

ホスピス緩和ケア白書 2018

# がん対策基本法

これまでの10年

これからの10年

- 編集 ————— 志真 泰夫 筑波メディカルセンター  
恒藤 暁 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻  
細川 豊史 京都府立医科大学 疼痛・緩和医療学講座  
宮下 光令 東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻緩和ケア看護学分野  
山崎 章郎 ケアタウン小平クリニック
- 企画担当 ————— 木澤 義之 神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科



# 序 文

志真泰夫

( 公益財団法人 筑波メディカルセンター  
特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会 )

2018年3月、第3期がん対策推進基本計画が閣議決定を経て、公表された。それに先立って、2017年12月に「がん対策基本法の一部改正」がなされ、公布された。がん対策基本法施行後、この10年間でがん医療における最も大きな変化は、患者さん自身が声を上げて、自分たちの抱えている問題を解決するために、積極的に政策提言や啓発活動に取り組んだことが挙げられる。基本法は、10年前に国会で議員立法として成立した際に、当時がん患者で参議院議員だった山本孝史さん（故人）の大きな貢献があった。基本法の原点にはそういった当事者の力があったことを忘れてはならない。

次に、緩和ケアに携わる者にとって、特筆すべきことは今回の改正で緩和ケアに法的な位置づけがされたことである。基本法第15条に「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛、または社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と記載された。緩和ケアが患者の苦痛に焦点を当てて、患者の人生と生活の質の維持向上を図る医療であることが明記された。

さらに、2007年4月から始まった第1期、そして2012年4月からの第2期がん対策推進基本計画の10年間では、当初目標とされた「がんによる死亡者数の減少」すなわち「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」は、達成できなかったことをふまえて、第3期の基本計画では「がん予防・がん検診」「患者本位のがん医療」「尊厳をもって暮らせる社会」という3つの全体目標が定められた。それらの全体目標のもとで、緩和ケアは「尊厳をもって暮らせる社会」の実現に向けて、今後は「がんと診断された時からの緩和ケア」に取り組むことになる。

今回の『ホスピス緩和ケア白書』では、がん対策基本法施行後10年間の緩和ケアの歩みを「政策」「研究」「教育」「コミュニケーション技術研修」、さらに療養の場として「緩和ケア病棟」「病院緩和ケアチーム」「在宅緩和ケア」を取り上げて、多角的にその成果と課題を検討した。そして、緩和ケアの今後の展開を「研究」「教育」「腫瘍学と緩和ケアの統合」「非がん疾患の緩和ケア」「在宅緩和ケア」「地域社会における緩和ケア」という複数の視点から取り上げた。この難しいテーマに取り組んでくれた執筆者の方々に心から感謝するとともに、緩和ケアに携わる人々のこれからの10年のために、今回の白書が基本資料となることを期待している。

# 目次

序文	志真泰夫	iii
----	------	-----

## 第Ⅰ部 がん対策基本法施行後10年の歩み

1. 国の動向と担当者として考えていたこと		
A. 国の施策と行政の立場からの関わり	加藤雅志	2
B. 改正がん対策基本法と第3期がん対策推進基本計画の概要	濱 卓至	6
2. 緩和ケアにおける臨床研究		
A. 黎明期から現在まで	森田達也	10
B. J-HOPE 研究の10年	宮下光令, 他	17
3. 緩和ケアにおける教育		
A. 医師教育—PEACEと専門的緩和ケアを中心に	木澤義之	35
B. 看護師教育—がん医療に携わる看護研修事業, ELNEC-J コアカリキュラム, SPACE-Nプログラムを中心に	田村恵子	39
C. 薬剤師教育—緩和薬物療法認定薬剤師の認定制度を中心に	加賀谷肇	41
4. サイコオンコロジーとコミュニケーション技術研修会 (CST)	藤森麻衣子, 他	44
5. 緩和ケア病棟のこの10年	佐藤一樹, 他	48
6. 緩和ケアチームのこの10年	中澤葉宇子, 他	52
7. 在宅緩和ケアのこの10年 —在宅緩和ケア充実診療所と在宅緩和ケアの基準	前野 宏	58

## 第Ⅱ部 現状と今後10年の展望

1. 多施設コホート・介入研究	森 雅紀, 他	64
2. 緩和ケアこれからの教育		
A. 医師教育の現状とこれから	山本 亮	73
B. 看護師教育の現状とこれから	荒尾晴恵	76

3. がん以外の疾患に対する緩和ケア .....	坂下明大	80
4. 緩和ケアと腫瘍学のインテグレーション .....	大坂 巖	84
5. 地域・コミュニティにおける緩和ケア .....	浜野 淳	88
6. 在宅緩和ケアの現状と展望 .....	川越正平	93

### 第Ⅲ部 統計と解説

1. データでみる日本の緩和ケアの現状 .....	五十嵐尚子, 他	98
2. 2017年度 ホスピス緩和ケア週間 .....	安部奈津子, 他	136
3. 緩和ケア関連の資料 .....		138



# 第 I 部

---

## がん対策基本法施行後 10年の歩み

# 1. 国の動向と担当者として考えていたこと

## A. 国の施策と行政の立場からの関わり

加藤雅志

(国立がん研究センター がん対策情報センターがん医療支援部)

### はじめに

がん対策基本法が2006年に成立し、10年が経過した。この10年の緩和ケアに関するわが国の動向について改めて振り返ると、政府は他の領域ではみることがないほどの多様な施策を講じてきた。

現在、国が打ち出した施策は、全国の自治体に浸透し、医療現場へと広がりつつある。わが国の緩和ケアの特徴は、がん対策の一環として位置づけられて推進されていることにある。がん対策基本法とがん対策推進基本計画の成立当時の状況について、行政の立場から関わっていた立場から振り返り、緩和ケアのこの10年の変化と、これからの課題について述べたい。

### がん対策と緩和ケア

2006年4月に、筆者が厚生労働省で勤務を開始し、健康局がん対策推進室という当時新設された組織に配属された時、厚生労働省の関係者の多くは、「緩和ケア＝ターミナルケア」という認識であった。そのような状況の中で、がん対策基本法案が国会に提出された時から、がん対策は動き始め大きな変化が起きつつあった。その時、厚生労働省の中では、緩和ケアに関する重要な判断を求められることになった。それまでは、緩和ケアは「ターミナルケア」として捉えられていたため、医療全般に関わることとして厚生労働省の中では、「医政局」という医療提供体制全般のことを扱う組織が担当していた。しかし、医政局では終末期医療の提供体制の整備としての施策を講じることができても、「苦痛の緩和」という医療やケ

アの具体的な行為の変化を促す施策に直ちには取り組みがたい状況であった。それに対して、がん対策を担当している「健康局」は疾病ごとの具体的な施策を立案し、実施していくことができる組織であり、がん対策基本法という大きなうねりが生じ、がん対策が大きく動き出そうとしていた。筆者自身が厚生労働省で勤務を決意した最大の動機が、「病気を患う者が苦痛で苦しむことがなくなり、1人の人として尊重されて過ごしていくことができる社会の実現」ということであり、特に最優先に取り組むべきことは、がん医療の中で緩和ケアが当然のように提供される体制を実現していくことにあると考えていた。わが国で緩和ケアを1日でも早く普及させていくためには、当時の状況では、医療制度全般の課題として位置づけたままではすぐの変化が見込めなかったが、がん対策の中で「早期からの緩和ケアの推進」の重要性を説明していくことの方がはるかに関係者の理解を得やすい状況であった。事実、10年ほど前の医療現場では、がんの痛みで苦しむ患者が適切な疼痛治療を受けられずに我慢を強いられていたことはよくあったことであり、がん患者の疼痛緩和のためにモルヒネを使わないことを公言している医師も少なからずいた状況であった。このような状況を変えるべきだと考える多くの緩和ケアに携わる医療者や患者の方々の強い思いを受け、緩和ケアはがん対策の重要施策として位置づけられることとなった。

2007年、わが国のがん対策の取り組みの全体の方向性を定めるがん対策推進基本計画が策定された。基本計画が策定に至るまでの議論の中で、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を含め重点的に取り組むべき課題が整理された後、全体

目標の議論になった。それまでの政府のがん対策は、生存率の延長や罹患率の減少などが目標として掲げられ、QOLに着目したものではなかった。そのような中で、新たながん対策の全体目標として、「すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を、「がんによる死亡者の減少」に並んで明記できるかどうかは、今後のがん対策の方向性に大きな影響を与えるものであり、厚生労働省で事務局として担当していた者としては重要な課題と捉えていた。最終的に、がん患者や家族のQOLを高めていくことが、全体目標の1つとして掲げられることになり、国は緩和ケアを全面的に推し進めていくことがよりいっそう明確になったと考えている<sup>1,2,3)</sup>。

筆者が厚生労働省がん対策推進室に勤務した期間は、2006年4月～2009年3月までであり、その間に以下のような施策等を主に担当してきた。

- ・がん診療連携拠点病院制度
- ・がん診療に携わるすべての医師に対する緩和ケア研修会
- ・コミュニケーションスキル研修
- ・がんリハビリテーション研修
- ・eラーニングによる専門的な知識を有する医師の育成
- ・緩和ケアの国民に対する普及啓発
- ・がん対策のための戦略研究
- ・がん性疼痛緩和指導管理料の新設

特に、がん患者に対する緩和ケアが適切に提供される医療環境を実現していくことを目指して、その大きなバリアになっている医師の誤解を解消するとともに、がん診療に携わるすべての医師が基本的な緩和ケアの知識を身につけていくための緩和ケア研修会は、筆者が最も力を注いだ事業である。現在、緩和ケア研修会が全国で実施されるまでに至ったのは、充実した研修プログラムをつくり上げた緩和ケア領域の多くの専門家のみならず、都道府県にも協力をいただきながら全国で実施する環境が整備され、全国のがん診療連携拠点病院などのスタッフの協力によるものである。非常にたくさんの方の力により進められていることに感謝の念に堪えない思いである。研修に関する詳細は、

本稿では触れないが、10万人規模の医師が研修を修了した今、本研修もこれからの10年に向けて時代に即した形で見直しが必要であろう。

また、全国のがん診療連携拠点病院が中心となって緩和ケアの提供体制を実現していくために、各がん診療連携拠点病院で緩和ケアを担当する者を明確にしていくことが必要であると考え、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの設置と人員の配置について、指定要件に明確に位置づけるとともに確実に充足するように促していった<sup>4)</sup>。全国的に、緩和ケアを提供できる専門家が少なかった10年前において、すべてのがん診療連携拠点病院で緩和ケアの専門家を配置することは困難であったが、国が緩和ケアについての姿勢を示すことによりその体制整備は進んでいるものと考えている。現在まだ、すべてのがん診療連携拠点病院で専門的な緩和ケアを十分に提供する体制が確保できているとはいえない状況であり、がん診療連携拠点病院での専門的な緩和ケアの充実がこれからの10年の継続的な課題である。

## がん対策としての緩和ケアのこれまでの取り組みの評価

がん対策として緩和ケアを推進していくために、これまでさまざまな施策が講じられてきた。第2期がん対策推進基本計画が2012年に策定され、2015年6月に中間評価が報告された<sup>5,6)</sup>。2008年と比較して2015年の調査では医師や看護師の緩和ケアの知識は改善しており、これまでの緩和ケアの施策の取り組みの効果によるものと考えられた。特に、がん診療連携拠点病院の医療者の方が、他の施設に比べて緩和ケアに関する知識が高く、困難感が低かった<sup>7,8)</sup>。また、がん診療連携拠点病院の医療者は専門家の支援を得やすくなっていると感じていることも明らかになった。ただし、他の領域に比べて地域連携に関しては改善を感じている医療者は少なかった。これらのことから今後は、緩和ケアに関する地域連携の推進と、がん診療連携拠点病院以外の施設の緩和ケアの充実が課題であることが示された。

この中間評価を進めていくにあたり、行政施策

や社会的な変化の影響により緩和ケアが医療現場で適切に提供される体制が整備されていくまでのプロセスについても検討を行った<sup>9)</sup>。その結果、医師に対する緩和ケア研修会をはじめとする医療従事者への教育機会の増加が、医療現場での緩和ケアの変化をもたらす基盤になっていると考えられた(図1)。特に、2015年の調査では、緩和ケア研修会を修了した医師と未修了の医師について、背景要因(性別・臨床経験年数・専門領域・地域・勤務病院種別・看取り経験・医療用麻薬処方経験)を調整した2群間で、緩和ケアに関する知識と困難感の違いを検証した結果、知識スコアの平均値は16%差(74対86)、困難感スコアの平均値は10%差(2.59対2.33)と統計学的に有意に違いがあることが示され<sup>7)</sup>、がん対策推進基本計画に基づき推進されてきた緩和ケア研修によって、がん診療に携わる医師に効果が生じていることが確認することができた。

緩和ケアに関する課題は残しつつも、このようにがん対策として緩和ケアを推進してきた施策が着実に効果を示しつつある。

## これからのがん対策としての緩和ケアに求められること

すでに述べてきたように、がん対策としての緩和ケアについては、今後、緩和ケアに関する地域連携の促進、がん診療連携拠点病院以外の施設での緩和ケアの提供体制と専門家による支援体制の充実が求められている。また、医療現場で提供される緩和ケアの質の評価については、これまでも行われてきた施設に対するストラクチャー評価、医療従事者に対して行うプロセスの評価に加えて、患者によるアウトカム評価を行っていくことも必要であろう。この点については、2017年度から国立がん研究センターが厚生労働省からの委託を受けて実施していく人口動態調査死亡票を用いた遺族調査が重要な調査になっていくと考えられ、今後の調査結果が期待される。

さらに、2017年10月に策定された第3期がん対策推進基本計画では、緩和ケアの質を高めていく取り組みを進めていくことが求められている。今後、それぞれの施設でのPDCA(plan-do-

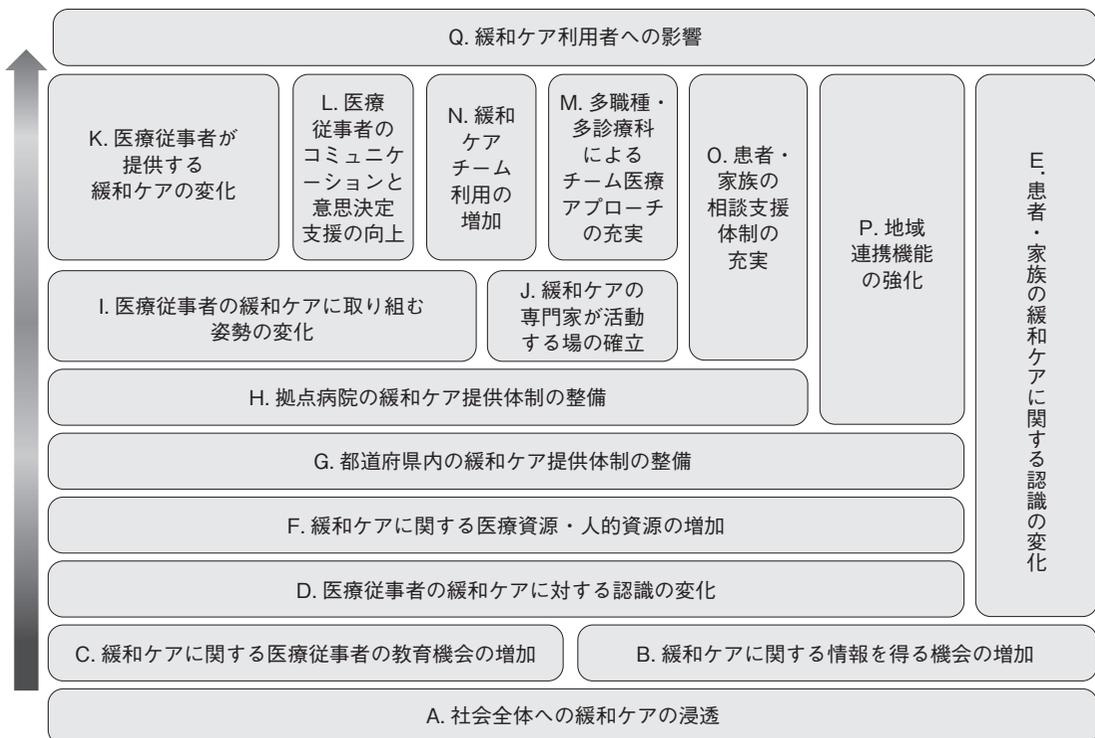


図1 がん対策による緩和ケアの変化

check-act cycle) サイクルの確保, 施設の取り組み状況の相互評価, 第3者による実地調査などが広がっていくことが予想される。また, このような取り組みは, 地域の状況や特性を踏まえて, 都道府県単位で検討を進めていくことが望まれる。

がん対策は, 10年前はいかに医療機関の提供体制を整備していくかが課題であった。現在は, がん患者が「尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築」を目指していくことが第3期がん対策推進基本計画の全体目標の1つに位置づけられている。このように, がん対策として社会を巻き込んだ取り組みが始まっており, 全体目標をみてもがん対策が着実に進んできていることが理解できる。緩和ケアについても, 社会の中でどのように理解を得ていくのか, 緩和ケアの理念をどのように社会に活かしていくのが課題だと言えよう。もちろん, 緩和ケアはがん患者のためだけのものではなく, 生命を脅かす疾患を患い苦痛に苛まれている者すべてに提供されるべきものである。非がん患者のための緩和ケアを, わが国において早急に普及させていくことも重要な課題であろう。

## おわりに

今回, ホスピス緩和ケア白書の中で, がん対策に行政の立場から関わってきた者として執筆する機会をいただき, 企画担当をした木澤義之先生や関係者の皆さまに感謝を申し上げたい。今回の原稿はご一読いただければ分かるように, 私的な考えや経験で記載している部分もあり, 科学的な根拠や客観性に欠けている内容も含まれていることについてどうかご容赦いただきたい。しかし, がん対策が大きく動き始めた当時, 行政の担当者が緩和ケアについてどのようなことを考えていたかを知っていただくことは, 今後の緩和ケアの方向性を考えていく時の何かの参考になるのではない

かと考えて取って記載した次第である。現在, 筆者は国立がん研究センターにおいて, 行政と現場をつないでいく役割を担わせていただいている。緩和ケアのこれからの10年に, ぜひ関係者のみなさまと協力しながら可能なかぎりの貢献をしてまいりたい。

## 文献

- 1) 加藤雅志: がん緩和ケア. 腫瘍内科 3 (5): 570-577, 2009
- 2) 加藤雅志: がん行政—これからの10年. 癌の臨 60 (6): 647-653, 2014
- 3) 加藤雅志: 緩和ケアとがん対策基本法. 精神科 31 (4): 275-280, 2017
- 4) 加藤雅志: がん診療連携拠点病院における緩和ケアの提供体制の整備について. 緩和医療学 11 (4): 339-344, 2009
- 5) 加藤雅志: がん医療における緩和ケアに関する医療者調査—結果報告書. がん対策推進基本計画中間評価報告書 (本文). 厚生労働省, p.81-88, [http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000089153.html]
- 6) Nakazawa Y, Kato M, Yoshida S, et al: Population-based quality indicators for palliative care programs for cancer patients in Japan: a delphi study. Pain Symptom Management 51 (4): 652-661, 2016
- 7) Nakazawa Y, Yamamoto R, Kato M, et al: Improved knowledge of and difficulties in palliative care among physicians during 2008 and 2015 in Japan: association with a nationwide palliative care education program. Cancer 124 (3): 626-635, 2017
- 8) Nakazawa Y, Kato M, Miyashita M, et al: Changes in nurses' knowledge, difficulties, and self-reported practices toward palliative care for cancer patients in Japan: an analysis of two nationwide representative surveys in 2008 and 2015. J Pain Symptom Manage 55 (2): 402-412, 2017
- 9) 加藤雅志: 医療者調査—中間報告 (暫定). 第48回がん対策推進協議会 (資料3). 厚生労働省. [http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000080369.html]

# 1. 国の動向と担当者として考えていたこと

## B. 改正がん対策基本法と第3期がん対策推進基本計画の概要

濱 卓至

( 国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 (AMED) 臨床研究・  
治験基盤事業部 臨床研究課 / 元 厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課 )

### はじめに

この10年間のわが国のがん対策は、2007（平成19）年4月に施行された「がん対策基本法2009（平成18）年法律第98号」（以下、基本法）に則り進められてきた。

基本法では、がん対策を総合的かつ計画的に推進するため、国は「がん対策推進基本計画」（以下、基本計画）を策定することが定められている。第1期基本計画2007～2011（平成19～23年度）では、がん患者が居住する地域に関わらず、等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療を受けることができるよう、全国にがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）を設置し、2次医療圏における拠点病院を中心としたがん診療提供体制が構築された。すべての拠点病院で手術、放射線療法および薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアの体制整備、がん相談支援センターや緩和ケアチームの設置、医師を対象とした緩和ケア研修会の実施、院内がん登録の実施等に取り組みされた。第2期基本計画2012～2016（平成24～28）年度では、小児がん拠点病院の整備等の小児がん対策、がん教育およびがん患者の就労を含めた社会的な問題等にも取り組まれた。これら10年間の取り組みの結果、75歳未満年齢調整死亡率の低下や全がんの5年相対生存率が向上するなど一定の成果が得られた。

### がん対策基本法改正<sup>1)</sup>の概要

基本法の成立から10年が経過し、その間、がん患者やがん患者であった者（以下、がん患者ら）

を取り巻く社会状況が変化し、がん医療のみならず、がん患者らの抱えるさまざまな社会生活上の不安に対処していく必要性が明らかになった。がん患者らとその置かれている状況に応じ、福祉、雇用、教育も含む必要な支援を受けられるようにすることを規定するため、2016（平成28）年12月に基本法の一部改正が行われた。

改正された基本法では、事業主の責務（第8条）が新たに明記されるほか、「基本理念（第2条第4項）」には、

- ・がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指すこと
- ・がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにすること
- ・がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること

が新たに盛り込まれた。

さらに、「基本的施策（第3章）」には、「罹患している者の少ないがんおよび治療が特に困難であるがんに係る研究の促進（第19条第2項）」、「がん患者の雇用の継続等（第20条）」、「がんに関する教育の推進（第23条）」等が新設され、希少がん・難治性がんの研究の促進、就労支援およびがん教育の推進について言及された。

緩和ケアについては、第15条において、手術、放射線療法、化学療法と並び、緩和ケアに関する専門的な知識および技能を有する医師その他の医療従事者の育成として規定されている。また、緩和ケアとは、「がんその他の特定の疾病に罹患し

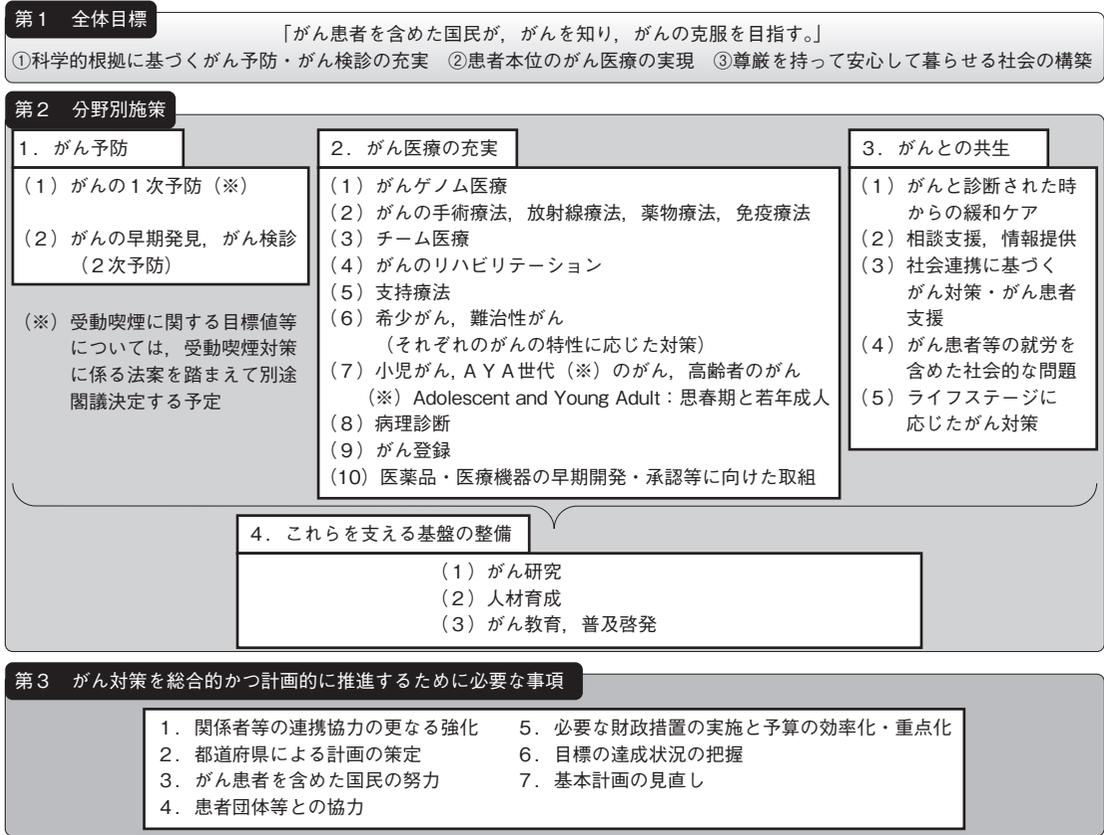


図1 第3期がん対策推進基本計画 (概要)

た者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為」と定義された。さらに、第17条において、「がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」と明記された。また、「医療従事者に対するがん患者の療養生活（これに係るその家族の生活を含む）の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること」として、がん患者等のみならずその家族の生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとして明記された。

### 第3期がん対策推進基本計画<sup>2)</sup>の概要<sup>3)</sup> (図1)

基本法に基づき設置されているがん対策推進協議会において、第3期基本計画の策定に関する議

論が行われ、そこでの意見をもとに基本計画案が策定され、パブリックコメントを経て、2017（平成29）年10月24日に閣議決定された。

第3期基本計画では、『がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す』ために、「1.科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」、「2.患者本位のがん医療の実現」および「3.尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」が3つの全体目標として設定されている。

また、分野別施策は、「1.がん予防」「2.がん医療の充実」「3.がんとの共生」「4.これらを支える基盤の整備」で構成されている。「1.がん予防」では、受動喫煙に関する目標値設定は先延ばしされたものの、がんの予防法を普及啓発するとともに研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させることが明記されている。「2.がん医療の充実」では、がんゲノム医療、免疫療法、支持療法、難治性が

ん対策および AYA（思春期と若年成人）世代・高齢者のがん対策等が新たな分野として盛り込まれ、患者本位の適切な医療が受けられる体制を充実することが目標とされている。「3. がんとの共生」では、サバイバーシップ支援および AYA 世代・高齢者らのライフステージに応じたがん対策が新設されている。新しく設定された「4. これらを支える基盤の整備」では、「予防・医療・共生」の 3 本柱を支える幅広い領域として、がん研究、人材育成、がん教育・普及啓発が位置付けられている。

---

## 緩和ケアのさらなる推進について

第 3 期基本計画では、緩和ケアについては、2016（平成 28）年 5 月に厚生労働省健康局長のもとに設置された「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」<sup>4)</sup>において取りまとめられた緩和ケアの現状・課題や今後の方向性を踏まえ、緩和ケアのさらなる推進について、俯瞰的かつ戦略的な対策等が記載されている。第 2 期から引き続き「がんと診断された時からの緩和ケア」として、「3. がんとの共生」に位置付けられている。「①緩和ケアの提供」、「②緩和ケア研修会」および「③普及啓発」について、それぞれの「現状・課題」、「取り組むべき施策」が記載されている。

【個別目標】には、

- ・がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、QOL を大きく損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関において、医療従事者は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。
- ・国およびがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力して、医師はもちろんのこと、がん診療に携わるすべての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。
- ・都道府県がん診療連携拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実

させる。地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の要否も含め、3 年以内に検討する。

- ・拠点病院等以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態および患者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

以上の 4 点が掲げられ、今後の対策が求められる。

取り組むべき施策では、主なものとして、拠点病院における緩和ケア提供体制の整備・充実、緩和ケア研修会等を通じた幅広い人材育成、緩和ケアや医療用麻薬に関する正しい知識の普及啓発など既存施策のいっそうの充実を図ることが求められている。さらに、緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立し、質の向上策の立案に努めること、拠点病院以外の病院や緩和ケア病棟等における緩和ケアの実態を把握すること、小児・AYA 世代に対する緩和ケアの提供体制の整備、がん患者の自殺対策についての検討等を進めることが求められている。

在宅緩和ケアについては、「社会連携に基づくがん対策・がん患者支援」で言及されている。拠点病院等は、医療と介護との連携を図りつつ、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケアの提供体制について検討する場を 3 年以内に設けるなど、地域における他の医療機関との連携を図ることなどが【個別目標】に掲げられている。

---

## おわりに

第 3 期基本計画では、引き続き「がんと診断された時からの緩和ケア」として、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を充実していくことや、緩和ケアを通じて、がん患者がいつでもどこに居ても安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会「がんとの共生」を実現することなどの方向性が示された。

今後は、拠点病院における緩和ケアの質の向上を図ること、拠点病院以外の医療機関や在宅医療を提供している施設における緩和ケアの実態を把

握すること、医師のみならず医療・介護従事者の人材を育成すること、小児緩和ケアの充実を図ることなどが求められる。また、がんのみならず、がん以外の生命を脅かす疾患を緩和ケアの対象とする体制を構築していくことも必要であり、がん対策における緩和ケアの推進で培ってきたノウハウを活用し、緩和ケアがさらに推進されることが望まれる。

本文の内容は、平成29年11月22日時点のものとなる。なお、平成30年3月9日にがん対策推進基本計画（第3期）の変更が閣議決定されている。

#### 文 献

- 1) がん対策基本法 [[http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=418AC1000000098&openerCode=1](http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=418AC1000000098&openerCode=1)]
- 2) がん対策推進基本計画（第3期） [<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000196969.pdf>]
- 3) がん対策推進基本計画の概要（第3期） [<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000196967.pdf>]
- 4) がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 [<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou.html?tid=355813>]

## 2. 緩和ケアにおける臨床研究

### A. 黎明期から現在まで

森田達也

(聖隷三方原病院 緩和支援診療科)

#### はじめに

本稿では、緩和ケアにおける臨床研究のこれまでの流れを振り返る。お行儀の良い類似の内容は他書に書いているため<sup>1~4)</sup>、本稿ではややナラティブな思い出話を書くことをお許しいただきたい。緩和ケア研究の黎明期に何を考えて何が行われていたのかを率直に記したい。緩和ケアの臨床研究全体の流れを図1に示す。

#### 筆者が研究をしようと思うようになったきっかけ— 1990年代前半

筆者はもともと「研究者になろう」と思ってホスピスで働くことを志したわけではもちろんな

かった。1990年代にホスピス・緩和ケアを志した多くの医師（筆者と同世代だと、木澤義之、池永昌之）がそうであったように、「苦しんでいる人がいて医師が必要らしいが、ターミナルケアをやる医師というのはいないらしい。何か役に立てることもあるだろう」と思って、ホスピスに入ったのが始まりである。

当時の参考書といえば、WHO方式がん疼痛治療法を日本語に訳したものや、淀川キリスト教病院ホスピスのマニュアル、それと、取り寄せた英語（筆者が使っていたのはオーストラリア）のマニュアルであった。オキシコドンもフェンタニル貼付薬もガバペンチンもなく、モルヒネ徐放薬も販売されて間がなかった。したがって、（現在では使っている施設は少数派だろう）モルヒネ水を

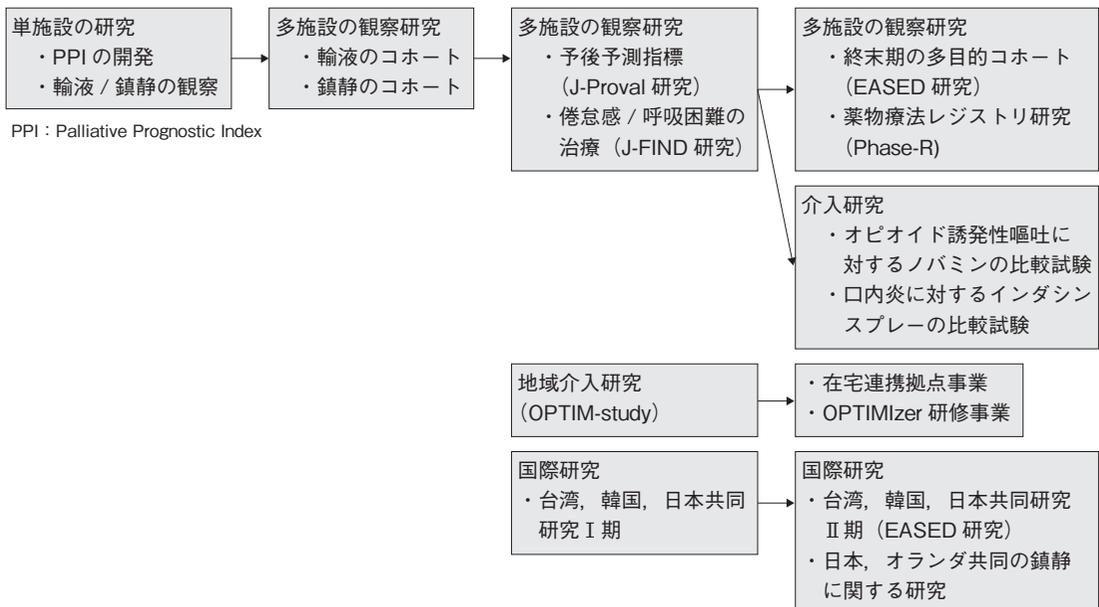


図1 緩和ケア臨床研究—黎明期から現在

調剤して投与するのが主たる鎮痛法であった。

さて、何年か臨床経験を積んでいくと、筆者はある「壁」にぶちあたる。マニュアルや書籍に書いてあるとおりにするのだが、「予想より症状コントロールができない」のである。「80%鎮痛できる」といわれてイメージするものは、8割の人は痛みが「全く」なくなって、動けるようになってニコニコしている状態だったが、そういうわけではないようであった。たしかに、痛みを耐えられるくらいには鎮痛できるが、それでも、動きが制約されたり、ご飯を食べると痛くなったり、お風呂に入ると痛くなったり、それが、「80%鎮痛できる」の筆者が体験した真実であった。「80%で鎮痛できる」といわれればそのとおりではある。治療が比較的確立している疼痛でさえその状態で、呼吸困難、せん妄にいたっては、そもそもどういう方法で苦痛を緩和すればいいのか、どのくらいが治療ゴールなのかもはっきりしない状態であった。

筆者が最初に思ったのは、「これは自分の技術が足りないのではないか」ということであったが、先輩や同僚に聞いてもどうやらやっていることは標準的（という言葉は当時なかったので、普通にはできていない）らしい。そこで、ふと思ひ立ち、「外国ではどうなのだろうか？」と図書館に行ってMEDLINEを調べてみた。インターネットのない時代だったので、医学論文はMEDLINEというCD-ROMのつまった箱のようなものを読み込んで検索するのである。Pain, dyspnea, difficult（今ならrefractoryと打つところだ）、opioidと打ちこんでみると、出るわ出るわ、「苦痛が取れないからどうしたらいいか」という文献が多く見つかった。筆者にはこれはかなりの驚きだった。外国では自分の悩んでいることはもう解決されていて、痛みが取れない人などいないのだろうと思っていたら、そんなことはなく、自分の抱えている悩みは世界共通だったのである。

そこで、普段自分が感じているほかの疑問を入れてみたらそれも次々と、実は、世界でも回答がないものが多かった。輸液はするほうが苦痛は減るのかしないほうがいいのか、せん妄はどのような対応がいいのか、苦痛が取れないときに鎮静薬

を投与するのはどのくらいの頻度で必要で安全なのか……その疑問がすべて疑問のままそこにあった。悩んでいるのは自分だけではなく、自分の悩みは世界の仲間と同じであった。自分の勉強が足りない、それだけのことであった。そこで、よりよい方法を見つけるために研究「も」していこうと考え、研究方法を学ぶために国立がんセンター精神腫瘍学研究部の内富先生、明智先生に教えをこいながら（とはいえ、研究方法も決まったものはなにもなかったのに）、本当に試行錯誤で「研究」に取りかかるようになった。当時精神腫瘍学研究部は、終末期患者のquality of lifeに関わる臨床研究を行っている国内唯一の研究機関であった。

---

## 聖隷三方原病院での単施設の研究 — 1990年代後半

筆者が最初に取り組んだことは、まず、自分の施設でできるテーマ、自分にとっても重大な課題（=つまりは今自分が困っていること）、世界に回答がないものやってみることであった。ホスピスに勤めていた筆者は、家族から、「あとどれくらいでしょうか」と尋ねられて返答に窮することが多く、なんとか、それなりに余命を予測する方法はないのかと調べていた。もちろん、余命についての医学的推測をどの程度伝えるかはサイエンスの領域ではないことは分かっていたが、医師として「全く分からない」と、「だいたいどれくらいだ」と分かるのでは、知った上でどうするか行動の点で深みが違うだろうと思ったのである。MEDLINEで（このころから徐々にPubMedになっていくが）調べていくと、医者の主観的な予測というのは、楽観的に予測しすぎるバイアスがつねにあり、より客観的な指標が求められているということが分かった。そこで、統計学的なことを当時気楽に聞ける人がいなかったのに、なんとかそれなりに勉強して、Palliative Prognostic Index（以下、PPI）を開発した<sup>5)</sup>。ちょうど同じ頃、イタリアのMaltoniのグループが同じコンセプトでPalliative Prognostic Score (PaP Score) を発表しており、「自分の困っていること

は世界も困っていること」の確信を得た。幸いにも PPI はその後国内外の多施設研究によって予後予測の標準的な指標の1つとされるようになったのは周知のことである。

このほか、自分にとって切羽詰った課題であった、輸液、せん妄、鎮静の（いまでいえば、予備的な）研究を自施設で行っていった。当時の研究体制は、ひとり事務局であり、診療が終わった合間に、夜間の呼び出しの合間に、普段の生活の合間に、計画書を書き、データを整理し、解析を行い、論文も書くという状況であった。

---

## 多施設コホート研究を始める— 2000年前後

1 施設での研究を進めながら、研究人生の転機となったのは、3次対がん戦略の厚生労働科学研究の研究班に声をかけてもらったことである。内富先生が班長の研究班は、今となっては珍しい10年の班研究であり、中長期的な視野で研究を組み立てることができた。5年計画で研究を考えられることは黎明期にはありがたいことであり、さらに、安定した研究費が確保されていたために研究補助員を1名継続的に雇用できた。研究補助員といえばなんとなくそれっぽく聞こえるが、簡単に言えば、データ整理はじめもろもろ筆者がなんとかやっていた仕事がオーバーフローしてきたので、病院に聞いた人材派遣会社を経由して、英検、エクセルワードパワーポイント、経理業務のできる人を探してもらったのがはじまりである。そのときの出会いが、その後今に至るまで筆者の関わったすべての研究の縁の下を支えてくれた鈴木千栄子さんである。彼女は次から次へと業務を効率化し、洗練してくれて、筆者の研究チームにはなくてはならない人となった。人の縁とは本当に不思議なものだと思つづくこの年になると振り返る。

さて、この時期、1施設ではできない症例数の必要な研究を行うことを課題とした。多施設研究の課題の1つ目は、切実な問題であった鎮静である。鎮静は定義もあいまいであったが、なによりも実証データがまったくなかった。それで、徐々

に他施設の状況も分かるようになってきたので、同世代の緩和ケア病棟の先生にお願いして、鎮静を受ける患者のコホート研究を行った。21の緩和ケア病棟の先生方が協力してくれて100名の患者の詳細にわたる観察を行うことができた<sup>6,7)</sup>。

もう1つは安達勇先生が班長の輸液に関する研究班であった。この班では、同じ手法で、より広範囲、外科や内科の先生にもお願いして、輸液についてのコホート研究を行った<sup>8)</sup>。これらの研究では、いずれも世界で初めての知見を得ることができ、その後のガイドラインの作成や世界での研究の発展に貢献した。たとえば、鎮静の研究は世界でも最初の診療ガイドラインの根拠となったし、輸液の研究は結果が *Annals of Oncology* に掲載されたほか、その後行われた比較試験でのエンドポイントとしても採用されている<sup>9)</sup>。この経験から、緩和ケア病棟でも、少なくとも患者に侵襲のない観察研究は可能であるとの確信を得ることができた。成功の要因は、なんといっても、忙しい臨床のなかで、なんの見返りもないにもかかわらず患者の状況を日々記録してくれた仲間の先生方に尽きる。

---

## 地域介入研究の経験と事業化— 2007~2010年

さて、2007年にはいまとなっては昔のことだが、がん対策基本法の制定にあわせて、臨床研究はひとやすみの時代を迎える。当時厚生労働省の旗振り役であった加藤雅志のコーディネートもあって、緩和ケアが戦略研究のトピックとなった。戦略研究とは、大型の政策研究であり、国家的に重要な課題を大規模なバックアップで行うというコンセプトで進められたものである。地域への介入として、2007~2010年まで介入が行われ、国際的に初めて患者、家族、医療者の包括的なアウトカム評価を得ること、「どうしてその結果を生じたのか」を解釈するためのプロセス研究が並行して行われている（ミクスドメソッドという）点がユニークであった。結果は、*Lancet Oncology* や *Journal of Clinical Oncology* に受理されたほか、国内向けには OPTIM report と呼ばれるかなりの

分量の冊子としてまとめられた<sup>10~12)</sup>。

その頃の研究班と厚生労働省との連携がいまいちよくなかったこともあり、OPTIM 研究の成果ががん対策にダイレクトに生かされなかったのは残念であるが、施策は研究成果だけでもない諸般の事情で決まるものであるだろうからこれには寛容なところをもって接したいと思う。OPTIM レポートには、現在の緩和ケアの抱える課題（スクリーニングや地域連携など）がおおむね「予言」されており、いま見ても価値は損なわれていないようにみえる。

## 次世代コホート研究への継承—2012 年前後

さて、お祭りさわぎが一段楽した頃、中断していた臨床研究を再開することとした。これまでの研究は筆者が中心となって（エンジンとなって）行ったものが多かったが、左右を見れば若い緩和ケア臨床家が研究をしたいという雰囲気待ち構えている。そこで、世代を代えるという点から、2つのコホートを構築した。これらのコホートの特徴は、筆者が事務局長風にスーパーバイズする役割を担いながらも、「より」若手の医師が研究責任者となり、しかも、1つの研究で参加した医師が複数の課題を同時に受け持つという体制（多目的コホート）にしたことである。これによって、1つのデータベースを作成した後に、患者を登録した研究協力者がそれぞれの関心のあるテーマの研究を進めることが可能になった。

1つは終末期患者の生命予後の予測指標の検証を主目的とした研究で J-Proval 研究と名づけた。2012 年から 2014 年にかけて、国立がん研究センターのがん研究開発費（木下寛也班長）を基盤として実施された。19 の緩和ケアチーム、16 の緩和ケア病棟、23 の在宅サービスから合計 2,426 名が登録された大規模コホートである。主な結果は Eur J Cencer に受理されたほか、Lancet Oncology をはじめとする多くの雑誌に受理された付帯研究が行われた<sup>14~17)</sup>。現在もこのデータベースをもとにイギリスとの共同解析を実施しており、みんなの努力が実ったコホートだと思う。

もう1つは、倦怠感・呼吸困難に対するステロイドや、呼吸困難に対するモルヒネの効果予測因子を探す J-FIND 研究である。J-FIND 研究は目的の異なる4つのコホート研究を一体化して運営しそれぞれ 100~200 名の患者を登録した<sup>18~20)</sup>。本研究は予算の切れ目であったために、複数の民間研究費をつなぎながら実施していた。4つの研究の責任者が協力しあって、みなで助けあう雰囲気を作っていたことがなんとといっても大きい。

## 次世代コホート・レジストリ研究、介入研究—現在

2017 年現在では、次世代コホートである EASED（終末期の多目的コホート）研究や、レジストリ研究の Phase-R（薬物療法レジストリ研究）が行われているほか、長年の懸案であった比較試験についても、オピオイド誘発性嘔吐に対するノバミンの比較試験、口内炎に対するインダシンスプレーの比較試験が現時点で完遂するなど、わが国の緩和ケア研究はゆっくりではあるが少しづつ確実に「発展」しているといえる。現在の状況については本書の別論文を参照されたい。

## 追加—国際研究の発展

国外に眼を向けてみると、緩和ケア研究の進んでいるヨーロッパ、米国（の一部）、オーストラリアから学ぶべきことはたしかに多いが、一方で、東アジアのなかで日本が果たすべき役割を見直す機会も多くある。日本はなんとといっても東アジアの中では緩和ケア研究の進んでいる国であり、財政面でも恵まれた環境にある。

ホスピス緩和ケア財団の支援を受けて、国際研究を促進するプロジェクトが行われた。日本、台湾、韓国で最初は医師調査を行い、「実際に動かしながら」連携体制を作っていく、現在は、EASED 研究に引き継がれている<sup>21, 22)</sup>。台湾の窓口は国立台湾大学の Cheng 先生、韓国の窓口は Dongguk University の Suh 先生である。2人とも米国での留学経験があり、コミュニケーション面で（英語さえできれば）苦労しないのがなんとといっても大

表 1 主要な医学雑誌に掲載された日本からの緩和ケア領域の研究

主要な著者	掲載雑誌	研究デザイン	結果
山田, 森田	Cancer 2017; 123	コホート	精度の高い簡便な予後予測指標を開発した。
前田, 森田	Lancet Oncology 2016: 17	コホート	鎮静が生命予後に与える影響の推定を行った。
浜野, 森田	Cancer 2016; 122	コホート	在宅ホスピスのほうが病院よりも生存期間が長い(短くない)ことを示した。
馬場, 前田, 森田	European Journal of Cancer 2015; 51	コホート	予後予測指標の比較検証を行った。
木下, 森田	Journal of Clinical Oncology 2015 ; 33	地域介入研究	死亡場所ごとの quality of life の詳細を明らかにした。
藤森, 久保田, 勝俣, 内富	Journal of Clinical Oncology 2014: 32	比較試験	コミュニケーショントレーニングにより患者の抑うつが減少することを示した。
森田, 宮下, 山岸, 江口	Lancet Oncology 2013: 14	地域介入研究	地域緩和ケアのアウトカムの向上とそれをもたらすプロセスを明確にした。
福井	Annals of Oncology 2011: 22	調査研究	在宅の遺族は紹介の時期が遅かったと認識していることを示した。
新城, 森田, 宮下, 恒藤	Journal of Clinical Oncology 2010: 28	調査研究	看取りの場面で進められる医師の行動を遺族の視点から明らかにした。
宮下, 平井, 森田	Journal of Clinical Oncology : 2008: 26	調査研究	日本での緩和ケアの質評価の継続的推移を報告した。
宮下, 三條, 森田, 内富	Annals of Oncology 2007: 18	調査研究	日本における good death の概念を明らかにした。
森田, 池永, 木澤, 内富	Journal of Clinical Oncology 2005: 23	調査研究	緩和ケア病棟の遺族は紹介の時期が遅かったと認識していることを示した。
兵頭, 天野, 奈良林, 高島	Journal of Clinical Oncology 2005: 23	調査研究	日本における代替療法の現状を報告した。
森田, 兵頭, 安達	Annals of Oncology 2005: 16	コホート	終末期の補液が 1 L を超えると体液過剰の苦痛が増えることを示した。
森田, 明智, 木澤, 内富	Annals of Oncology 2004: 15	調査研究	抗がん治療を伝えるときにすすめられる医師の行動を明らかにした。
福井	Cancer 2004: 101	調査研究	自宅死亡の決定要因を明らかにした。
森田, 明智, 千原, 内富	Journal of Clinical Oncology 2002: 20	調査研究	鎮静(セデーション)に関する腫瘍医の考え方を明らかにした。
森田, 志真, 安達	Journal of Clinical Oncology 2002: 20	調査研究	終末期の輸液に関する腫瘍医の考え方を明らかにした。

きい。将来的に、日本で比較試験などハードルの高い試験が行えるようになったとき、東アジアでも協力して行えれば本当によいと願っている。

## まとめ

日本から主要な医学雑誌に出版された緩和ケア領域の研究を表 1 にまとめた。これをみると、初期には調査研究が多いが、徐々に、コホート研究や介入研究が増えていることが分かる。日本の緩

和ケアの研究は派手ではないものの徐々に進んでいるとあってよいだろう。

緩和ケアは間違いなく研究が必要な領域である。経験を通して必要なものは、なんとであっても、思いを共通にできる仲間である。ものごとの道理を知るには達成された後に残ったことではなく、どうしてそれが達成された(されなかった)のかの本当の真実(裏の事情といってもよい)を洞察することがなにより大事である。

個人が研究のすべて(ほとんど)を率いていく

ような時代は終わろうとしている。黎明期の緩和ケア研究の経験を思いおこしながら、緩和ケアの臨床研究を前に前にと、楽しみながら（というのもおかしいのかもしれないが、長く続くように）すすめてもらいたい。

最後に、筆者の昔話のようなこぼなしに目を通してもらったことに感謝する。

## 文 献

- 1) 森田達也：臨床をしながらできる国際水準の研究のまとめ方—緩和ケアではこうする。青海社, 2011
- 2) 森田達也：緩和ケア領域における臨床研究 過去, 現在, 将来. (特集：緩和医療のエビデンスと実際). 腫瘍内科 10 (3) : 185-195, 2012
- 3) 森田達也：国際的に最大規模の地域緩和ケア介入研究が明らかにしたもの—OPTIM-studyの意義. ペインクリニック 36 (別冊秋) : 5689-5700, 2015
- 4) 森田達也：緩和医療 EBM アップデート—研究の背景や枠組みからその全体像を理解する. (特集：緩和ケア—全入院患者に緩和ケアを). Hospitalist (4) : 1063-1069, 2014
- 5) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S : The Palliative Prognostic Index : a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 7 (3) : 128-133, 1999
- 6) Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al : Japan Pain, Palliative Medicine, Rehabilitation, and Psycho-Oncology Study Group. Efficacy and safety of palliative sedation therapy : a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. J Pain Symptom Manage 30 (4) : 320-328, 2005
- 7) Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al : Japan Pain, Palliative Medicine, Rehabilitation, and Psycho-Oncology Study Group. Ethical validity of palliative sedation therapy : a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. J Pain Symptom Manage 30 (4) : 308-319, 2005
- 8) Morita T, Hyodo I, Yoshimi T, et al : Japan Palliative Oncology Study Group. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. Ann Oncol 16 (4) : 640-647, 2005
- 9) Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. J Palliat Med 8 (4) : 716-729, 2005
- 10) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al : Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer : a mixed-methods study. Lancet Oncol 14 (7) : 638-646, 2013. doi : 10.1016/S1470-2045 (13) 70127-X.
- 11) Kinoshita H, Maeda I, Morita T, et al : Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. Clin Oncol 33 (4) : 357-363, 2015. doi : 10.1200/JCO.2014.55.7355.
- 12) 『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』 <http://gankanwa.umin.jp/>
- 13) Bruera E, Hui D, Dalal S, et al : Parenteral hydration in patients with advanced cancer : a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. J Clin Oncol 31 (1) : 111-118, 2013. doi : 10.1200/JCO.2012.44.6518.
- 14) Baba M, Maeda I, Morita T, et al : Survival prediction for advanced cancer patients in the real world : a comparison of the Palliative Prognostic Score, Delirium-Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Index and modified Prognosis in Palliative Care Study predictor model. Eur J Cancer 51 (12) : 1618-1629, 2015. doi : 10.1016/j.ejca.2015.
- 15) Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, et al : Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval) : a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. Lancet Oncol 17 (1) : 115-122, 2016. doi : 10.1016/S1470-2045 (15) 00401-5.
- 16) Yamada T, Morita T, Maeda I, et al : A prospective, multicenter cohort study to validate a simple performance status-based survival prediction system for oncologists. Cancer 123 (8) : 1442-1452, 2017. doi : 10.1002/cncr.30484.
- 17) Hamano J, Yamaguchi T, Maeda I, et al : Multicenter cohort study on the survival time of cancer patients dying at home or in a hospital : does place matter? Cancer 122 (9) : 1453-1460, 2016. doi : 10.1002/cncr.29844.
- 18) Mori M, Shirado AN, Morita T, et al : Predictors of response to corticosteroids for dyspnea in advanced cancer patients : a preliminary multicenter prospective observational study. Support Care Cancer 25 (4) : 1169-1181, 2017. doi : 10.1007/s00520-016-3507-5.
- 19) Matsuo N, Morita T, Matsuda Y, et al : Predictors of responses to corticosteroids for anorexia in advanced cancer patients : a multicenter prospective observational study. Support Care Cancer 25 (1) : 41-50, 2017
- 20) Matsuo N, Morita T, Matsuda Y, et al : Predictors of responses to corticosteroids for cancer-related fatigue in advanced cancer patients : a multicenter, prospective, observational study. J Pain Symptom

- Manage **52** (1) : 64-72, 2016. doi : 10.1016/j.jpainsymman.2016.01.015.
- 21) Morita T, Oyama Y, Cheng SY, et al : Palliative care physicians' attitudes toward patient autonomy and a good death in East Asian countries. *J Pain Symptom Manage* **50** (2) : 190-199, 2015
- 22) Cheng SY, Suh SY, Morita T, et al : A Cross-Cultural Study on behaviors when death is approaching in East Asian countries : what are the physician-perceived common beliefs and practices? *Medicine (Baltimore)* **94** (39) : e1573, 2015. doi : 10.1097/MD.0000000000001573

## 2. 緩和ケアにおける臨床研究

### B. J-HOPE 研究の 10 年

宮下光令 五十嵐尚子

(東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻緩和ケア看護学分野)

#### はじめに

ホスピス・緩和ケアにとって診療やケアの質や患者や家族の QOL を維持・向上することは重要な課題である。そのため、提供されるケアの質やアウトカムの評価を継続的に行っていく必要がある。ケアの評価は実際に治療やケアを受けている患者や家族による、直接的な評価が最も信頼できると考えられるが、緩和ケアの場合では、患者の全身状態の不良、意識障害、認知障害、死が近づいた患者を支える家族の不安や混乱、大切な時間の確保などのために、治療やケアを受けているときに同時にそのケアの質を評価することは困難である場合が多い。そのため国内外においてホスピス・緩和ケアの質の評価の 1 つの方法として遺族調査が用いられてきた<sup>1-5)</sup>。

わが国では 1999 年に全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会により 37 のホスピス・緩和ケア病棟が参加し、ホスピス・緩和ケアを受けた遺族の満足度に対する初めての多施設調査が行われた<sup>6)</sup>。2002 年には厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合事業「緩和医療定期用体制の拡充に関する研究班 (主任研究者 志真泰夫)」により、70 施設が参加したホスピス・緩和ケア病棟を利用した遺族に対する多施設調査が実施され「ケアに対する評価尺度」(Care Evaluation Scale; 以下, CES) が作成された<sup>7)</sup>。さらに、2006 年には緩和ケアの主要なアウトカムである「望ましい死の達成」という視点で患者の終末期の QOL を遺族により評価する尺度 (Good Death Inventory; 以下, GDI) が作成された<sup>8)</sup>。また同時に、患者だけでなく、遺族の QOL や介護経験などの遺族アウトカムも注目されるようになり、遺族の介護経験を測定する

尺度 (Caregiving Consequence Inventory; CCI) が作成された<sup>9)</sup>。このように、ホスピス・緩和ケアを、構造・プロセス・アウトカムの 3 側面から評価する取り組みが行われてきた。

2007 年にはがん対策基本法が施行され、わが国の緩和ケアの現状を把握する必要性が生じた。このことと、以前から行われてきたホスピス・緩和ケア病棟の質保証・質改善のための試みを統合する形で、2007~2008 年に緩和ケア病棟以外で死亡した遺族も対象に含め、日本ホスピス緩和ケア協会の協力のもと日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が主体となり「J-HOPE (Japan Hospice and Palliative Care Evaluation) study (J-HOPE 研究)」が実施された (一部研究費は厚生労働科学研究費によって賄われた)<sup>10)</sup>。これは一般病院、ホスピス・緩和ケア病棟、診療所等を対象に行われた初の大規模な全国調査であり、CES, GDI などの評価尺度を用い、緩和ケアの質の評価が行われた。続く 3 年後、2010 年には同様に J-HOPE 2 研究、4 年後の 2014 年には、同様に J-HOPE 3 研究が実施された。また、2016 年には日本ホスピス緩和ケア協会が認証制度を開始することを踏まえて、当協会が主体となり J-HOPE 3 研究に参加しなかった緩和ケア病棟を対象に J-HOPE 2016 研究が実施された。これらの研究では、緩和ケアの質の評価だけでなく、遺族調査を通してわが国のホスピス・緩和ケアが直面する臨床的・学術的課題を解決するため、多くの付帯研究が実施されてきた。

これらの一連の遺族調査は系統的、定期的、多目的という特徴を持ち、経時的に行われ、世界的にも高く評価されている<sup>5)</sup>。本稿では 2007 年から現在にかけて実施された J-HOPE 研究 (本稿

では便宜上J-HOPE 1 研究と称し、これら一連の研究をJ-HOPE 研究と呼ぶことにする)、J-HOPE 2 研究、J-HOPE 3 研究、J-HOPE 2016 研究の方法、結果の概要について解説し、今後の展望について述べる。

## J-HOPE 研究の目的と概要

J-HOPE 研究は原則として以下の3つを主たる目的として実施されてきた。

(1) 遺族からみた患者が受けた緩和ケアの質の評価(および遺族の悲嘆や抑うつの実態)につい

て明らかにする。

(2) 個々の研究参加施設に緩和ケアの質の評価(および遺族の悲嘆や抑うつ)の結果をフィードバックすることにより施設の質保証・質改善の情報を提供する。

(3) 付帯研究を実施し、わが国の緩和ケアが直面している臨床的・学術的課題に対して科学的な調査を行う。

J-HOPE 研究の研究方法を表1に示す。J-HOPE 1 研究ではがん診療連携拠点病院の一般病棟および全国から任意に抽出した在宅でホスピス・緩和ケアを提供した施設を含んだが、それ以

表1 J-HOPE 研究の研究方法の概要

	J-HOPE 1 研究(2007)	J-HOPE 2 研究(2010)	J-HOPE 3 研究(2014)	J-HOPE 2016 研究(2016)
調査主体	日本ホスピス・監査ケア研究振興財団	日本ホスピス・監査ケア研究振興財団	日本ホスピス・監査ケア研究振興財団	日本ホスピス緩和ケア協会
調査期間	2007年5~8月	2010年10月~2011年4月	2014年5~7月	2016年5~7月
対象施設	がん診療連携拠点病院の一般病棟56施設 ホスピス・緩和ケア病棟100施設 在宅ケア施設(任意に抽出)14施設 合計114施設	一般病棟24施設 ホスピス・緩和ケア病棟103施設 在宅ケア施設15施設 合計142施設	一般病棟20施設 ホスピス・緩和ケア病棟133施設 在宅ケア施設22施設 合計175施設	ホスピス・緩和ケア病棟71施設
調査対象	2006年10月31日以前に死亡したがん患者のうち選択基準を満たす1施設80名以内を連続後ろ向きに同定した。	2008年1月1日から2009年12月31日までに死亡したがん患者のうち選択基準を満たす1施設100名以内を連続後ろ向きに同定した。	2014年1月31日以前に死亡したがん患者のうち選択基準を満たす1施設80名を連続後ろ向きに同定した。	2016年1月31日以前に死亡したがん患者のうち選択基準を満たす1施設80名を連続後ろ向きに同定した。
調査方法	自記式質問紙による郵送調査法	自記式質問紙による郵送調査法	自記式質問紙による郵送調査法	自記式質問紙による郵送調査法
項目	Care Evaluation Scale (CES)短縮版10項目 Good Death Inventory (GDI)短縮版20項目 全般的満足度1項目 Caregiving Consequence Inventory (CCI)17項目 Medical Study Short Form-8 8項目	CES短縮版10項目 GDI38項目 全般的満足度1項目	CESver2.0短縮版10項目 GDI短縮版20項目 全般的満足度1項目 Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)10項目 Brief Grief Questionnaire (BGQ)5項目 死別後の睡眠の状況4項目 死別後の飲酒行動	CESver2.0 10項目 GDI短縮版20項目 全般的満足度1項目 PHQ-9 10項目 BGQ 5項目 CCI 6項目
備考	在宅ケア施設は全国から任意に抽出した在宅でのホスピス・緩和ケアを提供する14施設を対象とした。			J-HOPE 3 研究に参加しなかったホスピス・緩和ケア病棟に対して、日本ホスピス緩和ケア協会が主体となって行った調査である。

外は原則としてすべて日本ホスピス緩和ケア協会会員施設である。したがって、以降に掲載する個々の図表の中でJ-HOPE 1研究における「一般病院」「在宅ケア施設」の結果の解釈は、単純に他の研究と比較できないことを意味する。また、J-HOPE 2研究以降の「一般病棟」とあるものは前述のとおり日本ホスピス緩和ケア協会の会員施設のうち「緩和ケア病床」として運営されている病床で死亡した患者、「緩和ケアチーム」が診察した患者、一般病床で死亡した患者などが混在している。調査項目に関しては遺族の抑うつ・悲嘆はJ-HOPE 3研究から項目に含んだ。また、

J-HOPE 3研究からCESをver2.0に改訂したため、CESの結果の比較可能性にも注意が必要である。その他については個々の研究の方法等で大きな違いはない。

J-HOPE研究の参加施設の状況について表2に示す。緩和ケア病棟の参加率はほぼ50%程度で推移している。J-HOPE研究の回収状況について表3、対象選択の際の除外理由を表4に示す。J-HOPE研究では遺族が調査を強制されていると思わないように倫理的な配慮から調査票の表紙に「( ) 調査には回答しません」という項目をチェックできるようになっており、ここにチェッ

表2 参加施設の状況

	J-HOPE 1研究(2007)	J-HOPE 2研究(2010)	J-HOPE 3研究(2014)	J-HOPE 2016研究(2016)
日本ホスピス緩和ケア協会正会員数(参加依頼を実施した施設数)	ホスピス・緩和ケア病棟 153施設(2005年9月1日)	一般病棟 89施設 ホスピス・緩和ケア病棟 195施設 在宅ケア施設 37施設(2010年1月1日)	一般病棟 49施設 ホスピス・緩和ケア病棟 296施設 在宅ケア施設 51施設(2013年7月1日)	J-HOPE 3に参加しなかった協会正会員施設 169施設(2015年12月1日)
施設応諾率	一般病棟 41% (拠点病院数: 135施設 2005年1月時点) ホスピス・緩和ケア病棟 65% 在宅ケア施設 100% *在宅ケア施設は事務局から参加を依頼し同意した施設である	一般病棟 27% ホスピス・緩和ケア病棟 53% 在宅ケア施設 41% 合計 44%	一般病棟 41% ホスピス・緩和ケア病棟 45% 在宅ケア施設 43% 合計 44%	ホスピス・緩和ケア病棟 42%

表3 回収状況

	J-HOPE 1研究(2007)			J-HOPE 2研究(2010)			J-HOPE 3研究(2014)			J-HOPE 2016研究(2016)
	緩和	在宅	一般	緩和	在宅	一般	緩和	在宅	一般	緩和
対象者	8,483	467	5,632	10,642	1,120	2,607	12,231	1,643	1,960	6,981
除外者	546	19	793	636	68	188	1,435	165	442	1,308
適格者	7,892	448	4,839	10,006	1,052	2,419	10,715	1,478	1,518	5,673
宛先不明による返送	233	13	149	322	24	111	81	14	32	32
有効発送数(%)	7,659 (100%)	435 (100%)	4,690 (100%)	9,684 (100%)	1,028 (100%)	2,308 (100%)	10,634 (100%)	1,464 (100%)	1,486 (100%)	5,641(100%)
返送なし	1,890	124	1,888	3,333	305	902	2,591	344	492	1,540
返送あり(%)	5,769 (75%)	311 (71%)	2,802 (60%)	6,351 (66%)	723 (70%)	1,406 (61%)	8,043 (76%)	1,120 (77%)	994 (67%)	4,101(73%)
回答拒否	461	17	232	531	25	127	749	102	180	575
有効回答数(%)	5,308 (69%)	294 (68%)	2,570 (55%)	5,820 (60%)	698 (68%)	1,279 (55%)	7,294 (69%)	1,018 (70%)	814 (55%)	3,526(63%)

表4 除外理由

除外理由(複数回答)	J-HOPE 1 研究(2007)			J-HOPE 2 研究(2010)			J-HOPE 3 研究(2014)			J-HOPE 2016 研究(2016)
	緩和	在宅	一般	緩和	在宅	一般	緩和	在宅	一般	緩和
1. 遺族(キーパーソン)の同定不可能	189 (32%)	8 (42%)	368 (46%)	245 (42%)	21 (30%)	76 (40%)	318 (22%)	56 (35%)	200 (44%)	244 (19%)
2. 治療関連死・ICU 死亡	0 (0%)	0 (0%)	86 (11%)	1 (0.1%)	0 (0%)	21 (11%)	1 (0%)	0 (0%)	8 (2%)	47 (4%)
3. 入院から死亡まで3日以内				53 (9%)	0 (0%)	2 (1%)	642 (43%)	33 (20%)	106 (23%)	608 (46%)
4. 遺族が認知症, 精神障害, 視覚障害	40 (7%)	3 (16%)	31 (4%)	53 (9%)	21 (30%)	8 (4%)	98 (7%)	21 (13%)	22 (5%)	68 (5%)
5. 精神的に著しく不安定と判断される	121 (20%)	3 (16%)	142 (18%)	125 (22%)	19 (27%)	22 (12%)	158 (11%)	23 (14%)	48 (11%)	165 (13%)
6. 医療者の総合的判断							57 (4%)	10 (6%)	41 (9%)	63 (5%)
7. その他	241 (41%)	5 (26%)	173 (22%)	111 (19%)	10 (14%)	61 (32%)	203 (14%)	19 (12%)	27 (6%)	113 (9%)
計	591	19	800	588	71	190	1,477	162	452	1,308

J-HOPE 1 研究は「3. 入院から死亡まで3日以内」, 「6. 医療者の総合的判断」の項目を取得しなかった。

J-HOPE 2 研究は「6. 医療者の総合的判断」の項目を取得しなかった。

クがあった対象には督促を行っていない。表3における回答拒否がこれに相当する。最終的な有効回答率は60~70%で推移してきたが、一貫して緩和ケア病棟・在宅ケア施設が高く、一般病棟が低いという傾向がある。

分析対象となった患者の背景を表5、遺族の背景を表6に示す。分析対象者の背景は個々の研究で大きく違いはない。

## J-HOPE 研究の結果

### 1. 緩和ケアの構造・プロセスの評価 (CES)

緩和ケアの構造・プロセスの評価としてCESの結果の合計得点の調査ごとの比較を図1~3、項目別の調査ごとの比較を図4~6に示す。前述のとおりJ-HOPE 1 研究の一般病棟はがん診療連携拠点病院であること、J-HOPE 1 研究の在宅ケア施設は任意に抽出された施設であること、CESはJ-HOPE 3 研究、J-HOPE 2016 研究ではver2.0に改訂されたため、J-HOPE 1 研究、J-HOPE 2 研究と単純に比較できないことに注意する必要がある。CESはすべて100点満点に変換され、得

点が高いほうがケアの質が高いことを示す。

J-HOPE 1 研究の一般病院のCESの合計点の平均は68.0点であった。全体的に一般病棟に対し、緩和ケア病棟・在宅ケア施設のほうが得点が高く、死亡場所別に各項目を調査ごとに比較するとJ-HOPE 1 研究とJ-HOPE 2 研究、J-HOPE 3 研究とJ-HOPE 2016 研究ではほぼ得点は同様に推移している。特にJ-HOPE 3 研究とJ-HOPE 2016 研究はほぼ結果が一致しており、これは調査間隔が2年と短いこと、CESは当初誤回答が5~10%程度みられたため、CESを誤回答が起こりにくいように修正したver2.0に変更したことなどの影響によるものと思われる。J-HOPE 1 研究とJ-HOPE 2 研究では若干平均得点に違いがある項目があるが、これは誤回答の処理による影響かもしれない(誤回答と思われる回答は手作業で修正したため、修正基準や方法を完全に一致できなかったことは事務局の責任であり後悔でもある)。J-HOPE 2016 研究はJ-HOPE 3 研究に参加しなかった施設を対象としたが、ほとんど得点に違いがなかったことも興味深い。しかし、このどちらにも参加しなかった施設の状況は分からない。

