)

今回報告で自己評価が良かった中項目を挙げると、「優れている」とした施設が70%以上を示した項目は、上表のように大項目[ホスピス・緩和ケア病棟の運営]から3つの中項目が挙げられた。この3項目については、前回報告とほぼ同じ結果を示しており、多くの施設におけるケアの提供体制や病棟運営において、中心的な項目として安定的に実施されている可能性が示唆された。

また、今回の新設項目、4.7[逝去後にケアの

振り返りを行っている]についても、優れているとした施設が76.7%と70%以上を示しており、多くの施設で逝去後のケアの振り返りが行われていることが示された。

3. 「優れている」とした施設が少ない、「改善の余地がある」とした施設が多い項目

さらに、今回報告で、「優れている」とした施設が20%以下であった項目として、表3のような3項目が挙げられる。また、今回報告で「改善の余地がある」とした施設が20%以上であった項目は、表4に示した3項目である。

表3と表4をまとめると、6.2[病棟で行われているケアと運営についての評価を定期的に行う]、6.1[病棟の管理者は、運営方針・運営計画を立てチームメンバーに周知する]の両項目については、「優れている」とする施設が少なく、「改善の余地がある」とする施設が多いことから、今後に取り組んでいくべき課題を示していると思われる。また、5.6[職員の健康を確保する体制を整える]については、「優れている」とする施設は多くない(18.2%)だけでなく、「改善の余地がある」とする施設も13.6%という結果であり、表4には入らなかったが、良い評価を得ているとはいいがたいと考えられる。また、1.9[医師は、入院・外来患者に速やかに対応できる体制である]は、「改善の余地がある」とする施設は多く(22.7%)、「優れている」とする施設は多くなかった(48.9%)。

以上のように、表3、4で挙げた4項目については、今後も改善に向けた取り組みを行うことが求められる。しかしながら、表3については前回結果から今回結果と比べて3項目すべてで増加傾向、表4でも3項目すべてでほぼ半減という大幅な減少傾向を示していることが注目された。すなわち、この中項目についての自己評価は良いレベルに到達しているとはいえないものの、各施設が努力されている傾向が現れているとして読み取ることが可能であり、今後も各施設の積極的な取り組みが期待される。

4. 前回報告結果と比較して大きな変化を認めた項目(表5)

全般的な傾向として、前回報告の結果と比較し

て「優れている」とする施設の割合が増えて、その変化幅も大きいことが特徴的である。また、「標準的である」とする施設については、同様に変化幅が大きい項目が目立つが増加しているだけでなく、減少している項目も認められる。

この状況は、「改善の余地がある」とする施設が増加した施設はなかったことや、下表に示すように減少した施設が多くなっていることから、全体として、前回調査時点のケアの質について高い自己評価を行う施設が増加している傾向が認められたと判断することが可能である。

④ 自己評価調査結果の総括

1. 自己評価の結果からみる各施設のケアの現状および課題

今回の自己評価調査において、現在のホスピス・緩和ケア病棟が提供しているホスピス緩和ケアの質に関する状況として、興味深い傾向が読み取れた。まず、ケア全体については優れているとする施設が最も多く全体の約半数(49.2%)を占めており、標準的であるとする施設(41.5%)と合わせると、約9割の施設が標準以上の質のケアを提供していると考えていることを示している。この傾向は、改善の余地があるとする施設が前回回答の19%から7.5%と下がっていることにも現れており、自己評価における全体の傾向としては、各施設では提供しているケアの質に自信を持っている施設が多いといえる。

また、ホスピス緩和ケア病棟の運営では、全般的に高い自己評価を行った施設が多く、さらに、逝去後のケアの振り返りや、臨死期での家族の気持への対応という緩和ケアの中核的なケアのプロセスについても、高い自己評価を行う施設が多々みられた。

しかしながら、ケアの質の改善と、ホスピス・緩和ケア病棟の運営、さらに職員の健康を確保する体制などでは、前回報告と同様に自己評価が低い施設が多かった。これらの項目についての回答は、優れているという回答の割合が、前回に比べて約10%程度の増加傾向を示していることから、今後の各施設の取り組みによって改善する可能性もあると推測できる。

表5 前回報告結果と比較して大きな変化を認めた項目

「優れている」とする施設が前回結果より増加		単位 (%)
4.2	多職種チームにより方針、計画を立て、定期的に見直す	+20.9
1.1	患者の意思を尊重したケアを提供する	+19.7
4.4	退院は、十分な計画・準備のもとに実施する	+19.2
1.9	医師は、入院・外来患者に速やかに対応できる体制である	+18.9
3.2	病棟内の設備は、患者が安全に使用できるように定期的に整備する	+18.5
「優れている」とする施設が前回結果より減少		単位 (%)
3.5	家族に配慮した設備を整える	-11.1
2.4	患者が意思表示できなくなった時は、事前の患者との確認事項に従う	-7.5
3.4	職員は、いつも礼儀正しく、親切に、思いやりのある態度で患者・家族に接する	-2.7
「標準的である」とする施設が増加		単位 (%)
6.2	病棟で行われているケアと運営についての評価を定期的に行う	+24.4
6.1	病棟の管理者は、運営方針・運営計画を立てチームメンバーに周知する	+19.5
5.6	職員の健康を確保する体制を整える	+17.6
4.3	患者の苦痛症状やニーズに適切に対応する	+12.9
2.2	面談や診察は、患者のプライバシーが守られるように環境に配慮する	+11.1
「標準的である」とする施設が減少		単位 (%)
1.1	患者の意思を尊重したケアを提供する	-16.4
3.2	病棟内の設備は、患者が安全に使用できるように定期的に整備する	-14.7
2.5	患者の精神症状に起因する事故防止対策に努める	-13.9
4.4	退院は、十分な計画・準備のもとに実施する	-13.2
4.2	多職種チームにより方針、計画を立て、定期的に見直す	-13.0
「改善の余地がある」とする施設が減少		単位 (%)
6.2	病棟で行われているケアと運営についての評価を定期的に行う	-34.9
1.8	在宅療養に対応するための体制をとる	-29.3
6.1	病棟の管理者は、運営方針・運営計画を立てチームメンバーに周知する	-29.3
5.6	職員の健康を確保する体制を整える	-27.4
2.3	治験や臨床研究を行う場合は、倫理面の検討をする	-23.5
5.5	施設内外の医師、看護師、ソーシャルワーカーなどを対象として研修の場を提供する	-20.6

表中の数字で「+」表記は、今回の回答施設の割合が、前回の回答施設よりも増加したことを表しており、「-」表記は、今回の回答施設の割合が、前回の回答施設よりも減少したことを表している。

また、今回の自己評価で新設された項目のNAの回答からは、治験や臨床研究への取り組み、在宅療養に対応するための対応体制において、全体の約1割以上の施設が取り組んでいないとしている。今後は、これらの項目についての回答の推移について継続的に観察する必要があると考えられる。

2. 前回施行の自己評価結果との比較

前回施行の自己評価結果と比較して、優れていると回答する施設が増加したのは、ホスピス・緩

和ケア病棟の運営については「多職種チームによるケアの検討」「患者・家族のニーズを満たし、継続したケアの提供」、ケアのプロセスについては「退院は、十分な計画・準備のもとに実施する」などの項目であった。以上より、これらのケアの実施についての取り組みが、より積極的に行われる傾向が伺える。

また、ケアの質の改善については、前回結果と同様に「病棟のケアと運営の定期的な評価」「運営方針・運営計画のチームメンバーへの周知」の

項目で、全施設の2割以上の施設で改善の余地があると回答するなど、取り組みが不足している傾向が引き続いてみられた。しかしながら、同時にこの両項目の回答については、前回結果が過半数以上で改善の余地があるとしたことと比べて、大きな減少を示している。

このような傾向がどのような要因の影響でもたらされたものであるかという点については、今回の調査で明らかになっていないが、前回の自己評価の施行と調査結果の周知がなんらかの形でプラスに作用した可能性も考えられることから、次回以後の調査において、このような変化をきたす要因についても測定することが望ましい。また、ホスピス緩和ケア病棟の運営では、[入院・外来患者に速やかに対応できる体制]において改善の余地がみられると回答する施設が多かったが、ケアの質の改善においてみられたように回答施設は半減していることから、積極的な対応が進んでいると思われた。しかしながら、人材・資源のマネジメントにおいて[職員の健康を確保する体制を整える]の項目では優れているとする施設が少なく、今回の結果との比較でも上昇の傾向はみられるものの変化の幅が少ないことから、今後の各施設の積極的な取り組みに期待したい。

日本医療機能評価機構による緩和ケア・付加機能の評価結果

① 日本医療機能評価機構の発足と緩和ケア・付加機能評価の役割

1995年に発足した公益財団法人日本医療機能評価機構は、医療の質の向上を目指して中立的・科学的な第三者機関として病院機能評価事業などを行っており、1997年から病院を対象とした訪問審査を開始した。一方、緩和ケア病棟の施設数の増加に伴い、厚生労働省は2002年度から設置基準に「第三者評価を受けていること」という新しい項目を加えた。

そこで、ホスピス緩和ケア協会評価委員会としては、日本医療機能評価機構の付加機能評価（緩和ケアモジュール）の作成に協力するとともに、自主的な「基準」の改訂と、「評価指針」の作成

にとりかかることとした。2002年4月に「評価基準検討委員会」は緩和ケア病棟承認施設の設置基準の改定を受けて、財団法人日本医療機能評価機構と協力連携し、病院機能評価の付加機能として「緩和ケア機能評価」開発に取り組みこととなった。この後、2003年10月からは、それまで行ってきた病院本体審査に加えて付加機能評価（救急医療機能・緩和ケア機能・リハビリテーション機能）の訪問審査を開始したことで、緩和ケア領域における第三者評価を受ける機会を提供することとなった。

② 緩和ケア付加機能の受審状況と受審施設の概況（表6）

2003年10月から2012年2月までに付加機能評価（緩和ケア機能）を受審し、認定された施設は23施設である。この表6には認定された後に再審査の申請を行わなかった一施設が表示されていないために、実際の受審・認定経験のある施設は24施設ということになり、1年間の平均的な受審施設はおおむね3施設と多くない状況である。

そこで、日本ホスピス緩和ケア協会に正会員として登録している施設の中で、付加機能（緩和ケア）評価 Ver1.0 または Ver2.0 を受審した施設と受審していない施設の違いを明らかにすることを目的に統計解析を行った。

方法は、2011年11月時点で日本ホスピス緩和ケア協会に正会員登録している201施設に関して基本統計量を算出した。次に、自己評価受審の有無を従属変数とし、施設背景との関連について連続データではMann-WhitneyのU検定、カテゴリカルデータではFisherの正確検定を行った（解析にはSAS Ver9.1を使用）。

その結果、対象施設は201施設であり、北海道から沖縄まで全国的な登録状況となっている。ホスピス緩和ケア開設日からの経過年数は平均10.3 (SD 0.39) 年、ホスピス緩和ケア算定加算開始日からの経過年数は平均9.2 (SD 0.33) 年、ホスピス緩和ケア病床数は平均16.8 (SD 0.44) 床であった。専従医師数は平均1.1 (SD 0.99) 人、専従看護師数は平均16.1 (SD 5.51) 人が勤務していた。また、ホスピス緩和ケア外来は201施設中185施

表6 付加機能緩和ケア 認定病院一覧 (2011年11月16日現在)

No.	バージョン	病院名
1	1	医療法人 東札幌病院
2	1	松江市立病院
3	1	総合病院山口赤十字病院
4	1	社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院聖隷三方原病院
5	1	社会医療法人栄光会 栄光病院
6	1	日本赤十字社医療センター
7	1	財団法人ライフ・エクステンション研究所附属 永寿総合病院
8	1	組合立 国保中央病院
9	1	財団法人 薬師山病院
10	1	宗教法人救世軍 救世軍清瀬病院
11	1	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院
12	1	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 福井県済生会病院
13	1	総合病院国保旭中央病院
14	1	つくばセントラル病院
15	2	財団法人近江兄弟社 ヴォーリス記念病院
16	2	宮城県立がんセンター
17	2	財団法人筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院
18	2	公立みつぎ総合病院
19	2	医療法人久康会 平田東九州病院
20	2	藤田保健衛生大学七栗サナトリウム
21	2	川崎市立井田病院
22	2	医療法人社団誠広会 岐阜中央病院
23	2	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター

表7 日本ホスピス緩和ケア協会正会員施設の概要

	平均値	標準偏差	中央値	最小	最大	範囲
ホスピス緩和ケア開設日からの経過年数	10.3	5.64	10	1	30	29
ホスピス緩和ケア算定開始日からの経過年数	9.2	4.71	9	1	21	20
ホスピス緩和ケア許可病床数	19.9	6.91	20	6	58	52
ホスピス緩和ケア個室数	16.8	6.28	16	4	42	38
総病床数 (病院)	332.7	244.87	272	20	1388	1368
専従医師数	1.1	0.99	1	0	6	6
専従看護師数	16.1	5.51	17	0	48	48
	あり (%)	なし (%)				
ホスピス緩和ケア外来	185 (92)	16 (8)				
訪問診療	74 (37)	127 (63)				
訪問看護	88 (44)	113 (56)				

n=201

表8 他者評価受審の有無による差

	他者評価受審査				
	あり n=22		なし n=179		p 値
	中央値	範囲	中央値	範囲	
ホスピス緩和ケア開設日からの経過年数	12	26	9	28	0.0128
ホスピス緩和ケア算定加算開始日からの経過年数	11	17	9	20	0.0090
ホスピス緩和ケア許可病床数	20	52	20	42	0.0439
ホスピス緩和ケア個室数	20	32	16	38	0.0099
総病床数 (病院)	367.5	906	263	1368	0.1841
専従医師数	1.5	5	1	6	0.0213
専従看護師数	19	36	16	48	0.0003

Mann-Whitney の U 検定, n=201

表9 他者評価受審の有無と施設背景の関係

	他者評価受審査		p 値
	あり (%)	なし (%)	
ホスピス緩和ケア外来			
あり	21 (10.7)	164 (81.6)	0.5777
なし	1 (0.5)	15 (7.2)	
訪問診療			
あり	13 (6.5)	61 (30.4)	0.0217
なし	9 (4.5)	118 (58.7)	
訪問看護			
あり	13 (6.5)	75 (37.5)	0.1322
なし	9 (4.5)	104 (51.5)	

Fisher の正確検定, n=201

設が行っていて、訪問診療は 74 施設、訪問看護は 88 施設で行われていた (表 7~9)。

自己評価受審の有無による差について、ホスピス緩和ケア開設日からの経過年数 (p=0.0128)、ホスピス緩和ケア算定開始日からの経過年数 (p=0.0090)、ホスピス緩和ケア許可病床数 (p=0.0439)、ホスピス緩和ケア個室数 (p=0.0099)、専従医師数 (p=0.0213)、専従看護師数 (p=0.0003)、訪問診療の有無 (p=0.0217) において、他者評価を受審した群と受審していない群で有意に差がみられた。さらに、ホスピス緩和ケア外来や、訪問診療および訪問看護を行っている施設も他者評価を受審している状況もみられた。この結果は、施設および人員に比較的余裕があり、開設から経過年数が高い施設では他者評価を受ける可能性が高まるが、その余裕をもてない場合は他者評価受審に至らない可能性があると推測できる。

③ 自己評価と第三者評価の評価結果比較からみえるもの

1. 付加機能評価認定の 23 施設と協会の評価結果の共通項目

2003 年 10 月から 2012 年 2 月までに付加機能評価 (緩和ケア機能) を受審して認定された 23 施設の評価結果 (中項目) は、機構ホームページで公表されていることから、その結果と協会で行った第 2 回の自己評価結果の中で共通する項目について比較した (図 1)。自己評価項目 40 項目の中で、比較した項目は 23 項目である。全体の傾向

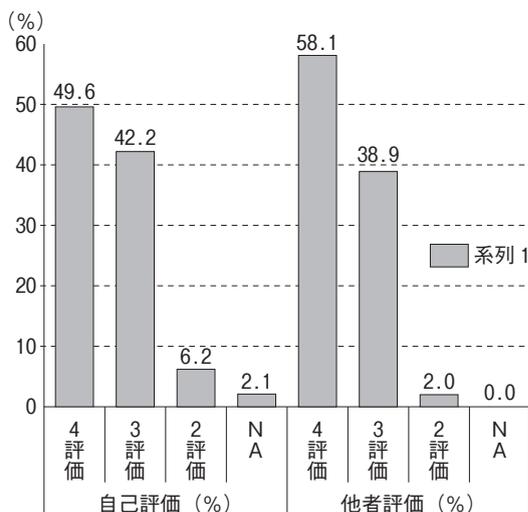


図 1 自己評価と第三者評価の共通項目における評価結果

としては、自己評価と他者評価では大きな差は認めないものの、他者評価では 4 評価 (58.1%) が自己評価 (49.6%) を上回り、自己評価では 2 評価 (6.2%) が他者評価 (2.0%) を超えている。

自己評価の結果分析でも述べたことであるが、自己評価はやや甘い結果として出される傾向を認めるが、この比較では他者評価よりもやや多いばらつきを認めることから、他者評価に比べて甘すぎる結果とはいいがたい。しかしながら、他者評価が 4 評価にやや偏っているように思われることから、評価の検出力としての課題が示唆された。

2. 自己評価と第三者評価の共通項目における評価結果の比較 (表 10)

4 評価をつけた施設が全施設で占める割合について自己評価と他者評価を比較すると、自己評価 (52.7%)、他者評価 (61.6%) とやや他者評価が高い。自己評価の方が高い項目は、1.3 [入院ケアの提供体制を整える] (75%)、1.4 [誰もがいつでも利用できるようにホスピス・緩和ケアに関する情報を提供する] (84.1%)、1.7 [外来診療の体制をとる] (71.6%) などである。それに対して、1.1 [患者の意思を尊重したケアを提供する] (78.9%)、2.2 [面談や診察は、患者のプライバシーが守られるように環境に配慮する] (78.9%)、3.4 [職員は、いつも礼儀正しく、親切に、思いやりのある態度で患者・家族に接する] (89.5%)、3.5

表 10 自己評価と第三者評価の共通項目における評価結果の比較

自己評価・他者評価一致項目（中項目）	自己評価（%）				他者評価（%）			
	4 評価	3 評価	2 評価	NA	4 評価	3 評価	2 評価	NA
1 1.1 患者の意思を尊重したケアを提供する	51.7	46.6	1.1	0.6	78.9	21.1	0	0
2 1.3 入院ケアの提供体制を整える	75.0	23.9	0.6	0.6	10.5	84.2	5.3	0
3 1.4 誰もがいつでも利用できるようにホスピス・緩和ケアに関する情報を提供する	84.1	15.3	0	0.6	47.4	47.4	0	0
4 1.5 ホスピス・緩和ケアに関する相談窓口を設置し、専任の担当者を設け、相談に応じる	77.3	20.5	2.0	0.6	73.7	26.3	0	0
5 1.7 外来診療の体制をとる	71.6	19.3	5.7	2.8	36.8	63.2	0	0
6 1.8 在宅療養に対応するための体制をとる	30.1	35.2	22.7	11.9	57.9	36.8	5.3	0
7 1.10 看護師は、患者・家族のニーズを満たし、継続したケアを提供できる体制である	23.3	70.5	5.7	0.6	47.4	52.6	0	0
8 1.11 ボランティアとも協働して患者・家族のケアを行う	35.8	48.3	13.1	2.8	47.4	47.4	0	0
9 2.1 医師は常に患者・家族に十分な情報を提供し、質問にはいつでも対応する	66.5	30.7	1.7	1.1	78.9	21.1	0	0
10 2.2 面談や診察は、患者のプライバシーが守られるように環境に配慮する	36.4	51.1	11.9	0.6	78.9	21.1	0	0
11 2.3 治験や臨床研究を行う場合は、倫理面の検討をする	58.0	15.3	8.0	18.8	57.9	42.1	0	0
12 2.5 患者の精神症状に起因する事故防止対策に努める	59.1	34.1	6.3	0.6	78.9	21.1	0	0
13 2.6 麻薬、向精神薬を含む薬剤は、管理規程にもとづいて管理する	59.7	36.4	3.4	0.6	68.4	21.1	10.5	0
14 3.1.4 採光や照明、空調などを快適な状態にする	64.2	35.2	0	0.6	94.7	5.3	0	0
15 3.1 患者が心地よく過ごせる環境を整備する	40.3	57.4	1.7	0.6	36.8	47.4	10.5	0
16 3.4 職員は、いつも礼儀正しく、親切に、思いやりのある態度で患者・家族に接する	52.3	43.8	3.4	0.6	89.5	10.5	0	0
17 3.5 家族に配慮した設備を整える	65.9	31.8	1.7	0.6	100	0	0	0
18 4.1 ケア計画の立案にあたって、多面的かつ包括的にアセスメントする	40.3	54.5	4.5	0.6	47.4	47.4	5.3	0
19 4.2 多職種チームにより方針、計画を立て、定期的に見直す	44.9	50.0	4.5	0.6	47.4	47.4	5.3	0
20 4.3 患者の苦痛症状やニーズに適切に対応する	24.4	69.9	5.1	0.6	47.4	47.4	5.3	0
21 4.4 退院は、十分な計画・準備のもとに実施する	60.2	35.8	2.3	1.7	68.4	31.6	0	0
22 4.5 臨死期には、家族の気持ちに配慮し、敬虔な態度で対応する	61.9	36.9	0.6	0.6	57.9	42.1	0	0
23 5.1 教育を行うための計画と体制を整える	36.9	55.1	7.4	0.6	26.3	68.4	5.3	0
24 5.5 施設内外の医師、看護師、ソーシャルワーカーなどを対象として研修の場を提供する	37.5	48.3	11.4	2.8	42.1	57.9	0	0
25 5.6 職員の健康を確保する体制を整える	18.2	67.6	13.6	0.6	42.1	57.9	0	0
26 6.1 病棟の管理者は、運営方針・運営計画を立てチームメンバーに周知する	14.2	62.5	22.7	0.6	47.4	42.1	0	0
全項目平均値	49.6	42.2	6.2	2.1	58.1	38.9	2.0	0

4 および3評価の内75%以上の項目を濃い網かけで表示した。

表 11 自己評価と第三者評価の共通項目における評価結果

a. 4 評価を行った施設が全施設に占める割合の比較 (20%以上の差を認めた項目)

自己評価項目	自己評価	他者評価
1.1 患者の意思を尊重したケアを提供する	51.7	78.9
1.3 入院ケアの提供体制を整える	75.0	10.5
1.4 誰もがいつでも利用できるようにホスピス・緩和ケアに関する情報を提供する	84.1	47.4
1.7 外来診療の体制をとる	71.6	36.8
1.8 在宅療養に対応するための体制をとる	30.1	57.9
2.2 面談や診察は、患者のプライバシーが守られるように環境に配慮する	36.8	78.9
3.4 職員は、いつも礼儀正しく、親切に、思いやりのある態度で患者・家族に接する	52.3	89.5
3.5 家族に配慮した設備を整える	65.9	100
4.2 多職種チームにより方針、計画を立て、定期的に見直す	44.9	68.4
6.1 病棟の管理者は、運営方針・運営計画を立てチームメンバーに周知する	14.2	47.4
上記項目の平均値	52.7	61.6

b. 2 評価を行った施設が全施設に占める割合の比較 (10%以上の差を認めた項目を抽出)

自己評価項目	自己評価	他者評価
1.8 在宅療養に対応するための体制をとる	22.7	0
2.2 面談や診察は、患者のプライバシーが守られるように環境に配慮する	11.9	0
5.5 施設内外の医師、看護師、ソーシャルワーカーなどを対象として研修の場を提供する	11.4	0
5.6 職員の健康を確保する体制を整える	13.6	0
6.1 病棟の管理者は、運営方針・運営計画を立てチームメンバーに周知する	22.7	0
上記項目の平均値	16.5	0

高い方を濃い網かけで表示した。

[家族に配慮した設備を整える] (100%) などの項目では、他者評価が高い。

このような表結果の違いがどのような要因で生まれるのかという点について、今回の比較検討では明らかにできないが、自己評価と他者評価の評価時点が異なるというだけではなく、外部から評価しやすい評価項目とし難しい評価項目の差、あるいはサーベイヤーの評価視点の違いといった要因が多様に関連している可能性もあり、この点を解明するために新たな研究を行うべきである。

3. 自己評価と第三者評価の共通項目における評価結果 (表 11)

2 評価を行った施設の評価結果の比較では、10%以上の差を認めた項目を抽出すると、自己評価 (16.5%)、他者評価 (0%) と大きな違いを認めた。表 11 中の 5 項目が、他者評価で問題なしとされた理由は上記と同様に判明していないが、判定基準は大きく乖離していないことから、自己

評価の結果に近い状況があってそれを把握することができなかったか、ないしは把握しても改善すべき項目として指摘することが抑制されているのかと推測される。これらの 5 項目では現場の自己認識として改善を図るべきという目的意識が一定の割合で存在することを認識して、他者評価の実施においても訪問審査を行うことが求められる。

おわりに

本稿では、緩和ケア病棟の評価活動について自己評価の結果を中心に、他者評価の結果の一部を参照して、緩和ケアに関する評価の現状を紹介した。まず、最大の収穫として挙げるべきは、2 回の自己評価調査によって加盟施設の 90%以上がケアの質評価を行う視点を共有できたことである。さらに、約 9 割の施設が標準以上の質のケアを提供していると考えていることが示された

けでなく、前回調査結果との比較では、全体として前回調査時点のケアの質について高い自己評価を行う施設が増加している傾向が認められた。また、自己評価と多少評価の比較では、しかしながら、その内容を詳細に検討すると、ケアの質の改善については取り組みが不足していると考えている傾向もみられるなど、今後の改善の方向性を示唆する資料も得ることができた。

さらに、機構の第三者評価は8年間で23施設の受審に留まるなど、当社期待された他者評価によるケアの質評価の定着に向けた役割を十分に果たしているとはいいいにくい状況が認められたが、病棟としての経験が豊富で施設・人員での余裕がみられる施設での受審が多いことが判明した。また、項目によっては自己評価において他者評価よりも問題点を把握することができている場合もあるなど、今後の緩和ケアの発展に向けて両方の評価の特徴を活かして、さらに適切で施設の負担が少ない評価の仕組みを構築することが求められる。

一般的に、自己評価は客観性が担保しにくいという短所はあるものの、現場での状況を反映させやすいという長所も併せもつことから、今後も構造主体の評価の軸として改良を加えながら、継続することが望ましい。しかしながら、評価の目的としての緩和ケアの質向上に寄与するという点からは、さらに信頼性や妥当性の観点からの検証を行うとともに、プロセス評価やアウトカム評価の面からも検討を重ねることが望ましい。

このためには、今後は(財)日本医療機能評価で行っている緩和ケア付加機能の評価との整合性に関する調整を行うとともに、緩和ケアの質を向上させるための評価のあり方について多角的な検討を行うべきである。さらに、自己評価を「遺族によるケアの質の評価」や「カルテ調査に基づくクリニカルインディケーターによる評価」などの他の視点からの評価と組み合わせ、より包括的で多角的な評価システムとして育成していく視点も取り入れていくことが求められる。

Ⅲ．緩和ケア外来の動向と現状

木澤 義之

(筑波大学 医学医療系臨床医学域)

背景

2007年に施行されたがん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画（2007年6月15日閣議決定）において緩和ケアの推進がその重要な施策のひとつとして位置づけられた。2009年4月の時点で全国に375のがん診療連携拠点病院が整備され、がん診療連携拠点病医院のすべてに緩和ケアチームの設置が義務づけられた。また、緩和ケアを入院から外来まで途切れなく行うために、緩和ケア外来の設置が義務づけられている。しかしながら、緩和ケア外来の実態を調査した研究はなく、その活動の概要は明らかとなっていない。

調査方法

2010年10月～2011年1月に行われた緩和ケアチームの活動実態調査の一部として緩和ケア外来の調査が行われた（緩和ケアチームの活動実態調査の詳細については、I章「1. 緩和ケアチームの全国調査」を参照のこと）。

調査結果の概要

① 概要

828施設に調査票を送付し、785施設（郵送720施設、電話で回答65施設）から回答を得た（返送率90.7%）。返送施設のうち、緩和ケアチームがあると回答した施設は541施設（65.3%）であった。541施設のうち緩和ケア外来を設置していると回答した施設は409施設（75.6%）であった。

表1 緩和ケア外来をもつ施設の概要

項目		n=409	割合 (%)
施設の種別	がん診療連携拠点病院	230	56.2
	大学病院	62	15.2
	その他の病院	138	33.7
	診療所	2	0.5
緩和ケア病棟の有無	あり	79	19.3
	なし	328	80.2

② 緩和ケア外来を設置していると回答した施設の背景（表1）

緩和ケア外来があると回答した409施設のうち、がん診療連携拠点病院である施設が230施設、大学病院が62施設、その他の病院が138施設、診療所が2施設であった（複数回答）。

③ 緩和ケアチームのストラクチャー（表2、上段）

緩和ケア外来を設置していると答えた緩和ケアチームは設置していない施設と比較して、緩和ケアチーム加算を算定している（124施設、25.5%）、地域コンサルテーションを行っている（67施設、21.3%）、がん診療連携拠点病院の指定がある（230施設、56.2%）割合が有意に高かった。

④ 緩和ケアチームのスタッフ配置（表2、中段）

緩和ケア外来を設置していると答えた緩和ケアチームは設置していない施設と比較して、①外来を設置していない施設と比較し専従医師が配置されている（178施設、43.6%）、②日本緩和医療学会の暫定指導医が配置されている（233施設、59%）、③専従の看護師が配置されている（306施設、75%）、④認定看護師が配置されている（318施設、77.9%）、⑤常勤の精神科医が配置されている（255施設、62.7%）、⑥薬剤師が配置されて

表2 緩和ケア外来がある病院とない病院の比較 (n=538)

項目	外来あり (409 施設)	外来なし (129 施設)	p [*]
緩和ケアチーム加算の算定 (あり)	124 (25.5%)	24 (18.6%)	0.009 ^{**}
緩和ケア病棟 (あり)	79 (19.4%)	29 (22.5%)	0.452
地域コンサルテーション (あり)	67 (21.3%)	7 (5.4%)	0.001 ^{**}
がん診療拠点病院の指定 (あり)	230 (56.2%)	37 (28.7%)	<0.001 ^{**}
緩和ケアチームのスタッフ配置			
専従の医師がいる	178 (43.6%)	33 (26.2%)	0.001 ^{**}
学会暫定指導医がいる	233 (59.0%)	59 (48.4%)	0.047 [*]
専従の看護師がいる	306 (75.0%)	65 (50.8%)	<0.001 ^{**}
がん専門看護師がいる	92 (22.7%)	28 (21.7%)	0.904
認定看護師がいる	318 (77.9%)	82 (64.6%)	0.003 ^{**}
常勤の精神科医がいる	255 (62.7%)	63 (48.8%)	0.007 ^{**}
薬剤師がいる	400 (97.8%)	124 (96.1%)	0.34
ソーシャルワーカーがいる	323 (79.4%)	92 (71.8%)	0.089
緩和ケアチームの体制			
週1回以上患者を直接診療する機会がある	370 (90.9%)	98 (76.6%)	<0.001 ^{**}
週3回以上患者を直接診療し、かつ、平日日中はいつでもコンサルテーションを受けられる体制がある	299 (73.5%)	68 (53.1%)	<0.001 ^{**}
週1回以上、定期的にカンファレンスを行っている	382 (93.6%)	108 (83.7%)	0.001 ^{**}

*フィッシャーの正確度テスト, *p<0.05, **p<0.01

いる (400 施設 (97.8%)), ⑦ソーシャルワーカーが配置されている (382 施設, 93.6%) 割合が有意に高かった。

⑤ 緩和ケアチームの体制 (表2, 下段)

緩和ケア外来を設置していると答えた緩和ケアチームは設置していない施設と比較して, ①週1回以上患者を直接診療する機会がある (370 施設, 90.9%), ②週3回以上患者を直接診察し、かつ平日日中はいつでもコンサルテーションを受けられる体制がある (299 施設, 73.5%), ③週1回以上定期的にカンファレンスを行っている (382 施設, 93.6%) 施設の割合が有意に高かった。

⑥ 担当した新規患者数

緩和ケアチームが外来で診療を担当した新規の

患者数は 10,216 名 (平均 26.7 名, 中央値 9 名) であった。

このデータからいえること

本調査は、われわれの知るかぎり、わが国の緩和ケア外来の診療患者数、緩和ケアチームのスタッフの配置を全国調査した初めてのものである。緩和ケア外来を設置している緩和ケアチームは、がん診療連携拠点病院に多く、より充実したスタッフ配置がされており、新規診療患者数も多いことが明らかとなった。この調査は予備的で限定的なものであり、今後は外来の診療内容や診療担当者、診療時間などの詳しい調査が求められる。

IV. がん診療連携拠点病院の緩和ケアの動向と現状

宮下 光令

(東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野)

がん診療連携拠点病院数の推移および指定要件

がん診療連携拠点病院の指定は2002年度から開始された、地域がん診療拠点病院の指定にさかのぼる。図1にがん診療連携拠点病院数の推移を示す。

2002年度に46のがん診療連携拠点病院が指定された。その後、2004年度から実施された第3次対がん10か年総合戦略では、全国どこでも質の高いがん医療を受けることができるよう、がん医療の均てん化の実現を目標とし、2004年に設置された「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」、2005年に設置された「地域がん診療拠点病院のあり方検討会」などによる検討を経て、2006年には「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」が定められ、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院の指定が開始された。その後、2010年の指針の大幅な見直しを経て2012年1月1日現在、388病院が指定されている（国立がん研究センター中央病院、国立がん研究センター東病院の2つのみなし拠点病院を含む）。

上記の通り、がん診療連携拠点病院の指定要件は2006年に施行され、2010年に大きく改訂された。図2に緩和ケアに関する主たる記載を示す。

2006年に施行された指定要件では「医師、看護師、医療心理に携わる者等を含めたチームによる緩和医療の提供体制を整備すること」とされ、緩和ケアチームの設置が暗に示された。このことは当時一般病棟を対象とした緩和ケア診療加算の算定病院数が少なく、一般病棟における緩和ケアが十分に普及していなかったことを考えると画期

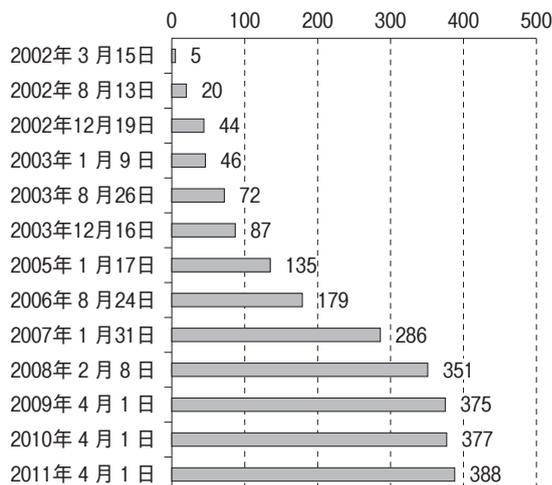


図1 がん診療連携拠点病院数の推移
(みなし拠点病院を含む)

的であった。しかし、チームの構成要因や活動について具体的な記載が少ないため、実際は委員会の設置や既存の診療体制の延長に留まり、緩和ケアチームとしての活動は必ずしも活発とはいえない状況にあった。

2010年度の改訂では、「身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和ケアに携わる医師、緩和ケアを専門とする看護師による緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること」と、緩和ケアチームの構成要因や活動、組織上の明確化などが明文化された。

特に、緩和ケアチームの看護師は専従が必須とされ、身体症状の緩和に携わる医師も専従であることが望ましいとされたことは画期的である（ここでいう専従とは、就業時間の8割以上を従事していることである）。また、2010年度の改訂では

1. 2006年2月1日 がん診療連携拠点病院の整備について（健発第0201004号）

1) 「緩和医療の提供体制」としての記載

- ・医師、看護師、医療心理に携わる者等を含めたチームによる緩和医療の提供体制を整備すること。ただし、当該提供体制には、一般病棟におけるチーム医療の一部として緩和医療を提供できる体制を含むこととする。また、当該チームによる緩和医療が、対象患者が退院した後も必要に応じて外来等において継続され得る体制を整備すること。
- ・地域において、かかりつけ医を中心とした緩和医療の提供体制を整備すること。
- ・かかりつけ医とともに地域がん診療連携拠点病院内外で共同診療を行い、早い段階から緩和医療の導入に努めること。
- ・かかりつけ医の協力・連携を得て、退院後の緩和医療計画を含めた退院計画を立てること。

2) 緩和医療に関するその他の記載

- ・各医療機関が専門とする分野において、集学的治療（手術・抗がん剤治療・放射線治療等の組み合わせや緩和医療を含む複数診療科間における相互診療支援等）及び各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療並びに応用治療を行うこと。また、クリティカルパスの整備が望ましい。
- ・主に地域のかかりつけ医等を対象とした、早期診断、緩和医療等に関する研修を実施すること。なお、研修対象者の募集・選定にあたっては、医療機関間の格差の是正に配慮すること。

2. 2008年3月1日 がん診療連携拠点病院の整備について（健発第0301001号）

1) 「緩和ケアの提供体制」としての記載

- ・専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師（専従であることが望ましい）、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を（専任であることが望ましい）、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。また、緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい。
- ・外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。
- ・緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催すること。
- ・院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、がん患者に対し必要な情報提供を行うこと。
- ・かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師がアに規定する緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。
- ・緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

2) 緩和医療に関するその他の記載

- ・我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ）その他各医療機関が専門とするがんについて、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療及び緩和ケア（以下「集学的治療」という）を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という）等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。
- ・原則として、別途定める「プログラム」に準拠した当該2次医療圏においてがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を毎年定期的実施すること。また、そのほか原則として、当該2次医療圏においてがん医療に携わる医師等を対象とした早期診断及び緩和ケア等に関する研修を実施すること。なお、当該研修については、実地での研修を行うなど、その内容を工夫するように努めること。
- ・都道府県がん診療連携拠点病院では当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が実施するがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修その他各種研修に関する計画を作成すること。

（緩和ケアに関連する部分の抜粋し、分かりやすいように改変して掲載）

図2 がん診療連携拠点病院の指定要件

緩和ケア外来の設置、緩和ケア研修会の実施などが盛り込まれた。この2010年度の指定要件の改訂に伴い、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの機能が大きく強化された。

医療水準調査（厚生労働省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査）

がん診療連携拠点病院の拡充に伴い、がん診療連携拠点病院の「緩和ケア機能」および「相談支援センター機能」に焦点を当て、がん診療連携

点病院の自己申告により、それぞれの機能の充足の程度を評価することを目的とした調査（厚生労働省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査）が実施された（図3～8）。ここではその緩和ケア機能についての概要を報告する。

調査は2007～2009年度の各年度末に当時指定

されているすべてのがん診療連携拠点病院を対象に実施された。調査方法は郵送法による自記式質問紙調査であり、回収率はほぼ100%であった（未提出施設は都道府県を通して督促を行った）。調査内容は病院長・事務部門対象として「1. 病院の緩和ケアに取り組む体制（11項目）」「2. 緩和ケアに対する情報提供体制（6項目）」、「緩和ケアチームを対象として3. 基本的な緩和ケアの

