

ホスピス緩和ケア白書 2019

ホスピス緩和ケア における看護

教育・制度の現状と展望を中心に

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 洛和会丸太町病院

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 ————— 宮下 光令

田村 恵子 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 緩和ケア・老年看護学分野



青海社

序 文

宮下光令

(東北大学大学院 保健学専攻緩和ケア看護学分野)

ホスピス緩和ケアにおける看護師の役割の重要性はいうまでもなく、わが国のがん対策においてもその役割は質的にも量的にも拡大し続けている。しかし、わが国の緩和ケアにおける看護師の質的・量的拡大については今まで十分にまとめられてこなかった。そこで、『ホスピス緩和ケア白書 2019』では、緩和ケアにおける看護の過去と現状を整理し、今後、看護がどのような発展を目指すべきかを考えるための道しるべとすべく、「ホスピス緩和ケアにおける看護—教育・制度の現状と展望を中心に」というタイトルで特集を組むことにした。

第Ⅰ章では、わが国の緩和ケアの制度と看護について、がん対策基本法・がん対策推進計画やがん診療連携拠点病院などの制度面、および、緩和ケア病棟入院料・緩和ケア診療加算・がん患者指導管理料などの診療報酬の面から経緯と現状についてまとめることにした。

第Ⅱ章は緩和ケアに関する看護師教育について、卒前教育・卒後教育についてわが国でなされている取り組みをまとめることにした。

第Ⅲ章では緩和ケアに関する看護師の専門化の現状と展望について、日本看護協会による、がん性疼痛看護認定看護師・緩和ケア認定看護師・がん看護専門看護師などについて現状と展望についてまとめることにした。

第Ⅳ章では、今後、発展が期待される非がん疾患、在宅ケア、介護施設などの緩和ケアの現状と展望について扱うことにした。

さらに第Ⅴ章では、緩和ケアの看護に関する研究の動向について言及した。

これらの内容について、各分野の最先端の実践家・教育者・研究者に原稿を依頼した。お引き受けいただいた各著者には、冒頭に述べたように「緩和ケアにおける看護の道しるべ」となるよう、現状に重きを置きつつも、歴史と今後の展望についても触れていただくようにした。

本特集の内容は、いままでわが国の緩和ケアを支えてきた現場の看護師たちの努力の蓄積であり、これからを担う看護師たちの希望になるものになりたい。そして、これらの看護の現状や展望を看護師以外のさまざまな緩和ケアに携わる医療従事者と共有する機会になれば幸いである。

目次

序文	宮下光令	iii
----	------	-----

第I部 ホスピス緩和ケアにおける看護—教育・制度の現状と展望を中心に

1. わが国の緩和ケアの制度と看護		
A. 国の制度と看護	中澤葉宇子	2
B. 診療報酬と看護	林より子	7
2. 緩和ケアに関する看護師教育		
A. 看護基礎教育における緩和ケア教育	清水佐智子	12
B. 大学院教育	荒尾晴恵	21
C. 卒後教育		
1) 基本的緩和ケア	田村恵子	25
2) 専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育 —専門的緩和ケア看護師教育プログラム (SPACE-N プログラム) —	新幡智子	29
3. 緩和ケアに関する看護師の専門化		
A. 認定看護師	關本翌子	32
B. 高度実践看護師 (専門看護師)	梅田 恵	35
4. 緩和ケアと看護の拡がり		
A. 非がん疾患の緩和ケアと看護		
1) 心疾患	高田弥寿子	39
2) 呼吸器 (COPD)	成田亜侑美	43
3) 腎	齋藤 凡	47
4) 難病	成田有吾	50
5) 小児	松岡真里	54
B. 場の拡がり		
1) 在宅緩和ケア	中島朋子	57
2) 介護施設	深堀浩樹, 他	61
5. 緩和ケアの看護に関する研究の動向	宮下光令	64

第II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 74
2. 2018年度 ホスピス緩和ケア週間 安部奈津子, 他 112
3. 緩和ケア関連の資料 114

第 I 部

ホスピス緩和ケアにおける 看護

—教育・制度の現状と展望を中心に

1. わが国の緩和ケアの制度と看護

A. 国の制度と看護

中澤葉宇子

(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

わが国の緩和ケアは、ホスピス緩和ケア病棟を中心に発展し、一般病床や在宅診療へと拡大してきた。特に、2006年にがん対策基本法が成立したことにより、緩和ケアががん対策の一環として全国で推進されるようになり、看護の環境も大きく変化した。

本稿では、がん対策基本法やがん対策推進基本計画、およびがん診療連携拠点病院制度、診療報酬等の緩和ケアに関連する各種制度の変遷と、それらに伴う看護に求められる活動の変化を紹介し、今後の緩和ケアに係る看護の展望について考えてみたい。

緩和ケアに関連する制度の変遷

わが国の緩和ケアに関連する各種制度の変遷を表1に示す。1990年に保険医療制度上、緩和ケアに関して初めて「緩和ケア病棟入院料」の算定が開始した。その後、2002年に看護師を含む緩和ケアチームの診療に対する「緩和ケア診療加算」が新設され、診療報酬上の評価が一般病床へと拡大した。2006年には「在宅療養支援診療所」、2012年に「機能強化型在宅療養支援診療所」が設置されるとともに、2014年「機能強化型訪問看護ステーション」が設置され、在宅緩和ケアを担う訪問看護の充実が図られたことにより、診療報酬上、緩和ケアに関して看護師が活躍する場が多様化した。

一方、2006年にがん対策基本法が成立し、基本的施策として「がん医療の均てん化の促進」が講じられたことから、がん患者の療養生活の質と

維持向上のために緩和ケアが全国で推進されるようになった¹⁾。2016年の法改正によって、緩和ケアは、「がんのその他の特定の疾患に罹患した者に係る身体的も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」と定義されると共に、緩和ケアのさらなる推進が講じられ、がんの緩和ケアの中で看護に求められる活動内容も変化した²⁾。

がん対策推進基本計画とがん診療連携拠点病院制度による看護の場の変化

がん対策基本法に基づいて策定されたがん対策推進基本計画と、がん診療連携拠点病院制度による看護の場の変化を図1に示す。

1. がん対策基本計画

がん対策推進基本計画（以下、基本計画と略す）は、2007年から3期にわたり策定され、がん対策を推進するための基本的方向が定められている。第1期の基本計画では、重点課題として「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が謳われ、専門的な知識・技能を有する緩和ケアチームの整備や、緩和ケアチーム・ホスピス緩和ケア病棟・在宅療養診療所等による地域連携が推進され、看護に求められる機能が明示された³⁾。

続く2012年に策定された第2期の基本計画においても、引き続き重点課題として「がんと診断されたときからの緩和ケアの推進」が謳われ、がん診療に携わるすべての医療者が基本的な緩和ケアの知識・技術を習得することが求められ、専

表1 緩和ケアに関連する国の制度の変遷

年	法律等	診療報酬
1990		・緩和ケア病棟入院料 新設 がん・エイズ患者を対象に一律包括払い
1994		・在宅時医学管理料, 在宅末期総合診療料 新設 在宅終末期医療の推進と評価
1996		・在宅末期訪問看護指導料 新設 在宅終末期看護の評価
1997	・介護保険法 成立	
2002		・緩和ケア診療加算 新設 一般病床で緩和ケアを提供する緩和ケアチーム 医療への評価
2006	・がん対策基本法 成立	・在宅療養支援診療所 新設 在宅療養の推進
2007	・がん対策推進基本計画（第1期）策定 治療の初期段階からの緩和ケアの実施	
2009	・がん診療連携拠点病院 整備指針改定 拠点病院に緩和ケアチームの設置義務化	
2010		・がん患者指導管理料（がん患者カウンセリング料） 新設 看護師が行うカウンセリングへの評価
2012	・がん対策推進基本計画（第2期）策定 在宅医療の充実と評価	・機能強化型在宅療養支援診療所・病院 新設 診療報酬の見直し, 在宅緩和ケアに係る評価 ・外来緩和ケア管理料 新設 緩和ケアチームによる外来緩和ケアへの評価
2014	・がん診療連携拠点病院 整備指針改定 都道府県拠点病院に緩和ケアセンターの設置 義務化	・機能強化型訪問看護管理療養費 新設 (機能強化型訪問看護ステーションの新設) 24時間対応等, 機能の高い訪問看護ステーションへの評価
2016	・がん対策基本法 改正	・在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 新設 在宅緩和ケア・緊急往診への評価 ・外来がん患者在宅連携指導料 新設 外来がん患者の在宅医療への連携への評価 ・緩和ケア病棟緊急入院料 初期加算 新設 緩和ケア病棟の在宅療養支援への評価
2018	・がん対策推進基本計画（第3期）策定 ・がん診療連携拠点病院 整備指針改定 ・循環器病対策基本法 成立	・緩和ケア診療加算 改定 対象に末期心不全の患者が追加

門・認定看護師などの専門家を中心に推進されてきた緩和ケアは、がん診療に携わるすべての看護師が基本的な緩和ケアを提供できる体制の整備が進められるようになった。また、専門・認定看護師によるがん患者カウンセリング等の緩和ケアに関する相談支援体制の強化が明示された⁴⁾。

2017年に策定された第3期の基本計画では、拠点病院を中心に進められた緩和ケアの提供体制

の整備は、拠点病院に限らず、がん診療に携わる医療機関において基本的な緩和ケアを実施できる体制を整備することが掲げられ、緩和ケアをより一層充実させることが求められている（図2）⁵⁾。

2. がん診療連携拠点病院制度

がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と略す）は、がん医療の均てん化を目標として、2001年

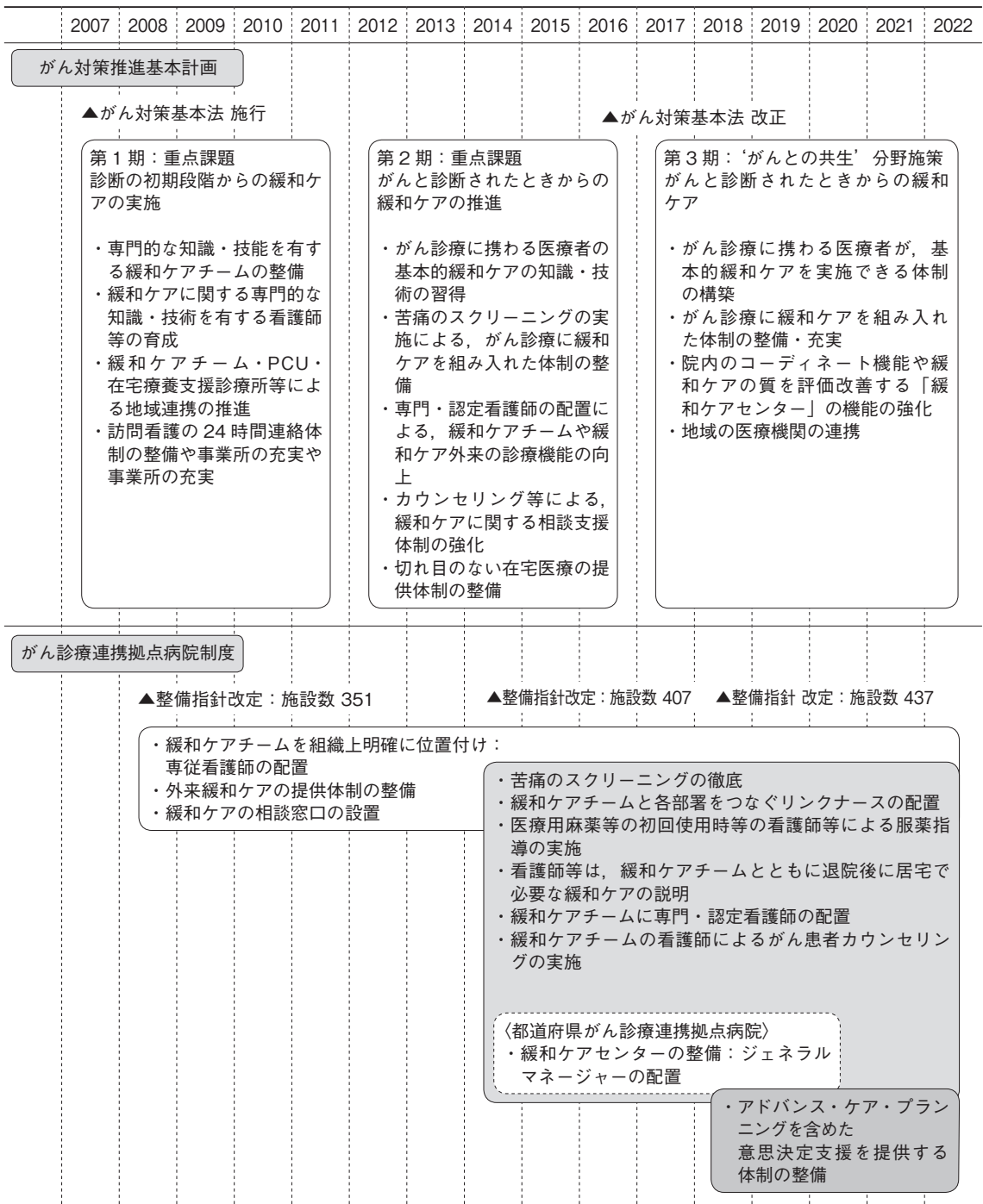


図1 がん対策推進基本計画とがん診療連携拠点病院制度による緩和ケアに係る看護の場の变化

から創設された厚生労働省の制度である⁶⁾。2006年には都道府県ごとの都道府県拠点病院と2次医療圏ごとの地域拠点病院の指定が開始され、2008年には第1期の基本計画に基づき整備指針が大き

く改定された。緩和ケアに関しては、①専任の身体症状の緩和ケアに携わる医師、専従の看護師、精神症状の緩和ケアに携わる医師を構成員とする緩和ケアチームを整備し、組織上明確に位置付け

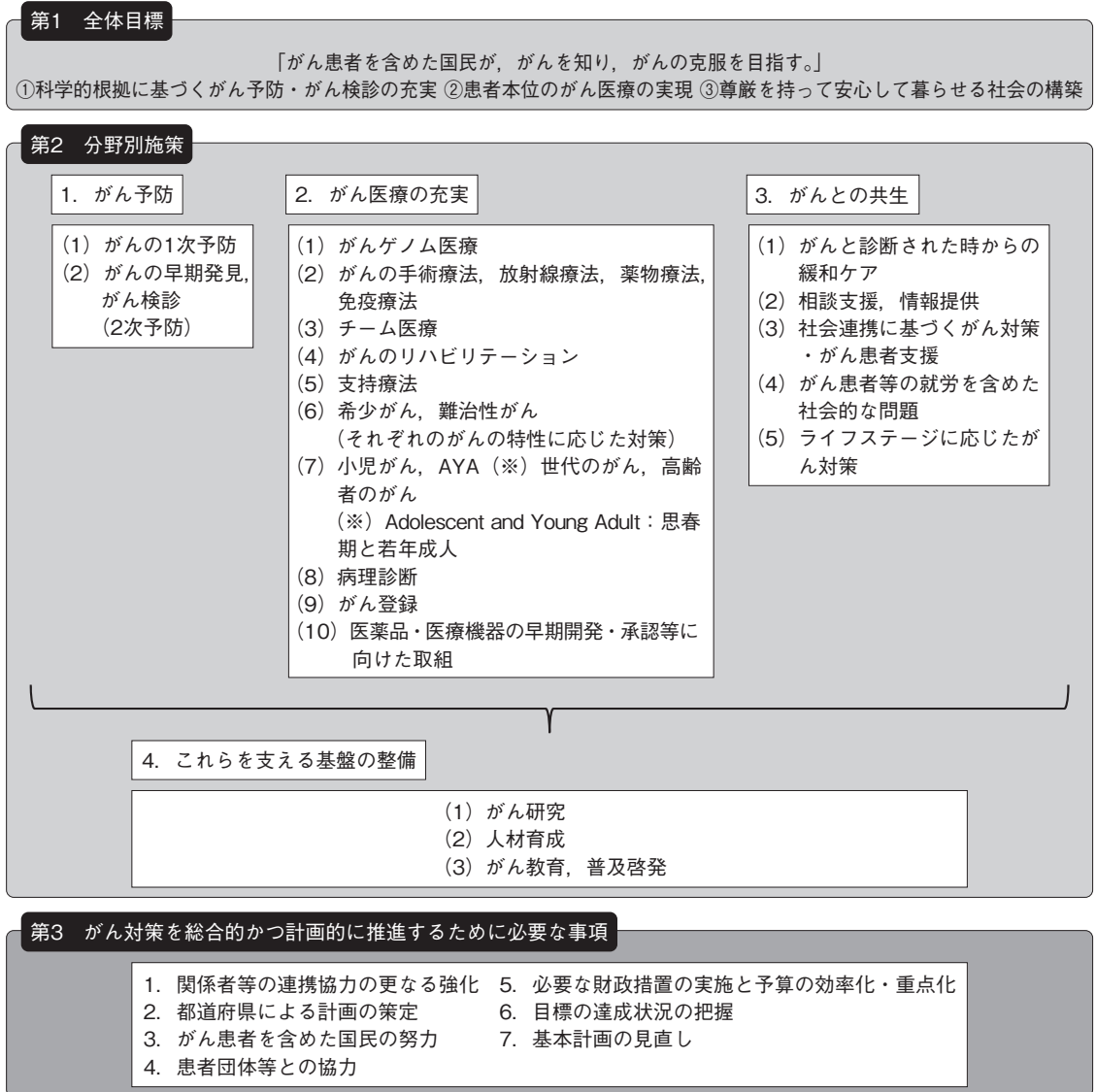


図2 第3期がん対策推進基本計画概要（平成30年3月9日閣議決定）

厚生労働省. がん対策推進基本計画の概要（第3期）

[<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html>] より引用

ること、②外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること、③緩和ケアに関する要請や相談に関する窓口を設置することなどが要件とされ、看護師の活動の場が広がり、病院内で横断的に活動することが求められるようになった⁷⁾。

2014年には、第2期の基本計画に基づき整備指針が改定され、①緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識および技能を有する看護師（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）を配置することや、②がん看護関連の認定看護師等によるがん看護カウンセリング（がん看護外来）を行うこと、③都道府県拠点病院に緩和ケアセンターを整備し、緩和ケアセンターの機能を管理・調整する、専従のジェネラルマネージャーを配置することが必須となった。看護師の活動の場は、病院内の横断的な活動から、病院全体もしくは都道府県内全体へと拡がり、看護の機能強化が進められた⁸⁾。

2018年に改定された整備指針においては、緩和ケアの提供体制の整備として、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援の提供体制の整備が追加された⁹⁾。現在、全国にがん診療連携拠点病院401カ所、地域がん診療病院36カ所（2018年4月現在）が指定されている¹⁰⁾。

展望

本項では、わが国の緩和ケアの制度の変遷を振り返り、看護師に求められる活動の変化を紹介した。保険医療制度によってホスピス緩和ケア病棟から普及が始まった緩和ケアは、がん対策を通して全国の医療現場に広がりつつあると考える。これまで拠点病院を中心として推進されてきたがん対策における緩和ケアは、拠点病院以外でがん診療を提供する医療機関でも基本的緩和ケアを実施できる体制の整備が求められている。また、2018年末には循環器病対策基本法が成立したことにより、今後は、循環器疾患等、がん以外の疾患に対しても緩和ケアの対象とする体制の構築が求められるようになり、看護の機能強化と看護師のより一層の活躍が期待される。

文献

- 1) がん対策基本法（平成十八年法律第九十八号）。
- 2) がん対策基本法 平成二十八年十二月十六日公布

（平成二十八年法律第七号）改正。

- 3) がん対策推進基本計画。〔<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>〕（2019.1.7アクセス）
- 4) がん対策推進基本計画（第2期）。〔https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku02.pdf〕（2019.1.7アクセス）
- 5) がん対策推進基本計画（第3期）。〔<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196973.pdf>〕（2019.1.7アクセス）
- 6) 厚生労働省。地域がん診療連携拠点病院制度について（平成13年8月30日）。〔<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0120-5a.html>〕（2019.1.7アクセス）
- 7) 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）。〔<https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>〕（2019.1.7アクセス）
- 8) 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）。〔<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000155799.pdf>〕（2019.1.7アクセス）
- 9) 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30年7月31日）。〔<https://www.mhlw.go.jp/content/000347080.pdf>〕（2019.1.7アクセス）
- 10) 厚生労働省。がん診療連携拠点病院等の一覧表（平成30年4月1日現在）。〔<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000201832.pdf>〕（2019.1.7アクセス）

1. わが国の緩和ケアの制度と看護

B. 診療報酬と看護

林 あり子

(藤沢湘南台病院)

はじめに

現在、わが国の緩和ケアにおける看護師に関係する主な診療報酬は、「緩和ケア診療」「がん患者指導管理料イ・ロ」「がん患者リハビリテーション料」「リンパ浮腫指導管理料」、その他、その周辺では、「緩和ケア病棟入院料」「外来緩和ケア管理料」「退院時共同指導料2」「在宅療養支援診療所」に関係するものである。ここでは、緩和ケアの看護師に関係する診療報酬看護の動向について紹介する。

緩和ケアにおける看護師に関わる診療報酬と動向の概要

1990年に「緩和ケア病棟入院料」の算定が開始されたが、当時は、緩和ケアに関する診療報酬は、唯一「緩和ケア病棟入院料」のみであった。以降、2002年に「緩和ケア診療」が新設された。緩和ケアの普及と並行して看護師教育の変遷として、公益社団法人日本看護協会における専門・認定看護師の資格認定の中でも、がん看護CNS、緩和ケアCN、がん性疼痛看護CNなどの認定者数が急増した時期でもあった。特に緩和ケア診療加算に関する配置要件として、がん領域（緩和ケアCN、がん性疼痛看護CN、がん化学療法看護CN、乳がん看護CN、がん放射線療法看護CN、がん看護CNS）の専門・認定看護師の配置が要件になっている。さらに、2006年には、地域や訪問看護で活躍する訪問看護CNが認定され、同時期に、在宅緩和ケアに関する「在宅療養支援診療所」が制度化され、在宅緩和ケアを促進している。2012年には、外来緩和ケアの強化を目的に

「外来緩和ケア管理料」が新設された。

一方、緩和ケアやがん看護関連における動向として、看護師の関わりが直接的に診療報酬となったのは、2010年に新設された「がん患者カウンセリング料（500点、1人につき1回）」である。がんと診断された患者に、治療方針などを説明したり相談を受けたりした場合に算定可能となった。当時は、緩和ケアの研修を診療した医師と、カウンセリングの研修を受けた専任の看護師が、同席の下で実施することが算定要件であり、がん看護CNS、緩和ケアCN、がん性疼痛看護CN、がん化学療法CN、がん放射線療法CN、乳がん看護CN、摂食・嚥下障害看護CN、皮膚・排泄ケアの認定看護師CNが算定対象であった。続いて2014年には、「がん患者カウンセリング料」より、「がん患者指導管理料1（500点）」「がん患者指導管理料2・3（200点）」が新設された。現在のがん患者指導管理料は、医師または看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合に6回に限り算定できるようになり、看護師の継続的支援についても診療報酬で算定されるようになった。

1. 緩和ケア病棟入院料

1990年：「緩和ケア病棟入院料（2500点）」の算定が新設

緩和ケア病棟の入院料の算定が開始されたが、当時は緩和ケアに関する診療報酬は「緩和ケア病棟入院料」のみで、本診療報酬は入院日数に限らず包括支払いだった。

2008年：緩和ケア病棟入院料（3780点）の対象患者の拡大

緩和ケア病棟入院料（3,780点）の対象患者を

表1 緩和ケア病棟入院料 保険点数の推移

年	2002～2011		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
									入院料1	入院料2
点数	3,780	入院期間 30日以内	4,791	4,791	4,926	4,926	4,926	4,926	5,051	4,826
		31日以上 60日以内	4,291	4,291	4,412	4,412	4,400	4,400	4,514	4,370
		61日以上	3,291	3,291	3,384	3,384	3,300	3,300	3,350	3,300

表2 2018年4月日本ホスピス・緩和ケア協会調査結果：緩和ケア病棟における専門・認定看護師の配置状況

施設 (342) ⑥	1施設に1人以上配置している施設数	割合 (%)
がん CNS, 緩和ケア CN, がん性疼痛看護 CN いずれか配置	255	74.6
がん看護 CNS	53	15.5
緩和ケア CN	236	69.0
がん性疼痛看護 CN	65	19.0
緩和ケア CN 単独	217	63.5
がん性疼痛看護 CN 単独	11	3.2
CNS 単独	8	2.3
緩和ケア CN とがん性疼痛看護 CN 両方	46	13.5

終末期の患者に限定せず、すべての悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群の患者に拡大された。これに併せて、算定要件には、在宅療養中の患者を診ている医療機関に対する後方支援や、連携医療機関の医療者向けの緩和ケア研修の実施などが追加された。

2012年：緩和ケア病棟入院料逡減制導入

緩和ケア病棟の評価の見直しとして、入院初期の緩和ケアの評価と、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系を見直して逡減制（30日以内/30～60日/61日以上）の3段階が導入された（表1）。

2016年：「緩和ケア病棟緊急入院初期加算（200点）」

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の場合に加算されるようになった。

2018年：「緩和ケア病棟入院料1」と「緩和ケア病棟入院料2」に名称変更

直近1年間の平均在院日数、平均待機危難、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（入院日数により漸減するのは同様）。

342施設のうち、255施設（74.6%）にがん看護 CNS、緩和ケア CN、がん性疼痛看護 CN が配置されている状況である。また、緩和ケア CN は、236施設（69.0%）に配置されており、臨床現場における緩和ケアの質の向上に向けて実践している（表2）。

2. 緩和ケア加算

1992年：国内初の緩和ケアチーム活動が昭和大学病院で開始

2002年：「緩和ケア診療（250点）」新設

一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群または末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状または不安、抑うつなどの精神症状をもつ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という）による診療が行われた場合に算定する。

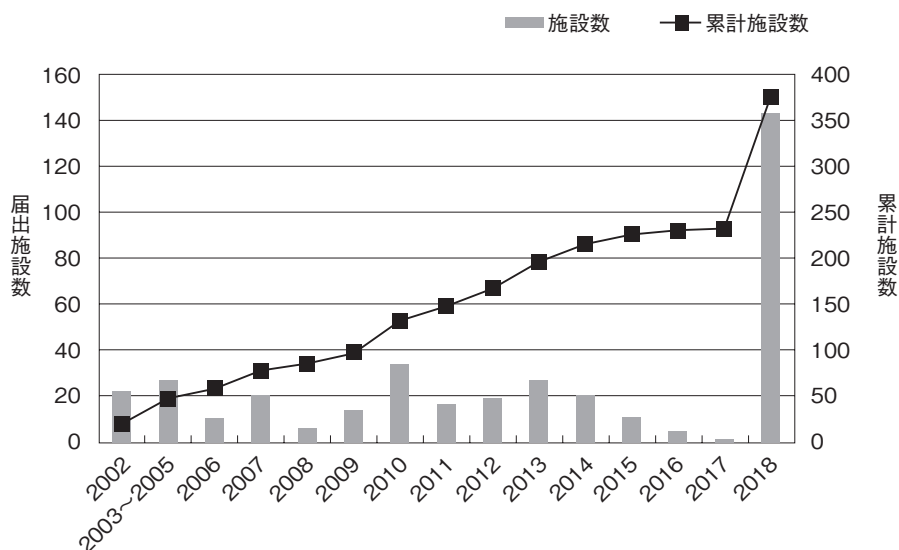


図1 緩和ケア診療加算届出施設の推移・累計施設数

表3 緩和ケア診療保険点数の推移

年	2002	2008	2010	2018
点数	250	300	400	390

2004年：緩和ケア診療加算要件に、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行う場合の評価、緩和ケア病棟等における研修修了者として、がん看護 CNS、緩和ケア CN、がん性疼痛看護 CN、がん化学療法 CN、乳がん看護 CN の専門・認定看護師が5年以上、配置されるようになった。

2008年：「緩和ケア診療（300点）」増点

緩和ケア診療保険点数を1日250点から300点に引き上げるとともに、新たに薬剤師を加えた緩和ケアチームの設置が施設基準に追加され、緩和ケア診療加算の算定要件に、がん放射線療法看護の認定看護師が追加された。実際に緩和ケア診療の加算算定をしている施設は、85施設であった。

2009年：がん診療連携拠点病院（377施設）に緩和ケアチームが整備

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム看護師が専従となった。

2010年：「緩和ケア診療（400点）」増点

緩和ケア診療加算は点数が300点から400点に引き上げられた。

2012年：「外来緩和ケア管理料（300点）」新設

緩和ケアチームの外来での診療を評価する外来緩和ケア管理料（300点）が新設された。

2014年：政府統計の医療施設調査で、緩和ケアチーム数は991施設（がん診療連携拠点病院397施設）

2018年：「緩和ケア診療（390点）」減点、「個別栄養食事管理加算（70点）」新設

緩和ケアチームの構成は、

ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

アからエまでのうちいずれか1人は専従であるが、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えないことになり、緩和ケア診療加算の届出は143施設増加し、累計で375施設となった（図1）。緩和ケア診療加算は390点に減点となったが、緩和ケアチームに栄養士が加わり、個別栄養食事管理を行うと、70点加算され、460点に加算算定が可能となった（表3）。また、条件はあるが、非がん患者末期心不全患者も適用となった。

3. がん患者指導管理

2010年：がん患者カウンセリング料（500点、1人につき1回）新設

表4 退院調整に関して医療機関が請求可能な診療報酬

	請求可能な条件	点数
退院時共同指導料2	在宅療養上で、必要な説明や指導を診療所の医師または看護師等と共同で文書でも情報提供を行った場合。	400点 2018年：300点から400点へ変更
退院前在宅療養指導管理料	在宅療養に備えて一時外泊する時、在宅療養に関する指導管理をした場合	120点
退院前訪問指導料	入院期間が1カ月以上と見込まれる患者に対して、退院前に患者宅を訪問し、患者または家族に退院後の療養指導を行った場合	580点 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定 2018年：555点から580点へ
退院時リハビリテーション指導料	患者・家族に対して、退院後の在宅での基本的動作または応用的動作、社会的適応能力の回復を図るための訓練について指導を行った場合	300点 保険医療機関の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士と共に指導を行った場合にも算定可能

がんと診断された患者に、治療方針等を説明したり相談を受けた場合に算定できる。緩和ケアの研修を診療した医師と、カウンセリングの研修を受けた専任の看護師が、同席の下で実施することが算定要件、がん看護CNS、精神看護CNS、緩和ケアCN、がん性疼痛看護CN、がん化学療法CN、がん放射線療法CN、乳がん看護CN、摂食・嚥下障害看護CN、皮膚・排泄ケアCNなどである。

2014年：がん患者カウンセリング料→がん患者指導管理料1・2・3へ名称変更となり、「がん指導管理料1（500点）」「がん患者指導管理料2・3（200点）」の3つが新設されたが、再度、2018年4月、がん患者指導管理料1・2・3→がん患者指導管理料イ・ロ・ハと名称変更された。2014年の改訂以降、がん患者指導管理料ロ（200点）は、医師または看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合に6回に限り算定できるようになった。この拡大により、以前のような緩和ケア研修を受けた医師と要件を満たす看護師の同席ではなくなったことや1回から6回へと算定が拡大され、「がん患者カウンセリング料」よりも算定しやすくなった。また、がん患者指導管理料ロでは、がん領域の認定看護師またはがん看護専門看護師・精神看護専門看護師に限られ、がん看護

の専門性が求められる状況になった。がん看護の専門的知識とがん患者の心理面に配慮したがん看護が必要な患者に対して、病院組織の中で診療報酬を意識した仕組みを整えることによって、高度な看護が提供できる可能性へと広がった。

がんの初期診断後の心理的不安と治療場の選択、例えばがん治療専門病院や大学病院あるいは当院での治療で治療を行うかの意思決定支援、抗がん剤治療中の不安、がんの特有症状の出現時の対応、専門病院で抗がん治療を終えた時あるいは体力低下によって通院が困難になった場合に通院の切り替えを行いながら、残りの人生をどのように過ごすかを一緒に考えながら支援する等アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の促進にもつながっている。

4. 退院・在宅緩和ケア関連

1) 退院調整に関する診療報酬

患者や家族が安心して退院後も在宅で療養するために、病院、診療所、訪問看護ステーションなどが連携しながら退院支援をする中で、診療報酬も地域連携への評価を示している。表4は、患者が入院している医療機関で加算請求が可能な項目である。

特に、退院時共同指導料は、退院前に関係者が

集まり、「退院前カンファレンス」を行うことにより算定可能で、患者が退院後に必要となる在宅医療やリソースを利用しながら安心して在宅療養ができることを目的としている。カンファレンスへの参加者は、患者、家族、病院の医療・ケアスタッフ、地域の在宅医療者（往診医、訪問看護師等）、介護福祉従事者（ケアマネジャー、介護福祉士等）である。

2) 在宅療養の支援強化

2014年に新設された、「在宅患者訪問看護・指導料」は、1,285点の算定が可能であり、在宅療養中の悪性腫瘍の鎮痛療法もしくは化学療法を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が共同して行った場合に算定できる。

5. その他

1) がん性疼痛緩和指導管理料（100点、月1回）

2008年：緩和ケアの評価の充実

① WHO方式がん性疼痛治療法に疼痛管理を行った場合に算定できるがん性疼痛緩和指導管理料（100点、月1回）を新設。

② 介護老人保健施設や介護療養病床で、在宅療養支援診療所などの医師が医療用麻薬を使用した場合に薬剤費の請求が可能に。

2) リンパ浮腫指導管理料（100点、入院中1回）

2008年：リンパ浮腫の指導に関する評価

術後のリンパ浮腫を防止するためのリンパ浮腫指導管理料（100点、入院中1回）を新設。併せて、重症化予防のための弾性着衣が保険適用に。

3) がん患者リハビリテーション料（1日6単位まで）

2010年：がん患者リハビリテーション料（1日6単位まで）新設

がん患者リハビリテーションに関する研修を修了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを提供した場合に1単位として算定する。がんのリハビリテーションの研修を修了した専任の常勤医師が必要。

2014年：病棟においてがん患者ケアにあたる看護師1名以上配置が要件

展望

2002年に緩和ケア診療保険点数の新設において、「医師、看護師、薬剤師」が構成メンバーである緩和ケアチームが、わが国の医療機関においてコンサルテーション型チーム医療のモデルとなる役割を發揮し、医療機関の多職種連携医療をけん引する役割を担ってきた。緩和ケアチームの看護師の役割として、多職種との連携の促進、一般病棟スタッフとの医療の協働、チーム運営を行う上でもチームの底力となって活動してきた。現在では、緩和ケアチーム以外にも、精神科リエゾンチーム、栄養サポートチーム、呼吸ケアチーム等、専門・認定看護師の他の領域においてもチーム活動の要件拡大へと広がっている。また、2010年以前には看護師が診療報酬の対象となることはあまりなかったが、がん対策基本法の制定に伴い、2010年の「がん患者カウンセリン料（現在はがん患者指導管理料イ・ロ）」の算定以降、さまざまな領域において、糖尿病合併症管理料、排尿自立指導料等、対象となる専任の認定看護師が算定できる診療報酬の内容も拡大してきている。

さらに、入院から退院し、在宅療養を推進するために、退院時共同指導料2の算定によって、地域の医療・介護・福祉従事者との多職種カンファレンスを活発的に行い、病院から在宅へシームレスに連携できる体制を実現できる可能性が出てきている。医療依存度が高いがん終末期患者等に関しては、「在宅患者訪問看護・指導料3」によって、専門的な緩和ケアの提供も可能となってきている。今後さらに、緩和ケアの地域包括ケアシステムとして、外来と在宅の連携について推進できるような診療報酬が必要となる時期がくるのではないかと考える。ただ今後は、看護師としての専門性や関わりの効果をエビデンスとして示し、看護師の実践している内容が認められるよう、さらに要件の拡大、新たな診療報酬の提案をし、時代の流れに沿っていかなければならないと考える。

2. 緩和ケアに関する看護師教育

A. 看護基礎教育における緩和ケア教育

清水佐智子

(鹿児島大学医学部 保健学科 看護学専攻)

はじめに

急速な高齢化の進行やがん患者の増加に直面している日本では、人生の最終段階に向けて、医療者がいかに対象の意思を尊重し、寄り添い支えられるかが重要な課題となっている。その基盤となるのが基本的緩和ケアである。すべての医療者が身につけておく必要があるため、全国各地で医師や看護師等専門職向けの研修^{1, 2)}が開催されている。しかし、看護職を目指す看護学生への緩和ケア教育は発展途上にある。看護教育機関で緩和ケアや終末期ケアの講義が始まったのは1980年前後³⁾、40年が経過しているが、看護学生向け緩和ケア教育の系統だったものは現存しない。現状把握のために、「1. 教育の変遷」「2. 看護基礎教育関連の報告書と内容」「3. 看護師国家試験出題基準」「4. 看護師国家試験出題内容」の4点を整理した後に、今後に向けての展望を述べる。

緩和ケアに関する看護基礎教育の現状

1. 教育状況の変遷 (表1)

1995～2004年の状況調査は、医師によるもので、医学科の調査と同時に進行していた。1995年の調査では、(施設数が不明であるが)半数のみであった緩和ケアの講義は、3年後の1998年には9割以上の施設で行われるようになっていく。この頃、全国の看護系大学は44校、短期大学は71校であった⁴⁾ことから、この調査は当時の全国の状況をほぼ網羅しているといえる。緩和ケアが独立科目の施設が少ないことから、緩和ケアの内容は、他科目のなかに数時間確保されていたと考えられる。2001年までは担当教員は医師

が半数を占めていたが、その後は看護系教員が主となっている。2004年になると、教授内容が広く網羅されはじめていくが、精神面の援助が主となっている傾向がみられる。2007年以降の教授内容は、全人的ケアが含まれるなど、教育内容は充実してきている。当時、看護系大学は156校⁵⁾、調査対象は50校のため、全体を網羅できているわけではないが、独立科目は半数にとどまり、緩和ケア教育は十分とはいえない状況であった⁶⁾。その後の調査結果は公表されていないため不明であるが、各大学のホームページでシラバスを見るかぎり、緩和ケア関連科目が選択科目である施設や、もともと設定されていない施設が複数ある。緩和ケアに関する専門職への教育が充実してきているなかで、看護学生への教育は各教員が担当科目において、個々に工夫して授業を展開している現状が続いていると考えられる。

2. 基礎教育関連の報告書と内容 (表2)

2004年の報告書では、卒業時到達目標に「苦痛の緩和」が加味されるなど、内容がより詳細になった。同年、「緩和ケア診療加算」が新設され、緩和ケアが医療者全般に周知されるようになり、2007年以降のカリキュラムの成人および在宅看護学に、正式に「終末期看護」が含まれることが初めて示された。

それまでの検討を基盤に、2017年に文部科学省から「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」が、2018年に日本看護系大学協議会より「看護学士課程におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標」が発表され、人生の最終段階にある人や、エンドオブライフにある人への援助が到達目標として具体的に示された。

表1 看護教育における緩和ケアに関する講義状況の変遷

年	施設 (校数)	緩和ケア講義あり	独立科目	時間数	担当教員の背景：専門性、勤務形態 (人数)	教授されている内容 (%)
1995 ^{a)}	看護学部	44%			麻酔科 (8), 内科 (3), 外科 (2) 看護学科 (2)	末期医療・ホスピスケア (30), ターミナルケア (30), 疼痛緩和 (22), 生と死 (13), 倫理・告知・臓器移植 (5)
1998 ^{b)}	看護大学 (37) 看護短期大学 (37) 3年課程養成所 (24)	100% 92% 92%	41% 21% 14%	平均 21 時限 平均 33 時限 平均 24 時限	常勤 62%, 非常勤 8% 常勤 83%, 非常勤 3% 常勤 38%, 非常勤 27%	
2001 ^{a)}	看護学部 (60)	97%		7 コマ以上 45% 1～3 コマ 21% 4～6 コマ 23% (1 コマ=90 分)	看護教員 (50), 麻酔科 (10) 内科 (7), 外科 (2), 小児科 (1) 精神科 (1), その他 (16)	疼痛緩和 (16), 家族のケア (15), ホスピス (15), がん告知 (14), インフォームドコンセント (13), 症状緩和 (12), チーム医療 (12)
2004 ^{c)}	看護大学 (45)	90%	80%	平均 35.5 時間	成人・老人分野 53.3% 終末期・ターミナル 24% 基礎看護 22%	心理的サポート (87), 意思決定 (84), 治療 (84), 病態や症候 (82), コミュニケーション (76), 社会的・倫理的問題 (73), 国内外の現状 (71), 法制度 (69)
2007 ^{d)}	看護系大学・短大 (50)	100%	52%	独立：平均 29 時間 非独立：平均 12 時間	終末期・緩和ケア 32% 成人看護 22% 成人慢性期 14% 成人急性期 12% 老年看護 6% など	80% 以上教授されている内容：緩和ケア・ターミナルケアの概念, 全人的ケア, インフォームドコンセント, がん告知, 家族ケア, 疼痛コントロール, 生命倫理, 精神的ケア, スピリチュアルケア, 悲嘆ケア, チームアプローチ, 症状コントロール

a) 黒子幸一：大学病院の医学部・看護学部における緩和ケア教育の現状調査と提言. 2001 年度調査研究報告. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. [https://www.hospat.org/report_2001-a1.html]

b) 武田文和, 卯木次郎, 木本良重, 他：日本の医学教育, 看護教育における緩和ケアのカリキュラムの進展状況—WHO 指定研究協力センターによる 1998 年の調査から. がん患者と対症療法 10: 71-77, 1999

c) 平川仁尚, 益田雄一郎, 植村和正, 他：全国の医学科・看護学科における終末期医療・看護教育の実態調査. 日本老年医学会雑誌 42: 540-545, 2005

d) 清水佐智子：看護学生への「緩和ケア教育」の実態. 死の臨床 33: 101-106, 2010

後者のほうが、エンドオブライフを「人間の生理機能が不可逆的な状態に陥る疾病や病態にある人」とし、治療による症状緩和を含んでいることから、より緩和ケアの要素を含むものと考えられる。

3. 看護師国家試験の出題基準⁷⁾ (表3)

厚生労働省は、保健師・助産師・看護師国家試

験出題基準を作成、1998年より公表している。2010（平成22）年版の出題基準に、「緩和ケア」に関する項目が初めて挙げられた⁸⁾。

平成30年版の出題基準の内容を見ると、スピリチュアルケアを含む全人的苦痛へのケア、再発や転移時の苦痛緩和、就労支援、非がん患者への看護、アドバンスケアプランニングなど、昨今の社会状況を反映した内容が含まれている。教員は、社会的な動きを学生に伝えつつ、社会のニーズに合わせた緩和ケア、エンドオブライフケアの教育を行う必要がある。

4. 過去5年間の国家試験出題状況（2014～18年）（表4）

看護師国家試験は全300問、必修50問、一般・設定250問である。必修は80%、一般・設定は65～70%正答する必要がある。緩和ケア関連の問題は、例年6～7問出題されていた。2016年まで在宅の問題が多かったがその後は減少し、2018年は初めてスピリチュアルペインが出題されている。疼痛・症状コントロールは、おさえておくことが望ましい。昨今は、データや症状を読み取ってアセスメントする問が増えてきていることから、教員は、根拠を明確にした授業を行う必要がある。

表2 緩和ケアに関する看護基礎教育関連の報告書と内容

年	発行元、報告書タイトル	内容	緩和ケアに関連する卒業時到達目標や教育内容の例（一部抜粋）
2002 ^{e)}	【文部科学省】 看護学教育の在り方に関する検討会報告書 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて	看護学の教育内容のコアである技術学習項目	【看護ケア全体に及ぶ基盤を構成する方法】 ⑧成長発達各期の支援方法 ターミナル期の人と家族等への支援と遺族支援、家族危機支援が看護職者の指導の下に自立してできる。
2004 ^{f)}	【文部科学省】 看護学教育の在り方に関する検討会報告書	看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標	【卒業時の到達目標】 14) 終末期にある人への援助（ターミナル期の人） (1) 身体的苦痛の除去 (2) 死にゆく人の苦痛の緩和 (3) 基本的欲求の充足 (4) 死にゆく人の自己実現への支援 (5) 看取りをする家族への支援 (6) 遺族への支援
2007 ^{g)}	【厚生労働省】 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書	（カリキュラム改正に関する資料）	【科目の留意点】 「成人看護学」に終末期看護に関する内容、「在宅看護論」に終末期看護を含む。
2011 ^{h)}	【厚生労働省】 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書	看護師に求められる実践能力、構成要素、卒業時の到達目標	【卒業時の到達目標】 【L. 終末期にある対象への看護】 47. 死の受容過程を理解し、その人らしく過ごせる支援方法を理解する 48. 終末期にある人の治療と苦痛を理解し、緩和方法を理解する 49. 看取りをする家族をチームで支援することの重要性を理解する
2011 ⁱ⁾	【文部科学省】 大学における看護系人材教育の在り方に関する検討会最終報告	学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標	Ⅲ群 特定の健康問題に対応する実践能力 13) 終末期にある人々を援助する能力 (1) 終末期にある患者を総合的・全人的に理解し、その人らしさを支える看護援助方法について説明できる (2) 終末期での治療を理解し、苦痛の緩和方法について説明できる (3) 看取りをする家族の援助について説明できる

2017 ^{k)}	<p>【文部科学省】 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。一大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会</p>	<p>学生が看護学学士課程卒業時まで身に付けておくべき必須の看護実践能力と、修得に必要な学修目標 大項目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」</p>	<p>D-4-5) [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及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。 注：D-4-4）慢性期にある人々に対する看護実践の学修目標に ⑩慢性期にある患者に対する全体的な視点からの緩和ケアについて説明できる、が含まれている。</p>
2018 ^{l)}	<p>【日本看護系大学協議会】 看護学学士課程におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標</p>	<p>6群 25項目のコアコンピテンシー能力群の 「IV群：特定の健康課題に対応する実践能力」</p>	<p>コアコンピテンシーの内容 [卒業時の到達目標] 17) エンドオブライフにある人と家族を援助する能力 (1) エンドオブライフにある人を全人的に理解し、その人らしさを支える看護援助方法について理解できる。 (2) エンドオブライフの症状緩和のための療法・ケアを理解し、苦痛、苦悩や不安の緩和方法について理解できる。 (3) 看取りをする家族の援助について理解できる。 必要な教育内容（例）（概要を一部記載） ①エンドオブライフにある人の身体、心理、社会的、霊的な状況を理解して包括的に対象をアセスメントする技術 ・トータルペインの理解 ・主観的体験に基づく情報を十分に得ることを理解 ②エンドオブライフにある人の症状緩和療法とケア ・薬物療法、外科的療法、放射線療法、代替補完療法の理解 ・体位など安楽ケア、清潔保持、マッサージなど修得 ・患者の価値観による意思決定の尊重の理解 ③エンドオブライフにある人と家族の心理的支援技術 ・苦悩の理解と心理的支援の方法の知識を修得 ・共感的理解、傾聴の姿勢や態度の理解 ④エンドオブライフにある人と家族を支えるチーム体制の理解と役割遂行 ・チーム医療の理解 ・家族の悲嘆と支援法について理解 ⑤死別後の家族の悲嘆過程への援助 ・喪失や悲嘆の心理と回復過程の理解 ・看護師の悲嘆と心理変化、振り返りの必要性の理解</p>

- * 1 前述の【文部科学省】大学における看護系人材養成の在り方に関する検討（最終報告）i) のコアとなる看護実践能力（以下、「コアコンピテンシー」）を内包させつつ、看護系人材として求められる資質・能力を獲得するために必要な、学士課程における具体的な学修目標を示した。
- * 2 前述の【文部科学省】大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会（最終報告）i) を発展的に改良したもの
- e) 文部科学省：看護学教育の在り方に関する検討会。大学における看護実践能力の育成の充実に向けて。2002 [https://www.umin.ac.jp/kango/kyouiku/report.pdf]
- f) 文部科学省：Ⅲ 卒業時到達目標とした看護実践能力の構成と卒業時到達度。看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標（看護学教育の在り方に関する検討会）。2004 [http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm]
- g) 厚生労働省：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書。2007 [https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf]
- i) 文部科学省：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会。大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告。2011 [http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/afiedfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf]
- j) 厚生労働省：看護教育の内容と方法に関する検討会報告書。2011 [https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf]
- k) 文部科学省：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。2017 [http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afiedfile/2017/10/31/1397885_1.pdf]
- l) 日本看護系大学協議会：看護学土課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標。2018 [http://www.janpu.or.jp/file/corecompetency.pdf]

表3 平成30年版 緩和ケアに関連する看護師国家試験出題基準の内容（一部抜粋）

必修問題		
目標Ⅲ. 看護に必要な人体の構造と機能および健康障害と回復について基本的な知識を問う		
大項目	中項目	小項目
10. 人体の構造と機能	B. 人間の死	a. 死の三徴候 b. 死亡判定 d. 死の受容
12. 薬物の作用とその管理	A. 主な薬物の作用と副作用（有害事象）	b. 抗癌薬 k. 副腎皮質ステロイド薬 n. 麻薬 o. 消炎鎮痛薬
	B. 薬物の管理	b. 保存方法
基礎看護学		
目標Ⅱ. 基礎的な看護技術と適用のための判断プロセスについて基本的な理解を問う		
大項目	中項目	小項目
3. 看護における基本技術	Ⅰ. 終末期のケア	a. グリーフケア b. 死亡後のケア
成人看護学		
目標Ⅴ. がん患者と家族の特徴を理解し看護を展開するための基本的な理解を問う		
大項目	中項目	小項目
8. がん患者と家族への看護	A. がん患者の抱える苦痛	a. 転移・浸潤による身体的・心理的苦痛 b. 再発や経過の不確かさに伴う心理的苦痛 c. 社会的偏見や制約に伴う苦痛 d. スピリチュアルな苦痛
	B. がん患者の生活上の困難	a. 全身消耗、倦怠感、疼痛等に伴う活動制限
	C. がん患者の治療と看護	a. 広範囲で侵襲性の高い手術療法 b. 化学療法 c. 放射線療法 d. 集学的治療
	D. がん患者の社会参加への支援	a. 就労条件・環境の調整 b. 社会参加を促す要素と阻害要因

目標Ⅵ. 終末期にある患者、および緩和ケアを必要とする患者と家族の特徴を理解し看護を展開するための基本的な理解を問う

大項目	中項目	小項目
9. 終末期にある患者および緩和ケアを必要とする患者と家族への看護	A. 緩和ケアを必要とする患者と家族への看護	a. がん患者 b. 心不全患者 c. 慢性呼吸不全患者 d. 慢性疼痛のある患者
	B. エンド・オブ・ライフ・ケア < end-of-life care >	a. 症状アセスメントとマネジメント b. 全人的苦痛のアセスメントとマネジメント c. 苦痛緩和と意思決定支援 d. 予期的悲嘆に対するアセスメントとケア e. アドバンスケアプランニング f. 家族ケア
	C. 臨死期の看護	a. 身体的ケア b. 精神的ケア c. 家族の悲嘆へのケア、代理意思決定支援 d. 脳死状態への対応

老年看護学

目標Ⅱ. さまざまな健康状態にある高齢者と家族の生活および健康を支える看護についての基本的な理解を問う

大項目	中項目	小項目
6. さまざまな健康状態や受療状況に応じた高齢者の看護	E. エンド・オブ・ライフ・ケア < end-of-life care >	a. 身体徴候のアセスメントと援助 b. 苦痛の緩和と安楽への援助 c. 精神的苦痛や混乱に対する援助 d. 臨死期の評価と援助 e. 家族の参加と家族への援助 f. グリーフケア

在宅看護論

目標Ⅱ. 在宅療養者の特徴を理解し、病期や状況に応じて展開する在宅看護について基本的な理解を問う

大項目	中項目	小項目
5. 在宅療養者の病期に応じた看護	E. 終末期にある療養者	a. 症状マネジメント b. 終末期緩和ケアの実際 c. 看取りの援助 d. 家族へのグリーフケア

厚生労働省：看護師国家試験出題基準

[<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000158947.pdf>] (2019.1.7 アクセス)

5. 看護学生に緩和ケアを教える際の課題

病院死が約8割を占める現在の社会で育った看護学生は、身近な死の体験や、死を実感した体験に乏しい。死別を体験している学生は8割程度いるが、看取り経験があるのは35%程度である^{9, 10)}。そのため、①がんや治癒が困難な疾患の診断を受けることや、再発や転移を伝えられるなど、死を