表5 対象者背景（患者）

	J-HOPE 1 研究 (2007)			J-HOPE 2 研究 (2010)			J-HOPE 3 研究 (2014)			J-HOPE 2016 研究 (2016)
	緩和	在宅	一般	緩和	在宅	一般	緩和	在宅	一般	緩和
性別 男	55%	62%	64%	55%	61%	65%	56%	58%	61%	55%
女	45%	38%	36%	45%	39%	35%	44%	42%	39%	45%
年齢 (平均±SD)	(71.0±12.0) (71.8±12.9) (69.8±11.4)			(72.3±12.0) (72.3±12.0) (71.2±11.9)			(73.9±11.5) (74.0±12.1) (70.7±11.6)			(75.4±11.3)
50歳未満	5%	6%	4%	4%	5%	5%	3%	4%	5%	2%
50～59歳	14%	10%	14%	10%	9%	10%	8%	7%	10%	6%
60～69歳	22%	20%	26%	23%	23%	26%	22%	23%	29%	20%
70～79歳	34%	34%	35%	33%	32%	33%	32%	29%	30%	31%
80歳以上	25%	30%	20%	31%	31%	26%	36%	37%	25%	41%
原発部位										
肺	24%	22%	24%	24%	22%	21%	24%	21%	19%	22%
胃・食道	16%	15%	18%	16%	18%	19%	14%	16%	14%	15%
大腸	12%	18%	9%	11%	13%	11%	12%	13%	12%	13%
肝・胆・膵	17%	17%	25%	19%	22%	22%	19%	22%	19%	21%
乳腺	5%	3%	3%	4%	3%	4%	5%	5%	7%	4%
泌尿器	4%	5%	5%	6%	7%	7%	7%	8%	7%	7%
頭頸部	4%	3%	0%	6%	4%	4%	5%	4%	5%	4%
卵巣・子宮	5%	4%	4%	5%	3%	4%	5%	4%	5%	4%
白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫	/			3%	3%	5%	6%	3%	4%	4%
その他	13%	11%	11%	6%	5%	5%	6%	4%	5%	7%
入院期間 (平均±SD)	(41.9±58.0) (67.9±96.0) (42.3±50.2)			(42.2±57.2) (73.3±121.7) (37.8±42.5)			(38.1±51.6) (73.6±142.5) (31.4±48.7)			(38.7±51.0)
1週間未満	18%	11%	14%	14%	10%	12%	14%	13%	17%	9%
1週間以上2週間未満	15%	14%	13%	18%	13%	15%	19%	13%	20%	20%
2週間以上1カ月未満	23%	16%	24%	24%	20%	26%	27%	23%	27%	31%
1カ月以上2カ月未満	22%	20%	27%	22%	23%	28%	23%	21%	24%	24%
2カ月以上3カ月未満	10%	16%	11%	10%	11%	10%	9%	9%	6%	8%
3カ月以上	13%	24%	12%	12%	23%	9%	9%	21%	5%	8%

療養中の年間世帯収入 (\* 遺族の回答による)

100万円未満	/			11%	8%	9%	12%
100万円以上200万円未満	/			19%	15%	19%	21%
200万円以上400万円未満	/			36%	40%	34%	39%
400万円以上600万円未満	/			13%	15%	15%	13%
600万円以上800万円未満	/			7%	7%	9%	7%
800万円以上	/			7%	8%	7%	7%

J-HOPE 1 研究は、原発部位の「白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫」, 「療養中の世帯年収」の項目は取得しなかった。  
 J-HOPE 2 研究は、「療養中の世帯年収」の項目は取得しなかった。

表6 対象者背景（遺族）

	J-HOPE 1 研究 (2007)			J-HOPE 2 研究 (2010)			J-HOPE 3 研究 (2014)			J-HOPE 2016 研究 (2016)
	緩和	在宅	一般	緩和	在宅	一般	緩和	在宅	一般	緩和
性別 男	32%	20%	32%	33%	23%	32%	25%	34%	33%	32%
女	67%	78%	67%	67%	77%	68%	72%	63%	64%	66%
年齢 (平均±SD)	(59.3±12.7) (60.6±12.0) (60.4±12.4)			(61.1±12.3) (61.9±11.7) (61.2±12.5)			(62.2±12.0) (62.5±12.0) (61.5±12.2)			(62.3±12.1)
40～49 歳	22%	17%	19%	18%	15%	19%	15%	14%	17%	15%
50～59 歳	29%	30%	26%	25%	24%	23%	25%	23%	25%	24%
60～69 歳	26%	29%	30%	31%	32%	31%	31%	32%	30%	33%
70～79 歳	19%	19%	21%	20%	25%	22%	21%	24%	21%	21%
80 歳以上	5%	4%	4%	6%	4%	6%	7%	7%	7%	7%
続柄 配偶者	47%	56%	60%	46%	59%	55%	52%	57%	43%	42%
子	34%	27%	26%	36%	29%	31%	34%	27%	37%	39%
婿・嫁	7%	12%	7%	6%	8%	6%	7%	5%	6%	6%
親	2%	1%	2%	2%	1%	3%	2%	3%	2%	2%
兄弟姉妹	6%	2%	2%	6%	2%	3%	2%	5%	7%	6%
その他	4%	1%	1%	3%	1%	2%	2%	2%	3%	3%
患者が入院中のあなたの健康状態										
よかった	21%	27%	20%	26%	30%	25%				
まあまあだった	54%	55%	54%	54%	56%	51%				
よくなかった	19%	15%	20%	16%	12%	20%				
非常によくなかった	4%	2%	5%	3%	2%	3%				
患者が入院中のからだの健康状態										
よかった							25%	17%	21%	26%
まあまあだった							52%	54%	53%	52%
よくなかった							15%	21%	19%	16%
非常によくなかった							4%	6%	4%	3%
患者が入院中のこころの健康状態										
よかった							13%	7%	10%	15%
まあまあだった							46%	35%	45%	44%
よくなかった							30%	42%	34%	28%
非常によくなかった							7%	15%	8%	6%
患者が亡くなる前 1 週間に付き添った日数										
毎日	69%	93%	74%	68%	92%	70%	87%	69%	63%	64%
4～6 日	13%	4%	10%	15%	5%	12%	5%	14%	15%	15%
1～3 日	12%	2%	9%	13%	3%	12%	4%	11%	15%	13%
付き添っていなかった	6%	0.3%	6%	5%	1%	6%	2%	5%	4%	5%
患者入院中に付き添い等をかわってくれる人										
いた	72%	68%	70%	73%	73%	70%	69%	71%	71%	71%
いなかった	27%	32%	28%	27%	27%	30%	27%	26%	26%	27%
死別後経過期間 (平均±SD)										
	(360.8±111.6) (462.4±202.5) (378.5±106.4)			(517.8±139.8) (639.7±197.3) (566.2±166.4)			(413.0±227.4) (342.8±166.4) (257.3±101.3)			(284.6±133.7)
6 カ月未満	0.4%	0%	0.1%	0%	0%	0%	14%	16%	25%	22%
6 カ月以上 7 カ月未満	0.6%	0.7%	0%	0%	0%	0%	9%	9%	12%	11%
7 カ月以上 8 カ月未満	12%	8%	10%	0%	0%	0%	6%	8%	12%	11%
8 カ月以上 9 カ月未満	12%	9%	10%	0%	0%	0%	6%	8%	11%	10%
9 カ月以上 10 カ月未満	11%	9%	10%	0%	0%	0%	6%	7%	11%	11%
10 カ月以上 11 カ月未満	12%	10%	11%	0.1%	0%	0%	5%	7%	8%	9%
11 カ月以上 1 年未満	11%	9%	9%	10%	6%	8%	6%	7%	7%	7%
1 年以上 1 年 6 カ月未満	36%	24%	43%	55%	34%	49%	22%	25%	13%	14%
1 年 6 カ月以上 2 年未満	5%	16%	7%	26%	27%	27%	13%	11%	1%	3%
2 年以上	1%	14%	0.3%	8%	34%	16%	14%	3%	0%	2%
死亡前 1 カ月間の医療費										
10 万円未満	19%	39%	23%	22%	33%	22%	39%	27%	27%	23%
10 万円以上 20 万円未満	22%	27%	27%	29%	30%	32%	31%	35%	34%	31%
20 万円以上 40 万円未満	28%	20%	28%	28%	22%	28%	19%	25%	25%	27%
40 万円以上 60 万円未満	16%	5%	11%	13%	10%	11%	6%	7%	9%	9%
60 万円以上	10%	5%	6%	8%	5%	7%	4%	6%	6%	5%

J-HOPE 3 研究, J-HOPE 2016 研究

J-HOPE 1 研究と J-HOPE 2 研究では遺族の健康状態の項目でからだのところについて分けて聞いていない。

## 2. 全般満足度

全般満足度の結果の調査ごとの比較を図7～9、表7に示す。全般満足度は「全般的にみて患者様が最後の療養場所（緩和ケア病棟・亡くなられた病棟・ご自宅）で受けた医療は満足でしたか？」と尋ね「非常に満足」、「満足」、「やや満足」、「やや不満足」、「不満足」、「非常に不満足」の6段階で回答を求めた。

J-HOPE 1 研究の一般病棟の全般的満足度は79%であった。前述のとおり J-HOPE 1 研究の一般病棟はがん診療連携拠点病院であること、J-HOPE 1 研究の在宅ケア施設は任意に抽出された施設であることに注意する必要がある。

全体的に一般病棟に対し、緩和ケア病棟・在宅ケア施設のほうが得点が高く、死亡場所別に比較すると緩和ケア病棟の J-HOPE 2016 研究で若干ではあるが評価が低かった。また、在宅ケア施設では経年的に評価が若干向上していた。

## 3. 緩和ケアのアウトカム（GDI：終末期のQOL，望ましい死の達成）

緩和ケアのアウトカムとして GDI の合計得点の調査ごとの比較を図10～12、項目別の調査ごとの比較を図13～15に示す。GDIは日本人にとって共通として重要と考えられたコア10ドメインと個別性が高く、個人によって重要度が異なるオプショナル8ドメインから構成され、得点が高いほうが終末期のQOLが良い、望ましい死が達成されていることを示す。

GDIのコアドメインの合計得点平均は経時的に大きな変化は見られなかった。J-HOPE 1 研究の一般病棟は各項目30～40%であった。全体的に一般病棟に対し、緩和ケア病棟が高く、在宅ケア施設はさらに得点が高い。死亡場所別に各項目を調査ごとに比較すると緩和ケア病棟のコア10ドメインでの J-HOPE 3 研究と J-HOPE 2016 研究において全体的に得点が低下している。この理由は現時点では不明であるが、緩和ケア病棟の制度の変更などもあり、今後の推移を注意深く検討する必要があるだろう。オプショナル8ドメインでは療養場所別の違いも、経時的な違いもみられなかった。オプショナル8ドメインは個々の患者

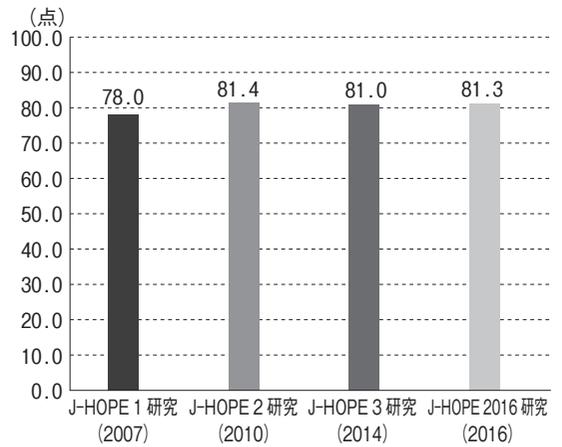


図1 CES 合計得点平均（100点換算）：  
緩和ケア病棟

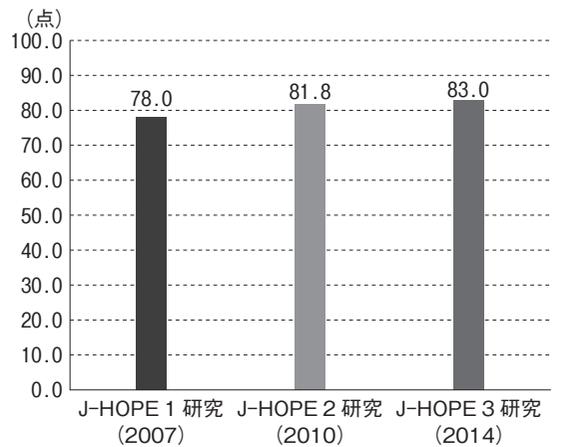


図2 CES の合計得点平均（100点換算）：  
在宅診療所

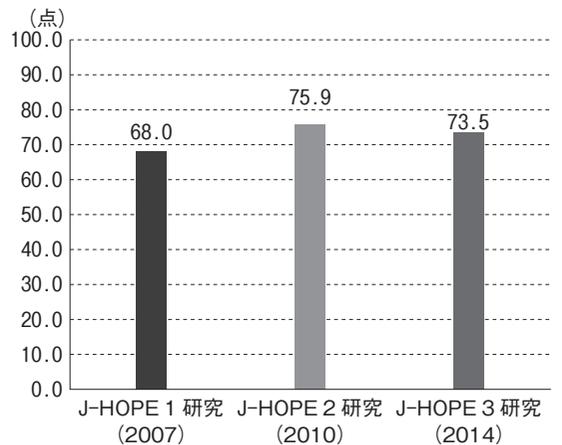


図3 CES 合計得点平均（100点換算）：  
一般病棟

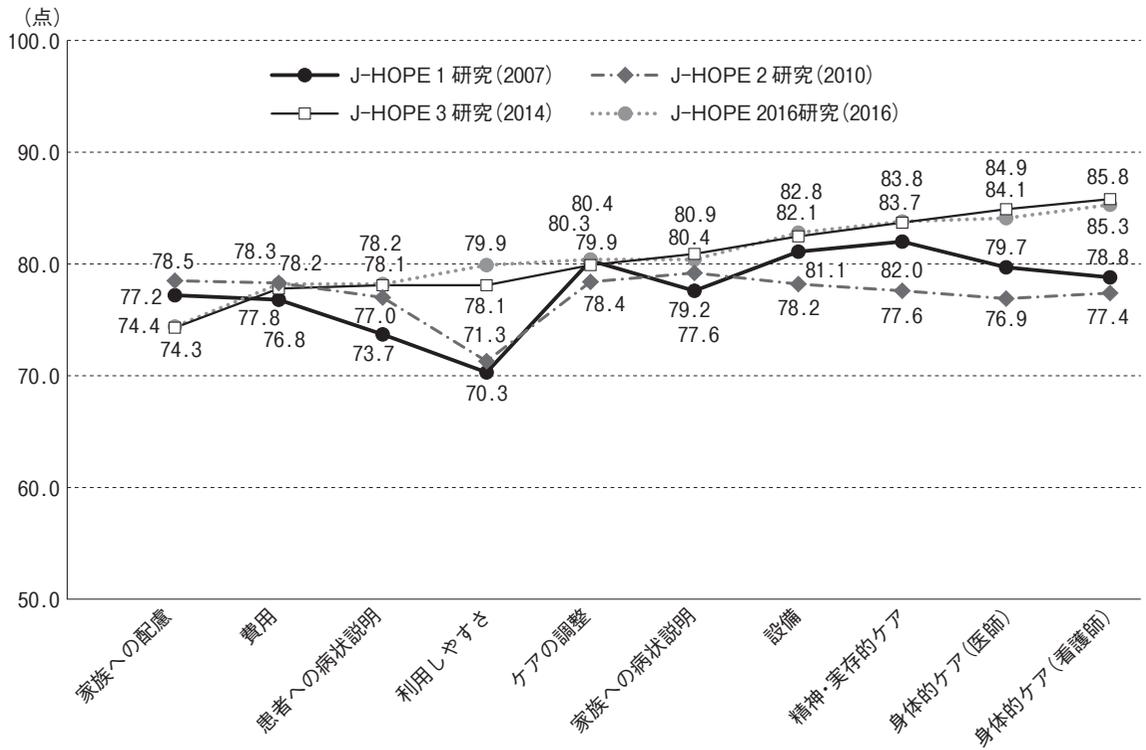


図4 CES各項目平均得点(100点換算): 緩和ケア病棟

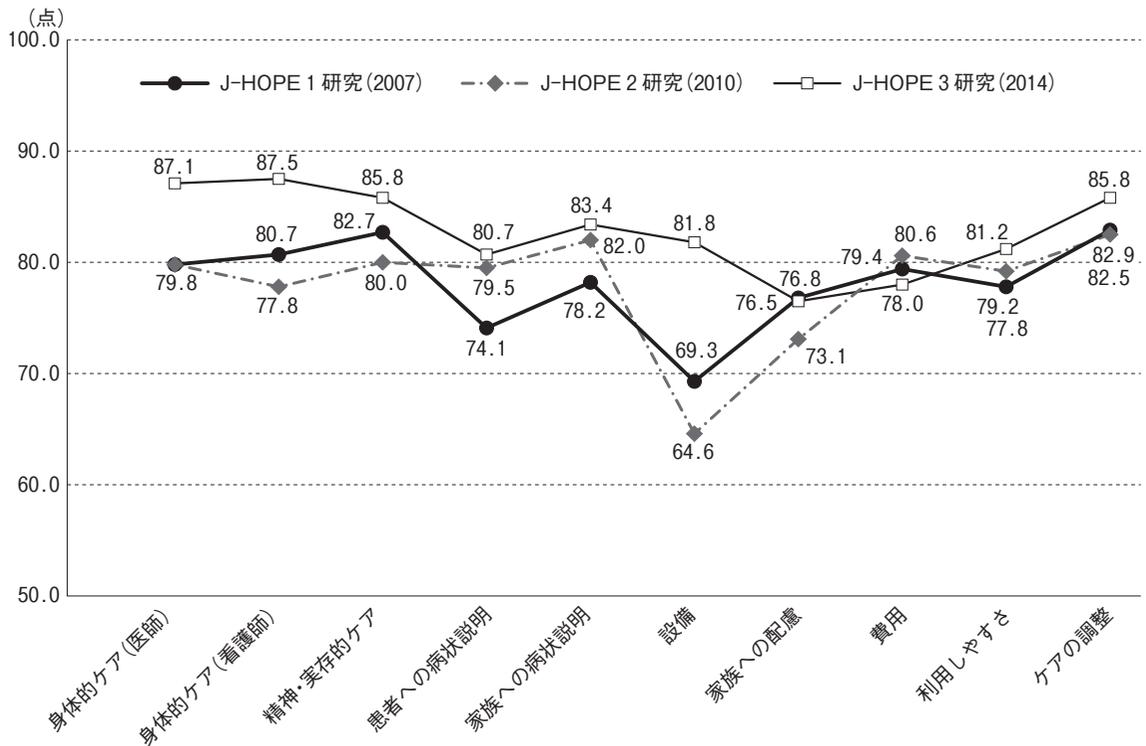


図5 CES各項目平均得点(100点換算): 在宅診療所

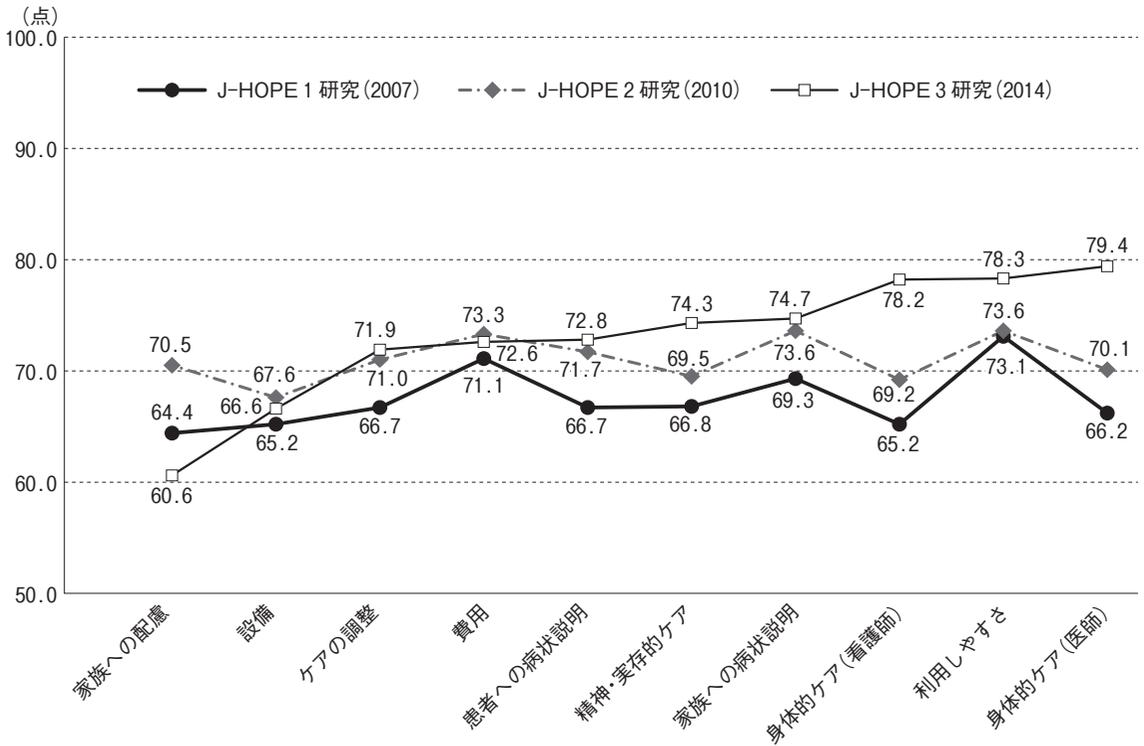


図6 CES各項目平均得点 (100点換算)：一般病棟

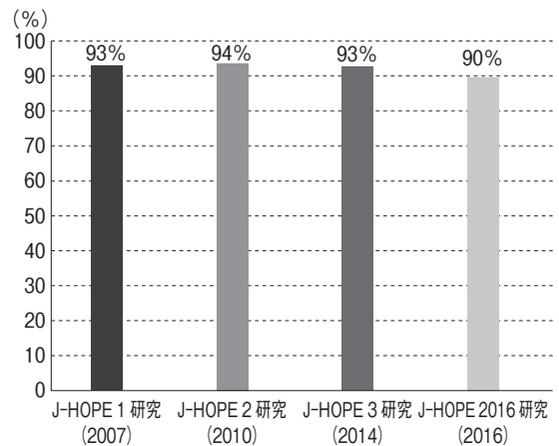
によって重視する度合いが非常に異なり、個々の死亡場所の選択にもそれは関わっている可能性があるため、この解釈は難しい。

#### 4. 介護経験・介護負担感の評価 (CCI)

遺族の介護経験・介護負担感の評価としてCCIの結果を図16~19に示す。CCIの項目は取得した調査としていない調査があるため、経時的な変化を捉えるのが困難である。ただし、図18では緩和ケア病棟でJ-HOPE 1研究とJ-HOPE 3研究で介護負担感が減少しているように見えるが、J-HOPE 2016研究で唯一取得した身体的な負担感の項目はJ-HOPE 1研究から変化しておらず、単純に経年的に負担感が減少したとはいえなさそうである。この項目も今後の推移を検討する必要があるだろう。

#### 5. 遺族の抑うつ (PHQ-9)

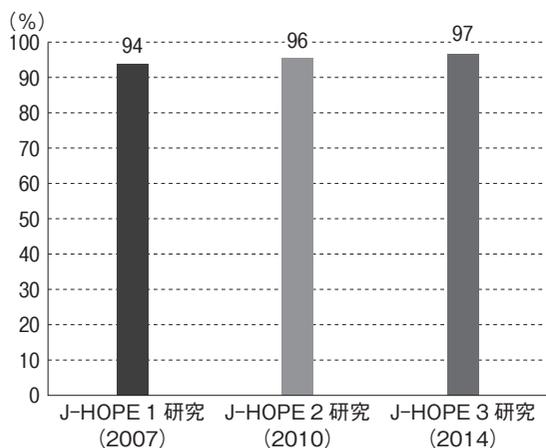
遺族の抑うつの評価尺度でありPHQ-9の結果を図20に示す。PHQ-9は合計得点が10点以上



「非常に満足」と「満足」と「やや満足」の合計

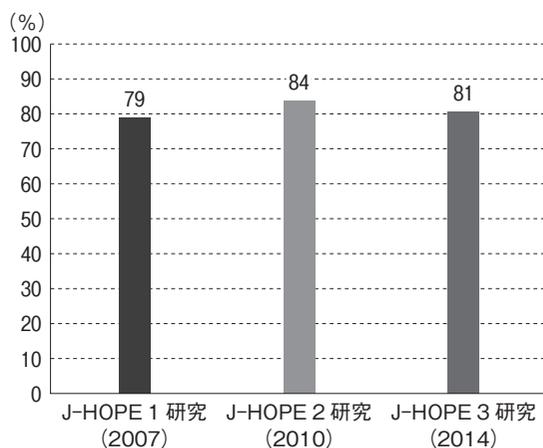
図7 ケアに対する全般的満足度：緩和ケア病棟

だと中程度以上の抑うつを有しているとみなす。PHQ-9はJ-HOPE 3研究以降に取得したため、経年的な推移を検討することは難しい。J-HOPE 3研究に対して、J-HOPE 2016研究で抑うつが増加している理由も不明である。この項目も今後の



「非常に満足」と「満足」と「やや満足」の合計

図8 ケアに対する全般的満足度：在宅診療所



「非常に満足」と「満足」と「やや満足」の合計

図9 ケアに対する全般的満足度：一般病棟

表7 ケアに対する全般的満足度（全般的に患者様が最期の療養場所で受けた医療は満足だったか）

	J-HOPE 1 研究 (2007)			J-HOPE 2 研究 (2010)			J-HOPE 3 研究 (2014)			J-HOPE 2016 研究 (2016)
	緩和	在宅	一般	緩和	在宅	一般	緩和	在宅	一般	緩和
非常に満足	30	33	11	34	41	17	34	33	12	30
満足	49	45	41	47	45	45	45	46	40	46
やや満足	14	16	27	13	10	22	14	18	29	14
やや不満足	5	2	11	3	2	9	4	2	13	4
不満足	2	3	6	2	0	5	2	1	5	1
非常に不満足	1	0	3	1	1	2	1	0	2	5

数字は%。

推移を検討する必要があるだろう。

## 6. 遺族の悲嘆 (BGQ)

遺族の複雑性悲嘆の評価尺度であるBGQ<sup>12, 13)</sup>の結果を図21に示す。BGQは合計得点が8点以上だと複雑性悲嘆を有しているとみなす。BGQもPHQ-9と同様にJ-HOPE 3研究以降に取得したため、経年的な推移を検討することは難しい。また、PHQ-9とは異なりJ-HOPE 3研究に対して、J-HOPE 2016研究で複雑性悲嘆の割合が減少している理由も不明である。通常、抑うつと複雑性悲嘆は相関するためこの傾向の違いは若干奇妙でもあり、この項目も今後の推移を検討する必要があるだろう。

## その他

本稿の当初にJ-HOPE研究の3つの目的について述べた。目的の2つめである「個々の研究参加施設に緩和ケアの質の評価（および遺族の悲嘆や抑うつ）の結果をフィードバックすることにより施設の質保証・質改善の情報を提供する」に関しては、いままであまり実証されてこなかったが、J-HOPE 3研究の際にその活用状況を調査した結果、多くの施設で回覧、カンファレンスの開催、病院内での広報などで活用されていた<sup>14)</sup>。また、J-HOPE 3研究、J-HOPE 2016研究では緩和ケア病棟に関しては施設間の較差の要因を検討し、設立母体等に宗教的背景を持つ施設で質の評価が高いこと、その理由などについて検討し

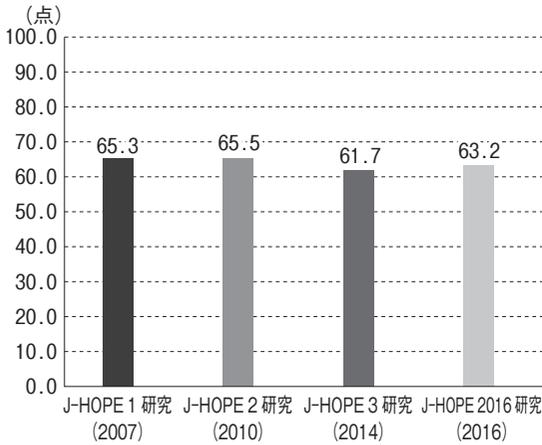


図 10 GDI コアドメイン合計得点平均 (100 点換算) : 緩和ケア病棟

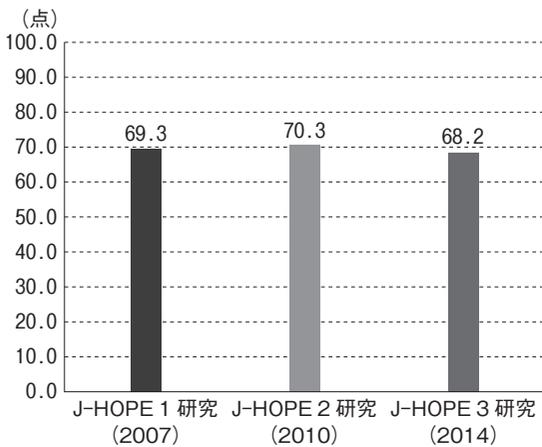


図 11 GDI コアドメイン合計得点平均 (100 点換算) : 在宅診療所

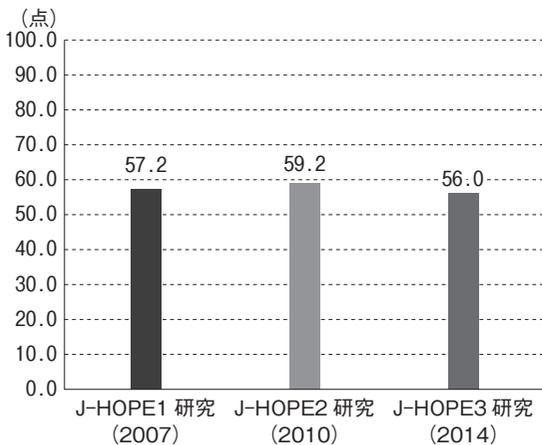


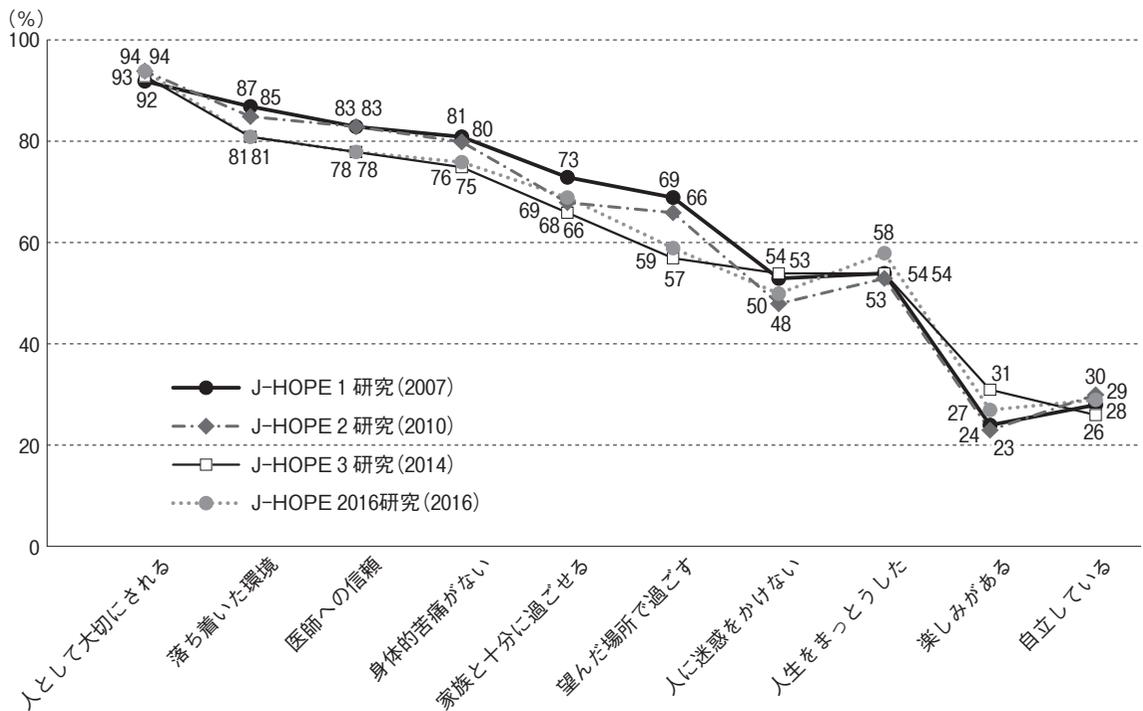
図 12 GDI コアドメイン合計得点平均 (100 点換算) : 一般病棟

た<sup>15,16)</sup>。施設間の較差に関する要因は 1999 年の日本ホスピス緩和ケア病棟連絡協議会が実施した満足度調査のときの結果と大きく異なっていた<sup>6)</sup>。具体的には 1997 年の満足度調査では看護師数などの人員配置などの構造的な要因が関連していたが、J-HOPE 3 研究、J-HOPE 2016 研究ではそのような構造的要因は関連せず、各施設が力を入れているケアなどが関連した。それが調査項目の違いによるものなのか、各施設が較差是正のために努力した結果なのか、それ以外の要因なのかは今後も検討が必要である。

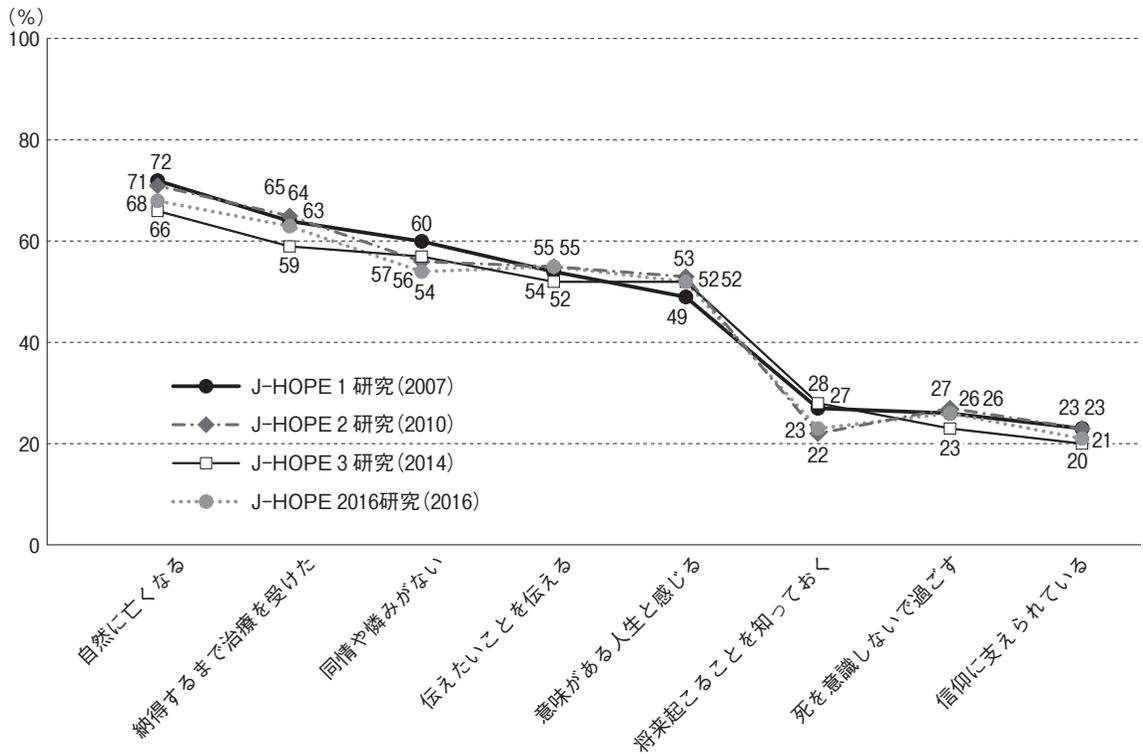
3 つの目的の最後である「付帯研究を実施し、わが国の緩和ケアが直面している臨床的学術的課題に対して科学的な調査を行う」に関しては、J-HOPE 1 研究では 15、J-HOPE 2 研究では 11、J-HOPE 3 研究では 26、J-HOPE 2016 研究では 13、合計の 65 の付帯研究が実施された。すべてを紹介することはできないため、個々の付帯研究のタイトルのみ表 8 に示す。J-HOPE 研究全体の成果も含めて報告された論文数は現在投稿中・準備中のものを含めると 100 を超える。これらの結果は J-HOPE 研究がわが国のホスピス・緩和ケアの学術的な発展に大きな貢献をしてきたと考えられる。

## J-HOPE 研究・わが国の遺族調査の今後

2018 年には 4 回目の J-HOPE 研究となる J-HOPE 4 研究が予定されている。J-HOPE 4 研究では過去最多となる、52 の付帯研究が設定されており、ホスピス緩和ケアについてのより学術的な貢献が期待される。また現在、日本、韓国、台湾では緩和ケア病棟に入院したターミナル期にある患者の死亡直前期の医学的過程と End-of-Life での終末期医療の実態を明らかにする East-Asian collaborative Study to Elucidate the Dying process (以下、EASED) と呼ばれる多施設共同研究が実施されている。J-HOPE 4 研究では、EASED 研究で国内で得られたデータとの一部連結を予定している。これは横断調査という J-HOPE 研究の弱点を克服し、死亡前に行われた医療と遺族による緩和ケアの質の評価の因果関係

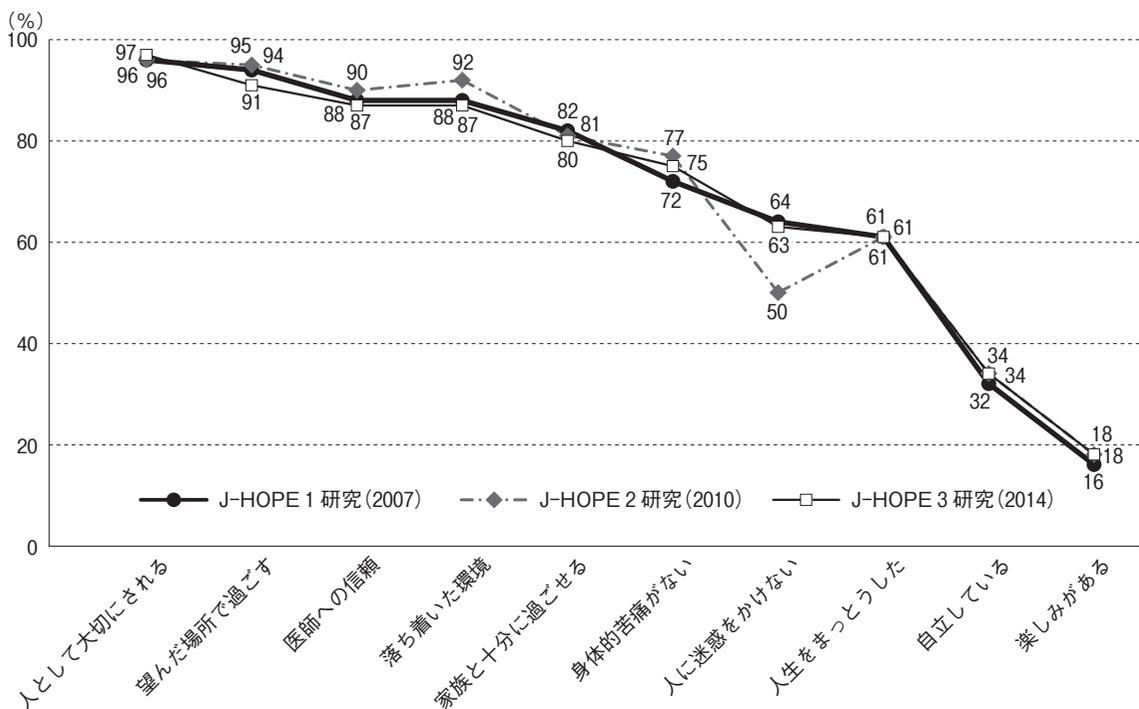


「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の合計

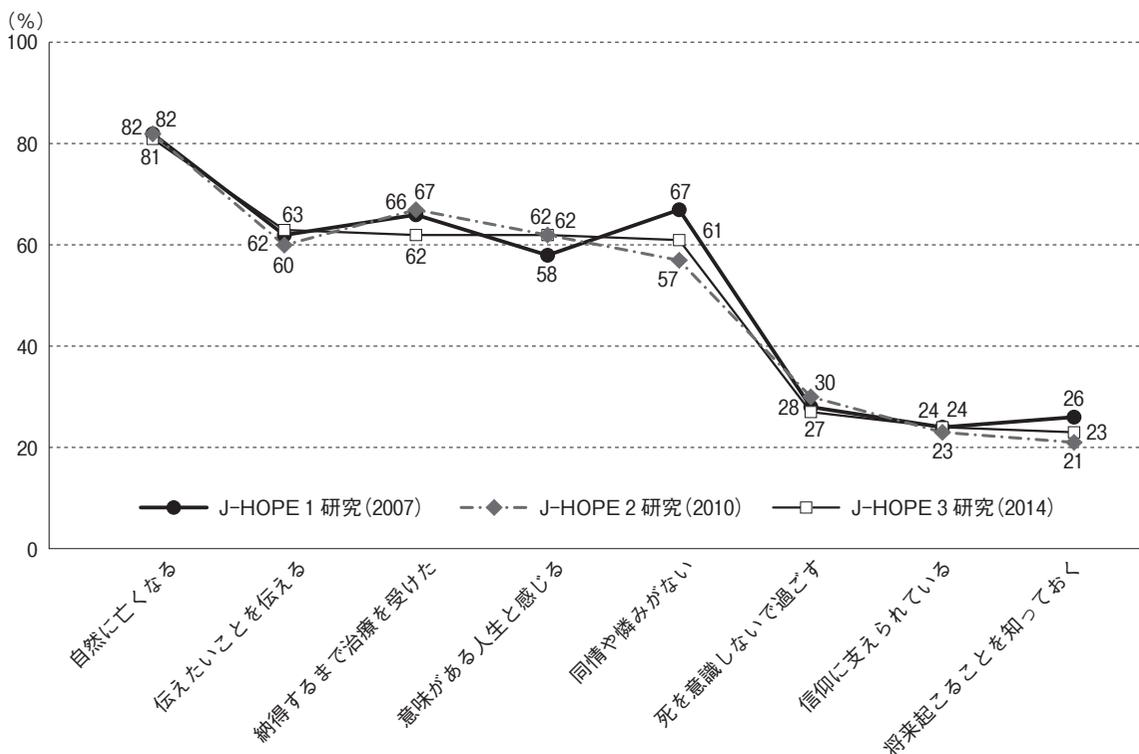


「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の合計

図 13 GDI 各項目：緩和ケア病棟  
 上 GDI コアドメイン  
 下 GDI オプションドメイン

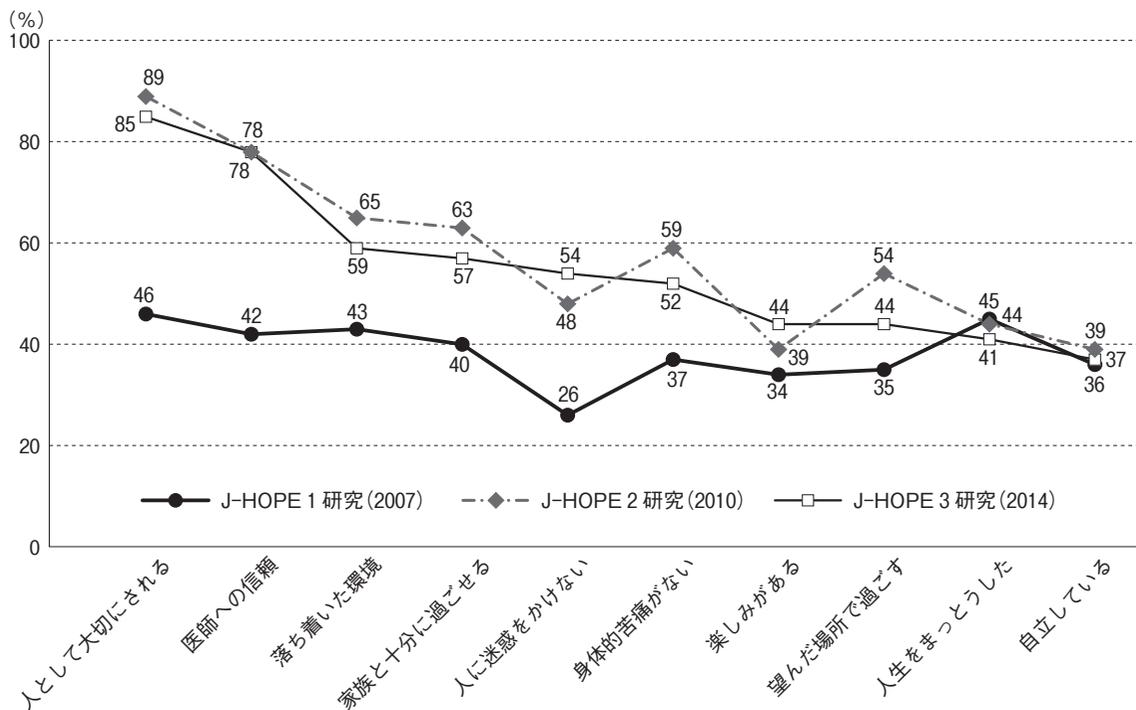


「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の合計

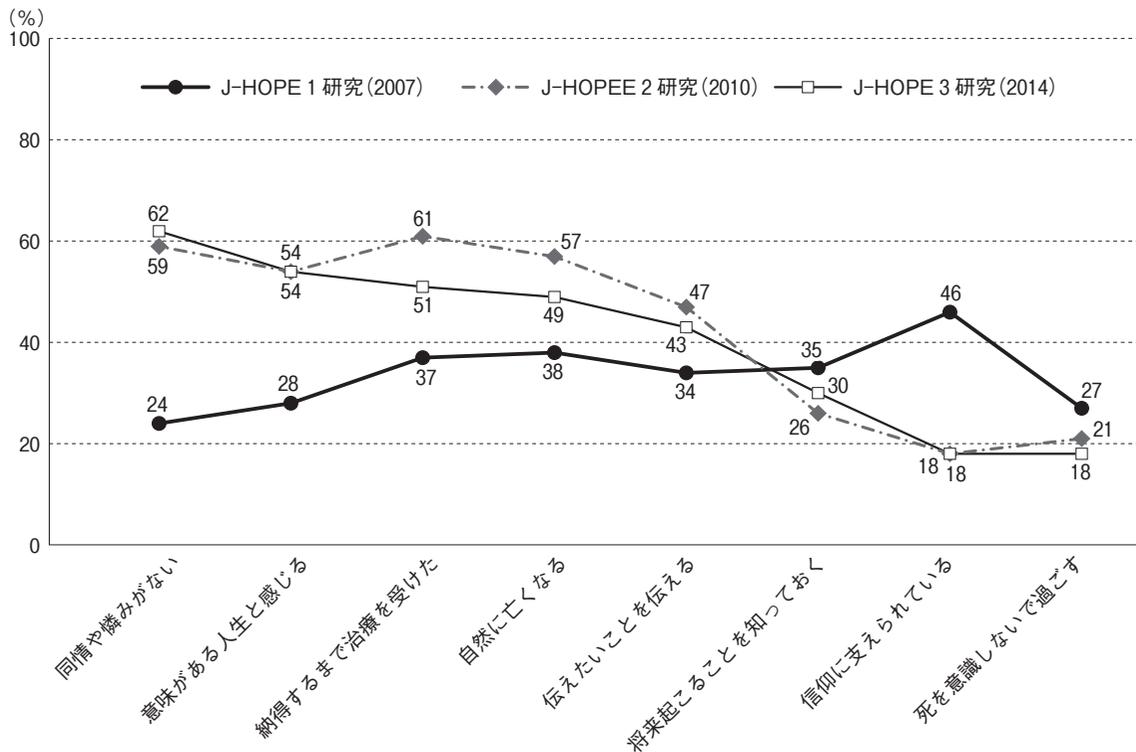


「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の合計

図 14 GDI 各項目：在宅診療所  
上 GDI コアドメイン  
下 GDI オプションドメイン

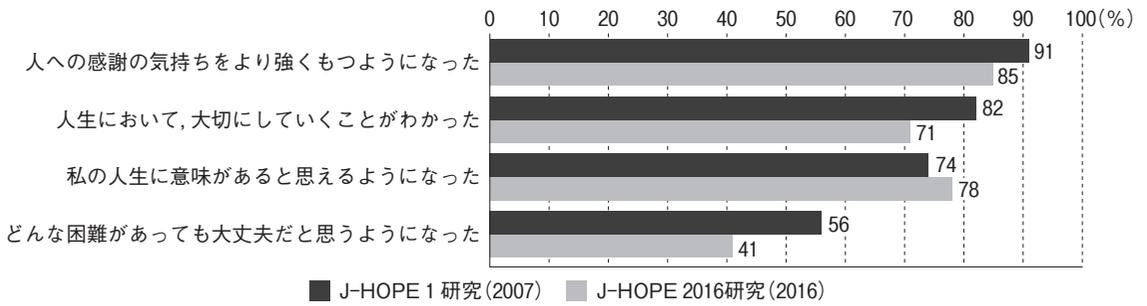


「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の合計



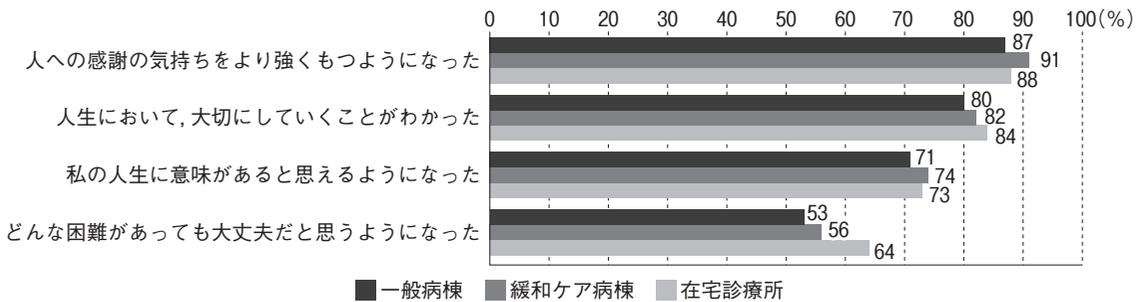
「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の合計

図 15 GDI 各項目：一般病棟  
上 GDI コアドメイン  
下 GDI オプションドメイン



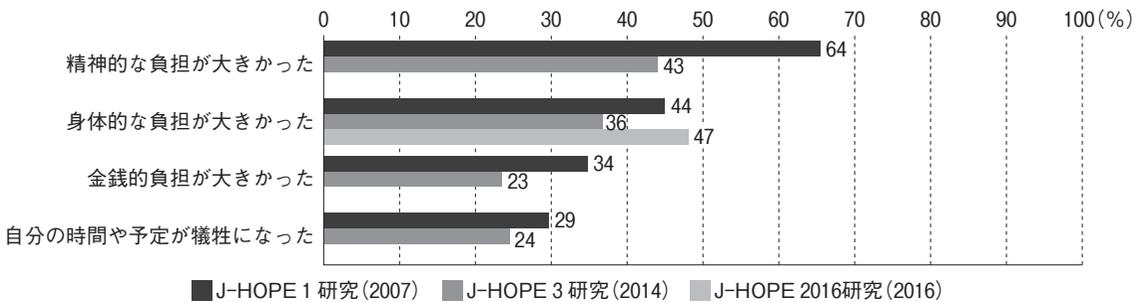
「ややそう思う」「そう思う」「非常にそう思う」の合計

図 16 介護経験の評価：緩和ケア病棟



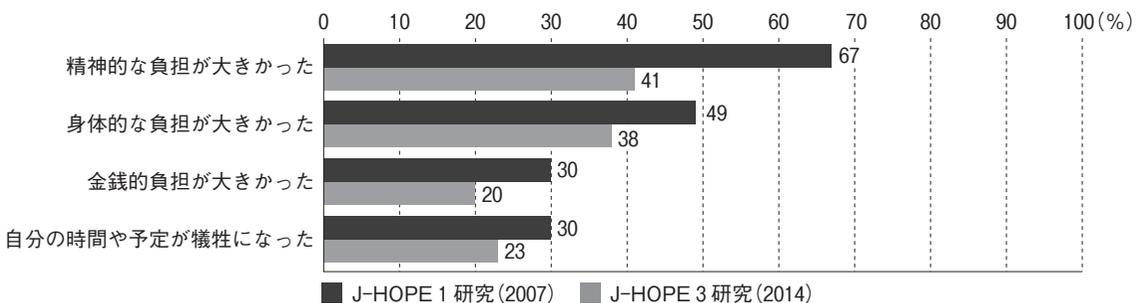
「ややそう思う」「そう思う」「非常にそう思う」の合計

図 17 介護経験の評価：J-HOPE1 研究 (2007)



「あまりそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」の合計

図 18 介護負担感について：緩和ケア病棟



「あまりそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」の合計

図 19 介護負担感について：在宅診療所

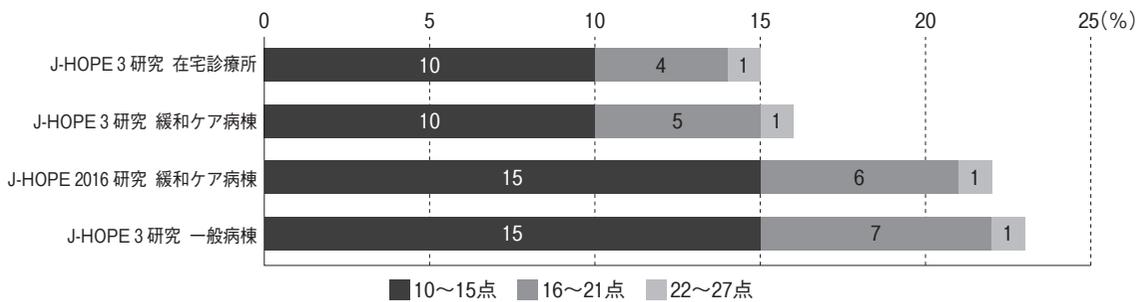


図 20 遺族の抑うつ (PHQ-9) の 10 点以上の合計得点の割合

PHQ-9の合計得点が10点以上だと中程度以上の抑うつとみなす。

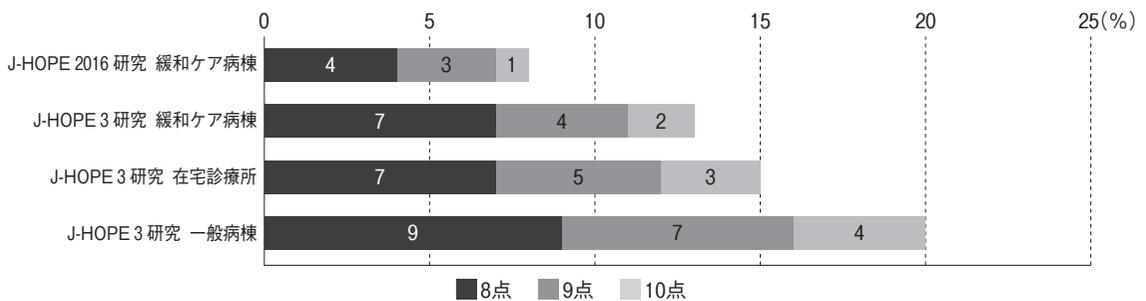


図 21 遺族の複雑性悲嘆 (BGQ) の 8 点以上の合計得点の割合

BGQの合計得点が8点以上だと複雑性悲嘆とみなす。

を探索することを目指している。

J-HOPE 研究には以下のような限界がある。

(1) 代表性：ほとんどが日本ホスピス緩和ケア協会会員の緩和ケア病棟の遺族であり、それ以外の死亡場所の状況が分からない。緩和ケア病棟であっても調査に参加しなかった施設の状況は分からない。また、対象ががん死亡に限られている。

(2) 低頻度：現状では4年に1回しか行われず、調査対象にならなかった遺族の声をキャッチする方法がない。

(3) 高コスト：現在のJ-HOPE研究は総額1,500万円程度の予算が必要であり、これ以上の対象の拡大には限界がある。さらに、緩和ケア病棟数の増加や日本ホスピス緩和ケア協会で認証制度が開始されたこともあり、今後も参加施設の増加が予想される。

(4) 固定された質問項目：すべての対象に同じ質問を行うため、調査票の項目数が多くなり、対象の個性を生かした調査が難しい。たとえば

がん種に絞った調査項目や、鎮静・せん妄・若年がんなど特定の治療や病態に対する調査、満足度が低い対象、抑うつ・複雑性悲嘆傾向がある対象により詳細な質問をすることなどが難しい。

以上これらの限界に対処するために現在検討されていることは、①死亡小票により対象をランダムにサンプリングした全国的な遺族調査の定期的な実施、②インターネットを利用した遺族調査によりコストを削減し、継続的な遺族調査の実施である。前者は2017年度にパイロット研究を実施し、可能なら2018年に全国の大規模調査が実施できる見込みである。後者は現在、日本ホスピス緩和ケア協会の緩和ケアデータベース委員会が検討中であり、今後、より柔軟で継続的な調査方法の確立が期待される。

## おわりに

本稿ではJ-HOPE研究の10年について総括した。この間に実施された4度の調査では特に大き

表8 J-HOPE付帯研究タイトル一覧

## a. J-HOPE 1 研究 (2007年)

	課題名
1	ホスピス・緩和ケア病棟への入院を検討する家族に対する望ましい情報提供
2	家族の視点から見た望ましい緩和ケアシステム
3	ホスピス・緩和ケア病棟へ入院する際意思決定に関する遺族の後悔の決定要因
4	ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆、抑うつ、希死念慮とその関連因子
5	ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族におけるケアニーズの評価
6	遺族調査からみる臨終前後の家族の経験と望ましいケア
7	遺族からみた水分・栄養摂取が低下した患者に対する望ましいケア
8	遺族からみた終末期がん患者の家族の希望を支え、将来に備えるための望ましいケア
9	遺族からみた終末期がん患者の負担感に対する望ましいケア
10	遺族からみた終末期がん患者に対する宗教的ケアの必要性和有用性
11	「患者・家族の希望を支えながら将来に備える」ための余命告知のあり方
12	死前喘鳴を生じた終末期がん患者の家族に対する望ましいケア
13	遺族からみた「緩和ケア病棟に初めて紹介された時期」と緩和ケアチームの評価
14	在宅療養への移行に関する意思決定と在宅で死亡した遺族の希望する死亡場所
15	緩和ケア病棟で提供された終末期がん医療の実態—多施設診療記録調査

## b. J-HOPE 2 研究 (2010年)

	課題名
1	悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の実態調査
2	医療用麻薬の説明に対する遺族の見解
3	終末期がん患者の鎮静(セデーション)に対する家族への説明・ケアについての検討
4	医療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基づいた認識と意向
5	遺族に対する周囲の望ましい言葉かけと働きかけ(態度・行動)
6	遺族から見たホスピス・緩和ケアにおける望ましいソーシャルワーク
7	ご遺体へのケアを看護師が家族と一緒にすることについての家族の体験・評価
8	ホスピス・緩和ケア病棟の患者-家族が交わす言葉・思いと遺族の心理的適応との関連
9	終末期がん患者の家族が認識する望ましい看護
10	緩和ケア病棟における医療者-家族間の説明/話し合いの現状について—遺族の視点から
11	在宅療養移行の時期とコミュニケーションの適切性に関する研究

## c. J-HOPE 3 研究 (2014年)

	課題名
1	療養場所が quality of life と遺族の健康に及ぼす影響に関する研究
2	終末期の話し合い(End-of-life discussion)の実態と quality of life・遺族の健康に及ぼす影響に関する研究
3	療養場所を決定するときに重要視した要因と希望する療養場所と実際の療養場所の一致に関する研究
4	若年がん患者の特徴に関する研究
5	超高齢がん者の特徴に関する研究
6	遺族調査の研究手法に関する研究
7	遺族からみた研究優先順位に関する研究
8	自宅死亡率の高・低い地域での遺族から見た療養場所に関する達成の地域差に関する研究
9	宗教・死生観が遺族の健康に与える影響に関する研究
10	終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究
11	終末期がん患者の家族が患者の死を前提として行いたいことに対する援助に関する研究
12	家族の臨終に間に合うことの意義や負担に関する研究
13	終末期がん患者へのリハビリテーションに関する家族の体験に関する研究
14	ホスピス・緩和ケア病棟の遺族ケアに関する研究
15	心肺蘇生に関する望ましい意思決定のあり方に関する研究
16	患者・家族の感じる見捨てられ感に関する研究
17	ホスピス・緩和ケア病棟から自宅へ一時退院することについての家族の体験と評価に関する研究
18	未成年の子どもを持つがん患者の遺族の体験とサポートニーズに関する研究
19	終末期がん患者に見られる「不十分な身体症状」に関する研究
20	終末期がん患者に見られる「故人やあの世をみた体験」に関する研究
21	終末期がん患者の食欲低下・体重減少に対する家族の体験とニーズに関する研究
22	終末期がん患者の家族の心に深く残る体験に関する研究
23	終末期がん患者と死を前提とした話や行動をしたか否かについての遺族の後悔に関する研究
24	治療不能ながん患者の家族が経験する意思決定における困難感に関する研究
25	在宅がん患者の精神症状と対応の実態に関する研究
26	在宅患者の quality of life に影響を与える要因を明らかにする研究

## d. J-HOPE 研究 (2016年)

	課題名
1	持続的深い鎮静に関する遺族の見解に関する研究
2	医療用麻薬の管理・廃棄・適正使用に関する実態調査および生活状況に関する実態調査
3	遺族から見た望ましい死亡確認の仕方に関する研究
4	遺族の社会的孤立に関する研究
5	がん患者における補完代替医療の使用実態と家族の体験についての研究
6	遺族からみた家族内葛藤に関する研究
7	患者が終末期に過ごした環境における遺族の経験に関する研究
8	終末期せん妄を評価するための尺度の開発
9	終末期がん患者の死亡直前期の徴候に関する医師の説明と遺族の理解に関する研究
10	死別前後の遺族の経済状況の変化と悲嘆・抑うつ
11	がん患者の経済負担と治療や日常生活への影響
12	BGQ (Brief Grif Questionnaire) と ICG の関連の検討
13	原発不明がんの患者および患者家族の体験に関する研究

な変化はみられなかった。その1つの理由は特に緩和ケア病棟では2007年の時点で十分に質が高い医療やケアを提供されていたことであろう。大きな変化がみられなかったことを、質が維持されていたと評価するか、不十分な点が改善されていないと評価するかは難しく、おそらく両者とも正しい解釈のように思える。今後もこのような定期的なモニタリングを通して、質の維持・向上に努める必要があるだろう。

最後にJ-HOPE研究にご参加いただいたすべての遺族のみならず、調査参加施設のみならず、付帯研究に参加いただいた研究者・臨床家のみならず、調査の発送・集計などをほぼ無償で担当した方々（著者の研究室の大学院生・学部学生・事務補佐員）に深く感謝する。

なお、本稿はPCRに投稿したものを加筆修正したものである（これから投稿します）。

〈J-HOPE研究ホームページ〉

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究業 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 [<http://plaza.umin.ac.jp/jhopestudy/>]

〈J-HOPE研究報告書掲載ホームページ〉

ホスピス財団 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (J-HOPE) [[https://www.hospat.org/practice\\_substance-top.html](https://www.hospat.org/practice_substance-top.html)]

## 文 献

- 1) Addington-Hall J, McCarthy M : Regional Study of Care for the Dying : methods and sample characteristics. *Palliat Med* 9 (1) : 27-35, 1995
- 2) Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al : Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 291 (1) : 88-93, 2004
- 3) Teno JM : Measuring end-of-life care outcomes retrospectively. *J Pallia Medi* 8 Suppl 1 : S42-49, 2005
- 4) Costantini M, Beccaro M, Merlo F, Group IS : The last three months of life of Italian cancer patients. Methods, sample characteristics and response rate of the Italian Survey of the Dying of Cancer (ISDOC). *Palliat Med* 19 (8) : 628-638, 2005
- 5) Miyashita M, Morita T, Hirai K, et al : Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members : the Japanese experience. *J Clin Oncol* 26 (23) : 3845-3852, 2008
- 6) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T : Quality Audit Committee of the Japanese Association of Hospice and Palliative Care U. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med* 16 (3) : 185-193, 2002
- 7) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al : Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage* 27 (6) : 492-501, 2004
- 8) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al : Good death inventory : a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 35 (5) : 486-498, 2008
- 9) Sanjo M, Morita T, Miyashita M, et al : Caregiving Consequences Inventory : a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psycho-oncology* 18 (6) : 657-666, 2009
- 10) Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, et al : The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation study (J-HOPE study) : study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hospice Palliat Med* 25 (3) : 223-232, 2001
- 11) Kroenke K, Spitzer R, Williams J : The PHQ-9 : validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 16 (9) : 606-613, 2001
- 12) Shear KM, Jackson CT, Essock SM, et al : Screening for complicated grief among project liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv* 57 (9) : 1291-1297, 2006
- 13) Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al : Brief measure for screening complicated grief : reliability and discriminant validity. *PLoS ONE* 7 (2) : e31209, 2012
- 14) 五十嵐尚, 青山 真, 森田達也, 他 : 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (J-HOPE 3 研究) の調査報告書の活用状況の実態. *Palliat Care Res* 11 (Suppl) : S275, 2016
- 15) 竹内 真, 清水 恵, 森田達也, 他 : 緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族による緩和ケアの質の評価と施設要因の関連—遺族 5,810 名の全国調査から. *Palliat Care Res* 9 (4) : 101-111, 2014
- 16) 青山 真, 斎藤 愛, 菅井 真, 他 : 宗教的背景のある施設において患者の望ましい死の達成度が高い理由—全国のホスピス・緩和ケア病棟 127 施設の遺族調査の結果から. *Palliat Care Res* 12 (2) : 211-220, 2017

## 3. 緩和ケアにおける教育

### A. 医師教育—PEACE と専門的緩和ケアを中心に

木澤義之

(神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科)

#### はじめに

がん対策推進基本計画が策定されようとしていた 2007 年にわれわれに与えられた大きな課題は、「いつでも、誰でも、どこでも必要としている人が緩和ケアを受けられるようにするにはどうしたらよいか」というものであった。緩和ケアの専門家を至急に養成して対応したらどうかという意見もあったが、がんによって年間 30 万人が死亡し、1 人の医師が年間 100 人の患者の看取りを担当したとして、3,000 人の専門医が必要となる。実際に診療が必要な患者はがん治療のすべてのステージに存在すると考えられ、3,000 人はミニマムな数と推定できる。その当時、緩和医療の専門家と考えられる医師の数は多く見積もって 500 名程度であり、専門家だけで対応することは現実離れしていた。さまざまな議論があったが、私たちは次のような解決策を挙げた。①まずは、緩和ケアを基本的緩和ケアと専門的緩和ケアに分けて考える。②すべての人に提供する緩和ケアは non-specialist palliative care (基本的緩和ケア) として、その段階で対応が難しい場合、専門的緩和ケアを紹介してもらうようにする、③複雑な問題に対処できるように緩和ケアの専門家（緩和ケアチームと緩和医療専門医）を育成する。

この中で、②の基本的緩和ケアの普及のための柱として取り組んできたのが緩和ケア研修会 (PEACE) の実施であり、③緩和ケアの専門家育成として取り組んできたのが、緩和医療専門医制度の設立と運営、緩和ケアチームの育成、がんプロフェッショナル養成プランとの連携による大学への講座設置、卒前卒後の緩和ケア教育の強化である。

#### 基本的緩和ケアと専門的緩和ケア

本稿では基本的緩和ケアを「すべての医療従事者が日常診療の一環として提供する緩和ケア」と、専門的緩和ケアを「専門家が提供する緩和ケアで、その代表的なものとして、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアにおける診療・ケアがある」と操作的に定義する。

#### 基本的緩和ケア—すべての必要な人が緩和ケアを受けることができるようにするために

##### 1. 緩和ケア研修会 (PEACE) の概要

従来、わが国ではがん患者の痛みやつらさに対応する対応は十分行われておらず、また基本的緩和ケアの系統的な教育は卒前・卒後教育を通じて行われてこなかった。これらの問題を憂慮し、政府は、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画 (2007 年 6 月 15 日閣議決定) において「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことを目標として掲げた。これを受け、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得するための研修会を行うように各都道府県に厚生労働省健康局長通知「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針 (2008 年 4 月 1 日付け 健発第 0401016 号厚生労働省健康局長通知、2016 年 3 月 30 日付け 健発第 0330 第 7 号により一部改正)」が発出された<sup>2)</sup>。この指針に基づく研修会が全国各地で円滑に運営できるように、2008 年から日本緩和医療学会と日本サイコロジック学会が協力して基本的緩和ケアの教育プロジェクトである「PEACE プロジェ

