

# 序 文

恒藤 暁

(日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 理事・事業委員長)  
大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学寄附講座

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団は、『ホスピス緩和ケア白書』を2004年から2013年まで毎年発刊してきた。過去10年間に白書として取り上げたテーマは、「わが国におけるホスピス・緩和ケアの歩み」「ホスピス緩和ケア関連学会・研究会の動向」「緩和ケアにおける教育と人材の育成」「緩和ケアにおける専門性—緩和ケアチームと緩和ケア病棟」「緩和ケアにおける医療提供体制と地域ネットワーク」「緩和ケアの普及啓発・教育研修・臨床研究」「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」「がん対策基本法とホスピス緩和ケア」「ホスピス緩和ケアに関する統計とその解説」「在宅ホスピス緩和ケアの現状と展望」と多岐にわたっている。財団のホームページ ([http://www.hospat.org/practice\\_white-book-top.html](http://www.hospat.org/practice_white-book-top.html)) で公開されているので、興味のある方は見ていただきたい。

今年の『ホスピス緩和ケア白書2014』からは、全国の書店から購入できるように青海社から発行することになった。本白書では、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プランと学会・学術団体の緩和ケアへの取り組み」がテーマとなっている。がん医療の担い手となる高度な知識・技術を持つ複数のがん専門医療人を養成する文部科学省の「がんプロフェッショナル養成プラン」が2007年度から開始され、2012年度から「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」となっている。このプランにより、一部の医科大学に緩和医療専門医コースが開設された。どのようなプログラムを作成し、実際に取り組んでいるのか、また、その成果はどうであったかを検討していただいている。また、「学会・学術団体の緩和ケアへの取り組み」では、日本救急医学会、日本循環器学会、日本神経学会、日本老年医学会、日本在宅医学会の緩和ケアに関する取り組みやガイドラインについて解説していただいている。

後半の「ホスピス緩和ケアに関する統計と解説」では、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア、教育・学会、診療報酬、医療用麻薬などの統計と動向を資料として掲載している。

本白書が、わが国のホスピス緩和ケアのさらなる拡充のために活用されることを願っている。

# 目次

序文	恒藤 暁	iii
<b>第Ⅰ部 緩和ケアにおける専門医教育の現状と課題</b>		
1. 札幌医科大学 がん疼痛緩和医療学講座	渡邊 昭彦, 他	2
2. 東北大学大学院 医学系研究科 医科学専攻 外科病態学講座 緩和医療学分野	中保 利通	4
3. 自治医科大学附属病院 緩和ケア部 (旧 自治医科大学 緩和医療講座)	丹波嘉一郎	8
4. 東京大学大学院 医学系研究科 緩和医療学講座	鎮西美栄子, 他	13
5. 順天堂大学大学院 医学研究科 緩和医療学研究室	水嶋 章郎	17
6. 帝京大学 緩和医療学講座	大澤 岳史, 他	19
7. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 臨床腫瘍学分野	三宅 智	24
8. 藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座	東口 高志, 他	27
9. 京都府立医科大学 疼痛緩和医療学講座	深澤 圭太, 他	29
10. 大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学寄附講座	恒藤 暁	32
11. 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 緩和医療学講座 (寄附講座)	松岡 順治	34
12. 島根大学医学部 緩和ケア講座	中谷 俊彦, 他	38
<b>第Ⅱ部 学会・学術団体の緩和ケアへの取り組み</b>		
1. 救急・集中治療	中村 俊介, 他	42
2. 循環器疾患	野々木 宏	46
3. 神経難病・難病	荻野美恵子	51
4. 高齢者ケア—日本老年医学会の3つの指針	清水 哲郎	55
5. 在宅医療	平原佐斗司	59
<b>第Ⅲ部 統計と解説</b>		
1. データでみるわが国の緩和ケアの現状	宮下 光令	64
2. ホスピス緩和ケアの歴史を考える年表		82
3. 緩和ケア関連の資料		86

# 1. 札幌医科大学 がん疼痛緩和医療学講座

渡邊 昭彦<sup>\*,\*\*</sup> 山蔭 道明<sup>\*</sup>

(\*札幌医科大学医学部 麻酔科学講座, \*\*札幌医科大学附属病院 緩和ケア管理室)

## これまでの経緯

### ① 経緯

札幌医科大学附属病院における緩和ケアチーム設立は2002年であるが、大学における緩和医療学講座は5年間限定で2008年4月に株式会社アインファーマシーズの支援による寄附講座・緩和医療学講座が開講された時に始まる。また、時期を同一にして、北海道4大学（北海道大学、旭川医科大学、北海道医療大学、札幌医科大学）による「がんプロフェッショナル養成プラン」の「専門医師養成コース」に「緩和ケア」のコースが設立され、その分野を札幌医科大学が担当し、その中心に寄附講座が据えられた。

この当時は、医学部における「緩和医療学講座」は数えるほどしか設立されておらず、札幌医科大学に緩和医療学講座ができたことは大きな意義があったと考える。この5年間での活動を簡単に振り返ると、以下のように考えると考える。

### ② 臨床

附属病院における緩和ケアチームでの活動を中心に、講座としては医療ソーシャルワーカーの特任講師が中心となり緩和ケア・がん相談サロンを他病院施設に先駆けて運営を開始し、多職種による患者・家族サービスを実践した。

### ③ 教育

医学部4年目に緩和医療学として4講（90分授業）を確保し、5年目の臨床実習においても麻酔科および神経精神科と合わせて緩和ケアチームの活動内容を生で学生に経験してもらえるように配慮した。また、がんプロフェッショナル養成プ

ランの一環として、緩和医療認定看護師コースの看護師に対して症状緩和の講義も担当した。さらには、院内大学院生を対象としたe-learningにも参画し、緩和医療の講義を担当した。

5年間の最大成果としては、緩和専門医師養成のニーズに答える形で大学院生を指導し、緩和医療学として無事学位取得につなげた。

### ④ 研究

骨転移に伴う難治性疼痛の機序に関して動物モデルを作製して、その一部を解明し、論文化してきた。1980年代にWHO（世界保健機関）が「がんの痛みからの解放」を掲げて以来、長くがん疼痛といえばオピオイドという位置づけは変わっていないが、そこに新たな疼痛機序も含めて一石を投じてきた。

## 札幌医科大学での緩和医療・緩和ケアの特徴と、その推進を目指した現在の取り組み

厚生労働省は、2012年度から向こう5年間に關して「がん対策推進基本計画」を策定し、さらにはがん医療を推し進めることを目標に掲げた。大学病院としても、全国的に連携をとりながら緩和医療の推進を図る目的で「全国緩和医療学講座連絡協議会」の設立が計画され、具体的に動き始めている。

このような流れの中、上述のように本学での寄附講座・緩和医療学講座は5年間の活動を終えて2013年3月でいったん閉講となったが、今までご支援をいただいていた株式会社アインファーマシーズに株式会社ニトリが加わり、「アイン・ニトリ緩和医療学推進講座」と名称を変えて継続さ

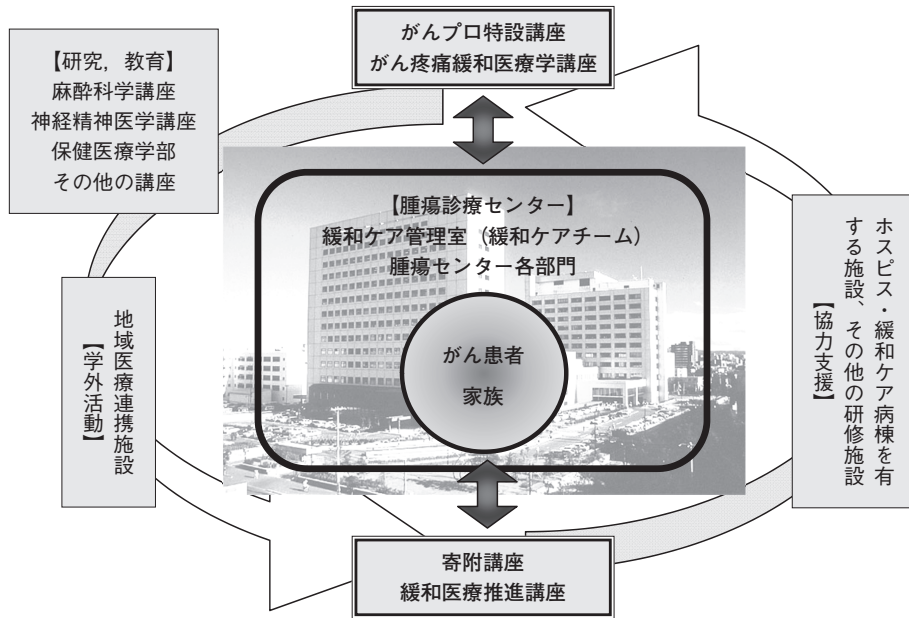


図1 講座の位置づけイメージ図

がん疼痛緩和医療学講座：緩和医療専門医師養成をメインテーマとする。  
 緩和医療推進講座：多職種連携をメインテーマとする。

れることが決まった。

この寄附講座の特徴は、配置された特任教員が臨床心理士と社会福祉士であり、多職種連携をメインテーマとした寄附講座という点である。個別相談、がん相談サロン、学習会、公開講座などを独自運営するとともに緩和ケアチームへも参画し、多職種としての枠組みを拡げる活動を展開している。

この新たな寄附講座と同時に、札幌医科大学においては文科省「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」に基づく「がん疼痛緩和医療学講座」も新設された。このがんプロ新設講座は、いったん閉講された寄附講座が担っていた、緩和医療・緩和ケアの啓発と専門医の養成を最大の目的として設立されたものであり、この講座の特任教員は医師2名が割り振られた。

その両講座を麻酔科学講座教授が束ねる形で運営しており、臨床での実践の場を附属病院腫瘍センターに属する緩和ケア管理室（緩和ケアチー

ム）が提供している（図1）。現在、緩和医療学の中でも痛み関連での学位取得を目指して麻酔科大学院生1名と院外看護師1名が所属し、臨床・研究を重ねる日々を送っている。

### 今後の予定

札幌医科大学が担う緩和医療は、過去5年間の実績も含めて、全国的にみても緩和医療のあるべき姿を示す1つのモデルケースとして、たいへん注目されていると考える。特に、2013年度からは同一大学内に、上述のように多職種連携をメインテーマとした寄附講座・緩和医療推進講座と専門医師養成を最大のテーマとするがん疼痛緩和医療学講座の2つを擁する形となり、その活動の幅を多方面に向けることが可能である、たいへん恵まれた環境となっている。

社会人入学も含めて門戸を広く開いているので、興味のある方はぜひ札幌医科大学医学部 麻酔科学講座までご連絡ください。

## 2. 東北大学大学院 医学系研究科 医科学専攻 外科病態学講座 緩和医療学分野

中保 利通\*

(\*東北大学病院 緩和医療科)

### これまでの経緯

#### ① 東北大学大学院医学系研究科 医科学専攻 外科病態学講座 緩和医療学分野

2008年4月、本学外科病態学講座の中に緩和医療学分野ができた。それまでは疼痛制御科学分野が東北大学病院の緩和医療を担当していたが、コントロールすべきがんの苦痛症状は身体的な痛みに留まらず、呼吸困難感、全身倦怠感、食欲不振、精神科的諸問題、心理社会的事項、実存的な苦痛など、非常に多岐に渡っていることをふまえたうえで、より包括的かつ実際的な名称をつけ、改変されたものである。

しばらくは東北大学病院の緩和ケア病棟を拠点とした臨床活動と医学部学生教育、および主として麻酔科出身の医師に対する緩和医療教育のみに力が注がれていた。その後、文部科学省主導の東北がんプロフェッショナル養成推進プランが立案され、東北大学も緩和医療の大学院教育に着手するようになった。

とはいえ、緩和医療学分野での学位取得を目指す大学院生はすぐには集まらず、腫瘍内科学、放射線治療学の領域での学位取得を希望する学生に対する、緩和医療も含むローテート実習が2009年4月から開始されたにすぎなかった。

2009年には、インターネットホームページおよび講義システムの充実が図られ、各種セミナーの開催や講義実習などの情報を掲載するとともに、ISTU(インターネットスクール)の収録が進められた。緩和医療関連の収録講義は、「緩和医療I・がん性疼痛治療(前編)」「緩和医療I・がん性疼痛治療(後編)」「悪い知らせの伝達とコミュニケーション」「痛み以外の身体症状マネジ

メント」「現代医療と死生学」の5本が準備された。

その後3年間で、10名の大学院生(腫瘍内科学、放射線治療学)が緩和ケア病棟での緩和ケアトレーニングI、IIに参加し、緩和医療の定義、緩和ケア病棟におけるコミュニケーション、チーム医療について、緩和医療を実践する医師の資質と態度、患者・家族の心理社会的側面などについて学んでいった。

#### ② 東北がんプロフェッショナル養成推進プラン

東北がんプロフェッショナル養成推進プランは、2012年度から始まった東北大学、山形大学、福島県立医科大学、新潟大学の4大学協定による共同プランである。

宮城、山形、福島および新潟の4県の地域のがん医療水準を向上させるために、がん診療連携拠点病院と連携して放射線治療、化学療法、緩和医療、外科治療、歯科治療の専門医、がん看護専門看護師、がん専門薬剤師、医学物理士などのがん専門医療人を養成する。また、将来のがんの臨床研究を担う若手研究者育成するほか、東日本大震災や中越地震の被災地域から得たノウハウと教育基盤を活かして、大規模災害時の地域がん医療支援を担う医療チームを養成することも目指している。

#### ③ 東北地方の緩和医療事情

4県は人口792万人(総人口の1/16)、広い面積(国土の11.3%)、高い高齢化率(26.5%、全国22.8%)、高いがん罹患率、少ない医師数(人口10万人当たり176.7人、全国平均206.3人)、がん診療連携拠点病院空白2次医療圏9カ所など

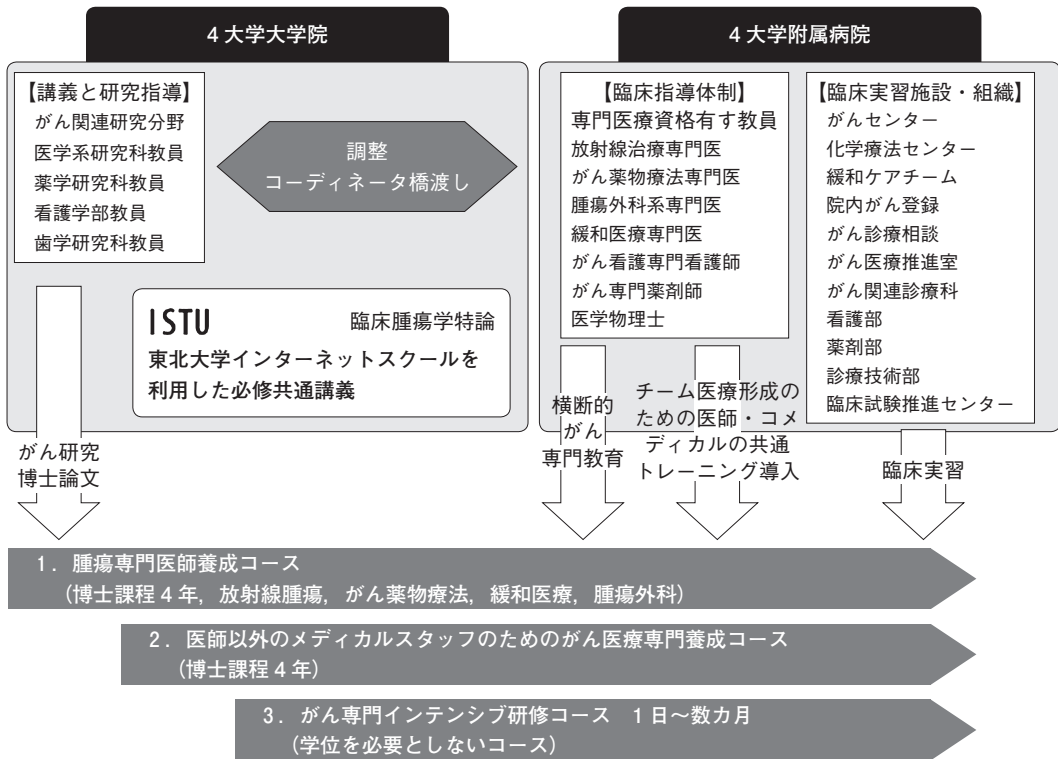


図 1 東北がんプロフェッショナル養成推進プランにおける講義・実習

を特徴とする、わが国有数のがん医療過疎地域である。

交通事情と医療従事者不足により、専門的教育や研修の機会が少なく、地域がん医療の向上の担い手の各種がん専門医療人が極端に不足している(人口 100 万人当たり 114 人, 全国平均 147 人)。

がん診療連携拠点病院やがん診療連携拠点病院空白 2 次医療圏の中核病院に腫瘍専門医(放射線治療, 腫瘍内科および緩和医療の常勤専門医)や専門医以外のメディカルスタッフを配置することにより、各種がん専門医療者の 4 県平均 113 人/100 万人を全国平均 147 人/100 万人に近づけることが目標である。また、がん専門医療者の派遣により、空白 2 次医療圏を 3～4 圏減じるための支援を行う。

### 教育・研修の特徴, 現在の取り組み (図 1)

全コースの学生は、がん診療に必要な臨床腫瘍学の総論と各論を系統講義コース科目で履修す

る。「臨床腫瘍学特論」は、東北大学インターネットスクール (ISTU) を利用した 4 大学共通の必修講義シリーズである。また、放射線治療, がん薬物療法, 緩和ケアについてトレーニングコース科目で一定期間の現地臨床経験を積む。さらに、論文研究で、臨床腫瘍学に関連する論文作成を行うほか、アドバンスド講義科目により、最新のがん医療に関する知識を深める。

腫瘍専門医師(緩和医療)養成コースは、東北大学に設置されている。臨床現場で緩和医療を専門にする人材と多くのがん医療専門職に緩和医療を教育できる指導者の養成のために開講している。4 大学の腫瘍専門医コース共通の臨床腫瘍学特論と放射線・化学療法・緩和ケアの共通実習は必修化されている。実習は、東北大学病院の緩和ケア病棟と一般病床(緩和ケアチームに参加)で行われる。

医学系研究科医科学専攻 緩和医療専門医養成コースは、地域緩和ケア医を育成する。それまでの所属診療科を限定しない社会人入学限定コース

とし、緩和医療専門医資格取得のための臨床経験、教育経験、研究歴を積む。医師不足の地域がん診療連携拠点病院（ただし認定研修施設に限る）においても臨床研修を行い、修了後は希望する地域での緩和医療医になることを想定している。さらに、基本領域の学会の認定医または専門医資格をすでに有する者に対しては、がん治療認定医機構がん治療認定医資格取得にも対応していく。

以下に各トレーニングコースについて述べる。

### ① 緩和ケアトレーニングⅠ

**研修期間：**1週間。

**到達目標：**緩和医療の定義、緩和ケア病棟におけるコミュニケーション、チーム医療について学ぶ。

**研修内容：**緩和ケア病棟の施設見学、ボランティア活動への参加、患者との対話、チームカンファレンスへの参加（職域を越えたチーム医療型実習）。

### ② 緩和ケアトレーニングⅡ

**研修期間：**3週間。

**到達目標：**緩和医療を実践する医師の資質と態度、患者・家族の心理社会的側面について学ぶ。

**研修内容：**

①緩和医療が患者の余命にかかわらず、そのQOLの維持・向上を目指したものであることを理解する。

②患者・家族を全人的に、身体的だけでなく、心理的、社会的、霊的（spiritual）に把握し、理解する。

③患者のみならず、患者を取り巻く家族や友人もケアの対象であることを理解する。

④患者にとって安楽なことは、個々人でまったく違うものであることを理解し、患者の自律性や選択を重要視する。

⑤患者、家族、そして医療チーム内で良好なコミュニケーションをとることができる。

⑥診療にあたって十分な説明と、それに基づく患者および家族の同意（informed consent）を得る。

⑦チームメンバーそれぞれの専門性と意見を大

切にし、チームが円滑に運営されるよう心がける。

### ③ 緩和ケアトレーニングⅢ

**研修期間：**8週間以上。

**到達目標：**緩和ケアにおける疼痛をはじめとする苦痛諸症状の診断と治療について学ぶ。

**研修内容：**

①病歴聴取（発症時期、発症様式、苦痛の部位、性質、程度、持続期間など）を適切に行える。

②身体所見を適切にとることができる。

③症状を適切に評価することができる。

④鎮痛薬（オピオイド、非オピオイド）や鎮痛補助薬を正しく理解し、処方することができる。

⑤薬物の経口投与や非経口投与（持続皮下注法や持続静脈注射法など）を正しく行える。

⑥オピオイドなど症状マネジメントに必要な薬剤の副作用に対して、適切に予防、処置を行うことができる。

⑦非薬物療法（放射線療法、外科的療法、神経ブロックなど）の適応について考慮することができる。適切に施行するか、もしくは各分野の専門家に相談および紹介することができる。

⑧患者のADL（activities of daily living）を正確に把握し、ADLの維持、改善をリハビリテーションスタッフらと共に行える。

⑨終末期の輸液について十分な知識をもち、適切に施行することができる。

⑩以下の疾患および症状、状態に適切に対処できる。

(1)疼痛：がん性疼痛、侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、非がん性疼痛。(2)消化器系：食欲不振、嘔気、嘔吐、便秘、下痢、消化管閉塞、腹部膨満感、腹痛、吃逆、嚥下困難、口腔・食道カンジダ症、口内炎、黄疸、肝不全、肝硬変。(3)呼吸器系：咳、痰、呼吸困難、死前喘鳴、胸痛、誤嚥性肺炎、難治性の肺疾患。(4)皮膚の問題：褥瘡、ストマケア、皮膚潰瘍、皮膚掻痒症。(5)腎・尿路系：血尿、尿失禁、排尿困難、膀胱部痛、水腎症（腎臓の適応を含む）、慢性腎不全。(6)中枢神経系：原発性・転移性脳腫瘍、頭蓋内圧亢進症、けいれん発作、四肢および体幹の麻痺、神経筋疾患、腫瘍に伴症候群。(7)精神症状：抑うつ、適応障害、不安、不

眠、せん妄、怒り、恐怖。(8)胸水、腹水、心嚢水。(9)後天性免疫不全症候群 (AIDS)。(10)難治性の心不全。(11)その他：悪液質、倦怠感、リンパ浮腫。

⑪以下の腫瘍学的緊急症に適切に対応できる：高カルシウム血症、上大静脈症候群大量出血（吐血、下血、喀血など）、脊髄圧迫。

⑫患者と家族に説明し、必要時に適切なセデーションを行うことができる。

---

## 今後の予定

東北大学大学院医学系研究科 医科学専攻 外科病態学講座 緩和医療学分野および東北大学病院が緩和医療面で担うべき事柄としては、①医療従事者に対する基本的緩和ケアの教育が卒前・卒後で系統的に行われるようにすること、②緩和ケア

の質的向上を図るとともにバランスのとれた好ましい緩和医療専門医を育成すること、③緩和ケアの考え方を漸次拡大的に解釈し、がん末期に限らず非悪性疾患も含めて推進していくこと、④緩和ケア看護学分野とも提携し緩和医療・緩和ケアにおける臨床研究を積み上げていくこと、などが挙げられる。

宮城、山形、福島、新潟の東北がんプロフェッショナル養成推進プランに関与する4県には、2013年4月現在、日本緩和医療学会専門医3名、同会暫定指導医28名、同会認定研修施設25カ所しか登録されていない。緩和医療・緩和ケアに携わる医療人を養成するためにも、東北がんプロの果たすべき役割は非常に大きなものがあると考えられる。



# 3. 自治医科大学附属病院 緩和ケア部 (旧 自治医科大学 緩和医療講座)

丹波 嘉一郎\*

(\*自治医科大学附属病院 緩和ケア部)

## はじめに

本稿では、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」(以下、がんプロ)そのものではなく、日本財団の寄附講座としての緩和医療講座について記す。それは、がんプロに先行してつくられた寄附講座が、緩和医療教育の発展の1つの目安となると信じるからである。目下のところ、がんプロが大成功を取めて、緩和医療専門医が量産されたという話は、寡聞にして知らない。それよりも、もっと地道な種蒔きをする必要があるのではないか。それが、本寄附講座の役割である。

## おもな背景と経緯

2009年、当時の高久史磨学長から、日本財団の寄附講座として、「緩和医療講座」をつくりたいという話をいただいた。3年間で、わが国の医学生の緩和ケア教育の標準カリキュラムを作成、実践し、普及を図るとするのがその使命であった。期間としては、かなり限られているうえ、その仕事量は膨大となると予想された。幸いなことに、木澤義之現神戸大学教授の時宜を得た研究が先行しており<sup>1)</sup>、臨床面では、精神腫瘍医の岡島美朗准教授が、片腕になってくれることになった。さらに、笹川医学医療研究財団(現 笹川記念保健協力財団)の海外ホスピス研修助成で、2005年12月から3カ月学んだアルバータ大学の緩和ケア部門の医学生への講義資料なども活かせる状況にあった。

もっとも、資源だけでなく、その裏打ちとしての臨床実績も教育には重要である。2006年秋から緩和ケア部としてコンサルテーションを行い、

2007年5月に緩和ケア病棟を開棟し、毎年200～300件を超すコンサルテーションと150名前後の緩和ケア病棟入院患者へのケアを行うことが、教育の下地となっている。本稿で臨床について詳述するのは本筋ではないので、割愛するが、2012年度までに32名が月単位の研修を受けており、施設外専門研修2名、院内での専門研修1名が研修を続けている。

自治医科大学という、地域医療の担い手を育てる教育機関での緩和ケア教育の充実は不可欠と考え、謹んでお受けした。準備期間である2009年度に、試行的な2コマの緩和ケア講義を実施できたこともあり、初年度(2010年度)から本格的に系統だった緩和ケア講義を開始した。そして、最終的には、講義の数は、当初の13コマから、22コマに増えた。医師国家試験直前の補講を含めると、まさに1年生から6年生までの緩和ケアの講義が余裕をもって行うことができるようになったのである(図1)。

発展し続けた理由は、寄附講座という特殊な役割であったにせよ、大学が担当者に積極的に、機会を与えてくれたことにある。日本財団と大学には、いくら感謝しても感謝し足りない。

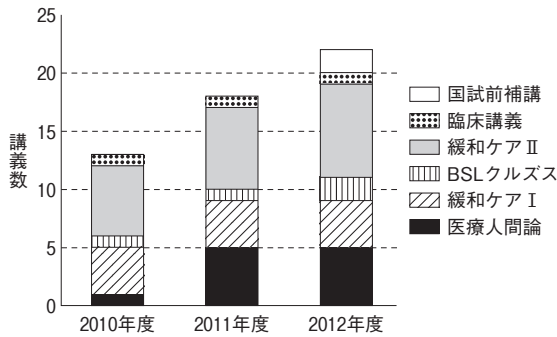
## 教育

内容は、医学部1年から6年までに、わたっている。

### ① 全体の概要

①医療人間論：医学部1年では、緩和ケアに関連したケアや人の死を取り上げる。

②緩和ケアI：医学部3年では、臨床に直結しない項目を取り上げる。



学年	科目名	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
1	医療人間論	—	—	1	5	5
3	緩和ケアI	—	(2)	4	4	4
4	BSLクルズス	1×16組	1×16	1×16	1×16	2×16
4	CPC	—	—	0.5	—	—
5	地域医療実習	—	—	—	—	—
5	緩和ケアII	—	—	6	7	8
5	臨床講義	3	3	1	1	1
5~6	選択BSL (4クール)	1クール1名	1クール1名	1クール1名	1クール2名	1クール2名
6	国試前補講	—	—	—	—	2

CPC : clinico-pathological conference

図1 緩和ケア講義・実習数の変化

③ BSL (bed side learning の少人数講義) : 医学部4年では、少人数講義でロールプレイ、緩和ケア病棟見学を行う。

④ 緩和ケアII および臨床講義 : 医学部5年では、臨床に深く関連する項目の講義を行う。

⑤ 選択BSL : 医学部5,6年の選択BSLで1クール2名ずつ対応する。

⑥ 国試前補講 : 医学部6年の医師国家試験直前に補講を行う。

## 2 各論

### 1. 医療人間論

2人のがん患者の生死を通じて、ケアとは何か、死とは何かの講義を行った後、架空症例を用いて、緩和ケアの基礎的をPBL (problem based learning) で学習する。

### 2. 緩和ケアI

①緩和ケア総論、②真実を伝える・コミュニケーションスキル、③チーム医療、④在宅ホスピス・医療連携、の4コマを行った。コミュニケー

ションスキルは臨床心理士が担当し、チーム医療については看護師・薬剤師・管理栄養士が細分化して担当した。在宅緩和ケアおよび医療連携については、在宅緩和ケアを実践している本学卒業生に学外講師を依頼した。

### 3. BSLクルズス (総合診療部)

全員が学ぶBSLのコースには緩和医療講座だけで担当する期間はないため、総合診療部のクルズス (少人数講義) として、2010年度、2011年度は1コマ、①バッド・ニュースの伝え方のロールプレイ、②地域医療と緩和ケアの講義、③緩和ケア病棟見学 (希望参加)、を行った。2012年度から2コマになり、バッドニュースの伝え方のロールプレイは前週にDVDを用いた事前学習を行い、緩和ケア病棟見学は全員参加とした。

### 4. 緩和ケアII

2010年度は、①疼痛コントロール<1> : 薬物、放射線治療など、②疼痛コントロール<2> : トータルペイン、③その他の症状コントロール、④緊急対応・感染症など、⑤精神腫瘍学、⑥予後予測・代替療法など、の6コマとした。①は麻酔科本務、緩和ケア部兼務である井上荘一郎准教授が、⑤は緩和ケア部の岡島准教授が担当した。2011年度は、1コマ増が認められ、緩和ケア部の田實武弥助教が、家族ケア・スピリチュアルケアを担当した。

2012年度は、さらに1コマ増が認められ、最終的な構成は、①疼痛コントロール : 薬物・放射線治療など、②その他の症状コントロール<1> : トータルペイン、③その他の症状コントロール<2>、④緩和ケアの緊急症、⑤精神腫瘍学、⑥家族ケア・スピリチュアルケア、⑦臨死期・予後予測、⑧代替療法・法と倫理など、となった。

### 5. 臨床講義

悪性腫瘍にともなう高カルシウム血症を取り上げ、緩和ケアIIの不足分を補った。

### 6. 選択BSL

5学年1月から6学年4月までに、1クール3~4週間の選択BSLが行われている。緩和ケア部でのBSL希望の学生を1クール2名まで募り、緩和ケア病棟での実習・コンサルテーションや外来見学を行った。

## 7. 医師国家試験前の補講

2012年度に、同年度の医師国家試験出題基準改訂に基づき、過去5年分の医師国家試験を解析して、緩和ケアの補講を2コマ行った。

### ③ 評価

#### 1. 学生への評価

医療人間論は、テュートリアルの発表内容・態度などで評価を行い、緩和ケアⅠならびに緩和ケアⅡについては、多肢選択問題と記述問題による試験形式とした。選択BSLについては、態度、知識、BSLに臨む姿勢などで評価した。

#### 2. 学生からの評価

出席票に感想として良かった点と悪かった点に分けて記載させた。悪かった点では、初年度、2年度は、量が多すぎるという意見が多かったが、緩和ケアⅡが8コマになってからは激減した。良かった点は、分かりやすいという声が多数を占めた。

#### 3. カリキュラム検討会議

各年度の終了時に当カリキュラムの検討会議を、デルファイ変法の検討メンバーを主として行った。ただし、初年度は、東日本大震災により2年度6月に延期した。会議では、参加した大学の緩和ケア教育関係者の現状報告と活発な意見交換がなされた。

### ④ 普及

#### 1. ホームページの作成と広報

初年度最終月からホームページ作成を開始した。

「<http://www.jichi.ac.jp/kanwairyoku/curriculum.html>」から、カリキュラム内容を年度ごとにpdfファイルでダウンロードできるように公開した。Facebookや学会発表時に上記を通して周知に努めた。周知の度合いを検証することには困難が伴うが、2012年秋からGoogle analytics<sup>®</sup>によるアクセスの解析が無料で容易にできることとなった。

医師国家試験の補講資料の公開についての連絡を各所に行い、その結果を示したものが図2である。アクセスは、医師国家試験までは、補講の

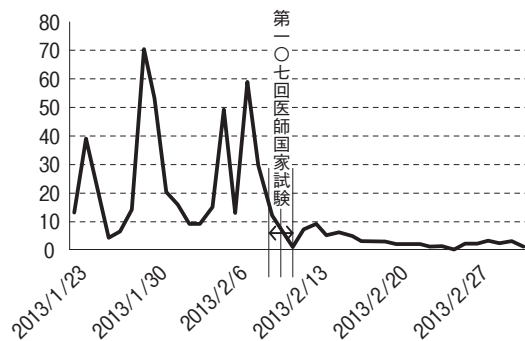


図2 医師国家試験前後の緩和医療講座のホームページへのアクセス数の変化

pdfファイルに集中しており、受験生の利用が高かったと考えられた。また、その後も126件(2013年4月7日まで)のアクセスがある。

#### 2. 学会発表など

下記のように本講座について発表の機会を得た。

①第17回日本緩和医療学会シンポジウム「医学生への緩和医療教育」：「緩和医療講座設置による医学生の系統だった緩和ケア教育」

②がんプロフェッショナル合同フォーラムFD講習会：「自治医科大学緩和医療講座緩和ケア教育カリキュラム」

2013年度も日本緩和医療学会および日本医学教育学会で発表し、10th Palliative Care Congress (英国)でも発表予定である。

### 研究

大学の講座に求められるのは、研究成果である。大学院生に博士号、修士号を取得させることも責務となる。しかし、緩和ケア病棟・緩和ケア外来・他病棟のコンサルテーションの対応を行いつつ、教育を充実発展させ、かつ研究成果を挙げるには、いかんせん人手が不足していた。国内外の学会での発表は少なからず行ったが、論文は、共著を除けば、大学院生も社会人枠で1人ただけで、『Journal of Pain and Symptom Management』に1論文をin pressとするのが精一杯であった<sup>2)</sup>。

### その他の活動

寄附講座へ講座費は、教授、准教授の件費だ

表1 地域緩和ケアの教育・研修のための国際シンポジウム概要

	第1回	第2回	第3回
日	2010年11月27日(土)	2012年1月21日(土)	2013年2月23日(土)
会場	日本財団ビル会議室	日本財団ビル会議室	大宮ソニックシティ国際会議室
テーマ	在宅緩和ケアの教育・研修について6人のサムライと徹底討論しよう	在宅緩和ケアの教育・研修について四銃士と心ゆくまで討論してみよう	地域緩和ケアの教育・研修の四重奏にあなたも飛び入りしませんか?
講師1	カナダにおける緩和ケア教育・研修など(樽見葉子 医師)	Palliative Medicine Physician in Community Based Palliative Care (Dr. Brian McDonald)	The Development of the teleconference in palliative care (王英偉 医師)
講師2	Palliative and Supportive care Consultation for Rural Cancer Patients: the role of telehealth (Dr. Sharon Watanabe)	在宅ホスピス支援ネットワークの試み(二ノ坂保喜 医師)	がんと共に安心して暮らせる地域を目指して(廣津美恵 看護師)
講師3	プライマリケア医の在宅緩和ケア(高橋昭彦 医師)	在宅志向のがん緩和リハビリテーション(安部能成 作業療法士)	離島在宅緩和医療の課題と展望(館野佑樹 医師)
講師4	在宅緩和ケア研修を体験して(田實武弥 医師)	在宅ケアのつながるカー訪問看護の専門性と展望(秋山正子 看護師)	在宅緩和ケアにおけるスマートフォンやクラウド型地域連携システムの活用(遠矢純一郎 医師)
講師5	がん看護専門看護師の立場から(宇野さつき CNS)		
講師6	気持ちと暮らしを繋ぐ在宅緩和ケアの地域連携(田村里子 MSW)		

けでは有り余る額だったので、有効活用として、「地域緩和ケアの教育研修のための国際シンポジウム」(第1回と第2回は、「在宅緩和ケアの教育研修のための国際シンポジウム」と題する勉強会を行った。国内外の地域緩和ケアの専門家のプレゼンテーションに加えて、聴衆も交えた約1時間の討論時間を設けたところがミソである。概要は、表1を参照されたい。詳細については、pdf版の報告書が旧講座のホームページからダウンロード可能である。

いずれの回のシンポジウムも熱いプレゼンテーションを各パネリストが行っただけでなく、一般の参加者からも積極的に質問・意見が出され、学びの多い会となった。

また、2013年3月10日には、「音楽とケアマインドの国際シンポジウム—緩和ケアのセラピストによる語りと奏で」と題して、コンサートチェロ奏者兼 art therapist の Claire Oppert さん、New

York で音楽療法士となった灘田篤子さん、臨床心理士でプロ級の二胡奏者である稲田美和子さんのレクチャーと演奏の会を行い、緩和ケアにおける音楽療法について深く考える場を設けることができた。

## 全体の評価

人・時・金・場所の4つがかみ合わなければ、とてもなしえなかったことではあるが、日本財団からいただいた「日本の医学生の緩和ケア教育の標準カリキュラムを作成、実践し、普及を図る」という使命の多くは達成されたと考えている。

前述の評価の中の、カリキュラム検討会議には、十数カ所の医学部・医科大学の緩和ケア教育担当者に参集いただいたが、普及させるというところまでは至っていない。その一番の理由は、ほとんどの大学には、このような緩和医療講座が3年前にはなく、大学間での差があまりにも大き

かったことによると考えている。ただ、ここ1、2年の流れをみていると徐々にではあるが、他大学でも緩和ケアの講義数の増加がみられている。また、国家試験用の補講資料の公開もホームページのアクセスの分析から多少なりとも寄与していると考えている。

また、シンポジウムを毎年開催することで、たんなる講義の資料作成と実践にとどまらず、将来の方向性、発展性を考えることもできた。

自己評価としては、dutyは果たすことができ、若干の上乗せもできたと考えている。

現在、財団の事業評価を行っている調査機関による評価待ちである。

---

## 展望

本寄附講座は、その去就が注目されていたが、3年間の契約によって、消滅した。ただし、業務はまったく変わらない。事業継続というのが寄附講座をお引き受けする時の条件だったからである。研究業績の上がない講座では、それが限界かもしれないが、捲土重来の念はもち続けている。

緩和ケアの領域は、いまだに非常に脆弱で、人も物も金も安定供給が難しい。せめて、多くの大学が連携しながら、滅びゆく伝統工芸にならないように発展に努める必要がある。その一助とすべく、現在web会議システムの構築を行いつつある。

また、カリキュラムは、講義形式で一方通行の情報提供となっているものが多く、改善の余地があると考えている。ただし、資料を他大学でも共用していただくには、現行形式の資料提供は必要と思われる。引き続き、より効果的なカリキュラムを皆さまのご指導を賜りながら育てていきたい。

## 参考文献

- 1) 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* 26 : 744-752, 2012
- 2) Arai Y, Okajima Y, Kotani K, et al: Prognostication Based on the Change in the Palliative Prognostic Index for Patients With Terminal Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Jul 20. pii: s0885-3924 (13) 00326-6 [Epub ahead of print]