意識して生きる患者の心情を想像することが難しい。イメージを容易にするために臨場感のある授業を行えば、②1クラスに2名程度は身近な家族を亡くした学生がいると考えられるため¹¹⁾、個別な配慮が必要となる。教員は、両者のバランスを考慮して教材を選択する必要がある。家族が闘病中の学生から、病状の悪化につれて授業への参

表4 緩和ケア関連国家試験出題傾向 (2014～18年)

年	内容	問題数
第107回 ^{m)} 2018 (7件)	麻薬 (モルヒネ副作用, 保管法, 法律等)	3
	スピリチュアルペイン	1
	症状コントロール (COPD: 在宅酸素 体動時の呼吸管理)	1
	化学療法の副作用 (好中球減少時の看護)	1
	死の三兆候	1
第106回 ⁿ⁾ 2017 (6件)	終末期 (慢性心不全 体位, 酸素等)	1
	精神的ケア (がん: 不安訴え時の対応)	1
	症状への対応 (高齢者; 夜間せん妄)	1
	死に逝く人の心理過程 (キューブラ・ロス)	1
	日本人の死亡者数	1
	チーム医療の考え方	1
第105回 ^{o)} 2016 (6件)	在宅 (移行へ向けた家族ケア, 家族の不安へのケア)	2
	終末期 家族へのケア	1
	脳死判定基準	1
	リビングウィル	1
	がん対策基本法	1
第104回 ^{p)} 2015 (7件)	疼痛コントロール (麻薬貼付剤, 内臓痛, レスキュー)	3
	終末期 (家族へのケア, 死後の処置)	2
	在宅 (死亡時のケア)	1
	呼吸困難とは	1
第103回 ^{q)} 2014 (12件)	在宅 (退院調整, 保険適用, 終末期・臨死期の家族ケア, 日常生活のケア)	5
	症状コントロール (呼吸困難時の安楽な体位, 酸素, 体位)	2
	疼痛コントロール (レスキュー, 麻薬の取り扱い)	2
	告知を受けた患者へのケア	1
	アドバンスディレクティブ	1
	死の三兆候	1

m) 厚生労働省. 第107回看護師国家試験の問題および正答について. 2018 [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/topics/tp180511-03_04_05.html]

n) 厚生労働省. 第106回看護師国家試験の問題および正答について. 2017 [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/topics/tp170425-03_04_05.html]

o) 厚生労働省. 第105回看護師国家試験の問題および正答について. 2016 [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/topics/tp160411-03.html]

p) 厚生労働省. 第104回看護師国家試験の問題および正答について. 2015 [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/topics/tp150511-03.html]

q) 厚生労働省. 第103回看護師国家試験の問題および正答について. 2014 [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/topics/tp140512-03.html]

加が嫌になってきたとの意見がみられた¹²⁾ことから、学生に感想の記述を求めたり、表情を観察して対応するなど集合教育のなかでの細やかな配慮や支援は欠かせない。

6. 今後の展望

1) 患者を看取った学生、ホスピス・緩和ケア病棟で実習を行う学生への支援

—自由に話ができる場の設定

ホスピス・緩和ケア病棟での実習は、学生にとって現実の死を突きつけられる場である。短時間でも関わった経験がある患者の死は、学生にとって衝撃的である。患者へのケア指導は主として看護師が担うが、教員は、学生が自由に感情を表出できる場を設けることが望ましい。その時教員は、意見を述べることや指導をせず、学生が学びではなく気持ちを自由に話し続けられるように関わる。この目的は、学生がすっきりすることである。学生が、気持ちを分かってもらったと感じられれば、気持ちを整理しつつ安堵してケアに向かうことができると考える。患者の死を体験した際に、適切に対処できなかった学生は、不眠や食欲不振を体験する¹⁾ことや、終末期患者に関わることを避けたいと考える場合²⁾がある。教員や看護師によるケアは、学生の体調や将来のケアに向かう姿勢に大きく影響を及ぼすと言える。実習での教員の役割の1つには、学生へのケアがあることを念頭に置いて関わる必要がある。

2) 看護学生への緩和ケア教育に関する研究と論文化の推進

国内で看護学生の緩和ケア教育に関する原著論文は非常に少ない。理由の1つに、看護学生を対象とした研究の困難性があると考えられる。倫理審査の厳格化で学生対象の研究は配慮や工夫が、より厳しくなっている。また、アンケートなどの配布時期や方法が難しいこともある。条件に適した時期で、学生が集合する際に配布することや、試験期間や長期休暇を避けるなど、種々の配慮や工夫を行う必要がある。時期をのがせばアンケート用紙を配布できない、または回収率が非常に低くなる。この困難性を乗り越えるためには、関係機関の教員や看護師が共同で研究に取り組むことが必要である。このことで、種々の状況にある学生の調査が実施できると期待される。日々の教育活動や評価を研究的に取り組んで公開することが、看護学生への緩和ケア教育を発展させるために欠かせない。

おわりに

看護学生が卒業して新人看護師になったときには、新人ならではの緩和ケアが提供できる。この記事を読んでくださっているあなたや、あなたの知り合い、知り合いではない人のすべてが、新人看護師からでも手の行き届くケアを受けることができるようにするために、基礎教育で質の高い緩和ケアを教えることは重要である。ちなみに、新人看護師ならではのケアでありがたいのは、ベストを尽くしてくれることと、慣れないゆえに聞き漏らしがないかと懸念して、「何かほかに気になることはありませんか」と尋ねてくれることである。

文献

- 1) 日本緩和医療学会：Peaceプロジェクト。[<http://www.jspm-peace.jp/index.html>] (2019.1.7 アクセス)
- 2) 日本緩和医療学会。ELNEC-J。[http://www.jspm.ne.jp/elnecc/elnecc_about.html] (2019.1.7 アクセス)
- 3) 武田文和, 卯木次郎, 木本良重, 他：日本の医学教育, 看護教育における緩和ケアのカリキュラムの進展状況—WHO 指定研究協力センターによる1998年の調査から。がん患者と対症療法 10: 71-77, 1999
- 4) 古城幸子：看護学科のカリキュラムの変遷—本学開学の1980年から2015年現在までの36年間の推移。新見公立大学紀要, 36: 141-146, 2015
- 5) 杉田由加里：看護系大学数及び入学定員の推移。看護系大学の推移。看護系大学の現状と課題。平成30年度日本看護系大学協議会定時総会 [www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/06/monbukagakusyou20180618.pdf] (2019.1.7 アクセス)
- 6) 清水佐智子：看護学生への「緩和ケア教育」の実態。死の臨床 33: 101-106, 2010
- 7) 厚生労働省。「保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成30年版」の改定概要について [https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000158921.pdf] (2019.1.7 アクセス)
- 8) 医学書院看護出版部 編：保健師・助産師・看護師国家試験出題基準 (平成22年版)。pp.3-71, 医学書院, 2009
- 9) 種市ひろみ, 熊倉みつ子, 森田圭子：在宅看取りを体験した介護者の講演聴講による看護学生への影響について—死生観, ターミナルケアに対する態度に焦点を当てて。日本地域看護学会誌 19:

- 40-48, 2016
- 10) 清水佐智子：看護学生への緩和ケア教育の長期的な効果—終末期患者に対する態度の講義直後と3カ月後の比較. *Palliat Care Res* 10 : 169-176, 2015
 - 11) 清水佐智子, 岸野 恵, 原 頼子：身近な人を亡くした看護学生が緩和ケアの講義でつらく悲しくなった講義内容とそのとき感じ考えたこと. *Palliat Care res* 12 : 183-193, 2017
 - 12) 熊田 亘：高校生と死の授業. *健康教室* 52 : 17-21, 2001
 - 13) Loftus A : Student nurses' lived experience of the sudden death of their patients. *J Adv Nurs* 27 (3) : 641-648, 1998
 - 14) Huang XY, Chang JY, Sun FK, et al. : Nursing students' experiences of their first encounter with death during clinical practice in Taiwan. *J Clin Nurs* 19 (15-16) : 2280-2290, 2010

2. 緩和ケアに関する看護師教育

B. 大学院教育

荒尾晴恵

(大阪大学医学系研究科)

はじめに

看護系大学の数は2018（平成30）年度には263校となり、増加の一途を辿り、並行して看護系大学院の数も増加している。2018年度の大学院修士課程・博士前期課程がある大学は175校で定員は2,722人、博士後期課程は94校で定員は625人である（図1）¹⁾。

看護の大学院教育では、看護学研究者および教育者の育成、高度専門職業人の育成が求められている²⁾。看護学研究者は、看護学の知識の体系化、ケアに関する専門的技術の開発を積極的に推進し、看護学の学問体系に貢献できる人材である。また、看護学教育者は、看護系大学の増加に伴う看護教育の質の向上に帰する人材である。

高度専門職業人の育成においては、医療技術の高度化、ケアの対象となる人々のニーズの多様化に対応して、病院や地域において質の高い看護ケアを提供できる人材の育成が求められる。具体的には、卓越した看護の実践家である専門看護師、看護管理者、看護行政に関わる人材等を育成している。本稿では、看護系大学院のうち緩和ケアに関する教育について概観する。

看護系大学における緩和ケアの教育

1. 緩和ケアを担う看護学研究者、看護学教育者の育成

看護系大学のうち、緩和ケアに関する教育課程がどのくらいの数があるのかについては、明確になっていない。緩和ケアの学術的發展のためには、博士後期課程において研究の基礎的な能力を習得し、研究を進めていける人材の育成が急務で

ある。また、緩和ケアを担う看護学教育者は、研究者や実践者を育成するためにも不可欠である。

緩和ケアの対象ががん患者だけではなく、さまざまな疾患を包含するようになり、緩和ケアの提供場所も病院、ホスピス・緩和ケア病棟から在宅、地域へと広がっている。そのため、今までは、成人看護学や基礎看護学で取り扱われていた緩和ケアが、さまざまな分野、領域で発展していくことが期待される。

2. 緩和ケアを担う高度専門職業人の育成

1) 専門看護師制度の経緯

1987年に厚生省の看護制度検討会が公表した報告書において、看護の質の向上とケアの拡がりを目的に、21世紀に向かう看護制度の改革についての提言がなされ、そこに専門看護婦（士）の育成について明記された。高度化、専門化する医療による看護業務への影響から、看護婦（士）の資格をもつ者に対して卒後教育の一環として一定の専門分野についての教育を行い、各分野での看護業務が円滑に実施できるような専門看護婦（士）を育成する必要があるというものである³⁾。

これを受けて、専門看護師制度についての検討が日本看護協会を中心に始まった。1994年日本看護協会の通常総会で「専門看護婦（士）資格認定制度（仮称）に関する検討について」が提案され、名称を専門看護師と決定し、専門看護師の認定資格要件等が決められ専門看護師制度が誕生した。高度な実践家としての能力を担保するために、専門看護師の認定要件には、看護師資格を有し、専門看護分野における実務経験が5年以上あること、そして、専門看護師教育課程として認定を受けた大学院修士課程・博士前期課程を修了し

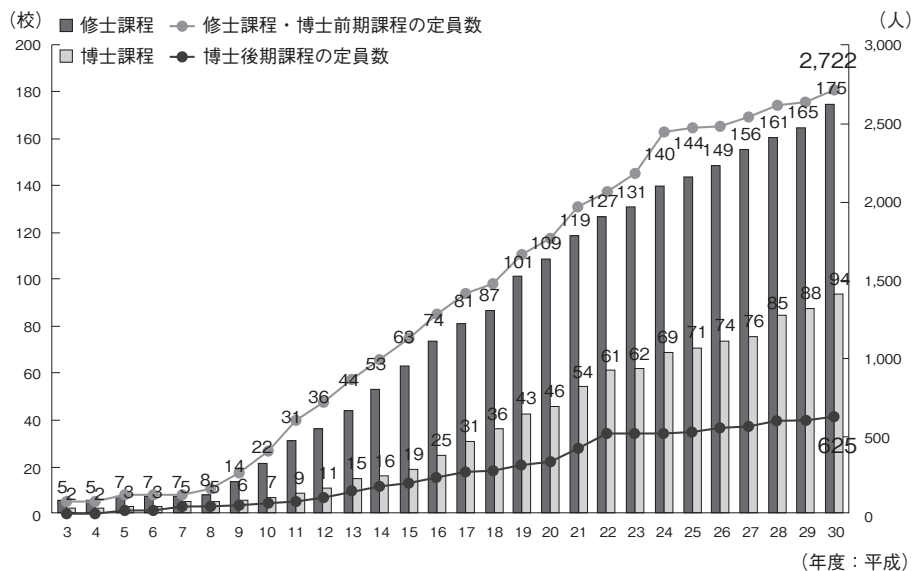


図1 看護系大学院数および入学定員の推移

(注) 2004 (平成 16) 年度以後の修士課程には、専門職大学院 1 校 (入学定員 40 人) を含む。

(文献 1 より引用)

表 1 分野別専門看護師教育課程数

分野	がん看護	精神看護	地域看護	老人看護	小児看護	母性看護	慢性疾患看護	急性・重症患者看護	感染症看護	家族支援	在宅看護	遺伝看護	災害看護
教育課程数	73	41	7	38	32	19	24	23	13	6	12	2	3

(文献 5 より引用)

表 2 専門看護師数の推移

年 (西暦)	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
がん看護	4	5	7	7	9	15	18	32	45	58	79	104	129	193	250	329	435	515	586	657	721
精神看護	2	4	5	6	8	9	11	19	25	29	39	45	53	69	93	116	145	179	208	236	267
急性・重症患者看護									7	13	16	26	42	63	85	114	147	178	211	225	
小児看護							6	9	12	16	17	22	27	40	56	73	96	119	142	166	185
慢性疾患看護									4	10	13	17	25	34	48	63	84	103	118	133	151
老人看護							3	5	6	9	10	13	14	24	32	41	55	66	79	94	109
母性看護								3	4	4	8	14	17	27	36	39	44	48	53	64	67
家族支援														3	5	8	14	21	29	37	44
感染症看護												1	1	1	4	9	15	22	30	32	38
在宅看護															3	4	5	11	16	24	27
地域看護		2	2	2	2	2	2	3	3	6	6	8	9	11	16	18	21	21	23	24	25
合計	6	11	14	15	19	26	40	71	99	139	186	240	304	452	615	798	1048	1273	1480	1694	1883

*各年 12 月末日の登録者数

(文献 5 より引用)

※2016 年末のデータのため遺伝・災害看護は入っていない

ていることが必要とされるに至った。その後、1995 年に日本看護協会専門看護師規則・細則が施行され、分野特定が開始され、まず、「がん看護」「精神看護」2 分野が特定された。現在は 13 分野となっている。

1996 年には日本看護協会と日本看護系大学協議会との略式契約が締結され、連携して専門看護師制度の運営をすることとなった。日本看護協会が専門看護分野の特定、認定審査・認定更新審査等を行い、日本看護系大学協議会は、専門看護師

表3 がん看護専攻教育課程

本専攻分野教育目標		
1. がんに関する専門的知識を深め、エビデンスに基づいた確かな臨床判断を行うことができる。 2. 熟練した高度なケア技術とキュアの知識を用いてがん患者および家族に対して看護を実践することができる。 3. 社会に対し、がんの予防および早期発見のための教育・啓発および相談活動ができる。 4. 医療・看護職者に対して、がん看護に関する教育・相談活動ができる。 5. がん患者を取り巻く医療提供システム内を調整することができる。 6. がん患者の人権を擁護するために適切な倫理的判断を行い、判断に基づいた態度と行動をとることができる。 7. がん看護に関する専門的な知識や技術を深めるための研究を積極的に実施することができる。		
科目	内容	必須単位
専攻分野共通科目	がん看護専門分野を深めるために基盤となる病態生理、看護理論、看護援助論などを6単位以上履修する。 共通科目では判断、治療の原理と最新情報を学びそれに伴う患者や家族の反応に対処できるように身体管理、看護ケアの概要を学ぶ。	小計 6
1. がん看護に関する病態生理学 2. がん看護に関する理論 3. がん看護に関わる看護援助論	がんの分子生物学、遺伝学を含む病態生理学全般を学び、がん看護に関連した専門的な知識を深める。 がん看護実践の基盤となる主要理論とその活用について探究する。 がん患者の複雑な健康問題に対して包括的な支援を提供できるよう、看護援助の方法について学ぶ。	
専攻分野専門科目	広範ながん看護分野の中で、専門性を深めるために下記に示す特定の専門領域の中から8単位以上（1領域以上）を履修する。	小計 8
1. がん薬物療法看護 2. 放射線療法看護 3. 幹細胞移植看護 4. がんリハビリテーション看護 5. 緩和ケア 6. がん予防・早期発見	がん薬物療法の有害事象の予防・早期発見・早期対処を行い治療の継続および治療中の生活の質を高めるために必要な看護について学ぶ。セルフケア能力向上のための方略について探索する。 放射線治療に伴う障害の予防・早期発見・早期対処を行い、治療の継続および治療中の生活の質を高めるために必要な看護について学ぶ。セルフケア能力向上のための方略について探索する。放射線防護に関する教育ならびに相談活動を行う。 幹細胞移植の自己決定および移植前後の身体、心理・社会的な苦痛、移植前の処置および移植後の合併症に対する予防、早期発見・早期対処のための援助を行うとともに、心理・社会的苦悩に対する援助について学ぶ。 がん治療によってもたらされた身体の器質的・機能的変化に対して身体・心理・社会的に働きかけ、機能の改善方法を提供して患者のセルフケア能力向上のための方略について学ぶ。 がんがもたらすあらゆる苦痛症状および苦悩を包括的に理解し、エビデンスに基づいて適切なキュアとケアを統合して提供する能力を高める。薬物療法だけでなく理学療法的介入、心理的な支援など包括的な介入について、リソースを活用して展開する方法を学ぶ。さらに End of Life Care や家族のグリーフワークについて学ぶ。 がんおよびがん再発の予防・早期発見をめざして、効果的に知識・情報や技術を有効に活用し、自己検診や生活の調整・管理ができるように指導・教育を行う。社会に対してがん予防・早期発見のための啓発を行う。治療選択の意思決定の支援について学ぶ。	
実習科目	専門看護師の役割開発を含む専門分野の実習を10単位以上履修する。	小計 10
実習	<ul style="list-style-type: none"> ・専攻分野専門に関連した専門看護師の役割開発に関する実習である ・がん治療を専門とする医療施設での実習を含んでいる ・がん医療における地域連携の実践が学べるよう配慮されている ・実習記録の作成、レポートを含むこと 	
本専攻分野の必須単位		合計 24
CNS 共通科目*（8単位＋6単位以上）を含めた単位数		合計 14 以上
		総計 38 以上

*共通科目A（看護教育論、看護管理論、看護理論、看護研究、コンサルテーション論、看護倫理、看護政策論）のうち、がん看護専攻分野の高度実践看護師としての役割を考慮して広範囲に8単位以上を選択し、さらに、高度実践看護師の必修科目として共通科目B（臨床薬理学、フィジカルアセスメント、病態生理学）6単位以上の計14単位以上を履修すること

（文献6より引用）

教育課程基準および専門看護師教育課程の特定と認定更新を行うというものである。教育の質の担保は重要であり、この仕組みは現在も継続されている⁴⁾。

2) 専門看護師教育課程

専門看護師制度において緩和ケアはがん看護のサブスペシャリティに位置づけられている。ここでは、がん看護に関する教育課程数、専門看護師資格取得者数を記載する⁵⁾。

分野別専門看護師教育課程数を表1に、専門看護師資格取得者数を表2に示す。

がん看護分野は教育課程も専門看護師資格取得者数も他分野よりも多いが、これは2007（平成19）年度からがんプロフェッショナル養成プラン事業として始まり、現在も継続している文部科学省のがん医療を担う医療人の養成推進によるところが大きい。文部科学省は、がん対策基本法第14条に記載のある「がん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師、その他の医療従事者育成」のもと、全国規模で大学院の枠組みのなかで多職種の医療人の育成を行った。看護師においても、がん専門看護師の育成が積極的に行われ、これまでがん看護専門看護師の教育課程をもっていなかった看護系大学院も次々に教育課程を開講することになった。現在、第3期の取り組みが行われているところである。

日本看護系大学協議会による専門看護師教育課程の審査は、当初26単位で始まったが、2020年度までに26単位の専門看護師教育課程基準（以下、旧基準）から38単位の専門看護師教育課程基準（以下、新基準）に移行することになった。この背景には、超高齢社会、医師不足から看護師の業務拡大に係る議論が生まれ、その結果、専門看護師制度においても、さらに、高度な医療技術に対応できる能力を強化した教育課程を作成する必要が生じたことがある。そのため、新たな枠組

みとして、「高度実践看護師教育課程」ができ、そのなかに専門看護師教育課程が位置づけられた。38単位教育課程では、3Pと呼ばれるフィジカルアセスメント、病態生理学、臨床薬理学、そして、キュアとケアを統合した臨床看護判断を行う臨床実習の単位が追加となった（表3）⁶⁾。

おわりに

看護学における緩和ケアの専門性を体型化し、エビデンスに基づいた看護実践を普及していくためには、それらを担う人材育成が不可欠である。そのためには、看護系大学院の教育を充実させていくことが課題である。特に、看護学研究者、教育者の育成については、ネットワークを早急に構築する必要がある。

文献

- 1) 杉田由加里：看護系大学の現状と課題。平成30年度日本看護系大学協議会定時総会講演資料2018.6.18
- 2) 日本看護系大学協議会：看護職の教育に関する声明。
〔<http://www.janpu.or.jp/umin/kenkai/seimei.html>〕（2019.2.4アクセス）
- 3) 保健師助産師看護師法60年史編纂委員会：厚生労働省等の看護行政の足跡。保健師助産師看護師法60年史。
〔<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2009/hojyokan-60-5.pdf>〕（2019.2.4アクセス）
- 4) 日本看護系大学協議会ホームページ
〔<http://www.janpu.or.jp/>〕（2019.2.4アクセス）
- 5) 日本看護協会広報部：News Release(2017.2.1)
〔http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20170201152449_f.pdf〕（2019.2.4アクセス）
- 6) 日本看護系大学協議会：平成30年度版 高度実践看護師教育課程基準 高度実践看護師教育課程審査要項。
〔<http://www.janpu.or.jp/download/pdf/cns.pdf>〕（2019.2.4アクセス）

2. 緩和ケアに関する看護師教育

C. 卒後教育

1) 基本的緩和ケア

田村恵子

(京大大学院医学研究科人間科学系専攻 緩和ケア・老年看護学分野)

はじめに

基本的緩和ケアに従事する看護師に必要な知識・技術、態度について系統的・包括的に教育するプログラムには、日本看護協会「がん医療に携わる看護研修事業」(2013～2015年度)¹⁾において作成された「看護師に対する緩和ケア教育プログラム」と、特定非営利活動法人日本緩和医療学会が事業の一環として行っている「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」²⁾の2つがある。

本稿では、各プログラム作成の背景、目的、対象・構成および指導者数・受講者数等の現況について解説する。

看護師に対する緩和ケア教育プログラム (以下、教育プログラム)

1. 教育プログラム作成の背景

がん対策推進基本計画における重点課題の1つとして、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられており、それを実現していくには医師だけでなく看護師の緩和ケアに対する知識や技術の充実が求められている。しかし、看護師に対する教育の内容や体制が均一化されておらず、教育の質が担保されていないことから、日本看護協会では2013年度より厚生労働省の委託で「がん医療に携わる看護研修事業」を行った。本事業の目標は次の2つである。

①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する。

②作成したテキストを用いて、がん看護専門看護師やがん看護分野の認定看護師が、所属施設内で一般看護師を緩和ケアについて一定水準を維持した緩和ケアリンクナースに育成するための「看護師に対する緩和ケア教育の指導者研修」を行う。

上記の目標を踏まえて、質の高い緩和ケアを提供できるよう教育プログラムの作成と指導者研修が実施された。

2. 教育プログラムの目的

教育プログラムの目的は、がんと診断された時から質の高い緩和ケアを提供できるように、基本的緩和ケアに従事する看護師に求められる役割を理解し、「意思決定支援」「苦痛緩和」「専門家への橋わたし・連携」を主軸としたコンピテンシーを向上させることである(図1)。また、教育プログラムを学んだがん看護専門看護師およびがん看護分野の認定看護師が、自施設や地域において教育プログラムに基づく教育を展開できることである。

3. 教育プログラムの対象・構成

教育プログラムの対象は、がんのすべての病期における患者の主要なニーズに対応する一般看護師から、がん患者の特定のニーズをアセスメントして個別的なケアを提供する看護師までである。加えて患者の必要に応じて専門的緩和ケアへとつ

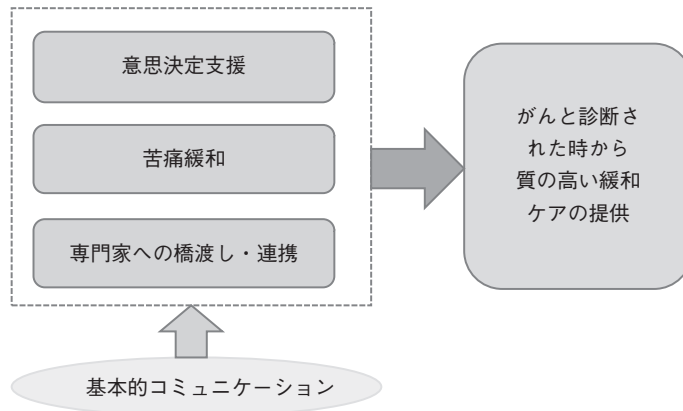


図1 基本的緩和ケアを担う看護師に求められる実践能力

日本看護協会 HP：平成 25～27 年度厚生労働省委託「がん医療に携わる看護研修事業」3 カ年報告書—事業の成果と研修修了者の活動事例. p13 より引用 [https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2016/ganiryo_all.pdf] (last accessed Jan, 20, 2019)

表1 看護師に対する緩和ケア教育テキストの構成

第1章	はじめに 1. 看護師に対する緩和ケア教育プログラムの概要 2. 基本的緩和ケアを担う看護師に求められる役割と必要な実践能力
第2章	患者の意思決定支援 1. 基本的コミュニケーションスキルの活用 2. がん患者の意思決定の実際 3. 臨床で活用できる意思決定支援ツール
第3章	苦痛緩和 1. 全人的苦痛とは 2. がん患者に多くみられる苦痛症状 3. 症状マネジメントの実際 4. 包括的アセスメントの進め方
第4章	専門家への橋渡し・連携 1. 緩和ケアの専門家への橋渡し・連携の必要性と障壁の理解 2. リソースの効果的活用 3. 多職種との効果的な情報共有とコミュニケーション 4. コンサルティとしての役割の理解

日本看護協会 HP：平成 25～27 年度厚生労働省委託「がん医療に携わる看護研修事業」3 カ年報告書—事業の成果と研修修了者の活動事例. p14 より一部改変引用 [https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2016/ganiryo_all.pdf] (last accessed Jan, 20, 2019)

ないでいくことのできる能力の習得も目指している。このため教育プログラムは、表1に示したように4つのモジュール（学習単位）より構成されている。

4. 教育プログラム指導者研修の普及状況

指導者研修は2013～2015年度までの3カ年で延べ13回開催し、修了者は1,622名で、指導者

研修の対象となるがん看護専門看護師および認定看護師の35.3%（2015年1月時点）が受講を修了している。また、がん診療連携拠点病院からは1,110名が受講を修了し、2015年度時点のがん診療連携拠点病院401施設のうち385施設（96.0%）において修了者が誕生している。本事業は2015年度で終了となったが、時代の変化に応じて最新の知見に内容を更新していく必要性を鑑み、日本

表2 ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムの構成

モジュール1	エンド・オブ・ライフ・ケアにおける看護
モジュール2	痛みのマネジメント
モジュール3	症状マネジメント
モジュール4	エンド・オブ・ライフ・ケアにおける倫理的配慮
モジュール5	エンド・オブ・ライフ・ケアにおける文化への配慮
モジュール6	コミュニケーション—患者の意思決定を支えるために
モジュール7	喪失・悲嘆・死別
モジュール8	臨死期のケア
モジュール9	高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケア（日本独自に追加）
モジュール10	質の高いエンド・オブ・ライフ・ケア

(ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイド 2018. イントロダクションより 一部改変引用)

看護協会の編集協力のもと 2017 年 11 月に新たなテキストが刊行されている³⁾。

2. ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム（以下、ELNEC-J コア）

1. ELNEC-J コア開発の背景

ELNEC は、2000 年にアメリカ看護大学協会と City of Hope National Medical Center が共同して設立した組織であり、end-of-life care (EOL ケア) や緩和ケアを提供する看護師に必要なコンピテンシーを習得するための系統的なプログラムを開発している。わが国では、2007～2009 年の厚生労働科学研究補助金がん臨床研究事業として、ELNEC-Core の日本語版を作成し、その後、ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムを開発した。2010 年からは日本緩和医療学会教育研修委員会・ELNEC-J WPG (working practitioner group)・WG (working group) が指導者研修を開始すると共に、2 年ごとの指導者用ガイドの改訂を行っている。

2. ELNEC-J コアの目的

ELNEC-J では、EOL ケアを「病いや老いなどにより、人が人生を終える時期に必要なとされるケア」と定義し、EOL ケアを必要とするすべての人々に療養の場を問わず、看護師が質の高いケアを提供できるよう知識や技術を習得することを目的としている。したがって、ELNEC-J コア指導

者は、① EOL ケアに携わるすべての看護師に向けて、人々への質の高い EOL ケアを提供できるよう教育を行うこと、② EOL ケアの実践者として一般看護師のモデルとなる実践を行うこと、が求められている。

3. ELNEC-J コアの対象・構成

ELNEC-J コアは EOL ケアの質の向上を目指していることから、日本看護協会版看護師のクリニカルラダーⅡ⁴⁾ 相当の一般看護師を対象としている。具体的には、看護ケアの受け手や療養の場のニーズを自らの力で捉えて看護を実践し、かつケアの受け手の意向を看護に活かすことができる能力を備えた看護師である。ELNEC-J コアの内容は、上述した看護師が質の高い EOL ケアを提供するに際して必要なコンピテンシーを教育する ELNEC-Core9 モジュールと、わが国の高齢多死社会を鑑みて独自に作成した「高齢者の EOL ケア」の計 10 モジュールから構成されている（表 2）。

4. ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムおよび看護師教育プログラムの普及状況

指導者養成プログラムは、前述したように日本緩和医療学会が事業の一環として、年に 2 回おもに関東・関西で開催している。2018 年 11 月現在、ELNEC-J コア指導者は 1,962 名であり、その役割に基づいて全国各地で ELNEC-J コアを展開し

項目	n
開催数 (件)	968
受講者数 (名)	29,336

(2011年6月～2018年4月)

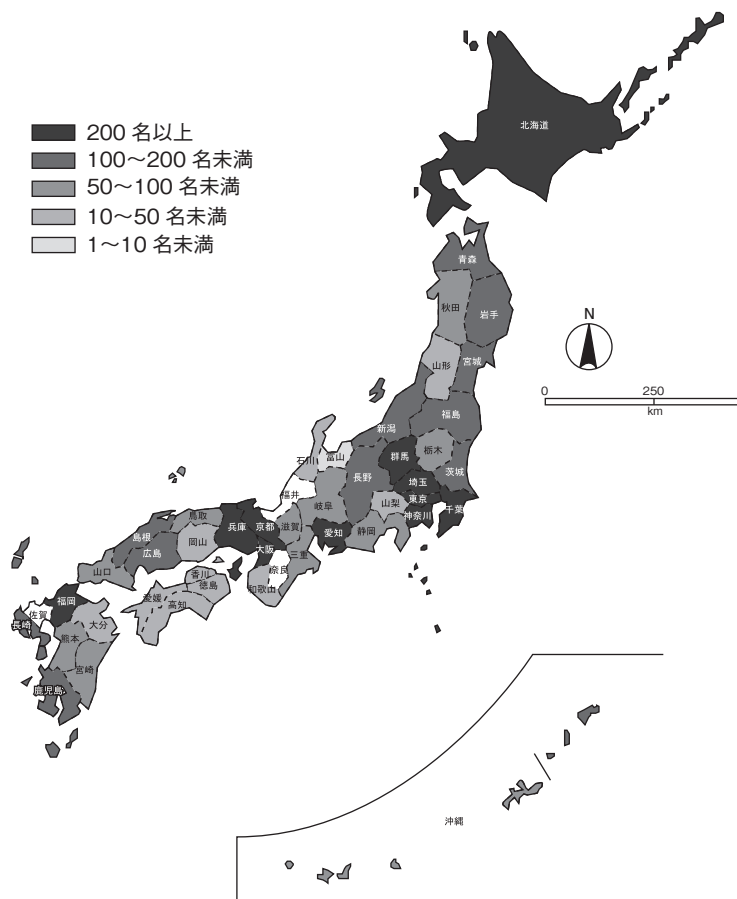


図2 ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムの開催状況 (2011～2017年度)

(第20回 ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム, イントロダクション より引用)

ている。2011～2017年度の7年間で延べ968回のELNEC-J コアが開催されており、受講修了者は29,336名であり、EOLにある患者や家族それぞれに応じた質の高いEOLケアの提供に寄与している(図2)。

今後の課題

2つの系統的・包括的な基本的緩和ケアに関する教育プログラムが全国で展開されることにより、がんと診断された時からの緩和ケアを切れ目なく提供するために必要な知識・技術を備えた看護師が確実に増加しており、今後その活躍がますます期待されている。一方、本格的な高齢多死時代に向かって、非がん疾患や老いをも含めた質の高い緩和ケアやEOLケアの提供が急務であり、

現在それらの病いや老いを念頭においたELNEC-J コアが展開されつつあり、その充実が望まれる。

文献

- 1) 日本看護協会：がん医療に携わる看護研修事業。〔<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/ganiryu/index.html>〕 (last accessed Jan. 20, 2019)
- 2) 日本緩和医療学会：教育関連セミナー ELNEC-J。〔<https://www.jspm.ne.jp/el nec/index.html>〕 (last accessed Jan. 20, 2019)
- 3) 田村恵子 編：緩和ケア教育テキストーがんと診断された時からの緩和ケアの推進。メディカ出版, 2017
- 4) 日本看護協会：看護師のクリニカルラダー (日本看護協会版)。〔<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/ladder.pdf>〕 (last accessed Jan. 20, 2019)

2. 緩和ケアに関する看護師教育

C. 卒後教育

2) 専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育 (SPACE-N プログラム)

新幡智子

(慶應義塾大学看護医療学部)

はじめに

緩和ケアの質を向上させるためには、基本的緩和ケアに関する教育と共に、専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育の充実も欠かすことはできない。

専門的緩和ケアを担う看護師は、基本的緩和ケアでは対応が難しい苦痛・苦悩をもつ患者・家族への対応や複雑なケースに対応することが多く、困難な状況や葛藤に遭遇しても柔軟に対応し、苦や死に向き合っている患者・家族に寄り添って最期まで支えていくことが求められる。そのため、単に専門的緩和ケアに関する知識を習得するだけでなく、専門的緩和ケアの実践に必要なコンピテンシーを身につけ、質の高いケアを提供できるようエンパワメントしていく必要がある。そこで、専門的緩和ケアの質の向上につながる看護師の継続教育の普及に向けて、「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー」について明らかにし、それらの向上につながる教育として「専門的緩和ケア看護師教育プログラム (Specialized Palliative Care Education for nurses : SPACE-N プログラム)」を開発した。そして、2014年度より、日本ホスピス緩和ケア協会会員施設における専門的緩和ケアの質を向上するために、協会主催のプログラムとして開催され、2019年1月までに計9回開催し、270名の修了者が全国に誕生している。

SPACE-N プログラムの概要

SPACE-N プログラムは、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアにおいて、専門的緩和ケアを担う看護師を対象とした教育プログラムである。本プログラムは、専門的緩和ケアを実施する場において、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し、苦や死に向き合っているがん患者・家族を支えるために必要となるコンピテンシーの向上を図ることを目的としている。

本プログラムの特徴は、一方向の講義形式ではなく、教材 (CD-ROM) を用いた事前自己学習により専門的緩和ケアに必要な知識を深めると共に、哲学対話をベースとした対話形式のグループワークによるセッションからなる5回の研修会を組み合わせている点である。

本プログラムで取り入れている哲学対話の考え方は、ハワイ大学で「こどものための哲学」を推進する教育活動に従事している Jackson 氏が推奨している「community of inquiry (探究のコミュニティ)」¹⁾の考え方に基づいている。この考え方では、対話にはセーフなコミュニティが非常に重視され、対話を通して、探究のコミュニティを形成し発展していくには、身体的、感情的、知的に「safe」であると各自が感じられることが重要である²⁾とされる。そして、身体や感情にも配慮しつつ、全人的存在として向かい合い、普遍的「問い」について、知的探究を行う哲学的対話は、それ自体、相互理解や、自己知や変容を引き起こ

表 1 専門的緩和ケア看護師教育プログラムの構成

	事前自己学習：該当モジュール	研修会：対話のセッション
1 回目	モジュール 1：専門的緩和ケア モジュール 1-1：緩和ケア病棟 モジュール 1-2：緩和ケアチーム モジュール 1-3：在宅緩和ケア	コミュニティを開く 専門的緩和ケアについて考える
2 回目	モジュール 2：価値観を尊重するケア モジュール 3：症状マネジメント	価値・価値観について考える 症状マネジメントについて考える
3 回目	モジュール 4：スピリチュアルケア	スピリチュアルケアについて考える
4 回目	モジュール 5：家族ケア・遺族ケア	家族ケアについて考える
5 回目	モジュール 6：看護師へのケア モジュール 7：専門的緩和ケアの達成	看護師へのケアについて考える 質の高い専門的緩和ケアの達成について考える

すケア的なコミュニケーションである³⁾とされる。

本プログラムの受講者は、対話形式のセッションを通して、脅かされず、多様な関わり方が認められ、考えたいこと、語りたいことを安心して語ることができるコミュニティを形成し、互いに問答しながら相互理解を深め、探究していくというプロセスを体験する。これは、臨床現場のなかで日々行われている問題解決のためのディスカッションではなく、臨床実践で遭遇する普遍的な問いについて受講者間で問答しながら、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ということについて掘り下げて考えていく。そのプロセスで、受講者は、自己の臨床実践をリフレクションし、自分自身の考えを言語化して他者に伝えようとすると共に、他の受講者の考えを聴き、その人の意見の根本にある価値観や前提を理解しようと試みることで、自己の価値観や前提にも気づくといった経験をしている。また、研修会の1、2回目は2日間連続で開催するが、3～5回目は、1カ月ごとに開催し、研修会での学びを臨床実践と結びつけながら積み重ね深めていくことができるように意図して構成している。本プログラムの事前自己学習のモジュールと対話のセッションの構成内容については、表1に示した。

本プログラムの評価については、修了者に対するプログラム受講前と受講1週間後の評価やプログラムのファシリテーターによる実施可能性が明らかになっている。修了者による評価では、プログラムに対する満足度や有用性の認識は全体的に

高く、プログラム受講前後で、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの認識やS-H式レジリエンス検査によるレジリエンス得点の向上、自己認知の深まり、エンパワメント等を実感していた⁴⁾。

さらに、プログラム修了1～2年後に修了者が認識している臨床実践における変化についてフォーカスグループインタビューにより検討した結果、個々によって認識していた内容や程度に違いはあるが、修了者は受講後の臨床実践において、問題に遭遇した際、まずその問題の本質について掘り下げて考えようとする思考の変化がみられた。そして、対話を通して掘り下げて考えていくなかで、自己と他者の価値観や前提の違いをより認識し、対話の必要性を実感していた。さらに、直面した問題について俯瞰的に捉えようと意識し、問題の本質に早期に気づき、協働するメンバーと共に、苦や死に向き合って生きる患者・家族を支えていくために問題の本質に沿った看護実践に取り組もうとする変化がみられた⁵⁾。また、修了者の上長による他者評価においても、患者・家族や協働するメンバーに対する修了者の変化が認められており、本プログラムにより、継続的に臨床実践における変化をもたらすことが示唆されている。

まとめ

専門的緩和ケアを担う看護師は、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、生や死といった普遍的な問いに直面しスピリチュアルな苦悩を抱える患者に寄り添い支えていくことや患者・家族をありのままに受け入れ尊重することなど、さまざまなコンピテンシーが求められる。本プログラムで体験する対話を通して、普遍的な問いについて探究していくプロセスを多くの方に体験してもらい、専門的緩和ケアの質の向上に向けて意欲的に取り組んでいくコミュニティが広がっていくことを期待する。

文献

1) Jackson TE: The art and craft of 'gently socratic'

inquiry. In: Costa LA (ed.) Developing minds: A resource book for teaching thinking, 3rd ed. pp.459-465, Assn for Supervision&Curriculum Development, 2001

- 2) 本間直樹：話す，自分を見せる，変わる—対話から場を考える．臨床哲学 15：86-94, 2013
- 3) 高橋 綾：哲学対話とスピリチュアルケア．Co Design 1：25-44, 2017
- 4) 新幡智子：専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム．p.29-49, 筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科 筑波大学博士（看護科学）学位論文, 2015
- 5) 新幡智子, 市原香織, 田村恵子, 他：専門的緩和ケア看護師教育プログラム受講後の臨床実践における変化—自己評価と他者評価．看護研究抄録（木村看護教育振興財団） 25：1-22, 2018

3. 緩和ケアに関する看護師の専門化の現状と展望

A. 認定看護師

關本翌子

(国立がん研究センター東病院 看護部)

はじめに

超高齢化社会，多死社会を迎えた日本において緩和ケアは，がん患者はがんと診断された時から，また非がん患者も含めて広く必要とされるケアとして考えられている。がんと共に認知症をもつ患者・家族のエンドオブライフを支えていく機会もますます増えている。基本的緩和ケアは，がんに携わるすべての医療者が身につけるべき知識・技術とされているが，専門的に緩和ケアを実践している認定看護師には，どのようなことが求められているのだろうか。

認定看護師制度も24年目を迎え，登録者数は2018年7月の時点で19,613名になった。このうち，緩和ケア領域に関係の深い緩和ケア認定看護師は2,315名，がん性疼痛看護認定看護師は759名である。ここでは，認定看護師教育の現状と今後の展望について述べる。

認定看護師の歴史

「看護制度検討会報告書（21世紀に向けての看護制度のあり方）」（厚生労働省，1987年）では，特定の分野に深い知識や優れた技術をもつ看護師の育成が求められた。米国の制度を参考に，1994年に専門看護師制度，1995年に認定看護師制度が，日本看護協会により開設された。

認定看護師とは，ある特定の看護分野において，熟練した看護技術と知識を有することが認められた者である。また保健医療福祉の発展への貢献と看護学の向上に向けた役割を果たす¹⁾。専門的知識と技術により「実践」「指導」「相談」という役割を果たすことが求められる。

認定看護師を取得するためには，看護師免許取得後，特定の分野を含む，通算5年以上の経験の後，日本看護協会が認定した教育機関の認定看護師教育課程を受講し，認定審査試験に合格することが必要である。受講期間は6カ月以上を要する。また，5年ごとに更新審査があり，レベル保持を図っている。教育カリキュラムは，実践・指導・相談という認定看護師の基本的な役割が，臨床現場で効果的に実施できるように系統的にプログラムされている。

がん性疼痛看護認定看護師の現状と今後の展望

1. がん性疼痛看護認定看護師の現状

がん性疼痛看護認定看護師には，1997年，日本がん看護学会が申請し特定された。がん疼痛を抱える患者やその家族に対して，熟練した看護技術を用いて，他職種と協調しながら水準の高い看護を実践することが求められる。それと共に，がん疼痛に対応する看護実践を通してほかの看護スタッフへの指導も行い，相談を受けることも求められる。

がん性疼痛看護認定看護師には，がん疼痛の原因となる病態の理解や抗がん治療の痛みへの効果や別の痛みの出現の可能性など，がん疼痛に関する最新の専門知識が求められる。また，がん疼痛がある患者の身体的，心理的，社会的な問題，スピリチュアルな問題も総合的に判断し，その患者に最適なケアを計画・実施することのできる豊富な知識が必要とされる。さらに，がん疼痛に対して用いる薬剤は新たに開発されており，薬理作用について理解したうえで安全，適切に使用することができ，その効果について評価することのできる

る技術も必要になる。そのうえで、がん疼痛のある患者やその家族に対して生活の視点で捉え、継続的なセルフケア支援を行うことが求められる。がん患者・家族を包括的にアセスメントし、より質の高い医療を提供するためにほかの職種と共働し、チームの一員としての役割を果たすことができる能力、がん疼痛のある患者・家族の擁護者として根拠に基づいた意見をアサーティブにチームに提言する能力を発揮する必要もある。

がん性疼痛看護認定看護師の活動の場は広く、がん専門病院や総合病院がおもな職場となり、配属される職場については外科内科を問わず病棟や緩和ケアチームの所属、あるいは在宅である。日常的には、病棟でがん患者を看護するほか、緩和ケアチームの一員となってがん分野の医師をはじめとするスタッフと共に患者やその家族のコンサルトも行う。また、定期的にカンファレンスや院外との症例検討会を開いて質の向上に資する活動を行う。

2. 今後の展望

がん性疼痛看護認定看護師は、がん性疼痛に関して特異的な知識と技術をもちながらも、がん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師の緩和ケアチームへの参画、「緩和ケア」という圧倒的な知名度のある分野と比べ国民にとってもわかりにくいということもあり、施設としての需要が少なく教育機関も激減している。

このような状況もあり、日本看護協会の認定看護師教育課程再構築では、2020年以降、緩和ケア認定看護師とがん性疼痛看護分野が統合され「緩和ケア認定看護師」となる。緩和ケア全般をみられること、非がんにも強い緩和ケア認定看護師の存在が求められているが、がん性疼痛看護認定看護師の守備範囲は広く、がん領域においては日進月歩で進む抗がん治療の知識があること、緩和ケアチームへの相談事例の9割はがん疼痛であること、がん疼痛の症状マネジメントはすべての症状マネジメントの基礎になる考え方であること、薬理に強く根拠をもったアセスメントができることなどの強みがある。資格保持者はぜひ、免疫チェックポイント阻害薬・ゲノム医療など新たな

治療についても学び、他の症状マネジメントもガイドラインを確認し、新たな薬剤については情報収集し、投与経路の変更やオピオイドスイッチングなど、迅速に行わなければならない事態に対応できるよう常に自己研鑽を積んでほしい。

がん疼痛を抱える患者家族を擁護する立場としての倫理観と、医師にものを言えるアサーティブコミュニケーション、スタッフや地域、他職種にも正確な知識と技術を伝えるプレゼンテーション能力などを磨き続けることが必要である。チームが介入したことによる患者の成り行きをデータ化するなど研究的な視点、管理的な視点で施設全体の強みや弱みをみること、あるいは専門性をさらに高めるために、管理研修の受講、大学院への進学なども視野に入れていくことも必要である。

緩和ケア認定看護師の現状と今後の展望

1. 緩和ケア認定看護師の現状

1998年、第3番目の認定看護師教育課程として「ホスピスケア」の名称で開講された。2007年から「緩和ケア」に名称が変更となった。緩和ケア認定看護師の役割は、身体的・心理的問題から社会的問題までを早期に発見し、QOLの向上を目指すことにある。患者のみならずその家族へ対してケアを行うことも、重要な役割の1つである。

患者やその家族に対する精神的なケアを行う役割も担っており、患者や家族、治療を行う医療機関にとっても重要な存在である。専門知識や技術は多岐にわたり、苦痛や痛みを緩和する知識や技術、人の心理に関する知識、コミュニケーションスキル、悲嘆へのケア、スピリチュアルケアなどが求められる。また、がん化学療法や放射線治療などについての知識も求められる。

緩和ケア認定看護師は、緩和ケア病棟や一般病棟での勤務が多い傾向にある。総合病院やがん専門病院などでは緩和ケアセンターやPCUの開設、緩和ケアチームを設置したりするケースもあり、緩和ケア認定看護師の需要が増したといえる。また地域での苦痛緩和の知識に対するニーズも高くなり、訪問看護師による取得も増えている。

2. 今後の展望

緩和ケア認定看護師の受け持つ業務は、がんと診断された時からのケアであり、トータルな視点でのケアは非がんにまで広がっている。痛みや苦痛を伴う難病やがん患者が増えていることもあり、人が人として最期まで尊厳を保ちながら生きていくための緩和ケアのスキルは今後も必要とされ、認定看護師の需要も増えると考ええる。

実際に、活躍できる職場は病棟から在宅までと幅広く、緩和ケア認定看護師としてのスキルを活かし、患者やその家族をサポートできる場面も増えている。しかし緩和ケア全般を扱うがゆえにがん看護専門看護師との棲み分けや、患者の心理的な部分やせん妄についての対応では精神看護専門看護師との棲み分けなど、複数の専門看護師・認定看護師を抱える施設においては難しい現状がある。

緩和ケアは基本的緩和ケアとして医療者が身につけなければならない知識・技術であること、がんと診断された早期から行うべきケアであること、非がん患者にまで広がっていくことから、専門性を見失いやすく、何か特異的なスキルをもつことが必要と考える。

今回の認定看護師教育課程再構築でがん性疼痛看護認定看護師と統合されることから、がん疼痛に強い看護師、あるいは他の認定の分野では扱わないスピリチュアルケア・悲嘆へのケア・家族ケアなど理論を用いて対応することも求められるだろう。技術として尊厳を保つためのエンゼルケアや診療報酬に直結するリンパセラピストの資格取得、ELNEC-JやSPACE-Nの指導者の資格取得、非薬物療法としてのアロマセラピーなどを学ぶことで患者の苦痛に対応できる持ち札をもってほしいと考える。チームに所属していればデータを研究的視点でまとめること、あるいは大学院の受験

や、管理者として地域包括ケアが推進されるなかで施設に何が求められるか、緩和ケア認定看護師として提言していくことも求められてくると考える。

今後の認定看護師教育の方向と緩和ケア認定看護師に求められる役割

今後は、新たな社会ニーズへの対応を目指し、2025年の高齢化の進展による医療や介護の需要増大を鑑み、質の高い医療・介護などのサービスを必要な時に切れ目なく提供し、在宅や地域医療の充実にも貢献できるように、認定看護師制度を基盤に特定行為研修を組み込んだ新たな教育制度の再構築や役割を拡大させることが決定された²⁾。

緩和ケア認定看護師の役割として新たに、高い臨床推論力・病態判断力を活用し苦痛の緩和に努める、チーム医療のキーパーソンとしての役割、他職種へのコンサルテーションに必要な知識と技術の習得が加わった。緩和ケア認定看護師として何を目指し組織に貢献するのか、自らが考え述べられること、また出向させる施設がどのような役割を期待して育成するか、双方で目標の摺り合わせ作業が重要となってくる。また、社会の動向を踏まえた認定看護師取得後のポジションや活動の場について具体的に考えていくことも必要である。

文献

- 1) 撫養真紀子：キャリアマネジメント. 手島 恵, 藤本幸三 編, 看護管理学. 南江堂, pp.114-115, 2018
- 2) 日本看護協会：重点政策. 看護師の役割拡大の推進と人材育成. 認定看護師制度の再構築 [http://www.nurse.or.jp/nursing/cn/index.html] (2019.1.14 アクセス)

3. 緩和ケアに関する看護師の専門化の現状と展望

B. 高度実践看護師（専門看護師）

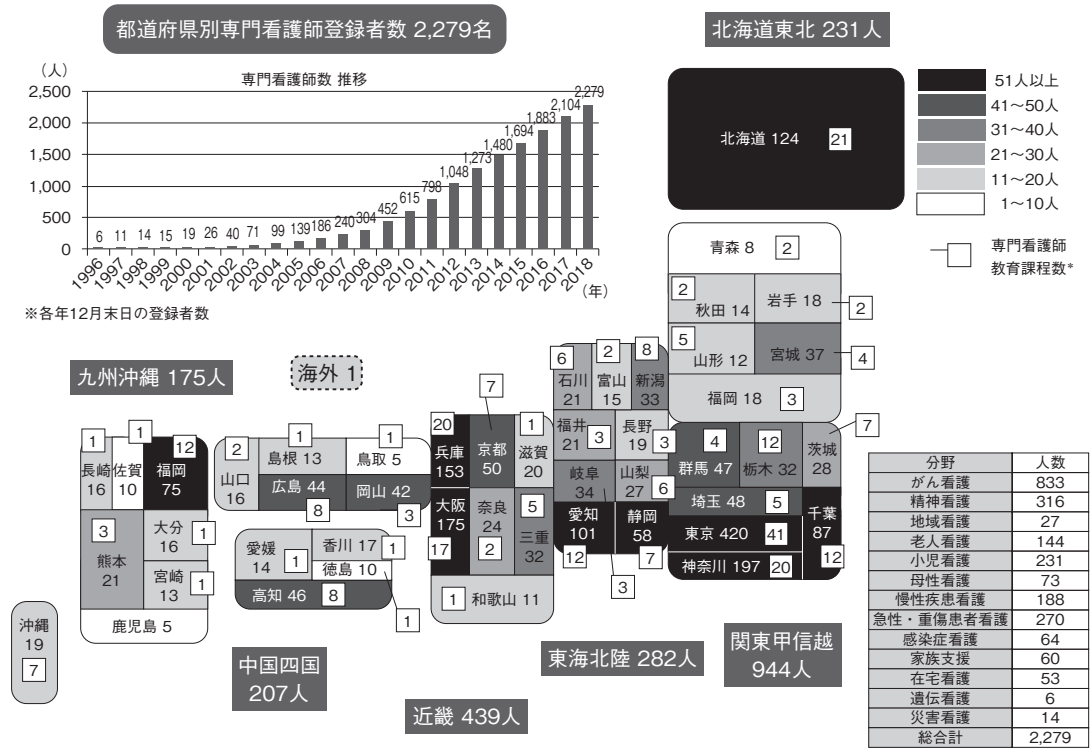
梅田 恵

(昭和大学保健医療学部)