クト<sup>3)</sup> (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education)」がはじまり、全国各地で緩和ケア研修会が開催されてきた。緩和ケア研修会の目的は、基本的緩和ケアの知識・技能・態度を身につけることであり、その内容は初学者を対象とした基本的なものとした。具体的には「卒後3年目の医師が修得しているべき緩和ケアの能力を身につけること」を目標にプログラム開発を行った。具体的には、2日間にわたる、12時間以上の集合研修とし、①患者とその家族の苦痛(つらさ)に配慮し、気づくことができること、②がん疼痛に対する評価と基本的な治療ができること、③痛み以外の呼吸困難などの身体症状、気持ちのつらさやせん妄といった精神症状に対する基本的な症状緩和ができること、④がん患者に対する基本的なコミュニケーションスキルを習得すること、⑤患者が望んだ場所で過ごすことができるようにするための地域連携や在宅ケアに関する知識を得ること、を到達目標とした。成人学習理論に基づき、単に聴くだけの研修会にならないよう、講義は双方向性に行い、さらに事例検討やロールプレイを組み入れることで、教育効果が高まるような工夫を行った。代表的なプログラム例を表1に示す。

## 2. Train the Trainer モデルの構築

研修会の対象となる医師数は10万人程度であると考えられていた。研修会のスタイルを、学習効果を考えてロールプレイや事例検討などを多用した参加型にしたため、1回の研修会の参加者を

表1 代表的な PEACE による緩和ケア研修会プログラム

<ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア概論 患者の視点を取り入れた全人的ケアを目指して(講義、45分)</li> <li>がん疼痛の評価と治療(講義、90分)</li> <li>つらさの包括的評価と症状緩和(講義、45分)</li> <li>アイスブレイキング(20分)</li> <li>がん疼痛事例検討(90分)</li> <li>オピオイドを開始するとき(ロールプレイ、90分)</li> <li>呼吸困難(講義、45分)</li> <li>消化器症状(講義、45分)</li> <li>気持ちのつらさ(講義、45分)</li> <li>せん妄(講義、45分)</li> <li>コミュニケーション(ロールプレイ、講義、180分)</li> <li>地域連携と治療・療養の場の選択(事例検討、80分)</li> </ul>
--

大人数にするのは現実的ではなく、多くても60名程度の少人数で行う必要があった。必然的に開催回数が増えることになるため、研修会の質をどのように担保するのも課題となった。このため PEACE プロジェクトでは、研修会を開催するための指導者を養成するための指導者研修会を行い、この指導者研修会修了者が、がん診療連携拠点病院を中心に全国各地で緩和ケア研修会を開催する Train the Trainer モデルを採用することとした(図1)。現在までで、31回の指導者研修会を開催し、指導者研修会修了者は緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会修了者が2,400名、精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会修了者が964名となっている(図2)。

## 3. PEACE プロジェクトの成果

### 1) 緩和ケア研修会の受講状況

年1回開催が義務づけられている国指定のがん

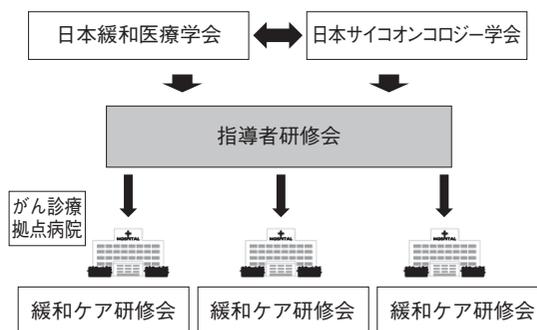


図1 緩和ケア研修会普及のための Train the Trainer モデル

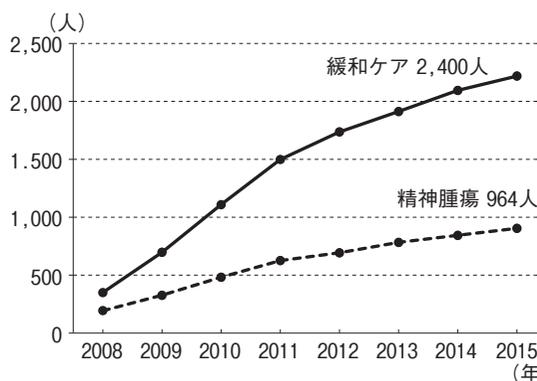


図2 指導者研修会受講人数累計推移

診療連携拠点病院を中心に、全国各地で緩和ケア研修会が開催されてきた。2017年7月までの累計で5,187回の研修会が開催され、修了証書交付数は101,019枚となり、世界最大規模の修了者をもつ基本的緩和ケアの学習プログラムとなった(図3)。医師以外の職種には厚労省からの修了証書が発行されないため正確な数を知ることはできないが、医師以外の職種の参加を認めている研修会も多く、相当数のメディカルスタッフもこの研修会を受講している。2017年6月末時点で、がん診療連携拠点病院においてがん診療を行っている医師の85.2%が緩和ケア研修会を受講済みである。

## 2) 緩和ケア研修会 (PEACE) の学習効果

緩和ケア研修会の学習効果を明らかにするために、緩和ケアに関する知識の評価尺度を開発し<sup>4)</sup>、緩和ケア研修会を受講した医師を対象に、研修会開始前、研修会終了時、そして受講2カ月後に、痛みの緩和、苦痛症状の緩和、精神症状の緩和などの緩和ケアに関する知識や困難感が変化しているかについて質問紙を用いて調査を行った。研修会開始前と比較して、研修会終了時には緩和ケアに関する知識が有意に向上し、2カ月後もその知識は定着していた<sup>5)</sup>。

さらに、緩和ケアに関する困難感は2カ月後調査で受講前と比較して有意に軽減していた。このことから、緩和ケア研修会は医師の緩和ケアに関する知識の向上と困難感の改善に一定の効果があることが示唆される。さらに緩和ケア研修会受講者や指導者研修会修了者へのインタビュー調査<sup>6)</sup>では、「具体的な薬剤の使用方法や悪いニュースの伝え方など初めて系統的に緩和ケアを学ぶ場となった」「患者・家族の持つ苦痛に目を向けることができるようになった」「在宅ケアの視点が身についた」「地域における専門的緩和ケアのリソースを把握することができた」などのプログラムの開発目的に則した効果のほか、「困ったことがあると、見直すことができるテキストが手に入った」「他の医師の実践を実際に見ることができた貴重な機会が得られた」「地域における緩和ケアの連携が強化された」、などの効果が示唆された。

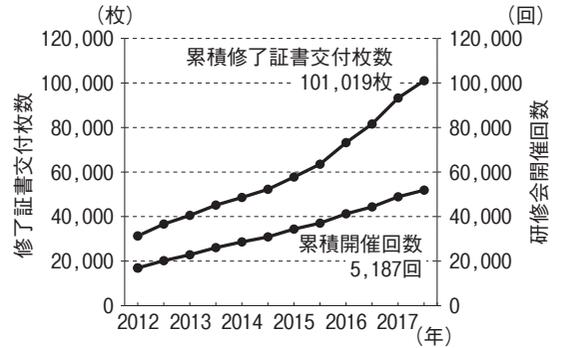


図3 指導者研修会受講人数と研修会開催数累計推移

また、2008年と2015年に実施された医師の緩和ケアに関する知識、困難感に関する大規模な調査を比較した研究では、この7年間で医師の緩和ケアの知識は有意に改善し (effect size, 0.40)、困難感は減少した (effect size, 0.29)。また、傾向スコアマッチングを用いた解析で、PEACE研修会を受講した医師は、知識・困難感ともに受講していない医師に比べて有意に緩和ケアに関する知識が多く困難感が低かった (effect size, 0.64/effect size, 0.42)<sup>8)</sup>。

## 4. 緩和ケア研修会 (PEACE) に残された課題

課題は、大きく分けて3つある。第1には、内容が症状緩和に偏っており、緩和ケアにおいて重要な「終末期のケア」やアドバンス・ケア・プランニング、苦痛緩和困難な症状に対する鎮静など、いわゆるエンドオブライフケアについて学ぶことができないことである。第2に対象としている学習者ならびに内容が「がん」に限られていること、第3に内容が初学者を対象としており、多様な学習のニーズに答えることができないことが挙げられる。

### 専門的緩和ケアについて

専門家の育成としては、緩和ケアチームの育成、緩和医療学会専門医制度の開始、がんプロフェッショナル養成プランによる大学への講座の設置と専門家教育の開始が、この10年の大きな変化として挙げられる。

## 1. 緩和ケアチームの育成

詳細は緩和ケアチームの項に譲るが、国立がん研究センターによる緩和ケアチーム研修会の実施、日本緩和医療学会による緩和ケアチーム委員会の設置ならびに緩和ケアチーム活動の手引きの作成、厚生労働省科学研究費研究班による緩和ケアチームの基準の作成、日本看護協会による専門・認定看護師の育成などにより、行政の強力なイニシアティブによって設置された緩和ケアチームを育成し、質を担保する活動が幅広く実施された。この活動により、新たに緩和ケアを専門的に学び、実践しようとする医療従事者が増え、また専門家として活動する場も確保されることとなった。

## 2. 緩和医療学会専門医制度の設立

上記に呼応するように、日本緩和医療学会は2008年から緩和医療専門医制度の設立を決定し、緩和医療専門医の育成、研修制度の確立を開始した。2010年から現在までに178名の緩和医療専門医が誕生している。

## 3. がんプロフェッショナル養成プランにおける専門家の育成ならびに卒前卒後教育の実践

文部科学省により、がんプロフェッショナル養成プランが2007年から開始され、多くの大学医学部に緩和ケアを専門とする講座が設置された。緩和ケアチームの設置と運営という臨床の場が確保され、また緩和医療専門医の受験要件のひとつとしてがんプロフェッショナル養成プランの卒業が認められたことから、これらの動きが三位一体となり、緩和医療専門家の育成に貢献したと考えられる。また、これらの新設された講座や部署において、大学の卒前・卒後教育が実践されていることも緩和医療の普及に大きく貢献しているものと考えられる。

和ケアならびに専門的緩和ケアの領域でこの10年で飛躍的に発展した。現在でもわが国のがんに対する緩和ケア教育は世界有数のレベルにあるが、がん以外の疾患については貧弱と言わざるをえない。今後すべての年齢と疾患を対象とした基本的緩和ケア、専門的緩和ケア、そして組織的な卒前教育の実施が課題である。人を育てることは地味だが、社会の基盤整備にとって重要であり、そして豊かな経験を私達に与えてくれる。患者家族のQOL (quality of life) とQOD (quality of death: 望ましい死の達成) に貢献できるように、精一杯の努力をしていきたい。

### 文 献

- 1) World Health Organization : Definition of palliative care. Geneva, WHO, 2002 [[www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)] (last accessed Apr.29, 2017)
- 2) がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針 [<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000119105.pdf>] (last accessed Apr.29, 2017)
- 3) 日本緩和医療学会 Web ページ [<http://www.jspm-peace.jp/>] (last accessed Apr.29, 2017)
- 4) Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, et al : The palliative care knowledge questionnaire for PEACE : reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. *J Palliat Med* 16 (11) : 1423-8, 2013
- 5) Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, et al : Outcome evaluation of the palliative care emphasis program on symptom management and assessment for continuous medical education : nationwide physician education project for primary palliative care in Japan. *J Palliat Med* 18 (1) : 45-49, 2015
- 6) 山本 亮, 阿部泰之, 木澤義之 : 緩和ケア研修会を開催したことによる変化—指導者研修会修了者の視点から. *Palliat Care Res* 7 (1) : 301-305, 2012
- 7) 山本 亮, 木澤義之, 坂下明大, 他 : PEACE 緩和ケア研修会を受講したことによる変化と今後の課題—フォーカスグループ・インタビューの結果から. *Palliat Care Res* 10 (1) : 101-106, 2015
- 8) Nakazawa Y, Yamamoto R, Kato M, et al : Improved knowledge of and difficulties in palliative care among physicians during 2008 and 2015 in Japan : association with a nationwide palliative care education program. *Cancer* 12, 2017 (Epub ahead of print)

---

## おわりに

わが国の緩和ケア教育は、特に卒後の基本的緩

### 3. 緩和ケアにおける教育

## B. 看護師教育—がん医療に携わる看護研修事業，ELNEC-J コアカリキュラム，SPACE-N プログラムを中心に

田村恵子

(京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系)

#### はじめに

がん対策基本法（以下，基本法）施行後のこの 10 年間は，がん対策推進基本計画に基づいて，がん診療に従事する医師の緩和ケアについての研修が実施されてきた。一方，医師以外の職種を専ら対象とした研修については，各職能団体や学会等が自主的に企画・運営を行ってきた。本稿では，緩和ケアに携わる看護師を対象とした看護現任教育のうち，専門・認定看護師の資格認定に係る資格認定制度，および基本的・専門的緩和ケアに従事する看護師を対象とした教育プログラムについて紹介する。

#### 公益社団法人日本看護協会・資格認定制度

本制度の目的は国民への質の高い医療の提供であり，専門看護師（以下，CNS），認定看護師（以下，CN），認定看護管理者の 3 つの資格がある。緩和ケアに直接的に関与しているのは，がん看護 CNS，緩和ケア CN，がん性疼痛看護 CN であり，がん医療の高度化・専門化に伴って認定者数が増えている。特に，基本法の制定後，文部科学省は今後のがん医療を担う医療人養成の推進を図ることを目的に「がんプロフェッショナル養成プラン」を立案した。プランを受けてがん看護 CNS の養成課程が急速に増加したことから，がん看護 CNS は全 CNS の約 3 割を占めるようになっている（2017 年 12 月末現在<sup>1)</sup>）。また，医療や療養管理における役割拡大の必要から，2012 年にそれま

で 26 単位であった CNS 教育課程が，各専門領域の医学的知識や技術，臨床判断を加味した教育科目と治療過程に関する実習が追加され，38 単位を最低単位とする教育課程に移行している<sup>2)</sup>。

#### 基本的緩和ケアに従事する看護師の教育プログラム

##### 1. 公益社団法人日本看護協会「がん医療に携わる看護研修事業」

がん対策の推進において，「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」における看護師への期待はかつてないほど大きいことから，公益社団法人日本看護協会は，2013 度より厚生労働省の委託を受けて「がん医療に携わる看護研修事業」を行った。本事業の目的は，①がん診療連携拠点病院における看護師を教育するための指導者研修会用教材の作成，②作成した教材を用いた指導者研修会を実施し，がんと診断された時からの緩和ケアの充実を図ることである。その結果，全国で 1,622 名の指導者が養成され，所属施設において一般看護師に対する緩和ケア研修を実施することで看護師による緩和ケアの質向上を図っている<sup>3)</sup>。さらに，研修を修了した一般看護師は，適切な緩和ケアのシステム構築を進めるうえで，チームの楔的役割を担う緩和ケアリンクナースとしての活動を開始している。

## 2. 特定非営利活動法人日本緩和医療学会「The End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan (ELNEC-J) コアカリキュラム看護師教育プログラム」

ELNEC コアカリキュラムは、米国で開発されたエンド・オブ・ライフ（以下、EOL）ケアや緩和ケアを提供するため看護師に必要とされる能力習得するための系統的な教育プログラムである。わが国では、2007年より翻訳が開始され、次に日本の実情・文化に合わせて日本語版の開発が進められ、2009年からは日本緩和医療学会の事業の一環として、ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成が行われている。本格的な高齢多死の時代を目前に控えて、看護師には人々のQOLを維持向上させ、患者の尊厳ある人生の最期を支えること、家族に安心を与える役割が求められている。したがって、本研修の目的は、「がん」だけにとどまらず、すべての人に質の高いEOLケアを届けることである。2017年8月現在、ELNEC-J コアカリキュラム指導者は1,793名まで増え、ELNEC-J コアカリキュラム指導者が所属施設や地域などで一般看護師を対象として開催している本プログラムは全国で751回開催され、受講者数は23,095名にのぼっており（2011年6月～2017年4月現在）、わが国のEOLケアの充実の一翼を担っている<sup>4)</sup>。

## 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会「専門的緩和ケア看護師教育プログラム (Specialized Palliative Care Education for Nurses Program : SPACE-N プログラム)」

SPACE-N プログラムは、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアに従事している看護師を対象とした教育プログラムで、専門的緩和ケアを担う場において、①リーダーシップを発揮し、意欲的に専門的緩和ケアの質の向上に取り組むことができる看護師を育成すること、②苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えるために必要となるコアコンピテンシーの向上をはかることを目的としている。本プログラムは、2013年から日本ホスピス緩和ケア協会・看護師教育支援委員会のメンバーおよびワーキング

グループメンバーが中心となり開発が進められた。本プログラムは、一方向の講義形式ではなく、事前教材にそって自己学習を行い、専門的緩和ケアに必要な知識を深め、その後、対話形式によるグループワークからなる5回コースの研修会を通して、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族に寄り添い、支えていくために必要なケアについて共に探究し、お互いにエンパワメントしていく内容で構成されている。2017年2月までに、修了者は全国で152名に達したところであり、ようやく専門的緩和ケア質の向上のスタート地点に立ったところである<sup>5)</sup>。

## おわりに

本稿では、基本法施行後の緩和ケアに関する看護師の現任教育についての現状を概観した。緩和ケアに従事する看護師の現任教育の体系化はこの10年でかなり進んではきたが、医師のそれに比べて、まだまだ看護師の有志が手弁当で活動している域を超えているとは言いがたい状況である。こうした状況を改善していくためにも、現状の教育プログラムを受講した看護師による緩和ケアを受けた患者・家族の評価に取り組んでいくことが必要であると考ええる。さらに、がんと共に生きる人を支えるために必要な看護の知識や技術が明確化され、体系化された教育プログラムの開発が望まれる。

## 文 献

- 1) 公益社団法人日本看護協会資格認定制度専門看護師〔<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns/>〕(2018.2.27 アクセス)
- 2) 一般社団法人日本看護系大学協議会高度実践看護師教育課程基準・審査要項〔<http://www.janpu.or.jp/activities/committee/point/>〕(2017.11.1 アクセス)
- 3) 公益社団法人日本看護協会生涯学習支援がん医療に携わる看護研修事業〔<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/ganiryoy/index.html>〕(2017.11.1 アクセス)
- 4) 特定非営利活動法人日本緩和医療学会 教育関連〔ELNEC-J〕<https://jspm.ne.jp/elneec/index.html>〕(2017.11.1 アクセス)
- 5) 特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 専門的緩和ケア看護師教育プログラム〔[https://www.hpcj.org/med/space\\_n.html](https://www.hpcj.org/med/space_n.html)〕(2017.11.1 アクセス)

## 3. 緩和ケアにおける教育

### C. 薬剤師教育—緩和薬物療法認定薬剤師の認定制度を中心に

加賀谷肇

(明治薬科大学 臨床薬剤学研究室)

#### はじめに

緩和医療における薬剤師のこの 10 年の歩みを考えると、がん対策基本法が成立した 2006 年頃から緩和医療にフォーカスを当てた薬剤師の学会を立ち上げたいという機運が高まり学会設立の検討が始まった。当時、緩和ケアチームは徐々に増えつつあったが、薬剤師が参加しているチームはまだ少なかったと思う。しかし、チーム医療を推進するためには、幅広い薬学の知識を補い、困難な症状や薬剤の副作用に立ち向かう必要があり、現場の薬剤師からアドバイスやチームへの参画を求めている医師や看護師も沢山いた。1996 年に設立されている日本緩和医療学会の理事会においても学会設立を承認していただき、2007 年 3 月 24 日に鈴木勉代表理事（星薬科大学名誉教授）を代表者として「日本緩和医療薬学会」が設立された。

学会発足の主な目的は、わが国においまます高まる緩和医療の重要性を鑑み、保険薬局薬剤師、病院薬剤師、薬学研究者の連携強化を図り、緩和医療における薬物療法の推進と充実、さらには大学での薬学教育と企業での研究・学術研究の進歩発展などであった。

#### 緩和医療における薬剤師の参画

緩和医療は、ホスピス、緩和ケア病棟、一般病棟、在宅が主な医療現場となっているが、わが国ではホスピス・緩和ケア病棟の絶対数はまだまだ少なく、国は 2002 年に「緩和ケア診療加算」を設け、一般病棟の入院患者に対して緩和ケアチーム加算が設定された。さらに在宅における緩和ケ

アの充実を目指して、2006 年には「在宅療養支援診療所」が新設された。しかしながら、当時在宅での緩和ケアなどは受け皿の絶対数が少なく、限られた患者がこの恩恵を受けられているのが実情であった。在宅療養では医療・福祉の連携がきわめて重要で、地域における連携、システム作りが急がれているが保険薬局の薬剤師の一部にはすでに取り組みを始めている者もいた。

緩和医療における薬剤師の診療報酬上の評価においても 2008 年 4 月の改定において、緩和ケアチーム加算の算定要件に専任薬剤師の配置が加えられた。また、保険薬局薬剤師は居宅医療支援からがん患者を痛みから解放するためにその役割を担っていることも評価され、麻薬管理指導加算も引き上げられたことは特筆すべきことである。

#### 緩和薬物療法認定薬剤師認定制度の構築

日本緩和医療薬学会では、日本緩和医療学会の役員に顧問や監事として就任していただき、また、支援会員としてこの分野の第一人者の医師、看護師に加入いただいているのも本学会の特徴である。学会設立後最初に着手したことが、緩和薬物療法認定薬剤師の養成と認定事業で、認定委員会、試験委員会が中心となり認定試験制度、認定薬剤師認定制度が構築された。2010 年には第 1 回緩和薬物療法認定薬剤師の認定が開始された。2012 年より薬剤師の判断力・態度を磨くことを目的に PEOPLE (Pharmacy Education for Oncology and Palliative care Leading to happy End of life) プログラムがスタートし、グループワークとロールプレイを中心とした医療現場での対応能力の養成を進めている。緩和薬物療法認定薬剤師の認定

2017年4月現在

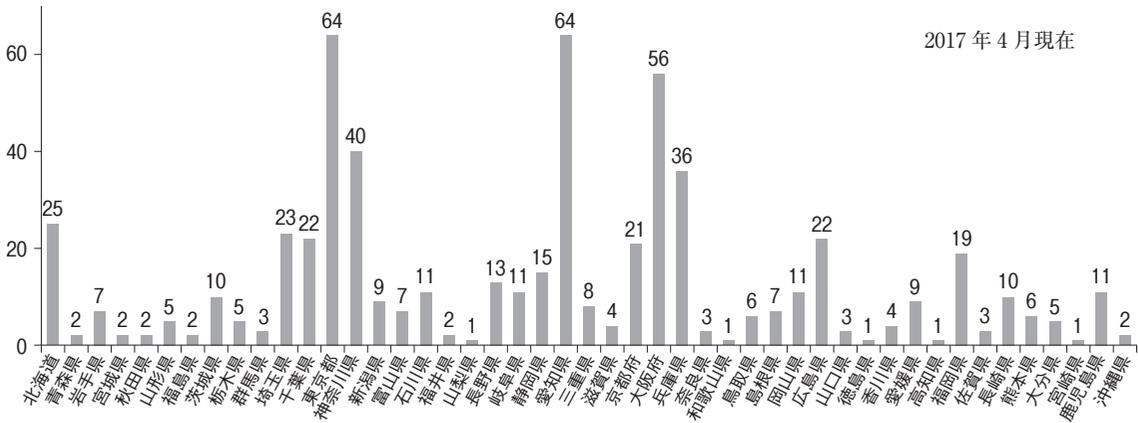


図1 都道府県別の緩和薬物療法認定薬剤師数（595名）

は5年ごとの更新を義務付け、更新するまでの期間中にPEOPLEプログラムの受講を義務付け、2015年から更新制度が開始された。

2017年4月現在、595名（取得5年の更新者も含む）が全国都道府県に網羅され活躍されている。

## 緩和医療を担う薬剤師の教育・育成

全国各地で開催される緩和ケア関連の研修会や講演会では、薬剤師を対象としたもの、チーム医療の実践を目指したものなど数多く開催されており、日本緩和医療薬学会では認定のための単位として申請され、認定委員会で認めた研修会等には単位認定をしている。

2013年には緩和薬物療法認定薬剤師を目指す薬剤師や実践薬剤師のための教科書を学会で編集し「緩和医療薬学（南江堂2013年刊）」を出版した。また、トワイクロス先生の著書の翻訳版權を学会として取得し、「トワイクロス先生の緩和ケア処方薬（医学書院）」を発刊し、2017年には第2版を出版した。

学術大会の開催時には教育セミナーが開催され、年々受講希望者が増え2017年開催の第11回年会では受講者が1,000人を超える状況である。

薬剤師の卒前教育も大きく変わり、特筆すべきは薬学教育が2006年より6年制が導入された。それに伴い薬学教育モデル・コアカリキュラムが策定され、2015年入学生からは改定がなされ、

医療薬学の分野に「がん終末期医療と緩和ケア」が新設されている。

卒前教育においても緩和ケア教育、コミュニケーションスキル教育に緩和ケアを題材にした内容が織り込まれるようになっている。

また、緩和医療薬学会では緩和医療に関する広範な知識・技能および態度を備え、より質の高い緩和医療の実践に貢献できる「緩和医療専門薬剤師」の養成・認定事業を構築中である。医療法で認められた広告できる専門薬剤師制度を目指している。

## 今後の課題

緩和医療において薬剤師が欠くことのできない存在になるためには、緩和医療の知識・技能・態度を習得した薬剤師を育成することに尽きる。より専門性の高い薬剤師の養成には、日本緩和医療学会と足並みを揃えて日本緩和医療薬学会が中心となり、緩和薬物療法認定薬剤師を養成し、将来的には緩和医療専門薬剤師や学会としての教育活動ならびに社会に向けた薬剤師の緩和医療に対する啓発活動などを通してもっと薬剤師の貢献を示していく必要があると考えている。

薬剤師の専門性を踏まえた今後の課題を以下に要約すると、

- ①薬剤師の専門性向上のための教育プログラムの構築
  - ・緩和医療学会との共同開発

- ・緩和医療薬学会での教育プログラムの拡充
- ②緩和ケアコンサルテーションチーム薬剤師の養成
  - ・薬剤師を緩和ケア専任・専従とするための人的環境整備
- ③在宅緩和ケア支援薬剤師の養成
  - ・保険薬局薬剤師の教育育成

- ④緩和ケアの現地研修のあり方の検討を要する

医療チームにもっと積極的に関わり、薬剤師の視点から臨床薬学的アプローチを通してチーム医療を担う気概を持った人材を養成しなければならないと考えている。

## 4. サイコオンコロジーと コミュニケーション技術研修会 (CST)

藤森麻衣子<sup>\*1</sup> 二宮ひとみ<sup>\*2</sup> 内富庸介<sup>\*3</sup>

(<sup>\*1</sup>国立がん研究センター社会と健康研究センター コホート連携研究部/健康支援研究部

<sup>\*2</sup>国立がん研究センター中央病院 精神腫瘍科 <sup>\*3</sup>国立がん研究センター中央病院 支持療法開発センター)

### がん対策基本法におけるサイコオンコロジーとコミュニケーション

2007年に策定された第1次がん対策基本計画において、「すべてのがん患者と家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」が全体目標として掲げられ、より高い緩和ケアを実施していくために、精神腫瘍医を育成することと、告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから医師のコミュニケーション技術の向上に努めることが求められた。

### わが国におけるサイコオンコロジー

がん患者とその家族に適切な心のケアを提供することの重要性が認識されているが、心のケアに従事する医療者であるサイコオンコロジストの情報ほとんど知られていない現状があった。そのため日本サイコオンコロジー学会において、がんに関連する苦悩等の専門的知識、技能、態度を用いて、誠意をもった診療に積極的にあたる登録精神腫瘍医制度を作り、現在までに67名の医師を認定し、ホームページ上で情報を公開している。また、精神腫瘍医、看護師、心理士、多職種を対象としたサイコオンコロジーに関する研修会を実施している。これまでに心理士向け研修会スタンダードコースは10年間で718名が、アドバンスコースは3年間で延べ125名が修了している。その他、サイコオンコロジーの学習の機会として、国際サイコオンコロジー学会オンラインカリキュラム日本語版や日本癌治療学会がん医療専門チームスタッフのためのeラーニングプログラムがある。

### 患者-医師間のコミュニケーションの重要性

インフォームドコンセントを前提とする医療においては、患者に対して心身の状態と検査や治療といったこれから行われる医療行為について十分説明を行い、きちんと理解したことを確認し、患者自らの自由意思に基づいて医療者と合意が求められる。

医療者が病気の状態や医療行為について説明する際には、患者にとって望ましくない情報も提供されることになる。患者にとって望ましくない情報は「悪い知らせ」と呼ばれ、いったんは患者の負の感情を惹起する。がん患者は診断後にうつ病の有病率や自殺率が一般人口よりも高い一方で、医療者が患者に悪い知らせを伝える際に、望ましいコミュニケーションであると、患者の心理的ストレスを抑制できることから、患者-医療者間の望ましいコミュニケーションを促進することは非常に重要である。

### 患者が望むコミュニケーション

悪い知らせを伝えられる際に、患者が望むコミュニケーションを検討した面接・質問紙調査は数多く報告されており<sup>1)</sup>、わが国においては、①支持的な環境を設定する、②悪い知らせの伝え方に配慮する、③悪い知らせに加えて付加的な情報を提供する、④安心感と情緒的なサポートを提供するというという4つの構成要素が抽出され、頭文字からSHAREとまとめられている(表1)<sup>2)</sup>。意向の関連要因の検討から、全般的に年齢が若い方

が、また男性よりも女性の方が各コミュニケーションへの意向が強いことが示唆されているが、個人差が大きいことも示唆されており<sup>1,3)</sup>、目の前の患者の意向を汲み取ることが重要であると考えられる。

表 1 患者が望むコミュニケーションの 4 要素：SHARE

Supportive environment (指示的な環境)
<ul style="list-style-type: none"> <li>十分な時間を設定する。</li> <li>プライバシーが保たれた、落ち着いた環境を設定する。</li> <li>面談が中断しないように配慮する。</li> <li>家族に同席を勧める。</li> </ul>
How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)
<ul style="list-style-type: none"> <li>正直に、わかりやすく、丁寧に伝える。</li> <li>患者の納得が得られるように説明をする。</li> <li>はっきりと伝えるが「がん」という言葉を繰り返し用いない。</li> <li>言葉は注意深く選択し、適切に婉曲な表現を用いる。</li> <li>質問を促し、その質問に答える。</li> </ul>
Additional information (付加的な情報)
<ul style="list-style-type: none"> <li>今後の治療方針を話し合う。</li> <li>患者個人の日常生活への病気の影響について話し合う。</li> <li>患者が相談や気がかりを話すよう促す。</li> <li>患者の希望があれば、代替療法やセカンド・オピニオン、余命などの話題を取り上げる。</li> </ul>
Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)
<ul style="list-style-type: none"> <li>優しさと思いやりを示す。</li> <li>患者に感情表現を促し、患者が感情を表出したら受け止める。(例：沈黙、「どのようなお気持ちですか?」、うなづく)</li> <li>家族に対しても患者同様配慮する。</li> <li>患者の希望を維持する。</li> <li>「一緒に取り組みましょうね」と言葉をかける。</li> </ul>

## コミュニケーション技術研修会の有効性

医療者が望ましいコミュニケーションを習得する方法としてコミュニケーション技術研修会（以下、CST）が挙げられる。わが国においても、がん患者の望むコミュニケーション SHARE に即した 2 日間の CST プログラム（SHARE-CST）が開発され、がん専門医を対象とした無作為化比較試験により、参加者である医師の望ましいコミュニケーションと自己効力感、そして、特に注目すべき点として患者アウトカムである抑うつと医師への信頼感において、介入群と対照群の間に有意差が認められ、その有効性が示された（図 1）<sup>4)</sup>。

世界的にも CST の有効性は数多く検討されており、系統的レビューにおいても CST により参加者である医療者の望ましいコミュニケーションや自己効力感が増加することが示されている<sup>5)</sup>。2017 年に公表された米国臨床腫瘍学会（以下、ASCO）によるコミュニケーションに関する最新の診療ガイドラインにおいても、SHARE-CST は系統的レビューで引用されている<sup>6)</sup>。ASCO のガイドラインで推奨されている CST は、十分な訓練を積んだファシリテーターがマニュアルに基づき、シナリオを用いた模擬患者とのロール・プレイ、フィードバック、患者との面談の観察を通して望ましいコミュニケーション、特に患者や家族への共感を強調して学習するプログラムである（図 2）。Ann Oncol 誌が出版したヨーロッパのエキスパートによるコンセンサス会議に基づくポジ

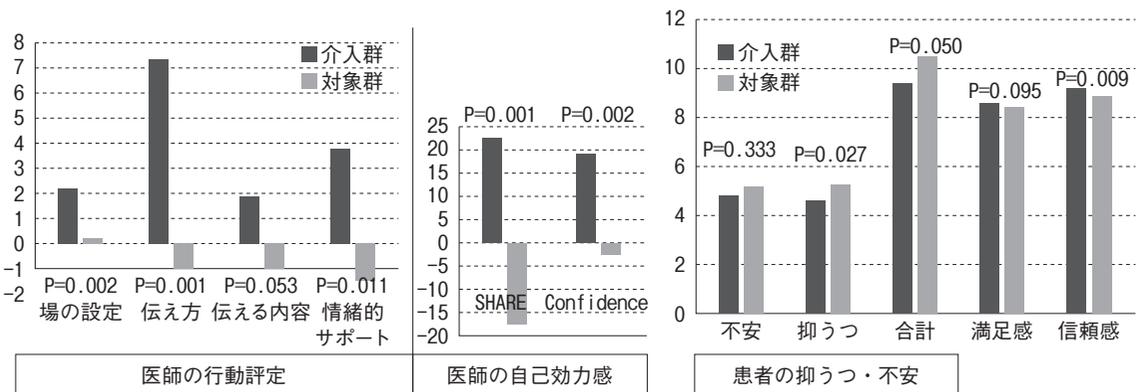


図 1 CST 介入群と統制群の医師の行動評定、自己効力感、患者の抑うつ・不安、満足感、信頼感の比較

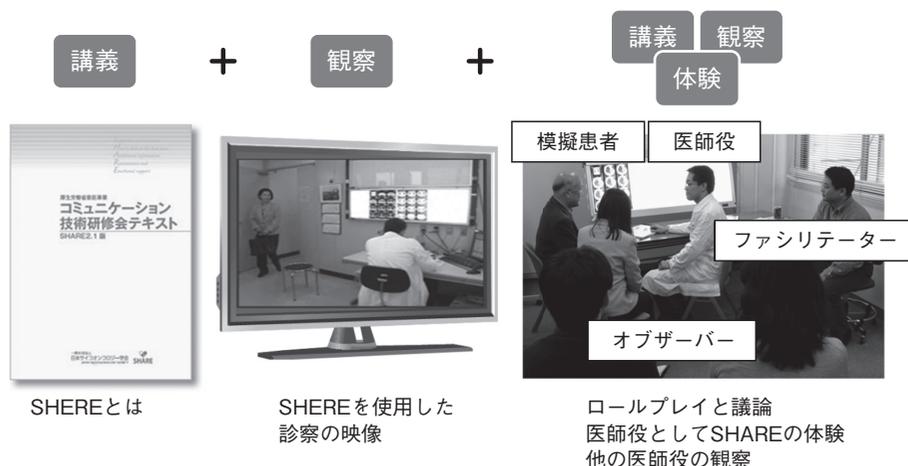


図2 コミュニケーション・スキル・トレーニングの内容

ションペーパーでは、上記に加えて少人数（4～6名）のグループで行われることと、学習量に応じた効果が示唆されていることから最低3日間以上のプログラムが推奨されている<sup>7)</sup>。

## わが国における CST の実践

2007年より厚生労働省委託事業として「がん医療に携わる医師のためのコミュニケーション技術研修会」(SHARE-CST)、および「ファシリテーター養成講習会」が実施されてきた。ファシリテーター養成講習会は、SHARE-CSTを修了した医師とSHARE-CSTを見学したサイコオネコジストを対象とした8日間の講習会である。2016年までの10年間に1,360名の医師がSHARE-CSTを、189名の医師、およびサイコオネコジストがファシリテーター養成講習会を修了した。SHARE-CSTの質を担保するためにファシリテーターの技術の維持、向上を目的とした地固め講習会も定期的に開催されてきた。さらに、日本サイコオネコロジー学会ではファシリテーターが各地域や各病院で個別にSHARE-CSTを開催するための支援を行い、その個別開催数は10年間で延べ83回に上り、修了者は440名と全体の1/3を占めている。2016年12月には日本がん治療認定医機構において申請の際に必要なとされる学術単位5単位として認められたことは社会的評価として

価値のあるマイルストーンとなった。CSTが医療に真に根付くには、個別開催の推進が鍵となり、今後10年間で正念場である。

## 今後の課題

がん対策基本法施行以降の10年間に、サイコオネコジストのための研修会やCST、ファシリテーター養成講習会を実施してきた。SHARE-CSTは世界的にも有効性が明確に示された数少ないプログラムであるが、2日間のロール・プレイを中心とする小人数でのグループワークという性質上、全国の医師への普及が難しいものとなっている。有効性の高いプログラムはファシリテーターに高い技能が求められたり、コストが高かったりするため実装が難しいと一般的には言われるが、今後、診療ガイドラインの作成やさまざまな学会との連携によりインセンティブがつくよう働きかけるなどして、さらなる普及を目指す必要がある。また、患者団体代表等外部からは常に高評価を得ているが、コミュニケーションへのモチベーションが低くCSTに参加しない医師への取り組みが求められるため、新たなプログラムの開発、およびエビデンスの創出を行っていく必要がある。サイコオネコジストのための研修会に関しては、その有効性を評価することが求められる。さらにいずれの研修会においても、実臨床の

上で有効性を示す必要があるが、一貫した評価法指標がない領域であるため、評価指標の検討、評価システムの構築も同時に行うことが求められる。

#### 文 献

- 1) Fujimori M, Uchitomi Y : Preferences of cancer patients regarding communication of bad news : a systematic literature review. *Jpn J Clin Oncol* 39 (4) : 201-216, 2009
- 2) Fujimori M, Akechi T, Morita T, et al : Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 16 (6) : 573-581, 2007
- 3) Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y : Factors associated with patient preferences for communication of bad news. *Palliat Support Care* 15 (3) : 328-335, 2017
- 4) Fujimori M, Shirai Y, Asai M, et al : Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news : a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 32 (20) : 2166-2172, 2014
- 5) Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA : Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev* (3) : CD003751. 2013.
- 6) Gilligan T, Coyle N, Frankel RM, et al : Patient-Clinician Communication : American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *J Clin Oncol* 35 (31) : 3618-3632, 2017
- 7) Stiefel F, Barth J, Bensing J, et al : Communication skills training in oncology : a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol* 21 (2) : 204-207, 2010

## 5. 緩和ケア病棟のこの10年

佐藤一樹<sup>\*1</sup> 志真泰夫<sup>\*2</sup>

(<sup>\*1</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻 )  
(<sup>\*2</sup>筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 )

### はじめに—緩和ケア病棟の保険医療制度上での変遷

緩和ケア病棟は、医療保険制度上では1990年に「緩和ケア病棟入院料」の算定が開始されて制度化され、30年近くが経過した。その間に、緩和ケアが提供される場合は緩和ケア病棟以外に拡大されてきた。緩和ケアに関する診療報酬は、1990年当時は緩和ケア病棟に対する「緩和ケア病棟入院料」のみであったのに対して、緩和ケアチームに関する「緩和ケア診療加算」(2002年新設)、緩和ケア外来に関する「外来緩和ケア管理料」(2012年新設)、在宅緩和ケアに関する「在宅療養支援診療所」(2006年新設、機能強化型の制度化は2012年)や「在宅緩和ケア充実診療所」(2016年新設)などが制度化されてきた。緩和ケアの定義はかつての「治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケア」から病期に依らず早期に提供されるケアへと変更され(2002年WHO)、緩和ケアの提供の場も多様になった<sup>1)</sup>。

また、緩和ケア病棟に関する医療保険制度も少しずつ変更が加えられている。1990年に設けられた緩和ケア病棟入院料算定のための施設基準では、医療者の体制や病室といった環境などの構面が主であった。2008年には留意事項として、入院患者への緩和ケアの提供とともに外来や在宅への円滑な移行を支援すること、緩和ケアに関するガイドラインを参考とすること、連携する保険医療機関の患者の緊急の相談などに24時間対応できること、連携する保険医療機関の医師・看護師などに研修を実施することが追加された。保険点数では1990年の新設以降、すべてのがん・エ

イズ患者に一律の包括払い診療報酬から、2012年以降は入院日数の長期化により漸減する包括支払いとなり(表1)、2016年には「緩和ケア病棟緊急入院初期加算」が新設された。これらは緩和に加えて、他施設との連携促進、在宅療養患者の支援、緩和ケア病棟の利用患者数増加の意図が2018年4月から緩和ケア病棟入院料1と入院料2に区分され、平均在院日数、平均待機日数、在宅移行割合の基準により異なる診療報酬が導入される見込みである。多様な緩和ケアの提供体制の中で緩和ケア病棟は、多くの患者が利用できるより急性期型の運用、在宅療養患者のフォローアップや診療所などとの連携の促進、緩和ケアの教育・研修に関する地域での中心的役割など、求められる役割が拡大しながら変化してきたことが医療保険制度の変遷からもうかがえる。

表1 緩和ケア病棟入院料の保険点数の変更

診療報酬	期間	内容
緩和ケア病棟入院料	2011年度まで	入院日数に依らず一律の包括支払い
	2012年度から	入院日数に依って漸減する包括支払い (30日以内/30~60日/61日以上の3段階)
緩和ケア病棟緊急入院初期加算	2016年度から	連携して緩和ケアを提供する別の在宅療養支援診療所などから情報提供されていた在宅療養患者の緊急入院に対する加算
緩和ケア病棟入院料1 緩和ケア病棟入院料2	2018年度から	直近1年間の平均在院日数、平均待機期間、在宅移行割合の施設要件により入院料1と入院料2のいずれかの算定となる(入院日数により点数が漸減するのは同様)

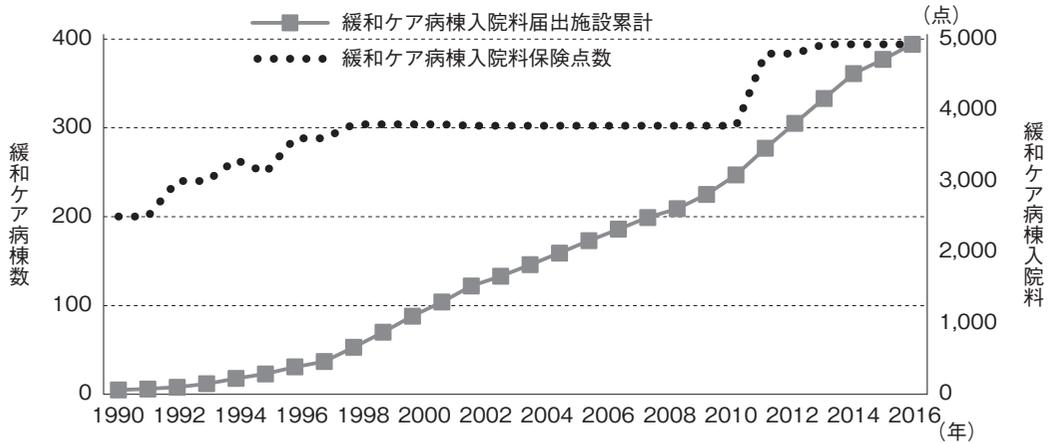


図1 緩和ケア病棟の施設数と緩和ケア病棟入院料の保険点数の推移<sup>2)</sup>  
 緩和ケア病棟の施設数は、緩和ケア病棟入院料の届け出施設数。緩和ケア病棟入院料の保険点数は、2012年以降は入院日数別の点数の最高額

これらを背景として、緩和ケア病棟入院料を算定する緩和ケア病棟は、1990年に5施設でスタートした後、一貫して増加し続けている(図1)<sup>2)</sup>。年に数施設ずつの緩やかな増加から1998年以降は年に10施設台の増加のペースへとアップし、2011年より数年間は年に20～30施設台の増加へと加速した。2010年代の増加ペースの加速は、上述の緩和ケア病棟入院料の保険点数変更により1日あたりの保険点数の最高額が増額された影響が考えられる。2017年には394施設8068病床まで増加した。

また、緩和ケア全体に対しては、2006年のがん対策基本法の成立とそれに続くがん対策推進基本計画の策定は大きな前進の契機となった。緩和ケア病棟に関する直接的な言及は少ないが、緩和ケア病棟入院料緊急入院初期加算の新設など地域連携の推進のための施策はその一端であろう。がん診療の中心的役割を担うがん診療連携拠点病院が2次医療圏ごとに整備され、そのすべてが緩和ケアチームを有する。緩和ケア病棟は都道府県がん診療連携拠点病院の37%(18/49施設)、地域がん診療連携拠点病院の24%(83/350施設)に設置されている<sup>2,3)</sup>。

本稿では、上述の緩和ケア病棟の役割の変化とがん対策による緩和ケア病棟への影響を日本ホスピス緩和ケア協会の調査データを基に検証する。

## 方法

日本ホスピス緩和ケア協会が毎年4月に正会員である緩和ケア病棟を対象に行う施設概要・利用状況調査のデータを二次利用した。がん対策基本法成立後の変化を検証するため、施設概要は2006～2016年の10年間(各年4月1日時点で情報)、利用状況は2006～2016年度の10年間の情報を利用した。緩和ケア病棟入院料算定施設のうち、延べ90%(2613/2892施設)から有効回答を得た(有効回答率の範囲:2015年度306/361施設=85%,2006年度170/173施設=98%)。

## 結果

### 1. 緩和ケア病棟の施設概要の変化(表2)

緩和ケア病棟の施設構造や人員は2006年から2016年の10年間で大きな変化はなかった。緩和ケア病棟数は増加傾向であるが、緩和ケア病棟入院料の算定開始後5年未満の開設後間もない緩和ケア病棟が約1/3ほどで割合は一定である。施設構造に関しては、独立型でなく院内病棟型が増加したものの、病床数や個室割合に著変はなかった。人員に関しても、専従・専任の医師・看護師数は同程度であった。緩和ケア病棟入院料算定の施設基準について施設構造や人員に関する変更がなく、大きな変化はみられなかったと考えられる。

表2 緩和ケア病棟の概要の変化

年	2006年	2016年
有効回答	161施設	283施設
緩和ケア病棟入院料 算定開始後5年未満	36%	30%
病棟形式(院内病棟型)	72%	83%
認可病床数	19.1 ± 5.8床	20.6 ± 7.5床
稼働病床数	18.8 ± 5.7床	20.2 ± 7.3床
個室割合	84 ± 21%	87 ± 21%
医師数(専従・専任、20床当たり)	1.7 ± 0.9名	1.7 ± 0.9名
看護師数(専従・専任、20床当たり)	17.8 ± 5.9名	18.2 ± 4.1名
緩和ケア外来	93%	98%
緩和ケア外来の開診頻度：週2日以上	45%	78%
在宅診療(自施設から)	42%	37%
訪問看護(自施設から)	43%	54%
病院の病床数	331 ± 249床	329 ± 233床
緩和ケアチーム		
あり(緩和ケア診療加算の算定あり)	(データなし)	14%
あり(緩和ケア診療加算の算定なし)		41%

表3 緩和ケア病棟の利用状況の推移

年度	有効回答 (施設)	年間入院患者数(名)		平均在棟数(日)		平均病床利用率(%)		死亡退院割合(%)	
		中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲
2006	173	128	[94 ~ 159]	41	[34 ~ 50]	81	[73 ~ 89]	89	[83 ~ 94]
2007	186	128	[95 ~ 170]	40	[33 ~ 47]	80	[71 ~ 90]	90	[82 ~ 94]
2008	199	131	[93 ~ 172]	39	[30 ~ 50]	82	[71 ~ 89]	88	[83 ~ 93]
2009	209	134	[100 ~ 178]	39	[31 ~ 52]	82	[71 ~ 90]	89	[83 ~ 95]
2010	225	141	[102 ~ 186]	39	[30 ~ 47]	83	[74 ~ 92]	88	[81 ~ 94]
2011	247	148	[107 ~ 188]	37	[31 ~ 44]	83	[72 ~ 90]	89	[81 ~ 94]
2012	277	157	[108 ~ 201]	34	[28 ~ 43]	80	[70 ~ 90]	88	[79 ~ 93]
2013	305	157	[111 ~ 205]	32	[25 ~ 40]	76	[64 ~ 86]	87	[78 ~ 93]
2014	333	158	[120 ~ 210]	32	[25 ~ 40]	76	[65 ~ 87]	87	[78 ~ 92]
2015	361	168	[128 ~ 218]	31	[25 ~ 39]	76	[66 ~ 85]	87	[79 ~ 92]
2016	377	176	[130 ~ 221]	29	[23 ~ 39]	76	[65 ~ 85]	85	[78 ~ 92]

外来機能では、外来設置割合はもともと高く、変化はわずかであったが、定期的な外来診療の実施割合は大きく増加した。2016年では入院相談のみの外来は15%で、ほとんどの外来でフォローアップ機能を有していた。また、自施設からの在宅診療や訪問看護の機能を有する割合に変化がみられたが、これは他機関との連携により補完できる機能でもある。

## 2. 緩和ケア病棟の利用状況の推移 (表3)

緩和ケア病棟の平均在棟日数や入院患者数に大きな変化がみられた。2010年頃までは平均在棟日数は緩やかに短縮傾向で年間入院患者数は微増であったが、2012年に緩和ケア病棟入院料が在棟日数により漸減する包括支払いに変更されたことを契機に平均在棟日数は著明に短くなった。平均在棟日数が60日以上の緩和ケア病棟は2006年の10%から2016年には3%にまで減少した。2016年では、在棟1週間以内の短期入院が各施

設での退院患者の平均 23%であり、61 日以上の長期入院は退院患者の平均 14%であった。

平均在棟日数の短縮化に伴い年間入院患者数は増加し、同時に平均病床利用率の低下もみられた。平均在棟日数と平均病床利用率は負の相関関係（順位相関係数  $\rho=0.3$ 、2016 年度）があり、平均在棟日数が短くなって入退院の頻度が増えることで空床となり、利用率が低下したと考えられる。また、施設概要で看護師数がほとんど増加していなかったことから、入退院頻度の増加による看護師のケア負担の増加も推察される。実際に 20 床当たり看護師数と平均病床利用率（ $\rho=0.21$ ）や平均在棟日数（ $\rho=-0.31$ ）は相関関係があり、看護師の人員配置への配慮が求められる。

一方で、退院患者に占める死亡退院割合は大きな変化はみられなかった。がん対策では早期からの緩和ケアの重要性が明記され、緩和ケア病棟の機能としても外来診療や地域連携での在宅療養患者への支援が求められているが、看取りのケアは現在でも緩和ケア病棟の主要な役割であることがうかがえた。

---

## まとめ—緩和ケア病棟のこの 10 年

がん対策により緩和ケアが社会的に推進され緩和ケアの提供の場も拡大した一方で、高齢多死社会や逼迫した医療財政状況から限られた医療リソースの効率的な配分が社会的にますます求めら

れるようになったこの 10 年間に於いて、緩和ケア病棟の大きな変化は平均在棟日数の短縮であった。緩和ケア病棟は、外来診療や在宅療養支援診療所などとの連携により終末期患者がなるべく在宅療養できるよう支援し、恵まれた緩和ケア病棟の入院医療リソースを効率的に活用するよう社会的に要請され、個々の施設の努力によりそのニーズに答えてきた 10 年間であったといえる。その結果、がん死亡者に占める緩和ケア病棟での死亡割合は 2006 年の 5.8%から 2016 年に約 13%と倍増した<sup>2, 4)</sup>。緩和ケア病棟が急性期化し業務が多忙化する中で医療スタッフの疲弊や、病床利用率の低下といった課題の現在解決すべき課題である。

## 文 献

- 1) Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, et al: Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage.* 24 (2): 91-6. 96, 2002
- 2) 日本ホスピス緩和ケア協会. 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ [https://www.hpcj.org/index.html.]
- 3) 国立がん研究センター. がん情報センターホームページ [https://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/xpKyotenSearchTop.xsp.]
- 4) 厚生労働省. 平成 27 年人口動態調査 2016 [cited 人口動態調査. [http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?\_toGL08020103\_&listID=000001158057&requestSender=dsearch.]

## 6. 緩和ケアチームのこの10年

中澤葉字子\*<sup>1</sup> 笹原朋代\*<sup>2</sup> 木澤義之\*<sup>3</sup>

( \*<sup>1</sup>国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部  
\*<sup>2</sup>筑波大学 医学医療系 保健医療学域 \*<sup>3</sup>神戸大学 医学部附属病院 緩和支援診療科 )

### はじめに

わが国の専門的緩和ケアは、ホスピス緩和ケア病棟を中心に発展し、一般病棟や在宅診療へと拡大した。緩和ケアチームは、一般病棟において専門的緩和ケアを提供する役割を担っている。

本稿では、わが国の緩和ケアチームの10年を振り返る。本稿の内容は、わが国の緩和ケアチームの変遷の概要、緩和ケアチーム数の推移や緩和ケアチーム活動の推移を概観し、最後に、緩和ケアチームの質の向上に向けた取り組みと今後の展望を紹介する。

### わが国の緩和ケアチームの変遷 (表1)

わが国では、1992年に国内初の緩和ケアチーム活動が開始された<sup>1)</sup>。2002年には、診療報酬制度にて「緩和ケア診療加算」の算定が開始され、専従のチームによる診療が行われた場合などの施

表1 わが国の緩和ケアチームの変遷

1976年	英国に初の緩和ケアチームが設置(St. Thomas Hospital)
1992年	日本初の緩和ケアチーム活動開始(昭和大学病院)
2002年	診療報酬：緩和ケア診療加算の算定開始
2007年	がん対策基本法施行，第1期がん対策推進基本計画策定
2008年	診療報酬：緩和ケア診療加算の算定施設数85施設
2009年	がん診療連携拠点病院に緩和ケアチームが整備(377施設) がん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム看護師が専従へ
2012年	第2期がん対策推進基本計画策定
2014年	政府統計：医療施設調査では緩和ケアチーム数991施設，うちがん診療連携拠点病院397施設

設基準を満たした場合に算定が可能となった<sup>2)</sup>。

一方で、2006年に制定されたがん対策基本法に基づき<sup>3)</sup>、2007年には第1期がん対策推進基本計画が策定され、治療の初期段階からの緩和ケアの実施が重要課題として位置づけられた<sup>4)</sup>。2008年にはがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）制度の一環として、全国の拠点病院377施設に緩和ケアチームの設置が義務づけられた<sup>5)</sup>。併せて、拠点病院の緩和ケアチームには、身体症状の緩和に携わる専任医師、精神症状の緩和に携わる医師、専従看護師を配置することが求められ、全国の拠点病院で専門家による緩和ケアのコンサルテーション活動が開始した。

さらに2012年に策定された第2期がん対策推進基本計画では<sup>4)</sup>、診断時からの緩和ケアの実施が重点課題とされた。それに基づく拠点病院制度によって、2014年から緩和ケアチームは、苦痛のスクリーニング等を活用した医療従事者との連携による専門的緩和ケアへのアクセスの改善や、地域コンサルテーションの実施などの機能強化が求められるようになった<sup>6)</sup>。

### 緩和ケアチーム数の推移

#### 1. 医療施設調査データ

医療施設調査（政府統計）は、厚生労働省が国内の医療施設の診療機能を把握することを目的として、3年ごとに実施する調査である<sup>7)</sup>。医療施設調査では、全国の緩和ケアチーム数は2008年の612施設から2014年には991施設まで増大し、診療依頼患者数/月の平均値は2008年：26.7人から2014年：28.3人であることが報告されている（図1）。しかしながら、医療施設調査の緩和

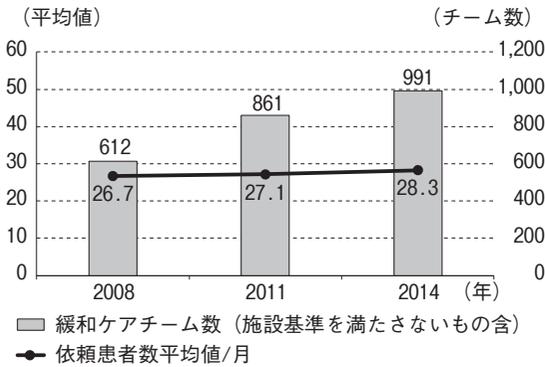


図 1 わが国の緩和ケアチーム数 (医療施設調査)

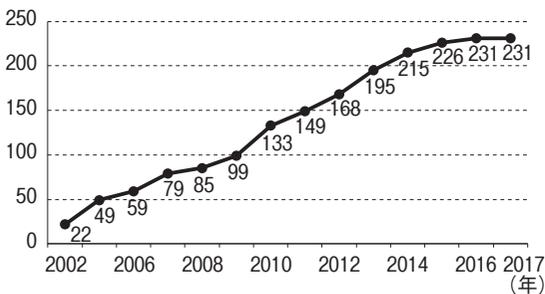


図 2 緩和ケア診療加算届出累計施設数 (日本ホスピス緩和ケア協会調べ)

ケアチーム数には、診療報酬制度や拠点病院制度の施設基準を満たさない緩和ケアチームも含まれており、その診療形態は多様であることが想定される。

## 2. 緩和ケア診療加算届出累計施設数

診療報酬制度上の「緩和ケア診療加算」は、2002年から疼痛・倦怠感・呼吸困難などの身体症状や不安・抑うつなどの精神症状に対し、身体症状の緩和を担当する医師・精神症状の緩和を担当する医師・看護師・薬剤師で構成された専従のチームによる診療が行われた場合など、施設基準を満たした場合に算定できるようになった<sup>2)</sup>。2017年現在、400点/日の算定が可能である<sup>8)</sup>。緩和ケア診療加算届出受理施設の累計数は、日本ホスピス緩和ケア協会の調べによると<sup>9)</sup>、2002年の22施設から2012年は168施設、2016年には231施設にまで増加した(図2)。



図 3 緩和ケアチーム登録参加施設数・診療依頼件数 (日本緩和医療学会)

## 緩和ケアチーム活動の推移 (日本緩和医療学会 緩和ケアチーム登録)

### 1. 登録施設数, 診療依頼件数

緩和ケアチーム登録は、全国の緩和ケアチームの診療形態や診療依頼件数、診療内容を明らかにすることを目的とし、2010年から日本緩和医療学会によって開始された<sup>10)</sup>。緩和ケアチーム登録に参加した施設数とそれぞれの緩和ケアチームへの診療依頼件数/年の平均値の推移を図3に示した。緩和ケアチーム登録施設数は2010年の371施設から2015年には521施設にまで増加した。緩和ケアチームへの診療依頼件数/年の平均値(中央値)は2010年119.5(89)件から2015年には156.0(113)件と31%増加した。

緩和ケアチーム登録によって、緩和ケアチームの活動実態を継続的に把握できる仕組みができたとともに、施設レベルで他施設の活動状況との比較・分析などのベンチマーキングが可能となった。

### 2. 施設種別登録施設数, 施設種別診療依頼件数

緩和ケアチーム登録に参加した施設数とそれぞれの緩和ケアチームへの診療依頼件数/年の平均値の推移について、拠点病院とそれ以外の病院別で図4に示した。拠点病院の登録施設数と診療依頼件数/年の平均値は、2010年の235施設:143.5件から2012年の300施設:159.7件、2015年の338施設:187.0件であり、2010年から2015年の診療依頼件数/年の平均値は30%増加した。一方、

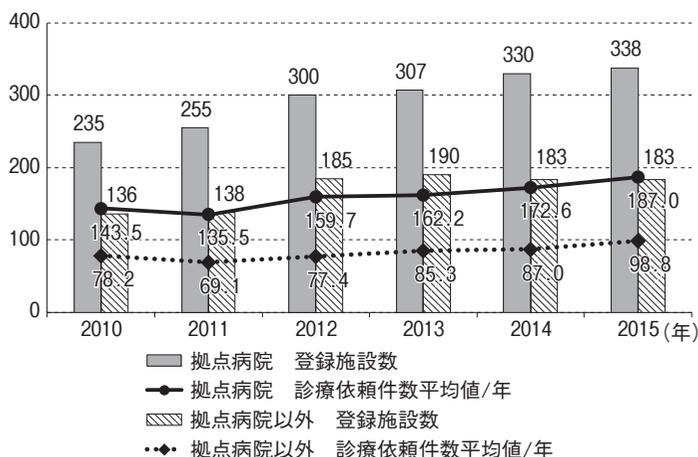


図4 病院種別 緩和ケアチーム登録施設数・診療依頼件数（日本緩和医療学会）

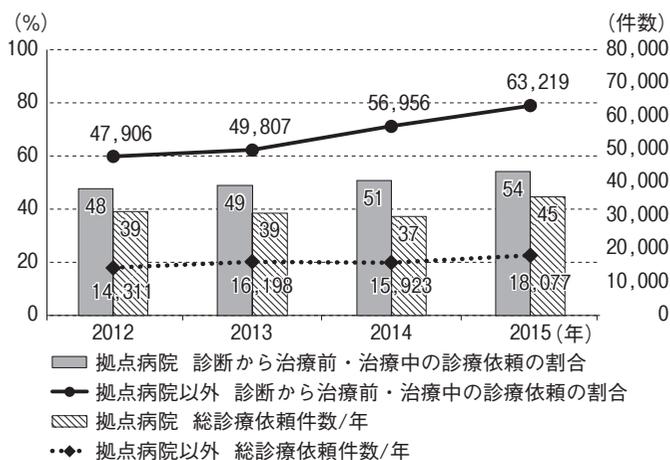


図5 がん患者の総診療依頼件数・診断から初期治療前・治療中の割合 (%)（日本緩和医療学会）

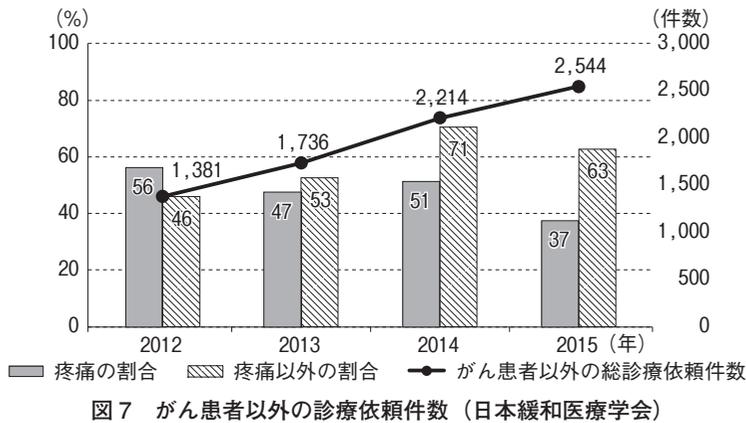
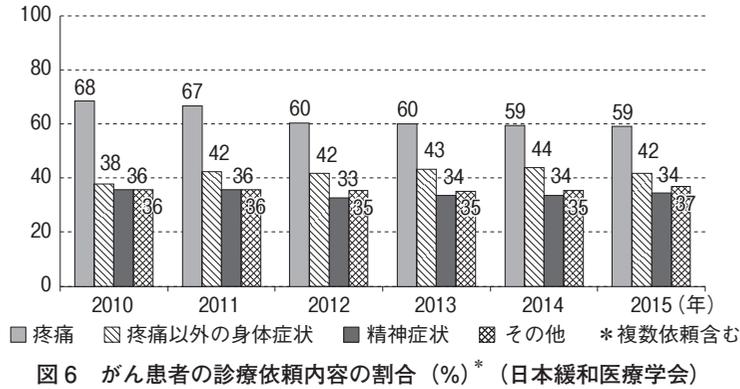
拠点病院以外の病院の登録施設数と診療依頼件数/年の平均値は、2010年の136施設：78.2件から2012年の185施設：77.4件、2015年の183施設：98.8件であり、登録施設数は2012年以降大きな変動はないが、2010年から2015年の診療依頼件数/年の平均値は26%増加した。拠点病院制度により、拠点病院の緩和ケアチームの診療体制の整備がすすんだことが示されている。

### 3. 緩和ケアチームへの診療依頼件数（がん患者のみ）

緩和ケアチーム登録から、がん患者の総診療依頼件数と診療依頼の時期が「診断から初期治療

前」・「治療中」・「治療終了後」のうち「診断から初期治療前」と「治療中」の割合について、拠点病院とそれ以外の病院別で図5に示した。拠点病院とそれ以外の病院のがん患者の総診療依頼件数は2012年の62,217件から2015年の81,296件と増加した。がん患者死亡者数は2012年：360,963名、2015年：370,346名であり、がん患者の緩和ケアチームの利用割合は、17%から22%へと増加していることが推定される。

診療依頼の時期に関しては、「診断から初期治療前」「治療中」の割合は、拠点病院では2012年48%から2015年54%に、非拠点病院では2012年39%から2015年45%へといずれも増加傾向



がみられた。これらの件数ならびに診療依頼時期の推移は、「がんの診断時からの緩和ケア」が徐々に広がりを見せ、時期を問わない緩和ケアの実践が進んできていることを表わしていると考えられる。また、診療依頼の内容は図6に示した。チーム登録を開始した2010年から疼痛の診療依頼が6割程度、疼痛以外の身体症状や精神症状についてはそれぞれ3～4割程度と大きな変動はない。

#### 4. がん患者以外の診療依頼

がん患者以外の診療依頼件数と診療依頼内容の割合を図7に示した。がん患者以外の総診療依頼件数は2012年の1,381件から2015年の2,544件と増大しており、緩和ケアチームの活動範囲が、がん患者からそれ以外へも拡大していることが示されている。

### 緩和ケアチームの質向上のための取り組み

#### 1. 緩和ケアチームを対象とする研修（国立がん研究センター）

国立がん研究センターでは、拠点病院の緩和ケアチームの養成・支援を目的とする研修を開催している<sup>11)</sup>。2007～2014年までは、チームビルディングをおもな目的として緩和ケアチーム研修会を開催し、累計311施設：1196名の医療福祉従事者が受講した。2013年以降は受講対象施設を都道府県拠点病院の緩和ケアチームとし、緩和ケアセンターの整備促進などを目的とした緩和ケア指導者研修会を開催し、累計67施設：244名が受講した。2016年からは、緩和ケアチームを対象とする研修を都道府県単位で企画・実施することを目的とした指導者研修も開催している。詳細は下記URLから参照できる。

国立がん研究センターがん情報サービスホームページ [http://ganjoho.jp/med\_pro/training\_seminar/index.html]

## 2. 緩和ケアチームの基準（日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団事業）

緩和ケアチームの基準は、わが国で活動する緩和ケアチームの方向性を明確化することを目的として、2008年に厚生労働省科学研究班によって4領域（理念・基本方針、ケアの提供体制、活動内容、ケアの質の評価と改善）37項目の基準が開発された<sup>12)</sup>。拠点病院制度により、拠点病院の緩和ケアチームに求められる役割の変化に伴い、2015年には、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団事業として「活動の評価」を加えた5領域108項目で構成される改訂版が作成された<sup>13)</sup>。改訂版の基準では、2020年までに全ての拠点病院が達成すべき緩和ケアチームの基準が明記されている。詳細は下記URLから参照できる。

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団ホームページ [https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/report\_2015/2015-5.pdf]

## 3. 緩和ケアチームセルフチェックプログラム（日本緩和医療学会）

緩和ケアチームセルフチェックプログラムは、緩和ケアチームが日々の活動をセルフチェックすることによって、自施設の課題を見出し、改善へとつなげるためのツールとして、2016年から日本緩和医療学会が提供するプログラムである<sup>14)</sup>。このプログラムはPDCAサイクルの確保ができるよう、Check、Act・Plan、Do・Follow-upのシートを用いて実施する。チーム活動のCheckシートは、8領域の基本評価項目（緩和ケアチームへの介入依頼、介入前の情報収集、症状・病態アセスメント、目標設定、症状マネジメント、介入後の評価、緩和ケアの質の評価と改善、総合的な評価）と3領域の症状別評価項目（疼痛、呼吸困難、せん妄）で構成される。2016年は、83施設がこのプログラムを活用した。詳細は下記URLから参照できる。

日本緩和医療学会ホームページ [https://www.

jspm.ne.jp/pct/jishisetsu.html]

## 4. 緩和ケアチームの質向上のためにできること

上記のとおり、拠点病院に緩和ケアチームが設置されたことにより、全国で専門的緩和ケアを体制するための構造が整備された今、今後は提供する専門的緩和ケアの質の確保や改善が課題となっている。

緩和ケアの質を継続的に改善する（PDCAサイクルを確保する）ための1つの方法として、本稿で紹介した緩和ケアチーム登録や緩和ケアチームセルフチェックプログラムなどを活用することも可能である。また、緩和ケアの質の改善については、これらの評価項目を活用した画一的なセルフチェックのみでは、課題の抽出に限界が生じる場合も想定される。第三者となる専門家が施設を訪問して評価を行うピアレビューなどの実施を検討するなど、施設や地域の状況に応じて、質の向上のために取り組まれることが望まれる。