## 4. 東京大学大学院 医学系研究科 緩和医療学講座

鎮西 美栄子\* 岩瀬 哲\* 今井 浩三\*

(\*東京大学医科学研究所附属病院)

東京大学大学院 医学系研究科 緩和医療学講座は、2014年春、初めて博士課程の大学院生を受け入れる予定である。これまでの経緯と現状を中心に簡単に報告する。

### 東京大学大学院 医学系研究科「緩和医療学」講座および医科学研究所附属病院における「緩和医療科」の新設について

2012年度から5年間、文部科学省補助金「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」が採択され、同年7月1日、東京大学大学院 医学系研究科に、「緩和医療学」講座が設置された。また、その企画の一環として、同年8月1日に東京大学医科学研究所附属病院（以下、医科研病院）に診療科として「緩和医療科」が新設された。

講座設置の目的として、講座長を兼ねる今井浩三病院長は、講座開設の挨拶の中で、「東京大学は、約10年の緩和ケア診療部の実績を有しておりますが、この機会に大学院医学系研究科に緩和医療学講座を設立して、多職種連携教育を確立し、総合的ながん緩和医療を展開するための理論と実践について系統的に研究することは、わが国に不足する緩和医療学の人材育成という観点から意義が認められるばかりでなく、わが国のがん研究・医療にとっても、大きなインパクトを有するものと考えます」と述べている。また、緩和医療科の新設については、「時代のニーズに呼応するものであり、医科学研究所のミッションでもある先端医療の実践とともに必要度を増す診療科と考えられます。これまで10年にわたり展開されてきた医学部附属病院における緩和ケア診療部と連携し、地域に密着しながら役割を果たしてまいり

たいと考えます。実際、この診療科の新設により、医科研病院と、港区が最近進めている『緩和在宅医療』との連携がさらに強化されることは自明であり、将来にわたり地域にも多大な貢献を果たせるものと考えています」と、その役割・目的を示した。

これらの構想については、2013年1月の全国がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン合同フォーラム（於、東京大学）で発表された（図1）。具体的には医科学研究所と医学部附属病院と地域支援組織が連携して、「先端的治療を安心して受けていただける緩和医療の実践」「多職種の専門職人材の育成」「オーダーメイド緩和医療の標準医療化」を推進する。

### 医科研病院の特色について

緩和医療科の診療母体となった医科研病院は、1894年に伝染病研究所附属病院として設立以来、近代ワクチン療法、顆粒球コロニー刺激因子の発見を含む造血幹細胞移植の開発<sup>1,2)</sup>などを通して、「基礎研究部門で得られた成果を実際の医療に役立てる」ことをテーマとして活動してきた。

造血幹細胞移植については、国際的にも初期段階から臨床研究を継続し、累計600例以上施行してきた。臍帯血移植の有効性を報告し、公的臍帯血バンクのモデルを医科研内に創設した<sup>3,4)</sup>。エイズ診療に関しては、他施設に先駆けて患者を受け入れ、早期からの研究を治療に反映させ、わが国における抗HIV治療ガイドラインの開発も担ってきた（<http://www.haart-support.jp/>）。外科系診療でも、新規凝固因子の血友病の関節置換術（国内最多）への適用、自己骨髄由来細胞を用い



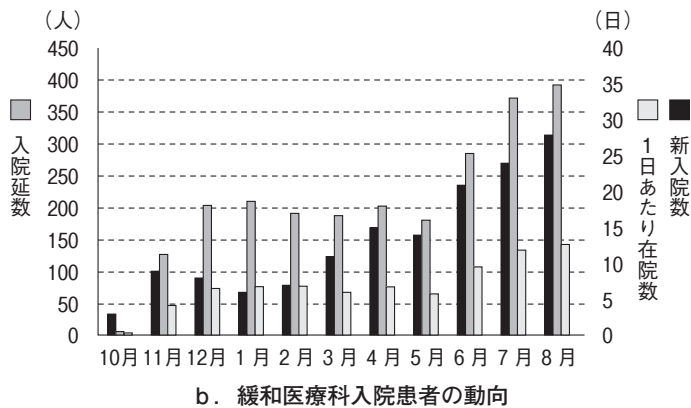
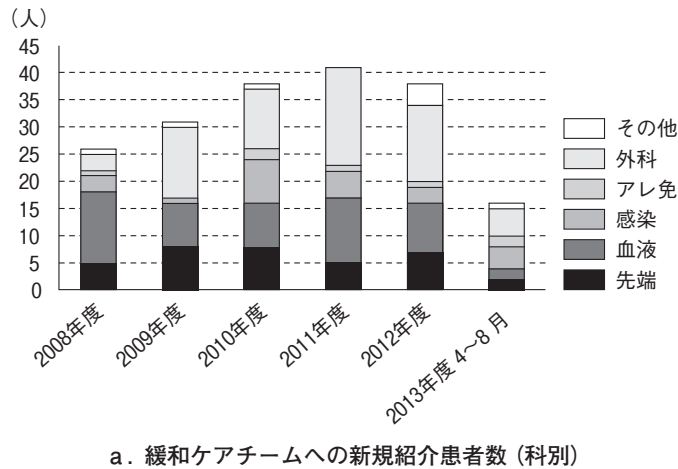


図2 緩和医療科活動の実績と現況

- a. 医科研病院緩和ケアチームへの、2008年度から2013年度8月までの各科から新規紹介患者数（入院患者で新たに依頼用紙提出のあった患者数）の推移を示す。外科：腫瘍外科，アレ免：アレルギー免疫科，感染：感染症内科，血液：血液腫瘍内科，先端：先端診療部，その他：脳腫瘍外科，関節外科など。
- b. 医科研病院では、2012年10月末に緩和医療科が主科として入院患者の受け入れを開始した。2013年8月までの月別入院患者の動向を示す。2013年度に入り、月別の入院延べ患者数（入院延数）、1日あたり在院数、新入院数（新患，再診含む）は急増している。

versus host disease) で肺移植待機の症例，大量ステロイド治療中の自己免疫性疾患，HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) 中に固形がんを発症した HIV 症例など，複数の問題に直面して心身両面の疲弊を抱える症例もまれではない。

## 2. 緩和医療科の病棟活動

2012年10月末から，緩和医療科が主科として入院患者の受け入れを開始した。東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部および関連病院の乳腺外来からの紹介患者が多い。2013年8月までの月別入院動向を示す (図2b)。

病棟常勤医は2名のため，当初配分された病床

数は3床だったが，2013年8月現在の1日あたり在院数は12.7人と激増している。8月の平均在院日数は12.7日と短く，地域や関連病院とのネットワークを活かし，患者の意向に沿い，家族の不安を軽減する在宅中心の退院支援システムの構築が進められている。退院支援において，緩和医療科・病棟・地域それぞれの多職種連携の力が非常に大きい (表1)。

## 教育と研究の展望について (図1)

### ① オーダーメイド緩和医療の標準化

当講座非常勤講師の池田和隆氏は，神経科学・



表 1 医科研病院緩和医療科 在宅事例の多職種協働

専門職	おもな仕事	活動場所
緩和医療科看護師	保険申請指導, 地域リソースの情報管理, ケアマネジャー・地域包括支援センターとの連携	外来, 病棟
病棟スタッフ	家族ダイナミクスの評価, 緩和ケアの提供	病棟
緩和医療科医師	身体 / 精神症状緩和, 意思決定支援	外来, 病棟
緩和医療科薬剤師	在宅で使用できる薬剤の選定, 服薬指導	病棟 (外来)
緩和医療科理学療法士	リハビリテーション, リンパ浮腫ドレナージ	病棟 (外来)
ケアマネジャー	在宅医, 訪問看護ステーション選定, 医科研との連携	病院, 在宅
在宅医	在宅での苦痛緩和, 緊急対応	在宅
訪問看護師	在宅看護, 家族指導	在宅

神経薬理学の第一人者で、国際的レベルで「遺伝子多型検査によるオーダーメイド疼痛治療の開発」の最先端の人材であり、医科研病院との共同研究歴も長い<sup>5)</sup>。氏の指導のもと、総合的なゲノム研究の実績をもつ医科研は、「オーダーメイド緩和医療の標準化」の夢を現実味をもって提案できる。

## ② 多職種の専門職人材の育成

当講座非常勤講師の細田満和子氏は、社会学者として長くチーム医療・生命倫理に関する研究に従事してきた<sup>6)</sup>。患者も含め、多様な価値観のせめぎ合いとなる緩和医療の現場で、より有効な多職種連携の構築に学際的なサポートが期待される。

## ③ 先端治療を支える緩和医療の実践

医科研病院内で日常的に展開されている悪性腫瘍などに関わる多彩な橋渡し研究・早期治験は、当院の使命であるが、一方で、全員に効果があるとは限らない。このような場合にも、最先端の緩和医療を研ぎすまし、これを実践する心構えで、最高の多職種連携を構築しながら、対応すべく日々奮闘している。その実践を通して、多くの人

材が輩出されることを期待している。

## 文 献

- 1) Asano S, Urabe A, Okabe T, et al: Demonstration of granulopoietic factor (s) in the plasma of nude mice transplanted with a human lung cancer and in the tumor tissue. *Blood* 49: 845-852, 1977
- 2) Nagata S, Tsuchiya M, Asano S, et al: Molecular cloning and expression of cDNA for human granulocyte colony-stimulating factor. *Nature* 319: 415-418, 1986
- 3) Takahashi S, Iseki T, Ooi J, et al: Single-institute comparative analysis of unrelated bone marrow transplantation and cord blood transplantation for adult patients with hematological malignancies. *Blood* 104: 3813-3820, 2004
- 4) Takahashi S, Ooi J, Tomonari A, et al: Comparative single-institute analysis of cord blood transplantation from unrelated donors with bone marrow or peripheral blood stem cell transplantation from related donors in adult patients with hematological malignancies after myeloablative conditioning regimen. *Blood* 109: 1322-1330, 2007
- 5) Ikeda K, Ide S, Han W, et al: How individual sensitivity to opiates can be predicted by gene analyses. *Trends Pharmacol Sci* 26: 311-317, 2005
- 6) 細田満和子：緩和ケアにおけるチーム医療の倫理—多様な価値観にどう向き合うか。緩和ケア 15: 110-115, 2005

## 5. 順天堂大学大学院 医学研究科 緩和医療学研究室

水嶋 章郎\*

(\*順天堂大学大学院 医学研究科 緩和医療学研究室)

### 順天堂大学のがん治療の特徴

順天堂大学（以下、本学）は1838年に開設された蘭方医学塾を祖とし、学是「仁」のもと、4学部6病院を擁する総合大学である。順天堂大学医学部附属順天堂医院（病床数1,020床）を中心に、6病院約3,200床（2013年9月現在）の臨床医療規模となり、おのおので独立また連携してがん治療や緩和医療を展開している。

本学の特徴は、大学病院としてはがん登録患者数が多いことである（表1）。現在、附属3病院が地域がん診療連携拠点病院の認定を受け、広範囲のがん治療が展開され、それに伴い緩和医療が提供されてきた経緯がある。

### 順天堂大学附属病院群の緩和ケア臨床

順天堂医院では、2003年1月に緩和ケアセンターが設立された。前年に認められた緩和ケア診療加算に適応する診療体制を整え、身体面を担当する麻酔・ペインクリニック科医、精神面を担当するメンタルクリニック科医、がん看護専門看護師、薬剤師をはじめとする緩和ケアチームによる診療が開始された。緩和ケア病棟は設置されていないが、入院患者のコンサルテーションや緩和ケア外来を通して、近年では全国有数の緩和ケア診療実績となっている（表2）。

### 順天堂大学の緩和医療に関する取り組み (表3)

2007年度、文部科学省の推進するがんプロフェッショナル養成プランにおいて、本学を主管

表1 がん診療連携拠点病院 院内がん登録  
全国上位施設(国立がん研究センター  
2010年全国集計)

医療機関	登録実数
がん研有明病院	8,620
国立がん研究センター中央病院	6,636
静岡県立がんセンター	5,843
国立がん研究センター東病院	4,679
千葉県立がんセンター	4,216
東京女子医大病院	3,957
埼玉医科大国際医療センター	3,918
都立駒込病院	3,620
順天堂大学付属順天堂医院	3,570
京都大学病院	3,563
… (略)	…
順天堂大学浦安病院	1,503
順天堂大学静岡病院	1,454

データ提供を依頼した施設(388)と集計対象施設(387)の全登録数

とする5大学で「実践的・横断的がん生涯教育センターの創設」事業(5年計画)が採択された(表4)。それに呼応してがん生涯教育センターが設立され、悪性腫瘍科学研究室が発足し、大学院教育のみならず、医学部生へも緩和医療分野の講義や臨床実習が開始された。続く2012年度には、がんプロフェッショナル養成基盤推進プランで、本学を主管とする7大学で「ICTと人で繋ぐ医療維新プラン」事業(5年計画)が採択された(表5)。本学では、これまであった悪性腫瘍科学研究室を発展的に解消し、がんに特化した腫瘍内科学研究室と独立した緩和医療学研究室が発足した。

「自然科学と人間科学を統合した緩和ケア学の確立と教育・実践、緩和医療医養成、緩和ケアに関心を有する医療従事者の育成、緩和ケア領域における臨床研究」を行うべく、豊富な附属病院の

表2 おもな医療機関の「緩和ケア」診療実績（2013年3月3日読売新聞朝刊より抜粋）

医療機関		入院患者	外来患者	専従医師	専従看護師	備考
東京	国立がん研究センター中央病院	754	146	8	1	東京 2 位
	順天堂大学（順天堂医院）	412	106	1	3	
	がん研有明病院*	383	653	2	2	
	日本赤十字社医療センター*	277	137	1	1	
	東邦大学大森病院	273	28	1	2	
	昭和大学病院	262	80	1	1	
	都立駒込病院*	238	336	1	1	
	NTT 東日本関東病院*	238	288	1	1	
	慶応大学病院	236	82	4	3	
	青梅市立総合病院	235	83	0	1	
	…（略）					
	順天堂大学練馬病院	118	10	1	1	東京 23 位
千葉	順天堂大学浦安病院	126	25	1	1	千葉 5 位
静岡	順天堂大学静岡病院	117	254	1	1	静岡 9 位

患者数は 2011 年度の実人数

\*は緩和ケア病棟のある病院

表3 順天堂大学の緩和医療に関する取り組み

2003年	順天堂医院 緩和ケアセンター設立，緩和ケアチーム診療開始
2007年	がんプロフェッショナル養成プラン採択 順天堂大学大学院医学研究科 がん生涯教育センター設立 医学部 緩和分野としての講義・臨床実習開始
2012年	がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン採択 順天堂大学大学院医学研究科 悪性腫瘍科学研究室 改組 →がんに特化した2講座の設立（緩和医療学研究室，腫瘍内科学研究室）

表5 2007年度～（5年計画）がんプロフェッショナル養成プラン

コース	講義	履修者数
大学院コース (修士，博士)	がん専門医師（放射線療法，化学療法，緩和ケア）	66
	がん専門看護師	7
	がん専門薬剤師	35
	医学物理士	16
インテンシブコース	がん専門医師＋医学物理士	157

事業名称：「実践的・横断的がん生涯教育センターの創設」

連携大学：順天堂大学，新潟大学，明治薬科大学，東京理科大学，立教大学

表4 2012年度～（5年計画）がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

コース	各大学担当分野	担当大学
大学院コース (修士，博士)	がん研究医	順天堂大学
	がん化学療法	島根大学
	緩和医療	岩手医科大学
	がん専門看護師	鳥取大学
	創薬医科学	東京理科大学
	薬剤師	明治薬科大学
インテンシブコース	医学物理士	立教大学
	がん治療	順天堂大学
	地域がん認定医療	島根大学・鳥取大学
	トランスレーショナルリサーチマネージメント，レギュラトリーサイエンス	岩手医科大学

事業名称：「ICTと人で繋ぐ医療維新プラン」

連携大学：順天堂大学，島根大学，鳥取大学，岩手医科大学，東京理科大学，明治薬科大学，立教大学

臨床例を背景に，さらなる緩和医療の拡充を目指している。

しかしながら，現状では，緩和医療専門医数は必ずしも充足されているとはいえないものがある。超高齢化社会を迎えるわが国では，がん患者数の増加とともに緩和医療専門医の社会的ニーズが高まることが予想され，高い専門性をもった緩和医療医の数的充足が喫緊の課題と考えている。

## 6. 帝京大学 緩和医療学講座

大澤 岳史\* 有賀 悦子\*

(\*帝京大学 緩和医療学講座)

### 帝京大学におけるがん医療と緩和ケア

2007年のがん対策基本法制定後、翌年に帝京大学医学部附属病院は地域がん診療連携拠点病院に指定され、帝京がんセンターも発足した。地域のがん医療提供を行う医療機関の整備、連携協力体制の整備、がん患者に対する相談支援および情報提供を行っている。

緩和ケア領域では2007年に緩和ケアチームを再構築し、年2回の緩和ケア研修会、院内外医療者向けの緩和ケア勉強会を実施している。専門医の育成は重要な課題で、2009年に日本緩和医療学会認定研修施設の認定を受け、2013年4月には緩和医療学講座（以下、当講座）が開設された。2014年2月現在、専従3名（教授、講師、助教各1名）、兼任1名、大学院生2名の計6名が在籍している。

### がんプロフェッショナル養成基盤推進プランにおける帝京大学緩和医療学講座の取り組み—当講座の立ち上げ

2012年4月、都市型がん医療連携を担う人材の実践的教育を目的に、杏林大学、駒澤大学、東京女子医科大学と共に大学院教育の一環として、文部科学省のプロジェクトであるがんプロフェッショナル養成基盤推進プランを開始した。

この中で、緩和医療領域は本学に独立した講座を立ち上げて担当することとなり、国民に信頼される緩和医療の実践的リーダーとして、施設を超えたコンサルテーション力と次世代を教育するスキルをもった緩和医療専門医の育成をミッションとしている。その達成に際して、求められる能力として、患者の苦痛の包括的評価、心理社会的・

スピリチュアルな問題への対処、家族のケアや支援、死にゆく過程の倫理的問題の理解と患者自律性の尊重、学際的チームマネジメント、経験した症例を吟味し、自らスキルアップしていく手段の獲得、教育指導スキル、研究報告の実施などを挙げている。

将来、この人材によって、がん診療連携拠点病院に質の高い緩和ケアチームが整備され、緩和医療地域コンサルテーション体制の開始や、休職医師らに対する再トレーニングにより活用できる人材が増加することで、緩和医療専門医や緩和ケアメディカルスタッフ教育が推進され、次世代の人材をさらに育成することにつながることを期待している。

### 当講座の教育の現状

#### ① 卒前教育

学生講義には症候学的アプローチによる身体症状コントロールの基本、精神的ケア、心理社会的ケア、スピリチュアルケアが盛り込まれている。

2013年度の講義時間は、1年生 医学序論90分、3年生 腫瘍学講義90分、4年生 緩和医療学720分、6年生 総合講義90分が割り当てられている。5年生では、全員が緩和ケアチームで半日実習を行うとともに、2013年度より4年生講義においてコミュニケーション・ロールプレイを取り入れ、多職種チーム医療の中で求められるコミュニケーション・スキルを経験することを目指している。さらに、身体・精神症状にとどまらず終末期における倫理的問題を取り扱い、自律尊重の重要性に関して学習する方針である。

主科目	緩和医療学	副科目	有・無
-----	-------	-----	-----

指導教員	教授	准教授	講師	助教	客員教授・その他
	◎有賀 悦子		大澤 岳史 大野 智	黛 芽衣子	浅井 真理子 (非常勤講師) 赤穂 理絵 (非常勤講師)

教育目標	国民に信頼される緩和医療の実践的リーダーで、施設を超えたコンサルテーション力と次世代を教育するスキルを持った緩和医療専門医を育成することを目標とする。 症候学的臨床トレーニング、チーム運営演習を緩和ケアチーム下で、個別ニーズに対応させ、実施することで実践的臨床能力を身につける。臨床推論、多職種や医学生への指導を通し、教育技法を修得する。研究の立案から発表・報告を通し、人のQOLに関する学際的アプローチができる人材を育成する。
------	---

行動目標	①患者の苦痛を包括的に評価できる。 ②患者の痛みなどの身体的症状を評価し、緩和できる。 ③患者の精神・心理社会的・スピリチュアルな問題に対処できる。 ④患者の療養から死別後も、家族が対処できるようケア・支援できる。 ⑤死にゆく過程の倫理的問題を理解し、患者の自律性を尊重できる。 ⑥学際的チームをマネジメントできる。 ⑦多職種、医学部学生、研修医の指導ができる。 ⑧指導医のもと、研究を遂行し報告できる。
------	---

	タイトル	開催日時	担当教員
講義	緩和医療学特論Ⅰ	8/25, 9/4, 11, 18, 25 16:50~20:00	有賀, 大澤, 大野, 黛, 浅井, 赤穂
	緩和医療学特論Ⅱ	5/31, 6/1	有賀, 大澤, 大野, 黛, 赤穂
実習	コンサルテーション実習 (臨床推論・症候学実習)	月~土曜 9:00~	大澤, 大野, 黛
	外来緩和ケア実習	月・水・木曜 13:00~15:00	有賀, 大野・大澤
	地域医療実習	月~土曜 2日間以上	有賀, 関連施設
	緩和ケア病棟実習	月~土曜 2日間以上	有賀, 関連施設
演習	症候学的問題解決演習	別途指示	有賀, 大澤, 大野, 黛
	コミュニケーション演習	別途指示	浅井ほか
	BS ティーチングミーティング	月水金曜 10:30~12:00	有賀, 大澤, 大野, 黛
	BS ティーチングラウンド	木曜 9:00~10:30	有賀, 大澤, 大野, 黛
	院生グラウンドラウンド	年1回以上	指導:有賀, 担当:各院生持ち回り
	多職種カンファレンス	木曜 16:00~17:30	黛 (認定看護師, 薬剤師, MSW, リハビリテーション部, NST)
	他科との合同カンファレンス	月1回	大澤ほか
	ジャーナルクラブ	随時 (60分)	大野ほか
	リサーチミーティング	随時 (60分)	大野ほか

学習方略	①学習開始時に、履修計画を担当教員と作成し、それに基づき学習を進める。 ②講義は、参加型で進められ、討論、小グループワーク、症例提示などを通して履修する。 ③実習：症候学的手法による病態評価と治療方法をベッドサイドにおいて修得する。プレゼンテーショントレーニング、アテンディングによるBS ティーチングラウンド、多職種を含むPeer-reviewを併行する。記録はポートフォリオ形式で自主学習し、担当医との対面指導を定期的に行い、専門医申請時に症例として提出する。 ④院生グラウンドラウンド：各院生が自分で発表したいことについて、1時間レクチャーを実施する。 ⑤外来：On site teaching ⑥関連施設と提携し、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和医療（在宅療養支援診療所）などでの研修を行い、多形態緩和医療およびチーム医療を履修する。 ⑦ジャーナルクラブは、インターネットを用い、クラウドによる文献、作成資料を提出し、発表・討論する。Oxford Textbook of Palliative Medicine 1)、臨床症例に関する英語文献を中心に読む。4年間で1)は完読することを目指す。
------	---

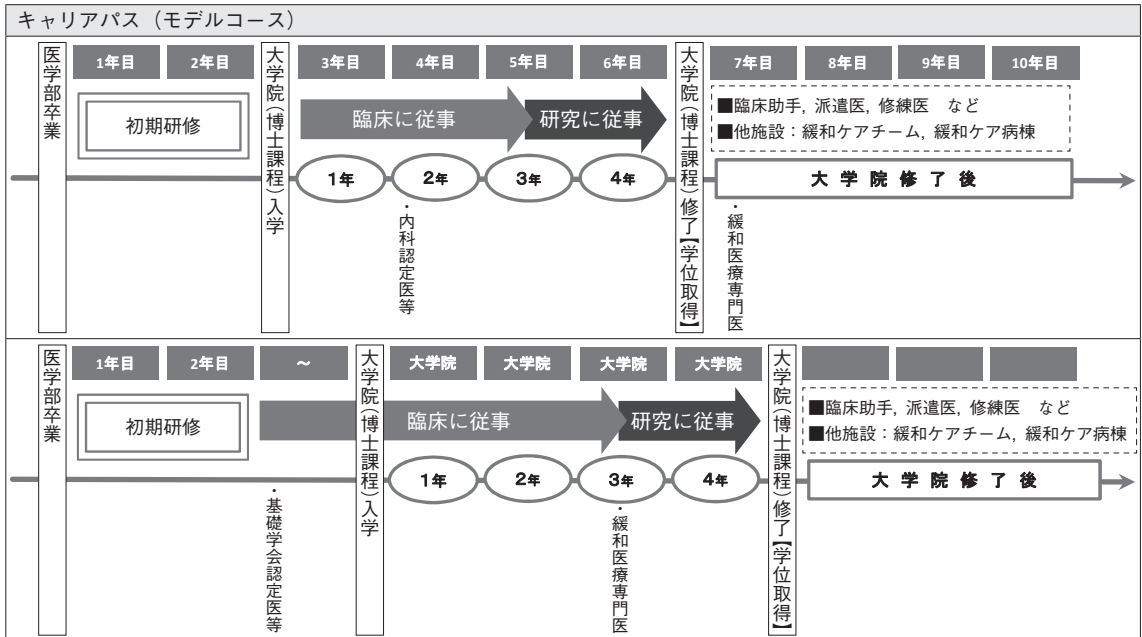
事前準備	Oxford Textbook of Palliative Medicine の講義該当箇所、ユネスコ生命倫理学必修、その他指定された教材を事前に読んでおくこと。
------	---

評価	受講態度（課題への取り組み方、プレゼンテーション、討論など）、チーム協調性、臨床能力を総合的に評価する。多職種評価、関連施設評価も重視する。ジャーナルクラブ（論文読解発表）4回以上担当、グラウンドラウンド11回、学会発表1回以上。
----	---

図1 当講座大学院シラバス

I. 緩和ケアにおける専門医教育の現状と課題

<p><b>関連科目</b></p> <p>副科目：がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン指定コースおよび帝京大学大学院医学研究科副科目の中から、担当教員と話し合い、関連領域を1科目以上、3カ月コースまたは講義・演習コースにて履修する。 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン指定コースの選択も可能である。</p> <p>(帝京)     がんを診る総合医養成コース             臨床研究グループリーダー養成コース             がん専門的手技実地体験コース             基本的緩和ケア医療人養成コース</p> <p>(女子医大) 地域医療を担うがん治療専門医復職支援コース</p> <p>(杏林)     臨床試験コーディネーター養成コース</p> <p>共通科目：がんプロフェッショナル養成基盤推進プラングループ大学指定共通科目から選択。</p> <p><b>関連する専門医資格</b></p> <p>1) 臨床研修修了および本コース4年修了(卒業最短6年)にて、日本緩和医療学会専門医申請可能 2) 臨床研修修了を含む卒業5年を経て、本コースのうち専門的臨床研修2年間(卒業最短7年)にて、日本緩和医療学会専門医申請可能</p>
--



※社会人卒のキャリアパスについては、各講座にお問い合わせください。

<p><b>〈副科目〉</b></p>	<p>1) 臨床経験を有し実践的に基本的な緩和ケアを学びたい医療人 (医師, 看護師, 薬剤師, ソーシャルワーカー, ケアマネジャー, 他)</p> <p>2) 緩和医療学以外の分野を専攻する院生 (医師), 後期研修医</p>
<p><b>履修期間と単位</b></p>	<p>指導医のもと緩和ケアチーム・外来における臨床履修3カ月以上1年以内で8単位, 講義・演習15時間の履修で1単位とする。</p>
<p><b>一般教育目標</b></p>	<p>がん患者・家族に切れ目のないがん緩和ケアを提供するために、がん治療病院や地域の医療機関において、がん患者のQOL維持・向上の視点をもった基本的な緩和ケアを実践できる地域総合医療を担う医療人を育成する。</p>
<p><b>行動目標</b></p>	<p>①福祉, 教育, 行政を含む学際的チームによる医療ケア, 構成員の役割, 連携について説明できる。 ②がん患者の身体・精神的症状, 心理社会的・スピリチュアルな問題に対して, 包括的評価を行い, 検査結果を吟味, 基本的な緩和的対処が立案できる。 ③自己の限界を提示し, 専門家へ依頼し問題解決に近づくことができる。</p>
<p><b>学習方略</b></p>	<p>1) 3か月緩和ケアチーム実習コース     指定された時間数, 学会認定指導医のもと, 緩和ケア研修に担当医として従事, BSティーチングラウンドトレーニングを受ける。主科目「緩和医療学」の講義/実習/演習を履修し, 合わせて8単位が取得できる。</p> <p>2) 講義・演習コース     他科とのカンファレンス, BSティーチングラウンド, 多職種カンファレンス各2回以上に参加して1単位を取得できる。</p>
<p><b>到達度と評価</b></p>	<p>3カ月の緩和ケア実習コースでは, 評価表(自己および担当教員評価)の提出, 担当する学会認定指導医と教員による実習態度で評価される。講義・演習コースでは出席状況と発言状況により教員が評価する。</p>

## ② 大学院（専門的緩和医療医師養成コース）

緩和医療学の大学院シラバスを図1に示す。

大学院コースは、一般コースと、地域で働きながら学位取得を目指す社会人コースとに分類される。コース開始1年目の現在、2名の学生が所属している。カリキュラムは担当教員と相談のうえで計画し、講義またはe-learningを履修しつつ、リサーチミーティングやジャーナルクラブを通して緩和医療分野での研究論文をはじめとする専門教育で学位取得を目指す。臨床面では、症候学的臨床トレーニングや緩和ケアチーム運営、ポートフォリオ、臨床推論を学ぶ。希望に応じて院外の緩和ケア病棟や在宅医療なども経験可能となっている。緩和医療学におけるキャリアパスも図1に示されている。

2013年度は8回シリーズの公開講義としており、第3回目の時点で院内外から延べ63名の聴講者となっている。勤務などですべて受講することが難しい場合、e-learningで受講できる。

また、学内他専門コースの大学院生で、がん治療分野のコースの学生（腫瘍内科、泌尿器科、消化器内科、微生物病態生理）が緩和医療分野の講義を選択し、がんプログループ内での学生や教員も交流している。

## ③ インテンシブコース（基本的緩和ケア医療人養成コース）

インテンシブコースは、短期間でスキルアップを目指すコースである。希望の日程を選択し、10日間（80時間）行うアドバンスコースと、1日もしくは2日で集中して行う基礎コースに分かれる。アドバンスコースは、年度をまたがない1年間の内に10日間を自由に選択可能なコースであるが、臨床現場に入ることから、曜日を限定した実習設定としている。

このコースは、地域の多職種医療者を対象にしており、大学内の臨床実習・演習、カンファレンスを通して、地域に応用する基本的緩和ケアを実践できる医療人の養成を目的としている。学際的チームによる医療ケア、構成員の役割や連携について説明できること、がん患者の苦痛の包括的評価を行い、検査結果を吟味し、基本的緩和ケア対



図2 がんを知ろう！ 帝京サマースクール

処が立案できること、自己の限界を提示し、専門家へ依頼することで問題解決に近づくことができることなどを目標としている。がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン開始初年度、アドバンスコース（80時間）1名、基礎コース（1～2日）4名受講、2年目の2013年度は、アドバンスコースが9名、基礎コースが7名となっている（2014年2月1日現在）。

また、このインテンシブコースは、当学薬学部大学院の単位認定がなされており、2013年度は1名受講した。さらに、2014年度には看護学科における大学院の単位認定も検討されている。このように、直接本事業に参画していないプログラムにおいて、各職種の専門教育に活用されていることも特徴である。

さらに、地域医療への貢献として、活発なセミナー開催を行っている。可能なかぎりシリーズ化し、地域医療者が多忙な中でも継続的に学ぶ場をもってもらえるよう設定している。

## ④ 市民啓発活動

がん医療・緩和医療は、十分国民へ浸透しているとはいいがたいのが現状で、本事業においても、地域住民や市民に対して、啓発活動を実施していることを1つの柱として捉えている。

2012年度は乳がんをテーマとした市民公開講座を開講し、223名の参加者を得た。また、2013年の夏休み期間に地域近隣小学生5、6年生39名を対象に「がんを知ろう！ 帝京サマースクール」を開催し、たいへん好評をいただいた（図2）。

2014年3月までには、緩和医療をテーマとした一般市民公開講座や大学生と生きることを討論する「well-beingを考える」というワークショップ型サイエンスカフェを予定している。

含めた帝京大学における緩和ケア教育について紹介した。講座が開設されたばかりであるが、今後さらに教育・研究体制を充実させ、当講座から地域やわが国の緩和医療を牽引していくような人材を育成したいと考えている。

---

## おわりに

がんプロフェッショナル養成基盤推進プランを



# 7. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 臨床腫瘍学分野

三宅 智<sup>\*,\*\*</sup>

(<sup>\*</sup>東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 臨床腫瘍学分野,  
<sup>\*\*</sup>東京医科歯科大学医学部附属病院 腫瘍センター)

## はじめに

東京医科歯科大学（以下、本学）では、従来より緩和医療学については心身・緩和医療学分野の松島英介教授（サイコオンコロジー）が担当してきたが、臨床、教育において身体症状を担当する医師は長らく不在であった。

以下に、2012年以降の本学における緩和ケアについての動向を紹介する。

## 臨床腫瘍学分野の新設（全人的医療開発学講座、大学院医歯学総合研究科）

2012年1月の時点で、臨床腫瘍学分野（以下、当分野）新設が決定され、担当として緩和医療学（身体）の筆者が選出された。その後、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」（以下、がんプロ）が正式に認められたため、同プランの予算で特任准教授（消化器がんの化学療法担当）と特任助教（肺がんの化学療法担当）がスタッフとして充当された。よって、当分野は通常の方野とがんプロのハイブリッドの形態となっている。

また、当分野は緩和医療学のみならずがん化学療法についても担当している。本学が基幹校を務める「次世代がん治療推進専門家養成プラン」の運営も担当している。

## 腫瘍センターの新設（医学部附属病院）

大学院の方野である臨床腫瘍学分野に対応する診療部門として、2012年7月に腫瘍センターが発足した。同センターは、緩和ケア部門、化学療

法部門、がん相談支援部門、がん登録部門、がん診療連携部門の5部門からなり、医員2名と医療ソーシャルワーカー1名の職員が配備されており、センター長、副センター長3名は兼任となっている。

このうち緩和ケア部門では、緩和ケアチームと総合がん・緩和ケア外来を開設し、がんプロにおける緩和ケア実習に対応している。また、がん診療連携部門では診療科、部門横断的に月1回のキャンサーボードを開催しているが、キャンサーボードへの参加をがんプロの実践演習としても認定している。

## 卒業教育

### ① 大学院

「次世代がん治療推進専門家養成プラン」では、緩和医療専門医、化学療法専門医、放射線専門医、低侵襲がん治療専門医、がん臨床研究・エビデンス実践医療人、総合腫瘍医を養成するコースが設けられている。医師以外では医学物理士、放射線治療品質管理士、がん医療事務職員（がん登録、地域支援、医事会計）を養成するコースがある。

緩和ケアに関連する講義として下記①、②、③を開講している。

①緩和医療学・精神腫瘍学（月曜～金曜 18時30分～21時30分×6週〈計6単位〉）

基礎＝緩和医療学概論、精神腫瘍学特論、緩和ケアにおける身体症状へのアプローチ  
応用＝症状マネジメント（基本編、応用編）、緩和ケア実践

②臨床腫瘍学特論（月曜～木曜 18時30分～

21 時 30 分 × 2 週 (計 2 単位)

③保健衛生学研究科で、年間 2 コマの講義

## ② 研修医

研修医イブニングセミナー（金曜 18 時 30 分～19 時 30 分）の枠内で、年に 1 回の講義を行っている。2013 年度は 8 月 23 日に“緩和ケアの今”というタイトルで行った。また、血液内科をローテートしている研修医に対して、疼痛についてのクルズス（1 時間）を行っている。

## 卒前教育

血液・腫瘍ブロック（医学部 3 年次）で、2 週間のうち 5 コマの講義を行っている。内訳は、緩和医療学 3 コマ、精神腫瘍学 1 コマ、チーム医療 1 コマの構成となっている。また、2013 年度より医歯学融合教育の倫理の一部（医・歯学部 5 年次）として、終末期医療 1 コマの講義を行っている。医学部 6 年次のクリニカルクラークシップにおいて、血液内科での実習期間中に疼痛についてのクルズスを行っている。

大学院分野の責任者は、医学科学生各学年 2～3 名程度の担任となるが、年 2 回の縦断チュートリアルを行い、1 時間程度のディスカッションを行っている。また、プロジェクト Semester（自由選択学習：医学部 4 年次に 5 カ月間の分野配属。2013 年度は 7 名希望あり、2 名を受け入れ）では、院内の緩和ケア実習および院外の緩和ケア病棟での実習あるいは短期国外留学（カナダトロント大学）などのコースを用意している。

学外での講義として、4 大学連合（東京工業大学、一橋大学、東京外国語大学、本学）の活動の一環として、2013 年度より、東京外国語大学の集中講義で 1 コマの緩和ケア・臨床腫瘍学についての講義を行っている。

## 多職種

多職種を対象とした講演会を、医科歯科緩和ケア勉強会（1 回/2 月）として開催している。

適宜、院外講師も招聘し、緩和ケアに関する最

新の情報を提供するように心掛けている。また、東京都緩和ケア研修会（PEACE プロジェクト）を年 1 回開催し、医師のほか、歯科医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、臨床心理士、歯科衛生士など多職種の参加を得ている。

## 一般市民

一般市民を対象とした大学公開講座の中で、年に 1 回の緩和ケアについての講演を行っている。また、がん患者団体支援機構と協働して、月 1 回のがんサロンを開催し、毎回 20 名程度の参加者がある。今後は、がんプロあるいはプロジェクト Semester の緩和ケア実習の一環として、学生の参加を予定している。

がんサロンを運営するファシリテーターを養成するために、年 1 回 3 日間のピアサポーター養成講座の開催に協力し、緩和ケア、臨床腫瘍学概論についての講義を行っている。また、年 1 回開催されるがん患者大集会に協力し、会場の提供やサテライトシンポジウムの開催などを行い、大学院学生、学部学生の参加を呼び掛けている。2013 年度からはリレーフォーライフに東京医科歯科大学腫瘍センターとして参加し、職員、学生の参加も得て、一般市民やがんサバイバーとの連携にも力を入れている。

## ネットワーク

地域との病病および病診連携の構築のため、東京緩和ケア研究会、多施設緩和ケア研究会、城南緩和ケア研究会などに積極的に参加し、地域との連携を強化している。また、東京都緩和医療研究会の立ち上げ、がんプロの緩和医療部会のメンバーとして大学間などの連携強化も図っている。

本学は緩和ケア病棟を有していないため、関連施設である豊島病院、友愛記念病院、栃木県立がんセンター、土浦協同病院（2015 年度新設予定）の緩和ケア病棟と連携を構築している。そのほかにも、静岡県立静岡がんセンター、川崎市立井田病院、NTT 東日本関東病院、日本赤十字社医療