はじめに

日本における専門看護師制度は1994年に発足し30年近くが経過した。1990年頃は大学での看護師教育課程数が十分ではなく、大学院での養成や臨床での活用について多くの課題があったが、自律した看護の貢献を拡大していくための教育的、臨床的な大きなチャレンジとしてこの制度は創設された。

緩和ケアを含むがん看護分野は、1987年に研究・教育・実践の向上・発展を目的とした日本がん看護学会がすでに設立されていたこともあり¹⁾、専門看護師制度で最初に特定された3分野（現在は13分野）の1つである。その後、診療報酬の改定やがん対策基本法（2007年）、がんプロフェッショナル養成プラン（文部科学省、2008年～）によるがん看護教育課程の急増の追い風もあり、2018年12月までに認定者は833名と日本



日本看護協会 認定部 2018年12月

*専門看護師教育課程の認定は日本看護系大学協議会が行っています。

図1 都道府県別専門看護師登録者

日本看護協会：データで見る専門看護師 都道府県別登録者数（日本地図版）。〔http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2019/01/CNS_map-201812.pdf〕（2019.1.7 アクセス）より転載

表1 緩和ケア・がん看護に関する診療報酬

2002年	緩和ケア診療加算 外来化学療法加算
2010年	がん診療連携拠点病院加算 がん治療連携計画策定料 がん治療連携指導料 がん患者カウンセリング料
2012年	在宅患者訪問看護指導料
2014年	がん患者指導管理料1・2

における専門看護師認定者の40%近くを占める分野となっている(図1)。また、1996年に設立された日本緩和医療学会でも多職種での取り組みを推進しており、緩和ケアにおける日本の専門看護師活動は、日本がん看護学会と日本緩和医療学会の2つの学会の発展と共にあるといえるだろう。

専門看護師制度は、おもに米国でのAdvanced Practice Nursing(高度実践看護)の取り組みを参考に創設されている。専門分化(Specialized)することと高度化(Advanced)が含まれ、その役割機能について長く模索が続いている。特定の実践領域で専門知識や技能が求められるがん患者への「薬物療法のセルフケア」「終末期の痛みの

緩和」や「療養の場の選択」などの疾患や治療・ケア、ステージなどの分野が特定される専門分化と共に、専門分化した分野のなかで看護としての役割機能は標準化やシステム化、そして拡大する高度化の方向性がある²⁾。当初、専門看護師は専門分化した分野のスペシャリストとして注目されていた。しかし、2015年に日本看護系大学協議会による教育課程がNurse Practitioner(NP)教育課程も含めた高度実践看護師教育課程として整備されたことから³⁾、専門看護師は、イノベーションを起こす高度実践看護の担い手として再認識されている。

緩和ケアやがん看護の活動に関連する診療報酬の算定が2000年以降、立て続けに創設された(表1)。そこで、がん看護専門看護師やがん関連の認定看護師の配置が求められるようになった。さらに、都道府県がん診療連携拠点病院には緩和ケアセンター(地域連携を強化するマネジメント機能も備える)、全国に400カ所以上あるがん診療連携拠点病院には緩和ケアチーム(コンサルテーションチーム)の設置が義務づけられ、ここでもがん関連の認定者が求められるようになり、がん関連の認定者の数はどんどん増え、6,169名(2018年1月現在)となった(図2)。まだまだ十分に

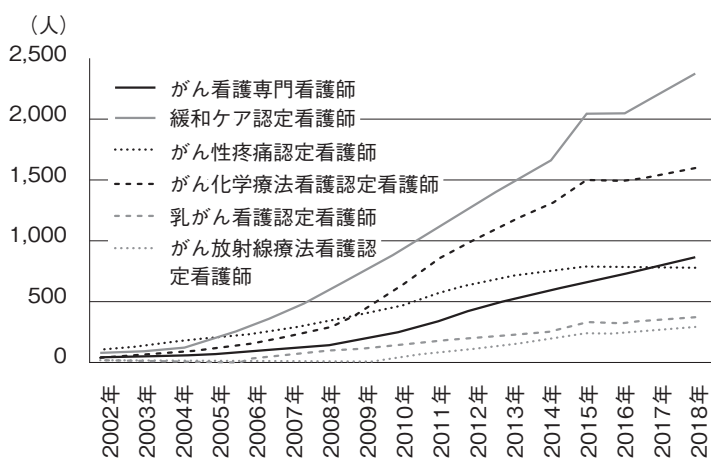


図2 がん関連の専門看護師・認定看護師数の推移

日本看護協会：データで見る専門看護師 都道府県別登録者数(日本地図版)。
[http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2019/01/CNS_map-201812.pdf]
およびデータで見る認定看護師 都道府県別登録者数(日本地図版)。
[http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2018/07/CN_map201807.pdf]
(2018.12.6 アクセス)を参考に作成

はないが、認定者の数が多いことは、システムを整備していくうえでのパワーとなっている。

高度実践看護を担う専門看護師の活動は個々の報告に留まり、全体の実態を示すデータ化はまだ途上である。今回は、緩和ケアチームとがん看護外来での活動として報告する。

緩和ケアチーム

日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録には、533 チーム（2016 年度）が登録されている⁴⁾。その 95.7% に専門看護師または認定看護師の配属があり、緩和ケアチームの運営に不可欠な資格者である。緩和ケアチームの機能については、緩和ケア診療加算の算定から 15 年以上が経過し、かなり共通認識されるようになってきている。しかし、がん医療の変化や、入退院支援加算など新しい診療報酬の創設、地域における緩和ケアリソースの充足、また、過疎化などの社会的な影響を受け、常に変化の波にさらされている。緩和ケアチームに求められることは、活動する地域や組織の変化する緩和ケアニーズに左右される。診療報酬の算定基準や依頼数だけを意識するのではなく、患者や家族のニーズや巻き込む専門職の範囲など拡大が常に求められる。「身体・心理・社会的苦痛のスクリーニング」も緩和ケアチームの機能として取り組まれることは多いようだ。しかし、このスクリーニング運用は工夫の余地がある⁵⁾。

がん看護外来

がん患者指導管理料（元がん患者カウンセリング料）の創設をきっかけとして、患者と家族が主体的にがんと共に生きていくことができるようにセルフケア支援を行い、患者自身をエンパワーメントする^{6), 7)} ための「がん看護外来」の設置が進行している。がん看護外来の設置には、対応する内容や実績の整理、運用づくり、そして多職種や看護チーム、組織でのアウトカムの共有がなければ、継続が難しい。医学中央雑誌で「がん看護外来」について検索すると、2007～2018 年の間

に 88 件が検出された。会議録がほとんどで、システム化に向けた試行錯誤の段階にあることがうかがわれる。アウトカム指標の研究の着手がされているようだが、成果がまたれる。がん看護外来は、看護の自律した実践であり、看護としての責任や看護が及ぼす影響についての可視化が促進される重要な活動となるだろう。

展望

緩和ケアにおける専門看護師の活動は、緩和ケアへの政策と共に促進されている。がん看護の分野では、化学療法や放射線療法、乳がんと専門分化しているが、いずれの分野にもがん患者の緩和ケアニーズがある。がん看護の専門分化の歴史は 34 年前にさかのぼるが、がん看護分野で取り組まれる研究や実践の多くは緩和ケアと関連しており、緩和ケアとがん看護は分化できない領域なのだろう⁸⁾。専門分化した範囲で看護ケアを創出していくことも大切であるが、緩和ケアのようにすべての患者に求められるケア、共通するケアとしてシステム化していくことがしっくりくるのではないだろうか。

日本看護協会が掲げる「2025 年に向けての看護ビジョン」（表 2）にある④、⑤⑥は、まさに緩和ケアの目指す方向と重なる。今後、緩和ケアは、がんだけでなく腎疾患や心疾患、脳神経疾患、在宅や高齢者ケアなどにおいても、当然のことながら求められる。症状のマネジメントは疾患の特

表 2 2025 年に向けての看護ビジョン

- (1) いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護
- (2) 人々の生涯にわたり、生活と保健・医療・福祉をつなぐ看護
 - ① 健やかに生まれ育つことへの支援
 - ② 健康に暮らすことへの支援
 - ③ 緊急・重症な状態から回復することへの支援
 - ④ 住み慣れた地域に戻ることに支援
 - ⑤ 疾病・障がいとともに暮らすことへの支援
 - ⑥ 穏やかに死を迎えることへの支援

日本看護協会：2025 年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン
 いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護。
 [http://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-4C.pdf]
 (2018.12.10 アクセス) より引用

徴により異なる部分もあるが、全人的苦痛の理解や尊厳、看取りのサポートなど共有できる部分は大きい。緩和ケアの領域を狭くすることなく、緩和ケアの恩恵を受ける対象者を拡大していくことが期待されている。

これまでの緩和ケアにおける高度実践看護は、配置（構造）を促す仕組みが充足されたが、それに伴う過程（実践内容）やアウトカムの証明が、高度実践看護の機能として求められている。

文献

- 1) 日本がん看護学会：歴史・歴代役員. [https://jscn.or.jp/s_history/index.html] (2018.12.20 アクセス)
- 2) Hamric AB, et al : Advanced Practice Nursing. 高度実践看護の定義. 中村美鈴, 江川幸二 監訳. 高度実践看護—統合的アプローチ. pp.66-70, へるす出版, 2017
- 3) 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/] (2018.12.20 アクセス)
- 4) 日本緩和医療学会：2017年度緩和ケアチーム登録（2016年度チーム活動）. [http://www.jspm.ne.jp/pct/report_jspmpct2016.pdf] (2019.1.8 アクセス)
- 5) 内田 恵, 奥山 徹, 明智龍男, 他：がん患者の苦痛に関するスクリーニング・トリアージを普及するためのワークショップの有用性の検討. *Palliat Care Res* 13 : 273-279, 2018
- 6) 高山良子, 徳岡良恵, 根岸 恵, 他：がん看護専門看護師によるがん看護外来に関する成果研究：がん看護専門看護師, 患者・家族, 多職種医療従事者による成果の評価. *木村看護教育振興財団看護研究集録* 23 : 54-67, 2016
- 7) 坂本節子, 音瀬穂子：がん看護外来におけるがん患者への支援内容と専門・認定看護師の活動. *看護実践の科学* 42 : 14-20, 2017
- 8) 鈴木久美, 林 直子, 藤田佐和, 他：日本におけるがん看護研究の優先性—2016年日本がん看護学会会員による Web 調査 [教育・研究活動委員会報告 (平成 27 ~ 28 年度)]. *日本がん看護学会誌* 31 : 57-65, 2017

4. 緩和ケアと看護の拡がり

A. 非がん疾患の緩和ケアと看護

1) 心疾患

高田弥寿子

(国立循環器病研究センター 看護部)

心疾患の緩和ケアをめぐる医療の動向

わが国の心疾患の死亡率は、がんに次ぐ第2位であると共に、世界的に見た循環器疾患患者（成人）の緩和ケアのニーズは、がんを凌いで第1位（38.47%）であり¹⁾、高齢多死社会であるわが国において、循環器疾患における緩和ケアは喫緊に取り組まなければならない課題である。なかでも、心不全は、さまざまな心疾患がたどる終末像であり、生活習慣病の増加や高齢化による高血圧や弁膜症の増加などにより心不全罹患者数は急増しており、緩和ケアの普及が重要とされる疾患群である。このような心不全の緩和ケアをめぐる医療・社会のニーズの急速な変化に対応すべく、『急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）』²⁾において、終末期心不全患者に対する症状緩和とアドバンス・ケア・プランニング（ACP）はクラスIで推奨され2018年の診療報酬の改定において末期心不全患者に対する緩和ケアチーム加算が取得可能となった。また、関連学会において心不全緩和ケア推進委員会の発足、循環器疾患における緩和ケアの提言に向けた取り組み（2019～2021年）が開始されるなど、急速なピッチで医療体制整備が行われている。このように加速する心不全の緩和ケアの医療体制整備の推進のなかで、医療の現場における心不全の緩和ケアの現状と課題を述べる。

心不全の緩和ケアの特徴

慢性心不全の病みの軌跡は、がんとは異なり急

性増悪と寛解を繰り返しながら比較的急速に終末期に至る（図1）とされているが、治療抵抗性の病期である慢性心不全ステージDから最期に至るまでの時期は、基礎心疾患、不整脈や感染症などの合併症の有無などにより、数週から年単位と個性があり、がんのような月単位、週単位の予後予測は困難である。末期になると高頻度にみられる心不全に特徴的な症状は、主に心筋の収縮力の低下、心拍出量の低下による呼吸困難、全身倦怠感や身の置き所がないといった難治性の症状が生じやすい。そして、時間経過と共に徐々に多臓器不全の状態に陥り、体動困難、経口摂取困難を来し、最期を迎えることが多い。しかし、致死的不整脈、感染により急激に最期を迎えるケースなどもあり、症状の出現には個性がある。そして、心不全終末期の症状マネジメントは、がんとは異なり、強心薬や利尿薬といった心不全治療薬が症状緩和としての意味をもつため、最期まで心不全治療が緩和ケアと並行して行われることが特徴である。以上のことから、心不全の緩和ケアは、心不全ステージと病みの軌跡から、患者がたどっている臨床経過を判断し、再入院の度に緩和ケアニーズをキャッチし患者が望む医療や療養場所の意向とすり合わせながら、心不全治療と並行した緩和ケアを提供することが重要となる。

心不全の症状緩和の実際

心不全における症状緩和は、エビデンスに基づいた薬物療法の遵守が行われていることが前提で

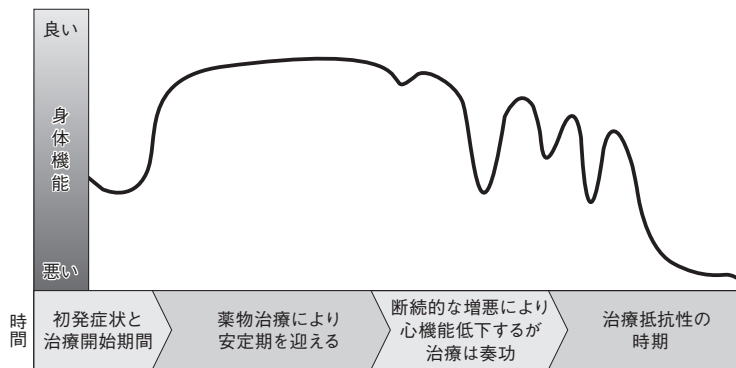


図1 心不全の病みの軌跡

ある³⁾。これは、心筋のリモデリングによる心不全症状の出現および運動耐容能の低下の進展を防止（予後改善）することにつながるからである。心不全ステージDで終末期に近づいていると考えられる時期においては、医療の目標が予後改善から症状緩和へとシフトしていくため、上述の心保護薬としての心不全治療が倦怠感などの症状を惹起している可能性があり、 β 遮断薬やACE阻害薬の中止や経口強心薬の追加の検討、心室再同期療法（cardiac resynchronization therapy : CRT）などのデバイスが入っている場合には、設定変更するなどの症状緩和としての心不全治療および症状に応じた緩和ケアを追加することが一般的である。下記に心不全の主要症状である呼吸困難、疼痛、倦怠感に関する身体症状のマネジメントと終末期のケアの実際について述べる。

1. 呼吸困難

肺うっ血の所見があれば利尿薬の調整を行い緩和に努めると共に、塩酸モルヒネを10mg/日の静脈注射あるいは皮下注射で開始（eGFR<30または透析患者は5mg/日）、患者の症状に応じて増量する。安静時の呼吸困難が強い場合には1時間量早送りとし、有害事象や傾眠傾向が認められない場合には、24時間毎に1.5倍まで増量を検討する（eGFR<30または透析患者は50%減量して増量）。心不全患者は、運動耐容能低下による安静、利尿薬投与、腸管のうっ血や血流低下に伴い便秘を来しやすく、塩酸モルヒネ投与により便秘、腹部膨満を来し、食欲不振、呼吸困難につな

がることも多いため、モルヒネ開始と共に緩下薬の投与を行うことは必須である。また、呼吸困難の背景に不安を呈している患者も多く、抗不安薬が有効である症例も一定数存在する。そのため、症状出現のパターンと不安との関連、随伴症状としての不眠の有無をアセスメントし、塩酸モルヒネを開始する前に抗不安薬を検討する。また、適応補助換気（adaptive servo-ventilation : ASV）などの陽圧呼吸療法を導入している患者は、呼吸困難緩和目的で使用することもある。非薬物療法としては、ファーラー位などの安楽な体位の工夫、連続動作を回避といった身体の消耗を最小限にした日常生活援助、患者が希望する温度・湿度の調整、三叉神経の第2・3領域の刺激効果を期待して顔に冷気の流れをつくるなどの工夫を行うと共に、不安の緩和や足浴、マッサージ等のリラクゼーションや気分転換を行う。

2. 倦怠感

倦怠感は、心不全患者にとって最も難治性の症状であり、倦怠感のマネジメントにおいては回復可能因子の検索と介入を行うことが推奨されている³⁾。回復可能因子には、利尿薬による利尿過多、低カリウム血症、睡眠障害、うつ、貧血、運動脱調節などがあり、介入を検討する。回復可能因子に対する介入を行っても効果が得られない場合には、多職種チームでpalliative sedationを検討する。検討の際には、患者・家族に目的と会話が困難になる可能性について説明し、希望があれば、間欠的鎮静・浅い鎮静から開始する。患者の苦痛

緩和と意識の維持のバランスを患者・家族と相談し、鎮静深度の目標を設定し、毎日評価を行うことが肝要である。

3. 疼痛

末期心不全患者の半数以上が重度で長期にわたる疼痛を有しており、進行がん、HIV、末期腎不全または呼吸器疾患の罹患率と一致している⁴⁾。しかし、心不全患者の痛みは、心不全の病態と関連のない症状であるため、過少認識されていることが多い。したがって、医療者は、疼痛を末期に緩和すべき症状として認識し評価することが第1に重要である。

心不全の痛みの一般的な原因は、心血管疾患、非血管疾患、治療に伴うものがあり、痛みの原因は多様である。当院の心不全患者の痛みの原因においても、心血管疾患では手足の浮腫や重症下肢虚血に伴う潰瘍形成による痛み、非血管疾患では帯状疱疹、化膿性脊椎炎などの骨格筋痛、治療に伴う痛みではデバイス植込み (ICD, CRT-D など) や心機能低下症例の動脈表在化シャント手術に伴うものなどを経験する。心不全患者は並存疾患を抱えている患者が多いため、痛みの原因を多角的に評価し、マネジメントを行う必要がある。疼痛のマネジメントにおいては、がんと同様に WHO 三段階除痛ラダーに基づいて検討するが、痛みの原因が多様であるため、痛みの原因と痛みの性質 (侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、心因性疼痛) を評価し、適切な薬物療法につなげることが重要である。さらに、非薬物療法として、患者の疼痛の増悪因子と緩和因子をアセスメントし、個別性のあるケアを実施する。疼痛において一般的に推奨されている非薬物療法には、ゲートコントロール理論に基づき、マッサージなどを通して有害な刺激の伝達をブロックする、痛みを抑制する下降抑制経路を活性化する気分転換、不安の緩和などの認知行動療法の実施、音楽療法などの積極的な介入を行う。急性期や終末期の時期には、医原性、処置と介入による痛みの出現 (例えば、吸引による痛み、体位変換の痛み、ラインの挿入、気管内チューブの留置など) が多いため、愛護的な吸引、良肢位の保持、安楽な体位変換、褥瘡予防、ライ

ン類の必要性を検討し苦痛緩和に努めることが肝要である。

4. 終末期のケア

終末期に近づいてくると臥床時間が増加し体動が困難となり、徐々に食べられなくなってくる。心不全患者は体液貯留を来している患者が多く、悪液質や栄養状態の低下が全身浮腫を助長し皮膚が脆弱になりやすいため、不要な圧迫や損傷を避け、愛護的なケアを行い、褥瘡などの二次的合併症を予防することが重要である。また、終末期はエネルギー代謝が効果的に行われず栄養管理目的の輸液のメリットは望めず、浮腫や胸水、腹水の増加により患者の苦痛を増大させる可能性があるため輸液の減量を検討すると共に、経口摂取が可能であれば患者が希望する食べたいものの持ち込みを許可することも検討する。また、すべての薬剤の見直しを行い、症状緩和に関与しない薬剤の中止を検討し、最期の時間を安らかに過ごせるように調整する。

心不全における ACP の実際

1. ACP の理想的なプロセスと ACP の焦点

心不全患者の多くは、増悪と寛解を繰り返す病みの軌跡の特徴から「心不全とは知っているけど、どのような経過をたどるかは聞いたことがない」「悪いと言われていたが回復するため実感もてない」「これまで人生の最終段階においてどのような治療やケアを望むか考えたことがない」という病状認識であり、「心不全の経過の説明を受けてはじめて終末期のあり方を考えることができた」というように、心不全の病みの軌跡を理解することが、ACP のきっかけになっていることが多い。そのため、心不全の初回入院の段階から、心不全患者が一般的にたどる病みの軌跡の教育と ACP の必要性和意義に対する準備教育を行う。そして、増悪と寛解を繰り返し始めた時期から、人生の最終段階において望む医療や療養場所に対する具体的な話し合いを継続的に行うことが望ましい。ACP の焦点は、事前指示の確認ではなく、患者のより豊かな人生のための話し合いであり、

患者の意向を尊重した医療・ケア・療養場所に対する目標の共有であり、その目標の実現に向けた支援であることに向けられるべきであり⁵⁾、そのことを患者・家族と共有することが重要である。

2. ACPの対話の進め方のポイント

心不全患者の予後や死の可能性についてのコミュニケーションは、がん患者の場合よりも複雑である、その理由として、心不全患者の予後予測は難しいこと、不確かな現実と直面すると患者は論理的な意思決定に従おうとしないといったことから、予後に対するコミュニケーションにおいて患者・家族は希望と現実のバランスをとることを要求している。このような状況で勧められるのが、「Hope for the best and prepare for the worst」の考え方を活用したコミュニケーションである。今後も最善を尽くすことを保証したうえで、最悪の時期への準備が必要な時期であることを伝えることで、希望と現実のバランスをとることができ。そして、Ask-tell-Askアプローチを用いて、どのように現状を認識しているのかを確認し、現在の関心と最も恐れていることを尋ねることで会話を進める糸口となる。そして、患者の意向の背景にある思いや価値観を理解するために、オープンクエスチョンや感情や反応に応じた応答法を活用して対話のプロセスを進めていき、今後の生活や人生をどのように送っていきたいか、何を大切にしていきたいか、そのために望む医療や避けたい医療は何か、誰とどこで過ごしたいかといった生活の質（quality of life : QOL）について議論しながら、目標を共有していき、実現のためのケアの選択肢を医療者と共に対話を通して検討していく。

そして、終末期が近づいてくると、多くの家族は具体的に何が起こるのか知りたいと考えており、亡くなるまでの自然経過の説明、どのように患者と接したらよいか、医療者から説明してほしいと考えている。したがって、看護師は、病状や日々の経過を説明すると共に、意識レベルが低下してきても手を握ること、意識がないように見えても患者には聞こえていると考えて声をかけるように伝えること、食事ができなくなった患者に綿

棒や氷片を活用して水を口にする方法など、患者に役立つケアを教えること、そして、家族のケアがうまくできていると声をかけ、家族の労をねぎらうことは、家族が良いグリーフケアであったと認識している実践であり、心不全患者の悲嘆ケアの1つとして活用することが望ましい。

循環器疾患における緩和ケアの課題

急増する高齢心不全患者への緩和ケアの需要に応じた緩和ケア専門家の絶対数は不足しており、心不全患者の緩和ケアニーズに応えられていない現状がある。加えて、循環器診療に従事する医療者の緩和ケアに対する誤解や緩和ケアに関心が薄いことも普及を阻害する障壁になっている。このような現状を打開するべく、2018年、循環器基本法が制定されたことを契機に、循環器診療に従事する医療者にもがんと同様に基本的緩和ケアのスキルを身につける体制を整備することが不可欠であると考えられる。また、心不全のみでなく、脳血管疾患や血管疾患の緩和ケアに対する推進にむけた取り組みも重要課題である。循環器専門病院で勤務する職員として、今後も循環器疾患の緩和ケアの普及および質の向上に向けた情報発信、人材育成に取り組んでいきたい。

文献

- 1) WHO : Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. January 2014. [<https://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>] (2019. 3 アクセス)
- 2) 日本循環器学会, 日本心不全学会, 日本胸部外科学会, 他 : 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版) [<http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017-tsutsui-h.pdf>] (2019. 3 アクセス)
- 3) Johnson M, Gibbs L : Symptom relief for advanced heart failure. Heart failure and palliative care a team approach. p.61, Radcliffe Publishing, 2006
- 4) Johnson M, Hogg K, Bealtie J : Management of pain, Heart failure : From advanced disease to bereavement. p.114, Oxford, 2012
- 5) Sundore RL, Heyland DK, Lum HD, et al. : Outcome that define successful advance care planning : A Delphi Panel Consensus. J Pain Symptom Manage 55 (2) : 245-255, 2018

4. 緩和ケアと看護の拡がり

A. 非がん疾患での緩和ケアと看護

2) 呼吸器 (COPD)

成田亜侑美

(国立長寿医療研究センター 看護部)

緩和ケアにおける歴史

1990年代までは、欧米において緩和ケアの主たる対象は、末期がんのみであった。しかし、2002年には世界保健機関 (World Health Organization : WHO) により緩和ケアの定義が改定され、緩和ケアの対象は、がんのみならず非がん疾患を含むことが、より明らかになった。さらに2004年、英国下院では「緩和ケアは社会保障の重要な柱」として位置づけられ、2012年、ヨーロッパ緩和ケア協会は、「プラハ憲章」のなかで、適切な緩和ケアを受けるのは国民の権利だと言及した¹⁾。世界の緩和ケアは、社会保障の柱であり、国民の権利と位置づけられたのである。

わが国における非がん疾患の緩和ケアの発信は、2001年に日本老年医学会の立場表明から始まった。2007年にがん対策基本法が施行されたことで、わが国の緩和ケアは制度上、それまで以上にがんが焦点が当たることになったが、2010年の日本循環器学会の提言をはじめとして、各専門領域の学会が終末期医療のあり方について発信したことを契機に、非がん疾患の緩和ケアが再度注目されることになった。

なかでも、呼吸器領域での緩和ケアの歴史としては、2013年に日本呼吸器学会が改訂した『COPD診断と治療のためのガイドライン (第4版)』において、終末期の緩和ケアについて初めて詳細に記載され、2017年に日本呼吸器学会が改訂した『成人肺炎診療ガイドライン2017』では、肺炎の治療をしない選択肢もあることが示された。このような経過で、わが国においても非が

ん疾患の緩和ケア、とりわけ呼吸器領域の緩和ケアが、拡がりをみせ始めたのである。

COPDの病態と標準治療

『COPD診断と治療のためのガイドライン (第5版)』によると、慢性閉塞性肺疾患 (chronic obstructive pulmonary disease : COPD) は「タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することなどにより生ずる肺疾患であり、呼吸機能検査で気流閉塞を示す。気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に関与し起こる。臨床的には徐々に進行する労作時の呼吸困難や慢性の咳・痰を示すが、これらの症状に乏しいこともある¹⁾」と定義されている。COPDは、気流閉塞と動的肺過膨張により呼吸困難が生じることから、気管支拡張薬を使用して気流閉塞が軽減することで、楽に呼吸が行えるようになる。また、一部のCOPD症例や、COPDの急性増悪症例については、気道炎症に対して、おのおの気管支拡張薬の吸入やステロイド薬の全身投与が行われる。

COPDの病みの軌跡は、急性増悪を繰り返しながら徐々に臓器機能の低下をきたし、死に至るorgan system failureモデルで、慢性の経過を辿りながらも、増悪をきっかけに致命的な状態に陥ることが多く、余命を推定することが難しいとされている (図1)²⁾。急性増悪か終末期かの判断が難しいことが特徴である。

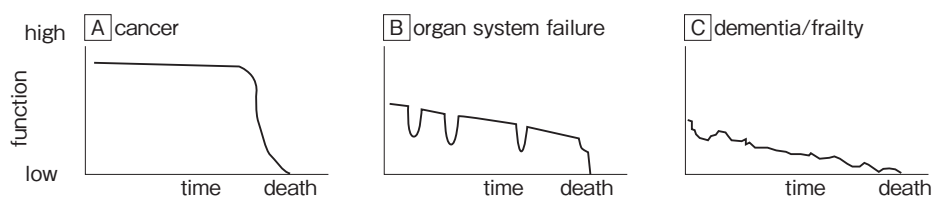


図1 各疾患での終末期の疾患軌道

(文献2より引用)

COPD 患者への緩和ケア

『COPD 診断と治療のためのガイドライン（第4版）』において、世界における COPD の有病率や死亡率は高く、今後も人口の高齢化や高喫煙率の国々のために世界の COPD 患者数は増加すると予測されている。2015 年の WHO の調査では、COPD は死因の第4位に位置づけられ、今後第3位になると予測されているが、実際には COPD 患者に十分な緩和ケアが提供されているとはいえない現状があり、適切な緩和ケアを行うことは重要であるといえる。

緩和ケアの歴史の項でも触れたが、WHO は緩和ケアを「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的苦痛、心理・社会的な苦痛、スピリチュアルな苦痛に関して科学的な根拠に基づき評価を行い、それが障害とならないよう予防したり、対処したりすることで、QOLを改善するためのアプローチである³⁾」と定義している。

COPD 患者への緩和ケアでは、患者が受け入れられる範囲の従来の治療を継続することが、緩和ケアのファーストステップとされている。気管支拡張薬の継続や、非侵襲的陽圧換気 (noninvasive positive pressure ventilation : NPPV) も症状緩和に有用な場合がある。

このような従来の治療を継続したとしても COPD の進行によって、標準的な治療では緩和されない呼吸困難が起こりえる。呼吸困難の緩和においては、患者が受け入れられる範囲の治療・ケアを可能なかぎり継続し、並行してモルヒネなどを用いることが基本的な考え方である。

『COPD 診断と治療のためのガイドライン（第4版）』以降、呼吸困難が改善しない時は、海外

のエビデンスを参考に、モルヒネの使用が推奨されている。わが国においては、呼吸困難の対策として経口オピオイドの投与が推奨されているが、保険診療上、適用外使用となり、今後検討されるべき課題である。

ACP, 意思決定支援

すべての人において、人生の最終段階に向けた意思決定支援が重要である。確かに COPD は予後予測が難しい場合も多くあるが、COPD の年単位の予後予測指標の1つとして、BODE インデックスやサブライズクエスチョンがある。本人への意思決定支援の難しさがあるが、前項で述べた病みの軌跡の特徴を理解し、予後を意識して医療介護職が意思決定支援を行うことで、患者や家族が残された時間を最期まで生き抜くことができる。

終末期医療のあり方に対し患者の意思を示しておくように、急性増悪から改善した時を契機に患者と医療者間でコミュニケーションを始め、多職種で連携して意思決定支援していくことが重要である。患者とのコミュニケーションや多職種が連携することによって、意思決定にまつわる、心理・社会的な苦痛、スピリチュアルな苦痛が和らぎ、QOLの改善が可能になる。

COPD 患者にアドバンス・ケア・プランニング (ACP) を開始する時期は、できるだけ早期が望ましいとされている。事前指示として、延命治療はしないと決めた場合は、患者にとっての最善とは何かを考え、多職種で検討し、メリットとデメリットを共有し、治療の差し控え、中止を患者が選択できる機会を設けるなど、共有意思決定 (shared decision making : SDM) を行うことが、

看護ケアとして重要である。

ACPを確認する時期として好機だと感じる時期の1つとして、急性増悪を乗り越え呼吸困難が改善された時がある。今後もし急性増悪をきたした場合、本人はどのような「価値観」をもち、どのような「生命維持治療の選好」「療養・最期の場所の選択」「代理決定者の選定」を願うのか、患者・家族・医療者で共有できる機会を設けることが大切である。

Andrewらによると、その人物の願いが表明され、実現されるようACPを行うことが、終末期ケアと患者と家族の満足度を改善させるとしている⁴⁾。諸外国では、ACPによって、本人の意思が尊重され、クオリティ・オブ・デス（quality of death: QOD）が高まることや、残された家族の気持ちのつらさが和らぐことが明らかにされている。ACPは、苦痛を和らげ、QOLないしQODを高める緩和ケアの重要なアプローチ方法であるといえ、日本においても同様の効果が期待される。

今後の COPD 看護ケア

今後の COPD への緩和ケアを進めるため、看護師の視点として、以下の3点が重要である。

1. 自尊感情を支える看護ケア

COPDは、慢性的な息切れからADLの低下をきたし、社会的役割や趣味の喪失から自己概念や生活の再構築を余儀なくされることも少なくな。病状の進行によって、セルフケアの充足が困難となり、自分は何もできず、迷惑をかけてばかりの存在と捉えてしまい、自分の存在価値が見出せず、自尊感情の低下をきたしやすい。自尊感情の回復・維持に向け、セルフケアの充足を図るために快の提供を行い、患者の苦悩に共感し、頑張りを称賛するなど、心の安寧や存在価値を見出すための支援が必要である。

2. 望んだ場所での生活を最期まで支える意思決定支援

患者を中心として、住み慣れた住まいでその人

らしく生きることができるよう、早期から患者、家族や友人など、患者が信頼している人物、医療介護職との関係性を構築し、ACPを推進していく必要がある。

3. 多様な生活の場での緩和ケアの推進

緩和ケア病棟のほとんどががんのみを対象としている現状があるため、COPD患者が入院できない場合が多く、COPDの緩和ケアを地域で支えることが十分ではない。COPDの緩和ケアを推進するためには、地域ネットワークを基盤とした切れ目のないケアが提供されるよう、病院での支援内容が退院後の療養場所でも継続的に行われる連携体制が整備・確立されるようにしたい。自宅や高齢者施設といったさまざまな場所においても非がん疾患の緩和ケアが拡がるようにしたい。

以上、1.～3.のように、本人の人生の物語も踏まえ自尊感情を支えるケアが提供され、望んだ場所で最期まで生活できるよう意思決定支援が行われ、多様な生活の場で緩和ケアが展開され、強固な地域ネットワークが構築されることを願ってやまない。

COPDの緩和ケアは、その人の人生を支える、地域緩和ケアである。

引用文献

- 1) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第5版作成委員会 編：COPD 診断と治療のためのガイドライン第5版。メディカルレビュー社、p.1, 2018
- 2) Lynn J: Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA 285: 925-932, 2001
- 3) World Health Organization: WHO definition of palliative care, 2015 [http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/] (2018.12.9 アクセス)
- 4) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 340: c1345, 2010

参考文献

- 1) 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン2017作成委員会 編：成人肺炎診療ガイドライン2017。日本呼吸器学会、2017

- 2) 津田 徹, 平原佐斗司 編：非がん性呼吸器疾患の緩和ケア—全ての人にエンドオブライフケアの光を！ 南山堂, 2017
- 3) 西川満則：救命治療の拒否と“期間限定トライアル”の提案. 日経メディカル. [[https://medical.](https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/acp/201809/557854.html)

[nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/acp/201809/557854.html](https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/acp/201809/557854.html)] (2018.11.13 アクセス)

4. 緩和ケアと看護の拡がり

A. 非がん疾患の緩和ケアと看護

3) 腎

齋藤 凡

(東京大学医学部附属病院 看護部)

わが国の慢性腎臓病の現状

本稿では、慢性腎臓病の緩和ケアの本邦における現状と今後の展望について述べる。

慢性腎臓病 (chronic kidney disease : CKD) は、本邦の成人人口の13%、およそ8人に1人¹⁾と国民病となっている。CKDは数年から数十年かけて不可逆的に進行し、腎機能が10%を切る末期腎不全の状態では腎移植や透析療法を行わないと死に至る。透析患者の原疾患は糖尿病が38.8%と一番多く、65歳以上が65.1%、75歳以上も32.0%と高齢者が多い²⁾のも特徴である。透析患者の粗死亡率は9.7%、平均年齢67.9歳であるが、5年生存率が約6割³⁾と一般人口と比べて決して良くはない。おもな死亡原因は心不全25.7%、感染症21.9%、悪性腫瘍9.7%、脳血管障害6.5%、悪液質・尿毒症4.2%、心筋梗塞3.9%で、少数ではあるがカリウム中毒・頓死2.4%、自殺・透析拒否0.6%も報告されている²⁾。

CKDの緩和ケア

CKD患者では、末期腎不全になると腎移植もしくは透析を継続しなければ、近い将来に確実に死が訪れる。いずれ透析療法が必要と言われるCKDのStage 4あたりから、患者・家族は生命を脅かす疾患として問題に直面することになる。また維持透析を行っていても、慢性的に死と隣り合わせの生活から不安を感じ、関節痛や筋肉痛などの痛みも半数以上で感じている。これらのことから、「透析療法が必要」と言われた頃から緩和

ケアが必要となると考える。

透析非導入、維持透析の見合わせ

腎不全末期の症状の多くは透析療法を行わないと軽減しがたく、非導入時の平均余命は1.95年⁴⁾と、生命の維持も難しい。透析をしているかぎり腎臓による終末期にはなりにくい、悪性疾患や心疾患などその他の疾患が原因で終末期になることが多い。

血液透析を行うことは、循環動態の変調、導入期の不均衡症候群、毎回の透析時のシャント穿刺の痛み、週3回4時間ずつの通院時間、認知症がある場合の安全な血液透析のための抑制など、身体的負担や、QOLへの影響も大きい。

また高齢者では血液透析導入によってADLを下げる可能性⁵⁾があること、75歳以上の併存疾患が多い患者では透析群と保存療法群との生存期間に有意差はない⁶⁾との報告もされている。一方、腹膜透析では、本人か家族が自宅で治療を毎日継続しなければならないこと、在宅療法でありデイケアやショートステイなどが利用しにくいなどの難しさがある。またこの課題がクリアできても、9割以上の患者が血液透析を行っているわが国では腹膜透析を導入・管理できる医療機関が限られており、血液透析しか選択肢がないことも少なくない。

これらのことから、悪性腫瘍や心疾患の合併、認知症や高齢で種々の予備能力が低下している患者など、フレイルの患者では透析療法のベネフィットが害を上回るかという点から透析非導

入、維持透析の見合わせを検討する場面がある。2005年に行われた本邦の透析医を対象としたアンケート⁷⁾では17.9%の透析医が透析非導入を、13.1%が維持透析の中止を経験したと回答しており、決して少なくはないことがうかがわれる。日本透析医学会から出された「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」⁸⁾でも、血液透析を安全に行うことが困難なケースや、患者の全身状態がきわめて不良で、かつ本人や家族が透析見合わせの意思を明示している場合などが、透析の非導入、見合わせを検討する状態として挙げられている。

さらに長期の維持透析患者にとって透析療法が生活の一部になっている状況、維持透析を行っている場合は診療報酬制度のために緩和ケア病床での受け入れは難しい現状、治療の場を変えることで長期にわたり関係を築き上げてきた透析医療スタッフと離れる喪失経験につながる可能性など、透析の見合わせの判断は個別の状況に合わせ、多方面からの検討が必要となる。終末期を想定した透析患者へのアンケート⁹⁾でも、治療の継続については意見が分かれており、判断が難しいことが示唆される。維持透析を見合わせたケースでは大半が1週間から10日程度で亡くなる^{10, 11)}ことが報告されており、身体的な理由以外の透析見合わせの決定は、本人・家族だけではなく医療者にとっても難しい。

これらを踏まえ、日本腎不全看護学会の研修などでは透析導入、継続を含めた意思決定支援の考え方として「情報共有-合意モデル」(shared decision making)を基本としたコミュニケーションを通し、医療者、患者・家族共に納得のいく意思決定を探るアプローチが主流になってきている。また、治療法決定の瞬間だけではなく、意思決定支援を続けていくアドバンス・ケア・プランニングの取り組みの報告が増えてきている。

末期腎不全の症状とそのケア

透析導入、非導入共に末期腎不全患者の身体症状の種類や深刻さは末期がん患者と変わらないともいわれている¹²⁾。透析医学会の提言⁸⁾でも緩

和ケアの必要性については述べられているが、症状緩和の具体的なガイドラインはまだない。透析療法の継続については見合わせる以外に血液透析の回数や時間を減らしたり、在宅で血行動態への影響が少ない腹膜透析(peritoneal dialysis: PD)に治療変更するPDラスト¹³⁾や、呼吸困難感などの症状を取ることを目的に行う緩和透析なども報告されている。

以下に、末期腎不全の個別の症状とそのケアを述べる。

1. 痛み

痛みは5~7割の患者で報告されており、その半分は痛みの程度も強い¹²⁾。痛みの原因は長期透析患者の透析アミロイドーシスによる骨関節の痛みや筋力低下からくる筋肉痛、不安や精神的なつらさから痛みを感じるケースもある。また、シャント穿刺など透析治療そのものが原因となっていることもある。

2. 倦怠感

8割の患者が倦怠感・活気のなさを報告している¹⁴⁾。倦怠感にはうつや不眠、低栄養、貧血、薬の副作用が関係している場合もあり、睡眠状態や血液データなど、原因の特定が重要である。

3. 吐き気

透析非導入や見合わせの時に尿毒症からくる吐き気が問題となり、6割近くの患者に症状がある¹⁴⁾。制吐薬の使用、清涼感のある口腔ケア剤や生姜のように悪心に効果がある食品を用いることもある。

4. 食欲不振

7割程度の患者に症状があり¹⁴⁾、原因としては尿毒症やドライマウス、味覚障害、胃の機能不全などが挙げられる。味覚障害や胃の機能不全は薬物投与で改善する。ドライマウスは薬の副作用が原因となっていることもあり、人工唾液が使用される。一方、終末期には自然な食欲低下が起こることで尿毒素や体液量の貯留が悪化せず、他の苦痛症状が軽くなることもあるため、総合的に検討

する必要がある。

5. 呼吸困難・息切れ

透析非導入の患者の8割程度でみられ、半数は深刻さも強かったとの報告がある¹⁴⁾。体液量過剰や低栄養によるむくみ、肺水腫が原因となることが多く、不安とも強く関係する。栄養状態の改善や塩分制限、利尿によって体液量の調整を図ったり、補液などの投与量を検討することも必要である。ケアとして体位の工夫やマッサージも有効である。苦痛が強い場合には、単回の透析で除水を行うことも有効との報告もある。

6. 不安、抑うつ

CKD患者、透析患者のうつの有病率は2割以上と高いことが報告されている¹⁵⁾。不安は痛みや呼吸困難感を増強させることも知られており、身体症状のコントロールと併せて精神安定薬などを使用することもある。マッサージやリラクゼーション、アロマセラピーなどのケアも効果的である。

おわりに

本稿ではCKDの緩和ケアのなかでも透析の非導入、維持血液透析見合わせの現状と末期腎不全の症状・ケアについて紹介した。透析の非導入や見合わせに関する看護ケアはケースごとの個別性も高く、今後、多くの実践事例の集積も望まれる。

文献

- 1) 日本腎臓学会：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018。東京医学社 1, 2018
- 2) 日本透析医学会統計委員会：図説 わが国の慢性透析療法の現況（2015年12月31日現在）。日本透析医学会, 2016
- 3) 日本透析医学会統計委員会：図説 わが国の慢性

透析療法の現況（2014年12月31日現在）。日本透析医学会, 2015

- 4) Wong CF, McCarthy M, Howse ML, et al.: Factors affecting survival in advanced chronic kidney disease patients who choose not to receive dialysis. *Ren Fail* 29 (6) : 653-659, 2007
- 5) Kurella Tamura M, Covinsky KE, Chertow GM, et al.: Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med* 361 (16) : 1539-1547, 2009
- 6) Murtagh FE, Addington-Hall JM, Edmonds PM, et al.: Symptoms in advanced renal disease: a cross-sectional survey of symptom prevalence in stage 5 chronic kidney disease managed without dialysis. *J Palliat Med* 10 (6) : 1266-1276, 2007
- 7) 大平整爾：透析患者のターミナルケアに関する医師の意識調査. *日透析医会誌* 21 : 442-460, 2006
- 8) 秋澤忠男, 水口潤, 友雅司, 他：維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. *日透析医会誌* 47 (5) : 269-285, 2014
- 9) 全国腎臓病協議会：2016年度血液透析患者実態調査報告書. 全国腎臓病協議会, 日本透析医会, 統計研究会の共同調査. p.15, 全国腎臓病協議会, 2018
- 10) Cohen LM, Germain M, Poppel DM, et al.: Dialysis discontinuation and palliative care. *Am J Kidney Dis* 36 (1) : 140-144, 2000
- 11) Chater S, Davison SN, Germain MJ, et al.: Withdrawal from dialysis : a palliative care perspective. *Clin Nephrol* 66 (5) : 364-372, 2006
- 12) Koncicki HM, Unruh M, Schell JO : Pain management in CKD : A guide for nephrology providers. *Am J Kidney Dis* 69 (3) : 451-460, 2017
- 13) 中野広文, 竹口文博, 岩澤秀明, 他：在宅医療におけるPDラストの有用性と課題. *日透析医会誌* 35 (8) : 1205-1210, 2002
- 14) Murtagh FE, Addington-Hall J, Edmonds P, et al.: Symptoms in the month before death for stage 5 chronic kidney disease patients managed without dialysis. *J Pain Symptom Manage* 40 (3) : 342-352, 2010
- 15) Yamamoto Y, Hayashino Y, Yamazaki S, et al. : Depressive symptoms predict the future risk of severe pruritus in haemodialysis patients : Japan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Br J Dermatol* 161 (2) : 384-389, 2009

4. 緩和ケアと看護の拡がり

A. 非がん疾患の緩和ケアと看護

4) 難病

成田有吾

(三重大学大学院医学系研究科 看護学専攻 基盤看護学領域/脳神経内科医)

緩和ケアと神経難病

もとより緩和ケアは、がん・非がんを区別してはいなかった¹⁾。本邦での、「主として末期の悪性腫瘍（がん）の患者または後天性免疫不全症候群（AIDS）に罹患している患者」を対象とする対応は、医療保険制度による指定の影響を強く受けている²⁾。難病とは、本邦においては、原因不明、難治性、希少性などを要件として、医療費負担の軽減と疾患の病態と予防・治療法解明への研究促進を動機づけに置き、政策的に規定された疾患群を意味する³⁾。

「難病」に分類される疾患は、治癒が期待できないことが前提である。かつ症状コントロールもままならない。具体的には「難病」（厚労省資料集計2016年度末306疾患、現在331疾患⁴⁾）の内訳では神経系疾患が27.9%で、他臓器系疾患が3/4弱を占めている⁵⁾（図1）。

三重県の難病医療専門員（難病医療コーディネータ）への5年間の延べ相談件数3,123のうち筋萎縮性側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis：ALS）が2,013件（64.5%）を占めた⁶⁾。ALSは、急速に進行し、数年以内に呼吸不全が生じることが多く、補助呼吸を使用しないことは死に直結する⁷⁾。ALSに代表される神経難病は、進行性で死に至る疾患で、患者のケア、心理的サポートなどにおいてがんと共通する点がある⁸⁾。一方、がんに比べると経過が長く、慢性疾患として認識される場合が多い（図2）。高齢者が多数を占める難病のケアにおいては、ホスピス・緩和ケアが目指すに値する分野である⁹⁾。治療法の

ない神経難病においては、ケアは合併症の予防と症状緩和に終始する。近ら¹⁰⁾は「神経難病緩和ケアは難病ケアの基盤」と指摘している。疾患の概要については別途参照されたい^{4, 7)}。

「難病」の緩和ケアと看護

「難病」に関する緩和ケアと看護の拡がりについて既報告を検討した。

1. 件数

PubMedで“palliative”と“nurs*”（*：nurse, nursing等を含む）で検索（2019年1月5日）し391件が抽出された。ALSを目的に、検索式に“amyotrophic”を加えると60件が抽出され、全件ALSに関する報告を確認した。検索式の“amyotrophic”を“motor neuron*”に置き換えると66件が抽出され、このうち22件が重複していた。ALSあるいは運動ニューロン疾患（motor neuron disease：MND）でのPubMed上、緩和と看護が含まれる報告は104件であった。本邦からは6件で、英語での報告は少なかった。英国および英国圏でよく使用されるMNDは、ほぼ同義ながら球脊髄性筋萎縮症や脊髄性筋萎縮症はじめ他の疾患が含まれる。パーキンソン病（Parkinson’s disease：PD）を目的に、検索式を“palliative”, “parkinson”, “nurs*”で検索すると48件が抽出されたが、他疾患を対象とするものを除外、45件が該当した。緩和ケアでの看護の重要性は当初から指摘されている¹⁾。研究結果が主体となる既報告でも緩和ケアと看護は関与し続けており、全

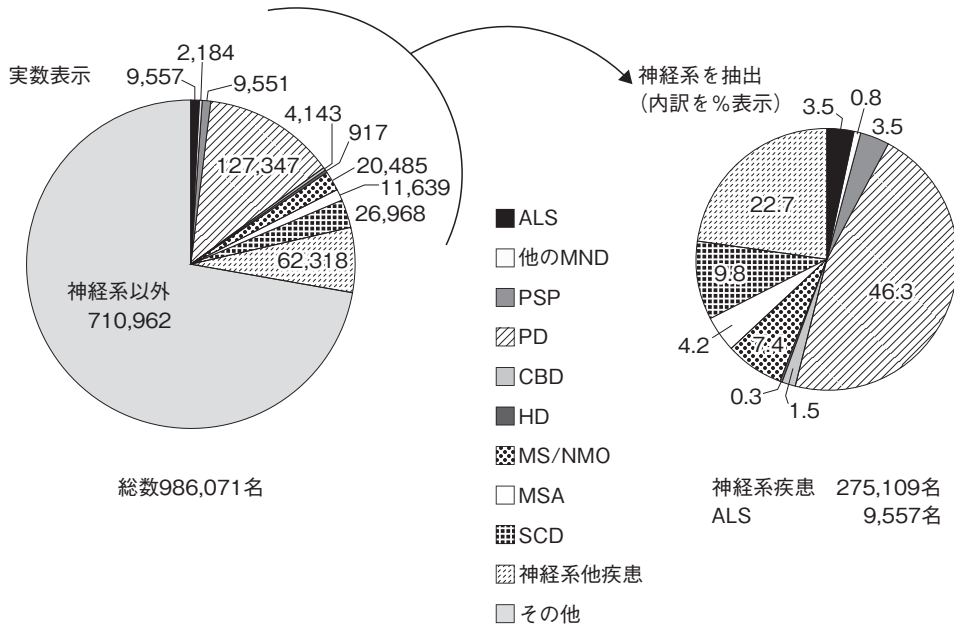


図1 指定難病受給者証所持者 (2016年度末)

難病情報センター：特定医療費（指定難病）受給者証所持者数 [http://www.nanbyou.or.jp/entry/5354] より筆者作図

現在の指定難病受給者証所持者数は執筆時点で2016（平成28）年度末データのみ入手可能。指定難病受給者証の所持者は全国で98万6千名あまりで、前年度に比して1万1千名ほど増え、ALSはその1%程度を占める。右の円グラフは神経難病だけの割合を提示した。