---

## 展望と今後の課題

本稿では、わが国の緩和ケアチームの10年間の振り返った。わが国の緩和ケアチームの活動は、診療報酬制度や拠点病院制度によってがん患者をおもな対象として展開してきた。この10年間の大きな特徴は、がん対策基本法に基づく拠点病院制度に伴い、2008年に全国のがん診療連携拠点病院に緩和ケアチームが設置され、専門的緩和ケアの提供体制の整備が進められたことである。拠点病院を中心に、緩和ケアチームへの診療依頼件数は増大し、診療依頼の時期が早くなってきていることから、がん緩和ケアならびに早期からの緩和ケアが確実に進んでいることが示唆される。

近年は、循環器疾患の患者に対する緩和ケアの提供体制の整備等も国策として検討が進められており<sup>15)</sup>、今後は疾患を限らず緩和ケアチームの活動範囲が拡大することが想定される。また、専門的緩和ケアの質を確保するために、継続的な改善活動を行うことが課題である。

## 文 献

- 1) 高宮有介：大学病院における緩和ケアへのアプローチ—緩和ケアチームと癌疼痛対策マニュアル. 消心身医 2：12-18, 1995
- 2) 厚生労働省：平成 14 年度社会保険診療報酬等の改定について [http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/02/tp0222-1.html] (accessed 2017 Nov 27)
- 3) がん対策基本法 (平成十八年法律第九十八号) .
- 4) 厚生労働省：がん対策推進基本計画. [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html] (accessed 2017 Nov 27)
- 5) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院の整備について (平成 20 年 3 月 1 日) [http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html] (accessed 2017 Nov 27)
- 6) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院等の整備について (平成 26 年 1 月 10 日) [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\_iryuu/kenkou/gan/gan\_byoin.html] (accessed 2017 Nov 27)
- 7) 厚生労働省：医療施設調査 [http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html] (accessed 2017 Nov 27)
- 8) 社会保険研究所：医科臨床報酬点数表. 2016
- 9) 日本ホスピス緩和ケア協会：緩和ケア診療加算届出受理施設数の年度推移 [https://www.hpci.org/what/pct\_sii.html] (accessed 2017 Nov 27)
- 10) 日本緩和医療学会：緩和ケアチーム登録 [http://www.jspm.ne.jp/pct/pct.php] (accessed 2017 Nov 27)
- 11) 国立がん研究センター：がん対策情報センター. 研修・セミナー. [http://ganjoho.jp/med\_pro/training\_seminar/index.html] (accessed 2017 Nov 27)
- 12) Sasahara T, Kizawa Y, Morita T, et al : Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. J Pain Symptom Manage 38 : 496-504, 2009
- 13) 木澤義之：がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの基準 2015 年度版の作成. 2015 年度日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団事業報告書 [https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/report\_2015/2015-5.pdf] (accessed 2017 Nov 27)
- 14) 日本緩和医療学会：緩和ケアチームセルフチェックプログラム [https://www.jspm.ne.jp/pct/jishisetsu.html] (accessed 2017 Nov 27)
- 15) 厚生労働省：がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 [http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou.html?tid=355813] (accessed 2017 Nov 27)

# 7. 在宅緩和ケアのこの10年

## —在宅緩和ケア充実診療所と在宅緩和ケアの基準

前野 宏  
(札幌南徳洲会病院)

### はじめに

わが国の緩和ケアは病院内の緩和ケア（緩和ケア病棟および緩和ケアチーム）を中心に発展してきた。しかし2006年に「がん対策基本法」が施行され、その中に「(第16条)国および地方公共団体は、(中略)、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策も講ずるものとする」と明記されたこともあり、この10年間で在宅緩和ケアの環境は大きく変化してきたと思われる。

本稿においては、がん対策基本法成立後の在宅緩和ケアの変遷について述べたのち、現在、わが国における在宅緩和ケアの制度としての中核をなす「在宅緩和ケア充実診療所加算を届け出ている診療所（以後、在緩和診）」について述べる。そして、

最後に日本ホスピス緩和ケア協会が改定した「在宅緩和ケアの基準」を紹介し、わが国の在宅緩和ケアの現状と課題を考えてみたい。

### 在宅緩和ケアのこの10年の変遷

わが国におけるがん末期患者の在宅ケアに関連した制度の変遷を示す(表1)。2006年に診療報酬において在宅療養支援診療所（以後、在支診）が設定され、わが国における在宅医療を担う診療所が初めて位置づけられた。しかしながら、在支診では在宅死などの実績は求められず、結果として全く在宅医療を行っていない在支診も多数存在したのである(表2)。その後、2012年に機能強化型在支診が設定され、2014年の改訂を経て、在宅看取り数などの実績が評価されるようになり、少しずつ制度的にも充実した。しかし、病院における緩和ケアが制度的に緩和ケア病棟と緩和ケアチームという形で診療報酬が設定され、経営

表1 「がん末期患者の在宅ケアに関連した制度」

年	制度など	意義
1982	老健法制度	訪問看護の新設
1992	医療法の一部改正 指定老人訪問看護制度	患者の居宅等で、医療を効率的に提供されなければならない。 訪問看護ステーション制度の新設
1994	在宅末期医療総合診療料	末期がん患者対象の医療が定額払い 訪問服薬指導の新設
2000	介護保険制度施行	末期がん患者は医療保険と併用可能
2006	在宅療養支援診療所	在宅医療の担い手としての位置づけ
2012	機能強化型在宅療養支援診療所	診療・介護報酬の見直し 小規模多機能複合サービス
2016	在宅緩和ケア充実診療所	診療報酬の見直し

(川越 厚：在宅緩和ケアの現状と課題. Progr Med 36 (10), 2016)

表2 「在宅緩和ケアを支える専門診療所」

在宅療養支援診療所 (2006年)	1) 24時間対応可能な体制 2) 24時間体制の往診(医師) 3) 24時間体制の訪問看護(看護師) 4) 緊急時の入院ベッドの確保 5) 連携協力医療機関への診療情報提供 6) 年間在宅指数などの報告
機能強化型在宅療養支援診療所(2012年)	1) 3人以上の常勤医師 2) 前年度5回以上の緊急往診実績 3) 2人以上の在宅死(連携医療機関との連携可)
基準の強化(2014年)	1) 3人以上の常勤医師 2) 前年度10回以上の緊急往診実績(5→10) 3) 4人以上の在宅死(2→4) ※連携医療機関との合計でもよいが、各医療機関が4回以上の緊急往診、2人以上の在宅死が必要
在宅緩和ケア充実診療所(2016年)	1) 15回以上の緊急往診(4→15)、20人以上の在宅死(4→20) 2) PCUまたは在宅ケア診療所経験の常勤医 3) 1年間に2回以上のCSI実績 4) 緩和ケア研修会を受けた医師 5) 在宅死数と在宅緩和ケアを施行した症例数揭示

(在宅緩和ケアの現状と課題：川越厚より)

表3 在宅緩和ケア充実診療所の施設基準  
(2016年4月改訂)

① 機能強化型の在宅支診・病の届出を行っていること。
② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3カ月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」または「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の揭示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

表4 日本ホスピス緩和ケア協会アンケート調査

「在宅緩和ケア充実診療所の現状と課題」	
・調査期間	2017年6月10日～2017年6月30日
・調査対象	日本ホスピス緩和ケア協会に所属する診療所など
・発送件数	N=58
・回答数	N=31(診療所30, その他1)
※今回はこのうち在宅緩和ケア充実診療所加算を取得している26件の結果を示す。	
・現在の在宅がん患者数(人)	6～181(中央値27)
・現在の在宅非がん患者数(人)	3～363(77.5)
・がん患者在宅死数(人)	23～304(63 平均値79)
・がん患者在宅死亡率(%)	46～94.3(71)
・職種別の職員数(人)	
医師(専従)	1～8(2)
看護師(専従+兼務)	0～26(4.8)
ソーシャルワーカー(専従+兼務+非常勤)	0～3(0)
※以下自由記載をまとめたもの	
Q. 在緩和の役割と課題	
・病院と同じレベルの症状緩和	
・緊急往診・看取り	
・困難ケースを扱う	
・かかりつけ医のサポート	
・地域の緩和ケアの中核	
・事例検討会、カンファレンスの実施	
・医療・介護者への教育・研修・コンサルテーション	
・市民への啓発・相談	
・在宅緩和ケア専門医養成のための研修、教育プログラム開発	

的にも専門性においても確立されつつあったのに比べ、在宅緩和ケアに関しては未整備な状況が続いていた。

### 在宅緩和ケア充実診療所の現状と課題 (日本ホスピス緩和ケア協会アンケート調査より)

2016年の診療報酬改定において「在宅緩和ケア充実診療所加算」が設定され、診療報酬の中に初めて「在宅緩和ケア」が明記されたことは重要である。

表3に在緩和の施設基準を示す。なかでも、看取りの実績が年間20件以上という項目が入ったことは画期的であった。看取りの件数が在宅緩和ケアの質を反映することはすでに知られていることだからである。

2017年6月に日本ホスピス緩和ケア協会において「在宅緩和ケア充実診療所の現状と課題」をテーマとして同協会の在宅緩和ケアを行っている

表5 在宅緩和ケアの基準（日本ホスピス緩和ケア協会）

1. 在宅緩和ケアの理念
  - 1) 在宅緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族が在宅（介護施設を含む自宅あるいはそれに準じる場所）で過ごすために、QOL（人生と生活の質）の改善を目的とし、WHOの緩和ケアの定義に基づき、さまざまな専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。
2. 在宅緩和ケアチームの構成
  - 1) チームメンバーは、患者・家族の必要に応じて、在宅緩和ケアの理念に基づき、柔軟に構成される。
  - 2) 基本となるチームメンバー・・・医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護士、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士、歯科医師、栄養士、ボランティア等
3. 在宅緩和ケアチームの要件
  - 1) 在宅における24時間対応のケアを提供する。
  - 2) チーム内での連絡が24時間可能であり、連絡を密に取ることができる体制がある。
  - 3) ケアマネジャー、ソーシャルワーカーをはじめ、相談支援及び地域の様々な資源との連携を図る機能を持つスタッフをチームに配置する。
4. 在宅緩和ケアで提供されるケアと治療
  - 1) 痛みやその他の苦痛となる症状を適切かつ迅速に緩和する。
  - 2) 患者・家族に対する心理・社会的問題、スピリチュアルな問題での相談支援がなされる。
  - 3) 患者と家族の希望に応じて、病状や病期の説明を行い、在宅において安心して生活することができるように支援する。
  - 4) ケアや治療の方針決定に関しては、患者・家族と医療者が正確な情報を共有することに基づき、話し合いを重ねつつ、本人の意思決定を支援する。
  - 5) 最期まで在宅で過ごしたいと希望する患者に対しては、穏やかな最期を迎えられる様に症状緩和を計りつつ、家族に対しては適切なタイミングで看取りに関する情報提供を行う。
  - 6) 患者と家族のコミュニケーションが最期まで維持されるように支援する。
  - 7) 患者との死別前から死別後まで家族のケア（遺族会などのグリーフケア）を行う。
5. 在宅緩和ケアチームの運営
  - 1) チームで共通の在宅緩和ケアを実践するための手順書（マニュアル）を備え、チーム内で共有する。
  - 2) チーム内で定期的にかつ必要時、カンファレンスを実施する。
  - 3) チーム内で在宅緩和ケアに関する定期的な教育研修を行う。
  - 4) 在宅緩和ケアの質の向上のための研究活動を行う。
  - 5) チームで倫理的指針を作成し、共有する。また、現場で定期的に、あるいは必要に応じて倫理的検討を行う。
  - 6) チームは提供したケアと治療およびチームのあり方について、継続的かつ包括的に評価して見直しを行う。
6. 在宅緩和ケアチームのコミュニティにおける役割
  - 1) 地域で在宅ケアを行う診療所、事業所等の医療・介護従事者、臨床研修医、学生、ボランティア等に教育研修の場を提供する。
  - 2) 市民への啓発活動を積極的に行う。
  - 3) 地域で緩和ケアネットワーク作りを実践する。
  - 4) 地域の各種社会資源を調査、発掘し、連携を図る。

（2017年9月作成）

施設を対象にアンケート調査を行った。そのうち、在緩和に関する結果をみるとわが国の在緩和の果たすべき役割と課題がある程度分かれると思われる（表4）。

アンケートにご協力いただいた在緩和が診療しているがん患者は、中央値で年間27人、在宅死は63人、在宅死亡率は71%であった。おそらくこの数字は、全国の平均的な在緩和よりも高いものと推測される。在緩和の役割と課題としては、困難な事例を受け持ったり、かかりつけ医のサポートなどを行うことにより地域の緩和ケアの中核的な役割を担うことや、地域における教育・研修・コンサルテーション市民啓発などが挙げられ

た。今後、質の高い在宅緩和ケアが広がるためには在緩和が質量ともに増え、地域における在宅緩和ケアの中心的役割を担ってゆくことが期待される。

## 在宅緩和ケアの基準（日本ホスピス緩和ケア協会）

今後、在宅緩和ケアが地域において普及してゆくと考えられるが、それに伴い、在宅緩和ケアの質を担保する必要がある。そもそも在宅医療はその密着性により、入院医療に比べて提供される医療の質を評価することが困難である。したがって、

まずは標準的な在宅緩和ケアとは何かを示す基準が必要になると思われる。

日本ホスピス緩和ケア協会では、2008年に「在宅ホスピス緩和ケアの基準」を作成したが、それから10年が経過し、在緩和が診療報酬の中に設定されたこともあり、このたび全面改訂を行った。それが「在宅緩和ケアの基準」(表5)である。今後、この基準に基づいてケアが実践され、標準的な在宅緩和ケアが普及することが望まれる。そのためには、日本ホスピス緩和ケア協会が実施している緩和ケア病棟に対する医療とケアの自己評価、遺族調査などを在宅緩和ケア充実診療所においても実施してゆくことが診療所のケアの質の維持向上につながると思われる。

そして今後はその地域にある在緩和などが中心

となり、カンファレンス、症例検討会、勉強会などを地域で地道に繰り返し、地域における在宅緩和ケアの質を高め、標準化してゆく努力が必要であろう。

---

## おわりに

在宅緩和ケアのこの10年を振り返った。特に在緩和の現状と課題を示し、日本ホスピス緩和ケア協会が作成した在宅緩和ケアの基準を示した。今後は、地域にあるがん治療病院や緩和ケア病棟をも巻き込んだ地域全体の緩和ケアを考える「地域緩和ケア」という概念が必要になると考えられる。



## 第 II 部

---

# 現状と今後 10 年の展望

# 1. 多施設コホート研究・介入研究

森 雅紀\*<sup>1</sup> 前田一石\*<sup>2</sup>  
(\*<sup>1</sup>聖隷三方原病院, \*<sup>2</sup>ガラシア病院)

## はじめに

医学の発展は日進月歩である。緩和ケア領域でもこの数十年の間に国内外で多くの知見が蓄積され、患者のさまざまな苦痛を緩和できるようになってきた。しかし、病気の進行期から終末期にかけて、多くの患者が日々多様な苦痛を抱えている。医療者は、自分たちの経験と、現今の限られたエビデンスに基づき、どうすれば患者の苦痛が少しでも和らげられるかを考え、日々工夫をする。それでも治療やケアに自信が持てないこと、苦痛が十分に取れないことも少なくない。

これらの難しい状況に示唆を与えるのが、多施設コホート研究や介入研究である。日本の緩和ケア領域では多数の多施設コホート研究・介入研究が行われてきた。これらは今後どのように発展するか。いつの時代も想像を絶するアイデアやプロジェクトが現れ、イノベーションを引き起こす可能性を秘めているが、本稿ではこれまでの10年の流れに基づき、現時点で予想する近未来について考えてみたい。

## 国内外の多施設コホート・介入研究～これまでの10年の概要

緩和ケアの前向き研究は、国内外で同じような流れを経てきた。たとえば北米では、90年代に主にBrueraらがカナダのEdmontonでごく小規模のランダム化比較試験(以下、RCT)を行っていた<sup>1,2)</sup>。Brueraらが米国のMD Anderson Cancer Center(以下、MDACC)に異動してからは、臨床とともに研究体制も構築し、HuiやYennurajalingamら<sup>4~7)</sup>若手～中堅医師を筆頭に約20名の臨床医が

それぞれに研究代表者(principal investigator: PI)としてRCTやコホート研究を行っている<sup>3~7)</sup>。またオーストラリアでは、2000年代前半はCurrowらが少数グループとRCTを行っていたが<sup>8)</sup>、2006年にPalliative Care Clinical Studies Collaborative(以下、PaCCSC)が組織されると、オーストラリアの多施設でRCTやレジストリ研究を数多く施行するようになった<sup>9~13)</sup>。レジストリ研究であるRAPID pharmacovigilance programでは日本を含む諸外国に登録施設が広がり、現在では一課題のレジストリの登録を半年以内で完遂するスピードとなっている。MDACCやPaCCSCにおけるコホート研究・介入研究の工夫を挙げる(表1)。

国内の多施設研究では、「第I部 がん対策基本法施行後10年の歩み」に詳述されているように、森田らが中心となって輸液や鎮静のコホート研究が実施されてきた<sup>14~16)</sup>。また、2008年から2010年にかけて厚生労働省の戦略研究として大規模の地域介入研究(OPTIM study)が行われ、国際的に評価される成果を上げてきた<sup>17)</sup>。2011年ごろからは、複数のPIとグループの力で完遂させる研究に発展してきた。その中で、「緩和治療の効果因子に関する多施設コホート研究(J-FIND)」<sup>18~21)</sup>「進行がん患者を対象とした予後予測の指標の再現性の検証試験(J-ProVal)」<sup>22~27)</sup>「緩和ケア領域における薬物・治療介入に関する多施設前向きレジストリ研究(PhaseR)」「緩和ケア病棟における医療の実態を明らかにする東アジア多施設共同研究(EASED)」などの100名前後から2,000名を超えるコホートが次々と実施された(図1)。協働を通じ、若手～中堅の医師や、看護師・薬剤師・心理士・生物統計家・データマネージャー・支援組織スタッフまで、世代や領域を超えた緩和

表1 MDACCやPaCCSCでのコホート・介入研究の工夫

	MDACC	PaCCSC
研究体制	単施設	多施設
臨床現場	外来・緩和ケアチーム・緩和ケア病棟を通じてルーチンの症状評価（ESAS, MDAS, CAGEなど）	全国の緩和ケアの実臨床でルーチンの症状評価を採用（NRS, palliative care phaseなど）
支援体制	緩和ケア科専属のリサーチナースと研究補助員のチーム 病院からの学際的な支援	各施設にリサーチナース配属
研究費	競争資金。研究費を得るための科を上げた組織的な活動	競争資金，政府からの資金
コホート研究	通常診療での評価をデータ入力。N=1,000前後の後向き研究が容易に実施可能	通常診療での評価が「データの流れ」となり，N>10,000の前向きコホートが容易に可能
研究課題	第一線の医療者が日々悩む臨床疑問（例：終末期の難治性せん妄にハロペリドールに加えベンゾジアゼピンを使用するか）	実施可能性が高い未解決課題
デザイン	シンプルなデザイン・アウトカム プラセボ使用の重視	シンプルなデザイン・アウトカム プラセボ使用の重視
アウトカム	PROの重視 アウトカムの特性自体を研究 臨床現場の看護師が取得できる尺度（ESAS, RASSなど）	PROの重視 臨床的に解釈が容易でリサーチナースが取得できる尺度（嘔吐のない日数, NuDESC 3項目など）

MDACC：MD Anderson Cancer Center, PaCCSC：Palliative Care Clinical Studies Collaborative, ESAS：Edmonton Symptom Assessment Schedule, MDAS：Memorial Delirium Assessment Scale, CAGE：アルコール依存症のスクリーニングツール, NRS：Numerical Rating Scale, RASS：Richmond Agitation-Sedation Scale, PRO：patient-reported outcome, NuDESC：Nursing Delirium Screening Scale

07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
難しい状況・症状の緩和ケア（例：終末期のせん妄、輸液、鎮静、呼吸困難）																				
コホート・調査研究 →ガイドライン作成					JFIND ProVal			EASED			単発		単発		単発			PhaseR		
薬物療法の介入研究：新規治療の開発																				
					中断：呼吸困難にオキシコドンvsモルヒネ 完遂：口内痛にインドメタシンプレー，オピオイド誘発悪心の予防にプロクロペラジン，神経障害性疼痛にデュロキセチン					小規模介入研究 実施可能性RCT (病状安定した患者)					多施設RCT クラスターRCT (終末期/難治症状)					
ケアデリバリー																				
OPTIM				EPC：P2			EPC：P3				EPC/ACP 複数モデル：P2→3 (多診療科・多職種連携)									

EPC：early palliative care, ACP：advance care planning

図1 多施設コホート研究・介入研究の概要と今後の予想（案）

ケア研究のネットワークが構築された。また、経験の豊富な緩和ケア研究者、生物統計の専門家から指導を受け、若手～中堅医師が集合知を習得できる体制ができた。

一方、日本緩和医療学会や研究支援組織である Japanese Organisation for Research and Treatment of Cancer (JORTC) や日本がん支持療法研究グループ (J-SUPPORT) の組織的な援助を受け、複数の介入研究が実施された<sup>28, 29)</sup>。十分な登録数が得られずに中断した RCT もあれば、単施設・多施設での登録体制を構築し完遂した RCT も複数件ある。完遂の如何にかかわらず、そこで得た実践知が施設の枠を越えて次の研究につながってきた。小規模ながら、RCT で国際的な知見の創出に貢献しうる体制が日本でも緒に就いた感がある。研究をするたびに集合知が高まり、グループとしてより実践力が向上することは、洋の東西を問わない。

## これからの 10 年

### 1. 多施設コホート研究

#### 1) 日本の強みと課題

日本の多施設コホート研究体制の強みは、臨床

医が行う研究であり、病態生理に基づいた治療の効果・副作用の予測因子同定を目的とした質の高い研究が可能、PhaseR のように維持可能性の高い枠組み・ガバナンスの構築が可能、研究施設の臨床医の尽力により連続サンプリングの観察研究はほぼ完遂が可能であることがあげられる。終末期患者において研究が困難な重要課題（例：難治性の痛み・せん妄・呼吸困難・鎮静）を明らかにするコホート研究を進めるうえで、これらは大きな強みとなる。

一方、表 2 のように、デザイン、対象患者の不足、治療のばらつき、研究疑問（research question；RQ）によっては評価項目が未確立、調査紙から Web 入力形式への移行期で、どのような研究にどちらを使用すればよいか未確立といった課題も明らかになってきた。同時に、それぞれの課題に対して、経験的に解決策も考えられてきた。

#### 2) 展望

①全体像：日本の強みである多施設コホート研究の体制を活かし、引き続き重要課題に取り組むことが期待される（表 3）。各コホート研究体制の構造化と効率化、質の向上を進めるだけではない。緩和ケアチーム（PCT）や緩和ケア病棟（PCU）におけるコホート間の役割分担を明確化

表 2 多施設コホート研究の課題と解決策（案）

	課題・学んだこと	解決策（案）
デザイン	多目的のコホート研究は、特定の症状に対する特定の治療の効果を探索するのに向かない。	広く緩和ケアの実態を知る多目的コホート研究と、研究疑問を絞ったコホート研究の役割を明確に分ける。
対象患者	特定の症状に特定の治療を行う観察研究の場合は、想定したより適格患者が少ない。	事前に適格患者数の把握など実施可能性の十分な検討が必要
治療	各施設により治療内容にばらつきがある。	探索期の段階から、臨床に合わせた治療の標準化を進める（例：投与量・投与経路・投与量調節・研究疑問によっては治療アルゴリズムの作成）
評価項目	終末期患者、難治性症状を対象にするほど、通常診療で取得でき研究にも耐えうるアウトカムが確立していない。	妥当性・信頼性があり臨床上重要で簡便に取得できるアウトカムの国際的なコンセンサスを得る、または自前で設定して実証研究を蓄積する。
データ入力の形式	調査紙への手入力は簡便だが欠損値の余地が多く、事務局の負担も大きいなどの欠点がある。Web 入力は手間がかかる一方欠損値の余地が少ないが、データセンターでの状況によっては律速段階にもなりうる。	研究の目的は探索か検証か、臨床現場での手入力の作業量、データセンターのその時々余力などを総合的に判断して、事前にデータ入力の形式を検討する。

表3 日本の強みを生かした今後の研究の予想

	これまでの10年	これからの10年
コホート研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>多施設での登録体制の確立</li> <li>終末期の輸液・鎮静など難しい臨床課題に示唆を与えた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>難しい臨床課題に継続的に取り組む</li> <li>複数のコホート間で役割分担</li> <li>遺族調査(J-HOPE)と連携</li> </ul>
介入研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>複数件のRCTが中断</li> <li>単施設の小規模RCTが複数完遂</li> <li>大規模な地域介入研究完遂(OPTIM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小規模RCTを通じて実践知を積む</li> <li>検証目的の大規模RCT・クラスターRCTに挑戦</li> <li>多診療科・多職種と連携してケアデリバリーの介入研究</li> </ul>
支援組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>複数の組織が確立</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>探索～検証期にかけて継続的・有機的な支援を実践</li> </ul>
各施設での支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>多忙な医療者が汗を流す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各施設で非常勤の支援スタッフ</li> <li>リサーチナース雇用(AMED取れたら)</li> </ul>
研究費	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚労科研, 文科研, 民間</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚労科研, 文科研, 民間</li> <li>AMED</li> </ul>

し、時には独立し、時には協働して、重要な臨床課題を高い質で完遂できる有機的な体制を構築する。Big pictureの共有に基づく、メタレベルでのガバナンスが求められる。日本全体として効率よく知見を創出していけるようにしたい。

②多様な多施設コホート研究の役割：研究ごとに以下のような役割を明記して進めていくとよいと思われる。

- 特定の症状に対する特定の治療の有効性や病態に基づく予測因子の同定。
- RCTの前段階の探索的研究(=第2相試験に近い位置づけ)。
- RCT(=ideal world)で得られた知見のreal worldでの検証。
- RCTが難しい領域での大規模観察研究：clinical equipoiseが明らかな領域ではRCTを行うことが適切だが、広く臨床で実施されている治療の中で検証が難しい課題の場合はコホート研究の結果を高位のエビデンスとし

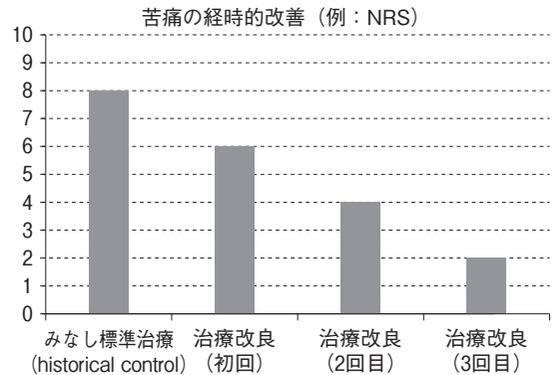


図2 多施設コホート研究の反復による苦痛の経時的な改善(案)

て利用せざるを得ない場合が多い。その場合も、多施設・多数例での検討、バイアスの入りづらいアウトカムの設定、第三者によるアウトカム評価、交絡因子の調整など因果推論の質を高める取り組みが必要である。

➤ 特定の症状に対する特定の治療を研究のたびに修正し、「標準治療」を経時的に改良させていく方法の模索(図2)。

➤ コホート研究と遺族調査を連結することにより、患者のproxyとしてまた遺族自身のアウトカムを評価する枠組みの確立。

➤ 探索的な少数施設でのコホート研究：大規模多施設コホート研究の前段階として、多施設で共通の治療やアウトカムの実施可能性を探索する。

## 2. 介入研究

### 1) 日本の強みと課題

多忙な臨床現場では、症状が出現した時のタイムリーな介入や、患者同意は比較的困難である。それでも、コホート研究同様、がんセンターなどhigh volume centerを中心とした多施設で協力体制が組めることは日本の強みである。また、JORTCやJ-SUPPORTといった支援組織があり、支援の対象となれば計画立案からデータマネジメント、論文化まで施設を越えた継続的な支援が受けられる。日本の緩和ケア領域における介入研究の歴史は浅いだけに、未解決な課題は多い(表4)。

表4 介入研究の課題と解決策（案）

	課題	解決策（案）
多施設の研究体制	多施設で一律に登録体制を整備するのは困難	単施設、あるいは研究に活発で対象患者が多く見込める少数施設で登録体制を整備。個々の施設で登録体制が整備されれば施設数を増やす。
患者登録	登録が非常に困難（多忙な臨床現場、短期間の症状、適格患者のスクリーニングやタイムリーな同意取得の難しさ）	研究費を取得し、リサーチナースや研究補助員の雇用を検討
デザイン	現時点で大規模 RCT を実践する体制がない。	実施可能性試験(feasibility RCT)やランダム化第2相試験など、できる範囲で行う。
対象患者	適格規準を満たす患者が想定より少ない。	研究立案時に、十分に実施可能性の見積もりをしておく。現時点ではRCTであっても現実的なサンプル数に低く抑えざるを得ないが、その中でも完遂できる体制を構築する。
患者同意	終末期患者、難治性症状を有する患者では同意取得が困難	RCT を行う際は比較的病状の安定した患者を対象にする。今後、患者の代理人による同意や事前の同意が可能が倫理的側面の議論が必要。
治療	臨床研究法の施行により保険適応のない薬物を用いる RCT はより困難になる可能性がある。	臨床研究法は緩和ケアを越えた医学研究全体の課題であり、今後の対策の動きを静観する。
評価項目	患者の主観評価が基本だが、多くの評価項目の記入は負担を伴う。	臨床現場で使用でき、臨床的な解釈が可能でシンプルなアウトカムを選定
統計学的考察	臨床医が独自で行うには限界がある。	デザインの段階から生物統計家との協働が必須
データの質	臨床医が独自で質を担保するには限界がある。	臨床試験の質を担保し、モニタリングや監査に耐えるためには、Web 入力が有用。支援組織との協働が必須

2) 展 望

①最終目標を描きながらも、探索的な介入や小規模な RCT の実施を通じて経験を蓄積

➤ 各重要課題の最終目標（例：「治療 A と治療 B の RCT をする」「治療 A という標準治療を確立し、有効性の予測因子を同定する」など）を設定し、可能な段階から着手する（図3）。特に、研究面で活動的であり適格規準を満たす患者数の多い単施設～複数施設で、第1相・第2相試験、ランダム化実施可能性試験（以下、feasibility RCT）を含む小規模介入研究から始めるのは現実的であろう<sup>30, 31)</sup>。抗がん治療と異なり、緩和ケア領域

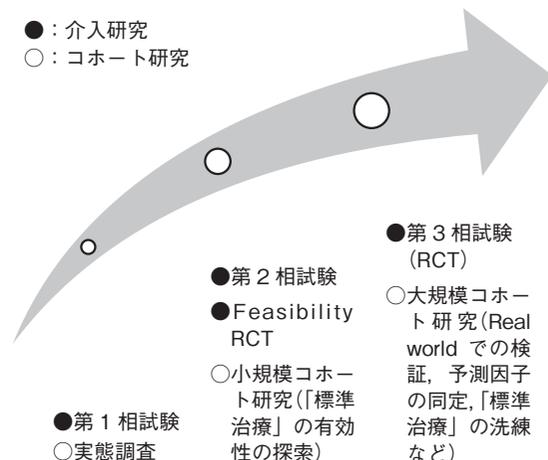


図3 コホート研究・介入研究の諸段階

表 5 介入研究の実施可能性の要素

	実施可能性：高い	実施可能性：低い(応用編)
基盤データの有無	・ 予備データ確立	・ 予備データ未確立
対象患者	・ 病状・体調安定, 予後良好 ・ 意識清明(同意取得容易)	・ 病状・体調不安定, 予後不良 ・ 意識不安定(同意取得困難)
対象症状	・ 安定, 緩和治療の副作用 ・ 頻度の高い症状	・ 不安定, 増悪 ・ 頻度の低い症状
病態	・ 単一(heterogeneous)	・ 多様(homogeneous)
治療	・ 予防投薬, 経口, 単発の iv/sc ・ 迅速な治療は不要な状態 ・ 単一介入	・ 持続投与 ・ 迅速な治療が必要な状態 ・ 複合的介入
対照治療	・ 症状緩和の通常治療・標準治療	・ プラセボ
アウトカム	・ 確立(例: 疼痛-NRS など)	・ 未確立(例: 終末期の苦痛)
例	・ 神経障害性疼痛に鎮痛補助薬 ・ オピオイド誘発性悪心・嘔吐に対する制吐剤予防	・ 終末期せん妄に対する抗精神病薬±ベンゾジアゼピン

ではオピオイドやステロイドなど投与量や安全性がある程度確立されている薬剤が多い。したがって、第1相試験からではなく、feasibility RCT から開始して、実施可能性が確認できれば大規模 RCT を計画するという例も増えてきた。がん治療領域の専門性に学びながら、臨床試験実施のイロハや課題・解決策に関する集合的な経験値を積み、効果的な研究体制(ロジ)を組めるようにするとよいだろう(コホートでいえば JFIND → PhaseR のように発展可能)。リサーチナースや研究補助員を雇えるのが理想だが、それが困難でも支援組織の支援があれば臨床と併行して医師主導で組める体制を構築していくことが求められる。

## ②実施可能性の高い対象/症状・治療で、かつ臨床で必要とされるテーマを同定(表5)

➤ 実施可能性の高い研究課題の要素としては、非終末期の患者、比較的安定している症状、有害事象の少ない経口摂取可能な治療、短期に取得可能なアウトカムなどが挙げられる。理想的には対象は病態で絞る(より homogeneous にする)ほうがよいが、対象患者が少なくなるため、初めは heterogeneous な対象にする(例: がんの神経障害性疼痛に対する鎮痛補助薬の有効性を検証する RCT)。

➤ 終末期患者の代理人による同意取得(proxy consent)が正当化されうる対象・症状で短期にアウトカムが取得できる治療であれば実施可能性は比較的高い(例: 死前喘鳴に抗コリン薬の有効性を検証するプラセボ対照 RCT)

➤ 5~10年ほど経験を積み、より難治性症状への RCT(個別 RCT, クラスター RCT)を実施しうる知識やスキル、体制ができてくるだろう。

## ③研究倫理・生物統計の専門家と協働して、緩和ケアに適した研究デザインの検討

➤ 代理人による同意取得や患者からの事前の同意取得の妥当性、クラスター RCT, Bayesian model の利用など、脆弱性の高い集団でも実施可能な pragmatic な研究デザインを検討する。

➤ 対象集団の脆弱性に鑑み、十分な観察・レスキューや副作用対策の提供などの救済措置を検討し、患者負担を最小化することが重要である。

## ④大型の研究費の獲得

➤ RCT の体制が構築され、実績が蓄積されてくれば、AMED など大型の競合資金が獲得しやすくなり、よりリサーチナースや研究補助員の支援が受けやすくなる。

⑤PCTを中心に多診療科・多職種と連携したケアデリバリーの研究も進むだろう。がん・非がんを問わず、治療医と連携した「早期からの緩和ケア（early palliative care；EPC）」の日本型モデルの介入、日本文化に適したアドバンス・ケア・プランニング（advance care planning；ACP）の介入など。これらは、医学にとどまらず、看護学、薬学、心理学等の専門家との共同研究体制が必須である。

⑥米国、英国、豪州、韓国、台湾などとの人的交流も活発化しており、多国間での国際共同研究の実施も期待される。

### 3. 展望を実現するにはどうすればよいか？

#### 1) PCTとPCUでの強みを生かした重要課題の選定（表6）

①PCTとPCUでは患者層や治療内容が異なる場合も多い。臨床疑問のPICOが類似する場合は協働しつつも、PICOが異なる場合は役割分担を明確にして進めることも効果的である。

②PCT：オピオイドなど緩和治療の副作用対策、依頼頻度の高い重要症状、EPCやACPを含むケアデリバリーなど、コンサルタントとしての立場を生かし、多診療科・多職種間での連携が必要な臨床課題

③PCU：終末期がん患者の難治性症状（せん妄、呼吸困難、治療抵抗性の苦痛など）。病態の判断、実臨床で頻用するもののエビデンスの確立していない治療法の検証など臨床力を生かす。

#### 2) 研究者の連携・育成

①多忙な臨床の中でも登録に協力できる体制が求められる。それぞれ多忙な臨床があり、臨床以外にもさまざまな教育・社会活動をしている医療者も多い。個々人からは現実的なエフォートの貢献でも全体として成り立つ維持可能な体制が必要である。

②臨床の第一線で活躍する緩和ケア医療者との新たな連携：機会や余力があれば研究をしてみたい、協働してみたいと希望する全国の医療者も少なくないだろう。どのようなモチベーションでどのように研究に参加・協力したいか、顔が見える関係ができ、研究の網の目が広がれば理想的である。

③幸いなことに、PIとしても自身の臨床疑問を研究により解決したいと思う若手医療者も増えてきた。臨床研究の書籍や専門プログラムもあり、研究のリテラシーも高まってきている。まずは緩和ケアの研究をしている医療者で、声をかけやすい人に相談していただきたい。身近な研究チームに入って共同研究者になることで、実践を通じて自然と臨床研究の作法が習得できる。世代を超えた研究チームで協働することで、研究の喜びを知り、将来PIを担う若手が出てくるだろう。

④筆者らを含め、多くの緩和ケア医療者にとって介入研究には馴染みが薄い。しかし緩和ケアや、腫瘍内科などの周辺領域では、経験の豊富な多くの先達が施設や国を越えて指導して下さる利他的な文化がある。集団的なメンタリングを受けながら、個々の課題を進める中で、研究者として

表6 緩和ケアチーム（PCT）と緩和ケア病棟（PCU）での研究の特徴

	PCT	PCU
テーマの特徴	多診療科・多職種間での連携が必要な臨床課題（例：オピオイドの副作用対策、依頼頻度の高い重要症状、EPCやACP等のケアデリバリー）	終末期がん患者の難治性症状（例：せん妄、呼吸困難、治療抵抗性の苦痛）
コホート研究	緩和ケア医が頻繁に診察するチームであれば実施可能性が高い	毎日診察するため実施可能性は高い
同意取得	コンサルタントとしての関わりであるため比較的困難	主治医として接するため協力依頼はしやすいが、病状が不安定なことが多く同意取得が困難

EPC：early palliative care、ACP：advance care planning

も成長できる実感が湧く。

⑤研究は決断の連続である。1人ではなくステアリングチームとしての意思決定を旨とすることで、時間はかかるが意思決定のたびにチーム全体の研究力が鍛えられる。時にはリーダーとなり、時にはフォロワーとなり、研究チーム内、研究チーム間で力を合わせ、1つひとつの研究の完遂を目指したい。

### 3) 支援組織との連携を強める

JORTCは探索期から研究を支援し、J-SUPPORTは検証研究の支援に重点を置いてきた。実際の前向き研究の支援を依頼し、支援を受けて進めていくなかで、どのような研究にどのような支援を受けるのが最も効果的かの実践知が蓄積するだろう。

### 4) 研究費を獲得する

①先達に倣い、若手～中堅世代が経験を積み、競争的資金を獲得していくことが重要である。特に研究機関に勤める緩和ケア医療者は、探索期の研究は文科研に、検証型試験はAMEDに、自分の研究課題と政策の方向性が合致すれば厚労科研などに意識的に応募していくとよい。

②民間の助成金の機会も多い。50～100万円未満の助成金を受けられれば、探索的な研究や調査研究が可能になる。

## まとめ

以上、これまでの10年の歩みをもとに、これからの10年における多施設コホート研究・介入研究の課題と展望を考えた。緩和ケアにおける研究の最終的な目標は、進行期～終末期の患者の苦痛を緩和しQOLを向上させる方法を確認することである。多岐にわたる課題があるが、先達が築き上げられた体制をさらに伸ばし、日本の強みである連携力を生かして、今後10年の研究が進められることを期待したい。

### 参考文献

- 1) Bruera E, MacEachern T, Ripamonti C, et al : Subcutaneous morphine for dyspnea in cancer patients. *Ann Intern Med* 119 : 906-907, 1993
- 2) Bruera E, de Stoutz N, Velasco-Leiva A, et al : Effects of oxygen on dyspnoea in hypoxaemic terminal-cancer patients. *Lancet* 342 : 13-14, 1993
- 3) Bruera E, Palmer JL, Bosnjak S, et al : Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain : a randomized, double-blind study. *J Clin Oncol* 22 : 185-192, 2004
- 4) Hui D, Frisbee-Hume S, Wilson A, et al : Effect of Lorazepam With Haloperidol vs Haloperidol Alone on Agitated Delirium in Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Care : A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 318 : 1047-1056, 2017
- 5) Hui D, Kilgore K, Frisbee-Hume S, et al : Dexamethasone for Dyspnea in Cancer Patients : A Pilot Double-Blind, Randomized, Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage* 52 : 8-16e1, 2016
- 6) Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, et al : Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone : a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 31 : 3076-3082, 2013
- 7) Hui D, Dos Santos R, Chisholm G, et al : Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer : preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer* 121 : 960-967, 2015
- 8) Abernethy AP, Currow DC, Frith P, et al : Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. *BMJ* 327 : 523-528, 2003
- 9) Hardy J, Quinn S, Fazekas B, et al : Randomized, double-blind, placebo-controlled study to assess the efficacy and toxicity of subcutaneous ketamine in the management of cancer pain. *J Clin Oncol* 30 : 3611-3617, 2012
- 10) Currow DC, Quinn S, Agar M, et al : Double-blind, placebo-controlled, randomized trial of octreotide in malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 49 : 814-821, 2015
- 11) Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, et al : Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 177 : 34-42, 2017
- 12) Currow DC, Vella-Brincat J, Fazekas B, et al : Pharmacovigilance in hospice/palliative care : rapid report of net clinical effect of metoclopramide. *J Palliat Med* 15 : 1071-1075, 2012
- 13) Digges M, Hussein A, Wilcock A, et al : Pharmacovigilance in Hospice/Palliative Care : Net Effect of Haloperidol for Nausea or Vomiting. *J Palliat Med* 21 : 37-43, 2018
- 14) Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al : Efficacy and safety of palliative sedation therapy : a multi-center, prospective, observational study conducted

- on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 30 : 320–328, 2005
- 15) Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al : Ethical validity of palliative sedation therapy : a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 30 : 308–319, 2005
  - 16) Morita T, Hyodo I, Yoshimi T, et al : Artificial hydration therapy, laboratory findings, and fluid balance in terminally ill patients with abdominal malignancies. *J Pain Symptom Manage* 31 : 130–139, 2006
  - 17) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al : Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer : a mixed-methods study. *Lancet Oncol* 14 : 638–646, 2013
  - 18) Mori M, Shirado AN, Morita T, et al : Predictors of response to corticosteroids for dyspnea in advanced cancer patients : a preliminary multicenter prospective observational study. *Support Care Cancer* 25 : 1169–1181, 2017
  - 19) Matsuo N, Morita T, Matsuda Y, et al : Predictors of responses to corticosteroids for anorexia in advanced cancer patients : a multicenter prospective observational study. *Support Care Cancer* 25 : 41–50, 2017
  - 20) Matsuo N, Morita T, Matsuda Y, et al : Predictors of Responses to Corticosteroids for Cancer-Related Fatigue in Advanced Cancer Patients : A Multicenter, Prospective, Observational Study. *J Pain Symptom Manage* 52 : 64–72, 2016
  - 21) Matsuo N, Morita T, Matsuda Y, et al : Predictors of Delirium in Corticosteroid-Treated Patients with Advanced Cancer : An Exploratory, Multicenter, Prospective, Observational Study. *J Palliat Med* 20 : 352–359, 2017
  - 22) Baba M, Maeda I, Morita T, et al : Survival prediction for advanced cancer patients in the real world : A comparison of the Palliative Prognostic Score, Delirium-Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Index and modified Prognosis in Palliative Care Study predictor model. *Eur J Cancer* 51 : 1618–1629, 2015
  - 23) Baba M, Maeda I, Morita T, et al : Independent validation of the modified prognosis palliative care study predictor models in three palliative care settings. *J Pain Symptom Manage* 49 : 853–860, 2015
  - 24) Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, et al : Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval) : a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncol* 17 : 115–122, 2016
  - 25) Amano K, Maeda I, Morita T, et al : Clinical Implications of C-Reactive Protein as a Prognostic Marker in Advanced Cancer Patients in Palliative Care Settings. *J Pain Symptom Manage* 51 : 860–867, 2016
  - 26) Hamano J, Tokuda Y, Kawagoe S, et al : Adding items that assess changes in activities of daily living does not improve the predictive accuracy of the Palliative Prognostic Index. *Palliat Med* 31 : 258–266, 2017
  - 27) Yamada T, Morita T, Maeda I, et al : A prospective, multicenter cohort study to validate a simple performance status-based survival prediction system for oncologists. *Cancer* 123 : 1442–1452, 2017
  - 28) Matsuoka H, Ishiki H, Iwase S, et al : Study protocol for a multi-institutional, randomised, double-blinded, placebo-controlled phase III trial investigating additive efficacy of duloxetine for neuropathic cancer pain refractory to opioids and gabapentinoids : the DIRECT study. *BMJ Open* 7 : e017280, 2017
  - 29) Tsukuura H, Miyazaki M, Morita T, et al : Efficacy of Prophylactic Treatment for Oxycodone-Induced Nausea and Vomiting Among Patients with Cancer Pain (POINT) : A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Trial. *Oncologist* 23 : 367–374, 2018
  - 30) Hui D, Kilgore K, Frisbee-Hume S, et al : Effect of Prophylactic Fentanyl Buccal Tablet on Episodic Exertional Dyspnea : A Pilot Double-Blind Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage* 54 : 798–805, 2017
  - 31) Hui D, Kilgore K, Park M, et al : Impact of Prophylactic Fentanyl Pectin Nasal Spray on Exercise-Induced Episodic Dyspnea in Cancer Patients : A Double-Blind, Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage* 52 : 459–468e1, 2016

## 2. 緩和ケアこれからの教育

### A. 医師教育の現状とこれから

山本 亮

(佐久総合病院佐久医療センター 緩和ケア内科)

#### はじめに

医師に対する緩和ケア教育には表 1 に示したような 3 つのレベルがあり、それぞれ教育時期が異なっている。具体的には、卒前に行われる緩和ケアアプローチと基本的緩和ケアの教育、初期臨床研修と非緩和ケア専門医に行われる基本的緩和ケアの教育、そして専門的緩和ケアを提供する専門家になるための専門教育である。それぞれの時期での緩和ケア教育について、現状とこれからについて考えてみたい

#### 卒前教育

すべての医療従事者が習得すべき緩和ケア、すなわち緩和ケアアプローチについては態度教育の要素が大きい。さらに卒前教育において、基本的緩和ケアも、ある程度学習しておくことが望ましいと思われる。しかし、現在のところ、全国に 81 校ある医学部のうち、緩和医療学講座がある大学は 20 校に満たず、卒前教育において緩和ケアが十分に教育できているとは言えない状況である。

緩和ケアアプローチおよび基本的緩和ケアの教

育をしっかりと行っていくためには、やはりその基盤となる緩和医療学講座を大学に設置はすること必要不可欠であろう。これからの 10 年で緩和ケアをより充実させていくためには、緩和医療学講座を全国のすべての大学に設置することが重要であると考えられる。講座が設置されることは、単に教育面だけでなく、緩和医療の研究という面でも、緩和ケアに従事する医師を増やすという面でも重要な役割を果たすと考えられる。

#### 初期臨床研修

初期臨床研修期間における緩和ケア教育については、この 10 年で大きく前進した。その要因はもちろん、緩和ケアの基本教育に関する研修会（以下、PEACE 研修会）である。これまで系統的に学ぶ機会がなかった緩和ケアを、短期間ではあっても集中的に学ぶ機会が提供された意義は大きい。がん対策基本法の見直しにより、2018 年度より PEACE 研修会の一部が e-learning 化されることが決定している。集合研修のみでの研修会から変更になることで、これまでと同様の教育効果が得られるのかは未知数であるが、今後も基本的な緩和ケア教育の機会が初期臨床研修期間中に

表 1 緩和医療教育の類型化

レベルと対象者	教育時期
すべての医療従事者が習得すべき緩和ケア(緩和ケアアプローチ)	卒前～初期研修において学習が望ましいもの(卒前教育)
緩和ケアを提供することが多い医療従事者が習得すべき緩和ケア(基本的緩和ケア)	卒後教育、特に後期研修で学習(卒後教育)
緩和医療を専門にする医師が身につけるべき緩和ケア	緩和医療を専門とした研修プログラムで学習(専門教育)

日本緩和医療学会編：専門家を指す人のための緩和医療学 p.330 2014 刊（南江堂）より引用改変

表2 臨床研修の到達目標としての緩和ケア

C. 特定の医療現場の経験(6)緩和ケア, 終末期医療として

- 緩和ケアや終末期医療を必要とする患者とその家族に対して, 全人的に対応するために
- 1)心理社会的側面への配慮ができる
  - 2)治療の初期段階から基本的な緩和ケア(WHO方式がん疼痛治療法を含む)ができる
  - 3)告知をめぐる諸問題への配慮ができる
  - 4)死生観・宗教観などへの配慮ができる

臨床研修の到達目標 [http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html] より抜粋

提供されることは重要なことと思われる。初期臨床研修における研修目標の中に、緩和ケアも挙げられており(表2)この研修会の受講を初期臨床研修期間中の必須とすることも有効な手段ではないかと考える。

PEACE研修会の学習項目が一部e-learning化されることにより、学習の機会が研修会の1回限りではなくなる。学びたい時にいつでもwebサイトにアクセスし、再学習が可能となるのである。このことは初期研修医にとって大きなメリットになると考える。なぜなら、初期研修期間には必ずしも頻繁にオピオイドを用いて疼痛緩和を行ったり、緩和ケアを実践しなければならない場面があるわけではなく、研修会を受講するタイミングによっては、実際に緩和ケアを必要とする患者を担当したことがなく、実感が湧かないという意見も聞かれることがしばしばあったからである。これからは、緩和ケアの実践が必要となった時に、再度e-learningで学び直すことが可能となり、初期研修医が行う緩和ケアの質が向上することが期待される。

### 緩和ケアを提供することが多い医療従事者(非緩和ケア専門医)への教育

非緩和ケア専門医への基本的緩和ケアに対する教育についても、初期研修医へのそれと同じくこの10年間のPEACE研修会の普及によって大きく前進した。それまでは緩和ケアを系統的に学ぶ機会がなかったのが、短期間ではあれ提供されるようになり、緩和ケアが共通言語として理解されるようになったように感じている。

もちろんこれで十分というわけではない。PEACEはあくまでも緩和ケアの入り口であり、

これからの10年間はPEACEの先を考えていく必要がある。緩和ケアの技術は日々進歩しており、新しく使えるようになる薬剤も多い。このため、一度学べばそれでよいというものではなく、繰り返し学び、新しい知識を吸収する機会が必要である。この点においてもPEACEが一部e-learning化されることのメリットは大きいように感じている。e-learningであれば、必要な時にいつでも復習したり、新しい知識を学ぶことが可能となるからである。非緩和ケア専門医の緩和ケア教育のツールとしてe-learning化されたPEACEが有効活用されることを期待したい。

### 専門的緩和ケア教育

これまでの10年で緩和医療専門医制度が創設され、現在178名の専門医が誕生している。専門的緩和ケアを実践している医師の中には、専門医の資格を取得する必要性を感じていない医師も多かもしれないが、専門的緩和ケアを提供している医師が専門医であることは、患者や家族からみてわかりやすく安心を与えられることは間違いない。2018年度から新専門医制度がスタートし、サブスペシャルティ領域である緩和医療の専門医制度自体がどうなっていくのかまだまだ不透明なところが多いが、緩和医療学会が専門医制度を社会のニーズに応じて見直し、維持していくことは重要であると考えます。

しかし、現在のところ緩和医療専門医養成のための教育は十分であるとは言えない状況である。専門性を確立するための標準的な教育カリキュラムやプログラムの整備は急務であり、これに基づいた系統的な専門教育を行っていく体制を整備していくことが重要である。

## 緩和ケア教育のこれから

現在の緩和ケア教育は、がんの緩和ケアに特化していると言っても過言ではない。もちろん緩和ケアを広め、深めていく過程において、がんを中心に考えることは必要であったと思われる。しかし、緩和ケアの対象はもちろんがんだけではなく、これからの10年では、がん以外の緩和ケアについて考えていくことが重要であると考えられる。がん以外の疾患の緩和ケアにおいては、がん以上に終末期の判断が難しく、倫理的な判断が必要となる機会も多い。さらにどのような苦痛があるのかも十分明らかにはされていない。がん以外の緩和ケアでは何が問題となり、どのようなケアが必要なのかを明らかにし、学術的にも深めていくことがこれからの課題となるだろう。

さらに、「早期から」の緩和ケアについても振り返る時期に来ているように思われる。がん対策

基本法施行から強調されるようになった、「早期から」緩和ケアを提供する体制の整備は、つらい症状で苦しんでいる患者に少しでも早く緩和ケアを提供できるようにするためには必要であったことは間違いない。しかし、「早期から」の症状緩和に焦点を当てることを意識しすぎたために、緩和ケアにおいて最も重要である（と筆者が考える）「死までの生を支えること」への意識がややおろそかになっていたようにも感じている。これからの10年では、症状緩和を早期からしっかりと行うことはもちろんではあるが、それに加えてもう一度、死の前後におけるケアについてしっかりと考えていくことが重要なのではないだろうか。「症状緩和」と「いのちの終わりを支えること」、どちらか一方ではなくこの両方に焦点を当て、それぞれを広め、深めていくことができるような教育を行っていくことが、これからの10年の課題であると考えられる。

## 2. 緩和ケアこれからの教育

### B. 看護師教育の現状とこれから

荒尾晴恵

(大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻)

#### 拡がる緩和ケアと看護師に求められる役割

WHO（世界保健機関）は、2002年に緩和ケアの定義を改訂し、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者およびその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、適切なアセスメントと治療によって、苦痛を予防、緩和することで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである<sup>1)</sup>」とした〔<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>〕。これにより、治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対するケアとされてきた緩和ケアが、がんと診断をされたときから適応されるものとなった。わが国では、2人に1人ががんに罹患する時代となり、あらたにがんと診断される人々への緩和ケアのニーズはますます高まっている。さらには、診断・治療の進歩によりがん患者の5年生存率も60%と向上し、増加するがんサバイバーの支援という新たな緩和ケアの課題も生じている。緩和ケアの提供時期の拡がりによって、看護師は、さまざまながんの軌跡 trajectory にある対象に対して、緩和ケアを提供することが求められており、そのために必要な能力を備えることが課題となっている。

また、平均寿命の延伸により、死亡数および死亡率の年次推移からみても、全死亡に対する高齢者の死亡割合が増加している。85歳以上の高齢者の死因の第1位は心不全であり、心疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患などによる加齢による臓器の変化による死因が増加している。そのため、がん以外の疾患をもつ患者への緩和ケアの提供が必要とされるようになった。看護師は、非がん患者の

緩和ケアについても知識と技術を身につけ、ケアをすることが求められている。今後、わが国が超高齢化社会を迎えるにあたり看護師は、2025年、さらにその先を見据えた高齢者へのケアを担っていかなければならない。

緩和ケアの提供場所も施設内から「地域包括ケアシステム」へと変化する。これに伴い、医療と福祉が一体となって患者が住み慣れた地域で療養し、生活が再構築できるような支援を提供することが求められている。ケアとキュアが融合することにより、看護師は患者や家族への直接ケアのほかに、多職種との連携や調整を行う役割が求められる。これらの役割を担うためには教育を整備していくことが必要である。

#### 看護基礎教育

看護師の国家試験受験資格が取得できる看護基礎教育の機関は、大学、短期大学、専修学校、などいくつもの種類がある。なかでも、看護教育の大学化は目覚しく、看護系大学の数は2017（平成29）年度には255校となり、看護師国家試験で看護系大学卒者が占める割合は32.5%となった<sup>2)</sup>。今後も看護教育の大学化は進んでいくと考えられる。社会の変化に伴う患者と家族の個別のニーズに対応していくために看護師に期待される役割は大きく、看護基礎教育のありかたは看護師の育成において重要な課題である。

第3期がん対策基本推進計画には、がん患者が尊厳をもって暮らせる社会の構築のためにその基盤整備が必要であり、取り組むべき施策として、看護教育における基本的な緩和ケアの習得が挙げられている<sup>3)</sup>。

緩和ケアに関する教育内容は、現状ではどのようなになっているのであろうか。文部科学省は、2011（平成23）年に大学における看護系人材養成の在り方に関して「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告」を公表した<sup>4)</sup>。

そこには、学士課程における看護系人材育成においては、指定規則による特定の職種に関する専門的な知識・技術の教育に留まらず、批判的思考力や創造性の涵養、研究能力の育成が求められると述べられ、学士課程教育で修得するコアとなる看護実践能力と卒業時の到達目標について提言された。看護実践能力のⅢ群特定の健康課題に対応する実践能力には「終末期にある人々を援助する能力」が設けられており、終末期にある患者を総合的・全人的に理解し、その人らしさを支える看護援助方法、終末期での治療を理解し、苦痛の緩和方法、看取りをする家族の援助という3点が挙げられている。疾患は限定されていないものの、これらは終末期をフォーカスしており、早期からの緩和ケアという観点で必要とされる看護実践能力については、記載がなく今後検討の必要がある。

その後、2017（平成29）年に文部科学省は、

医療提供体制や地域包括ケアシステムへの対応、看護実践能力の修得、学士課程における看護学教育で目指す基本的な資質と能力について見直しを行い、大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会のもと「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」を作成し、公表した<sup>5)</sup>。ここでは、看護実践の基本となる専門基礎知識の中に、健康の段階に応じた看護実践としてD-4-5) 人生の最終段階にある人々に対する看護実践がある（表1）。また、D-6-3) 保健・医療・福祉チームにおける連携と協働についても明記されている（表1）。多死社会を迎え、医療と福祉が連携していくにあたり、これらが教育内容として取り上げられたことは意味があり、「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」が看護系大学のカリキュラムに反映されていくことに期待したい。しかし、「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」では発達段階や健康の段階で教育内容が整理されているため、「緩和ケア」「がん看護」についての記載はみられない。看護基礎教育の教育内容に「緩和ケア」「がん看護」を明記できるように提言していくことが急務である。

表1 看護教育モデルコアカリキュラムの中の緩和ケアに関するコア<sup>5)</sup>

<p>D 看護実践の基本となる専門基礎知識 D-4 健康の段階に応じた看護実践 D-4-5) 人生の最終段階にある人々に対する看護実践 ねらい：人生の最終段階にある人が尊厳をもって個の特性に応じた人生を送ることができるための看護実践を学ぶ。また、人生の最終段階にある人の家族に対する看護実践を学ぶ。 学修目標： ① 人生の最終段階にある人の身体的変化について説明できる。 ② 人生の最終段階にある人の価値観や人生観、死生観を引き出し、終末期の過ごし方を考える援助関係の築き方について説明できる。 ③ 人生の最終段階にある人が自分らしい人生を送ることができるために関係機関・職種と連携する重要性を理解できる。 ④ 人生の最終段階にある人の疼痛のアセスメントおよびコントロールの方法について理解し、苦痛緩和のためのトータルケアを説明できる。 ⑤ 死の受容プロセスと看護の対象となる人や家族の精神的ケアについて説明できる。 ⑥ 人生の最終段階にある人の意思決定プロセスの特徴と支援する方法を説明できる。 ⑦ 死後の家族ケア(悲嘆のケア(グリーフケア))について説明できる。 ⑧ 尊厳ある死後のケアの意義について説明できる。</p>	<p>D-6-3) 保健・医療・福祉チームにおける連携と協働 ねらい：保健・医療・福祉チームにおける連携と協働を学ぶ。 学修目標： ① 保健・医療・福祉チーム員の機能と専門性、チーム医療の中での看護の役割について説明できる。 ② 対象者を中心とするチームの構築方法について説明できる。 ③ チーム医療の中での、相互の尊重・連携・協働について説明できる。 ④ チーム医療の中で効果的な話し合いをするための方法について説明できる。 ⑤ 在宅医療を推進するために、保健・医療・福祉機関の連携・協働を含めた看護の活動・役割について説明できる。 ⑥ 継続看護、退院支援・退院調整等、地域の関連機関と協働関係を形成する看護援助方法について説明できる。 ⑦ 他のチーム員と適切なコミュニケーションをとる必要性を理解し、指導の下で実践できる。 ⑧ チームの一員として、報告・連絡・相談の必要性を理解し、指導の下で実践できる。</p>
--	--

## 継続教育

継続教育における緩和ケアは、各施設の教育や専門学会、職能団体が主体となり、教育内容を吟味して提言、提供している。

一般社団法人日本がん看護学会は、2010（平成22）年に「がん看護コアカリキュラム日本版2010年度」を作成した。がん看護コアカリキュラムは、がん看護実践の基盤となるものを抽出しがん看護に携わる看護師が、スタンダードながん看護を实践するうえで理解しておく必要のある21の項目で構成されている。この項目のうち、手術療法・薬物療法・放射線療法・緩和ケアに関して、書籍化され、2017（平成29）年に『がん看護コアカリキュラム日本版-手術療法・薬物療法・放射線療法・緩和ケア-』が発刊された。さらに、がん看護21のコア項目について、到達目標に特化した内容、到達目標に必要な教育内容を抽出し『がん看護コアカリキュラム2016』として日本がん看護学会のホームページ上で公開されている<sup>6)</sup>。

また、公益社団法人日本看護協会は、厚生労働省からの委託をうけ、2013～2016（平成25～28）年度にかけてがんと診断された時からの緩和ケアの充実を図ることが目的として「がん医療に携わる看護研修事業」を行った。事業内容は、がん医療に携わる看護師向けの教育用テキストを作成し、緩和医療に関して広く情報を周知させていくこと、専門看護師や認定看護師が一般の看護師を緩和ケアのリンクナースに育成するための指導者研修を行うことであった<sup>7)</sup>。3カ年の事業成果は、指導者研修の修了者は総計1,622名で、指導者研修の対象となるがん看護専門看護師・がん看護分野の認定看護師のうち、35.3%が受講を修了した。この研修を終了したがん看護専門看護師・がん看護分野の認定看護師が各々の施設で教育を行うことにより、がんと診断された時からの緩和ケアの充実が図れるであろう。しかし、この事業はがん診療連携拠点病院に所属するがん看護専門看護師・がん看護分野の認定看護師を中心に展開されており、わが国全体の看護師の緩和ケアの質の向上を目指すためにはさらなる教育事業を推進

していく必要がある。この事業により作成された「緩和ケア教育テキスト がんと診断された時からの緩和ケアの推進」は2017（平成29）年に改訂版として書籍化され、がん看護専門看護師・がん看護分野の認定看護師に留まらず、看護師も入手しやすくなった。

さらに、公益社団法人日本看護協会は2016（平成28）年度に地域における緩和ケアの推進や連携強化を図ることを目的とした「がん医療に携わる看護師に対する地域緩和ケア等研修事業」を実施した。事業内容は、地域緩和ケアに関する研修プログラムのインターネット配信、地域における緩和ケア提供体制のネットワーク構築を促進するための地区別交流集会の開催の2点であった。この事業では、インターネット配信研修を1,707名が受講した。また、全国6地区で地域における緩和ケアのネットワーク構築に向けた交流集会を開催し、訪問看護ステーションや病院に所属する看護師425名が参加した<sup>8)</sup>。これからの地域包括ケアにおける緩和ケアの提供体制を構築するためには、地域緩和ケアに関する教育がますます必要になっていくと考えられる。訪問看護師の所属する訪問看護ステーションでは、常勤の看護師数も限られており、教育を受けに出向く機会も少ない状況にあるため、本事業のインターネットを用いた研修やe-learningで教育が受けられるような仕組みづくりも必要である。

特定非営利法人日本緩和医療学会は2009年より、学会の事業の一環としてELNEC（The End-of-Life Nursing Education Consortium）-Japan（以下、ELNEC-J）コアカリキュラム指導者養成プログラムを開催している。ELNEC-Jの詳細は別章に記載があるので、参照していただきたい。今後は、指導者となった人たちが各施設や地域で看護師の教育を担い、エンドオブライフ・ケアに必要な教育を1人でも多くの看護師が受けられるようになることが期待される。

以上から多くの看護師に緩和ケアの教育を提供する方法として、指導者を育成してその指導者が伝達講習をするというトレーナーズトレーナーという方法が有効であることがわかる。

## 専門性の高い看護師教育

### 1. がん看護専門看護師

専門看護師制度は、資格認定は日本看護協会が行っているが、教育課程の特定、教育課程の認定・認定更新は、日本看護系大学協議会で行われている。2015（平成27）年より専門看護師教育課程は、「高度実践看護師教育課程」となり、グローバル水準の高度実践看護師の育成のための教育内容が検討され、高度実践看護師教育課程においては、2020（平成32）年度限りですべての26単位教育が終了し38単位専門看護師教育課程に移行することになった。38単位カリキュラムでは、フィジカルアセスメント、病態生理学、臨床薬理学の科目6単位が必修となり、臨床看護判断能力の向上を目指している。実習においても、がんの診断・治療に伴う臨床判断および身体管理が体験できる実習が4単位追加となった。今後臨床で活躍するがん看護専門看護師は、修得した臨床看護判断能力を活かしていくことが期待されている。

また、がん看護専門看護師は緩和ケアセンターやがん相談支援センター、緩和ケアチーム、退院調整部門など、組織を横断的に活動できるポジションに配置される場合も多い。連携、調整。コンサルテーションなどの機能も必要であり、チェンジエージェント（変革者）としての意識をもつことなど役割の自覚、姿勢についても教育を通して培っていくことが必要である。

### 2. 認定看護師

がん領域の認定看護師は、緩和ケア、がん疼痛看護、がん化学療法看護、がん放射線療法看護、乳がん看護などがある。認定看護師も専門看護師と同様に緩和ケアセンターやがん相談支援センター、緩和ケアチーム、退院調整部門など、組織を横断的に活動できるポジションに配置され、緩和ケアにおいて重要な役割を果たしている。しかし、認定看護師の教育課程では6カ月の教育期間に認定分野に特化した知識と技術の教育が行われている。そのため、活動にあたっては、他領域の

認定看護師や専門看護師との協働を行っていくことが必要である。今後の認定看護師のあり方に関しては、これから議論が始まろうとしており、拡がる緩和ケアのニーズに促進した認定看護師教育が望まれる。

## おわりに

これから10年の社会の変化は新しい健康の課題を生み出す。これまでと同様に変わらないケアの本質、多様性に対応するための、新しいケアの技術や考え方を取り入れた新たなケアのありかた、これらをバランスよく教育に取り込んでいくことが必要である。どのような人を育てるか、そのためには緩和ケアに携わる看護師に求められるコンピテンシーを創っていくことが早急な課題であろう。

### 文献

- 1) WHO Definition of Palliative Care [http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/]
- 2) 看護学教育モデル・コア・カリキュラム―「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標― [http://www.mext.go.jp/b\_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/\_icsFiles/afldfile/2017/10/31/1397885\_1.pdf]
- 3) がん対策推進基本計画 [http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000181862.pdf]
- 4) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告 [http://www.mext.go.jp/b\_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/\_icsFiles/afldfile/2011/03/11/1302921\_1\_1.pdf]
- 5) 看護学教育モデル・コア・カリキュラム―「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標― [http://www.mext.go.jp/b\_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/\_icsFiles/afldfile/2017/10/31/1397885\_1.pdf]
- 6) 日本がん看護学会ホームページ：がん看護コアカリキュラム [https://jncn.or.jp/core/index.html]
- 7) 日本看護協会ホームページ：生涯学習支援 がん医療に携わる看護研修事業 [https://www.nurse.or.jp/nursing/education/ganiryoy/index.html]
- 8) 日本看護協会ホームページ：生涯学習支援 がん医療に携わる看護研修事業 [https://www.nurse.or.jp/nursing/education/ganiryoy/index.html]

### 3. がん以外の疾患に対する緩和ケア

坂下明大

(神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科/腫瘍センター 緩和ケアチーム)

#### はじめに

わが国の緩和ケアは1980年代より急速に進歩し、がん対策基本法に代表されるように、がん患者を中心に発展してきた。しかし、昨今、がん以外の疾患に対しての緩和ケアの必要性について各学会や行政でも議論されるようになり、がん以外の疾患に対する緩和ケアは重要な課題の1つとなっている。本稿では、がん以外の疾患に対する緩和ケアの現状を踏まえ、今後の課題と展望について述べていきたい。

#### 日本におけるがん以外の疾患に対する緩和ケアの現状

わが国における緩和ケアは、おもにがん患者を対象として導入され、その後もがん患者を中心に展開されてきた<sup>1)</sup>。一方、WHOによる定義では、緩和ケアの対象はがんに限らず「生命を脅かす疾患」とされており<sup>2)</sup>、国内においても緩和ケアの在り方について多くの議論がなされている。

しかし実際には、わが国においてがん以外の疾患の患者のうち、どの程度の人たちが緩和ケアを必要としているのかは明らかではない。2015(平成27)年の人口動態統計によれば、年間死亡数1,290,444人のうち、悪性新生物による死亡数は370,346人(28.7%)でしかない。心疾患、呼吸器疾患(肺炎や慢性閉塞性肺疾患)、脳血管疾患、腎不全、老衰を合わせると571,052人(年間死亡者の44.3%に相当)にのぼり、がん疾患以外で死亡者数の約半数を占めている<sup>3)</sup>。したがって、エンド・オブ・ライフにおいて緩和ケアを必要としている患者は、欧米と同様にがん患者よりもが

ん以外の疾患の患者の方が高い可能性がある<sup>4)</sup>。

それでは、がん以外の疾患の患者に対して、どの程度専門緩和ケアサービスが提供されているのだろうか。日本緩和医療学会が毎年実施している緩和ケアチーム登録の結果によれば、2015年度には521施設の緩和ケアチームが登録をしており、年間の新規依頼件数は81,296名であった<sup>5)</sup>。このうち、がん以外の疾患の依頼件数は2,544名(3.1%)にとどまっているのが現状である(図1)。わが国の緩和ケアチームは、がん以外の疾患については、ほとんど支援できていないのではないだろうか。さらに、緩和ケア病棟では、緩和ケア病棟入院料の施設基準として、悪性腫瘍の患者または後天性免疫不全症候群に罹患している患者が入院対象とされている。このように、がん以外の疾患をもった患者が、病院で専門緩和ケアサービスにアクセスすることは、ほとんどできないのがわが国での実情である。

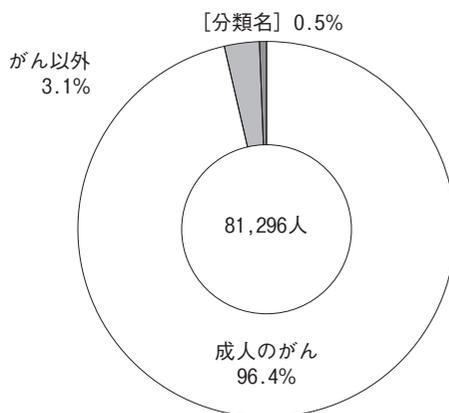


図1 緩和ケアチーム登録における疾患区分<sup>5)</sup>  
(日本緩和医療学会. 緩和ケアチーム登録2015年緩和ケアチーム登録解析より)

## 世界の中での日本の緩和ケアの現状

わが国の緩和ケア/エンド・オブ・ライフケアの現状を表す1つの資料として、英国エコノミスト誌の「死の質の指標 2015 年度版」が参考となる<sup>6)</sup>。この調査では、「緩和ケアと医療環境」「人的資源」「ケアへの経済的負担」「ケアの質」「社会の関与」という5つの項目に基づいて評価されている。日本は前回調査された2010年には世界第23位であったが、今回の調査では14位へと大幅にランクアップしている。これはおもに、政府主導のがん対策が進み、基本的な緩和ケアが受けられるようになったこと、つまり、すべてのがん診療拠点病院に緩和ケアチームが整備されたことが大きく評価されたものである。しかし、「緩和ケアと医療環境」と「人的資源」の点では、依然として上位の国と比較すると不十分であることが指摘されている。具体的には、がん以外の疾患に対する緩和ケアが整備されていないこと、病院以外での緩和ケアが整備されていないこと、緩和ケアの専門家の数や認定制度の不十分さがその主な要因である考えられている。世界と比較すると、がん以外の疾患に対して緩和ケアが適切に提供されていないことが、現在の日本の解決すべき課題として明確になってくる。

## がん以外の疾患に対する緩和ケアの課題と展望】

がんに対しての緩和ケアとの違いについて考えてみると、慢性心不全や慢性呼吸器疾患などの臓器不全では、終末期はがんよりも長い数年の経過をたどる。また、どの症状増悪や入院が、患者の死亡に結びつくかを予想することが困難である。さらに、増悪と寛解および入退院を繰り返し、そのたびに徐々に全身状態が悪化することが知られている<sup>7)</sup>。このような疾患の不確定さを前提として、緩和ケアの提供体制や地域における多職種が協働できる体制を整備することが重要であるとされている<sup>8)</sup>。がん以外の疾患の症状に関しては、がん患者と同様に疼痛をはじめとする多彩な症状を示すことが知られており<sup>9)</sup> (表1)、包括的な評価と対処が必要である。

日本緩和医療学会代議員に対して行ったがん以外の疾患の緩和ケアに関する実態調査においては<sup>10)</sup>、「予後予測が難しい」、「緩和ケアに関する診療加算が算定できない」、「回復可能な状態かどうかの判断が難しい」、「終末期かどうかの判断が難しい」、「症状緩和のための薬物療法で適応外処方が多い」などの項目で回答が多く、先行研究と同じような困難感を抱えていることがわかった(図2)。

では、今後、がん以外の疾患に対する緩和ケア

表1 症状の頻度<sup>9)</sup>

	がん	AIDS	心疾患	COPD	腎疾患
疼痛	35～96%	63～80%	41～77%	34～77%	47～50%
抑うつ	3～77%	10～82%	9～36%	37～71%	5～60%
不安	13～79%	8～34%	49%	51～75%	39～70%
混迷	6～93%	30～65%	18～32%	18～33%	-
倦怠感	32～90%	54～85%	69～82%	68～80%	73～87%
呼吸困難	10～70%	11～62%	60～88%	90～95%	11～62%
不眠	9～69%	74%	36～48%	55～65%	31～71%
嘔気	6～68%	43～49%	17～48%	-	30～43%
便秘	23～65%	34～35%	38～42%	27～44%	29～70%
下痢	3～29%	30～90%	12%	-	21%
食欲不振	30～92%	51%	21～41%	34～67%	25～64%

予後予測	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治癒が可能かどうかの判断が難しい</li> <li>・回復可能な状態かどうかの判断が難しい</li> <li>・予後予測が難しい</li> </ul>
end of life discussions	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意思決定支援が難しい</li> <li>・倫理的な問題への対応が難しい</li> </ul>
医療行政	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアに関する診療加算が算定できない</li> <li>・症状緩和のための薬物療法で適応外処方が多い</li> </ul>

図2 がん以外の疾患に対する緩和ケアの困難感  
〔文献10〕を参考に作成〕

としては、具体的には何が必要となるのだろうか。筆者は、①アドバンス・ケア・プランニング、②症状の評価とマネジメント、③専門的緩和ケアへの相談体制の整備、の3点がまずは優先的な課題ではないかと考えている。

まず、アドバンス・ケア・プランニングについては、予後予測、回復可能な状態あるいは終末期かどうかの判断が難しいと考えられている。がん以外の疾患ではさらに重要性が増してくると思われる。特に、現場で診療やケアを行っている医療従事者にとっては、アドバンス・ケア・プランニングをいかに治療期の段階から導入していくかが重要となってくる。患者・代理決定者（多くの場合、家族）と医療従事者が意思決定を共有していくプロセスが、患者の意向を尊重した医療やケアを提供するためには必要である。

次に、症状マネジメントについては、がん領域で蓄積された緩和ケアの知識や技術を応用していくことは可能ではないかと考えている。ただし、各疾患における標準治療や疾患特異性を理解したうえで薬物療法・非薬物療法について検討が必要となる。慢性心不全や慢性閉塞性肺疾患などのガイドラインにおいても症状緩和や緩和ケアについての記載はあるものの、国内においては適応外処方となる薬物療法もある。この問題を解決するためには、各疾患における症状に対しての薬物療法や非薬物療法のエビデンスを蓄積しながら、標準的な治療戦略を構築していくことが求められる。

最後に、がん以外の疾患に対しては緩和ケアに関する診療加算が算定できない行政面の課題があるものの、今後は、がんの緩和ケアに従事してき

た医療従事者とがん以外の疾患の診療を行っている医療従事者との協働が必要となってくる。がん以外の疾患の診療を行っている医療従事者には基本的な緩和ケアのさらなる教育・啓発が必要であり、必要時に緩和ケアの専門家にコンサルテーションを行いやすい環境を作っていくことが重要である。また、がんの緩和ケアに従事してきた医療従事者もコンサルタントとして、がん以外の疾患に対しての知識や理解が必要となってくる。今後は、緩和医療の専門スタッフには、幅広い疾患に対しての知識が求められる時代が訪れると思われる。今後のわが国の緩和ケアの質を高めるためには、疾患を限定することなく対応できる、緩和医療の専門スタッフを教育・育成できるシステムを構築していくことが必須である。

## おわりに

緩和ケアの対象疾患は、すべての生命の危機に直面する疾患であり、その専門性は包括的なアセスメントをしたうえでの症状マネジメントと、Good Death and Dying（最期までどのように生を全うするのかを支える）の達成にある。今後わが国でも、慢性心不全、慢性腎不全、慢性呼吸不全、神経・筋疾患、肝硬変など多くの疾患に緩和ケアが導入され、普及していくことを期待したい。

## 文献

- 1) Satoru T : Development of palliative medicine in Asia. Textbook of palliative medicine and supportive care 2nd Ed. Bruera E, et al. Ed. CRC Press. p.71-76, 2014
- 2) World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2002 [http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/] (2017年11月4日最終閲覧)
- 3) 平成27年人口動態統計（確定数）の概況。厚生労働省 [http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/dl/11\_h7.pdf] (2017年11月4日最終閲覧)
- 4) The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance: Global atlas of palliative care at the end of life. January 2014 [http://www.who.int/nmh/Global\_Atlas\_of\_Palliative\_Care.pdf] (2017年11月4日閲覧)
- 5) 日本緩和医療学会：緩和ケアチーム登録2015年緩和ケアチーム登録解析 [http://www.jspm.ne.