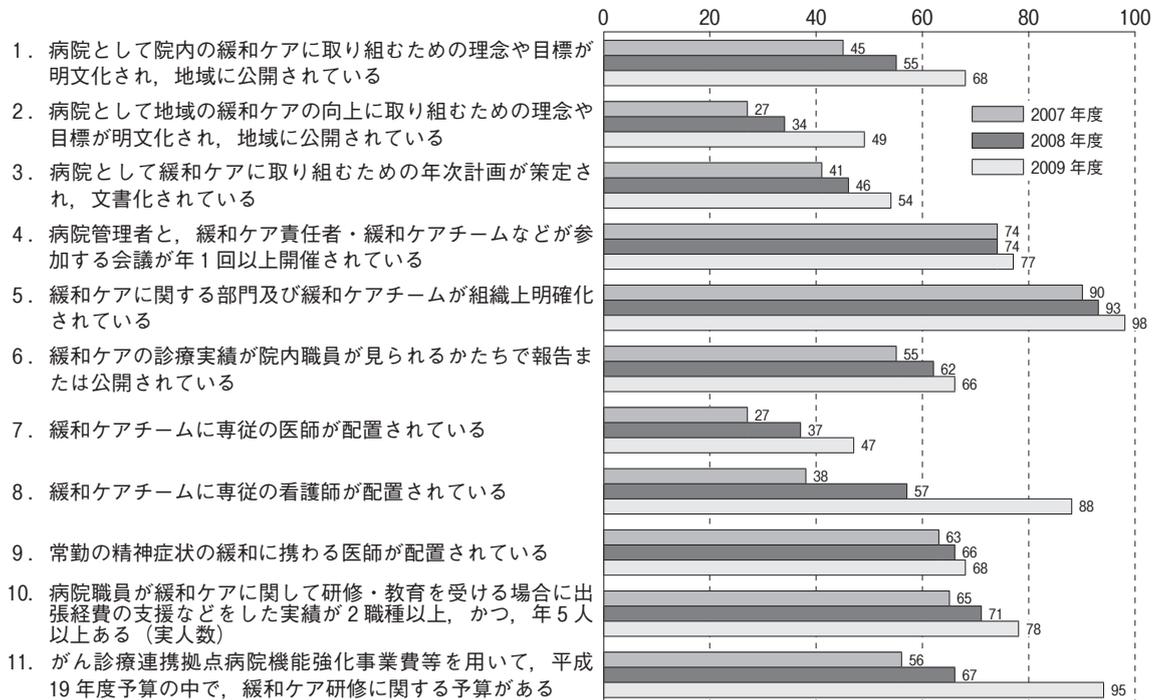


図3 医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度
— I. 病院の緩和ケアに取り組む体制

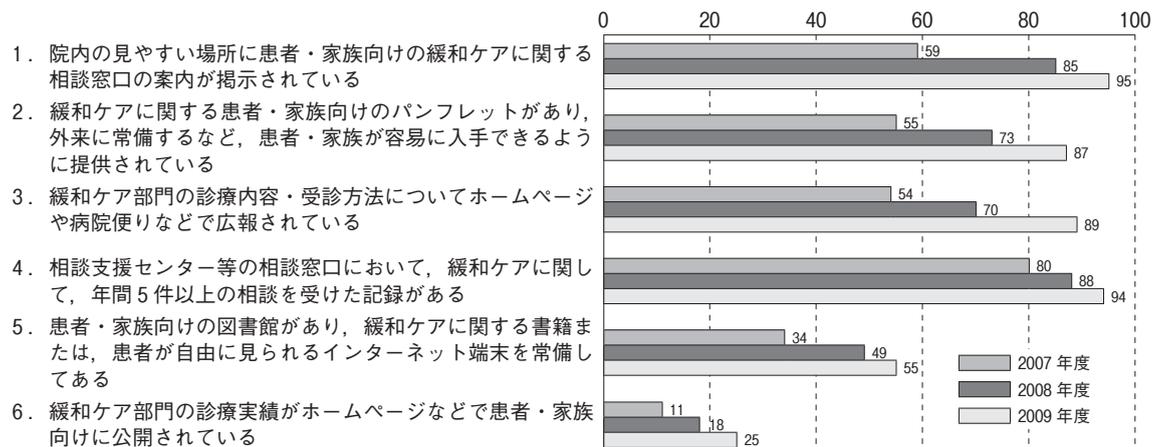


図4 医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度
— II. 緩和ケアに関する情報提供体制

提供体制（11項目）」「4. 専門的な緩和ケアの提供体制（16項目）」「5. 多職種による緩和ケアの提供体制（8項目）」、地域連携部門を対象として「6. 緩和ケアの地域連携及び研修の実施体制（11項目）」であった。

2007年度から2009年度までの全施設の回答の推移を示す。全体的には、「1. 病院の緩和ケアに取り組む体制」「2. 緩和ケアの情報提供体制」「4. 専門的な緩和ケアの提供体制」が3年間で大きく充足した。緩和ケアチームの専従看護師の有無、緩和ケア研修会の予算化や実施などは指定要件の変化の影響であるが、緩和ケアチームの活動内容は全体的に活性化した。「3. 基本的な緩和ケアの

提供体制」「5. 多職種による緩和ケアの提供体制」は2007年の時点で充足度が高く、変化が小さかった。「6. 緩和ケアの地域連携及び研修の実施体制」は、3年間を通して充足度が低く、今後の発展が期待される。

2009年度における都道府県がん診療連携拠点病院と地域がん診療連携拠点病院の比較を図9～14に示す。全体として都道府県がん診療連携拠点病院において充足度が高かった。これは都道府県拠点病院（みなし拠点を含む）では緩和ケア診療加算を算定している割合が51%であり、地域拠点病院の19%より大幅に多いことが理由と考えられる。

- 1-1. 院内のがん診療に携わる医師を対象とした「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会を平成21年度に1回以上開催または開催予定であり、院内の参加医師数の合計が10名以上ある（実人数）
- 1-2. 1-1以外の院内のがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修会を平成21年度に1回以上開催または開催予定であり、院内の参加医師数の合計が10名以上ある（実人数）
- 2. 院内のがん診療に携わる看護師を対象とした緩和ケア研修会を年1回以上開催しており、参加看護師数の合計が10名以上である（実人数）
- 3. 院内で、医師を対象としたがん医療におけるコミュニケーション・スキルを向上させるための実技・演習を含む研修を年1回以上開催している
- 4. 院内で、がん患者に対するリハビリテーションについての研修を年1回以上開催している
- 5. がん診療に携わる医師は全て麻薬施用者免許を有している
- 6. 院内において統一した疼痛の評価尺度がある
- 7. 院内に緩和ケアに関するマニュアルがあり、病棟と外来から常に参照できる状態になっており、1年以内に改訂されている
- 8. 即効性経口モルヒネ、徐放性経口モルヒネ、モルヒネ注、即効性オキシコドン、徐放性オキシコドン、フェンタニル貼付剤、フェンタニル注の全てが採用されている
- 9. 鎮痛効果のある抗てんかん薬（ガバペンチン、クロナゼパムなど）、三環系抗うつ薬、ケタラールの全てが採用されている
- 10. マクトレオチド（サンドスタチン）が採用されている
- 11. 少なくとも1種類以上の非定型抗精神病薬が採用されている

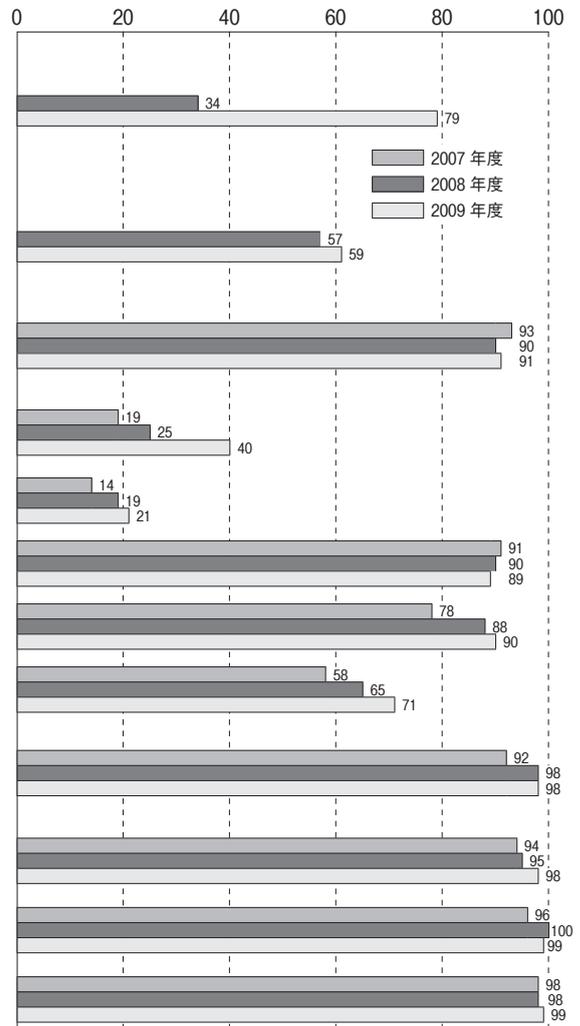


図5 医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度
—Ⅲ. 基本的な緩和ケアの提供体制

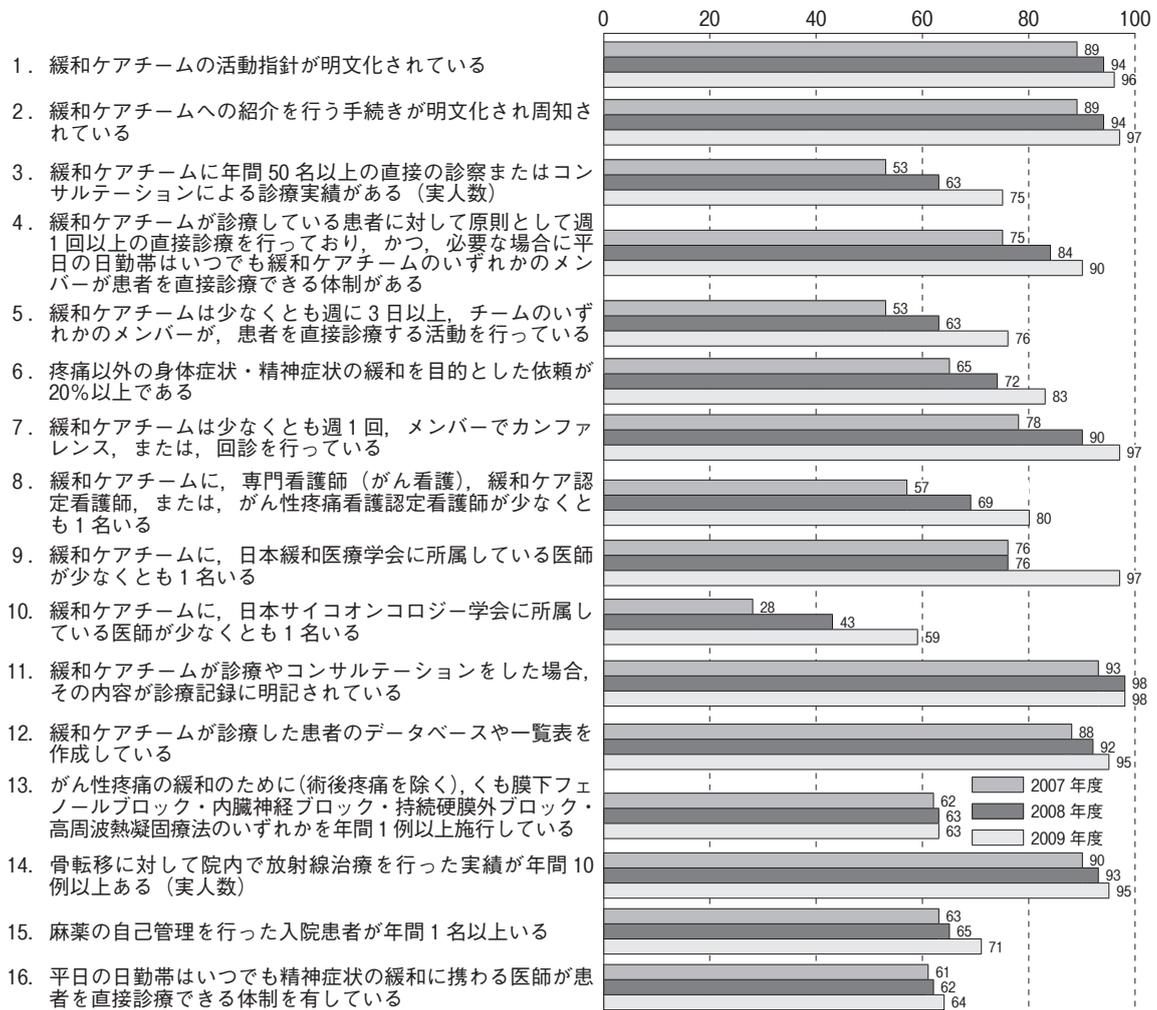


図6 医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度
—Ⅳ. 専門的な緩和ケアの提供体制

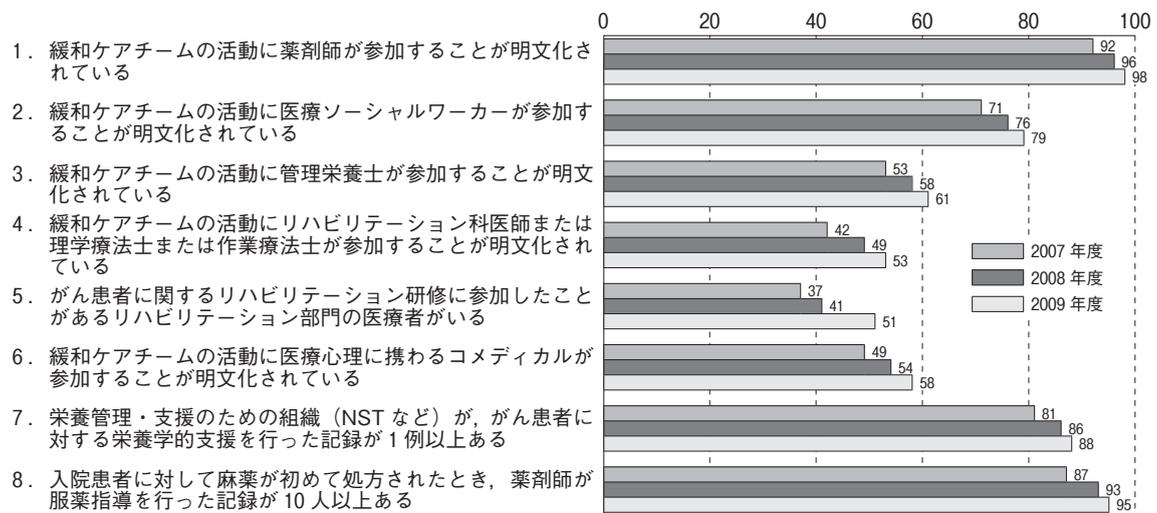


図7 医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度
—Ⅴ. 多職種による緩和ケアの提供体制

Ⅳ. がん診療連携拠点病院の緩和ケアの動向と現状

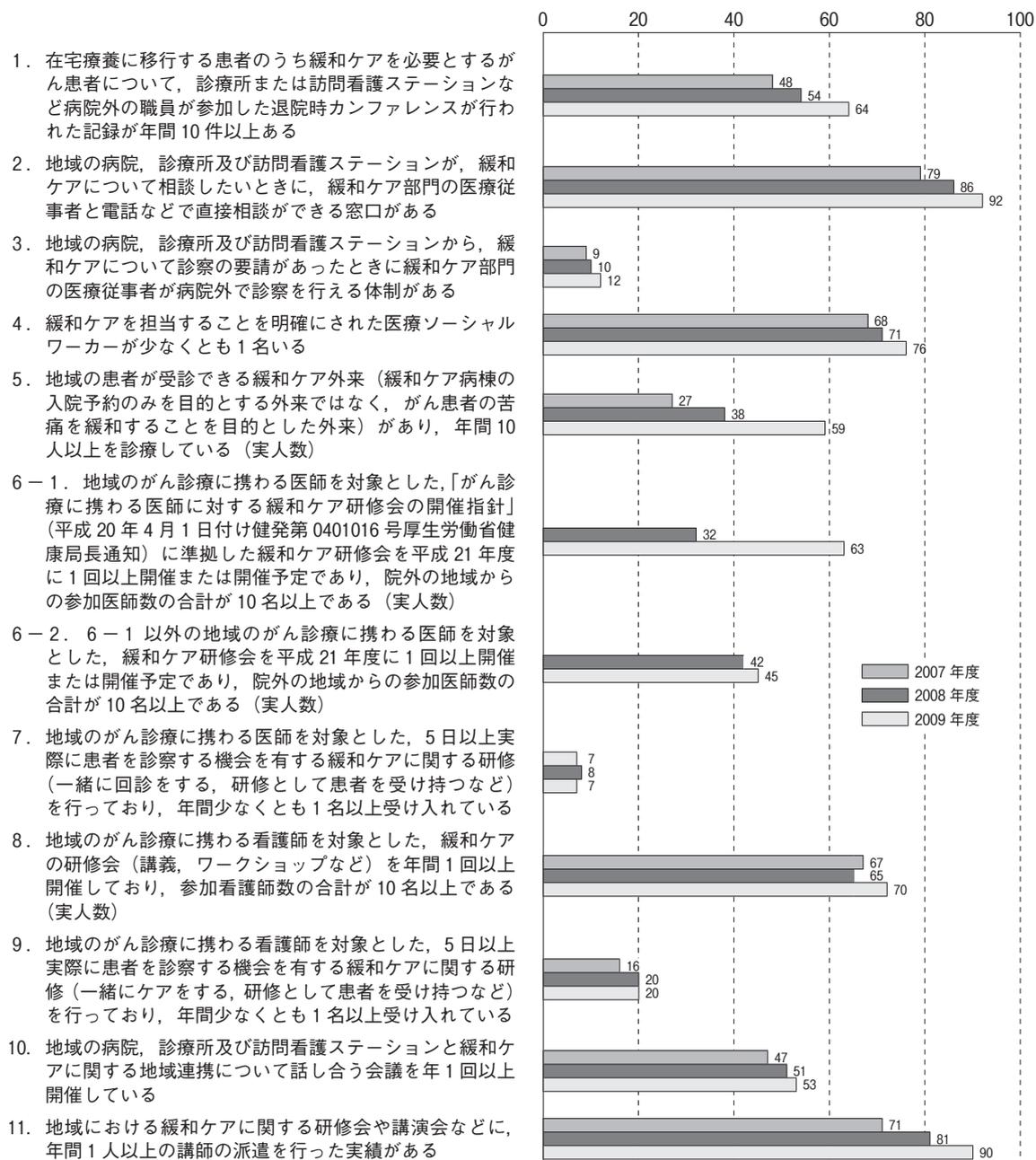


図8 医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度
—Ⅵ. 緩和ケアの地域連携及び研修の実施体制

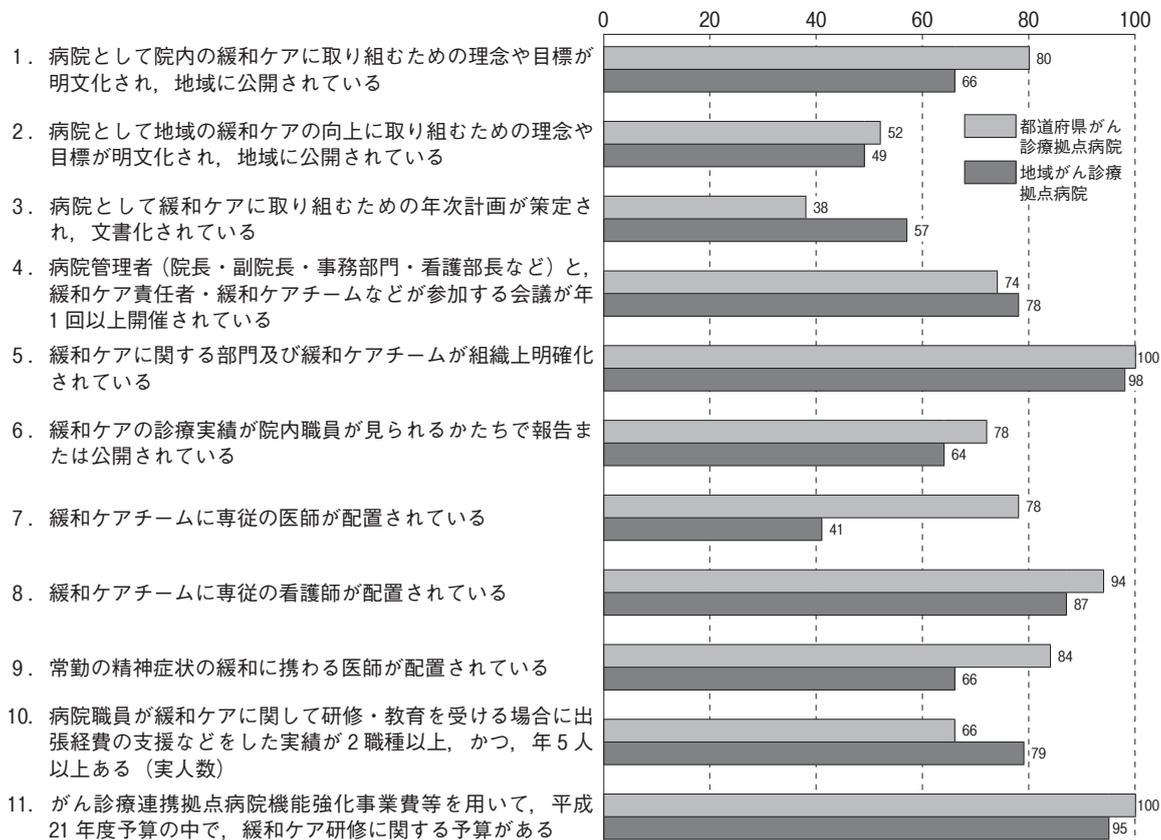


図9 2010年医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度（都道府県および地域がん診療連携拠点病院の比較）— I. 病院の緩和ケアに取り組む体制

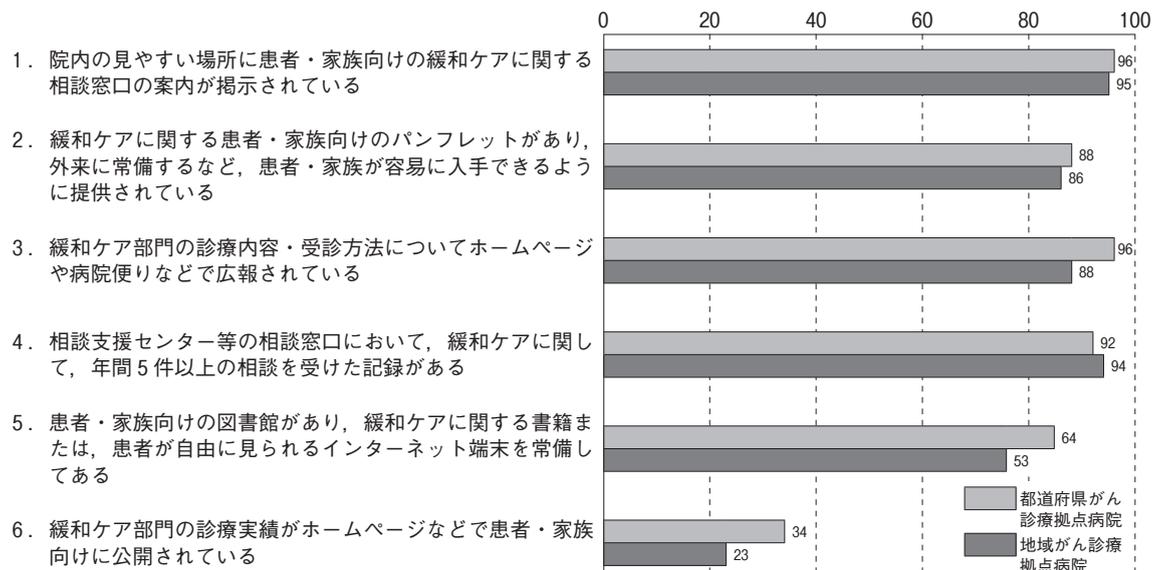


図10 2010年医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度（都道府県および地域がん診療連携拠点病院の比較）— II. 緩和ケアに関する情報提供体制

IV. がん診療連携拠点病院の緩和ケアの動向と現状

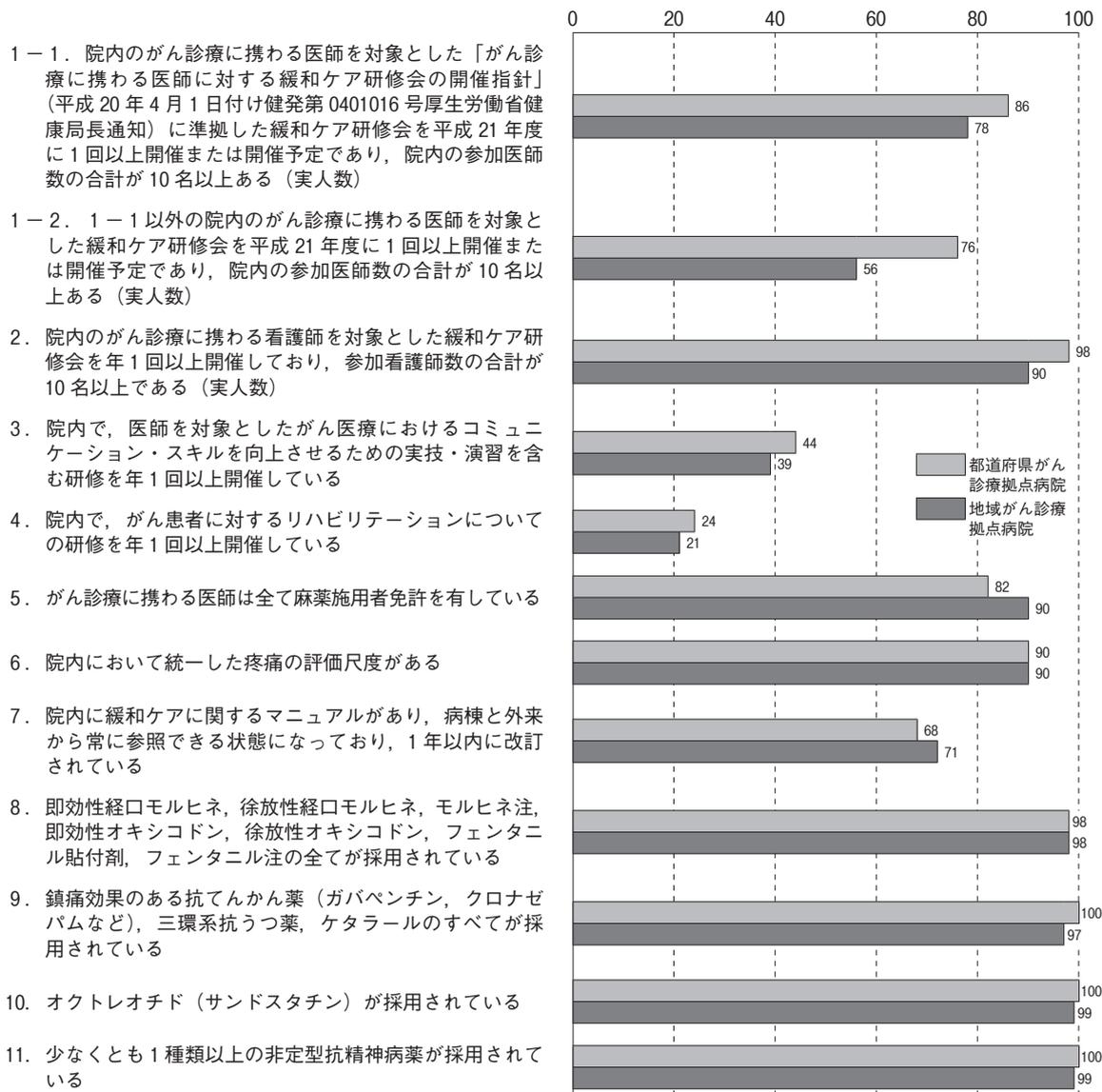


図11 2010年医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度(都道府県および地域がん診療連携拠点病院の比較) —Ⅲ. 基本的な緩和ケアの提供体制

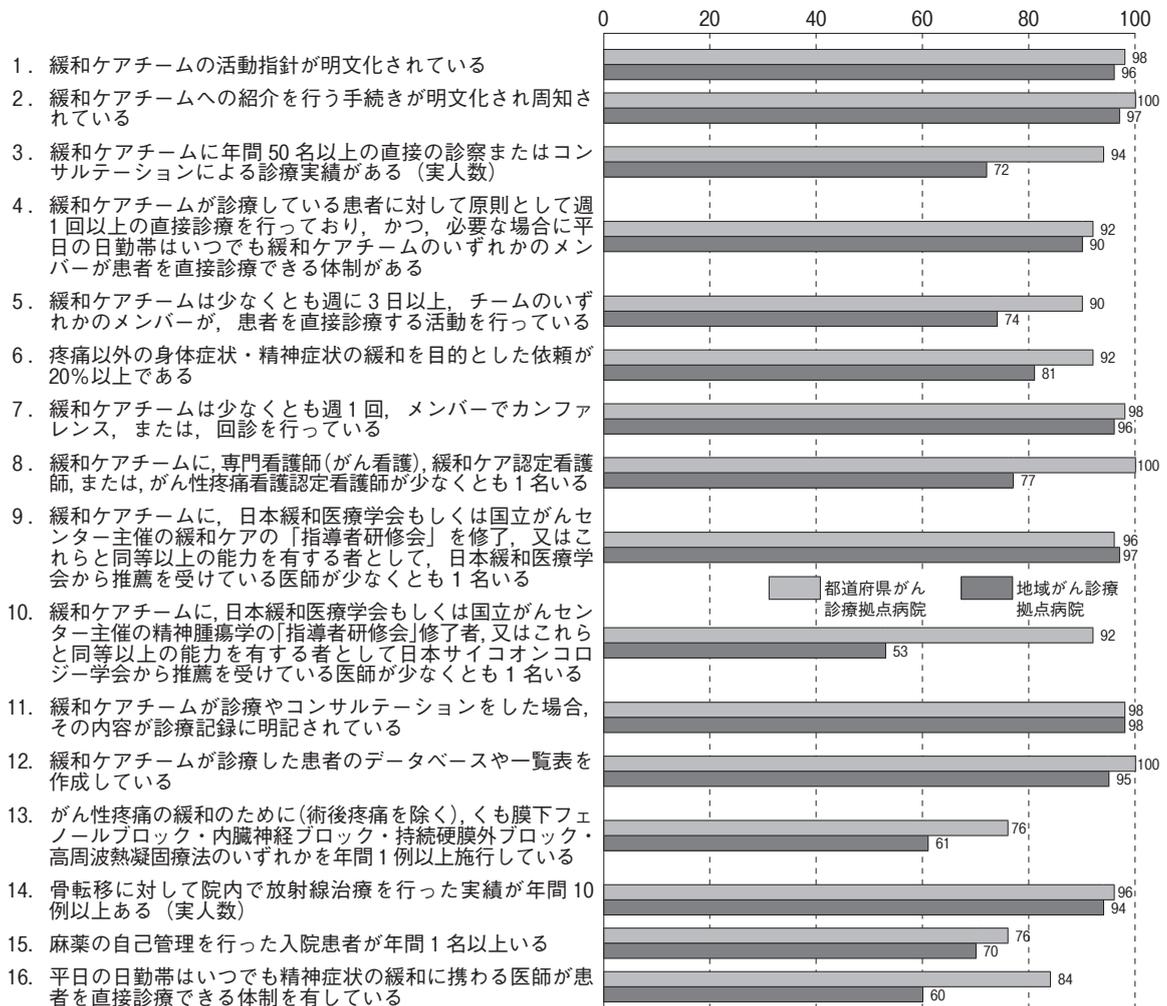


図 12 2010 年医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度 (都道府県および地域がん診療連携拠点病院の比較) —Ⅳ. 専門的な緩和ケアの提供体制

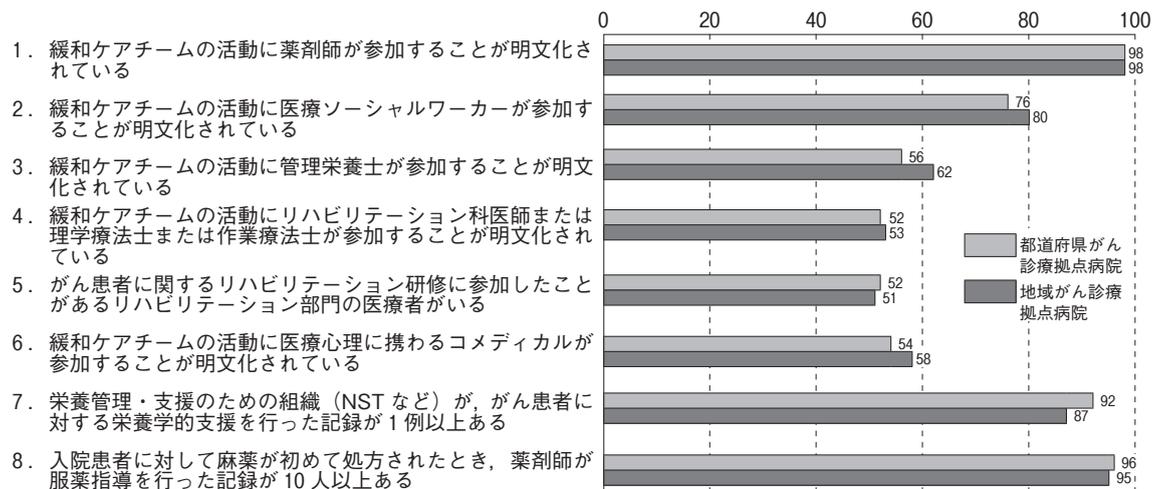


図 13 2010 年医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度 (都道府県および地域がん診療連携拠点病院の比較) —Ⅴ. 多職種による緩和ケアの提供体制

IV. がん診療連携拠点病院の緩和ケアの動向と現状

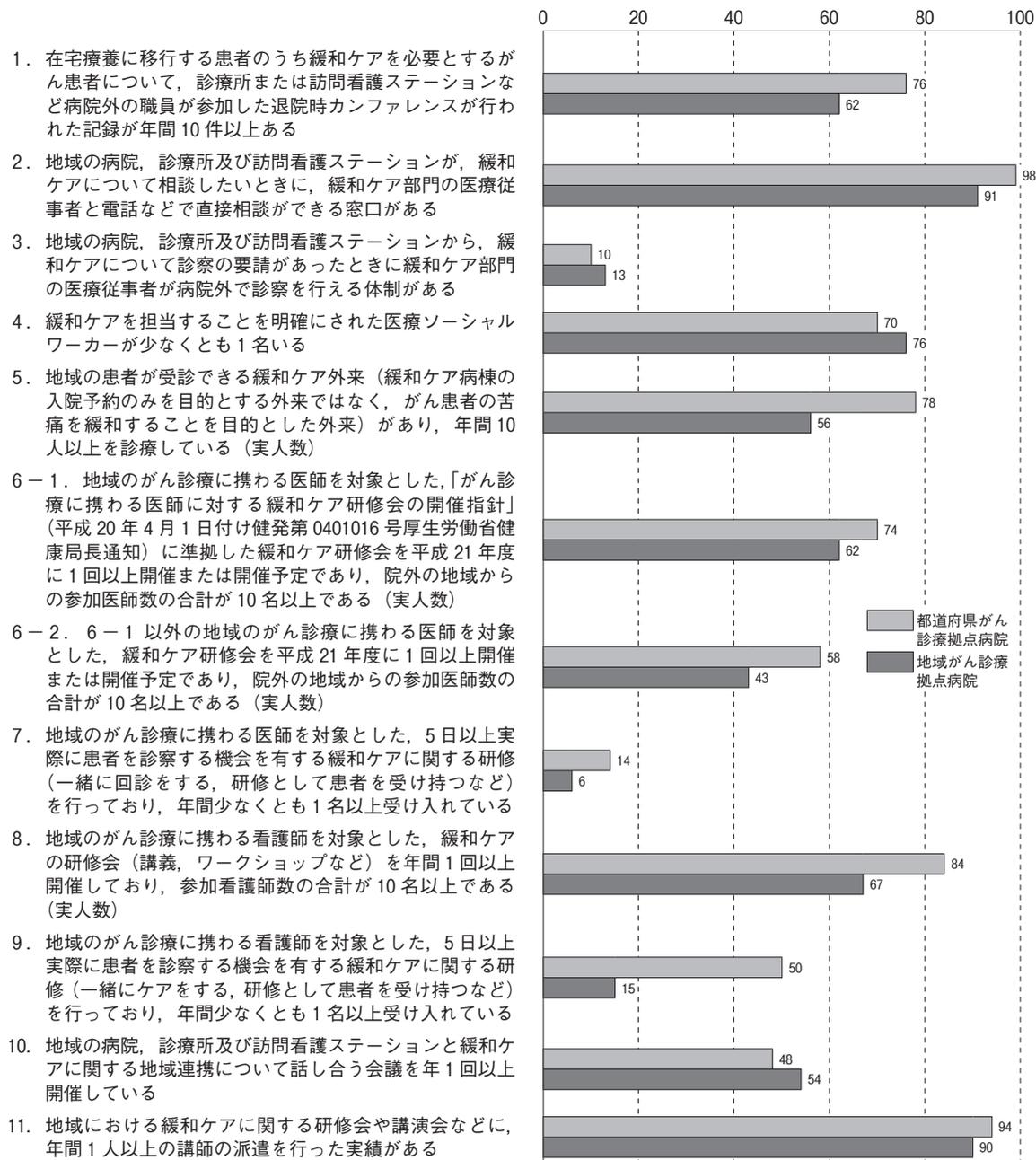


図14 2010年医療水準調査におけるがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度（都道府県および地域がん診療連携拠点病院の比較）—VI. 緩和ケアの地域連携及び研修の実施体制

V. 在宅緩和ケアの動向と現状

鈴木 雅夫^{*1} 岡部 健^{*2}

(^{*1} 医療法人社団爽秋会 ふくしま在宅緩和ケアクリニック ^{*2} 医療法人社団爽秋会)

在宅療養支援診療所と自宅・在宅死亡率のデータ

在宅療養支援診療所に関するデータ図1～3と、自宅および在宅（自宅＋老人ホーム）死亡率のデータ表1を示す。

図1に示すように在宅療養支援診療所の届け出数は年々増加し、全診療所のおよそ12.5%にものぼるが、図2のように年間の在宅看取り数がゼロのところは半数以上である。1名以上の在宅看取り数内訳データや悪性新生物の在宅看取り数が公表されていないため、日本全体、各都道府県、各市町村への貢献度などは不明である。

在宅緩和ケアの実態を示すであろう1つの指標として、各都道府県別、および主要都市別の自宅および在宅における全死因と悪性新生物の死亡率を表1に示す。自宅や老人ホームで死亡していても緩和ケアを受けていたかどうかは不明であるため、在宅緩和ケアの実態をそのまま示すわけではないが、国民の6～8割が在宅死を希望していること、国策として在宅死亡率の増加を目指していることを踏まえれば、指標の1つにはなろう。全体的にみると、全疾患全体の自宅・在宅死亡率は低下傾向が続いているが、悪性新生物については低下の下限から上昇に転じているようではある。悪性新生物については行政なり地域なりの努力がようやく結果に結びつき始めたようにも考えられよう。

各都道府県および主要都市の自宅・在宅死亡率の数値には差が大きく、最低と最高では4倍以上の開きがある。OPTIMが実施された県や行政が評価しているところが特に高いということはないようであるし、図3と表1を照らし合わせるかぎりは在宅療養支援診療所の数とその地域の自宅・

在宅死亡率に関係しているとも考えにくい。自宅・在宅死亡率は主要都市間においても差が大きいことを考えると、生活形態が都市型であるのかそうでないかという違いが影響しているとは考えにくい。

データの提示と解析

市町村単位の死亡率データについては、今回提示したもの以外は、行政からは提示はあっても公開は不可であると指示されるか、もしくは提示自体もしてはくれない地域がほとんどである。そのため、今回は主要都市以外のデータを示すことはできないが、わずかにみせていただくことができた市町村単位のデータをみてみると、0～25%程度までの大きな開きがあった。そして、自宅・在宅死亡率の高い地域には在宅緩和ケアを専門にしている年間看取り数が多い診療所が存在し、その自宅・在宅看取り数増加と地域の自宅・在宅死亡率増加が一致していた。

各都道府県の人口規模には20倍以上の違いがあること、人口の密集程度の違いや、ベッドの過不足状況、地域活動の効果、在宅緩和ケアの専門診療所の効果、地域文化的な要因等々を考えると、現在の自宅・在宅死亡率の違いやその要因、何が効果的な戦略であるのかを評価・検討するには、県という単位は大きすぎるのではないだろうか。市町村単位程度の死亡率データや、各診療所・病院の看取り数のデータなどを分析する必要があるのではなかろうか。これらのデータは、すでに厚生労働省は持っているものであるが、今回この白書を執筆するに当たっては情報提示は困難であった。実際にデータ量はとても大きいものであるため分析には時間と労力を要するが、評価