ALS：amyotrophic lateral sclerosis（筋萎縮性側索硬化症）、MND：motor neuron disease（運動ニューロン疾患）、PSP：progressive supranuclear palsy（進行性核上性麻痺）、PD：Parkinson's disease（パーキンソン病）、CBD：corticobasal degeneration（皮質基底核変性症）、HD：Huntington's disease（ハンチントン病）、MS/NMO：multiple sclerosis/neuromyelitis optica（多発性硬化症／視神経脊髄炎）、MSA：multiple system atrophy（多系統萎縮症）、SCD：spinocerebellar degeneration（脊髄小脳変性症）

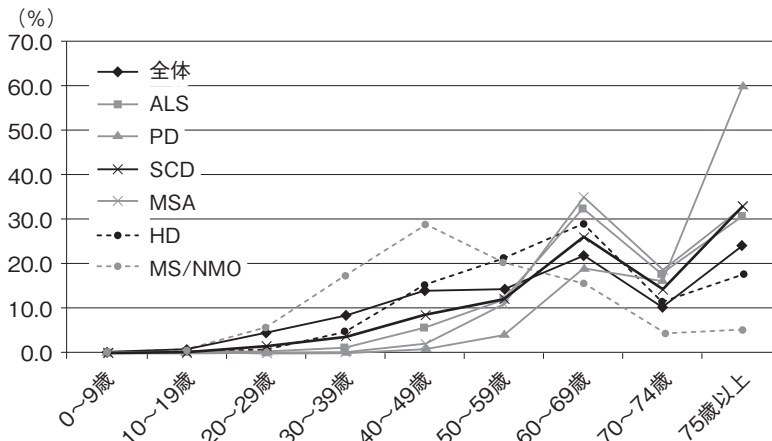


図2 年代別受給者証所持者 (2016年度末)

疾患全数に対する%で表示

体と神経難病関連の報告は類似した割合で近年伸びてきていた。2015年からはPDの報告が増えていた(図3)。

日本語での報告を医学中央雑誌電子版(医中誌Web)にて、検索式を“緩和”“難病”で、会議録を除外、抄録を有するもの、の条件で検索し

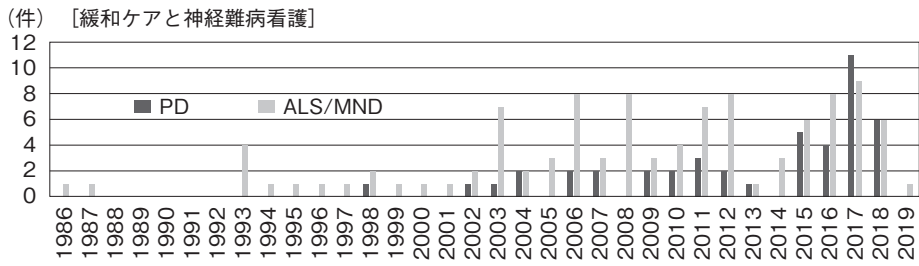
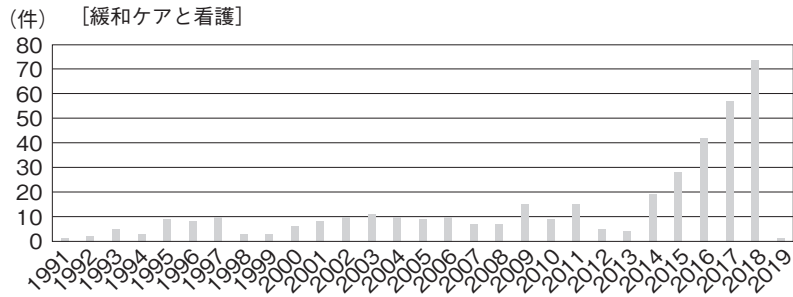


図3 PubMed 検索 “palliative” & “nurs*”
(2019年1月4日検索)

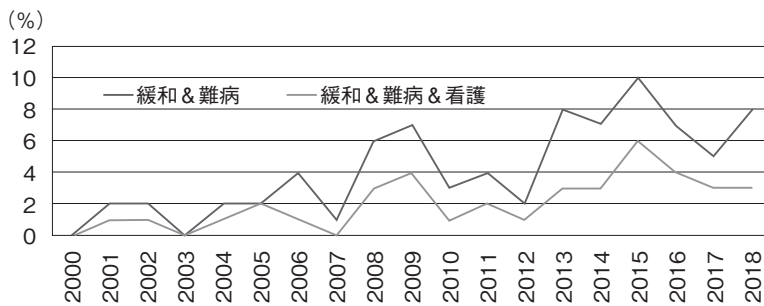


図4 医学中央雑誌電子版 (医中誌 Web) 件数
(2018年12月31日検索)

(2018年12月31日), 80件, 上記検索式に“看護”を加えると39件が抽出された。キーワードとしてALSを挙げているものは, それぞれ29/80 (36%), 15/39 (38%)であった。日本語での報告でも件数において看護の関与は, 報告の全体数と類似した増加が示された (図4)。近らの指摘のように, 報告数の伸びは2000年以降に明瞭となり, 全体数としては2010年以降に目立った¹⁰⁾ (図3, 4)。なおALSは, この増加に先行する報告があった (図3)。

2. 既報告の内容

ALSでは, 疼痛管理, 呼吸苦管理に着目されて

いる。オピオイドの使用も少用量での効果が早くから指摘されているが^{11, 12)}, 本邦での認知は途上であり, まだ一般化には至っていない¹³⁾。英語文献では, 終末期の意思決定の問題が正面から取り上げられている。オランダでは, 医師による致死量の薬剤による自殺補助が認められている。自ら死を早める選択を実行した患者の22%がALSであったことが報告された¹⁴⁾。この報告では, 実行前の患者側からの医療に対する評価では88%が「良好/非常に良い」と評価, つまり, 医療に不満足で死を選ばわけではなかった。しかし, 患者の16%は落ち込んでいる (deressed) と感じ, 45%は尊厳が失われたと感じた経験が

あり、42%は呼吸苦が生じる前から息苦しくなることを怖れていた¹⁴⁾。死を急ぐALS患者の14%は実施前13カ月にわたり症状が安定し、宗教をもつ人はそのような思いが抑制されていた¹⁵⁾。また、英国では91%、米国では90.4%のALS患者が、適切な緩和ケアにより、ほとんど呼吸苦を感じないで終末を迎えていた¹³⁾。

第29回国際ALS/MNDシンポジウム(2018年12月、英国、グラスゴー)において「終末期の意思決定」として4名の演者が1セッションに集い、本邦からはOgino M.が現状を伝えた。ALS/MND患者の死を急ぐ気持ちと生への希求の両面性(ambivalence)への対応の難しさが4名から語られた。

PDにおいては、運動症状への対応に加えて、あるいはそれ以上に非運動症状が療養者(患者および介護者)を悩ませている⁷⁾。神経変性疾患では、経過に伴い他の系統の機能も障害される。PDにおける認知機能の障害はレビー小体型認知症(dementia with Lewy bodies: DLB)と、また、ALSにおいては前頭側頭葉変性症(frontotemporal dementia: FTD)との関連が明らかとなっている^{4, 7)}。神経変性疾患の多くは本邦では「難病」と規定されているが、希少性の要件から、アルツハイマー病やDLBなどの認知症は除外されている。患者の意思の尊重には、発症早期からのコミュニケーションが欠かせない。患者の意向を聴くことは認知症疾患でも、進行して聴けなくなるまでは可能である¹⁶⁾。病初期からの緩和ケアに看護の関与は欠かせない。

3. 今回の概説での留意点

論文などとしての報告には出版バイアスがある。エビデンスを非常に得にくい緩和ケアの領域では、論文として公開されない多くの取り組みや状況が存在することを念頭に置きたい。

文献

- 1) Saunders C: 序. シシリー・ソンドース 編著; 岡村昭彦 監訳: ホスピス—その理念と運動. pp.11-13, 雲母書房, 2006
- 2) ホスピス財団: ホスピス・緩和ケアとはなんでしょうか. [https://www.hospat.org/public_what.html] (2019. 1. 9 アクセス)
- 3) 厚生労働省: 難病対策. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/nanbyou/index.html] (2019. 1. 9 アクセス)
- 4) 難病情報センター: 指定難病一覧. [http://www.nanbyou.or.jp/entry/5461] (2019. 1. 9 アクセス)
- 5) 難病情報センター: 特定医療費(指定難病)受給者証所持数. [https://www.nanbyou.or.jp/entry/5354] (2019. 1. 9 アクセス)
- 6) 中井三智子: 筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者に対する難病医療専門員の支援に関する後方視的検討 internal conflictの視点からの分析. 日本難病学会誌 17: 1343-1692, 2013
- 7) 成田有吾: 神経変性疾患. 緩和ケア 27 (Supple): 130-137, 2017
- 8) 福原信義: 神経難病の緩和医療. 緩和医療学 3: 45-52, 2001
- 9) Klagsbrun SC: ホスピス—その広がりゆく役割. シシリー・ソンドース 編著. 岡村昭彦 監訳: ホスピス—その理念と運動. pp.25-32, 雲母書房, 2006
- 10) 近 文香, 坂井さゆり: 神経難病緩和ケアの文献にみる看護の課題. 新潟大学保健学雑誌 14: 1-8, 2017
- 11) Oliver D: Opioid medication in the palliative care of motor neurone disease. Palliat Med 12: 113-115, 1998
- 12) Neudert C, Oliver D, Wasner M, et al.: The course of the terminal phase in patients with amyotrophic lateral sclerosis. J Neurol 248: 612-616, 2001
- 13) 荻野美恵子: 神経内科領域における終末期の倫理的問題について—ALS終末期ケアに関するアンケート調査結果. 臨神経 50: 1026-1028, 2010
- 14) Maessen M, Veldink JH, Onwuteaka-Philipsen BD, et al.: Euthanasia and physician-assisted suicide in amyotrophic lateral sclerosis: a prospective study. J Neurol 261: 1894-1901, 2014
- 15) Stutzki R, Weber M, Reiter-Theil S, et al.: Attitudes towards hastened death in ALS: a prospective study of patients and family caregivers. Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener 15: 68-76, 2014
- 16) 厚生労働省. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(2018年6月) [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html] (2019. 1. 9 アクセス)

4. 緩和ケアと看護の拡がり

A. 非がん疾患の緩和ケアと看護

5) 小児

松岡真里

(京都大学大学院医学研究科人間健康科学系 家族看護学講座 成育看護学分野)

小児緩和ケアとは

小児看護医療では、成人看護医療で用いられている「緩和ケア」とは別に、「小児緩和ケア」(pediatric palliative care) という概念が用いられている。1997年に英国小児緩和ケア協会と英国小児科学会は、小児緩和ケアを「生命を制限する病気と共に生きる子どもと若者のための緩和ケアとは、身体的、情緒的、社会的、スピリチュアルな要素を含む全人的かつ積極的な取り組みである。そしてそれは子どもたちの生活の質 (quality of life : QOL) の向上と家族のサポートに焦点を当て、苦痛を与える症状の緩和、レスパイトケア、看取りのケア、死別後のケアの提供を含むものである」と定義した。子どもの体験する苦痛を緩和することにとどまらず、子どもの家族をケアの対象と捉え、さらには、死別後のケアをも含む概念である。

小児緩和ケアも、成人の緩和ケア同様、診断時から始まるものである。そして、小児緩和ケアは、死を待つだけのあきらめの医療ではなく、与えられた時間、1人ひとりの子どもが子どもらしく、精一杯生きられるために多職種チームで取り組む積極的なケアである。

小児緩和ケアの対象となる子どもと家族の特徴

1. さまざまな発達過程にある子ども

「子ども」といっても、対象となる年齢は新生児から思春期まで、幅広い発達段階が含まれる。

小児緩和ケアの対象の最大の特徴は、身体的にも心理的にも、そして社会的にも発達過程にあることである。薬剤投与量などが大きく成人と異なることもさることながら、ものごとを認識する力、子どもたちが体験している症状や思っていること、考えていることを表現する力も、年齢や発達段階によってさまざまである。また、小児期に発症した病気や障がいをもちながら成人に達した子どもが対象となることもあり、一人ひとりの子どもの発達を捉え、関わっていくことが必要となる。

発達過程にあるということは、それぞれの子どもの発達上のニーズによって、必要なケアや関わる職種が異なることも特徴である。子どもが発達するにつれ、病院だけでなく、学校や放課後の生活を支援してくれる場所や療育施設、その他、ボランティアやNPOなどを含めた多職種チームで関わることで、子どもの遊び、学び、生活の体験が広がるような支援が重要となる。

2. さまざまな病気、障がいのある子ども

小児緩和ケアの対象となる子どもは、成人同様、「がん」に限らない。小児緩和ケアでは、重い障がいや心臓病など、がん以外の病気の子どもの占める割合が高い¹⁾。また、近年のわが国の状況として、気管切開管理や人工呼吸管理、経管栄養など、いわゆる医療的ケアを必要とする子どもが増えている。Oxford Textbook²⁾では、それぞれの経過とニーズを捉えるために、「命を脅かす状態：Life-Threatening Condition」を、4つのカテゴリーに分類している (表1)。小児緩和ケア

表1 命を脅かす状態：Life-Threatening Condition のカテゴリー

カテゴリー 1	根治的な治療が功を奏することもあるが、うまくいかない場合もあるような状態 例：小児がん、心不全等
カテゴリー 2	早期の死は避けられないが、治療によっては生命予後を延ばすことや生活を向上させることが期待できる状態 例：デュシャンヌ型筋ジストロフィー等、神経筋疾患
カテゴリー 3	診断時から、治療は緩和に限られるような進行性の状態 例：代謝性疾患等
カテゴリー 4	進行性ではないが、不可逆な重度の障がいに伴い、合併症によって死に至ることがある状態 例：重度の脳性まひ、複雑なヘルスケアニーズ (complex health care needs) のある脳や脊髄の障がい

(文献 2, 4 を参考に作表)

の対象は、疾患や医学的条件のみで明確に決められるものではないことも指摘されており³⁾、小児緩和ケアの提供を考える時、病気や障がいのなかにはまれなものも多く、病態や治療、経過がさまざまであり、ニーズも多様であることを特徴として理解しておくことが必要である。

3. 家族の特徴

子どもの場合、発達の特性から、日常的なケアだけでなく、ケアや治療を選択することを親や保護者が行うことが多い。親は、子どもの「子育て」を行い、そのなかで、病気や障がいのために必要な治療や医療的ケアを行っており、親の苦悩や負担が大きい。特に、終末期となる場合、子どもを亡くすことを避けたいという強い心情から、親は、治療やケアの選択における葛藤を体験することが多い。また、きょうだいがいる場合、きょうだいが心理的問題を感じることも少なくない。さらに、小児緩和ケアの対象となる子どもは、病気や障がいの進行、合併症などにより、親よりも先に亡くなることが少なくない。子どもそのものが実存としていなくなることは、親にとって、“親である”という感覚を抱きにくくさせることや、子どもを通してつくられた関係性をなくす体験でもある。何より、たとえ病気や障がいがあっても、成長発達する未来がある子どもを亡くすことは、“未来そのもの”をなくすことでもある。子どもを亡くす体験は、親だけでなく、きょうだいにとっても、死別後にも続く生活、人生に大きな影響を与える。すなわち、病気や障がいをもつ子ど

もと、親、きょうだいを相互作用し合う1つの単位として捉え、家族全体を支援することが大切な要素である。

小児緩和ケアと看護、教育の現状

1. 看護に求められる役割

小児緩和ケアのなかで、看護に求められる役割には、子どもが楽しいと思うこと、やりたいと思うことに取り組めるように、対象となる子ども、そして家族が体験する苦痛を捉えること、予測すること、予防し、その苦痛を緩和することにある。小児緩和ケアの対象となる子どもの場合、発達過程にある特徴に加え、痛みなどの症状を認知し、十分に表現することが難しい場合も多い。そのため、子どもが望んでいること、「心地いい」と感じていることなど、毎日の生活のなかで、子どもが発しているさまざまなサインを親、家族、他の専門職と一緒に捉えていくことが必要である。

また、病気や障がいがあっても、成長発達の過程にある1人の「子ども」として捉え、子どもが自分で取り組めるように、子どもの発達や理解に応じた説明や言葉かけを行い、時に、子どもや家族と一緒にケアの方法を考えることも看護師に求められる役割である。

さらに、小児緩和ケアの対象となる子どもの命に関わるケアや治療の選択を行う、子ども自身や親を支えることも大きな看護の役割である。小児緩和ケアにおいては、誰が最終的な意思決定を行うのか、子どもにとって最善の選択かなど、倫理

的課題も多い。看護師は、揺れ動く子ども、親の気持ちに寄り添うこと、その過程で捉えた子どもや親の認識や意向を、専門職間で共有できるような代弁者の役割が求められる。そして、子ども、家族に関係する皆が、「これがいい」と感じられる選択ができるように、子どもや家族との対話や多職種間の調整が必要である。

2. 小児緩和ケア看護師教育の現状

小児がん拠点病院の施設要件として小児緩和ケアの実践が義務づけられ、また、高度な医療的ケアを必要とする子どもが増加する現在、日本において、看護師を対象とした小児緩和ケアに関する系統的な教育はほとんど行われていない。すでにがん患者や高齢者、クリティカル領域において、日本版が開発されている看護師教育プログラム（End-of-Life Education Consortium：ELNEC）には、小児緩和ケア（pediatric palliative care）バージョンが存在している。2017年に日本で初めて、米国版のELNEC-PPCが開催された。参加者の多くが、日本での系統的な小児緩和ケア看護師教育の必要性を感じており、また、米国版の内容は、日本でも必要と考えていた⁵⁾。一方で、

日本独自の文化や医療の現状を反映した内容の補填の必要性も感じており⁶⁾、今後、日本の現状に応じた日本版開発が急務である。

文献

- 1) Hunt A, Coad J, West E, et al. : The Big Study for Life-limited Children and their Families — Final research report. Together for Short Lives, 2013
- 2) Hynson J L : History and epidemiology. In Goldman A, Hain R, Liben S(eds). Oxford Textbook of Palliative Care for Children. 2nd ed. pp.14-22, Oxford University Press, 2012
- 3) 多田羅竜平：緩和ケアの対象となる子どもたち。多田羅竜平 編。子どもたちの笑顔を支える小児緩和ケア。 pp.12-15, 金芳堂, 2016
- 4) ACT/RCPCH : A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services : Report of the Joint Working Party, 2nd ed. pp.8-10, ACT, 2003
- 5) 松岡真里, 竹之内直子, 川勝和子, 他：ELNEC-Pediatric Palliative Care 指導者養成プログラム日本開催の報告。第23日本緩和医療学会学術集会講演集, 2018
- 6) 竹之内直子, 松岡真里, 川勝和子, 他：ELNEC-Pediatric Palliative Care 指導者養成プログラム参加者が捉えた日本版開発に対する要望と開発への課題。第23日本緩和医療学会学術集会講演集, 2018

4. 緩和ケアと看護の拡がり

B. 場の拡がり

1) 在宅緩和ケア

中島朋子

(東久留米白十字訪問看護ステーション)

在宅ケアの歴史

訪問看護の歴史は明治時代に遡り、産後の母子訪問から始まり、昭和に入って結核や精神疾患、寝たきり老人等への訪問が実施されていた。1992年に「訪問看護ステーション制度」が策定され、現行の訪問看護のスタイルが構築された。現在、全国で10,418カ所¹⁾を超える訪問看護ステーションが開設され、42,000人強²⁾の訪問看護師が活動している。

わが国は未曾有の少子超高齢社会に突入しており、2025年には団塊の世代すべてが75歳以上に、また2035年には85歳以上に達し、死亡者が増加(21世紀は多死時代ともいわれる)し、2040年には人口が2015年と比べて25%減少すると推測されており、各地域で「地域包括ケアシステム」の構築が急がれている。これは高齢者だけでなく、すべての世代、あらゆる健康レベルの人々、障がいや経済的困窮、治療(療養)と就労の問題、子育て、虐待の問題等、すべての人が住み慣れた地域で尊厳をもって生活し、最期まで“その人らしく暮らす”「共生社会」の構築も含まれている。この実現に向けて「医療介護確保推進法」が成立しさまざまな制度が改定され、医療と介護の連携強化や在宅ケアの質向上、それを担う医療介護職者の人材確保と育成等の取り組みがなされている。

昔は自宅で看取ることが当たり前であったが、昭和50年頃を境に人は病院で亡くなるものへと変化していった。しかし既述したように多死時代においては、今日のように病院で亡くなることは

難しく、住み慣れた自宅や地域(施設)での看取りを可能にしていかなければならない。「訪問看護アクションプラン」³⁾では、2025年時にはオランダやフランスなどの在宅死の割合の30%程度に引き上げるとすると15万人の訪問看護師が必要と推定し、人材育成のためにさまざまな事業が動き出している。

在宅緩和ケアの実践状況

1. 在宅緩和ケアを取り巻く状況

現在の在宅看取り率は13.4%である。在宅での緩和ケアや看取りケアの実践に必要なものは、療養者・家族を含めた多職種で構成されるチームでの多職種協働(inter-professional work: IPW)である。その中でも訪問診療医と訪問看護は24時間対応が必須となる。14,188カ所の医療機関が在宅支援診療所として届出され、訪問看護ステーションは前述したように10,418カ所が活動している。訪問看護ステーションの約5割は常勤換算5人未満の小規模ステーションであり、少ないマンパワーでの24時間体制整備は困難なことが少なくないが、各訪問看護ステーションが工夫しながら頑張っているところである。しかしながら訪問看護ステーションの経験値や運営方針・体制等によっては、在宅緩和ケアや看取りを受けない事業所があることは否めず、今後の課題である。

独居や高齢者夫婦単独世帯の増加、家族と同居している場合でも、家族構成員自身の疾病や、家族全体がさまざまな生活上の課題を複数抱えているなど、問題の複雑化・多重化しているケースが

増えている。そのような状況の中において、訪問看護師が課題を整理し、療養者と家族の意思決定支援を丁寧に行いながら、症状コントロール等の身体的ケアをはじめ、家族調整、多職種間調整、倫理調整等、全人的ケアを実践しながら住み慣れた自宅、もしくは地域の中でのエンドオブライフケアと看取りをサポートし、“最期までその人ら

しく生きる”ことを支援している（表1）。

在宅での看取りをスムーズに行い地域完結型医療を推進するための施策として、2017年9月には厚生労働省より「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」⁴⁾が公表された。これは医師が対面で死後診察を行うのに12時間以上かかるケース等において、看護師が心停止・

表1 当ステーションの活動状況（平成31年1月現在）

事業	<p>訪問看護事業：24時間・365日対応 機能強化型訪問看護ステーション1算定（医療保険） 看護体制強化加算算定（介護保険）</p> <p>居宅介護支援事業 東久留米市在宅療養相談窓口（東久留米市から受託） ・相談業務 ・市民シンポジウムの企画・運営 ・地域の多職種の相談対応</p> <p>東久留米市認知症初期集中支援チーム（東久留米市から受託） 東京都訪問看護教育ステーション事業（東京都から受託） 地域貢献活動：①ふらっとカフェ・ふらっと相談室（NPO 緩和ケアサポートグループとの協働開催） 地域のがんサバイバーや介護者、住民の交流の場・活動の場、学習の場等の提供 ②自治会など、地域住民等への出前講座など ③子ども食堂（地域住民との協働開催） *平成30年度で終了予定</p>
職員数	<p>看護師：12名（常勤換算8,9名） ・在宅看護専門看護師1名 緩和ケア認定看護師2名 プレ訪問看護認定看護師1名在籍 リンパドレナージセラピスト1名 ・オンコール体制：7名で対応</p> <p>PT・OT：各1名（非常勤） ケアマネジャー：3名（兼務1名） 事務員：2名 社会福祉士：1名（東久留米市在宅療養相談窓口専任相談員）</p>
利用者像とケア	<p>利用者数：160～170名/月 *多い月は15名弱の新規療養者があり、それと同等人数の看取りやPCUへの入院がある *認知症対応型共同生活介護施設（グループホーム）との施設契約 ・1回の定期訪問と緊急時対応 ・個別ケアによる施設での重度化予防・看取り支援・施設スタッフの教育サポート *その他に、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、障害者グループホーム等への訪問も実施している</p> <p>訪問回数：約650回/月 + 施設訪問 年齢層：0歳児～100歳を超える超高齢者まで、すべての年齢層 疾患：がん末期の方が圧倒的に多いが、慢性疾患・難病・精神疾患・小児などすべての疾患に対応 医療デバイス：HOT（在宅酸素）・吸引・人工呼吸器 HPN（在宅高カロリー輸液） CSI（オピオイド製剤等の持続皮下注射） ストマ・創傷管理・各種ドレーン管理 など</p> <p>在宅看取り数：約40名/年 PCUとの連携：緩和ケア外来・病棟との連絡は日常的に頻繁 遺族訪問などのグリーフケア実施</p>
その他	<p>・看護師全員に、携帯電話・iPadを貸与し、看護師単独訪問や24時間対応に伴う看護師の不安と負担の緩和を図っている ・東久留米市全体の体制整備として、地域の多職種連携強化のためのICT化を順次進めている</p>

呼吸停止・対光反射消失の確認を行い、ICTの動画等のデバイスを活用して医師に報告することで医師が遠隔で死亡診断を行い、看護師に死亡診断書の代筆を指示するといった制度である。この実施にあたってはいくつかの要件や、看護師の研修制度があるが、医師が早急に対応できない離島や山間地域等ですでに実施されている。

2. 在宅緩和ケアにおける多職種連携

在宅緩和ケアの実践には薬剤師や訪問介護・訪問入浴・ケアマネジャーとの連携が非常に重要となる。薬剤師とは主になんがん性疼痛をはじめとする症状コントロールで連携することになる。オピオイドスイッチングやタイトレーションの際には、スピーディな情報共有を図り、症状に見合った対応が求められる。オピオイドの持続皮下注射等投与経路変更時には、ポンプ調達や薬剤充填などに時間を要するので、日頃からの情報共有や顔の見える関係、地域内での体制を構築しておくことが望まれる。近年は、調剤薬局の24時間対応について協議されることも増えている(表2)。

また自宅や地域での看取り促進のため、訪問看

護師の役割拡大の施策も進められている。いくつかの要件はあるが、特別養護老人施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、認知症や障がい者のグループホーム、デイサービスなど、自宅以外の療養者が生活する場に訪問できるようになっており、訪問看護師の看護実践に期待が寄せられている。

在宅緩和ケアの今後の展望

在宅緩和ケアを担う医療・介護の人材確保と育成が喫緊の課題である。訪問看護においては、看護実践を可視化しながら、ケアの質向上と、どのステーションを利用しても同じケアが受けられるようケアの均一化を図る必要がある。ケアの軸は療養者の意思決定であることから、一般市民に対する人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)普及啓発も必要である。病院と地域、医療介護の多職種、地域住民(互助力)との連携のもと、療養者の意思を共有し独居など困難な問題があったとしても、最期まで尊厳をもって“その人らしく生きる”ことを支援する体制の構築を各

表2 在宅緩和ケアの実際

概要	70歳代 男性 独居 肺がん 癌性リンパ管症 上大静脈症候群 脳転移 PS4 強い呼吸困難があり、酸素7~8L/分(リザーバー使用) 脳転移に伴う記憶力の低下があり薬のオピオイドの自己管理が困難 「母を介護し看取った自宅に帰りたい・身辺整理をしたい」という強い思いがあったが、症状強く、1人暮らしの自宅生活は大丈夫だろうか?と、退院カンファレンスで懸念されたが、「みんなで応援するから、1晩でも1日でもいいから帰ろう」と訪問看護師が背中を押した
利用した在宅サービス	・在宅医療⇒訪問診療 訪問看護 訪問薬剤 在宅酸素 ・介護保険サービス⇒ケアマネジャー 訪問介護(2~3回/日) 訪問入浴 ・呼吸困難感があるため、労作時の負荷を最小限にするための工夫を多職種で検討
A氏 在宅での経過	・ご近所さんが協力してくれた⇒21時頃に安否確認・オピオイド内服の声掛け・イブニングケア・戸締りなどを手伝ってくれた。ご近所さんが入れない日は訪問看護師がケアに入った ・呼吸困難感の増強に伴い、オピオイドの投与経路を持続皮下注射に変更 ・A氏の言葉:「1人だから夜はちょっと寂しいけど、家に帰ってきて本当に良かったよ。あの時(退院カンファレンス)に帰ろうって言ってくれてありがとう」 ・3週間自宅で生活し、永眠される4日前に緩和ケア病棟に入院された
ポイント	・症状的に厳しくても、的確なアセスメントと症状コントロール、ケアマネジメントによって、1人暮らしであっても在宅緩和ケアは可能である ・独居であっても、多職種連携することでオピオイドの持続皮下注射等も安全に実施可能である ・ご近所さんの助け(互助力)が在宅生活継続の要因の1つになった

B 氏	概要	89歳 男性 1人暮らし 親族等との連絡、数十年とっていない 生活保護受給者 大腿骨骨折 2回 膝骨骨折 大腸がん 肝転移 PS4 8年間訪問看護が介入し、その間に4回の入退院を繰り返し、何度となくACPを繰り返してきた 「入院はイヤ。家がいい。最期まで家がいい」と、8年間、一貫して揺るがない強い意思を表示
	利用した 在宅サ ービス	・在宅医療⇒訪問診療 訪問看護 訪問薬剤 ・介護サービス⇒ケアマネジャー 訪問介護（2～3回/日） 訪問入浴 ・死後事務処理⇒身寄りがいなかったため、死後の遺品等の整理などを業者に依頼し、生前に契約
	在宅での 経過	・住民から地域包括支援センターに連絡⇒「こんな重病人を家にいさせるとはどうしたものか！」 ⇒ B氏と相談し、訪問看護師からご近所さんにB氏の意思に沿うために医療関係者が支援していることを説明した ご近所さんは、「孤独死をさせたくない」という気持ちと何かあった時の対応に不安があることがわかった ⇒ ご近所さんに訪問看護師の緊急連絡先を伝え、ご近所さんの不安に対しても訪問看護師が24時間対応で支援することを保証した ⇒ 引き続き、ご近所さんが安否確認や食事を届けるなどして見守ってくれた ・予後が日単位と思われた時に最期にもう一度意思を確認した際のB氏の言葉 ⇒ 「家で最期まで暮らしたい。死ぬ時は1人だと思うけど、旅立った後、まもなくあなたたちが来て見届けてくれるでしょ。だから僕は1人じゃない。孤独じゃないんだよ」 ・訪問すると、当たり前前の日常の中で、眠るように穏やかな表情で永眠されていた ⇒ 訪問介護スタッフやケアマネジャー、ご近所さんが次々訪れ、お別れの時間をもったかかわったすべての人が納得・満足する看取りだった
	ポイント	・療養者自身の意思決定（ACP）に沿った多職種によるケアの実施 ・独居であっても、在宅緩和ケア・看取りは可能である ・ご近所さんのサポートなどを引き出しながら、地域の互助力を強化していく働きかけが必要 ご近所さん自身のACPの機会にも繋がる

地域で進めていかなければならない。

引用・参考文献

- 1) 全国訪問看護事業協会：訪問看護ステーション基本情報 [https://www.zenhokan.or.jp/new/topic/basic/] (2019.3.○アクセス)

- 2) 日本看護協会出版会 編：H.28年看護関係統計資料集
- 3) 日本看護協会、日本訪問看護財団、全国訪問看護事業協会：訪問看護アクションプラン2025年—2025年を目指した訪問看護、2015
- 4) 厚生労働省：情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断書等ガイドライン（平成29年9月）

4. 緩和ケアと看護の拡がり

B. 場の拡がり

2) 介護施設

深堀浩樹^{*1} 松本佐知子^{*2}

(^{*1} 慶應義塾大学看護医療学部 ^{*2} 聖隷福祉事業団 藤沢エデンの園一番館)

はじめに

わが国には、多くの種類の介護施設あるいは高齢者の居住の場（住まい）がある。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型病床の介護保険で施設サービスとされる3つの施設に加え、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など介護サービスの提供を伴う高齢者の居住の場も、広い意味での介護施設といえるだろう。地域包括ケアシステムの構築が推進されるなか、医療・介護・予防や住まい・生活支援は一体的に提供することを目指していることを踏まえ、本稿では、介護施設と上記のいずれかの形でケアが提供される、自宅以外の高齢者が居住する場と広く捉えて論を進める。

介護施設における緩和ケアの現状

これらの介護施設の多くでは、看取りやターミナルケアに対して介護報酬上の加算等が設定されており、介護施設での看取りや終末期ケアが政策的に推進されている。たとえば、特別養護老人ホームでは看取り介護加算が2006年に創設され、7割の施設が看取り介護を実施しているとされている¹⁾。また、介護老人保健施設ではターミナルケア加算が2009年に新設され、2012年にその加算額は増額されている²⁾。

これらの政策的な取り組みや終末期ケアへの国民的なニーズの高まりもあり、介護施設では、看

取りやエンド・オブ・ライフ・ケアといった形で終末期の高齢者へのケアが展開されている。介護施設における看護や介護に関する教科書や書籍の多くで、看取りやエンド・オブ・ライフ・ケアと関連して緩和ケアの概念や、疼痛やかゆみ・せん妄などの症状を緩和する方法については触れられている。これらの内容は基本的緩和ケアの要素と合致すると考えられ、これらの方法が適切に活用され、看取りや終末期ケアに意欲的に取り組んでいる介護施設においては、基本的緩和ケアの提供は充実しているといえよう。たとえば、日本看護協会による『介護施設の看護実践ガイド 第2版』では「看取りの援助」の節が設けられ、苦痛を伴う症状の緩和や家族支援などについて紹介されている³⁾。また、日本緩和医療学会による看護師を対象とした教育プログラムである The End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan (ELNEC-J) コアカリキュラムをもとに開発され、日本老年看護学会の継続教育としても採用されている ELNEC-JG（高齢者カリキュラム）看護師教育プログラムは、その受講生の多くが介護施設に勤務する看護職である。この ELNEC-JG の教育内容にも症状・痛みのマネジメント、喪失・悲嘆・死別、臨死期のケアなどが含まれる⁴⁾。さらに、介護施設で勤務する介護職を対象としている看取りケアの書籍においても、緩和ケアや全人的苦痛の概念が紹介され、看取り期のケアについて説明されている⁵⁾。

一方で、基本的緩和ケアだけでは、症状の緩和や意思決定支援などが困難な高齢者に対する専門的緩和ケアについては国内の文献の状況から判断

すると介護施設においては、発展の余地があると考えられる。2019年1月段階で、医学中央雑誌Web版にて、統制語「緩和ケア」と「介護保険施設 or 老人ホーム or 老人福祉施設」を用いて検索したところ162件の文献が検索された。それぞれの統制語を単独で検索した場合の文献数が約38,000件、約23,000件であったことを踏まえると、介護施設での緩和ケアに関する文献や発表はまだ相対的に少ないといえよう。さらに、検索された文献や発表の内容を概観したところ、介護施設に入居中のがん患者などに緩和ケアを提供した事例の報告等^{6,7)}が少数例あったが、多くは、看取りや終末期ケアに関する発表⁸⁾や論説⁹⁾、あるいは職員への教育的な取り組みの報告¹⁰⁾等であり緩和ケアについての言及は多くない。現状の文献から判断して、介護施設での緩和ケアの取り組みの多くは基本的緩和ケアの充実を目指した教育などの活動が主であり、一部取り組まれているがん患者に対する在宅診療・訪問看護などの形での緩和ケアの提供もそれほど多くないものと推測される。

介護施設における緩和ケアに関する研究の現状

国内で行われた調査研究からは、介護施設における緩和ケアへの関心の高まりと、実践における困難の存在が推測される。森本らによる神戸市内の高齢者福祉施設を対象とした調査¹¹⁾においては、対象となった施設の39%が看取りを実施しており、48%が看取りに取り組む意思があること、医療処置としては58%で点滴が可能なものの医療用麻薬が使用可能なものは23%にとどまることが明らかとされている。また、村上らの東京都内の緩和ケア病棟を併設していない療養病棟における調査¹²⁾では、療養病棟のスタッフは、がん・非がん患者双方への緩和ケアの必要性を高く認識していたが、その実現性は相対的に低く認識していた。さらに時間や人員、専門的知識をもつ人の不足を緩和ケアにおける困難として認識していた。大石らの緩和ケア病棟を併設していない病院の療養病棟管理者を対象とした調査¹³⁾では、対

象となった55施設のうち7割が療養病棟の管理者が非がん緩和ケアを重要視し取り組んでいる一方で、緩和ケアに習熟した医師がいる施設は30%程度で、苦痛緩和の困難感はその医師がいない場合に特に高いことが示されている。

2012年に日本老年医学会は「『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』2012」を発表している¹⁴⁾。この「立場表明2012」では、11の立場が表明されており、立場9として、「緩和医療およびケアの普及」が見出しとされ、非がん疾患を含め高齢者のあらゆる終末期において最新の緩和医療やケアの技術の適用が望まれることが表明されている。先の状況を踏まえると、この認識は2019年の現在の介護施設にも未だ該当するものであろう。

前頁でのべたように、介護施設における緩和ケアには発展の余地があると思われるが、基本的緩和ケアの概念や要素は高齢者ケアの現場にある程度普及していること、わが国においては諸外国に比べて介護職の国家資格として介護福祉士が存在し、教育水準が高いこと¹⁵⁾、国際的にgeriatric palliative careが発展しつつあること¹⁶⁾などから、今後非がん患者を含めた高齢者への緩和ケアの発展が介護施設でも進むことが予測される。筆者らが行った介護施設の管理者を対象とした調査研究¹⁷⁾では、介護施設の管理者の6割弱が「緩和ケアチームのサポートがあればがん患者の看取りが可能である」と回答しており、緩和ケアの専門家が介護施設へ関与することが有効であることを示唆している。

2011年に公表されたcare homeにおける緩和ケアを促進する介入についてのコクランレビューでは、採用された論文は米国で行われた3件しかなく、より質の高い研究の蓄積が求められているものの、ケアへの満足度やホスピスの利用等の効果が示唆されている¹⁸⁾。2018年にも、米国でnursing homeの入居者に対する専門的緩和ケアの効果を検証するためのランダム化比較試験(randomized controlled trial; RCT)が行われており、高齢者ケアと緩和ケアの専門性をもつnurse practitionerが介護施設への支援や教育を行い、施設レベルでの緩和ケアチームを構築するこ

との有効性が検討されている¹⁹⁾。

今後、非がん疾患患者への緩和ケアの実践や研究が蓄積され、種類が多く制度も複雑な介護施設ごとに緩和ケアが提供できる体制が整備されていくことになると思われる。そのなかで、看護職も介護施設での基本的・専門的緩和ケアの提供や体制整備、研究の発展に貢献し、介護施設で生活する高齢者のQOLやgood deathの向上を実現していくことを期待したい。

文献

- 1) 全国老人福祉施設協議会：看取り介護指針・説明支援ツール（平成27年度介護報酬改定対応版），2015。〔www.roushikyo.or.jp/contents/research/other/detail/224〕（2019年3月20日アクセス）
- 2) 杉本健太郎，柏木聖代：介護老人保健施設における看護。日本臨牀 76（増刊7）：722-725，2018
- 3) 日本看護協会：介護施設の看護実践ガイド（第2版）。医学書院，2018
- 4) 深堀浩樹，得居みのり，吉岡佐知子，他：EL-NEC-J 高齢者プログラムの試験的運用から得られた今後の課題。看護管理 23（4）：278-284，2013
- 5) 橋本美香：介護スタッフのための施設看取りハンドブック。学研プラス，2017
- 6) 栗原真紀，佐藤雪絵，清水洋美，他：有料老人ホームと連携して緩和ケアを行った終末期胆嚢管癌の一例。ホスピスケアと在宅ケア 26（2）：231，2018
- 7) 飯田邦夫，原 春久，奥野直美，他：緩和ケア病棟ではなく介護施設での最期を希望された膀胱癌の一例。ホスピスケアと在宅ケア 26（2）：232，2018
- 8) 藤森淑江，西窪昌子，鎗木 悟，他：介護療養型病棟におけるターミナルケアの取り組み—事例報告。日本慢性期医療協会誌 25（5）：70-73，2017
- 9) 福岡誠之：わたしたちはどんな死に方をしたいのか？（Wie wollen wir sterben?）。洛和会病院医学雑誌 29：33-37，2018
- 10) 梶原真由美，成清優子，南 光子：施設職員のための緩和ケア研修会を開催しての結果報告。Palliat Care Res 13（Suppl.）：S503，2018
- 11) 森本有里，新城拓也，関本雅子，他：神戸市内の高齢者福祉施設の看取りと終末期ケアに対する実態調査。Palliat Care Res 10（1）：120-124，2015
- 12) 村上真基，大石恵子，綿貫成明，他：療養病棟スタッフの緩和ケアに対する意識：東京都内の緩和ケア病棟を併設していない療養病棟における調査。Palliat Care Res 13（3）：219-227，2018
- 13) 大石恵子，村上真基，綿貫成明，他：緩和ケア病棟を併設していない病院の療養病棟における緩和ケアの実態調査：療養病棟管理者への調査。Palliat Care Res 13（3）：245-250，2018
- 14) 日本老年医学会：『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』2012。〔www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf〕（2019年3月20日アクセス）
- 15) 白澤政和：高齢者の介護とは。日本臨牀 76（増刊7）：777-781，2018
- 16) Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, et al : Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. BMC Geriatr 18（1）：220，2018
- 17) Fukahori H, Miyashita M, Morita T, et al : Administrators' perspectives on end-of-life care for cancer patients in Japanese long-term care facilities. Support Care Cancer 17（10）：1247-1254，2009
- 18) Hall S, Kolliakou A, Petkova H, et al : Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. Cochrane Database Syst Rev 3 : CD007132，2011
- 19) Temkin-Greener H, Mukamel DB, Ladd H, et al : Impact of nursing home palliative care teams on end-of-life outcomes: A randomized controlled trial. Med Care 56（1）：11-18，2018

5. 緩和ケアの看護に関する研究の動向

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)

はじめに

本稿の執筆にあたり緩和ケアの看護に関する研究の動向について、教科書や文献検索を行い、筆者は以下のような印象をもった。

(1)緩和ケアに関する研究の難しさや配慮しなくてはならない点、原理・原則などについては緩和ケアの教科書に十分に記載されている。

(2)緩和ケアは多職種ケアであり、医学的側面と看護的側面を区別することは難しい。したがって「看護」に関する研究を緩和ケアの研究から抜き出すことも難しい。

(3)緩和ケアの研究動向について海外・日本の研究は非常に少なく、現状を十分に記述できるエビデンスは十分ではない。海外のものは国を限ったものが散見される。

(4)医学中央雑誌を検索すると、緩和ケアの個々のトピック（たとえば、緩和ケアリンクナース、がん看護の困難感、サバイバーシップ…等）に関する研究動向のレビュー論文が近年増加傾向にあるが、緩和ケア全体を網羅するものではなく、また、会議録などの資料が多い。

そこで本稿ではすでに出版されている緩和ケアの研究の動向についての研究の紹介と今後の緩和ケアにおける看護の研究のあり方を検討する際の示唆を与える資料をいくつか紹介したいと思う。

緩和ケア研究の動向についての海外レビュー論文と日本

Tiemanらは1902年から2005年までの緩和ケアに関する『Medline』に記載された文献をレ

ビューした^{1,2)}。Tiemanらによると、ホスピス・ムーブメントが起こった1970年ごろが緩和ケアに関する研究が増加した時期であり、医学文献全体のなかでの緩和ケアに関する文献は1970年に0.08%だったのに対し、2005年には0.38%に増加した。また、緩和ケアに関する文献のうち臨床試験が占める割合は1970年に0.96%だったものが2005年には7.22%に増加した。これは15年前までの古いデータであり、近年では双方ともにさらに増加していると思われる。またPayneらは1997年から2006年までの緩和ケア研究の方法論に関する文献をレビューし、緩和ケアが学際的な分野でありそれらは非常に多岐にわたる分野の雑誌に掲載されてきたことや、バックグラウンドに沿って研究方法論もさまざまであることなどを報告している³⁾。

昨年(2018年)、2本の緩和ケア研究の動向の論文が出版された。Liuらは2001年から2016年までの緩和ケアに関する文献レビューを行い、2001年から2016年までに緩和ケアに関連する文献の数は3倍以上に増加したこと、文献数は米国が全体の39%で圧倒的に多く、次点は英国(18%)であること、人口比の文献数はオーストラリアが最も多いことなどを報告した(図1,表1)⁴⁾。論文には「東アジアの数カ国の論文数の増加が著しい」と記述されており、実際に2001年の論文数は(おそらく検索から漏れたものがあると思われるが)日本0,台湾0,中国3,韓国0であり、2001～2016年の合計は日本193,台湾77,中国74,韓国73であった。また、Cheongらは同様にアジアからの緩和ケアに関する研究を調査し、論文数では日本がトップ(568)で台湾(300)、香港(134)と続くものの、人口比でみる

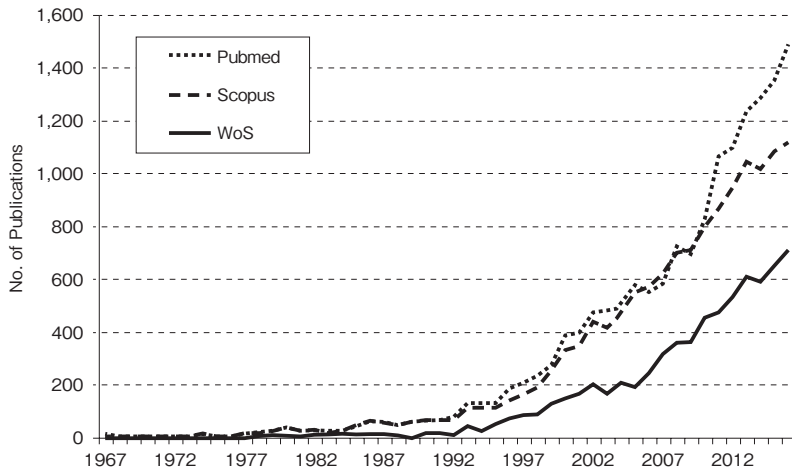


図1 緩和ケアに関連する論文数の推移

文献4) より引用

表1 緩和ケアに関する論文数のトップ20カ国

順位	国	論文数				%	引用数	平均引用数
		2001	2016	2001～2016	増加率			
1	United States	79	291	2448	268.4	39.0	15830	6.5
2	United Kingdom	31	120	1112	287.1	17.7	9753	8.8
3	Australia	11	65	598	490.9	9.5	5006	8.4
4	Canada	14	48	594	242.9	9.5	6645	11.2
5	Germany	7	56	364	700	5.8	2898	8.0
6	Netherlands	3	38	265	1166.7	4.2	2490	9.4
7	Spain	4	29	222	625.0	3.5	1545	7.0
8	Japan	0	20	193	-	3.1	1123	5.8
9	Italy	7	26	165	271.4	2.6	2783	16.9
10	Belgium	2	19	153	850.0	2.4	1711	11.2
11	France	2	15	152	650.0	2.4	1053	6.9
12	Sweden	1	18	131	1700.0	2.1	1472	11.2
13	Switzerland	6	10	98	66.7	1.6	1569	16
14	Ireland	1	17	96	1600.0	1.5	1187	12.4
15	Norway	2	8	88	300.0	1.4	1917	21.8
16	Taiwan	0	12	77	-	1.2	403	5.2
17	Brazil	0	9	75	-	1.2	330	4.4
18	China	3	16	74	433.3	1.2	545	7.4
19	South Korea	0	6	73	-	1.2	473	6.5
20	New Zealand	2	9	71	350.0	1.1	542	7.6
	Worldwide	170	710	6273	317.6	100	25009	4.0

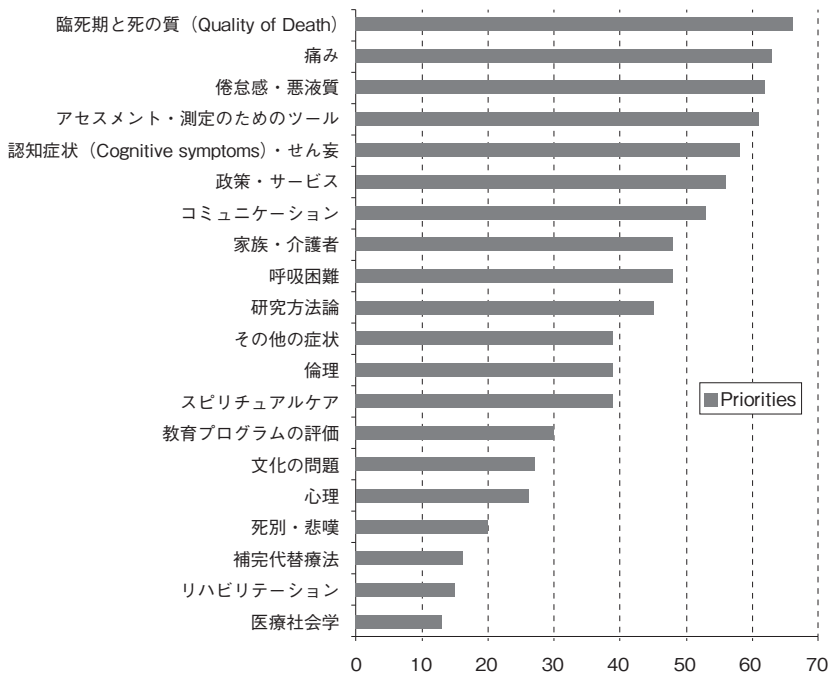


図2 緩和ケア研究のプライオリティ

とシンガポール (18.7/100 万人)、香港 (18.2)、台湾 (12.7) であり日本は4.5 本/100 万人であることなどを報告している⁵⁾。

緩和ケア研究の課題の世界的動向

緩和ケア研究の難しさやそれに対する対応、今後の課題に関しては多くの文献があり^{6~8)}、緩和ケアの教科書にもまとめられている^{9~12)}。緩和ケア研究の課題を知るには世界的に著名な研究者による過去の研究の課題と今後の研究への示唆を報告した論文や^{13,14)}、カナダの『J Palliat Care Med』誌の2014年12号の特集「緩和ケアにおける未解決の課題」なども参考になる(この特集では「Palliative Care Nursing, Technology, and Therapeutic Presence: Are They Reconcilable?」という記事も掲載されている)。

本稿では欧州において緩和ケア研究課題のプライオリティやその緩和ケア研究のバリアとその解決方法を探るために実施されたPRISMA ワークショップの際の調査結果を紹介したい。PRISMA

ワークショップは2009年に欧州25カ国を代表する研究者によって開催された。図2はワークショップに先立って事前に127の研究グループに成人を対象とした緩和ケア研究のプライオリティについて調査した結果であり、個々のグループの構成員で最も多かったのは看護師であった¹⁵⁾。このワークショップの結果に関してはいくつかの論文に報告されているが、研究のプライオリティに関しては Sigurdardottir により『Eur J Cancer』誌に報告されたものが一番詳しい¹⁶⁾。

表2は緩和ケアの看護に関する世界的なテキストである『Oxford Textbook of Palliative Nursing』の「看護研究」の章で Ferrell らがまとめた看護研究の分野とテーマの例である¹¹⁾。現在の緩和ケア研究の最先端から考えると筆者はやや情報が古いように感じる。たとえば実態調査や尺度の開発などは近年かなり進んでいる。介入研究の実施は看護においていまだ大きな課題である。

最後にわが国の遺族調査から得られた今後の研究課題に対する示唆を紹介したい¹⁷⁾。これは2014年のJ-HOPE3研究で実施された調査で、遺

族に対して「緩和ケア全体に関する医療・福祉についてもっと研究・調査が必要であると感じられた内容」を自由記述で尋ね、回答があった2,838の記述を主題分析・内容分析したものである。調

査の性格上、緩和ケア病棟・病床に関するものが多いが、遺族からみた現状の課題を広く知ることができる(表3)。

表2 Oxford Textbook of Palliative Nursing による終末期ケアにおける研究課題のまとめと筆者による日本の緩和ケア看護学研究の現状と課題の整理