- jp/pct/report\_jsmpct2015.pdf] (2017年11月4日最終閲覧)
- 6) The 2015 Quality of Death Index : Ranking palliative care across the world. A report by The Economist Intelligence Unit [https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Country%20Profiles\_Oct%206%20FINAL.pdf] (2017年10月4日最終閲覧)
  - 7) Kendall M, et al : Exploring the concept of need in people with very severe chronic obstructive pulmonary disease : a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*, 2015
  - 8) Oishi, A., Murtagh FE : The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med* 28 (9) : 1081-1098, 2014
  - 9) Solano JP, Gomes B, Higginson IJ : A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage* 31 (1) : 58-69, 2006
  - 10) 大坂 巖, 坂下明大, 木澤義之, 他 : わが国における非がん疾患に対する緩和ケアの現状—日本緩和医療学会代議員を対象とした実態調査. *Palliat Care Res* 13 (1) : 31-37, 2018

## 4. 緩和ケアと腫瘍学のインテグレーション

大坂 巖

(静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科)

### はじめに

緩和ケアは、大きなパラダイムシフトを迎えている。歴史の変遷については他稿に譲るが、少なくとも緩和ケアが提供される時期や場所はこの10年で大きく変化してきた。緩和ケアという考え方も多様性を帯びてきているが、わが国の緩和ケアもホスピス・緩和ケア病棟で培われたマインドを根底に、がん治療のメインストリームに加えられたことは意義がある。インテグレーション(integration)とは「統合」「融合」を意味する言葉であり、従来の医療システムへの緩和ケアの導入を示す場合もあるが、本稿では緩和ケアとがん治療のインテグレーションについて紹介する。従来の緩和ケアに一石を投じた概念であり、今後の緩和ケアと腫瘍学を考える上で重要である。

### インテグレーションの台頭

2002年にWHOが緩和ケアの定義を刷新し、「緩和ケアは、病気の早い段階から適応され、化学療法や放射線療法などの延命を意図する他の治療と組み合わせで行われる」ことを提唱した<sup>1)</sup>。この定義の中では、「in conjunction with (～とともに、～と同時に)」という言葉が用いられている。

米国では1997年頃より、包括的ながん治療のためには緩和ケアが重要であるとの見地から、緩和ケアを積極的にがん治療と組み合わせる方策としてインテグレーションという考え方が台頭してきた<sup>2)</sup>。これにより患者・家族が抱える多くの問題が解決され、彼らのQOL向上が期待された。緩和ケアの提供には多職種(学際的)チーム(interdisciplinary team)が必須であり、インテグ

レーションのためには当時のがん対策を見直すこと、オピオイド鎮痛薬を含めた薬剤を利用しやすくすること、フェローへの教育に緩和ケアを組み込むことが必要であると考えられた<sup>2)</sup>。

### インテグレーションの内容とモデル

インテグレーションに関するシステムティックレビューでは、臨床、教育、研究、運営に関する38の指標が抽出され、実施に関する指標として「多職種チーム」「同時のケア」「所定の症状スクリーニング」「ガイドライン・パス」「キャンサーボード」などが挙げられていた<sup>3)</sup>。早期からの緩和ケアについて言及している文献は多かったが、提供する時期や紹介基準はあまり触れられておらず、インテグレーションの概念は定まっていなかったことが明らかになった。専門家によるデルファイ法を用いた合意も得られている<sup>4)</sup>。主要な13の指標を表1に示すが、緩和ケアへのアクセス、多職種チーム医療、終末期のケアが重視されていた。米国臨床腫瘍学会においては、インテグレーションに関するガイドラインがすでに作成されている<sup>5)</sup>。

では、どの程度実践されているのであろうか。2009年に実施された米国の緩和ケアに関する調査によると、国立がん研究所指定がんセンターのうち緩和ケア外来を設置していたのは59%であり、非指定のがんセンターではわずか22%であった<sup>6)</sup>。米国でさえも、数年前まではインテグレーションの黎明期であったと推測される。当時提唱されていたインテグレーションのモデルを図1に示す<sup>7)</sup>。図1Aでは、がん専門医がすべてを担うが、必ずしもすべての症状や問題に十分な対応はできない。図1Bでは、がん専門医は治療に専念

表 1 インテグレーションの指標<sup>1)</sup>

- ・入院患者への緩和ケアチームがあること
- ・緩和ケア外来があること
- ・学際的な緩和ケアチームがあること
- ・外来患者における所定の症状スクリーニング
- ・進行がん患者におけるアドバンスケアプランニングの文書
- ・緩和ケアへの早期からの紹介
- ・死亡前に最後の 2 回の外来で痛みを評価された外来患者の割合
- ・死亡の 30 日前に 2 回以上救急受診を行った患者の割合
- ・患者が希望した場所で最期を迎えること
- ・緩和ケアチームによる腫瘍学フェローに対する緩和ケアの教育を行っていること
- ・がん専門医に対する継続教育があること
- ・腫瘍学フェローや研修医に対する緩和ケアとがん治療を統合した教育を行っていること
- ・腫瘍学フェローが緩和ケアをローテートすること

し、その他の問題を多くの専門家に相談をする。図 1C では、がん専門医と緩和ケアチームが密に連携し合う理想的なモデルである。

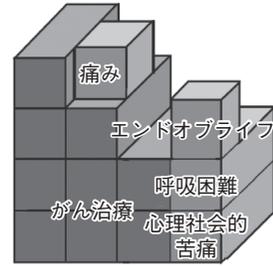
### インテグレーションのエビデンス

インテグレーションの効果を初めて世に示したのが、Temel らである<sup>8)</sup>。患者の状態や苦痛の有無などに関わらず、がんと診断された時から緩和ケアをがん治療と同時に開始するという画期的な試みであった。その後も同様な臨床試験が積極的に行われ、最近のメタアナリシスにおいて QOL 向上と症状緩和は明かにされたが、生存期間の延長は認められなかった<sup>9)</sup>。早期から緩和ケアを受けると亡くなるまでの 30 日間において、救急受診、入院、病院での死亡が減少し、エンドオブライフケアの質が向上することが示されている<sup>10)</sup>。文献的レビューでは、インテグレーションにより QOL、症状緩和、患者とケアを提供する側の満足度、疾病の理解、エンドオブライフケアの質などが改善し、医療費削減にもつながることが示されている<sup>11)</sup>。

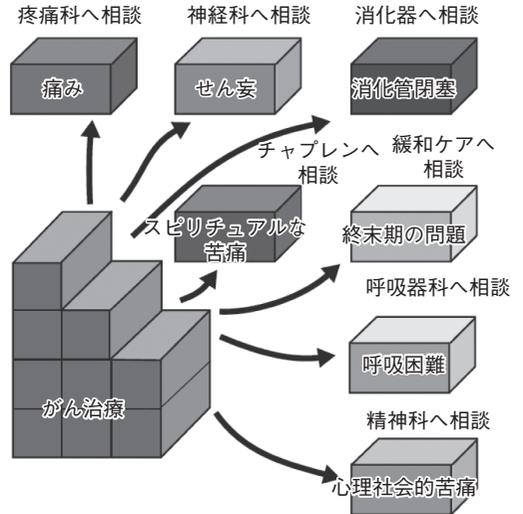
### インテグレーションを広めるための課題

米国において、インテグレーションには 3 つのバリアが指摘されている<sup>12)</sup>。教育に関するバリア

#### A 単独モデル (solo practice model)



#### B 合同モデル (congress practice model)



#### C 統合モデル (integrated care model)

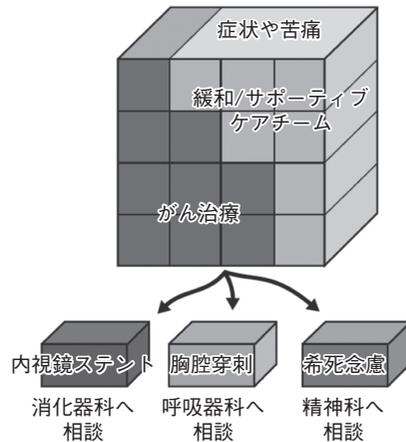


図 1 インテグレーションのモデル<sup>7)</sup>

として、レジデント教育が不十分なことや医療従事者や市民の緩和ケアに対する認識の問題がある。実施する上でのバリアとして、緩和ケア従事者の不足、紹介が適している患者を同定することの困難さなどがある。さらに、方策に関するバリ

アとして、米国の保健医療制度の問題、緩和ケア研究の費用、償還や規制などの問題が挙げられている。財政面の問題は、欧州での調査においても取り上げられている<sup>13)</sup>。

専門的な緩和ケアへのアクセスが難しい点も指摘されているが、その要因として、がん治療側の問題、緩和ケア側の問題、患者の問題、さらに医療システムの問題などがある<sup>11)</sup>。一方、インテグレーションの格差も課題である。欧州での調査では、がんセンター指定病院と非指定病院の緩和ケアチームでは充実度が異なり、格差が生じていた<sup>13)</sup>。大規模な医療機関ではケアが分断化されやすいことも指摘されている<sup>11)</sup>。

さらに根源的な問題として、緩和ケアと腫瘍学の文化的背景の違いが指摘されている<sup>14)</sup>。緩和ケアはホスピス運動から生まれ、疾患そのものよりも患者・家族の身体的や情緒的なニーズに配慮する。一方、腫瘍学は生物医学モデルから派生し、患者の治癒や延命という視点で疾患の過程に対処することを強調している。両者の integrationこそが、最も重要であるのかも知れない。

---

## インテグレーションを促進するために

インテグレーションを促進するためのヒントをまとめてみる。

### 1) 緩和ケア外来

緩和ケア外来の重要性は、多くの報告で指摘されている<sup>3,4,10,11)</sup>。近年、多くのがん治療は外来へシフトしたため、患者は通院中から緩和ケアへアクセスすることが可能となり、緩和ケアの医療従事者は病気の流れに沿って長期的に患者を診ることができ<sup>11)</sup>。

### 2) 緩和ケアのレベル

緩和ケアは、がん専門医が提供する1次緩和ケア、緩和ケアの専門家へ相談する2次緩和ケア、専門家がチームで複雑な問題に対応する3次緩和ケアに大別され、後2者は専門的緩和ケアに相当する<sup>11)</sup>。レベルを分けて考えることでおのおのの役割分担が可能になるが、実際の診療では明確な線引きは難しい。欧州腫瘍学会は、緩和ケアにおける腫瘍内科医の役割を提示している<sup>14)</sup>。病気の

すべての段階のケアを支持療法 (supportive care)、治療が望めなくなった段階のケアを緩和ケア (palliative care) と区別しているが、内容はほぼ同じである。米国のがん専門医に求められている役割<sup>11)</sup>と比較すると、欧州ではより包括的な緩和ケアを提供することが求められている<sup>14)</sup>。

### 3) 専門的緩和ケアへの紹介基準

システマティックレビューによると、紹介基準としてがんの診断、予後、身体症状、Performance status、心理社会的苦痛、end-of-life planningなどが抽出された<sup>15)</sup>。また、専門家によるデルファイ法を用いた合意では、「重度の身体的あるいは精神的症状」「死を早めたい希望」「スピリチュアルあるいは実存的な危機」「意思決定やケアプランの支援」「患者の希望」「せん妄」「脳転移」「脊髄圧迫」「予後1年以内の進行あるいは治癒不能ながんと診断されてから3カ月以内」「2次治療でも進行と判定されたとき」が挙げられている<sup>16)</sup>。さらに、全米総合がんセンターネットワークのガイドラインにおいては、前述の基準以外に「患者・家族が治療計画に満足できない場合」「神経障害性疼痛などの難治性の痛みがある場合」「救急受診や入院を繰り返す場合」「コミュニケーションが難しい場合」などが含まれている<sup>17)</sup>。

紹介基準を設けることでがん専門医から緩和ケアの専門家への円滑な紹介が期待できるが、一方で互いの縄張り意識などが生じることも懸念されている<sup>14)</sup>。

### 4) 教育

教育の重要性は、かねてから多くの報告で指摘されている<sup>2~6,11,12)</sup>。表1に示した以外に、緩和ケアフェローによる腫瘍学ローテートの義務化、緩和ケア医への継続的な腫瘍学教育なども挙げられている。

---

## 日本におけるインテグレーションの課題と展望

第3期がん対策推進基本計画(2017年)において、主治医から緩和ケアチームへつなぐ体制が機能していないことが指摘されており、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制をさらに整備するこ

とが明記されている<sup>18)</sup>。

前述してきたように、インテグレーションを実践するためには緩和ケア外来の充実が必要不可欠である。がん専門医との役割分担、紹介方法などを明確にした上で、臨機応変な対応ができなければ有名無実化してしまう。しかし、現実には緩和ケアの専門家の数はまだ不十分である。今後、国・関連学会は日本におけるインテグレーションの在り方とモデルを示し、緩和ケア医は施設や地域のリソースに見合ったインテグレーションについてがん専門医と対話を続けていくことが重要であろう。また、インテグレーションに携わる緩和ケア医には、さらに専門性を深めることとがん治療に関する情報のアップデートが求められる。がん治療において緩和ケアが重要であることは明白となったが、それは従来の医療が蔑ろにしてきたことが改めて見直されたという見方もできる。がん専門医や治療チームが、緩和ケア的な視点や態度で臨むこと（緩和ケア・アプローチ）は狭義のインテグレーションとも言える。

## まとめ

緩和ケアとがん治療のインテグレーションについて、欧米で議論されていることを中心に述べてきた。鍵となるのは、緩和ケア外来、役割分担、紹介基準である。インテグレーションという考え方をそのまま輸入するのではなく、わが国の実情に即した緩和ケアの在り方をがん治療の専門家とともに考えるべき時代であることは論を待たない。

## 文献

- 1) World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2002 [http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/] (2017年11月4日最終アクセス)
- 2) Ferris FD, Bruera E, Cherny N, et al : Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps--from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 27(18) : 3052-3058, 2009
- 3) Hui D, Kim YJ, Park JC, et al : Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *Oncologist* 20(1) : 77-83, 2015
- 4) Hui D, Bansal S, Strasser F, et al : Indicators of integration of oncology and palliative care programs: an international consensus. *Ann Oncol* 26(9) : 1953-1959, 2015
- 5) Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al : Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 35(1) : 96-112, 2017
- 6) Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, et al : Availability and integration of palliative care at US cancer centers. *JAMA* 303(11) : 1054-1061, 2010
- 7) Bruera E, Hui D : Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *J Clin Oncol* 28(25) : 4013-4017, 2010
- 8) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al : Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363(8) : 733-742, 2010
- 9) Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, et al : Association between palliative care and patient and caregiver outcomes : a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 316(20) : 2104-2114, 2016
- 10) Hui D, Kim SH, Roquemore J, et al : Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer* 120(11) : 1743-1749, 2014
- 11) Hui D, Bruera E : Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol* 13(3) : 159-171, 2016
- 12) Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, et al : Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: a literature review. *Palliat Med* 30(3) : 224-239, 2015
- 13) Davis MP, Strasser F, Cherny N : How well is palliative care integrated into cancer care? A MASCC, ESMO, and EAPC Project. *Support Care Cancer* 23(9) : 2677-2685, 2015
- 14) Cherny N : The oncologist's role in delivering palliative care. *Cancer J* 16(5) : 411-422, 2010
- 15) Hui D, Meng YC, Bruera S, et al : Referral criteria for outpatient palliative cancer care : a systematic review. *Oncologist* 21(7) : 895-901, 2016
- 16) Hui D, Mori M, Watanabe SM, et al : Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol* 17(12) : e552-e559, 2016
- 17) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Palliative Care Version 2.2017 [https://www.nccn.org/professionals/physician\_gls/PDF/palliative.pdf] (2017年11月4日最終アクセス)
- 18) 第3期がん対策推進基本計画（案）[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkoukouzoushinka/0000166752.pdf] (2017年11月4日最終アクセス)

## 5. 地域・コミュニティにおける緩和ケア

浜野 淳

(筑波大学附属病院 医療連携相談センター)

### 地域・コミュニティとは何か？

#### 1. 「地域」の定義

日本の医療において、「地域」という言葉は、人口過疎や僻地という意味合いで理解されることが少なくないが、本来の「地域」とは、コミュニティを意味する。コミュニティとは、住民が生活している場所、すなわち消費、生産、労働、教育、衛生・医療、遊び、スポーツ、芸能、祭りに関わり合いながら、住民相互の交流が行われている地域社会、あるいはそのような住民の集団と考えられている。つまり、地域における医療とは、そのコミュニティにおいて求められ、提供されている医療・ケアである。そのため、人口過密状態である都市部であっても、コミュニティで求められる医療・ケアは必ずある。そして、コミュニティの1例が、地域包括ケアシステムで想定されている「人口1万人程度の中学校区」である。

#### 2. 地域・コミュニティにおける医療・ケア

人口1万人程度の地理的なコミュニティにおいて、どのような医療・ケアが提供されているのかについては、福井らによって行われた1カ月間の日本人の受療行動で示されている<sup>1)</sup>。(図1) この結果から、日本人は、米国と比較すると、より多くの住民が、診療所、もしくは、病院の外来を受診していることが明らかになっている。そして、これからの10年において、地域・コミュニティにおける医療・ケアの提供体制は、日本人の受療行動の特徴を理解したうえで考えていく必要がある。特に、少子高齢社会における人口動態や疾病構造の変化によって、診療所や病院の外来・在宅での医療・ケア、そして、医療機関にアクセスしない住民へのアプローチの必要性が高まってくることが予想される。

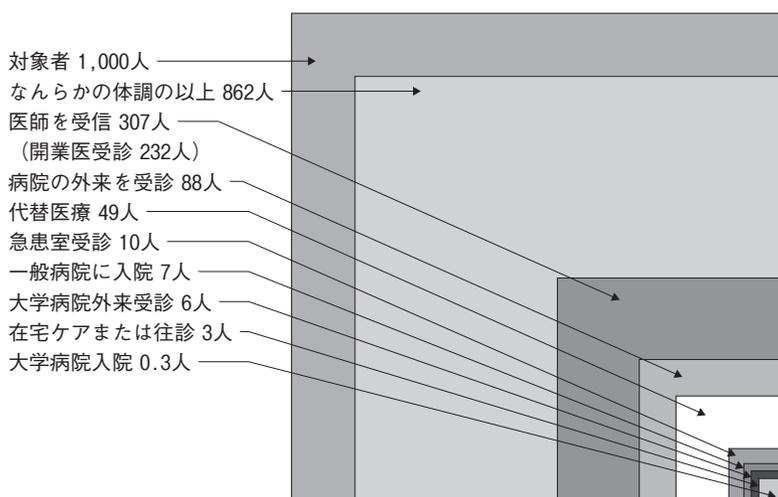


図1 日本人の1カ月間の受療行動

表 1 緩和ケア・アプローチの考え方

- |  |
|--|
| 1. QOL 重視のアプローチ：疾患の治療・治癒より生活の質を重視する  |
| 2. 全人的アプローチ：緩和ケアを必要とする個人を医療・ケアや社会的援助を必要とする「患者以上の存在」として捉える                      |
| 3. 患者および患者に関わる人々（特に介護者）を包含するケア：家族と友人も同じようにケアの対象とする                             |
| 4. 患者の自立と選択を尊重するアプローチ：療養場所や最期を迎える場所などについて、患者が何を望むかを明確にし、その目標の達成を支援する           |
| 5. 率直かつ思いやりのあるコミュニケーション：予後をどのように伝えるかなどといった難しい問題について、率直かつおもいやりのある話し合いを通じて人々を支える |

(文献 3) より引用・一部改変)

## 地域・コミュニティに必要な緩和ケアとは

### 1. 地域・コミュニティに必要な緩和ケアの特徴とは

諸外国では、地域・コミュニティにおける緩和ケアは、プライマリ・ケア医や看護師によって提供されることが望ましいと考えられ、近年では、Primary Palliative Care という概念が広まっている。Primary Palliative Care は、プライマリ・ケア医や看護師が、①がん、非がんに関係なく生命を脅かす疾患を持つ患者をケアする、②疾患の早期から緩和ケア・アプローチを提供する、③身体的、心理社会的、社会的、霊的な側面のすべてのニーズに対応する、④地域で end of life care を提供することを特徴している。そして、英国では、地域・コミュニティで求められる Primary Palliative Care として、①コミュニケーション (communication)、②協調性 (coordination)、③症状緩和 (control of symptoms)、④継続性 (continuity of care)、⑤生涯学習 (continued learning)、⑥家族・介護者の支援 (carer support)、⑦看取り期のケア (care in the dying phase) の 7Cs が提唱されている。

### 2. 地域・コミュニティに必要な緩和ケア・アプローチとは

2000 年以降、国際的に緩和ケアは「緩和ケア・アプローチ」「一般的緩和ケア」「専門的緩和ケア」にレベルを分けるといった考え方が提唱されている<sup>2)</sup>。緩和ケア・アプローチは、薬物療法および非薬物療法による症状コントロールだけでなく、患者、家族、その他の医療専門職とのコミュニケーション、緩和ケアの原則に従った意思決定と目標設定が含まれる。また、この緩和ケア・アプローチは地域・コミュニティの診療所、病院、施設で働くプライマリ・ケア医、看護師などの多職種が実践できるために、専門職種の卒前教育に緩和ケア・アプローチが含まれている必要があるとされている。そして、WHO が提唱する緩和ケアの定義に基づく緩和ケア・アプローチは、表 1 の 5 つに集約される<sup>3)</sup>。

### 3. 地域・コミュニティに必要な包括的・継続的な緩和ケアとは

地域・コミュニティにおいては、Primary Palliative Care、緩和ケア・アプローチの視点で、疾患によらない包括的・継続的な緩和ケアが必要である。そのためには、患者が「病の軌跡 (Illness trajectory)」の、どの位置にいて、これから先、どのような変化が起き、どのような苦痛や困難が起きうるか? ということを患者・家族と共に考え、歩んでいくことが重要である。近年、「病の軌跡 (illness trajectory)」における苦痛は、がん疾患のように急激な身体機能の変化を伴う疾患群 (図 2A)、心不全、慢性呼吸器疾患のように増悪・寛解を繰り返しながら身体機能の変化を伴う疾患群 (図 2B)、そして、認知症や老衰のように年単位の経過で緩やかに身体機能の変化を伴う疾患群 (図 2C) に分け、それぞれの疾患群ごとに、身体的・社会的・精神的・スピリチュアルの 4 つの視点で、苦痛を考えていくことが提唱されている<sup>4)</sup>。

## これからの 10 年にすべきことは何か？ —ミクロ、メゾ、マクロの視点

地域・コミュニティにおける緩和ケアを普及・



捉え、その生活に影響を及ぼしている、もしくは、これから影響を及ぼす可能性がある問題に関わっていく必要がある。特に、高齢者に特徴的な多疾患併存状態 (multimorbidity) において、何を患者アウトカムにしていくのがよいか? ということを考えながら、医学的・非医学的問題を同定し解決していくことが求められていく。この点においては、患者個人・家族という集団において、緩和ケア・アプローチを必要とする方をどのように認識し、どのように関わっていくのが良いか? ということを明らかにし、その知見を広めていく必要がある。

緩和ケア・アプローチを必要とする方を認識する方法としては、近年、いくつかの方法が提唱されている。1つは、サブライズ・クエスションと言われる方法である。これは、個々の患者について「この患者さんが1年以内に亡くなったら驚きますか?」ということを経験者自身が評価し、もし、「驚かない」のであれば、緩和ケア・アプローチを必要とする患者であると認識するという方法である<sup>5,6)</sup>。また、もう1つは、Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICIT<sup>TM</sup>) である<sup>7)</sup>。これは、全般的な状態や、個々の疾患における臨床指標が明示されているツールで、それぞれの項目に該当する場合は、緩和ケア・アプローチが必要と考えていく方法である (SPICIT 日本語版は [<http://www.spict.org.uk/the-spict/spict-jp/>] を参照)。

## 2. メゾ：地域包括ケアシステムにおける緩和ケア提供体制の確立

現在、国策として進められている地域包括ケアシステムでは、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」ことを目標としている。そのため、この地域包括ケアシステムには、人生の最終段階における緩和ケア・アプローチを地域・コミュニティで提供できることが求められている。

従来の日本の緩和ケアは、がん治療が困難になった時に、緩和ケア病棟のある医療機関に紹介

するという連携体制で提供されてきたため、地域住民や医療・福祉・介護職の多くが、「緩和ケアはがん疾患に対して病院で提供されるケア」と認識している。これからの10年で、地域包括ケアシステムに緩和ケア・アプローチが包含されるためには、地域住民や医療・福祉・介護職が Primary Palliative Care や緩和ケア・アプローチの理念・概念を理解し、「苦痛を和らげ、QOLを改善する」ために、自分たちの地域・コミュニティで何ができるか?何をすべきか?ということを一緒に考えていく必要がある。

そのためには、英国で行われているように地域住民が主体となって、人はいずれ亡くなる存在であることを認識し、いつか自分や自分の大切な人が亡くなる時に、どのように生活していきたいかということについて考え、話し合える場を作ることや (Good Life, Good Death, Good Grief: <https://www.goodlifedeathgrief.org.uk/>), 家族内や職場・学校などで、もしも、自分自身が病になった時に、何を大切にしていきたいか?ということについて話し合う機会を作っていく必要がある。

## 3. マクロ：communityにおけるリソースの把握と改善

地域・コミュニティにおける緩和ケアを普及・啓発するためには、都道府県、国レベルで各地の緩和ケア・リソースを把握し、不足しているリソースを整備していく必要がある。参考例の1つとして、欧州緩和ケア学会が主導して、各国で Primary Palliative Care や緩和ケア・アプローチを提供できるリソースを調査し、地域・コミュニティにおける緩和ケアの改善を目指した取り組みがある。この取り組みでは、WHO Public Health Strategy for Palliative Care に則って<sup>8)</sup>、①適切な政策、②教育・研修の機会、③薬剤へのアクセス、④社会全体での Primary Palliative Care, 緩和ケア・アプローチの実施、の4点について、有識者が各国の状況を報告し、各国・地域において、これから行うべきことについて提言を行っている<sup>9,10)</sup>。そして、これからの10年で、地域・コミュニティにおける緩和ケアを普及するためには、欧州のような手法を参考に、各地域のリソースを把

握し、国・都道府県レベルでの具体的な改善策を計画的に実施していく必要がある。

---

## まとめ

わが国の地域・コミュニティにおける緩和ケアの普及において、これからの10年が最も大切な期間である。これからの10年でわれわれは、患者・家族の人生、そして、生活の視点で、がん疾患以外にも緩和ケアを提供し、住民や医療・福祉・介護従事者が「生きること・亡くなること」を自分のこととして考え、話し合える地域文化を構築していく必要がある。

## 文献

- 1) Fukui T FS, et al : The ecology of medical care in Japan. *JMAJ* **48** (4) : 163-167, 2005
- 2) EAPC : EAPC white paper on standards and norms for hospice and palliative care in europe : Part 1. *Europ J Pallia Care* **16** (6) : 278-289, 2009
- 3) 日本医師会監修 : 新版 がん緩和ケアガイドブック. 2017
- 4) Murray SA, Kendall M, Mitchell G, et al : Palliative care from diagnosis to death. *BMJ (Clinical research ed.)*. 356 : j878, 2017
- 5) Small N, Gardiner C, Barnes S, et al : Using a prediction of death in the next 12 months as a prompt for referral to palliative care acts to the detriment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. *Palliat Med* **24** (7) : 740-741, 2010
- 6) Hamano J, Morita T, Inoue S, et al : Surprise questions for survival prediction in patients with advanced cancer : a multicenter prospective cohort study. *The Oncologist* **20** (7) : 839-844, 2015
- 7) Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K : Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) : a mixed-methods study. *BMJ Supportive & Palliative Care* **4** (3) : 285-290, 2014
- 8) WHO Executive Board : Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *J of Pain & Pallia Care Pharmacother* **28** (2) : 130-134, 2014
- 9) Murray SA, Firth A, Schneider N, et al : Promoting palliative care in the community : production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Pallia Med* **29** (2) : 101-111, 2015
- 10) Brogaard T, Neergaard MA, Murray SA : Promoting palliative care in the community : a toolkit to improve and develop primary palliative care throughout Europe. *Scand J Primary Health Care* **34** (1) : 3-4, 2016

## 6. 在宅緩和ケアの現状と展望

川越正平

(あおぞら診療所)

### はじめに

医療の本質的な役割とは、臨床経過を患者とともに歩み、生ある限り支援や助言を行うことにある。疾病や障害などの健康問題が、人の人生を大きく左右することがある。医学はその進歩に伴い、複雑化、高度化する一方である。結果として、患者が消費者として商品を選ぶように医療を選択することは不可能に近い。

一方、終末期や看取りの支援だけが緩和ケアでないことは自明である。また、がん患者だけが緩和ケアの対象でないことも言うまでもない。緩和ケアは、予防やリハビリテーションと同様に、医療全分野の根幹に位置づけられる基本的な要素だと捉えるべきである。

なお、「在宅医療」という言葉は、医療提供の場所を示しているにすぎない。その本質は、居宅で医療を提供するという狭義の意味にとどまらず、「生活の視点」に基づくアドバイスを提供することにあり、さらに「人生をどう生き抜きたいのか」という意思決定を含めて継続的に支援することにある。本稿では、これらの要点に focus する形で在宅緩和ケアのこれからの 10 年を展望し、私見を述べたい。

### End of Life のあらゆる患者が緩和ケアの対象である

わが国の人口は、2005 年以降減少局面に突入している。その一方で、高齢者は増加の一途をたどっており、2016 年 10 月時点において 13.3% (1,691 万人) であった後期高齢化率 (後期高齢者数) は、2025 年には 17.8% (2,180 万人) になる

と予測されている (平成 29 年版高齢社会白書)。内閣府が行った高齢者の健康に関する意識調査 (2012 年) によれば、最後を迎えたい居場所について、国民の 55% が「自宅」を希望している。死亡統計からみると、在宅死亡数は一貫して減少傾向が続いていたが、年間 12.7 万人であった 2004 年を境に上昇に転じており、2016 年には 16.9 万人 (在宅看取り率 13.0%) まで漸増傾向にある。

死因別では、2011 年に肺炎が脳血管疾患に代わり、日本人の死因第 3 位となった。高齢者の誤嚥性肺炎がかなりの割合を占めるものと思われる。注目すべきこととして、死因第 5 位の老衰が近年急速に増加していることが挙げられる。遠からず死因第 3 位に浮上する可能性がある。英国では 2015 年に認知症が死因の 1 位となっており、国を挙げて認知症対策に取り組む機運がいつそう高まっている。ちなみにわが国では、2015 年に女性の死因 9 位に血管性等の認知症、10 位にアルツハイマー病がそれぞれ浮上しているが、彼我の違いは、死亡統計手法の異同が関与しているものと思われる。わが国でも、死因が肺炎や老衰と診断されている死亡者に、脳の変性疾患である認知症がその死の原因として深く関与している事例が相当割合にのぼるものと予想される。

国民に対して、認知症が死に至る病いであるという啓発を丁寧に行うとともに、医療従事者も認知症ステージアプローチの概念を理解し、認知症が緩和ケアの対象であることを明瞭に認識する必要がある。特に、記憶障害のため意思決定が難しくなることから、本人の尊厳を尊重するための継続的な関わりがきわめて重要になることを指摘しておきたい。

---

## 「生活」が疾病の臨床経過に大きな影響を及ぼす

現代の医学によって克服され完治する疾患と、急激な転帰を経て死に至る病態を除き、その他の治癒には至らない疾患は、慢性の経過をたどることになる。そのような病いを持ちながらも、人は当然のことながら、人生の大半を自宅など生活の場で暮らす。入院というライフイベントは、あったとしても、長い人生において一時期を占めるに過ぎない。

生活が大きな影響を及ぼす慢性の疾病は、生活習慣病だけではない。たとえば、便秘や腹部膨満、不眠に苦しむがん患者や、体を動かす機会が減って廃用筋萎縮がさらに身体機能を低下させてしまう神経難病患者、摂食嚥下障害のために低栄養の進行や肺炎リスクの上昇を招いてしまう高齢患者など、例を挙げれば枚挙に暇がない。このように、食事や排泄、睡眠、移動、清潔、喜びなど「生活」の要素が、慢性疾病の臨床経過に大きな影響を及ぼすことから、「生活の視点」が問題解決の糸口として重要になる。

---

## 治療の主座が入院から外来に移行した結果、生活が見えづらくなった

医師は患者を包括的に把握して適切な治療方針を立て、効果的な療養指導を提供すべきである。入院の場合、バイタルサインはもちろん、食事や排泄、睡眠、身体活動、心理状態に至るまで、「生活」のほぼすべてを、看護師による細やかな観察に基づき、経時的に把握することができる。しかしながら、医療の主座が入院であった時代は終わり、現在は入院日数の短縮化や外来外部化が強力に推進されている。

外来でそのような包括的な指導を実践することは、現在の人員配置と環境設定では困難を極める。外来医療への看護師の関わりは病棟医療に比べるとはるかに少なく、医師が1人の患者に提供しうる診療時間にもかなりの制約がある。結果的に、外来で行われている医療は、採血や画像検査の結果に基づく治療方針の決定とその説明にとど

まっているかもしれない現実がある。

このように、外来診療の場合、病院を“ホーム”とする医師が不得手とする「生活」という（“アウェー”の）事象を把握する必要が生じるが、そのための経験や技量を有する病院医師は乏しいといわざるを得ない。在院日数短縮化を目的とした施策がさまざま講じられた結果として生じている事態である。本来は、集学的機能を提供するために、外来医療のシステムや構造の改変が講じられるべきであったが、いまだなされていない。

---

## 地域包括ケアのキーワードとしての垂直統合

地域包括ケアシステムの構築が、国策として推進されるようになった。そのキーワードとして、水平統合と垂直統合が挙げられる。水平統合とは、医療多職種間の連携や医療・介護連携のことを指す。一方、病院医療と地域医療の効果的な連動を図ることを垂直統合という。

病院の医療にも「生活の視点」が本来必要不可欠であるにもかかわらず、その視点が欠落している場合が多いことについては、すでに述べた。しかし、病院の医療が「生活の視点」を十分に持っていないことは、病院医療従事者の怠慢ではない。日進月歩で高度先進化する医療に対応すること、複雑化する医療を遂行するにあたり安全を担保し続けることなど、数多くの負担が現場のしかかっていることが大きな理由と言えよう。そこで、この課題を解決するアプローチの1つとして期待される「がん患者2人主治医制」について解説する。

2016年に厚生労働省が設置した「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」でとりまとめられた「議論の整理」において、「切れ目のない緩和ケアの提供と質の向上に資するため、早期から地域医療を担う医療従事者が病院での医療に関与する体制（がん患者2人主治医制）を検討すべき」と述べられている。「がん患者2人主治医制」とは、化学療法などを担当するがん治療医に加えて、患者の自宅から受診しやすいかかりつけ医を構える併診体制のことである。かか

りつけ医も通院可能な時期は外来で診療することがイメージされている。

在宅医療に取り組むかかりつけ医は、生活の視点を有し、患者家族が抱える臨床命題を疾病にとどまらない切り口で総合的に把握し対応することに長けている。具体的には、たとえば糖尿病や慢性腎臓病など生活や環境に関するアドバイスが不可欠な併存疾患について、その管理を担当する。また、発熱などの変化があった場合、患者はまずかかりつけ医の診療所外来を受診する。上気道炎などの軽微な急性疾患なのか、肺炎等の重篤な合併症なのか、化学療法副作用や腫瘍熱等がんに関連する症状なのかについて、大まかな見極めまでを担当する。必要に応じてがん治療医に連絡し、速やかな対応につなげる。

さらに、がん治療医の依頼に基づいてがん診療の一翼を分担する。たとえば、化学療法から2週間後の採血をかかりつけ医の診療所で実施し、その検査結果ががん治療を担当している病院に伝達される。患者は病院に通院することなく、「白血球数が減少しているから、次の化学療法は1週間延期する」という判断を受けて、外来予約を変更することが可能になる。

## もっと早い時点で患者に出会うために在宅医が「2人主治医制」を推奨する

適切な医療ケアを提供するためには、患者と短くない月日を共有して関わるのが本来望ましい。しかし、病院の医師・看護師や医療ソーシャルワーカー、そして地域の介護支援専門員は、「通院が困難になったから在宅に紹介しよう」と発想する傾向がまだまだ根強い。本稿の冒頭で、終末期だけが緩和ケアの対象でないことを述べたが、紹介された患者に真摯に在宅緩和ケアを提供しているだけでは、最後の1カ月を担当することが多いという状況が10年後も変わっていない恐れがある。つまり、従来の枠組みに捉われないことなく、在宅医がもっと早い時点で患者に出会うために、2人主治医制を推奨する必然性や責任がある。

2016年の改定で在宅医療のみを提供する医療機関が診療報酬上認められたことにとらわれる必

要などない。通院可能な身体状況の患者を積極的に引き受け外来診療をスタートさせ、継続的に付き合う。そうすることによって、早期からの緩和ケアの提供も、継続的な意思決定支援も実現できる可能性を高めることができる。そもそも、人生の進路を左右する重要な意思決定は、生活の場において一定の時間をかけてなされるべきであろう。

在宅医療に取り組むかかりつけ医なら、実践を通じて地域のさまざまな職種と連携実績を積み重ねていることから、外来患者に対しても、必要に応じて多職種チームの関わりを提案することができる。このように、主たる疾病の診療を担う病院主治医以外に、在宅医療に取り組み、「生活の視点」を有するかかりつけ医が併診する「2人主治医制」を、在宅医側から病院に粘り強く働きかける必要がある。

## 地域を1つの“バーチャル病院”と捉えて多職種協働や機関間連携を促進する

病院では、2002年以降、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、感染制御チーム、栄養サポートチームなどの病棟横断的な機能が診療報酬に位置づけられて、現在に至っている。複数の疾病や複雑な病態を有する入院患者が増加の一途をたどる中、狭義の治療にとどまらず、集学的ケアが必要とされるに至ったからである。このことは深い意味をもつ。今日、集学的ケアが必要とされる患者は、入院患者だけのはずがない。外来患者にも、在宅で療養する患者にも必要なはずである。しかしながら、それが制度化されていないだけと言えよう。

在宅医療への理解を促すために、「地域が病棟である」という説明は、1990年代からなされていた。その後、在宅医療推進の旗印の1つとして多職種協働が叫ばれるようになり、介護保険の文脈で医療・介護連携の意義が強調されるようになった。今後はさらに1歩踏み込んで、地域を1つの“バーチャル病院”と捉えることを提唱したい。そうすることによって、地域で活躍するあらゆる専門職種が、所属する機関を超えて“同僚”

として医療介護多職種チームを形成し、一丸となって患者に医療ケアを提供することを目指す。そのためには、地域に存在する医療機関はもちろんのこと、各職能団体や、市町村行政などもその構成要員だと、お互いを認識する必要がある。地域 ICT などの基盤整備も確かに必要だが、共に協働する機会の増加や理念の共有が、その成否の鍵を握る。

## 多様な「住まい」と介護サービスの選択肢を把握し患者の事情に応じて使い分ける

「生活の継続が難しくなってきたから、在宅療養を断念して入院する」という申し入れに基づき、患者の最後の療養場所を単純に「病院」と決定することは避けたい。地域における病院以外の選択肢について一定程度精査して、検討の俎上に上げるべきである。たとえば、介護上の困難が在宅療養断念の主たる理由である場合には、住み慣れた地域の中で居住系施設に住み替えるという選択肢が存在する。「住まい」場所の選択肢としては、グループホームや介護付有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅などがある。いずれも、居宅に分類される類型で在宅医療を受けることができる。一方、特別養護老人ホームには嘱託医が配置されている。いずれの場合も、住み慣れた近隣の地域内で住み替えることを「地域居住」と呼び、推奨するべきである。

もちろん、“住み替える”だけが選択肢ではない。従来から制度化されているデイサービスやショートステイに加えて、近年制度化された小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護などのサービス類型、さらには地域包括ケア病棟や緩和ケア病棟が提供するレスパイト機能をも活用しつつ、自宅と自宅以外の居場所を行き来する工夫が、在宅生活を継続する知恵や選択肢として重要になる。今後は、そのようなあり方を「ときどきお泊まり（入院）、ほぼ在宅」などと表現し、地域ごとに在宅限界点を高める戦略を立て、関係者への

周知を図る必要がある。

## 「いのちの尊さ」について緩和ケアに従事する医療者が市民に働きかける

わが国のがん検診受診率は、4割程度と低迷が続いており、この数字は先進諸外国と比べ大きく劣っている。また、入院が医療の中心を占めるようになっていった歴史により、現在では死亡場所の8割が病院になっている現状がある。結果として、家庭内で間近に家族の闘病や死を経験する機会が極端に減少してしまった。これは、死亡する当事者のみならず、共に暮らす家族や地域社会にとっても、貴重な機会を喪失していると言える。このようなわが国の医療提供体制や受療動向、死亡場所の変遷を踏まえて、市民に対して「いのちの尊さ」に関する啓発を行うことが、緩和ケアに関わる医療者の重要な役目になっていくであろう。

「いのちの尊さ」について市民に働きかける方法として、市民向け講演会やシンポジウムはこれまでも各地で開催されている。しかし、講演会等の形での啓発の限界として、取り上げられるテーマに関心を有する市民は参加するものの、関心のない市民にはそのねらいが届かないという点が挙げられる。一方、2007年に施行されたがん対策基本法を契機として、がん教育に関する検討が進められてきた。そして、2017年3月に告示された次期学習指導要領「生きる力」において、中学校の保健分野である「健康な生活と疾病の予防について理解を深めること」という項目に、「がんについても取り扱うものとする」と明記されるに至った。これにより、義務教育の現場である学校を市民向け啓発の場と位置づけうる条件が整ったと言える。「いのちの尊さ」について、緩和ケアに従事する医療者が市民に働きかける意義はきわめて大きい。10年後には、緩和ケアに従事する医療者による健康啓発活動が広く全国で行われるようになっていくことを願って、本稿を閉じたい。

第 **Ⅲ** 部

---

統計と解説

# 1. データでみる日本の緩和ケアの現状

五十嵐尚子 宮下光令

(東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻緩和ケア看護学分野)

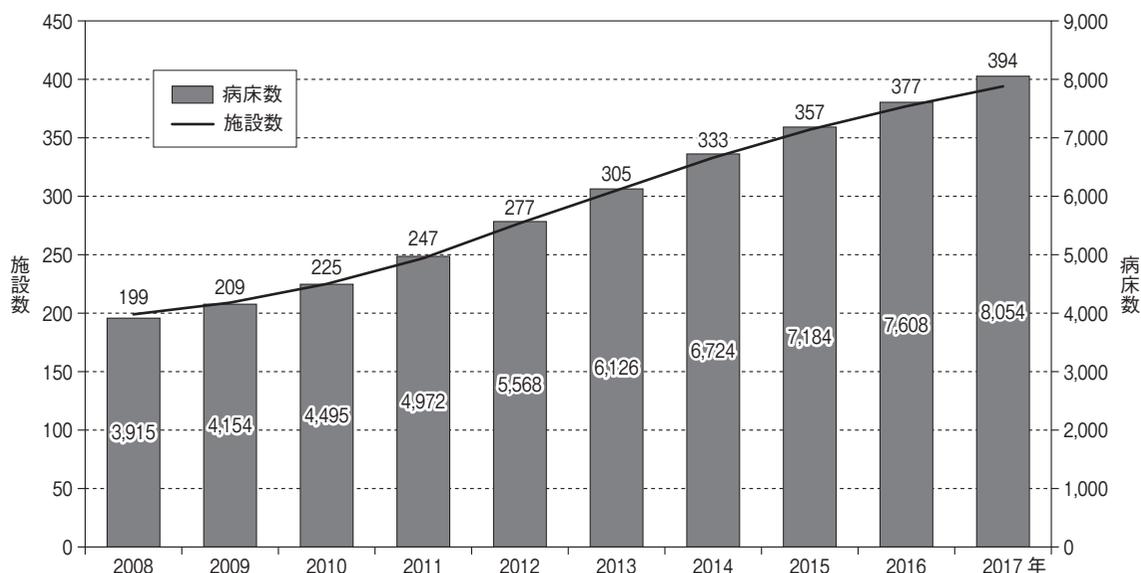
本稿では日本の緩和ケアの現状を、特に専門的緩和ケアを中心にデータから概観する。都道府県別のデータに関してはすべてのデータを最後に掲載した。なお、都道府県別の集計は人口10万人対で統一した。都道府県の65歳以上の高齢者人口、医師数、看護師数などを分母にした割合の算出のほうは理論的に望ましいケースもあるが、都道府県の人口とのピアソンの相関係数は65歳以上の高齢者人口 ( $r=0.996$ )、がん死亡数 ( $r=0.992$ )、医師数 ( $r=0.959$ )、看護師数 ( $r=0.952$ ) と高く、どれを分母にして計算してもほとんど同様の傾向になると考えられる(2014年度の数値で計算した結果)。これらの都道府県別の数値は最後に表中に記載した。なお、本稿の図表の個別

の数値に関する質問があれば著者まで連絡をいただきたい。

## 緩和ケア病棟

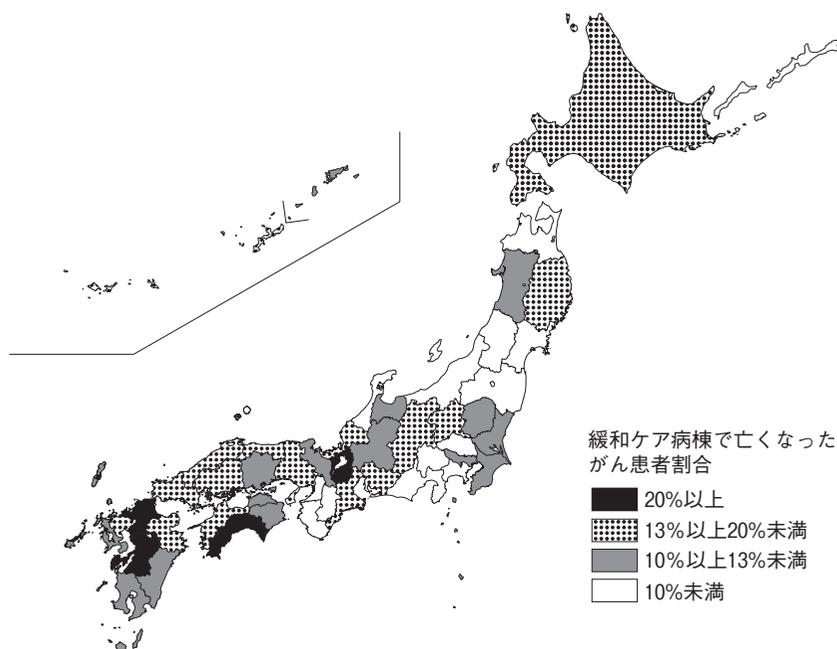
わが国の緩和ケア病棟は、1990年に診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されたことにより制度化された。図1に緩和ケア病棟数、病床数の推移を示す。診療報酬の増加とともに緩和ケア病棟数、病床数ともに増加し、1990年に5病棟(117床)だった緩和ケア病棟は2017年には394病棟(8,054床)となった。

日本ホスピス緩和ケア協会会員の緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合は2016年で12.5%



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2017年11月時点)

図1 緩和ケア病棟数・病床



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2016年度)

図2 緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合(都道府県別)

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。緩和ケア病棟の死亡割合には地域差がみられ、高い都道府県は熊本県26.5%、福岡県26.3%、高知県23.6%であり、低い都道府県は青森県4.3%、山形県5.5%、福島県6.6%であった。

2017年4月における日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の利用状況を表1に示す。院内独立型が14.3%、院内病棟型が83.4%であり、完全独立型は2.3%(7施設)であった。稼動病床数は平均20.3床であった。

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、図3に示す。緩和ケア病棟入院料は2012年4月に大幅に改訂があったため、2011年度の数値と比較して検討する。入院患者数は2016年度で平均186.8名であり、200名以上の施設が2011年度に比べて16%増加した。退院患者のうち死亡退院が占める割合は2016年度では平均83.9%であり、2011年度より2.2%減少した(この数値は、2012年度では

82.1%と2011年度より4.0ポイント減少したが、2013年度には増加し、さらに2014年度減少に転じ、2016年度はほぼ横ばいだった)。平均在院日数は2016年度では平均32.2日で徐々に減少しており、2016年度では平均在院日数が30日未満の施設の割合は52%だった。平均病床利用率は平均75.2%であり、2011年度まで増加傾向にあった病床利用率は2011年度から5.0ポイント減少した。

### 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4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、2017年11月時点で232施設に増加した。

緩和ケアチームは日本緩和医療学会に登録制度がある。2016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

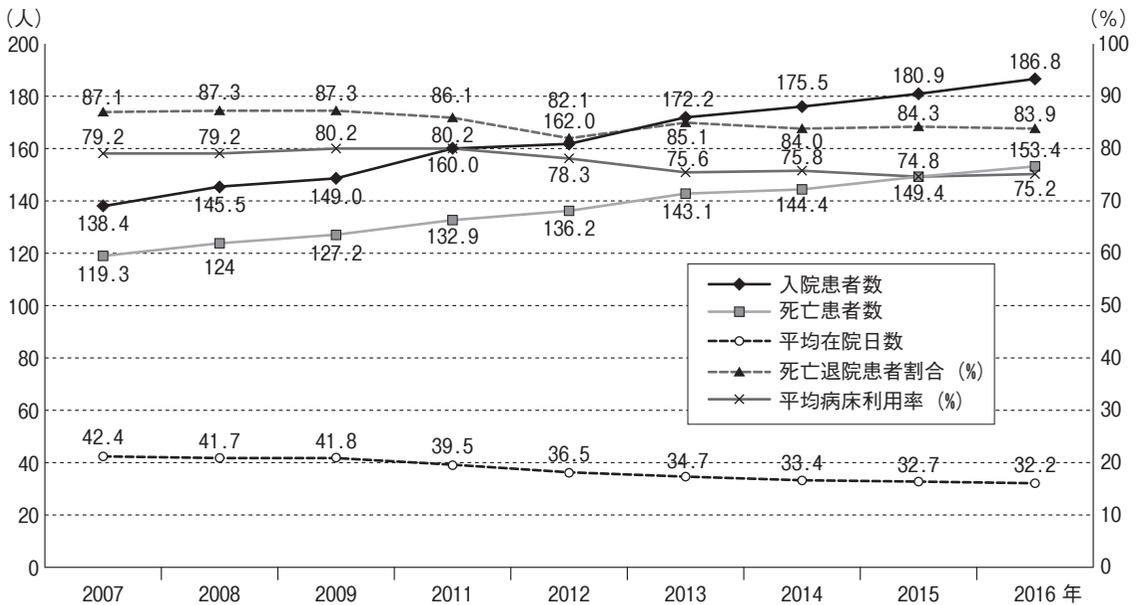
表1 日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の状況 (301施設)

		N	%			N	%	
病棟形式	院内独立型	43	14.3%	緩和医療暫定指導医 (人)	平均±標準偏差	0.5	±0.6	
	院内病棟型	251	83.4%		0人	171	57.0%	
	完全独立型	7	2.3%		1人	109	36.3%	
認可病床数	平均±標準偏差	20.7	±7.7	がん看護専門看護師 (人)	2人以上	20	6.7%	
	1-14床	47	15.6%		平均±標準偏差	0.2	±0.4	
	15-29床	232	77.1%		0人	248	82.4%	
	30床以上	22	7.3%		1人	47	15.6%	
稼働病床数	平均±標準偏差	20.3	±7.4	緩和ケア認定看護師 (人)	2人以上	6	2.0%	
	1-14床	52	17.3%		平均±標準偏差	1.0	±0.8	
	15-29床	228	75.7%		0人	82	27.2%	
	30床以上	21	7.0%		1人	153	50.8%	
個室数	平均±標準偏差	17.5	±6.4	がん性疼痛看護認定 看護師 (人)	2人以上	66	21.9%	
	1-9室	25	8.3%		平均±標準偏差	0.2	±0.5	
	10-19室	148	49.2%		0人	235	78.1%	
	20室以上	128	42.5%		1人	59	19.6%	
無料個室数	平均±標準偏差	9.8	±6.0	ELNEC-J 指導者数 (人)	2人以上	7	2.3%	
	0-9室	133	44.3%		平均±標準偏差	0.9	±0.9	
	10-19室	148	49.3%		0人	118	39.2%	
	20室以上	19	6.3%		1人	114	37.9%	
家族室数	平均±標準偏差	1.6	±0.7	ELNEC-J 受講修了者 数 (人)	2人以上	69	22.9%	
	0室	1	0.3%		平均±標準偏差	7.6	±6.1	
	1室	141	47.0%		0人	33	11.0%	
	2室	135	45.0%		1~3人	59	19.6%	
緩和ケア病棟入院料 算定開始後年数	平均	10.8	±6.7	精神科医師のコンサル テーション	4人以上	209	69.4%	
	0~4年	83	27.6%		可能	217	72.1%	
	5~9年	64	21.3%		心理職のコンサル テーション	可能	183	60.8%
	10年以上	154	51.2%		専門的な口腔ケア	可能	267	88.7%
病床あたり面積 (㎡/ 床)	平均±標準偏差	14.5	±5.0	専門的リハビリテー ション	可能	280	93.0%	
	5-9㎡/床	37	13.9%		がん薬物療法 (注射 薬)	可能	41	13.6%
	10-14㎡/床	128	48.1%		がん薬物療法 (経口 薬)	可能	85	28.2%
	15㎡/床以上	101	38.0%		がん薬物療法 (ホル モン療法)	可能	123	40.9%
外来機能	あり	295	98.0%	放射線治療	可能	131	43.5%	
	なし	6	2.0%	CV ポート埋め込み	可能	227	75.4%	
病院の総病床数	平均±標準偏差	327.2	±228.6	専門的疼痛治療 (神 経ブロックなど)	可能	204	67.8%	
	~99床	35	11.7%		多職種カンファレン スの開催頻度	0回	4	1.3%
	100~499床	209	69.7%		1~2回	189	62.8%	
	500床以上	56	18.7%		3回以上	106	35.2%	
院内の緩和ケアチー ム	あり	172	57.1%	324のうち20施設未回答、3施設公開不承諾 (日本ホスピス緩和ケア協会, 2017年4月1日)				
	なし	129	42.9%					
病院・併設施設から の在宅診療	あり	110	36.5%					
	なし	191	63.5%					
病院・併設施設から の訪問看護	あり	167	55.5%					
	なし	134	44.5%					
緩和医療専門医 (人)	平均±標準偏差	0.3	±0.7					
	0人	223	74.3%					
	1人	65	21.7%					
	2人以上	12	4.0%					

表2 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の状況

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	0~99名の割合(%)	100~199名の割合(%)	200名以上の割合(%)	平均	S	D	0~99名の割合(%)	100~199名の割合(%)	200名以上の割合(%)	平均	S	D	75%未満の割合(%)	75%以上90%未満の割合(%)	90%以上の割合(%)	平均	S	D	75%未満の割合(%)	75%以上90%未満の割合(%)	90%以上の割合(%)	
2007	186	138	71.4	29	59	12	119	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	146	73.7	28	56	17	124	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	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	133	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	59.9	26	60	11	82.1	12.0	16	42	39	36.5	13.9	31	58	7	78.3	13.3	34	41	23
2013	261	172.2	80.3	17	55	28	143	61.3	27	58	15	85.1	11.8	17	40	43	34.7	14.2	41	52	7	75.6	13.1	32	43	25
2014	288	175.8	82.6	16	54	30	144	64.2	22	63	15	84.0	12.5	19	44	37	33.4	12.0	44	52	4	75.8	14.4	45	36	19
2015	306	180.9	79.9	10	58	32	149	61.9	20	64	16	84.3	10.9	17	47	36	32.7	11.9	46	51	3	74.8	14.4	47	38	15
2016	300	186.8	82.3	11	54	35	153	64.4	19	63	18	83.9	10.5	16	51	33	32.2	11.4	52	46	2	75.2	13.6	45	42	14

(日本ホスピス緩和ケア協会, 2016年度)



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2016年度)

図3 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の状況の推移

表3 日本緩和医療学会緩和ケアチーム登録データの概要

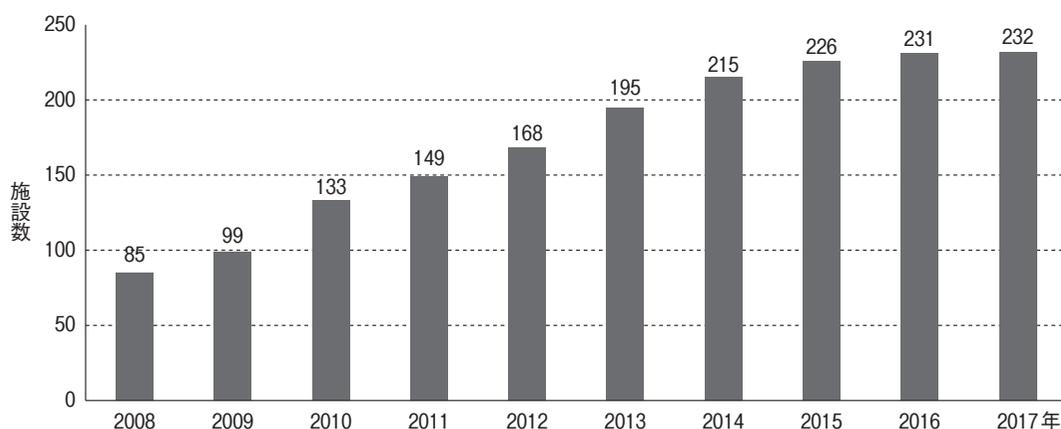
	全体	拠点病院の種別			病床数		
		都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	都道府県独自指定/指定なし	500床以上	200~499床	0~199床
登録数 (N)	533	49	290	194	250	258	25
登録数 (%)	100	9.2	54.4	36.4	46.9	48.4	4.7
年間がん患者退院数	1,442,013	296,498	859,975	285,840	975,219	456,708	10,086
依頼区分が「がん」	84,122	16,165	47,721	20,236	51,235	31,505	1,382
割合	5.8%	5.5%	5.5%	7.1%	5.3%	6.9%	13.7%
緩和ケア外来の有無							
あり	458	48	280	130	239	209	10
「あり」の割合	85.9%	98.0%	96.6%	67.0%	95.6%	81.0%	40.0%
外来緩和ケア管理料の算定有無							
あり	160	26	99	35	114	42	4
「あり」の割合	30.0%	53.1%	34.1%	18.0%	45.6%	16.3%	16.0%
緩和ケア病棟の有無							
あり	132	17	73	42	57	70	5
「あり」の割合	24.8%	34.7%	25.2%	21.6%	22.8%	27.1%	20.0%
緩和ケア診療加算							
あり	194	37	119	38	144	49	1
「あり」の割合	36.4%	75.5%	41.0%	19.6%	57.6%	19.0%	4.0%
[医師]							
身体担当医の専従および精神担当医の専従がいる施設・いない施設							
両方いる	22	8	10	4	14	8	0
身体担当医のみ	196	28	125	43	136	59	1
精神担当医のみ	27	4	15	8	13	14	0
両方いない	288	9	140	139	87	177	24
両方いる	4.1%	16.3%	3.4%	2.1%	5.6%	3.1%	0.0%
身体担当医のみ	36.8%	57.1%	43.1%	22.2%	54.4%	22.9%	4.0%
精神担当医のみ	5.1%	8.2%	5.2%	4.1%	5.2%	5.4%	0.0%
両方いない	54.0%	18.4%	48.3%	71.6%	34.8%	68.6%	96.0%
[看護師]							
専従がいる施設・いない施設							
いる	354	46	234	74	209	142	3
「いる」の割合	66.4%	93.9%	80.7%	38.1%	83.6%	55.0%	12.0%
専門看護師または認定看護師がいる施設							
いる	510	49	288	173	249	246	15
「いる」の割合	95.7%	100.0%	99.3%	89.2%	99.6%	95.3%	60.0%
[薬剤師]							
専従または専任がいる施設・いない施設							
いる	183	30	118	35	128	53	2
「いる」の割合	34.3%	61.2%	40.7%	18.0%	51.2%	20.5%	8.0%
[MSW]							
専従、専任、兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	424	39	229	156	196	207	21
「いる」の割合	79.5%	79.6%	79.0%	80.4%	78.4%	80.2%	84.0%
[臨床心理士]							
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	263	25	173	65	147	111	5
「いる」の割合	49.3%	51.0%	59.7%	33.5%	58.8%	43.0%	20.0%
[リハビリ]							
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	385	29	211	145	164	199	22
「いる」の割合	72.2%	59.2%	72.8%	74.7%	65.6%	77.1%	88.0%
[栄養士]							
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	387	33	208	146	173	193	21
「いる」の割合	72.6%	67.3%	71.7%	75.3%	69.2%	74.8%	84.0%