センター，聖路加国際病院などの緩和ケア病棟での学生見学も行っている。がんプロで連携している秋田大学，弘前大学では，腫瘍内科領域での学生実習を行っている。

ついたばかりであり，教育スタッフについても十分な数が確保できていない。しかしながら，上記のようにさまざまな取り組みを開始しており，今後は，がんプロ受講生の増加や緩和ケア教育体制の強化を進めていきたい。

---

## おわりに

本学における緩和ケア教育は，まだその端緒に

## 8. 藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座

東口 高志\* 森 直治\* 伊藤 彰博\*

(\*藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座)

### 藤田保健衛生大学における緩和ケア

藤田保健衛生大学（以下、本学）における緩和ケアは、外科・緩和医療学講座（以下、当講座）が中心となり、精神科、麻酔科をはじめとする他の診療科や、リハビリテーション部、栄養サポートチームなどの部門ならびに地域連携部門とも綿密に関連しながら、院内外にわたり大きく展開している。

本学における緩和ケアの歴史は古く、緩和ケアの本幹をなす緩和ケア病棟は、1987年に三重県津市の七栗サナトリウム（第3教育病院）の建設に際して、すでに設置され、1997年に大学病院としてはわが国で初めて認可を受けている。

2003年に、わが国初、また世界では23番目の緩和医療学講座として、当講座が誕生した。講座開設以来、①癒し環境の構築、②全人的医療の実践、③緩和ケアNST（栄養サポートチーム）の設立、④コミュニティの確立、⑤腫瘍学の導入の5本の柱を、さらに2012年からは、⑥自立型地域連携の創設、を加えて6本柱とした。そして、質の高い緩和医療提供を、臨床、研究、および教育の3方面で展開している。

2010年には愛知県豊明市の第1教育病院に、新たに緩和ケアセンターが開設され、緩和ケアチーム、緩和外来と一体となった緩和ケア体制を構築するとともに、全国最大規模の大学病院で、トップクラスの最新医療を展開する急性期病院の第1教育病院と、専門性の高い医療施設である七栗サナトリウムという2つの特色ある教育施設での緩和ケア教育の実践が可能となった。さらに、2012年には当講座の連携医療施設として済生会松阪総合病院に20床の緩和ケア病棟が誕生し、

一般急性期病院における緩和ケアに触れる機会が加わった。

第1教育病院と七栗サナトリウムは、すでにそれぞれ愛知豊明地域連携ネットワーク、三重中勢地域連携ネットワークという2つの地域連携ネットワークの中核病院として機能している。また、今後のわが国の根幹をなすであろう地域医療連携の構築にも重点的に取り組んでいる。

### 卒前・卒後教育と専門医教育

#### ① 卒前・卒後教育

医師の緩和ケア教育の基礎となる、医学部教育においては、現在、4年次の「緩和医療学」の9コマ（計810分）の系統講義をはじめ、1年次の「病と死の人間学」や、3年次の「腫瘍学」においても緩和ケアを扱い、5年次には第1教育病院と、七栗サナトリウムにおいて、それぞれ1週間の臨床実習を行うなど、他に類をみない緩和ケアを重視した教育カリキュラムを組んでいる。

当講座が行う医学研究科博士課程における大学院教育では、緩和医療学のみならず、代謝栄養学、腫瘍学の3分野を重要テーマとして、相互に関連する3つの分野すべてについて精通する医療人および研究者の育成を目指している。そして、緩和医療の知識やスキルはもちろんのこと、がん悪液質の解明、がんの進行と生体反応、終末期患者の代謝動態と病態生理など、代謝・栄養学を駆使した緩和医療の修得や研究を行う特徴的なカリキュラムを用意している。

#### ② 専門医教育

2008年からスタートした藤田がんプロフェッ

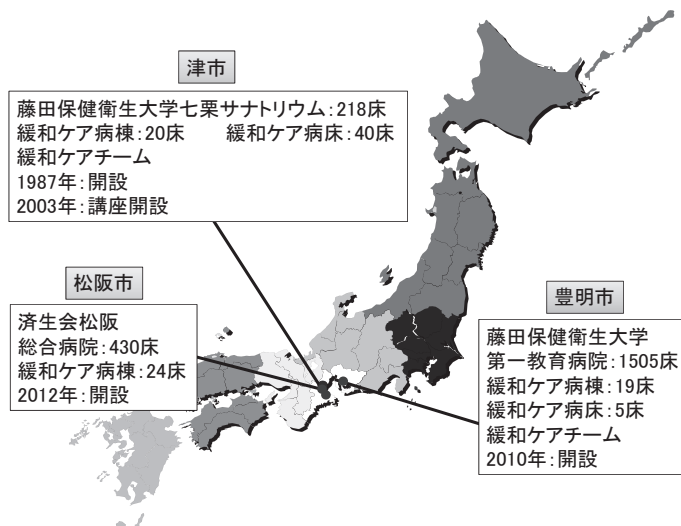


図1 藤田保健衛生大学外科・緩和医療学講座の医療体制

シヨナル養成基盤推進プラン 腫瘍専門医・緩和医療専門医養成コースは、学位を有するがん専門医の養成を目指すものであり、腫瘍に関わる臨床講座を担う人材を育てることを目標としている。①基礎腫瘍学、②腫瘍治療学、③緩和医療学（代謝栄養学を含む）、の3分野を重要テーマとして、各種セミナーによってこれらを修得し、希望に応じて、日本緩和医療学会専門医の資格要件を満たすように臨床研修を行うこととしている。

また、インテンシブコースとして地域腫瘍専門医・緩和医療専門医養成コースを設けており、各科の基本学会の認定医あるいは専門医の資格を取得している。または、それと同等以上の臨床経験を有する医師を対象として、総合診療医など一般内科の知識をもち、地域でのがん診療を担える医師、ならびにがん薬物療法専門医を取得し、臓器横断的にがんを診断・治療できる、地域でのがん診療の中心的存在となる医師を養成することを目的として、外来化学療法室、緩和ケア病棟、他科病棟における診療を通して、多職種からなるチーム医療の実際とがん症例を経験することで、緩和医療の専門医の育成するカリキュラムを組んでいる。

### ③ 緩和ケア研修会

多くの医師を抱える藤田保健衛生大学では、がん医療に携わるすべての医師に緩和ケア研修会受講を目指し、かつ研修医はその修講を義務

づけている。そのために PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) の緩和ケア研修会を年3回行っており、大学内外の医師の研修会修了者はすでに300名を超えている。また、第1教育病院、七栗サナトリウムにおける院内の種々の緩和ケアセミナー、勉強会はもとより、愛知、三重両県で、愛知緩和医療研究会、豊明緩和医療研究会、三重緩和医療研究会、三重中勢緩和ケア研究会、七栗緩和ケアセミナーなどの緩和ケアに関係した研究会を発足させ、その中心的役割を果たしている。

### おわりに

本学、そして当講座は、わが国における緩和ケアおよび緩和ケア教育のパイオニアとして、充実した講師陣、教育カリキュラムをはじめ、ハード、ソフト両面でわが国随一の充実した教育、研修体制を構築している。しかし、年々高まる地域医療における緩和ケア医師のニーズに対して、当講座のスタッフ数や専門医を目指す人材の確保は、いまだ十分とはいえず、緩和ケアの専門医教育を充実させていくうえでの最大の課題となっている。医学生の時から緩和ケアに慣れ親しんだ世代が、多く医師となり、緩和ケアの専門医を目指してくれることに期待している。

## 9. 京都府立医科大学 疼痛緩和医療学講座

深澤 圭太\* 細川 豊史\*

(\*京都府立医科大学 疼痛緩和医療学講座)

京都府立医科大学（以下、本学）における包括的緩和医療専門医育成コース・疼痛緩和医療部での緩和医療に対する教育について、現状と課題を概説する。

### 包括的緩和医療専門医育成コース

人材養成によりがん患者に対して全人的ケアの実践が拡充し、院内のがん医療の質の向上、さらに、緩和専門医を大学外に派遣することで京都府内における質の高い緩和医療の拡充を図ることを目的とする。大学院生を対象に、緩和医療専門医としてがん疼痛管理に精通しつつ全人的苦痛に対する全人的ケアを行えるとともに、さらになんか医療全般の知識を有し、放射線治療や抗がん剤治療についても豊富な知識を有し、看護師や薬剤師などとのチーム医療が実践できる国際的に活躍する能力を有する緩和ケア医師の育成を目指して包括的緩和医療専門医育成コースを設立している。

具体的な研修目標としては、まずはさまざまな症状のマネジメント、腫瘍学として各種悪性腫瘍の病態や治療法の理解、心理社会的側面の理解、スピリチュアルな側面の理解、倫理的側面の理解、そして緩和医療に欠かせないチームワークとマネジメントを身につけることである（表1）。

実際の臨床研修スケジュールは表2の通りである。初めの2年間は、本学の疼痛緩和医療部と連携し、緩和ケア病棟・外来での初期研修を行い、臨床の基本的な知識を身につけながら腫瘍学系統講義の履修する。キャンサーボードへの参加や、希望者は腫瘍関連各科へのローテートも可能である。3・4年目は、実際に緩和ケアチームや在宅緩和ケアなどを研修しながら臨床研究を行い、日本緩和医療学会などでの発表および論文投稿を

表1 具体的な目標

1. 症状マネジメント
  - ①患者の苦痛を全人的苦痛（total pain）として理解し、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな側面からケアを行うことができる
  - ②症状の早期発見、治療や予防について常に配慮することができる
  - ③鎮痛薬（オピオイド、非オピオイド）や鎮痛補助薬の正しい理解と実践
  - ④非薬物療法（放射線療法、外科的療法、神経ブロックなど）の適応と選択
  - ⑤痛みの定義、痛みの種類と、典型的な痛み症候群、痛みからの診断についての理解
  - ⑥腫瘍学的緊急症の理解および対処
  - ⑦セデーションの理解
2. 腫瘍学：各種悪性腫瘍の病態や治療法の理解
3. 心理社会的側面の理解
4. スピリチュアルな側面の理解
5. 倫理的側面の理解
6. チームワークとマネジメント

（日本緩和医療学会 研修カリキュラムより一部引用）

表2 臨床研修スケジュール

- 1・2年目 疼痛緩和医療部と連携し、緩和ケア病棟・外来での初期研修  
薬物療法および非薬物療法の習得など  
腫瘍学系統講義の履修  
キャンサーボードへの参加  
希望者は腫瘍関連各科へのローテート
- 3・4年目 緩和ケアチームや在宅緩和ケアへの参加  
学位取得：臨床研究および論文作成  
日本緩和医療学会での発表  
最終的には専門医資格の取得を！

し、学位取得を目指す。最終的には専門医資格の取得を目標とする。

### 医学部教育

専門医教育の土台づくりとして、医学部教育

における緩和医療の理解が望まれる。本学では1995年より緩和医療の医学部講義を行っており、その後、がん医療に特化した関係各科による1週間の総合特別講義群の1コマに取り入れられていた。さらに現在では、疼痛緩和医療部が主となり90分×2コマの講義を行っている。

1コマ目は総論として「緩和医療とは—その概念と実際」、2コマ目はより実践的な内容として「癌疼痛および全人的痛みの治療の実際」と題して、PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) プログラムなども活用し、より実践的な講義を行っている。また、実際のがん疼痛の症例を紹介し、そのアプローチなどを解説する。ポリクリ実習は、5年生に対して3時間行われる。総合的な緩和医療を習得するため、疼痛緩和医療部により全人的な包括的緩和医療の教育・研究に重点をおき、病棟にて実際の患者を診て、神経ブロック、薬物療法、化学療法、理学療法、心理療法などを学習できるよう指導している。

## 疼痛緩和医療部との連携

本学では、「京都府立医科大学緩和医療検討会(1998年設立)」を前身として、「疼痛緩和医療部(2005年1月)」「緩和ケアチーム(2005年4月)」が発足、現在緩和ケア外来や緩和ケア病床および各科外来・病棟とも連携し、活動している。ペインクリニック医師(3名+後期専攻医13名)、精神科医師、放射線がん治療専門医師、腫瘍内科医、がん薬物療法専門医、在宅緩和ケア医師、関連科医師、薬剤師(1名はがん専門薬剤師)、看護師(がん性疼痛看護認定看護師2名、緩和ケア認定看護師1名、がん化学療法看護認定看護師2名)で構成される。

具体的な活動内容は以下の通りである。

- ①がん患者の治療に伴う副作用の軽減と症状コントロール
- ②精神的サポート
- ③付き添い、介護に大変な家族のサポート
- ④がん告知前後のサポート

⑤地域医療連携室と協力して療養先の選定(在宅・緩和ケア病棟を持つ施設、ホスピスへのコーディネート)

⑥がんの痛みの原因診断と治療

京都府健康福祉部とのタイアップを含めて、緩和ケア研修会を4回開催している。多職種の医療従事者向けに講演や症例検討を交えた緩和医療検討会も行っている。

疼痛緩和医療部と連携して、これらを実践することで緩和医療のスキル(さまざまな症状のマネジメント、腫瘍学として各種悪性腫瘍の病態や治療法の理解、心理社会的側面の理解、スピリチュアルな側面の理解、倫理的側面の理解、そして緩和医療に欠かせないチームワークとマネジメント)を身につけることができる。

## 課題

近年、緩和医療はさまざまな職種の学会、研究会や研修会などを通じて、急速に医療者の間に広まっている。それとともにその診療レベルも徐々に上がってきているといえるが、まだまだ地域間、施設間に格差があるのが現状である。今後さらに、がん診療連携拠点病院、病院、ホスピス、診療所の連携が重要になり、密になっていくとともにそれぞれのレベルアップが期待される。

それに伴いわれわれに求められる緩和医療の形態、位置づけも変化していく。専門医教育の形も、それに応じて変化していく必要がある。最近では、「がんと診断された時からの緩和ケア」ということがいわれ始めている。たとえば、検査の結果、がんと診断がついた時点で主治医より告知が行われることになるわけだが、患者はその時点から身体的苦痛以外に、社会的やスピリチュアルな苦痛など全人的な苦痛に直面することになる。落ち込んだり不安が強くなったり、うつ状態になる患者もいる。

現状では、その対応は外来主治医の手に任されているところである。しかし、その時点からかかりつけ医が積極的に介入することで患者の苦痛を取り除くとともに、早い段階でかかりつけ医との関係を構築しておくことで、以後の病診連携によ

## I. 緩和ケアにおける専門医教育の現状と課題

る緩和医療がスムーズに行える可能性がある。

このように、変化する緩和医療の最前線のトレンドをより早く教育に取り込んでいくこと、また

専門医に対しても常に新しい知識をブラッシュアップしていくことが今後の課題である。



# 10. 大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学寄附講座

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)

世界において緩和ケアは確実に普及してきており、緩和ケア専門医制度が確立されている国も増加している。専門科となるには、①知識体系があること、②専門家が専門科に全時間従事していること、③その領域の患者がいること、④専門的な技術があること、⑤研修プログラムと資格制度があること、⑥患者・他の専門家・社会から専門性に価値があると認められること、などが挙げられており、緩和ケアは専門科として認められつつある。わが国でも、緩和ケアの専門医を育成する教育基盤の確立が強く求められている。

本稿では、大阪大学大学院 医学系研究科の緩和ケアの教育の取り組みを中心に述べる。

## 経 緯

大阪大学大学院 医学系研究科では、生命科学の基礎の教育・研究に馴染ませる体制を築くとともに、各診療科と緊密な連携を図りながら臨床講義や臨床実習の充実に努めている。附属病院では、先進医療開発病院としての機能強化、地域の中核病院・地域がん診療連携拠点病院としての機能増進を目標に、幅広い活動を行っている。

特に、入院がん患者の症状緩和を図り QOL の向上を支援するため、緩和ケアチームを立ち上げる気運が高まり、保健医療福祉ネットワーク部が中心となって準備にあたり、緩和ケアチームが2004年4月に発足した。2004年度は「がん疼痛のある患者」に限定して依頼を受けるようにし、2005年度からは「身体症状のあるがん患者」、2006年度は「身体症状に伴う精神症状のあるがん患者」にも対象を広げ、緩和ケアチームの活動を徐々に拡充させてきた。

2006年10月に大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学寄附講座が開設された。緩和医療学寄附講座では、①大学附属病院における緩和ケアチーム活動の拡充、②医学部における緩和医療学の卒前・卒後の教育の確立・実践、③緩和医療領域における臨床研究、④最新の緩和医療の情報発信、⑤地域における緩和医療の提供体制の整備、を目指している。緩和医療学寄附講座には教授1名、助教1名が配属されている。緩和ケアチームには、緩和医療学寄附講座の教官2名に加えて、麻酔科医1名、精神科医1名、がん専門看護師1名、薬剤師1名がメンバーとなっている。

2007年に「がんプロフェッショナル養成プラン」が開始され、「緩和医療専門医コース」を開設した。関西7大学(大阪大学、京都府立医科大学、大阪薬科大学、兵庫県立大学、神戸薬科大学、奈良県立医科大学、和歌山県立医科大学)による「地域・職種間連携を担うがん専門医療者養成」の「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」の概要は図1の通りである。現在に至るまで、7名の大学院生が在籍し、地域の緩和ケア病棟での臨床研修と臨床研究に励んでいる。これまでに緩和医療専門医を取得した大学院生が1名いる。

## 教育・研修の特徴

医学部生の教育としては、4年生に3コマ、5年生に6コマの緩和ケアに関する講義を行っている。講義内容は、①全人的苦痛・全人的ケア・QOL向上などの緩和ケアの理念、②がん疼痛のマネジメント、③その他の身体症状のマネジメント、④コミュニケーション(ロールプレイを

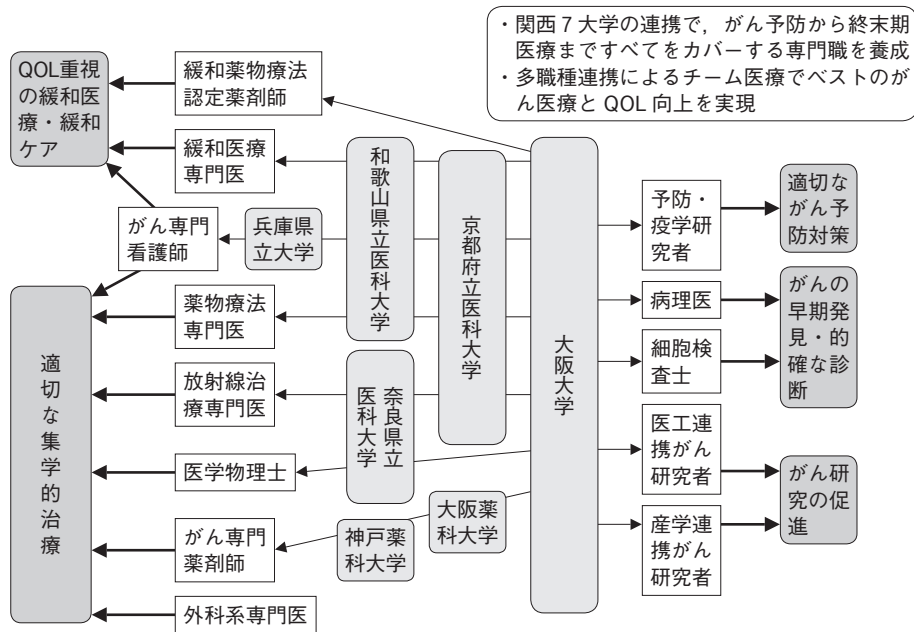


図1 関西7大学がんプロフェッショナル養成基盤推進プランの概要

含む), などとなっている。6年生の病院実習では, 全グループ(6~7名の小グループ)に仮想事例の検討会を行っており, 具体的なアセスメント(身体症状および精神症状)とマネジメントを中心に, 学生が自主的に考えるように指導している。

研修医の教育としては, 入職直後のオリエンテーションで「症状マネジメントのエッセシャルドラッグ」の講義と資料配布を行っている。緩和ケアチームの活動を通して, 研修医や若い医師に対して教育的に接するように心がけている。緩和ケアチームの依頼内容(2012年度)は, ①痛みマネジメント73%, ②身体症状(倦怠感, 悪心・嘔吐, 食欲不振, 浮腫, 便秘, 呼吸困難, 咳嗽, 腹水, 胸水)のマネジメント37%, ③精神症状(不安, 不眠, 抑うつ, せん妄)のマネジメント43%, ④退院・転院の支援14%, ⑤その他8%,

である。これらの依頼に対して, 新規オピオイドの使用, オピオイドの増量, オピオイドローテーション, オピオイドの副作用対策のための薬物の使用, 鎮痛補助薬の使用, コルチコステロイドの使用, 向精神薬の使用, 鎮静の時期・方法, 非薬物的な対応などの助言を行っている。

## 今後の課題

大阪大学大学院 医学系研究科での緩和ケアの卒前・卒後の教育・研修は, 緩和医療学寄附講座が中心となって推進してきた。緩和医療学寄附講座の限られた人員と時間で展開してきたが, これらの活動を継続的に拡充させるには, ①人員の増加, ②常設の講座の開設, ③診療科の設置, ④入院・外来の緩和ケア体制の拡充, などの人・金・組織の集約化が不可欠な時期を迎えている。

# 11. 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 緩和医療学講座 (寄附講座)

松岡 順治<sup>\*,\*\*</sup>

(<sup>\*</sup>岡山大学大学院 保健学研究科, <sup>\*\*</sup>岡山大学病院 緩和支援医療科)

## 講座設立の経緯

岡山大学大学院 緩和医療学講座は、2007年4月に岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科における寄附講座として設立された。教授1名、講師1名、助教1名で運営し、岡山大学および岡山大学病院において臨床、研究、教育を担当した。4年間寄附講座として存続した後、岡山大学病院 緩和支援医療科として改組された。同時に、スタッフの所属は岡山大学大学院 保健学研究科 教授と岡山大学病院籍の助教、医員の構成となった。

現在、緩和支援医療科として外来を行い、院内においては多職種、多分野の専門職からなる緩和ケアチームを組織して診療を行っている。同時に岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科、保健学研究科、岡山大学医学部において大学院生、医学部生の教育を担当している。

## 緩和医療教育活動について—大学院、医学部、生涯教育

### ① 大学院教育

大学院教育は、中国四国高度がんプロ養成基盤プログラムにおける緩和医療専門医養成コースの大学院生(2014年1月現在、3名在籍)とがん薬物療法専門医、がん治療認定医、医学物理師養成コースの各大学院生に対する講義と、高齢者在宅緩和医療コース在籍大学院生に対する講義を行っている。

がんプロ緩和医療専門医養成コースのシラバスを表1に示す。

### ② 医学部教育

#### 1. 講義

岡山大学では、消化器外科の講義の中で1998年より医学部5年生に緩和医療学の選択必修講義を行ってきた。2007年からは、緩和医療学講座が主体となって講義を行った。岡山緩和医療研究会と連携してカリキュラムを設計し、毎年アンケートをもとに講義内容についての評価を行い、改善を行ってきた。緩和医療の概論から疼痛コントロール、在宅医療、症状の緩和、コミュニケーションスキル、精神的苦痛の管理などを講義した。さらに、ロールプレイにより、それらの学びを深くした。2012年からは、講義編成の変更により講義時間が減少し、医学部4年生に6コマの必修講義を行っている。

2011年度からは新入1年生への医学概論として「医師として向き合う生老病死」を講義している。入学直後から死、病について考え、医師としてどのように対処するかを考える機会を与えた。また、職業としての医師の意義について講義している。

#### 2. 実習

医学部5年生に、選択で緩和医療に関する病棟実習を行っている。3週間の学生実習の期間に、PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) とほぼ同じ講義を行い、かつ、病棟での実習を行っている。患者とのコミュニケーションを確立することを目標に会話練習を指導した。この過程において、学生は専門領域に関わらず患者とのコミュニケーションを確立するスキルを学習した。

2011年度からは、1年生にホスピス緩和ケア病

棟実習を行っている。岡山ホスピス緩和ケア教育協議会を組織し、緩和ケア病棟担当医が会議をもち、実習についてその目的、方法、評価などを定めて実習を行っている。1年生、短期間などの制約のため、さまざまな改善すべき点が明らかになったが、全体として大きな成果が挙げたと考えている。

研修後のレポートでは、「死を間際にした人が平穏に過ごしていることを知って驚いた。痛みなどの苦痛をとることの重要性が分かった」「多くの医療従事者がそれぞれの立場で患者さんを支援していることで、患者さんが喜びを感じていた」「患者さんの話を聞くことが大切だということがよく分かった。患者さんの話をよく聞く医師になろうと思う」「毎日の生活が大切だということがよく分かった。その生活を支えることができる医師になろうと思う」「専門分野は違っていても、患者さんへの接し方は同じだと思った。患者さんに喜ばれる医師になりたい」などの感想があった。医師としての方向性、自分がどのような医師になりたいかなどについて考える機会をもつことができ、彼らなりの理想的な医師像が形成されるきっかけとなったと評価している。

### ③ 卒後教育および生涯教育

①岡山大学病院において定期的に緩和ケアセミナーを開催し、卒後および、生涯教育を行っている。

②PEACEの講習修了者を対象に、より実践的な緩和ケアレベルアップ研修を行っている。

③開業医を中心に「在宅緩和ケアを考える会」を組織し、年6回の勉強会、症例検討会を行っている。

④岡山市と連携し、緩和ケアスタートアップ事業を行っている。これは新たに訪問診療を開始したいと考える開業医師、看護師に対して、すでに経験のある医師、看護師がチューター（指導者）となって診療の見学と指導を行うという試みである。

2013年の緩和ケアレベルアップ研修会（日本医師会生涯教育制度単位取得対象）の活動内容を示す。

#### 1. 岡山大学病院緩和ケア勉強会

月に1回、緩和ケアチーム担当者が講演を行い、院内外の専門職を対象に緩和ケア専門知識を講義する。

#### 2. 緩和ケアレベルアップ研修会

8月、在宅における呼吸症状の管理（外部講師）

9月、在宅における疼痛管理の実践的知識（外部講師）

11月、在宅における公的支援のすべて（外部講師）

12月、在宅における精神症状の管理（岡山大学 井上真一郎）

2013年1月、在宅における介護の実践（敬友会 懇親会）

#### 3. 症例検討会

レベルアップ研修会の際に、症例提示およびディスカッションを行った。

対象はスタートアップ支援事業登録医師とした。

参加講師と共に、登録医師によって提示された困難症例について検討した。

#### 4. DVD貸し出し

岡山大学緩和ケア勉強会DVDとレベルアップ講習会DVDを貸し出す。

対象は各医師会と登録医療機関とした。管理は各医師会で行う。

#### 5. 緩和ケア相談

対象は登録医師とした。FAXでの緩和ケア管理相談を行う。岡山大学病院 緩和と支持医療科および緩和ケアチームがコンサルテーションを行う。

#### 6. 緩和ケア研修

対象は登録医とした。

岡山大学病院および連携施設における緩和ケアカンファレンスの参加、緩和ケア回診を行う。

---

## 今後の展望

現在は、多くの診療科の協力により臨床、教育、研究を行っている。きわめて協力的な大学内部の各科の存在により、それらが可能となっているが、将来的には人的な資源の充実により、理想的な臨床、教育、研究環境を整えるべく、さらに努力したいと考えている。

表 1 岡山大学大学院 がんプロ緩和医療専門医養成コース シラバス

授業科目	緩和医療・がん生存学コース 専門科目 (講義・実習)
区分・単位	講義・実習
年次・期別	1年次, 2年次
教室	緩和医療・がん生存学, 消化器腫瘍外科, がんプロ緩和コース
担当教員	教授, 講師
分野の研究内容	<p>がんの早期発見, 薬剤の進歩に伴い, がん患者の生存率は年々向上し, がんと診断され, 治療によって治癒あるいは延命しているがんサバイバーの数も飛躍的に増大している。がんサバイバーの平均年齢は高齢化し, 加齢に伴う新たな疾病の発病と治療の後期障害の問題から, がんサバイバーへの医学的, 社会的支援が必要となる。</p> <p>従来は, がんをいかに治療するかにのみ心を砕いてきた医療において, 今後はがん治療後の患者のQOLをいかに向上させるかという視点からの医療がきわめて重要となる。緩和医療は, がんの診断の初期から行われることが必要で, 患者のみならず家族を対象としている。がん生存学は緩和医療を抱合し, がん患者を取り巻く環境を含めた社会を対象としている。</p> <p>がん患者のQOLは, がん生存学という視点にたった活動によって向上する。がん治療は多くの専門職種の間わりが必要であるにもかかわらず, 現在のわが国においてはそれらの専門職の養成と組織化が不十分であり, がん生存学ではこれらの専門職の養成を行う。</p>
一般目標	疫学・生物統計学を研究上の共通言語とし, がん治療の現場で遭遇するさまざまな疑問の中から仮説を抽出する。そして, 地域社会や文化的背景および医療政策上の問題など社会医学的な視点をもって研究にあたり, 地域社会に還元ができるような実践研究者として一人立ちできることを目指す。
到達目標	<p>がん患者と家族の抱える問題を時間軸から理解したうえで治療計画を立案することができる。</p> <p>がん患者の身体・精神・社会・スピリチュアルな痛みをコントロールすることができる。</p> <p>チーム医療の推進者として種々の専門職を教育し, 組織し, コーディネートし, がん治療にあたることができる。</p> <p>がん治療においてQOLを低下させるさまざまな事象を抽出し, それを研究対象とした臨床研究が実行できる。</p>
講義・演習・実習	<p><b>医療統計学総論</b></p> <p>腫瘍形成における遺伝因子および環境因子の病因を理解し, 疾患の疫学的因子と疾患の記述内容についての基礎知識をもつ。スクリーニングおよびリスク評価の基本原則を理解し, 使用する検査の感度および特異性, 費用対効果を修得する。スクリーニングの果たす役割が明確である場合とそうでない場合, または確定しない状況を知る。遺伝子スクリーニングと遺伝カウンセリングの原則および適応を認識する。がんの進行を予防する意味と, がんの発症を予防するためにどのような一次・二次・三次予防法を選択ができる。</p> <p>臨床試験のデザインおよび実施について修得する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床試験デザイン, 第I, II, III相臨床試験</li> <li>・試験デザインに関する倫理・規制・法的问题の概要</li> <li>・治療の効果を規定する基準</li> <li>・quality of life (QOL) の評価方法</li> <li>・統計学の基礎             <ul style="list-style-type: none"> <li>統計学的手法</li> <li>研究デザインに必要な患者数</li> <li>適切なデータの解釈</li> </ul> </li> <li>・毒性の評価とグレード分類</li> <li>・臨床試験審査委員会 (Institutional Review Board ; IRB), 倫理委員会の役割および機能</li> <li>・患者からインフォームド・コンセントを得る経験</li> <li>・サーベイランスに関する政府の規制基準</li> <li>・助成金申請の指導, 臨床研究の支援に関する情報</li> <li>・治療コストと費用対効果</li> </ul> <hr/> <p><b>腫瘍薬理学総論</b></p> <p>がん治療に必要な薬物を知り, 的確に使用できる。</p> <p>抗がん剤の創製における着眼点や, 活性評価法について学ぶ。さらに, 抗がん剤が生体内で免疫機構や生体高分子とどのように相互作用して薬効を発揮しているかを理解する。抗がん剤は正常細胞にも作用して有害作用が発生するが, そのためにも抗がん剤の薬理, および動態を十分に理解することは重要である。抗がん剤と併用薬における相互作用についても知る。抗がん剤療法において, 抗がん</p>

講義・演習・実習	<p>剤が単独で処方されることは少なく、ほとんどの場合、抗がん剤の副作用の軽減や、QOLの改善を企図した薬剤の併用が行われている。抗がん剤の補助として用いる薬物（鎮痛薬〈オピオイド〉、制吐剤、トランキライザー、ステロイドなど）について知る。</p>
	<p><b>緩和医療特論 I</b></p> <p>緩和療法を修得し、緩和ケアが必要となる時期を判断でき、緩和ケアおよび終末期ケアを習熟し、臨床の場で適切に実施できる。</p> <p>1. 支持療法 以下の項目につき、診断、管理の原則、治療法、予防法などについて熟知する。 悪心・嘔吐、感染症、好中球減少症、貧血、血小板減少症、臓器保護、粘膜炎、悪性滲出液、血管外漏出、栄養補給</p> <p>2. oncologic emergency 即時の介入を必要とする臨床像を認識し、がんの診断が疑われる患者に対して組織診断を得るのに適したアプローチを習熟する。急性期と慢性期で、どのような治療が必要となるかを理解する。</p> <p>3. 腫瘍随伴症候群</p>
	<p><b>緩和医療特論 II—症候論と症状マネジメント</b></p> <p>がん治療の経過において出現するさまざまな症候を知り、適切に治療できる。</p> <p>1. 疼痛 疼痛の部位と重症度を評価できる十分な能力を有し、世界保健機関（WHO）の疼痛ラダーに関する実用的知識、オピオイド麻薬やその他の鎮痛薬の薬理および毒性を理解する。利用可能な治療法でがん疼痛を管理でき、手術による緩和的介入の時期が認識できる。</p> <p>2. その他の症状 その他の症状（気道、消化管、神経症状、皮膚・粘膜症状、食欲不振および悪液質、脱水）を緩和し、終末期の症状の対処できる。</p>
	<p><b>在宅ケア特論</b></p> <p>在宅ケア分野の第一人者による特別講義を行い、在宅緩和ケアの意義、実際、展望について知る。</p>
	<p><b>スピリチュアルケア・コミュニケーション特論</b></p> <p>終末期がん患者のスピリチュアルペインの構造を人間存在の時間性・関係性・自律性の3次元から解明し、スピリチュアルケアの指針を示した村田（2003）の研究を基礎に、スピリチュアルケア援助プロセスを定式化したSP-CSS（スピリチュアルカンファレンスサマリーシート）の作成と終末期がん患者へのケアに必須の援助的コミュニケーションを演習・ディスカッションで学ぶ。 この過程で患者およびその家族とコミュニケーションをとることができ、悪い情報も伝え、困難な状況でも適切に行動できるようになる。</p>
	<p><b>チーム医療特論—チームワークとマネジメント</b></p> <p>他職種のスタッフおよびボランティアについて理解し、お互いに尊重できる。</p> <p>① チーム医療の重要性と難しさを理解し、チームの一員として働くことができる。 ② リーダーシップの重要性について理解し、チーム構成員の能力の向上に配慮できる。 ③ 他領域の専門医に対して緩和医療のコンサルタントとして適切な助言を行い、協力して医療を提供することができる。 ④ 他領域の専門医に対して適切にアドバイスを求め、療養に関する幅広い選択肢を患者・家族に提供し、互いに協力して医療を提供することができる。 ⑤ 自分が所属する組織の地域における役割を述べ、周囲の医療機関と協力して適切に医療を提供することができる。</p> <p>以下の知識を習得する。</p> <p>① チームにおいて各職種およびボランティアの果たす役割 ② 基本的なグループダイナミクスとその重要性 ③ 緩和ケアチームおよび在宅緩和ケアについてそれぞれの役割 ④ がんに関する医療保険・介護保険制度</p>
	<p><b>チーム医療実習</b></p> <p>緩和医療の実際を緩和ケアチームとして行動し、学ぶ。ケーススタディを通じて症状の評価、治療、評価について学ぶ。</p>
<p><b>がん生存学演習</b></p> <p>がん治療後のがんサバイバーについて研究し、論文、学会発表する。</p>	

## 12. 島根大学医学部 緩和ケア講座

中谷 俊彦\* 齊藤 洋司\*\*

(\*島根大学医学部 緩和ケア講座, \*\*島根大学医学部 麻酔科学講座)

最近の医療界では、緩和ケアの重要性と必要性が高まり、がん医療だけでなくすべての医療人にとって必須と考えられる緩和ケアを習得することに注目が集まっている。その緩和ケアをより充実させるためには、大学が中心となって次世代の人材育成教育を行うことが求められており、全国の大学で緩和医療学の講座が設置されてきている。その中で、島根大学（以下、本学）では2012年度に緩和ケア講座が開設された。

そこで本稿では、本学における緩和ケア教育について、医学部学生教育、初期研修医教育、後期研修医教育、大学院教育に分けて説明を行う。

### 医学部学生教育

本学医学部医学科では、チュートリアル教育システムを2001年から取り入れて、学生自身の勉学意欲の向上ならびに自己学習能力の会得に重点をおいた教育を行っている。各専門講座は、担当の教育内容について1週間を基本とするカリキュ

ラムを組んで集中して行う。緩和ケアコースは2005年から導入されて、1週間のカリキュラムを作成している（表1）。

対象の学年は4年生で、必修コースである。緩和ケア対象患者の課題症例を提示して、その症例についてのグループ討議を行うことで身体・精神症状のマネジメントやチーム医療などについて学習する。必須基本知識の習得のための講義も行っているが、チュートリアルコースのまとめとして、学生の自主性を重んじたロールプレイを取り入れていることに特徴がある。緩和ケアコースの開始時に、コースのまとめを各班が全員参加して行うロールプレイとすることを伝え、ロールプレイのテーマを与え、その具体的な実施方法について参照ビデオを提示して解説している。

ロールプレイの発表時間は10分間で、1班あたり7～8名の12班である。テーマは「人の痛みについて考える」としているが、発表タイトルは学生たちがそれぞれ決める。学生たちには自ら

表1 緩和ケアチュートリアルコースのカリキュラム

	金曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:30～ 10:00		講義 緩和ケア総論	コアタイム グループ学習	講義 看護(家族ケア)	コアタイム グループ学習	自習
10:15～ 11:45		自習	自習	自習	自習	試験
昼休み						
12:45～ 14:15	ビデオ放送 コアタイム 60分間	講義 痛みのマネジメント	講義 放射線療法	特別講義 スピリチュアル ペイン	全体発表 ロールプレイ	
14:30～ 16:00	講義 ロールプレイ 概説	講義 身体症状のマネジメント	講義 精神科症状の マネジメント	特別講義 トピックス		

緩和ケア専門医育成

年数 区分	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目
研修内容	卒後臨床研修（2年）		緩和ケア一般研修		緩和ケア専門研修		緩和ケア 地域研修	緩和ケア 専門研修	緩和ケア自由研修	
研修施設	臨床研修病院		教育施設		教育施設				教育施設 / その他	
資格等			日本緩和 医療学会 入会						日本緩和 医療学会 専門医申 請と取得	

教育機関

研修区分	病院名	
	右記以外	特定地域（へき地）
島根大学 関連教育 施設	島根大学医学部 附属病院	大学関連地域教育 病院
他大学関 連教育施 設	大学関連教育病院	
島根大学 関連施設		
他大学関 連施設		
その他  (海外留学)		

8年次以降の高度専門医コース別医療機関

年数 区分	7年目	8年目	9年目	10年目
ペインクリニック コース	島根大学病院			
研究コース	島根大学医学部			

メッセージ

- 1) 日本緩和医療学会認定研修であり、都道府県がん診療連携拠点病院でもある本学医学部附属病院において、緩和ケア医として患者と家族の全人的な苦痛に対するケアに加えて、より専門的な診断・治療技術の習得を行い、日本緩和医療学会専門医の資格の取得を目指します。
- 2) 当院の緩和ケアセンターは、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチームのすべてをそろえた大学病院として有数の緩和ケア診療機能を持つ施設です。本学での研修を中心として、全ての臨床医に必須である緩和ケアマインドを持つ医師として、チーム医療を行うことができる緩和ケア医師を育成することが目的です。
- 3) ・ペインクリニックコース：緩和ケア医として必要なペインクリニックの診断・治療技術を、附属病院ペインクリニックで学び、習得することを目的とします。  
・研究コース：本学大学院で緩和ケアの専門領域に関する研究を行います。
- 4) 各研修医の希望により研修内容の検討を行い、指導体制の質の向上を図り、より柔軟性のある研修プログラムを検討して提供するように努めます。日本・海外での関連学会・セミナーの参加、邦文・欧文論文発表などの積極的な学術活動も推奨します。