カテゴリー	研究領域	Ferrell らによるテーマの例
1. 緩和ケアの概念	A 看護師にとっての緩和ケアの重要性 B 緩和ケアの定義 C 緩和ケアの目標 1. 尊厳 2. 症状緩和 3. 平穏な死 4. 倫理的問題 5. 患者の自己決定 D 多職種協働の重要性 E 看護師自身の当惑や不安	◆緩和ケアの定義や基準の洗練 ◆多職種ケアの実態やそのアウトカムの記述的研究 ◆医療者による支援方法の評価
2. 終末期におけるQOL	A 終末期のQOLの多次元性の理解 1. 身体的苦痛 2. 心理的苦痛 3. 社会的苦痛 4. スピリチュアルな苦痛	◆緩和ケアで使用できるQOL尺度の作成とバリデーション ◆QOLアセスメントにおいて患者の負担を軽減するための研究方法の洗練 ◆家族に対するQOL評価尺度の作成とバリデーション
3. 終末期における痛みのマネジメント	A 痛みの定義 B 痛みのアセスメント C 痛みの意味のアセスメント D 終末期における薬物療法による痛みのマネジメント E 侵襲的治療 F 中毒, 耐性, 依存 G 非薬物的な痛みのマネジメント H 身体的な痛みと苦痛 I オピオイドの副作用 J 痛みマネジメントのバリア K オピオイドが死を早めることへの恐れ L 異なるオピオイドの用量換算 M 終末期における痛みマネジメントに対する看護師の負担感	◆意思疎通ができない患者の痛みのアセスメント方法 ◆患者の負担を軽減するような痛みアセスメント方法の洗練 ◆終末期における全人的苦痛の4側面を評価する方法の開発 ◆終末期に共通する痛みと関連する症状に対する介入 ◆終末期における痛み治療のプロトコルの試験(投与ルートの変更を含む) ◆痛みのマネジメントへの恐れを軽減するための患者・家族への教育方法の開発と評価 ◆痛みのマネジメントに対する看護師への教育やサポート方法の開発と評価
4. 痛み以外の症状	A 終末期に多い症状のアセスメントとマネジメント 1. 呼吸困難・咳 2. 嘔気・嘔吐 3. 輸液・栄養 4. 精神症状・せん妄・不穏 5. 不安・抑うつ 6. 虚弱・倦怠感 7. 嚥下障害 8. 失禁 9. 皮膚症状 10. 便秘・腸閉塞 11. 興奮・ミオクローヌス	◆症状の経験に対する理解を深めるための記述的研究 ◆終末期における症状の頻度 ◆個々の症状に対する薬物治療 ◆症状マネジメントに対する患者・家族への教育方法の開発(薬物的治療・非薬物的治療) ◆症状アセスメントとマネジメントにおける看護の効果を有効に発揮するためのプロトコルやアルゴリズムの評価

5. 患者・家族とのコミュニケーション	A コミュニケーションの定義と目標 B 傾聴の重要性 C コミュニケーションのバリア D 悪い知らせを伝えること, 真実を話すこと E コミュニケーションにおける家族のダイナミクスの理解 F 文化, 民族, 価値観, 宗教などによる違い G 患者・家族との治療選択オプションや決定に関する話し合い H 多職種チーム内でのコミュニケーション I 希死念慮への対応	◆終末期におけるコミュニケーションに関する共通の関心領域を同定するための記述的研究 ◆コミュニケーションにおける看護の役割を記述する研究 ◆悪い知らせを伝えるプロトコルの評価 ◆コミュニケーションに対する文化的な問題を探索する研究 ◆患者と家族介護者による意思決定についての研究 ◆希死念慮の理由やそれに看護師がどう対応するように準備しておくかという研究
6. 家族介護者の役割とニード	A 家族や家族介護者のニードを知ることの重要性 B 家族のニードのアセスメント C 家族のダイナミクス D 文化や民族の影響の理解 E コーピング方略と支援システム	◆家族介護者の死に至る病に対する理解をより深めるための記述的研究 ◆個々の家族員に焦点をあてるのではなく, 家族のダイナミクスや家族を1つの単位して捉える研究 ◆死生観を育むような教育や支援の評価 ◆文化の影響の理解を促進するような研究 ◆差し迫った死に対する家族の準備を促すようなアプローチの評価
7. 臨死期のケア	A 看護師自身の死生観 B 自然な過程としての死 C 臨死期の兆候や症状の理解 D 死に対する患者・家族の恐れ E 死への準備 1. 医療者 2. 患者 3. 家族 F 臨死期の身体的ケア G 臨死期のスピリチュアルケア	◆臨死期のケアのプロトコルの開発と評価(身体的側面とスピリチュアルな側面)
8. 政策, 倫理, 法的問題	A 患者の意向とアドバンス・ディレクティブ B 自殺ほう助 C 安楽死 D 食事や水分の拒否 E 延命治療の中止 F 終末期医療における法的問題 G 政策変更の必要性 H 個人情報秘匿	◆アドバンス・ディレクティブの使用を促進するようなアプローチの評価 ◆自殺ほう助や安楽死の要求に対する看護師の対応力を向上させるような教育方法の開発 ◆食事・水分摂取や延命治療を行わない状況での患者の安楽を促進するためのプロトコルの開発と評価 ◆最適な終末期ケアを提供するための法的・規制的なバリアの同定
9. 遺族ケア	A 悲嘆の段階・プロセス B 悲嘆のアセスメント C 介入やリソース D 医療者の悲嘆に対する理解	◆文化的な影響を理解することを促進する探索的研究 ◆悲嘆の効率的なアセスメントの洗練 ◆医療者のグリーフケアを促進するためのアプローチの検討

表3 もっと研究・調査が必要であると感じられた内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード 1658	%
緩和ケアサービスの体制整備		466	28.1
	緩和ケア病床や緩和ケア病棟の増設	125	7.5
	医療従事者の増員	59	3.6
	医療従事者に相談できる体制	57	3.4
	在宅でも緊急時に対応してくれる体制	35	2.1
	緩和ケア病棟へスムーズに入院できる体制	33	2.0
	緩和ケアサービスについての情報提供体制	22	1.3
	緩和ケア病棟へスムーズに紹介できる体制	22	1.3
	緩和ケア病棟の当直体制の改善	18	1.1
	在宅緩和ケアサービスの整備	16	1.0
	緩和ケア病棟で夜間緊急時に対応できる体制	12	0.7
	在宅看取りが可能な体制	9	0.5
	緩和ケア病棟からの外出・外泊時のサポート体制	8	0.5
	緩和ケア病棟の環境整備	7	0.4
	ケアマネジャーと病院スタッフとの連携	7	0.4
	治療期から緩和ケアを提供できる体制の整備	5	0.3
	在宅医と緩和ケア病棟との連携	5	0.3
	治療病院と緩和ケア病棟との連携	5	0.3
	緩和ケア病棟への入院待機期間の短縮	4	0.2
	経済的な負担が少ない緩和ケア病棟の整備	4	0.2
	一般病院での緩和ケア病棟の整備	3	0.2
	精神科医師との連携	2	0.1
	緩和ケア病棟からの転院調整	2	0.1
	地域の緩和ケアリソースの現状把握	2	0.1
	宗教家の配置	1	0.1
	泌尿器専門スタッフとの連携	1	0.1
	緩和ケア外来の増設	1	0.1
	緩和ケアセンターの増設	1	0.1
疼痛の緩和		342	20.6
	眠気が少ない疼痛の緩和の工夫	195	11.8
	疼痛を緩和する方法	86	5.2
	せん妄を来さない疼痛の緩和の工夫	29	1.7
	副作用が少ない鎮痛薬の開発	17	1.0
	疼痛の評価方法の開発	5	0.3
	モルヒネの副作用対策	5	0.3
	新しい鎮痛薬の開発	4	0.2
	神経障害性疼痛の緩和	1	0.1
コミュニケーション		288	17.4
	患者家族と医療者とのコミュニケーション	102	6.2
	臨終期についての家族への説明	35	2.1
	予後や余命の告知方法	32	1.9
	患者と家族がコミュニケーションをとる際の工夫	32	1.9
	病状経過についての説明	25	1.5
	終末期に関する説明	17	1.0
	臨終までコミュニケーションをとることが可能な方法	15	0.9
	家族への病状説明	13	0.8
	今後起こりうる症状についての説明方法	10	0.6
	医療者間のコミュニケーション	7	0.4

疼痛以外の症状の緩和		210	12.7
	倦怠感を緩和する方法	40	2.4
	精神的なケア	35	2.1
	呼吸困難を緩和する方法	16	1.0
	便秘を緩和する方法	16	1.0
	不眠を緩和する方法	13	0.8
	せん妄の治療方法	11	0.7
	腹水貯留による腹部膨満感を緩和する方法	11	0.7
	悪心を緩和する方法	10	0.6
	かゆみを緩和する方法	9	0.5
	浮腫を緩和する方法	9	0.5
	口渇を緩和する方法	9	0.5
	眠気を緩和する方法	5	0.3
	喀痰分泌を少なくする方法	5	0.3
	口内炎を緩和する方法	4	0.2
	苦痛緩和目的の鎮静の方法	4	0.2
	発熱時の対処方法	3	0.2
	味覚障害への対処方法	3	0.2
	食欲低下を改善する方法	2	0.1
	咳嗽を緩和する方法	2	0.1
	鼻出血への対処方法	1	0.1
	しゃっくりを緩和する方法	1	0.1
	アカシジアの治療方法	1	0.1
ケアや介護の工夫		186	11.2
	食事内容や食事介助の工夫	61	3.7
	家族へのケアや支援	40	2.4
	喀痰の吸引方法の工夫	26	1.6
	排泄のケアの工夫	9	0.5
	認知症や高齢者へのケアの工夫	7	0.4
	介護用品の開発	7	0.4
	遺族へのグリーフケア	6	0.4
	褥そうのケアの工夫	5	0.3
	嚥下機能障害時の水分摂取の方法	5	0.3
	酸素吸入中のケアの工夫	4	0.2
	患者に負担が少ない体位変換の方法	3	0.2
	患者に負担が少ない移動方法	2	0.1
	人工肛門を造設した患者のケア	2	0.1
	誤嚥を少なくするケアの方法	2	0.1
	若年者への緩和ケアの提供	2	0.1
	脳梗塞を予防する方法	2	0.1
	患者の負担が少ない清潔ケア	2	0.1
	未告知のがん患者へのケアの方法	1	0.1
緩和ケアの普及啓発		115	6.9
	緩和ケアについての普及啓発	41	2.5
	在宅緩和ケアについての普及啓発	19	1.1
	医療従事者への緩和ケアの教育	13	0.8
	緩和ケア病棟についての普及啓発	12	0.7
	緩和ケア病棟の入院基準の周知	7	0.4
	ボランティアの教育や育成	5	0.3
	緩和ケア専門医の育成	5	0.3
	安楽死や尊厳死について	3	0.2

	死に関する教育	3	0.2
	緩和ケア病棟の質の均てん化	2	0.1
	急変時の心肺蘇生について	2	0.1
	一般病棟での看取りについて	2	0.1
	施設での看取りについて	1	0.1
がん医療		35	2.1
	抗がん剤の副作用対策	9	0.5
	がんの早期発見	3	0.2
	抗がん剤の開発	3	0.2
	薬剤費の経済的負担	3	0.2
	がん治療の意思決定支援	2	0.1
	リハビリテーションの適応	2	0.1
	がんの原因	2	0.1
	臨床研究の方法	2	0.1
	がんの予防	1	0.1
	鎮痛薬の残薬の調査	1	0.1
	保険適用外の薬剤使用	1	0.1
	薬疹が出ない薬剤の開発	1	0.1
	薬剤の評価方法	1	0.1
	検査時の苦痛の緩和	1	0.1
	感染症の対策	1	0.1
	CART について	1	0.1
	補完代替療法について	1	0.1
医療者の知識・技能・態度		16	1.0
	臨終期の医療者の態度	10	0.6
	疼痛の少ない静脈確保の方法	2	0.1
	医師の態度やモラル	2	0.1
	医療者のプロフェッショナリズム	1	0.1
	ユーモア	1	0.1

文献 17) より引用

おわりに

筆者の主観であるが、国際的にもわが国でも、緩和ケアの看護に関する研究では「いままで何が分かっているか」「次に何をしなくてはいけないか」の合意が十分に取れていないように思う。もちろん研究は独創性が重要なのでこのような枠に縛られる必要はないが、現状でわが国から出版される論文をみているとそのような合意がなく、全国の研究者や修士・博士の学生がやや無秩序に自分たちの興味関心で研究を進めているように思える。そこで問題に思うのは、個々の研究が小規模でエビデンス生成への寄与が小さいこと、介入研究の実施が難しく、実態調査等に留まる研究が多いことである。わが国の緩和ケアの研究はここ10年大きく進歩してきた。看護に関する研究も

進歩を実感するが、エビデンスへの寄与という点ではまだ改善の余地がある。

今回、レビューして最も感じたことは、今後は系統的レビューやガイドライン作成（看護に専門的なガイドラインが必要かはわからないが）などを通して、現状の到達点をしっかりと把握し、プライオリティが高い具体的なテーマに対して、全国の研究者や臨床家が共同して問題解決に取り組むことではないかと考える。

文献

- 1) Tieman J, Sladek R, Currow D : Changes in the quantity and level of evidence of palliative and hospice care literature: the last century. J Clin Oncol 26 (35) : 5679-5683, 2008
- 2) Tieman JJ, Sladek RM, Currow DC : Multiple sources: mapping the literature of palliative care.

- Palliat Med 23 (5) : 425-431, 2009
- 3) Payne SA, Turner JM : Research methodologies in palliative care : a bibliometric analysis. Palliat Med 22 (4) : 336-342, 2008
 - 4) Liu CJ, Yeh TC, Hsu SH, et al. : Bibliometric analysis of palliative care-related publication trends during 2001 to 2016. Am J Hosp Palliat Care 35 (10) : 1280-1286, 2018
 - 5) Cheong WL, Mohan D, Warren N, et al. : Palliative care research in the Asia pacific region : A systematic review and bibliometric analysis of peer-reviewed publications. J Palliat Med 2018. doi : 10.1089/jpm.2018.0447.
 - 6) Addington-Hall J : Research sensitivities to palliative care patients. Eur J Cancer Care (Engl) 11 (3) : 220-224, 2002
 - 7) Kaasa S, Hjermland MJ, Loge JH : Methodological and structural challenges in palliative care research : how have we fared in the last decades? Palliat Med 20 (8) : 727-734, 2006
 - 8) Aktas A, Walsh D : Methodological challenges in supportive and palliative care cancer research. Semin Oncol 38 (3) : 460-466, 2011
 - 9) Addington-Hall J M, Bruera E, Higginson I J, et al. (eds) : Research methods in palliative care. Oxford University Press, 2007
 - 10) Cherny N, Fallon M, Kaasa S, et al. : Oxford textbook of palliative medicine, 5th ed. Oxford University Press, 2015
 - 11) Ferrell B, Coyle N : Oxford textbook of palliative nursing, 4th ed. Oxford university press, 2015
 - 12) Bruera E, Higginson I, von Gunten C, et al. : Textbook of palliative medicine and supportive care. CRC Press, 2015
 - 13) Kaasa S, Radbruch L : Palliative care research-priorities and the way forward. Eur J Cancer 44 (8) : 1175-1179, 2008
 - 14) Bruera E, Hui D : Palliative care research : lessons learned by our team over the last 25 years. Palliat Med 27 (10) : 939-951, 2013
 - 15) Sigurdardottir KR, Haugen DF, Bausewein C, et al. : A pan-European survey of research in end-of-life cancer care. Support Care Cancer 20 (1) : 39-48, 2012
 - 16) Sigurdardottir KR, Haugen DF, van der Rijt CC, et al. : Clinical priorities, barriers and solutions in end-of-life cancer care research across Europe. Report from a workshop. Eur J Cancer 46 (10) : 1815-1822, 2010
 - 17) Sakashita A, Morita T, Kishino M, et al. : Which research questions are important for the bereaved families of palliative care cancer patients? A nationwide survey. J Pain Symptom Manage 55 (2) : 379-386, 2018

第 II 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

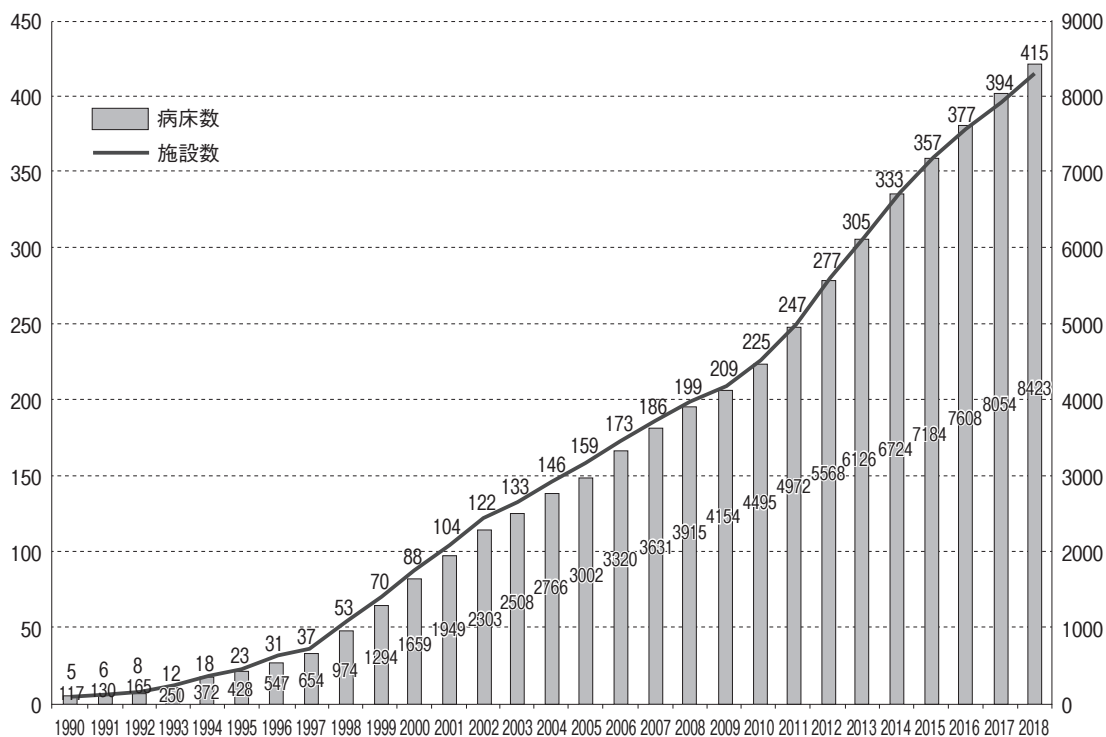
(東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野)

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、看護師数等を分母にした割合の算出のほうが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筆者まで連絡をいただきたい。

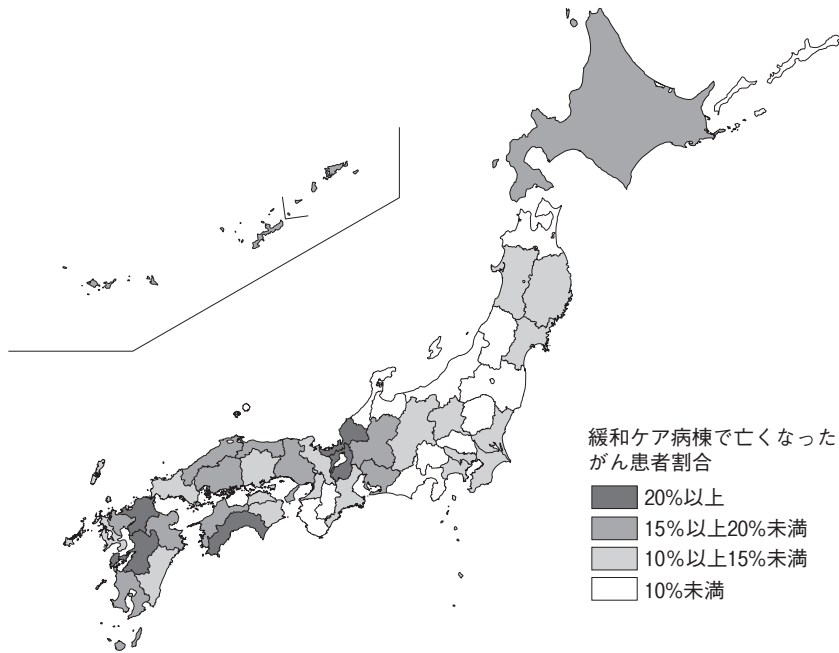
緩和ケア病棟

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



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2018年11月時点)

図1 緩和ケア病棟数・病床数



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2017年度)

※ 緩和ケア病棟の日本ホスピス緩和ケア協会加入率は85%程度なので、実際は平均的にこの1.2倍程度である。

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)

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、病床数共に増加し、1990年に5病棟(117床)だった緩和ケア病棟は2018年には415病棟(8423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2017年で13.4%であった。都道府県別の日本ホスピス緩和ケア協会会員の緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の割合を図2に示す。緩和ケア病棟の死亡割合には地域差がみられ、高い都道府県は福岡県29.7%、高知県27.3%、熊本県24.9%であり、低い都道府県は和歌山県2.2%、静岡県3.1%、青森県3.6%であった(日本ホスピス緩和ケア協会正会員施設のみの集計)。

2018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13.7%、院内病棟型が84.2%であり、完全独立型は2.2%(7施設)であった。稼働病床数は平均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2017年度で平均187.2名であり、200名以上の施設が2011年度に比べて19ポイント増加した。退院患者のうち死亡退院が占める割合は2017年度では平均83.1%であり2011年度より3.0ポイント減少した(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、その後は微減で経過している)。平均在院日数は2017年度では平均32.2日で徐々に減少しており、2017年度では平均在院日数が30日未満の施設の割合は51%で、2011年度に比べて27ポイント増加した。平均病床利用率は平均75.7%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4.5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

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

		N	%			N	%	
病棟形式	院内独立型	44	13.7%	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	271	84.2%		0人	201	62.4%	
	完全独立型	7	2.2%		1人	99	30.7%	
認可病床数	平均 ± 標準偏差	20.6	±7.5	がん看護専門看護師 (人)	平均 ± 標準偏差	0.16	±0.4	
	1～14床	51	15.8%		0人	272	84.5%	
	15～29床	250	77.6%		1人	47	14.6%	
	30床以上	21	6.5%		2人以上	3	0.9%	
稼働病床数	平均 ± 標準偏差	20.3	±7.2	緩和ケア認定看護師 (人)	平均 ± 標準偏差	1.0	±0.8	
	1～14床	53	16.5%		0人	86	26.7%	
	15～29床	248	77.0%		1人	160	49.7%	
	30床以上	21	6.5%		2人以上	76	23.6%	
個室数	平均 ± 標準偏差	17.3	±6.3	がん性疼痛看護認定 看護師 (人)	平均 ± 標準偏差	0.2	±0.5	
	1～9室	28	8.7%		0人	254	78.9%	
	10～19室	155	48.1%		1人	58	18.0%	
	20室以上	139	43.2%		2人以上	10	3.1%	
無料個室数	平均 ± 標準偏差	9.6	±6.0	ELNEC-J 指導者数 (人)	平均 ± 標準偏差	0.9	±0.9	
	0～9室	146	45.5%		0人	129	40.1%	
	10～19室	155	48.3%		1人	131	40.7%	
	20室以上	20	6.2%		2人以上	62	19.3%	
家族室数	平均 ± 標準偏差	1.6	±0.7	ELNEC-J 受講修了者 数 (人)	平均 ± 標準偏差	8.7	±6.5	
	0室	1	0.3%		0人	26	8.1%	
	1室	152	47.2%		1～3人	42	13.0%	
	2室	148	46.0%		4人以上	254	78.9%	
緩和ケア病棟入院料 算定開始後年数	平均	10.5	±6.8	精神科医師のコンサル テーション	可能	234	72.7%	
	0～4年	77	23.9%		心理職のコンサル テーション	可能	198	61.5%
	5～9年	76	23.6%		専門的な口腔ケア	可能	291	90.4%
	10年以上	169	52.5%		専門的リハビリテー ション	可能	299	92.9%
病床あたり面積 (㎡/ 床)	平均 ± 標準偏差	14.9	±6	がん薬物療法 (注射 薬)	可能	38	11.8%	
	5～9㎡/床	33	10.3%		がん薬物療法 (経口 薬)	可能	79	24.5%
	10～14㎡/床	124	38.8%		がん薬物療法 (ホル モン療法)	可能	125	38.8%
	15㎡/床以上	163	50.9%		放射線治療	可能	141	43.8%
外来機能	あり	318	98.8%	CV ポート埋め込み	可能	243	75.5%	
	なし	4	1.2%	専門的疼痛治療 (神 経ブロックなど)	可能	217	67.4%	
病院の総病床数	平均 ± 標準偏差	334.5	±229.2	多職種カンファレン スの開催頻度	0回	6	1.9%	
	～99床	35	10.9%		1～2回	201	62.4%	
	100～499床	222	69.2%		3回以上	115	35.7%	
	500床以上	64	19.9%		N=322 ※342のうち17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、2018年4月1日)			
院内の緩和ケアチ ーム	あり	192	59.6%					
	なし	130	40.4%					
病院・併設施設から の在宅診療	あり	117	36.3%					
	なし	205	63.7%					
病院・併設施設から の訪問看護	あり	179	55.6%					
	なし	143	44.4%					
緩和医療専門医 (人)	平均 ± 標準偏差	0.4	±0.7					
	0人	223	69.3%					
	1人	81	25.2%					
	2人以上	18	5.6%					

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(%)	
2006	170	135	64.2	29	59	12	114	53.7	41	56	3	87.1	10.3	9	44	47	43.0	15.0	15	75	10	78.8	13.0	30	48	22
2007	186	138	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
2010	203	154.8	75.5	23	59	18	132	58.2	29	61	10	85.9	10.9	15	41	45	40.1	14.4	25	65	10	80.9	13.1	29	40	31
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
2017	320	187.2	83.1	11	50	38	154	63.5	18	64	18	83.1	10.9	20	50	30	32.2	11.7	51	46	3	75.7	13.4	44	41	14

(日本ホスピス緩和ケア協会, 2017年度)

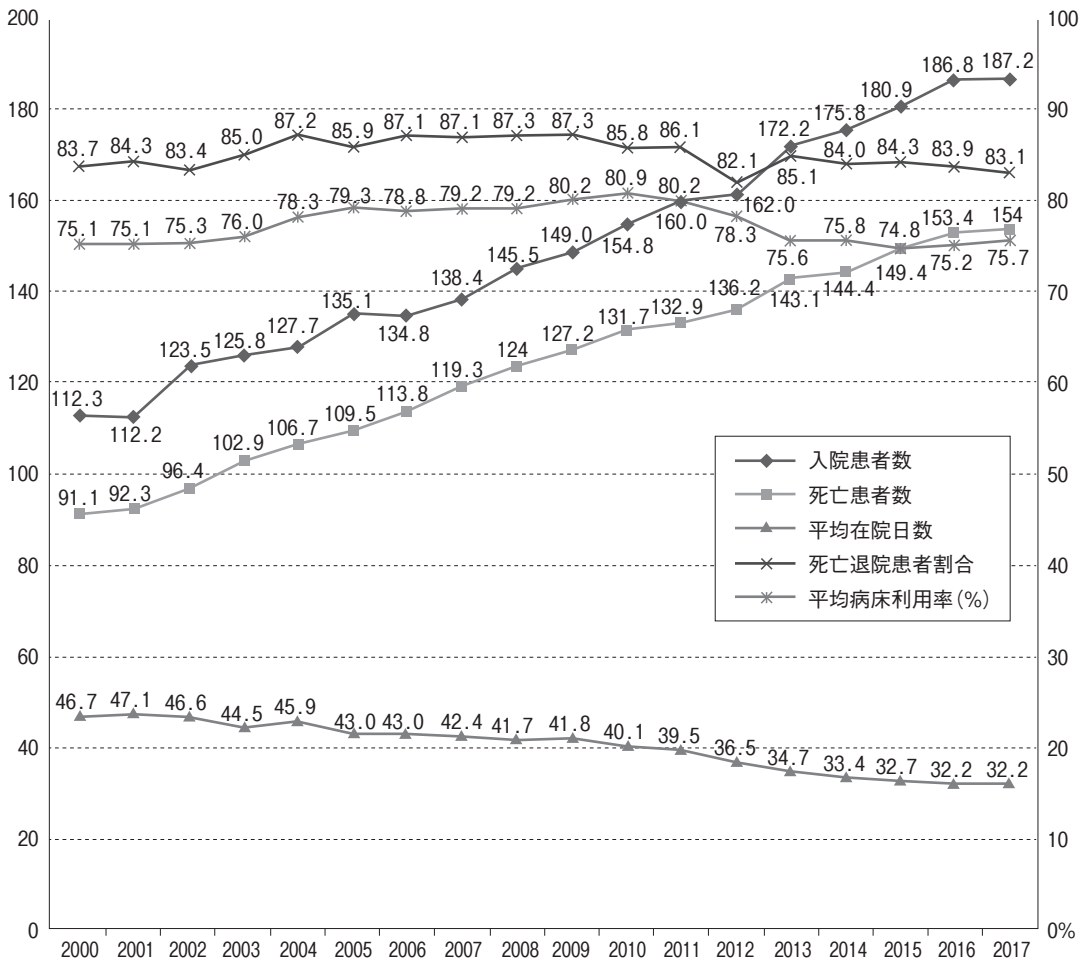
酬に緩和ケア診療加算が新設されたことにより制度化された。図4に緩和ケア診療加算の算定施設数の推移を示す。算定施設は2017年から2018年で94施設と大きく増加し、2018年6月時点で325施設になった。

緩和ケアチームは日本緩和医療学会に登録制度がある。2017年の日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録データの概要を表3に示す。本登録は比較的活発に活動している施設が多く偏りがある可能性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516施設であった。内訳は、都道府県がん診療連携拠点病院が9.7%、地域がん診療連携拠点病院が55.6%、上記以外（都道府県独自指定または指定なし）の病院が34.7%だった。緩和ケアチームへのがんによる依頼件数は総数で91,700件であり、平均177.7件であった（都道府県拠点病院387.4、地域がん診療連携拠点病院が180.2、上記以外の病院が115.1）。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33.7%、精神担当のみが0.8%であった。専従看護師がいる割合は66.7%であり、専従または専任の薬剤師がいる割合は38.2%だった。活動状況は週5日以上活動が77.0%であり、がん患者の依頼状況は診断から初期治療前が8.8%、がん治療中が47.3%、積極的がん治療終了後が43.8%であった。

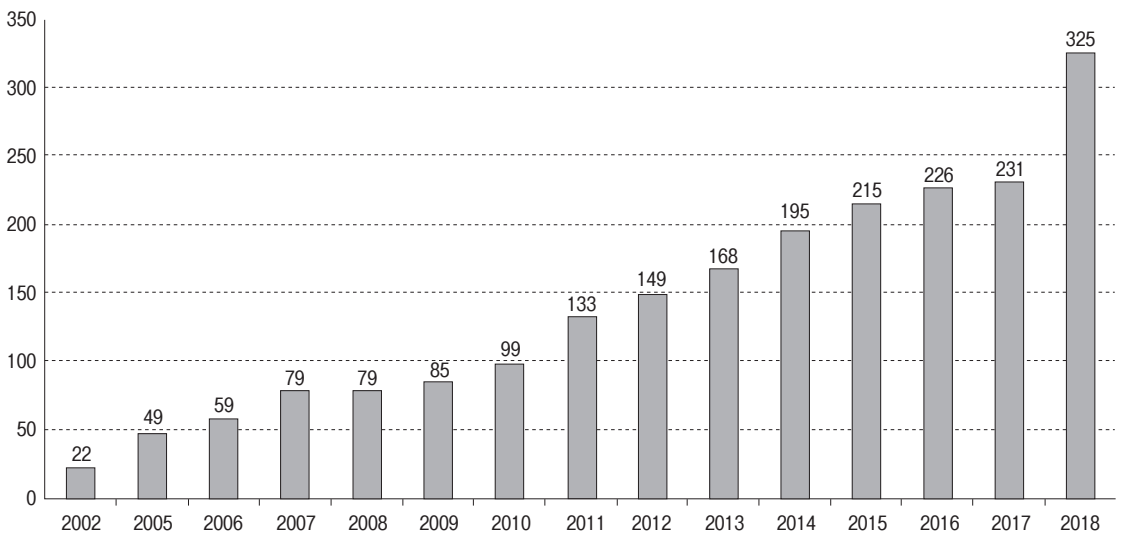
日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録の年次推移を表4に示す。2010年から2017年までの変化をみると依頼内容は疼痛が6.8ポイント減少し、疼痛以外の身体症状が4.0ポイント増加した。依頼時のPSは経時的にあまり変化はなく、転帰は死亡退院が減少する傾向にある（2010年の転帰は傾向が他の年度と異なっているがその理由は不明である）。

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（「がん診療連携拠点病院」を参照）。



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2017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



(日本ホスピス緩和ケア協会, 2017年度)

図4 緩和ケア診療加算の算定施設数の推移

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)	516	50	287	179	248	240	28
登録数 (%)	100	9.7	55.6	34.7	46.9	48.4	4.7
年間がん患者退院数	1,476,972	321,597	847,228	281,147	1,011,649	452,129	13,194
依頼区分が「がん」	87,630	18,491	49,477	19,662	57,248	28,857	1,525
割合	5.9%	5.7%	5.7%	7.0%	5.7%	6.4%	11.6%
緩和ケア外来の有無							
あり	454	50	279	125	239	203	12
「あり」の割合	88.0%	100.0%	97.2%	69.8%	96.4%	84.6%	42.9%
外来緩和ケア管理料の算定有無							
あり	153	26	95	32	112	38	3
「あり」の割合	29.7%	52.0%	33.1%	17.9%	45.2%	15.8%	10.7%
緩和ケア病棟の有無							
あり	130	19	70	41	62	61	7
「あり」の割合	25.2%	38.0%	24.4%	22.9%	25.0%	25.4%	25.0%
緩和ケア診療加算							
あり	208	39	125	44	152	53	3
「あり」の割合	40.3%	78.0%	43.6%	24.6%	61.3%	22.1%	10.7%
[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	193	23	120	45	131	58	45
身体担当医のみ	174	19	111	44	84	84	44
精神担当医のみ	4	1	2	1	3	1	1
両方いない	145	2	54	89	30	97	89
両方いる	37.4%	56.0%	41.8%	25.1%	52.8%	24.2%	25.1%
身体担当医のみ	33.7%	38.0%	38.7%	24.6%	33.9%	35.0%	24.6%
精神担当医のみ	0.8%	2.0%	0.7%	0.6%	1.2%	0.4%	0.6%
両方いない	28.1%	4.0%	18.8%	49.7%	12.1%	40.4%	49.7%
[看護師]							
専従がいる施設・いない施設							
いる	344	46	228	70	205	136	3
「いる」の割合	66.7%	92.0%	79.4%	39.1%	82.7%	56.7%	10.7%
専門看護師または認定看護師がいる施設							
いる	492	50	286	156	247	230	15
「いる」の割合	95.3%	100.0%	99.7%	87.2%	99.6%	95.8%	53.6%
[薬剤師]							
専従または専任がいる施設・いない施設							
いる	197	32	128	37	138	55	4
「いる」の割合	38.2%	64.0%	44.6%	20.7%	55.6%	22.9%	14.3%
[MSW]							
専従・専任・兼任のいずれかがいる施設・いない施設							
いる	406	39	233	134	193	190	23
「いる」の割合	78.7%	78.0%	81.2%	74.9%	77.8%	79.2%	82.1%
[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	261	26	171	64	147	109	5
「いる」の割合	50.6%	52.0%	59.6%	35.8%	59.3%	45.4%	17.9%
[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	380	30	212	138	169	186	25
「いる」の割合	73.6%	60.0%	73.9%	77.1%	68.1%	77.5%	89.3%
[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	412	38	231	143	194	192	26
「いる」の割合	79.8%	76.0%	80.5%	79.9%	78.2%	80.0%	92.9%

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	64	12	46	6	44	20	0
「いる」の割合	12.4%	24.0%	16.0%	3.4%	17.7%	8.3%	0.0%
〔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	60	11	37	12	40	18	2
「いる」の割合	11.6%	22.0%	12.9%	6.7%	16.1%	7.5%	7.1%
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	516	50	287	179	248	240	28
指定別依頼件数合計	91,700	19,368	51,724	20,608	60,113	29,988	1,599
年間平均依頼件数	177.7	387.4	180.2	115.1	242.4	125	57.1
中央値	125	302	139	81	194.5	91	39.5

	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	2.7%	0.0%	1.4%	5.6%
週1～2日	15.5%	0.0%	9.8%	29.1%
週3～4日	4.8%	0.0%	5.2%	5.6%
週5～6日	72.9%	98.0%	78.4%	57.0%
週7日	4.1%	2.0%	5.2%	2.8%
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	8.8%	8.4%	9.1%	8.6%
がん治療中	47.3%	59.6%	45.6%	40.1%
積極的がん治療終了後	43.8%	32.0%	45.3%	51.3%
割合合計	100%	100%	100%	100%

（日本ホスピス緩和ケア協会，2018年8月31日）

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、2017年調査では1086施設に増加した（それぞれ一般病院数の11.4%、14.8%）。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、2017年9月ではそれぞれ30,028人、9,030人に増加した。医療施設調査の次回の実施は2020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」に記載する。

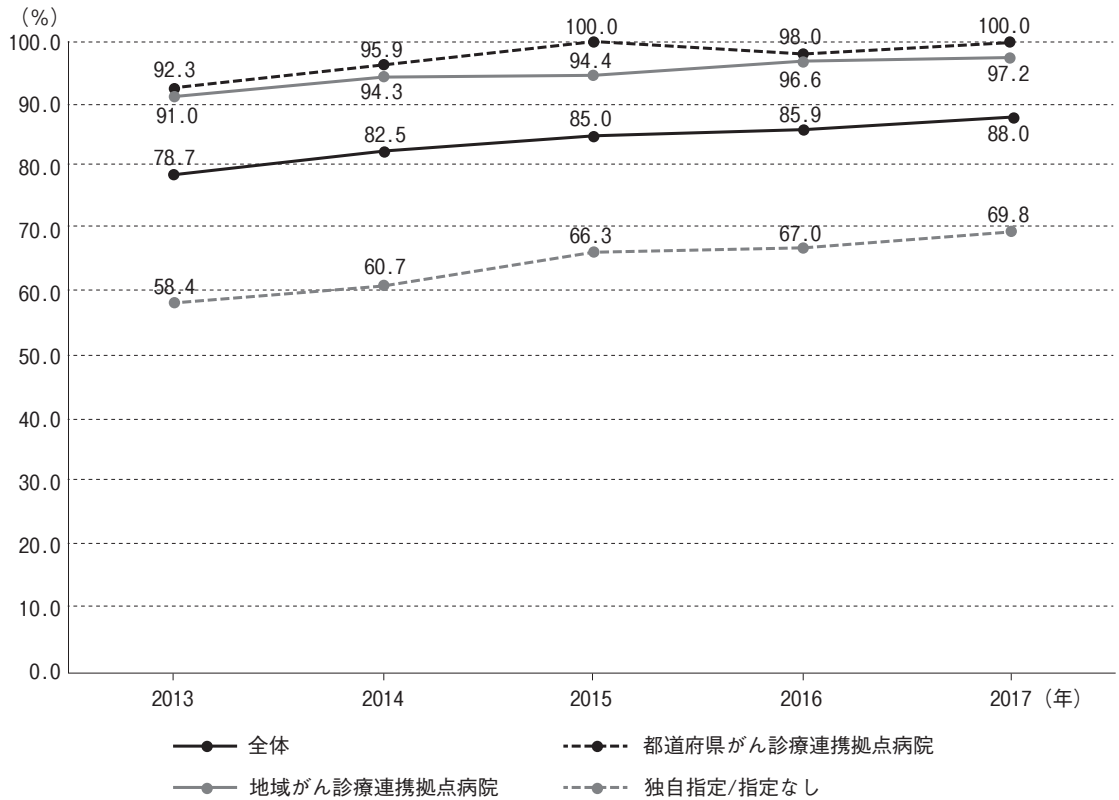
緩和ケア外来

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統計を図5、6に示す。この統計では都道府県拠点病院の100%、地域拠点病院の97.2%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52.0%、地域拠点病院の33.1%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」に記載する。

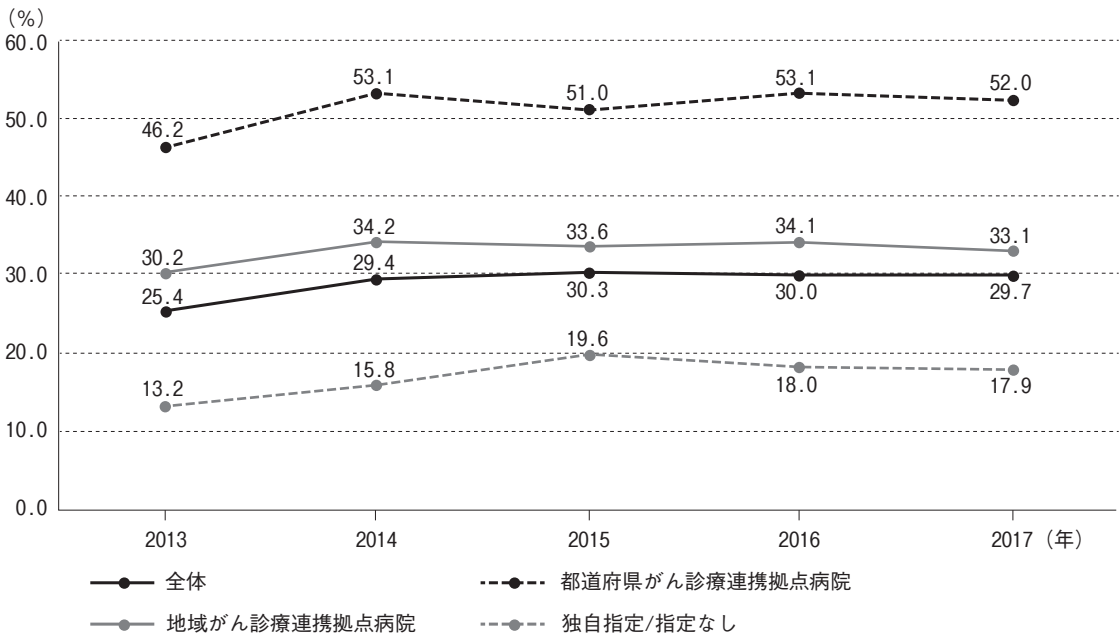
がん診療連携拠点病院

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7にがん診療連携拠点病院数の推移を示す。2018年では都道府県がん診療連携拠点病院として50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



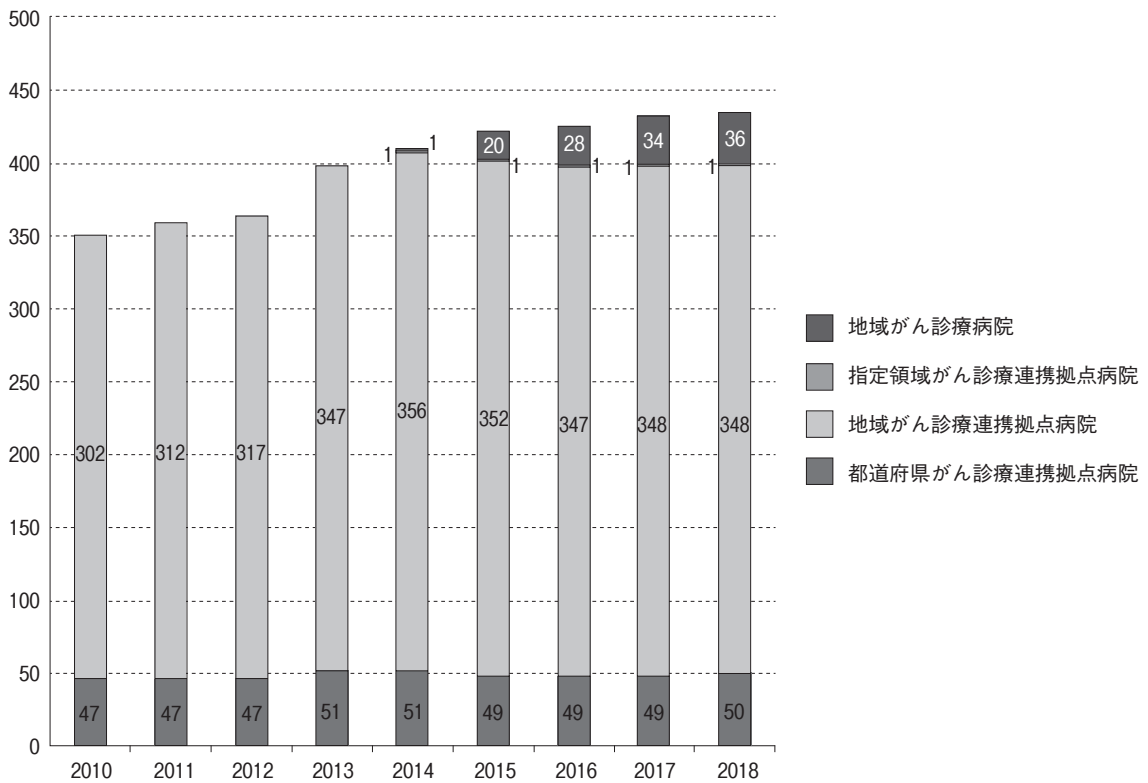
※ 日本緩和医療学会 緩和ケアチーム登録に基づく緩和ケア外来数
 (日本緩和医療学会, 2018年8月31日)

図5 緩和ケア外来を有する施設割合



※ 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, 2018年8月31日)

図6 外来緩和ケア管理料の算定がある施設割合



(厚生労働省, 2018年4月1日)

図7 がん診療連携病院数の推移

域がん診療病院として36病院、合計435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6, 7に示す(2017年度のがん診療連携拠点病院現況報告は本原稿の締切までにデータを得ることができなかったため)。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±114.9・41.6±163.4・77.8±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%であり、平均算定数は全体で14.5±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8, 9に示す。2017年の全死因の自宅死亡の割合は13.2%であり、がんでは11.7%であった。がん患者の自宅死亡割合は2005年の5.7%が最も低く、この12年間に倍増した。全死因とがんの都道府県別の自宅死亡割合を図10, 11に示す。全死因の自宅死亡割合が高い都道府県は東京都17.9%、神奈川県17.1%、奈良県16.6%であり、低い都道府県は大分県8.2%、宮崎県8.3%、熊本県8.8%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17.8%、東京都17.7%、奈良県16.9%であり、低い都道府県は秋田県4.4%、新潟県5.0%、北海道6.4%であった。

乳幼児からAYA世代の自宅死亡の割合の推移を不慮の事故を除く全死因とがん死亡について図12, 13にそれぞれ示す。全死因では0~4歳・5~14歳・25~44歳は自宅死亡が微増しており、5

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	
2017	125	302	139	81	

b. 依頼時の依頼内容（延べ件数）〔がん患者のみ 年次別〕（％）

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
疼痛	18386 (39.3)	28447 (36.9)	32028 (35.4)	38281 (34.9)	42509 (34.7)	79484 (34.3)	50641 (33.5)	52052 (32.5)
疼痛以外の身体症状	10084 (21.5)	18137 (23.5)	22157 (24.5)	27669 (25.2)	31043 (25.4)	56177 (24.3)	38864 (25.7)	40836 (25.5)
精神症状	9516 (20.3)	15265 (19.8)	17414 (19.3)	21497 (19.6)	23965 (19.6)	46343 (20.0)	29863 (19.8)	33124 (20.7)
家族ケア	2562 (5.5)	5110 (6.6)	6218 (6.9)	7456 (6.8)	7892 (6.5)	15627 (6.8)	11020 (7.3)	11129 (7.0)
倫理的問題	714 (1.5)	947 (1.2)	1079 (1.2)	1609 (1.5)	1404 (1.1)	2290 (1.0)	2692 (1.8)	3330 (2.1)
地域との連携・退院支援	3734 (8.0)	5120 (6.6)	6128 (6.8)	7799 (7.1)	8212 (6.7)	15223 (6.6)	9842 (6.5)	9902 (6.2)
その他	1801 (3.8)	4095 (5.3)	5342 (5.9)	5508 (5.0)	7325 (6.0)	16301 (7.0)	8244 (5.5)	9639 (6.0)
合計（回答なしを除く）	46797	77121	90366	109819	122350	231446	151167	160012

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	2017
PS 0	6.6	5.6	5.1	5.5	5.9	6.2	5.7	6.7
PS 1	17.0	16.1	17.4	17.1	17.1	19.4	19.0	20.3
PS 2	24.1	23.2	22.3	23.0	22.7	22.8	22.1	20.2
PS 3	30.1	30.2	29.7	30.1	30.6	30.1	29.9	29.8
PS 4	22.1	25.0	25.4	24.3	23.6	21.6	23.3	23.0

d. 転帰〔がん患者のみ 年次別〕の割合（％）

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
介入終了（生存）	15.4	7.9	9.0	7.8	8.3	8.2	7.8	8.1
緩和ケア病棟転院	9.2	9.4	10.8	11.0	11.9	12.2	12.7	13.0
その他の転院	7.1	6.8	6.9	6.7	7.2	7.0	7.1	6.8
退院	35.4	33.7	34.5	36.1	36.4	38.1	39.1	40.7
死亡退院	32.9	35.8	33.0	32.8	29.9	28.8	27.5	25.8
介入継続中	0.0	6.5	5.9	5.7	6.3	5.7	5.8	5.6

（日本緩和医療学会，2018年8月31日現在）

表5 医療施設調査による緩和ケアチーム数

年	一般病院総数	緩和ケアチームを有する一般病院数	％	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
2017	7,353	1,086	14.8	30,028	9,030

（厚生労働省 医療施設調査，2017年10月1日）

～14歳では約10年で7%増加している。がん死亡ではどの世代もここ10年で10%以上増加しており、特に5～14歳での増加は著しい。

在宅療養支援診療所数の推移を図14に示す。2012年度より在宅療養診療所が従来型在宅療養支援診療所、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。2018年7月現在、従来型在宅療養支援診療所は10,434件、連携強化型在宅療養支援診療所は2,790件、強化型在宅療養支援診療所は188件であり、すべてを合計すると13,412件であった。2017年の人口10万人対の在宅療養支援診療所数を図15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10.9であり、多い都道府県は長崎県21.1、広島県19.2、徳島県19.1、少

ない都道府県は岩手県5.0、高知県5.0、北海道5.3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。

2016(平成28)年度に制定された在宅緩和ケア充実診療所の都道府県別数を図16に示す。在宅緩和ケア充実診療所届出施設は全国で614施設であり、人口10万人対の数では東京0.87、神奈川0.81、愛知0.64で多かった。届出施設数が0施設だったのは島根県のみだった。

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17に示す。2017年の届出事業数は7,726件であり増加傾向にある。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

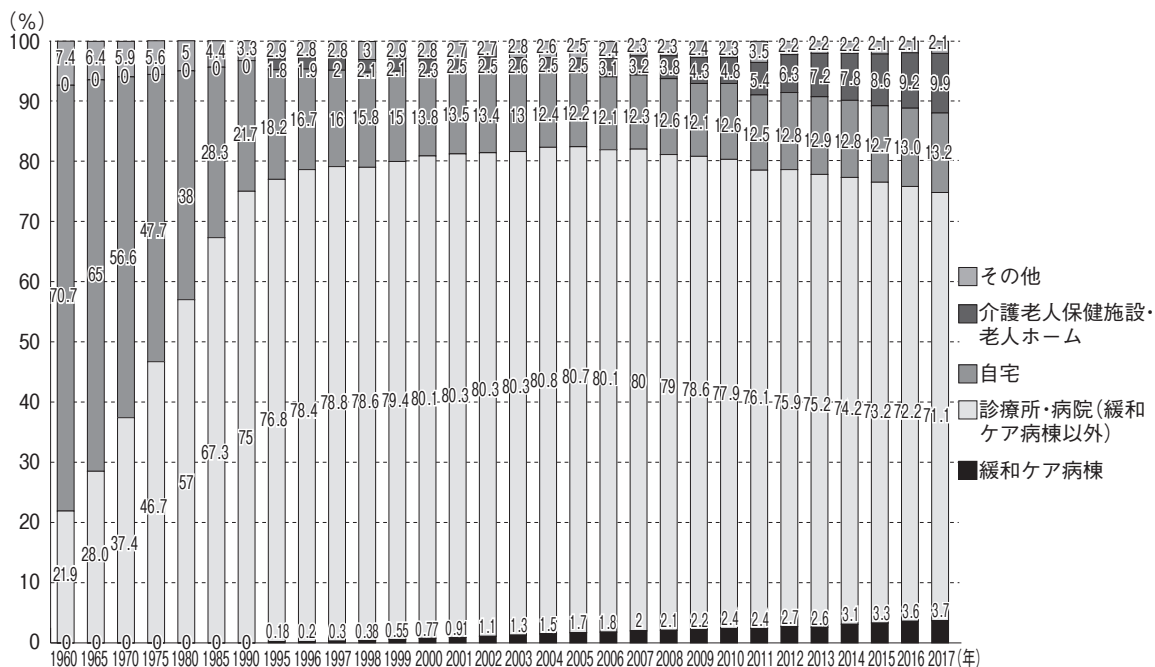
表6 がん診療連携拠点病院現況報告(全般事項)(2016年度)