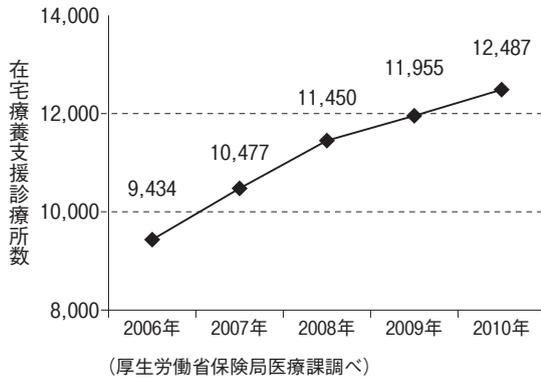


図1 在宅療養支援診療所届出数

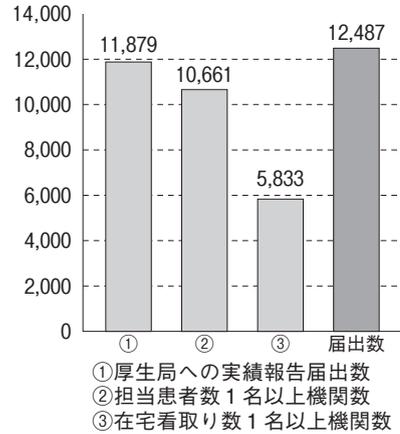


図2 在宅療養支援診療所の実績

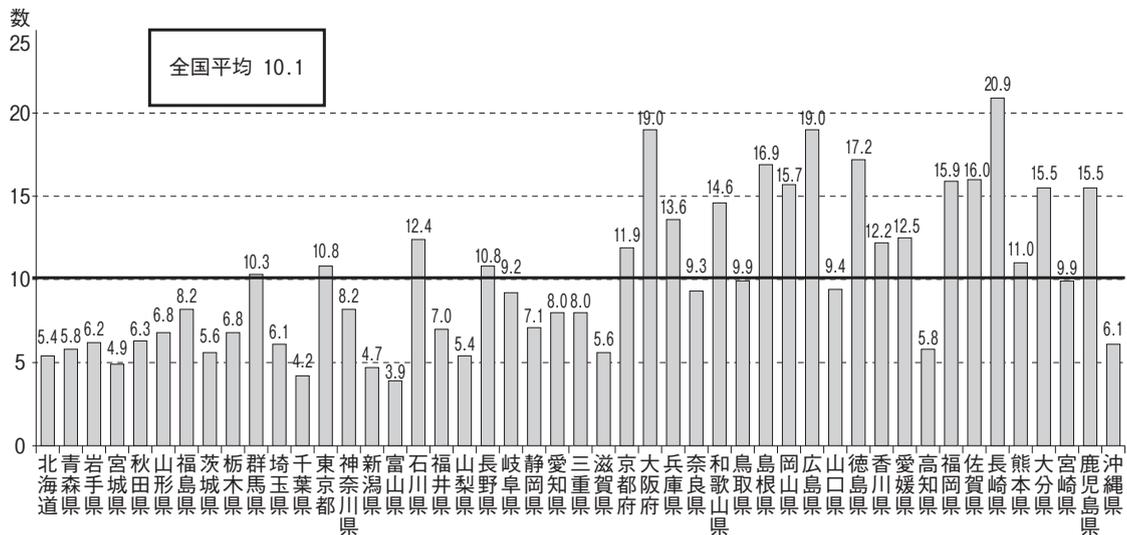


図3 人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数

検討が必要に思える。

在宅緩和ケアの指標

日本において、緩和ケア提供のリソースとしては、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアの3種類があり、前二者はそれぞれ緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算の診療報酬点数がついている。そして、在宅療養支援診療所によって在宅診療が行われた時には高い診療報酬点数が設定されている。ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチームについては、その診療報酬点

数の請求を行っている医療機関が緩和ケアを提供しているというひとつの指標となり、調査研究によってデータを算出することは可能となってきている。一方、図2, 3, 表1をみても悪性新生物の患者が在宅療養支援診療所で在宅ケアを受けていることイコール在宅緩和ケアを受けていると考えるには難しいところがあるため、在宅緩和ケアを受けているという指標自体がないのが現実であり、データの作成が困難な状況である。さらに、緩和ケアの質の担保という観点からも、在宅緩和ケアを含めた緩和ケアのレジストリが必要なのかもしれない。

表1 過去10年間の年次別、都道府県別、20主要都市別、自宅および自宅+老人ホームにおける全死因と悪性新生物の死亡率

		自宅 (%)										自宅+老人ホーム									
		H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
全 国	総数	13.54	13.37	13.00	12.39	12.24	12.16	12.31	12.67	12.43	12.60	15.49	15.28	14.94	14.46	14.39	14.51	14.86	15.57	15.66	16.11
	悪性	6.02	6.18	5.96	5.80	5.68	6.21	6.72	7.27	7.39	7.78	6.45	6.18	6.38	6.25	6.21	6.83	7.45	8.11	8.31	8.81
01 北海道	総数	8.05	8.38	8.77	8.24	8.12	8.34	8.29	8.58	8.59	8.75	9.36	8.38	10.02	9.44	9.24	9.55	9.63	10.03	10.19	10.30
	悪性	2.14	2.41	2.14	2.19	1.80	2.22	2.25	2.42	2.97	3.09	2.43	2.41	2.41	2.43	2.04	2.45	2.54	2.74	3.35	3.60
02 青森	総数	12.89	12.56	11.70	11.54	10.56	10.35	11.20	10.95	11.31	10.95	14.76	12.56	13.57	13.49	12.77	12.60	14.00	13.80	14.64	14.89
	悪性	4.63	4.61	4.48	4.21	3.42	3.91	4.74	5.51	5.76	5.56	4.91	4.61	5.01	4.62	3.95	4.47	5.39	6.39	7.00	6.56
03 岩手	総数	11.76	11.81	12.40	12.01	11.96	12.03	12.72	12.09	12.45	11.64	13.76	11.81	14.01	13.86	14.03	14.12	15.45	14.69	15.30	14.62
	悪性	3.32	3.98	5.07	5.31	5.58	6.59	7.00	6.97	6.84	6.11	3.69	3.98	5.75	5.59	6.04	6.98	7.60	7.86	7.71	6.73
04 宮城	総数	16.50	15.89	15.22	14.77	14.50	14.13	14.33	14.61	14.28	14.67	17.95	15.89	16.72	16.37	16.14	15.98	16.40	17.19	17.31	17.87
	悪性	7.65	7.15	7.29	7.46	7.88	8.17	10.07	9.80	10.56	10.74	7.89	7.15	7.92	7.69	8.22	8.67	10.66	10.44	11.38	12.01
05 秋田	総数	14.72	14.58	13.32	12.92	11.97	11.96	12.28	11.82	11.08	10.03	17.22	14.58	15.99	15.58	14.48	14.46	14.87	14.64	13.56	12.96
	悪性	5.00	5.30	4.60	4.85	4.33	4.80	5.00	4.56	4.49	3.65	5.52	5.30	5.17	5.30	5.00	5.52	5.82	5.27	5.41	4.68
06 山形	総数	17.02	16.94	16.23	15.01	13.64	13.28	12.65	11.62	11.21	11.95	20.67	16.94	19.92	18.55	17.06	16.88	16.87	15.70	16.02	16.83
	悪性	7.26	6.70	6.80	6.35	5.03	5.13	5.36	4.48	4.96	5.68	8.03	6.70	7.67	6.83	5.75	6.02	6.40	5.39	6.21	6.86
07 福島	総数	16.87	15.56	14.66	13.93	14.15	13.82	13.53	13.46	13.20	13.30	18.30	15.56	15.98	15.38	15.56	15.37	15.49	15.86	15.59	15.95
	悪性	8.34	7.22	6.68	7.12	7.64	6.72	7.08	7.61	7.31	7.65	8.71	7.22	7.02	7.55	8.11	7.20	7.73	8.18	8.06	8.62
08 茨城	総数	13.79	13.20	12.89	12.44	11.68	11.38	11.05	11.04	11.37	11.42	15.21	13.20	14.22	13.92	13.26	13.26	13.00	13.38	13.88	14.29
	悪性	5.10	5.65	5.30	4.93	5.21	5.00	5.09	5.57	5.71	6.59	5.32	5.65	5.46	5.12	5.47	5.45	5.55	6.18	6.34	7.32
09 栃木	総数	13.06	13.64	12.80	11.91	12.41	12.21	12.13	12.89	13.11	12.66	15.52	13.64	15.29	14.38	14.69	14.99	15.25	16.58	16.89	16.36
	悪性	4.98	5.78	4.58	4.70	5.15	5.11	6.10	7.07	8.39	7.95	5.37	5.78	4.98	5.15	5.39	5.50	6.61	7.79	9.21	8.85
10 群馬	総数	13.90	13.80	12.68	12.25	11.30	11.18	11.33	11.19	11.47	10.81	15.74	13.80	14.44	14.11	13.25	13.32	13.74	13.85	14.30	14.36
	悪性	6.95	6.39	5.97	6.28	5.52	5.63	7.07	7.20	7.98	7.74	7.44	6.39	6.50	6.58	6.19	6.33	7.65	8.04	8.94	8.77
11 埼玉	総数	11.94	11.98	11.80	11.24	11.64	11.19	11.63	11.83	11.82	11.54	13.05	11.98	12.95	12.49	12.98	12.75	13.58	13.95	14.18	13.99
	悪性	4.95	4.63	4.99	4.61	4.54	5.06	5.87	6.10	6.37	6.35	5.17	4.63	5.20	4.85	4.86	5.51	6.37	6.61	6.95	7.07
12 千葉	総数	13.66	13.89	13.90	13.25	13.20	13.16	13.40	13.92	13.97	14.06	14.52	13.89	15.00	14.35	14.52	14.83	15.09	15.83	16.18	16.48
	悪性	5.45	5.68	5.70	5.86	5.43	6.44	7.40	7.90	8.81	8.84	5.72	5.68	5.96	6.09	5.80	6.92	7.96	8.43	9.48	9.67
13 東京	総数	12.37	12.76	13.16	12.89	13.17	13.38	14.59	15.08	15.28	16.15	13.71	12.76	14.68	14.66	15.04	15.60	16.78	17.78	18.50	19.72
	悪性	6.05	6.82	7.30	6.72	6.89	8.53	9.16	10.05	10.45	11.07	6.36	6.82	7.65	7.18	7.38	9.16	9.92	10.96	11.55	12.27
14 神奈川	総数	12.73	12.74	12.28	12.28	12.46	12.59	13.24	14.25	14.03	14.35	13.92	12.74	13.60	13.86	14.15	14.47	15.32	16.85	17.32	18.14
	悪性	4.66	5.17	4.85	5.26	5.32	6.28	7.28	8.57	8.94	9.80	4.89	5.17	5.12	5.51	5.70	6.77	7.91	9.39	9.88	10.95
15 新潟	総数	18.75	17.70	16.66	15.88	14.48	14.57	13.78	13.86	12.59	12.50	21.25	17.70	19.40	18.86	17.32	17.75	17.32	18.03	16.86	17.35
	悪性	7.77	7.58	6.65	6.15	5.61	5.52	5.38	5.62	5.52	5.24	8.33	7.58	7.22	6.93	6.37	6.29	6.13	6.53	6.56	6.36
16 富山	総数	13.53	12.59	11.17	10.26	10.09	9.86	10.01	10.17	10.29	11.06	16.10	12.59	13.30	12.59	12.25	12.47	12.71	13.17	14.16	14.80
	悪性	5.11	6.00	4.81	4.03	4.36	4.53	4.56	5.25	6.24	6.44	5.79	6.00	5.20	4.45	4.83	5.04	5.16	6.17	7.02	7.23
17 石川	総数	13.75	13.03	12.87	11.10	10.82	9.47	9.91	10.14	9.97	9.47	15.68	13.03	14.98	13.45	13.15	12.54	12.87	13.22	13.44	13.17
	悪性	4.65	4.39	4.22	3.87	4.29	3.07	3.13	4.05	4.66	4.42	5.10	4.39	5.05	4.45	4.90	3.74	4.09	4.84	5.87	5.58
18 福井	総数	14.13	14.10	13.53	12.43	11.66	12.53	11.74	11.83	11.05	10.30	17.45	14.10	16.84	15.99	15.14	16.17	15.46	15.96	15.30	14.93
	悪性	6.75	7.61	6.61	7.66	4.46	6.26	6.63	6.92	6.70	6.10	7.58	7.61	7.33	8.42	5.98	6.94	7.99	8.15	8.02	7.03
19 山梨	総数	16.10	15.39	13.28	12.94	12.21	12.08	11.35	12.57	12.39	12.52	19.05	15.39	15.44	15.17	14.63	14.63	14.46	16.28	17.03	17.33
	悪性	8.04	9.43	7.18	7.64	6.51	6.23	6.48	6.90	6.83	7.71	8.42	9.43	7.68	7.99	7.40	6.93	7.20	7.80	8.21	9.27

V. 在宅緩和ケアの動向と現状

		自宅 (%)										自宅 + 老人ホーム									
		H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
20 長野	総数	18.74	17.43	16.57	15.46	14.60	13.70	13.58	14.93	14.30	13.57	23.39	17.43	20.67	20.08	19.50	18.74	18.78	20.95	20.50	20.23
	悪性	10.42	10.26	9.38	9.75	8.29	7.87	7.96	9.89	9.86	9.27	11.25	10.26	10.17	10.56	9.43	9.13	9.08	11.21	11.33	11.04
21 岐阜	総数	16.95	16.11	15.02	13.92	13.62	13.28	12.52	12.97	12.99	13.53	18.20	16.11	16.30	15.51	15.34	15.10	14.64	15.72	15.79	16.80
	悪性	8.43	8.13	7.74	7.85	7.84	7.99	8.14	8.76	8.96	9.52	8.64	8.13	7.99	8.23	8.32	8.36	8.69	9.44	9.73	10.32
22 静岡	総数	16.00	15.52	14.82	13.52	13.04	13.14	13.26	14.19	14.28	13.85	18.64	15.52	17.59	16.49	16.06	16.52	17.23	18.35	18.88	19.26
	悪性	7.21	6.59	6.05	5.87	5.45	6.71	7.11	8.26	8.46	9.22	7.64	6.59	6.55	6.47	6.18	7.53	8.26	9.28	9.55	10.54
23 愛知	総数	12.81	12.89	12.57	11.69	11.40	11.44	11.49	12.20	11.93	12.07	13.63	12.89	13.53	12.67	12.63	12.94	13.32	14.41	14.59	15.20
	悪性	4.93	5.27	4.59	4.56	4.71	5.14	5.86	6.67	6.04	6.16	5.12	5.27	4.80	4.75	5.00	5.59	6.36	7.37	6.86	7.14
24 三重	総数	16.92	16.44	15.66	14.76	13.87	14.32	13.34	13.87	13.45	13.32	19.81	16.44	18.33	17.57	16.66	17.26	16.71	17.58	17.27	17.58
	悪性	7.71	7.09	7.24	6.44	5.96	7.38	6.94	7.72	7.65	8.66	8.30	7.09	7.69	6.99	6.87	8.01	7.74	8.73	8.70	9.83
25 滋賀	総数	17.29	16.27	16.04	14.30	14.21	14.62	13.94	15.42	14.57	15.16	18.83	16.27	17.38	15.85	16.01	16.70	16.20	17.83	17.28	18.32
	悪性	7.95	7.12	7.01	6.17	5.57	7.33	6.61	8.17	6.67	7.77	8.46	7.12	7.21	6.57	6.08	7.89	7.51	9.05	7.27	8.67
26 京都	総数	14.96	14.75	14.40	13.91	13.76	13.83	14.60	14.57	14.07	14.56	17.24	14.75	16.37	16.20	16.19	16.27	17.34	17.58	17.58	17.99
	悪性	6.13	6.44	6.45	6.78	6.62	7.25	7.85	8.31	8.25	9.52	6.71	6.44	6.91	7.30	7.29	8.09	8.71	9.16	9.29	10.35
27 大阪	総数	14.21	14.37	14.32	13.94	14.31	14.16	14.90	15.46	14.67	15.44	15.18	14.37	15.43	15.18	15.74	15.90	16.71	17.61	17.14	18.18
	悪性	5.14	5.67	5.78	5.77	6.12	6.65	7.46	7.97	7.96	8.50	5.35	5.67	6.05	5.98	6.53	7.15	8.06	8.65	8.67	9.42
28 兵庫	総数	15.52	15.59	14.70	14.19	14.47	14.26	14.41	15.28	14.93	15.42	17.57	15.59	16.86	16.60	16.99	17.09	17.51	19.06	19.00	19.80
	悪性	7.82	8.62	7.67	7.58	8.28	8.86	9.62	10.89	10.91	11.60	8.37	8.62	8.10	8.28	9.00	9.70	10.62	12.09	12.15	12.79
29 奈良	総数	16.90	16.41	16.43	16.22	16.75	16.46	15.95	15.75	15.70	16.39	19.25	16.41	18.53	18.87	19.22	18.99	19.05	19.43	19.20	20.21
	悪性	8.67	8.38	8.74	9.47	9.70	10.00	10.27	10.33	11.78	12.88	9.15	8.38	9.29	10.10	10.18	10.51	11.23	10.98	12.76	13.82
30 和歌山	総数	18.18	17.08	16.83	16.44	15.03	14.50	14.26	14.96	13.67	13.80	21.90	17.08	20.70	20.08	18.68	18.11	18.27	19.22	18.25	18.58
	悪性	9.83	9.79	10.39	10.60	9.47	9.63	10.61	10.54	9.93	11.22	10.74	9.79	11.04	11.53	10.42	10.67	11.64	11.53	10.78	12.67
31 鳥取	総数	15.17	14.58	13.93	13.09	13.49	13.69	13.30	13.71	12.49	12.31	17.90	14.58	16.89	16.45	17.17	17.40	17.12	18.45	17.57	18.15
	悪性	7.51	7.08	7.05	6.10	6.94	7.54	7.79	7.59	5.70	7.05	8.43	7.08	7.64	6.59	7.55	8.36	9.37	9.16	7.21	8.94
32 島根	総数	14.94	14.37	14.01	13.71	12.80	12.30	12.34	11.95	11.86	11.44	18.72	14.37	17.76	17.63	16.61	16.36	16.40	16.42	17.36	17.82
	悪性	7.24	7.03	6.62	7.34	6.81	6.31	6.88	8.33	6.21	6.59	8.28	7.03	7.36	8.16	7.86	7.78	7.96	10.14	7.78	8.48
33 岡山	総数	13.98	13.69	12.98	12.12	11.69	11.13	11.24	11.60	10.85	11.03	16.88	13.69	15.53	14.75	14.72	14.11	14.42	14.88	14.55	14.85
	悪性	6.48	7.02	7.01	6.18	5.43	5.00	5.62	6.25	6.06	6.20	7.19	7.02	7.54	6.84	6.19	5.75	6.49	7.38	6.91	7.34
34 広島	総数	13.98	13.42	12.66	12.47	12.02	12.47	12.25	12.26	11.94	17.26	13.42	16.15	15.72	15.57	16.15	16.46	16.57	16.92	17.04	
	悪性	7.06	7.05	5.76	5.90	5.73	6.41	6.35	6.39	6.47	6.66	7.87	7.05	6.62	6.79	6.45	7.44	7.31	7.56	7.83	7.99
35 山口	総数	10.86	11.35	11.80	10.87	11.12	10.95	10.82	10.67	10.81	10.59	13.79	11.35	14.43	13.83	14.21	14.01	13.77	14.00	14.32	13.96
	悪性	4.47	4.25	4.97	4.39	4.79	4.53	5.27	4.60	4.98	6.05	5.03	4.25	5.51	5.11	5.29	4.96	5.85	5.59	5.63	6.89
36 徳島	総数	12.45	12.95	11.85	11.03	11.20	10.72	10.40	10.50	10.05	9.93	16.37	12.95	15.49	14.68	14.60	14.24	13.67	13.70	13.71	13.89
	悪性	8.00	6.50	6.96	5.59	6.04	5.49	6.90	6.58	5.77	6.19	8.90	6.50	7.84	6.39	6.87	6.34	7.94	7.47	7.00	7.33
37 香川	総数	14.72	13.77	14.19	12.28	11.20	11.00	10.75	12.18	10.91	12.27	18.05	13.77	17.35	15.42	14.40	14.31	13.76	15.85	15.38	16.96
	悪性	7.72	8.59	7.97	6.32	5.74	6.08	6.38	7.68	6.45	7.33	8.61	8.59	8.83	7.28	6.69	7.22	7.48	8.91	7.82	9.26
38 愛媛	総数	15.04	14.81	14.19	12.70	12.81	12.41	12.77	12.35	12.33	13.22	16.93	14.81	16.30	14.63	14.83	14.40	14.81	14.82	14.74	16.09
	悪性	6.92	7.06	7.67	5.96	7.06	7.12	8.06	7.70	8.04	9.69	7.32	7.06	8.09	6.52	7.70	7.86	8.83	8.67	8.92	10.75
39 高知	総数	11.15	11.32	10.54	9.99	10.03	9.71	10.51	10.18	10.48	10.77	12.57	11.32	11.55	10.96	11.10	10.64	11.85	11.73	11.97	12.42
	悪性	5.39	5.25	4.65	4.05	3.68	4.67	4.27	5.90	5.82	7.41	5.69	5.25	4.88	4.30	3.84	5.03	4.43	6.37	6.21	7.72
40 福岡	総数	9.93	10.04	9.91	9.39	9.08	9.13	8.69	8.94	8.45	8.65	11.33	10.04	11.27	10.80	10.47	10.54	10.38	10.71	10.39	10.74
	悪性	4.88	4.83	5.29	4.70	4.15	4.68	4.65	4.90	4.89	5.11	5.13	4.83	5.53	5.08	4.54	5.11	5.29	5.71	5.56	5.88

		自宅 (%)										自宅 + 老人ホーム									
		H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
41 佐賀	総数	11.79	10.73	9.61	10.03	10.20	8.06	8.24	9.21	8.09	8.02	15.19	10.73	12.63	12.89	12.68	10.77	11.51	12.38	11.35	11.28
	悪性	6.11	5.84	4.42	5.59	4.98	3.96	4.61	4.92	4.57	5.20	7.02	5.84	5.00	6.27	5.76	4.64	5.50	5.80	5.21	6.08
42 長崎	総数	9.65	9.82	8.99	8.95	8.75	8.63	8.59	9.02	8.84	9.03	12.52	9.82	11.81	11.77	11.44	11.73	11.53	12.15	12.54	13.01
	悪性	4.65	4.78	4.57	4.25	4.19	4.67	5.90	7.56	6.85	6.93	5.11	4.78	5.31	4.78	4.84	5.50	6.77	8.53	7.92	7.97
43 熊本	総数	10.20	10.22	10.10	9.58	9.49	9.54	9.61	9.69	9.25	8.64	13.59	10.22	13.13	12.82	12.86	12.99	13.01	13.42	13.32	13.08
	悪性	5.99	6.24	5.26	5.25	4.60	5.30	5.77	5.68	4.61	4.85	6.89	6.24	5.93	6.03	5.41	6.12	6.55	6.55	5.68	6.05
44 大分	総数	11.62	11.45	10.38	9.53	9.52	9.30	8.98	8.95	8.78	8.75	15.73	11.45	13.53	13.25	13.03	13.16	13.06	13.61	13.98	14.30
	悪性	5.54	5.53	4.87	4.14	3.87	4.90	4.56	4.28	5.61	5.61	6.92	5.53	5.47	4.79	4.50	6.03	5.89	5.69	7.56	7.25
45 宮崎	総数	12.43	11.33	11.69	10.23	11.10	10.74	10.10	9.56	9.08	8.91	14.63	11.33	13.96	12.59	13.59	13.61	13.12	12.99	13.15	13.05
	悪性	7.40	7.73	8.00	6.81	7.43	7.49	6.20	5.87	6.07	6.33	7.80	7.73	8.43	7.52	8.10	8.55	7.25	7.02	7.45	7.56
46 鹿児島	総数	11.70	11.23	10.76	9.96	9.85	10.16	9.88	9.71	8.89	9.06	14.80	11.23	13.66	13.10	13.15	13.20	12.77	13.05	12.17	12.41
	悪性	8.70	8.18	7.33	7.17	6.54	7.18	7.48	6.62	6.50	7.01	9.45	8.18	8.10	7.96	7.47	8.27	8.65	8.05	7.63	8.20
47 沖縄	総数	12.33	12.99	13.27	11.84	11.67	12.98	11.85	12.32	12.50	11.93	14.79	12.99	15.33	13.70	13.34	14.69	13.79	14.21	14.81	14.03
	悪性	8.00	8.46	7.66	7.03	6.80	6.19	5.74	7.07	7.04	7.18	8.84	8.46	8.26	7.75	7.35	6.70	6.58	7.80	8.10	7.72

		自宅 (%)										自宅 + 老人ホーム									
		H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
東京都区部	総数	13.19	13.51	13.96	13.83	14.25	14.63	15.90	16.45	16.53	17.79	14.04	14.45	14.97	14.98	15.71	16.40	17.64	18.76	19.32	20.93
	悪性	6.50	6.99	7.59	7.13	7.29	8.90	9.34	10.26	10.60	11.49	6.76	7.27	7.87	7.43	7.73	9.47	10.05	11.14	11.60	12.66
札幌	総数	9.15	9.62	9.99	9.52	9.77	9.98	10.00	10.68	10.40	10.64	9.79	10.21	10.57	10.07	10.37	10.58	10.83	11.60	11.24	11.70
	悪性	2.26	2.52	2.30	2.65	1.83	2.32	2.71	2.96	3.41	3.39	2.31	2.70	2.35	2.84	2.00	2.39	2.90	3.25	3.61	3.94
仙台	総数	16.07	15.60	15.65	15.96	14.88	15.88	16.22	17.10	15.94	16.65	17.68	17.19	17.58	17.88	16.78	18.32	19.04	20.46	19.73	20.93
	悪性	8.85	9.05	9.68	9.49	10.62	11.46	14.00	13.68	15.14	14.18	9.29	9.54	10.60	9.64	11.06	12.18	14.99	14.56	16.29	16.01
さいたま	総数	—	—	12.11	12.71	11.83	11.98	11.95	12.63	12.45	12.17	—	—	12.64	13.31	12.62	12.90	13.08	14.21	13.93	14.26
	悪性	—	—	5.36	5.53	5.52	6.14	6.58	7.59	6.61	8.00	—	—	5.61	5.63	5.56	6.56	7.15	8.16	7.17	8.85
千葉	総数	12.34	13.29	13.99	12.41	12.38	13.27	14.04	14.35	14.14	14.88	13.14	14.13	14.82	13.23	13.31	14.58	15.40	16.06	16.18	17.03
	悪性	4.68	6.21	6.72	6.79	7.37	8.46	10.44	10.76	11.24	11.75	4.91	6.43	6.96	6.90	7.68	8.92	10.94	11.35	12.02	12.44
横浜	総数	12.46	12.39	12.14	11.97	12.70	12.71	13.29	15.23	15.00	15.42	13.35	13.25	13.16	13.36	14.32	14.73	15.42	17.74	18.11	19.18
	悪性	4.62	4.60	4.50	5.05	5.33	6.57	7.96	9.33	9.59	10.80	4.75	4.81	4.75	5.21	5.77	7.18	8.71	10.22	10.63	12.15
川崎	総数	12.72	13.26	12.85	12.88	13.80	13.81	14.27	14.75	14.07	14.70	13.50	13.90	13.80	13.96	14.99	15.23	15.99	17.03	16.63	17.89
	悪性	3.69	4.56	3.93	3.63	4.68	5.69	5.71	7.30	7.07	8.60	3.82	4.81	4.01	4.02	4.79	5.98	6.26	7.80	8.11	9.71
相模原	総数	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10.61	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13.35
	悪性	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4.12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4.64
新潟	総数	—	—	—	—	—	—	11.01	11.94	11.20	10.92	—	—	—	—	—	—	13.71	15.15	14.55	14.27
	悪性	—	—	—	—	—	—	3.62	4.34	4.87	5.19	—	—	—	—	—	—	4.38	5.24	5.77	5.84
静岡	総数	—	—	—	—	13.24	12.71	12.89	15.10	13.68	13.15	—	—	—	—	15.37	15.38	16.02	18.65	17.55	17.91
	悪性	—	—	—	—	5.39	5.01	4.98	7.94	5.89	6.97	—	—	—	—	6.02	5.87	6.08	9.37	7.01	8.34
浜松	総数	—	—	—	—	—	—	11.34	12.60	13.44	13.93	—	—	—	—	—	—	17.42	18.59	19.68	21.30
	悪性	—	—	—	—	—	—	6.95	9.08	10.98	12.98	—	—	—	—	—	—	8.91	10.37	12.58	14.91
名古屋	総数	11.99	12.98	12.28	11.87	11.65	12.04	12.51	13.54	12.95	13.12	12.33	13.42	12.72	12.47	12.36	13.26	14.04	15.88	15.35	16.40
	悪性	4.43	5.34	4.57	4.46	4.68	5.76	6.64	7.29	6.85	6.56	4.55	5.45	4.77	4.61	5.03	6.13	7.32	8.22	7.71	7.65

V. 在宅緩和ケアの動向と現状

		自宅 (%)										自宅 + 老人ホーム									
		H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
京都	総数	14.26	13.66	13.70	13.27	13.50	13.96	14.64	14.80	14.37	15.04	15.97	15.35	15.47	15.13	15.45	15.79	16.99	17.35	17.60	18.14
	悪性	5.54	5.93	5.74	5.88	6.87	7.19	7.64	8.49	8.35	10.14	6.09	6.34	6.24	6.25	7.53	7.88	8.40	9.36	9.61	11.09
大阪	総数	15.36	16.08	15.74	15.32	15.74	15.58	16.33	17.47	16.28	17.20	15.95	16.84	16.53	16.30	16.81	16.97	17.72	19.51	18.39	19.46
	悪性	5.54	6.34	5.83	6.11	5.89	6.77	7.24	8.42	8.21	8.57	5.65	6.51	6.02	6.27	6.25	7.20	7.71	9.15	8.85	9.39
堺	総数	—	—	—	—	—	12.09	12.73	13.47	12.99	14.43	—	—	—	—	—	13.63	14.49	15.09	15.11	16.70
	悪性	—	—	—	—	—	5.79	6.73	7.92	6.80	7.48	—	—	—	—	—	6.20	7.36	8.35	7.55	8.21
神戸	総数	14.30	15.46	14.45	14.43	14.96	14.95	15.64	15.70	16.25	16.14	15.99	17.20	16.20	16.62	17.28	17.55	18.67	19.20	20.17	20.16
	悪性	5.71	7.11	6.44	6.08	7.24	8.23	9.74	10.27	11.23	10.96	6.00	7.56	6.74	6.69	7.94	9.19	10.75	11.36	12.40	12.09
岡山	総数	—	—	—	—	—	—	—	—	11.17	11.81	—	—	—	—	—	—	—	—	15.28	16.31
	悪性	—	—	—	—	—	—	—	—	5.41	5.47	—	—	—	—	—	—	—	—	6.24	7.00
広島	総数	12.44	12.03	11.82	12.39	11.60	12.35	12.47	12.56	12.98	12.57	15.77	15.60	15.56	15.62	15.48	16.16	16.72	17.35	18.06	17.96
	悪性	5.83	6.25	5.09	5.37	5.50	6.07	5.73	6.34	5.74	6.97	6.79	7.33	6.07	6.31	6.27	7.38	6.90	7.39	7.48	8.59
北九州	総数	9.57	10.11	9.54	8.91	8.68	8.63	8.28	8.16	8.15	8.41	10.92	11.47	10.72	10.18	9.89	9.90	9.75	9.65	9.90	10.12
	悪性	3.86	4.25	3.84	4.11	3.41	3.75	3.99	3.93	3.65	3.53	4.00	4.70	4.17	4.51	3.61	4.19	4.43	4.58	4.45	4.02
福岡	総数	10.32	10.79	11.10	10.39	9.98	10.72	10.03	10.83	10.12	10.37	10.71	11.22	11.64	10.82	10.54	11.31	10.97	12.08	11.68	11.99
	悪性	3.97	5.19	5.70	4.92	4.76	5.63	5.91	5.64	5.30	6.28	4.16	5.45	5.84	5.24	5.03	5.90	6.40	6.47	5.95	6.86

厚生労働省人口動態調査から作成

VI. サイコオンコロジーの動向と現状

—がん診療連携拠点病院緩和ケアチームに 携わる精神症状緩和担当医師の現状調査—

小川 朝生

(国立がん研究センター東病院 臨床開発センター精神腫瘍学開発部)

はじめに

がん医療において、がん患者・および家族は、せん妄をはじめうつ病や適応障害などさまざまな精神症状に対する精神心理的支援を必要とする。患者・家族に対して適切な症状緩和を提供するために、がん診療連携拠点病院では緩和ケアチームを設置し、精神症状緩和担当医師を配置することを義務づけられている。

しかし、実際のところ、緩和ケアチームによる支援は、各施設の人的資源の実状に依存して質量ともに幅があることが明らかとなってきた。今後、がん診療連携拠点病院の現状に即した形で、精神腫瘍医の育成や緩和ケアチームの技術研修などの診療支援を提言することが必要であるが、望まれる診療支援の内容を推量する基礎資料に乏しい問題があった。そこで今後、全国のがん診療連携拠点病院に対して適切な診療支援を計画するための基礎資料として、がん患者の精神症状緩和に携わる緩和ケアチーム精神症状緩和担当医師の現状調査を計画した。

調査方法

1. 目的

全国のがん診療連携拠点病院を対象として、がん医療における精神症状緩和担当医師の診療の実態を把握する。

2. 対象

全国のがん診療連携拠点病院において、緩和ケアチームの精神症状緩和を担当する常勤・非常勤

の医師。

3. 調査方法

郵送法によるアンケート調査を実施した。質問項目は、コンサルテーション・リエゾン精神科医や心療内科医、心理職、看護師、緩和ケア医が合議をし、レビューを行った。その上で、Donabedianのケアの質の評価方法にならない、緩和ケアにおける精神症状コンサルテーション・リエゾン臨床を評価する項目を、structure, process, outcomeに分けて検討した。特に、コンサルテーション活動のプロセス評価には注意を払い、身体症状評価や精神心理的評価、意思決定能力の評価、治療決定の支援、ケアのゴールの共有、担当医や病棟スタッフとの連携、多職種間のケアのコーディネート、フォローアップの用意をあげた。

アンケート（回答依頼状、研究趣旨説明書、アンケート、返信用封筒）を発送し、調査に同意した対象者には、アンケートに記入した後に返信にて回答を求めた。発送から4週間の時点で回答がない対象施設に対しては、再度アンケート（回答依頼状、研究趣旨説明書、アンケート、返信用封筒）を再送した。

結果

調査は2009年11月から2010年2月まで行った。調査票を全国375施設のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム精神症状緩和担当医師宛に発送し、回答は233施設（62.1%）から得た。回答施設の内訳は緩和ケア診療加算届出施設80施設、

表1 がん診療連携拠点病院の特徴（緩和ケア診療加算届出の別）

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
がんセンター	8	20	0.63
大学病院	32	21	<0.001
緩和ケア病棟がある	16 (20%)	33 (22%)	0.87
一般精神科病棟がある	44 (55%)	54 (35%)	0.005
一般精神科外来がある	71 (89%)	109 (71%)	0.003
コンサルテーション・リエゾンサービスがある	76 (95%)	134 (88%)	0.10
常勤精神科医・心療内科医	4	1	<0.001
5名以上	35 (44%)	30 (20%)	
2～4名	23 (29%)	43 (28%)	
1名	19 (24%)	34 (22%)	
心理職常勤 (人)	1	0	0.18
心理非常勤 (人)	0	0	0.99

表2 精神症状緩和担当医師の背景

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
精神症状緩和担当医師の背景			
臨床経験年数	16.3 (±6.9)	18.8 (±8.0)	0.02
がん臨床経験年数	7.9 (±6.8)	7.0 (±6.5)	0.33
緩和ケア研修会への参加	72 (90%)	117 (77%)	0.02
勤務内容 (専従, 専任)			
専従	19 (24%)	11 (7%)	
専任	30 (38%)	22 (14%)	
精神症状緩和担当医師と緩和ケアチームとの協働			
チーム回診への参加			
いつも、たいていしている	42 (53%)	62 (41%)	0.003
時々している	21 (26%)	26 (17%)	
あまりしていない、していない	17 (21%)	64 (42%)	
チームカンファレンスへの参加			
いつも、たいていしている	61 (76%)	97 (63%)	0.02
時々している	7 (9%)	27 (18%)	
あまりしていない、していない	12 (15%)	28 (18%)	

診療加算届出のない施設が153施設であった。

に常勤の精神科医・心療内科医がいた。

施設の特徴 (表1)

がん診療連携拠点病院の施設の特徴を緩和ケア診療加算届出の有無で2群に分けて比較をした。緩和ケア診療加算届出のある拠点病院は、届出のない拠点病院と比較して、大学病院が多く、一般精神科病棟、一般精神科外来を開いている施設が多かった。

一方、緩和ケア病棟の有無には有意差を認めなかった。

緩和ケア診療加算の届出のない施設でも70%

精神症状緩和担当医師の背景 (表2)

精神症状緩和担当医師の背景についても調べた。臨床経験が診療加算届け出施設で16.3年、届け出なしの施設で18.8年で、届け出施設の方が経験が2年ほど短かった。緩和ケアチームへの参加形態に関しては、診療加算届け出施設の24%が専従の形態をとっており、緩和ケアチームの活動に専念する体制がとられていた。

一方、届け出なしの施設では業務時間の50%以上が確保されている施設は14%に留まり、一般

表3 活動状況

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value	
精神症状緩和の対象範囲				
入院中のがん患者	80 (100%)	153 (100%)	>0.99	
外来のがん患者	67 (84%)	109 (71%)	0.04	
家族	57 (71%)	88 (58%)	0.04	
遺族	30 (38%)	38 (25%)	0.043	
介入件数・対応時間				
精神症状緩和介入件数 (/2週)	5.5	4	0.001	
精神症状緩和 (家族) (/2週)	0	0		
精神症状緩和 (遺族) (/2週)	0	0		
診察日数 (/週)	2	1	<0.001	
介入期間 (日)	20	20		
1~7 day	12 (17%)	36 (27%)		
> 1~4 week	46 (67%)	77 (58%)	0.26	
> 1~3 mo	10 (15%)	17 (13%)		
> 3 mo	1 (1%)	1 (1%)		
死亡退院率 (%)	30	50	0.040	
精神症状緩和に費やした時間 (分 / 週)	741	516	0.002	
緩和ケアチームでの活動時間	603	373	0.03	
緩和ケアチームとコンサルテーションを兼ねる	138	143	0.92	
入院患者への対応				
通常依頼への対応時間	24時間以内 2~3日以内 1週間以内	60 (75%) 17 (21%) 3 (4%)	77 (51%) 37 (24%) 37 (24%)	<0.001
時間内の緊急依頼への対応	対応する	76 (95%)	118 (78%)	0.001
時間外の緊急対応	直接対応する 代行者が対応する 対応しない	19 (24%) 46 (58%) 15 (19%)	33 (22%) 70 (46%) 47 (31%)	0.043
時間外の病状変化への対応	直接対応する 代行者が対応する 対応しない	23 (29%) 45 (56%) 11 (14%)	32 (22%) 81 (54%) 34 (23%)	0.31
外来患者への対応				
外来の依頼への対応時間	24時間以内 2, 3日以内 1週間以内	26 (37%) 18 (26%) 25 (36%)	39 (33%) 22 (19%) 56 (48%)	0.45
外来患者への緊急対応	対応する	64 (92%)	90 (77%)	0.016
外来時間外の緊急対応	直接対応する 代行者が対応する 対応しない	12 (17%) 33 (47%) 25 (36%)	24 (21%) 52 (44%) 41 (35%)	0.85

精神科外来を行いながら必要に応じてチームの活動に参加する形態であることが明らかになった。

活動状況 (表3)

緩和ケアチームが提供する精神心理的ケアの実

態に関して解析を行った。調査前2週間での介入件数は、緩和ケア診療加算届け出施設で5.5件、届け出なしの施設で4件であり、診療加算届け出施設で有意に高かった。患者以外の家族や遺族に関する介入はどちらもほとんどなかった。

介入に際しては、診察の回数は届け出施設で2

表4 診療のプロセス（身体状況）

診察のプロセス	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
担当医に直接確認			
いつも、たいていしている	56 (70%)	90 (59%)	0.07
時々している	19 (24%)	43 (29%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	5 (6%)	20 (13%)	
依頼以外の問題点の評価			
いつも、たいていしている	64 (80%)	110 (72%)	0.16
時々している	13 (16%)	31 (20%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	3 (4%)	12 (8%)	
患者を直接診察する			
いつも、たいていしている	79 (99%)	144 (94%)	0.10
時々している	1 (1%)	8 (5%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	0 (0%)	1 (1%)	
がんの治療歴の確認			
いつも、たいていしている	78 (98%)	135 (88%)	0.02
時々している	1 (1%)	15 (10%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	1 (1%)	3 (2%)	
予後の評価			
いつも、たいていしている	74 (93%)	124 (81%)	0.02
時々している	6 (7%)	23 (15%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	0 (0%)	6 (4%)	
疼痛の評価			
いつも、たいていしている	66 (83%)	106 (69%)	0.02
時々している	10 (13%)	25 (16%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	4 (5%)	22 (15%)	
疼痛以外の身体症状評価			
いつも、たいていしている	67 (84%)	103 (67%)	0.004
時々している	9 (11%)	21 (14%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	4 (5%)	29 (19%)	
Performance Status 評価			
いつも、たいていしている	57 (71%)	90 (59%)	0.04
時々している	14 (18%)	30 (20%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	9 (11%)	33 (21%)	