注) このプログラムは一般的なものであり、各個人の希望に応じた緩和ケア医育成プログラムが策定できますので、当講座にご相談ください。

図1 専門医育成プログラム

課題を抽出してシナリオを作成してもらおうが、完結型でも問題提起型でもよいと説明している。しかし、問題提起型の場合は、単に提起するだけでなく、自分たちならどう対応するのかまで考えて発表してもらおう。自分たちでシナリオを決めて、どのように考えて取り組んでいくかが大切であることを強調して、ドラマとしての面白さや、演技力は求めないことも伝えている。

広い視点から異なる立場になって考えることは、緩和ケアだけではなく、医療に携わるものとして習得すべき基本事項である。学生が自ら「人

の痛み」を考えてロールプレイで表現することにより、「緩和ケアを自ら学ぶ」ことができる具体的な教育法と考えている。このチュートリアルコースにより学生たちは緩和ケアへの興味が増し、「人の痛み」を理解する力が得られており、毎年継続して行っている。

臨床実習では、緩和ケア病棟での実習・チームカンファレンスを通して、緩和ケアのチーム医療について学ぶことに重点を置いて教育をしている。



---

## 初期研修医教育

本学医学部附属病院には、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・緩和ケア外来が設置されており、それぞれの領域が学べるシステムを構築している。

初期研修の2年間の中で希望者に対して緩和ケア教育を行うが、期間は1カ月であるため、緩和ケア病棟勤務を中心とする研修を行っている。緩和ケア病棟で指導医である主治医について、患者と家族へのケアを行うことで全人的な苦痛に対する包括的アプローチの実践を教育している。また、大学病院が行う緩和ケア研修会への参加も積極的に推奨して、基本知識とコミュニケーション能力の向上に努めている。

---

## 後期研修医教育

後期研修医教育は、緩和ケア専門医育成プログラム（図1）に基づいている。本学医学部附属病院では、2013年度から各科が専門医育成コースの計画を立てており、本学だけでなく地域関連病

院と連携することにより、専門医を育成していくための具体策を実践する方針としている。10年間のプログラム設定として、これからの緩和医療専門医育成を視野に入れた教育を予定している。

---

## 大学院教育

文部科学省に採択された「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」として本学を含む7大学のプランである「ICTと人で繋ぐがん医療維新プラン」に基づいて、地域がん医療に貢献するがん専門医育成コースを設定している。その中で緩和ケア領域の大学院生募集を行っている。

---

## 今後の課題

初期～後期研修医の教育により緩和ケアを実践する医師を育成するとともに、大学院教育を充実させて緩和ケア領域の研究・臨床・教育ができる人材育成に努めていくことが、これからの重要な課題である。

# 1. 救急・集中治療

中村 俊介\* 有賀 徹\*

(\*昭和大学医学部 救急医学講座)

## はじめに

救急診療を開始する場面において、ただちに緩和ケアの実施を考慮することは少ない。生命の危機に直面する重症患者に対して救急・集中治療が展開される現場では、まずは状態の改善および安定化を図るために積極的な蘇生や治療が進められる。しかし、時には回復不可能な病態に陥っていることが明らかであって、治療早期の段階から終末期の医療を意識しなければならない場合もある。救急医療の現場で遭遇する終末期は多様であって、そこで進められる医療は、がん患者に対して行われる終末期の医療と比べると、背景にある状況が大きく異なる。

本稿では2007年11月に日本救急医学会が公表した「救急医療における終末期医療に関する提言〈ガイドライン〉」<sup>1)</sup>について概説し、さらに救命救急領域における終末期医療の実際について紹介する。

## 終末期医療におけるガイドライン

近年、いくつかの終末期医療に関するガイドラインが公表された。日本集中治療医学会では、2006年に理事長名で「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」<sup>2)</sup>が示されている。他にも、厚生労働省による「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」<sup>3)</sup>、日本医師会によるグランドデザイン2007の「終末期のガイドライン」<sup>4)</sup>、グランドデザイン2009の「看取りの医療『終末期医療に関するガイドライン2009』」<sup>5)</sup>、さらに全日本病院協会による「終末期医療に関するガイドライン」<sup>6)</sup>などがある。し

かし、これらは終末期医療の方針決定にあずかるプロセスを詳述するものであって、その後の対応や方針について具体的な内容を示すものではない。

日本救急医学会では、救急医療を展開する場において遭遇する終末期医療の諸問題について検討するため、2004年に「救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会」が組織された。2007年2月には学会ホームページ上に「救急医療における終末期医療のあり方に関する提言〈ガイドライン〉」(案)が示され、日本救急医学会会員ならびに非会員から意見を募り、それらを参考とし、同年10月に開催された評議員会での意見などを反映させて、11月に「救急医療における終末期医療のあり方に関する提言(ガイドライン)」<sup>1)</sup>(以下、提言〈ガイドライン〉)が公表されるに至った。これは、検証可能で妥当な終末期状態の判断と延命措置の中止基準が必要であるとの考えから作成されたものであり、そこには延命措置を中止する方法や診療録の記載という実臨床に沿った具体的内容が示されている。

## 救急医療における終末期

救急医療の現場では、突然発症した重篤な疾病や不慮の事故によって死が切迫する事態となった患者に対して、全力で救命のための蘇生や治療が行われる。しかしながら、救急医療にも限界がある。適切な医療の実施にもかかわらず救命が不可能で、死が間近に迫った状態となった場合、救急医療における終末期として判断されることになる。提言〈ガイドライン〉では、それを表1<sup>1)</sup>のように定義し、その判断は主治医と主治医以外の

表1 終末期の定義<sup>1)</sup>

突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態で、救急医療の現場で以下の1)～4)のいずれかのような状況を指す。
1) 不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後なども含む）と診断された場合
2) 生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合
3) その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても数日以内に死亡することが予測される場合
4) 悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合

複数の医師によって客観的になされる必要があることを示している。

救急医療の臨床現場における典型例として、表1の1)は重篤な脳外傷など、2)および3)は敗血症や多臓器不全などで救命不可能となった状態が想像できる。4)については、詳細な情報のない中で初期診療が行われ、その後に関係者から情報が得られることで判明するといった場合などで、しばしば経験するものである。

悪性疾患や回復不可能な疾患について、医師から告知され、繰り返し説明を受けている場合、患者自身は終末期に受ける治療やケアについて考えることができる。さらに、家族も本人の希望するような最期を迎えられるように協力ができる。一方、救急医療における終末期では、患者自身が意思や希望を述べることもできず、家族は動揺している状況にある。救命のために装着された生命維持装置や行われている治療が「単なる延命措置」となってしまった場合、医療を提供する側の価値判断のみで取り外すことには問題がある。しかし一方で、一度開始したら中止することができず、「単なる延命措置」が続けられることも、患者の尊厳を損なうことになる。

そこで提言〈ガイドライン〉では、終末期における延命措置への対応について、以下の「考える道筋」を提示している。

## 延命措置への対応について

終末期であると判断した場合、主治医は家族や関係者（以下、家族ら）に対して、予後が絶対的に不良であること、治療を継続しても救命の見込みがまったくない状態であることを説明し、理

解が得られるよう努めることになる。その後、患者本人のリビング・ウィルなど有効な advanced directives（事前指示書）を確認し、あればそれを尊重して延命措置への対応を行う。これは、「患者にとって最善の選択肢は、患者の自律的な意思表示による」という考え方に則っているものである。

家族らが積極的な延命措置を希望する場合は、あらためて「きわめて重篤で救命が不可能である」ことを説明した後に、意向を再び確認する。その後も家族らが積極的な対応の継続を希望している場合は、その意思に従うのが妥当であり、現行の措置を継続することが一般的である。

一方、家族らが延命措置中止に対して「受容する意思」がある場合については、まず本人の有効な advanced directives が存在し、家族らがこれに同意している場合はそれに従う。本人の意思が不明であれば、家族らが本人の意思や希望を忖度し、家族らの容認する範囲内で延命措置を中止することになる。本人の事前意思と家族らの意思が異なる場合は、主治医を含む医療チームは患者にとって最善と思われる対応を検討し、それを選択する。

家族らの意思が明らかでない場合や、家族らでは判断できない場合は、延命措置中止の是非、時期や方法などの対応は医療チームの判断に委ねられる。この際も、患者本人の事前意思がある場合は、それを考慮して医療チームが判断することになる。延命措置を中止する方法の選択も含め、医療チームの行う判断および対応については、家族らの理解と承諾が前提となる。

本人の意思が不明で、身元が不詳であるなどで家族らとの接触ができない場合も、医療チームが

表2 延命措置を中止する方法についての選択肢<sup>1)</sup>

<p>すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などを中止する方法 (withdrawal)、またはそれ以上の積極的な対応などしない方法 (withholding) について、以下、(1)~(4) などを選択する。</p> <p>(1) 人工呼吸器、ペースメーカー、人工心肺などを中止、または取り外す (注：このような方法は、短時間で心停止となるため原則として家族らの立会いの下に行う)</p> <p>(2) 人工透析、血液浄化などを行わない</p> <p>(3) 人工呼吸器設定や昇圧薬投与量など、呼吸管理・循環管理の方法を変更する</p> <p>(4) 水分や栄養の補給などを制限するか、中止する</p>
---

慎重に判断することになる。ここでも、医療チームによる判断や対応については、患者にとって最善の対応であることが前提となる。医療チームで判断がつかない場合は、院内の倫理委員会などにおいて検討し、判断することになるが、現場の医療チームに判断がつかない時に第三者の倫理委員会などが踏み込んで判断することは困難であるとの指摘もある<sup>7)</sup>。

延命措置を中止する方法としては、すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などを中止する方法 (withdrawal) と、それ以上の積極的な対応をしない方法 (withholding) がある。提言〈ガイドライン〉では、具体的な選択肢として、表2<sup>1)</sup>に示す(1)~(4)を示している。ただし、いずれにおいても、薬物の過量投与や筋弛緩薬投与などの医療行為により死期を早めることは行わない。つまり、安楽死を許すものではないというものである。

## 救命救急領域における終末期医療の実際

提言〈ガイドライン〉に示された救急医療における「終末期」の定義および延命措置への対応は上述の通りである。しかし、救急医療の現場では、その定義に含まれていない「終末期に相当する状態」の患者に遭遇することも多い。

高齢者の院外心肺停止などはその一例であり、実施する救命処置について苦慮することがある。たとえば、寝たきり状態にある後期高齢者が自宅で心肺停止状態となって救急搬送されてきた場合、どこまで救命処置を行うことが倫理的に正しく、また患者本人にとって最善の治療となるのか、それを瞬時に判断することは困難である。

蘇生処置を行わなければ、短時間で不可逆的な全脳機能不全に陥る。適切な処置によって以前の状態まで回復する可能性はある。ただし、蘇生率は高くない。たとえ蘇生に成功しても、大多数は元の状態に回復することなく、さらなる障害を抱えることになる。また、そのような状況で患者本人に「蘇生処置を希望しない」というリビング・ウィルがあったことを確認できたとしても、ただちに蘇生を中止することはできない<sup>8)</sup>。患者の家族らは、「なんとかしてほしい」という思いがあるからこそ救急車を要請しているのである。死後変化の出現などの明確な医学的根拠がなければ、家族らの理解と同意なしに蘇生中止の判断はできない。

かかりつけの主治医から十分な説明を受け、急変の可能性を理解している家族であっても、状態の変化に動揺し、救急要請がなされ、結果として無益な救命処置が継続されることも多い。そのような現状の中で多くの救急医は、まず救命のための蘇生処置を行い、家族らに病状と経過を説明し、提言〈ガイドライン〉に準拠する形で「救命救急領域の終末期」における判断と対応を行っている。

## 救急科専門医への課題

日本救急医学会の「救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会」では、提言〈ガイドライン〉を公開した1年後と5年後に、救急医療従事者に対してアンケート調査を実施している<sup>9,10)</sup>。その結果において、「主治医の判断が軽視されていると感じる」とした救急科医専門医が存在していたことを受けて、主治医を含めた医療チームで判断や対応を行うことを妥当とする終末

期医療のあり方について、これからも啓発が必要であることを述べている。さらに、そこでは今後、他の学会との共同ガイドラインなど、ガイドラインそのものの改訂がありうることや、救急医療従事者の意識について追跡調査する必要があることが述べられている<sup>10)</sup>。

日本救急医学会総会・学術集会において、終末期医療や高齢者救急についてシンポジウムやパネルディスカッションなどで議論が重ねられている。救急科専門医は、関連する学会や学術団体でなされている議論や取り組みについても情報収集し、最近では他の学術団体とも協議を始めている。引き続き、それらをふまえて救急医療を実践していくことが求められるものと考えられる。

## おわりに

終末期における医療では、チームによるアプローチの重要性が示されている。多職種で形成されるチームが有機的に医療を展開できる存在となるためには、まずチームを構成する医療従事者がおおのこの領域において専門性を深め、成熟する必要がある。

救命および延命を至上とする医療が進められてきた一方で、生存期間の延長のみが医学的、倫理的、また社会的に正しいのかといった議論がなされるようになった。今後、救命救急領域においても、終末期における医療を含む「全人間的医療」に関する見識の豊かな医療従事者を育成することが重要と考える。

## 文 献

- 1) 日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会：救急医療における終末期医療に関する提言〈ガイドライン〉について. 2007 [http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf]
- 2) 日本集中治療医学会：集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告. 2006 [http://www.jsicm.org/kankoku\_terminal.html]
- 3) 厚生労働省 終末期医療の決定プロセスに関する検討会：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007 [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf]
- 4) 日本医師会：グランドデザイン 2007 —国民が安心できる最善の医療を目指して—各論. p.68-71, 2007 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20070829\_1.pdf]
- 5) 日本医師会：グランドデザイン 2009 —国民の幸せを支える医療であるために. p.67-70, 2009 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090218\_11.pdf]
- 6) 全日本病院協会 終末期医療に関するガイドライン策定委員会：終末期医療に関するガイドライン—よりよい終末期を迎えるために. 2009 [http://www.ajha.or.jp/topics/info/pdf/2009/090618.pdf]
- 7) 有賀 徹：救急医療における終末期医療. 日臨 69：730-5, 2011
- 8) 福田龍将：院外心肺停止患者における DNAR. 日救急医学会誌 23：101-108, 2012
- 9) 有賀 徹, 石松伸一, 木下順弘, 他：「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」に関するアンケート結果報告. 日救急医学会誌 19：1116-1122, 2008
- 10) 日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する委員会：「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」に対する救急医療従事者の意識の変容—2008年と2012年でどのように変化したのか. 日救急医学会誌 24：37-50, 2013

## 2. 循環器疾患

野々木 宏\*

(\*静岡県立総合病院)

### はじめに

循環器領域では、移植医療や人工心臓をはじめとする補助循環の導入で、これまで致命的であった症例が救命可能となり、さらには植え込み型の補助人工心臓が使用可能となり、移植適応症例が植え込み後に在宅で待機できるようになった。その装置を移植適応でない末期心不全例に使用する destination 治療が欧米で実施され<sup>1)</sup>、今後わが国でも対応が求められている<sup>2,3)</sup>。また、高齢化に伴い手術不能の大動脈弁狭窄が増加しているが、そのような症例には経カテーテル大動脈弁植え込み術が実施されている<sup>4,5)</sup>。

そのような新しい治療法の適用を検討していく中で、適応や中断条件などについて超高齢化時代に即した治療体系が必要とされている。そこには、がんを中心とした終末期医療対策と異なった、医学的また社会的なコンセンサスの確立が必要である。その中には、循環器医療における末期的な状況に対する治療的介入について、緩和ケアも含めた統合的な取り組みが必要である。

### 循環器疾患末期状態の定義と取り組み

循環器疾患の末期状態 (end-stage) とは、最大の薬物治療でも治療困難な状態である。その状態に対して、侵襲的治療として人工呼吸や血液浄化に加え、大動脈内バルーンポンピング、経皮的人工心肺装置、補助人工心臓、臓器移植、人工透析、ペースメーカー植え込み、植え込み型除細動器 (implantable cardioverter defibrillator ; ICD) などがある。さらには、移植医療の提供がある。

終末期 (end-of-life) は、循環器疾患での繰り返

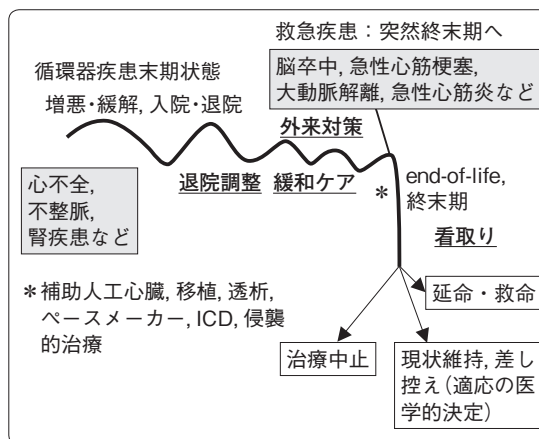


図1 循環器疾患の末期から終末期

返す病像の悪化あるいは急激な増悪から、死が間近に迫り、治療の可能性のない末期状態を指す。また、循環器疾患には繰り返す緩解・増悪を経て最終的に終末期を迎える場合と、急激な発症により突然、終末期を迎える場合がある。緩和ケアにおいても、両者への対応を検討する必要がある。

### ① 末期状態

心不全（心筋症、弁膜症、虚血性）、不整脈、腎疾患など慢性に経過する疾患があり、増悪と緩解により入院を繰り返すようになる（図1）。専門医による治療と同時に、今後の治療手段（適応決定）や見通し、終末期のことを十分に説明・相談し、意思確認が必要である。循環器疾患に対する緩和ケアはこの時期から開始し、症状への対応や精神的支援、治療方法の選択支援など他の支援療法に関する説明が必要である。

治療目標は、症状のコントロールとQOLを保持することに移行し、最終的には終末期緩和ケアとして、患者と家族の精神的・心理的ケアを提供

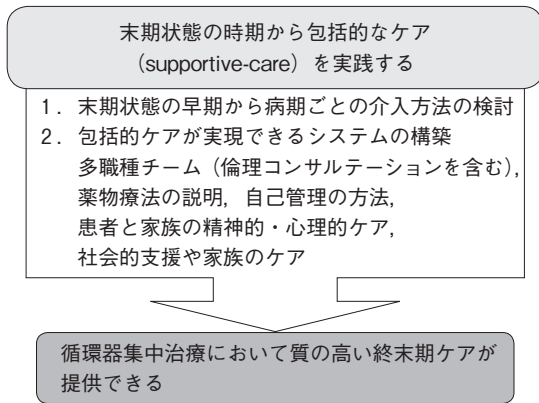


図2 循環器疾患患者・家族の終末期ケア

することになる（図2）。特に心不全末期患者では、蘇生に対する考え方が変化すること、院内蘇生率がきわめて低いことなどから、事前に心肺蘇生の指示の確認をとり、末期医療とホスピスの役割を説明することが推奨されている。欧米では、患者自身により意思決定が可能うちに、自らの意思決定が不可能になった場合の代理人を選定することが推奨されている。

## ② 終末期

死を間近にした状態であり、慢性的な経過からの移行と、脳卒中、急性心筋梗塞、急性心筋炎、大動脈解離などにより突然、終末期を迎える場合がある。後者は、救急医療や集中治療で対応が問題となる症例である。本人の意思の確認をすることはできず、家族との連携や多職種による討議により判断される必要がある。家族との討議には一定の指針が必要であるが、各施設において個々のケースを議論できるチームやシステムが必要となる。

日本集中治療医学会のガイドラインでは、担当医は末期状態であると推定した場合、患者あるいは家族の意思を把握した段階で、末期状態であることの判断について施設内の公式な症例検討会などで合意を得るべきであると勧告している。また、意思決定の透明性を高める方策について、複数の医師が患者本人と家族の意思を確認すること、末期状態の判断について施設内の公式な症例検討会などに付議すること、診療録に経過を記載することが、不可欠な要件として勧告されてい

る。さらに、このような生命倫理に関する施設での検討に対して、末期医療に関わる倫理アドバイザーや倫理アシスタントの育成が勧められている。非がん疾患の緩和ケアにおいてオピオイドを使用する場合には、多職種による検討という透明性を確保しておくことも必要と思われる。

## 末期循環器疾患への緩和医療—国内外の現況

欧米では心不全における末期医療に関するガイドランがまとめられ、急性心不全の成書にも巻末には必ず末期医療の項目が記載されている。末期医療における取り組み方は、各国の医療制度、心臓移植治療の状況、文化的背景に強く影響されるため、本来はわが国における実態をふまえた検討が必要である。特に米国では、急性心不全で入院した場合には、3～4日の入院期間で退院するため、入院時からチーム医療で専門看護師を中心としたチーム医療により退院前教育が行われ、家庭での患者・家族によるセルフケアに重点が置かれ、再入院予防や転帰の改善、さらには社会的なサポート、終末期の説明などが含まれる<sup>6)</sup>。

緩和ケアは、決して終末期のケアのみではないことを医療従事者に浸透させる必要がある。心不全治療の経過中に現れ、QOLを低下させる疲労感、呼吸困難、痛みなどの肉体的な苦痛、また、うつ状態などの精神的な苦痛、経済的な問題などの生活環境における苦痛を改善することがケアの中心となる。緩和ケアが支持療法ともいわれるゆえんである。これらのケアは、入退院を繰り返す末期状態からチーム医療として開始する必要があるが、終末期における処置や突然死のリスクを話す場合に、患者の生きる希望を打ち砕く危惧や、終末期について話す方法が不確かなことへの不安などにより、積極的な取り組みが妨げられている。がんなどの緩和ケアの経験を共有することが必要で、多方面の取り組みが期待される。

WHO（世界保健機関）が2002年に示した緩和ケアの定義では、緩和ケアの対象はすべての疾患とされ、2007年にヨーロッパ緩和ケア学会で定められたブダペスト公約において、緩和ケアはが

ん以外の疾患をも対象にするという共通の前提に立っている。しかし、わが国では緩和ケアはおもにがんを対象に普及し、がん以外の疾患での末期医療ではほとんど取り組みが行われていないのが現状である。日本循環器学会ガイドラインで、「循環器疾患における末期医療に関する提言」<sup>3)</sup>において緩和ケアの必要性が提言され、それを受けて「急性心不全治療ガイドライン」の最終章で、緩和ケアについて初めて取り上げられた<sup>7)</sup>。

2008年に実施された循環器専門施設504施設に対するアンケート調査の結果、心疾患への緩和ケアが実施されていた施設は15%であり、緩和ケアチームがあるのは2%にすぎないことが明らかとなった<sup>3)</sup>。心不全の末期状態の診断がつけば、早期に緩和ケアチームと患者・家族の話し合いが開始されることが望ましいため、がん以外の疾患への取り組みが可能な緩和ケアチームが養成されることが待たれる。

米国では、2005年から米国心臓協会（AHA：American Heart Association）ガイドライン（2009年改訂）として、心不全終末期において考慮すべきことが次のように具体的に勧告されている<sup>8)</sup>。

①継続的に、患者と家族に機能予後と生命予後について指導すること

②患者と家族に事前指示の確認を取り、末期医療とホスピスの役割を説明すること

③植え込み型除細動器（ICD）の非作動に関して説明と検討を行うこと

④入院治療から外来治療への継続性に関する重要性を説明すること

⑤塩酸モルヒネなどの麻薬処方を含めた適切な苦痛緩和の方法とホスピスの役割を説明すること

⑥心不全患者の治療に従事する者は最新の「終末期の過程」を理解し、末期医療と終末期ケアに適切に向かい合うことが挙げられている。

また、亡くなる直前の数日に、侵襲的・積極的治療手技を行うことは適切ではないと明記されている。

2013年に改訂されたAHA心不全ガイドラインでは、心不全の入院患者と外来患者の診療手順を、初回評価から緩和ケアに至るまで包括し、セ

ルフケアを含めた患者・家族への教育、運動療法、うつ状態の評価を含めた社会心理学的な取り組み、長期ケアのための診療チームの構成、社会的経済的な支援体制、緩和ケアなど患者本位のアウトカムについて、よりいっそう焦点が当てられている<sup>9)</sup>。がんの取り組みと同様に、心不全患者においても早い段階で緩和ケアの概念を取り入れることで、生命予後やQOLを改善させる可能性が指摘されている。末期心不全患者における、植え込み型人工心臓や心臓移植の適応評価においても、その治療選択いかんにかかわらず、「緩和ケア」の相談が含まれるべきであることが強調されている。

## 循環器各疾患の末期医療

日本循環器学会では、心不全、不整脈、循環器集中治療、蘇生後脳症、腎不全、集中治療での呼吸管理、心臓血管外科、脳卒中、看護、補助循環での末期医療の問題について提言を行った<sup>3)</sup>。そのうち代表的なものについて概説する。

### ① 心不全

心不全末期状態の主たる治療内容は、疼痛緩和とQOLの向上であることはがんにおける末期医療と同じであるが、心不全末期では最新の治療目標を設定する必要がある。治療目標には、薬物療法や機械的補助療法以外に、患者や家族（介護者）との繊細なコミュニケーションをとることも含まれる。心不全の終末期治療では、患者の意に反し、急激に病態が変化した場合に、安らかな死を損なう状況が生じうる。その状況を回避することも、心不全末期の重要な治療目標に含まれる。

欧米では、事前に患者本人の蘇生指示の意思を明確にすることが推奨されている。心不全の進展と治療の変更は繊細な事柄であり、十分注意して対応し、積極的治療と緩和ケアのバランスを考慮することも重要である。それゆえ、心不全末期患者の治療においては、QOLを保つために症状をコントロールするとともに、患者と家族を包括した繊細なコミュニケーションをとることにより、死亡後の介護者のケアを行うことも治療の一環と



して提唱されている。

心不全末期状態の支援体制を確立するためには、薬物療法、自己管理の方法、支援体制の利用を促すために、多面的チームとして取り組むことが必要である。この時期に、患者に正確な病名、病因、治療および予後を含めた状態に関して明確な説明が必要である。入退院を繰り返すため、専門医による心不全治療と同時に、緩和ケアおよび他の支援療法に関する説明を行うことが推奨される。治療目標は、症状のコントロールとQOLを保持することに移行し、最終的には終末期緩和ケアとして、患者と家族の精神的・心理的ケアを提供することになる。

心不全末期治療に携わる場合には、継続的に患者とその家族に機能予後と生命予後について指導することが必要である。

## ② 不整脈疾患

近年、致死的心室性不整脈例、あるいは低心機能例にICDや再同期機能付き植え込み型除細動器（cardiac resynchronization therapy-defibrillator；CRT-D）の植え込みが増加している。このような症例では、高齢化あるいは病状の進行により回復不能な心不全状態または末期状態といたることがまれではない。その場合に、心臓移植適応がなければ、デバイス機能を停止させるか否かが問題となってくる。また、適応についても十分な検討が必要である。

このようなデバイスを植え込む時には、終末期を迎えた場合には、停止が可能なことや代替治療法の支援があることを患者や家族へ情報の提供をする必要がある。また、突然終末期を迎えることがまれではないため、事前に停止を含めた蘇生処置の可否に関する患者本人の意思確認が必要である。

## ③ 腎不全における血液透析

高齢化に伴い、透析非導入については医療者と患者側で十分話し合いを行い、緩和ケアも含めた代替治療について今後の検討課題である。わが国では、透析の中断に関する基準は定まっていない。患者が重篤な状態で、透析を継続することが

困難か不能で苦痛に満ちたものであり、患者自身の明確な中止の意向か代理人の意向を最大限に尊重して決定されるものである。今後、基準が確立されることが望まれる。

## ④ 脳卒中における末期医療について

国内外で、脳卒中後のDNAR（Do Not Attempt Resuscitation）オーダー例が増え、最適な治療のチャンスを失う可能性が懸念されている。したがって、国内外のガイドラインでは積極的にDNARや末期医療に踏み込んだガイドラインはないのが現状である。原則的には、すべての脳卒中患者に対して最善の治療が施されるべきであり、予後予測が困難なことから、脳出血発症後第2病日が経過するまでDNARオーダーは差し控えることが勧告されている。

## ⑤ 補助循環における末期医療について

終末期に至り、治療を継続しても治療効果を得ることができない場合には、経皮的人工心肺装置（percutaneous cardiopulmonary support；PCPS）の回路交換を実施しないことも選択肢となる。急性心不全では、本人の意思確認が得られない状況で、補助循環の適用を行わざるをえない場合が多い。家族に対して、治療効果が見込めないことを十分説明し、終末期であることを多職種チームで検討し、家族の受容があれば補助循環を中止する。代替治療は続行し、緩和的なケアを行うことを十分説明する。

---

## 循環器疾患における緩和ケア

末期状態（最大の薬物治療でも難治性の症状が出現し、心不全ではステージDに当たる時期）から、入院あるいは外来にて、予後への説明を行い、最悪の事態に備えてどのような治療を望むのか患者と家族の意思決定の支援を行うとともに、家族の喪失への衝撃を最小限にするための精神的な支援を行うことが、終末期に向かうプロセスで重要な緩和ケアの一環といえる。肉体的・精神的な苦痛の緩和が重要であり、最善の症状コントロールとQOLの維持が目標となる。この時期に

は、患者と家族ともに今後の予後や死を現実的に捉えられていないことが多いため、現実を受容できるようなチームによるコミュニケーションや配慮が必要である。

最後の迎え方を話し合う前に末期状態となった場合、患者本人への意思確認は困難なため、入院後の早期に医療者と家族との話し合いの場を設定する必要がある。その場合には、家族の中で患者本人の意思を代弁でき、治療の意思決定に積極的に参加が可能なキーパーソンを特定しておく必要がある。

また、心疾患の終末期には望ましい死や安らかな死が提供されるように、あるいは最後まで治療を希望する場合にあっても、意思を尊重しながら苦痛緩和を積極的に検討する必要がある。その場所として集中治療室が適切であるのか、あるいはそのような集中治療室内あるいは別に設けるのか今後の検討課題である。

さらには、家族への悲嘆の援助を重要となる。死にゆく過程の中で、愛する者が安らかに尊厳をもって死を迎えることができるような取り組みが必要であり、終末期の家族ケアとして重要なことである。

末期医療から終末期医療における患者と家族も含めたチーム医療は、循環器領域ではこれからの課題が多く、本稿が少しでもお役に立てることを願っている。

#### 文 献

1) Brush S, Budge D, Alharethi R, et al: End-of-life decision making and implementation in recipients of a destination left ventricular assist device. *J Heart*

*Lung Transplant* 29: 1337-1341, 2010

- 2) Kyo S, Minami T, Nishimura T, et al: New era for therapeutic strategy for heart failure: destination therapy by left ventricular assist device. *J Cardiol* 59: 101-109, 2012
- 3) 野々木宏. 循環器疾患における末期医療に関する提言. 日本循環器学会, 2011 [[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010\\_nonogi\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_nonogi_h.pdf)]
- 4) Thourani VH, Gunter RL, Neravetla S, et al: Use of transaortic, transapical, and transcatheter aortic valve replacement in inoperable patients. *Ann Thorac Surg* 96: 1349-1357, 2013
- 5) 大北 裕. 弁膜疾患の非薬物治療に関するガイドライン (2012年改訂版). 日本循環器学会, 2012 [[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2012\\_ookita\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2012_ookita_h.pdf)]
- 6) Weintraub NL, Collins SP, Pang PS, et al: Acute heart failure syndromes: emergency department presentation, treatment, and disposition: current approaches and future aims: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 122: 1975-1996, 2010
- 7) 和泉 徹. 急性心不全治療ガイドライン (2011年改訂版). 日本循環器学会, 2011 [[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2011\\_izumi\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2011_izumi_h.pdf)]
- 8) Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al: 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation* 119: e391-479, 2009
- 9) Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al: 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 128: e240-319, 2013

## 3. 神経難病・難病

荻野 美恵子\*

(\*北里大学医学部 神経内科学, 北里大学東病院 神経内科)

### はじめに

神経内科の領域には、診断した時から治癒が望めず、さまざまな困難に直面する疾患が少なくない。その多くは難病と呼ばれ、中でも比較的短期間で致命的となる疾患においては、進行の過程や死に至る時までさまざまな苦悩がある。また、神経疾患は身体障害をきたすため、単に医療的対応のみならず、介護や社会的な問題も重要な課題となる。わが国の難病医療はその両者に配慮して制度と共に発展してきており、その点では世界に誇れるものであるが、終末期の苦しみに対する薬物療法の点では欧米諸国と様相が異なっていた。

本稿では、神経難病に対する緩和ケアの薬物療法の変遷について、神経関連学会の取り組みについて報告する。

### 神経難病における緩和ケアの変遷

近代ホスピスの始まりといわれる英国 St. Christopher's Hospice では、1967 年開設当初から「がん」に限らずすべての疾患が対象であり、患者の 10% は神経難病を含んでいた。しかし、欧米でも緩和ケアの歴史は「がん」が中心であった。その概念が見直されるに従い、終末期だけのものでも、「がん」だけのものでもないことが認識され、2002 年には WHO (世界保健機関) の緩和ケアの定義も改訂され、すべての疾患が対象と明記された。

わが国における緩和ケアも基本的に「がん (悪性腫瘍) を対象として発展してきたため、各種オピオイドの適応疾患もおもに「がん (がん性疼痛)」であり、ホスピスの診療報酬上の扱いであ

る緩和ケア病棟や緩和ケアチームの対象疾患も「がんまたは AIDS」となっている。

筆者は、神経難病の中でも特に重症である筋萎縮性側索硬化症 (amyotrophic lateral sclerosis ; ALS) 患者を多くみており、少なからずの患者が終末期に呼吸苦を経験することに直面していた。かつては、苦しみが強い時には、睡眠剤やマイナートランキライザーを使用して、意識状態を低下させて対処していた。しかし、2003 年 12 月に初めて参加した International Symposium on ALS/MND (ALS に特化した国際学会) では当たり前のようにオピオイドが使用されていることを目の当たりにし、わが国においても試すべきではないかと考えるようになった。

### ALSにおけるオピオイド使用のエビデンス

海外では、1980 年代には ALS の緩和ケアの記載があり、ほぼがんの緩和ケアと並行して行われてきた。エビデンスについては、ALS では約 50% が呼吸苦を自覚し<sup>1-4)</sup> (エビデンスレベル IV b : Minds 診療ガイドラインによる、以下同様)、オピオイドの使用により 81% で緩和されると報告されている<sup>1)</sup> (エビデンスレベル IV b)。また、進行期には 40~73% が関節の拘縮や筋痙攣、不動による圧迫により痛みを訴える<sup>1-3,5)</sup> (エビデンスレベル IV b)。

痛みについては WHO のがんにおける痛みのコントロールに準じて治療することが推奨され、55% はオピオイド以外の抗炎症剤や抗痙縮剤などでコントロールでき、80% はオピオイドが有効であったと報告されている<sup>1)</sup> (エビデンスレベル IV b)。EBM の概念が確立する以前に使用され、有

効性および安全性が確認された治療であったため RCT（ランダム化比較試験）は行われておらず、エビデンスレベルは決して高くはないが、米国ではアメリカ神経学会（American Academy of Neurology：AAN）が1999年に<sup>6)</sup>、欧州では EFNS task force が2005年に<sup>7)</sup>ガイドラインを提唱し、終末期のオピオイドの使用について記載しており、少なくとも欧米諸国においてはスタンダードな治療として扱われていた。

わが国においては、ALS に対するオピオイドの使用は1990年代後半頃から先駆的な一部の医療機関で使われ始めた。症例報告としては1996年の根本、今井らによる ALS の疼痛に対する塩酸ブプレノルフィンの使用<sup>8)</sup>や、今井、難波らによる緩和ケアの報告<sup>9)</sup>などがあるが、系統的な研究は少なかった。わが国においても2002年に日本神経学会から ALS 治療ガイドラインが策定され、その中で緩和ケアとして AAN のガイドラインを一部改変しオピオイドの使用について推奨した。しかし、保険適応が認められていないことから、2002年当時においては「モルヒネの使用に際しては現段階では各施設の倫理委員会を通して対応すべきである」と記載されており、通常の治療としての位置づけにはなっていなかった<sup>10)</sup>。

## 当院のオピオイド使用の取り組み

前述した2003年12月の国際学会の参加をきっかけに、実際1年かけて日本の緩和ケア医や欧米の専門家に相談しながらプロトコルをつくり、2005年3月からオピオイドを使い始めてみると意識を落とさずに楽になることが分かり、必要な治療であることを実感した。

使用経験については2005年から2年間で使用した ALS 患者17例中88%で有効であり、副作用は便秘程度で安全に使用できたという結果を報告した<sup>11)</sup>。当時、病院（北里大学東病院）の了承を得て、保険上は症状詳記をして使用開始したが、わが国においては保険適用外の薬剤は使用しづらい仕組みになっているため、なんとか保険適用がとれないか検討を開始した。

## 学会における保険適用取得への取り組み

筆者も委員を務めていた日本神経学会と日本神経治療学会の医療保険関係の委員会で提案し、オピオイドの必要性について検討した結果、保険適用に向けて提案するという事になった。

当時、学会から保険適用を働きかけるには3通りの方法があった。①内科系保険連合から厚生労働省に提案（ただし、薬品については正式には検討対象外）、②医師会の疑義解釈委員会にて提案、③厚生労働大臣に直接要望書として提案する方法などがあった。まずは、一番困っていた ALS について保険適用をとるべく、2006年の診療報酬改定の提案書から2年ごとの改訂ごとに要望をし、大臣宛の要望書も提出した。

さらに、2009年にはドラッグラグ解消のために、厚生労働省が新たに立ち上げたばかりであった「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」にも要望書を作成した。当初は諸外国で保険適用になっていることを条件に公知申請（治験を行わなくても保険適応にするという制度）を認めるというものであった。

実際に欧米諸国では ALS に対するオピオイドは保険で用いられていたが、わが国でいう保険適応とは異なり、何かの疾患で保険適応をとっているものは、他の疾患については保険者の許可次第という制度設計であった。そのため、厳密に保険適応をとらなくても、事実上の保険適応になるという国が多かった<sup>12)</sup>。保険システムの違いを勘案して検討すべきであると思われたが、われわれの要望はいずれも海外での保険適応が確認できないとして却下された。

しかし、そのような点が認められたためか、2010年からは海外の保険適応だけでなく、ガイドラインなどで標準的治療と認められているという条件も適用されるようになった。そのため、2010年もその点を強調して提出したが、今度は企業の開発意思がないということ、適応ではない他の薬剤を拡大解釈して使用できるのではないかという理由で却下となった。