	全体(n=427)		
	平均±標準偏差		
病床数総数	572.4		±228.4
緩和ケア診療加算 件数(緩和ケア診療加算)	あり 182		43%
緩和ケア病棟入院料 件数(緩和ケア病棟入院料)	あり 平均±標準偏差	95 1252.1	22% ±2516.7
がん性疼痛緩和和管理指導料1 件数(がん性疼痛緩和和管理指導料1)	あり 平均±標準偏差	414 300.6	97% ±366.8
がん性疼痛緩和和管理指導料2 件数(がん性疼痛緩和和管理指導料2)	あり 平均±標準偏差	398 132.3	93% ±198.3
がん患者指導管理料1 件数(がん患者指導管理料1)	あり 平均±標準偏差	380 66.5	89% ±114.9
がん患者指導管理料2 件数(がん患者指導管理料2)	あり 平均±標準偏差	360 41.6	84% ±163.4
がん患者指導管理料3 件数(がん患者指導管理料3)	あり 平均±標準偏差	305 77.8	71% ±181.6
外来緩和ケア管理料 件数(外来緩和ケア管理料)	あり 平均±標準偏差	166 14.5	39% ±45.6
リンパ浮腫指導管理料 件数(リンパ浮腫指導管理料)	あり 平均±標準偏差	334 57.0	78% ±74.6
がん患者リハビリテーション料 件数(がん患者リハビリテーション料)	あり 平均±標準偏差	344 1819.3	81% ±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)

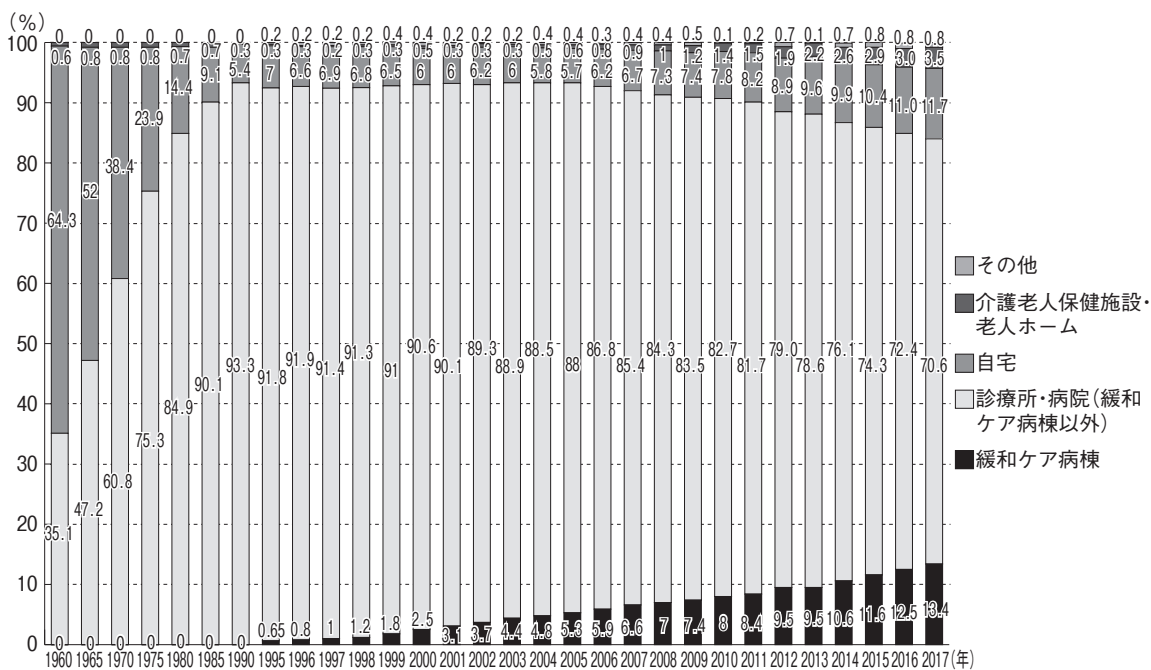
表7 がん診療連携拠点病院現況報告（機能別）（2016年度）

	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任医師の，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思決定支援と，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%
道府県内の拠点病院での情報共有と相互評価	399	93%
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%
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%
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%
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%
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%
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%



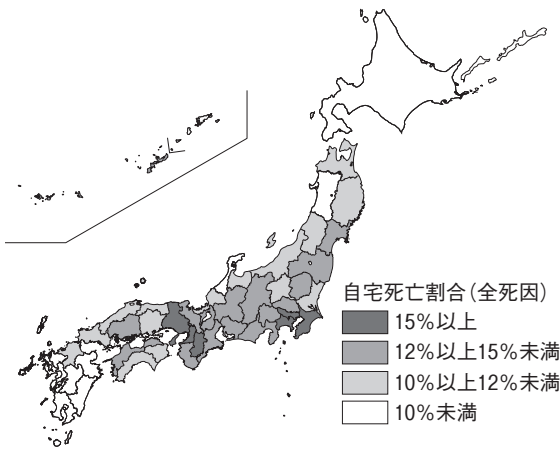
(厚生労働省人口動態統計, 2017年度)

図8 死亡場所の推移 (全死因)



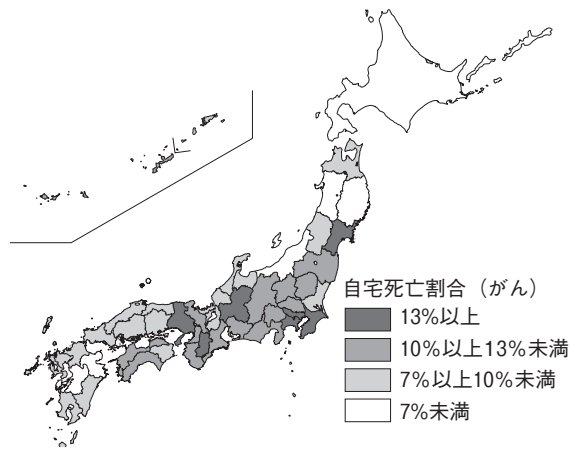
(厚生労働省人口動態統計, 2017年度)

図9 死亡場所の推移 (がん)



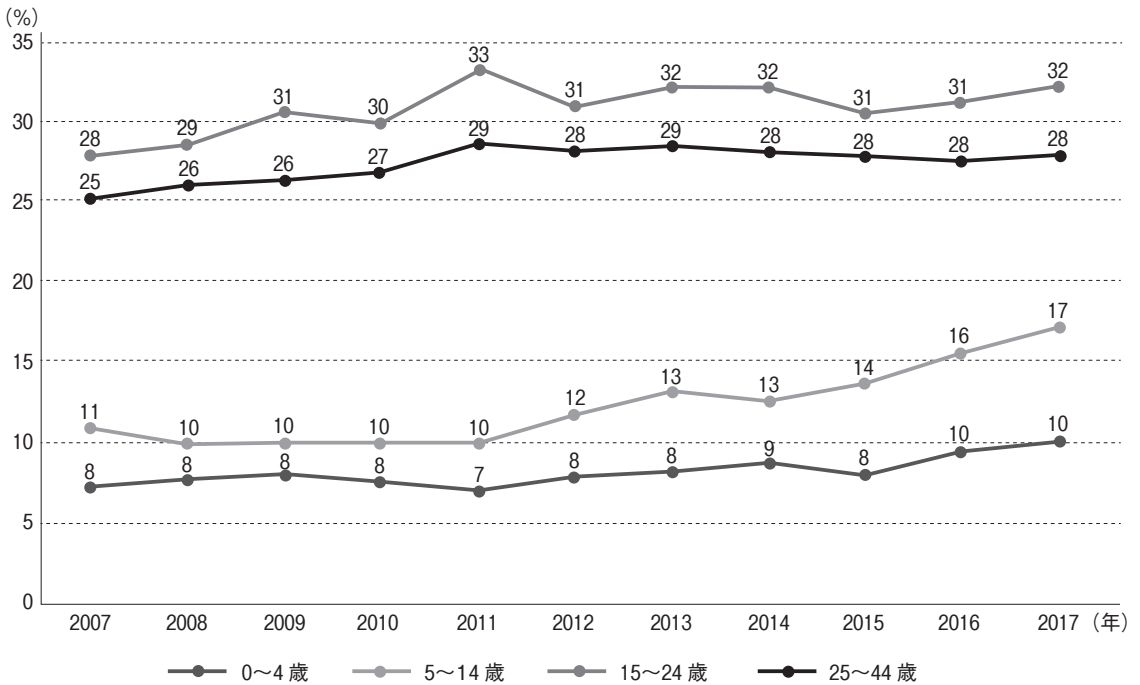
(厚生労働省人口動態統計, 2017年度)

図10 都道府県別自宅死亡割合(全死因)



(厚生労働省人口動態統計, 2017年度)

図11 都道府県別自宅死亡割合(がん)



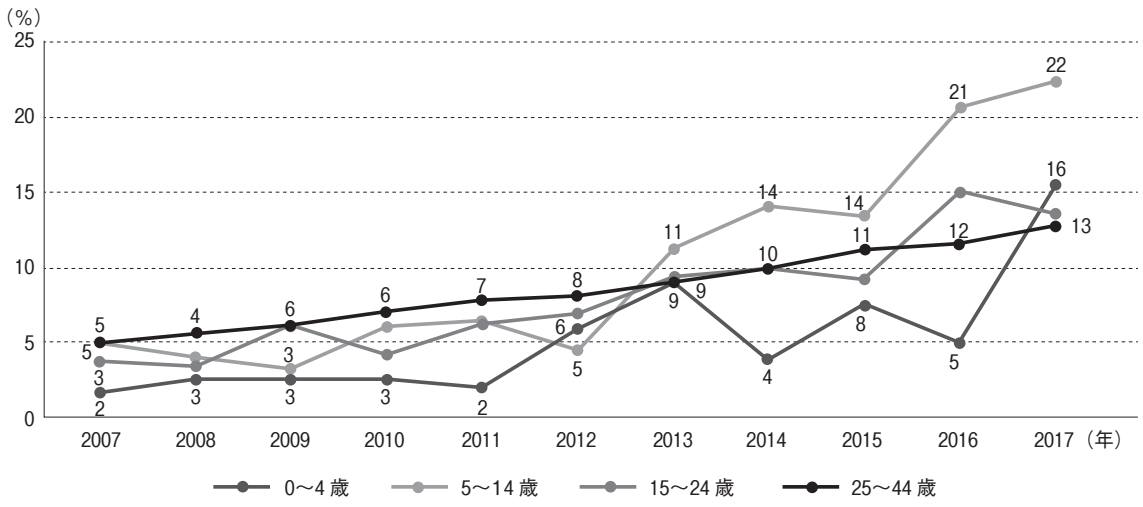
(厚生労働省人口動態統計, 2017年度)

図12 0~44歳の年代別自宅死亡割合(不慮の事故を除く全死因)

応体制加算届出事業数を図18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9.2、大阪府9.2であり、少なかった都道府県は栃木県3.9、千葉県4.0、埼玉県4.3であった。

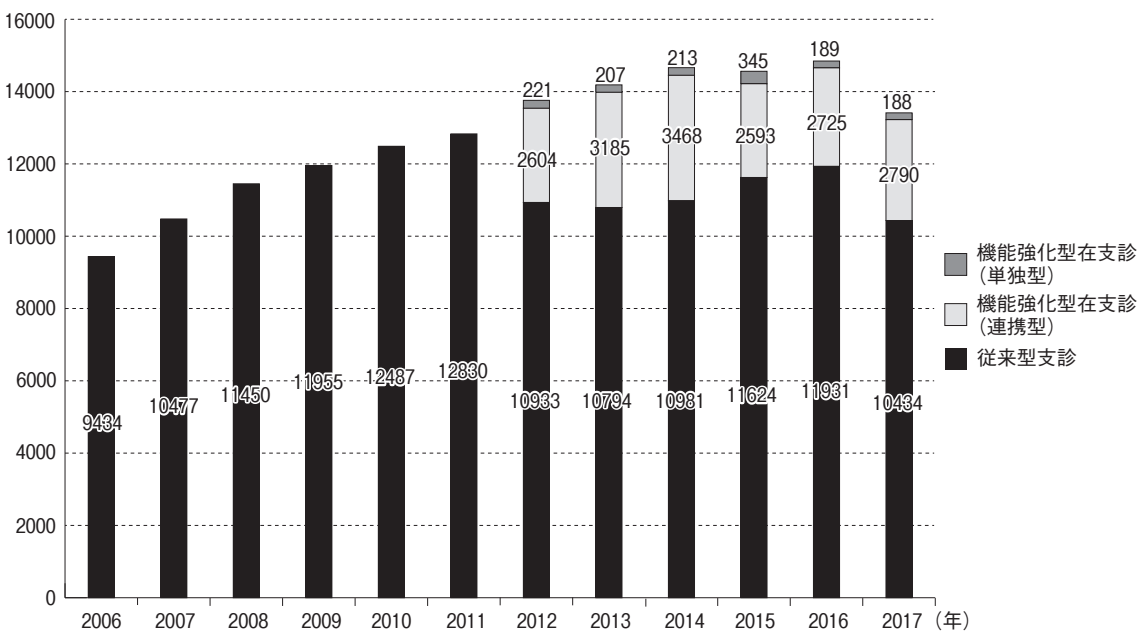
教育・学会

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19に示す。2018年9月30日までで修了者数の合計は、113,907人であった。また、



(厚生労働省 人口動態統計, 2017年)

図13 0～44歳の年代別自宅死亡割合(がん)

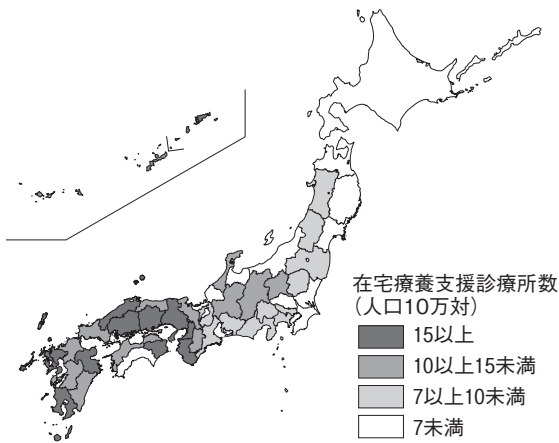


(厚生労働省, 2018年7月1日現在)

図14 在宅療養支援診療所数の推移

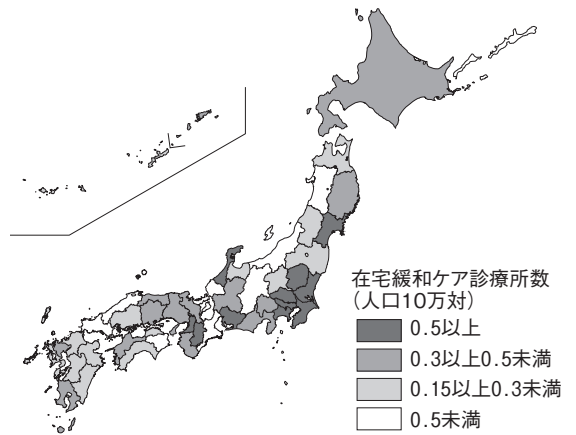
2018年9月30日までの累計の都道府県別人口10万対緩和ケア研修会修了者数を図20に示す。人口10万対修了者数が多かった都道府県は鳥根県191、富山県149、和歌山県137であり、少なかった都道府県は埼玉県45、新潟県57、神奈川県62であった。

日本緩和医療学会専門医数の推移を図21に、2018年4月1日現在の都道府県別専門医数を図22に示す。2018年4月現在の日本緩和医療学会専門医数は208名であり、最大が東京都の40名であった。専門医がない都道府県は6あった。日本看護協会によるがん看護専門看護師、がん



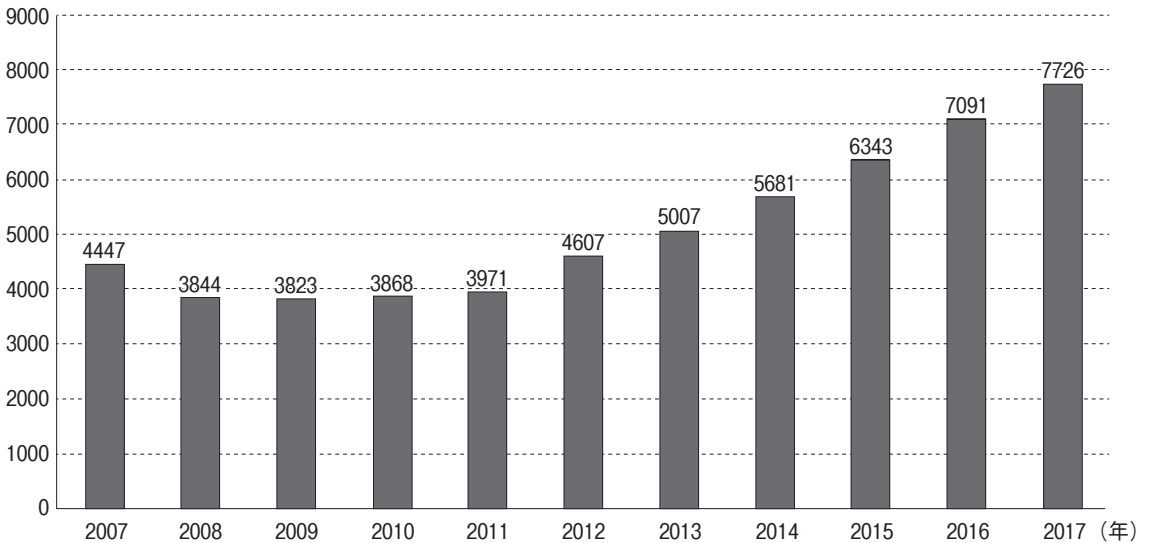
(厚生労働省, 2017年)

図15 都道府県別在宅療養支援診療所数



(厚生局, 2018年10月)

図16 在宅緩和ケア充実診療所(都道府県別)



(厚生労働省介護サービス施設・事業所調査, 2018年10月1日現在)

図17 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

性疼痛認定看護師, 緩和ケア認定看護師数の推移を図23に示す。2018年12月19日現在, がん看護専門看護師775人, がん性疼痛認定看護師773人, 緩和ケア認定看護師数2,367人であり, これらの合計は3,915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24に示す。合計数が多い都道府県は山梨県8.4, 富山県6.9, 鳥根県5.3であり, 少ない都道府県は茨

城県2.0, 埼玉県2.0, 宮崎県2.1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25に示す。2018年11月5日現在, 指導者は全国で1,962人であった。また, 2018年11月5日現在の人口10万人対都道府県別ELNEC-J指導者数を図26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3.2人,

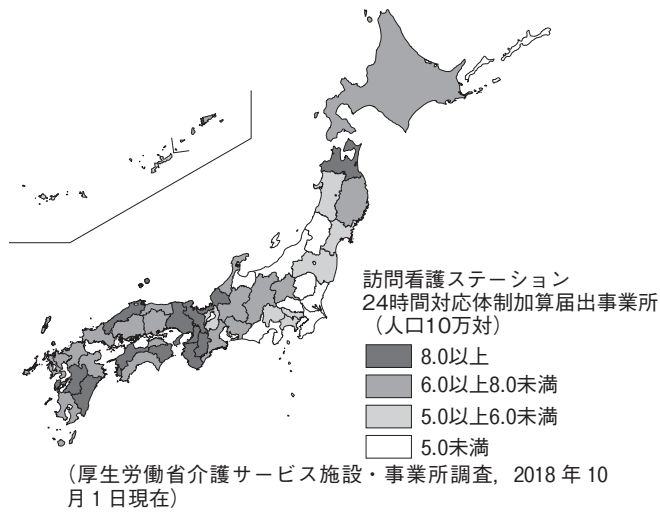
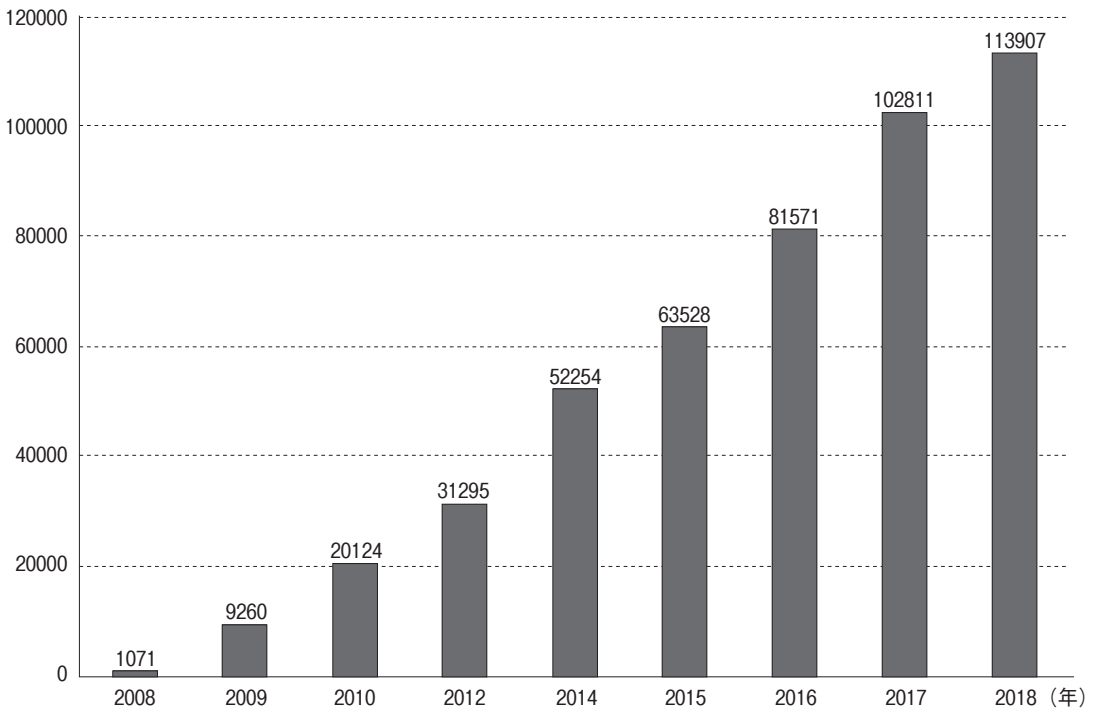


図18 都道府県別訪問看護ステーション
24時間対応体制加算届出事業数



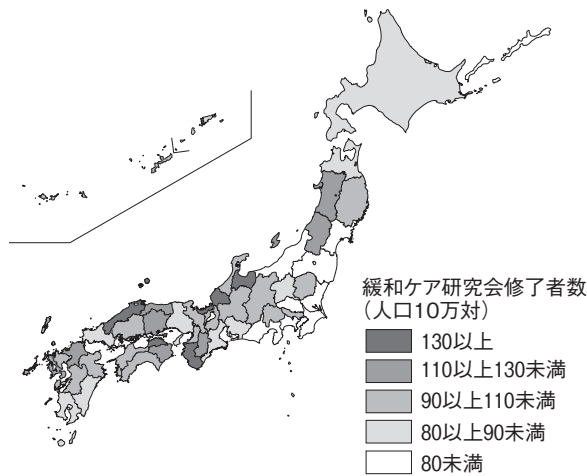
(厚生労働省, 2018年9月30日現在)

図19 「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

島根県2.9人、京都府2.8人であり、少なかった都道府県は埼玉県0.8人、千葉県0.8人、静岡県0.9人であった。

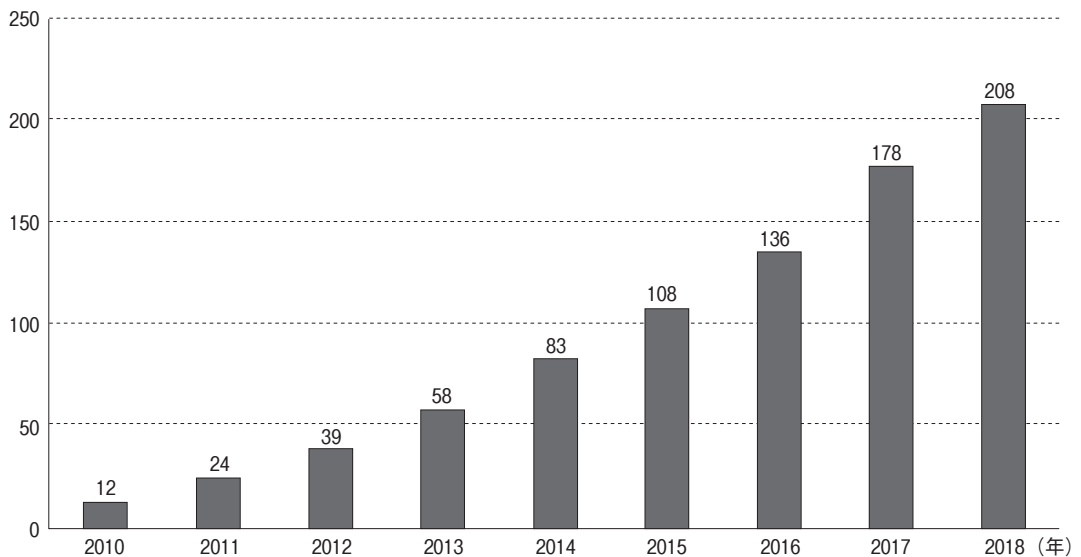
ELNEC-J看護師教育コアカリキュラムの累積

受講者数の推移を図27に示す。2018年4月1日における累積の受講者数の合計は26,336人であった。また、2018年4月現在の人口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



(厚生労働省, 2018年9月30日現在)

図20 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



(日本緩和医療学会, 2018年8月1日現在)

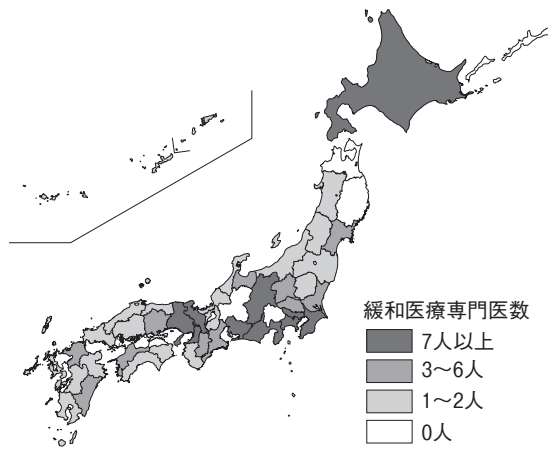
* 2010年度から日本緩和医療学会専門医制度が開始

図21 日本緩和医療学会専門医数の推移

累積受講者数を図28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76.8人、鹿児島県71.6人、山梨県54.6人であり、少なかった都道府県は佐賀県2.8人、静岡県6.5人、高知県8.4人であった。

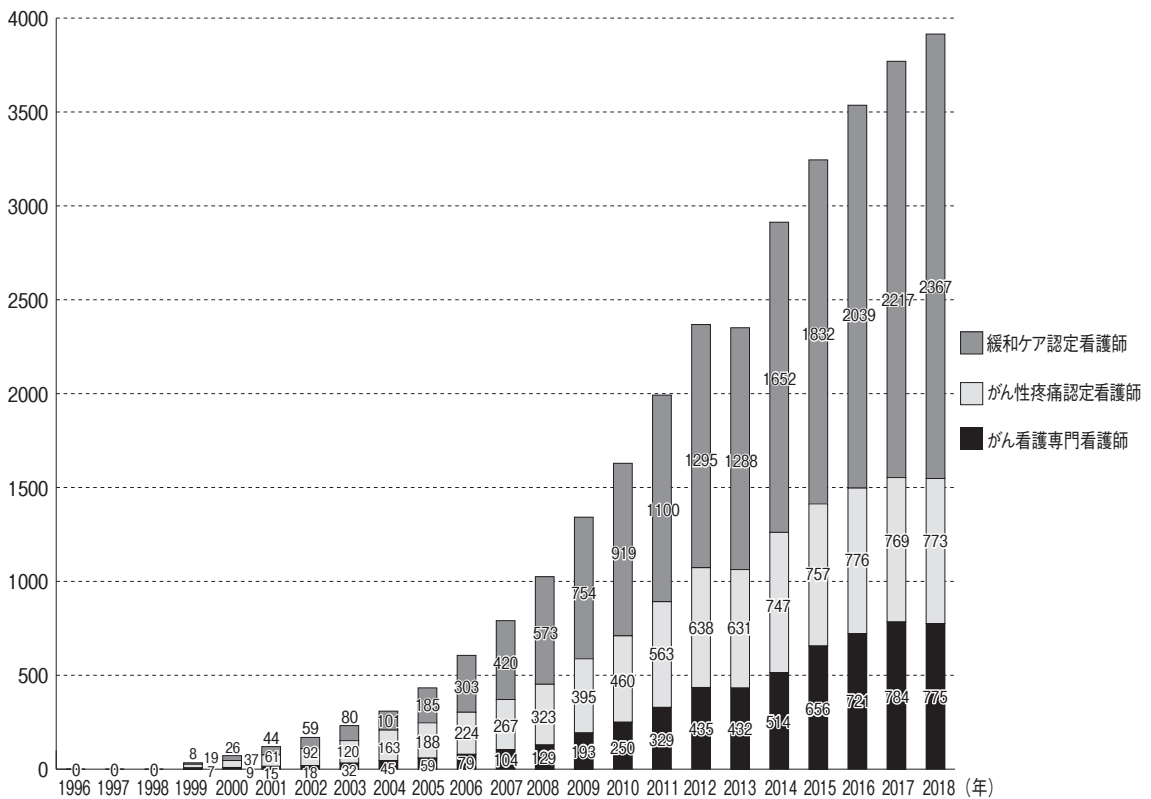
日本緩和医療学会の緩和薬物療法認定薬剤師数の推移を図29に示す。2018年4月、緩和薬物

療法認定薬剤師数は全国で658人であった。2018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30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島根県1.17人、石川県1.13人、鳥取県1.06人であり、少なかった都道府県は、山梨県0.12人、宮城県0.13人、徳島県0.13人であった。



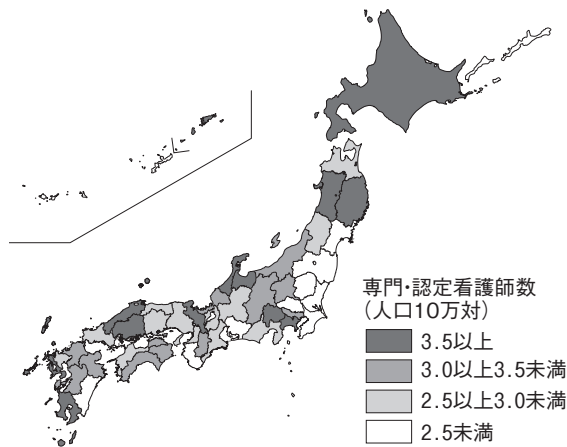
(日本緩和医療学会, 2018年4月1日現在)

図22 都道府県別日本緩和医療学会専門医数



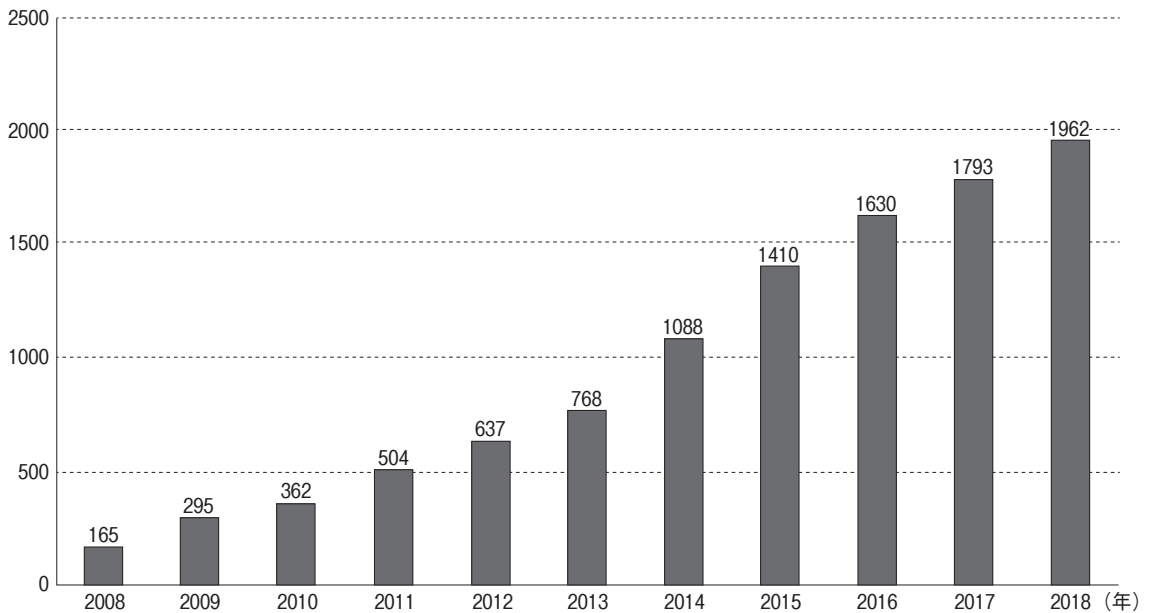
(日本看護協会, 2018年12月19日現在)

図23 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, 2018年12月19日現在)

図24 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

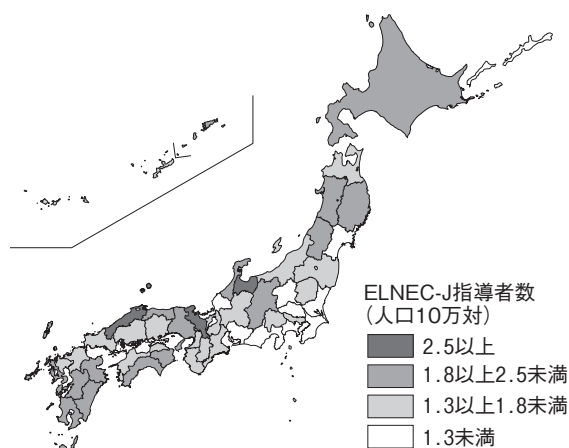


(日本緩和医療学会, 2018年11月5日現在)

図25 ELNEC-J 指導者数の推移

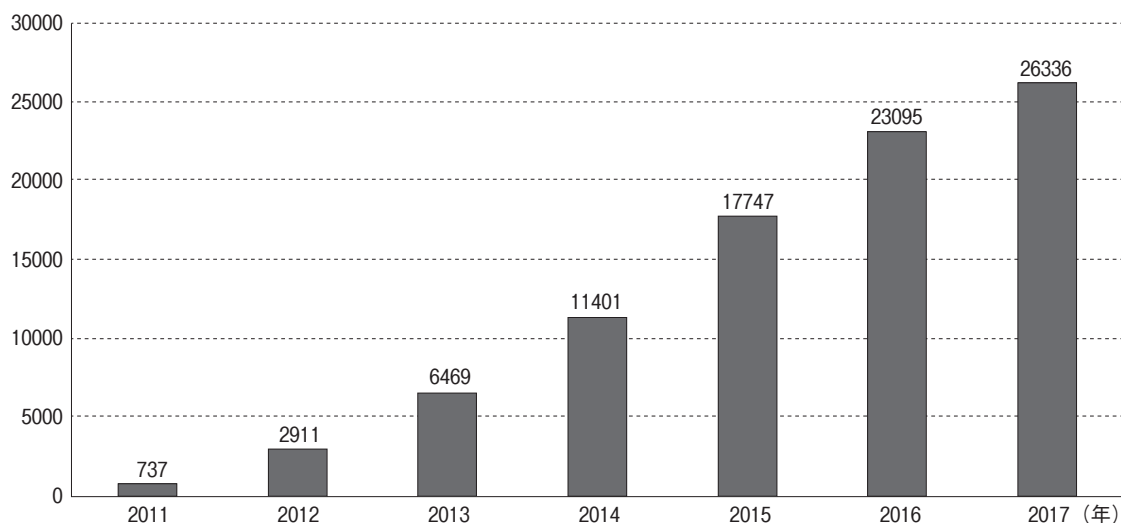
日本緩和医療学会の会員数の推移を図31に示す。2018年4月末現在の総会員数は12,653人であり、医師が6,096人(48%), 看護師が4,610人(36%), 薬剤師が1,077人(9%)であった。日本サイコオンコロジー学会の会員数の推移を図

32に示す。2018年9月1日現在の総会員数は1,988人であり、医師が895人(45%), 看護職が426人(21%), 心理職が319人(16%)であった。日本がん看護学会の会員数の推移を図33に示す。2018年11月30日現在の総会員数は5,601人で



(日本緩和医療学会, 2018年11月5日現在)

図26 都道府県別 ELNEC-J 指導者数



(日本緩和医療学会, 2018年4月現在)

図27 ELNEC-J 看護師教育コアカリキュラムの受講者数の推移

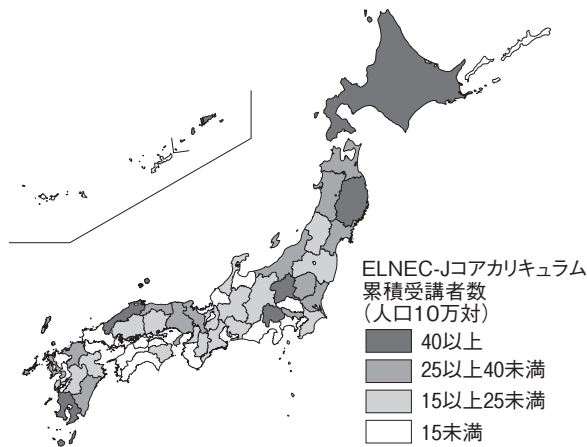
あった。日本緩和医療薬学会の会員数の推移を図34に示す。2018年12月20日現在の会員数は3,955人であった。日本死の臨床研究会の会員数の推移を図35に示す。2017年12月25日現在の会員数は2,875人であった。

診療報酬

社会医療診療行為別調査(統計)にもとづく緩

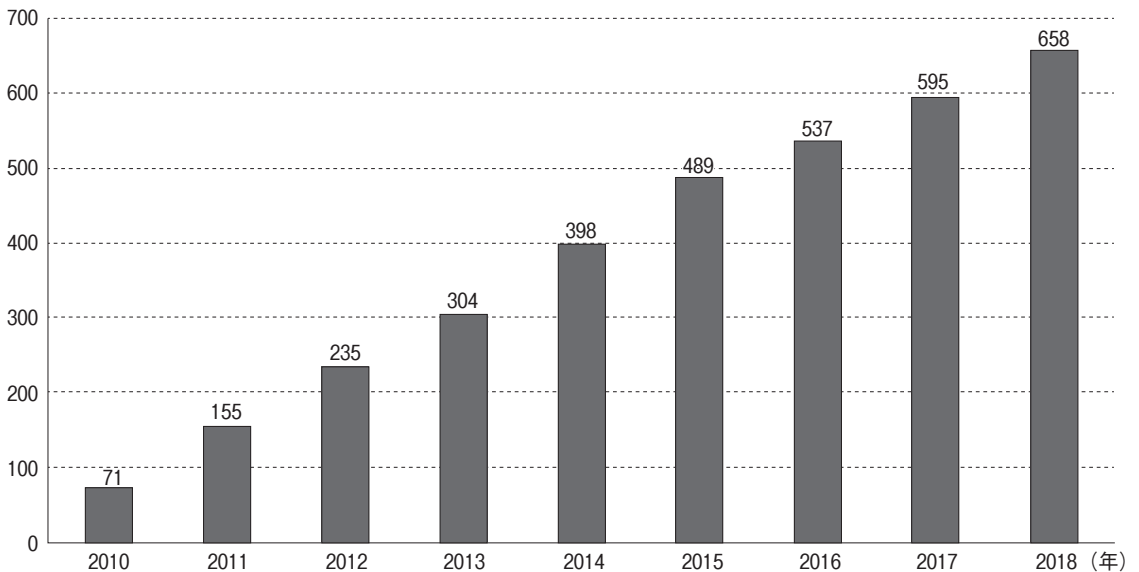
和ケア診療加算, 緩和ケア病棟入院料, がん性疼痛緩和指導管理料の算定数の全国推計の推移を図36~38に示す。本調査は2011年度から全数調査となったが2010年度までは抽出調査であったため一部では標本誤差による変動が大きいことに注意する必要がある。

同じく社会医療診療行為別調査にもと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39に示す。また, 在宅がん医療総



(日本緩和医療学会, 2018年4月現在)

図28 都道府県別 ELNEC-J 看護師教育
コアカリキュラムの受講者数

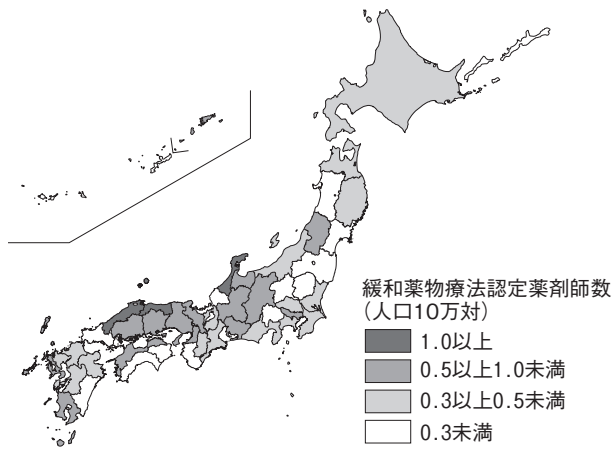


(日本緩和医療薬学会, 2018年4月現在)

図29 緩和薬物療法認定薬剤師数の推移

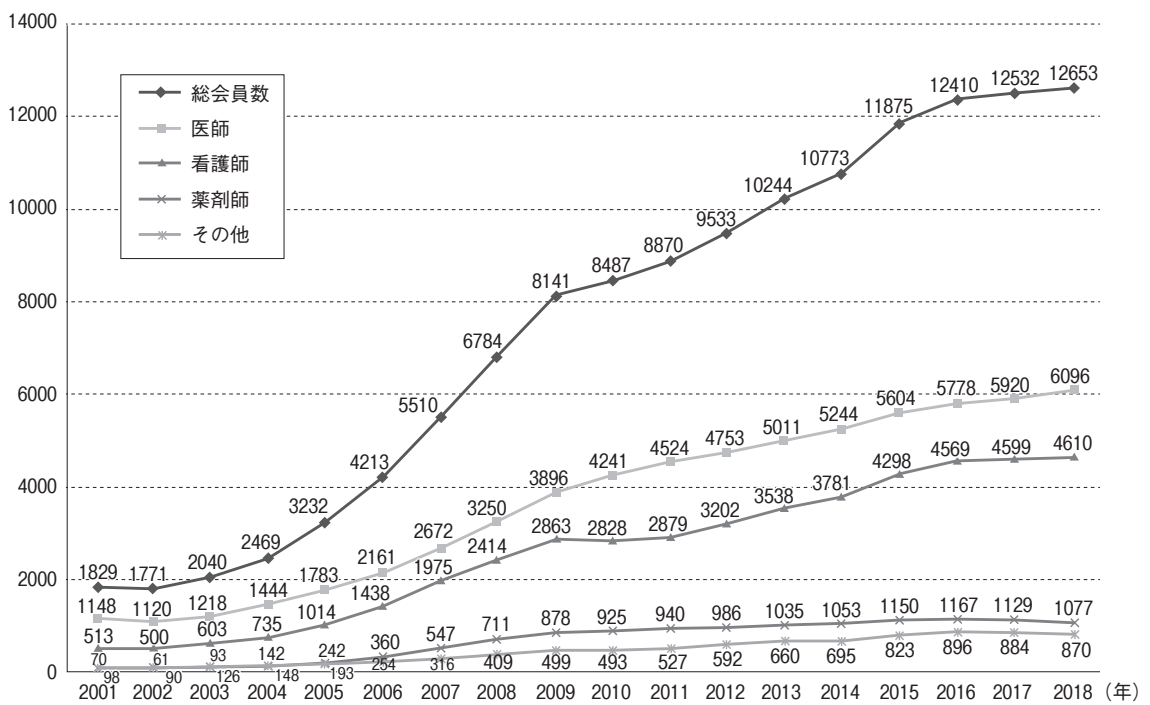
合診療料等を図40, 在宅患者訪問看護・指導料等を図41, 同一建物居住者訪問看護・指導料等を図42, 麻薬管理等関する加算を図43, 在宅悪性腫瘍患者指導管理料等を図44に示す。がん患者指導管理料1～3について図45に示す。2016年度から新たに追加された在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について図46に示す。

また, 2016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47～57に示す。NDB オープンデータにもとづく人口10万対緩和ケア診療加算点数を図47, 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48, NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟入院料(30日以内)のすべての緩和ケア病棟



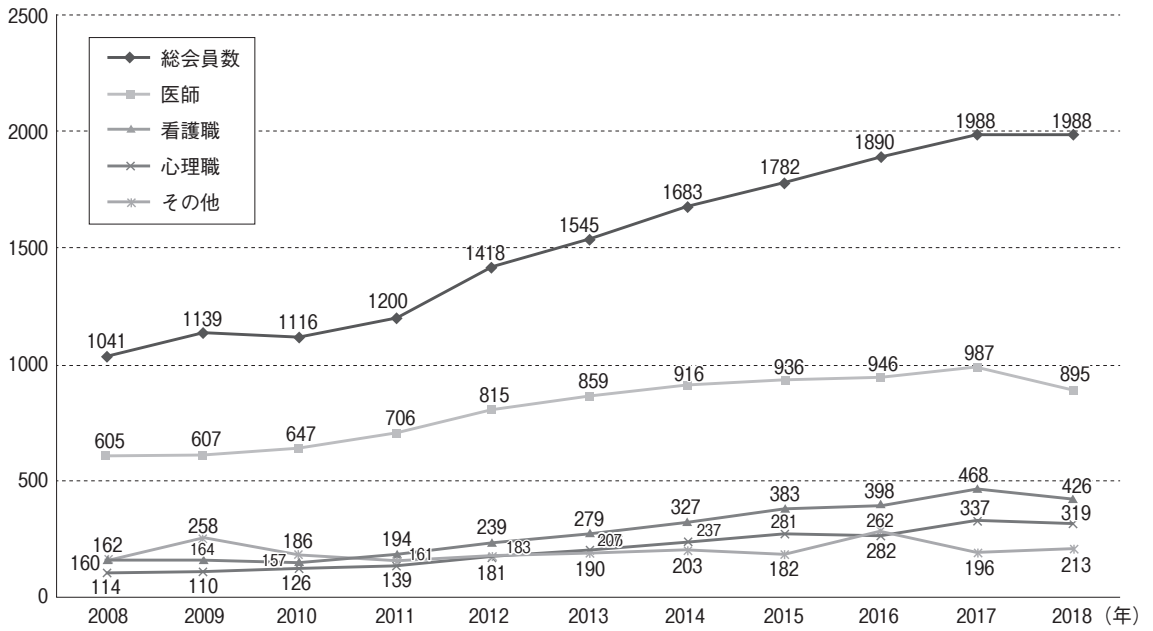
(日本緩和医療学会, 2018年4月現在)

図30 都道府県別緩和薬物療法認定薬剤師数



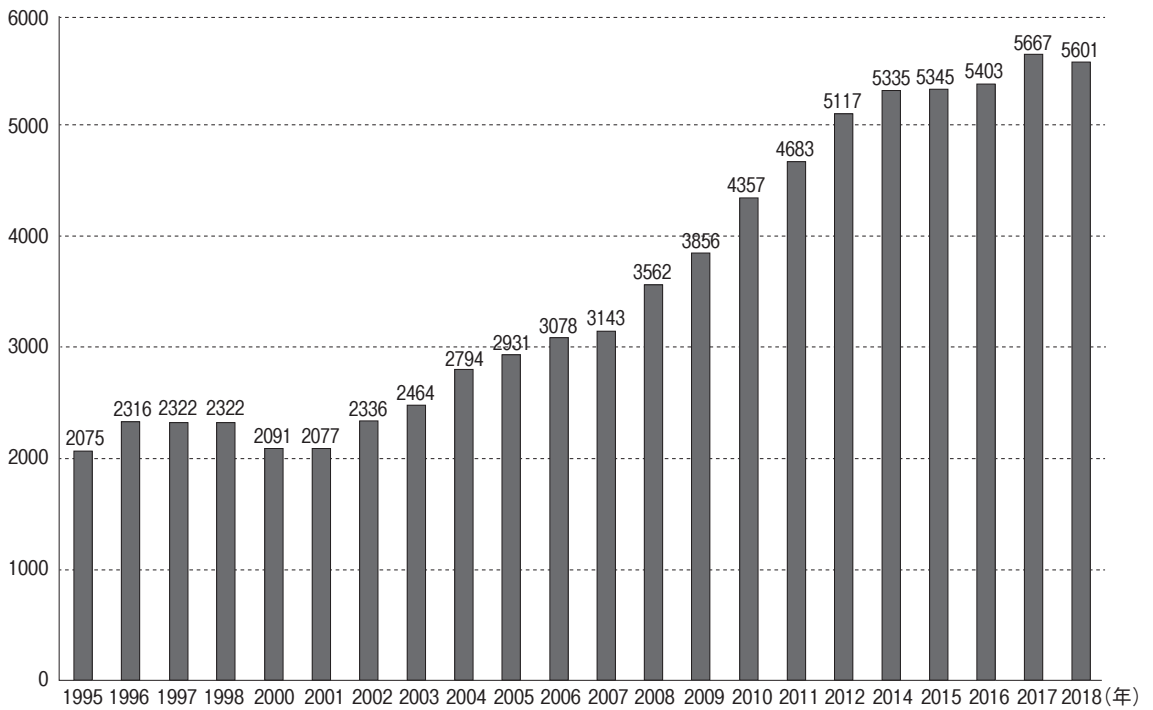
(日本緩和医療学会, 2018年4月現在)

図31 日本緩和医療学会会員数の推移



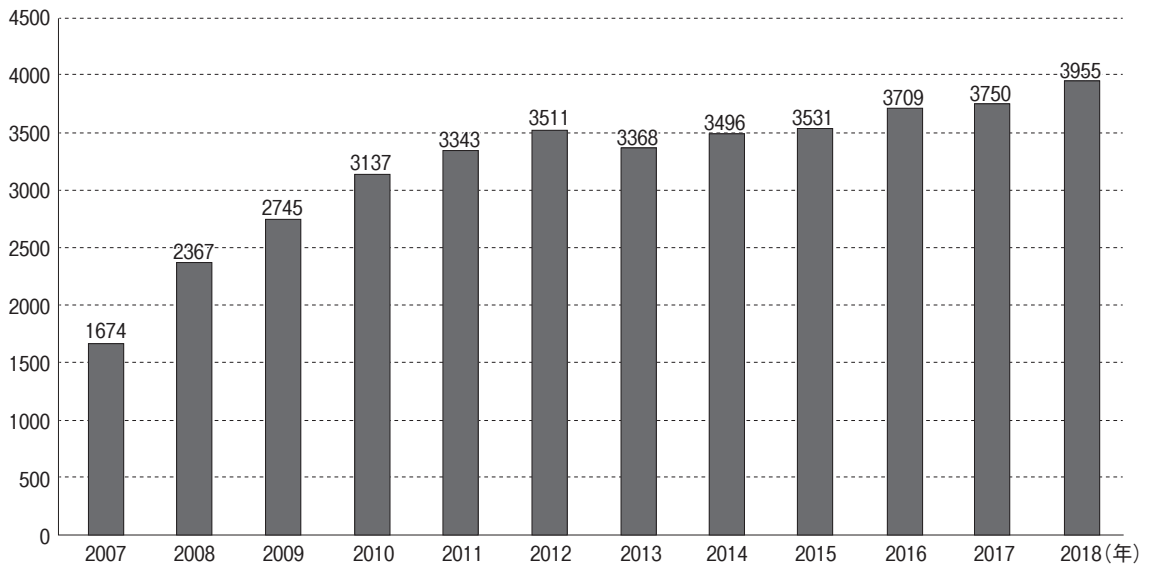
(日本サイコオンコロジー学会, 2018年9月1日現在)