回、届け出のない施設で1回であり、届け出施設の方が有意に多かった。

介入期間は、どちらも中央値は20日で有意差を認めなかった。

精神症状緩和に費やした時間については、届け出施設で741分/週、届け出のない施設で516分/週で、届け出施設の方が有意に長かった。

診療のプロセス（表4～6）

精神症状緩和に関するコンサルテーションのプロセスの実施率を調べた。緩和ケア診療加算届け出施設と届け出のない施設では、25項目中16項

目で実施率に有意差が認められた。

実施率が届け出施設で高かった項目は、がんの治療歴の確認や予後の評価、疼痛の評価、身体症状の評価、Performance Statusの評価、経済的問題の評価、療養場所に関する適否の評価・対応、退院後の支援の必要性の評価、患者家族関係の評価、患者の意向の評価、家族の意向の評価であった。実施率の差が生じた項目は、介入前に行うべき患者家族の包括的な評価に関する項目と、今後の見通しを考えるうえで重要になる項目であった。そして、診療加算届け出施設の方が、包括的な介入を行っており、診療の質が高い可能性が示唆された。

表5 診療のプロセス（包括的アセスメント）

診察のプロセス（包括的アセスメント）	がん診療連携拠点病院 （緩和ケア診療加算届出施設） （n=80）	がん診療連携拠点病院 （緩和ケア診療加算届出なし） （n=153）	P value
通常反応、再発不安への対応 いつも、たいていしている	71 (89%)	129 (85%)	0.33
時々している	7 (9%)	15 (10%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	2 (2%)	9 (5%)	
経済的問題の評価・対応 いつも、たいていしている	37 (46%)	54 (35%)	0.01
時々している	28 (35%)	43 (28%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	15 (19%)	56 (37%)	
療養場所の適否評価・対応 いつも、たいていしている	47 (59%)	63 (41%)	0.01
時々している	15 (19%)	39 (26%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	18 (23%)	51 (33%)	
退院後の支援の必要性評価 いつも、たいていしている	42 (53%)	59 (39%)	0.01
時々している	21 (26%)	35 (23%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	17 (21%)	59 (39%)	
医療者患者関係の評価 いつも、たいていしている	48 (60%)	78 (51%)	0.13
時々している	17 (21%)	33 (22%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	15 (19%)	42 (27%)	
患者家族関係の評価 いつも、たいていしている	56 (70%)	85 (56%)	0.02
時々している	18 (23%)	45 (29%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	6 (7%)	23 (15%)	
患者の意向を評価 いつも、たいていしている	65 (81%)	106 (69%)	0.043
時々している	9 (11%)	24 (16%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	6 (8%)	23 (15%)	
家族の意向評価 いつも、たいていしている	50 (63%)	74 (48%)	0.03
時々している	20 (25%)	47 (31%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	10 (12%)	32 (21%)	
多職種でのアセスメントの実施 いつも、たいていしている	64 (80%)	109 (72%)	0.048
時々している	14 (18%)	31 (21%)	
あまりしていない、していない	2 (3%)	11 (7%)	

おわりに

精神症状緩和に関する全国的な調査は今までなされておらず、今回の調査で、拠点病院でどのような運用で精神症状緩和が実施されているのかが

初めて明らかになった。拠点病院で質の高い精神症状緩和を提供するためには、緩和ケアチームと精神科医・心療内科医との密な連携が欠かせない。効果的な連携を図るために、チーム医療がわが国に根づくことが重要であろう。

表6 診療のプロセス（治療、コーディネーション）

診察のプロセス (治療、コーディネーション)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
治療計画について担当医と直接相談			
いつも、たいていしている	58 (73%)	81 (53%)	0.004
時々している	16 (20%)	50 (33%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	6 (7%)	22 (14%)	
薬物療法の提案・推奨			
いつも、たいていしている	60 (75%)	114 (75%)	0.85
時々している	19 (24%)	33 (22%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	1 (1%)	6 (4%)	
向精神薬の処方			
いつも、たいていしている	58 (73%)	102 (67%)	0.51
時々している	7 (9%)	22 (15%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	15 (19%)	28 (18%)	
精神療法の提供			
いつも、たいていしている	67 (84%)	109 (72%)	0.03
時々している	11 (14%)	30 (20%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	2 (3%)	13 (9%)	
病棟スタッフと直接相談			
いつも、たいていしている	72 (90%)	118 (77%)	0.01
時々している	8 (10%)	29 (19%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	0 (0%)	6 (4%)	
病棟カンファレンスへの参加			
いつも、たいていしている	23 (29%)	27 (18%)	< 0.001
時々している	32 (40%)	36 (23%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	25 (31%)	89 (59%)	
家族との面談			
いつも、たいていしている	23 (29%)	39 (26%)	0.40
時々している	46 (58%)	85 (56%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	11 (14%)	28 (18%)	
カルテ記載			
いつも、たいていしている	76 (95%)	147 (96%)	0.68
時々している	2 (3%)	5 (3%)	
あまりしていない、ほとんどしていない	2 (3%)	1 (1%)	

参考文献

- Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, et al: Availability and integration of palliative care at US cancer centers. JAMA 303 (11): 1054-1061, 2010
- Kissane DW, Smith GC: Consultation-liaison psychiatry in an Australian oncology unit. Aust N Z J Psychiatry 30 (3): 397-404, 1996
- Grassi L, Giraldi T, Messina EG, et al: Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. Support Care Cancer 8 (1): 40-45, 2000
- Pomerantz A, Cole BH, Watts BV, et al: Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. General Hospital Psychiatry 30 (6): 546-551, 2008
- Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 44 (3): 166-203, 1966

Ⅶ. 緩和ケアに関する教育

1. 医師卒前教育の実態調査と進行中の活動

高宮 有介

(昭和大学医学部 医学教育推進室, 大学病院の緩和ケアを考える会)

はじめに

2007年に施行された「がん対策基本法」に伴い、緩和ケアでは、医師への教育が急速に拡大している。しかし、卒前の医学生教育に関しては、全国的な動きは鈍いといわざるをえない。本稿では、全国の80大学医学部での緩和ケア教育の実態調査とともに、現在、わが国で全国展開されている緩和ケアの卒前教育を紹介する。

卒前緩和ケア教育の実態調査

筆者が代表を務める「大学病院の緩和ケアを考える会」では、医学生の緩和ケア教育のあり方を検討するために、1995年から、1998年、2001年、2005年、2009年に計5回の全国80大学医学部の緩和ケア教育基礎調査を実施してきた¹⁾。本稿では、2009年の調査を中心に報告する。

80大学医学部に向けて自作調査用紙による回答を依頼し、集計した。2009年は、80大学中66大学より回答を得ている(回答率82.5%)。

講義の実施率であるが、2009年は65大学(98.5%)で実施されており、過去の調査では1995年44%、1998年48%、2001年94%、2005年98.6%であった(図1)。実施コマ数であるが、平均5.5コマ(MAX:20, MIN:1, SD:3.9, MED:5)であり、7コマ以上は、20大学であった(図2)。実施学年は4年生が59大学(89.4%)と多く、次いで、3年生、1年生、5・6年生、2年生の順であった(表1)。

講義の名称(複数回答)は、「緩和医療」22大学(33.3%)、緩和ケア13大学(19.7%)、医学概論10大学(15.2%)であった(表2)。担当

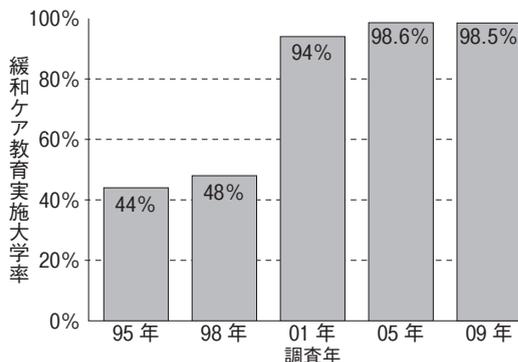


図1 実施率の年次推移

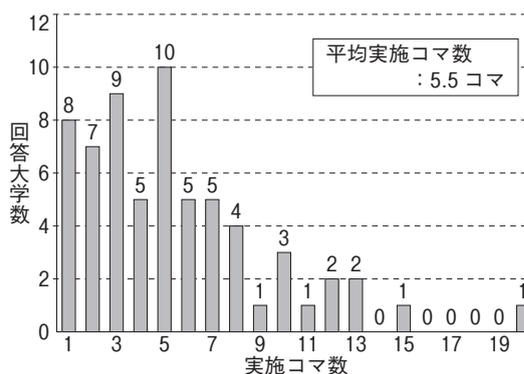


図2 実施コマ数

表1 実施学年

学年	回答数	%
1年生	12	18.2%
2年生	9	13.6%
3年生	19	28.8%
4年生	59	89.4%
5年生	10	15.2%
6年生	10	15.2%

(複数回答)

表2 講義名称

講義名称	回答数	%
緩和医療	22	33.3%
緩和ケア	13	19.7%
医学概論	10	15.2%
疼痛緩和	5	7.6%
終末期医療	3	4.5%
ターミナルケア	2	3.0%
その他	34	51.5%

(複数回答)

表3 担当教員の背景となる診療科

診療科	回答数	%
麻酔科	45	68.2%
内科	20	56.1%
外科	17	30.3%
精神科	14	25.8%
小児科	3	21.2%
婦人科	1	4.5%
その他	37	1.5%

(複数回答)

表4 講義内容

	回答数	%
疼痛緩和	62	93.9%
症状緩和	52	78.8%
インフォームド・コンセント	35	53.0%
チーム医療	34	51.5%
ホスピス	32	48.5%
がん告知	29	43.9%
家族のケア	29	43.9%
その他	21	31.8%

(複数回答)

その他：死に関すること(8), 緩和ケア概論(7), 在宅医療(4), 生命の尊厳等(3), 緩和ケアチーム(2), スピリチュアルペイン・ケア(2), コミュニケーション(2), 放射線治療(2) など

表5 講義方法

	回答数	%
講義	65	98.5%
事例検討	17	25.8%
グループワーク	12	18.2%
ロールプレイ	11	16.7%
実習	5	7.6%
ビデオ学習	8	12.1%
PBL テュートリアル	5	7.6%
その他	1	1.5%

(複数回答)

表6 実施学年と講義内容の関係

学年	疼痛緩和	症状緩和	IC	チーム医療	ホスピス	がん告知	家族のケア	その他
1年	11	9	9	6	7	4	7	5
2年	8	7	7	6	7	5	5	1
3年	18	15	10	7	12	9	9	6
4年	52	45	31	25	29	24	29	19
5年	9	7	5	4	5	5	4	5
6年	8	7	5	4	4	3	2	4

IC：インフォームド・コンセント

教員の背景となる診療科は、麻酔科が45大学(68.2%)と多く、内科20大学(56.1%), 外科17大学(30.3%), 精神科14大学(25.8%)と続いた(表3)。講義内容(複数回答)は、「疼痛緩和」62大学(93.9%)の回答が最も多く、症状緩和52大学(78.8%), インフォームド・コンセント35大学(53.0%), チーム医療34大学(51.5%), ホスピス32大学(48.5%)と続いた(表4)。講義方法(複数回答)は、講義が65大学(98.5%)と主体であるが、事例検討17大学(25.8%), グループワーク12大学(18.2%), ロールプレイ11大学(16.7%)などの工夫がみられ、さらに、実習、ビデオ学習、PBL(problem based learning) テュートリアルと続いた(表5)。実施学年と講義内容の関係では、4年生で、疼痛緩和、症状緩和、インフォームドコンセントを行っている大学

が多かった(表6)。

緩和ケアの授業実施率は1994年の44%から徐々に増加し、特に1998年の48%から2001年の94%は飛躍的变化である。2001年に作成された医学教育モデル・コア・カリキュラムには、緩和ケア関連の項目が多く取り上げられている。その試案が2000年に公表されており、そういった影響は大きいと考えられる。

また、緩和ケアに関する教育内容は多様で、それぞれの大学の方針に任されている現状にある。緩和ケアに関する卒前教育の内容を標準化する必要性の示唆を得た。実態調査は、2012年度以降も継続して進めていきたい。

カリキュラムの標準化に向けた動き

筑波大学の木澤らは、医学生が卒業時に習得すべき緩和ケアに関する能力を明確化する目的で、2009年に大学医学部・医科大学における緩和ケアの学習到達目標を作成した²⁾。この研究では、関係する専門家の意見を集約し合意を形成するために医学領域で広く使用されているデルファイ変法を用いている。この研究により、学習到達目標としてのカテゴリー分類、到達することが必須の目標、到達することが望ましい目標が網羅された。目標の次には、方略、評価が必要である。

この到達目標に沿った方略・評価を、自治医科大学緩和医療講座で開発している。同講座は、日本財団の寄附講座として2010年4月に開講しており、丹波らを中心に1年生から6年生まで系統的な講義をモデル的に作成している。2011年度は、1年生で医療人間論4コマ（1コマ：70分）、3年生で緩和ケア1として4コマ、5年生で緩和ケア2として7コマ・臨床講義として1コマの計16コマが施行されている。自治医科大学のみに限定されることなく、全国の標準的な講義のモデルとなることが期待されている。

また、大学病院の緩和ケアを考える会では、2003年に発表した緩和ケアカリキュラム³⁾を基に、医学生向けテキスト『臨床緩和ケア』⁴⁾を刊行している。さらに、このテキストを使用して、

教員が講義作成と模擬授業を行う体験型のセミナーを過去8年間にわたり実施している。今後、全国的な他組織の活動との調整・協同が必要と考える。

おわりに

がん対策基本法を基に策定された「がん対策基本計画」には、医師への教育とともに、「緩和ケアに関する大学の卒前教育の充実に努める」と明記されている⁵⁾。今後、医学生の緩和ケア教育を推進することは急務である。また、緩和ケアを学ぶことにより、疼痛への共感や患者やチームでのコミュニケーションなど医師として必要な素養が身に付く。とくに態度として、近年、医学教育で重要視されているプロフェッショナルリズムを包含しており、医師のあり方として基本的な態度教育となることを確信している。

文 献

- 1) 高宮有介：緩和ケアにおける教育と今後の展望。緩和ケア 19(suppl)：30-34, 2009
- 2) Kizawa Y, Tsuneto S, Tamba K, et al: Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified Delphi method. Palliat Med 2011, Sep 15. [Epub ahead of print]
- 3) 黒子幸一：大学医学部の緩和ケア教育カリキュラムと教科書の作成と提言—大学医学部の緩和ケア教育カリキュラム試案に基づく教科書作成—(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 [http://hospat.org/2003-b1.html]
- 4) 大学病院の緩和ケアを考える会 編：臨床緩和ケア, 第2版。青海社, 2009
- 5) 厚生労働省：「がん対策推進基本計画」の策定について [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf]

Ⅶ. 緩和ケアに関する教育

2. 医師に対する緩和ケア教育—PEACE プロジェクト

山本 亮

(佐久総合病院 総合診療科)

医師に対する緩和ケア教育

これまでわが国においては、医師に対する系統的な緩和ケア教育は行われてこなかった。

日本緩和医療学会では、2005年より、医師に対する緩和ケア教育を行うため、ノースウエスタン大学、米国臨床腫瘍学会が共同で実施しているEPEC-O (Education for Palliative and End-of-life Care- Oncology) の日本語版を開発し、指導者研修会の開催を開始した。

2007年4月に施行されたがん対策基本法において、がん医療の早期から緩和ケアが適切に導入されることの重要性が述べられ、これに基づくがん対策推進基本計画において、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことが目標として掲げられた。この目標を達成するために、EPEC-Oプログラムの手法と経験を用いて、新たに「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアの継続医学教育プログラム (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education: PEACE)」が開発された。

日本緩和医療学会は厚生労働省の委託を受けて、PEACEプログラムを用いた研修会である「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」指導者育成のための「緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」の開催を2008

年より開始した。緩和ケア研修会の開催が、がん診療連携拠点病院の指定要件となっていることもあり、ここで育成された指導者が中心となり、全国各地で緩和ケア研修会を開催し、がん診療に携わる多くの医師が研修会を受講している。

指導者研修会修了者数

2008年から開催された指導者研修会の修了者数を表1に、全国各地で開催された緩和ケア研修会の開催数と修了者数を都道府県別に集計したものを表2に示す。

緩和ケアの指導者研修会受講者は各都道府県とも充足してきているが、精神腫瘍学の指導者に関しては人数にばらつきが多く、精神腫瘍学指導者の育成が今後の課題である。

緩和ケア研修会修了者数

緩和ケア研修会を修了した医師は25,000名を超えている。「すべてのがん診療に携わる医師」が受講するという目標には達していないものの、がん診療に携わる医師が系統的な緩和ケア教育を受ける機会となっている。研修会修了者は増加しているものの、緩和ケアの質が向上しているかどうかは明らかでなく、研修会受講による緩和ケア教育の効果について検証を行っていくことが今後の課題である。

表1 都道府県別 PEACE 指導者研修会修了者数一覧

(対象：第1回～第15回指導者研修会，平成20年度～平成23年度都道府県指導者研修会) (平成23年9月末時点)

a. 緩和ケア

緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会／ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会					
都道府県	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	修了者 合計
北海道	10	24	24	5	63
北海道	10	24	24	5	63
青森県	5	3	4	4	16
岩手県	4	5	5	4	18
宮城県	7	3	3	0	13
秋田県	5	5	5	2	17
山形県	7	2	6	2	17
福島県	5	8	8	2	23
東北地方	33	26	31	14	104
茨城県	4	8	8	3	23
栃木県	6	4	7	1	18
群馬県	9	8	2	2	21
埼玉県	10	8	11	2	31
千葉県	10	11	10	5	36
東京都	28	32	42	26	128
神奈川県	13	14	17	4	48
関東地方	80	85	97	43	305
新潟県	7	7	11	2	27
富山県	7	6	5	3	21
石川県	4	4	1	3	12
福井県	4	3	6	1	14
山梨県	4	1	2	0	7
長野県	6	3	6	3	18
岐阜県	8	3	4	3	18
静岡県	11	6	10	5	32
愛知県	16	25	27	12	80
中部地方	67	58	72	32	229
三重県	5	3	2	4	14
滋賀県	5	3	7	5	20
京都府	12	7	13	11	43
大阪府	26	27	38	8	99
兵庫県	10	13	17	9	49
奈良県	5	2	2	5	14
和歌山県	4	1	2	1	8
近畿地方	67	56	81	43	247
鳥取県	4	8	3	1	16
島根県	5	2	2	1	10
岡山県	7	12	7	2	28
広島県	6	14	8	5	33
山口県	3	6	2	2	13
中国地方	25	42	22	11	100
徳島県	3	4	3	1	11
香川県	4	2	1	1	8
愛媛県	9	4	8	1	22
高知県	4	2	3	2	11
四国地方	20	12	15	5	52
福岡県	14	15	17	14	60
佐賀県	3	2	4	0	9
長崎県	10	3	1	5	19
熊本県	3	6	17	5	31
大分県	3	6	7	1	17
宮崎県	5	2	9	1	17
鹿児島県	4	8	8	4	24
沖縄県	6	2	8	5	21
九州地方	48	44	71	35	198
総数	350	347	413	188	1,298

b. 精神腫瘍学

精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会／ 精神腫瘍学の基本教育のための都道府県指導者研修会					
都道府県	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	修了者 合計
北海道	6	5	7	2	20
北海道	6	5	7	2	20
青森県	2	1	1	2	6
岩手県	5	1	2	0	8
宮城県	4	0	2	0	6
秋田県	4	3	2	2	11
山形県	0	2	2	0	4
福島県	2	1	1	0	4
東北地方	17	8	10	4	39
茨城県	3	3	3	0	9
栃木県	5	0	3	1	9
群馬県	6	3	0	0	9
埼玉県	3	2	1	1	7
千葉県	10	6	8	3	27
東京都	15	11	16	14	56
神奈川県	10	7	7	8	32
関東地方	52	32	38	27	149
新潟県	1	2	5	0	8
富山県	6	1	4	2	13
石川県	4	0	0	0	4
福井県	2	2	4	0	8
山梨県	1	0	0	1	2
長野県	4	4	6	1	15
岐阜県	2	3	3	0	8
静岡県	6	2	1	2	11
愛知県	6	9	10	2	27
中部地方	32	23	33	8	96
三重県	2	1	2	1	6
滋賀県	2	3	2	0	7
京都府	5	1	4	0	10
大阪府	14	19	10	5	48
兵庫県	7	1	7	0	15
奈良県	3	0	0	0	3
和歌山県	4	0	0	0	4
近畿地方	37	25	25	6	93
鳥取県	3	1	1	0	5
島根県	3	1	2	1	7
岡山県	3	4	5	0	12
広島県	5	3	2	2	12
山口県	0	7	0	1	8
中国地方	14	16	10	4	44
徳島県	1	2	2	0	5
香川県	1	1	0	0	2
愛媛県	3	1	0	3	7
高知県	1	1	0	0	2
四国地方	6	5	2	3	16
福岡県	11	5	10	3	29
佐賀県	3	0	1	1	5
長崎県	4	4	5	1	14
熊本県	3	2	4	1	10
大分県	2	2	1	0	5
宮崎県	1	2	1	1	5
鹿児島県	2	3	4	0	9
沖縄県	3	2	4	1	10
九州地方	29	20	30	8	87
総数	193	134	155	62	544

表2 緩和ケア研修会開催数と研修修了者数（平成23年8月末時点）

都道府県	研修会開催数	研修修了者数	都道府県	研修会開催数	研修修了者数
北海道	65	1,263	三重県	21	471
北海道	65	1,263	滋賀県	22	370
青森県	18	218	京都府	32	758
岩手県	23	452	大阪府	82	1,597
宮城県	18	322	兵庫県	45	997
秋田県	28	364	奈良県	15	319
山形県	18	385	和歌山県	21	461
福島県	22	348	近畿地方	238	4,973
東北地方	127	2,089	鳥取県	13	130
茨城県	32	458	島根県	17	355
栃木県	21	468	岡山県	24	650
群馬県	31	535	広島県	43	852
埼玉県	36	660	山口県	26	367
千葉県	44	721	中国地方	123	2,354
東京都	108	2,524	徳島県	14	223
神奈川県	44	724	香川県	15	335
関東地方	316	6,090	愛媛県	22	489
新潟県	27	295	高知県	12	226
富山県	30	433	四国地方	63	1,273
石川県	15	368	福岡県	56	1,216
福井県	17	331	佐賀県	14	232
山梨県	13	272	長崎県	22	443
長野県	21	548	熊本県	27	404
岐阜県	21	550	大分県	24	480
静岡県	26	458	宮崎県	17	270
愛知県	61	1,321	鹿児島県	23	445
中部地方	231	4,576	沖縄県	14	357
			九州地方	197	3,847
			合計	1,360	26,465

Ⅶ. 緩和ケアに関する教育

3. 看護師の緩和ケアに関する教育

竹之内 沙弥香

(京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻 臨床看護学分野)

はじめに

わが国では死亡数が出生数を上回り、「少産多死」の時代が到来している。国民の総死亡数は2000年より一貫して増加を続け、2010年には約120万人であった総死亡数は、国立社会保障・人口問題研究所の報告によると、ピークを迎えることが予測される2038年(平成50年)には、約166万人に達する可能性があるとして指摘されている^{1,2)}。そのような中で、看護師には患者のQuality of Life (=QOL) の維持向上を目指す質の高い緩和ケアや、患者の尊厳ある人生の最期を支え、その家族に安心を与える、End-of-Life (=EOL) ケアを提供するという重要な役割が課されている。その役割を果たすためには、患者のニーズに応じて適切な看護ケアを提供できる看護師を育成する効果的な看護教育や、その教育を提供することのできる指導者の養成が必要不可欠である。

わが国において、緩和ケアに関する看護師教育は、看護系大学や短期大学における看護基礎教育と、臨床における看護継続教育の二つに大きく分けられる。本稿では、看護基礎教育と看護継続教育の現状について述べた後、緩和ケアに関する看護師教育プログラムの一例として、ELNEC-Jの教育プログラムについて紹介したい。

わが国における緩和ケアに関する看護基礎教育の現状

わが国の看護系大学や短期大学においては、社会や地域のニーズに応じた人材養成の方法について、各教育機関がそれぞれの教育理念に基づいて主体的に決定することとされており、教育の内容

はさまざまである。「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の施行を契機に1992年以降、看護系大学が急増し、1996年以降は看護系大学院も大幅に増加しているが、看護基礎教育に携わる看護系大学において、緩和ケアを専門に教育・研究する講座は現在7講座にとどまる。

この背景のもと実施された調査の結果、緩和ケアの概念は調査対象校のすべてで教授されているが、該当科目を担当する教員の中には、緩和ケアの実践経験をもたない者や緩和ケアを専門としない者が含まれている。また、教育の内容は担当教員にゆだねられているため、学校間で教育内容や用いる教材、教育方法にばらつきが大きいことが報告された^{3,4)}。一定の教育水準を保証する緩和ケア教育カリキュラムの構築の重要性や、緩和ケアに関する看護教育を担当できる教員の養成、効果的授業方法の検討などの必要性が指摘されている。

そのような中、2011年3月、文部科学省が開催した大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会において、「学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」が報告された⁵⁾。上述の教育水準の保証という観点において参考となるため紹介したい。ここで定義された看護実践を構成する5つの能力群と、それぞれの群を構成する20の看護実践能力の中で、Ⅲ群—特定の健康課題に対応する実践能力の中の「13) 終末期にある人々を援助する能力」がそれに該当する(表1)。

ここで示された項目は参照基準であり、教育内容や学習成果はあくまで例示であるとされているが、2004年3月に提示された「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標(看護学

表1 学士課程においてコアとなる終末期ケアに関する看護実践能力と卒業時到達目標⁵⁾

卒業時の到達目標	教育の内容	学習成果
(1) 終末期にある患者を総合的・全人的に理解し、その人らしさを支える看護援助方法について説明できる。 (2) 終末期での治療を理解し、苦痛の緩和方法について説明できる。 (3) 看取りをする家族の援助について説明できる。	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期にある人の心身の苦痛 ・緩和ケア ・身体機能低下への看護援助方法 ・終末期の症状緩和 ・疼痛コントロール ・安楽の提供 ・死の受容過程 ・悲嘆と受容 ・看取る家族への援助 ・終末期におけるチーム医療 ・在宅での看取りのための体制づくり 	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期の症状緩和、疼痛コントロール、緩和ケアについて説明できる。 ・終末期にある患者の心身の苦痛と看護援助方法について説明できる。 ・身体機能低下を査定 (assessment) し、それに適した安楽を提供する方法について説明できる。 ・終末期におけるチーム医療の在り方について説明できる。 ・死の受容過程を理解したうえで、その人と家族に適した関わりを行うことの必要性について説明できる。 ・生きること、死にゆくことの意味とその過程について説明できる。 ・最期までその人らしさを支援することの必要性について説明できる。 ・死にゆく人の意思を支え、その人らしくあることを援助する方法について説明できる。 ・看取る家族の体験について理解し、看護援助方法について説明できる。 ・在宅での看取りのための体制づくりについて説明できる。

教育の在り方に関する検討会報告)」が再検討され、到達目標を達成するために必要な教育内容や、期待される学習成果について明示されている。該当科目を担当する教員らによって認識・活用されることにより、緩和ケアに関する看護基礎教育の質の担保とさらなる充実を期待したい。

わが国における緩和ケアに関する看護継続教育の現状

一方で、緩和ケアに関する看護継続教育は、各看護師のレベルに応じて多様な機会が提供されている(表2)。わが国の緩和ケア看護領域のスペシャリストとして、日本看護協会によって1996年に認定が開始されたがん看護専門看護師は、250名登録されており(2011年1月1日現在)⁶⁾、1999年に同協会にて認定が開始され、2007年にホスピスケア認定看護師から名称変更された、緩和ケア認定看護師は、現在1,100名存在する(2011年9月1日現在)⁷⁾。このように、特定領域のスペシャリストやエキスパートを育成する教育体制は整備されており、その教育カリキュラムは変化

するニーズに応じて改正が重ねられている。

ところが、現在わが国で220施設を超えるホスピス・緩和ケア病棟に所属する、新人ナースやジェネラリストナースの能力開発を促進する看護教育の体系化と整備には未ださまざまな課題が残っている。全国のホスピス・緩和ケア病棟や緩和ケアチームおよび在宅におけるホスピス・緩和ケアに従事する看護師を対象とした教育カリキュラムとして、日本ホスピス緩和ケア協会にて「ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム」が2004年に独自に作成された⁸⁾。同協会の教育研修委員会が実施した、ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育プログラムの現状に関する調査によると、調査回答施設の約9割において、この教育カリキュラムを用いて看護継続教育が実践されているが、人事異動などの病棟体制の変動や、スタッフの学習に対するモチベーション、教育を実践できる人材確保の困難さなどの要因が、教育の継続性を阻み、看護ケアの質の維持向上を目指す効果的な教育体制の構築の障壁となっていることが明らかになった⁹⁾。この状況を踏まえて、2011年春より教育カリキュラムの改訂作業が進められ

表2 緩和ケアに関する看護継続教育の主な機会

種類	主催 / 認定機関	教育課程 / プログラム / 研修等 (50 音順)
資格認定制度	日本看護協会 日本看護協会	緩和ケア認定看護師教育課程 がん看護専門看護師養成課程
指導者研修	日本緩和医療学会 国立がん研究センター 日本ホスピス緩和ケア協会	ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム がん看護専門分野 (指導者) 講義研修 緩和ケアコース ホスピス緩和ケア病棟看護管理者のための教育セミナー
教育研修	日本緩和医療学会 日本看護協会	教育セミナー ナースのためのホスピス緩和ケア研修
教育カリキュラム	日本緩和医療学会 日本ホスピス緩和ケア協会	ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム

ている。

上記のようなわが国の緩和ケアに関する看護教育の現状から、看護基礎教育・看護継続教育の双方の場においてさまざまな課題が残ることは明白である。今後、質の高い緩和ケアを提供できる看護師の育成に関する教育内容や方法について、専門家による検討が重ねられ、各教育カリキュラムの目的が最大限に活かされるような取り組みが重要である。

ELNEC-J の教育プログラム

ELNEC-J (End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan) による取り組みは、ここ数年で多くの緩和ケアに携わる看護師に認知されるようになった。ELNEC-J が提供する緩和ケアに関する看護教育プログラムには、教育従事者向けと、ジェネラリストナース向けの2種類がある。それらは、米国で開発された ELNEC Core カリキュラムをもとに、2007～2008年度厚生科学研究費補助金 (がん臨床研究事業) 「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班 (分担研究者竹之内沙弥香) において、日本版として開発された、「ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム」と、「ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム」である¹⁰⁾。

「ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム」は、緩和ケアに関する看護教育従事者が効果的な教育技法を学び、緩和ケアや EOL ケアに携わるジェネラリストナースの教育に際して各

自が直面している障壁を克服する方策を考えることを目的に、2008年より継続して開催されている。そのプログラム修了者は、ELNEC-J 指導者として全国に約500名存在しており (2011年12月現在)、看護基礎教育に携わる教員や、看護継続教育に携わるがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、看護管理者、緩和ケアチームの看護師らが含まれている。ELNEC-J 指導者から寄せられた報告からは、所属する施設や地域において「ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム」の開催をはじめ、緩和ケアや EOL ケアに関する看護教育のイニシアティブをとって大いに活躍している様子が見える。

このように、ELNEC-J の教育プログラムの普及を進める過程において、プログラムの内容をよりわが国の現状に添わせ、プログラムの活用度を高める必要性が生じたため、2010年度厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業) 「緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」 (分担研究者笹原朋代) の一環として、ELNEC-J 指導者が「ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム」を開催する際に用いる教材である、「ELNEC-J コアカリキュラム講師用ガイド」が改訂増補された。ガイドの主な改訂点は、以下の3点である。

- ①掲載内容の充実と、プレゼンテーション用スライドの表現の明確化
 - ②日本の緩和ケアにまつわる実状と、国内の調査研究結果の反映
 - ③「高齢者の EOL ケア」のモジュールの追加
- 2011年度以降、この改訂されたガイドを用い

た「ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム」が開催されており、過去の同プログラム修了者にもフォローアップ研修を行い改訂されたガイドが配布されている。これにより、全国のELNEC-J指導者によるELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムの普及がさらに前進している。

また、「ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム」が参加者にもたらす影響に関する調査結果から、同プログラムは、参加者に教育を実践する自信を与え、緩和ケアやEOLケアに関する教育の企画・運営・評価を支援するだけでなく、各施設や地域において質の高い緩和ケアの達成を目指してチームを統率することを促す、効果的な教育プログラムであることが明らかになった¹¹⁾。

おわりに

本稿では、わが国における緩和ケアに関する看護基礎教育と看護継続教育について現状を概説し、ELNEC-Jの教育プログラムについて紹介した。

緩和ケアを要する患者・家族のニーズに沿った質の高いケアと継続看護の実現には、各地域の現状や課題が把握されたうえで、ケアに携わる看護師に対して体系化された教育プログラムが地域単位で企画・運営・評価されることが最も効果的であると考えられる。そのためには、まず各地域で緩和ケアに関する看護教育を適切な知識と技術をもって提供できる指導者を確保し、それらの指導者が協働して効果的な教育プログラムを実践できる環境を整えることが重要である。この取り組みにより、今後緩和ケアに関する看護基礎教育や看護継続教育の場で提供される教育がいっそう充実し、緩和ケアを要する患者に質の高い看護ケアを

提供できる看護師が1人でも多く育成されることを期待する。

文献

- 1) 厚生労働省：平成22年（2010）人口動態統計（確定数）の概況第1表人口動態総覧。2011
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成18年12月推計）。Retrieved 12/09, 2012 [http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/suikai07/suikai.html]
- 3) 清水佐智子：看護学生への「緩和ケア教育」の実態。死の臨床 33(1)：101-106, 2010
- 4) 中村鈴子：看護基礎教育における緩和ケア教育の実態調査。全国看護大学・看護短期大学・看護専修学校（3年課程）。日本看護学教育学会誌 14, 251, 2004
- 5) 文部科学省 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告。2011
- 6) 日本看護協会認定部：専門看護師（Certified nurse specialist）への道。2011。Retrieved 12/12, 2011 [http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/pdf/cnsmiti.pdf]
- 7) 日本看護協会認定部：認定看護師（Certified nurse）への道。2011。Retrieved 12/12, 2011 [http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/pdf/cenmiti.pdf]
- 8) 特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会教育研修委員会：ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム。2004。Retrieved 12/12, 2011 [http://www.hpcj.org/med/ns_cur.html#first]
- 9) 特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会教育研修委員会 二見典子, 田村恵子, 河 正子：ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育プログラムの現状に関する調査調査結果報告書。2010
- 10) 竹之内沙弥香, 田村恵子：II緩和ケアの教育と研修-5. end-of-life nursing education consortium Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラム。2009. ホスピス・緩和ケア白書. p.38-42, 2006
- 11) Takenouchi S, Miyashita M, Tamura K, et al: Evaluation of the end-of-life nursing education Consortium—Japan faculty development program: Validity and reliability of the “end-of-life nursing education questionnaire”. Journal of Hospice and Palliative Nursing 13 (6): 368-375, 2011

Ⅶ. 緩和ケアに関する教育

4. 薬剤師の緩和ケアに関する教育

伊勢 雄也^{*1} 細谷 治^{*2} 塩川 満^{*3} 加賀谷 肇^{*4} 片山 志郎^{*1}

(^{*1} 日本医科大学付属病院 薬剤部 ^{*2} 城西大学 薬学部薬剤学講座)
(^{*3} 聖隷浜松病院 薬剤部 ^{*4} 済生会横浜市南部病院 薬剤部)

はじめに

2007年(平成19年)4月に「がん対策基本法」が施行された。この中で、「がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療の早期からの実施、居宅におけるがん患者に対するがん医療の提供のための連携教育体制の確保、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の向上に関する研修会の機会の確保などを講じること」と明記されており、薬剤師もこの法律に則り積極的に教育体制を構築していかなければならない。また、2008年の診療報酬改定において、施設における緩和ケアチーム加算を算定するためにはチーム内に薬剤師の存在が不可欠となった。

このように、がん診療をとりまく社会情勢が変化しているものの、薬剤師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であることが指摘されており、緩和ケア教育のより一層の拡充が強く求められている。本稿では、緩和ケアに関する卒前および卒後教育の現状について述べ、薬剤師の緩和ケア教育体制について考えてみることにしたい。

緩和ケアに関する卒前教育

卒前において、学生が緩和医療について学ぶことにより、医療従事者としての自覚を早期に認識し、学習意欲の向上に貢献するものと考えられる。しかしながら、各薬系大学薬学部の緩和ケアに関する卒前教育の方法や期間を詳細に調査した報告はない。そこで今回、6年制薬学部における緩和医療教育の実態調査を行い、卒前教育の問題点と対策について検討を行った。

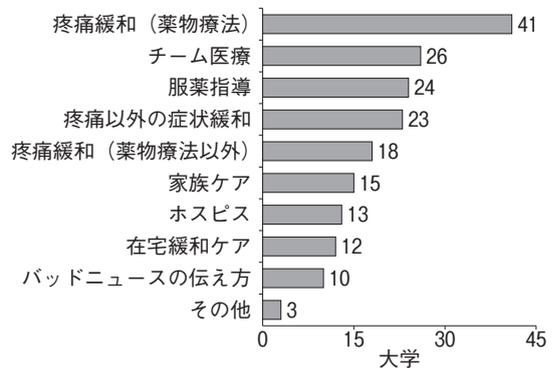


図1 薬系大学薬学部における緩和ケアに関する授業内容(複数回答)

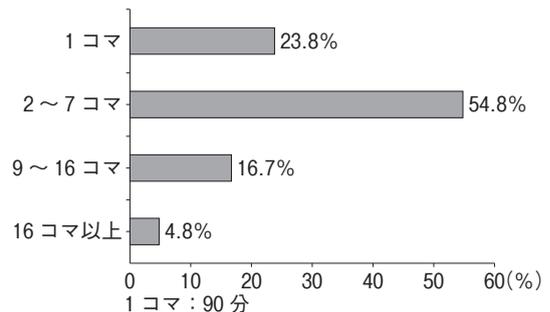


図2 薬系大学薬学部における緩和ケアに関する授業コマ数

全国薬系大学薬学部74大学に調査用紙を配布し、ファックスにて回収を行った。なお、調査は2010年5月に行われ、53大学より回答が得られた(回収率71.6%)。42大学(79.3%)の大学で緩和ケアに関する授業が行われていた。その形式は講義形式が最も多く(42大学)、続いてグループワーク(15大学)、事例検討(11大学)の順であった。授業内容は疼痛緩和(薬物療法)が最も多く、続いてチーム医療、服薬指導の順であった(図1)。授業時間(1コマ90分)は2~7コ

マと回答した大学が最も多かった（図2）。また、71%の大学が現在の緩和医療教育の充足度に“不十分”と回答していた。

以上、ほぼすべての大学が緩和医療教育の必要性を感じているものの、その内容や時間は不十分であることが明らかとなり、6年制薬学教育における緩和医療教育の質的・量的な充実が必要であることが示唆された。これらの問題を解決するため、今後は医科系/看護系大学における緩和医療教育との連携、卒前教育と卒後教育（臨床教育）が系統的に行われるよう、緩和医療関連学会などと連携していくことが望まれる¹⁾。

緩和ケアに関する卒後教育

薬剤師の緩和ケアに関する卒後教育については、いくつかの地域や団体においてその地域、団体独自の教育方針により卒後教育が展開されているが、本稿では筆者らが所属している東京都病院薬剤師会や日本緩和医療薬学会においてどのように教育活動が行われているかについておもに述べることとする。

① 東京都病院薬剤師会緩和医療専門薬剤師研究会の活動

東京都病院薬剤師会緩和医療専門薬剤師研究会では、緩和医療に携わっている専門医、基礎研究者、薬剤師による教育講座、さらには模擬患者を用いたロールプレイ/グループワーク形式による症例検討を、2004年より年5回にわたり行っている。症例ならびにその症例に基づく設問は、教育講座のテーマに合わせて作成しており、各回の担当委員が作成して事前勉強会により他委員からの指摘を受けブラッシュアップされた後、各受講者が予習を行えるよう、研究会の2週間位までに郵送される。このように、受講者に予め症例の事前学習を行ってもらうことで、円滑かつ質の高いグループワークを行うことができる。研究会当日は、症例を作成した委員が患者役となり、薬剤師役となった受講者が服薬指導のロールプレイを行い、患者から得られた情報を踏まえながら回答を導き出すといった形式をとっている。