事前に企業との交渉はしないようにという指導があったため、確認しないまま提案したが、企業

としてはALSのような希少疾患では採算が合わないと判断されたものと想像する。また、要望書には現在わが国で使用できる薬剤を取り扱っている各社を公平に挙げたが、意見を聞かれた企業は先発品を販売している企業のみであった。錠型から実際に使用できる薬剤は後発品であったので、意図が伝わりにくかったと思われる。申請してもヒアリングなどはないため、検討会議の結果としていきなり回答書が提示されるという状況で、議論する余地がないという問題点がある。

### 日本神経学会員に向けた終末期医療についての意識調査およびシンポジウム

筆者は、2009年に日本神経学会の専門医全員(4,478名)を対象に、ALS終末期ケアに関するアンケート調査を行った。幅広い世代から合計1,495名(33%)の回答を得た。年間ALS症例数は半数以上(53%)が3名以下で、ALSにモルヒネを処方した経験のある医師は21%であったが、そのほとんどが(77%)が経験数は5例以内であった。使用開始も47%が「独学で開始した」と回答し、使用したことがない理由(複数回答)として、「該当症例の経験がない」(65%)、「使用経験がない」(47%)、「保険適応がない」(38%)であったが、今後使用するかどうかについては47%が「保険適用の有無にかかわらず必要であれば処方する」と回答しており、「保険適用になれば使用する」とした38%を上回っていた<sup>13)</sup>。

モルヒネの保険適用については、「ALSや筋ジストロフィーのような疾患でも適用となるべき」26%、「すべての疾患の終末期の苦しみに対して適用となるべき」63%と、「現行のがん終末期のみの適用でよい」5%を大きく上回っていた。

本調査の高い回収率は、神経内科医のこの問題に対する関心の高さを表し、モルヒネの使用も2007年の14%(共同通信)に比べ、徐々に増加してきている。そして、これまで以上にALSの呼吸苦に対するモルヒネや、ホスピスの適用拡大を求めている、使用経験が少ない専門医が多いことについては安全な使用方法や適用についての教育・研修が必要と考えた。

この結果を受け、2010年には日本神経学会学術大会にてシンポジウムとして取り上げられ、アンケート結果の報告、ならびに保健活動の状況説明を行った。その後も学会企画の教育講演などで複数回取り上げられ、普及の啓蒙と教育に努めた。

### 事実上の保険適用を取得「保険上査定しない」

さまざまな方面からの働きかけを行っていたことが奏功したと思われるが、2011年9月26日付けで社会保険診療報酬支払基金審査情報提供事例にて「保険上査定しない」と認められ、9月30日付けで厚生労働省からも「医薬品の適用外使用に係る保険診療上の取り扱いについて」で周知するよう通達が行われた。これにより『原則として、「モルヒネ塩酸塩【内服薬】・【注射薬】・【外用薬】」を「筋萎縮性側索硬化症(ALS)」「筋ジストロフィーの呼吸困難時の除痛」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める』および『原則として、「モルヒネ硫酸塩【内服薬】」を「筋萎縮性側索硬化症(ALS)」「筋ジストロフィーの呼吸困難時の除痛」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める』とされた。

本制度は診療報酬上保険で使用できるが、医師の責任のもと使用するという扱いであり、保険適用とは異なる。しかし、足掛け6年かかったが、公に認められた治療となったことで、使用しやすくなった。これを受け、学会として保険上の扱いの変更点をメーリングリストなどで学会員に周知を行った。

2009年と同様の調査を2012年3月(保険の取り扱いの変化はまだ出ていないと思われる時期)に行ったが、モルヒネ使用経験者は32%に増加していた。今後、保険上の扱いの変化で普及率がどのように変化するかについて、数年ごとに調査を行う予定である。

### 教育・研修について

前述のように複数の学会(日本神経学会、日本

神経治療学会, 日本緩和医療学会, 日本緩和医療薬学会, 日本在宅医学会, 日本難病医療ネットワーク学会, 日本難病看護学会など)で講演の機会を得ていることのほか, 著書<sup>14)</sup>や総説など多数の原稿にて啓蒙・教育を行っている。また, 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等克服研究事業(難治性疾患克服研究事業)『希少性難治性疾患患者に関する医療の向上及び患者支援のあり方に関する研究』班の事業として難病緩和ケア研修研究会を2011~2013年度に開催し, 自己啓発的な緩和ケア教育方法の研究を行うと同時に, 各地で難病緩和ケア教育のリーダーとなる人材の養成に努めた。

## 新 ALS 診療ガイドラインについて

日本神経学会として10年ぶりにガイドラインを改正することとなり, その中にも ALS 終末期ケアのスタンダードとしてモルヒネなどオピオイドの適正使用について記載をした<sup>15)</sup>。まだ2013年12月に発行されたばかりのため, 今後普及に寄与すると思われる。

## おわりに

がん以外の緩和ケアにおいては, オピオイドの有効性や安全性について高いエビデンスが少ないため, 保険適用取得が非常に難しいのが現状である。われわれは学会を上げて社会的コンセンサスを得る努力をし, 保険行政に精力的に働きかけた結果, 6年の歳月はかかったものの, 変化を起こすことができた。まだ不十分な点もあり, 今後も継続的な運動, 啓蒙, 教育が必要である。

## 文 献

- 1) O'Brien T, Kelly M, Summers C: Motor neurone disease—a hospice perspective. *BMJ* 304: 471-473, 1992
- 2) Oliver D: Ethical issues in palliative care—an overview. *Palliat Med* 7 (Suppl 4): 15-20, 1993

- 3) Saunders C, Walsh TE, Smith M: Hospice care in motor neuron disease. In: Saunders C, Summers DH, Teller N eds: Hospice—The Living Idea. Edward Arnold, London, p.126-147, 1981
- 4) Voltz R, Borasio G: Palliative therapy in the terminal stage of neurological disease. *J Neurology* 244 (Suppl 4): S2-S10, 1997
- 5) Newrick PG, Langton-Hewer R: Pain in motor neuron disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 48: 838-840, 1985
- 6) Miller RG, Rosenberg JA, Gelinas DF, et al: Practice parameter—the care of the patients with amyotrophic lateral sclerosis (an evidence-based review)—report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology—ALS Practice Parameters Task Force. *Neurology* 52: 1311-1323, 1999
- 7) Andersen PM, Borasio GD, Dengler R, et al: EFNS task force on management of amyotrophic lateral sclerosis—guideline for diagnosing and clinical care of patients and relatives. *Eur J Neurol* 12: 921-938, 2005
- 8) 根本有子, 今井尚志, 青墳章代, 他: 筋萎縮性側索硬化症患者の緩和ケア—痛みに対する塩酸ブプレノルフィンの効果(会議録). *臨神経* 36: 1457, 1996
- 9) 今井尚志, 難波玲子, 高橋桂一: 筋萎縮性側索硬化症(ALS)の緩和ケアの現状—全国国立療養所神経内科のアンケートから(会議録). *臨神経* 37: 1333, 1997
- 10) 日本神経学会治療ガイドライン Ad Hoc 委員会: ALS 治療ガイドライン2002. *臨神経* 42: 669-719, 2002
- 11) 荻野 裕, 荻野美恵子, 飯ヶ谷美峰, 他: ALSにおけるモルヒネの有用性について(第2報). *臨神経* 47: 1160, 2007
- 12) Sykes N: End of life care. In: Oliver D, Borasio G, Walsh D eds. *Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis: from Diagnosis to Bereavement*. 2nd ed, Oxford University Press, Oxford, p.287-300, 2006
- 13) 荻野美恵子. 神経内科領域における終末期の倫理的問題—ALS 終末期ケアに関するアンケート調査結果. *神経内科* 74: 170-175, 2011
- 14) 難波玲子, 高橋貴美子, 荻野美恵子, 他 著, 成田有吾 編: 神経難病在宅療養ハンドブック—よりよい緩和ケア提供のために. p.71-78, メディカルビュー社, 2011
- 15) 日本神経学会 監, 「筋萎縮性側索硬化症診療ガイドライン」作成委員会 編: 筋萎縮性側索硬化症診療ガイドライン2013. p.46-74, 南江堂, 2013

## 4. 高齢者ケア—日本老年医学会の3つの指針

清水 哲郎\*

(\*東京大学大学院 人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター 上廣講座)

高齢者ケアの領域における緩和ケアへの取り組みとしては、日本老年医学会が『立場表明 2012』(2012年1月)、『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として』(2012年6月)、そして『高齢者に対する適切な医療提供の指針』(2013年3月)と、次々とガイドラインないしこれに類する文書を公表して、積極的な姿勢を示している。

以下、これらの文書を、ガイドラインを中心に緩和ケアという観点を念頭におきつつ概観する。

### 『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明 2012」』<sup>1, 2)</sup>

これは日本老年医学会が2001年6月に発表した『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」』を、10年経って見直し、改訂したものであり、簡略には、日本老年医学会『立場表明 2012』と称される。

全体は同学会の「立場」を11項目にまとめて提示しているが、そのいくつかを次に挙げておく——「年齢による差別(エイジズム)に反対する(1)」「個と文化を尊重する医療およびケア(2)」「本人の満足を物差しに(3)」「家族もケアの対象に(4)」「チームによる医療とケアが必須(5)」「緩和医療およびケアの普及(9)」。

以上のうち、特に第3, 4, 9項は明確に緩和ケアの考え方を示しており、第3項では「苦痛の緩和とQOLの維持・向上に最大限の配慮」が、第4項では、「家族の悲しみを和らげる」「患者が死にゆく過程にあることを家族が受け容れるための支援や、患者の死後における家族のグリーフケア」に言及されるが、これらの項目に限らず、随所にQOLを重視

する考え方が提示されている。

このことと連動して、「最善の医療およびケア」を「単に…(略)医学的な知識・技術のみではなく、他の自然科学や人文科学、社会科学を含めた、すべての知的・文化的成果を還元した、適切な医療およびケア」とし、人文・社会科学の知見も結集することをうたっている。また、上述の第2項では、「わが国特有の家族観や倫理観に十分配慮しつつ、患者個々の死生観、価値観および思想・信条・信仰を十分に尊重して」というように、最善の医療・ケアのためには、個々人の生き方・考え方を考慮に入れる必要があるとする。

総じて、医療を人の生物学的ないし身体的生命に注目する医学の領域のみを視野に入れて行うあり方を脱して、人文・社会科学が対象とするような人の人生・生活を視野に入れ、そこでの個々人とその家族にとっての良いあり方を目指すことを訴えたものとなっている。

このような文脈で緩和ケアを高齢者ケアの領域に導入するということは、単に緩和ケアの医学技術的な面に注目し、人の身体的問題に取り組むのではなく、心理的、社会的、さらには精神的(スピリチュアル)問題にも取り組むという意味で、緩和ケアの全体を理解しつつ、それに学ぶ姿勢を示したものであることができる。

### 『「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」』<sup>2, 3)</sup>

ここ何年かにわたって、メディアは高齢者が食べられなくなった時に人工的な栄養補給をどうするかをめぐる問題をたびたび取り上げ、胃ろうにして良かったケースと良くなかったケースを報道

した。提起された問題の本質は、「人工的な栄養補給をして生命維持をすることが、ある場合にはかえって本人にとってつらい人生の最期になってしまう」ということであった。だが、それが「胃ろう」問題として流布した結果、多くの市民が「胃ろうは良くないらしい」という印象をもち、そのために経鼻経管を選ぶといったおかしなことが生じてしまっている。

そのような中で、日本老年医学会を含む6学会からなる日本老年学会理事会の合意に基づいて、複数の学会から出た委員に、倫理学・死生学、宗教学、法学の専門家、介護・福祉関係者、一般市民を加えたワーキング・グループおよび検討委員会がつくられ、2010年度に関係者の意識調査を行ったうえで、2011年度にガイドライン原案を作成した（2012年3月公表）。これを受けて、日本老年医学会理事会は2012年6月に、ほぼ原案通りに同学会のガイドライン（以下、本ガイドライン）として承認するに到ったのである。

本ガイドラインは、「意思決定プロセス」に関するものであり、厚生労働省から出された『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』（2007年5月）の系譜に属している。本ガイドラインが提示するような意思決定プロセスを経て決定・選択することにより結果の倫理的適切さが担保されるので、本ガイドラインに沿って選択したことについては法的に責を問われることはないとしている。実際、この見解を支持する元最高裁判事5名を含む法律家29名のリストも附されている。

本ガイドラインは、①医療・介護の意思決定プロセス、②いのちについてどう考えるか、③AHN（人工的水分・栄養補給）導入に関する意思決定プロセスをめぐる留意点、の3部から成っている。このうち、①と②は医療・介護全般にわたる一般的な指針であり、それを高齢者ケアにおけるAHN問題に適用したものが③である。

## ① 皆で一緒に決める

第1部「医療・介護の意思決定プロセス」では、「医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通

して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す」（第1部概要）というように、関係者がコミュニケーションを通して、相互の情報のやりとりおよび話し合うプロセスを通して合意を目指すことを提示している。ここには、「医療者は選択肢を提示し、説明するが、決めるのは本人（ないしはその代理としての家族）である」といった考え方になりがちであったわが国の医療現場に対して、医療・介護従事者は、どれを選ぶかに到るまで本人・家族と共に考え、一緒に決めるというあり方を推奨したという特徴がある。

「本人が決める」ことに違いはない。しかし「本人だけで決める」のではなく、「皆で決める」のである。こういうことが成り立つためには、関係者の相互信頼関係が前提となる。したがって、そういう関係を築きながら意思決定プロセスを進めるという倫理的あり方も示唆されていることになる。もちろん、いつもこのような仕方でも円満に合意に達するとは限らないので、合意できない場合にどうするかについての指針もついている（1.10—本ガイドライン本文に付された番号。以下、同様）。

「皆で決める」という考え方は、本人の意思確認ができる場合・できない場合の対処にも現れている（1.4）。本人の意思確認ができる時であっても、そこで選択されることが家族の生活に影響するかぎり（1.3）、家族も当事者として参加する——他方、意思確認ができない場合でも本人がなんらかの意思表示できる場合は、本人に残っている力に応じて説明し、本人の気持ちを大事にするといった対応がふさわしい。また、こうしたプロセスで「本人だけが決める」のではないという考え方は、「本人の意思ないし意思の推定」だけに基づいて決めるのではなく、これと「本人にとっての最善」についての関係者の判断との双方で決定を支えることを奨めている（1.5）。

## ② 人生のために生命を支える

次に、第2部「いのちについてどう考えるか」では、「人生」と「生命」を区別し、「本人の人生をより豊かにしうる限り、生命はより長く続いたほうが良い」とする（第2部概要）。「生命」は医



学的介入によって働きかける対象であり、本人の人生を支える土台である。「人生」は、本人が周囲の人々と関係しながら、「これまでかく生きてきた」——「これからかく生きたい」と自ら物語りを創りつつ生きるものである。そこで、ガイドラインは、その人生が「より豊かになる」ことが見込まれるなら、生命がより長く続くように、またQOLがより良くなるようにと、生命に働きかける医学的介入が妥当となる、とする。言い換えると、「人工的栄養補給をすれば、生命が延びる」ということだけでは、それを選択する理由にはならないのであって、それによって延びた人生が「良い」と評価されるかどうかによって、選択するかどうかに分かれるのである。

ある治療が当該の本人に適切なものであるかどうかは、医学的には、延命効果と本人の一般的QOL（一般的価値観を物差しとした評価）の見込みによって判断される。これを基礎としつつも、本人の人生にとって最善かどうか（より豊かにしうるかどうか）を考えるためには、本人の人生の事情、人生観や、個人的QOL（個人的価値観を物差しとした）の見込みを考えなければならない。意思決定プロセスにおいては、この点を考えつつ、本人と周囲の者との合意を目指すことになり、生命維持効果が見込まれる医学的介入について、こうした要素を組み合わせた、意思決定プロセスの流れが示されている（2.1, 2.2, 2.3）。

### ③ 人工的水分・栄養補給（AHN）への適用

最後に、第3部で、以上の考え方をAHNに適用しつつ、AHNに特徴的なポイントを付加して、意思決定プロセスを進めるうえで考慮すべき点を挙げている。

特に、「見直し」が重要である（3.3）。検討のプロセスをたどった結果、胃ろう造設を選択したとする。それによって相当の期間、良い人生を続けることができたが、やがて身体全体が衰えてきて、もう一度プロセスをたどり直したところ、「残された時間を快適に過ごす」ことだけを目指すのが最善となった。このような場合、「人生の延長」は目的ではなく、胃ろうによる栄養補給は終了することになる。これが報道されている

「胃ろうの中止」の意味である。これは決して「死の選択」でも、「餓死させる」ことでもなく、本人（の人生）にとって最善の道を選んだというだけのことなのである。

最後に、高齢者のAHN選択をめぐるのは、家族の都合、受け入れ施設の条件といった要素の故に、本人の人生にとっての最善が実現しにくい状況がしばしばある。本ガイドラインは、そういう現実を無視した建前を語るのでも、現実に流されるのでもない道を次のように（ガイドラインらしくない語り方で）示している：「現在の環境の許容範囲内のできるかぎり本人の最善を目指し、また家族の負担を許容できる程度に抑える道を探す努力をする」（3.4）——そういう道はみつからないかもしれないが、努力はしてみましようよ、というわけである。

### ④ 緩和ケア

以上のことから推察されるように、本ガイドラインも『立場表明2012』と同様、緩和ケアを理解し、これを導入する内容をもっている。本文2.2, 2.3が明示的に言及し、これに対する解説34では、WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義の解説まで行って、生命を延ばすこととQOL保持との間で、後者を優先する考え方を提示している。

ただし、歴史的にはがん患者の人生最期の段階をモデルにして形成された緩和ケアの考え方は、あっさりとした高齢者ケアの場面に導入された（完了形）わけではない。がんの場合、終末期になったら「徒な延命」はしないということは比較的分かりやすい選択である。たとえ「徒な延命」をしたとしても、そう長くは死を先延ばしにできないのである。これに対して、非がんの1つの典型である、高齢者の老衰（frailty）の場合、人生の最終段階（end of life careの時期）かどうかについては「人工的栄養補給をすればまだしばらくは生きられます。2年くらいかもしれません。水分補給だけだと1月半くらいでしょう」と、選択により違いが出てくる。

論理としてはWHOの緩和ケアの考え方は高齢者ケアに確かに妥当するのだが、現場感覚として

当たり前に感じられるようになるには、それなりのディスカッションと時間が必要といえるかもしれない。今まさにそのことがなされ、あるいは起きつつある。

---

## 『高齢者に対する適切な医療提供の指針』<sup>4)</sup>

最後に2013年3月に公表された『高齢者に対する適切な医療提供の指針』は、厚生労働省の「長寿科学総合研究事業」の研究班(H22-長寿-指定-009, 代表: 秋下雅弘)によるものであり、日本老年医学会のwebサイトで公開されている。同指針には「緩和ケア」という用語は1回しか使われていないが、内容的には緩和ケアの考え方が貫かれている。指針は7項目から構成されているが、その表題を見るだけで緩和ケアの考え方だと分かるものが第2, 3, 6項と3項目ある。

まず、第2項の表題は「QOL維持・向上を目指したケア」であり、その下に附せられた要旨は「生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す」である。次の第3項は「生活の場に即した医療提供」であり、要旨として「患者のQOL維持に生活の場の問題は重要であり…」と、「生活の場に即した医療提供」ということが、QOL維持という目標のもとでいわれていることが分かる。また、第6項は「家族などの介護者もケアの対象に」とあり、内容を見てみると、高齢者ケアにおける介護者の負担への配慮がその眼目となっているが、そのことを「家族もケアの対象だ」というまとめ方をしている点で、緩和ケアの定義に(少なくとも結果として)沿った理解を示している。

そのほか、必ずしも緩和ケアに固有の特徴ではないが、第5項「患者の意思決定を支援」(要旨は「意思決定支援の重要性を理解し、医療提供の方針に関して合意形成に努める」)、また第7項「患者本人の視点に立ったチーム医療」(要旨に

「患者もチームの一員であることを理解し…」の表現あり)と、前出の『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的・水分栄養補給の導入を中心として』が示した、関係者が共同で意思決定プロセスを進め、合意を目指すという考え方が踏襲されている。このようなコミュニケーションを通して進める意思決定のプロセスを重視するあり方も、緩和ケアが他の医療の領域に先立って採ってきたものである。

---

## おわりに

以上のように、高齢者ケア・医療の領域において、緩和ケアの考え方が積極的に導入され、日本老年学会のリーダーたちの間では、高齢者ケア全体が、非がん患者に対する緩和ケアの1つの大きな領域といっても過言ではない状況になりつつある(末端にまで浸透するにはまだしばらく時間がかかるであろう)。このことは、わが国が今や超高齢社会になっていることを考慮に入れば、緩和ケアが医療全体の中で占める重要性が非常に高くなっていることを意味するのである。

## 文 献

- 1) 日本老年医学会:「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012, 2012 [http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf]
- 2) 日本老年医学会 編: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として, 2012年版, 医学と看護社, 2012
- 3) 日本老年医学会 編: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として, 2012年版, 2012 [http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs\_ahn\_gl\_2012.pdf]
- 4) 高齢者に対する適切な医療提供に関する研究(H22-長寿-指定-009) 研究班: 高齢者に対する適切な医療提供の指針, 2010 [http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric\_care\_GL.pdf]

## 5. 在宅医療

平原 佐斗司\*

(\*梶原診療所)

### 学術大会での取り組み

一般社団法人 日本在宅医学会は、前身である「在宅医療を推進する医師の会」の1994年の立ち上げからおよそ20年の活動実績をもっている。他の在宅医療系の学会・研究会も同時期に誕生したものが多し。

日本在宅医学会設立の精神は、初代会長である佐藤智氏が学会創設時に『在宅医学』に記した文章に表現されている。

「南インドの農村で学んだ『医とは何か』という問いの答えは『自然の中で生まれ死んでいく人が、その人らしくあり得るように支えていく学問である』という単純なものでした。…(中略) 今こそ『医とは何か』を問い直すために、人間の生きる基盤である『在宅の医学』の本質を求め、それを樹立し、具体的な『在宅医療の推進』をしてゆくべき大切なときです」

「在宅医療を推進する医師の会」は、15回の集会を重ねた後、1999年2月に日本在宅医学会の設立大会が開催され、2013年まで16回の大会が開催された。

第3回大会の柏木哲夫氏による特別講演「ホスピスケアの真髄」をはじめとして、各大会において、緩和ケアや在宅での看取りをテーマとした特別講演や教育講演、シンポジウムなどが企画されてきた。発足当初から、在宅緩和ケアは学会の中心テーマであった。

日本在宅医学会の活動で特徴的なのは、2007年の超高齢社会突入した前後から、非がん疾患の緩和ケアに関する報告や研究が増加してきたことであろう。また、2002年に専門医制度創設を決定し、2004年頃から制度設計に着手し始めたこ

とを背景として、在宅医の研修・教育に関する企画も増加している。最近では、がんの在宅緩和ケアにとどまらず、神経難病など非がん疾患の緩和ケア、小児在宅医療、独居の看取りなど、幅広く緩和ケアや看取りの課題をとりあげるようになってきている。

### 教育・研修

#### ① 専門医教育—日本在宅医学会 在宅医療研修プログラム

##### 1. 在宅医療研修プログラムの社会的意味

超高齢社会、多死社会、需要爆発という言葉で表される21世紀前半の日本社会を支える医療システムを構築するためには、在宅医療・地域医療への人的資源のシフトが必須であり、在宅医の育成においても専門医制度も含めた教育システムを確立していく必要性が高まっていた。

日本在宅医学会が在宅医療研修プログラムを創設した最大の理由は、このような背景の中で在宅患者と家族に対する質の高い在宅医療の提供がわが国の地域医療の最重要課題となったことである。質の良い在宅医の研修システムの創設が、国民がわが国のどの地域に住んでいても、権利として標準的な在宅医療を受けることができる社会をつくることにつながると考えたのである。さらに、在宅医の研修システムをつくることは、これから在宅医療を目指す若い医師に在宅医になる道筋を示すという点で、きわめて重要と考えたからである。

##### 2. 専門医制度と研修プログラムの概要

日本在宅医学会は2002年度に「認定専門医制度」を創設、2005年度から経過措置による専門

表1 日本在宅医学会 在宅医療研修プログラムのポートフォリオ領域

医学的領域	社会的領域
<p>I. 老年医学領域 認知症, 栄養障害, 摂食嚥下, 排泄, 褥瘡, フットケア, リハビリテーション</p> <p>II. 緩和医療学領域 疼痛管理, 他の症状緩和, 非がん緩和, スピリチュアルケア, グリーフケア, 臨死期の対応</p> <p>III. 内部障害・小児, 障害者領域 神経難病, 呼吸不全, 小児, 障害者</p> <p>IV. 在宅医療の諸相 急性期アセスメント, 急性期治療, 入院適応, 在宅医療導入, 看取り</p> <p>V. 生物・心理・社会モデル 困難事例への対応</p>	<p>I. 社会保障制度の理解 医療保険・介護保険, 支援費, 難病</p> <p>II. 患者中心の医療と家族ケア コミュニケーション法, バッドニューステリング, ナラティブベースドメディシン, 家族ケア</p> <p>III. チームアプローチ サービス担当者会議, IPW (専門職連携) 実践, チームづくり, 他職種理解など</p> <p>IV. 臨床倫理・意思決定の支援 延命治療の選択, 終末期の意思決定の支援</p> <p>V. 質改善, 地域づくり 地域づくり, 在宅医療質改善プロジェクト, 経営, 地域連携, 病身連携のアプローチ, 居住系施設での在宅医療</p>

医認定を開始し、研修プログラムの指導者を生み出すことを目的に、2009年度までに約160余名の経過措置による在宅医療専門医を認定した。その後、2008年10月から在宅医療研修プログラムと在宅医療研修施設の募集を開始、現在では北海道から沖縄まで75プログラムにのぼっており、全国の各地域で在宅医を育成するシステムができあがった。専門医試験は2010年7月に第1回専門医試験を実施し、2013年12月現在まで4回の専門医試験を実施している。

本研修プログラムの特徴の1つは、内科や家庭医療と同等の後期研修の位置づけにはせず、それらを修了した各専門医のフェロウシップとして位置づけて、制度設計を行ったことである。なぜなら、在宅医療は総合的応用的学問であり、その基礎領域は老年内科を含む内科領域、家庭医療、そして緩和ケアであることが明確であったからである。

2つ目は、学会として、ポートフォリオ学習（自ら目標を定め、自らの意志で前向きに学ぶことを援助する学習方法）を推奨し、総括的評価にもポートフォリオを取り入れたことである。

日本在宅医学会では、在宅医が身につけるべきコンピテンシー（高い成果を生み出す、人の行動特性）を検討し、研修プログラム研修期間中に作成するポートフォリオの領域を大きく医学的分野と社会的分野に分け、表1のような10の領域を設定している。

研修者は、研修プログラムでの研修中に、疼痛管理と認知症を含む15のポートフォリオを作成し、専門医試験申請時に提出する（表1）。

この領域設定は、在宅医療あるいは在宅緩和ケアを実践するために必要なコンピテンシーをよく表している。在宅医療で求められる緩和医療の範囲は、がんだけでなく、高齢者や小児、非がん疾患も含む幅広いものになっていること、生活の中での医療であるため、より社会的側面の重要性が増すなどの特徴がある。

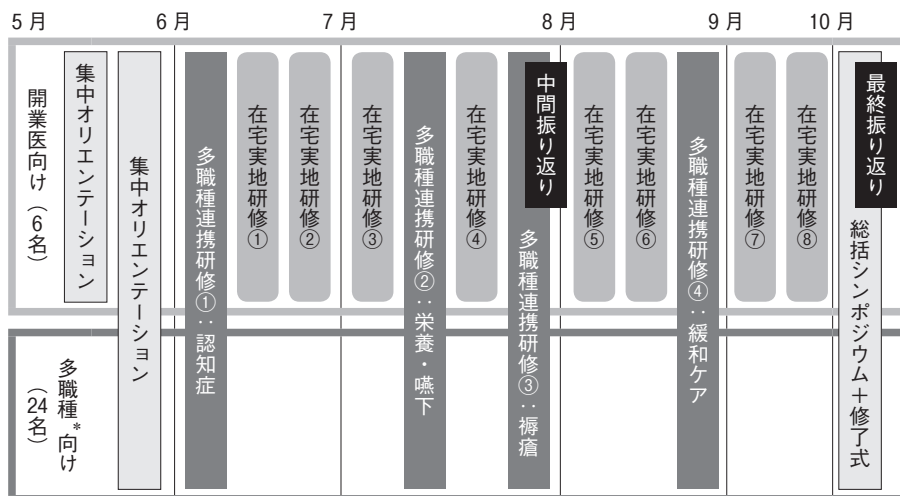
学会として研修期間中に作成するポートフォリオの領域を指定することによって、在宅医のコンピテンシーについて偏ることなく学ぶことができる。また、提出用（凝集）ポートフォリオを作成する過程を通じて、実践的省察ができ、暗黙知を実践知に変えていくことができる力を身につけるのである。

3つ目には、教育研修の質を規定するものは、試験ではなく、全国各地につくられた特徴あるプログラムの教育内容そのものであると考えており、在宅専門医育成の質、内容を保証するために、研修プログラムの質、指導医の役割を重視していることである。

## ② 医師を含めた地域における多職種研修の展開—柏在宅医療研修プログラム

年間8,000人以上の医師が誕生する中で、最終的には約半数の医師が地域医療に従事すると推定

開講期間：2011年5月21日～10月1日



\* 歯科医師，薬剤師，訪問看護師，介護支援専門員，病院退院調整部局スタッフ

図1 東京大学・柏在宅医療研修試行プログラム

表2 在宅医療推進のための共同声明（在宅医療推進フォーラム）

1. 市民と共に、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する
2. 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊重を大切にした医療を目指す
3. 医療・福祉・介護専門職の協力と連携によるチームケアを追求する
4. 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する
5. 療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった在宅医の養成を積極的に支援する
6. 日本に在宅医療を普及させるために協力する
7. 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する

されているが、そのほとんどがプライマリケアや在宅医療の教育を受けていない。一方、地域医療を実践する医師を育成する専門医の研修システムがその国に根つき、文化となるまで、20年、30年の年月を要するであろう。しかし、わが国の高齢化は教育システムの成熟を待ってはくれない。超高齢社会と多死社会、需要爆発を迎えつつためには、医療の供給システムを、急速に在宅医療を中心にした地域医療へシフトさせる必要がある。

そのためには、すでに地域で活動している開業医や病院で働く勤務医が在宅医療に踏み出すための、実効性のある短期研修システムの開発が不可欠であった。このような中、2010年度から東京大学高齢社会総合研究機構は、在宅医療参入のための短期研修プログラムの開発を開始し、2011

年に千葉県柏市において試行プログラムを実施した（図1）。現在では、がんの緩和ケアを含めた6つのモジュールが開発され、これらを用いた多職種研修、さらには訪問診療の同行研修といった教育効果の高い参加型の手法が取り入れられたプログラムが実施されている。その教育効果の高さはすでに実証され、実践者の研修システム、あるいは地域の多職種研修として全国の各地域で取り入れられている。

### 学会、学術団体の提言

2005年より、毎年11月23日に開催される「在宅医療推進フォーラム」（公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団主催）において、日本在宅医学

会をはじめ、在宅医療に関わる11の学会や団体が「在宅医療推進のための共同声明」(表2)を採択している。

2007年に国立長寿医療センターのもとに、日本医師会をはじめとした在宅医療に関わる諸団体が招集され、在宅医療推進会議が開催された。実際の検討は、①在宅医療のグランドデザイン作成に関する部会、②-1 在宅医療の実践例に関する情報を収集・整理し、国民・医療関係者に示す部会、②-2 急性期医療と連携を検討する部会、③在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションなどの能力強化方策に関する部会、④新たな在宅医等の人材養成に関する部会、などに分かれて検討され、それぞれの部会から在宅医療推進のための提言が出されている。

---

## ガイドライン、研究について

在宅医療の領域においては、圧倒的にエビデン

スが不足している状況にある。したがって、2008年の第10回の記念大会(静岡)を記念して、専門医向けのテキストとして発刊された『在宅医学』についても、エキスパートオピニオンをまとめた形にしかっていない。

在宅医療には研究すべき課題が数多くあるにもかかわらず、在宅医療領域の研究は未成熟な状態である。当面は、観察研究などエビデンスレベルが低いもの、あるいは小規模な研究でもよいので、敷居を低くして、多くの在宅医の研究への参加を促すことが重要であると考えている。近い将来、多施設の前向き研修が、在宅医の負担が少なく実施できる研究ネットワークの構築が必須であろう。

日本在宅医学会では、研究委員会による若手研究者の育成をねらった支援や倫理委員会の設置などの援助を充実させていく方針を確認しているところである。

# 1. データでみるわが国の緩和ケアの現状

宮下 光令\* 森谷 優香\*

(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)

## 緩和ケア病棟

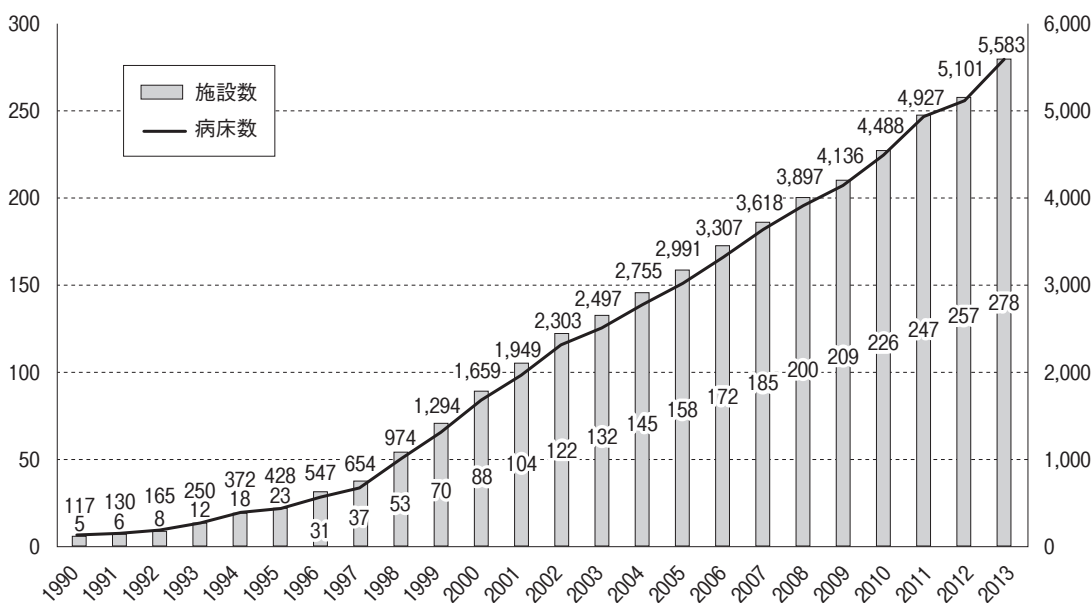
わが国の緩和ケア病棟は、1990年に診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されたことにより制度化された。図1に緩和ケア病棟数、病床数の推移を示す。診療報酬の増加とともに緩和ケア病棟数、病床数ともに増加し、1990年に5病棟(117床)だった緩和ケア病棟は、2013年には278病棟(5,583床)となった。

緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合は、2012年で9.4%であった。都道府県別の日本ホスピス緩和ケア協会会員の緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の割合を図2に示す。このデータに基づく緩和ケア病棟の死亡割合には地域差が

みられ、高い都道府県は高知県25.6%、福岡県20.3%、滋賀県18.5%であり、低い都道府県は福島県・埼玉県の2.4%、茨城県3.9%であった。

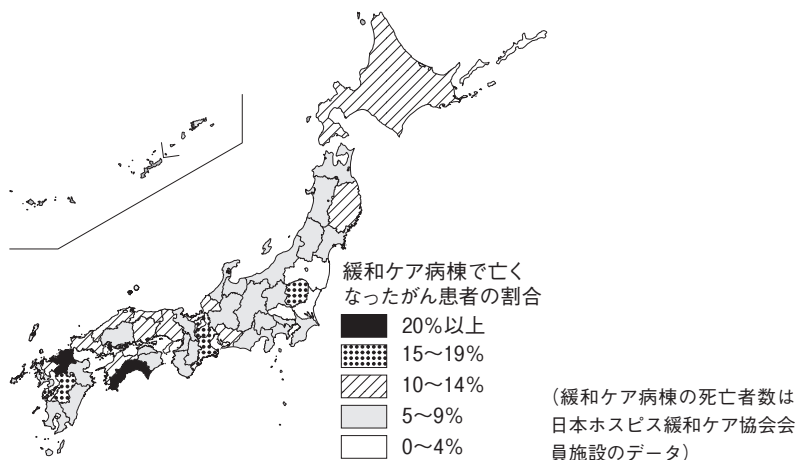
2012年度の日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の状況を表1に示す。院内独立型が19%、院内病棟型が76%であり、完全独立型は2%(6施設)であった。病床数は平均19.6床であり、医師数は平均1.3人、看護師数は平均17.2人であった。

日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の入退院状況の推移を表2に示す。入院患者数は、2012年度で平均162.0名であり、200名以上の施設が2011年度に比べて6%増加した。退院患者のうち死亡退院が占める割合は、2012年



(日本ホスピス緩和ケア協会より (2013年は7月1日時点のもの))

図1 緩和ケア病棟数、病床数の推移



(日本ホスピス緩和ケア協会および人口動態統計より)

図2 都道府県別 緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合 (2012年)

表1 日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の状況 (2012年度, n = 257)

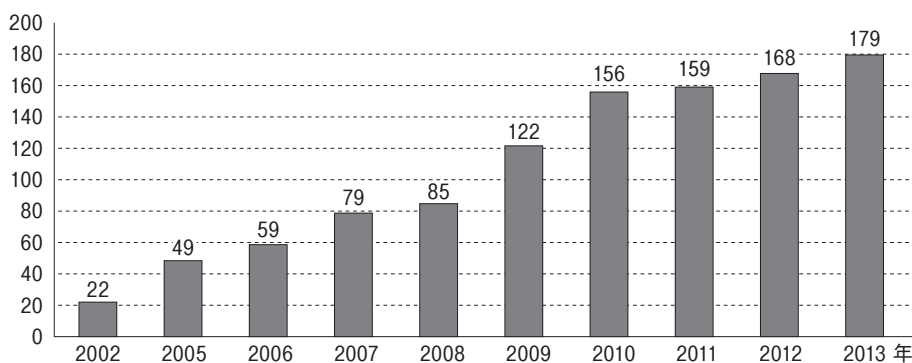
		n (%)			n (%)
病棟形式	院内独立型	48 (19)	カウンセラー数	平均±標準偏差	0.4 ± 0.7
	院内病棟型	190 (76)		0名	156 (62)
	完全独立型	6 (2)		2名未満 /20床	78 (31)
病床規模	平均±標準偏差	19.6 ± 7.5	2名以上 /20床	10 (4)	
	1～14床	38 (15)	宗教家数	平均±標準偏差	0.2 ± 0.8
	15～29床	193 (77)		0名	205 (82)
30床以上	14 (6)	2名未満 /20床		33 (13)	
算定後年数	平均±標準偏差	7.9 ± 5.6	2名以上 /20床	6 (2)	
	0～4年	58 (23)	ボランティアコーディネーター数	平均±標準偏差	0.3 ± 0.2
	5～9年	74 (29)		0名	149 (59)
10年以上	112 (45)	2名未満 /20床		90 (28)	
医師数	平均±標準偏差	1.3 ± 1.2	2名以上 /20床	5 (2)	
	1名未満 /20床	9 (4)	外来機能	あり	233 (93)
	1～2名 /20床	60 (24)		なし	11 (4)
2名以上 /20床	175 (70)	外来開診頻度	不定期～1日 / 週	50 (20)	
看護師数	平均±標準偏差		17.2 ± 6.5	2～3日 / 週	157 (63)
	15名未満 /20床		34 (14)	4日以上 / 週	37 (15)
	15～20名 /20床	115 (46)	在宅診療 (医師)	あり	79 (31)
20名以上 /20床	95 (38)	なし		165 (66)	
薬剤師数	平均±標準偏差	1.4 ± 1.5	訪問看護 (看護師)	あり	114 (45)
	0名	17 (7)		なし	130 (52)
	2名未満 /20床	194 (77)	研修の受け入れ	あり	213 (85)
2名以上 /20床	33 (13)	なし		31 (12)	
栄養士数	平均±標準偏差	1.1 ± 0.8	研修受け入れ対象者	医師	171 (68)
	0名	17 (7)		看護師	191 (76)
	2名未満 /20床	194 (77)		その他の医療者・学生	44 (18)
2名以上 /20床	18 (7)	(日本ホスピス緩和ケア協会より)			
医療ソーシャルワーカー数	平均±標準偏差	1.4 ± 0.5			
	0名	18 (7)			
	2名未満 /20床	74			
2名以上 /20床	2956				