図 32 日本サイコオンコロジー学会会員数の推移



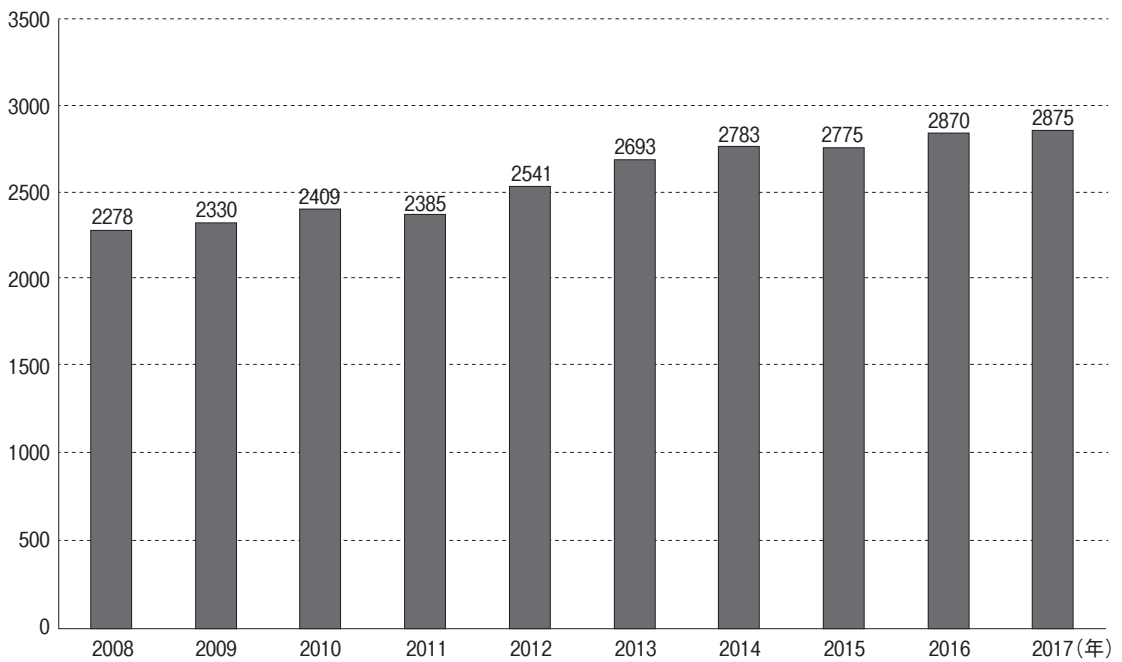
(日本がん看護学会, 2018年11月30日現在)

図 33 日本がん看護学会会員数の推移



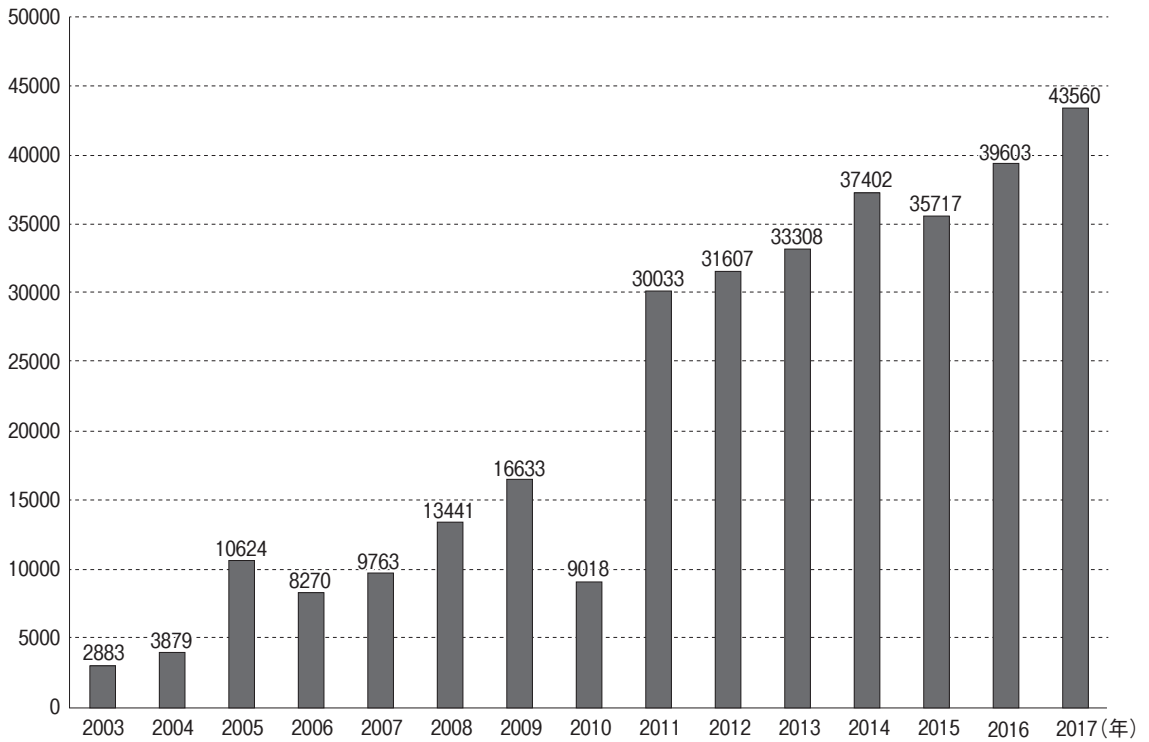
(日本緩和医療薬学会, 2018年12月20日現在)

図 34 日本緩和医療薬学会会員数の推移



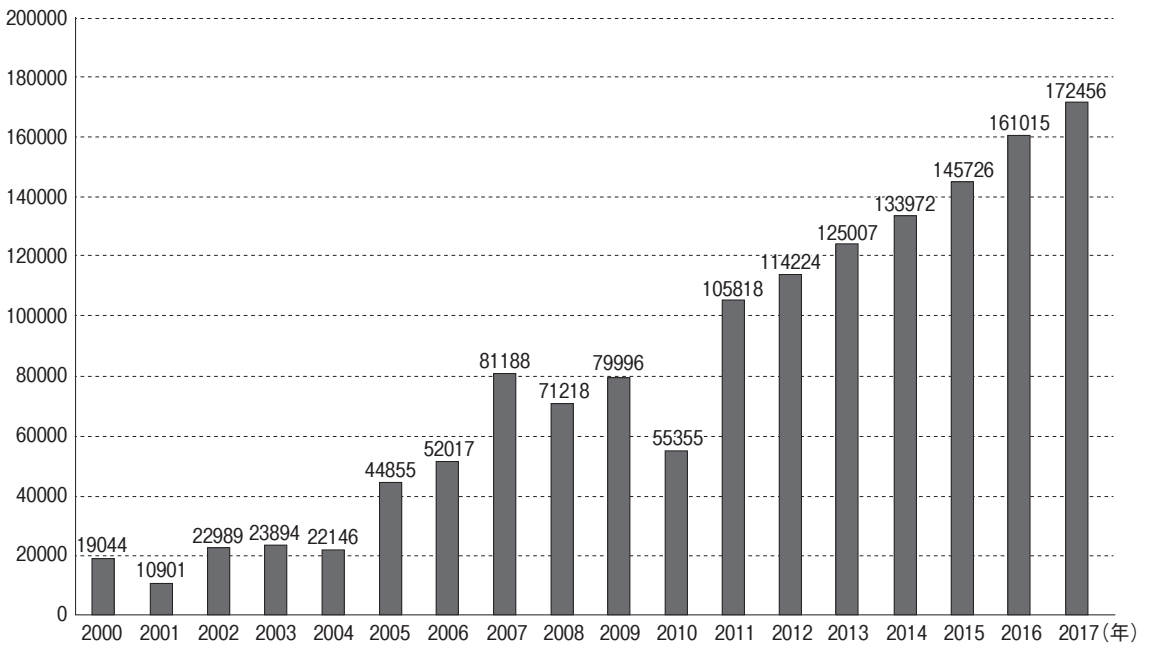
(日本死の臨床研究会, 2017年12月26日現在)

図 35 日本死の臨床研究会会員数の推移



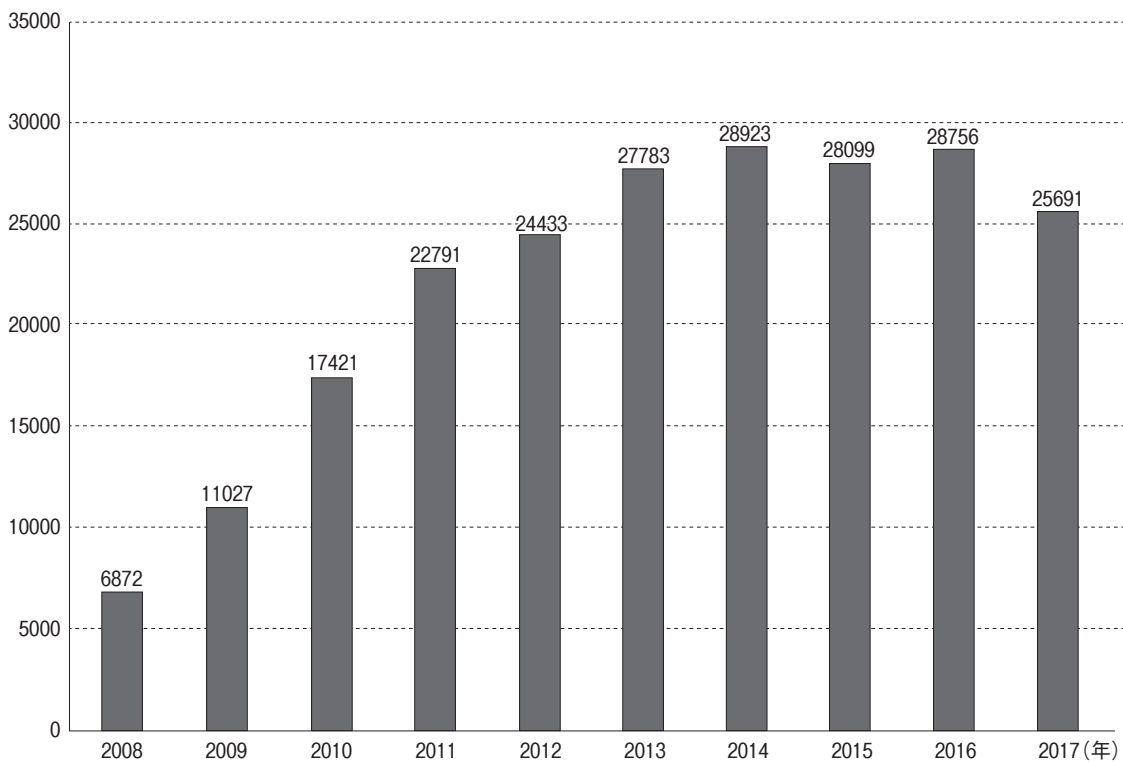
(厚生労働省、社会医療診療行為別調査、2018年6月現在)

図 36 社会医療診療行為別調査にもとづく緩和ケア診療加算算定数



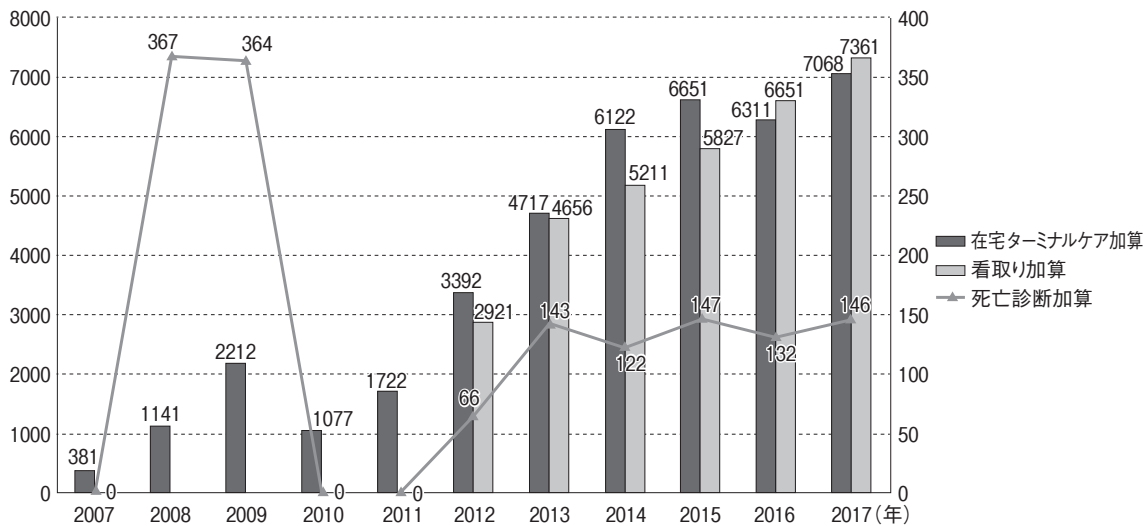
(厚生労働省、社会医療診療行為別調査、2018年6月現在)

図 37 社会医療診療行為別調査にもとづく緩和ケア病棟入院料



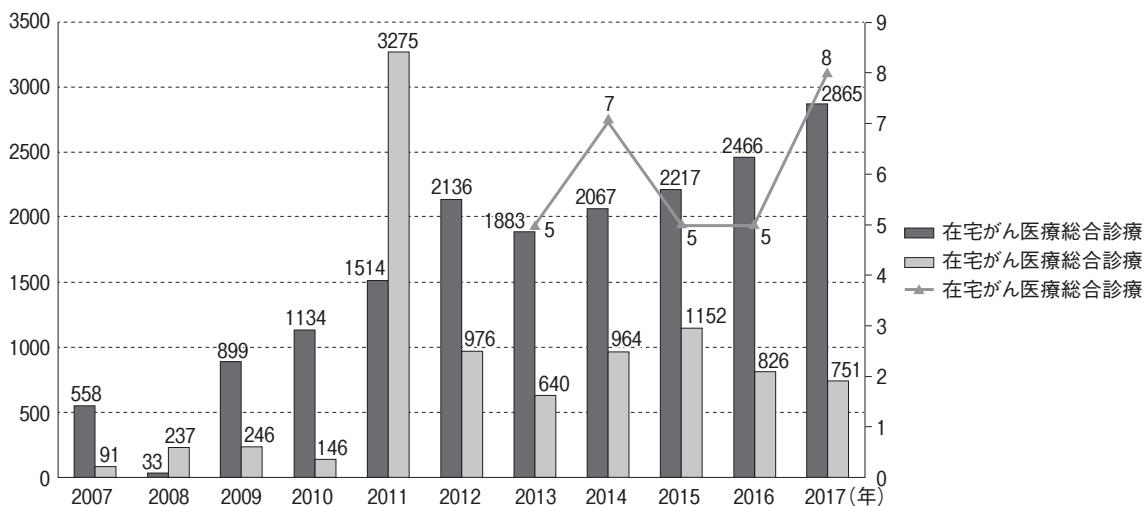
(厚生労働省、社会医療診療行為別調査、2018年6月現在)

図 38 社会医療診療行為別調査にもとづくがん性疼痛緩和指導管理料算定数



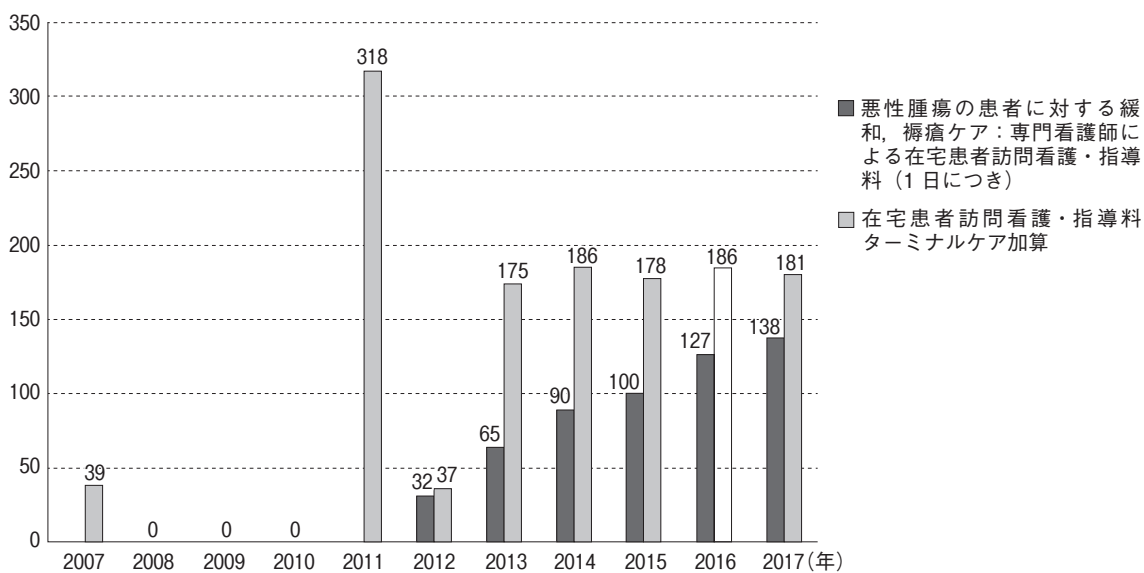
(厚生労働省、社会医療診療行為別調査、2018年6月現在)

図 39 社会医療診療行為別調査にもとづく在宅患者訪問指導料



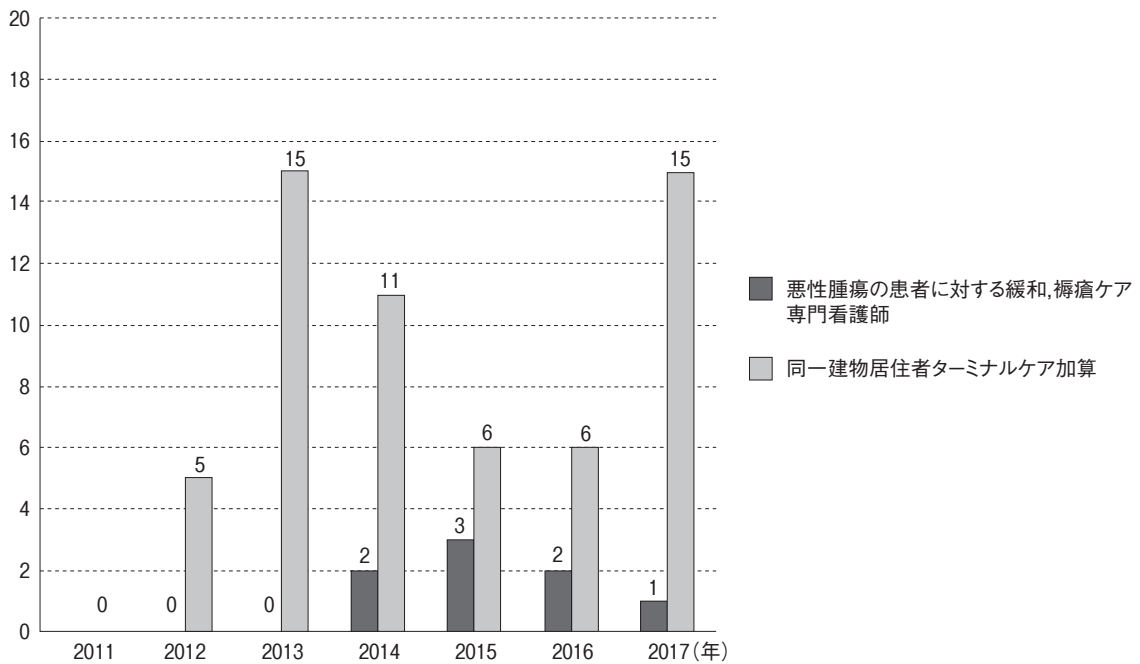
* 2007～2011年は在宅末期医療総合診療料
 (厚生労働省. 社会医療診療行為別調査, 2018年6月現在)

図 40 社会医療診療行為別調査にもと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, 2018年6月現在)

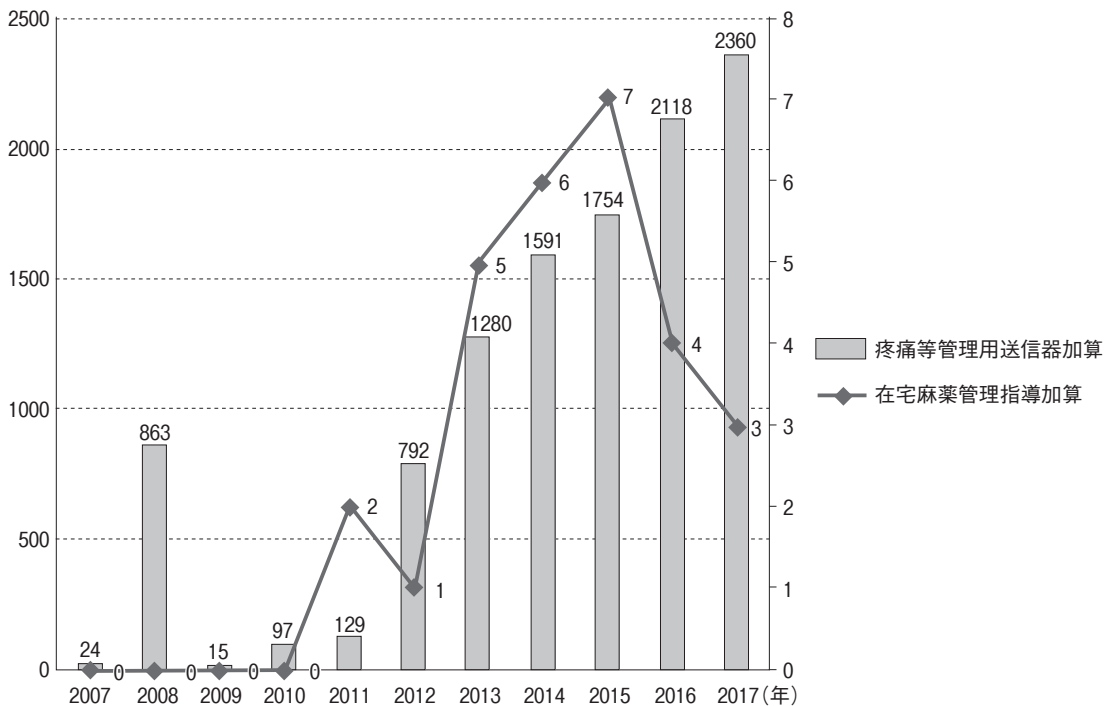
図 41 社会医療診療行為別調査にもとづく在宅患者訪問看護・指導料



*2012年 悪性腫瘍の患者に対する緩和・褥瘡ケア専門看護師の指導料の新設

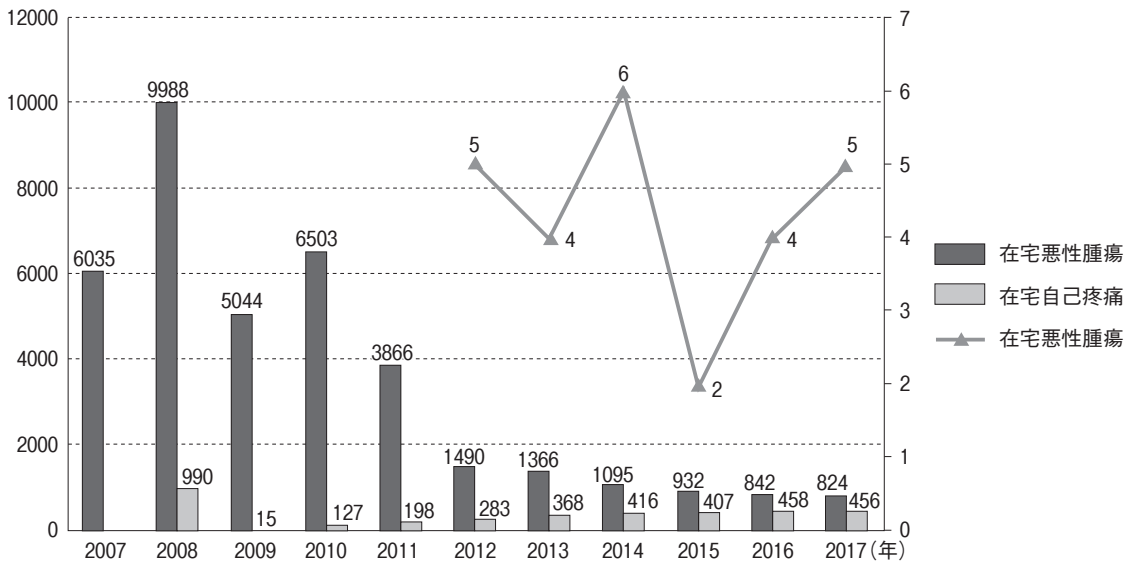
2014年 同一建物居住者訪問看護・指導料において、同一日に3人以上訪問した場合の点数が減少
(厚生労働省、社会医療診療行為別調査、2018年6月現在)

図 42 社会医療診療行為別調査にもとづく同一建物居住者訪問看護・指導料等



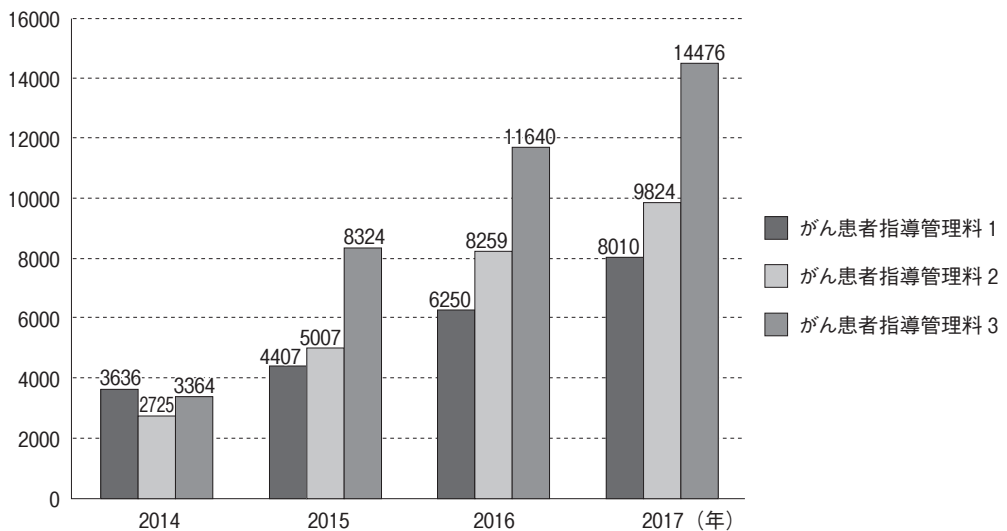
(厚生労働省、社会医療診療行為別調査、2018年6月現在)

図 43 社会医療診療行為別調査にもと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, 2018年6月現在)

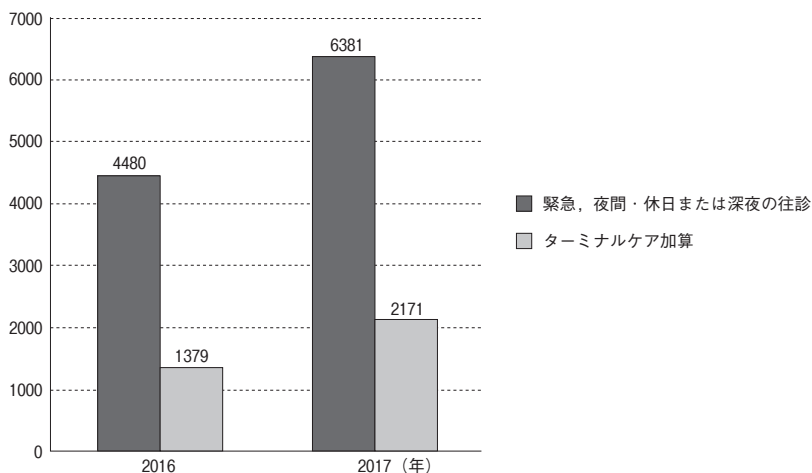
図 44 社会医療診療行為別調査にもとづく在宅悪性腫瘍患者指導管理料等



*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）

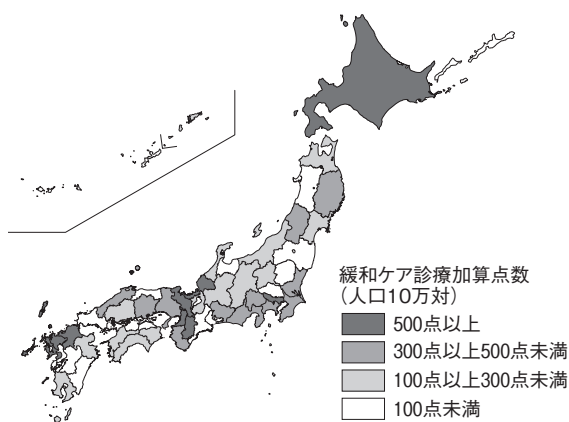
(厚生労働省. 社会医療診療行為別調査, 2018年6月現在)

図 45 社会医療診療行為別調査にもとづくがん患者指導管理料

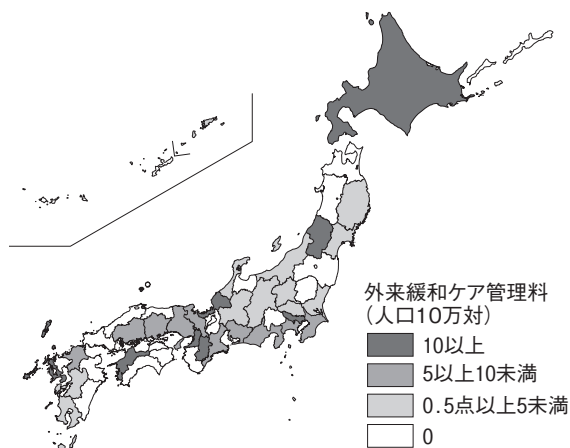


(厚生労働省. 社会医療診療行為別調査, 2018年6月現在)

図46 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算



(厚生労働省. 第3回NDBオープンデータより, 2016年度)
図47 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

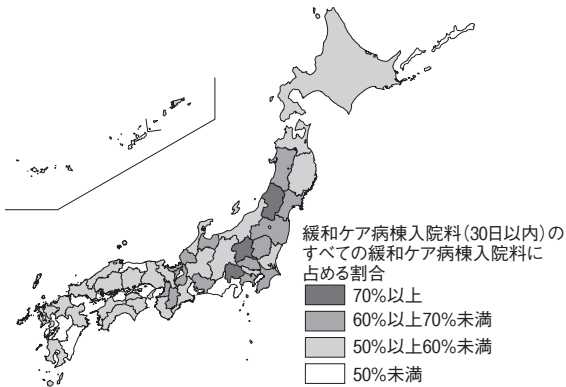


※一番小さいカテゴリは1未満ではなく0である。
(厚生労働省. 第3回NDBオープンデータより, 2016年度)
図48 NDBオープンデータに基づく人口10万対外来緩和ケア加算

入院料に占める割合を図49, NDBオープンデータに基づくがん性疼痛緩和指導料(外来)を図50, 同(入院)を図51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52~54, 同(入院)を図55~57に示す。

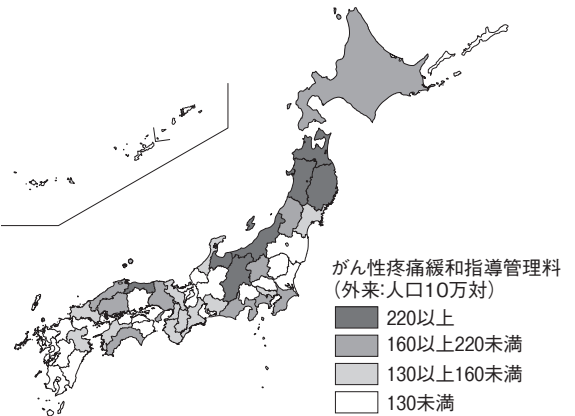
医療用麻薬

人口千対医療用麻薬消費量(モルヒネ換算)の推移を図58に示す。2016年の人口千対モルヒネ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であつ



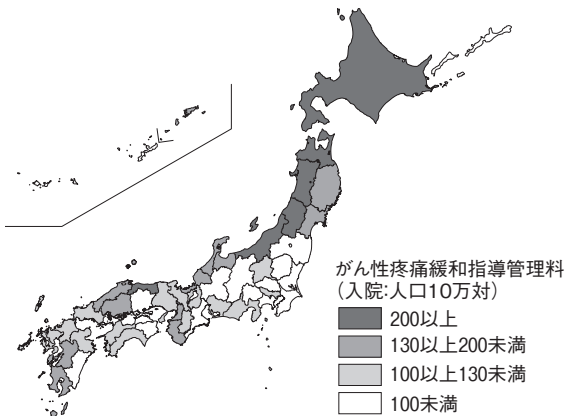
(厚生労働省. 第3回 NDB オープンデータより, 2016 年度)

図 49 NDB オープンデータに基づく緩和ケア病棟入院料 (30 日以内) のすべての緩和ケア病棟入院料に占める割合



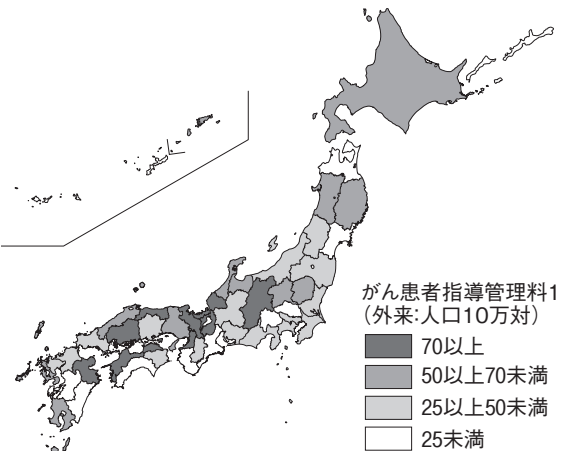
(厚生労働省. 第3回 NDB オープンデータより, 2016 年度)

図 50 NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和指導料 (外来)



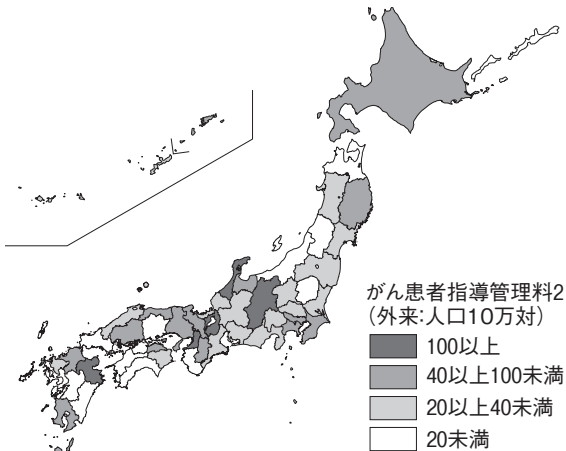
(厚生労働省. 第3回 NDB オープンデータより, 2016 年度)

図 51 NDB オープンデータに基づくがん性疼痛緩和指導料 (入院)



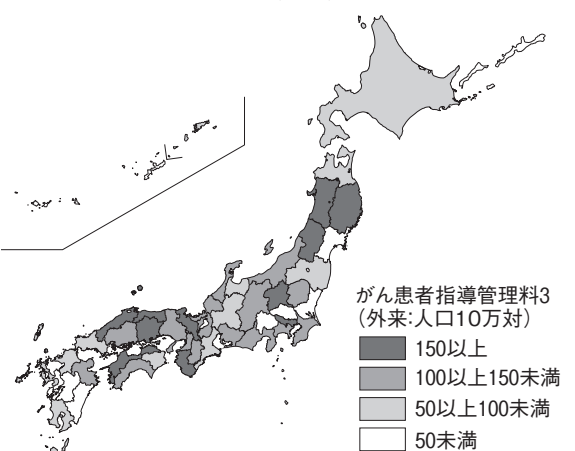
(厚生労働省. 第3回 NDB オープンデータより, 2016 年度)

図 52 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)



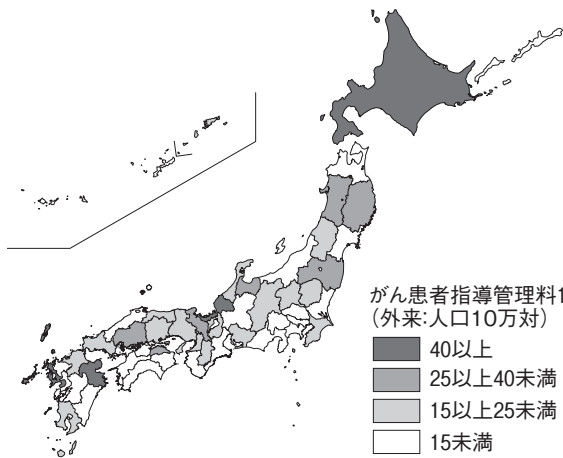
(厚生労働省. 第3回 NDB オープンデータより, 2016 年度)

図 53 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)

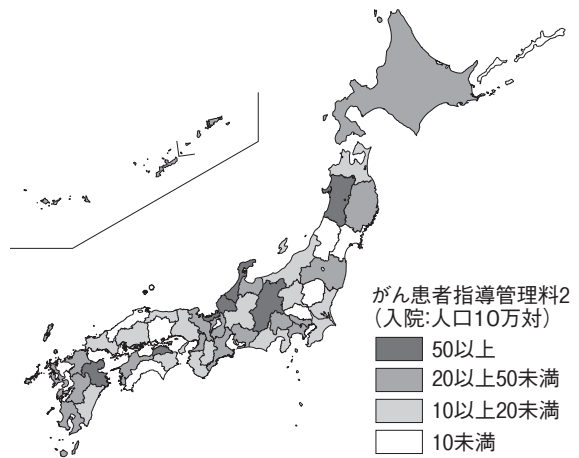


(厚生労働省. 第3回 NDB オープンデータより, 2016 年度)

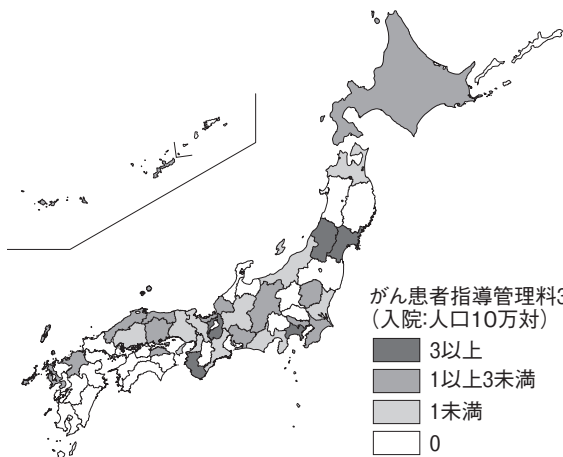
図 54 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 3 (外来)



(厚生労働省. 第3回 NDB オープンデータより, 2016 年度)
 図 55 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)

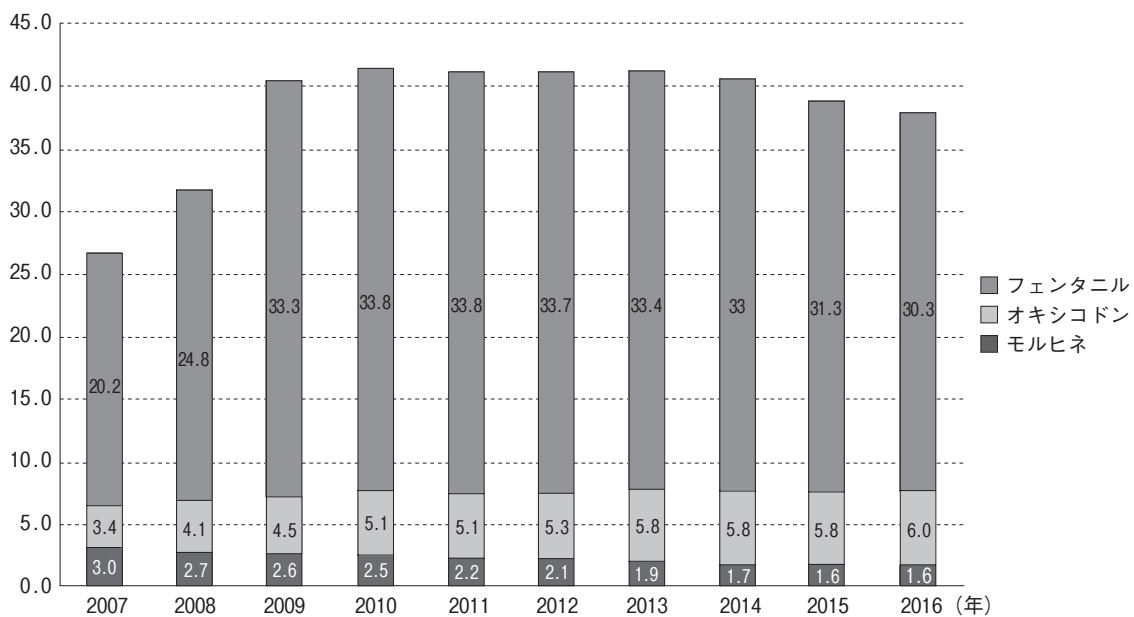


(厚生労働省. 第3回 NDB オープンデータより, 2016 年度)
 図 56 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 2 (入院)



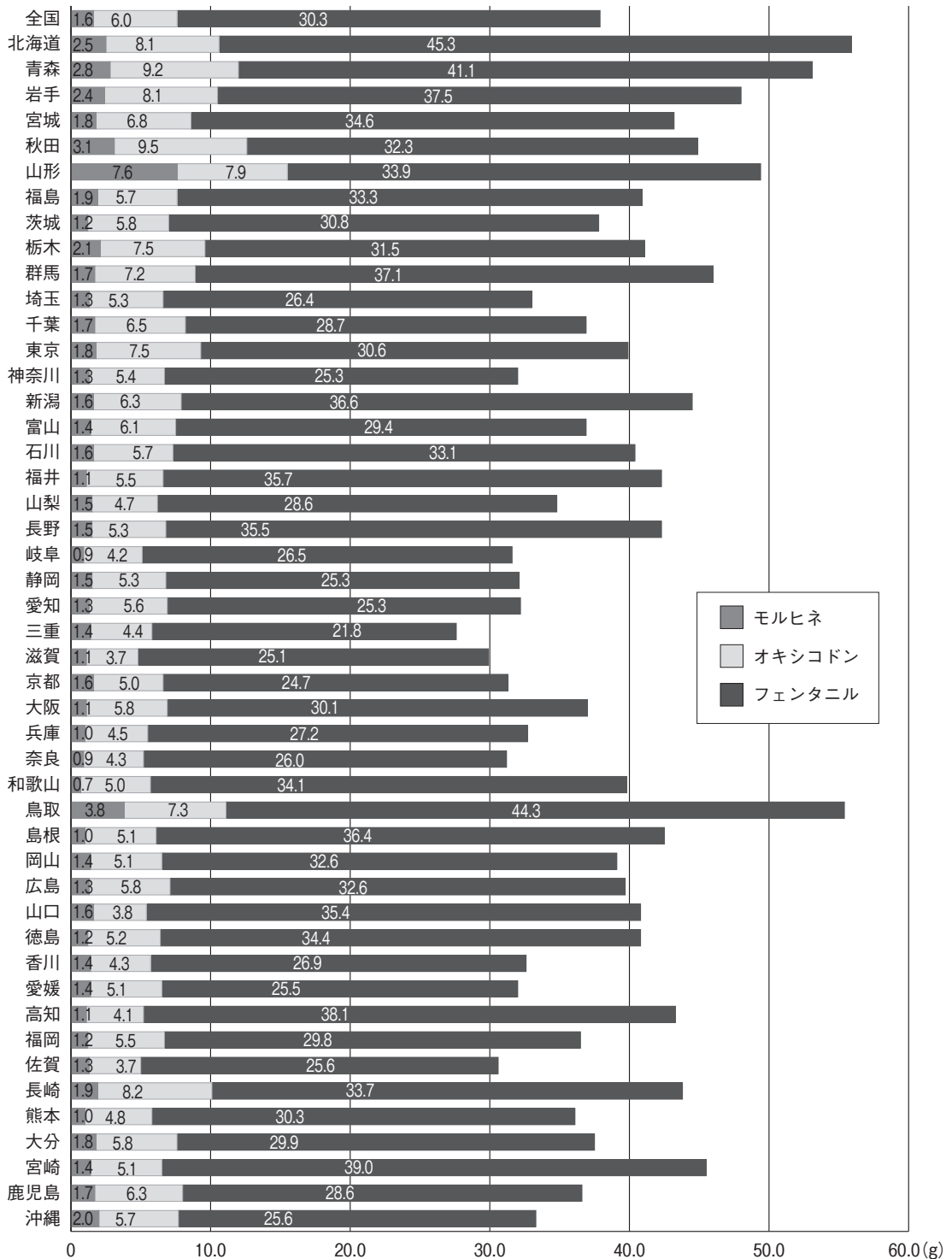
(厚生労働省. 第3回 NDB オープンデータより, 2016 年度)
 図 57 NDB オープンデータに基づく人口 10 万対がん患者指導管理料 3 (入院)

た (2017 年のデータを本原稿の締切までに得ることができなかったため)。2016 年の都道府県別人口千対医療用麻薬消費量 (モルヒネ換算) を図 59 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。



(厚生労働省医薬食品局監視指導麻薬対策課, 2016年度)

図 58 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 59 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	自宅死亡	自宅死亡	在宅療養	在宅緩和	訪問看護	緩和ケア	緩和医療	がん専門
			病棟で死 亡したがん 患者の 割合 (%)	割合 (全死因) (%)	割合 (がん患者) (%)	支援診療 所届出数 (人口10万対)	ケア充実 診療所数 (人口10万対)	ステーション24時間 対応体制 加算 (人口10万対)	研修会修 了者数 (人口10万対)	専門 医数	看護 師数
年次	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2018	2017	2018	2018	2018
総数	126706	373187	13.4	13.2	11.7	10.6	0.48	6.1	89.9	207	775
北海道	5320	19158	15.2	9.5	6.4	5.3	0.41	6.8	82.8	8	40
青森	1278	4986	3.6	10.7	7.4	6.3	0.23	8.8	81.4	0	3
岩手	1255	4621	14.7	11.3	6.7	5.0	0.32	6.7	105.5	0	9
宮城	2323	6716	10.1	14.9	14.2	5.4	0.52	5.2	65.2	4	11
秋田	996	4099	10.1	9.3	4.4	7.1	0.10	5.6	127.6	1	6
山形	1102	3970	7.1	10.7	8.2	7.4	0.18	5.0	119.8	1	4
福島	1882	6461	5.6	13.5	10.2	8.2	0.21	5.7	69.1	2	6
茨城	2892	8820	14.1	11.1	8.4	6.3	0.55	4.4	63.3	5	7
栃木	1957	5792	8.6	13.7	12.3	7.3	0.51	3.9	101.8	2	11
群馬	1960	5994	14.2	10.8	11.1	11.8	0.26	7.3	80.2	4	21
埼玉	7310	19181	9.7	13.0	11.5	6.0	0.62	4.3	44.9	4	19
千葉	6246	17222	13.0	15.6	13.7	5.5	0.62	4.0	65.2	9	28
東京都	13724	34030	11.5	17.9	17.7	10.0	0.87	5.7	108.8	40	120
神奈川	9159	23565	10.7	17.1	17.8	8.5	0.81	5.6	62.0	9	64
新潟	2267	7907	7.4	10.1	5.0	5.5	0.04	4.5	57.0	0	17
富山	1056	3566	9.9	10.8	9.8	5.7	0.28	4.8	149.4	7	8
石川	1147	3577	7.9	9.8	8.7	12.6	0.52	7.1	108.9	2	9
福井	779	2399	20.4	11.9	7.7	6.3	0.13	8.2	127.9	3	5
山梨	823	2452	5.8	12.9	12.1	7.2	0.36	5.8	108.0	1	4
長野	2076	6430	13.3	12.3	11.0	12.2	0.14	7.1	101.3	1	4
岐阜	2008	6117	16.6	13.3	14.6	12.0	0.50	7.0	90.0	7	16
静岡	3675	10624	3.1	13.8	12.5	9.1	0.49	4.8	69.8	0	24
愛知	7525	19181	16.9	13.5	11.5	9.9	0.64	6.5	88.0	10	36
三重	1800	5209	14.8	12.8	11.8	9.6	0.11	6.4	83.7	3	17
滋賀	1413	3675	21.4	14.1	9.9	9.9	0.07	5.9	102.1	1	8
京都	2599	7647	14.5	14.5	12.9	12.5	0.31	8.0	105.1	9	20
大阪	8823	25916	10.3	15.9	12.9	18.1	0.57	9.2	95.6	16	46
兵庫	5503	16513	16.3	16.2	15.0	15.2	0.47	9.0	85.6	22	45
奈良	1348	4079	9.0	16.6	16.9	11.1	0.52	8.0	110.2	3	10
和歌山	945	3287	2.2	12.1	12.7	17.1	0.32	9.6	137.2	2	4
鳥取	565	2003	18.8	11.8	9.1	13.3	0.35	7.4	125.1	2	4
島根	685	2518	16.1	10.4	9.4	17.1	0.00	9.2	191.4	1	4
岡山	1907	5569	15.0	11.2	9.2	15.8	0.31	6.6	118.9	4	17
広島	2829	8321	16.2	12.6	9.2	19.2	0.28	7.9	105.9	2	21
山口	1383	4772	10.1	10.4	7.6	10.3	0.07	7.9	89.0	1	3
徳島	743	2478	13.6	10.2	8.1	19.1	0.13	8.6	126.2	1	8
香川	967	2960	13.4	14.2	11.3	13.0	0.21	6.6	130.7	0	6
愛媛	1364	4629	18.3	12.6	11.6	14.0	0.44	8.1	100.6	3	7
高知	714	2456	27.3	11.2	10.1	5.0	0.28	6.4	109.1	1	13
福岡	5107	15740	29.7	10.1	9.0	14.9	0.27	7.8	111.3	6	27
佐賀	824	2764	17.1	9.1	7.7	15.3	0.49	6.6	104.0	0	4
長崎	1354	4714	14.3	9.5	9.8	21.1	0.30	6.6	110.1	2	6
熊本	1765	5585	24.9	8.8	6.4	11.7	0.17	8.7	100.5	1	6
大分	1152	3622	19.3	8.2	6.5	16.0	0.17	8.0	107.7	1	9
宮崎	1089	3558	11.5	8.3	7.3	10.0	0.18	8.1	88.5	3	9
鹿児島	1626	5270	16.7	9.3	9.0	16.8	0.43	7.4	89.8	2	3
沖縄	1443	3034	20.0	12.9	10.2	6.4	0.28	5.8	92.2	1	6

付表 本稿で用いた都道府県別データ (つづき)

都道府県	がん性疼痛認定看護師数	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ラム受講者数	LNEC-J看護師教育コアカリキュラム受講者数(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
年次	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2016	2016	2016
総数	773	2367	3915	1962	1.5	29345	23.1	658	396	58	156
北海道	22	140	202	114	2.1	2387	44.9	26	624	54	174
青森	2	28	33	21	1.6	367	28.7	5	287	59	354
岩手	5	44	58	29	2.3	604	48.1	6	313	57	236
宮城	12	30	53	29	1.2	705	30.3	3	155	64	158
秋田	3	32	41	19	1.9	308	30.9	2	0	61	345
山形	4	20	28	22	2.0	239	21.7	6	305	80	183
福島	10	31	47	27	1.4	397	21.1	3	88	64	72
茨城	9	43	59	30	1.0	817	28.3	10	344	59	102
栃木	6	27	44	27	1.4	677	34.6	5	58	69	112
群馬	8	39	68	24	1.2	811	41.4	5	118	73	188
埼玉	21	105	145	58	0.8	636	8.7	25	74	67	129
千葉	34	84	146	50	0.8	1438	23.0	20	494	67	175
東京都	84	255	459	236	1.7	3910	28.5	76	858	60	153
神奈川	94	208	366	107	1.2	847	9.2	44	431	63	181
新潟	13	43	73	37	1.6	637	28.1	9	124	45	285
富山	8	57	73	34	3.2	129	12.2	10	63	67	240
石川	11	26	46	21	1.8	254	22.1	13	195	57	144
福井	9	11	25	10	1.3	72	9.2	2	676	61	100
山梨	6	59	69	12	1.5	449	54.6	1	447	73	36
長野	14	53	71	48	2.3	514	24.8	12	298	57	229
岐阜	16	28	60	29	1.4	465	23.2	11	162	58	124
静岡	17	51	92	33	0.9	240	6.5	16	330	50	176
愛知	86	59	181	83	1.1	1269	16.9	72	342	67	137
三重	13	19	49	29	1.6	300	16.7	7	86	53	144
滋賀	9	23	40	25	1.8	314	22.2	5	184	69	102
京都	22	51	93	73	2.8	745	28.7	19	526	54	145
大阪	81	126	253	121	1.4	1410	16.0	62	724	60	153
兵庫	24	82	151	107	1.9	1535	27.9	38	337	54	173
奈良	9	27	46	23	1.7	241	17.9	5	650	66	135
和歌山	6	13	23	16	1.7	98	10.4	2	323	54	130
鳥取	2	13	19	14	2.5	214	37.9	6	17	48	233
島根	3	29	36	20	2.9	526	76.8	8	378	60	166
岡山	11	27	55	26	1.4	313	16.4	16	302	57	117
広島	14	68	103	47	1.7	607	21.5	26	226	57	178
山口	11	26	40	22	1.6	192	13.9	4	26	55	148
徳島	4	13	25	17	2.3	119	16.0	1	126	59	77
香川	6	19	31	15	1.6	125	12.9	5	22	53	110
愛媛	4	29	40	22	1.6	167	12.2	10	207	56	152
高知	3	7	23	17	2.4	60	8.4	1	108	48	211
福岡	17	119	163	84	1.6	1496	29.3	20	557	50	127
佐賀	2	16	22	11	1.3	23	2.8	3	659	58	120
長崎	7	41	54	28	2.1	359	26.5	9	687	57	113
熊本	9	42	57	41	2.3	441	25.0	6	93	49	126
大分	5	26	40	22	1.9	216	18.8	4	179	51	149
宮崎	3	11	23	23	2.1	343	31.5	2	24	50	89
鹿児島	9	47	59	38	2.3	1164	71.6	13	279	59	122
沖縄	5	20	31	21	1.5	165	11.4	4	27	48	71