表3 日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録データの概要（つづき）

	全体	拠点病院の種別			病床数		
		都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	都道府県独自指定/指定なし	500床以上	200～499床	0～199床
[歯科医]							
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
「いる」の割合	61 11.4%	12 24.5%	40 13.8%	9 4.6%	40 16.0%	20 7.8%	1 4.0%
[歯科衛生士]							
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
「いる」の割合	61 11.4%	12 24.5%	32 11.0%	17 8.8%	39 15.6%	19 7.4%	3 12.0%
年間平均依頼件数（がん診療連携拠点病院の指定別）							
指定別数	533	49	290	194	250	258	25
指定別依頼件数合計	87,329	16,666	49,557	21,106	53,283	32,608	1,438
年間平均依頼件数	163.8	340.1	170.9	108.8	213.1	126.4	57.5
中央値	122	279	140	71.5	179.5	85.5	42

	全体	都道府県	地域	指定なし
活動について2：緩和ケアチームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている日数				
週1日未満	3.0%	0.0%	1.4%	6.2%
週1～2日	17.2%	0.0%	10.7%	31.4%
週3～4日	5.1%	2.0%	5.9%	4.6%
週5～6日	71.1%	98.0%	77.6%	54.6%
週7日	3.6%	0.0%	4.5%	3.1%
割合合計	100%	100%	100%	100%
がん診療連携拠点病院の指定別による依頼の時期（がん患者のみ）				
診断から初期治療前	7.9%	6.8%	7.9%	8.6%
がん治療中	45.0%	57.2%	43.5%	38.9%
積極的がん治療終了後	47.1%	36.0%	48.6%	52.5%
割合合計	100%	100%	100%	100%

（日本ホスピス緩和ケア協会，2017年11月30日）



（日本ホスピス緩和ケア協会，2017年11月現在）

図4 緩和ケア診療加算の算定施設数の推移

る可能性があることに注意する必要がある。登録されたチーム数は、全国で533施設であった。内訳は、都道府県がん診療連携拠点病院が9.2%、

地域がん診療連携拠点病院が54.4%、上記以外（都道府県独自指定または指定なし）の病院が36.4%だった。緩和ケアチームへのがんによる依

表4 日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録の年次推移

a. 依頼件数の推移（中央値）

年度	全体	都道府県	地域	都道府県独自	指定なし
2010	89	135	107	70	36
2011	81	155	92	55	39
2012	90	178	108	63	47.5
2013	95	177	118	77.5	54
2014	106	221	128	78	53
2015	113	250	133.5	74	
2016	122	279	140	71.5	

b. 依頼時の依頼内容（延べ件数）〔がん患者のみ、年次別〕

	割合													
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016年
疼痛	18,386	28,447	32,028	38,281	42,509	79,484	50,641	39.3%	36.9%	35.4%	34.9%	34.7%	34.3%	33.5%
疼痛以外の身体症状	10,084	18,137	22,157	27,669	31,043	56,177	38,864	21.5%	23.5%	24.5%	25.2%	25.4%	24.3%	25.7%
精神症状	9,516	15,265	17,414	21,497	23,965	46,343	29,863	20.3%	19.8%	19.3%	19.6%	19.6%	20.0%	19.8%
家族ケア	2,562	5,110	6,218	7,456	7,892	15,627	11,020	5.5%	6.6%	6.9%	6.8%	6.5%	6.8%	7.3%
倫理的問題	714	947	1,079	1,609	1,404	2,290	2,692	1.5%	1.2%	1.2%	1.5%	1.1%	1.0%	1.8%
地域との連携・退院支援	3,734	5,120	6,128	7,799	8,212	15,223	9,842	8.0%	6.6%	6.8%	7.1%	6.7%	6.6%	6.5%
その他	1,801	4,095	5,342	5,508	7,325	16,301	8,244	3.8%	5.3%	5.9%	5.0%	6.0%	7.0%	5.5%
合計（回答なしを除く）	46,797	77,121	90,366	109,819	122,350	231,446	151,167	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

c. PS 値（依頼時）〔がん患者のみ、年次別〕の割合（%）

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016年
PS=0	6.6	5.6	5.1	5.5	5.9	6.2	5.7
PS=1	17.0	16.1	17.4	17.1	17.1	19.4	19.0
PS=2	24.1	23.2	22.3	23.0	22.7	22.8	22.1
PS=3	30.1	30.2	29.7	30.1	30.6	30.1	29.9
PS=4	22.1	25.0	25.4	24.3	23.6	21.6	23.3

d. 転帰〔がん患者のみ、年次別〕の割合（%）

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016年
介入終了（生存）	15.4	7.9	9.0	7.8	8.3	8.2	7.8
緩和ケア病棟転院	9.2	9.4	10.8	11.0	11.9	12.2	12.7
その他の転院	7.1	6.8	6.9	6.7	7.2	7.0	7.1
退院	35.4	33.7	34.5	36.1	36.4	38.1	39.1
死亡退院	32.9	35.8	33.0	32.8	29.9	28.8	27.5
介入継続中	0.0	6.5	5.9	5.7	6.3	5.7	5.8
合計（回答なしを除く）	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（日本緩和医療学会，2017年11月30日現在）

依頼件数は総数で87,329件であり、平均163.8件であった（都道府県拠点病院340.1、地域がん診療連携拠点病院が170.9、上記以外の病院が108.8）。緩和ケアチームのメンバーに専従の身体担当の医師のみがいる割合が36.8%、精神担当のみが5.1%であった。専従看護師がいる割合は66.4%であり、専従または専任の薬剤師がいる割合は34.3%だった。活動状況は、週5日以上が74.7%であり、がん患者の依頼状況は診断から初期治療前が7.9%、がん治療中が45.0%、積極的がん治療終了後が47.1%であった。

日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録の年次推移を表4に示す。2010年から2016年までの変化をみると、依頼内容は疼痛が5.8ポイント減少し、疼痛以外の身体症状が4.2ポイント増加した。2016年は依頼時のPS（performance status）は良好な傾向であり、転帰は死亡退院が減少する傾向にある（2010年の転帰は傾向が他の年度と異なっているがその理由は不明である）。

また、がん診療連携拠点病院のすべてに緩和ケアチームが設置されており、拠点病院の統計からもその概要を知ることができる（「がん診療連携

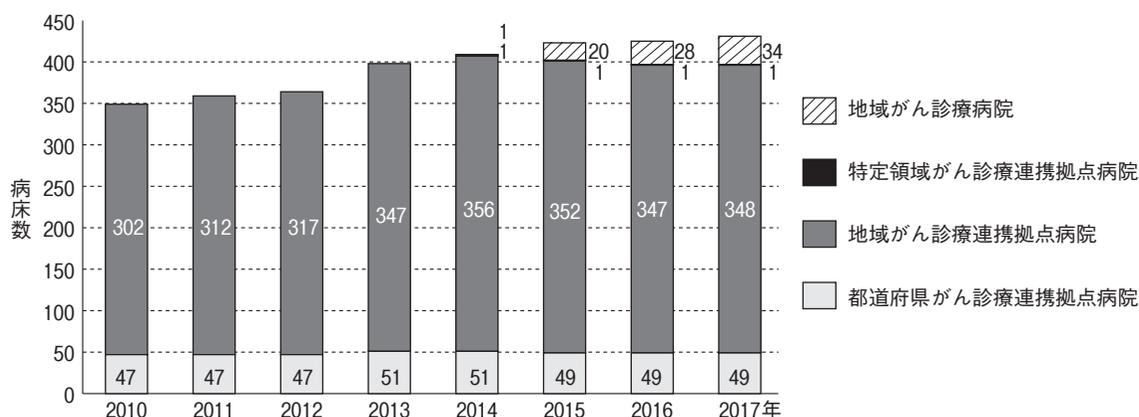
表 5 医療施設調査による緩和ケアチーム数

年	一般病院数	緩和ケアチームを有する病院数	%	緩和ケアチームが診察した患者数(9月の1カ月の数)	新規依頼患者数(9月の1カ月の数)
2011	7,528	861	11.4	23,374	5,191
2014	7,426	992	13.4	28,042	7,793

表 6 緩和ケア外来

	全体	拠点病院の種別				病床数		
		都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	指定なし	病院以外	500床以上	200～499床	0～199床
緩和ケア外来の有無								
あり	458	48	280	130	0	239	209	10
「あり」の割合	85.9%	98.0%	96.6%	67.0%	0.0%	95.6%	81.0%	40.0%
外来緩和ケア管理料算定の有無								
あり	160	26	99	35	0	114	42	4
「あり」の割合	30.0%	53.1%	34.1%	18.0%	0.0%	45.6%	16.3%	16.0%

日本緩和医療学会 緩和ケアチーム登録に基づく緩和ケア外来数（日本緩和医療学会，2017年11月30日）



(厚生労働省，2017年4月1日)

図 5 がん診療連携病院数の推移

拠点病院」の項を参照)。

緩和ケアチームに関しては政府統計である医療施設調査の統計もあり，その結果を表5に示す。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が，2014年調査では992施設に増加した(それぞれ一般病院数の11.4%，13.4%)。また，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人であったが，2014年9月ではそれぞれ28,042人，7,793人に増加した。医療施設調査の次回の実施は2017年である。なお，

拠点病院の現況報告に基づく拠点病院の緩和ケアチームの状況は，「がん診療連携拠点病院」の項に記載する。

### 緩和ケア外来

緩和ケア外来について日本緩和医療学会緩和ケアチーム登録に基づくデータを表6に示す。このデータには，都道府県拠点病院の98.0%，地域拠点病院の96.6%で緩和ケア外来が設置されていた。外来緩和ケア管理料を算定しているのは，都

道府県拠点病院の 53.1%，地域拠点病院の 34.1%であった。なお、拠点病院の現況報告に基づく拠点病院の緩和ケア外来の状況は、「がん診療連携拠点病院」の項に記載する。

## がん診療連携拠点病院

がん診療連携拠点病院は、2002 年から指定が開始された（当時は地域がん診療拠点病院）。図 5 にがん診療連携拠点病院数の推移を示す。2017 年では、都道府県がん診療連携拠点病院として 49 病院、地域がん診療連携拠点病院として 348 病院、特定領域がん診療連携拠点病院として 1 病院、地域がん診療病院として 34 病院、合計 432

病院が指定されている。以下の集計では都道府県がん診療連携拠点病院以外の拠点病院はすべて地域がん診療連携拠点病院に含めた。

がん診療連携拠点病院現況報告（2016 年度）の集計結果を表 7、8 に示す。緩和ケア診療加算を算定している施設の割合は 43%であった。緩和ケア病棟入院料を算定している施設の割合は、22%であった。がん性疼痛管理指導料 1・2 を算定している施設の割合は、それぞれ 97%、93%だった。がん患者指導管理料 1・2・3 を算定している施設の割合は全体でそれぞれ 89%・84%・71%であり、平均算定数はそれぞれ  $66.5 \pm 114.9$ ・ $41.6 \pm 163.4$ ・ $77.8 \pm 181.6$ であった。外来がん緩和ケア管理料を算定している施設の割合は 39%

表 7 がん診療連携拠点病院現況報告（全般事項）（2016 年度）

	全体 (n=427)		
	平均±標準偏差		
病床数総数	平均±標準偏差	572.4	±228.4
緩和ケア診療加算	あり	182	43%
件数（緩和ケア診療加算）	平均±標準偏差	1087.3	±2197.1
緩和ケア病棟入院料	あり	95	22%
件数（緩和ケア病棟入院料）	平均±標準偏差	1252.1	±2516.7
がん性疼痛緩和和管理指導料 1	あり	414	97%
件数（がん性疼痛緩和和管理指導料 1）	平均±標準偏差	300.6	±366.8
がん性疼痛緩和和管理指導料 2	あり	398	93%
件数（がん性疼痛緩和和管理指導料 2）	平均±標準偏差	132.3	±198.3
がん患者指導管理料 1	あり	380	89%
件数（がん患者指導管理料 1）	平均±標準偏差	66.5	±114.9
がん患者指導管理料 2	あり	360	84%
件数（がん患者指導管理料 2）	平均±標準偏差	41.6	±163.4
がん患者指導管理料 3	あり	305	71%
件数（がん患者指導管理料 3）	平均±標準偏差	77.8	±181.6
外来緩和ケア管理料	あり	166	39%
件数（外来緩和ケア管理料）	平均±標準偏差	14.5	±45.6
リンパ浮腫指導管理料	あり	334	78%
件数（リンパ浮腫指導管理料）	平均±標準偏差	57.0	±74.6
がん患者リハビリテーション料	あり	344	81%
件数（がん患者リハビリテーション料）	平均±標準偏差	1819.3	±2732.2
緩和医療専門医常勤	平均±標準偏差	0.1	±0.4
暫定指導医常勤	平均±標準偏差	0.5	±0.8
がん看護専門看護師常勤	平均±標準偏差	0.9	±1.5
がん性疼痛看護認定看護師常勤	平均±標準偏差	0.8	±1.0
緩和ケア認定看護師常勤	平均±標準偏差	1.5	±1.1
年間新入院がん患者数	平均±標準偏差	3021.0	±2035.3
年間新入院患者数に占めるがん患者の割合	平均±標準偏差	25.8	±16
年間外来がん患者数	平均±標準偏差	56747.8	±49854.6
年間院内死亡がん患者数	平均±標準偏差	211.4	±126.5
新入院がん患者数	平均±標準偏差	1029.4	±706.3
新入院患者数に占めるがん患者の割合	平均±標準偏差	25.7	±15.8

（厚生労働省，2016 年度）

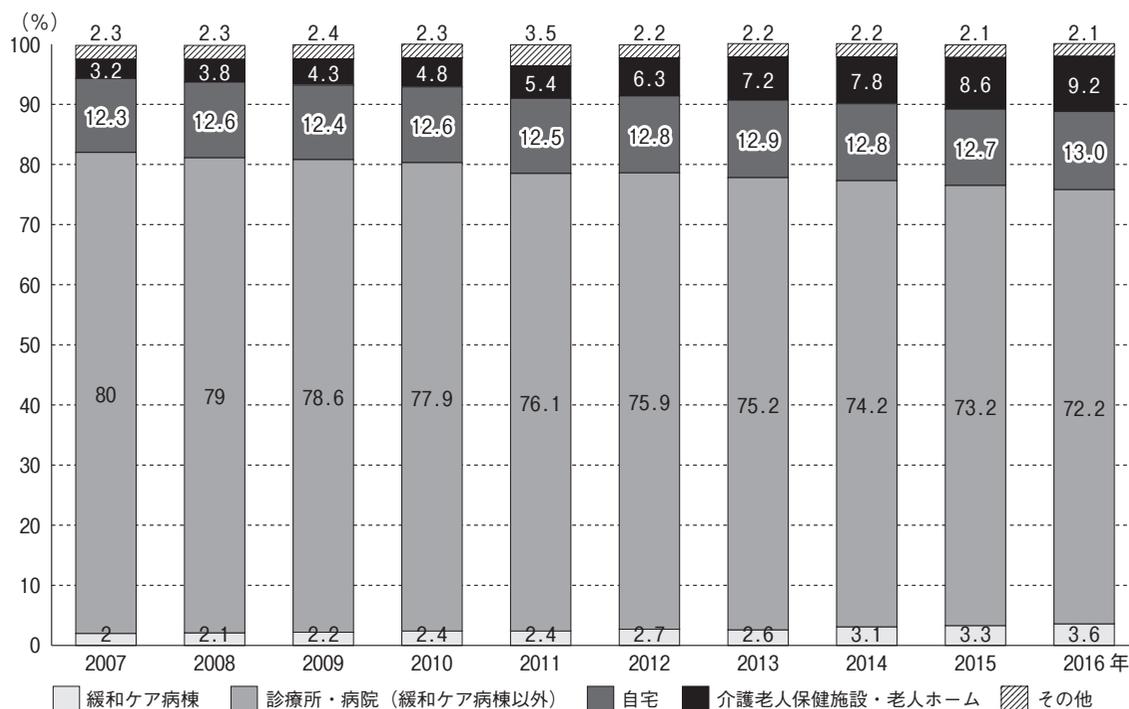
表8 がん診療連携拠点病院現況報告（機能別）（2016年度）

	全体（n=427）	
	n	%
症状緩和や医療用麻薬の院内マニュアル・院内クリティカルパスの整備	399	93%
緩和ケアチームの整備	397	93%
苦痛のスクリーニング体制	398	93%
スクリーニングされた患者への対応体制	399	93%
インフォームドコンセント：看護師や医療心理に携わる者等の同席	399	93%
インフォームドコンセント：初期治療内容のみならず長期的視野に立ち治療プロセス全体についての説明	399	93%
インフォームドコンセント：必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等の体制	399	93%
医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用等の医師からの説明、薬剤師や看護師等による服薬指導と自己管理指導	399	93%
緩和ケアチーム：週1回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンドおよびカンファレンスの実施、必要に応じて主治医や病棟看護師等の参加を求めている	399	93%
緩和ケアチーム：院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備	399	93%
外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備	399	93%
緩和ケア外来に地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制の整備	399	93%
緩和ケアチームの看護師の苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来看護業務を支援・強化	399	93%
緩和ケアチームの専従医師のは、手術療法・化学療法・放射線治療等、がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診への参加、適切な助言、必要に応じて共同して診療計画の立案	327	77%
緩和ケアチームの専任の医師のがん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診への参加	333	78%
院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析、評価の実施	399	93%
緩和ケアチームへ看護師や薬剤師などから依頼できる体制	399	93%
緩和ケアチームへ依頼する手順の明確化と周知	399	93%
緩和ケアのリンクナースの配置	333	78%
緩和ケアについて患者・家族への情報提供	399	93%
情報提供の内容：院内の見やすい場所に掲示	395	93%
情報提供の内容：院内誌、チラシ等で広報	338	79%
情報提供の内容：ホームページに掲載	356	83%
情報提供の内容：地域の広報誌等で広報	122	29%
情報提供の内容：その他の方法で掲載	95	22%
主治医および看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明および指導	399	93%
地域の医療機関および在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備	399	93%
緩和ケア病棟の設置	98	23%
緩和ケア病棟：平均待機期間（n=98）	7.8	±12.6
緩和ケア病棟：年間新入院患者数（n=98）	96.9	±101.5
緩和ケア病棟：緩和ケア病棟の平均在院日数（n=98）	18.4	±16.7
地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備	399	93%
院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備	399	93%
主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意志決定支援と、地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスの実施	399	93%
緩和ケアチーム：専任の身体症状の緩和に携わる医師の配置	399	93%
緩和ケアチーム：専従の身体症状の緩和に携わる医師の配置	216	51%
緩和ケアチーム：精神症状の緩和に携わる医師の配置	399	93%
緩和ケアチーム：専任の精神症状の緩和に携わる医師の配置	260	61%
緩和ケアチーム：常勤の看護師の配置	399	93%
緩和ケアチーム：専従の看護師はがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師のいずれか	399	93%
緩和ケアチーム：薬剤師の配置	398	93%
緩和ケアチーム：医療心理に携わる者の配置	281	66%
当該2次医療圏の医師を対象とした緩和ケアに関する研修の実施	399	93%
施設に所属する卒後2年目から5年目までの全ての医師が当該研修を修了する体制を整備	399	93%
研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供	399	93%
看護師を対象としたがん看護に関する総合的な研修の実施	399	93%
地域を対象として、緩和ケアやがん教育をはじめとするがんに関する普及啓発	399	93%
緩和ケアに関係する自施設の情報の把握・評価、PDCAサイクルの確保	399	93%

表8 がん診療連携拠点病院現況報告（機能別）（2016年度）（つづき）

	全体 (n=427)	
	n	%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価	399	93%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：地域に対してわかりやすく広報	399	93%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：院内の見やすい場所に掲示	154	36%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：院内誌、チラシ等で広報	113	26%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：ホームページに掲載	215	50%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：地域の広報誌等で広報	34	8%
都道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価：その他の方法で掲載	36	8%

（国立がん研究センターホームページ，2016年度）



（厚生労働省人口動態統計，2016年度）

図6 死亡場所の推移（全死因）

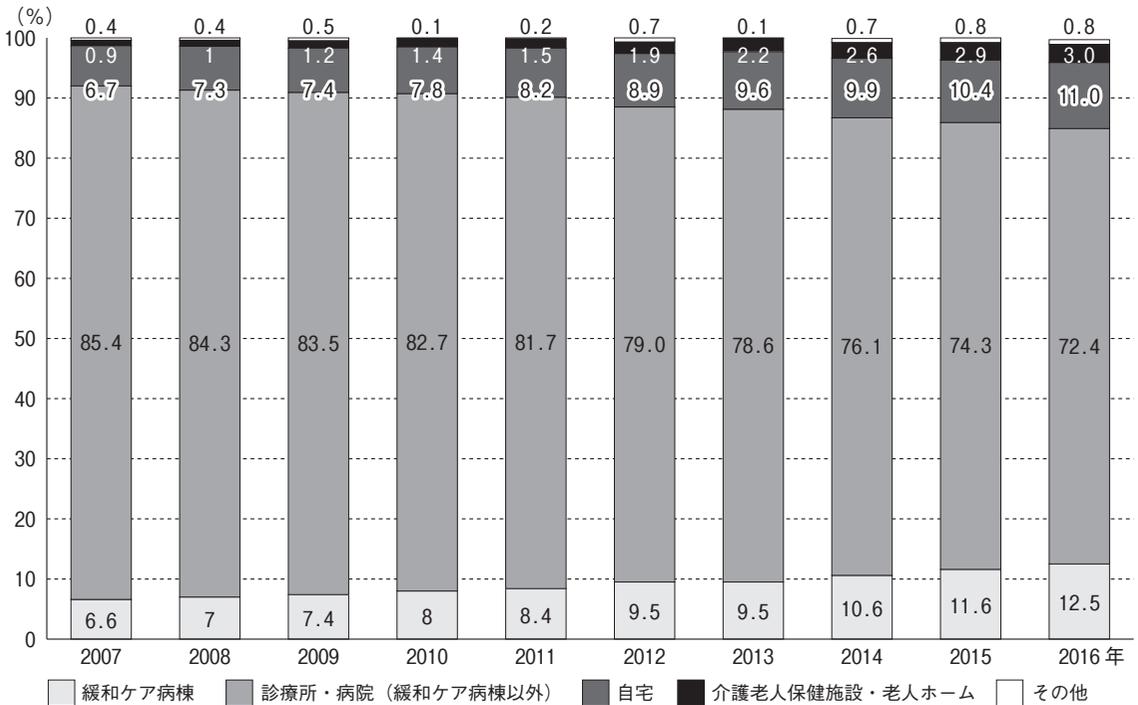
であり，平均算定数は全体で  $14.5 \pm 45.6$  件であった。

## 在宅緩和ケア

全死因とがんの死亡場所の推移を図6，7に示す。2016年の全死因の自宅死亡の割合は13.0%であり，がんでは11.0%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8，9に示す。

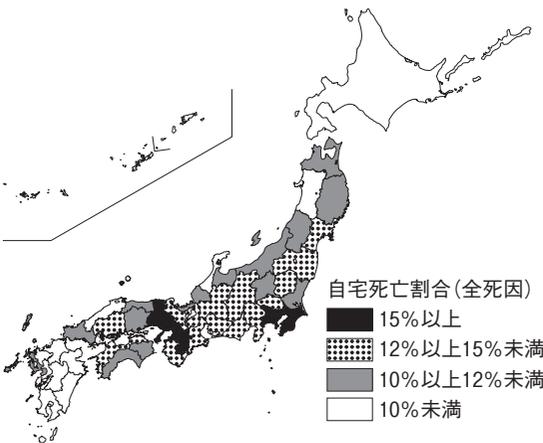
全死因の自宅死亡割合が高い都道府県は東京都17.5%，神奈川県16.6%，奈良県16.0%であり，低い都道府県は大分県7.9%，宮崎県8.6%，鹿児島県9.0%であった。がんの自宅死亡割合が高い都道府県は神奈川県17.0%，東京都16.4%，奈良県15.3%であり，低い都道府県は秋田県3.9%，新潟県5.2%，熊本県5.9%であった。

在宅療養支援診療所数の推移を図10に示す。2012年度より在宅療養診療所が従来型在宅療養



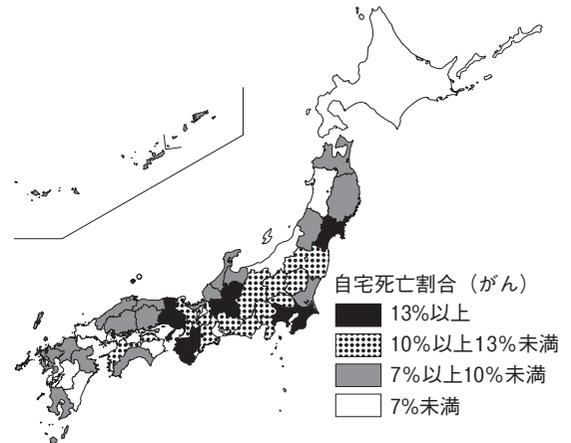
(厚生労働省人口動態統計, 2016年度)

図7 死亡場所の推移 (がん)



(厚生労働省人口動態統計, 2016年)

図8 都道府県別の自宅死亡割合 (全死因)



(厚生労働省人口動態統計, 2015年)

図9 都道府県別の自宅死亡割合 (がん)

支援診療所, 連携強化型在宅療養支援診療所, 強化型在宅療養支援診療所の3区分に変更になった。その2017年7月現在, 従来型在宅療養支援診療所は11,931件, 連携強化型在宅療養支援診療

所は2,725件, 強化型在宅療養支援診療所は189件であり, すべてを合計すると14,845件であった。現在入手できる最新の都道府県別データである2012年の人口10万人対の在宅療養支援診療所

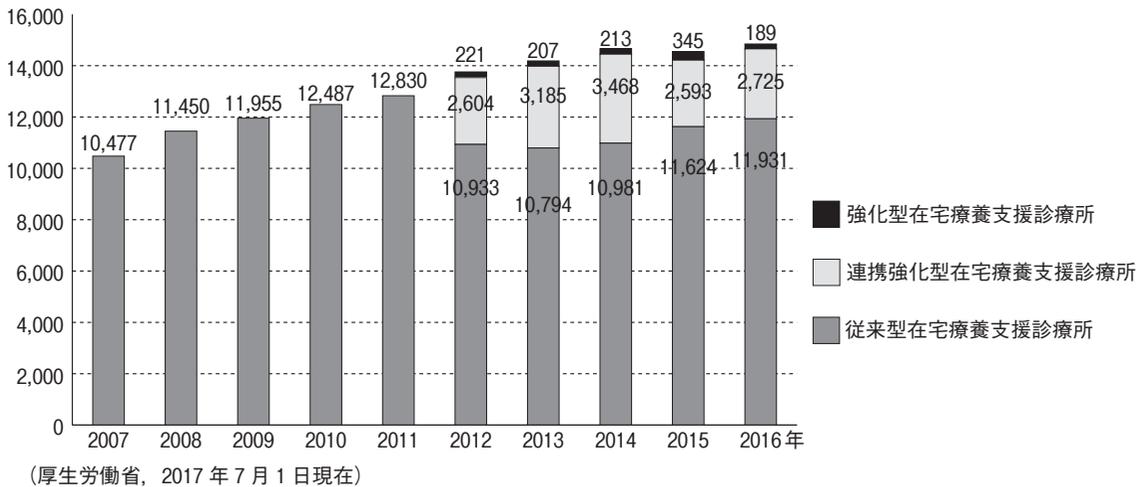


図10 在宅療養支援診療所数の推移

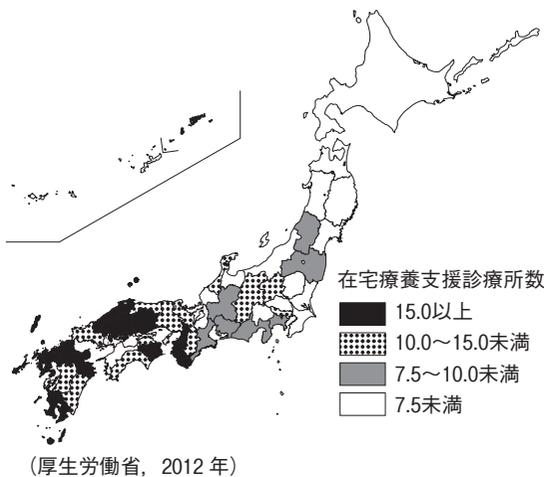


図11 都道府県別在宅療養支援診療所数



図12 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

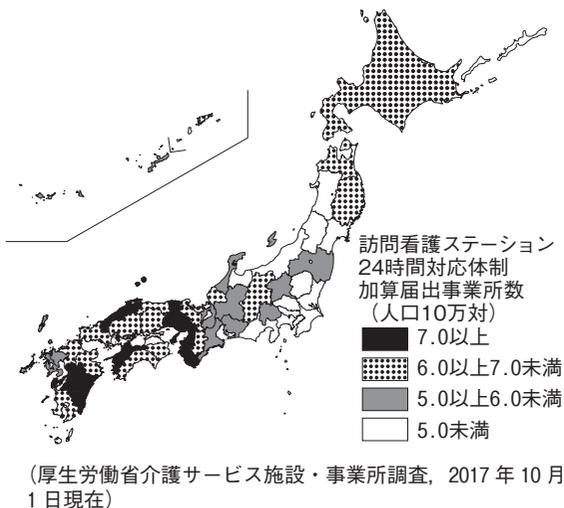


図13 都道府県別訪問看護ステーション24時間対応体制加算届出事業所数

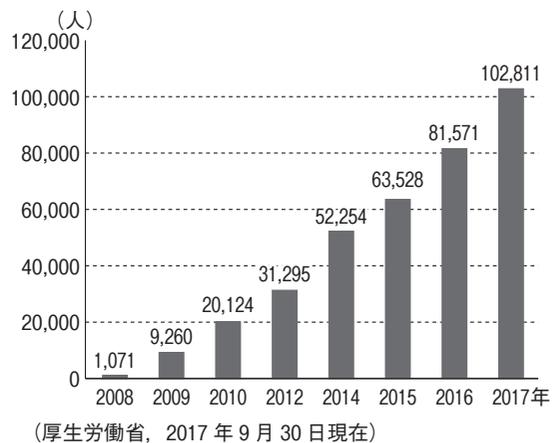


図14 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了者数の推移

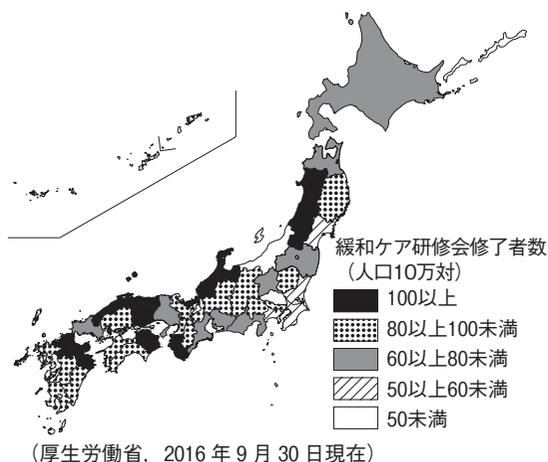


図15 都道府県別「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了者数

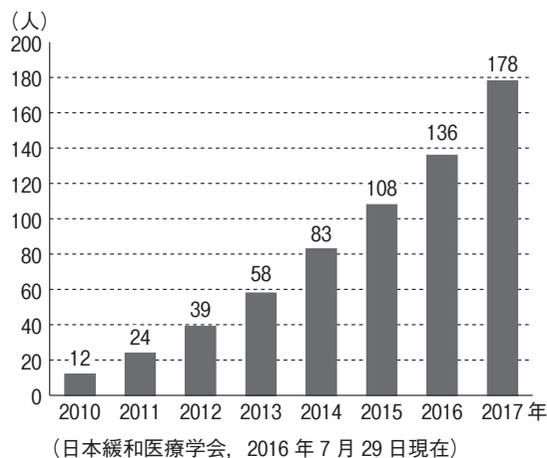


図16 日本緩和医療学会専門医数の推移

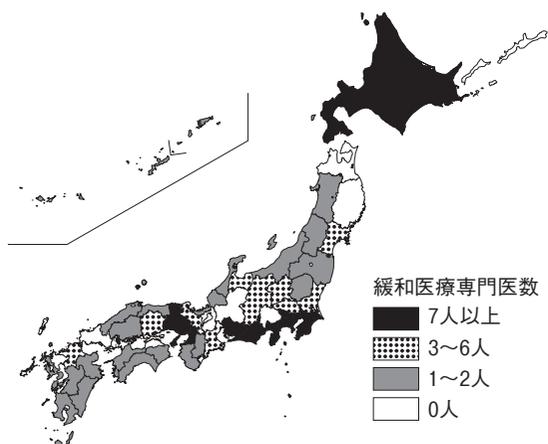


図17 都道府県別日本緩和医療学会専門医数

数を図11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10.8であり、多い都道府県は長崎県24.3、大阪府19.8、広島県19.7、少ない都道府県は富山県4.4、千葉県4.8、新潟県5.0であった。また、2011年度のデータでは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12に示す。2016年の届出事業数は、7,091件と2013年から2,000件以上増加

した。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13に示す。人口10万対届出事業所数が多かった都道府県は和歌山県9.6、島根県9.1、兵庫県7.5であり、少なかった都道府県は千葉県3.5、埼玉県3.8、栃木県3.8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14に示す。2017年9月30日までで修了者数の合計は、102,811人であった。また、2017年9月30日までの累計の都道府県別人口10万対緩和ケア研修会修了者数を図15に示す。人口10万対修了者数が多かった都道府県は島根県178、富山県135、和歌山県126であり、少なかった都道府県は埼玉県41、新潟県49、神奈川県55であった。

日本緩和医療学会専門医数の推移を図16に、2017年8月29日現在の都道府県別専門医数を図17に示す。2017年8月29日現在の日本緩和医療学会専門医数は178名であり、最大が東京都の34名であった。専門医がいない都道府県は8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18に示す。2017年12月31日現在，がん看護専門看護師784人，がん性疼痛認定看護師769人，緩和ケア認定看護師数2,217人であり，これ

らの合計は3,770人であった。都道府県別の人口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の合計を図19に示す。合計数が多い都道府県は山梨県8.7，富山

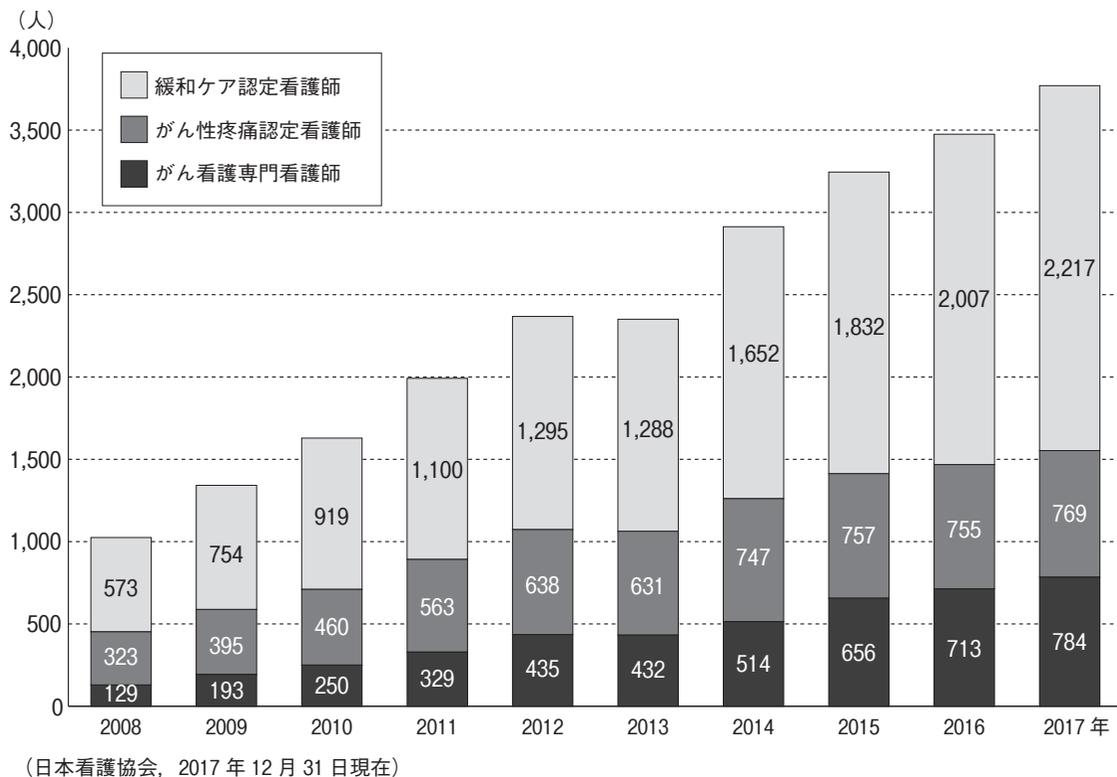
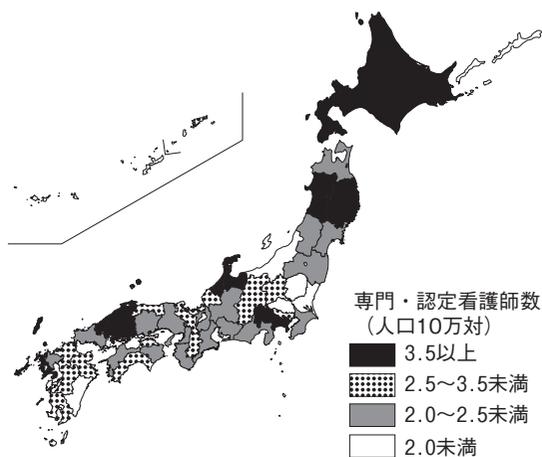


図18 がん看護専門看護師，がん性疼痛認定看護師，緩和ケア認定看護師数の推移



(日本看護協会，2017年12月31日現在)

図19 都道府県別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

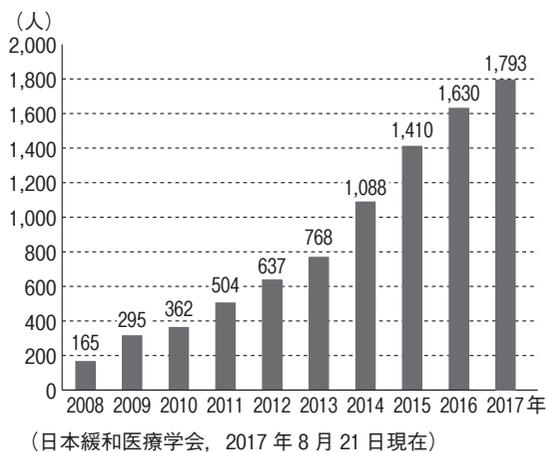
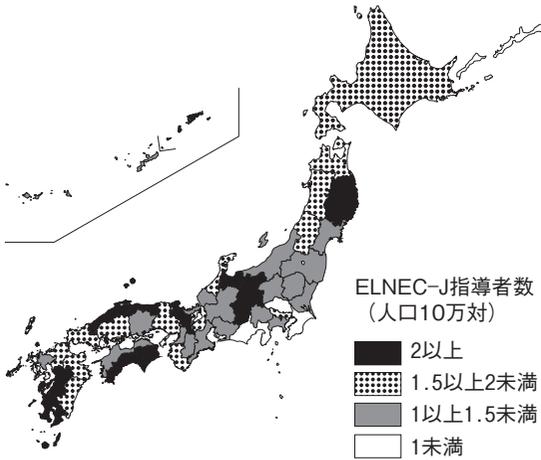
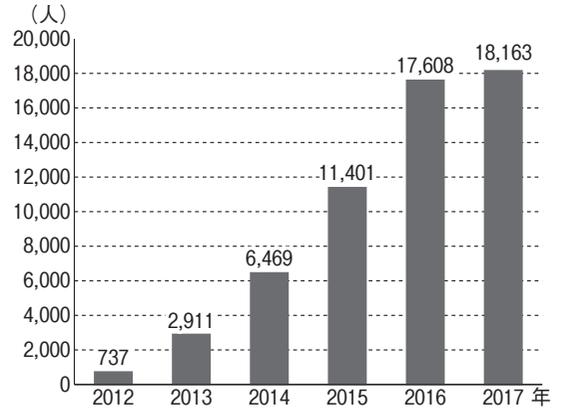


図20 ELNEC-J 指導者数の推移



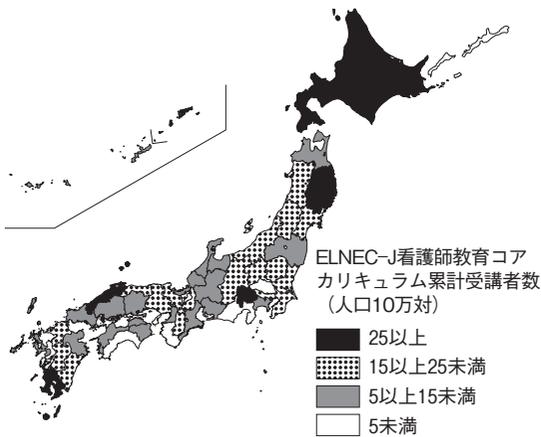
(日本緩和医療学会, 2017年8月21日現在)

図21 都道府県別 ELNEC-J 指導者数



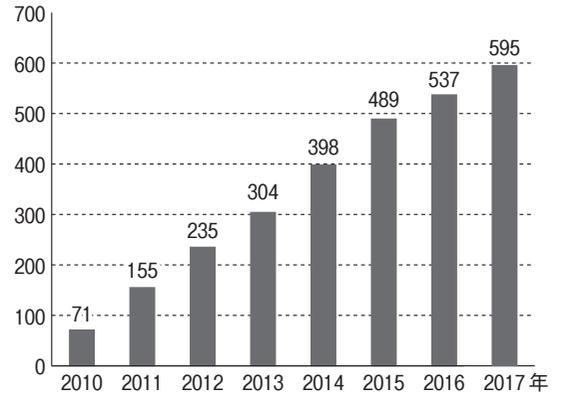
(日本緩和医療学会, 2017年4月現在)

図22 ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの受講者数の推移



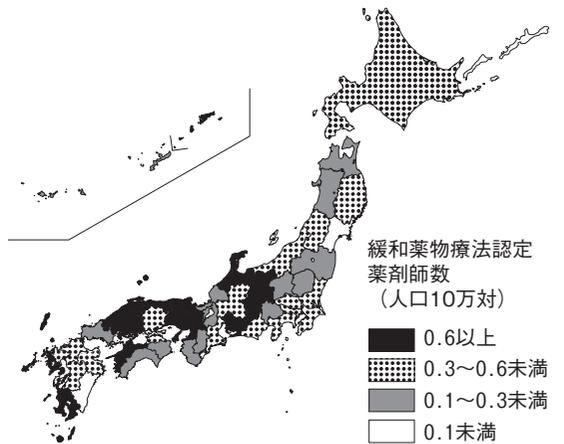
(日本緩和医療学会, 2016年4月現在)

図23 都道府県別の ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの受講者数



(日本緩和医療学会, 2017年4月現在)

図24 緩和薬物療法認定薬剤師数の推移



(日本緩和医療学会, 2017年4月現在)

図25 都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数

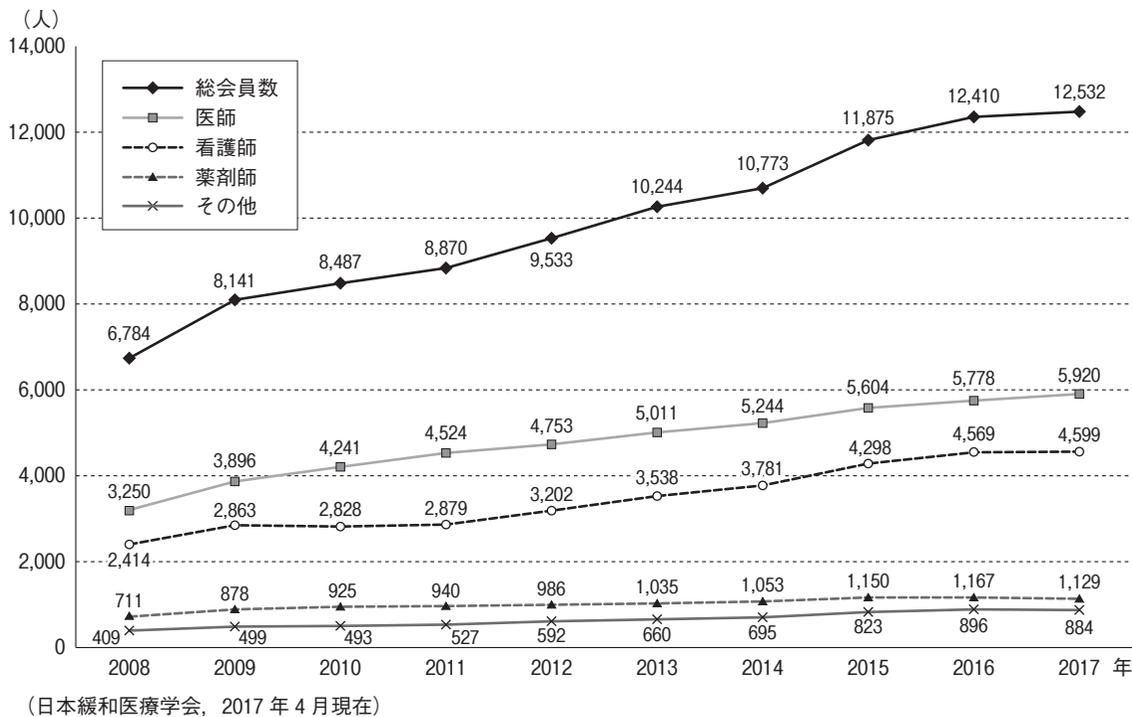


図 26 日本緩和医療学会 会員数の推移

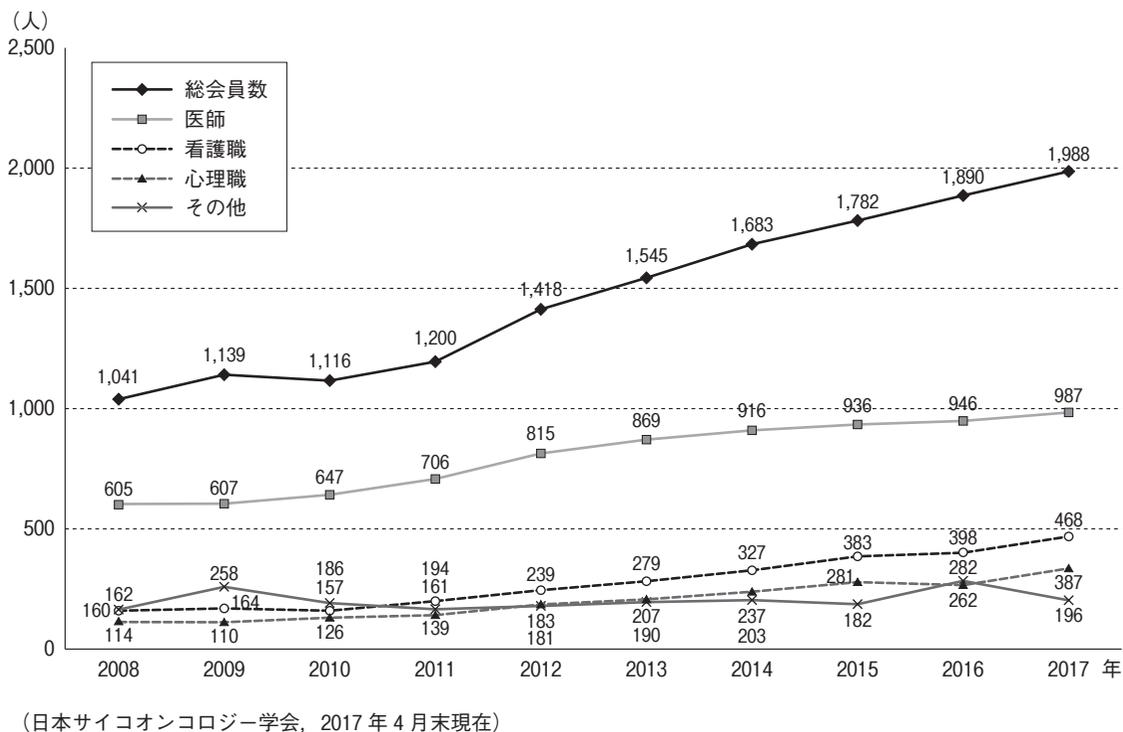


図 27 日本サイコoncology学会 会員数の推移

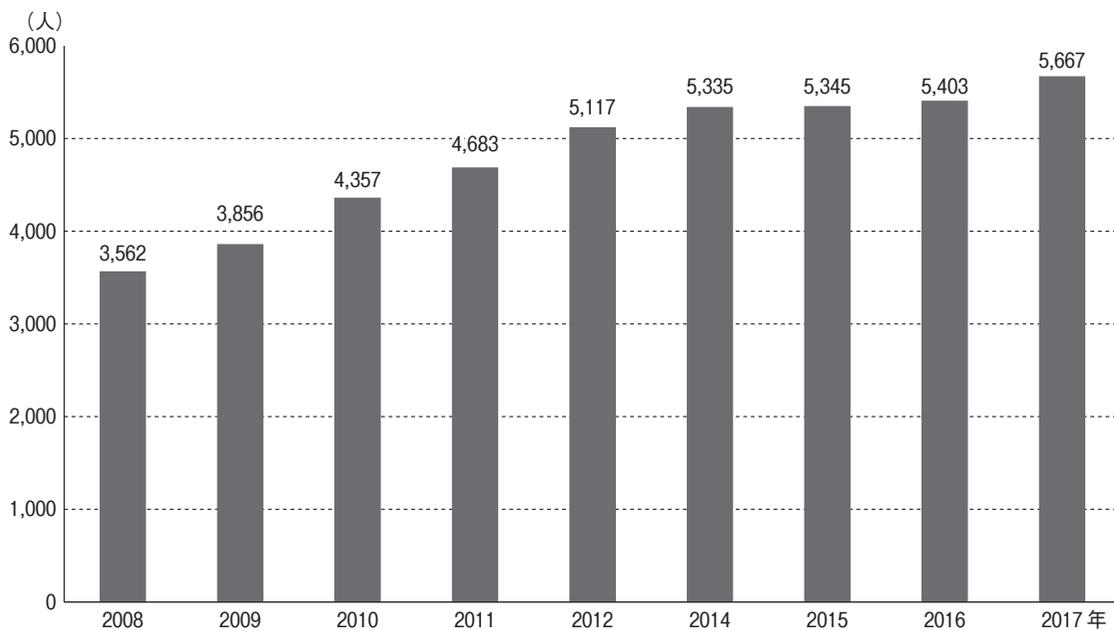


図 28 日本がん看護学会 会員数の推移

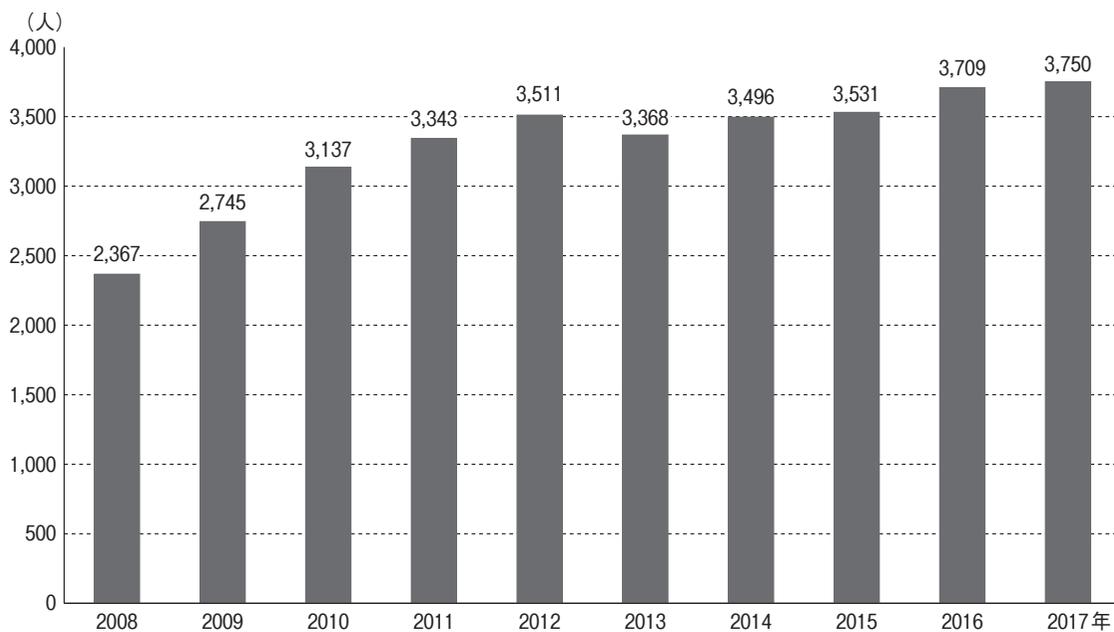
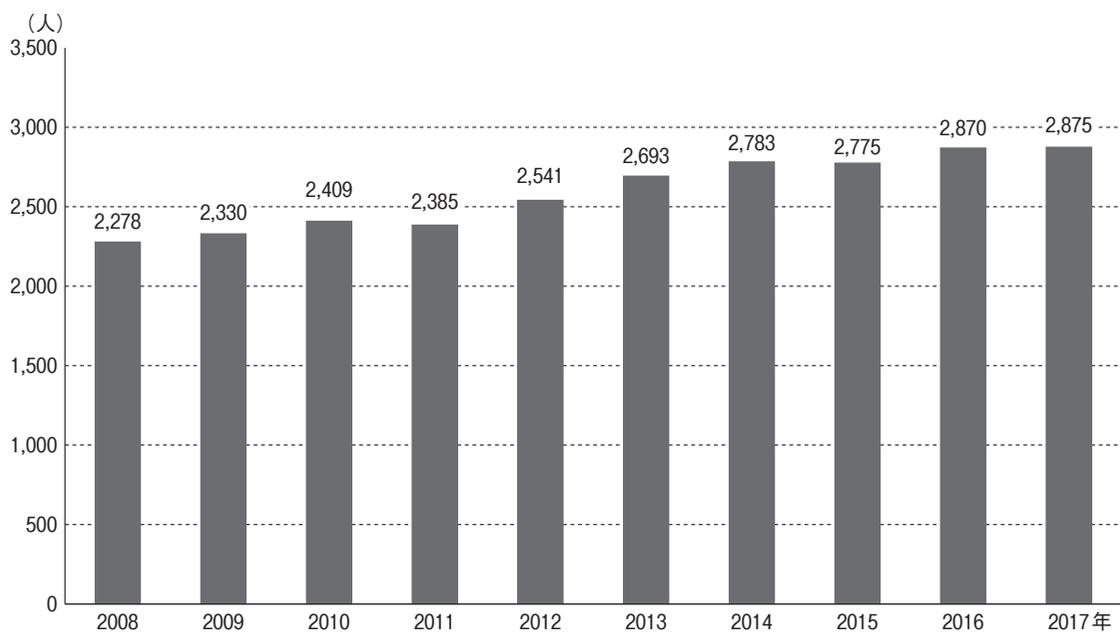
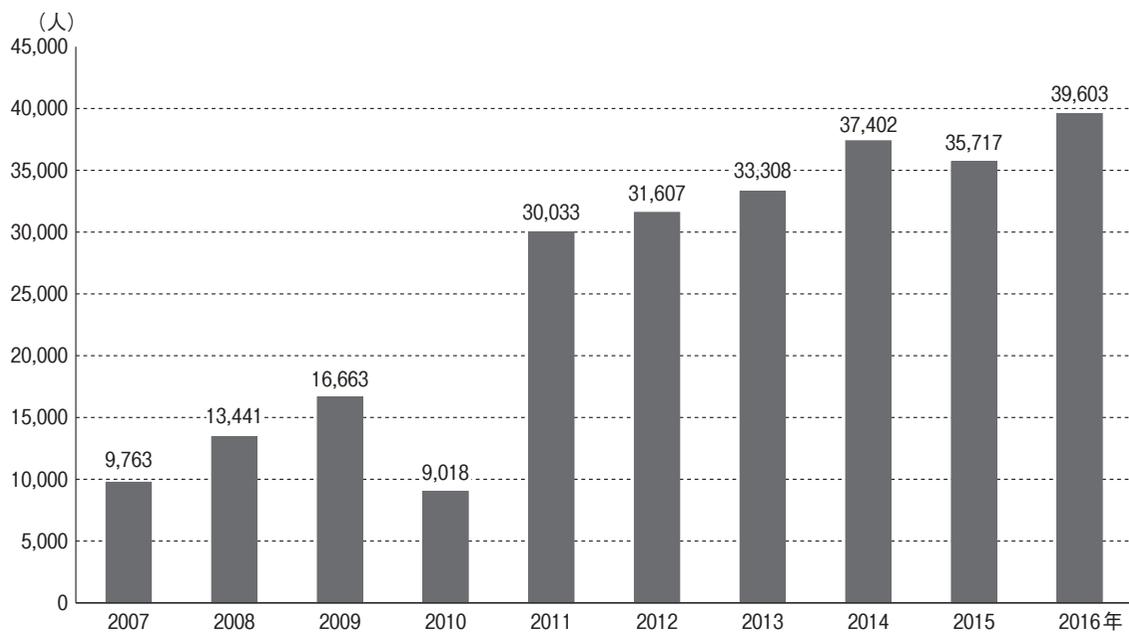


図 29 日本緩和医療薬学会 会員数の推移



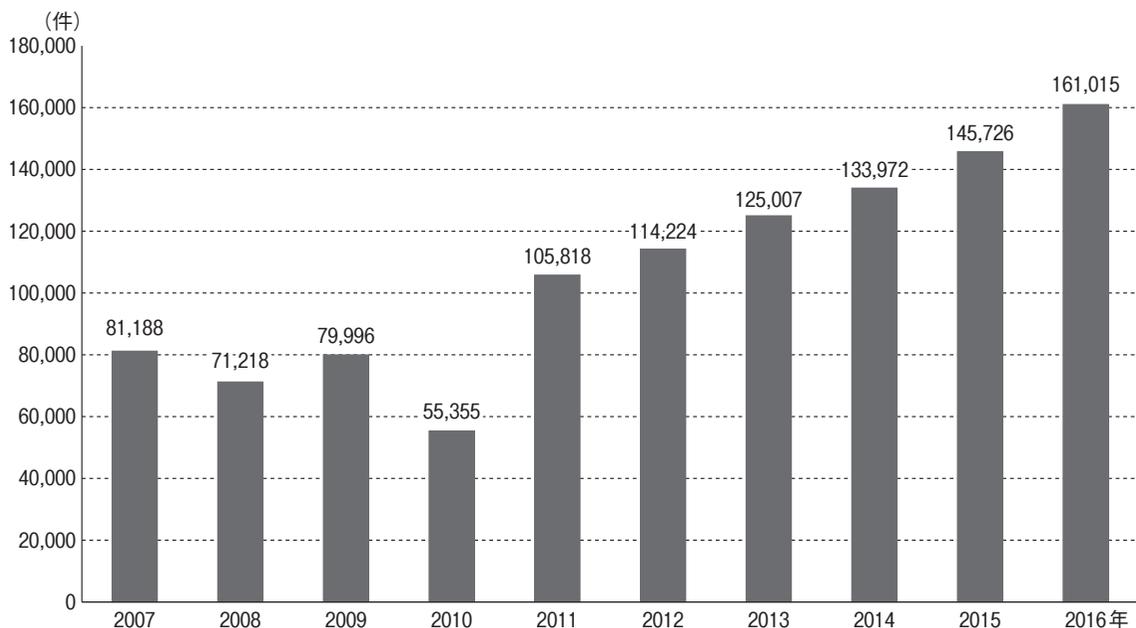
(日本死の臨床研究会, 2017年12月26日現在)

図30 日本死の臨床研究会 会員数の推移



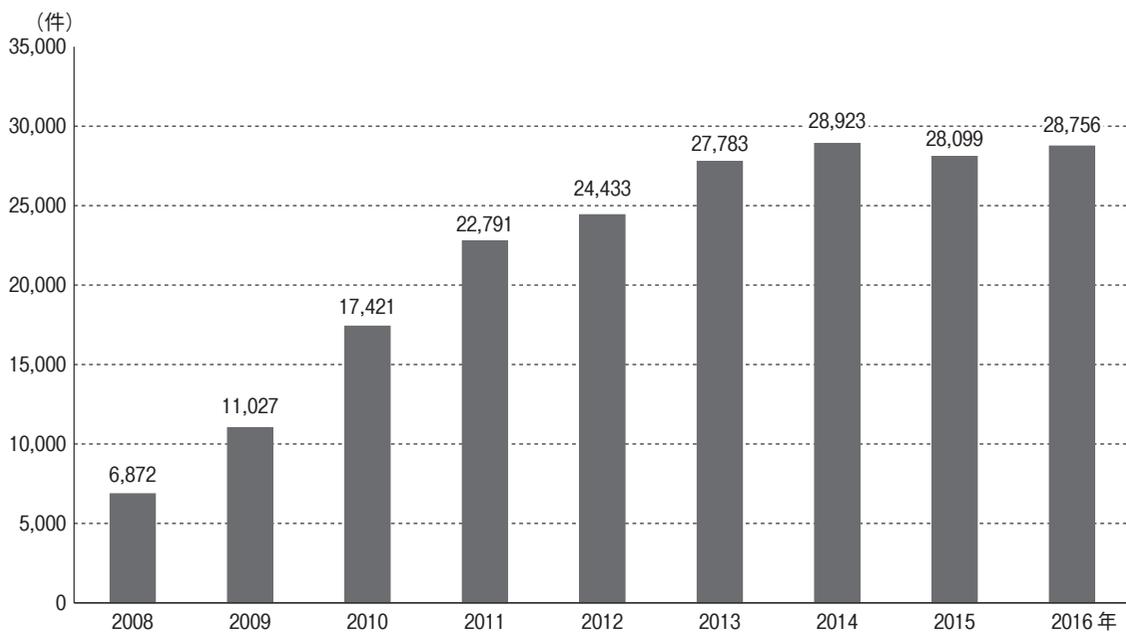
(厚生労働省 社会医療診療行為別調査, 2017年6月現在)

図31 社会医療診療行為別調査に基づく緩和ケア診療加算算定数



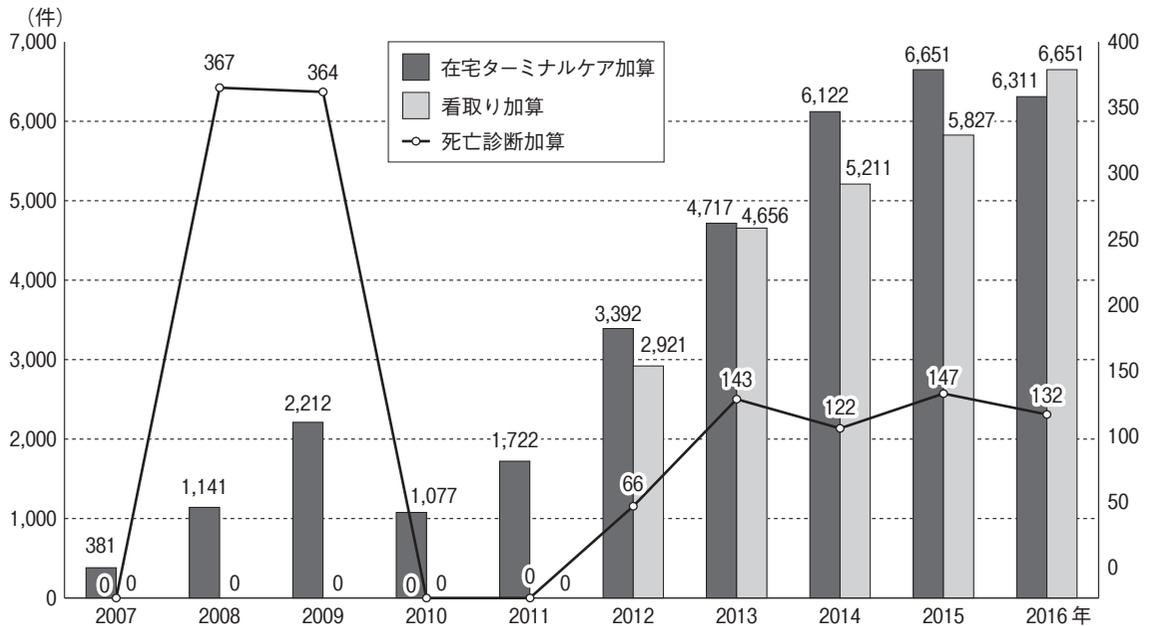
(厚生労働省 社会医療診療行為別調査, 2017年6月現在)

図 32 社会医療診療行為別調査に基づく緩和ケア病棟入院料



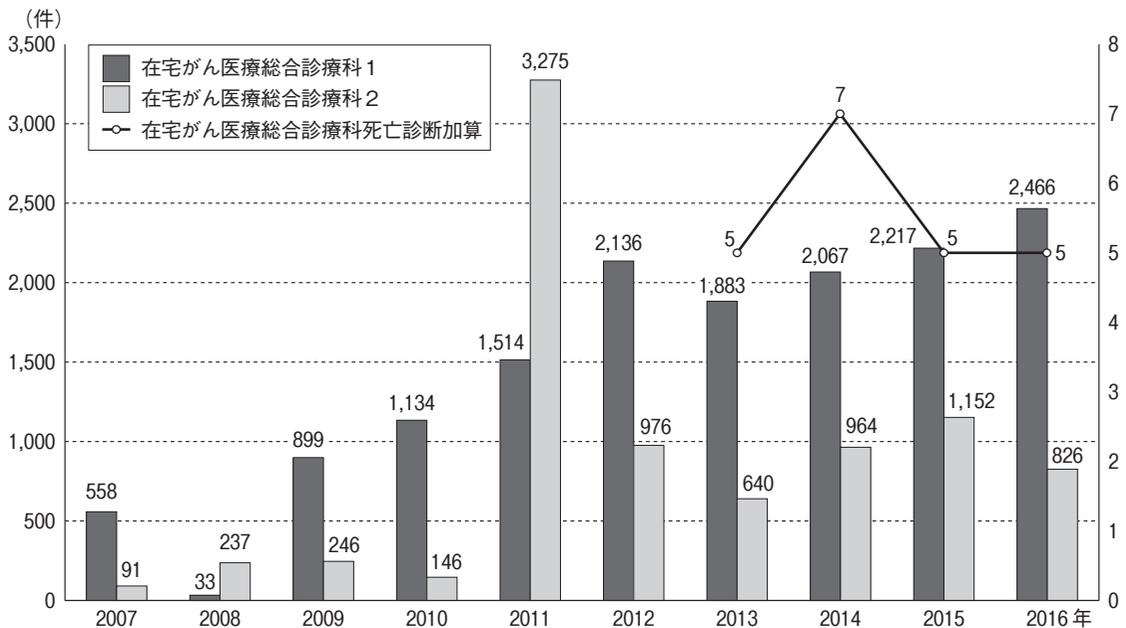
(厚生労働省 社会医療診療行為別調査, 2017年6月現在)