表2 緩和ケア病棟の入退院状況の推移

年度	施設数	入院患者数					死亡患者数					死亡退院患者割合					平均在院日数					平均病床利用率								
		平均	S	D	0	100	平均	S	D	0	100	平均	S	D	75%	75%	90%	平均	S	D	30日	30日	60日	平均	S	D	75%	75%	90%	
					名以上					名以上						以上														
					の割合					の割合						の割合														
					(%)					(%)					(%)															
2000	86	112.3	56.4	49	44	7	91.1	45.8	57	41	2	83.7	10.2	20	48	33	46.7	14.0	8	72	20	75.1	14.0	42	45	13				
2001	100	112.2	57.2	47	47	6	92.3	46.6	58	40	2	84.3	13.8	14	46	40	47.1	15.3	8	76	16	75.1	14.7	42	41	17				
2002	117	123.5	56.4	35	57	8	96.4	44.5	56	42	3	83.4	12.5	21	44	36	46.6	22.4	15	67	18	75.3	14.8	42	42	16				
2003	131	125.8	63.5	34	56	10	102.9	51.6	47	50	4	85.0	11.5	15	45	40	44.5	16.6	13	76	11	76.0	14.6	39	46	15				
2004	144	127.7	62.6	35	55	10	106.7	49.5	50	47	4	87.2	10.2	9	45	46	45.9	19.0	11	74	15	78.3	12.1	39	42	19				
2005	159	135.1	67.3	32	56	12	109.5	52.4	44	53	3	85.9	12.9	11	48	42	43.0	15.8	15	76	9	79.3	11.4	33	47	20				
2006	170	134.8	64.2	29	59	12	113.8	53.7	41	56	3	87.1	10.3	9	44	47	43.0	15.0	15	75	10	78.8	13.0	30	48	22				
2007	186	138.4	71.4	29	59	12	119.3	58.1	38	55	7	87.1	9.5	11	39	50	42.4	15.4	15	74	10	79.2	12.4	34	43	23				
2008	193	145.5	73.7	28	56	17	124.0	54.1	35	59	7	87.3	8.5	9	48	43	41.7	15.0	24	63	12	79.2	11.9	34	46	20				
2009	200	149.0	72.7	26	57	18	127.2	57.1	35	57	8	87.3	11.2	11	41	48	41.8	15.2	23	67	10	80.2	12.0	32	44	24				
2011	225	160.0	78.5	21	60	19	132.9	55.2	31	59	10	86.1	11.6	11	45	44	39.5	15.2	24	69	8	80.2	12.0	30	46	25				
2012	253	162.0	76.4	21	51	25	136.2	59.9	26	30	11	82.1	12.0	16	42	39	36.5	13.9	31	58	7	78.3	13.3	34	41	23				

(日本ホスピス緩和ケア協会より)



(日本ホスピス緩和ケア協会より) (2003, 2004年は調査を実施していない、2013年は2月10日時点のもの)

図3 緩和ケア診療加算の算定施設数の推移

度では平均 82.1%であり、2011 年度より 4%減少した。平均在院日数は、2012 年度では平均 36.5 日であり、平均在院日数が 30 日未満の施設が 2011 年度より 7%増加した。平均病床利用率は、

2012 年度では平均 78.3%であり、増加傾向にあった病床利用率が 75%未満の割合の施設は 2011 年度に 1.9%減少に転じた。

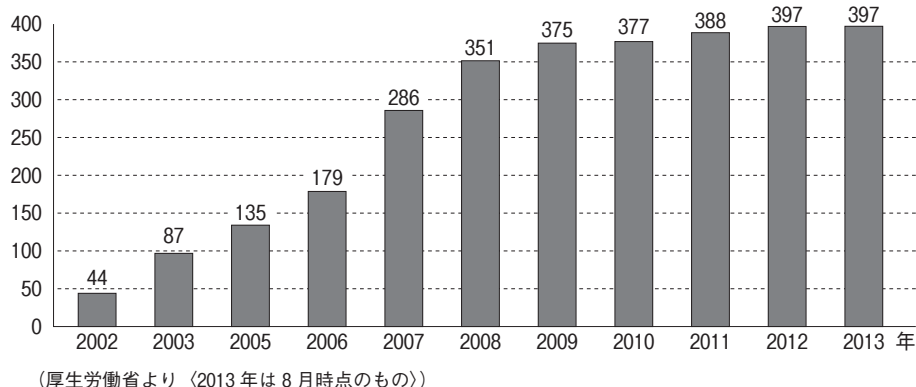


図4 がん診療連携拠点病院数の推移

### 緩和ケアチーム

わが国の緩和ケアチームは、2002年に診療報酬に緩和ケア診療加算が新設されたことにより制度化された。図3に緩和ケア診療加算の算定施設数の推移を示す。算定施設は2002年の22施設から2013年には179施設に増加した。わが国の緩和ケアチームの発展は、がん診療連携拠点病院の指定要件に緩和ケアチームの設置が含まれたことの影響が強い。

図4にがん診療連携拠点病院数の推移を示す。がん診療連携拠点病院は2013年で397病院が指定されており、このすべての病院に緩和ケアチームが設置されていることになる。がん診療連携拠点病院と緩和ケア診療加算算定施設には重複があるため、この重複を除いて合計を算出すると、最低でも2013年で444の病院に緩和ケアチームが存在することになる。実際には、これらに含まれ

ない病院の緩和ケアチームも存在するため、総数はさらに多く、2011年の医療施設調査では861施設が緩和ケアチームありと回答した(調査施設の11.6%)。なお、この調査において2011年9月に緩和ケアチームが診察した患者数は全国で23,374人であり、新規依頼患者数は5,191人であった。

緩和ケアチームは、日本緩和医療学会に登録制度がある。2012年の日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録データの概要を表3に示す。本登録は比較的活発に活動している施設が多く、偏りがある可能性に注意する必要がある。登録されたチーム数は、全国で485施設であった。内訳は、大学病院が17%、がんセンターが5%、その他の一般病院78%である。専従の医師がいる割合は32%であり、専従看護師がいる割合は64%であった。依頼件数は総数で62,217件であり、平均128件であった。

表3 日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録によるデータ

	全体	拠点病院の種別				病院規模別		
		都道府県 拠点 (N=51)	地域拠点 (N=249)	都道府県 独自指定 (N=95)	指定なし (N=90)	999床 以上	501~998 床	0~498床 以上
〔入院がん患者の緩和ケアサービス利用率〕								
年間がん患者退院数	872,143	183,755	523,103	107,930	57,355	94,964	452,292	324,887
依頼区分が「がん」	39,662	7,025	23,367	5,720	3,550	3,727	18,784	17,151
割合	4.5	3.8	4.5	5.3	6.2	3.9	4.2	5.3
〔緩和ケア提供体制〕								
緩和ケア外来「あり」の割合	77.9	94.1	89.6	68.4	46.7	92	91.3	66.7
外来緩和ケア管理料算定「あり」の割合	24.1	55.8	27.6	12.3	7.2	78.9	32.1	13.2
緩和ケア病棟「あり」の割合	20.4	37.3	20.1	16.8	15.6	32	20.4	19.3
緩和ケア診療加算「あり」の割合	31.8	62.7	37.8	16.8	13.3	84	45.4	16.7
〔メンバー構成〕								
〔医師〕 身体担当医の専従または専任 および精神担当医の専従または専任 がいる施設	32	56.9	39.8	17.9	11.1	72	45.4	18.2
〔医師〕 精神担当医のみ	1.9	2	2.8	0	1.1	4	2	1.5
〔医師〕 身体担当医のみ	30.7	35.3	34.9	26.3	21.1	24	34.2	28.8
〔医師〕 精神科医がいる施設	78.3	94.1	89.1	64.2	54.4	100	94.9	64
〔医師〕 精神科医はいないが臨床心理 士はいる施設	6.8	3.9	4.8	11.6	8.9	0	3.6	9.8
〔看護師〕 専従がいる施設	64.3	90.2	83.5	42.1	20	96	81.1	48.9
〔薬剤師〕 専従または専任がいる施設	34.6	58.8	42.6	23.2	11.1	76	47.4	21.2
〔MSW〕 専従または専任がいる施設	7	3.9	9.2	3.2	6.7	4	8.7	6.1
〔MSW〕 専従、専任、兼任のいずれか がいる施設	77.7	64.7	80.7	82.1	72.2	72	88.9	21.6
〔臨床心理士〕 専従、専任、兼任のい ずれかいる施設	55.3	54.9	65.5	50.5	32.2	64	64.3	47.7
〔リハビリ〕 専従、専任、兼任のい ずれかいる施設	62.3	58.8	61.8	62.1	65.6	48	56.1	68.2
〔栄養士〕 専従、専任、兼任のい ずれかいる施設	68.5	66.7	65.5	67.4	48.9	56	63.8	73.1
〔歯科〕 歯科医、歯科衛生士のい ずれかいる施設	44.6	47.1	42.7	52.2	41.2	71.4	47.8	38.1
〔年間依頼件数依頼件数〕 がん診療連 携拠点病院の指定別								
指定別依頼件数合計	62,217	12,747	35,159	8,098	6,213	5,731	29,982	26,504
年間平均依頼件数	128.3	249.9	141.2	85.2	69	229.2	153	100.4
中央値	90	178	108	63	47.5	215	125.5	65.5

より詳細なデータは日本緩和医療学会のホームページを参照  
(日本緩和医療学会 緩和ケアチーム登録より)

## 在宅緩和ケア

全死因とがんの死亡場所の推移を図5,6に示す。2012年の全死因の自宅死亡の割合は12.8%であり、がんでは8.9%であった。全死因とがんの都道府県別の自宅死亡割合を図7,8に示す。全死因の自宅死亡割合が高い都道府県は兵庫県16.6%,東京都16.4%,奈良県16.3%であり、低い都道府県は大分県8.6%,佐賀県8.7%,北海道8.8%であった。がんの自宅死亡割合が高い都道府県は奈良県14.4%,兵庫県13.7%,東京都12.7%であり、低い都道府県は北海道4.0%,秋田県4.8%,熊本県5.2%であった。

在宅療養支援診療所数の推移を図9に示す。2011年の在宅療養支援診療所の届出数は13,758件であった。2011年の都道府県別の人口10万人対の在宅療養支援診療所数を図10に示す。人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数は、全国平均が10.1であり、多い都道府県は長崎県20.9,徳島県17.2,島根県16.9,少ない都道府県は富山県3.9,千葉県4.2,新潟県4.7であった。また、2011年時点で在宅療養支援診療所の届出数12,830件のうち、在宅看取り数が1名以上であった診療所は6,353件(49.5%)であった。

訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業数の推移を図11に示す。2011年の届出事業数は3,971件であった。都道府県の人口10万人対訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業数を図12に示す。人口10万人対届出事業所数が多かった都道府県は和歌山県6.4,島根県5.7,長野県・熊本県5.2であり、少なかった都道府県は佐賀県1.4,埼玉県・香川県1.9であった。

## 教育・学会

がん対策推進基本計画に基づく「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了者数の推移を図13に示す。2012年までで修了者数の合計は、31,295人であった。また、2012年までの累計の都道府県別人口10万人対緩和ケア研修会修

了者数を図14に示す。人口10万人対修了者数が多かった都道府県は島根県56.2,和歌山県52.2,福井県46.3であり、少なかった都道府県は神奈川県11.0,埼玉県12.2,千葉県14.4であった。

2011年の都道府県別日本緩和医療学会専門医数を図15に示す。2011年の日本緩和医療学会専門医数は58名であり、最大が東京都の12名であった。専門医がいない都道府県は22であった。

日本看護協会によるがん看護専門看護師,がん性疼痛認定看護師,緩和ケア認定看護師数の推移を図16に示す。2013年11月現在,がん看護専門看護師432人,がん性疼痛認定看護師631人,緩和ケア認定看護師数1,288人であり,これらの合計は2,351人であった。都道府県別のがん看護専門看護師,がん性疼痛認定看護師,緩和ケア認定看護師数の人口十万人対を図17に示す。人口十万人対人数が多い都道府県は山梨県3.6人,神奈川県2.8人,広島県2.6人であり,少ない都道府県は福島県・沖縄県0.9人,青森県・栃木県・宮崎県1.0人であった。

日本緩和医療学会のエンド・オブ・ライフ・ケア教育プログラムであるELNEC-J(The End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan)の指導者数の推移を図18に示す。2013年11月現在,指導者は全国で768人であった。また,2013年11月現在の人口10万人対都道府県別ELNEC-J指導者数を図19に示す。人口10万人対指導者数が多かった都道府県は富山県1.37人,島根県1.25人,石川県1.03人であり,少なかった都道府県は徳島県0.25人,千葉県0.30人,栃木県0.35人であった。

日本緩和医療学会の緩和薬物療法認定薬剤師数の推移を図20に示す。2013年11月現在,緩和薬物療法認定薬剤師数は全国で304人であった。2013年11月現在の人口10万人対都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数を図21に示す。人口10万人対緩和薬物療法認定薬剤師数が多かった都道府県は愛知県0.54人,京都府0.53,富山県0.46人であった。緩和薬物療法認定薬剤師がいない都道府県の数5であった。

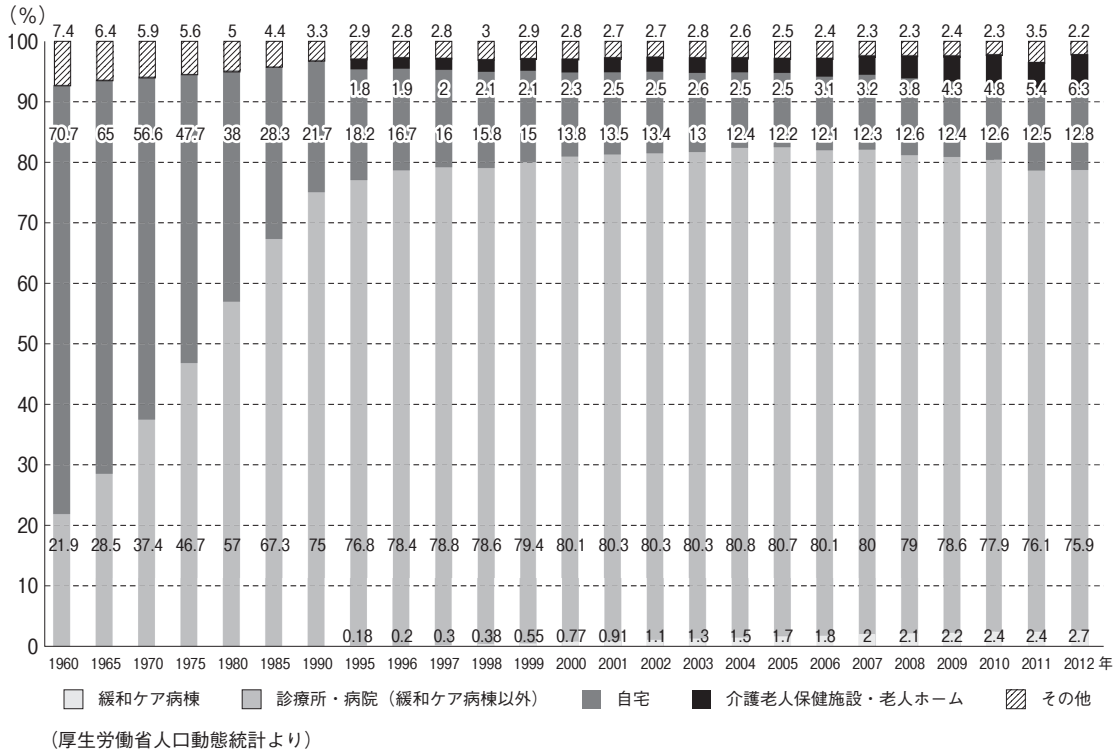


図5 死亡場所の推移 (全死因)

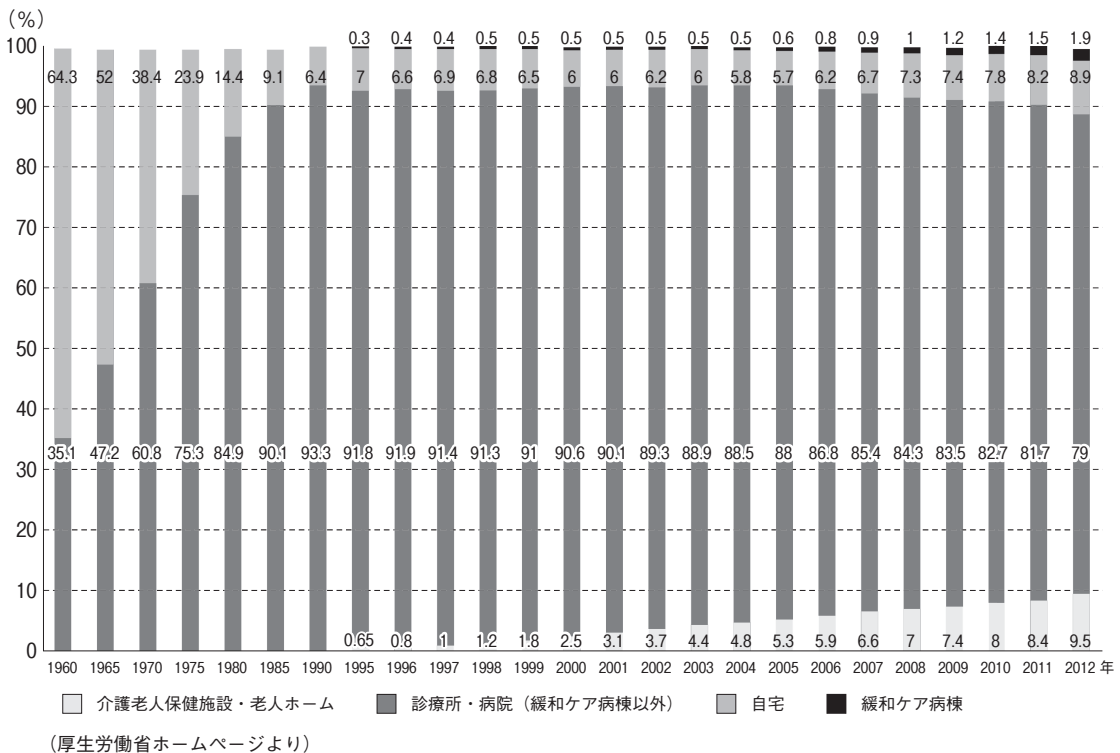
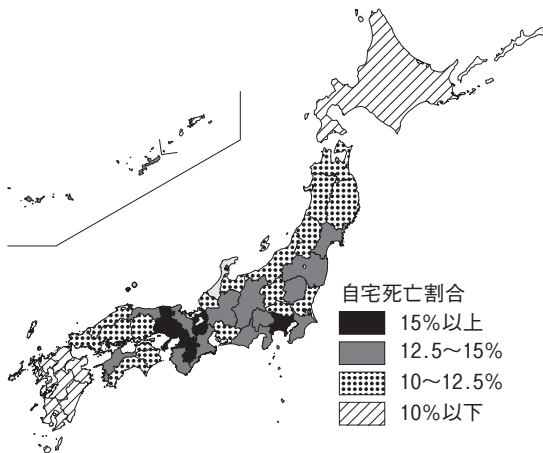
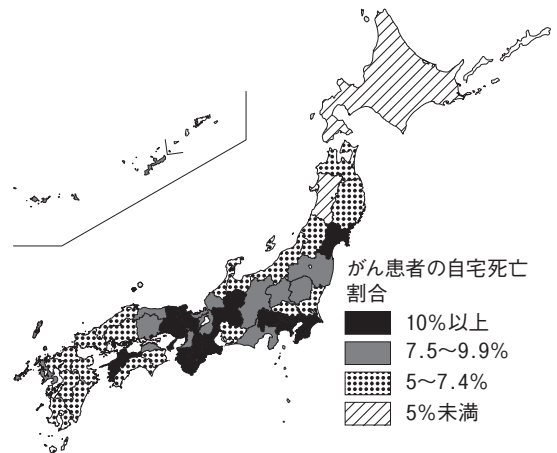


図6 死亡場所の推移 (がん)



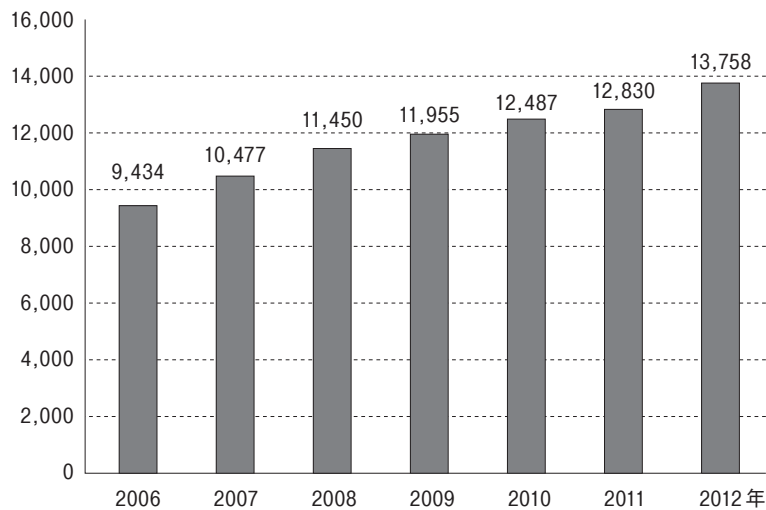
(厚生労働省人口動態統計より)

図7 都道府県別 自宅死亡割合(全死因)



(厚生労働省人口動態統計より)

図8 都道府県別 自宅死亡割合(がん)



(厚生労働省より)

図9 在宅療養支援診療所数の推移

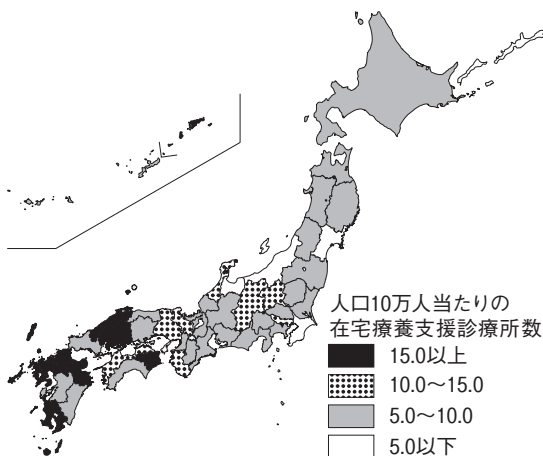
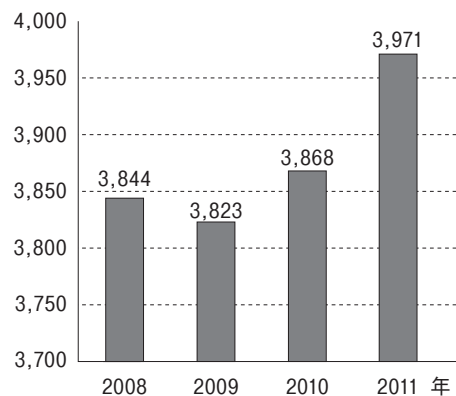


図10 都道府県別 在宅療養支援診療所数



(厚生労働省より)

図11 訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業所数の推移

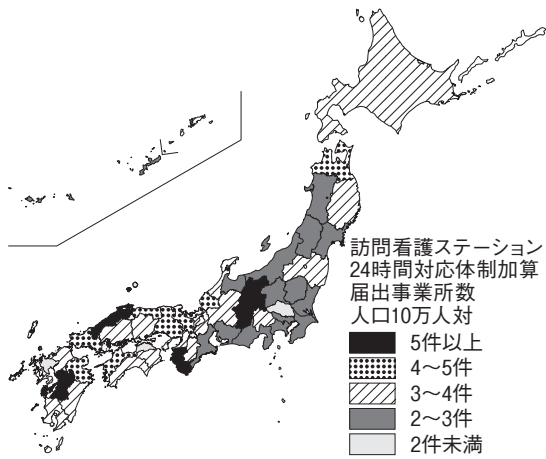
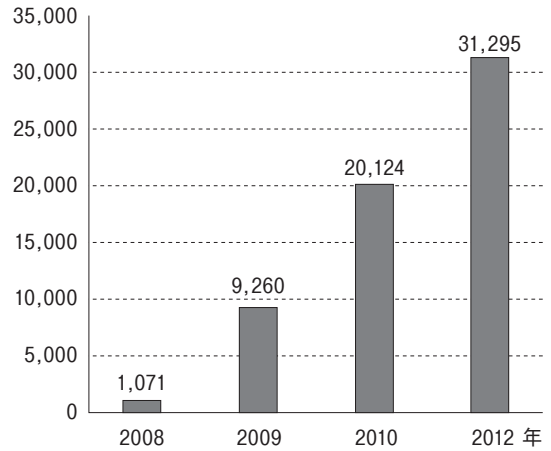
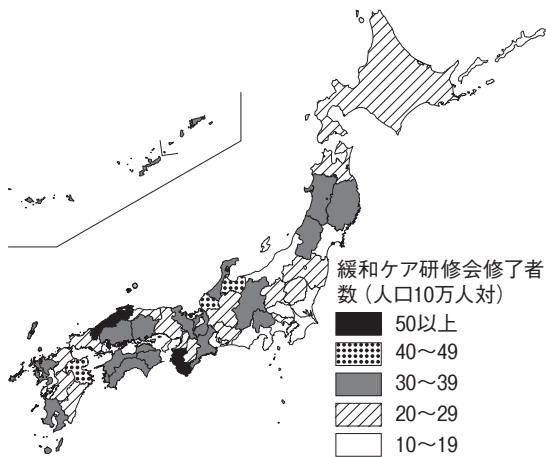


図12 都道府県別 訪問看護ステーション24時間  
対応体制加算届出事業所数



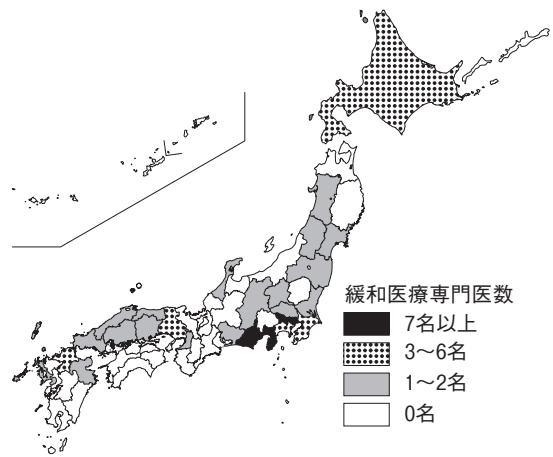
(厚生労働省より)

図13 がん診療に携わる医師に対する緩和ケア  
研修会の修了者数の推移



(日本緩和医療学会より)

図14 都道府県別 人口10万対緩和ケア研修会の  
修了者数(2012年までの累計)



(日本緩和医療学会より)

図15 都道府県別 日本緩和医療学会専門医数

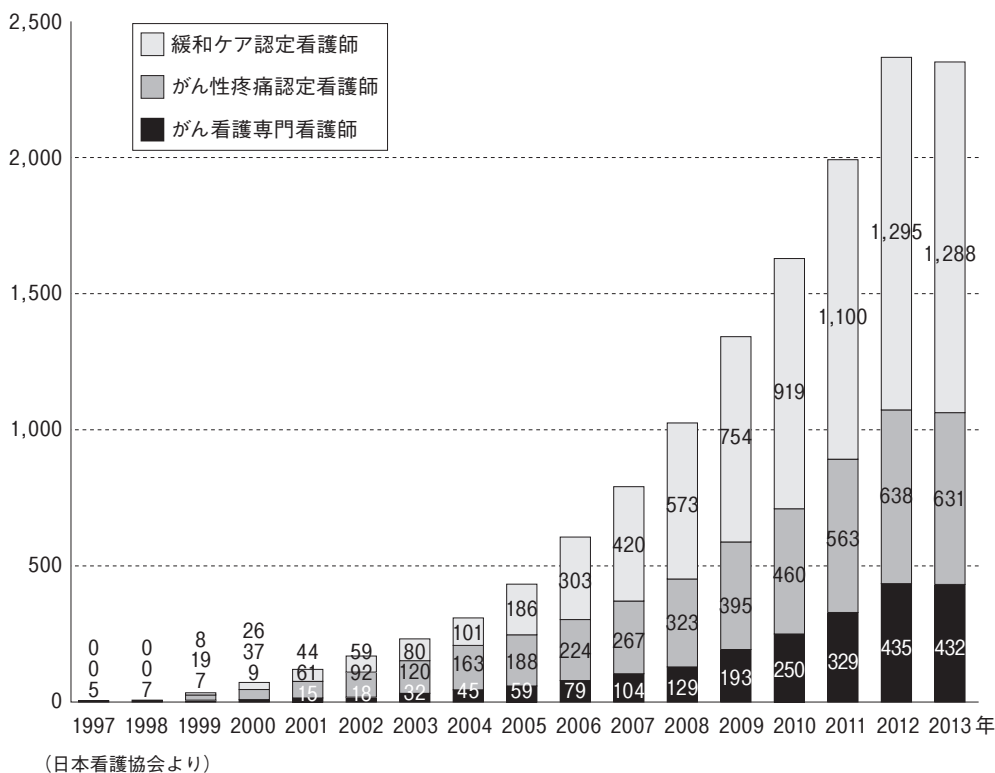


図 16 日本看護協会によるがん看護専門看護師，がん性疼痛認定看護師，緩和ケア認定看護師数の推移

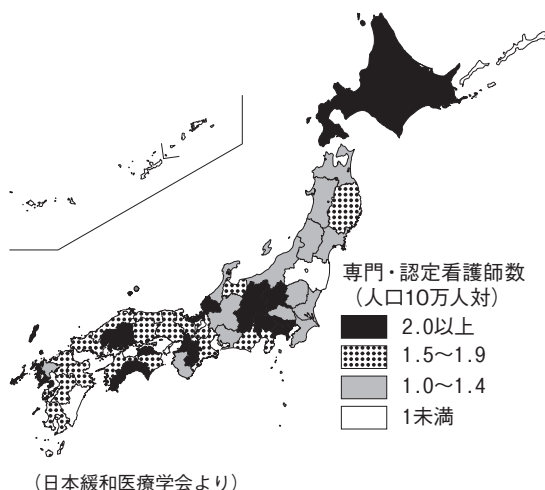


図 17 都道府県別 人口 10 万人対がん看護専門看護師，がん性疼痛認定看護師，緩和ケア認定看護師数

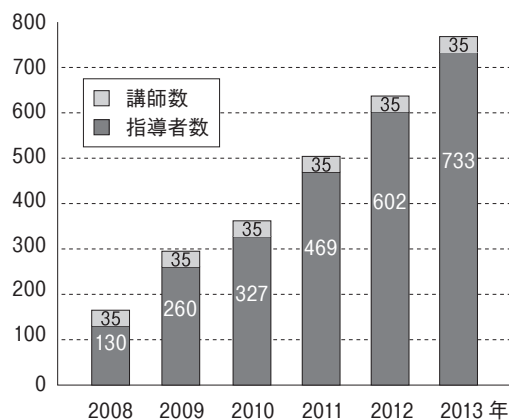
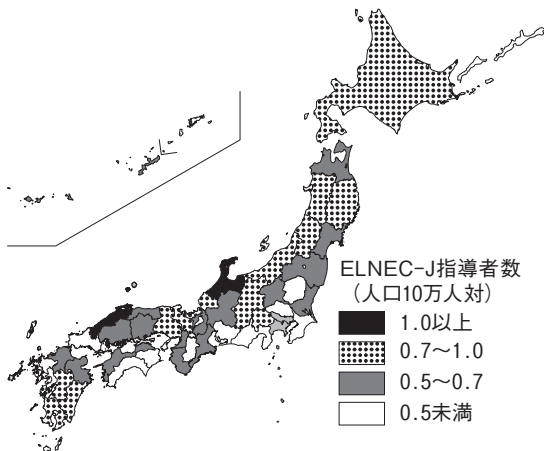


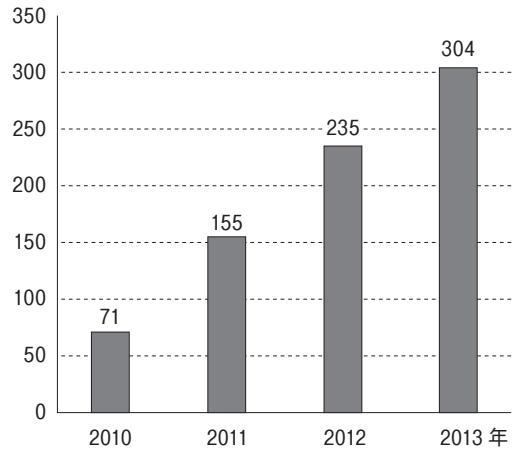
図 18 日本緩和医療学会 ELNEC-J 指導者数の推移





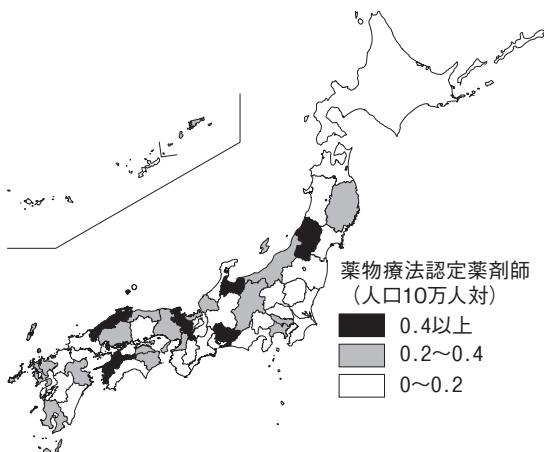
(日本緩和医療学会より)

図19 都道府県別 ELNEC-J 指導者数



(日本緩和医療薬学会より(2013年は7月17日時点のもの))

図20 日本緩和医療薬学会 緩和薬物療法認定薬剤師数の推移



(日本緩和医療薬学会より)

図21 都道府県別 緩和薬物療法認定薬剤師数

2013年9月30日現在の会員数は3,404人であった。日本死の臨床研究会の会員数の推移を図26に示す。2012年9月30日現在の会員数は2,541人であった。

## 診療報酬

社会医療診療行為別調査に基づく診療報酬算定数の全国推計の推移を図27～29に示す。本調査は抽出調査であるため、緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料については算定施設数が少なく、標準誤差の影響を受けることに注意する必要がある。

## 医療用麻薬

人口千対医療用麻薬消費量(モルヒネ換算)の推移を図30に示す。2012年の人口千対モルヒネ換算消費量はモルヒネ2.1g、オキシコドン5.3g、フェンタニル33.7gであり、合計は41.1gであった。2012年の都道府県別人口千対医療用麻薬消費量(モルヒネ換算)を図31に示す。人口千対消費量が多かった都道府県は鳥取県70.4g、青森県60.1g、北海道58.0gであり、少なかった都道府県は三重県29.6g、滋賀県30.2g、静岡県30.3gであった。

日本緩和医療学会の会員数の推移を図22に示す。2013年4月30日現在の総会員数は10,244人であり、医師が5,011人(49%)、看護師が3,538人(35%)、薬剤師が1,035人(10%)であった。日本サイコオンコロジー学会の会員数の推移を図23に示す。2013年8月の総会員数は1,545人であり、医師が869人(56%)、看護職が279人(18%)、心理職が207人(13%)であった。日本がん看護学会の会員数の推移を図24に示す。2012年までの総会員数は5,117人であった。日本緩和医療薬学会の会員数の推移を図25に示す。