表1 東京都病院薬剤師会緩和医療専門薬剤師研究会の教育カリキュラム

14:00～15:30	講義
15:30～15:45	休憩
15:45～17:30	症例検討 (グループワーク, ロールプレイ)
17:30～18:00	症例検討結果の発表(各班), 専門家委員からのコメント
18:00～18:30	基礎理解度試験

しかし、薬剤師役の患者役へ接する態度が未熟だと、患者役である委員は情報を出さない場合があり、症例の問題を解決するためには単なる知識だけでなく、コミュニケーションの技能や態度も要求される。そのため受講者は、通常の服薬指導以上の緊迫感のもと、ロールプレイを行っている。時にはコミュニケーションをうまくとることができないばかりに患者役からうまく情報が収集できず、泣き出してしまう受講者もいる。患者役からの情報ならびにそれぞれの受講者が予習してきた情報をもとにグループディスカッションを行うことで、介入が必要とされる患者に受講者が能動的に取り組めるノウハウを身につけることが可能となる。

また、研究会の最後には自己評価試験があり、知識を堅実に自分のものにするためのプログラムも導入されている（表1）。症例発表の際には委員より厳しい指摘をされる場合もあるが、1年を通じて参加された受講者はその緩和医療のスキルを飛躍的に進歩させ、臨床に応用していると思われる²⁾。

図3に、研究会前後の緩和ケアの現場での実践度の平均変化を示す（緩和ケアの実践度を5段階で評価し、それを%変換して表示、なお、本調査は平成22年度に実施）。疼痛緩和や症状緩和の項目が有意に上昇しており、本研究会の有用性が示された³⁾。

② 日本緩和医療薬学会における活動

日本緩和医療薬学会では将来計画委員会と薬剤師育成委員会の2つの委員会がおもに教育活動を担っており、前者は教育セミナーと教育プログラ

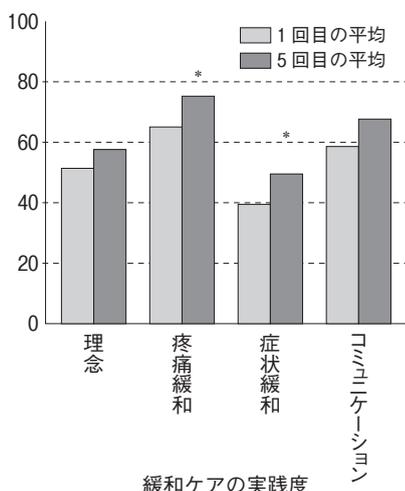


図3 緩和ケアの現場での実践度の平均変化

緩和ケアの実践度を5段階で評価し、それを%変換して表示 (*p<0.05)

ムの作成、後者はe-learningやテキストの作成、出版などを担当している。すでに緩和ケアに携わる薬剤師が習得しなければならない教育目標(表2)は立案されており、それに基づいて今後薬剤師教育は展開される予定である。将来計画委員会では現在、年2回教育セミナーを開催しているが、それに加え医師のPalliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education (PEACE)や、看護師のEnd-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J)のような教育プログラムの作成に力を入れており、近く薬剤師版のプログラムを完成させ、指導者研修会を開催する予定である。

この研修会を受講することにより緩和に携わる薬剤師が習得しなければならない必要最低限の知識・技能・態度が身につくと思われる。また、この研修会を受講した指導薬剤師が自分の地元に戻って同じ研修会を開催するといった形式をとる予定であり、この研修会は今後、全国の緩和ケアに携わる薬剤師の均てん化に重要な役割を担うものと考えている。

表2 緩和医療に携わる薬剤師の教育目標(大目標のみ抜粋)

1. 疼痛マネジメント
2. 疼痛以外の症状マネジメント
3. 麻薬の管理
4. 化学療法に関するマネジメント
5. 薬物相互作用
6. 研究, 教育
7. 全人的側面
8. 倫理的側面
9. チームワーク

おわりに

本稿では、卒前教育に関するアンケート調査結果、ならびに卒後教育に関する現状を紹介しながら、緩和ケアに携わる薬剤師の育成方法について述べた。患者の痛みや副作用などを客観的に評価するためには患者からの正確な情報収集が必要である。また、自分が提案した薬物療法を実践してもらうためには、チームの内のスタッフや主治医への的確な情報伝達も必要となってくる。

そのため、緩和ケア教育は知識の習得のみに終始するのではなく、その知識を有効利用するための技能や態度の習得が特に重要となっており、今後はそのような卒前/卒後教育を構築していかなければならないと考える。また、がん医療の均てん化を図るため、作成したプログラムを全国に普及させる方法論についても今後積極的に討議していかなければならないと考える。

文献

- 1) 細谷 治, 岡本禎晃, 菊池真美, 他: 薬学教育における緩和医療教育の実態調査. 第4回日本緩和医療薬学会年会要旨集, 2010
- 2) 伊勢雄也, 木澤義之, 片山志郎: 緩和医療の勉強の仕方がわからない. 月刊薬事 51: 695-699, 2009
- 3) 岸田悦子, 伊勢雄也, 伊東俊雅, 他: 緩和医療領域における薬剤師の専門性向上に対する東京都病院薬剤師会の取り組み—第2報. 第5回日本緩和医療薬学会年会要旨集, 2011

Ⅷ. 緩和ケアに関する学会などについての情報

1. 日本緩和医療学会

有賀 悦子

(日本緩和医療学会 専門医認定・育成委員会, 帝京大学医学部 内科学講座緩和医療科)

制度準備とその経過

2007年9月, 日本緩和医療学会では専門医認定制度準備委員会が招集され, 2008年7月日本緩和医療学会学術大会(静岡)総会で, 「専門医認定制度あり方に関する報告書」が公表された。これは, 2007年4月がん対策基本法, 6月がん対策推進基本計画の施行や2008年文部科学省のがんプロフェッショナル養成プランなどに代表される社会的な動きに対応したものであった。

① 緩和医療専門医に求められる医師像¹⁾

専門医医師像と要件について専門医Q & Aから抜粋した。

専門医は, 緩和医療の進歩に基づく治療とケアに精通し, 国民の保健と福祉に貢献することが期待されています。その役割は, 生命を脅かす疾患に伴う様々な問題に直面している患者と家族の身体的, 心理社会的, スピリチュアル (spiritual) な諸問題の早期かつ適切な評価と対応であり, それによって患者と家族の苦しみを予防し, 苦しみから解放することを目標とします。したがって, 専門医は, 患者と家族を全人的に把握し, 理解できる能力と資質が求められます。また, 専門医は病気を疾患としてとらえるだけでなく, その人の人生の中で病気がどのような意味をもっているか (meaning of illness) を重要視しなければなりません。

② 専門医の要件

専門医の要件としては,

①緩和医療の専門的知識・技術に基づく臨床実践ができること

②緩和医療の専門的知識・技術に基づくコンサルテーション活動ができること

③緩和医療の専門的知識・技術に基づく教育指導ができること

④緩和医療の専門的知識に基づく臨床研究ができることです。

専門医認定制度委員会

2008年報告書の公表をもって準備委員会は解散し, 新たな活動を展開させるために, 専門医認定制度委員会が学会委員会として発足した。緩和医療専門医, 暫定指導医, 認定研修施設に関する「専門医認定制度細則」が2008年10月制定され, それに基づき, 委員会の下に, 専門医審査部会, 専門医認定試験作成部会, 暫定指導医審査部会, 認定研修施設審査部会が組織された。

暫定指導医においては, がんプロフェッショナル養成プランなどの大学教育に携わる医師, がん診療拠点病院緩和ケアチーム医師, 緩和ケア病棟医師, 在宅緩和医療医師など多彩な背景が予想され, ある程度の広い間口で申請が可能であるような制度を目指した。

それに対し, 緩和医療専門医は, 臨床経験をはじめ社会に認められるだけの力量が保証される基準を基本とした。

2008年秋, 第1回の暫定指導医, 認定研修施設の募集が行われ, 東西に分かれ審査された。この第1回については, 学会費未納者による申請があったため, 実際の審査対象数は申請数より6名減となっている。

2009年7月, 第1回緩和医療専門医の募集が

施行され、書類審査通過者は、11月の筆記試験、口頭試験に進み、2010年4月に緩和医療専門医第一期生が誕生した。

専門医認定・育成制度委員会

2010年8月より新たな任期2年の新委員会となり、名称が変更となった。また、委員会目標を、〔短期目標〕制度の検討の継続、〔中期目標〕専門医修得後の専門医生涯学習セミナー、専門医を目指す医師のための専門医育成セミナーの開催準備、〔長期目標〕試験問題集など（教科書）作成を掲げるとともに、専門医更新制度、認定研修施設更新制度、在籍確認、暫定指導医活動報告、認定研修施設制度の整備にあたっていった。

3回にわたる暫定指導医、認定研修施設の認定が終了したところで全国の分布を検討した。そして、都道府県間格差が大きく、2施設しかない県が複数あるなど、専門医育成における問題を検討した結果、認定研修施設外研修の策定を決定し、2012年7月施行を目指し整備を行っている（図1～3）。2010年から生涯学習セミナー準備会が認定試験問題作成部会後に試行され、中期目標の実施に踏み込んでいる。また、教科書作成については2011年7月より、教科書などの作成を目指した編集作業部会が委員会下に置かれ、現在、執筆担当者の割り当てが行われ、執筆に取りかかっているところである。

審査結果と推移

暫定指導医（図4）、認定研修施設（図5）の審査結果と推移を示した。暫定指導医の募集は3年間で終了となっているが、認定研修施設については、暫定指導医が在籍しながらも認定研修施設として申請されていなかった施設や暫定指導医、専門医の異動に伴う申請が続いている。2011年度からは認定研修施設は年2回の審査となっており、グラフは2011年1回目の審査後の10月1日現在のものとなっている。

専門医については、図6に示した。専門医Q & Aに書類の留意点や審査基準などが公表され

たうえで初回審査となったが、書類の不備などが認められた。審査の回数を追うごとに合格率は上昇してきている。

2011年12月末現在の国内の暫定指導医、認定研修施設、専門医の分布を図1～3へ示した。2012年5月には全暫定指導医・専門医に対し在籍確認を行うとともに、第1回募集の暫定指導医にとっては3年目となり、活動報告の提出がなされる予定である。

緩和医療専門医制度が抱える課題

① 国内の専門医制度が変革期を迎えていること

厚生労働省は、2011年10月13日より、「専門医の在り方に関する検討会」を設け、これまでの各学会単位行われていた認定医・専門医制度の見直しを始めた。遡って、2009年には研究班による提言書が作成されるなどの動きがあったが、今回の動きは政策的な医療制度への介入を含み、現段階においても諸般の議論は収束していない。今後、第三者機関などによる評価管理、卒後医学教育評価の中での専門医制度管理など、複数の可能性が残されている。複数の基本領域に跨る緩和医療は横断的な医療であるため、あるひとつの基本領域の上にある専門領域を標準としている日本の専門医制度と異なり、現在進行している制度改革に乗り切れない不安をもたらしている。

私見ではあるが、当学会が潮流に乗りながらも独自性を維持できることが望ましい。しかし、未だその潮流は予測しきれない動きにあるため、翻弄される可能性があるのも事実である。できうるかぎり翻弄されず、真に国民に信頼される緩和医療医を育成していくことができるか今後の大きな課題ととらえている。

② 専門医数の伸び悩みと質的な保証

受験医師数が伸び悩んでいる。第1回の試験結果から、合格率の低さが指摘されていた。そのため、試験は難度が高いと認識され、敬遠される傾向にあった。図6に示した専門医試験の3年間の動向として、年々最終試験に到達する割合が上昇



2011年12月31日現在

図1 暫定指導医数



2012年4月1日認定予定者分まで

図2 専門医数



2011年12月31日現在

図3 認定研修施設数

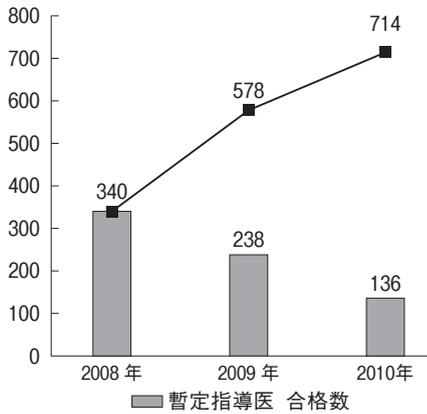


図4 暫定指導医合格者数と推移

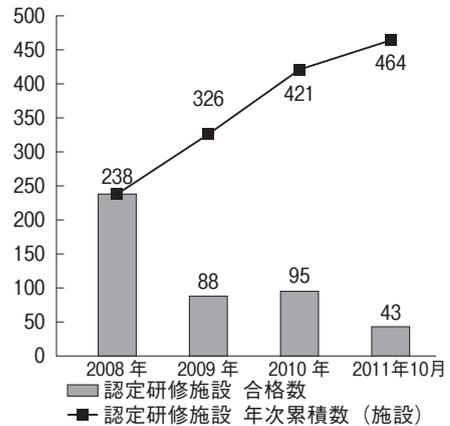


図5 認定研修施設 合格数と推移

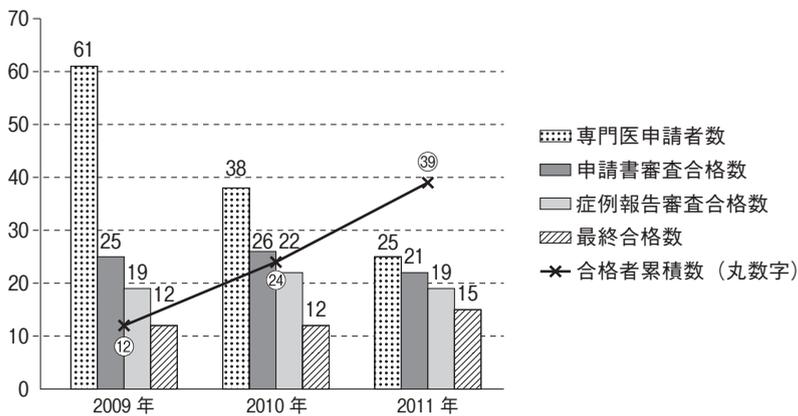


図6 専門医試験各審査別合格数と推移

しているように、まず申請書が専門医 Q&A の条件を満たしていることを確認し、作成することができれば、筆記試験、口頭試問に至ることは可能である。したがって、試験の難度を下げるのではなく、まず、受験に至るアクセスの問題を改善することを今後の取り組みとした。

暫定指導医も専門医も不在な施設に勤務する医師が、専門医受験資格を得ることができるよう、研修システムを現在検討しており、2012年7月から始動できるよう準備を進めている。

成されている。また、学会事務局の彌田さんはこの2期を通して担当を続けてくださっている。制度は今なお過渡期にあるが、ここまでにおいても決して楽な道ではなかった。日にちが変わらない内に審査が終わるよう祈りつつ、翌日の勤務を案じたこともあった。

制度整備と新たな事業目標の達成のため、時間と労力を惜しまず全員で支えてきたことを誇りと感じるとともに、準備委員会委員長 志真泰夫先生、第1期委員会委員長 恒藤暁先生、準備委員会から今日まで務めてくださった委員の皆様、お一人ひとりに深甚なる感謝の意を表したい。

おわりに

専門医制度に関する委員会となって、2期目となる。立ち上がった時からの委員は3名、1期目の途中から専門医第1期生3名が加わり、2期目から専門医第2期生が2名加わり、合計8名で構

引用文献

- 1) 日本緩和医療学会専門医制度 専門医 Q & A [http://www.jspm.ne.jp/nintei/senmon/2011qanda.pdf]

VIII. 緩和ケアに関する学会などについての情報

2. 日本サイコオンコロジー学会, 日本総合病院精神医学会

明智 龍男

(名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学)

緩和医療に関連する国内の精神医学系学会

わが国には精神医学系のいくつかの学会が存在するが、緩和医療に関わる職種が多く所属する学会としては、日本サイコオンコロジー学会と日本総合病院精神医学会がその代表である。本稿では、両学会の歴史と専門家育成のための制度などを紹介する。

日本サイコオンコロジー学会

1980年代に世界保健機関（WHO）が Quality of life (QOL) に関する専門家会議を召集し、会議を重ねる過程で、1986年に国際サイコオンコロジー学会（IPOS）が創設された。その初代会長であるジミー・ホランド部長（メモリアルスロンケタリングがんセンター病院精神科, ニューヨー

表1 日本サイコオンコロジー学会, 日本総合病院精神医学会の歴史

年	日本サイコオンコロジー学会	日本総合病院精神医学会	備考
1962年			国立がんセンター開設
1977年			米国メモリアルスロンケタリングがんセンターに精神科部門設立
1982年			聖隷三方原病院にわが国で初めてのホスピス病棟
1984年			国際サイコオンコロジー学会設立
1986年	国際サイコオンコロジー学会の日本支部として日本臨床精神腫瘍学会が発足		
1987年	第1回総会		
1988年		第1回総会	
1991年	日本サイコオンコロジー学会に改称		
1992年			国立がんセンター中央病院（現、国立がん研究センター中央病院）に精神科部門開設
1995年	第2回国際サイコオンコロジー学会開催（神戸）		国立がんセンター研究所支所に精神腫瘍学研究部開設（現、国立がん研究センター臨床開発センター精神腫瘍学開発部）
1997年	第10回総会（日本緩和医療学会との合同大会）		
1999年	第12回総会（日本緩和医療学会との合同大会）		
2001年		専門医制度発足	
2002年			緩和ケアチーム診療加算
2007年		第20回総会（日本サイコオンコロジー学会との合同大会）	がん対策基本法
2009年	登録精神腫瘍医制度発足		
2011年	第24回総会	第24回総会	

表2 日本サイコオンコロジー学会登録精神腫瘍医

制度の発足年	2009年
認定者数 (2012年2月時点)	17名
資格	精神腫瘍医として、がん患者及びその家族の精神心理的な苦痛の軽減および療養生活の質の向上を目的とし、薬物療法のみならず、がんに関連する苦悩などに耳を傾ける等、専門的知識、技能、態度を用いて、誠意をもった診療に積極的にあたる。
その他要件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日本国の医師免許証を有すること。 2. がん医療に従事した経験を計3年以上（形態は問わない。例：週1度の非常勤でも可）有する、精神科医、心療内科医であること。 3. 本学会の会員歴を3年以上有すること（過去の会員歴も有効とする）。 4. 日本サイコオンコロジー学会主催の講習会に、最低1回は参加したことがあること（2006年以降に開催されたものに参加していれば、これも認める。該当する講習会は別に細則に記載する）。 5. 患者、家族が受診した場合には、誠意をもって対応するという意思表示として、原則、学会のホームページへの氏名、所属施設名の掲載を承諾すること。 6. 精神腫瘍医として担当した患者または家族、計30症例（過去5年以内の症例を有効とする）のリストを提出すること。 7. 精神腫瘍医として担当したケースにつき、3例のレポートを提出し、審査に合格すること。
認定更新	5年ごと

表3 日本総合病院精神医学会専門医

制度の発足年	2001年
正式名称	一般社団法人日本総合病院精神医学会認定一般病院連携精神医学専門医
認定者数 (2011年10月時点)	541名
資格	<p>総合病院精神医学に関する優れた学識と高度の技能および倫理観を備えた臨床医を育成し、良質の医療を提供することを目的とする。以下の特別な診療技法などを研修する必要がある。</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 主要な身体疾患について、その病態、診断、治療などの概要を理解する。 b) 精神疾患の診断にあたり、治療を行いつつ、全身状態に配慮し、身体疾患に由来する精神症状を発見するための適切な診察、検査を実施するという基本的な考え方と技法を理解し、実行する。 c) 身体疾患と精神疾患を併発した患者に対する向精神薬の適切な使用方法を理解し、実行する。 d) 身体疾患と精神疾患を併発した患者に対する支持的精神療法を理解し、実行する。 e) 身体疾患と精神疾患を併発した患者に対する危機介入を理解し、実行する。 f) 精神科的緊急事態の適切なマネジメント、患者と家族の治療およびケアを理解し、これらを実行する。 g) 身体疾患の発病、悪化、慢性化などに関連する心理的要因を把握して修正するための技法を理解し、実行する。 h) 重症身体疾患、慢性身体疾患の患者と家族の心理を理解し、それに対するケアを実行する。 i) 緩和ケアを受ける患者と家族の心理を理解し、それに対するケアを実行する。 j) 患者家族に対する支持的精神療法を理解し、実行する。 k) 他の診療科の医療者との適切な協力関係をつくるための技法を理解し、実行する。
その他要件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日本国の医師免許証を有すること。 2. 日本精神神経学会認定精神科専門医又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条に定める精神保健指定医の資格を有すること。 3. 本学会により認定された研修施設において5年以上総合病院精神医学の研修を行い、細則に定める研修内容を修了していること。 4. 申請時において、継続して5年以上本会の会員であること。 5. 細則に定めるケースレポート(8編)を提出し、すべてが専門医制度委員会の審査に合格すること。 6. 細則に定める専門医制度委員会講習会を受講すること。 7. 細則に定める専門医認定試験に合格すること。
認定更新	5年ごと

ク)から参加の要請を受け、1986年11月河野博臣、武田文和らが発起人となり日本支部として日本臨床精神腫瘍学会(JPOS)が結成され、1987年8月29日、第1回学術大会が開催された(表1)。1997年3月には、第10回学術大会が日本緩和医療学会との初の合同大会(会長:阿部薫)として開催され、1,000人を超える参加者があり、緩和医療とともにがん医療の重要な領域を占めることが改めて認識された。

会員数は年々増加傾向にあり、2011年現在、総会員数は1,200名を超えており、構成メンバーは約60%を医師が占め、専門診療科は精神科医、緩和ケア医、内科医、心療内科医、外科医の順となっている。次いで多い職種は、看護師15%、心理士11%という構成比である(以上、日本サイコオンコロジー学会ホームページからの一部改編しての抜粋 <http://jpos-society.org/about/history.php>)。

もともと多職種による学会でもあり、専門医制度を設けることは時期尚早であるというスタンスから、まずは患者さんやご家族に安心して紹介できる、つまりある程度臨床経験を有し、サイコオンコロジーの臨床に対して高いモチベーションを

持つ精神腫瘍医を育成することと、その情報を一般市民の方々に公開することを目的として2009年の12月に登録精神腫瘍医制度が発足した(表2)。2010年度に7名、2011年度に6名、2012年度(2月現在)4名の精神科医、心療内科医が登録精神腫瘍医として合格し、学会ホームページ上にその情報が掲載されている(<http://jpos-society.org/activities/mental.php>)。

日本総合病院精神医学会

日本総合病院精神医学会は、1988年に第1回総会が開かれて以来、精神医学の専門領域の学会として歴史を重ねている(表1)。主として、総合病院の精神医学に関心を持つ精神科医および医療従事者によって構成されており、会員数は年々増加傾向にあり、登録会員数は約1,800名である。

日本総合病院精神医学会においては、2001年から専門医制度を発足させ、現在541名が専門医としての認定を受けている(表3)。なお、本学会の専門医の正式名称は「一般社団法人日本総合病院精神医学会認定一般病院連携精神医学専門医」である。

Ⅷ. 緩和ケアに関する学会などについての情報

3. 日本がん看護学会, 日本小児がん看護学会, 日本看護系大学協議会, 日本看護協会

内布 敦子^{*1} 中野 宏恵^{*2}

(^{*1} 兵庫県立大学 看護学部 ^{*2} 兵庫県立大学 看護学研究科がん看護学専攻)

はじめに

ここでは、緩和ケアに関連した看護系の学術団体や団体の動きについて報告する。学術団体に関しては、日本看護系学会協議会の会員校の中から緩和ケアに関係する学術団体として日本がん看護学会と日本小児がん看護学会について、その活動を報告する。学術団体以外の団体では日本看護協会、日本看護系大学協議会の2つを取り上げて報告する。このほかにも、緩和ケアに関する看護師教育を担っている団体は相当数あると思われるが、今回の報告では割愛する。

現在、学術会議に登録されている看護系の学会は38学会である。その中で緩和ケアに関連する学会は日本がん看護学会、日本小児がん看護学会が主であると思われるが、緩和ケアの定義の変遷によって対象となる患者の範囲も拡大しているため、高齢者の症状緩和、終末期ケア、難病患者、在宅患者の症状緩和などは緩和ケアの範囲に含まれる。そのような意味では、日本老年看護学会、日本難病看護学会、日本在宅ケア学会なども緩和ケアに関連した学術団体であり、緩和ケアに関連した演題、論文が発表されている。

日本がん看護学会

日本がん看護学会は、がん看護に関する研究、教育、および実践の発展と向上に努めることを目的とし、対がん10カ年総合戦略がスタートした3年目である1987年に発足した。1996年には、日本学術会議の登録学術研究団体として認められ、現在、会員数は正会員4,442名、準会員43名、

賛助会員1名(2011年9月21日現在)である。おもな事業には、定期学術集会の開催、看護専門職に対する教育活動(研究会・講習会・研修会)、一般市民に対する教育活動(啓発、相談)、学会誌発行、国際活動がある。学術集会は総会で承認された会員による持ち回り開催となっており、全国各地で開催されている。

各学術集会のメインテーマ、基調講演では、常に現状から将来を見据えたがん看護の課題が提示され、がん看護の実践・教育・研究の推進が行われている。学術集会では、精神的援助、外来看護を含む化学療法看護、症状緩和ケアなどに関する演題が多く発表され、緩和ケアに関連する演題は大きな割合を占めている。ちなみに第25回学術集会では、全体演題数500の中で、緩和関連として緩和ケア45、サポータイブケア52、家族ケア35、エンドオブライフケア22、メンタル・スピリチュアルケア11、地域・在宅看護20であり、その他は診断治療に伴う看護に関するものであった(表1)。

学会には、特別関心活動グループ(Special Interest Group; SIG)委員会がある。特定のテーマに関心を持つ会員が集まり、情報交換などを図って会員相互に専門性を高め、より専門に特化した自己研鑽の場を共有しており、13のグループが活動している。緩和ケアはどのグループにも関与しているが特に関連するのは、がん性疼痛看護、ホスピスケア、乳がん看護、スキンケア、リンパ浮腫ケア、外来がん看護、在宅がん看護の7つのグループである。

学会誌には年間16～18題の論文が掲載されている。学会誌への投稿論文には、化学療法看護、

表 1 日本がん看護学会学術集会演題カテゴリごとの演題数

	第 24 回 (2010)	第 25 回 (2011)
がんリハビリテーション看護	0	13
小児のがん	2	2
高齢者のがん	6	6
遺伝看護	0	2
チームアプローチ	10	23
在宅・地域看護	13	20
予防とスクリーニングに関する看護倫理・インフォームドコンセント・臨床試験	14	22
緩和ケア	39	45
外来看護	45	44
診断・治療に伴う看護	63	102
看護師の教育	45	51
サポータティブケア	25	52
家族ケア	19	35
エンドオブライフケア	8	22
メンタルケア・スピリチュアルケア	13	11
患者教育	18	15
その他	46	35
合計	366	500

在宅を含む終末期ケア、家族ケア、患者の体験と看護支援、意思決定、リンパ浮腫や疼痛などの症状緩和ケアに関するテーマが発表されており、緩和ケアに関する論文の比率は極めて高い。

日本小児がん看護学会

日本小児がん看護学会は、小児がんの子どもと家族を支援する看護職・関連職種および支援に携わる者に対し、より高度な知識・技術を得るための研鑽の機会を設けることで、看護実践と教育・研究の向上・発展に資すること、加えて広く市民に対し小児がんの子どもと家族への理解を深め、子どもの健康維持・増進に関心を深めるための活動を行い、これらをもって医療福祉の増進に寄与することを目的としている。

2003年2月に「日本小児がん看護研究会」として発足し、活動を一層充実させて会員に研鑽の機会を提供し、かつ一般の人々が広く小児がんの子どもと家族に対する理解を深め、子どもの健康維持・増進に関心を深めるための事業を行って

くために法人化を目指し、2008年11月に役員会および理事会での合意を得て「日本小児がん看護学会」と名称が変更された。現在、会員数は648名（2011年11月24日現在）である。

おもな事業として、学会誌の発行、学会・研修会などの開催、機関誌の発行、小児がん看護の実践・教育・研究に関する情報交換、各地の親の会との交流などの事業を行っている。学会誌が現在6号まで発刊されており、年間5～13題の論文が掲載されている。小児の症状緩和をはじめとして終末期や意思決定における子どもと家族の心理的状況や援助に関するテーマが発表されており、緩和ケア領域の発表は非常に多い。

日本看護系大学協議会

日本看護系大学協議会では、専門看護師教育課程の認証を行っている。すでに教育プログラムが動いており、修士学生の在籍する課程が申請することができ、認証の有効期間は10年である。専門看護師教育コア科目として8単位、専攻領域共通科目、専攻領域専門科目（実習6単位含む）の2つの領域の科目を合わせて18単位の合計26単位が最低修了単位とされている。

現在、11の看護専門領域で専門看護師教育課程の認定が行われているが、中でも緩和ケアに関連の深い専門看護師教育課程（括弧内は2011年4月現在認定されている教育課程数）は、がん看護専門看護師（44課程）、小児看護専門看護師（20課程）、精神看護専門看護師（19課程）、在宅看護専門看護師（7課程）などの教育課程である。これらの教育課程の認定は、そのまま日本看護協会と共有され、日本看護協会が行う専門看護師の個人認定の際に認定された教育機関を修了していれば必要単位は満たしているとみなされる仕組みになっている。

専門看護師は臨床現場で看護の機能を拡大し、医学的な判断を含む治療管理に関して実績を上げるようになった。そこで日本看護系大学協議会では、諸外国ですでに法制化されている高度実践看護師教育に乗り出す方針が打ち出された。世界標準をにらみながら最低単位を38単位の教育課程

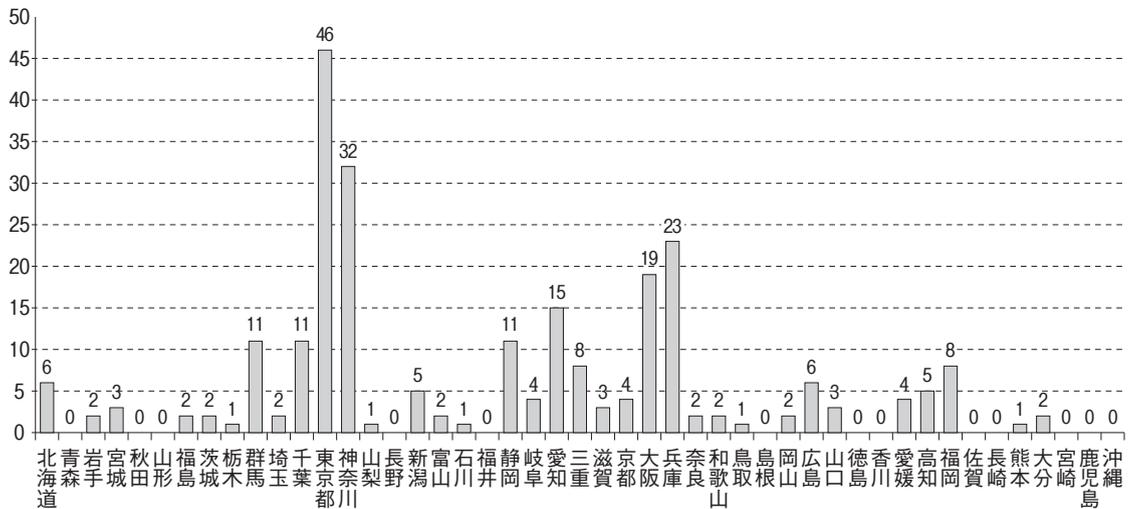


図1 がん看護専門看護師登録者数 (2011年12月1日現在)
(文献6)を参考に作成

の審査基準が発表され、2012年度から38単位の専門看護師教育課程の認証が始まることになっている。

日本看護協会

緩和ケアに関連して専門看護師、認定看護師の認定を行い、一般看護師を対象とした緩和ケアに関する教育を行っている機関として日本看護協会があげられる。

① 専門看護師

専門看護師 (Certified Nurse Specialist) は、日本看護協会の専門看護師認定審査に合格し、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族および集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識および技術を深めた者をいう。中でも緩和ケアに関与するのはがん看護専門看護師が中心となるが、それ以外でも老人看護専門看護師は高齢者の終末期の問題を扱い、精神看護専門看護師はサイコオンコロジーの知識を持ってリエゾン看護師としてメンタル面のケアに精通している。そのほかにも小児がんに関しては小児看護専門看護師の中に小児がんをサブスペシャリティにしている者が小児がん患者の緩和ケアに携わっている。

現在、がん看護専門看護師は全国で329名 (2011年12月13日現在) であり、すべての領域を合計した専門看護師全体 (798名) の約40%にあたり、最も多い。これは、2007年から開始された文科省のがんプロフェッショナル養成プランの影響が大きい。複数の医系の大学がグループとなってがん医療に携わる専門職の養成を行うが、グループ内に少なくとも1つのがん看護専門看護師の教育課程をもつことが申請の要件になっていたために、多くの大学ががん看護専門看護師教育課程を申請した。結果として修了生が多く輩出され、個人認定申請も多くなったものと思われる。

専門看護師の認定数を図1に示した。専門看護師の分布には地域格差があり、均てん化されているとは言い難い。

② 認定看護師

日本看護協会が認証する認定看護師教育機関で教育プログラムを修了し、認定看護師認定審査に合格し、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践のできる者をいう。認定の領域は現在18に及んでいるが、がん看護や緩和ケアに深く関連する領域は、がん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん化学療法認定看護師、乳がん看護認定看護師、がん放射線療法認定看護師の4領域であ

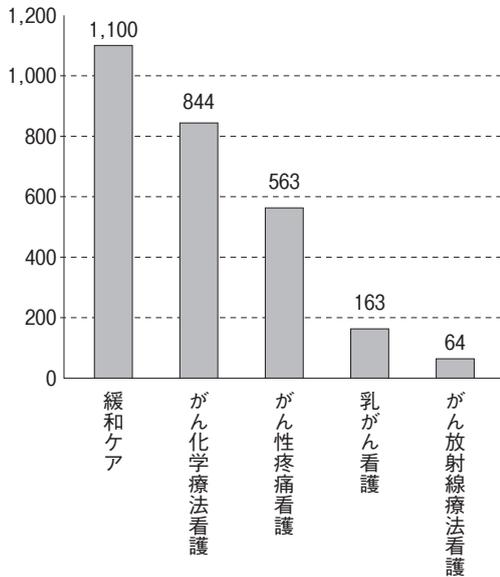


図2 認定看護師登録者数 (2011年12月1日現在)
(文献6)を参考に作成

る。そのほかにも皮膚・排泄ケア認定看護師，訪問看護認定看護師などが緩和ケアに関与している。

これらの認定看護師教育課程は原則6ヵ月で，教育課程の認証と個人の専門性の認定は日本看護協会が行っている。教育機関は看護系大学に付設される場合もあるが，日本看護協会もしくは各県の看護協会が独自に設置している場合が多い。上記4つの領域の認定看護師登録数は図2の通りである。

おわりに

緩和ケアの領域は，医学的治療の範囲を越えたケアが大きなウエイトを占める。看護はその大き

な部分を担っており，24時間体制で身体面でも心理面でも起伏の激しい患者の状態をマネジメントする立場にいるがゆえに，従来から緩和ケアへの関心は非常に高い。なんといっても看護職は，圧倒的に多い時間，患者の最も近い場所にいる専門職である。がん治療法の進展に伴い，診断，治療に伴う看護に比重がおかれるようになってもお，看護師たちの緩和ケアへの関心の高さは変わらない。

今後は在宅療養への移行がますます進むものと思われる，より広く，より深く緩和ケアの専門性を高める教育や研究が進められていくものと思われる。

参考文献

- 1) 季羽倭文子，他委員11名：日本がん看護学会における過去10年間のがん看護研究の動向—日本がん看護学会教育・研究活動委員会報告. 日本がん看護学会誌 12 (1)：41-49, 1998
- 2) 小島操子：日本がん看護学会10年の歩みと今後の課題. 日本がん看護学会誌 11 (1)：1-8, 1997
- 3) 小島操子：日本がん看護学会20年の歩みとがん看護の進展. 日本がん看護学会誌 20 (2) 5-11, 2006
- 4) 真壁玲子：がん看護学領域における研究の動向と課題—過去5年間 (1998年～2002年) に看護系学会誌2誌に掲載された研究論文. 日本がん看護学会誌 17 (2)：13-19, 2003
- 5) 吉田久美子，石田順子，瀬山留加，神田清子：1998年から2002年に発表されたがん化学療法に関する看護研究の動向と課題. 日本がん看護学会誌 19 (2)：95-104, 2005
- 6) 日本看護協会 [http://www.nurse.or.jp/]
- 7) 日本看護系大学協議会 [http://www.janpu.or.jp/]
- 8) 日本がん看護学会 [http://jscn.umin.jp/index.html]
- 9) 日本小児がん看護学会 [http://www.jspon.com/]

Ⅷ. 緩和ケアに関する学会などについての情報

4. 日本緩和医療薬学会

鈴木 勉^{*1} 加賀谷 肇^{*2}

(^{*1} 星薬科大学 薬品毒性学教室 ^{*2} 済生会横浜市南部病院 薬剤部)

はじめに

2006年6月に公布され、2007年4月に施行された「がん対策基本法」の第16条には、がん患者の療養生活の質の維持向上のために、疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすることや、居宅においてがん医療を提供するための、地域での連携協力体制を確保することが明記されている。このような状況下、がんの痛みや症状管理に貢献できる薬剤師を育て、緩和医療に対して薬剤師も積極的に関わろうと、2007年3月24日に日本緩和医療薬学会 (Japanese Society for Pharmaceutical Palliative Care and Sciences; JPPS) が設立された。

日本緩和医療薬学会の概要

設立当初、1,400名程度であった会員数は、2011年11月現在3,398名にまで増加している(図1)。会員数は年々増加傾向にあるものの、都道府県別会員数のばらつきは大きい(図2)。また、会員の構成は、病院薬局薬剤師70%、保険薬局薬剤師16%、薬学研究者6%、その他4%、また支援会員として緩和医療領域で実践されている医師(3%)や看護師(1%)にも加入して活動している(図3)。

本学会設立の目的は、日本においてますます高まる緩和医療の重要性を鑑み、保険薬局薬剤師、病院薬剤師、薬学研究者の連携強化を図り、緩和医療における薬物療法の推進と充実、さらに大学での教育研究と企業での開発・学術研究の進歩発展である。おもな活動内容を表1に示した。これまで、年1回の学術大会の開催、学会誌の定期刊

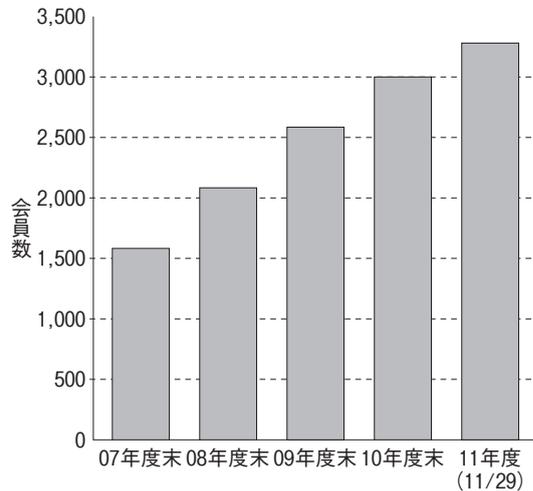
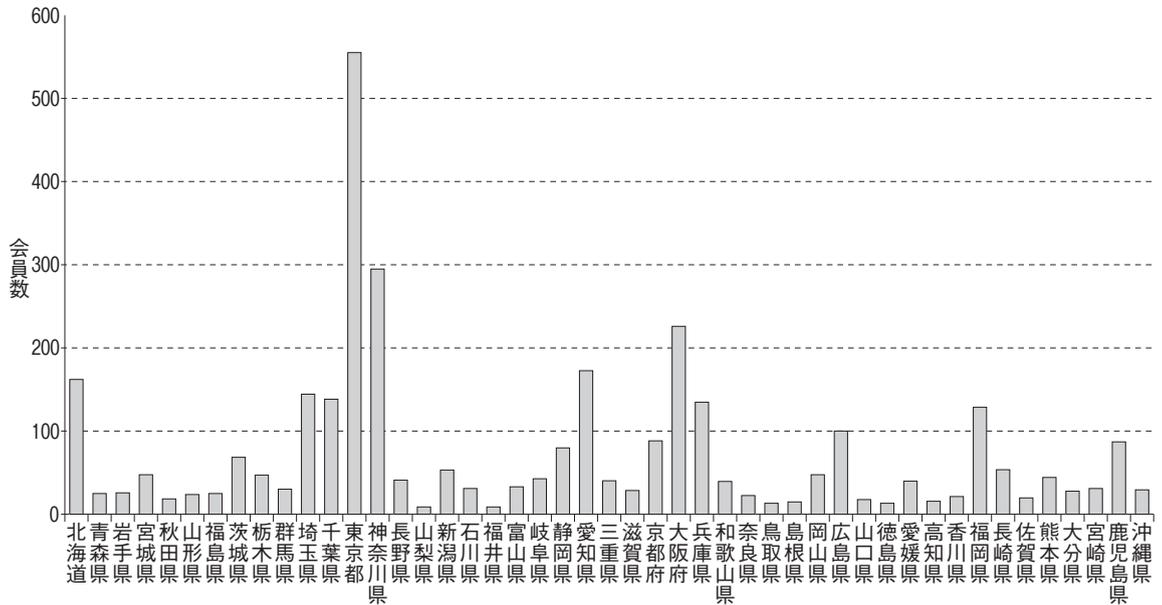