図 33 社会医療診療行為別調査に基づくがん性疼痛緩和指導管理料算定数



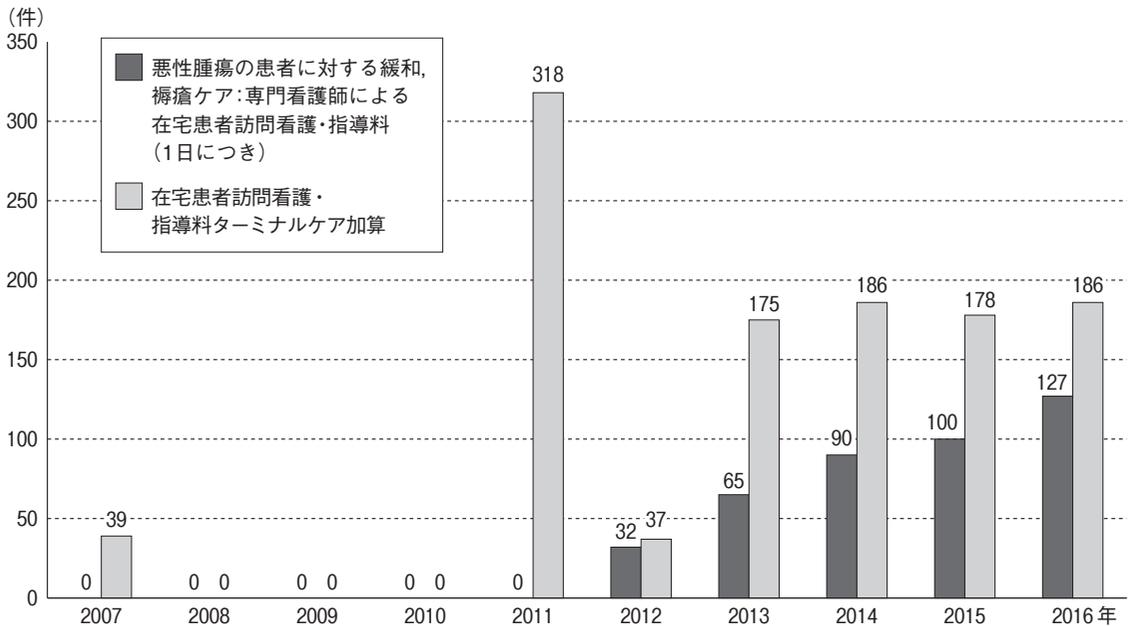
(厚生労働省 社会医療診療行為別調査, 2017年6月現在)

図34 社会医療診療行為別調査に基づく在宅患者訪問指導料



\* 2007～2011年は在宅末期医療総合診療科  
(厚生労働省 社会医療診療行為別調査, 2017年6月現在)

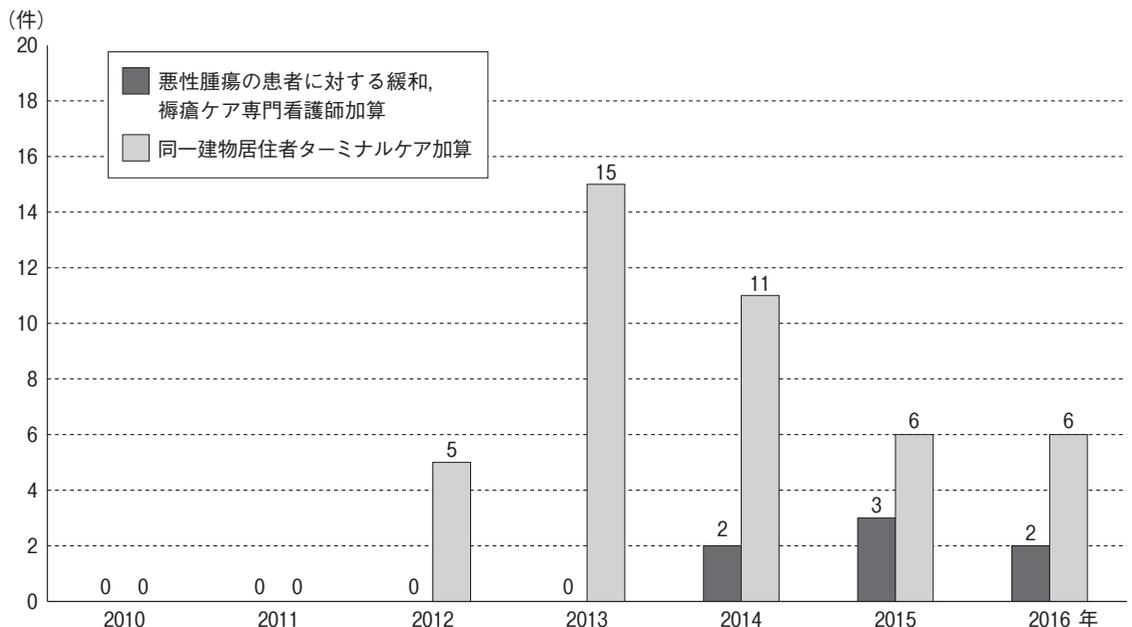
図35 社会医療診療行為別調査に基づく在宅がん医療総合診療料等



\* 在宅患者訪問看護・指導料ターミナルケア加算の改定の経過  
 2006年 1カ月以上訪問看護を実施⇒14日以内に2回以上の訪問看護と改定  
 2010年 医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合においても加算が取れるように改定  
 2012年 14日以内に2回以上の訪問⇒2回目は死亡日の訪問看護と指導を含むと改定

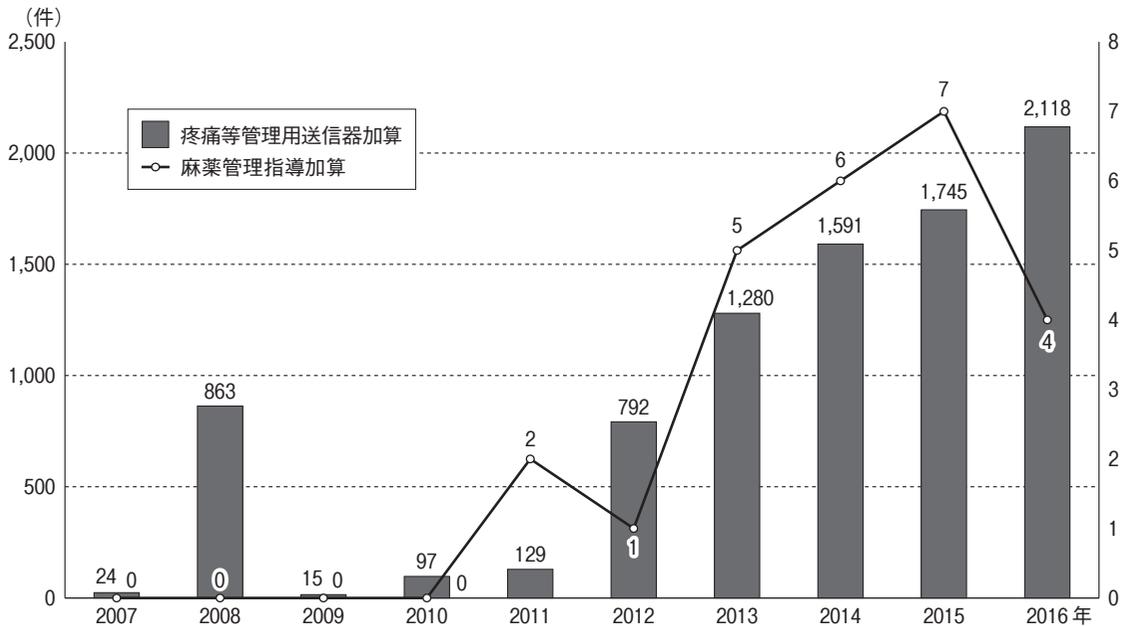
\*\* 2012年4月在宅患者訪問看護・指導料緩和ケア・褥瘡ケア専門看護師 改定  
 (厚生労働省 社会医療診療行為別調査, 2017年6月現在)

図 36 社会医療診療行為別調査に基づく在宅患者訪問看護・指導料等



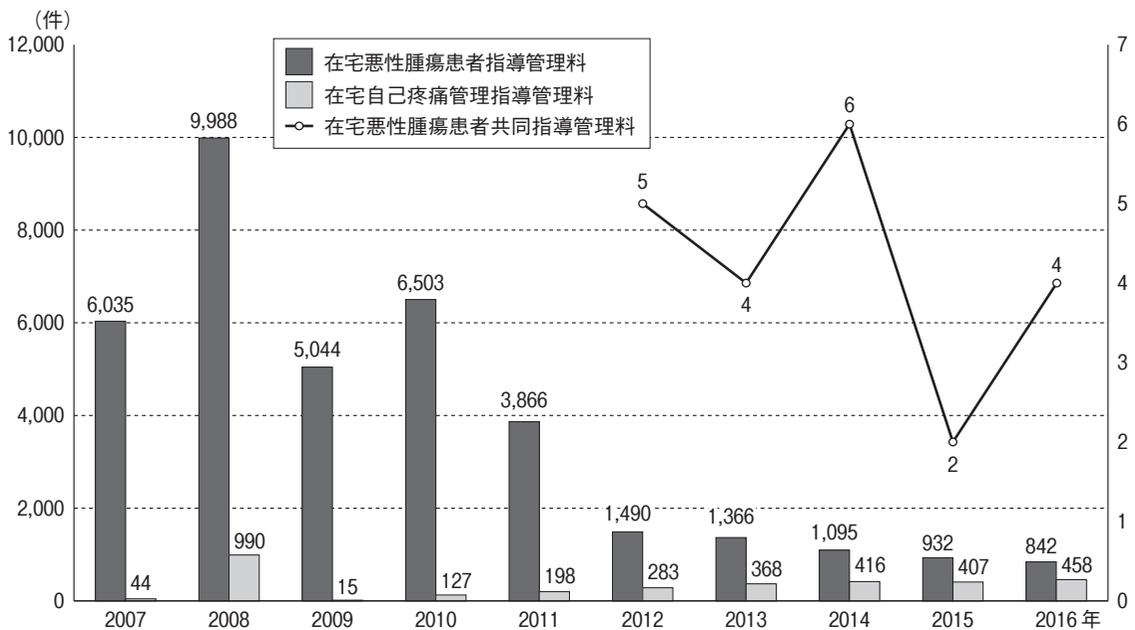
\* 2012年 緩和、褥瘡ケア専門看護師の指導料の新設  
 2014年 同一建物居住者訪問看護・指導料において、同一日に3人以上訪問した場合の点数が減少  
 (厚生労働省 社会医療診療行為別調査, 2017年6月現在)

図 37 社会医療診療行為別調査に基づく同一建物居住者訪問看護・指導料等



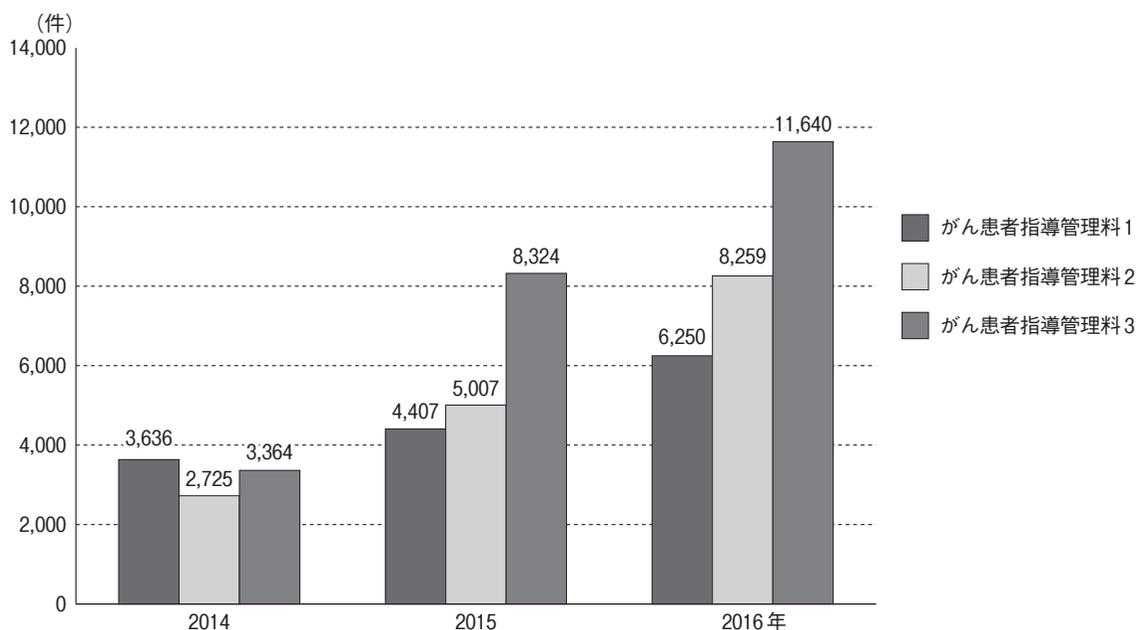
(厚生労働省 社会医療診療行為別調査, 2017年6月現在)

図 38 社会医療診療行為別調査に基づく麻薬管理等に関する加算



(厚生労働省 社会医療診療行為別調査, 2017年6月現在)

図 39 社会医療診療行為別調査に基づく在宅悪性腫瘍患者指導管理料等



\* 2014年 がん患者指導管理料が策定された（以前はがん患者カウンセリング料だったが、がん患者指導管理料2やがん患者指導管理料3の内容は含まれていなかった）  
 （厚生労働省 社会医療診療行為別調査，2017年6月現在）

図 40 社会医療診療行為別調査に基づくがん患者指導管理料

表 9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

	2016年実施件数
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	4,480
ターミナルケア加算	1,379

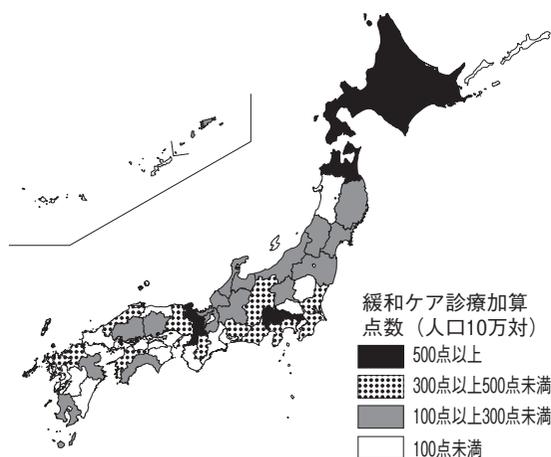
（厚生労働省 社会医療診療行為別調査，2017年6月現在）

県 6.7，島根県 4.6 であり，少ない都道府県は茨城県 1.9，埼玉県 1.9，宮崎県 2.0 であった。

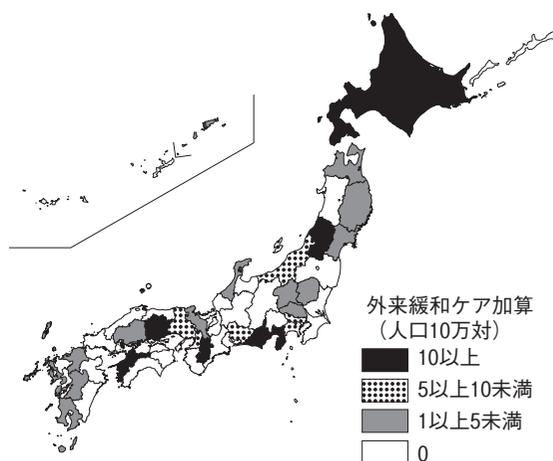
日本緩和医療学会のエンド・オブ・ライフ・ケア教育プログラムである ELNEC-J（The End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan）の指導者数の推移を図 20 に示す。2017 年 8 月 21 日現在，指導者は全国で 1,793 人であった。また，2017 年 8 月 21 日現在の人口 10 万人対都道府県別 ELNEC-J 指導者数を図 21 に示す。人口 10 万人対指導者数が多かった都道府県は富山県 2.9 人，島根県 2.6 人，京都府，高知県 2.5 人，であり，

少なかった都道府県は埼玉県 0.6 人，千葉県 0.8 人，静岡県 0.9 人であった。

ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの累積受講者数の推移を図 22 に示す。2017 年 4 月 1 日における累積の受講者数の合計は，18,163 人であった。また，2017 年 4 月 1 日現在の人口 10 万人対都道府県別 ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの累積受講者数を図 23 に示す。人口 10 万人対受講者数が多かった都道府県は島根県 45.1 人，鹿児島県 43.5 人，山梨県 35.5 人であり，ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの累積受



(NDB オープンデータ, 2014 年 4 月～2015 年 3 月)  
 図 41 NDB オープンデータに基づく都道府県別  
 人口 10 万対緩和ケア診療加算点数



※一番小さいカテゴリは 1 未満ではなく 0 である。  
 (NDB オープンデータ, 2014 年 4 月～2015 年 3 月)  
 図 42 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対  
 外来緩和ケア加算

講者数がない都道府県の数 は 0 であった (2015 年度は 1 だった)。

日本緩和医療薬学会の緩和薬物療法認定薬剤師数の推移を図 24 に示す。2017 年 4 月, 緩和薬物療法認定薬剤師数は全国で 595 人であった。2017 年 4 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 25 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鳥取県 1.05 人, 鳥根県 1.01 人, 石川県 0.96 人であった。緩和薬物療法認定薬剤師がない都道府県の数 は 0 であった (2015 年度は 2)。

日本緩和医療学会の会員数の推移を図 26 に示す。2017 年 4 月末現在の総会員数は 12,532 人であり, 医師が 5,920 人 (47%), 看護師が 4,599 人 (37%), 薬剤師が 1,129 人 (9%) 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 27 に示す。2017 年 9 月 1 日現在の総会員数は 1,988 人であり, 医師が 987 人 (50%), 看護職が 468 人 (24%), 心理職が 337 人 (17%) であった。日本がん看護学会の会員数の推移を図 28 に示す。2017 年 12 月 25 日現在の総会員数は 5,667 人であった。日本緩和医療薬学会の会員数の推移を図 29 に示す。2017 年 12 月 26 日現在の会員数は, 3,750 人であった。日本死の臨床研究会の会員数の推移を図 30 に示す。2017 年 12 月 25 日現在の

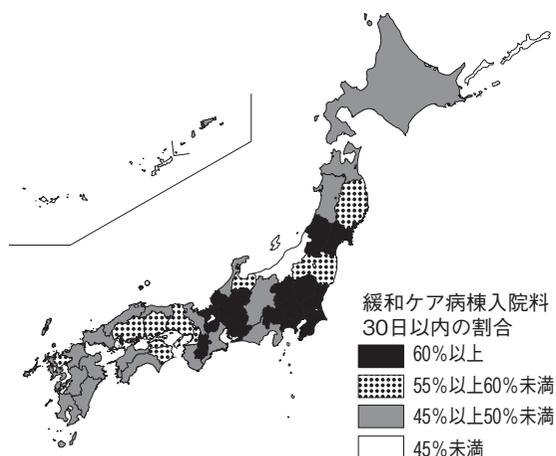
会員数は 2,875 人であった。

## 診療報酬

社会医療診療行為別調査にもとづく緩和ケア診療加算, 緩和ケア病棟入院料, がん性疼痛緩和指導管理料の算定数の全国推計の推移を図 31～33 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, 標本誤差の影響を受けることに注意する必要がある。

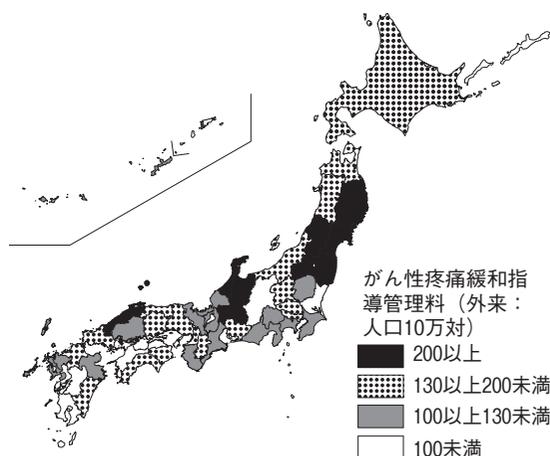
同じく社会医療診療行為別調査に基づく在宅ターミナルケア加算, 看取り加算, 死亡診断加算の算定数を図 34 に示す。また, 在宅がん医療総診療料等を図 35, 在宅患者訪問看護・指導料等を図 36, 同一建物居住者訪問看護・指導料等を図 37, 麻薬管理等関する加算を図 38, 在宅悪性腫瘍患者指導管理料等を図 39 に示す。がん患者指導管理料 1-3 について図 40 に示す。2016 年度から新たに追加された在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について表 9 に示す。

また, 2014 年度 NDB オープンデータに基づく都道府県別の診療報酬からの集計を図 41 以降に示す。これらは年次が 2014 年度とやや古いことに注意する必要がある。NDB オープンデータに



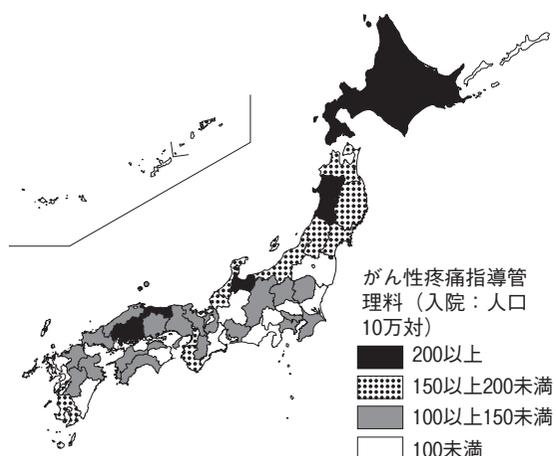
(NDB オープンデータ, 2014年4月～2015年3月)

図 43 NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟の入院 30 日以内の割合



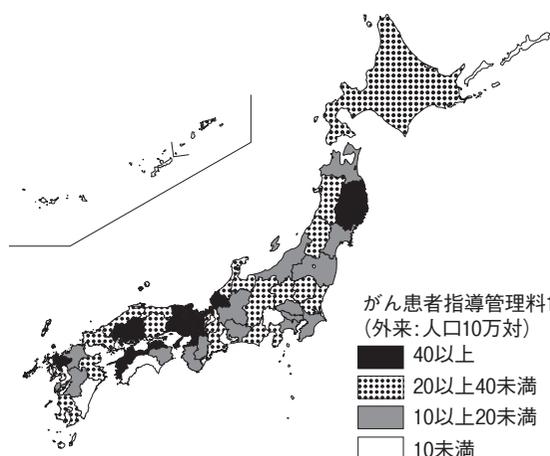
(NDB オープンデータ, 2014年4月～2015年3月)

図 44 NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和指  
導料 (外来)



(NDB オープンデータ, 2014年4月～2015年3月)

図 45 NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和指  
導料 (入院)



(NDB オープンデータ, 2014年4月～2015年3月)

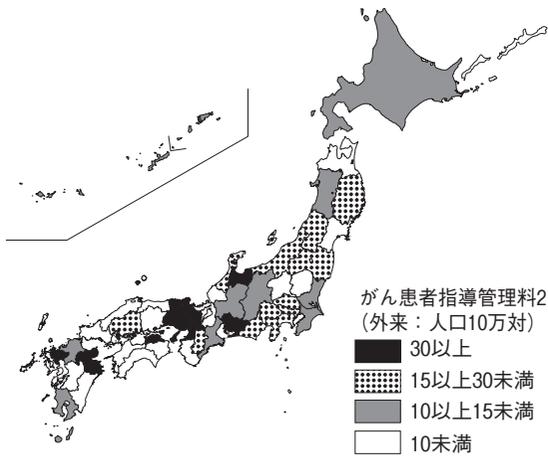
図 46 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対が  
ん患者指  
導管理料 1 (外来)

もとづく人口 10 万対緩和ケア診療加算点数を図 41, NDB オープンデータに基づく人口 10 万対外来緩和ケア加算を図 42, NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟の入院 30 日以内の割合を図 43, NDB オープンデータに基づくがんがん性疼痛緩和指  
導料 (外来) を図 44, 同 (入院) を図 45 に示す。同様に NDB オープンデータに基づく

人口 10 万対がん患者指  
導管理料 1～3 (外来) を図 46～48, 同 (入院) を図 49～51 に示す。

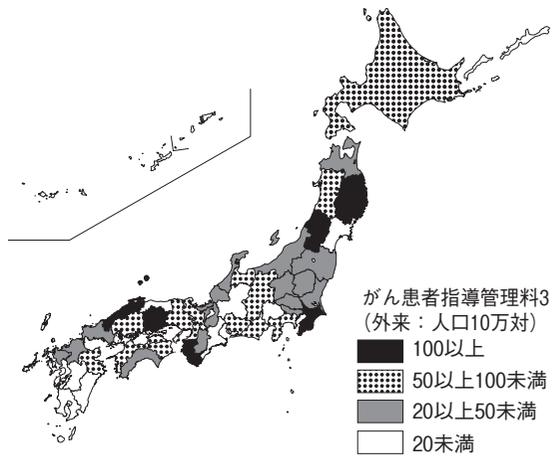
### 医療用麻薬

人口千対医療用麻薬消費量 (モルヒネ換算) の推移を図 52 に示す。2016 年の人口千対モルヒネ



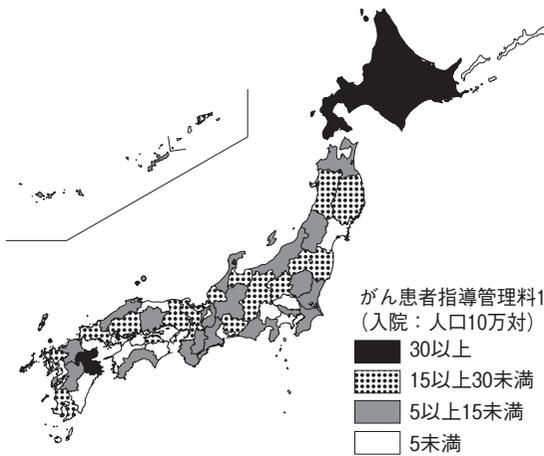
(NDB オープンデータ, 2014年4月～2015年3月)

図 47 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 2 (外来)



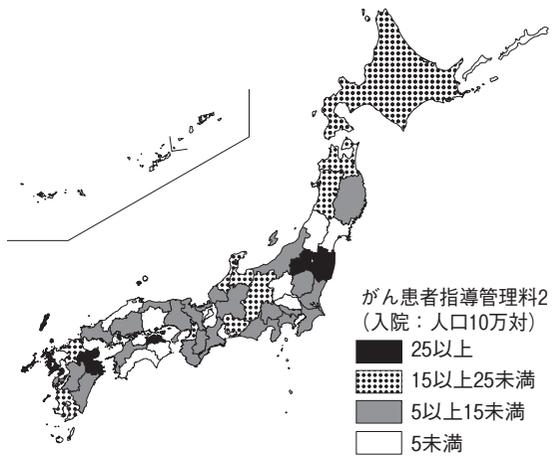
(NDB オープンデータ, 2014年4月～2015年3月)

図 48 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 3 (外来)



(NDB オープンデータ, 2014年4月～2015年3月)

図 49 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 1 (入院)

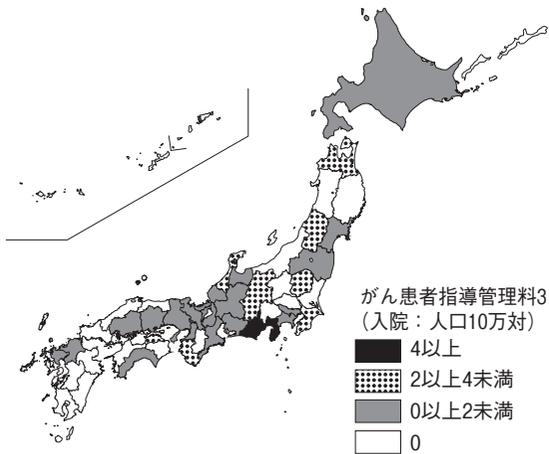


(NDB オープンデータ, 2014年4月～2015年3月)

図 50 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 2 (入院)

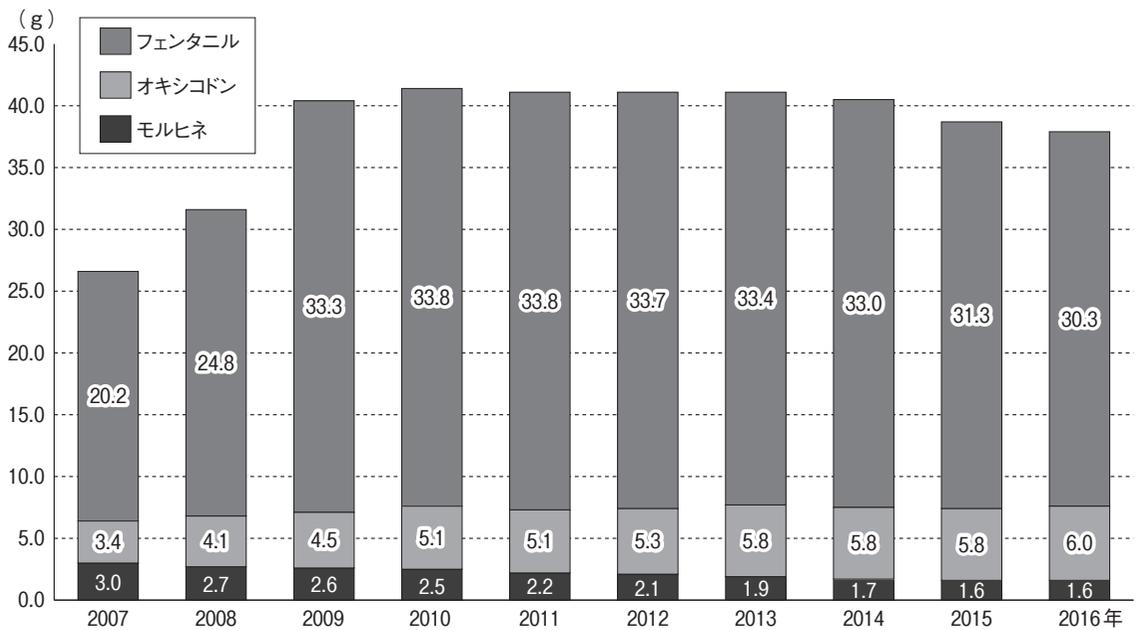
換算消費量はモルヒネ 1.6g, オキシコドン 6.0g, フェンタニル 30.3g であり, 合計は 37.8g であった。2016 年の都道府県別口千対医療用麻薬消費量 (モルヒネ換算) を図 53 に示す。人口千対消費量が多かった都道府県は北海道 55.9g, 鳥取県 55.4g, 青森県 53.1g であり, 少なかった都道府

県は三重県 27.6g, 滋賀県 30.0g, 佐賀県 30.6g であった。



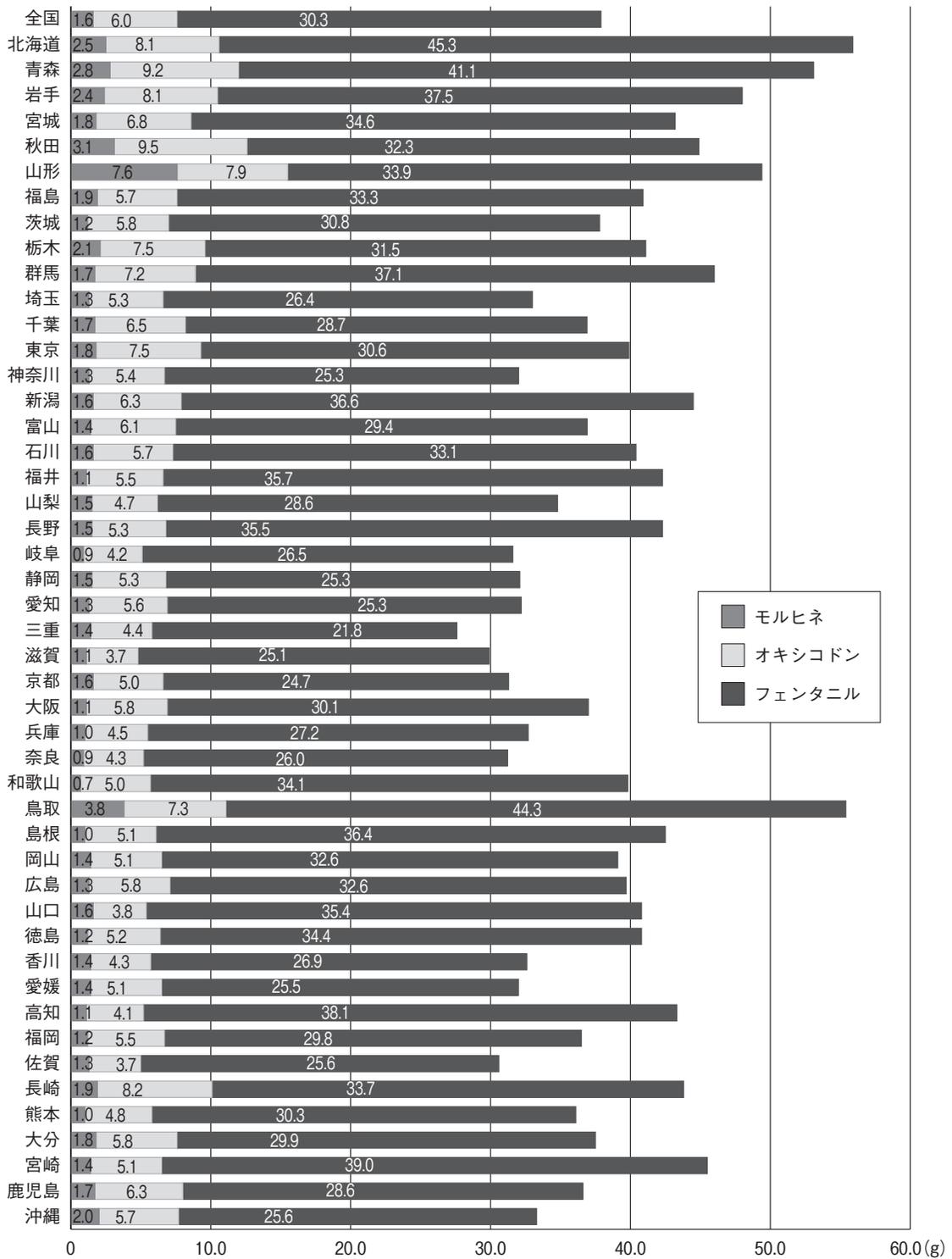
(NDB オープンデータ, 2014年4月～2015年3月)

図 51 NDB オープンデータに基づく人口10万対がん患者指導管理料3 (入院)



(厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課, 2016年度)

図 52 人口千対医療用麻薬消費量 (モルヒネ換算) の推移



(厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課, 2016年度)

図 53 都道府県別人口千対医療用麻薬消費量 (モルヒネ換算)

付表 本稿で用いた都道府県別データ

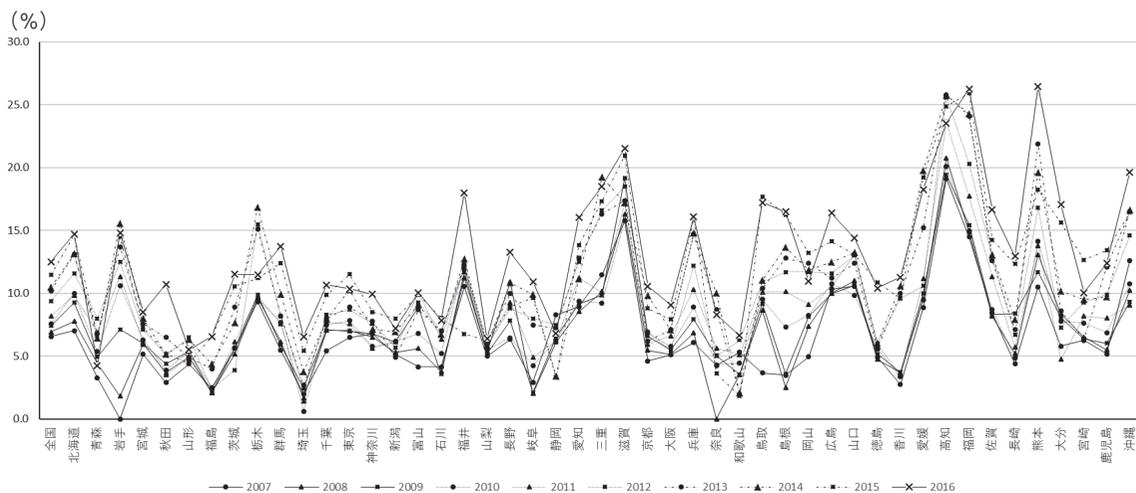
都道府県	人口 (単位 千人)	がん死亡 者数	緩和ケア 病棟で死 亡したが ん患者の 割合 (%)	自宅死亡 割合 (全死因) (%)	自宅死亡 割合 (がん患者) (%)	在宅療養 支援診療 所届出数 (人口10万対)	訪問看護 ステーショ ン24時間 対応体制 加算 (人口10万対)	緩和ケア 研修会修 了者数 (人口10万対)	緩和医 療専門 医数	がん専 門看護 師数	がん性 疼痛認 定看護 師数
年次	2016	2016	2016	2016	2016	2012	2016	2017	2017	2017	2017
総数	126,933	372,986	12.5	13.0	11.0	10.8	5.6	81.0	177	784	769
北海道	5,352	19,179	14.7	9.5	6.0	6.1	6.0	78.3	8	39	22
青森	1,293	5,034	4.3	10.7	7.0	6.4	7.0	73.2	0	3	2
岩手	1,268	4,521	14.8	11.6	7.5	6.2	6.1	97.8	0	8	5
宮城	2,330	6,663	8.5	14.8	14.3	5.5	4.4	55.3	4	11	12
秋田	1,010	4,242	10.7	9.2	3.9	7.3	4.9	116.7	1	6	3
山形	1,113	4,100	5.5	10.8	7.9	7.6	4.3	108.3	1	5	4
福島	1,901	6,415	6.6	13.2	10.4	8.8	5.8	63.5	2	6	10
茨城	2,905	8,795	11.5	11.0	7.3	5.4	3.9	55.8	4	7	9
栃木	1,966	5,849	11.5	13.2	11.1	7.4	3.8	89.2	1	9	7
群馬	1,967	5,831	13.8	10.6	10.2	10.5	5.8	72.0	4	21	8
埼玉	7,289	19,148	6.6	12.5	10.4	6.3	3.8	40.7	4	17	21
千葉	6,236	16,798	10.7	15.1	13.0	4.8	3.5	57.7	11	31	34
東京都	13,624	34,017	10.4	17.5	16.4	11	4.8	96.4	34	126	83
神奈川	9,145	23,395	9.9	16.6	17.0	8.6	4.7	54.6	8	64	98
新潟	2,286	7,876	7.2	10.4	5.2	5	4.5	48.9	0	17	12
富山	1,061	3,482	10.1	10.6	9.4	4.4	4.1	134.9	5	8	8
石川	1,151	3,517	7.8	9.4	7.4	13.3	6.0	101.2	2	8	11
福井	782	2,439	18.0	11.5	8.8	6.6	6.5	110.0	3	5	9
山梨	830	2,467	6.4	12.8	11.0	5.7	5.1	97.5	1	5	6
長野	2,088	6,351	13.3	12.2	10.1	11.3	6.8	91.7	1	5	13
岐阜	2,022	6,049	10.9	12.5	13.2	9.9	6.0	85.1	9	16	15
静岡	3,688	10,721	6.8	13.5	11.5	7.9	4.3	63.4	0	25	17
愛知	7,507	19,087	16.0	13.0	10.8	8.6	5.8	79.3	8	37	81
三重	1,808	5,219	18.5	12.5	12.0	8.6	5.1	76.8	3	17	12
滋賀	1,413	3,641	21.5	14.0	10.4	6.8	5.2	88.4	0	8	9
京都	2,605	7,677	10.6	14.9	12.4	12.2	6.9	94.3	6	22	22
大阪	8,833	25,946	9.1	15.4	11.7	19.8	7.4	85.1	13	48	82
兵庫	5,520	16,461	16.1	15.8	14.8	14.1	7.5	78.8	17	44	23
奈良	1,356	4,159	8.3	16.0	15.3	10.1	6.1	93.2	1	11	9
和歌山	954	3,329	6.6	12.3	13.1	16	9.6	126.3	1	4	6
鳥取	570	2,035	17.2	11.4	8.2	10.6	6.1	111.6	1	4	2
島根	690	2,572	16.5	9.5	8.0	17.8	9.1	178.0	1	4	3
岡山	1,915	5,572	10.9	11.4	9.5	16.2	6.4	110.3	4	16	12
広島	2,837	8,330	16.4	12.7	9.4	19.7	6.9	98.4	2	22	14
山口	1,394	4,902	14.4	10.2	6.6	10.2	6.4	79.3	0	6	10
徳島	750	2,478	10.4	10.1	6.8	18.8	6.3	113.3	1	8	4
香川	972	3,022	11.3	13.6	10.8	12.7	4.2	117.4	0	6	6
愛媛	1,375	4,538	18.3	12.6	11.6	5.2	7.3	92.9	2	7	4
高知	721	2,607	23.6	10.2	8.8	13.9	6.1	98.3	1	13	3
福岡	5,104	15,531	26.3	10.0	8.2	18.4	6.5	100.2	6	27	17
佐賀	828	2,755	16.7	9.1	7.7	19.1	5.2	92.8	0	4	2
長崎	1,367	4,759	13.0	10.0	9.6	24.3	5.6	99.0	2	6	8
熊本	1,774	5,539	26.5	9.0	5.9	11.3	7.5	92.2	1	6	9
大分	1,160	3,596	17.1	7.9	7.1	16.2	6.7	101.3	1	9	5
宮崎	1,096	3,643	10.0	8.6	6.8	10.3	7.5	81.6	1	9	3
鹿児島	1,637	5,451	12.4	9.0	7.7	16.5	6.4	80.6	1	3	8
沖縄	1,439	3,074	19.6	12.9	9.9	6.9	5.1	85.3	1	6	6

付表 本稿で用いた都道府県別データ (つづき)

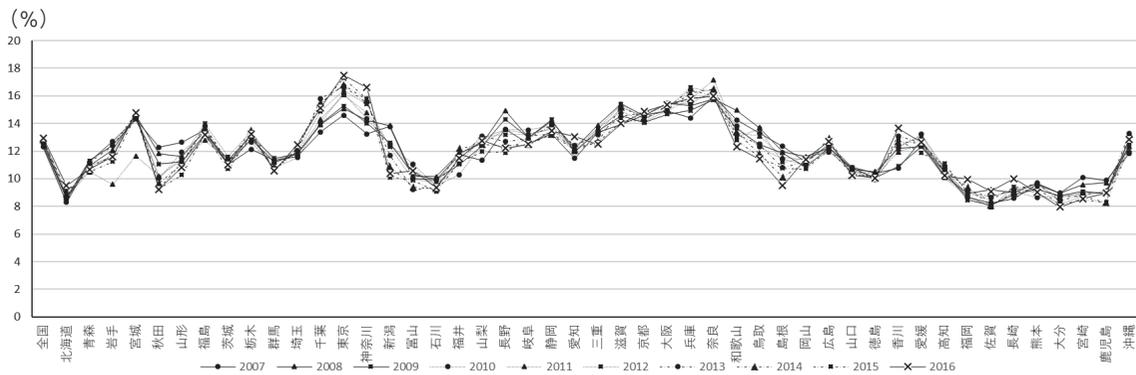
都道府県	緩和ケア 認定看護師 数	専門・ 認定看護 師数 合計	ELNEC-J 指導者数	ELNEC-J 指導者数 (人口10万対)	ELNEC-J 看護師教 育コアカ リキュアム 受講者数	ELNEC-J 看護師教 育コアカ リキュアム 受講者数 (人口10万対)	緩和薬物 療法認定 薬剤師数	緩和ケア 診療加算 (人口10万対)	緩和ケア 入院料 (30日以内) 割合 (%)	がん性疼 痛緩和指 導管理料 (人口10万対) ：外来	がん患者 指導管理 料1 (人口10万対) ：外来
年次	2017	2017	2017	2017	2016	2016	2017	2014	2014	2014	2014
総数	2,217	3,770	1,793	1.41	5,348	4.2	595	360	57%	144	26
北海道	132	193	97	1.81	378	7.1	25	571	51%	162	40
青森	24	29	20	1.55	82	6.3	2	626	48%	276	11
岩手	40	53	27	2.13	130	10.3	7	184	60%	243	49
宮城	30	53	27	1.16	121	5.2	2	134	60%	140	11
秋田	29	38	17	1.68	59	5.8	2	0	48%	222	33
山形	21	30	21	1.89	56	5.0	5	294	71%	210	31
福島	27	43	24	1.26	30	1.6	2	114	59%	59	12
茨城	40	56	30	1.03	144	5.0	10	330	61%	114	28
栃木	24	40	23	1.17	236	12.0	5	74	64%	136	23
群馬	37	66	23	1.17	163	8.3	3	262	69%	165	30
埼玉	101	139	46	0.63	107	1.5	24	80	67%	115	13
千葉	77	142	49	0.79	232	3.7	22	448	65%	173	17
東京都	232	441	225	1.65	655	4.8	64	771	62%	124	20
神奈川	192	354	92	1.01	180	2.0	40	410	62%	146	18
新潟	21	50	33	1.44	132	5.8	9	139	41%	252	18
富山	55	71	31	2.92	30	2.8	7	243	59%	264	35
石川	25	44	19	1.65	51	4.4	11	277	53%	119	20
福井	11	25	8	1.02	0	0.0	2	148	61%	111	92
山梨	61	72	12	1.45	77	9.3	1	675	75%	28	4
長野	50	68	43	2.06	70	3.4	13	305	53%	212	33
岐阜	27	58	26	1.29	81	4.0	11	130	61%	115	17
静岡	48	90	32	0.87	49	1.3	15	396	53%	182	25
愛知	63	181	78	1.04	268	3.6	64	311	67%	128	18
三重	17	46	23	1.27	80	4.4	8	21	47%	127	27
滋賀	23	40	23	1.63	68	4.8	4	112	68%	112	39
京都	46	90	65	2.50	151	5.8	20	613	49%	152	47
大阪	117	247	115	1.30	189	2.1	56	626	59%	149	44
兵庫	81	148	97	1.76	363	6.6	36	313	60%	173	41
奈良	27	47	16	1.18	78	5.8	3	365	68%	126	17
和歌山	13	23	15	1.57	7	0.7	1	61	53%	143	13
鳥取	13	19	13	2.28	62	10.9	6	6	46%	231	20
島根	25	32	18	2.61	64	9.3	7	337	54%	144	37
岡山	27	55	26	1.36	74	3.9	11	206	58%	124	23
広島	67	103	44	1.55	30	1.1	22	225	56%	172	53
山口	26	42	23	1.65	54	3.9	3	22	50%	167	22
徳島	11	23	15	2.00	30	4.0	1	82	55%	64	12
香川	19	31	14	1.44	30	3.1	4	97	55%	86	53
愛媛	23	34	20	1.45	46	3.3	9	312	55%	176	81
高知	8	24	18	2.50	30	4.2	1	255	54%	188	9
福岡	116	160	77	1.51	225	4.4	19	454	51%	125	18
佐賀	17	23	11	1.33	0	0.0	3	326	56%	115	42
長崎	40	54	25	1.83	47	3.4	10	360	52%	90	33
熊本	39	54	38	2.14	112	6.3	6	24	47%	108	10
大分	25	39	19	1.64	50	4.3	5	129	53%	132	38
宮崎	10	22	20	1.82	39	3.6	1	10	52%	83	3
鹿児島	43	54	37	2.26	148	9.0	11	226	52%	104	25
沖縄	17	29	17	1.18	40	2.8	2	0	41%	62	8

がん患者 指導管理 料2 (人口10万対) : 外来	がん患者 指導管理 料3 (人口10万対) : 外来	外来緩和 ケア加算 (人口10万対) : 外来	がん性疼 痛緩和指 導管理料 (人口10万対) : 入院	がん患者 指導管理 料1 (人口10万対) : 入院	がん患者 指導管理 料2 (人口10万対) : 入院	がん患者 指導管理 料3 (人口10万対) : 入院	外来緩和 ケア加算 (人口10万対) : 入院	医療用 麻薬使 用量: モルヒ ネ (g/千人)	医療用 麻薬使 用量: オキシ コドン (g/千人)	医療用 麻薬使 用量: フェン タニル (g/千人)	医療用 麻薬使 用量: 合計 (g/千人)
2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2016	2016	2016	2016
23	58	5	126	13	13	1.2	360	1.6	6.0	30.3	37.8
12	63	16	229	35	21	0.8	571	2.5	8.1	45.3	55.9
6	29	3	187	10	19	2.4	626	2.8	9.2	41.1	53.1
24	183	4	152	16	11	0.0	184	2.4	8.1	37.5	48.0
3	7	2	150	4	3	0.8	134	1.8	6.8	34.6	43.2
12	59	0	272	28	20	0.0	0	3.1	9.5	32.3	44.9
22	165	20	197	13	4	3.5	294	7.6	7.9	33.9	49.4
20	47	0	94	18	30	1.4	114	1.9	5.7	33.3	40.9
10	35	0	97	8	11	0.0	330	1.2	5.8	30.8	37.8
8	47	4	100	11	6	3.5	74	2.1	7.5	31.5	41.1
8	39	4	118	18	5	0.0	262	1.7	7.2	37.1	45.9
17	34	2	78	2	5	0.0	80	1.3	5.3	26.4	33.1
14	123	1	120	9	7	2.4	448	1.7	6.5	28.7	37.0
29	46	8	112	10	13	0.5	771	1.8	7.5	30.6	39.9
20	73	9	103	4	5	1.2	410	1.3	5.4	25.3	32.0
15	31	6	190	5	12	0.0	139	1.6	6.3	36.6	44.5
37	53	0	223	20	22	1.5	243	1.4	6.1	29.4	37.0
22	40	3	168	12	22	2.3	277	1.6	5.7	33.1	40.4
4	32	0	165	23	10	1.9	148	1.1	5.5	35.7	42.2
18	0	0	50	3	8	0.0	675	1.5	4.7	28.6	34.8
15	79	0	105	15	19	2.0	305	1.5	5.3	35.5	42.3
15	11	0	92	5	8	1.5	130	0.9	4.2	26.5	31.5
22	58	11	66	8	10	5.3	396	1.5	5.3	25.3	32.1
32	53	5	103	16	20	1.8	311	1.3	5.6	25.3	32.2
15	15	1	96	10	12	0.8	21	1.4	4.4	21.8	27.6
7	37	0	106	9	5	0.8	112	1.1	3.7	25.1	30.0
38	92	2	128	19	10	0.7	613	1.6	5.0	24.7	31.3
73	78	9	153	21	25	1.2	626	1.1	5.8	30.1	37.0
30	62	7	134	18	14	0.3	313	1.0	4.5	27.2	32.7
20	34	12	117	7	11	0.0	365	0.9	4.3	26.0	31.2
7	201	0	162	7	12	2.2	61	0.7	5.0	34.1	39.7
7	8	0	220	4	6	0.0	6	3.8	7.3	44.3	55.4
4	106	0	143	11	2	0.0	337	1.0	5.1	36.4	42.5
7	112	12	122	13	5	1.8	206	1.4	5.1	32.6	39.2
22	64	4	201	25	9	1.0	225	1.3	5.8	32.6	39.7
7	46	0	135	21	14	0.0	22	1.6	3.8	35.4	40.9
5	59	0	83	4	2	0.0	82	1.2	5.2	34.4	40.8
36	63	0	113	19	32	2.2	97	1.4	4.3	26.9	32.5
7	69	10	127	3	12	0.0	312	1.4	5.1	25.5	32.0
10	24	0	141	9	5	1.6	255	1.1	4.1	38.1	43.3
13	38	3	105	9	24	1.6	454	1.2	5.5	29.8	36.5
46	34	0	100	18	4	1.3	326	1.3	3.7	25.6	30.6
3	14	4	86	25	26	0.0	360	1.9	8.2	33.7	43.9
4	19	1	126	9	9	0.0	24	1.0	4.8	30.3	36.2
80	73	0	150	42	42	0.0	129	1.8	5.8	29.9	37.4
8	20	0	86	1	6	0.0	10	1.4	5.1	39.0	45.4
12	11	3	165	19	17	0.0	226	1.7	6.3	28.6	36.6
11	14	0	67	8	15	0.0	0	2.0	5.7	25.6	33.2

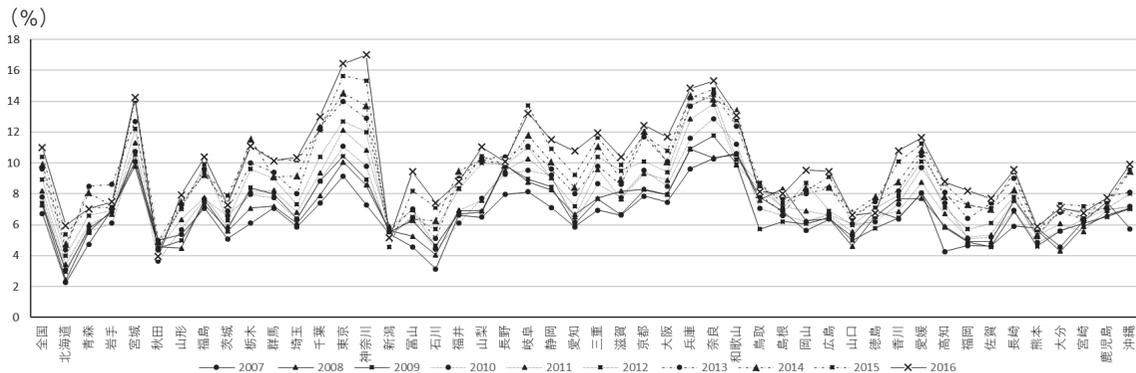
付図 本稿で用いた都道府県別データ 10年の推移



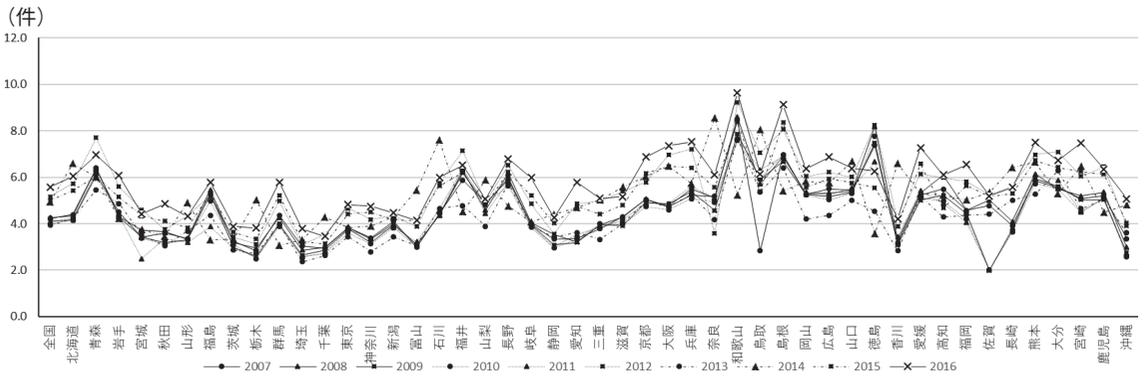
都道府県別緩和ケア病棟で死亡したがん患者割合推移



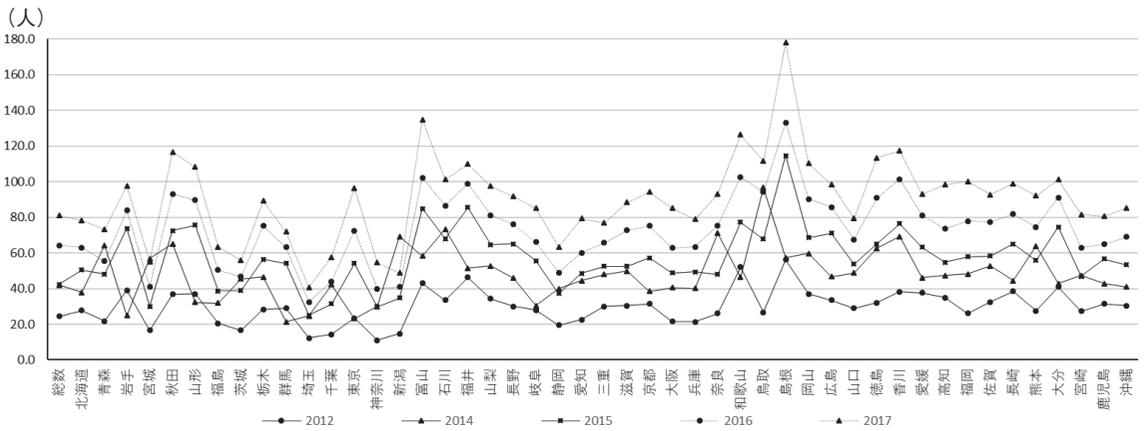
都道府県別自宅死亡割合推移（全死因）



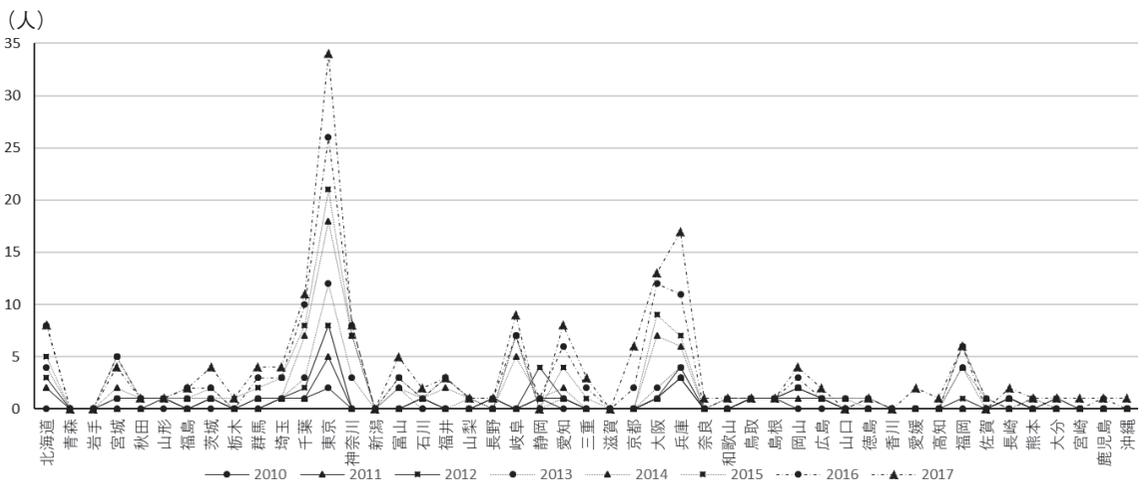
都道府県別自宅死亡割合推移（がん患者）



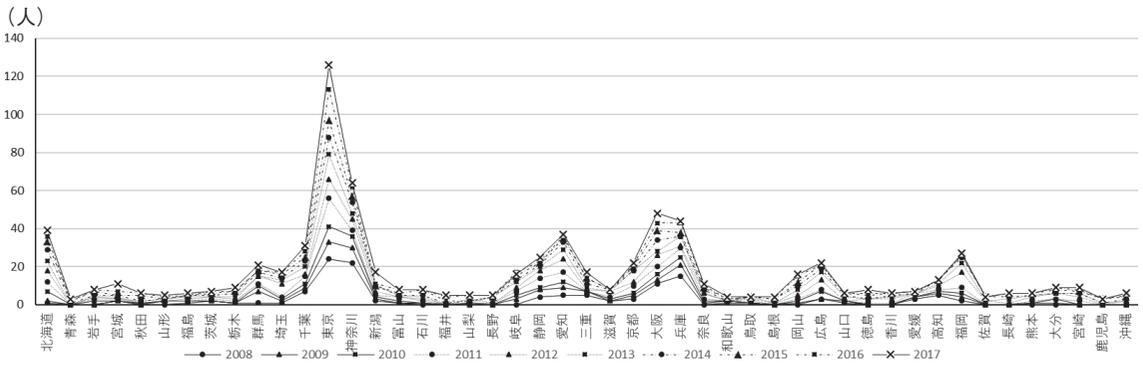
都道府県別訪問看護ステーション24時間対応体制加算推移 (人口10万対)



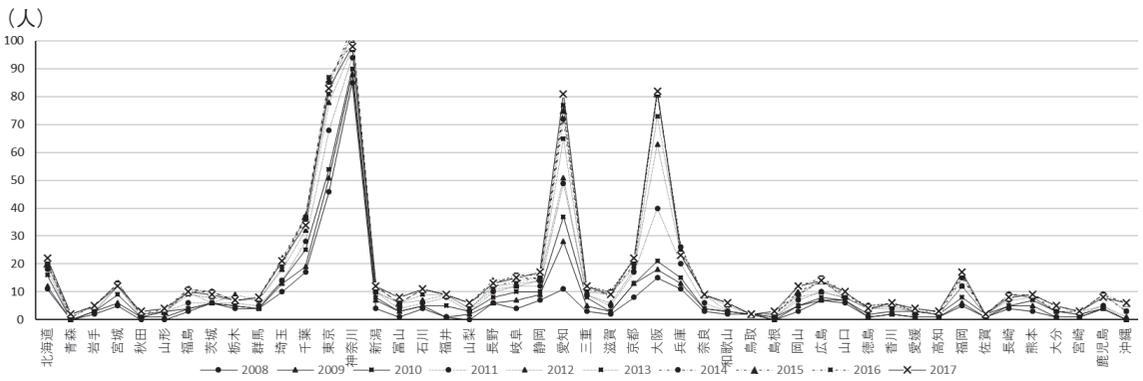
都道府県別緩和ケア研修会修了者数推移 (人口10万対)



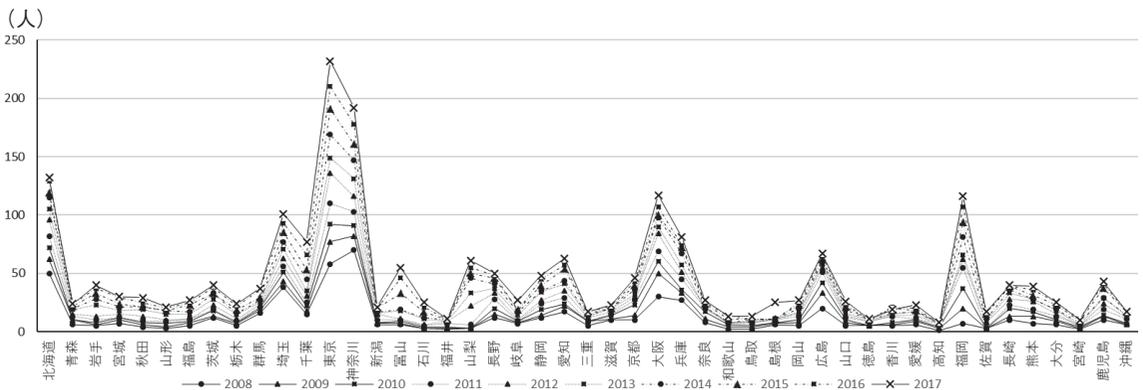
都道府県別緩和医療専門医数推移



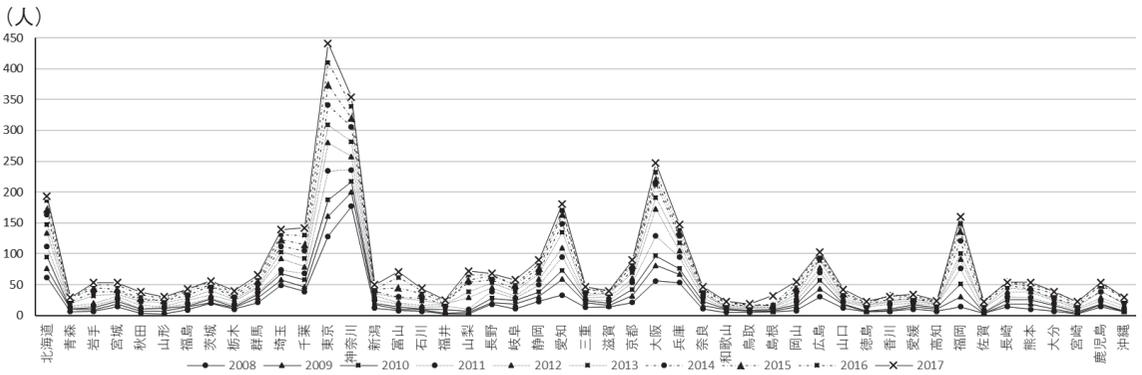
都道府県別がん専門看護師数推移



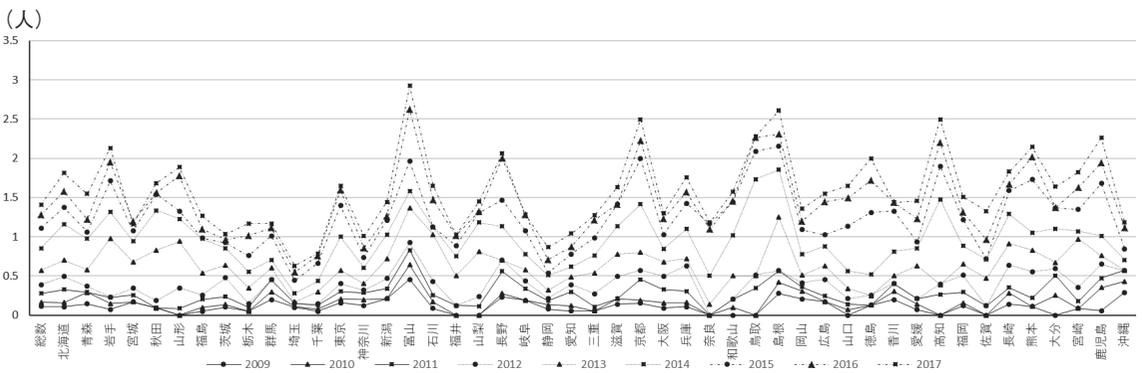
都道府県別がん性疼痛認定看護師数推移



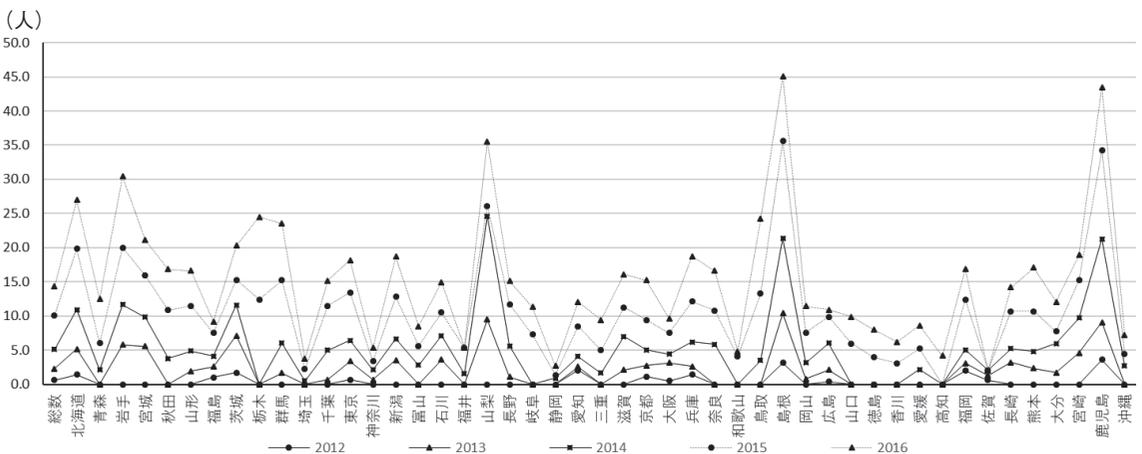
都道府県別緩和ケア認定看護師数推移



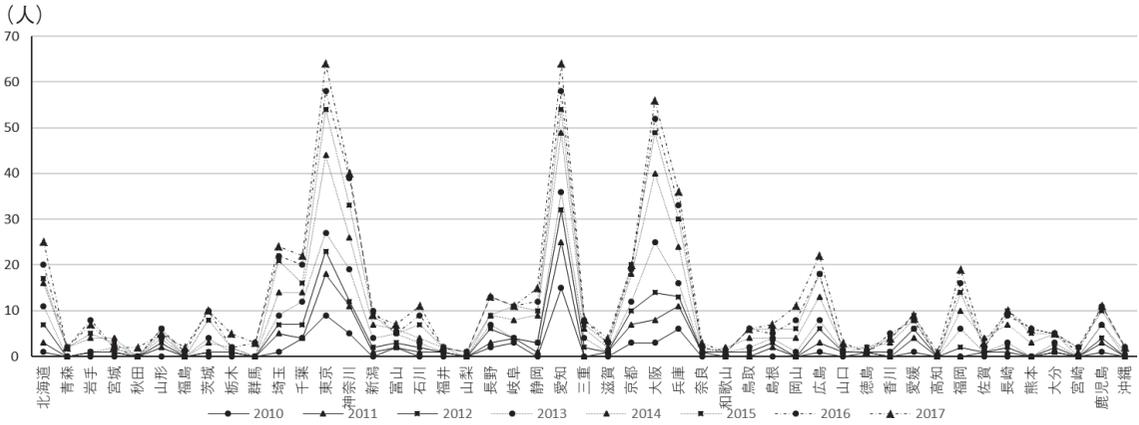
都道府県別専門・認定看護師数合計推移



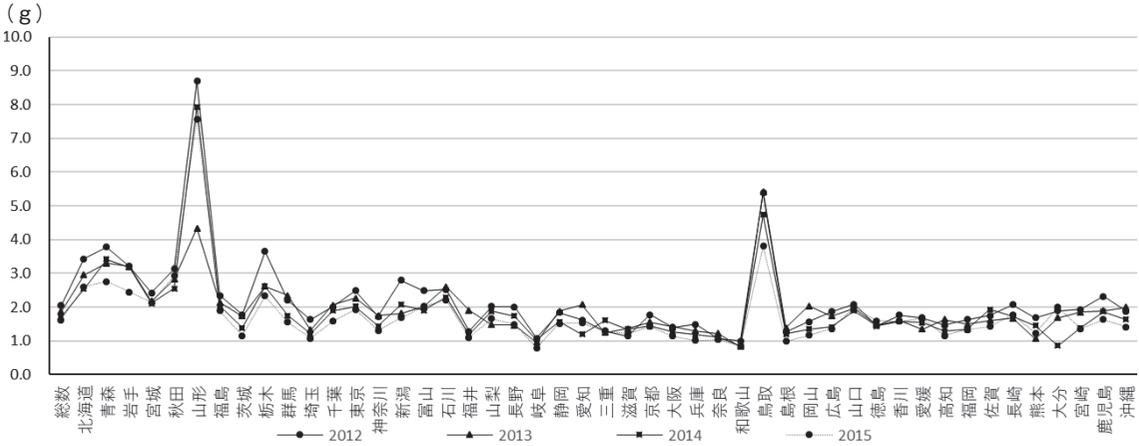
都道府県別 ELNEC-J 指導者数推移 (人口 10 万対)