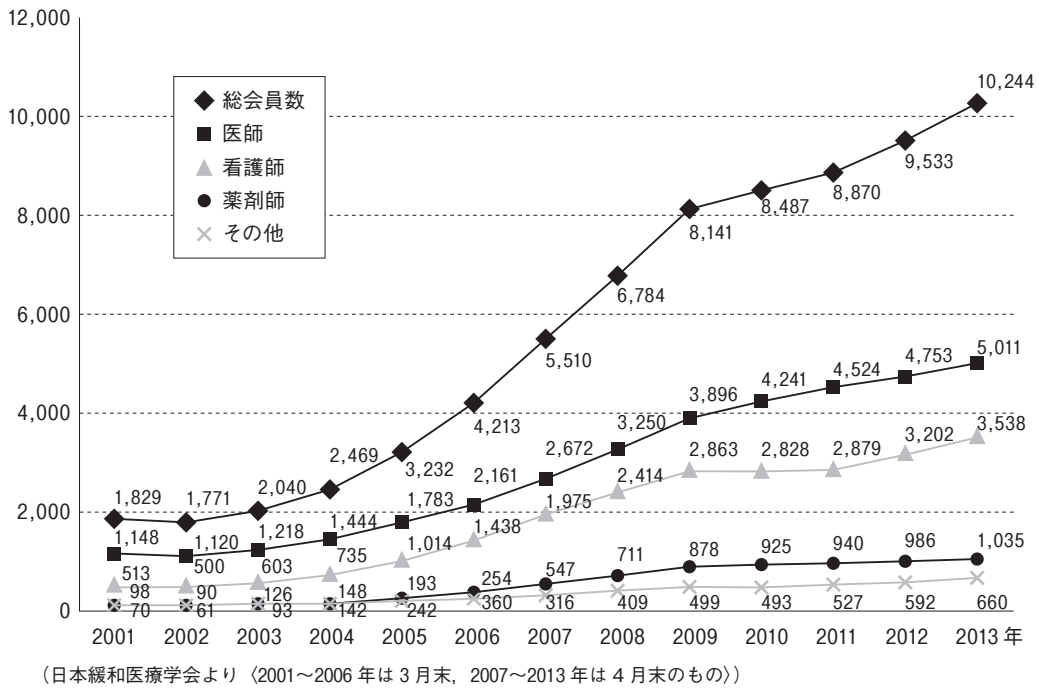


図 22 日本緩和医療学会 会員数の推移

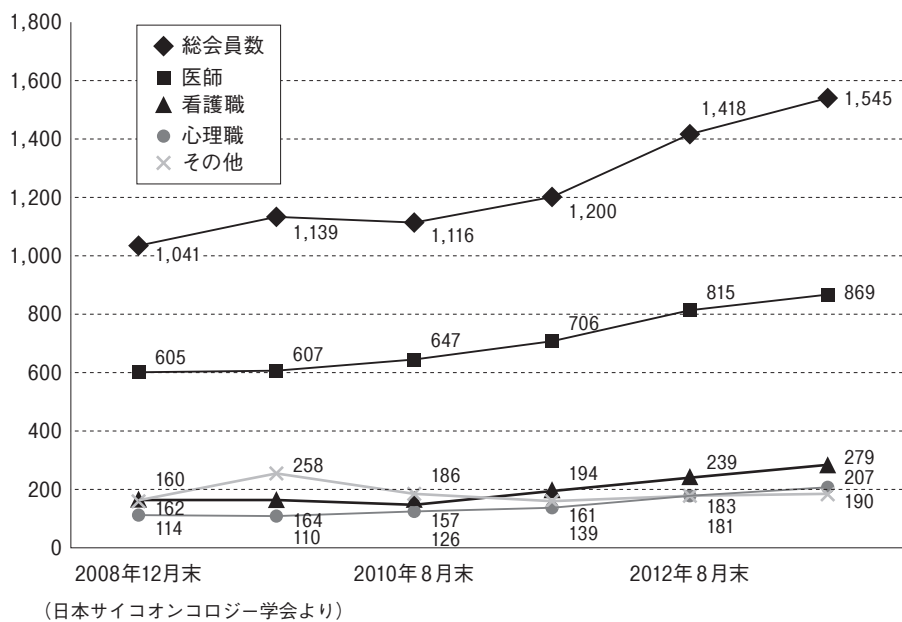
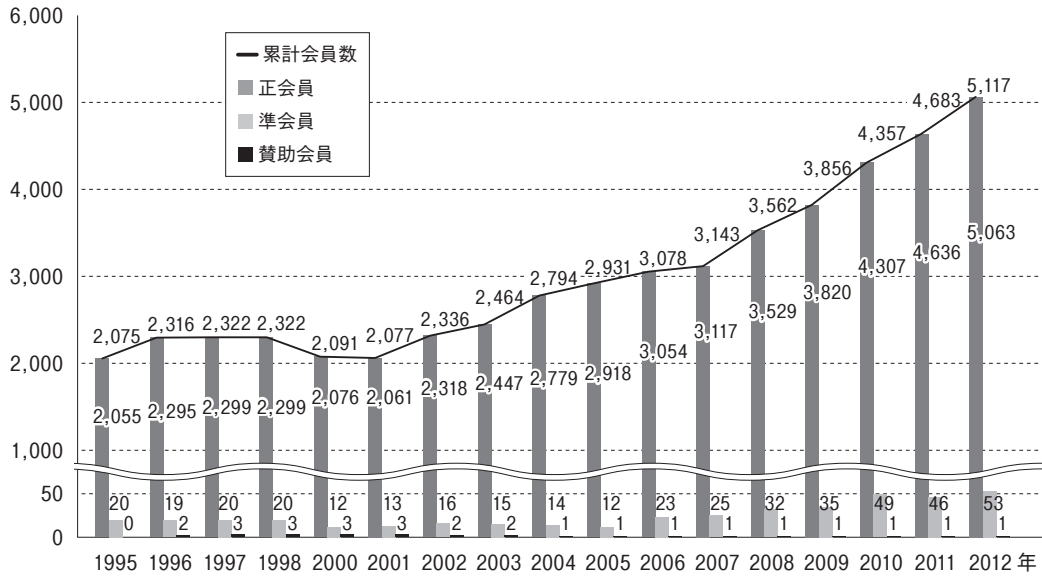
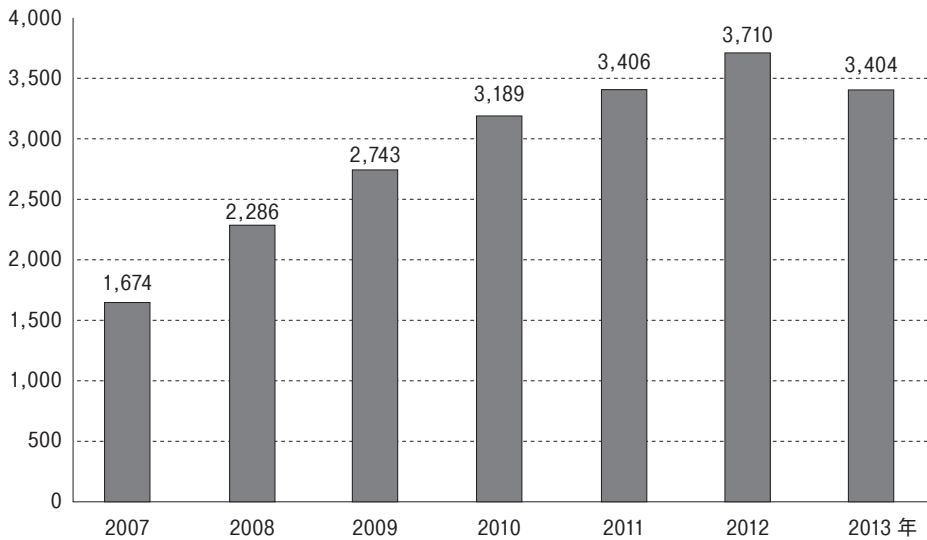


図 23 日本サイコオンコロジー学会 会員数の推移



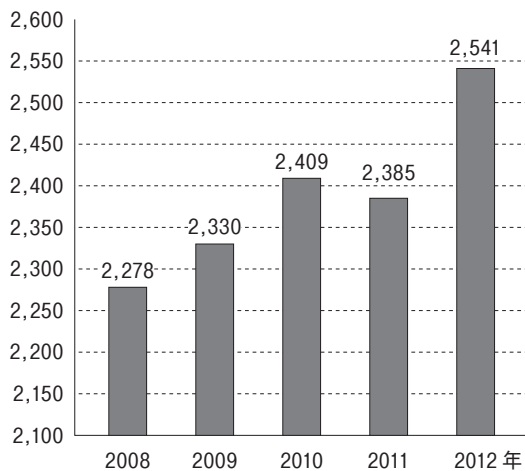
(日本がん看護学会より)

図 24 日本がん看護学会 会員数の推移



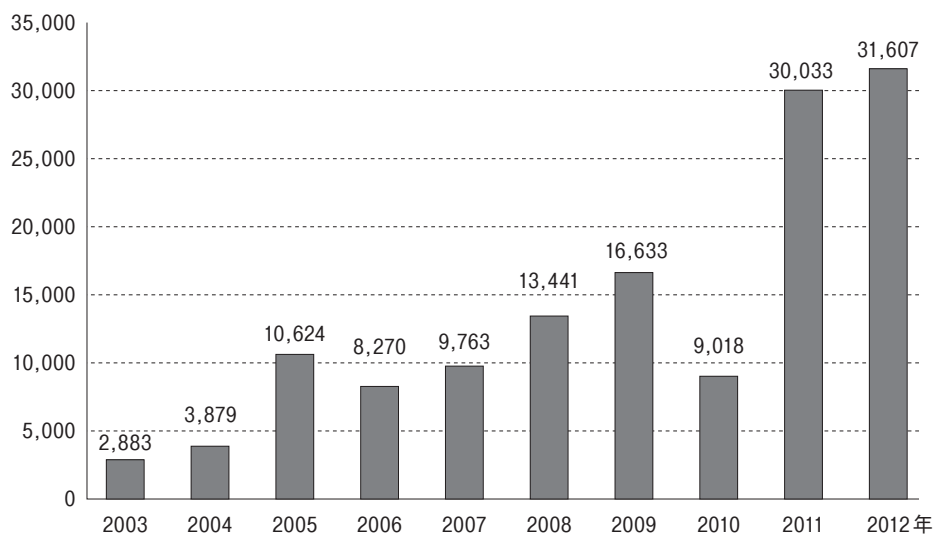
(日本緩和医療薬学会より (2013年度6月に会費未納の会員を除名処理したことによる減少がみられる。2013年は9月末時点のもの))

図 25 日本緩和医療薬学会 会員数の推移



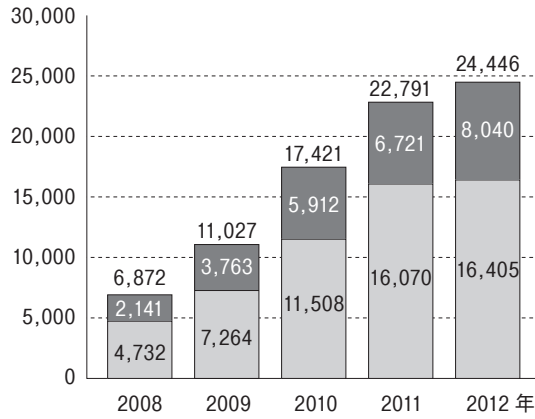
(日本死の臨床研究会より)

図 26 日本死の臨床研究会 会員数の推移



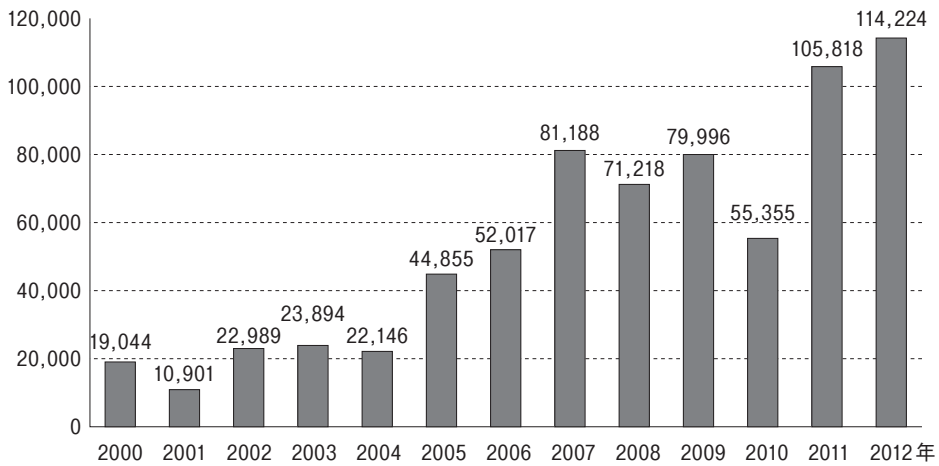
(厚生労働省より)

図 27 緩和ケア診療加算算定数の推移 (推計値)



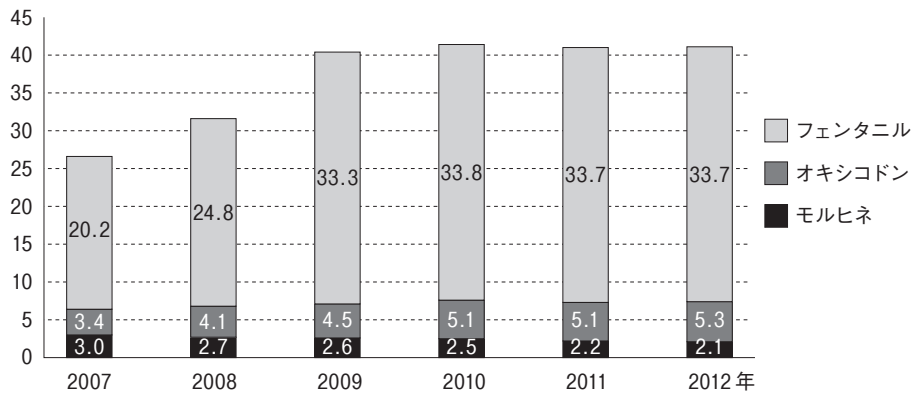
(厚生労働省より)

図 28 がん性疼痛緩和指導管理料の推移 (推計値)



(厚生労働省より)

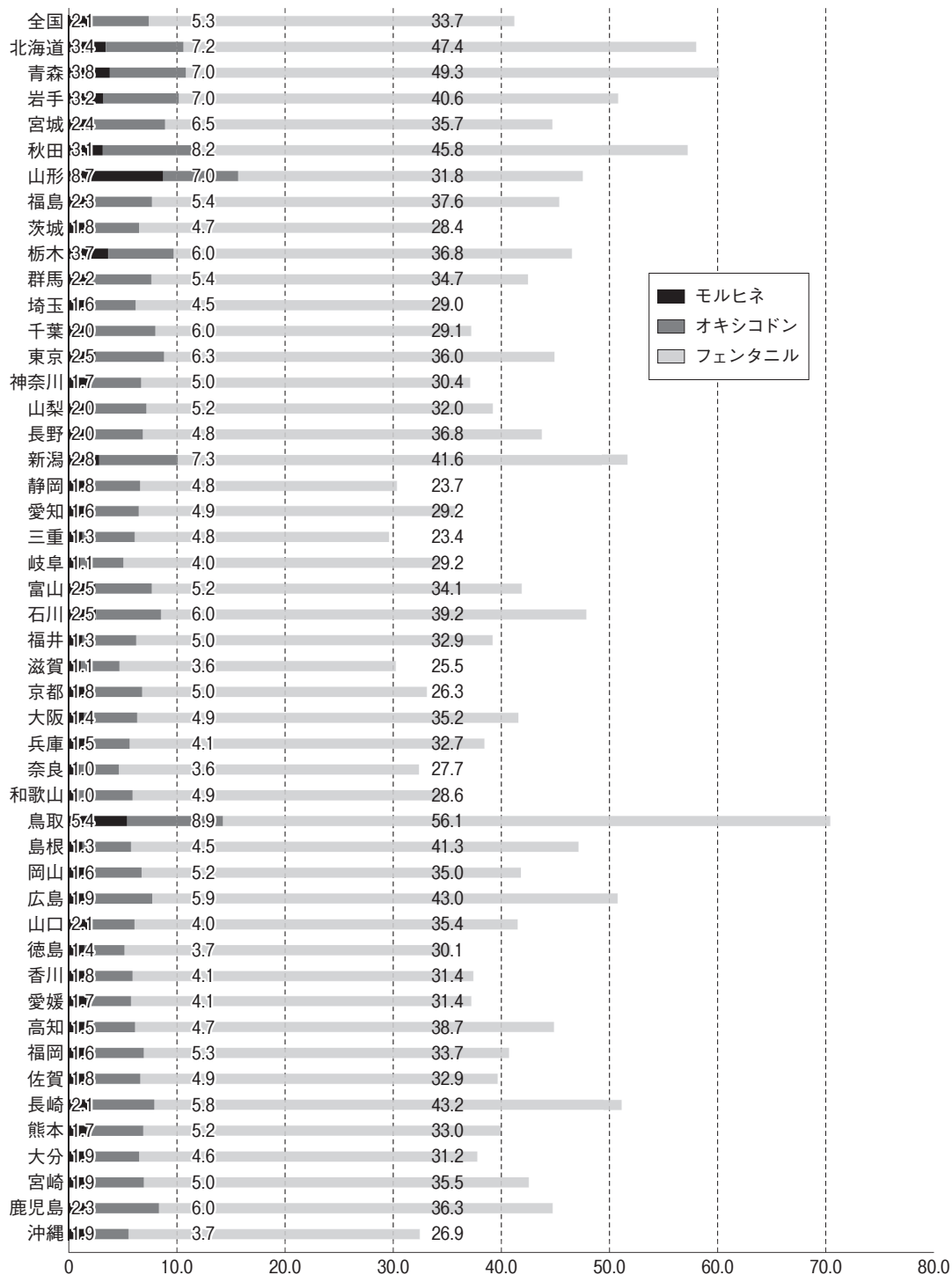
図 29 緩和ケア病棟入院料の推移 (推計値)



換算比：オキシコドン×1.5、フェンタニル×166.7

(厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課より)

図 30 人口千対医療用麻薬消費量 (モルヒネ換算：g)



(厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課より)

図 31 2012 年都道府県別 医療用麻薬消費量 (モルヒネ換算：g)

付表 本稿で用いた都道府県別のデータ

年次	人口	がん死亡者数	緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合	自宅死亡割合		在宅療養支援診療所		訪問看護ステーション24時間対応体制加算		緩和ケア研修会の修了者数		日本緩和医療学会 専門医数
				全死因	がん	届出数	人口10万対	届出事業所数	人口10万対	人数	人口10万人対	
全国	128,057,352	360,771	9.4	12.8	8.9	13,506	10.1	3,971	3.1	31,295	24.4	58
北海道	5,506,419	18,138	11.6	8.8	4.0	314	5.4	184	3.3	1,528	27.7	4
青森	1,373,339	4,805	8.0	10.6	6.6	89	5.8	64	4.7	299	21.7	0
岩手	1,330,147	4,241	12.5	11.8	6.9	89	6.2	47	3.5	519	39.0	0
宮城	2,348,165	6,451	7.1	14.8	12.2	112	4.9	51	2.2	391	16.7	1
秋田	1,085,997	4,099	5.1	10.1	4.8	80	6.3	29	2.7	400	36.8	1
山形	1,168,924	4,099	6.5	11.5	7.0	95	6.8	30	2.6	433	37.0	1
福島	2,029,064	6,235	2.4	14.0	9.9	—	—	64	3.2	415	20.5	1
茨城	2,969,770	8,300	3.9	11.6	6.3	181	5.6	74	2.5	492	16.6	1
栃木	2,007,683	5,613	15.5	13.4	9.6	146	6.8	45	2.2	568	28.3	0
群馬	2,008,068	5,671	8.2	11.3	9.0	226	10.3	53	2.6	580	28.9	1
埼玉	7,194,556	17,818	2.4	11.9	7.3	468	6.1	136	1.9	875	12.2	1
千葉	6,216,289	15,475	8.3	14.9	10.4	300	4.2	132	2.1	896	14.4	3
東京	13,159,388	32,921	8.7	16.4	12.7	1,476	10.8	385	2.9	3,085	23.4	12
神奈川	9,048,331	22,302	7.6	15.4	12.0	819	8.2	205	2.3	991	11.0	3
新潟	2,374,450	7,846	5.7	12.3	5.3	127	4.7	66	2.8	352	14.8	0
富山	1,093,247	3,493	9.3	9.9	6.5	49	3.9	23	2.1	470	43.0	2
石川	1,169,788	3,485	7.0	9.8	5.7	158	12.4	42	3.6	392	33.5	0
福井	806,314	2,373	12.0	11.7	8.3	61	7.0	33	4.1	373	46.3	0
山梨	863,075	2,549	5.8	13.0	10.0	51	5.4	34	3.9	296	34.3	1
長野	2,152,449	6,270	8.8	13.2	9.9	271	10.8	113	5.2	645	30.0	0
岐阜	2,080,773	5,802	8.0	13.2	11.0	214	9.2	62	3.0	583	28.0	7
静岡	3,765,007	10,269	7.5	13.6	9.0	298	7.1	89	2.4	736	19.5	0
愛岡	7,410,719	18,102	12.5	12.4	7.2	638	8.0	207	2.8	1,666	22.5	1
三重	1,854,724	5,123	16.6	13.6	10.4	165	8.0	47	2.5	557	30.0	0
滋賀	1,410,777	3,354	18.5	15.4	9.5	92	5.6	50	3.5	429	30.4	0
京都	2,636,092	7,570	6.9	14.3	10.1	354	11.9	110	4.2	827	31.4	0
大阪	8,865,245	25,307	5.5	15.1	9.4	1,497	19.0	297	3.4	1,902	21.5	2
兵庫	5,588,133	16,035	12.2	16.6	13.7	821	13.6	234	4.2	1,195	21.4	4
奈良	1,400,728	4,019	5.0	16.3	14.4	148	9.3	50	3.6	365	26.1	0
和歌山	1,002,198	3,394	6.3	13.0	10.2	169	14.6	64	6.4	523	52.2	0
鳥取	588,667	1,914	10.9	13.6	8.7	67	9.9	29	4.9	157	26.7	1
島根	717,397	2,538	11.7	11.2	7.1	135	16.9	41	5.7	403	56.2	1
岡山	1,945,276	5,616	11.7	11.5	8.7	334	15.7	76	3.9	722	37.1	2
広島	2,860,750	8,166	11.6	12.0	6.9	568	19.0	106	3.7	958	33.5	1
山口	1,451,338	4,918	13.0	10.7	6.0	146	9.4	65	4.5	420	28.9	1
徳島	785,491	2,504	6.0	10.3	7.1	147	17.2	30	3.8	251	32.0	0
香川	995,842	2,983	9.6	12.3	7.9	131	12.2	19	1.9	380	38.2	0
愛媛	1,431,493	4,593	10.6	13.1	10.1	205	12.5	58	4.1	538	37.6	0
高知	764,456	2,581	25.6	10.6	7.1	45	5.8	27	3.5	267	34.9	0
福岡	5,071,968	15,153	20.3	8.9	5.7	854	15.9	153	3.0	1,331	26.2	4
佐賀	849,788	2,781	12.9	8.7	6.1	143	16.0	12	1.4	276	32.5	0
長崎	1,426,779	4,725	6.7	9.1	7.8	338	20.9	49	3.4	548	38.4	1
熊本	1,817,426	5,471	16.8	9.6	5.2	205	11.0	94	5.2	501	27.6	0
大分	1,196,529	3,753	7.3	8.6	7.0	197	15.5	54	4.5	490	41.0	1
宮崎	1,135,233	3,483	9.3	9.0	6.9	121	9.9	43	3.8	310	27.3	0
鹿児島	1,706,242	5,520	9.9	9.0	7.1	274	15.5	63	3.7	536	31.4	0
沖縄	1,392,818	2,913	14.6	12.9	8.0	88	6.1	32	2.3	424	30.4	0

がん専門看護師・がん性疼痛認定看護師・緩和ケア認定看護師数					緩和薬物療法認定薬剤師数 (2012年)	ELNEC-J指導者数		医療用麻薬消費量(2012年次) (人口千対)			
がん専門 看護師数	がん性疼痛 認定看護師	緩和ケア 認定看護師	合計	人口 10万 人対		人数	人口 10万 人対	モルヒネ (g)	オキシコ ドン (g)	フェンタ ニル (g)	合計 (モ ルヒネ換 算 : g)
2013	2013	2013	2013	2013	2012	2013	2013	2012	2012	2012	2012
372	637	1,288	2,297	1.8	304	735	0.57	2,052	3,564	0.202	41.1
16	20	92	128	2.3	10	39	0.70	3,424	4,789	0.284	58.0
0	0	14	14	1.0	1	8	0.58	3,784	4,690	0.295	60.1
4	3	13	20	1.5	3	13	0.98	3,210	4,649	0.243	50.8
5	11	13	29	1.2	4	16	0.68	2,416	4,320	0.214	44.6
0	2	13	15	1.4	0	9	0.83	3,129	5,499	0.275	57.2
0	3	10	13	1.1	5	11	0.94	8,695	4,638	0.191	47.4
2	8	9	19	0.9	0	11	0.54	2,342	3,578	0.225	45.3
4	11	23	38	1.3	3	19	0.64	1,774	3,149	0.170	34.9
3	7	11	21	1.0	2	7	0.35	3,656	4,014	0.221	46.4
16	8	23	47	2.3	0	12	0.60	2,208	3,626	0.208	42.4
9	20	59	88	1.2	10	12	0.17	1,636	3,031	0.174	35.2
14	32	27	73	1.2	12	19	0.30	2,013	3,990	0.175	37.1
73	82	140	295	2.2	32	75	0.57	2,481	4,211	0.216	44.8
42	92	118	252	2.8	21	36	0.40	1,724	3,308	0.182	37.0
7	9	14	30	1.3	6	17	0.72	2,803	4,846	0.249	51.6
4	6	11	21	1.9	5	15	1.37	2,489	3,453	0.205	41.8
3	8	6	17	1.5	2	12	1.03	2,531	4,001	0.235	47.8
0	9	9	18	2.2	2	4	0.50	1,281	3,313	0.197	39.1
4	4	23	31	3.6	0	7	0.81	2,026	3,444	0.192	39.1
1	11	32	44	2.0	8	15	0.70	2,014	3,230	0.221	43.6
6	12	11	29	1.4	4	12	0.58	1,083	2,644	0.175	34.3
15	14	28	57	1.5	4	12	0.32	1,840	3,168	0.142	30.3
21	48	36	105	1.4	40	36	0.49	1,615	3,250	0.175	35.7
8	10	12	30	1.6	3	10	0.54	1,299	3,211	0.141	29.6
4	7	16	27	1.9	1	11	0.78	1,144	2,376	0.153	30.2
7	17	28	52	2.0	14	21	0.80	1,777	3,335	0.158	33.1
26	64	91	181	2.0	34	60	0.68	1,398	3,293	0.211	41.5
26	21	47	94	1.7	19	40	0.72	1,490	2,766	0.196	38.4
2	9	20	31	2.2	1	2	0.14	1,046	2,396	0.166	32.3
2	3	8	13	1.3	1	5	0.50	0,996	3,271	0.172	34.5
2	0	9	11	1.9	2	3	0.50	5,381	5,903	0.336	70.3
0	2	11	13	1.8	4	9	1.25	1,257	3,005	0.248	47.0
2	8	20	30	1.5	2	10	0.51	1,565	3,443	0.210	41.7
8	11	55	74	2.6	10	18	0.63	1,860	3,900	0.258	50.7
3	6	15	24	1.7	2	5	0.34	2,081	2,664	0.212	41.4
1	4	9	14	1.8	2	2	0.25	1,448	2,467	0.181	35.2
1	5	15	21	2.1	3	5	0.50	1,766	2,755	0.189	37.3
7	4	14	25	1.7	6	9	0.63	1,673	2,722	0.188	37.2
6	2	8	16	2.1	0	3	0.39	1,468	3,106	0.232	44.8
11	12	62	85	1.7	7	33	0.65	1,635	3,538	0.202	40.6
0	3	9	12	1.4	3	4	0.47	1,752	3,253	0.198	39.6
0	8	27	35	2.5	3	13	0.91	2,071	3,886	0.259	51.1
3	8	23	34	1.9	1	15	0.83	1,687	3,474	0.198	39.9
2	4	15	21	1.8	4	8	0.67	1,891	3,076	0.187	37.7
2	3	6	11	1.0	1	11	0.97	1,925	3,354	0.213	42.5
0	5	22	27	1.6	6	13	0.76	2,316	4,011	0.218	44.7
0	1	11	12	0.9	1	8	0.57	1,879	2,443	0.161	32.4





世界		日本	
	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
●米国で最初のエイズ患者発見	1979	54	
	1980	55	
●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	56	●全国公私病院連盟「病院経営・管理の倫理、医の倫理」 ●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
	1982	57	●日本病院会「倫理綱領」
●米国大統領委員会「生命倫理総括リポート」	1983	58	●日本病院会「勤務医師マニュアル」 ●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
●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	59	●患者の権利宣言起草委員会「患者の権利宣言」（案） ●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 ◇レベタン <sup>®</sup> 注〔塩酸ブプレノルフィン〕(3月)
	1985	60	●厚生省「生命と倫理に関する懇談会」の報告書 ●厚生省、日本エイズ患者第1号を確認
●世界保健機関『WHO方式がん疼痛治療法』を刊行	1986	61	●日医「生命倫理懇談会」発足（6月） ●日医「生命倫理懇談会」男女産み分けの報告書（9月）
●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	62	●第1回「サイコオンコロジー学会」開催 ●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
	1988	63	●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） ●第1回「日本生命倫理学会」開催
●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	平成1	●「エイズ予防法」施行 ●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
	1990	2	●日医「生命倫理懇談会」が説明と同意についての報告（1月） ●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 ◇レベタン <sup>®</sup> 坐剤〔塩酸ブプレノルフィン〕(6月) ◇MSコンチン <sup>®</sup> 錠〔硫酸モルヒネ〕(7月)

世界

	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
●「ジュネーブ宣言」1994年修正	1993 1994
●「ヘルシンキ宣言 1996年南アフリカ修正」	1996
●米国オレゴン州尊厳死法施行	1997 1998 1999 2000
●オランダ、安楽死法を施行	2001
●ベルギー、安楽死法を施行	2002
●WHO「緩和ケアの定義」の改訂	2003
●WHO欧州部門「緩和ケア提言書(The Solid Facts: Palliative Care)」発行	2004
●米国緩和ケア国家プロジェクト(The National Consensus Project for Quality Palliative Care)「緩和ケア臨床実践指針(Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care)」発行	2005
●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	2006

日本

3	●「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」発足 ●『ターミナルケア』誌(三輪書店)創刊 ◇アンベック <sup>®</sup> 坐剤〔塩酸モルヒネ〕(12月)
4	●厚生省「脳死臨調」答申(1月) ●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
5	●ピースハウスホスピス(独立型)開設
6	
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 ◇アンベック <sup>®</sup> 注〔塩酸モルヒネ〕(6月)
8	●第1回「日本緩和医療学会」開催
9	●英国からシシリー・ソンドース来日
10	
11	◇カディアン <sup>®</sup> カプセル〔塩酸モルヒネ〕(11月)
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
13	◇モルベス <sup>®</sup> 細粒〔硫酸モルヒネ〕(9月) ◇MSツワイスロン <sup>®</sup> カプセル〔硫酸モルヒネ〕(12月)
14	◇デュロテップ <sup>®</sup> パッチ(リザバータイプ)〔フェンタニル〕(3月, 現在発売中止) ●緩和ケア診療加算の新設(4月)
15	●第5回アジア・太平洋ホスピス大会開催 ◇オプソ <sup>®</sup> 内服液〔塩酸モルヒネ〕(6月) ◇オキシコンチン <sup>®</sup> 錠〔塩酸オキシコドン〕(7月)
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
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 ◇ピーガード <sup>®</sup> 錠〔硫酸モルヒネ〕(3月)
18	●在宅療養支援診療所制度新設(4月) ◇パシーフ <sup>®</sup> カプセル〔塩酸モルヒネ〕(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

世界		日本	
	2007	19	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「がん対策基本法」施行</li> <li>●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</li> <li>●「緩和ケア医養成プログラム (PEACE)」開発</li> <li>●緩和ケア普及啓発活動「Orange Balloon Project」開始</li> <li>◇オキノーム<sup>®</sup>散〔塩酸オキシコドン〕(2月)</li> </ul>
●英国 NHS (National Health Service 「終末期ケア戦略 (End of Life Care Strategy)」発表, この中で Gold Standards Framework (GSF) 公的に導入	2008	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM)」発足</li> <li>●「緩和ケア診療加算」点数見直し (300点)</li> <li>◇デュロテップ MT<sup>®</sup>パッチ〔フェンタニル〕(7月)</li> </ul>
●米国緩和ケア国家プロジェクト「緩和ケア臨床実践指針」第2版発行	2009	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「緩和ケア病棟入院料」届出受理施設が200施設を越える</li> <li>◇フェンタニル<sup>®</sup>注〔クエン酸フェンタニル〕(11月, フェンタネスト<sup>®</sup>注から商品名変更)</li> </ul>
	2010	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>●日本緩和医療学会「緩和医療専門医」認定開始</li> <li>●「緩和ケア診療加算」点数見直し (400点)</li> <li>●PEACE 研修修了者 20,124人 (2010.12)</li> <li>●日本緩和医療薬学会「緩和薬物療法認定薬剤師」認定開始</li> <li>◇フェントス<sup>®</sup>テープ〔クエン酸フェンタニル〕(6月)</li> <li>◇トラマール<sup>®</sup>カプセル〔塩酸トラマドール〕(9月)</li> </ul>
●WHO 欧州部門「高齢者に対する緩和ケア提言書 (The Solid Facts: Palliative Care For Older People: Better Practices)」発行	2011	23	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ワンデュロ<sup>®</sup>パッチ〔フェンタニル〕(2月)</li> <li>◇トラムセット<sup>®</sup>〔塩酸トラマドール/アセトアミノフェン配合錠〕(7月)</li> <li>◇ノルスバン<sup>®</sup>テープ〔ブプレノルフィン〕(8月)</li> </ul>
	2012	24	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「緩和ケア病棟入院料」入院初期の評価の充実 (30日以内 4791点/日, 60日以内 4291点/日, 61日以上 3291点/日の3区分に)</li> <li>●「外来緩和ケア管理料」新設 (300点/月)</li> <li>●医療用麻薬処方日数制限の緩和 (コデインリン酸塩等4製剤について14日から30日処方可能に)</li> <li>●「診療所に対する在宅ターミナルケア加算 (10000点)」を「ターミナルケア加算 (機能強化型在宅療養支援診療所 6000点等)」と「看取り加算 (3000点)」に分割</li> <li>●「有床診療所緩和ケア診療加算」新設 (150点/日)</li> <li>●「緩和ケアに関する在宅患者訪問看護・指導料 (医療機関の専門性の高い看護師による訪問の評価)」新設 (1285点)</li> <li>◇オキファスト<sup>®</sup>注〔塩酸オキシコドン〕(5月)</li> <li>◇メサペイン<sup>®</sup>錠〔塩酸メサドン〕(3月)</li> <li>◇イーフェンバックル<sup>®</sup>錠〔クエン酸フェンタニル〕(9月)</li> <li>◇アプストラル<sup>®</sup>舌下錠〔クエン酸フェンタニル〕(12月)</li> </ul>
●米国緩和ケア国家プロジェクト「緩和ケア臨床実践指針」第3版発行	2013	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇アプストラル<sup>®</sup>舌下錠〔クエン酸フェンタニル〕(12月)</li> </ul>
	2014	26	◇塩酸タベンタドール (発売予定)

### 3. 緩和ケア関連の資料

#### A. 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〕（2014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	医療機関名	指定年月日
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	○	○	○	東京都立駒込病院	2010年4月1日
15		○	○		がん研究会 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

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
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
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	34	21	計 51 病院	

【地域がん診療連携拠点病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
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					函館五稜郭病院	2009年4月1日
11		○	○	○	KKR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

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
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
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	2011年4月1日
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					東北薬科大学病院	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	2010年4月1日
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	○		○	慈山会医学研究所付属 坪井病院	2010年4月1日
52					脳神経疾患研究所付属 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

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
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
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					国立病院機構 沼田病院	2012年4月1日
80	埼玉県				春日部市立病院	2010年4月1日
81					獨協医科大学 越谷病院	2010年4月1日
82			○	○	さいたま赤十字病院	2010年4月1日
83					さいたま市立病院	2010年4月1日
84					川口市立医療センター	2010年4月1日
85			○		埼玉医科大学 総合医療センター	2010年4月1日
86					国立病院機構 埼玉病院	2010年4月1日
87			○		埼玉医科大学 国際医療センター	2010年4月1日
88					深谷赤十字病院	2010年4月1日
89					埼玉県済生会川口総合病院	2009年4月1日
90	千葉県		○		千葉大学医学部附属病院	2010年4月1日
91					国立病院機構 千葉医療センター	2010年4月1日
92		○		○	船橋市立医療センター	2010年4月1日
93			○		東京歯科大学市川総合病院	2010年4月1日
94			○	○	順天堂大学医学部附属 浦安病院	2010年4月1日
95			○		東京慈恵会医科大学附属 柏病院	2010年4月1日
96					国保松戸市立病院	2010年4月1日
97			○		成田赤十字病院	2010年4月1日
98		○		○	総合病院 国保旭中央病院	2010年4月1日
99			○	○	亀田総合病院	2010年4月1日
100		○		○	君津中央病院	2010年4月1日
101					千葉労災病院	2010年4月1日
102	東京都		○	○	東京大学医学部附属病院	2010年4月1日
103			○		日本医科大学付属病院	2010年4月1日
104		○	○	○	聖路加国際病院	2010年4月1日
105		○	○	○	NTT 東日本関東病院	2010年4月1日
106		○	○	○	日本赤十字社医療センター	2010年4月1日
107			○		東京女子医科大学病院	2010年4月1日
108			○	○	日本大学医学部附属 板橋病院	2010年4月1日
109			○	○	帝京大学医学部附属病院	2010年4月1日
110					青梅市立総合病院	2010年4月1日
111					東京医科大学 八王子医療センター	2010年4月1日
112					武蔵野赤十字病院	2010年4月1日
113			○		杏林大学医学部付属病院	2010年4月1日