図1 日本緩和医療薬学会会員数の推移

行(年4回刊行)、教育セミナーの開催、eラーニングシステムの構築、オレンジバルーン・プロジェクトとの共催による市民公開講座を開催するなどのほか、緩和薬物療法認定薬剤師の認定試験制度を確立し、緩和薬物療法認定薬剤師を輩出している。

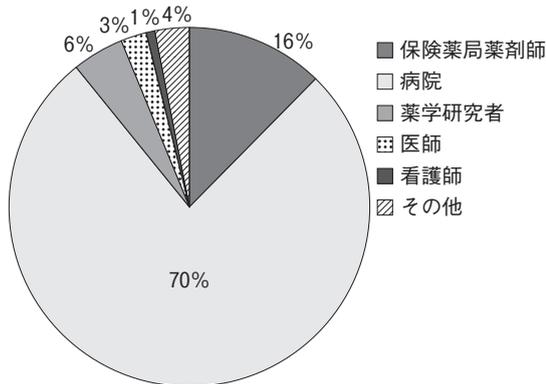
緩和薬物療法認定薬剤師認定制度について

本学会では、緩和薬物療法に関する知識と技術の向上、ならびにがん医療の均てん化に対応できる人材の育成を目指して、緩和薬物療法認定薬剤師認定制度委員会を設置し、緩和薬物療法認定薬剤師の認定事業を進めてきた。認定申請資格(表2)を満たし、緩和ケア薬剤管理指導報告書(病院勤務薬剤師は30症例以上、保険薬局勤務薬剤師は15症例以上の提示が必要)などの書類選考を通過し、緩和薬物療法認定試験に合格した薬剤



2011年11月現在, 会員数 3,398名

図2 日本緩和医療学会の都道府県別会員数



2011年11月現在, 会員数 3,398名

図3 日本緩和医療学会会員の職種割合

表1 日本緩和医療薬学会のおもな活動内容

1. 緩和医療の薬物療法に関する学術集会, 講演会などの開催
2. 緩和医療の普及に関するセミナーや講座, 研究会などの開催
3. 緩和医療に関する調査・研究事業
4. 機関誌その他刊行物の発行
5. 緩和医療に関する市民公開講座などの広報活動および情報提供
6. 緩和医療領域に専門性を有する薬剤師の養成事業, およびその専門性に関する認定など
7. 緩和医療の普及を目的とする国内外の関係団体との連携に関する事業, および連携構築などに関わる調整
8. その他

師を「緩和薬物療法認定薬剤師」として認定している。第1回緩和薬物療法認定薬剤師の認定合格者は71名, 第2回は84名で, これまで合計155名の認定薬剤師を輩出してきた。認定更新は5年ごとに行われ, そのためには継続した単位取得や学会年会への参加などの研鑽を要する。

緩和医療の現場で薬剤師は, 日本緩和医療学会が緩和ケアチーム活動の手引きに示している「緩和ケアチームにおける薬剤師の役割」を果たすための幅広い知識の習得が必要であるのはもちろ

ん, それ以外にも患者およびその家族や緩和ケアチームにおける他職種との十分な意見交換を可能とするコミュニケーションスキル, 居宅療養患者へのチームアプローチを含めた薬物療法を支援するための知識や技能なども必要とされている。

本学会では, より専門性の高い薬剤師を育成していくために緩和薬物療法認定薬剤師を養成し, 認定薬剤師として認定されてからある規準以上の症例経験や一定の経験年数を経て, 将来的には緩和薬物療法専門薬剤師を養成することを目指し,

表 2 緩和薬物療法認定薬剤師認定申請資格

i.	日本国の薬剤師免許を有し、薬剤師として優れた見識を備えていること
ii.	申請時において、薬剤師としての実務歴を5年以上有する日本緩和医療薬学会会員であり、加えて日本薬学会、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会、日本緩和医療学会、日本医療薬学会、日本薬理学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会のいずれかの会員であること。
iii.	申請時において、薬剤師認定制度認証機構により認証された生涯研修認定制度による認定薬剤師、日本病院薬剤師会生涯研修履修認定薬剤師、あるいは日本医療薬学会認定薬剤師のいずれかであること。
iv.	申請時において、引き続いて3年以上緩和ケアチームまたは緩和ケア病棟を有している病院、診療所等のいずれかの施設において緩和ケアに従事している薬剤師であること（所属長の証明が必要）、あるいは申請時において、引き続いて3年以上麻薬小売業者免許を取得し、かつ、がん診療を行っている在宅療養支援診療所等の医療機関と連携する保険薬局及び同保険薬局と同一経営の保険薬局に勤務し、緩和ケアに従事していること（依頼する医師および薬局開設者の証明が必要）。
v.	認定対象となる講習（日本緩和医療薬学会、日本緩和医療学会が主催する教育セミナー、日本緩和医療薬学会のeラーニング、厚生労働省、麻薬・覚せい剤乱用防止センター／日本薬剤師研修センター主催「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会あるいは都道府県薬剤師会、都道府県病院薬剤師会が実施する緩和ケア領域の講習会等）を所定の単位以上履修していること。
vi.	薬剤師として実務に従事している期間中に、日本緩和医療薬学会、日本緩和医療学会、日本薬学会、日本医療薬学会、日本薬理学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会の各年会、日本薬剤師会学術大会、などの全国レベルの学会（国際学会を含む）において緩和ケア領域に関する学会発表を2回以上（少なくとも1回は発表者）行っていること。
vii.	病院等に勤務する薬剤師は緩和ケア領域薬剤管理指導の実績について本学会所定の様式に従い30症例以上提示できること。保険薬局に勤務する薬剤師は緩和ケア領域服薬指導等の実績について本学会所定の様式に従い15症例以上提示できること。
viii.	所属長（病院長あるいは施設長等）または保険薬局においては開設者の推薦があること。
ix.	上記i～viiiのすべてを満たした者は日本緩和医療薬学会が行う緩和薬物療法認定薬剤師認定試験を受験できる。
x.	認定試験に合格した者は認定の申請を行うことができる。

専門性向上を図るための認定制度の更なる充実に向けた教育プログラムの構築などを検討している。

日本緩和医療薬学雑誌

本学会では2008年5月から年に4回学会誌を定期刊行しており、2011年10月までに計14冊、総説15報、原著論文33報、短報11報を刊行してきた。これらの論文の中には病院薬剤師、保険薬局薬剤師、大学研究者による共同研究なども発表されており、本学会の目指す「薬・薬・学の連携」が実践されているといえる。

今後の課題

2011年6月に新たに選出された加賀谷肇代表

理事のもと、今後の活動指針として次の4つの柱が示された。①チーム医療の推進および在宅医療に貢献できる薬剤師の養成、②緩和薬物療法専門薬剤師制度の構築、③緩和医療における基礎および臨床研究の推進、④緩和関連学会との連携による社会貢献、である。

薬学教育6年制の実施に伴い、教育制度は臨床薬学中心に変わり、薬剤師の専門性が求められるようになってきている。緩和医療において薬剤師が欠くことのできない存在になるためには、緩和医療学会などの関連学会と足並みを揃え、本学会が中心となり緩和薬物療法に貢献できる知識・技能・態度を習得した専門性の高い薬剤師を養成し、緩和医療に対する実績を積み重ねていく必要があると考える。さらに、本学会において緩和薬物療法の知識・技能・態度を科学し、より良い緩和薬物療法を展開することも必要である。

Ⅷ. 緩和ケアに関する学会などについての情報

5. 日本死の臨床研究会

末永 和之^{*1} 山崎 章郎^{*2}

(^{*1} 山口赤十字病院 緩和ケア科 ^{*2} ケアタウン小平クリニック)

はじめに

日本死の臨床研究会は、死の臨床において患者や家族に対する真の援助の道を全人的立場より研究していくことを目的とし、1977年に創立された研究団体である。毎年の年次大会および総会、会誌『死の臨床』の発行、各種専門委員会の活動、支部活動、教育のための講演会などを開催している。2012年1月現在、会員数2,448名（医師626名、看護職1,430名、その他372名）である。

学会でなく研究会であることの意味は、死の臨床において直面する身体的、精神的、社会的、霊的な苦悩はすべての人に起こり、それを専門的な立場のみでなく、市民とともにあることに基づいているためである。特に、委員会活動を通じて技術面に偏らず、ケアリングのスキルを高め、苦悩ある患者とその家族への寄り添いを学ぶことの活動の概略を示したい。

年次大会

年次大会は年に1回開催されるが、大会テーマのもとに大会長を中心に企画される。この研究会の特徴は、一般演題の発表以外に事例検討を多くし、実際の事例に対して1時間以上の時間をかけて討議する形態をとっていることである。このことにより死の臨床における問題点をさまざまな角度から検討するなど、死の臨床の現場において非常に役立っていると思われる。研究会誌以外に研究会編集の書籍として死の臨床の単行本を発行している。

表1 教育研修ワークショップ開催（2007～2011年）

年度	回	日	開催地	人数	テーマ
2006	第1回		東京	57	死の臨床におけるコミュニケーション
	第2回	11月3日	大阪	41	同上
2007	第1回	7月14・15日	東京	31	同上
	第2回	11月9日	熊本	15	同上
	第3回	3月1日	新潟	31	同上
2008	第1回	8月1・2日	東京	42	同上
	第2回	10月3日	札幌	18	同上
	第3回	3月14日	岡山	19	同上
2009	第1回	7月25・26日	東京	29	同上
	第2回	11月6日	名古屋	18	同上
	第3回	3月13日	盛岡	26	同上
2010	第1回	8月7・8日	東京	29	同上
	第2回	11月5日	盛岡	22	同上
	第3回	3月5日	沖縄	14	同上
2011	第1回	7月3日	東京	16	同上
	第2回	10月8日	幕張	22	同上

委員会活動

① 教育研修委員会

教育研修委員会では毎年3回、「死の臨床におけるコミュニケーション—スピリチュアルケアを目指して」をテーマとした教育研修ワークショップを開催している。ワークショップの一般目標は、「緩和ケアのプロとしてターミナルケアの現場でのコミュニケーションに熟達するために、必要な知識・技能・態度を身につける」である。参加者にはリピーターも多く、そのまま専門的知識・技量を持つファシリテーターとして、活躍される方もいる（表1）。

馬場祥子委員長の報告によると、2011年第2回ワークショップは10月8日（土）にクロス

表2 参加者のアンケート結果

1. 修得度の自己評価 (十分理解できた:1, 理解はできたが応用力は不十分:2, 十分な応用力が得られた:3として点数化)	
1) レポート討論	平均 2.3
2) コミュニケーション演習	
a 傾聴	1.9
b 観察	2.9
c 確認	2.3
d 共感	2.3
3) ロールプレイ	2.3
2. 非常に興味をもった項目 (複数可) レポート討論3名, 演習2名, コミュニケーション(傾聴1名, 観察2名, 確認1名, 共感2名), ロールプレイ10名	
3. 全般的評価 (平均点)	
内容 4.7 (かなり価値あり:4, きわめて価値あり:5)	
内容の難易度 2.6 (やや難しい:2, ほぼ適当:3)	
教育方法としての効果 4.4 (かなり効果的:4, きわめて効果的:5)	
興味に適切か 4.3 (かなり適切:4, きわめて適切:5)	
4. 良かった点 (3名以上の意見) 多職種の参加3名, ファシリテータに関して3名, 気付き4名 (コミュニケーションにより前向きになれる, 確認の重要性, ブロッキング, 自分の内面) など	
5. よろしくなかった点 (2名以上の意見) 時間が短い4名	
6. 自由記載感想 (一部紹介)	
・また参加したい。自分のようなものでも参加できる世界なのだとうれしく思いました。どのように関わられるか探したい。	
・今までの自分の世界からは見えていなかった大切なことに、改めて気づき始めたような感じがします。技術、スピード、データに追いつけられる日々に戻りますが、今までとは違うと思えます。	

ウェブ幕張大研修室において開催された。今回の参加者20名は、医師8名、看護師7名、その他5名とさまざまな職種の方の参加があり、委員も新しい学びを得た。参加者アンケート集計結果は表2の通りである。

ちなみに第3回教育研修ワークショップは2012年3月3日(土曜日)9:30~20:30、札幌市北海道大学医学部学友会館「フラテ」にて開催される。これらの研修にて専門的な人材育成を目指している。

② 国際交流委員会

最近の活動は、グリーフケアについて大会で国際交流広場という形で行われている。

藤井義博委員長報告によると、第34回年次大会における国際交流広場では、9.11事件の遺族として9年間にわたる喪の作業のプロセスを語っていただいたマーフィーさんを囲み、語り合いの場を設けた。第35回年次大会では、3.11の東日本大震災に際し、こころのケアを含めた長期的な支援について考え、語り合う場を設けた。

国際交流広場—喪失と悲嘆に目を向けて—パート1「わたしたち自身のグリーフとグリーフケアに目を向ける」、パート2「今、そしてこれから私たちに何ができるか:グリーフにどう関わり、グリーフケアにどう取り組むか」では、世界各国から寄せられた温かいメッセージをパワーポイントで流して紹介するとともに、基調講演、小グループに分かれての話し合い、話し合った内容の紹介という流れで行った。各グループには、ファシリテーターとして国際交流委員会メンバーが入った。参加者(入場時のアンケート配布数)はパート1が99名、パート2が66名であった。

パート1、パート2を通して、アンケートに答えていただいた80~90%の参加者は、「内容は興味深いものだった」「喪失や悲嘆を今後考えるにあたり役に立ちそうだ」と回答された。何か支援をしたいがどのようにしたらよいのか分からないというジレンマを共有しながら、参加者は震災など危機的な状況になった人たちの思いをシェアできていたのではないかと、日常から脱して、自分にとって何が一番大切なのかを考える機会になったと思われた。

③ 企画委員会

学生のためのホスピス緩和ケアの集いという形で、「真の援助者とは」というテーマで若き医学生にホスピス緩和ケアについて学ぶ機会をもっている(表3)。

小澤竹俊委員長報告によると、2011年は第35回日本死の臨床研究会年次大会において学生のためのホスピス・緩和ケアの集いを開始した。テーマは「真の援助者」である。ワークショップ形式

表3 学生のためのホスピス・緩和ケアの集い
(2007～2011年)

回	年度	開催日	開催地	人数
第1回	2007	2007年12月1日	高知	48
第2回	2008	2008年8月	横浜	63
第3回	2009	2009年8月29日	名古屋	65
第4回	2010	2010年8月28・29日	盛岡	75・30
第5回	2011	2011年8月20日	横浜	52

表4 「死の臨床」原著論文(2007～2011年)

年度	原 著	
2007	1. 浅野未知恵	終末期患者看護におけるトータルペインの理解を促す授業方法の開発
	2. 尾崎勝彦・他	死に関する情報を含む映像が高齢者の情動変化に及ぼす影響—映像に対する関心の高さ、死別体験の影響
2008	1. 安川敬子	日本語版「Collett-Lester 死の恐怖尺度」の因子構造の分析—看護師の死に対する恐怖レベルを把握する尺度の確定
	2. 坂口幸弘・他	ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討
	3. 多賀裕美・他	協働で行う死後の“入浴ケア(湯灌)が家族のグリーフに及ぼす影響”
	4. 中里和弘・他	死別経験者に向けた小冊子の必要性と項目内容に関する研究—死別経験者の意見と要望を通して
2009	1. 岩本テルヨ	特別養護老人ホームにおけるターミナルケアに関する研究—医療的処置の実態からの検討
	2. 三輪典子・他	がん患者に発症する口内炎に対するインドメタシンパッチの有用性
	3. 荒井春生	がん再発体験者のスピリチュアルニーズの変容
2010	該当者なし	
2011	1. 林 和枝	子どもへのいのちの教育に対する親の態度尺度作成の試み

で討論を行った。技術だけではなく、豊かな人間性も求められることを確認し、そのためにどのような学びを続けていく必要があるのかなど、活発な討論となった。この企画は、来年の年次大会でも継続して行う予定である。

ちなみに、京都において2012年8月に「第6

表5 論文奨励賞(2007～2011年)

年度	論文奨励賞	
2007	1. 浅野未知恵	終末期患者の看護におけるトータルペインの理解を促す授業方法の開発
	2. 前田のぞみ・他	ホスピス緩和ケア病棟における音楽療法の評価についての試み—スピリチュアル・ペインに着目したQOL調査票を用いて
2008	1. 坂口幸弘・他	ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討
	2. 多賀裕美・他	協働で行う死後の“入浴ケア”(湯灌)が家族のグリーフに及ぼす影響
2009	1. 岩本テルヨ	特別養護老人ホームにおけるターミナルケアに関する研究—医療的処置の実態からの検討
	2. 三輪典子・他	がん患者に発症する口内炎に対するインドメタシンパッチの有用性
2010	1. 石井京子	特別養護老人ホームにおける終末期ケア行動に関する研究—看護師とケアワーカーの役割認知と実践の比較
	2. 倉林しのぶ	子どもをもつ若年層寡婦のストレスおよび自治体におけるサポートの現状
2011	1. 清原恵美・他	地域における緩和ケア病棟の役割—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価
	2. 西脇可織・他	終末期がん患者の看護に携わる看護師の学習ニーズと経験年数およびケアの困難度の関連

回学生のためのホスピス緩和ケアの集い」を企画した。臨床の第1線の現場で活躍するエキスパートと、これから社会に出る学生との出逢いを通して、将来の死の臨床の人材を開拓していく予定である。

会期：2012年8月25日午後

会場：京都市内(京都大学を予定)

内容：講演 細井順(13:00～14:00)、分科会(14:30～16:00)、全体会(16:00～17:00)

④ 編集委員会

編集委員会は、研究会誌『死の臨床』での原著論文の査読、掲載を行う。『死の臨床』掲載の原

表6 研究助成 (2007～2011年)

年度	研究助成	
2007	1. 的場和子	ビハラーで最期を迎えることの価値はどこにあるとひとびとは考えているか
	2. 植田喜久子	「身の置き所のない」倦怠感がある終末期がん患者の様相とそれに対する緩和ケア
2008	1. 佐藤貴之	エンバーミング（遺体衛生保全）の意思決定が遺族の悲嘆に与える影響に関する社会心理学的研究—意思決定を巡る当事者間相互作用に焦点をあてて
2009	1. 山手美和	乳がん患者の治療を継続していく力—家族からのサポートの側面に焦点をあてて
	2. 赤澤正人	若年者の自殺関連行動と死生観に関する研究
	3. 永崎栄次郎	終末期がん患者の疲労とサイトカインの関連の研究
2010	1. 荒井春生	がん終末期の統合失調症患者を看取る精神科看護師の戸惑いと希望
	2. 石川美智	特別養護老人ホーム施設職員の死亡診断時におけるケアの実態調査
	3. 佐藤恭子	主治医と患者・家族における「予後認識のずれ」についての研究
2011	1. 村瀬正光	わが国の緩和ケア病棟における宗教家の活動の現状
	2. 樋口隆太郎	故人との絆の継続が死別後の適応に与える影響—絆の継続に焦点をあてて

著論文を示す(表4)。また、原著論文より論文奨励賞を2件に贈り、研究を押し進めている(表5)。さらに、毎年研究助成を公募し、教育・研究助成を行っている(表6)。

このように死の臨床における専門的な立場から研究が広く行われ、実践の場で役立つように活動を推し進めている。

⑤ あり方特別委員会

日本死の臨床研究会の35年の歴史の中で、当初は臨床で「死」と正面から向き合うことが、社会から受け入れられがたいものであったが、現在は「ホスピス緩和ケア」領域の学会・研究会が多数設立されるようになった。そうした中において、本研究会の存在意義やあり方について、会員の理解を深め伝統を守りつつも、時代の要請に応えられるような活動が求められている。

そこで、本研究会のあり方についてより具体的に、中心となって提案できる体制をつくることを目的として、2010年10月に医師・宗教家・医療ソーシャルワーカー(MSW)・看護師の多職種からなる「日本死の臨床研究会ありかた特別委員会」が発足した。まず、手始めに会員の意識調査を行い、日本死の臨床研究会が真の援助者となるために当研究会の進むべき方向性について検討することとなっている。

このように、日本死の臨床研究会は個人の専門家の資格よりも幅広く真の全人的な援助の普及、育成を行うことを目的として活動している。

IX. 緩和ケアで使われる薬剤の動向と現状

—オピオイド使用量など薬剤に関するデータ—

鈴木 勉 芝崎 由美子

(星薬科大学 薬品毒性学教室)

はじめに

1986年に世界保健機関（WHO）がWHO方式がん疼痛治療法を発表し、本法は広く世界に受け入れられた。わが国においても1989年にモルヒネ徐放錠が導入され、本格的に本法が使用されるようになり、その後、2002年にはフェンタニル貼付剤、2003年にはオキシコドン徐放錠が相次いで発売され、がん疼痛治療に対してオピオイド鎮痛薬（医療用麻薬）が広く使用されるようになった。さらに、2010年にはフェンタニル貼付剤の適応拡大が承認され、慢性疼痛治療に対しても使用が可能になったことから、今後さらに医療用麻薬の使用量は増加するものと考えられる。

オピオイド鎮痛薬のわが国での規制と適応

オピオイド鎮痛薬はその依存性、精神毒性や乱用実態の観点から医療用麻薬、第2種向精神薬、一般医薬品に分類されている（図1）。わが国では医療用麻薬としてモルヒネ、フェンタニル、オキシコドン、エチルモルヒネ、ペチジン、コデイン、ジヒドロコデインが現在使用されており、2012年には新たな剤型としてフェンタニルクエン酸塩口腔粘膜吸収製剤が販売予定である。第2種向精神薬としてはペンタゾシン、ブプレノルフィンが使用されており、2011年に新たな剤型としてブプレノルフィン経皮吸収型製剤が販売となった。さらに、オピオイド鎮痛薬であるが一般医薬品として扱われているエプタゾシンやブトルファノールも使用されている。また、2010年にトラマドール塩酸塩カプセル、2011年にはトラマドール塩

一般医薬品	第2種向精神薬	医療用麻薬
エプタゾシン ブトルファノール トラマドール ナルフラフィン	ペンタゾシン ブプレノルフィン	モルヒネ フェンタニル オキシコドン エチルモルヒネ ペチジン コデイン ジヒドロコデイン

これらの鎮痛薬はすべてオピオイド受容体（おもに μ 受容体）に結合して鎮痛作用、依存性を示す。しかし、規制は麻薬から一般医薬品まで大きく異なる。

図1 オピオイド鎮痛薬

酸塩/アセトアミノフェン配合錠が一般医薬品として販売されたが、前者はがん性疼痛に、後者は非がん性慢性疼痛および抜歯後の疼痛に対して適応を有している。

このように、わが国で使用できるオピオイド鎮痛薬は種類も剤型も豊富になってきており、その使用量も年々増加してくると考えられる。しかし、これらのオピオイド鎮痛薬はすべてオピオイド受容体に結合して鎮痛作用および依存性を示すものの、規制は医療用麻薬から一般医薬品まで大きく異なる。

オピオイド鎮痛薬の適応拡大と乱用

2010年1月、フェンタニル貼付剤の慢性疼痛に対する適応拡大が承認され、今後フェンタニル貼付剤の使用量の増加が予想される。また、トラマドールはWHO3段階除痛ラダーにおいて第2段階に位置する「軽度から中等度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛」に適応を有し、一方、トラマドール塩酸塩とアセトアミノフェンの配合錠は、

「非オピオイド鎮痛剤で治療困難な非がん性慢性疼痛および抜歯後の疼痛」に適応を有する。ブプレノルフィン製剤は、わが国においては注射剤および坐剤が使用されているが、2011年8月に「非オピオイド鎮痛剤で治療困難な変形性関節症や腰痛症に伴う慢性疼痛における鎮痛」を適応として、マトリックスタイプのブプレノルフィン経皮吸収型製剤が販売された。このように、オピオイド鎮痛薬は種類が増えているだけでなく、その適応症の拡大により、今後がん性疼痛のみならず非がん性慢性疼痛に対し広く使用されると考えられる。

当教室において、疼痛下では内因性 κ オピオイド神経系や β エンドルフィン含有神経が活性化され、報酬系に対するオピオイド鎮痛薬の作用が減弱するため精神依存が形成され難いことを明らかにしている¹⁾。WHOでは「がん疼痛患者にオピオイド鎮痛薬を適切に処方した場合、オピオイド鎮痛薬の連用による依存性は問題とならない」と述べており、臨床結果からも痛みの存在下ではオピオイド鎮痛薬の乱用や依存は問題とならないことが証明されている。このように、がん性疼痛や術後痛に対するオピオイド鎮痛薬の使用については推奨されているが、慢性疼痛に対するオピオイド鎮痛薬使用による安全性については欧米においても未だ確立されておらず、オピオイド鎮痛薬の乱用や依存の問題が指摘されている²⁾。

一般に乱用とは、薬物を本来の使用目的以外に使用したり、本来の使用量から大きく逸脱して使用したりすることを指し、また、依存とは乱用の繰り返しの結果、薬物がほしくてたまらないという渴望状態となり、やめようと思っても簡単にはやめられない状態である。米国において、慢性疼痛患者にオピオイド鎮痛薬を使用した場合、慢性疼痛患者の約20%にオピオイド鎮痛薬の乱用、2～5%に依存が認められ、その依存形成の可能性が示唆されている³⁾。また、米国各州におけるオピオイド鎮痛薬の乱用状況も報告されており、いずれの州においてもモルヒネをはじめ、フェンタニルやオキシコドンなどのオピオイド鎮痛薬の乱用が報告されている⁴⁾。

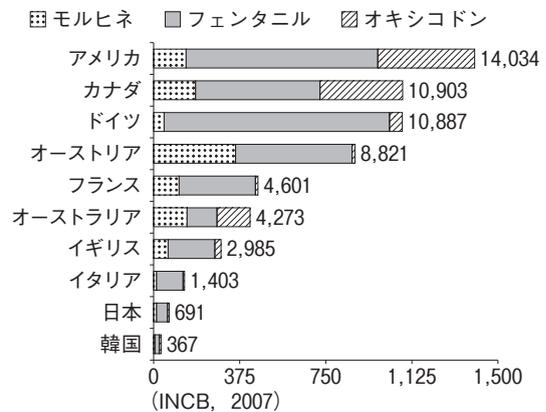


図2 主要各国の医療用麻薬消費量

(国民100万人/1日あたりの消費量 2004～2006年平均)

オピオイド鎮痛薬使用に関する世界の動向

2007年の国際麻薬統制委員会(INCB)レポートでの主要各国の医療用麻薬消費量(図2)では、アメリカが世界的に最も多いオピオイド鎮痛薬の使用量を示しており、次いでカナダ、ドイツ、オーストリア、フランス、オーストラリア、イギリス、イタリアなどの欧州が続いている。一方、わが国の使用量は欧米諸国よりも遙かに少なく、アメリカの1/20程度であった。さらにアジア諸国の中では2009年に韓国へトップの座を譲ることになったことから、わが国におけるがん疼痛治療および緩和ケアのさらなる推進が望まれる。

また、2009年のINCBレポートから主要各国におけるすべての麻薬性鎮痛薬の使用量と、おもにがん性疼痛に使用されている麻薬性鎮痛薬(モルヒネ、フェンタニル、オキシコドン)の使用量を比較すると(図3)、非がん性疼痛に対しても積極的に麻薬性鎮痛薬を使用しているアメリカ、ドイツ、カナダ、オーストリアにおける麻薬性鎮痛薬全体の使用量は、モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンの使用量を上回っていた。特に、アメリカにおいてはモルヒネ、フェンタニル、オキシコドン以外の使用量がこれらの3剤の使用量を大きく上回っていることから、このような麻薬性鎮痛薬の使用は過剰な使用と考えられ、乱用や依存が社会問題になっていることを裏づけていると考えられる。

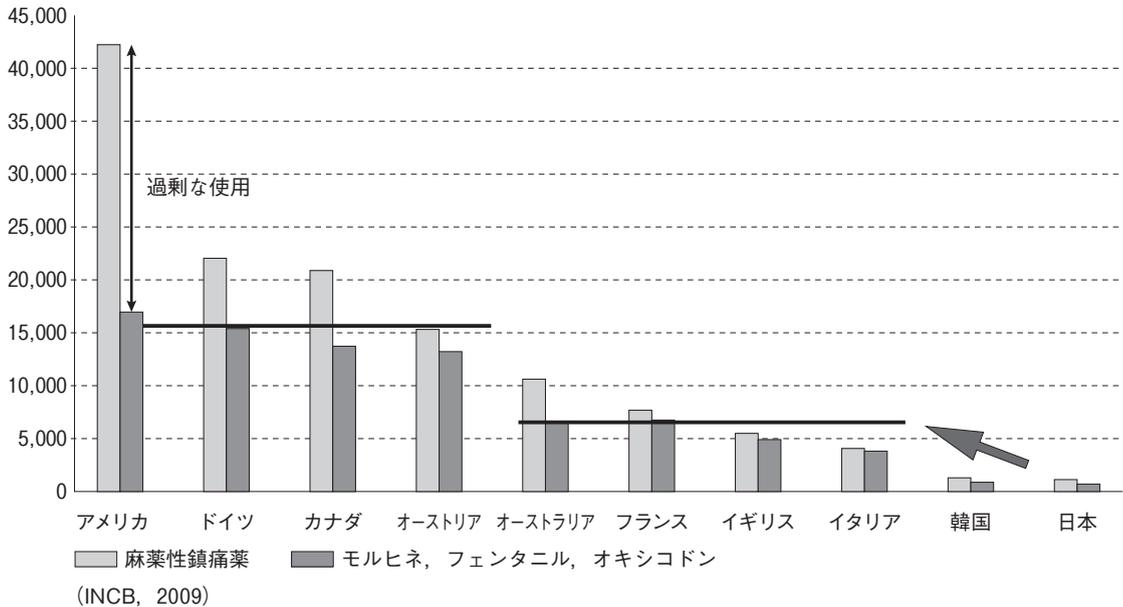


図3 主要各国の麻薬性鎮痛薬の使用量とモルヒネ，フェンタニル，オキシコドンの比率

一方、オーストラリア、フランス、イギリス、イタリアなどでは麻薬性鎮痛薬全体の使用量と、モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンの使用量に大きな差はなく、麻薬性鎮痛薬の使用はがん性疼痛が中心で、非がん性疼痛に対しての使用は積極的ではなく、適正かつ安定した使用量を保っていることが示されている。このように、オーストラリア、フランス、イギリス、イタリアでは麻薬性鎮痛薬の乱用や依存の指摘は少ないことから、非がん性疼痛への不適切な使用が麻薬性鎮痛薬の乱用や依存に関連している可能性が示唆される。

事実、アメリカにおいて、慢性疼痛患者におけるオピオイド鎮痛薬に対する依存は、医療機関から処方されたオピオイド鎮痛薬がきっかけであることが多く⁵⁾、慢性疼痛患者におけるオピオイド鎮痛薬の乱用や依存の原因はオピオイド鎮痛薬の不用意な処方やその後の管理に問題があるといわれている^{6,7)}。また、オピオイド鎮痛薬の氾濫がどの程度深刻なものかを知ることでできる興味深い疫学的調査があり、オピオイド鎮痛薬の乱用や依存に陥っている患者の4人に3人がオピオイド鎮痛薬を友人、家族、親戚から入手しているとの報告もある⁸⁾。

一方、欧州では多くの国においてオピオイド鎮

痛薬の社会における氾濫が抑制され、オピオイド鎮痛薬の乱用と依存の発症率が1%未満にとどまっている。また、オピオイド鎮痛薬の中でも乱用されやすい製剤があり、特に速放製剤が好まれている⁹⁾。速放製剤は服用後オピオイド鎮痛薬の血中濃度が速やかに上昇し、そして血中から速やかに消失することで強力な多幸感などの気分変調を引き起こすことから、乱用されやすいと考えられる¹⁰⁾。また、慢性疼痛患者の突出痛に対してフェンタニル速放製剤を用いた患者の11%に常軌を逸脱した使用がみられたとの報告がある¹¹⁾。したがって、2012年に発売予定であるフェンタニルクエン酸塩の口腔粘膜吸収製剤は、慢性疼痛への適応はないが、他者の使用防止のためにも厳密な管理が必要であると考えられる。

オピオイド鎮痛薬使用に関するわが国の動向

緩和ケアを専門的に提供する機関としては、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟などがある。わが国では、このような緩和ケアを専門的に提供する機関を利用しているがん患者は10%以下にすぎない。しかし、イギリスでは70%以上

- complications of the escalating use, abuse, and nonmedical use of opioids. *Pain Physician* 11 (2 Suppl): S63-88, 2008
- 9) Butler SF, Benoit C, Budman SH: Development and validation of an Opioid Attractiveness Scale: a novel measure of the attractiveness of opioid products to potential abusers. *Harm Reduct J* 3:5, 2006
- 10) 鈴木 勉：Ⅶ章副作用対策－4. 依存症, 耐性(精神・身体). 日本緩和医療薬学会 編：臨床緩和医療薬学. p.167-174, 真興交易医書出版部, 2008
- 11) Passik SD, Messina J, Golsorkhi A, et al: Aberrant Drug-Related Behavior Observed During Clinical Studies Involving Patients Taking Chronic Opioid Therapy for Persistent Pain and Fentanyl Buccal Tablet for Breakthrough Pain. *J Pain Symptom Manage* 2010 [Epub ahead of print]

X. 診療報酬の変遷と現状

1. 病院・緩和ケア病棟

加藤 雅志

(国立がん研究センター がん対策情報センターがん医療支援研究部)

はじめに

わが国の緩和ケアの提供体制は、診療報酬の変遷と密接な関係にあることについて議論を待たない。わが国の医療行為のほとんどが、公的医療保険制度に基づく保険診療として実施されていることにより、診療報酬の変化は、医療現場での医療行為に大きな影響を及ぼす。

診療報酬は、厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ決定するものであるが、わが国において適切な医療が実施されるように2年ごとに改定が行われており、政府が進める医療政策を実現するための重要な手段のひとつという側面もある。したがって、公的医療保険制度の中で、緩和ケアに関する診療報酬の位置づけをみれば、政策として緩和ケアに対して期待していることが明らかになる。

わが国の緩和ケアの歴史と診療報酬

わが国の緩和ケアは、1973年に淀川キリスト教病院において柏木哲夫医師が、末期患者への組織的なケアとチームアプローチとしてOCDP（organized care of dying patient）を開始したことが、その幕開けだった。その後、1981年に日本における施設として初めてのホスピスが聖隷三方原病院に誕生し、続いて1984年に淀川キリスト教病院でもホスピスが設置された。初期のホスピスは、当時の出来高払いの診療報酬のもとでは運営が困難であり、寄付金に頼らざるを得ない状況であった¹⁾。

当時のホスピスに関わっていた関係者の方々の熱意ある運動などにより、1990年に緩和ケアに

関する診療報酬上の初めての評価として、「緩和ケア病棟入院料」が設定された。緩和ケアに従事する者ならずによくご存知であろうが、この緩和ケア病棟入院料は、当初対象患者として、緩和ケア病棟に入院している「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」と定められていた。当時のわが国の状況においては、QOL（生活の質）の向上を目的として提供されるケアの対象が、おもに終末期の患者に限られていたため、「ターミナルケア」という言葉が緩和ケアと同義語のように用いられていたこともあった。今日においても、「緩和ケア＝ターミナルケア」という印象を抱いている者がいまだに少なくないことは否めない。

その後、患者やその家族のQOLを改善するためのケアの対象は拡大していき、終末期だけではなく疾患の治療早期から緩和ケアが提供されることが求められるようになった。2002年に厚生労働省は、一般病床の入院患者に対して緩和ケアチームの活動を評価する「緩和ケア診療加算」を創設し、緩和ケアチームが次第に全国的に普及していくに至った。

上記のように、病院における緩和ケアの提供体制を診療報酬で評価することにより拡充が図られていく中、それに加え、患者の希望を踏まえ、住み慣れた家庭や地域で療養しながらQOLの高い生活を送ることができるよう在宅医療の充実にも大きな取り組みがみられた。2006年度の診療報酬と介護報酬の同時改定は、在宅におけるがん患者を含む中重度者の在宅療養の支援を高く評価するものとなった。がん患者に限られたものではないが、2006年度より在宅医療を推進していく観点から診療報酬上の制度として「在宅療養支

援診療所」が設けられた。この在宅療養支援診療所は、現在では在宅医療における中心的な役割を担っているが、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診および訪問看護等を提供する体制を構築していくものである。

また、介護保険におけるがん患者の扱いであるが、がん末期については、2006年度に特定疾病に追加され、40歳から64歳のがん末期により介護が必要となった患者も介護保険サービスの利用が可能となった²⁾。

がん対策基本法の成立と緩和ケアの推進に伴う診療報酬の新たな方向性

がんは国民の生命および健康にとって重大な問題であり、がん対策をよりいっそう充実させていくため、2006年に「がん対策基本法」が成立した。そして、この法律に基づき、2007年に「がん対策推進基本計画」が策定され、がん対策は大きな転換期を迎え、緩和ケアが大きく推進されていくきっかけとなった。

「がん対策基本法」の中で、緩和ケアについては、がん患者の療養生活の質の維持向上として、緩和ケアを必要とする患者に対して、がん医療の早期から在宅に至るまで適切に提供できる体制を整備していくことが明記された。

また、「がん対策推進基本計画」は、2007年度から2011年度までの5か年を対象として、「がん対策基本法」で定められた基本的施策の推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めたものである。この基本計画で特筆すべき重要なことは、全体目標として、「がんによる死亡者の減少」という目標に加えて、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」というQOLの向上に着目した目標が定められたことである。この全体目標は、がん患者やその家族の苦痛を軽減し、療養生活の質を高めていくことの重要性を踏まえて設定されているものであり、その達成に向けて緩和ケアは大きく推進されていくこととなった。緩和ケアは、「がん対策推進基本計画」において、重点的に取り組むべき

課題のひとつに位置づけられ、がん患者が可能なかぎり質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることが求められた。

緩和ケアに関して、「がん対策推進基本計画」で、治療の時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、様々な場面において切れ目なく適切に提供される体制の整備を進めていくことが定められた結果、診療報酬でもその方向性が反映されることになった。つまり、様々な場面において適切な緩和ケアが提供されるための診療報酬の新たな方向性についての議論が始まった。

緩和ケアの転換期を反映した「平成20年度診療報酬改定」

2008年度（平成20年度）の診療報酬改定では、がん対策を重点的に推進するための検討が行われ、特に緩和ケアをよりいっそう推進していくための評価が行われた。

緩和ケアに関するそれまでの診療報酬上の評価は、既に述べたように1990年度に緩和ケア病棟での医療がまず最初に評価された。その後、2002年度に一般病床の入院患者に対する緩和ケアチームの活動も評価されるようになり、診療報酬上で評価される緩和ケアの対象が、一段階大きく広がった。そのうえで、2008年度の診療報酬改定は、様々な場面において切れ目なく緩和ケアが適切に提供されるよう、緩和ケアの提供体制のよりいっそうの拡充を目指した改定であり、緩和ケアの対象をより大きくとらえ、その評価の対象を拡大しようとしたものであった。

その新たな診療報酬の評価のひとつが、がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者に対して、計画的な医学管理と療養上必要な指導を継続的に行うことを評価した「がん性疼痛緩和指導管理料」である。このがん性疼痛緩和指導管理料は、入院中の患者は当然のこととし、外来だけではなく、在宅の患者に対して算定が可能であり、緩和ケアを必要とする患者はあらゆる