がん患者 指導管理 料1 (人口10万対) ：外来	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	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)
2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016
48	58	120	8	118	19	23	1.4	1.6	6.0	30.3	37.8
54	55	96	14	211	49	29	1.9	2.5	8.1	45.3	55.9
21	15	67	0	210	11	20	0.8	2.8	9.2	41.1	53.1
53	41	246	4	153	30	37	0.0	2.4	8.1	37.5	48.0
23	28	45	5	144	8	7	3.1	1.8	6.8	34.6	43.2
56	31	249	0	296	36	46	0.0	3.1	9.5	32.3	44.9
48	18	173	22	206	21	7	3.8	7.6	7.9	33.9	49.4
26	57	67	0	82	28	39	0.0	1.9	5.7	33.3	40.9
37	22	45	2	80	10	17	0.5	1.2	5.8	30.8	37.8
65	19	131	0	86	20	6	1.1	2.1	7.5	31.5	41.1
59	25	153	3	111	19	16	0.0	1.7	7.2	37.1	45.9
18	25	39	2	68	2	7	0.0	1.3	5.3	26.4	33.1
40	44	135	8	99	19	14	3.0	1.7	6.5	28.7	37.0
40	87	176	13	106	15	29	1.4	1.8	7.5	30.6	39.9
41	97	129	10	96	7	23	3.1	1.3	5.4	25.3	32.0
41	18	143	5	205	12	11	0.5	1.6	6.3	36.6	44.5
69	45	98	0	151	28	26	0.0	1.4	6.1	29.4	37.0
54	249	124	2	174	24	106	0.0	1.6	5.7	33.1	40.4
105	29	113	14	189	63	103	1.3	1.1	5.5	35.7	42.2
12	37	17	0	25	11	30	0.0	1.5	4.7	28.6	34.8
87	104	130	1	91	23	47	1.9	1.5	5.3	35.5	42.3
34	25	86	2	80	9	11	0.9	0.9	4.2	26.5	31.5
34	40	115	8	104	9	11	0.8	1.5	5.3	25.3	32.1
38	29	135	7	103	22	23	1.8	1.3	5.6	25.3	32.2
23	27	58	9	83	13	20	0.6	1.4	4.4	21.8	27.6
81	150	123	0	123	18	21	3.8	1.1	3.7	25.1	30.0
86	57	217	6	112	29	21	0.4	1.6	5.0	24.7	31.3
78	141	149	18	137	24	37	0.9	1.1	5.8	30.1	37.0
64	51	106	10	120	21	16	0.7	1.0	4.5	27.2	32.7
39	44	104	18	113	17	14	0.0	0.9	4.3	26.0	31.2
10	10	344	0	147	2	13	4.6	0.7	5.0	34.1	39.7
106	79	210	0	243	22	18	2.8	3.8	7.3	44.3	55.4
58	21	152	0	146	9	9	2.5	1.0	5.1	36.4	42.5
30	13	173	7	123	20	5	1.1	1.4	5.1	32.6	39.2
95	49	124	6	167	27	20	0.9	1.3	5.8	32.6	39.7
30	17	91	0	115	24	15	0.0	1.6	3.8	35.4	40.9
27	26	76	0	78	6	12	0.0	1.2	5.2	34.4	40.8
90	92	165	0	83	36	51	5.6	1.4	4.3	26.9	32.5
95	19	157	15	116	10	20	0.0	1.4	5.1	25.5	32.0
18	10	146	0	122	4	10	0.0	1.1	4.1	38.1	43.3
44	50	70	8	104	18	26	1.6	1.2	5.5	29.8	36.5
40	21	43	0	101	13	5	0.0	1.3	3.7	25.6	30.6
60	19	75	22	102	50	38	1.9	1.9	8.2	33.7	43.9
24	18	24	4	139	15	21	0.0	1.0	4.8	30.3	36.2
75	152	113	0	126	62	46	0.0	1.8	5.8	29.9	37.4
7	9	49	0	85	13	12	0.0	1.4	5.1	39.0	45.4
63	71	50	3	162	17	26	0.0	1.7	6.3	28.6	36.6
22	38	31	0	45	10	28	1.7	2.0	5.7	25.6	33.2

2. 2018 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 & Palliative Care Day)」を最終日とした1週間 (2018年度は10月7~13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13回目を迎えた2018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、139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357の企画が寄せられた (表1)。今年度は、栄養士によるがん治療中の食事の工夫や、理学療法士による在宅療養の手助けになる技の紹介といった多職種による講座や、メインの催しのほかにヨガやアロママッサージ体験など、リラックスし楽しみながら参加できる催しを組み合わせた企画が多数開催された。企画への参加者の内訳は表1に示すとおりで、市民や医療福祉関係者など8,800名余りの参加があった (展示会の参加者は含まず)。

実施施設からは「顔が見える関係づくり、地域・施設・病院の連携を深める機会となった」「市民の方々に緩和ケアについて知っていただくと共に、医療者にとっても寄り添うことの大切さを再認識するよい機会となった」といった報告が寄せられた (図3)。

2019年度の世界ホスピス緩和ケアデーは10月12日となっており、10月6~12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 2018年度ポスター (チラシも同デザイン)

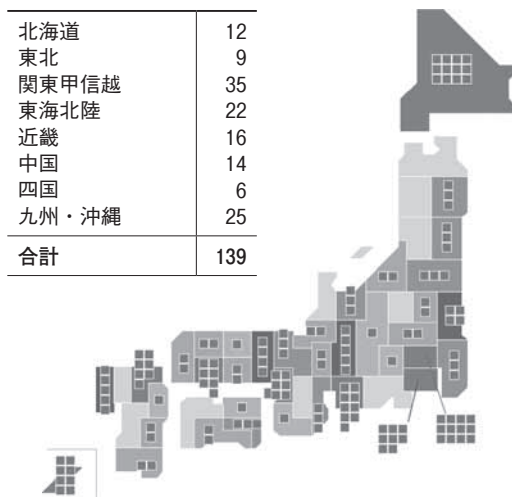


図2 各地域の企画登録状況

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
★協会会員 97 (内 拠点病院 33)	①一般市民向けの講演会等	66
緩和ケア病棟 83	②医療従事者向けの研究会等	11
緩和ケアチーム 5	③緩和ケア関連のパネル展示	74
一般病院 5	④相談コーナーの設置	45
診療所 2	⑤チラシ・パンフレットの配布	37
準会員・賛助会員 2	⑥緩和ケア病棟見学会	32
★非会員 42	⑦コンサート・演劇等	27
がん診療連携拠点病院 9	⑧体験・試食コーナー等の設置	20
日本緩和医療学会会員 8	⑨茶話会・カフェ	13
学会会員+拠点病院 7	⑩DVD・動画の上映	6
学会会員+研究会会員* 3	⑪遺族会・懇親会等	8
拠点病院+学会+研究会会員 3	⑫その他(作品づくりなど)	18
不明(無記入) 12		
合計 139 (*研究会:日本死の臨床研究会)	合計 357	合計 8,836 (展示会来場者は含まず)



【市民対象の公開講座】
札幌厚生病院



【医師によるロビーコンサート】
宮城県立がんセンター



【相談コーナーの設置】
筑波メディカルセンター病院



【パネル展示】
伊勢赤十字病院



【日替わりミニセミナー】
愛知医科大学病院



【医療従事者による寸劇】
島根大学医学部附属病院



【演奏会】
徳島市民病院



【笑いヨガ体験】
大分県立病院



【アロママッサージ】
沖縄県立南部医療センター/
こども医療センター

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]（2019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

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
35			○	○	東北労災病院	2010年4月1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					総合南東北病院	2010年4月1日
51					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	2010年4月1日
58		○		○	総合病院 土浦協同病院	2010年4月1日
59		○		○	筑波メディカルセンター病院	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		○	○	○	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 埼玉医療センター	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
83			○	○	さいたま赤十字病院	2010年4月1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					松戸市立総合医療センター	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		○			横浜州市立市民病院	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		○	○	○	藤田医科大学病院	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
229		○	○		大阪赤十字病院	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
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
277					広島赤十字・原爆病院	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
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
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

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日	
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
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		88	205	113	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	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	千葉県	○		○	千葉県がんセンター	2018年3月9日
13	東京都	○	○	○	東京都立駒込病院	2010年4月1日
14		○	○	○	がん研究会 有明病院	2010年4月1日
15	神奈川県	○	○	○	神奈川県立がんセンター	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
16	新潟県				新潟県立がんセンター新潟病院	2010年4月1日
17	富山県	○	○	○	富山県立中央病院	2010年4月1日
18	石川県		○		金沢大学附属病院	2010年4月1日
19	福井県	○	○	○	福井県立病院	2010年4月1日
20	山梨県	○		○	山梨県立中央病院	2010年4月1日
21	長野県		○	○	信州大学医学部附属病院	2010年4月1日
22	岐阜県		○		岐阜大学医学部附属病院	2010年4月1日
23	静岡県	○	○	○	静岡県立静岡がんセンター	2010年4月1日
24	愛知県		○		愛知県がんセンター中央病院	2010年4月1日
25	三重県		○		三重大学医学部附属病院	2010年4月1日
26	滋賀県	○	○	○	滋賀県立総合病院	2009年4月1日
27	京都府	○	○		京都府立医科大学附属病院	2010年4月1日
28			○	○	京都大学医学部附属病院	2009年4月1日
29	大阪府		○		大阪国際がんセンター	2010年4月1日
30	兵庫県		○	○	兵庫県立がんセンター	2010年4月1日
31	奈良県		○		奈良県立医科大学附属病院	2010年4月1日
32	和歌山県		○	○	和歌山県立医科大学附属病院	2010年4月1日
33	鳥取県		○		鳥取大学医学部附属病院	2010年4月1日
34	島根県	○	○	○	島根大学医学部附属病院	2010年4月1日
35	岡山県		○		岡山大学病院	2010年4月1日
36	広島県		○		広島大学病院	2010年4月1日
37	山口県		○		山口大学医学部附属病院	2010年4月1日
38	徳島県		○		徳島大学病院	2010年4月1日
39	香川県		○		香川大学医学部附属病院	2009年4月1日
40	愛媛県	○	○	○	国立病院機構 四国がんセンター	2010年4月1日
41	高知県		○		高知大学医学部附属病院	2010年4月1日
42	福岡県		○		国立病院機構 九州がんセンター	2010年4月1日
43				○	九州大学病院	2010年4月1日
44	佐賀県		○	○	佐賀大学医学部附属病院	2010年4月1日
45	長崎県		○		長崎大学病院	2010年4月1日
46	熊本県		○	○	熊本大学医学部附属病院	2010年4月1日
47	大分県		○		大分大学医学部附属病院	2010年4月1日
48	宮崎県		○		宮崎大学医学部附属病院	2010年4月1日
49	鹿児島県		○		鹿児島大学病院	2010年4月1日
50	沖縄県		○		琉球大学医学部附属病院	2010年4月1日
	計	18	43	24	50 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
計		1	1	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					北秋田市民病院	秋田厚生医療センター	2018年3月9日
7	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
8	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
9	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
10	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
11	新潟県				佐渡総合病院	新潟大学医学部総合病院 新潟県立がんセンター新潟病院	2017年4月1日
12	山梨県				山梨厚生病院	山梨県立中央病院	2015年4月1日
13	長野県		○		北信総合病院	長野赤十字病院	2015年4月1日
14					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
15					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
16	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
17					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
18	滋賀県				高島市民病院	大津赤十字病院	2015年4月1日
19	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
20					京都中部総合医療センター	京都府立医科大学附属病院	2015年4月1日
21					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
22					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
23	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

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
24	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
25					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
26	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
27					都志見病院	山口大学医学部附属病院	2015年4月1日
28	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
29	高知県				高知県立あき総合病院	高知大学医学部附属病院	2018年3月9日
30	福岡県	○	○	○	福岡大学筑紫病院	福岡大学病院	2016年4月1日
31					朝倉医師会病院	久留米大学病院	2016年4月1日
32	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
33					種子島医療センター	鹿児島大学病院	2016年4月1日
34	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
35					沖縄県立宮古病院	沖縄県立中部病院	2015年4月1日
36					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	5	4	34 病院		

参考：厚生労働省ウェブサイト〔<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000201832.pdf>〕がん診療連携拠点病院等一覧表（2018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	19	○	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
			手稲深仁会病院	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
			勤医協中央病院	2018年4月1日
			市立室蘭総合病院	2018年4月1日
			伊達赤十字病院	2018年4月1日
			市立函館病院	2018年6月1日
			函館五稜郭病院	2018年10月1日
			北見赤十字病院	2018年10月1日
			市立釧路総合病院	2018年12月1日
			国立病院機構 北海道医療センター	2019年1月1日
青森県	4	○	十和田市立中央病院	2007年1月1日
			八戸市立市民病院	2011年1月1日
			青森県立中央病院	2018年4月1日
			弘前大学医学部附属病院	2018年4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
			東北労災病院	2018年9月1日
秋田県	2	○	市立秋田総合病院	2018年4月1日
			大館市立総合病院	2018年8月1日
山形県	5	○	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
			公立置賜総合病院	2018年6月1日
福島県	2	○	福島県立医科大学附属病院	2014年4月1日
			竹田総合病院	2018年10月1日
茨城県	3	○	筑波大学附属病院	2008年4月1日
			国立病院機構 水戸医療センター	2018年4月1日
			東京医科大学茨城医療センター	2018年6月1日
栃木県	6	○	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
			佐野厚生総合病院	2018年4月1日
			足利赤十字病院	2018年4月1日
			済生会宇都宮病院	2018年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
群馬県	6	○	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
		○	公立藤岡総合病院	2018年4月1日
			群馬大学医学部附属病院	2018年4月1日
		○	前橋赤十字病院	2018年6月1日
		○	公立富岡総合病院	2018年7月1日
埼玉県	16	○	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
		○	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
		○	自治医科大学附属さいたま医療センター	2018年4月1日
			獨協医科大学埼玉医療センター	2018年4月1日
		○	深谷赤十字病院	2018年4月1日
		○	さいたま市立病院	2018年4月1日
			埼玉県立小児医療センター	2018年4月1日
			埼玉県済生会川口総合病院	2018年5月1日
			小川赤十字病院	2018年6月1日
		○	春日部市立医療センター	2018年7月1日
		○	国立病院機構 埼玉病院	2018年8月1日
	北里大学メディカルセンター	2018年9月1日		
	埼玉医科大学病院	2018年11月1日		
千葉県	17	○	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
		○	順天堂大学医学部附属 浦安病院	2017年12月1日
			新松戸中央総合病院	2018年5月1日
			船橋二和病院	2018年8月1日
			東京女子医科大学附属八千代医療センター	2018年9月1日
		○	千葉労災病院	2018年9月1日
○	船橋市立医療センター	2018年9月1日		
	習志野病院	2018年11月1日		
	セコメディック病院	2018年11月1日		
東京都	54	○	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

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	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
		○	杏林大学医学部付属病院	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
			東海大学医学部附属 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
			国際医療福祉大学三田病院	2018年4月1日
		○	東京都立墨東病院	2018年4月1日
			順天堂東京江東高齢者医療センター	2018年4月1日
			東京慈恵会医科大学葛飾医療センター	2018年4月1日
			稲城市立病院	2018年4月1日
			東京通信病院	2018年4月1日
			東京新宿メディカルセンター	2018年5月1日
			東京労災病院	2018年7月1日
	関東中央病院	2018年7月1日		
	板橋中央総合病院	2018年8月1日		
	日本医科大学多摩永山病院	2018年8月1日		
	総合病院厚生中央病院	2018年9月1日		
	東京警察病院	2018年9月1日		
	東京都立大塚病院	2018年9月1日		
	多摩北部医療センター	2019年1月1日		
神奈川県	31		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
	○		東海大学医学部付属病院	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
			けいゆう病院	2018年2月1日
			横須賀市立市民病院	2018年4月1日
			平塚共済病院	2018年4月1日
			昭和大学藤が丘病院	2018年4月1日
		○	横浜市立みなと赤十字病院	2018年4月1日
			国立病院機構 相模原病院	2018年4月1日
			平塚市民病院	2018年5月1日
			聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	2018年6月1日
	横浜市東部病院	2018年7月1日		
	横須賀市立うわまち病院	2018年7月1日		
	AOI国際病院	2018年11月1日		
	○	関東労災病院	2018年12月1日	
新潟県	4	○	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
		○	新潟県立新発田病院	2018年4月1日
			上越総合病院	2018年9月1日
富山県	4	○	富山県立中央病院	2017年7月1日
		○	高岡市民病院	2018年4月1日
			富山病院	2018年4月1日
		○	富山大学附属病院	2018年4月1日
石川県	6	○	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
		○	金沢医科大学病院	2018年4月1日
			公立松任石川中央病院	2018年5月1日
		○	小松市民病院	2018年6月1日
			公立能登総合病院	2018年8月1日
福井県	4	○	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
		○	福井県立病院	2018年4月1日
		○	福井赤十字病院	2018年6月1日
山梨県	2	○	市立甲府病院	2012年4月1日
		○	山梨大学医学部附属病院	2011年4月1日
長野県	9	○	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
			北信総合病院	2018年4月1日
			長野松代総合病院	2018年5月1日
			丸の内病院	2018年9月1日
			長野県立こども病院	2018年10月1日
			北アルプス医療センターあづみ病院	2018年11月1日
		○	相澤病院	2018年12月1日
岐阜県	8	○	岐阜市民病院	2013年7月1日
			中濃厚生病院	2017年8月1日
		○	岐阜県総合医療センター	2018年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	東海中央病院	2018年4月1日
		○	木沢記念病院	2018年4月1日
		○	大垣市民病院	2018年4月1日
		○	岐阜大学医学部附属病院	2018年5月1日
		○	岐阜県立多治見病院	2018年7月1日
静岡県	11	○	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
		○	順天堂大学医学部附属 静岡病院	2018年4月1日
		○	静岡赤十字病院	2018年4月1日
		○	静岡市立静岡病院	2018年7月1日
愛知県	22	○	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
		○	藤田医科大学病院	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
		○	名古屋第二赤十字病院	2018年4月1日
		○	一宮市立市民病院	2018年4月1日
			西尾市民病院	2018年4月1日
			トヨタ記念病院	2018年6月1日
			中部労災病院	2018年9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
滋賀県	5	○	滋賀医科大学医学部附属病院	2010年8月1日
		○	滋賀県立総合病院	2016年6月1日
		○	大津赤十字病院	2018年4月1日
			市立大津市民病院	2018年5月1日
			長浜赤十字病院	2018年10月1日
京都府	9	○	京都桂病院	2011年6月1日
		○	京都府立医科大学附属病院	2011年4月1日
		○	京都市立病院	2012年4月1日
		○	国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日
		○	京都大学医学部附属病院	2010年4月1日
		○	京都第一赤十字病院	2016年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	国立病院機構 舞鶴医療センター 京都第二赤十字病院 京都中部総合医療センター	2017年4月1日 2018年4月1日 2018年9月1日
大阪府	35	○	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	2011年8月1日 2012年8月1日 2008年10月1日 2008年4月1日
		○	大阪国際がんセンター 大阪警察病院	2008年4月1日 2009年1月1日
		○	大阪急性期・総合医療センター	2009年4月1日
		○	大阪市立大学医学部附属病院	2011年6月1日
		○	関西医科大学附属病院	2011年6月1日
			淀川キリスト教病院	2012年8月1日
			北野病院	2012年6月1日
		○	近畿大学医学部附属病院 星ヶ丘医療センター	2008年4月1日 2013年6月1日
		○	大阪市立総合医療センター	2009年10月1日
		○	国立病院機構 大阪医療センター	2008年4月1日
		○	国立病院機構 近畿中央呼吸器センター	2008年4月1日
		○	大阪赤十字病院	2014年5月1日
			関西医科大学総合医療センター	2015年5月1日
			市立池田病院	2015年5月1日
			大阪府済生会中津病院	2017年5月1日
		○	大阪労災病院 N T T西日本大阪病院	2018年4月1日 2018年4月1日
			住友病院	2018年4月1日
		○	堺市立総合医療センター	2018年4月1日
			大阪府済生会吹田病院	2018年4月1日
			箕面市立病院	2018年4月1日
		○	市立豊中病院	2018年4月1日
		○	大阪大学医学部附属病院	2018年4月1日
			日本生命病院	2018年4月30日
			大阪はびきの医療センター	2018年5月1日
		○	市立東大阪医療センター	2018年5月1日
			ベルランド総合病院	2018年5月1日
			南大阪病院	2018年6月1日
			大阪病院	2018年6月1日
		○	市立岸和田市民病院	2018年7月1日
兵庫県	13	○	兵庫医科大学病院	2008年4月1日
		○	関西労災病院	2010年9月1日
		○	神戸市立医療センター中央市民病院	2011年7月1日
		○	神戸市立西神戸医療センター	2013年6月1日
		○	神戸大学医学部附属病院	2011年4月1日
			兵庫県立尼崎総合医療センター	2016年2月1日
			市立芦屋病院	2017年11月1日
		○	兵庫県立がんセンター	2017年11月1日
			加古川中央市民病院	2018年4月1日
			市立加西病院	2018年4月1日
		○	兵庫県立淡路医療センター	2018年5月1日
		○	近畿中央病院	2018年5月1日
			北播磨総合医療センター	2018年7月1日
奈良県	4	○	奈良県総合医療センター	2011年7月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	奈良県立医科大学附属病院	2010年10月1日
		○	吉田病院	2014年12月1日
		○	近畿大学医学部奈良病院	2016年8月1日
和歌山県	3	○	和歌山県立医科大学附属病院	2015年7月1日
		○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2018年4月1日
		○	日本赤十字社 和歌山医療センター	2018年8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	4	○	島根大学医学部附属病院	2012年4月1日
		○	松江市立病院	2013年7月1日
		○	松江赤十字病院	2018年6月1日
		○	島根県立中央病院	2018年7月1日
岡山県	7	○	川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
		○	川崎医科大学総合医療センター	2012年9月1日
		○	倉敷中央病院	2012年11月1日
		○	岡山大学病院	2012年9月1日
		○	岡山市立市民病院	2015年8月1日
		○	岡山協立病院	2018年4月1日
		○	国立病院機構 岡山医療センター	2018年4月1日
広島県	6	○	国立病院機構 呉医療センター	2012年4月1日
		○	広島大学病院	2010年11月1日
		○	市立三次中央病院	2013年9月1日
		○	広島市立広島市民病院	2014年4月1日
		○	広島市立安佐市民病院	2016年10月1日
		○	国立病院機構 福山医療センター	2018年4月1日
山口県	4	○	山口大学医学部附属病院	2013年9月1日
		○	山口県立総合医療センター	2018年4月1日
		○	山口労災病院	2018年4月1日
		○	国立病院機構 山口宇部医療センター	2018年4月1日
香川県	4	○	香川大学医学部附属病院	2009年2月1日
		○	香川県立中央病院	2018年8月1日
		○	高松市立みんなの病院	2018年9月1日
		○	三豊総合病院	2018年12月1日
徳島県	3	○	徳島大学病院	2013年2月1日
		○	徳島県立中央病院	2017年5月1日
		○	徳島市民病院	2018年5月1日
愛媛県	4	○	国立病院機構 四国がんセンター	2010年6月1日
		○	愛媛県立中央病院	2014年9月1日
		○	愛媛大学医学部附属病院	2015年8月1日
		○	松山赤十字病院	2018年4月1日
高知県	2	○	高知医療センター	2011年2月1日
		○	高知大学医学部附属病院	2018年4月1日
福岡県	16	○	福岡大学病院	2010年4月1日
		○	九州中央病院	2013年4月1日
		○	久留米大学病院	2010年4月1日
		○	飯塚病院	2010年8月1日
		○	戸畑共立病院	2010年4月1日
		○	産業医科大学病院	2012年4月1日
		○	国立病院機構 九州がんセンター	2010年4月1日
		○	福岡大学筑紫病院	2016年5月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○ ○ ○ ○ ○ ○	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 聖マリア病院 久留米総合病院 製鉄記念八幡病院 北九州市立医療センター 田主丸中央病院	2016年5月1日 2016年7月1日 2018年1月1日 2018年4月1日 2018年4月1日 2018年4月1日 2018年5月1日 2018年7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	4	○ ○ ○ ○	長崎大学病院 長崎みなとメディカルセンター 国立病院機構 長崎医療センター 佐世保市総合医療センター	2011年4月1日 2016年2月1日 2018年4月1日 2018年4月1日
熊本県	3	○ ○	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 鶴田病院	2012年4月1日 2015年5月1日 2018年11月1日
大分県	3	○ ○ ○	大分大学医学部附属病院 大分県立病院 国立病院機構 別府医療センター	2008年4月1日 2018年4月1日 2018年5月1日
宮崎県	2	○ ○	宮崎大学医学部附属病院 県立宮崎病院	2014年4月1日 2018年4月1日
鹿児島県	4	○ ○ ○ ○	鹿児島大学病院 今給黎総合病院 鹿児島市立病院 相良病院	2010年4月1日 2014年4月1日 2018年7月1日 2018年8月1日
沖縄県	5	○ ○ ○	那覇市立病院 琉球大学医学部附属病院 沖縄県立中部病院 沖縄協同病院 沖縄県立八重山病院	2016年2月1日 2018年4月1日 2018年4月1日 2018年10月1日 2018年11月1日
合計	386	251		

2019年2月15日時点で、各地方厚生局ウェブサイト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		苫小牧東病院	2014年11月1日	260	15		
16		北見赤十字病院	2015年2月1日	532	20	★	☆
17		札幌北楡病院	2015年8月1日	281	9		
18		北海道消化器科病院	2016年7月1日	199	14		
19		慶友会 吉田病院	2016年9月1日	263	11		
20		帯広第一病院	2018年10月1日	230	18		
21	青森県	青森慈恵会病院	2000年6月1日	332	22		
22		ときわ会病院	2008年2月1日	149	24		
23		健生病院	2017年11月1日	282	14		
24	岩手県	孝仁病院	2008年6月1日	180	10		
25		盛岡赤十字病院	2009年7月1日	438	22		☆
26		美山病院	2011年5月1日	212	20		
27		岩手県立中部病院	2009年5月1日	434	24	★	☆
28		岩手県立磐井病院	2010年7月1日	315	24	★	☆
29	盛岡友愛病院	2015年6月1日	386	18			
30	宮城県	東北大学病院	2000年12月1日	1225	22	★	
31		光ヶ丘スベルマン病院	1998年8月1日	140	20		
32		宮城県立がんセンター	2002年7月1日	383	25	★	
33		みやぎ県南中核病院	2015年8月1日	310	12	★	☆
34		石巻市立病院	2018年9月1日	180	20		
35	仙台オープン病院	2018年6月1日	330	21		☆	
36	山形県	山形県立中央病院	2001年7月1日	645	15	★	☆
37		三友堂病院	2005年6月1日	190	12		
38		山形県立河北病院	2015年4月1日	186	20		
39	秋田県	外旭川病院	1999年2月1日	241	34		
40		大曲厚生医療センター	2015年8月1日	437	13	★	
41	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	★	
42		福島労災病院	2011年4月1日	406	27	★	☆
43		星総合病院	2013年2月1日	430	16		☆
44		わたり病院	2013年7月1日	196	15		
45		竹田総合病院	2014年11月1日	837	15	★	☆
46		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		
47	茨城県	つくばセントラル病院	2000年10月1日	313	20		☆
48		筑波メディカルセンター病院	2000年5月1日	453	20	★	☆
49		水戸済生会総合病院	2000年10月1日	472	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
50		茨城県立中央病院	2013年5月1日	500	23	★	☆
51		友愛記念病院	2014年8月1日	325	14	★	☆
52		水戸赤十字病院	2015年6月1日	483	20		☆
53		志村大宮病院	2015年6月1日	178	20		
54		総合病院 土浦協同病院	2016年4月1日	800	20	★	☆
55		日立総合病院	2018年12月1日	651	20	★	☆
56		国立病院機構 水戸医療センター	2018年10月1日	500	33	★	☆
57	栃木県	栃木県立がんセンター	2000年12月1日	291	24	★	
58		済生会宇都宮病院	1996年11月1日	644	20	★	☆
59		自治医科大学附属病院	2007年5月1日	1132	18	★	
60		那須赤十字病院	2013年4月1日	460	20	★	☆
61		足利赤十字病院	2016年10月1日	555	19		☆
62		とちぎメディカルセンターとちのき	2017年11月1日	250	14		
63	群馬県	公立富岡総合病院	2005年5月1日	338	18	★	
64		伊勢崎市民病院	2010年6月1日	494	17	★	☆
65		国立病院機構 渋川医療センター	1994年7月1日	450	25	★	☆
66		群馬県済生会前橋病院	2012年6月1日	327	16		☆
67		東邦病院	2014年6月1日	443	21		
68		群馬県立がんセンター	2014年7月1日	314	25	★	
69	埼玉県	戸田中央総合病院	2009年3月1日	492	18	★	
70		埼玉石心会病院	2012年4月1日	450	20		☆
71		上尾中央第二病院	1992年3月1日	186	15		
72		みさと健和病院	2011年8月1日	282	20		
73		埼玉県立がんセンター	1999年1月1日	503	36	★	
74		丸木記念福祉メディカルセンター	2013年12月1日	624	20		
75		埼玉協同病院	2013年12月1日	401	24		
76		上尾中央総合病院	2014年7月1日	733	21		☆
77		吉川中央総合病院	2015年5月1日	272	14		
78		三浦病院	2015年7月1日	81	21		
79		彩の国東大宮メディカルセンター	2015年8月1日	337	22		
80		シャローム病院	2016年7月1日	55	20		
81		埼玉県立循環器・呼吸器病センター	2017年6月1日	343	24		☆
82		TMGあさか医療センター	2018年6月1日	446	20		
83		羽生総合病院	2018年6月1日	311	10		
84	千葉県	千葉県がんセンター	2008年7月1日	341	25	★	
85		山王病院	1999年7月1日	318	23		
86		我孫子聖仁会病院	2012年7月1日	168	20		
87		船橋市立医療センター	2010年4月1日	449	20	★	☆
88		国立がん研究センター東病院	1992年7月1日	425	25	★	
89		聖隷佐倉市民病院	2008年6月1日	400	18		
90		総合病院 国保旭中央病院	1999年5月1日	989	20	★	☆
91		君津中央病院	2004年11月1日	661	20	★	☆
92		さんむ医療センター	2014年1月1日	312	20		
93		平和台病院	2014年5月1日	224	20		
94		千葉徳洲会病院	2014年8月1日	391	24		
95		鎌ヶ谷総合病院	2015年3月1日	306	19		
96		辻仲病院柏の葉	2015年5月1日	176	24		
97		東松戸病院	2015年10月1日	198	20		
98		東葛病院	2016年6月1日	366	20		
99		白井聖仁会病院	2017年6月1日	192	20		
100		柏たなか病院	2018年10月1日	246	20		
101	東京都	聖路加国際病院	1998年5月1日	520	23	★	☆
102		永寿総合病院	2000年10月1日	400	16		
103		賛育会病院	1998年6月1日	199	20		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
104		NTT 東日本関東病院	2001年2月1日	627	16	★	
105		東京ちどり病院	2004年7月1日	98	14		
106		日本赤十字社医療センター	2000年6月1日	708	18	★	☆
107		東京新宿メディカルセンター	2004年6月1日	520	19		
108		佼成病院	2004年5月1日	340	20		
109		救世軍ブース記念病院	2003年11月1日	199	20		
110		東京衛生病院	1996年7月1日	186	20		
111		豊島病院	1999年9月1日	470	20		☆
112		桜町病院	1994年8月1日	199	20		
113		日の出ヶ丘病院	2001年1月1日	263	20		
114		公立阿伎留医療センター	2006年9月1日	310	16		
115		救世軍清瀬病院	1990年6月1日	142	25		
116		国立病院機構 東京病院	1995年9月1日	560	20		☆
117		信愛病院	1996年9月1日	199	20		
118		聖ヶ丘病院	1996年6月1日	48	11		
119		東京都立駒込病院	2011年7月1日	833	22	★	
120		慈生会 野村病院	2012年1月1日	133	12		
121		がん研究会 有明病院	2011年4月1日	700	25	★	
122		東京通信病院	2013年3月1日	477	18		
123		東京都健康長寿医療センター	2013年7月1日	550	20		
124		多摩南部地域病院	2013年7月1日	318	16		☆
125		町田市市民病院	2013年9月1日	447	18		☆
126		王子生協病院	2014年5月1日	159	25		
127		越川病院	2016年1月1日	46	34		
128		東京さくら病院	2016年1月1日	258	38		
129		東京医科歯科大学医学部附属病院	2017年5月1日	753	15	★	
130		杏雲堂病院	2018年5月1日	198	20		
131		東京共済病院	2018年5月1日	350	19		☆
132	神奈川県	川崎市立井田病院	1998年11月1日	383	23	★	
133		昭和大学横浜市北部病院	2001年10月1日	689	25	★	☆
134		平和病院	2011年9月1日	146	16		
135		横浜市立みなと赤十字病院	2006年8月1日	634	25	★	☆
136		神奈川県立がんセンター	2002年4月1日	415	20	★	
137		横浜甞生病院	1995年3月1日	81	12		
138		衣笠病院	1998年7月1日	251	20		
139		湘南中央病院	2006年3月1日	199	16		
140		鶴巻温泉病院	2011年9月1日	591	25		
141		日野原記念ピースハウス病院	1994年2月1日	22	22		
142		相模原協同病院	2011年10月1日	437	12	★	☆
143		横浜市立市民病院	2012年5月1日	650	20	★	☆
144		宮川病院	2013年7月1日	175	12		
145		伊勢原協同病院	2014年9月1日	350	14		
146		A O I 国際病院	2015年5月1日	328	28		
147		横浜南共済病院	2016年5月1日	565	20		☆
148		国際親善総合病院	2016年5月1日	287	25		
149		湘南東部総合病院	2017年2月1日	348	32		
150		藤沢湘南台病院	2017年4月1日	322	19		
151		済生会神奈川県病院	2017年7月1日	199	12		
152		東名厚木病院	2017年11月1日	277	14		☆
153	新潟県	長岡西病院	1993年4月1日	240	32		
154		白根大通病院	2006年9月1日	299	28		
155		新潟医療センター	2001年8月1日	404	20		
156		南部郷厚生病院	2001年9月1日	120	20		
157	富山県	富山県立中央病院	1993年3月1日	733	25	★	☆
158		富山市民病院	2009年6月1日	595	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
159		高岡市民病院	2016年5月1日	401	20	★	
160		厚生連高岡病院	2016年12月1日	533	16	★	☆
161		富山赤十字病院	2018年1月1日	401	12		☆
162	石川県	石川県済生会金沢病院	1995年1月1日	260	28		
163		小松市民病院	2009年5月1日	344	10	★	
164	福井県	福井県立病院	2006年4月1日	961	20	★	☆
165		福井県済生会病院	1998年10月1日	460	20	★	☆
166		福井赤十字病院	2015年5月1日	600	20	★	☆
167	長野県	愛和病院	1997年12月1日	64	48		
168		新生病院	1998年10月1日	155	20		
169		諏訪中央病院	1998年9月1日	360	12		
170		岡谷市民病院	2015年10月11日	295	17		
171		長野中央病院	2017年8月1日	322	12		
172	山梨県	山梨県立中央病院	2005年5月1日	602	15	★	☆
173	岐阜県	岐阜清流病院	1999年6月1日	372	28		
174		東海中央病院	2012年1月1日	332	15		☆
175		岐阜県立多治見病院	2010年7月1日	575	20	★	☆
176		久美愛厚生病院	2012年7月1日	300	23		
177		岐北厚生病院	2014年3月1日	316	24		
178		中濃厚生病院	2016年5月1日	495	20		
179	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	2002年11月1日	615	50	★	
180		神山復生病院	2002年7月1日	60	20		
181		総合病院 聖隷三方原病院	1990年5月1日	934	27	★	☆
182	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		
183		愛知県がんセンター愛知病院	2006年5月1日	276	20	★	
184		安城更生病院	2002年6月1日	749	17	★	☆
185		聖霊病院	2009年4月1日	198	15		
186		海南病院	2004年7月1日	540	18	★	☆
187		名古屋掖済会病院	2004年2月1日	602	19		☆
188		協立総合病院	2001年12月1日	434	16		
189		豊田厚生病院	2010年2月1日	606	17	★	☆
190		江南厚生病院	2009年11月1日	684	20		
191		愛知国際病院	1999年5月1日	72	20		
192		総合病院 南生協病院	2002年7月1日	313	20		
193		小牧市民病院	2012年6月1日	558	14	★	☆
194		津島市民病院	2007年1月1日	440	18		
195		名古屋第一赤十字病院	2006年4月1日	852	20	★	☆
196		藤田医科大学病院	2010年4月1日	1435	19	★	
197		名古屋徳洲会総合病院	2014年6月1日	350	18		
198		刈谷豊田総合病院	2014年11月1日	710	20		☆
199		済衆館病院	2016年4月1日	369	20		
200		公立西知多総合病院	2018年8月1日	468	20		☆
201	三重県	三重聖十字病院	2005年11月1日	25	25		
202		藤田医科大学 七栗記念病院	1997年7月1日	218	20		
203		松阪厚生病院	2007年8月1日	780	20		
204		松阪市民病院	2008年2月1日	328	20		☆
205		伊勢赤十字病院	2012年2月1日	655	20	★	☆
206		済生会松阪総合病院	2012年5月1日	430	24		☆
207		もりえい病院	2016年5月1日	54	20		
208		みたき総合病院	2017年7月1日	199	25		
209	滋賀県	市立大津市民病院	1999年6月1日	441	20		☆
210		彦根市立病院	2002年10月1日	458	20	★	☆
211		ヴォーリス記念病院	2006年12月1日	168	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
212		滋賀県立総合病院	2003年3月1日	535	20	★	☆
213		公立甲賀病院	2013年5月1日	413	12	★	☆
214	京都府	薬師山病院	1998年12月1日	70	50		
215		総合病院 日本バプテスト病院	1995年9月1日	167	20		
216		国立病院機構 京都医療センター	2011年4月1日	600	20	★	☆
217		京都民医連中央病院	2011年11月1日	411	14		
218		稲荷山武田病院	2012年9月1日	55	18		
219		男山病院	2014年5月1日	199	25		
220		京都府立医科大学附属病院	2014年2月1日	1065	16	★	
221		あそかビハーラ病院	2015年4月1日	28	28		
222		宇治徳洲会病院	2015年8月1日	473	14		
223		三菱京都病院	2016年2月1日	188	14		
224		国立病院機構 舞鶴医療センター	2018年4月1日	409	15		☆
225	大阪府	淀川キリスト教病院	1990年5月1日	581	27		☆
226		湯川胃腸病院	2002年11月1日	84	24		
227		千里中央病院	2010年4月1日	400	25		
228		ガラシア病院	2005年4月1日	104	51		
229		彩都友誼会病院	2010年5月1日	204	40		
230		高槻赤十字病院	2002年7月1日	446	20		☆
231		小松病院	2006年5月1日	190	18		
232		耳原総合病院	2003年2月1日	386	23		☆
233		阪和第二泉北病院	2002年11月1日	969	21		
234		星ヶ丘医療センター	2008年12月1日	580	16		☆
235		大阪市立総合医療センター	2010年5月1日	1063	24	★	☆
236		和泉市立総合医療センター	2010年12月1日	307	22		
237		多根総合病院	2011年6月1日	304	20		
238		市立岸和田市民病院	2012年9月1日	400	20	★	☆
239		樫本病院	2013年7月1日	199	16		
240		東住吉森本病院	2013年11月1日	329	14		☆
241		東大阪病院	2013年12月1日	265	30		
242		市立ひらかた病院	2014年11月1日	335	20		
243		ベルランド総合病院	2014年11月1日	477	15		☆
244		浅香山病院	2015年6月1日	1051	20		
245	市立貝塚病院	2015年6月1日	249	19			
246	ほうせんか病院	2015年9月1日	220	48			
247	市立東大阪医療センター	2015年11月1日	547	25	★	☆	
248	松下記念病院	2016年4月1日	323	16		☆	
249	吹田徳洲会病院	2017年5月1日	365	24			
250	市立柏原病院	2017年10月1日	220	17			
251	大阪鉄道病院	2017年12月1日	303	19			
252	大阪赤十字病院	2018年11月1日	964	20	★	☆	
253		国立病院機構 近畿中央呼吸器センター	2018年11月1日	385	21		
254	奈良県	国保中央病院	2005年7月1日	220	20		
255		西奈良中央病院	2012年10月1日	166	24		
256		吉田病院	2017年12月1日	312	11		
257		天理よろづ相談所病院	2018年9月1日	715	10	★	
258	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	★	☆
259		紀和病院	2005年8月1日	280	13		
260		日本赤十字社 和歌山医療センター	2018年11月1日	873	20		☆
261	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993年10月1日	116	21		
262		神戸中央病院	1996年7月1日	424	22		☆
263		六甲病院	1994年12月1日	178	23		
264		東神戸病院	2000年5月1日	166	21		
265		立花病院	2005年9月1日	272	10		

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
266		尼崎医療生協病院	2007年7月1日	199	20		
267		協和マリナホスピタル	2011年5月1日	80	30		
268		宝塚市立病院	2010年7月1日	436	15		☆
269		第二協立病院	2009年4月1日	425	22		
270		公立八鹿病院	2005年10月1日	420	20		☆
271		姫路聖マリア病院	1996年8月1日	440	22		
272		市立芦屋病院	2012年8月1日	199	24		
273		兵庫県立加古川医療センター	2011年5月1日	353	25		☆
274		市立川西病院	2013年2月1日	250	21		☆
275		高砂市民病院	2013年8月1日	290	18		☆
276		兵庫県立柏原病院	2014年6月1日	303	20	★	☆
277		誠仁会 大久保病院	2014年2月1日	199	18		
278		甲南病院	2015年5月1日	380	22		
279		神戸協同病院	2015年7月1日	167	19		
280		北播磨総合医療センター	2015年9月1日	450	20		☆
281		豊岡病院	2016年9月1日	518	20	★	☆
282		ふくやま病院	2017年5月1日	104	20		
283	鳥取県	鳥取生協病院	2008年4月1日	260	20		
284		藤井政雄記念病院	2003年11月1日	120	20		
285		国立病院機構 米子医療センター	2014年9月1日	270	20	★	☆
286	島根県	松江市立病院	2005年9月1日	470	22	★	☆
287		島根大学医学部附属病院	2011年9月1日	600	21	★	
288		国立病院機構 浜田医療センター	2010年1月1日	365	15	★	☆
289	岡山県	岡山済生会総合病院	1998年9月1日	553	25	★	☆
290		岡山中央奉還町病院	2000年6月1日	81	15		
291		総合病院 岡山協立病院	2011年9月1日	318	17		
292		岡村一心堂病院	2007年6月1日	152	19		
293		倉敷中央病院	2013年6月1日	1166	14	★	☆
294		岡山赤十字病院	2014年7月1日	500	20	★	☆
295		川崎医科大学総合医療センター	2016年12月1日	647	18		☆
296		川崎医科大学附属病院	2018年7月1日	1182	20	★	
297	広島県	福山市民病院	2006年9月1日	506	16	★	☆
298		前原病院	2012年7月1日	59	14		
299		公立みつぎ総合病院	2002年5月1日	240	6		
300		シムラ病院	2004年10月1日	116	17		
301		広島パークヒル病院	2002年5月1日	114	18		
302		県立広島病院	2004年10月1日	712	20	★	☆
303		安芸市民病院	2004年6月1日	140	20		
304		国立病院機構 呉医療センター	2000年4月1日	630	19	★	☆
305		廿日市記念病院	2002年1月1日	126	24		
306		広島共立病院	2014年10月1日	186	19		
307		J R広島病院	2016年4月1日	275	20		
308	山口県	徳山中央病院	2009年3月1日	519	25	★	☆
309		国立病院機構 山口宇部医療センター	1998年11月1日	365	25		
310		安岡病院	1999年5月1日	278	18		
311		総合病院 山口赤十字病院	2000年1月1日	475	25		☆
312		国立病院機構 岩国医療センター	2013年6月1日	530	24	★	☆
313		下関市立市民病院	2016年8月1日	436	20		☆
314	香川県	高松平和病院	2011年8月1日	123	21		
315		三豊総合病院	2000年5月1日	482	12	★	☆
316		坂出聖マルチン病院	2016年1月1日	196	20		
317	徳島県	近藤内科病院	2002年5月1日	55	20		
318		徳島県立三好病院	2015年1月1日	220	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
319		徳島市民病院	2017年6月1日	339	24	★	☆
320	高知県	細木病院	2003年10月1日	317	14		
321		国吉病院	2011年2月1日	106	12		
322		もみのき病院	1999年4月1日	60	12		
323		函南病院	2000年7月1日	183	12		
324		いずみの病院	2001年10月1日	238	12		
325		高知厚生病院	1995年12月1日	42	16		
326		須崎くろしお病院	2007年11月1日	160	10		
327	愛媛県	松山ベテル病院	2000年4月1日	155	38		
328		国立病院機構 四国がんセンター	2006年9月1日	405	25	★	
329		西条愛寿会病院	2010年9月1日	180	15		
330		H I T O病院	2013年4月1日	257	13		
331		済生会今治病院	2013年5月1日	191	20	★	
332	福岡県	北九州市立医療センター	2001年6月1日	636	20	★	☆
333		聖ヨハネ病院	2001年10月1日	20	20		
334		製鉄記念八幡病院	2004年1月1日	453	16		☆
335		広瀬病院	2010年12月1日	62	13		
336		及川病院	2004年11月1日	36	15		
337		秋本病院	2007年7月1日	50	16		
338		那珂川病院	2006年7月1日	162	24		
339		栄光病院	1990年9月1日	178	71		
340		至誠会 木村病院	1999年12月1日	121	14		
341		たたらリハビリテーション病院	2004年11月1日	199	21		
342		原土井病院	2001年4月1日	556	30		
343		さくら病院	1999年6月1日	152	24		
344		恵光会 原病院	2005年1月1日	220	16		
345		西福岡病院	2007年7月1日	248	15		
346		村上華林堂病院	2004年6月1日	160	20		
347		井上病院	2011年4月1日	73	16		
348		糸島医師会病院	2008年8月1日	150	14		☆
349		福岡県済生会飯塚嘉穂病院	2012年4月1日	197	20		
350		久留米大学病院	1998年10月1日	1025	16	★	
351		聖マリア病院	1997年9月1日	1097	16	★	☆
352		みどりの杜病院	2012年1月1日	30	30		
353		今野病院	2007年1月1日	67	20		
354		嶋田病院	2008年9月1日	150	14		☆
355		古賀病院2 1	2012年6月1日	217	14		
356		友田病院	2012年12月1日	72	16		
357		朝倉医師会病院	2012年11月1日	300	20		☆
358		戸畑リハビリテーション病院	2012年11月1日	154	17		
359		長田病院	2013年8月1日	182	20		
360		飯塚病院	2013年10月1日	1048	18	★	☆
361		宗像医師会病院	2014年8月1日	164	12		☆
362		田主丸中央病院	2014年6月1日	343	13		☆
363		福岡県済生会八幡総合病院	2014年9月1日	403	22		
364	九州病院	2014年11月1日	575	12	★	☆	
365	福岡聖恵病院	2017年6月1日	288	25			
366	牟田病院	2017年10月1日	163	20			
367	九州中央病院	2018年7月1日	330	20		☆	
368	芦屋中央病院	2018年5月1日	137	15			
369	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	1998年3月1日	450	15	★	☆
370		河畔病院	2002年4月1日	184	18		
371		西田病院	2011年5月1日	118	20		
372		なゆたの森病院	2016年4月1日	165	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
373	長崎県	出島病院	1995年11月1日	41	20		
374		聖フランシスコ病院	1998年8月1日	208	22		
375		千住病院	2008年4月1日	261	20		
376		南野病院	2012年5月1日	95	18		
377	熊本県	山鹿市民医療センター	2012年5月1日	201	13		☆
378		イエズスの聖心病院	1994年11月1日	75	37		
379		熊本地域医療センター	2001年7月1日	227	14		☆
380		御幸病院	2003年6月1日	186	20		
381		桜十字病院	2010年1月1日	641	25		
382		朝日野総合病院	2012年4月1日	378	21		
383		桜十字熊本東病院	2007年11月1日	46	21		
384		人吉医療センター	2003年9月1日	252	30	★	☆
385		阿蘇温泉病院	2008年9月1日	260	15		
386		鶴田病院	2012年10月1日	105	20		
387		合志第一病院	2012年9月1日	132	22		
388		国立病院機構 熊本南病院	2016年5月1日	172	16		
389		くまもと森都総合病院	2017年5月1日	199	15		
390		大腸肛門病センター高野病院	2017年10月1日	166	20		
391	熊本第一病院	2018年6月1日	125	13			
392	球磨郡公立多良木病院	2018年6月1日	183	10			
393	大分県	大分ゆふみ病院	2002年1月1日	24	24		
394		大分市医師会立アルメイダ病院	2012年5月1日	406	21		☆
395		佐伯中央病院	2007年7月1日	149	17		
396		大分県厚生連 鶴見病院	2012年11月1日	230	14		
397		へつぎ病院	2013年6月1日	188	14		
398		中津胃腸病院	2014年11月1日	112	14		
399		大分県済生会日田病院	2015年10月1日	204	14	★	☆
400		湯布院病院	2015年12月1日	273	12		
401	宮崎県	三州病院	2000年5月1日	67	27		
402		平田東九州病院	2007年7月1日	125	21		
403		潤和会記念病院	2014年4月1日	446	24		
404		黒木病院	2015年3月1日	76	16		
405		宮崎市郡医師会病院	2017年4月1日	248	12		☆
406	鹿児島県	天陽会 中央病院	2011年1月1日	219	18		
407		相良病院	1997年6月1日	80	24	★	
408		出水郡医師会広域医療センター	2008年10月1日	222	10		☆
409		国立病院機構 南九州病院	2006年4月1日	475	25	★	
410		サザン・リージョン病院	2011年3月1日	131	11		
411		南風病院	2013年6月1日	338	14		☆
412		鹿児島市医師会病院	2013年9月1日	255	31		☆
413		いづろ今村病院	2014年3月1日	145	20		
414		霧島市立医師会医療センター	2016年5月1日	254	33		☆
415	沖縄県	国立病院機構 沖縄病院	2006年6月1日	320	20		
416		アドベンチスト メディカルセンター	2003年1月1日	48	26		
417		オリブ山病院	1995年6月1日	343	21		
418		南部病院	2012年9月1日	188	21		
419		与勝病院	2017年1月1日	140	20		
420		沖縄赤十字病院	2018年7月1日	302	14		☆
合 計		緩和ケア病床数 8,485 床	がん診療拠点病院 108 施設	地域医療支援病院 135 施設			

2019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 2019
ホスピス緩和ケアにおける看護
—教育・制度の現状と展望を中心に

発行 2019年4月7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 宮下光令・田村恵子
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 978-4-902249-94-1 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 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。