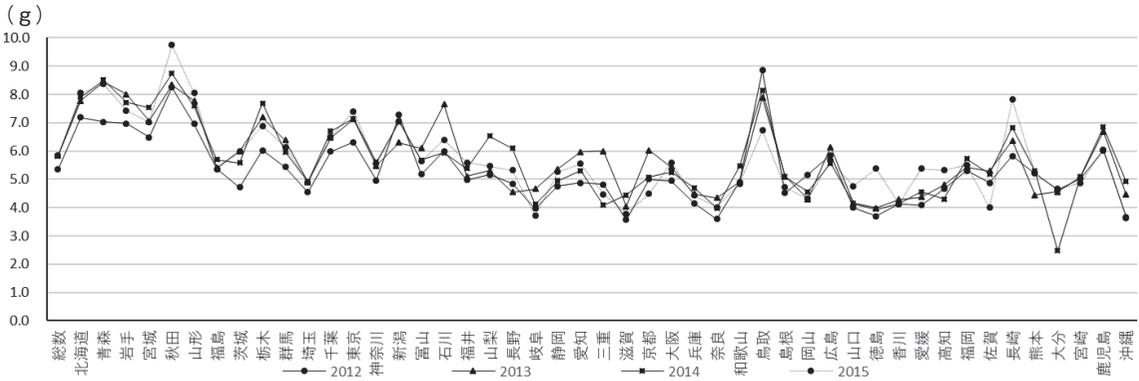
都道府県別 ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラム累積受講者数 (人口 10 万対)



都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数推移

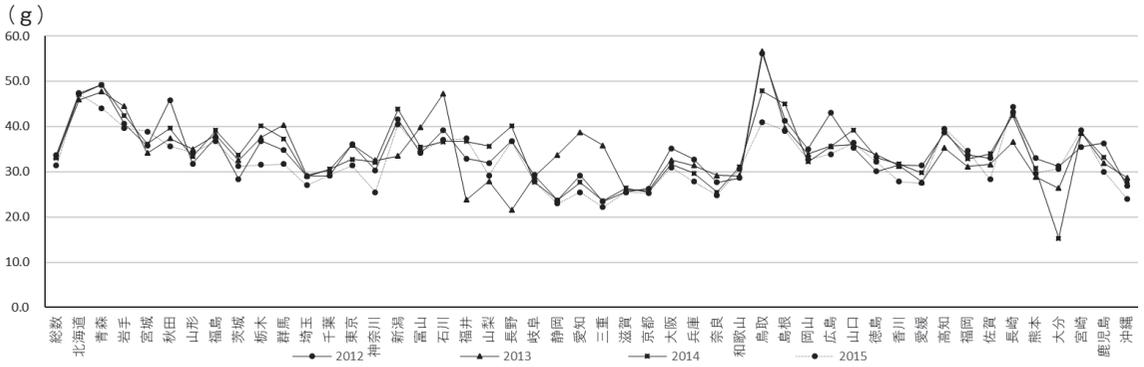


都道府県別医療用麻薬モルヒネ使用量推移（人口千人対）



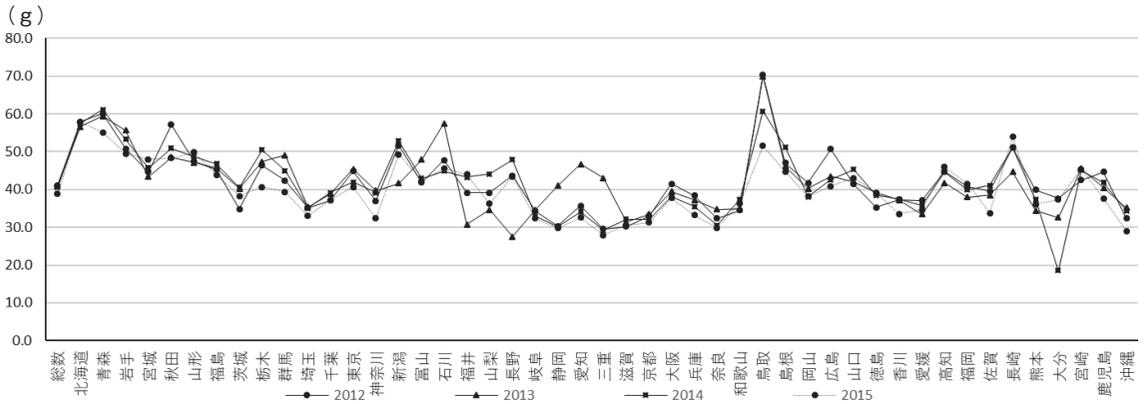
\*モルヒネ換算（オキシドロン使用量×1.5）により算出した

都道府県別医療用麻薬オキシドロン使用量推移（人口千人対）



\* モルヒネ換算（フェンタニル使用量 × 166.7）により算出した

都道府県別医療用麻薬フェンタニル使用量推移（人口千人対）



\* モルヒネ換算（オキシコドン使用量 × 1.5、フェンタニル使用量 × 166.7）により算出した

都道府県別医療用麻薬使用量合計推移（人口千人対）

## 2. 2017年度 ホスピス緩和ケア週間

安部奈津子 永谷貴美

(日本ホスピス緩和ケア協会 事務局)

日本ホスピス緩和ケア協会では、「世界ホスピス緩和ケアデー (World Hospice and Palliative Care Day)」を最終日とした1週間 (2017年度は10月8~14日)を「ホスピス緩和ケア週間」とし、ポスターの掲示およびセミナーや見学会の実施などを通して、緩和ケアの啓発普及活動に取り組んでいる。

第12回目を迎えた本年もポスター・チラシ (図1)を作成した。当協会の会員をはじめ、がん診療連携拠点病院、日本緩和医療学会会員、日本死の臨床研究会会員など、全国の関係者に案内して緩和ケアの普及啓発を目的としたプログラムの開催を呼びかけたところ、138施設より企画登録があった (図2)。

企画内容としては、講演会、パネル展示などを通して緩和ケアの知識を提供するもの、相談コーナー、茶話会など話すことと聞くことに重きを置いたもの、またコンサートや演劇などを楽しみながら緩和ケアへの理解を深めてもらうものなど、

合計274の企画が寄せられた (表1)。今年度は、「Voices for Hospices」(ホスピス緩和ケアの普及を目指して歌声で世界を結ぶチャリティー運動)の開催年でもあり、コンサートを行った施設が例年より多くみられた。また、病院と在宅の連携やサポート体制について紹介する企画や、アドバンス・ケア・プランニング、終活といった、人生の最終段階について考える企画なども開催された。企画への参加者の内訳は表1に示す通りで、市民や医療福祉関係者など7,300名あまりの参加があった (展示会の参加者は含まず)。

企画を実施した施設からは、「近隣施設の緩和ケアへの関心の高さを感じ、改めて地域連携の重要性を確信した」「地域住民に向けての普及活動の足がかりにしていきたい」などの報告が寄せられた (図3)。

2018年度の世界ホスピス緩和ケアデーは、10月13日となっており、10月7~13日をホスピス緩和ケア週間として実施を予定している。



図1 2017年度ポスター (チラシも同デザイン)

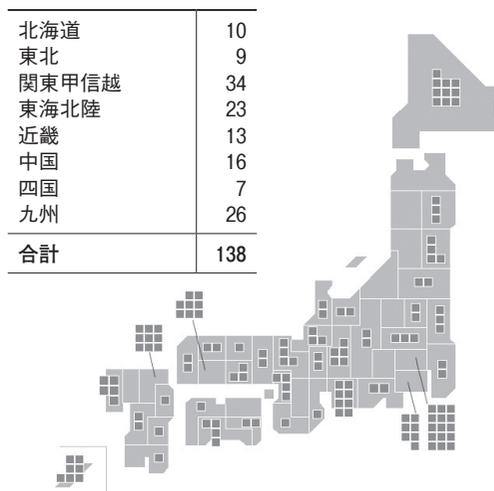


図2 各地域の企画登録状況

表 1 企画内容と参加者内訳

参加施設種別	企画内容 ※1つの登録企画内で複数の企画開催有	参加者内訳
1. 協会会員 95 (内 拠点病院 32) 緩和ケア病棟 77 緩和ケアチーム 5 一般病院 7 診療所 2 準会員・賛助会員 4	①一般市民向けの講演会等 51 ②医療従事者向けの研究会等 10 ③コンサート・演劇等 37 ④緩和ケア関連のパネル展示 43 ⑤相談コーナーの設置 35 ⑥チラシ・パンフレットの配布 17 ⑦緩和ケア病棟見学会 25 ⑧体験・試食コーナー等の設置 29 ⑨作品展・写真展 6 ⑩茶話会・カフェ 8 ⑪DVD・動画の上映 8 ⑫遺族会・懇親会等 5	一般市民／患者(入院・外来)／家族／遺族／医師／看護師／看護助手／薬剤師／臨床心理士／ソーシャルワーカー／カウンセラー／理学療法士／作業療法士／言語聴覚士／放射線技師／臨床工学士／管理栄養士／歯科衛生士／音楽療法士／ケアマネジャー／保健師／介護福祉士／事務員／チャプレン／ボランティア／医学生・看護学生・薬学生／その他
2. 非会員 43 がん診療連携拠点病院 6 日本緩和医療学会会員 16 学会会員＋拠点病院 10 学会会員＋研究会会員* 2 拠点病院＋学会＋研究会会員 4 不明(無記入) 5		
合計 138 (*研究会:日本死の臨床研究会)	合計 274	合計 7,349 (展示会来場者は含まず)



▲市民対象の講演会  
(北海道：札幌南徳洲会病院)



▲ヨガ体験  
(宮城県：東北労災病院)



▲緩和ケア病棟見学会  
(東京都：がん研究会有明病院)



▲看護師による寸劇  
(富山県：富山県緩和ケア認定看護師会 砺波支部会)



▲ハレルヤ合唱  
(愛知県：豊橋・生と死を考える会)



▲出張緩和ケア講座  
(兵庫県：尼崎医療生協病院)



▲メディカルカフェ  
(鳥根県：松江市立病院)



▲コンサート  
(徳島県：ホスピス徳島がん基金／近藤内科病院)



▲パネル展示  
(長崎県：南野病院)

図 3 催し物の実際 (一部紹介)

### 3. 緩和ケア関連の資料

#### A. がん診療連携拠点病院等指定一覧

[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]（2018年2月15日現在）

##### 【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
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	青森県				弘前大学医学部附属病院	2010年4月1日
21			○	○	八戸市立市民病院	2010年4月1日
22					三沢市立三沢病院	2010年4月1日
23					下北医療センター むつ総合病院	2010年4月1日
24				○	十和田市立中央病院	2011年4月1日
25	岩手県				岩手県立中央病院	2010年4月1日
26		○		○	岩手県立中部病院	2010年4月1日
27		○		○	岩手県立磐井病院	2010年4月1日
28					岩手県立宮古病院	2010年4月1日
29					岩手県立二戸病院	2010年4月1日
30					岩手県立胆沢病院	2009年4月1日
31				○	岩手県立大船渡病院	2009年4月1日
32					岩手県立久慈病院	2009年4月1日
33					岩手県立釜石病院	2014年8月6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

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
36					大崎市民病院	2010年4月1日
37			○	○	石巻赤十字病院	2010年4月1日
38		○		○	みやぎ県南中核病院	2016年4月1日
39	秋田県				秋田赤十字病院	2010年4月1日
40		○		○	大曲厚生医療センター	2010年4月1日
41					平鹿総合病院	2010年4月1日
42					大館市立総合病院	2009年4月1日
43					秋田厚生医療センター	2009年4月1日
44	山形県				山形市立病院 済生館	2010年4月1日
45			○		山形大学医学部附属病院	2010年4月1日
46					山形県立新庄病院	2010年4月1日
47					公立置賜総合病院	2010年4月1日
48			○		日本海総合病院	2010年4月1日
49	福島県	○		○	慈山会医学研究所付属 坪井病院	2010年4月1日
50					脳神経疾患研究所付属 総合南東北病院	2010年4月1日
51					太田総合病院附属 太田西ノ内病院	2010年4月1日
52		○		○	竹田総合病院	2010年4月1日
53					会津中央病院	2010年4月1日
54		○			福島労災病院	2010年4月1日
55					白河厚生総合病院	2010年4月1日
56					いわき市立総合磐城共立病院	2014年8月6日
57	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
58		○		○	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
59		○		○	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
60			○	○	筑波大学附属病院	2010年4月1日
61					東京医科大学茨城医療センター	2010年4月1日
62		○		○	友愛記念病院	2010年4月1日
63					茨城西南医療センター病院	2010年4月1日
64					国立病院機構 水戸医療センター	2011年4月1日
65					ひたちなか総合病院	2015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		○		○	那須赤十字病院	2014年8月6日
72	群馬県			○	前橋赤十字病院	2010年4月1日
73			○		国立病院機構 高崎総合医療センター	2010年4月1日
74		○	○	○	国立病院機構 渋川医療センター	2010年4月1日
75					公立藤岡総合病院	2010年4月1日
76		○		○	公立富岡総合病院	2010年4月1日
77		○		○	伊勢崎市民病院	2010年4月1日
78					桐生厚生総合病院	2010年4月1日
79		○		○	群馬県立がんセンター	2010年4月1日
80					国立病院機構 沼田病院	2012年4月1日
81	埼玉県				春日部市立医療センター	2010年4月1日
82					獨協医科大学 越谷病院	2010年4月1日
83			○	○	さいたま赤十字病院	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
84					さいたま市立病院	2010年4月1日
85					川口市立医療センター	2010年4月1日
86			○		埼玉医科大学総合医療センター	2010年4月1日
87					国立病院機構 埼玉病院	2010年4月1日
88			○		埼玉医科大学国際医療センター	2010年4月1日
89					深谷赤十字病院	2010年4月1日
90					埼玉県済生会川口総合病院	2009年4月1日
91					自治医科大学附属さいたま医療センター	2014年8月6日
92		○	○	○	戸田中央総合病院	2015年4月1日
93	千葉県		○		千葉大学医学部附属病院	2010年4月1日
94			○		国立病院機構 千葉医療センター	2010年4月1日
95		○			船橋市立医療センター	2010年4月1日
96			○		東京歯科大学市川総合病院	2010年4月1日
97			○	○	順天堂大学医学部附属 浦安病院	2010年4月1日
98			○		東京慈恵会医科大学附属 柏病院	2010年4月1日
99					国保松戸市立病院	2010年4月1日
100			○		日本医科大学千葉北総病院	2015年4月1日
101		○		○	総合病院 国保旭中央病院	2010年4月1日
102			○	○	亀田総合病院	2010年4月1日
103		○		○	君津中央病院	2010年4月1日
104					千葉労災病院	2010年4月1日
105	東京都		○	○	東京大学医学部附属病院	2010年4月1日
106			○		日本医科大学付属病院	2010年4月1日
107		○	○	○	聖路加国際病院	2010年4月1日
108					東京都立墨東病院	2017年4月1日
109		○	○	○	NTT 東日本関東病院	2010年4月1日
110		○	○	○	日本赤十字社医療センター	2010年4月1日
111			○		日本大学医学部附属 板橋病院	2010年4月1日
112			○	○	帝京大学医学部附属病院	2010年4月1日
113			○		青梅市立総合病院	2010年4月1日
114					東京医科大学八王子医療センター	2010年4月1日
115			○		武蔵野赤十字病院	2010年4月1日
116			○		杏林大学医学部付属病院	2010年4月1日
117			○	○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2010年4月1日
118			○	○	昭和大学病院	2010年4月1日
119			○	○	慶應義塾大学病院	2011年4月1日
120			○		東京医科大学病院	2011年4月1日
121			○		国立国際医療研究センター病院	2017年4月1日
122			○	○	東京都立多摩総合医療センター	2011年4月1日
123			○		公立昭和病院	2011年4月1日
124			○		東京慈恵会医科大学附属病院	2012年4月1日
125			○		虎の門病院	2012年4月1日
126			○	○	東邦大学医療センター大森病院	2012年4月1日
127			○		国立病院機構 東京医療センター	2012年4月1日
128		○	○	○	東京医科歯科大学医学部附属病院	2014年8月6日
129			○		国立病院機構 災害医療センター	2014年8月6日
130	神奈川県		○		横浜労災病院	2010年4月1日
131		○	○		横浜州市市民病院	2010年4月1日
132			○		横浜市立大学附属病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
133			○		聖マリアンナ医科大学病院	2010年4月1日
134		○	○	○	川崎市立井田病院	2010年4月1日
135			○		横須賀共済病院	2010年4月1日
136			○		藤沢市民病院	2010年4月1日
137			○	○	東海大学医学部付属病院	2010年4月1日
138		○	○		相模原協同病院	2010年4月1日
139			○		北里大学病院	2010年4月1日
140			○	○	小田原市立病院	2010年4月1日
141		○	○	○	昭和大学横浜市北部病院	2011年4月1日
142		○		○	横浜市立みなと赤十字病院	2012年4月1日
143					大和市立病院	2012年4月1日
144					済生会横浜市東部病院	2014年8月6日
145			○		横浜市立大学附属 市民総合医療センター	2014年8月6日
146					関東労災病院	2016年4月1日
147	新潟県				新潟県立新発田病院	2010年4月1日
148			○		新潟市民病院	2010年4月1日
149			○		新潟大学医歯学総合病院	2010年4月1日
150					長岡中央総合病院	2010年4月1日
151			○		長岡赤十字病院	2010年4月1日
152					新潟県立中央病院	2010年4月1日
153					新潟労災病院	2010年4月1日
154	富山県				黒部市民病院	2010年4月1日
155					富山労災病院	2010年4月1日
156					富山大学附属病院	2010年4月1日
157		○			厚生連高岡病院	2010年4月1日
158		○			高岡市民病院	2010年4月1日
159					市立砺波総合病院	2010年4月1日
160	石川県		○		国立病院機構 金沢医療センター	2010年4月1日
161					石川県立中央病院	2010年4月1日
162					金沢医科大学病院	2010年4月1日
163		○		○	小松市民病院	2010年4月1日
164	福井県		○		福井大学医学部附属病院	2010年4月1日
165		○		○	福井赤十字病院	2010年4月1日
166		○	○	○	福井県済生会病院	2010年4月1日
167					国立病院機構 敦賀医療センター	2010年4月1日
168	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院	2010年4月1日
169			○	○	市立甲府病院	2010年4月1日
170					富士吉田市立病院	2011年4月1日
171	長野県			○	佐久総合病院 佐久医療センター	2010年4月1日
172				○	諏訪赤十字病院	2010年4月1日
173					飯田市立病院	2010年4月1日
174				○	相澤病院	2010年4月1日
175			○		長野赤十字病院	2010年4月1日
176			○	○	長野市民病院	2010年4月1日
177					伊那中央病院	2009年4月1日
178	岐阜県				岐阜県総合医療センター	2010年4月1日
179			○		岐阜市民病院	2010年4月1日
180					大垣市民病院	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
181					木沢記念病院	2010年4月1日
182		○		○	岐阜県立多治見病院	2010年4月1日
183					高山赤十字病院	2010年4月1日
184	静岡県				順天堂大学医学部附属 静岡病院	2010年4月1日
185				○	静岡県立総合病院	2010年4月1日
186					静岡市立静岡病院	2010年4月1日
187			○	○	藤枝市立総合病院	2010年4月1日
188		○	○	○	総合病院 聖隷三方原病院	2010年4月1日
189			○		総合病院 聖隷浜松病院	2010年4月1日
190			○		浜松医療センター	2010年4月1日
191			○		浜松医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
192			○	○	磐田市立総合病院	2010年4月1日
193	愛知県		○		国立病院機構 名古屋医療センター	2010年4月1日
194			○		名古屋大学医学部附属病院	2010年4月1日
195			○		中京病院	2010年4月1日
196			○		名古屋市立大学病院	2010年4月1日
197		○	○	○	名古屋第一赤十字病院	2010年4月1日
198			○		名古屋第二赤十字病院	2010年4月1日
199		○	○	○	海南病院	2010年4月1日
200			○		公立陶生病院	2010年4月1日
201					一宮市立市民病院	2010年4月1日
202		○	○	○	小牧市民病院	2010年4月1日
203		○			豊田厚生病院	2010年4月1日
204		○	○	○	安城更生病院	2010年4月1日
205					豊橋市民病院	2010年4月1日
206		○	○	○	藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日
207					半田市立半田病院	2015年4月1日
208		○		○	愛知県がんセンター愛知病院	2015年4月1日
209	三重県	○		○	伊勢赤十字病院	2010年4月1日
210					松阪中央総合病院	2010年4月1日
211			○		鈴鹿中央総合病院	2010年4月1日
212	滋賀県				大津赤十字病院	2010年4月1日
213		○		○	公立甲賀病院	2010年4月1日
214					市立長浜病院	2010年4月1日
215		○		○	彦根市立病院	2009年4月1日
216			○		滋賀医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
217	京都府				市立福知山市民病院	2010年4月1日
218			○		京都桂病院	2010年4月1日
219			○		京都市立病院	2010年4月1日
220			○		京都第一赤十字病院	2010年4月1日
221			○		京都第二赤十字病院	2010年4月1日
222		○	○		国立病院機構 京都医療センター	2010年4月1日
223	大阪府				市立豊中病院	2010年4月1日
224		○		○	市立東大阪医療センター	2010年4月1日
225					国立病院機構 大阪南医療センター	2010年4月1日
226					大阪労災病院	2010年4月1日
227		○		○	市立岸和田市民病院	2010年4月1日
228		○	○		大阪市立総合医療センター	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
229			○		大阪赤十字病院	2010年4月1日
230			○		大阪市立大学医学部附属病院	2009年4月1日
231					大阪大学医学部附属病院	2009年4月1日
232			○		大阪医科大学附属病院	2009年4月1日
233			○		近畿大学医学部附属病院	2009年4月1日
234			○		関西医科大学附属病院	2010年4月1日
235			○		国立病院機構 大阪医療センター	2010年4月1日
236			○	○	大阪急性期・総合医療センター	2014年8月6日
237					堺市立総合医療センター	2014年8月6日
238				○	八尾市立病院	2015年4月1日
239	兵庫県		○	○	神戸大学医学部附属病院	2010年4月1日
240			○		神戸市立医療センター中央市民病院	2010年4月1日
241			○		関西労災病院	2010年4月1日
242			○		兵庫医科大学病院	2010年4月1日
243					近畿中央病院	2010年4月1日
244					西脇市立西脇病院	2010年4月1日
245					姫路赤十字病院	2010年4月1日
246					国立病院機構 姫路医療センター	2010年4月1日
247					赤穂市民病院	2010年4月1日
248		○		○	豊岡病院	2010年4月1日
249		○		○	兵庫県立柏原病院	2010年4月1日
250					兵庫県立淡路医療センター	2010年4月1日
251			○		神戸市立西神戸医療センター	2015年4月1日
252	奈良県		○		奈良県総合医療センター	2010年4月1日
253					天理よろづ相談所病院	2010年4月1日
254			○		近畿大学医学部奈良病院	2010年4月1日
255					市立奈良病院	2009年4月1日
256	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
257					公立那賀病院	2010年4月1日
258					橋本市市民病院	2010年4月1日
259					紀南病院	2010年4月1日
260		○		○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2010年4月1日
261	鳥取県				鳥取県立中央病院	2010年4月1日
262				○	鳥取市立病院	2010年4月1日
263					鳥取県立厚生病院	2010年4月1日
264		○		○	国立病院機構 米子医療センター	2010年4月1日
265	島根県	○	○	○	松江市立病院	2010年4月1日
266					松江赤十字病院	2010年4月1日
267					島根県立中央病院	2010年4月1日
268		○		○	国立病院機構 浜田医療センター	2010年4月1日
269	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院	2010年4月1日
270		○	○	○	岡山赤十字病院	2010年4月1日
271					国立病院機構 岡山医療センター	2010年4月1日
272		○	○	○	倉敷中央病院	2010年4月1日
273			○		川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
274					津山中央病院	2010年4月1日
275	広島県	○		○	県立広島病院	2010年4月1日
276			○		広島市立広島市民病院	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			
277					広島赤十字・原爆病院	2010年4月1日			
278					広島総合病院	2010年4月1日			
279					○	○	○	国立病院機構 呉医療センター	2010年4月1日
280								国立病院機構 東広島医療センター	2010年4月1日
281								尾道総合病院	2010年4月1日
282					○		○	福山市民病院	2010年4月1日
283						○		市立三次中央病院	2010年4月1日
284						○		広島市立安佐市民病院	2010年4月1日
285	山口県	○		○	国立病院機構 岩国医療センター	2010年4月1日			
286								周東総合病院	2010年4月1日
287					○		○	徳山中央病院	2010年4月1日
288								山口県立総合医療センター	2010年4月1日
289								山口県済生会下関総合病院	2015年4月1日
290	徳島県			○	徳島県立中央病院	2010年4月1日			
291								徳島赤十字病院	2010年4月1日
292					○		○	徳島市民病院	2010年4月1日
293	香川県			○	香川県立中央病院	2010年4月1日			
294								高松赤十字病院	2010年4月1日
295								香川労災病院	2010年4月1日
296					○		○	三豊総合病院	2010年4月1日
297	愛媛県	○		○	住友別子病院	2010年4月1日			
298								済生会今治病院	2010年4月1日
299						○		愛媛大学医学部附属病院	2010年4月1日
300						○		愛媛県立中央病院	2010年4月1日
301								松山赤十字病院	2010年4月1日
302							○	市立宇和島病院	2010年4月1日
303	高知県			○	高知医療センター	2010年4月1日			
304							○	高知県立幡多けんみん病院	2012年4月1日
305	福岡県			○	国立病院機構 九州医療センター	2010年4月1日			
306								福岡県済生会福岡総合病院	2010年4月1日
307								福岡大学病院	2010年4月1日
308								国立病院機構 福岡東医療センター	2010年4月1日
309					○	○	○	久留米大学病院	2010年4月1日
310					○		○	聖マリア病院	2010年4月1日
311								公立八女総合病院	2010年4月1日
312								大牟田市立病院	2010年4月1日
313					○	○	○	飯塚病院	2010年4月1日
314								社会保険田川病院	2010年4月1日
315					○		○	北九州市立医療センター	2010年4月1日
316					○	○	○	九州病院	2010年4月1日
317						○		産業医科大学病院	2010年4月1日
318	佐賀県	○	○	○	佐賀県医療センター好生館	2010年4月1日			
319								唐津赤十字病院	2010年4月1日
320								国立病院機構 嬉野医療センター	2010年4月1日
321	長崎県		○		長崎みなとメディカルセンター	2010年4月1日			
322								日本赤十字社 長崎原爆病院	2010年4月1日
323								佐世保市総合医療センター	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		
324					国立病院機構 長崎医療センター	2010年4月1日		
325					長崎県島原病院	2010年4月1日		
326	熊本県		○	○	熊本赤十字病院	2010年4月1日		
327					国立病院機構 熊本医療センター	2010年4月1日		
328					済生会熊本病院	2010年4月1日		
329					荒尾市民病院	2010年4月1日		
330					熊本労災病院	2010年4月1日		
331					○	○	人吉医療センター	2010年4月1日
332	大分県			○	国立病院機構 別府医療センター	2010年4月1日		
333					大分赤十字病院	2010年4月1日		
334					大分県立病院	2010年4月1日		
335					○	○	大分県済生会日田病院	2010年4月1日
336							中津市立中津市民病院	2011年4月1日
337	宮崎県				県立宮崎病院	2010年4月1日		
338					国立病院機構 都城医療センター	2010年4月1日		
339	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		
340					鹿児島県立薩南病院	2010年4月1日		
341					済生会川内病院	2010年4月1日		
342					○	○	国立病院機構 南九州病院	2010年4月1日
343							県民健康プラザ鹿屋医療センター	2010年4月1日
344							鹿児島県立大島病院	2010年4月1日
345							鹿児島市立病院	2011年4月1日
346						○	今給黎総合病院	2012年4月1日
347	沖縄県				沖縄県立中部病院	2010年4月1日		
348					○		那覇市立病院	2010年4月1日
計		83	140	114	348 病院			

【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	埼玉県	○	○	○	埼玉県立がんセンター	2010年4月1日
12	東京都	○	○	○	東京都立駒込病院	2010年4月1日
13		○	○	○	がん研究会 有明病院	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
14	神奈川県	○	○	○	神奈川県立がんセンター	2010年4月1日
15	新潟県				新潟県立がんセンター新潟病院	2010年4月1日
16	富山県	○	○	○	富山県立中央病院	2010年4月1日
17	石川県		○		金沢大学附属病院	2010年4月1日
18	福井県	○		○	福井県立病院	2010年4月1日
19	山梨県	○		○	山梨県立中央病院	2010年4月1日
20	長野県		○	○	信州大学医学部附属病院	2010年4月1日
21	岐阜県				岐阜大学医学部附属病院	2010年4月1日
22	静岡県	○	○	○	静岡県立静岡がんセンター	2010年4月1日
23	愛知県		○		愛知県がんセンター中央病院	2010年4月1日
24	三重県		○		三重大学医学部附属病院	2010年4月1日
25	滋賀県	○	○	○	滋賀県立総合病院	2009年4月1日
26	京都府	○	○		京都府立医科大学附属病院	2010年4月1日
27			○	○	京都大学医学部附属病院	2009年4月1日
28	大阪府		○		大阪国際がんセンター	2010年4月1日
29	兵庫県		○	○	兵庫県立がんセンター	2010年4月1日
30	奈良県		○		奈良県立医科大学附属病院	2010年4月1日
31	和歌山県		○	○	和歌山県立医科大学附属病院	2010年4月1日
32	鳥取県		○		鳥取大学医学部附属病院	2010年4月1日
33	島根県	○	○	○	島根大学医学部附属病院	2010年4月1日
34	岡山県		○		岡山大学病院	2010年4月1日
35	広島県		○		広島大学病院	2010年4月1日
36	山口県		○		山口大学医学部附属病院	2010年4月1日
37	徳島県		○		徳島大学病院	2010年4月1日
38	香川県		○		香川大学医学部附属病院	2009年4月1日
39	愛媛県	○	○	○	国立病院機構 四国がんセンター	2010年4月1日
40	高知県				高知大学医学部附属病院	2010年4月1日
41	福岡県		○		国立病院機構 九州がんセンター	2010年4月1日
42				○	九州大学病院	2010年4月1日
43	佐賀県		○	○	佐賀大学医学部附属病院	2010年4月1日
44	長崎県		○		長崎大学病院	2010年4月1日
45	熊本県		○	○	熊本大学医学部附属病院	2010年4月1日
46	大分県		○		大分大学医学部附属病院	2010年4月1日
47	宮崎県		○		宮崎大学医学部附属病院	2010年4月1日
48	鹿児島県		○		鹿児島大学病院	2010年4月1日
49	沖縄県				琉球大学医学部附属病院	2010年4月1日
	計	18	38	23	49 病院	

【国立がん研究センター】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
1	東京都		○		国立がん研究センター中央病院	2010年4月1日
2	千葉県	○	○	○	国立がん研究センター東病院	2010年4月1日
計		1	2	1	2 病院	

【特定領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	鹿児島県	○		○	相良病院	2014年8月6日
合計		1	0	1	1 病院	

【地域がん診療病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	グループ指定先医療機関名	指定年月日
1	北海道				小樽市立病院	国立病院機構 北海道がんセンター	2017年4月1日
2					北海道中央労災病院	国立病院機構 北海道がんセンター	2017年4月1日
3	秋田県				能代厚生医療センター	秋田厚生医療センター	2015年4月1日
4					由利組合総合病院	秋田赤十字病院	2015年4月1日
5					雄勝中央病院	平鹿総合病院	2015年4月1日
6	茨城県				小山記念病院	茨城県立中央病院 国立病院機構 水戸医療センター	2017年4月1日
7	栃木県				芳賀赤十字病院	自治医科大学附属病院	2014年8月6日
8	千葉県	○		○	さんむ医療センター	総合病院 国保旭中央病院	2016年4月1日
9	東京都		○		東京女子医科大学東医療センター	東京都立駒込病院	2015年4月1日
10	新潟県				佐渡総合病院	新潟大学歯学総合病院 新潟県立がんセンター新潟病院	2017年4月1日
11	山梨県				山梨厚生病院	山梨県立中央病院	2015年4月1日
12	長野県				北信総合病院	長野赤十字病院	2015年4月1日
13					国立病院機構 信州上田医療センター	信州大学医学部附属病院	2016年4月1日
14					長野県立木曽病院	信州大学医学部附属病院	2016年4月1日
15	静岡県				国際医療福祉大学熱海病院	静岡県立静岡がんセンター	2016年4月1日
16					富士市立中央病院	静岡県立静岡がんセンター	2016年4月1日
17	滋賀県				高島市民病院	大津赤十字病院	2015年4月1日
18	京都府				京都府立医科大学附属 北部医療センター	京都府立医科大学附属病院	2015年4月1日
19					公立南丹病院	京都府立医科大学附属病院	2015年4月1日
20					京都岡本記念病院	京都府立医科大学附属病院	2015年4月1日
21					京都山城総合医療センター	京都府立医科大学附属病院	2015年4月1日
22	奈良県				南奈良総合医療センター	奈良県立医科大学附属病院	2017年4月1日
23	岡山県				高梁中央病院	川崎医科大学附属病院 岡山大学病院	2015年4月1日
24					金田病院	国立病院機構 岡山医療センター 津山中央病院	2015年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	グループ指定先医療機関名	指定年月日
25	山口県				長門総合病院	山口大学医学部附属病院	2015年4月1日
26					都志見病院	山口大学医学部附属病院	2015年4月1日
27	徳島県	○		○	徳島県立三好病院	徳島県立中央病院	2015年4月1日
28	福岡県		○		福岡大学筑紫病院	福岡大学病院	2016年4月1日
29					朝倉医師会病院	久留米大学病院	2016年4月1日
30	鹿児島県	○		○	出水郡医師会広域医療センター	済生会川内病院	2015年4月1日
31					種子島医療センター	鹿児島大学病院	2016年4月1日
32	沖縄県				北部地区医師会病院	琉球大学医学部附属病院	2017年4月1日
33					沖縄県立宮古病院	沖縄県立中部病院	2015年4月1日
34					沖縄県立八重山病院	沖縄県立中部病院	2016年4月1日
計		4	2	4	34 病院		

参考：〔厚生労働省ウェブサイト <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000162065.pdf> がん診療連携拠点病院等一覧表（2017年4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等]

都道府県	数	拠点病院	施設名	算定開始日
北海道	11	○	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
			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
			手稲溪仁会病院	2014年5月1日
			砂川市立病院	2015年4月1日
			旭川厚生病院	2015年5月1日
			帯広厚生病院	2016年6月1日
			札幌北楡病院	2017年8月1日
青森県	2	○	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
岩手県	2	○	岩手県立大船渡病院	2012年7月1日
			岩手医科大学附属病院	2014年1月1日
宮城県	4	○	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
			石巻赤十字病院	2016年1月1日
			坂総合病院	2017年5月1日
山形県	4	○	山形大学医学部附属病院	2009年6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
			山形県立中央病院	2016年2月1日
福島県	1	○	福島県立医科大学附属病院	2014年4月1日
茨城県	1	○	筑波大学附属病院	2008年4月1日
栃木県	3	○	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
群馬県	2	○	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 渋川医療センター	2012年4月1日
埼玉県	6	○	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
			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
			防衛医科大学校病院	2015年8月1日
			さいたま赤十字病院	2017年1月1日
千葉県	12	○	千葉県がんセンター	2011年4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
			国立病院機構 千葉医療センター	2017年2月1日
			千葉西総合病院	2017年6月1日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
		○	順天堂大学医学部附属 浦安病院 帝京大学ちば総合医療センター	2017年12月1日 2018年1月1日
東京都	39	○	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
		○	東京医科大学病院	2012年4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
			J R 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
			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
			東邦大学医療センター大橋病院	2014年2月1日
			東京臨海病院	2014年5月1日
		○	武蔵野赤十字病院	2014年11月1日
		○	国立病院機構 災害医療センター	2014年11月1日
		○	青梅市立総合病院	2015年4月1日
			荏原病院	2015年10月1日
			東海大学八王子病院	2016年7月1日
			東京女子医科大学東医療センター	2016年10月1日
			豊島病院	2016年11月1日
			永寿総合病院	2017年4月1日
			国立成育医療研究センター	2017年5月1日
		○	公立昭和病院	2017年6月1日
神奈川県	20		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

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	横浜市立市民病院	2011年6月1日
		○	横浜市立大学附属 市民総合医療センター	2014年8月1日
			国立病院機構 横浜医療センター	2015年2月1日
		○	神奈川県立がんセンター	2015年6月1日
		○	藤沢市民病院	2015年8月1日
			横浜南共済病院	2016年4月1日
			新百合ヶ丘総合病院	2017年2月1日
		○	横須賀共済病院	2017年5月1日
新潟県	3	○	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
		○	新潟市民病院	2014年4月1日
富山県	1	○	富山県立中央病院	2017年7月1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	2	○	福井大学医学部附属病院	2010年6月1日
		○	福井県済生会病院	2015年11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	3	○	長野赤十字病院	2011年4月1日
		○	信州大学医学部附属病院	2012年4月1日
		○	長野市民病院	2016年8月1日
岐阜県	2	○	岐阜市民病院	2013年7月1日
			中濃厚生病院	2017年8月1日
静岡県	8	○	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
		○	総合病院 聖隷三方原病院	2011年4月1日
		○	静岡県立静岡がんセンター	2017年11月1日
		○	浜松医科大学医学部附属病院	2017年11月1日
愛知県	17	○	愛知県がんセンター中央病院	2008年4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
		○	中京病院	2010年4月1日
		○	総合大雄会病院	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
		○	名古屋大学医学部附属病院	2013年10月1日
		○	国立病院機構 名古屋医療センター	2009年8月1日
			愛知医科大学病院	2014年7月1日
		○	名古屋第一赤十字病院	2015年5月1日
			総合上飯田第一病院	2016年6月1日
			江南厚生病院	2017年7月1日
三重県	2	○	三重大学医学部附属病院	2014年5月1日
		○	鈴鹿中央総合病院	2016年5月1日

都道府県	数	拠点 病院	施 設 名	算定開始日
滋賀県	2	○ ○	滋賀医科大学医学部附属病院 滋賀県立総合病院	2010年8月1日 2016年6月1日
京都府	7	○ ○ ○ ○ ○ ○	京都桂病院 京都府立医科大学附属病院 京都市立病院 国立病院機構 京都医療センター 京都大学医学部附属病院 京都第一赤十字病院 国立病院機構 舞鶴医療センター	2011年6月1日 2011年4月1日 2012年4月1日 2011年4月1日 2010年4月1日 2016年4月1日 2017年4月1日
大阪府	20	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	関西電力病院 高槻赤十字病院 大阪医科大学附属病院 高槻病院 大阪国際がんセンター 大阪警察病院 大阪急性期・総合医療センター 大阪市立大学医学部附属病院 関西医科大学附属病院 淀川キリスト教病院 北野病院 近畿大学医学部附属病院 星ヶ丘医療センター 大阪市立総合医療センター 国立病院機構 大阪医療センター 国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター 大阪赤十字病院 関西医科大学総合医療センター 市立池田病院 大阪府済生会中津病院	2011年8月1日 2012年8月1日 2008年10月1日 2008年4月1日 2008年4月1日 2009年1月1日 2009年4月1日 2011年6月1日 2011年6月1日 2012年8月1日 2012年6月1日 2008年4月1日 2013年4月1日 2009年10月1日 2008年4月1日 2008年4月1日 2014年5月1日 2015年5月1日 2015年5月1日 2017年5月1日
兵庫県	8	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	兵庫医科大学病院 関西労災病院 神戸市立医療センター中央市民病院 神戸市立西神戸医療センター 神戸大学医学部附属病院 兵庫県立尼崎総合医療センター 市立芦屋病院 兵庫県立がんセンター	2008年4月1日 2010年9月1日 2011年7月1日 2013年6月1日 2011年4月1日 2016年2月1日 2017年11月1日 2017年11月1日
奈良県	4	○ ○ ○ ○	奈良県総合医療センター 奈良県立医科大学附属病院 吉田病院 近畿大学医学部奈良病院	2011年7月1日 2010年10月1日 2014年12月1日 2016年8月1日
和歌山県	1	○	和歌山県立医科大学附属病院	2015年7月1日
鳥取県	1	○	鳥取大学医学部附属病院	2007年1月1日
島根県	2	○ ○	島根大学医学部附属病院 松江市立病院	2012年4月1日 2013年7月1日
岡山県	6	○ ○ ○ ○ ○ ○	川崎医科大学附属病院 岡山赤十字病院 川崎医科大学総合医療センター 倉敷中央病院 岡山大学病院 岡山市立市民病院	2010年4月1日 2011年4月1日 2012年9月1日 2012年11月1日 2012年9月1日 2015年8月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
広島県	5	○ ○ ○ ○ ○	国立病院機構 呉医療センター 広島大学病院 市立三次中央病院 広島市立広島市民病院 広島市立安佐市民病院	2012年4月1日 2010年11月1日 2013年9月1日 2014年4月1日 2016年10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	○ ○	徳島大学病院 徳島県立中央病院	2013年2月1日 2017年5月1日
愛媛県	3	○ ○ ○	国立病院機構 四国がんセンター 愛媛県立中央病院 愛媛大学医学部附属病院	2010年6月1日 2014年9月1日 2015年8月1日
高知県	1	○	高知医療センター	2011年2月1日
福岡県	11	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	福岡大学病院 九州中央病院 久留米大学病院 飯塚病院 戸畑共立病院 産業医科大学病院 国立病院機構 九州がんセンター 福岡大学筑紫病院 九州病院 福岡県済生会福岡総合病院 国立病院機構 九州医療センター	2010年4月1日 2013年4月1日 2010年4月1日 2010年8月1日 2010年4月1日 2012年4月1日 2010年4月1日 2016年5月1日 2016年5月1日 2016年7月1日 2018年1月1日
佐賀県	2	○ ○	佐賀大学医学部附属病院 佐賀県医療センター好生館	2005年11月1日 2015年5月1日
長崎県	2	○ ○	長崎大学病院 長崎みなとメディカルセンター	2011年4月1日 2016年2月1日
熊本県	2	○ ○	熊本大学医学部附属病院 国立病院機構 熊本医療センター	2012年4月1日 2015年5月1日
大分県	1	○	大分大学医学部附属病院	2008年4月1日
宮崎県	1	○	宮崎大学医学部附属病院	2014年4月1日
鹿児島県	2	○ ○	鹿児島大学病院 今給黎総合病院	2010年4月1日 2014年4月1日
沖縄県	1	○	那覇市立病院	2016年2月1日
合計	235	180		

2018年2月15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：地域医療支援指定病院]

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	229	24	★	
3		札幌ひばりが丘病院	1999年5月1日	176	35		
4		札幌南徳洲会病院	2004年1月1日	88	18		
5		札幌清田病院	2009年10月1日	109	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	450	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	135	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		苫小牧東病院	2014年11月1日	260	15		
17		北見赤十字病院	2015年2月1日	532	20	★	☆
18		札幌北楡病院	2015年8月1日	281	9		
19		北海道消化器科病院	2016年7月1日	199	14		
20		慶友会 吉田病院	2016年9月1日	263	11		
21		国立病院機構 北海道がんセンター	2017年11月1日	520	28	★	
22	青森県	青森慈恵会病院	2000年6月1日	332	22		
23		ときわ会病院	2008年2月1日	149	24		
24		健生病院	2017年11月1日	282	14		
25	岩手県	孝仁病院	2008年6月1日	180	10		
26		盛岡赤十字病院	2009年7月1日	438	22		☆
27		美山病院	2011年5月1日	212	20		
28		岩手県立中部病院	2009年5月1日	434	24	★	☆
29		岩手県立磐井病院	2010年7月1日	315	24	★	☆
30	盛岡友愛病院	2015年6月1日	386	18			
31	宮城県	東北大学病院	2000年12月1日	1225	22	★	
32		光ヶ丘スベルマン病院	1998年8月1日	140	20		
33		宮城県立がんセンター	2002年7月1日	383	25	★	
34		みやぎ県南中核病院	2015年8月1日	310	12	★	☆
35	山形県	山形県立中央病院	2001年7月1日	645	15	★	☆
36		三友堂病院	2005年6月1日	190	12		
37		山形県立河北病院	2015年4月1日	186	20		
38	秋田県	外旭川病院	1999年2月1日	241	34		
39		大曲厚生医療センター	2015年8月1日	437	13	★	
40	福島県	慈山会医学研究所付属 坪井病院	1990年12月1日	230	18	★	
41		福島労災病院	2011年4月1日	406	27	★	☆
42		星総合病院	2013年2月1日	430	16		☆
43		わたり病院	2013年7月1日	196	15		
44		竹田総合病院	2014年11月1日	837	15	★	☆
45		福島県立医科大学会津医療センター附属病院	2015年8月1日	226	18		
46	茨城県	つくばセントラル病院	2000年10月1日	313	20		
47		筑波メディカルセンター病院	2000年5月1日	453	20	★	☆
48		水戸済生会総合病院	2000年10月1日	472	16		☆
49		茨城県立中央病院	2013年5月1日	500	23	★	☆

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
50		友愛記念病院	2014年8月1日	325	14	★	☆
51		水戸赤十字病院	2015年6月1日	483	20		☆
52		志村大宮病院	2015年6月1日	178	20		
53		総合病院 土浦協同病院	2016年4月1日	800	20	★	
54	栃木県	栃木県立がんセンター	2000年12月1日	291	24	★	
55		栃木県済生会宇都宮病院	1996年11月1日	644	20	★	☆
56		自治医科大学附属病院	2007年5月1日	1132	18	★	
57		那須赤十字病院	2013年4月1日	460	20	★	☆
58		足利赤十字病院	2016年10月1日	555	19		☆
59		とちぎメディカルセンターとちのき	2017年11月1日	250	14		
60	群馬県	公立富岡総合病院	2005年5月1日	338	18	★	
61		伊勢崎市民病院	2010年6月1日	494	17	★	☆
62		国立病院機構 渋川医療センター	1994年7月1日	450	25	★	☆
63		群馬県済生会前橋病院	2012年6月1日	327	16		☆
64		東邦病院	2014年6月1日	443	21		
65		群馬県立がんセンター	2014年7月1日	314	25	★	
66	埼玉県	戸田中央総合病院	2009年3月1日	492	18	★	
67		埼玉石心会病院	2012年4月1日	450	20		☆
68		上尾中央第二病院	1992年3月1日	186	15		
69		みさと健和病院	2011年8月1日	282	20		
70		埼玉県立がんセンター	1999年1月1日	503	36	★	
71		丸木記念福祉メディカルセンター	2013年12月1日	624	20		
72		埼玉協同病院	2013年12月1日	401	24		
73		上尾中央総合病院	2014年7月1日	733	21		☆
74		吉川中央総合病院	2015年5月1日	272	14		
75		三浦病院	2015年7月1日	81	21		
76		彩の国東大宮メディカルセンター	2015年8月1日	337	22		
77		シャローム病院	2016年7月1日	55	20		
78		埼玉県立循環器・呼吸器病センター	2017年6月1日	343	24		☆
79	千葉県	千葉県がんセンター	2008年7月1日	341	25		
80		山王病院	1999年7月1日	318	23		
81		我孫子聖仁会病院	2012年7月1日	168	20		
82		船橋市立医療センター	2010年4月1日	449	20	★	☆
83		国立がん研究センター東病院	1992年7月1日	425	25	★	
84		聖隷佐倉市民病院	2008年6月1日	400	18		
85		総合病院 国保旭中央病院	1999年5月1日	989	20	★	☆
86		君津中央病院	2004年11月1日	661	20	★	☆
87		さんむ医療センター	2014年1月1日	312	20		
88		平和台病院	2014年5月1日	224	20		
89		千葉徳洲会病院	2014年8月1日	391	24		
90		鎌ヶ谷総合病院	2015年3月1日	306	19		
91		辻仲病院 柏の葉	2015年5月1日	176	24		
92		東松戸病院	2015年10月1日	198	20		
93		東葛病院	2016年6月1日	366	20		
94		白井聖仁会病院	2017年6月1日	192	20		
95	東京都	聖路加国際病院	1998年5月1日	520	23	★	☆
96		永寿総合病院	2000年10月1日	400	16		
97		賛育会病院	1998年6月1日	199	20		
98		東芝病院	2008年7月1日	308	16		
99		NTT 東日本関東病院	2001年2月1日	627	16	★	
100		東京ちどり病院	2004年7月1日	98	14		
101		日本赤十字社医療センター	2000年6月1日	708	18	★	☆
102		東京新宿メディカルセンター	2004年6月1日	520	19		
103		佼成病院	2004年5月1日	340	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
104		救世軍ブース記念病院	2003年11月1日	199	20		
105		東京衛生病院	1996年7月1日	186	20		
106		豊島病院	1999年9月1日	470	20		☆
107		桜町病院	1994年8月1日	199	20		
108		日の出ヶ丘病院	2001年1月1日	263	20		
109		公立阿伎留医療センター	2006年9月1日	310	16		
110		救世軍清瀬病院	1990年6月1日	142	25		
111		国立病院機構 東京病院	1995年9月1日	560	20		☆
112		信愛病院	1996年9月1日	199	20		
113		聖ヶ丘病院	1996年6月1日	48	11		
114		東京都立駒込病院	2011年7月1日	833	22	★	
115		慈生会 野村病院	2012年1月1日	133	12		
116		がん研究会 有明病院	2011年4月1日	700	25	★	
117		東京通信病院	2013年3月1日	477	18		
118		東京都健康長寿医療センター	2013年7月1日	550	20		
119		多摩南部地域病院	2013年7月1日	318	16		☆
120		町田市民病院	2013年9月1日	447	18		
121		王子生協病院	2014年5月1日	159	25		
122		越川病院	2016年1月1日	46	34		
123		東京さくら病院	2016年1月1日	258	38		
124		東京医科歯科大学医学部附属病院	2017年5月1日	753	15	★	
125	神奈川県	川崎市立井田病院	1998年11月1日	383	23	★	
126		昭和大学横浜市北部病院	2001年10月1日	689	25	★	☆
127		平和病院	2011年9月1日	146	16		
128		横浜市立みなと赤十字病院	2006年8月1日	634	25	★	☆
129		神奈川県立がんセンター	2002年4月1日	415	20	★	
130		横浜甞生病院	1995年3月1日	81	12		
131		衣笠病院	1998年7月1日	251	20		
132		湘南中央病院	2006年3月1日	199	16		
133		鶴巻温泉病院	2011年9月1日	591	25		
134		日野原記念ピースハウス病院	1994年2月1日	22	22		
135		相模原協同病院	2011年10月1日	437	12	★	☆
136		横浜市立市民病院	2012年5月1日	650	20	★	☆
137		宮川病院	2013年7月1日	175	12		
138		伊勢原協同病院	2014年9月1日	350	14		
139		A O I 国際病院	2015年5月1日	328	28		
140		横浜南共済病院	2016年5月1日	565	20		☆
141		国際親善総合病院	2016年5月1日	287	25		
142		湘南東部総合病院	2017年2月1日	348	32		
143		藤沢湘南台病院	2017年4月1日	322	19		
144		済生会神奈川県病院	2017年7月1日	199	12		
145		東名厚木病院	2017年11月1日	277	14		☆
146	新潟県	長岡西病院	1993年4月1日	240	32		
147		白根大通病院	2006年9月1日	299	28		
148		新潟医療センター	2001年8月1日	404	20		
149		南部郷厚生病院	2001年9月1日	120	20		
150	富山県	富山県立中央病院	1993年3月1日	733	25	★	☆
151		富山市民病院	2009年6月1日	595	20		☆
152		高岡市民病院	2016年5月1日	401	20	★	
153		厚生連高岡病院	2016年12月1日	533	16	★	☆
154		富山赤十字病院	2018年1月1日	401	12		☆
155	石川県	石川県済生会金沢病院	1995年1月1日	260	28		
156		小松市民病院	2009年5月1日	344	10	★	
157	福井県	福井県立病院	2006年4月1日	961	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
158		福井県済生会病院	1998年10月1日	460	20	★	☆
159		福井赤十字病院	2015年5月1日	600	20	★	☆
160	長野県	愛和病院	1997年12月1日	64	48		
161		新生病院	1998年10月1日	155	20		
162		諏訪中央病院	1998年9月1日	360	12		
163		岡谷市民病院	2015年10月11日	295	17		
164		長野中央病院	2017年8月1日	322	12		
165	山梨県	山梨県立中央病院	2005年5月1日	602	15	★	☆
166	岐阜県	岐阜中央病院	1999年6月1日	372	28		
167		東海中央病院	2012年1月1日	332	15		☆
168		岐阜県立多治見病院	2010年7月1日	575	20	★	☆
169		久美愛厚生病院	2012年7月1日	300	23		
170		岐北厚生病院	2014年3月1日	316	24		
171		中濃厚生病院	2016年5月1日	495	20		
172	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	2002年11月1日	615	50	★	
173		神山復生病院	2002年7月1日	60	20		
174		総合病院 聖隷三方原病院	1990年5月1日	934	27	★	☆
175	愛知県	国立病院機構 豊橋医療センター	2007年4月1日	388	48		
176		愛知県がんセンター愛知病院	2006年5月1日	276	20	★	
177		安城更生病院	2002年6月1日	749	17	★	☆
178		聖霊病院	2009年4月1日	198	15		
179		海南病院	2004年7月1日	540	18	★	☆
180		名古屋掖済会病院	2004年2月1日	602	19		☆
181		協立総合病院	2001年12月1日	434	16		
182		豊田厚生病院	2010年2月1日	606	17	★	
183		江南厚生病院	2009年11月1日	684	20		
184		愛知国際病院	1999年5月1日	72	20		
185		総合病院 南生協病院	2002年7月1日	313	20		
186		小牧市民病院	2012年6月1日	558	14	★	☆
187		津島市民病院	2007年1月1日	440	18		
188		名古屋第一赤十字病院	2006年4月1日	852	20	★	☆
189	藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日	1435	19	★		
190	名古屋徳洲会総合病院	2014年6月1日	350	18			
191	刈谷豊田総合病院	2014年11月1日	710	20		☆	
192		済衆館病院	2016年4月1日	369	20		
193	三重県	三重聖十字病院	2005年11月1日	25	25		
194		藤田保健衛生大学 七栗記念病院	1997年7月1日	218	20		
195		松阪厚生病院	2007年8月1日	780	20		
196		松阪市民病院	2008年2月1日	328	20		☆
197		伊勢赤十字病院	2012年2月1日	655	20	★	☆
198		済生会松阪総合病院	2012年5月1日	430	24		☆
199		もりえい病院	2016年5月1日	54	20		
200		みたき総合病院	2017年7月1日	199	25		
201	滋賀県	市立大津市民病院	1999年6月1日	441	20		☆
202		彦根市立病院	2002年10月1日	458	20	★	
203		ヴォーリス記念病院	2006年12月1日	168	16		
204		滋賀県立総合病院	2003年3月1日	535	20	★	☆
205		公立甲賀病院	2013年5月1日	413	12	★	☆
206	京都府	薬師山病院	1998年12月1日	70	50		
207		総合病院 日本バプテスト病院	1995年9月1日	167	20		
208		国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日	600	20	★	☆
209		京都民医連中央病院	2011年11月1日	411	14		
210		稲荷山武田病院	2012年9月1日	55	18		

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
211		男山病院	2014年5月1日	199	25		
212		京都府立医科大学附属病院	2014年2月1日	1065	16	★	
213		あそかびハーラ病院	2015年4月1日	28	28		
214		宇治徳洲会病院	2015年8月1日	473	14		
215		三菱京都病院	2016年2月1日	188	14		
216	大阪府	淀川キリスト教病院	1990年5月1日	581	27		☆
217		湯川胃腸病院	2002年11月1日	84	24		
218		千里中央病院	2010年4月1日	400	25		
219		ガラシア病院	2005年4月1日	104	51		
220		彩都友誼会病院	2010年5月1日	204	40		
221		高槻赤十字病院	2002年7月1日	446	20		☆
222		小松病院	2006年5月1日	190	18		
223		耳原総合病院	2003年2月1日	386	23		☆
224		阪和第二泉北病院	2002年11月1日	969	21		
225		星ヶ丘医療センター	2008年12月1日	580	16		☆
226		大阪市立総合医療センター	2010年5月1日	1063	24	★	☆
227		和泉市立病院	2010年12月1日	307	22		
228		多根総合病院	2011年6月1日	304	20		
229		市立岸和田市民病院	2012年9月1日	400	20	★	☆
230		櫻本病院	2013年7月1日	199	16		
231		東住吉森本病院	2013年11月1日	329	14		☆
232		東大阪病院	2013年12月1日	265	30		
233		市立ひらかた病院	2014年11月1日	335	20		
234		ベルランド総合病院	2014年11月1日	477	15		☆
235		浅香山病院	2015年6月1日	1051	20		
236		市立貝塚病院	2015年6月1日	249	19		
237		ほうせんか病院	2015年9月1日	220	48		
238		市立東大阪医療センター	2015年11月1日	547	25	★	☆
239		松下記念病院	2016年4月1日	323	16		☆
240		吹田徳洲会病院	2017年5月1日	365	24		
241		市立柏原病院	2017年10月1日	220	17		
242		大阪鉄道病院	2017年12月1日	303	19		
243	奈良県	国保中央病院	2005年7月1日	220	20		
244		西奈良中央病院	2012年10月1日	166	24		
245		吉田病院	2017年12月1日	312	11		
246	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	★	☆
247		紀和病院	2005年8月1日	280	13		
248	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993年10月1日	116	21		
249		神戸中央病院	1996年7月1日	424	22		☆
250		六甲病院	1994年12月1日	178	23		
251		東神戸病院	2000年5月1日	166	21		
252		立花病院	2005年9月1日	272	10		
253		尼崎医療生協病院	2007年7月1日	199	20		
254		協和マリナホスピタル	2011年5月1日	80	30		
255		宝塚市立病院	2010年7月1日	436	15		☆
256		第二協立病院	2009年4月1日	425	22		
257		公立八鹿病院	2005年10月1日	420	20		☆
258		姫路聖マリア病院	1996年8月1日	440	22		
259		市立芦屋病院	2012年8月1日	199	24		
260		兵庫県立加古川医療センター	2011年5月1日	353	25		☆
261		市立川西病院	2013年2月1日	250	21		☆
262		高砂市民病院	2013年8月1日	290	18		☆
263		兵庫県立柏原病院	2014年6月1日	303	20	★	
264		誠仁会 大久保病院	2014年2月1日	199	18		

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
265		甲南病院	2015年5月1日	380	22		
266		神戸協同病院	2015年7月1日	167	19		
267		北播磨総合医療センター	2015年9月1日	450	20		☆
268		豊岡病院	2016年9月1日	518	20	★	
269		ふくやま病院	2017年5月1日	104	20		
270	鳥取県	鳥取生協病院	2008年4月1日	260	20		
271		藤井政雄記念病院	2003年11月1日	120	20		
272		国立病院機構 米子医療センター	2014年9月1日	270	20	★	☆
273	島根県	松江市立病院	2005年9月1日	470	22	★	☆
274		島根大学医学部附属病院	2011年9月1日	600	21	★	
275		国立病院機構 浜田医療センター	2010年1月1日	365	15	★	☆
276	岡山県	岡山済生会総合病院	1998年9月1日	553	25	★	☆
277		岡山中央奉還町病院	2000年6月1日	81	15		
278		総合病院 岡山協立病院	2011年9月1日	318	17		
279		岡村一心堂病院	2007年6月1日	152	19		
280		倉敷中央病院	2013年6月1日	1166	14	★	☆
281		岡山赤十字病院	2014年7月1日	500	20	★	☆
282		川崎医科大学総合医療センター	2016年12月1日	647	18		☆
283	広島県	福山市民病院	2006年9月1日	506	16	★	☆
284		前原病院	2012年7月1日	59	14		
285		公立みつぎ総合病院	2002年5月1日	240	6		
286		シムラ病院	2004年10月1日	116	17		
287		広島パークヒル病院	2002年5月1日	114	18		
288		県立広島病院	2004年10月1日	712	20	★	☆
289		安芸市民病院	2004年6月1日	140	20		
290		国立病院機構 呉医療センター	2000年4月1日	630	19	★	☆
291		廿日市記念病院	2002年1月1日	126	24		
292		広島共立病院	2014年10月1日	186	19		
293		J R広島病院	2016年4月1日	275	20		
294	山口県	徳山中央病院	2009年3月1日	519	25	★	☆
295		国立病院機構 山口宇部医療センター	1998年11月1日	365	25		
296		安岡病院	1999年5月1日	278	18		
297		総合病院 山口赤十字病院	2000年1月1日	475	25		☆
298		国立病院機構 岩国医療センター	2013年6月1日	530	24	★	☆
299		下関市立市民病院	2016年8月1日	436	20		☆
300	香川県	高松平和病院	2011年8月1日	123	21		
301		三豊総合病院	2000年5月1日	482	12	★	☆
302		坂出聖マルチン病院	2016年1月1日	196	20		
303	徳島県	近藤内科病院	2002年5月1日	55	20		
304		徳島県立三好病院	2015年1月1日	220	20		☆
305		徳島市民病院	2017年6月1日	339	24	★	☆
306	高知県	細木病院	2003年10月1日	317	14		
307		国吉病院	2011年2月1日	106	12		
308		もみのき病院	1999年4月1日	60	12		
309		凶南病院	2000年7月1日	183	12		
310		いずみの病院	2001年10月1日	238	12		
311		高知厚生病院	1995年12月1日	42	16		
312		須崎くろしお病院	2007年11月1日	160	10		
313	愛媛県	松山ベテル病院	2000年4月1日	155	38		
314		国立病院機構 四国がんセンター	2006年9月1日	405	25	★	
315		西条愛寿会病院	2010年9月1日	180	15		
316		H I T O病院	2013年4月1日	257	13		
317		済生会今治病院	2013年5月1日	191	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
318	福岡県	北九州市立医療センター	2001年6月1日	636	20	★	☆
319		聖ヨハネ病院	2001年10月1日	20	20		
320		製鉄記念八幡病院	2004年1月1日	453	16		☆
321		広瀬病院	2010年12月1日	62	13		
322		及川病院	2004年11月1日	36	15		
323		秋本病院	2007年7月1日	50	16		
324		那珂川病院	2006年7月1日	162	24		
325		栄光病院	1990年9月1日	178	71		
326		至誠会 木村病院	1999年12月1日	121	14		
327		たたらリハビリテーション病院	2004年11月1日	199	21		
328		原土井病院	2001年4月1日	556	30		
329		さくら病院	1999年6月1日	152	24		
330		恵光会 原病院	2005年1月1日	220	16		
331		西福岡病院	2007年7月1日	248	15		
332		村上華林堂病院	2004年6月1日	160	20		
333		井上病院	2011年4月1日	73	16		
334		糸島医師会病院	2008年8月1日	150	14		☆
335		福岡県済生会飯塚嘉穂病院	2012年4月1日	197	20		
336		久留米大学病院	1998年10月1日	1025	16	★	
337		聖マリア病院	1997年9月1日	1097	16	★	☆
338		みどりの杜病院	2012年1月1日	30	30		
339		今野病院	2007年1月1日	67	20		
340		嶋田病院	2008年9月1日	150	14		☆
341		古賀病院2 1	2012年6月1日	217	14		
342		友田病院	2012年12月1日	72	16		
343		朝倉医師会病院	2012年11月1日	300	20		☆
344		戸畑リハビリテーション病院	2012年11月1日	154	17		
345		長田病院	2013年8月1日	182	20		
346		飯塚病院	2013年10月1日	1048	18	★	☆
347		宗像医師会病院	2014年8月1日	164	12		☆
348		田主丸中央病院	2014年6月1日	343	13		☆
349		福岡県済生会八幡総合病院	2014年9月1日	403	22		
350	九州病院	2014年11月1日	575	12	★	☆	
351	福岡聖恵病院	2017年6月1日	288	25			
352	牟田病院	2017年10月1日	163	20			
353	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	1998年3月1日	450	15	★	☆
354		河畔病院	2002年4月1日	184	18		
355		西田病院	2011年5月1日	118	20		
356		なゆたの森病院	2016年4月1日	165	20		
357	長崎県	出島病院	1995年11月1日	41	20		
358		聖フランシスコ病院	1998年8月1日	208	22		
359		千住病院	2008年4月1日	261	20		
360		南野病院	2012年5月1日	95	18		
361	熊本県	山鹿市民医療センター	2012年5月1日	201	13		☆
362		イエズスの聖心病院	1994年11月1日	75	37		
363		熊本地域医療センター	2001年7月1日	227	14		☆
364		御幸病院	2003年6月1日	186	20		
365		桜十字病院	2010年1月1日	641	25		
366		朝日野総合病院	2012年4月1日	378	21		
367		桜十字熊本東病院	2007年11月1日	46	21		
368		人吉医療センター	2003年9月1日	252	30	★	☆
369		阿蘇温泉病院	2008年9月1日	260	15		
370		鶴田病院	2012年10月1日	105	20		
371		合志第一病院	2012年9月1日	132	22		
372		国立病院機構 熊本南病院	2016年5月1日	172	16		

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
373		くまもと森都総合病院	2017年5月1日	199	15		
374		大腸肛門病センター高野病院	2017年10月1日	166	20		
375	大分県	大分ゆふみ病院	2002年1月1日	24	24		
376		大分市医師会立アルメイダ病院	2012年5月1日	406	21		☆
377		佐伯中央病院	2007年7月1日	149	17		
378		大分県厚生連 鶴見病院	2012年11月1日	230	14		
379		へつぎ病院	2013年6月1日	188	14		
380		中津胃腸病院	2014年11月1日	112	14		
381		大分県済生会日田病院	2015年10月1日	204	14	★	☆
382		湯布院病院	2015年12月1日	273	12		
383	宮崎県	三州病院	2000年5月1日	67	27		
384		平田東九州病院	2007年7月1日	125	21		
385		潤和会記念病院	2014年4月1日	446	24		
386		黒木病院	2015年3月1日	76	16		
387		宮崎市郡医師会病院	2017年4月1日	248	12		☆
388	鹿児島県	天陽会 中央病院	2011年1月1日	219	18		
389		相良病院	1997年6月1日	80	24	★	
390		出水郡医師会広域医療センター	2008年10月1日	222	10		☆
391		国立病院機構 南九州病院	2006年4月1日	475	25	★	
392		サザン・リージョン病院	2011年3月1日	131	11		
393		南風病院	2013年6月1日	338	14		☆
394		鹿児島市医師会病院	2013年9月1日	255	31		☆
395		いづろ今村病院	2014年3月1日	145	20		
396		霧島市立医師会医療センター	2016年5月1日	254	33		☆
397	沖縄県	国立病院機構 沖縄病院	2006年6月1日	320	20		
398		アドベンチスト メディカルセンター	2003年1月1日	48	26		
399		オリブ山病院	1995年6月1日	343	21		
400		南部病院	2012年9月1日	188	21		
401		与勝病院	2017年1月1日	140	20		
合 計		緩和ケア病床数 8,143 床	がん診療連携拠点病院 103 施設	地域医療支援病院 118 施設			

2018年2月15日時点で、各地方厚生局のウェブサイトに掲載されている「施設基準等 届出受理医療機関名簿」および、各病院ウェブサイトの掲載情報を元に作成

ホスピス緩和ケア白書 2018  
がん対策基本法—これまでの10年 これからの10年

---

発行 2018年4月4日 第1版第1刷©  
編集 志真泰夫・恒藤 暁・細川豊史・宮下光令・山崎章郎  
企画担当 木澤義之  
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 FAX 03-5832-6172  
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。

ISBN 978-4-902249-91-0 C 3047

 <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, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)  
の許諾を得てください。