診療の場面で存在していることを反映したものであった。

また、緩和ケアの対象が、終末期の患者だけではなく、治療の初期段階の患者も含むということに拡大していることを踏まえ、緩和ケア病棟の診療報酬の施設基準については、対象となる患者について、「末期」という条件を外し、苦痛の緩和を必要とする患者であれば、病気の時期に関係なく入院することが可能となった。さらに、終末期のケアに加えて、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援などの機能を、地域のニーズに沿ってバランスよく備えていくように、緩和ケア病棟に求められている機能を明確にし、その位置づけが定められた。具体的には、地域の在宅医療を担う医療機関との連携や24時間連絡を受ける体制、さらには専門的な緩和ケアの研修の実施などが新たに要件として加わることになった。

緩和ケアチームの活動についての評価である緩和ケア診療加算に関しては、緩和ケアの質の向上を図るために、専任の薬剤師の配置を要件に追加するとともに、がん診療の外来化が進む中、外来で緩和ケアを必要としている患者が増加していることを踏まえ、入院患者の緩和ケアに専従とされていた医師の勤務条件を緩和し、外来診療に当たることも可能となった。

そのほかにも、がん患者の疼痛緩和の普及を図るため、医療用麻薬について、介護老人保健施設入所者について医療保険において給付を行うこと、在宅がん患者の疼痛緩和などを進めるため、保険薬局での必要な注射薬および携帯型ディスプレイ注入ポンプ器の交付を行うこと、がん性疼痛の緩和などに用いられる塩酸モルヒネなどについて、14日分に制限されていた処方日数を見直し、30日処方を行うことなどを新たに認めた。

このような多くの新たな診療報酬における評価により、緩和ケアの提供体制は拡充し、緩和ケアを必要とする患者が適切な医療を受けることができる体制の整備がさらに一段階進むことになった³⁾。

緩和ケアの質の向上を目指した新たな評価

がん診療に携わる医師が、緩和ケアの重要性に対する認識について不十分であることがしばしば指摘されていることを踏まえ、「がん対策推進基本計画」では、緩和ケアに関する目標の一つとして、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することとする」ということが掲げられた。厚生労働省は、がん診療に携わるすべての医師に緩和ケアの基本的な知識を普及していくための研修を進めていくために、「緩和ケア研修会標準プログラム」を定めた。現在、がん診療連携拠点病院を中心に、全国で緩和ケア研修会が開催されている。

2010年度の診療報酬改定では、緩和ケアの質の向上を図るため、緩和ケアに携わる医師については、この緩和ケア研修会を修了していることを要件と定める一方で、診療報酬で更なる評価を行った⁴⁾。具体的には、緩和ケア病棟の医師、緩和ケアチームの医師は緩和ケア研修会（もしくは、指導者を育成するための研修会）を修了していることが求められている。また、がん性疼痛緩和指導管理料では、施設内に緩和ケア研修会を修了した医師を配置することが求められるようになった。このように、緩和ケアに関する診療報酬は、医療現場で適切な緩和ケアが提供されるように、行政の施策と連携した形でその見直しの方向性の検討が行われた。

また、特筆すべきこととして、がん患者に対するリハビリテーションが診療報酬で新たに評価されることとなった。その背景として、厚生労働省は、2007年度から、がん患者の療養生活の質の維持向上を図ることを目的に、がんのリハビリテーション研修事業に取り組んでおり、着実にその成果を積み重ねてきていたことがある⁵⁾。このがん患者へのリハビリテーションは、手術などの治療を受ける時に、合併症や機能障害に対して、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことにより、機能低下を最小限に抑え、早期の回復を図ることはもちろんのこと、終末期などに廃用症候群等の二次的障害を予防し、日常生活の活動の維持を図ることも目的としており、

今後のがん医療においては重要な分野になっていくであろう。

緩和ケアに関する診療報酬の今後の方向性

2011年12月現在、2012年度の診療報酬改定についての議論が大詰めを迎えている。2012年度改定は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、政府が推し進めている在宅医療の推進の一環として、患者の早期の在宅医療への移行や地域生活の復帰に向けた取り組みなど、患者の地域生活を支えるための在宅医療の提供体制の整備に重点的な評価がなされるであろう。

つまり、この診療報酬に関する議論を通じて、わが国の緩和ケアが、緩和ケア病棟から一般病床に拡がり、外来、そして在宅にまで拡充しつつあることを見てとることが可能である。

がん医療をはじめ、医療全体の水準が向上するにつれ、医療機関や医療従事者の専門性が高まり、医療の提供体制に切れ目が生じてしまい、患者の状況の変化に応じた適切な医療の移行を円滑に行うことが困難となっている現状がある。がん医療は特にそうであるが、ひとつの医療機関が、専門性の高い根治的な医療、再発時の医療、在宅医療のすべてを担うことは不可能であり、今後、地域の医療機関がそれぞれ役割分担を行い、その連携体制を構築していくことが必要である。

今後の医療において、地域で患者を支えていく

ことを実現していく必要がある、診療報酬もそのような方向性を持って改定されていくであろう。診療報酬はあるべき医療を評価するものであるということを、これまでも繰り返し述べてきた。そして、現場の医療がどうあるべきかについては、その領域の専門家たちが議論を行い、意見を述べていかなければならない。

2012年度は、第2期の「がん対策推進基本計画」が始まる年度である。緩和ケアについてもこれまでの取り組みを振り返り、次の段階に踏み出すための議論を関係者間で行っていくことが強く期待されている。

文 献

- 1) 柏木哲夫：日本における緩和医療. 治療学 43 (4) : 473-47, 2009
- 2) 加藤雅志：緩和ケアにおける施策の方向性. (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団編. ホスピス緩和ケア白書2007. p.1-6, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2007
- 3) 加藤雅志：がんと緩和ケア. 腫瘍内科 3 (5) : 570-577, 2009
- 4) 厚生労働省：平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-003.pdf]
- 5) 財団法人ライフプランニング・センター：がんのリハビリテーション実践セミナー [http://www.lpc.or.jp/reha/]
- 6) 厚生労働省：平成24年度診療報酬改定について [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/]

X. 診療報酬の変遷と現状

2. 在宅

山田 雅子

(聖路加看護大学 看護実践開発研究センター)

診療について

在宅医療推進が国の政策として掲げられてからすでに四半世紀が経過した。1980年代より、寝たきり高齢者対策が社会的な課題となり、医療法、老人保健法（現高齢者のための医療確保法）、健康保健法などの法律改正を経て、診療報酬のあり方も大きく変化を遂げている。1986年には、厚生省（当時）が高齢者対策企画推進本部を立ち上げ、その報告書として「今後は、家庭での介護機能を強化する観点から在宅サービスシステムを確立し、施設サービスと合わせた総合的な施策を推進する」との方向性が示された。それを受けた長寿社会対策大綱では「可能な限り家庭を中心とした日常生活の場で必要な医療および看護・介護が行われるように在宅サービスの充実を図る」とし、「開業医を中心とした包括的な健康管理の推進」「生活機能の維持増進に重点を置いた医療体系の確立」「在宅看護の充実」を目指し、「在宅保健・医療サービスの充実を図る」と取りまとめられた。そして、同年の診療報酬改定では、「訪問診療」と「在宅医療指導管理料」が新設されたという意味では、この年を在宅医療元年といえることができる。

また、1992年（平成4年）の第2次医療法改正では、居宅を医療提供の場と位置づけた。これは今後本格的に在宅医療の体制を整備していくための基盤づくりをしたという意味では、在宅医療の成長期にさしかかった重要な時期であったといえよう。

その後の在宅医療に関する診療報酬は、度重なるマイナス改定の中にあっても継続して拡大し、充実が図られてきている分野である。1998年に

は、「寝たきり老人在宅総合診療料」「24時間連携体制加算」が新設され、2006年には「在宅療養支援診療所」が整備されることにつながった。

「在宅療養支援診療所」（以下、在支診）は、2007年の第5次医療法改正の流れの中で診療報酬の中に盛り込まれた診療所の一類型である。この時に医療法では、在宅医療の本格的な推進を目的とした仕組みづくりを掲げ、退院後の患者に対する適切な医療・介護を継続するための仕組み、かかりつけ医を中心においた切れ目のない医療提供を可能とするための連携体制、全国の行政が責任をもって在宅医療推進を図るための医療計画策定に関する改革を行った。議論の中で「在宅看取り率の向上」がひとつのキーワードとなり、在支診は、高齢者あるいはがん末期患者の看取りを地域で支える拠点として創設されたことになる。

在支診は在宅療養者の24時間の窓口として、必要に応じほかの医療機関と連携を図りつつ、往診、訪問看護等を提供できる拠点として位置づけられた。したがって、入院から在宅への移行支援、居宅等での24時間対応体制とターミナルケア体制において、一般診療所に比べ高く報酬の評価がなされている。また、診療所が近隣に存在しない場合も、病院が在支診の機能を有することができるとして、2008年には「在宅療養支援病院」（以下、在支病）が届出できるよう追加された。

在支診・在支病の届出状況は、2010年度で12,487診療所、331病院となっている。しかしながら、在支診で訪問業務に従事している医師数が平均1.1人と少ないこと、さらには地域的な偏在があること、また年間の看取り経験がまったくない在支診が40.1%にも及んでいることが現状として報告された（第204回中央社会保険医療協議

会総会 2011 年 11 月 9 日資料)。このまったく看取りを行っていない在宅診療の傾向は、看取りに関連する報酬の充実を図った後にも変化がなかった結果から、今後の在宅医療の推進方法に対して大きな課題が投げかけられていることになる。

ほかに在宅緩和ケアに関連する診療報酬としては、「在宅末期医療総合診療料」「在宅悪性腫瘍患者指導管理料」などがある。

訪問看護について

次に、訪問看護に関する診療報酬および介護報酬の変遷と現状について取り上げる。

日本の訪問看護は古くは明治時代の派出看護婦に遡ることができる。一定の訓練を受けた看護師が患者宅を訪問し、看護を提供するというもので、慈善事業として行われてきたため、事業の継続に困難があったものの度重なる戦争に触れ、看護の必要性は高まり、その認知度も高まっていったとされている。その後、病院が充実し、看護師たちは病院の中で働くスタイルにシフトしていくことになる。

改めて看護師が患者宅を訪問し看護を提供することの重要性が見直され始めたのは、1970 年代の寝たきり高齢者の社会的入院が問題視され始めた頃である。厚生省がこの点について議論を始め、在宅医療推進として取り組み始めたことは前に書いたとおりである。在宅における診療体制を整備すると同時に、保健師や看護師が訪問する体制整備も重要だとされ、自治体の保健師らによる地域住民を対象にした訪問指導が行われるようになった。こうした活動が、1982 年に成立した老人保健法においては、「退院患者継続看護・指導料」の創設につながった。すなわち、医療機関の看護師等が退院後の患者宅を訪問し看護を提供することに対して報酬化の基礎をつくることになったのである。

訪問看護ステーションとして病院から独立した事業所から看護師が訪問するようになるのは、1991 年の老人保健法改正後のことである。当時は老人訪問看護ステーションという看板で、対象者は寝たきりの高齢者とし「老人訪問看護療養

費」を診療報酬として請求する仕組みとなっていた。その後、若年者への訪問看護は、1994 年の健康保険法改正後には可能となり、年齢を問わず、必要に応じて主治医の指示に基づいた訪問看護を健康保険の枠組みで提供することが可能となった。

一方、2000 年の介護保険法成立に伴い訪問看護ステーションは介護保険法による一事業所と位置づけられ、居宅介護サービスのひとつとして訪問看護が整理された。それまで診療報酬で請求していた「訪問看護療養費」が、対象者が要介護高齢者となった場合には、介護保険法に基づき「訪問看護費」として請求することになる。そもそも看護は、治療モデルと生活モデルの双方の観点から患者と家族をアセスメントし、予防も含めた包括的なケアを提供することを専門性としてきていたため、訪問看護ステーションが診療報酬と介護報酬の両方で請求できる唯一の事業所であるという特徴はいたし方のない仕組みなのかもしれない。しかし、訪問看護ステーションの利用者にとっては、年齢や疾患などの状態像が変化することでサービス利用のシステムが変化することは理解しがたいことであり、実務上の混乱もきたしやすい。同じ訪問看護を実施しても、診療報酬では日数での算定、介護報酬では時間単位による算定となり、加算についても両者の間で齟齬をきたしている項目もある。少なくとも、診療報酬と介護報酬の訪問看護に関する枠組みの統一は、十年來の課題である。

訪問看護ステーションの開設状況は、2011 年 4 月現在で 6,151 件となり、近年、株式会社立の新規立ち上げが増加傾向にあるのが特徴である。在宅診療と同様、小規模である事業所が多く、24 時間体制を保障する仕組みとしての脆弱性と地域偏在が課題となっている。

2008 年度の診療報酬改定以降、医療機関と在宅医療の連携を強化することを意図した加算が新設されてきている。医療制度改革流れの中で、療養の場を移動していく患者に対し、医療機関の間あるいは医療機関と居宅等（在宅および介護保険施設など）の間において切れ目のない医療と介護を継続していくため、移行期支援の重要性が指摘

され、診療報酬と介護報酬においてもそれを意図した評価がなされている。いわゆる退院支援・退院調整に関連した内容の診療報酬上の評価である。医療保険での、「退院時共同指導加算」「退院支援指導加算」「退院患者連携指導加算」がそれに当たる。

これらは、患者が入院中から病状、治療内容、生活のことを包括的に検討していくことができるよう、医療機関の医療者と訪問看護師等が協働したチーム医療の体制を評価するものである。近年の入院期間短縮に伴い、医療者が患者の退院に関連する意思決定支援に組織的に、そして計画的に取り組むことが期待されている。

また、医療機関と在宅医療の連携に関するもうひとつの課題として医療保険と介護保険の連携がある。特に、がん末期患者を対象者とした退院に向けての移行期支援を行う場合、円滑な連携がとれないことが報告されている。がん末期の場合、日常生活動作の低下が生じてから死亡までの期間が数週間と短く、その間に介護保険申請などの手続きをすることから連携を始めると、穏やかな看取りにたどり着くまでに時間が足りないことがしばしばである。こうした場合、現状では介護保険優先にはなっているが、医療保険のまま在宅医療への移行がなされてはどうかとの意見が多い。今後の報酬改定が待たれている。

XI. (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2011年度 事業活動(進捗状況)報告

大谷 正身

(公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 事務局)

はじめに

「ホスピス・緩和ケアの質の向上による、患者や家族のQOLを高めることへの貢献」を使命として2000年12月に設立された当財団は、その活動の公益性が認められ、2011年4月より、公益財団法人の認可を受けることができた。財団は発足以来、幅広い事業展開を行い、ホスピス・緩和ケアの質の向上とともに、その普及活動にも尽力してきた。その結果、ホスピス・緩和ケアの理解については、2006年に制定された「がん対策基本法」による普及活動も加わり、10年前に比して、広まったと思われる。このような状況下、財団設立10周年と公益財団法人への移行を機に、従来の事業を見直し、今後は質の高い調査・研究と、独自性のある人材育成の2つを重点テーマとして事業を推進していきたいと考えている。

本年度(2011年度)の事業では、人材育成事業の新しい試みとして「Whole Person Care ワークショップ」を立ち上げたことが特筆できる。これは財団の新しい教育プログラムの開発につながるひとつの大きな礎となった。また、海外で高く評価されている。「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(第2次)」は3年目の最終年度を迎え現在進行中である。さらに、ホスピス・緩和ケアに関する第3回意識調査を実施し、現在解析中である。

その他の計画された各事業も、ほぼ計画通りに進められて、ご協力いただいている皆様方に深く感謝したい。なお、本稿を執筆している時点(2011年12月)で、未実施の事業がいくつかあり、本報告は中間的な進捗状況報告であることをご了

解いただきたく思う。最終的な事業報告は年度終了後に「2011年度(第12期)事業報告書」を作成、配布する。

事業活動

1. ホスピス・緩和ケアに関する調査研究事業(公募)

①緩和ケアチーム看護師からの電話モニタリングがオピオイド初回投与と外来患者の鎮痛に及ぼす影響

②終末期がん患者を支える口腔ケアの確立 緩和ケア病棟に於ける口腔ケアの実態調査

③ Bereavement Risk Assessment Tool (BRAT)の日本語訳作成

④抗がん剤治療による予期性悪心・嘔吐に対するEDMR(眼球運動による脱感作と再処理法)の有用性に関する予備的研究

本年は11件の応募があり、事業委員会の審議を経て、上記の4件が採択された。なお、研究論文は各事業委員が査読後に「調査研究報告書」として刊行される予定である。

2. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究事業

当財団の調査研究事業の中核をなす「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」(The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study; J-HOPE)の第2次調査として、2009年より開始され、本年度はその最終年度にあたる。調査対象施設数は緩和ケア病棟195施設、一般病棟89施設、診療所など37施設、調査対象者は13,000人規模で前回は一回りスケールアップした

調査となっている。なお、次年度には報告書(J-Hope II)を作成、発行予定である。

3. 『ホスピス・緩和ケア白書 2012』(研究論文集)作成・刊行事業

『ホスピス・緩和ケア白書』は2004年度版の発行以来、さまざまな角度からテーマを取り上げホスピス・緩和ケアの概況を俯瞰してきた。その間、ホスピス・緩和ケアの拡がりに伴い種々のデータが蓄積されてきた。本年度は「ホスピス・緩和ケアに関する統計とその解説」をテーマとして掲げ、データの記載、およびその解説を付加するという試みで作業を進めている。

4. ホスピス・緩和ケアに関する意識調査(第3回)事業

2005年、2008年に続き、第3回の意識調査を実施し、データ解析中である。経年変化を時系列でみるという意図もあり、調査内容は、「ホスピス・緩和ケアに関する事項」と「死に直面したときの精神的な問題」の2カテゴリーとし、過去2回と大きく変化させないで実施した。調査は従前通り、第一生命経済研究所に委託した。調査数は1,000名で2012年2月に報告書を作成・発行予定である。

5. 「Whole Person Care ワークショップ」開催事業

本ワークショップは、職種を越えたホスピス・緩和ケアに従事する医療従事者の育成を目的とした財団の新しい取組として開催された。講師として、米国 Santa Barbara Cottage Hospital の Medical Director である Michael Kearney 先生と、奥様の臨床心理士、Radhule Weinger 先生を日本へ初めて招いて実施された。全国から32名の医師、看護師、薬剤師やソーシャルワーカーが参加し2011年10月1日(土)～2日(日)の2日間にわたり、座学とグループワークまた、瞑想体験を加え、参加者から大きな反響を得たワークショップとなった。

6. 緩和ケア従事者のグリーフワークと気づきのワークショップ開催事業

緩和ケア従事者自身のグリーフをケアする目的で、Self Awareness(自己認知)をテーマとして、開催されるワークショップであり、オーストラリ

ア在住の下稲葉かおり先生を講師として開催予定である。非公開で行われ、体験学習を主体として職種の垣根を越えた医療従事者の育成を目的としている。参加予定者は30名で2012年2月に開催を予定している。

実施日(予定):2012年2月11日(土)

場所:千里ライフサイエンスセンター

7. ホスピス・緩和ケアボランティア研修セミナー開催事業

ホスピス・緩和ケアにおけるボランティアの役割は欠かせないものであることは言うまでもないがその大切な働きの、よりいっそうの向上と役割の確認を目指して毎年継続して行われているセミナーである。本年は10回目となり、2011年5月21日、クレオ北大阪で、関西学院大学の藤井美和先生を迎えて「いのちへのまなごし」と題して講演がなされた。また、3名のパネリストによるシンポジウムも開催され、本来のボランティア精神を再確認できた研修会となった(参加者193名)。

8. MSW スキルアップ研修セミナー開催事業

ホスピス・緩和ケアにおける医療ソーシャルワーカーのスキルを図るためのセミナーで、本年度で6回目を迎え、講演とワークショップを予定している。

実施日(予定):2011年12月10日(土)～11日(日)

場所:静岡教育会館

テーマ:「現任者教育 共育:伝える・育ちあう」
基調講演:木澤義之先生(筑波大学)

9. グリーフケア研修セミナー開催事業

ビリーブメント(死別)とそれに伴うグリーフ(悲嘆)に対する援助は、近年緩和医療の領域のみならず、大きな社会的関心事となりつつある。特に本年は3月11日に大震災という未曾有の災害を受けたことにより、いっそう、この領域への関心は高まっている。本年度はこの大震災に目を向けた「グリーフ&ビリーブメントカンファレンス(第3回)」を開催予定である。

実施日(予定):2012年1月7日(土)

場所:龍谷大学 アバンティ響都ホール

講演:「3.11震災における遺族心理の特徴とその実践」

講師：高橋聡美先生(仙台グリーンケア研究会)

10. Liverpool Care Pathway (LCP) 日本語版研修セミナー

LCPは、英国のEllershaw教授が開発した臨死期にある患者と、その家族に対して医療従事者が行うべき看取りのケア方法をマニュアル化したものである。当財団はその日本語版作成の助成を行い、2009年度に日本語版マニュアルが完成した。さらに2010年度から継続して、LCP研修セミナーを全国各地で開催している。本年度は下記の6回を開催および開催予定である。

- 第1回 2011年7月9日(土)
於：広島県緩和ケア病棟連絡協議会
- 第2回 2011年7月29日(金)
於：日本緩和医療学会学術大会(札幌)
- 第3回 2011年9月4日(日)
於：日本ホスピス緩和ケア協会四国支部会(観音寺市)
- 第4回 2011年10月9日(日)
於：日本死の臨床研究会(千葉)
- 第5回 2011年11月20日(日) 予定
於：日本死の臨床研究会近畿支部(大阪)
- 第6回 2012年2月26日(日) 予定
於：群馬緩和医療研究会春季大会(館林市)

11. 『ホスピス・緩和ケア看護教育プログラム』改定作業

『ホスピス・緩和ケア看護教育プログラム』は2004年に当財団の支援によって作成され、一定の評価を受けてきたが、施設間の格差、教育担当者の育成などいくつかの困難点がクローズアップされてきている。特に、①新しい他のカリキュラム(例：ELNEC-Jとの整合性)、②緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケアなどの領域の看護の特徴を踏まえて内容を加筆するなど改定を予定している。

12. 小児科医のための緩和ケア研修会(共催)事業

がんをはじめとする小児の難病にあつては、患者や家族のニーズが多様で、医療者側のノウハウ

の蓄積が求められる。当財団として、昨年に引き続き、広い意味でのホスピス・緩和ケアの普及という観点からこれを支援するため、小児緩和ケア教育プログラムを用いた研修会を企画した。

実施日(予定)：2012年1月14日～15日(土～日)
場所：日本財団ビル(東京)

13. ホスピス・緩和ケア従事者育成推進委員会

2010年度より、財団の新しい教育プログラムを開発する目的で、当委員会が設置され、継続中であつたが、教育プログラムに加え、調査研究事業の充実と財政面での検討も合わせて必要という観点から、当委員会を発展的に解消し、新たに「財政・事業検討委員会」を設置して、活動中である。

14. ホスピス・緩和ケアフォーラム開催事業

ホスピス・緩和ケアに関する正しい理解を医療者以外にも、一般に広く深めていただくために、財団設立以来、継続して全国各地で開催してきた。昨年まで23都市で開催している。内容は講演とパネルディスカッションを軸としている。

実施日(予定)：2012年1月8日(日)
場所：沖縄県那覇市 那覇都ホテル
講演：講師 玄侑宗久先生

15. 財団設立10周年・公益財団移行記念事業

当財団は4月に公益財団法人として認定され、新しくスタートした。また、同時に設立10周年も迎え、これまで支援いただいた方々への感謝として、鳥取市より徳永進先生を講師に招き記念講演会を開催した。

実施日：2011年11月9日(水)
場所：大阪 新阪急ホテル
講師：徳永進先生(野の花診療所 所長)
テーマ：偉大なスピリット…分らない世界が広がる
参加者：327名

16. 一般広報活動事業

年2回の『財団ニュース』発行およびホームページの改定など、ホスピス・緩和ケアの啓発につながる活動を継続して実施している。本年は公益財団への移行により、ホームページや財団パンフレットの改定を行った。

17. 『がん緩和ケアに関するマニュアル』など、ホスピス・緩和ケア事業啓発のための冊子増刷

2002年に第1版が発行されて以来、各方面で使用され、追加配布の必要から増刷を行う。

18. 『アジア・太平洋地域における緩和ケアリソース把握に関する国際研究』

2010年8月に開催されたAsia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN) と財団の共催で実施された第1回緩和ケア研究会議にて、以下の3つのテーマについて共同研究が進行中である。

①アジア・太平洋地域の緩和ケアリソースの把握

②オピオイドの利用可能性と規制の状況

③緩和ケア病棟に入院している患者の症状と行われている治療

19. APHN 関連事業費

本年7月に開催された、第9回 APHC 大会への参加費である。

開催地：マレーシア・ペナン

参加者：28カ国、約700名

人認定という節目の年でもあったことから、19の事業を企画立案するという、例年に比べて事業テーマの多い年となった。一方、ホスピス・緩和ケアが一般にも広く知られ、初期の目的のひとつである啓発、普及は行きわたりつつある状況下、次年度以降は、質の高い調査・研究事業と独自性のある人材育成事業を重点的に推進したく考えている。

特に10月に実施した「Whole Person Care ワークショップ」は職種の垣根を越えた新しい取組として、参加者から高く評価され、次年度以降、さらに発展、拡大させたく願っている。

また、3月の東北大震災という未曾有の災害に見舞われている中において、スピリチュアルケアの必要性が、なおいっそう高まっていくと考えられ、このことは本年9月に実施した「第3回ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」第2章“死生観に関する意識調査”からも窺える。これらのことから、当財団として、心理社会的ケアやスピリチュアルケアの側面も重視した事業計画を立案、推進していきたく考えている。

おわりに

本年度（2011年度）は、設立10周年と公益法

〈資料1〉ホスピス緩和ケアの歴史を考える年表

世界		日本
	1945	昭和 20 ●敗戦
	1946	21 ●日本国憲法公布
●ニュールンベルグ綱領	1947	22
●世界保健機関（WHO）設立	1948	23
●第3回国連総会「世界人権宣言」		
●第2回世界医師会 総会「ジュネーブ宣言」		
●第3回世界医師会 総会「医の倫理に関する国際規定」	1949	24
	1950	25
	1951	26 ●日本が世界保健機関に加盟
	1952	27
	1953	28
	1954	29
	1955	30
	1956	31
	1957	32
	1958	33
●国連総会「児童権利宣言」	1959	34
	1960	35
	1961	36
	1962	37
●米国ミネソタ大学で社会学のR・フルトン教授が「死の講座」開設	1963	38
●第18回世界医師会 総会「ヘルシンキ宣言」	1964	39 ●岸本英夫『死をみつめる心』出版
	1965	40
	1966	41
●英国セント・クリストファー・ホスピス設立	1967	42
●第22回世界医師会 総会「シドニー宣言」（死に関する声明）	1968	43
●E・キューブラー・ロス『On Death and Dying』出版	1969	44
	1970	45
●国連「知的障害者の権利宣言」	1971	46 ●E・キューブラー・ロス『死ぬ瞬間』翻訳出版
●米国ベス・イスラエル病院「患者の権利」を文書として公表	1972	47 ●『看護学雑誌』（6月号）に座談会「死と看護」掲載
●全米病院協会「患者の権利章典」		
	1973	48 ●河野博臣医師『看護学雑誌』に「死と看護」（1～12月）連載 ●淀川キリスト教病院（大阪）で「末期患者のケア検討会」はじまる ●河野博臣『死の臨床』出版
●米国コネチカット・ホスピス開設	1974	49
●第30回国連総会「障害者の権利宣言」	1975	50
●第29回世界医師会 総会「ヘルシンキ宣言・東京修正」		
●米国で「カレン・アン・クインラン裁判」判決	1976	51 ●日本安楽死協会設立
	1977	52 ●第1回「死の臨床研究会」 ●「実地医家のための会」の医師たちが英国のホスピス訪問
●WHO「アルマ・アタ宣言」	1978	53 ●柏木哲夫『死にゆく人々のケア』出版 ●桂病院の宮本茂充医師がブロンプトン・カクテルの臨床成績を報告

世界	
●米国で最初のエイズ患者発見	1979
	1980
●第34回世界医師会総会「患者の権利に関するリスボン宣言」	1981
	1982
●米国大統領委員会「生命倫理総括リポート」	1983
●第35回世界医師会総会「ヘルシンキ宣言・修正」(終末期疾患に関するベニス宣言)	
	1984
	1985
●世界保健機関『WHO方式がん疼痛治療法』を刊行	1986
●第39回世界医師会総会「マドリード宣言」(安楽死に関する宣言)	1987
	1988
●第41回世界医師会総会「高齢者の虐待に関する香港宣言」	1989
	1990
	1991
●第44回世界医師会総会「医師による自殺幇助に関する声明」	1992
	1993
●「ジュネーブ宣言」1994年修正	1994

日本	
	54
	55
●全国公私病院連盟「病院経営・管理の倫理、医の倫理」	56
●聖隷三方原病院(浜松)に日本初のホスピス開所	
●厚生省初めて「晩期がん患者の精神的、肉体的苦痛緩和(ターミナルケア)研究」に助成金	
●日本病院会「倫理綱領」	57
●日本病院会「勤務医師マニュアル」	58
●厚生大臣「生命と倫理に関する懇談会」(4月からスタート)	
●「日本安楽死協会」が「日本尊厳死協会」と改称	
●患者の権利宣言起草委員会「患者の権利宣言」(案)	59
●淀川キリスト教病院(大阪)に西日本初の病棟型ホスピス開設	
●厚生省「生命と倫理に関する懇談会」の報告書	60
●厚生省、日本エイズ患者第1号を確認	
●日医「生命倫理懇談会」発足(6月)	61
●日医「生命倫理懇談会」男女産み分けの報告書(9月)	
●第1回「サイコオンコロジー学会」開催	62
●国立療養所松戸病院に国立初の緩和ケア病棟開設	
●第1回「日本がん看護学会」開催	
●「ホスピスケア研究会」発足	
●厚生省「末期医療に関するケアの在り方の検討会」発足	
●日医・生命倫理懇談会が「脳死と臓器移植」について最終報告(1月)	63
●第1回「日本生命倫理学会」開催	
●「エイズ予防法」施行	平成1
●厚生省「末期医療に関するケアの在り方の検討会」が報告書発表	
●厚生省「ゴールドプラン」決定	
●日医「生命倫理懇談会」が説明と同意についての報告(1月)	2
●山崎章郎『病院で死ぬということ』出版	
●緩和ケア病棟入院料新設	
●「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」発足	3
●『ターミナルケア』誌(三輪書店)創刊	
●厚生省「脳死臨調」答申(1月)	4
●日弁連「患者の権利の確立に関する宣言」(12月)	
●訪問看護ステーション発足	
●ピースハウスホスピス(独立型)開設	5
	6

世界		日本	
	1995	7	●第2回「国際サイコオンコロジー学会」開催 ●「日本臨床死生学会」創設 ●東海大事件・横浜地裁判決
●「ヘルシンキ宣言 1996年南アフリカ修正」	1996	8	●第1回「日本緩和医療学会」開催
●米国オレゴン州尊厳死法施行	1997	9	●英国からシシリー・ソンドース来日
	1998	10	
	1999	11	
	2000	12	●介護保険制度始まる（4月） ●日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団設立
●オランダ，安楽死法を施行	2001	13	
●ベルギー，安楽死法を施行	2002	14	●緩和ケア診療加算の新設（4月）
●WHO「緩和ケアの定義」の改訂	2003	15	●第5回アジア・太平洋ホスピス大会開催
	2004	16	●「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」が「日本ホスピス緩和ケア協会」と改称
●米国「テリー・シャイボさんの尊厳死」州裁判決に米上下院が連邦地裁の再検討を決議。連邦地裁は州判決を支持	2005	17	●川崎協同病院事件・横浜地裁判決 ●『ターミナルケア』誌名変更，『緩和ケア』に ●「個人情報保護法」施行 ●シシリー・ソンドース死去 ●山崎章郎医師「ケアタウン小平」開設
	2006	18	●在宅療養支援診療所制度新設（4月） ●麻薬管理マニュアルの改訂（12月） ●「療養通所介護」制度新設 ●日本看護協会「訪問看護認定看護師」認定開始 ●「がん対策基本法」成立 ●「日本緩和医療薬学会」発足
	2007	19	●「がん対策基本法」施行 ●日本看護協会「ホスピスケア認定看護師」→「緩和ケア認定看護師」に名称変更 ●「緩和ケア医養成プログラム（PEACE）」開発 ●緩和ケア普及啓発活動「Orange Balloon Project」開始
	2008	20	●「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）」発足 ●「緩和ケア診療加算」点数見直し（300点）
	2009	21	●「緩和ケア病棟入院料」届出受理施設が200施設を越える
	2010	22	●日本緩和医療学会「緩和医療専門医」認定開始 ●「緩和ケア診療加算」点数見直し（400点） ●PEACE研修修了者20,124人（2010.12）

（2006年4月作成：乾 成夫，2012年2月追加）

〈資料2〉がん診療連携拠点病院指定一覧

[PCU：緩和ケア病棟入院料届出受理施設，PCT：緩和ケア診療加算届出受理施設，
協会会員：日本ホスピス緩和ケア協会会員施設]（2012年2月1日現在）

【都道府県がん診療連携拠点病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	病院名	届出受理日
1	北海道		○		国立病院機構 北海道がんセンター	2009年4月1日
2	青森県		○		青森県立中央病院	2010年4月1日
3	岩手県				岩手医科大学附属病院	2010年4月1日
4	宮城県	○		○	宮城県立がんセンター	2010年4月1日
5		○		○	東北大学病院	2010年4月1日
6	秋田県				秋田大学医学部附属病院	2010年4月1日
7	山形県	○		○	山形県立中央病院	2010年4月1日
8	福島県				福島県立医科大学附属病院	2010年4月1日
9	茨城県				茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
10	栃木県	○		○	栃木県立がんセンター	2010年4月1日
11	群馬県		○		群馬大学医学部附属病院	2010年4月1日
12	埼玉県	○	○	○	埼玉県立がんセンター	2010年4月1日
13	千葉県	○	○	○	千葉県がんセンター	2010年4月1日
14	東京都	○	○	○	がん・感染症センター 都立駒込病院	2010年4月1日
15		○	○		癌研究会 有明病院	2010年4月1日
16	神奈川県	○		○	神奈川県立がんセンター	2010年4月1日
17	新潟県				新潟県立がんセンター 新潟病院	2010年4月1日
18	富山県	○		○	富山県立中央病院	2010年4月1日
19	石川県		○		金沢大学附属病院	2010年4月1日
20	福井県	○		○	福井県立病院	2010年4月1日
21	山梨県	○		○	山梨県立中央病院	2010年4月1日
22	長野県			○	信州大学医学部附属病院	2010年4月1日
23	岐阜県				岐阜大学医学部附属病院	2010年4月1日
24	静岡県	○	○	○	静岡県立静岡がんセンター	2010年4月1日
25	愛知県		○		愛知県がんセンター中央病院	2010年4月1日
26	三重県				三重大学医学部附属病院	2010年4月1日
27	滋賀県	○		○	滋賀県立成人病センター	2009年4月1日
28	京都府		○		京都府立医科大学附属病院	2010年4月1日
29			○		京都大学医学部附属病院	2009年4月1日
30	大阪府		○	○	大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター	2010年4月1日
31	兵庫県		○	○	兵庫県立がんセンター	2010年4月1日
32	奈良県		○		奈良県立医科大学附属病院	2010年4月1日
33	和歌山県		○	○	和歌山県立医科大学附属病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	病院名	届出受理日
34	鳥取県		○		鳥取大学医学部附属病院	2010年4月1日
35	島根県	○		○	島根大学医学部附属病院	2010年4月1日
36	岡山県		○		岡山大学病院	2010年4月1日
37	広島県		○		広島大学病院	2010年4月1日
38	山口県				山口大学医学部附属病院	2010年4月1日
39	徳島県				徳島大学病院	2010年4月1日
40	香川県		○		香川大学医学部附属病院	2009年4月1日
41	愛媛県	○	○	○	国立病院機構 四国がんセンター	2010年4月1日
42	高知県				高知大学医学部附属病院	2010年4月1日
43	福岡県		○		国立病院機構 九州がんセンター	2010年4月1日
44					九州大学病院	2010年4月1日
45	佐賀県		○	○	佐賀大学医学部附属病院	2010年4月1日
46	長崎県		○		長崎大学病院	2010年4月1日
47	熊本県				熊本大学医学部附属病院	2010年4月1日
48	大分県		○		大分大学医学部附属病院	2010年4月1日
49	宮崎県				宮崎大学医学部附属病院	2010年4月1日
50	鹿児島県				鹿児島大学病院	2010年4月1日
51	沖縄県				琉球大学医学部附属病院	2010年4月1日
	計	16	25	20	計 51 施設	