No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
114			○	○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2010年4月1日
115			○	○	昭和大学病院	2010年4月1日
116			○	○	慶應義塾大学病院	2011年4月1日
117			○		東京医科大学病院	2011年4月1日
118			○	○	東京都立多摩総合医療センター	2011年4月1日
119					公立昭和病院	2011年4月1日
120				○	東京慈恵会医科大学附属病院	2012年4月1日
121				○	虎の門病院	2012年4月1日
122				○	東邦大学医療センター 大森病院	2012年4月1日
123				○	国立病院機構 東京医療センター	2012年4月1日
124	神奈川県		○		横浜労災病院	2010年4月1日
125		○	○		横浜市立市民病院	2010年4月1日
126			○		横浜市立大学附属病院	2010年4月1日
127			○		聖マリアンナ医科大学病院	2010年4月1日
128		○	○	○	川崎市立井田病院	2010年4月1日
129					横須賀共済病院	2010年4月1日
130					藤沢市民病院	2010年4月1日
131				○	東海大学医学部付属病院	2010年4月1日
132		○	○		相模原協同病院	2010年4月1日
133			○		北里大学病院	2010年4月1日
134				○	小田原市立病院	2010年4月1日
135		○	○	○	昭和大学横浜市北部病院	2011年4月1日
136		○	○	○	横浜市立みなと赤十字病院	2012年4月1日
137					大和市立病院	2012年4月1日
138	新潟県				新潟県立新発田病院	2010年4月1日
139					新潟市民病院	2010年4月1日
140			○		新潟大学医歯学総合病院	2010年4月1日
141					長岡中央総合病院	2010年4月1日
142			○		長岡赤十字病院	2010年4月1日
143					新潟県立中央病院	2010年4月1日
144					新潟労災病院	2010年4月1日
145					済生会新潟第二病院	2010年4月1日
146	富山県				黒部市民病院	2010年4月1日
147					富山労災病院	2010年4月1日
148		○		○	富山市立富山市民病院	2010年4月1日
149					富山大学附属病院	2010年4月1日
150			○		厚生連高岡病院	2010年4月1日
151			○		高岡市民病院	2010年4月1日
152					市立砺波総合病院	2010年4月1日
153	石川県		○		国立病院機構 金沢医療センター	2010年4月1日
154					石川県立中央病院	2010年4月1日
155					金沢医科大学病院	2010年4月1日
156		○		○	小松市民病院	2010年4月1日
157	福井県		○		福井大学医学部附属病院	2010年4月1日
158					福井赤十字病院	2010年4月1日
159		○		○	福井県済生会病院	2010年4月1日
160					国立病院機構 福井病院	2010年4月1日
161	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院	2010年4月1日
162			○	○	市立甲府病院	2010年4月1日
163					富士吉田市立病院	2011年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
164	長野県			○	佐久総合病院	2010年4月1日
165				○	諏訪赤十字病院	2010年4月1日
166				○	飯田市立病院	2010年4月1日
167			○	○	相澤病院	2010年4月1日
168			○	○	長野赤十字病院	2010年4月1日
169			○	○	長野市民病院	2010年4月1日
170					伊那中央病院	2009年4月1日
171	岐阜県				岐阜県総合医療センター	2010年4月1日
172			○		岐阜市民病院	2010年4月1日
173					大垣市民病院	2010年4月1日
174					木沢記念病院	2010年4月1日
175		○		○	岐阜県立多治見病院	2010年4月1日
176					総合病院 高山赤十字病院	2010年4月1日
177	静岡県				順天堂大学医学部附属 静岡病院	2010年4月1日
178					沼津市立病院	2010年4月1日
179				○	静岡県立総合病院	2010年4月1日
180					静岡市立静岡病院	2010年4月1日
181			○	○	藤枝市立総合病院	2010年4月1日
182		○	○	○	総合病院 聖隷三方原病院	2010年4月1日
183			○		総合病院 聖隷浜松病院	2010年4月1日
184			○	○	浜松医療センター	2010年4月1日
185					浜松医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
186				○	磐田市立総合病院	2010年4月1日
187	愛知県		○		国立病院機構 名古屋医療センター	2010年4月1日
188			○		名古屋大学医学部附属病院	2010年4月1日
189			○		社会保険中京病院	2010年4月1日
190			○		名古屋市立大学病院	2010年4月1日
191		○		○	名古屋第一赤十字病院	2010年4月1日
192					名古屋第二赤十字病院	2010年4月1日
193		○	○	○	海南病院	2010年4月1日
194			○		公立陶生病院	2010年4月1日
195			○		一宮市立市民病院	2010年4月1日
196		○	○	○	小牧市民病院	2010年4月1日
197		○		○	豊田厚生病院	2010年4月1日
198		○	○	○	安城更生病院	2010年4月1日
199					豊橋市民病院	2010年4月1日
200		○	○	○	藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日
201	三重県				三重県立総合医療センター	2010年4月1日
202					国立病院機構 三重中央医療センター	2010年4月1日
203		○		○	伊勢赤十字病院	2010年4月1日
204				○	松阪中央総合病院	2010年4月1日
205					鈴鹿中央総合病院	2010年4月1日
206	滋賀県				大津赤十字病院	2010年4月1日
207		○			公立甲賀病院	2010年4月1日
208					市立長浜病院	2010年4月1日
209		○		○	彦根市立病院	2009年4月1日
210				○	滋賀医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
211	京都府				国立病院機構 舞鶴医療センター	2010年4月1日
212					市立福知山市民病院	2010年4月1日
213			○		京都桂病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会 員	医療機関名	指定年月日
214			○		京都市立病院	2010年4月1日
215			○		京都第一赤十字病院	2010年4月1日
216					京都第二赤十字病院	2010年4月1日
217		○	○		国立病院機構 京都医療センター	2010年4月1日
218	大阪府		○		市立豊中病院	2010年4月1日
219			○	○	東大阪市立総合病院	2010年4月1日
220					国立病院機構 大阪南医療センター	2010年4月1日
221					大阪労災病院	2010年4月1日
222		○		○	市立岸和田市民病院	2010年4月1日
223		○	○		大阪市立総合医療センター	2010年4月1日
224					大阪赤十字病院	2010年4月1日
225			○		大阪市立大学医学部附属病院	2009年4月1日
226			○	○	大阪大学医学部附属病院	2009年4月1日
227			○		大阪医科大学附属病院	2009年4月1日
228			○		近畿大学医学部附属病院	2009年4月1日
229			○		関西医科大学附属 枚方病院	2010年4月1日
230			○		国立病院機構 大阪医療センター	2010年4月1日
231	兵庫県		○	○	神戸大学医学部附属病院	2010年4月1日
232			○		神戸市立医療センター中央市民病院	2010年4月1日
233			○	○	関西労災病院	2010年4月1日
234			○		兵庫医科大学病院	2010年4月1日
235					近畿中央病院	2010年4月1日
236					西脇市立西脇病院	2010年4月1日
237					姫路赤十字病院	2010年4月1日
238					国立病院機構 姫路医療センター	2010年4月1日
239					赤穂市民病院	2010年4月1日
240					豊岡病院	2010年4月1日
241					兵庫県立柏原病院	2010年4月1日
242					兵庫県立淡路医療センター	2010年4月1日
243					国立病院機構 神戸医療センター	2009年4月1日
244	奈良県		○		奈良県立奈良病院	2010年4月1日
245					天理よろづ相談所病院	2010年4月1日
246					近畿大学医学部奈良病院	2010年4月1日
247					市立奈良病院	2009年4月1日
248	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
249					公立那賀病院	2010年4月1日
250					橋本市市民病院	2010年4月1日
251					社会保険紀南病院	2010年4月1日
252		○	○	○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2010年4月1日
253	鳥取県				鳥取県立中央病院	2010年4月1日
254			○	○	鳥取市立病院	2010年4月1日
255					鳥取県立厚生病院	2010年4月1日
256					国立病院機構 米子医療センター	2010年4月1日
257	島根県	○	○	○	松江市立病院	2010年4月1日
258					松江赤十字病院	2010年4月1日
259					島根県立中央病院	2010年4月1日
260		○		○	国立病院機構 浜田医療センター	2010年4月1日
261	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院	2010年4月1日
262			○	○	総合病院 岡山赤十字病院	2010年4月1日
263					国立病院機構 岡山医療センター	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
264		○	○	○	倉敷中央病院	2010年4月1日
265			○		川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
266					津山中央病院	2010年4月1日
267	広島県	○	○	○	県立広島病院	2010年4月1日
268					広島市立広島市民病院	2010年4月1日
269					広島赤十字・原爆病院	2010年4月1日
270					広島総合病院	2010年4月1日
271		○	○	○	国立病院機構 呉医療センター	2010年4月1日
272					国立病院機構 東広島医療センター	2010年4月1日
273					尾道総合病院	2010年4月1日
274		○		○	福山市民病院	2010年4月1日
275			○		市立三次中央病院	2010年4月1日
276					広島市立安佐市民病院	2010年4月1日
277	山口県	○			国立病院機構 岩国医療センター	2010年4月1日
278					周東総合病院	2010年4月1日
279		○		○	徳山中央病院	2010年4月1日
280					山口県立総合医療センター	2010年4月1日
281		○		○	総合病院 山口赤十字病院	2010年4月1日
282					下関市立市民病院	2010年4月1日
283	徳島県		○		徳島県立中央病院	2010年4月1日
284					徳島赤十字病院	2010年4月1日
285					徳島市民病院	2010年4月1日
286	香川県				香川県立中央病院	2010年4月1日
287					高松赤十字病院	2010年4月1日
288					香川労災病院	2010年4月1日
289		○		○	三豊総合病院	2010年4月1日
290	愛媛県	○			住友別子病院	2010年4月1日
291					済生会今治病院	2010年4月1日
292			○		愛媛大学医学部附属病院	2010年4月1日
293					愛媛県立中央病院	2010年4月1日
294					松山赤十字病院	2010年4月1日
295				○	市立宇和島病院	2010年4月1日
296	高知県		○	○	高知医療センター	2010年4月1日
297					高知赤十字病院	2010年4月1日
298					高知県立幡多けんみん病院	2012年4月1日
299	福岡県				国立病院機構 九州医療センター	2010年4月1日
300					福岡県済生会福岡総合病院	2010年4月1日
301			○		福岡大学病院	2010年4月1日
302					国立病院機構 福岡東医療センター	2010年4月1日
303		○	○	○	久留米大学病院	2010年4月1日
304		○	○	○	聖マリア病院	2010年4月1日
305					公立八女総合病院	2010年4月1日
306					大牟田市立病院	2010年4月1日
307		○	○		飯塚病院	2010年4月1日
308					社会保険田川病院	2010年4月1日
309		○		○	北九州市立医療センター	2010年4月1日
310		○		○	九州厚生年金病院	2010年4月1日
311			○		産業医科大学病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
312	佐賀県	○	○	○	佐賀県立医療センター 好生館	2010年4月1日
313					唐津赤十字病院	2010年4月1日
314					国立病院機構 嬉野医療センター	2010年4月1日
315	長崎県		○		長崎市立市民病院	2010年4月1日
316					日本赤十字社 長崎原爆病院	2010年4月1日
317					佐世保市立総合病院	2010年4月1日
318					国立病院機構 長崎医療センター	2010年4月1日
319					長崎県島原病院	2010年4月1日
320	熊本県				熊本市立熊本市市民病院	2010年4月1日
321					熊本赤十字病院	2010年4月1日
322					国立病院機構 熊本医療センター	2010年4月1日
323					済生会熊本病院	2010年4月1日
324					荒尾市民病院	2010年4月1日
325					熊本労災病院	2010年4月1日
326					健康保険人吉総合病院	2010年4月1日
327	大分県			○	国立病院機構 別府医療センター	2010年4月1日
328					大分赤十字病院	2010年4月1日
329					大分県立病院	2010年4月1日
330					大分県済生会日田病院	2010年4月1日
331					大分市医師会立 アルメイダ病院	2010年4月1日
332					中津市立中津市民病院	2011年4月1日
333	宮崎県				県立宮崎病院	2010年4月1日
334					国立病院機構 都城病院	2010年4月1日
335	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
336					鹿児島県立薩南病院	2010年4月1日
337					済生会川内病院	2010年4月1日
338					国立病院機構 南九州病院	2010年4月1日
339					県民健康プラザ鹿屋医療センター	2010年4月1日
340					鹿児島県立大島病院	2010年4月1日
341					鹿児島市立病院	2011年4月1日
342	今給黎総合病院	2012年4月1日				
343	沖縄県				沖縄県立中部病院	2010年4月1日
344					那覇市立病院	2010年4月1日
345			○		国立がん研究センター中央病院	2010年4月1日
346		○	○	○	国立がん研究センター東病院	2010年4月1日
計		66	126	105	計 346 病院	

合計	82	160	125	合計 397 病院	
----	----	-----	-----	-----------	--

参考：〔厚生労働省ウェブサイト [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_byoin\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin_01.pdf) がん診療連携拠点病院指定一覧表（2013年8月1日現在）〕

## B. 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	9	○	札幌厚生病院	2012年6月1日
		○	市立札幌病院	2010年4月1日
		○	札幌医科大学附属病院	2011年8月1日
		○	KKR札幌医療センター	2012年4月1日
		○	札幌北楡病院	2012年11月1日
		○	北見赤十字病院	2013年1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	2012年4月1日
		○	旭川医科大学病院	2011年4月1日
青森県	4	○	十和田市立中央病院	2007年1月1日
		○	八戸市立市民病院	2011年1月1日
		○	青森県立中央病院	2011年8月1日
		○	弘前大学医学部附属病院	2012年9月1日
岩手県	1	○	岩手県立大船渡病院	2012年7月1日
宮城県	5		東北公済病院	2012年3月1日
			仙台オープン病院	2012年4月1日
		○	石巻赤十字病院	2012年10月1日
		○	東北大学病院	2012年7月1日
		○	国立病院機構 仙台医療センター	2012年2月1日
山形県	4	○	山形大学医学部附属病院	2009年6月1日
			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
			三友堂病院	2013年7月1日
茨城県	1	○	筑波大学附属病院	2008年4月1日
栃木県	4	○	自治医科大学附属病院	2012年4月1日
		○	獨協医科大学病院	2010年2月1日
		○	栃木県立がんセンター	2013年7月1日
		○	栃木県済生会宇都宮病院	2013年4月1日
群馬県	3	○	群馬大学医学部附属病院	2010年4月1日
		○	国立病院機構 高崎総合医療センター	2012年6月1日
		○	国立病院機構 西群馬病院	2012年4月1日
埼玉県	6		三井病院	2011年5月1日
		○	埼玉医科大学 総合医療センター	2012年8月1日
		○	埼玉県立がんセンター	2013年8月1日
		○	さいたま赤十字病院	2010年6月1日
		○	戸田中央総合病院	2008年7月1日
		○	埼玉医科大学 国際医療センター	2012年4月1日
千葉県	9	○	千葉県がんセンター	2011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
		○	東京歯科大学 市川総合病院	2013年1月1日
		○	亀田総合病院	2011年4月1日
		○	日本医科大学 千葉北総病院	2008年4月1日
		○	成田赤十字病院	2010年4月1日
		○	国立がん研究センター東病院	2013年1月1日
		○	千葉大学医学部附属病院	2013年5月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
東京都	32		三井記念病院	2012年4月1日
		○	聖路加国際病院	2012年4月1日
		○	東京慈恵会医科大学附属病院	2012年4月1日
		○	虎の門病院	2012年6月1日
			東京都済生会中央病院	2012年7月1日
			国際医療福祉大学 三田病院	2013年11月1日
		○	東京医科大学病院	2012年4月1日
		○	東京女子医科大学病院	2012年11月1日
		○	慶應義塾大学病院	2012年4月1日
		○	日本医科大学付属病院	2012年9月1日
		○	東京都立駒込病院	2012年11月1日
		○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2011年1月1日
			江東病院	2010年11月1日
		○	がん研究会 有明病院	2012年6月1日
		○	昭和大学病院	2012年4月1日
		○	NTT 東日本関東病院	2010年4月1日
		○	東邦大学医療センター 大森病院	2012年7月1日
		○	日本赤十字社医療センター	2012年4月1日
			JR 東京総合病院	2012年4月1日
		○	日本大学医学部附属 板橋病院	2011年4月1日
		○	帝京大学医学部附属病院	2012年4月1日
			東京都健康長寿医療センター	2012年5月1日
			豊島病院	2012年7月1日
			順天堂大学医学部附属 練馬病院	2012年11月1日
		○	杏林大学医学部附属病院	2012年4月1日
		○	東京都立多摩総合医療センター	2011年11月1日
			東京慈恵会医科大学附属第三病院	2012年4月1日
			国立国際医療研究センター病院	2013年4月1日
○	国立病院機構 東京医療センター	2012年5月1日		
○	国立がん研究センター中央病院	2010年12月1日		
	東京医科歯科大学医学部附属病院	2012年12月1日		
	東京大学医学部附属病院	2012年10月1日		
神奈川県	16		けいゆう病院	2011年5月1日
			神奈川県立こども医療センター	2013年8月1日
		○	横浜市立大学附属病院	2011年4月1日
		○	横浜労災病院	2010年8月1日
			藤沢湘南台病院	2013年10月1日
		○	小田原市立病院	2010年4月1日
		○	相模原協同病院	2012年4月1日
		○	北里大学病院	2011年4月1日
			済生会横浜市南部病院	2012年4月1日
		○	昭和大学横浜市北部病院	2013年2月1日
		○	東海大学医学部附属病院	2008年4月1日
		○	川崎市立井田病院	2011年2月1日
		○	聖マリアンナ医科大学病院	2012年4月1日
○	横浜市立市民病院	2011年6月1日		
○	横浜市立みなと赤十字病院	2011年4月1日		
	国立病院機構 横浜医療センター	2013年4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	○	厚生連高岡病院	2012年10月1日
		○	高岡市民病院	2012年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
石川県	2	○	国立病院機構 金沢医療センター	2013年4月1日
		○	金沢大学附属病院	2012年7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	2	○	市立甲府病院	2012年4月1日
		○	山梨大学医学部附属病院	2011年4月1日
長野県	4	○	長野赤十字病院	2011年4月1日
		○	長野市民病院	2011年4月1日
		○	相澤病院	2010年4月1日
		○	信州大学医学部附属病院	2012年4月1日
岐阜県	2	○	岐阜市民病院	2013年7月1日
		○	東海中央病院	2013年10月1日
静岡県	7	○	静岡県立静岡がんセンター	2011年4月1日
		○	静岡済生会総合病院	2010年7月1日
		○	藤枝市立総合病院	2012年4月1日
		○	磐田市立総合病院	2012年3月1日
		○	浜松医療センター	2012年4月1日
		○	総合病院 聖隷浜松病院	2012年3月1日
愛知県	15	○	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
		○	協立総合病院	2012年6月1日
		○	名古屋掖済会病院	2013年6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
		○	公立陶生病院	2013年5月1日
		○	安城更生病院	2011年5月1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
		○	海南病院	2012年10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
		○	国立病院機構 名古屋医療センター	2009年8月1日
京都府	6	○	京都桂病院	2011年6月1日
		○	京都府立医科大学附属病院	2011年4月1日
		○	京都市立病院	2012年4月1日
		○	京都第一赤十字病院	2010年4月1日
		○	国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日
		○	京都大学医学部附属病院	2010年4月1日
大阪府	20	○	関西電力病院	2011年8月1日
		○	高槻赤十字病院	2012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
		○	大阪府立成人病センター	2008年4月1日
		○	大阪警察病院	2009年1月1日
		○	大阪府立急性期・総合医療センター	2009年4月1日
		○	大阪市立大学医学部附属病院	2011年6月1日
大阪府	20	○	関西医科大学附属 枚方病院	2011年6月1日
		○	淀川キリスト教病院	2012年8月1日



都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	北野病院	2012年6月1日
		○	近畿大学医学部附属病院	2008年4月1日
		○	星ヶ丘厚生年金病院	2013年6月1日
		○	大阪府済生会中津病院	2011年5月1日
		○	大阪市立総合医療センター	2009年10月1日
		○	市立豊中病院	2010年12月1日
		○	東大阪市立総合病院	2008年4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
		○	大阪大学医学部附属病院	2008年5月1日
兵庫県	7	○	兵庫医科大学病院	2008年4月1日
		○	市立芦屋病院	2013年7月1日
		○	兵庫県立がんセンター	2010年4月1日
		○	関西労災病院	2010年9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
		○	西神戸医療センター	2013年6月1日
		○	神戸大学医学部附属病院	2011年4月1日
奈良県	2	○	奈良県立奈良病院	2011年7月1日
		○	奈良県立医科大学附属病院	2010年10月1日
和歌山県	2	○	和歌山県立医科大学附属病院	2011年1月1日
		○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2013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
島根県	2	○	島根大学医学部附属病院	2012年4月1日
		○	松江市立病院	2013年7月1日
岡山県	5	○	川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
		○	総合病院 岡山赤十字病院	2011年4月1日
		○	川崎医科大学附属 川崎病院	2012年9月1日
		○	倉敷中央病院	2012年11月1日
		○	岡山大学病院	2012年9月1日
広島県	4	○	県立広島病院	2010年1月1日
		○	国立病院機構 呉医療センター	2012年4月1日
		○	広島大学病院	2010年11月1日
		○	市立三次中央病院	2013年9月1日
山口県	1	○	山口大学医学部附属病院	2013年9月1日
香川県	1	○	香川大学医学部附属病院	2009年2月1日
徳島県	2	○	徳島県立中央病院	2012年6月1日
		○	徳島大学病院	2013年2月1日
愛媛県	2	○	愛媛大学医学部附属病院	2009年9月1日
		○	国立病院機構 四国がんセンター	2010年6月1日
高知県	1	○	高知医療センター	2011年2月1日
福岡県	9	○	福岡大学病院	2010年4月1日
		○	九州中央病院	2013年4月1日
		○	久留米大学病院	2010年4月1日
		○	聖マリア病院	2010年4月1日
		○	飯塚病院	2010年8月1日
		○	戸畑共立病院	2010年4月1日
		○	産業医科大学病院	2012年4月1日
		○	九州大学病院	2011年9月1日
		○	国立病院機構 九州がんセンター	2010年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
佐賀県	2	○	佐賀県医療センター 好生館	2010年4月1日
		○	佐賀大学医学部附属病院	2005年11月1日
長崎県	2	○	長崎大学病院	2011年4月1日
		○	長崎市立市民病院	2012年4月1日
熊本県	1	○	熊本大学医学部附属病院	2012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	2	○	相良病院	2011年1月1日
		○	鹿児島大学病院	2010年4月1日
合計	206	160		

2014年1月24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

## C. 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：地域医療支援病院]

No	都道府県	施設名称	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		札幌清田病院	2009年10月1日	138	20		
6		札幌共立五輪橋病院	2012年5月1日	188	18		
7		勤医協中央病院	2007年11月1日	402	24		
8		札幌厚生病院	2012年6月1日	519	25	★	
9		KKR 札幌医療センター	2005年8月1日	450	22	★	☆
10		函館おしま病院	2004年4月1日	56	20		
11		森病院	2001年9月1日	114	35		
12		洞爺温泉病院	2004年6月1日	216	18		
13		日鋼記念病院	2002年1月1日	479	22	★	
14		旭川厚生病院	2012年11月1日	539	23	★	
15		時計台記念病院	2013年5月1日	250	13		
16	青森県	青森慈恵会病院	2000年6月1日	332	22		
17		ときわ会病院	2008年2月1日	149	20		
18	岩手県	孝仁病院	2008年6月1日	180	10		
19		盛岡赤十字病院	2009年7月1日	444	22		
20		美山病院	2011年5月1日	228	20		
21		岩手県立中部病院	2009年5月1日	434	24	★	☆
22		岩手県立磐井病院	2010年7月1日	315	24	★	☆
23	宮城県	東北大学病院 緩和ケアセンター	2000年12月1日	1,308	22	★	
24		光ヶ丘スベルマン病院	1998年8月1日	140	18		
25		宮城県立がんセンター	2002年7月1日	383	25	★	
26	山形県	山形県立中央病院	2001年7月1日	660	15	★	
27		三友堂病院	2005年6月1日	199	12		
28	秋田県	外旭川病院	1999年2月1日	241	34		
29	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	★	
30		福島労災病院	2011年4月1日	406	32	★	☆
31		星総合病院	2013年2月1日	430	16		☆
32		わたり病院	2013年7月1日	196	15		
33	茨城県	つくばセントラル病院	2000年10月1日	313	20		
34		筑波メディカルセンター病院	2000年5月1日	410	20	★	☆
35		水戸済生会総合病院	2000年10月1日	503	16		☆
36		茨城県立中央病院	2013年5月1日	500	23		☆
37	栃木県	栃木県立がんセンター	2000年12月1日	357	24	★	
38		栃木県済生会宇都宮病院	1996年11月1日	644	20	★	☆
39		足利赤十字病院	2011年9月1日	555	19		☆
40		自治医科大学附属病院	2007年5月1日	1,132	18	★	
41		那須赤十字病院	2013年4月1日	460	20		☆
42	群馬県	公立富岡総合病院	2005年5月1日	347	18	★	
43		伊勢崎市民病院	2010年6月1日	524	17	★	☆
44		国立病院機構 西群馬病院	1994年7月1日	380	23	★	☆
45		群馬県済生会前橋病院	2012年6月1日	327	16		☆
46	埼玉県	戸田中央総合病院	2009年3月1日	446	18		
47		埼玉石心会病院	2012年4月1日	349	8		☆

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
48		上尾甞生病院	1992年3月1日	186	15		
49		みさと健和病院	2011年8月1日	282	20		
50		行田総合病院	2012年9月1日	504	21		☆
51		埼玉県立がんセンター	1999年1月1日	400	18	★	
52		毛呂病院	2013年12月1日	618	12		
53	千葉県	千葉県がんセンター	2008年7月1日	341	25	★	
54		山王病院	1999年7月1日	318	23		
55		我孫子聖仁会病院	2012年7月1日	168	20		
56		船橋市立医療センター	2010年4月1日	449	20	★	☆
57		国立がん研究センター東病院	1992年7月1日	425	25	★	
58		聖隷佐倉市民病院	2008年6月1日	400	18		
59		総合病院 国保旭中央病院	1999年5月1日	989	20	★	
60		君津中央病院	2004年11月1日	661	20	★	☆
61		さんむ医療センター	2014年1月1日	323	20		
62	東京都	聖路加国際病院	1998年5月1日	520	23	★	☆
63		永寿総合病院	2000年10月1日	400	16		
64		賛育会病院	1998年6月1日	240	22		
65		東芝病院	2008年7月1日	307	15		
66		NTT 東日本関東病院	2001年2月1日	665	16	★	
67		佑和会 木村病院	2004年7月1日	98	13		
68		日本赤十字社医療センター	2000年6月1日	708	18	★	☆
69		東京厚生年金病院	2004年6月1日	520	17		
70		佼成病院	2004年5月1日	338	12		
71		救世軍ブース記念病院	2003年11月1日	199	20		
72		東京衛生病院	1996年7月1日	186	20		
73		豊島病院	1999年9月1日	470	20		☆
74		総合病院 桜町病院	1994年8月1日	199	20		
75		日の出ヶ丘病院	2001年1月1日	263	20		
76		公立阿伎留医療センター	2006年9月1日	310	16		
77		救世軍清瀬病院	1990年6月1日	142	25		
78		国立病院機構 東京病院	1995年9月1日	560	20		
79		信愛病院	1996年9月1日	199	20		
80		聖ヶ丘病院	1996年6月1日	48	11		
81		がん・感染症センター 都立駒込病院	2011年7月1日	801	22	★	
82		野村病院	2012年1月1日	117	12		
83		がん研究会 有明病院	2011年4月1日	700	25	★	
84		東京通信病院	2013年3月1日	477	22		
85		東京都健康長寿医療センター	2013年7月1日	550	20		
86		多摩南部地域病院	2013年7月1日	318	16		☆
87		町田市民病院	2013年9月1日	447	14		
88	神奈川県	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	383	20	★	
89		昭和大学横浜市北部病院	2001年10月1日	697	25	★	
90		平和病院	2011年9月1日	150	16		
91		横浜市立みなと赤十字病院	2006年8月1日	634	25	★	☆
92		神奈川県立がんセンター	2002年4月1日	415	20	★	
93		横浜甞生病院	1995年3月1日	81	12		
94		総合病院 衣笠病院	1998年7月1日	251	20		
95		湘南中央病院	2006年3月1日	199	16		
96		湘南東部総合病院	2006年1月1日	231	20		
97		鶴巻温泉病院	2011年9月1日	591	25		
98		ピースハウス病院	1994年2月1日	22	22		
99		相模原協同病院	2011年10月1日	437	12	★	☆
100		横浜市立市民病院	2012年5月1日	650	20	★	☆

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
101		宮川病院	2013年7月1日	175	11		
102	新潟県	長岡西病院	1993年4月1日	240	27		
103		白根大通病院	2006年9月1日	299	28		
104		新潟医療センター	2001年8月1日	404	20		
105		南部郷厚生病院	2001年9月1日	120	20		
106	富山県	富山県立中央病院	1993年3月1日	765	25	★	☆
107		富山市民病院	2009年6月1日	595	20	★	☆
108	石川県	石川県済生会金沢病院	1995年1月1日	260	28		
109		小松市民病院	2009年5月1日	364	10	★	
110	福井県	福井県立病院	2006年4月1日	1,082	20	★	☆
111		福井県済生会病院	1998年10月1日	466	20	★	☆
112	長野県	愛和病院	1997年12月1日	64	48		
113		新生病院	1998年10月1日	155	20		
114		諏訪中央病院	1998年9月1日	366	6		
115		健康保険岡谷塩嶺病院	1996年11月1日	199	10		
116	山梨県	山梨県立中央病院	2005年5月1日	691	15	★	
117	岐阜県	岐阜中央病院	1999年6月1日	352	28		
118		東海中央病院	2012年1月1日	332	15		
119		岐阜県立多治見病院	2010年7月1日	627	20	★	☆
120		久美愛厚生病院	2012年7月1日	300	23		
121	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	2002年11月1日	577	50	★	
122		神山復生病院	2002年7月1日	60	20		
123		総合病院 聖隷三方原病院	1990年5月1日	934	27	★	☆
124	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		
125		愛知県がんセンター愛知病院	2006年5月1日	276	20		
126		安城更生病院	2002年6月1日	692	17	★	☆
127		聖霊病院	2009年4月1日	300	15		
128		海南病院	2004年7月1日	553	18	★	
129		名古屋掖済会病院	2004年2月1日	662	19		☆
130		協立総合病院	2001年12月1日	434	16		
131		豊田厚生病院	2010年2月1日	606	17	★	
132		江南厚生病院	2009年11月1日	684	20		
133		愛知国際病院	1999年5月1日	72	20		
134		総合病院 南生協病院	2002年7月1日	313	20		
135		小牧市民病院	2012年6月1日	544	14	★	
136		津島市民病院	2007年1月1日	440	18		
137		名古屋第一赤十字病院	2006年4月1日	857	20	★	☆
138		藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日	1,489	19	★	
139	三重県	三重聖十字病院	2005年11月1日	25	25		
140		藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム	1997年7月1日	218	20		
141		松阪厚生病院	2007年8月1日	780	20		
142		松阪市民病院	2008年2月1日	328	20		
143		伊勢赤十字病院	2012年2月1日	655	20	★	☆
144		済生会松阪総合病院	2012年5月1日	430	24		☆
145	滋賀県	大津市民病院	1999年6月1日	506	20		☆
146		彦根市立病院	2002年10月1日	458	20	★	
147		ヴォーリス記念病院	2006年12月1日	168	16		
148		滋賀県立成人病センター	2003年3月1日	541	20	★	
149		公立甲賀病院	2013年5月1日	413	12	★	
150	京都府	薬師山病院	1998年12月1日	50	50		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
151		総合病院 日本バプテスト病院	1995年9月1日	167	20		
152		音羽病院	2012年7月1日	608	20		
153		国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日	600	20	★	☆
154		京都市民医連中央病院	2011年11月1日	411	14		
155		稲荷山武田病院	2012年9月1日	55	18		
156	大阪府	淀川キリスト教病院 ホスピス・こどもホスピス病院	1990年5月1日	27	27		☆
157		湯川胃腸病院	2002年11月1日	84	24		
158		千里中央病院	2010年4月1日	400	25		
159		ガラシア病院	2005年4月1日	104	51		
160		彩都友誼会病院	2010年5月1日	204	40		
161		高槻赤十字病院	2002年7月1日	446	20		☆
162		大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	2011年5月1日	495	20		
163		小松病院	2006年5月1日	190	18		
164		耳原総合病院	2003年2月1日	386	23		☆
165		阪和第二泉北病院	2002年11月1日	969	21		
166		岸和田盈進会病院	2002年2月1日	157	16		
167		星ヶ丘厚生年金病院	2008年12月1日	580	16		☆
168		大阪市立総合医療センター	2010年5月1日	1,063	24	★	☆
169		和泉市立病院	2010年12月1日	307	22		
170		多根総合病院	2011年6月1日	304	20		
171		市立岸和田市民病院	2012年9月1日	400	20	★	☆
172		樫本病院	2013年7月1日	199	16		
173		東住吉森本病院	2013年11月1日	329	14		☆
174		東大阪病院	2013年12月1日	265	30		
175	奈良県	国保中央病院	2005年7月1日	220	20		
176		西奈良中央病院	2012年10月1日	166	23		
177	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	★	☆
178		紀和病院	2005年8月1日	212	13		
179	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993年10月1日	116	21		
180		社会保険神戸中央病院	1996年7月1日	424	22		☆
181		六甲病院	1994年12月1日	178	23		
182		東神戸病院	2000年5月1日	166	21		
183		立花病院	2005年9月1日	272	10		
184		尼崎医療生協病院	2007年7月1日	199	20		
185		協和マリナホスピタル	2011年5月1日	80	30		
186		宝塚市立病院	2010年7月1日	446	15		☆
187		第二協立病院	2009年4月1日	225	22		
188		公立八鹿病院	2005年10月1日	420	20		☆
189		総合病院 姫路聖マリア病院	1996年8月1日	360	22		
190		市立芦屋病院	2012年8月1日	199	24		
191		兵庫県立加古川医療センター	2011年5月1日	353	25		☆
192		市立川西病院	2013年2月1日	283	21		
193		高砂市民病院	2013年8月1日	290	18		
194	鳥取県	鳥取生協病院	2008年4月1日	260	20		
195		藤井政雄記念病院	2003年11月1日	120	20		
196	島根県	松江市立病院	2005年9月1日	466	22	★	
197		島根大学医学部附属病院	2011年9月1日	616	21	★	
198		国立病院機構 浜田医療センター	2010年1月1日	365	15	★	☆
199	岡山県	岡山済生会総合病院	1998年9月1日	553	25	★	☆
200		岡山中央奉還町病院	2000年6月1日	81	15		
201		総合病院 岡山協立病院	2011年9月1日	318	17		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
202		岡村一心堂病院	2007年6月1日	152	19		
203		倉敷第一病院	2008年6月1日	191	20		
204		倉敷中央病院	2013年6月1日	1,161	14	★	☆
205	広島県	福山市民病院	2006年9月1日	400	16	★	☆
206		前原病院	2012年7月1日	59	14		
207		公立みつぎ総合病院	2002年5月1日	240	6		
208		シムラ病院	2004年10月1日	116	17		
209		広島パークヒル病院	2002年5月1日	114	18		
210		県立広島病院	2004年10月1日	715	20	★	☆
211		安芸市民病院	2004年6月1日	140	20		
212		国立病院機構 呉医療センター	2000年4月1日	700	19	★	☆
213		廿日市記念病院	2002年1月1日	135	15		
214	山口県	徳山中央病院	2009年3月1日	494	25	★	☆
215		国立病院機構 山口宇部医療センター	1998年11月1日	435	25		
216		安岡病院	1999年5月1日	278	25		
217		綜合病院 山口赤十字病院	2000年1月1日	475	25	★	
218		国立病院機構 岩国医療センター	2013年6月1日	530	24	★	☆
219	香川県	高松平和病院	2011年8月1日	123	21		
220		三豊総合病院	2000年5月1日	482	12	★	☆
221	徳島県	近藤内科病院	2002年5月1日	55	32		
222	高知県	細木病院	2003年10月1日	320	14		
223		国吉病院	2011年2月1日	106	12		
224		もみのき病院	1999年4月1日	60	12		
225		凶南病院	2000年7月1日	183	12		
226		いずみの病院	2001年10月1日	238	12		
227		高知厚生病院	1995年12月1日	76	15		
228		須崎くろしお病院	2007年11月1日	160	10		
229	愛媛県	松山ベテル病院	2000年4月1日	155	38		
230		国立病院機構 四国がんセンター	2006年9月1日	405	25	★	
231		西条愛寿会病院	2010年9月1日	180	15		
232		H I T O病院	2013年4月1日	257	17		
233		済生会今治病院	2013年5月1日	191	20	★	
234	福岡県	北九州市立医療センター	2001年6月1日	636	20	★	☆
235		聖ヨハネ病院	2001年10月1日	20	20		
236		製鉄記念八幡病院	2004年1月1日	453	16		☆
237		九州厚生年金病院	2005年4月1日	575	14	★	☆
238		広瀬病院	2010年12月1日	62	13		
239		及川病院	2004年11月1日	36	15		
240		秋本病院	2007年7月1日	50	16		
241		那珂川病院	2006年7月1日	162	24		
242		栄光病院	1990年9月1日	178	71		
243		至誠会 木村病院	1999年12月1日	121	14		
244		たたらりハビリテーション病院	2004年11月1日	213	21		
245		原土井病院	2001年4月1日	556	30		
246		さくら病院	1999年6月1日	152	14		
247		恵光会 原病院	2005年1月1日	220	16		
248		西福岡病院	2007年7月1日	248	15		
249		村上華林堂病院	2004年6月1日	160	20		
250		井上病院	2011年4月1日	73	18		
251		糸島医師会病院	2008年8月1日	150	14		☆
252		福岡県済生会飯塚嘉穂病院	2012年4月1日	199	20		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
253		久留米大学病院	1998年10月1日	1,098	16	★	
254		総合病院 聖マリア病院	1997年9月1日	1,295	16	★	☆
255		みどりの杜病院	2012年1月1日	30	30		
256		今野病院	2007年1月1日	67	20		
257		嶋田病院	2008年9月1日	150	14		☆
258		古賀病院 21	2012年6月1日	200	8		
259		友田病院	2012年12月1日	72	16		
260		朝倉医師会病院	2012年11月1日	300	20		☆
261		戸畑リハビリテーション病院	2012年11月1日	154	17		
262		長田病院	2013年8月1日	182	20		
263		飯塚病院	2013年10月1日	1,116	18	★	☆
264	佐賀県	佐賀県医療センター 好生館	1998年3月1日	450	15	★	☆
265		河畔病院	2002年4月1日	187	18		
266		西田病院	2011年5月1日	118	20		
267	長崎県	出島病院	1995年11月1日	43	22		
268		聖フランシスコ病院	1998年8月1日	220	22		
269		千住病院	2008年4月1日	267	20		
270		南野病院	2012年5月1日	95	17		
271	熊本県	山鹿市民医療センター	2012年5月1日	201	13		☆
272		イエズスの聖心病院	1994年11月1日	87	22		
273		熊本地域医療センター	2001年7月1日	227	14		☆
274		御幸病院	2003年6月1日	186	20		
275		桜十字病院	2010年1月1日	641	21		
276		朝日野総合病院	2012年4月1日	378	21		
277		メディカルケアセンター ファイン	2007年11月1日	63	21		
278		健康保険人吉総合病院	2003年9月1日	274	11	★	☆
279		阿蘇温泉病院	2008年9月1日	260	15		
280		鶴田病院	2012年10月1日	105	20		
281		合志第一病院	2012年9月1日	128	18		
282	大分県	大分ゆふみ病院	2002年1月1日	24	24	★	☆
283		アルメイダ病院	2012年5月1日	406	21		
284		佐伯中央病院	2007年7月1日	149	14		
285		鶴見病院	2012年11月1日	230	7		
286		へつぎ病院	2013年6月1日	173	14		
287	宮崎県	三州病院	2000年5月1日	67	27		
288		宮崎市郡医師会病院	2002年3月1日	248	12		☆
289		平田東九州病院	2007年7月1日	125	21		
290	鹿児島県	天陽会 中央病院	2011年1月1日	219	18		
291		相良病院	1997年6月1日	80	24		
292		出水郡医師会広域医療センター	2008年10月1日	222	10		☆
293		国立病院機構 南九州病院	2006年4月1日	475	25	★	
294		サザン・リージョン病院	2011年3月1日	131	11		
295		南風病院	2013年6月1日	338	14		☆
296		鹿児島市医師会病院	2013年9月1日	255	31		☆
297	沖縄県	国立病院機構 沖縄病院	2006年6月1日	320	20		
298		アドベンチスト・メディカルセンター	2003年1月1日	48	26		
299		オリブ山病院	1995年6月1日	343	21		
300		南部病院	2012年9月1日	188	21		
	合 計	緩和ケア病床数 5,994 床	がん診療連携拠点病院 82 施設	地域医療支援病院 76 施設			

2014年2月14日時点で、各地方厚生局のweb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webサイトの掲載情報を元に作成



ホスピス緩和ケア白書 2014  
がんプロフェッショナル養成基盤推進プランと  
学会・学術団体の緩和ケアへの取り組み

---

発 行 2014年3月24日 第1版第1刷©  
編 集 恒藤 暁・森田 達也・宮下 光令  
編集協力 公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団  
特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会  
発 行 者 工藤 良治  
発 行 所 株式会社 青海社  
〒113-0031 東京都文京区根津 1-4-4 河内ビル  
☎ 03-5832-6171 FAX03-5832-6172  
装 幀 石原 雅彦  
印 刷 所 モリモト印刷 株式会社

---

本書の内容の無断複写・複製・転載は、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。

ISBN978-4-902249-70-5 C3047

 <社出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。  
複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構  
(電話03-3513-6969, FAX03-3513-6979, e-mail:info@jcopy.or.jp)  
の許諾を得てください。