【地域がん診療連携拠点病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	病院名	届出受理日
1	北海道			○	市立函館病院	2009年4月1日
2			○	○	市立札幌病院	2009年4月1日
3					砂川市立病院	2009年4月1日
4		○		○	日鋼記念病院	2009年4月1日
5					王子総合病院	2009年4月1日
6				○	旭川厚生病院	2009年4月1日
7				○	北見赤十字病院	2009年4月1日
8					帯広厚生病院	2009年4月1日
9					市立釧路総合病院	2009年4月1日
10					函館厚生院 函館五稜郭病院	2009年4月1日
11		○	○	○	K K R 札幌医療センター	2009年4月1日
12		○		○	恵佑会札幌病院	2009年4月1日
13				○	札幌医科大学附属病院	2009年4月1日
14					札幌厚生病院	2009年4月1日
15				○	手稲溪仁会病院	2009年4月1日
16				○	北海道大学病院	2009年4月1日
17				○	旭川医科大学病院	2009年4月1日
18					市立旭川病院	2009年4月1日
19				○	釧路労災病院	2009年4月1日
20				○	国立病院機構 函館病院	2011年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	病院名	届出受理日
21	青森県				弘前大学医学部附属病院	2010年4月1日
22			○	○	八戸市立市民病院	2010年4月1日
23					三沢市立三沢病院	2010年4月1日
24					下北医療センター むつ総合病院	2010年4月1日
25				○	○	十和田市立中央病院
26	岩手県				岩手県立中央病院	2010年4月1日
27		○		○	岩手県立中部病院	2010年4月1日
28		○		○	岩手県立磐井病院	2010年4月1日
29					岩手県立宮古病院	2010年4月1日
30					岩手県立二戸病院	2010年4月1日
31					岩手県立胆沢病院	2009年4月1日
32					岩手県立大船渡病院	2009年4月1日
33					岩手県立久慈病院	2009年4月1日
34	宮城県			○	国立病院機構 仙台医療センター	2010年4月1日
35				○	東北労災病院	2010年4月1日
36					東北厚生年金病院	2010年4月1日
37					大崎市民病院	2010年4月1日
38					○	石巻赤十字病院
39	秋田県				山本組合総合病院	2010年4月1日
40					秋田赤十字病院	2010年4月1日
41					由利組合総合病院	2010年4月1日
42					仙北組合総合病院	2010年4月1日
43					平鹿総合病院	2010年4月1日
44					大館市立総合病院	2009年4月1日
45				秋田組合総合病院	2009年4月1日	
46	山形県				山形市立病院 済生館	2010年4月1日
47			○		山形大学医学部附属病院	2010年4月1日
48					山形県立新庄病院	2010年4月1日
49					公立置賜総合病院	2010年4月1日
50			○		日本海総合病院	2010年4月1日
51	福島県	○		○	慈山会医学研究所附属 坪井病院	2010年4月1日
52					脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院	2010年4月1日
53					太田総合病院附属 太田西ノ内病院	2010年4月1日
54					竹田総合病院	2010年4月1日
55					会津中央病院	2010年4月1日
56		○			福島労災病院	2010年4月1日
57					白河厚生総合病院	2010年4月1日
58	茨城県				日立総合病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
59					総合病院 土浦協同病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
60		○	○	○	筑波メディカルセンター病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
61			○	○	筑波大学附属病院	2010年4月1日
62					東京医科大学 茨城医療センター	2010年4月1日
63				○	友愛記念病院	2010年4月1日
64					茨城西南医療センター病院	2010年4月1日
65					国立病院機構 水戸医療センター	2011年4月1日
66	栃木県	○		○	自治医科大学附属病院	2010年4月1日
67		○		○	栃木県済生会宇都宮病院	2010年4月1日
68			○		獨協医科大学病院	2010年4月1日
69					佐野厚生総合病院	2010年4月1日
70					上都賀総合病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	病院名	届出受理日
71	群馬県		○	○	前橋赤十字病院	2010年4月1日
72					国立病院機構 高崎総合医療センター	2010年4月1日
73		○		○	国立病院機構 西群馬病院	2010年4月1日
74					公立藤岡総合病院	2010年4月1日
75		○		○	公立富岡総合病院	2010年4月1日
76		○		○	伊勢崎市民病院	2010年4月1日
77			○		桐生厚生総合病院	2010年4月1日
78					群馬県立がんセンター	2010年4月1日
79	埼玉県				春日部市立病院	2010年4月1日
80					獨協医科大学 越谷病院	2010年4月1日
81			○	○	さいたま赤十字病院	2010年4月1日
82					さいたま市立病院	2010年4月1日
83					川口市立医療センター	2010年4月1日
84			○		埼玉医科大学 総合医療センター	2010年4月1日
85					国立病院機構 埼玉病院	2010年4月1日
86			○		埼玉医科大学 国際医療センター	2010年4月1日
87				○	深谷赤十字病院	2010年4月1日
88					埼玉県済生会川口総合病院	2009年4月1日
89	千葉県				千葉大学医学部附属病院	2010年4月1日
90					国立病院機構 千葉医療センター	2010年4月1日
91		○		○	船橋市立医療センター	2010年4月1日
92					東京歯科大学 市川総合病院	2010年4月1日
93			○		順天堂大学医学部附属 浦安病院	2010年4月1日
94			○		東京慈恵会医科大学附属 柏病院	2010年4月1日
95					国保松戸市立病院	2010年4月1日
96			○		成田赤十字病院	2010年4月1日
97		○		○	総合病院 国保旭中央病院	2010年4月1日
98				○	亀田総合病院	2010年4月1日
99		○		○	君津中央病院	2010年4月1日
100					千葉労災病院	2010年4月1日
101	東京都		○	○	東京大学医学部附属病院	2010年4月1日
102			○		日本医科大学付属病院	2010年4月1日
103		○	○	○	聖路加国際病院	2010年4月1日
104		○	○	○	N T T 東日本関東病院	2010年4月1日
105		○	○	○	日本赤十字社医療センター	2010年4月1日
106			○		東京女子医科大学病院	2010年4月1日
107			○	○	日本大学医学部附属 板橋病院	2010年4月1日
108			○		帝京大学医学部附属病院	2010年4月1日
109					青梅市立総合病院	2010年4月1日
110					東京医科大学 八王子医療センター	2010年4月1日
111					武蔵野赤十字病院	2010年4月1日
112			○		杏林大学医学部付属病院	2010年4月1日
113			○	○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2010年4月1日
114			○	○	昭和大学病院	2010年4月1日
115			○	○	慶應義塾大学病院	2011年4月1日
116					東京医科大学病院	2011年4月1日
117			○	○	東京都立多摩総合医療センター	2011年4月1日
118					公立昭和病院	2011年4月1日
119	神奈川県		○		横浜労災病院	2010年4月1日
120			○		横浜州市民病院	2010年4月1日
121			○		横浜市立大学附属病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	病院名	届出受理日
122					聖マリアンナ医科大学病院	2010年4月1日
123		○	○	○	川崎市立井田病院	2010年4月1日
124					横須賀共済病院	2010年4月1日
125					藤沢市民病院	2010年4月1日
126			○	○	東海大学医学部附属病院	2010年4月1日
127		○			相模原協同病院	2010年4月1日
128			○		北里大学病院	2010年4月1日
129			○	○	小田原市立病院	2010年4月1日
130		○	○	○	昭和大学横浜市北部病院	2011年4月1日
131	新潟県				新潟県立新発田病院	2010年4月1日
132					新潟市民病院	2010年4月1日
133			○		新潟大学医歯学総合病院	2010年4月1日
134			○		長岡中央総合病院	2010年4月1日
135			○		長岡赤十字病院	2010年4月1日
136					新潟県立中央病院	2010年4月1日
137					新潟労災病院	2010年4月1日
138					済生会新潟第二病院	2010年4月1日
139	富山県				黒部市民病院	2010年4月1日
140					富山労災病院	2010年4月1日
141		○		○	富山市立富山市民病院	2010年4月1日
142					富山大学附属病院	2010年4月1日
143					厚生連高岡病院	2010年4月1日
144			○		高岡市民病院	2010年4月1日
145					市立砺波総合病院	2010年4月1日
146	石川県				国立病院機構 金沢医療センター	2010年4月1日
147					石川県立中央病院	2010年4月1日
148					金沢医科大学病院	2010年4月1日
149		○		○	小松市民病院	2010年4月1日
150	福井県		○		福井大学医学部附属病院	2010年4月1日
151					福井赤十字病院	2010年4月1日
152		○		○	福井県済生会病院	2010年4月1日
153					国立病院機構 福井病院	2010年4月1日
154	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院	2010年4月1日
155					市立甲府病院	2010年4月1日
156					富士吉田市立病院	2011年4月1日
157	長野県			○	佐久総合病院	2010年4月1日
158					諏訪赤十字病院	2010年4月1日
159				○	飯田市立病院	2010年4月1日
160			○	○	相澤病院	2010年4月1日
161			○	○	長野赤十字病院	2010年4月1日
162			○	○	長野市民病院	2010年4月1日
163					伊那中央病院	2009年4月1日
164	岐阜県				岐阜県総合医療センター	2010年4月1日
165					岐阜市民病院	2010年4月1日
166					大垣市民病院	2010年4月1日
167					木沢記念病院	2010年4月1日
168		○		○	岐阜県立多治見病院	2010年4月1日
169					総合病院 高山赤十字病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	病院名	届出受理日
170	静岡県		○		順天堂大学医学部附属 静岡病院	2010年4月1日
171					沼津市立病院	2010年4月1日
172				○	静岡県立総合病院	2010年4月1日
173					静岡市立静岡病院	2010年4月1日
174			○		藤枝市立総合病院	2010年4月1日
175		○	○	○	総合病院 聖隷三方原病院	2010年4月1日
176			○		総合病院 聖隷浜松病院	2010年4月1日
177				○	浜松医療センター	2010年4月1日
178					浜松医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
179				○	磐田市立総合病院	2010年4月1日
180	愛知県		○		国立病院機構 名古屋医療センター	2010年4月1日
181					名古屋大学医学部附属病院	2010年4月1日
182			○		社会保険中京病院	2010年4月1日
183			○		名古屋市立大学病院	2010年4月1日
184		○		○	名古屋第一赤十字病院	2010年4月1日
185					名古屋第二赤十字病院	2010年4月1日
186		○		○	海南病院	2010年4月1日
187					公立陶生病院	2010年4月1日
188				○	一宮市立市民病院	2010年4月1日
189				○	小牧市民病院	2010年4月1日
190		○		○	豊田厚生病院	2010年4月1日
191		○	○	○	安城更生病院	2010年4月1日
192					豊橋市民病院	2010年4月1日
193		○	○		藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日
194	三重県				三重県立総合医療センター	2010年4月1日
195					国立病院機構 三重中央医療センター	2010年4月1日
196				○	伊勢赤十字病院	2010年4月1日
197				○	松阪中央総合病院	2010年4月1日
198					鈴鹿中央総合病院	2010年4月1日
199	滋賀県				大津赤十字病院	2010年4月1日
200					公立甲賀病院	2010年4月1日
201					市立長浜病院	2010年4月1日
202		○		○	彦根市立病院	2009年4月1日
203			○		滋賀医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
204	京都府		○		国立病院機構 舞鶴医療センター	2010年4月1日
205					市立福知山市民病院	2010年4月1日
206			○		京都桂病院	2010年4月1日
207					京都市立病院	2010年4月1日
208			○		京都第一赤十字病院	2010年4月1日
209					京都第二赤十字病院	2010年4月1日
210		○	○		国立病院機構 京都医療センター	2010年4月1日
211	大阪府		○		市立豊中病院	2010年4月1日
212			○	○	東大阪市立総合病院	2010年4月1日
213					国立病院機構 大阪南医療センター	2010年4月1日
214					大阪労災病院	2010年4月1日
215					市立岸和田市民病院	2010年4月1日
216		○	○		大阪市立総合医療センター	2010年4月1日
217					大阪赤十字病院	2010年4月1日
218			○		大阪市立大学医学部附属病院	2009年4月1日
219			○	○	大阪大学医学部附属病院	2009年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	病院名	届出受理日
220			○		大阪医科大学附属病院	2009年4月1日
221			○		近畿大学医学部附属病院	2009年4月1日
222					関西医科大学附属 枚方病院	2010年4月1日
223			○		国立病院機構 大阪医療センター	2010年4月1日
224	兵庫県		○		神戸大学医学部附属病院	2010年4月1日
225			○		神戸市立医療センター中央市民病院	2010年4月1日
226			○	○	関西労災病院	2010年4月1日
227			○		兵庫医科大学病院	2010年4月1日
228					近畿中央病院	2010年4月1日
229					西脇市立西脇病院	2010年4月1日
230					姫路赤十字病院	2010年4月1日
231					国立病院機構 姫路医療センター	2010年4月1日
232					赤穂市民病院	2010年4月1日
233					豊岡病院	2010年4月1日
234					兵庫県立柏原病院	2010年4月1日
235					兵庫県立淡路病院	2010年4月1日
236					国立病院機構 神戸医療センター	2009年4月1日
237	奈良県		○		奈良県立奈良病院	2010年4月1日
238					天理よろづ相談所病院	2010年4月1日
239					近畿大学医学部奈良病院	2010年4月1日
240					市立奈良病院	2009年4月1日
241	和歌山県				日本赤十字社 和歌山医療センター	2010年4月1日
242					公立那賀病院	2010年4月1日
243					橋本市市民病院	2010年4月1日
244					社会保険紀南病院	2010年4月1日
245		○		○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2010年4月1日
246	鳥取県				鳥取県立中央病院	2010年4月1日
247			○		鳥取市立病院	2010年4月1日
248					鳥取県立厚生病院	2010年4月1日
249					国立病院機構 米子医療センター	2010年4月1日
250	島根県	○		○	松江市立病院	2010年4月1日
251					松江赤十字病院	2010年4月1日
252					島根県立中央病院	2010年4月1日
253		○		○	国立病院機構 浜田医療センター	2010年4月1日
254	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院	2010年4月1日
255			○	○	総合病院 岡山赤十字病院	2010年4月1日
256					国立病院機構 岡山医療センター	2010年4月1日
257			○		倉敷中央病院	2010年4月1日
258			○		川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
259					津山中央病院	2010年4月1日
260	広島県	○	○	○	県立広島病院	2010年4月1日
261					広島市立広島市民病院	2010年4月1日
262					広島赤十字・原爆病院	2010年4月1日
263					広島総合病院	2010年4月1日
264		○		○	国立病院機構 呉医療センター	2010年4月1日
265					国立病院機構 東広島医療センター	2010年4月1日
266					尾道総合病院	2010年4月1日
267		○	○	○	福山市市民病院	2010年4月1日
268					市立三次中央病院	2010年4月1日
269					広島市立安佐市民病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	病院名	届出受理日
270	山口県				国立病院機構 岩国医療センター	2010年4月1日
271					周東総合病院	2010年4月1日
272		○		○	徳山中央病院	2010年4月1日
273					山口県立総合医療センター	2010年4月1日
274		○		○	総合病院 山口赤十字病院	2010年4月1日
275					下関市立中央病院	2010年4月1日
276	徳島県				徳島県立中央病院	2010年4月1日
277					徳島赤十字病院	2010年4月1日
278					徳島市民病院	2010年4月1日
279	香川県				香川県立中央病院	2010年4月1日
280					高松赤十字病院	2010年4月1日
281			○		香川労災病院	2010年4月1日
282		○		○	三豊総合病院	2010年4月1日
283	愛媛県				住友別子病院	2010年4月1日
284					済生会今治病院	2010年4月1日
285			○		愛媛大学医学部附属病院	2010年4月1日
286					愛媛県立中央病院	2010年4月1日
287			○		松山赤十字病院	2010年4月1日
288				○	市立宇和島病院	2010年4月1日
289	高知県		○	○	高知医療センター	2010年4月1日
290					高知赤十字病院	2010年4月1日
291	福岡県				国立病院機構 九州医療センター	2010年4月1日
292					福岡県済生会福岡総合病院	2010年4月1日
293			○		福岡大学病院	2010年4月1日
294					国立病院機構 福岡東医療センター	2010年4月1日
295		○	○	○	久留米大学病院	2010年4月1日
296		○	○	○	総合病院 聖マリア病院	2010年4月1日
297				○	公立八女総合病院	2010年4月1日
298					大牟田市立病院	2010年4月1日
299			○		飯塚病院	2010年4月1日
300					社会保険田川病院	2010年4月1日
301		○		○	北九州市立医療センター	2010年4月1日
302		○		○	九州厚生年金病院	2010年4月1日
303					産業医科大学病院	2010年4月1日
304	佐賀県	○	○	○	佐賀県立病院 好生館	2010年4月1日
305					唐津赤十字病院	2010年4月1日
306					国立病院機構 嬉野医療センター	2010年4月1日
307	長崎県		○		長崎市立市民病院	2010年4月1日
308					日本赤十字社 長崎原爆病院	2010年4月1日
309					佐世保市立総合病院	2010年4月1日
310					国立病院機構 長崎医療センター	2010年4月1日
311					長崎県島原病院	2010年4月1日
312	熊本県				熊本市立熊本市民病院	2010年4月1日
313					熊本赤十字病院	2010年4月1日
314					国立病院機構 熊本医療センター	2010年4月1日
315					済生会熊本病院	2010年4月1日
316					荒尾市民病院	2010年4月1日
317					熊本労災病院	2010年4月1日
318		○		○	健康保険人吉総合病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	病院名	届出受理日
319	大分県			○	国立病院機構 別府医療センター	2010年4月1日
320					大分赤十字病院	2010年4月1日
321					大分県立病院	2010年4月1日
322					大分県済生会日田病院	2010年4月1日
323					大分市医師会立アルメイダ病院	2010年4月1日
324					中津市立中津市民病院	2011年4月1日
325	宮崎県				県立宮崎病院	2010年4月1日
326					国立病院機構 都城病院	2010年4月1日
327	鹿児島県	○		○	国立病院機構 鹿児島医療センター	2010年4月1日
328					鹿児島県立薩南病院	2010年4月1日
329					済生会川内病院	2010年4月1日
330					国立病院機構 南九州病院	2010年4月1日
331					県民健康プラザ鹿屋医療センター	2010年4月1日
332					鹿児島県立大島病院	2010年4月1日
333					鹿児島市立病院	2011年4月1日
334	沖縄県				沖縄県立中部病院	2010年4月1日
335					那覇市立病院	2010年4月1日
336			○		国立がん研究センター中央病院	2010年4月1日
337		○	○	○	国立がん研究センター東病院	2010年4月1日
	計	54	99	93	計 337 病院	

	合計	70	124	113	合計 388 病院	
--	----	----	-----	-----	-----------	--

参考：〔厚生労働省ウェブサイト http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_byoin.html がん診療連携拠点病院指定一覧表（2011年4月1日現在）〕

〈資料3〉緩和ケア診療加算届出受理施設一覧

〔拠点病院：がん診療連携拠点病院〕

都道府県	数	拠点病院	施設名	算定開始日
北海道	7	○	市立札幌病院	2010年4月1日
		○	北海道大学病院	2010年7月1日
		○	国立病院機構 北海道がんセンター	2011年3月1日
		○	旭川医科大学病院	2011年4月1日
		○	国立病院機構 函館病院	2011年5月1日
		○	KKR札幌医療センター	2011年5月1日
		○	札幌医科大学附属病院	2011年8月1日
青森県	3	○	青森県立中央病院	2011年8月1日
		○	八戸市立市民病院	2011年1月1日
		○	十和田市立中央病院	2007年1月1日
宮城県	1		東北公済病院	2011年4月1日
山形県	3		米沢市立病院	2010年5月1日
		○	日本海総合病院	2011年7月1日
		○	山形大学医学部附属病院	2009年6月1日
茨城県	2	○	筑波大学附属病院	2008年4月1日
		○	筑波メディカルセンター病院	2008年4月1日
栃木県	1	○	獨協医科大学病院	2010年2月1日
群馬県	2	○	前橋赤十字病院	2010年4月1日
		○	群馬大学医学部附属病院	2010年4月1日
埼玉県	8		戸田中央総合病院	2008年7月1日
		○	埼玉県立がんセンター	2010年4月1日
		○	さいたま赤十字病院	2010年6月1日
			狭山病院	2011年1月1日
			三井病院	2011年5月1日
		○	埼玉医科大学 総合医療センター	2011年4月1日
		○	三郷中央総合病院	2010年6月1日
○	埼玉医科大学 国際医療センター	2010年6月1日		
千葉県	8	○	亀田総合病院	2011年4月1日
		○	国立がん研究センター東病院	2011年4月1日
		○	千葉県がんセンター	2011年4月1日
		○	君津中央病院	2012年1月1日
			日本医科大学千葉北総病院	2008年4月1日
		○	順天堂大学医学部附属 浦安病院	2009年9月1日
		○	東京慈恵会医科大学附属 柏病院	2010年4月1日
		○	成田赤十字病院	2010年4月1日
東京都	24	○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2011年1月1日
		○	昭和大学病院	2011年4月1日
		○	NTT 東日本関東病院	2010年4月1日
		○	日本赤十字社医療センター	2011年4月1日
		○	日本大学医学部附属 板橋病院	2011年4月1日
		○	東京大学医学部附属病院	2010年4月1日
		○	がん・感染症センター 都立駒込病院	2011年4月1日
		○	慶應義塾大学病院	2010年7月1日
		○	聖路加国際病院	2011年6月1日
		○	東京慈恵会医科大学附属病院	2011年3月1日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
		○	虎の門病院	2011年7月1日
		○	東京女子医科大学病院	2011年4月1日
		○	日本医科大学付属病院	2011年7月1日
		○	癌研究会 有明病院	2010年7月1日
		○	東邦大学医療センター 大森病院	2011年3月1日
		○	帝京大学医学部附属病院	2011年7月1日
		○	杏林大学医学部附属病院	2010年10月1日
		○	国立病院機構 東京医療センター	2011年7月1日
		○	国立がん研究センター中央病院	2010年12月1日
			東京通信病院	2011年4月1日
			JR 東京総合病院	2010年6月1日
			江東病院	2010年11月1日
		○	東京都立多摩総合医療センター	2011年11月1日
			三井記念病院	2011年7月1日
神奈川県	10	○	東海大学医学部附属病院	2008年4月1日
			横浜市立みなと赤十字病院	2011年4月1日
		○	川崎市立井田病院	2011年2月1日
		○	小田原市立病院	2010年4月1日
		○	昭和大学横浜市北部病院	2010年8月1日
		○	横浜市立大学附属病院	2011年4月1日
		○	北里大学病院	2011年4月1日
		○	横浜市立市民病院	2011年6月1日
		○	横浜労災病院	2010年8月1日
			けいゆう病院	2011年5月1日
新潟県	2	○	長岡赤十字病院	2011年4月1日
		○	新潟大学医歯学総合病院	2010年4月1日
富山県	2	○	高岡市民病院	2011年12月1日
			富山赤十字病院	2010年4月1日
石川県	1	○	金沢大学附属病院	2011年4月1日
福井県	1	○	福井大学医学部附属病院	2010年6月1日
山梨県	1	○	山梨大学医学部附属病院	2011年4月1日
長野県	3	○	長野赤十字病院	2011年4月1日
		○	相澤病院	2010年4月1日
		○	長野市民病院	2011年4月1日
岐阜県	1		東海中央病院	2011年2月1日
静岡県	6	○	総合病院 聖隷三方原病院	2011年4月1日
		○	静岡県立静岡がんセンター	2011年6月1日
		○	総合病院 聖隷浜松病院	2011年10月1日
		○	藤枝市立総合病院	2011年5月1日
		○	順天堂大学医学部附属 静岡病院	2010年4月1日
			静岡済生会総合病院	2010年7月1日
愛知県	12	○	愛知県がんセンター中央病院	2008年4月1日
			聖霊病院	2011年8月1日
		○	名古屋市立大学病院	2009年5月1日
			中部労災病院	2010年4月1日
		○	社会保険中京病院	2010年4月1日
			総合大雄会病院	2010年4月1日
		○	一宮市立市民病院	2010年4月1日
		○	安城更生病院	2011年5月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	小牧市民病院	2010年4月1日
		○	藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日
		○	国立長寿医療研究センター	2011年10月1日
		○	国立病院機構 名古屋医療センター	2009年8月1日
三重県	1		県立志摩病院	2011年4月1日
滋賀県	1	○	滋賀医科大学医学部附属病院	2010年8月1日
京都府	6	○	京都大学医学部附属病院	2010年4月1日
		○	京都府立医科大学附属病院	2011年4月1日
		○	京都第一赤十字病院	2010年4月1日
		○	京都桂病院	2011年6月1日
		○	国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日
		○	国立病院機構 舞鶴医療センター	2010年6月1日
大阪府	17	○	大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター	2008年4月1日
		○	東大阪市立総合病院	2008年4月1日
		○	大阪大学医学部附属病院	2008年5月1日
		○	関西電力病院	2011年8月1日
		○	大阪医科大学附属病院	2008年10月1日
		○	高槻病院	2008年4月1日
		○	大阪警察病院	2009年1月1日
		○	日本生命済生会付属日生病院	2010年4月1日
		○	大阪府立急性期・総合医療センター	2009年4月1日
		○	近畿大学医学部附属病院	2008年4月1日
		○	大阪市立総合医療センター	2010年5月1日
		○	大阪市立大学医学部附属病院	2011年6月1日
		○	関西医科大学附属 枚方病院	2011年6月1日
		○	大阪府済生会中津病院	2011年5月1日
		○	市立豊中病院	2010年12月1日
		○	国立病院機構 大阪医療センター	2008年4月1日
		○	国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター	2008年4月1日
兵庫県	6	○	関西労災病院	2010年9月1日
		○	社会保険神戸中央病院	2010年11月1日
		○	兵庫県立がんセンター	2010年4月1日
		○	兵庫医科大学病院	2008年4月1日
		○	神戸市立医療センター中央市民病院	2011年7月1日
		○	神戸大学医学部附属病院	2011年4月1日
奈良県	2	○	奈良県立医科大学附属病院	2010年10月1日
		○	奈良県立奈良病院	2011年7月1日
和歌山県	1	○	和歌山県立医科大学附属病院	2011年1月1日
鳥取県	2	○	鳥取大学医学部附属病院	2007年1月1日
		○	鳥取市立病院	2009年7月1日
岡山県	4	○	総合病院 岡山赤十字病院	2011年4月1日
		○	岡山大学病院	2011年1月1日
		○	川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
		○	倉敷中央病院	2010年11月1日
広島県	3	○	県立広島病院	2010年1月1日
		○	福山市民病院	2010年4月1日
		○	広島大学病院	2010年11月1日
香川県	2	○	香川大学医学部附属病院	2009年2月1日
		○	香川労災病院	2011年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
愛媛県	2	○ ○ ○	国立病院機構 四国がんセンター 愛媛大学医学部附属病院 松山赤十字病院	2010年6月1日 2009年9月1日 2011年9月1日
高知県	1	○	高知医療センター	2011年2月1日
福岡県	6	○ ○ ○ ○ ○	久留米大学病院 総合病院 聖マリア病院 戸畑共立病院 福岡大学病院 国立病院機構 九州がんセンター 飯塚病院	2010年4月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年8月1日
佐賀県	2	○ ○	佐賀大学医学部附属病院 佐賀県立病院 好生館	2005年11月1日 2010年4月1日
長崎県	2	○ ○	長崎大学病院 長崎市立市民病院	2010年4月1日 2010年4月1日
大分県	1	○	大分大学医学部附属病院	2008年4月1日
鹿児島県	1		相良病院	2011年1月1日
合計	158	124		

方法：2012年2月10日時点で、各地方厚生局ホームページに掲載されている届出受理施設データを元に作成

〈資料4〉緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧

[拠点病院：がん診療連携拠点病院，支援病院：地域医療支援指定病院]

No	都道府県	施設名	算定開始日	総病床数	承認病床数	拠点病院	支援病院
1	北海道	東札幌病院	1993年9月1日	243	58		
2		恵佑会札幌病院	2000年2月1日	272	24	★	
3		札幌ひばりが丘病院	1999年5月1日	176	21		
4		札幌南青洲病院	2004年1月1日	88	18		
5		清田病院	2009年10月1日	122	20		
6		勤医協中央病院	2007年11月1日	402	23		
7		KKR 札幌医療センター	2005年8月1日	450	22	★	☆
8		函館おしま病院	2004年4月1日	56	20		
9		森病院	2001年9月1日	135	35		
10		洞爺温泉病院	2004年6月1日	216	18		
11		日鋼記念病院	2002年1月1日	479	22	★	
12	青森県	青森慈恵会病院	2000年6月1日	332	22		
13		ときわ会病院	2008年2月1日	149	20		
14	岩手県	孝仁病院	2008年6月1日	180	10		
15		盛岡赤十字病院	2009年7月1日	438	22		
16		美山病院	2011年5月1日	212	20		
17		岩手県立中部病院	2009年5月1日	434	24	★	☆
18		岩手県立磐井病院	2010年7月1日	315	24	★	
19	宮城県	東北大学病院 緩和ケアセンター	2000年12月1日	1285	22	★	
20		光ヶ丘スベルマン病院	1998年8月1日	140	20		
21		宮城県立がんセンター	2002年7月1日	383	25	★	
22	秋田県	外旭川病院	1999年2月1日	241	34		
23	山形県	山形県立中央病院	2001年7月1日	645	15	★	
24		三友堂病院	2005年6月1日	190	12		
25	福島県	慈山会医学研究所付属 坪井病院	1990年12月1日	240	18	★	
26		福島労災病院	2011年4月1日	406	32	★	☆
27	茨城県	つくばセントラル病院	2000年10月1日	313	20		
28		筑波メディカルセンター病院	2000年5月1日	409	20	★	☆
29		水戸済生会総合病院	2000年10月1日	500	16		☆
30	栃木県	栃木県立がんセンター	2000年12月1日	324	24	★	
31		栃木県済生会宇都宮病院	1996年11月1日	644	20	★	☆
32		自治医科大学附属病院	2007年5月1日	1130	18	★	
33		足利赤十字病院	2011年9月1日	555	19		
34	群馬県	公立富岡総合病院	2005年5月1日	359	18	★	
35		伊勢崎市民病院	2010年6月1日	524	17	★	
36		国立病院機構 西群馬病院	1994年7月1日	380	23	★	
37	埼玉県	戸田中央総合病院	2009年3月1日	446	18		
38		上尾甞生病院	1992年3月1日	186	19		
39		埼玉県立がんセンター	1999年1月1日	400	18	★	
40		みさと健和病院	2011年8月1日	282	20		
41	千葉県	千葉県がんセンター	2008年7月1日	341	25	★	
42		山王病院	1999年7月1日	318	23		
43		船橋市立医療センター	2010年4月1日	446	20	★	☆
44		国立がん研究センター東病院	1992年7月1日	425	25	★	
45		聖隷佐倉市民病院	2008年6月1日	400	18		

No	都道府県	施設名	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
46		総合病院 国保旭中央病院	1999年5月1日	989	20	★	
47		君津中央病院	2004年11月1日	661	20	★	☆
48	東京都	聖路加国際病院	1998年5月1日	520	24	★	
49		永寿総合病院	2000年10月1日	400	16		
50		賛育会病院	1998年6月1日	240	22		
51		東芝病院	2008年7月1日	307	15		
52		NTT 東日本関東病院	2001年2月1日	665	28	★	
53		木村病院	2004年7月1日	98	13		
54		日本赤十字社医療センター	2000年6月1日	733	18	★	
55		東京厚生年金病院	2004年6月1日	520	17		
56		佼成病院	2004年5月1日	363	12		
57		救世軍ブース記念病院	2003年11月1日	199	20		
58		東京衛生病院	1996年7月1日	188	20		
59		豊島病院	1999年9月1日	472	20		☆
60		総合病院 桜町病院	1994年8月1日	199	20		
61		日の出ヶ丘病院	2001年1月1日	263	20		
62	公立阿伎留医療センター	2006年9月1日	310	16			
63	救世軍清瀬病院	1990年6月1日	142	25			
64	国立病院機構 東京病院	1995年9月1日	560	20			
65	信愛病院	1996年9月1日	199	20			
66	聖ヶ丘病院	1996年6月1日	48	11			
67	癌研究会 有明病院	2011年4月1日	700	25	★		
68	がん・感染症センター 都立駒込病院	2011年7月1日	906	22	★		
69	神奈川県	川崎社会保険病院	1999年2月1日	308	24		
70		川崎市立井田病院 かわさき総合ケアセンター	1998年11月1日	443	20	★	
71		平和病院	2011年9月1日	150	16		
72		昭和大学横浜市北部病院	2001年10月1日	661	25	★	
73		横浜市立みなと赤十字病院	2006年8月1日	584	25		☆
74		神奈川県立がんセンター	2002年4月1日	415	14	★	
75		横浜甞生病院	1995年3月1日	81	12		
76		総合病院 衣笠病院	1998年7月1日	251	20		
77		湘南中央病院	2006年3月1日	199	16		
78		湘南東部総合病院	2006年1月1日	274	16		
79		鶴巻温泉病院	2011年9月1日	591	25		
80	ピースハウス病院	1994年2月1日	22	22			
81	相模原協同病院	2011年10月1日	437	12	★	☆	
82	新潟県	長岡西病院	1993年4月1日	240	27		
83		白根大通病院	2006年9月1日	299	28		
84		新潟医療センター	2001年8月1日	404	20		
85		南部郷厚生病院	2001年9月1日	120	20		
86	富山県	富山県立中央病院	1993年3月1日	735	25	★	☆
87		富山市民病院	2009年6月1日	595	20	★	☆
88	石川県	石川県済生会金沢病院	1995年1月1日	260	28		
89		小松市民病院	2009年5月1日	364	10	★	
90	福井県	福井県立病院	2006年4月1日	1082	20	★	☆
91		福井県済生会病院	1998年10月1日	466	20	★	☆
92	山梨県	山梨県立中央病院	2005年5月1日	671	15	★	
93	長野県	愛和病院	1997年12月1日	64	48		
94		新生病院	1998年10月1日	155	20		
95		諏訪中央病院	1998年9月1日	360	6		

No	都道府県	施設名	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
96		健康保険 岡谷塩嶺病院	1996年11月1日	53	10		
97	岐阜県	岐阜中央病院	1999年6月1日	352	28		
98		岐阜県立多治見病院	2010年7月1日	529	20	★	☆
99	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	2002年11月1日	569	42	★	
100		神山復生病院	2002年7月1日	60	20		
101		総合病院 聖隷三方原病院	1990年5月1日	934	27	★	☆
102	愛知県	国立病院機構 豊橋医療センター	2007年4月1日	414	24		
103		愛知県がんセンター中央病院	2006年5月1日	276	20		
104		安城更生病院	2002年6月1日	723	17	★	☆
105		名古屋第一赤十字病院	2006年4月1日	852	25	★	☆
106		名古屋掖済会病院	2004年2月1日	662	19		
107		総合病院 南生協病院	2002年7月1日	313	20		
108		協立総合病院	2001年12月1日	434	16		
109		名古屋市立東部医療センター 守山市民病院	2010年2月1日	101	15		
110		聖霊病院	2009年4月1日	285	15		
111		愛知国際病院	1999年5月1日	72	20		
112		豊田厚生病院	2010年2月1日	606	17	★	
113		津島市民病院	2007年1月1日	440	18		
114		海南病院	2004年7月1日	553	18	★	
115		藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日	1494	19	★	
116	江南厚生病院	2009年11月1日	678	20			
117	三重県	三重聖十字病院	2005年11月1日	25	25		
118		藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム	1997年7月1日	218	20		
119		松阪厚生病院	2007年8月1日	780	20		
120		松阪市民病院	2008年2月1日	328	20		
121		伊勢赤十字病院	2012年2月1日	655	20	★	
122	滋賀県	大津市民病院	1999年6月1日	506	20		☆
123		彦根市立病院	2002年10月1日	470	20	★	
124		ヴォーリス記念病院	2006年12月1日	169	16		
125		滋賀県立成人病センター	2003年3月1日	541	20	★	
126	京都府	薬師山病院	1998年12月1日	70	50		
127		総合病院 日本バプテスト病院	1995年9月1日	167	20		
128		洛和会音羽記念病院	2008年11月1日	110	10		
129		国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日	600	20	★	☆
130		京都市民医連中央病院	2011年11月1日	411	14		
131	大阪府	淀川キリスト教病院	1990年5月1日	487	21		☆
132		湯川胃腸病院	2002年11月1日	84	24		
133		千里中央病院	2010年4月1日	400	25		
134		ガラシア病院	2005年4月1日	115	23		
135		彩都友誼会病院	2010年5月1日	204	40		
136		高槻赤十字病院	2002年7月1日	446	20		
137		小松病院	2006年5月1日	210	18		
138		大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	2011年5月1日	545	20		
139		耳原総合病院	2003年2月1日	386	23		
140		阪和第二泉北病院	2002年11月1日	969	21		
141		岸和田盈進会病院	2002年2月1日	157	16		
142		星ヶ丘厚生年金病院	2008年12月1日	580	16		☆
143		大阪市立総合医療センター	2010年5月1日	1059	24	★	☆
144		和泉市立病院	2010年12月1日	307	22		
145		多根総合病院	2011年6月1日	304	20		

No	都道府県	施設名	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
146	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993年10月1日	116	21		
147		社会保険神戸中央病院	1996年7月1日	424	22		
148		六甲病院	1994年12月1日	178	23		
149		東神戸病院	2000年5月1日	166	21		
150		立花病院	2005年9月1日	272	10		
151		尼崎医療生協病院	2007年7月1日	199	20		
152		協和マリナホスビタル	2011年5月1日	80	30		
153		宝塚市立病院	2010年7月1日	446	15		
154		第二協立病院	2009年4月1日	225	22		
155		公立八鹿病院	2005年10月1日	420	20		
156	総合病院 姫路聖マリア病院	1996年8月1日	360	22			
157	兵庫県立加古川医療センター	2011年5月1日	353	25		☆	
158	奈良県	国保中央病院	2005年7月1日	220	20		
159	和歌山県	国立病院機構 南和歌山医療センター	2005年7月1日	316	14	★	☆
160		紀和病院	2005年8月1日	212	16		
161	鳥取県	鳥取生協病院	2008年4月1日	260	16		
162		藤井政雄記念病院	2003年11月1日	120	20		
163	島根県	松江市立病院	2005年9月1日	470	22	★	
164		国立病院機構 浜田医療センター	2010年1月1日	365	15	★	☆
165		島根大学医学部附属病院	2011年9月1日	616	21	★	
166	岡山県	岡山済生会総合病院	1998年9月1日	553	25	★	
167		岡山中央奉還町病院	2000年6月1日	81	15		
168		総合病院 岡山協立病院	2011年9月1日	318	12		
169		倉敷第一病院	2008年6月1日	191	20		
170		岡村一心堂病院	2011年3月1日	152	19		
171	広島県	福山市民病院	2006年9月1日	400	16	★	☆
172		公立みつぎ総合病院	2002年5月1日	240	6		
173		シムラ病院	2004年10月1日	121	18		
174		広島パークヒル病院	2002年5月1日	114	18		
175		県立広島病院	2004年10月1日	715	20	★	☆
176		安芸市市民病院	2004年6月1日	140	20		
177		国立病院機構 呉医療センター	2000年4月1日	700	19	★	☆
178		廿日市記念病院	2002年1月1日	135	15		
179	山口県	総合病院 社会保険徳山中央病院	2009年3月1日	494	25	★	
180		国立病院機構 山口宇部医療センター	1998年11月1日	435	25		
181		安岡病院	1999年5月1日	278	25		
182		総合病院 山口赤十字病院	2000年1月1日	475	25	★	
183	香川県	三豊総合病院	2000年5月1日	519	12	★	
184		高松平和病院	2011年8月1日	123	21		
185	徳島県	近藤内科病院	2002年5月1日	55	20		
186	愛媛県	松山ベテル病院	2000年4月1日	155	21		
187		国立病院機構 四国がんセンター	2006年9月1日	405	25	★	
188		西条愛寿会病院	2010年9月1日	180	15		
189	高知県	細木病院	2003年10月1日	266	14		
190		国吉病院	2011年2月1日	106	12		
191		もみのき病院	1999年4月1日	60	12		
192		囀南病院	2000年7月1日	128	12		
193		いずみの病院	2001年10月1日	238	12		

〈資料4〉緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧

No	都道府県	施設名	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
194		高知厚生病院	1995年12月1日	60	15		
195		須崎くろしお病院	2007年11月1日	160	10		
196	福岡県	北九州市立医療センター	2001年6月1日	636	20	★	
197		聖ヨハネ病院	2001年10月1日	20	20		
198		製鉄記念八幡病院	2004年1月1日	453	16		☆
199		九州厚生年金病院	2005年4月1日	575	14	★	☆
200		及川病院	2004年11月1日	36	15		
201		秋本病院	2007年7月1日	50	16		
202		那珂川病院	2006年7月1日	162	20		
203		栄光病院	1990年9月1日	178	50		
204		木村病院	1999年12月1日	121	14		
205		たたらりハビリテーション病院	2004年11月1日	213	21		
206		原土井病院	2001年4月1日	556	30		
207		さくら病院	1999年6月1日	152	14		
208		原病院	2005年1月1日	220	16		
209		西福岡病院	2007年7月1日	248	15		
210		村上華林堂病院	2004年6月1日	160	20		
211	糸島医師会病院	2008年8月1日	150	10		☆	
212	久留米大学病院	1998年10月1日	1098	16	★		
213	総合病院 聖マリア病院	1997年9月1日	1354	16	★	☆	
214	今野病院	2007年1月1日	67	19			
215	嶋田病院	2008年9月1日	150	14			
216	井上病院	2011年4月1日	73	18			
217	広瀬病院	2010年12月1日	62	7			
218	佐賀県	佐賀県立病院 好生館	1998年3月1日	453	15	★	☆
219		河畔病院	2002年4月1日	187	18		
220		西田病院	2011年5月1日	118	20		
221	長崎県	出島病院	1995年11月1日	41	22		
222		聖フランシスコ病院	1998年8月1日	220	22		
223		千住病院	2008年4月1日	266	20		
224	熊本県	イエズスの聖心病院	1994年11月1日	87	22		
225		熊本地域医療センター	2001年7月1日	227	10		☆
226		御幸病院	2003年6月1日	186	20		
227		桜十字病院	2010年1月1日	641	21		
228		メディカルケアセンターファイン	2007年11月1日	63	21		
229		健康保険人吉総合病院	2003年9月1日	274	11	★	☆
230		阿蘇温泉病院	2008年9月1日	260	15		
231	大分県	大分ゆふみ病院	2002年1月1日	24	24		
232		黒木記念病院	2002年1月1日	226	12		
233		佐伯中央病院	2007年7月1日	149	14		
234	宮崎県	三州病院	2000年5月1日	67	27		
235		宮崎市郡医師会病院	2002年3月1日	248	12		☆
236		平田東九州病院	2007年7月1日	125	21		
237	鹿児島県	天陽会中央病院	2011年1月1日	219	10		
238		相良病院	1997年6月1日	80	24		
239		阿久根市民病院	2008年10月1日	222	10		☆
240		国立病院機構 南九州病院	2006年4月1日	475	25	★	
241		サザン・リージョン病院	2011年3月1日	131	11		

No	都道府県	施設名	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
242	沖縄県	国立病院機構 沖縄病院	2006年6月1日	320	18		
243		アドベンチスト・メディカルセンター	2003年1月1日	48	12		
244		オリブ山病院	1995年6月1日	343	21		

合 計	緩和ケア病床数 4,836 床	がん診療連携拠点病院 70 施設	地域医療支援病院 39 施設
-----	-----------------	------------------	----------------

(2012年2月10日時点で、各地方厚生局のウェブサイトに掲載されている「施設基準等 届出受理医療機関名簿」および、各病院ウェブサイトの掲載情報を元に作成)

※〈資料1～3〉作成：NPO 法人 日本ホスピス緩和ケア協会

ホスピス緩和ケア白書 2012

ホスピス緩和ケアに関する統計とその解説

2012年3月28日 発行

非売品

発行 (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
〒530-0013 大阪市北区茶屋町2-30
TEL 06-6375-7255 FAX 06-6375-7245

編集 (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会

編集協力 日本ホスピス緩和ケア協会

制作 株式会社 青海社
〒113-0031 東京都文京区根津1-4-4 河内ビル
TEL 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172

印刷 モリモト印刷 株式会社

ISBN978-4-903246-16-1

